

兵庫県 こころのケアセンター

令和2年度事業報告書

はじめに

当センターは、トラウマ・PTSDに関する専門的な相談・診療、研修・研究等の機能を持つ全国初の「こころのケア」の拠点施設として、平成16年4月に開設されました。

以来、阪神・淡路大震災の知見を研究や研修で伝えるのみならず、新たな災害への対処、様々なトラウマ被害者の支援と治療も重視し、国内外の災害や事件・事故への支援、そして併設した診療所で有効な治療の提供にも力を入れてきました。

設立17年目となる令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受けることとなりました。感染症対策として、音楽療法講座では基礎講座と専門講座（実技分野）の開講を見送り、JICA課題別研修も実施されないこととなりました。また、1月の緊急事態宣言再発令を受け、第2期こころのケア研修中止のやむなきに至りましたが、コロナ禍にあっても当センターの機能を発揮すべく鋭意取り組みを進めてきました。

調査研究では、「感染症パンデミック時のこころのケアのあり方に関する研究」などをテーマにした短期研究や、長期研究では、新たに「トラウマインフォームドケアの普及に関する研究」に取り組みました。

こころのケア研修やヒューマンケア実践普及講座では、参加人数をしばったうえで、万全の対策を講じました。また、自主事業である特別研修にも力を入れ、3コース全てを初めてオンラインで実施しました。オンラインは、こころのケアシンポジウムや診療でも導入しています。

地域支援活動では、東日本大震災、熊本地震等の被災地への支援を継続するとともに、県内病院等への感染症危機対応にかかるコンサルテーションも実施しました。兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修でも、感染症対応演習を盛り込みました。

また、受託事業で新たに、消防職員や医療機関職員を対象とする感染症に係るメンタルヘルス調査を行いました。

なお、3月には、より見やすく、分かりやすく情報発信できるよう当センターのホームページをリニューアルしたところです。

今後ますます高まる「こころのケア」への社会ニーズに対応していくため職員一丸となって取り組んでまいりますので、本報告書をご一読のうえ当センターの活動に忌憚のないご意見をいただければ幸甚です。

(公財) ひょうご震災記念21世紀研究機構

兵庫県こころのケアセンター

センター長 加藤 寛

目次

I 兵庫県こころのケアセンターの概要

1 機能	3
2 施設概要（ゾーン配置）	4
3 組織	4

II 令和2年度の取り組み

1 実践的調査研究の展開	7
2 多様な研修の実施	10
3 相談室の運営	22
4 附属診療所の運営	25
5 地域支援活動の実施	27
6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」体制整備事業	29
7 こころのケアシンポジウムの開催	34
8 情報発信	34
9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施	35
10 その他受託事業	39
11 外部評価の実施	40

III 参考

1 こころのケアシンポジウム（概要）	45
2 研究員の活動実績	73

I 兵庫県こころのケアセンターの概要

1 機能

兵庫県こころのケアセンターは、平成16年4月、「こころのケア」に関する多様な機能を有する全国初の拠点施設としてHAT神戸にオープンした。

当センターは大きく分けて五つの機能を持っており、それぞれの機能は次のとおりである。

(1) 研究機能

4つの研究部門を設け、精神科医や公認心理師等の研究員が、こころのケアに関する実践的研究を行っている。

部門	研究内容
第1部門	災害、事故等、同時に一つの出来事に遭遇した集団を対象とする、トラウマ・PTSDが与える影響及びその対応策に関する研究
第2部門	災害、事故、犯罪被害等、単発的な出来事に遭遇した個人を対象とする、トラウマ・PTSDの治療法や対処法に関する研究
第3部門	児童虐待、DV等、反復性のある出来事に遭遇した個人を対象とする、トラウマ・PTSDの治療法や対処法に関する研究
第4部門	様々なストレスによって生じる精神疾患の予防等に関する研究

(2) 人材養成・研修機能

保健・医療・福祉・教育等の分野でこころのケアに携わっている方々を対象に、各種課題への対処法等について学ぶ「専門研修」とこころのケアに関する知識や理解を深める「基礎研修」や「特別研修」を実施している。

その他、県民を対象に「音楽療法講座」や「ヒューマンケア実践普及講座」を開講している。

(3) 相談・診療機能

こころのケアに関する専門的な相談に応ずるとともに、附属診療所を運営している。

(4) 情報の収集発信・普及啓発機能

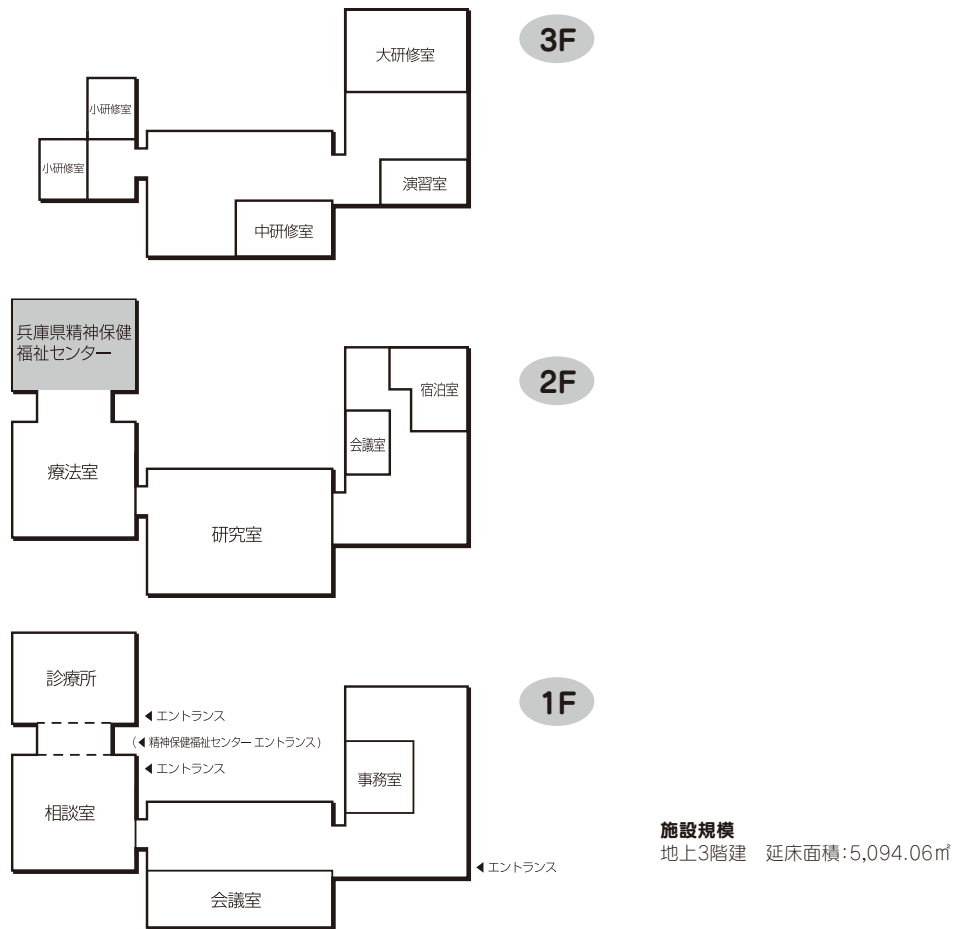
こころのケアに関する事例等を収集し、センターの研究成果と併せて、広く情報発信するとともに、普及啓発を行っている。

(5) 連携・交流機能

こころのケアに取り組む関係機関等の連携・交流の促進を図り、広域的なネットワークづくりを進めている。

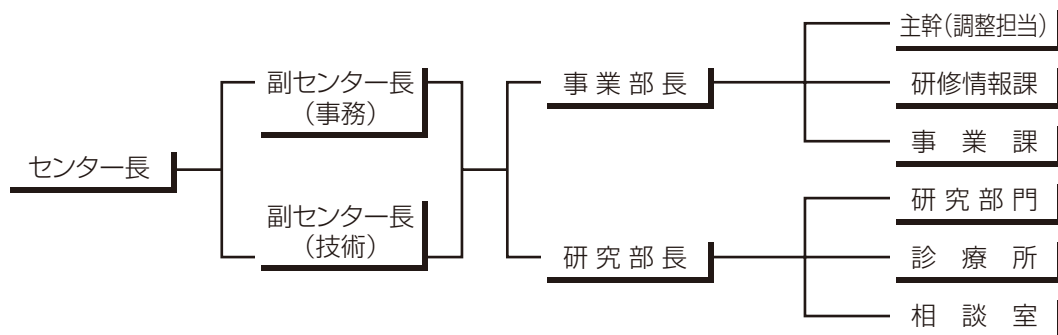


2 施設概要 (ゾーン配置)



* 精神保健福祉全般を扱う精神保健福祉センターが併設されており、同センターとの連携のもとに、各種の取り組みを進めている。

3 組織



職員構成 (令和3年4月1日現在)

(人)

事務	医師	公認心理師等	保健師	精神保健福祉士	看護師	計
12	3	5	1	1	1	23

・事務のうち1名は兵庫県精神保健福祉センター業務

II 令和2年度の取り組み

1 実践的調査研究の展開

年度完結の「短期研究」と、3年程度の研究期間を設定し長期的な視点に立つて行う「長期研究」の2本立てで調査研究を行った。

また、こころのケアに関連した研究に取り組んでいる研究機関による協議会を书面開催し、意見聴取や情報交換等を通じ、研究内容の向上を図った。

【短期研究】

研究テーマ	概要
問題行動を起こしている発達障害児に対するEMDRによる治療的アプローチの研究	発達障害、特に自閉スペクトラム症を有するものはネガティブなエピソードを体験すると年余にわたるトラウマ体験の固着が生じ、反復性に想起されやすいことが報告されている。発達障害とトラウマの相互的関連に着目することは重要である。本研究では、トラウマ体験をもつ発達障害者に対するEMDRに関する国内の先行研究についての文献的考察を行うことで、トラウマ体験に端を発する問題行動のある発達障害児に対する治療的アプローチを探索した。
感染症パンデミック時のこころのケアのあり方に関する研究	新型コロナウイルス（COVID-19）に限らず、未知の感染症が蔓延すると、さまざまなメンタルヘルス上の問題が生じる。その支援方法について、多くの経験の蓄積からコンセンサスが得られているが、感染症蔓延時の対策については、未知の部分が多い。本研究では、感染症のもたらす心理的影響とその対策について、すでに国内外で発信されているCOVID-19メンタルヘルス対策のマニュアルリストの作成と現在も緩徐に広く蔓延している結核の文献レビューを実施し、活動のガイドライン作成に役立つ資料とした。
PTSD症状を呈する対象者の睡眠習慣と実行機能の関連に関する研究	PTSDに伴う睡眠障害や実行機能障害は、それぞれが対象者の精神的健康や生活機能に影響を及ぼすことが認められている。しかし、それらの関連について詳細な調査は多くなされていない。そのため本研究では、PTSD患者の睡眠習慣と実行機能の関連について検討することを目的とし、日常生活上の問題を理解する手がかりとした。
発達障害等のある人の不登校や引きこもりの実態に関する研究	学校においては発達障害等教育上特別の支援を必要とする児童生徒に対する校内支援体制の整備や、認め合い、支え合う学級づくりが進められている。一方、発達障害等のある児童生徒の不登校や引きこもりは増加しており、その改善や予防のために、問題の表面化に至る背景や経過、対応や予防についての実態の把握が必要とされている。そこで、本件に関連する国内の資料、論文、報告書を収集、整理し、当該児童生徒らに対応する教職員が理解を深めるための資料とした。

【長期研究】

研究テーマ	概要
大規模災害の被災者を対象とした包括的心理社会状況評価ツールの開発に関する研究 (令和元年度～3年度)	初年度、被災者の抱える心理社会的な問題やニーズを評価するために調査票の原案を作成する中で、PTSD 診断面接のゴールドスタンダードである CAPS-5 の標準化作業が完了していないことが明らかになった。そこで、今年度はこころのケアセンターに通院中の患者を対象に CAPS-5 の標準化に取り組み、バックトランスレーションを完了させ、予備的フィールドトライアルを行った。
トラウマインフォームドケアの普及に関する研究 (令和2年度～4年度)	トラウマが及ぼす影響は、当事者のみならず、当事者を取り巻く家族や地域社会に加えて、支援者や支援組織にも及ぶ。当事者への再トラウマを予防し、子どもの生活する環境全体へのトラウマインフォームドケアを普及する上で、支援者および支援組織のありようは重要な要素といえる。そこで本研究では、欧米諸国における支援者研修に関する先行研究の文献展望を通して、トラウマを抱えた子どもの支援に携わる児童福祉領域における支援のありようをトラウマの視点から捉えなおし、支援者および支援組織に求められる安全・安心な環境構築に向けた方策を精査し、本邦におけるトラウマインフォームドケア普及と支援者研修プログラム構築に役立てるものとした。
災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究 (令和元年度～3年度)	地域の専門組織や支援者が災害救援組織と平時や有事を問わず連携を取れるようになるためのシステム作りを目指すため、3年研究を計画した。2年目にあたる本研究では、現場の災害救援者を対象に無記名アンケート調査を行い、過去の受援経験の評価や彼らが望む支援のあり方を具体化し、災害救援組織に馴染みがない外部支援者が参照できる資料とした。

【こころのケア研究推進協議会】

(実施方法) 書面開催

(構成機関) 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター

神戸大学大学院保健学研究科

徳島大学大学院社会産業理工学研究部

兵庫県こころのケアセンター

【兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会】

兵庫県こころのケアセンターに所属する研究員等が行う、人間を直接対象とした研究に関し、ヘルシンキ宣言の趣旨に則して行われるよう、個人の尊厳及び人権の尊重、個人情報保護、その他の倫理的及び科学的観点から審査することを目的として、兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会を設置している。審査状況は下記のとおりである。

回数	開催日	受付番号	研究課題名	判定結果 (判定日)
1	R2.5.28	29-3の4	トラウマ体験が子どもの心身に与える影響に関する研究	承認 (R2.5.28)
		29-4の3	日本版複雑性悲嘆治療の予備的効果研究	承認 (R2.5.28)
		2-1	新型コロナウイルスパンデミックにおける最前線で支援にあたるもののストレス状況とその対策に関する質的実装研究	承認 (R2.5.28)
		2-2	PTSD症状を呈する対象者の睡眠習慣と実行機能の関連に関する研究	承認 (R2.5.28)
		2-3	トラウマ診断評価ツール（CAPS-5）日本語版の標準化に関する研究	条件付承認 (R2.5.28)
		2-3の2	トラウマ診断評価ツール（CAPS-5）日本語版の標準化に関する研究	承認 (R2.6.12)
		2-4	複雑性心的外傷後ストレス障害に対する認知行動療法の有効性の検討：オープン前後比較試験	承認 (R2.5.28)
		2-5	災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する実態調査研究	承認 (R2.5.28)
		2-6	COVID-19対応における災害救援者の業務ストレス調査（調査データの二次利用）	承認 (R2.5.28)
2	R2.7.30	2-1の2	新型コロナウイルスパンデミックにおける最前線で支援にあたるもののストレス状況とその対策に関する質的実装研究	承認 (R2.7.30)

2 多様な研修の実施

令和2年度は、2期（第1期：令和2年7月～10月、第2期：令和3年1月～2月）に分け、以下の研修体系に基づき、専門研修13回、基礎研修1回の計14回を予定したが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するための緊急事態宣言の発出（令和3年1月14日～2月28日）により、第2期の専門研修5回を中止し、専門研修8回、基礎研修1回の計9回の実施となった。

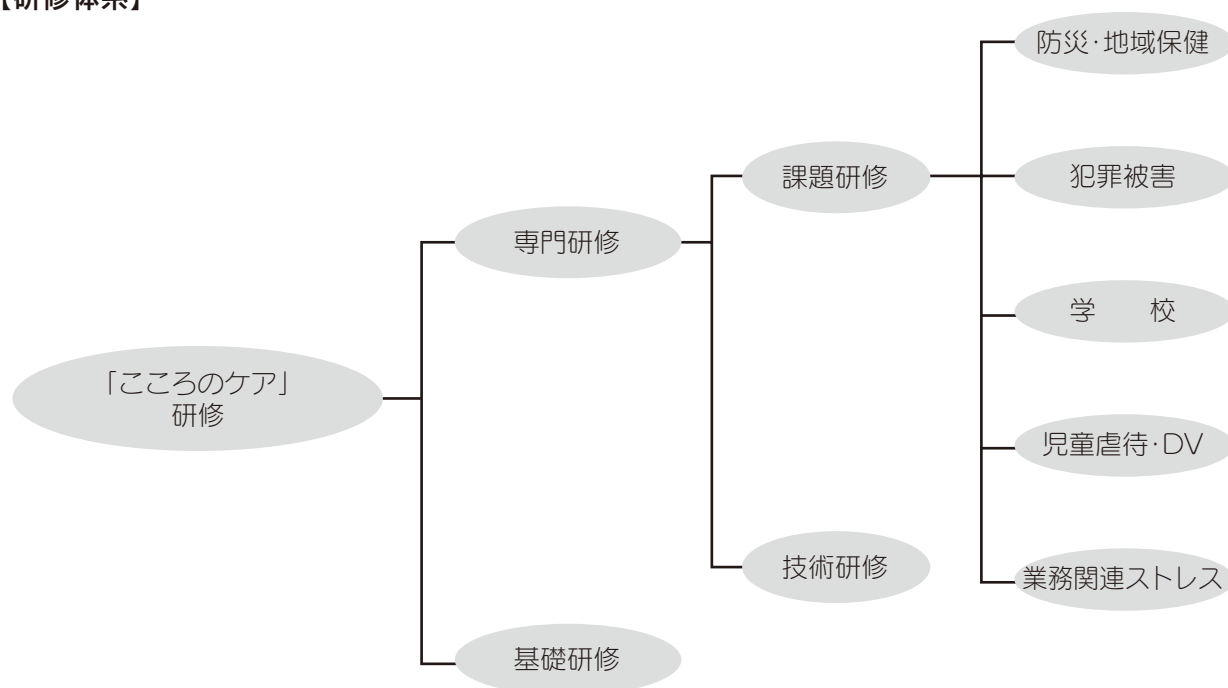
また、これまで受講希望者が定員を上回った場合でも、研修に支障のない範囲で定員を超えて受け入れていたが、新型コロナウイルス感染症対策として、募集定員の減（基礎研修：80人→35人）や参加人数の制限を行ったことから、こころのケア研修全体の受講者数（特別研修を除く）は280人となった（定員460人）。

基礎研修である「子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア」をはじめ、国内唯一のSPR認定トレーナーの資格を持つ当センター研究員による「被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケア-サイコロジカル・リカバリースキル（SPR）-」や「対人支援職のためのセルフケア」等の専門研修コース等を実施し、その際は、①換気（CO2濃度の測定により換気実効性を確認）、清掃・消毒、検温、マスク着用の徹底、②指定席制の導入、③アクリルボードの設置、④兵庫県新型コロナ追跡システムの登録要請等の対策を講じた。

平成26年度より開催している特別研修については、「子どものPTSDのアセスメント」、「TF-CBT Introductory Training」及び「PTSD構造化面接-CAPSを理解する」の計3コースをオンラインにて実施した。

また、研修内容の一層の向上をめざし、こころのケアに関連した研修を行っている関係機関による連絡調整会議を書面にて開催し、意見や情報交換を行った。

【研修体系】



【実施状況】

(単位：人)

期	区分	コース名	期 間	対 象	定員	受講者数
1期	専門	消防職員のための惨事ストレスの理解と予防	7/1・2 (2日間)	消防職員	35	46
		発達障害とトラウマ	7/31 (1日間)	こども家庭センター（児童相談所）職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等	35	33
		対人支援職のためのセルフケア	8/19・20 (2日間)	保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者（保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等）、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等	35	30
		悲嘆の理解と遺族への支援	9/2・3 (2日間)	医療・保健・福祉・心理臨床の分野で活動する者及び遺族支援に携わる者	35	41
		DV被害者のこころのケア	9/16 (1日間)	母子自立支援員、女性相談員（婦人相談員）、婦人保護施設職員、母子生活支援施設職員、家庭問題相談員、保健師、福祉事務所職員、こども家庭センター（児童相談所）職員等DV被害者相談支援関係職員	35	39
		被災者や被害者をささえるために－サイコロジカルファーストエイドを学ぶ－	9/17・18 (2日間)	学校・社会福祉協議会・病院等の精神保健福祉関係者	25	21
		被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケア－サイコロジカル・リカバリースキル（SPR）－	9/30・10/1 (2日間)	医師、公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、その他関連領域の関係者	35	16
		犯罪被害とこころのケア	10/15・16 (2日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	25	22
	基礎	子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア～トラウマを「見える化する」支援を学ぶ～	8/5 (1日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	35	32
小 計					295	280
2期	専門	消防職員のための惨事ストレスの理解と予防	1/13・14 (2日間)	消防職員	35	中止
		発達障害とトラウマ	1/28 (1日間)	こども家庭センター（児童相談所）職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等	35	中止
		子ども達のいじめのケア－加害と被害の連鎖－	2/4 (1日間)	教職員、スクールカウンセラー、教育委員会職員、こども家庭センター（児童相談所）職員、いじめ相談窓口の相談員、保育職員、児童福祉施設職員、司法関係職員	35	中止
		消防職員のための惨事ストレスの理解と予防（ステップアップ）	2/17・18 (2日間)	消防職員	25	中止
		対人支援職のためのセルフケア	2/25・26 (2日間)	保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者（保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等）、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等	35	中止
	小 計					165
合 計					460	280

(注) コースによって 2,500～4,100 円の受講料を徴収

(県内・県外の別)

(人)

県内	県外	計 (%)
159 (56.8)	121 (43.2)	280 (100.0)

〈県外の内訳〉

(人)

大阪	京都	滋賀	和歌山	奈良	鳥取	北海道	愛知	岡山	広島	愛媛	宮城	神奈川
52	26	9	8	5	4	2	2	2	2	2	1	1

福井	長野	岐阜	徳島	香川
1	1	1	1	1

(男女別)

(人)

男性	女性	計 (%)
92 (32.9)	188 (67.1)	280 (100.0)

【コース別実施内容】

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

消防職員 35人

2 目的

大規模災害時等、極めて悲惨な現場において活動したことにより生じる惨事ストレスに対する理解を深める。

3 期間

令和2年7月1日(水)・2日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(7月1日)

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30~10:45	開講・オリエンテーション		
10:45~12:00	講義「惨事ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター:加藤寛センター長	
12:00~13:00	〈休憩〉		
13:00~14:30	事例検討「惨事ストレスへの対応」	神戸市消防局警防部:星野誠治警防課長 ※進行:加藤寛センター長	
14:30~14:45	〈休憩〉		
14:45~16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議)・予想される事態・職場での対応	兵庫県こころのケアセンター:加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹	
16:30~17:00	施設紹介		

(2) 2日目(7月2日)

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50~10:00	事務連絡		
10:00~12:00	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
12:00~13:00	〈休憩〉		
13:00~14:00	講義「コミュニケーションの基礎」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
14:00~14:10	〈休憩〉		
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	兵庫県こころのケアセンター:加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹	
16:00~16:15	受講証交付・アンケート記入		

発達障害とトラウマ

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

こども家庭センター(児童相談所)職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等
35人

2 目的

発達障害とトラウマへの理解を深める。

3 期間

令和2年7月31日(金) 1日間

4 日程

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30~10:45	開講・オリエンテーション		
10:45~12:15	講義「発達障害とトラウマをめぐる諸問題」	兵庫県こころのケアセンター:亀岡智美副センター長	
12:15~13:15	〈休憩〉		
13:15~13:30	施設紹介		
13:30~15:00	講義「成人期の発達障害とトラウマ」	かく・にしかわ診療所:西川瑞穂院長	
15:00~15:15	〈休憩〉		
15:15~16:45	講義「学童期の発達障害とトラウマ」	兵庫県こころのケアセンター:酒井佐枝子研究主幹	
16:45~17:00	受講証交付・アンケート記入		

対人支援職のためのセルフケア

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者（保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等）、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等 35人

2 目的

対人支援業務によって生じる自らのストレスを理解し、その対処法を習得する。

3 期間

令和2年8月19日（水）・20日（木）2日間

4 日程

(1) 1日目（8月19日）

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:15	講義「ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター：桃田菜子主任研究員	
12:15～13:15	〈休憩〉		
13:15～16:30 (14:45～15:00休憩)	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹	
16:30～17:00	施設紹介		

(2) 2日目（8月20日）

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50～10:00	事務連絡		
10:00～12:00	講義「二次受傷とは」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～16:00	演習「キャリアの振り返り」 質疑応答・総括	(ファシリテーター) 兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹	
16:00～16:15	受講証交付・アンケート記入		

悲嘆の理解と遺族への支援

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

医療・保健・福祉・心理臨床の分野で活動する者及び遺族支援に携わる者 35人

2 目的

死別を経験した際に生じる悲嘆反応の知識について学び、遺族への対応と治療の実際を知る。

3 期間

令和2年9月2日（水）・9月3日（木）2日間

4 日程

(1) 1日目（9月2日）

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:15	講義「悲嘆の基本的理解」	関西学院大学：坂口幸弘教授	
12:15～13:15	〈休憩〉		
13:15～14:45	講義「複雑性悲嘆について」	兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長	
14:45～15:00	〈休憩〉		
15:00～16:30	講義「日常臨床でのグリーフケア」	神戸赤十字病院：村上典子心療内科部長	
16:30～17:00	施設紹介		

(2) 2日目（9月3日）

時間	カリキュラム	講師	備考
10:20～10:30	事務連絡		
10:30～12:00	講義「遺族対応の基本」	兵庫県こころのケアセンター：田中英三郎特別研究員	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～14:30	グループ討議「遺族の体験に学ぶ」	*遺族の方にお話を聞く ファシリテーター 兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長	
14:30～14:45	〈休憩〉		
14:45～16:15	講義「トラウマと悲嘆」	兵庫県こころのケアセンター：須賀楓介主任研究員	
16:15～16:30	受講証交付・アンケート記入		

DV被害者のこころのケア

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

母子自立支援員、女性相談員（婦人相談員）、婦人保護施設職員、母子生活支援施設職員、家庭問題相談員、保健師、福祉事務所職員、こども家庭センター（児童相談所）職員等 DV 被害者相談支援関係職員 35 人

2 目的

DV 被害者のこころのケアに関する対処法等について理解を深める。

3 期間

令和2年9月16日（水） 1日間

4 日程

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:15	講義「トラウマ・PTSDの理解」	兵庫県こころのケアセンター：大塚美菜子主任研究員	
12:15～13:15	〈休憩〉		
13:15～13:45	施設紹介		
13:45～15:15	講義「DVの理解と支援の視点－被害者心理を踏まえて－」	新見公立大学講師/大阪府立大学客員研究員：増井香名子氏	
15:15～15:30	〈休憩〉		
15:30～17:00	講義「子ども・親子関係の影響の理解および親である被害者と子どもの支援」	新見公立大学講師/大阪府立大学客員研究員：増井香名子氏	
17:00～17:15	受講証交付・アンケート記入		

被災者や被害者をささえるために－サイコロジカルファーストエイドを学ぶ－

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

学校・社会福祉協議会・病院等の精神保健福祉関係者 25 人

2 目的

万が一の大災害や大事故で被害を受けた人たちに対して、直後に行える介入としてのサイコロジカルファーストエイドの基本についての理解を深める。

3 期間

令和2年9月17日（木）・18日（金） 2日間

4 日程

(1) 1日目（9月17日）

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:15	講義「『こころのケア』とは」	兵庫県こころのケアセンター：桃田菜子主任研究員	
12:15～13:15	〈休憩〉		
13:15～14:40	講義「災害の影響から健康を守るためにできること」	人と防災未来センター：高岡誠子研究員	
14:40～15:00	〈休憩・移動〉		
15:00～17:00	人と防災未来センター「語り部講話」及び(※)施設見学	人と防災未来センター	※施設見学は希望者のみ

(2) 2日目（9月18日）

時間	カリキュラム	講師	備考
9:30～12:00	講義「サイコロジカルファーストエイド」	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～13:30	こころのケアセンター施設紹介		
13:30～16:30	講義「サイコロジカルファーストエイド」(演習を含む)	兵庫県こころのケアセンター：大澤智子上席研究主幹	
16:30～16:45	受講証交付・アンケート記入		

5 その他 「人と防災未来センター」との共催により実施

被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケア—サイコロジカル・リカバリースキル (SPR) —

(第1期 専門・技術研修)

1 対象・定員

医師、公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、その他関連領域の関係者 35人

2 目的

「サイコロジカル・リカバリースキル (SPR)」はアメリカで開発された、被災者の回復を支えるための心理支援法である。被災者が苦痛をやりわらげ、被災後のストレスやさまざまな困難にうまく対処するためのスキルを身につけられるよう、構成されている。日本唯一の SPR 認定トレーナーが演習を交えながら適切なこころのケアのスキル習得を目指す。

3 期間

令和2年9月30日(水)、10月1日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(9月30日)

時間	カリキュラム	講師	備考
10:00~10:15	開講・オリエンテーション		
10:15~12:15	講義「SPRの概要」 スキル1「情報を集め、支援の優先順位を決める」	兵庫県こころのケアセンター: 大澤智子上席研究主幹(SPR認定トレーナー)	
12:15~13:15	<休憩>		
13:15~14:45	スキル2「問題解決のスキルを高める」		
14:45~14:55	<休憩>		
14:55~16:25	スキル3「ポジティブな活動をする」		
16:25~16:55	施設紹介		

(2) 2日目(10月1日)

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50~10:00	事務連絡		
10:00~12:00	スキル4「心身の反応に対処する」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
12:00~13:00	<休憩>		
13:00~14:30	スキル5「役に立つ考え方をする」		
14:30~14:40	<休憩>		
14:40~16:10	スキル6「周囲の人とよい関係を作る」		
16:10~16:20	受講証交付・アンケート記入		

犯罪被害とこころのケア

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員 25人

2 目的

犯罪(事件・事故)被害の及ぼす心理的影響を理解し、被害者支援の観点に立った、犯罪被害者への対処法を習得する。

3 期間

令和2年10月15日(木)・16日(金) 2日間

4 日程

(1) 1日目(10月15日)

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30~10:45	開講・オリエンテーション		
10:45~12:15	講義「被害者・遺族の心理的影響」	兵庫県こころのケアセンター:須賀楓介主任研究員	
12:15~13:15	<休憩>		
13:15~14:30	講義「警察による被害者支援」	兵庫県警察本部被害者支援室:堀口敏彦室長	
14:30~14:45	<休憩>		
14:45~16:15	講義「民間支援のあり方」	ひょうご被害者支援センター:遠藤えりな事務局長	
16:15~16:45	施設紹介		

(2) 2日目(10月16日)

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50~10:00	事務連絡		
10:00~12:30	講義「被害者・遺族の声を聞く」	*被害者・遺族の方が実体験を語られる。 (ファシリテーター) ひょうご被害者支援センター:遠藤えりな事務局長 兵庫県こころのケアセンター:須賀楓介主任研究員	
12:30~13:30	<休憩>		
13:30~16:30	グループ討議 ・どのような支援を行うか ・二次被害を防ぐための方法 (15:30~ 全体討議) ・支援に求められるもの	(ファシリテーター) ひょうご被害者支援センター:遠藤えりな事務局長 兵庫県こころのケアセンター:須賀楓介主任研究員	
16:30~16:45	受講証交付・アンケート記入		

子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア～トラウマを「見える化する」支援を学ぶ～ (第1期 専門・基礎研修)

1 対象・定員

保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員 35人

2 目的

こころのケア（子どものトラウマ）に関する全般的な基礎知識を習得し、理解を深める。

3 期間

令和2年8月5日（水） 1日間

4 日程

時間	カリキュラム	講師	備考
10:15～10:30	開講・オリエンテーション		
10:30～12:00	「トラウマインフォームド・ケアの基礎」	大阪大学大学院:野坂祐子准教授	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～13:30	施設紹介		
13:30～15:00	「児童福祉施設におけるトラウマインフォームド・ケア」	大阪府中央子ども家庭センター育成支援課:竹腰知子総括主査 大阪大学大学院:野坂祐子准教授	
15:00～15:15	〈休憩〉		
15:15～16:45	「トラウマインフォームド・ケアの導入に向けて」	大阪大学大学院:野坂祐子准教授 大阪府中央子ども家庭センター育成支援課:竹腰知子総括主査	
16:45～17:00	受講証交付・アンケート記入		

緊急事態宣言の発出(令和3年1月14日～2月28日)により、以下の第2期のこころのケア研修は中止とした。

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防

(第2期 専門・課題研修)

1 対象・定員

消防職員 35人

2 目的

大規模災害時等、極めて悲惨な現場において活動したことにより生じる惨事ストレスに対する理解を深める。

3 期間

令和3年1月13日(水)・14日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(1月13日)

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:00	講義「惨事ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター:加藤寛センター長	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～14:30	事例検討「惨事ストレスへの対応」	神戸市垂水消防署: 園浦大作副署長 ※進行:加藤寛センター長	
14:30～14:45	〈休憩〉		
14:45～16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議) ・予想される事態 ・職場での対応	兵庫県こころのケアセンター: 加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹	
16:30～17:00	施設紹介		

(2) 2日目(1月14日)

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50～10:00	事務連絡		
10:00～12:00	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～14:00	講義「コミュニケーションの基礎」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
14:00～14:10	〈休憩〉		
14:10～16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	兵庫県こころのケアセンター: 加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹	
16:00～16:15	受講証交付・アンケート記入		

発達障害とトラウマ

(第2期 専門・課題研修)

1 対象・定員

こども家庭センター(児童相談所)職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等
35人

2 目的

発達障害とトラウマへの理解を深める。

3 期間

令和3年1月28日(木) 1日間

4 日程

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:15	講義「発達障害とトラウマをめぐる諸問題」	兵庫県こころのケアセンター: 亀岡智美副センター長	
12:15～13:00	〈休憩〉		
13:00～13:30	施設紹介		
13:30～15:00	講義「成人期の発達障害とトラウマ」	大久保クリニック:大久保圭策医院長	
15:00～15:15	〈休憩〉		
15:15～16:45	講義「学童期の発達障害とトラウマ」	兵庫県こころのケアセンター: 酒井佐枝子研究主幹	
16:45～17:00	受講証交付・アンケート記入		

子ども達のいじめのケアー加害と被害の連鎖ー

(第2期 専門・課題研修)

1 対象・定員

教職員、スクールカウンセラー、教育委員会職員、こども家庭センター（児童相談所）職員、いじめ相談窓口の相談員、保育職員、児童福祉施設職員、司法関係職員 35人

2 目的

子ども達のいじめによるこころのケアに関する対処法等について理解を深める。

3 期間

令和3年2月4日（木） 1日間

4 日程

時間	カリキュラム	講師	備考
10:15～10:30	開講・オリエンテーション		
10:30～12:00	講義「いじめの基本概念」	大阪大学大学院 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学・千葉大学・福井大学 連合小児発達学研究所:和久田学特任講師	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～13:30	施設紹介		
13:30～15:00	講義「いじめや問題行動による被害ー加害の理解と支援」	大阪大学大学院:野坂祐子准教授	
15:00～15:15	〈休憩〉		
15:15～16:45	ワーク「被害ー加害の連鎖をとめる心理教育とアクティビティ」	兵庫県こころのケアセンター:酒井佐枝子研究主幹	

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防（ステップアップ）

(第2期 専門・課題研修)

1 対象・定員

消防職員 25人

2 目的

「消防職員のための惨事ストレスの理解と予防研修」を修了した消防職員に対して、大規模災害等、きわめて悲惨な現場において活動したことにより生じる惨事ストレスについて、より理解を深める。

3 期間

令和3年2月17日（水）・18日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目（2月17日）

時間	カリキュラム	講師	備考
10:00～10:15	開講・オリエンテーション		
10:15～12:00	グループ討議「惨事ストレス(メンタルヘルス)対策を行う際の組織が抱える問題点」	兵庫県こころのケアセンター:加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～14:30	講義「惨事ストレス対策の具体例ーピアサポート制度とサイコロジカルファーストエイド」		
14:30～14:40	〈休憩〉		
14:40～16:40	演習「サイコロジカルファーストエイド」		

(2) 2日目（2月18日）

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50～10:00	事務連絡		
10:00～12:00	講義「職場のハラスメントの実態と対策」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～14:30	講義「メンタルヘルス対策計画時の留意点」	兵庫県こころのケアセンター:加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹	
14:40～16:30	グループ討議「メンタルヘルス対策の立案」		
(15:40～)	各グループの発表・総括		
16:30～16:40	受講証交付・アンケート記入		

1 対象・定員

保健・医療・福祉関係の対人支援業務従事者（保健師、ケースワーカー、各種相談員、福祉施設指導員等）、教職員、スクールカウンセラー、保育職員等 35人

2 目的

対人支援業務によって生じる自らのストレスを理解し、その対処法を習得する。

3 期間

令和3年2月25日（木）・26日（金） 2日間

4 日程

(1) 1日目（2月25日）

時間	カリキュラム	講師	備考
10:30～10:45	開講・オリエンテーション		
10:45～12:15	講義「ストレスとは」	兵庫県立大学大学院:富永良喜教授	
12:15～13:15	〈休憩〉		
13:15～16:30 (14:45～15:00)	講義「ストレスマネジメント」 〈休憩〉	兵庫県立大学大学院:富永良喜教授	
16:30～17:00	施設紹介		

(2) 2日目（2月26日）

時間	カリキュラム	講師	備考
9:50～10:00	事務連絡		
10:00～12:00	講義「二次受傷とは」	兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～16:00	演習「キャリアの振り返り」 質疑応答・総括	(ファシリテーター) 兵庫県こころのケアセンター:大澤智子上席研究主幹	
16:00～16:15	受講証交付・アンケート記入		

【特別研修】

1 「子どものPTSDのアセスメント」

日 程	令和2年10月1日
講 師	兵庫県こころのケアセンター：亀岡智美副センター長
受講者数	45名(定員：40名)

2 「TF-CBT Introductory Training」

日 程	令和2年10月2,3日
講 師	兵庫県こころのケアセンター：亀岡智美副センター長 大阪府吹田子ども家庭センター：島ゆみ課長補佐 大阪府中央子ども家庭センター：竹腰知子総括主査 大阪府中央子ども家庭センター：西村悠哉児童心理司
受講者数	46名(定員：40名)

3 「PTSD構造化面接-CAPSを理解する」

日 程	令和3年2月6日
講 師	兵庫県こころのケアセンター：加藤寛センター長
受講者数	30名(定員：30名)

【こころのケア研修連絡調整会議】

(実施方法) 書面開催

(構成機関) 兵庫県広域防災センター兵庫県消防学校
兵庫県社会福祉協議会福祉人材研修センター
兵庫県立教育研修所心の教育総合センター
兵庫県精神保健福祉センター
兵庫県中央こども家庭センター
兵庫県こころのケアセンター

3 相談室の運営

相談室は、地域の医療・保健・福祉・教育・司法等の関係機関や一般の方を対象に、トラウマ・PTSD等、こころのケアに関する専門相談の窓口として、平成16年4月から業務を開始した。

こころのケアに関する電話相談及びトラウマ・PTSD等で医療が必要な方への面接相談を中心に地域との連携窓口としての役割も担っている。

また、当センター附属診療所における受診者への医療、保健、福祉サービス等の情報提供や諸制度の手続き、関係機関への連絡調整、さらに、当センターでの治療に伴う心理療法が必要な方へは公認心理師等によるカウンセリングを実施している。

(1) 専門相談の体制

(相談日) 火曜日～土曜日(祝日、年末年始除く)

※ただし、月曜日がハッピーマンデー(成人の日、敬老の日)
又は振替休日(祝日が日曜日にあたるその翌日)の場合、その前の週の土曜日は休館

(相談時間) 9:00～12:00 13:00～17:00

(相談方法) 電話、面接、FAX又は訪問など

(担当) 保健師、精神保健福祉士、公認心理師等



相談室風景

(2) 相談受理状況

(延べ件数)			(延べ件数)			
初回相談	再相談	計(%)	相談方法			計(%)
			来所	電話	その他	
500 (24.8)	1,518 (75.2)	2,018 (100.0)	358 (17.8)	1,599 (79.2)	61 (3.0)	2,018 (100.0)

・相談方法としては電話が最も多く7割以上を占めている。その他は、信書、FAX、E-mail等である。

①性別・年齢別相談者数

(性別) (延べ人数)

男性	女性	計(%)
474 (23.5)	1,544 (76.5)	2,018 (100.0)

・相談の内、約7割は女性である。

(年齢別) (延べ人数)

区分	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	不明	計(%)
相談者	4 (0.2)	49 (2.4)	97 (4.8)	324 (16.1)	178 (8.8)	459 (22.7)	20 (1.0)	887 (44.0)	2,018 (100.0)
IP (※)	107 (5.3)	281 (13.9)	168 (8.3)	514 (25.5)	217 (10.8)	473 (23.4)	29 (1.4)	229 (11.4)	2,018 (100.0)

・相談者の年齢別では、50代が最も多く、次に30代の相談が多い。

・IPの年齢別では、30代が最も多く、次に50代の相談が多い。

※「IP」とは、Identified patient の略で「問題となっている人」である。

②月別受理件数

(延べ件数)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
182 (9.0)	135 (6.7)	184 (9.1)	159 (7.9)	175 (8.7)	146 (7.2)	178 (8.8)	164 (8.1)	159 (7.9)	171 (8.5)	155 (7.7)	210 (10.4)	2,018 (100.0)

・月別相談件数は、表のとおりである。

③地域別相談件数

(ブロック別)

(延べ件数)

北海道・東北	関東・甲信越	東海・北陸	近畿	中国・四国	九州・沖縄	その他	不明	計 (%)
10 (0.5)	31 (1.5)	9 (0.4)	1,887 (93.5)	38 (1.9)	1 (0.1)	0 (0)	42 (2.1)	2,018 (100.0)

・ブロック別では全国各地から相談があった。全体の約9割は近畿地区からの相談である。

(近畿地区府県別)

(延べ件数)

兵庫	大阪	京都	滋賀	奈良	和歌山	計 (%)
1,708 (90.5)	112 (5.9)	8 (0.4)	3 (0.2)	12 (0.6)	44 (2.4)	1,887 (100.0)

④相談経路別相談件数

(延べ件数)

医療機関	HP等	相談機関(※)	教育機関	行政窓口	司法関係	マスコミ	その他	不明	再相談	計 (%)
142 (7.0)	137 (6.8)	72 (3.6)	27 (1.3)	23 (1.1)	9 (0.5)	0 (0)	42 (2.1)	49 (2.4)	1,517 (75.2)	2,018 (100.0)

- ・相談室への経路は、「医療機関」が最も多く、次いで「HP等」である。
- ・その他は、「研修受講」、「施設」、「通りがかり」等である。
- ※相談機関とは、こども家庭センター、保健所、市町相談窓口等である。

⑤相談内容別件数

(延べ件数)

トラウマ・PTSD	一般精神	こころの健康	その他	計 (%)
1,749 (86.7)	157 (7.8)	108 (5.3)	4 (0.2)	2,018 (100.0)

・トラウマやPTSDについての相談が、全体の8割を超える。

⑥トラウマ・PTSDの内訳

(延べ件数)

交通事故被害	犯罪被害	事故被害	暴力被害	事故目撃	性被害	死別	DV	虐待	災害	パワハラ	いじめ	その他	計 (%)
85 (4.9)	59 (3.4)	24 (1.4)	46 (2.6)	11 (0.6)	351 (20.1)	123 (7.0)	433 (24.8)	384 (22.0)	36 (2.0)	37 (2.1)	121 (6.9)	39 (2.2)	1,749 (100.0)

- ・トラウマ・PTSDの内訳は、「DV」、「虐待」、「性被害」の順が多い。
- ・その他は「暴言」、「新型コロナウイルス」等である。

⑦相談結果（処遇）

（延べ件数）

附属診療所紹介	他機関紹介	制度等紹介	傾聴・助言	関係機関連絡	その他	計（％）
485 (24.0)	68 (3.4)	32 (1.6)	1,055 (52.3)	375 (18.6)	3 (0.1)	2,018 (100.0)

- ・他機関紹介は、「他の医療機関」、「精神保健福祉センター」、「保健所」、「福祉事務所」等への紹介である。

(3) カウンセリングの状況

カウンセリングは附属診療所を受診し、PTSD症状等のトラウマに起因する心理的影響を認め、治療の対象と判断された患者のうち、心理治療が適当であると判断されたケースについて行っている。

①性別・年齢別実施人数

（性別）

（延べ人数）

男性	女性	計（％）
41 (8.9)	420 (91.1)	461 (100.0)

- ・全体の約9割が女性である。

（年齢別）

（延べ人数）

10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	計（％）
3 (0.7)	12 (2.6)	87 (18.9)	149 (32.3)	74 (16.0)	129 (28.0)	7 (1.5)	461 (100.0)

- ・カウンセリングを受けた年齢では30代と50代が多い。

②内容別件数

（延べ件数）

事故	DV	性被害	犯罪被害	親子関係	虐待	死別	その他	計（％）
38 (8.2)	91 (19.7)	69 (15.0)	1 (0.2)	45 (9.8)	124 (26.9)	15 (3.3)	78 (16.9)	461 (100.0)

- ・カウンセリング対象者の内訳は、「虐待」、「DV」、「性被害」の順に多い。
- ・その他は、「いじめ」、「パワーハラスメント」等である。

③セッション別件数

（延べ件数）

心理療法	心理テスト	その他	計（％）
379 (82.2)	29 (6.3)	53 (11.5)	461 (100.0)

- ・セッションの8割以上は心理療法である。
- ・その他は、ストレスドック及びJR福知山線脱線事故の家族等との面接である。

(4) 自殺対策への取り組み

自殺問題の深刻化に伴い、当センターにおいては「自死遺族ケア」という観点から、兵庫県いのち対策室、兵庫県精神保健福祉センターと連携を図りながら相談機能の充実に努めている。

また、自殺の再企図防止への取り組みとして、兵庫県災害医療センターと連携して医療的支援を行っている。

4 附属診療所の運営

附属診療所は、平成16年6月より、PTSD症状などのトラウマに起因する心理的影響に関する治療を行っており、受診については原則として関係機関からの紹介制にしている。

また、公立学校共済組合から受託するストレスドック事業等を行う。

(1) 診療所の体制

(診療日) 火曜日～土曜日(祝日、年末年始除く)

※ただし、月曜日がハッピーマンデー(成人の日、敬老の日)又は振替休日(祝日が日曜日にあたるときのその翌日)の場合、その前の週の土曜日は休診

(診療受付時間) 9:00～12:00 13:00～16:00

(担当) 精神科医

(2) 月別診療件数

(延べ件数)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
240 (7.6)	228 (7.2)	273 (8.7)	263 (8.4)	269 (8.5)	257 (8.2)	279 (8.8)	305 (9.7)	284 (9.0)	244 (7.7)	244 (7.7)	267 (8.5)	3,153 (100.0)

・診療は、災害・事件・事故等のトラウマやPTSD等に関する治療となるため、1件当たりの診療時間は1時間以上を要することがある。

(3) 専門治療件数

(延べ件数)

長時間暴露療法(PE療法)	トラウマ・フォーカスト認知行動療法(TF-CBT)	眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)	複雑性悲嘆の認知行動療法	CPT認知処理療法	STAIR/NST	計
103 (11)	134 (15)	8 (2)	47 (4)	38 (3)	28 (2)	358 (37)

・()内は実人員である。

(4) 初診者の状況

①性別・年齢別初診者数

(性別) (人)

男性	女性	計(%)
23 (29.1)	56 (70.9)	79 (100.0)

・受診者の約7割が女性である。



診察室風景

(年齢別) (人)

10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	計(%)
7 (8.9)	24 (30.4)	9 (11.4)	15 (19.0)	14 (17.7)	8 (10.1)	2 (2.5)	79 (100.0)

・年齢別では、10代が最も多く、次いで30代、40代である。

・初診患者の約4割が20歳未満である。

② 地域別初診者数

(ブロック別)

(人)

北海道・東北	関東・甲信越	東海・北陸	近畿	中国・四国	九州・沖縄	計 (%)
0 (0)	0 (0)	0 (0)	76 (96.2)	3 (3.8)	0 (0)	79 (100.0)

・ブロック別ではほとんどが近畿地区からの受診である。

(近畿地区府県別)

(人)

兵庫	大阪	京都	滋賀	奈良	和歌山	計 (%)
62 (81.6)	12 (15.8)	1 (1.3)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	76 (100.0)

・府県別では兵庫県内からの受診が最も多い。

③ 受診経路 (紹介元) 別初診者数

(人)

医療機関	相談機関※	教育機関	司法関係	その他	紹介なし	計 (%)
60 (76.0)	10 (12.7)	2 (2.5)	0 (0)	2 (2.5)	5 (6.3)	79 (100.0)

・その他は、家族が診療所で受診していて紹介があったケースや施設等からの紹介である。

※相談機関とは、こども家庭センター、保健所、市町相談窓口等である。

④ 診療内訳

(人)

犯罪被害	交通事故被害	暴力被害	性被害	事故目撃	死別	自死遺族	災害	DV	虐待	パワハラ	いじめ	その他	計 (%)
4 (5.1)	5 (6.3)	0 (0.0)	7 (8.8)	2 (2.5)	6 (7.6)	4 (5.1)	0 (0)	9 (11.4)	23 (29.1)	2 (2.5)	10 (12.7)	7 (8.9)	79 (100.0)

・初診内訳は、「虐待」、「いじめ」、「DV」の順に多い。

・その他は、「暴言」、「事故」、「新型コロナウイルス」によるトラウマなどである。

⑤ 受診結果

(人)

診療継続	医療機関紹介等	セカンド・オピニオン	終了	中断	計 (%)
48 (60.8)	5 (6.3)	2 (2.5)	20 (25.3)	4 (5.1)	79 (100.0)

(5) ストレスドック・ストレスチェック

(人)

ストレスドック	ストレスチェック	計
64	3	67

5 地域支援活動の実施

災害、事件や事故等の発生によりこころのケアが必要な場合に、関係機関と調整のうえ、個人及び組織に対する助言を行っている。

また、必要に応じて兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」を編成して現地に派遣し、コンサルテーションや、研修講師等、地域支援活動を行っている。

今年度の主な地域支援活動の状況は次のとおりである。

(1) 東日本大震災（平成23年3月から継続）

現地派遣

（主な支援先） 岩手県、宮城県（仙台市、気仙沼市、南三陸町、石巻市）、福島県

（対応職種） 医師、公認心理師、精神保健福祉士、保健師

（対象者） 保健医療福祉関係者

（支援回数） 延べ3回

（支援対象人数） 延べ56人

（支援内容） 現地でのコンサルテーション、研修講師等

(2) 熊本地震（平成28年4月から継続）

現地派遣

（主な支援先） 熊本県、熊本市

（対応職種） 医師、公認心理師

（対象者） 保健医療福祉関係者

（支援回数） 延べ4回

（支援対象人数） 延べ148人

（支援内容） 現地でのコンサルテーション、Webでの研修講師等

(3) 西日本豪雨等の災害（西日本豪雨は、平成30年7月から継続）

現地派遣

（主な支援先） 広島県、全国

（対応職種） 公認心理師

（対象者） 保健医療福祉関係者、自治体職員

（支援回数） 延べ4回

（支援対象人数） 延べ150人

（支援内容） 現地でのコンサルテーション、研修講師等

(4) 自殺関連における危機対応

（主な支援先） 児童福祉施設、教育機関、行政機関

（対応職種） 公認心理師、精神保健福祉士、保健師

（対象者） 消防職員、保健医療福祉関係者、学校関係者

（支援回数） 延べ19回

（支援対象人数） 延べ115人

（支援内容） コンサルテーション、Webでの研修講師等

(5) 事件・事故における危機対応

- (主な支援先) 警察機関等
- (対応職種) 公認心理師
- (対象者) 関係職員等
- (支援回数) 延べ2回
- (支援対象人数) 延べ5人
- (支援内容) コンサルテーション、研修講師等

(6) 新型コロナウイルスに関する危機対応

- (主な支援先) 県内の病院、消防機関、行政機関等
- (対応職種) 医師、公認心理師、精神保健福祉士、保健師
- (対象者) 医療従事者、消防職員、行政職員等
- (支援回数) 延べ25回
- (支援対象人数) 延べ101人
- (支援内容) 現地でのコンサルテーション、研修講師等

(7) その他のメンタルヘルスケア（コンサルテーション）

- (主な支援先) 県内の病院、防災関係機関、都道府県、市町、消防、教育機関、
児童相談所、警察、福祉施設等
- (対応職種) 医師、公認心理師、精神保健福祉士、保健師
- (支援回数) 延べ20回
- (支援対象人数) 延べ1,445人
- (支援内容) 関係機関へのコンサルテーション、実習生への指導、施設見学等

6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」体制整備事業

県内外における自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等集団災害が発生した場合、被災地域における精神保健医療機能が一時的に低下し、災害ストレス等により新たな精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大することが考えられる。

そこで、被災地域のニーズに応えるかたちで、専門性の高い精神科医療の提供と地域精神保健活動の支援を行うため、災害派遣精神医療チームを平時から設置する必要があることから、兵庫県と連携して災害発生時の支援体制の確立を図っている。

※ひょうごDPATは、平成26年12月19日に発足し、こころのケアセンターは、ひょうごDPATの統括として、兵庫県のち対策室、兵庫県精神保健福祉センターとともに調整本部の役割を担う。

(1) ひょうごDPAT運営委員会への参加

兵庫県のち対策室・神戸市保健所調整課・兵庫県精神保健福祉センター・兵庫県こころのケアセンター・兵庫県立ひょうごこころの医療センター・兵庫県精神病院協会の6機関で構成

第1回運営委員会 令和2年7月29日（水）

「ひょうごDPAT」事業にかかる報告及び協議事項

「ひょうごDPAT」研修実施計画について

第2回運営委員会 令和3年3月10日（水）

今年度の取組実績、兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」活動マニュアル改訂、次年度計画について

(2) 関西圏域DPAT連携体制の推進について

災害時は近隣府県からの協力関係が不可欠であり、平時より災害時のネットワークの強化や協力体制を構築することが必要である。そのため、平成30年度から関西の各府県の精神保健福祉センターが参集し、災害時のネットワークの強化や協力体制を構築している。

① 関西圏域DPAT研修の見学及び情報収集

- ・ひょうごDPAT研修会に他府県から参加
（11/14, 11/15：大阪府、京都府、滋賀県から見学参加）
- ・各府県のDPAT研修は、縮小または中止により参加できなかった。

② 近畿ブロック精神保健福祉センター災害時対応連絡会議へ出席

（開催年月日）令和2年9月4日（金）

（講義及び助言）

「新型コロナウイルス感染症下における心のケアについて」

兵庫県こころのケアセンター 加藤センター長

（意見交換）

- ・精神科病院で発生した新型コロナウイルス感染症と職員のメンタルヘルス
- ・新型コロナウイルス関連自殺対策 等

(3) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」活動マニュアルの改訂

熊本地震をふまえて平成30年3月20日に厚生労働省より「災害時健康危機管理支援チーム活動要領」が发出され、平成30年3月30日に「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」が一部改正された。これに基づき、兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」活動マニュアルを改訂し、当センターホームページに掲載した。

(4) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修会の開催

①サイコロジカル・ファースト・エイド（PFA）研修

日 程 令和2年9月12日（土）10:30～16:30

参加者数 15か所（27人）（ひょうごDPAT登録チーム構成員、健康福祉事務所、保健所等）

内 訳 医療機関5（10人）、健康福祉事務所等6（9人）、その他2（5人）、県外2（3人）

時 間	講義・演習内容	講 師
10：30～10：35	開講・オリエンテーション	兵庫県こころのケアセンター 相談室長 萩原 殉子
10：35～12：00	PFAとは 早期介入時の原理原則 PFAの提供者 災害派遣前に考慮すべき事項 PFAの活動【演習】 活動1：被災者に近づき、活動を始める 活動2：安全と安心感	兵庫県こころのケアセンター 上席研究主幹 大澤 智子
12：00～13：00	昼休憩	
13：00～16：30	PFAの活動【演習】 活動3：安定化 活動4：情報を集める 活動5：現実的な問題解決を助ける 活動6：周囲の人々との関わりを促進する 活動7：対処に役立つ情報 活動8：紹介と引継ぎ 「地震等の自然災害、新型コロナウイルス感染症等への対応など」 意見交換・質疑応答 閉講・受講証発行・アンケート記入	兵庫県こころのケアセンター 上席研究主幹 大澤 智子



サイコロジカル・ファースト・エイド（PFA）研修

② ひょうごDPAT研修【1日目】

日 程 令和2年11月14日（土）9:45～17:00

参加者数 17か所（40人）（ひょうごDPAT登録チーム構成員、健康福祉事務所、保健所等）

内 訳 医療機関5（14人）、健康福祉事務所等4（8人）、その他4（13人）、県外4（5人）

時 間	講義・演習内容	講師（◎）及びファシリテーター（○）
9：45～9：50	オリエンテーション 開講・挨拶	兵庫県こころのケアセンター 兵庫県いのち対策室 室長 野倉 加奈美
9：50～10：10	講義：災害時の精神保健活動 ・DPAT活動の役割と留意点	◎兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
10：10～10：40	講義：災害医療概論 ・災害医療概論：CSCATTT等	◎DPAT事務局 インストラクター 緑川 大介
10：40～10：50	休憩	
10：50～11：10	講義：兵庫県防災計画、地域災害救急 医療体制 ・発災時の指揮命令系統 災害現場における諸機関との連携 ・災害医療コーディネーターの活動 ・DPAT、DHEAT、JMAT、保健所等の 活動	◎兵庫県健康福祉部医務課企画調整班 主幹 新林 正哉
11：10～11：30	講義：兵庫県の平時及び災害時の精神 保健医療 ・精神保健医療サービス体制・地域精 神保健活動等 ・兵庫県発災時のDPATの指揮命令系統 ・兵庫県こころのケアチーム「ひょう ごDPAT」活動マニュアルについて	◎兵庫県いのち対策室 主査 赤木 和幸
11：30～11：35	質疑応答、午後の説明 EMIS、J-SPEED、クロノロ	各講義担当者 兵庫県こころのケアセンター
11：35～12：35	昼休憩	
12：35～12：50	講義：ロジスティクス概論 クロノロ・組織図・コンタクトリスト	◎兵庫県災害医療センター 放射線課長 中田 正明
12：50～14：40	実習：情報伝達ツール 演習A：EMIS・J-SPEED (災害診療記録)	◎兵庫県災害医療センター 放射線課長 中田 正明 ◎兵庫県精神保健福祉センター 主査 松田 一生 ○神戸赤十字病院 ○兵庫県災害医療センター ○ひょうごこころの医療センター ○兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室精神障害福祉班 ○大阪医科大学附属病院 ○兵庫県こころのケアセンター
14：40～14：50	休憩	
14：50～16：40 ※演習Bと 演習C 各50分交替	講義・演習B：情報整理（クロノロ） ※動画にて実習	◎神戸赤十字病院 調剤係長 安藤 和佳子 ◎兵庫県こころのケアセンター 課長補佐 井瀧 章子 ○兵庫県こころのケアセンター
	演習C：情報通信 ・衛星携帯電話及びトランシーバー	◎神戸赤十字病院 検体検査係長 安部 史生 ◎神戸赤十字病院 医療社会事業部社会課 揚野 達也 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院 ○兵庫県精神保健福祉センター
16：40～16：50	休憩	
16：50～17：00	意見交換・質疑応答 まとめ 2日目のお知らせ、アンケート協力等	兵庫県こころのケアセンター 兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛

③ひょうごDPAT研修【2日目】

日 程 令和2年11月15日（日）9:45～16:30

参加者数 16か所（41人）（ひょうごDPAT登録チーム構成員、健康福祉事務所、保健所等）

内 訳 医療機関4（13人）、健康福祉事務所等4（8人）、その他4（14人）、県外4（6人）

時 間	講義・演習内容	講師（◎）及びファシリテーター（○）
9：45～9：50	オリエンテーション	兵庫県こころのケアセンター
9：50～11：30	講義：災害現場における指揮命令系統・安全確保・情報伝達	◎DPAT事務局 インストラクター 緑川 大介 ○兵庫県災害医療センター ○神戸赤十字病院 ○兵庫県精神保健福祉センター ○兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室精神障害福祉班 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院 ○大阪医科大学附属病院 ○兵庫県こころのケアセンター
	本部活動 ・活動拠点本部の設置と運営 災害演習1：受援体制 県内被災時の受援体制 ～平時から個人・組織でできること～	
11：30～12：30	昼休憩	
12：30～15：30	災害演習2 本部活動と地域支援または病院支援 ・活動拠点本部の活動 ・避難所等からの依頼に基づいた活動 ・病院支援	○DPAT事務局 インストラクター 緑川 大介 ○兵庫県災害医療センター ○神戸赤十字病院 ○兵庫県精神保健福祉センター ○兵庫県健康福祉部障害福祉局いのち対策室精神障害福祉班 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院 ○大阪医科大学附属病院 ○兵庫県こころのケアセンター
15：30～16：00	研修での学び・講師への質問等 意見交換・発表、質疑応答	兵庫県こころのケアセンター ※各講師で回答
16：00～16：20	支援者支援について	◎兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
16：20～16：25	閉講・挨拶	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛



ひょうごDPAT研修【1日目】



ひょうごDPAT研修【2日目】

7 こころのケアシンポジウムの開催

兵庫県こころのケアセンターの日頃の研究成果の発表と講演会を内容としたこころのケアシンポジウムを、11月6日（金）に兵庫県こころのケアセンター大研修室及びオンライン配信にて開催した。

（主催） 公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構

（共催） 兵庫県

（後援） 神戸新聞社

（日時） 令和2年11月6日（金）13：30～16：30

（参加者） 140名

（内容）

・研究報告

「トラウマ体験を有する発達障がい児者への支援」

兵庫県こころのケアセンター主任研究員 大塚 美菜子

・講演

「子ども虐待防止に医療ができること～やられてもやり返せない人への支援～」

兵庫県立尼崎総合医療センター小児科科長 每原 敏郎

8 情報発信

兵庫県こころのケアセンターとは、どのような機能を持ち、どのような活動を行っているのか等について広く知っていただくため、ホームページの運営やパネル展示など様々な取り組みを行った。

(1) ホームページの運営

当センターの活動紹介をはじめ、研修等の開催案内や研究成果（概略版）等を掲載したホームページを運営した。

なお、3月には、より見やすく、分かりやすく情報を発信することができるようリニューアルを実施した。

URL <https://www.j-hits.org>

(2) パネル展示

当センターの機能等を紹介したパネルをエントランスホールにて常設展示している。

また、「兵庫県こころのケアセンターからのお知らせ」コーナーでは、相談室・診療所の利用案内等を掲示するとともに、熊本地震に関する「ひょうごDPAT」活動等のパネルを設置し、情報提供に努めた。

(3) 施設見学の受け入れ

新型コロナウイルス感染症対策として、施設見学をスライドによる施設紹介に代え、実習生や「こころのケア」研修受講生等を対象に実施した。

9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施

阪神・淡路大震災の経験と教訓から培った、いのちの尊厳と生きる喜びを高める総合的アプローチである「ヒューマンケアの理念」に基づいた保健・医療・福祉分野における新たな専門的人材養成の講座や、この理念に関する多様なニーズに対応した知識や技術の普及啓発と実践を担う県民向けの各種講座を開設し、兵庫県との共催によるひょうごヒューマンケアカレッジ事業を実施した。

1 専門的人材養成講座

(1) 音楽療法講座

音楽療法の実践をめざす者に対し、音楽療法に関する知識や技術のほか、実践者としての資質等を身に付ける機会を提供することにより、保健・医療・福祉・教育等の様々な分野において地域で活動する県独自の音楽療法士の養成を図っている。

①基礎講座

音楽療法の概要、音楽が心身に及ぼす効果、実践者としての役割や資質など、音楽療法の専門的な学習に向けた基礎知識を提供している。

②専門講座

実践論、関連領域及び実技の3分野で構成し、音楽療法の実践に必要な専門知識・技術を学習するとともに、実践者としての豊かな人間性や倫理観を養っている。

また、専門講座修了者に対して、その実践経験活動のための指導、助言等も行っている。

(2) 音楽療法士の認定審査

県独自の技能認定である「兵庫県音楽療法士」の認定審査と、新規認定後、4～5年目の者を対象に、更新認定審査を行っている。

(3) 音楽療法講演会・実践活動発表会

保健・医療・福祉・教育施設等への音楽療法の普及を図るため、認定証交付式に併せて、記念講演会と実践活動発表会を実施している。

(4) 兵庫県音楽療法士現任研修

「兵庫県音楽療法士」の資質向上を図るため、専門講座の聴講や、更新に係る説明会を実施している。

2 ヒューマンケア実践普及講座

(1) 終末期の暮らしを考える講座

人間としての尊厳を保ちつつ、自らの望む人生を全うできるよう、在宅におけるターミナルケアに必要な知識を含め、人生の最終段階を迎える前に役立つ様々な知識・技術を体系的に学ぶ機会を提供する。

(2) グリーフケア講座

事件や事故、病気などで大切な人を失い、深い悲しみのため悲嘆（グリーフ）状態に陥った人に対応するため、グリーフに関する理解、知識等を学ぶ機会を提供する。

(3) アートとこころのケア講座

現代社会における癒しや自己表現、セラピーなどにおけるアート（芸術）の役割を考えるとともに、近年注目されているホスピタルアート等についてその内容や手法を学ぶ機会を提供する。

3 事業実績

(1) 講座関係

区分	講座名	実施期間（回数）	受講者数	
専門的人材 養成講座	基礎講座	実施せず	—	
	音楽療法 講座	専門講座＜実践論分野＞	R 2. 9.10 ～ R 3. 2.10(17回)	23名
	専門講座＜関連領域分野＞	R 2. 9. 9 ～ R 3. 2.19 (16回)	27名	
	専門講座＜実技分野＞	実施せず	—	
ヒューマンケア 実践普及講座	終末期の暮らしを考える講座	R 2. 8. 7 ～ R 2. 9.25 (5回)	27名	
	グリーンケア講座	R 2.10. 7 ～ R 2.12.11 (7回)	28名	
	アートとこころのケア講座	R 3. 1.30 ～ R 3. 3. 6 (4回)	29名	

※音楽療法講座基礎講座及び専門講座＜実技分野＞は、感染症対策のため実施していない。

(2) 音楽療法士の認定審査

① 新規認定の審査

音楽療法講座専門講座修了者のうち、一定の実践経験を積んだ者を対象に、県独自の技能認定である「兵庫県音楽療法士」の認定審査を行った。

- (a) 面接・実技審査日 令和2年11月21日（土）
- (b) 認定審査会開催日 同上
- (c) 認定申請者数 1名
- (d) 認定者数 1名

② 更新認定の審査

「兵庫県音楽療法士」の新規認定後4～5年目の者のうち、更新要件（新規認定後3年間以上の実践経験等）を満たす者を対象に、更新認定審査を行った。

- (a) 更新申請者数 15名
- (b) 更新認定者数 14名

(3) 音楽療法講演会・実践活動発表会

保健・医療・福祉・教育施設等への音楽療法の普及を図るため、県主催の音楽療法士認定証交付式に併せ、記念講演会と音楽療法士による実践活動発表会を実施しているが、令和2年度は感染症対策のため実施していない。

(4) 兵庫県音楽療法士現任研修

- ①専門講座の聴講（参加者：2名）
- ②未更新者を対象とした更新説明会の開催
日 時：令和2年7月15日（水）
参加者：46名

(参 考)

音楽療法について

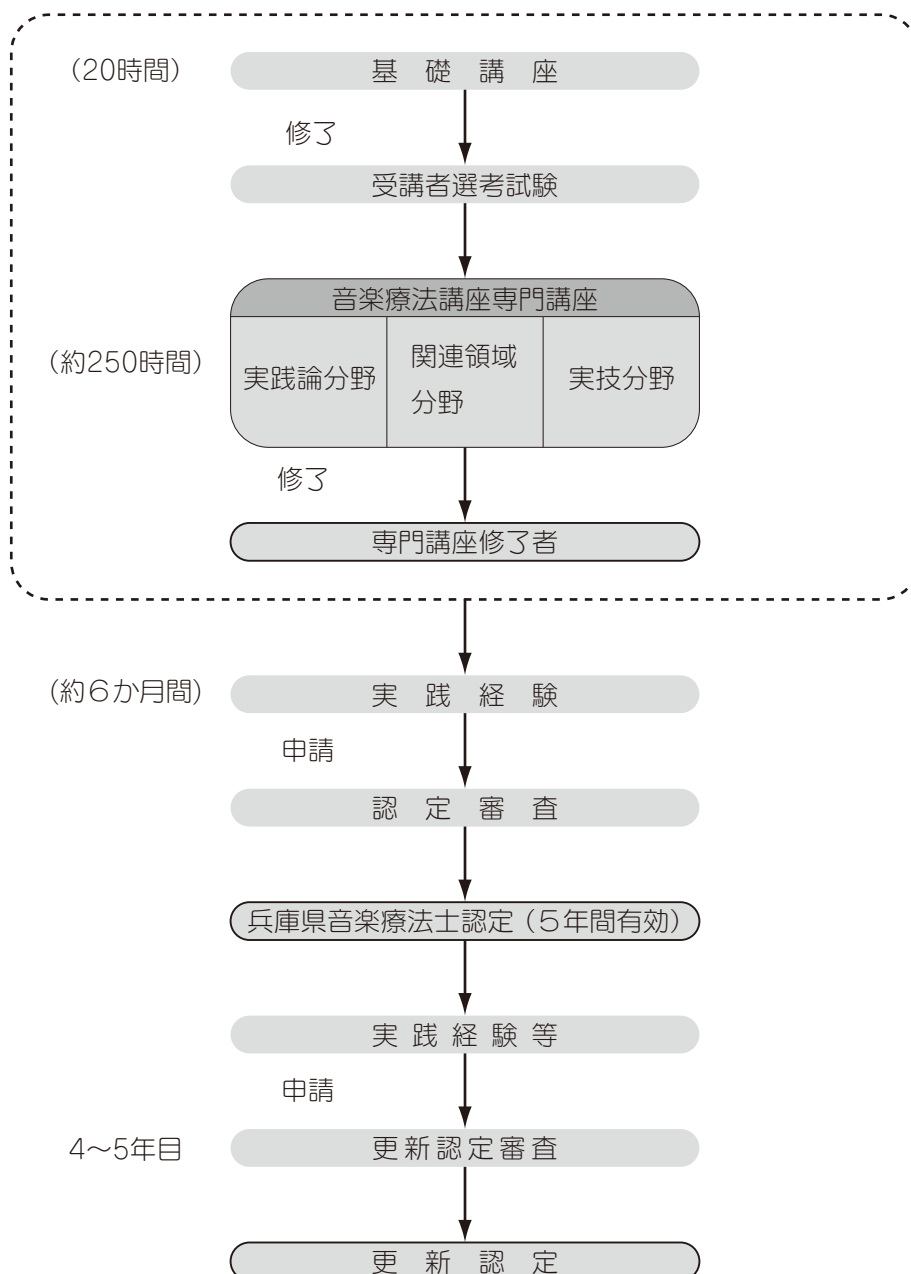
1 音楽療法の定義等

音楽療法とは、音楽の持つ、生理的、心理的、社会的働きを、心身の障害の軽減回復、機能の維持改善、生活の質の向上、問題となる行動の変容に向けて、治療者が意図的、計画的に活用して行う行為である。

わが国においては、1960年代後半から導入され、①精神障害への心理療法やリハビリテーション、②神経症や心身症などに対する心理療法的音楽療法、③障害児に対する発達療法的音楽療法、④認知症等の高齢者に対する音楽療法、⑤ターミナルケアにおける音楽療法などが行われている。

2 「兵庫県音楽療法士」認定・更新の流れ

ひょうごヒューマンケアカレッジ
専門的人材養成講座「音楽療法講座」



令和2年度 ひょうごヒューマンケアカレッジ

●終末期の暮らしを考える講座（全5回・15時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師(所属・氏名)
8	7	金	13:30~16:30	死にゆく(ターミナル期の)人の特徴とケア 「身体的・心理的・社会的・霊的な痛み」	畿央大学健康科学部 教授 河野 由美
9	4	金	13:30~16:30	人生の店じまい 終活セミナー ～エンディングノートをとおして自分自身と 向き合ってみませんか～	なかい行政書士事務所 行政書士 中井 さとみ
9	11	金	13:30~16:30	スピリチュアルペインの理解と スピリチュアルケアの実践へのヒント (認知症の人とがん患者を例に)	カトリック大阪大司教区 司祭 上智大学大阪サテライトキャンパス長 ガラシア病院チャプレン 松本 信愛
9	18	金	13:30~16:30	在宅ターミナルケアと疼痛のコントロール	関本クリニック 理事長 関本 雅子
9	25	金	13:30~16:30	患者の権利と人生の最終段階における意思 決定	兵庫県立大学 教授 紀平 知樹

●グリーフケア講座（全7回・21時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師(所属・氏名)
10	7	水	13:30~16:30	死別と悲嘆(グリーフ)を理解するために (導入講義)	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
10	21	水	13:30~16:30	悲嘆について	関西学院大学 人間福祉学部人間科学科 教授 坂口 幸弘
10	28	水	13:30~16:30	宗教における死生観	浄土宗願生寺 住職 大河内 大博
11	4	水	13:30~16:30	グリーフケアを提供する人のケア ～自分自身を大切にセルフケア～	福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座 准教授 瀬藤 乃理子
11	18	水	13:30~16:30	心療内科医としての遺族支援	神戸赤十字病院 心療内科部長 村上 典子
11	25	水	13:30~16:30	悲嘆とPTSD	兵庫県こころのケアセンター 主任研究員 須賀 楓介
12	11	金	13:30~16:30	人生の中の悲しみを生き抜く力	上智大学グリーフケア研究所名誉所長 生と死を考える会全国協議会会長 高木 慶子

●アートとこころのケア講座（全4回・11時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師(所属・氏名)
1	30	土	13:40~16:20	アート・セラピー(芸術療法)を活用した地域 での取り組み	甲南大学人間科学研究所客員研究員 公認心理師 内藤 あかね
2	20	土	13:30~16:20	花とみどりでこころをいやす園芸療法	兵庫県立淡路景観園芸学校 兵庫県園芸療法士 金子 みどり
2	27	土	13:30~16:20	臨床美術(クリニカルアート)とは ～アートでこころのリフレッシュ～	(株)フェリシモ 木野内 美里(臨床美術士)
3	6	土	13:30~16:10	音楽療法を日常生活に活かして、免疫力アッ プ	大阪音楽大学講師 日本音楽療法学会認定音楽療法士 公認心理師 後藤 浩子

10 その他受託事業

(1) JICA 研修

① JICA課題別研修（「災害におけるこころのケア」コース）

災害保健医療・精神保健政策担当者及び被災者への心理・社会的サービスを提供するための人材を養成する研修等を下記のとおり実施する予定であったが、感染症対策のため中止した。

（時 期） 令和2年9月

（対 象 国） アフガニスタン、イラン、ニカラグア、トルコ等

（対 象 者） 各国中央省庁及び地方行政機関の医師等

（参加者数） 10名程度

（実施場所） こころのケアセンター、人と防災未来センター ほか

(2) 消防職員等のメンタルヘルスケアの実施

神戸市等から委託を受け、メンタルヘルスに関する指導・相談を行うとともに、研修会を実施した。

① 神戸市

実施期間：令和2年4月1日（水）～令和3年3月31日（水）

開催場所：神戸市防災学校

実施人数：12名（相談）、190名（研修4回）、1,582名（メンタルチェック）

② 西宮市

実施期間：令和2年4月1日（水）～令和3年3月31日（水）

開催場所：西宮市消防局

実施人数：18名（相談）、14名（研修2回）、499名（COVID-19対応ストレス調査）

③ 守口市門真市消防組合

実施期間：令和2年6月12日（金）～令和2年7月22日（水）

実施人数：346名（ストレスチェック）

④ 兵庫県（兵庫県立加古川医療センター）

実施期間：令和2年7月1日（水）～令和3年3月31日（水）

実施人数：811名（COVID-19に関するメンタルヘルス調査）

11 外部評価の実施

多様な事業を適正かつ効果的、効率的に行っていくため、有識者からなる外部評価委員会を設置し、外部評価を実施した。

令和2年9月23日（水）に外部評価委員会を開催し、令和元年度実施分について評価を受けた。

委員名及び評価結果は以下のとおり。なお、評価結果については、兵庫県に報告するとともに、当センター及び機構のホームページ上で公表した。

(委員名)

野田 哲朗 兵庫教育大学大学院教授（委員長）

瀧野 揚三 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター教授

佐藤 睦 独立行政法人国際協力機構関西センター次長

辻本 哲士 滋賀県立精神保健福祉センター所長

(評価結果)

個別事業評価

評価対象事業	評価
研修事業	A
情報の収集発信・普及啓発事業	A
連携・交流事業	S
相談事業	A
附属診療所の運営	A
ヒューマンケアカレッジ事業（音楽療法士養成講座）	B
ヒューマンケアカレッジ事業（実践普及講座）	A
安定的な運営のための収支バランスの確保等	A
研究調査に係る総合的な評価	A

※評価基準

S：年度計画を大きく上回り、中期計画を十分に達し得る優れた業績を上げている。

A：年度計画どおり、中期計画を十分達し得る可能性が高い。

B：年度計画どおりといえない面もあるが、工夫若しくは努力によって中期計画を達し得る。

F：年度計画を大きく下回っている。又は中期計画を達成し得ない可能性がある。

総合評価

- 当センターは、トラウマ・PTSDなど「こころのケア」に関する多様な機能を持つ拠点施設として、平成16年4月に全国に先駆けて設置され16年が経過した。
- 「こころのケア」に関する研究調査をはじめ、研修、相談・診療、情報発信・普及啓発、連携・交流といった5つの機能を有機的に関連付けながら、一体的に活動を展開した。一部、数値目標を達成できなかった事業があるものの、総合的に見ればいずれの側面においても、効果的、効率的、計画的に実施されている。とりわけ、その実践の中で蓄積された経験と知見、技術をもって様々な災害支援にも役立てていることを、高く評価する。
- 個々の事業評価については「個別事業評価」に記載のとおりであるが、当該年度も、引き続き東日本大震災や熊本地震の被災地に対する支援を行うとともに、京都アニメーション火災においてはサポートに出向いたほか、ダイヤモンドプリンセス号での新型コロナウイルス感染症対策として長期の船内待機を余儀なくされた乗客・乗員へのこころのケアを実施した。加えて、ひょうごDPATの活動だけでなく、DPATの統括として県や神戸市と連携し、実務者の養成や近畿各府県DPAT等との協力体制づくりにも貢献している。
- また、県委託研究、競争的資金による研究で、当センターの特徴を生かす研究が進められており、外部資金の獲得状況からも当センターの研究員が高く評価されていることがわかる。
- 当該年度は、阪神・淡路大震災25年と当センター開設15周年の節目として、「こころのケア国際シンポジウム」を開催し、国内外から専門家を招聘し、「災害とレジリエンス」をテーマに、これまでの研究、実践活動をまとめ、多数の参加者を得て、有意義なシンポジウムとなった。
- 限られたスタッフで、5つの機能すべてを常に高いレベルでこなすことは決して容易なことではない。それ故、スタッフの心身の健康にも留意しながら、現行の理念・方向性を継続し、活動を続けるために、兵庫県による、より一層の財政的支援、人的支援等の配慮が求められる。
- 今後とも、さまざまなトラウマ被害者を「誰一人取り残さない」対応ができるような社会の実現に向けて、専門家の育成に貢献していただきたい。

III 参考

1 こころのケアシンポジウム（概要）

(1) 研究報告

「トラウマ体験を有する発達障がい児者への支援」

大塚 美菜子（兵庫県こころのケアセンター主任研究員）

本日は、「トラウマ体験を有する発達障がい児者への支援」ということで、当センターで実施しました研究とその結果について御報告致します。

問題

- PTSD症状を呈する発達障がい児者の診療ニーズが高まりつつある現状
- PTSD症状への介入技法は、その標準化手続きの対象を「他の疾患や障がいを持たない者」としている
- 発達障がい児者に対しては、治療者が各々の裁量で工夫を凝らしつつ実践しているという実状

PTSD と発達障害、この2つをキーワードとしたときに、大きく3つの問題や課題があるのではないかと考えました。1つ目は、PTSD の症状を呈する発達障がい児者（子どもと成人）の診療ニーズは年々高まりつつあるという現状、もう1つは、PTSD 症状に介入するための治療的介入技法のほとんどは、他の疾患や障がいを持たない方を対象に標準化手続きが行われているという点です。ですので、それを発達障がいをお持ちの方に実施する場合にどのような工夫や配慮が必要になるのかということに関しては、治療者がおのこの裁量で工夫を凝らしつつ実践をしているという実情がある、この3点です。

発達障がいをお持ちの方は定型発達の方よりもストレスに対する生物学的な脆弱性を多くお持ちであるという指摘があります。日常生活上で一般的に体験される傷つき体験、いわゆる診断基準としての PTSD には該当しない一般的な体験であっ

たとしても、フラッシュバックや覚醒水準の問題、認知や気分の変化など PTSD によく似た類似症状が出現する可能性や、そういったケースも報告されています。ただし、症状が発達的な問題なのか、それとも傷つき体験に関連して生じた PTSD に類似した症状なのかの判別が非常に難しいという問題もあります。

一般的な「傷つき体験」と PTSD 診断に至る「トラウマ体験」の違いについても今一度整理しておく必要もあります。昨今、「PTSD」や「トラウマ」という言葉は、専門的な分野だけではなく、一般的にも日常会話やメディア上などで耳にしたり、目にしたりする機会がとて増えたと思います。しかし実際には、PTSD と診断をつけるためには A 項目といわれる、それがどんな出来事であったのかという厳密な基準があります。DSM-5 という診断基準には、A 項目を満たすには「実際に危うく死ぬとか、重傷を負うとか、性的暴力を受けるといったような出来事を直接御本人が体験する。あるいは、他人に起きた出来事をじかに目撃する。身近な家族や友人が体験したと伝え聞く。それは暴力的なもの、偶発的なものでなくてはならないとか、繰り返しさらされる。これは仕事に関連するものでない限り、電子媒体、テレビ、映像、または写真による暴露は適用されない等」といった内容である必要があるわけです。ですので、「とても傷ついた。この体験は自分の人生にとって、とても苦しいものであった」と、主観的に傷ついていることのみを理由に PTSD と診断してよいというのではなく、A 項目以下、B～F いずれもの基準を満たしているか否かが診断に関わってくる

目的と方法

- 問1. DSM診断基準のA項目に該当するトラウマ体験を有し PTSDを発症した発達障がい児者は、定型発達児者と同様の症状を発現するのか？
- 問2. 定型発達児者と同様の治療プログラムが有効なのか？
- 問3. 発達障がい児者はDSM診断基準のA項目に該当しない日常的なストレス体験でもPTSD症状あるいはPTSD類似症状を示すことがあるのか？

- 研究① 文献レビュー
 研究② 臨床家へのインタビュー調査
 臨床家へのアンケート調査
 研究③ 発達障がい当事者へのインタビュー調査

ということです。

このような問題を受け、研究を行うにあたり以下の3つのリサーチクエスチョンを立てました。

問1は、DSMの診断基準のA項目に該当するトラウマ体験を有していて、なおかつPTSDを発症した発達障がいをお持ちの方は、定型発達児者と同様の症状が発現するのかどうかということ、問2は、定型発達の方と同様の治療プログラムをそのまま使うことが、彼らにとって有用なのかどうか。そして3つ目は、発達障がいをお持ちの方は、DSM診断基準のA項目に該当しない日常的なストレス体験であっても、PTSD症状やそれに似た症状を示すことがあるのかどうか。これらを確認するために研究1では、これまでに発表されている事例（症例）報告のレビューを、研究2では臨床家へのインタビュー調査と、その結果を元に作成したアンケートを用いて広く臨床の方から回答をいただく臨床家を対象とした調査。そして3つ目が、発達障がい当事者の方へのインタビュー調査。この3つの問いを柱として調査研究を行うこととしました。

◆研究1. 文献レビュー

2006年から2016年にかけて発表された調査対象となる論文が計8本、13症例が該当しました。症例の基本情報は、男性が8名、女性が5名、年齢の平均が26.91歳で最年少が19歳、最年長42歳でした。ヒットした文献のすべてを紹介することは時間的に厳しいため、どのようなストレス体験やPTSD体験を紹介されていたのかをピック

アップしてお伝えしたいと思います。

研究1 文献レビュー

・文献の検索条件

- ① 雑誌論文であること
- ② 症例報告であること（会議録除く）
- ③ 「論題名」「要約」「キーワード」のいずれかに、「PTSD」「心的外傷後ストレス障害」「心的外傷およびストレス関連障害」「トラウマ反応」のいずれかの語句および「広汎性発達障害」「自閉スペクトラム症」をはじめとする発達障害に関連する疾患名が含まれていること

医中誌、J-Stage、PubMedにて論文検索を行い、タイトルおよび抄録から条件を満たさない文献を除外。
 2006年～2016年にかけて計8本、13症例が該当した。

13症例のうちA項目を満たさない、つまり一般的なストレス体験に対してトラウマ治療を行っているというものは、6症例でした。体験の内容は、致死性ではない学校でのいじめやからかい、虐待には至らない可能性のある家庭内でのからかいといった傷つき体験でした。度重なる失敗体験ですとか、苦痛を伴う手術、親の情緒が非常に不安定だったというような安定しない養育環境に置かれていたというのが2例ありました。

・A項目を満たさないストレス体験の6症例

ストレス体験の内容	症例数	症状の内容	症例数
学校でのいじめ・からかい	5例	B：侵入症状	4例
家庭内でのからかい	2例	C：持続的回避	記載なし
度重なる失敗体験	1例	D：認知と気分の陰性変化	3例
苦痛を伴う手術	1例	E：覚醒度と反応性の著しい変化	3例
厳しい、情緒的に不安定な親	2例	解離症状	記載なし

治療的介入に使用された技法

- EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）・・・4例
- 疾患心理教育や環境調整・・・2例
- 共感的傾聴・・・1例
- 森田療法・・・1例

PTSD症状評価尺度の使用・・・0例（※記載なし）

それぞれについて、どのようなPTSD類似症状が出現したのかを確認したところ、「記載なし」に該当するものもありました。記載があったものでは、フラッシュバック等を含む侵入症状が4例。回避症状は、どの症例にも特に記載はなく、認知と気分の陰性変化が3例、覚醒度と反応性の著しい変化が3例、解離についてはどれも記載はないといった内容でした。

次に、どのような治療法が使われたのかを見てもみますと、EMDR（眼球運動による脱感作と再処

理法)が4例。疾患心理教育や環境調整をメインに行ったものが2例。その他としては共感的な傾聴などがありました。特徴的だったのは、こういった治療的介入の結果を PTSD 症状評価尺度などを用いて客観的に測定した研究はゼロあるいは、記載がない状態という点です。

全 13 症例中残りの 7 症例は、A 項目を満たす、つまり PTSD と診断されるトラウマ体験でした。ストレス体験の内容はこのようになっております。症状の内容も詳細な記載がされているものが比較的多いようでしたが、解離についてはあまり焦点は当たっていませんでした。

・ A 項目を満たすトラウマ体験の 7 症例

ストレス体験の内容	症例数	症状の内容	症例数
身体的虐待・暴行	1 例	B：侵入症状	3 例
性的虐待・性被害	2 例	C：持続的回避	5 例
その他の虐待	1 例	D：認知と気分の陰性変化	6 例
生命の危機に瀕する手術	1 例	E：覚醒度と反応性の著しい変化	7 例
家庭内での殺人	1 例	解離症状	記載なし
家族の自死・変死	3 例		

治療的介入に使用された技法
EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）・・・5 例
PTSD のための認知療法（CBT）・・・1 例
精神分析的心理療法・・・1 例

PTSD 症状評価尺度の使用
CRIES-8・・・1 例
PCL・・・1 例
SUD・・・2 例

治療的介入に使用された技法としては EMDR、PTSD のための認知療法、そして精神分析的心理療法を使った例もありました。治療的介入の効果測定には PTSD を評価する尺度が使われている報告もありました。

このようにレビューをしてみると、定型発達を想定した成人用の治療プロトコルを治療者が独自に改変して適用することで、一定の治療効果を上げていることがうかがえます。一方で、PTSD 症状のアセスメントが難しいという課題や、発達障がい診断に至った経緯という情報の記載が非常に少ないという特徴がありました。治療プロトコルの改変の必要性という点から見えてきた課題としては、繰り返しにはなりますが、発達障がい、PTSD 症状、トラウマ関連症状共に、どのようなアセスメントがされたのかという情報が決定的に不足している可能性が見えてきました。さらに、診断基準の A 項目に該当しないストレス体験と、

A 項目に該当するトラウマ体験が混同されて書かれているというものもありました。

介入については「工夫をした」とは書いてあったとしても、その工夫された内容詳細が未記入である報告もありました。治療効果の測定方法にもばらつきがあることもわかりました。

- ・成人用の治療プロトコルを独自に改変し適用することで一定の治療効果を上げていることが伺える報告
- ・アセスメントのむずかしさ
- ・問題の過大評価・過小評価のリスク
- ・治療プロトコルを独自に改変する必要

文献レビューから見えてきた課題

- 発達障がい、PTSD 症状、トラウマ関連症状ともにどのようにアセスメントされたのか情報が不足している
- 診断基準の A 項目に該当しないストレス体験と、該当するトラウマ体験の混同
- 介入の詳細が記載されていないものもある
- 治療効果の測定方法にばらつきがある

これらを踏まえて、実際の臨床現場で活躍している臨床家たちの生の声から実情を調査する目的で、臨床家を対象としたインタビュー調査を行いました。結果 10 名の方に協力していただき、60 分から 90 分をかけて半構造化面接にてお話を聞かせていただきました。

研究 2 - 1：臨床家へのインタビュー調査

協力者は医療機関や教育機関で臨床を行っている医師 2 名、臨床心理士 8 名でした。インタビュー調査の質問項目はこちらをご参照ください。

インタビュー調査の質問項目

臨床場面で、通常のストレス体験で PTSD 類似症状を呈する発達障がい児者に出会ったことがあるか？

- ①発達障がいのアセスメント法
- ②ストレス体験の内容
- ③PTSD 類似症状の内容
- ④PTSD 症状評価実施の有無
- ⑤PTSD 症状評価に使用する尺度
- ⑥PTSD 症状評価を実施しない理由
- ⑦実施している治療的介入法

臨床場面で、発達障がいと診断されたクライアント（患者）のうち、DSM 診断基準の A 項目に該当するトラウマ体験があり、PTSD 症状を呈した発達障がい児者に出会ったことがあるか？

- ①発達障がいのアセスメント法
- ②トラウマ体験の内容
- ③PTSD 症状の内容
- ④PTSD 症状評価実施の有無
- ⑤PTSD 症状評価に使用する尺度
- ⑥PTSD 症状評価を実施しない理由
- ⑦実施している治療的介入法

発達的な問題のアセスメント法

クライアントご本人、養育者や第三者に対して

それぞれどのような項目を聴取したり検査を実施するのかを伺いました。その結果、検査や症状評価尺度の使用だけでなく、成育歴や治療歴の聴取、そこからうかがえるコミュニケーションの特徴、学校の成績や興味関心のある活動、能力のアンバランスさの有無、身体感覚の特徴などが幅広く情報収集されていることがわかりました。治療を必要としているご本人からも、問題をどのように自覚しているのか、日常生活で何にどう困っているのか、こだわりや、ルール、決まった行動パターンがあるのかなど、これらも通常の診療やカウンセリングでのやりとりを通して聴取されていました。

心理検査では、ウェクスラー式の検査、新版発達K式検査、描画法などが使われていました。さらに、自閉症スペクトラム尺度（AQ）をご本人に実施したり、ご家族の方に子どもの行動チェックリストや小児自閉症評価尺度、PARS、CARSをそれぞれ発達年齢や必要性に応じて実施して、併せて結果の解釈に使用されているということでした。

第三者からクライアントの情報を聞き取れるか、聞き取れないかというのは、ケース・バイ・ケースですが、可能な場合には養育者や、医療関係者、配偶者、パートナーから普段の生活の様子を聞き取るということも教えていただきました。

A 項目には該当しない一般的なストレス体験をされた際に生じる問題の特徴

まず、発達特性としてのコミュニケーションの難しさ、能力のアンバランスさ、こだわり等があると、フラッシュバックの様相がより鮮明に視覚に生じやすく、その克明さは定型発達の方以上である印象を覚えるとほとんどのインタビュー協力者は答えてくださっていました。さらに、医療者など聞く側からすると「あれ？そこが一番つらいの？」というような、しかしクライアント本人としては非常にこだわりを強く持っていらっしゃる場面がフラッシュバックしやすいのではないかと、というお話もありました。そのほかには、記憶のまとまりの悪さと体験の言語化の難しさ、感覚過

敏の問題から身体化症状が激しく現れやすいという印象や、状況が読めないがゆえに、本来でしたら回避した方が良い場면을適切に回避できない、あるいは極端に回避するなど、それぞれの症状がより強固に出やすい可能性が、それが PTSD に該当しないストレス体験であっても際立って出てくることが多い印象を受けている臨床家の方が多かったです。

A 項目に該当するトラウマ体験をされた際に生じる問題の特徴

トラウマ体験の場合は、その内容を聞く関係者の多くが「それは大変だよ」と納得できる出来事ですので、その出来事の苦しみも周りも理解しやすいのですが、でもその体験の中でのしんどいポイントというのは、定型発達の方以上に多種多様であるようでした。この聴取やアセスメントを確実にやっているか否かによって、クライアントが必要とする支援に繋がるか、あるいは「先生はそこがしんどいでしょ」というふうに言うけど、私が困っているのはここじゃない」という不一致により治療が路頭に迷うこともあるということでした。

なお、PTSD 症状は、A 項目を満たさないストレス体験よりも頻度と強度はやはり非常に増しているのではないかと印象でした。

治療的介入

特徴的だったのが、トラウマに特化した治療を実施する以前に、まずは環境調整や、安定化のためのスキルを高める練習、例えばアンガーマネジメントや、対人関係のスキルの獲得、生活リズムを調整という日常生活上の基盤を整える介入が丁寧に行われているようです。

さらに、例えば A 基準に該当するトラウマ体験であったとしても、発達の特徴がより際立って日常を困難にしている場合にはそちらから整え、その上で必要であればトラウマ治療を行うと選択される方が比較的多かったという気がします。

◆研究 2 - 2：臨床家への質問紙調査

先ほどのインタビュー結果を元に質問調査票（アンケート）を作成しました。アンケートの基本構成はこのようになっています。

アンケートの構成

1. 基本属性
2. 臨床場面で会おう当該児者の診断状況
3. 現場で実施される発達検査
4. PTSDと診断された発達障害児者への臨床的介入
5. ストレス体験に対してPTSD類似症状（ストレス反応）を呈する発達障害児者への臨床的介入

52名の臨床心理士が調査に協力して下さり、52名の中で発達障がい児者を対象としたトラウマ臨床を経験している方は31名でしたので、こちらを分析の対象としました。

発達的な問題のアセスメントと支援

クライアント本人に発達検査を実施する場合には、ウェクスラー式検査を筆頭に、新版K式、ビネー式、AQなどが使われていました。養育者に実施する場合には、PARS、CARS、CBCL等が使われているようです。検査以外でも行動観察、母子手帳を見るなど他の方法も使いながら総合的にアセスメントをすると回答されていました。支援法は本当に様々ですが、心理教育、環境調整、ペアレントトレーニング、SST、ストレスマネジメントなどが挙げられていました。

A項目に該当しないストレス体験のアセスメントと介入

IES-RやUPID、TSCCなど、トラウマアセスメント尺度の実施に耐えられる、つまり検査項目の内容を理解できる、検査にかかる時間で集中力が持続できる場合には実施可能であるとのことですが、発達特性によってはこれらが難しくなることもあるようです。その場合には、バウムテストや人物画、家族画といった描画法を用いたり、あ

るいは検査の実施を見合わせることもあるということでした。

介入方法としてはEMDR、TFTなどが比較的選択されやすいようですが、成人、子ども共にこのような専門治療の標準的なプロトコルをそのまま適用するよりも、準備にあたる環境調整や安定化、心理教育に定型発達の方以上に時間を費やす場合が多いと回答されていました。心理教育を行う場合にも、イラストや図解を含めた視覚的に理解しやすいリーフレットや絵本を用いるといった工夫がなされているようです。

一般的なストレス体験から生じるPTSD類似症状についての臨床家視点の所感（自由記述）をまとめたものがこちらです。

発達障がい児者のPTSD類似症状への所感（臨床家視点）

トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及

こだわりが強く、過去の体験から離れられない
時間軸の混乱が著しく、整理されないまま記憶されている
出来事をより大きなインパクトでとらえている印象

反応の出方、症状の特徴についての言及

過敏さからか、定型発達と比べてより反応が大きい
もともとの発達上の問題がより顕著になっている印象
反応が大きすぎる、もしくは小さすぎる
出来事を主観的にとらえ、被害感が強い印象
パニックやフリーズを起こした後、ケロリとしている

治療への反応性、時間経過による症状の有無についての言及

時間がたっても、反応はあまり変わらず激しいまま
時間とともに自然に体験や症状がやわらぐことが少ない
自らの認知・行動・感情のとらえが難しく、治療反応が不明瞭

これらを見るに、もともとの発達上の問題がストレス体験によってより顕著に現れているのではないか、症状がオーバーラップしている部分が多いということに介入の難しさがあるのではないかとまとめることができるかもしれません。

A項目に該当するPTSD症状のアセスメントと介入

使用されるおおよその尺度は先ほどのストレス体験のものとはさほど変わりはありませんでしたが、IES-Rなどはストレス体験に比べて使われる率は上がるようです。介入に用いられる技法についても、TF-CBTやCPTなど、よりトラウマに焦点化した方法が用いられる頻度が上がるようですが、かといって即座に介入が可能というわけではなく、PTSD症状への直接的介入は難しいと判断

せざるを得ないケースもあるようで、その場合には、繰り返しになりますがまずは確実に環境調整を行い、現状の安定化を図ることを優先順位の第一において介入計画を立てる方が多いという印象でした。

そしてA項目に該当するトラウマ体験から生じるPTSD症状についての臨床家視点の所感（自由記述）をまとめたものがこちらです。

発達障がい児者のPTSD症状への所感（臨床家視点）	
トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及	破壊的な体験と感じやすい（0か100か）ため、本人の感覚では「死ぬほどの恐怖」となることがあるようだ 定型発達の方よりも更に整理されていないまま記憶している。
反応の出方、症状の特徴についての言及	症状が派手に出やすい 定型発達の方よりも更に整理されていないまま記憶している。 こだわっている場面のフラッシュバックが激しい 過敏さから出ているのでは 幻覚、幻聴などへの結びつきやすさを感じる
治療への反応性、時間経過による症状の有無についての言及	誤学習がPTSDの回復に影響を与えているように思う 独特な言語表現で治療者に話が伝わりにくい 治療効果の順化・般化が起こりにくい印象

PTSD症状の記憶の貯蔵のされ方の特徴や、もともとの過敏さやこだわりも症状の発現の仕方に影響を与えているという印象などが挙げられました。独特の言語表現で語られるために治療者とのやり取りが難しくなるケースがあるというコメントもありました。特に、言葉へのこだわりが強い場合には、IES-RをはじめとするPTSD症状の評価を目的とした検査を実施する際に、質問項目の単語の意味に過剰にこだわってしまい、通常であれば数分で終わる検査が20分、30分、あるいは面接（診療）時間内に終わらないこともあるようです。ゆえに、検査を実施すること自体が不可能な場合もあるという治療者もいらっしゃいました。このように言語的なやり取りが難しいケースについては、アセスメントに描画法を使うとか、治療的介入にも非言語的の要素が強い手法が適用されやすい可能性が示唆されていました。

◆研究3. 当事者へのインタビュー

当センター受診中の6名の方にご協力をいただき、インタビュー調査を行いました。インタビュー

インタビュー調査の質問項目

- ① 年齢、性別、告知されている発達障がいの診断名
- ② トラウマ体験、ストレス体験、当時の症状について語る範囲で概要を問う
- ③ 最初に相談した機関はどこか
- ④ ③から当センター来談に至るまでの経緯
- ⑤ どのような治療・支援を受けたか
- ⑥ 回復に役に立ったと思えたのはどのような治療・支援か
- ⑦ 回復の役に立ったとは思えなかった治療・支援はあったか
→：どのような支援、あるいは工夫をして欲しかったか
- ⑧ 感想

結果

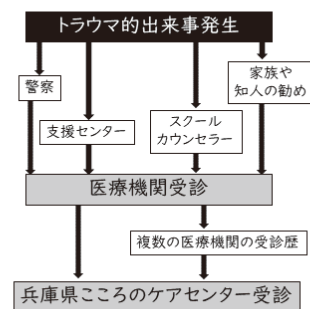
- ・6名のセンター受診中の方からの協力が得られた
- ・調査協力者の属性とトラウマ体験/傷つき体験の内容（守秘義務に配慮し、内容を損なわない程度に改変）

協力者	性別	年齢	診断	トラウマ体験	その他の傷つき体験
A	女性	40代	PTSD 注意欠陥多動性障害	DV	養育者からの厳しいしつけ
B	女性	40代	PTSD 注意欠陥多動性障害	DV	家庭内不和、不適切な養育
C	女性	40代	PTSD 広汎性発達障害	DV	家庭内不和、ハラスメント
D	男性	40代	PTSD 広汎性発達障害	殺人未遂事件	いじめ
E	女性	30代	PTSD 広汎性発達障害	自死目撃	なし

の質問項目と、協力者の基本情報につきましてはこちらをご覧ください。

当センター受診に至るまでにどのような経路をたどってこられたのかということをお聞きしたものがこちらです。

支援につながるまでの経緯の例



出来事発生後、警察や各種支援センター、スクールカウンセラー、家族や知人の勧めなどから、まずは近隣の医療機関を受診されて、そこからの紹介で来られておりました。

役に立ったと思えた支援（当事者視点より）「今まで受けられた支援でどのようなことが役に立ちましたか」とお聞きした結果がこちらです。

役に立ったと感じられた支援（当事者視点）

種類	内容
情報提供	発達障がいについての説明がある
	PTSD症状についての説明がある
	社会福祉的支援についての説明や同行
診療・治療 治療者の態度	治療内容についての説明がある
	明確な目的・目標が共有されている
	説明が具体的である
	治療効果が数値（検査結果）で分かる
	趣味、世界観、価値観を否定されない
	PTSD症状だけでなく、生活リズムやコミュニケーションの改善についても相談できる

共通して役立ったと感じられた工夫

- 文章や図で視覚的に理解を補助
- 繰り返しの説明
- 結果や効果のフィードバック

結果を見てみますと、どれも非常に当たり前のことではあると思うのですが、「当たり前のことを当たり前に支援する」というのは、本当に難しいことだなというのをインタビューしながら改めて感じるどころがありました。

医療者・支援者から様々な情報提供を受ける機会をお持ちなのですが、発達障がい、PTSD いずれも教えてくれる医師や臨床心理士、その他医療関係者に会おうということが“非常にまれ”だとインタビューの中では語られていました。社会福祉支援についても説明や同行がある、後は治療についても、より一層具体的に説明をしてくれる、治療効果がちゃんと数値で目で見えて分かるようなもので出してくれるなども役に立ったということでした。他には独特な趣味、世界観、価値観をお持ちの方も多いので、それらに対して変な顔をされないとか、本当にそういった基本的な診療の態度というの、かなり役に立ったというふうに感じておられました。共通して役に立ったと感じられた工夫、これらをまとめると文章とか図で視覚的に理解を補助してくれたり、一度説明を受けた内容でも、なかなか覚えられなかったりとかする場合がありますので、そこを「また」というふうにされるのではなくて、繰り返し説明をしてくれたりとか、結果や効果をきちんとフィードバックしてくれるということ。これらがとても役立ったとおっしゃっていました。

工夫をしてもらいたいと感じた支援（当事者視点）

こちらは、先ほどの結果とはほぼ逆と捉えていただければいいのではないかなと思います。

工夫が必要と感じた支援（当事者視点）

種類	内容
情報提供	症状の名称のみを伝えられる
	口頭だけの説明
	メモを取る時間を与えてもらえない 一度の多くの情報を与えられる
診療・治療	オープンクエスション
	治療計画・見通しが伝えられない
治療者の態度	発達障がい・PTSDについての誤った知識
	聞き返しや質問を鬱陶しがられる
	怒りや采れのような態度
	即断即決を求められる
	早口や小声で聞き取れない 主述があいまいな表現

例えば診断名だけをポンと伝えられたりとか、あるいは一度に多くの情報を与えられるけれどもメモを取ったり聞き返しをしようとするとなんか嫌な顔をされることも時にあるようです。中には、発達障がいやPTSDについて、誤った内容を教えられてしまったという方もいらっしゃいました。即断即決を求められたりとか、こういった態度というのは、かなりしんどかったかなという貴重な御意見も教えていただきました。

以上、ここまでの研究1から3をまとめたものがこちらとなります。

まとめ

問1. DSM診断基準のA項目に該当するトラウマ体験を有しPTSDを発症した発達障がい児者は、定型発達児者と同様の症状を発現するのかわ?

問2. 定型発達児者と同様の治療プログラムが有効なかわ?

問3. 発達障がい児者はDSM診断基準のA項目に該当しない日常的なストレス体験でもPTSD症状あるいはPTSD類似症状を示すことがあるのかわ?

問1 診断基準のB～E項目に該当する症状を呈する。しかし、発達障がいの特性との見分けが難しいのが特徴的であり、PTSD症状、発達特性両面のアセスメントを実施する必要があるのではないか。

問2 効果はみられるようだが、それを確かなものとするためにはアセスメント、診断、使用技法、効果測定など十分にデータを収集した上での症例研究の蓄積が必要ではないか。

問3 非常に似た状態像を呈する例は少なくないようであり、それゆえにPTSD治療に特化した治療法も適用されているようだ。ただし、狭義での（診断基準に基づく）「PTSD」との区別は必要であるだろう。

問1の「A項目に該当するトラウマ体験を有して、PTSD症状を発症した発達障がい児者は、同様の症状を定型発達児者と同じように発現するのかわ」については、診断基準のBからF項目に該当する症状を同様呈しておられると思います。しかし

PTSD 症状と発達障がいの特徴の見分け、判別が非常に難しいというのは、いずれの研究でも一番に上ってきた項目でした。ゆえに、PTSD の症状と発達特性の両面のアセスメントを実施する必要があるのではないかとということが分かりました。

問 2 の「定型発達者と同様の治療プログラムが有効なのか」ということに関しては、効果は見られるようですが効果測定がデータが不足している可能性が高く、ゆえに使用したアセスメントツール、診断名、使用した介入法、数値に現れる効果測定等のデータを収集した上での症例報告の蓄積が必要ではないか、ということが分かりました。

問 3 の「発達障がい児者は DSM 診断基準の A

項目に該当しない日常的なストレス体験でも PTSD に類似した症状を示すことがあるのか？」については、これに該当する状態像を呈する例を体験している臨床家が少なからずいると考えられ、それゆえに PTSD と診断がつかずとも、トラウマ焦点型の治療を試みられることがあるようです。これらの症例の蓄積も求められると同時に、診断基準に基づく狭義の「PTSD」との区別は症例呈示の際に必要なになってくるものと思われます。

以上をもちまして研究報告とさせていただきます。御清聴いただきましてありがとうございました。

(2) 講演

「子ども虐待防止に医療ができること～やられてもやり返せない人への支援～」

毎原 敏郎（兵庫県立尼崎総合医療センター小児科科長）

こころのケアセンターには、研修会の会場に何度か研修の受講にお伺いしたことがあり、本当に勉強になったという記憶が残っています。その会場で、今度は自分が話をするようになるとは思っていませんでしたが、今日はこのような機会をいただき、どうもありがとうございます。

今日の題は「子ども虐待防止に医療ができること」、副題を「やられてもやり返せない人への支援」としました。世の中には、やられたらやり返せる人、中には倍にして返す人もいますが、やられてもやり返せない人もいます。そういう人への支援がお金で解決する場合がありますが、こども虐待の場合、やり返せない子どもへの支援として私たちには何ができるのでしょうか。

本日は、子ども虐待はなぜ起こるか、虐待について医療ができること、トラウマについて私たちができること、この3つについてお話ししたいと思います。

まず子ども虐待はなぜ起こるかについて、虐待の発生に関するモデルをご説明します。虐待の定義ですが、虐待というどうしても残酷、残虐というイメージがあります。虐待というのは「してはならないことをする」ことで、それに対してネグレクトというのは、「しなければならないことをしない」ことです。子どもをボコボコ殴ったりするのは虐待ですが、子どもにちゃんとした栄養や食事を与えたり、必要があったら医療機関に連れていくとか、そういう「しなければならないことをしない」のをネグレクトと言います。その2つを合わせたものをマルトリートメント、日本語では不適切な養育という表現になります。これはマルトリートメントの狭い定義ですが、より広い定義としては、例えばベランダにエアコンの室

外機を置いていて、子どもがよじ登ってベランダから落ちてしまうかもしれないという危険を考えずに放置している。積極的にやっているわけではないけれども、子どもの安全に対する配慮が足りない。そういうことを含めて、広い意味でのマルトリートメントと言いますが、私たちはこれも対象にしたいと考えています。ただこの英語に対して、適切な日本語はなかなかありません。マルトリートメント、略してマルトリといったらどうかと、友田（明美）先生という福井大学の先生がおっしゃっています。例えばパワハラやセクハラは、もともと世の中にあったものですが、そういう言葉が広まることによって、みんながその存在を改めて認識するようになった、という例もあるので、私もこういう言葉を使ってもいいのではないかと思います。マルトリって何だか、まるまる太った鳥みたいで、ちょっとかわいいと思いませんか。定義の話に戻りますが、虐待とは子どもを守る責任のある大人によって、子どもが幸福で安全・安心な生活を送る権利が脅かされることを言います。これも大人からの視点ではなく、子どもにとってどうか、という点から捉えることが必要です。「自分も殴られて育ってきたのだから、俺も殴って何が悪い」と言うのは、子どもにとっては迷惑な話なので、子どもにとって適切かどうか、という視点から考えます。

子ども虐待の発生要因としては3つのモデルがあります。精神医学的なモデルとは、加害者側の個人に原因があるものです。社会学的ストレスモデルとは、社会に問題があるもので、貧困などで家庭のストレスが増えると暴力が生じて虐待になるというのがその例です。3つめは子どもが養育者に及ぼす影響モデルで、例えば育てにくさがあ

虐待の発生要因 (Belsky, 1978)

- 1) **精神医学的モデル**
 「虐待の加害者個人の要因が不適切な養育の原因」
 精神病だけではなく、より広く心理的・発達の過程も含む
 例：役割逆転(親が子に依存し、世話をされることを望む)
- 2) **社会学的(ストレス)モデル**
 「個人ではなく、社会に主な原因」
 家庭はストレスを受けると暴力が生じ、児童虐待となる
 例：社会階層、失業、社会的孤立、同胞数、夫婦不和など
- 3) **子どもが養育者に及ぼす影響モデル**
 「親→子だけでなく、子→親への相互作用的な影響が原因」
 例：未熟児、手のかかる子ども(発達障害?)

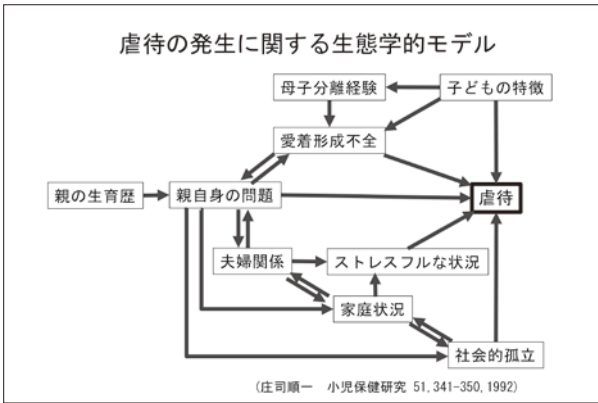
The Adverse Childhood Experiences Study (ACEs Study)

アメリカ疾病予防管理センター 1995-97
南カリフォルニア 1733サンブル
Felitti et al. Am J Med. 1998;102(4)

小児期の逆境の体験が、生涯を通じて心身の健康や幸せに影響する。

ると虐待が起こるといことです。

虐待の発生に関する生態学的モデルを図示したものがこのスライドです。庄司順一先生が、30年ほど前に発表されたものです。まずはこのモデルを各パートに分けて説明したいと思います。



最初に、小児期の逆境の体験についてお話しします。これは、親の生育歴、親自身の問題が虐待に関係するということです。これはアメリカで行われた有名な研究です。小児期に逆境の体験があると、それが神経の発達不全を生じて、社会的な問題、情緒的・認知的障害が生じて、危険な行動をとるようになり、さまざまな疾患や障害、社会的問題を呈して、最終的には早期の死亡に至るといものです。平均すると寿命が20年短くなると言われています。アメリカの疾病予防管理センターと保険会社が一緒に行った研究で、成人を対象にして、18歳になるまでにこういう体験を受けたことがあるかどうか、を質問してチェックしておき、その人が10年後、20年後、30年後にどのような状態になっているかを調査します。これは保険会社という協力機関がないとできない研究です。日本語の解説書(「小児期トラウマがも

ACEスコア～子ども時代の逆境体験

- 心理的虐待
- 身体的虐待
- 性的虐待
- 心理的ネグレクト
- 身体的ネグレクト
- 親との別居、離婚、死別
- DVの目撃
- 同居者の物質乱用
- 家族の精神疾患、自殺未遂
- 家族の収監

ACE スコア
18歳までに、家庭内で左記のうちいくつ体験しているか

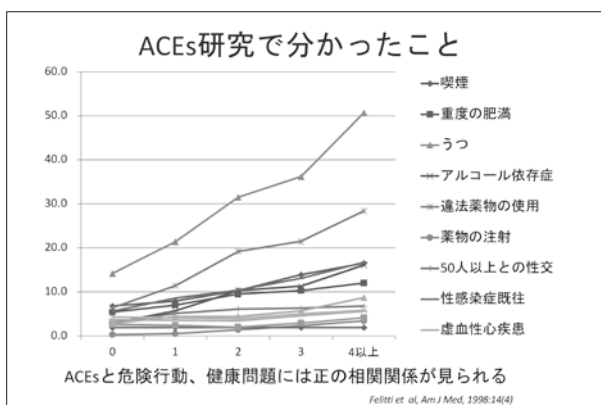
たらす病)も出ていますので、もしよかったら読んでみてください。

質問項目の中には、虐待に関係するものが多い含まれています。例えば心理的虐待については、「頻繁に、または日常的に、罵倒、侮辱、悪口などを受けていましたか」というような質問です。質問は全部で10項目あり、「はい、いいえ」で答えるものです。これがどのくらいの頻度で見られていたかを、1998年、2002年、2014年と継続的に調べてみると、例えば心理的虐待の項目で「はい」と答えた人は11%あったということになります。2002年から2014年の間に、身体的虐待と性的虐待が減って、心理的虐待が増えているのが見て取れると思います。このスコアが0点、このような体験が何もなかったという人は大体4割ぐらい。ということは、6割の人が先ほどの逆境の体験の一つ以上はチェックがあるということになります。5つ以上あったという人が12人に1人。これが、どういう結果を招くかという、例えば鬱(うつ)ですが、スコアが0の人でもうつになる率は15%ぐらいですが、スコアが4以上だと約50%の人がうつになる。重度の肥満や

ACEスコアの各項目の経験率

	Felitti (1998) N=8056	Dube (2002) N=17337	Dallin (2014) N=5928
心理的虐待	11.1%	10.5%	35.0%
身体的虐待	10.8%	28.3%	16.6%
性的虐待	22.0%	20.7%	9.9%
母親への暴力 (DV)	12.5%	12.7%	17.7%
家族の精神疾患	18.8%	19.4%	13.3%
家族の物質乱用	25.6%	11.6%	23.7%
家族の収監	3.4%	4.7%	7.1%
ひとり親/両親の不在	-	23.2%	21.1%

アルコール依存症も、スコアが多いほど発症率が高くなるということがわかって、子どもの頃の状態が小児期にとどまらず成人になってからのさまざまな病気などに関係するという研究がACEs スタディです。



子ども時代の逆境的体験が健康に与える影響を四つ挙げてみます。1つ目は健康リスク行動、つまりトラウマに支配された生活で、そこから逃れるために、過食、肥満症、アルコール依存などの合併が何倍にもなります。2つ目は慢性疾患から早期の死亡に至ることで、心疾患や自己免疫疾患などがあります。3つ目はメンタルヘルス不調で、例えば自殺企図は10倍以上です。4つ目は、その他として、成績が悪い、不登校のような、さまざまな問題が起こってしまうことが調査の結果で明らかになりました。

二番目は、虐待と発達障害の関係で、子ども自身の特徴が虐待につながるということです。ここで用語を整理しておきますが、以前は注意欠陥・多動性障害と言っていたのを、今では注意欠如・多動症という表現に変わってきています。障害ではなく症、病気ではなくその人の発達特性として

- ### 子ども時代の逆境的体験が健康にあたる影響
- ① 健康リスク行動：トラウマに支配された生活
 重度肥満 1.6倍、薬物依存 4.2倍、アルコール依存 7.4倍
 - ② 慢性疾患→早期の死亡：20年以上早死
 心疾患、脳卒中、肺がん、肝疾患、慢性閉塞性肺疾患、自己免疫疾患、メタボリックシンドロームなど
 - ③ メンタルヘルス不調：治療への反応が不良
 小児、思春期：自殺企図、うつ、不安・強迫性障害
 成人：自殺企図 12~15倍、うつ病 4.5倍、解離を伴うPTSD
 - ④ その他の影響
 学業成績低下、不登校、IQの低下、仕事の問題/失業、
 社交性・情緒の弱まり、医療サービスへのアクセス不良

考えようという方向です。

ここでDSM-5の診断基準を示します。例えば注意欠如・多動症(ADHD)には不注意という項目と、多動性・衝動性という項目があり、こういう特徴がいくつあるかで診断します。ケアレスミスが目立つとか、集中できないとか、そわそわするとか、静かに遊べないとか、こういうものがADHDの診断基準です。発達障害のもう一つの代

学業、仕事などでケアレスミスが目立つ 課題や遊びへの注意が持続しない うわの空で話をきちんと聞いていないように見える 指示に従えず、学業、用事をやり遂げられない 課題や活動を順序立てて行うのが苦手 精神的な忍耐を要することを避ける 課題や活動に必要なものをしばしばなくす 外からの刺激で容易に注意がそれる 日々の活動で忘れっぽい、忘れ物が多い	不注意 注意欠如・多動症 (ADHD)
手足をそわそわ動かす、もじもじする 教室、職場でよく席を離れる 走り回ったり、高いところに登る 静かに遊ぶことができない じっとしていない、しゃべりすぎる 質問の途中で出し抜けに答える 順番を待つことが苦手 人の話、ゲーム、活動に割り込む	多動性・衝動性

表は、かつて自閉症やアスペルガー障害と呼んでいたもので、今は自閉スペクトラム症(ASD)と表現します。相手の気持ちを考えないとか、同年代の子とうまくいかないなどのコミュニケーションの障害と、こだわりがあるとか、興味が偏っているなどの限定された行動、感覚の障害がある、などの特徴がある場合に、ASDと診断します。

次のスライドには、学校生活の中では虐待を受けた子どもがどんな症状を呈するか、こういう子どもを見たら虐待を疑うという言葉動を6つに分けて示します。1、大人との安定した信頼関係を築くことができない。極端に甘えると思ったら、急にキレてしまう。2、家で受けた虐待をほかの子どもにもしてしまう。3、衝動性やコントロール

相手の気持ちや状況を考えない言動が多い 一方的、マイペース、その場を仕切りたがる 同年齢の子どもとうまく行かない 場の雰囲気を読み取れない 曖昧が苦手、比喻や冗談が理解できない 大人びた難しい言葉、場にそぐわない丁寧語を使う 一方的に自分の興味のあることを話す 思ったことがすぐ言葉に出る、声が大きすぎる 目や表情を介したやり取りが苦手、視線が合わない 相手との距離がうまく取れない、近すぎる	社会的コミュニケーション症
興味や偏っている、コレクション こだわりがつよい(勝敗・成功・順番・道順…) 想定外のことへの対応ができない いつも違うことがあると不安や緊張が強くなる 常同行動(ジャンプ・くるくる回る…) 一つのことを始めると行動の切り替えができない 感覚刺激への過敏・鈍感・極端な興味	コミュニケーションの障害 自閉スペクトラム症(ASD) 限定された反復的な行動様式 感覚障害

が難しい。4、学習の遅れがある。5、異常にこだわる。家でご飯を食べさせてもらえないので、異常に給食を食べる。6、侵入的、攻撃的な行動を繰り返す。物をいっぱい壊す、場合によっては放火する。このような言動は、いわゆる問題行動に見えますが、そのベースに虐待があるかどうかを考えるように、というのが、文部科学省が作成した研修教材です。

<p>学校生活での現われ 文部科学省研修教材「児童虐待防止と学校」</p>	
1. 大人との安定した信頼関係を築くことができない	極端に甘えるかと思うと、些細なことでキレて攻撃的になる(感情が不連続) なついていたように見えていた相手に、急に無関心な態度をとる(分離不安の欠如) 向かい合って話そうとしても視線が合わない、視線を合わそうとしない 初対面の人に対してもべたべたと甘えていく(無差別的愛着)
2. 家庭等で受けた虐待行為の「反復」	自分が受けたのと同じやり方で、他者への暴力・暴言、執拗な嫌がらせを繰り返す 怒られる・嫌われる言動をわざと繰り返し、相手の怒り・暴力をひきだしてしまう 望んでいないのに、養育者との関係と同じ「支配-被支配」「加害-被害」関係になる 年齢に見合わない強い性的関心や性的言動・逸脱行動などが見られる(性化行動)
3. 感情・衝動コントロールの困難さ	些細な注意でキレて、歯止めのかからない暴力を振るう、物を投げる・壊す 一度興奮すると落ち着くまでにずっと時間がかかる 自分のパターン・プランどおりにいかないと混乱して、すぐにパニックを起こす いくら注意されても、遊びや生活の場面で順番を守ることができない 頭を壁にぶつける、手を絞って傷つける、リストカットなどの自傷行為を繰り返す

<p>学校生活での現われ 文部科学省研修教材「児童虐待防止と学校」</p>	
4. 学習の遅れや学習内容の定着の困難さ	何度教えてもすぐに忘れてしまい、学習内容が定着しない 予測を立てたり、落ち着いて物事を考えたりすることが非常に苦手である 机の周りにものが散乱、ロッカーや靴の整理ができず、毎日持ち物をなくす
5. 食や物への異常なこだわり	給食を異常なほどがつがつと食べる 机やロッカーの中に食べ物の残りなどを溜め込む 粘土や色紙など、特定のものを異常なほどに集めている 他の子どもの物を盗る・家からお金を持ち出して大量に物を買ひ込む
6. 侵入的、攻撃的行動の強迫的な繰り返し	隙を見つけては教室に侵入して、物を触ったり、盗ったり、壊したりを繰り返す 強迫的に万引きや盗みを繰り返す、いくら注意しても叱責しても止まらない 特定の子どものいじめや攻撃行為を執拗に繰り返す 勝ちへの強迫的なこだわりがあり、ゲームなどでも負けを受け入れられない 火遊びや放火を何度も繰り返す

実はこの2つ、発達障害のDSM-5の診断基準と虐待の学校生活での現われはかなり重なっています。被虐待の「1. 大人との安定した信頼関係を築くことができない」「2. 家庭等で受けた虐待行為の『反復』」というのは、ASDの診断基準

の「コミュニケーションの障害」に相当します。同様に被虐待の「3. 感情・衝動コントロールの困難さ」はADHDの「多動性・衝動性」に、被虐待の「4. 学習の遅れや学習内容の定着の困難さ」はADHDの「不注意」に、被虐待の「5. 食やものへの異常なこだわり」「6. 侵入的、攻撃的行動の強迫的な繰り返し」はASDの「限定された反復的な行動様式」に相当するなど、発達障害と被虐待はかなり重なっています。発達障害という言葉が一般的になり、発達障害が増えたと言われていますが、実はかなりの割合で虐待が関係している場合が多いのを実感しています。純粋なADHDであれば薬がよく効くこともあるのですが、全く効かないという子どももいます。そういう場合は、虐待の要素がある程度混ざっているのではないかと考えて、治療のアプローチの方法を変えることにしています。

実は、発達障害と虐待の関係については、以前から議論がありました。1990年代の前半だと発達障害と虐待は全く別である、発達障害は先天的なもので医療が取り組む問題だが、虐待は後天的なもので福祉の問題だ、全く関係ないと言われていた時代がありました。ところが1990年代の後半から2000年代になると、発達障害があると虐待を生みやすいという考え方が現れてきました。例えば発達障害のために、落ち着きがなくチョロチョロ動きまわる、いくら注意しても聞かない、何回言ってもすぐ反抗的な態度をとるような子どもだと、親がつい叩いてしまう、ということが起こりやすい。従って、乳幼児健診で発達障害を発見することが虐待の防止で有効であろう。親自身にも発達障害があると虐待を生みやすい。このように、発達障害が原因で虐待が起きるという考え方は、ところが2000年代になると、虐待が発達障害を生むのではないかという考え方も出てきました。被虐待体験が発達障害のような症状を呈する原因になる、ということです。杉山登志郎先生という精神科の先生が、「子ども虐待という第四の発達障害」という題の本を書いております。これもとても面白い本です。さらに2000年代の

後半になると発達障害の概念がどんどん拡大するようになりました。

これは杉山先生の本にある発達障害の分類を一部変えてまとめたものです。発達障害を4つ、す

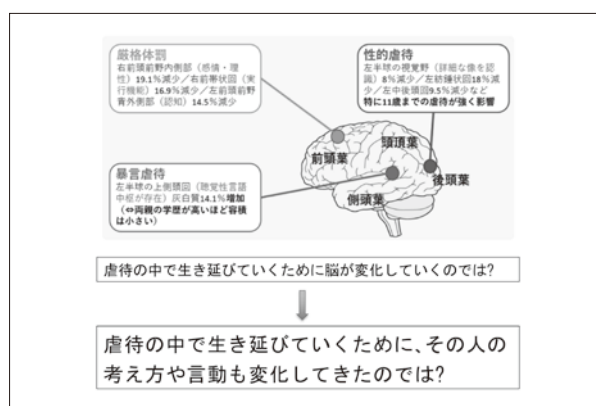
	知的障害/ 境界知能*1	ASD (知的障害あり*/なし)	ADHD (LDは略)	子ども虐待
定義	IQ<70 IQ 70-84*1	社会性、コミュニケーション、想像力の障害	多動、衝動性、不注意	被害被害
幼児期	言葉の遅れ	言葉の遅れ 視線が合わない 親子の愛着行動の遅れ こだわり	言葉の遅れ 多動	愛着の未形成 発育不良 多動
学童期	学習の困難	状況の読み取りが苦手 集団行動が困難 友人を作りにくい ファンタジーに没頭 パニック こだわり*2	着席困難 衝動的な行動 学習の遅れ 不注意(忘れ物など)	多動 解離症状(徐々に)
青年期	不適応 不登校 被害念慮	孤立傾向 限定された趣味に没頭 得手不得手の落差が大 激しいパニック*2	不注意 抑うつ 自信の欠如	解離性障害 うつ病 非行 複雑型PTSD
頻度	1.1%/1.4%*1	0.6%*/1.5%	3-5%	2%
併存症	心因反応 被害念慮 うつ病	多動 不登校 感情障害 発達性協調運動障害 てんかん*2	反抗挑戦性障害 抑うつ 非行	反応性愛着障害 解離性障害
「発達障害の分類」(杉山,2007)を一部改変				

なわち知的障害、ASD、ADHD、子ども虐待に分類していますが、その頻度は、それぞれ約1%、1%、3%、2%となっています。このあたりの見極めが十分でない適切な治療につながらないと書かれています。

杉山先生は、治療への反応性と症状の変化から発達障害と子ども虐待の識別は可能であるとおっしゃっていますが、無理だという先生もおられます。虐待を受けた子どもが持つことになる過緊張、衝動性、攻撃性などはASDと重なりますし、多動性や衝動性などはADHDと重なるので、どちらが原因かを考えるのはやめにして、一旦、全体を受け入れて、その子どもの問題を個別に理解して対応する必要があるというように考え方が変わってきています。

また友田先生は、虐待を受けた子どもは脳の形が変化していることを印象的な画像として示されました。例えば、厳格な体罰を受けると、前頭葉の一部が縮む、性的虐待を受けると後頭葉が縮む、暴言虐待を受けると聴覚野の体積が増加する、などです。

皆さん、ちょっと変と思いませんか。虐待を受けて縮むというと、何となく納得してしまいますが、虐待を受けて大きくなるとはどういうことでしょうか。その理由については実はよくわかっていません。脳の神経には、シナプスといって神経の細胞と線維がつながっている部分があります。生

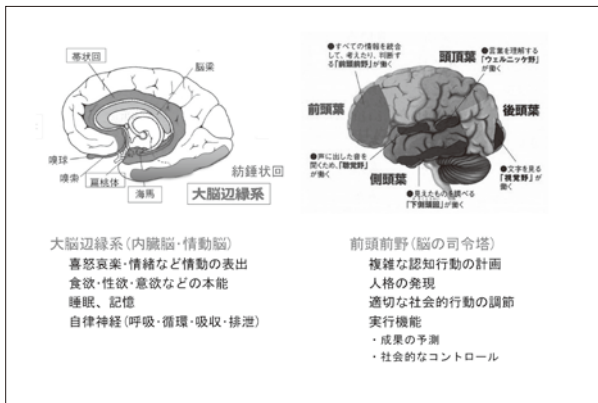


まれたときはまだその数は少ないのですが、虐待の過程でいろいろな刺激を受けてどんどん増えていく。あるところまで増えると、今度は不要なものが減っていく刈り込みという現象が起こります。暴言虐待の場合はその刈り込みが遅れるので、いつまでも体積が大きいままなのではないかというのがその仮説です。虐待の中で生き延びていくために脳が変化して、その人の考え方や行動が変化する基になったのではないかと考えられています。

脳の各領域が発達障害や虐待によってどのように変化しているのかというのは、これまでも研究されてきました。詳しくは述べませんが、例えば脳梁という左右の脳をつなぐ部分は、ASDでも、ADHDでも、虐待でも、いずれも体積が小さくなっています。発達障害と虐待では影響を受ける脳の領域が、比較的似ていることが多いという、これまでの研究をまとめてみました。

脳領域	機能	機能障害時の症状	ASD	ADHD	虐待
脳梁	左右の脳の連携	解離	体積↓	体積↓	体積↓
島	体感覚(痛みなど)	フラッシュバックで眠覚化			○
大脳辺縁系					
海馬	記憶の形成・想起	記憶の障害(PTSD、解離)	体積↓	体積↓	体積↓
扁桃体	情動の発現	フラッシュバック 対人関係・情緒面の不安定さ	体積↓		体積↓
前頭前野	実行機能(予測・推論) ワーキングメモリー		○	体積↓	体積↓
前帯状回	注意集中 衝動抑制	注意集中困難 衝動性	○	○	血流↓
上側頭回	社会性		○		血流↓
眼窩前頭皮質	コミュニケーション				
紡錘状回	表情認知	社会的認知・行動の障害	○		
前頭葉	感情のコントロール	感情・衝動の抑制が不十分	体積↓	体積↓	
小脳	動機づけ		体積↓	体積↓	

脳の解剖をスライドに示しますが、主に影響を受ける領域は、大脳辺縁系と前頭葉です。大脳辺縁系は、内臓脳や情動脳と呼ばれますが、主に感情などに関係する部位です。前頭葉にある前頭前野は、脳の司令塔、人間が人間らしく生きていく



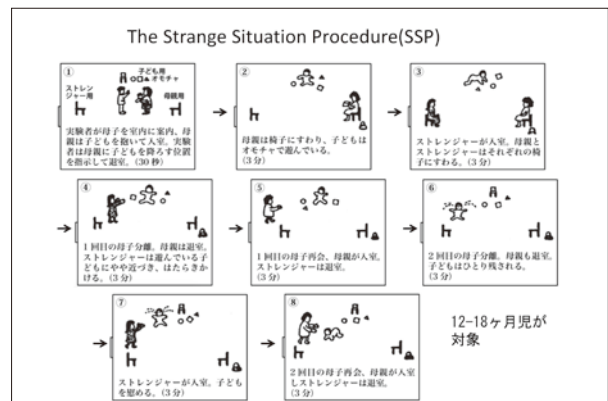
ために必要な部位ですが、こういう領域が ASD や ADHD の人とそうでない人を比べてみると、発達障害を持っている人は体積が小さい。虐待を受けた人でも、同じような部位が小さくなっています。発達障害と虐待で損傷を受ける領域が似ていることが、この両者の判別を難しくしている可能性があるのではないかと思います。

三番目は、愛着の問題です。愛着形成不全があると、親自身の問題も関係しますし、虐待にもつながるとされています。愛着とは何でしょうか。「この財布は愛着があって捨てられない」という言い方をすることもあります。愛着とはもともとボウルビーという児童精神科の先生が言い出したものです。子どもが危険とか不快な状態を感じたときに、それを処理するためにアタッチメント対象へ接近しようとする行動を、「アタッチメント行動」と呼んだ。これでは何のことか分かりませんが、要は 1 歳半ぐらいの子どもをお母さんが公園へ連れていく。その子は興味がある方向に、チョロチョロと遊びに行く。そこで上のお兄ちゃんから「こら」と怒鳴られたら、怖くなってお母さんのところに戻ってくる。お母さんに慰めてもらって安心して、そうするとまたどこかへ行く元気が出る。そのように自分が怖くなったときに、安心できる場所に戻ることをアタッチメント行動と呼びます。愛情と愛着は全然違います。しばしば間違った使われ方をするので注意してください。アタッチメント、子どもの頃に怖い思いをした場合に、助けを求めると安心を与えてくれる人がいたかどうか、その人の対人関係に影響する、それがやがて内在化されて、その人が対人関係を

持つときの基本になると言われています。そういう頼れる相手を求める欲求は一生続くと言ったのがボウルビーです。

アタッチメントは、最初は主に子どもの話でしたが、大人でもアタッチメントが重要であるという考え方も現れてきて、日本では北海道教育大学の三上先生が日本に導入されました。

アタッチメントを評価する方法について簡単に説明します。The Strange Situation Procedure (SSP)



という有名な検査です。1 歳から 1 歳半ぐらいの子どもが対象です。最初は母親、子どもとストレンジャー（子どもにとって見知らぬ人、実験者）の 3 人が部屋に入ります。その後ストレンジャーは外に出ます。母親は椅子に座って、子どもは遊んでいる。これが 3 分間。次にストレンジャーが入ってきて、自分の椅子に座ります。子どもは遊びながら、誰か知らない人が入ってきたことに気付きますが、そのまま遊びを続ける子も、母親のところに行く子もいます。3 分間たったなら、今度は母親が出ていきます。子どもは泣き出すことが多いので、この人は子どもに近づいてあやそうとします。3 分経つと、今度はストレンジャーが出て行って母親が入ってきます。そうすると、「ママ」と言いながら抱きついてくる子どももいるでしょう。3 分間経つと今度は母親も出て行って子どもは一人になります。その後ストレンジャーが入ってきて、最後に母親が入ってくる、その間に子どもがどのような反応をするかという様子をずっと動画に撮って記録します。

そしてその反応のパターンを 4 つに分類しました。安定型というのは、最初に母親と離れたとき

The Strange Situation Procedure(SSP)				
	Ainsworth			
	安定型	回避型	葛藤・高価型	無秩序・無方向型
親との分離時	多少は泣いて混乱	泣いたり混乱を求したりすることがない	非常に強い不安・混乱	不自然・ぎこちなさ 固まる・怯える
親との再開時	積極的に身体的接触を求め容易に静穏化	目をそらす、避ける 親の抱っこに無反応	強く身体的接触を求めながら、怒り・攻撃性を示す	目を合わせずに接近しがみついた途端に床に倒れる
否定的情動	安心して表出できる	拒絶されるので抑制	誇張してアピール	脅かされる・脅える どうすればいいのか決められない
実験者への態度	肯定的な感情や態度 型を受け入れる			親に対するより自然で 親しげな態度
安全基地	安全基地として成立 積極的な探索行動	親と関わりなく行動 安全基地との認識なし	基地として不確実、用心 深い、軌跡にくっつく	基地である親が子に危機・恐怖を与える
親の態度	子の要求や変化に敏感 過剰・無理な関わりをせず、お互いに楽しむ	子の働きかけに拒否的 微笑や接触が少ない 強く統制しようとする	子の要求ではなく、親の気分や都合に合わせて 一貫性がなく予測不能	抑うつ、精神的不安定 ト라우マ・怯え・混乱 虐待・不適切な養育

には多少混乱しますが、母親が入ってくると積極的に抱きついていって、母親が慰めると落ち着く。怖かったとか嫌だったとか、否定的な感情も素直に表現できます。ストレンジャーが「お母さん、戻ってくるからね」などと慰めてくれると、それを肯定的に受け入れます。これは、母親が安全基地として機能していて、母親がいなくなっても、また戻ってくる。代わりの人がいて、その人が信用できる人だと思ったら安心できるということです。母親がいるときは、あちこち積極的に歩き回って、おもちゃで遊んだりする。母親の態度も子どもの要求や変化に敏感で、無理に過剰な関わり合いはせず、お互いに楽しむ。これが安定型です。

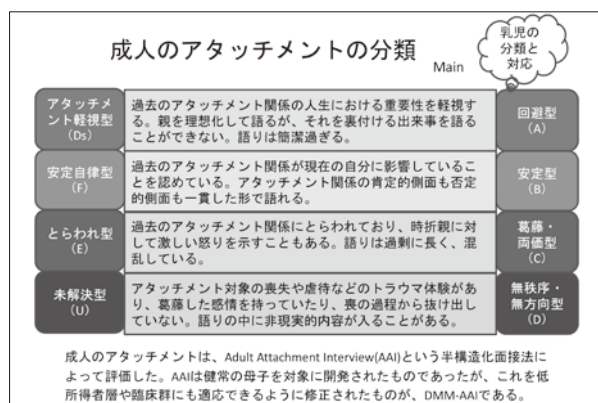
回避型というのは、母親がいなくなっても泣いたり、混乱したりしません。母親が入ってきても、目をそらしたり、抱っこしても無反応であったりします。面白いおもちゃを見つけても、母親のところを持っていこうとせずに、一人で勝手に遊んでいます。子どもにとって母親が安全基地になっていないということです。母親の態度も、子どもに対して拒否的で、笑ったりしません。子どもが何かしようとしても「ダメよ」と抑えてしまう。こういう母親に育てられると子どもが回避型になるのか、もともとこのような性質の子どもなのか、両方の要素があるのでしょうか。

葛藤型の子どもは、母親がいなくなるとパニックになります。大暴れして床をどンドンと踏み鳴らして、母親が入ってくると泣きながらバンバンたたいて、嫌だったと強くアピールする。この母親は、子どもの要求ではなく、自分の気分や都合に合わせて、自分の機嫌がよかったら安全基地に

なるけれども、自分に興味がなかったら放っておくという態度を取ります。子どもとしては、母親の気持ちを自分の方に向かせるために、強くアピールするなどの過剰な反応をしてしまう。これも子どもにとって結構しんどいことです。

一番重症なのが無秩序・無方向型ですね。当初はこれを除く3つに分類していたのですが、研究を進めるうちに、どうしてもその3つに当てはまらない子どもが出てきました。母親がいなくなると、泣くでもなく、ぎこちなく固まってしまう。おびえているのに、じっとしています。母親が入ってくると目を合わせないまま体は近寄っていく。母親にしがみついた途端に倒れるという、とても不自然な行動をします。ただストレンジャーに対しては、むしろベタッと引っ付いてくるなど、自然に親しい態度をとってきます。これは母親が子どもにとって、危険、怖いという状況です。母親自身がトラウマを抱えていたり、抑うつであったりするために、子どもにとっては母親がどう扱っていいかわからない存在となっているので、他の人の方がまだ安心できるというタイプです。このように分類して、その子どもが愛着障害を持っているかどうかを判断するという研究です。

アタッチメントの評価を成人にも適用するアプローチは、先ほどお話したように日本でも三上先生たちが取り組んでおられます。成人も4つのタイプに分けられます。1つ目はアタッチメント



軽視型で、「自分の親はとてもすばらしい親です」と言うわりに、詳しく聞くと中身が説明できない。2つ目は安定自律型。3つ目は囚われ型で、親に対して攻撃的で、私がこうなってしまったのはあ

んな親のせいだ、と延々話し続けるタイプ。4つ目は未解決型で、親との関係に葛藤を抱いて、混乱しているタイプ。そのあたりを詳しく聴き取っていくと、乳児の分類と対応しているのではないか。例えば、幼児期に回避型だった人はアタッチメント軽視型になりやすいのではないか。子どもの時にアタッチメントの障害があると、大人になってもそれを引きずってしまうのではないか、というのがメインという研究者の考えです。最初に行われたAAIという面接法は健全な親子に対して開発されたものですが、これを低所得者層や臨床群にも適応できるようにしたものがDMM-AAIです。

叩いてけがをさせるなどの虐待やネグレクトを見た時には、児童保護の観点からは親の行動が危険かどうかを評価します。精神医学の観点では親が正常かどうかを考える、司法の観点からは法的な対応を重視する、というように虐待そのものに注目することになります。しかしDMMでは、虐待をしてしまう親には、何か歪曲された表象があるのではないか。つまり、子どもへの理解が不十分である、自分の思い通りに育てたいという少し歪んだイメージがある、などの理由のために虐待をしていて、そしてそのイメージを抱く元になったのは、過去に自分が受けてきた被虐待体験や不適切な養育ではないか、と考えます。例えば、いわゆる乳幼児揺さぶられ症候群が時々マスコミで報道されますが、赤ちゃんが亡くなってしまいうらいに強く揺さぶってしまう人は、何か虐待を受けた体験を持っているのではないか、と思います。そういう人が、泣き続ける赤ちゃんを見ると、Crying Monsterに見えてしまうそうです。虐待を受けて育った人は、自己肯定感を持つことができないまま大人になることも多いと言われていきます。何をやってもうまくいかない、学校でもいじめを受ける、就職もできない、となると、ますます自己肯定感が低下してしまう。そういう心理状態の時に泣き続ける赤ちゃんを見ると、自分の養育が非難されていると受け取ってしまう。親の養育が下手だと責めるために泣き止まない、という

赤ちゃんなどいないのですが、自分に自信のない状態がずっと続いてしまうと、「赤ちゃんが泣く」現象をそう取ってしまうと頭にカッと血が上って、思わず強く揺さぶってしまう。過去の怒りが赤ちゃんに向いてしまうということが起こります。その事件だけを見ると「とんでもない親が虐待をしたせいで、赤ちゃんが亡くなった」と虐待の事実に注目してしまいがちですが、実はその親にもそのような過去があり、歪んだイメージを持ってしまったのではないか。そこにアプローチをしないと何も変わらないのではないか、そこに注目するのがDMM-AAIです。そして、子どもを守る行動を生み出すにはそのイメージをどのように処理すればいいか、に焦点を当てるのが、親の治療方法を考えることになります。

親が子どもを傷つける場合でも、傷つけようと思っていることはまずない。本当はちゃんと育てようとしている。それなのに結果的に子どもを傷つけてしまう親の行動の起源は、親自身が子どもに学んでしまったこと、危険にさらされて慰めてもらえなかった、うまく愛着を形成することができなかったことである。なぜ、ちゃんとやろうと思っていたのに、うまくいかなかったかを理解するためには、その親自身がこれまでの人生で経験した危機をどのように処理してきたのかを理解する必要がある。というのが、クリッテンデンの考えです。親から殴られて育ってきた子どもを例にとると、子どもはそういう環境から逃げ出して自活することはできません。そのような環境に適応していこうとすると、親が自分のことを思ってくれていて、そのために叩いているのだと自分に思い込ませるしかない。自分のことを嫌いだから殴っているというのは子どもにとって耐えがたいことです。たぶん親も「おまえをちゃんとしつけようと思ってやっている」というでしょうし、子どももそうやって自分に言い聞かせる方が、その環境では生きていきやすいでしょう。お兄ちゃんは、かわいがられているのに自分だけ殴られていて、それを自分が嫌われているせいだと思うのはとてもつらいので、殴られるのは自分

を正そうとしているからだと理解しようとする。そう思いながら育ててしまったら、今度は自分の子どもに対しても同じような態度をとってしまうのはやむを得ないかもしれません。子どもがどういいう環境に育ち、どうやってそこを生き抜いてきたのかを理解しないと、ちゃんとした関わりはできないことになります。


森田ゆりさんが描かれた本にある「怒りの仮面」をご紹介します。怒りというのは表に出ている感

親が加害者であった場合の対応

虐待をしてしまう養育者もまた犠牲者であるという認識を持つ

- ・何らかの理由で援助希求力が弱く、周囲にSOSを出すことができなかった人なのかもしれない
- ・孤立無援感に深く共感し、これまでの努力をねぎらう
- ・「これ以上頑張らなくてよい、育児負担は軽減/免除されて当然」と保証する

加害者に対する恐怖や怒りの感情を抑えて対応することが、結局は子どもの安全につながる



怒りの仮面
(森田ゆり)

情ですが、その裏には自分自身の傷つき体験、不安や見捨てられるなどがあって、それを表に出せずに隠したまま、怒りという仮面をかぶって外に出すという意味です。その怒りに対して、こちらも感情的になって怒りで対応してしまうと、何も解決しない。怒りを出している裏には、こういう傷つき体験があるのではないかと考えて関わるのが大事だということです。森田さんは「虐待する親にもケアを」という本を書いておられ、虐待する親にもさまざまな事情があって、それを理解しない限りは本当の意味での虐待の再発予防はできないとおっしゃっています。そういう人は何らかの理由でSOSを出せなかった人かもしれないという視点も大切です。

杉山春さんというルポライターが書かれた「ネグレクト 育児放棄 真奈ちゃんは何で死んだか」という本をお読みになった方がいらっしゃるかもしれません。3歳の子が自宅の段ボール箱の中で餓死させられてしまうという衝撃的な出来事ですが、そのお母さんも実は何回か医療機関や保健所に助けを求めにいていたのです。だけどそれがSOSであるということが分からなかったの

で、結局うまく介入できなかったようです。目黒区のいわゆる結愛ちゃん事件もそうですね。結愛ちゃんのお母さんも四国に住んでいるときに、何度か医療機関や児童相談所にSOSを出していたのですが、それをうまくキャッチできなかったために介入するタイミングを逃してしまったのではないかと、死亡事例検証の中で指摘されています。周囲から孤立したまま、全部一人でやらないといけないと思いつている状態の大変さを理解し、それに共感して努力をねぎらう。これ以上頑張らなくてもいいという態度で接することで、その人がしてきたことを否定するのではなく、これまで何とか耐えて生き延びてきたことを十分に認めた上で関わるとするのが大事だろうと思います。

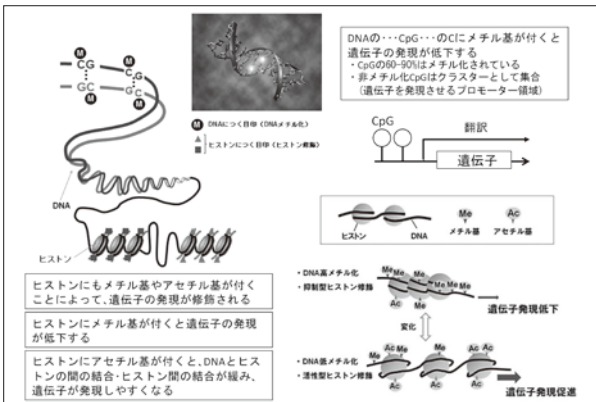
「怒りの仮面」に戻りますが、虐待の加害者が怒りを示してくると、こっちもつい怖くなったり、逆にこちらも怒りで返したり、親が文句を言ってきたら、虐待だと判断したことを撤回してしまったり、ということが起こりがちです。そのように反応するのではなく、怒りを示す側にはそのベースに何か傷つき体験があるのではないかと考えて対応することが大切です。親を守る必要があるのはもちろんですが、最終的にはそれも子どもを守ることにつながるのです。

次は「虐待は遺伝するか」、つまり親自身の問題が子どもの特徴に影響を及ぼすということです。こういうことがあるのは知っておいてください。

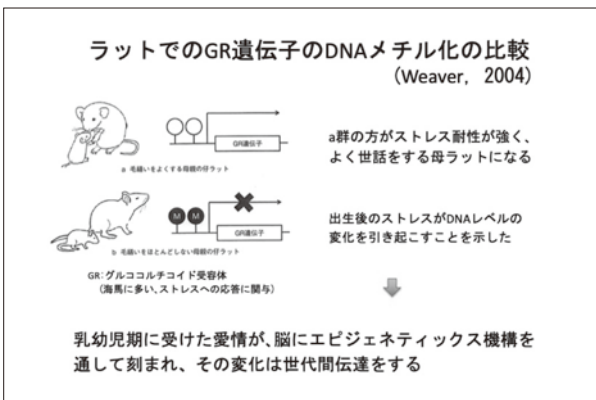
DNAの二重らせん構造というのが20世紀最大の発見と言われますが、遺伝情報はこのDNAという形で保存されています。DNAを基にRNAが作られて、鋳型にして翻訳されてアミノ酸が作られます。通常の遺伝子の病気は、このDNAの塩基配列の一部が少し欠けたり、別のものに置き替わっていたりして、DNAそのものの異常が遺伝病であるというイメージを皆さんはお持ちだと思います。もちろんそれも多いのですが、DNAそのものは何も変わっていないのに病気が起こることがあります。それをエピジェネティクスと言います。

DNAは、ヒストンというタンパク質に巻き付い

た状態で存在しています。きちんと巻き付いているときには、遺伝子は発現しにくいのですが、巻き付きが緩むと発現しやすくなります。また、DNAの遺伝子上流にはCpGと呼ばれる場所があり、ここにメチル基がつくと、その遺伝子の発現が低下します。個々の遺伝子から勝手にどんどんアミノ酸が作られていくと、收拾が取れなくなってしまうので、このCpGの部分で遺伝子の発現をコントロールするようになっているのです。またヒストンの部分にもメチル基やアセチル基がついたり離れたりすることで、遺伝子の発現を制御しています。例えばヒストンにアセチル基がつくと、結合が緩んで発現しやすくなります。DNAそのものは紫外線や薬物で傷つくこともありますが、そのままと誤った遺伝情報となって大変なことになるので、すぐ修復されるシステムがあります。しかし、このようにメチル基やアセチル基がつくのは傷ではないために、修復されることなく残り、そのまま次世代に伝わってしまうことになります。これをエピジェネティクスの仕組みです。

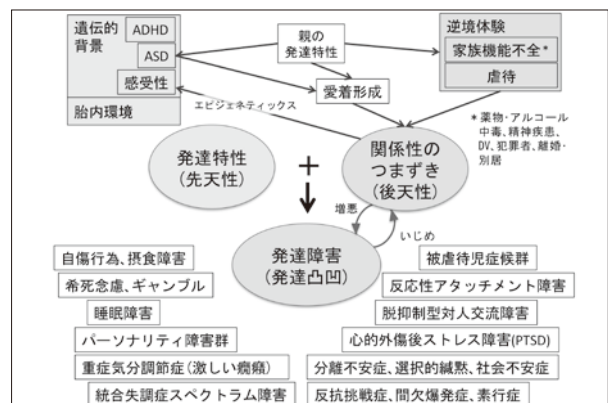


それを実証したラットの実験があります。ラットのDNAにはGR遺伝子(グルココルチコイド



受容体)があり、これがちゃんと発現していると、そのラットはストレスに対して反応できますが、そうでないと反応しにくくなり、ストレスを受けやすい状態になります。同じラットから生まれた仔ラットを2群に分けて、それぞれを仔の毛づくろいをしてよく面倒を見る母親ラットと、あまり毛づくろいをしない母親ラットに育てさせてみた、という実験です。その後解析すると、GR遺伝子そのものは変わってないのに、毛づくろいをしない母親ラットに育てられた仔ラットでは、このCpGの部分にメチル化されているということが分かりました。そういう環境に置かれることによって遺伝子は変わっていないのに、遺伝子の発現をコントロールする部分に変化が起る。出生後のストレスによってDNAのレベルで変化が起きたことになります。子どものときに受けた影響は、遺伝子そのものではなく、遺伝子の発現をコントロールする場所に残り、それが次の世代にも伝わる。よく毛づくろいをして育てられたラットは、成長すると自分もよく世話をする母親ラットになり、構ってもらえなかったラットは自分も世話をしない母親ラットになる。生まれた後の環境でこの部分についての変化は、次の世代に伝わってしまうということが分かりました。

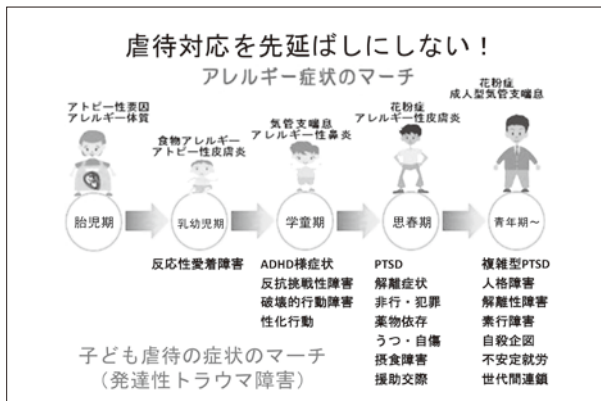
まとめると、この図のようになります。遺伝的背景による先天的な発達特性と逆境体験による後



天的な関係性のつまずきの両方が発達障害(発達凸凹)の原因となります。親は遺伝的背景にも逆境体験にも影響し、愛着形成を通して関係性に影響を及ぼします。関係性のつまずきが遺伝的背景にも影響するのがエピジェネティクスです。この

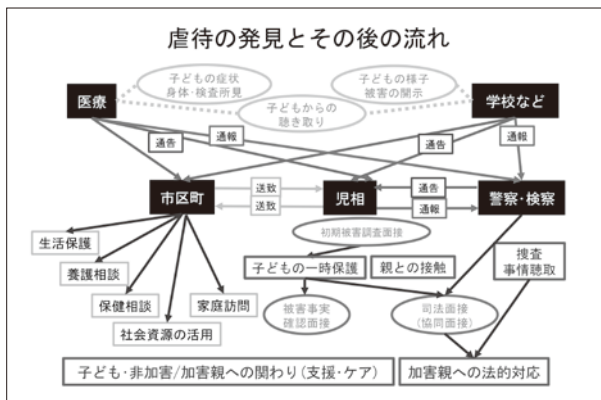
ような環境は発達障害だけではなく、この図に示すさまざまな疾患や病態を引き起こすのではないかと考えています。

子どもに関わっておられる方は「アレルギー症状のマーチ」をご存知かもしれません。乳幼児期



にはアトピー性皮膚炎だったものが、成長とともに喘息やアレルギー性鼻炎になり、大人ではさらに花粉症になるというものです。それと同じように子ども虐待も成長とともに進行してしまうことを発達性トラウマ障害といいます。乳幼児期には反応性愛着障害だったものが、学童期には発達障害に似た症状や問題行動を呈するようになり、思春期には PTSD やさまざまな精神症状を発症し、成人期にはさらに複雑な問題を引き起こすことになるというものです。早い時期に関わることで、このマーチが進行するのを予防したいと、私たちは考えています。

次の内容は「虐待について医療にできること」で、まず医療機関の果たす役割についてお話します。最初に、虐待を受けた子どもがどのようにして発見され、その後はどのような対応になるのかを整理しておきます。実際には多くの機関が関



係するのですが、ここでは代表的な関係機関として教育、医療、市区町、児童相談所（児相）、警察・検察の5つを取り上げます。医療では子どもの症状や検査、学校では子どもの様子から虐待を疑われた場合に市区町、児相に通告をします。子どもから虐待被害を受けたという開示があると、さらに聞き取りをして通告することになります。虐待の程度が重度の場合や事件性が疑われる場合は警察に通報します。児童相談所と市区町の間では、お互いに情報のやり取りをしますし、児童相談所と警察の間でも相互に通告、通報をします。例えば学校であざを見つけて、先生が子どもに聞いたら、パパに叩かれたと言ったとします。それを児相に連絡すると、児相が学校に行って子どもの話を聞くことになります（これを初期被害調査面接といいます）。その時の子どもの様子からこのまま帰宅させるのは危険であると判断した場合や、子どもから家に帰りたくないという発言があった場合には、そのまま一時保護となります。その後児相が親と接触し、警察は通報を受けたら捜査や事情聴取を始めます。これが性的虐待の場合には子どもの証言が非常に重要になります。というのも、性的虐待の場合は、医療機関で診察をしても医学的な異常所見が見つかるのはわずか4%とされており、子どもの証言が唯一の証拠になるためです。子どもにとっては、被害内容を何度も尋ねられるのは非常に負担になりますから、それを一度だけちゃんとした形で聞き取りをして、それを法的な証拠にするというのが司法面接です。司法面接には検察と警察、児童相談所、場合によっては医療が入ることもあります。それができない場合には、児童相談所が被害事実確認面接をします。このようにして子どもにはどのような処遇をするのが適切かを決めますが、同時に親にも援助が必要な場合は、市区町が生活保護や家庭訪問などの関わりをします。警察・検察が捜査・事情聴取をして、加害者に法的対応をとることもありますし、子どもと非加害親に対しては、支援やケアが必要です。加害親に対してのケアも必要な場合もあります。

このように医療だけでは虐待に対応できないため、警察・検察、児童相談所、教育、保健福祉など、さまざまな機関との関わり、多機関連携を持ちます。子ども虐待対応において医療機関の果たす役割を7つ挙げてみますが、7つのうち6つでは多機関連携が必要です。1つ目は、周産期からの予防的な関わりです。皆さん、特定妊婦という言葉をご存知でしょうか。若年である、貧困である、家がない、など、今の状態で子どもを生んで育てるのはとても難しいだろうと予想される人は市町村が通告を受け、特定妊婦として扱うかどうかを決めます。特定妊婦の場合にはできるだけ早く、可能なら妊娠中から関わることによって、養育環境を改善して、虐待を防ごうとしています。これはとても重要なことで、当院で虐待に対応している医療ソーシャルワーカー（MSW）の仕事の7割はこの予防的な支援です。通常MSWの役割とは、医療費が払えないがどうしたらいいか、などと支援を求めてくる人に対応するのが主です。しかし特定妊婦の場合は、自分では問題を自覚していないことがほとんどです。自分はちゃんとできている、育てられないとは思っていない。問題そのものがわかってない、分かっているが、それを言うと無理やり関わって来られるのが嫌だからと、援助を求めない。そういう人に対して、半ば強引に介入していかなければいけないので、支援を開始するのはとても難しいというのが、周産期に関わるMSWの感想です。

2番目は虐待の早期発見や的確な診断です。実は虐待の早期発見というのも、結構難しいです。この子はちょっと気になると思ったとしても、医療だけではなかなか診断がつかない。例えば性的虐待の場合だと、うかつに医療者がその子どもから話を聞くことは子どもにとってしんどい状況になりますし、不用意な質問をすることで子どもの記憶がすり替わってしまうこともあります。そういう時は、市町村や学校、幼稚園などに「この子のこういう点が気になりますが、そちらでは大丈夫でしょうか」と聞かなければ判断できない場合があります。しかし学校側にすると、知らない医

者からいきなり電話がかかってきて、この子は性的虐待の疑いがあるとと言われても、この人に答えていいのだろうかと思えますよね。そのため、関係機関と情報を交換するための信頼関係を前もって作っておかなければなりませんし、それにはかなり時間がかかります。これがうまくいかないと、「あの医者に答えるのは嫌だ」となるので、こういう関係作りはとても大切です。

3番目は通告・通報や親への説明です。例えば虐待によって頭蓋内出血が起こった、親に聞いても「階段から落ちた」というだけ、しかしそのような階段からの転落ではこういうことは起こらないというような場合には、虐待も医学的な診断の一つとして考えていかなければいけない。「子どもの状態が親の語る受傷機転では説明がつかない場合には、児童相談所に連絡する（＝通告）ことになっています」と親に説明することを告知といいます。また虐待を疑った時点で、犯罪、事件性を疑ったときには警察にも連絡（＝通報）します。これも医療機関の役割ですし、司法対応への協力も必要です。他の医療機関にかかっている子どもの場合でも、この状態は医学的に虐待と診断していいのか、と判断を求められることもしばしばです。しかし、通告や通報に関して、医療者の心理的ハードルはまだまだ高いのが現状です。平成30年度の児童相談所への通告件数はほぼ16万件ですが、医療機関からの通告が占める割合は、わずか2～3%に過ぎません。問題が大きくなるとなかなか通告をしたがらないということですが、医者は、間違いを指摘されるのをとても嫌がる職種です、自分も含めてですが。これは虐待に間違いないと、100%正しく診断するのはとても難しく、確定していなくても虐待は疑った時点で通告をすることになっています。「疑った時点で通告」をしたが、調べてみたら違うということによくあります。医者は、疑って通告したのに違っていたら「自分は誤診をした」と思ってしまう職種なので、間違うのはいやだから通告しないという医者がいるかもしれません。また虐待をしてしまう親の中には、複雑な過去があったり、さっき

の怒りの仮面をかぶっていたりする人もいます。そういう人には関わりたくないという医者、怒鳴ってきたら親の言う通りにしてしまうという医者もいるでしょう。このあたりは、医療者が変わっていかねばいけない部分だと思います。

4番目は、虐待された子どもに対して、身体的な治療はもちろんですが、精神的な治療も必要です。虐待とは、「おまえは要らない存在だ」というメッセージをずっと受け続けていることです。「自分なんかどうでもいい」と思うと、やけを起こす、引きこもるということになってしまいます。また自分が親になると今度は同じことをしてしまいます。そういう人に対して、「そうではない。あなたは生まれてきてよかった存在だ」ということをちゃんと保証するのがとても大切なのですが、なかなかその受け皿となる児童精神科の医師や入院設備が少ないのが現状です。

5番目は、非加害親へのケアです。父親が娘に性的な行為をしたとなると母親はものすごく傷つきます。そういう人にどうやってケアをするのかとなると、なかなか基盤がありません。性的な虐待を受けた子どもの母親の集まり、自助グループもありますが、適切な対応ができる体制には整っていません。

6番目です。加害親に対応するシステムは少しずつ広がってきています。ケアや支援をしておかないと、たとえば有罪になって5年間刑務所に入れて、刑期が終わったから出所させるというだけだと、また同じことをしてしまいます。根本的な問題が解決されていないからです。刑務所では、例えば、薬物中毒やアルコール依存症には治療プログラムがあります。しかし虐待に対するプログラムはまだ整備されていません。何度も引き合いに出しますが、目黒区の結愛ちゃんの事件で、有罪になった母親が「結愛へ」という手記を書いていて、その本の売上げを森田ゆりさんに寄附をするのだそうです。それは、森田ゆりさんが開発したMY TREE ペアレンツ・プログラムという、虐待をした親のためのプログラムを刑務所の中で広めるためと聞きました。MY TREE ペアレンツ・

プログラムを実践しているところは日本に何カ所かあります。しかしまだまだ資金面での運営が困難なところも少なくありません。ちょうど今年から、当院のある尼崎市でもこのプログラムが始まりました。市として行うのでなかなか潰れないはずですが、例えばNPOが行うとなると資金集めが大変になって途中でやめてしまうところもあるようです。そういう支援が必要である、虐待の連鎖を断ち切るためには加害親にもケアをしなければならない、ということが社会に十分認識されないままに、加害親を逮捕して、実刑にしたらそこで終わり、では何も解決しないということを強調しておきたいと思います。

最後は、死亡事例検証という、子どもが亡くなったときの対応です。日本では虐待で亡くなる子どもが年間に約80人とされています。しかし数年前に小児科学会が全国で4カ所の地域を選んで子どもの死因の調査をしたことがあります。死亡診断書を調べて、その子が本当にその死亡診断書の病名で亡くなったといえるのか、虐待の可能性はないのかという調査です。その結果、虐待が原因で亡くなる子どもは、今の80人という数の4～5倍、多いと年間に400人くらいに及ぶ可能性があるということがわかりました。一日に一人の割合です。欧米では、子どもが亡くなると、なぜその子どもを助けられなかったのか、明らかな病気は別として、死亡を防ぐことができなかったかということ、いろんな機関が集まって事後検証をします。それを死亡事例検証といいます。虐待だけが問題とされるのではなく、例えば公園の遊具で首を挟まれて亡くなったということであれば、事故の再発予防のために、こんな対策が必要だという社会的な提言をすることもあります。虐待を見逃していた場合には、主に関係機関の連携が不十分だったという問題がしばしば指摘されています。こういう意味で死亡事例検証は重要ですが、日本では年間に20～30件ぐらしか検証報告書が作成されていません。子どもの死亡の全例というのにはほど遠い数です。それではいけないというので、日本小児科学会では虐待で亡くなった

可能性があるのは何人くらいかという調査を、昨年は全国を対象に行き、今年からは全国で5つの地域を選んで、死亡事例検証をする試みを始めました。ただそういうシステムはまだ整備されていないので、欧米に近づくにはなかなか時間がかかるかもしれません。

虐待に関する診断ですが、医者が判断できるのは、子どもの状態と親の説明が合致しないという理由で、医学的な診断として虐待の鑑別が必要であるという点です。誰がやったのか、どれくらい可能性が高いのかは、医療だけではなかなか判断できないので、児童相談所の児童福祉司、児童心理司による社会診断や心理診断、さまざまな環境下での行動診断が必要になります。行動診断とは、一時保護中なら児童相談員、入院中なら病棟の看護師などによる行動観察のことで、最終的には多くの職種が関わって判断することになります。

先ほど言ったとおり、医療機関は必ずしも虐待に対する感度が高くないこともあって、2012年には厚労省から児童虐待防止のための医療機関ネットワークを作るという事業の実施要綱が発表されました。この事業は各地域に中心となる病院を定めて、そこにコーディネーターを配置し、児童相談所や市町村、地域の病院、診療所などの連携体制を構築するというものです。最初に手を挙げたのは、2013年の愛知県、香川県、福岡県でした。その後徐々に広がりを見せて、仙台市や北九州市、福岡市では市単位で取り組んでいます。兵庫県では2017年に始まり、最近では岐阜県や川崎市でも取り組みを始めました。ただ日本全体を見るとまだまだ穴だらけです。1年間の事業費は400万円というのが一つの基準で、それを国が半分、自治体が半分負担します。この金額はコーディネーターの役割をする人の1年間の給料を想定しているそうですが、当院のMSWに聞いてみると「私、そんなにもらっていません」ということでした。兵庫県では、当院がネットワークの基幹病院となって、県内の病院と連携して虐待に取り組む体制を作っています。

今年度のネットワーク事業の活動内容です。当

院は数多くの事例を経験していますが、経験がない医療機関では適切な対応をするのが難しいため、虐待に関する相談を受ける窓口、医療機関ホットラインのようなものを作って、平日だけではなく電話相談への対応をしています。またBEAMS(ビームス)という医療機関向けの虐待対応プログラムを各地域の拠点病院で開催したり、虐待の事例検討会を開いたりしています。当院では、児童福祉勉強会という様々な職種が集まる勉強会を15年間続けています。参加者の所属先は医療だけではなく、保健や福祉、児童相談所、検察、警察、教育などで、最近は弁護士や家庭裁判所調査官も入っています。虐待を受けた子どもに対する適切な接し方を学ぶRIFCR(リフカー)という研修会も開催しました。事後検証会議については先ほどお話ししましたが、子どもが亡くならなくても検証の必要な場合が多いと思っています。亡くならなかったのは、たまたま誰かが気がついて防いでくれただけで、その人がいなかったら子どもは亡くなっていたかもしれません。死亡事例でもそうでない事例でも同じような課題があるはずですが、ただ亡くなった場合だと、責任が重くなるのでみんな口も重くなります。幸い亡くならなかった場合だと反省会を開きやすいので、これも児童相談所に依頼して、関係機関を集めて開催しています。

先ほどお話ししたBEAMS(ビームス)とは、日本子ども虐待医学会が提供している医療機関向けの虐待対応啓発プログラムです。プログラムには、ステージ1、2、3があって、1はすべての医療者、2は小児科や院内児童虐待対応組織のメンバー、3は虐待の専門性が高い医者が対象です。1に関しては、医療者以外でも、例えば消防隊員や学校の先生を対象にして、医療機関が虐待についてどのように考えているかを伝えることもありますので、もしご希望があればおっしゃってください。厚労省からの通達で、今年からは新しく医師になった初期臨床研修医は、虐待についての研修を受けることが必修項目となりましたが、その研修の代表的な例として評価を受けているプログラムです。

また RIFCR とは Child First Japan という法人が主催する研修です。ご興味がおありの方は、そのホームページをご覧ください。これは、医療者に限らず子どもと接する可能性がある人はどなたでもご参加できる研修で、虐待を受けた疑いのある子どもに最初に接した人が、どういう聞き取りをするのか、何をしたいか、何をしてはいけないかということ学ぶためのものです。子どもに最初に接した人は、レポートを取りながら、子どもが安心して話せる関係をつくる。虐待のことは子どもにとってはなかなか言いにくいことです。子どもはそういう話をするとき「誰にも言わないでね」と言うかもしれません。「分かった。誰にも言わないからね」と言って本当に言わないでいると解決にならないので、誰かに言うこととなります。でもそれは子どもの立場からすると、「うそをつかれた」ことになってしまいます。そのため、子どもには「今からお話を聞くけれども、聞いた話は誰かに伝えなければならないこともある」と最初に伝えておくのが大切です。そうすると子どもは、「じゃあ、この人には言わないでおこう」と思うかもしれません。それは子どもの選択です。話せなかった子どもにも、「もし何か言いたくなったら、またちゃんとお話を聞くからね」と最後に伝えることで、この人なら安心してしゃべれるかもしれないという気持ちを持たせるようにします。

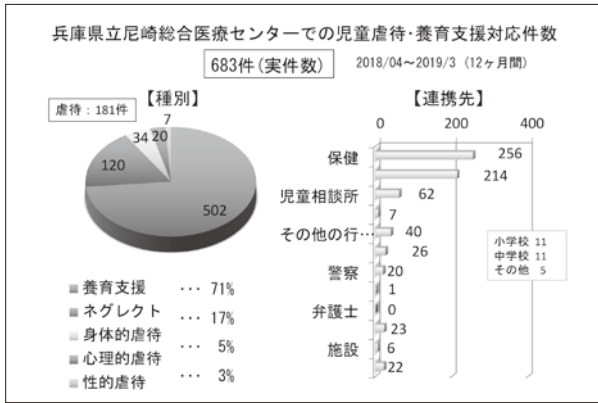
子どもの様子で何が気になっているかをはっきり伝えます。例えば「最近、欠席が続いていたけど大丈夫？何かあった？」というふうに。そうすると「お父さんからたたかれて、痛くて学校に来られなかった」という答えが出てくるかもしれません。その時に、つい「いつ叩かれたの」「どこで」「これまで何回ぐらいあったの」と聞きたくりますが、誰が何をしたかが分かればそれでいい、それ以上聞いてはいけない、というのが RIFCR です。それ以上のことを尋ねる場合は、訓練を受けた人が聞き取るという司法面接の枠組みで行います。また、いろんな人が何度も聞くというのも、つい学校でしてしまいがちなことです。担任の先

生が聞く、次に養護の先生が聞く、確認のために学年主任も聞いてみる、という具合です。虐待を受けたことを何度も繰り返し聞かれるというのは、その子どもにとってはつらい体験です。もう痛くなくなったから大丈夫と、なかったことにしてしまうこともあるので、誰が何をしたかということさえ分かれば、それ以上は法的な証拠になるような場につなげることが必要です。また子どもは何も言わないかもしれません。でも「言いたくなったら、また言ってね」とか、「今日、お家に帰っても大丈夫？」とかを聞いて、児相などの関係機関に報告するという一連の流れを学ぶ研修です。当院でも、先日一回開催しました。

病院の中の対応組織についてもお話しします。当院には虐待対策委員会が設置されており、その下に、児童虐待対策部会、高齢者・障害者の虐待対策部会、DV 対策部会、性暴力被害対策部会があります。性暴力被害対策部会には、性暴力被害者支援センター・ひょうごという団体も参加しており、性虐待、性暴力被害の子どもの場合は児童虐待対策部会(CPT & PCT)と一緒に活動しています。CPT とは、Child Protection Team、子どもを守るチームの略称です。また虐待の予防のためには周産期からの関わりが必要なので、Perinatal Care Team (PCT)、周産期からのケアチームも作りました。言葉遊びのような名称ですが、今年からは周産期への活動も児童虐待対策部会の活動として正式に含めることになりました。メンバーは、医師として小児科医、小児外科医、小児救急集中治療医、精神科医などで、それに看護師、MSW、事務方なども加わり、多職種から構成されています。

具体的な対応件数としては、去年のデータですが、1年間でMSWが対応した件数は700件弱で、その4分の3は、養育支援、つまり虐待予防の関わりです。連携した関係機関は、保健所や児童相談所などです。

病院での虐待対応の流れをお示しします。虐待が疑われる子どもを見た人はCPT窓口に連絡します。CPTでは緊急会議を開いて、その子どもへの対応を検討し、情報収集、入院や外来通院、児相



や市町村、警察への連絡などの要否を決めます。夜間であれば当直医が判断し、対応に迷う場合には私のところに電話をかけることになっています。そのときは当面の対応を決めて、翌日に改めて検討します。虐待を受けた子どもは夜中に受診することも多いので、次の日には必ず病院に来てもらうように親に説明します。

当院の児童虐待対策部会の活動についてですが、ネットワーク事業としての研修会の開催以外に、MSWの一人が虐待の加害者に対するケアを担当しています。1つは、先ほどご紹介した「虐待する親にもケアを」というMY TREEペアレンツ・プログラムで、兵庫県では加東市で数年前からこの事業に取り組んでいます。虐待をしてしまった親に声をかけて10人ぐらいのグループを作り、半年ぐらいかけて週に1回のピアカウンセリングを行い、それをサポートするという活動です。また性加害をした子どもに対する関わりもしています。これはグループではなく、1対1のプログラムです。学校で性的な加害をした子どもに対して、学校の先生だと、指導や注意をして、それだけで終わってしまうことも多いのですが、それでは子どもは何も変わりません。そういう行動をしたベースに何があったか、今後はどのようにすればいいのか、ということ子どもと一緒に考えるプログラムです。

ノーヒットゾーン運動という活動にも今後取り組んでいきたいと考えています。もともとは北米の小児病院で2005年に始まり、北米全域に広がってきているそうです。この運動では、病院の中に「当院の敷地内は全て非暴力区域、ノーヒットゾー

ンです」というポスターを掲示します。子どもを叩いている親を見かけたら、「どうされましたか」と職員が近づいていって、「もう長く待っておられるのでしょうか？それは申し訳ないです。待ち時間を聞いてきましょうか」とか、「お子さんが泣いているようなので、おもちゃか何か持ってきましょうか？」という形で関わりを始めて、親といろいろ話をします。親が「この子が泣き止まないから叩くんだ」と言ったら、「あのポスターにあるように、ここはノーヒットゾーンなのです。ここは暴力や暴言が認められない場所なのです」と説明します。「これはしつけだから、ほっといてくれ」と言う親もいるでしょうが、病院の中ではそういうことは認められないというスタンスで関わるという運動です。

この運動の目的は、患者・家族にとって、また病院にとって快適で安全な環境をつくり、それを強化することです。これまでは、院内で暴力行為を見かけたら「警察に通報します」という排除の理論で対応していました。ノーヒットゾーン運動は支援の理論に基づいている点で、根本的な違いがあります。具体的なステップとしては、暴言・暴力行為を放置しておくことと虐待につながるということを院内、職員が理解する。次に、職員としての適切な対応を学び、暴言・暴力に頼らなくて済む問題解決方法があることを行為者と話し合って支援する。最終的には院内での暴言・暴力を減らして、それを地域に広げる、ということです。アメリカでは、地域の医療機関、公的機関の全てにおいて、「ここはノーヒットゾーンです」と掲示されているところもあるそうです。ただ制限するのは、あくまで院内だけで、問題解決についての情報は提供するけれども、ペナルティを課すわけではないというのが、従来の対応との大きな違いです。もちろん行為者が暴れる人だったら警察に対応を依頼することになりますが、それは最終目標ではありません。

ちょうど今年、日本でも体罰禁止の法律ができましたが、日本で体罰を容認する人が56%、決してすべきでないと言う人が40%ぐらい。子育て

てについても、叩かないという人は3分の1ぐらいで、状況によって叩いてしまうという人が3分の2です。これは容易に体罰を容認する文化につながってしまいます。スウェーデンでは1979年に法律が改正され、体罰をしてはいけないという法律ができました。その当時は、日本と同じように体罰に対して肯定的な人や、体罰を用いる人が40～50%でしたが、2000年代には10%まで減ったそうです。フィンランド、ドイツ、ニュージーランドでも、法改正後には体罰を容認する人が、それまでの2分の1から4分の1になったようです。それは法改正によってそういう文化が育ってきたということです。日本では法律を作っても、誰も何もしなかったら、10年たっても多分何も変わらないでしょう。医療機関の中から活動を始めて成功したという北米の例に学んで、ノーヒットゾーン運動の取り組みを始めようとする病院が日本でも出てきています。

当院の前院長が循環器内科医として禁煙運動に取り組んでいましたので、このノーヒットゾーン運動について病院の執行部に説明をするために、禁煙運動と比較してみました。禁煙運動で目標とするのは、たばこの害のない社会です。たばこを吸う人には、様々な疾患のリスクがありますし、受動喫煙による周囲への害もあります。不妊、流産、低出生体重児のリスクも高まります。禁煙に関する法律ができて、今ではほとんどの公共機関は禁煙となっています。成果としては、男性の喫煙率が82%から28%に低下したというデータもあります。ノーヒットゾーン運動も同じではないかと思えます。暴力を許容しない社会を目標とし、暴言・暴力に頼らない解決方法を身につけることができれば、そういう行為をしなくても済みます。虐待によってさまざまな疾患に罹るリスクが高まることは先にお話ししましたが、暴言・暴力が禁止となれば被害者にとってもそのリスクを防ぐことができます。体罰禁止の法律ができたのをきっかけにして、最終的に駅でも病院でも、図書館でも、公共機関がノーヒットゾーンになると、全体で虐待が減るかもしれません。

最後はトラウマについてです。トラウマとは、さまざまな出来事や状況によって、身体や感情が傷つく、命が脅かされる、といった経験として心に残り、それがその人にいろいろな有害な影響を及ぼすというものです。トラウマを生み出す出来事には圧倒的な力の差が存在しています。虐待も自然災害もそうです。その人が強さを持っているとそれに抵抗できますが、逆に過去のトラウマや、もともとの精神的な脆弱さがあると有害な影響を受けやすくなります。周囲からのサポートを得られないとか、助けを求められないような人も受傷しやすくなります。

一見普通に見えていても、これまでにいろいろなトラウマを受けていてそれを心の奥底に押し込めている場合もあります。ふだんは表に出さずに生活できていても、心の中ではそれが消えることなく存在していて、何かの拍子に外に飛び出すと、普段の様子からは想像もつかないような言動、攻撃的になったり大暴れしたりフリーズしてしまったり、という状態になることがあります。その部分だけに注目すると、周囲からは全く訳が分からないのですが、トラウマの存在があるかもしれないと考えることで、その人が救われて、最終的にはトラウマから解放されるきっかけになる場合もあります。そのためにはトラウマを正しく理解して対処する周囲の人の存在が必要です。皆さんにも、ぜひこういう形で一緒に活動していただきたいと思っています。

このような関わり方をトラウマインフォームドケア（TIC）といいます。ある人がいきなり激しい怒りを示したとしても、その怒りに対してさらに反応するのではなく、その人が触れられたくない部分、トラウマに触れてしまうようなことを、つい言ってしまったせいなのかもしれない。そうであれば、同じことをしないようにするのが、トラウマへの適切な対応です。

これまでの関わり方とTICの関わり方と比較してみます。従来はトラウマを持っているのは一部の特別な人と考えられていましたが、TICでは全ての人がトラウマ、大なり小なりそのような体験

	これまでの対応	トラウマインフォームド
トラウマの頻度の理解	トラウマ体験を持つ人が大勢いることを知らない	すべての人をトラウマ体験のある人と想定して対応する
症状の成因への理解	原因はその人の内部にある → 治療や対処をしようとする (医療の場合は過剰診断・治療)	原因はその人の外部にある 過去・現在の有害な体験(特に対人暴力)の影響で生じる
トラウマの評価	評価をしない 表面的にしか扱わない 「きっかけ・引き金に過ぎない」	過去のトラウマとそれが引き起こす症状を丁寧に評価する (トラウマの原因探しは侵襲的!)
トラウマを持つ人に対する態度	叱責・体罰など「伝統的な方法」で相手をコントロールしようとする 威圧的な態度・口調で抑え込む	「伝統的な方法」はさらに相手を傷つける(=再外傷)という認識を持つ 権力の行使やコントロールを最小限にする
支援される側との関係	規則を決めて、それを遵守することを強要する	ケアやサポートをする 支援される側とされる側は協働関係にあるのを理解している
	What's wrong with you?	What happened to you?

	これまでの対応	トラウマインフォームド
支援者への教育	必要なトレーニングを行わずに支援される側の責任にすることで終わらせる	支援する側へのトレーニングを行って、トラウマに関する知識と感受性を高める
例: 欠席	怠け! わがまま!	睡眠障害? 解離? 回避?
問題行為への理解	意図的、挑発的と捉える	行為を取る意味や文脈を理解しようとする
例: 自傷	関心を引こうとする行為だ!	代替行為? 解離状態からの回復?
支援する側の解釈	レッテルを貼って決めつける	客観的・中立的な言葉を使う
例: 接近 例: 疎遠	「操作的」「愛情希求行為」 「心理的距離を取りたいため」	価値判断や勝手な解釈をせず 事実をそのまま受け容れる
外部との関係性	閉鎖的である	透明で第三者に開かれている (特に当事者グループに対して)
支援する際の心構え	援助の受け入れを期待する (「全面的」は「支配的」となりうる)	受け入れが困難な事情を理解して、控え目に関わる
<small>(Davis-Salyerの表を一部改変、クリニックちえのわのホームページを参照)</small>		

をもっていると想定して関わります。またこれまでは、何か問題が生じたら原因はその人の中にあると考えて治療や対処をしようとしてきました。しかしTICでは、原因はその人の外にある、何か有害な体験があって、その影響で問題が生じているのではないかと考えます。英語でいうと前者は「What's wrong with you?」(あなたはどこが悪いの)となりますが、悪いのはあなた自身ではなくあなたの外にあり、「What happened to you?」(あなたに対して外から何が起こったの)という聞き方をするとというのが後者のTICです。トラウマがあっても、それを正しく評価せずに、きっかけや引き金に過ぎないと表面的に扱うのではなく、過去のトラウマとそれに関連する症状を丁寧に評価するのがTICです。ただ、「過去に何かあったのでしょうか。お父さんはどんな人だったの?お母さんからひどいことを言われたのでは?」とトラウマの原因をしつこく探すようなことはせず、丁寧に中から、いろいろなサインを察知します。体罰などの伝統的な方法でコントロールしようとするのは、トラウマを持った人には被害の再体験になります。支配関係のようにさまざまな

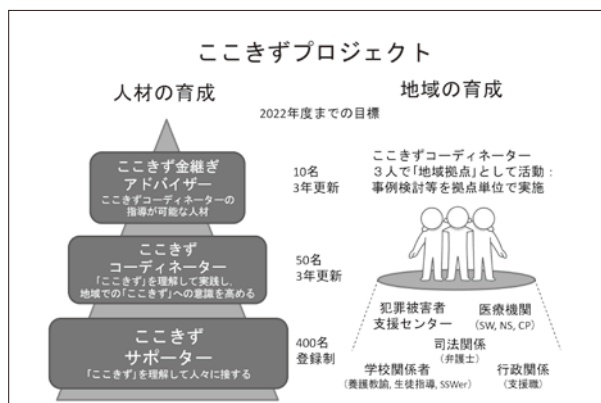
規則を決めて、守らなかつたら罰則を与えるのではなく、ケアやサポートをする、支援する側とされる側は協働関係にあり、一緒にトラウマを克服しようとする関係であることを理解するのがTICです。

例えば学校を欠席していても、怠けている、わがままだと、注意するのではなく、睡眠障害かもしれない、学校でいじめを受ける状況を避けようとしているのではないかと、そういう可能性も考えるということです。問題行動、子どもがいきなり友達と大げんかをした、先生に暴力をふるった、という場合に、わざとやっている、挑発的だと捉えがちですが、実は親から受けてきた暴力がトラウマになっていて、ちょっとした一言が引き金となって、再演、いわゆるフラッシュバックになったのかもしれない、とその人の背景を想像して行動の意味を理解しようとするのがTICです。リストカットの場合でも、わざとやって関心を引こうとしている、というのではなく、ポーズとする解離状態から回復するために自分で手首を切って、それでようやく意識がフツと戻る、という状況なのかもしれません。このように何か問題行動があったときに、それを意図的と捉えるのではなく、なぜそういうことをしてしまうかという文脈を理解しようとするのがTICの考え方です。支援者として解釈する際にもレッテルを貼って決めつけるのではなく、中立的に扱うことが大切です。例えば、べたべたと先生に異様に引っついてくる子どもを、愛情不足から来ると決めつけてしまうと、みんながそういう先入観で動いてしまいます。いったんはそのまま受け容れて、客観的な対応をするということが大事です。

支援者の心構えとしても、相手が支援を受け入れるのを当然のように期待していると、受け入れなかった場合にその人を非難してしまいがちです。しかし全面的な支援は、実は支配的であると受け取られてしまうこともあるのです。過去には周囲に助けを求めたことがあったが、拒否された、思ったような支援が得られなかったために、「もういいや、何も期待しない」という気持ちになっ

ている人には、いくら支援をしようとしても、なかなか受け入れることができません。そういう状況を理解して、控えめに関わるということも大事だと思えます。

最後にご紹介するのが、「ここきずプロジェクト」です(注:現在は「こころのケガを癒やすコミュニティ事業: Trauma Informed Care/Community、略称 TICC」に改称)。武庫川女子大学の岡先生



を中心に、文科省関連の研究支援制度 RISTEX の事業として、「トラウマへの気づきを高める、人—地域—社会」によるケアシステムの構築」という3年間の研究プロジェクトを行いました。その中では学校や病院などで TIC を広めようとしたが、「トラウマ」という言葉を聞くと「震災」というイメージを思い浮かべて自分には無縁だと思ってしまう人がいることもわかりました。学校の先生の中にも意外と多かったので、「ここきず」という言い方に変えてはどうかということになりました。「ここきず」の「ここ」には、こころのここ、ここという場所や時期、各々の日常という個々、という3つの意味があります。「きず」にも、傷、気づく、絆の意味も持たせています。人材の育成としては、ここきずサポーター(ここきずを理解して人々に接する人)を2022年までに400人登録し、ここきずコーディネーター(ここきずを理解して実践し、地域での意識を高める人)を50人、アドバイザーを10人育てるという計画です。地域の育成ですが、コーディネーターが3人集まったら地域拠点として登録し、支援センター、医療、司法、学校、行政など、さまざまな職種の人と協力して TIC を実践する活動を支援するとい

うプロジェクトで、3年間の研究成果を地域に広げていこうとしています。

では私たちにはできることは何でしょうか。まずは、自分が虐待しないこと。虐待を受けた影響を理解すること。虐待を見逃さないこと。関わりたくないからといって、見て見ぬふりをしないこと。虐待をしたくてするような人は、サイコパスを除けば、多分いないのではないのでしょうか。虐待をしてしまうつらさを理解しようとする。本当の理解はできないかもしれませんが、相手が理解しようとしてくれていると分かるだけでも、その人にとっては、ずいぶん違うだろうと思います。その人は過去に虐待などの被害を受けていたかもしれません。私たちはその時の加害者と同じような関わりをしないこと。虐待を生んでしまう状況を作らないこと。貧困や差別など社会全体のことになりますが、虐待をしなくて済む環境を整えること。私たちはこういうことをしていきたいと思っています。

冒頭でやられてもやり返すことができない人への支援という話をしましたが、実は頭の中にあっただのはアメリカのコラムニスト、デュランのこの言葉です。

「ある人間の人格をはかる最良の指標は、自分にとって何ら役に立たない人にどのような態度を取るか。また自分に逆らうことのできない人にどのような態度をとるか、である」

それで、その人間の価値が決まるということです。もう一つ、ヴィースという人の言葉もご紹介します。

「我々の子どもの、子どもの、子どものためにこれから3世代、120年以内に子ども虐待を終わりにしよう。いつかどこかで誰かが、この国でどのように子ども虐待の問題が克服されたかを、克明に記録するであろう。そこにはこう記載されている。子ども虐待の終息は、21世紀の初頭に、子ども虐待に関わるあらゆる地域の専門家が、手に手を取って力を集結させたことから始まった」

虐待は、そんなに簡単になくなるものではない。いくらやっても、いくら頑張ってもなかなかなく

ならない。それは当然のことです。しかし、今すぐではなくても、3世代、120年後に虐待を終わりにするのを目標にしよう、少しずつでも関わることによってその方に向かって行けたら、それで今の自分たちの仕事は価値があることになる、と解釈しています。

最後は、ビートルズの「Imagine」です。この歌詞の中で、「countries」を「child abuse」に、「religion」を「neglect」という言葉に入れ替えてみます。

「子ども虐待のない世界というのを想像してみてください。想像するのは、難しいことじゃない。

誰もそれで殺されたり亡くなったりはしない。そこにはネグレクトもない。全ての人々が平和に暮らす世界というのを想像してほしい。

夢見る人と思われるかもしれない。でもそれは私一人だけじゃない。いつかあなたも私たちの仲間になってほしい。そうしたら世界は一つになるだろう」

皆さんが私たちと一緒に、子ども虐待のない世界を作る活動に参加してくださることを期待しています。

ご清聴ありがとうございました。

2 研究員の活動実績

(1) 刊行物

【公表論文】

- 亀岡智美. 子どものトラウマ診療ガイドライン. 精神医学, 62 (5), 608–613, 2020
- 亀岡智美. トラウマインフォームドケアの意義と広がり—見逃されがちなトラウマへのケアに向けて. 精神科治療学, 35 (6), 579–582, 2020
- 亀岡智美. 小児精神神経科領域とトラウマインフォームドケア. 小児の精神と神経, 60 (2), 137–144, 2020
- Satomi Kameoka, Eizaburo Tanaka, Sayaka Yamamoto, Azusa Saito, Tomomi Narisawa, Yoko Arai, Sachiko Nosaka, Kayoko Ichikawa & Nozomu Asukai. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings: a multisite randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1, 1767987, DOI: 10.1080/20008198.2020.1767987
- 亀岡智美・野坂祐子. トラウマインフォームドケア. 子どもの虐待とネグレクト, 22 (2), 120-133, 2020
- 亀岡智美. 講座 ト라우マインフォームドケア (1) ト라우マとしての子ども虐待. 児童養護, Vol.51, No.1, 32-35. 2020
- 亀岡智美. 講座 ト라우マインフォームドケア (2) 従来の対応と再トラウマ化. 児童養護, Vol.51, No2, 30-33. 2020
- 亀岡智美. 児童心理治療施設と治療共同体-総合環境療法の視点から-. 児童心理治療施設の歴史の変遷と現状. コメント「3施設の取組みを通して」. 集団精神療法, 36 (2), 239-240, 243-245, 2020
- 亀岡智美. マルトリートメントを受けた子どもへのトラウマインフォームドケア. 精神科治療学, 36 (1), 79-84, 2021
- 亀岡智美. 講座 ト라우マインフォームドケア (3) ト라우マを見える化するということ. 児童養護, Vol.51, No3, 30-33. 2021
- Elizabeth A. Newnham, Peta L. Dzidic, Enrique L.P. Mergelsberg, Bhushan Guragain, Emily Ying Yang Chan, Yoshiharu Kim, Jennifer Leaning, Ryoma Kayano, Michael Wright, Lalindra Kaththiriarachchi, Hiroshi Kato, Tomoko Osawa and Lisa Gibbs. The Asia Pacific Disaster Mental Health Network: Setting a Mental Health Agenda for the Region, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17 (17) , 6144; <https://doi.org/10.3390/ijerph17176144>
- Tomoka Yamamoto, Hiroko Okuno, Aika Tatsumi, Saeko Sakai, Ikuko Mohri & Masako Taniike. Use of a Sensing Device to Visualizes Group Participation in Social Skills Learning Groups. *Front. Psychiatry* in press. doi: 10.3389/fpsy.2021.642949
- 大塚美菜子・市井雅哉. 眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR) と自我状態療法 (EST) の融合. 精神科治療学 35 (6) 635-641. 2020
- Shinya Takeda, Risa Matsuo, Minako Ohtsuka. Effects of a Classroom-Based Stress Management Program by

【著書・翻訳】

- 亀岡智美. 子ども虐待とトラウマケア：再トラウマ化を防ぐトラウマインフォームドケア. 金剛出版. 2020
- 亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 笠井清登編. 講座精神疾患の臨床2. 統合失調症. 278-285. 中山書店. 2020
- 亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 笠井清登/岡ノ谷一夫/能智正博/福田正人編. 人生行動科学としての思春期学. 265-267. 東京大学出版会. 2020
- 亀岡智美. 性暴力被害児へのケア～トラウマケアの観点から～. 子ども虐待の予防とケア研究会編著. 子ども虐待の予防とケアのすべて. 追録34号, 3899の51-3899の63. 第一法規. 2020
- 亀岡智美. トラウマフォーカスト認知行動療法(TF-CBT). 原田誠一編:複雑性PTSDの臨床. 191-194. 金剛出版. 2021
- 大澤智子・加藤寛. 「プレホスピタル・ケア」「新型コロナウイルス対応におけるメンタルヘルス対策」第33巻第5号(159).27-29.
- 大澤智子. 「臨床心理学」石垣琢磨編、カウンセラーの「問う力・聴く力」. 金剛出版. 2020 (分担執筆「トラウマを受けた人にどう問うべきかー安全の保障」の項目担当) 第20巻(4) 450-453.

【その他刊行物】

- 亀岡智美. 逆境の小児期体験とトラウマインフォームドケア. シンポジウム4. 児童虐待と家族支援ー一般精神科医にもできるかわり. 日本精神神経科診療所協会誌, 第25回学術研究会埼玉大会特集号, S150-153. 2020
- 亀岡智美. 関わりの難しい親と子の理解と対応-トラウマの視点から-. APCA通信88. P6. 2020
- 亀岡智美. 子どものこころの健康を考えるシンポジウム. 子どものしつけを考える. 体罰禁止の法改正をめぐって. 指定討論. 日本精神神経科診療所協会誌,47巻1号(250号),50-55. 2021

(2) 学会・研究会における発表

【特別講演、教育講演、パネルディスカッション、シンポジウム、一般演題、ワークショップ等】

- 亀岡智美. トラウマを受けた子どもの支援と治療～クリニックでできること～. 第11回日本児童青年精神科診療所・連絡協議会名古屋大会. 2020/7/5. ウェブ
- 亀岡智美. 子どものしつけを考えるー体罰禁止の法改正をめぐってー指定討論. 日本精神神経科診療所協会児童青少年問題関連委員会主催子どものこころの健康を考えるシンポジウム. 2020/8/23. ウェブ
- 亀岡智美. シンポジウム：児童福祉領域におけるトラウマインフォームドケア. 指定討論. 第19回トラウマティック・ストレス学会. 2020/9. ウェブ
- 亀岡智美. トラウマインフォームドケア～被害と加害をつなぐもの～. 教育講演. 第58回日本犯罪心理学会. 2020/11/21. ウェブ

- 亀岡智美. トraumainフォームドケア～日本での普及の可能性について～. 第1回学校安全推進センター・シンポジウム. 2021/3/7. ウェブ
- 大澤智子. 消防職員に見られるCOVID-19対応の業務ストレスについて. 日本トラウマティックストレス学会シンポジウム. 2020/9/21. ウェブ
- 大澤智子. 消防職員の惨事ストレス～理解と予防～. 全国消防救助シンポジウム. 2020/12/3. 東京
- 酒井佐枝子. 親子関係再構築支援プログラム参加による親自身の親子関係を意味づけるプロセスへの支援. 日本子ども虐待防止学会第26回学術集会 いしかわ金沢大会. 2020/11/28. ウェブ
- 酒井佐枝子. 参加者アンケート結果を通して考える親が親となりゆくプロセス. 日本子ども虐待防止学会第26回学術集会 いしかわ金沢大会. 2020/11/29. ウェブ

(3) 講演

- 加藤寛. 「大切な人を亡くされた方への支援について～悲嘆と複雑性悲嘆の違い～」 愛知県精神保健福祉センター. 2021/1/28. ウェブ
- 亀岡智美. Traumainフォームドケア：実際の臨床でできること. 令和2年度連続セミナー第1回. 子どものこころの分子統御機構研究センター. 2020/7/7. ウェブ
- 亀岡智美. 子どものトラウマ理解と支援. 名古屋子ども応援委員会研修会. 名古屋市教育委員会. 2020/7/10. 名古屋
- 亀岡智美. 関わりの難しい親と子の理解と対応～トラウマの視点から～. オープン講座「子ども虐待」(実践編). 児童虐待防止協会. 2020/8/9. 2020/8/29. ウェブ
- 亀岡智美. Traumainフォームドケア. 第1回那賀保健師業務研究会. 岩出保健所. 2020/8/31. ウェブ
- 亀岡智美. こどものPTSDアセスメント研修. 松橋心理臨床研究会. 2020/9/11. ウェブ
- 亀岡智美. TF-CBTイントロダクトリー・トレーニング. 松橋心理臨床研究会. 2020/9/12-13. ウェブ
- 亀岡智美. 子どもの傷ついた心にアプローチするために～Traumainフォームドケアの基礎を学ぶ～. 子ども心のケア地域研修事業. みやぎ心のケアセンター. 2020/9/15. 仙台
- 亀岡智美. Traumainフォームドケア. 職域・地域架橋型-価値に基づく支援者育成C-2地域連携型コース. 東京大学医学部附属病院精神神経科. 2020/10/18. ウェブ
- 亀岡智美. 虐待予防のための事例像の理解と親支援～背景に潜む問題を理解するための基礎理解～. 大阪府茨木保健所. 2020/11/2. 茨木
- 亀岡智美. 虐待の評価とケア. 厚生労働省思春期精神保健研修事業「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」. 国立国際医療研究センター国府台病院. 2020/11/12. ウェブ
- 亀岡智美. Traumainフォームドケア. 子ども家庭総合支援センター開設に向けた勉強会. 東京都港区子ども家庭支援部. 2020/11/12. ウェブ
- 亀岡智美. Traumainフォームドケアについて～トラウマの視点から支援を考える～. 精神保健福祉業務従事者研修「地域課題の取組みに関する研修」. 大阪府こころの健康総合センター. 2020/11/16. 大阪

- ・ 亀岡智美. こどものPTSDアセスメント. 大分県行政心理士スーパーバイザー研修会. 大分県子ども・女性相談支援センター. 2020/11/17. ウェブ
- ・ 亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 九州児童心理司研究協議会. 大分県中央児童相談所. 2020/11/18. ウェブ
- ・ 亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 伊丹市児童虐待対策スーパービジョン事業. 伊丹市健康福祉部生活支援室子ども福祉課. 2020/11/27. 伊丹
- ・ 亀岡智美. 子どものPTSD概論&アセスメント. 子どものPTSDアセスメント研修. 宮崎県中央児童相談所. 2020/11/30. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 虐待された子どものトラウマへの理解と対応. 被害者保護・支援に関する講演会. 大阪地方検察庁. 2020/12/11. 大阪
- ・ 亀岡智美. TF-CBTについて. 施設内研修. 大阪府立子どもライフサポートセンター. 2020/12/18. 堺
- ・ 亀岡智美. 虐待の評価とケア. 厚生労働省思春期精神保健研修事業「思春期精神保健対策医療従事者専門研修」. 国立国際医療研究センター国府台病院. 2020/12/24. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 虐待を受けた子どものこころの理解-トラウマの視点から-. こころのシリーズ「虐待を受けた子どものこころの支援」. 西日本こども研修センターあかし. 2021/1/13. 明石
- ・ 亀岡智美. 虐待が子どもに与える心理・行動的影響の理解と支援. 大阪府福祉専門職研修. 大阪府福祉部. 2021/1/15. 大阪
- ・ 亀岡智美. アタッチメントとトラウマ関連障害の治療. 定例学術研究会. 大阪総合医学・教育研究会. 2021/3/12. 大阪
- ・ 亀岡智美. トラウマの視点から見た子どものメンタルヘルス. 第19回徳島メンタルヘルス研究会. 徳島県医師会. 2021/3/14. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 発達障害臨床におけるトラウマケア. 岡山県発達障害者支援医師研修. 岡山県精神科医療センター. 2021/3/21. ウェブ
- ・ 大澤智子. メンタルヘルス ストレスマネジメント. 令和2年度初任科教育課程. 神戸消防学校. 2020/6/10. 神戸
- ・ 大澤智子. メンタルヘルスについて. 令和2年度消防士長昇任課程. 神戸市消防学校. 2020/8/5. 神戸
- ・ 大澤智子. PFA研修 (災害メンタルケア実習). コンダクター型災害保健医療人材養成プログラム. 東北大学災害科学国際研究所. 2020/8/29. 仙台
- ・ 大澤智子. 消防職員のための惨事ストレス研修. 地方公務員安全衛生推進協会. 2020/9/3. 福岡
- ・ 大澤智子. 災害時の心のケア. 令和2年度精神保健福祉関係職員研修. 大阪市こころの健康センター. こころの健康センター. 2020/9/9. 大阪
- ・ 大澤智子. ハラスメント担当者のための基礎. 高知市ハラスメント防止研修. こうち人づくり広域連合. 総合あんしんセンター. 2020/9/16. 高知
- ・ 大澤智子. 消防職員のための惨事ストレス研修. 高知県消防長会. 総合あんしんセンター. 2020/9/17. 高知

- 大澤智子. 被災者の中長期のこころのケア～サイコロジカル・ファーストエイドから学ぶ～. 広島市精神保健福祉センター. 広島市総合福祉センター. 2020/9/23. 広島
- 大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド研修. 令和2年度災害時自殺対策研修会. 広島県立総合精神保健福祉センター. 広島県健康福祉センター. 2020/10/6. 広島
- 大澤智子. 消防職員のための惨事ストレス研修. 奈良県広域消防組合メンタルヘルス研修. 奈良県広域消防組合消防本部. 2020/10/8～9. 橿原
- 大澤智子. セルフケア研修&ラインケア研修. 豊岡市役所職員研修. 豊岡市役所. 2020/10/14. 豊岡
- 大澤智子. 消防職員のための惨事ストレス研修. 救助専科. 徳島県消防学校. 2020/10/16. 徳島
- 大澤智子. パワーハラスメントの予防と理解. 災害対応力向上コース. 青森県消防学校. 2020/10/20. 青森
- 大澤智子. 消防職員のためのメンタルヘルス対策とハラスメント予防研修. 釧路東部消防組合. 2020/11/5. 厚岸
- 大澤智子. 惨事ストレス研修. 新任消防司令補研修. 京都府・京都市消防学校. 2020/11/10. 京都
- 大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド研修. 令和2年度災害時自殺対策研修会. 広島県立総合精神保健福祉センター. 広島県東広島庁舎. 2020/11/11. 東広島
- 大澤智子. 惨事ストレスについて. メンタルヘルス研修. 吹田市消防本部. 2020/11/17～18. 吹田
- 大澤智子. 職員のための惨事ストレス研修. 新潟県消防長会. 新潟市消防局. 2020/11/20. 新潟
- 大澤智子. 消防団員のための惨事ストレス. ひょうご消防のつどい2020. 2020/11/26～2021/1/4. ウェブ
- 大澤智子. Withコロナの中のメンタルヘルスケア～見えない不安を解消するために～. 宝塚市職員健康管理講演会. 宝塚市立中央公民館. 2020/11/25. 宝塚
- 大澤智子. 消防職員のためのハラスメント予防研修. 令和2年職員研修. 大牟田市消防局. 2020/11/27. 大牟田
- 大澤智子. 消防職員のためのハラスメント予防研修. 令和2年職員研修. 羽島郡広域消防組合. 2020/12/9. 岐阜
- 大澤智子. 総論被災者及び被害者を支えるために～サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）を学ぶ～. 三重県こころの健康センター. 2020/12/15. ウェブ
- 大澤智子. トラウマの初期対応. みやぎ心のケアセンター. 2020/12/16. ウェブ
- 大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）. 令和2年度災害時に備えての支援者スキルアップ研修会. 熊本県精神保健福祉センター. 中小企業大学校. 2020/12/6. 人吉
- 大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）. 令和2年度災害時に備えての支援者スキルアップ研修会. 熊本県精神保健福祉センター. 熊本県庁. 2020/12/7. 熊本
- 大澤智子. PFA後の対応～PTSD～について. 令和2年度職員研修会. 浜松市精神保健福祉センター. 2021/1/29. ウェブ
- 大澤智子. 対人援助職の二次受傷とケアについて. 大阪府福祉専門職「指導者育成研修」. 大阪府庁. 2021/2/5. ウェブ
- 大澤智子. 消防管理職員研修 コロナ禍における不安への対応. 令和2年職員研修. 西宮市消防局. 2021/2/12

&16. 西宮

- 大澤智子. 「メンタルヘルス」について. 令和2年度消防士長昇任課程. 神戸市消防学校. 2021/2/19. ウェブ
- 酒井佐枝子. 対人援助技術. 福祉用具プランナー研修 (財) フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団. 2020/9/10. 広島
- 酒井佐枝子. ト라우マと発達障害. 西日本こども研修センターあかし. 2021/1/15. 兵庫
- 酒井佐枝子. ト라우マと発達障害: 関わりへの理解に向けて. 神戸家庭裁判所伊丹支部. 2021/1/22. 兵庫
- 須賀楓介. ト라우マ被害者への初期対応とその治療. こうち被害者支援センター 支援員養成研修. 2020/11/18. ウェブ
- 須賀楓介. コミュニケーションスキル研修1. 高知市役所職員研修. 2020/9/23. ウェブ
- 須賀楓介. コミュニケーションスキル研修2. 高知市役所職員研修. 2020/11/4. ウェブ
- 須賀楓介. コミュニケーションスキル研修3. 高知市役所職員研修. 2021/3/3. ウェブ
- 須賀楓介. 労働者のメンタルヘルスとストレスコーピング. 日本医師会認定産業医研修会. 明石市医師会館. 2020/12/5. 兵庫
- 須賀楓介. 厚生労働省研修事業 PTSDの持続エクスポージャー療法研修. 2021/2/11. ウェブ
- 大塚美菜子. DVに関するスーパーヴィジョン研修 (第1回). 徳島県中央子ども女性センター. 2020/8/27. 徳島
- 大塚美菜子. DVに関するスーパーヴィジョン研修 (第2回). 徳島県中央子ども女性センター. 2020/9/24. 徳島
- 大塚美菜子. 災害時の子どもの心のケア. 公認心理師のアラカルト. 子どもの心の診療ネットワーク事業. 2020/9/12. ウェブ
- 大塚美菜子. DVに関するスーパーヴィジョン研修 (第3回). 徳島県中央子ども女性センター. 2020/10/22. 徳島
- 大塚美菜子. DVに関するスーパーヴィジョン研修 (第4回). 徳島県中央子ども女性センター. 2020/11/26. 徳島
- 大塚美菜子. DVに関するスーパーヴィジョン研修 (第5回). 徳島県中央子ども女性センター. 2020/12/17. 徳島
- 大塚美菜子. DVに関するスーパーヴィジョン研修 (第6回). 徳島県中央子ども女性センター. 2020/2/25. ウェブ

(4) 学会活動

【座長】

- 亀岡智美. シンポジウムS-12 児童福祉領域におけるトラウマインフォームドケア～. 第19回日本トラウマティック・ストレス学会. 2020/9. ウェブ
- 亀岡智美. 大会企画シンポジウム5 子どものトラウマケア～組織としてどう取り組むか～. 第61回日本児童青年精神医学会総会. 2020/10～11. ウェブ

【学会役員・委員】

- ・ 加藤寛. 2011年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会理事
- ・ 加藤寛. 2011年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 災害対応委員会委員長
- ・ 加藤寛. 2011年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 広報委員会委員
- ・ 加藤寛. 2017年度～現在. 日本精神神経学会 災害支援委員会委員
- ・ 加藤寛. 2018年度～現在. 福島県県民健康調査検討委員会委員
- ・ 亀岡智美. 日本トラウマティック・ストレス学会事務局長
- ・ 亀岡智美. 日本児童青年精神医学会代議員
- ・ 亀岡智美. 日本子ども虐待防止学会代議員
- ・ 亀岡智美. 日本子ども虐待医学会代議員
- ・ 亀岡智美. 日本子ども虐待医学会研究委員会委員
- ・ 亀岡智美. 日本児童青年精神医学会災害対策協力会員
- ・ 亀岡智美. 兵庫県児童虐待防止委員会委員
- ・ 亀岡智美. 大阪府社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童措置審査部会委員
- ・ 亀岡智美. 西日本こども研修センターあかし運営委員会
- ・ 亀岡智美. 尼崎市いくしあ専門家会議委員
- ・ 亀岡智美. 近畿児童青年精神保健懇話会代表世話人
- ・ 亀岡智美. 児童分析臨床研究会運営委員
- ・ 亀岡智美. 大阪自閉症研究会運営委員
- ・ 亀岡智美. 兵庫県中央こども家庭センター家庭復帰等評価委員会委員
- ・ 亀岡智美. 児童売春・児童ポルノ被害児童の保護施策に関する検証・評価専門委員会委員
- ・ 亀岡智美. 第19回日本トラウマティック・ストレス学会プログラム委員
- ・ 亀岡智美. 第20回日本トラウマティック・ストレス学会プログラム委員
- ・ 亀岡智美. 第61回日本児童青年精神医学会総会プログラム委員
- ・ 亀岡智美. 第62回日本児童青年精神医学会総会プログラム委員
- ・ 亀岡智美. ひょうごこどものこころ研究会運営委員
- ・ 大澤智子. 2008年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会理事
- ・ 大澤智子. 2008年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 国際委員会 委員
- ・ 須賀楓介. 認定NPO法人 こうち被害者支援センター理事
- ・ 大塚美菜子. 日本EMDR学会人道支援プログラム IT委員

(5) 地域支援活動

- ・ 亀岡智美. 子どもの傷ついた心にアプローチするために～トラウマインフォームドケアの基礎を学ぶ～. 子ども
の心のケア地域研修事業. みやぎ心のケアセンター. 2020/9/15. 仙台

- 大澤智子. 令和元年9月事案後の職員に対するこころのケア活動. 国立きぬ川学院. 2020/7/9～10. 栃木

(6) その他

- 亀岡智美. 2013年度～現在. 大阪府子ども家庭センター「TF-CBT症例検討会議」講師
- 亀岡智美. 2017年度～現在. 兵庫県中央こども家庭センター児童虐待等対応専門アドバイザー
- 大澤智子. 2004年度～現在. 兵庫県警察本部 犯罪被害相談員
- 大澤智子. 2004年度～現在. 千葉県警察本部 外部スーパーバイザー
- 大澤智子. 2010年度～現在. 総務省消防庁 緊急時メンタルサポートチーム
- 大澤智子. 2013年度～現在. 第五管区海上保安本部 メンタルヘルス対策アドバイザー
- 酒井佐枝子. トラウマとアディクションからの回復. リサ・ナジャヴィッツ特別講演. 日本犯罪心理学会第58回大会. 2020/11/21 通訳
- 酒井佐枝子. トラウマとアディクションからの回復. リサ・ナジャヴィッツ・松本俊彦対談. 日本犯罪心理学会第58回大会. 2020/11/22 通訳

(注) 本センターの刊行物掲載分及び主催事業分等は除く。

兵庫県こころのケアセンター 令和2年度事業報告書

公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター
〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号
TEL (078) 200-3010
FAX (078) 200-3017



公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター