

3. 適宜、対象とする人びとの小グループの特定のニーズに対処できるよう情報を適合させる。

・対象とする人々の各種小グループには、一般住民のものとは異なる特定の対処方法が存在していることもある。適宜、小グループ（例えば、男性、女性、（その他）のリスク状態にある個々の集団など：第1章を参照）への積極的な対処メカニズムに関して、個別の情報を作成する。「子どもの対処」および「十代の対処」に別途重点を置くことを検討する。後者においては、飲酒や薬物摂取などの短期的な対処手法によって長期的な有害性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、スケッチ/絵画、歌、芝居、路上の演劇といった他の手段についても、効果が高まる場合がある。地域社会および宗教指導者とともに、文書以外の情報配信方法を模索する。最適な配信形態は、標的となる集団、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際して効果が高まる可能性がある。一貫性のあるメッセージを伝える発信手法の組み合わせを用いることで、一般の人びとへの普及を最大限にすることができる。

・教会・モスク・学校・診療所といった地域社会施設内や、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においては、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ということが判明している。

・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情報は、積極的な対処法に重点を置くこと。
- ・対象とする人びとのうち発信情報の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からの国内スタッフは、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、地域社会により特定され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、地域集会において (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。
- 心理社会分野の連携・調整グループを通じて、諸機関は、津波に被災した地域社会・地元市民社会の懸念事項を代弁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継続するため、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

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。

活動領域: 食糧安全保障および栄養

段階: 最低限対応

背景

多くの災害・紛争等では、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健康を害する。逆に、災害・紛争等の心理社会的影響は食糧安全保障と栄養状態を損なう。心理社会的健康と食糧/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が発生する状況を引き起こしたりす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
食糧安全保障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"> ・ 特定の集団に関する社会的無視。乏しい資源へのアクセスの減少。 ・ 社会文化的な食生活と栄養摂取 (食生活での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)
食糧安全保障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・心理学的要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、家事労働、家族内での役割の崩壊 (例: 稼ぎ手の死) ・ 公的/非公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地域社会リーダーの死) ・ リスク状態にある人びとを援助する非公式の社会的ネットワーク (例: 寝たきりの病人を世話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、政治上の迫害、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)
飢饉や食糧不足が精神保健・心理社会的健康に及ぼす影響	<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・情緒的刺激の欠如による) ・ 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) ・ 無力感と諦念 (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公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保障、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・心理学的配慮に関する指針となるものである。

主な行動

1. 食糧安全保障、栄養および食糧援助に関連する心理社会的要因を事前評価する。

- ・ 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事前評価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・心理学的要因に関してさらなる事前評価に着手する (上記の表を参照)。
- ・ 食糧と栄養に関する事前評価レポートは関連する連携・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・心理社会的健康に対する、または逆に後者による前者に対する影響の及ぼし方とその影響度 (リスク状態にある人びとに関するSphere一般栄養支援基準2、および食糧安全保障と栄養に関するSphere事前評価分析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の参加を最大限に高める。

- ・ 事前評価、計画立案、提供およびフォローアップ期間中は、対象となる地域社会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)。
- ・ リスク状態にある、過少評価されて目立たない人びとの参加を最大限に高める (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積極的な役割を担う。
- ・ 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、非公式の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、貧弱な計画立案、不十分な登録手続、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を含む虐待を防止する (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. 主要な利害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。食糧援助計画立案者は、差別を特定し、確実に食糧援助がすべての対象者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、受け入れ可能な食糧を提供する (Sphere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. 保健医療施設を始め、紹介に必要なその他の支援組織と協調する。

- 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可能な入口として食糧・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指針については、主な参考資料にあるWHO (2006) 基準を参照する。
- 食糧援助・栄養プログラム活動家が極度の社会的または心理的苦痛にある人びとをどこに、どのような方法で紹介するのかを知っているか確認する。
- 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活動家に対して認識させる。
- 食糧援助活動家や栄養計画立案者に、深刻な栄養不良が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状態にある人びとを特別な施設で紹介する (状態に応じて栄養補給センターか栄養治療センターで紹介する。これについては、Sphere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. 地域社会で長期食糧安全保障計画に関する議論を活発化させる。

食糧援助が食糧と栄養の保障を促進する唯一の方法であるため、次のような代替案も検討する。

- 直接現金移転 (direct cash transfer)、キャッシュ・フォー・ワーク (cash-for-work)、および所得向上活動 (income-generating activity)
- 無力感と諦念を乗り越え、地域社会が社会経済的な再生努力に取り組む、地域社会主導型の食糧・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・栄養事前評価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保障問題を報告し、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、心理社会分野の連携・調整の仕組みと連携し、関連情報をその分野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が食糧援助を1万人の戦争寡婦に対して行った。それらの寡婦の中には、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。
- その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には紹介をして支援するとともに、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。

アクションシート 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。

活動領域： 避難所・配置計画

段階： 最低限対応

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、人びとは過剰な苦痛に晒されることなく、尊厳を保って生活することができる。避難所および配置計画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地域に見られる無力感を軽減させ、人びとの健康を増進させ(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の利用可能性を得られるようになる。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、地域社会の精神を築き、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、避難所やキャンプの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最初の決定は、人道支援の実施と保護に長期的影響を与えうる。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、避難所とソーシャルサポートを提供する地元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のであれば、有用な選択肢といえる。

用地および避難所の構成は健康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。自らの家族や地域社会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、精神保健的・心理社会的問題が発生する可能性がある。また、個人の避難所を建てたり、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や難民と受け入れ地域社会との対立は深刻な問題に発展する可能性もあり、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指針、および全体的基準の要点を示すものである。以下に記す主な行動は、当該基準に取り組む際、関連する社会的考慮についての指針となる。

主な行動

1. 事前評価、計画、実施にあたっては、女性やリスク状態の人びとが携わる参加型アプローチを使用する。
 - 社会的リスクにある者(第1章を参照)を含め、幅広く被災した人びとが参加する事前評価(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、プライバシー問題や隣人との距離、動きが制限された者によるトイレの利用可能性、収入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、中核的問題についての初期事前評価に注力する。
 - 地域社会の全員にとって最適な避難所問題の解決策を特定し、住民の苦痛や憂慮の可能性を軽減する。
 - 自分で避難所を作ることが出来ない人びとへの支援を組織する。
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。

- 地元政府や近隣地域と協議し、選ばれた土地がすでに地域社会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、地域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欠如から派生する苦痛にもつながる場合がある。調査はまた、これらの資源の定住者による利用可能性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）。集中型の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）への利用可能性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は、子どもが集まって遊べるような、子どもに配慮され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。

関係活動者全員が、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・男女別データも提供できるようにすべきである。

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調査を行い（年齢層、性別、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のない方法で全家族、全世帯に行われ、民族や性別、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、移動を容易にしソーシャルサポートを最大限に確保する。

- 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。
- グループ避難所内や家族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願う人びとを引き離さないようにする。
- 再会した家族は一緒に住めるようにする。
- 精神的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、避難民は多くの場合、自分たちが間に合わせて作った住居で家族と共に暮らす方を好み、時にはホテルや学校、

その他利用可能な共同建築を選ぶ場合もある。

- 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、価値に従って生活し、コントロール感や生活の機会を回復することができ、心理社会的健康をサポート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的キャンプはどうしてもやむを得ない場合にのみ設置し、できる限り、安全と元の地域からの距離との適切なバランスがとれるようにする。
- 現地で入手可能な、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、苦痛を避けることができる。
- 永続的な解決策として、難民の早期帰還と再定住を促進し、出身地に帰還を望む家族でそれが可能なものには、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。
- 支持的な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

1. 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/gs_handbook/gs_handbook.pdf
2. 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
3. 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>
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

- 地域住民、特に女性が、避難所の設計と配置、および建築資材の選定に参画すること。
- 自分で避難所を建築することが出来ない人びとには、避難所建築の支援を行うこと。
- 避難所はプライバシーを最大限に確保し、過密状態を最小限に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、共有空間を取り囲むU字型の避難所に10~20世帯にグループ化す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、コミュ

ニティ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、GBV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。

アクションシート 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。

活動領域：水および衛生

段階：最低限の対応

背景

災害・紛争等の際には、清潔な飲み水と、安全で、被災地の文化にも適合する、清潔な公衆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。地域住民が参加型アプローチで支援に携わることによって、地域社会の結束を生み、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、やり方によっては、被災者の精神保健・心理社会的健康を改善することにも悪化させることにもなる。被災地によっては、照明が弱く、鍵のかからないトイレが、ジェンダーに基づく暴力(性的暴力を含む)の場所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苦痛の元になっている。水と衛生の提供に関連して過去に経験され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る罪であり、自分の家族に恥と不名誉をもたらしかねないというのだ。

Sphereハンドブックは、災害・紛争等下での水と衛生の提供について総括的な基準の概略を述べている。下記に概略を記した主な行動は、こうした基準を満たす活動に関連のある社会的配慮についての指針となるものである。

主な行動

1. きれいな水と下水整備、衛生を推進するにあたっての事前評価に社会的な問題、文化にかかわる問題を含めて考える。

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いといったことにもなりかねない。死体の始末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例もある。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苦痛を最小限に抑えるのに役立つだろう。こうした理由から、事前評価チームは、水と衛生供給の核心をなす技術面での専門性を持っているだけでなく、緊急対応の持つ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、そのほかりスク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避難所)の場所や構造の決定には、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、いつの場合も可能ではないかもしれないが、地域社会への相談は、例外的な事柄ではなく、通常行わなければならないことなのである。
- ・ 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、地域社会から選ばれた土地の人たちで構成された被災した人びとで男女のバランスのとれた、小グループの「水委員会」の形成を促すことである。
- ・ 水委員会を促進して、(a) 尊厳に満ちた水・衛生の供給に積極的に取り組ませる、(b) 支援機関に対する依存度を減少させる、(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。水委員会に報奨金をだすことと、使用料の徴収も検討する。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、地域の背景事情によっ

て慎重な判断が必要であることを覚えておく。

3. 水・公衆衛生供給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、移動が不自由な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ことを確実に実現する。
- ・ 給水の待ち時間は、子どもの通学など基本的な生活行動の妨げになることのない、短いものに抑える。
- ・ 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、土地の文化の面からも受け入れうるものであること、井戸は覆いをかけ、子どもに危険がないようになっていることを確実に実現する。

4. 紛争を防ぎ、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、受け入れ側の地域社会に対する水の供給を減らすのを避け、そのために水をめぐる緊張が生まれることを避ける手段を講じる。
- ・ 水委員会あるいは、地域社会のほかのグループに、紛争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紛争を防止、処理するシステムを作るように依頼し、水場での争いを防止する。
- ・ 隣接する難民同士の争い、あるいは難民と元からの住民との間の争いは、双方が協力して共有の井戸を掘ることを勧めて、争いを少なくする努力を考える。

5. 一人一人の衛生、社会全体の衛生維持を推進する。

- ・ 女性に、生理帯あるいは他の処置材料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。これを洗う特別な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）。
- ・ 地域社会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従って、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. 水供給・公衆衛生設備を地域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。

- ・ 地域共同体で安全を追跡し、どういう状態かを確認して、地域社会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・衛生の責任機関に問題点や懸念事項を報告できるよう、フィードバックの仕組みが必ず存在するようにする。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のにも使うことができる。
- ・ 清潔な設備があることは関係者の人間としての尊厳を回復するのに役立つので、場所も設備も清潔で、維持管理も行き届いていることを常にチェックする。
- ・ 子どもや、リスク状態にある人びと（第1章参照）も含めて、彼らが水・公衆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では、女性の三分の二以上が、供給された衛生施設の安全とプライバシーに満足の意を表明すること。
- ・ 女性、男性双方を含む水委員会を設置し、定期的に会議すること。
- ・ 受け入れ側と避難民社会との間の紛争が報告されていないこと。

事例：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、覆っ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・紛争等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、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、下記の分野を取り上げた。

連携・調整

事前評価、モニタリング、事後評価

保護および人権基準

人的資源

地域社会の動員および支援

保健医療サービス

教育

情報の発信

食糧安全保障および栄養

避難所および配置計画

水および公衆衛生

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・紛争等時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枠組みが提供されている。

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・紛争等時における効果的な対処に関し、関係機関間、多分野間の有用な指針およびツールを得ることができる。

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル	発表誌	巻号	ページ	出版年
鈴木友理子	災害精神保健活動における 役割分担と連携	保健医療科学	Vol. 57, No. 3	234-239	2008

III. 研究成果の刊行物・別刷

特集：災害時に保健医療従事者は何をすべきか —期待と現実の Gap—

災害精神保健活動における役割分担と連携

鈴木友理子

国立精神・神経センター精神保健研究所
成人精神保健部 災害等支援研究室長

Role Identification and Coordination of Care in Disaster Mental Health

Yuriko SUZUKI

Division of Disaster Mental Health, Department of Adult Mental Health
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

抄録

本論では、1) 自然災害時の精神保健の疫学を概説し、2) 近年の大規模自然災害時における精神保健活動の現状を記述したうえで、3) 関係者間の役割分担について論じる。最後に、これらすべての支援者にかかわる精神保健上の問題として、4) 支援者のストレスについて触れ、各職員および組織レベルでの対応について述べる。

まず、災害後の精神的反応を整理すると、1) 適応的反応および回復、2) 異常な事態に対する正常な反応、3) 精神疾患などに分類される。災害に関連した疾患としては、外傷後ストレス障害 (PTSD) が注目されているが、同時にサブクリニカルレベルの気分障害や不安障害、そのほか自殺などの幅広いメンタルヘルスの問題に対応する必要がある。このことを踏まえて、通常の保健活動でもあるように、ハイリスク、およびポピュレーション・アプローチというように、それぞれ異なった戦略をとることが、有効な公衆衛生活動になることは平常時と同じである。

災害時の精神保健支援においては、精神保健専門家による臨床的対応および保健的対応においても課題が指摘されている。これらの関係者の円滑な連携のためには、多層的な支援体制をとり、効率的な精神保健資源を配分することが求められる。安否確認、保健・衛生面での安全・安心の確保のために、いち早く地域で住民に対応し、信頼関係をj得ている保健師の精神保健上の役割は大きい。住民とのコンタクトの際に、これらの精神保健面での危機状態にある人に接した場合には、精神保健専門家につなげるべきか評価をしつつ、応急的な対応が望まれる。限られた地域の精神保健資源を有効に利用するために、県レベルでの精神保健活動の計画、調整が必要であり、1) 精神医療体制の確保、および派遣チーム受け入れの判断、2) 精神障害をもつ人で要援護者の把握、ケースへの対応などのハイリスク・アプローチ、3) ところのケアに関する啓発活動といったポピュレーション・アプローチ、4) マスコミ対応などがあげられる。これらの活動を促進するためのガイドラインの更新、そして研修などの技術支援に国や専門機関の積極的関与が求められる。災害時には支援者も大きなストレスを感じるが、個人的のみならず組織的な対応が必要である。災害は不幸な出来事であるが、地域精神保健活動の質の向上の機会にもなり得る。

キーワード： 自然災害、精神保健支援、ガイドライン、心理的初期対応、ケアの調整

Abstract

In this article, author reviewed 1) mental health problems after natural disasters, 2) disaster mental health efforts in recent natural disasters, 3) expected roles of health professionals at local, prefectural and national level in time of a disaster. Finally, as a matter of mental health for all involved, stress management of health professionals was discussed.

Psychological reactions to a disaster are summarized as 1) adaptive reaction, or recovery, 2) normal reaction to the abnormal event, and 3) specific mental disorder. Posttraumatic stress disorder has been a focus of the disaster mental health,

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553
Tel/Fax: 042-346-1986 E-mail: yrsuzuki@ncnp.go.jp

however, a broader range of mental health problems including subclinical-level mood and anxiety disorder and suicidal tendency also warrants attention in community health. Thus, the high-risk and population strategies are effective avenues to address public mental health in time of disaster as well as ordinal situation.

Based on the recent effort in disaster mental health services, yet many challenges are raised in clinical care and mental health activities by different professionals. To coordinate the care and service system, the efficient service allocation is required by multi-layered services. Local health professionals play significant roles in safety check-up and secure and comfort in health and hygiene issues, and establish good relationship with the public. In contact with people in mental health crisis, local health professionals are expected to provide psychological first aid and assess person's needs for mental health professional's help. To maximize the use of limited mental health resources, service planning and coordination are required at prefectural level, and the service should include allocation of mental health resources (assessment of local availability and needs for dispatched team), high-risk approach, such as identification and care of mentally disabled people in need, population approach such as health education regarding mental health problem, and handling of media attention. At a national level, update of the disaster mental health guidelines, and technical assistance and training are expected to be done by professional institutes. Strategic response at individual and organizational level is required to deal with additional distress among the health service providers. Although it is unfortunate, however disaster can serve as opportunity to improve the quality of mental health activities in the locality.

Keywords: natural disaster, mental health services, guideline, psychological first aid, coordination of care

はじめに

わが国は、世界有数の自然災害大国である。全世界におけるマグニチュード6.0以上の地震のうち20.7%を日本が占めている¹⁾。また、1995年の阪神淡路大震災を契機として、災害精神保健への関心が高まり、特に災害急性期における臨床活動および行政対応などの報告が蓄積されつつある。これまでに、災害時における精神保健医療対応として、ガイドラインやマニュアルが発行されており^{2,3)}、統一的な方針のもとで行う取り組みが進められている。

災害時の精神保健上の対策は、急性期の身体疾患の治療モデルとは別に、中長期の息の長い取り組みが必要であり、これは地域の復興の過程とともに見ていく必要がある。災害後の精神保健上の問題は、外傷後ストレス障害(以下、PTSDと略す)といった災害などの出来事に特異的な反応のみならず、災害以前からその地域が抱える、うつや自殺問題などに配慮する必要がある。このために、地域保健活動との連動が求められ、災害が地域精神保健活動の底上げの機会となりうる。

1) 災害時精神保健の問題の所在

これまでの研究から、災害後の精神的反応を整理すると、1) 適応的反応、回復、2) 異常な事態に対する正常な反応、3) 精神疾患などに分類される。ストレス下での心理的反応として、PTSDなどの特定の疾患に関心が集まりがちであるが、近年の心的トラウマ研究ではそのような病理的反応のみならず、回復の過程やこころのしなやかさ(resiliency)にも注目が集まっており⁴⁾、集団としてみると、惨事のあとに精神疾患を発症するものは限定的であることが明らかになっている^{5,6)}。また、疾患レベルではな

いが、非常に大きなストレス状況下での通常の反応として、抑うつ・不安状態、睡眠障害、トラウマに対する反応、身体的症状の出現、またアルコールやタバコの使用増加といった変化が見られる。精神的症状を呈するが疾患レベルではない人びとの多くは、数週間から数カ月で症状の自然軽快が見られる^{6,7)}。このような人びとには、大きなストレスによる反応に配慮しつつ、安全・安心の保障、タイムリーな情報提供、健康管理といった一般的な保健活動が求められる。より病理的なレベルになると、気分障害、不安障害(パニック障害、PTSD、恐怖症など)、適応障害、物質依存などの精神疾患などの診断基準を満たすものがある。PTSDはわが国において阪神淡路大震災を契機に報告され、直接被害者におけるその頻度には幅があるが、約10%程度と報告されている⁸⁾(図1)。また、気分障害やPTSD以外の不安障害もそれ単独で、およびPTSDに併存してみられることがしばしばある。しかし、災害時の精神保健の研究には実行可能性、倫理的課題などから、多くの方法論的制限が付随するために、慎重に比較する必要がある。

筆者らは、新潟中越地震3年後の地域在住高齢者を対象とした精神疾患に関する有病率調査を実施した⁹⁾。大うつ病、PTSDなどの精神疾患の有病率は低かったが、小うつ病や自殺念慮を持つ人を含めると、人口の8-10%程度となり、これは地域の保健活動上看過できない問題である(図2)。疾患レベルの問題については、精神保健専門家による治療(薬物、精神療法など)が必要であるが、それ以外のサブクリニカルな精神保健上の問題には、精神保健専門家以外の保健的対応が重要であることを示唆している。つまり、災害時であっても、ハイリスク、およびポピュレーション・アプローチというそれぞれ異なった戦略