

# IASC

Inter-Agency Standing Committee  
IASC Reference Group for Mental Health and  
Psychosocial Support in Emergency Settings

## 災害・紛争等 人道的緊急時における 精神保健・心理社会的支援：

保健分野の人道支援に携わる者は  
何を知っておくべきか？



## 謝辞：

本書は IASC（機関間常設委員会）のグローバル・ヘルス・クラスターとの協議の上、災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC 準拠委員会によって作成された。

本書の制作に当たって世界保健機関（WHO）精神保健・薬物乱用部が（イタリア政府の出資によって）スタッフの時間を提供したことに謝意を述べる。

表紙写真：c International Rescue Committee（左上中）、Psilocybe（左下）及び UNICEF（中央）。

## 引用例：

IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2010). 災害・紛争等人道的緊急時における精神保健・心理社会的支援：保健分野の人道支援に携わる者は何をしておくべきか？ジュネーブ。

日本語翻訳版は、IASC の許可のもと、鈴木友理子、堤敦朗、金吉晴（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、井筒節（国連）および園環樹（株式会社シロシベ）によってなされた。日本語翻訳版に関する問い合わせは、以下アドレス、cocorocare@gmail.com まで連絡されたい。

# 災害・紛争等 人道的緊急時における 精神保健・心理社会的支援：

保健分野の人道支援に携わる者は  
何を知っておくべきか？

## IASC

Inter-Agency Standing Committee  
IASC Reference Group for Mental Health and  
Psychosocial Support in Emergency Settings

2010

# 目次

1. 序論	1
1.1 背景	1
1.2 災害・紛争等緊急事態による影響	2
1.3 原則	3
2. 精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) マトリックス： 災害・紛争等緊急時における最低必須対応の概要	4
3. 連携・調整およびアセスメント	6
3.1 連携・調整	6
3.2 アセスメント	7
4. 保健セクターにおいて必要な MHPSS 知識	10
4.1 コミュニティの動員および支援	10
4.2 一般医療保健において考慮すべき心理的要素	10
4.3 プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) における 重度の精神障害を持つ人へのケア	12
4.4 向精神薬	12
4.5 PHC の保健情報システム	13
4.6 施設に入所中の人	13
4.7 アルコール等の物質	14
4.8 他の保健システムとの連携	14
5. 運営上の課題：すべきこと・すべきでないこと	15
6. 保健セクターによる緊急事態収束後の支援・再建活動	17
7. 人的資源	19
7.1 採用	19
7.2 支援者のための MHPSS に関するオリエンテーション及び研修	20
7.3 スタッフ及びボランティアのウェルビーイング	21
8. 主要なツール及び資源	22
付録 A: WHO 必須薬品モデルリスト (2009 年) 記載関連医薬品	24
付録 B: UNHCR (2009) 保健情報システム (HIS) ケース定義	25

# 1. 序論

## 1.1 背景

本書は、災害・紛争等の緊急事態や危機に直面している国において、国・地域レベルで活動する人道支援に携わる保健支援者のために作成されたものである。公的および民間の医療保健サービス提供者を含む保健クラスターの関係者に適用される。

本書は「災害・紛争等緊急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」(IASC, 2007) に基づいたものであり、人道支援に携わる保健支援者が人道的緊急事態における精神保健・心理社会的支援 (MHPS) に関し持つべき必須の知識について概説している。管理者は保健業務従事者に対し本書の該当部分の適切な周知を図る必要がある。

「心理社会的」という表現は、心理的・社会的プロセスがつながっていることと、それぞれのプロセスが常時互いに作用し影響し合っていることを表している。本書では「精神保健・心理社会的支援」(MHPS) という複合表現を心理社会的ウェルビーイングを維持または推進すること、かつ／もしくは、精神障害の予防や治療を目的とするあらゆる現地または外部による支援を説明するために用いる。

緊急事態における精神保健および心理社会的ウェルビーイングを維持・促進するために社会的支援は必須である。また、この社会的支援は複数のセクターを介して確保すべきである (例:避難所・キャンプ運営、教育、食糧安全および栄養、保健、保護、避難所、水および衛生)。人道支援に携わる保健支援者は、精神保健・心理社会的ウェルビーイングに影響を及ぼす可能性のある社会的リスク要因に対する適切な対処をするために、他の専門領域・クラスターおよびセクターで活動する関係者に対し、IASC ガイドラインとその主要情報を活用するように呼びかける必要がある。

特定かつ、緊急性の高い問題に対しては、必要な心理学的・精神医学的介入が提供されなければならない。また、精神医学的介入は、保健セクターに従事する精神保健専門家の指導の元以外では実施してはならない。

一般保健の対応に精神保健および心理社会的ウェルビーイングへの配慮を含めることにより、生存者の尊厳を保護するとともに、一般保健の対応を強化することにつながる。

## 1.2 災害・紛争等緊急事態による影響

緊急事態は個人・家族・地域社会および社会全体に対し広範囲に及ぶ問題を引き起こす。あらゆる段階において緊急事態は、通常利用できる支えとなる資源を損ない、多岐にわたる問題が発生するリスクを増し、そして既存の問題を増大させる傾向にある。ほとんどの集団において社会的・心理的問題が生じうるが、個々人は、同じ体験に対しても異なる反応を示し、事態にうまく対処するための資源や能力についても異なるものを持っていることに留意すべきである。

緊急事態における精神保健および心理社会的な諸問題はお互いに密接に関わりあっているが、その性質の観点から、主に社会的問題と心理的問題に分けられる。主に社会的側面に関する重要な問題は以下のものを含む。

- ・ 既存の（当該緊急事態以前からある）社会的問題（例：差別・社会的に疎外された人びと、政治的抑圧）
- ・ 緊急事態に由来する社会的問題（例：家族の離散、安全上の問題、スティグマ、社会ネットワークの混乱、生活手段の崩壊、コミュニティの構造の変化、資源や信頼に関する問題、性産業で仕事をする事）
- ・ 人道支援に由来する社会的問題（例：避難所における混雑やプライバシーの欠如、コミュニティの構造や従来の支援の仕組みの弱体化、支援・援助依存）

同様に、主に心理的側面に関する問題は以下のものを含む。

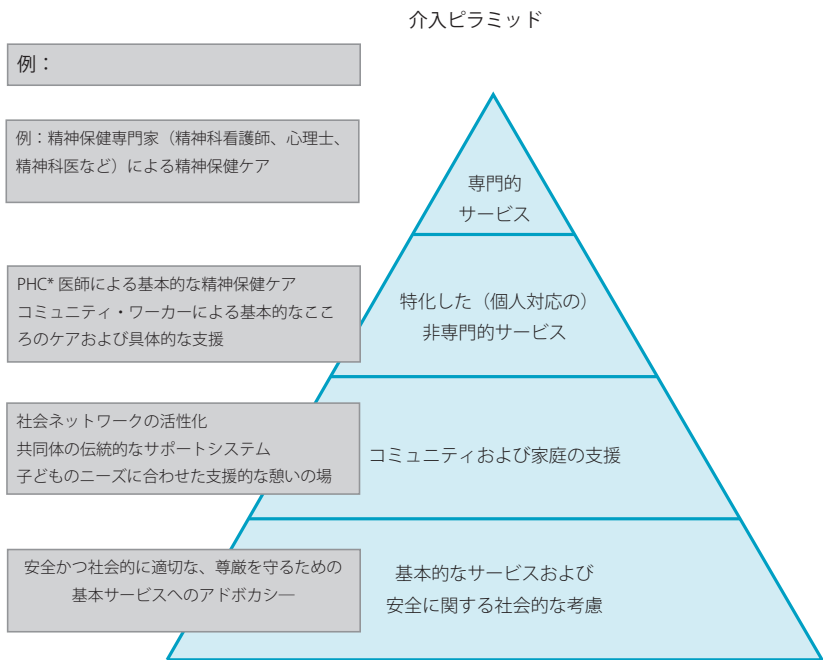
- ・ 既存の問題（例：重度の精神障害、うつ、アルコール乱用）
- ・ 緊急事態に由来する問題（例：喪失、病理性のない苦悩や苦痛、アルコール等の物質乱用、うつ病や心的外傷後ストレス障害（PTSD）を含む不安障害）
- ・ 人道支援に由来する問題（例：配給に関する情報不足による不安）

このように、緊急事態における精神保健および心理社会的な問題には PTSD や災害に由来するうつ病のみならず、多くの問題が含まれている。PTSD やうつ病だけに焦点を当てることは、緊急事態において他に存在する MHPSS に関する問題を見過し、被災者が持つ資源を無視することにつながるため適切ではない。男女、大人子どもに関わらず、人々は精神保健および心理社会的ウェルビーイングを支える強みや資源を持っている。このような資源を無視し、被災した人びとの弱点、つまり脆弱性・苦痛および病理

にのみ焦点を当てることは、MHPSS 関連業務においてよくみられる間違いである。問題を特定することだけでなく、現地にどのような資源があるのか、その資源は役に立つのか害を及ぼすのか、そして被災した人びとが容易にそれらの資源にアクセスできるかどうかを把握することも大切である。

### 1.3 原則

図1. 災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド。(各層の説明は IASC ガイドラインの 13-15 ページを参照)



\*PHC＝プライマリ・ヘルス・ケア

災害・紛争等の際、人びとはそれぞれ異なった形で影響を受け、異なった支援を必要とする。ここで重要となる原則の一つは、人々が相補的な支援を利用できるようにすることである。MHPSS システムは、様々なグループがもつ異なるニーズに対応するために、互いに補完しあう層状のシステムを必要とする（図1参照）。ピラミッドの全ての層が重要であり、できうる限りこれらが並行して実施されるようにする。

もう一つの主要な原則は、緊急事態の初期段階においても、自助を支え、既存の資源の強化を図るなど、地元地域の対応能力を育成することが重要であるということである。人道支援に携わる者は可能な限り、政府・自治体および市民社会の双方の能力を促進するようにすべきである。介入ピラミッドの各層において、個人・家庭・コミュニティおよび社会の技術と能力を見出し、活性化させ、そして強化することが主要な課題となる。

可能な限り、活動および実施されるプログラムは、更に大きなシステム（例えば、既存のコミュニティ支援の仕組み、公的 / 非公的な学校組織、一般医療保健サービス、一般精神医療保健サービス、社会福祉など）の一部として実施されるべきである。「レイブ被害者」や「(ある特定の) 診断を持つ人」など、限られたグループ向けの単独サービスの拡散は支援システムの断片化につながる可能性があり問題を引き起こす傾向がある。大きなシステムに組み込まれた活動はより多くの人への支援を可能にし、たいてい比較的持続可能でスティグマが少ない。

## 2. MHPSS マトリックス：災害・紛争等緊急時における最低必須対応の概要

いくつかの最低限必要な対応が実施されなければならない。この介入の要点は表1に記載されている。保健セクターに関連した主要活動は青斜体でハイライトされている。可能な限り、保健セクターは、コミュニティの動員と支援の領域などの保健以外の領域の活動に参画するようになる。最低必須対応のそれぞれの実施方法については IASC ガイドラインに解説が記載されている。



表1：災害・紛争等緊急時における最低必須対応に関する IASC ガイドライン (IASC ガイドライン、22-31 ページ)

領域		A. 一般的役割
1	連携・調整	1.1 多セクター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。
2	アセスメント、モニタリング、評価	2.1 精神保健・心理社会的問題について現状のアセスメントを行う。 2.2 参加型のモニタリング・評価システムを始動させる。
3	保護および人権上の基準	3.1 精神保健・心理社会的支援に人権フレームワークを適用する。 3.2 社会的保護を通じて、保護上の脅威・失敗を見出し、モニタリング、予防、そして対処を行う。 3.3 法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、そして対処を行う。
4	人的資源	4.1 地元の文化を理解しているスタッフを見つけて採用する。ボランティアの受け入れにおいても同様。 4.2 スタッフの行動規範および倫理指針の適用を徹底する。 4.3 精神保健・心理社会的支援に関し、支援者にオリエンテーションと研修を実施する。 4.4 スタッフ、ボランティアの精神保健・心理社会的ウェルビーイング上の問題の予防、対処を行う。

領域		B. 精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域
5	コミュニティの動員および支援	5.1 全セクターでの緊急対応について、コミュニティそのものが活動し、主体的に関わり、自ら管理できるような環境を整える。 5.2 コミュニティの自助活動および社会的サポートを促進する。 5.3 各共同体において適切な文化上・スピリチュアル上・宗教上の癒し行為を行える環境を整える。 5.4 幼児 (0-8 歳) とその保護者への支援を促進する。
6	保健サービス	6.1 一般医療保健サービスの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れる。 6.2 重度の精神障害をもつ人びとが治療を受けられるようにする。 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、治療を提供する。 6.4 現地固有の伝統的な保健システムを把握し、適宜そのシステムと協力する。 6.5 アルコール等の物質使用に由来する被害を最小限に抑える。
7	教育	7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを促進する。
8	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。 8.2 前向きな対処方法に関する情報へアクセスできるようにする。

領域		C. 活動領域別の社会的配慮
9	食糧安全および栄養	9.1 食糧・栄養支援の提供において適切な社会的・心理的配慮 (文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援) を取り入れる。
10	避難所および仮設配置計画	10.1 避難所設置計画および避難所提供において、連携・調整のとれた形で適切な社会的配慮 (安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援) を取り入れる。
11	水および衛生	11.1 水と衛生を提供する際に適切な社会的配慮 (全ての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用環境) を取り入れる。

## 3. 連携・調整およびアセスメント

### 3.1 連携・調整 (IASC ガイドライン, アクションシート 1.1)

MHPSS 活動は、クラスターやセクターの中および各クラスター・セクター間で調整する必要がある。MHPSS の連携・調整の仕組みは、状況に適したものにすることが重要である。また、MHPSS に関する計画および活動調整を行うため、異なるクラスターおよびセクターに所属する支援者が定期的に会合を開ける仕組みを準備することが望ましい。

MHPSS 関連活動は主要クラスターまたはセクター（たとえば、保健、保護および教育など）の基幹要素となっており、関連するクラスターやセクターの行動計画において話し合い、統合する必要がある。MHPSS 活動に関する責任は各関連クラスターにある。Flash や CAP Appeal 資料の関連する章（保健、保護および教育）には MHPSS プロジェクトを含むことが大切である。そういった資料には MHPSS に関する章が独立してあってはならない。単独クラスターとして MHPSS を設立すべきではない。

IASC ガイドラインは各セクター間の連携を助ける MHPSS 調整グループを一つだけ設置することを推奨している。MHPSS に関わる団体・関係者が多い場合はこのような MHPSS 調整グループを設置すべきである。調整グループには「取り決め事項」が必要となる。「クラスター間調整グループ」が存在する場合、このグループがクラスター間の主な運営事項を取り扱う。MHPSS に関する団体・関係者が少ない場合、セクター間の MHPSS 調整グループの設置が必ずしも必要ではない場合もある。その場合には、各セクターの MHPSS 団体・関係者との間で定例会議を開くか、それぞれ関連するクラスターやセクターのうちに NHPSS 担当窓口を作り、その担当者が定期的に集まる仕組みを講じることが重要である。

考慮すべき点として、政治的・実務的な観点から、MHPSS 調整グループの運営にあたり、保健関連機関と安全・保護関連機関（または難民キャンプの場合、保健関連機関と地域社会サービス関連機関）による共同議長という形態をとると運営がスムーズになることがよくある。指揮をとる団体は、MHPSS に精通し、連携をとるにあたり関係者全員を公平に扱う（特定の取り組みやセクターなどによる偏った主張に流されないよう）能力を持っていないとではない。

クラスターやセクターの活動によって精神保健および心理社会的ウェルビーイングが促進されるようにするため、MHPSS 調整グループは関係する全てのクラスター及びセクターと連携をとる必要がある。

### 3.2 アセスメント (IASC ガイドライン, アクションシート 2.1)

IASC の Inter-agency Rapid Assessment: Field Assessment Form (IRA) は、大規模な突発的緊急事態発生後、初期の数週間にわたり、各クラスターが人道的状況を評価するために用いる標準的なセクター横断的ツールである。保健セクターにおける MHPSS に関しては、精神科病院やその他の施設（老人ホーム、孤児院など）に入院・入所している人びとが忘れられていないか、あるいは飲み水・食糧・身体的医療保健ケアまたは暴力・虐待からの保護へのアクセスのないまま置き去りにされていないかといった確認を行うことが当面の急務である。したがって、IRA を実施する際、アセスメントの担当者が各施設を訪問することが不可欠である。

グローバル・ヘルス・クラスターによる Health Resource Availability Mapping System (HeRAMS) は、利用可能な保健資源やサービスのマッピングに関し、好ましい実践を促進・支援するためのデータ収集および分析を支えるためのツールである。HeRAMS は、各サービス提供拠点における医療保健施設による介入、移動式クリニックにおける介入、コミュニティに拠点を置く介入につき、ケアレベル別、および、保健サブセクター別に、利用可能な保健サービスを同定するためのチェックリストを提供する。コミュニティケア、プライマリケア、そして二次・三次医療それぞれのレベルにおける精神保健に関するチェック項目がある。

さらに、MHPSS に関する「誰が・どこで・何を・いつまで活動している」（いわゆる「4つのW」）を把握するための試用版ツールもある。このツールは、他セクターにおける活動を含め、全ての MHPSS 活動に関するより詳細な情報を収集するのに有用である。また、このツールは「MHPSS に関する IASC 準拠委員会」より入手可能で、HeRAMS とのリンクも可能である。

MHPSS のアセスメントは大規模な突発的緊急事態発生後、数週間または数カ月にわたって実施されることが多い。可能な限り、質問はクラスターによって行われるアセスメントに盛り込むことが望ましい。他の支援分野と同様に、MHPSS のアセスメントは連携に基づいて実施される必要がある。実施する団体は、まずどんなアセスメントが実

施済みかを把握すべきであり、必要な場合にのみ追加の MHPSS に関する現地アセスメントを企画・実施すべきである。多くの緊急事態において、様々なセクターの様々な団体（政府関連各局、国連機関、NGO など）が様々なコミュニティで MHPSS に関する異なる情報を収集するが、誰がどこでどのような情報を収集するのかについて連携をとる必要がある。連携・調整を担当する人はでき得る限り下記表 2 に記載されている全ての被災地に関する情報を確実に入手すべきである。

表 2: アセスメントにおける重要情報（概要）

情報の種類	内容例
関連する人口学的情報および背景に関する情報 <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口（または一定の集団）の規模</li> <li>・ 死亡率および死亡につながる脅威</li> <li>・ 基本的な身体的ニーズ（食糧、住まい、水と衛生、ヘルスケアなど）および教育へのアクセス</li> <li>・ 人権侵害および保護の枠組み</li> <li>・ 社会・政治・宗教・経済関連の構造と力動</li> <li>・ 生計活動および地域の日常生活における変化</li> <li>・ 文化的な資源・規範・役割および意識に関する基本的な民族学的情報</li> </ul>
災害・紛争等の体験	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当該地域住民の災害・紛争等緊急事態の体験（事態やその重大性に対する認識、原因の認識、今後への影響に関する予想）</li> </ul>
精神保健・心理社会的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行動上、感情上の問題を含む心理的・社会的な苦痛・苦難の兆候</li> <li>・ 日常機能障害の兆候</li> <li>・ 社会の連帯意識や支援の仕組みの崩壊</li> <li>・ 重度の精神障害をもつ人びとに関する情報</li> </ul>
心理社会的ウェルビーイングおよび精神保健に関する既存の資源	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自己および他者のための支援・対処法</li> <li>・ 過去にどのように困難に対処したか</li> <li>・ 社会的支援の種類およびコミュニティの団結につながる資源</li> </ul>
各組織の能力および活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健セクターにおける精神保健ケアの構造・分布・スタッフ配備・資源（WHO の Mental Health Atlas を参照）および当該緊急事態による各サービスへの影響</li> <li>・ 教育、社会的サービスにおける心理社会的支援プログラムの構造・分布・スタッフ配備および資源、そして当該緊急事態による各サービスへの影響</li> <li>・ 地域活動家の心理社会的技能に関する実態把握</li> <li>・ 協力可能なパートナーおよびこれまでの MHPSS 研修の程度・質・内容に関する実態把握</li> <li>・ 緊急 MHPSS プログラムに関する実態把握</li> </ul>
プログラムのニーズと可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各種関係者からの提言</li> <li>・ IASC ガイドラインに示されている主要な行動の実施の程度</li> <li>・ 保健・社会・教育・コミュニティ・宗教の各セクター間および各セクター内における紹介の仕組みの機能性</li> </ul>

1. この情報は通常、既存の報告から取得できる。

表2で要約された情報を収集する際には、迅速で参加型のアセスメントの一般原則を適用する。関連する質的データ収集方法には文献の調査、グループ活動（フォーカスグループによる話し合いなど）、主要情報提供者の面接、観察および視察が含まれる。簡便なアンケート調査や保健システムの既存データの検討を含む量的な方法も有用であろう。

緊急事態が原因とされる精神障害の発症率の分布を評価しようとする調査を行う動きがよくみられるが、実施困難である上、多くの資源を要し、かつ問題の多いものとなりがちである。精神障害に関する適切で迅速な調査を、緊急事態の最中に行われているプログラムに対し十分かつ意味のある結果を有するような形で実施するには、相当な専門知識を必要とすることが過去の経験で証明されている。

適切な精神障害に関する調査は、より包括的対応の一部として含まれる場合もあるが、IASCガイドラインは、緊急事態時にできるだけ早期に実施すべき不可欠かつ優先順位の高い対応、すなわち最低必須対応に含んでいない。調査関連課題、そして障害と（一時的な）ストレスとを区別することの難しさに関するより詳細な解説についてはIASCガイドライン47ページを参照のこと。

## 4. 保健セクターに関する必要な MHPSS 知識

### 4.1 コミュニティの動員および支援 (IASC ガイドライン, アクションシート 5.1 5.4)

保健セクターを含む全てのセクターがコミュニティの動員および支援を促進させる共同の責任を有する。本書および IASC ガイドラインで用いられる「コミュニティの動員」とは、コミュニティのメンバー（人びとのグループ、家族、親族、同僚、近隣の人びとまたはその他の共通の関心を持つ人）に、彼らそして彼らの将来に影響を与える全ての事柄に関する話し合いや決断、そして活動に参加してもらうように働きかけることである。コミュニティには、異なるニーズを持った、影響力や権力を争う複数の少数派のグループも含まれることが多い。コミュニティ全体による真の参画を促進させるには、地元の権力構造およびコミュニティ内の対立パターンを理解すること、様々な少数派のグループと協力すること、そして特定のグループへの特権の付与を避けることが必要である。(IASC ガイドライン、アクションシート 5.1 を参照)

コミュニティの自助とソーシャルサポートを促進するためには、参加型地域評価やその他の参加型の方法により、自然に発生する心理社会的支えおよびうまく対処するための資源やレジリエンスの助けになるものを特定することも必要である。これには、適切な場合には、コミュニティに既に存在するイニシアチブを支援すること、特に、最も MHPSS に関するリスクの高い人びとを含む、被災したコミュニティに暮らす全ての人びとを支える家族やコミュニティによる支援を促進することも含まれる。また、コミュニティによって講じられた取り組みを支援するとともに、被災したコミュニティに暮らす全ての人びとのため、さらなる適切な取り組みを検討する必要もある。これはリスクが最も高い人びとのために特に必要である（共同体による癒しの促進と非常に幼い子どもの支援を含む、詳細な指針および例については、IASC ガイドライン、アクションシート 5.2・5.3・5.4 を参照）。概して、想像を遙かに超えるような体験をした人びとにとって、生活の一部をある程度自分でコントロールできるようになることは精神保健と心理社会的ウェルビーイングの促進につながるため、自助に焦点を当てた取り組みは不可欠である。

### 4.2 一般医療保健において考慮すべき心理的要素 (IASC ガイドライン, アクションシート 6.1)

一般医療保健サービスを提供する際、以下の行為を検討すべきである。

- ・患者に対して患者の健康状態、そして保健セクター内外に存在する関連サービスについて明確かつ正確な情報を伝える。コミュニケーションに関する再教育には、支持的な態度で悪い知らせを伝える方法や、怒っている・非常に不安・希死念慮を持つ・精神病状態・ひきこもっている患者との接し方、そして非常に個人的または感情的な事柄について話を聞く場合の対応法に関する基礎知識を含むことが望ましい。
- ・人びとが問題を明確にできるように手伝うこと、対処方法を一緒に考えること、選択肢を見出すこと、そして選択肢の価値および結果を検証することによって、問題への取り組みとエンパワーメントを支援する。
- ・追跡、社会的サービス、および法律に関するサービスへの紹介。
- ・子どもの発達障害のリスクを減少し、発達を促進するために、栄養失調の子どもを補助プログラムへ紹介する。
- ・主に医薬品を用いない方法で医学的に説明のつかない身体症状の訴えに対処する（資源リストの Where There is No Psychiatrist、85-101 ページを参照）。
- ・心理的応急処置（PFA）を実施する。PFA には、以下に焦点を置く基本的で侵襲的でない、実際的な心理的サポートが含まれる。（1）強要せずに話を聞く、（2）ニーズを評価し、基本的ニーズが満たされるようにする、（3）強制することなく、大切な人との関わりを促す、そして（4）更なる被害から保護する。このように、PFA では、非常に大きなストレスの伴う出来事の直後に苦しみ、支えを必要としている可能性のある「同じ人間」である仲間に対し、臨床的でない、人道的、支持的な対応を行う。苦痛や苦難を引き起こした出来事について話す必要が必ずしもない点で、心理的デブリーフィングとは大きく異なる。**心理的デブリーフィングは、よく用いられているが議論の多い技法であり、実施すべきでない（最善の場合でも効果がない）。**保健分野に従事する者はもちろん、全ての支援者が初歩的な PFA を実施できるようにする必要がある。
- ・少数であるが、緊急事態に由来する重度・急性の苦痛が、基本的な生活機能を妨げたり、もしくは耐えられないほどであるような場合は、臨床的な対処が必要になるであろう（詳細は Where There is No Psychiatrist を参照）。
- ・急性の苦痛の臨床的な対処について、**多くの緊急事態において、ベンゾジアゼピンが過剰処方されている。**特定の臨床的な問題（過度の不眠症など）に対する短期間

の処方であればこの薬品の処方が適切な場合もある。しかし、ベンゾジアゼピンの服用はすぐに依存を引き起こす恐れがあるため注意すべきである。

- 数少ないケースでは、重度の PTSD を含む慢性的な気分または不安障害が発症することがある。重い障害の場合、最低必須対応の一環として資格のある医療従事者が治療すべきである（IASC ガイドライン、アクションシート 6.2 に記載されている）。軽い障害の場合（その人が普通に日常生活を送ることができ、苦痛に耐えられる状態など）は、より包括的な支援活動の一環として適切なケアを提供すべきである。適切な場合は、資格を持つ、臨床指導を受けている保健サービスに所属するコミュニティ保健従事者（社会福祉士、カウンセラーなど）による支援が実施されてもよい。

#### 4.3 PHC における重度の精神障害を持つ人へのケア (IASC ガイドライン, アクションシート 6.2)

重度の精神障害は、緊急事態以前から存在していることがよくあるが、中には事態に由来するものもある。そういった障害を持つ人びとは非常に脆弱で緊急事態の際に見放されることがよくある。アクションシート 6.2 は重度の精神障害を持つ人のためのケアをどう組織するかについて、様々な側面から記述している（たとえば、アセスメント関連課題、研修と指導に関する課題、サービスの広報、サービスについての情報提供など）。プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）において精神保健ケアを編成する場合、以下のようなサービス・モデルの可能性がある。

- 精神保健専門家が政府や NGO の PHC チームに参加する。
- 現地の PHC スタッフに対そ、日常業務に精神保健ケアを取り入れ、そのための時間を確保するための研修・指導を行う。
- 他の PHC サービスとともに精神保健ケアを常時提供できるよう、現地の PHC チームのメンバーの一人（医師または看護師）に研修・指導を行う。

#### 4.4 向精神薬

PHC やその他の保健サービスにおいて必須の向精神薬の在庫を十分に確保する必要がある（IASC ガイドライン、アクションシート 6.2）。保健に関する人道支援に携わる者は以下の点を把握すべきである：



- ほとんどの国では、一般的に、特許を有する向精神薬よりも数倍安価な一方で同じ効果を持つため、特許の切れたジェネリック医薬品が推奨される。新薬は副作用が少ない傾向があるが、全体的な服用のアドヒアランスはわずかにしか向上しない。
- WHO 必須薬品モデルリスト (付録 A 参照) から、最低限、抗精神病薬を一種、抗パーキンソン病薬を一種 (起こりうる錐体外路副作用に対処するため)、抗けいれん薬 / 抗てんかん薬を一種、抗うつ薬を一種、そして抗不安薬を一種 (重度の物質乱用、けいれんに使用)、これらを全て錠剤で用意する。これらの医薬品は 2010 Interagency Emergency Health Kit に含まれている。

#### 4.5 PHC の保健情報システム (H.I.S.) (IASC ガイドライン, アクションシート 6.2)

緊急時の PHC は、精神保健上の問題を抱える人を支援する重要な機会となる。PHC のスタッフが簡単な分類法を用いて精神保健上の問題を記録できるように研修を行うことが望ましい。多くの PHC 従事者は、ほぼガイダンスなしでも以下の 7 つの区分を用いることができるであろう (UNHCR ケース定義については付録 B を参照)。

- けいれん・てんかん
- アルコール等の物質使用障害
- 精神発達遅滞 / 知的障害
- 精神病性障害
- 重篤な感情障害
- 他の心理的な訴え
- 医学的に説明の付かない身体症状の訴え

#### 4.6 施設に入所中の人びと (IASC ガイドライン, アクションシート 6.3)

精神科病院やその他の施設に入院・入所している人びとは過去の緊急事態の際にたびたび忘れられ、見放されることによって暴力・ネグレクト・人権侵害に曝されてきた。危機を通して、保健医療の責任者は、病院・施設にいる人を確認した上で、緊急のニーズに対処し、その人びとが保護されケアが提供されるようにしなければならない。

#### 4.7 アルコール等の物質 (IASC ガイドライン, アクションシート 6.5)

災害・紛争等緊急時において、アルコール等の物質使用は、保護・医療・社会経済的な問題に広範囲に渡って関連するため、保健セクターは他のセクターと連携し、これら物質使用による有害性が最小に抑えられるよう行動をとる必要がある。IASC ガイドラインでは緊急事態における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ための最初のステップを提示している。このステップにはアセスメント (UNHCR/WHO, 2008 参照)、有害性につながる使用および依存の予防、コミュニティにおける有害性軽減のための介入、そして離脱症状への対応が含まれている。

#### 4.8 他の保健システムとの連携 (IASC ガイドライン, アクションシート 6.4)

コミュニティ固有の伝統的な保健システムに関する情報を集め、適切な場合連携をとることが重要である。伝統的な癒し (ヒーリング) のアプローチが臨床の観点から効果的か有害にかかわらず (一様ではない)、伝統的ヒーラーとの対話は、被災した人びとのスピリチュアル、心理的、社会的な世界に関する深い理解や、効率のよいリファーマルシステムの確立などの建設的な結果につながることもある。連携を避けたがる伝統的ヒーラーもいるだろう。一方で、伝統的な治療法に対し、共感せずに敵対心をもったり、または知識を持っていない保健従事者もいる。状況によっては距離を置くことが最善の選択肢になることもあるが、アクションシート 6.4 に記載された主要なアクションは異なる保健システム間において建設的な連携を促進する可能性がある。

## 5. 運営上の課題：すべきこと・すべきでないこと

過去の緊急事態における経験から、とるべき行動、一般的に避けるべき行動があることが示されている（表3参照）。保健プログラム責任者は、この「すべきこと・すべきでないこと」に精通している必要があり、プログラムの開発・実施・評価のためのチェックリストとして使用することもできる。

表3: すべきこと・すべきでないこと

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包括的なひとつの連携・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支援もしくは心理社会的支援に関する複数のグループを設置しない。
連携・調整会議に参加し、他セクターの活動を補完して付加価値を高めることで、共働による対応を支援する。	孤立して活動したり、自身の活動と他セクターの活動との整合性を考慮せずに活動したりしない。
対応の要否や、その種類を判断するために、情報を収集して分析する。	アセスメント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。
アセスメントツールを現地の事情に合ったものにする。	被災地において妥当でないアセスメントツールを用いない。
被災者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の機能はよい。	被災した全員が心的外傷を負っているとか、レジリエンスがあるように見える者は支援を必要としないといふなさない。
現地で用いられている言語を用いて、秘密保持に留意した安全かつ支持的な形で質問をする。	アセスメント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しない。
ジェンダーによる差異に注意を払う。	災害・紛争等により受ける影響が男女（あるいは少年・少女）で同様であるとか、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・利用可能であるとみなさない。
スタッフやボランティアを採用する際には照会情報を確認し、現地や被災コミュニティ出身の新規スタッフの能力育成を行う。	既存のコミュニティ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。	複雑な心理的介入の実施準備にあたって、一回限りの研修や、単立の研修、フォローアップなしの超短期的な研修を用いない。
コミュニティが参加意識を発揮し、管理、運営するプログラムの開発を促進する。	コミュニティの人びともっとも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、被災した人びとの既存の資源を強めて、コミュニティの能力を築く。	コミュニティ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、コミュニティの文化的習わしを学び、適宜それを利用する。	コミュニティ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みなしたり、地域の支持的な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いしない。

すべきこと	すべきでないこと
政府の能力を高め、一般保健ケアサービスに（可能な場合には、コミュニティの精神保健ケアサービスにも）災害・紛争等被害者への精神保健ケアを統合する。	特定のグループごとの縦割りの精神保健ケアサービスを設けない。
極度のストレス要因に曝露した急性の苦痛を受けた人びとに対して、心理的応急処置（PFA）などを含めた、幅広い支援が利用できるようにする。	紛争や自然災害への曝露後の初期介入として、一般市民を対象とした単発・短期間の心理的デブリーフィングを提供しない。
適切な処方および基本的な心理学的支援に関する、プライマリケア/一般保健ケア従事者へ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。
多大な影響を受け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がある人びとのために、コミュニティ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、基本的ケアや保護のために、施設が明らかに最終的手段として必要な場合は除く）。
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、各機関の連絡担当者を有効活用する。	外部との連絡のためだけに各機関の連絡担当者を用いない。
ストレスが軽減されたり、人道支援サービスを受けられるようにするために必要な正しい情報を提供するため、メディアなどの手段を利用する。	人びとの苦痛を扇情的に取り上げたり、人びとに害を生じる可能性があるメディアの映像・画像を生成・表示しない。
あらゆる人道支援セクターに、適切な心理社会的配慮を統合するようにする。	多セクターの対応がない状態で、臨床的活動のみに集中しない。

## 6. 保健セクターによる緊急事態収束後の支援・再建活動

本書で解説される四段のピラミッド（図1参照）と多セクター枠組みは、災害・紛争等後に行われる復旧時の MHPSS 活動の基礎でもある。それぞれのセクターにおける復興に向けた活動は IASC ガイドライン 24 – 31 ページのマトリックス内の包括的対応の欄に記載されている。下記は保健セクターによる活動の記述である。

保健セクターにおいて、災害・紛争等後に最も必要とされる活動は以下のとおりである。

- 適宜、国の精神保健に関する政策・法律の改定に着手する。
- 災害・紛争関連の、および既存の精神障害につき、幅広く、一般保健ケアやコミュニティ精神保健ケアサービスを通じて、精神保健ケアが得られるようにする。
- 新たに設けられた精神保健ケアサービスを持続可能なものとする。
- 精神障害施設入居者のために、コミュニティに根ざしたケアと適切な代替の生活環境とを整える。

人道的緊急事態は「惨事」であるとともに、人びとを支えるための精神保健システムを構築するための貴重な機会でもあることに留意すべきである。現在の疫学関連の文献を参照しても、緊急事態によって多くの精神障害（気分障害および PTSD を含む不安障害や物質使用障害など）の発症率が実際に上昇することは明確であり、被災地で長期的な基礎的かつ持続可能な地域型精神保健サービスを構築する必要性については十分な根拠がある。特に、被災したコミュニティはいうまでもなく、世界中の全てのコミュニティにそのようなサービスを設けるべきである。災害・紛争等が長期にわたる持続可能な精神保健ケアの仕組みの構築につながることは、アルバニア・中国・インドネシア・ヨルダン・イラク・コソボ・マケドニア・パレスチナ占領地区・ペルー・スリランカそして東ティモールからの報告で証明されている。

多くのケアがコミュニティにおいて実施されるべきである一方、逆説的であるが、多くの場合持続可能な広域レベル精神保健システムの礎石になるのは専門家の常駐する入所可能な急性精神科ユニットである。この施設は (a) 当該地域全域に及ぶコミュニティを対象としたアウトリーチ (outreach) 外来ケアの調整と (b) PHC クリニックにお

ける非常にニーズの高い精神保健活動の支援と指導といった活動の中核となることが多い。したがって、入院（所）可能な精神科施設のない地方において、保健復興投資に伴う新しい総合病院の建設計画には専門家が常駐する入所可能な急性精神科ユニットの設置計画を盛り込むことが望ましい。しかし、災害・紛争等後の（再）建設計画に三次医療精神科病院の建設が盛り込まれる場合もある。残念ながら、そういった計画は通常得策ではない。従事者、予算、病床といった精神保健資源を三次医療から二次・プライマリケアへ移行することはコミュニティにおいて精神障害を抱える人のために効果的な治療網を調整・拡充するにあたって鍵となる政策である。精神保健ケアを持続可能な形で発展させるための秘訣は人的資源である。コミュニティレベルの従事者（医師、看護師、他のPHCスタッフ）を対象とした教育におけるあらゆる長期的投資の一つとして、カリキュラムに精神保健を盛り込むべきである。

## 7. 人的資源

### 7.1 採用

保健に関する人道支援者は、その団体の精神保健対応プログラムを実施するための責任者を採用することがある。以下に採用に当たっての推奨要件をあげる。

- |  |  |
|--|--|
| - 公衆衛生・医療・看護または行動・社会学の修士以上の学位                      | - IASC ガイドラインに記載されている、緊急対応としての MHPSS に精通していること |
| - 人道支援の現場においてプログラム管理および精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) を行った経験 | - 文化が異なる考え・習慣および社会的支援の仕組みに精通していること             |
| - 低・中所得国の保健セクターにおける現場での職務経験                        | - 国連と NGO 人道コミュニティに精通していること                    |
| - 必要な言語能力  | - 機関間・セクター間の連携・協力に対して前向きであること                  |
|  | - 文化的理解・感受性があること                               |

IASC ガイドラインのアクションシート 4.1 にはスタッフやボランティアの特定および採用について詳細な助言が記載されている。保健プログラム責任者は、MHPSS 提供者の採用に際しては、現地の文化と適切な振る舞いについて知識を持っているものを選抜することが望ましい。臨床行為、またはその他の直接の対人心理社会的支援行為は、主に現地スタッフが行うべきである。保健プログラム責任者は入手可能な基準に基づき「飛び入りで助けてい」という外国の精神保健専門家からの支援提案については注意深く評価する必要がある (IASC ガイドライン、72 ページ参照)。

## 7.2 支援者のための MHPSS に関するオリエンテーション及び研修

適切な姿勢や動機もなく、オリエンテーションおよび研修を十分に受けていない者は、支援対象の人びとにかえって危害を加える恐れがある。アクションシート 4.3 は、短いオリエンテーションセミナーと研修セミナーとを区別している。半日または一日に及ぶオリエンテーションのためのセミナーでは、各対応レベルで活動する全員に対し、心理社会的ニーズ・問題そして入手可能な資源に関する即効性のある基本的・必須の・実践的な知識と技能を扱う必要がある。参加者の例としては、全セクター（特に社会福祉サービス、保健、教育、保護と緊急対応の部署）からの全支援者が含まれる。一方、研修セミナーではより詳細な知識や技能の習得を含み、対象をしぼった、専門的な MHPSS に関する活動（図 1 のピラミッドの上位 2 層を参照）に参加する支援者に推奨される。セミナーの開催日時は緊急対応の妨げにならないようにする。

研修等においては、短く、連続するモジュールを積み上げていくような学習方法が望ましい。これは (a) スタッフが長時間にわたって任務から離れるのを防ぎ、そして (b) それぞれの研修セッションの間にスタッフが学んだ技能を練習をできるためである。それぞれの短いモジュールは状況に応じて数時間、または数日間に渡って行い、数日または数週間後に次の新モジュールが導入される前に支援と指導のもとで現場で実践をさせる。**研修セミナー終了後には、常に担当者・責任者による指導、または現場中心の支援を通してフォロー・アップする必要がある。**これは、たとえば、サービスを提供する場での研修やスーパービジョンであったり、最近体験した臨床場面において難しかった対応に関するロールプレイを取り入れた定期的に開催されるスーパービジョン会議などを必要とする。フォロー・アップの仕組みを講じずに高度な精神保健技能に関する研修を行うことは無責任である。アクションシート 4.3 はオリエンテーションや研修の開催（たとえば、トレーナー（指導員）の採用、学習方法、研修内容、そして指導員の養成に関連した課題）に関する重要な情報を提供している。



### 7.3 スタッフ及びボランティアのウェルビーイング

災害・紛争等緊急事態時に活動するスタッフとボランティアは、緊迫した状況下、そして複雑な安全条件のもとで長い時間にわたって働くことが多い。多くの支援者は管理や組織的支えの不十分さを体験し、これが最も高いストレスとして報告される傾向がある。また、恐怖や危険、悲惨な状況に直面することは、感情的な負担になり支援者の精神保健およびウェルビーイングへ悪影響を及ぼす可能性がある。アクションシート 4.4 (項目 2～4) は健全な活動環境の促進および活動に由来する日常的なストレス要因となり得るものに対処するための重要な行為を解説している。

心理的デブリーフィングは現在推奨されていない。非常事象（危機の伴う出来事、トラウマを引き起こす可能性のある出来事）を体験もしくは目撃したスタッフには基本的な心理支援（心理的応急処置、上記セクション 4.2 参照）へのアクセスを確保しなければならない。生存者の急性的な苦痛が基本的な生活機能を制限するほど（または自分もしくは他者に対して危害を加える可能性がある）と判断される）深刻な場合には、彼らは活動を止め、即時に急性心的外傷性ストレスに関する科学的根拠に基づく治療法に精通している精神保健専門家から治療を受けなければならない。同伴者付きの医療的避難が必要になる可能性もある。

危機の伴う出来事の 1 から 3 カ月後に精神保健専門家が出来事を体験したスタッフ全員に確実に連絡を取ることが重要である。精神保健専門家は体験した支援者の生活機能と感情を評価し、時間が経っても深刻な問題が解決されない場合には臨床治療への紹介を行う（アクションシート 4.4 の項目 6・7 参照）。

## 8. 主要なツール及び資源

- Bolton P. (2001). Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision. <http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>
- 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/>
- IASC (2005). Action Sheet 8.3: Provide community-based psychological and social support. In: Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. Geneva: IASC, pp.69-71. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (also in Arabic, French and Spanish).
- IASC (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (also in Arabic, French and Spanish; hard copy of guidelines includes a CD-ROM with resource documents).
- IASC (2008). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Checklist for Field Use. Geneva: IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>
- IASC Global Health Cluster (2009). Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. Geneva: WHO
- PAHO/WHO (2004). Sociocultural aspects. In: Management of Dead Bodies in Disaster Situations, pp.85-106. Washington: Washington DC: PAHO. <http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf> (also in Spanish).
- 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>
- Sphere Project (2004). Standard on mental and social aspects of health. In: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response, pp.291-293. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index>.

[htm](#) (available in multiple languages).

- UNHCR/WHO (2008). Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva: UNHCR/WHO.
- 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](http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf) (also in Arabic, Bahasa, Chinese, French, Russian and Spanish).
- 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) (also in Spanish).
- 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](http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf) (also in French and Spanish).
- WHO (2009). Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care. Geneva: WHO.
- 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/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/) (also in Arabic and French).

## 付録 A

### WHO 必須薬品モデルリスト (2009 年) 記載関連医薬品

#### 精神科治療薬剤

■ クロールプロマジン (chlorpromazine)	注射: 25 mg (塩酸塩)/ml in 2 ml アンブル; 経口溶剤: 25 mg (塩酸) / 5 ml; 錠剤: 100 mg (塩酸)
■ フルフェナジン (fluphenazine)	注射: 25 mg (デカン酸あるいはエナント酸) in 1 ml アンブル
■ ハロペリドール (haloperidol)	注射: 5 mg in 1 ml アンブル; 錠剤: 2 mg; 5 mg
■ アミトリプチリン (amitriptyline)	錠剤: 25 mg (塩酸).
フルオキシセチン (fluoxetine)	固形経口剤形: 20 mg (塩酸フルオキシセチンとして)
カルバマゼピン (carbamazepine)	錠剤 (分割錠): 100 mg; 200 mg
炭酸リチウム (lithium carbonate)	固形経口剤形: 300 mg
バルプロ酸 (valproic acid)	錠剤 (腸溶性錠剤): 200 mg; 500 mg (バルプロ酸ナトリウム)
■ ジアゼパム (diazepam)	錠剤 (分割錠): 2 mg; 5 mg
クロミプラミン (clomipramine)	カプセル: 10 mg; 25 mg (塩酸塩)

#### 抗パーキンソン薬 (抗精神病薬によって起こりうる錐体外路症状の副作用対策として)

ビペリデン (biperiden)	注射: 5 mg (乳酸) in 1 ml アンブル; 錠剤: 2 mg (塩酸塩)
-------------------	--

#### 抗けいれん薬 / 抗てんかん薬

カルバマゼピン (carbamazepine)	経口溶剤: 100 mg/5 ml; 錠剤 (チュアブル錠): 100 mg; 200 mg; 錠剤 (分割錠): 100 mg; 200 mg
ジアゼパム (diazepam)	ゲルまたは座薬: 5 mg/ml in 0.5, 2 ml and 4ml チューブ
■ ロラゼパム (lorazepam)	非経口製剤: 2 mg/ml in 1 ml アンブル 4 mg/ml in 1 ml アンブル
フェノバルビタール (phenobarbital)	注射: 200 mg/ml (フェノバルビタールナトリウム); 経口溶剤: 15 mg/5 ml (フェノバルビタールあるいはフェノバルビタールナトリウムとして); 錠剤: 15 mg-100 mg (フェノバルビタール)
フェニトイン (phenytoin)	カプセル: 25 mg; 50 mg; 100 mg (ナトリウム塩); 注射: 50 mg/ml in 5 ml バイアル (ナトリウム塩); 経口溶剤: 25-30 mg/5 ml; 錠剤: 25 mg; 50 mg; 100 mg (塩酸塩); 錠剤 (チュアブル錠): 50 mg
バルプロ酸 (valproic acid)	経口溶剤: 200 mg/5 ml; 錠剤 (粉碎可): 100 mg; 錠剤 (腸溶性錠剤): 200 mg; 500 mg (バルプロ酸ナトリウム)

■ = 薬理学的クラス内において同等の臨床的特性を示す。

青字イタリック体の薬剤は、2001 年版機関間保健医療救急キットに含まれている。

## 付録 B

# UNHCR (2009) 保健情報システム (HIS) ケース定義

### 精神神経障害

#### 1 てんかん・発作

てんかんを持つ人は熱、感染、ケガまたはアルコール禁断症状などの明らかな原因のない発作を最低 2 回経験している。発作は手足の震えを伴う失神に特徴づけられ、ときには身体的危害、膈・膀胱の失禁、舌を噛むことも伴う。

#### 2 アルコール等物質使用障害

この障害を持つ人はアルコール（または他の依存性物質）の摂取を毎日のように求め、摂取量を容易に抑制できない。対人関係、職務上の成績、そして身体的健康状態がしばしば悪化する。この問題にもかかわらず、その人はアルコール（または他の依存性物質）を摂取し続ける。

除外基準：アルコール（または他の依存性物質）を大量に摂取していても、摂取量が抑制できる人にはこの区分を適用しない。

#### 3 精神発達遅滞・知的障害

これを抱える人は知的機能が非常に低く、日常生活において問題を起こす。子どもの場合、話し言葉が遅れる。大人の場合、単純作業なら遂行できる。ほとんどの場合は他人の支援なしに自律した生活を送ることや自分のことを自分でしたり、子どもの世話をすることができない。重度の場合、発声困難や他者を理解することに苦勞することもあり、常時介護を必要とすることもある。

#### 4 精神病性障害

この障害を抱える人は、実在しないもの聞いたり見たりし、または真実でないことを信じ込むことがある。自分に話しかけたりして、また、話す言葉は混乱しているか理解不能であったり、様子が一般的でない。身だしなみに構わないことがある。一方、過度の幸せ、いらいら、精力的、おしゃべり、または無謀な時期を繰り返すこともある。同じ文化の人からみて行動が「狂っている」、もしくは、非常におかしいと見なされる。

#### 5 重篤な感情障害

この障害を抱える人は (a) 耐えられない悲しみや無関心、かつ／または (b) 過度の、抑制のできない不安と恐怖によって通常の日常機能が 2 週間以上著しく低下している。対人関係、食欲、睡眠、集中力が頻繁に影響を受ける。会話を始めるまたは維持することができないこともある。非常に疲労を訴え、社会的に引きこもり、しばしばベッドで一日のほとんどを過ごす。希死念慮がよく見受けられる。

対象基準：この区分は日常機能に著しい低下が見られる場合にのみ適用する。

### 他の臨床的に考慮すべき訴え

#### 6 他の心理的訴え

この区分には感情（例：うつ気分、不安）、思考（例：思いを巡らす、集中力の欠如）または行動（例：不活発、攻撃性）に関する訴えが含まれる。全て、またはほぼ全ての日常的、一般的活動に支障はない。訴えは、より軽度の感情障害の症状であることもあるし、単に一般的なストレスへの反応（つまり、障害ではない）を表しているだけである可能性もある。

対象基準：この区分は (a) 症状のために助けを求めていること及び (b) 上記 5 つの区分のいずれも該当しない場合にのみ適用する。

#### 7 医学的に説明できない身体症状の訴え

この区分は明確な器質的原因の伴わない身体的症状の訴えに適用される。

対象基準：この区分は (a) 必要な身体検査を行った後、(b) 上記 6 つの区分のいずれも該当しない、及び (c) 訴えのために助けを求めている場合にのみ適用する。

本書は災害・紛争等の人道的緊急時に直面している国において国やコミュニティレベルで活動する保健分野の人道支援者のためのものである。公的および民間の保健サービス提供者を含む保健クラスターの関係者に適用される。

本書は「**災害・紛争等緊急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**」(IASC, 2007) に基づいたもので、保健に関する人道支援者が人道的緊急事態における精神保健・心理社会的支援 (MHPSS) について持つべき必須の知識の概要を解説している。管理者は保健業務従事者に対し本書の該当部分の適切な周知を図る必要がある。

本書は IASC (機関間常設委員会) のグローバル・ヘルス・クラスターとの協議の上、災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC 準拠委員会によって作成された。