

目次

前書き	iii
謝辞	iv
第1章 序論	1
背景	1
災害・紛争等による精神保健上・心理社会上の影響	1
ガイドライン	3
本書の利用方法	5
基本原則	6
よくある質問	12
第2章 介入マトリックス	15
第3章 最低限対応アクションシート	26
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。	29
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。	32
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。	39
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。	41
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。	44
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。	48
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。	52
4.2 スタッフの行動規範および倫理指針を施行する。	55
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、研修を準備する。	58
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。	62
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、主体的に関与し、管理する前提となる条件を促進する。	66
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。	70
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。	74
5.4 幼児(0-8歳)とその保護者への支援を促進する。	77
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。	80
6.2 重度の精神障害をもつ人びとのために、ケアへのアクセスを提供する。	84
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、ケアする。	89
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。	92
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。	96

教育	
7.1 安全で支援的な教育へのアクセスを強化する。	99
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。	104
8.2 積極的な対処方法に関する情報へのアクセスを提供する。	108
食糧安全保障および栄養	
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。	112
避難所・配置計画	
10.1 連携・調整のとれた形で、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。	116
水および公衆衛生	
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)を水および衛生の提供に取り入れる。	119

第1章

序論

背景

武力衝突や自然災害が起こると、被災した人びとには多大な心理学的・社会的な苦痛が生じる。災害・紛争等による心理学的・社会的な影響は、短期的に見て急性のものであるが、被災した人びとの精神保健・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うる。それらの影響により平和や人権、開発が脅かされる可能性もある。従って、災害・紛争等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・改善することである。この優先事項を実現するためには、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、効率的な調整を可能にし、有用な事例を特定し、有害となりうる事例に注意を促し、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ような、多分野間、機関間の枠組みは存在しておらず、大きな隔りがあった。本書は、その隔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、サービス実践者の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、災害・紛争等の初期段階における精神保健・心理社会的健康を保護・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。それに加えて、本ガイドラインでは、個別の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、または精神疾患を予防・治療することを目的とするあらゆる種類の地域内、そして外部から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。

保健分野を専門としない支援機関は、**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なっている。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)**」という合成語には、可能な限り広範なグループの活動者を一体化し、適切な支援を提供するにあたって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役割がある。

災害・紛争等時に高い有効性を示した精神保健・心理社会的支援に関する科学的根拠は、依然として少ない。当該分野における研究の多くは、急性的な緊急期から数ヶ月あるいは数年において実施されており、この新たな分野が発展していくに従って、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くべく、本書は定期的な更新が必要となるだろう。

災害・紛争等による精神保健上・心理社会上の影響

問題

災害・紛争等時には、個人、家族、地域、社会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・紛争等時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高まり、社会的に不公正や不平等といった既存の問題がさらに顕著になる傾向がある。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よう

な貧困者に対して、偏って大きな影響が生じやすい。

災害・紛争等時の精神保健上・心理社会上の各問題は、相互に密接に関連しているものの、主に社会的なものや心理学的な性質のものに分かれる。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 (災害・紛争等前の) 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)
- ・ 災害・紛争等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、地域社会の構造・資源・信頼の崩壊、ジェンダー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)
- ・ 災害・紛争等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起因する不安など)

このように、災害・紛争等時における精神保健的・心理社会的問題は、PTSDの経験だけでなく、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

災害・紛争等時には、必ずしも誰も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、逆境の中で比較的上手く対応する能力、レジリエンス

(Resilience) を見せる。逆境に直面して心理学的問題が現れるかレジリエンスを示すかに関する社会的、心理学的、生物学的な相互に影響を与える要因は、多数存在している。

災害・紛争等の状況によっては、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、災害・紛争等の影響を受けた人びと全般に利用可能なものとすべきだが、優良なプログラムでは、とりわけ、リスクが高まっている状態にある集団 (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) への適切な支援を提供することが盛り込まれる (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がリスク状態にある可能性がある。

以下は、各種災害・紛争等時に様々な問題の発現リスクが高いであろう集団である。

- ・ 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、元戦闘員、家族を養うすべのない無職者、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をしている子ども、栄養不良/放任児などといった、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出来事/心的外傷にさらされた者 (例えば、近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)、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されている者)

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。
- ある災害・紛争等時にリスク状態にある一方で、他の災害・紛争等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」にあると特定されたとしても、彼らが活動的でない被害者であるということを示すものではない。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関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

被災した人びとには、精神保健・心理社会的健康を支える強み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、災害・紛争等環境により異なるだろう。精神保健・心理社会的健康への取り組みでよくある過ちは、これらの資源を考慮せず、影響を受けた集団の弱点 - 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人びとには、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。支えとなるなりうる社会的資源の例として、家族、地域役人、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が挙げられる。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・職員といった保健的資源が考えられる。重要な宗教的・霊性的資源としては、宗教指導者、地域の治療家、祈り・礼拝の慣習、葬式等の文化的習わしなどがある。

災害・紛争等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 - 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 - 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、災害・紛争等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、災害・紛争等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。これらは、最初に実施されるべき事項であり、(安定期および再建初期を含め) 必要とされるより包括的な取り組みへの基盤を築くうえで必須の第一段階となるものである。

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災害・紛争等にも当てはまる。

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。

本ガイドラインは個別の機関やプロジェクトを対象とするのではない。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。災害・紛争等の最中に、必要な最低限対応すべてを実施する能力が、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。協働して必要な支援を組織できるよう、あらゆる人道活動者が本ガイドラインを入手できる状態になければならない。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が特に重要である。このような参加は、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、災害対策、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に対して適切な措置が講じられるよう、本書を利用して地域社会や他活動領域の活動者に提言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、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。

- 災害・紛争等が起こる前に取っておくべき緊急準備手順。
- 災害・紛争等の急性的な緊急期の最中に実施すべき最低限対応。
- 最低限対応を実施完了した時点で行うべき包括的対応要項。通常、この対応は、災害・紛争等の安定期・再建初期段階の期間中に行われる。

各アクションシートには、多分野間で連携・調整のとられた行動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、過去の災害・紛争等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にも収録されている。

本書の利用方法

災害・紛争等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、縦列中段の最低限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いうのも、一つの方法である。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ということは想定されていないということを留意されたい。

本ガイドラインでは、災害・紛争等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災害・紛争等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・紛争等時には、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、もう二つの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、災害・紛争等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・調整グループをひとつ設置するよう求めている。その理由は、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・調整を図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、精神保健支援と心理社会的支援とで別々の連携・調整グループが置かれている場合には、本ガイドラインを用いて、MHPSS対応の連携・調整をとる包括的な1つのグループの設置を提言することができる。

第二に、本ガイドライン – 特にマトリックス – は、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ギャップとなる。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指針となる。

支援体制改善の提言

本ガイドラインは、各種対応の必要性を周知していく際の提言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、災害・紛争等の発生時においても、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、有用な提言ツールとして用いることができる。例えば、参加型でない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、なぜ参加型アプローチが有益なのかについて、様々な利害関係者に主張することができる。同じく、幼児がリスク状態にありながら、支援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の確立を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協力者と協同することは、提言活動において重要なことの一つである。NGO、政府または国連の職員のいずれにおいても、協力者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それらの職員を方向づける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）の提言を促進するものである。

しかしながら、本ガイドラインを手引書として使用するべきではない。マトリックスには、様々な災害・紛争等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、よりの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、実施活動を詳述するものではなく、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、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、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

人道活動は、現地の被災した人びと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。大抵の災害・紛争等においては、多数の人びとが救援活動や再建活動に参加できるような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、被災地域自体からのものである。被災した地域社会とは、避難してきた人と現地民の両方が存在し、往々にして競合しあう複数の集団で構成されている場合がある。現地の各小グループが参加することによって、各自の生活に影響を与える決定に対して、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での所有感を形成することもできる。災害・紛争等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、災害・紛争等の影響を受けた人々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ことから、悪影響を与える可能性がある。さらに、当該活動には、他の領域では入手できるような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、対応の重複と不足を最小限に抑える。
- 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）。
- 事後評価を行い、モニタリングや外部評価を受け入れる。
- 介入/活動する地域での文化的感受性と能力を育む。
- 有効性のある実践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・紛争等の被災集団との力関係、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、精神保健・心理社会的健康を支援する強みや資源は、あらゆる被災集団も持っている。基本的な方針としては、－ 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、実施されたプログラムは、多くの場合不適切なMHPSSに至り、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、両者の能力を高め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、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に対処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にある。

6. 多層的な支援

災害・紛争等時に人びとが受ける影響は様々であり、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 第1層では、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。大抵の災害・紛争等において、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している。基本的サービスのニーズに対するMHPSS面での対応としては、このようなサービスが責任ある活動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・心理社会的健康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人道活動者に働きかけること、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・家庭からの支援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、第1層よりも少ない人びとへの非常時の対応を表したものである。大抵の災害・紛争等時には、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であっても、よりよい地域社会・家庭支援は、災害・紛争等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

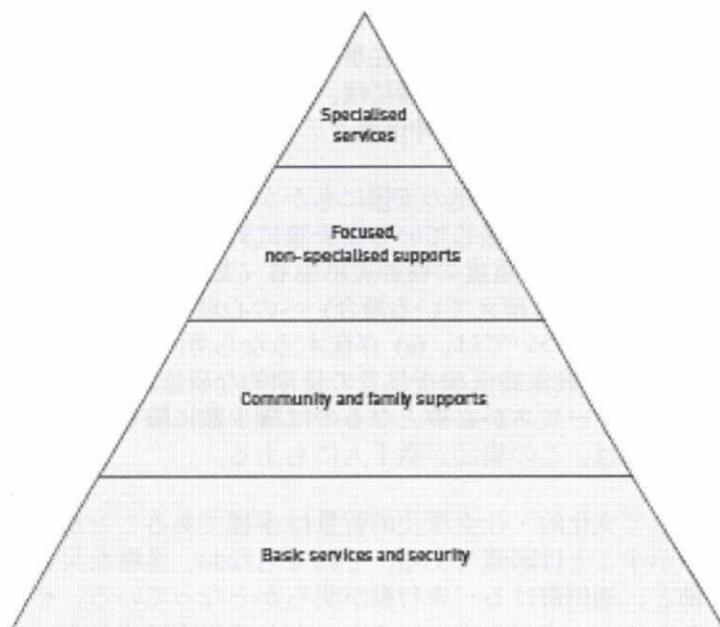
動、社会的ネットワークの活性化 (女性団体、青年クラブなどの手段を用いる) などがある。

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、数年間の専門的な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の集団に対する支援を表している。例えば、ジェンダー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) 存在するなら専門的サービスへの紹介、あるいは (b) プライマリーケア/一般保健医療提供者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のは極少数に限られているとはいえ、最大規模の災害・紛争等時には、この集団が数千人にも上る。

各災害・紛争等が独特であり、そして文化的・社会歴史的背景は多様であることから、適正なサービス実践の一般的指示を示すことは困難である。それでもなお、多様な災害・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。

図1. 災害・紛争等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整合性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。	災害・紛争等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。
災害・紛争等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。	災害・紛争等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を提供せずに非常に苦痛を伴う質問を行ったりしない。
性差に注意を払う。	災害・紛争等により受ける男女（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、現地や被災地域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損ねるような採用を行わない。
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あたって、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）災害・紛争等被害者への精神保健ケアを統合化する。	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。
極度のストレス要因に曝露した後に急性の	紛争や自然災害への曝露後の初期介入とし

苦痛を受けた集団に対して、心理的応急処置などを含めた、幅広い支援が利用できるように組織する。	て、一般市民を対象とした単発・単期間の心理的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。
重度の被災した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状態にある人びとのために、地域に適したケア方法を開発する。	施設に収容しない（一時的に施設が基本的ケアや保護の明らかな最終的手段となる場合には除く）。
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、機関の連絡担当者を活用する。	外部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、メディアなどの媒介を利用する。	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・心理社会的支援の意味は。

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、または精神疾患を予防・治療することを目的とするあらゆる種類の地域内、そして外部から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に限定されているのか。

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、指針を提供している。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とることができよう。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. 本ガイドラインは災害・紛争等の最中における最低限対応を中心に取り上げているが、災害・紛争等とは何か、最低限対応とは何か

IASCが災害・紛争等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) に、その有用な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、災害・紛争等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が可能となっ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、圧倒的な分量だが、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、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、多くの災害・紛争等、例えば武力衝突などにより生起する災害・紛争等は予測不可能であり、線形的なスケジュールは用をなさない。さらに、最も複雑な災害・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。

各集団が災害・紛争等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、機関や専門家の間で意見は様々である。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) 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って実施され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、最低限対応のスタンダード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。災害・紛争等時の必要に応じて、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)。災害・紛争等の最中、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ければならない。さらに、大規模の災害・紛争等時には、多岐分野の関係機関間で精神保健・心理社会的支援の連携・調整をとるひとつのグループが設置され、本書に沿ったガイドライン等を確実に順守するよう努めなければならない(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Inter-Agency Standing Committee (IASC) は、主要な人道機関(国連機関、赤十字社、赤新月社、非政府人道組織の連合体)の理事長による連携・調整、方針展開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・紛争等時における精神保健・心理社会的支援を保護・促進するための主な行動に関するガイドラインを示したマトリックスを提示する（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、人道活動における各作業役割と活動領域を示す横列が11列ある。本マトリックスの横列は、一貫性と読みやすさを目的として、分野横断的な作業役割と、精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域と、各個別分野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段ある。

1. 緊急事態への準備

本マトリックスの縦列左段は、推奨される主な緊急準備の行動をまとめたものである。これらの行動をとることにより、迅速な最低限対応の実施が可能となるはずである。

2. 最低限対応

本マトリックスの縦列中段には、災害・紛争等時の最中に行われるべき介入が記載されている。最低限対応とは、災害・紛争等時に可能な限り早急に実施されるべき最優先の対応と定義される。これらの対応事項は、被災集団が享受する権利を持つ最低限の支援を提供する行為であると考えられる。縦列中段に記載の各行動について、第3章には、対応したアクションシートがあり、様々な災害・紛争等時における最低限対応からなる行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列右段では、包括的対応の一環となる主な介入の推奨事項について、概要を述べている。これらの介入は、地域社会の大部分が、地域ごとに定められた最低限対応に従事していること、そして最低対応事項を受けていることが明らかとなってから、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再建初期段階に実施される場合が多い。

非常時における精神保健・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	緊急準備	最低限対応 (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。)	包括的対応 (安定期・再建初期に見込まれる追加的対応)
パートA 各活動領域に共通の作業役割			
1 連携・調整	<ul style="list-style-type: none"> • 適格な組織および資源・人を特定する。 • MHPSSの緊急対応について、各機関や関係機関での国内方針・計画を策定する。 • 現地・地域・国・国際レベルでの連携・調整の仕組み、役割、責任を決定する。 • 地域別・各機関別に、災害・紛争等時の中心的MHPSS事項を特定する。 • MHPSSの連携・調整用を含めた資金を調達する。 • MHPSSの配慮をあらゆる分野での災害・紛争等の準備計画に統合化する。 • 人道活動のあらゆる段階にMHPSSを提言する。 	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 政府・市民社会の利害関係者を含め、持続可能な連携・調整の構造を開発する。 • 関係機関間の戦略的計画を策定し、共同のMHPSSのプログラムと資金調達を促進する。 • 人道活動者間の情報共有を強化する。 • MHPSS緊急活動と開発活動とを関連付ける。 • MHPSS活動を国内の方針、計画、プログラムに統合化するとともに、各プログラムが既存の方針、計画、能力を利用することを確実にする。
2 事前評価、モニタリング、事後評価	<ul style="list-style-type: none"> • MHPSSの事前評価、モニタリング、事後評価に関する能力を高める。 • 地域社会の能力と脆弱性に関する情報をレビュー・作成する。 	<p>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。</p> <p>2.2： 参加型のモニタリング・事後評価システムを開始する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 定期的な事前評価を行い、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