

項目15:マイノリティ	要約	
第17章 少数民族の災害復興を個人とコミュニティのレベルでどう進めていく		
<p>1. メンタルヘルス・サービスの必要性</p> <p>一人種と精神障害の疫学/疫学的リサーチの限界/民族性,文化と災害復興</p>	<p>0. 2025年にはアメリカ全人口の40% (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) を占めると予測されるマイノリティ(少数民族)の間の精神疾患有病率を、明確に把握することはその文化の多様性から困難である。</p> <p>1. 調査によると、災害によって引き起こされやすいのは、PTSDと気分障害だった(Norris, F., Friedman, M et al. 2002)。少数民族のうつ病有病率は、白人のそれと同様かそれより低いということである。(Holer, C.,&Copeland, C. 2000, Kessler, R., Berglund, P., et all. 2003, Takeuchi, D., Chung, R., et al. 1998, Vega, W., Kolody, B., et al. 1998) 文化的に多様なグループのPTSDに対する相対的な脆弱性の度合いを判断するのは困難である。PTSD有病率の民族性による違いを認めず(Kessler, R., Sonoga, A., et al. 1995), アメリカよりメキシコ(Norris, F., Murphy, A., et al. 2003)、白人では非ヒスパニックよりヒスパニックのほうが(Ortega, A., &RosenheckR.2000)生涯有病率や重症のPTSDが高かった。</p> <p>2. 米国における少数民族のうつ病やPTSDの調査は概して十分とはいえない。(Srinivacan, S., & Guillermo, T. 2000)サンプリングに加えて、症状評価にも多くの難しさがある。(Alegria, M., & McGuire, T. 2003, Kirmayer, L. 1996, Norris, F., Weisshaar, D., et al. 2001, Zheng, Y., Lin, K., et al. 1997, Guarnaccia, P., Ganino, G., et al. 1993)</p> <p>3. 一般的に民族性の影響を調査した災害研究のほとんどは、少数民族の評価が良好でない結果を提示しており (Bolton & Klenov, 1988; Galea et al., 2002; Garrison et al., 1995; Green et al., 1990; March et al., 1997; Palinkas et al., 1993; Perilla et al., 2002; Webster et al., 1995)、トラウマ後ストレスにおける民族的な相異は、劣悪な経済的状況を筆頭とする多くのリスク因子による影響を示唆している。</p> <p>4. 少数民族を対象とした比較研究 は人口集団の文化的あるいは歴史的な状況が災害の影響度に大きく関わり、民族によってそれぞれの年齢による社会的役割に相異があることから、年齢と災害の影響との一貫した関係はみられない (Chen et al., 2003; Norris et al., 2002a; Norris et al., 2002b; Thiel de Bocanegra & Brickman, 2004)。</p>	<p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> <p>4. ✓ Ev.</p>
2. メンタルヘルス・サービスの利用		

ーサービス利用における民族的格差／サービスの可用性と利用しやすさ／支援の求めやすさ, スティグマと不信感／災害後の余波が残る状況におけるサービス利用の促進

1. 少数民族によるメンタルヘルス・サービスの利用には大きな格差がある。少数民族が白人よりメンタルヘルス・サービスを利用しない要因には(DHHS, 2001)、①健康管理への意識の相違(Blendon et al., 1995)、②医療保険(Hargraves & Hadley, 2003)や問題自覚力の低さ(Borowsky et al., 2000)、③苦痛や障害を感じる閾値の相違、④言語問題(Castaneda, 1994)、⑤文化的対応が可能なサービス提供の限界(Sue et al., 1991)、⑥公的機関などの外部者に対して支援を求めることへの迷い(Kaniasty & Norris, 2000)、⑦スティグマ(DHHS, 2011)、⑧精神医学的治療への不信感(Miranda & Cooper, 2002)などが含まれる。

2. これらの格差が生じる要因について、医療保険(Hargraves, J.L., & Hadlet, J. 2003)や問題自覚力の低さ(Borowsky, S., Rubenstein, L., et al. 2000)など多くの説明がされている。これらの事実は、アメリカの少数民族のためのメンタルヘルスケアの可用性と利用しやすさにおける一般的な問題を示すものである。(Castaneda, D.M. 1994; Sue, S., Fujino, D., et al. 1991)

3. 少数民族の問題は支援を求めること自体にあるのではない。(Kaniasty, K., & Norris, F. 2000)また米国公衆衛生総監の報告は、スティグマがメンタルヘルス・サービスを利用する重大な壁となっていることを明らかにしている。(U.S. Department of Health and Human Services. 2001)。そして不信感とはスティグマと多少違う問題である。さらに多くの研究が必要であるが、現時点のデータは、①偏見は米国に浸透している問題であり、②少数民族のなかで精神医学の治療に対する不信感が強い。(Allen, I. 1996; Cooper-Patrick, L., Power, N.R., et al. 1997; Miranda, J., & Cooper, L. 2002; Wang, P., Bergland, P., et al. 2000; Young, A., Klap, R., et al. 2001)

4. 米国公衆衛生総監の報告ではそのような否定的な態度は言語やニーズ、少数民族の文化に合わせた公教育への取り組みを通して対処できると思われる。これらの原則が、実際にサービス利用の格差を減らすのに役立つデータであるかどうかを実証するデータはあまりない。しかし、ニューヨークのプロジェクト・リバティからのデータは以下の仮説を支持する。すなわち少数民族もサービスを受けるために障害となる(スティグマ、不信感)を軽減する、もしくは取り除く(費用など)ことができれば、サービスを求めたり、受け入れたりいすることができる。

1. ✓
Ev.
2. ✓
Ev.
3. ✓
Ev.
4. ✓
Ev.

3. 適切なメンタルヘルス・サービス

<p>—少数民族に関する実証的研究に欠けているもの/ケアの質における人種的格差/文化を感じ取る能力の枠組み/多文化的介入のための編成理念としての社会的機能/地域社会活動</p>	<p>1. 米国公衆衛生総監による報告は少数民族を対象とする効果的なメンタルヘルス治療についての実証的研究は粗末であると評価している (US Department Health and Human Services, 2001)。 2. 提供されるケアの質に人種的格差が存在し、誤診・不適切な投薬をはじめ多くの問題が山積している (Borowsky et al., 2000; Young et al., 2001)。解決には支援者が少数民族の独自の文化背景や経験についての正しい理解が必須であり(Siegel et al., 2000)、とりわけ集団主義の概念の把握は重要である(Hobfoll, 1998)。 3. これらのマイノリティへの支援は災害時における地域社会活動においても文化的な意味をもって対応することを組み込んだ新たなアプローチの重要性を示唆する(例: Solomon, 2003)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>
<p>4. 提案</p>	<p>1. 筆者 (Norris & Alegría, 2006)より提唱された文化を配慮した災害後のケアのためのガイドラインには、以下の9項目の提案事項が含まれている:①地域のニーズを早期に頻繁に査定する、②無料で容易に使用できるサービスを提供する、③スティグマや不信感を減らし、少数民族の人々をケアに繋げるために積極的に共同作業する、④苦悩の認識と正常視、⑤自立と同様、相互依存を適切な目標として尊重する、⑥地域活動を推進する、⑦文化を感じ取る能力の獲得は経過であって結果ではないことを認識する、⑧治療と査定研究を行うことを主張し、促進する、⑨遺産を残す。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>
<p>6. 多文化対応</p>	<p>1. 日本において日本語を母国語としない居住者は災害弱者であり、二次的な情報不安に陥り易く、適切な医療・援助を受けにくいという状況に晒される可能性が高い。 2. これらの回避のため、精神保健医療担当者の異文化理解に基づいた適切な調整ならびに多国語による情報提供を外部の専門家に依頼することが効果的と示唆されるが、日本語で十分に意思疎通の可能な永住権をもつ外国人に至っては、多文化対応の対象に含める必要はない。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

<p>5.3 各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・宗教上の癒しを行える環境を整える。</p>	<p>1. コミュニティの宗教的・スピリチュアル上の指導者 その他文化に通じている人に会い、被災状況や被災者の支えとなる実践に対する考え方をしる。 2. 倫理的な配慮をする。 3. 文化的・宗教的・スピリチュアルな支援、対処メカニズムを学ぶ。 4. 収集した情報をセクター別会議や連携・調整会議にて人道支援者に発信する。 5. 適切な癒しを行えるような環境を整える。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op.</p>
<p>第19章 親善大使としての精神科医</p>		
<p>1. 親善大使の仕事</p>	<p>1. 非常に多くの競合する力の中でバランスをとるための技能と経験を育成するためには、継続的努力と多様な分野の専門知識のしっかりした理解が要求される。2. 専門家一人ひとりには親善大使の仕事は独自に、個人的に引き受けねばならず、自分自身を複数の役割を掛け持つ人物として活かす。3. 個々の災害はそれぞれ異なっており、災害は通常経験の境界線をこえるので、親善大使として働くことは巧妙さと繊細さを要求され、満足感を与えられる創造的チャレンジとなる。同時に多様でしばしば変わりやすい目的をたっせいするために、自分自身の最適な活用一直観、常識、冷静さを保つ基本的応力、磨くためには長い年月を要するその他の技能を調整すること一ができねばならない。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>2. 協働作業</p>	<p>0. 災害精神科医が果たせる最重要機能の一つは、その専門家が共に働いているグループのために、短期的・長期的協働プロセスの構築を促進することだ。1. グループとシステムの視点：グループ関係論 グループ理論を振り返ることが、災害対応の場で働く意図を持つ精神科医の役に立つであろう。2. 役割とコンサルティングのスタンス 災害精神科医は多くの役割を管理できるように、概念的なフレームワークをもつことが何より重要。3. 多くの役割を演じること 災害精神科医学は他の精神医学の専門知識分野を活用し、統合し、拡大する。災害精神科医は多くの役割の中を流れるように動かねばならない。</p>	<p>全て。 Op.</p>
<p>3. 災害メンタルヘルス、宗教、スピリチュアルケア</p>	<p>1. 災害精神科医は、親善大使として、宗教的ケアやスピリチュアルなケアを基盤にしている災害対応従事者と効果的に仕事をする方法の認識を深めねばならない。2. メンタルヘルスに関わる個人や組織と宗教に基づくスピリチュアルケアをする個人や組織の間に協同的で互恵的な関係を創造することが、困っている人々の援助のために確実に最適のリソース配分をする唯一の最も効果的な方法である。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

4. セルフケアと逆境に続く成長	1. 災害支援と外傷学は人々の回復力の概念に焦点を当ててきた。介入に携わる精神科医や他のメンタルヘルスの専門家が自身の言動にこの視点を伝えると、周囲のグループに前向きな影響を与えることができ、親善大使として大きな存在感を示すことができるだろう。	1. Op.
5. 協働の成功	1. 作業グループの課題を成功裡に行えた要因は①協働するという強い願望②別々の関心を持つグループを統合する系統的な計画をつくるという明確で満たされるべきニーズの存在③技能あるリーダーシップ④緊急の災害対応や他の関連活動という厳しい試練の中で、長年ともに仕事をやり遂げてきた参加組織と参加者の歴史⑤相互尊重の雰囲気、共通性と違いの両方の正当な評価。	1. Op.
6. 結論	1. 災害精神科医が親善大使として成功を収めるには、精神医学に対して前向きな見解を持たぬ人々に敬意と誠実さをもって接することはすべての基盤である。それが、維持可能な協働関係、効果的介入、エンパワメント、コンサルテーションを可能とする大きな機会を作り出す。 2. 災害精神医学は若い分野であることから、メンタルヘルスを越えた分野の知識の関連性の重要性が否めない。時間をかけて一つのコミュニティとの同盟関係を築くには、柔軟な見解をもって外交術、公衆衛生の視点、対立解決等の精神保健の枠を超えた知識の獲得が必須であり、それらをもとに親善大使として課題にチャレンジし、成功することで災害精神医学の分野への貢献となる。	1. Op. 2. Op.