

項目6:アセスメント	要約	
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。	<p>1. 可能な限り適切な関係者(支援機関、コミュニティ、被災者など)と連携し、①被災地域の人口統計・背景情報、②被災体験、③精神保健・心理社会的問題、④地元既存する心理社会的ウェルビーイング・精神保健に関する資源、⑤地元の支援団体の対応能力と活動、⑥プログラムのニーズと機会、の6つの情報を収集し共有する。</p> <p>2. 効果的な救援活動を行うためには、被害を受けた地域の対応能力とその被災体験に焦点を置いた迅速アセスメントを1,2週間以内に完了することが推奨されており、上記の情報全体に関する詳細なアセスメントもその後必要とされる。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
2.2 参加型のモニタリング・評価システムを始動する。	<p>1. 支援活動の質の向上させるためには、モニタリングと評価(monitoring and evaluation: M&amp;E)が欠かせない。(1)プロセス(サービスおよびプログラムの質、量、範囲、サービス利用に関する)、(2)満足度、(3)アウトカム(設定した目標に応じた対象者の生活の変化の程度)の指標をSMART (Specific, Measurable, Relevant, Time-bound: 具体的、測定可能、実現可能、妥当、期限付き)の基準に沿って策定し、活動の前後・最中に測定することで長期的にわたり活動の変化の有無を確認できる。また、活動の後に一定の間隔での追跡調査を行うことが望ましい。</p> <p>2. 可能な限り適切な関係者(政府、NGO、コミュニティ、宗教団体、被災者等)がアセスメントの行われる過程に参加し、協同的作業とする。加えて、面接参加者のプライバシー、秘密、最善の利益が尊重されなければならない。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
第4章 スクリーニングと心理アセスメント		
1. スクリーニングと心理アセスメントの概説		

<p>—何をアセスメントするのか／アセスメントによる“回復促進”と“傷つき”／アセスメントの時期・選び方</p>	<p>1. アセスメントの主目的は、トラウマによる心の後遺症の査定であるが故に、それに関連する(1)外傷体験の内容や、(2)背景要因(例:サポート資源の欠如)の把握が不可欠となる。児童虐待等の場合は、被害が発生する可能性を優先的に評価することが求められる。</p> <p>2. 被災者のトラウマ体験の開示については「回復を促進する」、「さらに心を傷つける」という相反する見解があるが、どちらが正しいということではない。トラウマ体験の開示・非開示については、体験からの経過時期、開示の程度や環境、ならびに本人の開示への準備性などが影響する。</p> <p>3. アセスメントの時期・選び方は(1)トラウマ体験からの経過時期、(2)被災者の状態と人数、(3)査定者との関わりが可能な時間、などで決まる。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>2. スクリーニングとしての査定 —トラウマに関連したスクリーニングとは／実際に用いられているスクリーニング尺度の概説</p>	<p>1. 心理尺度を用いたトラウマ体験の「後遺症」としての反応のスクリーニングは、限られた時間の中で支援を必要とする人々を迅速に特定し、心理教育としての効果も発揮する。</p> <p>2. 本章では、①改訂出来事インパクト尺度: IES-R(Asukai et al., 2002; 飛鳥井, 2004)や、子ども版災害後ストレス反応尺度: PTSSC-15(富永, 2004; 富永ほか, 2002)などのトラウマ反応の重症度を査定する尺度と、②改訂版虐待経験評価尺度: AEI-R(西澤, 2005)や日本版ドメスティックバイオレンス簡易スクリーニング尺度: DVSI(石井, 2006)の尺度</p>	<p>1. Op. 2. Ev.</p>
<p>3. 子どもの心理アセスメント —「UCLA・PTSDインデックス DSM-IV版(UPID)」とは／UPIDの特徴／施行方法</p>	<p>1. 著者(明石, 2010)は、7～18歳の子どもを対象としたPTSDのアセスメントツールとして、UCLA・PTSDインデックスDSM-IV版(UPID)を紹介し、特徴や施行方法について概説している。</p> <p>2. UPIDの最大の特徴は、子どもの応えやすさを重視した明快で簡潔な質問項目である。試行時間も平均20～30分と短く、使い易い。</p> <p>3. 対象年齢は7～18歳(日本語版は小学校3年生以上に適切な言葉、表記を使用)であり、試行形態は施行者が質問を読み上げる(構造化面接)、自記式、集団試行(読み上げもしくは自記式)の3通りがある。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>4. 診断としての査定</p>		

<p>ー診断としての査定にあたって／時期式質問紙法／構造化診断面接法</p>	<p>1. 査定に必要な内容は、①被害体験の内容、②他の心的外傷経験、③精神症状(PTSD症状や抑うつ状態など)、④精神科既往歴と被害前の社会適応状態、⑤生活状況と家族等のサポート資源等が含まれる。これらの情報が適切な支援計画と治療的介入の検討に必須である(齊藤ら、2009)。 2. PTSDの診断方法は以下2つに大別される: ①自記式質問紙法 -PTSS-10(外傷後症状尺度) -IES(出来事インパクト尺度) -IES-R(改訂出来事インパクト尺度) -PDS(外傷後ストレス診断尺度) ②構造化診断面接法 -SCID(DSM-IVのための構造化臨床面接) -M.I.N.I(精神疾患簡易構造化面接法) -CAPS(PTSD臨床診断面接尺度)(日本語版:飛鳥井ら、2003)</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>
<p>第5章 迅速ニーズアセスメント 1. 災害下の迅速アセスメント ー災害下で行われるさまざまなアセスメント／迅速アセスメントについて</p> <p>2. アセスメントの実際</p>	<p>1. 災害下で効果的な対応を可能にするためには、情報収集・情報把握(アセスメント)が不可欠である。ただし、災害発生直後から急性期において、情報収集が困難になる上、信憑性を確認する手段が途絶えやすい。また、現場のニーズは刻一刻と変化するため、下記のアセスメント(表5-1;p.54)を災害後の経過時間に応じて幾度も行う必要がある:①初期アセスメント、②全体アセスメント、③課題別アセスメント、④定期的アセスメント／モニタリング、⑤復旧・再建のためのアセスメント。 2. 迅速アセスメント(rapid assessment: RA)とは、投入できるリソース(時間、手段、要員など)が制約され、通常の調査・分析を行うことが不可能な状況下で必要な情報を優先的かつ実用的手法により効果的に収集・分析するプロセスを指す。とくに発災後最初に行われるアセスメント調査(初期アセスメント)はRAの成否が救援の正否に直結するため、これを指してRAと呼ぶこともある。RAを実施する上で重要な点は、①目的に徹すること、②迅速であること、③可能なあらゆる手段を駆使すること、の3点である。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

<p>一発災後最初に行う迅速アセスメント／全体アセスメント／迅速アセスメントの実施に際しての参考事項／情報の集約と共有・公開</p>	<p>1. 初期アセスメントは、災害後12時間～24時間以内に①災害と被害の状況、②保健医療システムの被災状況、③公衆衛生の課題、④緊急対応の実施に必要な情報、を迅速に得ることを目的としている。その後、公衆衛生課題の全体と保健医療課題の全体について問題点やニーズを特定するために全体アセスメント (thorough assessment)を実施する。</p> <p>2. 全体アセスメントでは、被災地域の全体と保健医療課題の全体について、どのような問題・ニーズがあるかをスクリーニングする。</p> <p>3. 迅速アセスメントを実施するうえでの参考事項として、データ・情報の入手方法(文書データ、情報提供者、フォーカスグループ・インタビュー等)、準備・持参するとよいもの(被災地の地図、被災地の医療機関、保健施設その他関連施設、デジタルカメラとICレコーダー等)の二項目について列記されている。</p> <p>4. アセスメントで得た情報は被災者支援に役立てられるよう災害対策本部に集約し、救援団体や機関が参照できるよう共有・公開する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>第4章 ニーズ・アセスメント</p>		
<p>1. 災害時の精神保健・心理社会的支援に関連する情報</p>	<p>1. 災害援助活動を行うためには①災害のタイプに関する基本的事実とそれに関連する科学的事実と災害精神医学的知識 (Disaster Psychiatry Outreach, 2006; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Garakani, et al., 2004)、②コミュニティの詳細な被災状況 ③災害前のコミュニティについての背景情報を収集する必要がある (Disaster Psychiatry Outreach, 2006; World Health Organization, 2009)。</p>	<p>1. Ev.</p>
<p>2. 災害時の精神保健・心理社会的支援のガイドライン</p>	<p>1. 著者(Katz, 2015)は、機関間常設委員会のガイドライン(Inter-Agency Standing Committee, 2007)、世界保健機構のガイドライン(World Health Organization, 2001)、災害精神医学アウトリーチのガイドライン(Disaster Psychiatry Outreach, 2004)をニーズ・アセスメント実施の観点から総説している。</p> <p>2. 機関間常設委員会 (IASC) のガイドラインはニーズ・アセスメントで収集すべき6つの情報のタイプ(表4-2)を列記しており、アセスメント実施の上でいくつかの要点を示している: ①アセスメントを行う目的に災害支援自体の必要性を決定することを含む、②アセスメントは対象地域の利害関係者、政府、コミュニティ、他の支援期間の協力のもとに行う、③複数の支援組織によって行われるニーズ・アセスメントが災害時精神保健活動全体を管理する組織に共有される体制を築く、④迅速アセスメントは被災者の体験に焦点を当て、発災後1～2週間以内に完了することが奨励される。</p> <p>3. 世界保健機構(WHO)のガイドラインは紛争により</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p>

	<p>国外に脱出した難民、自国内の故郷を追われた避難者、避難せずとも紛争の影響下にある地域住民を対象とするメンタルヘルス・ニーズの迅速アセスメント(Rapid Assessment of Mental Health needs: RAMH)を公開(WHO, 2001)しており、紛争によって生じた複雑な人道上の緊急事態の際に実施する特定のガイドラインを含む。RAMHガイドラインはIASCガイドラインに比べ、より具体的な運用指針を示しており、①RAMHIチームの特定(構成メンバーは少なくとも一人のメンタルヘルスの専門家を含む複数の専門分野にまたがること、地元メンバーと国際メンバーから成ること)、②メンタルヘルスの専門家以外のメンバーがアセスメントについて評価者としての訓練を受けたうえでチームメンバーになることを許可、③複数の期間によるアセスメントの必要性、が含まれる。</p> <p>4. 災害時精神医学アウトリーチのガイドライン(DPO)はいかなる災害精神医学的ニーズ・アセスメントにおいても最低限収集すべき情報の種類を列記しており(表4-3、4-4)、被災者の状況を左右する重要な要因と被災者のニーズに焦点を当てた情報収集のモデルを示している。</p>	
3. 実践上考慮すべきこと	<p>1. ニーズ・アセスメントを実施する際に考慮すべきことは、①被災者支援の活動時期(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)、②精神保健活動の範囲(Calderon-Abbo, 2008)、③アセスメント内容ならびに方法-何をどうアセスメントするか(Choudhurry et al., 2006; Connor et al., 2006; Lindal &amp; Stefansson, 2011; Math et al., 2006; Humayun, 2008; Palinkas et al., 1993; North et al, 2002)、④支援活動の予算的問題である(Inter-Agency Standing Committee, 2007; Schoenbaum et al., 2009)。</p>	1. Ev.
4. 結論	<p>1. 大きな混乱に晒されている被災地の状況を悪化させることなく最大限の支援を提供するため、システムレベルのアセスメントは災害精神科医の効果的支援の実施の礎となる。</p> <p>2. 介入前に優先されるアセスメント対象は患者、すなわちコミュニティである。</p> <p>3. 潜在的な支援のリソースと目指すべき支援体制の実現を目標にアセスメントを行うと最大限に有用な情報を得ることが出来る。</p>	1. Op. 2. Op. 3. Op.

<p>災害直後 見守り必要性のチェックリスト</p>	<p>1. 金ら(2001)は、初期対応の一環として一般援助者がチェックリストを用いて要支援者をスクリーニングすることが望ましいと述べている。本ガイドラインに掲載されている「見守り必要性チェックリスト」(14項目)には、①トラウマ反応、②トラウマ体験、③処方薬の有無、④災害弱者(本人・家族)に関する質問項目が含まれている。</p> <p>2. 一般援助者に対し、対応方法を可能な限り早期に伝達するため、見守り必要性のチェックリストを配布することが望ましい。</p> <p>3. プライバシーへの十分な配慮の指導のため、平時より防災訓練等でその必要性を伝達しておく。</p> <p>4. 防災訓練時などに一般援助者がチェックリストを用いて経験を積むのが望ましい。</p> <p>5. 地域精神保健医療の担当機関、地域精神保健医療従事者に一般援助者が助言を必要時に仰ぐことができ、その後の対応を依頼できる連絡体制の確立が望ましい。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p>
<p><b>早期介入研究における留意点</b></p>		
<p>第20章 メンタルヘルス介入の研究を行うために</p>		
<p>1. 現状はどうなっているのか？</p>	<p>1. 危機的事態ストレス・デブリーフィング(critical incident stress debriefing: CISD)の無効性と有害性を示す報告があり、それに代わるCBTの有効性が認められているにも関わらず、CISDは災害下の標準的ケアとして現在も臨床家に注目されている。早期介入法としてCBTを普及するためには、被災者支援従事者と協力し、より大規模かつ多様な人々を対象とし、適切な対照群をもつ綿密に計画された臨床試験に基づく評価結果が必要である(Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999; Litz et al., 2002; Rose, Bisson, &amp; Wessely, 2001; Watson et al., 2003)。</p>	<p>1. Ev.</p>

2. 早期介入研究における優先事項	<p>1. 筆者 (Litz &amp; Gibson, 2006)は今後の早期介入研究のテーマを優先順に次のように列記している:① RCT, quasi experienmetal design, balanced design, block randomization design等を用いた多様な二次的予防法に関する、入念に計画され適切な対照群を置いた臨床試験 (Yule, 1992; Hardin et al., 2002)、②トラウマ後適応の自然経過、特に大規模暴力およびトラウマ性喪失後の適応経過に関する縦断的研究、③スクリーニングモデルおよびスクリーニング方法に関する研究 (Ethlers &amp; Clark,2003; Litz et al., 2002) 、④さまざまな介入の最適な導入時期に関する研究、⑤早期介入に不可欠な構成要素や必要な修正作用に関する研究、⑥被災者のニーズに関する研究 (Hobfoll, 1989; Hobholl et al., 1995)、⑦トラウマ体験による喪失体験 (traumatic loss)に特有の精神的荷重に関する研究、⑧トラウマ後の適応概念の拡大に焦点を当てた研究 (Norris et al., 2002; North, 2003)。</p>	1. Ev.
3. きちんとした早期介入研究への障碍, およびその解決策	<p>1. 災害下で臨床研究を実施すると方法論的不備を伴うため、早期介入の研究者は災害の影響下にあるコミュニティに持ち込むに適切な研究を事前にデザインし、調査のための資金を得なければならない。</p> <p>2. 早期介入研究における障碍として主に記されているのは、①被災者・被害者を研究参加者として取り入れ、対照群に割り当てることに対する懸念、②研究者、臨床家、政策担当者の間における比較対象臨床試験の重要性に対する認識の違い、③トラウマ体験後間もない生存者から研究参加への同意を得ることに関する倫理的問題 (Christianson, 1992; Eysenck &amp; Calvo, 1992) である。</p> <p>3. 早期介入研究が倫理的に適切であるためには、その研究で使用される各介入法それぞれの相対的利点が真に不確かでなければならない(臨床的平衡)。被災者・被害者に対して科学的により有効性が認められた早期介入法は現存しないため、この原則は該当しない(Freedman, 1987; Gray, Litz, &amp; Olson, 2004; Young, Annable, &amp; Stat, 2002)。</p> <p>4. 早期のトラウマ介入についてのエビデンス不足に鑑み、倫理的問題はおそらくRCTを行う事ではなく、行わない事であろう。トラウマ被害者のための有望な新介入法を試すため、RCTsを利用し、プラセボ/非特異的要因の対照群を用いることに問題はないと主張する。</p>	1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op.
4. 早期介入研究における方法論的留意事項		

<p>ー目標とする症状を明確に定めること／治療への無作為割り付け／信頼性・妥当性のある評価尺度／評価者の盲検化／評価者の訓練／マニュアル化された再現可能な治療プログラム／客観的な治療アドヒアランス評価尺度／多様なアウトカムに関する評価</p>	<p>1. FoaとMeadow(1997)は早期介入に関する臨床研究の妥当性を高めるために、以下7つの「ゴールド・スタンダード」を提示している:①目標とする症状を明確に定める、②治療への無作為割り付け、③信頼性および妥当性のある評価尺度、④評価者の盲検化、⑤評価者の訓練、⑥マニュアル化された再現可能な治療プログラム、⑦客観的な治療アドヒアランス評価尺度、⑧多様なアウトカムに関する評価。</p>	<p>1. Ev.</p>
<p>5. 結論</p>	<p>1. 大規模暴力、外傷性喪失への暴露による慢性PTSD・他メンタルヘルス問題防止のため最良と考えられる方法の探求は臨床的平衡状態を保つことであり、それが体系的研究の必要性を実証している。 2. 方法論的基準を満たす早期研究を行う課題は多岐にわたるが、必ず克服しうると考えている。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>第5章 破滅的大災害発生直後の緊急的なニーズ評価</p>	<p>1. 筆者(Speier, 2006)の見解によると、災害時の需要評価モデルは、主に①情報収集、②事件への対応、③生存者の回復を重要視している。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>1. 背景</p>	<p>1. 多種多様な介入戦略と評価指標、ならびにそれらに関する研究が存在するが(Norris, 2001)、その中でもFranklyn(1983)に認められている介入はFEMAを通してCMHS(2003)より資金援助されている危機的カウンセリング・プログラムで実施されている対応戦略と一致している。その基本アプローチはトラウマを受けた人々は現行の適応行動を過去にもとっており、困難を乗り越える力を基本的に有しているというものだ。 2. 従って、人々に現れる症状は災害に関係しているが、専門家による診断や治療的介入が必要な精神疾患の症状ではないということを前提とすべきである。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>
<p>2. 介入計画</p>	<p>1. 効果的な介入の計画を立てるためには、生存者の抱える繊細な問題と反応の特徴、そしてコミュニティと個人への災害の影響の社会環境要因ならびに特徴を注意深く評価する必要がある。そのために、以下の点について留意する。</p>	<p>1. Op.</p>



<p>ー災害の場所／災害の衝撃を受けた人びと</p>	<p>1.DMH対応策を立てるためには、まず被災地域を特定する。例えば、FEMAは、地域ごとの人口動態が記載された地図や、援助を要請している地理的場所が書いてある地図を提供している。 2.被災地を特定した後は、コミュニティとその居住者の特徴を見定め、資源と合致させる。 3.著者 (Speier, 2006)は、DMH対応に影響しうる数多くの個人および共同体の相対的回復力への影響因子をリストアップしている (言語、脆弱性、教育資源、大惨事の経験など。P.97-98)</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>3. 自然災害後の需要評価</p>	<p>1. 量的需要評価 (被災者の数など)だけでなく、心理社会的ストレス要因に関する情報などを含めた質的需要評価も実施すべきである (Louisiana Office of Mental Health, 2002)。 2. 付加的な質的指標はp.99-100に掲載されており、緊急住宅用支給額、中小企業局による被災者への住宅サポート、身体的に脆弱な高齢者数、農業と漁業の災害損失額、蛇・蚊に加え菌類・カビ類の蔓延と脅威、下水の家屋・井戸への流入などが含まれている。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>
<p>4. 大量の死傷者を伴うテロリストによる大惨事後の需要評価</p>		
<p>ーヴァージニアの需要評価/ ニューヨーク州需要評価</p>	<p>1. ヴァージニア州で起こったペンタゴンへの飛行機衝突事件と、ニューヨーク州の9.11において用いられた惨事後のメンタルヘルス需要評価方法はテロ事件という原因を同じくするも、それにより引き起こされた災害の差異により、異なる評価方法が導入された。 2. ヴァージニアでは事件後6週～8週以内にサービス受給対象となったグループは①直接の被害者、②殺害された人々の家族、友人、近隣者、③事件に対応した救急隊員とその家族、④事件に対応しなかった救急隊員とその家族、⑤テロ行為の</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

	<p>結果として失業した人々、⑥テロリストの標的またはペンタゴン周囲の住人、⑦出身国やイスラム教信仰のため見当違いの怒りの標的とされたと感じる人々、⑧難を逃れるためにバージニアに来ていた移民、⑨学童児童であったが、ニューヨークではFEMA/CMHSが定める喪失カテゴリーにある因子に基いた需要見込み指標を拡大し、①災害により雇用・解雇された人々、②世界貿易センター(WTC)緊急および復旧作業員、③WTC避難者、④WTCにおいて勤務していたが攻撃時に不在であった人々、⑤避難所での学童と教師、⑥就学前の子どもなどを含めて広範なアウトリーチが実施された。</p> <p>3. ニューヨーク市5区を対象とした需要評価では共同体内の下位集団へのリスクを考慮し、第一、第二段階の対応プランが定められた。</p>	
5. 需要評価戦略	1.メンタルヘルス需要評価において、WHOは以下の項目を推奨している:①背景、文化、問題の歴史と性質、その地域での苦悩と疾病への認識の仕方、対処方法、共同体の資源などを慎重に考え評価、②特定の背景および事情の定性的評価、③障害または日常機能の定量的評価、④満たされていない需要と需要の緊急性を特定、⑤地域の資源と潜在的な外部資源 (World Health Organization, 2003)。	1. Ev.
6. 災害後のメンタルヘルス需要の評価に対する概念モデル	1. 災害・事件でのメンタルヘルス需要評価概念モデルは図5.1(p.107)に示されている。 2. 計画性の高い需要評価は、最終的に効果的な短期および長期介入サービスを導くものである。	1. Op. 2. Op.
7. 対応構築を需要評価に結び付ける	1. 被災地と被災者を特定した後は、コミュニティとその住民における需要と資源をいかにして合致させるかを定める。著者が推奨する対応策には、①現在および将来の個人の需要、②個人と共同体を災害以前の状態に復旧するために必要な、回復活動範囲に関連して利用できる機器のサポート、③回復戦略の基盤となる因子の再評価の継続の慎重な分析が含まれている。	1. Op.

<p>8. 結語</p>	<p>1. 災害支援に限らず、状況への対応において最も重要な要素は多種多様な場所において沢山の 人々と話すことである。平時に対応業務に積極的 に従事している人々などを集めて少人数ごとにブレ インストーミングを行い、その受け答えの過程で異 なる有権者グループがこうむる災害の影響の多種 多様な側面について誰が専門家として決まってメ ディアに引き合いに出されるか常に注意を払うこ とが最も重要である。</p> <p>2. サービス提供のプロセスは新しいステーク ホルダーが現れるに伴いニーズアセスメントのプ ロセスを知らせる。被災者が誰であるか、そし てその人たちがどこに住み、どこで働いてい るのかという情報は必須であるが包括的な災害 時精神保健対応と復興事業の基本的な構成要 素にとどまる。よって、幅広く慎重なニーズ アセスメントをする努力を率先して見極める ことが災害復興の対応における早い段階で統 合的な対応政策を組織し実施する機会を災害 精神保健チームに与える。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>第12章 よき意図で舗装された道でも、方位磁針は必要—災害時メンタルヘルス・サービスのモニタリングと評価</p>		
<p>1. なぜ災害メンタルヘルス・プログラムを評価するのか？</p>	<p>1. 災害メンタルヘルスサービスは、刻々と変化する混沌とした状況のなかで提供されるため、介入が非効果的に行われる可能性がある。不合理な先入観、サービス内容の改善のための最善策についての間違った前提、以前の災害の印象にもとづく臨床の知識・ロジスティクスの知識等は現場での素早い決断へ要求が高いあまり、頻繁に見受けられる。</p>	<p>1. Op.</p>

<p>ープログラム評価が貢献すること ／プログラム評価のタイプ</p>	<p>1.プログラム評価は介入の実施・効果に関する情報の収集、分析、解析する体系だった取組みを指すが(Shadish et al., 1991)、危機の最中においてはなおざりにされがちであり、効果を期待できる最良のカウンセリングが何であるかの実証的知識は非常に限られている。しかし、災害メンタルヘルス・サービスにまつわる課題への答えはプログラム評価により提供される実証的根拠によって導き出されることから、科学的なプログラム評価の実践とその質の向上が必須である。</p> <p>2.プログラム評価には、①プロセス評価と②成果評価の2種類が存在する。前者は、危機介入の実施に関する評価で、後者はその効果の評価に焦点を置く。</p> <p>3.また、プログラム評価の種類には、a)モニタリングと、b)累積的評価も存在する。前者は、プログラムの実施期間中に集めたデータ(利用者の満足度など)を基に、プロセスが計画通りに進んでいるのかを評価する。後者は、モニタリングの目的に加えて、プログラムとそのプロセスの効果に関連する問題を特定する。これにより、プログラム実施における問題のみならず目標、戦略などについての幅広い因子について考察が可能となり、将来の危機対応への計画設定に役立つ。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>2. よいプログラム評価の基準</p>		
<p>ー有用性／実行可能性／倫理／正確さ</p>	<p>1. 評価は評価結果に影響を受ける、あるいは評価に深く関与しているの人々の関心である課題に応えることであるから、利害関係の特定とそのニーズの対応が必要である。個々の利害関係者は評価の有効性についてそれぞれ異なった判断をすることから、評価者の重要な仕事の一つは、利害関係者の価値観を明確にすることである。評価は利害関係者の活動に対する影響力が最大限になるよう、終始一貫して実施・報告する必要がある。</p> <p>2. 評価の有効性はその実行可能性(例:評価する範囲、利用可能な資源、政策面での実用性)に合理性があるかによる。</p> <p>3.倫理的評価について--参加者の人権、権利、福利を尊重すること。</p> <p>4.正確さについて--評価の手順の詳細を明示し、手順自体が明らかでなければならない。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>3. プログラム評価の実施</p>		

<p>ーステップ1 利害関係者を参加させる／ステップ2 プログラムがどう機能するかを示す／ステップ3 評価課題と評価計算に焦点を当てる／ステップ4 確かな証拠を集める／ステップ5 結論の正当性の確保／ステップ6 評価の成果を共有する</p>	<p>1. プログラム評価は以下の手順で行われる(表12.1; p.237): ①利害関係者の特定、その関心を時期段階ごとに区別する、②プログラムがどう機能するかを示す、③プログラムの課題と計画に焦点を当てる、④確かな証拠を集める、⑤結論の正当性を示す、⑥評価の結果や教訓を共有する (Bickman, 1987; Lipsey, 1993; Mowbray, 1988; Rossi et al,1999; University of Kansas Work Group on Health Promotion and Community Development, 2004; Weiss, 1997)。</p>	<p>1. Ev.</p>
<p>4. 災害後の評価に関する諸課題</p>	<p>1.生存者のニーズが変わるにつれて、提供されるメンタルヘルス・サービスの種類が時間とともに変更する傾向があること。 2.評価結果は地域の社会的文脈に影響を受けるが、その社会的文脈も時間とともに変転する。例えば、後期段階になるとコミュニティ・サービスが打ち切られ、生存者の間に幻滅感が生じる (Athey, 1999; Lipsey, 1993)。 3.アウトリーチ・プログラムによって、災害以前に存在していたにもかかわらず見過ごされたままであった問題が特定されることがある (Athey, 1999)。 4.評価の必要性が十分認識されてないために、有効な評価を行うのが遅れてしまうことがある。</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op.</p>
<p>5. 「評価文化」を発展させる</p>	<p>1.評価文化を定着させるためには、①評価に対する事前の政治的支援を構築させること、②すぐに使えるデータを収集したライブラリーと、データ管理と報告ツールを作成すること、③技術支援者の中核グループを確立すること、④成果測定におけるプライバシー保護について真剣に議論すること、⑤評価に必要な資金を災害メンタルヘルス支援のなかに含ませることが必要である。 2. 危機カウンセリング・サービスにおいて役立つと考えられる知識の多くがいまだ個人的な経験談と社会通念に基づいている。支援者らが経験的に持ち合わせている介入の効果の知識は比較的簡単に研究できる類似集団(例:自動車事故の被害者)をもとに得られたものが多くを占める。実際の災害から得た経験的なデータに則した知識が必要とされるならば、適切な環境を整備し、災害メンタルヘルス・サービス提供時に有用なプログラム評価をすることが必須である。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>第7章 災害直後の緊急介入提供を構成する背景となる文脈</p>		

2. 早期介入を開始するための前提	<p>1. 災害と大規模暴力の生存者への早期介入はメンタルヘルス専門職によるサービスでなくとも多くの取り組みが、地域社会のメンタルヘルス効果をもたらすと考えられている(例: 国家と地方自治体による治安の確保、リスクと適切な行動に関する市民への正確な情報伝達、国民の指導者への信頼)。</p> <p>2. 災害への対応のさまざまな側面がコミュニティに存在する不安、恐怖を軽減し、人々のメンタルヘルスに影響を及ぼすことから、メンタルヘルス介入を単独で行うのではなく、包括的な災害対応のシステムのなかに完全に組み込んで実施すべきだと専門家の間で合意されている。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
3. 巨大惨禍に対する個人の反応	<p>1. 被災者の災害に対する反応に影響する因子には、①トラウマの既往、②精神科既往歴、③トラウマ的出来事の期間と種類、④性別、⑤年齢、⑥社会的支援の状況などが含まれる (Wright &amp; Bartone, 1994)。</p> <p>2. 長期にわたる、激しいトラウマへの暴露を経験した生存者はより激しい反応を起こしやすく、災害の特性と由来により生じる反応は多種多様である(例: 戦争、テロリズムなど人為的行為によって生じたトラウマ、火山噴火、ハリケーンに起因するトラウマ)。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>
4. サービス提供モデルと顕在化しているニーズと合致させること	<p>1. サービス提供において要となる原理は、必要とされていない、歓迎されていない場面で無理矢理介入することを控えることである(Orner &amp; Schnyder, 2003)。</p> <p>2. 災害生存者のニーズは常に変化し、それぞれの行動は予測不可能であるがために、支援者は現実的で短時間で行える援助に取り組む必要がある (Ajducovic &amp; Ajducovic, 2003)。</p> <p>3. 被災者にとって、惨事直後に起こる「活動停止の時間(downtime)」は必要と示唆されているため、心理的デブリーフィングは効果がないうえに推奨されていない (Kenardy, 2000)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p>
5. 災害の背景を評価する	<p>4. 災害生存者にとって最も効果的な早期介入法として</p> <p>1. 被災地域への緊急介入を計画する際には ①社会基盤の損傷の度合い、②災害の規模、③被災地住民の特徴(例: 人口層、多文化 vs. 単一文化社会)、④二次災害の可能性 (de Jong &amp; Kleber, 2003)を評価したうえで、大惨事の発生と終息については様々なパターンがあることから、早期介入を行う際には、常に災害の状況に注意しなくてはならない(Grieger et al., 2003; Myers, 1994)。</p>	<p>1. Ev.</p>

6. 乏しい資源の有効活用

1. 必要性demandに対して資源が少ない場合、支援者は、①各々の災害のコンテクスト (Shalev & Ursano, 2003)または②ニーズneeds(Ørner & Schnyder, 2003)に基づいて早期介入方法を選択すべできある。

2. 公共性の高い適切かつ正確な情報を災害時に提供できる希少な資源としてマスメディアは使われるべきである。とくに、トラウマにより最初に生じる一般的な心理的反応、反応の一般的な経過、生存者のニーズにあわせて立ち上げられた支援の詳細について伝達すべきである (Levant et al., 2004)。

1. Ev.  
2. Ev.