

主な参考資料

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

プロセス指標の一例

- 文化上・宗教上・霊性上の地域支援を特定しておき、その情報を人道支援従事者と共有すること。
- 適切な儀式の実施に対する障害を特定し、排除または抑制しておくこと。
- 被災した人びとから重視され、国際人権基準に準拠している習わしについて、その利用を可能にする対策を講じておくこと。

例: 1996年、アンゴラ

- 元少年兵の話によると、彼は、自身が殺した男性の魂が夜中にやって来るので、ストレスと恐怖を感じているとのことであった。少年の家族と地域社会は、彼を不浄なものとして見て、浄罪がなされなければ魂の報復があると恐れていたことから、この問題は、共同体にかかわるものであった。
- 人道支援従事者は、現地のヒーラーに相談した。このヒーラーが言うには、少年に必要な浄罪儀式を執り行うことによって怒りの魂を追い出すことができるということであった。
- 国際NGOより、ささげ物となる食べ物と動物の提供を受け、ヒーラーは、少年を浄化し地域社会を保護すると信じられている儀式を執り行った。その後、少年と地域社会の人びとより、健康が増進したとの報告があった。

アクションシート 5.4

幼児 (0-8歳) とその保護者への支援を促進する。

活動領域: 地域社会の動員および支援

段階: 最低限対応

背景

幼児期 (0~8歳) は、身体・認知・感情・社会性の発達にとって、人生で最も重要な時期である。脳の重要な発達はこの時期に急速に起こるのだが、それは十分な保護、刺激、効果的なケアに依存している。早期での喪失体験 (例えば、親の死など)、身体的・性的暴力の目撃、その他の苦痛を生じるイベントは、きずなを崩壊させ、健全な社会性・感情の長期的発達を阻害してしまいかねない。しかしながら、とりわけ、適切なケアと支援を与えられた場合には、そうした体験から回復する子どもがほとんどである。

災害・紛争等時の幼児の健康は、その大部分が家族と地域社会の環境に依存している。母親や保護者が、圧倒された状態、疲れ果てた状態あるいは抑うつ状態にあり、身体的健康または感情的な面から効果的なケア、日課、支援を提供できない場合、子どもの健康は損なわれる場合がある。両親から離散した子どもはといえば、不十分な一時的ケア施設に収容されることがある。地域社会において、両親と子どもはともに、医療サービスの崩壊、栄養不良、様々な保護上の脅威によって生じるリスク状態に晒されてる可能性がある。

災害・紛争等時には、幼児期プログラムについて、連携・調整をとり (アクションシート1.1を参照)、8歳以下の子ども的人数と年齢、妊婦の人数、新生児がいる女性的人数を見積もった各データなど、適切な事前評価 (アクションシート2.1を参照) を用いてプログラムを周知することが必要である。幼児期プログラムは、家族その他の保護者による幼児ケアを支援するものでなければならない。幼児期の活動では、刺激を与え、基本的な栄養摂取を促進し (極度の食糧不足の場合)、保護を可能にし、幼児と保護者とのきずなを促進することが必要となる。これらの活動の目的は幼児の中心的ニーズを満たすことであり、その活動を行うことで、災害・紛争等により誘発された苦痛は安全で構造化された保護環境のもと低減され、それと同時に保護者にも救援・支援が提供される。

主な行動

1. 幼児を母親、父親、家族その他の親しい保護者のもとに置く。

(a) 離散を防止する。集団移動が生じうる災害・紛争等時には、離散を回避するための文化的に許容可能で適切な方法を構築できるよう、地域社会および家族を支援する。

- ・授乳期の母親と幼児を離散させないことを優先する。
- ・年長児に、家族の名前、村落、連絡先の入った歌を教える。
- ・離散を最小限に抑えるべく、子どもに名札を付けさせる。

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

- ・適切な再会組織に連絡する。
- ・行方調査および再会を促進する。離散した幼児が発見された場合には必ず日付および場所を記録するとともに、年齢相応の方法 (幼児に住んでいた場所を描かせたり、自身のことを話させたりするなど) を用いて幼児本人から情報を収集する。
- ・離散した幼児を特定し、両親と再会する重要な手段の一つとして、その幼児の衣服を保管しておく。

(c) 代替のケア環境を促進する。他に利用できるケアの選択肢がない危機時や災害・紛争等時には、長期的な解決策が特定されるまで、離散した幼児を保護すべく一時的なセンターを手配することが必要となることもある。家族との再会を待つ間、離散した幼児は、適切なケアや保護を提供できる個人または家庭のもとで養育することができる。子ども養護施設は、適切な支援を提供しない場合が多いので、最後の手段として考えること。

- ・地域の文化的背景から見て何が子どもにとって最善かに応じてケア環境を決定する。
 - ・可能な限り拡大家族/地域社会の範囲内に幼児を置き、兄弟姉妹が相互に離散することを避ける。
 - ・可能な限り、単一の持続的な里親家族を手配し、里親家族が複数になることを避ける。
 - ・母親を失った新生児や両親と離散した新生児の場合、文化によっては女兒が最も高いネグレクトのリスクに晒されるという場合もあるということを念頭に置きながら、食事・温かみ・ケアの基本的ニーズを満たす。
- 幼児がすでに養護施設等の施設に収容されている場合には、その幼児の状態を特定し、幼児期発達 (early childhood development : ECD) の活動を促進するための対策可能性を指導すべく、迅速評価を行うこと。

2. 授乳が継続されるよう促進する。

乳児・幼児の身体面・心理社会面・認知面の健康にとっては、母乳育児が最適である。母乳育児は、幼児の認知発達を維持し、幼児に安心感を与え、母子の絆を強化させる傾向にあり、用意しやすく、制約もなく、また、大抵の場合は非常に安全である (安全性に関する警告については、主な参考資料欄のUNICEF (2002) の母乳育児およびHIV/AIDSに関する指針を参照)。

- ・個人への支援と地域社会での対話を通じて母乳育児を促進する。
- ・完全母乳の育児、乳児を包むこと・暖めること (wrapping and warming)、入浴を遅らせること (deferred bathing) および衛生保全について、新生児の母親 (および親族) に対し新生児ケアの助言を与える。
- ・母乳育児を阻害するので、調製粉乳の定期的な配給は避ける。
- ・授乳中の妊婦への補助食配給を優先する。
- ・母親に母乳育児を行うよう過度のプレッシャーを与えない。母乳育児が非常に困難または行えないとして母乳育児を拒否した母親には、適切な支援を提供すること。

3. 遊戯、養育、ソーシャルサポートを促進する。

災害・紛争等の最中には、様々なECD活動を設けること。これらの活動として挙げられるのは、両親教育、家庭訪問、育児分担、共同遊戯グループ、「安全なスペース」、トイ・ライブラリー、安全なスペースでの非公式の保護者会 (アクションシート5.1を参照) などがある。

- ・地域的に適切な活発な遊び・刺激・社会化の機会を組織する。これらは、危機的状況による心理社会的な悪影響を緩和するのに役立つ場合がある。
- ・幼児の年齢、性別、文化に合わせて活動を調整する。苦痛を最小限に抑えるには、幼児が正常化活動に対する日常性・参加の意識を持つことが必要となる。正常化活動は、幼児の普通の日常的行動 (例えば、学校に行ったことがない牧遊的背景を持つ子どもでは、型にはまった教育が正常であったり快適と思わないということもある) を反映したものであること。プログラムの計画および実施に際しては、文化的に適切な発達上のマイルストーン (節目) を用いる。例えば、通過儀礼の儀式などであり、こちらの方が西欧の発達モデルよりも適切な場合がある。
- ・特に低年齢児を支援する活動は、安全なスペース(アクションシート5.1および7.1を参照) に取り入れる。状況が許せば、幼児の年齢/発達段階 (0~12/18ヶ月 (言語習得前、歩行前)、12/18ヶ月~3歳、3~6歳) におおまかに沿って活動グループを組織する (6~8歳の活動は、アクションシート7.1で取り上げる)。利用可能なスタッフと連携できるように、また、幼児の健康的な発達を支援する方法に関して各自の家庭にも学習を持ち込めるよう、両親、兄弟姉妹、祖父母、若者を研修する。安全なスペースには、信頼ある高齢の女性と若者の女性をボランティアとして採用することを検討する。
- ・馴染みのゲーム、歌、ダンス、さらには自家製の玩具を用いることを検討する。これらは、

災害・紛争等時において最も実用的である。

- ・ 治療的な給食プログラム、病院、診療所など、幼児向けのあらゆるサービスにおいて、また、食糧・食糧品目以外の配給場所において、保護者/幼児の遊び場・相互作用のスペースを取り入れる。
- ・ 社会的共同体の構築や暴力地域での非暴力を促進するような幼児向けの活動を促進する。
- ・ 特段のニーズがある幼児を、地域社会レベルでのケア活動、ゲーム、ソーシャルサポートに含める。
- ・ 食糧危機時における幼児への刺激に関する詳細な指針は、主な参考資料欄のWHO (2006)を参照。

4. 保護者へのケア

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

- ・ 安全なスペース (アクションシート5.1および7.1を参照) において、両親/母親が各自の苦痛を話し合うことのできる支援グループを組織する。
- ・ 幼児が横にいる場合や幼児の面前では悲惨な出来事を詳細に話さないよう両親に忠告する。
- ・ 家族や幼児向けの小規模のグループ活動では、両親は他の親と幼児との相互作用から学ぶ機会を得ることができる。肯定的な親子の相互作用があった場合には、それを指摘し、他の親にも同じように自身の子どもと相互作用するように促す。
- ・ 両親および保護者が危機の後に自身の子どもに現れた変化を理解できるよう支援する。他人に対する恐怖心の増大や引きこもりといった行動、あるいは他の子どもへの攻撃性の高まりは、ストレスに対する通常の反応であり、保護者側の落ち度があることを示したものではないということを説明する。
- ・ 一貫したしつけと限界設定を通じて、幼児の攻撃的行動を管理、制御、修正する方法など、問題を特定して幼児の心理社会的健康を支援する方法に関し、両親、保護者と情報を共有する。
- ・ 叩く、見捨てる、非難するなど、幼児のストレスに対する有害な対応を特定し、両親や地域社会リーダーに対し、代替の方法を提案する。
- ・ 重度の精神保健的問題から自身の子どもをケアすることが困難である両親は、保健医療サービス・スタッフより適切な支援を受けられるよう、紹介すること (精神保健ケアの研修受講の場合に関しては、アクションシート6.2を参照)。とりわけ、重度のうつ病は、幼児へのケア能力を阻害する可能性がある。

主な参考資料

1. Bernard van Leer Foundation (2005). *Early Childhood Matters. Volume 104: Responding to young children in post-emergency situations.*
http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/Early_Childhood_Matters_104/file
2. Consultative Group on Early Childhood Care and Development (1996). *Children as Zones of Peace: Working with Children Affected by Armed Violence.*
http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace; Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf
3. Emergency Nutrition Network Online (2006). *Infant Feeding in Emergencies.*
<http://www.enonline.net/ife/index.html>
4. Human Sciences Research Council of South Africa (HSRC). Psychosocial Support Resources: Davids D. (Hesperian Foundation), *Emotional Behaviour Book.*
http://www.hsrc.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other_resources.html
5. ICRC, IRC, Save the Children UK, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004). *Inter-Agency*

- Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Save the Children UK.
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
6. INFO Reports/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2006). *Breastfeeding Questions Answered: A Guide for Providers*.
<http://www.infoforhealth.org/infoforeports/breastfeeding/inforpt5.pdf>
7. Save the Children UK (2006). *ECD Guidelines for Emergencies – the Balkans*.
<http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources§ion=policy&subsection=details&pagelang=en>
8. UNESCO and IIEP (2006). *Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction*. <http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm>
9. UNICEF and Macksoud M. (2000). *Helping Children Cope with the Stresses of War: A Manual for Parents and Teachers*.
http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf
10. UNICEF (2002). *HIV and Infant Feeding*.
http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf
11. WHO (2006). *Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations*. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf
12. Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*.
http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

プロセス指標の一例

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

例: 1999～2000年、アンゴラ

- 国内避難民の幼児には、利用可能な活動がほとんどなく、両親は幼児との相互作用にほとんど時間をかけていなかった。
- 国際NGOは、地域の人びとから幼児について助言や手助けの求めを受けている大人を特定し、刺激を与え積極的な社会的相互作用を促進する年齢・性別相応の活動を組織する方法に関して研修を行った。
- 学校やその他のセンターはなかったが、地域の参加者は、木陰で活動を実施し、その活動に母親を参加させ、特別な支援が必要な幼児には紹介を行った。これらの活動から、数千人の母子が恩恵を受けることとなった。

アクションシート 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。

活動領域: 保健医療サービス

段階: 最低限対応

背景

災害・紛争等時には、精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) と一般保健医療との間に隔たりが存在している場合が多い。しかしながら、災害・紛争等を体験した人びとの心理的健康は、保健医療の提供方法によって影響を受けることがしばしばである。感情的に支えとなる思いやりあるケアが被害者の健康を保護するものである一方で、敬意のない治療やコミュニケーション不足は、HIV/AIDSのような生命にかかわる病気の場合なども含め、尊厳を脅かし、保健医療への相談を思いとどまらせ、治療計画へのアドヒアランスを損なわせてしまう。身体と精神の各健康問題は、とりわけ、災害・紛争等の被害者の間で同時に発生することがよくある。しかし、保健医療の準備、提供に急ぐあまり、社会的・精神的・身体的健康の各側面の間における強い相互関係は無視されてしまうことが通常である。

一般保健医療の場 - プライマリーヘルスケア (PHC) の場など - は、精神保健的・心理社会的問題を抱える人びとを救援するうえで、最初の窓口となることがしばしばである。一般保健医療の提供者は、傷病を治療する際に、とりわけ、拷問や性的暴力といった人権侵害による健康面への影響を治療する際に、被害者の感情的問題に遭遇することがよくある。急性の心理的苦痛状態にある者への心理的支援の形式には、高度の知識を要しないものも一部あり (すなわち、ごく基本的な心理的応急処置)、過去に精神保健の研修経験がない従事者にも簡単に伝授することができる。

本アクションシートでは、災害・紛争等時の一般保健医療の提供全般における心理学的・社会的配慮を取り上げている。災害・紛争等時における重度の精神障害の管理については、アクションシート6.2に記載している。下記の行動は、既存の保健医療サービスと災害・紛争等関連の保健医療サービスの両方に適用されるものである。

主な行動

1. 一般保健医療の提供に際し、個々の社会的配慮を取り入れる。

尊厳を持って生命を保全すべく、Sphereの最低健康基準に則して、公平、適切かつアクセス可能な保健医療を展開する。下記の社会的配慮を適用する。

- ・ 緊急保健医療サービスの設計、実施、モニタリング、事後評価に対し、被災した男女の参加を最大限に高める (指針については、主な参考資料欄のALNAP資料と、アクションシート2.1、2.2、5.1を参照)。
- ・ 新規のサービスを配置する場合には地域社会から安全な徒歩圏内とし、保健医療の利用可能性を最大限に高める。被害者による保健医療サービスへのアクセスをを最大限にすべく、保健スタッフの間に性別のバランスをとり、主な少数民族や言語集団の代表者を取り入れることを目指す。必要に応じて、通訳者・翻訳者を用いる。
- ・ 下記に関し、患者の権利を保護、促進する。
 - ・ 医療的・外科的処置の前のインフォームド・コンセント (男女両方に対して) (医療に対するアプローチが異なる国外のスタッフが緊急保健医療を提供する場合には特に、処置の明確な説明が必要である)
 - ・ プライバシー (可能な限り。例えば、診察室をカーテンで囲うなど)
 - ・ 患者の健康状態に関連する情報の守秘。人権侵害 (例えば、拷問、性的暴力) に関連するデータの場合には特に注意が必要である。
- ・ 価格が手頃で、ゆえに持続可能なケアを促進すべく、WHO Model List of Essential Medicinesに則した必須医薬品を用いる。可能な限り、現地で利用可能なジェネリック医薬品を用いる。

- 保健情報システム内で男女別・年齢別のデータを記録し、分析する。
- 重要な災害・紛争等関連の情報を被災者に周知する (アクションシート8.1を参照)。

2. 出生証明書および死亡証明書を発行する (必要な場合)。

死亡証明書は、被害者遺族による各種請求 (相続権の請求など) の場合に重要となる。出生証明書は、身元識別や市民権の請求にとって、ゆえに政府サービス (教育など) を利用する際に、また、非合法の養子縁組、強制徴兵、人身売買に対する保護を受ける際に、欠かせない場合が多い。通常の担当当局がこれらの書類を発給できない場合には、保健医療従事者より発給すること。

3. 保健システム外にある下記などの主要な資源への紹介を促進する。

- 地域で利用可能な社会的サービス、ソーシャルサポート、および地域社会内の保護の仕組み (アクションシート3.2、3.3、5.2を参照)。
- 実行可能かつ適切な場合には、人権侵害被害者への法的支援や証言サービス。
- 行方不明親族を探し出せない者への行方追跡機関。

4. 緊急保健医療の心理学的部分に関し、一般保健スタッフおよび精神保健スタッフにオリエンテーションをする。

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

- 下記などを含む心理教育および一般情報
 - 被災者の治療における尊厳保護に関する重要性。
 - 災害・紛争等に対する地域の心理社会的対応に関しての把握事項など、災害・紛争等の精神保健面・心理社会面での影響に関する既知の事項 (第1章を参照) についての基本情報。
 - 地域の精神保健・心理社会的支援の事前評価 (アクションシート2.1を参照) から得られた主な結論。
 - 不適切な病理学的判断/医療処置を避けること (すなわち、非病理学的な苦痛と、臨床的な治療/紹介が必要な精神障害とを見分けること)。
 - 重度の精神障害をもつ人びとに適切な紹介を行うための、地域内で利用可能な精神保健医療に関する知識 (アクションシート6.2を参照)。
 - 適切な紹介を行うための、地域社会内で利用可能なソーシャルサポート、保護の仕組みに関する知識 (アクションシート5.2および3.2を参照)。
- 患者とコミュニケーションをとり、健康状態および関連サービス (家族の行方追跡など) に関する明確かつ正確な情報を提供すること。協力的態度によるコミュニケーションに関する再教育には、次のようなものを取り入れることができる。
 - 積極的傾聴
 - 悪い知らせを協力的態度でもって告知する方法に関する基本的知識
 - 患者の怒り、極度の不安、自殺感情、精神病、引きこもりに対処する方法に関する基本的知識。
 - 極度に私的で感情的な出来事 (性的暴力など) の共有に対処する方法に関する基本的知識。
- 各自の問題を明確にし、対処方法に関して共同でブレインストーミングを行い、選択肢を特定し、各選択肢の意義および結果的影響を評価できるようにすることで、問題の管理およびエンパワーメントを支援する方法。
- 現地の (伝統的な) リラクゼーション手法を含め、基本的なストレスマネジメントの手法。
- 身体的原因を除外した後に生じた医学的に説明の付かない身体的症状の訴えに対する非

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

・ 極度にストレス性の高い出来事に曝露した後に急性の精神的苦痛を体験する人には、投薬なしでの支援が最善となる場合がほとんどである。あらゆる支援従事者、とりわけ、保健従事者は、ごく基本的な心理的応急処置 (PFA) を提供できなければならない。PFAは、臨床的、精神科救急的な介入と誤解されることがよくあるが、そうではなくPFAとはむしろ、苦しんでおり支援を必要としているかもしれない同じ人間としての人道的・協力的対応を表わしたものであると言える。PFAは、苦痛を引き起こしたイベントに関する話し合いを必ずしも伴わない心理学的なデブリーフィングとは、まったく異なったものである。PFAの内容は、次のとおりである。

- ・ 更なる有害性から保護する (まれに、非常な苦痛を受けた者は、自らをさらなる有害性のリスクに身を置く決断をする場合がある)。適宜、苦痛を受けた被害者に対し、(他の) 支援者または報道関係者にその出来事について話すことを拒否する権利がある旨を伝える。
- ・ 被害者がプレッシャーのない状態で出来事について話せる機会を設ける。話したくないとの意思を尊重し、話したいもの以外に強く情報を求めない。
- ・ 受容的かつ批判的でない態度で根気よく傾聴する。
- ・ 心からの同情を伝える。
- ・ 実質的な基本ニーズを特定し、それらが確実に満たされるようにする。
- ・ 懸念事項を尋ね、その対処を図る。
- ・ 良くない対処方法を止めさせる (とりわけ、アルコール等の物質を利用した対処については、重度の苦痛状態にあると物質使用障害を発現するリスクがはるかに高まるということを説明して、止めさせる)。
- ・ (可能であれば) 通常の日常活動への参加および肯定的な対処方法の利用 (例えば、文化的に適切なリラクゼーション手法、有用な文化的・霊性的支援の利用など) を促す。
- ・ ひとり以上の家族や友人と交流するよう促す。ただし、強要はしない。
- ・ 必要に応じて、さらなる支援を受けるべく立ち戻る機会を提供する。
- ・ 必要に応じて、現地で利用可能な支援の仕組み (アクションシート5.2を参照) または研修を受けた臨床医に紹介する。
- ・ 少数の事例ではあるが、重度で急性の苦痛によって基本的役割が制限されているような場合には、おそらく臨床的な治療が必要となる (指針については、主な参考資料欄にある*Where There is No Psychiatrist*を参照)。こうした患者については、可能であれば、精神障害をもつ人びとの救援に関して研修およびスーパービジョンを受けた臨床医に紹介する(アクションシート6.2を参照)。臨床的な治療は、(他の) 公的/非公的な支援 (アクションシート5.2を参照) と合わせて提供すること。
- ・ 災害・紛争等時には、急性の苦痛に対する臨床的な治療に関し、ベンゾジアゼピンがかなり過剰に処方されてしまう場合が多い。しかしながら、この薬物は、一部特定の臨床的問題 (例えば、重度の不眠症など) に関してごく短期間での処方が適切となる場合もある。それでもやはり、ベンゾジアゼピンの使用は、とりわけ苦痛の強い患者の間では急速に依存状態に至ってしまう場合があるので、注意が必要である。また、様々な専門家は、ベンゾジアゼピンは、極度のストレス要因への曝露後における回復プロセスを減速させてしまう可能性を論じている。
- ・ 急性の苦痛は、外部の介入なしでも、時間をかけて自然に収束していく場合が多い。しかし、少数の事例においては、慢性的な気分障害や不安障害 (重度の心的外傷後ストレス障害を含む) に発展する。障害が重度である場合には、研修を受けた臨床医が最低緊急対応のなかで治療に当たること (アクションシート6.2を参照)。障害が重度でない場合 (例えば、患

者が役割を果たし苦痛に耐えることができるような場合など) には、より包括的な支援のなかで適切なケアを受けさせること。妥当な場合には、保健医療サービス内の、研修を受けたり、臨床的なスーパービジョンを受けていた地域保健従事者 (例えば、ソーシャルワーカー、カウンセラーなど) がそれらの症例に対する支援を提供することもある。

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

いずれのPHCスタッフも、単純かつ読んで字の通りのカテゴリーを用いて罹病率データ内に精神保健的問題を記録すること (詳細な指針については、アクションシート6.2の主な行動1を参照)。

主な参考資料

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

プロセス指標の一例

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

例: 1999年、マケドニア

- 簡易キャンプには大人数のコソボ難民が収容されていた。(医学的、社会的に) 脆弱な事例およびその紹介先の特定に際し、地域保健従事者 (Community health workers : CHW) に短期の研修が行われた。研修ではストレス管理に関する基本的知識も取り上げられた。

- CHWは、緊急PHC施設の専門家スタッフへのスーパービジョン下に活動に当たった。彼らは、地域の難民集団から採用され、キャンプ内の脆弱な人びとのモニタリング・特定、医療機関・社会機関への紹介、医療/精神保健事例に関するフォローアップの提供（訪問活動）、新規相談者への情報提供を担当した。
- 精神保健医療サービス（精神医学面や急性の心理的危機への支援）はPHCサービスとして重視され、PHCスタッフにより紹介対応がなされた。災害・紛争等が安定した時点で、CHWは集中的な研修とスーパービジョンを受け、キャンプのカウンセラーとなった。

アクションシート 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。

活動領域: 保健医療サービス

段階: 最低限対応

背景

精神障害は、全世界の障害に関する10大主要原因のうち4項目を占めているが、保健医療分野において最も資源が不足しているものの一つにもなっている。災害・紛争等時はもちろんのこと、平時においても、精神保健の臨床的ニーズを満たしている国はほとんど見られない。低中所得国に実際存在している精神保健臨床サービスは、大規模都市において病院に基盤をおいて行われている傾向にあり、多くの人びとにとってはしばしば手が届かないものとなっている。

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

本アクションシートでは、**重度の精神障害に対するケアにとって必要となる最低限の**人道的対応について述べる。本文は、そのほとんどが重度の精神障害に対するケアについて記述したものであるが、特定の神経障害へのケアを精神保健従事者が担当している諸国においては、本書推奨行動の多くがそのケアにも当てはまるので、注意されたい。

本アクションシートで取り上げる重度障害は、既存のものか、災害・紛争等により誘発されたものであり、下記などの状態が含まれる。

- あらゆる種類の精神病。
- 何もできなくなるほど重度の気分障害や不安障害の症状(何もできなくなるほど重度のPTSDの症状を含む)。
- アルコール等の精神活性物質の使用に起因する重度の精神障害（物質使用関連の問題に関する指針については、アクションシート6.5を参照）。
- 子どもや青年の間に見られる重度の行動障害・感情障害。
- 既存の重度の発達障害。
- てんかん、せん妄、認知症、脳損傷等の基礎となる医学的状態（有害物質、感染症、代謝障害、腫瘍、変性疾患など）に起因する精神障害を含めた、精神神経障害。
- その他の重度の精神保健的問題。これには、(a) 現地で定められた重度の障害であって、確立された国際的分類体系に当てはめにくいもの（アクションシート6.4を参照）、および (b) 一般に精神障害に関連付けられるリスク行動（自殺感情、自傷行動など）が含まれる。

医学的に説明の付かない症状の訴えの場合、精神障害をもつ人びとは、最初にプライマリヘルスケア（PHC）施設に出向いて支援を求めることになるが、重度の精神障害をもつ人びとの場合には、孤立、スティグマ、不安、自己に対するネグレクト、障害、アクセスが不十分なことから、まったく出向かないということもある。こうした人びとは、障害が重度であることと、それまで支援を受けていたソーシャルサポートが災害・紛争等により奪われてしまうという二つの理由から、二重の弱者となってしまう。通常時でも、家族はケアの重荷からストレスを受け、スティグマを負ったりすることがしばしばであるが、これが強制退去を伴うような災害・紛争等時になると、前述のような人びとは、ますます見捨てられるリスクに晒されることになる。しかしながら、こうした人物が特定されれば、応

急的な保護と救援を提供するとともに既存の介護者を支援すべく、対策を講じることが可能である。最優先すべきは、重大な生存リスクにある者や、自身の尊厳・人権が損なわれつつある環境、あるいはソーシャルサポートが不十分で、家族が苦勞して対処しているような環境に暮らしている者である。

重度の精神障害をもつ人びとへの治療および支援には、通常、生物学的介入・社会的介入・心理学的介入の組み合わせが必要となる。治療不足や過剰な医学的処置のいずれも、スタッフの研修およびスーパービジョンによって回避することができる。災害によって誘発されたサブクリニカルな苦痛に苦しむ人びとの場合は、通常、投薬を行ってはずらず、心理的応急処置（アクションシート6.1を参照）や地域社会によるソーシャルサポート（アクションシート5.2を参照）に対して良好な反応が得られる。また、一部の精神障害については、現実的な心理学的介入のみによって効果的に治療することも可能である。その介入が失敗した場合でない限り、薬物療法は、行わないこと。

下記に示した各行動は、災害・紛争等時における重度精神障害をもつ人びとのニーズに対処するうえで必要となる最低限の対応であるが、より包括的な対応に際しても、第一段階とすることができる。これらの手順は、地域の保健当局・保健医療従事者および地域・国外の医療機関を対象に述べられている。開始時点で、地域に保健インフラや地域力がないような場合には、外部組織は、緊急精神保健医療サービスを提供しなければならない。ただし、サービスを設置する際には、癒しや対処に関する既存の社会的・非公式な手段に置き換えることのないような方法で、かつ、後日において公的に運営される保健医療サービスに統合化されうるような形で、行う必要がある。

主な行動

1. 事前評価する。実施済みの事前評価および利用可能な情報を定める。必要に応じて、さらなる事前評価を計画する。事前評価のプロセスおよび要処理事項に関する指針については、アクションシート2.1を参照。本アクションシートに関しては、とりわけ下記が重要となる。

- 保健分野において精神保健医療に関する既存の構造、拠点、スタッフ配備、資源（方針、薬物療法の利用可能性、プライマリーヘルスケアの役割、精神科病院などを含む）、および関連する社会的サービス（世界各国における公式の精神保健医療資源に関するデータについては、WHOの*Mental Health Atlas*を参照）を割り出す。
- 既存サービスに対する災害・紛争等の影響を判定する。
- 災害・紛争等により影響を受けた重度精神障害をもつ人びとのニーズに対処する計画を各地域当局および地域社会が立てているかどうか、何ができるか、どのような支援が必要かを確認する。
- 下記の方法を用いて、支援を必要としている重度の精神障害をもつ人びとを特定する。
 - 非常な混乱状態や見当識障害のように思われる者、支離滅裂な者、異常な考えの持ち主、奇異な行動をとる者、あるいは自立不能と見受けられる者に遭遇したり、そうした者の通報を受けたりした場合には注意を払うようにと保健医療提供者に呼びかけ、また、その者を記録するよう、あらゆる適切な政府・非政府機関（とりわけ、保健、避難所、キャンプ管理、保護を担当する機関）および地域社会リーダーに依頼する。
 - 既存の伝統的治療家のもとを訪問し、適宜、協力し合う。彼らは被害者の所在に関する情報に精通していることが多く、また、地域外のサービス実践者に対し文化的情報を提供してくれる場合もある（アクションシート6.4を参照）。
 - 公的/非公的の施設を訪問して、ニーズを評価し、ケアを受けている者の基本的権利を確保する（アクションシート6.3を参照）。
 - 追加的説明を要しない単純なカテゴリを用いてPHCデータ内の精神保健的問題を記録できるよう、国内外のPHCスタッフを指導すること。例えば、平均的なプライマリーヘルス従事者であれば、下記の4カテゴリの使用に際しほぼ追加研修を必要としないだろ

う。

- 医学的に説明の付かない身体症状の訴え
 - 重度の精神的苦痛 (例えば、重度の悲嘆やストレスのサインなど)
 - 重度の異常行動 (「狂気」に相当する現地用語を用いてPHC書式に記載される)
 - アルコールや物質の乱用
- 精神保健・心理社会分野の連携・調整グループ (アクションシート1.1および2.1を参照) および保健分野全体の連携・調整グループと事前評価の結果を共有する。

2. あらゆる緊急医薬品キット内に十分な供給量となる必須の精神科治療薬を確保する。

- 最低限として、WHOの必須薬品モデルリストから、ジェネリックの抗精神病薬1種類、抗パーキンソン病薬1種類(錐体外路副作用の可能性に対処するため)、抗けいれん薬/抗てんかん薬1種類、抗うつ薬1種類、抗不安薬1種類(重度の物質乱用、けいれんに使用) をすべて錠剤で用意する。
- 関係機関間救急医療キット (Interagency Emergency Health Kit) (WHO, 2006) には、(a) 抗精神病薬の錠剤、(b) 抗不安薬の錠剤、(c) 抗パーキンソン病薬、(d) 抗うつ薬は含まれていない。このキットを使用する場合には、前記4品目の現地購入や輸入の手配が必要となる。
- 概して、WHOモデルリストのジェネリック医薬品は、新開発のブランド医薬品と同じく効果的な傾向が見られるにもかかわらず、はるかに安価でプログラムの持続可能性も強化されることから、推奨される。

3. 緊急PHCチーム内の1名以上が最前線での精神保健ケアを提供できるようにする。これを実現する仕組みとして考えられるのは、次のとおりである。

- 政府/NGOのPHCチームに属する国内外の精神保健専門家。国外の従事者には、地域の文化や環境に関するオリエンテーションが必要であり (アクションシート4.3および6.1を参照)、また、有能な通訳者・翻訳者とともに作業に当たらせるようにすること。
- 向精神薬の合理的使用など精神保健医療を通常の習わしに統合できるよう、また、精神保健医療に専念できるよう、地域のPHCスタッフを研修、指導する (下記の主な行動4およびアクションシート4.3を参照)。
- その他のPHCサービスと並行してフルタイムの精神保健医療を提供できるよう、地域のPHCチームのスタッフ1名 (医師または看護師) を研修、指導する (下記の主な行動4およびアクションシート4.3を参照)。

4. 重度の精神障害に対する最前線でのケアに当たれるPHCスタッフを研修、指導する (アクションシート4.3も参照)。

- 研修では、理論と実践の両方を対象とすること。研修は、地域の保健当局と協力して活動に当たる国内外の精神保健スーパーバイザーが、災害・紛争等の発生時より開始することができる。この研修は、災害・紛争等の以後も、より包括的な対応の一環として継続すること。研修には、アクションシート6.1の主な行動4に記載しているあらゆる技能のほか、下記も含めること。
 - すべてのサービス利用者とその介護者に対する尊厳と敬意を持った対応。
 - 精神状態の検査。
 - 上記の背景セクションに挙げられているすべての重度障害に関する認識および第一線での治療。
- 上記に関する指針および手順の提供 (主な参考資料欄を参照)。
- 精神保健業務を通常の臨床業務に取り入れる方法を中心とした、時間管理能力。
- *Where There is No Psychiatrist*で取り上げられている、簡単で実用的な心理学的介入 (主な参考資料欄を参照)。
- 適切な臨床記録の維持。対象集団が流動的である場合があるので、可能であれば、コピ

- 一を介護者に渡す。
- ・ 守秘。保護上の理由から守秘義務に反する必要がある場合には、後見上・法医学上の問題に対処するとともに、サービス利用者と介護者に通知する。
- ・ 地域社会の各支援（アクションシート5.2および6.4を参照）や二次・三次サービスが存在し、利用可能である場合の、適切なその紹介システムを設定する。
- ・ 被災国で薬物療法を行う権限を有するスタッフについて、処方の適正基準は以下のとおりである。
 - ・ *Essential Drugs in Psychiatry*の指針および*Where There is No Psychiatrist*に即した、緊急キット内必須の精神治療薬の合理的使用（主な参考資料欄を参照）。
 - ・ 慢性疾患（慢性の精神病、てんかんなど）患者に対する継続的な処方薬のアクセスとアドヒアランスを促進するための手順。
 - ・ 非薬理的なストレス管理手法を開発することによって、災害により誘発された非病理学的な苦痛を示す者（アクションシート6.1を参照）への向精神薬処方を避けるための手順。
 - ・ 医学的に説明の付かない身体症状の訴えに対し偽薬の処方を避けるための手順。
 - ・ ベンゾジアゼピンのリスクと利点の両方、とりわけ、長期処方による依存リスクに対する理解。
 - ・ 不必要な複数薬品の処方を最小限に抑えるための手順。
- ・ 介護者により束縛または身体的に拘束されていた重度精神障害をもつ人びとの管理および支援には、下記の手順が必要となる。
 - ・ 第一に、ごく基本的な手段による精神医学的・社会的ケア（例えば、適切な医薬の提供、家族への教育・支援など）を促進する。
 - ・ 人道的な生活環境を促進する。
 - ・ 第二に、患者の拘束解除を検討する。ただし、まれではあるが患者に暴力行為の経歴があるような場合には、事前に他の者の基本的な安全保障を確実にする。

5. 複数の異なる研修・セッションによってPHC従事者に過剰な負担をかけることを避ける。

- ・ 研修受講者は、精神保健ケアを提供できるようになるために、精神保健研修を日常業務へ取り入れる時間をもつべきである。
- ・ 研修での技法に関する 統合・活用のあり方に関する計画を持たずに、研修受講者に対し複数の異なる技能分野（例えば、精神保健、結核、マラリア、HIVカウンセリングなど）について研修を行わないこと。
- ・ 短期コースでの理論研修では不十分であり、有害な介入となってしまうかねない。必ず引き続いて幅広い実地指導を行わなければならない（アクションシート4.3および131ページの例を参照）。

6. アクセスに関して理にかなった場において追加的な精神保健医療を設ける。

一般的な公共医療基準（人口カバー率、重度な障害をもつサービス利用者に関する推定担当件数、サービスの持続可能性など）を用いて、精神保健医療を設けるべき場所を判断する。機動性を持ったPHCや地域社会の精神保健チームは、地域内の様々な場所に緊急ケアを設けるうえで有効な方法となり得る。理にかなったアクセス地点例としては、次のようなものがある。

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

7. 特定の診断 (PTSDなど) や狭い範囲の集団 (寡婦など) に集中した並行的な精神保健医療サービスを構築しないようにする。こうした構築によって、サービスが分断され持続不可能となったり、特定の診断カテゴリーや集団に合致しない人びとを取り残してしまう可能性がある。また、合致した集団のラベリングやスティグマの一因となる場合もある。本項は、統合サービスの一環として幅広い人びとへの標的を絞ったアウトリーチ活動 (学校内の子どもへのアウトリーチクリニックなど) を除外するものではない。

8. 精神保健医療の利用可能性について人びとに情報提供をする。

- ・ ラジオなど適切な情報源を用いて広報する (アクションシート8.1を参照)。
- ・ 通常の行動やストレス反応が重度の精神障害の現れと見なされないように慎重な方法で、すべてのメッセージを確実に提供する。
- ・ 地域社会のリーダー的存在と、必要であれば地域警察に対し、精神保健医療の利用可能性を通知する。

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

10. あらゆる関係機関間の精神保健に関する連携・調整に携わる (アクションシート1.1を参照)。精神保健医療サービスの長期的な戦略計画プロセスに携わる。災害・紛争等は、精神保健改革のきっかけとなることが多く、改善が急速に進む可能性がある。

主な参考資料

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

プロセス指標の一例

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

例: 2005年、インドネシア、アチェ

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

アクションシート 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。

活動領域: 保健医療サービス

段階: 最低限対応

背景

入院患者・施設入居者は、社会で最も脆弱な人びとであり、災害・紛争等時には特にリスクに晒されてしまう。災害・紛争等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。入院患者・施設入居者は、スタッフから見放され、自然災害や紛争の影響に対して無保護のまま放置されるという場合もありうる。

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、災害・紛争等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離されてしまう。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、災害・紛争等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。急速に変化する災害・紛争等環境に適切な対応をしていく際に伴う困難によって、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、身体的ケア、基本的治療(投薬、心理社会的支援を含む) などである。既存のケア水準が医療面や人権面で下回る場合には、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を満たし実施することに注力しなければならない。災害・紛争等の最悪期が収束次第、たいていの国では、地域精神保健医療サービスを開発することが適正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、施設に入居している精神障害をもつ人びとにおける災害・紛争等関連のニーズを中心に取り上げている。しかしながら、こうした施設には、通常、重度の精神障害をもつ人びとだけでなく、他の慢性的な重度の精神・神経疾患を持つ患者も入所しているので、注意すべきである。本アクションシートでは、そうした患者も適用対象となる。また、本アクションシートにあるニーズおよび推奨行動の多くが、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つ以上の機関が、確実に施設入居者の継続的なケアおよび保護に関する責任を負う。

- 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を特定するよう支援すること。
- 各施設について、下記の主な行動2~4に沿って緊急時行動計画を策定すること。それらの計画が災害・紛争等の事前に策定されていない場合には、適宜、災害・紛争時に策定すること。

2. スタッフが精神科施設を置き去りにした場合には、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から人的資源を動員する。患者の状態によっては、施設外でケアを提供すること。

- ・協力的かつ保護的なネットワークを設けるに際し、地域社会の責任について地域社会リーダーと話し合う。下記の各集団に声がかかるだろう。
 - ・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に根ざした仕組み (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るために集められた者に対し、確実に継続的で緊密なスーパービジョンを実施するとともに、各自の精神的健康を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. 精神科入居施設内の精神障害をもつ人びとの生命および尊厳を保護する。

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

4. 災害・紛争等の全期間にわたって基本的な健康管理・精神保健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。
 - ・災害・紛争等の全期間にわたって十分な量の必須薬品 (向精神薬など) を利用できるよう確保する。向精神薬の突然の中断は、有害で危険な場合がある。医薬品は、処方定期的に (週1回以上) 評価して、確実に合理的な処方となされるようにする。
 - ・確実に医薬品を安全に保管する。
 - ・心理社会的支援を利用できるようにする。
- ・身体的拘束・隔離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。頻回の巡回、食事の提供、治療、隔離必要性の定期的評価に関して規定した手順を導入する。

主な参考資料

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

3. WHO/ICRC (2005). 'Mental health in prisons: Information sheet'. Geneva: WHO/ICRC.
http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf

プロセス指標の一例

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

例: 1999年、シエラレオネ

- 紛争の最中、2名の精神科看護師を除き、精神科施設のすべてのスタッフが退避してしまった。建物が部分的に破壊され、患者が地域を徘徊し、就寝のために戻って来た者は一部であった。患者は、前線を通して雑用や、食糧の闇取引に使役された。
- 地域社会の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、患者の特定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が、患者の医学的スクリーニングを支援し、医薬品の供給を確保した。
- 患者の家族には、精神科看護師とNGO保健スタッフのスーパービジョンのもとに患者の支援に協力するよう申し入れられた。
- 一定の基本的な再建がなされ、また、以後施設が攻撃を受けた場合に備えて緊急計画も策定された。

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、つまり地元の、非公的な、従来のであり、土地固有の、補完的あるいは代替的なヘルスケアの癒しのシステムが存在しており、これらが大きな意義を持つことがある。例えばインドなどでは、伝統的な医学システムが普及し、十分に発達しており（サービス実践者を研修する医科大学を含む）、南アフリカでは、伝統的治療家が法的に認められている。西欧社会では、科学的根拠は非常に乏しいにもかかわらず、多くの人びとが正統的でない精神療法や他の治療法（例えば、鍼治療、ホメオパシー、信仰に基づく癒し、あらゆる種類の大衆薬など）を含めた補完医療を利用している。低所得社会にある農村地域の多くでは、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、地域の人びとは、精神的・身体的な健康問題に関し、地元の伝統的な支援を求めたがる場合がある。こうした支援は、安価で、利便性がよく、社会的に受け入れられやすく、スティグマを負う可能性も低く、場合によっては、潜在的に有効ということもある。これらの支援には、現地で理解されている原因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治療家による同様の方法による癒し、地域の文化圏内で活動する専門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、霊性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。

伝統的な癒しの行為のなかには、有害なものもあるということに注意しなければならない。そうしたものとしては、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浄化儀式などが挙げられる。さらに、一部の儀式には非常に費用がかかるともあり、また、一部の治療家が災害・紛争等を利用して、脆弱な人びとを改宗させ、搾取した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、災害・紛争等の環境から見て現実的な範囲で、有害な習わしに対処する効果的かつ建設的な方法を見つけ出すということである。伝統的な浄罪・癒しの行為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、いずれでもない、といった判断をすることが不可欠である。

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

- 精神的苦痛や精神病の現れ方・対処方法(アクションシート2.1を参照)、また、被災者における苦痛の種別・程度の総合的な実態に関する理解が増す。