

災害・紛争等緊急時における
精神保健・心理社会的支援
に関するIASCガイドライン



災害・紛争等緊急時における
精神保健・心理社会的支援に関する
IASCガイドライン

はじめに

© Inter-Agency Standing Committee (機関間常設委員会) 2007

機関間常設委員会 (Inter-Agency Standing Committee : IASC) は、人道支援の連携・調整強化を求める国連総会決議 46/182 を受けて 1992 年に設立された。この決議では、複合的な災害・紛争等や自然災害に対する関係機関間の意思決定を円滑にするための主要な機構として IASC を定めている。IASC は、国連や国連以外の様々な人道支援組織のトップにより構成されている。IASC に関する詳しい情報は、同委員会のウェブサイト <http://www.humanitarianinfo.org/iasc> にアクセスされたい。

本 IASC 刊行物には様々な言語による翻訳版もあり、IASC のウェブサイト <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> にて入手可能である。

表紙写真 : © International Rescue Committee (右、左上下), Psilocybe (左中)

引用例 :

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン ジュネーブ : IASC.

本書への意見、改善の提案は、下記アドレスまで連絡されたい : IASCmhps@who.int または IASCmhps@interaction.org (英語のみ)

日本語翻訳版は、IASC の許可のもと、鈴木友理子、堤敦朗、金吉晴 (独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)、井筒節 (国連) および園環樹 (株式会社シロシベ) によってなされた。日本語翻訳版に関する問い合わせは、以下アドレス、cocorocare@gmail.com まで連絡されたい。

このガイドラインは、災害・紛争等の最中にある人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善するために、人道支援に携わる者が、多セクターにわたる一連の最低必須対応を計画、構築、組織できるようにするために、機関間常設委員会 (Inter-Agency Standing Committee : IASC) が発行したものである。

災害・紛争等にさらされた人びとは、多くの場合大きなストレスを経験する。災害・紛争等の最中およびその後、人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善するような、人道支援機関や人道支援者による活動は、以前にも増して活発となっている。しかし、連携・調整を効率的なものとして、有用な実践例を示し、有害となりうる実践に注意を促し、精神保健・心理社会的支援のための様々なアプローチを相互補完するあり方を示すような、セクターや機関を超えたフレームワークがないことが問題であった。

このガイドラインでは、災害・紛争時等に迅速に対応すべき精神保健・心理社会的上の諸問題への統合的なアプローチが円滑に進められるようにするための必須のアドバイスを示している。

災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援に関する IASC 作業部会のメンバー、特に作業部会共同議長である WHO および InterAction には、人道支援という重要なセクターでの最低必須対応に関する各関係機関間の統一見解を得ていただいたことに、謝意を表したい。

人道支援に携わるすべての人びとに、このガイドラインの実施を求めたい。



Kasidis Rochanakorn

機関間常設委員会 (IASC) 作業委員会 議長

国連人道問題調整事務所 (OCHA) ジュネーブ事務所 所長

謝辞

IASC 災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援に関する作業部会は、本ガイドラインの作成に協力いただいたすべての人びとに謝意を述べたい。作業班のメンバーであり、本ガイドライン作成に人員の協力をいただいた下記の各機関には、特に感謝申し上げます。

Action Contre la Faim (ACF)

InterAction (共同議長), through:

- American Red Cross (ARC)
- Christian Children's Fund (CCF)
- International Catholic Migration Commission (ICMC)
- International Medical Corps (IMC)
- International Rescue Committee (IRC)
- Mercy Corps
- Save the Children USA (SC -USA)

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)

International Council of Voluntary Agencies (ICVA), through:

- ActionAid International
- CARE Austria
- HealthNet-TPO
- Medicos del Mundo (MdM-Spain)
- Medecins Sans Frontieres Holland (MSF-Holland)

- Oxfam GB

- Refugees Education Trust (RET)

- Save the Children UK (SC -UK)

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)

国際移住機関 (International Organization for Migration : IOM)

国連人道問題調整事務所 (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs : OCHA)

国連児童基金 (United Nations Children's Fund : UNICEF)

国連難民高等弁務官事務所 (United Nations High Commissioner for Refugees : UNHCR)

国連人口基金 (United Nations Population Fund : UNFPA)

国連世界食糧計画 (World Food Programme : WFP)

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) (共同議長)

世界保健機関精神保健・薬物乱用部 (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse) (イタリア政府の資金による) および Christian Children's Fund には、プロジェクト促進に向け職員の方々の多大な時間を提供いただき、大いに感謝申し上げます。

当作業部会は、下記機関所属の方々から表や一部アクションシートの初期版に対しご意見をいただいたことに、感謝を申し上げます。

NGOs: Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CA RE USA ; Child Fund Afghanistan; Church of Sweden Aid; Church World Service; Community and Family Services International; Enfants Refugies du Monde; Fundacion Dos Mundos; Global Psycho-Social Initiatives; Handicap International; Headington Institute; Human Rights Watch; Impact Foundation; International Critical Incident Stress Foundation; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Jesuit Refugee Service; Medecins Sans Frontieres Switzerland; Medecins Sans Frontieres Spain; Norwegian Refugee Council; Palestinian Red Crescent Society; People in Aid; Programa Psicosocial en Chiapas; Psychologues du Monde; PULIH Foundation Indonesia; Refugees International; Sangath Centre Goa; South African Institute for Traumatic Stress; STEPS Consulting Social; Tanganyika Christian Refugee Service; Terre

des Hommes Foundation; The Foundation for Children and War; Turkish Red Crescent Society; War Child Holland.

大学: Birzeit University West Bank; Boston University; Columbia University; Harvard University; Johns Hopkins University; Karolinska Institutet; Kent State University; King's College; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Northumbria University; Pomona College; San Jose State University; State University of New York; Uniformed Services University of the Health Sciences; University of Colombo; University of Geneva; University of Jaffna; University of Lund; University of Maryland; University of Melbourne; University of New South Wales; University of Oxford; University of Pennsylvania; University of South Dakota; University of Western Sydney; University of the Philippines; Victoria University; Vrije Universiteit Amsterdam; Wageningen University.

その他の機関 (例、専門学会、政府機関、コンソーシア、ネットワーク): American Psychiatric Association; American Psychological

目次

Association; Asian Harm Reduction Network; Canadian Forces Mental Health Services; Cellule d'Urgence Medico-Psychologique – SA MU de Paris; Centre Hospitalier Saint-Anne; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Consortium of Humanitarian Agencies Sri Lanka; Consultative Group on Early Childhood Care and Development; Department of Human Services, Melbourne; European Federation of Psychologists' Associations; 国連食糧農業機関 (Food and Agriculture Organization of the United Nations : FAO); Hellenic Centre of Mental Health; IASC Early Recovery Cluster; IASC Health Cluster; IASC Camp Coordination and Camp Management Cluster; Iberoamerican Eco- Bioethics Network for Education, Science and Technology; International Alliance for Child and Adolescent Mental Health and Schools; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Society for Traumatic Stress Studies; Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict; Mangrove Psychosocial	Support and Coordination Unit; Ministry of Health, Iran; Ministry of Health, Sri Lanka; Psychologists for Social Responsibility; Psychosocial Working Group; Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, Poverty and Conflict (REPSSI); 国連教育科学文化機関 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization : UNESCO); United States Agency for International Development; World Association for Psychosocial Rehabilitation; World Federation for Mental Health; World Federation of Occupational Therapists; World Psychiatric Association.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

当作業部会は、デザインと印刷を取りまとめた
だいた International Rescue Committee、本ガイ
ドラインの印刷に資金提供いただいた UNICEF お
よび UNHCR に感謝を申し上げます。

第 1 章 序論	2
背景	3
災害・紛争等による精神保健・心理社会上の影響	4
ガイドライン	7
本書の利用方法	9
基本原則	11
よくある質問	18
第 2 章 介入マトリックス	22
第 3 章 最低必須対応アクションシート	32
連携・調整	
1.1 多セクター間につながる精神保健・心理社会的支援の 連携・調整を確立する。	35
アセスメント、モニタリング、評価	
2.1 精神保健・心理社会的問題について 現状のアセスメントを行う。	40
2.2 参加型のモニタリング・評価システムを始動する。	47
保護および人権上のスタンダード	
3.1 精神保健・心理社会的支援に 人権のフレームワークを適用する。	51
3.2 社会的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、 モニタリング、予防、対応を行う。	56
3.3 法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、 モニタリング、予防、対応を行う。	64

人的資源

- 4.1 スタッフを同定し採用するとともに、
コミュニティの文化を理解しているボランティアと協力する。 70
- 4.2 スタッフの行動規範および倫理指針を実施する。 75
- 4.3 精神保健・心理社会的支援に関し、支援者に
オリエンテーションと研修を実施する。 80
- 4.4 スタッフ、ボランティアの精神保健・心理社会的
ウェルビーイング上の問題への予防、対処を行う。 86

コミュニティの動員および支援

- 5.1 あらゆるセクターでの緊急対応について、
コミュニティそのものが活動し、主体的に関わり、
管理できるような環境を整える。 92
- 5.2 コミュニティの自助およびソーシャルサポートを強める。 99
- 5.3 各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・
宗教上の癒しを行える環境を整える。 105
- 5.4 幼児 (0-8 歳) とその保護者への支援を強める。 110

保健ケアサービス

- 6.1 一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を
取り入れる。 116
- 6.2 重度の精神障害をもつ人びとがケアへアクセス
できるようにする。 123
- 6.3 入院・入所している重度精神障害等の精神・神経疾患を
持つ患者を保護し、ケアを提供する。 132
- 6.4 コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、
適宜そのシステムと協力する。 136
- 6.5 アルコール等の物質使用に関する問題を最小限に抑える。 142

教育

- 7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。 148

情報の発信

- 8.1 被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、
被災者の法的権利に関する情報を提供する。 156
- 8.2 前向きな対処方法に関する情報へアクセス
できるようにする。 162

食糧安全および栄養

- 9.1 適切な社会的・心理的配慮 (文化的な習わしや
家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援)
を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。 167

避難所および仮設配置計画

- 10.1 連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および
避難所提供の際に適切な社会的配慮 (安全で尊厳に
配慮した文化的・社会的に適切な支援) を取り入れる。 172

水および衛生

- 11.1 適切な社会的配慮 (全ての人の尊厳に配慮した、
安全で文化的に適切な利用可能性) を水と衛生を提供
する際に取り入れる。 177

第1章

序論

背景

武力紛争や自然災害が起こると、被災した人びとには多大な心理的・社会的苦痛が生じる。災害・紛争等による心理的・社会的な影響は、短期的に見れば急性のものであるが、被災者に長期間にわたる精神保健・心理社会的ウェルビーイング上の問題をもたらすこともありうる。これによって、平和や人権、開発が脅かされる可能性もある。したがって、災害・紛争時等には、人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善することが優先事項のひとつとなる。この優先事項を実現するためには、政府・非政府を問わずあらゆる人道支援関係者の間で、行動を連携・調整することが必要である。

しかし、これまでは、効率的に調整され、有用な事例を見出し、有害となりうる事例には注意を促し、精神保健・心理社会的支援のための様々なアプローチを補完し合う方法を示すような、セクター横断的で、機関を超えたフレームワークがなかったことが問題であった。本書は、これに対処しようとするものである。

本ガイドラインには、様々なコミュニティ、活動領域、セクターの支援従事者の間で得られつつある適正な支援活動に関する統一見解が示されている。その根幹にあるのは、災害・紛争等の初期段階において、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、支援するためには、ソーシャルサポートが必要不可欠であるという考えである。加えて、本ガイドラインでは、個別の（精神的）問題に応じて特定の心理学的・精神医学的介入も推奨している。

本書で使用される精神保健・心理社会的支援という用語は、心理社会的ウェルビーイングを守り、より良い状態にし、または精神疾患を予防・治療することを目的として実施される各種のコミュニティ内外からの支援を表している。精神保健的支援と心理社会的支援は、密接に関連し重なり合う用語であるが、多くの支援従事者にとって、それぞれ相補的ではあるものの異なったアプローチを表している。

保健セクターを専門としない支援機関は、心理社会的ウェルビーイングの支援という言葉を用いる傾向が強い。保健セクターの機関は、精神保健という語をより用いる傾向にあるが、精神障害をもつ人びとへの非生物学的介入を表す語として伝統的に心理社会的リハビリテーションや心理社会的治療という用語も用いてきた。これらの用語の正確な定義は、支援機関、活動領域および国々によって異なっている。本書は多セクター間、関係機関間のガイドラインであることから、「精神保健・心理社会的支援 (mental

health and psychosocial support : MHPSS)」という用語を、適切な支援を提供するために、可能な限り広範な関係者をまとめ、多様かつ相補的なアプローチの必要性を強調するために、使用している。

災害・紛争時等に高い有効性を示す精神保健・心理社会的支援に関する科学的根拠は、依然としてあまりない。この分野における研究の多くは、急性期が終わってから、数ヶ月後から数年後に実施されており、この新たなフィールドが発展していくにしたがって、サービス実践者の現場での経験が積み重なり、同様に研究基盤も発展するだろう。今後、新たに得られた見解を取り入れていけるように、本書は定期的に更新される必要がある。

災害・紛争等による精神保健・心理社会上の影響

問題

災害・紛争時等には、個人、家庭、コミュニティの各レベルにおいて様々な問題が引き起こされる。どのレベルにおいても、災害・紛争時等には通常の保護的支援が破壊され、様々な問題のリスクが増し、社会的公正や不平等といった既存の問題がより増大しがちである。例えば、洪水などの自然災害では、比較的危険な場所に居住している貧困層において圧倒的に大きな影響が生じやすい。

災害・紛争時等の精神保健・心理社会上の諸問題は、相互に密接に関連しているものの、主に社会的な性質の問題と心理的な性質の問題とに分かれる。主に社会的性質を持つ重要な問題としては、次のようなものがある。

- 既存の（災害・紛争等前の）社会的問題（例えば、極度の貧困、差別・社会的に疎外された人びと、政治的抑圧など）
- 災害・紛争等により引き起こされる社会的問題（例えば、家族の離散、社会的ネットワークの混乱、コミュニティの構造・資源・信頼関係の崩壊、性暴力の増加など）
- 人道支援により引き起こされる社会的問題（例えば、コミュニティの構造や従来の支援の仕組みの弱体化など）

同様に、主に心理的性質を持つ問題としては、次のようなものがある。

- 既存の問題（例えば、重度の精神疾患、アルコール乱用など）
- 災害・紛争等により引き起こされる問題（例えば、悲嘆、非病理的なストレス、うつ病や、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を含む不安障害など）
- 人道支援に関連する問題（例えば、食糧配給に関する情報不足に因る不安など）

このように、災害・紛争時等における精神保健・心理社会的問題は、PTSD だけでなく、はるかに多岐にわたっている。

問題発現のリスクが高い人びと

災害・紛争時等には、必ずしも誰もが重大な心理的問題を持つわけでも、持つことになるわけでもない。多くの人びとは、逆境の中でも比較的上手く対応する能力、レジリエンス (Resilience) を有する。数多くの相互に作用し合う社会的、心理的、生物学的要因が、逆境に直面した際に、心理学的問題を呈すかレジリエンスを示すかに影響を与えている。

災害・紛争等の状況によっては、特定の人びとにおいて、社会的または心理的な問題を経験するリスクが高くなる。多くの主要な支援は、災害・紛争等の影響を受けた人びとと全体が利用できるものであるべきだが、優良なプログラムにはとりわけ、リスクが高まっている人びとへの適切な支援の提供が含まれ、こうした人びとは、危機ごとに特定される必要がある（第3章のアクションシート 2.1 を参照）。

危機の性質によっては、すべての人びとがリスクにさらされる可能性がある。以下に、各種災害・紛争時等に様々な問題が現われるリスクが高い可能性がある人びとを示す。

- 女性（例えば、妊婦、母親、未婚の母、寡婦、一部文化においては、未婚の成人女性、十代の少女）
- 男性（例えば、元戦闘員、家族を養うすべをもたない無職の者、拘束・誘拐・暴力に巻き込まれるリスクをもつ青年）
- 養育者と離散した、あるいは保護者のいない子ども（孤児など）、武装勢力・武装集団に取り込まれたりまたは利用されている子ども、人身取引された子ども、法に抵触している子ども、危険な労働に従事している子ども、路上で生活または仕事をしている子ども、栄養不良/世話されていない子ども（新生児から18歳の若者まで）
- 高齢者（特に介護者である家族を失った場合）
- 極度の貧困状態にある人びと
- 難民、国内避難民 (internally displaced persons: IDP)、変則的な状況での移民（特に、身分証明書なしで人身取引された女性および子ども）
- 極度のストレスを伴う出来事/心的外傷にさらされた者（例えば、近しい家族や生活すべてを失った人びと、性暴力被害者、拷問被害者、残虐行為の目撃者など）
- コミュニティに暮らしている重度の身体的、神経的、精神的な障害や疾患の既往のあ

る人びと

- 施設入居者（孤児、高齢者、神経的 / 精神的な障害や疾患を持った人びと）
- 重度の社会的スティグマをうけている人びと（例えば、不可触賤民 / ダリット（訳者注：インドの伝統的なカースト制度における最低層民）、セックスワーカー、重度の精神疾患を持つ人びと、性暴力被害者など）
- 人権侵害の具体的なリスク状態にある人びと（例えば、政治活動家、少数民族、言語的少数派の人びと、施設入居者、被拘束者、すでに人権侵害にあっている人びと）

以下の点に注意しておくことが重要である。

- 上記の人びとにおいても、リスク、問題、資源は多様であること。
- リスクにさらされている人びとのなかにも、比較的問題なくやっつけられる場合があること。
- ある集団では（例えば、戦闘員など）、ある問題（例えば、薬物乱用など）のリスクが高まっている一方で、別の問題のリスクが（例えば、飢餓など）低下することもある。
- ある災害・紛争時等にはリスクの高い状態にあるが、他の場合には比較的恵まれた立場におかれる人びともある。
- ある集団がリスクの高い状態にある場合には、他の集団のリスクも高いことが多い（Sphere Project、2004年）。

「リスクの高い状態」にあると特定されたとしても、彼らが受動的な被害者であることを意味するわけではない。リスクの高い状態にある人びとは、支援を必要としているものの、家族に貢献したり社会的・宗教的・政治的生活に積極的にかかわったりする能力や社会的ネットワークを持っていることが多い。

資源

被災者には、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを下支えする強みや資源がある。入手して利用可能な資源の性質や程度は、年齢、性別、文化社会的状況、災害・紛争状況によって異なるだろう。精神保健・心理社会的ウェルビーイングへの取り組みにおいて、これらの資源を考慮せず、被災した人びとの弱点 - 脆弱性、苦しみ、病理 - ばかりに注目するという過ちがよくある。

被災した人びとは、問題解決能力、コミュニケーション能力、交渉能力、生計能力といった資源を持っている。支えとなるような社会的資源の例として、家族、コミュニティの役人、コミュニティのリーダー、（多くの社会において）伝統的ヒーラー、コミュニティ

保健従事者、教師、女性団体、青年クラブ、コミュニティ計画に従事する人びとなどが挙げられる。被災したコミュニティには、貯蓄、土地、作物、家畜といった経済的資源、学校、教師といった教育的資源、保健センターやその職員といった保健的資源があるかもしれない。重要な宗教的・スピリチュアルな資源としては、宗教指導者、コミュニティのヒーラー、祈り・礼拝の習わし、葬式等の文化的習わしなどがある。

災害・紛争時等の適切な対応を計画するには、有益・有害にかかわらず、コミュニティの資源の性質と、被災者がそれらを利用できる度合いを把握することが重要である。実際には、コミュニティの実践 - 伝統的な文化的習わしから、様々な既存の収容施設でのケアに至るまで - のなかには、有害で人権の原則に抵触するものもある（[アクションシート 5.3、6.3、6.4](#)を参照）。

ガイドライン

本ガイドラインの目的

本ガイドラインの主な目的は、災害・紛争等の最中にある人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善するために人道支援関係者およびコミュニティが、多セクターにわたる最低限の一連の対応を計画、構築、組織できるようにすることである。本ガイドラインでは、最低必須対応の実施を中心に据えており、この最低必須対応とは、災害・紛争時等に可能な限り早急に実施されるべき必須かつ最優先の対応のことである。これらは、まず最初に実施されるべきであり、（安定期および復興初期を含め）より包括的な取り組みの礎として欠かせない第一段階である。

中心にある最低必須対応を補完するために、本ガイドラインでは、急性の緊急事態の前後において主に検討するとよい精神保健・心理社会的支援の具体的な戦略も示している。これらの「事前」（緊急時への備え）と「事後」（包括的対応）というステップによって、最低必須対応の前後関係が確立されるとともに、最低必須対応はさらに包括的支援の出発点にすぎないことが明らかになる（[第2章](#)を参照）。

本ガイドラインは、低・中所得国（IASCメンバー機関の活動コミュニティとなることが多い）を対象として作成されたが、その全体のフレームワークや様々な部分で高所得国の大規模な災害・紛争等にも適応することができる。

対象とする読者

本ガイドラインは、非常時に地域・国・世界レベルで活動するすべての人道支援者、すなわち、コミュニティに拠点を置く組織、政府当局、国連機関、非政府組織（NGO）を含むすべての人道支援者が使用できるよう作成された。

本ガイドラインは個別の機関やプロジェクトを対象とはしていない。本ガイドラインを実施するには、多様な人道支援者間での広範な協力が必要となる。災害・紛争等の最中に、必要な最低必須対応すべてを実施する能力を有するひとつのコミュニティまたは機関はほとんどない。協働して必要な支援を組織できるよう、あらゆる人道支援者が本ガイドラインを入手できる状態にするとよい。あらゆる段階でコミュニティとコミュニティ当局が積極的に関わりあうことが特に重要である。このような参加は、うまく行動の連携・調整を行い、コミュニティの能力と持続可能性を高めるうえで欠かせない。現地従事者の関わりあいを最大限にするためには、本ガイドラインを適宜現地で使われている言語に翻訳する必要がある。

本ガイドラインは、精神保健・心理社会セクターの保健従事者のみを対象として作成されたものではない。本ガイドライン内の数々のアクションシートでは、災害対策、人権、保護、保健一般、教育、水と衛生、食糧安全、栄養、避難所、キャンプの管理、コミュニティの整備、マスコミといった人道セクターの中核的領域に関連するソーシャルサポートの概要を述べている。精神保健専門家がこうしたセクターで活動することはあまりないが、精神保健・心理社会的ウェルビーイングに影響を与える社会的リスク要因に対して適切な対処ができるよう、本書を利用してコミュニティや他活動領域の従事者に提言を行っていくとよい。ただし、本ガイドラインに示されている臨床的・専門的な形での心理的・精神医学的支援については、精神保健の専門家の指導のもとでのみ実施する必要がある。

本ガイドラインの概要

この IASC ガイドラインの構造は、これまでの IASC ガイドライン、Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings (IASC, 2003) と Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings (IASC, 2005) の 2 冊に即したものとなっている。これらの IASC ガイドライン 3 冊には、すべて、災害・紛争等の各段階における各種活動者の行動に関するマトリックスと、そのマトリックスの縦中央列（最低必須対応）に示されている最低限対応すべき項目の実施方法を説明したアクションシート一式が含まれている。本ガイドラインには、25 のアクションシートが

含まれる（第 3 章を参照）。

マトリックス（第 2 章に掲載）では、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善するために勧められる主な介入および支援を概説している。マトリックスの縦の 3 列は、以下のとおりにまとめられる。

- 災害・紛争等が起こる前に講じておくべき緊急事態への準備ステップ。
- 災害・紛争等の急性的な緊急事態中に実施すべき最低必須対応。
- 最低必須対応を完了後に行うべき包括的対応。通常、この対応は、災害・紛争等の安定期・復興初期段階に行われる。

各アクションシートには、多セクター間での行動の連携・調整が重視されるので、他の活動領域/セクターのアクションシートを参照するための青色文字表示のリンク（ハイパーリンク）を挿入している。

各アクションシートは、理論的根拠/背景、主な活動の説明、プロセス指標の例、過去の災害・紛争等における成功例、より詳しい情報にアクセスするための資料リストから構成されている。情報資料のほぼすべてが、インターネットで入手でき、また、添付の CD-ROM にも収録されている。

本書の利用方法

災害・紛争時等には最初から最後まで本書を通読することはできないだろう。読み手の責任や立場に最も関連のある項目を中心に選択して読むこともできる。まずは、縦中央列の最低必須対応を中心にマトリックスを読み、関連の高い項目を探し出し、それに対応したアクションシートに直接移るとよいだろう。ただし、ひとつの機関で本ガイドラインの全項目を実施するということは想定されていないことに留意されたい。

本ガイドラインでは、災害・紛争等以前の準備から対応プログラムの立案・実施・評価のあらゆるステップに至るまで、あらゆる従事者による災害・紛争時等の人道支援対応を強化することを狙いとしている。本書は、特に、連携・調整およびアドボカシーを強化するためのツールとして有用である。

連携・調整

災害・紛争時等には、支援の連携・調整が最も重要であり、かつ最も困難な課題のひとつである。本書は、連携・調整に関する詳細な指針（アクションシート 1.1 を参照）

を記載しているが、他の二つの点においても有用な連携・調整の手段である。第一に、本書は、災害・紛争等への対応が初動した際に、精神保健・心理社会的支援に関する包括的な連携・調整を担うグループをひとつ設置するよう求めている。その理由は、保健セクター内外における精神保健支援と心理社会的支援が(従来は、保健セクターと保護セクターそれぞれの従事者によって別個に組織されることが多かったが)相乗的かつ相補的なものだからである。それぞれが相互に極めて重要であるから、この二セクターの連携・調整を図ることが不可欠である。連携・調整グループが設置されていない場合や、精神保健支援と心理社会的支援とで連携・調整グループが別々に設けられている場合には、精神保健・心理社会的支援対応を包括的に連携・調整するひとつのグループの設置を提言する際に、本ガイドラインを利用できる。

第二に、本ガイドライン - 特にマトリックス- は、ある特定のコミュニティにおいて最低必須対応が実施されている程度を判断する際の基準となる。実施されていないマトリックスの項目があれば、そこが対処の必要な箇所となる。この点で、マトリックスは連携・調整グループにとって有用な助けとなる。

支援体制改善のためのアドボカシー

本ガイドラインは、各種対応の必要性を周知する際のアドボカシーの手段としても有用である。本ガイドラインには、世界各地における関係機関間の統一見解や様々なサービス実践者の見解が反映されており、多くの人道機関や人道支援者の支持を得ている。こうしたことから、本ガイドラインは、災害・紛争等の発生時においても、不足している項目に対処したり、推奨される対応 - つまり、最低限の優先対応事項 - を推進したりしていく際に、有用なアドボカシー手段として用いることができる。例えば、関係者の参加が十分でないセクタープログラムが設置されている場合、本ガイドラインを用いて、なぜ参加型アプローチが有益なのかについて、様々な関係者に主張することができる。同じく、幼児がハイリスク状態にあるにも関わらず、支援が提供されていないような場合には、アクションシート 5.4 を用いて、適切な早期の幼児発達支援を設けるよう提言することができる。

適切な精神保健・心理社会的支援を展開するためにパートナーと協同することは、アドボカシーにおいて重要である。NGO、政府または国連職員の内いずれにおいても、パートナーと対話することにより、必要に応じて本書に述べられているような活動に彼らの関心を向けることができるようになる。さらに、他にも、本ガイドラインをアドボカシー

に活用する方法がある。例えば、マトリックスの包括的対応要項の縦列にある内容などは、長期的な計画(例えば、当該国の保健システム内に精神保健ケアサービスを創設すること)に向けて役立つ。

しかし、本ガイドラインは、書かれた通りに実施すべきレシピとして使用すべきではない。マトリックスには、様々な災害・紛争時等において最低必須対応とすべき行動が示されているが、よりの確に最重要なニーズを明らかにし、優先的にとるべき行動を特定し、社会的・文化的に適切な対応を導き出すには、コミュニティごとの状況分析を行うべきである。

本ガイドラインは、実施活動を詳述はせずに、主な行動の一覧を示し、簡単な説明と、実施に関するより詳しい参考資料を示したものである。

基本原則

1. 人権および公平

人道支援者は、被災した全ての人びとの人権を促進し、人権侵害のリスクが高い状態にある個人および人びとを保護すべきである。また、人道支援者は、公平と無差別にまい進しなければならない。すなわち、人道支援者は、精神保健・心理社会的支援の存在とアクセス(その支援を実際に利用できること)に関し、ニーズに基づき、ジェンダー、年齢、言語集団、民族、コミュニティの分け隔てなく、被災した人びとの間の公平性を最大限に高めることを目指さなければならない。

2. 参加

人道支援活動は、現地の被災した人びとの人道的支援への参加を最大限促進するものでなければならない。大抵の災害・紛争等においては、多数の人びとが救援活動や復興活動に参加できるようなレジリエンスを有している。主な精神保健・心理社会的支援の多くは、外部機関よりも、被災コミュニティ内からのものである。被災したコミュニティには、避難民と現地住民の両者が存在し、競合しあう複数の集団が存在することが多い。現地の各サブグループが参加することによって、それぞれの生活に影響を与える決定に関して、影響力を保ったり、または取り戻すことができ、また、プログラムの質、公平性、持続性を高めるために重要となる現地の人びとの所有感を形成することにもつながる。災害・紛争等のごく初期の段階から、可能な限り、支援のアセスメント、設計、実施、

モニタリング、評価に、コミュニティの人びとを取り込む必要がある。

3. 害を与えない

人道支援は、災害・紛争等の影響を受けた人びとを援助する重要な手段ではあるが、意図せずとも害を与えてしまうこともある (Anderson, 1999)。精神保健・心理社会的支援の活動は、非常に慎重に扱うべき問題に対処するので、悪影響を与える可能性がある。さらに、このセクターでは、他の領域では得られるような科学的根拠も不足している。人道支援者は、下記のような方法により、有害性のリスクを軽減することができる。

- ・ 連携・調整グループに参加して、他セクターから学び、対応の重複と不足を最小限にする。
- ・ 十分な情報に基づいて介入を計画する ([アクションシート 2.1](#) を参照)。
- ・ 評価を行い、モニタリングや外部評価を受け入れる。
- ・ 介入/活動するコミュニティでの文化的感受性とそれに対応できる能力を育む。
- ・ 成功例についての科学的根拠に関し、常に最新情報を得る。
- ・ 普遍的人権、外部者と災害・紛争等の被災者との力関係、および参加型アプローチの価値について、理解を深め、絶えず念頭に置く。

4. 利用可能な資源と能力に立脚する

先に述べたように、どのような被災者も、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを下支えする強みや資源を持っている。基本的な方針は、- 災害・紛争等の初期段階であっても - 現地の能力を高め、自助を支援し、既存の資源を強化することである。外部によってもたらされたり、実施されたプログラムは、多くの場合不適切な精神保健・心理社会的支援となり、持続されないことが多い。可能な限り、政府と市民社会両者の能力を高めることが重要である。ピラミッド図 (図1を参照) のいずれの層においても、個人、家庭、コミュニティの技術と能力を見出し、結集させ、強化することが、主な課題となる。

5. 支援システムの統合

活動やプログラム設定は、可能な限り統合しなければならない。性暴力被害者だけに対応したり、PTSDのような特定の診断を受けた者のみに対処する独立型のサービスが乱立すると、非常に断片的なケア・システムが生まれる可能性がある。広範なシステム (例えば、既存のコミュニティ支援の仕組み、公的/非公的な学校組織、一般保健ケアサー

ビス、一般精神保健ケアサービス、社会サービスなど) に統合化された活動は、より多くの人びとにゆき届きやすく、持続性が高まることが多く、スティグマももたらされないことが多い。

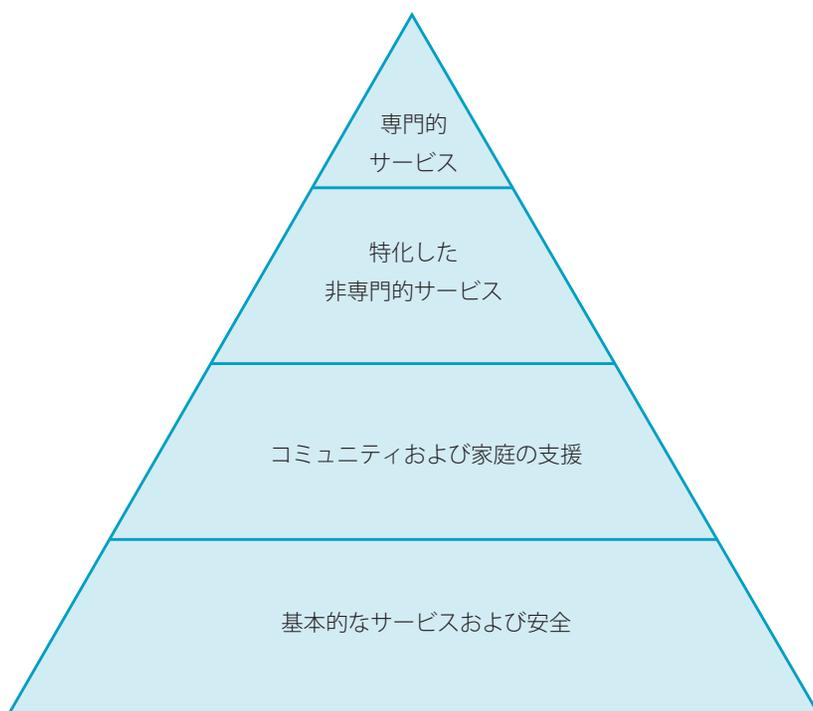
6. 多層的な支援

災害・紛争時等に人びとが受ける影響は様々であり、多種の支援が必要となる。精神保健・心理社会的支援を組織するには、それぞれの人びとのニーズに見合った階層構造の相補的な支援を開発することが重要である。これは、ピラミッド図を用いて図解することができる (図1を参照)。ピラミッド図のすべての階層が重要なものであり、理想的には、すべてを並行して実施する必要がある。

i. 基本的なサービスおよび安全。あらゆる人びとの健康は、安全、十分なガバナンス、基本的な身体的ニーズにこたえるためのサービス (食糧、避難所、水、基本的な保健ケア、感染症への対応) の確立 (再確立) を通じて保護されなければならない。大抵の災害・紛争等において、基本的なサービスは、食糧、保健、避難所といったセクターの専門家が提供している。基本的サービスのニーズにおける精神保健・心理社会的支援面での対応としては、以下のことがある。このようなサービスが、責任ある従事者によって実施されるよう提言すること、そうしたサービスが与える精神保健・心理社会的ウェルビーイングへの影響を記録すること、精神保健・心理社会的支援を促進するような形でこのようなサービスを提供するように人道支援者に働きかけること、などである。これらの基本的サービスは、コミュニティの人びとの尊厳を保護し、コミュニティのソーシャルサポートを強め、コミュニティネットワークを動かすような、参加型で安全かつ社会的に適切な方法で確立されるべきである ([アクションシート 5.1](#) を参照)。

ii. コミュニティおよび家庭の支援。第2層は、適切なコミュニティ・家庭からの支援を受けることによって精神保健・心理社会的ウェルビーイングを維持する必要がある、第1層よりも少数の人びとへの非常時対応である。大抵の災害・紛争時には、喪失体験、強制退去、家族離散、コミュニティの不安や不信によって家庭やコミュニティネットワークに大きな混乱が生じる。さらに、家庭やコミュニティネットワークが損なわれていなくても、よりよいコミュニティ・家庭支援は、災害・紛争時等の人びと

図 1. 災害・紛争時における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド図。各層は以下のとおり。



にとって有益である。この層での有用な対応としては、家族の行方追跡・再会、葬式や各共同体の癒しの儀式への支援、前向きな対処方法に関するマスコミによる広報、育児支援プログラム、公的/非公的な教育活動、生計に関する活動、(女性団体、青年クラブなどの手段を用いることによる)社会的ネットワークの活性化などがある。

iii. 特化した非専門的サービス。 第3層は、研修および指導を受けた従事者(ただし、数年間にわたるような専門的ケアに関する研修は受けたことがない者)による、より高度に特化した個人・家庭・集団レベルの介入を追加的に必要とする、さらに少数に絞られた人びとへの支援である。例えば、性暴力の被害者には、コミュニティの従事者からの感情面・生活面双方の支援が必要となる場合がある。また、この層には、プ

ライマリ・ヘルスケア (PHC) 従事者による心理的応急処置 (PFA) および基本的な精神保健ケアも含まれる。

iv. 専門的サービス。 ピラミッド図の最上層は、既述の支援にもかかわらず癒え難い苦痛を有しており、基本的な日常機能において多大な困難があるほんの一握りの人びとに対し必要な追加的支援を示している。こうした支援には、重度の精神疾患患者(支援ニーズが既存のプライマリケア/一般的保健ケアサービスの範疇を超えている場合)への心理的・精神医学的支援を含めるべきである。こうした問題については、(a) 存在する場合は専門的サービスへの紹介、あるいは (b) プライマリケア/一般保健ケア提供者への長期的な研修およびスーパービジョンの開始が必要である。専門的サービスが必要となる人びとは少数とはいえ、多くの大規模災害・紛争時には、この規模は数千人に上りうる。

各災害・紛争等が独特であり、そして文化的・社会歴史的背景が多様であることから、適正なサービス実践の一般的指針を示すことは困難である。それでもなお、様々な災害・紛争等での経験から、望ましい行動と、通例避けるべき行動が明らかとなっている。それらについては、各項目を「すべきこと」と「すべきでないこと」として以下に示した。

すべきこと	すべきでないこと
精神保健・心理社会的支援に関する包括的なひとつの連携・調整グループを設置する。	相互に対話や連携・調整がない精神保健支援もしくは心理社会的支援に関する複数のグループを設置しない。
連携・調整会議に参加し、他セクターの活動を補完して存在価値を高めることで、活動が調整されるよう支援する。	孤立して活動したり、自身の活動と他セクターの活動との整合性を考慮せずに活動したりしない。
対応の是非や、種類を判断するために、情報を収集して分析する。	アセスメントを重複して行ったり、批判的吟味なく予備データを受け入れたりしない。
アセスメントツールをコミュニティの事情に合ったものにする。	被災地において妥当でないアセスメントツールを用いない。
被災者が受ける影響は様々であることを認識する。重度の影響を受け、専門的な支援を必要とする者がいる一方で、レジリエンスの高い者の機能はよい。	被災した全員が心的外傷を負っているとか、レジリエンスがあるように見える者は支援を必要としていないと見なさない。
現地で用いられている言語を用いて、秘密保持に留意した安全かつ支持的な形で質問をする。	アセスメントを重複して行ったり、フォローアップ支援を提供せずに非常に苦痛を伴う質問をしない。
ジェンダーによる差異に注意を払う。	災害・紛争等により受ける影響が男女（あるいは少年・少女）で全く同様であるとか、男性向けに計画されたプログラムが女性にとっても同様に有益・利用可能であるとみなさない。
スタッフやボランティアを採用する際には照会情報を確認し、現地や被災コミュニティの出身の新規スタッフの能力を育てる	既存のコミュニティの構造を大幅に損ねるような採用を行わない。
精神保健・心理社会的支援研修後も、介入が適正に実施されているかを確認するために追加的なモニタリング・指導を行う。	複雑な心理的介入の実施準備にあたって、一回限りの研修や、単位の研修、フォローアップなしの超短期的な研修を用いない。
コミュニティが参加意識を発揮し、管理、運営するプログラムの開発を促進する。	コミュニティの人びとをもっぱらサービスの受益者とみなす慈善モデルを用いない。
自助を支援し、被災した人びとの既存の資源を強めて、コミュニティの能力を築く。	コミュニティの責任や能力を低下させたり無視したりする支援を組織しない。
現地の人びとを支援するために、コミュニティの文化的習わしを学び、適宜それを利用する。	コミュニティの文化的習わしすべてが有益であると仮定したり、現地の人びとと全員が特定の習わしに協力的であると仮定したりしない。
妥当な場合には、その文化圏外の手法を用いる。	外国の手法の方が絶対的に優れているとみなしたり、コミュニティが支持する習わしや信条を過少評価するような形で外国の手法を現地の人びとに強いる。
政府の能力を高め、一般保健ケアサービスに（可能な場合には、コミュニティの精神保健ケアサービスにも）災害・紛争等被害者への精神保健ケアを統合する。	特定のグループごとの縦割りの精神保健ケアサービスを設けない。

すべきこと	すべきでないこと
極度のストレス要因に曝露した急性の苦痛を受けた人びとに対して、心理的応急処置 (PFA) などを含めた、幅広い支援が利用できるようにする。	紛争や自然災害への曝露後の初期介入として、一般市民を対象とした単発・短期間の心理的デブリーフィングを提供しない。
適切な処方および基本的な心理学的支援に関する、プライマリケア / 一般保健ケア従事者への研修および指導を行う。	研修やスーパービジョンなく向精神薬による薬物療法や心理的支援を提供しない。
当該国の必須医薬品リストに掲載されているジェネリック医薬品を用いる。	新規ブランド医薬品は、広く使用されていない場合には導入しない。
多大な影響を受けている人びとの紹介および支援のために有効な制度を確立する。	選別後の患者をケアするための適切かつ利用可能なサービスがない場合には、精神疾患に関するスクリーニングを導入しない。
施設に収容されるリスクがある人びとのために、コミュニティに適したケア方法を開発する。	施設に収容しない（一時的に、基本的ケアや保護のために、施設が明らかに最終的手段として必要な場合は除く）。
被災者ならびに外部との双方向の連絡を促進するために、各機関の連絡担当者を有効活用する。	外部との連絡のためだけに各機関の連絡担当者を用いない。
ストレスが軽減されたり、人道支援サービスが受けられたいりすよう、正確な情報を提供するため、メディアなどの手段を利用する。	人びとの苦痛を扇情的に取り上げたり、人びとに害を生じる可能性があるメディアの映像・画像を生成・表示しない。
あらゆる人道支援セクターに、適切な心理社会的配慮を統合するようにする。	多セクターの対応がない状態で、臨床的活動のみに集中しない。

よくある質問

1. 精神保健・心理社会的支援とは。

精神保健・心理社会的支援 (Mental Health and Psychosocial Support : MHPSS) という用語は、心理社会的ウェルビーイングを守り、これを促進し、または精神疾患を予防・治療することを目的とするあらゆる種類のコミュニティ内、そして外部からの支援を表す用語として本ガイドラインでは使用する。

2. 精神保健・心理社会的支援という意味が重なりあう用語を本ガイドラインが用いる理由は。

多くの支援者にとって、密接に関連し合ったこれらの用語は、相補的ではあるものの異なったアプローチを示す用語である。保健セクター外の機関は、心理社会的側面への支援という言葉を用いることが多い。保健関係者セクターは、精神保健という語を用いる傾向にあるが、精神障害をもつ人びとへの非生物学的介入を表すのに、伝統的に心理社会的リハビリテーションや心理社会的治療という用語も用いてきた。これらの用語の正確な定義は、支援組織、活動領域および各国々によって異なる。

3. 本ガイドラインは精神保健専門家のみを対象としているのか。

精神保健専門家のみを対象とするものではない。本書は、多セクターにわたる様々な従事者がどのように精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善できるかについて、手引きを提供している。ただし、一部のアクションシートでは、精神保健専門家による指導下でのみ実施されるべき臨床的介入を取り上げている。

4. 本ガイドラインが従来の精神保健専門家の関心や専門知識を超越するセクターを取り上げている理由とは。

支援のあり方（例えば、人びとの尊厳への配慮の有無など）が心理社会的ウェルビーイングに影響を与えることから、心理社会的な問題はあらゆる人道支援活動領域に関連するという関係機関間の統一見解が高まりつつある。これは、死亡率を低下させるためには、多数のセクターによる取り組みが必要なと同様である。死亡率には、予防接種

キャンペーンや保健ケアだけでなく、水と衛生、栄養、食糧安全、避難所といった各セクターでの活動も影響を与える。同様に、避難所が過密になったり、衛生施設の状況によって女性への性暴力のリスクが高まる場合にも、心理社会的ウェルビーイングは影響を受ける。

5. 本ガイドラインは災害・紛争等の最中における最低必須対応を中心に取り上げているが、災害・紛争等とは何か、最低必須対応とは何か。

IASC が災害・紛争等と考える状態については、国連統一アピール・プロセス (Consolidated Appeal Process: CAP) に関する IASC 年次文書 (www.reliefweb.int) に、その参考となる事例が記載されている。災害・紛争等として挙げられるのは、大部分の人びとが、死亡、甚大な苦痛または尊厳喪失に関する深刻なリスクにさらされる武力衝突や自然災害（食糧危機を含む）により生じた状態などである。最低必須対応とは、災害・紛争時等に可能な限り早急に実施されるべき必須かつ優先度の高い対応のことである。包括的対応とは、対象とする人びとが少なくとも最低必須対応の利用ができるようになったことが確認されてから、実施すべきものである。

6. 本ガイドラインは、相当なページ数にのぼるが、どうすれば 1 人の人道支援者（機関、コミュニティ）がすべてを実行できるのか。各災害・紛争等につきすべてのアクションシートを実施する必要があるか。

災害・紛争等の最中に、あらゆる最低必須対応の介入を実施する能力がひとつのコミュニティまたは機関あるとは想定されていない。本ガイドラインが対象としているのは、個別の機関やプロジェクトではない。本ガイドラインは、関係機関間のものであるから、その各種要素を実施するには様々な従事者による活動の連携・調整が必要となる。さらに、本ガイドラインに最低必須対応として記載されている行動は、大抵の災害・紛争等（すべての災害・紛争等ではない）時において最低必須対応となる可能性が高い。コミュニティの状況においてそれぞれの時点でどの行動が優先されるかを判断するには、コミュニティ別の状況分析が欠かせない。

7. 各行動を実施する時間的スケジュールが示されていない理由とは。

自然災害（例えば、地震、サイクロンなど）に対する人道支援活動の結果はある程度予測可能なものがあるが、多くの災害・紛争等、例えば武力衝突などによるものは、予

測不可能であり、直線的なスケジュールで示すことはできない。さらに、最も複合的な災害・紛争等ともなれば、数年間にわたって持続することになる。

8. 災害・紛争等に被災した個人、人びと、コミュニティの本ガイドライン実施における役割とは。

本書は、支援組織によって人道支援セクターの用語を用いて書かれたものであるが、できる限り、あらゆる支援の計画および実施に、被災した人びとが参画し、主導的役割を可能な限り担うとよい（アクションシート 5.1 および 5.2 を参照）。そのため、本ガイドラインは適切な現地で使われている言語に翻訳されるべきである。

9. 本書が心的外傷性ストレスや心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に焦点をあてない理由とは。

被災した人びとが災害・紛争時等に経験する社会的・心理的な問題は、極めて多種多様である（4 ページ目の「問題」のセクションを参照）。心的外傷性ストレスのみに焦点をあてると、その他の重要な精神保健・心理社会的問題の多くが軽視されてしまいかねない。心的外傷性ストレスに焦点をあてることの利点・欠点については、機関や専門家の中で様々な意見がある。本ガイドラインは、災害・紛争等の最中に推奨される最低限の行動について、バランスの取れたアプローチを提供することを目的としている。本ガイドラインでは、(a) 急性の心的外傷により引き起こされたストレスを呈している人びとを対象とする様々なコミュニティ活動家による心理的応急処置 (PFA)（アクションシート 4.3、4.4、5.2、6.1 を参照）と、(b) 研修および指導を受けた保健従事者のみが実施する重度精神障害をもつ人びと (PTSD を含む) のケア（アクションシート 6.2 を参照）を取り上げている。

10. 本書の狙いはスタンダードを設定することにあるのか。本ガイドラインと Sphere ハンドブックとの関係は。

本書は、最低必須対応の指針を示したものであり、最低必須対応のスタンダードを定めたものではない。本書は、Sphere Project (2004) のスタンダードに則したものである。本ガイドラインの実施は、健康の精神的・社会的側面のスタンダードを含む、関連する Sphere スタンダードの達成に役立つだろう。

11. この多セクターにわたる IASC ガイドラインと、IASC クラスタ・アプローチとの関係は。

IASC クラスタ・アプローチとは、各セクターの連携・調整および総合的成果を向上させるための IASC の新たな仕組みである（訳注：通常、開発途上国で災害・紛争等が生じた際に、国連や NGOs を中心として組織される）。災害・紛争時等の必要に応じて、支援の不足項目を補完するために各クラスタは設けられる（<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/Cluster> を参照）。精神保健・心理社会的支援の本ガイドラインに関連する IASC クラスタは次の通りである：キャンプ調整・キャンプ管理、早期復興、教育、緊急避難所、保健、栄養、保護、水と衛生。災害・紛争等の際、各クラスタは、それぞれの活動領域に関連した本ガイドラインに記載してある介入を実施する責任を負う。さらに、大規模災害・紛争時には、多セクターにわたる関係機関間で精神保健・心理社会的支援の調整を行うひとつのグループを設けて、本書で述べているようなガイドラインを確実に順守するようにしなければならない（[連携・調整に関するアクションシート 1.1](#)）。

12. IASC とは。

国連総会により設置された機関間常設委員会（Inter-Agency Standing Committee : IASC）は、主要な人道支援機関（国連機関、赤十字社及び赤新月社、非政府人道組織の連合体）のトップによる連携・調整、政策形成および意思決定のための関係機関間フォーラムである。<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp> を参照されたい。

参考資料

1. Anderson, M. (1999). Do No Harm: How aid can support peace or war. Boulder, CO: Lynne Rienner.
2. IASC (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf
4. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/>

第2章

介入 マトリックス

本章では、災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援を保護・促進するために重要な活動に関する指針を表したマトリックスを示す(以下のページに掲載。ポスター形式でも入手可能)。このマトリックスには、人道支援活動における各作業役割と活動領域を示している横段が11段ある。本マトリックスの横段は、統一性をもたせて読みやすくするために、各領域に共通の作業役割と、精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域、そして活動領域セクター別の社会的配慮とにグループ分けされている。また、本マトリックスには、対応の種類を説明する縦列が3列ある。

1. 緊急事態に備えた準備

本マトリックスの縦第2列目は、推奨される主な緊急事態への準備に関する活動をまとめている。これらの活動によって、迅速に最低必須対応を実施することができるだろう。

2. 最低必須対応

本マトリックスの縦第3列目には、災害・紛争等の最中に行われるべき介入が記載されている。最低必須対応とは、災害・紛争時等に至急実施すべき優先度の高い対応と定義される。これらの対応事項は、被災者が受けるべき最低限の支援を提供するための活動といえよう。縦3列目に記載された各活動について、対応しているアクションシートが第3章にあり、様々な災害・紛争時等における最低必須対応からなる活動が詳細に記載されている。

3. 包括的対応

本マトリックスの縦4列目では、包括的対応を構成する、推奨される重要な介入の概要が述べられる。これらの介入は、コミュニティの大部分が、コミュニティごとに定義された最低必須対応に取り組んでいる、もしくは受けていることが明らかになってから、検討すべきものである。これらの介入は、災害・紛争等後の安定期および復興初期段階に実施される場合が多い。

災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援 (MHPSS)

介入マトリックス

作業役割または活動領域	緊急事態に備えた準備
パート A 各領域に共通の作業役割	
1 連携・調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適任である組織およびキーパーソンを特定する。 ・ MHPSS の緊急対応について、各機関や関係機関間で国レベルの政策・計画を策定する。 ・ 現地・コミュニティ・国・国際レベルでの連携・調整の仕組み、役割分担、責任を決定する。 ・ 機関・コミュニティごとに、災害・紛争時等の MHPSS 担当者を特定する。 ・ 連携・調整用を含めた MHPSS のための資金を調達する。 ・ MHPSS の視点をあらゆるセクターの災害・紛争等準備計画に統合する。 ・ 人道支援活動のあらゆる段階において MHPSS の重要性・意義を提言する。
2 アセスメント、モニタリング、評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ MHPSS のアセスメント、モニタリング、評価に関する能力を高める。 ・ 既存の情報に基づいて、もしくは新しく調べることによってコミュニティのもつ能力と脆弱性に関する情報を把握する。 ・ 各組織の緊急 MHPSS に関する対応能力をアセスメントする。 ・ 関係機関共同で、文化的に適切で迅速な災害・紛争等アセスメントの計画・ツールを策定する。 ・ アセスメントの情報と各ツールについて情報収集して、広く発信する。 ・ モニタリングおよび評価の戦略、指標、ツールを開発し、調整する。 ・ 過去の MHPSS 対応をレビューして、適正なサービス実践、課題、不足項目を特定する。
3 保護および人権上のスタンダード	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人権、国際人道法、関連する適正なサービス実践を促進する。 ・ 保護に関連する既存の方針および法律をレビューする。 ・ 人権侵害をモニタリング、報告し、その是正のための仕組みを策定する。 ・ ハイリスク状態にある人びとと協力して優先事項を特定し、保護および安全確保のための能力と戦略を作成する。 ・ 国際的な保護に関するスタンダードについて武装部隊に研修を行う。 ・ 性暴力を含め、暴力を防止するための戦略を実施する。 ・ 政治的暴力の場合には、一般市民を保護すべく、外部モニタリングのもとでの対立者間の協定を促進する。 ・ 国際人権法 / 人道法文書の批准を促進し、その施行を支援する。 ・ 人権 / 人道的基準を支持する国内法の採択および施行を促進する。

最低必須対応	包括的対応
(災害・紛争等の中でも実施する。また、(安定期・復興初期に見込まれる追加的な対応) 包括的対応の一環としても実施する。)	
1.1 多セクター間にわたる精神保健・心理社会的支援の連携・調整を確立する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 政府や市民社会の関係者を含め、持続可能な連携・調整のシステムをつくりあげる。 ・ 関係機関間の戦略的計画を策定し、共同の MHPSS のプログラムとその他のための資金調達は促進する。 ・ 人道支援者間の情報共有を確かなものとする。 ・ 緊急 MHPSS 活動を開発に関する活動と連携させる。 ・ MHPSS 活動を国内政策・計画・プログラムに統合するとともに、各プログラムが既存の政策・計画、そして能力を活用できるようにする。
2.1 精神保健・心理社会的問題について現状のアセスメントを行う。 2.2 参加型のモニタリング・評価システムを開始する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に評価を行い、適宜、さらに掘り下げた状況分析を実施する。 ・ 行動計画に関連するプログラムをモニタリングし、所定の指標を用いてその評価を行う。 ・ 本ガイドラインに関連する MHPSS 活動をモニタリングし、その評価を行う。 ・ アセスメント、モニタリング、評価の各活動から得られた結果および教訓を広く発信する。 ・ 移行期の MHPSS 活動について、関係機関間で使用する指標を策定する。
3.1 精神保健・心理社会的支援に人権のフレームワークを適用する。 3.2 社会的保護を通じて、保護上の脅威・失敗を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。 3.3 法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人権・人道法違反についての認識を高め、その違反をモニタリング、報告、防止し、違反を是正し、国としての能力を高める。 ・ 人権侵害に対する説明責任を強化する。 ・ 社会的保護の能力を高める。 ・ データをレビューして、対象とする人びと(リスクが高い状態にある人びと)にある具体的ニーズに応じたサービスの不足項目に対応する。 ・ あらゆるセクター(軍隊、司法関係者を含む)にわたって、従事者向けに保護に関する研修を制度化する。 ・ 様々な形態の暴力の影響を受けた人びとについて、安全なコミュニティ参加を支援する。 ・ キャンプにおいてアルコールが容易に手に入らないよう制限する。 ・ 人身取引の予防策を講じる。 ・ 権利侵害の被害者やその家族、目撃者(裁判の証人を含む)に対し、適切な心理的、社会的、経済的、教育的、及び医療支援を提供する。 ・ 国際基準に沿って法律を施行できるよう、司法制度を支援する。

作業役割または活動領域	緊急事態に備えた準備
4 人的資源	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の人材の能力や、研修の有無（コミュニティ住民自身によるものを含める）の実態を把握する。 ・ コミュニティの文化・言語を理解する従事者が必要であるという認識を広める。 ・ 全従事者に対し、国際的な保護に関する基準・行動規範の研修を行う。 ・ 様々なセクターの従事者に対し、本ガイドラインにしたがってMHPSSを緊急活動に統合するための研修を行う。 ・ MHPSS研修を受け、動員可能な緊急時対応の従事者の人数を増やす。 ・ MHPSSの研修を専門プログラムに組み込むよう、教育機関に奨める。 ・ 緊急事態への準備に関するトレーニングコースにMHPSSを統合するよう、世界に向けて働きかける。 ・ 人道支援者に関するMHPSS問題の防止・管理のために、組織的な方針・計画を策定する。 ・ 従事者の現地での安全を最大限にする組織的な方針を定める。
パートB 精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域	
5 コミュニティの動員および支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティについて、住民参加の度合いの実態把握および状況分析（現況、資源、各管区、現在提供されているサービスや実践）を行う。 ・ リスク分析を行い、コミュニティでの対応計画（早期警戒体制を含む）を定めて、その計画をコミュニティで実施する能力を高める。 ・ MHPSSの現地資源の動員および外部資源を統合するための仕組みを構築する。 ・ 適切なMHPSS緊急支援を提供する方法に関し、既存のコミュニティワーカーに研修を行い、指導する。 ・ コミュニティが主体的に関与・管理するソーシャルサポート活動を構築する。 ・ 災害・紛争時等における幼児発達を守り支援するコミュニティ計画を策定する。
6 保健ケアサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害・紛争時等にMHPSSを提供できるよう国内の保健システムの能力を高める。 ・ 既存の公的/非公的の資源と実践に関する実態を把握する。 ・ 基本的な精神保健データを網羅した男女・年齢別の保健情報システムを整える。 ・ 性暴力やその他の暴力の被害者に対する文化的に適切な臨床ケアに関し、スタッフに研修を行う。 ・ 心理的応急処置（PFA）に関して保健スタッフにオリエンテーションをする。 ・ 国内の必須医薬品リストをWHO版必須医薬品リストに近いものとして、必須の向精神薬について緊急用に備蓄する。

最低必須対応	包括的対応
(災害・紛争等の中でも実施する。また、(安定期・復興初期に見込まれる追加的な対応)	
包括的対応の一環としても実施する。)	
<ol style="list-style-type: none"> 4.1 スタッフを同定し採用するとともに、コミュニティの文化を理解しているボランティアと協力する。 4.2 スタッフの行動規範および倫理指針を実施する。 4.3 精神保健・心理社会的支援に関し、支援者にオリエンテーションと研修を実施する。 4.4 スタッフ、ボランティアの精神保健・心理社会的ウェルビーイング上の問題への予防、対処を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現地に適した従事者の必須能力について要項を作成する。 ・ 行動規範および倫理規範を制度化、モニタリング、そして施行し、必要に応じてそれらを強化する。 ・ 研修・スーパービジョンがどこでどの程度行われたかについて把握する。 ・ 研修およびスーパービジョンを拡大するとともに、研修を制度化して持続性のある能力を育成する。 ・ 従事者に関するMHPSS問題への対応をレビューし、各組織のスタッフ、ボランティアへのMHPSSに関する方針を遵守するようにする。
<ol style="list-style-type: none"> 5.1 あらゆるセクターでの緊急対応について、コミュニティそのものが活動し、主体的に関わり、管理できるような環境を整える。 5.2 コミュニティの自助およびソーシャルサポートを強める。 5.3 各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・宗教上の癒しを行える環境を整える。 5.4 幼児(0-8歳)とその保護者への支援を強める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティが対応に主体的に関与できるようにする。 ・ 生活を向上させ、コミュニティ・経済開発面でのイニシアチブを実施できるように支援する。 ・ 各担当者により取り組まれるべき賠償の問題（経済、司法、象徴的事項）について、被災者・生存者に話し合いの場を設ける。 ・ コミュニティが災害・紛争等へどのように対応したかについて、歴史的記録をすすめる。 ・ コミュニティの人びとの活動についてレビューを行い、コミュニティによるソーシャルサポートと自助について、拡充と質の向上をすすめる。 ・ 紹介（リファラル）体制を含め、MHPSSシステムを強化する。 ・ 子どもの孤児院や一次保護施設について脱施設化の可能性を探るとともに、コミュニティに根ざした代替的ケアをすすめる。 ・ 紛争解決や平和構築のプログラムを策定する。 ・ 武装勢力・武装組織に徴用・使役された子どもについて、コミュニティに根ざした復帰をすすめる。 ・ 多数の人々が埋葬されている箇所を掘り起こすなどする際には、文化的に適切な方法で行うとともに、遺族や友人に支援を提供する。 ・ 有用・有害な伝統的習わしについての話し合いの場を持つ。 ・ 幼児とその保護者に対し質の高いケアを提供する能力を育成する。
<ol style="list-style-type: none"> 6.1 一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れる。 6.2 重度の精神障害をもつ人びとが、ケアへアクセスできるようにする。 6.3 入院・入所している重度精神障害等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。 6.4 コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、適宜そのシステムと協力する。 6.5 アルコール等の物質使用に関する問題を最小限に抑える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適宜、精神保健に関する政策・法律の改定に着手する。 ・ 災害・紛争等関連の、および既存の精神障害について幅広く、一般保健ケアやコミュニティ精神保健ケアサービスを通じて精神保健ケアが得られるようにする。 ・ 新たに設けられた精神保健ケアサービスを持続可能なものとする。 ・ 適宜、コミュニティの癒しのためのシステムとの協力関係を育む。 ・ 精神障害施設入居者のために、コミュニティに根ざしたケアと適切な代替の生活環境とを整える。 ・ 精神保健ケアの利用可能性と質について、定期的な評価を行う。 ・ アルコール等の物質使用に関連する問題を予防する取り組みを広げる。

作業役割または活動領域	緊急事態に備えた準備
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各施設の緊急準備計画を策定する。 ・ 精神疾患・精神障害を持つ人びとへの差別やスティグマを低減する戦略を実施する。 ・ アルコール等の物質使用に関連する問題を防止し、対処する能力を高める。
7 教育	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公的 / 非公的の教育活動について既存資源の実態把握を行う。 ・ 教育を受けていない人びと（少女、少年、成人）に関し、教育水準や職業教育の選択肢の現状を把握する。 ・ 基本的な心理社会的支援、子どもの権利、参加型手法、ポジティブ・ティシプリン（ポジティブティシなしつけ）、行動規範に関し、参加型手法を用いて教員の研修および指導を行う。 ・ 災害・紛争時等の学校における MHPSS に関し、国内の教育システムの能力を高める。 ・ 学校向けの一般的かつ心理社会的危機管理計画を策定する。 ・ カリキュラム内で、主要な保護の問題を扱い、災害・紛争時等に関する教育を強化する。
8 情報の発信	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の情報関連資源および不足項目について、実態把握を行う。 ・ 情報収集の倫理的側面をスタッフに教育する。 ・ 様々な対象者が情報を利用できるようにする。 ・ 災害・紛争時等に必須情報を発信するための「リスク・コミュニケーション」戦略を設ける。 ・ 災害・紛争時等の家族離散などの問題を防止する方法について、情報を配信する。 ・ メディアによる有害な画像・映像の使用、および不適切情報の流布がないよう、提言を行う。 ・ 前向きな対処法に関する情報の作成、パイロット的導入、配信に、主な関係者を参画させる。
パート C 活動領域セクター別の社会的配慮	
9 食糧安全および栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象とする人びとの既存の調理習慣、信仰、主要食品をアセスメントする。 ・ 子どもの精神発達に影響することが知られる主要微量栄養素が得られているかをモニタリングする。 ・ 必要に応じた公平な配分を計画し、策定する。

最低必須対応	包括的対応
(災害・紛争等の最中でも実施する。また、(安定期・復興初期に見込まれる追加的な対応) 包括的対応の一環としても実施する。)	
7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 青年への教育機会（職業訓練を含む）を拡充し、成人への識字コースを開始する。 ・ 教育カリキュラムについて、文化、多様性、ジェンダーの諸問題に対する配慮を確実なものにする。 ・ 教育の質をモニタリングし、向上させる。 ・ 少年少女の教育機会を拡充し、成人を対象とした識字コースを開始する。 ・ 教育へ参加できるようにし、脱落を防ぐように、生活その他必要項目への支援を提供する。 ・ 公的 / 非公的の教育環境内に心理社会的支援の能力を整備する。 ・ 学校における暴力その他の虐待・搾取について、予防および対応を強化する。 ・ 平和構築および生活に関する技能を教育に統合する。
8.1 被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、被災者の法的権利に関する情報を提供する。 8.2 前向きな対処法に関する情報へアクセスできるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報を正確に配信する信頼性、利便性ある発信システムを支援する。 ・ コミュニティによる情報の妥当性確認と発信する際の参加をすすめる。 ・ 支援の利用可能性に関する情報を継続的に入手できるようにする。 ・ 精神保健・心理社会的問題を抱える人びとの支援に関し、情報キャンペーンを実施する。 ・ コミュニケーション資料の使用状況をモニタリングし、その評価を行う。
9.1 適切な社会的・心理的配慮（文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援）を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食糧安全および栄養を提供する際の社会的・心理的な配慮をレビューし、定期的にあセスメントを行う。 ・ 自給自足を奨励し、支援する。

作業役割または活動領域	緊急事態に備えた準備
10 避難所および仮設配置計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難所・仮設配置計画に関し、既存の資源、不足項目、習慣、リスクの高い状態にある人びとについて、その社会的側面の実態把握を行う。 ・ 候補用地の安全性および適切性に関し、参加型のアセスメントを行う。 ・ 安全性、尊厳、プライバシー、エンパワメントを支援するような形で、あらゆる人びと（リスクの高い状態にある集団を適切に絞り込む）に緊急避難所を提供する計画を立てる。 ・ 対象となる人びとが長期にわたりキャンプに収容されないよう計画を立てる。 ・ 避難所の温度が適切に保たれるよう計画する（寒冷気候下の災害・紛争等の場合）。
11 水および衛生	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水と衛生に関し、既存の資源、不足項目、リスクの高い状態にある人びとについて、その社会的側面の実態把握を行う。 ・ 安全性、尊厳、プライバシー、非暴力的問題解決を支援するような形で、あらゆる人びと（リスクの高い状態にある集団を適切に絞り込む）に水と衛生を提供する計画を立てる。

最低必須対応	包括的対応
<p>(災害・紛争等の最中でも実施する。また、包括的対応の一環としても実施する。)</p>	<p>(安定期・復興初期に見込まれる追加的な対応)</p>
<p>10.1 連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および避難所提供の際に適切な社会的配慮（安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援）を取り入れる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難所・仮設配置計画における社会的配慮をレビューし、その定期的な評価を行う。 ・ 土地配分および土地権利にかかわる法律に関し、公平性の問題に対処する。 ・ 長期的な避難所・仮設配置計画に社会的配慮を取り入れるのに必要なコミュニティと政府の能力を高める。
<p>11.1 適切な社会的配慮（全ての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用可能性）を水と衛生を提供する際に取り入れる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水と衛生の提供における社会的配慮をレビューし、その定期的なアセスメントを行う。 ・ 長期的な水と衛生の支援に社会的配慮を取り入れるために必要なコミュニティと政府の能力を高める。

第3章 最低必須対応 アクションシート

本章には、最低必須対応のアクションシートを掲載している。第2章記載のマトリックスの縦第3列目（最低必須対応）にある行動ごとに、アクションシートがある。

作業役割または活動領域	アクションシートの題名
パートA 各領域に共通の作業役割	
1 連携・調整	1.1 多セクター間にわたる精神保健・心理社会的支援の連携・調整を確立する。
2 アセスメント、モニタリング、評価	2.1 精神保健・心理社会的問題について現状のアセスメントを行う。 2.2 参加型のモニタリング・評価システムを始動する。
3 保護および人権上のスタンダード	3.1 精神保健・心理社会的支援に人権のフレームワークを適用する。 3.2 社会的保護を通じて、保護上の脅威・失敗を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。 3.3 法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。
4 人的資源	4.1 スタッフを定めて採用するとともに、コミュニティの文化を理解しているボランティアと協力する。 4.2 スタッフの行動規範および倫理指針を実施する。 4.3 精神保健・心理社会的支援に関し、支援者にオリエンテーションと研修を実施する。 4.4 スタッフ、ボランティアの精神保健・心理社会的ウェルビーイング上の問題への予防、対処を行う。
パートB 精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域	
5 コミュニティの動員および支援	5.1 あらゆるセクターでの緊急対応について、コミュニティそのものが活動し、主体的に関わり、管理できるような環境を整える。 5.2 コミュニティの自助およびソーシャルサポートを強める。 5.3 各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・宗教上の癒しを行える環境を整える。 5.4 幼児(0-8歳)とその保護者への支援を強める。
6 保健ケアサービス	6.1 一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れる。 6.2 重度の精神障害をもつ人びとがケアへのアクセスできるようにする。 6.3 入院・入所している重度精神障害等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。 6.4 コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、適宜そのシステムと協力する。 6.5 アルコール等の物質使用に関する問題を最小限に抑える。
7 教育	7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。

作業役割または活動領域	アクションシートの題名
8 情報の発信	8.1 被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、被災者の法的権利に関する情報を提供する。 8.2 前向きな対処方法に関する情報へアクセスできるようにする。
パート C 活動領域セクター別の社会的配慮	
9 食糧安全および栄養	9.1 適切な社会的・心理的配慮（文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援）を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。
10 避難所および仮設配置計画	10.1 連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および避難所提供の際に適切な社会的配慮（安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援）を取り入れる。
11 水および衛生	11.1 適切な社会的配慮（全ての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用可能性）を水と衛生を提供する際に取り入れる。

アクションシート 1.1

多セクター間にわたる精神保健・心理社会的支援の連携・調整を確立する。

作業役割： 連携・調整
段階： 最低必須対応

背景

人道支援に関わる全ての者に精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進する責任があるので、効果的な精神保健・心理社会的支援（MHPSS）プログラムには、様々な従事者間で、多セクターにわたる連携・調整が必要となる。MHPSS の連携・調整は、保健、教育、保護、社会的サービス、被災したコミュニティの代表者を含めたものであり、また、食糧、安全、避難所、水と衛生の各セクターにも関与したものでなければならない。

連携・調整は、(a) 人道支援のあらゆる側面が、精神保健 / 心理社会的ウェルビーイングを促進する形で実施され、(b) 必要な精神保健・心理社会的支援が人道支援において含まれるようにする。そのため、各 MHPSS 従事者は、災害・紛争等の影響を受けたコミュニティを公平に支援する全体的戦略および役割分担について合意を得る必要がある。連携・調整が不十分であれば、プログラムの効果は得られず、非効率に陥り、不適切なものとなり、そして害を与えることもありうる。

確実に適切な連携・調整をするには、様々な重要な問題がある。多くの災害・紛争等において、「精神保健」と「心理社会」の計画間の隔たり（前者は保健セクターと、後者は保護セクターに関連する場合が多い）を埋めることが主な課題となる。多くの人びとが関与する注目度の高い災害・紛争等では、特に連携・調整が課題となってきた。被災した人びとは外部から来た者に圧倒されてしまう可能性があり、精神保健・心理社会的支援に対する現地の人びとによる貢献は、疎外されたり損なわれたりしやすい。MHPSS に対する様々な見解を持った従事者（例えば、政府、ドナー、国際機関、コミュニティ、NGO など）の間に共通理解を構築し、共有する問題を適時解決することが、効果的な連携・調整の秘訣である。

主な活動

1. 多セクターにわたる MHPSS の連携・調整グループを始動・設置する。
 - ひとつの MHPSS 活動の連携・調整をとるグループを結成し、活動とその担当者を明示した計画を共同で策定する。MHPSS 連携・調整には保健および保護の両セクター

に伝統的に関連のある活動者を含め、多セクターにわたるひとつのグループを結成することがすすめられる。これは、断片化を減らし、あらゆる側面の MHPSS (コミュニティに根ざしたソーシャルサポートから重度精神障害治療に至るまで) が統合された形で実施されることを確実にするうえで、最も効果的な方法である。しかし、個々の問題 (例えば、学校での心理社会的支援、保健ケアサービスにおける精神保健ケアなど) に対応するには、サブグループを設置することが有益である。MHPSS の連携・調整グループは、あらゆるセクターまたは IASC クラスタと連携・調整をとって、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進する形での活動実施と、当該クラスタでの適切な MHPSS 活動の実施とを確実にすること。

- 主な政府省庁 (保健、社会福祉、教育にかかわる省庁など)、国連機関、NGO からの各代表者を MHPSS 連携・調整グループに組み入れる。政府省庁、専門機関、大学、宗教団体、コミュニティ組織、赤十字 / 赤新月社といったその他の組織からの参加者も、MHPSS に携わる場合には組み入れること。あらゆる連携・調整のレベルにおいて、コミュニティとの対話、情報提供を積極的にすすめること。
- 既存の連携・調整グループがある場合には、それを活用する。それが無い場合には、新たにグループを設置すること。MHPSS の連携・調整グループは、保護および保健の各クラスタと連携・調整を行い、適宜、関連ウェブサイトを含む国内の他の連携・調整の仕組み (例えば、人道情報センター (Humanitarian Information Centre), www.humanitarianinfo.org) とも連携・調整を行うこと。
- 地方 / 全国レベルで MHPSS の連携・調整グループを設置する。さらに、国際レベルでの機関間の情報交換をすすめる。全国・地方の各連携・調整グループは、それぞれの役割を明確に定めたうえで、綿密なコミュニケーションをとらなければならない。
- MHPSS の連携・調整グループは、可能な限り、各国際機関からの適切な技術支援のもと国内の 1 組織または複数組織がリーダーとなること。リーダーとなる組織は、MHPSS に精通し、包括的な連携・調整プロセス (例えば、特定のアプローチ / セクターへの一極化を回避したり、武力衝突の場合であれば、いずれの関係者からも公正と見なされる) に関する技量を備えていること。
- 連携・調整グループのメンバー間の権力の偏りを減らし、少数派の人びとや弱い立場におかれている人びとの参加を促すべく取り組む (例えば、現地語を用いたり、会議の構成・場所を考慮したりするなどの方法による)。
- すべての組織が、それぞれの組織内の活動の連携・調整を行う責任を有する (「害を与

えない」という原則に抵触しない限りにおいて)。各組織は、組織の代表者が、効果的に連携・調整に参加できるだけの権限、知識、技能を有しているように、努めること。

2. プログラムの計画および実施の連携・調整をとる。

- 連携・調整グループは、本ガイドラインに関するプログラムの計画および実施をするうえで、連携・調整を行う責任を有する。これは、現地の状況に合わせた最低限の MHPSS 活動を確保することと、それが災害・紛争等の影響を受けたコミュニティへ公平に、そして時宜を得て確実に届くようにすることを含む。
- 多セクター間、関係機関間の MHPSS 戦略計画プロセスの促進には、以下のことが含まれる。
 - アセスメントに関して連携・調整を行い、知見を周知する ([アクションシート 2.1 を参照](#))。
 - 合意に基づいたプログラムを作成し、コミュニティ別の優先事項を定める。
 - 対応が不足している項目を特定し、そのギャップを埋めるようにする。
 - 活動者間での機能的な役割分担を行う。
 - 共同活動 (紹介の仕組み、共同での研修など) に関する関係機関間の連携・調整をすすめる。
 - 被災した人びとの間での災害・紛争等、救援、活動、法的権利、セルフケアに関する情報の発信について、連携・調整をとる ([アクションシート 8.1 および 8.2 を参照](#))。
 - 機関のアプローチ、資料、教訓に関する情報を文書化し、共有する。
 - モニタリング、評価を行い、知見を周知する ([アクションシート 2.2 を参照](#))。
 - 適宜、関係機関間の戦略計画を策定する。

3. ガイドラインを策定・発信し、アドボカシーの連携・調整をとる。

- MHPSS 連携・調整グループは、本ガイドラインその他の関連ガイドラインを現地状況にあわせて適応させるプロセスを主導すること。必要であれば、追加的に MHPSS のガイドライン / 方針を策定すること。このプロセスは、可能な限り、包括的なものにする。ガイドラインおよび方針が広く周知され幅広いコミットメントを確実に得るための仕組みを構築する必要がある (例えば、MHPSS に取り組む国内の当局・機関による公認ガイドラインとして採用するなど)。

- 当グループは、MHPSS のアドボカシーに関して連携・調整をとらなければならない。主要な最低限の行動は、次の通りである。(1) MHPSS に最も大きな影響を与える要因と、アドボカシーにより改善されうる事がらを同定し、重要なアドボカシーの課題に関する合意を取り付ける。(2) 政府、武装グループ、メディア、ドナー、NGO、政策立案者、その他の調整機関といった主要な関係者を特定し、それぞれを対象とした主要なメッセージを作成する。(3) 各種組織によるアドボカシーの役割および責任を定める。

4. 資源を動員する。

- 資金調達連携・調整としては、連携・調整活動のための資金の特定・活用や、共同でのドナーへのアドボカシーに加え、国連統一アピール・プロセスに MHPSS が適切に含まれるようにするということもある。

主な参考資料

1. Inter-Agency Working Group on Separated and Unaccompanied Children (2005). Psychosocial Care and Protection of Tsunami Affected Children: Inter-Agency Guiding Principles. <http://www.iicrd.org/cap/node/view/383>
2. The Mangrove: Psychosocial Support and Coordination Unit, Batticaloa, Sri Lanka. <http://www.themangrove.blogspot.com/>
3. Psychosocial/Mental Health Coordination. Inter-governmental Meeting of Experts Final Report, Annex V, Jakarta, 4-5 April 2005. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Palestinian Code of Conduct for Psycho-Social Interventions, 4 October 2001. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
5. World Health Organization (2003). Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf

プロセス指標の一例

- MHPSS 連携・調整グループは、コミュニティまたは国レベルで設置し、様々なセクターの従事者 (保健、保護、教育を含む) を取り入れること。

例：2005 年、インドネシア、アチェ

- 2004 年 12 月の津波の後に行われた人道支援活動の最中、州の保健当局は、精神保健・心理社会的支援に関連するあらゆる活動の連携・調整に関し、国連の二組織より共同で支援を受けていた。
- アチェでは、心理社会機関間作業部会が設置された。毎週の定例会議には、社会、保健、保護の各セクターで活動する 60 超の組織が参加した。この心理社会機関間作業部会は、保健調整部会と子どもの保護調整部会の元に置かれ、双方に対して定期的に報告を行った。
- この心理社会機関間作業部会は「インドネシア、アチェにおける心理社会的プログラムの原則」を作成し、広く促進・使用された。

精神保健・心理社会的問題について現状の アセスメントを行う。

作業役割: アセスメント、モニタリング、評価

段階: 最低必須対応

背景

災害・紛争時等に精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) のアセスメントを行うことで、(a) 災害・紛争等の状況を把握し、(b) 精神保健・心理社会的ウェルビーイングに対する危険および能力を分析し、(c) 適切な資源を分析し、対応の必要性和その種類を関係者と協議のうえ決定することができる¹。

アセスメントでは、人びとの災害・紛争等の体験的知識と反応、精神保健・心理社会的ウェルビーイングへの影響の程度を文書化すべきである。ここには、個人、コミュニティ、組織による災害・紛争等への対応状況も含めること。本作業は、ニーズ、問題のほか、資源をアセスメントするものでなければならない。資源として挙げられるのは、各個人の対処・生活技能、ソーシャルサポートの仕組み、コミュニティの行動、政府・NGO の能力などである。MHPSS に関するニーズにより積極的に対応するためには、被災した人びとへの支援方法を理解することが重要である。また、プログラムを改善するためにも、これらアセスメントは、主な関係者 (特に、被災コミュニティ) と共に行われる既存のデータ収集・分析のプロセスに組み込まれる必要がある。

主な活動

1. 連携・調整してアセスメントを行う。

- 心理社会・精神保健的問題をアセスメントしている他の組織と、アセスメントの連携・調整をとる。事前アセスメントの連携・調整は、効率的な資源利用を可能にし、MHPSS の状況を最大限に正確かつ包括的に理解し、重複してアセスメントを行うことにより対象者に対し不要に負担をかけないようにするために、不可欠である。
- 各組織は、まず、アセスメントを完了している事項を選別し、利用可能な情報のレビューを行うこと (例えば、書類調査を行う、他の組織に聞き取り調査する、精神保健システムに関するデータと既存のエスノグラフィーの文献・データといった当該国に関する既存情報をレビューするなど)。さらに、必要な場合に限り、フィールドでのアセス

メントを実施する。

- 各組織は、アセスメントを行った事項、場所、方法を連携・調整グループ (アクションシート 1.1) に報告し、そのアセスメント結果を必要に応じて編集し、情報を共有できるようにすること。
- 災害・紛争時等には、様々なグループ (政府機関、国連機関、NGO など) が広範なコミュニティにわたって多方面から MHPSS の情報 (42 ~ 43 ページの表に示すとおり) を収集することが多い。連携・調整グループは、収集に当たる組織、収集する情報の種類、場所について、特定を進め、被災コミュニティに関して可能な限り以下に示された情報すべてが利用できるようにすること。また同グループは、適切かつ連携・調整のとれた方法で本作業を行えるよう各組織を支援すること (例えば、主なツールを標準化するなど)。こうしたアセスメント情報は、定期的に整理し、分析し、各関係組織間で共有すること。
- いずれのセクター (コミュニティサービス、保護、保健、教育、避難所、食糧、水と衛生を含む) で実施するアセスメントにも、個別の具体的な社会的配慮を取り入れること (各セクター/活動領域については、関連するアクションシートを参照)。

2. 精神保健・心理社会的支援に関連する主要な情報を収集し、分析する。

次ページ以降の表は、MHPSS に取り組む各組織にとって必要となる主な情報を示したものである (各組織それぞれが、自らの活動に特に関連が強い側面に重点的に取り組む)。

- アセスメントでは、可能な限り、年齢、性別、場所ごとの情報を収集すること。アセスメントには、コミュニティにおけるハイリスクの人びとと、その個々のニーズ/能力を特定することなどがある。一般にハイリスクの状態にある人びとは、第 1 章に説明したとおりである。
- 被災した人びとのうち、問題のない者から重い精神障害のために調子の悪い者に至るまで、様々な状況の被災者のニーズと資源の両方を取り上げること。

情報の種類	内容例
関連する人口学的情報、背景情報	<ul style="list-style-type: none"> 人口、特定のハイリスク状態にある各サブグループの規模（必要に応じて、その場所）（第1章を参照）。 死亡率、死亡の危険性 基本的な身体的ニーズ（食糧、避難所、水と衛生、保健ケアなど）および教育へのアクセス 人権侵害、保護的フレームワーク（アクションシート 3.1、3.2、3.3）。 社会的、政治的、宗教的、経済的な構造と力動（例えば、コミュニティ内における民族間、宗教間、階級間、ジェンダー間の問題を含む、安全・紛争の問題）。 生計活動、コミュニティの日常生活における変化。 文化的な資源、規範、役割、意識に関する基本的な民族学的情報（例えば、葬式の習わし、精神障害への態度、性暴力、援助希求行動など）。
災害・紛争等の体験	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の災害・紛争等の体験（その出来事・重大性に対する認識、原因の認識、今後の影響の予想）
精神保健・心理社会的問題	<ul style="list-style-type: none"> 行動上、感情上の問題など（例えば、攻撃性、社会的ひきこもり、睡眠障害など）、心理的・社会的なストレスの兆候、ストレスに関する現地の指標 日常機能障害の兆候 社会の連帯意識や支援メカニズムの崩壊（例えば、ソーシャルサポートパターンの崩壊、家族間葛藤、暴力、共有している価値観の動揺など） 重度の精神障害をもつ人びとに関する情報（例えば、保健ケアサービス情報システムを通して）（詳細はアクションシート 6.2を参照）
心理社会的ウェルビーイングおよび精神保健に関する既存の資源	<ul style="list-style-type: none"> 自助そして他者への支援方法、すなわち、対処方法/癒しの方法（例えば、信仰、政治的信条、家族/友人に頼る） 過去に逆境に対処した際の方法 ソーシャルサポートの種類（コミュニティ内で技能・信用ある支援者を特定する）、コミュニティの団結のための資源（例えば、通常のコミュニティ活動の継続、公平で包括的な意思決定、世代間の対話/敬意、社会的に疎外された人びと・ハイリスクの人びとへの支援など）
各組織の能力および活動	<ul style="list-style-type: none"> 教育、社会的サービスにおける心理社会的支援プログラムの構造・分布・スタッフ配備・資源、各サービスに対する災害・紛争等の影響 保健セクターにおける精神保健ケアの構造・分布・スタッフ配備・資源（政策、薬物治療の利用可能性、プライマリ・ヘルスケア（PHC）の役割、精神科病院など - 192カ国の基本データについては、WHOのMental Health Atlasを参照）、および各サービスに対する災害・紛争等の影響 コミュニティの従事者（例えば、コミュニティワーカー、宗教指導者、カウンセラーなど）の心理社会的技能に関する実態把握 協力可能なパートナー、これまでのMHPSS研修の程度・質・内容に関する実態把握 緊急MHPSSプログラムに関する実態把握

情報の種類	内容例
プログラムのニーズと機会	<ul style="list-style-type: none"> 各種関係者からの提言 本 IASC ガイドラインに示されている主な各種行動の実施の程度 保健セクター、社会セクター、教育セクター、コミュニティセクター、宗教セクターの各セクター間/各セクター内での紹介システムの機能性

3. 倫理的かつ適切な参加型手法によりアセスメントを行う。

- **参加** アセスメントは、可能な限り、適切な関係者（政府、NGO、コミュニティ、宗教団体、および被災した人びとを含む）との参加型で協同的なプロセスでなければならない。参加型のアセスメントは、被災した人びととの対話の第一歩であり、うまくいけば、情報が得られるだけでなく、問題・資源・解決案が協同して特定されることによって、状況のコントロールがすすむ場合もある（[アクションシート 5.1 および 5.2 を参照](#)）。アセスメントの結果およびプロセスに関しては、参加者からのフィードバックを求めると。被災者は、健康、ストレスを定義する際にも、関与すべきである。
- **包括性** アセスメントは、様々な属性の被災した人びと（子ども、青年、女性、男性、高齢者、各種の宗教的、文化的、および社会経済的な集団を含む）が参画したものでなければならない。アセスメントには、コミュニティのリーダー、教育者、保健従事者、コミュニティワーカーを含めて、排除の構図を助長せず、是正を目指すこと。
- **分析** アセスメントでは、単に情報を収集・報告だけでなく、行動の優先順位の設定を中心に状況を分析すること。
- **紛争への注意** 紛争下での活動となる場合、アセスメント担当者は、紛争に関与する当事者およびその動向を把握していなければならない。公平性および独立性を維持し、社会的緊張/紛争を刺激したりコミュニティの人びとやスタッフを危険に曝したりしないように配慮しなければならない。質問によって面接者や面接参加者が危険に曝されるような場合には、参加型のアセスメントは望ましくない。
- **文化的適切性** アセスメント手法（指標、ツールを含む）は、文化的・状況的に慎重かつ適切なものにすること。アセスメントチームには、面接参加者に不信感を抱かせないコミュニティの事情に精通した人 – 可能な限り、面接参加者に面識のある者 – を巻き込み、コミュニティの文化的な伝統と習わしを尊重すること。アセスメントでは、コミュニティの文化的な事情を鑑みスティグマを助長してしまうような用語の使用を避けるべきである。
- **倫理原則** 面接参加者のプライバシー、秘密、最善の利益を尊重しなければならない。「無害」の原則に沿って、アセスメント中に非現実的な期待感を高めないように（例えば、資金援助を受けなければアセスメント担当者が現地を再び訪れることはないかもしれないということを、面接参加者は理解している必要がある、など）配慮しなければならない。立ち入った質問は、避けること。各組織は、コミュニティの人びとのアセスメントへの参加が真に自発的なものとなるよう、あらゆる努力を払わなければならない

い。子どもやその他特定のニーズのある人びと（性暴力の被害者など）への面接者は、適切な技能と経験を有していること。回答者のうち、MHPSS の該当サービスを利用する必要がある者には、可能な限り、支援を提供しなければならない。

- **アセスメントチーム** アセスメント担当者は、上述の倫理規範に関する研修を受け、かつ、基本的な面接の技能と適切な対人関係の能力を有していること。アセスメントチームは、ジェンダーについてもバランスを備え、かつ、MHPSS とコミュニティ事情の両方に精通していること。
- **データ収集方法** 関連するデータ収集の質的手法として、文献レビュー、グループ活動（例えば、フォーカス・グループ・ディスカッションなど）、重要な情報提供者への面接、観察、現場視察などがある。手短なアンケート、保健システムの既存データのレビューといった、量的手法が参考になることもある。できるだけ、情報/分析を照合し、妥当性を確認するために複数の情報源を用いること。災害・紛争等によりひきおこされた精神障害の割合の分布を求める調査（精神科疫学調査）は、困難で、多くの資源を要し、様々な議論があるため、最小対応要項の範囲外となっている（47 ページを参照）。おおよその予測を立てるには、文献の既存データを用いることも、有用な代替手段となることがある（この予測の例については、[アクションシート 6.2 を参照](#)）。
- **ダイナミズムおよび適時性** アセスメントは、その結果を災害・紛争等対応プログラムに効果的に使用できるよう、十分に迅速でなければならない。多くの場合において、ダイナミックな段階別（例えば、二段階）のアセスメントプロセスを設けることが妥当である。
 1. 初期の（迅速）調査：被災した人びとの体験および現状と、コミュニティ・組織の各能力およびプログラム上のギャップとに対する理解を主に重視する。このアセスメントは、通常、1～2週間以内で実施すること。
 2. 詳細なアセスメント：災害・紛争等が進展するにしたがって、上記表に示している各種問題を取り上げたより厳密なアセスメントを実施する。

4. アセスメント結果を整理し、発信する。

- 各組織は、適時かつさまざまな人びとがアクセスできるかたちでコミュニティ、連携・調整グループその他の関連組織とアセスメント結果を共有すること。個人情報、個人または具体的なコミュニティを特定し得る情報、被災した人びとまたはスタッフを危険にさらす可能性のある情報は、公表しないこと。こうした情報は、被災した人びと

またはスタッフの保護にとって有益な場合に限り、適切な従事者に限って共有すること。

- 連携・調整グループは、アセスメント結果を文書化し、整理し、レビューし、あらゆる関係者に発信すること（例えば、インターネット上にアセスメント結果を掲載する、コミュニティとともにフィードバック会議を行うなど）。
- MHPSSの従事者は、プログラムの計画、モニタリング、評価のための資源および指針として、アセスメント結果を使用しなければならない（[アクションシート 2.2](#)）。

主な参考資料

1. Action by Churches Together (ACT) Alliance, Lutherhjälpen, Norwegian Church Aid and Presbyterian Disaster Services (2005). Community Assessment of Psychosocial Support Needs. Chapter 6, Community Based Psychosocial Services: A Facilitator's Guide. <http://www.svenskakyrkan.se/tcrot/lutherhjalpen/psychosocialservices/pdf/psychosocialservices.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation of Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. Assessments, Chapter 3. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf
3. Bolton P. (2001). Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision. <http://www.certit.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>
4. Médecins Sans Frontières (2005). Field Assessments. Chapter 1, Part III, Mental Health Guidelines: A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in Areas of Mass Violence. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
5. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mausiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A. and Fonseca Amiral Z. (2004). 'Indices of social risk among first attenders of an emergency mental health service in post-conflict East Timor: an exploratory investigation'. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 38:929-32. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
6. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Initial Assessment, pp.29-33. <http://www.sphereproject.org/handbook/>
7. UNICEF East Asia and Pacific Office and Regional Emergency Psychosocial Support Network (2005). Handbook of Psychosocial Assessment for Children and Communities in Emergencies. <http://www.crin.org/docs/Handbook%20new%20update.pdf>
8. World Health Organization (2005). Mental Health Atlas. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

アクションシート 2.2

参加型のモニタリング・評価システムを始動する。

作業役割: アセスメント、モニタリング、評価

段階: 最低必須対応

背景

プログラム・サイクルには、アセスメント、計画、モニタリング、評価が含まれる。災害・紛争時等におけるモニタリングとは、継続中または新規に実施する可能性のある活動についての人道支援に関する意思決定に役立てるために情報を収集し、分析する系統的プロセスである。評価とは、継続中または完了した活動の妥当性と有効性の分析などである。つまり、災害・紛争時等におけるモニタリングと評価 (monitoring and evaluation: M&E) の目的は、支援の実施および影響に関する情報を収集し、変化する状況の中でプログラムが向上するように実施上の指針として活用することにより、人道支援活動の質の向上を図ることにある。

M&Eは、できれば参加型のアプローチ（下記の主な参考資料を参照）に基づくこと。これはつまり、結果およびその影響に関する協議などのM&Eプロセスのあらゆる局面において、可能な限り被災したコミュニティが参加しなければならないということの意味する（コミュニティの関与の度合いについては、[アクションシート 5.1](#)を参照）。

アクションシート 2.1は、アセスメントを中心に取上げたものであり、初期アセスメントの一環として収集すべきデータの種類を説明している。本アクションシートでは、後に続くモニタリングと評価の各活動を取り上げる。

主な行動

1. 設定した目標および活動にしたがって、一連のモニタリング指標を定める。
 - 的確な指標の選択は、プログラムの目標と、災害・紛争時等の重要かつ実行可能な事項とによって決定される。
 - プロセス、満足度、成果の各指標は、所定の目標に沿って策定すること。
 - **プロセス指標**とは、各活動を示し、サービスおよびプログラムの質、量、範囲、サービス利用に関するものである（例えば、自助ミーティングの回数など）。
 - **満足度指標**とは、その活動に関する被災した人びとの満足度を表すものである（例えば、プログラムに対し、否定的、中立的、肯定的な意見を表明した人数など）。満

足度指標は、プロセス指標の特殊型と考えることができる。

・ **アウトカム指標**とは、設定した目標に応じた対象者の生活の変化の程度を表すものである。これらの指標は、介入の成功・失敗の程度を示すことを目的としている。アウトカム指標は大方の状況において意義あるものであるが、何が成功とみなされるかについては、被災者による参加型検討によって判断が下される。

プロセスおよび満足度の各指標は、経験から学ぶうえでの有用なツールとなるが、アウトカム指標は、情報に基づく行動をとるうえで、最も有力なデータとなる。

- ・ 災害・紛争時等の最中に指標に関するデータを収集することで、最小対応要項（本書に示しているものなど）に関してだけでなく、長期の包括的な人道活動に関しても、基本情報を得ることができる。
- ・ 指標は、SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound : 具体的、測定可能、実現可能、妥当、期限付き) であること。
- ・ 通常、長期にわたってうまくモニタリングできる指標はわずかである。したがって、指標は、「少数精鋭」の原則で選定すること。こうした指標は、チームやコミュニティの日常作業を阻害することなく、容易にアセスメントが可能となるような形で定めること。
- ・ 指標に関するデータは、可能な限り、年齢、ジェンダー、場所ごとに分けて集計すること。

2. 倫理的かつ適切な参加型手法によりアセスメントを行う。

- ・ モニタリングおよび評価には、アセスメントの場合と同様の測定原則を適用する。参加、包括的、分析、紛争状況、文化的適切性、倫理原則、アセスメントチームおよびデータ収集方法（精神科疫学を含む）に関連する各事項の詳細な議論については、[アクションシート 2.1](#) の主な行動 3 を参照。
- ・ 介入のモニタリングおよび評価の場合、その介入の前後においてまず、変化の有無を確認するために指標を測定する必要がある。しかしながら、その介入が変化をもたらしたかどうかの判断には、より厳格な研究デザインが要求される。そうした研究デザインは、災害・紛争時等に可能な限り早急に実施されるべき必須かつ最優先の対応として本書で定義されている最低必須対応の範囲ではない。
- ・ 量的データは、適切な質的データをもって補完すること（例えば、その介入に関する対象集団の体験談など）。

3. 振り返り、教訓、変化へのモニタリングの適用

- ・ 特定の指標に関するデータは、災害・紛争等の最中より定期的に収集し始め、その後の数ヶ月または数年にわたり追跡調査を継続するとよい。例えば、災害・紛争等の最中に特定の種類のアセスメントおよび分析を実施した場合には、変化を調査し、必要に応じて利害関係者に行動の再考を促すために、その後も一定の間隔（例えば、6ヶ月、12ヶ月、18ヶ月など）で同一のプロセスを反復するとよい。
- ・ モニタリングおよび評価から得られた主な結論は、政府、調整機関、被災者を含むあらゆる関係者に対し、配信すること。被災した人びとへの情報は、利用可能な形式（例えば、現地語を用いる、識字能力が低い者でも理解しやすいようにするなど）で配信すること。
- ・ 振り返り、教訓、変化を促進していくうえで、参加型の対話は、データが意味するところや、得た教訓に照らし合わせて活動を修正する方法を、一歩離れて観察し、考察する手段として有用である。

主な参考資料

1. Action Aid International. Participatory Vulnerability Analysis: A step-by-step guide for field staff. <http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/PVA%20final.pdf>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP). Chapter 6: 'Monitoring' ; Chapter 7: 'Evaluation' . In Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.193-227. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
3. Bolton P. and Tang A.M. (2002). 'An alternative approach to cross-cultural function assessment' . Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 37:537-43. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
4. Bragin M. (2005). 'The community participatory evaluation tool for psychosocial programmes: A guide to implementation' . Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict 3, 3-24. http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03_24%20Bragin%20.pdf
5. Cohen R.N. (2004). Introducing Tracer Studies: Guidelines for Implementing Tracer Studies in Early Childhood Programmes (available in English and Spanish). Bernard van Leer Foundation. http://www.bernardvanleer.org/publications/Browse_by_series/publications_results?getSerie=Books%20and%20Monographs
6. International Institute for Environment and Development (IIED). Participatory Learning and Action (PLA Notes). http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla_notes/backissues.html (see specifically notes 31 and 42, which cover PRA monitoring and evaluations)
7. Psychosocial Working Group (2005). Reflections on Identifying Objectives and Indicators for Psychosocial Programming. http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWG_OI_.pdf
8. Perez-Sales P. (2006). 'Repensar Experiencias. Evaluación de programas psicosociales y de salud mental. Metodologías y técnicas' . Ed Popular. (www.psicosocial.net) ('Rethinking experiences. Assessment of mental health and psychosocial programmes. Methods and techniques' , in Spanish)

精神保健・心理社会的支援に 人権的フレームワークを適用する。

作業役割： 保護および人権上のスタンダード

段階： 最低必須対応

プロセス指標の例

- 精神保健・心理社会的支援の各プログラムについて、プロセスおよび成果に関する SMART 型（具体的、測定可能、実現可能、妥当、期限付き）の指標を定めること。
- 適宜、定期的に指標の評価を行うこと。
- 結果およびその影響の協議を含め、M&E プロセスのあらゆる側面に、被災者を含む主な関係者を参画させること。

例：2001年、エルサルバドル

- コミュニティ当局、地元大学、コミュニティおよび国際的 NGO からの心理社会チームが、地震被災者 1 万 2,000 人のキャンプに M&E システムを構築した。
- このシステムにより、相互支援、結束、安全、リーダーシップ、意思決定プロセス、最新情報の入手手段、当局に対する認識、就業、正常化活動、コミュニティの凝集性に対する認識、将来に対する認識に関し、量的・質的なデータが集まった。このシステムでは、無作為にサンプリングされたテント 75 張で基本調査および 3 ヶ月間の定期的な追跡調査が行われた。データは、機会ごとに 5 名のボランティアによって 24 時間以内に収集された。
- 3 ヶ月後には、M&E システムによって、相互支援および結束への認識で大幅に低下していることが判明した。そこで適切な対策が行われた（例えば、テント・調理設備の配給の再手配、グループ活動など）。3 ヶ月の後、当該調査によって、その傾向に歯止めが掛かったことが分かり、リーダーシップおよび意思決定の各プロセスに関して自信が上昇していることが明らかとなった。

背景

災害・紛争時には、人権侵害が蔓延することが多い。災害・紛争等の決定的特徴 – 強制退去、家庭・社会的構造の崩壊、人道支援へのアクセスの欠如、伝統的価値観の衰退、暴力の文化、ガバナンスの弱体化、説明責任の欠如、保健ケアサービスへのアクセスの欠如 – の多くが、人権侵害を伴う。武力衝突の根本原因や結果のひとつとして、国際人権上の規準への違反が見受けられることもしばしばである。また、人権侵害や、ガバナンスの低下によって、自然災害の影響をより悪化させることもあり得る。災害・紛争時等にハイリスクの状態に置かれる可能性のある集団については、第 1 章に示したとおりであるが、政治的理由から脅威に曝されている人びともまたそれに含まれる。こうした集団は、権利侵害を受けたり、精神的苦痛、心理社会的問題、精神障害のリスクが高まる可能性がある。

災害・紛争時には、精神保健・心理社会的ウェルビーイングの増進と、人権の保護・促進との間に、緊密な関係性がある。保健・教育・差別からの自由に関する権利といった人権上の規準の実施を推し進めていくことで、保護的環境づくりが進み、社会的保護（アクションシート 3.2）および法的保護（アクションシート 3.3）が促進される。国際人権上の規準を促進することによって、説明責任の基盤となり、差別、虐待、暴力の抑止対策の導入につながる。人権を促進・保護する対策を講じることで、災害・紛争等の被災者へのリスクが低減されるのである。

同時に、人道支援が行われれば、人びとが数々の権利に気付くようになり、それにより人権侵害を減少させることが可能となる。例えば、ハイリスクな状態にある人びとが避難所や水と衛生を利用できるようにすることで、その人びとは食糧配給に組み込まれる可能性が高まり、健康が促進され、差別や虐待のリスクも低下する。また、女性・少女に対し心理社会的支援（生活技能、生計支援を含む）を提供することで、更なる人権侵害リスクにさらされる売春などの生存術を取らざるを得なくなるようなリスクも低減される可能性がある。ただし、支援対象を限定することで脆弱な人びとにスティグマを付してしまわないよう配慮しなければならない。

人権の促進は精神保健・心理社会的ウェルビーイングの促進と密接に関連し合っていることから、精神保健・心理社会セクターの各従事者は、二重の責任を負っていることになる。第一に、以下の主な行動1から3に示すとおり、各従事者は精神保健・心理社会の各プログラムによる人権支援を確実にすること。第二に、以下の行動4から5に示すとおり、各従事者は、人権を保護し、リスクにさらされた人びとを虐待や搾取から保護すべく、どのセクターに所属しているかといったことに関係なく全ての人道支援従事者が負うべき責任を負うこと。

主な活動

1. 災害・紛争時等におけるあらゆる形式の精神保健・心理社会的支援に関し、国際人権上の規準の遵守をアドボケイトする。

- 包括的かつ非差別的なサービス提供をすすめる、精神障害をもつ人びとの不必要な施設収容を避け、精神保健・心理社会的ケアにおいて思想・良心・信教の自由を尊重する。
- 精神保健・心理社会的支援の受け手となる人々が自らの権利を理解できるようにする。
- 秘密保持やインフォームド・コンセントに関する被害者の権利（治療拒否の権利を含む）を常に尊重する。
- 広範なプログラムに組み込むことで人権侵害の被害者をスティグマ化のリスクから守る。

2. 人権を促進・保護する精神保健・心理社会的支援を実施する。

- ハイリスクな状態にあると判断された人びとの場合には特に、人権を災害・紛争時等の精神保健・心理社会的プログラムの設計・実施・モニタリング・評価における不可分の側面として組み込む。心理社会的プログラムでは、人権に対する理解を高めるようにする。
- 様々なレベルの関係者（家族、コミュニティ、地方レベル・国レベル NGO、政府）に働きかけて、各関係者による各自の責任についての理解を確実なものとする。
- コミュニティが自らの権利を守り、コミュニティのソーシャルサポートを強化するために、コミュニティを動かす手段として、適宜、人権の観点からの議論を用いることを検討する（55 ページの例を参照）。
- プログラムの、現在または（起こりうる）将来の人権侵害に対する影響を分析する。
- 適宜、当該プログラムから得られた情報を人権組織と共有することを検討する。これ

には、アドボカシーを目的として被害者の任意・匿名の証言を共有することなどが挙げられる。受益者およびコミュニティ・国際スタッフのリスクを検討し、プライバシー、データ保護、秘密保持、インフォームド・コンセントに関する基準を厳守することが不可欠である。

3. あらゆる関連従事者の研修において、人権および保護に着目する。

- あらゆるセクターにおけるコミュニティおよび国際人道支援者、既存のサービスに従事する保健ケアサービス・スタッフと社会的サービス・スタッフ、および政府職員（警察、軍を含む）に対し、研修を提供する。
- 行動規範に関するスタッフ研修において、被災した人びとの基本的権利に関する事項を中心的要素にする（[アクションシート 4.2](#)を参照）。
- 人権組織スタッフおよび政府職員への研修において被害者に対する人権侵害の心理社会的影響を取り入れるよう促進する。被害者を尊重し、出来事の心理的影響に配慮した、適切な面接技術の必要性を強調する。
- 被害者への心理社会的支援の必要性を人権組織に提言し、利用可能な支援組織に関する情報をそれらの組織に提供する。

4. 虐待や搾取のモニタリングおよび報告のための仕組みを - 既存の人道サービスのフレームワーク内に - 確立する。

- 最もハイリスクな状態にある人びとに対しては、特に注意を払う。
- 指針については、[アクションシート 4.2](#)を参照。

5. 関連する国内の法律、政策、プログラムを国際規準に則したものにしよう、また、政府団体（各機関、警察、軍など）による国際規準の順守が強化されるよう、国家に対してアドボカシーを行い、具体的な助言をする。

災害・紛争時には、可能な限り早急にアドボカシーを開始すること。アドボカシーには、暴力、虐待を防止し、権利侵害に関する説明責任を確実にするための各対策のニーズを考慮に入れること。真実、正義、補償に関する権利を支持する政策を促進すること。以下のような点につき、アドボカシーを行う。

- 病院、学校、市場への攻撃を終結させること。
- 少数派集団に対する差別を撤廃させること。
- 武装勢力や武装集団への子どもの動員を防止すること。

- 武装集団や不法監禁状態から子どもを解放すること。
- 性暴力（性的搾取、人身取引を含む）を予防し、これに対処すること。
- 支援、社会復帰のための人道的支援へのアクセスをすすめる。

国際レベルで、またはメディアを通じて、関係各者に問題を提起することにより、受益者やコミュニティ・国際スタッフのリスクと介入の潜在的効果とのバランスを取りながら不遵守や深刻な暴力に対処する最善の方法を検討する。

主な参考資料

普遍的な人権に関する関連資料

1. A detailed overview of the universal human rights instruments, including the full texts and information on their status of ratification, can be found at: <http://www.ohchr.org/english/law/index.htm>. The website contains the:
 - UN International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966)
 - UN International Covenant on Civil and Political Rights (1966)
 - General Comment 14 on the right to the highest attainable standard of health adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in May 2000 (E/C.12/2000/4, CESCR dated 4 July 2000)
 - UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (1991)
 - Geneva Conventions (1949) and the additional Protocols to the Conventions (ICRC, 1977)
 - Rome Statute of the International Criminal Court (1998)
 - UN Convention on the Rights of the Child (1989) and the Optional Protocols to the Convention (2000)
 - UN Convention Relating to the Status of Refugees (1951)
 - UN Convention for the Elimination of all Forms of Racial Discrimination (1965)
 - UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979) and the Optional Protocol to the Convention (1999).

ガイドラインおよびマニュアル

2. Amnesty International, International Human Rights Standards and Organisations, in Campaigning Manual, Chapter 6, www.amnesty.org/resources/pdf/campaigning-manual/chapter6.pdf. (To access the full manual: <http://web.amnesty.org/pages/campaigning-manual-eng>).
3. Health and Human Rights Info. <http://www.hhri.org>
4. OCHA (forthcoming). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual.
5. Slim H. and Bonwick A. (2005). Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. http://www.odhpn.org/ALNAP/publications/protection/alnap_protection_guide.pdf
6. Tearfund. Setting the Standard: A common approach for child protection in NGOs. <http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Child%20Protection%20Policy.pdf>
7. UN Guiding Principles on Internal Displacement (1998). <http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/principles.htm>
8. UNICEF and the Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2003). Guide to the Optional Protocol on Children in Armed Conflict. http://www.unicef.org/publications/files/option_protocol_conflict.pdf
9. UNICEF. A Principled Approach to Humanitarian Action, e-learning course. www.unicef.org/path

プロセス指標の一例

- 精神保健・心理社会的プログラムを、国際人権上の規準に準拠させるとともに、暴力、虐待、搾取から対象集団を保護する観点に立って計画すること。
- 心理社会・精神保健の各プログラムのスタッフの研修で、人権に焦点を当てること。
- 一般市民の虐待や搾取の事例に関し、モニタリング、報告のための適切な仕組みを確立すること。

例：2000年、パレスチナ占領地

- 国連機関支援のもとワークショップが開催され、教育、保健、参加、暴力からの保護などの権利が損なわれる紛争が継続する状況のなか、青年たちがコミュニティで各自の役割を話し合った。
- 多くの青年が失望を感じており、暴力のみを唯一の選択肢と考えている者もいれば、一方で権利を守るために非暴力の道を主張する者もいた。
- 青年たちは、青年フォーラムを活用してパレスチナの意思決定者に対し自らの権利をアドボケイトして、メディアを利用して各自の状況、権利、見解を説明すること、研修を受講したボランティアとして保健施設で仕事をする事、低年齢の子どものためにレクリエーション活動を行うこと、ピアサポートシステムを確立することに賛成した。
- 各自のコミュニティに貢献し権利を主張する具体的選択肢を青年たちに提供することで、これらのプログラムは目的意識を生み出し、結束と希望が構築され、青年たちは、コミュニティにおいて建設的で尊敬されるロールモデルとなった。

社会的保護を通じて、保護上の危険・失敗を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。

作業役割： 保護および人権上のスタンダード

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争時等には、保護上の危険と、精神保健・心理社会的ウェルビーイングとの間に、複雑な相互作用が生じる。被害者は、各自の最大のストレスは、攻撃、迫害、強制退去、性暴力、家族との離散、家族の誘拐、極度の貧困・搾取、虐待といった、各脅威から生じたものであると多くの場合報告している。こうした保護上の問題は、多大な苦痛を生じ、心理社会的ウェルビーイングを支える社会的ネットワークやコミュニティの連帯感の再構築を阻害してしまう可能性がある。また、災害・紛争等が生じることによって、被災した人びとの間での力の格差が助長され、すでにコミュニティで取り残されている人びとの脆弱性が高まることもあり得る。

保護に注意を払うことがなければ、MHPSSは、根源に存在する原因を無視しながら、結果のみに焦点を当てることになりかねない。したがって、心理社会的支援においては、保護的環境を醸成していくことが肝要である。心理社会・精神保健にかかわる問題は、保護上の脅威の一因ともなり得る。例えば、家族を失い極度の被害を受けた子どもは、路上生活、搾取、または災害・紛争等の種類によっては武装集団への参加といったハイリスクな状態に直面する。また、重度の精神障害をもつ人びとは、徘徊することによって、多くの人びとにとって回避可能な危険にもさらされる可能性もある。

保護は、法的仕組みおよび社会的仕組みの両方を要するものである。法的保護には、国際人権の各種ツール（アクションシート 3.1）および国際法・国内法（アクションシート 3.3）の適用が必要となる。本アクションシートが焦点としている社会的保護は、その大部分が、社会的ネットワークおよびコミュニティの仕組みを始動、強化することによって得られるものであり、このことによってリスクを低減し当面のニーズを満たす。保護は、国家、被災者および人道支援者の全体責任である（Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief を参照）。

被災者、外部機関、いずれの出身であるかを問わず、人道支援者は、様々な方法により保護に貢献することができる。脆弱な人びとを支援し、尊厳を回復し、社会的ネット

ワークの再構築をすすめるような形で、様々な主要セクターにおいて支援を提供する（アクションシート 9.1、10.1、11.1）ことが、必須の手順となる。最も効果的な社会的保護は、コミュニティの人びとが保護上の脅威に対処しようと結集し、エンパワーメントの意識と、持続可能な保護の仕組みの可能性が作り上げられていく際に生じることが多い。こうした非専門家の活動を補完するのが、保護の専門家が行う作業である。例えば、子どもに特有の脆弱性には、経験豊かな子ども保護従事者が対処しなければならない。また、保護に関するコミュニティの力を高めるには、専門的な保護従事者が必要となる。本アクションシートは、非専門家と専門家の両方を対象としたものである。

主な活動

1. 保護に関する専門的アセスメントを行い、保護上の脅威に関する情報収集の実施の是非、実施時期、実施方法を決定する。

保護のアセスメントの大半は、技術的専門知識を持ちコミュニティ事情に精通した保護専門家が実施すること。性暴力、拷問、監禁といった慎重に扱うべき問題に関する評価は、非専門家が実施しないこと。しかしながら、非専門家の活動にも役割がある。例えば、教育者などは、子どもに関する保護上のリスク、および教育を安全なものとする方法を把握しておかなければならない。非専門家の活動がうまく実施されるには、具体的には下記に示すように、それが保護専門家の活動に立脚したものである必要がある。

- どのような保護上の脅威が同定されたのかを把握すること。
- 社会的保護活動を開始する前に保護専門家と話し合うこと。
- 保護に関する問題の報告経路を把握する。
- 質問する際のリスク（面接者、面接対象者、支援従事者、コミュニティの人びとに対するリスク）をアセスメントする。様々なサブグループや集団からの主要な信頼ある情報提供者に対し、下記を質問すること。
 - 質問しても安全な事項
 - 質問するのに安全な時期、場所
 - 有害性を回避する方法

拷問被害者に面接する場合には、事前に、面接によってその者の他の家族に危険が及ぶことがないかどうか、誰であれば安全に面接を行うことができるか、面接の実施場所・実施時期、被害者に対する面接後の報復のリスクについて、質問を行う。

2. 保護上の脅威および能力について、多セクター間にわたる参加型のアセスメントを行う。

- 保護上の懸念事項について状況分析を行う。
- 倫理的かつ適切な参加型手法によるアセスメントの実施に関するガイダンスについては、[アクションシート 2.1](#)を参照。
- 公平と見なされ、関係者全員にとって危険がない状況ならば、研修および支援を受けた被災者をチーム・メンバーに入れる。
- センシティブな保護問題について、個別またはグループの環境のいずれの議論が適切かを判断する。
- 様々な環境（例えば、キャンプ、水や薪を集めている人びとが辿る道筋、非公的教育の現場、市場など）において、性暴力、一般市民への攻撃、強制退去、誘拐、未成年者の徴用、人身取引、搾取、危険労働、地雷、HIV/AIDS への曝露、施設入居者の放置といった保護上の脅威を特定する。ただし、他の保護上の脅威や発生しつつある保護上の脅威に対するアセスメント担当者の注意をそぐようなチェックリスト型のアプローチは避ける。
- 害を与えないように配慮しながら、下記の質問などを行う。
 - どのような要因により暴力が引き起こされたか、加害者は誰か。
 - 現在も加害者が存在しているか、加害者はコミュニティの人びとや保護提供者を脅迫しているか。
 - 家族離散が生じたか、それは現在も続いているか。
 - 養育者と離散したまたは保護者のいない子どもの所在は。
 - 高齢者 / 障害者に何が起きたのか。
 - 施設入居者、入院者に何が起きたのか。
 - 現在の安全性 / 安全上の懸念事項は何か。
- 下記の質問などを行い、コミュニティの保護能力を分析する。
 - 過去そして、現在生じているような保護上の脅威にコミュニティの人びとはどのように対処してきたか、現在どのようなことを実施しているか。
 - かつて有効だった保護システム、対処の仕組みがその危機によりどのような影響を受けたか。
 - 通常保護する者の所在は。
 - 保護的とみなされる資源 – 警察、兵士、平和維持スタッフ、学校など – のなかに、

保護上の脅威を生み出しているものがあるか。

- 可能な限り、年齢別、男女別のデータを収集する。
- インフォームド・コンセント、秘密情報の文書化・保管・共有に関し、手順 / 指針を策定する。
- 特定された保護上の懸念事項について、あらゆるセクター・多セクター間の評価チーム、連携・調整の仕組みに対し、注意を喚起する。

3. 社会的保護の仕組みを始動、確立し、必要に応じてコミュニティの保護能力を構築する。

- 残っているコミュニティレベルのケアや保護を組織する役割をもつ、あるいはかつてそうだった人びとを動員して、女性やその他のリスク状態にある人びとの代表もきちんと含まれるようにする。
- 保護の侵害を報告する方法に関してコミュニティの意識を高める。
- 可能な場合、できる限り既存のイニシアチブに基づき、さまざまな関係者（人権組織を含む）を取り込む形で、また保護に関する人道支援者間の調整役として機能する、保護に関する作業委員会を設立する。この作業委員会は、保護問題をモニタリングし、対処するものであり、村、キャンプまたは広域のコミュニティについて設立することができる。この作業委員会は、保護上のギャップを埋め、ベストプラクティスを共有するといった、明確な役割をもつこと。
- 保護専門家による研修を組織し、必要に応じて保護に関する作業委員会の能力（精神障害をもつ人びとが直面するリスクに関する資料など）を育成する。
- 可能な限り、保護に関する作業委員会と近隣コミュニティの他の保護の仕組みとを連携させ、脅威に関する情報交換をするコミュニティの保護ネットワークを構築する。
- 安全な教育の仕方についての教員の理解をすすめる、保護手段としての教育にアクセスでききようにして、どのように教育を安全なものにするか、教員の理解をすすめる（[アクションシート 7.1](#)）。

4. 保護上の脅威をモニタリングし、適切な機関、保護に関する関係者と情報を共有する。

- 学校や市場といった様々な場所において、保護上の脅威およびその性質・程度・構図・焦点の変化を追跡調査する。

- 保護に関する作業委員会および保護問題に取り組む各機関を通じて定期的に保護に関する情報を関係者と共有するとともに、様々な機関がアクセスできる中央データベースを可能な限り構築し、年齢別、ジェンダー別のデータを提供する。
- 被災した人びとおよび人道機関の従事者が情報を提供して流言を減らすよう、保護上の脅威および安全問題に関する情報交換の場を設ける（[アクションシート 8.1](#)を参照）。
- 保護に関する作業委員会により策定されたガイドラインにしたがって、秘密を保持し、情報を共有する。

5. コミュニティ主導の適切な行動によって、保護上の脅威に対処する。

- 介入が被災したコミュニティからの助言、可能な場合には、コミュニティの人びとの参加を得るようにする。
- 脅威への対処に関するコミュニティレベルでの成功から教訓を得て、それに立脚するとともに、適宜、コミュニティ（または、コミュニティの中の一定のグループ）が自衛のために策定した戦略を普及させる。
- 下記などを通じて、適切な社会的保護資源を組織する。
 - 子どもの安全な遊び場や大人が保護・ウェルビーイングの促進策を話しあえる安全な場を整える（[アクションシート 5.1](#)を参照）。
 - 養育者と離散した子どもの特定、文書記録、追跡、引き合わせ、一時保育の手配に関するシステムを確立する（下記の主な参考資料にある Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children を参照）。
 - 特に脆弱な人びとや家庭については、安全な場所、センター、指定場所で緊急支援を提供する。
 - 紛争解決のためのコミュニティプロセスを始める。
 - 最もハイリスクな状態にある人びとを支援するためのコミュニティプロセスを始める（[アクションシート 5.2](#)）。
 - 健康に対する経済上の問題を緩和するために、適切な場合には、少額の補助金を提供する。
 - 地雷、不発弾、覆いのない井戸によって引き起こされるリスクを軽減するようにコミュニティの活動を支援する。
 - 外部グループによる孤児、若い独身女性その他のリスクの高い状態にある人びとの拉致を防止する。

- 重度の心理的ストレスを有する虐待被害者への支援を組織する（[アクションシート 5.2](#)および [6.1](#)）。
- 更なる被害を防止するうえで不可欠でない限り、特定のサブグループに支援を限定したり対象としないようにする。統合的な支援を行うことで、差別が減り、社会の結束を構築することもできる。例えば、性暴力を受けた女性という集団ではなく、女性という集団に対して支援を提供することなどを検討する。
- 下記のあらゆるセクターの人道支援に保護を統合する。
 - 食糧支援が子どもや他の支援を必要とする者に行き渡るよう、配給後にモニタリングを行う。
 - 特別な援助を必要とする者が、適切な避難所を得るための支援を受けられるよう、避難所プログラムをモニタリングする。
 - 衛生施設が、居住区の近くに設置され、十分に明るく、女性・子どもの安全が確保されるようにする。
 - 適宜、性暴力に関してセクター間での戦略を策定する。

6. プログラムおよびアドボカシーを併用して保護上の脅威を予防する。

- 人道支援者を対象とした、子どもを保護し、性的搾取・虐待を防止するための行動規範を施行する（[アクションシート 4.2](#)）。
- 現地の人びとおよび関連する連携・調整グループと協力してアドボカシー戦略を策定し、下記などの主な問題に対処する。
 - コミュニティの人びとの身体的安全・治安を確保するための手段
 - 複雑で変動する脅威に対処するための柔軟かつ長期的な資金調達の可能性
 - 子どもの保護施設、施設に収容されている子どもへの適切な保育の手配
- ハイリスクな状態にある人びとへのメディアのコンタクトについて、手順を設ける。そしてメディアによって注目されることで、(a)
- 元少年兵または性暴力被害者に対する報復攻撃、(b) 秘密保持違反、繰り返しのインタビュー、不適切な質問に関連したストレス、(c)
- 選定を受けたことによるスティグマを引き起こしてしまうことがありうることを認識する。
- 人びとが主な保護問題に関して理解し、情報を得た上での決定を行えるように、情報を提供する（[アクションシート 8.1](#)）。

主な参考資料

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. <http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
2. IASC (2002). Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action. <http://www.icva.ch/files/gstree.pdf>
3. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
4. IASC (2006). Protecting Persons Affected By Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters. www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docID=3429
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Save the Children UK. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/openssl.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
6. IFRC and ICRC (1994). The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief. <http://www.ifrc.org/publicat/conduct/index.asp>
7. InterAction (2004). Making Protection a Priority: Integrating Protection and Humanitarian Assistance. http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html
8. OCHA (forthcoming). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual.
9. UNHCR. Operational Protection in Camps and Settlements: A reference guide of good practices in the protection of refugees and other persons of concern. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/openssl.pdf?tbl=PUBL&id=448d6c122>
10. UNICEF. Ethical Guidelines for Journalists. www.unicef.org/ceecis/media_1482.html

プロセス指標の一例

- 人道支援者は、(人権) 侵害を報告する責任を負うことを認識し、(人権) 侵害を報告する方法を理解すること。
- キャンプ、村または集落地に、保護のモニタリング・報告・活動に従事するコミュニティの保護グループや保護の仕組みを設けること。
- 最も脆弱な人びと（慢性の精神障害をもつ人びとなど）を保護すべく対策を講じること。

例：2002年、シエラレオネ

- 10年間の内戦の後、武装勢力に誘拐され性的搾取を受けた少女たちが、村に戻った際にスティグマ、嫌がらせ、攻撃を受けるといったことがしばしばあった。
- ある国際NGOが、少女たちは戦争中に問題行為を強要されたのであり、甚大な苦痛を受けたということを、コミュニティの人びとが理解するよう、コミュニティの人びとの対話の機会を設けた。
- コミュニティの各村落は、少女福祉委員会を組織して、少女たちへの嫌がらせ、虐待に対し罰金を規定し、課した。
- こうしたコミュニティの保護の仕組みによって、少女たちへの虐待は急速に減少し、少女たちの市民生活への復帰が支えられた。

法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。

作業役割： 保護および人権上のスタンダード

段階： 最低必須対応

背景

様々な災害・紛争等において生じる法と秩序の崩壊によって、国内外の法的システムより付されていた権利・保護に対する違反を受けやすくなる。何の処罰もなく人権が広く侵害される武力衝突では、人びとは恐怖によって犯罪を報告することができず、あるいは報告したがために報復を受けることもある。こうした状況によって、人びとは尊厳、敬意のほか、各自の生活・環境に対するコントロール感を奪われてしまう。したがって、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進するには、法的保護が不可欠となる。

法的保護とは、リスクにさらされた人びと（第1章を参照）への特別な保護対策のほか、あらゆる人びとが享有する権利を明確に示した国際人道・人権法を適用することをさす。国際法下では、各国家は自国領土にある人びとを保護する第一義的な責任を負っている。そのため、国内の制定法・慣習法が国際法の規準と一致していれば、その国内法を法的保護の根拠として用いるべきである。国内法に基づく保護が弱い場合や実行不可能な場合には、確立されている各国際的な規準を、災害・紛争時等において国際社会が遵守すべき最低適用基準と考え、それにしたがって法的保護を提供するように取り組まなければならない。法的保護活動は、災害・紛争等の最初期段階から開始しなければならず、関係者は、当該活動に要求される感受性と、関連するリスクと利益を慎重に比較検討する必要性を理解しておかなければならない。

国際人道法/人権法、および人道活動に対する心理社会的アプローチのいずれにとっても、安全、尊厳および完全性がその基本概念となる。法的保護とは、人びとを危害から保護し、尊厳・自尊心・安全性の意識を促進し、各活動の社会的な責任および説明責任を強化することをもって、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進しようとするものである。しかしながら、法的保護の取り組みは、心理社会的配慮を無視した場合には有害となってしまうこともある。例えば、拷問や性暴力などの犯罪被害者は、法的手続の結果、自責の念を感じたり、スティグマを感じたりすることがしばしばある。法的保護の実施は、心理社会的ウェルビーイングが高まるような形で行うことが重要である。

法的保護を実現するには、現場・国・コミュニティ・国際レベルでの協力が必要となる。こうした協力的アプローチにおいては、各種様々な従事者が極めて重要な役割を担う。法的保護活動の大半は専門家の作業となるが、人道支援のあらゆる従事者が適切な法的保護を支援する責任を有している。

主な活動

1. 保護上の主な脅威および既存の保護の仕組みの状況（特に、ハイリスクな状態にある人びとについて）を特定する。

- ハイリスクな状態にある人びと（第1章を参照）とともに参加型のアセスメント（アクションシート 2.1 を参照）を行い、次の項目を特定する：主な保護上のリスク、リスクの防止・対処に対する人びとの技能および能力、コミュニティの保護の仕組みへのアクセス可能性、コミュニティの保護の仕組みによる各種集団に対する保護の能力、追加すべき支援（アクションシート 3.2）。
- リスクおよび有益性を分析してアセスメントを行うことによる人びとへの潜在的有害性を検討する。

2. 文化的に適切なコミュニケーション法を用いて、自身の法的権利意識を高め、可能な限り安全な形での権利を主張できるようにする（アクションシート 8.1 を参照）。

活動としては、次のようなものが挙げられる。

- コミュニティのリーダーおよび適切なコミュニティ当局（弁護士、避難所のリーダー、警察など）と協力して、コミュニティの人びとを動かし、法的権利と、その権利を安全に達成する方法に関して人びとに教育を行う。優先事項となるのは、人道支援を受ける権利、リスクにある集団の特別保護、報告の仕組み、それらの潜在的リスクなどである。活動として挙げられるのは、以下のとおりである。
 - 社会的に受け入れられる形（すなわち、年齢・ジェンダーによる役割や、適切なコミュニケーション・ツールを考慮すること）によって、権利に関するグループ対話の場を設ける。
 - 食料配給場所、診療所、学校などといった公的な場所で、年齢・ジェンダーの観点から適切な情報を提供する。
- 法的仕組みの利用をすすめることにより人道的なサービス・物品を利用できるように

して、自由かつ安全にサービス・物品を利用する権利の侵害に関する苦情申し立てのシステムを整備する。

3. 法的規準の侵害に対するモニタリング、報告、行動に関しての各仕組みを支援する。

- 人権侵害を報告するのに適切な時期および方法を特定する。警察などの公的機関が適切な報告の場となる場合がある一方で、警察に報告することにより有害性のリスクが生じ得る場合もあることを認識する。
- 人道支援者は、人道支援へのアクセスといった権利の拒絶事例があれば、適切な団体（人権委員会、保護クラスターなど）に報告して、実行可能な行動を特定する際にその団体の支援を求めること。
- 情報を共有する場合には、守秘義務を遵守し、報復またはスティグマを付するリスクを最小限に抑えること。
- 国内外の仕組み（例えば、武力衝突の影響を受けた子どもに関する安保理決議第1612号など）の利用が適切である場合もある。

4. 国際法、国際規準に則した国内法・慣習法の遵守をアドボケートする。

活動としては、次のようなものが挙げられる。

- リスクにさらされた人びとを保護する国内外の法的枠組み（[アクションシート 4.2 を参照](#)）に関する情報を特定し、発信する。
- 不法監禁、ノン・ルフルマンの原則への抵触行為、性暴力、子どもの徴用といった特定の虐待行為を終結するよう公的な教育キャンペーンに参加したり、その支援を行ったりする。
- 警察、司法職員、軍事スタッフなどとの能力育成への取り組みなどを通じて、国やコミュニティの法制度が十分な法的保護を提供できるように推進する。
- 被災者の社会的地位を低下させてしまいかねない有事の不適切な対応（災害・紛争時等の養子縁組、弱者の施設収容、子ども・女性の人身取引など）を防ぐよう、法的アドボカシーを行う。

5. 心理社会的ウェルビーイング、尊厳、敬意が高まるような形で法的保護を実施する。

実施手順としては、下記などがある。

- 人権侵害を報告することを決め、保護や救済を求めている被害者が、その行動の意味

合いや結果を完全に把握してインフォームド・コンセントに基づき実施できるよう、支援を提供する。

- 特定の被害者（特に、その被害者の経験が社会的スティグマをもたらすような場合）への注意を喚起し、疎外されないようにする。
- 免責を廃して加害者にその行為の説明責任を負わせるような仕組みを特定し、支援する。司法的処罰によって、必ずしもコミュニティレベルの回復につながらないことや、国際的な法的基準に則した、寛容と融和へとつながるコミュニティに根ざした修復的司法（例えば、子どもやその他負傷兵の無事解放、行方追跡・引き合わせ、復帰プロセスの第一段階の促進など）を意識する。
- 司法関係の従事者 – 例えば、弁護士、裁判官、弁護士補助員、法廷弁護士 – に、それぞれの活動が心理社会的ウェルビーイングに与える作用についてオリエンテーションを行う。主な内容としては、次のようなものが挙げられる。
 - 司法手続により被害者が受けうる心理社会的ウェルビーイングへの好ましい、そして悪い影響。安全性、尊厳および完全性を促進するアプローチに重点を置く。
 - 目撃者、被害者に対する慎重かつ適切な面接技術。年齢、ジェンダー、および目撃者・被害者の心理社会的影響を考慮に入れる。
 - 被害者の安全性・ウェルビーイングを守るうえでの守秘義務の重要性（すなわち、情報の保管と管理、法廷の非公開など）。
 - 各種集団の心理社会的ウェルビーイングに関連する主な法的保護問題の重要性。
- 主な内容としては、次のようなものが挙げられる。
 - 行方不明者の安否を判断するための法的プロセス。悲嘆のプロセスにとって特に重要となる。
 - 説明責任に関する慣習法上のプロセスを守るようにする。それらのプロセスは、武装勢力に徴用された子どもに対するコミュニティの受け入れにとって不可欠となる場合がある。
 - 相続権、土地権がどのような形で寡婦・子どもにとって必須の経済的支援となり、自立とレジリエンスを促進するのか。
 - 重い精神障害をもつ人を司法システムから適切な社会および保健ケアサービスへ移す。
- 守秘義務、尊厳、完全性が守られ、ストレスを増さないような形で、アドボカシーを行う。被害者の顔の一般公開は、たとえ人道的取り組みに関する情報を周知するため

であっても、不名誉なものとなりかねない。圧倒的かつ明らかな苦痛な場面の画像・映像、または被害者の被害意識を強めてしまうような画像・映像は避ける（アクションシート 8.1 を参照）。

6. 心理社会的支援サービスと法的保護サービスを相補的な形で提供する。

有用な手順としては、次のようなものがある。

- 目撃者や、人権侵害の報告または法的救済の請求を望んでいる者について、適切な心理社会的支援を見出す。
- 司法的プロセスおよびそれに伴うプロセス（すなわち、医学的検査、検死のための発掘、死亡確認など）を通じた被害者への支援法について、社会的支援の従事者のオリエンテーションを行う。
- 目撃者、被告その他法的プロセスの関係者について、支援グループおよび託児ケアの選択肢を準備する。
- 必要に応じて、精神保健・心理社会の専門的な支援・サービスへの紹介方法を特定する。
- 心理社会的サービス・精神保健ケアサービス内で対応された者に関し、法的保護へ紹介するニーズが存在することを認識する。例えば、性暴力の被害者は、医療的・心理社会的支援を受けることがよくあるが、危険な状態が継続している、または危険に感じ続けていることもあり、加害者が処罰されて初めて完全な回復が可能となる場合もある。
- 精神保健・心理社会的支援に関するオリエンテーションや研修に、法的保護に関する必須情報を盛り込み（第 4.1 条を参照）、従事者が、適切な紹介を含め、すべきこと、すべきでないことを、法的保護を必要としている人びとと対面したときに、把握できるようにする。

主な参考資料

ガイドラインおよびマニュアル

1. ActionAid (2001). Learning About Rights – Module three: law and rights in emergencies. <http://www.reliefweb.int/library/library/actionaid-rights-2001.htm>
2. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2005). Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Emergencies. www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm
3. IRIN (2006). Justice for a Lawless World: Rights and Reconciliation in a New Era of International Law (Parts I and II).

<http://www.irinnews.org/webspecials/RightsAndReconciliation/default.asp>

4. Keeping Children Safe (2006). ‘Setting the international standards for child protection’. <http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>

5. UNICEF (2003). Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations. http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf

人権モニタリングおよび活動団体

Amnesty International <http://www.amnesty.org>

Human Rights Watch <http://www.hrw.org>

Inter-American Commission on Human Rights <http://www.cidh.org/DefaultE.htm>

重要な国際的な法的資料

重要な法的資料の一覧については、Action Sheet 3.1. 参照

プロセス指標の例

- 主な法的保護上の不足項目を特定し、それらに適切に対処するための行動計画を策定すること。
- 心理社会・精神保健に関する法的保護従事者へのオリエンテーション / 研修に、法的保護、心理社会的ウェルビーイングおよびこれらふたつの関連性に関する情報を盛り込むこと。
- 人権侵害の被害者が、熟練した法的保護従事者および精神保健・心理社会的支援の担当者より、補足的支援を受ける。

例: コンゴ民主共和国

- 南部および北部キブ州では、依然として性暴力が広まっており、被害者は家族やコミュニティから拒絶されることがしばしばである。
- 被害者に心理社会的支援を提供している国際・コミュニティの NGO が、人権組織と緊密に連携して、事件の種類、件数に関する情報を共有し、性暴力の心理社会的影響、女性の権利、性暴力事件の説明責任の必要性に関してコミュニティに啓発を行っている。
- 心理ワーカーが守秘義務やインフォームド・コンセントの遵守、支持的な方法での質問を確実にできるようにするなかで、被害者とコミュニティは、安全で適切な形で事件を報告するよう呼びかけられている。
- 全国的には、被害者の保護を向上すべく各機関が共に性暴力関連の法律改正を訴えている。

スタッフを同定し採用するとともに、コミュニティの文化を理解しているボランティアと協力する。

作業役割： 人的資源

段階： 最低必須対応

背景

国際スタッフ、ボランティアは、被災した国の人びとは異なるコミュニティ的・経済的・文化的環境の出身者であり、考えや価値観が異なることもある。一方で、こうしたスタッフ、ボランティアには、コミュニティの文化、価値観を尊重し、コミュニティの状況に合わせて各自の技能を適応させる能力が備わっていないといけない。専門的能力に欠けていたり、緊急支援活動において起こりがちなストレスに対処できないような人道支援者が押し寄せると、被災した人びとのストレスが増す可能性がある。現地のスタッフとボランティアは、コミュニティの文化や伝統に十分精通しているかもしれないが、都市部と地方の人びとの間や民族グループ間に見られるような、大きな社会文化的差異が存在しているかもしれない。

People in Aid (ピープル・イン・エイド) の支援従事者のマネージメントと支援に関する行動規範 (Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel) には、人道・開発機関に従事するスタッフのマネージメントおよび支援について、全般的な指針が記載されている。この行動規範で述べられているように、採用の目標は、適材 (スタッフ、ボランティア)、適所、適時を達成することである。多くの災害・紛争等において、これは大きな課題であり、現地スタッフをめぐって競争が見られることがよくある。下記の主な活動には、危機状態にある災害・紛争時等に被災した人びとの精神保健とウェルビーイングを守り、高めるように、従事者の採用に関連する具体的な指針を示した。

主な活動

1. 採用には、知識と責任あるスタッフを任命する。

当該スタッフは、下記のような人物であること。

- 人事管理の研修を受けている (People in Aid の行動規範に準拠)。
- 人道支援活動に予想されるストレスおよびそれらを緩和するために必要な方針、実践をよく知っている ([アクションシート 4.4](#) を参照)。

- ハイリスク・ハイレベル下の任務における健康上・精神保健上の最低要件 (その組織、もしくは類似機関における経験に基づいたもの) を理解している。
- 状況に応じて、民族、人種、国民としてのアイデンティティに基づく紛争の可能性を把握している。

2. 採用・選定の原則を適用する。

選定プロセスは、最も適切かつ有能なスタッフが指名されるよう、公正、透明で一貫性を持ったものでなければならない。

- スタッフ、ボランティアの採用・選定方法を詳記した採用手順書に従う。
- 可能な限り広範に適格な候補者を募るようにする。
- コミュニティ組織から国際組織への「頭脳流出」を減らす。国際機関は、a)
- 大量のスタッフを雇い入れる必要性を減らすために、必須の救援活動を実施する際にはコミュニティの機関と協力し、b) すでに現地で活動している組織から現地スタッフを流出させてしまうような法外な高賃金を提供しないようにすること。
- 適切に文書で記録を残し、採用・不採用の別にかかわらず候補者に通知を行う。求めに応じて、フィードバックを候補者に提供すること。

3. 採用プロセスにおいてジェンダーのバランスをとり、主要な文化・民族グループの代表者を取り入れる。

精神保健・心理社会的支援プログラムには、コミュニティの意見を取り入れることとコミュニティの参加が必要となる。コミュニティにおける男女のニーズは異なっている場合が多い。これらの差異をアセスメントするには、通常、同性の従事者による、個別の面接を行う必要がある。これによって、ジェンダー別および個別の問題を、より率直に話し合うことができるようになる。同様に、主要な文化・民族グループから代表者を採用することによっても、そのグループからの意見の取り入れや参加が促進されることとなる。

4. ボランティア活動の条件を設ける。

ボランティアと協力して心理社会的支援を提供する各組織は、期待されるボランティアの役割を明確に示すこと。同様に、ボランティアの採用、資格、研修、指導、マネージメント、支援に関しても、方針を明らかにすること。可能な限り、ボランティアの採

用および支援は、ボランティアのマネジメント経験を持つ組織が行うこと。

5. 国内外のスタッフ（短期のコンサルタント、通訳・翻訳者、インターン、ボランティアを含む）を採用する際には、推薦者および専門資格を確認する。

- 推薦者に問い合わせ、下記を確認する。
- 候補者の長所・短所
- 候補者がストレスの高い状況に耐え得るかどうか
- 候補者の提出した情報が正直なものかどうか
- 候補者が現地の文化に順応し、これを尊重することができるかどうか
- 候補者に何らかの児童虐待の記録（特に、子どもとの接触がある活動への採用に関する場合）がないかどうか
- 専門家の採用の際に、公的資格（必要に応じて、専門教育の修了証明、専門組織の会員資格）を確認する。
- 時間があれば、犯罪履歴を確認する。下記に留意すること。
- 政治的に抑圧されている状況では、犯罪を犯していないにもかかわらず逮捕歴が付けられている場合がある。
- 何らかの暴力犯罪の履歴がある者は採用しない。

元兵士の場合は、その社会復帰促進を目的として、意図的に例外とすることもできる。

6. コミュニティの文化および適切な行動様式に精通し、見識を持っているスタッフを採用するようにする。

臨床的または対人的な心理社会的支援の作業は主に、現地語を話し、災害・紛争等への社会的・文化的対応を完全に把握しているコミュニティスタッフが実施すること。

7. 国外の精神保健専門家個人（機関に所属していない者）からの支援の申し出については、入念な評価を行う。

良心から行動しようとする国外の精神保健専門家（組織に所属していない者）

については、下記基準に適合していない限り、被害コミュニティに派遣しないようにすること。

- 過去に災害・紛争時等に活動したことがある。
- 過去に自身の社会文化的環境外で活動したことがある。

- 本ガイドラインで取り上げている介入の一部に関して、基本的な能力がある。
- コミュニティー心理学または公衆衛生原則のいずれかに関する理解を有している。
- 国内組織または有力な国際組織から、当該国で活動するための招聘状を得ている。
- 災害・紛争等コミュニティ内で持続的に活動を続ける可能性が高い組織で働くために招聘されている。
- 介入を自ら実施すること（例えば、臨床活動など）に活動の重点を置かず、現地スタッフによる介入および支援の実施に向けてプログラム全般への支援（現地スタッフへの技術移転を含む）を提供する。

主な参考資料

1. Antares Foundation (2005). Managing Stress in Humanitarian Workers: Guidelines for Good Practice. <http://www.antaresfoundation.org/download/Managing%20Stress%20in%20Humanitarian%20Aid%20Workers%20-%20Guidelines%20for%20Good%20Practice.pdf>
2. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Action Sheet 4.1: Recruit staff in a manner that will discourage sexual exploitation and abuse, pp.50-52. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf.
3. IFRC (1999). Volunteering Policy: Implementation Guide. Geneva: IFRC. http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubsvol.pl?volpol_impl.pdf
4. Oxfam (2004). Recruitment in Humanitarian Work. http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm
5. People in Aid (2003). Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. <http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf>

スタッフの行動規範および倫理指針を実施する。

作業役割: 人的資源

段階: 最低必須対応

プロセス指標の一例

- 各組織は、採用手続、採用条件に関する手順を記載した人事方針文書を適用すること。
- 各組織は、男女、少数グループの観点から見て、バランスのとれた採用にすること。
- 各機関は、上述の主要な基準を満たさない国外の精神保健専門家による支援の申し出を断ること。
- 臨床的または対人的な心理社会的支援の作業は主に、コミュニティの文化に精通した国内のスタッフが行うこと。

例: 2005年、スリランカ

- 2004年12月の津波の後、多国からの赤十字社、赤新月社が、スリランカ赤十字社とともに、コミュニティのボランティアを幅広く活用して協力し合った。
- 各国の赤十字社/赤新月社が協力して、スリランカ赤十字社のために共通の心理社会的支援フレームワークを開発した。
- この運動に携わるすべての関連スタッフ、ボランティアが、類似の各原則に基づいて研修（文化的な資源を通してコミュニティ支援を行うことに関する研修など）を受けた。スタッフおよびボランティアの採用・研修に投資したことにより、現在、同国では、コミュニティに密着した心理社会的活動のプラス効果に対する理解度が高い。

背景

災害・紛争時等には、基本的ニーズを満たすために、大多数の人びとが人道支援者に依存することになる。この依存関係が、保護的システム（例えば、家族ネットワークなど）の分断、崩壊と相まって、サービスの提供者側と受け手側との本質的力関係の不均衡を招く一因となる。ゆえに、被災した人びとに対する虐待や搾取の可能性が高まり、それと同時に、そうした虐待の発見・報告は減少する傾向にある。権力の乱用や介入の想定外の結果によって、人道支援者が害を与えうることについて、あらゆる人道支援機関が明確な認識を持ち、考慮し、対処していかなければならない。

問題が生じる可能性を減らすためには、人道支援者が、スタッフの行動に関する合意を得た規準、とりわけ性的搾取と性的虐待への特別措置に関する事務総長告示 Secretary-General's Bulletin on Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse を順守する必要がある。この事務総長告示は、全国連職員（個別に管轄されている組織、プログラムを含む）、平和維持スタッフ、国連と協力協定を結ぶあらゆる組織の職員に対して適用されるものである。ドナーは、そうした対策措置を施行するよう、支援組織への要求を一層増している。

また、災害支援における国際赤十字・赤新月運動およびNGOの人道支援の行動規範 (Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief) にも、人道NGOや国際赤十字・赤新月運動が目指している独立性、効果、インパクトを高めるためのアプローチや行動規範の概要が述べられている。2007年の時点で、この行動規範には405の組織が合意している。

従事者に求められる行動の指針となる倫理規範は、セクターごとに、より幅広い事項について合意し、明らかにし、施行しなければならない。あらゆる介入に関し、意図していないにもかかわらず実際の場面で害を与えてしまう可能性は、当初より検討や考慮していかなければならない。その最たる例が、データ収集である。データ収集は、効果的なサービスの設計、開発にとって欠かすことができないものであるが、個人およびコミュニティに対する利益とリスクを入念に考慮することが必要である。期待を煽らない

方法、有害性を最小限に抑える方法、インフォームド・コンセントを得る方法、秘匿データの取り扱い・保管方法、ハイリスクな状態にある人びと（子ども、青年など）を担当する際の追加的安全対策に関する検討は、いずれのアセスメント、モニタリング、研究においても必須かつ最低限の第一段階である。

行動規範や合意倫理規範を設けただけでは、虐待や搾取は防止されない。責任を全うするには、あらゆるスタッフおよびコミュニティにその規範が周知され、その妥当性と適用が理解される必要がある。「内部告発者」を支援、保護し、かつ、孤立し、脆弱性の最も高い（ゆえに、虐待のリスクが最も高い場合が多い）人びとが懸念をもっている事柄を内密に報告する際に利用でき、信頼できる苦情処理の仕組みを支持、保護するような、組織文化が存在していなければならない。

また、調査手順を設け、慎重かつ厳密な方法で調査を行うための研修を受けたスタッフを配置する必要もある。法的措置をとるのに安全かつ適切な時期を助言し、かつ、加害容疑者に対して法的措置をとる人を支援するようなシステムについても、整備の必要がある。各システムは、全体を通じて、その事件に関係がある人びと全て（被害者、原告、目撃者、調査者、その申し立ての対象者、加害容疑者）の安全上・保護上のニーズを考慮することが必要である。

主な活動

1. 広く受け入れられている人道支援者の行動基準をまとめた行動規範を各組織内に策定する。

2. 明確な行動規範、倫理指針に基づき、合意されている最低限求められる行動基準を、すべての人道支援者（現行・新規採用の従事者両方）に周知し、定期的に注意喚起する。

これは、あらゆる従事者、国内外のスタッフ、ボランティア、コンサルタント、被災者からの採用者に対して適用される。従事者のもつ責任を周知するに、書面だけではなく、理解を確実にして従事者に質問の機会を与えるような直接的な対話を通じて行うこと。

3. 単に行動規範を設定するだけでなく、確実に遵守されるように、各関係機関間の合意形成の仕組み（例えば、国連事務総長により提案されているフォーカル・ポ

イント・ネットワークなど）を設ける。

この仕組みは、下記の要件を備えること。

- 個々のシステムの機能を向上させるように、情報および教訓を共有する。
- 行動規範に関する情報を合同で各コミュニティに発信する。
- 性的搾取・虐待を防止し、これに対処すべく、他の活動（スタッフの研修、モニタリングの仕組み、調査手続など）との連携・調整を行う。
- 様々な各種組織のスタッフに関与する違反行為に対する疑惑が生じた場合、または、その人や組織を即時に特定できない場合に、適切に対処するシステムを設ける。

4. 下記項目を満たしたアクセスしやすく安全で信頼のおける苦情処理の仕組みを設ける。

- 守秘義務を遵守していることを示す。
- 年齢、ジェンダー、文化に対して、細やかな配慮をする。
- 被害者の安全性およびウェルビーイングに最大限の配慮をする。
- 犠牲者/被害者を、適切な機密サービス（医療サービス、法律サービス、心理社会的支援など）に紹介する。
- 被害届を出した人の秘密を保持する。

5. 各規範、倫理指針、および秘匿下に懸念を指摘する方法とその相談先をコミュニティに周知する。

6. 懸念が指摘されたら直ちに報告しなければならないという理解をスタッフ間で徹底させる。

上記のスタッフの義務は、違反行為の可能性を報告することであり、容疑の調査ではない。

7. IASC Model Complaints and Investigations Procedures（主な参考資料欄を参照）などの合意を得たスタンダードに準拠した調査手順を用いる。

8. 行動規範や倫理指針に違反したことが確認されたスタッフには、適切な懲戒処分をとる。

9. 容疑者の行動がホスト国またはその加害容疑者の母国において犯罪行為に当た
る場合には、対応についての合意を形成しておく。

この場合、公正・人道的な手続が見込めそうにない事例を除き、法的手続を危うくす
るような管理措置は取らないことが最低限要求される。

10. 以後の照会 / 採用の際の確認を効果的にするため、行動規範への違反が判明し
た従事者の文書記録を保存する。

主な参考資料

1. Horizons, Population Council, Impact, Family Health International (2005). Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings. www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf
2. IASC (2004). Model Complaints Referral Form (Sexual Exploitation and Abuse). <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001187>
3. IASC (2004). Model Information Sheet for Communities. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186>
4. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Focal Points on Sexual Exploitation and Abuse. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185>
5. IASC (2004). Terms of Reference for In-Country Networks on Sexual Exploitation and Abuse. <http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184>
6. International Council of Voluntary Agencies (forthcoming). Building Safer Organisations. Geneva: ICVA.
7. IFRC, Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief. www.ifrc.org/PUBLICAT/conduct/code.asp
8. Keeping Children Safe (2006). 'Setting the international standards for child protection'. <http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
9. United Nations (2003). Secretary-General's Bulletin: Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse (ST/SGB/2003/13). <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/SGBulletin.pdf>
10. United Nations (2004). Special Measures for Protection from Sexual Exploitation and Sexual Abuse: Report of the Secretary-General (A/58/777). <http://www.un.org/Docs/Journal/asp/ws.asp?m=A/58/777>

プロセス指標の一例

- 各組織は、最低限期待される言動に関する規準をすべてのスタッフに周知するシステムを整備すること。
- 人道支援活動者が従事しているコミュニティに対し、規準の周知と、違反の恐れがある際に懸念を安全に相談できる方法を伝えること。
- 各機関は、妥当な期間内に違反容疑の調査を行えるようスタッフに研修を受けさせ、人材を確保すること。

例: 2003年、ケニア

- カクマで活動する各機関が、すべての従事者に適用される共通の行動規範に合意した。
- コミュニティに対し、様々な方法（ビデオを含む）を通じて当該規範に関する情報が届けられた。
- 違反行為容疑の調査方法について、関係機関間で研修が実施された。

精神保健・心理社会的支援に関し、 支援者にオリエンテーションと研修を実施する。

作業役割： 人的資源

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争時等の精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) の提供において、国内外の支援従事者は重要な役割を担っている。MHPSS の提供準備を整えるには、全従事者に必要な知識と技能が備わっていることが求められる。研修は、従事者が、ニーズアセスメントにおいて優先事項と特定された事柄に対して緊急対応をできるようなものでなければならない (アクションシート 1.1 および 2.1 を参照)。

研修内容は、いずれの災害・紛争等の場合でもある程度共通の内容が含まれるが、それぞれの状況における文化、事情、ニーズ、能力に合わせて修正されなくてはならず、ある災害・紛争時の研修内容を別の場面へ自動的に転用することはできない。研修参加者および学習の形態・内容・方法に関する判断は、その災害・紛争等の状況および従事者の能力に応じて異なる。適切な態度や意欲がなく、適切でない考えをもって研修を受けている従事者は、支援対象者に対し害を与えかねない。

短期のオリエンテーションや研修の各セミナー、その後の継続的な支援・指導を通して最低限必要な内容についての指導を行うこともできる。セミナーでは、実践面の指導を強調し、緊急対応に必要な最低限の技能、知識、倫理、指針を重点的に取り上げなければならない。セミナーは、参加型で、コミュニティの文化・事情にあわせたものでなければならない。参加者が学習者にも教育者にもなるような学習形態を用いなければならない。

主な活動

1. 戦略的、包括的、タイムリーかつ現実的な研修計画を準備する。

MHPSS に携わるすべてのパートナー組織が当該計画を作らなければならない。計画は、パートナー間で連携・調整、統合を図り、問題・資源の全体的な迅速評価により定められた指針に準拠させること (アクションシート 1.1 および 2.1 を参照)。

2. 有能で意欲的な研修指導者を選定する。

必要な知識および技能を備えている場合、被災したコミュニティに関する経験 / 知識を有している現地の研修指導者または共同研修指導者が望ましい。重要な研修指導者の選定基準には、次のようなものがある。

- 文化に対する感受性、およびコミュニティの文化的態度・習わしやソーシャルサポートシステムに関する基本的知識。
- 情緒的安定性。
- MHPSS の緊急対応に関する十分な知識。統合的・協力的な対応の価値を理解していることなど。
- 過去の災害・紛争等における心理社会的支援提供に関する実地経験。
- 直接的かつ実地的な MHPSS 介入につながる十分な指導知識。

3. 学習内容を直接的かつ実際に応用できるような学習方法を用いる。

- 積極的に受講者を参加させるような参加型の指導スタイル (例えば、ロールプレイ、対話、ドラマ的手法、グループ問題解決など) を用いる。
- 参加者が学習者にも教育者にもなるような学習形態を用いる。
- 参加者に現地で用いられている言語による研修を行い、これが無理な場合には通訳・翻訳をいれる。
- コミュニティの事情に応じた視聴覚資料 / 参考資料 (例えば、電気がない場合にはパワー・ポイントによるプレゼンテーションは避けるなど) を使用する。
- 理論的学習や初期の技能練習 (例えば、ロールプレイなどの指導技法) には教室を使用する。
- 実践的な実地研修を用いて、災害・紛争等の影響を受けた現場または似たような場所にて実技訓練を行う。
- 具体的な運用指針が記載されたマニュアルなど、参考資料 (入手可能な場合) を使いやす言語で配布する。
- 教訓を得るため、研修の直後の評価を (研修指導者、研修受講者、支援対象集団により) 行う。

4. 研修受講者の学習ニーズに合わせて、適切な学習形態を用いる。

短期のオリエンテーション・セミナー (半日または終日のセミナー) では、各対応レベルに従事する全員に対し、心理社会上のニーズ、問題、利用可能な資源にかかわる、

基本的で必須かつ直接役立つ知識および技能を提供すること。オリエンテーション・セミナーは、できれば従事者が活動を開始する前に組織すること。

あらゆるセクター（とりわけ、社会的サービス、保健、教育、保護、緊急対応の各部門）のすべての従事者が参加者となりうる。そのなかには、人道支援組織や政府からの有給・無給、国内・国外の従事者が含まれる。状況によっては、選任・任意による男性・女性・青年のコミュニティリーダー（一族・宗教・部族・民族のグループ・リーダーを含む）をオリエンテーション・セミナーに含めることができる。

研修・セミナー 専門的な MHPSS（第1章、図1のピラミッド図の上位二層を参照）の従事者の場合には、さらに広範な知識と技能を獲得することがすすめられる。

- 研修・セミナーの長さおよび内容は、研修受講者のニーズおよび能力によって異なる。経験不足のスタッフには、より長い期間の研修が必要となる。
- セミナーのタイミングは、緊急対応の提供を阻害しないようにしなければならない。
- (a) スタッフが長期間にわたり職務から離れなくてよいようにして、(b) スタッフが研修・セッションの間に技能を訓練することができるようになることから、短期的、連続的、かつ追加的な学習モジュールを用いることがすすめられる。各短期モジュールは、数時間または数日間（状況による）内に終わらせ、これに続いて支援・指導のもと実地訓練を行い、その後、数日間または数週間のうちに次のモジュールを始める。
- 研修・セミナーの後には必ず、実地の支援・指導を伴うフォローアップを行うこと（下記の主な行動7を参照）。

5. 予想される緊急対応に直接関連したオリエンテーションおよび研修・セミナーの内容を準備する。

短期のオリエンテーション・セミナーの内容としては、次のようなものが挙げられる。

- 安全性・治安の手順のレビュー。
- 業務関連の問題への対処方法（アクションシート4.4を参照）。
- 行動規範その他の倫理的考慮事項（アクションシート4.2を参照）。
- 人権、および権利に基づいた人道支援アプローチ。（スフィア・プロジェクト Sphere Project の人道憲章 (Humanitarian Charter) およびアクションシート3.1を参照）。
- エンパワーメントの重要性、コミュニティ住民の救援活動への参加の重要性（アクションシート5.1を参照）。

- 対象とする人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングに対する災害・紛争等の影響に関する基本的知識（第1章を参照）。
- 心理的応急処置 (PFA) の技術（アクションシート6.1を参照）。
- 過去の災害・紛争等から得た教訓を用いた、被災者の尊厳を高める方法。
- 社会文化的・歴史的背景に関する知識。これには、以下のものなどがある。
- 当該災害・紛争および被災者の世界観に関する基本的知識。
- 文化的態度、実践、社会組織システムのほか、伝統的な習わし・儀式・対処方法の効果・有害性の両面に関する基本的情報。
- コミュニティ文化から反感を買う可能性のある従事者の言動に関する基本的情報。
- 利用可能な紹介先（行方追跡、保健ケアサービス、保護サービス、従来からのコミュニティの支援体制、法律サービスなど）に関する知識。
- 関連機関間の連携・調整への参加方法・場所に関する情報。

研修セミナーの内容としては、次のようなものが挙げられる。

- オリエンテーション・セミナーで取り上げられた全情報。
- 災害・紛争時等の個人、家族、コミュニティに対する心理社会セクター・精神保健セクターのアセスメント技法。
- 迅速に指導することができる心理社会セクター・精神保健セクターの緊急対応技法。これは、研修受講者の既存の能力・状況・文化に基づいたものであり、かつ、当該の状況のなかで有効であることが知られているもの。
- (a) 最低必須対応の一環であり、かつ、(b) アセスメントを通じて必要と特定された介入の実施に必要な知識および技能（アクションシート2.1を参照）。これは、下記の者の研修に適用される。
 - 保健従事者（アクションシート5.4、6.1、6.2、6.3、6.4、6.5を参照）。
 - 保護従事者（アクションシート3.2、3.3、5.4を参照）。
 - 公的/非公的なコミュニティワーカー（アクションシート5.1、5.2、5.3、5.4を参照）。
 - 教員（アクションシート7.1を参照）。

6. 研修に先立ち研修指導者を育成すべく、指導者研修 (Training of Trainers : ToT) プログラムを策定することを検討する。

ToT プログラムとは、十分な研修を提供できる将来の研修指導者を教育するものであ

る。短期のオリエンテーション・セミナーや研修・セミナーの研修指導者は、ToTを通じて育成することができる。優秀なToTプログラムであれば、大勢の人びとに対して情報を伝えられるよう研修指導者を育成することもできる。ただし、ToTは、入念に計画を立てたうえでのみ実施し、経験豊富で優れた技能を有し研修指導に精通した者が指導に当たらなければならない。準備不足のToT - とりわけ、(a) 過去に研修経験のない者を研修指導者として育成しようとする研修、または (b) 研修内容についてあまり経験がない者を研修指導者として育成しようとする研修 - は、失敗しがちであり、MHPSSの結果が失敗したり、害を与えるという結果になりかねない。ゆえに、ToTの後には、研修が的確でありかつ支援対応の質が高まるよう、将来の研修指導者およびその研修受講者に対しフォローアップ支援を提供すること。

7. いずれの研修後も、状況に応じて適切に、あらゆる研修受講者のモニタリング、支援、フィードバック、スーパービジョンに関するフォローアップ・システムを設ける。

研修を確実に適切に実行するうえで、スーパービジョンは重要である。研修の多くは、フォローアップが不足しているために失敗する。あらゆる研修・セミナーの後には、継続的なモニタリングとフォローアップ研修、実地支援、フィードバックまたはスーパービジョンを行うこと。これらのフォローアップ活動は、研修の開始に先立ち適切な計画を立てておくこと。フォローアップは、研修指導者か、またはその代わりに経験豊富な専門家、十分な研修を受けた同僚、同僚間の協同ネットワーク、関連専門団体（利用可能な場合）が提供できる。とりわけ、新人の実地スタッフには綿密なスーパービジョンが不可欠である。

8. 教訓を確認し、パートナーと共有し、将来の対応を強化するように、オリエンテーションおよび研修を文書に記録し、評価を行う。

主な参考資料

1. Baron N. (2006). 'The "TOT" : A global approach for the Training of Trainers for psychosocial and mental health interventions in countries affected by war, violence and natural disasters' . Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 4, 109-126. <http://www.interventionjournal.com/index1.html>
2. Jensen S.B. and Baron N. (2003). 'Training programs for building competence in early intervention skills' . In: Reconstructing Early Intervention After Trauma. Editors: Ørner R. and Schnyder U. Oxford: Oxford University Press. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. Psychosocial Working Group (2006). CD of training manuals from numerous organisations. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
4. Sphere Project (2004). The Humanitarian Charter. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. Van der Veer G. (2006). 'Training trainers for counsellors and psychosocial workers in areas of armed conflict: some basic principles' . Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 4, 97-108. <http://www.interventionjournal.com/index1.html>
6. Weine S. et al. (2002). Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings. http://www.who.int/mental_health/resources/training_guidelines_for_trauma_interventions.pdf

プロセス指標の一例

- 研修・セミナーの内容をニーズのアセスメントに基づいたものにする。
- 全セクターの支援従事者が、精神保健・心理社会的支援に関する必須の実用的な知識・技能を提供する適切な短期オリエンテーション・セミナーに参加できるようにすること。
- 研修指導者は、関連活動に関して事前に知識および技能を有していること。
- 研修の後には実地の支援および指導を行うこと。

例：2005年、スリランカ

- 戦争の被災者に対する心理社会的支援を長く提供してきた経験豊富な現地 NGO が一時的に、津波被害者の支援作業に集中的に取り組んだ。
- 同 NGO は、実際の介入手法と合わせて、津波による精神保健上・心理社会上的問題を抱える人びとへよりよい支援が提供できるよう既存の心理社会実地スタッフに必須技能を指導する、短期かつ行動指向型のセミナーを行った。
- セミナー終了後、同 NGO の既存の毎週のスーパービジョン体制を通じてフォローアップが行われた。

スタッフ、ボランティアの精神保健・心理社会的
ウェルビーイング上の問題への予防、対処を行う。

作業役割： 人的資源

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争時等に従事するスタッフは、プレッシャーと治安上の困難な制約のなかで長時間の作業に当たることが多い。支援従事者の多くが、マネージメント面・組織面での支援不足を体験し、これを最大のストレス要因として報告する傾向がある。さらに、恐怖、危険、人びとの苦しみとの直面は、感情的に過酷であり、その国の出身であるかどうかを問わず、有給スタッフもボランティアも、精神健康上の影響を受ける可能性がある。

危機的状況下の仕事によって起こりうる心理社会的影響を緩和する支援を提供することは、極めて危険な状態にスタッフを配置している組織の道徳的義務であり、責任である。組織を効果的なものとするためには、管理者は、スタッフを健康な状態に保つ必要がある。スタッフの健康および組織の効率を維持するには、あらゆる就業の段階 - 災害・紛争時等を含む - において、また、あらゆる組織のレベルにおいて、スタッフ・ケアへの組織的・統合的アプローチが求められる。

本アクションシートにおける「スタッフ」の用語は、支援組織に属する有給・ボランティア、国内・国外の従事者（運転手、通訳・翻訳者を含む）をさしている。支援策は、国内外のスタッフを問わず、原則的に同じものにならなければならない。ただし、両者には一部、構造上の差異が存在する。

例えば、国内スタッフは災害・紛争コミュニティから採用されることが多く、極度のストレスを伴う出来事や環境に曝されてきた可能性が高い。また、それらのスタッフやその家族は、治安が悪化した場合であっても、避難活動に十分なアクセスを持つことが多い国外からの支援従事者に比べるとその災害・紛争コミュニティから退避できないことが多い。一方、国外からの従事者の場合には、普段の支援体制から離れていること、カルチャーショック、困難な生活環境への適応などが特有のストレス要因として挙げられる。こうした差異は、スタッフの支援システムのなかで見落とされたり、対処されることなく放置されたりする場合が多い。人道組織は、スタッフ支援の実施を向上させ、国内・国際双方のスタッフに対する支援活動のばらつきを減らすように取り組む必要が

ある。

主な活動

1. 個々の災害・紛争等に関してスタッフの健康を守り、促進すべく、具体的な計画を利用できるようにする。

- ・ 災害・紛争時等におけるスタッフの福利に関しては、ほとんどの機関が全般的な「方針」を設けているものの、各機関はさらに、個々の災害・紛争等について、先を見越したスタッフ支援の具体的「計画」も設けること。その計画内の各活動は、全体の緊急予算に組み入れ、また、以下に示す要点に則したものにすること。

2. その職務および災害・紛争等状況に合わせてスタッフの準備を整えること。

- ・ (a) 各自の職務（下記の主な行動4を参照）と (b) 現行の環境・治安状況および起こりうる将来の変化とに関し、国内外のスタッフに確実に情報が行き渡るようにする。コミュニティの社会文化的・歴史的背景に関する下記にあるような情報を国際スタッフに対し（また、適宜、国内スタッフに対しても）提供する。
 - ・ 当該災害・紛争、およびそれぞれに対する被災者の捉えかたに関する基本的知識。
 - ・ コミュニティの文化的態度、実践、社会構造のあり方に関する基本的情報。
 - ・ コミュニティの社会文化的背景からして害となりかねないスタッフの言動に関する基本的情報。
 - ・ 安全性および治安に関する十分な研修が確実にすべてのスタッフに行き渡るようにする。
 - ・ すべてのスタッフに対し、一連のストレス（心的外傷性ストレスを含むが、これに限ったことではない）の同定、ストレスへの対処方法、およびスタッフへの心理社会的支援に関する既存の方針に関して、確実に要点を伝える。
 - ・ 経験豊富な現場管理スタッフを確保する。

3. 健全な労働環境を促進する。

- ・ 休養と回復のための休暇（rest and recuperation：R&R）を設けるなど、組織としてのスタッフ支援方針を実施する。環境上、仕事以外の活動の機会が限られている場合には、R&Rの頻度を高める。
- ・ スタッフの宗教、文化を考慮のうえ、スタッフのために適切な食糧、衛生環境を確保

する。

- 従事者の頻繁なアルコール摂取など、過度であったり、不健康な生活習慣に対処する。
- 施設内で一定のプライバシーを保つことができるようにする（例えば、可能であれば、職場や生活スペースを個別に分けるなど）。
- 作業時間を定め、超過労働をモニタリングする。スタッフ間で仕事量の分担を図る。災害・紛争等の最初の数週間において毎日24時間の作業が不可欠な場合には、シフトごとに持ち回りでスタッフに担当させることを検討する。8時間シフトが望ましいが、それが無理な場合には、12時間以下のシフトにすること。災害・紛争等の間、12時間ごとのシフトは、1～2週間以内であれば許容されるが、その場合、通常の休暇に加え、約5日ごとに半日の休暇を加えると良いであろう。寒さや暑さの厳しい環境であるほど、または、ストレスの程度が高いほど、さらに休暇が必要となる。
- スタッフとその家族の間、またはスタッフと家族以外の既存の支援体制とのコミュニケーションをすすめる。

4. 業務上予想されるストレス要因に対処する。

- 業務記述書を明確で、最新のものとする。
- 目標および活動を定める。
- 求められる役割および業務内容をきちんと理解できたかをスタッフに確認する。
- 業務管理の流れと連絡方法を明確にする。
- 治安状況や、事態から起こりうるその他のストレス源を毎日評価する。
- スタッフの安全に関して十分な物資（防弾チョッキ、連絡用機器など）を確保する。
- 安全上のリスクを受け入れるかどうかの個人の決断に関し、スタッフ（国内・国際、部下・管理職）間で等しく評価する。国際スタッフに許されていない、または負いたがらないリスクを、国内スタッフが負うよう強要しない。
- 定期的にスタッフやチームの会議やブリーフィングを行う。
- 精神保健・心理社会的支援スタッフに関し、十分かつ文化的に配慮した技術指導（例えば、臨床的なスーパービジョンなど）を行う（[アクションシート 4.3](#)を参照）。
- チームワークを築き、国内・国際スタッフの格差を撤廃し、協働を促進し、チーム内の衝突やその他の問題に対処する。
- ロジスティックス（物流等）支援および物資の供給ラインを適切に確保する。
- 上級管理職にある者は、実地プロジェクトの視察を定期的に行う。

5. スタッフに対する保健ケア・心理社会的支援の利用可能性を確保する。

- 一部のスタッフに対し、全般的なストレス管理や基本的な心理的応急処置（PFA）（基本的なPFAの説明については、[アクションシート 6.1](#)を参照）など、ピア・サポートに関する研修を行う。
- 災害・紛争等コミュニティから退避できない国内スタッフに向け、文化的に適切な精神保健（精神医学を含む）心理社会的支援および身体的ケアを利用できるようにする。
- スタッフの切迫した精神医学的訴え（日常活動に影響を及ぼすような自殺したい気分・精神病・重症うつ病・急性不安反応、著しい感情コントロールの喪失など）に対して対処できる当座の専門家支援体制を確保しておく。この際、スタッフが精神保健支援の利用の判断にスティグマが影響を与えることを考慮し、支援体制を適宜調整する（例えば、国際スタッフは、支援を求めると帰国させられるのではと心配する場合がある）。
- スタッフに、予防薬（予防接種、抗マラリア薬など）、コンドーム、（妥当な場合には）曝露後の感染・発症等予防薬を提供し、よく見られる身体疾患についてはその治療薬が十分に手に入るようにする。
- 適切な医療研修を受けている者を被救助者の付き添いにするなど、医療のための避難（精神保健を含む）や医療機関への紹介手順について整備する。

6. 極度の出来事（惨事、心的外傷の可能性のある出来事）を経験または目撃したスタッフに支援を提供する。

- あらゆる惨事の被害者に対し、基本的な心理的応急処置（PFA）を直ちに提供できるようにする（基本的なPFAの説明については、[アクションシート 6.1](#)を参照）。PFAの一環として、被害者の基本的なニーズおよび懸念事項を評価し、それに対処する。被害者同士が自然に交流できるような機会は設けるべきではあるが、出来事について詳細に、そして無理やり説明させたり、他の被害者の経験について無理に共有させたり聞かせたりすべきでもない。既存の対処方法（成功例、失敗例）について、話し合いを行うこと。また、被害者は依存に対するリスクが高まっていることが往々にしてあるので、対処方法としてアルコールや薬物を利用しないようにはっきりと求めること。
- 適切なセルフケアに関する資料を提供できるようにする（文化的に適切な資料の作成に関する手引きについては、[アクションシート 8.2](#)を参照）。この資料には、ストレスのレベルにかかわらず、スタッフが支援を望んだ場合に備え、スタッフの福利担当者/

精神保健専門家の連絡先を記載すること。

- 被害者の急性のストレスが基本的機能を制限するほどに（あるいは、自身または他人にとって危険になると判断されるほどに）重度である場合には、その者は仕事を中止し、急性の心的外傷性ストレスに関するエビデンスに基づいた治療について研修を受けた精神保健専門家より、直ちにケアを受けなければならない。付き添いをつけて医療的避難をさせる必要がある場合もある。
- 惨事を経験したあらゆる国内・国際スタッフ（通訳・翻訳者、運転手、ボランティアなど）に対し、その出来事後の1ヶ月間ないし3ヶ月間、精神保健専門家によるフォローアップを行う。この専門家は、被害者の機能および感情の状態を評価し、長期にわたり回復しない重大な問題を呈した者については臨床的な治療へと紹介すること。

7. 活動 / 雇用の後にも支援を受けられるようにする。

- スタッフは、上級職員による技術的なブリーフィングおよび業務の評価を受けること。
- スタッフは、ストレスのレビューやアセスメントを含む、包括的な健康診断を受けること。
- スタッフ支援を求めに応じて利用できるようにすること。
- ストレスを理解し、それに対処できるようにする簡単な資料を提供すること。これには、精神保健専門家の一覧やピア・サポートの機会について、最新の情報を掲載すること。

主な参考資料

1. Action Without Borders/Idealist.org (2004). Website with resources on stress management for aid workers, managers and workers' families. <http://www.psychosocial.org>
2. Antares Foundation (2005). Managing Stress in Humanitarian Workers. Guidelines for Good Practice. Amsterdam: Antares Foundation. www.antaresfoundation.org
3. Headington Institute (2005). Various resources and free online training modules on understanding and coping with the stress associated with humanitarian work. <http://www.headington-institute.org>
4. McFarlane C. (2004). 'Adjustment of humanitarian aid workers'. Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. ISSN: 1174-4707, Volume 2004-1. <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm>
5. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide (Second edition). http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf (A potential limitation of this resource is that it was specifically developed for Western disaster settings. The guide describes an advanced form of psychological first aid because it was developed for use by previously trained mental health professionals.)
6. People in Aid (2003). Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. <http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf>.

プロセス指標の一例

- その組織は、災害・紛争時等のスタッフの健康を守り・促進するための予算化された計画を定めている。
- 惨事を経験した従事者が、心理的応急処置 (PFA) に迅速にアクセスできるようにすること。
- 惨事を経験した従事者に関し、その惨事後の1ヶ月間ないし3ヶ月間は、精神保健的問題がないかどうかを体系的にフォローアップし、必要に応じて適切な支援を手配すること。

例: 1999年、不特定国

- 国際 NGO のスタッフを巻き込む暴力的な人質事件の後、国内・国際スタッフに対して、活動上のブリーフィングと、必要に応じて国内外の医師、精神保健従事者より支援を受けられる方法・場所に関する情報が与えられた。
- 事件後の数日間中に、スタッフ・カウンセラーは、スタッフと最近の調子について話し合うために、2回のミーティングを開いた。重度の不安を呈する者に対しては、ケア（および医療のための避難）が組織された。
- 1ヶ月後、研修を受けたボランティアが、スタッフの健康を確認するため、すべての国内・国際スタッフと個別に連絡をとり、必要があった場合、支援を提供した。

あらゆるセクターでの緊急対応について、コミュニティそのものが活動し、主体的に関わり、管理できるような環境を整える。

作業役割： コミュニティの動員および支援

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争等対応のプロセスは、可能な限り、被災者が主体的に関わり、管理し、彼ら自身の独自の支援体制（コミュニティの行政組織を含む）を活用しなくてはならない。本ガイドラインにおける「コミュニティの動員」という言葉は、自分自身、そしてその将来に影響を与えるような話し合い、決定、行動全てにコミュニティの人びと（各集団、家族、親戚、同僚、近隣住民、その他利益を共有している者）を参加させようとするコミュニティ内外からの働きかけを意味する。人びとの参加が増すにつれ、希望は高まり、対処能力が向上し、自身の生活やコミュニティの再構築に積極的になるだろう。いずれの段階においても、救援活動は、参加を支援するとともに、コミュニティの人びとがすすで行っている自助活動に基づき、自助可能な事柄については支援を行わないようにしなければならない。

コミュニティによる参加には、様々な程度がある。

- 政府・非政府組織が直接のアドボカシーや支援を行いつつ、コミュニティが大部分において、支援プロセスを管理し、支援対応を決定する。
- 重大な決定や、様々な政府・非政府組織やコミュニティの支援従事者からの協力のもとで行われる活動について、コミュニティまたはその代表者が、対等なパートナーとしての役割を担う。
- あらゆる重大な決定に関して、コミュニティまたはその代表者が、相談を受ける。
- 政府・非政府組織が重大な決定を行う一方で、コミュニティが、実施パートナーを務める（例えば、食糧配給や自助活動の支援など）。
- コミュニティの人びとは、計画には参加せず、最小限の形で支援活動実施のみに参加する。

コミュニティの動員における重要なステップ

- 同じコミュニティに暮らす人びとは共通の懸念があり、協力し合えば効果が増すということをコミュニティに暮らす人びとが認識する（すなわち、「懸念事項に対処するに

は相互の支援が必要」ということ）。

- この認識にまつわる責任感・主体的関与（すなわち、「これは私たちに起きている問題であり、何とかすることができる」という意識）を高める。
- コミュニティに存在する資源、知識、および個人の技能・才能を見出す（「誰がするか、もう取り組んでいるか、それは何か、どのような資源があるか、他にできることはないか。」）。
- 優先事項を特定する（「私たちにとって本当に心配なことは何か」）。
- コミュニティの人びとが、コミュニティ内にある資源を用いて活動を計画、管理する。
- コミュニティの人びとが、活動の効果を維持し、高める能力を育成する。

出典：Donahue and Williamson (1999), Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS, Displaced Children and Orphans Fund

異なったニーズを持ち、影響力・権力を争いがちな複数のサブグループがコミュニティに存在していることもありがちなので、注意が重要である。コミュニティから真の参加を得るには、コミュニティの権力構造やコミュニティ紛争の構造を理解して、様々なサブグループと協力し合い、特定グループが特権を持たないようにすることが必要となる。

その状況における政治的側面・緊急的側面によって参加の程度が決定される。非常に緊急性または危険性の高い状況では、コミュニティの意見をほとんど受けることなくサービスを提供することが必要となる場合もある。加害者や被害者がコミュニティに混在するような場合、コミュニティの参加が、テロや殺人につながることもある（例えば、1994年、大湖コミュニティの危機時の人びとに発生したようなもの）。しかし、ほとんどの場合には、より多くのものを参加させることが可能であり、また、それが望ましい。過去の経験から考えると、コミュニティの中のかなりの数の人びとが、支援に際して主導的役割を担う能力を有しており、大部分の人びとが支援活動の実施に協力できると思われる。外部の支援機関は、しばしば対象とする人びとと話す時間がないと述べるが、これら支援機関には、コミュニティの人びとと話し合い、そこから学ぶ責任があり、また、大抵の場合には、話し合いに必要な時間は十分にある。

そうはいつても、問題がないか注意深く検討するようなアプローチが必要となる。外部からのプロセスは、コミュニティを支援組織の課題に基づいて合わせようとするきらいがある。これは、とりわけ、各外部機関が連携・調整をとらずに活動している場合に問題となる。例えば、2004年の東南アジアでの津波の1年後に、スリランカ北部の50

世帯からなるあるコミュニティでは、戸別訪問による心理社会的調査を通し、27の異なるNGOから支援の申し出や提供があったことが明らかになった。面接を受けた一人は、次のように述べている。「ここには今までリーダーは存在していなかった。ほとんどの人たちが親類縁者で、誰かに困ったことがあれば、近隣の住民が助けに行っていた。しかし今では、寄付に関する交渉のため、一部の人たちがリーダーのように振る舞っている。もう親類縁者同士では助け合わなくなった」

この例が示すように、コミュニティとの深い結び付きやコミュニティに対する理解に欠けた独自の支援提供方針を持っている機関がコミュニティの参加をすすめると、害をもたらすことがある。コミュニティを外部の基本方針に無理に従わせさせるのではなく、コミュニティが自ら支援対応を組織できるように環境を整えることが特に重要である。

主な活動

1. コミュニティを動員する取り組みに関して、連携・調整をとる。

- コミュニティの動員に関して既存のプロセスを積極的に特定し、その連携・調整をとる（[アクションシート 1.1](#)を参照）。コミュニティには、連携・調整に有用な公的/非公的のリーダーやコミュニティ構造が有る場合が多い。ただし、特定の人びとを排除してしまわないよう配慮すること。
- 支援に関する行政サービスが存在している場合には、現地役所と協力して活動に当たることが重要である。

2. 可能な限り早期の段階で、政治・社会・治安状況をアセスメントする。

状況に関する一般的な情報をレビューし、収集する（[アクションシート 2.1](#)を参照）ことに加え、

- 被災コミュニティの多くの人びとを見てざつぱらんな話し合いを持つ。
- (a) そのコミュニティにおける権力・組織・意思決定プロセス、(b) 従うべき文化的ルール、(c) コミュニティの動員に際して把握しておくべき問題と危険について、情報共有できる重要な情報提供者（男女とも）（リーダー、教員、ヒーラーなど）を特定し、話し合いを持つ。

3. 様々な重要な情報提供者や公式/非公式のグループと話し合いを持ち、コミュニティの人びとが支援活動をどのように組織して、各種機関がどのようにそれに

参加できるかを知る。

コミュニティには、利益や権力の度合いの異なるサブグループがあり、コミュニティの動員のあらゆる段階において、それらの各種サブグループについて考慮しなければならない。宗教や民族性、支持政党、ジェンダー・年齢、カースト・社会経済的階層の各線引きに沿って決定される各サブグループと、個別に面談することが有用である場合が多い。各集団には、以下にあげる事項などを質問する。

- 過去の災害・紛争等では、コミュニティの人びとはどのように危機に直面・対応したか。
- 現在、どのように人びとは相互に支援しているか。
- どのようにすれば現地の人びとは緊急対応に参加できるか。
- 保健支援、避難所支援などの組織化をすすめる人は主に誰か。
- どのようにすればキャンプや村落の各エリアはそのスペースを「その人に合わせたきめ細かなもの」にできるか。
- 既存の組織構造や意思決定方法を再始動することは役立つか。有益である場合、どのようにすればキャンプ内の人びとは適当に（例えば、村落ごと、一族ごとなど）グループに分かれることができるか。
- 資源や設備をめぐって衝突が生じた場合、どのようにしてコミュニティはそれを減らすことができるか。どのような過程で不一致を解決するのか。

4. 社会的に疎外された人びとの参加を促進する。

- 権力や社会的不公正の問題を把握する。
- 支援の計画・提供に、社会から疎外された人びとを取り入れる。
- 社会から疎外された人びとをエンパワーし、スティグマや差別を防止・抑止する方法に関して、話し合いを開始する。
- 可能であれば、その話し合いにおいて既存の当局の構造（地方行政の構造など）に注目する。
- 青年らに働きかける。青年らは、問題と見なされがちであるが、多くの場合急速に変化する状況に対し迅速かつ創造的に順応できるので、緊急対応の貴重な資源となり得る。

5. 計画の話し合いや情報発信を支援するように、早い段階から安全かつ十分なスペースを設ける。

閉鎖したり開放したりできる安全なスペースを設けることにより、人びとは、緊急対応への参加の仕方や自助活動（アクションシート 5.2 を参照）・宗教活動・文化活動（アクションシート 5.3 を参照）の実施方法につき、集まって計画できるようになる。また、安全なスペースがあれば、子どもを保護・支援したり（アクションシート 3.2 および 5.4 を参照）、学習活動を行ったり（アクションシート 7.1 を参照）、コミュニティの人びとに対し重要な情報を伝える（アクションシート 8.1 および 8.2 を参照）際に用いることもできる。

6. コミュニティの人びと自身が自らのために活動できるようにする。

- 治安状況がよければ、社会・政治・経済状況および災害・紛争等の原因に関する話し合いを行う。目的意識や意義を持たせることは、心理社会的支援の強力な源となり得る。
- 主な活動者、コミュニティグループまたはコミュニティ全体を取り込み、下記について、皆で考えを深めていく環境を整える。
 - 現時点对処すべき脆弱性、将来において予想される脆弱性。
 - 能力、およびそれらを活性化して強化していく能力。
 - その集団において見いだされたレジリエンスを生み出すもの。
 - 惨事、暴力、喪失に対処できるよう、それまでコミュニティの人びとを支えてきた仕組み。
 - 支援提供のプロセスに関与する可能性がある組織（例えば、コミュニティの女性団体、青年団体、専門家組織、労働組織、政治組織など）。
 - 他のコミュニティが危機時に行った対処のうち成功した方法。
- 参加型の動員プロセスの中心的な活動のひとつに、紛争・災害等の前のそのコミュニティの状況、現況、未来に実現したい姿、そしてそれを実現するための方法と手段につき、これらを結び付けていけるようにするということがある。このプロセスは、人びとが目標を達成するために必要となる足場を、指示的でなく、可能な限り押しつけがましくない形で築くということになる。必要に応じて、建設的な対話や意見交換を促進するような活動を（そのコミュニティの人びとに受け入れられる教育手法を用いるなどして）実施することも役立つ。可能なら、コミュニティの動員に取り組む他の組織に広めることができるよう、こうした人びとの意見を反映させていくプロセスは記録しておくこと。
- 上記のプロセスは、合意した活動の優先事項や実行可能性を考慮して、活動の連携・

調整をとり、義務・責任を分担するような、災害・紛争時等「行動計画」に関する話し合いにつなげていくようにすること。計画を立てることで、長期的なシナリオを予測し、有意義なものとなりうる活動を予め見定めることができる場合もある。その活動の責任の所在がコミュニティ自体か外部の者（国家など）のいずれにあるのかは、明確に理解が共有されるようにすること。責任がコミュニティにある場合には、コミュニティの行動計画を策定するとよいだろう。責任が外部の者にある場合には、コミュニティからのアドボカシーに関する計画をたてることが有用かもしれない。

主な参考資料

- Action on the Rights of the Child. Community Mobilisation. http://www.savethechildren.net/arc/files/f_commmob.pdf
- Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf (English); <http://www.psicosocial.net> (Spanish)
- Donahue J. and Williamson J. (1999). Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS. Displaced Children and Orphans Fund. http://pdf.dec.org/pdf_docs/pnacj024.pdf
- Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). Camp Management Toolkit. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
- Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). Journey of Life – A Community Workshop to Support Children. <http://www.repssi.org/home.asp?pid=43>
- Seegerström E. (2001). 'Community Participation' in The Refugee Experience, Oxford Refugee Studies Centre. http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/comm/part/com_int.htm
- Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response, Common standard 1: participation, pp.28-29. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
- UNHCR (2002). Guide for Shelter Planning (chapters on Community Participation and Community Organising). <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/openssl.pdf?tbl=PARTNERS&id=3c4595a64> (English); http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792 (Spanish)
- UNHCR (2006). Tool for Participatory Assessment in Operations. <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/450e963f2.html>

コミュニティの自助および ソーシャルサポートを強める。

作業役割: コミュニティの動員および支援

段階: 最低必須対応

プロセス指標の一例

- 安全なスペースを設けて、計画会議や情報共有に利用すること。
- コミュニティのグループ間で、緊急対応の組織・実施方法に関して、定期的な話し合いを行うこと。
- 災害・紛争時等の主要な決定に際し、コミュニティの男性、女性、青年 - 社会から疎外された人びとを含む - を参加させること。

例: 1985年、メキシコ

- 1985年、壊滅的な地震がメキシコシティ - このコミュニティには、しっかりとしたコミュニティ組織がすでに存在していた - で発生した際、コミュニティの人びとは、緊急支援活動を組織した。
- 清掃作業の大部分、食糧等の配給、仮設避難所の開設、新たな居住区の設計をコミュニティの人びと自身が行った。
- コミュニティの緊急対応は、5年間にわたって人びとを支援する社会運動に発展した。
- 地震の3年後および5年後に行われた調査では、精神保健問題の有病率に増加はみられなかった。

背景

どのようなコミュニティにも、効果的で自然発生的な心理社会的支援および対処・レジリエンスを生み出すものは備わっている。災害・紛争等の影響を受けた人びとには、たいてい困った時に人びとが心理社会的支援を求める人がいる。家庭やコミュニティにおいては、ごく初期の段階から、現地にある支援を始動・強化し、コミュニティの自助の精神をすすめるようにする。

圧倒的な体験を受けた後の人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングは、自分の生活の諸側面をコントロールする術を持つことにより高まっていくので、自助的なアプローチが極めて重要となる。被災者には何らかの組織に所属して、そこから支援を受けるような公的/非公的のシステムがある。こうした構造は、たとえ分断されてしまった場合であっても、緊急対応を効果的なものにしていくなかで、復活させ、支えていくことが可能である。コミュニティによる既存の支援システム・構造を強化し、それに立脚することで、コミュニティの人びとが主体的に関与する、持続可能で文化的に適切なコミュニティ対応が可能となる。こうしたアプローチのなかでは、外部機関の役割は、直接のサービスを提供することではなく、現地で利用可能な資源の能力を高めていくような心理社会的支援の促進になる。

コミュニティのソーシャルサポート・自助を促進するには、細やかで問題を見逃さない思考が求められる。コミュニティの中には、様々な方針と権力を持った競合し合うサブグループが存在している場合が多い。特定のサブグループを強化して他を過少評価するようなことがないように、目立たなかったり、グループ活動から疎外されたりすることの多い人びとの取り込みを促進することが必要不可欠である。

主な活動

1. コミュニティの人的資源を特定する。

人的資源の例としては、高齢者、コミュニティのリーダー（現地役所のリーダーを含む）、伝統的ヒーラー、宗教指導者/団体、教員、保健従事者、精神保健従事者、ソーシャ

ルワーカー、青年団体、女性団体、近隣集団、組合リーダー、財界リーダーなどがある。ひとつの方法として、危機時には誰に支援を求めるかをコミュニティの人びとに尋ねて、コミュニティの資源（アクションシート 2.1 を参照）について把握調査を行うことも有益である。多くの場合、特定の名前や団体が何度も挙げられ、彼らが、被災者にとって支援者となれそうな存在であることを示している。

- 特定された支援者となれそうな人（社会的に疎外された人びとへの支援者も含める）と話し合いを持ち、支援できる立場にあるかどうかを尋ねる。
- 災害・紛争等前に動いていた社会的なグループまたは仕組みで、当面のニーズを満たすように復活可能なものを特定する。こうしたものとして、共同作業グループ、自助グループ、回転型貯蓄信用講（Rotating saving and credit; ROSC）、埋葬費保険組合、青年団体、女性団体などが挙げられる。

2. 参加型農村調査やその他の参加型手法を用いてコミュニティによる優先すべき活動の特定をすすめる。

- 利用可能な非専門的・専門的支援で、即時始動または強化が可能なものを特定する。
- 各集団の過去・現在・将来に関して、計画立案できるような共同で検討するプロセスをすすめる。かつて存在していたが災害・紛争等で崩壊してしまった支援を確認しておくことで、各有用な支援の再開をすることができる。数年内にどのような状態になりたいかを考えることにより、人びとは将来を展望し、それを実現する手段をとることができる。
- 主な活動者やコミュニティグループと下記について話し合う。
 - かつて危機に取り組んでいた組織で、復活すれば有用なもの。
 - 過去にコミュニティの人びとに悲劇、暴力、喪失に対処できるよう支援していた仕組み（儀式、祝祭、女性討論会など）
 - 現在生じている状況が、どのようにソーシャルネットワークや対処の仕組みを崩壊させたか。
 - その危機により人びとがどのような影響を受けたか。
 - 将来の展望に向かって進むうえで優先的に対処すべき事項は何か。
 - 優先的目標を達成できるようにするにはどのような行動があるか。
 - 自らのコミュニティや近隣のコミュニティには、どのような組織としての成功例があるか。

- この特定プロセスの結果は、連携・調整グループと共有する（アクションシート 1.1 および 2.1 を参照）。

3. 被災したあらゆるコミュニティの人びと（もっともリスクが高い状態にある人びとを含む）に関して、家族・コミュニティ支援を促進する取り組みを積極的に働きかけ、コミュニティのイニシアチブを支援する。

- 被災した人びとの間で、すでに自助や相互支援を行っている者を見出し、彼らの取り組みを強化する方法を模索する。例えば、現地の人びとが教育活動を組織しているが、紙や筆記用具などの基本的資源が足りていない場合には、必要な物資の提供を行ってその活動を支援する（一方で、依存を生み出しうる問題を意識する）。定期的に、コミュニティの取り組みを支援するためにできることを尋ねる。
- 必要に応じて、参加型評価の際にコミュニティの人びとより提案されたコミュニティのイニシアチブを支援する。
- 妥当な場合には、自助や計画立案の各種活動を行うように、グループ（特に、既存のグループに基づいたもの）の形成を勧める。

4. 被災したあらゆるコミュニティの人びと、とりわけ、最大級のリスク状態にある人びとについて、家族・コミュニティ支援をすすめるような追加的活動を勧め、支援する。

コミュニティ独自のイニシアチブを支援することに加え、関連する広範なイニシアチブの追加を検討することもできる。(a) 支援対象となる活動の選定、(b) 選定した活動の計画・実施・モニタリング、(c) 紹介プロセスの支援・促進、に関して、コミュニティからの提案を促す。関連があると思われる活動例は、下記の項目欄に記載したとおりである。

被災したあらゆるコミュニティのメンバー、とりわけ、もっともリスクが高い状態にある人びとについて、家族・コミュニティ支援をすすめるような活動例

- 保護および支援を必要としていると評価されたハイリスクの人びとに対して、コミュニティがどのように支援できるかを話し合うグループ討議（アクションシート 2.1 を参照）。
- ハイリスクの子どものみを特定し、リスクをモニタリングし、可能な限り介入し、妥当な

場合には各ケースを保護機関やコミュニティサービスに紹介することを目的とする、コミュニティによる子ども保護委員会 (アクションシート 3.2 を参照)。

- 養育者と離散した子どもに関し、可能な限り、保護施設ではなく体系的でかつモニタリング下でのフォスターケアを組織する (アクションシート 3.2 を参照)。
 - 全年齢層の人びとへの、家族の行方追跡、再会 (アクションシート 3.2 を参照)。
 - 路上生活をする子どもや過去に戦闘部隊・武装集団に関与した子どもの保護、およびその社会復帰。
 - 孤立化した個人 (孤児、寡婦、寡夫、高齢者、重度の精神障害をもつ人びと、家族のいない者) の社会的ネットワークへの参加を促進する活動。
 - 適宜、女性支援活動団体。
 - 子育て支援プログラム。
 - スポーツ・クラブ、青年クラブその他のレクリエーション活動 (例えば、物質乱用やその他の社会的・言動的問題のリスクがある若者のために行うものなど)。
 - あらゆる通常の文化的・宗教的行事の再構築 (アクションシート 5.3 を参照)。
 - コミュニティの人びとの精神保健・心理社会的ウェルビーイングに関するグループディスカッションの継続。
 - 被災したコミュニティと支援機関・政府・各種サービスとをつなぐネットワークの構築。
 - そのコミュニティに根付いた癒しのための活動 (アクションシート 5.3 を参照)。
 - コミュニティの人びとが各自の生活に対するコントロールを得ること、もしくは取り戻すことができるよう支援するための活動。
 - 異なる立場をとる人びとによる話し合い、演劇・歌、共同活動など、非暴力的な紛争解決をすすめる活動。
 - 子どもや青年にとって日課となる活動 (子どもに配慮したスペースで行われる非公式の教育など: アクションシート 7.1 を参照)
 - 現在起きていること、サービス、行方不明者、治安などに関する情報を入手できるように整える (アクションシート 8.1 を参照)。
 - 避難所や基本的サービスへのアクセスの組織化 (アクションシート 9.1、10.1 および 11.1 を参照)。
5. 適宜、フォローアップ支援を伴う短期の参加型研修を提供する (アクションシート 4.3 を参照)。

- コミュニティの支援システムが不完全であったり、特定の目標を達成するのに不十分な場合には、下記などの作業を実施できるよう、コミュニティの従事者 (ボランティアを含む) を研修することが役立つ場合がある。
- 調子のよくないコミュニティ住民の特別なニーズを見出して対処する。
- 文化的に適切な形で支援を展開し、提供する。
- 極度のストレスにさらされた後に急性のストレス反応を呈した者に対し基本的支援 (すなわち、心理的応急処置 (PFA)) を提供する (アクションシート 6.1 を参照)。
- 母子の話し合いグループを構築し、幼児に刺激を与える (アクションシート 5.4 を参照)。
- 育児に関する問題解決方法や知識に関し、適宜、家庭に提供する。
- 養育者と離散した子どもを特定、保護し、ケアを与える。
- 障害を持つ人びとを様々な活動に取り入れる。
- 性暴力の被害者を支援する。
- 戦闘部隊や武装勢力に関与した少年・少女の開放、復帰を促進する。
- 自助グループを設ける。
- 積極的リーダーシップ、青年クラブの組織、スポーツ活動、紛争解決の対話、妊娠・出産に関する健康教育、その他のライフスキルの研修などに、青年を参加させる。
- 共に関心をもてる具体的で目的型の活動 (例えば、避難所の建造・開設、家族の行方追跡の組織、食糧の配給、調理、公衆衛生、予防接種の準備、子どもの教育など) に大人と若者を参加させる。
- 妥当かつ利用可能な場合には、適切な法律・保健・生活・栄養・社会セクターの各サービスに被災者を紹介する。

6. 必要に応じて、コミュニティの内外で社会的に疎外された人びとやハイリスクの人びとのためにアドボカシーを行う。

危機の発生前にすでに社会から疎外されていた人びとは、一般的に、危機の最中・以後ともに、十分に注目されず、取り残され、支援が与えられないことがある。人道支援者は、自らの活動を社会正義に関連づけ、見過ごされてしまいかねない人びとのために代弁し、社会的に疎外された人びとが自らのために効果的に発言できるようにしていくことで、この問題に対処することができる。

各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・宗教上の癒しを行える環境を整える。

作業役割： コミュニティの動員および支援

段階： 最低必須対応

主な参考資料

1. IASC (2005). Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-gbv
2. IFRC (2003). 'Promoting community self-help', in Community-based Psychological Support: A Training Manual, pp.57-65. Geneva: International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies. Available in English, Arabic, French and Spanish at: <http://psp.drk.dk/sw2995.asp>
3. Norwegian Refugee Council/Camp Management Project (2004, revised 2007). Camp Management Toolkit. <http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
4. Pretty J.N. and Vodouhè D.S. (1997). 'Using rapid or participatory rural appraisal'. FAO: New York. <http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm>
5. Refugee Studies Centre and UNICEF (2002). 'Addressing the needs of children, their families and communities', in Working with Children in Unstable Situations – Principles and Concepts for Psycho-social Interventions (draft), pp.47-79. <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Docman/Documents/1Disaster-general/WorkWithChild.UnstableSitua.pdf>
6. Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI) (2006). The Journey of Life (awareness and action workshops). <http://www.repssi.org/>
7. Save the Children (1996). Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and approaches. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychsocwellbeing2.pdf>

プロセス指標の一例

- 精神保健・心理社会的ウェルビーイングを支えるようなコミュニティの資源を特定、
- 始動、強化する対策がとれている。
- コミュニティの各プロセス、イニシアチブに、もっともリスクが高い人びとを取り込み、支援すること。
- 必要に応じて、コミュニティによる支援能力を高めるために、短期研修を提供すること。

例：1990年代、ボスニア

- ボスニアでは、1990年代の戦争以後、性暴力や喪失を体験した農村部の女性らの多くが心理社会的支援を必要としていたが、恥やスティグマのため、心理学者や精神科医と話したがいなかった。
- 戦争前に存在していた習慣に従い、女性らは編み物グループで集まって、編み物をしたりコーヒーを飲んだりし、また、互いに助け合った。
- 外部機関は、紹介システムを作ったり、毛糸のための小額資金を提供し、調整的役割を担った。

背景

災害・紛争時等には、人びとは集団的に文化上・スピリチュアル上・宗教上のストレスを経験することがあり、これには迅速な配慮が必要となる場合がある。そのコミュニティの文化圏以外からの支援提供者は、個人の症状や反応（うつ病や心的外傷性ストレスなど）の観点から考えることが一般的であるが、とりわけ西洋社会以外の被害者では、スピリチュアル面・宗教・家族・コミュニティの観点で苦痛を体験している者が多い。

被害者は、故人の遺体を埋葬できない事情があったり、儀式を執り行うのに必要な資金源や個人的なスペースがなく、文化的に適切な埋葬儀式を行うことができないことから、非常にストレスを感じることもある。同様に、宗教上・スピリチュアル上・文化上の実践を行えない場合にも、強いストレスを感じる場合がある。アクションシート6.4は、支援を求める人や家庭への伝統的ケアを取り扱うものであるが、本アクションシートでは、必ずしもケアを求めている人びとに対する共同体別の宗教上・文化上の一般的支援（スピリチュアル上のもも含む）に関することを扱う。

この種の集団的なストレスは、文化上・スピリチュアル上・宗教上の適切な実践を行えるようにすることで、対処できることがしばしばである。葬式や埋葬儀式を行うことによって、苦痛が和らぎ、哀悼や悲嘆が可能となる。状況によっては、浄罪や癒しの儀式が回復や社会参加につながることもある。敬虔な人びとにとって、祈りなどの信仰や習わしは、厳しい環境で支えや意義となる。文化的な癒しの行いを理解し、適宜、それらを実践できるようにしたり、支援をすることで、多くの被害者の心理社会的ウェルビーイングを高めることができる。一方で、こうした癒しの行いを無視すると、苦痛を長引かせてしまい、助けとなる文化的対処の手段をないがしろにしたことによって問題を生じかねない。宗教指導者やその他の宗教に関連する資源と連携をとることは、様々な背景事情から見て、緊急の心理社会的支援にとって不可欠である。

コミュニティの宗教や文化に携わるということは、コミュニティ外の支援従事者にとって、自身の世界観と大いに異なる世界観と向き合うという困難を感じる事が多い。コミュニティの習わしのなかには有害となる（例えば、スピリチュアルな面や宗教が政

治化されている場合など) ものもあるので、人道支援者は、問題を詳細に検討し、国際人権上の規準に反しない場合に限ってコミュニティの実践や資源を支援するようにする必要があります。

主な行動

1. コミュニティの宗教的・スピリチュアル上の指導者その他の文化に通じている人に会い、被災状況や被災者の支えとなる実践に対する考え方を知る。

役に立つ手順は、次のとおりである。

- 質問が重複しないように、既存の評価結果 (アクションシート 2.1 を参照) をレビューする。
- できる限り同一の民族・宗教グループの面接者を用いてコミュニティの宗教的・スピリチュアル上の指導者に接触し、さらに詳しく考え方を学びとる (下記の主な行動3を参照)。被災したコミュニティには、様々な人びとや志向性が存在している場合があるので、主要な宗教集団や志向性すべてに接触するようにすることが重要である。質問によって、スピリチュアル上・宗教上の問題が明らかとなり、学び取った内容から、ウェルビーイングを高めるコミュニティ資源への支援方法に関して手がかりを得ることができる。

2. 倫理的な配慮をする。

必要に応じて有能な通訳・翻訳者を用いて現地で用いられている語で活動を行い、文化に関するガイド (コミュニティの文化に精通している者) により適切であると示された事から質問する。被害者が宗教やスピリチュアルに関する情報を外部者と話し合うことは困難な場合があり、とりわけ、各自の宗教的信条や民族的アイデンティティが標的である大虐殺や武力衝突の状況下では、特に難しい。

人道支援者が、敬意を示し、そして目的が、被災者支援方法や問題回避に関する最善の方法を知ることである旨を伝えた場合には、経験上、宗教的・スピリチュアル上の指導者と話し合いを持つことが可能である。多くの災害・紛争等において、宗教的・スピリチュアル上の指導者は被災者への支援方法について人道支援者に教えてくれる主要なパートナーとなった。スピリチュアルな・文化的・宗教的実践のなかには害をもたらすもの (寡婦の殉死行為など) もあるので、倫理的配慮が必要となる。重要なのは、物事をうのみにせず検討する視点を持ち続け、人権上の規準に反しない限りで文化的・宗教

的・スピリチュアル上の習わしを支援することである。コミュニティの習わしをメディアで報道することは問題となりかねないので、関係するコミュニティの人びとの全面的な同意が得られた場合にのみ許可するようにしなければならない。

3. 文化的・宗教的・スピリチュアルな支援、対処メカニズムを学ぶ。

ラポールが築かれた時点で、下記などの質問をする。

- 災害・紛争等について、スピリチュアルな面からみた原因と結果はどのようなものと考えているか。
- 文化的・スピリチュアルな側面から見て人びとはどのような影響を受けたか。
- 死者が出た場合にはどのようなことが適正に行われるべきか。
- 執り行うべき儀式や文化的習わしはあるか。また、どのようなタイミングでそれらを行うのが適切か。
- それらの儀式の執り行いや遺体埋葬の方法に関して誰から最も適切な指針を得られるか。
- コミュニティ内において個々の浄罪や癒しの儀式から大きな恩恵を受けるのは誰か。また、それはなぜか。
- 当該コミュニティにきている国外からの従事者に対し、スピリチュアル面での支援方法および害を避けるのに助言したいと思っているか。
- 実行可能であれば、信頼を構築し、宗教的・文化的習わしについてさらに詳しく学びとれるよう、繰り返し訪問する。また、可能であれば、現地の人類学者のほか、現地の文化・習わしに関する幅広い知識を持った文化に精通した案内人に相談して、収集した情報の裏付けをとる。

4. 収集した情報をセクター別会議や連携・調整会議にて人道支援者に発信する。

文化的・宗教的な問題や習わしに関する意識を高めるように、収集した情報を多セクター間のMHPSS連携・調整会議その他の場所などにて各セクターの同僚と共有する。宗教的理由から侮辱的であるとみなされる非儀式的な集団埋葬や食糧等物資の配布などによって問題が発生し得ることを指摘する。

5. 適切な癒しを行えるような環境を整える。

人道支援者の役割は、被災者にとって重要で国際人権上の規準にも準拠している習わ

しについて、それが利用できるように支援することである。

主な手順は、次のとおりである。

- 選ばれた指導者数名と連携して、適切な習わしを実施できるようにする方法を特定する。
- それらの習わしを実施する上での障害（例えば、資源不足など）を特定する。
- 障壁を取り除く（例えば、儀式のスペースや、弔客の食事、葬儀の物資といった資源を提供するなど）。
- 適宜、混在する既存の習わし（地元固有の、西欧型など）を受け入れる。

主な参考資料

1. PAHO/WHO (2004). 'Sociocultural aspects' . In: Management of Dead Bodies in Disaster Situations, pp.85-106. Washington: PAHO. <http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf>
2. Psychosocial Working Group (2003). Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Conceptual Framework. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf>
3. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Mental and social aspects of health, pp.291-293. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

プロセス指標の一例

- 文化上・宗教上・スピリチュアル上の現地の支援を特定しておき、その情報を人道支援者と共有すること。
- 適切な儀式の実施に対する障害を特定し、排除または対応しておくこと。
- 被災した人びとから重視され、国際人権上の規準に準拠している習わしについて、利用できるようにする。

例: 1996年、アンゴラ

- 元少年兵は、自身が殺した男性の魂が夜中にやって来るので、ストレスと恐怖を感じていると話した。少年の家族とコミュニティは、彼を不浄なものを見て、浄罪がなされなければ魂の報復があると恐れていたことから、この問題は、コミュニティ共同体にかかわるものであった。
- 人道支援者は、現地のヒーラーに相談した。このヒーラーが言うには、少年に必要な浄罪儀式を執り行うことによって怨霊を追い出すことができるということであった。
- 国際 NGO より、ささげ物となる食べ物と動物の提供を受け、ヒーラーは、少年を浄化しコミュニティを保護すると信じられている儀式を執り行った。その後、少年、コミュニティの人びとの双方より、ウェルビーイングがよりよい状態になったとの報告があった。

幼児 (0-8 歳) とその保護者への支援を強める。

作業役割: コミュニティの動員および支援

段階: 最低必須対応

背景

幼児期 (0～8 歳) は、身体・認知・感情・社会性の発達にとって、人生で最も重要な時期である。脳の重要な発達はこの時期に急速に起こるのだが、それには十分な保護、刺激、効果的なケアが必要である。早期の喪失体験 (例えば、親の死など)、身体的・性暴力の目撃、その他の苦痛を生じさせるイベントは、絆を崩壊させ、健全な社会性・感情の長期的発達を阻害してしまいかねない。しかしながら、とりわけ、適切なケアと支援があった場合には、ほとんどの子どもはそうした体験から回復する。

災害・紛争時等の幼児の健康は、その大部分が家族とコミュニティの環境に左右される。母親や保護者が、圧倒された状態、疲れ果てた状態や抑うつ状態にあり、身体的健康または感情の面で効果的なケア、日課、支援をできない場合、子どもに悪影響がでる場合がある。両親から離散した子どもは、不十分な一時的ケア施設に入所とすることがある。コミュニティにおいて、両親と子どもはともに、医療サービスの崩壊、栄養不良、様々な保護上の脅威によって生じるリスクに曝されている可能性がある。

災害・紛争時には、幼児期プログラムは、連携・調整 (アクションシート 1.1 を参照) と、8 歳以下の子ども的人数と年齢、妊婦の人数、新生児がいる女性的人数を見積もった各データなどを含む適切なアセスメント (アクションシート 2.1 を参照) から得る情報が必要である。幼児期プログラムは、家族その他の保護者による幼児ケアを支援するものでなければならない。幼児期の活動では、刺激を与え、基本的な栄養摂取を促進し (極度の食糧不足の場合)、保護を可能にし、幼児と保護者との絆を深めることが必要となる。これらの活動の目的は幼児の主要なニーズを満たすことであり、これらによって、災害・紛争等によって生じたストレスは安全でかつちりとした保護環境のもとで減り、同時に保護者にも救援・支援が提供される。

主な行動

1. 幼児を母親、父親、家族その他の親しい保護者のもとに置く。

(a) 離散を防止する。集団移動が生じうる災害・紛争時には、離散を避けるための文

化的に許される適切な方法を構築できるよう、コミュニティおよび家族を支援する。

- 授乳期の母親と幼児を離散させないことを優先する。
- 年長児に、家族の名前、住所、連絡先の入った歌を教える。
- 離散をできるだけ防止するように、子どもに名札を付けさせる。

(b) 親子を再会させる (アクションシート 3.2 を参照)。幼児が離散した場合、

- 適切な再会支援組織に連絡する。
- 行方調査および再会をすすめる。離散した幼児が発見された場合には必ず日付および場所を記録して、年齢にあった方法 (幼児に住んでいた場所を描かせたり、自分のことを話させたりするなど) を用いて幼児本人から情報を収集する。
- 離散した幼児を特定し、両親と再会する重要な手段のひとつとして、その幼児の衣服を保管しておく。

(c) 代替のケア環境を整える。他に利用できるケアの選択肢がない危機時や災害・紛争時には、長期的な解決策が見出されるまで、離散した幼児を保護すべく一時的なセンターを手配することが必要となることもある。家族との再会を待つ間、離散した幼児は、適切なケアや保護を提供できる人または家庭のもとで養育などする。児童保護施設は、適切な支援を提供できないことがあるので、最後の手段として考えること。

- コミュニティの文化的背景から見て子どもにとって何が最善かに応じてケア環境を決定する。
- 可能な限り近親者 / コミュニティ内に幼児を一緒にし、兄弟姉妹が離散することを避ける。
- 可能な限り、単一の持続的な里親家族を手配し、複数の里親の間を渡り歩くことを避ける。
- 母親を失った新生児や両親と離散した新生児の場合、文化によっては女兒のほうがネグレクトを受けやすい場合があることを念頭に置きながら、食事・適切な温度・ケアの基本的ニーズを満たす。

幼児がすでに児童保護施設等の施設に収容されている場合には、その幼児の状態を見定めて、幼児期発達 (early childhood development : ECD) を促すための活動をするための参考情報とするために、迅速評価を行うこと。

2. 授乳が継続されるよう促進する。

乳児・幼児の身体面・心理社会面・認知面の健康にとっては、母乳育児が最適である。

母乳育児は、幼児の認知発達を下支えし、幼児に安心感を与え、母子の絆を強化させる傾向にあり、用意しやすく、費用がかからず、また、大抵の場合は非常に安全である（安全性に関する警告については、主な参考資料欄の UNICEF (2002) の母乳育児および HIV/AIDS に関する指針を参照）。

- 個別の支援とコミュニティでの対話を通じて母乳育児を促進する。
- 完全母乳の育児、乳児を包むこと・暖めること (wrapping and warming)、入浴を遅らせること (deferred bathing) および衛生について、新生児の母親（および親族）に対し新生児ケアの助言を与える。
- 母乳育児を阻害するので、粉ミルクの定期的な配給は避ける。
- 授乳中の妊婦への補助食配給を優先する。
- 母親に母乳育児を行うよう過度のプレッシャーを与えない。母乳育児を拒否、あるいは非常に困難または行えない母親には、適切な支援を提供すること。

3. 遊び、養育、ソーシャルサポートを促進する。

災害・紛争等の最中には、様々な幼児期発達を支援する活動を設けること。これらの活動として、両親への教育、家庭訪問、育児分担、共同遊戯グループ、「安全なスペース」、トイ・ライブラリー、安全なスペースでの非公式の保護者会（[アクションシート 5.1 を参照](#)）などがある。

- コミュニティ的に適切な活発な遊び・刺激・人付き合いの機会を準備する。これらは、危機的状況による心理社会的な悪影響を緩和するのに役立つ場合がある。
- 幼児の年齢、ジェンダー、文化に合わせて活動を調整する。ストレスを最小限に抑えるには、幼児が通常化を目指す活動において、日常・参加の感覚を得ることが必要となる。通常化を目指す活動は、幼児の普段の日常（例えば、学校に行ったことがない遊牧民の子どもは、型にはまった教育が普通や快適とは思わないこともある）を反映したものであること。プログラムの計画および実施に際しては、文化的に適切な発達上のマイルストーンを用いる。例えば、通過儀礼の儀式などは西欧の発達モデルよりも適切な場合がある。
- 特に低年齢児を支援する活動は、安全なスペース（[アクションシート 5.1 および 7.1 を参照](#)）における活動に取り入れる。可能なら、幼児の年齢/発達段階（0～12/18ヶ月（言語習得前、歩行前）、12/18ヶ月～3歳、3～6歳）におおまかに沿って活動グループを組織する（6～8歳の活動は、[アクションシート 7.1](#) で取り上げる）。対応可能なスタッ

フと連携できるよう、また、幼児の健康的な発達を支援する方法に関して各自家庭で教えられるように、親、兄弟姉妹、祖父母、若者に研修をする。安全なスペースでは、信頼を得ている高齢の女性と若い女性をボランティアとして採用することを検討する。

- 馴染みのゲーム、歌、ダンス、さらには手製の玩具を用いることを検討する。これらは、災害・紛争時等において最も実用的である。
- 治療的な給食プログラム、病院、診療所など、幼児向けのあらゆるサービスにおいて、また、食糧・食糧品以外の配給場所において、保護者/幼児の遊び場・相互作用のスペースを取り入れる。
- 暴力が多いコミュニティでは、社会的共同体の構築、非暴力を促進するような幼児向けの活動をすすめる。
- コミュニティレベルでのケア活動、ゲーム、ソーシャルサポートに特別なニーズのある幼児を取り入れる。
- 食糧危機時における幼児への刺激の与え方についての詳細な指針は、主な参考資料欄の WHO (2006) を参照。

4. 保護者へのケア

災害・紛争時には、幼児の保護者が過去・現在・将来を話し合い、問題解決を共有し、幼児の効果的なケアについて相互に支援し合えるような、話し合いの場を設けることが重要である。

- 安全なスペース（[アクションシート 5.1 および 7.1 を参照](#)）において、親/母親が各自ストレスを話し合うことのできる支援グループを組織する。
- 幼児がそばにいる場合や幼児の面前では悲惨な出来事を詳しく話さないよう両親にアドバイスする。
- 家族や幼児向けのグループ活動では、親は他の親と幼児との相互作用から学ぶことができる。前向きな親子の相互作用があった場合には、それを指摘し、他の親にも同じように自分の子どもと関わるように促す。
- 両親および保護者が危機の後に自身の子どもに生じた変化を理解できるよう支援する。他人に対して怖がったり引きこもりといった行動、あるいは他の子どもへ攻撃性が高まることは、ストレスに対する通常の反応であり、保護者に落ち度があることを示すものではないということを説明する。
- 問題を特定して幼児の心理社会的ウェルビーイングを支援する方法に関し、両親、保

護者と情報を共有する。これには、一貫したしつけと限界設定を通じて、幼児の攻撃的行動を抑え、調整し、改める方法などがある。

- 叩く、見捨てる、非難するなど、幼児のストレスに対して害となりうる対応を見定め、両親やコミュニティリーダーに対し、代替の方法を提案する。
- 重度の精神保健の問題から子どもをケアすることが困難である親は、保健ケアサービス・スタッフより適切な支援を受けられるよう、紹介すること（精神保健ケアの研修受講の場合に関しては、[アクションシート 6.2](#)を参照）。とりわけ、重度のうつ病は、幼児をケアする能力を低下させることがある。

主な参考資料

1. Bernard van Leer Foundation (2005). Early Childhood Matters. Volume 104: Responding to young children in post-emergency situations. http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/Early_Childhood_Matters_104/file
2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence. http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace;_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf
3. Emergency Nutrition Network Online (2006). Infant Feeding in Emergencies. <http://www.enonline.net/ife/index.html>
4. Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), Emotional Behaviour Book. http://www.hsra.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other_resources.html
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Save the Children UK. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/openssl.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
6. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers. <http://www.infoforhealth.org/infoforeports/breastfeeding/infort5.pdf>
7. Save the Children UK (2006). ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans. <http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources§ion=policy&subsection=details&pagelang=en>
8. UNESCO and IIEP (2006). Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction. <http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm>
9. UNICEF and Macksoud M. (2000). Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers. http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf
10. UNICEF (2002). HIV and Infant Feeding. http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf
11. WHO (2006). Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf
12. Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs. http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

プロセス指標の一例

- Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children を実施すること。
- 男女問わず幼児および保護者向けに幼児期発達支援 (ECD) 活動を組織すること。
- 母乳育児を促進すること。
- 保護者は、安全なスペースに集まって課題を話し合い、相互に支援すること。

例: 1999～2000年、アンゴラ

- 国内避難民の幼児に利用できる活動がほとんどなく、親は幼児とのコミュニケーションにほとんど時間を持てなかった。
- ある国際 NGO は、コミュニティの人びとが幼児について助言や手助けを求めるような大人を同定し、彼らに対し、刺激を与えたり、積極的な人付き合いをすすめるような、年齢・ジェンダーに応じた活動を組織する方法について研修を行った。
- 学校やその他のセンターはなかったが、コミュニティの参加者は、木陰で活動を実施し、その活動に母親も加えて、特別な支援が必要な幼児には（適切なサービスへの紹介を行った。これらの活動によって、数千人の母子が恩恵を受けることとなった。

一般保健ケアの提供に際し、 適切な心理的・社会的対応を取り入れる。

作業役割： 保健ケアサービス

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争時等には、精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) と一般保健ケアが断絶されている場合が多い。しかし、災害・紛争等を体験した人びとの心理的ウェルビーイングは、保健ケアの提供方法によって影響を受けることがしばしばである。情緒的な支えとなる思いやりあるケアが被害者のウェルビーイングを守るものである一方で、敬意のない治療やコミュニケーション不足は、HIV/AIDS のような生命にかかわる病気の場合なども含め、尊厳を脅かし、保健ケアへの相談を躊躇させ、治療計画へのアドヒアランスを低下させてしまう。身体と精神の各健康問題は、とりわけ、災害・紛争等の被災者において、同時に発生することがよくある。しかし、保健ケアの準備、提供を急ぐあまり、社会・精神・身体的健康の各側面の間の強い相互関係は無視されてしまうことが多い。

一般保健ケアの場 - プライマリ・ヘルスケア (PHC) の場など - は、精神保健的・心理社会的問題を抱える人びとを支援するうえで、最初の窓口となることがしばしばである。一般保健ケアを提供する者は、傷病を治療する際に、とりわけ、拷問や性暴力といった人権侵害による健康面への影響を治療する際に、被害者の感情的問題に遭遇することがよくある。急性の心理的ストレスを抱えた者への心理的支援には、高度の知識を要しない形のものもあり (すなわち、ごく基本的な心理的応急処置 (PFA))、過去に精神保健の研修を受けたことがない従事者にも簡単に伝えることができる。

本アクションシートでは、災害・紛争時等の一般保健ケアの提供全般における心理学的・社会的配慮を取り上げている。災害・紛争時等における重度の精神障害への対応については、[アクションシート 6.2](#)に記載している。下記の行動は、既存の保健ケアサービスと災害・紛争等関連の保健ケアサービスの両方に適用されるものである。

主な活動

1. 一般保健ケアの提供には、社会的配慮を取り入れる。

尊厳を持って生命を守るべく、Sphere ハンドブックにある必須健康スタンダードに則して、公平、適切かつアクセス可能な保健ケアを展開する。下記の社会的配慮を適用

する。

- 緊急保健ケアサービスの設計、実施、モニタリング、評価に対し、被災者が男女の差に関わらず参加できるようにする (指針については、主な参考資料欄の ALNAP 資料と、[アクションシート 2.1、2.2、5.1](#) を参照)。
- 新規のサービスを設置する場合にはコミュニティから安全に歩いて行ける範囲内に配置し、保健ケアを可能な限り利用できるようにする。被災者による保健ケアサービスへのアクセスを最大限にすべく、保健スタッフの間のジェンダーバランスをとり、主な少数民族や言語集団の代表者を取り入れるようにする。必要に応じて、通訳・翻訳者を用いる。
- 下記に関し、患者の権利を保護、促進する。
 - 医療的・外科的処置の前のインフォームド・コンセント (男女ともに対して) (医療に対するアプローチが異なる国際スタッフが緊急保健ケアを提供する場合には特に、処置に関する明確な説明が必要である)
 - プライバシー (可能な限り。例えば、診察室をカーテンで囲うなど)
 - 患者の健康状態に関連する情報の守秘。人権侵害 (例えば、拷問、性暴力) に関連するデータの場合には特に注意が必要である。
- 価格が手頃で、持続可能なケアを促進すべく、WHO Model List of Essential Medicines に則した必須医薬品を用いる。可能な限り、現地で利用可能なジェネリック医薬品を用いる。
- 保健情報システムに、男女別・年齢別のデータを記録し、分析する。
- 災害・紛争等に関連する健康についての重要な情報を被災者に周知する ([アクションシート 8.1](#) を参照)。

2. 出生証明書および死亡証明書を発行する (必要な場合)。

死亡証明書は、被害者遺族による各種請求 (相続権の請求など) に必要となる。出生証明書は、身元識別や市民権を獲得し、行政サービス (教育など) を利用できるようにするために、また、非合法の養子縁組、強制徴兵、人身取引に対する保護を受ける際に、必須であることが多い。通常の担当当局がこれらの書類を発給できない場合には、保健ケア従事者が発給すること。

3. 保健システム外にある下記などの主要な資源への紹介をすすめる。

- コミュニティで利用可能な社会的サービス、ソーシャルサポート、およびコミュニティ内の保護の仕組み (アクションシート 3.2、3.3、5.2 を参照)。
- 可能かつ適切な場合には、人権侵害被害者への法的支援や証言サービス。
- 行方不明の親族を探し出せない者のための行方追跡機関。

4. 緊急保健ケア対応における心理的側面に関し、一般保健スタッフおよび精神保健スタッフにオリエンテーションをする。

オリエンテーションの準備に関する指針については、アクションシート 4.3 も参照する。現地・国際両保健スタッフに対し、半日、できれば終日のオリエンテーション・セミナーを設ける。下記などの各内容を検討する。

- 以下などを含む心理教育および一般情報
 - 被災者の治療において尊厳を守ることの重要性。
 - 災害・紛争等に対するコミュニティの心理社会的対応の現状を含め、災害・紛争等が精神保健・心理社会面に与えた影響に関する (第 1 章を参照) 基本情報。
 - コミュニティの精神保健・心理社会的支援に関する評価 (アクションシート 2.1 を参照) から得られた主な結論。
 - 不適切な病理的診断 / 医学問題化を避けること (つまり、非病理的なストレスと、臨床的な治療 / 紹介が必要な精神障害とを見分けること)。
 - 重度の精神障害をもつ人びとに適切な紹介を行うための、コミュニティ内で利用可能な精神保健ケアに関する知識 (アクションシート 6.2 を参照)。
 - 適切な紹介を行うための、コミュニティ内で利用可能なソーシャルサポート、保護の仕組みに関する知識 (アクションシート 5.2 および 3.2 を参照)。
- 患者とコミュニケーションをとり、健康状態および関連サービス (家族の行方追跡など) に関する明確で正確な情報を提供すること。支持的態度によるコミュニケーションに関しての追加研修には、次のようなものを取り入れることができる。
 - 積極的傾聴
 - 悪い知らせを支援的態度で伝える方法に関する基本的知識
 - 患者の怒り、極度の不安、自殺感情、精神病、引きこもりに対処する方法に関する基本的知識。
 - 極度に個人的で感情的な出来事 (性暴力など) の共有への対応法に関する基本的知

識。

- 各自の問題を明確にし、対処方法に関して共同でブレインストーミングを行い、選択肢を見出し、各選択肢の意義および結果を評価できるようにすることで、問題の管理およびエンパワーメントを支援する方法。
- 現地の (伝統的な) リラクゼーション法を含めた、基本的なストレスマネジメントの手法。
- 身体的原因を除外した後の医学的に説明の付かない身体症状の訴えに対する非薬理的対応および紹介 (主な参考資料欄の Forum for Research and Development 資料を参照)。

5. 極度のストレス要因 (心的外傷性ストレス要因とも言う) の被害者のために、心理的支援を利用できるようにする。

- 極度にストレス性の高い出来事に曝露した後に急性の精神的ストレスを体験する人には、投棄せずに十分な支援ができる場合がほとんどである。あらゆる支援従事者、とりわけ、保健従事者は、ごく基本的な心理的応急処置 (PFA) を提供できなければならない。PFA は、臨床的、もしくは精神科救急的な介入と誤解されることがよくある。しかし、PFA とはむしろ、苦しんでおり支援を必要としている人びとに対する人道的・支持的対応の一種である。PFA は、ストレスを引き起こした出来事に関する話し合いを必ずしも持たないという点で、心理学的デブリーフィングとは、まったく異なったものである。PFA の内容は、次のとおりである。
 - 更なる被害から保護する (まれに、極度のストレスを受けた者は、自分を更にリスク状態に置く判断をする場合がある)。適宜、苦痛を受けた被害者に、(他の) 支援者または報道関係者に対し、その出来事について話すことを拒否する権利がある旨を伝える。
 - 被害者がプレッシャーのない状態で出来事について話せる機会を設ける。話したくない場合はその意思を尊重し、話したいこと以外無理に情報を求めない。
 - 受容的かつ批判的でない態度で根気よく傾聴する。
 - 心からの同情を伝える。
 - 実質的な基本的ニーズを特定し、それらが確実に満たされるようにする。
 - 懸念事項を尋ね、その対処を図る。
 - 望ましくない対処方法を止めさせる (とりわけ、アルコール等の物質を利用した対

処については、重度のストレス状態にある際には、物質使用障害を発症するリスクが大きく高まることを説明し、止めさせる)。

- ・ (可能であれば) 通常の日々の活動への参加と、前向きな対処方法の利用 (例えば、文化的に適切なりラクゼーション法、助けとなる文化的・スピリチュアルな支えの利用など) を促す。
 - ・ ひとり以上の家族や友人と交流するよう促す。ただし、強要はしない。
 - ・ 必要に応じて、更なる支援が必要な場合再度訪れて良いことを伝える。
 - ・ 必要に応じて、現地で利用可能な支援の仕組み (アクションシート 5.2 を参照) または研修を受けた臨床家に紹介する。
- 少数の事例ではあるが、重度で急性のストレスによって日常生活を十分に送れないような場合は、臨床的な治療が必要となるだろう (指針については、主な参考資料欄にある Where There is No Psychiatrist を参照)。こうした患者については、可能であれば、精神障害をもつ人びとの支援に関する研修およびスーパービジョンを受けた臨床医に紹介する (アクションシート 6.2 を参照)。臨床的な治療は、(他の) 公的/非公的な支援 (アクションシート 5.2 を参照) と合わせて提供すること。
- 災害・紛争時等には、急性のストレスに対する臨床的な治療に関し、ベンゾジアゼピンが過剰に処方されてしまう場合がかなり多い。しかし、この薬物は、一部特定の臨床的問題 (例えば、重度の不眠症など) に関しては、ごく短期間の処方が適切な場合もある。それでもやはり、ベンゾジアゼピンの使用は、とりわけストレスの強い患者の間では急速に依存に至ってしまう場合があるので、注意が必要である。また、専門家たちは、ベンゾジアゼピンは、極度のストレス要因への曝露後の回復を遅らせてしまう可能性を論じている。
- 急性のストレスは、外部の介入なしでも、時間とともに自然に減っていく場合が多い。しかし、少数の事例においては、慢性的な気分障害や不安障害 (重度の心的外傷後ストレス障害を含む) に発展する。障害が重度である場合には、研修を受けた臨床医が最低緊急対応のなかで治療に当たること (アクションシート 6.2 を参照)。障害が重度でない場合 (例えば、患者が役割を果たし苦痛に耐えることができるような場合など) には、より包括的な支援のなかで適切なケアを受けさせること。妥当な場合には、保健ケアサービス内の、研修を受けたり、臨床的なスーパービジョンを受けたコミュニティ保健従事者 (例えば、ソーシャルワーカー、カウンセラーなど) がそれらの症例に対する支援を提供することもある。

6. プライマリ・ヘルスケア (PHC) 内にて精神保健に関するデータを収集する。 いずれのプライマリ・ヘルスケア (PHC)

スタッフも、シンプルかつわかりやすいカテゴリーを用いて疾病率データの一部に精神保健の問題を記録すること (詳細な指針については、アクションシート 6.2 の主な行動 1 を参照)。

主な参考資料

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). Participation and health programmes. In: Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.315-330. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Forum for Research and Development (2006). Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsri Lanka.org/joomla/>
3. Médecins Sans Frontières (2005). Mental Health Guidelines. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
4. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). Psychological First Aid: Field Operations Guide (Second edition). http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf (A potential limitation of this resource is that it was specifically developed for Western disaster settings. The guide describes an advanced form of psychological first aid because it was developed for use by previously trained mental health professionals.)
5. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
6. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Health Services, pp.249-312. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
7. WHO/UNHCR/UNFPA (2004). Clinical Management of Survivors of Rape: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons (revised edition). Geneva: WHO/UNHCR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/

重度の精神障害をもつ人びとがケアへアクセスできるようにする。

作業役割: 保健ケアサービス

段階: 最低必須対応

プロセス指標の一例

- 一般保健スタッフは、インフォームド・コンセント、守秘義務の遵守、プライバシーの保護を通じて、各患者の尊厳に関する権利を保護、促進する方法を把握すること。
- 一般保健スタッフは、患者に対し、ケアの一環として心理的応急処置 (PFA) を提供できること。
- 一般保健スタッフは、(a) 保健システム外にあるコミュニティのソーシャルサポート、(b) 保健ケアサービス (利用可能な場合) に属しているコミュニティの従事者 (支援従事者、カウンセラー) で、研修および臨床的スーパービジョンを受けた者、(c) 精神保健的問題の臨床的ケアに関して研修およびスーパーバイズを受けた臨床家に、適切な紹介を行うこと。

例: 1999年、マケドニア

- 簡易キャンプには大人数のコソボ難民が収容されていた。(医学的、社会的に) 脆弱な人びとおよびその紹介先の特定をするのに、コミュニティ保健従事者に短期の研修が行われた。研修ではストレス管理に関する基本的知識も取り上げられた。
- コミュニティ保健従事者は、緊急プライマリ・ヘルスケア (PHC) 施設の専門家スタッフのスーパービジョン下で活動に当たった。彼らは、コミュニティの難民集団から採用され、キャンプ内の脆弱な人びとのモニタリング・特定、医療機関・社会機関への紹介、医療 / 精神保健事例に関するフォローアップの提供 (訪問活動)、新規相談者への情報提供を担当した。
- 精神保健ケアサービス (精神医学面や急性の心理的危機への支援) はプライマリ・ヘルスケア (PHC) サービスとして重視され、プライマリ・ヘルスケア (PHC) スタッフにより紹介対応がなされた。災害・紛争等が安定した時点で、コミュニティ保健従事者は集中的な研修とスーパービジョンを受け、キャンプのカウンセラーとなった。

背景

精神障害は、全世界の障害に関する 10 大主要原因のうち 4 項目を占めているが、保健ケア分野において最も資源が不足しているもののひとつである。災害・紛争時等はもちろんのこと、平時においても、精神保健の臨床的ニーズを満たしている国はほとんど見られない。低・中所得国に存在している精神保健臨床サービスは、大規模都市の病院を基盤に行われている傾向にあり、しばしば多くの人びとにとって手が届かないものとなっている。

災害・紛争時等には、重度の精神障害をもつ人びと (精神病、および気分・不安障害による重度の障害など) の割合は平均的に見て、平時の推定である 2～3% よりも 1% 上昇すると見積もられている。また、気分・不安障害 (心的外傷後ストレス障害、すなわち PTSD など) のほとんどの症状を含む、軽度もしくは中程度の精神障害を持つ人の割合は、平時の推定 10% よりも 5～10% 上昇する可能性がある (主な参考資料欄にある WHO, 2005a を参照)。ほとんどの場合、中低度の障害を抱える被害者の多く - 全員ではない - が、時間とともに自然回復 (すなわち、外部介入なしでの治癒) する。

本アクションシートでは、**重度**の精神障害に対するケアに必要な**最低限**の人的対応について述べる。本文は、そのほとんどが重度の精神障害に対するケアについて記述したものであるが、いくつかの神経障害へのケアを精神保健従事者が担当している諸国においても、本書が推奨する活動の多くがそのケアにも当てはまる。

本アクションシートで取り上げる重度障害は、**既存のものか、災害・紛争等により生じたものとして**、下記などの状態が含まれる。

- あらゆる種類の精神病。
- 何もできなくなるほど重度の気分障害や不安障害の症状 (何もできなくなるほど重度の PTSD の症状を含む)。
- アルコール等の精神賦活物質の使用に起因する重度の精神障害 (物質使用関連の問題に関する指針については、[アクションシート 6.5](#) を参照)。

- 子どもや青年の間に見られる重度の行動障害・感情障害。
- 既存の重度の発達障害。
- てんかん、せん妄、認知症、脳損傷等や基礎となる医学的状態（有害物質、感染症、代謝障害、腫瘍、変性疾患など）に起因する精神障害を含めた、精神・神経障害。
- その他の重度の精神保健的問題。これには、(a) 現地で定められた重度の障害であって、確立された国際的分類システムに当てはめにくいもの（アクションシート 6.4 を参照）、および (b) 通常精神障害に関連するリスク行動（自殺感情、自傷行動など）が含まれる。

精神障害をもつ人びとは、医学的に説明の付かない身体症状の訴えに対して、最初にプライマリ・ヘルスケア (PHC) 施設に出向いて支援を求めることになるが、重度の精神障害をもつ人びとの場合には、孤立、スティグマ、不安、自己に対するネグレクト、障害、アクセスが不十分なことから、まったく相談しないということもある。こうした人びとは、障害が重度であることと、それまで支援を受けていたソーシャルサポートが災害・紛争等により奪われてしまうという二つの理由から、二重の弱者となってしまう。通常時でも、家族はケアの重荷からストレスを受け、スティグマを負うことがしばしばであるが、強制退去を伴うような災害・紛争時等になると、これらの人びとは、ますます取り残されるリスクが高まることになる。しかしながら、こうした人物が特定されれば、応急的な保護と支援を提供してすでに存在する介護者を支援するように、対策を講じることが可能である。生存上重大なリスク状態にある者や、自身の尊厳・人権が損なわれつつある環境、あるいはソーシャルサポートが不十分で、家族が対処に困難を有しているような状況に暮らしている者を優先すべきである。

重度の精神障害をもつ人びとへの治療および支援には、通常、生物学的・社会的・心理的介入の組み合わせが必要となる。治療不足や過剰な医学問題化のいずれも、スタッフの研修およびスーパービジョンによって避けることができる。災害によって生じた苦痛が臨床的介入を必要とするほどではない人びとには、通常、投薬を行ってはならず、心理的応急処置 (PFA) (アクションシート 6.1 を参照) やコミュニティによるソーシャルサポート (アクションシート 5.2 を参照) が有効である。また、一部の精神障害については、現実的な心理的介入のみによって効果的に対応することも可能である。その介入がうまくいかなかった場合以外には、薬物療法は行わないこと。

下記の各活動は、災害・紛争時等における重度精神障害をもつ人びとのニーズに対処するうえで最低限必要となる対応であるが、より包括的な対応を行う際の第一段階と

することもできる。これらの手順は、コミュニティの保健当局・保健ケア従事者および現地・国際双方の医療機関を対象としたものである。開始時点で、コミュニティに保健インフラやコミュニティに十分な能力がないような場合には、外部組織が、緊急精神保健ケアサービスを提供しなければならない。ただし、サービスを設置する際には、癒しや対処に関する既存の社会的・私的な手段を置き換えることのないような方法で、かつ、後に公的に運営される保健ケアサービスに統合化しうるような形で、行う必要がある。

主な活動

1. アセスメントを行う。

どのようなアセスメントが既に実施されているかおよびどのような情報が利用可能かを把握する。必要に応じて追加アセスメントを計画する。アセスメントのプロセスおよびその内容について指針は、アクションシート 2.1 を参照。本アクションシートにおいては、とりわけ下記が重要となる。

- 保健セクターにおいて精神保健ケアに関する既存の構造、場所、スタッフ、資源（方針、薬物療法の利用可能性、プライマリ・ヘルスケア (PHC) の役割、精神科病院などを含む）、および関連する社会サービス（世界各国における公式の精神保健ケア資源に関するデータについては、WHO の Mental Health Atlas を参照）を割り出す。
- 既存サービスに対する災害・紛争等の影響を判定する。
- 災害・紛争等により影響を受けた重度精神障害をもつ人びとのニーズに対処する計画を各コミュニティ当局およびコミュニティが立てているかどうか、何ができるか、どのような支援が必要かを確認する。
- 下記の方法を用いて、支援を必要としている重度の精神障害をもつ人びとを特定する。
 - 以下の場合には、保健ケア提供者に情報提供を行い、記録を行うよう、関係各政府・非政府機関（とりわけ、保健、避難所、キャンプ管理、保護を担当する機関）およびコミュニティのリーダーに依頼する。非常な混乱状態や見当識障害を有すると思われる者、支離滅裂な言動のある者、奇異な考えを持っている者、奇異な行動をとる者、あるいは自らをケアすることができずと見受けられる者に遭遇したり、通報を受けたりした場合など。
 - 既存の伝統的ヒーラーのもとを訪問し、適宜、協力し合う。彼らは支援を必要とする者の所在に関する情報を持っていることが多く、また、コミュニティ外から来たサービス実践者に対し文化的情報を提供してくれる場合もある（アクションシート

6.4を参照)。

- ・ 公的 / 非公的な施設を訪問して、ニーズアセスメントを行い、ケアを受けている者の基本的権利を確保する (アクションシート 6.3を参照)。
- ・ プライマリ・ヘルスケア (PHC) のデータに、簡単に学ぶことができるシンプルな方法で精神保健に関する問題を記録できるよう、現地・国際双方のプライマリ・ヘルスケア (PHC) スタッフに指導すること。例えば、平均的なプライマリヘルス従事者であれば、下記の4つのカテゴリーを用いるのに追加研修はほとんど必要としないだろう。
 - ・ 医学的に説明の付かない身体症状の訴え
 - ・ 重度の精神的ストレス (例えば、重度の悲嘆やストレスのサインなど)
 - ・ 重度の異常行動 (「狂気」に相当する現地用語を用いて PHC 書式に記載される)
 - ・ アルコールや物質の乱用
- ・ 精神保健・心理社会セクターの連携・調整グループ (アクションシート 1.1 および 2.1を参照) および保健セクター全体の連携・調整グループとアセスメントの結果を共有する。

2. あらゆる緊急医薬品キット内に十分な量の必須精神科治療薬を確保する。

- ・ 最低限、WHO の必須薬品モデルリストから、ジェネリックの抗精神病薬 1 種類、抗パーキンソン病薬 1 種類 (起こりうる錐体外路副作用に対処するため)、抗けいれん薬 / 抗てんかん薬 1 種類、抗うつ薬 1 種類、抗不安薬 1 種類 (重度の物質乱用、けいれんに使用) をすべて錠剤で用意する。
- ・ 関係機関間救急医療キット (Interagency Emergency Health Kit) (WHO, 2006) には、(a) 抗精神病薬の錠剤、(b) 抗不安薬の錠剤、(c) 抗パーキンソン病薬、(d) 抗うつ薬は含まれていない。このキットを使用する場合には、前記 4 品目の現地購入や輸入の手配が必要となる。
- ・ 一般的に、WHO モデルリストにあるジェネリック医薬品は、新開発のブランド医薬品と同様の効果が見られ、はるかに安価であるためプログラムの持続可能性を高めるためにも推奨される。

3. 緊急プライマリ・ヘルスケア (PHC)

チーム内の 1 名以上が最前線での精神保健ケアを提供できるようにする。これを実現

する仕組みとして考えられるのは、次のとおりである。

- ・ 政府 / NGO のプライマリ・ヘルスケア (PHC) チームに属する現地もしくは国外からの精神保健専門家。国外から参加している従事者には、コミュニティの文化や環境に関するオリエンテーションが必要であり (アクションシート 4.3 および 6.1 を参照)、また、有能な通訳・翻訳者とともに業務に当たるようにすること。
- ・ 向精神薬の合理的使用など精神保健ケアを通常の診療に統合できるように、そして、精神保健ケアに専念できるように、コミュニティのプライマリ・ヘルスケア (PHC) スタッフを研修、指導する (下記の主な行動 4 およびアクションシート 4.3 を参照)。
- ・ その他のプライマリ・ヘルスケア (PHC) サービスと並行してフルタイムの精神保健ケアを提供できるよう、コミュニティのプライマリ・ヘルスケア (PHC) チームのスタッフ 1 名 (医師または看護師) を研修、指導する (下記の主な行動 4 およびアクションシート 4.3 を参照)。

4. 重度の精神障害に対して最前線でケアに当たることができるプライマリ・ヘルスケア (PHC) スタッフを研修、スーパーバイズする (アクションシート 4.3 も参照)。

- ・ 研修には、理論と実践の両方を含むこと。研修は、コミュニティの保健当局と協力して活動に当たる現地もしくは国外からの精神保健スーパーバイザーが、災害・紛争等の発生時より開始することができる。この研修は、災害・紛争等が落ち着いた後も、より包括的な対応の一環として継続すること。研修には、アクションシート 6.1 の主な行動 4 に記載しているあらゆる技能のほか、下記も含めること。
 - ・ すべてのサービス利用者とその介護者に対する尊厳と敬意を持った対応方法。
 - ・ 精神状態のアセスメント。
 - ・ 上記の背景セクションに挙げられているすべての重度障害に関する認識および第一線の現場における治療。
 - ・ 上記に関する指針および手順の提供 (主な参考資料欄を参照)。
 - ・ 精神保健業務を通常の臨床業務に取り入れる方法を中心とした、時間管理能力。
 - ・ Where There is No Psychiatrist で取り上げられている、簡単で実用的な心理学的介入 (主な参考資料欄を参照)。
 - ・ 適切な臨床記録の保存。対象集団が流動的である場合があるので、可能であれば、コピーを介護者に渡す。
 - ・ 守秘。保護上の理由から守秘義務に反する必要がある場合には、後見上・法医学

上の問題に対処するとともに、サービス利用者と介護者に通知する。

- コミュニティの各支援 ([アクションシート 5.2 および 6.4 を参照](#)) や二次・三次サービスが存在し、利用可能である場合の、適切な紹介システムを設定する。
- 被災国で薬物療法を行う権限をもつスタッフについて、適正処方基準は以下のとおりである。
 - Essential Drugs in Psychiatry の指針および Where There is No
 - Psychiatrist に即した、緊急キット内の必須の精神治療薬の合理的使用 (主な参考資料欄を参照)。
 - 慢性疾患 (慢性の精神病、てんかんなど) 患者に対する継続的な処方薬へのアクセスとアドヒアランスを高めるための手順。
 - 非薬理的なストレス管理手法を開発することによって、災害により生じた非病理的なストレスを示す者 ([アクションシート 6.1 を参照](#)) への向精神薬処方を避けるための手順。
 - 医学的に説明の付かない身体症状の訴えに対し偽薬を処方しないための手順。
 - ベンゾジアゼピンのリスクと利点の両方、とりわけ、長期処方による依存リスクに関する理解。
 - 不必要な複数の薬品の処方を最小限にするための手順。
- 介護者により拘禁されたり身体的に拘束されていた重度精神障害をもつ人びとの管理および支援には、下記の手順が必要となる。
 - 第一に、ごく基本的な手段による精神医学的・社会的ケア (例えば、適切な医薬の提供、家族への教育・支援など) を促進する。
 - 人間的な生活環境を整える。
 - 第二に、患者の拘束解除を検討する。ただし、まれではあるが患者に暴力行為の経歴があるような場合には、事前に他の者の基本的な安全を確実にする。

5. 複数の異なる研修によってプライマリ・ヘルスケア (PHC) 従事者に過剰な負担をかけることを避ける。

- 研修受講者は、精神保健ケアを提供できるようになるために、精神保健研修を日常業務へ取り入れる時間をもつべきである。
- 複数の異なる専門分野 (例えば、精神保健、結核、マラリア、HIV カウンセリングなど) について独立して研修するのではなく、これら技法がどのように組み合わせられて実際に

に使われるのかを考慮して研修を行う。

- 短期コースによる理論研修だけでは不十分であり、有害な介入となってしまうかぬない。必ず引き続き幅広い実地指導を行わなければならない ([アクションシート 4.3 および 131 ページの例を参照](#))。

6. 無理なくアクセスできる場所に追加的な精神保健ケアを設ける。

一般的な公衆衛生の基準 (人口カバー率、重度な障害をもつサービス利用者に関する推定担当件数、サービスの持続可能性など) を用いて、精神保健ケアを設けるべき場所を判断する。機動性を持ったプライマリ・ヘルスケア (PHC) やコミュニティの精神保健チームは、コミュニティ内の様々な場所に緊急ケアを設けるうえで有効な方法となり得る。理にかなったアクセス地点例としては、次のようなものがある。

- 緊急治療室
- 二次・三次施設の外来診察室
- 精神保健のドロップイン・センター
- 災害・紛争等関連の入院数が多い一般病棟
- 家庭訪問 (テント、収集センター、宿舎、仮設住宅地への訪問を含む)
- 学校、子どもに配慮したスペース

7. 特定の診断 (PTSD など) や限定した集団 (寡婦など) に集中した並行的な精神保健ケアサービスを構築しないようにする。

これらによって、サービスが分断され持続不可能となったり、特定の診断カテゴリーや集団に合致しない人びとを取り残してしまう可能性がある。また、これらの集団に対するラベリングやスティグマの一因となる場合もある。本項は、統合サービスの一環として幅広い人びとを対象とするアウトリーチ活動 (学校内の子どもへのアウトリーチクリニックなど) を除外するものではない。

8. 精神保健ケアの利用可能性について人びとに情報提供をする。

- ラジオなど適切な情報源を用いて広報する ([アクションシート 8.1 を参照](#))。
- ストレスに対する通常の行動や反応が重度の精神障害の兆候を示すと誤って捉えられないように、すべてのメッセージを慎重な方法で提供されるようにする。
- コミュニティのリーダーの存在と、必要であれば現地警察に対し、精神保健ケアが利

用できることを伝える。

9. コミュニティ体制と連携して、重度の精神障害をもつ人びとを発見、訪問、支援する (アクションシート 5.2 および 6.4 を参照)。

10. あらゆる関係機関間の精神保健に関する連携・調整に携わる (アクションシート 1.1 を参照)。

精神保健ケアサービスの長期的な戦略計画プロセスに携わる。災害・紛争等は、精神保健改革のきっかけとなることが多く、改善が急速に進む可能性がある。

主な参考資料

1. Forum for Research and Development. (2006). Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
2. Médecins Sans Frontières (2005). 'Individual treatment and support'. In Mental Health Guidelines, pp. 40-51. Amsterdam: MSF. http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf
3. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO (1993). Essential Drugs in Psychiatry. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf
5. WHO/UNHCR (1996). 'Common mental disorders'. In Mental Health of Refugees, pp.39-61. Geneva: WHO/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
6. WHO (1998). Mental Disorders in Primary Care: A WHO Educational Package. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf
7. WHO (2001). The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: View from the Developing World. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf
8. WHO (2003). Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf
9. WHO (2005a). Mental Health Assistance to the Populations Affected by the Tsunami in Asia. http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index.html
10. WHO (2005b). Mental Health Atlas. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/
11. WHO (2005c). Model List of Essential Medicines. Geneva: WHO. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/
12. WHO (2006). The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months. Geneva: WHO. <http://www.who.int/medicines/publications/mrhealthkit.pdf>

プロセス指標の一例

- 研修およびスーパービジョンを受けたプライマリ・ヘルスケア (PHC) 従事者の人数、研修時間、実地指導セッションの回数。
- 各治療カテゴリーで必須の向精神薬 (抗精神病薬、抗パーキンソン病薬、抗うつ薬、抗不安薬、抗てんかん薬) を購入し、持続可能な供給ラインを確保すること。
- プライマリ・ヘルスケア (PHC) 診療所等の精神保健ケアサービス内で認められた精神保健的問題の数・種別。
- 専門の精神保健ケアへの紹介回数。

例: 2005年、インドネシア、アチェ

- 国際 NGO が、関連する当局、調整機関、国内外組織と協議のうえ、プライマリ・ヘルスケア (PHC) で緊急精神保健ケアを開始した。
- 固定・移動型の各診療所から活動にきた国内のプライマリ・ヘルスケア (PHC) スタッフには、精神保健の研修とスーパービジョンが行われた。精神保健ケアサービスを運営すべく各プライマリ・ヘルスケア (PHC) チームには、研修およびスーパービジョンを受けた国内の看護師が追加された。スタッフがスーパービジョンがなくても働けるようになるには、6ヶ月の研修が必要となった。研修とスーパービジョンは、急性の緊急期の後も1年間にわたり継続された。
- 同州の戦略的精神保健計画には NGO が参加した。その後、同州の精神保健戦略には、プライマリ・ヘルスケア (PHC) 施設に所属することになる精神保健看護師向けの研修モデルが取り込まれた。

入院・入所している重度精神障害等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。

作業役割： 保健ケアサービス

段階： 最低必須対応

背景

入院患者・施設入居者は、社会で最も脆弱な人びとであり、災害・紛争時等には特にリスクに曝される。災害・紛争等による環境の混乱によって、その全体的な脆弱性はさらに高まる。入院患者・施設入居者は、スタッフから見放され、自然災害や紛争の影響に保護されることなく放置される場合もありうる。

重度の精神障害は、ネグレクト・見捨てられること・人権侵害を招くスティグマや偏見にさらされることがしばしばである。施設に入所することで、災害・紛争時等に生き抜く上で欠かせない家族からの保護や支援を得る可能性から遠のいてしまう。施設に入所している重度精神障害をもつ人びとの中には、災害・紛争時等には、簡単な移動についてですら、(必要以上に) 施設のケアを必要とする者もいる。施設のケアへ完全に依存することによって、より強い不安や、動揺、完全な引きこもりを引き起こしてしまう場合がある。急速に変化する災害・紛争時等の環境に適切に対応することが難しく、自己防衛や生存機制が制限されることもある。

緊急対応は、可能な限り、現地の専門家が指揮する必要がある。介入は、保護と、既存の基本的ケアの再構築とを中心としたものでなければならない。基本的なケア・尊厳の対象となるのは、適切な衣類、食糧配給、避難所、衛生、身体的ケア、基本的治療(投薬、心理社会的支援を含む)などである。既存のケア水準が医療面や人権面で低い場合には、注意が必要である。この場合、緊急介入は、既存のケアを再開することではなく、精神医学的ケアについて一般的な最低限の基準を満たし、これを実施することに注力しなければならない。災害・紛争等の最も困難な時期が収束次第、たいていの国では、しっかりとした介入をするためにコミュニティ精神保健ケアサービスを整備することが欠かせない。

本アクションシートは、主に、施設に入所している精神障害をもつ人びとにおける災害・紛争等関連のニーズを中心に取り上げている。しかしながら、こうした施設には、通常、重度の精神障害をもつ人びとだけでなく、他の慢性的な重度の精神・神経疾患を持つ患者も入所しているので、注意すべきである。本アクションシートでは、そうした

患者も適用対象となる。また、本アクションシートにあるニーズおよび推奨活動の多くが、重度の精神障害等の精神・神経疾患を持つ患者で、刑務所、社会福祉施設その他の居住施設(伝統的ヒーラーにより運営されている施設を含む)に暮らす者に対しても、同様に適用される(アクションシート 6.4 も参照)。

主な活動

1. 保健ケアに従事するひとつ以上の機関が、施設入居者の継続的なケアおよび保護に関する責任を負うようにする。

- 本項に関する主な責任は政府にあるが、精神保健・心理社会的支援の連携・調整グループ(アクションシート 1.1 を参照) および保健調整グループ/保健クラスターは、対応に不足項目がある場合には保健機関の特定を支援すること。
- 各施設について、下記の主な行動 2~4 に沿って緊急時行動計画を策定すること。それらの計画が災害・紛争等の事前に策定されていない場合には、適宜、災害・紛争時に策定すること。

2. スタッフが精神科施設を放棄した場合には、置き去りにされた重度精神障害をもつ人びとをケアするように、コミュニティおよび保健システムから人的資源を動員する。

患者の状態によっては、施設外でケアを提供すること。

- 協力的かつ保護的なネットワークを設けるにあたって、コミュニティの責任についてコミュニティリーダーと話し合う。下記の各集団に声をかける。
 - 保健専門家、および可能であれば、精神保健専門家
 - 適切な場合には、現地の非対症療法(non-allopathic)な保健ケア提供者(例えば、宗教指導者、伝統的ヒーラー。アクションシート 6.4 を参照)。
 - ソーシャルワーカー等のコミュニティに根ざした仕組み(例えば、女性団体、精神保健ケア消費者団体など)
 - 家族
- 拘束手順の倫理的な使用、危機(攻撃性)管理、継続的ケア、患者の自己管理向上を図る簡単な方法などといったトピックに関し、基本的な研修を提供する。
- 基本的なケアを提供するために集められた者に対し、確実に継続的で緊密なスーパービジョンを実施するとともに、各自の精神的健康を守る方法について情報を入手でき

るようにする (アクションシート 8.2 を参照)。

3. 精神科施設内の精神障害をもつ人びとの生命および尊厳を保護する。

- 患者を自傷や他者 (例えば、訪問者、スタッフ、他の患者、略奪者、抗争派閥など) による虐待から保護する。適切なレベルにおいて性暴力、虐待、搾取 (例えば、人身取引、強制労働) 等の人権侵害に関する各問題に対処する (アクションシート 3.1 および 3.3 を参照)。
- 患者の基本的な身体的ニーズが確実に満たされるようにする。これらの基本的なニーズとは、飲料水、衛生状態、十分な食糧、避難所・衛生、身体疾患の治療機会などである。
- 患者の全体的な健康状態をモニタリングするとともに、人権のモニタリングを実施、強化する。これは、(利用可能な場合には) 外部調査機関、人権組織または保護専門家が行うこと。
- 施設内外の患者のために避難計画を立案し、スタッフに対し避難手順に関する研修を実施する。その建物内に施錠付きの施設または小部屋がある場合には、いつでも扉を開けられるようにするため、鍵の責任順位を定める。
- 避難が始まった場合には、可能な限り、患者を家族と共に避難させる。それが無理な場合は、患者の移動先について逐次家族と介護者に通知するとともに、その記録をとっておく。

4. 災害・紛争等の全期間にわたって基本的な健康管理・精神保健ケアを行えるようにする。

- 定期的な (身体的・精神的) 健康診断を実施する。
- 身体疾患への治療を提供する。
- 継続的な基本的精神保健ケアを提供する。
 - 災害・紛争等の全期間にわたって十分な量の必須薬品 (向精神薬など) を利用できるよう確保する。向精神薬の突然の中断は、有害で危険な場合がある。医薬品は、処方方を定期的に (週 1 回以上) 評価して、確実に合理的な処方となされるようにする。
 - 医薬品を安全に保管する。
 - 心理社会的支援を利用できるようにする。
- 身体的拘束・隔離は断固として避けるべきではあるが、こうした状況は多くの施設に

おいてよく見受けられる。頻回の巡回、食事の提供、治療、隔離必要性の定期的評価に関して規定した手順を導入する。

主な参考資料

1. WHO (2003). 'Custodial hospitals in conflict situations' . Geneva: WHO. <http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html>
2. WHO (2003-2006). WHO Mental Health Policy and Services Guidance Package. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/policy/en/. (This package is relevant for comprehensive, post-emergency response. In particular, see the module 'Organisation of Services for Mental Health' .) http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf
3. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet' . Geneva: WHO/ICRC. http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

プロセス指標の一例

- 精神科施設入居者の基本的な身体的ニーズに継続して対処すること。
- 精神科施設入居者に対し、継続して基本的な健康管理・精神保健ケアを提供すること。
- 精神科施設入居者の人権をモニタリング、尊重すること。
- 適切な避難計画・緊急時計画を設けること。

例: 1999 年、シエラレオネ

- 紛争の最中、2名の精神科看護師を除き、精神科施設のすべてのスタッフが退避してしまった。この施設の建物は部分的に破壊され、患者はコミュニティを徘徊し、就寝のために戻って来た者は一部であった。患者は、前線における危険な仕事や、食糧の闇取引に使役された。
- コミュニティのリーダーが集まって、この現状を話し合った。コミュニティは、残った2名の精神科看護師指導のもと、患者の特定に協力することで合意した。また、コミュニティと施設の両方に対し、定期的な食糧配給が手配された。
- 国際医療 NGO が、患者の医学的スクリーニングを支援し、医薬品の供給を確保した。
- 患者の家族には、精神科看護師と NGO 保健スタッフのスーパービジョンのもとに患者の支援に協力するよう申し入れられた。
- 一定の基本的な再建がなされ、また、以後施設が攻撃を受けた場合に備えて緊急計画も策定された。

コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、 適宜そのシステムと協力する。

作業役割： 保健ケアサービス

段階： 最低必須対応

背景

対症療法的な精神保健ケア（ここでは、伝統的な西欧型の生物医学的精神保健ケアを意味する用語とする）は、病院や診療所を中心として、またコミュニティにも次第が増えてきつつある。こうした医療は、医学、行動科学および正規の心理療法やソーシャルワークについて研修を受けたスタッフによって提供されるものである。しかしながら、どのような社会にも、非対症療法的な、つまり土着の、非公的で、伝統的な、土地固有の、補完的あるいは代替的なヘルスケアの癒しのシステムが存在しており、これらが大きな意義を持つことがある。例えばインドなどでは、伝統的な医学システムが普及し、十分に発達しており（サービス実践者を研修する医科大学を含む）、南アフリカでは、伝統的ヒーラーが法的に認められている。西欧社会では、科学的根拠は非常に乏しいにもかかわらず、多くの人びとが正統的でない精神療法や他の治療法（例えば、鍼治療、ホメオパシー、信仰に基づく癒し、あらゆる種類の大衆薬など）を含めた補完医療を利用している。低所得社会にある農村コミュニティの多くでは、私的で伝統的なシステムが保健ケア提供の主な手段となっている場合がある。

対症療法的な保健ケアサービスが利用可能な場合ですら、コミュニティの人びとは、精神的・身体的な健康問題に関し、地元の伝統的な支援を求めたがる場合がある。こうした支援は、安価で、利便性がよく、社会的に受け入れられやすく、スティグマを負う可能性も低く、場合によっては有効かもしれない。これらの支援には、現地で理解されている原因モデルが用いられることがしばしばである。こうした習わしとしては、祈りや暗唱を用いた宗教指導者による癒し、教団より認められた専門ヒーラーによる同様の方法による癒し、コミュニティの文化圏内で活動する専門ヒーラーによる癒しなどがある。後者の癒しには、ハーブ等の自然薬品の使用、マッサージ等の身体的処置、儀式、呪術のほか、スピリチュアルな世界を扱う儀式などを伴う場合がある。

宗教指導者のなかには、そうした習わしを認めなかったり、積極的に禁止したりする者もいるとはいえ、現地のヒーラーらは、住民からの評判がよく時として成功を収めていることもある。文化によっては、以上のような信条や習わしが、主要な宗教における

信条や習わしと融合している場合もある。また、現地の薬局では、対症療法的な医薬品と在来的な医薬品の両方を調剤して保健ケアを提供している場合もある。一部の宗教団体では、信仰に基づく癒しが行われている場合もある。

伝統的な癒しの行為のなかには、有害なものもあるということに注意しなければならない。そうしたものの例として、誤った情報の提供、殴打、長期に及ぶ断食、傷をつけること、長期に及ぶ身体的拘束、あるいはコミュニティからの「魔女」祓いを伴うような社会浄化儀式などが挙げられる。さらに、一部の儀式には非常に費用がかかるものもあり、また、一部のヒーラーが災害・紛争等を利用して、脆弱な人びとを改宗させ、搾取したことも過去にあった。こうした事例において課題となるのは、災害・紛争等の環境から見て現実的な範囲で、有害な習わしに対処する効果的かつ建設的な方法を見つけ出すということである。伝統的な浄罪・癒しの行為を支援したり協力したりする場合には、事前に、それらの習わしに伴って何が行われるか、また、それらが有益となりうるのか、有害、またはいずれでもないのかの判断をすることが不可欠である。

伝統的な癒しのアプローチが臨床的に有効であるか否かにかかわらず、伝統的ヒーラーとの対話は、良い結果につながることもある。例えば、

- 精神的ストレスや精神病の現れ方・対処方法（[アクションシート 2.1](#)を参照）、また、被災者におけるストレスのタイプ・程度の総合的な実態に関する理解が増す。
- 紹介のシステムが改善する。
- 多くの人びとが支援を求めるヒーラーとの関係を継続する。
- 受療者が持つスピリチュアル・精神的・社会的世界に関し、理解が増す。
- 新しいサービスに対する被害者の受け入れが増す。
- 癒しに関して協働する可能性の機会が見出され、それにより、人びとが利用できる効果的かもしれない治療の数も増える。
- 文化的により適切な対症療法的なサービスが確立される。
- 伝統的な医療システムの中で生じる人権侵害をモニタリングし、対処する機会が見込まれる。

伝統的ヒーラーによっては、対症療法的なサービス実践者と物理的・象徴的に「距離」をとろうとする者もあり、協力が敬遠されることもある。同時に、対症療法の研修を受けた保健スタッフは、伝統的な行いに対し冷淡になったり敵意を持ったり、あるいはそれらを無視したりするような場合がある。状況によっては距離をとることが最善の選択肢となることもあるが、異なるケアシステムの間で建設的なやり取りを促進するよう、

本アクションシートに示した主な活動を利用できる場合がある。

主な行動

1. 医療の提供状況に関し、アセスメントをし、ケアマップを作成する。

主な現地の癒しのシステム、およびそのコミュニティにおける意義、受入れ、役割を特定する。人びとが、外部者からの反対を恐れている場合や、その習わしを秘密のものとし、もしくはコミュニティの許可された者のみが利用できると考えているような場合には、直ちにすずんで情報提供をしない場合がある。国内外の「外部者」は、批判的でない敬意を持った姿勢で、コミュニティの宗教的・スピリチュアルな信仰を理解したいと思っていることと、コミュニティの活動と協力できるかもしれないことを強調すること。災害・紛争等を、外部者の宗教的・スピリチュアルな信仰を促進するためには決して利用しないこと。

- 男女両方のコミュニティ代表者に対し、困難な状況のときに支援を求める場所や人物について質問する。
- プライマリ・ヘルスケア (PHC) 提供者および助産師に対し、どのような伝統的システムが存在するかを質問する。
- 現地の薬局を訪問して、どのような医薬品や治療薬が入手可能か、また、どのようにして調剤が行われているかを調べる。
- 保健ケアサービス拠点に支援を求めにきた人びとに対し、各自の問題の性質・原因をどのように理解しているか、また、支援を求める際に他に誰に会いに行くか、また、これまでに誰に会いに行ったかを尋ねる。
- コミュニティの宗教指導者に対し、癒しのサービスの提供を行っているかどうか、また、コミュニティ内で他に誰がそれを提供しているかを聞く。
- 上記質問にあるいずれかの者に対し、地元ヒーラーへの紹介や、話し合いの場を持つよう依頼する。
- 複数の非公式的な医療システムが存在している可能性があること、また、一方のシステム内のサービス実践者が他のサービス実践者を認めなかったり、他のサービス実践者と話し合いを行わなかったりする場合があることを念頭に置いておく。
- 現地のヒーラーが「患者」をめぐる争ったり、適切なアプローチをめぐる対立していたりする場合があることを認識する。こうしたことから、上記の各プロセスを頻繁に繰り返すことが必要となる場合もある。

- 現地の人類学者 / 社会学者 / コミュニティの信仰・習慣に精通している者と話し合いを持つとともに、利用可能な関連文献を読む。
- 観察する。治療セッションを観察させてもらえるよう許可を求める。癒しに利用されている現地の聖堂や信仰の場を視察する。患者を収容するシステムなども含めた施設ケアなどの私的な体制が設けられている場合もある (アクションシート 6.3 を参照)。
- 癒しのセッションが行われる礼拝所を視察し、礼拝に出席する。
- 患者と、病気や癒しにかかわる各プロセスに対する理解について話し合う。
- 伝統的行為のなかに有害となる手段や容認し難い手段が含まれていないかどうか判断する。
- アセスメントの結果を連携・調整グループと共有する (アクションシート 1.1 および 2.1 を参照)。

2. 伝統的ヒーラーに関する国としての政策を確認する。

次の点を認識する。

- 保健ケア提供者に対して、伝統的ヒーラーと協力しないよう求めたり、協力を禁止したりしている政府 / 医療当局がある。
- 協力を奨励し、ヒーラーの公式研修や従来の医療の研究・評価に従事する専門の部署を設けている政府もある。こうした部署は、有用な資源となり得る。

3. 確認されたヒーラーと信頼関係を築く。

- できれば信頼ある仲介人 (元患者、賛同派の宗教指導者、市町長などの現地当局者、友人) を伴って、ヒーラーを訪問する。
- 自己紹介をする。自身の役割と、コミュニティを支援したいという希望を説明する。
- ヒーラーの役割に敬意を示し、自身の活動について説明してもらえないか、また、その活動が災害・紛争等によりどのような影響を受けたか (例えば、患者数が増加したか、必要物資の不足や施設の損壊により活動の実施に困難はないか、など) を尋ねる。ヒーラーのなかには自らの手法を明かすことに懸念を示す者もあり、そうした場合には信頼の構築に時間を要する。
- 適切な場合には、協力関係を築き、相互的な意見交換を行いたいことを強調する。

4. 現地のヒーラーが情報共有および研修・セッションに参加するようにすすめる。

- コミュニティの情報会議や研修・セッションにヒーラーを招く。
- 研修内にヒーラーの役割を設けることを検討する。例えば、病気の原因に対するヒーラーの理解や、ヒーラーによる病気の定義の説明などを行う。これらが、緊急対応に従事する現地または国外の各組織によるアプローチと両立し得ないものであっても、現地のヒーラーのモデルを理解しておくことで、患者本人による問題の自己認識を支えることができる場合もあるので、患者が適正な医療を得るためにはその理解が不可欠となる。
- 妥協点を模索し、相互に患者を紹介しあう機会について話し合う（下記の主な行動5を参照）。
- 多くの国において、読み書きの習慣をもたない伝統的ヒーラーが多数いる場合があることを認識する。

5. 可能な場合には、協働的なサービスを構築する。

- 下記の場合には（これまでに述べてきた単純な情報交換とは対照的に）積極的に協力し合うことが有益となる。
 - 従来からあるシステムが、大部分の人にとって、重要な役割を果たしている。
 - そのシステムが、有害でない（しかし、有害な習わしの場合には、教育と変化のために建設的な対話が求められる）。
- 有益な協働としては、次のようなものが挙げられる。
 - コンサルテーションへの招待。
 - 相互の紹介（例えば、ストレス、不安、死別、転換性反応、実存的苦悩などといった各問題は、伝統的ヒーラーの方がより良い治療を行える可能性がある一方で、重度の精神障害やてんかんの治療に関しては、対症療法的な治療者が行う方が良い）。
 - 合同でのアセスメント。
 - 共同診療所。
 - ケアの共有：例えば、ヒーラーが、長期的な薬物療法を受けている精神病患者をモニタリングする方法を学び、患者が従来型の介入を受けている間の居場所をヒーラーが提供してくれるかもしれない。伝統的なリラクゼーション手法やマッサージは、対症療法に組み込むことが可能である。

主な参考資料

1. Center for World Indigenous Studies. www.cwis.org
2. International Psychiatry, Vol 8, 2005, pp.2-9. Thematic papers on traditional medicines in psychiatry. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ip8.pdf>
3. Save the Children (2006). The Invention of Child Witches in the Democratic Republic of Congo: Social Cleansing, Religious Commerce And The Difficulties Of Being A Parent In An Urban Culture. http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3894_DRCWitches1.pdf
4. WHO/UNHCR (1996). 'Traditional medicine and traditional healers', pp.89-99, Mental Health of Refugees. Geneva: WHO/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. WHO (2003). Traditional Medicine: Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
6. WHO (2006). Traditional Medicine. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>

プロセス指標の例

- コミュニティの主な癒しのシステムに関してアセスメントを行い、関連する支援調整団体とそれを共有すること。
- 精神保健の研修セッションにおいて、非対症療法的なヒーラーに対し役割を設けること（現地の背景事情から見て適切な場合）。
- 精神保健の研修セッションに出席した非対症療法的なヒーラーの人数。

例：2005～06年、チャド東部

- プライマリ・ヘルスケア (PHC) サービスにおいて精神保健ケアを提供する国際 NGO が、難民キャンプ内のダルフール人集団の伝統的ヒーラーらと連携をとった。
- NGO スタッフは、ヒーラーらに接触し、話し合いを求めた。その話し合いのなかで、ヒーラーらは NGO が信用できるかどうかを検討した。その後、ヒーラーらは、(a) 祈禱書やハーブがないため活動の実施が困難であることを説明し、(b) 拘束されている重度精神疾患患者の所在を明らかにし、(c) 精神的問題や精神疾患を呈した者に対する独自の分類および介入を説明し、(d) 多くの難民が伝統的な保健ケアと対症療法的な保健ケアを同時に求めていることを説明した。
- 研修セミナーが組織され、そのなかで、知識や技能の情報交換が行われた。6ヶ月間にわたり、ヒーラーらは定期的に NGO スタッフと会い、話し合いを持った。この話し合いでは、女性器切除、断食・栄養・母乳育児、精神的ストレス、精神的外傷・心的外傷後反応、重度精神障害、学習障害、てんかんに関する医学的側面について、相互の意見交換が行われた。

アルコール等の物質使用に関する問題を 最小限に抑える。

作業役割： 保健ケアサービス

段階： 最低必須対応

背景

紛争や自然災害下では、アルコール等の物質使用 (alcohol and other substance use : AOSU) に関連した重度の問題を体験する人が増える場合がある。これには、保護・心理社会・精神保健・医療・社会経済の各方面にわたる広範な問題がある。

- AOSU は、災害・紛争等の被災者において、人びとがストレスに対処しようとする際に増加する可能性がある。AOSU は、有害となる使用または依存に至る場合がある。
- コミュニティは、次のような場合、災害・紛争等の影響から回復することが困難となる。
 - AOSU によって、個人やコミュニティが問題へ対処することが阻まれる。
 - 家庭内やコミュニティ内にある限られた資源が AOSU に消費されてしまう。
 - AOSU が暴力、搾取、子どもへのネグレクト、その他保護上の脅威を伴う場合。
- AOSU は、アルコール酩酊時の危険な性行為など、健康リスクを伴う行動に関連し、それによって HIV 等の性感染症が広まる。注射器の共有も、HIV 等の血液感染性ウイルスの主な感染手段となっている。
- 災害・紛争等は、依存物質の供給や、それまで行われていた AOSU 問題の治療を中断させてしまい、物質に依存していた人びとが突然の離脱に見舞われることもあり得る。場合によっては、とりわけ、アルコールの場合に関して、そうした離脱は生命に危険を及ぼしかねない。さらに、通常利用できるドラッグが利用できなくなると、より効率的な投薬ルートとして静脈注射の利用へと移行が進み、ひいては危険な静脈注射の利用が進んでしまう可能性もある。

AOSU 関連の有害性は、災害・紛争時等に多セクター間での対応が必要となる重要な公衆衛生及び保護上の問題として、認識が高まりつつある。

主な行動

1. 迅速評価を実施する。

- アセスメントの取り組みの連携・調整をとる。AOSU に関して入手可能な情報のレビューを行い、必要に応じて迅速で参加型のアセスメントを追加的に計画、実施する

よう、担当機関を特定する (アクションシート 1.1 および 2.1 を参照)。

- 追加的な迅速評価のなかでは、一般的に使用される物質、それらの使用に関連する有害性、それらの有害性を強める、あるいは抑える要因、災害・紛争等により引き起こされる供給・設備・介入の中断の影響を特定する (145 ~ 146 ページの欄を参照)。
- 定期的に状況を再度アセスメントする。物質の利用可能性や財源に変動が生じていくなかで、AOSU に関連する問題も時間とともに変化する場合がある。
- アセスメントの結果を関連の連携・調整グループと共有する。

2. 有害となるアルコール等の物質使用、依存を防止する。

- あらゆるアセスメントの情報 (アクションシート 2.1 も参照) を受けたうえで、有害な物質の使用や依存に関連する根本的なストレス要因に対して多セクターに渡る対応をするよう - 例えば、マトリックス (第 2 章) に示したのなど - 提言する。
- 教育活動、レクリエーション活動、アルコールに関わらずに収入を得る機会を可能な限り再構築するよう、提言、促進する (アクションシート 1.1、5.2 および 7.1)。
- コミュニティの人びと (男女とも) に加え、既存の自助グループや元使用者の団体のメンバーを AOSU 問題の防止・対応 (アクションシート 5.1 および 5.2 を参照) へ関わらせる。
- 保健従事者、教員、コミュニティワーカーその他の人材に対し、下記を研修、スーパーバイズする。
 - 有害性や依存の可能性のある物質使用のリスクに曝されている人びとを特定し、AOSU を減らすよう促すための、早期発見と、いわゆる短期的介入 (主な参考資料欄の 6 および 9 を参照)。
 - 急性のストレスに対処するための、医学的対応以外のアプローチ (心理的応急処置 (PFA)、アクションシート 6.1 を参照)。
- 保健従事者に対し、下記を研修、スーパーバイズする。
 - ベンゾジアゼピンの合理的処方、および (利用可能かつ価格的に手頃であれば) 依存性のない代替の薬物療法の使用。
 - 危険性、有害性、依存性のある AOSU の発見。
 - AOSU 問題のリスクが高い重度精神障害をもつ人びとの特定、治療、紹介 (アクションシート 6.2 を参照)。
- 保健等の従事者へのストレス管理の研修に際し、AOSU について話し合う (自助の方

法に関する指針については、[アクションシート 4.4](#) および下記の主な参考資料欄を参照)。

- 似たようなサービスの構築を避ける一方で、ハイリスクの人びと（暴力の被害者、依存者の家族など）を特定し、追加支援の対象とするよう、コミュニティワーカーを研修、スーパーバイズする（[アクションシート 4.3](#) および [5.2](#) を参照）。

3. コミュニティ内においてハームリダクション（harm reduction）の介入をすすめる。

- 文化に配慮した形で、AOSU にかかわる集団が集まる場所（アルコールの販売地点など）における Condom へのアクセスを確保なものとする（IASC Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings を参照）。
- コミュニティへの弊害を最小限に抑えるべくアルコールの販売箇所を移動させるよう、担当当局やコミュニティグループに提言する。
- 対象となる人びとに対しリスクを減らすための情報（例えば、注射薬の使用、アルコールの使用、危険な性行為に関するものなど）を提供する。
- アセスメントの結果に応じて、注射薬使用者が安全な注射器を利用できるようにし、廃棄方法を整える。
- 適宜、男性および女性のコミュニティリーダーの間で、AOSU およびハームリダクションの啓発会議を実施する。例えば、アルコールの大量使用に関するハームリダクションとして、現地の酒造会社に安全な蒸留法を指導したり、販売時間を制限したり、提供時点での支払を求めたり、アルコールが販売・消費されている場所での武器の持ち込み禁止について合意を形成するなどがある。

4. 離脱等の急性の問題を管理する。

- アセスメントで特定された離脱、中毒、過量摂取その他の諸症状の管理に関し、診療所や病院の手順書を策定する。
- 離脱等の急性症状の管理および紹介のほか、アルコール離脱への十分な薬物療法（ベンゾジアゼピンを含む）の提供に関して、保健従事者の研修、スーパービジョンを実施する。コミュニティの各機関は、共通する急性症状（離脱など）の特定、初期管理、紹介に関し、コミュニティワーカーの研修、スーパービジョンを実施すること。
- アヘン依存がよく見られるコミュニティでは、低用量の代替治療（メサドン、ブプレ

ノルフィンなどによる）の確立を検討する。

- 可能な限り早急に、既存の代替治療を再構築する。

アルコール等の物質使用（AOSU）に関するアセスメント

評価手法に関する指針については、[アクションシート 2.1](#) および下記の主な参考資料欄を参照。関連するデータとしては、次のようなものがある。

A. アルコール等の物質に関する背景的要因および利用可能性

- AOSU に関して災害・紛争等発生以前からの文化的規範と、コミュニティによる AOSU への対応（難民・現地住民、男性・女性の場合について）。
- AOSU その他関連する心理学・社会・医学的問題（HIV の有病率を含む）に関して利用可能な基本データ。
- 関連する規制的・法的フレームワーク。

B. AOSU に関する現在のパターンと傾向

- 最も広まっている精神作用物質に関する利用状況・概算コストのほか、供給チェーンの情報（災害・紛争等により生じた供給の中断など）。
- 各グループ（年齢別、男女別、職業別（例えば、農民、元兵士、性産業従事者）、民族別、宗教別など）により使用されている物質、および使用方法（喫煙から注射に移行するなどの使用形態の変化、新規物質の登場）。

C. AOSU に関連する問題

- 関連する心理社会・精神保健的問題（例えば、性暴力等、自殺、児童虐待、ネグレクト、物質誘発性（または悪化をもたらす）精神障害・行動障害、差別、犯罪化など）。
- 関連するハイリスク行動（例えば、危険な性行為や注射の使用）。
- 関連する医学的問題（例えば、HIV 等の血液感染性ウイルスへの感染、過量摂取の発生、離脱症状、とりわけ、生命に危険を及ぼしかねないアルコール離脱など）。
- 社会経済的問題（例えば、必須食糧・食糧品以外の物品を転売する家庭、薬物 / アルコールの密売、薬物が関連した売買春など）。

D. 既存の資源 (アクションシート 2.1 も参照)

- 保健ケアサービス、心理社会的サービス、コミュニティサービス (アルコール等の物質乱用に関するサービス、ハームリダクションの取り組み、自助グループまたは元使用者の団体がある場合には、それらも含む)。災害・紛争等によるサービスの中断を文書に記録する。
- 食糧、水、避難所などの基本サービス
- 有機的な活動をしているコミュニティ施設や文化施設
- AOSU 関連の暴力リスクに曝されている人びとのための安全なスペース (該当項目がある場合)
- 物質依存者に対する家族・コミュニティのケア (該当項目がある場合)
- 教育・レクリエーション・就労の機会 (該当項目がある場合)

主な参考資料

1. Costigan G., Crofts N. and Reid G. (2003). The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia. Melbourne: Centre for Harm Reduction. http://www.rararchives.org/harm_red_man.pdf
2. Inter-Agency Standing Committee (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. 7.3 Provide condoms and establish condom supply, 7.5. Ensure IDU appropriate care, pp.68-70, pp.76-79. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. Patel V. (2003). Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual. The Royal College of Psychiatrists. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. WHO/UNHCR (1996). 'Alcohol and other drug problems'. In Mental Health of Refugees, pp.101-109. Geneva: WHO/UNHCR. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. WHO (1998). Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR). Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf
6. WHO (2001). Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf
7. WHO (2001). What Do People Think They Know of Substance Dependence: Myths and Facts. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/about/en/dependence_myths&facts.pdf
8. WHO (2002). SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf
9. WHO (2003). Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf
10. WHO (2003). The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
11. WHO (2003). Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

プロセス指標の一例

- アルコール等の物質使用に関連する有害性について、最新のアセスメントを実施しておくこと。
- AOSU にかかわる人びとが集まる場所では、たえずコンドームを入手できる状態にしておくこと。
- AOSU への短期介入を実施すべく研修を受けた保健関連従事者の割合の推計。

例: 2003～04年、イラン、バム

- アヘン依存が広がっていることが知られているコミュニティで、地震が発生した。政府は直ちに、避難してきた依存のある被災者に対し臨床的に必要であれば代替治療を提供するよう、国内の全病院に非公式に打診した。
- 10日後、イラン人研究者らは、保健省の要請を受けて、物質使用状況に関してアセスメントを実施した。
- このアセスメントから、大部分のアヘン依存者に対して地震で供給が中断し、アヘンの離脱症状が生じていることが確認された。
- アヘン依存に関する疼痛管理、離脱症状の臨床管理、低用量の代替治療に関し、保健施設を対象とした標準的な治療手順書が公開された。

安全で支持的な教育へのアクセスを強める。

作業役割： 教育

段階： 最低必須対応

背景

教育は、災害・紛争時等において心理社会面で鍵となる介入のひとつである。教育は、学習者に安全かつ安定的な環境を提供し、日課となる適切かつ支持的な活動によって、平常を取り戻し尊厳や希望を回復させる。子どもや保護者の多くが、良好な子ども時代の礎として、教育への参加を重要視している。教育が綿密に計画されていれば、被災した人びとは、そこから生存に関する重要なメッセージを受け取り、自己防衛方法を知ることが可能となり、緊急事態に対処する方策についての支援を受けることで、災害や紛争等の状況にも対処できるようになる。ハイリスクな状態（第1章を参照）にある者や特別な教育ニーズを持つ者を含め、あらゆる子どもおよび青年の安全と健康を最優先とし、即時に非公式・公式の教育活動を開始（再開）することが重要となる。

教育がより良い将来の基盤となると考えている学習者やその家族にとって、教育の機会を失うことは最大のストレス要因となることが多い。教育は、コミュニティの生活再建を支援する際にも不可欠な手段となり得る。支持的な環境のなかで正規/非正規教育へのアクセスを設けることで、学習者の知的・感情的能力が形成され、また、仲間や教育者との相互作用を通じてソーシャルサポートを得ることもでき、学習者本人のコントロール感や自尊心が高まることにもなる。また、対処方法を強め、将来の就労を円滑にし、経済的ストレスを減らすライフスキルを獲得することもできる。災害・紛争時等における教育セクターの対応はいずれも、INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction（主な参考資料欄を参照）の達成を目指したものでなければならない。

学習者の精神保健・心理社会的ウェルビーイングの支援において、教育者 - 正規の担任教師、非正規学習の講師、教育活動の世話役 - は、極めて重大な役割を担うことになる。教育者が自身や学習者の直面する困難（災害・紛争等に関連して生じた自身の精神保健・心理社会的問題を含む）を乗り越えるのに苦労するといった状況は、大変頻繁に見られる。こうした教育者への研修、スーパービジョン、支援を行うことによって、学習者の健康増進におけるの役割を明確に理解させることが可能となり、教育者は災害・紛争等

の始終にわたって子ども、青年、成人学習者の成長を守り育むことができるようになる。

主な活動

1. 安全な学習環境を整える。

教育は、暴力のない環境で、保護に関するメッセージや技能を広めるための場所を提供するという重要な保護的役割を担っている。緊急にとるべき手順としては、次のようなものがある。

- コミュニティのイニシアチブを統合、支援する方法および、保護上の問題を考慮して、公式 / 非公式の教育に関するニーズおよび能力を評価する。公的 / 非公的の教育は、相補的なものにし、可能であれば同時に設置すること。
- 教育プログラムのアセスメント、計画、実施、モニタリング、評価に際し、被災したコミュニティ（親を含む）および適切な教育当局（例えば、可能な場合には教育省のスタッフなど）の参加を最大限に得る。
- 各スペース・学習の場・学校の配置および設計に関して、安全性について評価する。
 - 学校を軍事地区や軍事施設から離れた場所に配置する。
 - 学校を人々が多く暮らすコミュニティの近くに配置する。
 - 男女別のトイレを安全な場所に設ける。
- （学校内に中心拠点を特定するなどして）学習スペース / 学校の内外の安全をモニタリングし、武力衝突による学習者への脅威に対処する。
- 学習スペース / 学校を平和地帯にする。
 - 学習スペース / 学校を標的にしたりスペース内 / 校内で徴用活動を行ったりしないよう武装集団に提言する。
 - 学習スペースや学校内への武器持ち込みを禁止する。
 - 教育活動 / 学校との往路・帰路時に子どもに付き添いを付ける。
- 教育システムの外部にある保護上の主な脅威（武力衝突など）と、内部にある保護上の主な脅威（いじめ、暴力的体罰）を特定する。
 - 性暴力（GBV）、子どもの徴用、教育現場での暴力など、教育システム内で生じる保護上の主な脅威を特定する。
 - 上記その他の保護上の問題（養育者と離散した子どもとコミュニティベースでの保護対策など：[アクションシート 3.2](#)を参照）に対する防止・対処方法に関するメッセージを学習の中に取り入れる。

- ・ 保護上の脅威のリスクに曝されている学習者や、保護上の脅威を体験した学習者を特定、支援するよう、子どもに対する教育活動/保護モニタリング活動を構築する。
 - ・ 学習スペースや学校の内外において性暴力を防止すべく、IASC Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings を活用する。
- ・ 子どもや青年に配慮した広場 (centres d'animation、コミュニティ活性センター) などの非公式教育場や、コミュニティに根ざした非公式の教育団体を迅速に整える。正規教育システムが構築 (再構築) または再始動されつつある間、コミュニティの呼びと、人道支援者、教育者は、センターなどの物理的インフラがなくても、それらの組織を支援することができる。子どもに配慮したスペースのスタッフは、高い対人能力、能動的学習アプローチを活用する能力をもち、非公式の教育プログラムやコミュニティプログラムに従事した経験者でなければならない。これらの現場に関しては、正規教育での経歴を必ずしも必要とはしない。

2. 正規 / 非正規教育をより支持的、そして適切なものにする。

災害・紛争時等における学習者の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進しながら同時に効果的な学習をすすめるうえで重要となるのは、支持的かつ適切な教育である。

- ・ 災害・紛争等により生じた学習者の感情・認知・社会の各方面でのニーズおよび能力に合わせて、柔軟かつ対応した教育とする。例えば、学習者が集中困難である場合にはより短時間の活動を提供すること、学習者・教育者・その家族に対し不必要なストレスを与えないようフレキシブルな時間/シフトを提供してスケジュールに柔軟性を持たせること、学習者が余分に準備時間を得られるよう試験の時間割を調整することなど。
- ・ 子どもにとって秩序、先の見通し、平常の感覚を取り戻させるような教育の提供を目指す。表現、選択、社会的相互作用、支援に関する機会を設ける。子どもの能力、生活技能を構築する。例えば、活動スケジュールを設定して、それを教育施設/学習スペース内の目に付く場所に掲示すること、精神保健・心理社会的問題が原因で学業成果が落ち込んでいる学習者を罰しないようにすること、競争的なゲームではなく協力的なゲームを用いること、活動的、表現を伴う学習アプローチの使用を増やすこと、現地で利用可能な教材を用いたゲーム、歌、踊り、演劇など、文化的に適切で秩序だった活動を用いる。

- ・ 生活技能に関する研修や災害・紛争等に関する情報提供を取り入れる。とりわけ災害・紛争等に関連のある生活技能および学習内容としては、健康増進、非暴力的な紛争解決方法、対人能力、性暴力の防止、性感染症 (HIV/AIDS など) の予防、地雷・爆発物の認識、現状 (地震、武力衝突など) に関する情報などが挙げられる。ライフスキル研修の内容や受講案内は、リスクアセスメントおよびニーズの優先順位にしたがって伝えること。
- ・ 学習活動にコミュニティの代表者や学習者を取り込む参加型の手法を用いる。幼児向け活動の実施時に若者や青年を参加させることは、特に有益である。当事者間 (peer to peer) のアプローチについても検討すること。
- ・ コミュニティを動員 ([アクションシート 5.1 を参照](#)) する仕組みとして、教育を用いること。学習や教育の管理に両親を参加させ、教育施設 (臨時または恒久的建物) の建設 (再建) をコミュニティに働きかける。現地の文脈上適切でコミュニティの知識と技能を活かした活動を促進するよう、子ども/青年/コミュニティ代表者とのコミュニティ集会を毎週行う。
- ・ 教育の連携・調整グループや作業グループに精神保健面/心理社会面の事項を配慮させる。精神保健・心理社会セクターの連携・調整グループ ([アクションシート 1.1 を参照](#)) と教育セクターの調整の仕組みをつなぐキーパーソンを指名する。
- ・ 子ども・青年に配慮されたスペースにおいて、子どもや若者が生活技能を学習したり、再教育・職業訓練・芸術活動・文化活動・環境活動・スポーツなどに参加したりする機会を取り入れる。
- ・ 現在・将来の経済環境にとって適切で就労機会に結び付くような技能を学習者が得られるよう、成人教育、読み書き訓練、職業訓練といった非公式の学習を支援する。15歳未満の子どもに対する非公式の教育は、公式教育の代替ではなくその補完的な内容となるものでなければならない。
- ・ 適宜、教育のための食糧援助 (food-for-education) プログラムを用いて、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進する。教育現場での食糧提供 (現地給食または持ち帰り給食) は、出席・参加頻度を高める効果的な手法となり、それ自体が精神保健・心理社会的ウェルビーイングに貢献する ([アクションシート 9.1 を参照](#))。さらに、教育現場に食糧が存在することで、集中力が高まり、「貧富」などの社会的区別が低減されることになり、心理社会的ウェルビーイングは直接的な恩恵を受ける。教育現場での食糧提供や給食プログラムは、効率的な実施が可能で、学習者の栄養状態にとって

有害でなく、社会的伝統（子どもへの適切な栄養提供における家族の役割など）を著しく損なわない場合に限って行うこと。

3. すべての者への教育へのアクセスを良くする。

- 正規 / 非正規の教育を速やかに増やす。これには、様々な時間帯に開校したり、二交代制にしたり、代替的な場を用いたりするなど、独創的かつ柔軟なアプローチが必要となる場合がある。
- 一時的に入学書類要件を緩和し、入学に対して柔軟な姿勢をとる。災害・紛争等の被災者は、住民票、出生証明書 / 年齢証明書、身分証明書、学業成績表を所有していない場合がある。災害・紛争等に被災した子ども・青年については、年齢制限を設けないこと。
- 十代の母親や幼児の面倒を託された兄弟姉妹のために保育サービスを提供するなど、特定学習者の個別ニーズに対して支援する。困窮している学習者に対し、学用品を提供する。
- 様々な集団の子ども、とりわけ、社会から疎外された子ども（障害を持った子ども、経済的に恵まれない子ども、少数民族など）にとって、便利で適切な教育スペースにする。十分に目を向けられることがあまりない若者や青年のために、個別の活動を設ける。
- 教育機会を逸した年長の子ども（例えば、戦闘部隊や武装集団へ関わっていた子ども）には、適宜、補習や上級者向け学習を提供すること。
- 適宜、復学キャンペーンを実施し、そのなかでコミュニティ、教育当局、人道支援者が、あらゆる子どもや青年のために教育へのアクセスを良くする。

4. 教育者が学習者の心理社会的ウェルビーイングを支援できるよう準備を整え、その支援を奨励する。

教育者は、学習者との関係作りを工夫し、学習者が自己の感情や経験を表現できる安全かつ協力的な環境を整え、そして、構造化された心理社会的活動を指導 / 学習プロセスに取り入れることで、学習者に対し心理社会的支援を提供することができる。ただし、教育者は、専門的な技能が必要とされる治療を試みてはならない。学習者の支援においては、教育者自身の心理社会的ウェルビーイングにも支援を提供することは必須要素である。

- 下記を行うことによって、生徒との関係作りを工夫する。
 - 災害・紛争等関連の話題を学習プロセスに取り込む。
 - クラス内の問題行動（攻撃性など）の原因に対処する。
 - 学習者間の相互理解・支援を助ける。
- 教育者に対し、フォローアップなしの単発や短期の研修ではなく、むしろ（[アクションシート 4.3](#)を参照）、継続的な学習機会、関連する研修、災害・紛争等に対する専門的支援を提供する。主なトピックとしては、次のようなものが挙げられる。
 - コミュニティの参加促進、安全かつ保護的な学習環境を構築することについて。
 - 困難な経験や状況によって生じる子ども（様々な年齢の少年少女を含む）の心理社会的ウェルビーイング・レジリエンスへの影響。心理社会的支援の倫理（[アクションシート 4.2](#)を参照）。
 - 災害・紛争等に関連した生活技能（提案事項については、上記の主な行動2を参照）。
 - 体罰を用いるべきでない理由を明確に説き、暴力の具体的な代替法となるような、前向きな教室管理手法。
 - 学習者の怒り、不安、悲嘆といった問題に前向きに対処する方法。
 - 芸術、文化活動、スポーツ、ゲーム、技能育成といった構造化されたグループ活動を実施する方法。
 - 両親やコミュニティと連携する方法。
 - 重度の精神保健・心理社会的問題を示す学習者に対し追加の支援を提供すべく紹介の仕組みを活用する方法（下記の主な行動5を参照）。
 - 教育者の活動のなかで心理社会的支援を実施するための行動計画作成方法。
 - 教育者自身が、災害・紛争等の最中・以後に、生活への対処能力を向上できるような支援する。教育者へのストレスの影響、対処技能、支援的な指導、ピア・グループ・サポートなどを取り上げる。
- コミュニティの背景と文化に応じた参加型の学習法を用いる。教育者が、コミュニティの子どもの発育や役立つ習わしに関する知識および経験を共有し合ったり、新規の技能を訓練できる機会を確保する。研修の適切性および有用性については、定期的に評価を行う。専門的スーパービジョンと教材の両方で、教育者に継続的な支援を提供する。
- 教育者にとって利用可能な心理社会的支援を始める。例えば、有能な調整役の支援を得て、教育者に過去・現在・将来について話してもらい、教育者が危機的状況に対処

できるようなコミュニティの支援の仕組みを整えるなど。

5. 心理社会・精神保健的問題を経験した学習者を支援できるような教育システムの能力を育成する。

- 特定の精神保健的・心理社会的問題を経験した学習者を支援できるような教育機関の能力を育成する。
 - 子どもそれぞれにつきモニタリング、フォローアップを行う担当者を決める。
 - 学内カウンセラーが存在している場合には、災害・紛争等関連の問題への対処に関して研修を提供する。
- 運営管理者、カウンセラー、教員、保健従事者などの学校職員が、重度の精神保健・心理社会的問題を持つ子ども（これには、災害・紛争等に直接の影響を受けてはいないが事態前から問題を抱えていた可能性のある子どもを含める場合がある）の紹介先となるコミュニティの適切な精神保健ケアサービス・社会的サービス・心理社会的支援（アクションシート 5.2 を参照）や、保健ケアサービス（妥当な場合）（重度の精神保健的問題の紹介に関する基準を含め、アクションシート 6.2 を参照）を理解できるようにする。この紹介システムの利用方法に関して、学習者、親、コミュニティ住民が確実に理解できるようにする。

主な参考資料

1. Active Learning Network for Accountability and Performance (ALNAP) (2003). Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners. Chapter 12, 'Participation and Education', pp.331-342. <http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Annan J., Castelli L., Devreux A. and Locatelli E. (2003). Training Manual for Teachers. <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp J., Talbot C. and Cipollone D. (eds.) (2001). Learning for a Future: Refugee Education in Developing Countries. Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/pubs/epau/learningfuture/prelims.pdf>
4. Danish Red Cross (2004). Framework for School-Based Psychosocial Support Programmes: Guidelines for Initiation of Programmes. <http://pdp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf>
5. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
6. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2004). INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. http://www.ineesite.org/minimum_standards/MSEE_report.pdf
7. Inter-Agency Network on Education in Emergencies (INEE) (2005). Promoting INEE Good Practice Guides - Educational Content and Methodology. <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238>, then the following links: <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134> <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137> <http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>

<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>

8. Macksoud M. (1993). Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers. UNICEF. http://www.unicef.org/publications/index_4398.html
9. Nicolai S. (2003). Education in Emergencies: A Tool Kit for Starting and Managing Education in Emergencies. Save the Children UK. http://www.ineesite.org/core_references/EducationEmertoolkit.pdf
10. Save the Children (1996). Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement: Principles and Approaches. Geneva. <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychosocwellbeing2.pdf>
11. Sinclair M. (2002). Planning Education In and After Emergencies. UNESCO: International Institute for Educational Planning (IIEP). http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency_4.htm

プロセス指標の一例

- 正規教育が利用可能な学習者の割合。
- 様々な年齢の少年少女のために非正規教育を開講し、その利便性を高めること。
- 学習者の心理社会的ウェルビーイングを支援する方法に関して研修を受け、フォローアップ支援を受けている教員の割合。
- 教員等の教育従事者は、重度の精神保健的・心理社会的問題を持つ子どもを、利用可能な専門サービスまたは支援に紹介すること。

例: 2001年、パレスチナ占領地

- 2回目のインティファダを受けて、Palestinian National Plan of Action for Children (パレスチナ全国子ども行動計画、現地 NGO と国際 NGO の団体) は、国内外組織の活動を調整して、安全かつ支援的な正規 / 非正規教育を提供した。
- 各組織は、復学キャンペーンを実施し、夏期キャンプや子ども・青年に配慮された場をつくることを支援した。この教育プロセスは、表現をする機会を増やしたり、保護に関するライフスキルを育成することによって、より保護的で、意味があり、支持的なものとなるよう、見直しが行われた。
- 教育者に対しては、生徒の感情面・行動面でのニーズを理解し、それに対処できるように、研修が行われた。青年主導による若者へのモニタリングプログラムも導入された。また、学校内には、構造化された心理社会に関するセッションが導入された。

被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、被災者の法的権利に関する情報を提供する。

作業役割： 情報の発信

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争時等には、生活や健康に加えて真実や正義も犠牲になることがしばしばである。災害・紛争等は、従来の情報・通信経路を不安定にさせてしまう傾向にある。通信基盤が破壊されると、特定の思惑（例えば、風説や悪口の流布、義務怠慢の隠蔽のための作り話など）を持つ者に既存の通信経路が悪用されることもありうる。

風説や、信頼性・正確性ある情報の欠如は、災害・紛争等に被災した者にとって大きな不安の原因となりがちで、混乱や不安感を引き起こしかねない。さらには、権利に関する知識不足が搾取へとつながることもあり得る。これらには、適時に適切な情報を得られるようにすることで立ち向かうことができる。担当機関は、そうした有用な情報を積極的に発信しなければならない。

情報・通信システムは、コミュニティの人びとが回復プロセスの一翼を担い、受動的な被害者ではなく能動的に生き抜いた人となれるようなものにできると良い。情報通信技術 (ICT) および伝統的な通信・娯楽 - 寸劇、歌、芝居 - は、被害者の権利・受給資格に関する情報の発信において極めて重大な役割を担うことができるものであり、避難者の支援や所在に関する適切な情報があれば、家族の再会を促進することもできる。

以下に示した個々の行動に加え、透明性・説明責任・参加を通じて災害・紛争等中の適切なコントロールを確保することによっても、情報の入手機会を向上させることになる。

主な活動

1. 情報・通信チームが形成されるよう促進する。

- 通常の通信システムが（人および基盤の観点から見て）十分に機能していない場合には、災害・紛争等・救援活動・法的権利に関する情報を提供し、社会的に疎外された人びとや取り残された人びとの発言力を強化すべく、通信者チームが構成されるよう支援する。このチームは、コミュニティのメディア機関、コミュニティリーダー、支

援機関、政府その他緊急対応の従事者のなかから選ぶ。被災したコミュニティに暮らす人びとは、サービスに関する情報発信において重要な役割を担うことができる。

2. 定期的に状況をアセスメントし、主な情報不足と主な広報すべき情報を特定する。

- 利用可能なアセスメント結果およびそこで明らかにされた課題について検討する（[アクションシート 2.1 を参照](#)）。
- 特定の思惑を推進するような形で特定の集団が情報を発信していないかどうかを吟味し、通信経路をコントロールしている者を分析する。
- 必要に応じて、下記の問題を明らかにするために、更にアセスメントを実施する。
 - どのコミュニティ / 集団が移動中であり、どのコミュニティ / 集団が定住済みであるか。
 - リスクの高い状態にあるものは誰か、それらの人びとは一般に脆弱な集団（[第 1 章を参照](#)）と見なされている者か、あるいは新たにそうなった者か。
 - 移動能力を失った被災者の報告は上がってきているか。報告がある場合には、その被災者の所在および既に行っている対応を特定する。
 - 各集団が安全に居を構えられる場所はどこか、また、どこが危険な場所か。
 - 精神保健・心理社会的支援が利用可能な場合、それらの支援を提供しているのは誰か。当該セクターにはどの機関が活動しているか。被災した全てのコミュニティおよび人びとがそれらの対象に含まれているか。コミュニティ内で、取り残されている人びとがあるか。
 - 情報・通信キャンペーンを他の既に行っている支援活動に統合するにはどのような機会が存在しているか。
 - 対象となる男性、女性、子ども、若者らの読み書き能力はどの程度か。
 - 既存の通信経路は機能しているか。現況において、災害・紛争等・支援活動・法的権利に関連するメッセージを伝達するうえでどの経路が最も効果的か。
 - どの集団がメディアへ接触することができないか。
 - 障害のためにメディアへのアクセスがないものはどの集団か（視覚・聴覚障害者など）。こうした人びとに情報を行き渡らせるにはどのような方法を整備する必要があるか。
- 日常的に関連情報を収集し、整理する。そうしたものとしては、下記に関する情報な

どが挙げられる。

- 救援物資の入手機会および安全性。
- 停戦協定、安全地帯その他の平和のための取り組み。
- 災害・紛争等関連の出来事（暴力、余震など）の再発。
- 各種人道支援サービスの提供場所、内容。
- 安全な場（アクションシート 5.1 を参照）がどこにあるのか、およびそこで入手できるサービス（アクションシート 5.1、5.2、5.4、7.1 を参照）。
- アセスメントおよび支援モニタリングの主な結果。
- 政治的リーダーや人道支援調整機関によって採択された主な決定。
- 権利および受給資格（難民が受領できる米の量、土地に関する権利など）。
- 政府またはコミュニティ当局より発表された関連情報、とりわけ、支援に関する総合政策に関連する情報をモニタリングする。
- 支援者だけではなく、対象集団内における様々な関係者らに対し、どのような情報不足（サービス、受給資格、家族の所在など）に対処すべきか質問する。被災者が発信したいと考える連絡事項の種類およびその適切な発信方法を特定し、その発信によって起こり得る住民への影響を予想すべく、被災者と協力する。
- 対処すべき有害なメディア活動や情報の乱用を継続的に特定していく。そうした行為としては、次のようなものがある。
 - 偏見 / 悪意を抱かせるメッセージを発信すること。
 - 感情的体験に関して強引に質問すること。
 - 災害時の感情的体験について質問を受けた者に対して心理社会的支援へのアクセスを準備しないこと。
 - 不適切な形で面接を行うことによってスティグマを負わせること。
 - インフォームド・コンセントを得ずに、または被害者を危険に晒すような形で、映像・画像、名前その他の個人情報を使用すること。
- 継続的に下記などの好ましいメディア活動を特定していく。
 - 経験豊富な（MHPSS セクターの）人道支援者を招いて、メディアを通じて助言を与える。
 - 記者会見を通じて具体的な助言をする。

3. コミュニケーションと啓発計画を策定する。

- コミュニケーションと啓発の策定プロセスにおいてできるだけコミュニティの参加を求める。
- 特定されたギャップに対応するよう有用な情報発信システムを構築する。
- 有益となるなり得る活動、有害となり得る活動、その有害活動避ける方法に関し、コミュニティのメディア機関を教育する。
- 守秘義務およびインフォームド・コンセントの原則を順守する。

4. 信用できる情報を入手したり、被災した人びとへ発信したりするための経路を構築する。

- 被災者のうち、コミュニティにおいて情報発信に影響力を持つ人物を特定する。
- 下記を含めたメディア通信関係者のリストを作成する。
 - 保健・子ども・人の興味をそそる話題を担当する主なジャーナリストの名前および連絡先詳細を併記したコミュニティメディア一覧
 - 災害・紛争等を担当しているジャーナリストの名前および連絡先詳細の一覧
 - 各種人道支援機関のコミュニケーション担当職員の名簿
- コミュニケーションチームは、現地で用いられている言語による情報通信路を設けるだろう。こうした経路としては、現地ラジオ局での放送枠を交渉したり、主要道路の交差点やその他の公共の場にある看板の空きスペースや、学校・救援キャンプ・トイレ用地にある掲示板の空きスペースを交渉したりすることが挙げられる。
- メディアがない場合には、ラジオを配布するなど、創造的な方法を検討する。
- コミュニケーションのあらゆる段階にコミュニティの人びとを参加させるとともに、メッセージが共感的（被災者の状況への理解を示す）でわかりやすい（すなわち、現地の 12 歳児が理解できる）内容であるかどうかを確認する。
- 記者会見を開いて、今後数日以内に計画している具体的な人道支援活動に関する情報、すなわち、その活動の内容、時間、場所、運営者などを伝える。
- 記者会見や現場視察を実施することによって、現地メディアにおいて、過去の恐ろしい出来事に関する報道が不必要に繰り返されないようにする（例えば、災害の最悪の瞬間を捉えたビデオを頻繁に繰り返さないようにすることなど）。視聴者の間に極度のストレスを引き起こす可能性の高い映像・画像を不用意に使用しないよう、メディアやジャーナリストに促す。さらに、絶望している人びとの映像・画像や話題のみを取

り上げるのではなく、生存者によるレジリエンスや復興活動への参加についての映像・画像、話題も出版、報道するよう、報道各社に促す。

- 精神保健・心理社会的ウェルビーイングの様々な側面、被害者の回復の話題、ハイリスク状態にある人びとによる復興活動への参加、モデルとなる取り組みなど、様々な視点を強調することで、現地メディアの関心を維持する。
- 障害関連の法律、公衆衛生関連の法律、再建に向けた土地関連の権利、救援政策といった、被害者の権利・受給資格に関するメッセージを発信する。
- Sphere ハンドブックにある最低基準など、人道支援の国際基準に関するメッセージを作成することを検討する。
- 情報へのアクセスを促進するような配信上の手段（例えば、ラジオ用の電池、路上生活者への新聞の掲示板設置など）を検討する。

5. 各種機関に従事するコミュニケーション担当者間の連携・調整を確保する。

下記において、連携・調整は重要となる。

- 被災した人びとに発信する情報は一貫したものとなるようにする。
- 多様な関係機関が共に情報を提供する場所（掲示板など）を設け、前向きな対処法など（[アクションシート 8.2 を参照](#)）も含め、被災者が必要とする情報がそこへ行けば全て得られるという場所が構築されるようにする。

主な参考資料

1. ActionAid International (forthcoming) Mind Matters: Psychosocial Response in Emergencies (video).
2. IASC (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Action Sheet 9.1: Provide information on HIV/AIDS prevention and care, pp.91-94. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. OCHA (forthcoming). Developing a Humanitarian Advocacy Strategy and Action Plan: A Step-by-Step Manual.
4. Office of the United Nations Secretary-General Special Envoy for Tsunami Recovery (2006). The Right to Know: The Challenge of Public Information and Accountability in Aceh and Sri Lanka. New York: United Nations. http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf
5. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
6. UNICEF (2005). Ethical Guidelines for Journalists: Principles for Ethical Reporting on Children. http://www.unicef.org/ceecis/media_1482.html
7. UNICEF (2005). The Media and Children's Rights (Second Edition). New York: UNICEF. http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf

プロセス指標の一例

- 災害・紛争等・救援活動・法的権利に関する主な情報が被災した人びとに届いているかどうかを明らかにするよう、アセスメントを実施すること。
- 情報に不足がある場合には、各種サブグループからなる対象となる人びとが容易に入手し理解できるような形で、適切な情報を発信すること。

例：2001年、インド、グジャラート地震

- 現地・国際 NGO が、コミュニティの社会貢献グループとともに、Know your entitlements（受給資格・権利を知ろう）キャンペーンを組織した。両者は、あらゆる政令を編集し、法律用語を分かりやすく説明し、その資料を簡単な現地語の情報シートに訳した。情報シートには、主な権利に関する質問と回答、およびそれらの申請方法に関する指示が掲載された。
- 被害者の受給資格・権利を伝える路上芝居がコミュニティのボランティアによって上演された。各芝居の後、申請用紙が配布され、申請者には、受給資格・権利取得までの全申請プロセスにわたってボランティアによる支援が行われた。
- 被害者が不服手続きをとれるようにし、また、各自の受給資格・権利について被害者を教育するよう、住民による審査会が組織された。

前向きな対処方法に関する情報へアクセスできるようにする。

作業役割： 情報の発信

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争時等には、多くの人びとが心理的ストレス（例えば、悲嘆・悲しみ・不安・怒りの強い感情など）を体験する。大抵の被災者において、多くの場合、とりわけ、有効なストレス対処法 - 前向きな対処方法 - を用いたり、家族やコミュニティから支援を受けることにより、徐々に気分が落ち着き始める。対処する上で有用なひとつのステップとして、災害・紛争等・救援活動・法的権利（[アクションシート 8.1](#)を参照）や前向きな対処方法に関する適切な情報の入手機会を得ることがある。

文化的に適切な教育的情報を入手できるようにすることも、前向きな対処をすすめるうえで役立つ。この情報の目的は、ほとんどの人びとが極度のストレス要因に対処したり、効果的に自己や他人の心理社会的ニーズに応じるのに共通する方法について、人びと、家族、コミュニティの理解を高めることにある。印刷資料やラジオを通じて前向きな対処方法に関する情報を発信することは、最もよく用いられる緊急介入のひとつであり、多くの被災者への普及が期待される。

主な活動

1. 前向きな対処方法に関する情報で、被災者らの間ですでに入手できるものを特定する。

- あらゆる関連組織と連携のうえ、(a) 前向きな対処方法に関して文化的に適切な情報がすでに巡回しているかどうか、(b) その情報が対象とする人びとにどの程度認識されているかを判定する。下記の主な行動2では、入手できる情報が適切なものであるかどうかを判定する方法について、指針を述べる。

2. その時点で前向きな対処方法に関して入手可能な情報がない場合には、被災した人びとの間で利用できるよう、文化的に適切な前向きな対処方法に関する情報を作成する。

- 他機関と連携・調整を取り、前向きな対処方法に関する情報の作成を計画する。メッセー

ジがわかりやすくかつ混乱を招かない一貫性ある内容となっているか確認する。可能な限り、情報の内容に関して関係機関間の見解を統一し、活動（発信など）の分担方法について合意を形成する。

- 適切な資料を作成するには、重度のストレス要因に対して予想される個人・コミュニティの反応（性暴力など）の種類を特定し、文化別の対処方法（例えば、困難な時期に際しての祈りや儀式など）を認識することが重要である。アセスメントの重複を避けるため、既存のアセスメント結果をレビューする（[アクションシート 2.1](#)、[5.1](#)、[5.3](#)、[6.4](#)を参照）。足りない情報は、コミュニティの文化に精通している者（コミュニティの人類学者など）に面接したり、フォーカス・グループを実施したりすることによって、補う。フォーカス・グループへの参加者を選定する際には、コミュニティ内の年齢・ジェンダーグループが適切に代表されているかを確認する。様々な考え方を聴き取れるようにするには、大抵の場合、男女別のグループが必要となる。
- 下記のような、文化にかかわらず有用であることが多い前向きな対処方法を認識することが重要である。
 - ソーシャルサポート
 - 一日のスケジュールを持たせる。
 - リラクゼーション法
 - レクリエーション活動
 - 日常活動をコントロールすべく、不安に感じている状況に対し（必要に応じて、信頼のある仲間とともに）緩やかに向き合っていく。
- 支援従事者は、他の組織により作成されたセルフケア情報や、うまく対処しているコミュニティ住民とのフォーカス・グループ・ディスカッションを通じて得られたセルフケア情報について事例をレビューして、有用な対処手法に精通しておくこと。場合によっては、他人を支援する方法に関するメッセージを発することが有効となる場合もありうる。これは、被災した人びとによる他人へのケアが促されて、ひいてはセルフケアも間接的に促されるようになるからである。
- 以下の表は、前向きな対処方法に関する一般向けの情報を作成するうえで、「すべきこと」、「すべきでないこと」に関する具体的な方針を示したものである。

すべきこと	すべきでないこと
簡単かつ直接的な言葉を用いる。コミュニティの背景に合った、現地の12歳の子どものでも理解できる形で概要が伝えられるようにする。適宜口語表現を用いる（例えば「コーピング」などにつき、わかりやすい現地の用語を用いるなど）。	複雑または専門的な用語（例えば、心理学的 / 精神医学的用語など）を用いない。
コミュニティによって特定された優先事項に重点を置いて、メッセージを短く、集中的、具体的な内容にする。	混乱や困惑を招きかねないので、一度に多くのメッセージを入れ過ぎない。
ストレス性の高いイベント後には苦痛を体験することが一般的であり、被災者は自分の感情、行動、思考の変化を経験する場合があることを指摘する。それが異常事態に対する通常かつ当然の反応であることを強調する。	一般住民向けの資料（すなわち、臨床現場外で使用する資料）内に精神医学で用いる長い症状リストを掲載しない。
前向きな対処方法、問題解決志向アプローチ、前向きな回復への期待を強調し、有害な対処法（アルコールの大量使用）につき注意喚起を行う。コミュニティ・家族・個人の各対処手法について述べる。	一般住民向けの資料において心理的脆弱性を強調しない。*
そらくほとんどの人が今後数週間から数ヶ月間で体調が良くなることを述べる。ストレスが数週間にわたり軽減しない場合、あるいはストレスが悪化した場合には、利用可能なコミュニティ支援による支援、または専門家による支援を求める必要がある（ただし、その支援が利用可能である場合に限り、この助言を取り入れること）。それらのサービスの入手方法・場所に関する情報を提供する。	緻密な回復の時間枠（例えば「あなたは3週間以内に体調が良くなる」など）を設けず、また、利用できない状況では、専門家の支援を求めるよう提案しない。
作成した資料の見直しをコミュニティの人びとに依頼する。翻訳版資料を正確なものとする。	一般に書き言葉で用いられていない言葉を使って、文書資料を直訳しない。文書以外の形態（絵画、線画、歌、踊りなど）を利用したり、各家庭で少なくとも1人は理解できるような現地の書き言葉に資料を翻訳するようにするとよい場合がある。

* この「すべきでないこと」は、臨床現場外で一般住民に向けられたセルフヘルプ資料に対し適用される。診断可能な精神障害を抱えている者への臨床ケア現場向けに作成された資料における症例の掲載や説明は、適切かつ治療の一環となることがしばしばである。

3. 適宜、さまざまなサブグループのニーズに対処できるよう情報を適合させる。

- コミュニティの各種サブグループには、一般住民向けのものとは異なる対処方法が存在していることがある。適宜、サブグループ（例えば、男性、女性、（その他）のハイリスク状態にある人びとなど：第1章を参照）への前向きな対処方法に関して、個別の情報を作成する。「子どもの対処」および「十代の対処」に向けて、別途検討する。後者においては、飲酒や薬物摂取などの短期的な対処法によって長期的な問題が引き起こされてしまう可能性が高いことを指摘する。

4. 情報の効果的な発信方法を構築、実施する。

- 印刷資料（小冊子、ポスター）が最も一般的な情報発信方法ではあるが、ラジオ、テレビ、絵画、歌、芝居、路上の演劇といった他の手段を用いてより効果が高まる場合がある。コミュニティおよび宗教指導者とともに、文書以外の情報の配信方法を模索する。最適な配信形態は、対象とする人びと、識字率および文化的背景によって決まる。例えば、文書以外の資料（よく知られたキャラクターを描いた漫画本、ドラマなど）は、子どもへのコミュニケーションにおいて効果的となりうる。いろいろな発信手法を組み合わせ、一貫性のあるメッセージを伝えることで、人びとに情報を最大限に届けることができる。
- 教会・モスク・学校・診療所といったコミュニティの施設内や、キャンプの告知板に、文書資料のコピーの配置許可を求める。各人が適切なプライバシーを保ったまま入手することができる場所に資料を配置すると有効である。
- 一部のNGOの経験から、配布用にプリントを単に置いておくだけではそれらは読まれない場合が多いので、プリント / 小冊子を渡す際に相手に話しかける方がより効果的である場合もある。
- 可能であれば、文書資料のコピーをインターネット上で入手できるようにする。被災者の多くがウェブへのアクセス環境にない一方で、こうした方法による資料の発信は組織間での資料の共有を可能にし、結果として配布数を増加させることになりうる（アクションシート8.1を参照）。

主な参考資料

1. American Red Cross (2004). From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual. American Red Cross Psychosocial Group, New Delhi. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
2. International Catholic Migration Commission (ICMC) (2005). Setelah Musibah (After Disaster). ICMC, Indonesia. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html
3. World Health Organization (2005). Some Strategies to Help Families Cope with Stress. WHO, Pakistan. http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html

プロセス指標の一例

- ・ 発信するセルフケアに関する情報は、前向きな対処方法に重点を置くこと。
- ・ 対象とする人びとのうち情報を入手できる者の割合を推定すること。
- ・ 発信する情報は、文化的に適切で大半の人びとにとって理解可能な内容にすること。

例：2005年、インドネシア、アチェ

- ・ 国際 NGO の国内スタッフは、セルフケアの既存資料をレビューした後、各集団の体験内容（一般的な反応）およびストレスの対処に利用されている活動を特定するためのフォーカス・グループを実施するために研修を受けた。
- ・ 芸術家を雇って現地衣装をまとったアチェの人びとを描写した絵を描いてもらい、コミュニティにより挙げたコンセプトを表現してもらった。もう一式の絵では、深呼吸のリラクゼーション法が図示された。
- ・ この冊子は、コミュニティ集会において（例えば、モスクでの夕べの祈りの後など）説明・配布された。冊子は他の組織にも配布され、それにより、他機関の介入プログラムを通じても配布されることになった。
- ・ 心理社会セクターの連携・調整グループを通じて、諸機関は、津波に被災したコミュニティ・地元市民社会の懸念事項に関する情報を盛り込んだニュースレターの作成を共同で継続した。適切なニュースレターの作成を続けるために、現地の NGO に対し資金提供およびスーパービジョンが行われた

アクションシート 9.1

適切な社会的・心理的配慮（文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援）を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。

作業役割： 食糧安全および栄養

段階： 最低必須対応

背景

多くの災害・紛争時等において、飢饉や食糧不足は深刻なストレスの原因となり、被災した人びとの心理社会的ウェルビーイングを害する。逆に、災害・紛争等の心理社会的問題は、食糧安全と栄養状態を損なう。心理社会的ウェルビーイングと食糧/栄養保障（以下の表を参照）との相互関係についての理解を深めることにより、人道支援活動者は人間の尊厳を支援しつつ、しかも食糧・栄養支援プログラムの質と実効性を高めることが可能となる。この相互関係を無視した場合には有害となり、その結果、こうしたプログラムは、例えば、食糧を受け取るために、人びとに長時間列をなすことを強いたり、その人びとを人間ではなく物として扱ったり、食糧配給所周辺で暴力行為を発生させるようなプログラムになる。

表：食糧援助に関連する社会的・心理学的な要因

食糧援助に関連する要因	影響の種類と例
食糧安全と栄養状態に関連する一般的な社会要因（既存要因を含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定の集団を疎外し、乏しい資源への彼らのアクセスが減る。 ・ 社会文化的な食生活と栄養摂取（食生活に関する信条と習わしのこと。つまり何を食べるのか、どのように食物を栽培し、収穫し、流通させ、調理し、提供し、食べるのか、文化的な禁忌とは何か）
食糧安全と栄養状態に影響を及ぼす、災害・紛争等に関連する社会的・心理的要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ ジェンダー、家事労働、家族内役割の崩壊（例：稼ぎ手の死） ・ 公的/私的のリーダーシップの不在や崩壊（例：援助体制を組織できるコミュニティリーダーの死） ・ ハイリスクな状態にある人びとを援助する私的な社会的ネットワーク（例：寝たきりの人びとを支援するボランティアの存在）の崩壊 ・ 安全性の欠如（例：薪集めの女性への暴行） ・ 扶養家族への個人的な食糧供給能力の低下（例：深刻なうつ病による） ・ 食料の入手を困難とさせるような深刻な見当識障害（例：深刻な精神障害や神経疾患による） ・ 個人や集団が食糧を入手するのを妨げる恐れ（例：災害・紛争等に関連した誤報、政治的迫害、超自然的な信仰による） ・ 食欲喪失（例：家族の死に伴う深い悲しみ）

食糧援助に関連する要因	影響の種類と例
飢饉や食糧不足が精神保健・心理社会的ウェルビーイングに及ぼす影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に幼児における重度の精神障害や認知障害（例：慢性的な栄養不足、社会的・情緒的刺激的欠如による） ・ 有害な対処方法（例：重要な財産の売却、食糧を得るための売春、子どもの退学、家族内で弱い立場にある子どもなどの遺棄） ・ 法と秩序の崩壊（例：資源を巡る紛争） ・ 将来への希望や展望の喪失（例：武力紛争状態の長期化） ・ 無力感とあきらめ（例：生活基盤の喪失後） ・ 攻撃的な行動（例：食糧配給の権利または食糧配給の不正さが認知された状態にある時）

Sphere ハンドブックには、災害・紛争等における食糧安全、栄養および食糧援助に関する包括的な基準の概要が述べられている。以下に説明する主な行動は、当該基準に向けた取組みに関連する社会的・心理的配慮に関する手引きとなるものである。

主な行動

1. 食糧安全、栄養および食糧援助に関連する心理社会的要因をアセスメントする。
 - ・ 食糧と栄養、および精神保健・心理社会的支援に関する入手可能なアセスメントデータをレビューする（[アクションシート 2.1](#)を参照）。必要に応じて、食糧と栄養支援に関連する主な社会的・心理的要因に関してさらなるアセスメントに着手する（上記の表を参照）。
 - ・ 食糧と栄養に関するアセスメント結果は関連する連携・調整グループ（[アクションシート 1.1 および 2.1](#)を参照）と共有し、以下の点を示す必要がある。
 - ・ 食糧不足・栄養不良による精神保健・心理社会的ウェルビーイングに対する、または後者による前者に対する影響の及ぼし方とその影響度（リスクの高い状態にある人びとに関する Sphere ハンドブックにある一般栄養支援基準 2、および食糧安全と栄養に関する Sphere ハンドブックにあるアセスメント分析 1～2 を参照）
 - ・ 食糧援助と栄養学的介入の計画立案、実施およびフォローアップにおいて配慮すべき心理学的・社会文化的要因
2. 食糧援助の計画立案、提供およびフォローアップへできるだけ参加を求める。
 - ・ アセスメント、計画立案、提供およびフォローアップ期間中は、対象となるコミュニティ

からの意義のある幅広い参加を可能とする（[アクションシート 5.1](#)を参照）。

- ・ ハイリスクな状態にある、疎外され、目を向けられにくい人びとの参加をできるだけ求める（[第 1 章](#)を参照）。
 - ・ 食糧援助のすべての段階において女性の参加を優先する。大部分の社会では、女性が家族の食糧を管理する立場にあり、食糧援助が望まない結果をもたらすことなく、確実にすべての対象者に行き渡るようにするための積極的な役割を果たす。
 - ・ 在宅介護を提供するボランティアを介して食糧配給を分配するなどによって、私人的な社会的保護ネットワークの構築や再構築を行えるように食糧支援の使用について検討する（[アクションシート 3.2](#)も参照）。
3. 食糧援助の実施において治安と保護を最大限に高める。
 - ・ 食糧が政治目的に悪用されたり、食糧分配が特定の人びとの疎外や紛争の悪化に利用されたりするリスクに特に注意を払う。
 - ・ 緊張を生み、時には暴力行為や暴動を引き起こす恐れがあるため、不十分な計画立案、不適切な登録手続、不完全な情報共有を回避する。
 - ・ 可能な限りあらゆる対策を講じて、食糧援助の悪用を防止し、支援者や同様の立場にいる者による、食料を利用した売春行為といった濫用を防止する（[アクションシート 4.2](#) および IASC Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings の [アクションシート 6.1](#) を参照）。
 4. 主要な関係者のアイデンティティ、人格、尊厳を保護するように文化的に適切な方法で食糧援助を実施する。
 - ・ 食料品や調理法に関連する宗教的・文化的習わしを尊重する。ただし、それらの習わしは人権を尊重し、人間としてのアイデンティティ、人格および尊厳の回復に寄与する場合に限る。
 - ・ 差別を回避するとともに、現地の文化的規範や伝統が女性などの特定の集団を差別している場合があることを認識する。食糧援助計画を立案する者は、差別を特定し、食糧援助がすべての対象者に確実に行き渡るようにする責任を負う。
 - ・ 特別な文化的意味をもつ香辛料や調理器具を含め、適切で、許容できる食糧を提供する（Sphere ハンドブックにある食糧援助計画基準 1～2 も参照）。
 - ・ 適切な方法で重要な情報を共有する（[アクションシート 8.1](#)を参照）。食料品がその提

供を受ける者にとって馴染みのないものである場合には、正しい調理法についても説明する。

5. 紹介に際し、保健ケア施設、その他の支援組織と協働する。

- 社会的または心理的支援を緊急に必要とする個人や集団を特定するための入口のひとつとして食糧・栄養プログラムを使用する。
- 食糧危機において幼児への刺激を促すための具体的な手引きについては、主な参考資料にある WHO (2006) 基準を参照する。
- 食糧援助・栄養プログラム従事者が、急性の社会的または心理的ストレスを有する人びとをどこにどのような方法で紹介するべきかを知っているようにする。
- 微量栄養素欠乏が子どもの認知的発達を阻害し、胎児の発育に悪影響をもたらすことを被災した人びとと食糧援助従事者に対して認識させる。
- 食糧援助従事者や栄養計画立案者に、深刻な栄養不良をもたらす医学的な影響について理解させる。
- 健康上のリスクを特定し、中程度の、または極度の栄養不良のリスクが高い状態にある人びとを特別な施設に紹介する (状態に応じて栄養補給センターか栄養治療センターに紹介する。これについては、Sphere ハンドブックにある栄養不良基準 1～3 の修正、およびアクションシート 5.4 も参照)。
- 微量栄養素欠乏の予防については、妊婦や授乳中の女性に特に注意を向ける。
- 子どもの栄養不良のリスクを解消するため、学校給食プログラムを導入することが可能かどうか、その妥当性を探る (アクションシート 7.1 を参照)。

6. コミュニティで長期食糧安全計画に関する議論を活発化させる。

食糧援助は、食糧と栄養の保障を促進する方法のひとつであり、次のような代替案も検討する。

- 直接現金移転 (direct cash transfer)、現金報酬 (cash-for-work)、および所得向上活動 (income-generating activity)
- 無力感とあきらめを乗り越え、コミュニティが社会経済的な再生努力に取り組む、コミュニティ主導型の食糧・生活保障プログラム

主な参考資料

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and food security'. In: Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.231-275. <http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
2. Engle P. (1999). 'The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth, and Development: South and Southeast Asia'. In: Asian Development Review, vol. 17 nos. 1, 2, pp.132-167. <http://www.adb.org/Documents/Periodicals/ADR/pdf/ADR-Vol17-Engle.pdf>
3. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Action Sheet 6.1: Implement safe food security and nutrition programmes, pp.50-52. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
4. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Food Security, Nutrition and Food Aid, pp.103-203. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. WHO (2006). Mental Health And Psychosocial Well-Being Among Children In Severe Food Shortage Situations. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf

プロセス指標の一例

- 食糧援助・栄養アセスメントとプログラム計画立案の取組みには、社会的・心理的側面を含めること。
- 食糧援助と栄養に関連する安全問題を報告し、それに取り組むための有効な仕組みを設けること。
- 食糧援助調整者は、心理社会セクターの連携・調整の仕組みと連携し、関連情報をそのセクターに伝える積極的な役割を果たすこと。

例: アフガニスタン 2002 年

- 国際 NGO が 1 万人の戦争寡婦に対して食糧援助を行った。寡婦の中には、うつ病などの深刻な精神的な問題を抱え、唯一の稼ぎ手としての役割を果たすことができない者もいた。
- この NGO は、カウンセリングを専門とする別の機関と連携し、重度の精神障害をもった女性たちを紹介して支援するとともに、この女性たちを引き続き食糧援助プログラムの対象とした。
- 被災者の代表は食糧配給の計画立案とモニタリングに参加し、調整を支援し、現地の人びとの尊厳とアイデンティティを向上させた。

連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および避難所提供の際に適切な社会的配慮（安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援）を取り入れる。

作業役割： 避難所および仮設配置計画

段階： 最低必須対応

背景

災害・紛争等における安全かつ適切な避難所を備えておくことで生命は救われ、罹病率は減少し、人びとは過剰なストレスに曝されることなく、尊厳を保って生活することができる。避難所設置計画および避難所提供に関する決定に災害・紛争等に被災した人びとが参画することにより、多くのキャンプや避難所コミュニティに見られる無力感を軽減させ、人びとのウェルビーイングを高め（アクションシート5.1を参照）、家族が全員、文化的に適切な避難所を利用できるようになる。緊急および仮設避難所の計画や設計に女性が携わることは、ジェンダーによって異なるニーズ、プライバシー、保護に十分留意するために不可欠である。難民の参画もまた自立を促し、コミュニティの連帯を築き、施設やインフラの現地での運営を促す。

災害・紛争等においては、避難所やキャンプについて幅広い選択肢が検討されるべきである。定住地外キャンプも含め、用地の場所や配置についての初期の決定は、人道支援の実施と保護に長期的影響を与える。多くの場合、キャンプや収容所が唯一の選択肢だが、難民は、特定の状況下では、住まいとソーシャルサポートを提供する現地の家族宅に寄留する場合もある。これは受け入れ側の家族へのサービスが強化される場合、有用な選択肢といえる。

用地および避難所の運営はウェルビーイングに重大な影響を及ぼし、キャンプおよび他の場所で一般的に見られる過密状態やプライバシーの欠如で健康が損なわれてしまう。自らの家族やコミュニティの人びとから隔離され、見知らぬ人びと、言葉が通じない人びと、恐怖心や疑念を抱かせる人びとに囲まれて生活することを強いられると、精神保健・心理社会的問題が発生する可能性がある。また、自分の住まいを建てたり、借りたり、確保したりすることのできない高齢者や独身女性、障害者、子どもが世帯主である一家といった人びともリスクにさらされる。空間や水など、乏しい資源をめぐる難民間、および難民と受け入れるコミュニティとの対立は深刻な問題に発展する可能性もあり、仮設配置計画の段階でそういったリスクの可能性を最小限に抑えなければならない。

Sphere ハンドブックは災害・紛争等における避難所や居住区の重要な手引き、および全体の基準の要点を示すものである。以下に記す主な行動は、当該基準に取り組み際、関連する社会的考慮についての指針となる。

主な活動

1. アセスメント、計画、実施にあたっては、女性やハイリスクな状態にある人びとが携わる参加型アプローチを使用する。

- 社会的リスクが高い者（第1章を参照）を含め、幅広く被災した人びとが参加するアセスメント（アクションシート2.1を参照）を実施する。
- 避難所の文化的要件、どこで料理をするのか、室内ならば換気はどのように行われるのか、プライバシーの問題や隣人との距離、移動に制限がある者によるトイレの利用可能性、収入を得るための活動が室内で行われる場合にはどの程度の明かりが必要か等、重要な問題についての初期アセスメントに注力する。
- コミュニティの全員にとって最適な避難所問題の解決策を特定し、住民のストレスや心配を軽減する。
- 自分で避難所を作ることが出来ない人びとへの支援を行う。

2. 安全を守り、定住者との対立を最小限に抑える用地を選ぶ。

- 地元政府や近隣コミュニティと協議し、選定された土地がすでにコミュニティによって牧草地や作物生産に使われていないか、他の土地保有問題がないかを把握する。
- 用地の特定および選定プロセスにあたっては、コミュニティの天然資源基盤の分析を行う環境調査を実施し、適切な環境管理の指導が行われるようにする。これを怠ると、環境破壊につながり、飲食や料理に使われる天然資源の不足から生じるストレスにもつながる場合がある。調査はまた、定住者のこれらの資源へのアクセスがリスクにさらされていないことを保証することにもつながる。
- 料理や暖房のための安全ですぐに使える現地資源（薪など）の利用可能性や、トイレの場所など、プライバシーやセキュリティについては特に女性と協議する（指針についてはIASC Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settingsを参照）。共同調理施設が設置される場合、避難所の近くに設けられるべきである。
- 安全ですぐに使える共同サービス（医療施設、食糧配給所、給水所、市場、学校、礼拝所、

コミュニティセンター、燃料源、遊び場、固形廃棄物処理所等)へのアクセスが得られる用地を選定し、設計する。

3. 用地の設計と実施には安全な共同スペースを含める。

心理的安心を与え、社会的、文化的、宗教的、教育的活動や、情報の普及(アクションシート 8.1 を参照)を可能にする、安全な共同スペースを構築する(アクションシート 5.1 および 3.2 を参照)。これらの安全なスペースには、子どもが集まって遊べるような、子どもに配慮したスペースも含めるべきである(アクションシート 5.4 および 7.1 を参照)。

4. 文書化と登録の効果的なシステムを開発し、利用する。

関係者全員が、用地の計画者が配置や避難所計画の設計に役立てつつもデータの機密性を保持できるような、共通の登録および個別の文書化システムに合意すべきである。文書化システムは年齢別・ジェンダー別データも提供できるようにする。

5. 差別のない方法で、避難所の割り振りと土地の配分を行う。

- 被災した人びとの多様性を把握するための調査を行い(年齢層、ジェンダー、民族等)、各集団のニーズに適宜対処できるようにする。
- 避難所の割り振りと土地の配分が差別なく、全家族、全世帯に行われ、民族やジェンダー、言語、宗教、政治その他主義、国籍または社会的起源、財産、生まれ、その他の身分に基づいて優遇されることがないようにする。

6. プライバシー、移動を容易にして、ソーシャルサポートを最大限に得る。

- プライバシーを最大限に確保し、見通しがよく、容易に移動ができるような家族を収容するのに十分な規模の避難所に重きをおく。大型の緊急避難所が用いられる場合は、プライバシーを高め、騒音を減少させるパーティションを活用する。
- 集団避難所内や家族用住居周辺を人びとが移動する際、他者のプライバシーを侵害したり、著しい混乱を生じさせたりすることなく容易に移動できるようにする。
- 可能な限り、自分の家族や村、宗教または民族集団と一緒にいたいと思う人びとを引き離さないようにする。
- 再会した家族が一緒に住めるようにする。

- 精神障害または身体障害のために一人で暮らしている、孤立した脆弱な立場にある人のための避難所の提供を促進する。

7. 避難所や用地の手配にあたって柔軟性と保護のバランスをとる。

- キャンプは一定の状況下では必要であることを理解する。しかし、避難民は、しばしば、自分たちが間に合わせて作った住居でホスト家族と共に暮らす方を好むことがあったり、時にはホテルや学校、その他利用可能な共同施設を選ぶ場合もある。
- 可能な範囲で、人びとが自分の避難所、隣人、生活圏を選べるようにする。これにより、人びとは自分の目的、文化、価値にしたがって生活し、コントロール感や生活の機会を回復することができ、心理社会的ウェルビーイングを支援することにつながる。
- より安全な選択肢がある場合は、危険な状況に住むことに対し、人びとに注意を喚起する。

8. 避難民に、依存の文化を生み出させないようにし、持続的な解決策を促進する。

- 大規模キャンプや半定住キャンプは、やむを得ない場合のみ設置し、できる限り、安全と元のコミュニティからの距離について適切なバランスがとれるようにする。
- 現地で入手できる、なじみのある建築資材を使用し、家族が自分たちで修繕を行い、外部からの援助に依存しないようにすることで、ストレスを避けることができる。
- 持続的な解決策として、難民の早期帰還と再定住を促進し、出身地に帰還を望みそれが可能な家族には、支援を提供する。
- サービスがキャンプだけでなく、帰還先でも提供されるようにする。
- 支持的社会構造が損なわれないように注意を払う。

主な参考資料

- Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participatory Habitat and Shelter Programmes'. In Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp. 295-314. <http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gshandbook/gshandbook.pdf>
- IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Action Sheets 7.1, 7.2, 7.3 on settlement and shelter, pp.53-60. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
- Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Shelter, Settlement and Non-Food Items, pp.203-249. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

適切な社会的配慮 (全ての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用可能性) を水と衛生を提供する際に取り入れる。

作業役割: 水および衛生

段階: 最低必須対応

4. UN Habitat (2003). Toolkit for Mainstreaming Gender in UN-Habitat Field Programmes. http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1267_94527_Iraq_Gender.pdf
5. UNHCR Handbook for Emergencies (2000). Chapter 1. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=3bb2fa26b>
6. UNHCR Environmental Guidelines (2005). www.unhcr.org/environment
7. UNHCR Tool for Participatory Assessment in Operations (2006). <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.html?tbl=PUBL&id=450e963f2>
8. Women's Commission on Refugee Women and Children (2006). 'Beyond firewood: Fuel alternatives and protection strategies for displaced women and girls'. <http://www.womenscommission.org/pdf/fuel.pdf>

プロセス指標の一例

- コミュニティ住民、特に女性が、住まいの設計と配置、および建築資材の選定に参画すること。
- 自分で住まいを建築することが出来ない人びとには、住まいの建築に関する支援を行うこと。
- 住まいはプライバシーを最大限に確保し、過密状態をなるべく抑える形で構成すること。

例：2004年リベリア、2006年東ティモール

- 東ティモール (2006年)、リベリア (2004年)、その他数件の災害・紛争等において、10～20世帯を、共有空間を取り囲むU字型の避難所に居住させることで避難民のプライバシーが高められた。
- プライバシーを強化するために、避難所はお互いに角度をつけて配置された。ひとつの避難所の入り口が別の避難所の入り口とまっすぐ向かい合うことはなく、ひとつの避難所が別の避難所の眺めを直接遮ることはなかった。それぞれの避難所は共有部分に面しており、そこには調理場や遊び場が設置され、日陰の確保と環境保護のために木が残され、住民たちが清掃を行っていた。
- それぞれの避難所には物置、洗濯場、家庭菜園、調理に使われる個別の裏庭があった。給水所とトイレは近くに設置され、性暴力のリスクを防ぐために共有空間から見えるようにしてあった。

背景

災害・紛争等の際には、清潔な飲み水と、安全で、被災地の文化に適合した清潔な衛生施設を供給することがなによりも重要である。これは生存のためのみならず、尊厳を取り戻すためにも重要である。人道支援は、やり方によって被災した人びとに重大な影響を及ぼす。コミュニティ住民が参加型アプローチで支援に携わることによって、コミュニティの結束を生み、人びとにコントロール感を取り戻させることができる。

水と衛生の支援は、やり方によって、被災者の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを改善することにも悪化させることにもつながる。被災地によっては、照明が暗く、鍵のかからないトイレが、レイプを含めた性暴力の場となったケースがあり、またほかのケースでは、水の供給場所での争いがストレスの元になっている。過去にあった水と衛生の提供に関連したトラブルの一部は被災地の文化に由来するものである。たとえばアフガニスタンでは、婦人用の独立したトイレがないのが一番の心配だと女性たちが訴えている。身体の中の部分でも人目にさらすことは罰せられかねず、家族の恥と不名誉となりかねないからである。

Sphereハンドブックは、災害・紛争等下での水と衛生の提供に関する包括的な基準の概略を述べている。下記に示した主な行動は、こうした基準を満たす活動に関する社会的配慮についての手引きとなるものである。

主な活動

1. きれいな水と下水整備、衛生推進のためのアセスメントに社会的・文化的問題を含める。

多くの国では、厳格な文化的規範、タブーが、トイレの使い方や排泄物の処理にも影響している。文化的規範に注意を怠ると、トイレや給水所を作っても全く使われなれないといったことにもなりかねない。たとえば、死体の処理に使われたかもしれないという理由で給水所やトイレが使用されないこともある。社会的、文化的規範に注意を向けることは、慣れない環境や、変わったやり方で日常の仕事をするもののストレスを最小限に抑えるのに役立つ

う。こうした理由から、アセスメントチームは、水と衛生供給における主要な技術面での専門性だけでなく、緊急対応の心理社会的側面にも精通していなければならない。

2. 特に女性と、そのほかリスクの高い状態にある人びとが、評価・計画・実行に参画できるようにする。

- トイレ（および可能であれば給水所と入浴施設）の場所や設計の決定には、被災した人びと、特に女性、障害者、高齢者を参加させる。これは設備を急がなければならないなどの理由から、常に可能ではないかもしれないが、コミュニティの意見を取り入れることは、例外的な事からではなく、通常行わなければならないことである。
- 水と衛生の提供を監督・管理する業務主体を設置する。これを行うのに有用な手段は、コミュニティから被災したさまざまなグループを代表する形で選ばれた現地の人びとで構成された、ジェンダーバランスのとれた、小規模の「水委員会」の形成を促すことである。
- 水委員会に、(a) 尊厳に満ちた水と衛生の供給に積極的に取り組み、(b) 支援機関に対する依存度を減少させ、(c) 設備を適正に使用、維持することにつながる、所有感を持たせること。水委員会のメンバーに報奨をだしたり、使用料の徴収について検討する。ただし、両方ともプラスに働く場合とマイナスに働く場合があり得るので、コミュニティの背景事情によって慎重な判断が必要であることを覚えておく。

3. 水と衛生活動のすべてにおいて安全と保護を強化する。

- 適切な給水所が、移動が不自由である等、脆弱な人びとも含めて、全世帯から近く、利便性ある場所にあるようにする。
- 給水の待ち時間は、子どもの通学など基本的な生活活動の妨げになることのないように短くする。
- トイレと入浴場の区域はすべて安全が確保され、可能であれば確実に十分な照明が灯されるようにする。男性と女性の警備員を置くこと、たいまつや石油ランプなども、安全性を高める簡便な方法である。
- トイレと入浴設備はプライバシーが保たれ、土地の文化からも受け入れられるものであること、井戸は覆いをかけ、子どもに危険がないようにする。

4. 住民間の衝突を防ぎ、それが起きた場合は建設的な方法で対処する。

- 避難民が流入してきた場合、受け入れ側のコミュニティに対する水の供給が減るのを避け、水をめぐる緊張関係が生じないようにするための手段を講じる。
- 水委員会あるいは、コミュニティのほかのグループに、住民間の衝突を防ぎ処理するシステム、たとえば世帯間で水汲み回数のローテーションを行うなどの方法で衝突を防止、処理するシステムを作るように促し、水場での衝突を防止する。
- 隣接する難民同士の衝突、あるいは難民と元からそのコミュニティに暮らしている住民との間の衝突は、双方が協力して共有の井戸を掘ることを勧め、衝突を少なくする努力をすることを考慮する。

5. 一人一人、および社会全体の衛生を推進する。

- 女性に、生理用品あるいは代替となるものを入手できる機会を提供し（これが不足すると非常なストレスを生じる）、かつ、それを洗って乾かす適当なスペースを与える。これを洗うための場所について女性と相談し、また、設計についても技術的な助言を与える。水の供給の関係で洗うことができない場所では、何か代替りの生理用品を支給しなければならない（指針については、IASC Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings のアクションシート 7.4 を参照のこと）。
- コミュニティの清掃キャンペーンと、衛生の基本についての情報連絡を促進する。
- 女性、男性、子ども、障害者、高齢者から得た助言にしたがって、石鹸やその他衛生用品を配布する。
- 子どもたちがお互いに楽しむ、食前のグループ手洗いなど、子どもから子どもへの水・衛生活動を始める。これは学校でも実行可能であり、子どもに配慮したスペースが機能していればそこでも実行可能である。

6. 水と衛生設備をコミュニティ全体でモニタリングし、結果のフィードバックを促進する。

- コミュニティの安全性を常に確認し、現状を把握、コミュニティの懸念事項に対応できるようにする。関係者が水委員会あるいは水と衛生に関する責任機関に問題点や懸念事項を報告できるようなフィードバックの仕組みを設置する。このメカニズムは被災した人びとに、どんな設備やサービスを期待できるかを常時知らせる際にも使うことができる。
- 清潔な設備があることは人びとの人間としての尊厳を回復することに役立つので、常

に、場所も設備も清潔で、維持管理が行き届いているようにする。

- 子どもや、ハイリスクな状態にある人びと（第1章参照）も含めて、彼らが水と衛生支援の使いやすさ、支援の質をどう認識しているか、また彼らの心配していることは何か、また、彼らの提案を聞いてみる。

主要参考文献

1. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2003). 'Participation and water/sanitation programmes' . In: Participation by Crisis-Affected Populations in Humanitarian Action: A Handbook for Practitioners, pp.275-294. <http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gshandbook/gshandbook.pdf>
2. IASC (2005). Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Action Sheet 7.4: Provide sanitary materials to women and girls, p.61. Geneva: IASC. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp
3. Jones H. and Reed B. (2005). Access to Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups. <http://wedc.lboro.ac.uk/publications/details.php?book=1%2084380%20079%209>
4. Sphere Project (2004). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Minimum Standards in Water, Sanitation and Hygiene Promotion, pp.51-102. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. UNHCR. (2000). Handbook for Emergencies. <http://www.unhcr.org/publ/PUBL/3bb2fa26b.pdf>
6. University of Wisconsin, Emergency Settlement Project (1996). Topic 14 - Environmental Health: Water, Sanitation, Hygiene, and Vector Management. <http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html>

プロセス指標の一例

- 月例のフォーカスグループディスカッションにおいて、女性の三分の二以上が、提供された衛生施設の安全とプライバシーに満足していること。
- 女性、男性双方を含む水委員会を設置し、定期的に会議を開くこと。
- 受け入れ側と避難民社会との間の衝突が報告されていないこと。

例：パキスタン、2005年

- 2005年に北西辺境州で起きた地震への対応時、国際NGOが、カバーで覆われた特別な区域を設けて、女性たちが、そこで外部から見られることなくトイレに行き、水浴びし、子どもたちを洗い、衣服を洗濯し、生理帯を洗うことができるようにした。
- これらのスペースにより、文化的規範が配慮された安全な環境のなかで、女性たちは集まり、話し合うことができるようになった。
- 女性たちは、このおかげで、難民キャンプで暮らすストレスや不安が大幅に軽減されたと言っている。

災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドラインは、世界各地の様々な機関やサービス実践者の見解を反映したものであり、人道上の災害・紛争等に際し適切に対処する方法に関する有益な情報を組織および人びとに提供しようとするものである。

個々のアクションシートでは、精神保健・心理社会的支援に関して有用な指針を提供し、下記のセクターを取り上げた。

連携・調整
アセスメント、モニタリング、評価
保護および人権上のスタンダード
人的資源
コミュニティの動員および支援
保健ケアサービス
教育
情報の発信
食糧安全および栄養
避難所および仮設配置計画
水および衛生

本ガイドラインには、緊急計画の手引き、災害・紛争等の初期時にとるべき行動、回復・復帰段階で必要となる包括的対応を併記したマトリックスが掲載されている。このマトリックスは、連携・調整、協力、提言の各活動に利用できる有益なツールとなる。同マトリックスでは、災害・紛争時等における不可欠の初期対応に関し、その実施程度を把握調査する際のフレームワークが提供されている。

本ガイドラインには、全ガイドラインと参考資料の電子版を収録した付録CD-ROMが添付されている。

Inter-Agency Standing Committee (IASC) 発行の本ガイドラインによって、人道活動者は、災害・紛争時等における効果的な対処に関し、関係機関間、多セクター間の有用な指針およびツールを得ることができる。