

武力紛争その他安全確保が困難な環境での 緊急事態に対応する医療チームのための ガイダンス

日本語版



武力紛争¹その他安全確保が困難な環境²での 緊急事態に対応する医療チームのための ガイダンス

日本語版

翻訳：中出雅治

大阪赤十字病院 国際医療救援部

¹ これには、2国あるいはそれ以上の国同士、国対国以外の組織、国対反体制派、国内の複数の武装勢力同士の敵対を含む。

² 個人や施設、患者、活動が、あらゆるタイプの暴力を受けるリスクが高い地方/地域と定義される。

武力紛争その他安全を確保できない環境での緊急事態に対応する医療チームのためのガイダンス

ISBN 978-92-4-002935-4 (電子版)

ISBN 978-92-4-002936-1 (印刷版)

©世界保健機関 2021

本書の権利の一部は保護されており、本書は Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>) のライセンスの下で利用可能である。

本書はこのライセンスの条件下で、以下に示すように適切に引用されている場合に限り、非営利目的でコピー、再配布、改変することができる。本書のいかなる使用においても WHO が特定の組織、製品、またはサービスを承認していることを示唆するものではない。WHO ロゴの使用は許可されていない。改変する場合は、Creative Commons license またはこれと同等のライセンスの下で公開すること。

ライセンスに関して発生する争議の調停は、世界知的所有権機関

(<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>) の調停規則に従って行われるものとする。

本書を引用する際の記述 : A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments. Geneva: World Health Organization; 2021.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

出版目録 (CIP) : CIP データは <http://apps.who.int/iris> から入手可能である。

販売・権利・ライセンス : WHO の出版物の購入は <http://apps.who.int/bookorders> を、商用目的での権利やライセンスの質問は <http://www.who.int/about/licensing> を参照のこと。

第三者機関の資料 : 読者が本書の表、図、画像など第三者に帰属する素材を再利用する場合は、その再利用に許可が必要かどうかを判断し、著作権所有者から許可を得なければならない。本書内の第三者が所有する内容の侵害のクレームのリスクは読者に委ねられる。

一般的な免責事項 : 本書で採用している資料は、国、領土、都市、地域、またはその当局の法的地位、あるいはその境界に関する WHO の意見の表明を意味するものではない。地図上の点線は、まだ完全に合意していないおおよその国境や境界線を表している。

特定の企業の製品についての言及は、言及していない他の製品よりも、WHO によって承認または推奨されていることを意味しない。商品名は頭文字を大文字にして区別している。

本書に含まれる情報を実証するため、WHO は最大限の努力をしているが、公開された資料については明示的、黙示的を問わず、いかなる保証もしていない。その解釈と使用の責任は読者にある。いかなる場合も、WHO はその使用に起因する損害について責任を負わない。

編集者 : ジェームズ・ハッチソン デザイン/レイアウト : ヴァレリー・アスマン

目次

i. 序文	xi
ii. 謝辞	xii
iii. 略語集	xiii
iv. 図表と凡例	xv
v. レッドブックの構造	1
vi. ブルーブックとレッドブックに関する重要な注意事項	2
vii. レッドブックの使い方	3
A. なぜ、何を、どこで、誰が、いつ、どのように？	5
1. なぜ？	5
2. 何を？	6
3. どこで？	6
4. 誰が？	8
5. いつ？	8
6. どうやって？	9
7. 武力紛争その他安全を確保できない環境でのチーム分類	9
B. WHO の役割と機能	10
I. 導入とガイダンスの原則	12
A. ブルーブックとレッドブックの指針の原則	13
B. 医療チームの分類	15
C. 制限	16
D. レッドブックが関与しないこと	17
II. 人道支援の未来	18
1. 国際人道法（IHL）と、活動における人道支援のコア原則	23
1.1 第一に害を及ぼさないこと！	25
1.2 国際人道法と人道主義の原則	27
1.2.1 国際人道法	28
1.2.2 人道主義のコア原則	31
1.2.3 原則を分割することは可能か？	35
1.3 標章を使用できるのは誰か？	37
1.4 シナリオと実践	40
1.4.1 シナリオ 1：一般的な紛争シナリオ-関係者と人口のマッピング	40

1.4.2 シナリオ 2：救急治療室（ER）で	43
1.4.3 シナリオ 3：医療施設への武力侵入の対処	44
1.4.4 シナリオ 4：国内紛争での展開	44
1.5 原則から外れた行動の結果と影響	49
1.6 人道的交渉	53
1.6.1 人道的交渉	53
1.6.2 コミュニティの関与	55
1.7 ガイダンスノート	59
2．安全管理	63
2.1 はじめに	63
2.2 安全に対する脅威	66
2.3 特定の安全対策	67
2.4 患者の安全	72
2.5 要員の医療退避（メディバック）	74
2.6 チームのメンタルヘルスと心理社会的支援（MHPSS）	75
2.6.1 スタッフの健康と福祉	77
展開前	77
活動中	77
活動終了後	78
2.7 生物化学兵器、放射線、核（CBRN）による脅威	80
2.8 ガイダンスノート	85
3．調整プラットフォームと様式	89
3.1 紛争下における人道支援の調整の目的	90
3.1.1 人道支援の原則に基づいた強固な活動の枠組み	91
3.1.2 集約的な公平と中立	91
3.1.3 公平なアクセスと診療	91
3.1.4 集約的な安全管理	92
3.1.5 保護	92
3.1.6 アドボカシー（意見の表明）	93

3.2 展開前の考慮事項	93
3.3 調整メカニズムの種類	94
3.3.1 受入国政府	94
3.3.2 受入国の保健省	95
3.3.3 国家災害機関/国家人道調整	95
3.3.4 軍間調整	95
3.3.5 非政府武装グループ	96
3.3.6 国際レベルでの国連の役割	96
3.3.7 国レベルの国連の役割	96
3.3.8 国連のクラスターシステム	97
3.3.9 EMT 調整機構 (EMTCC)	99
3.3.10 国連人道民軍調整 (UN-CMCoord)	100
3.3.11 ICRC と国際赤十字・赤新月運動	104
3.4 展開するチームのカテゴリー	106
3.4.1 国内および国際的な軍の EMT	108
3.4.2 政府/保健省の EMT	110
3.4.3 現地 NGO /現地関係者	110
3.4.4 民間の請負業者	111
3.4.5 国際 NGO (INGO) 医療チーム	111
3.4.6 赤十字・赤新月社のチーム	112
3.5 ガイダンスノート	112
4. 性とジェンダーに基づく暴力 (SGBV) とその保護	115
4.1 支援をする前に医療チームが知っておくべきこと	116
4.1.1 関連法および方針	116
4.1.2 利用可能な資源と医療サービス	117
4.1.3 スタッフのトレーニング	118
4.1.4 他の支援提供者との調整	118
4.2 SGBV への医療対応の構成要素	119
4.2.1 患者中心の治療と最前線の支援	119
4.2.2 レイプの医療対応	120
4.2.3 近親者間暴力 (IPV) を扱う際に特に考慮すべき事項	123

4.2.4 小児に対する特別な考慮事項	123
4.2.5 SGBV を扱う医療チーム自身のケア	123
4.3 保護、リスクの軽減とアドボカシー	124
4.3.1 SGBV 患者の安全に関するリスク	124
4.3.2 リスクの軽減と SGBV	125
4.3.3 アドボカシー	126
4.4 メディアと SGBV	127
4.5 法的な安全管理の枠組み	128
4.5.1 SGBV の記録文書作成の要点	129
4.6 ガイダンスノート	130
5. 緊急時の治療と理学療法 の要点	133
5.1 はじめに	133
5.2 医療チームが対処すべきニーズのタイプ	136
5.3 特別な活動上の問題	139
5.4 治療レベルに応じた診療指針	140
5.4.1 コミュニティへの初期対応者	141
5.4.2 病院前外来患者の治療 (タイプ 1)	142
5.4.2.1 タイプ 1 巡回型	142
5.4.2.2 タイプ 1 固定型	142
5.4.2.3 病院前での臨床的考慮事項	144
5.4.3 紹介	147
5.4.4 病院型 EMT タイプ 2、タイプ 3	147
5.4.4.1 病院前における臨床的考慮事項	148
5.4.5 専門診療チーム	151
5.5 看護ケア	153
5.6 理学療法	153
5.7 メンタルヘルスと心理社会的支援 (MHPSS)	154
5.7.1 知識の啓発	155
5.8 ガイダンスノート	157

6. 活動におけるトピック	161
6.1 展開前	164
6.1.1 トレーニング	164
6.1.2 スタッフの準備	165
6.1.3 活動費用	166
6.1.4 現地雇用スタッフ	166
6.1.5 撤収計画	167
6.2 展開	168
6.2.1 患者記録、治療の継続性、集約されたデータのモニタリング	168
6.2.2 撤収と引継ぎの戦略	169
6.3 撤収後	170
6.3.1 活動終了後の遺産	170
6.3.2 教訓	171
6.4 ガイダンスノート	171
7. 付録/参考文献	175
付録 1. 紛争および不安定な環境で展開するための準備チェックリスト	175
付録 2. 展開と活動の指針のまとめ	180
付録 3. 性とジェンダーに基づく暴力（SGBV）に対処する基本機材、 医薬品と必需品	181
付録 4. レイプ後の診察チェックリスト	183
付録 5. 課題とジレンマ	184
付録 6. 参考文献	185
訳者あとがき	189

i. 序文

紛争、戦争は、国家の医療、福祉に壊滅的な影響を及ぼし、この数十年でますます深刻になっています。都市部の暴力を含む人道危機の大幅な増加によって、より多くの人々がより長期間影響を受け、基本的なサービスの提供が途絶えています。

人道危機の課題に対応するための保健医療への介入と革新的なアプローチは、命を救い、紛争が市民に与える影響を軽減することができます。

武力紛争その他安全が確保されない環境で活動する医療チームは、安全に対する深刻な脅威に直面することがよくあります。このような問題は、患者にアクセスするために解決しなければならず、活動する場所のコミュニティや紛争当事者による受け入れ制限に対処しなければならない場合もあります。

原則に基づく医療対応とは、コア基準に沿ってそれを遵守する診療と戦略、および質、安全、保護において患者中心の視点からなります。

「レッドブック」とも呼ばれる本書は、武力紛争その他安全が確保されない環境における保健医療危機に対応する医療チームのための全体の枠組みの指針であるとともに、さらなる検証も紹介しています。

本書は幅広い協議を経て作成されており、国や組織が命を救い、苦痛を軽減し、脆弱な人々を保護するという患者中心の使命を果たすことを支援すると確信しています。

脅威にさらされている分野で精力的に活動している医療チーム、本書作成のためのリーダーシップを発揮してくれた EMT 事務局、そして公式、非公式に貢献してくれた人々に深謝します。



Dr Nedret Emiroglu
Director
Country Readiness and Strengthening
WHO Health Emergencies Programme

ii. 謝辞

WHO は、基礎的な作業やサポート、継続的なレビュー、公開討論、フィードバック、および技術的アドバイスを提供することによって本書の制作に貢献したすべての個人、組織、EMT、および専門家団体に心からの感謝の意を表す。

特に、以下の組織と専門機関に深謝する：各地域と国の WHO、国連人道問題調整事務所 (OCHA)、欧州市民保護および人道援助活動総局 (DG ECHO)、国境なき医師団 (MSF)、赤十字国際委員会 (ICRC)、カナダ赤十字社、ウクライナ赤十字社、カタール赤新月社、ハーバード人道イニシアチブ (米国)、ハーバード T.H. Chan School of Public Health (米国)、ジョンズホプキンス大学、人道医療センター (米国)、人道と紛争対応研究所、マンチェスター大学 (英国)、カロリンスカ研究所 (スウェーデン) のグローバル公衆衛生局の災害時医療研究センター、ブリティッシュコロンビア大学バンクーバー校医学部国際外科診療部門 (カナダ)、ロシア保健省全ロシア災害医療センター、UK-Med (英国)、デビッドノット財団、ニューヨーク市グローバル災害救援、アライアンスフォーインターナショナルメディカルアクション (ALIMA) (セネガル) ; チームルビコン、米国; CADUS、ドイツ; ヒューマニティ&インクルージョン (HI) (イギリスおよび北アイルランド)、援助の訓練、エマージェンシー (イタリア)、マーゲン・ダビド・アダム (MDA) (イスラエル)、マクマスター大学、家庭医学 (カナダ)、ムハマディヤ災害管理センター (インドネシア)、スリランカ軍 EMT、International Medical Corps (米国)、イスラエル保健省。

以下の貴重な貢献に感謝する。Khalid Ahmed, Fabrice Althaus, Laura Archer, Katy Attfield, Oleksandr Babenko, Natalia Baranova, Ana Elisa M. Barbar, Jonathan Barden, Katherine Bequary, Didier Bompangue Nkoko, Anthony Bonhommeau, Alexander Breitegger, Jessica Buchler, Fredrick Burkle, Dave Callaway, Zhanat Carr, Guy Choquet, Chantal Claravall Larrucea, Rudi Coninx, Anthony D. Dalziel, Evelyn Depoortere, Charles Deutscher, Khaled Diab, Linda Doull, Patrick Drury, Nedret Emiroglu, Claudia Garcia Moreno Esteva, Gustavo Fernandez, Uta Fitz, Catherine Gribbin, Maria Guevara, Stephane Hankins, Matthew T. Jablonski; Sanja Janjanin, Sebastian Jünemann, Allannah Kjellgren, Jeremie Labbe, Nicolas Luyet, Frida Larson, Esperanza Martinez, Jesse McLeay, Emily McMullen, Rachel Meagher, Camille Michel, Johnny Nehme, Ian Norton, Nelson Olim, Milena Osorio, Heather Pagano, Paul Peugnet, Panu Saaristo, Rich Parker, Michela Paschetto, Chaim Rafalowski, Anthony Redmond, Lynda Redwood-Campbell, Corona Rintawan, Elisabeth Roesch, Flavio Salio, Nicole Sarkis, Françoise Saulnier, Saveen Semage, Pranav Shetty, Peter Skelton, Paul Spiegel, Ruben Stewart, Sophie Sutrich, Noa Tamir-Hasdai, Robert Taylor, Zaira Tkhokhova, Erik Tollefsen, Carla Uriarte, Hugo van den Eeertwegh, Ian Van Engelgem, Nadine Vahedi, Harald Veen, Johan von Schreeb, Kate White, David Wightwick, Thomas Wilp.
最後に、本書の編纂に尽力した Hossam Elsharkawi に感謝する。

プログラムおよび管理サポート：Marina Appiah

本書の制作と出版は、欧州市民保護および人道援助活動総局 (DG ECHO)、外務・英連邦開発局 (FCDO)、スペイン国際開発協力庁 (AECID) の多大な支援により可能となった。

iii. 略語集

- ATLS** Advanced Trauma Life Support (外傷二次救命処置)
- CCHN** Centre of Competence on Humanitarian Negotiation
(人道交渉能力センター)
- CBRN** Chemical, Biological, Radiological, Nuclear Threats
(化学・生物・放射線・核の脅威)
- EMT** Emergency Medical Team (緊急医療チーム)
- EMTCC** EMT Coordination Cell (EMT 調整機構)
- EOC** Emergency Operations Centre (災害対策本部)
- ERC** Emergency Relief Coordinator (緊急救援物資配布調整員)
- FMA** Foreign Military Assets (外国軍資源)
- HEAT** Hostile Environment Awareness Training
(敵対的環境下における認知トレーニング)
- IASC** Inter-Agency Standing Committee (機関間常設委員会)
- ICRC** International Committee of the Red Cross (赤十字国際委員会)
- IDP** Internally displaced people (国内避難民)
- IFRC** International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
(国際赤十字赤新月社連盟)
- IHL** International humanitarian law (国際人道法)
- IHRL** International Human Rights Law (国際人権法)
- IPV** Intimate Partner Violence (近親者間暴力)
- MHPSS** Mental health and psychosocial support (心理社会的支援)
- MoD** Ministry of Defence (防衛省)
- MSF** Médecins sans Frontières (国境なき医師団)
- NGO** Nongovernmental organization (非政府組織)
- OCHA** United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
(国連人道問題調整事務所)
- PEP** Post-Exposure Prophylaxis (暴露後予防)
- PPE** Personal Protective Equipment (個人防護具)
- PTSD** Post-traumatic stress disorder (心的外傷後ストレス障害)
- QIPs** Quick Impact Projects (軍事機関によって低コスト短期間で行われる事業)

- RC** Resident Coordinator (国連常駐調整官) (訳注) 通常当該国での国連機関のトップ
- R&R** Rest and Recreation (保養休暇)
(訳注) 活動期間中に与えられる休暇 (とる義務がある)
- SGBV** Sexual and Gender-Based Violence (性とジェンダーに基づく暴力)
- SRS** Special Representative of the Secretary-General (国連事務総長特別代表)
- SSAFE** Safe And Secure Approaches In Field Environments Training
(フィールド環境における安全管理研修)
- STIs** Sexually Transmitted Infections (性感染症)
- TSP** Trauma Stabilization Point (外傷安定化)
- UN** United Nations (国際連合)
- UN-CMCoord** UN Humanitarian Civil-Military Coordination
(国連人道支援民軍調整)
- UNHCR** United Nations High Commissioner for Refugees
(国連難民高等弁務官事務所)
- UNSC** UN Security Council (国連安全保障理事会)
- WASH** Water, Sanitation and Hygiene (水/衛生)
- WHO** World Health Organization (世界保健機関)

iv. 図表と凡例

表 1. レッドブックの構造	1
表 2. 傷病者に対する人道的介入	7
表 3. ブルックとレッドブックの内容：類似点と相違点	13
表 4. 医療チームの分類	15
表 5. 国際人道法、人権および医療倫理の法と適用	24
表 6. 医療活動における原則	31
表 7. 標章の使用：保護と表示の違い	39
表 8. チェックリスト：国内および国際チームのための、国際人道法と原則	45
表 9. 原則に従わなかった場合の結果	51
表 10. 脅威の分類	66
表 11. 患者の安全に関する考慮	72
表 12. 医療チームの分類と留意事項	106
表 13. SGBV 治療ガイドライン	121
表 14. ブルックとレッドブックの内容における主要な医療サービスのニーズの相違	134
表 15. TSP に到着した外傷患者への初期蘇生	143
表 16. 第一対応者のガイドライン	144
表 17. 臨床的な考慮事項と回答	152
表 18. 活動中のブルックとレッドブックにおける考慮事項	161
図 1 紛争における医療チームのマッピング	40
図 2 安全なアクセスを可能にする動力	64
図 3 施設用、車両用の「武器持込み禁止」ステッカーの例	68
図 4 分野別クラスターと主導機関	98
図 5 ブルックとレッドブックの医療ニーズの相違	137
例 1. 政治的動乱時の感染症流行におけるコミュニティの関与の重要性	56
例 2. 高度に不安定な状況におけるコレラに関するコミュニティの関与	56
例 3. 過激派の内部紛争下での医療	69
例 4. 医療と武装警護	70
例 5. 犯罪のもとでの医療と移動	70

v. レッドブックの構造

注：各章は、まずその章の目的のリストで始まり、最後にガイダンスの概要が記載されている。

表 1. レッドブックの構造

はじめに レッドブックとは？ レッドブックをどう使うか？	<ul style="list-style-type: none"> ・なぜ、何を、どこで、誰が、いつ、どうやって？ ・認証と分類の要件 ・医療チームとカテゴリー ・ブルーブック、レッドブックの指針の原則 ・制限 ・人道支援の未来
第 1 章 国際人道法（IHL）と、 活動における人道支援のコア原則	<ul style="list-style-type: none"> ・害を及ぼさない！ ・国際人道法と人道支援のコア原則の定義、実運用への適用 ・現実：結果と影響 ・シナリオ ・交渉 ・コミュニティの関与
第 2 章 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ・危険と脅威の特定 ・チームのメンタルヘルスと福祉 ・医療的退避 ・CBRN
第 3 章 調整プラットフォームと様式	<ul style="list-style-type: none"> ・調整の原則と検討事項 ・展開するチームのタイプ ・調整プラットフォームのタイプと手順：国内、国連、クラスター、EMTCC、UN-CMCoord、赤十字、ほか
第 4 章 性とジェンダーに基づく暴力（SGBV） とその保護	<ul style="list-style-type: none"> ・何を知っていなければならないか ・医療対応の構成要素 ・保護、危険の軽減とアドボカシー ・自分自身のケア ・メディア対応
第 5 章 緊急時の治療と理学療法の要点	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急医療と病院前医療（疾病流行を含む） ・診療のレベルごとの臨床ガイド ・看護ケア ・理学療法 ・メンタルヘルスと心理社会的支援
第 6 章 活動におけるトピック	<ul style="list-style-type: none"> ・ロジスティクス、人材、予算、事務管理、計画、引継ぎ、記録の管理、モニタリングと評価
第 7 章 付録/参考文献	<ul style="list-style-type: none"> ・武力紛争対応の派遣チェックリスト ・展開の概要のガイドライン ・ジェンダーに基づく暴力への対応に必要な機器と医薬品その他診療に必要な資材 ・レイプ後の身体所見チェックリスト ・課題とジレンマ ・貢献者 ・参考文献

vi. ブルーブックとレッドブックに関する重要な注意事項

「ブルーブック」(2) は当初、「突発災害における外国の医療チーム (FMT) の分類と最低基準」として発行され、災害や感染症のアウトブレイクに対応する国内および国際緊急医療チーム (EMT) の重要な参照テキストとして改訂された。同書は、突発災害やその他の緊急事態に対応する際に EMT が満たすべき指針、コアおよび技術基準を規定している (3)。分類と認証の現在のプロセスでは、4つの主なタイプの医療チーム (タイプ1巡回型、タイプ1固定型、タイプ2、タイプ3)、および多数の専門診療チームが定義されている (ブルーブック参照)。一方レッドブックは、武力紛争やその他の安全の確保が困難な環境での緊急事態への準備または対応に関与する EMT の追加要件を紹介している (付録1を参照)。これら2つのテキストは、ブルーブックに掲載されている基本的な要件と、本書に記載されている武力紛争およびその他の安全確保が困難な環境での追加要件を併せた一続きのものである。

後述のチームのタイプは医療の能力を指し、チームのカテゴリーはチームの所属や組織を指す。(セクションBを参照)

EMT (4) は、緊急事態や災害の影響を受けた患者を治療する医師、看護師、救急救命士、活動を支援する要員やロジスティクスなどの医療専門家のグループとして定義されている。これらは、政府、援助団体/非政府組織 (NGO)、軍、民間防衛、国際赤十字・赤新月運動や国境なき医師団 (MSF) などの国際人道ネットワーク、国連と契約している団体や民間団体などからなる。これらは、EMT 機構とそのパートナーによって合意された最低基準を満たし、すでに被害を受けている被災国のシステムに負担をかけないよう、充分訓練された自己完結での活動を展開する。

本レッドブックが提供する指針は、武力紛争やその他の安全確保が困難な環境に展開する医療チームを対象としており、技術的な内容は、WHO によって分類、認証された EMT にも、その他の医療チームにも適応することができる。(表4「医療チームの分類」参照)

vii. レッドブックの使い方

レッドブックは、以下のブルーブックから拡張された指針を提供する。

1. 活動における国際人道法と基本的な人道主義の原則
2. 安全管理
3. 調整プラットフォーム
4. 性およびジェンダーに基づく暴力と保護
5. 必須の緊急医療とリハビリテーション
6. 活動における選択されたトピック

ブルーブックとレッドブックはいずれも無料で提供され、武力紛争やその他の安全確保が困難な環境での医療上の緊急事態に対応する EMT が、両方を併せて使用するようにならされている。ブルーブックに記載されている分類基準とプロセスは、本書では紛争下での内容に対応するために、一部はそのまま継承され、一部は拡張されている（付録 1 を参照）。したがって両方の書籍は独立したものではなく、相互に関連しており、補完的なものとして読む必要がある。

上述のように、本書はブルーブックと組み合わせて使用するようにならされており、実用的な指針、アドバイス、および推奨事項を提供する。チームとチームリーダーは、常に自分自身、現場、および被災者の安全を確保するよう行動する必要がある (5)。チームメンバーの死亡や負傷につながる紛争下において不必要なリスクを冒すことは、必要とする負傷者や疾患を持った患者の治療ができなくなるだけでなく、他のチームの撤退をもたらし、それによって全体の活動を著しく損なう危険がある。チームが単体で活動することはなく、1つのチームの行動は、よかれ悪しかれ他のチームや支援活動全体に影響を与えうる。



A. なぜ、何を、どこで、誰が、いつ、どのように？

本書のほとんどの章は、世界保健機関（WHO）、他の国連機関/団体³、国境なき医師団、赤十字国際委員会、NGO⁴、他の機関/組織、およびスフィアなどの世界中の医療人道支援団体が発行した、すでに存在するガイドラインやマニュアル、推奨を参照、抜粋して記載している。これらの参考文献は網羅的なものではないが、医療チームが原則に則り、患者中心の人道的な判断を下すのに役立つ。

1.なぜ？

武力紛争やその他の安全確保が困難な状況に巻き込まれた人々に対する医療は、彼らの救命と、苦痛緩和に貢献する。これは、被災者の最も差し迫った優先度の高いニーズの1つであり、当局や被災した地域社会によって最初に要請され、始動するタイプの支援であることがよくある。武力紛争やその他の安全確保が困難な環境で活動する医療チームは、しばしば彼らの安全に対する深刻な脅威、患者のアクセスの困難、時には当該コミュニティや紛争当事者による受け入れが充分ではない事態に直面する。このような困難は増大しがちで (6)、このような環境において活動を継続するためには、すべての関係機関との連携と信頼を確立することが重要になってくる。この信頼というのは、すべての関係機関が、医療チームが中立、公平、独立した存在であると認識し、特に軍事的、政治的、または経済的利益を達成するためにいずれの当事者をも支援していない（または支援していると認識されていない）場合に最も得られやすい。より最前線に近い場所で展開する医療チームは、スタッフと患者の両方が適切に準備し、あるいは彼らが状況を完全に理解していないと、深刻な事態に陥る。医療活動は、医療チーム自身の意図に関係なく、その行為や行動によって容易に妨げられたり、危うくなる。

人道的要請による活動と速やかな医療の提供に支持される本書は、武力紛争やその他の安全確保が困難な環境において、国連、国家、紛争当事者が持続的な平和的解決策の模索を目的とした外交努力を行うと同時に、チームの安全とアクセスを導き、強化するための重要な枠組みを提供する。

³ 例) 国連安保理決議 2286；武力紛争のすべての当事者が国際人道法に完全に準拠し、医療従事者と人道支援関係者を保護することを求める

⁴ ここでの「NGO」という用語には、市民社会組織（CSO）、および民間の自主グループ（PVO）も含む。

2.何を？

本書では、医療を提供する際に医療チームが、国際人道法を遵守しつつ、人道主義の原則と「人道的空間⁵」の中での倫理的な行動を尊重することにより、彼らの安全、アクセス、受け入れと患者保護を支援するための、原則とエビデンスに基づいた実践的な枠組みについて詳述する。

本書には、武力紛争における原則に基づく安全な医療は、(野戦病院または医療施設の境界を越えた)活動全体を全方向からみた認識が必要であるという観点から、主要な分野に関する実践的な指針を含めている。また、武力紛争、不安定な状況、暴力に対するチームの準備と対応を支援するための課題とチェックリストをつけてある。

患者中心の医療に関する第4章と第5章は、外傷、非外傷疾患の治療、感染症管理、感染症アウトブレイク対応の支援、熱傷管理、緊急の母子医療、理学療法、性とジェンダーに基づく暴力(SGBV)などの外傷や疾患を扱う。

3.どこで？

紛争やその他の安全確保が困難な環境をどのような法的分類で定義するかにかかわらず、患者、施設、および医療チームへの影響には多くの共通の側面があり、推奨される予防措置と行動を順守する必要がある。

「国際人道法が暴力的な状況に適用されるためには、その状況は武力紛争の性格でなければならない。国際的および非国際的な武力紛争には異なる規則が適用されるため、紛争の性質を特定することも重要である。国際紛争には4つのジュネーブ条約全体と追加議定書が適用され(7)、非国際的な武力紛争にはジュネーブ条約共通3条と追加議定書IIが(加盟国に)適用される。」(8)。さらに、慣習的な国際人道法には、あらゆる種類の武力紛争に適用される医療へのアクセスと医療の提供に関連する共通の規則がある(9)。国際人道法の下では、公平な人道支援団体は、武力紛争の犠牲者を保護するため、国家および非国家の当事者と協力することを含む、人道活動を行う権利を有する。たとえば当事者が非国家主体の場合、「Deed of Commitments」(10、11)と呼ばれるジュネーブコール⁶の正式で一方向的な宣言が利用される。

⁵ 人道的空間とは、人道機関が人道的な原則に従ってサービスを提供するために必要な、物理的に保護された、または象徴的な空間を指す。

⁶ 武力紛争の状況において、ジュネーブコールは、中立、公平かつ独立した国際人道組織として、民間人の保護を改善するために、武装した非国家主体(ANSA)による人道的規範と原則の尊重を強化するよう努めている。

ブルーブックのコア基準と指針は、広く武力紛争やその他の安全確保が困難な環境で発生する医療上の緊急事態に対応する EMT にも適用することができる。ただし EMT は常に、特定の活動を支える、はるかに広い対応と管理、あるいは調整機構の連携の中でサービスを提供するため、より広範囲の背景とニーズを認識している必要がある。表 2 (12) は、背景分析、ニーズ評価、リスク、および対処すべき一連の主要な課題解決のツールとして役立つであろう。

表 2. WAR SURGERY (ICRC) (12) より：傷病者に対する人道的介入

	最もよい	厳しい	最悪
場所	先進国都市部	低所得の遠隔地域	大きく破壊された途上国
原因の持続期間	単発、単独の発生 (例:テロ)	散発的な衝突が持続 (例:ゲリラによる戦闘行為)	戦闘や爆撃が持続
犠牲者	一様でない少数の人数 (都市人口と比較して)	断続的に発生、時に多数の犠牲者	持続的だが予測不能、時に多数の犠牲者
インフラ (道路、救急車、医療機関)	損害なく正常に機能	脆弱もしくは不安定 (例:少数の状態のよい道路、限定的な数の救急車など)	重度の損壊、あるいは機能不全 (道路損壊やがれき、略奪された病院など)
通信	良好	脆弱から中等度	ないか、脆弱
人員	適正 (人数と技術)	不安定	最低限の人数またはなし
資機材と供給	適正 (質と量)	不安定で不適切	不安定な供給またはまったくない
環境	良好 (日中で天候良)	厳しい環境	荒涼 (夜間、寒冷、灼熱など)
避難	安全で近い	可能だが遠く、避難困難	避難先が不明確もしくは不明
後送先	把握しており搬送可能	把握しているが状況によって変わる可能性あり	不明または存在しない
チームの安全管理	ルーチンのリスク管理の手段が必要	ルーチンの手段への適応に加えて個別の手段が必要	チームの安全に関する目立ち度をかなりの部分変更し、あるいは活動を別の方法で行うことが必要

4. 誰が？

EMT や一般的な医療チームはそれぞれ異なる所属を持ち、それらに応じてレッドブックで分類される。これらには、すでに分類、認証された国内および国際 EMT、政府組織、非政府組織（NGO）、市民社会グループ、国連契約団体、民間営利団体、赤十字・赤新月社、民間の任意団体および軍のチームが含まれる。武力紛争やその他の安全確保が困難な環境に展開するすべてのチームは、派遣前、活動中、撤収後に本書が役立つが、WHO がサポートする EMT メカニズムの元で、すべてのチームが展開できるわけではない。ブルーブックとレッドブックの背景と類似点、および相違点については、表 3 を参照のこと。

赤十字国際委員会（ICRC）の医療従事者の定義には、病院、診療所、救急ポスト、救急車など医療分野で働くすべての人々が含まれる。これらには医療施設、救急車、または単独で働いているかどうかにかかわらず医療従事者のすべて、傷病者およびその介護者を含む、医療施設の敷地内にいるすべての人、ボランティアを含む、医療の提供に関与する赤十字・赤新月社のスタッフ、医療を提供する NGO、軍の医療施設とその職員がある（13）。

また、彼らの組織の本部と、現場レベルの担当者（管理、医療、管理、通信、ロジスティクス、技術、サポートの各チーム）も含まれる。

5. いつ？

派遣前、活動中、撤収後において本指針は、原則に沿って調整された安全で良質の医療ミッションを達成するために必要な方針、計画、およびプロセスを提供する。ガイダンスノート、チェックリスト、およびコア基準は、戦略と活動の管理、方針の決定者、本社、およびチームの対応と撤収を含む現場オフィスなど、活動組織全体に適用されることを目的としている。

活動に従事するためには、確立されたメカニズム、特に国連のヘルスクラスターと国際赤十字・赤新月運動を通じた調整が必要である。

6. どうやって？

本書の内容は、一連の推奨事項、ガイダンスノート、技術、およびコア標準として提示されている。これらは複数の機関/国の専門家によって共同執筆され、NGO、政府、軍、国連機関、ICRC、国境なき医師団、人道援助市民保護総局（DGECHO）や米国外国災害援助局（OFDA）、学術機関などの幅広い代表的な分野の利害関係者を代表する実務者/団体によって支持されている。

7. 武力紛争その他安全を確保できない環境でのチーム分類

EMT に分類、認証されるためにブルーブックで示されている手順は、厳格な事前確認、検証、その後分類という構成になっている。ただし武力紛争やその他の安全確保が困難な環境で医療チームや被災者が直面するさらなる脅威には、レッドブックに詳述されているように、準備にさらなるステップが必要となる。

武力紛争への対応への準備、展開、および活動からの復帰に伴う努力とプロセスのレベルは複雑かつ過酷で、細部にいたる注意深さと、複数の内的小および外的要因の認識が必要である。

紛争やその他の安全確保が困難な環境というのは、当然のことながら動的かつ予測不可能で複雑であり、多くの場合、現場や地域および国際的に多くの利害関係者がおり、さまざまな関心や意図を持っている。

このような状況でうまく機能するためには、活動の性質と力学を全方向から深く認識する必要がある。適切に準備されたチームというのは、変化していく紛争特有の性質に適応するための基礎をなす確実な訓練と、安全に患者に診療を提供するためのベストの方法の両方を持っているなければならない。

付録 1 はブルーブックにおける確認と分類の要件を拡張したチェックリストである。武力紛争に対応する準備と能力があることを宣言したいチームは、リストに挙げたポイントを確実に満たしていなければならない。本書のチェックリストは単独で使用する独立したものではなく、ブルーブックの現在の認証と分類プロセスを土台としたものである。

B. WHO の役割と機能

世界保健機関（WHO）は、スイスのジュネーブに本部を置く国連の専門機関のひとつで、国際保健に関する監督および調整を行っている。WHO は健康に関する研究課題の形成、健康の概念と基準の設定、エビデンスに基づく政策オプションの明確化、各国への技術的支援、健康の傾向のモニタリングおよび評価など、世界規模での環境保健問題におけるリーダーシップを担っている。

WHO は、6つの地域および150を超えるオフィスを通じて194の加盟国と協力して活動している。人種、宗教、政治的信条、経済的または社会的状況に関係なく、すべての人々が最高水準の健康を享受すべきであるという原則は、当時新しい国連システムの中で国際保健の主導機関として設立されて以来、過去70年間のWHOの活動の柱となっている。

WHO とそのチームは、各国保健省の支援、調整、アウトブレイクの警告と対応(14)、技術的な支援とアドバイス、物資の提供と提供者の動員、ヘルスクラスターの主管(第3章参照)、およびEMT調整機構(EMTCC)の主導など、運用上の対応において複数の役割を果たしている。人道的対応において重大なギャップがある場合、WHOはクラスターの主管として、関連するすべての人道的パートナーにそれらのニーズに対処するよう呼びかける責任がある。これができない場合、緊急性と緊急事態の種類によっては、WHO自身がヘルスクラスターの主管として、「最後の手段」として、このギャップを埋めることを約束しなければならない場合もある。

国際人道法は、武力紛争下で、紛争当事者に傷病者へ医療を提供することを要求しており、彼らにその意思がないか、もしくはできない場合は、紛争当事者は他のチームによる医療支援に対して、安全で確実なアクセスを確保しなければならない(第2章で詳述)。

WHOには、武力紛争における外傷治療の提供にWHOがいつどのように関与するかを概説し、WHOと、政府、軍、非政府組織(NGO)、市民団体、民間企業や国連などの関係者の役割と責任を明記した内部運用ガイドがある。この文書は、紛争当事者に、国際人道法の下での義務と、国家当局、赤十字国際委員会、国境なき医師団、およびその他の人道支援関係者との話し合いの必要性を認識させる。

紛争における基本的な外傷治療に関する WHO のガイドラインには以下のような項目がある。

「WHO は、赤十字国際委員会 (ICRC)、その他の人道支援機関、および関係者と、その能力と責任について協議する。」

「傷病者⁷に必要なケアを提供する組織がなく、WHO が満たされていないニーズがあることを確認した場合、WHO は関連するサービスの提供を委任される。」

「WHO が支援または契約しているすべてのチームは、原則に基づく人道的な方法で活動することに同意し、専門家としての基準と倫理原則を遵守し、質の高い医療を提供し、国家当局および調整機関と調整しなければならない。」

さらに、スフィアハンドブック「人道憲章およびアプローチにおける人道的対応の最低基準」(15)と同様、レッドブックは次の誓約を行う。

「ブルーブックのコア基準と最低基準を順守することにより、災害や紛争の影響を受けた人々が、適切な水、衛生、食料と栄養、住居を含む、少なくとも尊厳と安全が伴った生活の最低要件が満たされるよう、あらゆる努力を払うことを約束する。この目的のために、私たちは国家およびその他の当事者が被災者に対する道徳的および法的義務を果たすことを主張し続ける」(16)。

⁷ 軍民を問わず、外傷、疾病、その他の身体的または精神的障害または障害のために医療支援や治療を必要とし、戦闘行為をしない人として定義される。

I. 導入とガイダンスの原則

タイプやカテゴリー、所属に関係なく、武力紛争やその他の安全確保が困難な環境下で活動する医療チームは、多くの場合一連の治療全体において安全が担保されず、過酷で資源が限られた環境で、救命や苦痛の軽減、脆弱な人々の保護、戦争や暴力の影響の軽減など、患者中心の（17）使命を果たすことが期待されている。

したがって、チームは被災者集団に到達できなければならず、それはすなわち被災者集団自身と、紛争当事者双方による受け入れを要する。この「受け入れ」は、ある程度の信頼関係に基づくもので、同時にチームの安全の確保にもつながるものである。

チームは、その活動が人道主義の原則を尊重し、診療基準を満たし、国際人道法の下で倫理的な行動をすることを保証することに、細心の注意を払わなければならない。よかれ悪しかれ、その結果はチームの活動期間をはるかに超えて現地に影響を与える可能性がある。医療チームの行動を、一般市民、当局および武装グループがどのように認識しているかは非常に重要である。したがってチームは、人道的使命を可能にし、これらを必要としているすべての人々からの信頼と彼らへのアクセスを得るような行動やふるまい、およびコミュニケーションをしなければならない。（携帯電話、カメラ、ドローンなどでの）写真撮影、紛争当事者との非公式な交流、軍隊風の服装、国/宗教のシンボルの表示、SNS やメディアでの意見表明、あるいは武装グループとの緊密な活動など、一見無害な行為が、チームと患者に意図しない深刻な結果をもたらすことがある。実際これらによって活動全体が危険にさらされることがあり、（人や組織の）悪影響や評判の低下はその後何年も続き、その後の医療活動に影響を与える。

A. ブルックとレッドブックの指針の原則

ブルックとレッドブックの内容と指針の原則

表 3. ブルックとレッドブックの内容：類似点と相違点

ブルック 専門診療チームを含むすべてのタイプの EMT は、チームと個人の活動を管理するこれらの原則を遵守しなければならない。 チームは、既存の医療施設の支援、あるいは独立した施設を設置する。	レッドブック 専門診療チームを含むすべてのタイプの EMT は、チームと個人の活動を管理するこれらの原則を遵守しなければならない。 チームは、既存の施設を引き継いだり、独立した施設を設置したり、既存の民間の建物内に展開したり共存したりする。最前線からの距離はその時々によって異なる。 注：一部の政府および軍の医療チームは、軍事作戦に組み込まれるなど展開の性質上、いくつかの原則を適用する際に制限に直面するため、EMT メカニズムの下で展開できない。(第 1 章参照)
対応する状況 武力紛争や安全面で不安のない主権国家における、緩徐に、または突発する自然災害、感染症アウトブレイク、産業/工業事故、難民および国内避難民 (IDP) で、現地の対応力をはるかに超えるもの。	対応する状況 (12) 多国間であろうと国内であろうと、武力紛争やその他の長引く緊急事態、武力による反乱、内乱、その他の極度の暴力と安全の悪化の状況。上記の状況における難民、国内避難民、自然災害、および感染症アウトブレイクも同様にレッドブックの範疇となる。
1. 質の高い医療：EMT は、安全でタイムリーで、効果的、効率的で、公平な、人中心の医療を提供する。	ブルックと同様の原則が適用される。武力紛争における特定の病態は、これに適応するトレーニングと、ダメージコントロールアプローチを含めた治療プロトコルを必要とする。

2. 適切な対応：EMTは、被災国における緊急事案の状況と種類に応じて、「ニーズに基づく」対応を提供する。

人道と公平性に基づいて、ブルーブックと同様の原則が適用される⁸。チームは救命のニーズを優先することに注力する。被災者が医療チームにアクセスできることが前提で、その逆も同様である。注：これは軍と政府のチームには当てはまらない場合があるが、いずれも被災住民に受け入れられ、安全に到達できるエリアに対しては同じ原則を適用できる。

3. アクセス可能な治療の提供：EMTは人権を尊重したアプローチを行い、被災人口のあらゆる集団、特に脆弱な人々や保護を必要とする人々が確実にアクセスできるよう活動する。

差別をすることなく必要なすべての人々へのアクセスを確保、維持し、チームと患者の受け入れと安全を管理するとともに、国際人道法とコア原則に基づいた実践的な人道的アプローチが求められる。

4. 倫理的ケア：EMTは、常に医療倫理に基づいた方法で患者を治療することを保証する。

ブルーブックと同様の原則が適用される。戦争や現場の混乱は、倫理と「害を及ぼさない」という医学的原則が守れない言い訳にはならない。(1.1を参照)

5. 説明責任：EMTは、支援する患者とコミュニティ、受入国政府と保健省、および彼ら自身の組織とドナーに対して説明責任を負うことを保証する。

患者への説明責任は常にあるが、当局への説明責任は状況によって様々で、特別な考慮が必要である。チームは中立の原則を維持しなければならず、中立ではない行動を通じて紛争の当事者であると認識されることを回避する必要がある。

注：軍と政府のチームは、自国政府の指示と影響に拘束されるため、すべてが中立と見なされるわけではない(1.2.2を参照)。

6. 協調的対応：EMTは、被災国の保健当局の災害対策本部、または同等の事案管理システムの下で協調的対応を約束し、国の保健システムと他のEMT、関連する国際人道支援機関らと協力する。

紛争のあらゆる側面における主要な利害関係者と支援者との調整は必要だが、中立と独立の原則を維持しなければならない。チームは、政府/軍/国連の調整プラットフォームに関連している場合、紛争当事者と認識されることを回避する必要がある。

注：人道機関として指定されない軍、政府、および一部の国連平和維持活動または国連契約チームなどを除く。

⁸ 国籍、人種、宗教、階級、政治的信条によって差別することなく、彼らのニーズのみに基づいて個人の苦痛を緩和し、最も緊急を要する苦痛を優先するよう努める。

B. 医療チームの分類

表 4. 医療チームの分類

チームの分類	ブルーブック 突発災害、緊急事案、感染症ア ウトブレイク	レッドブック 紛争、その他安全確保が困難な 状況での緊急医療事案
1. EMT 民間機関の分類 ⁹ 1.a 民間の国内 NGO 1.b 民間の国際 NGO	保健省は、診療へのアクセスと許可を与える。 EMT 分類によるタイプ 1、2、3 または専門診療チーム。(ブルーブックと相互参照)	紛争当事者または当局を介した交渉によるアクセスと許可。 EMT 分類によるタイプ 1、2、3 または専門診療チーム。
2. 政府系 EMT 2.a 保健省 (分類は適用されない) 2.b 国際機関	さまざまな国連機関と契約しているチームもある。 全国的に活動している保健省および国防省のチームには、分類は適用されない。	追加の分類要件を満たす必要がある。(付録 1 参照) EMT 分類は、全国的に活動している保健省および国防省のチームには適用されない。
3. 民間企業の EMT		
4. 民間の医療チーム 国内/国際	EMT 基準が適用。 任務と能力はさまざま。 保健省が許可しない場合あり。	EMT 基準が適用。 紛争当事者または当局を介した交渉によるアクセスと許可。
5. 赤十字・赤新月社の医療チーム 6.a 各国赤十字・赤新月社 6.b 国際赤十字赤新月社連盟 (IFRC) (自然災害) 6.c 赤十字国際委員会 (ICRC) (紛争)	IFRC による基準 (EMT に準拠した基準) とプロセスを介して分類 IFRC の支援を受けた被災国赤十字社が調整の主管となる。 追加の基準が適用。	赤十字の基準とプロセスを介して分類 追加の基準が適用。 ICRC が、国際的な対応の調整の主管となる。
7. 民間企業の医療チーム	EMT 基準が適用。 保健省が許可しない場合あり。 任務と能力はさまざま。 さまざまな国連機関と契約しているチームがある。	EMT 基準が適用。 契約の背景が問題になる場合がある。 さまざまな国連機関と契約しているチームがある。
8. 軍の医療チーム 国内/国際	国防省/保健省による二国間展開 基準が適用される。 任務と能力はさまざま。	国家から国家、または軍から軍への要請による (WHO によってサポートされている EMT メカニズムの下ではない)。 追加の基準および義務が適用される場合がある。

⁹ 分類されたチームには、現在登録に向けての認証プロセスにあるチームを含む。

C. 制限

武力紛争やその他の緊急事態の状況での医療活動は、その状況に特有のものであり、現場における現実を絶え間なく分析し、それに適応していくことが必要である。したがって1つの規範的な方法を示すことはできない。

人道支援は多くの場合、次のことによって毀損する。

1. チームと当該国による最善の努力にもかかわらず、戦闘行為における国際人道法の軽視という世界的な傾向は、医療チームの受け入れ、患者へのアクセス、および安全に影響を及ぼす。
2. 国内および国際的な医療チームには、独立した、公平で中立的な支援を提供する自由や空間がないことがある。場合によっては「過激派」や「急進派」グループへの支援と認識され、その活動が犯罪と見なされることさえある。
3. 一部の人々、当局や組織は、依然として国際人道法および中核的な人道主義の原則を「外部の」あるいは「よそから来た」ものとして認めていない。
4. 一部の国家および非国家機関は、特定の軍事的/政治的/経済的目的の達成を支援するために、公然と、あるいは秘密裏に医療任務を利用することがある。
5. チームのメンバーに要求される注意義務¹⁰は、地元の人々を雇用して活動を行っている場合、例えば、国外退避、保険、あるいは武装グループや内紛からの保護などを提供することが難しい場合がある。
6. 寄付者や組織の意図に基づいて展開する組織は、現場での原則的かつ倫理的な行動とニーズに基づく優先順位と自らの動機が、異なる、または相反する事態に直面する場合がある。
7. 現場には、異なる診療基準や質、資源、義務と活動の定義を持つ様々な医療チームがいる。

¹⁰ 注意義務：注意義務の法的概念は、組織が「従業員に対して責任を負う」ことを前提としており、予測可能な職場の危険を軽減するための実践的な措置を講じる必要がある。これは、従業員が海外で働くときも同様に追加の措置が必要である。

D. レッドブックが関与しないこと

本書の内容は、国家および非国家武装集団、友好国、国連が交渉に参加し、戦闘行為を終わらせる、または一時停戦を促すための外交的解決策を模索するという重大な責務に関与していない。

また、国際法および国内法の下で武力紛争と戦時国際法の犠牲者に対する義務の対立を当事者に注意喚起し、合意を促し、戦闘行為をやめさせ、当事者と個人に両方の義務に対する責任を負わせるための外交やアドボカシーの責を負うものでもない。人道援助は、永続的な平和協定の代わりにはなり得ない。



II. 人道支援の未来

実際の現場の、非常にダイナミックで脆弱で常に変化する性質と、それらが人道支援活動に及ぼす影響を考えると、医療チームは定期的に周りの環境を確認し、変化を予測しなければならない。チームは計画、方針、システム、個人のプロフィールやアプローチを学び、目的にかなうよう適応させる必要がある。今日決めたことは、すでに未来を形成していると言ってよい。スタッフの採用、設備、技術、方針、戦略的優先事項に関連する決定は、今後5年から10年にわたって影響を及ぼす。

将来の人道支援に関する見通しについては、これまでにすでに多くのことが書かれている(19-21)。本書は、必要に応じて、刻々と変化していく戦争の性質や医療技術の進化、紛争下において提供する医療基準の変化、および地政学的な力学などを鑑み、医療チームが考慮すべき事項を記載している。今日の世界的な現象は、政治的世界秩序の断片化、貿易戦争、サイバー攻撃、援助の政治化、以前に受け入れられていたグローバルな価値観や規範の毀損、長く確立されている条約の遵守の欠如などに現れている。このような複雑さに適応し、困窮している人々にアクセスするために、医療チームは強化された警戒態勢、より強力なパートナーシップ、より多くの協調と相互に依存して活動する計画を必要としている。

これらの傾向はまた、チームと組織のリーダーシップが、より機敏で柔軟性、適応性に富み、複雑で動的で、しばしば混乱する活動環境に対処するための原則を持っていることを必要とする。強調すべきは、良好なコミュニケーションと交渉能力、謙虚さ、有意義なコミュニティの関与(22)と受け入れを通じて示される「ソフトスキル」が、現在および将来の活動にとってますます重要になっていることである。

以下の記載はすべてを網羅しているわけではないが、継続的にみられ、人道支援活動に正と負の影響を与える重要な課題を示している。

第一に、戦争はますます非対称的になり、その傾向には包囲戦術、都市部での市街戦(23)、代理戦争、テロ対策、サイバー攻撃、より高度な兵器(およびそれによる複雑な外傷パターン)、自律兵器、医療施設および医療職への攻撃、CBRN攻撃の可能性の増大、および戦術としてのレイプがある。歴史的事実が示唆するように、今後予想される傾向は、ドローン、デジタル技術、通信、レーザー、宇宙、人工知能などの多くの新技術(24)の継続的な兵器化である。支援を必要としている被災者に、安全かつ迅速に到達するための衝突回避の通知を使用した民軍調整のガイドラインとマ

ニュアル (25) ^{11,12}は随時改定が続けられている。しかしながら重要なことは、安全確保に関して絶対的な保証というものはないということである。

第二に、上述した事柄は、急速な都市化と異常気象と相まって、疾病の発生の増加、移住/移動の増加、より複雑な人道的ニーズ、および関係者と支援者の数の増加を生み出し続けている (26)。

第三のトレンドは、デジタルデバイス、通信技術、輸送、遠隔医療、携帯機器、オンライントレーニング、ドローンの使用、3D 印刷 (27、28)、および小型で丈夫な現場で使える医療機器に与える新しい医療技術と診断の影響である。ただしこれらのいくつかは、ハッキング、機密性と患者データの侵害、および医療従事者が標的となるリスクも伴う。

我々は、世界的なデジタル化に、以下のような正と負の影響があることを目の当たりにしている。情報へのアクセス、機密性、ニュースやフェイクニュースの拡散、民主的プロセスに対する脅威と作為的操作、社会の二極化、難民/国内避難民のデジタル証明の重要性と台頭、電子マネー送金、医療技術と医薬品の急速な進歩と普及、そして昔から存在する機関や当局への信頼の低下である。

国の機関や政府は、権限を地方に移し、地方自治体が主導して援助の受け入れや拒否をする能力を伸ばすよう努力している。非常に脆弱なサブグループ (30) を含む被災者 (29) への説明責任を保証する政策と実践が、多くの国際的な議論と関与を押し進めている。

近年の報告によると (31)、予測される人道上のニーズとギャップの増加の度合いを考えると、「急激なニーズの増加に対応する能力が不可欠である。人道支援団体が直面する厳しいアクセスの制限にもかかわらず、緊急対応能力の1つである「緊急措置」は、すべての救命分野をカバーし、深刻な危機において確実に信頼を提供する能力と、知識と準備、展開能力のある必要最低限の数の組織を確保することである」

¹¹ 衝突回避 (軍事用語): 人道機関と軍事機関の目的の対立を防止または解決し、人道支援の障害を取り除き、人道支援要員の潜在的な危険を回避するための、人道機関による軍事機関との情報交換および助言。これには、軍事行動の停止、戦闘行為の一時停止、または停戦などの交渉、医療施設の位置情報の通知、または援助提供のための人道回廊などがある。

¹² 一般的な解決策としての「紛争の解消」は、次のような特定の課題を伴う。1) 「紛争の解消」に貢献するという自らの義務を果たすため、紛争当事者が責務を人道支援者に移して「扮装の解消」に貢献しようとする。2) 「紛争が解消」された人やものだけが国際人道法に守られるのではないにもかかわらず、「紛争が解消」された人やものと「解消されない」の人やものとの間に、誤った分割線が引かれてしまう。

近年の研究と再調査は、医療チームが人道主義の原則の適用とその質と有効性において、より良いパフォーマンスを発揮するための重要なニーズを浮き彫りにし、推奨事項を提供している (32)。報告書の著者は、すべての関係者に「その行動、つまり目的と手段を検討し、将来の人道的対応が、それを最も必要としている人々、すなわち戦争犠牲者と避難民に対して、原則に基づき、効果的で、説明責任がある」ことを求めている。

これらをまとめると、予想される将来の懸念と脆弱性に対応するため、医療チームは以下を満たしていることが求められる。

- 注意義務、リスクの許容度、安全管理、採用と人員のプロフィール、一般市民と当局とのコミュニケーション、および活動準備などを取り扱う組織の方針があり、適宜更新されていること。
- 急速に変化する世界にかかわらず、威厳があり、敬意を払い、謙虚で、共感的なアプローチをとる、組織レベルと個人レベルの両方で、対象コミュニティとの関係を築く。
- 患者の治療と保護の両方の義務を、より明確に表現するポリシーがある。
- 技術の進歩を導き、その採用および適応を行うための方針がある (12、33、34)。
- 本部レベルと現場レベルの両方において、他の支援者や被災コミュニティとの相互依存、相互リンク、補完性の向上に向けた、より具体的で意味のある全体の協力と調整アプローチをとる。
- 人材、本部の管理者や活動チームのリーダーとチームメンバーの知識と技術を実践的なトレーニングを通じて強化する運用技術の開発に投資するというポリシーと十分な財源、および学術機関、地域および国際機関との公式な関係を通じた継続的な学習がある。



Midazolam $\Rightarrow 0,1 \text{ mg/kg}$
Tramadol $\Rightarrow 1-2 \text{ mg/kg}$
KCP $\Rightarrow 0,1 \text{ mg/kg/KG}$
Dopamin \Rightarrow
TXA $\Rightarrow 10 \text{ mg/kg/KG}$
Lidocain $\Rightarrow 5 \text{ mg/kg/KG}$ 1x
Pantocland $\Rightarrow 15 \text{ mg/kg/KG}$

第1章

国際人道法(IHL)と、 活動における人道支援のコア原則

国際人道法(IHL)と、 活動における人道支援のコア原則

本章の目的

1. 武力紛争において医療チーム、患者、および活動を支援し保護する、国際人道法と人道主義のコア原則について理解を深める。
2. セキュリティとアクセスへの影響を含め、人道主義のコア原則への非遵守と、国際人道法への紛争当事者による非遵守に関連する結果と影響についての認識を高める。
3. 本部レベルと現場レベルの両方で、すべての患者を尊重し、尊厳をもって扱う医学的および活動上の決定を行う際の、原則に沿った活動と批判的思考（決定と行動）の能力を高める。
4. 有意義で責任あるコミュニティの関与の重要性とその基本を認識する。
5. チームとリーダーは、最も関連性の高い主要な参考文献とマニュアルを容易に参照することができる。

国際人道法と人道主義に則った活動は、犠牲者へのアクセスを可能にし、人道的な医療支援活動を実現し、これを保護するために不可欠な関係や信用、信頼を築く。

援助を提供するための人道主義の義務は、すべての人々、文化、宗教、つまり人類全体に課せられている。医療チームは、あらゆる状況と背景の中で世界中に診療を提供するが、医療による人道支援の展開を継続するために、より優れた準備と訓練、コミュニケーション、倫理的なジレンマの扱いと、救命に焦点を当てた複雑な意思決定の必要性がますます重要になっている。

本章は法的権限に関する章ではないが、ここで述べる枠組みと指針の概略を理解することは重要である。焦点は、背景の理解、原則に沿った意思決定、自己認識の改善、結果への配慮、および実用的な（独断的ではない）アプローチにある。国際人道法を深く理解するために、読者には、国境なき医師団の **Françoise Boucher-Saulnier** による 2013 年の人道法の実践ガイド (35)、ICRC の国際人道法オンラインデータベース (36)、およびデンマーク赤十字社による国際人道法 (37)、および ICRC デジタルアプリ (38) などを確認することを推奨する。

医療の人道的な展開は、その核心において、普遍的であり続ける。

「武力紛争が国内、国家間、あるいは国境を越えた状況で戦われているかどうかにかかわらず、「戦争は戦争である」という考え方が重要である。人間の苦痛はあらゆる種類の紛争に共通しているため、これは人道的な義務に関して特に当てはまる (23)。

表 5 は、国際人道法と医療倫理が、傷病者のケアをする医療チームに、義務とベストプラクティスとして課す適用範囲と境界を示し、比較している (39)。

表 5. 国際人道法、人権および医療倫理の法と適用

	国際人道法 (IHL)	国際人権法 (IHRL)	医療倫理
適用範囲	<ul style="list-style-type: none"> - 二国以上の間の武力紛争 - 国内武力紛争 	<ul style="list-style-type: none"> - 二国以上の間の武力紛争 - 国内武力紛争 - その他の緊急事案 - 平時 	<ul style="list-style-type: none"> - 二国以上の間の武力紛争 - 国内武力紛争 - その他不安定な状況 - その他の緊急事案 - 平時
受益者	<ul style="list-style-type: none"> - 傷病者 - 医療従事者 	<ul style="list-style-type: none"> - 傷病者 - 医療従事者 	<ul style="list-style-type: none"> - 傷病者 - 医療従事者
法の拘束範囲	<ul style="list-style-type: none"> - 国 - 武装グループ - 個人¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> - 国 	<ul style="list-style-type: none"> - 医療従事者

¹³ 特定の状況では、個々の民間人も国際人道法に直接拘束される場合がある。例えば民間人は傷病者を尊重しなければならない（ジュネーブ第I条約第18条（2）参照）

1.1 第一に害を及ぼさないこと！ (40)

ヒポクラテスの時代から、「Primum non nocere」¹⁴あるいは「まずは害を及ぼさない (first do no harm)」は、優れた医療行為の概念の中心であった。「私は自分の能力と判断によって病人を救うために治療を行い、人を傷つけることや不正な行為は決して行わない。」

この誓約には、優れた医師や医療従事者すべてが、自らの実績のある分野の範囲で診療を行い、患者の安全を確保するために必要な機器と資材を使用するという暗黙の了解がある。しかしながら過去の突発災害や感染症のアウトブレイクへの対応では、この原則が必ずしも重要視されてこなかった。WHO が、質が担保された EMT の迅速な展開と協働によって、その使命である、より多くの命を救い、苦痛を軽減し、長期的な障害を最小限とするようブルーブックの EMT の一連の最低基準 (41) を確立および推進した背景のひとつがこのことであった (42)。「害を及ぼさない」という原則はブルーブックの根本であり、これは主にサービスを受ける患者を対象としているが、活動するチームにも適用される (注意義務は付録 1 を参照)。

武力紛争に対応する際の医療チームのリスクは重大で、完全になくすことはできないが、適切な準備、意識の向上、およびトレーニングによって軽減することはできる。必要な準備やトレーニング、資機材がなく、背景や複雑さ、そして重要なことであるが紛争に対する感受性 (43)¹⁵が低いチームを派遣してはならない。なぜならこのようなチームは、診療する患者と自らのスタッフにとって有害であるだけでなく、活動地域全体における医療への信頼を損なうからである。医療従事者が負傷または死亡した場合、その地域の活動全体が停止する可能性がある。紛争に対する感受性を高めることで、チームとリーダーによる展開をより深く理解することができる。チームは、彼らが活動している状況の背景を理解し、自らの介入とその背景との間の相互作用を理解し、その理解に基づいて行動し、紛争に対する彼らの負の影響を回避し、正の影響を最大化しなければならない (44)。

¹⁴ 「有害ではない」とは別の言い方をすれば、「今の問題を考えると、善よりも害を及ぼすリスクを冒すよりも、何もしないほうがよいかもしれない」ということである。この言葉は医師に、どんな行為であっても起こる可能性のある害を考慮するよう注意喚起させる。これは、明らかに害を及ぼすリスクを伴うが、利益の確実性が低い介入について議論するときに思い起こさせる。

¹⁵ 紛争に関する感受性とは、次の能力を意味する。1. 活動する状況の背景を理解する、2. 介入と背景の間の相互作用を理解する (背景が介入にどのように影響し、介入が背景にどのように影響するか)、3. 負の影響を回避し、正の影響を最大化するために、この相互作用の理解に基づいて活動する。

紛争に巻き込まれた民間人と負傷した戦闘員には、不適切な対応によって悪化する最も複雑な医療ニーズがある。チーム、特にチームリーダーは、現場の力学や強制や脅迫のリスク、社会的団結の欠如、回復力の低下、また犠牲者が直面する災害時とは異なるセーフティネットの欠如などに特に注意を払う必要がある。紛争下では、特に倫理的医療の4原則（自主性の尊重、善意と非悪意、公正）（45、46）を遵守することで、チームが害を及ぼさないだけでなく、可能な限り最善の治療を受ける患者の権利を尊重し、それにより、最も必要とされる時期に最も弱い立場にある人々を公正に扱う。

医療チームのコア基準および技術基準と質の保証の必要性は、災害も紛争も同様である（47）。赤十字運動の創設者であるアンリデュナンが1862年に「ソルフェリーノの思い出」を出版した際に、認識した事実（48）として、見捨てられた負傷者の苦痛と、訓練され経験を積んだ地元ボランティアの必要性について述べている。

武装勢力は、ジュネーブ条約に基づく法的義務を果たすべく、医療能力を強化する必要があることが強調されている（以下参照）が、民間のチームにも対応を求められる、あるいは実際に要求される場合が常にあり、そのような場合、突発する自然災害での経験を越えたレベルの倫理的および物理的リスクにさらされる。

最前線における外傷治療の提供と調整における近年の経験は、EMTの必要性だけでなく、EMTが最前線の近くに配置された場合、あるいは紛争の片側にしかアクセスできない場合に、複雑な倫理的および法的問題が生じる可能性があることを明らかにしている（33）。紛争地帯にいる医療チームや人道支援組織にとって重要なのは、EMTの対応の包括的な方向性として、人道主義と公平性のコア原則を維持し、苦痛がどこにある場合でも、差別なくニーズに厳密に基づき、人道主義の原則と医療倫理（国際人道法にもあるように）が求めるように医療的な緊急性でもって優先順位を決め、同じく人道主義の原則である中立性と独立性を保って対応することである。チームが紛争当事者の戦闘員に非常に近く、純粋に人道主義の目的ではなく、軍と1つのチームとして活動してこれを支援していると外部から見なされ（または認識され）、境界があいまいになるような場合、人道主義の概念自体が脅かされる可能性がある。「緊急事態がより大きく、より複雑になるにしたがって、チームは人道的空間を保護

および強化する必要がある」(49)。

この道徳的、法的に不安定で困難な状況下で活動する際に、国際人道法および人道主義の原則は、EMTを支援し彼らを導く指針となる。EMTは国際人道法の乱用や違反をしないように努めなければならず、そういう方針はチームの立場を強化し、紛争当事者との水面下での協力を通じて、紛争が住民や傷病者に与える苦痛や影響を緩和する。

1.2 国際人道法と人道主義の原則

国際人道法(50)は、武力紛争の影響を制限することを目的とした1949年のジュネーブ条約と、1977年の2つの追加議定書の中核とする一連の規則である。世界中のすべての国家がジュネーブ条約に関係しているが(51)、国家以外の武装勢力も、特にジュネーブ条約の共通第3条、慣習的な国際人道法、かつ、もしも該当する場合は1977年の追加議定書IIにも拘束される。さらにこの追加議定書を含め、国家が国際人道法の締約をしていない場合であっても、慣習的な国際人道法に拘束される。人道主義のコア原則は、「公平な人道組織」の役割に関する国際人道法の認識(共通第3条および第9/9/9/10ジュネーブ条約)に基づくもので、世界中で人道活動を牽引し続けている。しかしながら戦場の現実には、条約への署名と批准が武力紛争中の完全な遵守を意味しないことを示しており、紛争当事者に彼らの義務を認識させる必要がある¹⁶。国際人道法によって禁じられているにもかかわらず、人道活動を行っている病院や医療チームへの攻撃は一般的にみられ、報告されている(52)。

国や組織の所属に関係なく、医療チームはジュネーブ条約の法的枠組み、およびより広範に国際人道法によってその活動が導かれなければならない。(53)

¹⁶ 通常赤十字国際委員会(ICRC)、国連、他の国家やNGO、メディアなどによって啓蒙活動が行われている。

人道主義の原則の中核（人道、公平、中立、独立）（54）は、国連および主要な人道支援団体によって採用された一連の価値観または道徳であり、EMTの原則の一部でもある。これらは共に、複雑な政治的および軍事化された環境下での医療チームにとって実際の活動と関連している。したがって、人道主義の原則を順守し、国際人道法によって活動が裏付けられるということは、人道的支援を政治、軍事、その他の機関の活動や目的と区別する上で重要である。これらの境界線を曖昧にする医療チームによる行動は、医療活動に悪影響を及ぼす。

1.2.1 国際人道法

国際人道法（55-57）は、「戦時国際法」または「武力紛争法」とも呼ばれ、特に武力紛争を管轄する法であることを再度強調しておく。戦争といえどもルールがないわけではなく、ジュネーブ条約などの国際条約を含め、国家は戦争の実施方法に制限を課すことに同意している。国際人道法は、軍事的必要性和人道的規範のバランスをとることにより、戦争の影響を人道的な理由から制限しようとする一連のルールである。この観点から、国際人道法は戦争の手段と方法を制限し、戦闘行為に参加したかどうかにかかわらず、すべての傷病者に公平な人道的および医学的支援が提供されるべく環境を整える。人道法は、戦闘行為に参加していない、あるいはもはや参加していない人々を保護する。この分野で働く医療チームは、チーム、患者、医療施設、および医療に関する輸送、搬送を保護するこれらのルールを充分理解していなければならない。医療職および人道支援を行う人員は、国際人道法に加えて医療倫理に対する最優先の義務を念頭に置きながら、活動を行っている当該国の国内法も遵守しなければならない。

国際人道法には、特に医療関係者（軍民間問わず）に関連するいくつかの条項があり、傷病者に与えられねばならない支援と保護も提供している。国際人道法は、紛争当事者に対して、以下を行わなければならないと述べている。

- ・ 戦闘に従事しなくなった人々を攻撃対象にしない
- ・ 一般市民、および戦闘行為に直接参加した人々を含むすべての傷病者に対する、公平な人道支援を許可する
- ・ 医療または人道支援を提供している人を攻撃対象にしない
- ・ すべての傷病者が医療を受けられ、一般市民が人道支援を受けられるようにする

国際人道法による医療関係者、医療施設、または輸送、搬送の保護は絶対的なものではない。彼らが「敵」に有害行為を行い、紛争当事者に軍事的利益を与える場合、国際人道法による保護を失う可能性がある。ただしそういう場合であっても、事前に警告せずに医療チームや施設への直接攻撃は違法である。医療チームが実際に軍事目的を果たしているという認識が（正しいか間違っているかを問わず）形成されると、医療チームとその治療を受けている患者には安全管理上のリスクが生じることになる。

たとえば、医療施設や医療用の輸送を武器の保管や武装した人員の活動に利用したり、戦闘のための基地として利用しているチームは、国際人道法に対して違反行為を行っていることになる。これらの「敵に有害な」行為には、医療施設を使用して、健全な戦闘員を保護したり、武器や軍需品を保管したり、軍事的な監視所として、あるいは軍事行動の盾として使用したりすることが含まれる。

民間人、およびもはや戦闘に参加できなくなった人、戦闘能力を失った兵士には、保護と医療援助を受ける権利がある。国際人道法には、紛争当事者に課せられた義務が含まれている。紛争当事者の重要な義務の1つは、彼らの管理下にある傷病者に前線での医療援助を提供しなければならないということで、合理的な理由で彼らにそれができない場合は、他からの医療援助が提供できるようにしなければならない。つまり、彼らが困窮している人々への医療援助の提供を中断したり、妨害したりしてはならないということである。次に、紛争当事者は、公平な人道支援団体による人道支援の提供を独断で拒否してはならず、同意したら医療および人道支援の提供を許可および支援しなければならない。

紛争当事者との交渉でこれらの問題を提起し、検問通過など日常的な活動全体を含む彼らの義務を再認識させ、国際人道法を尊重させることは、医療チームにとって重要な活動の一部である (57)。

紛争当事者が、犠牲者に公平な人道的または医療的支援を提供する能力を持たず、人道的ニーズに対処するために外部あるいは人道支援団体、および他の医療サービス提供者からの支援を求める状況が存在するが、これは国際人道法の下で合法である。しかしながら、紛争当事者が能力を持っているにもかかわらず、国際人道法に違反して前線でそのような医療援助を提供しないことを選択した場合、人道支援団体はそのような状況下で支援を提供するかどうかを決めなければならないという難しい立場に置かれる可能性がある。

医療チームは「手段として利用」されないように注意しなければならない、紛争当事者に彼ら自身の義務を果たさねばならないことを強く主張しなければならない。

国際人道法は、医療業務に従事する医療関係者を保護し、紛争当事者からの不当な干渉を受けることなく医療活動を行い、医療倫理に従って独立性と自律性をもって行動できるようにする。言い換えると、医療関係者は医療ニーズのみに基づいて患者を治療しなければならない、どちらか一方の側の治療を強制されたり、優先したりすることはできない。医療関係者は患者の地位や立場にかかわらず医師と患者の間の守秘義務を侵害してはならず、医療倫理に従って行動したことで制裁を受けることはない。

国家間の武力紛争の状況に特有の原則として、国際人道法は紛争の相手方に対して医療の守秘義務を設定する。ただしこれは絶対的な原則ではなく、たとえば伝染病の公表のケースなど、国内法で非開示の例外が規定されている場合がある（非開示による個人の利益を、開示することによる公衆衛生上の利益が上回る場合）。医療関係者は、患者あるいはその家族が不利益を被ると考えられる場合、治療している、あるいは治療した傷病者に関する情報を提供することを強制されない¹⁷。国家間の武力紛争でない場合は、医療の秘匿性は国際紛争と同程度には保護されない可能性があり、それは現場で重大な困難をもたらすことがある。それにもかかわらず人道法は、それが医療倫理を支持し、同法のみが医療の秘匿性の原則を制限することができるという点で、非国際的な武力紛争にも適用される。また、「国内法に従って医療活動に従事する者は、治療をしている、または治療をした傷病者に関する情報の提供を拒否または怠ったことに対して、いかなる形でも罰せられることはない」とされている。

医療関係者は、医療の守秘義務と医療倫理に関する2つの相反する義務を課せられる状況に陥る可能性がある。国際人道法および国際人権法¹⁸の一連の規定により、医療関係者は、純粋に法を遵守することが患者に有害である状況では、医療倫理の方を尊重することができる。

¹⁷ これは、情報を要求する人間が紛争の相手方に属しているか医療者自身の側に属しているかにかかわらず、当該の国内法によって規定されている場合を除き、適用される。唯一の例外は伝染性疾患で、この強制通知に関する規則は遵守する必要がある。

¹⁸ 国際人権法においては、健康に対する権利（第12条 ICESCR）およびプライバシーに対する権利（第17条 ICCPR）が適用される。

1.2.2 人道主義のコア原則

人道支援活動は、抽象的なアイデアからではなく、戦場で生まれた。その原則は、武力紛争における傷病者の医療ニーズへの対応など、具体的で現実実践される場合に効果的である。

人道、公平、中立、独立の原則は、緊急事態に対応するあらゆる組織の活動原則として人道支援の世界に根付いている。すべての医療チームは、政府や公的機関からの独立性のレベルに関係なく、人道的かつ公平な支援を提供しなければならない。軍および政府の医療チームは、患者への義務はともかく、2番目に重視するのが彼らが所属する政府の利益であるので、これらのチームは当然ながら中立で独立したものとは見なされていない。これは、安定した環境での自然災害の状況では問題にならないが、これらのチームが武力紛争の状況での人道的対応に関与することは、全体的な人道支援の原則の認識を毀損する可能性がある。

表 6. 医療活動における原則

原則	医療活動
<p>人道とは、どのような苦痛であっても、それを防ぎ、軽減しようと努力する人々の重要な後ろ盾である。その目的は、生命と健康を守り、すべての人を尊重することであり、これはすべての人々の中の相互理解、友情、協力、そして永続的な平和を促進する。人道支援はしばしば、食糧、避難所、水、医療支援、電力/エネルギー、衛生設備などの、市民の生存に不可欠な支援と呼ばれる。</p> <p>公平とは、支援と優先順位が、ニーズによってのみ決められ、人種、宗教、国籍、性別、年齢、障害、または階級で差別されないことを意味する。公平な医療とは、最も緊急性を要する症例を最優先とする支援の提供である。</p>	<p>救命を行う支援を提供し、害を及ぼさない</p> <p>支援が必要な人々にできるだけ早く到達することに努力を集中し、可能な限りの支援を提供する</p> <p>アクセスの可否が決定的に重要である</p> <p>医療チームや患者を不必要なリスクにさらさない</p> <p>診療できる範囲と能力を超えた業務は行わない</p> <p>人種、宗教、国籍、性別、年齢、障害、階級による差別をすることなく、医療上の必要性と緊急性に基づき、すべての患者を治療する</p> <p>患者は常に患者であり、あらゆる状況において尊厳と人間性をもって扱わなければならない</p> <p>医療の秘匿性と匿名性を確保する</p>

医療現場で

中立とは、すべての人から信頼を得つづけるために、チームが戦闘行為に加担したり、政治的、人種的、宗教的、またはイデオロギー的な性質の論争に関与したりすることをしないことを意味する。医療行為はそれ自体が中立的な行為である。

内々に、紛争当事者による国際人道法違反について、その意識を高めることは、中立性の違反とは見なされない。(58)

公平性とは、支援の決定と優先順位の設定がニーズのみに基づき、人種、宗教、国籍、性別、年齢、障害、または地位に基づいて差別されないことを意味する。すなわち公平な医療とは、最も緊急性の高いケースを優先して医療を提供する。

独立性を確保するには、チームが常に主要な原則に従って活動できるよう、政府や公的機関からの自律性を維持する必要がある。

医療活動

紛争の一方の側につくことは、信頼と犠牲者によるチームの受け入れを損ない、アクセスを毀損し、制限する。

どちらか一方の側につくと、チームが紛争当事者にアクセス、コミュニケーションすることができなくなる。

すべての戦闘員の傷病者に医療を提供することは国際人道法の下での義務であり、無益であるとか、どちらか一方に物質的な支援を与えると見なされるべきではない。

病院が医療以外の目的で使用され、いずれかの側に有害な行為を行った場合、病院は国際人道法の下で保護された地位を失う可能性がある。

医療チームは、可能な限り医療施設の管理を適切に行い、施設を武器庫や弾薬庫、軍事監視施設、健全な戦闘員のための避難所として使用したり、発射装置を設置するなど、いずれの側にも有害な行為のために施設を使用することを許可してはならない。これらによって医療施設や輸送機関の保護が失われ、患者や医療関係者に人道上の悲惨な結果をもたらす可能性がある。

軍、政府、および一部の国連チームは、中立と見なされない場合、原則の適用の例外となる。

医療行為は、軍事および政府の意図から切り離す必要がある(第3章参照)。軍、政府、および一部の国連チームは、独立していると見なされない場合、原則の適用の例外となる。

中立とは、紛争当事者との関わりにおける原則の核心であり、被災者へのアクセスと、医学的、人道的支援の法的および倫理的枠組みに関する活動上の合意を可能にする。また中立性とは、紛争の国家または非国家当事者が支援への干渉や介入をしないことを求める。

中立性とは、紛争当事者間において中立を維持するために、人道支援者は紛争に関連する政治的あるいは意見の分かれるトピックに関して公に発言しないという概念に立脚する。チームまたは組織が一方を支持する公の発言をした場合、他方はそのチームが自分たちを尊厳と人間性をもって扱うと思うことはできないであろう。活動が独立あるいは中立でなく、紛争の相手方の利益のためだけに行われる場合、紛争当事者が医療チームを信頼できないのは当然である。極端な状況としては、主要な団体が公に紛争当事者に非難を表明するケースもあったが、そうした場合、非難された組織からの反応という形で、その後のアクセスの拒否や、その団体の追放、攻撃といったものが予測される。ただし、当事者の国際人道法の違反や、民間人の医療へのアクセスの阻害を人道支援者が非難することは、中立の原則に反するものではない。

医療チームは、犠牲者の所属や同情などに関係なく、最も緊急性の高い支援を必要とする人々のニーズに対応することに集中しなければならない。医療チームは、理想的には（常に可能とは限らないが）すべての犠牲者集団にアクセスする必要がある、そのため、多くの場合複雑で脆弱な背景を持つ政治的および意見の分かれる状況の中をうまく舵取りをして、最も支援を必要としている人々に到達して支援をするようにしなければならない。非中立的な方法で関与することは、自身の命を危険にさらすだけでなく、援助を必要とする人々の命も危険にさらし、将来の援助をも妨げる。非中立的な行動、行為、および発言をするチームは、そのチームのみならず、現場におけるすべての団体の支援に悪影響を及ぼす。

中立について

中立と公平はしばしば混同され、同じものであると見なされることさえあるが、この 2 つの原則は、中立の人間は紛争に対して評価や非難をしないという点で異なる。「中立は自制心を要求し、我々が自身に課す規律の一形態であり、我々の衝動的な感情にブレーキをかける」(59)。国際人道法の違反に対しては発言しても中立性を損なうことにはならないが、医療チームの中立性を毀損する公の発言をした場合、起こりうる結果を認識しなければならない(感覚的あるいは現実の。後述する章を参照)。一方で公平とは、ひとえに受益者への行為に関するもので、紛争当事者や紛争の潜在的な動機に関するものではない。

独立について

非政府機関が自律的に自由に活動するということと同時に、ドナーや紛争の規律、あるいは国内法の要求に沿うようにするという、相反する 2 つの事柄を調整するのは困難であるかもしれない。しかしながら、独立したスペースを提供する医療チームは、医療における意思決定、資源の割り当てやトリアージに対して不当な関与を受けることなく、自律性を持った活動を、交渉して受け入れられるようにすることは可能である。これは、現地の住民、紛争当事者、および利害関係者が、医療チームの使命が偏向しており、不公平であるという認識を持たないようにする上で重要である。

医療従事者が直接攻撃から保護されるために、独立の原則は要求されないということも重要である。前述のように、医療を提供する軍および民間の人員は攻撃から保護されており、紛争当事者の管轄当局によって医療目的のためだけに割り当てられた場合にのみ活動を許可され、保護は固有の標章で視覚化しなければならない(ジュネーブ第一条約 18 条、第一追加議定書 12 条、18 条、第二追加議定書 12 条)。これは当該国の現地スタッフと外国人スタッフの両方に適用される。繰り返しになるが、すべての医療チームが政府から独立しているか否かに関係なく、支援の提供は人道的かつ公平でなければならないことを理解することが最も重要である。もちろん、これらの独立していないチームの展開は政治または軍事目的によって推進される(またはそうと認識される)可能性があるため、これは非常に厳しい場合がある。配備され活動すると、これらの医療チームは、保護標章の使用に関連する規則に示されているように、公平かつ中立的な人道支援を提供する必要がある(60、61)。保護標章の正しい使用法は以下に詳述されており、紛争当事者はその使用法を尊重する義務がある。しかし

ながら現実には、多くの組織、医療チーム、および医療施設が、明確に中立で独立した方針と行動、標章の使用にもかかわらず、直接攻撃を経験している。

したがって、軍および政府の医療活動は公平であり続けなければならない、医療チームは他の人道支援関係者の独立と中立の重要性を強く認識すべきである。彼らは、医療活動全体を通じて、中立性と独立性の認知に悪影響を与える可能性のある行為をしないよう最大限の努力をしなければならない。

1.2.3 原則を分割することは可能か？

戦争における負傷者や、武力紛争に巻き込まれた民間人のニーズに実際に対応する現場では、人道支援の原則というのは道德上の抽象的な概念ではなく、妥当な判断と実用的でありながら原則に沿った意思決定を支援するための具体的な指針を提供するものでなければならない。

医療チームは、ときに決定に妥協を伴うことがあるかもしれないが、その結果何が起こるかを認識していなければならない。軽率な決定は、チーム、患者、施設などに悪影響を及ぼし、このような影響は何年にもわたって世界中に波及効果をもたらす可能性がある。医療チームの使命の中核は、害を及ぼさないという原則に沿って困窮している人々を支援し、人々との関係性にまで及ぶことである。医療倫理 (62) は、公平で差別のない治療の強固な基盤を提供するものの、これは武力紛争で民間人にアクセスするために必要な重要なニュアンスや、そのような複雑な状況において中立と中立と認識されることの実用性と重要性に充分に対処していない。

したがって、人道支援における原則の適正な分割や妥協は、例外的な状況と特定の背景の結果であり、独自のバイアスや課題から行われたチームの選択ではない。実際これらの原則にはすでに確立された序列があり、人道の原則は最も早く生まれた原則で、これから他のすべての原則が派生したと見なされている。その他の原則は補助的な原則であり、「分割」という言葉の使用は、すべての原則が1つで分割できないという意味ではない。妥協の決定は、個々の医療チームではなく、活動全体の最高レベルで判断し、短期的および長期的な結果について十分に検討した後に行う。

前述したように軍および政府の医療チームは独立、中立の団体とは見なされていないが、他の多くの団体は独立、中立の団体と見なされているという事実をよく認識しておかなければならない。彼らはまた、原則に則った人道支援の提供に必要な場所を破壊するような行為について、充分に気をつけなければならない。

たとえば近年の報告では(63)、「原則の適用に関して、当該国および現地関係者は、いくつかの原則が特に遵守するのが困難であると感じることがある。彼らの明確な特徴は、彼らは彼らが働き生活している社会の一部であり、宗教的、民族的、政治的所屬、ならびに経済的特権と力関係があり、これらはすべて地元関係者と国内状況との間で相互に重要な役割を果たしているということである。」と述べており、報告書は、「原則の枠組みの適用と遵守においていくつかの妥協が必要かもしれないが、すべての妥協が等しく受け入れられるわけではない」と続けている。したがって、人道支援の原則はチームの展開の政治的意図から分離することはできないものの、これらのチームは彼らの倫理的義務に拘束されており、国際人道法で具体的に述べられているように、それを求める人々に公平な人道支援を提供しなければならない。

人道と公平はその適用と遵守において議論の余地がない；中立と独立はすべての医療チームの核である（軍と政府のチームを例外として）。

中立性と独立性は重要であるが、組織レベルの軍隊や政府のチームに常に適用されるとは限らないことを再度強調しておく。ただし、この両方の原則は現場の活動レベルでは適用しなければならない。すなわち、展開する政府自体がそうでなかったとしても、個人への医療は中立で独立していなければならないということである。

さらに、テロ対策法の下で過激派/テロリストとして認定されたグループまたは個人への支援を国が犯罪と見なす場合(64)、医療を提供するための原則的なアプローチが脅かされる可能性がある。前向きな動きとして、EU議会決議(65)は、支援が犯罪と見なされないよう、決議を進め始めた。支援チームは、彼らの組織と国、および活動のための資金源に関連する現在の法律と規制を確認しておく必要がある(66,67)。¹⁹

¹⁹ 2019年3月28日に採択された国連安保理決議第2462号は、OP5および6で断固たる表現で強制的な文言を使用して、テロ対策を採用または適応する際に国家が国際人道法に準拠することを要求し、OP24でテロ対策資金調達措置が公平で中立的な人道活動に与える影響を考慮に入れるよう求めている。この文言は、国連加盟国がこれらのOP5および6を各国内で適用する義務があることを意味する。国連安保理決議第2482号は、この切迫した文言を確認し、OP16の「テロに対抗するためのすべての措置」を参照するようにその適用を拡大している。

繰り返しになるが、特にチームリーダーは、アクセスを守れなければならない、あらゆる妥協について、それらが自身の医療活動が現地住民、紛争当事者、その他の利害関係者にどのように認識されるか、その影響を十分に認識しなければならないことを強調しておく。

1.3 標章を使用できるのは誰か？

武力紛争において、特有の標章* (68、69) は、特に医療従事者やチーム、および機器に国際人道法が与える保護の目に見えるサインである。そのような標章を表示している人、物、施設は攻撃してはならず、常に尊重され保護されなければならないが、多くの組織、医療チーム、および医療施設が、保護標章が明確に使用されているにもかかわらず、直接攻撃を受けている。これは、衝突回避対策など、より適切な、識別を可能にする他の対策を講じていても起こっている。したがって、医療チームに絶対的な保証やゼロリスクは存在しないということを覚えておかねばならない。

武力紛争中の保護の印(70)としての標章の使用は、以下の場合にのみ許可される。

- ・軍の医療ユニット、医療搬送用車両と医療要員、および宗教職。
- ・管轄当局から標章の使用について特別な許可を受けた民間医療ユニット（保健省のユニットを含む）、医療用車両、要員、および民間の宗教職。
- ・各国赤十字・赤新月社が軍の医療班に使用させる医療ユニット、車両、および要員。

武力紛争では、保護標章(71)は、白地に赤で表示し、他のものを追加してはならない。遠くからでもはっきりと識別できるように、病院などの保護すべき建物や車両に大きなサイズで表示する。保護される人員の腕章、ベストやビブスに描く標章も、明確で他のものと混在してはならない。保護標章が付いた人、設備、建物への意図的な攻撃は、国際法の下での戦争犯罪である。

*訳注：保護標章とはいわゆる「赤十字マーク」のこと。日本では誤用例が多々あるが、国際法および日本の国内法によってその使用は制限されている。平時の日本国内では、自衛隊の衛生科と日本赤十字社関連の施設、車両、人のみがつけられ、これ以外はすべて法律違反である。

施設や車両、腕章などにつけられた保護標章の例



© ICRC/Musuabo Kivasuwamo



この標章は、1949年のジュネーブ条約とその追加議定書の下で、国際赤十字・赤新月運動のそれぞれの構成要素の識別の印として機能することにより、保護標章とは別に第2の機能を持っている。この意味で使用される標章は、関連する赤十字社あるいは赤新月社の名称または頭文字とともに、比較的小さいサイズで表示するとされている。

この標章は国際人道法および様々な国の法律によってあらゆる形の誤用から、武力紛争時と平時の両方で保護されている。このため、標章を表示する権利を有する者は、責任を持って標章とその保護の意味での役割を尊重し、標章の信望を毀損する危険を冒さないよう行動する法的義務を負う。

表 7. 標章の使用：保護と表示の違い

	保護の標章としての使用	表示の標章としての使用
目的は？	法的な保護の告知	赤十字・赤新月運動と関連
特徴は？	大きく、遠方からでも視認性がよい	小さく、赤十字・赤新月運動に関連する社の名称または頭文字を併記する。
誰が使用できるか？	<p>国際人道法の定義で、医療従事者、ユニット、車両：</p> <ul style="list-style-type: none"> － 軍 － *公認を受けた赤十字・赤新月社 － *公認を受けた NGO － *公認を受けた病院 <p>赤十字国際委員会 (ICRC) および赤十字赤新月社連盟 (IFRC) は制限なく使用可</p> <p>*管轄の政府当局の明示的な許可が必要</p>	<p>各国赤十字・赤新月社、赤十字国際委員会 (ICRC)、国際赤十字赤新月社連盟 (IFRC)</p> <p>注：平時および例外的な措置として、傷病者に無料の治療を提供する目的でのみ使う救急車および救護所として使用される車両がある。このような表示は、当該国の赤十字社または赤新月社によって承認されている必要がある。</p>

© NYCMedics



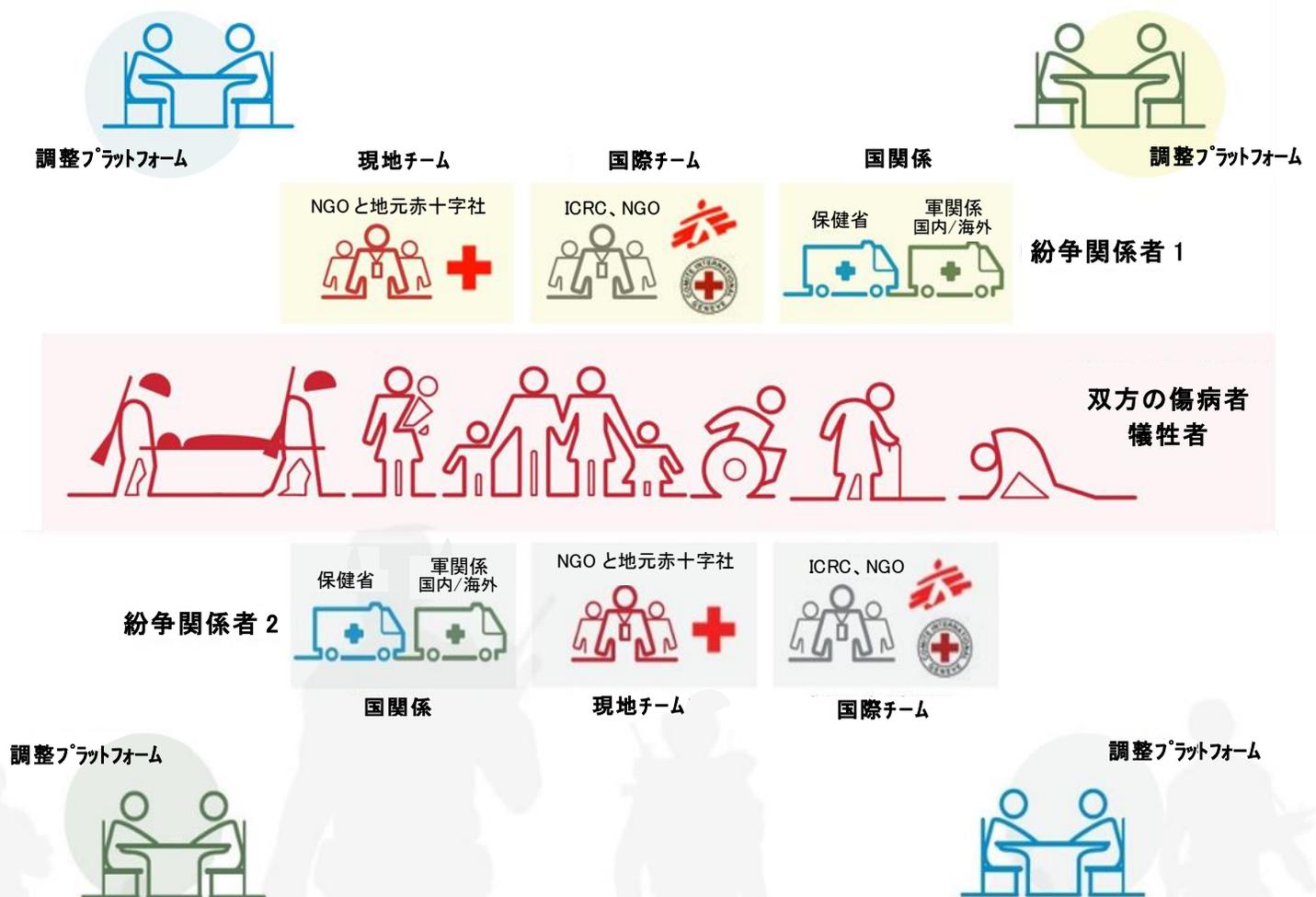
1.4 シナリオと実践

適用された国際人道法と人道支援のコア原則は、犠牲者へのアクセスを可能にし、医療の使命を果たすために不可欠な関係、信頼と信用を築くのに役立つ。

本章では、意思決定と現場の関係者と権限のマッピングを支援するシナリオと例を示す。また、原則に沿った治療の提供をサポートするための重要な論点をチームとチームリーダーに提供する。

1.4.1 シナリオ 1：一般的な紛争シナリオ-関係者と人口のマッピング

図 1. 紛争における医療チームのマッピング



利害関係者

図 1 は、医療関係者の範囲、その所属、および地元の受け入れとアクセスに対する考えられる影響を示している。この図は紛争の 2 つの当事者（上下）を描いており、両側の国、現地、国際レベルで動員された医療援助を示している。真ん中には、さまざまな領域、地域、民族の背景を持った、両側の犠牲者を描いている。国の関係者には、保健省と軍の衛生部隊がある。他の地元関係者には、地元のコミュニティ、NGO、現地の赤十字・赤新月社などがあり、現地当局から独立、自立しているものとしていないものもある。国際的な医療関係者には、赤十字国際委員会、国境なき医師団、その他の国際 NGO がある。民間の営利および非営利団体も含まれる場合があり、契約の性質によって、そのような団体が国の関係者と繋がっている場合もない場合もある。民間の営利団体や非営利団体は、国連や関係国など、彼らに資金を提供している当事者を代表していると見なされ、これは現地および国際 NGO にも当てはまる。平時において、現地の赤十字・赤新月社の典型的な任務は人道支援分野で現地当局を補完するものであるが、これは政府から資金提供を受け、国家プログラムを実施することが多い多くの現地 NGO にとっても同様である²⁰。

武力紛争の状況で傷病者を治療するために対応する医療チームは、所属組織が異なるため、表 8 のように分類される。すべてのチームが犠牲者の救命、治療に重要な役割を果たすが、すべてのチームが被害を受けた地域や人々に平等にアクセスできるわけではない。このようなアクセスは、紛争当事者、関係者、現地住民が、チームの意図と施設内あるいは施設近辺での安全と防御についてどのような認識を持っているかによって決まる。これはつまり、単純に施設へのすべてのアクセスを確保するというのではなく、可能な限り両方の側に同様のレベルのサービスを提供するということである。アクセスは、武装勢力の活動地の中やその近傍に施設を配置することもできるが、これはいくつかのコア原則を損なう可能性がある。ただし多くの場合、軍や政府の医療チーム、および一部の国連の活動にとっては、これが唯一の選択肢となる。

²⁰ 2019 年 3 月 28 日に採択された国連安保理決議第 2462 号は、OP 5 および 6 で断固たる表現で強制的な文言を使用して、テロ対策を採用または適応する際に国家が国際人道法に準拠することを要求し、OP 24 でテロ対策資金調達措置が公平で中立的な人道活動に与える影響を考慮に入れるよう求めている。この文言は、国連加盟国がこれらの OP 5 および 6 を各国内で適用する義務があることを意味する。国連安保理決議第 2482 号は、この切迫した文言を確認し、OP 16 の「テロに対抗するためのすべての措置」を参照するようにその適用を拡大している。

傷病者

民間人、負傷した戦闘員、およびその同僚は、多くの関係者や標章、ロゴ、所属組織や計画を完全には理解しておらず、彼ら自身の価値観と信条のレンズを通して観察をし、視認し、判断する。したがって、医療を求める場合もそのように行動する。助けを求める人は、医療チームが話している言語、彼らの服装、使用している標識、行動、噂、および彼らが敬意と尊厳をもって患者を扱っているかどうかなどに基づいて、そのチームを判断する。

原則的な枠組み

チームの所属や組織の種類に関係なく、すべての医療サービスは人道と公平の原則に基づいて行われなければならない。さらに、すべての活動は国際人道法に立脚していることが前提となっている。

国連

国連安全保障理事会（UNSC）が紛争であるという立場をとり、国連機関と PKO 部隊が配置された場合、これらのチームは紛争当事者と見なされる。国家がどちらか一方の側を支援するために軍の医療チームや民間人保護チームを配備する場合、それらは意図的かどうかにかかわらず、実際には紛争当事者となる。中立を宣言し、チームを配置して、両側の傷病者に支援を提供する国もある。図 1 で WHO は、いくつかの領域で協調して活動し、EMT を配備し、資機材を提供し、死亡率や罹患率のモニタリングをしたりする。WHO を構成する水平方向の矢印は、WHO の役割が紛争当事者のうちの一方の側に立っていると認識される可能性があることを示しており、これも、紛争に対して国連が表明した立場と関連している。したがって、WHO が支援するチームの活動が、医療施設内のベッドサイドでは人道と公平に則って行われているとしても、組織自体は、中立性と独立性が損なわれた国連の立場のプリズムを通して、どちらか一方の側と見られるため、人道支援団体とは見なされない。

調整

この図は、軍隊、民間人、国際組織、国連、赤十字・赤新月運動内など、紛争の両側に存在するさまざまな調整メカニズムも示している（第 3 章参照）。

これが国内の武力紛争 (NIAC) (内戦とも呼ばれる) であった場合はどうなるであろう？ 紛争の種類が何であれ、国内紛争であっても基本原則が常に適用される。具体的には医療を必要とする人々にはそのステータスに関係なく医療を提供する法的および倫理的義務がある。しかしながら地元関係者の活動は、いわゆる反政府勢力やそれに共感する民間人を治療しないようにという政府や軍隊からの圧力によって複雑になる場合がある。これは、政府の支配地域でない場所で活動する医療チームにも同様に当てはまる。繰り返しになるが、ベッドサイドで行われる医療は中立で公平であっても、住民による認識は、その受け入れとアクセスに影響を与える。

1.4.2 シナリオ 2：救急治療室 (ER) で

民族間の緊張を伴う紛争地帯での医療活動中に、救急スタッフは自動車事故の犠牲者の紹介を受けた。20代半ばの成人男性、約10歳の少女、16歳の少年の3人の重傷多発外傷例である。2人の子供は無謀な運転手がコントロールを失って衝突した事故の犠牲者である。運転手は交戦中の2つの民族のうちのひとつの出身であり、2人の子供はもう一方の民族で、敵対している民族側に共感しているようである。全員が危険な状態にあるが、チームには全員を治療する資源はない。

担当する医療職として、最初に誰を治療するか？それはなぜ？どのような原則が関係しているか？

上記のシナリオと似たような設定を考えてみる。ただし、救急チームは互いに敵対する側からの2人の重傷を負った戦闘員がいて、いずれも危険な状態である。チームには、両方を治療する資源はない。この医療施設は、非政府軍の支配地域にあり、仲間の兵士の1人が施設の入り口にいる。

担当する医療職として、最初に誰を治療するか？それはなぜ？どのような原則が関係しているか？何が危険にさらされているか？表8を参照。

1.4.3 シナリオ 3：医療施設への武力侵入の対処

武力衝突が急増する中で、最前線近くで緊急治療室を運営している。20人の患者が1時間の間に異なる武装勢力側から到着した。武装した仲間が伴ってくる患者もいる。

チームリーダーにすぐに電話をかけ、彼が安全確保と交渉に専念している間に（時間を稼ぐ）、医療者は治療に集中できるようになり、患者の機密を保護するための事前に決めた手順を確実に実行（カルテの保護）することができる。チームが検討および計画しなければならないその他の課題には、以下のものがある。

- ・患者を医療機関に引き渡した後も病院に残っている、武器を携行した仲間の戦闘員による安全上の脅威。
- ・それほど重篤ではない症例に対する優遇措置の要求のジレンマ。
- ・一方の側の戦闘員が緊急治療室を襲撃し、あなたが治療中の患者に関する情報を要求するという安全上の脅威。

1.4.4 シナリオ 4：国内紛争での展開

前述したように、人道主義の原則は抽象的な概念ではなく、活動の指針となるものでなければならない。以下の一般的なシナリオと状況で提供される考慮すべき事項は、武力紛争下で医療を提供することの複雑さを解決する際に組織、チーム、およびチームリーダーをサポートすることを目的としている。これらは、チームの展開前、活動中、撤収後に提起される、重要な実践的かつ原則的な問題を浮き彫りにしている。

あなたの医療チームは、低所得国への展開の可能性について打診されている。その国の一部の地域は、都市部と非都市部の両方で政府軍と非政府軍の間で活発な武力紛争が行われている。戦闘は数ヶ月続いており、数万人の避難民、国内避難民（IDP）、あるいは国境を越えて隣国に殺到する難民、加えてそれぞれのコミュニティにさらに多くの人々が残されているという悲惨な状況を引き起こしている。戦闘行為に関するニュースの多くは、紛争の民族的なルーツに言及している。

使用された兵器と戦術は、何百人もの死者と重傷の外傷患者と熱傷患者をもたらした。インフラ、家屋、道路交通網は深刻な被害を受けている。化学兵器や生物兵器が使用されているという報告はないものの、性的暴力、誘拐、一般犯罪などの噂がある。

このシナリオは、チームおよびチームリーダー向けの机上演習に使用することができ、以下の課題が提起される。展開をするかしないか？どこへ？選択肢はあるか？あなたがやらねばならないことは何か？誰が公認するか？武力紛争のあらゆる当事者がアクセスし活動することに同意しているか？他にオプションはあるか？展開した場合、活動の範囲と地域は？それは変更されることがあるか？現在の、あるいは予想されるリスクは何か？どのような妥協が必要でその理由は何か？チームは短期的長期的にどのような結果をもたらす可能性があるか？展開前、活動中、撤収後のサポートについて誰に相談するか？

以下の表に、展開前および活動中に固有のジレンマと重要な思考/問題を示す。この表は、チームが戦争の力学、不必要な展開を避けるための戦略、現地に有害事象を与える可能性、脆弱なコミュニティの弱体化、紛争当事者と見なされることやその行動、チームと患者を苦痛や外傷から保護することなどに細心の注意を払うように作られている。

表 8. チェックリスト：国内および国際チームのための、国際人道法と原則（赤字部分は2つの列の主な相違を示す）

コア原則	国内チームが考慮すべき事項	国際チームが考慮すべき事項
1. 人道	<ul style="list-style-type: none"> 活動するための人道上の義務はあるか 他に支援する手段はあるか 我々が対処しない場合、多くの人が苦痛を被り、死亡するか 我々の活動は、それによって紛争当事者が最前線の人々に医療援助を提供する義務を負わないように支援しているか 	<ul style="list-style-type: none"> 活動するための人道上の義務はあるか 他に支援する手段はあるか 我々が対処しない場合、多くの人が苦痛を被り、死亡するか 我々の活動は、それによって紛争当事者が最前線の人々に医療援助を提供する義務を負わないように支援しているか

コア原則	国内チームが考慮すべき事項	国際チームが考慮すべき事項
2. 害を与えない！	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な人員と機材、消耗品、技術、組織のキャパシティ、ロジスティクス、資金など、この状況に質の高い医療を提供する準備ができていますか ・関連する経験と実践的な国際人道法の研修があるか ・現在、双方の側における医療サービスの性格は何か ・既存のものを補完することは可能か ・紛争とニーズはどのように進展するか？外傷の種類は？感染症の流行は？こころのケアのニーズは？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な人員と機材、消耗品、技術、組織のキャパシティ、ロジスティクス、資金など、この状況に質の高い医療を提供する準備ができていますか ・関連する経験と実践的な国際人道法の研修があるか ・現在、双方の側における医療サービスの性格は何か ・既存のものを補完することは可能か ・紛争とニーズはどのように進展するか？外傷の種類は？感染症の流行は？こころのケアのニーズは？
3. 国際人道法 –受け入れ–	<ul style="list-style-type: none"> ・現地のコミュニティは、他の地域から新しく来たチームの治療を受け入れるか ・現地の医療機関は、他の地域から来たチームと共に、あるいは並行して活動することを受け入れるか ・傷病者を集めて治療をしているのは誰か？それは患者への尊敬と尊厳を伴っているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・現地のコミュニティは、国際チームの治療を受け入れるか ・現地の医療機関は、国際チームと共に、または並行して活動することを受け入れるか？ ・現地の軍司令官は、彼らが管理する地域で国際チームを受け入れるか ・傷病者を集めて治療をしているのは誰か？それは患者への尊敬と尊厳を伴っているか
4. 国際人道法 –アクセス–	<ul style="list-style-type: none"> ・現地のコミュニティと軍司令官は、障害なく両側の傷病者へのアクセスをチームに許可するか ・両側の傷病者はチームへのアクセスを許可されるか？そうでない場合、それを変えることは可能か 	<ul style="list-style-type: none"> ・現地のコミュニティと軍司令官は、障害なく両側の傷病者へのアクセスをチームに許可するか ・両側の傷病者はチームへのアクセスを許可されるか？そうでない場合、それを変えることは可能か ・国際チームの医療職への一時的な免許/権限は誰が与えるか

コア原則	国内チームが考慮すべき事項	国際チームが考慮すべき事項
5. 国際人道法 –安全管理–	<ul style="list-style-type: none"> ・活動を行うに際しスタッフと患者の安全は確保できるか？安全は今後どのようになっていくと予想されるか ・チームが攻撃/被害を受けた場合、患者、チーム、および人道支援活動全体にどのような影響があるか ・チームは、民族や宗教によって紛争当事者と見なされるか ・現地スタッフは安全にアクセス可能か ・安全な後送のシステムがあるか、それとも作れるか ・民軍の調整メカニズムはあるか？あるいは他のプラットフォームがあるか ・必要に応じて、チームと患者を避難/移動できるか ・スタッフは、安全と安全管理に関する個人の態度や行動の重要性を理解しているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・活動を行うに際しスタッフと患者の安全は確保できるか？安全は今後どうなっていくと予想されるか？ ・チームが攻撃/被害を受けた場合、患者、チーム及び人道支援活動全体にどのような影響があるか ・外国人スタッフは安全にアクセス可能か ・チームは、展開する国またはチーム自体の認識のせいで、どちらか一方に味方していると見なされるか ・両側に明確な指揮命令システムがあるか ・チームの国籍、通行証明、民族、宗教、過去の SNS の履歴、政府の立場は地元の人々の認識に影響を与えるか、紛争当事者と見なされるか ・安全な後送のシステムがあるか、それとも作れるか ・民軍の調整メカニズムはあるか？または他のプラットフォームがあるか ・必要に応じて、チームと患者を避難/移動できるか ・スタッフは、安全管理に関する個人の態度や行動の重要性を理解しているか
6. 公平	<ul style="list-style-type: none"> ・一方のグループを差別して扱い、もう一方を優遇するように指示されるか ・一方の側から優先的に傷病者に言及したりトリアージすることを強制されるか ・意思決定者に影響を与えることができるか ・すべての傷病者を治療したことで、当局に起訴されたり、地方/全国のメディアで非難される可能性はあるか ・アクセスが損なわれないようにするために、この非難に対処する戦略があるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームの展開場所によって、一方を差別し他方を優遇したり、必要としているグループへのアクセスの拒否を強いられるか ・一方の側から、着ている軍服によって優先的にトリアージすることを強制されるか ・意思決定者に影響を与えられるか ・「過激派/極論者/テロリスト」と称される人々を治療したことで、帰国時に起訴される可能性はあるか ・国内法に基づき患者の身元や逮捕のために当局への開示を強制されるか？患者医療情報をどう保護するか ・ニーズのみに基づいた治療のため、患者が政治的または民族的背景に従って紹介トリアージされていないことをどのように確認できるか

コア原則	国内チームが考慮すべき事項	国際チームが考慮すべき事項
7. 中立	<ul style="list-style-type: none"> ・我々は背景を理解しているか ・国際組織の関係者が存在するか、または来る予定があるか ・現在、両側に対する医療サービスの性質は何か ・紛争に関連するすべてのグループにアクセス可能か ・この紛争に関して誰と何を共有できて何ができないか。 ・我々は紛争当事者として認識されるか？もしそうであればそれは変えることができるか ・この紛争について、誰と何を伝えたり共有することができるか、何ができないか ・メディアとSNSに関するガイドラインとは何か 	<ul style="list-style-type: none"> ・我々は背景を理解しているか ・現在、両側に対する医療サービスの性質は何か ・他の機関はどのように対応しているか？(ICRC、MSF、国連、地元 NGO、保健省など) ・国連は正式にその立場を表明したか ・紛争に関連するすべてのグループにアクセス可能か ・片側からのみ傷病者が出るか？彼らは自発的に我々と連絡をとることができるか ・自分の国籍、民族、過去のSNSの履歴、政府の立場は、紛争当事者であるという地元の人々の認識に影響を与えるか ・この紛争について、誰と何を伝えたり共有することができるか、何ができないか ・メディアとSNSに関するガイドラインとは何か
8. 独立	<ul style="list-style-type: none"> ・チームは、政府、非政府、または半政府の国組織の一部か ・この発令は政府または軍事戦略の一部か ・我々は紛争当事者として認識されるか ・誰が資金を提供しているか ・誰が人員配置をするか ・必要に応じて、チームは医療上の決定、展開場所、および巡回/アウトリーチに対してどの程度活動上の自主性を持つか 	<ul style="list-style-type: none"> ・誰が医療と救援の対応を動員しているか ・ドナーの議題は何か ・この発令は政府または軍事戦略の一部か ・誰が資金を提供しているか ・誰が人員配置をするか ・必要に応じて、チームは医療上の決定、展開場所、および巡回/アウトリーチに対してどの程度活動上の自主性を持つか
9. 留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・性とジェンダーに基づく暴力(SGBV)はどのくらいあるか ・チームの技術と資機材への影響は？ ・禁句やタブーは何か ・残虐行為が行われたか、またはその可能性があるか？誰によって？チームは証拠を報告または提供する必要があるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・性とジェンダーに基づく暴力(SGBV)はどのくらいあるか ・チームの技術と資機材への影響は？ ・禁句やタブーは何か ・残虐行為が行われたか、またはその可能性があるか？誰によって？チームは証拠を報告または提供する必要があるか

1.5 原則から外れた行動の結果と影響

医療チームは、人道主義の4つのコア原則を常に尊重し、それに沿わねばならない。チームが国際人道法の原則と枠組みに沿った行為と行動を確実に行うためには、意図的で思慮深い行動と、そのような行動の短期的、長期的な結果をチームが認識しておかねばならない。このため、チームは活動する状況の変化に常に注意を払い、また主要関係者や当局に、国際人道法の下で戦場における傷病者に医療支援を提供するという義務を確実に果たすこと、人道支援組織やその他の組織が医療を提供しているからといって彼ら自身の義務を果たさないことのないよう注意を促し、彼らに影響を与えるためのアドボカシー戦略が必要である。これらの発信源として、地元の人々、関係当局、患者、施設、印刷物やソーシャルメディア、現地スタッフとの会話などがある。チームリーダーは、コメントや意見を却下する態度をとるのではなく、積極的に耳を傾け、観察し、向き合わねばならない。チームはまた、他団体の活動や、以前の自チームの活動による評判から逃れることはできない(評判というものはチームに常について回る)。現地の被災者は、さまざまな団体や活動を常に区別して認識できるわけではなく、多くの場合、自分が聞いたり見たりすることから(肯定的にせよ否定的にせよ)一般化する傾向がある。これらの、事実を反映していない噂や認識を是正するためには、外部への発信が必要になる場合が多い。これらすべての外部とのコミュニケーションは、誤解を招く可能性のあるメッセージを回避するために、厳密に管理し、適切に調整、およびコントロールする必要がある。

当該国の医療チームは、紛争当事者によって、国際人道法から逸脱し、人道上のコア原則から逸脱していると見なされる発言や行動(たとえば病院を医療以外の目的に使用するなど)を強要される可能性がある。このような国内チームは政治的および軍事的指令に従う以外に選択肢がないかもしれないが、彼らはまた、アクセスと活動における自律性/独立性を交渉し続けながら、指導者や軍の指揮官に対して、行動を修正して国際人道法を遵守するように慎重に説得し、影響を与えることができるという重要な強みもありえる。

チームは、誰が自分の医療施設にアクセスできるかを常に完全にコントロールできるとは限らないが、入院その後の治療時に人道的かつ公平な治療を確保すると同時に、医療を必要とするすべての人に無制限のアクセスを提唱し続けることはできる。

チームの国籍や民族、話している言語が原因で、チームが人道法の原則を遵守していないと認識される場合もある。このような、チームがコントロールできないような要因が現場での活動にリスクや負の影響を与える可能性があるときは、展開前の計画段階で手を引くことも考慮する。

上記の例は、人道主義の原則に基づいた行動が医療活動の成功にとって最も重要であり、そのためには実践的なリーダーシップ、意思決定における柔軟な思考と妥協、協調、および多数の利害関係者と地元コミュニティの認識を考慮した判断を必要とすることを示している。これらの決定には活動の過程での定期的な修正、およびアクセスと安全を確保するための紛争当事者、コミュニティリーダー、地方自治体などとの密なコミュニケーションが必要である。「少数」の行動は「多数」に影響を与えるため、すべての医療チームは、単に個人または単独のグループとしてではなく、活動における共同体として、原則に基づいて行動しなければならない。

次の表は、網羅的ではないが、武力紛争への展開の意思決定と計画、およびさまざまな関係者との関与において、チームを導き支援することを目的としたものである。紛争の状況と、刻々と起こる変化の全体像を把握することは、チームとチームリーダーにとって「必ずしなければならない」日課であることを覚えておかなければならない。

これらの圧力に直面する中で、人道支援の原則に則った行動を維持することは、困難であったとしても不可欠である。

表 9. 原則に従わなかった場合の結果

医療チームに求められること	なぜ？	しなかった結果起こりえること
<ul style="list-style-type: none"> 医学的に必要な患者の治療、支援、紹介に積極的に従事する。 	人道と中立	<p>リスクには、保護、安全、信頼、アクセス、評判の喪失、および道徳上の苦悩の増加がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設、チーム、あるいは患者に対する直接/間接の攻撃にさらされるリスク。 傷病者がチームにサービスを求めず、利用可能な他の形態の治療を好むことでチームの受け入れが失われるリスク。 脅迫や強制とともに、施設やキャンプへの道路封鎖など傷病者がいる地域への物理的な立ち入りを拒否されアクセスが失われるリスク。 活動のさまざまな側面へのアクセスを提供、支援する主要な関係者との信頼関係や影響力を失うリスク。 患者にアクセスしたり、治療できないチームの間で、道徳上の苦痛のレベルが高まるリスク (73)。 チームが日和見主義/金銭目的の団体との評判や認識を受け、活動域内、場合によってはグローバルに評判を落とすリスク。 活動地域全体のほとんどのチームに適用される汚名と一般化(現実または認識)のリスク。 法的訴追のリスク。
<ul style="list-style-type: none"> ある集団や宗教、または民族によって差別しない(または差別しているように見えることのないよう)医療およびトリアージを提供する。 	公平	
<ul style="list-style-type: none"> 救命治療や機器、医薬品へのアクセスを制限したり、外国人のチームメンバーを優先したりしない²¹。 	公平	
<ul style="list-style-type: none"> 可能なら、一方の軍の近くや共存して施設を配置しない。最前線や都市環境において避けられない場合に軍事目的の近くに施設を配置しないことは、医療チームの責任ではない。 	中立	
<ul style="list-style-type: none"> 武装警護や軍服/武装した警備員の利用はしない(OCHA ガイドライン参照) (74) 	中立と独立	
<ul style="list-style-type: none"> 武力紛争に関与している人々について、会議、出版物、メディアインタビュー、ソーシャルメディア、患者/家族との会話、現地スタッフや現地当局との会話などで意見の表明や共有を避ける。ただし、これらはあらゆる種類の国際人道法違反とそれが一般市民に与える影響を非難することを妨げるものではない。 	中立	
<ul style="list-style-type: none"> 服装/制服の選択、宗教的シンボル、施設のロゴ/標章、国旗や活動を通じて一方の側に同情や連帯(またはそう認識される)を示すことは避ける。 	中立	

²¹ 実務上あるいはその他の理由がこの行動を正当化する可能性があり、そのようなポリシーは多くの場合、さまざまな組織の注意義務および保険要件のために存在するが、これが公然と宣伝および表明されないことが重要である。

まとめ (54)

1. 人道支援を行う要員および医療従事者の行動は、人道主義の原則に則ったものでなければならない。
2. 人道支援活動を行う者は、厳密に人道的な目的のためだけに、紛争のすべての当事者と対話する必要がある。これは、当該国の人道調整機関の事務所に始まり、国家および非国家双方の武装グループとの継続的な連絡および交渉を含む。
3. 人道主義の原則の遵守は、チームの信頼性に影響を与え、したがって、受益者への安全なアクセスを確立する能力に影響する。しかし、人道主義の原則を繰り返し述べるだけでは充分ではない。言葉は、リーダーシップと実際の成果に一致していなければならない。
4. 人道支援関係者は、政治的な目的を達成するための一環として人道援助を提供するなど、人道主義の原則について妥協するよう多くの圧力を受ける。したがってこれらの圧力に備えて、それらに対処し人道支援の原則に沿った方法で対応するためのメカニズムを備えている必要がある (75)。
5. EMT に貢献する軍または政府の医療チームは、国際人道法および医療倫理に沿って厳密に公平な医療を提供する必要があり、彼ら自身の行動が、より広範な医療活動の中立性および独立性に影響を与えることを認識していなければならない。
6. 紛争地帯や最前線、あるいはその近傍での医療の提供については、紛争当事者が第一に責任を負う一方、民間の、あるいはその他のチームは、後送されてくる患者に医療を提供するのに最も適している。
7. 多くの医療チームが紛争対応の支援活動を申し出ている場合、現地の人々による受け入れとアクセスの可能性が高い、独立した活動が確立している実績を持つチームが優先される。

1.6 人道的交渉

医療チームリーダーの主な役割は、医療活動の立ち位置と基本姿勢、パラメーターを設定し、優先順位、リスク、計画、すべきこととすべきでないことを共有することである。すべてのチームメンバーが関係機関の責任者と交渉するわけではないが、それでも多くのチームメンバーは、多くの関係者とさまざまなレベルのコミュニケーション/交渉を行う。したがって、あらゆる背景や職業の現地の人々との関与を含め、全員が基本的な事柄をしっかりと把握していることが不可欠である。

交渉とコミュニケーションを強化するために必要な対人交渉術と能力は、すべてのチームメンバーにとって重要である。これには、献身的な人々への治療、自己認識、言語/文化を超えて他の人と効果的に協力できること、リーダーシップ、指示に従う能力、イニシアチブを取れる、プロ意識を持っている、倫理観がある、優れたコミュニケーションスキルを持っている、すぐれた文化的感受性などが含まれる。「展開は外交である」と言われる(76)。対人交渉術は、活動の目的を達成するためのソフトパワーと影響力を提供する。最も重要な対人交渉術に、決まった形や万能のアプローチはないが、経験上すべての人を尊重し、謙虚さと、共感、忍耐、および敏感さでもって対応することがより良い結果を生む。これは、人道主義の原則と粘り強く集中して達成できる活動のゴールを放棄することを意味するものではない。

1.6.1 人道的交渉

人道的交渉 (Humanitarian negotiations) とは、以下のように定義される。

「紛争環境において人道支援機関の存在を確立し、脆弱なグループへのアクセスを確保し、支援と保護活動の提供を促進することを目的とした、紛争当事者およびその他の関連する関係者との一連の意思疎通および対人相互交流。これらの交渉はほとんどの場合フィールドレベルで行われ、国家、非国家両方の関係者が関与する。それらには、犠牲者の保護に関連するアドボカシーの要素と、人道支援活動のロジスティクスおよび戦術的なパラメーターを設定する際の相互交流の要素が含まれる。」 - CCHN Field Manual on Frontline Humanitarian Negotiation

成功を、障害なく安全に傷病者にアクセスできることと定義する場合、交渉の成功には、紛争解決と合意形成に根ざしたスキルを備えた、成熟した経験豊富な統率力が必要である。

人道的交渉の成功は、リーダーとメンバーおよび交渉相手との間に育まれる個人的な信頼関係と、それぞれの有力なネットワークの利用に依存する。

平時や日常の状況での交渉とは異なり、武力紛争の背景には、高レベルのストレス、緊張、強迫、恐怖、不安、リスクや、欺瞞の可能性という追加のプレッシャーがある。

それでも多くの経験は、合意に達して受け入れ可能な解決策や妥協点が見つかる可能性とチャンスがあることを示唆している。したがって、最も厳しく混乱した状況であっても、活動を継続できる可能性がある。国境なき医師団 (MSF) が刊行している経験とケーススタディでは (77)、以下のように記載されている。

「本書は、人道が政治よりも優先されるという多くの神話を、意図的に否定することを目的としている。これは、MSF が今日世界で最も苦しんでいる人々を支援するために行った妥協 (あるものは成功し、あるものはそうではなかった) に関する率直な調査である。

イエメン、スリランカ、アフガニスタンなどの最近の紛争からのケーススタディでは、最も影響を受けた人々に到達するためのMSFの取り組みの現実を明らかにし、妥協の限界がどうあるべきかを考察した。自然災害への援助対応の真の有用性など、より広範な問題を考察する一連のテーマ別の小論もある。」

チームメンバーとリーダーは、危機的な状況に取り組み、緊張を緩和し、重要な決定については関連する原則を適用し、妥協し、複数の利害関係者と交渉し、チームの安全管理とともに、アクセスの中心となり、質の高い患者治療と傷病者の保護を維持する能力が求められる。

赤十字国際委員会 (ICRC)、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR)、世界食糧計画 (WFP)、国境なき医師団 (MSF)、および人道対話センターの 5 つの主要な人道支援組織によって立ち上げられた、ジュネーブに本拠を置く人道交渉能力センター (CCHN) (78) は、フィールドマニュアルを発行している。

2018年12月、最前線の人道的交渉に関するCCHNのフィールドマニュアルの初版がリリースされ、ダウンロードできるようになった(79)。多くの人道支援関係者の集合的な経験と視点を利用したこのフィールドマニュアルは、武力紛争やその他の形態の暴力の影響を受ける人々を支援および保護する目的で交渉プロセスを計画および準備するための一連の具体的なツールと方法を提供している。

このマニュアルは、「体系的かつ組織的な方法で人道的交渉を行うための包括的な方法を提案している。これは、次の目的で設計された一連の実用的なツールに基づいて、交渉戦略を計画および実行するための以下のステップを順に説明している。

- ・交渉環境を分析
- ・すべての当事者の立場、利益、および動機を評価
- ・影響力のあるネットワークを構築
- ・交渉義務の条件を定義し、交渉の目的を明確にする
- ・これらの義務に思慮深く戦略的な方法で関与するだけでなく、制限を設定する。」

1.6.2 コミュニティの関与

医療チームは通常、医療関連の緊急事態に対応する際に高いレベルの信頼を得ているため、コミュニティの人々に健康を守る行動を促すために大きな影響力を持ち得る。しかしながら国際人道法の違反が発生する可能性のある紛争下では、医療チームへの信頼の欠如や人道支援活動全般につながりかねない大きな混乱、疑惑が生じる可能性がある。人々は、彼ら自身の価値観と信念、経験、そして噂を通して医療活動を見、期待を持ったり持たなかったりする。したがって積極的なコミュニティの関与は、信頼と受け入れを再構築し、アクセスを確保し、期待に応える上で重要な要因となる。

例 1. 政治的動乱時の感染症流行におけるコミュニティの関与の重要性

主要都市中心部での深刻なコレラの流行の中で数週間続いた選挙後の暴力と犯罪は、コミュニティ内のコレラの恐怖が患者と医療チームを襲い、医療チームの立ち上げやアクセスの全面的な拒否に至った。これはつまり、受け入れの拒否、信頼の欠如、毀損した安全を意味する。政治家や宗教指導者の一部は、これは「神からの罰」であり、「コレラは悪魔による所業」と述べて、コレラ患者を非難した。彼らはスピーカーを持って隊列をなしてコミュニティで「病人を追い出し」、「医療チームが彼らを治療するのをやめさせる」ように叫んだ。

例 2. 高度に不安定な状況におけるコレラに関するコミュニティの関与

数千人が罹患してコレラの流行がピークに達したとき、政府は国際的な支援を求めた（ただし、コミュニティにチームを受け入れるよう強制することはできなかった）。大都市の中の1つの主要地域にアクセスし、コレラ治療センター（CTC）を設立するために、ある国際チームがとったアプローチは、政治、地方当局、宗教、学校、女性、若者、企業、地元の赤十字などの30人以上の団体のリーダーと迅速かつ積極的に関与することであった。決められた時間と場所で開催された会議で、チームは疾患の性質、原因、ここで可能な治療法、設置するフィールドホスピタル（CTC）とチーム、活動期間を説明し、またコミュニティに対して、発生源の特定、予防に関するメッセージの拡散、フィールドホスピタルの適切で受け入れ可能な場所を決めるための支援の役割と必要性について説明した。会議は5日以上続き、極度の忍耐と地元を尊重するアプローチが必要であった。チームは、対話のプロセス全体を通じて疫学データをコミュニティと共有した。これは、疾病の蔓延、場所、彼らが果たす必要のある重要な役割、および緊急性のレベルを強調するのに役立った。暴力行為は何週間も続き、多くの道路が封鎖され、タイヤが燃やされ、夜間外出禁止令が出された。

暴力行為が許容レベルまでおさまってくると、すべてではないが多くのコミュニティリーダーがチームの活動を承認した。遺体、廃棄物、活動終了時の土地の状態、現地に対するトレーニング、予防活動の支援などの課題をどのようにするかについて、透明性が確保され、合意が得られた。

CTC は、チームが入国してから 8 日後に運用を開始した。最初の数時間で 80 のベッドは女性、子供、男性で満床となった。翌日多くのコミュニティリーダーは、コレラがどのように治療され、患者が治癒していくかを見るために CTC に招待された。彼らはみな喜んで安心しているようであった。

しかし、車列を組んでスピーカーで叫ぶものの中には、相変わらずがなり立て続けるものもあった。チームは（地元の教会指導者を通じて）ネガティブキャンペーンを主導する政治家を招待することを決め、彼らはそれに応じた。彼らは施設と患者、そして治療センターをサポートする地元の医療、非医療スタッフ、予防と危険の特定に関するコミュニティメンバーのためのトレーニングを見学し、翌日スピーカーが止まった。医療チームは 5 か月間治療を継続し、その後閉鎖と引き渡しを決定すると、ネガティブキャンペーンを主導した政治家が施設を訪れ、チームに活動を続けてほしいと要請した。「あなた達が去ると人々が死んでしまう。どうか留まって欲しい。」と彼は言った。チームは彼に、状況はコントロールされており、これからは地域社会と赤十字が対処できると保証した。

医療施設やその要員への攻撃はまた、現地のコミュニティ、コミュニティリーダー、現地の医療従事者が治療を求めたり提供したりすることをためらう原因となる。このような一般的な不安状況は、医療サービスにアクセスしようとしている人々と、困窮している人々にアクセスしようとしている医療関係者の両方にとって問題となる。道路の封鎖、検問所、障害物は、医療を提供するためのすべての努力を無にする可能性がある。時には医療活動が攻撃されることもある (80)。

診療を提供する際に、現地の人々、コミュニティリーダー、現地の医療従事者との直接かつオープンな関係の構築は、信頼関係を築き、現地の人々の固有の懸念や疾病構造に対処するために治療をカスタマイズするのに役立つ。コミュニティとの関わりは、現地のコミュニティをよく知っている民間団体や組織によって最もうまく行われるが、これは医療チーム自身による関与に代わるものではない。そのため、チームメンバーは会話の技術、通訳者との活動、権力/ジェンダーの力学への感受性、倫理的ジレンマへの対処などの能力を必要とする。地元コミュニティの認識を測り、コミュニティへの受け入れを最大限獲得するには、積極的な聞き取り、交渉術、謙虚さ、尊敬、礼儀正しさ、ジェンダーや文化への感受性、共感、透明性のある関係と緊密なコミュ

ニケーションを確立する必要がある。ある程度の開放性、透明性、現地の医療提供者から学ぶ素因、コミュニティの知恵、批判、反省、行動への意欲も、信頼の構築、尊厳の維持、受け入れの強化に役立つ。武力紛争下で活動している軍または政府に所属する医療チームは、安全保障または政治的な目的の一部であると認識されるため、このような関与については特に注意を払わなければならないことを念頭に置くことが重要である。

人道政策グループの研究 (81) によると、既存の規範や統治制度が崩壊しているような緊急事態においては、往々にして様々な NGO が、自由、平等、健康、安全といった一般概念を声高に叫ぶことで、自らをこうした状況の権威であるかのように振る舞うという。彼らは世界中から訓練を積んだ専門家を集め、危機に瀕した地域に送り込み、自分たちの価値を押し付ける。支援介入に際してこうしたお決まりの手順を導入し、被災国の主権を踏み荒らし、主体性を奪い、社会的関係の枠組みから切り離し、その結果人々を没個性化してしまう。

今日の多くの人道支援関係者は、人道主義のコア原則と、綱領、憲章、行動規範、あるいは義務の組み合わせによって形成されるその組織のコミュニケーション戦略について非常によく教育されており、活動の背景についても説明を受ける。しかしながら戦争という状況下では、医療チームはしばしば新たな課題やジレンマに直面し、微妙なバランスを見つける必要がでてくる。たとえば、医療チームは理想的にはコミュニティにできるだけ近い安全な場所で医療を提供すべきであるが、活発な戦闘行為による危険のためにこれが不可能な場合などである。

ソーシャルメディアやその他のデジタルアプリを使用して、到達が困難なコミュニティにおいて重要な情報や公衆衛生のメッセージを共有したり、ニーズやサービスに関するフィードバックを入手したりしている多くの団体がある。このような状況においては、「デジタル的に準備された」医療チームは、受益者に、より良い質とより責任のあるサービスを提供することができると言えよう。ただし、これには、セキュリティとデータ保護に関する十分な注意が必要で、慎重な検討を要する (82)。

1.7 ガイダンスノート

害を与えない！	<ol style="list-style-type: none"> 1.医療チームとリーダーは、意図しない害を加えることを避けるため、「紛争感知レンズ」を通して活動地域の状況と変化を頻繁に分析して理解する必要がある。 2.展開しない選択も真摯に検討する。展開するなら、安全と公平性、および傷病者へのアクセスに関して最低条件を確保できない場合、展開場所を綿密に調査しなければならない。 3.チームは、原則に従って行動し、患者にアクセスしなければならない。アクセスには、コミュニティと利害関係者による受け入れが必要で、これは信頼に根ざしており、信頼は安全の向上にもつながる。 4.チームは、活動を開始する前に、該当する国際人道法の実践的な研修（および現地スタッフ向けの実地研修）を受け、人道、公平、中立、独立の4つの人道支援のコア原則を理解した上で活動する。 5.チームは、計画された活動状況に関連する対人交渉術を必要とする。 <p>実用的な国際人道法研修モジュールは、既存のカリキュラム (83) に統合し、現地スタッフと交代チームも含める。</p>
国際人道法と人道支援活動のコア原則	<ol style="list-style-type: none"> 6.医療チームは、明確な行動を通じて中立で独立していると認識され、国際人道法および人道支援のコア原則に準拠して活動することを求められ、また軍の護衛などの人道法からの逸脱が、その結果がどうなるかも含めて、こういった場面で起こるかを理解する。 7.医療チームは可能かつ安全である場合、紛争当事者全員と接触、調整し、すべての傷病者を差別なく治療する。 8.武力紛争における医療チームの活動に伴う現実、複雑さ、リスクは、チームに、実践的で患者中心のアプローチで活動を導ける経験豊富なリーダーシップと復元力を要求する。 9. チームリーダーは、武力紛争の複雑で混乱した現実の中で方向性を示すための特別な訓練と指導を必要とする。 10.中立性の認識に重大な影響を与える可能性があるため、武装警護と武装した警備員の使用は最後の手段としてのみ検討する (74)。
人道的交渉	<ol style="list-style-type: none"> 11.チームとリーダーは、目標を達成するため、紛争の解決、コンセンサスの構築、謙虚さ、尊敬、忍耐、文化的/宗教的感受性を備えた対人交渉の能力を必要とする。
コミュニティの関与	<ol style="list-style-type: none"> 12.医療チームは、積極的な傾聴、文化、ジェンダーへの感受性、尊敬、共感とともに完全な透明性と開放性を備えたコミュニティとの関与が必要である。 13.デジタルおよびソーシャルメディアプラットフォームは、受益者や他の医療専門家とのコミュニケーションにおいて、医療と危険に関する重要な現場のメッセージとヒントを提供するために（注意深く）検討してもよい。

参考文献

- 1 How is the Term “Armed Conflict” Defined in International Humanitarian Law? International Committee of the Red Cross (ICRC) Opinion Paper, March 2008; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf>
- 2 Norton I., Schreeb V J., Aitken P., Herard P. and Lajolo C. Classification and Minimum Standards for Medical Teams in Sudden Onset Disasters 2013; https://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_sep_tember2013.pdf?ua=1,
- 3 WHO/PAHO Guidelines for the Use of Foreign Field 2003; https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=download&category_slug=books&alias=30-whopaho-guidelines-for-the-use-of-foreign-field-hospitals-in-the-aftermath-of-sudden-impact-disaster&Itemid=1179&lang=en
- 4 Emergency Medical Teams Initiative; <https://extranet.who.int/emt/content/about-us>
- 5 Major Incident Medical Management and Support The Practical Approach at the Scene: Third Edition, 2012; Blackwell Publishing Ltd., p. 11; <https://healthindisasters.com/images/Books/Major-Incident-Medical-Management-and-Support-Third-Edition.pdf>
- 6 The New Humanitarian. (11 March 2019). In Militarised Mali, Humanitarian Responders say Aid is an Afterthought. <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2019/03/11/militarised-mali-humanitarian-responders-say-aid-afterthought>
- 7 ICRC International Armed Conflict; <https://casebook.icrc.org/glossary/international-armed-conflict>
- 8 ICRC Law. (2019). Classification of conflict; <https://casebook.icrc.org/glossary/classification-conflict>
- 9 ICRC Customary International Humanitarian Law Rules 2009, Rules 25, 26, 28, 29, 109-111; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/customary-international-humanitarian-law-i-icrc-eng.pdf>
- 10 Geneva Call - Humanitarian engagement with armed non-state actors 2019; <https://www.genevacall.org/>
- 11 Geneva Call. Deed of Commitment under Geneva Call for the Protection of Health Care in Armed Conflict 2018; <https://www.genevacall.org/wp-content/uploads/2019/07/Deed-of-Commitment-for-the-protection-of-health-care-in-armed-conflict-final-version-4.pdf>
- 12 ICRC War Surgery Working With limited resources in armed Conflict and other situations of Violence Vol 1. p 148; Giannou C, Baldan M. 2010; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf> <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>
- 13 ICRC Medical Personnel; <https://casebook.icrc.org/glossary/medical-personnel>
- 14 WHO Global Outbreak Alert & Response Network (GOARN); https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/en/
- 15 The Sphere Standards; <https://www.spherestandards.org/>
- 16 The Sphere Handbook 2018; <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#ch003>
- 17 Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63-69. doi:10.7812/tpp/10-148
- 18 Inter-Agency Standing Committee, Global Health Cluster; Civilmilitary Coordination During Humanitarian Health Action; https://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/ghc_annex5_civil_military_coordination_february2011.pdf?ua=1
- 19 ODI Planning from the future: is the humanitarian system fit for purpose? (2017); <https://www.odi.org/publications/10694-planningfuture-humanitarian-system-fit-purpose>
- 20 ALNAP The State of the Humanitarian System; <https://www.alnap.org/our-topics/the-state-of-the-humanitarian-system>
- 21 McGoldrick, C (2011). The future of humanitarian action: an ICRC perspective, 31-12-2011 Article, International Review of the Red Cross, No. 884; <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/article/review-2011/irrc-884-mcgoldrick.htm>
- 22 ICRC Engaging with People Affected by Armed Conflicts and other Situations of Violence Taking Stock Mapping Trends, Looking Ahead, Recommendations for Humanitarian Organizations and Donors in the Digital Era; <https://www.icrc.org/en/publication/engagingpeople-affected-armed-conflicts-and-other-situations-violence>
- 23 Watkin, K. (2019). Medical Care in Urban Conflict. International Law Studies Series. US Naval War College, Vol. 95, pp. 49 (2019); <https://digitalcommons.usnwc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1729&context=ils>
- 24 Macaulay, T. and Magee, T. (2018). The Future of Technology in Warfare: From Drone Swarms to VR Torture; <https://fastlyssl.computerworld.com/article/3557911/the-future-of-technology-in-warfare-from-drone-swarms-to-vr-torture.html>
- 25 OCHA Turkey 2018, Humanitarian Deconfliction Mechanism for Humanitarian Organisations Operating in Syria; https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/deconfliction_syria_for_static_non_static_feb2018_eng.pdf
- 26 Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, Ramachandran S. Global rise in human infectious disease outbreaks. J R Soc Interface. 2014 Dec 6; 11(101):20140950. doi: 10.1098/rsif.2014.0950. PMID: 25401184; PMCID: PMC4223919. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25401184/>
- 27 How drones are transforming humanitarian aid; <https://www.swissinfo.ch/eng/sci-tech/-dronefrontier-how-drones-are-transforming-humanitarian-aid/44141254>
- 28 3D printing humanitarian supplies in the field; <https://odihpn.org/magazine/3d-printing-humanitarian-supplies-in-the-field/>
- 29 Agenda for Humanity 2016, The World Humanitarian Summit - Core Commitments; <https://agendaforhumanity.org/core-commitments.html>
- 30 The New Humanitarian, (2019). Ten humanitarian crises and trends to watch in 2019; (<https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2019/01/02/ten-humanitarian-crises-and-trends-watch-2019>)
- 31 Castellamau M de, Stoianova V (2018). Bridging the Emergency Gap: Reflections and a call for action after a two-year exploration of emergency response in acute conflicts. MSF; <https://arhp.msf.es/sites/default/files/BRIDGING-THE-EMERGENCY-GAP-FULL-REPORT.pdf>
- 32 Spiegel PB et al. (2018), Johns Hopkins Center for Humanitarian Health, The Mosul Trauma Response, A case Study; http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/Mosul_Report_FINAL_Feb_14_2018.pdf
- 33 Duffield M (2019). Humanitarianism is in crisis. Digital innovation won't fix it; <https://www.thenewhumanitarian.org/opinion/2019/01/07/humanitarianism-crisis-digital-innovation-won-t-fix-it>
- 34 The New Humanitarian (March 2018). Humanitarian Technology; <https://www.thenewhumanitarian.org/in-depth/humanitarian-technology>
- 35 MSF, The Practical Guide to Humanitarian Law; <https://guidehumanitarian-law.org/content/index/>
- 36 ICRC IHL databases search; <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-search.nsf/content.xsp?key=intro>
- 37 Danish Red Cross, Handbook on the practical use of International Humanitarian Law 2008; https://www.rodekors.dk/sites/rodekors.dk/files/2018-03/handbook_on_ihl.pdf
- 38 ICRC, IHL- international humanitarian law digital app; <https://www.icrc.org/en/document/ihl-digital-app>
- 39 Healthcare in Danger HCID Initiative; <http://healthcareindanger.org/hcid-project/>
- 40 Ethical Principles of Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies. 65th General Assembly of the WMA. Durban; <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/ethical-principles-in-hc/en/>

- 41 WHO Emergency Medical Team Initiative; Guidelines and Publications: <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>
- 42 WHO Emergency Medical Teams <https://extranet.who.int/emt/> (insert updated Blue Book reference).
- 43 Reychler, L. (2006). Humanitarian aid for sustainable peace building. Gibbons & Piquard, Working in conflict - Working on conflict: Humanitarian dilemmas and challenges (pp. 135-154); <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/hnet/hnet17.pdf>
- 44 Montanaro L., ESS Conference Brussels 2019; Evaluation in hard to reach areas: Conflict sensitivity- a criterion for evaluations in the contexts of violent conflicts; https://ec.europa.eu/internationalpartnerships/system/files/lucia_montanaro_-_conflict_sensitivity_0.pdf
- 45 Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184-188. doi:10.1136/bmj.309.6948.184
- 46 WHO Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual 2015; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf;jsessionid=490CD119AEBCAEC52B6F3A28BB7ADA3C?sequence=1
- 47 ICRC Common ethical principles of health care in conflict and other emergencies 2015; <https://www.icrc.org/en/document/commonethical-principles-health-care-conflict-and-other-emergencies>
- 48 ICRC A Memory of Solferino; <https://www.icrc.org/en/publication/0361-memory-solferino>
- 49 Humanitarian Emergency Response Review 2011; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67579/HERR.pdf
- 50 ICRC What is International Humanitarian Law?; https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/what_is_ihl.pdf
- 51 ICRC States Party to the Geneva Convention and Their Additional Protocols; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/annual-report/current/icrc-annual-report-map-conven-a3.pdf>
- 52 ICRC A Humanitarian issue of Critical Concern; <http://healthcareindanger.org/the-issue/>
- 53 ICRC IHL Database, Customary IHL; https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul
- 54 UNOCHA What are Humanitarian Principles. OCHA; https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/OOM-humanitarianprinciples_eng_June12.pdf
- 55 ICRC databases on international humanitarian law; <https://www.icrc.org/en/icrc-databases-international-humanitarian-law>
- 56 MSF The Practical Guide to Humanitarian Law; <https://guidehumanitarian-law.org/content/index/>
- 57 ICRC Rules for Behaviour in Combat; <https://www.icrc.org/en/publication/0381-behaviour-combat-rules-behaviour-combat>
- 58 ICRC Action by the International Committee of the Red Cross in the event of violations of international humanitarian law or of other fundamental rules protecting persons in situations of violence; https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/irrc_858_violations_ihl.pdf
- 59 ICRC The Fundamental Principles of the Red Cross : commentary 1979- ICRC; <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/misc/fundamental-principles-commentary-010179.htm>
- 60 ICRC IHL Database, Rule 59. Improper Use of the Distinctive Emblems of the Geneva Conventions; https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule59
- 61 ICRC IHL Database, Rule 30. Persons and Objects Displaying the Distinctive Emblem; https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_cha_chapter7_rule30
- 62 ICRC Ethical Principles of Health Care in times of armed conflict and other emergencies; <https://www.icrc.org/en/download/file/9567/ethical-principles-of-health-care.pdf>
- 63 MSF The challenges of localised humanitarian aid in armed conflict 2016; https://arhp.msf.es/sites/default/files/MSF_EGS03_The%20challenges%20of%20localised%20humanitarian%20aid%20in%20armed%20conflict_november%202016_0_0.pdf
- 64 ODI, UK counterterrorism travel ban could criminalise humanitarian assistance, 2018; <https://www.odi.org/blogs/10709-ukcounterterrorism-travel-ban-could-criminalise-humanitarianassistance>
- 65 European Parliament resolution of 5 July 2018 on guidelines for Member States to prevent humanitarian assistance from being criminalized; http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0314_EN.html
- 66 United Nations Security Council, Resolution 2462, 2019; <https://www.un.org/securitycouncil/content/sres24622019>
- 67 United Nations Security Council, Resolution 2482, 2019; <https://www.un.org/sc/ctc/news/document/s-res-2482-2019-threats-international-peace-security-caused-international-terrorism-organized-crime/>
- 68 ICRC, IHL Database, Rule 30. Persons and Objects Displaying the Distinctive Emblem; https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_cha_chapter7_rule30
- 69 ICRC, IHL Database; Rule 59: Improper Use of the Distinctive Emblems of the Geneva Conventions; https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule59
- 70 ICRC: Emblems of humanity; <https://slideplayer.com/slide/13726970/>
- 71 ICRC: Emblems of humanity; <https://www.icrc.org/en/publication/0876-emblems-humanity>
- 72 ICRC, The emblems; <https://www.icrc.org/en/doc/war-and-law/emblem/overview-emblem.htm>
- 73 WHO Psychological First Aid: Guide for Field Workers, 2011; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- 74 IASC Non-Binding Guidelines on the Use of Armed Escorts for Humanitarian Convoys, 2013; https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Armed%20Escort%20Guidelines%20-%20Final_1.pdf
- 75 To Stay and Deliver: Good practice for humanitarians in complex security environments; <https://www.alnap.org/help-library/to-stay-and-deliver-good-practice-for-humanitarians-in-complex-security-environments>
- 76 Soft Power Deployment is Diplomacy, The Quarterly Journal of the National Critical Care and Trauma Response Centre 2017; https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/system/files/publications/TQ%202018%20DEC%20Final_0.pdf
- 77 MSF Humanitarian Negotiations Revealed: the MSF experience; <https://www.msf-crash.org/en/publications/humanitarian-negotiations-revealed-msf-experience>
- 78 Centre of Competence on Humanitarian Negotiation, Frontline Negotiations; <https://frontline-negotiations.org>
- 79 Centre of Competence on Humanitarian Negotiation, Frontline Negotiations, Field Manual; <https://frontline-negotiations.org/field-manual/>
- 80 WHO Attacks on Health Care Dashboard; <https://www.who.int/emergencies/attacks-on-health-care/attacks-dashboard-2018-full.pdf?ua=1>
- 81 Humanitarian Policy Group, Constructive deconstruction: making sense of the international humanitarian system, 2016; <https://www.alnap.org/system/files/content/resourcefiles/main/co-constructivedeconstruction.pdf>
- 82 Handbook on data protection in humanitarian action; <https://www.icrc.org/en/data-protection-humanitarian-action-handbook>
- 83 IHL and Core Humanitarian Principles: Humanity, Neutrality, Impartiality and Independence; <https://www.alnap.org/helplibrary/ihl-and-core-humanitarian-principles-humanity-neutralityimpartiality-and-independence>

第2章

安全管理

本章の目標

1. 医療チームは、紛争状況で活動するために包括的な安全管理アプローチを持つ。
2. 医療チームは、武力紛争に関連するセキュリティの脅威を特定することができる。
3. 医療チームは、武力紛争（CBRNを含む）下で医療を提供するために、適切な安全対策を持つ。
4. 団体機関は、要員のメンタルヘルスに関して、確実な備えをするための最低要件を持っている。
5. 医療チームとそのリーダーは、最も関連性の高い主要な参考文献とマニュアルを容易に参照できる。
6. 有害事象が発生した場合、医療チームは完全な身体的、精神的ケアを提供される。

2.1 はじめに

タイムリーに介入し、救命するために、医療チームは活発な戦闘行為の付近で活動する必要があるかもしれない。このような展開では、リスク管理とあらゆる側面からの利害関係者との関わりに高いレベルの注意を払う必要がある。

この章では、医療活動を保護し、意図的な、あるいは間接的な攻撃に対応するために、医療チーム（タイプや所属に関係なく）が検討および計画するために必要な手段と対策についてさらに詳しく説明する。NGO、赤十字国際委員会（ICRC）、国境なき医師団（MSF）、およびWHOの書籍やテキストを参照しつつ、最良の活動、安全な行動、および「すべきことと」「すべきでないこと」を明らかにする。医療従事者への攻撃に対しては、この分野の主要な組織の多くは、国連の安全管理システム（84）などのガイドラインや実践的なガイダンスマニュアルを公開している。多くの人が、赤十字・赤新月社の「危機にさらされた医療」（85）、より安全なアクセスのフレームワーク（86）、MSFの「われわれはターゲットではない」（87）、WHOの「医療への攻撃」（80）などの攻撃を防ぐためのキャンペーンを行っている。

医療チームを展開する団体は、派遣したチームの要員とともに、患者、その家族、現地医療者や契約相手などのチームの活動に関わる他の利害関係者についても、その

安全と福祉を守るための実務的なレベルでの判断と注意を払う、法的、同義的責任がある。

EMT のアプローチの中心にある本質的な問題は、安全な患者治療を提供するために、誰かの幸福、さらには生命を危険にさらす価値があるかどうかである。展開するかどうか、どう現場にとどまるか、および危険の増大に直面して現場に残り続けるかどうかに関する決定は、完全に包括的で体系的なリスク管理プロセスに沿って行わねばならない。

**紛争は急激に、
そしてほとんど、あるいはまったく前触れなしに変化する：
チームは絶え間なくアセスメントし行動し続けなければならない**

同じ安全管理の原則がすべての緊急派遣に適用されるが、武力紛争の状況では、それらの適用により多くの注意と緊急性が必要になることがよくある。十分な安全確保がなければ、戦闘行為の中で対応する医療チームはコミュニティに継続的なアクセスはできないし、するべきではない。緊密なアクセスがなければ有意義で質の高い医療は提供できない。

これらの要素（セキュリティ、アクセス、医療サービスの提供）はいずれも、静的あるいは独立したものではない。これらの動的な関係を図2に示す。ここでは、セキュリティは、それなしでは医療活動を行えない、安全なアクセスを可能にする (88)。

図2. 安全なアクセスを可能にする動力



加えて、医療チームが倫理的かつ人道支援の原則に沿った方法でセキュリティの課題に対処できない場合、チームはどちらかの側に偏っているように見え、さらには道具として紛争の一方の側に軍事的、政治的利益を与えると見なされる可能性がある。

ブルーブックは、紛争で活動しているチームを含むすべての医療チームの安全性とセキュリティリスク管理の考慮事項を概説している。包括的なアプローチには、以下の3つのレベルでのアクションが必要である。

- ・組織レベルでは、組織全体の許容リスクに沿った明確な責任と役割分担を示した安全管理の方針と行動様式、および枠組みを導入する必要がある。武力紛争下に活動する団体は、一般により高いリスクのしきい値を許容し、インフォームドコンセントに基づく対話を通じてこれを管理職員と要員にオープンに伝え、できる限り安全な結果をもたらす追加戦略に投資する。
- ・現場管理レベルでは、リスク評価、安全対応計画、および重大インシデント管理の相互に関連する柱を、現地の状況と医療活動の性質に応じて体系的に適用する。チームリーダーは、特定された最も優先されるリスクに対処するために、最も適切な手段の組み合わせを選択して実行する権限と資源を備えている必要がある。チームリーダーを補助するために、安全管理の専任者をおくことを推奨する。
- ・個々の要員レベルで、各個人はチームの合意された標準手順書を理解してこれに沿い、緊急時対応計画を実行することによって、身体的および精神的安全に対するリスクを軽減する方法について説明とトレーニングを受ける。ソーシャルメディアに関する約束事を含む、勤務中および勤務外の安全な行動のための明確な制限に従い、署名した行動規範に則って行動する。

伝統的に、援助団体はセキュリティリスクの負の影響に目がいく傾向があるが、リスク管理の体系的かつ包括的なアプローチは、同様にプラスの影響をも与え得る (89)。リスクの受け入れと管理における EMT の利点には、以下のものがある。

- ・評判の向上
- ・被災コミュニティとのより強い関係と信頼
- ・チームメンバー間で団結心(esprit de corps)²²を構築する
- ・セキュリティ調整と対応計画の改善
- ・将来のアクセスのために改善された状況
- ・団体の復元力の向上
- ・積極的な国内および国際的なメディア報道（特に、受益者すべてに医療を提供することに関して）

²² フランス語でグループのメンバーが共有する誇りや高い士気、メンバー相互の忠誠心を意味する。

2.2 安全に対する脅威

医療上の緊急事態が武力紛争と共存する場合、それによって安全環境を変えてしまう、現場で使用される武器や爆発物の種類に関して、考慮すべき追加の特別な特徴がある。紛争中に発生する法体系の崩壊に伴い、犯罪や市民の不安による脅威は脅威のレベルをさらに高める²³。

脅威の分類は、使用する評価方法によって異なるが、通常以下の幅広いカテゴリーに含まれるものを検討する必要がある。

表 10. 脅威の分類（国連安全管理システムを改変）

武力紛争	過激な暴力	犯罪	市民の混乱	障害
小規模武力行為	手製爆弾	小児誘拐 (金銭目的)	非暴力的抗議活動 ²⁴	交通事故
空襲	小児誘拐 (政治目的または軍事的動機)	性的暴行 ジェンダーに基づく暴力	暴力的デモ	疾患
対人地雷	暗殺	カージャック	略奪	自然災害
対車両地雷	自爆	強盗	患者への侵害	病院の火災
不発弾 CBRN 攻撃	CBRN 攻撃	窃盗		電気設備

²³ 脅威とリスクの違いは、脅威はそれ自体がネガティブな事象であるのに対し、リスクはその確率と影響を組み合わせたネガティブな事象であるということである

²⁴ 抗議行動に攻撃的な意図がない場合でも群衆の負傷はしばしば発生する。人の密集が起こると圧迫による傷病につながり、危害を避けるために多くの人が一方向に殺到すると、パニックによってこれが悪化する。

2.3 特定の安全対策

リスク管理アプローチの一環として医療チームは、特定された各脅威に関連するすべての脆弱性を比較検討する必要がある。これには、医療施設やチームの活動への意図的な攻撃、および誤った場所に誤った時間にいることによって引き起こされる間接的な危険の両方が含まれる。脅威のみに基づいて判断を下す（あるいはセキュリティ対策を導入する）のではなく、リスクに基づいて判断を下す必要があることに注意する。言い換えれば、EMT の脆弱性の特徴によっては、特定の領域で EMT に低いリスクをもたらす高い脅威レベルに直面することがある。

徹底的なリスク評価と状況分析に続いて、あらゆるタイプの展開に必要な日常対策に加えて、医療チームがさらされる紛争の脅威を減らすために、以下の方策がある（ただし方策はこれらに限定されない）。

1. 武力衝突が発生する可能性が高い場所や時間帯を避ける。
2. 紛争当事者および武器携帯者との、安全なアクセス手段に関する手順の交渉と合意。
3. 服装やエンブレムの使用に細心の注意を払い、紛争当事者との距離を測り、個人的な行動、メディアやソーシャルメディアでの発言の制限、あらゆるものを尊重して行動するなど、医療チームの中立かつ公平な立場を示すための取り組みを強化する。
4. 紛争に関連する安全とリスクに関する、他の関係者との水面下での調整と情報共有を促進する。
5. リスク評価に基づき、医療施設あるいはチームの宿舎の周囲に壁を建設することを検討する。
6. 施設内の人員が多いエリアから周囲を分離する絶縁エリアの長さを増やす。
7. 車両の通路にシケインを作ったり、非武装の警備員の防御機能を強化するなど、外部からのアクセスのコントロールを強化する。
8. 固定施設内に、頑丈に作られた安全エリアを指定したり、燃料貯蔵庫や酸素などの可燃性の資材を含むエリアを壁で囲むなど、爆破に対する防御インフラを導入する。

9. 窓用の防爆フィルムの使用（3M タイプ）。
10. 誘拐/暴力的な侵入のリスクが高い場合は、バックアップの緊急サポートを備えた強力な部屋と非常用ボタンを作成する。
11. 砲撃や爆撃が発生した場合のスタッフと患者のための安全な部屋の指定。
12. 輸送またはスタッフおよび患者に防爆車両を使用する。
13. 武装脅威に関連する PPE を備蓄する。これには、直接のおよび間接的な攻撃に対するチームの緊急時対応計画および実際のリハーサル（メディバック*、ろう城、移転/避難計画など）も含む。
*訳注：「Medical evacuation」医療的な問題で退避すること。一般的に省略してメディバック（MediVac または Medevac）という。
14. 誘拐や人質などのリスクの高いシナリオ向けの特別なプロトコルを含む、紛争に基づく脅威をチームの重大なインシデント管理システムに組み込む。
15. 戦傷患者の治療のためのチームプロトコルを作成する。これには、さまざまな当事者のための個別のトリアージエリア、および必要があれば CBRN の脅威に対するプロトコルを含む。
16. 医療施設に明確な「武器の持ち込み禁止」の方針を確立し、これを武装した訪問者と負傷した戦闘員の両方に明確に伝える。安全な保管施設とプロトコルは、小火器、弾薬、鋭利な（刃物の）武器に使用する。施設と車両に、下図のような表示をする。

図 3. 施設用、車両用の「武器持込み禁止」ステッカーの例



紛争の背景は重要であるが、どれひとつとして同じ状況というものはないということを改めて強調しておく。繊細、かつ情報に基づいたアプローチが必要であり、リスクの状況に比例し、医療チームの内部の任務と能力に合わせて、受け入れ、ハードの強化²⁵、抑止策のバランスの取れたアプローチが求められる。EMTはソフト面またはハード面のセキュリティの側面に自然に注目しがちであるが、紛争下で活動を適正に維持できる団体は、さまざまな方法が必要であることを認識し、それぞれの展開場面において利用可能な最良のツールを組み合わせることに長けている。

脅威の状況に比例し、医療チームの内部の任務と能力に合わせ、
受け入れ、ハードの強化、抑止策のバランスの取れた、
繊細で情報に基づいたアプローチが必要である。

さらに新たなリスク低減策を導入する場合、医療チームは、これが他の対策の有効性にどのように影響するかに注意する必要がある。ある脅威に対して自分自身をより安全にする方策は、意図せず別の脅威に対する脆弱性を高めることがある。現地スタッフ、患者とその家族に可能な限り最良の結果を保証するための適切な配慮が必要である。

安全に関する例

例 3. 過激派の内部紛争下での医療

安全管理の戦略が、その医療施設を取り巻くコミュニティとの信頼と積極的な関与のイメージの構築に大きく依存している医療チームは、犯罪の企図や局地的な群衆の暴力の脅威にさらされる危険が減ると期待される。ただし、現地の受け入れのみに依存するチームは、もともと犯罪的な性格をもつ集団を含め、潜在的な「過激派」の攻撃のソフトターゲット*と見なされる場合もあり、これによって医療機関と連携しているコミュニティのリスクも高まる可能性がある。

*訳注：犯罪者にとって襲いやすいターゲットのこと（たとえば一人歩きの女性など）。

²⁵ ハードの強化策とは、物理的な障壁を作ることで、外部から EMT の重要な資機材への侵入を困難にすることを目的とする。

例 4. 医療と武装警護

難民キャンプの医療チームは長い間、人道支援活動における道路移動に警察の護衛が付き、犯罪目的でのカージャックに対する脆弱性が減少した。しかしながら、これらの地元の治安部隊と一緒に移動することによって実際には、当該国政府に反対する過激派によって設置された手製爆弾に遭遇する危険が高まった。

例 5. 犯罪のもとでの医療と移動

深刻な暴力や犯罪活動の被害者に応急処置と搬送を行っている国内団体は、その職員が直接あるいは無線通信を介して脅迫や嫌がらせに直面している。団体は、進行中の対立において自らを中立であると位置付けるため、繊細でバランスの取れた立ち位置をとる。

ギャングが医療関係者を家から引っ張り出し、「護衛」して負傷した自らのグループメンバーを治療させるために連れて行くことが見られてきた。同様に、救急車（医師の有無にかかわらず）が乗っ取られ、犯罪犠牲者がいる地域に連れて行かれることもある。

この団体は、救急車の移動とスタッフの場所のプライバシーと機密性を確保するために、安全なデジタル無線通信の使用に頼ってきた。また、選択肢をそれぞれ慎重に検討した結果、負傷者を警察の護衛の下に搬送したこともあった。

このような危険な状況にもかかわらず、要員と救急車は攻撃されていない。この団体によると、これらは、すべての関係者に関与し、医療活動の性質と尊重について話し合い、組織の透明性と、中立、公平な行動を浸透させていった長いプロセスの結果である。

紛争に基づく緊急事態で活動する医療関係者のための国際ガイダンスのほとんどは、武装警護は、緊急事態において救命活動をやめなければならないような時のみの最後の手段と考えるべきと述べている。原則として医療施設や車両による移動は、武装した護衛を受けるべきではない。武装警護を受けることが人道支援者の公平という認識に悪影響を与えると考えられる場合、個々の人道支援者の行動が、他団体を含めた人道支援活動全体の認識に影響を及ぼす。

したがって、医療チームは、武装警護に代わる選択肢として、以下を考慮する(74)。

- ・ 目立たない行動を維持すること。
- ・ リモートおよびデジタルデバイスでサポートする計画。
- ・ アクセスの交渉。
- ・ 武装グループ間の国際人道法の認識を高める(第1章参照)。
- ・ 道路を通れるようにしたり、パトロールするなどの地域の安全管理を要求し、その地域での存在感を維持するが、車両の警護をしたり、上空飛行をしたりしないこと。
- ・ 同じ空間に共存する関係者の明確な分離を確実にするため、軍と人道支援活動の人道通知システム(紛争解消)に関与する(90)²⁶。(3.4.10を参照)
- ・ 紛争地内部に一時停戦区域、あるいは紛争地を通る人道回廊を確立する(ただし、これは好ましい選択肢ではない)。

リスクが共有されることとリスクの移転に関する問題は、紛争下で活動するチームにとっても重要性を増している。リスクの移転とは次の場合に発生する可能性がある。

- ・ 2つ以上の医療チーム(所属が異なる)が同じ場所に展開しているか、共同で活動を行っている場合。
- ・ 現地の医療従事者が医療チームの施設に組み込まれているか、またはその逆のパターン。
- ・ 医療チームが活動終了に向けて、その活動を別の団体に計画的に引き継ぐ時。
- ・ 治安状況が悪化し、医療チームが急な撤退を余儀なくされ、残された現地の医療従事者が自分たちで、あるいは、ある程度の遠隔からの支援を受けて医療を継続することを余儀なくされたとき。

²⁶ 紛争解消(デコンフリクション)(軍事情用語): 2つのグループの目的の対立を防止または解決し、人道支援への障害を取り除き、人道支援関係者の潜在的な危険を回避するために行う、人道支援関係者と軍関係者による情報交換および計画の助言。これには軍の一時停止や戦闘中断、停戦の交渉、医療施設の場所の通知、または支援提供のための安全回廊などが含まれる。

安全に対する脅威自体は移転の前と後で変化がなくとも²⁷、その脅威に対するチーム、チームの要員、医療従事者の脆弱性はしばしば異なることを覚えておく必要がある。たとえば、さまざまな要因によって、地元の医療従事者が配置された診療所は、国際的な医療チームが運営する同じ診療所よりも暴力的攻撃のリスクが高い、あるいは低いと評価される場合がある。

医療チームまたは団体が選択、あるいは必要性から、撤収または他の場所への移動の決定を下し、持っていたリスクを、活動を継続する別のチームに移してしまう場合、活動をどう継続していくかを検討する道徳的かつ実務的な義務がある。それぞれの脆弱性の特性を比較し、専門知識を率直に共有して、現場での制約の範囲内で防御可能なリスクへの対応計画を、可能な限り継ぎ目なく維持されるようにする。

2.4 患者の安全

チームは、患者とその家族のアクセスと保護を確保するために、傷病者の安全を考慮しなければならない (91)。

表 11. 患者の安全に関する考慮

アクセス、入場、後送、退院	考慮事項
<p>A. 入院前</p> <p>傷病者は、障害なく医療施設に来ることができるか？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療施設までの道路の危険は？ 検問所、障害物、脅迫など 2. どのような対応策がとられているか？ 3. 医療施設へ移動は可能で、患者や家族にとって安全か？ 4. 医療施設の周辺は、家族が滞在するのに安全か？ 5. 面会者（ビジター）訪問の方針は、リスクについて説明しているか？

²⁷ 移転リスクの対処の戦略は、組織が遭遇するリスクに対処するか、リスクを減じるか、あるいは他団体にリスクを転じる決定をしたときに必要となる。(このような状況はネットワークあるいはプロセス間でも必要となる場合がある) したがって、リスクを自分で抱え込まず、他に委ねる。

アクセス、入場、後送、退院	考慮事項
<p>B. 施設内での治療</p> <p>施設は防護され、医療施設であることが明示されており、その存在が紛争当事者に説明、同意されているか？</p>	<p>6. 医療施設は、すべての紛争当事者によって保護され、公平で中立であると認められているか？それを達成するために取った措置は何か？</p> <p>7. 入院中の戦闘員の保護に関する軍/法執行機関との合意は何か？論争に対処するための方法は何か？</p> <p>8. 施設の物理的保護対策は実施されているか？（柵、土嚢、強化した壁/部屋、防爆扉、窓ガラスの飛散防止など）</p> <p>9. 倫理の欠如や偏見による誤解を避けるため、治療に関して患者に注意深く行うべき配慮は何か？</p>
<p>C. 紹介、後送経路と退院</p> <p>患者は安全に他の施設に後送可能か？</p>	<p>10. 行われる医療搬送はすべての関係者に知られており、認められているか？これを確実にするためにどのようなことが必要か？</p> <p>11. 被害者の紹介経路/退院は安全か（道路、交通手段、紹介施設）？紹介、後送は、被害者の安全と安心の観点も考慮されているか？</p> <p>12. 提供された医療に関する適切な文書を提供するなど、退院する患者とその家族へのリスクを積極的に減らすために医療チームができることはあるか？</p>
<p>D. 全体</p>	<p>13. 患者とその介護者へのリスクを監視するために、継続的なリスク評価を実施しているか？リスク評価には、患者とその介護者自身のリスクに関する自律的で情報に基づく意見が含まれているか？</p>

2.5 要員の医療退避（メディバック）

怪我や病気のためにチームメンバーを退避させる必要があることがある。医療的観点から退避が必要であると判断された場合、EMT は迅速に行動し、チームメンバーとチームへのリスクベネフィットを評価する。退避の手順は確立された明確なもので、チームに共有され、指定された責任者がおり、必要に応じて外部の利害関係者と十分な調整が必要である。一般的な重症患者の搬送 (92) および重大な航空搬送 (93) については、参考資料を参照のこと。

- 一般的に陸上搬送（救急車および汎用車両）は、負傷者を緊急ゾーンから最も近くて安全な医療施設に退避させるための第一選択の手段である。
- 鉄道、河川、海上搬送も検討の余地があり、道路を使った搬送に比べて一定の利点がある。通常避難手順の最終ステップは、特別に装備された民間または軍用（最後の手段として）の航空機が必要になる。
- チームは、退避した要員に適切な医療文書が添えられていることを確認する。感染症あるいは CBRN 汚染が疑われる場合は、特別な措置を講じる必要がある。また、さまざまな受け入れ施設の治療能力を考慮して適切な紹介経路を事前に特定しておかねばならない。これは、指定された主要機関あるいは当局と協議、もしくはそれらを通じて行い、搬送経路と受け取る側の地域のガイドラインとプロトコルに準拠しなければならない。
- 紛争当事者への通知と同意、合意されたエンブレムの使用、紹介経路に沿った医療提供者との調整など、安全を確保するための鍵となる予防措置を実施することは重要である。
- 医療退避を行う専門業者と契約する場合は、細かい字で書いてある契約書の詳細まで読み、契約に何がカバー/含まれているか、何がカバーされていないかを正確に把握し、そのキャパシティと制限について完全に理解すること。
- 退避者と連絡が取れなくなった場合は、退避担当者または調整担当者のいずれかが、家族・緊急連絡先との直接の連絡を検討する。医療以外のサポートスタッフと一緒に退避する場合は、常に医療情報の機密性を保つことに注意する。

2.6 チームのメンタルヘルスと心理社会的支援 (MHPSS)

武力紛争の影響を受けた人々のニーズに応えることは非常にやりがいのある経験であり、チームに所属しているという意味と意義をもたらす。これはしかし、職業上のメンタルヘルスのリスクでもある。紛争地で活動するという事は、身体的な外傷のリスクもあるが、それに加えて精神的なストレスのリスクもある (94)。

緊急時の対応は非常にストレスが溜まる。チームはしばしば深刻な人間の苦痛や圧倒的なニーズ、物資の不足、十分な休息が取れない長時間労働、過酷な身体的状況、最適ではない仕事上の組織、ほとんど連絡を取り合うチャンスがない友人や家族からの別離に直面する。これらは現地で活動する要員のメンタルヘルスに影響を与える苦難のほんの一部にすぎない。さらに、要員に深刻な影響を与える可能性のある紛争の特徴のいくつかには、以下を目撃したり経験したりすることもある。

- ・ 残虐行為 (戦争の武器としての性的暴力を含む)。
- ・ 最も脆弱な人々 (子供、女性、高齢者、病人) を標的とした攻撃と人道法違反。
- ・ 医療従事者への直接の脅威、彼らに対する、または医療施設への攻撃または身体的攻撃。
- ・ 現地スタッフとその親戚に対する直接の脅迫または暴力 (主に「紛争の敵側を治療した」という理由で)。
- ・ 武装した関係者は、特定のグループへの治療を拒否したり、アクセスを妨害したりする。

武力紛争下で傷病者の診療をしようとする時、医療スタッフ (現地要員および外国人要員) は通常強い感情とストレスを経験し²⁸、これらは緊急事態という性質、迅速な介入、疲労、恐怖心、およびあらゆる形態の暴力の洪水によって増幅される。スタッフが犠牲者の苦しみを目の当たりにし、危険な活動環境で日常生活を送っているという状況はしばしば悲惨なものとなる。武力紛争によってもたらされる危険に加え、そこには、法律や倫理を尊重しない規律のない戦闘員、現地のコミュニティでの武器の拡散とそれを使った犯罪行為や攻撃、誘拐、感染症のアウトブレイク、その他の潜在的な脅威がある (95)。

²⁸ ストレスとは心理的反応を指し、心配や不安、圧倒されたり衰弱したりする感覚、あるいはうつのかげや、うまくいかないという感覚などがある。これらの感情には、体の痛みなどの体の不調を伴うことが多い。

ストレス（中程度で対処がしやすい場合）は、人が注意深く安全に、困難な状況で活動するのに役立つため、必ずしもマイナスとは限らない。しかし、ストレスが悪化したり長引いたりすると、人は消耗しストレスに対処できなくなってしまう。

EMT の要員に及ぼす悪影響を軽減し、要員の精神的な健康への長期的な影響を防ぐために、EMT を展開するすべての団体は、以下の分野における方針を作成して実施する必要がある (94)。

- すべてのスタッフに対して、展開前および活動終了後の非公開のスクリーニングと、予想されるストレス源に対応する能力の評価。
- ストレスに対処するための適切な事前準備とトレーニング。
- 現場でのスタッフの対応の定期的なモニタリング。
- スタッフが日々のストレスに対処するのを支援するための継続的なトレーニングとサポート。
- 重大なインシデントまたは外傷、あるいは異常な/予期しない深刻なストレスの影響を受けたスタッフおよびチームへの具体的かつ文化的に受け入れられるサポート。
- 任務終了または契約終了時のスタッフに対する実践的、心理的、文化的に受け入れられる適切なサポート。
- 派遣中にストレス、外傷、または疾病に罹患することによって影響を受けたスタッフに対する継続的なサポート。

個人レベルでは、要員は自ら以下を率直によく考える必要がある (96)。

- 異文化間の意思疎通で必然的に発生するストレスの溜まるコミュニケーションの崩壊を乗り越える忍耐力があるか？
- 予期しない問題に直面したときに、偏見なく、創造的になることができるか？
- ストレス、不安、欲求不満に対処するための建設的ですぐに利用可能な手段があるか？
- 一部の地域の安全のために、個人の自由の一部を妥協することを厭わないか？

- ・武力紛争地帯にいる多くの人々の日常の現実の一部である、極度の困苦と剥奪の存在下でどのように対応するかを検討したか？
- ・この種の仕事を求める動機について正直であり、それがどのようなものになるかについての期待に現実的であったか？

「人道的行動と武力紛争：ストレスへの対処」と呼ばれる単純な 10 の質問のストレス自己評価とチェックリストが有用である (95)。

2.6.1 スタッフの健康と福祉

展開前

チームを派遣する組織は、避けられないストレスに対処するためにチームメンバーを適切に準備させる必要がある。以下の対策は、展開前の段階で緊急事態に対応する管理者が実施し、該当する場合は緊急時対応のさまざまな段階に拡張する必要がある (97)。

- ・チームメンバーが、全体的な緊急対応システムと、自分のチームを含む主要なチームの役割と責任に精通していることを確認する。
- ・誰が誰に報告するかについての混乱を排除することにより、ストレスを最小限に抑えるための明確な権限と責任のラインを確立する。
- ・ストレス管理のスキルに関する定期的なトレーニングを提供する。
- ・施設の避難計画を作成し、定期的に訓練を実施する。
- ・チームが安全手順とポリシーに完全に精通していることを確認するために、継続的なトレーニングを提供する。
- ・チームが展開の準備をするのに役立つガイドラインを作成する。
- ・各チームメンバーの家族の連絡先情報を継続的に更新する。

活動中

食料と水

ブルーブックの指針に従い、チームは食料を自給し、自分の飲料水を迅速に生成する能力を備えていなければならない。チームが食料ボックスに生鮮食品を補充したいと考えており、地元住民への供給を損なうことなく調達できる十分な食料品が手に入る場合は、チームはその供給元が信頼できるサプライチェーンを持っているかを確認

し、ロジスティクスチームによって常にモニタリングをする必要がある。

休息とレクリエーション (R&R)

病院の敷地外でスタッフに R&R 活動を提供することができない可能性が高いため、チームメンバーにこれらの活動を提供することを検討しなければならない。組織が、スタッフが何週間も働いた後に R&R を与えるという、より一般的な方針を持っている場合もあるが、これは日常的に高い緊張を強いられる環境下でスタッフが燃え尽きるのを避けるのに充分であるとは限らない。スタッフは、職場環境から可能な限り遠く離れて（物理的な距離でなくとも）、社会と交流する機会を必要とする。考慮すべきいくつかの項目は次のとおり。休暇中の社会との交流は「強制」されるか、もしそうならどのように？ 文化的に適切な場合、アルコールは許可されるか？ 安全が確保される場合、宿舎を離れることは許可されるか？ また、どのような状況であればこれが許可されるか？ どのような方針を採用するにせよ、これらはスタッフに明確に説明する必要がある。これらは本国を出発する前に本人に説明するのが望ましいが、それができないときは到着後できるだけ早く説明する。

危機の最中およびその後のストレスを最小限に抑えるための貴重な情報は、公衆衛生上の緊急事態における労働安全衛生に関する既存の WHO ガイダンス：医療従事者と対応者を保護するためのマニュアル (94) にある。

ミッション中、精神的または肉体的な健康問題が発生した場合、スタッフは内部または外部の医療提供者を通じてサポートを受けられることが保証されなければならない (95)。その場合スタッフは、誰に連絡するのか、どのような状況で連絡するのかを明確に知らされていなければならない。メンタルヘルスのための医療退避もできるようになっていなければならない。

活動終了後

多くの場合、活動終了後のスタッフの長期的なケアは、差し迫った展開前および活動中のフェーズよりも優先度が低くなる。しかしチームメンバーの、その後のミッション参加への希望や能力は、多くの場合、帰国時の経験によって決まる。このサポートは主に個々のスタッフの利益のためではあるものの、これをうまく行えない組織は評判が悪くなり、要員リストの数が減る可能性がある。成功している組織というのは、経験者と、それを更新していく初心者のメンバーとのバランスのとれた名簿を持っているが、ミッションからの復帰時にスタッフがサポートされていなかったという認識のために経験豊富なチームメンバーを絶えず失っている組織には、これは得られない。

スタッフが身体的な疾患や精神的苦痛から完全に回復するために必要な時間とサポートを確保することは重要である。これには、医療費の支援、早期復帰のプレッシャーを感じずに仕事を休むこと、またはサポートされた職場復帰を促進すること、また必要に応じて労働日数または労働時間を短縮するなどの復帰時の労働条件の調整などが含まれる。組織文化の一部として組織がスタッフに対して支援的であるというスタッフの認識は、帰国したスタッフメンバー（用意されているサポートを利用するしないに関わらず）にとって不可欠であり、自信と安心を提供する。組織と恒久的な契約を結んでいないメンバーには、アクセスしやすい強固なフォローアップシステムがなければならない。活動の任意の段階で行われる苦情処理のための透明性の高いシステムは、組織にとってしなければならない煩わしい対処ではなく、組織が学習する機会として捉えられねばならない。

活動によって生じるメンタルヘルスの問題は、特に活動と活動の間の期間に、組織との接触が最小限になるであろうスタッフでは、組織的なフォローアップがないと特定が難しく、効果的なサポートができない。症状は活動後数か月たってから出てくることもあり、最初は個人による活動に起因しない場合がある。スタッフは、文化的背景や、性別や、認識の違いなど、さまざまな理由でメンタルの問題について支援を求めたり支援の受け入れをためらう場合がある。暴力行為に晒された可能性のあるスタッフについては、基本的な心理的応急処置がすぐに提供されるように対策を調整する必要がある（ただし、そのデブリーフィングは行わない）、メンタルヘルスの専門家が、事案から1～3か月以内にスタッフを評価し、さらにフォローアップケアが必要かどうかを判断する（96）。

2013～2016年の西アフリカエボラ出血熱の発生からの学び²⁹は、帰国したスタッフが、メンタルヘルスについてモニタリングとサポートを提供するプログラムを受けることに積極的ではなかったという経験がある。なぜならスタッフが次の派遣の機会があったときに、サポートを受けたことが自分の評価に悪影響を与える可能性があると感じたためである。これは、活動する組織自身が積極的に改善しなければならない課題であり、内部教育と中堅および高次の管理者によるモデル形成を通じて、メンタルヘルスのサポートを受けることは汚点や不名誉ではないことを啓蒙しなければならない。

²⁹ 英国国際開発省の内部レッスンでは、サウスロンドンとモーズリーNHS財団トラストによって実施された帰国スタッフプログラムのための活動後のメンタルヘルスサポート支援の採用について報告している。

医療従事者は職業的な暴露によってエボラウイルス出血熱などの感染症にかかるリスクが高いことを人々が認識しており、医療従事者はしばしば汚名を着せられ、社会的に孤立する。このためにこれらの偏見を減らす取り組みは重要である。医療従事者の家族でさえ、彼らの友人や知人によって汚名を着せられ、社会的に避けられていることが知られている。このため、包括的な公的教育キャンペーンは、一般市民が潜在的に持っている、感染や汚染に対する不必要な恐れや信じられている伝聞に起因する、医療従事者の社会的な不名誉と排除に対処しなければならない。重要なことは、キャンペーンが医療従事者が自分たちがしていることに誇りを感じることができるよう、感染症と最前線で戦う人々の役割を評価するよう一般市民を啓蒙しなければならないということである。このようなキャンペーンは、感染症のアウトブレイク時の一連の対応の一部として組織することができる。

2.7 生物化学兵器、放射線、核 (CBRN) による脅威

偶発的であろうと故意であろうと、CBRN³⁰の危険や攻撃は深刻であり、武力紛争や不安定な環境で活動する医療チームにとっては潜在的な脅威である。従って EMT を展開する前に、ニーズの評価だけではなく、潜在的な CBRN の危険性と脅威の分析を行う必要がある。このような評価と分析は、リスク管理の方法論に基づいて行うものとし、リスク評価を支える情報とデータは、EMT の展開前と活動中の両方において、さまざまな信頼できる情報源から収集する。

リスク評価の分析項目に組み込まれるべきなのは、EMT にとって CBRN 物質の実際の存在と同じくらい問題となり得る、CBRN の危険物が放出されたという検知や噂の確からしさである。このような疑惑や噂に続く混乱とパニックは、トリアージプロセスを非常に困難にするだけでなく、すでに限られた資源を他の優先すべき医療分野から枯渇させるおそれがある。

さらに、チームで配備された場合、個人用防護具 (PPE)、放射線検出器、除染用溶液や特殊医薬品などの CBRN 機器は、武力紛争に直面している地域への輸出が規制されていることがよくある。

³⁰ CBRN は、CBRNE または CBRNe という略語でも知られている。ここでの文字「E」または「e」は、デバイス内で CBRN 物質を迅速に分散させる方法として使用される「爆発物」または「エネルギー」を示す。通常「CBRN」という用語には、CBRNE および CBRNe の対象となるものも含まれる。

このような制限は、展開能力だけでなく、応答時間とキャパシティの大きさに影響を与える可能性がある。

EMTは「単独」で活動するのではなく、事前に明確に決定された主管（国内または国際）が主導する、より広範な対応構造の一部である。リスク評価、軽減、準備、実際の対応における意思決定など、すべての段階での意思決定プロセスは、この主管組織と緊密に連携する必要がある。主管組織はまた、展開する様々な EMT の活動の標準化と協調、調整を行う責任を負う。

CBRN の脅威のリスクが高すぎる場合、EMT はその状況/場所に展開してはならない。CBRN の脅威が限定的で、コントロール可能なリスクが存在する状況で展開される EMT は、リスクの認識方法と安全な行動、および脱出の訓練を受け、活動期間全体を通じてチームに十分な脱出保護資材を備えていなければならない。病院前の除染のトレーニングも必要になる場合があり、特定の防護具が提供される (98)。さらに、展開する前に、適切な方法、適切なタイミング、適切な機関/特定の場所で情報を共有できるようにするために、国全体および地域的な情報管理の調整を実施、確認する必要がある。このようにして、紹介、後送を適切に行うことができ、警告システムを適切に発動することができる。



© ICRC/Ibrahim Adnan Sherkhani Mohammed Al Genkw

CBRN のリスクのある状況で活動する医療チームの前提

1. CBRN のリスクは、あらゆる暴力の背景がある場面に広範囲にわたって存在する可能性があり、展開前のリスク評価によってその状況でのリスクを明らかにする。
2. CBRN 汚染は、以下から発生する可能性がある。
 - a. 化学、生物、放射線などの有毒な工業資材
 - b. 戦争で使用される化学、生物または放射性兵器
3. CBRN 汚染は、固体、蒸気、エアロゾル（ミスト）など、さまざまな形態の薬剤によって引き起こされる。
4. EMT は、汚染されたエリアや汚染されうる状況で活動してはならない。医療チームが汚染されたエリアにいるという状況が発生した場合の行動指針は、ただちに活動を停止し、物品を整理してスタッフと患者を保護し、所定の場所に避難し、安全に施行可能な場合は緊急除染を行って避難することである。
5. 汚染エリア外の EMT は、さまざまな手段で搬入された汚染患者（計画的にせよそうでないにせよ）を受け入れることが想定され、これにより、施設とスタッフの相互汚染のリスクが高まる。EMT は、そのような状況に備えて習熟した行動計画を持っている必要があり (98)、前述のように、施設前除染のトレーニングを受け、必要な機器を配備していなければならない。
6. 化学汚染の可能性があるかどうかの判断は、検出器からの技術的な確認を待たずに、患者の兆候と症状に基づいて行われる。汚染されたケースと特定した場合は、ただちに除染を行う。提供される治療はすべて、PPE を着て除染した後に行う。PPE なしで治療が行われた場合、EMT チームのメンバーは暴露されたと見なされ、除染と健康診断を受けなければならない。
7. 化学物質による中毒が疑われる患者の治療は、時間依存性の病状であるため、症状と中毒性の兆候（トキシドローーム³¹）に基づいて行われる。治療は、検査結果（特別の機器と専門技術者がいる検査室が必要で、通常 EMT やその周囲には存在しない）や、検出器の読み取り値の結果分析を待つために遅らせるべきではない。
8. 患者からの放射線の検出は、訓練を受けた担当者が使用する適切な検出器を使用して行う。患者が生命を脅かす傷害に苦しんでおり、放射能汚染の存在の可能性が疑われる場合、生命を脅かす状態の治療を最初に行う（後述）。
9. 生物学的汚染物質の存在は、適切な研究所と管轄の公衆衛生当局によってのみ確認できる。そのような宣言がなされるまで、EMT の担当者は WHO ガイドライン (99-101) に従って PPE を使用する。

³¹トキシドローーム（中毒症候群）とは、特定の効果を持つ毒素にさらされたときに患者が示す特徴的なパターンの兆候/症状をいう。

国際チームの場合、ICRC が次のように述べていることにも注意すること。

「化学、生物、放射能、または核（CBRN）の事案に、特に準備なくその場の対応で人道支援を行う場合、極めて困難、かつスタッフに多くのリスクをもたらすことになる。」（102）

CBRN の脅威を伴う広範囲にわたる不安定な環境に配備されたすべての EMT は、以下の機能を備えていなければならない。

1. リスク評価を実施し、特に CBRN の脅威に対処する。この機能には、リモートでの専門家のアドバイスを得ることも含む。
2. すべてのスタッフ（国際および現地スタッフの両方）が CBRN の知識や取り扱いの手順、および関連する PPE のトレーニングを受けていること。
3. 該当国内の EMT 調整機構を確認し、連絡を取り、EMT CBRN 緊急時対応計画（他のセキュリティ計画と同様に）調整し、疑わしいインシデントの際には、リアルタイムで EMT 調整機構と調整する。
4. 現地の調整機構と協力して、CBRN 物質の使用の可能性、脅威または噂に関するリアルタイムの情報を主要関係者へ提供する。
5. （感染症、その他の汚染患者の）治療や、患者の除染を行うすべてのスタッフ（すべての EMT 要員がこれらに参加するわけではない（103））に適切な PPE を提供する。これらは最低限、リスク評価に基づいて、ゴーグルを含む密着するフェイスマスク（または、テストなしで密着と安全性を確保する電動空気清浄呼吸器などの装置）と適切な薬品容器、防護服、手袋（内側の綿の手袋を含む）、ブーツまたはカバーのついた靴を含む。すべての物品が国立労働安全衛生研究所（NIOSH）および国立防火協会（NFPA）などの、国際的に認められた化学保護基準を満たしていること。
6. PPE を着用することが考慮されるすべてのスタッフは、医学的にチェックされ、使用が許可され（PPE が使用される気候も考慮）、着脱のトレーニングを受けていることを確認する。

7. EMT の施設が汚染エリア内にある場合の緊急時対応計画には、以下を含める必要がある。
 - a. 当該国の EMT 調整リーダーと連携した意思決定プロセス。
 - b. 内外への通知。
 - c. 施設の閉鎖。
 - d. 避難：全員が避難し、安全な避難手順をとるために、一時的な避難場所を設定することもある。
 - e. EMT 施設内の職員/患者の緊急除染。
 - f. EMT 施設内の患者の緊急治療。
8. 到着した患者が薬剤で汚染されている疑いがある場合の緊急時対応計画。この計画には、少なくとも以下を含める。
 - a. インシデントに関連した人々の恐怖を考慮し、EMT の施設の外に、必要な導線と群衆のコントロールを含む、患者のトリアージエリアを設定する。
 - b. 簡便なトリアージアルゴリズムの確立。
 - c. 適切な物理的インフラと手順が整っており、トリアージと緊急時の迅速な除染が実施できる PPE と訓練を受けた要員がいること。
 - d. 歩行可能あるいは歩行不能の外傷患者のための緊急の迅速な除染。緊急除染の手順は、湿式または乾式除染に基づく。
 - e. リスク評価によって、可能と思われる汚染物質の処理アルゴリズムの確立。
 - f. EMT が治療していない汚染患者と、EMT によって治療および入院させた患者（適切な患者の記載書類を含む）の、明確な紹介経路の確立。
 - g. 除染された患者の扱いと保護のための手順の確立。
 - h. 除染されておらず、到着時に死亡が宣言された患者に対処するための手順の確立。
 - i. 施設の適切な除染と、汚染された機器および備品の安全な処分の手順の確立。これらの手順には、患者をトリアージおよび治療するための EMT の外の指定されたエリア、および患者を移送した車両の除染も含める。
9. 汚染された患者の治療後に「通常の」診療活動を再開するための明確な手順を作成。

10. 使用した機器と備品を補充するための供給網があること。
11. 次の交替チームへの適切な引き継ぎと、展開されている他の EMT との知識の共有。
12. 不安定な環境で疾病のアウトブレイクに対応する EMT を活動させることの影響に関するリスク評価。
13. CBRN 事案が与える特別な影響と、それに対する恐怖を考慮した、スタッフ、スタッフの家族、患者およびその介護者のための明確なメンタルヘルスおよび心理社会的支援計画 (104、105)。

EMT 専門診療チームは、CBRN EMT として登録されることも選択できる

一部の政府、当局、および軍は、専門の CBRN 対応チームを指定し、それらの展開を義務付けることがある。このようなチームは、多大な投資と準備、トレーニングと資機材を備えた専門家で構成される (106)。

2.8 ガイダンスノート

1. 医療チームは、自己、現場、および生存者 (3S*) の安全を確保しなければならない。
2. 武力紛争下に展開された医療チームは、すべてのスタッフ、現地スタッフ、および交代チームへの展開前および活動中に提供されるトレーニングを使用して、状況および地域に固有の安全およびセキュリティリスク管理計画を立てる必要がある。
3. 医療チームは、チームの注意義務と、メンタルヘルス、医療避難計画、インフォームドコンセントなど、チームの安全と福祉を確保するための法的義務に関する方針に明確な責任を負う。
4. リスク評価の結果に応じて、特定のプロトコル、専用キット、トレーニング、計画など、CBRN の危険性と脅威について特別な考慮が必要である。

*訳注： Self、Site、Survivors の 3S

参考文献

- 84 United Nations Security Management System, Security Policy Manual, 2017; https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms_policy_ebook.pdf
- 85 Healthcare in Danger Resource Centre; <http://healthcareindanger.org/resource-centre/>
- 86 ICRC Safer Access Practical Resource Pack; <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/2013/safer-access-a-guide-for-allnational-societies.pdf>
- 87 MSF, Humanitarian Challenges; Saving Lives and Staying alive, 2016; <https://www.msf.org/saving-lives-and-staying-alive>
- 88 Merkelbach M, Daudin, P: From Security Management to Risk Management: Critical Reflections on Aid Agency Security Management and the ISO Risk Management Guidelines, 2011; https://www.files.ethz.ch/isn/137850/SMI_views_risk_management_-_May_2011.pdf
- 89 Parker R. 2018, The Global Interagency Security Forum GISF, ISO31000: The Next Step in the Evolution of Humanitarian Security Risk Management?; <https://gisf.ngo/blogs/iso-31000-the-next-step-in-the-evolution-of-humanitarian-security-risk-management/>
- 90 UNOCHA, Policy and Studies Series; To stay and Deliver: Good Practice for humanitarians in complex security environments; 2011; https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Stay_and_Deliver.pdf
- 91 ICRC, Promoting Military Operational Practice that ensures safe access to and delivery of Health Care; <http://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4208-promotingmilitary-op-practice-ensures-safe-access-health-care.pdf>
- 92 Australian and New Zealand College of Anaesthetists & Faculty of Pain Medicine; Guideline for transport of critically ill patients; https://www.ccm.org.au/CICM_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-10-Guidelines-for-Transport-of-Critically-Ill-Patients.pdf
- 93 MN Vijai1, Parli R Ravi2, Abhishek Pathania; Critical Care Air Transport: Experiences of a Decade; JMR 2018; 4(1): 53-58 January- February; ISSN: 2395-7565; http://www.medicinarticle.com/JMR_20181_12.pdf
- 94 WHO/ ILO; Occupational Safety and health in public health emergencies: A Manual for protecting health workers and responders, 2018; https://www.who.int/occupational_health/Web_OSH_manual.pdf
- 95 ICRC Humanitarian Action and Armed Conflict: Coping with Stress; <https://www.aofoundation.org/-/media/project/aocmf/aof/documents/icrc/readandlearn/icrc-002-0576.pdf>
- 96 MSF Essential Criteria; <https://www.msf.org.au/join-our-team/work-overseas/essential-criteria>
- 97 SAMHSA: Tips for Preparing to Deploy; <https://www.samhsa.gov/dtac/disaster-responders/preparing-deployment-tips>
- 98 ICRC, Guidelines for the pre-hospital management of persons contaminated with chemical agent during armed conflict and other violence; <https://www.icrc.org/en/publication/4414-guidelines-pre-hospital-management-persons-contaminatedchemical-agent-during-armed>
- 99 WHO Laboratory Biosafety Manual, 4th Edition 2020, Personal Protective Equipment; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011410>
- 100 CDC, Personal Protective Equipment; <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/healthcare-us/ppe/index.html?deliveryName=DM7557>
- 101 CDC: Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings; <https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ppe/PPEslides6-29-04.pdf>
- 102 International Review of the Red Cross, Chemical, biological, radiological or nuclear events: The humanitarian response framework of the International Committee of the Red Cross; <https://international-review.icrc.org/articles/chemical-biologicalradiological-or-nuclear-events-humanitarian-responseframework>
- 103 ICRC, Guidelines for the pre-hospital management of persons contaminated with chemical agent during armed conflict and other violence; <https://www.icrc.org/en/publication/4414-guidelines-pre-hospital-management-persons-contaminatedchemical-agent-during-armed>
- 104 WHO, A framework for mental health and psychosocial support in radiological and nuclear emergencies, 2020; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015456>
- 105 WHO, Mental Health of Populations Exposed to biological and Chemical Weapons, 2005; https://www.who.int/mental_health/publications/populations_exposed_bio_chemical_weapons/en/
- 106 Hon Z et al., Depleted Uranium and Its Effects on Humans; Sustainability 2015, 7, 4063-4077; doi:10.3390/su7044063; <https://www.mdpi.com/2071-1050/7/4/4063/pdf>



第 3 章

調整プラットフォームと 様式

本章の目的

1. 武力紛争や不安定な環境における調整のためのプラットフォームと様式の重要性についての理解を深める。
2. チームが調整プラットフォームへの関与と貢献をするため、自分の役割と責任をよりよく理解する。
3. チームの指導者は、他の支援団体、軍の関係者、国連平和維持軍、その他の現地の主要な利害関係者との機能的な連携を行うことができる。
4. 既存の調整ガイドラインとマニュアルについての知識と理解を深める。
5. チームとリーダーは、最も関連性の高い主要な参考資料とマニュアルを簡単に参照することができる。

紛争は、人道支援の提供に重大な課題をもたらす。多くの場合、人道支援の要員や関係者は、彼らの動機、目的、方法論が、紛争当事者や受益者集団によって肯定的または否定的に認識されるのを知るであろう。

国際的な人道支援とその調整の目的は、信頼性があり、安全で、効果的、包括的な、人道主義の原則を尊重する手段によって、被災者のニーズを満たすことである。これにより、紹介経路、治療の継続、リソースの共有、保護、標準化されたデータなど、より質の高い患者診療が可能となる。

第2章で、武力紛争下における国際人道法とそのコア原則に関して述べているように：

- ・ 政府とその軍、および非国家主体（紛争中）は、傷病者に医療を提供するという国際人道法の下での明確な義務を負っている。
- ・ 政治的偏見による認識は、これを防いだり訂正することが特に困難である。

紛争当事者は、しばしば現在の政治的状況のレンズを通して地元および外部の関係者を見、人道的介入を明白な政治的行為と見なすことがある。

紛争下では、支援の調整と意見の集約のため、すべての医療関係者間の緊密な調整を維持すると同時に、このような協力と調整プラットフォームが特定のグループのために機能していると認識されないようにすることが重要である。もしも現場にそのような認識があるということが判明した場合、医療チームは人道支援の原則に沿ったアプローチを維持するために、紛争当事者や被災者が彼らのレンズを通して見る認識を修正しなければならない。これには継続的なモニタリングと、主要な利害関係者との対話が必要である。

人道支援の原則に沿った集約的な支援活動の強固な枠組みを維持することで、医療チーム（非軍の）はすべての人に真の人道主義者として認識され、被災した地域社会にアクセスする正式な権利を確固たるものにできる。

医療チームや EMT の構成や背景、あるいは彼らの活動方法は、状況によって自分自身と、広く人道支援団体のコミュニティに、プラスまたはマイナスの影響を与える可能性がある。

3.1 紛争下における人道支援の調整の目的

現場で展開しているすべての人道支援団体にとってお互いに調整を行う目的は、最も効果的な活動、資源/能力の効率的な使用、ギャップや重複、労力の浪費、不適切な介入の回避を確実にするためである。重要なことであるが、被災地域での紛争当事者は、人道支援を提供する一義的な責任があることを再度ここで述べておく。国家または非国家の関係者が人道支援を提供する意思がない、あるいは提供できない場合に、人道支援団体が支援することになる。

調整は、調整が付加的な重みと特別な目的を持つ紛争で活動している医療チームにとってさらに重要である。

3.1.1 人道支援の原則に基づいた強固な活動の枠組み

紛争下に展開している中での各団体の調整は、団体の集約的な関与を導き、人道支援の原則に則った行動をサポートする。人道主義の原則を順守することは、個々の団体/組織の重要な責務である。調整が行われることで、複雑な問題の議論と集約的調査とその解析が容易になる。これによって理解と分析が進み、ある程度の整合性が確保される。

3.1.2 集約的な公平と中立

組織の公平性と中立性を維持することは、紛争下においては大きな課題を抱えることが多い。政治的偏見によるニュアンスと認識は、人道主義者にとって常に存在する課題であり、調整プラットフォームを通じて人道支援の要員が話し合い、明確な立場を集約的に確立することができる。

調整機構の集約的な性質は、個々の立場と支援の弱体化を防ぐ。ただし、これにはいくらかの代償を払わねばならない場合がある。調整は、完全な形で行われる必要があり、支援は個々の団体/機関だけでなく、全体としての人道的対応の公平性と中立性に与える影響を考慮して慎重に検討されなければならない。第2章で強調したように、医療チームは、一人の人間の行動とその認識のされ方が、すべての医療チームに影響を与えることを覚えておかねばならない。

3.1.3 公平なアクセスと診療

調整メカニズムは、その状況全体において、アクセスの困難さを特定し、指摘できなければならない。これは、社会から取り残されたグループが、物理的あるいは心理的に、最も基本的なサービスにさえもアクセスできない状況、あるいはそう考えられる状況で特に重要である。このような状況では、集約的な立場からの集約的な支援が不可欠である。

個々の団体/機関が単独で紛争当事者に対処するのは、人道支援の原則に沿って集約的な立場で当事者と議論をするよりも成功する可能性が低い。これは、紛争当事者

が、支援が特定のコミュニティに、敵対行為あるいは戦争の手段の一環として提供されているとみている場合に、特に当てはまる。

3.1.4 集約的な安全管理

調整メカニズムは、集約的な安全管理のために不可欠な、議論と検討の場も提供する。適切な調整によって提供される情報、分析、および連帯は、最も困難な環境で活動するチームの安全を維持する。

調整メカニズムは、意見と活動の集約を可能にする。これによって、紛争当事者に支援側の団体/機関がひとつの声として話をし、安全性の向上のためにコンボイシステムや共同活動、また極端に危険な状況では、特定のエリアへの共同避難や支援の撤収などの共同方法論の合意や、付加的安全管理の調整や資金供給などを提唱することができる。

人道支援の原則に基づくアクセスを支援するこのような統一は、非常に不安定な地域での人道的介入を維持するために重要である。セキュリティに関する調整は「舞台裏」でも行うことができ、必ずしも医療チームの独立性を損なうことはない。

3.1.5 保護

保護に関する問題は、紛争環境における人道的対応に対する最も重要な課題のひとつである。これはしばしば複雑で政治化されることがある。保護に関する課題や、脆弱なグループ、個人が直面する困難に注意を払うことは、人道支援の原則に沿った対応に関して重要ではあるが、紛争の高度に緊迫した環境において保護の問題を公に提起することは、ある程度リスクを伴い、紛争当事者からの対抗措置をまねく恐れもある。

調整メカニズムは、保護の優先順位を明確に提示し、露出度の高い人口集団とともに、目に見えない隠れた人口集団を特定し、集約的に重み付けをするための重要なプラットフォームと枠組みを提供することにより、最も脆弱な人々の保護に不可欠な人道的義務を支援する。

3.1.6 アドボカシー（意見の表明）

アドボカシーには複数の形態があり、前述の諸問題のいずれかの構成要素となることもある。アドボカシーは一般的に、被災コミュニティへの人道支援の原則に沿ったアクセスの困難に対処するため、あるいは被災コミュニティが直面する問題を浮き彫りにするために、個人的あるいは公的に発信される。個人的、公的にアドボカシーの一端を担うことは、個人および人道支援活動全体に悪影響を与える可能性のある政治的偏見および中立性の欠如の告発および疑惑につながる可能性もある。従ってこのような取り組みは、よく考慮し、慎重に検討しなければならない。調整プラットフォームは、微妙なアドボカシーと合意形成のための理想的な土台となる。

個々の団体組織は特定の問題について発言することができ、実際に発言もしているが、人道支援の調整機関から発せられ、人道支援の原則の背景の中で組み立てられた集約的な発言は、より多くの重みと注目を集めることができる。また、外交的解決、人道支援活動の拡大、主要な意思決定者への影響を目的とする、主要な組織や政府の声明に取り入れられることもある。

3.2 展開前の考慮事項

展開前に行う詳細な紛争の分析においては、調整グループと連絡を取り、彼らが活動している環境をよりよく理解する必要がある。

医療チームが互いに調整し、どの調整メカニズムが不可欠であり、展開後にどのように最適に調整に関与すればよいかを理解することは非常に重要である。EMT は次のことも考慮する必要がある。

- どの調整メカニズムによって、被災者集団に人道支援の原則に沿った方法で活動期間全体にわたってアクセスできるようになるか。
- 特定の調整メカニズムへの関与によって、人道活動の原則において妥協をしなければならないことはないか？あるいは、活動期間全体にわたって、他から我々が偏向している、または人道支援の原則から逸脱したグループと見なされることはないか？

3.3 調整メカニズムの種類

どの（そしてどこで）調整プラットフォームをアクティブにするかを決定する際には、多くの要因が関係するが、いずれにせよ医療チームは、活動範囲を精査し、人道支援の原則に則って活動しなければならない。調整プラットフォームは、国、首都、活動地、近隣諸国、あるいは世界中に存在し得る。これらは、資金調達、戦略的方向性、立場の調整、および活動上の懸念事項全体にわたるさまざまな問題と機能への対処を支援する。調整における医療チームの役割は、人々のニーズ、アクセス、医療の質、安全管理と保護の優先順位を決めることである。さまざまなメカニズム同士が協調していなかったり、不一致があることもあるが、医療チームは原則に則った人道的使命、質の高い診療、傷病者の安全なアクセスを維持し続けねばならない。被災者や現場レベルでの紛争当事者は、医療を求める際に、そのチームのカテゴリーや所属がどこかなどを必ずしも理解しているわけではないことを強調しておく。

3.3.1 受入国政府

現地当局には、被災者に対応するという一義的な任務がある。当局は通常、ある種の公式または非公式の調整メカニズムを立ち上げる。第2章で述べたように、医療チームにとって受入国政府との関係性は不可欠であり、被災コミュニティや紛争当事者の認識に細心の注意を払いながら、人道支援の原則に則って活動をする必要がある。

実働機関は、すべての紛争の背景や状況が異なることを認識しておかねばならず、海外から来る支援者に対する受入国政府の態度もまたしかりである。受入国政府が紛争の主体または当事者であれば、確立された視点、政治的および軍事的立場、および既得権益を持つことはほぼ避けられない。

上述の要素を理解し、留意しつつ、受入国政府はその国民の基本的なニーズを満たす責任を負っている義務を負っていることも忘れてはならない。ただし、受入国政府は、国内の特定のカテゴリーの被災者へのアクセスを提供できないか、または提供する意思がないことがある。現地の、または国際的な、人道の原則に沿った支援は、ギャップを埋めるための解決策になり得る。

3.3.2 受入国の保健省

受け入れ国の保健省は、保健医療活動の調整を主導しなければならない。従ってそこで活動する団体は、保健省に自身の存在を通達し、医療スタッフは、活動するための許可と承認を取得する必要がある。また、医療チームは調整に関わっている人、そのプロセス、および調整会議を把握しておかねばならない。ただし、チームは、これらの背景において指示され、あるいは動かされているように見える危険があることに注意しなければならない。

3.3.3 国家災害機関/国家人道調整

他の緊急人道危機と同様に、国の防災担当機関（もしも存在する場合）が、政府機関の調整の一環となると考えられる。医療チームは、この機関と調整するか、少なくともこのような機関に直接、または彼らを派遣した組織や調整メカニズムを通じて彼ら自身の存在を知らせなければならない。繰り返しになるが、チームはこのような背景において、指示あるいは動かされているように見える危険があることに注意が必要である。

3.3.4 軍間調整

現場では軍と軍の調整メカニズムも立ち上がる。軍の EMT は、複雑な緊急事態における国連の人道活動を支援するための軍民防衛資産の使用に関するガイドライン (MCDA) で概説されているように、民間—軍と軍—軍の両方の調整プラットフォームを通じて適切に調整しなければならない (107)。軍の医療チームは、武力紛争の状況で指示または動かされているように見えることに細心の注意を払う必要があり、彼らの行動は、現地で、あるいは人道支援が行われている他の環境の他の場所で活動する人道医療支援に与え得る影響に留意しなければならない。

3.3.5 非政府武装グループ

「非国家団体/組織 (Nonstate actors)」とは、さまざまな個人、団体、機関を表すために使用されるフレーズである。非国家団体/組織とその武装集団は多くの形態をとり得る (108)。領土と人々へのアクセスを支配する非国家団体/組織の急増は、現代の紛争の特徴である。医療チームが安全に関与し、アクセスを取得/維持し、操られることを回避し、緊張を和らげ、犯罪化のリスクを認識し、リスクの低減措置を講じ、人道支援の原則に則ったアプローチを維持するために、詳細な状況分析を実施および維持するために細心の注意を払わねばならない。

3.3.6 国際レベルでの国連の役割

人道問題担当事務次長および緊急救援コーディネーター (USG/ERC) は、国連の人道支援を必要とするすべての緊急事態の監視に責任を負い、政府、政府間、および非政府の救援活動の中心的な担当者としても機能する (一部の例外、赤十字・赤新月運動を除く、第3章 3.11 で詳述)。ERC はまた、主要な国連および非国連の人道支援パートナーが関与する調整、政策立案、および意思決定のための機関間のフォーラムである機関間常設委員会 (IASC) を主導する。ERC は IASC の議長を務める。ほとんどの人道支援調整ツールと多くの人道支援ガイドラインは、IASC を通じて国際レベルで作成されている。

3.3.7 国レベルでの国連の役割

人道支援国家チーム (HCT) は、人道支援コーディネーター (HC) が議長を務め、効果的な意思決定を可能にするために、限られた数の人道支援組織で構成される。主なメンバーシップの基準は、活動上の関連性である。メンバーは、それぞれの組織、およびその組織が主導するセクター/クラスターを最高レベル (国代表またはそれと同等レベル) で代表する。

国レベルでは、人道支援調整の構造は以下のように要約される。

- ・戦略レベル：HC が主導する HCT
- ・活動レベル：クラスター間調整グループ
- ・技術レベル：セクター/クラスター

人道支援調整の構造では、ICRC は公式のオブザーバーとなっており（セクション第 3 章 3.11 を参照）、国境なき医師団も通常オブザーバーとして関与する。

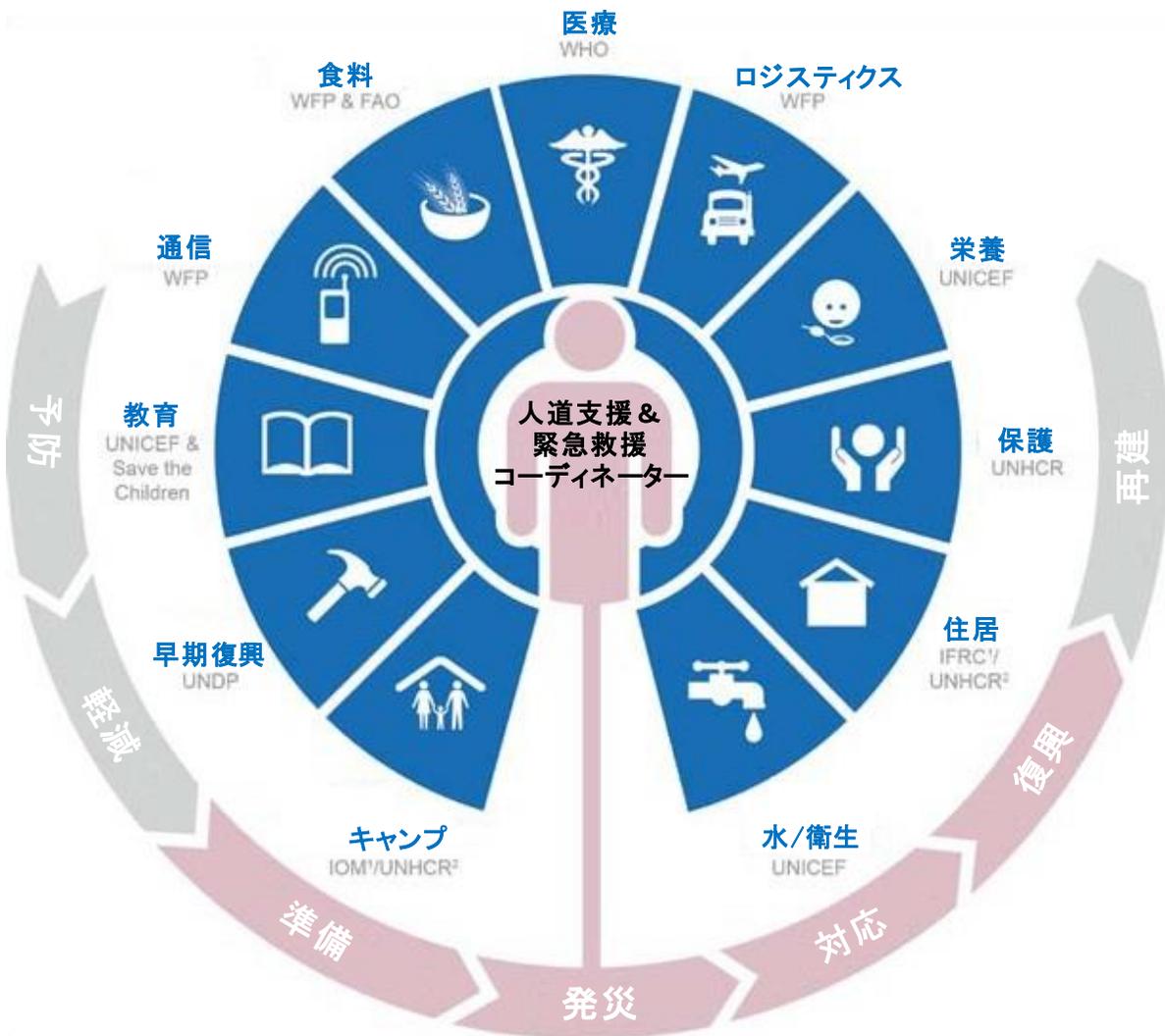
国連機関が当該国に配備されている場合、国連の最高代表は事務総長特別代表（SRSG）になる。その場合の常駐のコーディネーター（RC）は、事務総長（DSRSG）の副特別代表であることがよくある。DSRSG と RC であることに加えて、同じ人物が HC として指定されることも多く、その場合は DSRSG / RC/HC の一人三役となる。

3.3.8 国連のクラスターシステム

クラスターシステムは、支援機関間の役割分担を明確にし、ギャップを防ぎ、一貫したアプローチを確保することにより、緊急時の人道支援を強化することを目的としている。

クラスターが正式に立ち上がるのは、既存の調整メカニズムの人道支援の原則に沿って対応する能力をニーズが大幅に上回ったり、ニーズに対応しきれなくなったときである。クラスターは、プロジェクトを調整、実施、監視し、現場で共同のニーズ評価とギャップの分析を実施することによって人道支援をサポートする。また、各分野の計画と戦略の構築を通じて、HC/HCT の戦略的意思決定に情報を提供する。クラスターには、水、医療、ロジスティクスなど、人道支援活動の 11 の主要な分野で、国連と非国連の両方の人道支援団体で構成されるグローバルクラスター（図 5 を参照）がある。これらのクラスターは機関間常設委員会（IASC）によって指定され、調整に対して明確な責任を持つ。緊急事態に対応して、最大でこれら 11 の分野別クラスターを設定することができる。それぞれのクラスターに、主導機関として指定された国連機関（医療なら WHO）がある。クラスターシステムは、効果的な対応を実施するために、非政府管理地域の当局を含む国家当局を支援するように設計されている。武力紛争、特に内戦/反乱の背景では、クラスターの焦点は、限られた人口集団または地理的地域を対象とする場合がある。

図4. 分野別クラスターと主導機関



「ヘルスクラスターガイド」は、人道危機の際にヘルスクラスターの主導機関、クラスターコーディネーター、パートナーが協力し、避けられる死亡、罹患、障害を減らし、できるだけ早い予防的および治療的なヘルスケアの提供と公平なアクセスを回復する方法を提案する。それは、人道的医療活動の主要原則と、協働する医療分野の関係者間の調整と共同作業が、どのように医療介入の有効性と効率を高めることができるかを強調している。このガイドは機関間常設委員会 (IASC) およびその他の文献 (109) からなるが、現場での経験からの教訓も含んでいる。

「ヘルスクラスターガイド」は、グローバルヘルスクラスターの Web サイトからダウンロードでき、チームに詳細な実践的な指針を提供する (110)。重要なことに、グローバルヘルスクラスターは、人道的医療活動中の民間と軍の調整に関する方針も発表している (18)。この論文は、人道支援活動への軍事的関与に関連するリスク評価マトリックスを提供している。マトリックスは、次の 2 つの前提に基づいて構成されている。

- (1) 原則として、直接的な保健医療支援は、民間の人道支援医療機関によってのみ実施されるものとする。
- (2) 紛争の力学に関係する軍関係者が多ければ多いほど、人道支援活動の実際の公平性を保ち、かつ公平であると認識されるために、「軍」と「人道支援」の 2 つの世界を分離しておく必要がある。

3.3.9 EMT 調整機構 (EMTCC)

EMT の調整は通常、紛争のない (ブルーブック) 状況における被災国の、政府主導の医療対策本部と連携するが、紛争下における EMT の調整は、多くの場合ヘルスクラスターの下で活動する症例管理または外傷ワーキンググループを通じて、もしくはオンサイト活動調整センター (OSOCC) などの別の独立した調整プラットフォーム上で行われる。オンラインプラットフォームは、バーチャル OSOCC (111) を介して発動し、有用な情報を提供し、展開の決定を支援する。すべてのプラットフォームが自動的に存在するわけではないため、チームは活動場所を精査して最善の活動方針を決定しなければならない。

ブルーブックの EMT の調整アプローチは次のとおり。

EMT の調整は、既存の緊急対応の枠組みで行われる必要があり、可能であれば、医療対策本部の保健省の診療部門または緊急対応部門が主導する。これは、医療インフラの損傷や既存のサービスへの影響などの主要な事案の関連情報を取得および分析し、戦略的および運用上の決定を通知するための中心的な調整場所として活動する。ここでは EMT は、WHO の専門家に、やってくる EMT、国連災害評価調整 (UNDAC) チームのメンバー、あるいは近隣諸国からの直接的な二国間専門家の配置をサポートすることを要請することもある。国際機関や国際 NGO が、水/衛生 (WASH)、避難所、性およびジェンダーに基づく暴力 (SGBV) の分野で、EMT や専門家を派遣する場合もある。さまざまな調整プラットフォームが緊密に連絡し合い、内部で調整する

ことが重要である。EMT の調整は専門的な分野であり、担当者は理想的には WHO の EMT 調整機構 (EMTCC) の研修コースを通じてトレーニングを受けることが求められる。当該国に担当者がいない場合は、保健省の緊急医療担当官を EMT コーディネーターに指名する必要があるが、WHO の EMT の専門コーディネーターあるいは上述のチャンネルが強力なサポートを行う。

3.3.10 国連人道民軍調整 (UN-CMCoord)

人道支援における民軍調整は、国連人道問題調整事務所 (OCHA) の中核機能の 1 つである³²。UN-CMCoord は、軍やその他の武装勢力との相互作用に対する一貫した人道的アプローチを促進し、人道的行動の理解と尊重を強化する。OCHA は、UN-CMCoord ガイドラインおよび関連文書の責任者である。

人道支援団体と軍および他の武装勢力との間の相互作用の範囲と性質は、背景によって異なる。自然災害、工業災害、あるいは環境災害では、人道支援者による軍事資産の利用や軍との調整は、協働することで有効性と効率が向上することを目指している。一方、武力紛争などの不安定な環境では、両者の共存は人道支援者と軍事関係者の関係を最もよく表す。調整は、競合と矛盾を最小限に抑え、人道的および軍事的な目的と戦略を確実に区別することに重点を置く。これによって、人道的な活動が中立、公平、かつ独立していると見なされることを保証する。UN-CMCoord フィールドハンドブック (112) は、このトピックに関する広範な指針である。

国連民軍調整ガイドラインの原則とは、「最後の手段」における原則である。平時の災害では、重要な人道ニーズを満たすために、時間および能力の点で同等の代替手段が民間にない場合にのみ、外国軍が持つ資産 (MCDA または FMA³³) を利用すべきである。不安定で複雑な状況下では、この概念はさらに重要である。軍の EMT を含む軍事資産は、生命を脅かす危機的な状況に対応する最後の手段である場合にのみ使用されなければならない。ただし EMT やその他の外国軍からのロジスティクスサポ

³² OCHA の民軍調整課 (CMCS) は、人道民軍調整のために指定された国連システムの担当部署であり、関連する分野および本部レベルの活動と運営を支援している。

³³ 軍事および民間防衛資産または「MCDA」という用語は、国際的な UN-CMCoord ガイドラインで使用されるが、今日では「外国軍の資産」(FMA) という用語がより一般的に使用される。MCDA と FMA は、当該国以外の国の軍人および組織と、軍関係者によって提供される物とサービス (ロジスティクス、輸送、セキュリティ、医療支援、エンジニアリング、通信、消耗品および機器など) に加えて、資金調達、商業契約、物的および技術的支援と定義されている。

ートは、国対国の取り決めを通じて、被災国の軍事医療対応を強化し、民間の医療インフラに波及する影響を減らすことができる。戦闘に積極的に従事している交戦部隊の FMA は、原則として人道支援活動に利用してはならない。これらの決定を下す際には、被災者のニーズとこれらの軍資産を即時に利用することの必要性に対して、活動を効率的に行うための支援要員や被災者へのアクセスへの将来にわたるリスクを比較検討しなければならない。

一般的に、ほとんどの人道支援団体は武装警護を受けることを好まない。人道支援活動を可能にする最後の手段として、武装警護が必要な例外的な状況があるかもしれないが、そのような例外の適用を決定する前に、武装警護を受けた結果どうなるかということと、可能な代替案を考慮しなければならない。武装警護を受けたことよって起こりえる結果には、武装集団と協働していると認識され、そのあげくにその組織あるいは人道支援を行っている団体全体が、中立性、公平性および独立性を損なう、あるいは認識される恐れがある。武装集団との協働、あるいはそう認識されることは、敵対する武装集団による攻撃のリスクを高める可能性がある。すなわち、一部の人道支援団体（者）による武装警護の使用は、それらを使用しない他の全ての人道支援団体の安全に悪影響を与える可能性がある。武装集団への依存は、人道支援活動の持続可能性を損なう。ある武装集団と協力することで、別の武装集団の支配地域で活動することが不可能または危険になる可能性もある。

国連憲章に明確に規定されている訳ではないが、平和維持（PK）は世界の平和と安全を維持するために国連安全保障理事会が使用する今日の主要なツールの 1 つである³⁴。伝統的に、国連平和維持活動（PKO）は、停戦や平和協定の実施などの政治的プロセスを支援するために設立されたが、過去数十年にわたる紛争の性質の変化により、PKO の活動の範囲は大幅に拡大した。いくつかの国連安保理決議は、国連が紛争当事者となり、どちらか一方につくことを可能にする非常に強力な指令を決議しており、PKO には政治的および軍事的目的があることを覚えておかなければならない。人道支援団体は、人道主義が守られる空間を維持するために、政治的および軍事的構造からの目に見える独立を維持しなければならない。

³⁴ 法的根拠は、国連憲章の第 VI 章、第 VII 章、および第 VIII 章で確立されている。第 VI 章は、「紛争の平和的解決」を扱っている。第 VII 章には、「平和に関する行動、治安妨害および侵略行為」に関連する規定が、第 VIII 章は国際平和と安全の維持における地域協定と機関の関与を提供している。

民軍調整の役割は、人道的目的の達成と活動要件を整えるための平和維持活動（PKO）において不可欠である。状況に応じた指針は PKO を行っている多くの国で作成されており、常駐調整官/人道調整官（RC / HC）、事務総長特別代表（SRSG）、および軍司令官などによって署名される（113）。これらには、PKO の関与なしに人道支援団体によって調整される、国連以外の要員が関与する人道支援目的の死傷者や医療的退避に関する対策も記載している場合もある。人道支援団体がその権限や資源のために支援できない特定の状況でのみ、最後の手段として国連人道問題調整事務所（OCHA）は軍の支援を要求することができる（114）。PKO を伴う状況固有の指針には、クイックインパクトプロジェクト（QIP）³⁵に関する規定も含まれる。これらの活動には、直接的な医療支援を含む「人道型」の活動が含まれる場合もあるが、人道主義の原則に従って行う実際の人道支援活動と混同しないこと³⁶。QIP は、人道支援団体のコミュニティと調整する必要があり、開発と人道支援に関連する PKO の QIP は、人道調整官の同意なしに実施することはできない（112）。

人道支援通知システム³⁷または衝突回避³⁸（75）（25）のメカニズムが発動される場合がある。チームは、人道支援関係者と軍との間の対話の確立、促進、維持など、他の国連民軍調整機能を補完する確立された人道支援通知システムに確実に繋がる必要がある。紛争当事者との情報共有は新しいものではない。公式かつ体系化、構造化された通知システムの確立は、地上軍が限られているか全く存在しない状況で連合軍または国が主導する空中戦の増加の結果である。

³⁵ 軍事関係者によって短期間で計画、実施される小規模で低コストのプロジェクト。主に地方自治体、非政府組織、草の根組織などの地元関係者を通じて実施される。そのため、QIP の実施は、現場レベルでの活動のアウトリーチを拡大しながら、コミュニティの管理能力を構築するのに役立つ。

³⁶ 参考文献 129 も参照のこと。第一義的に、人道支援活動は人道支援団体によって行われるべきである。軍事組織が人道活動を支援する役割を果たす場合は、人道支援活動と民間人の保護を可能にする安全な環境を作ることにより主に焦点を当てるべきである。具体的には、UNMISS（訳注：南スーダン独立に伴ってできた国連ミッション）は、「人心」を得るための直接的な救援活動に関与することを避けるべきである。また民間人から人道問題について尋ねられた場合、UNMISS はそのような質問を OCHA または現場で最も関連性の高い援助機関に振るべきである。救援活動に携わる特別な必要性がある場合は OCHA と事前に協議して行わねばならない。UNMISS が活動を支援することを人道関係者から要求された場合（例：物資の輸送または武装護衛の提供、道路の修理、通信ネットワークの確立など）、「UNMISS 資産および UNMISS 武装護衛/軍事的保護の使用」で概説されているように、合意された手順に従う。

³⁷ 不明確さや曖昧さを避けるため、人道支援関係者は、「衝突回避」ではなく、「人道的通知システム」などの、より中立的な用語を使用することが推奨されている。

³⁸ 衝突回避（デコンフリクション）（軍事用語）：2つの目的の間の対立を防止または解決し、人道支援活動への障害を取り除き、人道支援要員の潜在的な危険を回避するために、人道支援関係者が軍関係者と情報および計画に関する意見交換を行うこと。これには、軍事的休止の交渉、敵対行為の一時的な停止または停戦、医療施設の場所の通知、または援助物資を届けるための安全な通路などが含まれる。

この通知システム³⁷が発動される場合、以前に強調したように、一般的な解決策として、次のような特定の問題が伴うという警告とともに、「衝突回避」を検討する必要がある。

1. 「衝突回避」に貢献するという人道支援関係者自らの義務を果たすため、武力紛争の当事者から負担を移す。
2. 「衝突が回避された」人物または物と「衝突が回避されていない」人物または物の間に誤った分断を作る一方、単に「衝突が回避された」人または物が国際人道法の下で保護されるわけではない。

人道支援通知システムに民間のモノを含めることで、それらの保護が保証または強化されるという一般的な誤解がある。国際人道法の下では、民用物は、その使用によって軍事行動に効果的な貢献をしており、当該時の支配状況においてその部分的または全体的な破壊、占領または無力化に明確な軍事的利点がある場合、軍事目標になり得る。さらに国際人道法は、比例原則の下で民用物に対する一定レベルの偶発的損害を許容している。従って、通知システムの一部として民生物を含めることは、それを損害から免れさせたり、国際人道法の下で強化された保護を付与したりするものではないことに注意しなければならない。

IASC の重要なガイドライン (113):

1. 複雑な緊急事態における国連人道活動を支援するための軍事および民間防衛資産の使用に関するガイドライン (MCDA ガイドライン、2003 年、改訂 2006 年)。チームは、自分たちの役割と責任をよりよく把握して、調整プラットフォームに関与し、貢献できるようにする³⁹。
2. 複雑な緊急事態における民軍関係 (IASC リファレンスペーパー、2004 年)
3. 人道輸送隊のための武装護衛の使用に関する IASC の拘束力のないガイドライン (AE ガイドライン、2013 年)

³⁹ 重要な条項には次のものが含まれる：脆弱な人々への人道支援のアクセス：民軍調整は人道支援のアクセスを容易に、かつ安全にし、それを維持しなければならない。人道支援活動の認識：必要としているすべての人々への人道的支援の提供は、政治的または軍事的条件に関わらず行われなければならない。人道支援活動における文民と軍の区別：戦闘員と非戦闘員の区別を維持しなければならない。人道活動の運営上の独立性：人道支援関係者は、人道活動の実施と指揮において主導的な役割を維持しなければならない。人道支援要員の安全管理：軍による安全管理は最後の手段である。

3.3.11 ICRC と国際赤十字・赤新月運動

この運動（ムーブメント）は、赤十字国際委員会（ICRC）、国際赤十字・赤新月社連盟（IFRC）と、各国赤十字社および赤新月社という3つの主要なコンポーネント（114）で構成されている。各コンポーネントには異なる役割と専門知識があるが、すべて同じ基本原則に従って活動する（115）。各コンポーネントには独自の医療チームがあり、EMT メカニズムの下によってではなく、既存の赤十字のムーブメントのメカニズムによって認定および調整される。ただし医療チームは重複やギャップを回避し、人道的影響を最大化するために EMT と連携する。

IFRC は、ブルーブックが適用される自然災害およびその他の緊急事態の状況において、各国の赤十字社および赤新月社が国際的に展開する医療チームを（ムーブメントの既存のメカニズムを介して）調整する。これに対し、紛争下の状況においては ICRC がムーブメントの国際対応を主導し、総合的な調整役となる⁴⁰。ICRC は通常、そのような医療チームを自身の活動内に組み込み、その内部の展開メカニズムである「Rapid Deployment Mechanism」を使って当事国の赤十字社、赤新月社とそれらの医療チームの展開の調整をする⁴¹。すなわち以下に示すように、自然災害における IFRC の緊急対応のフレームワークに相当することを行う。

ICRC は 国際人道法の下で、NGO とは異なり、国連などの国際政府間組織と同様の国際的な法的地位のある特別な権限を持っており、政府との地位協定を通じて一定の法的保護が与えられている。例えば、特定の法的手続きからの免除、および刑事訴追を目的とした施設、文書、およびデータへの侵入からの保護などである。

この特別な権限により、ICRC は国連調整システムと特別な関係を築いており、正会員ではなく、オブザーバーとして認められている。つまり、ICRC は国連主導の調整メカニズムと調整を行っているものの、国連によって調整をされることはない。現場においても、制度的にも、ICRC は人道支援全体を改善する目的で国連や他の組織と定期的に連絡を取り合っている。

⁴⁰ 緊急対応ユニット（ERU）は、武力紛争の下では ICRC、自然災害では IFRC の傘下で配備される。

⁴¹ ICRC のこの役割はムーブメント規則の第 5.4.b 条に以下のように記載されている。「パラグラフ 2 d [国際的その他の武力紛争および内戦で] 予見され、各国赤十字社からの調整された支援を必要とする状況では、ICRC は、関係する国または当該国の赤十字社と協力して、IFRC と締結した協定に従って支援を調整するものとする。」

国際人道法の下での特別な権限の範疇を超えた ICRC の特定分野における論理的根拠は、紛争におけるその専門知識と活動経験、および紛争当事者との対話を通じた受け入れに基づいた安全管理へのアプローチに根ざしている。ICRC はすべての側から、中立、独立、公平であると認識されており、人道原則に則って、紛争に関連するタイムリーで効果的な人道的行動の基準となるよう努めている。

国境を越えて展開する赤十字・赤新月社の医療チームは、国際赤十字・赤新月運動の基本原則と規則、および彼らが自分自身や他の支援者/機関とどのように調整し、協力するかを調整する基本方針を含む、この運動（ムーブメント）の規則と規制を順守しなければならない。彼らは、被災国の赤十字または赤新月社と調整する義務がある。武力紛争では、各国赤十字社の医療チーム（急増するニーズへの対応能力）は ICRC の **Rapid Deployment** メカニズムの下で直接配備および管理される。自然災害や感染症のアウトブレイクが発生した場合は、各国赤十字社の医療チームと緊急対応ユニットが **IFRC** 緊急対応フレームワークに基づいて配備される。各国赤十字社の職員は、その国の **EMT** の一部として派遣されることも可能である。

現地の赤十字社は、ほとんどの場合最初の対応者であり、多くの支援者、関係者、および被災コミュニティと関わる。彼らのスタッフとボランティアは、国際赤十字・赤新月運動の規則と原則に従って、多くの場合最前線にあり、コミュニティに組み込まれ、多くの利害関係者と調整している。彼らはほとんどの場合、被災コミュニティを支援する任務を負っており、その活動には通常、応急処置の提供が含まれるが、これに限定されない。

この特異性は、なぜ赤十字・赤新月社の医療チームの展開が **EMT/国連主導** のメカニズムではなく、国際赤十字・赤新月運動の規則の対象となり、武力紛争では ICRC によって、災害やアウトブレイクでは **IFRC** によって調整されなければならないかという理由を説明している（紛争と災害/アウトブレイクが組み合わさった複合災害の場合は 2 つの組織が調整する）。

3.4 展開するチームのカテゴリー

医療チームはさまざまな所属や国籍、能力や展開する組織を持っているが、ともかく現地に展開しているチーム全体の能力資源、技術、施設の場所、計画、紹介後送の手配、および疾病/外傷のタイプと症例数を調整し、認識することが重要である。これらの情報は、展開する医療チームが調整プラットフォームに参加して定期的に報告をすることによってのみ集積することができる。第1章で述べたとおり、現場では必ずしもすべてのチームが独立、中立であると認識されているわけではない。これは特に、一部の軍や政府のチームに当てはまるが、すべての国内および国際チームはそれぞれの役割を実行するために行うべき役割と場所を持っている。公平な組織と関係者の定義に関する詳細な解説については、国際人道法データベースを参照のこと(116)。

表 12. 医療チームの分類と留意事項

チームのカテゴリー	ブルーブック 自然災害/緊急事態/ アウトブレイク 人道と公平がすべてに適用 される	レッドブック 武力紛争あるいは安全確保 が困難な状況における医療 危機— 国際人道法、人道と公平が すべてに適用される
1. 分類された民間 EMT ⁴² 1.a 民間 NGO、国内 1.b 民間 NGO、国際	<ul style="list-style-type: none"> • 人道主義の基準の適用 • 保健省が活動を調整 (WHO による支援) • チームによっては、さまざまな国連機関と契約している場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> • 人道主義の基準の適用 • WHO が調整して展開 • 安保理 がどちらかの側についての場合、WHO の役割が影響を受ける。 • 国内 NGO の場合: 中立性と独立性が問題になることがある。
2. 政府系 EMT 2.a 保健省 (分類は適応されない) 2.b 分類された国際チーム	<ul style="list-style-type: none"> • 人道主義の基準の適用 • 保健省が活動を調整 (WHO による支援) • 分類は、全国的に展開している保健省のチームには適用されない。 	<ul style="list-style-type: none"> • 選択された基準の適用 • 中立性と独立性が問題になることがある。 • 分類は、全国的に展開している保健省のチームには適用されない。

⁴² 分類されたチームは、現在指導を受けている、あるいはピアレビューによる認証プロセス中のチームを含む。

3. 政府系 EMT	<ul style="list-style-type: none"> ・人道主義の基準の適用 ・契約機関による調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・中立性と独立性が問題になることがある
4. 軍の EMT 4.a 国内（分類は適用されない） 4.b 分類された国際チーム	<ul style="list-style-type: none"> ・人道主義の基準の適用 ・二国間展開 ・国防省 / 保健省が対応業務を調整 (WHO の支援) ・国内で活動する国防省チームには分類は適用されない 	<ul style="list-style-type: none"> ・二国間展開 ・中立性と独立性が問題になることがある ・国内で活動する国防省チームには分類は適用されない
5. 民間医療チーム 国内/国際	<ul style="list-style-type: none"> ・人道主義の基準の適用 ・保健省は、アクセスまたは許可を付与しない場合がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・選択された基準の適用 ・中立性と独立性が問題になることがある
6. 赤十字・赤新月社の医療チーム 6.a 当該国赤十字社 6.b IFRC（自然災害） 6.c ICRC（紛争、内乱）	<ul style="list-style-type: none"> ・IFRC によるムーブメントチャンネルおよび基準 (EMT に準拠した基準) を介して分類 ・現地赤十字社が調整役となる (IFRC がサポート) ・追加のムーブメント基準の適用(116) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ICRC のムーブメントチャンネルと基準による分類 ・ICRC がこのムーブメントの国際的な対応の調整者となる。 ・追加のムーブメント基準が適用される。現地当局の補助機関としての当該国赤十字社の役割によってもたらされるリスクは、独立の原則を遵守する義務によって相殺される。
7. 民間利益団体の医療チーム	<ul style="list-style-type: none"> ・人道主義の基準の適用 ・保健省は、アクセスまたは許可を付与しない場合がある ・チームによっては、さまざまな国連機関と契約している場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・人道主義の基準の適用 ・契約団体の計略が問題となる可能性がある ・中立性と独立性が問題になる場合がある
8. 軍の衛生班 国内/国際	<ul style="list-style-type: none"> ・二国間展開 ・人道主義の基準の適用 	<ul style="list-style-type: none"> ・二国間展開 ・中立性と独立性が問題になる場合がある ・追加の基準の適用

3.4.1 国内および国際的な軍の EMT

国軍による EMT

多くの国では、国軍または民間防衛部隊が、自国の災害や危機への国の対応の一部を担っているか、もしくは主導していることさえある。被災国は国民のニーズに対応するために、あらゆる手段を使用する責任があり、国軍は最も適切に装備され、最も適した対応組織である国もある。外国の軍事資源 (FMA)⁴³ または軍事および民間防衛資源 (MCDA) (107) のガイドラインおよび、これらが最終手段であるという原則は、自国領土での災害または危機に対応する当該国軍および/または民間防衛部隊の場合には適用されない。しかし被災国がこれらの外国の軍の資源を運用する場合は、上記ガイドラインで提供されている原則と概念が役に立つ。

二国間軍事医療配備

国、民間あるいは軍による支援要請の多くは、二国間の要請で始まり、多くの場合、リージョナルレベルまたは隣国レベルで、要請/提供される支援について被災国と支援国との間で (場合によっては既存の) 協定が結ばれる。ただしそのような状況では、支援国と被災国は MCDA ガイドラインの原則と手順に従うことが推奨される。

海外からの軍の医療チーム

海外からの軍の医療チームは、紛争の状況下で期待される医療サービスを提供することがよくある。しかし彼らは事実上レッドブックをガイダンスとして使用するかもしれないが、WHO によってサポートされるメカニズムの下で展開することはできない。これは、外国の軍の医療チームが受益者や紛争当事者から、独立した中立、公平の存在であると見なされないためである。被災国の人々 (および紛争当事者) が多くの標章やロゴがある中で (1.3 参照) さまざまなチームを区別することは期待できず、これらはより広い人道的対応の認識、中立性、公平性に影響を与える恐れがある。

これは最終的には、スタッフの安全管理と、武装護衛なしに必要な人々に安全にアクセスする能力の点で、他の EMT の活動に影響を与えるおそれがある。このような混乱を避けるため、軍の EMT は展開の方法と場所、それをどのように調整するのが最善かを検討しなければならない。

⁴³ 今日では「Foreign Military Assets」(FMA) という用語がより一般的に使用されている。MCDA と FMA は、外国の軍関係者および軍組織として定義され、これらには軍関係者が提供するモノおよびサービス (ロジスティクス、輸送、セキュリティ、医療支援、エンジニアリング、通信、物資および機器その他)、ならびに資金、商業契約、材料、および技術サポートなどがある。

民間資源の使用を優先する必要があるものの (MCDA ガイドラインおよび UN-CMCoord のセクションを参照)、軍の EMT は、国際人道法の下での義務に従って傷病者に医療を提供すること (最前線のケアを含む) を政府によって義務付けられている場合がある。軍事および民間防衛資産 (MCDA) と見なされる軍のチームは、紛争環境に配備される際に、アクセスと受け入れの課題/困難に直面する可能性がある。ただし当該国にとって、これらの資源の使用を管理する上で、MCDA ガイドラインで提供されている原則と概念の一部が役立つであろう。

軍の医療チームは理想的には、展開前に以下の項目を確認する必要がある。

- 軍の医療チームは、民間人の犠牲者 (多くの場合、女性と子供) の治療に不可欠かつ適切な最後の手段か？
- 任務において、負傷した戦闘員の支援は制限あるいは禁止されているか？
- MCDA または政府の EMT を提供する国も紛争当事国か？
- 必要に応じて、MCDA または政府の EMT はその任務を実行できるか？
- どのくらいの期間の支援が必要か。紛争は今後どのように展開する可能性があるか？
- 兵器や追加の治安部隊なしで配備可能か？
- 政府に所属することは、国連職員やその他の人道支援関係者の安全にどのような影響を与えるか？
- これは、現地における国連の中立性、公平性の認識にどのように影響するか？
- 最適な調整プラットフォームは何か？
- 撤収計画あるいは民間への移譲は、いつ、どのように行うか。
- チームが中長期的に紛争当事者であると認識された場合、地域住民、他の人道支援関係者、および人道支援活動にどのような影響をもたらすか？

3.4.2 政府/保健省の EMT

現地の政府および保健省の EMT が最初に展開するチームであることがしばしばある。政府が直接設営し、管理している EMT は、紛争下においては調整方法と配置場所を考慮した方がよい。このような医療チーム（国内または国際ともに）は、すべての人道原則、特に独立性と中立性の原則を順守することが難しい場合があるからである。

政府系の医療チームはさらに、その展開が彼ら自身に直接的なリスクを伴うのか、あるいは他の人道支援関係者に悪影響を与えないかを検討する必要がある。たとえば、展開する政府の国旗や紋章の下で活動しているチームは、特定の状況で、特に以下の場合に直接標的にされる潜在的なリスクに直面する可能性がある；

- ・ 政府が、紛争の結果に強い戦略的関心を持っている、または否定的な認識を生み出した可能性のある歴史的つながりがあると理解されている/疑われている
- ・ 政府の利益を直接標的とする武装勢力の存在
- ・ 政府軍が紛争に積極的に関与している、または公に支持している

このような状況では、政府系の EMT は展開をしない、もしくは傷病者へのアクセスが安全に達成できる場所に展開することを検討すべきである。そうでなければ、その EMT の根底にある認識が、彼ら自身のスタッフ、施設、および現地の人道的対応全体に脅威をもたらす可能性がある。

3.4.3 現地 NGO/現地関係者

現地の NGO 医療チームは、ニーズの急増、支援が必要な人々へのアクセス、海外から来たチームへのアドバイス、さらに現地の人々による完全な受け入れに関して理想的である。しかしながら国内紛争では、NGO チームが中立、公平でなく、または紛争当事者から独立した存在ではないと見なされると、信頼と受け入れが損なわれる。地元の NGO 関係者が、政府またはその他の政党と同盟関係にあると見なされた過去/評判を持っている場合、同様の評価の毀損が発生する。第 2 章で概説したように、

これらの問題には事前に対処し、コミュニティや当局による安全なアクセスと受け入れを確保するために適切な決定を下さなければならない。活動するプラットフォーム内での調整も依然として必要である。NGO関係者は、安全にアクセスできる場所を自主的に制限する場合もある。

3.4.4 民間の請負業者

民間の営利団体の医療チームまたは民間の営利目的の組織によって設立され、運営管理されている企業の医療チームは、人道主義の原則をどの程度遵守する意志があるのかを検討する必要がある。人道主義の原則に従って活動し得る民間請負業者の場合、請負業者は人道関係者（組織ではない）と見なされ、調整メカニズムに完全に関与することが期待される。これは、追加コストとスタッフへの追加のトレーニングなどを契約で考慮する必要があることを意味する。

また、民間の請負業者は、請負団体の方針から完全に独立して運営することは困難であることにも留意する必要がある。民間請負業者は、契約当事者の代理人として行動していると認識され得る。国内および国際 NGO にとって共同活動と頻繁な非公式の取り決めは紛争下で活動するための中心的な要素であり、これは民間請負業者にとっても不可欠である。

3.4.5 国際 NGO (INGO) 医療チーム

国際 NGO の EMT は、調整の方法論をすでに認識しており、人道主義の原則に基づいて活動する準備が整っていないなければならない。このような組織の多くは、多数の紛争地域で活動しており、経験も豊富である。まだ紛争下で活動したことのない人にとっては、こういった国際 NGO に一定期間関与することは有益であり、関係を築くのに役立つ。自然災害や国内の緊急事態に対応する豊富な経験を、紛争下の状況に移転できると考えない方がよい。これだけでは紛争対応への準備が不十分である。

3.4.6 赤十字・赤新月社のチーム

3.3.11 で述べているように、国際赤十字・赤新月運動の特殊性のため、赤十字・赤新月社の医療チームの展開はそのムーブメントの規則に遵守することとなり、武力紛争においては ICRC、自然災害とアウトブレイクなどでは IFRC が調整する。(紛争と災害/アウトブレイクの両方が絡んだ複合災害では、この 2 つの組織が相互調整を行う)

3.5 ガイダンスノート

1. 配備されるすべての医療チームは、人道主義の原則と国際人道法に根ざしたアプローチで医療の調整に貢献し、参加する義務がある。
2. チームは、調整メカニズム自体が紛争当事者として認識される可能性がある状況においては、細心の注意深さと戦略を必要とする。状況によっては活動の中止や活動場所の変更を考慮する必要がある。
3. 国内チームと国際チームは互いに調整しなければならないが、意思決定には、独立性と中立性に関する認識に注意しなければならない。
4. 可能であれば、紛争のすべての当事者と連絡を取り、調整する。
5. 医療チームは、調整メカニズムに関して、派遣前にトレーニングを行う必要がある。
6. 人道的通知システム（または衝突回避）が発動されると、追加の安全確保策が得られる。ただし、これはチームや患者の安全を保証するものではない。
7. チームは、国連民軍調整（UN-CMCoord）マニュアルの重要な要素と関連する課題を認識しておく必要がある。
8. 政府および軍のチームは、安全にアクセスできる場所や地域に関して、自主的に制限を課す必要がある場合がある。

参考文献

- 107 UNOCHA: Guidelines on The Use of Military and Civil Defence Assets To Support United Nations Humanitarian Activities in Complex Emergencies rev. 2006; https://www.unocha.org/sites/unocha/files/01.%20MCDA%20Guidelines%20March%2003%20Rev1%20Jan06_0.pdf
- 108 ICRC The Roots of Restraint in War; <https://www.icrc.org/en/publication/roots-restraint-war>
- 109 IASC Reference Module for Cluster Coordination at Country Level, revised July 2015; <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-cluster-coordination-country-level>
- 110 same as WHO Health Cluster Guide; <https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/>
- 111 Virtual OSOCC <https://vosocc.unocha.org/>
- 112 UN-CMCoord United Nations Humanitarian Civil-Military Coordination, Field Handbook 2018; <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/E-Version%20UNCMCoord%20Field%20Handbook%202.0%20%282018%29.pdf>
- 113 Humanitarian//Military Dialogue, Resource Library; <https://sites.google.com/dialoguing.org/home/resource-centre/resource-library>
- 114 Guidelines for the Coordination between Humanitarian Actors and the United Nations Mission in South Sudan; <https://drive.google.com/file/d/0Bw3AobHtJMTgTTdoaz3BMTY2WkU/view>
- 115 ICRC Fundamental Principles of the Red Cross and Red Crescent Movement, <https://www.icrc.org/en/document/fundamental-principles-red-cross-and-red-crescent>
- 116 Commentary of 2016 Article 9: Activities of the ICRC and other impartial humanitarian organizations <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?documentId=3074EE1C685CFDBDC1257F7D00360B7B&action=OpenDocument>
- 117 IFRC Principles and rules for red cross and red crescent Humanitarian assistance; <https://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Accountability/Principles%20Rules%20for%20Red%20Cross%20Red%20Crescent%20Humanitarian%20Assistance.pdf>



© Emergency Italy

第4章

性とジェンダーに基づく 暴力(SGBV)とその保護



本章の目的

1. 性とジェンダーに基づく暴力 (SGBV) に対応することの重要性と具体的な役割を強調する
2. SGBV の予防、報告、および対応に関する国および組織の法的義務を含め、予防、保護、およびケアに必要な具体的な措置の概要を説明する
3. SGBV に関する擁護策を含む具体例を示す
4. チームが、支援の柱として能力強化アプローチを統合する
5. チームとリーダーが、最も関連性の高い重要な文献とマニュアルを容易に参照できる

性とジェンダーに基づく暴力 (SGBV) ⁴⁴は、ジェンダーの不平等に根ざした広範な公衆衛生問題および人権侵害であり、女性と少女に多くの影響を与えているが、男性や少年、性的マイノリティやジェンダーマイノリティ (SGM) に対する暴力もある (118)。紛争や複雑な人道上の緊急事態では、家族や社会構造の崩壊、軍事化の拡大、加害者の不処罰、強制退去、コミュニティや国家による保護の欠如、資源の不足、文化やジェンダー規範の変化、サービスの混乱、インフラの弱体化により、性的暴力や親密なパートナーによる暴力 (IPV) のリスクが高くなる。性的暴力は戦争の戦術としても認識されている (119)。

紛争下においては、移動の制限、武装勢力の存在、加害者による報復の脅威により、SGBV 被害者の身体的安全とセキュリティに対する継続的な脅威が少なくない。このため医療チームは、身体や生殖に関する、あるいは精神的な健康上のニーズに対処するための緊急対応の一環として、ジェンダーに基づく暴力の被害者に、アクセス可能で、安全で、質が高く秘匿性を備えた医療サービスを提供しなければならない。医療チームは、意図しない妊娠や妊娠の合併症、HIV を含む性感染症 (STD)、骨盤痛、尿路感染症、瘻孔および慢性疾患を患っている女性を治療し、適切かつ緊急に紹介する準備ができていなければならない。医療チームは、急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、うつ、不安、睡眠障害、自傷行為、自殺行動など、SGBV 生存者の精神的健康状態にも対応する必要がある。

⁴⁴ SGBV とは、「個人の意思に反して実行され、社会的に帰属する (性別などの) 男性と女性の違いに基づくあらゆる有害行為の総称である。これには、身体的、性的または精神的な危害または苦痛を与える行為、そのような行為の脅威、強制、およびその他の自由の剥奪が含まれる。これらの行為は、公の場でも私的な場でも発生し得る。」 広く男性と女性の間には体系的な不平等があるため、特に女性と少女は SGBV の影響を強く受けている。ただし SGBV という用語は、男性や少年、および性的マイノリティグループの個人に対するジェンダーに基づく暴力を表すためにも使用される。

文書の秘匿性は、暴力を経験した、または経験している患者の安全にとって不可欠であり、医療チームは厳格なプライバシー保護、機密保持、および安全の原則に従わなければならない (120)⁴⁵。これらは、スティグマ、差別、または加害者による報復などのさらなる被害から患者を保護するために重要である。

4.1 支援をする前に医療チームが知っておくべきこと

SGBV の患者に提供できることを設定し、治療プロトコルを作る際には、次の問いと問題に対処する必要がある、その地域の背景の中で実施するための標準的な手順を作る必要がある。緊急避妊または安全な中絶の提供、暴露後予防、法的義務および要件（たとえば、文書化）などの治療については、当該国の国内法や方針が存在する場合はそれらに従い、国の方針やプロトコルがない場合は、WHO のガイドラインと治療に関する推奨事項を参照する(121、122、123)。

医療チームの役割は、社会的な規範や慣行に取り組んで、対決し、これを変更することではなく、地域のリーダーや影響力のある人物に、内密に伝え、説得することである。

4.1.1 関連法および方針

- ・ 性暴力および親密なパートナー/家庭内暴力のどのような形態が適用法の下で犯罪とみなされるか？
- ・ 同性関係は犯罪とされているか？
- ・ 緊急避妊、妊娠中絶、HIV 感染の検査および予防など、レイプ後に起こり得る結果の対処に関連する国内法および地域社会の慣行は何か？
- ・ 性暴力またはパートナーからの暴力の事例を当局に報告する際の医療提供者の法的要件は何か？

⁴⁵ 紛争下では、法医学的証拠を収集して処理することが困難なことがよくある。検査の主な目的は、必要な医療を決定することである。

- ・被害者に診療を提供できるのは誰なのか、法律に規定があるか？
例えば、SGBV を公式に当局に報告したい場合、その国の法律では、認定または認可を受けた医師が治療を提供し、公式文書に記入することが義務付けられている場合がある。
- ・法医学的証拠に関する法的要件は何か？ 誰がそれを収集できるか？ 法医学的証拠を調べるための検査施設は利用可能でアクセス可能か？⁴⁶
- ・被害者が利用できる、支援のための既存または新たな法的サービスとルートは何か？

4.1.2 利用可能な資源と医療サービス

- ・性暴力の被害者のケアに対処するための国または地方のプロトコルはすでに存在するか？
- ・国の性感染症治療プロトコル、暴露後予防 (PEP) プロトコル、および/またはワクチン接種スケジュールはあるか？
 - どのワクチンが利用可能か？
 - 緊急避妊薬は利用できるか？
 - 包括的な中絶ケアは利用できるか？ どういうケースに適応できるか？
- ・どのようなメンタルヘルスおよび心理社会的支援サービスがあるか？
- ・どのような社会的またはコミュニティのサポート構造があるか？
- ・紹介先としてどのような可能性があるか：
 - 二次医療施設
 - 専門のサービスプロバイダー
 - 産婦人科、カウンセリング、手術、小児科、性暴力専門サービスなど、必要なケアを提供できる別の医療チーム
- ・HIV を含む性感染症の検査にはどのような施設があるか？
- ・法医学的証拠を文書化し、収集、保存するための設備はあるか？
DNA 分析や酸性ホスファターゼなどの法医学検査に利用できる検査施設はあるか？(付録 7.3 を参照)

⁴⁶ 紛争下では、法医学的証拠を収集して処理することが困難なことがよくある。検査の主な目的は、必要な医療を決定することである。

4.1.3 スタッフのトレーニング

- ・ 医師、医療助手、看護師、助産師などの医療チームのメンバーと現地の医療提供者が、最前線の支援 (LIVES) や実行可能な場合の紹介後送を含む適切なケアを提供できるように訓練を受け、必要な医薬品と医療資材を備えているようにする (124)。
- ・ 女性 (および要請があれば男性) の医療従事者は、優先的に訓練を受ける必要があるが、訓練を受けた女性の医療従事者の不足が、医療サービスが患者にケアを提供する妨げになってはならない。男性の医療提供者が検査を実施する場合は女性と一緒に行うこと。
- ・ 清掃員や事務職など、他のすべての医療施設スタッフも、機密保持を尊重し、思いやりを持って差別なく患者とコミュニケーションをとる方法など、意識向上トレーニングを受けるべきである。

4.1.4 他の支援提供者との調整

- ・ 患者の同意を得た紹介、後送は、患者のあらゆるニーズを満たし、チームの医療提供者が SGBV の患者を受け入れたときにオーバーキャパシティにならないために不可欠である。これは、チームメンバーの時間が制約され、患者の安全と心理社会的ニーズがより複雑な紛争下において特に当てはまる。
- ・ 患者のニーズに応じて同意を得て、他のサービスに紹介後送できるようにする。これには、メンタルヘルスと心理社会的サポート、安全管理と法的サービス/司法サービス、および潜在的な経済的サポートを含む。
- ・ 紹介による安全で適切な結果を保証するため、チーム内に責任者が必須である。
- ・ 各サービスプロバイダーの責任者と連絡先、場所、紹介手順と情報共有を詳述した名簿を作成、または入手する。ここでは、男性、子供、その他の被害者 (障害のある人、性的マイノリティ、ジェンダーマイノリティなど) の特定のニーズに対応する紹介オプションも特定する必要がある。
- ・ 人道的状況では、SGBV サブクラスター / ワーキンググループ (調整プラットフォームとモダリティについては第 3 章を参照)、またはチームメンバーが参加して相談できるアクティブな紹介経路を持つ調整機関が存在する場合がある。

4.2 SGBV への医療対応の構成要素

医療チームと地元の医療提供者は、SGBV 被害者にとって最初の連絡先であり、場合によっては唯一の連絡先となる場合もある。紛争中は、SGBV のための医療サービスの最小限のパッケージ (123)⁴⁷を一次診療所; 二次および紹介先病院のすべてのレベルで提供し、このパッケージは既存の医療サービスに統合する必要がある⁴⁸。生命を脅かすまたは重篤な状態を呈している患者は、より複雑な治療や手術のために、(緊急医療が提供された後) 専門施設に直ちに紹介、後送されるべきである。紹介した場合は、安全性と保護だけでなく、臨床状態に関する転帰のフォローアップもしなければならない。

医療施設とフィールドホスピタルには、質の高い SGBV のケアを提供するための適切なインフラ、機器、および必需品を装備する必要がある。これらには診察のためのプライベートスペース (これは安全と快適さにおいて重要である)、患者に治療を提供するためのプロトコル、必須医薬品と備品、および文書と紹介のための機密性を保つメカニズムが含まれる (121)。医療チーム内で、SGBV の患者に治療を提供するための訓練を受けている医師、看護師、助産師など、理想的には女性 (患者が要求した場合は男性) の中から責任者を決め、この責任者は患者から治療に対するインフォームドコンセントをとる⁴⁹。

4.2.1 患者中心の治療と最前線の支援

性暴力および近親者間暴力 (IPV) の患者の健康上のニーズに対処する場合、医療チームは、自身の信念や組織の価値観にかかわらず、患者の意思決定を尊重し、患者の性別、年齢、および特定のニーズを考慮して、内密に偏見、差別のない方法でケア

⁴⁷ 性暴力に対応する必須医薬品と資機材は Inter-Agency Reproductive Health Kit 3 (IARH Kit 3, <https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits>) と Interagency Emergency Health Kit (IEHK) 2017 additional module for PEP; <https://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/> から得られる

⁴⁸ 暴力、特に親密なパートナー/家庭内暴力に苦しんでいる多くの女性は、プライマリヘルスケアサービスで最初に診られる。彼らは特に女性や子供にサービスを提供する部門(例えば、産前産後ケア、家族計画、HIV クリニックなど)で診られるが、暴力被害を明らかにしない場合もある。救急部門は、特に怪我をした女性や性的暴行の被害者にとって、ありがちな入り口でもある。

⁴⁹ 女性の医療提供者は優先的に訓練を受ける必要があるが、訓練を受けた女性の医療従事者の不足が、医療サービスが患者にケアを提供する妨げになってはならない。男性の医療提供者が検査を行う場合は、女性が同席する。男性患者にも、男性または女性の医療者の選択を提供する。ただし男性患者は男性よりも女性の医療提供者を好むことが多い。

を提供する必要がある。医療チームは、即時かつ継続的な感情的/心理的な医療、身体的な医療、および安全に関するニーズに対処しなければならない。最前線の支援は提供されるケアの不可欠な部分であり、プライバシーを侵害することなく、患者のニーズを満たし、継続的な安全を優先する方法で暴力を明らかにする人に対応する人々に対処しなければならない(122)⁵⁰。

最前線の支援 (LIVES*) には以下が含まれる。

- 共感を持ち、批判せずに被害者の話を注意深く聞く。彼らに自分の話をしたり、何をしたか、どのように感じているかを判断したりするように圧力をかけないこと。
- ニーズや懸念事項について尋ねる。感情的、身体的、社会的、実践的な、患者のさまざまなニーズと懸念を評価し、対応する。「それについて詳しく教えてもらえますか?」など、オープンエンドの質問をする。
- 確認。彼らを理解し、信じていることを患者に示す。彼らが責任を負わないことを保証する。彼らが受けた暴力について彼らに責任はないことを伝える。
- 安全性の向上。医療チームが既存の保護紹介経路を理解していることを確認する。暴力が再び発生した場合に、患者をさらなる危害から保護するための計画について話し合う。
- 情報、サービス、社会的支援へのアクセスを支援することで、彼らをサポートする。サポートを求めて話せる信頼できる人がいるかどうかを尋ねる。また、「すぐにできるとしたら何があなたに最も役に立ちますか?」と尋ねて、他のサービスが必要かどうかを確認する。

*訳注：上記5つ (Listening, Inquiring, Validating, Enhancing, Support) の頭文字

4.2.2 レイプの医療対応

レイプの被害者は緊急の医療を必要とするが、これは最前線の支援から始まり、病歴、身体検査、該当する場合は法医学的証拠の入手についてインフォームドコンセントを得た後、以下の手順に従う(125)⁵¹。

⁵⁰ 最初のサポートは、患者の話を聞くことである。患者のニーズと懸念について尋ね、患者の感情と経験を確認する。安全への懸念を和らげ、患者が情報、さらなるサービス、社会的支援につながるのを助けることで患者をサポートする。

⁵¹ 検査、治療、および関連する警察や裁判所など第三者への情報公開には、インフォームドコンセントが必要である。

- ✓ **患者の病歴を取る**：これには 4 つのパートがある。(a) 現在または過去の健康問題、アレルギー、患者が服用している薬などの一般的な医療情報。(b) レイプ事件について話し、患者に出来事を簡単に説明するよう丁寧に尋ね、彼女/彼が望まないことは何もあなたに話す必要はないことを説明する。(c) 婦人科(該当する場合、肛門/直腸の病歴)(d) 精神状態の評価。質問は必要なものに限定すること。
- ✓ **身体検査と性器肛門検査の実施**：どのような医療が必要かを判断するために診察を行う。診察に同意しない、または完了することができない患者は、完全な病歴に基づいて治療を行わねばならない⁵²。完全な身体検査については、付録 4 のレイプ後の身体検査チェックリストを参照のこと。患者は、特に性器肛門検査の場合、検査や触られることに非常に敏感になるためにゆっくりと進め、すべての手順を説明し、それぞれ許可を得てから行うこと。
- ✓ **治療**：これは患者がレイプされてからどれだけ早く行えるかによる。

表 13. SGBV 治療ガイドライン

治療	時系列と詳細
身体的外傷の治療	生命に関わる状態の場合は緊急治療が可能な施設に直ちに紹介後送。それよりも軽症の場合は現場で洗浄と治療を行う。
HIV の暴露後予防	暴露の可能性があった時点から 72 時間以内に、できるだけ早く暴露後予防薬 (PEP) を提供する。患者は戻ってこない可能性があるため、最初の来診時に治療が完結できる 28 日分の薬剤を処方する。72 時間以上経過している場合は、HIV の検査と治療のために、その他の必要な介入としかるべき施設への紹介を行う。
緊急避妊	緊急避妊薬はできるだけ早く、最大 120 時間 (5 日分) 処方する。レボノルゲストレル単剤のレジメンは効果が高く、併用レジメンよりも吐き気や嘔吐が少ない。レボノルゲストレル 1.5 mg 1 回投与を行う。すべての女性に緊急避妊ピルを投与でき、健康状態をスクリーニングしたり、妊娠検査をしたりする必要はない。

⁵² 医療提供者は、彼らが提供する検査と治療を文書化することがあるが、レイプが発生したかどうかを判断することは彼らの仕事ではない。レイプは法的な定義であり、適切な治療を提供するためにこの判断を下す必要はない。

72時間以内の優先事項	治療	時系列と詳細
	推定される性感染症	できるだけ早く、推定される淋病、梅毒、クラミジア感染症の治療を提供する。当該地域または国のプロトコルに従って、利用可能な最短のコースを提供する。患者が数週間後に発症した場合は、症候群モデルまたは臨床検査に従って治療する。
	破傷風の予防	リスクと曝露前のワクチン接種状況に応じて提供する。
	B型肝炎の予防	予防接種を受けていない場合は、プロトコルに従って接種する。
意図しない望まない妊娠への対処	カウンセリングを行い、患者と選択肢について話し合う。現地で合法である場合は安全な中絶を提供するか、可能であれば養子縁組など他のサポートサービスを紹介する。	

- ✓ **フォローアップのための訪問**：紛争下ではフォローアップができない可能性があるため、患者の初回来診時に重要な情報と治療を提供するように努める。初回来診時に、サポートを提供できる信頼できる友人や家族がいるかどうかを確認する。家族が協力的ではなく、暴力の加害者である可能性にも留意する必要がある。このため、患者に治療に誰を関わらせるかを決めさせることが重要である。支援を継続し、感情状態を評価し、提供した治療が完遂されたことを確認し、妊娠検査をし、性感染症を評価し、適切に治療するため、2週間後の再診予約を設定する。
- ✓ **メンタルヘルスと心理社会的サポート**：レイプと近親者間暴力（IPV）の患者の治療には、心理的、感情的な問題の評価、基本的な心理的およびその他のサポートの提供や、必要に応じて患者を他の医療施設に紹介し、一般的な精神障害、薬物乱用、危険行動、メンタルヘルスや社会問題などに対処することが含まれる。(126)⁵³。
- ✓ **専門家によるケアおよび/またはメンタルヘルスへの紹介**：紹介経路に従って、患者が身の安全、保護、心理社会的サービスを得られるようにする。生命にかかわる外傷や外科的介入を必要とする外傷は、専門施設に紹介する必要がある。

⁵³ 外傷に関連する症状は、発生しないか、時間の経過とともに消失することがある。しかし、感情や思考、行動に持続的な問題があり、日常生活に影響を及ぼす場合は、より深刻なメンタルヘルスの問題を示している可能性がある。

4.2.3 近親者間暴力 (IPV) を扱う際に特に考慮すべき事項

IPV (家庭内暴力とも呼ばれる) を経験した女性 (および性的マイノリティおよびジェンダーマイノリティ) (99) は、身体的な外傷あるいは治療を必要とするその他の問題を抱えている。多くの場合、彼らは恥辱や、コミュニティに知れることへの恐れやパートナーへの恐れのために、暴力を受けたことを言わない。その開示の有無に関わらず、患者には暴力について質問し、最前線の支援を提供して健康上のニーズに対処することが重要である。

4.2.4 小児に対する特別な考慮事項

小児の場合、その最善の利益に注意を払うことが第一に考慮されるべきで、そのためには患者の安全、プライバシー、秘匿性を保つことが重要である。

医療チームは、虐待された可能性のある小児に細心の注意を払ってケアを提供できるよう訓練を受け、インフォームドコンセントを得る手順を知っておかねばならない。身体検査のための準備をし、年齢、性別、発達段階に応じた検査と治療を行う (121、127)。医療チームは、保護、プライバシー、参加、健康に対する子どもの権利に関する国際基準と、これらの基準が国内法にどのように翻訳され、現地の背景の中で適用されているかを認識する必要がある (127)。

4.2.5 SGBV を扱う医療チーム自身のケア

SGBV の患者に対応することは、特に提供した支援からプラスの影響が見られた場合に非常にやりがいのあるものになる (2.6.1 およびブルーブックを参照) と同時に、SGBV のケースは困難で、大変な努力を要し、精神的に疲弊する場合がある。患者の苦悩を見たり、心的外傷を負う悲惨な出来事の詳細を聞いたりすることは、気持ちを動揺させ、暴力の個人的な経験の記憶を呼び起こすこともある。これらがコントロールできないと、医療チームは燃え尽き症候群、精神的疲労、または身代わりトラウマなどのストレス関連の状態を発症するリスクがある。これらのリスクは、医療チーム

が SGBV に関連する国内法の解釈に抵触するか、拡大解釈をする可能性があることを行っている場合に悪化する可能性がある。医療チームはこれらのリスクを認識し、スタッフの健康と安全をサポートするための標準的かつ日常的なメカニズムを確立しておかなければならない (128)。

- ・ 仕事量を認識し、SGBV などの複雑なケースの処理に十分な時間を確保する。
- ・ 患者に直接対応する医療チームメンバーに管理部門を提供し、これらのケースを処理するために必要なサポートと情報が確実に得られるようにする。
- ・ どのチームメンバーが治療する医療従事者となるかを決定する際に、特に国内スタッフと国際スタッフを別々にリスクモデルを作る。
- ・ ゆっくりとした呼吸、グラウンディング、漸進的筋弛緩などのストレス軽減エクササイズに関する情報を共有する (チームメンバーは、患者のために最適なテクニックを身につける必要がある)。
- ・ 医療チームがリラックスできる時間を確保し、身体を動かす時間と規則正しい睡眠が維持できるようにする。

紛争下でのセルフケアは困難な場合があるが、小さな行動でも、患者と接するときにストレスを発症するリスクを減らすことができる。

4.3 保護、リスクの軽減とアドボカシー

4.3.1 SGBV 患者の安全に関するリスク

多くの場合、加害者、患者家族、コミュニティ、あるいは武装勢力による、患者の生命を脅かす継続的なリスクがある。紛争下やその他の治安が悪化した環境下では、保護機能や、法律、治安サービスが制限され、家族や地域社会の支援が減少する。医療スタッフは、患者への差し迫った暴力のリスクを評価し、安全を確保し、サポートにアクセスできるようにするための措置を講じなくてはならない。主な確認事項は次のとおり；

- ・ 患者が受診を終えた後に行く安全な場所はあるか？
- ・ 患者に子供やその他の扶養家族がいて、引き続き世話をすることができるか？暴力を受けた後、日常生活ができない患者もいる。
- ・ 家族、友人、親戚から、育児を手伝ったり、フォローアップの診察時に同行してもらったりする支援を受けられるか？ 患者によっては、SGBV を経験した後、家族からの拒絶に直面する場合があります、物質的および心理的なニーズがある。

患者の帰宅が安全でない場合、あるいは日常生活が困難な場合は、紹介経路を調べ、保護または心理社会的サービスを支援できる現地の場所、機関を探す。

4.3.2 リスクの軽減と SGBV

医療スタッフは、治療している個人のプライバシーと情報の秘匿性を保証する責任がある (99)。紛争下では、医療スタッフは患者への危害を避けるために特別な措置を講じる必要がある。プライバシー、秘匿性、および安全性は、暴力の報告を文書化し、プログラムのモニタリングを行うための医療情報およびサーベイランスシステムの構築における重要な原則である(120)。プライバシーと機密保持の方針 (120) は、最初の時点で確立する必要があり、機密保持が侵害された場合に患者や医療従事者が危険にさらされることを避けるため、全体にわたるデータセキュリティの手順を決めておかねばならない。

紛争下では、患者が当局に報告したいと思っても、国の法体系の崩壊や治安の悪化、患者の生命へのリスク、加害者の免責、あるいは加害者を特定できないなどの理由で、報告できない場合がある。しかしながら必要に応じて身体検査結果を利用して法的文書を作成することは可能である。法的救済策や報告要件にかかわらず、最優先事項は常に暴力の被害者への安全と救命医療の提供であるべきである。

患者の守秘義務、安全、プライバシーを確保するためのガイドライン (121)

- ✓ 患者に関する情報を共有する前に、必ず患者からインフォームドコンセントを取得すること。報告義務が課されている場合は、患者が何を開示するかを選択できるよう、機密保持が制限されることを認識していることを確認する。
- ✓ 誰が情報を集めて記録するかを決める。
- ✓ 情報をどこでどのように収集、記録、保管するかを決定する。
- ✓ 匿名コードを使い、パスワードで保護された電子ファイルにする、紙ベースのものは施錠した書類棚などの安全で確実な場所に保管するなど、診療録の機密性を保つ。
- ✓ 紙ベースでの記録が非常に危険であると見なされるような状況では、同意は口頭で得て身体検査と治療を行う。紹介情報を文書化できない場合は、信頼できる人物に頼んで患者に付き添って紹介先に赴いてもらう。
- ✓ 患者もしくは法定管理人が患者の診療情報を受け取り、家に持ち帰る場合、暴力の経験に関する情報を含めるべきではない。

4.3.3 アドボカシー

医療チームは、SGBV への対応を強化するために、地元のリーダー、政府関係者、軍の指導者などの意思決定者へのアドボカシーとアクセスの機会を得ることができる。多くのチームが、軍の上級司令官や政府の指導者が SGBV について警告を受けた際に、アドボカシーの介入が成功したと報告している。

アドボカシーの例は；

- SGBV の患者が質の高いサービスを確実に利用できるようにするために、保健医療分野内のニーズを強調する。

- ・ コミュニティのメンバー、地元のリーダー、対象地域で活動している NGO と対話し、女性、子供、性的マイノリティ、あるいはその他の脆弱なグループのために、より保護的な環境を促進し、患者が元の場所に戻ることを支援するための活動ができるかどうかを決定する。
- ・ SGBV の認知度を高め、対応を強化するための政治的意思を構築するために、政府関係者と対話する。

医療チームは、グローバルデータと独自のサービス提供から収集した情報の両方を使用して、SGBV が患者の健康、福利、および社会倫理に影響を与える予防可能で深刻な問題であることを示す重要なメッセージを伝え、個々の患者情報が決して開示されないようにすることができる。医療チームのリーダーは、SGBV について発言するリスクを慎重に検討し、アドボカシーが必要な場合とその時期を検討する必要がある。患者と医療チームの安全は最優先事項であり、アドボカシーの意思決定の中心に常に置かれる。

4.4 メディアと SGBV

緊急時の SGBV の話に関心があるメディアが関心を寄せることがよくある。メディアの報道はアドボカシーにおいて重要な役割を果たせるが、基本的な倫理および安全の原則を考慮しなければ、被害者を危険にさらす恐れがある。

- ✓ すべてのメディアからのリクエストは医療チームのリーダーまたは指定された担当機関によって調整および承認される必要がある。医療チームのメンバーは、リーダーの事前の承認なしにメディアの要求を受け入れてはならない。メディアとアドボカシー戦略は個々のメンバーではなく、チームリーダーの役割である。
- ✓ 患者が受けた経験に関するメディア記事については、患者から完全なインフォームドコンセントを得ること。患者が、自分がメディアの記事に関わることを完全に理解していることが重要である。
- ✓ インフォームドコンセントが得られない限り、患者、家族、さらには支援者に関する氏名、写真、その他識別可能な情報などの詳細は使用しない。患者が圧力を受けておらず、潜在的なリスクを十分に理解していることを確認する。

- ✓ SGBV に関する情報と分析をメディアに寄稿することを検討している場合は、リスクと利点を慎重に検討すること。SGBV に関するアドボカシーは重要であり、メディアの関与はそのような暴力が発生していることへの認識を高めるための重要な方法となり得るが、中立性と独立性が損なわれ、安全が危険にさらされる可能性もある。特に、自施設やチームが SGBV の患者を治療していて、加害者の疑いのある人物に関する情報を持っていることが明らかにされた場合、支援そのものや支援者を危険にさらす恐れがある。SGBV サービスの提供にスポットライトが当たると、被害者を非難するような雰囲気が蔓延している状況下では、これらのサービスを利用しにくくなる可能性もある。これらがサービスにもたらすリスクを慎重に検討し、もしも継続する場合は、情報やファイルの要求、サービスの閉鎖など、発生する可能性のある潜在的なセキュリティの問題を考慮すること。

4.5 法的な安全管理の枠組み

性暴力は、ローマ規程*と、被害者への支援とモニタリングメカニズムを含む戦闘の刑事免責の仕組みの構築を提唱する 7 つの国連安保理決議 (1820、1888、1960、2106、2122、2242、および 2247) の下で戦争犯罪と見なされ、さらに、性的暴力、レイプ、近親者による暴力は、ほとんどの国の法的枠組みで、程度の差はあれ犯罪とされている。

*訳注：国際刑事裁判所に関する規定

特に紛争に関連した性暴力の不処罰をなくすことに、より重点が置かれるようになってきており、医療チームは法医学的証拠または医療法的証拠の収集における自分たちの役割を認識する必要がある。法医学的証拠を収集できない場合であっても、医療従事者は SGBV のケースの適切な記録を残さなければならない。これには患者からの聞き取りや、外傷、身体所見、および血液検査と DNA 検査に関する完全な記録を含む(129)。

証拠は患者が収集を希望し、完全なインフォームドコンセントを得た場合にのみ収集し、保管、分析、および利用可能な医学的な法的証拠のみを収集する。理想的には、法医学検査は医療の提供と同時に行われるべきである。医療従事者は、法医学検査を実施するための特別な訓練を受け、指導された経験を持っていなければならない。法

医学的証拠の収集が不可能な場合でも、医療チームは検査結果と治療内容を適切に文書化しておかなければならない。患者が訴訟を起こすことを決意した場合、このような記録文書自体が役立つ。

レイプの場合、患者の医療には、ほとんどの国で法的要件である診断書の作成が含まれる (129)。患者を診療する医療チームメンバーは、診断書を作成しなければならない。診断書は、医療提供者がファイルにコピーを保管し、患者に渡さなければならない機密書類である。診断書は証拠の一部であり、患者自身の話を除くと、利用可能な唯一の物的証拠であることが多い。診断書は無料で提供し、患者に代金を請求してはならない。

4.5.1 SGBV の記録文書作成の要点

前述のように医療チームは、SGBV への対応を強化するために、地元のリーダー、政府関係者、軍の指導者などの意思決定者へのアドボカシーとアクセスの機会を得るという方策がある。多くのチームが、軍の上級司令官や政府の指導者が SGBV について警告を受けた際に、アドボカシーの介入が成功したと報告している。

- ✓ 聞き取り内容と身体所見の明瞭で完全で、客観的な記録を残す。
- ✓ 女性がレイプされたかどうかを判断するのは医療チームや現地の医療提供者の仕事ではない。レイプか否かの結論は述べずに、調査結果を文書化する。多くの場合、レイプのケースに特別な臨床所見がないことに注意。
- ✓ 完全な診察、観察を行い、患者の身体的、心理的所見を記録する。
- ✓ 標準的な用語を使用し、外傷の特徴を記載して、すべての外傷を明確かつ体系的に文書化する。所見があればピクトグラムに記録する。外傷評価の訓練を受けていない医療従事者は、原因を推測せずに、できるだけ詳細に外傷そのものを記録することに専念する。このことが患者と、告発された加害者にとって大きな結果をもたらす。

- ✓ 加害者による脅迫など、重要な発言を患者自身の言葉で正確に記録する。加害者の氏名を含めることを恐れないこと。
- ✓ 「申し立てられた (alleged)」という用語の使用は、患者が誇張または嘘をついていると解釈される可能性があるため避ける。
- ✓ 証拠として収集されたすべてのサンプルを書き留める。

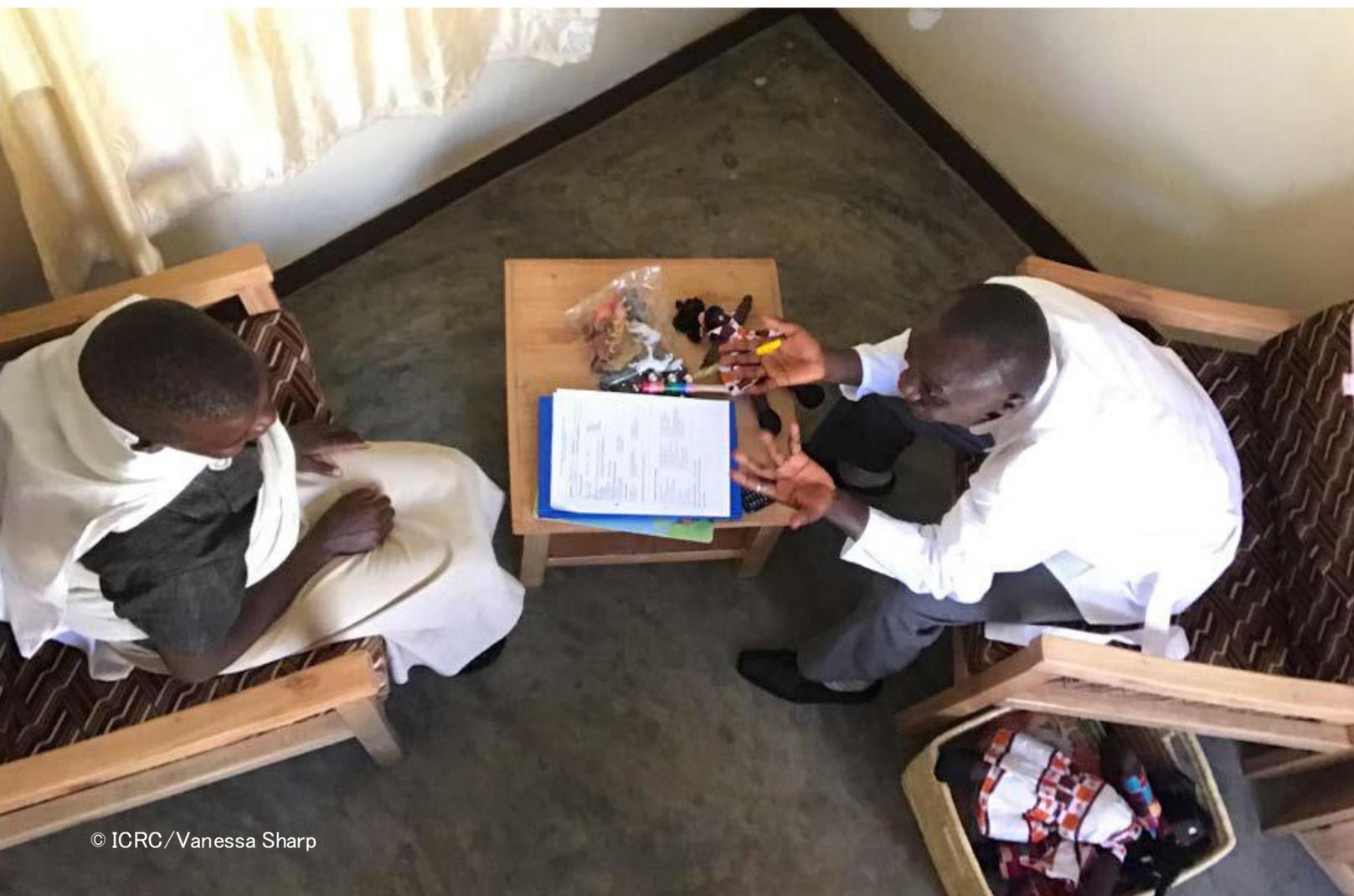
医療チームはまた、患者の情報を保護し、秘匿性を確保する責任がある。医療チームは患者の同意なしに、患者に関する情報を国連機関や組織、モニタリング機構、あるいは国内の法務、治安部門の職員と決して共有してはならない。同意なしに情報を共有することは守秘義務違反であり、患者に深刻な安全上のリスクをもたらす可能性がある。

4.6 ガイダンスノート

1. 医療チームは、活動レベルで SGBV の診療、安全管理、保護、アドボカシーコンポーネントを管理するためのトレーニング、準備、および装備が必要である。
2. 医療チームは、子供に対する特別な配慮とともに、守秘義務とリスク軽減の方法を認識しなければならない。
3. 医療チームは、SGBV を管理する際にセルフケアの手段を把握しておかなければならない。
4. 医療チームは、地元の医療提供者やチームと連携する際に、能力強化アプローチを統合する必要がある。
5. 医療チームとリーダーは、関連する重要な参考文献とマニュアルを容易に参照できること。

参考文献

- 118 Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2015) Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2015/09/TAG-health-08_26_2015.pdf
- 119 Rome Statute of the International Criminal Court 2002: War Crimes: <https://www.icc-cpi.int/resource-library/Documents/RS-Eng.pdf>
- 120 Annex 11: Privacy and confidentiality in documentation: WHO Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A manual for health managers; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>
- 121 Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings, 2020; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en/>
- 122 WHO Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook, 2014; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>
- 123 WHO Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A manual for health managers, 2017; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>
- 124 WHO Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers, 2019; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en/>
- 125 WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence; https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/
- 126 WHO mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG). Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies, 2015; https://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/
- 127 WHO Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines, 2017; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>
- 128 WHO and UNHCR: Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module, 2013; https://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/en/
- 129 WHO GUIDELINES FOR MEDICO-LEGAL CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE, annex 1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1>



第 5 章

緊急時の治療と 理学療法 of 要点

原則に基づく医療対応は、
人道支援のコア原則と、患者中心の質と安全と保護に
焦点を当てた活動および治療介入の
両方で構成される。

本章の目的

1. 緊急事態とアウトブレイクへの対応において、非紛争地域と紛争地域で疾病の種類と症例数がどのように異なるかについての洞察を提供する。
2. 紛争地やその他の安全でない環境が、患者による医療サービスの提供とアクセスにどのように影響するかについての知識を提供する。
3. 医療チームが、外傷、非伝染性疾患（NCD）、伝染性疾患の急性期、および母子保健に合わせて治療、チームの構成、資機材を準備するようにする。
4. 急性および複雑な外傷、アウトブレイク、CBRNの脅威、熱傷、および多数傷病者発生事案（MCI）に対処するために必要な医療技術とプロトコルを確認する。

5.1 はじめに

本章では、医療チームが武力紛争やその他の不安定な環境で遭遇する人々の健康問題に対して行い得る最善の診療について概説する。本章は、原則的な人道的アプローチに従い、民間人に焦点を当てた診療の提供のためのガイダンスノートを提供する。これには患者中心の視点を持ち、コミュニティ、病院前、病院、紹介、理学療法全体にわたる医療と介護、身体の理学療法の指針を含む。本章は独立した章ではなく、「ブルーブック」の診療の章を補完するものとして機能し、武力紛争や不安定な環境での診療の提供に必要な特定の考慮事項を追加している。

武力紛争やその他の不安定な環境では、紛争のない環境での災害やアウトブレイクで必要とされるもの以外に、追加のサービスと医療従事者の幅広い技術を必要とする特別な医療ニーズが生まれる。診療のニーズ、症例、および活動面に関する 2 つの背景の主な違いは、以下の表 14 に示す。

表 14. ブルーブックとレッドブックの内容における主要な医療サービスのニーズの相違

	ブルーブック	レッドブック	
全般的な背景	比較的安定しており、災害の影響はすでに発生している。医療インフラは損傷している可能性がある。	不安定で移動する最前線、繰り返す暴力と多数傷病者事案(MCI)、アクセスの制限、医療システムの毀損と医療施設の損壊の可能性。	
医療 ニーズ	NCDs	深刻で、背景によって異なるが、災害により状況が悪化する可能性がある。	ブルーブックと同様であるが、治療を何年も受けていないか、継続的な治療が中断されている患者がいる。
	伝染性疾患	もしも水/衛生環境が不十分で、生活環境が悪いと重大かつ深刻である。	水/衛生環境の長期的な悪化と劣悪な生活条件、予防定期ワクチン接種の公衆衛生プログラムの崩壊により、深刻かつ慢性化している。
	外傷	主に非開放骨折で、四肢の受傷が多く、挫傷やしばしば感染を伴う。	主に汚染された開放骨折。多くの場合、弾丸、破片、および爆風による四肢の貫通性の複雑な多発性外傷。災害時と同様、感染していることが多い。 搬送時間が短い場合は体幹の重症外傷もある（搬送時間が長い場合はそのような症例は致命的となる）。
	母子保健	常に継続してニーズがあり、出生率によって異なる	常に継続してニーズがあり、出生率によって異なる。また、背景がプログラムにどの程度影響するかによって異なる。
	小児	低所得国では、小児の割合が多い。人口移動および伝染病の易感染性。	小児はより負傷の危険にさらされることが多い（即席爆弾 (IED)、爆発による損傷を受けやすい相対的に大きな臓器への暴露）。人口移動とワクチン接種の欠如は、この脆弱なグループのリスクを高める。

治療パターン	CBRN	災害による工業的アクシデント以外は稀	特に多数傷病者事案が絡んだ場合にニーズがある可能性
	アウトブレイク	時に発生	稀ではなく、特別な考慮が必要
	タイミング	医療チームは災害発生の数時間～数日後に到着し、「古い」外傷を治療し、外傷以外疾患の急性期症状に対処する。	医療チームは、現在進行形の暴力と、繰り返す新たな外傷、外傷以外の疾患の急性期症状という環境に置かれる。アクセスは、迅速な来診を妨げる重要な問題となる。
	重症度	主に古い外傷症例と、慢性疾患に対する薬剤へのアクセスの欠如の問題。	最前線からの距離にもよるが、近ければ近いほど、高度な管理が必要な重症外傷がみられる。
	多数傷病者	時に発生。	一般的で、穿通性および爆風損傷または熱傷に関連したものが多いが、 CBRN もある。
活動の課題	理学療法	フォローアップが困難。短期間で多くのニーズが発生することがよくあるため、早い時期に検討する必要がある。	フォローアップが困難。安全確保が困難、移動制限、理学療法のニーズによる長期的な負担の可能性、および複雑な症例の存在。
	紹介経路	インフラの破壊と搬送手段の不足により、紹介、後送が制限される可能性がある。紹介先の施設がない場合もある。	安全確保の困難、移送手段の不足、収容人数と移動制限、最前線が医療施設から移動したり離れたたりすることによる継続する課題。紹介先の施設がない場合もある。
	患者記録	ブルーブックの基準に沿う。	患者の安全管理の問題の可能性。データは安全に保管し、患者の許可を得てのみ転送する。避難する場合は、記録を持参する。匿名化済みデータのみを報告に使用する。
	サーベイ	アウトブレイクとデータを報告し、全体的な公衆衛生対応に貢献する。患者記録を完成させる。	匿名化された方法でアウトブレイクとデータを報告する。明確な診療記録（創傷パターン）は、後に暴力行為を調べるために重要である。
	インフラ	テントによる施設が適切である。	より堅固で防護に優れた構造が求められる。

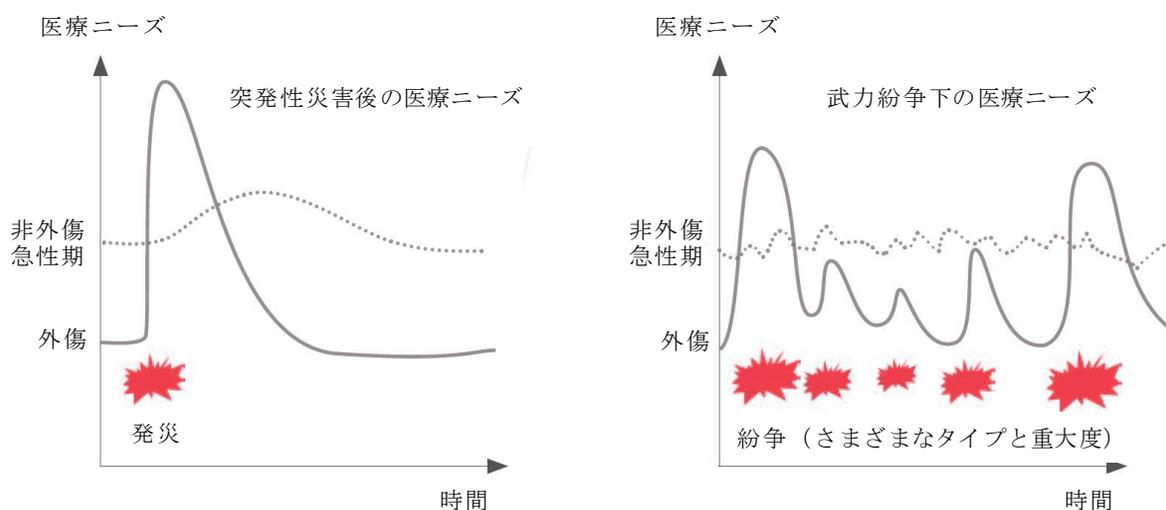
5.2 医療チームが対処すべきニーズのタイプ

患者は紛争関連の外傷患者に加えて、その地域ですでに蔓延している疾患の患者もいる。これらの疾患の内容は、被災地の社会経済的状況によって異なり、たとえば中所得国の疾病は、低所得国に比べて非感染性疾患（NCDs）が多い。しかし、紛争による社会の混乱は、感染症の再発生を引き起こす可能性がある。

紛争の期間と激しさは、紛争以前にはなかった保健医療システムへの影響、予防接種や予防プログラム、水と衛生、避難所と食料へのアクセスなどの日常的な公衆衛生サービスの混乱に与える影響の度合いを左右する。武力紛争やその他の不安定な環境での診療に特に関連するのは、治安の悪化、医療施設の標的化と閉鎖に加えて現地職員および海外からの医療スタッフの間に不安が募り、活動が妨げられることである。すべての医療チームは展開する前に、紛争状況とその進展、および直接的、間接的な医療への影響を分析することにより、医療ニーズを詳細に評価しなければならない。この分析には、紛争の期間、人口統計、死亡率と出生率、予防接種率、栄養失調のレベル、疾病による負担、既存の医療制度の能力と範囲も含まれる。その結果は、チームの展開の設計、活動戦略、セットアップ、スタッフの資格、および持ち込む資機材の準備に役立つ。死亡率と罹患率の低下、計画的なフォローアップと理学療法など、より良い臨床転帰を得るために、レッドブックで示す EMT の展開期間はブルーブックの内容と比較してかなり長く、最低 3 か月、できればそれ以上にする必要がある。

武力紛争においては、先の予測が困難で、タイプ 1、2、または 3 の医療チームは、紛争関連の外傷と母子保健、感染症、非感染症の急性期を含む住民の緊急症例の両方を管理する必要がある。これまでの経験から、医療チーム側が、自らが診療する疾患をコントロールすることはできないことが明らかとなっている。たとえば、急性喘息患者や陣痛を起こしている妊婦も施設を訪れ、彼らに緊急の治療が必要となる。

図 5. ブルーブックとレッドブックの医療ニーズの相違 (von Schreeb 2019)



医療施設が診る疾病のパターンは患者の搬送にどのくらい時間がかかるかによって異なる。外傷やその他の緊急事態の場合、搬送時間は重要であり、紛争地からの距離だけでなく、どのような搬送手段が使えるか、治安状況、検問所の数、道路状況にも左右される。武力紛争で一度に来る負傷者の数は散発的であったり波状であったり、また紛争の激しさによって施設へのアクセス経路が変更されたり、住民の移動を引き起こしたりすることでも変化する。イラクなどの最近の紛争では、外傷治療は以前の紛争よりも前線に近いところで行われ、またより多くのチームによって提供されたが、搬送時間は長いままであった(33)。一部のデータは、医療施設を紛争地の近くに配置することで、より重傷を負った患者が医療施設に到着したことを示唆している。これらの症例には、複雑な貫通性多発外傷、および兵器、弾丸、爆風による多発外傷患者が含まれていた(130)。より多くのレベルのさまざまな医療チームを含んだ複雑な紹介経路システムが設定され、成功したとされているが、その費用対効果と設定については、さらに詳細な評価が必要である。

最近の紛争は、効果的な外傷への対応に対して新たな異なる課題を提示しており、提供される外傷治療の種類とレベル、および紹介システムを含む古いパラダイムの更新が求められている。紛争下で民間人が高度な外傷治療を提供するという最近の経験は、新しい医療提供者と戦略がより多くの命を救うことに貢献するという新しい時代

を示しているが (33)、紛争地域内で外傷治療を提供する民間の EMT にとっての主な課題は、スタッフ、患者、および施設の安全である。現在のところ、このような状況で活動する EMT の安全管理のリスクの増加と、十分な防護を確保する方法に関する情報は限られている。

トリアージと多数傷病者事案 (MCI) へのチームの準備と、MCI の事前の展開トレーニングは不可欠である。武力紛争ではさらに複雑なことに、MCI が CBRN に曝露した患者で起こることがあり、かなりの数の汚染された患者が到着して医療チームを圧倒し、汚染のリスクにさらされる可能性がある。CBRN の傷病者に対するトリアージシステムはいくつかあるが、世界的に標準化されたシステムがないため、利用可能な医療資源、患者数、および傷病の重症度に適した、扱いやすいトリアージ方法と除染システムを使うことが重要である。医療施設は、除染、患者の治療、および専用の資機材に関するプロトコルを事前に確立しておかねばならない。

かなりの数の患者の突然の流入に対する MCI の準備計画を策定し、これにはすべてのスタッフにそれぞれの役割と責任を任せ実践的な外傷トリアージプロトコルを含める必要がある。同定と最初の区分けのためのトリアージプロトコルは、CBRN に対応するスタッフと同時に防護具と解毒剤にも言及したものでなければならない。施設外での安全な除染のためのスペースと資機材、たとえば適切な脱衣ができ、水があることなどは、すぐに使えるようにする必要がある。

武力紛争やその他の不安定な環境での感染症のアウトブレイクは、重大かつ複雑な課題をもたらす。最近の中央アフリカでの深刻な病原体のアウトブレイクや、中東での活発な武力紛争中のコレラと下痢性疾患の多数の症例発生では、地方の保健当局と国際機関がこれらに対する「通常の」診療および公衆衛生活動を開始する能力を著しく損なった。アウトブレイクへの対応には、サーベイランス、積極的な症例の発見、安全で尊厳を保った埋葬などの公衆衛生対策に均等に重み付けされた、複数の柱による対応が必要である。公衆衛生のメッセージとコミュニティへの関与は、より臨床に焦点を当てた検査サービスとともに、患者の治療と隔離、医療施設での感染予防とコントロール、安全な出産、非感染性疾患、特定のアウトブレイクとは関係のないその他の感染症治療などの医療サービスへの継続的なアクセスを支援する。紛争当事者が民間人の負傷者のケアに対処する場合に適用される従来国際人道法の扱いについては、本書の他の部分でカバーされているが、アウトブレイクに対応する紛争当事者の特定の役割には特別な注意が必要である。民間人への「ケアの提供」にはアウトブレイクへの対応も含まれるべきであると国際人道法には記載されているが、これは上

記の例における軍の解釈ではない。非国家主体に対する政府軍が関与する国内暴力と、国連平和維持軍の直接行動の複雑さが増すと、特に政府側と完全に連携している場合、他の国連機関の活動をより複雑にする。

アウトブレイクへの効果的な臨床および公衆衛生の対応は、他のどの形態の医療介入よりも、コミュニティがそれを中立かつ公平であると認識できるように配慮する必要がある、そうでなければ彼らに無視されるか反発を招く。アウトブレイクの影響を受けた地域での外科手術や創傷管理および気道確保などの外傷治療、および手術または侵襲的な母子保健サービスは、スタッフにとって特にリスクが高くなる(2019年のエボラ出血熱のアウトブレイクで見られたように、エボラ出血熱患者の子宮内胎児死亡、敗血症性合併症が発生し、外科的処置が必要になった)。さらに、紛争中のMCIの来院時の最初の混沌とした状況は、スタッフが患者体液や医療鋭利物にさらされるリスクを高める。個人防護具(PPE)の新たな進歩、エボラなどの病原体に対する医療従事者の予防接種、およびエボラ対応中に使用するために設計を変更した手術室は、これらのリスクをある程度軽減するのに役立つものの、完全に取り除くことはできなかった。

5.3 特別な活動上の問題

不安定で動的な環境は、活動場所の設定、紹介経路、医療資機材と主要な医薬品、手術計画とその実施を含むあらゆる診療の側面に影響を及ぼす。たとえば、脅威の度合いが高い環境では、医療施設を紛争地域に近づけたり、遠ざけたり移動しなければならず、患者のニーズと医療従事者の安全とのバランスをとることを考える必要がある。診療の継続性を維持しなければならず、紹介経路によって診療の基準が下がることであってはならない。

指針となる原則として、搬送中に提供される治療のレベルは、紹介する時点と少なくとも同等であることを目標とし、患者の受け入れ側施設への入院に備える。スタッフの技術、資機材、医薬品などの搬送能力上の制限によりこれが不可能な場合、後送チームは搬送中に維持できないレベルの治療を開始することを避けなければならない。感染性疾患と、流行性下痢症、ウイルス性出血熱やインフルエンザなどの感染力の強い疾患のアウトブレイクへの備えとサーベイランスは必須である。

重要な問題は、患者記録の保守と保管で、紛争下では、患者の安全に対する脅威となり得る。ブルーブックに記載されているとおり、患者は自身の診療記録のコピーを必要とするか、もしくは込み入ったケースだと少なくとも退院サマリーが必要である。リストバンドなどの他の患者認識のためのものは、後に武装グループによって認識された場合に患者にリスクをもたらすため、退院前に取り外すことが一般的である。武力紛争における患者記録は、紛争の一方または他方の当事者にとって貴重な情報となり得る。医療チームは、識別可能な患者情報を常に秘匿性をもって保管し、患者の明確な同意なしに、また後に（直接的および間接的な）報復を受ける可能性がある患者への影響を慎重に検討することなしに、いかなる側にも共有しない。これは、レッドブックとブルーブックの明確な違いである。患者が別の施設に転院することに同意した場合は、診療記録とメモを添付しなければならないが、すべてのデジタル記録、毎日の観察記録、および最小データセット (MDS) (131) を匿名化する。安全なコンピューターのハードドライブとパスワードは厳重に管理する必要があり、医療チームによる緊急避難の不測の事態には、患者記録とデータを完全な状態で安全に確保するための計画も含めなければならない。

5.4 治療レベルに応じた診療指針

急性で重篤な状態の患者に適切に対処するためには、相互に関連する一連の治療レベルが必要であり、それぞれが等しく重要である。これは、チームが設営した地域で利用可能な医療サービスと紹介経路を確実に理解していなければならないことを意味する。すべての施設は、どこから患者を受け入れてどの施設へ紹介するか、それぞれの施設のキャパシティと能力を理解していなければならない。ブルーブックに記載されているとおり、紛争下においては初期対応が、しばしばトレーニングされてい

ない第三者や患者家族、被災者、トレーニングを受けた救助隊によって、また時に病院前救急車スタッフによって行われる。さまざまなタイプの EMT(タイプ 1 巡回診療型および固定型、タイプ 2 および 3) および専門医療チームはすべて、武力紛争下でも活動の場があるが、必ずしもすべての患者が各レベルで診られるわけではない。以下のセクションでは、通常タイプの医療チームが武力紛争で展開する際に適応するために必要な事柄を説明する。すべてのチームメンバーは、国際人道法の原則を理解し、医療倫理を理解し、尊重し、遵守しなければならない。すべての EMT スタッフは専門分野の資格を持ち、自身が登録されている国(または国内で同等の資格)で業務を行うために有効な免許を持ち、被災国で当該業務を行う権限を持っている必要がある。

武力紛争やその他の不安定な環境に配備される医療チームのデザイン、人員配置、設備、および活動の焦点は、状況や傷病者の搬送時間によって異なるが、チームがどのような環境下にあっても、ブルーブックで定義されたコア基準に従わねばならない。タイプ 1 の外来診療を提供する医療施設には、非感染性疾患および感染性疾患、外傷、通常分娩を含む産科の緊急事態の管理が含まれる。

5.4.1 コミュニティへの初期対応者

上記のように傷病者のほとんどは、隣人や家族などによって最初に治療され、救命される。傷病者は直接の危険から脱し、医療施設に搬送される前に基本的なケアを受けることができる。安全の 1-2-3 の原則:1 自分自身、2 現場、3 生存者 (5) は、最初に対応する者の指針となり、基本的な応急処置のガイドラインとなる (132)(表 14 を参照)。

負傷した場所から治療を受ける場所までの移動は、紛争の種類、安全レベル、および移動距離によって異なる。状況によっては、救急車や訓練を受けた病院前ケア提供者/救急救命士がいる可能性があり、不必要に搬送を遅らせることのないよう、外部圧迫で止血し、気道を確保し、必要に応じて基本的な骨折固定を迅速に行う(133)。

5.4.2 病院前外来患者の治療（タイプ 1）

外来患者の治療は、タイプ 1 固定型または巡回型で提供される。展開前に現地のニーズとチームの限界について慎重に検討すること。

5.4.2.1 タイプ 1 巡回型

巡回診療チームは、ブルックとレッドブックの両方でカバーされている状況で価値を発揮すると考えられるが、彼らの医療ニーズへの対応に対する全体的な影響は不明である。医療の提供が行き届いていない地域への巡回チームによる散発的かつ不規則の訪問という戦略は効果的なことがあるかもしれないが、緊急事態（産科の緊急事態やその他の緊急事態）に対応する場合は特に、そのようなサービスが 1 か所で活動できる時間が短いことを考えると対象範囲が限られているため、地域社会に受け入れられる定期的なサービスを提供することに、より集中する必要がある。巡回診療は、医療サービスから断絶された人々を支援するための最後の手段と見なされるべきである(134)。

近年の紛争では、さまざまなバックグラウンドを持つ巡回診療チームが増えている。関連する医療調整システムを通じてある程度の調整を確立および維持して、コミュニティ間の公平性を確保し、見過ごされたり十分な医療サービスを受けられないコミュニティがないようにすることが重要である。

5.4.2.2 タイプ 1 固定型

このタイプの診療所は固定されてはいるが、治安上の脅威や人口移動による避難の場合に備えて、ある程度の可動性が必要である。このタイプは国内避難民キャンプや難民キャンプ、または紛争の影響を直接受けた人々の近くに設置される場合がある。タイプ 1 固定型は外傷管理に焦点を当て、外傷安定化ポイント (TSP) の機能を含む場合があるが、真の安定化は根治手術によってのみ達成される。紛争下に配備された TSP は緊急蘇生と、気道確保、出血、骨折のコントロールという形で安定化を提供してきた。このタイプの EMT は重要なトリアージの役割も担っており、軽度の外傷を特定し、より深刻な外傷を、より高次の医療施設に迅速に搬送する。最大限の効果を

得るには、負傷時から施設まで 10 分以内にアクセスできる必要がある。このタイプの施設では手術は行われない(133)。TSP で提供する医療は、次のレベルの医療施設への移動時間や、移動中に利用できる医療施設など、活動環境に合わせて内容を調整する必要があるが、以下の治療が含まれる。

表 15. 外傷安定化ポイント (TSP) に到着した外傷患者への初期蘇生

気道	基本的な気道管理。高度な気道管理は、合意されたプロトコルに従った挿管を含め、挿管された患者を安全に移送でき、受け入れ施設に人工呼吸を継続する能力がある場合にのみ考慮する。
呼吸	酸素供給、必要に応じて胸部減圧、開放性胸部外傷の密閉、腹腔ドレーン挿入。
循環	圧迫包帯による止血および必要に応じて止血帯の慎重な使用および骨盤結束具または大腿副子固定。 静脈内および骨髄内ラインの確保、合意されたプロトコルに沿った搬送時間に合わせた品質輸液の投与と必要であればトラネキサム酸の投与。
身体的障害	脊髄損傷や眼外傷を含むその他の神経学的緊急事態を認識し、さらなる障害を防ぐための保護。
暴露	低体温症を防ぐ。迅速な二次観察。暴露の可能性に対する管理の詳細については CBRN のセクションを参照のこと。

TSP は、満たされていない複数の医療ニーズを持つ非常に脆弱な人々の近くに位置することが多いため、外傷以外の急性の緊急事態を受け入れる準備もしなければならない (表 17 参照)。

終末期医療施設への移動時間とそこで利用できるサービスのレベルと範囲は、TSP の治療戦略に影響を与える。

大量出血患者の救命は、病院への搬送が遅延なく迅速に行われ、受け入れ施設が適切な技術と能力を備えている場合に最も可能性が高い。(安全とセキュリティの章を参照)。

表 16. 第一対応者のガイドライン(5)

自分自身	個人防護具（PPE）と適切なトレーニングがなければ、自分自身が犠牲者になり、状況を悪化させる危険がある。医療チームのメンバーの負傷または死亡は、活動全体の終了を余儀なくされる可能性をもたらす。自分自身とチームの安全を何よりも優先すること。自分がこのレベルのリスクでこの前進基地で活動するべく訓練されているか？を自問してみる。
現場	現場は安全か？二次爆破装置*や手製爆弾はないか？狙撃兵や残留する CBRN 汚染物質はないか？建物の構造上の不安定性はないか？現場で活動する多くの者の自然な本能に反する進行中の脅威がある限り、それは医療を行う状況ではなく、治安情勢が問題であるままである。
生存者	今、患者と被害者を安全な場所に連れて行き、治療を開始することができる。自分自身が現場に入るのではなく、被災者に医療施設に避難してくるよう促すことはできるか？まず、安全な距離に立ち、生存者を安全な場所に呼び出す。彼らが命令に従えば、彼らの脳にまだ血流があり、動けることがわかる。これはトリアージに役立つ重要な最初の観察である。横になったままであれば、死亡または重傷を負っている可能性がある。安全に対処できる場合は、最初の応急処置を行い、負傷者の処置ポイントまたは EMT タイプ 1 に運ぶ。

*訳注：最初の爆発後に集まってきた人々に対して 2 回目の爆発を起こして殺傷する

5.4.2.3 病院前での臨床的考慮事項

トリアージシステム (WHO/ICRC/MSF が共同で開発した多機関共通トリアージツールなど) を適用し、それを実践して外傷患者を分類し、優先順位を付ける。評価と安定化は、ABCDE の原則 (134) に従い、出血のコントロール (必要に応じて圧迫包帯またはターネット)、基本的な気道確保 (鼻咽頭チューブなど)、回復体位をとらせ、プロトコルに則った晶質輸液の投与および低体温の予防を行う (135)。高度な救命処置が実施された場合には、その治療を維持するために、十分な訓練を受けた医療スタッフが患者に同伴して移送する必要がある。気管内挿管や胸腔ドレーン挿入などの高度な初期外傷治療は、重傷を負った患者をより高次の医療施設(タイプ 2 または 3)に移す前に一時的に安定化をさせるために考慮する必要がある。ただし、限られた資源の無駄な使用を避けるために、このような介入は、患者を適切な施設に安全に移送するのに十分な人的および技術的リソースがあり、搬送先の施設が患者を安全に

受け入れることができ、確立された治療レベルを継続できる施設であることが判明している場合にのみ行う。無益な治療は避け、適切な終末期治療または緩和ケアを考慮する。

ABCDE または c-ABCDE? (12)

統計学的に言えば、末梢からの大量出血は武力紛争の状況において、致命的ではあるものの救助可能な主な外傷である。さまざまな研究によると、気道閉塞や呼吸不全による死亡よりも重篤な末梢出血による死亡はるかに多いことが示されている。したがって、大量出血を表す「c」（訳注：catastrophic bleeding の「c」）を最初に置くべきかもしれない。

明らかな壊滅的な外出血（大多数の症例と同様）がないことを確認したら、すぐに ABCDE の標準ルーチンに沿って対処する。

刺傷や爆傷の場合は、病院への迅速な搬送が生存の可能性を決定する。蘇生をどこまで行うかは、次の搬送先の医療施設の医療レベルと搬送時間に基づいて決定する。多数傷病者事案では、さらに状況に応じた順応が必要になる。複雑な脳損傷を有する患者など、生存の見込みのない重傷患者の蘇生を試みる際には、貴重な資源の無益な浪費を避けるために注意を払う必要がある。内部出血のある患者は、病院での手術によってのみ効果的に安定化できることを忘れないこと。不必要な介入や長時間にわたる安定化の試みによって、次の病院への搬送を遅らせてはならない。外出血をコントロールするためにターニケットを使用することもできるが、紹介経路が長い場合は注意が必要である。ターニケットの使用は苦痛であり、時間が長すぎると虚血性障害を引き起こし、四肢切断につながる恐れがある。ターニケットを巻く場合は、ターニケットを取り外す時間（2時間以内）(136) をターニケットに記載し、搬送に避けられない遅延が発生した場合に備えて、ターニケットの取り外しを管理できる同行者をつける必要がある。

貫通の徴候のない単純な表面損傷は、病院前の医療施設で対処できる。創傷の評価と管理、抗破傷風免疫グロブリンワクチン、疼痛管理、フォローアップ、理学療法など、このレベルの治療のための確立されたプロトコルが守られていることを確認する(12, 137)。外傷治療に関する追加の考慮事項は、Q/A のボックス 1 にある。

熱傷

熱傷には特別な配慮が必要な場合がある。熱傷は、単独の場合もあれば、多数傷病者の事案 (MCI) として来る場合もある。病院前 (救助) 段階での熱傷の初期治療は、熱傷患者の基本的な安定化に重点を置く。MCI での熱傷に関する新しいガイドンスでは、病院前の熱傷治療として疼痛緩和と創部保護、「無輸液管理」を強調するとともに、タイプ 1 巡回型または固定型での治療も同様に不可欠かつ基本であるべきとしている (138)。熱傷の深さと表面積を病院到着前に推定することは非常に困難で、しばしば不正確であり、範囲/重症度を 10~20% 過小評価または過大評価する可能性がある。しかしながらそれでも推定表面積が 5% 以上の熱傷は、デブリドマン、輸液療法、およびさらなる治療のためにタイプ 2 の施設に紹介する必要がある。過大評価は、非常に重度の熱傷を負った患者を評価するときにも発生するため、生存するかどうかの可能性、緩和治療に関する決定は、病院前の段階で行うべきではなく、熱傷治療の経験を持つ専門家による評価と熱傷の総表面積 (TBSA) の最終的な評価の後にのみ行う。EMT における熱傷管理に特化したテキストが作成されている (139)。

アウトブレイク

EMT は、流行あるいはアウトブレイクの可能性がある感染症を特定する能力を持ち、感染患者を管理するためのプロトコルを整備していること。これには、隔離された別の待合室、一時的隔離施設、個人防護具 (PPE)、感染コントロール対策、適切な治療センターへの後送機能、背景のサーベイと適切な機関への報告を含む。タイプ 1 巡回型および固定型チームは、伝染性疾患の患者に基本的な治療を提供し、たとえばコレラ治療ユニット、あるいは流行時の経口補水ポイントとして機能することが期待される。

多数傷病者事案 (MCI)

習熟したトリアージシステムを導入することが不可欠である。トリアージにはいくつかのタイプがあるが、チームはそのうちの 1 つを選択し、すべてのチームメンバーがそれをよく理解し、チームの演習で充分テストされていること。

化学・生物・放射線物質・核兵器 (CBRN) の治療

除染を含む CBRN のセキュリティの側面については、本書の別の項で扱う (第 2.7 章)。除染後タイプ 1 は、中毒の臨床症状を認識し、基本的な支持療法を行うことができるスタッフを配置する。アトロピンなど既知の解毒剤が利用できる場合はこれを投与し、患者をより高次の医療施設に迅速に移送する。治療は除染が完了した後にのみ行うべきであり、除染が不可能な場合は EMT 要員の安全が優先される。化学物質お

よび放射線リスクの管理に関する情報は、「緊急事態における WHO 管理環境健康リスク」から得ることができる。また、化学兵器に暴露された人々の治療プロトコルは、WHO が発行している「化学兵器に暴露された患者の初期臨床管理: 暫定ガイダンス文書」を参照のこと。(140)。

5.4.3 紹介

タイプ 1 は、救命のための一連の外傷治療の最初の環であり、ここからの不適切な患者の紹介後送は生存の可能性を下げる。このため、堅牢な患者退避システムが整っていることが重要である。武力紛争下では、道路がしばしば砲撃や爆撃を受け、燃料が不足し、救急車自体が利用できないなどにより、救急車による搬送ができないことがよくある。航空機による搬送が唯一の実行可能な選択肢となることもあるが、これは常に利用できるわけではなく、手配に時間がかかる。適切な訓練を受けたスタッフが、負傷した患者を最終治療施設に移送する際に同行することが不可欠である。紛争のない環境と同様、患者が次のレベルの医療施設に到着するまでは、患者を送り出す側の医療チームが患者に対して責任を持つ。したがって、退出プロセスにおけるキャパシティと能力は、病院前の治療介入を形成するといえる。より高度な治療を必要とする患者のみを最終施設に移送する。タイプ 1 とタイプ 2 の施設間の紹介は、特定の調整チームに電話をかける「ホットライン」を持つことで改善される場合がある。紛争では、距離が短くても、紹介に数時間かかる場合がある。これは、患者にターケットを巻いている場合に特に注意を払わねばならず、ある時点で一時的にターケットを緩める必要がある。高度な気道確保技術を使用する際にも同様の配慮が必要である。重傷を負った患者の気管内挿管は、搬送中の手動換気を安全に継続できる短時間の搬送の場合にのみ行う (91)。

5.4.4 病院型 EMT タイプ 2、タイプ 3

外傷患者の紹介経路の最初の病院となるタイプ 2、およびさらなる後送病院(タイプ 3)の主な役割は、熱傷、穿通創、複雑および多発外傷を有する患者を管理し、根治的外科治療を提供し、治療および安定化をはかることである。タイプ 2 とタイプ 3 の違いは、タイプ 3 の方が病床数が多いことと、集中治療室があることである(ブルーブック参照)。武力紛争下では、タイプ 2 がより最前線に近いところに位置し、新鮮で

複雑な症例を受け、これを外科的にコントロールした後にタイプ3に後送する。タイプ2はまた、ベッドの不足や安全が脅かされるような状況においてもタイプ3に後送することがあり、このような場合は、最前線から遠く離れた現地の病院に搬送することもある。包括的な安全管理計画を早期に確立すること。近年の紛争の経験から、最前線のタイプ2は、確実な外科治療を提供するためのスペースと能力を常に持っていたことが示されている。術後の患者は迅速に紹介されたが、搬送業務や、時に事前の通知なしにすぐに術後の患者を受け入れなければならなかった病院に大きな負担がかかった。

手術が必要であるということは、通常患者をより高次の医療施設に紹介する理由となる。これには、外傷の急性期の手術だけでなく、産科の緊急事態や、急性腹症、および紛争に関連しない外傷を含む、あらゆるコミュニティの一般的な緊急手術が含まれるが、待機手術は EMT の管轄外である。既存の医療システムのキャパシティを超える治療を導入しないように注意する必要がある。専門治療チームは、特定の外科的再建を提供する場合があるが、この手術の複雑さと必要な長期のリハビリテーションを考慮すると、このチームはかなりの期間にわたって展開する必要がある。医療チームは、治療する患者の合併症と術後ケアを管理する能力を備えていなければならない。タイプ2とタイプ3は、治療の継続性を確保するために、病院前診療と理学療法をサポートし、これらと連携して機能しなければならない。重傷患者の高度な治療を開始する前に、考慮すべき重要な倫理的および文化的考慮事項がある。患者の同意を得て文化的に適切な情報を患者に提供する以外に、臨床的に無駄な介入は避けなければならない。理学療法を含む治療は、長期的には患者が最終的に紹介される場所で利用できる資源によって形成しなければならない。しかしながらこれらの制約の範囲で、チームはできる限りの治療を提供するよう努力する。タイプ2とタイプ3の技術基準とキャパシティはブルーブックで定義されている。

5.4.4.1 病院前における臨床的考慮事項

タイプ2もタイプ3も両方とも、非感染症、伝染性疾患、および産科の緊急事態の急性症状に対処するために、医療、看護、理学療法、および対応するプロトコルを常に備えていなければならない。スタッフは、心理的応急処置 (PFA) の技術やその他の介入を含む、基本的な心理社会的サポートのトレーニングを受けている必要がある。このような治療を提供する際に満たすべき基準の、より包括的な説明は、ブルーブッ

クに記載されている。表 1 に、本書によって対処される状況に関連する主な活動上の懸念事項のいくつかをまとめている。

外傷治療

紛争下の診療は、弾丸、爆風、および破片による負傷の管理に焦点を当てる。チームは、銃器や爆発物によって引き起こされる可能性のある弾道学と臓器損傷の種類と複雑さについての基本的な理解と、それに対処する臨床経験を持っている必要がある。これらの損傷の治療の基本原則は、ICRC とそのパートナーのマニュアルに概説されている (12, 137)。ダメージコントロールによる外傷蘇生は、重傷外傷患者の生存率を改善することに寄与している。これは積極的な機械的出血コントロールと晶質輸液投与、早期のバランスのとれた血液製剤の投与、低体温の予防、トラネキサム酸などの止血剤の使用、早期のダメージコントロール手術という体系的なアプローチに基づいて構築されている(141)。

コントロールできない出血は、避けられる外傷死の主な原因であるが、紛争下においてすぐに血液を手に入れて迅速に輸血ができるかという点、ロジスティクス、管理上の、あるいは臨床上的の問題がある。血液の入手は、対処が困難な制限要因である。輸血用血液が定期的に供給されない場合は、ボランティアによる寄付に基づく「ウォーキングブラッドバンク*」を設立するか、大量血胸などでは自己血輸血を考慮する必要がある(142)。

*訳注：あらかじめ供血に同意したボランティアを登録しておき、必要時に供血してもらうシステム

本書は、診療についての技術的な詳細は含んでいないが、武力紛争下に展開する EMT には、外科医と麻酔科医が外傷管理の原則と概念に精通していなければならない(143)。この概念とは、(1) 出血と汚染のコントロールに限定した簡略化された外科的処置、(2) 生理的異常の是正。(3) 根治的外科的処置、である。

資源に乏しい紛争地帯での穿通性損傷の管理には、創傷治療、四肢、整形、形成外科、神経学のおよび脊髄損傷の基本的な管理を含む、確立された臨床基準がある(144, 137)。

骨折

骨折は一般的で、しばしば開放骨折で他の損傷を伴う。これらはタイプ 2 またはタイプ 3 における主要な疾病であり、専門的な外傷整形外科や積極的かつ早期の理学療法など、かなりの資源を必要とする。治療の要点は、外科的デブリドマン、石膏ギプス、牽引または創外固定による適切な固定であるが、初期治療として内固定は禁忌である。骨折管理の詳細については、こちら (137) を参照のこと。

熱傷

熱傷の治療は資源を大量に消費するため、熱傷は武力紛争下における医療サービスに大きな負担をかける可能性がある (WHO 熱傷治療専門家組織「WHO Specialist Cell Burn care」参照)。熱傷の重症度に応じて、患者は通常ベストプラクティスプロトコルに基づいて治療が行われる専門ユニットに紹介されるが、紛争下ではそのようなユニットはほとんどなく、タイプ 2 とタイプ 3 はこれらに対処する必要がある。すべてのタイプ 2 およびタイプ 3 は、熱傷患者を伴う多数傷病者事案 (MCI) の初期対応を行う機能を備えていると期待されている。これには、二次トリアージ、安定化と蘇生、創傷スクラブ、層状切除、ドレッシングを含む。三次トリアージと最終的な熱傷範囲 (率) の推定により、熱傷専門治療施設への患者の適切な転送が容易になる。体表面積の 20% までの熱傷と、救命が不可能で緩和治療が必要な患者はタイプ 2 およびタイプ 3 で管理する (145)。EMT でかなりの人数の熱傷患者を管理する方法の詳細な説明は、熱傷に関する WHO EMT テクニカルワーキンググループによって取り上げられている (146)。

化学・生物・放射性物質と核 (CBRN)

タイプ 2 およびタイプ 3 での CBRN の治療は、施設へ入院する前の患者の完全な除染ができるかどうかによって依存する。患者が暴露した物質の影響が可逆的であると見なされ、スタッフへの危険がないと判断した場合は、症状の重症度に応じて、タイプ 2 およびタイプ 3 で ICU を含む段階的な支持療法を行うことができることが求められる。治療のプロトコルは WHO の緊急時の環境健康リスクの管理 (147) にあるが、化学兵器にさらされた人々の治療プロトコルは、WHO が出版している「化学兵器にさらされた患者の初期臨床管理: 暫定ガイダンス」(140) で入手できることができる。

感染症アウトブレイク

ブルーブックにあるように、タイプ2およびタイプ3のすべての施設は、結核、ジフテリア、コレラなどの感染性の高い患者の症状をトリアージして鑑別し、トリアージエリアと病棟を分け、適切な個人防護具（PPE）を備えたスタッフにより管理できなければならない。患者を適切な専門施設に紹介できるかどうかは、状況によって異なる。エボラやコレラ治療センターなどの特定の疾患のアウトブレイクに対する治療センターは、アウトブレイクの専門家チームと呼ばれ、ブルーブックの内容と同じ基準であるが、本章の前半にあるように、コミュニティの関与に対する追加要件がある。

多数傷病者事案（MCI）

紛争やその他の不安定な環境下で診療を提供する医療施設は、MCIに対応する計画を策定して実行する必要がある。突発的な自然災害とは異なり、紛争地域ではMCIがより頻繁に発生し、より重症の患者を生み出し、本質的に散発的で繰り返し起こる。タイプ2およびタイプ3のレベルでは、チームは施設への入室からダメージコントロール手術、術後ケアおよび退出まで、患者の急増を管理する準備をしておく必要がある。タイプ1とタイプ2は、現地の病院などの他の高次医療施設と連携し、患者の迅速な退出のための相互扶助計画と戦略を策定する。

5.4.5 専門診療チーム

武力紛争やその他の安全でない環境への専門診療チームの派遣は、特定の要求に従い、特定のニーズに対応し、長期にわたる展開に備える必要がある。紛争に特に関連する専門部門には、整形形成外科、顎顔面外科、母子保健、理学療法、熱傷管理、アウトブレイクの治療チームがある。これらのチームは適切に準備されており、展開前にすでにWHOの認証を受けていなければならない。これらのチームは完全に独立した施設というよりも、現地の病院に組み込まれたり、タイプ2またはタイプ3と組み合わせて、またはこれらに追加した機能として展開する。エボラやコレラなどのアウトブレイク治療センターは、既存の施設をサポートするために配備されることがあるが、完全な支援を受けていれば自己完結型にすることもできる。専門診療チームの詳細については、ブルーブックを参照のこと。

表 17. 臨床的な考慮事項と回答

質問/コメント	回答
病院到着前の段階で輸血は行うべきか？	輸血は救命手段ではあるものの、病院前の状況での出血患者への輸血は複雑で危険である。血液が手に入り、安全に、より高度な治療施設への迅速な搬送が遅延なく行える場合には、慎重な計画に従って検討することは可能。ただしそれでも、迅速な出血コントロールと移動が最も重要である。
病院前の状況でのトラネキサム酸投与は？	最近の研究では、出血している患者の場合、早期にトラネキサム酸を投与すると救命されることが示されている。ただしタイミングが重要で、追加投与が必要になる場合もある。トラネキサム酸投与のプロトコルは、行う前に紹介システム全体で合意され、受け入れられる必要がある。
緊急開胸はすべきか？	長期予後は不良でリスクが高いため、ICUでの治療ができる環境でない限り、心停止患者の蘇生と緊急蘇生開胸術は実施すべきではない(タイプ 3)。
病院前の状況で胸腔ドレーン挿入はしてよいか？	胸腔ドレナージなどの侵襲的処置にはリスクが伴うため、直接的に救命につながる場合(緊張性気胸)でのみ考慮する。このような状態であれば、遅滞なく行うべきであり、これは施設外でよりもタイプ 1 固定型/外傷安定化ポイント(TSP)で行われるべきである。
自チームは外傷安定化ポイントで、外傷治療のみを提供する。	紛争地域に派遣された医療チームは、外傷に加えて、すべての急性の疾病を管理できなければならない。
自チームは医師がいない救急隊員のチームである。	すべての医療チームには、提供する治療に責任を持つ医師が必要であり、治療は医師免許に基づいてのみ提供される。救急隊員は多様な専門家のグループであり、国によっては少しのトレーニングしか行っておらず、診療をするための免許はない。
骨折に対する内固定は？	高エネルギー外傷、広範な軟部組織損傷、創の汚染など、野外環境で重大なリスクを伴うため、複雑な開放骨折に対して禁忌である。(137)

5.5 看護ケア

看護ケアは治療に不可欠であり、すべてのチームに、現場に必要な能力と技術を持った十分な人数の看護師がいなければならない。紛争やその他の不安定な環境に配備された EMT の看護師は、多くの高所得国の高度な医療システムで見られるよりも幅広い技術と能力が求められる。EMT の看護チームは、現地の看護師も含めて異なるシステムの下で訓練を受け、異なる看護教育カリキュラムを持つさまざまな国籍の看護師の混合チームになることもある。国によっては、看護手順や業務の範囲が他の国とは異なっていることもある。したがって、まず看護師が特定のトレーニングを受けた後に看護師が実施する業務を列挙し、これらがチームのそれぞれの国の看護師の通常業務の範囲内であることを確認することを推奨する。EMT の管理にシニア看護師を入れ、活動を通して看護ミーティングと、多職種合同のミーティングを持つことが重要である。

文書化されたプロトコルは、看護ケアの決定と、多国籍の医師、看護師がローテーションしていく中での全体での治療の継続性、およびエビデンスに基づく体系的な治療と看護ケアを行う上で不可欠である。

5.6 理学療法

理学療法は、WHO および関係諸団体によって緊急対応の不可欠な部分として認識されている (148)。同様に、武力紛争や複雑な緊急事態における診療にとって不可欠な要素であり、急増する外傷と慢性疾患の悪化に続く障害を軽減する (149、150、151)。患者や家族、コミュニティが受ける悲惨な結果は、理学療法が不十分であることに起因する (33, 145)。

EMT は、当該国の限られた理学療法のキャパシティ、インフラの損壊、労働力の減少、サービスの混乱、物品調達および調整経路の危険性など、身体的および精神的健康に関連するさまざまな状況に直面する紛争下で理学療法を提供しなければならない。彼らは、EMT のタイプ 1 からタイプ 3 に配置されるか、または受け入れ施設に組み込まれた専門診療チームの一部として配置される。紛争で受けた外傷のメカニズムがさまざまであるため、それらに合わせて外科治療および理学療法の実施とプロトコルを適応させる必要がある。整形外科的な四肢再建手術ができるかどうかによっ

て、理学療法を行うスタッフは、組織の質を維持し、根治手術を待つ間の可動性を促進するための介入や、開腹術や開胸術後の運動や呼吸訓練など、さまざまな理学療法を実行する。特に低中所得国（LMIC）では、切断自体が障害に直結するため、四肢の温存を常に最優先に考え、手術の前に理学療法の計画を立て、理想的な理学療法と最良の結果を得ることができるようにする。理学療法の基準はすでに確立されており、それに沿う必要があるが（148）、現地の医療においては、周術期の理学療法の重要性が認識されていない可能性もある。

武力紛争の影響を受ける状況で活動する EMT は、EMT を撤収した後に患者の理学療法を完了することができる紹介経路と現地の施設を特定する必要がある。

5.7 メンタルヘルスと心理社会的支援（MHPSS）

国際ガイドライン（152）は、基本的なサービスから臨床ケアまでさまざまなレベルのサービスを推奨しており、全体的な対応の一環として、特定の緊急のメンタルヘルスの問題に対し、メンタルヘルスケアがすぐに利用できるようにする必要があるとしている（153）。

- ・ 緊急事態の影響を受けたほとんどすべての人が精神的苦痛を経験するが、ほとんどの場合は時間の経過とともに改善する。
- ・ 過去 10 年間に戦争やその他の紛争を経験した人のうち、11 人に 1 人（9%）が中等度から重度の精神障害を負った。
- ・ 紛争の影響を受けた地域に住む 5 人に 1 人（22%）が、うつ病、不安神経症、PTSD、双極性障害、または統合失調症を患っていると推定されている。
- ・ うつ病は、男性よりも女性に多い傾向がある。
- ・ 年齢が上がるほど、うつ病や不安神経症がより多くなる。
- ・ 重度の精神障害を持つ人々は、緊急時に特に脆弱であり、メンタルヘルスケアやその他の基本的なニーズへのアクセスを必要とする。

チームは、大規模な緊急事態が発生した場合に、さまざまな社会問題や精神的健康状態に遭遇することを予測しなければならない（153）。

メンタルヘルスの問題：

- ・ うつ病、統合失調症、アルコールの過飲などの以前からの精神障害。
- ・ 緊急事態に起因するもの：不満、急性ストレス反応、アルコールや薬物の有害な使用、うつ病、PTSD を含む不安症。
- ・ 人道支援によって起こったもの：食料の配給や基本的なサービスの入手方法に関する情報が不足していることによる不安。

社会的問題：

- ・ 既存のもの：社会から取り残されたグループの貧困と差別。
- ・ 緊急事態に起因するもの：家族の離散、安全の欠如、生計手段の喪失、ソーシャルネットワークの混乱、信頼と資源の欠乏。
- ・ 人道支援によって起こったもの：過密状態、プライバシーの欠如、コミュニティや伝統的な支援の弱体化。

5.7.1 知識の啓発

緊急事態の影響を受けたほとんどの人は、不安や悲しみ、絶望感、睡眠障害、疲労、過敏性、怒り、あるいは痛みなどの苦痛を経験する。

これは正常な反応であり、ほとんどの場合、時間の経過とともに症状は改善する。しかし、紛争の影響を受けた人々の精神的健康状態の負担は非常に高く、39カ国で実施された129の研究に関するWHOのレビューによると、過去10年間に戦争や紛争を経験した人の5人に1人(22%)が、うつ病、不安神経症、PTSD、双極性障害、または統合失調症を患っていた。

WHOのレビューでは、特定の時点での紛争の影響を受けた集団における精神障害の推定有病率(ポイント有病率)は、軽度のうつ病、不安神経症、およびPTSDが13%、中等度のこれらの障害が4%であった。統合失調症、双極性障害、重度のうつ病、重度の不安、重度のPTSDなどの重度の障害の推定ポイント有病率は5%であった。過去10年間に紛争にさらされた環境に住む11人に1人(9%)が、中等度または重度の精神障害を持つと推定されている。

紛争の影響を受けた環境では、年齢とともに抑うつや不安が増大し、うつ病は男性よりも女性に多い。

重度の精神障害を持つ人々は、緊急事態の最中およびその後に特に脆弱になる可能性があり、基本的なサービスと臨床ケアへのアクセスを確保しなければならない。2014年に15の低・中所得国の90の難民キャンプから出された健康情報システムのレビューでは、精神、神経、物質使用障害（薬物乱用、アルコール過飲など）のために医療施設を訪問した患者のうち、41%がてんかん/発作、23%が精神病性障害、13%が中等度および重度のうつ病、不安神経症、または心的外傷後ストレス障害(PTSD)であった。

EMT チームのメンバーは、通常メンタルヘルスの専門家ではないが、武力紛争の状況やその他の不安定な環境で頻繁に遭遇する精神的健康状態に対処するために以下の最低限の技術と経験を持っていることが期待されている。

心理的応急処置（PFA）などの基本的な心理社会的支援の技術は、最近の出来事によって深刻な苦痛を経験している人々に第一線の心理的、実地的なサポートを提供し、医療スタッフ、教師、または訓練を受けたボランティアを含むフィールドワーカーが利用できるようにする必要がある（73, 95）。

うつ病、精神病性障害、てんかん、アルコールや薬物乱用、自傷行為、自殺などの優先的に対応すべき状態をカバーする基本的なメンタルヘルスケアは、訓練を受けた一般の医療スタッフが、監督下にすべての医療施設で提供すべきである（153）。

重度の精神的健康状態および心理社会的または知的障害を持つ人々の権利の保護と促進が必要である。EMT の場合関連当局と、精神科施設や自宅にいる人々への訪問、モニタリングと支援の強化の方法について話し合うことも必要かもしれない。

メンタルヘルスの専門家、一般的な医療従事者、コミュニティベースの支援、および学校や社会的サービス、食料、水、住居を提供する緊急救援サービスなどのその他のサービス間で、連携と紹介メカニズムを確立する。これにはさまざまな機関の国レベルのメンタルヘルスおよび心理社会的サポート（MHPSS）関係者が関与し、国レベルのMHPSS ワーキンググループで既存のサービスと資源を調整および特定する。アクティブなすべてのワーキンググループのリストは、mhpss.refgroup@gmail.com で入手可能で、継続的に更新される。

最後に、WHO が承認した機関間のメンタルヘルスおよび心理社会的サポートのガイドライン (96) は、緊急事態に効果的に対応するためのフレームワークを提供し、基本的なサービスから臨床ケアまで、さまざまなレベルでサービスを推奨している。メンタルヘルスの臨床ケアについては、精神科看護師、心理学者、精神科医などのメンタルヘルスの専門家によって、またはその監督下で提供されるべきであることに注意する。

COVID-19 やエボラ出血熱などの公衆衛生上の緊急事態は、メンタルヘルスと心理社会的影響をもたらすが、公衆衛生上の緊急事態の影響を受ける人々のメンタルヘルスのニーズに対処するための資源が利用可能である(154,155)。

EMT にキャパシティがあれば、長期にわたる苦痛によって障害を負った人々に心理的介入を提供することができる (156)。ただしこれらは、専門家、または訓練を受けた保健医療および社会部門のコミュニティワーカーが、専門家の監督下に提供する。

5.8 ガイダンスノート

展開前に知っておくこと	1. 医療チームとリーダーは、国際人道法だけでなく、疾病や外傷の負担、その他対処しなければならない疾患を管理する必要があるかを詳細に分析して理解しなければならない。
チーム	2. 多職種のチームが、予想される疾病の負担に適応し、医療、外科、看護、理学療法を含むすべての分野を尊重すること。
外傷治療	3. 既存の ABCD の原則に従い、使える資源に合うようにこれを適応する。 4. 外傷紹介経路の下で利用できるケアのレベルに合わせた治療を提供する。 5. 早期理学療法はあらゆるレベルで不可欠である。 6. トリアージシステムと多数傷病者 (MCI) 対応計画が適切に実施されていること。 7. 保護具を含むスタッフの安全確保。

参考文献

- 130 Emergency Trauma Response to the Gaza Mass Demonstrations 2018-2019 - "A One-Year Review of Trauma Data and the Humanitarian Consequences", 2019; http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/who_emergency_trauma_response_to_gaza_demonstrations_2018_2019.pdf?ua=1&ua=1
- 131 EMT MDS Gateway; <https://www.mdsgateway.net/>
- 132 ICRC First Aid in conflict and other situations of violence, 2006; https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc_002-0870.pdf
- 133 Wren SM, Wild HB, Gurney J, Amirtharajah M, Brown ZW, Bulger EM, Burkle FM Jr, Elster EA, Forrester JD, Garber K, Gosselin RA, Groen RS, Hsin G, Joshupura M, Kushner AL, Norton I, Osmer I, Pagano H, Razeq T, Sáenz-Terrazas JM, Schussler L, Stewart BT, Traboulsi AA, Trelles M, Troke J, VanFosson CA, Wise PH. A Consensus Framework for the Humanitarian Surgical Response to Armed Conflict in 21st Century Warfare. *JAMA Surg.* 2020 Feb 1;155(2):114-121. doi: 10.1001/jamasurg.2019.4547. PMID: 31722004; PMCID: PMC6865259.
- 134 ICRC Mobile Health Units, Methodological Approach 2006; https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc_002_0886.pdf
- 135 Rossaint R, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Crit Care.* 2016 Apr 12;20:100. doi: 10.1186/s13054-016-1265-x. PMID: 27072503; PMCID: PMC4828865. <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>
- 136 Lee C, Porter KM, Hodgetts TJ. Tourniquet use in the civilian prehospital setting. *Emerg Med J.* 2007;24(8):584-587. doi:10.1136/emj.2007.046359
- 137 Management of Limb Injuries during disasters and conflicts; https://www.aofoundation.org/-/media/project/aocmf/aof/documents/icrc/a_field_guide_low_res.pdf
- 138 Mass burn Casualty incidents; <https://www.euroburn.org/wp-content/uploads/Draft-EBA-guidelines-for-transportation-of-patients.pdf>
- 139 Hughes A, Almeland SK, Leclerc T, Ogura T, Hayashi M, Mills JA, Norton I, Potokar T. Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. *Burns.* 2021 Mar;47(2):349-370. doi: 10.1016/j.burns.2020.07.001. Epub 2020 Jul 13. PMID: 33041154; PMCID: PMC7955277; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599>
- 140 WHO Initial clinical management of patients exposed to chemical weapons; <https://www.who.int/publications/item/initial-clinical-management-of-patients-exposed-to-chemical-weapons-interim-guidance-document>
- 141 IATSIIC Definitive Surgical Trauma Care (DSTCSM) Courses; <https://iatsic.org/DSTC/>
- 142 Sjöholm, A., et al. A Last Resort When There is No Blood: Experiences and Perceptions of Intraoperative Autotransfusion Among Medical Doctors Deployed to Resource-Limited Settings. *World J Surg.* 44, 4052–4059 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05749-y>
- 143 Hsu JM, Pham TN. Damage control in the injured patient. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2011;1(1):66-72. doi:10.4103/2229-5151.79285
- 144 Orthopaedic Trauma in the Austere Environment: A Practical Guide to Care in the Humanitarian Setting; <https://www.springer.com/gp/book/9783319291208>
- 145 Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams; <https://extranet.who.int/emt/> (insert updated Blue Book reference).
- 146 Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599>
- 147 Managing environmental health risks in emergencies; <https://www.who.int/activities/managing-environmental-health-risks-in-emergency>
- 148 Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016 <https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/MINIMUM%20TECHNICAL%20STANDARDS.pdf?ua=1>
- 149 World report on disability. Geneva: World Health Organization and World Bank; 2011; https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- 150 Rehabilitation in Health Systems: a guide for action. World Health Organization. 2019. <https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en>
- 151 World Health Statistics 2016. Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>
- 152 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-on-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>
- 153 WHO Mental health in Emergencies; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- 154 IASC Mental Health and Psychosocial Support - Resources for COVID-19; <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19>
- 155 IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2015). Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks: A Guide for Public Health Programme Planners. Geneva; https://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners.pdf
- 156 WHO Scalable psychological interventions, 2017; https://www.who.int/mental_health/management/scalable_psychological_interventions/en/



第6章

活動におけるトピック

本章の目的

1. 組織的な資源と、ロジスティクス、人事、財務、管理、計画、引き継ぎ、記録の管理、モニタリングと評価のための、カスタマイズされたシステム/プロセスの準備と展開の要件を理解する。
2. 支援の柱として、能力強化を組み入れることができる。
3. チームとリーダーは、最も関連性の高い主要な参考文献とマニュアルに簡単にアクセスできる。

非常に不安定な環境で医療を提供するための活動基盤が最終的に成功するかどうかは、活動中に変化する状況に迅速に適応するために十分な柔軟性を備えたシステムを持つことと同様に、展開前の準備に左右される。

本章では、武力紛争下の環境に出入りする活動基盤の準備、展開、および展開後のフェーズのベストプラクティスについて概説する。本章は独立した章ではなく、医療チームが重要な側面を考慮し、目的に適合していることを確認するために、ブルーブックと前の章からの指針を利用している。表 18 はブルーブックのシナリオとレッドブックのシナリオの主な類似点と相違点を対比している。

表 18. 活動中のブルーブックとレッドブックにおける考慮事項

	ブルーブック	レッドブック
背景全般	比較的安定しており、災害の影響はすでに存在。活動環境は、管理可能でほぼ安全である。	不安定で移動する最前線、繰り返す暴力、アクセス制限。活動環境は安全ではなく、敵対的であることもある。
運営管理と組織のマネジメント	EMT は、運営管理と財務管理を維持し、チームを迅速かつ安全に展開し、活動全体を通じて本社オフィスのサポートを持続する。	ブルーブックの基準がレッドブックの背景に広く適用できるが、適切かつ十分な保険を検討する。活動上の現金管理と安全な現金転送メカニズム。

	ブルーブック	レッドブック
人員	EMT は、スタッフをすぐに派遣できるように、採用、スクリーニングし、派遣時の健康障害のリスクを軽減するための予防措置があり、活動中のチームメンバーのケア、および必要であれば彼らの本国送還とその後のケアのための手配を整えている。また、適切な警察のチェック（訳注：無犯罪証明など）やその他の手段を通じて、脆弱な人々の保護を促進する人的資源の管理に関する方針がある。	ブルーブックと同様であるが、公式のパスポートや ID にかかわらず、チームメンバーの国籍や民族の影響を考慮する。管理者とチームが極度のストレスを認識して対処する能力（第2章参照）。予想される困難に応じた派遣期間。状況と危険の定期的なモニタリング。
トレーニング	EMT は、スタッフ自身を直接トレーニングするか、これをトレーニングプロバイダーへのアウトソーシングと組み合わせて、以前の学習を認識することにより、トレーニングと学習プログラムを確実に実施する。EMT は、チームの将来のリーダーとして特定された人々、または複雑さと年功序列をエスカレートする役割において、メンタリングを提供するシステムも備える。(EMT 認証プロセスによって検証される)。	前の 5 つの章に関連する実践的なチームリーダーとメンバーのトレーニング： <ol style="list-style-type: none"> 1. 国際人道法と人道支援のコア原則 2. セルフケアを含む安全管理 3. 調整 4. SGBV と保護 5. 戦争犠牲者の臨床ケア 6. 敵対的な環境意識トレーニング (HEAT) またはフィールド環境における安全なアプローチ (SSAFE) トレーニング 7. 肉体的および精神的な回復のためのトレーニング
専門家としての業務	EMT は、すべてのスタッフが活動中に行う業務の免許を持っており、苦情処理と苦情の結果を調査および修正し、すべての医療スタッフの医療補償保険を確保するためのシステムを整備する。	ブルーブックに同じ。

現場での管理と活動	<p>ブルーブック</p> <p>EMT は、自身の安全管理、重大なインシデントの管理、関連する地方当局やメディアとの連絡など、活動中の日常業務を管理できなければならない。</p>	<p>レッドブック</p> <p>ブルーブックと同様であるが、これをより強化する必要がある。直接的または間接的な攻撃、略奪、および CBRN に関連する危険性を考慮し、それに応じて計画を立てる必要がある(第 2 章参照)。</p> <p>安全管理計画は、状況ごとに更新し、これに従う。</p>
記録と報告	<p>EMT は、診療、モニタリング、および受けた治療の合併症など、患者記録を秘匿性をもって保管し、患者がコピーを入手できるようにし、定期的および撤収時に、当該国の報告様式に則って関係する現地保健当局に報告する。決められた報告様式がない場合は EMT の最小データセット (MDS) を使用する。チームは、患者および当該国当局の同意なしに研究を実施しないことを約束する。</p>	<p>ブルーブックの研究実施に関する警告が同様に適用される。</p> <p>匿名化コーディングシステムを使用し、紙ベースのファイルや電子ファイルを、施錠できるファイリングキャビネットなどの安全な場所に保管することにより、診療記録の秘匿性を維持する。</p> <p>患者の同意書とその後の分析目的でのデータの使用は課題のひとつで、臨床データの使用制限が適用される場合がある。重傷の穿通創の患者で親族がいない場合、救命処置を行う前に患者から同意を得るのは困難である。人道の原則の遵守は絶対である。</p>

6.1 展開前

6.1.1 トレーニング

チームメンバーが導入前に完了しなければならないトレーニングコースとモジュールがいくつかある。

技術的なトレーニング：チームは、必要な技術的スキルを含む略歴を持つ人々に対して、紛争地での展開のために医療スタッフを募集していると想定されるが、現場で遭遇する可能性がある外傷に関する追加のトレーニングも提供する必要がある(第 5 章参照)。関連するトレーニングコースの例は次のとおり；

根治的外傷手術の技術 (DSTS)、ATLS および battlefield ATLS、敵対的環境での手術トレーニング(HEST)、厳しい環境での外科トレーニング(STAE)、外傷麻酔トレーニング (DATC)、欧州外傷コース (ETC)、ICRC 戦傷外科セミナー。

危険な環境に関するトレーニング：派遣されるすべてのスタッフが、危険な環境に関するトレーニングを完了し、定期的に更新することが不可欠である。これは主に派遣されるスタッフの安全のためであるが、保険会社と契約する際の前提条件であることもある。このタイプのコースの例は、敵対的環境認識トレーニング (HEAT) やフィールド環境における安全で確実なアプローチ (SSAFE) (157) である。このようなコースを提供する業者/機関は多数あるが、チームはオーダーメイドのコースを依頼することを検討する必要がある。なぜなら「既製品」のプログラムの多くには、医療関係者には必要のない外傷応急処置が大きなパートとして含まれているためである。

ストレス管理トレーニング：不安定な、あるいは敵対的な環境で活動するチームは、スタッフのメンタルヘルスを考慮する必要がある。第 2 章でチームが従うべきメンタルヘルスおよび心理社会的サポート (MHPSS) に関する指針を提供している。活動地でのメンタルヘルスの問題の予防には、管理レベルおよび組織レベルでのさまざまな側面からの措置もあるが、個々のスタッフが個人的な対処戦略を構築する準備をしたり、同僚や監督する立場のスタッフのサポートもある。「The WHO Doing What Matters in Times of Stress」(158) は、ユーザーがストレスを管理するための戦略を学ぶためのガイドである。IASC の Basic Psychosocial Skills、A Guide for COVID-19 Responders は、スタッフが、習得した技術を通じて苦痛を感じている一般市民をサポートする方法を学ぶだけでなく、同僚や彼らが監督するスタッフについても学ぶための実践的なガイドである (95)。

身体的な回復力も重要であり、チームは可能な限りメンバーの身体的回復力を強化するよう努めなければならない。チームは、たとえば自然災害への展開には通常必要とされない個人防護具(第2章を参照)をつけた暑いストレス下で長時間作業する能力を構築するように、そのような環境下で行うよう設計された専門トレーニングを検討することもある。特に巡回診療チームは、チームメンバーの身体的な適合性を考慮する必要がある。困難な地形でかなりの距離を徒歩で移動する場合には特にそうである。この種の活動は、安全であると認められた地域でのみ行うが、チームメンバーは、活動を遂行するのに適した状態で目的地に到着できなければならない。

6.1.2 スタッフの準備

出発前の適正審査：チームは、登録されたスタッフに対し、年1回または2年ごとの定期的な身体検査を行うはずであるが、チームを派遣する組織は、派遣前の身体的および精神的な健康状態のチェックも行うことが推奨される。これは集合場所や出発空港で実施でき、個々のスタッフが最後に予定された健康診断時と同じように身体的および精神的に健康であることを確認する。

ワクチン接種と予防：ブルーブックの指針に従い、世界のほとんどの国で活動できるよう、すべてのスタッフメンバーがあらゆる種類のワクチン接種を受ける必要があり、また特定の活動に必要な予防薬も提供しなければならない。後者の場合、スタッフに事前に渡して常備しておいてもらうと活動期間中に有効期限が切れてしまうことがあるため、出発前の集合場所または出発する空港でこれを提供する方が安価であることが多い。

保険：スタッフとチームを派遣する組織の両方を保護するために、派遣前に必要な保険がいくつかある。

スタッフの場合、これらには少なくとも次のものが含まれている必要がある。

- ・ 医療保険：紛争下であっても適用されることを確認する。
- ・ 移動：医療的退避を含むが、紛争下であっても適用されることを確認する。
- ・ 医療補償（純粋に経済的な損失）
- ・ 医療過誤（患者の被害の原因となる医療上の過失）

- ・「紛争地帯」*：これは、チームを派遣する地域が、派遣元の国の関係当局の勧告によって渡航禁止になっている場合に特に重要である。多くの保険会社がこの種の保険を提供しているが、チームは、標準的な補償保険料の支払いを含むカスタマイズされた補償方針をもつ必要がある場合がある。

*訳注：通常日本の海外旅行保険では、紛争地においてはいかなる保障もされないため、紛争地での負傷や疾病罹患をカバーするために「戦争特約」という約定を追加する。

チームを出す組織にとっては、世界中で移動中のインフラをカバーする保険を見つけることができる。ただし対象となっている国を確認し、それが対象に含まれていない場合は、脆弱国や紛争の影響を受けている国を追加しなければならない。もちろんこれには追加料金が必要になるため、必要な場合にのみ特定の国で有効化される特注の保険が推奨される。

6.1.3 活動費用

チームがどれだけ自己完結で活動できるかにかかわらず、燃料、原水の調達や現地スタッフへの支払いなど、避けられない日々の運営費が発生する。チームは、これらの費用の必要性と、スタッフが現金を持ち歩くリスク、あるいは自施設（医療施設と居住区域の複合施設）が多額の現金を保持する場所として知られているリスクとのバランスを考慮した方針が必要である。管理者は、病院の運営費に必要な金額、通貨の種類、額面を日単位、週単位、月単位で把握し、単純に1日あたりの費用の7倍とか30倍ではなく、状況に応じて計画を立てなければならない。

リスクを軽減するための戦略には次のものが含まれる。現地に対応するインフラがある場合は、現金ではなくプリペイドデビットカードの使用。現地の送金システムネットワークの利用。送金方法は、現地に送ったチームからのアドバイスに基づいて変更できるようなものでなければならないため、本社の経理部も入れて、システムがそのような柔軟性とリスクに対応できるようにしなければならない。

6.1.4 現地雇用スタッフ

現地スタッフを雇用する必要がある場合は、派遣チームと本社の人事スタッフがそ

の方法について合意することが重要である。スタッフの契約方法は？ 現地の労働法による契約上および法的義務は何か？ 給料をどのように支払うか？ 雇用前にどのようなセキュリティチェックを行うか？ 組織の行動規範は雇用される現地スタッフにどのように適切に伝達されるか？ 必要な実地訓練の種類は？ 解雇につながる重大な規律違反も現地当局に報告するか？ チームは当該国の国内雇用法を認識しているか？ これが組織の雇用政策にどのように影響するか？ チームを派遣する組織は、現地当局または軍が「推奨した」スタッフを受け入れるか？ 現地採用者に適用される注意義務とは何か？ 患者の機密データ、つまり機序や受傷場所などへのアクセスのレベルは？

組織レベルの明確な方針を公式のレターヘッドに記載しておくことは、不適切と思われるスタッフを採用するよう圧力をかけられたときに、「オプトアウト条項*」として使用するのに役立つ。

*訳注：オプトアウト：許諾なしに送られてきたものを拒絶する手段

6.1.5 撤収計画

組織は、展開前に可能な限り将来の出口戦略を検討しておくことが重要である。これを把握していれば、チームは活動期間の長さやチームが注力する点、超えてはならない一線について、現地当局、住民、およびチームメンバーに明確に伝えることができる。チームの管理者と本社の幹部スタッフは、チームの滞在予定期間、撤収時に活動を引き継ぐものは何か（活動を開始して現場で何が起きているのかをよりよく把握できるようになればこれは適宜更新される）、どのような状況においてチームは活動期間の延長を考慮するか、どのような事態においてチームは活動期間を短縮するか、関係諸機関とどのように、そしてどの部分の撤収計画についてコミュニケーションをとるか、について明確にしなければならない。

6.2 展開

6.2.1 患者記録、治療の継続性、集約されたデータのモニタリング

現場では診療データ (159)⁵⁴と患者データは機密性の高い個人データ (160) と見なされる。この種の個人データを扱う際には、主に2つのシナリオを考慮する必要がある。

ブルーブックでは、患者の紹介や施設の引き渡しなど、治療の継続性を確保するため、提供した治療の完全な記録が、チーム、患者、および現地医療当局に必要と述べられている。しかし非常に不安定で紛争の影響下にある環境では、現地医療当局に診療記録を共有するかどうかは慎重に検討する必要がある。患者データを扱う際に満たすべき要件がいくつかあり (82)、以下は、守秘義務を強化し、情報の誤用によって報復や個人のスティグマに繋がる有害事象 (レイプや SGBV などのケースで情報が開示された場合など) を防止することも目的とする、要件の簡略リストである。

- 診療データは、他の種類の個人データとは別に保管する。
- 技術的および組織的な安全対策を講じる。たとえば、患者記録に含まれる個人データと記録自体は、セキュリティ対策として仮名化⁵⁵する必要がある。たとえば、番号付けシステムは、与えられた番号から患者を識別するためのキーを組織側が保持するやり方である。加えて患者記録には許可された医療提供者のみがアクセスできる必要がある。いずれのシステムを採用する場合でも、記録は安全な場所に保管し、緊急避難の際にどのように処理するかについての計画も立てておかなければならない。

⁵⁴ 医療データとは、個人の健康状態に関する情報を明らかにする、身体的または精神的状態に関連するデータをいう。個人の医療データには、特に次のものを含む。医療施設への登録に関する情報、医療目的で個人を識別するために割り当てられた番号または記号、遺伝子データおよび生物学的サンプルを含む身体の一部または身体物質の検査または検査から得られる情報、疾病、障害、メンタルヘルスあるいは心理社会的障害、疾病リスク、病歴または治療に関する情報、生理学的または生物医学的状態に関するデータ、メンタルヘルスに悪影響を及ぼした、あるいは心理社会的障害につながった心的外傷体験に関する情報。

⁵⁵ “仮名化”は、匿名化とは異なり、追加情報を使用しない限り、個人データを特定のデータと結びつけられないような方法で個人データを処理することを意味する。この追加情報は個別に保管され、個人データを特定、または特定可能な人に帰属しないことを保証するための技術的および組織的措置の対象となる。これには、データセット内のアナグラフィックデータを数値に置き換えることが含まれる場合もある。氏名の代わりに登録/識別番号を共有することも良いが、匿名化にはならない。

- ・患者記録は、人道的な医療を提供し、診療の継続性を確保する目的で信頼できる医療提供者にのみ共有する。そのチームは、引き渡された記録が患者やスタッフを標的にするために悪用されないようにすることができるか？ この質問に対する答えが「いいえ」の場合、記録の譲渡を控えることも考慮が必要である。

これらのデータは、リージョンまたは世界的な医療上の緊急事態をモニター、マッピング、または特定することにも使うことができる。たとえば、パンデミックを特定して追跡することができる。このような場合に使用するデータは、匿名化し、あるいは集約データとして⁵⁶、個人データと見なされないようにする必要がある。すなわちモニタリングに使用されるデータセットには個人データが含まれておらず、患者やその他の関係者を再識別できないことを意味する⁵⁷。「…たとえば、関係者の出身国、宗教、特定の脆弱性などのデータを地理的座標にマッピングすることによって、データセットがリスクのある小グループの実際の場所を明らかにしないようにすることが重要である」。

6.2.2 撤収と引継ぎの戦略

撤収および引き継ぎの戦略が適切に計画されていても、チームが配備されて状況とニーズの、より詳細な全体像が得られると、多くの場合変更が必要になる。日々の業務に非常に時間がかかる場合、チームがいつ、どのように撤収するかについての議論は見過ごされがちになるが、撤収戦略の更新に十分な時間をかけることが重要である。留まるにせよ撤収するにせよ、それらへの圧力は、当該国、他の外部関係者、チームの派遣元の本部など、さまざまな方向からやって来る。したがってチームリーダーは通常本部レベルが主導して決定するものの、なぜチームが選択した方向がベストなのかを、明瞭、簡潔に示さなければならない。

⁵⁶ 同上: 「“匿名化”という用語には、個人データを匿名化されたデータに変換するために使用できる技術を含む。匿名化する場合個人データを含むデータセットが完全かつ不可逆的に匿名化されていることを確認することが不可欠である。広範な個人データを含む大規模なデータセットの場合、匿名化プロセスは困難で、再識別のリスクが高くなる可能性がある。」

⁵⁷ 「“再識別”という用語は、データ照合もしくは同様の技術を使って、匿名化されたデータを個人データに戻すプロセスを表す。再識別のリスクがあると合理的に考えられる場合、その情報は個人データであると見なされ、本書に記載されているすべての原則と指針に従う必要がある。ただし確実に再識別のリスクを評価することは非常に困難である。」

6.3 撤収後

6.3.1 活動終了後の遺産

撤収時、チームがインフラの一部またはすべてを現地の関係者に任せるよう要求される場合がある。これは慎重に検討しなければならない、いくつか確認する必要がある。

- ・ チームは、現地関係者が施設内で機器を操作し、適切に機能できるようにするために、トレーニングをするための小さなチームを残していくことができるか? もしそうであれば、メインチームの撤収後、このチームは現実的にどのくらいの期間滞在可能か?
- ・ 機器、テント、キットに、引き渡し前に取り外さなければならないロゴや標識はあるか?
- ・ 受け取る関係者は、機器を操作するために必要な資金を持っているか、あるいはこちらからの資金提供が必要か? 後者の場合、この資金はどのくらいの期間提供できるか?
- ・ 当該国はどの程度安定しており、国に残された機器が医療の原則に反する目的で使用されないことがどの程度確認できるか? これは、自組織の評判という点で特に重要である。現地に残してきた施設が、自組織に属していると見なされ続ける場合は特にそうである。
- ・ 原則に基づいた質の高い診療を継続するために、現地の医療コミュニティの活動を支援することも重要である。チームは、そのようなアプローチを計画に織り込み、ある程度の継続性を確保する必要がある。

6.3.2 教訓

MSF や ICRC などの例外を除けば、武力紛争への EMT の展開は、多くにとって新しい経験であろう。つまり、展開のすべての段階でしっかりとした教訓を学ぶことが非常に重要になる。最初の展開がどれほど綿密に計画されていても、2回目の展開を成功させるためには、学習して実行できる教訓と実行すべき教訓が最も重要な要素となる。これは特定のチームやローテーションだけでなく、すべてのチームに当てはまる。経験から得た学びは組織に悪影響を及ぼさない範囲で、可能な限りすべての人がアクセスできる形式でまとめる。

6.4 ガイダンスノート

1. ブルックの最低基準を使用および拡張する場合、組織と医療チームは、展開前、活動中、および活動終了後のロジスティクス、人事、チームの福利厚生、資金、管理、計画、引き渡し、記録管理、およびモニタリングと評価における、さまざまなカスタマイズされた方針と活動要件が満たされている（および資源が割り当てられている）ことを確認する必要がある。
2. チームは、患者情報の機密管理を保護し、有害事象が起こらないようにする能力とシステムを確保する。
3. 医療チームとリーダーは、武力紛争への対応に適切に備えるため、専門的なトレーニングと拡張したキットを必要とする。

参考文献

- 157 Safe and Secure Approaches in Field Environments (SSAFE) for Surge Deployment; <https://www.unssc.org/courses/safe-and-secure-approaches-field-environments-ssafe-surge-deployment-october/>
- 158 Doing what matters in Times of Stress; WHO 2020; <https://www.who.int/publications/item/9789240003927>
- 159 ICRC Rules on Personal Data Protection; <https://www.icrc.org/en/publication/4261-icrc-rules-on-personal-data-protection>
- 160 Handbook on data protection in humanitarian action, page 9; <https://www.icrc.org/en/data-protection-humanitarian-action-handbook>
- 161 adapted from UNOCHA Humanitarian Civil-Military Coordination – A Guide for the Military, 2014; <https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf>





© WHO/Iraq

第7章

付録/参考文献

付録 1. 紛争および不安定な環境で展開するための準備チェックリスト

本章はブルーブックのチェックリストに基づいて作成し、それを拡張したものである。

武力紛争下に配置される EMT のためのチェックリスト

注意点

1. このチェックリストはブルーブックの認証チェックリストに基づいたもので、単独で使うチェックリストではない。
2. 以下のトレーニングに関する記載は必ずしも個別のコースを意味するものではなく、既存のトレーニングや e-ラーニング、専門コースに組み込まれたモジュールを意味する。これは対象者の背景と技術、知識のベースによって決まる。

分野	チェック	X √
1. 注意義務	組織	
	1. 安全、保護、健康対策、および関連する保険契約を含む、注意義務の法的側面に関する詳細な方針がある。	1
	2. 武力紛争やその他の不安定な環境に派遣されるスタッフのためのインフォームドコンセントフォームが、透明性と明確な説明責任の枠組みとともに整備されている。	2
	3. 本社チームのケア、サポート方針、および対策がチームの派遣前、活動中、撤収後について整備されている。	3
	4. チームリーダーとメンバーは、本書の第 6 章を含む、武力紛争の状況に関するトレーニングを受けている。	4
	5. チームのリーダーとメンバーは、セルフケアとストレス管理に関するトレーニングを受けている。	5
	6. 機密性が担保された報告を含む、性的搾取および虐待の防止に関する方針を表明している。	6
	7. 現場での行動違反および虐待の報告に関する方針を表明。	7
	8. リーダーとメンバーのプロフィールを作成、共有している。	8
	9. 必要に応じて、展開前と活動中に、紛争下での経験を持つ団体と協定を結び、文書化する。	9
	10. 行動規範が整備され、チームメンバーによって理解、署名され、遵守されている。	10
	11. チームの退避プロトコルと計画が作成され、共有されている。(その後、展開ごとにカスタマイズされる)	11
12. 危害、死亡、誘拐、失踪、連絡の途絶、その他の重大事案が発生した場合に備えて、家族や重要なその他の手順のためのプロトコルを準備している。	12	

カテゴリー	チェック	X √
注意義務	13. 配置後の医療および心理社会的サポートが整っている。	13
	14. 保護、給与、保険、トレーニングを含む現地スタッフに対する注意義務に関する方針が文書化されている。	14
	現場チーム 15. チームリーダーとメンバーには、活動中に注意義務の原則が適用される。該当する現場チェックリストは、トレーニングキットの一部である。	15
2. 国際人道法と人道主義の コア原則	組織 16. 国際人道法の遵守を表明している。	16
	17. コア人道原則（人道、公平、中立、独立）の遵守を表明している。	17
	18. チームリーダーとメンバーは、実践的な国際人道法の研修を受けている。	18
	19. チームのブランディング：施設のロゴ、服装、施設、人員、車両への保護標章は事前に合意され、適切な使用に関するチームリーダーとチームに明確な指示、説明がある。	19
	20. 情報共有（内部および外部）の方針が規定され、合意されている（従来の、およびソーシャルメディアを含む）。	20
	21. チームリーダーとメンバーはコミュニティへの関与のテクニックとアプローチに関するトレーニングを受けている。	21
	22. チームリーダーは人道交渉のトレーニングを受けている。	22
	現場チーム 23. チームリーダーとメンバーは、違反した場合の処置を含め、国際人道法とコア人道原則の遵守に同意している。	23
	24. チームリーダーは、違反した場合の処置を含む、この方針とアプローチの実行、普及、遵守を行う。	24
	3. 安全と チームの 福祉	組織 25. 重大事案管理(CIM) を含む現場での安全管理のための具体的に記載された標準手順書(SOP)とプロトコルがある。
26. チームリーダーとメンバーは武力紛争やその他の不安定な環境に焦点を当てた安全管理トレーニングを受けている。		26
27. チームと施設の標章とロゴの使用に関する特定の文書化された方針がある（当該の背景に固有）。		27
28. フェンス、硬化剤、消火器、土のう、照明、通信機器など、施設を保護するための対策と備品を準備してある。		28
29. 標識 - 施設と車両に「武器禁止」を表示してある。		29
30. 武装護衛と武装警備員の使用は最後の手段という方針を文書化してある。（軍または民間防衛軍には適用されない）。		30
31. 医療退避のプロトコルが整備されており、本部スタッフを含めチームはどのような場面でこれを発動するかを理解している。		31

カテゴリー	チェック	X √
安全と チームの 福祉	32. MHPSS：紛争対応のための専門的な要員のスクリーニングとブリーフィング、および対処に関するトレーニングがある。	32
	33. CBRN：状況分析計画、専門トレーニング、および専門キットがある。	33
	現場チーム	
	34. チームは、武装勢力と連携するための特別な訓練と技術を備えた安全管理担当者を指定している。	34
	35. 行動違反があった場合、任務終了と懲戒処分につながる安全管理規定を遵守する公式の誓約（現地スタッフを含む）をとっている。	35
	36. CBRN の予防措置：継続的なモニタリング、ブリーフィング、現場での PPE の着脱のトレーニング、決められた計画を実施する（風評の管理を含む）。	36
	37. MHPSS：必要に応じて現場でのサポートを含む、チームの対応とストレスレベルのモニタリングをする。	37
4. 調整	組織	
	38. チームリーダーとメンバーは、武力紛争やその他の不安定な環境における調整の重要性と方法についての研修を受けている。	38
	現場チーム	
	39. 偏見あるいは紛争の当事者と認識されることを回避するための予防措置を含む、調整プラットフォーム、公式説明、および規律遵守に貢献するための仕組みがある。	39
5. SGBV と 保護	組織	
	40. 現場での SGBV に対処する、共有された方針がある。	40
	41. チームのリーダーとメンバーは、小児に対する特別な配慮を含め、SGBV 患者に対処する研修を受けている。	41
	42. SGBV とレイプ後のための医療資機材を準備している。	42
	43. インフォームドコンセントフォームを含む、機密文書の扱いの方針と現場での準備がある。	43
	44. チームリーダーとメンバーは、メディアへの対処を含む、機密情報に関するアドボカシーと保護に関するトレーニングを受けている。	44
	現場チーム	
	45. 守秘義務、保護、および現地の法律に細心の注意を払い、チームおよび現地スタッフが SGBV 患者に対応している。	45

カテゴリー	チェック	X √	
6. 緊急事態 における 診療の 要点	組織 46. チームを派遣する組織は、チームのタイプに応じた予想される戦争犠牲者の治療と、一般的な疾患に適した特別なモジュールを持っている。 47. 医療チームのメンバーは、専門分野での経験と資格を持ち、訓練を受けており、理想的には戦傷を扱った経験がある(TSP、タイプ2またはタイプ3、または戦争負傷者ケアの専門チームとして展開する場合)。 48. 複雑なケース、特に再建や長期の理学療法を必要とする可能性のあるケースを扱う際に、チームが遠隔で他の専門家と相談できるような準備を整えている。 49. 急性期治療だけでなく、患者の理学療法をサポートするために必要なスタッフと機器/消耗品を準備している。	46 47 48 49	
	現場チーム 50. チームとスタッフは引き続きキャパシティの範囲内で活動し、必要かつ実施できる場合は患者を紹介後送する。チームは、患者の背景や紛争の局面にかかわらず、必要に応じた三次施設への紹介などの複雑さが増す中で、患者が治療を受ける権利を主張し続けなければならない。 51. 紛争下であっても、チームは可能な限り当該国の医療サービスとスタッフを尊重し、支援を続け、現地スタッフが引き継げるようトレーニングし、患者の安全と治療の継続のために可能な限り適切な現地のプロトコルと基準を使用する。 52. 恐怖や脅威が理由で、紹介後送されるよりも残ることを選択した患者の希望を尊重する。国内外の他のチームからの実質的な支援を利用して、特別な努力と新しい医療的解決策を見つけ、患者情報の秘匿性を保つ。	50 51 52	
	7. 活動	組織 53. 展開の状況の分析と評価の能力、活動の準備と適合性、安全管理、法的な整備、資金と資源がある。 54. 決定した活動期間の間の自己完結のための資材と補給がある。 55. 機密性と匿名性を備えた特別な患者関連文書ボックスがある。 56. チーム構成では、ジェンダー/文化的配慮が考慮される。 57. チームローテーションに関する方針がある(書面で通知)。 58. 電源、照明、水/衛生設備、シェルター、廃棄物、IT、キッチン、洗濯、空調、コールドチェーン、滅菌などの準備状況を確認する。これには、現場で必要になる可能性のある物理的な防護手段も含む。 59. 補給のための方針とロジスティクスがある。 60. 遺体管理のトレーニングと専用の資機材を準備している。 61. 法医学に関する方針とトレーニングがある。	53 54 55 56 57 58 59 60 61

カテゴリー	チェック	X √
8. 活動	現場チーム	
	62. 関連するモジュール、キット、消耗品に関する詳細な知識を持っている。	62
	63. 尊厳、敬意、礼儀正しさ、共感をもってすべての現地住民に処するための現場での行動と態度とキャパシティがある。	63
	64. チーム内外における衝突や倫理的ジレンマを管理する能力がある。	64
	65. 割り当てられた役割と状況に関連する技術、安全、復元力の針路/モジュールに関するメンバーに対するトレーニングがある。	65
8. その他の考慮事項	組織	
	66. あらゆる形式のソーシャルメディアを含む、メディア（国内および国際）の情報共有の内容、担当者、および問題の管理に関する明確な方針と指針がある。	66
	現場チーム	
	67. メディア（国内および国際）の情報共有の内容、チーム内の担当者、本社との情報交換、他チームとの調整、およびあらゆる形式のソーシャルメディアを含む問題の管理に関する明確な現場での方針と指針がある。	67

付録 2. 展開と活動の指針のまとめ (161)

組織と現場チームが考慮すべき事項

1. 紛争の背景と状況（および今後の展望）を評価する。多くの場合、人道支援の調整や情報を提供するサイトやツールを通じて公開されている情報を利用し、これらが利用できない場合は、想定する活動に関連する、信頼できる担当者に連絡をとる。
2. 人道主義の原則を遵守する。迅速な活動を求める政治的およびメディアの圧力と、すべての側のしかるべき対象に安全に質の高い医療を提供する必要性とのバランスを取らねばならない。
3. コア基準を遵守する。紛争による混乱は、質の高い倫理的な医療を提供しない理由にはならない。あらゆる面で同意を得て、活動の範囲と義務の中で医療を提供する。
4. 現地、国内、および国際的な関係者との調整は、ギャップを埋め、重複を避け、より広い範囲をカバーするのに役立つ。
5. 現地の安全と治安状況と危険を評価する。計画を策定、共有し、必要に応じて変更を加える。
6. 他のチームとの患者紹介の仕組みを確立し、患者のフォローアップを確保する。
7. 地域社会に関与する。自治体、宗教、女性、教育、ビジネス、若者グループなどの地域社会のリーダーは、現地の状況を理解し、情報のギャップを埋め、適切なアドバイスを提供し、費用のかかる過失を回避できる。
8. 情報を交換、共有する。いつ、どこで医療支援を受けられるかについて、現地の人々に知らせる必要がある。現地の団体、コミュニティリーダー、政府などと情報交換を行えば、彼らが被災者に直接連絡を取ることができる。
9. 訓練と学習。現地の医療従事者は、地元の慣行に関する貴重な知識と技術を提供できる。現地の能力強化と現地スタッフの訓練を統合する。
10. すべての社会には脆弱なグループがあり、紛争は人々をより高いレベルの苦痛と残虐行為にさらす。医療チームの存在は、その影響を最小限に抑えるために、ある程度の保護、アドボカシー、およびサポートを提供することができる。
11. 出口戦略。これには撤収に関する指標、撤収条件に向けた進捗状況を計るためのモニタリングシステム、どのようなキャパシティを構築すべきかの特定、および他の医療支援提供者への引継ぎが含まれる。

付録 3. 性とジェンダーに基づく暴力 (SGBV) に対処する基本機材、医薬品と必需品

医療チームはまた、性暴力の被害者/生存者（男性、女性、成人と小児すべて）の検査と治療のためのすべてのコア要件を満たしていなければならない。以下はこれらの必須項目のチェックリストである（アスタリスクが付いている項目は必須要件）。

レイプの被害者と（IPV）に質の高い医療を提供するための要件チェックリスト	
1. プロトコル	あるか？
医療提供者の言語で書かれたプロトコル*	
2. 人員（ジェンダーに注意を払う）	あるか？
訓練を受けた（現地の）医療専門家（可能であれば、24時間、週7日体制のオンコールシステムが理想的）*	
患者と同じ言語を話す女性の医療従事者が最適である。これが不可能な場合は、選択した同伴者または別の女性の医療/ソーシャルワーカーが、診療中部屋に同伴する*（男性の患者は男性の専門家を好む場合もある）。	
3. 設備と環境	あるか？
プライバシーを確保するためのドア、カーテン、またはスクリーンを備えた、清潔で静かな、子供に優しく、トイレにも行きやすく、受診しやすい診察室。*	
診察台*	
できれば固定型のライト（懐中電灯は子供が怖がることもある）*	
拡大鏡（または腔鏡）	
器材消毒のためのオートクレーブ*	
検査室の設備/顕微鏡と訓練された検査技師	
小児用体重計と身長表	
4. 必需物品	あるか？
検鏡*（成人用のみ）	
打撲や裂傷などの大きさを測定するための紙メジャー*	
シリンジ/注射針*（小児用に翼状針）と採血用チューブ	

一般的な防護用の備品（手袋、汚染された鋭利な物質を安全に処分するための箱、石鹼）*	
蘇生用器具*	
裂傷修復用の滅菌医療器具と縫合材料*	
舌圧子（口腔小帯や外傷の検査用）	
患者を覆うためのカバー（ガウン、布、シーツ）*	
（破損したり、証拠として接收されたりした衣類の代わりとなる） 予備の衣類。	
生理用品（使い捨てまたは布ナプキン）*	
妊娠検査	
妊娠月齢を測るための妊娠計算表	
法医学的証拠の収集/文書化に必要となる可能性のある追加の器材	
陰毛内の異物を集める櫛	
サンプル採取用の綿棒/アプリーケーター/ガーゼ湿布	
湿式または乾式マウントを準備するためのガラススライド(精子用)	
スワブを運ぶための検査用コンテナ	
患者が脱衣したときに遺残した破片などを集めるための紙シート	
証拠収集用紙袋	
容器・袋の封緘・ラベル貼付用紙テープ	
5. 医薬品（年齢別投与量表とともに）	あるか？
各国のプロトコルによる性感染症の治療薬*	
HIV 感染（PEP）の暴露後予防薬*	
緊急避妊薬（EC）ピル*および/または銅含有子宮内避妊器具（IUD）	
破傷風トキソイド、破傷風免疫グロブリン*	
B 型肝炎ワクチン*	
疼痛緩和*（パラセタモールなど）	
抗不安薬（ジアゼパムなど）	
小児の鎮静剤（ジアゼパムなど）	

縫合時に使用する局所麻酔薬*	
創傷治療時の抗生物質*	
6. 事務管理用品	あるか？
ピクトグラム付きチャートを含む受診フォーム*	
診断書/法医学的情報の記載フォーム	
紹介先施設の一覧表	
医療提供者の言語で記載された診療補助のための小物 (治療アルゴリズム、紹介のフローチャートなど)	
同意書*	
レイプ後のケアに関する情報パンフレット (患者向け) *	
記録の秘匿性を保つための、安全で施錠されたファイリングスペース、または電子ファイルを保管するためのパスワードで保護されたパソコン*	

付録 4. レイプ後の診察チェックリスト

身体検査チェックリスト	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外観 ・ 手、手首、前腕、上腕内側、腋窩 ・ 口腔内を含む顔面 ・ 内部、耳介後部を含む耳 ・ 頭部 ・ 頸部 ・ 乳房を含む胸部 ・ 腹部 ・ 臀部、大腿 (内側)、下腿、足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動性の出血または新鮮創 ・ 打撲傷 ・ 発赤、腫張 ・ 切創、擦過傷 ・ 最近の毛髪、歯の損傷の痕跡 ・ 咬傷、刺創、銃創 ・ 腹腔臓器損傷の兆候 ・ 鼓膜破裂
陰部・肛門部検査チェックリスト	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外生殖器 ・ 内性器 (陰鏡を使った内診) ・ 肛門 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動性の出血または新鮮創 ・ 打撲傷 ・ 発赤、腫張 ・ 切創、擦過傷 ・ 異物

付録 5. 課題とジレンマ

CCHN <https://www.icrc.org/en/publication/nh-cchn-negotiator-handbook> を参照

課題とジレンマの概念

安全かつ確実な方法で人道的医療活動を行うには、高レベルの当局や患者家族との交渉や、時に自分自身にさえ問いかける必要があるが、それは簡単なことではない。

事案を適切に分類することは、人道支援における交渉で生じ得る緊張を緩和するのに役立つ。課題（Challenge）とジレンマ（Dilemma）を区別することは、人道的医療支援関係者が活動する上で有用とされてきた。

課題というのは、プロセス全体を制約する特定の障害または障壁として定義され、その阻害要因に直接または間接的に取り組むことによって対処するものである。これには阻害要因の緩和、軽減策も必要である。

一方、ジレンマは選択を迫るもので、時にはその選択が不可能に思えることもある。本質的には、規範対現実の問題である。これには、意識的に選択をすることが要求され、これにはしばしば妥協が必要になる。

付録 6. 参考文献

章	
1.	<p>Ethical Principles of Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies https://www.wma.net/policies-post/ethical-principles-of-health-care-in-times-of-armed-conflict-and-other-emergencies/</p> <p>Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflict and Other Emergencies. – PowerPoint, 35Slides, Health Care in Danger 9HCiD) with scenarios and guidance for instructors. https://slideplayer.com/slide/12443221/</p>
2.	<p>ISO (the International Organization for Standardization), ISO 31,000 Risk management — Principles and guidelines; https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:en</p> <p>SAI Global Standards, Handbook 167 Security Risk Management – https://infostore.saiglobal.com/en-au/Standards/HB-167-2006-568733/</p> <p>Voluntary Guidelines on the Duty of Care to Seconded Personnel, 2017 https://www.zif-berlin.org/fileadmin/uploads/experten-einsatz/Voluntary_Guidelines_on_the_Duty_of_Care_to_Seconded_Civilian_Personnel_Final_170420.pdf</p> <p>Safer access framework http://saferaccess.icrc.org/overview/</p> <p>Dead Body Management https://shop.icrc.org/gestion-des-depouilles-mortelles-lors-de-catastrophes-manuel-pratique-a-l-usage-des-premiers-intervenants-669.html</p> <p>Chemical, biological, radiological or nuclear events: The Humanitarian, response framework, of the International Committee of the Red Cross; https://international-review.icrc.org/articles/chemical-biological-radiological-or-nuclear-events-humanitarian-response-framework</p> <p>ICRC Operational Security; https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irrc-874-10.pdf</p> <p>UN Security Management System Overview; https://www.un.org/en/pdfs/undss-unsms_policy_ebook.pdf</p> <p>WHO Security Services; https://www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/UN%20security%20system.pdf</p> <p>Programming in Access Constrained Environments (Health Cluster) https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/9789241513722-eng.pdf</p> <p>Humanitarian Programming and monitoring in inaccessible conflict settings: a literature review https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf?ua=1</p> <p>Global Interagency Security Forum (GISF); https://gisf.ngo</p> <p>HPN Good Practice Review on Operational Security in Violent Environments https://odihpn.org/wp-content/uploads/2010/11/GPR_8_revised2.pdf</p>

章

- Bickley, S. (2017) Security Risk Management: a basic guide for smaller NGOs. European Interagency Security Forum (EISF); <https://www.eisf.eu/library/security-risk-management-a-basic-guide-for-smaller-ngos/>
- GISF, Managing Sexual Violence against Aid Workers: Prevention, preparedness, response and aftercare; <https://www.eisf.eu/library/managing-sexual-violence-against-aid-workers/>
- IFRC: Broken Links: Psychosocial support for people separated from family members: A field guide; <http://pscentre.org/?resource=broken-links-psychosocial-support-for-people-separated-from-family-members-a-field-guide-english>
- IFRC Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies – Delegate Handbook: <http://pscentre.org/?resource=mental-health-and-psychosocial-support-in-emergencies-delegate-handbook>
- Monitoring and Evaluation Framework for MHPSS Programmes in Emergencies: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support-programmes>
- Operational Guidance for Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings; <http://pscentre.org/?resource=operational-guidance-for-child-friendly-spaces-in-humanitarian-settings>
- IFRC Training for Implementers of Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings; <http://pscentre.org/?resource=child-friendly-spaces-tool-kit>
- IFRC Activity Catalogue Child Friendly Spaces in Humanitarian Settings; <http://pscentre.org/?resource=activity-catalogue-for-child-friendly-spaces-in-humanitarian-settings>
- IFRC Assessing Mental health and psychosocial Needs and Resources in Humanitarian Contexts (see tools specifically for healthcare facilities pp42-55); <https://pscentre.org/?resource=assessing-mental-health-and-psychosocial-needs-and-resources-toolkit-for-humanitarian-settings>
- Caring for Volunteers: A Psychosocial Support toolkit; <http://pscentre.org/?resource=caring-for-volunteers-a-psychosocial-support-toolkit-english>
- ICRC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support; <https://shop.icrc.org/guidelines-on-mental-health-and-psychosocial-support-pdf-en>
- SGBV Manual and Training Guide, IFRC PS Centre; <http://pscentre.org/?resource=sexual-and-gender-based-violence-training>
- GISF, Managing Sexual Violence against Aid Workers: Prevention, preparedness, response and aftercare; <https://www.eisf.eu/library/managing-sexual-violence-against-aid-workers/>
- IFRC Psychosocial Social Support for Youth in Post-Conflict Settings – A Trainer’s Handbook; <http://pscentre.org/?resource=psychosocial-support-for-youth-in-post-conflict-situations-manual>
- IFRC Information, Education and Communications (IEC): Psychosocial Support in Emergencies Brochures, Handouts and IEC materials; <https://pscentre.org/emergencies/iec/>

章	
3.	Coordination Platforms and Modalities
4.	<p>Women's Refugee commission, Minimum Initial Service Package (MISP) Reproductive Health in Crisis Situations (2011); https://www.unhcr.org/4e8d6b3b14.pdf</p> <p>WHO, UNODC. Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2015; https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/</p> <p>UNFPA, Managing Gender Based Violence Programs in Emergencies, eLearning https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_ENGLISH.pdf</p>
5.	<p>Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. <i>J Trauma</i>. 2003 Jun;54(6):1188-96. doi: 10.1097/01.TA.0000073609.12530.19. PMID: 12813342.</p> <p>WHO/ICRC Technical Meeting for Global Consensus on Triage. (2017). Available at: https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/stima/document/guidance-triage.</p> <p>https://extranet.who.int/emt/content/management-limb-injuries-during-disasters-and-conflicts</p> <p>Buckner EB, Anderson DJ, Garzon N, Hafsteinsdóttir TB, Lai CK, Roshan R. Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field. <i>Int Nurs Rev</i>. 2014 Dec;61(4):463-71. doi: 10.1111/inr.12139. PMID: 25411072.</p> <p>Deeny, P., & Davies, K. (2018). Nursing in Disasters, Catastrophes and Complex Emergencies Worldwide. In T. Veenema (Ed.), <i>Disaster Nursing and Emergency Preparedness: for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards</i> (4th Edition ed., pp. 287-298). Springer Publishing Company.</p> <p>Breakey S, Corless IB, Meedzan NL, Nicholas PK. <i>Global health nursing in the 21st century</i>. Springer Publishing Company; 2015.;</p> <p>https://www.springerpub.com/global-health-nursing-in-the-21st-century-9780826118714.html</p> <p>ICRC Anaesthesia Handbook</p> <p>https://www.icrc.org/en/publication/anaesthesia-handbook</p> <p>Gelb AW et al. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia Workgroup. World Health Organization-World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. <i>Anesth Analg</i>. 2018 Jun;126(6):2047-2055. doi: 10.1213/ANE.0000000000002927. PMID: 29734240.; https://wfsahq.org/our-work/safety-quality/international-standards/</p> <p>WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and Charlson F et al. <i>Lancet</i>. 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31200992; PMCID: PMC6657025; https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext</p>

章

The Sphere Handbook, 2018: <https://www.spherestandards.org/handbook-2018/>
(see mental health section in health chapter: e.g. coordinate, assess, mental health in general health care, PFA, community engagement, psychological interventions, harm reduction, institutions support)

The Interagency Emergency Health Kit 2017;
<https://www.who.int/medicines/publications/emergencyhealthkit2017/en/>

WHO Mental Health in emergencies; <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

WHO Ensuring a coordinated and effective mental health response in emergencies;
https://www.who.int/mental_health/emergencies/en/

6. Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams (add hyperlink to Blue Book [https:// extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications](https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications))



訳者あとがき

本書は昨年発行したブルーブック日本語版に続いて、WHOの許諾を得て作成した、ブルーブックの「紛争地版」、いわゆるレッドブックの日本語版である。ブルーブック日本語版と同様に、直訳ではなく自然な日本語に寄せた訳出としている。また日本語への言い換えが難しい単語で、ある程度人道支援関係者に一般的な単語、たとえばアドボカシー、スティグマ、ジェンダーといった単語はそのまま文中で使用することとした。一方で、読者になじみのなさそうな紛争関連の内容については適宜訳注を入れて説明を追加している。

本書は紛争下における医療支援に関するものであるが、医療そのものに触れた内容ではなく、その経験と知識がある程度背景にある読者であっても、一読して本書の内容を理解することは率直に言って難しい。しかしながら、これまで紛争地で活動した経験のある、あるいはこれからこの種の活動を考えている医療職の読者には、国際人道法や紛争下のセキュリティの確保など、ほかに日本語で読める書物がほとんどなく、かつ重要な内容が多く含まれている本書を「War Surgery (ICRC)」*などと併せて精読されることを強くお勧めしたい。

本書の翻訳内容についてはもとより訳者にその全責任があり、WHOは一切の責を負わない。内容の確認をしたい向きは、原著の英語版とページを合わせた構成にしてあるので、比較されたい。

最後に、本書の発行に際し、文章校正とレイアウトに丁寧なアドバイスをいただいたサン美術印刷の宮田完治氏に深謝する。

2023年2月 中出雅治 大阪赤十字病院国際医療救援部

本書のソフトコピーは大阪赤十字病院国際医療救援部のホームページ
< <https://www.osaka-med.jrc.or.jp/aboutus/international/magazine.html> >
よりご自由にダウンロード可能です。

*当部署が発行している War surgery 日本語版も同サイトからダウンロードできます。

本書のハードコピーについては以下にお問い合わせください。
大阪赤十字病院国際医療救援部 <imr@osaka-med.jrc.or.jp>





**World Health
Organization**

**Emergency Medical Teams
World Health Organization**

Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva
Switzerland

Email: emteams@who.int

Web: <https://extranet.who.int/emt/>

9789240029354



9 789240 029354