

## 前書き

このガイドラインは、非常事態の最中にある人びとの精神保健・心理社会的健康を保護・改善するために、人道活動者が多岐分野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ために、Inter-Agency Standing Committee (IASC) が発行したものである。

非常事態の影響を受けた集団は、多大な苦痛を経験することが多く、非常事態の最中および以後における、人びとの精神保健・心理社会的健康を保護・改善するための人道活動者の取り組みは、ますます活発となっている。しかしながら、効率的な連携・調整を可能にし、有用な実施例を特定し、有害となる可能性のある実施例に注意を喚起し、精神保健・心理社会的支援への様々なアプローチを互いに補完し合う方法を明らかにする、多分野間、各機関間の枠組みというものには存在しておらず、大きな隔たりがあった。

このガイドラインには、非常事態の状況において最も急を要する精神保健上・心理社会上の諸問題に対処する統合的なアプローチを円滑に進める方法について、必須のアドバイスが示されている。

非常事態時における精神保健・心理社会的支援に関するIASC作業班のメンバー、特に作業班共同議長、WHOおよびInterActionには、人道支援という重要な当該分野での最低限対応に対し各関係機関間の見解統一を得ていただき、謝意を述べたい。

人道支援に携わるすべての人びとに、このガイドラインを実施していただきたいと思う。



Kasidis Rochanakorn

Inter-Agency Standing Committee 作業部会長

OCHA (人道問題調整部) ジュネーブ本部長

## 謝辞

非常事態時における精神保健・心理社会的支援に関するInter-Agency Standing Committee作業班は、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を提供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 (AC F)

InterAction (co-chair), through:

- American Red Cross (ARC)
- Christian Children's Fund (CC F)
- 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
- CA RE 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)

International Organization for Migration (IOM)

Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)

United Nations Children's Fund (UNICEF)

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

United Nations Population Fund (UNFPA)

World Food Programme (WFP)

World Health Organization (WHO) (co-chair)

WHO Department of Mental Health and Substance Abuse (精神保健・薬物乱用部門)(イタリア政府の資金による) およびChristian Children's Fund (キリスト教子ども基金) 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、下記機関所属の校閲者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き、感謝を申し上げます。

*NGOs:* Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CARE 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.

*Universities:* 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.

*Others (e.g. professional associations, government agencies, consortia, networks):* American Psychiatric Association; American Psychological 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; 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 (REPSS I); 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ていただいたInternational Rescue Committee (国際救済委員会)、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に感謝を申し上げる。

## 目次

前書き	49
謝辞	50
第1章 序論	55
背景	56
非常事態による精神保健上・心理社会上の影響	58
ガイドライン	58
本書の利用方法	60
基本原則	61
FAQ	67
第2章 介入マトリックス	70
第3章 最低限対応アクションシート	80
連携・調整	
1.1 多分野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。	83
事前評価、モニタリング、事後評価	
2.1 精神保健的・心理社会的問題について事前評価を行う。	86
2.2 参加型のモニタリング・事後評価システムを始動する。	93
保護および人権基準	
3.1 精神保健・心理社会的支援に人権的枠組みを適用する。	96
3.2 保護上の脅威・障害を特定、モニタリング、防止し、社会的保護を通じてその脅威・障害に対処する。	100
3.3 保護上の脅威・弊害を特定、モニタリング、防止し、法的保護を通じてその脅威・弊害に対処する。	105
人的資源	
4.1 スタッフを特定して採用するとともに、地域の文化を理解するボランティアを雇う。	109
4.2 スタッフの行動規範および倫理指針を施行する。	112
4.3 精神保健・心理社会的支援に関し、支援従事者のオリエンテーション、研修を組織する。	115
4.4 スタッフ、ボランティアの間での精神保健・心理社会的健康に関する問題を予防、管理する。	119
地域社会の動員および支援	
5.1 あらゆる分野での緊急対応を地域社会が動員、掌握、管理する前提となる条件を促進する。	123
5.2 地域社会の自助およびソーシャルサポートを促進する。	127
5.3 各共同体の適切な文化上・霊性上・宗教上の癒しを行ううえで、前提となる条件を促進する。	131
5.4 幼児(0-8歳)とその保護者への支援を促進する。	134
保健医療サービス	
6.1 一般保健医療の提供に際し、心理学的・社会的な個々の配慮を取り入れる。	138
6.2 重度の精神障害をもつ人びとのために、ケアの利用可能性を提供する。	143
6.3 施設に暮らしている重度精神障害等の精神・神経疾患を持つ患者	149

を保護し、ケアする。	
6.4 地域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。	152
6.5 アルコール等の物質使用に関連する有害性を最小限に抑える。	156
<b>教育</b>	
7.1 安全で支援的な教育のアクセスを強化する。	160
<b>情報の発信</b>	
8.1 影響を受けた集団に対し、非常事態、救援活動、影響を受けた集団の法的権利に関する情報を提供する。	166
8.2 積極的対処方法に関する情報の入手機会を提供する。	170
<b>食糧安全保障および栄養</b>	
9.1 社会的・心理学的な個々の配慮(文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳を保った安全な支援)を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。	175
<b>避難所・配置計画</b>	
10.1 連携・調整の取れた形で、社会的な個々の配慮(安全で尊厳を伴った文化的・社会的に適切な支援)を配置計画および避難所提供に取り入れる。	180
<b>水および公衆衛生</b>	
11.1 社会的な個々の配慮(全ての人の尊厳を保った、安全で文化的に適切な利用可能性)を水および公衆衛生の提供に取り入れる。	184

第1章

# 序論

## 背景

武力衝突や自然災害が起こると、影響を受けた集団には多大な心理学的・社会的な苦痛が生じる。非常事態による心理学的・社会的な影響は、短期的に見て急性的なものであるが、影響を受けた集団の精神保健・心理社会的健康が長期間にわたって損なわれていくということもありえて、そうした影響により平和や人権、成長が脅かされる可能性もある。従って、非常事態時の優先事項の一つは、人びとの精神保健・心理社会的健康を保護・改善することになる。この優先事項を実現するには、あらゆる政府と非政府の人道活動者間で連携・調整された行動が必要となる。

しかしながら、効率的な連携・調整を可能にし、有用な実施例を特定し、有害となる可能性のある実施例に注意を喚起し、精神保健・心理社会的支援への様々なアプローチを互いに補完し合う方法を明らかにする、多分野間、各機関間の枠組みというものも存在しておらず、大きな隔たりがあった。本書は、その隔たりを埋めようとするものである。

本ガイドラインには、様々な地域、活動領域、分野のサービス実践者による見解が反映されており、また、サービス実践者間で得られつつある適正なサービス実践に対する統一見解も反映されている。その根幹にあるのは、非常事態の初期段階で精神保健・心理社会的健康を保護・支援する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。また、本ガイドラインでは、個々の問題ごとに特定の心理学的・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合成語は、心理社会的健康を保護・促進し、または精神疾患を防止・治療することを目的とするあらゆる種類の地域内外の支援を表したものである。精神保健および心理社会的支援は、密接に関連し重なり合う用語ではあるが、支援従事者にとっては、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た用語である場合が多い。

保健分野外の支援機関は、心理社会的健康の支援という言葉を用いる傾向にある。保健分野の機関は、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られてきた。これらの用語の正確な定義は、支援機関、活動領域および各国々によって異っている。本書は多分野間、関係機関間のガイドラインを取り扱っていることから、精神保健・心理社会的支援 (*mental health and psychosocial support*: MHPSS) という合成語は、可能な限り広範なグループの活動者を包括し、適切な支援提供への多様かつ相補的なアプローチの必要性を強調するという目的に適った語である。

非常事態時に高い効果を現す精神保健・心理社会的支援についての科学的根拠は、依然として少ない。当該分野における研究の多くは、急性的な緊急期の終了後の数ヶ月あるいは数年において実施されてきており、この新たに出現した分野が発展していくに従って、サービス実践者の実地経験的基礎と同様に研究的基礎も発展することになるであろう。新たに得られた見解を取り入れていくべく、本書は定期的な更新が必要となる。

## 非常事態による精神保健上・心理社会上の影響

### 問題

非常事態時には、個人、家族、地域、社会の各レベルが被る多種多様な問題が引き起こされる。どのレベルにおいても、非常事態時には通常の保護的支援手段が奪われ、様々な問題のリスクが生じ、社会的に不公正や不平等といった既存の問題がさらに膨れ上がる傾向も見受けられる。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こともある貧困者に対して、過度の影響が生じやすい。



非常事態時の精神保健上・心理社会上の各問題は、相互に関連性が強いものの、性質としては、主に社会的なものや心理学的なものに分かれる。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 (非常事態前の) 社会的問題 (例えば、極度の貧困、被差別・社会的に無視された集団への所属、政治的抑圧など)
- 非常事態により誘発される社会的問題 (例えば、家族の離散、社会的ネットワークの混乱、地域社会構造・資源・信頼の崩壊、性別に基づく暴力の増加など)
- 人道支援により誘発される社会的問題 (例えば、地域社会構造や従来の支援の仕組みの弱体化など)

同様に、主に心理学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)
- 非常事態により誘発される問題 (例えば、悲嘆、非病理学的な苦痛、うつや、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)・不安症など)

- 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起因する不安など)

このように、非常事態時における精神保健的・心理社会的問題は、PTSDの発症だけでなく、はるかに多岐にわたっている。

### 問題発現のリスクが高い集団

非常事態時には、全員が重大な心理学的問題を持ったり発現したりするわけではない。多くの人びとは、逆境の状態の中で比較的上手く対応していく能力であるレジリエンスを見せる。逆境に直面して心理学的問題を発現するかレジリエンス (Resilience) を見せるかについて影響を与える社会的、心理学的、生物学的な相互作用要因は、多数存在している。

非常事態の状況によっては、特定の集団において、社会的または心理学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、非常事態の影響を受けた人びと全般に利用可能とすべきだが、優良なプログラムには、とりわけ、最大級のリスク状態にある集団 (こうした集団については、個々の危機ごとに特定される必要がある) への適切な支援提供が盛り込まれる (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、あらゆる小グループにリスク状態の可能性がある。以下は、各種非常事態時に様々な問題の発現リスクが高いと見られることが多い集団である。

- 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、前戦闘員、家族の面倒を見る手段を失っている怠者、拘束・誘拐・暴力の対象となるリスクをもつ青年)
- 養育者と離散したまたは保護者のいない子ども (孤児など)、武装勢力・武装集団に採用または使役されている子ども、人身売買された子ども、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している子ども、栄養不良/放任児などといった、各子ども (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)
- 極貧者
- 難民、国内避難民 (IDP)、非日常的状況における移民 (特に、身分証明書類なしで人身売買された女性および子ども)
- 極度にストレスの多いイベント/心的外傷に曝露した者 (例えば、近しい家族またはその生活すべてを失った者、性的暴力被害者、拷問被害者、残虐行為の目撃者など)
- 地域社会内で、すでに重度の身体的、神経的、精神的な障害や疾患を持っている者
- 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者)
- 重度の社会的スティグマを経験した者 (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)、商業売春婦、重度の精神疾患を持った者、性的暴力被害者など)

・人権侵害の具体的なリスク状態にある集団（例えば、政治活動家、少数民族、言語的少数派、施設入居者、被拘束者、すでに人権侵害に曝露した者）

以下のことを認識しておくことが重要である。

- ・上記のそれぞれの集団内においても、リスク、問題、資源に大きな多様性があること。
- ・リスク状態の集団内にも、比較的順調な者がいる場合があること。
- ・一定の問題（例えば、薬物乱用など）のリスクが増大すると同時に他の問題のリスク（例えば、飢餓など）が低下する集団（例えば、戦闘員など）もある。
- ・ある非常事態時にリスク状態にある一方で、他の非常事態時には比較的恵まれた地位にある集団もある。
- ・ある集団がリスク状態にある場合には、他の集団もリスク状態にあることが多い（Sphere Project、2004年）。

「リスク状態」にある者と特定されたとしても、彼らが受動的被害者であるということが示されているわけではない。リスク状態にある集団は、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場合が多い。

## 資源

影響を受けた集団には、精神保健・心理社会的健康を支援する資産や資源が存在している。入手・利用可能な資源の性質・程度は、年齢、性別、文化社会的状況、非常事態環境により異なる場合がある。精神保健・心理社会的健康への取り組みでよくある間違いは、これらの資源を無視し、影響を受けた集団の不利面－脆弱性、苦痛、病理－ばかりに注目することである。

影響を受けた集団の各個人には、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がある。支えとなる可能性がある社会的資源の例として挙げられるのは、家族、地域政府役人、地域社会のリーダー、(多くの社会において) 伝統的治療家、地域保健従事者、教師、女性団体、青年クラブ、地域社会企画グループなどである。影響を受けた地域社会には、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、保健職・スタッフといった保健的資源が考えられる。重要な宗教的・霊的資源としては、宗教指導者、現地治療家、祈り・礼拝の慣習、葬式等の文化的習わしなどがある。

非常事態時の適切な対応を計画するには、有益・有害にかかわらず、地域の資源の性質と、影響を受けた集団がそれらをどの程度利用できるのかを把握することが重要である。実際のところ、一部の地域の習わし－個々の伝統的な文化的習わしから、様々な既存収容施設でのケアに至るまで－には、有害であり人権の原則に反するものもある（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

本ガイドラインは、非常事態の最中にある人びとの精神保健・心理社会的健康を保護・改善するために人道活動者および地域社会が多岐分野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を主な目的とする。本ガイドラインの中心となるのは、最低限対応の実施についてである。最低限対応とは、非常事態時に可能な限り早急を実施されるべき必須かつ最優先の対応のことであり、最初に実施されるべき事項である。これらは、(安定期および再建初期の期間中を含め) 必要とされる包括性の高い取り組みへの基盤を築くうえで必須の主要な手順となるものである。

焦点となる最低限対応をより完全なものとするため、本ガイドラインでは、急性的な緊急期の前後において主に検討すべき精神保健・心理社会的支援についての具体的な

戦略も掲載している。これらの「事前」（緊急準備）および「事後」（包括的対応）の手順によって、最低限対応への道筋が確立されるとともに、最低限対応はさらに包括的な支援への出発点でしかないということが強調される（第2章を参照）。

本ガイドラインは、低・中所得国（IASC加盟機関の活動地域となることが多い）のために作成されたものであるが、その全体的枠組みや様々な部分で高所得国の大規模な非常事態にも当てはまる。

### 対象読者

本ガイドラインは、地域社会に拠点を置く組織、政府当局、国連組織、非政府組織（NGO）、非常時に地域・国・世界レベルで活動する援助者を含め、あらゆる人道活動者が使用できるように作成されたものである。

本ガイドラインの対象は、個別の機関やプロジェクトではない。本ガイドラインの実施には、様々な人道活動者間で広範な協力が必要となる。非常事態の最中にあらゆる必要な最低限対応を実施する能力は、単独の地域または機関に備わっているものとは想定されていない。本ガイドラインは、協力し合って必要な支援を組織できるよう、あらゆる人道活動者が入手できる状態になければならない。特に重要なのは、あらゆる段階で地域社会と地域当局が積極的に関与していくことである。そうした参加は、首尾よく行動の連携・調整を取り、地域の能力と持続可能性を強化するうえで必要不可欠である。現地活動者の取り組みを最大限に引き出すには、本ガイドラインを適切な現地語に翻訳する必要がある。

本ガイドラインは、精神保健・心理社会分野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において、災害管理、人権、保護、保健一般、教育、水、公衆衛生、食糧安全保障、栄養、避難所、キャンプの管理、地域社会の整備、マスコミといった、人道分野の中核に関連するソーシャルサポートの概要を述べている。精神保健の専門家がこうした分野で活動することはほとんどないが、精神保健・心理社会的健康に影響を与える社会的リスク要因の対処に適切な措置が講じられるよう、本書を利用して他活動領域の地域社会や諸活動者に提言・アドボカシーを行っていくことが推奨される。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学的・精神医学的支援については、精神保健の専門家指導のもとでのみ実施される必要がある。

### 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文書、*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文書3冊すべてに、非常事態の各段階における各種活動者の行動を取り扱ったマトリックスと、そのマトリックスの縦列中段（最低限対応）に示されている最低対応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。現ガイドラインでは、25のアクションシートを掲載している（第3章を参照）。

マトリックス（第2章に掲載）では、精神保健・心理社会的健康を保護・改善するために推奨される主な介入および支援を概説している。マトリックスの縦列3段の概要は、以下のとおりである。

- 非常事態が起こる前に取っておくべき緊急準備手順。
- 非常事態の急性的な緊急期の最中に実施すべき最低限対応。
- 最低限対応を実施しきった時点で実施すべき包括的対応要項。通常、この対応は、非常事態の安定期・再建初期段階の期間中に取られる。

各アクションシートには、多分野間で連携・調整の取られた行動の重要性が重視されることから、他の活動領域/分野のアクションシートに関連した青緑色テキスト表示のリンク

(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、主な行動の説明、例として選定したプロセス指標、過去の非常事態における適正実施例、詳細情報の資料リストから構成されている。一覧の情報資料のほぼすべてが、インターネットで入手可能なものであり、また、添付のCD-ROMにも収録されてる。

## 本書の利用方法

非常事態時には最初から最後まで本書を通読することが無理な場合もあるので、読み手の責任や立場に最も関連性が高い項目を中心に、選択的に読むこともできる。まずは、縦列中段の最低限対応を中心にマトリックスを読み、関連性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いうのも、一つの良い手である。ただし、単独の機関が本ガイドラインの全項目を実施することは想定されていないということを忘れてはならない。

本ガイドラインは、非常事態前の準備から対応プログラムの立案・実施・事後評価のあらゆる手順に至るまで、あらゆる活動者による非常事態時の人道的対応を強化することが狙いである。本書は特に、連携・調整および提言・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

非常事態時には、支援の連携・調整が最も重要かつ困難な課題の一つである。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) を記載しており、その他の二点においても有用な連携・調整のツールとなっている。第一に、本書は、非常事態への対応が最初に発動された時点で精神保健・心理社会的支援に関する包括的な連携・調整グループ1組を設置するよう求めている。その理論的根拠は、保健分野内外における精神保健支援と心理社会的支援が (従来までは保健分野と保護分野それぞれの活動者によって個別に組織されることが多かったとはいえ) 相乗的かつ相補的なものだからである。いずれともが相互に極めて重要であることから、この二分野の連携・調整を取ることが不可欠となる。連携・調整グループが置かれていない場合や、精神保健と心理社会とで別々の連携・調整グループが置かれている場合には、MHPSS対応の連携・調整を取る包括的な1グループの設置を提言・アドボカシーする際に本ガイドラインを利用することが可能である。

第二に、本ガイドライン – 特にマトリックス – によって、一定の地域社会においてどの程度の最低限対応が実施されているのかということ判断する際の基準を得られる。実施されていないマトリックス記載の項目があれば、そこが対処の必要な不足項目ということになる。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指針となる。

### 支援体制改善の提言・アドボカシー

本ガイドラインは、各種個々の対応の必要性を周知していく際の提言・アドボカシーツールとして有用である。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活動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、非常事態が発生しているときでさえも、不足項目に対処したり、推奨される対応 – すなわち、最低限の対応優先事項 – を推進したりしていく際に、有用な提言・アドボカシーツールとして用いることができる。例えば、外部不参加の分野別プログラムが策定されている場合などにおいては、本ガイドラインを用いることで、なぜ参加性の高いアプローチが有益なのかについて、様々な利害関係者の事例を主張することができる。同じく、幼児がリスク状態にあり、支援が施されていないよ

うな場合には、アクションシート5.4を用いて、適切な初期幼児発育支援の確立を提言・アドボカシーすることが可能である。

適切な精神保健・心理社会的支援を展開するために協力者と協同することは、提言・アドボカシー活動において重要な部分である。NGO、政府または国連の職員のいずれであるかにかかわらず、協力者と対話を持つことにより、必要に応じて本書に述べられているような活動にそれらの職員を導くことができるようになるからである。さらに、他の形でも、本ガイドラインは提言・アドボカシー活動に利用することができる。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医療サービスを開発すること）の提言・アドボカシーを支持するものである。

しかしながら、本ガイドラインを手引書として使用すべきではない。マトリックスには、様々な非常事態時において最低限対応となるべき行動が示されているが、より正確に最重要事項を明らかにし、優先的行動を特定し、社会的・文化的に適切な対応を導き出すには、地域ごとの状況分析を行うべきである。

本ガイドラインは、実施活動の詳細を記載したものではなく、主な行動の一覧を記載し、簡単な説明と、実施活動に関する詳細情報の参照資料とを併記したものである。

## 基本原則

### 1. 人権および平等

人道活動者は、影響を受け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集団を保護すべきである。また、人道活動者は、公平と無差別を促進しなければならない。すなわち、人道活動者は、精神保健・心理社会的支援の利用可能性および入手可能性に関し、特定されたニーズに従って、性別、年齢、言語集団、民族、地域の分け隔てなく、影響を受けた集団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

人道活動は、現地の影響を受けた集団による人道的対応への参加を最大限に高めるものでなければならない。大抵の非常事態においては、多数の人びとが救援活動や再建活動に参加できるほどのレジリエンスを見せている。主な精神保健・心理社会的支援の多くは、外部機関ではなく、影響を受けた地域社会自体から寄せられている。影響を受けた地域社会とは、避難してきた人と現地民の両方があり、互いに競合する複数の集団で構成されている場合がよくある。現地の各小グループは、参加することによって、各自の生活に影響する決定に対し、影響力を維持または回復することができ、また、プログラムの質、公平性、持続性を実現するために重要となる地元所有の意識を構築することもできる。非常事態のごく初期の段階から、可能な限り、支援の事前評価、設計、実施、モニタリング、事後評価に、地域の人びとを取り入れる必要がある。

### 3. 無害

人道支援は、非常事態の影響を受けた集団を援助する重要な手段ではあるが、意図しない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、非常に慎重な対応を要する問題を取り扱うことから、有害となる可能性がある。さらに、当該活動には、他の活動領域では豊富に手に入る科学的根拠も不足している。人道活動者は、下記などの様々な方法により、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、他分野から学び、対応の重複と不足項目を最小限に抑える。

- 十分な情報に基づいて介入を設計する (アクションシート2.1を参照)。
- 事後評価に取り組み、モニタリングや外部評価を受け入れる。
- 介入/活動する領域での文化的意識と能力を育む。
- 効果的な実施についての科学的根拠に関し、常に最新の情報を得る。
  - 普遍的人権、外部者と非常事態の影響を受けた集団との間の力関係、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、精神保健・心理社会的健康を支援する資産や資源は、あらゆる影響を受けた集団に存在している。基本的な方針としては、- 非常事態の初期段階であっても - 地域能力を構築し、自助を支援し、既存の資源を強化することである。外部により発起・実施されたプログラムは、不適切なMHPSSに至ることがしばしばであり、持続性も限られていることが多い。可能な限り、政府と市民社会の両能力を構築していくことが重要である。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、地域、社会の技術と能力を特定し、動員し、強化することが、主な課題となる。

#### 5. 支援システムの統合

活動とプログラムは、可能な限り統合しなければならない。性的暴力被害者だけに対応したり、PTSDといった特定の診断を受けた者のみを処置したり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・システムが生まれてしまう可能性がある。広範なシステム (例えば、既存の地域支援の仕組み、公的/非公的の学校組織、一般保健医療サービス、一般精神保健医療サービス、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まで行き届きやすく、持続可能性が高まることが多く、スティグマも付与されにくいといった傾向が見受けられる。

#### 6. 多層的な支援

非常事態時に人びとが影響を受ける形は様々であり、様々な種類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、それぞれの集団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肝要である。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、理想としては、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保障** あらゆる人びとの健康が、基本的な身体的ニーズ (食糧、避難所、水、基本的な保健医療、伝染性疾患のコントロール) に対応した安全保障、十分な管理、諸サービスの確立 (再確立)を通じて保護されなければならない。大抵の非常事態において、基本的なサービスは、食糧、健康、避難所といった分野の専門家が提供を行っている。基本的サービスの需要に対するMHPSS面での対応としては、そうしたサービスが責任ある活動者を伴って実施されるよう提言・アドボカシーすること、そうしたサービスの精神保健・心理社会的健康への影響を文書に記録すること、精神保健・心理社会的支援を促進するような形でそうしたサービスを供給するよう人道活動者に働き掛けること、などが挙げられる。これらの基本的サービスは、地域の人びとの尊厳を保護し、地域ソーシャルサポートを強化し、地域ネットワークを動員するような、参加型で安全で・社会的に適切な方法により確立されなければならない (アクションシート5.1を参照)。

**ii. 地域社会および家庭の支援** 第2層は、主な地域社会・家庭支援を得る際に援助を受けることができれば精神保健・心理社会的健康を維持できるというやや少数の人びとへの非常時の対応を表したものである。大抵の非常事態時には、喪失、強制退去、家族離散、地域社会の不安や不信によって家庭や地域ネットワークに大きな混乱が生じる。さらに、家庭

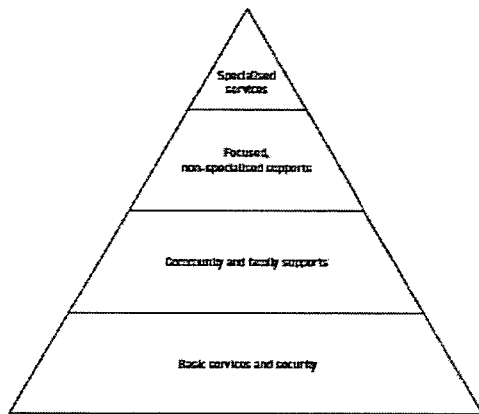
や地域ネットワークが無傷のままの場合であっても、より優れた地域社会・家庭支援を得る際の援助は、非常事態時の人びとにとって有益である可能性がある。この層での有用な対応としては、家族の行方追跡・再会、葬式や各共同体の癒しの儀式への支援、建設的な対処方法に関するマスコミュニケーション、子育て支援プログラム、公的/非公的の教育活動、生活にかかわる活動、社会的ネットワークの活性化（女性団体、青年クラブなどの手段を用いる）などがある。

iii. 特化した非専門的支援 第3層は、研修および指導を受けた従事者（ただし、専門的なケアに関する数年間の研修は受けたことがない者）による特化性のより高い個人・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の集団に対し必要となる支援を表したものである。例えば、性別に基づく暴力の被害者には、地域社会の従事者からの感情面と生活面が合わさった支援が必要となる場合がある。また、この層には、プライマリーヘルスケア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受けており、基本的な日常機能に多大な困難を感じている極少数に対し必要となる追加的支援を表したものである。こうした支援には、重度の精神疾患患者（支援の必要性からして既存の一次/一般保健医療サービスの範疇を超えている場合）への心理学的・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) 専門的サービスが設けられている場合にはそれに紹介すること、あるいは (b) 一次/一般保健医療提供者の長期的な研修および指導を開始することが必要である。専門的サービスが必要となるのは極少数に限られているとはいえ、最大規模の非常事態時には、この集団が数千人にも上る。

各非常事態の独自性および文化的・社会歴史的背景の多様性により、一律的な適正なサービス実践を示すことは困難である。それでもなお、多数の様々な非常事態での経験から、望ましい行動もあれば、通例避けるべき行動もあるということ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。

図1. 非常事態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。



(図の最上層より)

専門的サービス

特化した非専門的サービス

地域社会および家庭の支援

基本的なサービスおよび安全保障



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全体的な連携・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・心理社会的支援に関する個別のグループを設置しない
連携・調整の会議に参加し、他分野の活動を補完して価値を高め、対応の連携・調整を支援する。	孤立して活動したり、自身の活動と他分野の活動との一致を考慮せずに活動したりしない。
対応の要・不要や、必要な対応の種類を判断するために、情報を収集して分析する。	事前評価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。
地域の事情に合わせて事前評価ツールを調整する。	非常事態の影響を受けた地域の事情にとって妥当でない事前評価ツールを用いない。
非常事態により集団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は機能良好であることもある。	非常事態時に全員が心的外傷を負っていると仮定したり、レジリエンスを持っているように見える者は支援を必要としていないと仮定したりしない。
現地語を用いて、秘密保持に留意した安全かつ協力的な形で質問を行う。	事前評価を重複して行ったり、フォローアップ支援の提供なしに非常な苦痛を伴う質問を行ったりしない。
性差に注意を払う。	非常事態により受ける男女（あるいは少年・少女）の影響が全く同様であると仮定したり、男性向けに設計されたプログラムが女性にとっても同様に有益・利用可能であると仮定したりしない。
スタッフやボランティアを採用する際に照会情報を確認し、現地や影響を受けた地域社会の出身者である新規スタッフの能力を育成する。	既存の地域の構造を大幅に弱体化させるような採用行為を行わない。
精神保健・心理社会的支援の研修後も、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。	複雑な心理学的介入の実施準備に際しては、単発の独立した研修やフォローアップなしの超短期的な研修を用いない。
地域社会が把握・管理・運営するプログラムの開発を促進する。	地域社会の人びとを主にサービスの受益者として扱う慈善モデルを用いない。
自助を支援し、影響を受けた集団内の既存の資源を強化して、地域能力を構築する。	地域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、地域の文化的習わしを学び、適宜それを利用する。	地域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。
妥当な場合であれば、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仮定したり、地域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要したりしない。
政府の能力を構築し、一般保健医療サービスに（可能な場合には、地域社会の精神保健医療サービスにも）非常事態被害者への精神	特定の小グループのために並行した精神保健医療サービスを設けない。

保健ケアを統合化する。	
極度のストレス要因に曝露した後に急性の苦痛を受けた集団への心理的応急処置などを含め、一連の支援の利用可能性を組織する。	争いや自然災害への曝露後の初期介入として一般集団層のために単発・単期間の心理学的なデブリーフィングを提供しない。
適正な処方および基本的な心理学的支援に関し、プライマリーケア/一般保健医療従事者の研修および指導を行う。	研修・指導なしで向精神薬による薬物療法や心理学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。	新規のブランド医薬品は、広く使用されていない場合には導入しない。
重度の影響を受けた集団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未設置の場合には、精神疾患患者かどうかの検診を導入しない。
施設に収容されるリスク状態にある集団のために、地域にふさわしいケア方法を開発する。	施設に収容しない(当座のところ施設が基本的なケアや保護の明らかな最終的手段となる場合には、この限りでない)。
影響を受けた集団ならびに外部との双方向の連絡を促進するために、機関の連絡担当者を活用する。	外部世界との連絡のためだけに機関の連絡担当者を用いない。
ストレスが軽減されたり、人道サービスが受けられたりするよう、正確な情報を提供するため、メディアなどの経路を利用する。	対象集団の苦痛を扇情的に取り上げたり、対象集団がリスク状態に晒されるようなメディアの映像・画像を生成・表示しない。
あらゆる人道支援分野に、適切な心理社会的配慮を統合化することを図る。	多分野間の対応がない場合に、臨床的活動のみに集中しない。

## FAQ

### 1. 精神保健・心理社会的支援の語義は

精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) は、合成語であり、心理社会的健康を保護・促進し、または精神障害を防止・治療することを目的とするあらゆる種類の地域内外の支援を表すものとして本ガイドラインで使用されている。

2. 重複的な用語である精神保健と心理社会的支援とを本ガイドラインが用いる理由とは  
多くの支援従事者にとって、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表した用語である。保健分野外の機関は、心理社会的健康の支援という言葉を用いる傾向にある。保健分野の従事者は、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、支援組織、活動領域および各国々によって異なっている。

### 3. 本ガイドラインの対象は精神保健の専門家限定か

限定されていない。本書は、多様な分野にわたる各種様々な活動者がいかにして精神保健・心理社会的健康を保護・改善できるかについて、指針を提供するものである。ただし、一部のアクションシートでは、精神保健の専門家指導のもとでのみ実施されるべき臨床的介入を取り上げている。

### 4. 本ガイドラインが精神保健専門家の従来からの関心や専門知識の範囲外にある分野を取り上げている理由とは

支援の実施方法 (例えば、人びとの尊厳への配慮の有無など) が心理社会的健康に影響することから、心理社会的な関心はあらゆる人道活動領域に存在するという関係機関間の統一見解が高まりつつある。各種分野での死亡率抑制の取り組みを例に取ることができよう。死亡率に影響するのは、予防接種キャンペーンや保健医療だけでなく、水、公衆衛生、栄養、食糧安全保障、避難所といった各分野での行動も影響する。同様に、避難所が過密状態になったり、衛生施設によって女性が性的暴力のリスク状態に置かれたりしている場合にも、心理社会的健康は影響を受ける。

### 5. 本ガイドラインは非常事態の最中における最低限対応を中心に取り上げているが、非常事態とは何か、最低限対応とは何か

IASCが非常事態と考える状態については、IASC共同支援アピール・プロセス (CA, Consolidated Appeal Process) の年次文書([www.reliefweb.int](http://www.reliefweb.int)) に、その有用な事例が記載されている。非常事態として挙げられるのは、大部分の集団が死亡、甚大な苦痛または尊厳喪失の急性的なリスク状態に置か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が含まれる。最低限対応とは、非常事態時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。包括的対応とは、対象集団が少なくとも最低限対応の利用可能性を得たことが確認された場合に限り、実施すべきものである。

### 6. 本ガイドラインは、圧倒的な内容量だが、どうすれば1人の人道活動者 (機関、地域社会) がすべてを実行できるのか。各非常事態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。

非常事態の最中にあらゆる必要な最低限対応の介入を実施する能力が単独の地域社会または機関に備わっていることは想定されていない。本ガイドラインの対象は、個別の機関やプロジェクトではない。本ガイドラインは、多岐の関係機関にわたるものであるから、そ

の各種要素を実施するには様々な活動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限対応として記載されている行動は、大抵の非常事態（すべての非常事態ではない）時において最低限対応となる可能性が高い。地域の状況においてそれぞれの時点でどの行動が優先事項となるかを判断するには、地域別の状況分析が必要不可欠である。

#### 7. 行動実施の時間的スケジュールがない理由とは

一部の自然災害（例えば、地震、サイクロンなど）の人道活動の結果はある程度予測可能であるものの、多くの非常事態、例えば武力衝突などにより生起する非常事態は予測不可能であり、線形的な時間スケジュールでは用をなさない。さらに、最も複雑な非常事態ともなれば、数年間にわたって持続することになる。

8. 非常事態の影響を受けた個人、集団、地域社会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分野の用語を用いて書かれたものであるが、可能な限り、あらゆる支援の設計および実施に影響を受けた集団が参画し、先導的役割を可能な限り担うべきである（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語に翻訳する必要がある。

#### 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) に焦点を絞らない理由とは

各集団が非常事態時に経験する社会的・心理学的な問題の種類は、極めて多様である（2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当てると、その他の主要な精神保健的・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集中することの利点・欠点については、機関や専門家間で意見は様々である。本ガイドラインは、非常事態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その目的としている。本ガイドラインでは、(a) 心的外傷により誘発された急性の苦痛を受けた集団への様々な地域ワーカーによる心理的応急処置（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スタッフのみによ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. 本書の狙いは基準を定めることにあるのか。本ガイドラインとSphereハンドブックとの関係は。

本書は、最低限対応のガイドラインについて概要を述べたものであり、最低限対応の基準を定めたものではないが、Sphere Project (2004) の基準には則したものとなっている。本ガイドラインの実施は、Mental and Social Aspects of Health (健康の精神的・社会的側面) の基準を含め、適切なSphere基準の達成に寄与するものと思われる。

11. 多分野間にわたる本IASCガイドラインと、IASCクラスター・アプローチとの関係は。  
IASCクラスター・アプローチとは、各分野の連携・調整および全体的成果を向上させることを目的としたIASCの新たな仕組みである。非常事態時の必要に応じて、支援の不足項目を補完するために各クラスターは設けられる

(<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のは、次の各IASCクラスターである：

Camp Coordination and Camp Management (キャンプ連携調整・管理)、Early Recovery (早期回復)、Education (教育)、Emergency Shelter (緊急避難所)、Health (保健)、Nutrition (栄養)、Protection (保護)、Water, Hygiene and Sanitation (水・保健衛生)。非常事態の最中、各クラスターは、各自の活動領域に関連した本ガイドライン記載の介入を実施する責任を負わな