

兵庫県 こころのケアセンター

令和3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、さまざまなトラウマを抱えた方への支援や治療も重視し、国内外の災害への支援、そして併設した診療所で有効な治療にも力を入れてきました。

設立18年目となる令和3年度は、令和2年度に引き続き新型コロナウイルス感染症がまん延する中で事業を行っていく必要がありました。このため、音楽療法講座の一部講座の延期やこころのケア研修を主にオンライン開催へ変更したほか、兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修も、全研修を終日オンラインにて実施しました。

また、診療においても電話やオンラインでの診療を継続したほか、対面形式のヒューマンケア実践普及講座では、感染症対策に万全を期して実施するなど、コロナ禍にあっても当センターの機能を発揮すべく工夫し、鋭意取り組んでまいりました。

調査研究では、「感染症がもたらすスティグマと心理的支援に関する研究」などをテーマにした短期研究や、長期研究では、令和3年度が最終年度となる「災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究」などに取り組みました。

地域支援活動では、東日本大震災や熊本地震などの被災地支援を継続するとともに、新型コロナウイルス感染症に関する危機対応として、消防機関や病院職員などに対し、コンサルテーションなどを行う回数が増加しました。

相談では、PTSDに特化した相談が増加しており、令和2年度末にリニューアルしたホームページ掲載の当センターでの相談を希望する方への案内が一定の効果をもたらしたものと考えています。

情報の収集発信では、令和3年12月2日に開催したこころのケアシンポジウムにおいて、「コロナ禍のメンタルヘルスへの影響」をテーマにパネルディスカッションを行いました。感染症対策の観点から、会場とオンラインを併用して開催し、200名の方にご参加いただきました。

本報告書は、令和3年度における当センターのこのような活動をまとめたものです。

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、職員一丸となり取り組みを進めてまいります。是非、本報告書をご一読いただき、忌憚のないご意見をいただけますと幸いです。

(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3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 情報の発信	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	81

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。

本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」を開設している。

(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

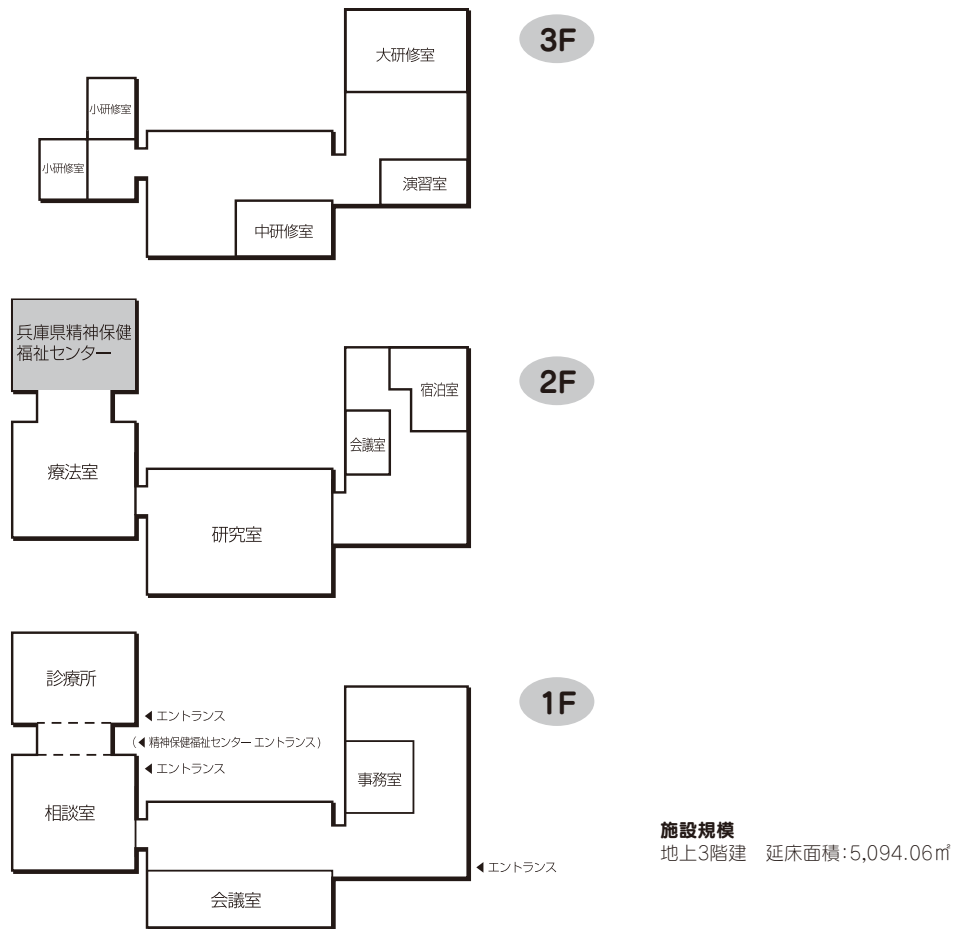
こころのケアに関する事例等を収集し、センターの研究成果と併せて、広く情報発信するとともに、普及啓発を行っている。

(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。

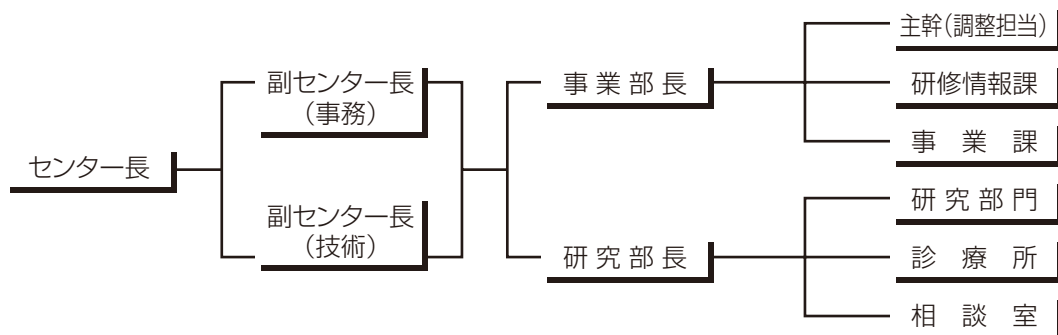


2 施設概要（ゾーン配置）



*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4年4月1日）

（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
11	3	5	1	1	2	23

・事務のうち1名は兵庫県精神保健福祉センター兼務

II 令和3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オンラインで開催し、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
感染症がもたらすスティグマと心理的支援に関する研究	新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）等新規の感染症が蔓延すると、人々の間では、健康被害だけでなく深刻な心理社会的影響が生じる。特に感染者とその関係者に対する差別・偏見の問題は、重要かつ喫緊の課題である。このような差別や偏見は、スティグマを生じさせ、そのスティグマがさらなる差別や偏見を生み出していく。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、スティグマに焦点をあて、国内外の COVID-19 に関するメンタルヘルス・スティグマ対策のガイドラインリストを作成した。また、新興感染症としての新型インフルエンザに関する文献レビューを行い、こころのケア、スティグマ対策のガイドライン作成の基礎的資料とした。
福祉犯被害青少年の心理と支援のあり方についての研究	児童買春や児童ポルノなどに巻き込まれ、福祉犯罪の被害を受ける青少年は少なくない。特に、SNS を介した犯罪は被害が潜在しやすい。本研究では、福祉犯に対応する警察職員の理解の向上と被害予防や啓発活動に寄与することを目的に、福祉犯被害青少年の背景要因や病態などに関連する文献考察を行い、被害青少年の置かれた傾向を明らかにした。その上で、被害青少年が発見された際の対応の仕方や支援の方向性、予防啓発活動に必要な要素などを検討した。
PTSD症状を呈する対象者の生活行動が全般的健康状態に与える影響についての研究	PTSD に併存する睡眠障害や実行機能障害は、それ自体が生活機能に影響を及ぼすが、それらの調査は多く実施されてこなかった。そこで R2 年度に調査した結果、一見社会適応は悪くない患者であっても実行機能に問題が生じ、日常生活を障害していることがわかった。本研究では、さらに調査項目を追加し、PTSD 症状を呈する対象者の生活行動および全般的健康状態に関して理解するための調査を実施し、基礎資料を作成した。
PTSD治療における統合医療（補完代替療法）の可能性についての検討	PTSD 治療の補完代替療法として、2016～2020年の5年間で瞑想、催眠療法、鍼治療等の9件の文献についてレビューを行った。対象、具体的な介入方法、主な評価方法、および主な結果について情報を整理し、各々の共通点や相違点等を纏めた。また、先行研究と照らし合わせながら、これらの介入方法の問題点や今後の展望についても少し触れ、新たな選択肢としての可能性を示した。

【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)	前年度は PTSD の診断面接である CAPS-5 の標準化作業として、バックトランスレーションを完了させ、数例に対して予備的フィールドトライアルを行った。今年度は研究協力施設を追加した上で、得られたデータから CAPS-5 の妥当性を検証した。このことにより、CAPS-5 を用いた PTSD の診断面接の妥当性が確保されることとなり、大規模災害をはじめとしたトラウマの評価がよりの確になされることが期待される。
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)	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 (TIC) 普及において、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。本研究では、子どもへの支援を行う支援者を対象としたアンケート調査を通して、TIC 導入には支援対象者だけでなく、支援者自身と支援者が働く組織環境にも注目し、それらの安全安心が整備される必要があり、そのための工夫を支援者研修プログラム等において取り入れる必要があることを明らかにした。
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本研究 (3年) は、初年度、過去に提供された支援活動を文献レビューし現状の概観と課題の同定を行った。2年目には、現場の災害救援者が外部支援組織および支援者に望む支援のあり方を明確にするためにアンケート調査を行った。最終年の本年は過去2年の研究結果を基に、災害救援組織や災害救援者に支援を提供したことがない専門職らが参照できる具体的な活動方法を含むガイドブックを作成した。

【こころのケア研究推進協議会】

(実施方法) 令和4年3月8日(火) ウェブ

(構成機関) 大阪教育大学学校安全推進センター

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、個人情報の保護、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	R3.6.3	29-3の5	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 (R3.6.3)
		29-4の4	日本版複雑性悲嘆治療の予備的効果研究	承認 (R3.6.3)
		2-3の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	承認 (R3.6.3)
		3-1	PTSD症状を呈する対象者の生活行動と全般的健康状態に関する研究	承認 (R3.6.3)
		3-2	トラウマインフォームドケア研修の開発に関する予備的研究	承認 (R3.6.3)
2	R3.12.7	2-3の4	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 (R3.12.7)

2 多様な研修の実施

令和3年度は、2期（第1期：令和2年6月～11月、第2期：令和4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8月20日～9月30日）により、第1期の専門研修1回を中止することとなり、専門研修12回、基礎研修1回の計13回を実施した。

研修全体の受講者数（特別研修を除く）は506人となり、定員（460人）を超える人数を確保した。

特徴としては、主にウェブでの開催としたため全国各地域（39都道府県）から参加があり、県外受講者が占める割合が全体の約7割となったことが挙げられる。

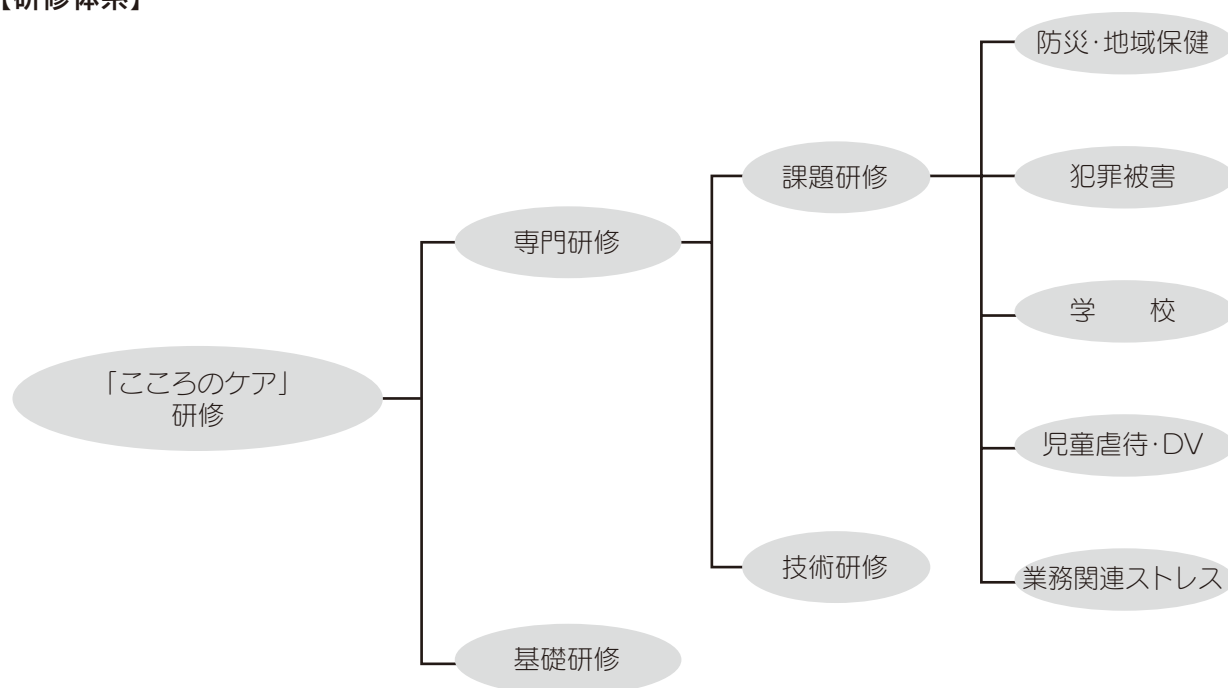
基礎研修では新たに「関わりの中のトラウマインフォームドケア」を設けるとともに、令和2年度に基礎研修として実施した「子どもの領域におけるトラウマインフォームドケア」はより専門的な内容を加えた専門研修として実施した。また、国内唯一のSPR認定トレーナーの資格を持つ当センター研究員による「被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケアサイコロジカル・リカバリースキル（SPR）ー」や、「子どもたちのいじめケアー加害と被害の連鎖ー」などの専門研修を実施した。

「犯罪被害とこころのケア」など当センターにおいて対面形式で研修を実施する際には、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、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 等の感染症対策を講じた。

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コース全てウェブにて実施した。

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	6/24・25 (2日間)	消防職員	35	39
		発達障害とトラウマ [ウェブ]	7/1 (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	47
		対人支援職のためのセルフケア	8/10・11 (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	38
		悲嘆の理解と遺族への支援 [ウェブ]	8/25・26 (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	43
		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－ [ウェブ]	9/7・8 (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	24
		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 [ウェブ]	9/14・15 (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	31
		DV被害者のこころのケア [ウェブ]	9/21 (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	46
		消防職員のための惨事ストレス理解と予防	9/29・30 (2日間)	消防職員	35	中止
		犯罪被害とこころのケア	10/21・22 (2日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	25	22
	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）	11/10・11 (2日間)	消防職員	25	23	
基礎	関わりの中のトラウマインフォームドケア [ウェブ]	10/14 (1日間)	教育・福祉・保健・医療関係等の対人支援業務従事者	35	56	
小 計					355	369
2期	専門	子どもの領域におけるトラウマインフォームドケア [ウェブ]	1/18 (1日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	35	54
		子ども達のいじめのケア－加害と被害の連鎖－ [ウェブ]	2/3 (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	40
		対人支援職のためのセルフケア [ウェブ]	2/25 (1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	43
小 計					105	137
合 計					460	506

(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 (%)
153 (30.2)	353 (69.8)	506 (100.0)

〈県外の内訳〉

(人)

大阪	京都	東京	滋賀	愛媛	神奈川	愛知	岐阜	北海道	広島	福岡	千葉	三重
78	25	22	22	18	16	15	13	11	9	9	7	7

山口	鹿児島	富山	佐賀	香川	熊本	大分	埼玉	長野	山梨	奈良	和歌山	鳥取
7	7	6	6	5	5	5	4	4	4	4	4	4

島根	岡山	沖縄	宮城	福島	栃木	新潟	徳島	高知	静岡	宮崎	青森	秋田
4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1

【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3年6月24日(木)・25日(金) 2日間

4 日程

(1) 1日目(6月24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(6月25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」		
14:00~14:10	<休憩>		
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」		
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3年7月1日(木) 1日間 ウェブ

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」	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	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3年8月10日（火）・11日（水） 2日間

4 日程

(1) 1日目（8月10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：桃田茉莉子主任研究員	
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11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3年8月25日（水）・26日（木） 2日間 ウェブ

4 日程

(1) 1日目（8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「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（8月26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」	福島県立医科大学 災害こころの医学講座：瀬藤乃理子准教授	
12:00～13:00	〈休憩〉		
13:00～14:30	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	
14:30～14:45	〈休憩〉		
14:45～16:15	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	
16:15～16:30	アンケート記入		

被災者や被害者をささえるためにーサイコロジカルファーストエイドを学ぶー

(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3年9月7日(火)・8日(水) 2日間 ウェブ

4 日程

(1) 1日目(9月7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：桃田茉莉子主任研究員	
12:15~13:15	〈休憩〉		
13:15~14:40	講義「災害時における要配慮者への対応」	人と防災未来センター：正井佐知研究員	
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	※人と防災未来センターのホームページを案内

(2) 2日目(9月8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	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	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ーサイコロジカル・リカバリースキル(SPR)ー

(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3年9月14日(火)・15日(水) 2日間 ウェブ

4 日程

(1) 1日目(9月14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(9月15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	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3年9月21日（火） 1日間 ウェブ

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：須賀楓介主任研究員	
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－」	日本福祉大学社会福祉部：増井香名子准教授	
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」		
17:00～17:15	アンケート記入		

※ 緊急事態宣言の発出(令和3年8月20日～9月30日)により、当研修は中止した。

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3年9月29日（水）・30日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目（9月29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」	神戸市消防局予防部査察課：菌浦大作氏 ※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（9月30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」		
14:00～14:10	〈休憩〉		
14:10～16:00	演習「傾聴ロールプレイ」		
16:00～16:15	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3年10月21日(木)・22日(金) 2日間

4 日程

(1) 1日目(10月21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22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		

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1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11月10日(水)・11日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(11月10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(11月11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	
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

教育、福祉、保健、医療関係等の対人支援業務従事者 35人

2 目的

こころのケア（トラウマ）に関する全般的な基礎知識を取得し、生活の中でのトラウマとその影響に関する理解を深める。

3 期間

令和3年10月14日（木） 1日間 ウェブ

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 「トラウマインフォームド・ケアの基礎」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹	
12:15～13:00	〈休憩〉		
13:00～13:30	施設紹介		
13:30～15:00	講義 「トラウマを「見える化」するための準備」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹	
15:00～15:15	〈休憩〉		
15:15～16:45	講義「安全・安心な環境とは」		
16:45～17:00	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

(第2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 35人

2 目的

こころのケア(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4年1月18日 1日間 ウェブ

4 日程

(1) 1日目(1月13日)

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「トラウマインフォームドケアの基礎」	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹	
12:00~13:00	〈休憩〉		
13:00~13:30	施設紹介		
13:30~15:00	講義「児童福祉施設におけるトラウマインフォームドケア」	大阪大学大学院：野坂祐子准教授	
15:00~15:15	〈休憩〉	兵庫県こころのケアセンター：酒井佐枝子研究主幹	
15:15~16:45	講義「トラウマインフォームドケアの導入に向けて」		
16:45~17:00	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4年2月3日(木) 1日間 ウェブ

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科：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：中塚志麻主任研究員	
16:45~17:00	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4年2月25日（金） 1日間 ウェブ

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「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	
12:15～13:15	〈休憩〉		
13:15～16:30 (14:45～15:00)	講義「ストレス及び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		
17:00～17:15	アンケート記入		

【特別研修】

1 「子どものPTSDのアセスメント」 [ウェブ]

日 程	令和3年6月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
受講者数	44名(定員:40名)

2 「TF-CBT Introductory Training」 [ウェブ]

日 程	令和3年6月4,5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 大阪府東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：石原真実総括主査 大阪府中央子ども家庭センター：加藤良美児童心理司
受講者数	50名(定員:40名)

3 「PTSD構造化面接-CAPSを理解する」 [ウェブ]

日 程	令和4年1月22,29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	29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、更に、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ときのその翌日)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) 電話又は面接、FAX、訪問など

(担当) 保健師、精神保健福祉士、公認心理師



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(%)
			面接	電話	その他	
390 (23.7)	1,258 (76.3)	1,648 (100.0)	423 (25.7)	1,166 (70.7)	59 (3.6)	1,648 (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	その他	計(%)
364 (22.1)	1,280 (77.7)	4 (0.2)	1,648 (100.0)

・相談の内、約7割は女性である。

(年齢別) (延べ人数)

区分	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	不明	計(%)
相談者	16 (1.0)	82 (5.0)	135 (8.2)	211 (12.8)	214 (13.0)	128 (7.8)	21 (1.2)	841 (51.0)	1,648 (100.0)
IP (※)	91 (5.5)	287 (17.4)	207 (12.6)	287 (17.4)	417 (25.4)	139 (8.4)	20 (1.2)	200 (12.1)	1,648 (100.0)

・相談者の年齢別では、40代が最も多く、次に30代の相談が多い。

・IPの年齢別では、40代が最も多く、次に10代、30代の相談が多い。

※「IP」とは、Identified patient の略で「問題を抱えている人、症状を呈している人」を意味する。

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
106 (6.4)	130 (7.9)	170 (10.3)	149 (9.1)	139 (8.4)	153 (9.3)	155 (9.4)	147 (8.9)	132 (8.0)	132 (8.0)	97 (5.9)	138 (8.4)	1,648 (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 (%)
2 (0.1)	3 (0.2)	3 (0.2)	1,549 (94.0)	34 (2.1)	0 (0)	0 (0)	57 (3.4)	1,648 (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 (%)
1,412 (91.1)	96 (6.2)	31 (2.0)	1 (0.1)	4 (0.3)	5 (0.3)	1,549 (100.0)

④相談経路別相談件数

(延べ件数)

医療機関	HP・啓発 レポート	行政機関	相談機関 (※)	教育機関	司法機関	その他	不明	再相談	計 (%)
133 (8.1)	78 (4.7)	45 (2.7)	34 (2.1)	9 (0.5)	8 (0.5)	54 (3.3)	29 (1.8)	1,258 (76.3)	1,648 (100.0)

・相談室への相談経路は、「医療機関」が最も多く、次いで「HP・啓発レポート」である。

・その他は、「マスコミ」、「研修受講」、「施設」、「知人」、「通りがかり」等である。

※相談機関とは、相談事業所、被害者支援センター、民間DV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 (%)
1,447 (87.8)	73 (4.4)	128 (7.8)	0 (0)	1,648 (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)

虐待	DV	性被害	いじめ	死別	交通事故被害	犯罪被害	災害	事故被害	暴力被害	パワハラ	事故目撃	その他	計 (%)
500 (34.5)	318 (22.0)	197 (13.6)	76 (5.3)	71 (4.9)	61 (4.2)	54 (3.7)	46 (3.2)	32 (2.2)	20 (1.4)	19 (1.3)	2 (0.1)	51 (3.6)	1,447 (100.0)

・トラウマ・PTSDの内訳は、「虐待」「DV」「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）

当診療所紹介	他機関紹介	制度等紹介	傾聴・助言	関係機関連絡	その他	計（％）
514 (31.2)	24 (1.5)	54 (3.3)	656 (39.8)	394 (23.9)	6 (0.3)	1,648 (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。

⑧インテーク数

診療へのスムーズな導入を図るために、専門職が事前に面接相談を行い、診療の案内やその他必要な助言・情報提供を行う。後日インテーク会議にて診療の可否や担当医等を決定するための資料としている。

（実件数）

平成31	令和2	令和3
65	73	95

(3) カウンセリングの状況

カウンセリングは診療所を受診し、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（％）
29 (5.8)	470 (94.2)	499 (100.0)

- ・全体の約9割が女性である。

（年齢別）

（延べ人数）

9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	計（％）
1 (0.2)	15 (3.0)	64 (12.8)	195 (39.1)	101 (20.2)	118 (23.7)	5 (1.0)	499 (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）

虐待	性被害	DV	事故	犯罪被害	親子関係	死別	その他	計（％）
240 (48.1)	67 (13.4)	32 (6.4)	16 (3.2)	7 (1.4)	6 (1.2)	0 (0)	131 (26.3)	499 (100.0)

- ・カウンセリング対象者の内訳は、「虐待」「性被害」「DV」の順に多い。
- ・その他は、「災害」、「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	ストレスドッグ	計（％）
406 (81.4)	42 (8.4)	51 (10.2)	499 (100.0)

- ・セッションの8割以上は心理療法である。

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、海の日、敬老の日及びスポーツの日)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
267 (8.0)	263 (7.9)	254 (7.6)	296 (8.9)	247 (7.4)	272 (8.1)	279 (8.3)	269 (8.1)	351 (10.5)	273 (8.2)	273 (8.2)	293 (8.8)	3,337 (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 (CGT)	認知処理 療法 (CPT)	STAIR/ NST	計
75 (10)	106 (13)	6 (3)	19 (2)	3 (2)	78 (6)	287 (36)

・ () 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 (%)
20 (22.0)	71 (78.0)	91 (100.0)

・受診者の約7割が女性である。



診察室風景

(年齢別) (人)

9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	計 (%)
7 (7.7)	25 (27.4)	15 (16.5)	19 (20.9)	15 (16.5)	10 (11.0)	0 (0)	91 (100.0)

・年齢別では、10代が最も多く、次いで30代、20代・40代である。

・初診患者の約3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)	1 (1.1)	88 (96.7)	2 (2.2)	0 (0)	91 (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 (%)
77 (87.5)	9 (10.2)	2 (2.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	88 (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	行政機関	相談機関	教育機関	司法関係	その他	紹介なし	計 (%)
73 (80.2)	7 (7.7)	3 (3.3)	1 (1.1)	0 (0)	1 (1.1)	6 (6.6)	91 (100.0)

・その他は、家族が診療所に受診していて紹介があったケースである。

※相談機関とは、被害者支援センター等である。

④ 診療内訳

(人)

虐待	DV	性被害	いじめ	交通事故被害	自死遺族	死別	災害	暴力被害	犯罪被害	事故目撃	パワハラ	その他	計 (%)
32 (35.2)	13 (14.3)	10 (11.0)	6 (6.5)	4 (4.4)	4 (4.4)	3 (3.3)	3 (3.3)	3 (3.3)	2 (2.2)	1 (1.1)	1 (1.1)	9 (9.9)	91 (100.0)

・初診内訳は、「虐待」、「DV」、「性被害」の順に多い。

・その他は、「暴言」や「事故」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 (%)
80 (87.9)	0 (0)	0 (0)	11 (12.1)	0 (0)	91 (100.0)

・令和元年度より半年後の経過で転帰を計上している。

(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
62	0	62

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） 東北地方全域
- （対応職種） 公認心理師
- （対象者） 医療関係者
- （支援回数） 延べ1回
- （支援対象人数） 延べ30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） 1回
- （支援対象人数） 延べ49人
- （支援内容） 現地でのコンサルテーション、研修講師等

(3) その他の災害（西日本豪雨は、平成30年7月から継続）

- （主な支援先） 大阪府、大阪市、明石市、岡山県、広島県、三重県、熊本県*、全国、マレーシア
※は、熊本県水害によるものを示す。
- （対応職種） 医師、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16回
- （支援対象人数） 延べ1,483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

(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6回
- （支援対象人数） 延べ331人
- （支援内容） コンサルテーション、Webでの研修講師等

(5) 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114回
- (支援対象人数) 延べ274人
- (支援内容) 現地でのコンサルテーション、研修講師等

(6) 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41回
- (支援対象人数) 延1,816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・神戸市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・神戸市保健所保健課・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3年6月23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

第2回運営委員会 令和3年3月 書面決議

近畿府県合同防災訓練の報告、今年度研修実施報告、次年度研修計画、災害拠点病院の指定

(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
（10/23、10/24：大阪府、京都府、滋賀県から参加）
- ・各府県のDPAT研修は、大阪府DPATのみ参加、他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3年9月3日（金）

（講義及び助言）

「コロナ禍と災害支援」

兵庫県こころのケアセンター 加藤センター長

（意見交換）

- ・新型コロナウイルス感染症対策
- ・精神科病院におけるコロナウイルスへのクラスターへの対応
- ・コロナ禍にもたらす心理的影響に対する啓発、医療・保健関係者への支援

(3) 近畿府県合同防災訓練への参加

平成7年から各府県持ち回りで実施している。今年度は兵庫県主催で、図上での兵庫県保健医療調整本部設置訓練や、実地での淡路島における活動拠点本部の設置、被災現場でのひょうごDPAT活動や関係機関連携を図った。

(開催年月日) 令和3年12月4日(土)・12月5日(日)



(4) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」活動マニュアルの活用

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」が発出され、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」活動マニュアルを令和2年度改訂し、ホームページに掲載した。マニュアルに基づき、指揮命令系統や活動内容等について研修や会議を通じて連携を行う。

(5) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修会の開催

今年度は新型コロナウイルス感染症対策を考慮して、全ての本研修を終日オンラインで実施した。その結果、医療機関や関西圏域等からの多数の参加があった。

①サイコロジカル・ファースト・エイド(PFA)研修

日 程 令和3年9月1日(水) 10:30～16:30

参加者数 15か所(28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10(17人)、健康福祉事務所等3(3人)、その他2(2人)、県外3(6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	兵庫県こころのケアセンター 上席研究主幹 大澤 智子
16:30	閉会・アンケート記入	

② ひょうごDPAT研修【1日目】

日 程 令和3年10月23日(土) 9:15～17:00

参加者数 25か所(64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15(37人)、健康福祉事務所等3(4人)、その他4(15人)、県外3(8人)

時 間	講義・演習内容	講師(◎)及びファシリテーター(○)
9:15～9:45	接続テスト・受付	
9:45～9:50	オリエンテーション 開会・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：災害後の精神保健活動 —DPATの役割を中心に—	◎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とは・DPATの活動理念 ・DPATの役割 ・災害時の活動例等	◎DPAT事務局 次長 五明 佐也香
10:40～10:45		休憩
10:45～11:15	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 ・DMAT、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 竹内 賢
11:15～11:40	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 ・地域精神保健活動について ・ひょうごDPAT活動マニュアル改訂 ・DPAT活動の実際 発災直後～本部立上げ、 派遣	◎兵庫県いのち対策室 主査 赤木 和幸
11:40～11:55	講義：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
11:55～12:00	質疑応答、午後の説明	各講義担当者 兵庫県こころのケアセンター
12:00～13:00		昼休憩
13:00～13:15	講義：災害医療におけるロジスティクス概論	◎兵庫県災害医療センター放射線課長 中田 正明
13:15～14:45	実習：情報伝達ツール 演習A：EMIS	◎神戸赤十字病院 放射線MRI係長 宮安 孝行 ◎兵庫県災害医療センター放射線課長 中田 正明 ○神戸赤十字病院 ○DMATインストラクター 宝塚市立病院 兵庫県立西宮病院 兵庫県立加古川医療センター 神戸市立医療センター中央市民病院 神戸大学医学部附属病院 日本赤十字社兵庫県支部 ○兵庫県いのち対策室 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院 ○兵庫県こころのケアセンター
14:45～14:50		休憩
14:50～15:10	講義：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
15:10～16:30	講義・実習：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～	◎DPAT事務局 次長 五明 佐也香 ○兵庫県いのち対策室 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院 ○兵庫県こころのケアセンター
16:30～16:40	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 センター長 加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター
16:40～17:00	振り返り会・2日目準備(関係者のみ)	

③ひょうごDPAT研修【2日目】

日 程 令和3年10月24日（日）9:15～17:30

参加者数 25か所（63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15（37人）、健康福祉事務所等3（4人）、その他4（15人）、県外3（7人）

時 間	講義・演習内容	講師（◎）及びファシリテーター（○）
9:15～9:45	接続テスト・受付	
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・演習B：J-SPEED （災害診療記録）	◎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 ○兵庫県いのち対策室 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院 ○兵庫県こころのケアセンター
	講義・演習C：情報整理（クロナロ） ※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 上席研究主幹 大澤 智子
11:30～11:50	講義：災害現場における指揮命令系統と連携 本部活動 ・活動拠点本部の設置と運営	◎DPAT事務局 次長 五明 佐也香
11:50～12:50	昼休憩	
12:50～16:10	講義・机上訓練：災害演習 本部活動と病院支援・地域支援 ①活動拠点本部の活動 ②病院支援 ③避難所等からの依頼に基づいた活動	◎DPAT事務局 次長 五明 佐也香 ○兵庫県災害医療センター ○神戸赤十字病院 ○兵庫県いのち対策室 ○兵庫県精神保健福祉センター ○神戸市健康局保健所保健課 ○ひょうごこころの医療センター ○京都府立洛南病院、大阪医科薬科大学病院 ○兵庫県こころのケアセンター
16:10～16:20	休憩	
16:20～16:50	グループ発表：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
16:50～16:55	閉会・挨拶	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
16:55～17:00	アンケート協力、謝辞、終了	
17:00～17:30	振り返り会（関係者のみ）	



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パネルディスカッションを内容としたこころのケアシンポジウムを、12月2日（水）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3年12月2日（金）13：30～16：30

（参加者） 200名

（内容）

（1）研究報告「PTSD症状を呈する対象者における日常生活上の実行機能の問題」

兵庫県こころのケアセンター主任研究員 桃田 茉莉

（2）パネルディスカッション

テーマ「コロナ禍のメンタルヘルスへの影響」

- ・報告1「コロナ禍を機に再考するこどものメンタルヘルスとその支援」

国立成育医療研究センターこころの診療部・児童思春期リエゾン診療科診療部長 田中恭子

- ・報告2「新型コロナウイルス感染症患者受入病院におけるメンタルヘルス：アンケート調査からみえてきたこと ―現場の苦闘・組織の苦悩―」

兵庫県立加古川医療センター副院長兼救急科部長 当麻美樹

- ・報告3「最前線で働く保健医療従事者の質的研究について」

宮崎大学医学部看護学科精神看護学領域教授 原田奈穂子

- ・報告4「コロナ禍における支援者のメンタルヘルスを考える」

兵庫県こころのケアセンターセンター長 加藤寛

- ・ディスカッション

（ファシリテーター）兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹 大澤智子

8 情報発信

兵庫県こころのケアセンターが、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

本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等を掲載したホームページを運営した。昨年度末のリニューアルにより、スマートフォンでも見やすい画面としたこともあり、約半数がスマートフォンからのアクセスとなっている。

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

（2）パネル展示

本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予防の観点から、実習生やこころのケア研修受講者（ウェブ含む）等を対象に、スライドによる施設紹介を実施した。

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）状態に陥った人やグリーフケアを提供する人に対応するため、グリーフに関する理解、知識、セルフケア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や園芸療法、音楽療法等について、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〉	実施せず	—
	専門講座〈関連領域分野〉	実施せず	—	
	専門講座〈実技分野〉	R3.5.7～（19回のうち17回）	29名	
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	R3.7.7～R3.9.17（7回）	34名	
	グリーンケア講座	R3.10.6～R3.12.17（7回）	37名	
	アートとこころのケア講座	R4.1.22～R4.2.26（5回）	46名	

※感染症対策のため、音楽療法講座基礎講座及び専門講座〈実践論分野〉〈関連領域分野〉は実施しなかった。また、〈実技分野〉の第18回、第19回は令和4年度に延期した。

(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」の認定審査を行っているが、令和3年度は対象となる者がいなかった。

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 8名

(b) 更新認定者数 7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。令和3年度は認定証交付式がなかった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：なし）

② 未更新者を対象とした更新説明会の開催

日 時：令和3年7月14日(水)

参加者：27名

(参 考)

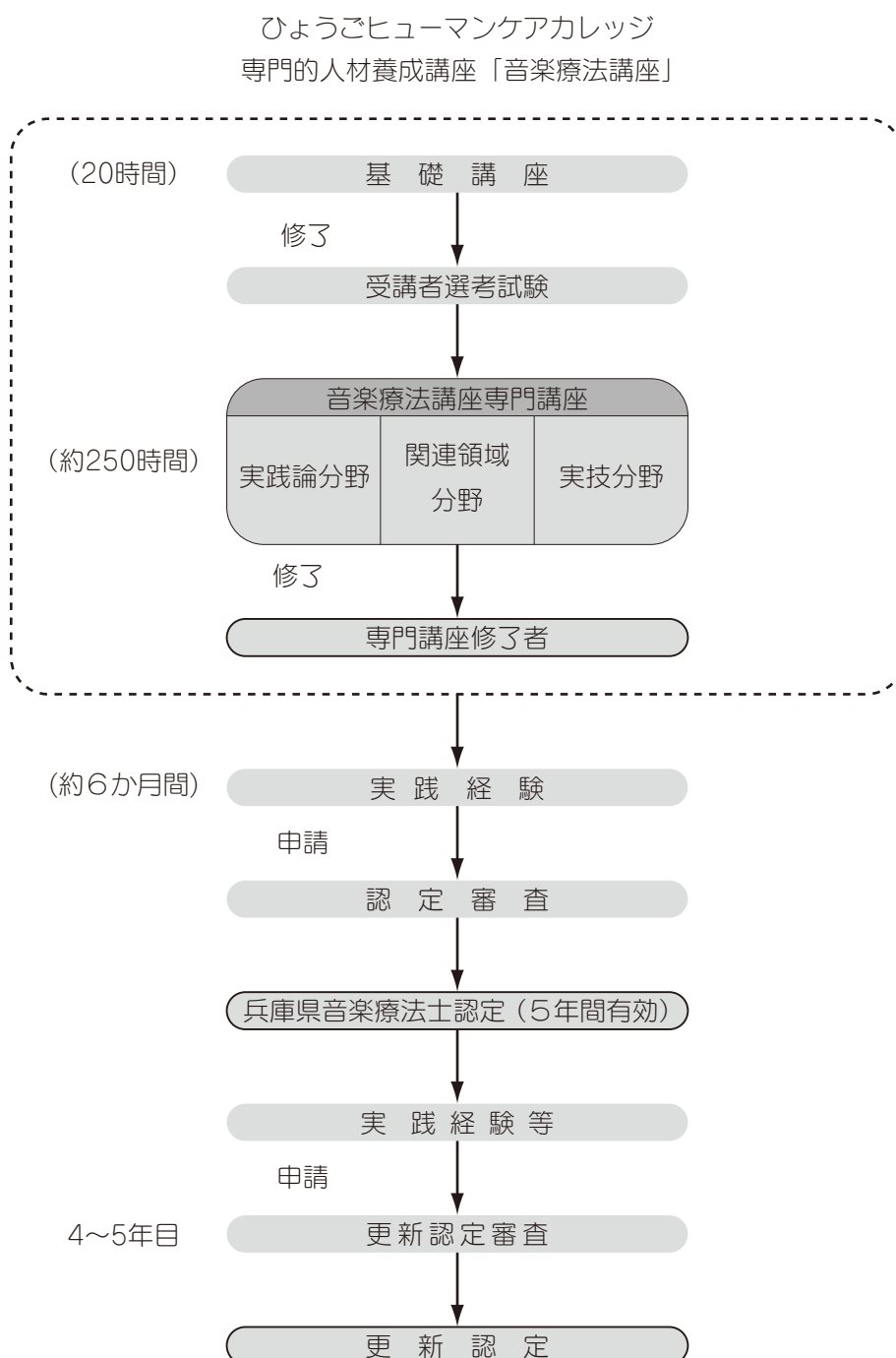
音楽療法について

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



令和3年度 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（全7回・21時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師(所属・氏名)
7	7	水	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
7	15	木	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
7	29	木	13:30～16:30	「認知症の理解と介護の心得」 ～認知症の家族と共に～	認知症の人と家族の会 兵庫県支部 大竹 義仁
8	19	木	13:30～16:30	在宅ターミナルケアと介護 「苦痛を軽減する姿勢と介助方法」	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 理学療法士 安尾 仁志 他
9	2	木	13:30～16:30	終活セミナー エンディングノートで未来を変える！ ～心と暮らしのお片づけ～	あわい行政書士事務所 行政書士 竹裏 由佳
9	9	木	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	17	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	6	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	20	水	13:30～16:30	悲嘆について(総論)	関西学院大学 人間福祉学部人間科学科 教授 坂口 幸弘
10	27	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	17	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
11	24	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
12	8	水	13:30～16:30	グリーフケアと死生観	浄土宗願生寺 住職 大河内 大博
12	17	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5回・14時間）

月	日	曜日	時間	講座内容	講師(所属・氏名)
1	22	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 兵庫県立大学大学院 兵庫県園芸療法士 金子 みどり
1	29	土	13:30～16:20	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 臨床心理士 内藤 あかね
2	5	土	13:30～16:20	デジタル絵本をつくろう！ ～病児や発達に困りごとのある子どもたちをサポート～	株式会社 グッド・グリーフ 朝倉 民枝
2	12	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～	株式会社 フェリシモ 臨床美術士 木野内 美里
2	26	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	大坂音楽大学講師・公認心理師 日本音楽療法学会認定音楽療法士 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）

日本の経験、知見をもとに災害マネジメントサイクルにおける保健医療及び精神保健の役割を理解し、災害における精神保健政策の立案に、必要な能力を強化する研修を実施した。

（時 期） 令和3年9月

（対 象 国） イラン、フィリピン、ブラジル、ベリーズ等

（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

（実施場所） オンラインを活用した遠隔実施

(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3年4月1日（木）～令和4年3月31日（木）

開催場所：神戸市消防学校

実施人数：15名（相談）、129名（研修3回）

② 西宮市

実施期間：令和3年4月1日（木）～令和4年3月31日（木）

開催場所：西宮市消防局

実施人数：4名（相談）、36名（研修2回）

③ 守口市門真市消防組合

実施期間：令和3年10月1日（金）～令和4年3月31日（木）

実施人数：355名（ストレスチェック）

④ 兵庫県立加古川医療センター

実施期間：令和3年10月1日（金）～令和4年3月31日（木）

実施人数：711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3年10月1日（金）に外部評価委員会を開催し、令和2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、本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 大阪教育大学学校安全推進センター教授
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	A
相談事業	S
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17年が経過した。
- コロナ禍で、さまざまな制約があるなか、感染対策を徹底しつつ、事業規模の縮小やオンラインでの実施など工夫を凝らしながら事業を継続し、「こころのケア」の拠点施設として、トラウマ・PTSDに関する研究、研修、情報発信、連携・交流、相談・診療の5つの機能を十分に発揮している。新型コロナウイルス感染症の影響により一部の研修や講座などを中止したことから、年間目標を達することができなかった事業があったものの、いずれの側面においても、計画的、効果的、効率的に実施されており、高く評価できる。
- 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、相談事業について、地域の医療機関や相談機関との連携が進み、トラウマ・PTSDについての専門性が発揮され、地域における役割が明確になっている。土曜日に開庁していることの意義も大きく、学生、勤労者の相談件数が増加していることは、評価に値する。
- 附属診療所においても、受診者数が3,153件と年間目標2,700件を大きく超えており、センターの特色が認知され、複雑で困難なトラウマ・PTSD関連疾患への専門的診療機関としての効果が果たされている。
- また、東日本大震災や熊本地震の被災地への支援を継続するとともに、令和2年度は、感染症危機対応にかかるコンサルテーション等も実施している。加えて、災害派遣精神医療チーム(DPAT)について、関西地域における連携、研修会の実施など、支援体制の確立につながっている。
- 県委託研究、競争的資金による研究では、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実践面・研究面で高く評価されていることがわかる。
- こころのケアシンポジウムでは、子どものトラウマ・虐待というタイムリーでニーズの高いテーマを選択して実施しており、参加者からのアンケートで評価が高いのは納得できる。
- 安定的な運営ができていることは、スタッフの献身的な活動の成果ではあるが、土曜日の診療件数が昨年度比20%増加していることや、相談件数が大きく目標値を超えていることなどから、その対応にはマンパワーの充実が喫緊の課題と考える。また、働き方改革、ワーク・ライフバランスが進められるなか、残業時間や年休消化などの把握・検討も求められる。スタッフの心身の健康の悪化が危惧されるなか、現行の理念・方向性を継続し、活動を続けるためには、兵庫県による、より一層の財政的支援、人的支援・人材育成支援等を要請したい。
- 収束の目途が立たないコロナ禍において、中止となった事業についても、感染対策を進める中での実施可能性について検討されることを期待している。ホームページの改訂も、情報発信力の強化につながるものであり、専門的な活動について、一般的なわかりやすい広報をすることに是非つなげていただきたい。

III 参考

1 こころのケアシンポジウム（概要）

(1) 研究報告

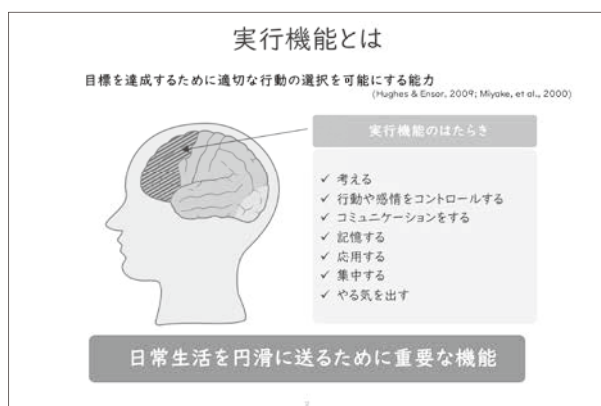
「PTSD症状を呈する対象者における日常生活上の実行機能の問題」

桃田 茉莉（兵庫県こころのケアセンター主任研究員）

本日は、「PTSD 症状を呈する対象者における日常生活上の実行機能の問題」というテーマでご報告させていただきます。

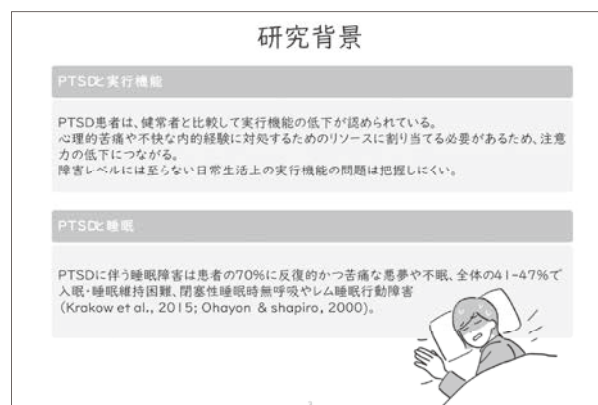
この研究はトラウマ自体や PTSD 自体を解消・解決したり、予防することを目的としたものではなく、PTSD 症状がある場合に物事への取り組みや、パフォーマンスにどのような影響があるかについて研究しています。

実行機能がメインテーマになりますが、実行機能とは目的を達成するために適切な行動の選択を可能にする能力と言われています。



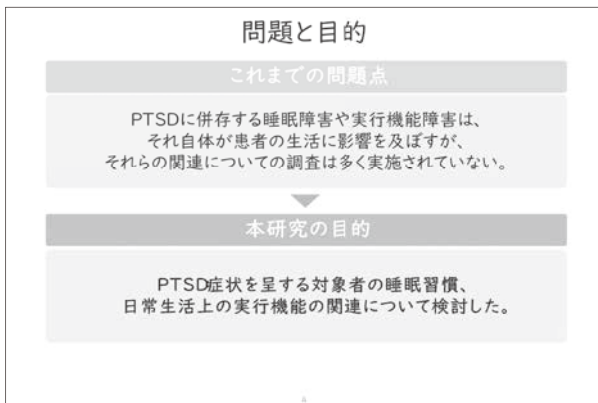
例えば、皆様が今日 13 時にこちらのセンターに到着するという予定があれば、家を出発するときに、到着時間から逆算して何時に家を出て何分ぐらいかかるかなど、いろいろ調整しながら日々の予定をこなしていかれると思います。この予定を調整する、変更があればそれに合わせて柔軟に行動するなどの機能を指しています。日常生活をスムーズに送るためにはとても重要な機能と考えられていますが、PTSD の患者さんは、一般の健康な方と比較してこの機能の低下が認められています。

なぜかという、つらい記憶を思い出さないようにしたり、悲しみや苦しみを感ぜないようにしたり、また物理的に何かを避けようとしていたり、持っている苦痛な症状を解消しようと対処することにリソース、つまり資源やエネルギーを使っているため、ほかのところで機能の低下が起きているのです。残りのリソースで日常のことをこなさなければいけないので、その人がもともと持っているパフォーマンスがうまく発揮されていない状況で生活されていると考えられています。ただ、器質的な障害ではなくて機能低下なので障害レベルには至らないため、問題が把握しにくいということが問題として挙げられています。



また、実行機能を下げる要因は幾つかありまして、睡眠が不十分であると実行機能を下げることが分かっています。PTSD に関していえば、睡眠障害はたくさんの患者さんに併存するものなので、それ自体とても大きな問題です。これまでの研究で PTSD に併存する睡眠障害や実行機能障害はそれ自体が患者さんの生活に影響を及ぼすことは分かっていますが、それがどんなふうに日常に表れているかとか、それらの関連についての調査

は多く実施されていないのが現状です。そのため本研究では、PTSD 症状がある方の睡眠習慣や日常生活上の実行機能の関連を測定して、それらの関連について検討しました。



対象者は、兵庫県こころのケアセンターを受診したトラウマ体験がある成人 25 名です。除外基準は次の 4 つ、①トラウマに関する専門的治療を受けている、②活発な精神病症状、③重篤なうつ症状、④その他、研究責任者及び主治医において研究参加が不適切だと判断した場合となります。具体的には PTSD 症状の重症度を量と強度に基づいて、構造化面接である CAPS-5 というもので PTSD を評価します。そして、ピッツバーグ睡眠質問票で睡眠習慣を、そして成人版実行機能行動の評価尺度 (BRIEF-A) で日常の実行機能を測定しています。

日常生活上の実行機能を測定するBRIEF-Aとは？

- 家庭や日常環境における行動を評価し、実行機能の評価を可能にする成人のための自記式の質問紙。
- 72の質問項目。9の下位尺度構成、日常生活上の問題行動を実行機能の下位尺度ごとに詳しく検討可能。
- 各項目については、「問題にならない」「ときどき問題になる」「しばしば問題になる」の3件法で回答。

BRIEF-A 因子構造

抑制	行動調整指標 BRI	合成スコア GEC
シフト		
情動制御	メタ認知指標 MCI	
セルフモニタ		
開始		
ワーキングメモリ		
計画/組織		
タスクモニタ		
整理		

BRI=Behavioral regulation index; MCI=Metacognition index; GEC= Global executive composite

日常の実行機能は評価がメインテーマとなるので、具体的にどんなものかを詳しくご説明したいと思います。BRIEF-A とは、家庭や日常環境における行動を評価して実行機能の評価を可能にする自記式の質問紙です。72 の質問項目があり、9 の下位尺度構成となっています。実行機能の得点

を年齢相応段階で見ることができ、また各下位段階で詳細に理解できるという利点があります。質問項目の一例を挙げると、やるべき仕事を終わることが困難であるとか、ミスに気づかないといった日常にあるようなことが上げられています。そして、この 9 項目ですけれども、具体的に何をしているかが前記スライドの枠で囲ってある部分になります。

日常生活上の実行機能を測定するBRIEF-Aとは？

抑制	適切に止める、我慢する
シフト	柔軟性、ルールの変更
情動制御	感情をコントロールする
セルフモニタ	自分自身を客観視する
開始	物事をタイミング良く始める
ワーキングメモリ	一時的に記憶する、頭の中で操作する
計画/組織	物事を計画する、まとめる
タスクモニタ	やるべきことを観察する、進捗を把握する
整理	物事を整理する

例えば抑制や情動制御は文字どおりこういったコントロールの機能ですけれども、セルフモニタとは、自分自身を客観視する行動をターゲットにしたもの、やるべきことを観察したり進捗を把握したりするような行動をタスクモニタとして測定しています。ワーキングメモリ、一時的に記憶したり、頭の中で操作する機能は、PTSD の患者さんでよく機能が低下しているのが共通に見られている報告になります。

これらを使って評価して、それぞれの関連を見るという分析になっています。倫理的配慮は、当センターの倫理審査委員会にて承認を得て実施しています。

対象者の基本属性

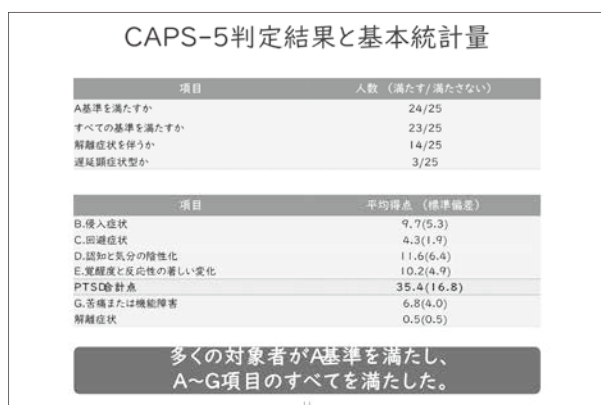
調査対象者25名(平均年齢39.2歳)

	人数	
性別	男性	5
	女性	20
就業状況	フルタイム	18
	パートタイム	1
	学生	2
	主婦/無職	4
	交通事故	3
トラウマの種類	幼少期の虐待体験	5
	性被害	4
	DV	9
	傷害事件、医療事故、事故目撃、災害(各1名ずつ)	4

対象者 25 名の基本属性は、平均年齢 39.2 歳で

男性が5名、女性が20名でした。就業状況はフルタイムが18名、パートタイムが1名、残りは学生と主婦という構成になっていました。トラウマの種別に関しては前記スライドの記載のようになっています。

CAPS-5、PTSDの評価結果では、多くの対象者がA基準を満たし、AからG項目の全てを満たしていました。つまり、それぞれの項目の症状、スライドに書いてある症状の項目を満たしていて、この検査によってPTSDに該当することが確認できたという結果になります。

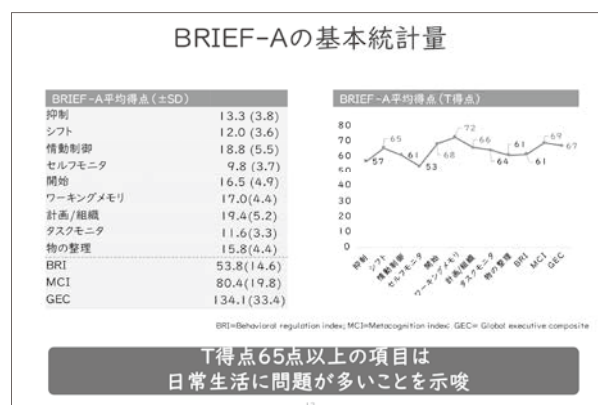


そして睡眠習慣について、まず時間と睡眠効率を見ていきたいと思います。この25名の方は5時間以上6時間以下の睡眠時間の方が一番多くて、睡眠効率は65%未満という低い値でした。こちらの質問紙の合計点は平均12.9点で、5.5点以上だと睡眠障害に該当する値と言われているので、時間的な量としても、その中身の質としても、あまりよい睡眠はとれていない状態であることが分かりました。



日常生活上の実行機能の結果ですけれども、次のスライドの左側が平均得点を表していて、右側

がT得点を表しています。年齢標準得点に換算したときに、年齢相応レベルよりもT得点が65点以上だと日常に問題が多いと判定できます。この結果ですと、例えば「シフト」の柔軟性、ルールの変更があったとき臨機応変に対応すること、「開始」の物事をタイミングよく始めること、他は一時的に記憶する、頭の中で操作するような「ワーキングメモリ」、物事を計画したりまとめたりする「計画/組織」という項目が健康的な人よりも問題が多くなっていることが分かりました。そしてそれらを合算したときにMCI、メタ認知の項目や実行機能全体もやはり問題として多いということが言えるという結果となりました。メタ認知はもともと下がりやすいと言われているので、ここでそれが表れているのではないかと考えています。

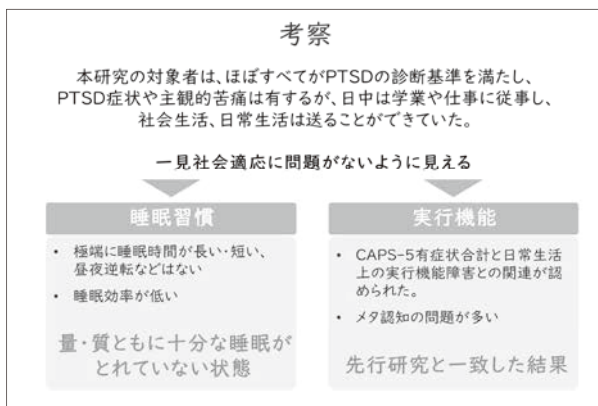


これまでは、個々に結果を見てきましたが、次は、それらの関連についての結果になります。まずは、PTSDの重症度合計と有症状数合計を主に見ていきます。重症度合計との関連は実行機能との間に見られませんでした。有症状数合計との間に中程度の正の相関が認められました。つまり、症状数と日常生活上の実行機能の問題の間に関連が見られたという結果となりました。(表1:49ページ参照)

そして、睡眠習慣と実行機能の相関です。睡眠質問票の合計点としてはセルフモニタ、自分自身を客観する部分や開始項目、ワーキングメモリ、タスクモニタ、やるべきことを観察したり進捗を把握したりするような項目と中程度の正の相関が認められています。また、日中覚醒困難と

BRIEF-Aの各項目に中程度から強い正の相関が認められたという結果となりました。(表2:49 ページ参照)

以上の結果を踏まえての考察です。本研究の対象者はほぼ全てがPTSDの診断基準を満たしており、PTSDの症状や主観的な苦痛は有しますが、日中は学業や仕事に従事して社会生活や日常生活を送ることが比較的できていた方々です。そういった意味で、一見社会適応に問題がないように見えます。ですが、睡眠習慣を見たときに、日中やるべきことがあるので極端に睡眠習慣が乱れている、昼夜逆転などはありませんでしたが、一般の日本人の平均時間、7～7.5時間よりは短い睡眠時間で、その睡眠時間の質に関しても低いということで、量、質ともに十分な睡眠がとれていない状態であると言えます。そして実行機能についてはCAPS-5、有症状合計と生活上の実行機能障害との関連が認められました。また、メタ認知の問題が多いということが分かったことで、こちらは先行研究と一致した結果となりました。



PTSD症状と実行機能との関連ですけれども、このような構成項目との間に相関が見られたので、一見、社会適応に問題がなさそうな患者さんであったとしても、PTSD症状により日常生活上で実行機能の問題が多い可能性が考えられました。そのため、仕事や学校に行ってもちょっとミスが多かったり集中ができなかったり見通しが立たなかったり、そういったところでふだんのパフォーマンスが発揮できていないのではと考えられました。

そして、睡眠と実行機能との関連に関しては、PTSDにおける症状の一つ、覚醒度と反応性の著しい変化によって睡眠や集中に問題が起こっていると考えられます。もともと、最適な覚醒度を保って物事に取り組むときに一番パフォーマンスがよくなりますが、ベースの状態がうまく保てていない症状によって、日常の問題を様々引き起こしている可能性が上げられると考えられます。

この研究結果から、PTSDの症状がある方の検出しにくい実行機能全体の状態や下位項目の情報を得ることができました。この点は、この研究で新しく分かったところであると言えます。この情報をどう利用していくかという点、例えばワーキングメモリが下がっている状態ということでしたら、通常は必要がなかったとしても1つずつ物事をこなしていく、メモをこまめにとるなどのすぐにできる対処法を試すことができます。さらに、ストレスが大きい状態に合わせた過ごし方のヒントになるのではないかと思います。PTSDの症状が解消されたり、苦痛が軽減されるのはすこし時間が必要な場合も多いと思いますが、そのさなかでも今すぐにできることの情報を提供することは、有益ではないかと考えます。もう一つ、今回の実行機能評価は支援者側にもメリットがあると考えています。これは質問紙なので場所を選ばず短時間にいつでもどこでも測定することができ、また、生活機能に焦点化したものなので、例えばPTSDやトラウマの問題の支援にあたる時に、どんなところに困っているのか、具体的にどうすれば良いか分からないというようなときにでも、今必要な情報をアセスメントして対象者に提供できるのではないかと考えています。

本研究の限界点としては、サンプル数が少ないので今後も継続的にデータを収集していく必要があることや、対象者の情報がまだまだ不足している点あげられます。本研究では、PTSD症状によって様々な機能が下がったという結論を出しましたが、実はPTSDによって睡眠や実行機能が低下したのか、もともと低いサンプルだったのかは

判断が難しいところがあります。そして、実行機能の評価に使った BRIEF-A という質問紙は、日本で信頼性や妥当性の検証がなされていないので、その点も結果に留意が必要になります。以上の限界点はありますが、既存の検査で検出しにくかつ

た実行機能の問題、日常の問題をアセスメントできる可能性が得られたということで、まずは質問紙を使える形にしていくことも今後並行して進めていく予定です。ご清聴ありがとうございました。

(表 1)

CAPS-5症状クラスターとBRIEF-Aの相関係数

BRIEF-A	CAPS																	
	B重症度	B有症状数	C重症度	C有症状数	D重症度	D有症状数	E重症度	E有症状数	重症度合計	有症状数合計	G重症度	G有症状数	全般的重症度	解離症状重症度	解離症状有症状数	PTSD診断	解離症状	遅延顕症型
抑制	.287	.329	.356	.334	-.015	.199	.204	.256	.169	.269	.385	.232	.115	.076	.048	.033	.094	.424
シフト	.183	.415	.246	.342	.138	.414	.307	.431	.199	.430	.549	.414	.282	.505	.377	.142	.243	.300
情動制御	.144	.344	.237	.290	.134	.360	.284	.366	.182	.366	.419	.292	.139	.291	.148	.088	.060	.232
セルフモニタ	.095	.493	.190	.327	-.119	.408	.207	.494	.028	.470	.579	.460	.154	.362	.274	.031	.269	.240
開始	.249	.373	.167	.241	.014	.266	.291	.353	.166	.333	.503	.229	.175	.384	.387	.047	.336	.275
ワーキングメモリ	.308	.477	.414	.482	.267	.459	.339	.422	.320	.469	.607	.410	.496	.505	.461	.411	.419	.283
計画/組織	.022	.357	.041	.191	-.114	.319	.115	.388	-.031	.356	.433	.356	.084	.368	.296	-.048	.194	.344
タスクモニタ	.253	.470	.400	.455	.241	.452	.390	.444	.304	.470	.675	.455	.398	.601	.478	.344	.436	.279
物の整理	.149	.345	.090	.198	-.048	.260	.171	.329	.065	.312	.302	.176	.111	.237	.195	-.046	.142	.342
BRI	.198	.442	.290	.363	.051	.392	.288	.435	.169	.433	.539	.388	.190	.344	.230	.084	.174	.332
MCI	.212	.448	.231	.337	.063	.385	.281	.431	.170	.428	.554	.357	.267	.458	.400	.138	.332	.344
GEC	.211	.457	.263	.357	.059	.399	.292	.444	.174	.442	.562	.380	.241	.420	.336	.118	.272	.348

BRI=Behavioral regulation index; MCI=Metacognition index; GEC= Global executive composite

(表 2)

PSQIとBRIEF-Aの相関係数

BRIEF-A	睡眠の質	入眠時間	睡眠時間	睡眠効率	睡眠困難	眠剤の使用	日中覚醒困難	合計点
抑制	.222	.218	.318	.293	.022	.157	.605**	.477*
シフト	.281	.187	.177	-.033	-.074	.069	.543**	.237
情動制御	-.015	.118	.231	.190	-.190	-.116	.581**	.163
セルフモニタ	.148	.086	.422*	.316	-.037	.080	.684**	.449*
開始	.393	.215	.407*	.107	.037	.136	.691**	.490*
ワーキングメモリ	.081	.261	.086	-.079	.032	.416*	.532**	.396*
計画/組織	.202	.049	.213	-.041	-.075	.065	.655**	.237
タスクモニタ	.142	.217	.242	.084	-.078	.248	.606**	.413*
物の整理	.260	.021	.272	.101	-.072	-.027	.585**	.236
BRI	.158	.169	.320	.220	-.094	.034	.683**	.357
MCI	.250	.165	.277	.035	-.032	.179	.693**	.394
GEC	.216	.171	.303	.116	-.060	.120	.707**	.388

(2) パネルディスカッション

「コロナ禍のメンタルヘルスへの影響」

<パネリスト>

田中 恭子（国立成育医療研究センターこころの診療部
児童・思春期リエゾン診療科診療部長）

当麻 美樹（兵庫県立加古川医療センター副院長兼救急科部長）

原田奈穂子（宮崎大学医学部看護学科精神看護学領域教授）

加藤 寛（兵庫県こころのケアセンターセンター長）

<ファシリテーター>

大澤 智子（兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹）

《報告1》

「コロナ禍を機に再考することのメンタルヘルスとその支援」

田中 恭子（国立成育医療研究センターこころの診療部
児童・思春期リエゾン診療科診療部長）

今日はこのような機会をいただきましてありがとうございます。特にセンター長の加藤先生、そして亀岡先生にはいつも臨床的な視点、研究的な視点、前半でお話しさせていただくコロナの調査でも亀岡先生には多大なるご指導をいただいております。

「コロナ禍を機に再考することのメンタルヘルスとその支援」というテーマでお話しさせていただきたいと思います。COI開示はございません。

忘れもしませんが、2020年3月2日、一斉休校が日本で実施されました。2020年2月28日、金曜日のたしか夕刻、その当時の首相から「一斉休校をします」という宣言が出されたんですね。このニュースを聞いて、子どもたちの生活はこれからどうなっていくのか、特にメンタルヘルスの心配を私どもはしていたわけです。そこから1年半が経ち、今のところ感染者数は落ち着いていますが、オミクロン株という変異株が出てきて、もしかしたら子どもの感染が増えるんじゃないか、特に12歳未満の子どもたちはワクチン接種をしていませんので、より不安や脅威に脅かされてい

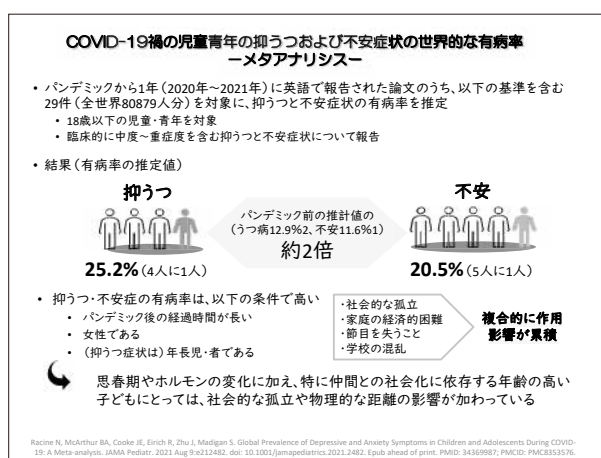
くのではないかと、また、コロナに対する直接的な不安のみならず、心理社会的なことで子どもたちにどういう影響が出てくるのか、支援者の一人である私も非常に心配しているところです。

まず小児科学会のホームページからかいつまんでお話ししていきたいと思います。学校閉鎖が子どもを抑うつ傾向に陥らせているとか、外出制限があることで家庭内でのストレスが高まり、もともと家庭内不和があったご家族たちは家庭内暴力や子ども虐待のリスクが増しているのではないかと、また、一時小児科の検診受診率が一気に減ったことによって、子どもの心身の健康上の問題を早期に発見し介入することが制限されているのではないかとということが危惧されてきていました。

中国からの論文では、青年期の若者のうつ症状が17.7%に認められていて、両親との良好な関係性はそれらの関連を改善させる効果を有していました。子どもにとって家族が安全基地である場合はコロナ禍を克服できる。当たり前の結果ですが、こういったことが報告されています。また、生活リズムの変化があって、体重増加、一方で摂食障

害が増えているといった報道もありましたが、コロナ禍で摂食障害が増えたというより、自尊心の低さなどもともと持っている何らかの心理社会的な問題が、コロナ禍で一気に顕在化しているのではないかと思っている次第です。

また、10月でしたでしょうか、国際的な児童生命の雑誌にCOVID-19禍の児童青年期の抑うつ、不安症状のメタ解析の結果が掲載されていました。簡単に申し上げますと、児童青年期の子どもたちの抑うつと不安は、パンデミック前と比べると約2倍に増えているという結果でした。

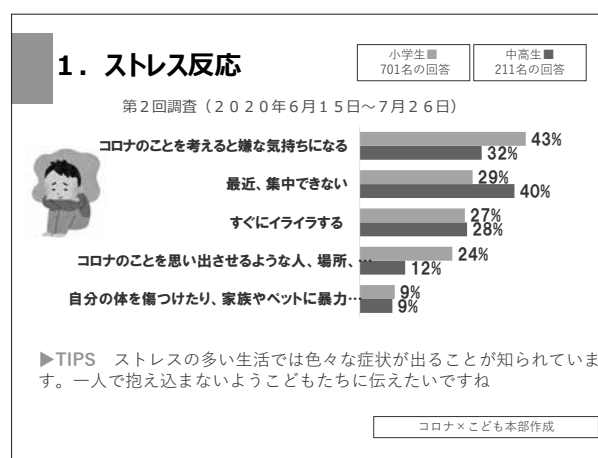


その中でも、有病率が高くなっている条件があって、女性であること、思春期であること、また社会的な孤立をもともと持っていた家族や、経済的な問題をもともと持っていた方、またコロナ禍で失業された方、それから学校でのいろいろなイベント、卒業式や部活動の大会といった二度とない経験がコロナ禍で失われ、そういった喪失体験が多かった子どもたち。そして学校現場での混乱ですね。学校の先生方は日々感染対策をして、お子さんたちの心身のケアに関わってくださっていますが、恐らく学校の先生たちにかかる心身のストレスはものすごく大きいものがあると思っています。

ここからは日本での調査についてご紹介していきたいと思います。コロナ×こども本部は、当センターの社会医学研究部・こころの診療部を中心とした有志が集まって、2020年4月7日にメールでやり取りをして、翌日にはウェブ会議をして、私たちが子どもと保護者の生活や健康の状態を明

らかにしながら、安全安心につながるような具体的な支援を発信していこうということで結成されました。このときに、亀岡先生にはトラウマの反応をどう取ったらいいのかとか、ストレスの反応はどういうふうにアンケートで調査できるのか、本当にお忙しい中、多大なお力をいただきました。この場を借りて心より感謝申し上げます。

結果ですが、第2回調査は2020年6月から7月末にかけて行いました。これは、第1回緊急事態宣言が解除されて少しずつ社会的な機能が回復してきたときの子どもたちのストレス反応です。

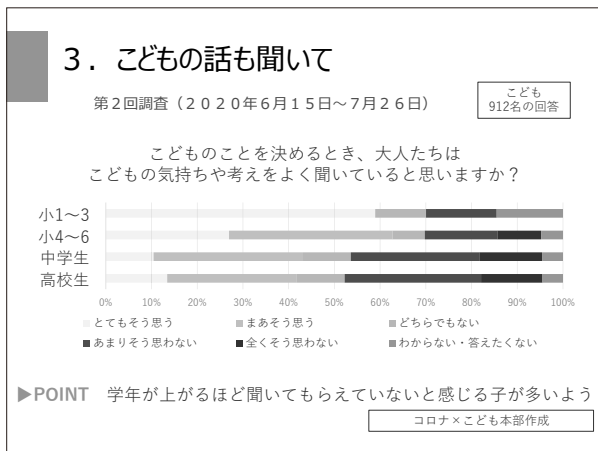


簡単にご紹介すると、小学生で集中できない、3割。いらいらする、3割ですね。ストレス反応が小学校で3割程度、中学生で4割近いパーセンテージで出ていることが分かりました。

第4回調査は昨年(2021年)の11月から12月です。うつ症状について見ていきますと、回答した24~30%程度に中等度のうつ症状がありました。また、小学校4年生以上のお子さんに希死念慮について伺うと、実際に行動に移しているかどうかはアンケート調査では分かりかねますが、ほとんど毎日自殺や自傷行為について考えた、そういった考えを持っている子どもたちが6%いました。また、回答した保護者の29%に中等度以上のうつ症状がありました。

私どものセンターでは、子どもの権利条約ののっとなって、子どもアドボカシーということで情報発信もしております。子どもの権利条約第12条には意見表明権が明示されています。コロナ禍において、私たち大人はちゃんと子どもたちの話

を聞いているかどうか、その視点での調査を行っています。学年が上がるほど聞いてもらえないと感じている子どもが多かったということになります。



ただ、ご存じのとおり、中学生、高校生には、思春期心性という心性がありますので、私たちが関心を寄せて信頼関係を構築していかないと、初めて会った大人に何でも話せるような中高生のお子さんたちは少ないです。そういった子どもたちの心の居場所をどのようにつくっていくか、定期的に会う大人をどういう立場でどんな場所をつくっていくか、それが大きな課題かなと思った次第です。

一番新しい報告を第6回報告書として先月ホームページに掲載しましたが、自由記載では、登校渋りや不登校になっているお子さんたちのパーセンテージが結構多かったです。行きたくない理由として、コロナの感染が怖い、これは本当に感染が怖いのか、何かの不安を置き換えているだけなのか、アンケート調査の限界もあるので何とも言えません。オンライン授業は比較的好かった子どもたちもいますが、ちょっと体力が落ちているのではないかと聞いたことも言われています。それからオンラインに対する気持ちも、うれしいというお子さんたちも半分ぐらいいます。うちの娘は小学校6年から中学校にかけてコロナ禍でしたが、思春期で自律神経のバランスを崩してきつつあるので、オンラインはうれしいなんて言っていました。どちらかというとうれしくないという子どもたちには、直接会えない・話せないことへのスト

レスとか、オンライン授業で顔がうつるのが嫌だといった子どもたちもいます。それから、学校はオンラインで情報発信をしていますけど、Wi-Fi環境は個々の家庭で異なりますので、家庭が混乱して余計に親子関係が悪くなったとか、Wi-Fi環境で学力の差がつかないかどうか、そういったことも今後心配されることだと思っています。

子どもたちの心の状況を見ますと、ストレスの反応は第6回の調査報告でも引き続きパーセンテージが高く、7割程度のお子さんたちがストレス反応をきたしていました。ただ、子どもたちにとって支えてくれたものは何ですかと伺うと、家族、親戚、友達、親しい人、そして学校や先生たちを上げていました。恐らく二極化、こういうソーシャルサポートを知覚できている、持っている子どもたちは比較的よりよい適応をして、この体験をレジリエンスにつなげられる。一方で、いろいろな心理社会的なコンフリクトを持っている子どもたちは、コロナ禍を一つの誘発因子として崩れていってしまっているのではないかと考えています。

子どもたちの気持ちですが、子どもたちは周りの子どもたちをよく見えていますね。母子家庭や父子家庭、生活困窮者への支援をしてほしいです。お金がないと何もできませんと政治家の人に伝えたい、という声がありました。親ガチャという言葉が残念ながらはやっていますが、SOSを出せないで苦しんでいる子どもたちのことを見ている子どもたちも結構いて、そういった子どもたちの意見を聞きながら、子どもたちにどういった支援を差し伸べられるのかを聞いていくチャンスでもあるかなと思っています。また、子どもは給食もしゃべらないで我慢しているのに大人はどうしてみんなお酒が飲みたいの、我慢できないの、など子どもたちから言いたいことがあるのだと思います。このことにちゃんと答えられる大人がどれぐらいいるのかと思いますが、こういった子どもたちの声がきています。

後半になりますが、このような子どもたちの状況の中で、私たちに何ができるのかを皆さんと考

えていきたいと思っています。2017年に亀岡先生のTF-CBTの講習を受けさせていただいて、子どもの視点でトラウマを捉えてお話をしながら、でも乗り越えるすべを認知を使いながらやっていくというTF-CBTにもものすごく感動しました。小児医療もメディカルトラウマとって、ペディアトリックトラウマですよね、子どもたちが病気になることもトラウマ体験の一つとして捉えて、それに対してのアプローチの方法がインターナショナル・トラウマティック・ストレスカンファレンスのホームページに書いてありました。それを見て、ちょっと下のスライドにしております。

子どもの医療トラウマの予防

A : air way (エアウェイ)	気道確保
B : breathing (ブリーシング)	人工呼吸
C : circulation (サーキュレーション)	心拍と血圧の維持

D : distress	気持ちのつらさ
E : emotional support	受容と心理支援
F : family	家族支援

Trauma informed approach
 (トラウマ・インフォームド・アプローチ)

子どもの医療トラウマの予防、大事なのがDとEとF、ディストレス、気持ちのつらさに気づくということを支援すること。そしてエモーショナル・サポート、気持ちに気づいたらそれをセルフケアできる方法を一緒に考えていくこと、そして実行してみること。そして、やはり子どもの場合は、虐待がなければ基本的に親が愛着対象であることが多いので、家族が子どもたちの安全と安心の基盤であるようにそこを支援していくこと、それが大事だと書かれていたんですね。これがメディカルトラウマのトラウマインフォームドアプローチと書かれていました。この概念が使えるだろうなと思ってお話を続けていきたいと思えます。

これは亀岡先生が和訳してくださっているトラウマインフォームドアプローチの6つの主要素です。起きていることを子どもたちにちゃんと伝えていくこと、コロナ禍で生活様式がなぜ変わって

トラウマインフォームドアプローチ

Trauma informed approach

6つの主要素

亀岡 健児 SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma - Informed Approach, 2014

- 安全と安心
- 信頼性と透明性→的確な情報提示、選択肢の存在
- ピアサポート→回復と癒しを促進するために、似た体験をもつ仲間の物語や実体験の活用が効果的
- 協働、連携
- エンパワメント、アドボカシー
 - ➡ 子どもたちの本来持つ力に注目する、聴くことの重要性
- 文化、歴史、ジェンダーへの配慮

しまったのか、なぜ学校でも感染対策をしなければならないのか、その人が悪いとか感染した人が悪いとかではなく、目に見えないウイルスが原因だよと外在化させて知らせながら、自分たちにできる感染予防って一体何だろうねと話し合っていくこと。エンパワメントとアドボカシーですね。アドボカシーはとても大事で、子どもたちのアドボカシーが社会でちゃんと守れてますかというのが医者としての活動の一つの柱になっています。アドボカシーを実践していくためには、子どもは守らなきゃいけない弱いものではなくて、もともと力が備わっている、受動的な受益者ではなくて能動的な参加者である、そういった姿勢が必要だと思っています。また、様々なプロセスにおいて、子どもたちが自分自身を表現する方法を見つけるのを手助けしながら、私たちが勝手に「あなた、こうでしょう」と決めるのではなく、「あなた自身はどう思っているの」とか、「どう考えているの」ということを支援することですね。周囲から操り人形のように扱われていると何を言っても無駄という気持ちで心に蓋をします。頭が痛い、おなか痛いか手足が麻痺しちゃうといった身体化につながってくるんですね。子どもの声は簡単に大人主義によってかき消されてしまうことを意識する必要があります。

子どもの危機ワンストップのために、どうすればいいのでしょうか。児童精神科とか、専門的な子どもの治療ができる機関はすぐに増えるわけはありません。ではどこができるかというと、子どもに関わる大人、もちろん保護者、でも保護者

が子どもにとっての安全基地にならなかったり、家庭内不和があったり、なかなか難しい場合は家族に任せないで社会がそれを担っていく。教育関係者や自治体の保健師。保健師さんはいつも忙しい中対策をしてくださっています。あと、かかりつけ小児科医。体だけを診るのではなくて、もっと子どもたちの精神保健にも予防的に関わられるように頑張ろうって、今動いているところです。もう一つは、子どもたちのセルフアドボカシーをやっていくこと。

コロナ禍をばねに子どものレジリエンスの向上につなげていくためには、根底にはセルフアドボカシー、子どもアドボカシーの精神で成育環境に働きかけていくこと、加えて、子ども自身にも働きかけていくこと、この2つが大事ではないかと思っています。

子どもを見るときに生物心理社会的フォーミュレーションをすることもあります。これは少し専門的な話ですが、コロナ禍でメンタルヘルスが悪化した子もいれば、それを一つのきっかけにして社会的な絆を友達の関係で強めたり、家庭での環境を整えたり、そういう力につなげている子どもたちもいるんですね。けれども、コロナ禍で希死念慮が強まったり、不登校になっていたり、摂食障害になっている子どもたちは、恐らくプラスアルファの心理社会的な問題をもともと持っていたところに、コロナが一つの誘発因子となり、そして持続因子となって症状が顕在化している、恐らくそういった考えができると思いますので、こういった生物心理社会的フォーミュレーションをやっていきながら、どこだったら動かせそうかなとか、子ども自身が持っている保護因子に働きかけていく、そういったことで少しずつメンタルヘルスの改善があるかもしれないというバイオサイコソーシャルモデルを少しご紹介しました。こういった子どもたちのストレスは、心理社会的な影響から、特に家族内のダイナミクス、社会でのダイナミクス、そういった見えない力量の関係性から子どもに、あたかも子どもの問題かのように見えるように子どものストレスになってきてい

るといったことです。ですので、子どものストレスに気づいたら、本人への関わりプラス環境に働きかけていく、それが求められるのだと思っています。

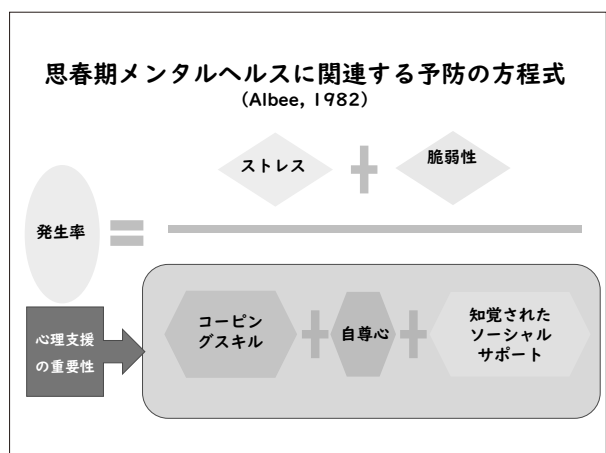
これも少し専門的な話になるので簡単にお話すると、子どもたちのメンタルヘルスに影響する因子は、先ほど申し上げた生物心理社会的な要因に加えて、何が素因なのか、何が誘発因子になっているのか、何が持続因子になっているのか、そして大事なのがこの保護因子ですね、子どもたちのもともと持っている強みとか、家族の問題があっても学校の先生との関係がとてよくて、学校の先生だったら何でも言える関係性がもともとあるとか、養護教諭の先生がそれであったり、塾の先生がそういう立場であったり、そういう強みを保障しながらそこを強化していくこと、そこから子どもたちの支援は始まっていきます。

状態像に影響する因子の整理と支援の在り方
 同定した生物、心理、社会的要因を、
 今度はそれぞれ該当する4Psに分類していく

4Ps	Predisposing : 素因	現在の問題に影響を与えている脆弱性や行動パターン
	Precipitating : 誘発因子	問題の原因となっていると思われる現在または最近のストレス要因
	Perpetuating : 持続因子	現在の問題を維持する要因
	Protective : 保護因子	現在の問題の結果に影響を与える可能性のある支援や回復力を示唆する強み

生育歴・発達の視点（心理的）・社会的視点が欠かせない

疾患が一つの原因によって説明できるとは限らない。むしろ危険因子の組み合わせやつながりによる。原因探しではなく、できること・強みなどをエンパワーし対話を重ねながら本人の気づきを促し行動できるように気長に支援し成長を見守る。支援者が結論を焦らない



もう一つご紹介したいのが思春期メンタルヘルスに関連する予防の方程式です。アルビー先生が1982年にこれを提唱したそうですが、思春期

のメンタルヘルスの悪化、精神疾患の発生率に関係しているものとしては、分子にストレスと脆弱性ですね。分母を見ていただくと、コーピングスキル、自尊心、知覚されたソーシャルサポート、この分母がすごく大事だなと思っていて、私たちができるのはこの部分だと思うんです。子どもたちが使えるコーピングスキルを一緒に考えていたり、自分がしんどくてもやれるんだという自尊心ですね、自信、それから子ども自身が知覚しているソーシャルサポート。この分母を増やしていくことが恐らく私たち周りができる支援だと思います。

この分母を増やしていくためにすごく大事なことは、何があるでしょうか。相手の立場に立って、頭で理解するだけでなく体験的に理解する、相手の立場になって、その目の前の方がどのような体験をしながらどういうふうを感じているのかという想像力を働かせながら関わっていくこととか、あとは感情について言葉で表出することは、例えば心のストレスを体の症状、体が痛い、おなかが痛いとかいうことでコミュニケーションをとろうとしたり、行動化といってちょっと暴れてみたり、自傷とか他害とか物を壊しちゃったり、そうした行動上でコミュニケーションをとろうとする方法よりもより適応的である、感情を言葉で表現して、それを誰かに伝えていくことはより適応的であるといった考え方から、子どもたちと対話をしていく。それぞれの立場で、それぞれの場所で、すぐに解決を求めるのではなくて、子どもたちと対話をしていく。それが実は子どもたちの心理支援につながっているのではないかと思うわけです。

もう一つだけ大事なのが、様々な心理療法が効くためには、支援者との良好な関係性が最も必要だと言われていて、子どもたちが、この先生が言うんだったら聞こうかなとか、この先生が言うからこそ大事だなんて、子どもとの信頼関係を築いていけるような関係であり得るかといったことが大事だろうと思います。

子どもの気持ちを大事にして話を聞く、子どもと対話をする、そんなときに子どもたちが話を始

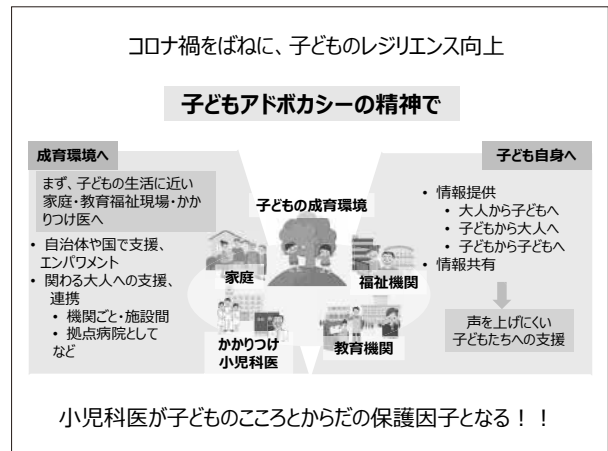
めたら、どんな気持ちであっても否定しないで受け止めてくださいとか、嫌だったんだねとか、そう思っていたんだね、教えてくれてありがとうって、上手にお話しできているよとか、子どもたちの気持ちに私たちが言葉をそっと添えることで、自分がつらくてもここにいていいんだと、受け止めてもらえるんだ、頑張り過ぎなくてもいいんだと、そういったことが伝わっていくかもしれません。このようなツールも当センターのホームページに載せていますので、ぜひご覧ください。心理教育の動画も作っています。深呼吸法とか筋弛緩法とかマインドフルネスとか、ユーチューブで1～2分で見られますので、もしよかったら各現場でお使いいただいて、フィードバックをしていただければうれしいです。あとはセルフアドボカシーですね。子どもの権利について、子どもたち自身に渡すリーフレットとして当センターのホームページに載せていますので、ぜひご参照ください。自分の力を出すためにどんな手伝いがあったらいいとか、自分の中で得意なこと、苦手なことはどんなことがあるとか、この辺りは子どもたちとコミュニケーションをとりながら関係性を持っていくということですね。それから、先ほどの分母にあった、子どもの知覚されたソーシャルサポートですね。子どもたちと一緒にあなたのリソース、相談できる人とかアドバイザーとか、どんな人がいるのかという形で、こういったところを埋めていくようなことを子どもたちとやるのも大事ななと思っています。

関わりの中でできることとして、やってみましょう。真剣に耳を傾ける、感情を理解する、ときには一緒に沈黙に耐えたり、共感をして、必要であれば治療を勧めることですね。私たち、こころ×子どもメール相談をやっている、昨年末から祝日限定でやっていて、18～22人で、小児科医、精神科医、心理士が輪番制でやっていますので、ちょっとだけご紹介です。今年の8月、9月、10月にかけて相談件数が一気に増えました。メールが使える学年なので、小学校高学年から中高生がほとんどです。内容は心、自死、希死念慮、不

登校、家族、親子関係、一部に虐待を疑われる子どもたちが長い文章でしんどさを伝えてきてくれています。そんなときに私たちがしているのは、SOSを出してきたことへのねぎらいと、これまで一人で頑張ってきたことに対してあなたには力があるんですねということ、でも、これは放ってはいけないことが起きていますよということ、私たちはあなたのことをとても心配していますという関心を寄せて、メール以外のしかるべきところの支援につながるように、ひたすら週末は作業しています。あとは、うちもコロナの病棟があったんですが、コロナ禍で急に親子が分離されちゃうんですね。そんなときに、親御さんのほうがストレスを抱えていたという現状もあり、「子育て中のあなたへ」などのリーフレットを作りました。もしよかったら当センターのホームページをご覧ください。

コロナ禍をばねに子どものレジリエンスの向上ということで、子どもアドボカシーの精神で成育

環境に働きかける、そして子ども自身に働きかける、そして子どもから子どもへ伝わるように、私は小児科医ですけども頑張ってやっていきたいなと思っています。



子どもに安全と安心と、そして自信を。体験をばねに力を合わせて、ということで、私の話を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

《報告2》

「新型コロナウイルス感染症患者受入病院におけるメンタルヘルス：
アンケート調査からみえてきたこと -現場の苦闘・組織の苦悩-」

当麻 美樹（兵庫県立加古川医療センター副院長兼救急科部長）

皆様、こんにちは。ただいま紹介いただきました兵庫県立加古川医療センターの当麻と申します。よろしくお願いいたします。僕は専ら救急医療に従事してきた一介の救急医で、メンタルヘルスのことを専門にやってきたわけではありません。そのような人間に加藤先生が本日のパネルディスカッションで話をさせていただける機会を与えてくださったことは、自分にとっても非常にインパクトの大きいことかなと思っています。改めて呼びくださりありがとうございました。

兵庫県立加古川医療センターは、皆さん御存知かもしれませんが、昨年新型コロナウイルス感染症のパンデミックでは、その初期より兵庫県新型コロナウイルス感染症拠点病院に指定され、多数の新型コロナウイルス感染症患者さんの診療にあたってきました。その際、日常診療とは大きく異なる状況下で、病院では、あるいはそこで働く職員にはどのようなことが起こっていたのか？ 病院としてどのような対応をしたのか？ その対応を職員たちはどう評価したのか？

このような問題に関して昨年7月に全職員を対象にメンタルヘルスに関するアンケート調査を行いました。本日は、その調査結果の一部を紹介するとともに、その結果を受けて、病院として、組織としてどのような対応を行ってきたか、というところを皆様に知っていただければと思います。副題として「現場の苦闘・組織の苦悩」とサブタイトルを立てて、苦しいことばかりやん、ということですが、実際にそうだったんです。

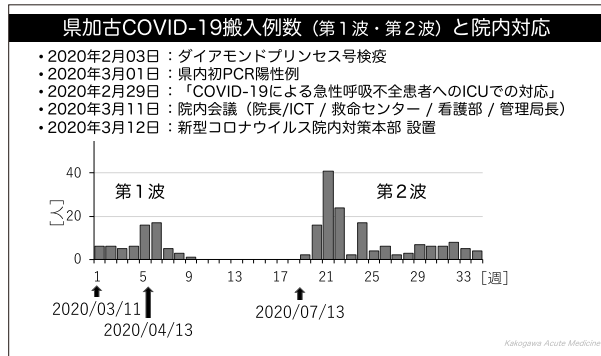
県立加古川医療センターは、病床数353床の中規模病院で、そこに一般病棟、救命センター、緩和ケア病棟と8床の感染症病棟があります。この感染症病棟がみそでして、そのためにエボラ

出血熱の患者さんが兵庫県で発生したら、神戸市立中央市民病院の次に診療しなさいと言われたことがあります。それは県立加古川医療センターの診療の柱として5つの政策医療があって、その一つとして感染症医療の提供がうたわれているからです。

本題に入りますが、感染症指定医療機関は幾つかに分類されるんですね。それらは、特定感染症指定医療機関、第一種、第二種、結核指定医療機関などです。特定感染症指定医療機関は、日本全国で4医療機関10床、近畿圏ではりんくう総合医療センターにあるだけです。第一種感染症指定医療機関は56医療機関105床、第二種が351医療機関1,752床です。SARS-CoV-2、新型コロナウイルス感染症は、当初は指定感染症となくなりましたが、最近では新型インフルエンザ等感染症になりました。最初は二類感染症相当の対応を行うとされ、主に第二種感染症指定医療機関で診療されてました。兵庫県の第二種感染症医療機関は9施設50床です。神戸市医療センター中央市民病院、県立尼崎総合医療センター、県立加古川医療センター、それから二次医療圏に応じた各地域に6病院あります。県立加古川医療センターは感染症病棟としては6床と2床の8床ということで、新型コロナウイルス感染症の患者さんも受け入れるんだらうなと職員としては思うわけです。ところが実際には、当センターには感染症内科専門医がいません。また、呼吸器内科医も今は常勤医がいないという状況です。これで受け入れるのかということも職員の頭の中にはありました。けれども、重症な患者さんであれば、どういうタイプの患者さんであっても救命センターとしては受けるのを是としていますので、こういう状

況だけどやるしかないという気持ちでいたのは事実です。

当院での第1波、第2波の搬入例数と全国的な動きです。昨年の2月3日にダイヤモンド・プリンセス号の検疫が始まっています。兵庫県では3



月1日に県内初のPCR陽性例が出ています。この頃から広がってきたわけですが、当院ではその前日の2月29日に、「COVID-19による急性呼吸不全患者へのICUでの対応」という文書を救命センター内で作成し、重症COVID-19患者が来たら救命センターのICUで診療しようというメッセージを出しました。それより10日ほど遅れてしまいましたが、11日に院内会議を行い、その翌日に新型コロナウイルス院内対策本部を設置したという時系列です。3月11日に最初のCOVID-19の患者さんが搬送されました。第1波は1日に17~18人がマックスでしたから、数としてはそんなに多くはない。第2波で増えますが、でも決して多くはないです。第1波から第5波までに診療した患者さんの数の合計を見ますと、大体1,200人です。第1波では中等症が45名、重症が20名、第2波では中等症が133名、重症で20名ということで、トータルで65名とか153名とかですね。これは第4波や第5波に比べると

	中等症・軽症	重症 (人工呼吸なし)	重症 (人工呼吸あり)	合計
第1波 2020/03/11~2020/05/09	45 (3)	9 (1)	11 (7)	65 (11)
第2波 2020/05/10~2020/10/31	133 (3)	5 (0)	15 (10)	153 (13)
第3波 2020/11/01~2021/03/15	356 (20)	15 (2)	54 (25)	425 (47)
第4波 2021/03/16~2021/06/30	146 (13)	2 (2)	62 (16)	210 (31)
第5波 2021/07/01~2021/10/23	277 (6)	0 (0)	39 (8)	316 (14)
合計	957 (45)	31 (5)	181 (66)	1169 (116)

数は全然大したことないんですよ。でもこの時期が一番しんどかった。それはなぜか。3月12日に新型コロナウイルス院内対策本部が設置されて、そのときに初めて院長から、病院幹部を通して病院の職員全員に、当院の基本姿勢としてはCOVID-19感染対応にファーストプライオリティを置くという発言がありました。

COVID19 に対する院内 (組織) 対応

2020/03/12：新型コロナウイルス院内対策本部設置

当院の基本姿勢として

- COVID19感染対応にfirst priorityを置く
- COVID19感染院内対応を3フェーズに分ける
- フェーズ毎に設定した目標に向かって対応する

フェーズ設定に対応した病棟再編
マニュアルの整備
感染防御策
資器材の確保 etc.

ということは、一般の診療は2番目だよということです。新型コロナの対応に全精力を傾けるためには、搬送されてくる新型コロナウイルス感染症患者さんの症例数などによって院内の対応を3つのフェーズに分け、フェーズ毎に設定した目標に向かって対応することが示されました。その目標に向けて、具体的にどうするかを考えていく。まずはフェーズ設定に対応した病棟再編を行う。それから感染防御策をどうするかを周知する。マニュアルを整備する。資器材を何とか確保しなければならないというのが組織としての病院の共通したコンセンサスになりました。

これに向かっていろいろと動いていきました。

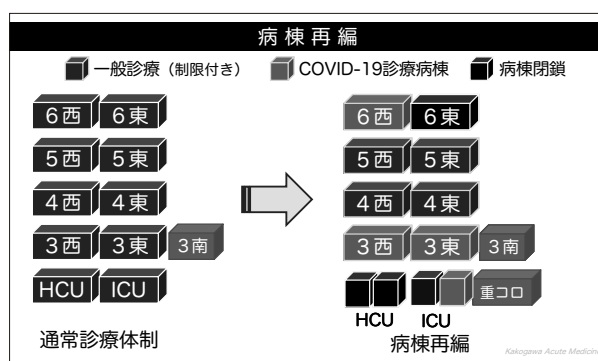
	COVID-19感染患者の入院総数	COVID-19感染の重症率 (軽症~中等症)	重症	ICU病床	他病棟	救命搬送依頼
2020/03/12	フェーズ1 感染症例数 ICU	軽症 なし	0名 0名以上1名	最大病床数 5	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	受け入れ制限付きで可能
	フェーズ2	感染症例数 ICU	軽症 なし	ICU閉鎖 (ICU+ICU)	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	緊急受け入れ禁止
	フェーズ3	感染症例数 ICU	軽症 なし	ICU閉鎖 (ICU+ICU)	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	受け入れ制限付きで可能
2020/03/17	フェーズ1	感染症例数 ICU	軽症 なし	最大病床数 5	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	受け入れ制限付きで可能
	フェーズ2	感染症例数 ICU	軽症 なし	ICU閉鎖 (ICU+ICU)	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	緊急受け入れ禁止
	フェーズ3	感染症例数 ICU	軽症 なし	ICU閉鎖 (ICU+ICU)	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	緊急受け入れ禁止
	フェーズ4	感染症例数 ICU	軽症 なし	ICU閉鎖 (ICU+ICU)	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	緊急受け入れ禁止
	フェーズ5	感染症例数 ICU	軽症 なし	ICU閉鎖 (ICU+ICU)	1病棟閉鎖 入院患者の隔離	緊急受け入れ禁止

例えばフェーズに関してですが、3月12日の時点ではフェーズ1からフェーズ3までで、重症な患者さんが搬入された場合には徐々にフェーズが上がっていく。どこどこを閉鎖して救

急の受け入れはどうするかを決めました。それが5日後には、これだけでは足りなくなって、フェーズ4、フェーズ5とどんどん広げていかざるを得なくなり、それとともに救急車の受け入れを完全に停止していくという形でフェーズの設定をしています。

それに呼応して病棟の再編、要するに受皿をつくらねばならないので、それも行いました。うちは3、4、5、6階が一般診療で、2階にあるICUとHCUが救命センターで、重症患者さんの診療をしています。県立加古川医療センターは開設以来10年経っていますけど、3階南の感染症病棟は10年間1回も使用されたことがないんです。でも、一応感染症病棟としてあるので、まずはここに新型コロナウイルス感染症コロナの患者さんを収容して治療を始めねばならない。

重症は救命センターで診るということですので、最初、救命センターがある2階で重症なコロナ患者さん、3階南病棟（感染症病棟）で中等症のコロナ患者さんというように重症度に応じて受け入れました。搬入患者数が増えると、泌尿器科と皮膚科がある3階東病棟もコロナ対応病床として病床の拡大を図りました。広げたのはいいのですが、問題はスタッフをどう工面するかということで、緩和病棟である3階西病棟をまず閉鎖して、ここの看護師さんをコロナ病棟につぎ込んでいます。ICU、HCUも半分閉鎖して看護師さんを充填するというのをしました。それでも足りない場合には、今度は3階西病棟にコロナの患者さんを収容する。ここのスタッフをどうやりくりするかというと、今度は6階西病棟を閉鎖して看護師さんをこっちによこすというふうな形でやりくりをして、さらに広がれば、重症コロナ病棟が今年の4月からできましたけれども、こういうところに重症な患者さんを収容する。その代わりに、HCUは全面閉鎖。6階西病棟にもコロナの患者さんを入院させて、6階東病棟は閉鎖するという形で対応しています。閉鎖せざるを得ないのは、ひとえに看護スタッフあるいは医師の数が足りないので開けておけないということです。だから、人がいっ



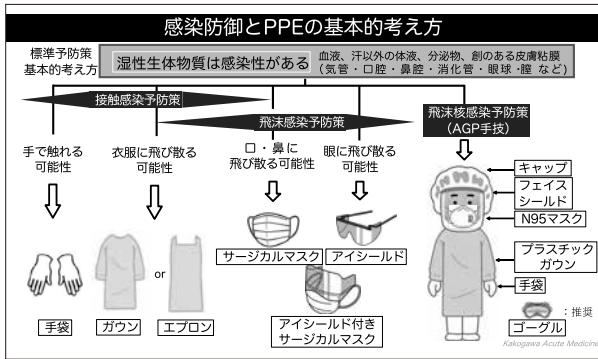
ぱい工面できれば閉鎖せずにすみましたが、そういうわけにはいかずに閉鎖せざるを得ないという形で病棟再編をしています。

感染対策も立てねばなりません。感染対策って、ともすれば、ここの病棟はこうです、こっこの病棟はこうですという形で、病院の中のローカルルールで対応している施設が結構あると思いますが、それではやっていけないだろうということで、院内統一で感染対策をやりました。その基本骨子

- 県加古の院内感染対策 基本骨子**
- ユニバーサルマスキング
 - 適切なゾーニング
 - 適切で、漏れのないPPE着脱衣
 - エアロゾルの意識
 - 医師・看護師の業務量の軽減
 - 情報共有による最小限の人員と物品

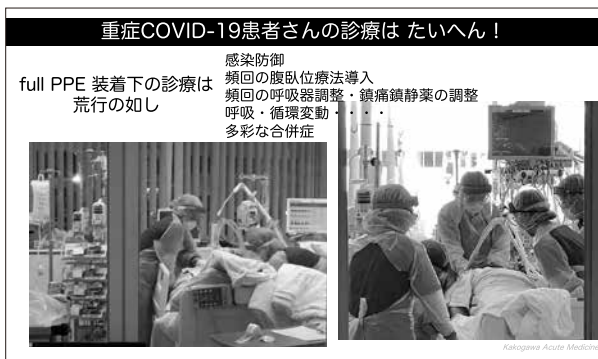
はユニバーサルマスキングとか、ゾーニングとか、PPEをちゃんとするとか、エアロゾルを意識するとか、あとは業務量を軽減しないとちゃんと感染対応できないだろうということで、業務量の軽減に取り組みました。

それから、最小限の人員と物品で何とかしようということで、ICT(感染制御チーム)が中心となって「感染防御とPPEの基本的考え方」というリーフレットも作りました。これを見れば、基本はスタンダードプレコーションであり、状況に応じてこれに付け加えてどういう感染対応をしていけばいいのか極めて単純に理解できます。飛沫感染予防策、これはエアロゾルの対応ですが、例えば気管内挿管する場合にはちゃんとN95のマスクをつけて、フェースシールドをつけて、手袋をして、



ガウンをしてというふうなことをすればいいんです。そうじゃなければN95のマスクだって別に要らないというメッセージも出されています。

コロナ患者さんの実際の診療風景です。右側は



ICUで患者さんを腹臥位にしているところですが、医師1~2名で、看護師が3名ですね。左側は夜勤時ですけども看護師さん2名で体位変換をしている。シリンジポンプや呼吸器がついてということで非常に大変です。これだけの大変な業務をずっと続けさせること自体、非常に問題があるので、何とか負担を軽減させるために業務量を整理することが必要になってきます。PPEをつけるときもいろいろと案内を書いて、見落としがないように各自意識する、それから他人の目を使ってチェックをしてもらうようなことを徹底しました。

業務量を減らすことに関しては、医師は、主治医であっても勤務帯に担当医がいれば、その担当医以外はコロナ患者さんの部屋には入らない、入らせないという決まりを作っています。看護師さんについては、治療方針の統一化や指示の極力集約化とか、内服とか抗生剤の点滴滴下を簡単にできるようにするという業務の見直しを図りました。マニュアルの整備に関しては、救命センター

院内感染防止に最も大事なこと

医師・看護師の業務量を減らす

医師：実診療人数の制限
 ② 原則ICU・HCU担当のみPPE着用して入室
 主治医は入室しない

看護師：持続静注薬の交換頻度を極力減らす(倍量組成)
 内服・点滴の時間調整を随時変更
 抗生剤の点滴滴下を静注に変更許可
 治療方針を統一化
 指示を極力集約化
 処置・検査の制限

Kakogawa Acute Medicine

内のマニュアルを逐次改定して、みんなに見てもらっています。それから、かなり細かなことに対するマニュアルを作りました。

マニュアルの整備

1. 病院前対応
2. COVID-19搬入時マニュアル
3. COVID-19治療マニュアル
4. CT検査時の対応
5. CPR・ECPR対応
6. 急変時対応
7. ECMO
8. 気管切開
9. 手術室対応
10. 消化管内視鏡検査
11. 気管挿管・抜管手順
12. 死亡時の対応8.

COVID19 治療方針：3/27改訂

* 参考文献
 2020.3.23までのPubMed: COVID19/treatmentで検索
 ECMDnet 治療ガイド
 Expert opinion
 神戸市立医療センター中央市民病院
 京都府立総合医療センターガイドライン(SSC):山下Dr
 オーストラリア・ニュージーランドガイドライン

文責 []
 正しい見方が出るとびcup dataします。

Kakogawa Acute Medicine

あともう一点、資機材の確保ですね。当初はものすごく資機材が足りなくなって大変でしたけれども、あらゆる伝手を利用して資機材を取り寄せています。私の親戚がそういう業者さんをやっていたので、そこに電話をして、こういうのは何とかならんかと連絡したら、こういうものの在庫があるから持っていこうかと返事をくれて、組織での交渉じゃなくて個人の交渉でもいいから、何でも、どんなことをしてもいいから資機材を確保することをしました。病院の総務では、サージカルマスクの在庫が今いくらあって、定期入荷はもうありません、あと98日で使えなくなりますといったリストを作ってくれるんですね。今どのぐらい足りないのかが分かるように見える化をしています。ところが、ある日病棟に行くと、(資機材が足りるかどうかが看護師さんに聞いたら、「現場には一切そんな情報は下りてこないよ、何とかして」と言われたんですね。コロナ対策本部会議ではプリントが回ってきているので何とかいけそうかなと思っていても、現場にはプリントが回っていない。これはだめだということで、それをそ

のままで電子カルテに載せて、みんなが見られるようにしました。

Logistics					
院内個人防衛具在庫状況 4月10日現在					
品目	在庫数	入荷状況	一日あたり 使用数	使用可能日数	備考
サージカルマスク	78,580	1 定期入荷なし	96	あと 823日使用可能	(現状使用ベース)
N95 マスク	3,230	5 問題なし	800	あと 98日使用可能	(1日800枚(通常ベース)使用想定の場合)
その他 マスク			92	あと 30日使用可能	720枚入荷(神戸国際会館提供)
ゴーグル	447	3 やや難	18	あと 20日使用可能	不織布マスク
フェイスシールド	4,688	2 難	15	あと 222日使用可能	
長袖フェイスガードガウン	4,770	5 問題なし	43	あと 112日使用可能	
ニトリル手袋短	48,250	4 納期遅れあり	4,179	あと 11日使用可能	
ニトリル手袋長	17,650	3 やや難	232	あと 81日使用可能	
手指消毒用アルコール	1,730	5 問題なし	22	あと 74日使用可能	

* 1 品目別ベースで集計
 * 2 入荷状況は1から5段階で評価(数字が小さいほど深刻)
 * 3 1日あたり使用数は最近2週間の使用数を元に算定

第1波、第2波における問題点を整理してみますと、圧倒的なマンパワー不足があるとか、診断

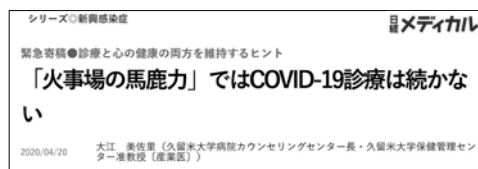
第1波・第2波における問題点(1)
1. 拠点病院としての機能を果たすには、 圧倒的なマンパワー不足 2. 診断機器(PCR検査機器や抗原測定器)不足 3. SARS-CoV-2の実態がよくわからない ↳ 常に感染の危険と隣り合わせでの診療 4. 画像検査に対する大きな制約 5. 呼吸管理に難渋する症例が多く、新たな治療戦略 構築の必要性

第1波・第2波における問題点(1)
6. 離床までに時間を要し、不十分なりハ体制 ↳ 社会復帰に向けての高いハードル ----- 7. 理想とする看護の実践ができない! ↳ 「患者に寄り添う看護」「家族面会・看護」 「グリーンケア」などの問題 8. 現場スタッフの肉体的疲弊と誹謗中傷 ↳ 燃え尽きと不満の鬱積

機器が不足しているとか、そもそもコロナウイルスの実態がよく分からないので常に感染の危険と隣り合わせである、それから画像検査に制約があるとか、あとは患者さん、最初の頃は全くよくなって非常に困りました。治療戦略も新たに構築する必要があるだろうということとか、あとはリハビリも十分できないことで社会復帰もままならないという、非常に大きな問題があります。また、看護師さんたちは、对患者さんというか、対診療ということではなくて、理想とする看護の実践ができないのが非常にストレスフルに感じている。患者さんに寄り添う看護とか、家族面会の問

題や家族のケアの問題、あるいはお亡くなりになったときのグリーンケアの問題に対して、看護をしている立場としてはもっとちゃんとやりたい、でもできないというところに大きなジレンマを感じるという意見ももらいました。そうこうしているうちに、肉体的には疲弊してくるし、外からは誹謗中傷もあつたりするということで燃え尽き、あるいは不満のうつ積が結構あるだろうと認識させられました。

それで、組織としてのCOVID-19対応としては、まずは診療体制の整備、それから「ひと」「もの」の補充。これはかなり大変ですが、そうしないと患者さんの診療ができないので、喫緊の問題。頭の中ではメンタルヘルスも大切だなと思ってはいますけれど、「ひと」「もの」の補充と比べると喫緊というほどの問題ではないんじゃないかと思っていたふしがあります。そういう中で、4月20

組織としてのCOVID-19対応
1. 診療体制の整備 ↳ 喫緊の問題 2. 「ひと」「もの」の補充に腐心 ↳ 喫緊の問題 3. メンタルヘルスへの対応 ↳ 喫緊の問題ではない?


日の日経メディカルに「火事場の馬鹿力ではCOVID-19診療は続かない」というメッセージを久留米大学の大江先生が緊急寄稿されているのを読んで、あっ、そうかと気づかされました。メンタルヘルスも喫緊の問題だろうということで、いろいろと調べてみると、日赤のサポートガイドに、コロナウイルス自体は「生物学的な感染症」、「心理的感染症」、「社会的感染症」、この3つの感染症の意味合いを持つというようなことが載っていました。DMAT 隊員たちの考えもあって、今まで一生懸命、火事場の馬鹿力で動いてきた加古川医療センターの職員さんを対象にアンケート調査をしようということになり、加藤先生たちの協力を得て、全職員1,015名を対象にアンケート調査を実施しました。回収率は約80%でした。

COVID-19対応に関するメンタルヘルス調査

【対象】 兵庫県立加古川医療センターで働く職員全員

【方法】 メンタルヘルス調査票に記名式で回答

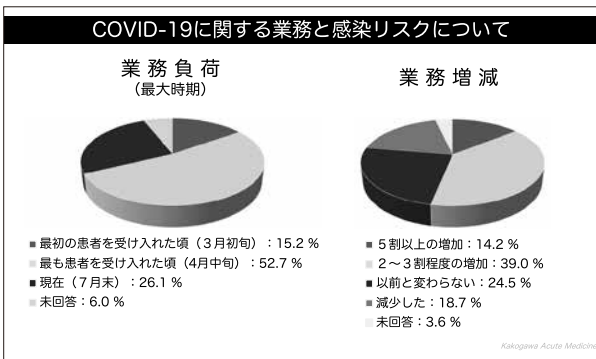
【調査期間】 2020年7月16日～2020年8月17日

【回収率】 811名 / 1015名 : 79.9%

【結果解析】 兵庫県こころのケアセンター

Kokugawa Acute Medicine

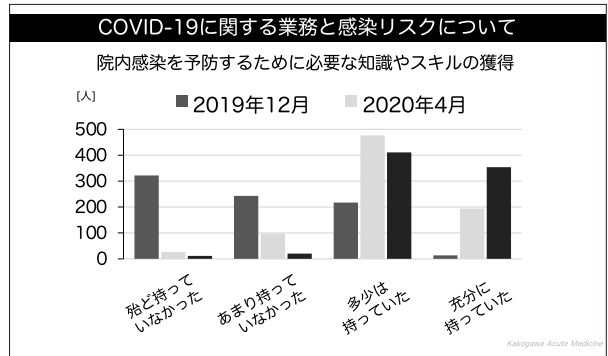
業務負荷や業務の増減の程度を見ますと、業務の負荷を一番大きく感じたのは4月中旬の患者さんを一番受け入れた頃で、負荷程度としては2～3割程度の増加が一番大きかったです。



組織としては結構力を入れていた感染対応に関する評価としては、不足しているという評価が多かったです。これは、うーんと思ってしまいました。感染リスクに対する現場のスタッフの不安の強さも8点が一番多く、これは通常が1点が最大が10点なので、8点というかなりの高得点で感染の不安の強さを感じていることになります。

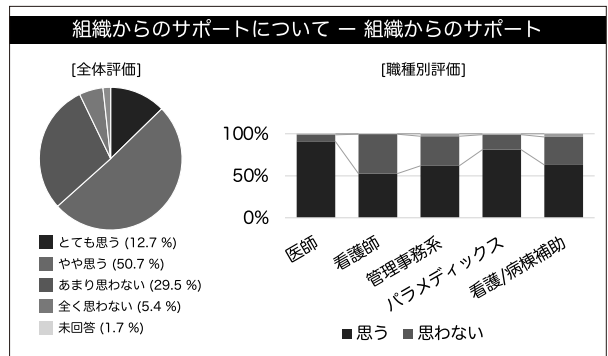
感染を予防するために必要な知識やスキルの獲得に関してはどうかといいますと、各項目の一番左側の棒グラフが2019年12月時点での感じ方、真ん中がコロナ禍の第1波真最中の2020年4月、一番右側が7月時点のものです。

コロナが始まる前も感染対応をいろいろしていましたが、耳学問が主体のためか、ほとんど持っていなかったという答えが多かったです。コロナが始まった頃には、実際に自分で危機意識を持ってやり始めるということで、多少は持つようになった。実際に数をこなして経験していくことで、一番右の棒グラフになっていくわけです。ほとんど持っていないとか、あまり持っていないがほと

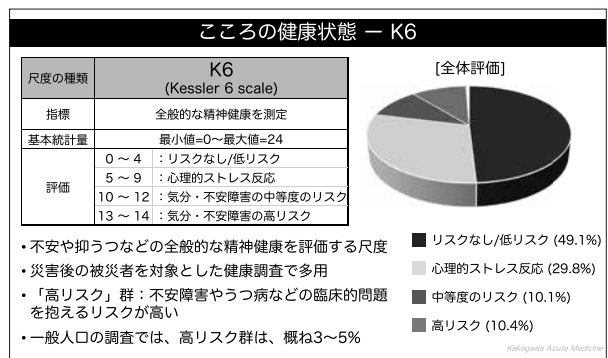


んどなくなっており、自分でいろいろと考えて実際にやるのが、感染を予防するための知識やスキルの獲得には必要だということを示していると思います。

では、組織としてはいろいろと考えてやってたけれども、それを現場でどう評価されていたのかということを見ます。「組織からのサポート」に関して言うと、そんなによくはないという結果ですね。「組織体制は十分か」に対しては、半分ぐらいがあまり思わない、という評価でした。



次に、こころの健康状態を見てみます。



ケスラーのK6スケールという尺度で測っていると、不安障害やうつ病などの臨床的問題を抱えるリスクが高い「高リスク群」が10.4%ということで、集団のパーセンテージとしてかなり高いんですね。一般の場合はおおむね3～5%ですの

で、かなり高い。職種ごとに見ると、看護職の方々はリスクが高い群の割合が多くなっている。ここの健康状態、PTSDのチェックリストを見ると、やはりこれも強いトラウマ反応を示しているのが7.5%ほどあって、これも看護職の方々がちょっと多い。うつ状態の評価尺度を見ても、うつ病のリスクが高いカットオフ値である10点以上のパーセンテージが15%ぐらいあって、これも結構高いという結果になっています。

そのほかに自由記載で意見を述べてもらったところ、171名の方から回答をいただきました。いたりやりの不足とか、感染への恐怖というようなことが書かれていました。現場への配慮が足りないんじゃないかというコメントが多かったのと、あともう一つは部署の異動によるストレスが大きいとか、医療事務系や病院保守部門への配慮が足りないんじゃないかという、普通はここまで配慮しなくてもいいのではないかと思ったりしがちですけど、実はここにも配慮が必要だったということだと思えるのですが、そういったコメントがありました。

同じような調査が東京の日赤医療センターで行われています。それを見ると、日赤医療センターでは回収率は43%です。加古川医療センターでは79%ですから、かなりの違いがあります。結果として、うつになる傾向が多いのは、日赤医療センターの報告ではやはり看護職ですね。フロントラインワーカーという実際にコロナ患者さんと接するところで働いている人がうつになりやすいんじゃないかと思ったのですが、それに関しては決してそうではない結果になっているんですね。これは、裏を返せば、フロントラインであろうがノンフロントラインであろうが、みんなうつになりやすくなっていることを示しているのかなと思いました。

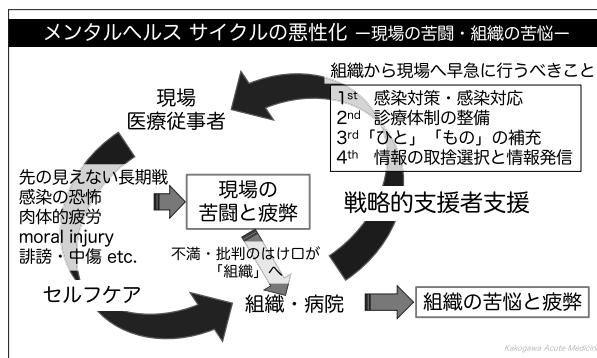
2つのアンケートから分かることは何だろうかということ、多分、加古川医療センターの回収率が非常に高かったのは、現状を改善してほしいという期待の裏返しではないかと思われました。期待に沿えるように我々も努力しなければならないと

2つのアンケート結果からみえてくるもの

- 看護部門にかかるストレス「大」
- Frontline workersは勿論のこと、non-Frontline workersにかかるストレス・負担への理解
- 「組織からのサポート不足・組織体制の脆弱性」を強く感じるほど、「不安・不満」が高くなる？
- 「不安」要素が高いほど「抑うつ」状態になりやすい
- 「高い回収率 @ 県加古」は何を意味する？
 - ☞ 現状を改善してほしいという期待の裏返し？
 - ☞ 期待に添えるよう努力する義務
- 第1・2波の状況は、現時点（第6波前）とは異なる
 - ☞ COVID-19そのものの理解度の上昇、「経験値」の上昇
 - ☞ 病院としての立ち位置・方針を明確化し客観的で正しい情報を開示

痛感させられた。あとは、フロントラインワーカーはもちろんですけども、ノンフロントラインワーカーにかかるストレス、負担も理解しなければならないと思いました。

最後に、これは加藤先生から職員を守るためのメッセージとしていただいたことですが、肝腎なのは「病院として、組織としてスタッフを守る姿勢」を明確に示すということです。今までの加古川医療センターの組織としての活動、それから現場で活動する上での苦闘、アンケート調査をして分かったことなどを組み合わせ、医療従事者をはじめ現場で働いている人々や組織としての病院がパンデミックにどのように対応すべきかを考えてみます。



組織から現場へ早急に行うべきこととして、感染対策をちゃんとする、診療体制を整備する、「ひと」「もの」を補充する、情報をちゃんと出すということが挙げられます。これらは比較的すぐ分かることで、迅速にやれることですね。このような支援の元に現場で業務に就くわけですが、その際には、先の見えない長期戦とか感染の恐怖もある中で働く彼らが、フロントラインワーカーやノンフロントラインワーカーにかかわらずですが、さらなる支援を訴えた場合、組織や病院は、これ

を戦略的支援者支援という言葉で表しますが、さらに支援を強化しなければならない。一方、医療従事者側も自らセルフケアをしていくというように、このサークルを強靱なものにしてパンデミックに対応することが必要です。

ただ、それがどこかで破綻してしまうと、今度は、現場は苦闘して、それを理解してもらえないと感じる。それがだんだんと疲弊してくると、多分、不満や批判のはけ口が組織に向いてくるんだと思います。そうすると、実際に言われたりすることは無いと思いますが、アンケート結果には如実に反映されてきます。こういうアンケート結果を突きつけられると、今度は組織や病院が病んできてしまい、組織の苦悩、疲弊が起こってくるのかなと思っています。ですから、このサークルをより強くしていくところがパンデミックに対する一番肝要なところかなと思います。

次なるパンデミックに備えて何ができるか、ですが、結局こういうことは、どんな状況でも感染症パンデミックで起こるものと予め知っておく

ことですね。

次なるパンデミックに備えて

1. 感染症パンデミックでは、モラルインジャリー、スティグマ、行動免疫、誹謗中傷などが生じることを予め理解する
2. メンタルヘルスケアを必要としているのは、frontline workerだけではない
3. non-frontline worker、組織（病院管理部門）においてもメンタルヘルスケアが必要
4. ラインケアを含めた戦略的支援者支援の必要性を理解
5. セルフケアの大切さを認識

Kikogawa Acute Medicine

メンタルヘルスケアを必要としているのはフロントラインワーカーだけじゃなくてノンフロントラインワーカー、あるいは組織においてもメンタルヘルスケアが必要な場合もあります。ラインケアを含めた戦略的支援者支援の必要性、あるいは現場の人たちもやっぱりセルフケアを認識してやっていくことは大切かなと思います。このサークルを強くするにはどうしたらいいのか、今後の課題かなと思っています。ありがとうございました。（拍手）

《報告3》

「最前線で働く保健医療従事者の質的研究について」

原田奈穂子（宮崎大学医学部看護学科精神看護学領域教授）

皆様、こんにちは。宮崎大学精神看護学の原田奈穂子でございます。本日はこれから、最前線で働く、先ほど当麻先生はフロントラインワーカーという言葉を使っておられましたけれども、まさにそのフロントランナーの方々がどのようなストレスを感じ、また、そのストレスに対してどのような取り組みをしていたかについての研究報告をさせていただきたいと思っております。この研究はチームで取り組んでおりまして、このセッションの座長、加藤先生にもお入りいただきまして、5人のメンバーで研究をしておりますが、私が代表で発表させていただきます。

私は、災害時のメンタルヘルスについて、看護職として取り組んできていたのですが、COVID-19パンデミックでこの研究をしたそもそもの背景をご紹介します。私は宮崎へ移る前、東北大学に在籍しておりました際に、国際歯科保健学の小坂健教授という方がおられまして、その方たちと一緒に、COVID-19がはやり出したときに、先ほど当麻先生がお話しされたように、様々な衛生物品が全国的に不足する状況に陥り、さらには社会的弱者と呼ばれるような方たちへの救済がなかなか国としての方針が定まらなかった現状を受けまして、私たち、研究者が多いですが、私たちに何かできることがあるかということで、READYFORというところにお力添えいただいて、新型コロナウイルス感染症拡大防止活動基金とあって、クラウドファンディングをさせていただきました。全国の方にご協力いただき、国内クラウドファンディング史上恐らく最も高い金額、8億円という金額を全国の皆様から頂戴し、そのお金をいち早く、最もサポートを必要としている人たちに届けることを1年弱の期間をかけて行っ

ております。そして、その中でやはり支援者、フロントラインでCOVID-19の治療に当たる方たち、もしくはそのサポートをする方たち、様々な方たちへのサポートも展開できないかと小坂先生からご相談を受けたときに、最初に頭に浮かんだのが兵庫県こころのケアセンターの加藤先生でして、支援者支援の第一人者である加藤先生にお力添えをいただきながら、私たちが何をすべきかを見いだしていこうということでご相談いたしました。そしてそのときに、私たちは研究者なので、研究という側面での事象を記録化し、その成果を社会に還元する。そして、社会に還元したことでできるだけ支援者という立場の方たちがより守られる環境をつくることを目的に取り組んでまいりました。

研究の背景としましては、先ほど当麻先生から具体的なストレス値、量的な評価の値をお示しくださっていますので改めて私からお伝えすることはあまりないかと思いますが、高ストレスは加古川医療センターだけではなくて世界中の医療従事者、保健医療従事者が感じていたストレスになります。世界中の、世界的なメタ・アナリシスのデータを見ても、25%程度の医療者、保健医療者がうつ、不安、不眠といったストレスを感じながらも最前線でケアに当たっている、治療に当たっている現状があり、今でも続いているわけです。そして、この保健医療従事者は、一般人口に対して1.5倍の心的ストレス状態に対するリスクを持つことも明らかになっています。

この研究は、フロントラインでお仕事をされている方たちのストレス状況をインタビューによって明らかにし、その解決策を参加研究者とともに見いだしていくことを目的としました。

デザインは質的内容分析。先ほど当麻先生は調査用紙で具体的な数字としてストレスをお示しになりましたけれども、私たちはお話を聞かせていただくことによって、その語りの中からどのような事象がそこに存在していたのかを見いだすアプローチをとりました。対象者は特に医療者に限定することなく、支援者という立場であれば広く募集するというので、一般可能性、ストレスやレジリエンスについての一般性も高めるようにし、保健師、看護師、医師、そのほかの医療専門職者や介護福祉士、そして事務職の方も対象としました。こういったストレス調査で1対1の研究に協力して下さる方は、特質性の懸念といったこともあってなかなか難しいですけれども、合目的サンプリングですとかスノーボールサンプリングといって、無作為に研究協力者を集めるのではなく、自主的にお話をしたいと思って下さる方やその方からどなたかをご紹介していただく形でのサンプリングになります。そして本来であれば対面でお話を聞かせていただくことが伝統的な方法ですが、やはりCOVID-19パンデミックの状況下でしたので、本日使用しているZOOMのようなウェブ会議システムを使って、会話者を守りながら個別でインタビューをさせていただきました。データ収集期間は、昨年8月から今年3月までになります。倫理的配慮は、兵庫県こころのケアセンターから頂戴しました。

お話を聞かせていただく方たちの基本属性として、年齢、性別、職種等々についてもお伺いしますけれども、半構造化面接という形で質問させていただきました。主に4つの質問になります。

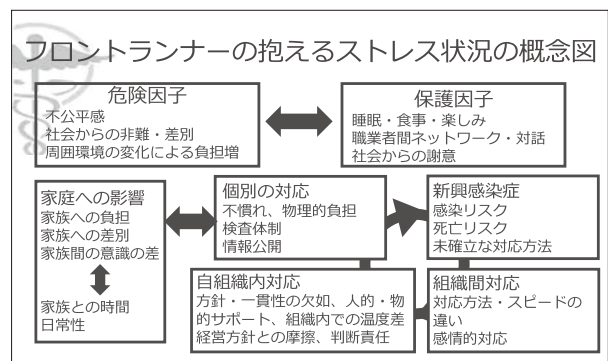
まず1つ目は、COVID-19に対応するどのようなお仕事をされたのか。そして2つ目が、そのお仕事をする上で感じられたストレスがどのようなものだったのか。3つ目が、COVID-19に関連したそのストレスを改善するためにどのような対応をされたのか。そして、それが実際にご自身の主観としてストレスが和らいだということであれば、その具体的なエピソードを教えてくださいました。分析方法は、インタビューの内容を全て逐

語化した後に、NVIVOという分析プログラムを使い、機能的なコーディングをいたしました。

ここから結果になります。

協力者の方たちは全員で28名です。多くの方たちは看護職の方ですけれども、看護師の中でもスタッフ、管理職で分かれておられて、スタッフは16名、管理職は6名でした。そして保健師が1名、医師が2名、歯科医師が1名、薬剤師が1名、心理士が1名になります。活動形態としては、自組織内勤務の方、先ほどの当麻先生のようにご自身の医療機関の中でコロナの患者さんを診られた方たちが25名です。そして、外部出向支援、いわゆる災害支援のような形で、自分が普段仕事をしているところではない医療機関とか、ダイヤモンド・プリンセス号のような施設でコロナ対応をされ方たちが3名おられました。そして、この方たちの経験年数は3年から32年と割と幅広い期間でしたが、いわゆる新卒の方はおられなかったという特徴があります。性別は、男性が6名、女性が22名になります。

こちらは、「フロントランナーの抱えるストレス状況の概念図」を示したものになります。



一番上の右に枠で囲んだところと、一番左下の囲みの中の下の方「家族との時間」「日常性」が保護因子で、そのほかの部分危険因子です。大きく分けての危険因子と保護因子を一番上に書きましたが、左側の「危険因子」には、先ほど当麻先生のお話にもありました「不公平感」が、かなり語りの中から見いだされました。また、「社会からの非難や差別」、こちらも、当麻先生がお話になった日赤の新型コロナウイルス感染症に関するところのケアの資料の中にも書いてあったよう

に、社会からの非難、差別を、医療者として最前線で働いていても感じてしまうことが見いだされました。日本の過去の災害、ストレス研究の中では、東日本大震災後の福島原発の職員さんのストレス調査のときも同じようなストレス要因が見つかったと思います。そして、周囲環境の変化による負担増。こちらは、田中先生からお話があったように、休校などに伴ってお子さんが家にいることになり、お父さんとして、お母さんとして、家で仕事をする、家にいなくてははいけないとか、託児をすることが難しくなってしまったといったことが含まれております。

変わって、「保護因子」になりますけれども、先ほど当麻先生がお話になっていたセルフケアの具体的な項目がここで上がってまいりました。具体的には睡眠や食事、そして楽しみ、この楽しみとは趣味ですね、このようなものになります。また、職業者間ネットワークや対話ということで自組織の同じような職種、もしくはほかの方たちとのネットワークの中で、感染症でゾーニングをされているので情報交換がなかなかできないですけれども、そこをオンラインのツールを使ってネットワーキングをして情報交換をする、情報共有をするといったことがあがってまいりました。そして社会からの謝意ということで一時期、今でもですけれども、様々な飲食店や公共施設が医療者の方たちに対しての謝意を伝えるようなメッセージングやキャンペーンをされているかと思います。ああいった形のメッセージは、やはり少なからず保護因子として働いていたことが明らかになりました。

先ほど当麻先生のお話でも、最後にグループという概念図を示されていたと思いますけれども、まさに私たちの結果でも同じようなことが見えてきたのではないかと思います。前記スライド概念図の右側「新興感染症」についてですが、新興感染症ということで感染リスクがある、そして死亡リスクも、感染流行時期から早い時期でしたので死亡リスクも感じていたということですね。そして未確立な対応方法、こういったことをフロント

ランナーの人たちは毎日感じながら仕事をしていました。そして右下の「組織間対応」ですが、これは自分の組織と外の組織とのやり取りに関して生じたストレスになります。行政と病院だったり、あとは、病院といっても公的な病院と開業医では対応の方法やスピードが違って、そういったところでの感情的な摩擦が起きています。「自組織内対応」は、病院内や施設内と考えていただきたいですけれども、これも初期の頃のデータですので、様々なエビデンスも毎日、毎週のように変わっていくといったときに、方針や一貫性がなかなか組織としても担保できなくて、そうするとフロントランナーの人たちは、一体私たちは何を信じればいいのか、何をよりどころにすればいいのかということで非常に大きなストレスを感じていました。あとはやはり人的・物的なサポートが不足してしまっている。そして、組織内でも温度差があることも明らかになりました。この温度差には、経営方針との摩擦といった感じで、フロントランナーと経営者的な立場の人間、もしくはフロントランナーと患者さんを診ていない病棟スタッフの間の摩擦、感情的なギャップといったものがあります。そして、判断責任といったことも挙げられました。そして「個別の対応」のところですが、こちらは、先ほど当麻先生のスライドにPPEの写真がありましたが、救急のスタッフや歯科医院の方たちは常に、誰が来るか分からないので、ユニバーサルプレコーションはもともと徹底しているのですが、そうではない一般病棟の方たちは、パンデミックが起きるまでは感染症のことを分かってはいても、そこまでは厳密にその手段をとられていなかった、もしくは理解がなかったということで、そこに対しての不慣れ感や物理的な負担といったことが明らかになりました。

そして、最後になりますが、概念図の左下にあります「家庭への影響」ですね。「危険因子」の一番下を書いてあることに関係しますけれども、やはり家族、例えば私なんかは、自分の実家では私が唯一の医療職者であって、それ以外の人間は医療職者ではありません。そうすると、私が大学

病院に出入りをしてそのまま帰るといったときに、私自身が家庭の中に感染リスクを持ち込んでしまうのではないかという気持ちを持つ。逆に家族の方が、大切な家族であることは間違いないけれども、家族の1人が医療職で、毎日病院に行っ
て帰ってくることで自分たちも感染してしまうのではないかといった心的な負担が見いだされました。あとは、同じような感じですけども意識の差ですね。日本の方たちは、これまでもマスクをつけている習慣がありましたけれども、最初の頃はなかなか、手洗いだったりアルコール消毒だ
ったり、様々な、あとはソーシャルディスタンスングですね、フィジカルディスタンスング、そういったところの意識の差があります。あとは県外に出る、旅行に行く、行楽地に行くといったことが、家族としてはやっぱりしたいけれども、医療者としてはそういった行動がリスクになってしまうということで、家族内でも軋轢が生じることが見
いだされました。ただし、家庭というものは、今お話ししたようなストレスにもなり得ますが、一方で、家族との時間だったり、日常性を維持するといった機能においては保護因子として強く働いていることも見
いだされました。「葛藤」ということでは、新興感染症ということで、死亡リスクということもありおびえながらやっているとお話をされる方たちもいらっしゃいます。あとは、全てのことを手探りでやらなくては
いけないというようなこと。今まで様々なことが医療機関でマニュアル化されていますが、そのマニュアルさえもない中で、手探りで毎日仕事をしなくては
いけないというストレスが見いだされています。

個人の対応ということでは、物理的な負担ということで、PPEは本当に汗まみれになってしまいます。私も救急で臨床をしているとき、ごくたまに
着ることがありましたけれども、本当に30分、冬に着いても汗をかいてしまったりするんですね。その中で、炎天下の中でのスクリーニングを担っているようなことは非常に心的な、心身の負担になっていたことも分かっています。あとは情報公開。先ほど当麻先生もお話しされていま

けれども、自分がケアを提供している側だが、情報がある程度までしかお伝えすることができないとか、逆に自分がスタッフとして管理側から情報をもらうことができないというようなことで、非常に心苦しさを感じておられる方もいらっしゃいました。

自組織内の対応は、先ほどの当麻先生のご発表を伺っていて、恐らくオミクロン株が流行する前の今のタイミングだからこそ改革できる領域ではないかと思っていますが、人的なサポートや物的なサポート、ここの充実がやはり大切になるのではと思います。人的サポートとしては、後続隊が来ないというのが挙げられます。要は、自分が倒れてしまったとかバーンアウトしているような状況であっても、自分の代わりになってくれる人がいないとなると、外からサポートをしてくれる人たちがいないというぎりぎりの状況の中で仕事をしなくては
いけない。これは本当に大きなストレスだと思います。

そして、組織内の温度差。こちらは医療機関、保健所や県庁、本当に全ての中で認められた事象になります。感染症が局地的過ぎるということで、全員が大変ではなくて、大変な部署とそうでない部署がある。組織の中でも起きていて、この不公平感を非常に感じてしまっている。一方で、コロナ対応をするところに人が補充されることになると、その支援を出す側の部署の方たちが、自分のところは減ってしまっているのになぜコロナ対応をしている部署だけがそんなに手厚くされるんだ
といった不公平感も生じているということで、人間関係がぎすぎすしてしまうというのが見られました。

そして、本当に悲しいことだとは思いますがけれども、自組織内の話として、医療組織の中であつたにもかかわらず、携帯をつまんで渡すといったばい菌扱いを、医療者から医療者がされてしまう現状も残念ながらありました。

あと、スタッフと経営方針の摩擦ということで、どここの科とコロナの病棟の混合は感染上よくないんじゃないかという話をしているのだけれど

も、病院経営として、やはりもうかる、非常に点数が高い診療を常に行っている××科は止めたくないという方針を貫かれてしまうので、私たちは本当に何のために仕事をしているのかという無力感を感じてしまうという方たちもおられました。

あとは感染症ということでのベッドコントロールについて、先ほど当麻先生もお話しされていましたが、別の医療機関では感染症病棟のドクターに裁量権はあるけれども、そのドクター自身が一人では決めかねるので、普段からベッドコントロールをしている看護の管理者の人にその責任を委ねてくるということ、非常に大きな心的重責を担ったということもあったようです。

一方で、レジリエンス、ストレスに対して具体的にどのように対応していたのかですけれども、睡眠のことを先ほど一番最初に出しましたが、最近は携帯の睡眠アプリがあるので、そういったものを使っているとか、今まででそこそこ寝られていたと自覚的には感じていたけれども、客観的に見てみると睡眠時間が短かったりとか、睡眠が浅いとか、多角的に自分で評価することができるようになったので、夜はカフェインをとらないようにしたり、早めにベッドに入るようにしたりというようなことができると言われていました。

いわゆる自然災害の支援者のストレス研究においても、やはり現場の仕事をしているときはアドレナリンが出てしまっていて、交感神経が優位になって眠りが浅くなってしまったり、食べることを忘れても仕事ができてしまったりします。ただし、こういったことはごく短期間しか続かないので、長期的に見るとその人の心身に影響を及ぼすことになっていると思います。

あとは食事ですね。緊急事態宣言が行われたせいで、物を購入するためのお店自体が早く閉まってしまっているのが、仕事が長引いたり、シフト勤務をしている方たちに関して、スーパーで買物をする、デパートでお買物をするのが全くできなくて、夜中まで、24時間開いているようなコンビニエンスストアでしか食料を確保することができないという方たちもおられました。なので、

小さな楽しみを積み重ねていくといった対応の中で、いろいろなお米をオンラインで購入して試してみるとか、あとは、オンラインの飲み会を継続したら、最初は愚痴ばかりお話をしていたのが、だんだん勉強会のような形になって非常に生産性が高まったというようなことも聞かれています。

そして、職業間ネットワークという点では、今まで更衣室や帰り道に同期の方たちと話をしていたことについて、本当に大事なことがなくなった、なくなってようやく分かったという方たちが非常に増えていました。そして、インターネットツールをうまく使える方はそこを代替することもできているということが挙げられると思います。

そして、家族との時間。これは職種や立場によって異なりますが、診療以外の時間、仕事では、学会がなくなったり会議が中止になったりということで、家族と過ごせる時間が増えたことを肯定的に捉えておられる方たちもいました。

今までの話をまとめます。この新興感染症は、やはりフロントランナーの仕事内容そのものを根本的に変えてしまい、かつ家族や職場への二次的な影響を及ぼしていたことが明らかになったと思います。また、救急領域や歯科のフロントランナーはもともと感染に対する知識や技術がある程度確立していたので、それ以外のフロントランナーと比較するとコントロール感といったものを保持しているような発言が多く認められました。また、特に女性ですけれども、家族への二次的な影響によって家庭に対しての罪悪感を持っている方たちが多くいました。そしてフロントランナーは睡眠、食事、休息の重要性を感じていました。ただし、先ほどの概念図に戻っていただくとお分かりになると思いますが、やはり運営側や管理側がこういったセルフケアの重要性を認識して、各個人がそれを実践できるような組織体制を作らない限り、恐らく個人でのセルフケアの遂行は難しいのではないかと思います。

今後、オミクロン株が国内に入ってきて、また、一般のインフルエンザも冬季になると日本国内で増えてきます。それを考えると、これから私たち

はまた大きな波を経験するのかなと思います。

このような状況下で私たちは、その予防策として組織内の改革、そして自分自身のセルフケアにとって必要なものが何なのか、いま一度整理しておく時期に来ているのではと思います。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

《報告4》

「コロナ禍における支援者のメンタルヘルスを考える」

加藤 寛（兵庫県こころのケアセンターセンター長）

前のお二人の話が、コロナ禍における支援者への支援の問題だったわけですが、私の経験も踏まえてそれに付け足す形で、コロナ禍における精神保健活動を災害支援の観点から少しお話をしたいと思います。

そして、前のお二人には医療関係者のことを紹介いただきましたが、医療関係者以外、例えば保健所の方とか、あるいは消防の方がどのような苦悩を経験されてきたのかについてお話しします。災害の場合に消防隊員や自衛隊の方が感じる、現場での体験を通して感じるものを惨事ストレスともいいますが、そういう観点からこのコロナ禍についての問題と対策を考えていこうと思います。

さて、このコロナ禍が始まってからの精神保健活動を見てみますと、初動期に日本がまず直面したのは、中国武漢からの帰国便が着いた後に2週間ぐらい隔離されたときの、その帰国者たちへの支援でした。それと、2月上旬から大問題になりましたクルーズ船への対応、ここから日本のコロナ対策は始まったわけです。後で詳しくお話ししますが、これはまさに災害支援そのものだったという状況があります。DMATとか、私どもが所属するDPATとか、自衛隊とかが総力を挙げて支援をした状況がありました。

また、特に精神科領域では、クラスターが発生した精神科病院の支援が大きな問題になりました。精神科病院は感染が非常に蔓延しやすい環境にあります。しかも、重たい精神疾患を持った方たちを感染症の対策ができる病院へ移すことはとても難しいことで、非常に困難な状況が生まれてきました。それが最初の頃の問題です。

その後は蔓延期になって、今日は支援者のことばかり話していますが、重症の患者さん、入院さ

れた患者さんへのメンタルヘルス対策をどうするか、あるいは亡くなった方のご遺族への支援をどうするかですね。先ほどグリーンケアと当麻先生はおっしゃいましたが、そういった問題も当然起こったでしょうし、あと、軽症者の方たちへの支援ですね。兵庫県の場合には、ホテルに待機させられた方に対しては、兵庫県精神保健福祉センターの職員がそのホテルに出向いて、その部屋へ電話をすることによってサポートをしてきましたが、そういったことも課題になっていきました。

そして、あとでまた詳しくお話ししますが、支援者の支援が大きな課題になりましたし、あとは情報ですね。最初からコロナに関するいろいろな情報が出たわけです。何を信じていいのか、何を参考にしているのかも分からなくて、ちゃんとした情報をどのように提供するかも大きな課題になっただろうと思います。

時系列にそってお話しますが、まずダイヤモンド・プリンセス号における支援活動です。これは自然災害直後の急性期と同じ支援活動が行われました。自衛隊と日赤とDMATがまず活動する中で、乗客の方たちの中から非常に精神的な危機が考えられるような訴えが出たんですね。例えばここから飛び降りて死んでしまいたいというふうな発言をされる方が出て、これはやはり精神科領域の支援者に入ってほしいという要望があって、DPAT（災害派遣精神医療チーム）の派遣が検討されたわけです。それで、各自治体が派遣してもいいですよ手を挙げている中で兵庫県も手を挙げたところ、あんたたちが行けということになって、横浜に行くことになりました。

誰を派遣するか非常に悩ましかったのですが、医師として動ける人間が二人しかいなくて、一人は

小さい子供がいたということで、私が行くことになりました。そして、非常に仕事のできる、信頼の置ける県庁の保健師さんと、もう一人、僕と一緒に仕事をしたことがある精神保健福祉センターのケースワーカーの人にも一緒に行ってもらって、三人で行くことになりました。問題は、とにかく感染症のことなんか何も知らないわけです。保健師さんは知っていますよ、結核の対応とかなさってきましたので。でも結核の対応をずっとやってきたわけじゃないので、忘れていたことも多いわけですね。その中で、いきなり、かなりリスクの高いところに入れということになったので非常に不安でした。どうしたかというと、精神科病院で感染症が出た場合の対応を勉強するようなグループで対応策を学んできた方にレクチャーを受けて、にわか仕込みのPPEを着る練習をして、それで入っていったわけです。このガウンとかマスクを調達するのも非常に大変だったんです。兵庫県から持っていく場合、このガウンは手元がありませんので、後から返せと言われましたが、動物検疫をする、鳥インフルエンザとかの検疫をするようなところから借りて行きました。行ってみると非常に潤沢にPPEがあったので、これは使わずに済みましたが、そういう状況で、にわか仕込みでクルーズ船の中に入りました。中に入るとこういうものはもう脱いでよくて、コロナ対応の基地となったクルーズ船のダイニングルームで、いろいろなチームが拠点をつくって活動したわけです。この場所にいるときには、マスクだけでした。しかし、いざ船室を訪問するときには完全防備で、ガウンを着て、N95のマスクをつけて、フェイスシールドをつけて、手袋を二重に履いていくというようなことをやっておりました。

クルーズ船の中の状況を振り返ってみると、ゾーニングについて後から批判が出ました。ご存じのように、ある専門家がユーチューブに投稿したということで非常に話題になりましたが、実は感染症の専門家が入っていてゾーニングをちゃんとしてくれていたのです。船内なので限界はありますが、一応していたんですね。ただ、それに

対しても批判が出たわけです。うかつだったのは、基地となっているダイニングルームでは船員さんたちと普通に話をしているわけです。船員さんは船室に行っていますので濃厚接触者にあたりますが、その方たちとマスクだけで近い距離で話をするようなこともやっていたのです。今考えるととてもリスクの高い活動だったなと思います。

船室を訪問してどんなことをやったか、なかなか皆さん想像できないと思うのでご紹介いたします。不思議な言葉が使われておりまして、「プラス・マイナス問題」と呼ばれていました。どういうことかということ、クルーズ船なので、60歳以上の仲のいいご夫婦が多く乗っているわけです。それで、二人のうち一人がPCRプラスになった場合に、容態によっては入院させられるわけですね。そうすると、残された方は非常に不安になってしまうという問題が起きたわけです。PCRがプラスの方とマイナスの方が夫婦でいた場合の問題です。例えば70代の日本人のご夫婦で、ご主人がPCR陽性になって酸素飽和度も悪かったので病院に収容されました。奥さんは、最初はマイナスだったので船内に残されて、ご主人がかなり危ない状況だということだけは伝わっていたんですね。詳しい情報が全然彼女に伝わっていない中で、本当に不安だし、自分も感染するんじゃないかという不安を抱えておられて、パニックになっておられました。このような場合、話を聞くだけでは十分ではなく、その方が求めていることをしてあげる。これは災害後のサイコロジカル・ファーストエイドの考え方と同じですが、とにかく現実的に可能なことをしてあげるということが重要です。この場合は、夫の主治医と連絡をとって、私の目の前で電話をかけてもらって、主治医からちゃんと経過を話してもらうということをやりました。

別の60代の米国人ご夫婦の場合は、ご主人がPCR陽性になったんです。ところが、酸素飽和度がまだ大丈夫だったので船室に残っていたんですね。奥さんはまだ検査されていない状況でした。部屋に行ってみるとベランダのない船室で、二人

がセミダブルのベッドに寝そべておられて、ご主人がゴホゴホと咳をしている状況だったんです。僕らも完全防備をして行きましたけれども、奥さんが言うには、自分の検査はいつしてくれるんだ、この夫を見てくれ、こんなにゴホゴホしているのに、このままほっとくのかみたいなことを僕らに言われるわけです。よく聞いてみると、その方の米国にいるご家族の元には、なぜか、その夫は危篤になっているというような情報が誤って伝わっていたんですね。それが間接的に奥さんへ伝わったものだから、奥さんも激怒しておられるわけです。自分には何も情報はない、どうしてくれるんだみたいなことで怒っておられて、まくし立てられましたが、とにかく落ち着いてというようなお話をして、今できることは、ご主人の入院をせかしますということ、あなたの検査を急がせますということ、あなたの検査を担当していた自衛隊に折衝して、その日のうちにしてもらいました。

ご主人も割と早い時期に、翌日でしたかね、入院できて、翌日は電話でお話をしましたが、前日の怒りがちょっと収まっていて、ちょうどバレンタインデーだったので、“Happy Valentine!”と言ってもらって、とてもうれしかったというエピソードもありました。

介入すること自体は、災害のいろいろなノウハウが生かせたと思います。ところが、現場活動で僕らを感じたことは感染の不安よりも、やはり指揮命令系統の混乱です。DMATやDPATは災害医療の枠組みで動くので、CSCATTTという考え方がある、要するにコマンドが特に大事だというようなことを言われますけれども、コマンドがめちゃくちゃでした。いろいろな命令やお達しがいろいろなところから出てくる、かなり政治的な影響を受けたような命令も出てくるので、それに振り回されてしまったということがあって、現場にいる人間はとても腹立たしい思いをしていた状況がありました。

もう一つ困ったことは、行く前には、活動終了後はすぐに日常の仕事に戻っていいと言われてい

たんです。ところが最終日になってある感染症の専門家が、この状況だったら普通は2週間隔離されますよと言い出したんですね。ですから、帰る日になって2週間の自宅待機になりました。それで、外来の予約も全部キャンセルすることになり、患者さんに一番迷惑をかけました。そういう状況で、しかも自宅待機で、自分の家族も仕事を休ませることになりまして、非常に影響が出ましたね。加古川医療センターに2週間後にお邪魔をしてPCR検査を受けて、マイナスになったのでようやく仕事に戻れたという状況だったんです。その辺がとても葛藤を感じたところでした。また、僕も責任ある仕事をしているので、なぜ先生が行ったんですかみたいなことも言われて、これは心配して言ってくれたと思いますけれども、そういうジレンマを感じることもあったと思います。

こういうことを僕自身が感じながら、やはり災害のときの支援者支援を考えなきゃいけないなど自分の経験からも思っていたわけです。

そうこうしているうちに医療者に関しては、当麻先生がおっしゃったような応援キャンペーンとか、慰労金の支給とか、支援する様々な社会的な動きが起きました。例えば、神戸港湾岸にある観覧車や人と防災未来センターがブルーにライトアップされました。当センターの隣の日赤病院では院内感染を起こして非常に苦しい状況だったわけですが、日赤病院の対面にある小学校の子どもたちが「いつもありがとう」というメッセージを出してくれたんですね。それを見た日赤の人たちは本当に心が癒やされたと言っていました。そういった社会的な支援が起こったわけです。こうべ医療者応援ファンドには、最近で7億円近いお金が寄せられています。このように医療者にはみんなが注目したわけですが、それ以外の支援者に対する関心は、実はそうでもなかったことを次にお話ししたいと思います。

例えば消防士さん。特に救急隊員の方たちは、熱発して呼吸状態が悪くなった方を搬送するわけです。ご存じかもしれませんが、大阪市の消防隊員の方が、1回目の予防接種をした後だったにも

かかわらず感染して亡くなったということがありました。神戸市の消防の方とは非常に懇意にしているのですが、特に救急隊の方は、サチュレーション、酸素飽和度が90を切っているような状況で、本当に息苦しそうなので早く入院させたいけれど転院先が見つからない。酸素を10リットルぐらい送りながらずっと待機しなきゃいけない。病院はなかなか見つからない。保健所にせつついても、私たちもどうしようもないということで、もう何時間も、本当に半日ぐらい待機させられるということで、しかも救急車の中は密室ですので、その中で酸素を出しているということは非常に感染リスクが高いということです。PPEも当初は3日ぐらい同じものを着ている状況だったとお聞きしています。それと、搬送後に救急車を全部消毒しなきゃいけないけれど、これにすごく時間がかかって、次の搬送までの作業がとても大変だということ。先ほど病院の中での部署の意識の差といった話がありましたけれども、消防でも同じことで、救急隊は非常に意識が高いけれども、帰ってみると消防隊の方たちは何かのんきにしている、マスクも鼻マスクにしていることも感染対策をしてくれない状況の中で、もう、殴ってやろうと思ったみたいなことを聞いたことがあります。そういう組織内での葛藤も起きてきたということがあります。

こういうふうに消防の方も大変でしたけれども、このコロナ禍の中で一番大変な思いをされていたのは、実は保健所の方じゃないかと私は思っています。

コロナ禍における 保健師の苦悩

- ▶ 多様な業務に忙殺：疫学調査、入院調整、検体搬送など
- ▶ 都市部の保健所では、増え続ける感染状況の中でマンパワーをはるかに超える業務に追われている
- ▶ 地域格差が大きい
- ▶ 月に200時間を越える残業をしている保健師もいる
- ▶ 住民からのクレーム、医療機関からの無理難題にも疲弊

保健所にいる保健師さんはマルチプレイヤーです。いろいろな仕事を、人に任せることなく何とか自分たちでやろうとしておられるわけです。多様な業務が日常化されているわけですが、このコロナ禍に関しても本当にいろいろな業務に忙殺されたんですね。疫学調査から始まって、入院調整、検体の搬送、あるいは、酸素濃縮機を保健所の保健師さんが患者さんのところに持っていか、酸素飽和度を測るモニターを配達するとか、そんなことを保健師さんはしなくてもいいだろうということをずっとされてきました。そして特に、兵庫県でいうと神戸市とか阪神間の都市部の保健所はとても大変で、増え続ける感染状況の中でマンパワーは増えませんので、限界を超えた業務をしていたということです。月の残業時間100時間はざらで、中には200時間を越えた人がいると聞きました。それと、中には家に帰れないので、保健所の近くのホテルにずっと泊まり込んだという人もおられたと聞いています。こういう苛酷な仕事をしている中で、住民の方からクレームを受け続けるわけですね。早く入院させろとか、何してんだあんたたちは、みたいなことを言われ続ける。医療関係者や病院からも非常に冷たい言葉を吐かれるそうです。例えば、重症の人が呼吸器をつけるかつかないか。これって普通は、病院に行ったときにドクターが、そういったことをしない可能性もありますと言うことで、いわゆるインフォームド・コンセントを取らなきゃいけないわけです。だけど、医療機関によっては保健所の保健師さんに、あんたたちが確認して、呼吸器をつけなくてもいいと言った人だけうちは受け入れるみたいなこと言われたようなことがあって、それはやっぱり苛酷なことですよ。お一人の方は、命の選別を私たちがしなければならなかったとおっしゃっていました。普段とは違う苦悩を抱えてしまったようです。

その背景として、保健所は統廃合が進んで数も減らされていましたし、人員も縮小されていました。阪神間のある保健所では、保健師1人当たりの感染者数が、第5波のときで32人です。全県

平均は12人で、特に但馬とか郡部に行くと1桁になりますので、突出して高いわけですね。これはもう本当に苛酷なものです。しかも、ほかの保健所からの応援が得にくい状況にあります。苦肉の策で、例えば人材派遣会社から派遣してもらって、安否確認とか、疫学調査のごく一部をもらうわけですが、来た人がすぐに使えるかというとならないわけですね。だから、オリエンテーションやトレーニングに時間を割かれてしまうようなことがあったそうです。このような状況の中でバーンアウトして、うつ状態になって休職する方も出始めていましたし、あと、特に仕事ができる人ほど、若い人なのにもう辞めたいと言い出すということで、組織が崩壊寸前の状態に追い込まれたことがあったそうです。考えてみると、自然災害でも保健師さんは重要な役割を担われているわけで、住民が避難所から仮設住宅に移っていくプロセスの中で支援活動をされるわけです。

自然災害とコロナ禍での保健師活動比較	
<p>▶自然災害</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 準備あり。マニュアルが整備されていることが多い ▶ 経験の蓄積 ▶ 外部支援が得られやすい ▶ 直後は大変だが、徐々に沈静化していく。 ▶ フェーズによって役割は変化 ▶ 自身の被災 	<p>▶コロナ禍</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 準備なし。情報は断片的 ▶ 感染症業務が未経験の保健師も多い ▶ 外部支援が期待できない ▶ 増え続ける業務 ▶ 求められる重責 ▶ 批判を受けることが多い ▶ 自身の健康リスク

比較してみると、自然災害の場合は準備も経験も多いことがありますし、マニュアルも整備されているわけですが、コロナ禍ではそういうものが一切なかったわけです。そして、自然災害であれば外部支援を得やすいですが、このコロナ禍はほとんどそれが期待できなかった。そして、自然災害であれば避難所から仮設住宅へ、ニーズは減っていくわけで、先が見えていきますが、コロナ禍はどんどんニーズが増えていったという状況です。第1波、2波、5波になるに従ってどんどんニーズが増えていく中で、疲弊だけがたまっていったということです。それと、批判されること

が多かった。

自然災害と比較してみると非常に苛酷な状況だったことがよく分かると思います。それを考えると医療関係者、保健所の方たちが感じたストレスは災害時の惨事ストレスそのものだったと思います。惨事ストレスになる事態で、一番問題となるのは組織の中の不和です。上司は何も分かってくれないとか、組織は何もしてくれないと思ってしまいます。そういったことが惨事ストレスの大きな影響ですし、その中で休職や退職者が出てしまうことも組織を弱体化させる問題なので、こういったことをちゃんと理解した上で対策を立てる必要があると思います。

惨事ストレス対策の基本

- ▶ 心理的反応の理解し、回復のスピードの違いを理解する
- ▶ 可能な対処法を考える：組織として、個人として
- ▶ 職場全体で乗り越えていく
 - ▶ 個人の問題に帰さない
 - ▶ 職場が守るという姿勢
- ▶ 社会が関心を払い、サポートすることが重要
- ▶ セルフケアの重要性

どんな対策が必要かというのと、職場としてちゃんと対策をとっていくことです。例えば影響を受けた人がいるとすれば、もともと神経質だからとか、もともとちょっと弱いからそうなったんじゃないの、ではなく、誰でもなり得るので、そのことをちゃんと理解した上で、組織全体でそれを乗り越えていくこと。先ほど、当麻先生が非常にいいシエマを示してくださいましたが、そのサイクルがきちんと回るようなことになっていけばいいだろうと思います。

もう一つは、やはり社会がちゃんと関心を払うことです。ぜひ、この第5波までの状況を知っていただいた上で、第6波がもし来るとしても、保健所の方たちへの支援をぜひ社会全体としてやっていただきたいと思います。保健師さんは責任感の強い人が多いので、自分たちの苦悩をなかなか外には言われません。自分たちで何とかしよ

うとされますが、それは問題を見えなくしてしまうんです。ぜひ、これをみんなが認識していただきたいと思います。

アメリカの医学界が、コロナが始まった最初の頃に出した論説の論文がありまして、その中で組織が認識すべき5か条を紹介してくれています。とてもいい言葉なので、これを最後にご紹介したいと思います。

医療従事者を守るために組織が認識すべき5箇条 (JAMA 2020)

- ▶ 聞いて下さい (Hear me)
- ▶ 守って下さい (Protect me)
- ▶ 準備させて下さい (Prepare me)
- ▶ サポートして下さい (Support me)
- ▶ ケアして下さい (Care for me)

組織としても社会としても、いろいろな苦悩を聞いてあげてほしいです。そして守ってあげなきゃいけないですし、いろいろな準備をさせなきゃいけない、そして、サポートをしてケアをすることを組織としても、あるいは社会全体としてもしなきゃいけないということを、ぜひこの機会に皆さんが認識していただきたいと思います。

駆け足になりましたがコロナ禍における、その支援者が受ける影響についてお話をさせていただきました。

特に、忘れられた存在としての保健所の方たちの苦悩とさまざまな問題について、ちゃんと認識していただきたいと思います。とにかく社会が関心を払っていただくことが大事であると最後に申し添えたいと思います。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

《ディスカッション》

○大澤上席研究主幹

今回は支援者のメンタルヘルスについてのお話が比較的多かったと思いますが、コロナ陽性者のメンタルヘルスについても考える時間を持ちたいと思います。軽症者であったとしてもホテルに隔離されたり、入院したりすると家族に会うこともできません。特に初期段階では一体どのような治療が受けられるのかよく分からない中、あっという間に重症化してしまった人たちのメンタルヘルス。または、その地域で第一号の感染者になってしまったがゆえに周りから批判、差別を受けることで、メンタルヘルス上の問題を抱えることもあったと思います。先生方から、罹患された方のメンタルヘルスの影響についてお話しいたきたいと思います。

田中先生、お子さん、あるいはお子さんのご家族が陽性者になることで発生したメンタルヘルス上の問題で気になった点がありましたらお話しいただけますか。

○田中診療部長

当センターもコロナの病棟を3月末から4月にかけて急に作り、私もチームの一員として、週に3回ぐらいその病棟で、どういう子どものケアができるか、心のケアとして何ができるかを考えてきました。第1波のときは、本当に一生懸命みんなで準備していましたが入院となったのはゼロでした。その後、第3波、第4波のときに、病棟を埋め尽くすぐらい子どもたちが入院してきました。救急外来とか、保健師さんが連れてきてくださる段階で、よく分からない状況のまま親と分離しなければいけない状況があって、隔離された病棟に子どもたちが一人でぽつんと入院しているというところがありました。そのときに、自分の子どもを感染させてしまった、子どもが辛い思いをしているんじゃないかともものすごく不安が高まって、病棟に何度も何度も電話をして

る親御さんたちがおられましたので、その方たちに対して、オンラインを使って面会させるような取り組みをする一方で、子どもが良くなって帰ったときにしっかり生活していただけるように、まずはセルフケアをしてくださいといったリーフレットを作りました。子どもたちは、ほとんど風邪のような症状で、重篤になる子はおらず、遊ぶ元気もあったので、保育士さんに入っていて遊ぶような状況をつくったり、子ども自身にもセルフケアの方法を教えたり、リーフレットを作ったりしていました。

自宅療養になる子たちが多いですけど、入院したケースは残念ながら社会的問題を抱える子どもが多くて、独り親家庭だったり、もともと家で家庭の基盤がない子たちが多かったなと思っています。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございました。当麻先生は、いかがでしょうか。

○当麻副院長

救命センターに入院される患者さんは、基本的には人工呼吸器をつけて鎮静鎮痛をしているので、意識がなくなっている。そういう方にどう接するかということ、あんまり支障はないですけど、家族の人にどういう対応がとれるかは一つ大きな問題だとは思いますが。実は家族の人も、ほかの病院に入院しているということもありますし、濃厚接触者で自宅待機、あるいは感染がなくて自宅待機をしている人も結局、病院に来ても面会ができない。そうなる、病状をどのように伝えるかという医者側からの問題と、看護師さんたちは、家族看護をどうサポートしてあげられるか、具体的にどうやるかとか最初はなかなか分からない。最終的にはリモート面会というような形でiPadを用いて、たまに画面を見合いながらと

いうふうなことに今のところは落ち着いていますが、画面だけでは伝わらない部分も多々あるので、医療者側と家族の方との間のコミュニケーションが不十分になりがちになるし、それで家族の人がまたフラストレーションをためてしまうという問題はあるのかなと思います。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございます。原田先生、いかがですか。

○原田教授

私からは2つ、あります。1つは、私自身が今、義理の祖父母のうち一人が癌で入院中でして、相方が、やはり一人だともう独居ができないということで、同じ敷地内にはいますが病院と施設でばらばらに生活をしています。私たち自身も県外の者なのでお見舞いに行くこともできませんし、あとは、たとえ夫婦であっても、同じ敷地内にいるのに最後の時間を過ごすことができないのを見ているのはやはりすごく苦しいなとも思いますし、看護職として、やはり緩和ケアのことを考えると、その時間をいかに充実させるかがその後の遺族のグリーフケアにもつながることを重々承知しているので、何というか、医療職としてもやっぱり心苦しくなる点はあるかなというのが1つですね。

あとは、間接的にサポートをしていた病院ですが、最初に症状を呈したスタッフさんと検査を進めていったら、その後に発症された方が実は最初の感染の方だった。でも、この方は症状が出るのが少し遅かったので、最初に検査をしたときに陽性になった方に対して、組織の接し方という点でその方が離職をして離県をしてしまうことになったところも、ちょっとサポートが至らなかったかなとも思います。宮崎という、地域のつながりが割と濃いところなので、最初のころは石を投げられてしまうようなお宅とか、医療者が訪問看護の車で回っていると、うつすから来るなど言われ住民の方から石を投げられるとかがあって、そういったことを見ていると、社会の中のつ

ながりというか、みんなが心の余裕をなくしてしまっている、そういったことを感じました。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございます。加藤先生、いかがですか。

○加藤センター長

そうですね、トラウマという観点から言うと、例えば非常に誹謗中傷を受けた方たちが今どうしておられるのか。そういった方たちの苦悩は漏れ聞きますけれども、それをもっているいろいろな支援を受けることにはなかなかつながっていない状況だと思いますので、そういった方たちへの影響が今後どんな形で起きてしまうのかも危惧します。また、志村けんさんのエピソードなんかはそうですね、亡くなった場合に、ご遺族にとっては死に目にも会えないし、遺体に触ることもできない、帰ってくるのは本当に遺骨だけというような状況は、曖昧な喪失と言われますけれども、当たり前前の喪失感を持つことさえできないような状況になっていったと言われていて、そういった方たちの訴えは今はそんなに届いていませんけれども、そういった問題が、今後、長いプロセスの中でどういうふうになっていくのかは非常に危惧されるころだなと思いますね。

○大澤上席研究主幹

その通りですね。ありがとうございます。まだもう少しだけ時間があるので、今後について一言ずつお願いしたいと思います。現在、感染者の数は低い状態を維持しています。しかし、オミクロン株が登場し、予断は許されません。そこで、これまでの教訓を踏まえた上で今後、第6波に向けての準備としてどのようなことが可能性としてできるのか、一言ずつ、お言葉をいただきたく思います。まず、田中先生からお願いします。

○田中診療部長

私以外の演者の先生の話の聞きながら感じていたことは、これをレジリエンスに変えるために

は、みんながみんなをいたわるというか、いろいろな立場の人がいて、いろいろな立場でみんなが乗り越えてきたこれまでのことをねぎらい、いたり、でも、乗り越えてきた私たちがいると自信を持ちながら、第6波に向かってまた一致団結ができることかなと思ったんですね。加えて、虐待の通告件数は増えてなかったけれども、虐待が消えるわけではないので、そういった子どもたちが一体どこに行っちゃってるのか。この間、ト一横キッズというワードが出ていましたが、居場所のない子どもたちはそういうところに集まって、そこに悪い大人が来て子どもをだますようなこともあるみたいですので、私たち大人が、比較的余裕のある職種の方たちは子どもたちにも関心を寄せて、そういった子どもたちに対してどういうふうに行動を修正できるかとか、積極的に関わっていくことの必要性を感じています。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございます。では引き続いて当麻先生、お願いします。

○当麻副院長

加古川医療センターの話ですれば、恐らくこの1年間で結構 COVID-19 に対する抗体価、病院としての抗体価が、今は結構高いと思いますね。それは診療のこともそうだし、メンタルヘルスに関しても意外と高めに維持できているのではないかと思います。ですが、そういうものは知らないうちに下がってきますので、一応引き出しは作っているの、その引き出しの中にある材料をまた持ち出して新たに構築するのは必要だと思います。今までやってきたことが全く駄目だというわけではないですが、極めてすばらしいというわけでもありませんので、そこは新しく作るのが一つだと思います。

あと一つは、結構いろいろあったとは思いますが、やはり病院として残せるものは何かというと、感染対応に関しては、自分たち、特に病院の ICT（感染制御チーム）が中心となって作り上げ

てきた感染対応に関するシステムをちゃんと遵守してみんながやることによって院内感染の患者さんが出なかったという、その結果は非常に誇ってもいいと思いますね。それは、そのシステムもよかったのでしょうか、みんながそれを遵守してできたことがやっぱりよかったんだろうと思いますので、これからもそういうものは続けていかなければと思います。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございます。では原田先生、お願いします。

○原田教授

私からは、トラウマインフォームドケアかなと思っています。トラウマインフォームドケアという言葉、お集まりの皆様、恐らくご存じの方ばかりかもしれませんが、人に接するとき、その人はもしかしたらトラウマの経験がある人かもしれない、だったら、その人が傷つかないように接しようという姿勢だと私は理解しております。この新型コロナウイルス感染症は、世界中の人たちがトラウマ経験というか、少なくとも非常に大きなストレス経験をした唯一の災害ではないかと思っています。例えば、地震の場合はその地震の揺れを感じたとか、それで家屋が壊れてしまった、家族をなくしてしまったという方と、そうでない方という区別があると思いますけれども、この新型コロナウイルス感染症は、等しく全ての人たちに影響を及ぼした事象と考えることができるとしています。だからこそ、この後何が来ても私たちはお互いに、責めるのではなくて気遣いをし合うという、その姿勢をこれから持たなくてはという心の準備をするのが今の時間ではないかなと考えています。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございます。では加藤先生、最後によりしくお願いします。

○加藤センター長

そうですね、医療関係者や保健の関係者は、できたことをあまり見ないんですね。できなかったこと、これはあかんかったとか、ここは足りなかったとか、そういうことばかりに目を向ける習性があるように思います。確かに大変な事態でしたが、この中でもできたことはたくさんあると思いますので、さっき当麻先生がおっしゃったように、そのことをまず、ちゃんと自分たちで認識して評価することから始まるだろうなと思いますね。

あと、保健所の方の大変さをどう和らげるか、これは難しい課題ではありますが、例えば地域差をなくすためにもう少し何か工夫ができないのかということもありますし、保健所だけで考えるのではなく、例えば県だったら県民局単位で、全体で、事務の方も含めて対策をとるとか、その組織もずっと広げた形で対策をとっていかないと、いけないうらなうなと思います。ともかく支援者は元気でないと患者さんへの対応もしにくいの

で、そこを基本に考えたらいいんじゃないかなと思います。

○大澤上席研究主幹

ありがとうございました。時間となりましたので、これでパネルディスカッションを終了したいと思います。

東京から参加いただきました田中先生、そして3名の演者の先生方、今日はどうもありがとうございました。皆さん、もう一度盛大な拍手でお礼を伝えたいと思います。(拍手)



2 研究員の活動実績

(1) 刊行物

【公表論文】

- 亀岡智美. 講座 トraumainフォームドケア (4) Traumamにやさしいケア. 児童養護, Vol.51, No4, 38-41. 2021
- 亀岡智美. シンポジウム10-4 子どものPTSD治療とアタッチメント. 児童青年精神医学とその近接領域, 61 (5), 494-499. 2020
- 亀岡智美. Traumamインフォームドケアの実践普及に向けての指針改定のための一考察. 厚生労働科学研究 (障害者政策総合研究事業). 精神保健医療福祉施設におけるTraumam (心的外傷) への対応の実態把握と指針開発のための研究 (研究代表: 西大輔). 令和2年度報告書
- 亀岡智美. 総合考察 コロナ禍の影響: メンタルヘルスの観点から. 厚生労働行政推進調査事業 (厚生労働科学特別研究事業). コロナ禍における子どもへの影響と支援方策のための横断的研究 (研究代表: 山野則子). 令和2年度報告書
- 亀岡智美. 児童青年期の心的外傷後ストレス障害と認知行動療法. 児童青年期精神医学とその近接領域, 62 (1), 1-10. 2021
- 田中英三郎・西川瑞穂・大久保圭策・亀岡智美. 精神科診療所受診患者における逆境的小児期体験と生涯Traumam体験の頻度およびPTSD症状に関する横断調査. 精神神経学雑誌, 123 (7), 396-404. 2021
- 大塚美菜子・亀岡智美. 発達障害と複雑性PTSD. 精神療法, 47 (4), 67-68. 2021
- 亀岡智美. 最近DVについて考えたこと. こころの科学, 219, 94-95. 2021
- 亀岡智美. COVID-19パンデミックによる影響-Traumamの観点から-. ソーシャルワーク研究, 47 (4), 18-22. 2022
- 亀岡智美. Traumamの臨床-リスクを知り、二次受傷を防ぐ. こころの科学, 222, 39-43. 2022
- 須賀楓介. DVによるTraumamの治療. こころの科学, 219, 66-71. 2021

【著書・翻訳】

- 亀岡智美・飛鳥井望編著. 子どものTraumamとPTSDの治療: エビデンスとさまざまな現場における実践. 誠信書房. 2021
- 亀岡智美. PTSD -さまざまなTraumam反応への対応. 日本公認心理師協会監修. 児童虐待における公認心理師の活動. 152-163. 金剛出版. 2021
- 亀岡智美編集. 【特別企画】ドメスティック・バイオレンス. こころの科学, 219. 2021
- 亀岡智美・花房昌美監訳 (メリッサ・ラニアン、エステル・デブリンジャー著). CPC-CBT親子複合型認知行動療法セラピストガイド. 金剛出版. 2021
- 亀岡智美. 持続エクスポージャー療法 (PE) / Traumamフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) の活用と工夫. 飛

鳥井望編. 複雑性PTSDの臨床実践ガイド. 65-86. 日本評論社. 2021

- 亀岡智美監訳. かつとなっちゃうあなたへ (子どもの気持ちが楽になる絵本シリーズ). 誠信書房. 2022. (Holly Brockmann, Leah Bowen : A Feel Better Book for Little Tempers. Magination Press. 2018)
- 亀岡智美監訳. 不安になっちゃうあなたへ (子どもの気持ちが楽になる絵本シリーズ). 誠信書房. 2022. (Holly Brockmann, Leah Bowen : A Feel Better Book for Little Worriers. Magination Press. 2017)
- 亀岡智美監訳. かなしくなっちゃうあなたへ (子どもの気持ちが楽になる絵本シリーズ). 誠信書房. 2022. (Holly Brockmann, Leah Bowen : A Feel Better Book for Little Tears. Magination Press. 2019)
- 大澤智子「プレホスピタル・ケア」「伝授します! 救急隊員が健康な心を育て、維持するためのコツ」第34巻第3号 (163). 28-29.
- 大澤智子「プレホスピタル・ケア」「ストレスと上手に付き合うには」第34巻第4号 (164). 48-49.
- 大澤智子「プレホスピタル・ケア」「同僚や部下が不調に陥った時にすべきこと」第34巻第5号 (165). 52-53.
- 大澤智子「プレホスピタル・ケア」「パワー・ハラスメントを適切に判断するためのコツ」第34巻第6号 (166). 78-79.

【その他刊行物】

- 加藤寛. 特集●東日本大震災: 発災から10年を振り返る 被災地での献身と創意工夫. トラウマティック・ストレス VOL.19 No.2 : 117. 2021
- 亀岡智美・来住由樹. シンポジウム5. 子どものトラウマケアー組織としてどう取り組むか?ー. 司会の言葉. 児童青年精神医学とその近接領域. 62 (4), 88-89. 2021
- 酒井佐枝子. 書評. 発達障がいとトラウマ (小野真樹著). こころの科学, 221 : 117. 2021
- 酒井佐枝子. CRC親子プログラム「ふあり」の実践から親子関係再構築への支援を考える. 親のニーズを探るガイドブッカー《困難推測ワーク》を活用してー. 認定特定非営利活動法人チャイルドリソースセンター. 9-21. 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】

- 加藤寛. 【鼎談】初代会長に聞くーJTSSの20年とこれからー. 第20回日本トラウマティック・ストレス学会. 2021/7/17~18. ウェブ
- 加藤寛. 東日本大震災と地域・コミュニティの回復: 次世代に何を伝えるべきか. 第20回日本トラウマティック・ストレス学会. 2021/7/17~18. ウェブ
- 加藤寛. COVID-19が医療関係者に及ぼす精神的影響とその対応 (オンデマンド限定セッション). 第117回日本精神神経学会学術総会. 2021/9/19~21. ウェブ
- 加藤寛. 災害支援の文脈で考えるコロナ渦. 第24回日本精神保健・予防学会学術集会. 2021/11/27~28. ウェブ

- 亀岡智美. 大会企画シンポジウム8. トラウマインフォームドケアの総論. 第18回日本うつ病学会総会. 2021/7/9. ウェブ
- 齋藤梓・岡本かおり・新井陽子・亀岡智美・飛鳥井望. シンポジウム16. Zoomを使用したTF-CBTの実践報告ー有用性と工夫についてー. 第20回日本トラウマティック・ストレス学会. 2021/7. ウェブ
- 亀岡智美. 記念講演. トラウマインフォームドケア～物質関連問題とトラウマ～. 関西アルコール関連問題学会総会. 2021/7/10. ウェブ
- 亀岡智美. コロナ禍の子どもたちー医療や学校現場からー. 第58回近畿児童青年精神保健懇話会. 2021/8/21. ウェブ
- 亀岡智美. シンポジウム73. TF-CBTの実践によるアタッチメントとトラウマの回復. 第117回日本精神神経学会学術総会. 2021/9/21. 京都
- 亀岡智美. ランチョンセミナー I. 子どものトラウマ治療～TF-CBTのひろがり～. 第126回日本小児精神神経学会. 2021/10/16. ウェブ
- 亀岡智美. シンポジウム2. 愛着-トラウマ問題への挑戦～親子複合型認知行動療法～. 第24回日本摂食障害学会. 2021/10/30. ウェブ
- 亀岡智美. シンポジウム 4. トラウマフォーカスト認知行動療法. 第62回日本児童青年精神医学会総会. 2021/11.13. ウェブ
- 亀岡智美. シンポジウム 9. トラウマフォーカスト認知行動療法におけるアタッチメントの視点. 第62回日本児童青年精神医学会総会. 2021/11/13. ウェブ
- 亀岡智美. 教育講演2. トラウマインフォームドケア. 第27回日本子ども虐待防止学会学術集会. 2021/12/5. 横浜
- 亀岡智美. 教育講演. トラウマインフォームドケアーその概念と日本での現状. 大阪教育大学学校安全推進センターシンポジウム. 2022/3/6. ウェブ
- 大澤智子. 災害救援組織における惨事ストレスに対する支援と受援. 日本トラウマティック・ストレス学会シンポジウム. 2021/7/18. ウェブ
- 菊池安希子・大澤智子. EMDRにおける適応的情報処理モデルと治療計画. 日本トラウマティック・ストレス学会シンポジウム. 2021/7/18. ウェブ
- 酒井佐枝子. 自傷行動を有する自閉スペクトラム症児の常同行動の改善ー学校における積極的行動支援の取組みによる一事例からー. 自閉症スペクトラム学会第19回研究大会. 2021/8/30. ウェブ
- 酒井佐枝子. 外部委託による親子関係再構築支援プログラムの意義ー委託元支援者の視点からー. 日本子ども虐待防止学会 第27回学術集会. 2021/12/5. 神奈川
- 桃田茉莉. PTSD症状を呈する対象者における日常生活上の実行機能の問題. 日本トラウマティック・ストレス学会第20回学術大会. 2021/7/17～18. ウェブ

(3) 講演

- ・ 加藤寛. 災害時こころのケア研修. 広島市精神保健福祉センター. 2021/9/16. ウェブ
- ・ 加藤寛. 大塚製薬主催【医療従事者向け】メンタルヘルスセミナーコロナ禍での支援者支援. 大塚製薬. 2021/10/19. 兵庫
- ・ 加藤寛. 兵庫県における被災者の心のケア、災害復興支援政策、住民の防災意識について. マダガスカル国営放送. 2022/1/13. ウェブ
- ・ 加藤寛. 災害後の中期的こころのケアPTSDの基本的理解と支援. 岡山県精神保健福祉センター. 2022/2/16. ウェブ
- ・ 亀岡智美. DVが子どもに与える影響～トラウマの視点から～. 大学心理相談室との連携によるDVのある家庭の子どもの心理相談にかかる経費の補助事業. 神戸市子ども家庭局. 2021/4/27. ウェブ
- ・ 亀岡智美. DVが子どもに与える影響～トラウマの視点から～. 大学心理相談室との連携によるDVのある家庭の子どもの心理相談にかかる経費の補助事業. 神戸市子ども家庭局. 2021/4/30. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 性的虐待の影響ー心の傷つきへのケア. 児童心理士指導者研修. 子どもの虹情報研修センター. 2021/5/13. ウェブ
- ・ 亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 東京大学「職域・地域架橋型-価値に基づく支援者育成」Cコース. 東京大学医学部附属病院精神神経科. 2021/5/23. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 子どものPTSDのアセスメント. 児童相談所職員研修. さいたま市北部児童相談所. 2021/6/18. ウェブ
- ・ 亀岡智美. TF-CBTイントロダクトリートレーニング. さいたま市児童相談所職員研修. TF-CBTラーニングコラボラティブ研究会. 2021/6/19～20. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 子ども虐待とトラウマ. 「子ども虐待」基礎講座. 児童虐待防止協会. 2021/7/30. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 学校におけるトラウマインフォームドケア. 学校におけるトラウマインフォームドケア研修. 梅花女子大学TICプロジェクト. 2021/8/9. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 虐待の評価とケア. 厚生労働省こころの健康づくり事業（思春期精神保健研修事業）. 国立国際医療研究センター国府台病院. 2021/8/19. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 子ども虐待とトラウマ. 「子ども虐待」実践講座. 児童虐待防止協会. 2021/8/29. ウェブ
- ・ 亀岡智美. TF-CBTイントロダクトリートレーニング. 大分県行政心理士スーパーバイザー研修会. TF-CBTラーニングコラボラティブ研究会. 2021/9/4～5. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 子どものトラウマインフォームドケア. 伊都郡保健師業務研究会. 2021/9/7. ウェブ
- ・ 亀岡智美. トラウマインフォームドケアについて. 令和3年度研修会. 宮城県精神保健福祉協会. 2021/9/18. ウェブ
- ・ 亀岡智美. トラウマインフォームドケア～物質関連問題とトラウマ～. 依存症WEB講演会. 大日本住友製薬株式会社. 2021/10/8. ウェブ
- ・ 亀岡智美. 虐待の評価とケア. 厚生労働省こころの健康づくり事業（思春期精神保健研修事業）. 国立国際医療

- 研究センター国府台病院. 2021/10/19. ウェブ
- 亀岡智美. コロナ禍における子ども、家庭、学校—2020年度の調査結果から得た知見をどう活かすか. 府大教育福祉研究センター公開講座=市大との合同企画. 大阪府立大学. 2021/11/29. ウェブ
 - 亀岡智美. トラウマケア等の治療技法と支援プログラムについて. 児童心理司キャリアアップ研修. 山口県社会福祉協議会. 2021/12/3. 山口
 - 亀岡智美. 子育て支援と虐待予防～ハイリスクな親子への支援～. 第44回近畿地区市町村保健師研修会. 兵庫県市町村保健師協議会. 2021/12.6～2022/1/11. ウェブ
 - 亀岡智美. 子どものPTSDへのアセスメント. 児童相談所職員研修. 埼玉県中央児童相談所. 2021/12/10. ウェブ
 - 亀岡智美. TF-CBT イントロダクトリートレーニング. 埼玉県児童相談所TF-CBT研修. TF-CBT ラーニングコラボラティブ研究会. 2021/12/11～12. ウェブ
 - 亀岡智美. トラウマのメガネを通して子どもと家族の安全を考える. 児童相談所児童心理司研修. 茨城県中央児童相談所. 2022/1/7. ウェブ
 - 亀岡智美. 子どものトラウマに対するCBT. シリーズオンラインセミナー（幼児期から思春期までの認知行動療法 第9回）. パーマネント・クリエイティブ・マインド. 2022/1/8. ウェブ
 - 亀岡智美. 被虐待児のメンタルヘルスケア～虐待に苦しむ親子への支援～. 政策・実務研修「児童虐待への対応」. 全国市町村国際文化研究所. 2022/1/17. 大津
 - 亀岡智美. ハイリスクな育ちの背景を持つ子どもたちの行動の理解とかかわり～トラウマインフォームドケアを支援に生かす～. 思春期精神保健福祉相談指導事業研修会. 佐賀県精神保健福祉センター. 2022/1/21. ウェブ
 - 亀岡智美. 少年司法におけるトラウマインフォームドケア. 職員研修. 法務省法務総合研究所. 2022/2/15. ウェブ
 - 亀岡智美. 虐待診療におけるトラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）の実践. 岡山県児童虐待対策協議会特別講演会. 岡山県児童虐待対策協議会. 2022/2/26. ウェブ
 - 亀岡智美. トラウマインフォームドケア. 愛着とトラウマの理解に関する研修. 広島県西部子ども家庭センター. 2022/3/4. ウェブ
 - 亀岡智美. 子どものトラウマケアについて. 醍醐子育てネットワーク研修会. 醍醐支所保健福祉センター. 2022/3/7. ウェブ
 - 大澤智子. 「メンタルヘルス」について. 令和3年度消防士長昇任課程. 神戸市消防学校. 2021/5/19. ウェブ
 - 大澤智子. 災害時のこころのケア. 令和3年度春期災害対策専門研修「マネジメントコース」ベーシック. 人と防災未来センター. 2021/6/9. 神戸
 - 大澤智子. メンタルヘルス ストレスマネジメント. 令和3年度初任科教育課程(第98期初任科). 神戸市消防学校. 2021/6/10. ウェブ

- Tomoko OSAWA. Psychological First Aid as Early Intervention for Stress and Traumatic Management during Crisis. 1st Malaysia International Webiner on Psychological First Aid. 2021/6/19. ウェブ
- 大澤智子. メンタルヘルス. 第86期兵庫県消防学校初任教育. 兵庫県広域防災センター兵庫県消防学校. 2021/6/30. 三木
- 大澤智子. 管理職研修. 江津市消防本部. 2021/7/7~8. ウェブ
- 大澤智子. 災害時のこころのケア. 大阪府ボランティアセンター. 2021/7/10. ウェブ
- 大澤智子. 災害メンタルケア サイコロジカル・ファーストエイド研修. 文部科学省補助金事業「課題解決型高度医療人材養成プログラム」コンダクター型災害保健医療人材の養成プログラム. 東北大学病院総合地域医療教育支援部. 2021/8/21. 仙台
- 大澤智子. 自殺リスク者への相談・支援について. 社員研修. 株式会社Rodina. 2021/8/25. ウェブ
- 大澤智子. 災害と精神保健. 精神保健福祉にかかる保健師研修（応用研修）. 大阪市こころの健康センター. 2021/8/31. 大阪
- 大澤智子. 支援者のメンタルケア. 被害者支援員養成講座. 天王寺区民センター. 2021/9/10. 大阪
- 大澤智子. ~災害等危機的状況における支援者の対応~サイコロジカル・ファーストエイド研修（PFA：心理的応急処置）. 令和3年度自殺対策人材育成研修（PFA研修）. 広島県立総合精神保健福祉センター. 2021/10/6. ウェブ
- 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. 2021/10/8. 吹田
- 大澤智子. メンタルヘルス研修. 2021年度豊岡市職員研修. 兵庫県豊岡市. 2021/10/13. 豊岡
- 大澤智子. 惨事ストレス. 吹田市消防局. 2021/10/15. 吹田
- 大澤智子. 災害時のメンタルケアについて. 災害ボランティア事前登録者研修会. 社会福祉法人明石市社会福祉協議会. 2021/10/16. ウェブ
- 大澤智子. 消防職員のための傾聴方法. 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. 2021/10/20~21. 奈良
- Tomoko OSAWA. Secondary Traumatic Stress and Critical Incident Stress Management. Managing Mental Health Issues in Prolonged Crisis - Beyond Psychological First Aid. 2021/10/27. ウェブ
- 大澤智子. 消防職員の職場におけるハラスメント対策について. 柳川市消防本部ハラスメント研修会. 柳川市消防本部職員の職場におけるハラスメント撲滅推進会議. 2021/10/28. 福岡
- 大澤智子. 消防職員の職場におけるハラスメント対策について. 筑紫野大宰府消防組合. 2021/10/29. 福岡
- 大澤智子. 医療職のためのサイコロジカル・ファーストエイド. 藤田医科大学. 2021/11/1. ウェブ
- 大澤智子. 惨事ストレスについて. 幹部教育（新任消防司令補ステップアップ研修）. 京都市消防学校. 2021/11/5. 京都
- 大澤智子. 令和3年度サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）研修会. 令和3年度サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）研修会. 熊本こころのケアセンター. 2021/11/17-18. 熊本
- 大澤智子. 管理職のためのハラスメント対応について. 大牟田消防本部. 2021/11/19. 福岡

- [大澤智子](#). 惨事ストレスとメンタルヘルス対応. 公務災害セミナー. 名古屋市消防局. 2021/11/24. 愛知
- [大澤智子](#). 職場のコミュニケーション. 岐阜鳥羽広域消防本部. 2021/11/25. 岐阜
- [大澤智子](#). 惨事ストレスとメンタルヘルス対策. 令和3年度北海道消防長会消防職員安全衛生研修会. 2021/12/1. 北海道
- [大澤智子](#). 惨事ストレスとメンタルヘルス対策. 令和3年度広島県消防長会消防職員安全衛生研修会. 2021/12/3. 広島
- [大澤智子](#). 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). 令和3年度災害復興期のこころのケア研修会. 熊本こころのケアセンター. 2021/12/8~9. SPR熊本
- [大澤智子](#). 職場におけるハラスメント対策及びメンタルヘルス. 令和3年度幹部教育「初級幹部科」. 兵庫県広域防災センター. 2021/12/10. 三木
- [大澤智子](#). 惨事ストレス研修. 令和3年度地方公務員消防職員安全衛生研修会. 2021/12/16. 大阪
- [大澤智子](#). 災害時のこころのケア研修. 阿南社会福祉協議会. 2021/12/23. ウェブ
- [大澤智子](#). 惨事ストレスの理解と予防. 令和3年度消防職員幹部教育中級幹部科. 滋賀県消防学校. 2022/1/12. 滋賀
- [大澤智子](#). 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～. 令和3年度災害時こころのケア研修会. 三重県こころの健康センター. 2022/1/13. ウェブ
- [大澤智子](#). 災害時のこころのケア研修. 伊勢市防災大学. 2022/1/22. ウェブ
- [大澤智子](#). こころのケア (PTSD). 2021年度JICA「災害に強いまちづくり戦略」研修. 公益財団法人神戸国際協力交流センター. 2022/1/24. ウェブ
- [大澤智子](#). 惨事ストレスとメンタルヘルス対策. 令和3年度宮城県消防長会職員安全衛生研修会. 2022/1/27. 仙台
- [大澤智子](#). 二次受傷の理解と予防. 令和3年度兵庫県家庭相談員研修会. 2022/2/3. ウェブ
- [大澤智子](#). 二次受傷の理解と予防. 令和3年度明石市男女共同参画相談員研修会. 2022/2/9. 明石
- [大澤智子](#). 二次受傷の理解と予防. 令和3年度大阪府相談支援員研修会. 2022/2/15. ウェブ
- [大澤智子](#). 二次受傷の理解と予防. 令和3年度徳島県相談支援員研修会. 2022/2/20. ウェブ
- [大澤智子](#). コロナ禍におけるメンタルヘルス対策. 令和3年度三田こぶしの園職員研修会. 2022/3/2. ウェブ
- [酒井佐枝子](#). CRC親子プログラム「ふぁり」の実践から親子関係再構築への支援を考える. チャイルドリソースセンター研修. 2021/5/18. ウェブ
- [酒井佐枝子](#). 発達障がいのある子どもにおけるトラウマとその対応～トラウマインフォームドケアの視点から考える～. 徳島市特別支援教育研修会. 2021/8/25. ウェブ
- [酒井佐枝子](#). 子どものトラウマ症状の理解. 令和3年度大東市児童虐待防止連絡会議関係機関向けスキルアップ研修会. 2021/10/26. ウェブ
- [酒井佐枝子](#). 子ども理解に向けたトラウマインフォームドケア. 滋賀県臨床心理士会令和3年度第5回スクールカウンセラー研修会. 2021/11/14. ウェブ

- ・ 酒井佐枝子. ト라우マと発達障害をケースを通して考える. 神戸家庭裁判所伊丹支部. 2021/12/3. 兵庫
- ・ 酒井佐枝子. 子ども理解のためのトラウマインフォームドケア. 令和3年度天理養徳院職員研修会. 2021/12/8. ウェブ
- ・ 須賀楓介. ゲートキーパー研修1. 高知市役所職員研修. 2021/8/6. ウェブ
- ・ 須賀楓介. ゲートキーパー研修2. 高知市役所職員研修. 2021/12/1. ウェブ
- ・ 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. 2021/11/5. ウェブ

(4) 学会活動

【座長】

- ・ 亀岡智美. 大会企画シンポジウムS-13 ト라우マインフォームドケア～わが国における実践と展開～. 第20回日本トラウマティック・ストレス学会. 2021/7. ウェブ
- ・ 亀岡智美. シンポジウム4. 子どものトラウマ治療について. 第62回日本児童青年精神医学会. 2021/11. 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委員長
- ・ 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. 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童買春・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
- 亀岡智美. ヨルダン技術協力個別案件専門家「難民を含む子どもに対するコミュニティレベルの精神保健・心理社会的支援の強化」にかかる国内支援委員会委員
- 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. 2021年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 広報委員
- 須賀楓介. 認定NPO法人こうち被害者支援センター理事

(5) 地域支援活動

- 亀岡智美. トラウマインフォームドケアについて. 令和3年度研修会. 宮城県精神保健福祉協会. 2021/9/18. ウェブ
- 桃田茉莉. ストレスとPTSDのケア. 社会福祉法人神戸いのちの電話. 2021/7/15. 神戸市
- 桃田茉莉. 令和3年度スーパービジョン研修会. 2021/8/26. (徳島市) ウェブ
- 桃田茉莉. 令和3年度スーパービジョン研修会. 2021/9/30. (徳島市) ウェブ
- 桃田茉莉. 令和3年度スーパービジョン研修会. 2021/10/21. (徳島市) ウェブ
- 桃田茉莉. 令和3年度スーパービジョン研修会. 2021/11/25. 徳島市
- 桃田茉莉. 令和3年度スーパービジョン研修会. 2021/12/23. 徳島市
- 桃田茉莉. 令和3年度スーパービジョン研修会. 2022/2/3. (徳島市) ウェブ

(6) その他

- 亀岡智美. 2013年～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. 2021年度～現在. 大阪府子ども家庭センター親支援担当心理士のプログラム実施におけるスーパーバイザー
- 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

(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3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