

難民および国内避難民

著者

Ammar Saad、Kevin Pottie オタワ大学 ブリュエル研究所 ラモント・プライマリヘルスケアセンター、オタワ大学疫学・公衆衛生学部（オタワ、カナダ）

Cheuk Pong Chiu 香港中文大学 医学部 オックスフォード大学協力センター（香港、中国特別行政区）

5.3.1 学習目的

難民 (refugees) および国内避難民 (internally displaced persons, IDP) の研究における以下の重要な項目を理解することができるようになる。

1. 難民 (refugees) および IDP の性質および特徴
2. 移民研究における倫理的問題 (ethical concerns)、および、そうした問題に対応する方法 (approaches to address these)
3. 難民 (refugees) が直面する言語的 (linguistic) ・ 文化的課題 (cultural challenges)、および研究の実施 (conducting research) やケアを提供 (providing care) する場合の通訳者の重要な役割 (critical roles of interpreters)
4. さまざまな環境 (different settings) における難民 (refugees) ・ IDP のメンタルヘルスの問題、および彼らのニーズに対応する適切で倫理的な研究方法 (appropriate and ethical research methods to address their needs)
5. 急性疾患の適切な管理 (properly manage acute conditions) におけるエビデンスに基づいた介入 (evidence-based interventions) の重要性、および急性疾患を抱えた難民 ・ IDP を対象とした研究実施における課題 (challenges of conducting research among refugees or IDPs with acute conditions)

訳注：本稿では、IOM の基準をもとに、難民 ・ 国内避難民 (IDP) ・ 庇護申請者からなる集団を避難民、避難民や労働者を含む、さらに本来の住居地を離れて移動する人々を移民としている。 <https://japan.iom.int/migrant-definition> を参照。

5.3.2 序論

危機や災害時における保健セクターの従来の役割 (traditional role of the health sector) は、対応中心型 (response-focused) で、1つのハザードに対処し管理すること (addressing and managing a single hazard) だった。災害 ・ 健康危機管理の枠組 (Health EDRM framework) では、社会のあらゆる階層 (across different levels of society) のさまざまなセクターおよびステークホルダー (array of sectors and stakeholders) が積極的に連携および参加 (active collaboration and participation) し、例として自然 (natural)、生物 (biological)、技術 (technical)、社会的 (societal)

ハザードなどを含むあらゆるハザードを重視したアプローチをとることが求められる(1)。こうしたハザードの影響 (consequence) の1つが、本章で取り上げる強制移民 (forced migration) である。

家や居住地から強制的に退去させられた人々 (forced to flee their homes and lands) はもともと多様性 (heterogenous in nature) があり、強制退去の背景にも (behind their displacement)、逃避行の目的地にも (destination of their fleeing journey)、複雑な理由 (complex reasons) がある(2)。武力衝突 (armed conflict)、経済的事情 (financial circumstances)、自然ハザードによる災害 (disasters caused by natural hazards)、利用可能な支援の欠如 (lack of sufficient resources) はすべて強制移民 (forced migration) を生み出す原因となっている。難民 (refugees) とは、人種 (race)、宗教 (religion)、国籍 (nationality)、特定の社会団体の構成員 (membership of a particular social group) であること、または政治的意見 (political opinion) を理由として迫害を受けるおそれがあるという十分に理由のある恐怖 (well-founded fear of persecution) を有するため国籍保有国の外にいる者 (reside outside the country of their nationality) を指す(3) 国内避難民 (IDP) とは、紛争 (conflict)、暴力 (violence)、災害 (disasters)、経済的不安 (resource insecurities) によって家や居住地を追われた (forced to leave their homes and lands) が、国際的に認められている国境を越えず国内にとどまっている人々 (remain inside the internationally recognised borders of their home country) を指す(2)。2017年末時点で、世界中に IDP は約 4000 万人、難民 (refugees) は約 2,000 万人いるとされている(3-4)。注目すべきは、居住地 (location) や環境 (circumstances) を理由として IDP への人道支援提供は難民よりも困難 (more challenging to provide humanitarian support) になる場合があり、IDP が世界でも極めて弱い立場に置かれている人々だということ (one of the most vulnerable population) である(4)。

エビデンス基盤型の研究 (evidence-based research) とは、意志決定プロセスを強化し (enhance the decision making process) (5)、医療ケアの提供を改善し (improve the provision of health care)、災害・健康危機管理プログラムに科学的エビデンスを提供すること (provide scientific evidence) を目的として、入手できる最善のエビデンスを収集 (collecting)、解析 (analysing)、導入すること (implementing) も含まれる。本章では、難民および IDP を対象としたエビデンス基盤型の研究 (evidence-based research) において考慮すべき、人道的倫理観 (humanitarian ethics)、言語と解釈 (language and interpretation)、メンタルヘルス (mental health)、急性期の措置 (acute care) という4つのテーマについて考察する。

5.3.3 人道的倫理観 (humanitarian ethics)

難民 (refugees) および IDP は自分たちの土地および文化 (lands and cultures) から強制的に追い出された (forcibly uprooted) 人々である。そのため、研究者間では、難民や IDP の居住環境 (living conditions) を研究し把握することは社会正義のための行為 (act of social justice) であるとの主張がある。難民や IDP は、人種 (race)、民族性 (ethnicity)、法的地位 (legal status)、アイデンティティ (identity) のほか、社会経済的地位 (social status) や言語的問題 (linguistic difficulties) によって、脆弱性および構造的暴力にさらされ続ける (continue to experience vulnerability and structural violence)。移民は研究に参加することで健康および幸福面の改善 (improve their health and wellbeing) という恩恵 (benefit) を受けるかもしれないが(6)、人道的環境下 (under humane conditions) で倫理的に健全なアプローチ (ethically-sound ap-

5.3

proaches) を用いて研究が実施されるよう徹底することは研究者の責任である。

3.4 章で取り上げた、災害・健康危機管理におけるより一般的な倫理的課題 (general issues of ethics) のほか、難民 (refugees)・IDP を対象とした研究実施には、危機・災害の発生中または発生後 (during or after the emergencies and disasters) を中心に特定の倫理的課題 (specific ethical concerns) が生じる可能性がある。言語 (linguistic) および文化的な障壁 (cultural barriers) によって、中には目的 (objectives)、成果 (outcomes)、起こり得るリスク (possible risks) を理解しないまま研究に参加 (engage in research) する難民もいるかもしれない。難民 (refugees) と研究者の力の差 (variation in power) によって、こうした立場の弱い難民たちが恐怖心から (out of fear)、または自分たちの権利を知らないために (illiteracy of their rights)、意に反して研究に参加すること (engage in research involuntarily) も考えられる。さらに、特定の母集団に特有の懸念事項 (certain population-specific considerations) に適切に対応せずに研究を実施した場合、難民 (refugees)・IDP に害が及ぶリスクもある。例として、難民が一般市民と同様の権利を与えられず (without the same rights)、または同等の扱い (equal treatment as regular citizens) を受けることなく一時的にとどまっている低・中所得国 (low- or middle-income countries in which refugees are temporarily residing) で研究を実施する場合、難民の個人情報のプライバシー (privacy of their personal information) が保護されず、知らないうちに安全が危険にさらされる (their safety might be unknowingly jeopardised) かもしれない。実際に、進行中または過去の研究 (ongoing or previous research) を原因として難民の法的地位が脅かされること (legal status be compromised) があれば、難民 (refugees) は搾取され (exploited)、迫害され (persecuted)、国外追放される (deported) 可能性がある。

人と直接関わること (direct engagement) のある研究を実施する際には、インフォームドコンセントを得る (obtaining an informed consent) など、特定の倫理的手順 (certain ethical practices) に従わなくてはならない (3.4 章)。インフォームドコンセント (informed consent) の基本的要素 (principle strategies) は、情報開示 (disclosure)、理解 (comprehension)、意思決定能力 (capacity)、自発性 (voluntariness)、同意 (consent) である (7)。この 5 つの要素の完全性を確保しながら、難民 (refugee) および IDP の参加者からインフォームドコンセントを得ることは容易ではない (challenging) だろう。難民の言語スキルは限定的で (limited language skills)、識字率も低いこと (high illiteracy rates) が予想されることから、研究手順 (research procedures) について十分に説明し、インフォームドコンセントの書類を読んで署名する (read and sign informed consent forms) よう求めることは難しい (difficult)、または実現不可能 (unfeasible) かもしれない。また、難民の母集団間、および母集団内でのヘルスリテラシーレベル (health literacy levels between and within refugee populations) は均一ではなく、参加しようとしている研究の成果 (outcomes) に関する説明プロセス (process of explaining) に支障をきたす可能性がある。もし支障をきたすことがあれば、参加することで難民に悪影響 (adverse effects of their involvement) が生じるだろう。研究担当者が文化的感受性に関する適切な研修 (adequate cultural sensitivity training) を受けていない場合には、研究に参加する難民 (refugee participants) に研究内容の十分な案内ができず、インフォームドコンセントプロセスの完全性 (integrity) が損なわれる可能性もある。

研究者は難民 (refugees) および IDP を対象とした研究を開始する前に、この特定集団 (this specific population)、評価を受ける参加者 (the participants undergoing the

assessment)、社会全体 (society as a whole) が研究実施によって受ける恩恵 (benefits of undertaking the study) を総合的に評価 (comprehensively assess) しなくてはならない。さらに、参加者の匿名性 (confidentiality) およびプライバシー (privacy) の保護の重要性を認識する必要もある。氏名 (names)、生年月日 (date of birth)、その時点での居住地 (current residences) などの基本的なアイデンティティ情報 (essential identity) や人口動態データ (demographic data) は、害をはるかに上回るメリット (benefits of this procedure far outweigh the harms) がある場合のみ収集されなくてはならない。そのようなデータを収集した場合には、匿名化 (anonymisation) または仮名化 (pseudonymisation) により参加者を保護し (protect participants)、機密性を保証 (ensure their confidentiality) すべきである。データを印刷 (hard copy) した場合は安全な場所 (secure areas) に保管し、個人情報 (personal data) は包括的に安全なシステム (comprehensive safety systems) によって保護する、または収集した他の資料とは物理的に分けて保管 (separated physically from other collected materials) しなくてはならない。電子ファイルはすべて暗号化し (encrypted)、パスワードで保護したうえで、その研究を実施している担当者 (personnel) のみがアクセスできるようにしなくてはならない。

最後に、研究リーダーには、研究スタッフ (staff) および通訳者 (interpreter) が文化的に繊細な方法 (culturally sensitive approaches) で研究の内容を説明し、インフォームドコンセントおよびデータ収集プロセスを適切に進め、研究の品質に影響しかねない認知バイアス (cognitive biases、用語集参照) を回避できるよう十分に指導する責任がある。

事例 5.3.1

レバノンのシリア難民 (Syrian refugees in Lebanon) を対象とした研究プロジェクトでの重大な文化的課題 (important cultural issues) の例

ある博士課程の学生 (a doctoral student) が学位論文の一環として移民の質的研究プロジェクト (qualitative migration research project) を実施していた。彼女は、難民が避難するまでの間の実際に体験したこと (lived experiences during a transitional period) を理解するために、レバノンに渡り、シリア難民を対象とした半構造化面接 (semi-structured interviews) の実施を計画した。

レバノンに到着すると、現地調査と通訳の手伝いとしてアラビア語を話すリサーチアシスタント (Arabic-speaking research assistant) を雇ったが (訳注:通訳者の適性および選任に関する注意事項は、5.3.4 参照)、このアシスタントはプライバシーと秘密保持に関する懸念を訴えた (voiced concerns about privacy and confidentiality)。この学生は、参加者の氏名を収集することが、なぜ難民のプライバシーと安全を危険にさらす可能性があるのか (why collecting names of participants jeopardise their privacy and safety) を理解した。そのため、氏名は収集せず、代わりに性別 (sex-based、訳注:生物学的性差) とジェンダー (gender-based、訳注:社会・文化的性差) に基づく解析を実施するという倫理的に健全な判断 (ethically-sound decision) をした。

5.3.4 言語と通訳 (language and interpretation)

言語 (language) および文化的な障壁 (cultural barriers) は、医療者 (medical practitioners) と難民 (refugees) の間のコミュニケーションを妨げ、治療へのアクセス

5.3

と継続を制限し (limiting their access to and maintenance of treatment)、救急サービスの利用を増大し (increasing their use of emergency services)、健康に関する生活の質を下げる (reducing their health-related quality of life)。コミュニケーションの障壁 (communication barriers)、健康状態 (health conditions)、医療制度に関する限られた知識 (limited health system literacy) といった複雑な問題により難民へのケアは容易ではない (8-11)。難民は現地の言語に不慣れなため (limited local language proficiency)、治療への取り組みや継続性が低下し (poorer treatment adherence) (12)、ライフラインおよび住居などの生活必需品へのアクセスが妨げられ (impede refugees' access to fundamental services and life necessities) (13)、大半が母国語を話す人々を越えて (beyond those who speak their mother tongue) 助けを求めることや社会ネットワークを広げられない (majority find themselves unable to reach out and extend their social networks) ためにソーシャルキャピタルに悪影響 (negatively impact their social capital) が及ぶ可能性がある (14)。カナダでは、新たに到着した難民 (newly arriving refugees) や移民 (immigrants) の現地の言語能力の低さ (limited local language proficiency) と、健康状態の急激な悪化 (rapid decline in the health status) に関連性があることが明らかになっている (15)。このようなコミュニケーション上の問題 (communication difficulties) のいくつかは、文化の違い (cultural differences) と関連しており、おそらくは医師への恐れ (fear of physicians) とも関連している (16)。しかし、救急医療従事者 (emergency practitioners) は、提供する医療の適切性 (appropriateness) を高めることで、難民 (refugees) が経験するコミュニケーションの障壁による弊害を軽減 (mitigate the harms of communication barriers) することができる (17-18)。

高所得国 (high-income countries) は、国内の社会制度 (social) および医療制度 (healthcare systems) に通訳サービス (interpretation services) を導入し、言語スキルが不十分な難民 (refugees) や移民 (migrants) の支援に乗り出している。こうした措置は、難民の社会サービス (social) および医療サービス (healthcare services) へのアクセス (access)、活用 (navigate)、維持 (maintain) に寄与している (19)。通訳者 (interpreter) は、会話する二者間の橋渡し役 (liaison) となり、言葉の障壁を乗り越える (overcoming language barriers) うえで重要な役割 (pivotal role) を果たす。難民の母国語 (native tongue of the refugees)、および医療サービス・社会サービス提供者の公用語 (official language) で流ちょうに意思疎通 (fluently communicate) できる能力など、通訳という役割に必須となる特定の性質 (certain attributes) を身につけていなくてはならない。さらに、医療通訳者 (medical interpreter) は医療用語 (medical terminology) および通訳 (interpretation) の適切な研修 (proper training) を受け、業務の質を確保すべきであることがエビデンスから明らかになっている (20)。通訳者は会話の中心 (central role of the conversation) になるのではなく、意思疎通の質 (quality) と正確性 (accuracy) を支える役割 (position of support) に徹しなくてはならない。難民と背景 (background) または文化的な共通点 (cultural resemblances) があり、難民の背景または文化に特有の間接的な身振り (indirect gestures) や表現 (expressions) を理解し適切に通訳できることが望ましい。しかし、現地の通訳者は大抵、調査参加者 (study participants) と同じコミュニティから採用されている。こうした通訳者の採用によってインタビュープロセスにバイアス (bias) が生じ、守秘義務上の懸念 (confidentiality concerns) につながり、文化的先入観 (cultural assumptions) またはタブー (taboos) に起因した誤った解釈 (misinterpretations) がなされる可能性がある。通訳者はクライアントの匿名性を尊重することの重要性 (importance of respecting the confidentiality of their clients)、ならびに通訳者自身のプライバシー

およびやり取りする情報のプライバシーを保護する手順の採り入れ方 (application of procedures that protect their privacy and the privacy of the information they exchange) に関する研修を受けなくてはならない。

移民研究 (migration research) の分野では、通訳者 (interpreters) を利用してエビデンスの品質 (quality of the evidence) を高めることができる。質的研究 (qualitative research、4.12 章) では、通訳者は難民参加者の見解と、リサーチを実施する研究者の理解とのギャップ (gap between the perceptions of refugee participants and the understanding of the researchers) を狭めてくれる。量的研究 (quantitative research、4.12 章) では通訳者は難民参加者とのデータのやり取りを円滑にしてくれる (facilitate)。しかし、移民研究での通訳者の採用にはいくつかの制約 (limitations) もある。例として、一部の難民または IDP は、現地で採用された通訳者 (locally recruited interpreters) に対して無意識のうちに不信感 (unconscious mistrust) を抱き、質問を怪しむ可能性があり (would be suspicious of any enquiries)、研究に参加することを不快に感じる (feel uncomfortable) 恐れがある。さらに、十分な人的リソースをタイムリーに活用できなければデータ収集プロセスが遅れる可能性もあるため、通訳者の人数 (quantity of interpreters) によって研究の質が左右されることになる。通訳の正確性 (accuracy of interpretation) もエビデンスの質を左右する。これは、主として通訳内容の妥当性検証 (verification of responses) が十分できないためである。そして、通訳者の認知バイアス (cognitive biases、用語集参照) は、情報交換プロセスに干渉すること (interfere in the process of exchanging information) があり、これが収集したデータの品質に影響する。

5.3.5 メンタルヘルス研究 (mental health research)

災害 (disasters) および人道危機 (humanitarian crises) は、被災者のメンタルヘルス状態に悪影響を与える (negatively impact) (5.1 章)。メンタルヘルスの問題 (mental health problems) は、既存の病気 (pre-existing illnesses)、危機的状态に誘発された障害 (emergency-induced disorders)、災害への人道的対応によって生じた状態 (conditions caused by the humanitarian response to disasters) が原因となって生じることがある。そのため、健康危機または災害に適切かつ効果的に対応 (sound and effective response) するためには、被災者のメンタルヘルス症状 (mental health conditions) への対応 (addressing)、リサーチ (investigating)、管理 (managing) を検討しなくてはならない。再定住 (resettlement) 前にトラウマ的出来事 (traumatic events) や暴力行為 (violence) を経験または目にした (experience or witness) 難民および IDP は、うつ病 (depression)、不安症 (anxiety)、PTSD などのメンタルヘルス症状 (mental health conditions) を発症するリスクが高い (21-23)。そのような出来事を見たり経験したりするタイミングは、逃亡前 (before fleeing) (自らの財産 (properties)、仕事 (jobs)、教育 (education)、家族 (family)、社会的つながり (social networks) を手放さなくてはならない)、逃避行中 (during their migration journey) (危険な目 (precarious events) にあったり、低水準の生活環境 (substandard living conditions) に直面したりすることがある)、または受け入れ国への到着後 (after their arrival to the host country) (庇護申請手続きが長期化する (prolonged asylum-seeking processes)、レッテルを貼られる (stigmatisation) などのほか、基本的な生活ニーズへのアクセスに対する障壁 (barriers to accessing their fundamental life needs) を経験することがある) があげられる (13, 24)。

5.3

のである。こうした課題に十分に対応し (addressed adequately)、弱い立場の人々 (vulnerable populations) を対象とした研究が必ず適切に行われるように (ensure the proper conduct) しなければならない。1 つ目の課題は、難民の参加者を取り巻く物理的環境 (physical environment) が、研究実施には不適切 (inadequate)、または使用できない (unavailable to conduct research) 可能性があるということである。2 つ目は、参加者の家族に通訳を依頼してしまう (employing the services of family members as interpreters) 研究者が一部いるのではないかという点である。特にメンタルヘルスの問題などレッテルを貼られること (stigmatisation) が多い問題について話し合う際には、家族が客観的な通訳者 (objective interpreters) になることは不可能であり、倫理的懸念 (ethical concerns) が生じることになる。3 つ目は、仕事や家族の健康面の問題によって、難民や IDP には時間の制約 (limited time availability) があり、リサーチプロセスが長期化し (lengthen the research process)、追加資金 (further funding) が必要になる場合があるという点である。さらに、一般の研究スタッフ (regular research staff) またはインタビュー実施者 (interviewer) が過去のトラウマ的出来事 (past traumatic events) についてリサーチすることで、参加者の中にはトラウマ的出来事を追体験 (relive these events) する人が出る可能性があり、精神的症状があらわれ (ignite their psychiatric symptoms)、悪影響が生じる (cause them harm) 恐れがある (25)。最後に、メンタルヘルス研究の成果 (findings) を、より広い難民または IDP の母集団 (broader refugees and IDP populations) と比較検証したり (externally validating)、「一般化 "generalising"」したりすることは困難 (challenging) である。自分のメンタルヘルスの問題 (mental health problems) に関する研究に進んで参加する人 (willing to participate) は、より幅広い母集団の中では標準とかけ離れている可能性 (may be radically atypical of the wider population) があるためである。

難民および IDP を対象とした研究を実施するにはさまざまな手順 (procedures) に従わなくてはならない。研究者は、安全で静かな環境 (secure and quiet setting) で十分なプライバシー対策 (adequate privacy measures) を講じて研究を実施し、参加者に安心感を与えられるよう (participants feel comfortable about) 徹底しなければならない。参加者が研究の内容を理解することなく、金銭的報酬 (monetary compensation) だけを目的として参加することがあってはならない。したがって、研究手順および目的とする成果について説明した後 (after explaining the research procedures and outcomes) で、参加に対する金銭などの報酬 (any financial or other incentives) の提供について告げるべきである。特にメンタルヘルスの問題についてレッテルを貼られる傾向の強い文化 (in cultures where mental health problems are highly stigmatised) では、睡眠障害 (sleep disturbance) や社会的機能の低下 (decreased social functionality) (訳注：精神症状の有無など、答えにくい質問の代わりに、「よく眠れますか」「外出はしていますか」など症状との関連があきらかで、より回答しやすい質問をした方が、状況の推定に有効な場合がある。) など、心理的苦痛の代替指標 (proxies for psychological distress) を探すことが有効かもしれない。また、研究費を申請 (applying for funding) する際 (7.3 章) は、研究プロセスが予定より長引く時には、予定通り完了するための追加資金が必要になる可能性を説明しなければならない。インタビューの手順 (interview procedures) はすべて簡潔にし、できれば参加者の居住地の近く (訳注：調査場所の決定には、対象者の希望を聞くことも考慮する。) で実施する。そして、トラウマを原因とするメンタルヘルス症状 (mental health conditions) への対応を専門とする心理士 (psychologist) または医師 (physician) の同席のもと (訳注：文部科学省、厚生労働省「人を対象とする人を対象とする生命科

学・医学系研究に関する倫理指針令」(令和3年3月)では、研究に係る相談実施体制の整備において「医師と緊密な連携を行うことが重要」としているが、必ずしも医師の同席については義務としていない)で質問を進め、急性のメンタルヘルス症状 (acute mental health symptoms) が見られた場合には適切な対応 (proper management) ができるよう徹底しなくてはならない。

こうした立場の弱い母集団 (this vulnerable population) を対象とする場合、既存研究 (existing studies) を利用して研究を実施するのであれば、もっとも実現可能 (feasible) で正確 (accurate) なアプローチはシステマティックレビュー (systematic review) とメタアナリシス (meta-analysis) である (2.6 章、用語集参照)。システマティックレビュー (systematic review) とは、あらかじめ設定した適格基準 (prespecified eligibility criteria) を満たすすべての経験的エビデンス (all the empirical evidence) を特定し、批判的に評価し (critically appraise)、統合すること (synthesise) でリサーチクエスチョンへの答えを導き出す研究方法である (26)。メタアナリシス (meta-analysis) は、システマティックレビューを伴うことが多く (usually accompany systematic reviews)、研究対象の介入効果 (effects of studied interventions) に関するより明確ではっきりとした推定値 (clear-cut and explicit estimates) を導き出すことができる (27)。しかし、システマティックレビューの実施には、時間がかかる (the process is time consuming)、および研究対象になったことのない疑問 (question that has not yet been studied) への答えを探すには適していない可能性があるなどの課題 (challenges) が生じることがある。さらに、研究結果の正確性 (accuracy) および確実性 (certainty of findings) はレビュー実施者が行った文献検索 (searches) とレビュー対象となった研究の品質 (quality of studies) に大きく左右される。

事例 5.3.2

難民および IDP を対象とした心理社会的サービス・プログラム (psychosocial services and programmes) の評価におけるシステマティックレビュー (systematic review) の活用 (28)

心理社会的サービス (psychosocial services) およびプログラム (programmes) を取り上げた文献は数多くある。しかし、難民 (refugees) および庇護申請者 (asylum seekers) への介入の効果 (effectiveness of these interventions) に関するエビデンスは少なく (sparse)、十分定量化されていない (not adequately quantified)。そこで、Nosèら (28) は、こうしたサービスの効果 (effectiveness of such services) に関するシステマティックレビュー (systematic review) とメタアナリシス (meta-analysis) を実施した。

文献を厳格 (robust) かつシステマティック (systematic) にレビューするために、Nosèらのリサーチクエスチョンに答えており (answered their research question)、母集団 (population)、介入 (intervention)、比較 (comparisons)、アウトカム (outcome of interest) を定義していることを文献採用基準 (inclusion criteria) とした。そして、高所得国の成人の難民・庇護申請者を対象とした比較試験 (controlled trials of adult refugees and asylum seekers in high income countries) の中から、心理社会的介入を行った場合 (psychosocial intervention) と、介入を行わないか、通常のケア、または最低限の介入を行った場合 (no intervention, usual care, or minimal interventions) の効果を比較しているものを検

5.3

索し、心的外傷後の症状や抑うつ症状 (post-traumatic and depressive symptoms) を評価した。

研究結果から、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (narrative exposure therapy, NET、用語集参照) などの心理社会的介入 (psychosocial interventions) は、対照群 (control group) と比較すると、PTSD 症状および抑うつ症状の軽減 (decreasing PTSD symptoms as well as depressive symptoms) に効果があることが明らかになった。しかし、この研究結果は高所得国の成人の難民・庇護申請者 (adult refugees and asylum seekers in high-income countries) に限ったものであり、IDP、子どもの移民 (migrant children)、または低・中所得の難民 (refugees in low- and middle-income countries) に一般化することはできない。さらに、研究によって難民の定義 (definition of refugees) が異なっており、本来であれば考慮すべき特定の母集団の特異性が見えなくなっている (camouflage certain population specificities) 可能性がある。

また、母集団の不均質性 (population heterogeneity) により観察結果を一般化できないため、エビデンス情報に基づく意志決定プロセス (evidence-informed decision making process) が制限されることも考えられる。そのため、Grading of Recommendations, Development and Evaluation (GRADE) などのグループは、もし、ある介入の効果の評価に影響するような非直接的な方法が用いられていることが判明した場合には (should researchers detect any indirectness affecting the effectiveness of a certain intervention)、得られたエビデンスの確実性の評価を引き下げる (decreasing the certainty of evidence) よう推奨している (29)。(訳注：例えば、精神症状について直接評価をする代わりに、精神症状と関連のある睡眠の状態を代替指標として調べる場合もこれにあたる。

[https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/#:~:text=GRADE%20\(Grading%20of%20Recommendations%2C%20Assessment,for%20making%20clinical%20practice%20recommendations](https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/#:~:text=GRADE%20(Grading%20of%20Recommendations%2C%20Assessment,for%20making%20clinical%20practice%20recommendations) を参照。)

5.3.6 急性期のケア (acute care)

難民や移民は避難前には健康 (good health) であった可能性が高いが、家や居住地を離れてからの移動中 (transition)、または低水準の生活環境 (substandard conditions) におかれている間に健康状態が危険にさらされている (health status might be jeopardised) ことが考えられる (24)。過密した環境 (overcrowded environments)、汚染された水 (contaminated water)、衛生状態の悪さ (poor sanitation)、ワクチン接種などヘルスサービスへの不十分なアクセス (low access to health services) の相互作用が、疾病が再増加する温床 (breeding ground for illnesses to re-emerge) となっている。難民居住地 (refugee settlements) での診察の 90% 近くが感染症 (communicable diseases) に関するものである (30)。ワクチンで予防可能 (vaccine-preventable disease) で、低・中所得国であってもまれにしかみられない病気の 1 つにジフテリア (diphtheria) がある。しかし、過密状態にある住環境 (congested and overcrowded living condition)、およびワクチン接種率の低さ (lack of vaccination coverage) が原因となり、バングラデシュのロヒンギャ難民 (Rohingya refugees) の間ではジフテリア菌が広がっている (31)。一方、コレラは日和見感染で発生する水様下痢疾患 (opportunistic water diarrhoeal disease) の 1

つであり、きれいな水 (clean water) および衛生リソース (sanitation resources) へのアクセスが限られていたためにイエメンの子ども (Yemeni children) の間で広がった (32-34)。

立場の弱い人々の急性期の状況 (acute conditions among vulnerable populations) に対応するには、迅速 (rapid) で効果があること (effective) が明らかになっているエビデンスに基づく介入 (evidence-based interventions) が必要である。難民 (refugees)・IDP の急性時期 (acute conditions) を対象とした新たな研究の実施は、その母集団で有病率の高い重大な問題に対応し (addresses a critical issue with high prevalence among this population)、既存の研究またはデータのレビュー (review of existing research or data) では答えが得られないリサーチクエスチョンを評価する場合 (assesses a research question) のみに限定すべきである (3.6 章)。難民・IDP の研究を実施する際のロジスティクスおよび倫理的課題 (logistical and ethical challenges) を反映させるべく、研究プロトコール (research protocols) は適切にデザインされなくてはならない (well designed)。無作為化 (randomisation) (4.1 章) や急性疾患患者の中からの参加者募集 (recruitment among patients with acute conditions) などの手法を成功させるために考えられた実践方法 (proposed practices to ensure the success of techniques) のプロトコールも同様である。さらに、プロトコールでは、緊急事態下で参加者の匿名性 (confidentiality of participants) を確保するプライバシー保護方法 (privacy methods) の活用について詳細に規定すべきである。

研究者は、調査中に難民および IDP に出現しうる (refugees and IDPs might experience) 重大な生理的および認知的症状を周知 (acknowledge the critical physiological and cognitive conditions) していなくてはならない。彼らの症状が意味するところ (their condition might mean) は、彼ら痛みの状態にあること (they are in pain)、おびえていること (frightened)、新たな医療制度における自分の権利を知らない (unaware of their rights within an new healthcare system)、自分の健康状態が分からない (illiterate of their health condition)、または言語障壁により自分の症状を説明できないこと (unable to explain their symptoms due to language barriers) を意味している可能性がある。認知障害を抱えており (impaired cognition)、そのせいでインフォームドコンセントを与えることができない (preventing them from giving an informed consent) 可能性もある。また、難民および IDP が、研究に参加することが治療の条件 (treatment is contingent to their participation in the research study) だと考える恐れもある。そのため、研究者は文化的に適切なしっかりとしたコミュニケーションスキル (sound and culturally appropriate communication skills) を身につけ、参加を検討する人々 (potential participants) に研究の内容 (nature of research)、参加することのメリットと悪影響 (benefits and harms of undergoing it)、ペナルティなく参加を断る権利 (right to refuse participation without any penalty) があることを案内できるようにしなくてはならない。認知障害によりインフォームドコンセントを与える能力が損なわれている場合 (if capacity to provide an informed consent is jeopardised)、研究者は、倫理審査会または倫理委員会 (ethics board or committee) から、代理同意 (proxy)、事前同意 (prospective)、繰り延べ同意 (deferred consent) (3.4 章) などのその他の同意取得方法 (other methods of consent-acquiring processes) を採用する事前承認 ("a priori" approval) を受けなくてはならない。いずれにせよ、研究者は常に参加者の利益を最優先 (best interest of the participant) にして行動すべきである。公正性に配慮 (equity considerations) するよう取り組み、厳格な規則を課して (strict rules must be imposed)、研究者 (researchers)、通訳者 (interpreters)、成果の評価担当者 (outcome assessors) が

5.3

ジェンダー (gender)、民族性 (ethnicity)、宗教 (religion)、性的指向 (sexual orientation)、政治的見解 (political opinion) によって参加者を差別する (discriminating against participants) ことのないようにしなければならない。

事例 5.3.3**難民および IDP の急性健康ニーズ (acute health needs) の特定 (35)**

難民 (refugee populations) は、大規模、かつ均一ではないグループ (large heterogenous groups) でまとまって移動することが多い。こうしたグループはしばしば政治的国境 (political boarder) に到達し、または自然の障壁 (natural barrier) に阻まれ、暫定的なキャンプ (temporary camp) を形成する。こうしたキャンプでは、国連難民高等弁務官 (United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR) が中心となって、道路 (road)、テント (tent)、保健インフラ (health infrastructure) を支援している。しかし、キャンプの低水準の生活環境 (sub-standard living conditions) および過密状態 (congestion) が、急性疾患や症状 (acute illnesses and conditions) を作り出すリスク因子となっている。

迅速ニーズアセスメント調査 (rapid needs assessment surveys) (2.1 章) は、急性症状の軽減 (mitigating acute health conditions) において重要かつタイムリーな役割を果たすことができる。調査を通じて、集団の人口動態 (demographics of the populations)、妊婦 (pregnant women)、高齢者 (elderly)、幼児 (young children) などの数と、急性の下痢 (acute diarrhoea) や呼吸器感染症 (acute respiratory infection)、その他の感染症の流行 (communicable disease outbreak) に関する情報が検出される。今では、米国疾病予防管理センター (CDC) の EPI Info など、研究者および公衆衛生専門家のアンケート作成 (prepare the questionnaire)、データ入力 (enter data)、迅速な解析実施 (conduct rapid analysis) を支援する、さまざまな調査ツールがオンラインで用意されている (36)。現地スタッフと協力 (collaborate with local staffs) することで、もっとも迅速な調査 (most rapid surveys) を実施することができる。

ハリケーン・カトリーナによって、多くの家族が家を追われ、デンバーやコロラドなど他の都市への移住を余儀なくされた。Ghosh らは迅速ニーズアセスメント調査 (rapid needs assessment survey) を実施し、ハリケーン発生後に移住した人々の、急性期かつ災害の文脈からくる (acute and contextual) 医療および非医療ニーズ (medical and non-medical needs) を特定し分析した。調査では、デンバーの標高の高さ (high altitude)、および高地関連の症状 (altitude-related symptoms) への対処法を移住者に教育する必要性など、特有のニーズが浮き彫りになった (certain unique needs emerged) (35)。

5.3.7 結論

難民および国内避難民 (refugees and internally displaced populations) の研究実施は、立場の弱い移民 (vulnerable migrants) にとっても、医療従事者 (health practitioners) にとっても有意義なもの (rewarding) となり得る。研究への関与 (research engagement) によって、移民特有の状況 (migrant specific conditions) を踏まえた、エビデンスに基づいた手法 (evidence-based practices) およびプログラム (programmes) がもたらされるが、研究者は考えられるあらゆる倫理的問題に配慮する (vigilant for any ethical concerns) 必要がある。弱い立場の母集団 (vulner-

able population) を対象とした研究実施では、研究スタッフに文化的感受性 (cultural sensitivity) について指導し、包括的 (comprehensive) で明確 (explicit) なインフォームドコンセントの取得プロセスを適用することも好ましい手法である。精神疾患および急性期の状況を対象とした現地調査は、潜在的な悪影響 (harm) をしのぐほど必要性が高い場合のみにとどめるべきである。システムティックレビューやメタアナリシスなどで知識を統合することで、研究精度が上がり、バイアスが軽減され、現地の母集団への不必要な悪影響 (unnecessary harms) を抑制できるだろう。

5.3.8 キーメッセージ

- 難民および IDP を対象とした研究実施においては、包括的なインフォームドコンセントの取得 (**obtaining a comprehensive informed consent**) など、母集団特有の倫理的問題 (**population-specific ethical concerns**) を考慮する必要がある。
- 難民は言語的障壁 (**linguistic barriers**) に直面しており、ケアの提供や研究実施では通訳サービス (**service of interpreters**) が求められる。研究者は通訳者利用時に生じる可能性のある秘密保持の問題 (**confidentiality challenges**) および認知バイアス (**cognitive biases**) を周知 (**acknowledge**) し、それらを克服するように取り組む (**work to overcome them**) 必要がある。
- 難民および IDP は、精神疾患のリスクが過度に高い (**disproportionately higher risk of psychiatric disorders**)。こうした立場の弱い人々のメンタルヘルス研究 (**mental health research among these vulnerable populations**) は難しいものであり、倫理的な研究手法 (**ethical research methods**) が求められる。
- 難民および IDP の救急患者 (**acute care conditions**) に効率的に対応するには、エビデンスに基づく研究 (**evidence-based research**) が不可欠である。研究者は、研究の計画においては透明性を確保し (**transparent**)、難民および IDP に計画の内容 (**nature**) を説明できる十分なコミュニケーションスキル (**sound communication skills**) を身につけていなくてはならない。

5.3.9 関連文献

Chan EYY, Chiu CP, Chan GKW. Medical and health risks associated with communicable diseases of Rohingya refugee in Bangladesh 2017. *International Journal of Infectious Diseases*; 2018; 68: 39-43.

European Centre for Disease Prevention and Control. Public Health Guidance on Screening and Vaccination for Infectious Diseases in Newly Arrived Migrants within the EU/EEA; 2018. doi: 10.2900/154411.

Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*; 2011; 183(12): E959-67.

Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011; 183(12): E824-25.

5.3

Sphere . The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response (4th edition). Geneva, Switzerland; 2018. <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#ch001> (accessed 16 January 2020).

5.3.10 参考文献

1. Lo STT, Chan EYY, Chan GKW, Murray V, Abrahams J, Ardalán A, et al. Health emergency and disaster risk management (Health EDRM): Developing the research field within the Sendai framework paradigm. *International Journal of Disaster Risk Science*. 2017; 8(2): 145–9.
2. UN Human Rights. Guiding Principles on Internal Displacement, annexed to United Nations Commission on Human Rights, Report of the Representative of the Secretary-General, Mr Francis M. Deng, Submitted Pursuant to Commission Resolution 1997/39, Addendum (11 February 1998). 1998. <https://www.refworld.org/docid/3d4f95e11.html> (accessed 16 January 2020).
3. What is a refugee? UNHCR. 2019. <https://www.unhcr.org/what-is-a-refugee.html> (accessed 16 January 2020).
4. Internally Displaced People. UNHCR. 2019. <https://www.unhcr.org/internally-displaced-people.html> (accessed 16 January 2020).
5. Sackett DL. Evidence-based medicine. *Seminars in Perinatology*. 1997; 21(1): 3-5.
6. Bloom T. Asylum seekers: subjects or objects of research? *American Journal of Bioethics*. 2010; 10(2): 59–60.
7. Nakkash R, Makhoul J, Afifi R. Obtaining informed consent: observations from community research with refugee and impoverished youth. *Journal of Medical Ethics*. 2009; 35(10): 638–43.
8. Dave A. The Need for Cultural Competency and Healthcare Literacy with Refugees. *Journal of the National Medical Association*. 2019; 111(1): 101–2.
9. Mishori R, Aleinikoff S, Davis A. Primary care for refugees: challenges and opportunities. *American Family Physician*. 2017; 96(2): 112–20.
10. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*. 2007; 7(1): 75.
11. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. Adult asylum seekers from the Middle East including Syria in Central Europe: what are their health care problems? *PLoS ONE*. 2016; 11(2): e0148196.
12. van den Muijsenbergh M, van Weel-Baumgarten E, Burns N, O'Donnell C,

- Mair F, Spiegel W, et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. *Primary Health Care Research & Development*. 2014; 15(2): 122–33.
-
13. Couch J. "My life just went zig zag": refugee young people and homelessness. *Youth Studies Australia*. 2011; 30(2): 22.
-
14. Hynie M, Crooks VA, Barragan J. Immigrant and refugee social networks: determinants and consequences of social support among women newcomers to Canada. *Canadian Journal of Nursing Research (CJNR)*. 2011; 43(4): 26-46.
-
15. Ng E, Pottie K, Spitzer D. Official language proficiency and self-reported health among immigrants to Canada. *Health Reports*. 2011; 22(4): A1.
-
16. Shannon P, O'Dougherty M, Mehta E. Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Mental Health in Family Medicine*. 2012; 9(1): 47.
-
17. Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M, et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International Journal for Equity in Health*. 2013; 12(1): 88.
-
18. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. 2016; 120(5): 495–508.
-
19. Hadziabdic E, Albin B, Hjelm K. Arabic-speaking migrants' attitudes, opinions, preferences and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey. *BMC Research Notes*. 2014; 7(1): 71.
-
20. Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*. 2012; 60(5): 545–53.
-
21. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011; 183(12): E959–67.
-
22. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2014; 51(6): 759-76.
-
23. Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*. 2011; 72(7): 1149-56.
-
24. 10 things to know about the health of refugees and migrants. WHO. 2019.

5.3

- <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-things-to-know-about-the-health-of-refugees-and-migrants> (accessed 16 January 2020).
25. DCruz JT. A Cry for Help: Suicide Attempts by an Iraqi Refugee and the Role of Community Service Learning. *University of Ottawa Journal of Medicine*. 2018; 8(1): 72-4.
 26. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0 (updated July 2019). Cochrane. 2019.
 27. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*. 1976; 5(10): 3-8.
 28. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2017; 12(2): e0171030.
 29. Zhang Y et al. GRADE Guidelines: 19. Assessing the certainty of evidence in the importance of outcomes or values and preferences—Risk of bias and indirectness. *Journal of clinical epidemiology*. 2019; 111, pp.94-104.
 30. UNHCR. 2017 Annual Global Overview. 2017 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Global2017.pdf> (accessed 16 January 2020).
 31. OCHA. Bangladesh: Diphtheria Outbreak- 2017-2019. 2019. <https://reliefweb.int/disaster/ep-2017-000177-bgd> (accessed 16 January 2020).
 32. Al-Mekhlafi HM. Yemen in a Time of Cholera: Current situation and challenges. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2018; 98(6): 1558-62.
 33. Children account for half of all suspected cholera cases in Yemen. UNICEF. 2017 https://www.unicef.org/media/media_96428.html (accessed 16 January 2020).
 34. Fighting the world's largest cholera outbreak: oral cholera vaccination campaign begins in Yemen. WHO. 2018 <http://www.emro.who.int/yem/yemen-news/oral-cholera-vaccination-campaign-in-yemen-begins.html> (accessed 16 January 2020).
 35. Ghosh TS, Patnaik JL, Vogt RL. Rapid Needs Assessment among Hurricane Katrina Evacuees in Metro-Denver. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2007; 18(2): 362-8.
 36. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™. 2019 <https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html> (accessed 16 January 2020).