

### アクションシート 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を保護し、ケアする。

活動領域: 保健医療サービス

段階: 最低限対応

#### 背景

施設入居者は、社会で最も弱い集団の一つであり、非常事態時には特にリスクに晒されてしまう。非常事態環境内の混乱によって、その全体的な脆弱性はさらに高められる。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対して無保護のまま放置されるという場合もあり得る。

重度の精神障害は、ネグレクト・放棄・人権侵害を招くスティグマや偏見を受けることがしばしばである。施設に入居することで、非常事態時に生存上不可欠となる家族からの保護や支援の可能性からは隔絶されてしまう。施設に入居している重度精神障害をもつ人びとの中には、非常事態時に容易に他の場所へと移動できるかどうか（過度に）施設のケアに依存しているものもいる。施設のケアへの完全な依存は、不安や、動揺、完全な引きこもりをさらに引き起こしてしまう場合がある。急速に変化する非常事態環境に適切な対応をしていく際に伴う困難性によって、自己防衛や生存機制が制限されることもある。

可能な限り、緊急対応は、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、衛生保全、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。医療基準や人権基準を下回る既存のケア水準に対しては、注意を払うべきである。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・習わしを満たすことに集中しなければならない。非常事態の最悪期が収束次第、大抵の国では、地域社会の精神保健医療サービスを開発することが健全な介入にとって必要となってくる。

本アクションシートは主に、精神障害をもつ人びと施設に入居している精神障害をもつ人びとにおける非常事態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、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収容されていることが通常なので、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行動の多くが、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（伝統的治療家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）。

#### 主な行動

1. 保健医療に従事する1機関以上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引き受けることを確実にする。

- 本項の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割り出しに助力すること。

- 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。それらの計画を非常事態時まで策定しきれていない場合には、適宜、非常事態の最中に策定すること。

2. スタッフにより精神障害をもつ人びと施設が放棄された場合には、放棄された重度精神障害をもつ人びとをケアすべく、地域社会および保健システムより人的資源を動員する。患者の状態が許す場合には、施設外でケアを施すこと。

- 協力的かつ保護的なネットワークを設けるに際し、地域社会の責任を地域社会リーダーと話し合う。下記の各集団を動員することができる。
  - 保健専門家、および可能であれば、精神保健専門家
  - 妥当な場合には、地域の非逆症療法的 (non-allopathic) な保健医療提供者 (例えば、宗教指導者、伝統的治療家。アクションシート6.4を参照)。
  - ソーシャルワーカー等の地域社会ベースの仕組み (例えば、女性団体、精神保健医療消費者団体など)
  - 家族
- 拘束手段の倫理的使用、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べく動員した者に対し、継続的で綿密な指導を確実にするとともに、各自の精神的健康を維持する方法について情報の入手機会を提供する (アクションシート8.2を参照)。

### 3. 精神障害をもつ人びと施設入居者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的暴力、乱用、搾取 (例えば、人身売買、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満たされることを確実にする。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・公衆衛生、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、外部調査機関 (利用可能な場合)、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設け、スタッフに対し避難手順に関する研修を行うことを確実にする。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、鍵の責任階層を定める。
- 避難が始まった場合には、可能な限り、患者を家族のもと置く。それが無理な場合には、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、その記録を取っておく。

### 4. 非常事態の全期間にわたって基本的な健康管理・精神保健医療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。
- 身体疾患の治療を提供する。
- 継続的な基本的精神保健医療を提供する。
  - 非常事態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、処方定期的に (週1回以上) 評価して、合理的な処方がなされることを確実にする。
  - 医薬品の安全な保管を確実にする。
  - 心理社会的支援の利用可能性を促進する。
- 身体的拘束・隔離の手段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。頻回の検査、食糧配給、治療、隔離必要性の定期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/](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](http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf)
3. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Geneva: WHO/ICRC.

#### プロセス指標の一例

- 精神障害をもつ人びと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。
- 精神障害をもつ人びと施設入居者に対し、継続して基本的な健康管理・精神保健医療を提供すること。
- 精神障害をもつ人びと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、精神障害をもつ人びと施設のすべてのスタッフが退避してしまった。建物が部分的に破壊され、患者が地域内を徘徊し、就寝のために戻って来た者は一部であった。患者は、前線を通して使いに出されたり、食糧の闇取引に使役されたりしていた。
- 地域社会の各リーダーが集まって、この現状を話し合った。地域社会は、残った2名の精神科看護師指導のもと、患者の割り出しに協力することで合意した。また、地域社会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によって、患者の医療検診が支援されるとともに、医薬品の供給が確保された。
- 患者の家族には、精神科看護師とNGO保健スタッフの指導のもと患者の支援に協力するよう申し入れが行われた。
- 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。

#### アクションシート 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。

活動領域: 保健医療サービス

段階: 最低限対応

#### 背景

逆症療法的な精神保健医療（ここでは、伝統的な西欧型の生物医学的精神保健医療を意味する用語とする）は、病院や診療所に集まる傾向にあり、また地域社会にも次第に増えてきつつある。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、非逆症療法的な、つまり地域的、非公式的、従来の、固有的、補完的あるいは代替的な癒し・システムが保健医療には存在しており、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、伝統的治療家が法的に認められている。西欧社会では、非常に乏しい科学的根拠にもかかわらず、多くの人びとが非正統的な精神療法等の治療（例えば、鍼治療、同種療法、信仰に基づく癒し、あらゆる種類の自己治療など）を含め補完医学を利用している。低所得社会にある農村部地域の多くでは、非公式・従来式のシステムが保健医療提供の主な手段となっている場合がある。

逆症療法的な保健医療サービスが利用可能な場合ですら、地域の集団は、精神的・身体的な健康問題に関し、地域の伝統的な救援を求めることを好むという場合がある。こうした救援は、安価で、利便性がよく、社会的受容性が高く、スティグマを負う可能性も低く、場合によっては、潜在的に有効ということもある。これらの救援には、現地で理解されている因果関係モデルが利用さ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の治療家による前記同様の手法、地域の文化圏内で活動する専門の治療家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、精神的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、在地の治療家らは、衆望を得ている場合が多く、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、主要宗教における信条や習わしと融合しているという場合もある。また、現地の薬局では、逆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医療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。

伝統的な治療習わしのなかには、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。そうしたものとしては、例えば、誤った情報の提供、殴打、長期に及ぶ断食、切断、長期に及ぶ身体的拘束、あるいは地域からの「魔女」祓いを伴うような社会の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かかるものもあり、また、一部の治療家が非常事態を利用して、脆弱な集団を改宗させ、搾取したという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、非常事態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・癒しを行うに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、それらが潜在的に有益、有害、無害のいずれであるかを判断することが不可欠である。

従来式の癒し・アプローチが臨床的に有効であるか否かにかかわらず、伝統的治療家との対話は、前向きな結果につながることもある。例えば、

- 精神的苦痛や精神病の発現形態・対処方法(アクションシート2.1を参照)、また、影響を受けた地域における苦痛の種別・程度の総合的な実態に関し、理解が増す。
- 紹介のシステムが向上する。

- 多くの集団が救援を求める治療家との関係が継続される。
- 受療者が持つ霊性的・精神的・社会的世界に関し、理解が増す。
- 新設サービスに対する被害者の受容性が増す。
- 療法に関して協力的な取り組み可能性の機会が特定され、それにより、集団が利用可能な潜在的効果のある治療の数も増える。
- 文化的な適切性の高い逆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。

伝統的治療家によっては、逆症療法的なサービス実践者と物理的・象徴的に「距離」を取ろうとする者も存在しており、協力が敬遠されることもある。それと同時に、逆症療法の研修を受けた保健スタッフは、従来式の習わし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になる場合がある。状況によっては距離を取ることが最善の選択肢となることもあるが、異なる医療システムの間で建設的なやり取りを促進すべく、本アクションシートに示した主な行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、事前評価および把握調査を行う。

地域の主な癒し・システム、および地域社会でのその意義、受容度、役割を特定する。対象集団が、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であったり地域社会の認定者のみ利用可能なものであると考えているような場合には、自発的な情報提供を直ぐに受けることができない場合がある。国内外の「外部者」は、批判的でない敬意を持った姿勢で、地域の宗教的・霊的な信仰を理解することの有益性と、地域の活動形態との協力可能性とを強調すること。非常事態は、外部者の宗教的・霊的な信仰を促進するためには決して利用しないこと。

- 男女両方の地域社会代表者に対し、困難な救援を求めるために出向く場所、および支援を求めるために尋ねる人物について質問する。
- プライマリーヘルスケア提供者および助産師に対し、どのような従来式のシステムが存在しているかを質問する。
- 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評価する。
- 保健医療サービス地点に救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、これまでに誰に会いに行ったかを尋ねる。
- 地域の宗教指導者に対し、癒し・サービスの提供を行っているかどうか、また、地域社会内で他に誰がその提供を行っているかを質問する。
- 上記質問のいずれかの者に対し、在地の治療家への紹介を行い、話し合いの場を作っているかどうかを質問する。
- 複数の非公式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。
- 在地の治療家が「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/地域の信仰・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ふくめた施設ケアなどの非公式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・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各自の理解について話し合う。
- 従来の習わしのなかには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。
- 事前評価の結果を連携・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. 伝統的治療家に関する国策を学ぶ。

次の点を認識する。

- 保健医療提供者に対して、伝統的治療家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、治療家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. 特定された治療家と信頼関係を築く。

- 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、治療家を訪問する。
- 自己紹介をする。自身の役割と、地域社会を支援したいという希望を説明する。
- 治療家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、その活動が非常事態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。治療家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、協力的な関係と相互的な意見交換を行いたいことを強調する。

## 4. 在地の治療家が情報共有および研修・セッションに参加するよう促進する。

- 地域の情報会議や研修・セッションに治療家を招く。
- 研修内に治療家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治療家の理解や、治療家による病気の定義を説明などを行う。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、在地の治療家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、やはり患者への適正医療にとってはその理解が不可欠となる。
- 妥協点を模索し、相互間の紹介の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、読み書きのできない伝統的治療家が多数いる場合も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。
  - 従来式のシステムが、対象集団の大半にとって、重要な役割を果たしている。
  - そのシステムが、有害でない（習わしが有害な場合であっても、啓発および改善を目的として建設的な対話が引き続き必要となる）。
- 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。
  - 相互間の紹介（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、伝統的治療家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、逆症療法的な治療医の方が優れている）。
  - 合同での事前評価作業。
  - 共同診療所。
  - 医療の分担：例えば、治療家が、長期的な薬物療法に基づき精神病患者をモニタリング

する方法を学ぶとともに、従来式の治療を受ける間の居場所を患者に提供できるよう、準備するなど。従来式のリラクゼーション手法やマッサージは、逆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](http://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](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

- 地域の主な癒し・システムに関して事前評価を行い、関連する調整の仕組み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、非逆症療法的な治療家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逆症療法的な治療家の人数。

#### 例: 2005～06年、東チャド

- プライマリーヘルスケアサービスで精神保健医療を提供する国際NGOが、難民キャンプ内のダルフル人集団出身の伝統的治療家らと連携を取った。
- NGOスタッフは、治療家らに接触し、話し合いを求めた。その話し合いのなかで、治療家らはNGOの信頼性の有無を検討した。その後、治療家らは、(a) 祈祷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医療と逆症療法的な保健医療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、知識や技能のやり取りが行われた。6ヶ月間にわたり、治療家らは定期的にNGOスタッフと接触し、話し合いを持った。この話し合いでは、陰核切除、断食・栄養摂取・母乳育児の医学的側面、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、てんかんに関し、相互の認識交換が行われた。

## アクションシート 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。

活動領域: 保健医療サービス

段階: 最低限対応

### 背景

紛争や自然災害が生じると、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してしまいかねない状況が生まれる。これには、保護面・心理社会面・精神保健面・医療面・社会経済面にわたる広範な問題が内包されている。

・AOSUは、非常事態の影響を受けた各集団内において、各人がストレスに対処しようと試みるなかで増加していく可能性がある。AOSUは、有害性を及ぼす使用または依存に至る場合がある。

・地域社会は、次のような場合、非常事態の影響から回復することが困難となる。

・AOSUによって、個人や地域社会による問題への対処が阻害される。

・家庭内や地域社会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、子供へのネグレクトその他保護上の脅威を伴う場合。

・AOSUは、アルコールに酔った際の危険な性行為など、健康リスクを伴う行動に連結するものであり、それによってHIV等の性感染症は伝播される。注射器の共有も、HIV等の血液感染性ウィルスの主な伝播手段となっている。

・非常事態は、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中止に見舞われるということもあり得る。場合によっては、とりわけ、アルコールの場合に関しては、そうした中断は生命に危険を及ぼしかねない。さらに、通常利用可能な医薬品の利用可能性が不足すると、効率性の高い投薬ルートとして注射薬の利用へと移行が促進され、ひいては危険な注射薬の利用が進んでしまう可能性もある。

AOSU関連の有害性は、非常事態時に多分野間での対応が必要となる重要な公衆衛生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。

・事前評価の取り組みの連携・調整を取る。AOSUに関して入手可能な情報のレビューを組織し、必要に応じて迅速で参加型の事前評価を追加的に設計、実施すべく、担当の機関を特定する (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、それらの有害性を促進するまたは制限する要因、非常事態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)。

・定期的な間隔で状況を再評価する。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可能性がある。

・事前評価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。

・あらゆる事前評価の情報 (アクションシート2.1も参照) を受けたうえで、有害な使用、依存に関連する根本的なストレス要因に対処すべく多分野間の対応実施 - 例えば、マトリックス (第2章) に示したものなど - を提言・アドボカシーする。

・教育活動、レクリエーション活動、アルコールに関連しない収入活動機会を可能な限り再構築するよう、提言・アドボカシー、促進する (アクションシート1.1、5.2および7.1)。

・地域社会の男女両方に加え、既存の自助グループや元使用者の団体からのメンバーを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) に参画させる



- 保健従事者、教員、地域ワーカーその他の人材に対し、下記を研修、指導する。
  - 有害性や依存性のある使用リスクに晒されている集団を特定し、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)。
  - 急性の苦痛に対処するための、医学的以外のアプローチ (心理的応急処置、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、指導する。
  - ベンゾジアゼピンの合理的処方、および (利用可能かつ价格的に手頃であれば) 中毒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を話し合う (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)。
- 並行的なサービスの構築を避ける一方で、リスク状態の集団 (暴力の被害者、依存使用者の家族など) を特定し、追加支援の対象とすべく、地域ワーカーを研修、指導する (アクションシート4.3および5.2を参照)。

### 3. 地域社会内においてハームリダクション (**harm reduction**) 介入を促進する。

- 文化的に配慮した形で、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) におけるコンドームへのアクセスを確実なものとする (*ASC Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* を参照)。
- 地域社会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、担当当局や地域社会グループに提言・アドボカシーする。
- 対象集団に対しリスク削減の情報 (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。
- 事前評価の指摘に応じて、注射薬使用者のために安全な注射器の利用可能性およびその廃棄を確実する。
- 適宜、男女の地域社会リーダーの間で、AOSUおよびハームリダクションの把握会議を実施する。例えば、一部の 경우에는、アルコールの大量使用による有害性を削減する介入として、現地の醸造に関して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要求したり、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が合意されたりするなどした。

### 4. 離脱等の急性的な問題を管理する。

- 事前評価で特定された離脱、中毒、過量摂取その他の諸症状の管理に関し、診療所や病院の手続を策定する。
- 離脱等の急性的な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、保健従事者を研修、指導する。地域社会の各機関は、共通する急性の症状 (離脱など) の特定、初期管理、紹介に関し、地域ワーカーを研修、指導すること。
- アヘン依存がよく見られる地域では、低用量の代替治療 (メタドン、ブプレノルフィンなどによる) を確立することを検討する。
- 可能な限り早急に、事態前より行われていた代替治療を再構築する。

#### アルコール等の物質使用 (AOSU) に関する事前評価

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に関して先在していた文化的規範と、地域社会によるAOSUへの対応（難民・現地民、男性・女性の場合について）。
- AOSUその他これに関連する心理学的・社会的・医学的問題（HIVの流行）に関して利用可能な基本データ。
- 関連する規制的・法的枠組み

#### 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活性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（非常事態により生じた供給の中断など）。
- 小グループ（年齢別、男女別、職業別（例えば、農民、前戦闘員、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、および投与の方法（喫煙から注入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

- 関連する心理社会的・精神保健的問題（例えば、性別に基づく暴力等、自殺、児童虐待、ネグレクト、物質により誘発される（または悪化する）精神障害・行動障害、差別、犯罪化など）
- 関連する高リスク行動（例えば、危険な性行為や注射行為）
- 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、世帯人員による必須食糧・非食糧品目の転売、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）

- 保健医療サービス、心理社会的サービス、地域社会サービス（アルコール等の物質乱用に関するサービス、ホ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）。非常事態によるサービスの中断を文書記録する。
- 食糧、水、避難所などの基本サービス
- 地域社会施設や文化施設の機能性
- AOSU関連の暴力リスクに晒されている集団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・地域社会のケア（該当項目がある場合）
- 教育・レクリエーション・就業の機会（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](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](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](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](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](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](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](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](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、最新の事前評価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人口の推計。

#### 例: 2003～04年、イラン、バム

- アヘン依存が広まっていることが知られている地域で、地震が発生した。政府は直ちに、避難してきた中毒被害者に対し臨床的に必要であれば代替治療を与えるよう、国内の全病院に非公式に打診した。
- 10日後、イラン人研修者らは、保健省の要請を受けて、物質使用状況に関して事前評価を実施した。
- この事前評価から、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、保健施設に向けた標準的な治療手順が公開された。

## アクションシート 7.1

安全で支援的な教育のアクセスを強化する。

活動領域: 教育

段階: 最低限対応

### 背景

非常事態時における心理社会面での主な介入は、教育である。教育は、学習者に安全かつ安定的な環境を与えるものであり、また、体系化された適切かつ支援的な活動を提供することによって、正常感や尊厳、希望を回復することにもなる。子どもや保護者の多くが、子ども期を良好なものとする基礎として、教育への参加を重要視している。教育が綿密に設計されていれば、影響を受けた集団は、そこから生存上重要な連絡事項を受け取り、自己防衛の学習が可能となり、緊急事態に対処する方策について支援を受けることで、状況にも対処できるようになる。高いリスク状態 (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。

教育機会を失うことは、多くの場合教育をより良い将来へと続く道として考えている学習者とその家族にとって最大のストレス要因の一つとなる。教育は、地域社会の生活再建を支援する際にも不可欠な手段となり得る。支援的な環境のなかで公的/非公的の教育へのアクセスを設けることで、学習者の知的・感情的能力が構築され、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強化されることにもなる。また、対処方法を強化し、将来の就業を円滑にし、経済的ストレスを低減するライフスキルを獲得することができる。非常事態時における教育分野の対応はいずれも、*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・心理社会的健康の支援において、教育者 - 公式の担任教師、非公式学習の講師、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難問 (非常事態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) の克服に苦勞するといった状況は、あまりにも頻繁に見られる。こうした教育者への研修、指導、支援を行うことによって、学習者の健康促進における教育者各自の役割を明確に理解させることが可能となり、教育者は非常事態の始終にわたって子ども、青年、大人の学習者の発展を保護、促進することができるようになる。

### 主な行動

#### 1. 安全な学習環境を促進する。

教育は、暴力のない環境内で保護に関する連絡事項や技能を発信するための場所を提供するという重要な保護分野の役割を担っている。緊急的な手順としては、次のようなものがある。

- 地域のイニシアチブを統合、支援する方法のほか、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、可能であれば並行的に設けること。
- 教育プログラムの事前評価、計画、実施、モニタリング、事後評価に際し、影響を受けた地域社会 (両親を含む) および適切な教育当局 (例えば、可能な場合には教育省の役人など) の参加を最大限に高める。
- 各スペース・学習建物・学校の配置および設計に関して、安全性の問題を評価する。
  - 学校を軍事地区や軍事施設から離れた場所に配置する。
  - 学校を居留区の近くに配置する。
  - 男女別の各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/学校の内外の安全状態をモニタリングし、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・アドボカシーする。
  - ・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。
  - ・性別に基づく暴力(GBV)、子どもの徴用、教育現場での暴力など、教育システム内から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や地域社会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・対処方法に関し、連絡事項を学習プロセス内に取り入れる。
  - ・保護上の脅威リスクに晒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、支援すべく、子ども個人に対する教育活動/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GBVを防止すべく、*IASC Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*を用いる。
- ・子どもや青年に配慮された広場(*centres d'animation*、地域活性センター)などの非公式教育場や、地域社会ベースでの非公式の教育団体を迅速に組織する。公式の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、地域社会構成員、人道支援従事者、教育者は、中枢施設などの物理的インフラなしでも、それらの組織を支援することができる。子どもに配慮され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地域社会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、公式教育での経歴を必ずしも必要とはしない。

## 2. 公的/非公的教育をより支援的、そして適切なものにする。

非常事態時における学習者の精神保健・心理社会的健康を促進しながら同時に効果的な学習を促進するうえで重要となるのは、支援的かつ適切な教育である。

- ・非常事態により生じた学習者の感情面・認知面・社会面でのニーズおよび能力に合わせて、教育に柔軟性と対応性を持たせる。例えば、学習者が集中困難である場合には時間を短縮した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変動的な時間/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合わせることなど。
- ・子どもにとって構造化・見通し・正常への意識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、精神保健的・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、能動的・表出的な学習アプローチの使用を増やすこと、現地で利用可能な素材を用いたゲーム、歌、踊り、演劇など、文化的に適切で体系的な活動を用いる。
- ・生活技能の研修や非常事態に関する情報提供を取り入れる。とりわけ非常事態に関連のある生活技能および学習内容として挙げられるのは、ヘルスプロモーション、非暴力的な紛争解決、対人能力、GBV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)に関する情報などである。生活技能研修の内容や受講案内は、リスク事前評価およびニーズの優先順位に従って通知すること。
- ・学習活動に地域社会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作業への若者や青年の参加は、特に有益である。当事者間(ピアツーピア型:peer to peer)

のアプローチについても検討すること。

- 地域社会を動員（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（臨時または恒久の建物）の建設（再建）に地域社会に従事させる。地域の背景事情にとって適切で地域の知識と技能を活かした活動を促進すべく、週ごとに子ども/青年/地域社会代表者との地域集会を組織する。
- 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/心理社会分野の連携・調整グループ（アクションシート1.1を参照）と教育分野の調整の仕組みとを連結する要となる人を指名する。
- 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業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、フード・フォー・エジュケーション（food-for-education、教育のための食糧援助）プログラムを用いて、精神保健・心理社会的健康を促進する。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・滞在頻度を高める効果的な手法となることができ、それ自体が精神保健・心理社会的健康に貢献することになる（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、心理社会的健康は直接的な恩恵を受けることができる。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あって、学習者の栄養状態にとって有害でなく、社会的伝統（子供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という場合に限って、行うこと。

### 3. 分け隔てなく教育機会を強化する。

- 公的/非公的の教育機会を迅速に増やす。これには、様々な局面で開校したり、二交代制にしたり、代替地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取る。非常事態の影響を受けた集団は、市民権証書、出生証明書/年齢証明書、身元証明書、学業成績表を所有していない場合がある。非常事態の影響を受けた子ども・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小児保育を提供するなど、特定学習者の個別ニーズに対し支援する。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、周縁化された子ども（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、利便的かつ適切な教育スペースにする。十分に注目さ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の元所属子ども）には、適宜、キャッチアップ課程や速習を提供すること。
- 適宜、復学キャンペーンを実施し、そのなかで地域社会、教育当局、人道支援従事者が、あらゆる子どもや青年のために教育機会を促進する。

4. 教育者が学習者の心理社会的健康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構築し、かつ、体系化された個々の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、治療の実施については専門的な技能が必要となるので、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健康にも支援を提供することが、欠かせない要素となる。

- 下記を行うことによって、生徒との関係作りを工夫する。
  - 非常事態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。
- フォローアップ支援なしの単発や短期の研修とは違った手段を介して（アクションシート4.3を参照）、教育者に対し、継続的な学習機会、関連する研修、非常事態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。
  - 地域社会の参加を促すこと、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（様々な年齢の青少年少女を含む）の心理社会的健康・レジリエンスへの影響。心理社会的支援の倫理学（アクションシート4.2を参照）。
  - 非常事態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策となるような、建設的な教室管理手法。
  - 学習者の怒り、不安、悲嘆といった問題を建設的に対処する方法
  - 芸術、文化活動、スポーツ、ゲーム、技能構築といった体系的な集団活動を実施する方法。
  - 両親や地域社会と連携する方法。
  - 重度の精神保健的・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。
  - 教育者が非常事態の最中・以後において生活への対処を向上できるよう支援することについて。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。
- 地域の背景事情と文化に応じた参加型の学習手法を用いる。地域の子どもの発育や役立つ習わしに関しての各自の知識および経験を共有し合ったり、新規の技能を訓練したりできる教育者の機会を確保する。研修の適切性および有用性については、定期的に事後評価を行わなければならない。専門的指導と物資のいずれともを含め、教育者に継続的な支援を提供すること。
- 教育者にとって利用可能な心理社会的支援を始動する。例えば、有能な進行役を伴って教育者に過去・現在・将来について話させたり、教育者が危機的状況に対処できるよう援助する地域社会の支援の仕組みを設けたりするなど。

##### 5. 心理社会的・精神保健的問題を経験した学習者を支援できるよう教育システムの能力を強化する。

- 特定の精神保健的・心理社会的問題を体験した学習者を支援できるよう教育機関の能力を強化する。
  - 個々の子どものモニタリング、フォローアップに当たる中心拠点を指定する。
  - 学内カウンセラーが存在している場合には、非常事態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、重度の精神保健的・心理社会的問題を持つ子ども（これには、非常事態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ことができる）を紹介すべき先となる地域社会内の適切な精神保健医療サービス・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、保健医療サービス（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、両親、地域社会構成員による理解を確実にする。

## 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://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Rreport.pdf>
5. IASC (2005). *Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. [http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf\\_gender/gbv.asp](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](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>
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](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](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](http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency_4.htm)

## プロセス指標の一例

- 公式教育の利用可能性を有する学習者の割合。
- 様々な年齢の少年少女のために非公式教育を開講し、その利便性を高めること。
- 学習者の心理社会的健康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、利用可能な専門の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回目のインテリファードを受けて、Palestinian National Plan of Action for Children (パレスチナ全国子ども行動計画、NGOとINGOの団体) は、国内外組織の活動を調整して、安全かつ支援的な公的/非公的の教育を提供した。
- 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・青年に配慮されたスペースに対し支援を行った。この教育プロセスは、表現機会を増やしたり、保護に関する生活



技能を育成したりすることによってその保護力、適切性、支援性を高めるべく、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、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、体系的な心理社会分野の集会が導入された。

## アクションシート 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。

活動領域: 情報の発信

段階: 最低限対応

### 背景

非常事態時には、生活や健康に加えて信頼や正義もその犠牲になることがしばしばである。非常事態は、従来までの情報・通信の経路を不安定にさせてしまう傾向にある。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）を持つ者によって、通信基盤が破壊され、それまでにあった通信経路が弊害を受けるということもありうる。

風説や、信頼性・正確性ある情報の欠如は、非常事態の影響を受けた者にとって大きな不安の原因となる傾向が見られ、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。こうしたことには、適時に適切な情報を受けることで立ち向かうことができる。担当となる仕組みは、そうした有用な情報を積極的に発信していかなければならない。

情報・通信システムは、地域社会構成員が回復プロセスの一翼を担ってそこから受動的被害者ではなく能動的な被害者となれるよう、設計することが可能である。情報通信技術（ICT）および伝統的な通信・娯楽手法 – スケッチ、歌、芝居 – は、被害者の権利・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、避難者の救援や所在に関する適切な情報があれば、家族の再開を促進することも可能となる。

以下に示した個々の行動に加え、透明性・説明責任・参加を通じて非常事態中の適切な統制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。

### 主な行動

#### 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、非常事態・救援活動・法的権利に関する情報を提供し、社会的に無視された集団や放置集団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、地域のメディア機関、地域社会リーダー、救援機関、政府その他緊急対応の従事者のなかから選ぶことができる。影響を受けた地域社会自体の構成員は、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. 定期的に状況を評価し、主な情報不足と主な要発信情報を特定する。

- 利用可能な事前評価およびその評価で明らかにされている課題について研究する（アクションシート2.1を参照）。
- 特定の思惑を促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尋ね、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、下記の質問に取り組むさらなる事前評価を実施する。
  - どの地域社会/集団が移動中であり、どの地域社会/集団が定住済みであるか。
  - リスク状態にある集団は誰か、それらの集団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、あるいは新規の者たちか。
  - 移動能力を失った被害者の報告は上がっているか。上がっている場合には、その被害者の所在および既存の対応を特定する。
  - 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。当該分野にはどの機関が活動しているか。影響を受けた全ての地域社会および人びとの集団がそれらの対象に含まれているか。地域社会内で、放置されている集団があるか。

- ・情報・通信キャンペーンを他の継続中の救援取り組みに統合するにはどのような機会が存在しているか。
  - ・対象集団における男性、女性、子ども、若者らの読み書きはどの程度の水準か。
  - ・既存の通信経路は機能的か。現在の状況において、非常事態・救援取り組み・法的権利に関連する連絡事項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の接触機会を持っていないか。
  - ・どの集団が障害に起因してメディアへの接触機会を持っていないか（視覚・聴覚障害者など）そうした人びとにまで発信情報を行き渡らせるにはどのような方法を構築する必要があるか
  - ・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的取り組み
    - ・非常事態関連の事象（暴力、余震など）の再発
    - ・各種人道サービスの場所、性質
    - ・安全なスペース（アクションシート5.1を参照）の場所、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）。
    - ・事前評価および支援モニタリング行為による主な結果。
    - ・方針決定責任者や人道主義的な調整の仕組みによって採択された重大な決定。
    - ・権利および資格（難民が受領できる米の量、土地に関する権利など）。
  - ・政府または地域当局より発表された関連情報、とりわけ、救援政策に関連する情報をモニタリングする。
  - ・対象集団内の様々な利害関係のほか救援従事者に対し、対処すべき主な情報不足（サービス、資格権利、家族の所在など）について質問する。被害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大衆への影響を予想すべく、被害者と協力する。
  - ・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割り出していく。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の利用可能性を設けないこと。
    - ・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、名前その他の個人識別情報を使用すること。
  - ・継続的に下記などのよいメディアの活動を特定していく。
    - ・経験豊富な（MHPSS分野の）人道支援従事者を招いて、メディアを通じて助言を与える。
    - ・記者会見を通じて個々の忠告を発する。
- 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地域社会の参加を最大限に高める。
  - ・特定された不足項目に対処するような有用な情報を発信する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、その有害活動を避ける方法に関し、地域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. 信頼性ある情報を入手したり影響を受けた集団に発信したりするための経路を構築する。**
- ・影響を受けた集団内の人物で、地域社会内において情報発信に影響力を持つ者を特定する。

- 下記を含めたメディア通信の名簿を作成する。
  - 保健・子ども・人間的関心事に関す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地域メディア一覧
  - 非常事態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。
  - 通信に従事している各種人道機関職員の名簿
- 通信チームは、現地語を用いた情報発信の経路を設けることができる。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、革新的な方法を検討する。
- 通信プロセスのあらゆる段階に地域の集団を参加させるとともに、連絡事項が共感的（被災者の状況への理解を示す）かつ簡単（すなわち、現地の12歳児が理解できる）な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個々の人道活動に関する情報、すなわち、その活動の内容、時期、場所、運営者などを伝える。
- 記者会見や現場視察を組織することによって、現地メディアに過去の恐ろしい出来事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クリップ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苦痛を引き起こす可能性の高い映像・画像を不必要に使用しないよう、メディア機関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、被害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、メディアの発信源に促す。
- 精神保健・心理社会的健康の様々な側面、被害者の回復の話題、リスク状態にある集団による復興活動への参加、模範的な対応の取り組みなど、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・資格に関する連絡事項を発信する。
- Sphereの最低基準など、人道支援の国際基準に関して連絡事項を作成することを検討する。
- 情報の入手機会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通信スタッフ間の連携・調整を確保する。

下記において、連携・調整は重要となる。

- 影響を受けた集団に発信する情報の一貫性を確保する。
- 被害者が必須のあらゆる情報（積極的対処法など。アクションシート8.2を参照）を入手しに來られる場所に、関係機関間の情報基盤（掲示板など）が構築されるよう促進する。

#### 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](http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf)
5. Sphere Project (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*.