



兵庫県こころのケアセンター

Hyogo Institute for Traumatic Stress

令和 5 年度

事業報告書

はじめに

令和6年の幕開けは、元旦に発生した能登半島地震、そして翌日の羽田空港での航空機事故となりました。まず、亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被害に遭われた方々にお見舞いを申し上げます。

阪神・淡路大震災、新潟県中越地震、東日本大震災、熊本地震と約30年の間に、いくつもの大地震が発生し、防災の知識が普及され復旧復興のための施策も整えられてきました。阪神・淡路大震災の時にはなかった個人への生活再建資金の提供も行われるようになり、創造的復興（英語では build back betterといい2015年の国連防災会議で重要なテーマ）という理念も広く受け入れられるようになりました。しかしながら、ひとたび大災害が起きてしまうと、被災した人々の苦悩や悲嘆は変わることなく生じてしまい、それを和らげるための息の長い支援が求められます。

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だけでなく、犯罪や暴力、虐待などの被害でトラウマを抱えた方への支援や治療も重視し、多様な相談に応えるとともに併設した診療所では有効性が証明された治療の提供に力を入れてきました。

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の支援者に対する研修への講師派遣、消防等の惨事ストレス事案への対応、そのほか事件・事故発生時に関係機関から依頼があった場合のコンサルテーションなどにも協力してまいりました。また、大規模災害が発生した際に派遣される災害派遣精神医療チーム「ひょうごDPAT」の運営と隊員養成に取り組んでおり、今年1月の能登半島地震では、先遣隊2チームを派遣し、避難所での支援、およびDPAT調整本部での活動に参加しました。

本報告書は、令和5年度における当センターの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甚です。

(公財) ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター
センター長 加 藤 寛

目次

I 兵庫県こころのケアセンターの概要

1 機能	3
2 施設概要（ゾーン配置）	4
3 組織	4

II 令和5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	9
3 相談室の運営	20
4 附属診療所の運営	23
5 地域支援活動の実施	25
6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうご DPAT」体制整備事業	27
7 こころのケアシンポジウムの開催	30
8 情報の発信	31
9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施	32
10 その他受託事業	37
11 外部評価の実施	38

III 参考

1 こころのケアシンポジウム（概要）	43
2 研究員の活動実績	78

■ 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

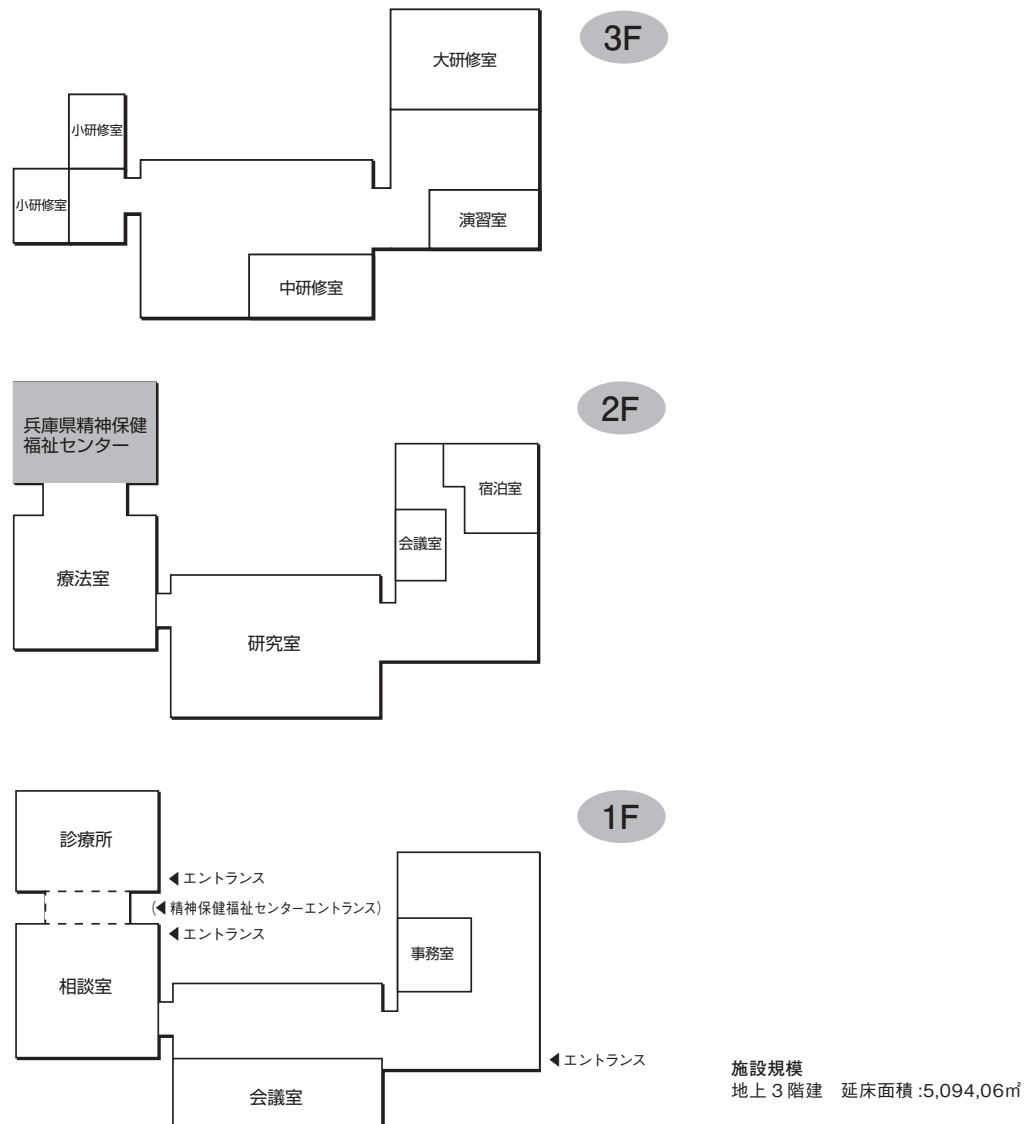
こころのケアに関する事例等を収集し、センターの研究成果と併せて、広く情報発信するとともに、普及啓発を行っている。

(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。

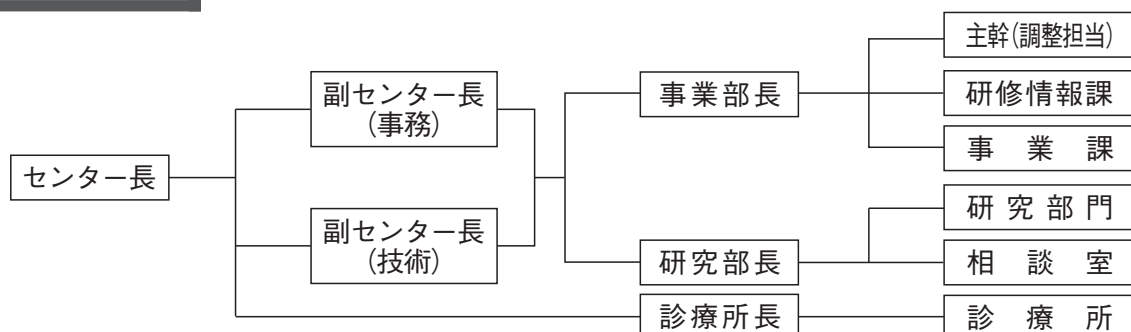


2 施設概要（ゾーン配置）



※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6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
12	3	4	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5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。

【短期研究】

研究テーマ	概 要
大災害後の高齢の被虐待者に対する支援とケアの現状についての文献調査	高齢者は、災害による非常事態のときでさえ虐待のリスクに晒されているが、被害後の心理的支援やケアについての知見は不足している。本研究ではコロナ禍に限定し、国内外における高齢者虐待の被害状況および、被害後の心理的支援やケアの提供の現状を明らかにするための文献調査を行った。その結果、パンデミック以降、虐待件数の増加が複数の研究で報告されていたが、被害後の心理的支援やケアに言及している研究は皆無であった。コロナ禍における虐待の性質および、被害を発見しにくくしている要因に関して考察した。
小児医療におけるトラウマインフォームドケア*に関する研究	子どもや家族にとって身体的精神的にストレスの大きい治療は医療従事者への影響も大きい。本研究では小児医療におけるトラウマインフォームドケア（Trauma Informed Care: TIC）への有効なアプローチ方法について明らかにすることを目標とし、文献調査を行った。米国を中心に、TICを念頭に置いたツールの開発や小児医療に関わるスタッフに対する教育において試行錯誤が行われていることが明らかになった。日本においても今後は子どもの医療全般においてTICの概念を取り入れる新たな取り組みが必要となることが示唆された。
性的加害行動の背景要因および治療アプローチに関する研究	近年、児童間の性加害や性非行といった性問題行動の発生が問題視されている。性問題行動の背景には複雑な要因があり、それぞれの要因に合わせた介入を行うことが重要である。本研究では、本邦における性問題行動に対する介入の実態を明らかにするために文献調査を行った。その結果、児童の特性に合わせて改編されたワークブック等を用いた介入や保護者支援が実施され、再発防止といった望ましい効果が報告されていた。しかしながら、妥当性が担保された研究はわずかであり、今後もエビデンスの蓄積が求められる。
患者やクライアントの自殺を経験した専門職のメンタルヘルス対策のための組織体制や課題に関する文献考察	わが国で自殺対策が公共事業として全国的に取り組まれて15年以上が経過した。専門職が支援対象者の自殺に遭遇することも少なくはない状況である。本研究では、先行研究や政策会議資料等の文献レビューを行い、自殺対策に従事する専門職のメンタルヘルスの状況や、関連分野における支援体制の現状等を明らかにし、今後の自殺対策に求められる組織体制や課題について考察を行った。

*トラウマインフォームドケア（Trauma Informed Care : TIC）とは、「トラウマに関する知識をもち、トラウマやその影響を認識しながら関わること」

【長期研究】

研究テーマ	概 要
災害後の子どものこころのケアのための人材育成についての研究 (令和4年度～6年度)	災害後の子どものこころのケアのための人材育成には、災害などのトラウマ的出来事が子どものこころに与える影響を、適切に評価できるアセスメント・ツールが不可欠である。しかし、子どもの PTSD 評価のための、信頼性と妥当性を備えた日本語版の構造化面接法はいまだ未整備であった。そこで、長期研究2年目の今年度は、子どもの PTSD 診断面接のゴールドスタンダードといわれている、PTSD 臨床診断面接尺度（DSM-5 対応）児童青年期版の信頼性と妥当性を検証した。
トラウマインフォームドケア*の学びの継続に関する研究 (令和5年度～7年度)	対人支援者がトラウマインフォームドケア（TIC: Trauma Informed Care）を支援実践に活かすうえで、教育動画教材がどのような役割を果たすかを文献精査により検証した。教育動画教材は、知識や記憶の整理、見通しの提示に有用であり、生活の質や満足度の向上につながる媒体であることから、継続した TIC に基づく支援を行うための学びを得るうえで、研修および教育動画教材を組み合わせる必要性が示唆された。
公的機関における災害時の支援者支援に関する研究 (令和4年度～6年度)	災害後、地域の復興を担う公的機関職員は長期にわたりさまざまなストレスに見舞われる。そんな状況下で彼らが力を発揮できるようにするのが支援者支援だが、受け手からの評価が十分に行われているとは言い難い。そこで、本研究は災害対応を行ったことがある保健師を対象にインタビュー調査を行い、彼らの語りから役に立つ支援者支援の特徴を見出し、支援者支援を行う外部支援者が参照できる資料とした。

【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、人を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	R5.6.2	5-1	公的機関における災害時の支援者支援に関する研究	承認 (R5.6.2)
2	R6.1.5	4-3の2	親子複合型認知行動療法のわが国での有用性についての研究	承認 (R6.1.9)

2 多様な研修の実施：こころのケア研修

令和5年度は、2期（第1期：令和5年6月～11月、第2期：令和6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回を実施した。

研修全体の受講者数（特別研修を除く）は657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、広報をホームページの他、チラシの全国配布で研修の開催を周知したためか全国各地域（44都道府県）から申込参加があり、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。

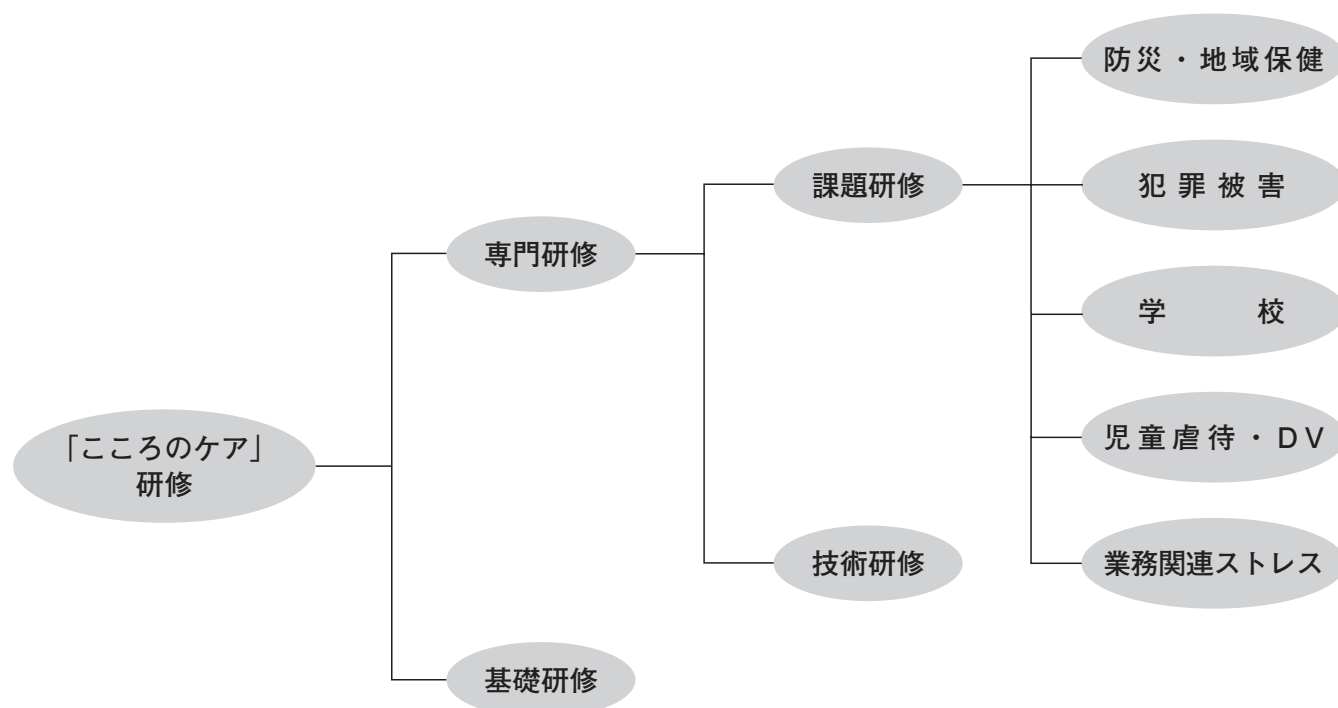
令和5年度は、受講生アンケートで要望のあった「グループワーク」を通じて、課題の解決や受講生相互の交流を図るためWEB開催8コースを、5コースに変更し、対面研修を増やした形式の研修を実施した。その結果、対面でグループワークのある研修の受講生アンケートの結果が高評価であった。

専門研修「子どもの領域におけるトラウマインフォームドケア」、「発達障害とトラウマ」など、申込多数の研修については、円滑な研修運営に支障のない範囲で定員を超えて受け入れ、効率的な受講者確保に努めている。

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）－」などの専門研修において、兵庫県で実施している「ひょうごウクライナ支援プロジェクト」にも協力を行い、ウクライナ避難民を支援する支援者に対しても研修を実施した。

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WEBにて実施した。

【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	6/28・29 (2日間)	消防職員	35	55
		発達障害とトラウマ 【Web開催】	7/13 (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、教職員等	35	79
		対人支援職のためのセルフケア	7/26・27 (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）、教職員等	35	43
		悲嘆の理解と遺族への支援	8/9・10 (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	33
		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（PFA）を学ぶ－	8/23・24 (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	17
		被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケア－サイコロジカル・リカバリースキル（SPR）－	9/6・7 (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	22
		D V被害者のこころのケア 【Web開催】	9/22 (1日間)	母子自立支援員、女性相談員、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）・D V被害者相談支援関係職員等	35	69
		消防職員のための惨事ストレスの理解と予防	10/4・5 (2日間)	消防職員	35	45
		犯罪被害とこころのケア	10/19・20 (2日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	25	24
	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）	11/15・16 (2日間)	消防職員	25	27	
基礎	関わりの中でのトラウマインフォームド・ケア（基礎研修） 【Web開催】	11/2 (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	72	
小 計					355	486
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 【Web開催】	1/23 (1日間)	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	35	64
		子ども達のいじめのケア－加害と被害の連鎖－ 【Web開催】	2/1 (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、児童福祉施設職員等	35	59
		複雑性P T S D	2/7 (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等	35	48
	小 計					105
合 計					460	657

(注) コースによって 2,500～4,100 円の受講料を徴収

【受講者の県内・県外の別】 (人)

県内	県外	計 (%)
202 (30.7)	455 (69.3)	657 (100.0)

〈県外の内訳〉 (人)

大阪	京都	東京	愛知	奈良	福岡	広島	千葉	岡山	北海道	静岡	滋賀	鳥取	神奈川
98	34	22	22	19	17	15	13	12	11	11	11	11	10

宮城	福井	岐阜	島根	大分	沖縄	群馬	長野	山梨	福島	埼玉	香川	愛媛	高知
9	9	9	8	8	8	7	7	7	6	6	6	6	6

石川	山口	栃木	茨城	三重	秋田	和歌山	徳島	佐賀	青森	山形	新潟	富山	熊本
5	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2

鹿児島	岩手
2	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5年6月28日(水)・29日(木) 2日間
- 4 日程
(1) 1日目(6月28日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	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」	神戸市消防局垂水消防署 星野誠治署長 ※進行：加藤寛センター長
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議)・予想される事態 ・職場での対応	兵庫県こころのケアセンター 加藤寛センター長 大澤智子上席研究主幹

(2) 2日目(6月29日)

時 間	カリキュラム	講 師
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」	大澤智子上席研究主幹
14:00~14:10	〈休憩〉	
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	大澤智子上席研究主幹
16:00~16:10	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5年7月13日(木) 1日間 (WEB開催)
- 4 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	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
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	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
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:15	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
16:15~16:25	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5年7月26日（水）・27日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目（7月26日）

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター 桃田茉莉特別研究員
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~16:15	講義「ストレスマネジメント」	兵庫県立大学大学院減災復興政策研究科 富永良喜特任教授

(2) 2日目（7月27日）

時 間	カリキュラム	講 師
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
16:00~16:10	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5年8月9日（水）・10日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目（8月9日）

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「悲嘆の基本的理解」	関西学院大学教授 坂口幸弘
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	講義「トラウマと悲嘆」	舞多間こころのクリニック院長 兵庫県こころのケアセンター特別研究員 須賀楓介
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:15	講義「日常臨床でのグリーフケア」	神戸赤十字病院心療内科部長 村上典子

(2) 2日目（8月10日）

時 間	カリキュラム	講 師
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准教授 瀬藤乃理子
12:00~13:10	〈休憩〉	
13:10~14:40	講義「複雑性悲嘆について」	兵庫県こころのケアセンターセンター長 加藤寛
14:40~14:50	〈休憩〉	
14:50~16:20	グループ討議「遺族の体験に学ぶ」	* 遺族の方にお話を聞く 高井千珠 氏 （ファシリテーター） 兵庫県こころのケアセンターセンター長 加藤寛
16:20~16:30	アンケート記入	

被災者や被害者をささえるために ―サイコロジカルファーストエイドを学ぶ―

(第1期 専門・課題研修)

1 対象・定員

学校・社会福祉協議会・病院等の精神保健福祉関係者 25人

2 目的

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

3 期間

令和5年8月23日(水)・24日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(8月23日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「『こころのケア』とは」	兵庫県こころのケアセンター 桃田茉莉特別研究員
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:25	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 山崎真梨子研究員
14:25~14:45	〈休憩・移動〉	
14:45~16:00	人と防災未来センター「語り部講話」	人と防災未来センター 佐々木 勉 氏

(2) 2日目(8月24日)

時 間	カリキュラム	講 師
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〉	
13:00~16:00	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
16:00~16:10	受講証・アンケート記入	

5 その他 「人と防災未来センター」との共催により実施

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

(第1期 専門・技術研修)

1 対象・定員

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

2 目的

「サイコロジカル・リカバリースキル(SPR)」はアメリカで開発された、被災者の回復を支えるための心理支援法である。被災者が苦痛をやわらげ、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5年9月6日(水)・7日(木) 2日間

4 日程

(1) 1日目(9月6日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:10~10:15	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 (公認心理師・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」	大澤智子上席研究主幹
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」	大澤智子上席研究主幹

(2) 2日目(9月7日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:00~12:00	スキル4「心身の反応に対処する」	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」	大澤智子上席研究主幹
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」	大澤智子上席研究主幹
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5年9月22日（金） 1日間 （WEB開催）

4 日 程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「トラウマ・PTSDの理解」	兵庫県こころのケアセンター 三宅和佳子診療所副所長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	講義「DVの理解と支援－被害者心理を踏まえて－」	日本福祉大学社会福祉学部 増井香名子准教授
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:15	講義「DVと児童虐待併存の理解と介入－被害親・子どもの支援を考える－」	日本福祉大学社会福祉学部 増井香名子准教授
16:15~16:25	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

(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5年10月4日（水）、5日（木） 2日間

4 日 程

(1) 1日目(10月4日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	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」	神戸市北消防署消防防災課 藺浦大作担当係長 ※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 兵庫県こころのケアセンター 大澤智子上席研究主幹

(2) 2日目 (10月5日)

時 間	カリキュラム	講 師
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」	大澤智子上席研究主幹
14:00~14:10	〈休憩〉	
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	大澤智子上席研究主幹
16:00~16:10	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5年10月19日(木)・20日(金) 2日間

4 日 程**(1) 1日目 (10月19日)**

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「被害者・遺族の心理的影響」	武庫川女子大学心理・社会福祉学部 大岡由佳准教授
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:15	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 樋本泰英室長
14:15~14:30	〈休憩〉	
14:30~16:00	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

(2) 2日目 (10月20日)

時 間	カリキュラム	講 師
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。 釜谷美佳 氏 山内千恵子 氏 (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 三宅和佳子診療所副所長
12:30~13:30	〈休憩〉	
13:30~16:30 (15:30~	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 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 三宅和佳子診療所副所長
16:30~16:40	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5年11月15日（水）・16日（木） 2日間

4 日程

(1) 1日目（11月15日）

時 間	カリキュラム	講 師
10:10～10:15	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（医師） 大澤智子上席研究主幹（公認心理師）
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	講義「惨事ストレス対策の具体例－ピアサポート制度と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（公認心理師）
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」	兵庫県こころのケアセンター 大澤智子上席研究主幹

(2) 2日目（11月16日）

時 間	カリキュラム	講 師
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」	
(15:40～16:30)	(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	

関わりの中のトラウマインフォームド・ケア

〔第1期 基礎研修〕

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5年11月2日（木） 1日間 （WEB開催）

4 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25～10:30	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〉	
13:00～14:30	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
14:30～14:45	〈休憩〉	
14:45～16:15	講義「安全・安心な環境とは」	兵庫県こころのケアセンター 酒井佐枝子 研究主幹
16:15～16:25	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6年1月23日（火） 1日間 （WEB開催）

4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:25～10:30	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〉	
13:00～14:30	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 教授 兵庫県こころのケアセンター 酒井 佐枝子 研究主幹
14:30～14:45	〈休憩〉	
14:45～16:15	講義「トラウマインフォームド・ケアの導入に向けて」	大阪大学大学院 野坂 祐子 教授 兵庫県こころのケアセンター 酒井 佐枝子 研究主幹
16:15～16:25	アンケート記入	

子ども達のいじめのケア ―加害と被害の連鎖―

(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6年2月1日（木） 1日間 （WEB開催）

4 日程

時間	カリキュラム	講師
10:25～10:30	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」	公益社団法人 子どもの発達科学研究所 所長・主席研究員 和久田 学
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	講義「いじめや問題行動による被害－加害の理解と支援」	大阪大学大学院人間科学研究科教授 野坂 祐子
14:30～14:45	〈休憩〉	
14:45～16:15	ワーク「被害－加害の連鎖をとめる心理教育とアクティビティ」	神戸教育短期大学こども学科准教授 こころのケアセンター特別研究員 中塚 志麻
16:15～16:25	アンケート記入	

複雑性PTSD

(第2期 専門・課題研修)

- 1 対象・定員
医療・保健・福祉・心理臨床の分野で対人支援に従事する者 35人
- 2 目的
複雑性PTSDとその支援について理解を深める。
- 3 期間
令和5年2月16日(木) 1日間
- 4 日程

時 間	カリキュラム	講 師
9:55~10:00	開講・オリエンテーション	
10:00~12:00	講義「複雑性PTSD概論」	舞多聞こころのクリニック院長 兵庫県こころのケアセンター特別研究員 須賀楓介
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~15:00	講義「複雑性PTSDの支援 ー安定化の重要性ー」 ボディワーク	医療法人黒崎中央医院 臨床心理部長 大友理恵子
15:00~15:10	〈休憩〉	
15:10~16:40	ワーク「症例検討」	舞多聞こころのクリニック院長 兵庫県こころのケアセンター特別研究員 須賀楓介
16:40~16:45	アンケート記入	

【特別研修】

1 「子どものPTSDのアセスメント」 [WEB開催]

日 程	令和5年7月20日
講 師	副センター長：亀岡智美
受講者数	62名（定員：40名）

2 「TF-CBT Introductory Training」 [WEB開催]

日 程	令和5年7月21, 22日
講 師	トレーナー：亀岡智美（副センター長） アシスタント：石原真実（吹田子ども家庭センター） ：村田純子（大阪府中央子ども家庭センター）
受講者数	72名（定員：40名）

3 「PTSD 構造化面接-CAPS を理解する」 [WEB開催]

日 程	令和6年1月27日, 2月3日
講 師	センター長：加藤寛
受講者数	41名（定員：30名）

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、また一般の方の主にトラウマ・PTSDに関する「こころのケア」の専門的な相談窓口として、平成16年4月から業務を開始した。

主な役割は、「こころのケア」に関する電話相談及び、トラウマ・PTSDで医療が必要な方の地域との連携窓口である。また、附属診療所の受診者への医療、保健、福祉サービス等の情報提供、諸制度の手続きにかかる関係機関との連携などの役割もある。

※10未満の数値については最小集計単位の原則により「一」で表記し、「その他」に計上する。

(1) 相談体制

- (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) 電話又は面接など
- (担当) 保健師、精神保健福祉士、公認心理師など



(2) 相談受理状況

(延べ)

(延べ)

初回相談	再相談	計 (%)
466 (28.3)	1,178 (71.7)	1,644 (100.0)

相談方法			計 (%)
面接	電話	その他	
405 (24.6)	1,191 (72.4)	48 (3.0)	1,644 (100.0)

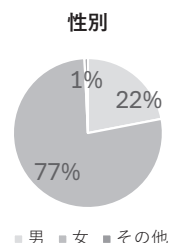
・相談方法としては電話が7割以上を占めている。その他は、文書、メール等である。

①性別・年齢別相談者数

(性別)

(延べ人数)

男性	女性	その他	計 (%)
361 (22.0)	1,271 (77.3)	12 (0.7)	1,644 (100.0)



・その他は、性同一性障害など性の多様性に配慮した。

(年齢別)

(延べ人数)

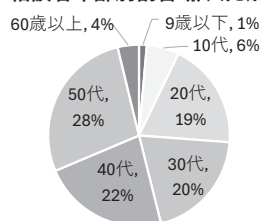
区分	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	不明	計 (%)
相談者	11 (0.7)	46 (2.8)	151 (9.2)	158 (9.6)	179 (10.9)	219 (13.3)	30 (1.7)	850 (51.8)	1,644 (100.0)
IP (※)	94 (5.7)	248 (15.1)	295 (17.9)	256 (15.6)	218 (13.3)	249 (15.1)	34 (2.0)	250 (15.3)	1,644 (100.0)

・相談者の年齢別は、50代が最も多く、次に40代の相談が多い。

・IPの年齢別は、不明を除くと20代が最も多く、次に30代の相談が多い。

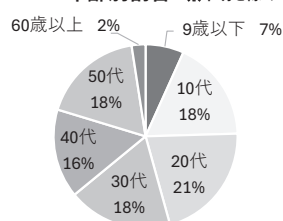
※「IP」とは、Identified patient の略で「問題を抱えている人、症状を呈している人」を意味する。

相談者年齢別割合 ※不明を除く



■ 9歳以下 ■ 10代 ■ 20代 ■ 30代 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60歳以上

IP年齢別割合 ※不明を除く



■ 9歳以下 ■ 10代 ■ 20代 ■ 30代 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60歳以上

②地域別件数

(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 (%)
— ※	38 (2.3)	— ※	1,550 (94.3)	17 (1.0)	0 (0.0)	39 (2.4)	1,644 (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。
- ・※その他に計上

(近畿地区府県別)

(延べ件数)

兵庫	大阪	京都	滋賀	奈良	和歌山	不明・その他	計 (%)
1,389 (89.6)	129 (8.3)	— ※	— ※	16 (1.0)	— ※	16 (1.0)	1,550 (100.0)

- ・※その他に計上

③経路別件数

(延べ件数)

初回経路								再相談	計 (%)
医療 機関	相談 機関	教育 機関	行政 機関	司法 機関	HP・啓発 リーフレット	その他 ※印含む	不明		
202 (12.3)	32 (1.9)	— ※	36 (2.2)	— ※	89 (5.4)	64 (3.9)	43 (2.6)	1,178 (71.7)	1,644 (100.0)

- ・初回経路別では「再相談」を除き、「医療機関」が最も多く、次いで「HP・啓発リーフレット」である。
- ・その他は、「マスコミ」、「研修受講」、「知人」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。

④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 (%)
1,487 (90.4)	67 (4.1)	80 (4.9)	10 (0.6)	1,644 (100.0)

- ・トラウマ・PTSDについての相談が、全体の9割を超える。

⑤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 (%)
458 (30.8)	235 (15.8)	218 (14.7)	95 (6.4)	54 (3.6)	33 (2.2)	45 (3.0)	23 (1.5)	32 (2.2)	67 (4.5)	74 (5.0)	18 (1.2)	135 (9.1)	1,487 (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、様々な要因の複雑性や「暴言」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 (%)
482 (29.3)	117 (7.1)	26 (1.6)	580 (35.3)	421 (25.6)	18 (1.1)	1,644 (100.0)

⑧インテーク会議検討数

(検討延べ件数)

専門職の面接の情報をもとに、診療の可否等を決定する。また、処遇や対応方法についての共有を行う。

平成31	令和2	令和3	令和4	令和5
65	73	95	101	104

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。

※10未満の数値については最小集計単位の原則により「―」で表記し、「その他」に計上する。

(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又は振替休日の場合、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	
(標榜科)	精神科		

(2) 受診件数

初診	再診	その他	計
77 (2.6)	2,752 (93.8)	105 (3.6)	2,934 (100.0)

・その他は主にストレスドックの受診者である。



診察室風景

(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
79	105	0	12	0	16	212

(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 (26.0)	57 (74.0)	77 (100.0)

(年齢別) (人)

20歳未満	20代	30代	40代	50歳以上	計 (%)
26 (33.8)	17 (22.1)	10 (13.0)	10 (13.0)	14 (18.1)	77 (100.0)

・年齢別では、20歳未満、20代、30代の順である。

②地域別

(ブロック別)

近畿	その他	計 (%)
77 (100.0)	0 (0.0)	77 (100.0)

(近畿地区府県別)

兵庫	その他	計 (%)
74 (96.1)	3 (3.9)	77 (100.0)

③受診経路（紹介元）別初診者数

医療機関	行政機関	相談機関	教育機関	司法関係	その他	計（％）
65 (84.4)	— ※	— ※	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (15.6)	77 (100.0)

・相談機関とは、被害者支援センター等である。

④診療内訳

虐待	DV	性被害	いじめ	交通事故被害	死別等	災害	暴力被害	犯罪被害	事故目撃	パワハラ	その他	計（％）
29 (37.7)	— ※	13 (16.9)	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	0 (0)	— ※	— ※	35 (45.4)	77 (100.0)

・初診内訳は、「虐待」、「性被害」で半数を占める。

※その他に計上、多いのは「いじめ」、「パワハラ」、「暴力被害」等である

(5) 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)

(延べ件数)

男性	女性	計（％）
74 (15.7)	396 (84.3)	470 (100.0)

(年齢別)

(延べ件数)

20歳未満	20代	30代	40代	50代	60歳以上	計（％）
— ※	64 (13.7)	136 (28.9)	97 (20.6)	108 (23.0)	65 (13.8)	470 (100.0)

・年齢別では30代、50代、40代の順に多い。

・※20代に計上

②内容別件数

(延べ件数)

虐待	性被害	DV	事故	犯罪被害	震災	死別	その他	計（％）
173 (36.9)	63 (13.4)	62 (13.2)	42 (8.9)	— ※	— ※	17 (3.6)	113 (23.9)	470 (100.0)

・内容別では、「虐待」「DV」「性被害」の順に多い。

・その他は、「いじめ」、「パワーハラスメント」、「親子関係」等である。

③セッション別件数

(延べ件数)

心理療法	心理テスト	その他	計（％）
370 (78.7)	39 (8.3)	61 (13.0)	470 (100.0)

・その他は主にストレスドッグ事業の受診者である。

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、「こころのケアチーム」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。

※R6年1月1日に発生した能登半島地震への支援はD P A T活動に記載

(1) 東日本大震災（平成23年3月から継続）

(主な支援先) 宮城、福島県
(対応職種) 医師、公認心理師
(対象者) 保健・医療関係者、自治体職員
(支援回数) 3回
(支援対象人数) 112人
(支援内容) 研修講師等

(2) 熊本地震（平成28年4月から継続）

(主な支援先) 熊本県
(対応職種) 公認心理師
(対象者) 自治体関係者
(支援回数) 4回
(支援対象人数) 220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、広島県、全国の自治体及びトルコ地震支援者など
(対応職種) 医師、公認心理師
(対象者) 保健・医療福祉・教育関係者、自治体職員など
(支援回数) 55回
(支援対象人数) 1,640人
(支援内容) コンサルテーション、研修講師等

(4) ウクライナ避難民支援（令和4年度から）

(主な支援先) 兵庫県
(対応職種) 医師
(対象者) 担当者
(支援回数) 1回
(支援対象人数) 4人
(支援内容) コンサルテーション

*県庁内プロジェクトチーム会合、支援会議にも出席

(5) 自殺関連における危機対応

(主 な 支 援 先)	自殺発生事業所等
(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)	41 回
(支援対象人数)	84 人
(支 援 内 容)	コンサルテーション、研修講師等

(6) 消防関連に関する危機対応

(主 な 支 援 先)	消防関係
(対 応 職 種)	医師、公認心理師
(支 援 回 数)	39 回
(支援対象人数)	2,438 人
(支 援 内 容)	Web、対面でのコンサルテーション、研修講師等

(7) 事件・事故における危機対応

(主 な 支 援 先)	支援機関、防災関係機関等
(対 応 職 種)	医師、公認心理師
(支 援 回 数)	7 回
(支援対象人数)	330 人
(支 援 内 容)	研修講師 関係機関へのコンサルテーション、

(8) 虐待関連

(主 な 支 援 先)	医療機関、防災関係機関、自治体、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)	47 回
(支援対象人数)	2,035 人
(支 援 内 容)	研修講師、関係機関へのコンサルテーション等

(9) その他（施設見学等）

(主 な 支 援 先)	関係機関など
(対 応 職 種)	公認心理師、精神保健福祉士、保健師
(支 援 回 数)	6 回
(支援対象人数)	102 人
(支 援 内 容)	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

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。

このような場合、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充実を図っている。

※ひょうごDPATは、平成26年12月19日に発足した。こころのケアセンターは、ひょうごDPATの統括として、兵庫県障害福祉課、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運営委員会への参画

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

第1回運営委員会 令和5年8月10日(木)

「ひょうごDPAT」事業にかかる報告及び協議事項

- ・「ひょうごDPAT」研修等実施計画
- ・令和5年度災害精神保健医療担当者向け会議の報告
- ・災害精神医療チーム(DPAT)活動要領の一部改正について
- ・令和5年度災害発生時活動訓練について(県、近畿、国)など

(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集集し、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
(10/14、10/15：大阪府、京都府、奈良県、和歌山県から参加)
- ・他府県のDPAT研修として、大阪府の研修会に参加

(3) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」活動マニュアルの活用

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、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年度改訂した。

令和4年3月29日にDPAT活動の初動および終結に関すること等を中心に、「災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領」が一部改正された。これらの内容をふまえ、活動マニュアルを活用し、研修・訓練・会議等を通じて関係機関との連携を行っている。

(4) 能登半島地震への対応

R6年1月1日に発生した能登半島地震への対応を行った。

① 情報共有

発災直後から、DPAT先遣隊派遣に対する待機や、被害状況の共有をメール等で行った

② 兵庫県DPAT調整本部への支援

統括者として調整本部に助言等を行った

③ひょうごDPAT先遣隊 派遣要請における対応

ア ひょうごDPAT先遣隊派遣

- ・兵庫県立ひょうごこころの医療センター（医師、看護師、精神保健福祉士各1名）の派遣（1/9～1/13）に伴う必要物品の準備について支援

イ 現地派遣

- ・期 間：令和6年1月23日～25日
- ・メンバー：センター長、兵庫県立ひょうごこころの医療センター看護師、兵庫県精神保健福祉センター精神保健福祉士各1名
- ・活動内容：石川県DPAT調整本部への支援

(5) 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修会の開催

新型コロナウイルス感染症を考慮して、令和3年度から全てオンラインで実施していたが、R5年度より対面研修に変更した。

研修名	日程	内 容	定員	参加者
PFA 研修	7/12 (水)	①講話「災害支援・危機管理時の心構え」 ②演習「地震等の自然災害、感染症等への対応」など	30名	38名
DPAT 研修 (1日目)	10/14 (土)	①講義「災害医療概論、精神保健医療、諸機関との連携」等 ②演習「EMIS・災害診療記録 J-SPEED・情報整理クロノロ等」 ③実習「衛星電話、トランシーバーの使い方」	30名	54名
DPAT 研修 (2日目)	10/15 (日)	①講義「災害現場における指揮命令系統と連携」 ②演習「受援体制・DPAT 活動拠点本部設置、病院支援、避難所活動」 ③グループワーク 研修での学び、意見交換等	30名	51名

① 研修の様子

「支援者支援」の講義



「研修総括」



② 実習の様子

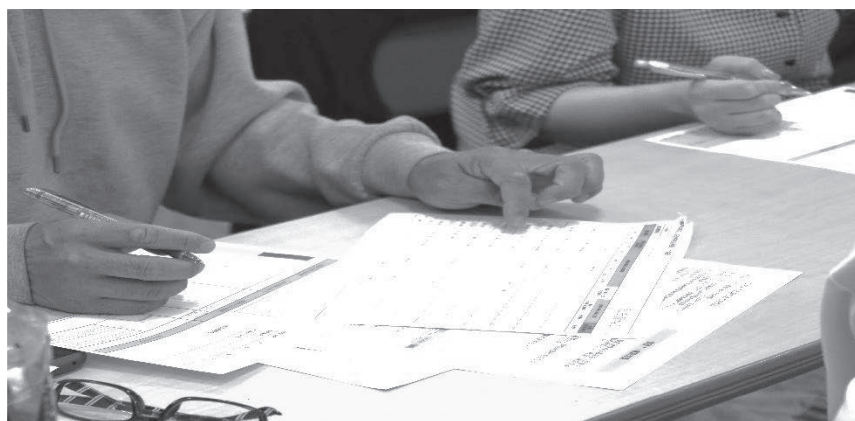
「トランシーバー練習」



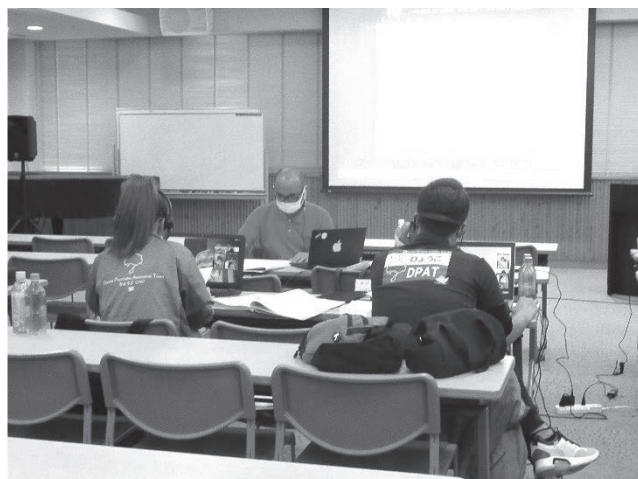
「衛星電話」



「被災地での共通した記録の実習」



③ 演習の様子





③活動に必要な物品

「通信機器」



DPAT準備物品（活動時着用ビブス、食料品、携帯トイレなど）



7 シンポジウム等の開催

(1) 中井久夫先生を偲ぶ会（共催）※神戸大学医学部精神神経科医局会・同門会主催

初代センター長の中井久夫先生の遺徳を偲ぶため、次のとおり開催した。

(日 時) 令和5年5月21日(日) 13:00~16:30

(参加者) 約380名(会場参加及びオンライン参加)

(内 容) 追悼講演、鼎談

(2) こころのケアシンポジウム

1 こころのケアセンターの日頃の研究成果の発表と講演を、次のとおり開催した。

(日 時) 令和5年11月17日(金) 13:30~16:30

(参加者) 約250名(会場参加及びオンライン参加)

(内 容)

研究報告

「児童福祉領域の支援者へのトラウマインフォームドケア普及に関する研究
～研修のあり方の検証を中心に～」

酒井 佐枝子 兵庫県こころのケアセンター 研究主幹

基調講演「トラウマインフォームドケアの普及に向けて」

西 大輔 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野 教授

パネルディスカッション

テーマ：トラウマインフォームドケア

コーディネーター

亀岡 智美 兵庫県こころのケアセンター 副センター長兼研究部長

パネリスト

西 大輔 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野 教授

酒井 佐枝子 兵庫県こころのケアセンター 研究主幹

2 参加者の職種

福祉職 約40%

行政関係 約22%

保健医療職 約18%

教育職 約5% など

3 アンケート結果等

研究報告、基調講演、とも「よかった」と回答された方が97%以上、パネルディスカッションも「よかった」と回答された方が96.6%であった。

パネルディスカッションでは、研究報告及び基調講演を踏まえ、日本で適した普及方法や研修動画内容の選定方法について意見交換がなされた後、トラウマインフォームドケア(TIC)な対応をすることは専門職にとっても、子どもの生活を支える幅広い支援者にとっても非常に難しい側面があるが、支援者側の優れた実践者とその方々を支える外部のアドバイザーで好事例を紡ぎ出していければ、TICの普及が進むのではないかと、本日の二人のパネリストの今後の活躍にも期待されると締め括られた。



8 情報の発信

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、「ひょうごDPAT」活動等のパネルを設置し、情報提供に努めた。

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ダンスセラピー、音楽療法を含む芸術療法、園芸療法等について、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 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＞	実施せず	－
ヒューマンケア実践普及講座	終末期の暮らしを考える講座	R5.7.14～R5.9.8 (7回)	44名
	グリーフケア講座	R5.10.5～R5.12.7 (7回)	65名
	アートとこころのケア講座	R6.1.21～R6.3.9 (5回)	49名

※新型コロナウイルス感染症の影響を受け、音楽療法講座基礎講座及び専門講座は実施しなかった。

※音楽療法講座の専門講座修了者を対象に、フォローアップ研修を開催。（R5.8.22～R5.12.1。受講者13名）

(2) 音楽療法士の認定審査

① 新規認定の審査

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

	面接・実技審査日 (認定審査会開催日)	認定申請者数	認定者数
第1回	R5.12.16	10名	9名

② 更新認定の審査

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

- (a) 更新申請者数 9名
- (b) 更新認定者数 8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5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未更新者を対象とした更新説明会の開催

日 時：令和5年7月19日（水）

参加者：21名

(参 考)

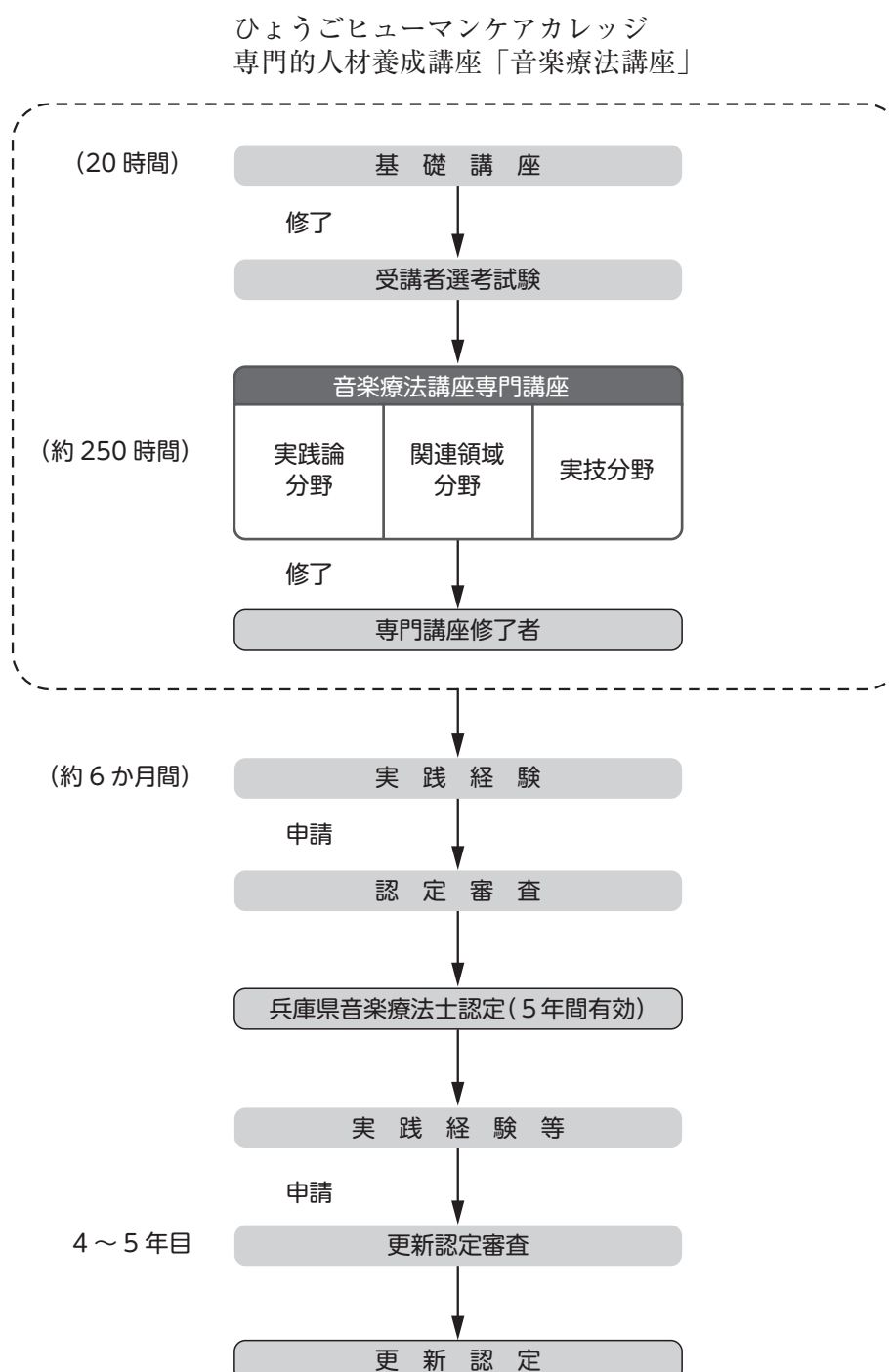
音楽療法について

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5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	6	木	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	13	木	13:30 ～ 16:30	在宅ターミナルケアと疼痛のコントロール	かえでホームケアクリニック 顧問 関本 雅子
7	28	金	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 ～	整理収納アドバイザー 竹裏 由佳
8	17	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 瀬川 真史 他
8	25	金	13:30 ～ 16:30	介護者自身のためのセルフケア —介護者も心身の健康管理を—	大阪歯科大学医療イノベーション研究推進機構 教授・がん看護専門看護師 田村恵子 兵庫県立大学 教授 紀平 知樹
9	8	金	13:30 ～ 16:30	スピリチュアルペインの理解と スピリチュアルケアの実践へのヒント （認知症の人とがん患者を例に）	カトリック大阪大司教区 司祭 上智大学大阪サテライトキャンパス長 ガラシア病院チャプレン 松本 信愛
9	21	木	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	11	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	25	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
11	1	水	13:30 ～ 16:30	グリーフケアを提供する人のケア ～自分自身を大切にするセルフケア～	福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座 准教授 瀬藤 乃理子
11	8	水	13:30 ～ 16:30	悲嘆と PTSD	舞多聞こころのクリニック院長 兵庫県こころのケアセンター 特別研究員 須賀 楓介
11	22	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
11	29	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
12	13	水	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 全人力を磨く研究所 理事長 高木 慶子

●アートとこころのケア講座（全5回・15時間）

月	日	曜日	時 間	講 座 内 容	講師（所属・氏名）
1	27	土	13:30 ～ 16:30	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	3	土	13:30 ～ 16:30	からだを通したストレスケア —ダンスセラピー入門—	武庫川女子大学短期大学部 幼児教育学科教授 嶋山 ゆかり
2	17	土	13:30 ～ 16:30	花とみどりでこころをいやす園芸療法 ～予防的利用から地域での活用まで～	兵庫県立淡路景観園芸学校 / 兵庫県立大学 講師 兵庫県園芸療法士 日本園芸療法学会認定上級園芸療法士 剣持 卓也
3	2	土	13:30 ～ 16:30	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
3	9	土	13:30 ～ 16:30	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・臨床心理士 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5年9月

（対象国） 南米、アフリカ等

（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） 9名

（実施方法） 対面実施 ※一部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5年4月1日(土)～令和6年3月31日(日)

開催場所：神戸市防災学校

実施人数：3名(相談)、158名(研修4回)

② 西宮市

実施期間：令和5年4月1日(土)～令和6年3月31日(日)

開催場所：西宮市消防局

実施人数：1名(相談)

③ 守口市門真市消防組合

実施期間：令和5年10月1日(日)～令和6年3月31日(日)

実施人数：350名（ストレスチェック）

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5年9月27日（水）に外部評価委員会を開催し、令和4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 国立大学法人兵庫教育大学 客員教授
大阪人間科学大学 特任教授
東布施野田クリニック 院長（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
花立 大民 独立行政法人国際協力機構関西センター次長
辻本 哲士 滋賀県立精神保健福祉センター所長

（評価結果）

個別事業評価

評価対象事業	評価
研修事業	A
情報の収集発信・普及啓発事業	A
連携・交流事業	S
相談事業	A
附属診療所の運営	S
ヒューマンケアカレッジ事業（音楽療法士養成講座）	A
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有する拠点施設として2004年4月に全国に先駆けて設置され、19年が経過した。
- ・2020年に始まったCOVID-19パンデミック、2022年にはウクライナ紛争と、これまで経験したことのない災害が次々発生し、新たなこころのケアのニーズが生まれる中、当センターは、迅速な支援を行っている。
- ・トラウマ・PTSDの専門治療機関として数多くの患者の治療、相談に乗るだけでなく、社会的意義の高い研究に次々と取り組むとともに、日進月歩のPTSD治療の技術を研修会で普及し、併せて、音楽療法士の養成、グリーフケアができる人材養成など人的資源の確保にも務めており、評価できる。
- ・情報の収集発信・普及啓発では、こころのケアシンポジウムにおいて、適切なテーマ設定がなされ、オンライン併用で開催され、広範な領域から多くの参加者があった点などが評価できる。また、ホームページについても、アクセス数が増えており、必要とされる情報が充実していることが分かる。
- ・連携、交流面では、被災地等へのこころのケアに関する支援がなされ、また、ひょうご DPAT の活動においても、研修の設定など関西圏での連携強化に貢献した点などが評価できる。
- ・相談、診療においても、ケース会議の定例化など、相談と診療の連携が進められ、診察件数の増加につながっており、複雑性PTSDや子どものトラウマへの専門的診療機関としての役割が果たされている。
- ・コロナ禍を経てより一層複雑化する社会においては、人々が抱く社会や将来に対する不安や、日々の生活で発生しうる事故等への対応として、「こころのケア」に対するニーズはますます高まっている。そうした中で、当センターは県内のみならず県外からも期待される欠くことができない拠点機関となっており、様々な工夫と知恵により、経営の観点も含めて真摯に取り組まれている様子が窺える。
- ・引き続き、より一層高まるニーズに応えていくためにも、知恵と工夫により事業運営の継続を図るとともに、施設・機器等の更新はもとより、財政的、また人的体制を整えていく必要性を改めて感じた。
- ・当センターは、「こころのケア」の拠点機関として、研究、研修、情報発信、連携・交流、相談・診療の5つの機能を十分に果たしており、全国でコロナ禍がおさまりつつある中、今後は、感染症に対応した経験の継承なども求められる。事業にメリハリをつけることも検討しながら、スタッフの心身の健康にも留意し、現行の理念・方向性を継続していくことが望まれる。兵庫県による、より一層の財政的支援、人的支援、人材育成支援等の配慮を期待する。

■ Ⅲ 参 考

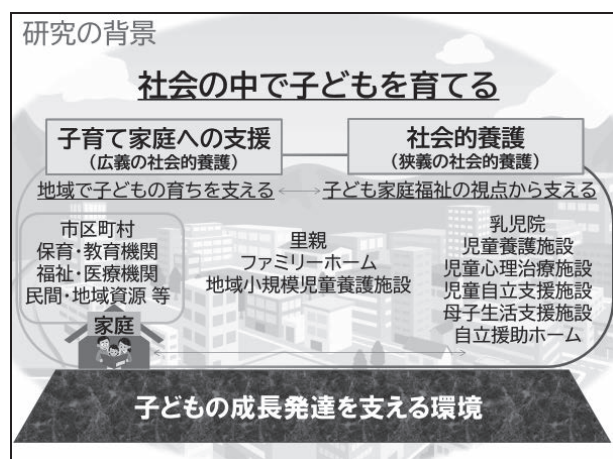
1 こころのケアシンポジウム（概要）

（1）研究報告

「児童福祉領域の支援者へのトラウマインフォームドケア普及に関する研究 ～研修の在り方の検証を中心に～」

酒井 佐枝子（兵庫県こころのケアセンター研究主幹）

研究の背景です。子どもの成長発達を支える環境を考える時、近年では社会の中で子どもを育てるという視点が強調されるようになりました。これは地域社会が家庭の機能を支援、補完しながら協働して子どもの養育を支え、守り育てると共に家庭そのものに積極的に関わっていくという考えです。この社会の中で子どもを育てるという時に大きく2つの体系が考えられます。



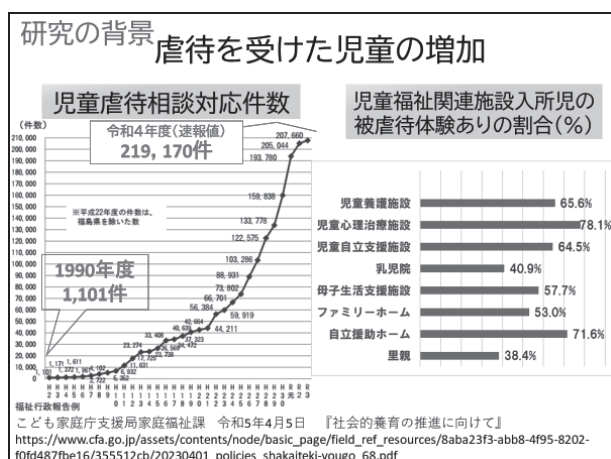
1つ目が、「子育て家庭に対する支援」として家庭で生活する子どもを地域の人たちが支えるという体制になります。これは広い意味での社会的養護とも呼ばれています。地域を初めとする周囲の人々や市区町村などの関係機関が見守り、必要なタイミングで適切な関わりを持つことで子どもの育ち、親としての育ちを支える環境を整えるものです。

もう1つは、「狭義の社会的養護」として児童福祉、今は「子ども家庭福祉」という呼ばれ方が主流となってきていますが、こういった子ども家庭福祉の視点から子どもの育ちを支えることがあります。これは公的責任の下で子どもを保護し、

育ちを支える形態になり、関係機関が支援に携わることになります。この体制は、戦後の親を亡くした子どもたちを保護する施策以降、その時代の社会的状況を反映した形で変遷していると言えます。

児童福祉の対象となる子どもの数、要保護児童数は厚生労働省の調べでは令和3年度においては約4万2,000人となっております。支援者を含む大人はその子どもの環境そのものと言えます。本研究発表では、この狭義の社会的養護で働く支援者に焦点を当てて報告をします。

その社会的養護の中でも児童相談所が果たす役割は非常に大きいと言えます。近年、児童虐待のニュースが途切れることなくあると思いますが、こういった児童虐待に対する相談対応を行うのが児童相談所の一つの役割となっています。児童虐待相談対応件数を示したこのグラフを見ますと、統計を取り始めた1990年度と比較すると現在は約199倍の相談対応件数となっており、年々増加傾向にあります。これは子どもが心身ともに健全に育つ権利が脅かされている状況とも捉えられ、安全安心な毎日を過ごすことができる環境を社会の中で構築する必要があるということとを改めて確認できる事態と言えます。



狭義の社会的養護を提供する施設には児童養護施設や、乳児院などを含め多岐に亘ります。社会的養護が必要とされる子どもたちの多くは集団で生活している現状があります。こうした集団生活をしている子どもたちの多くに被虐待体験のあることが明らかとなってきました。こうした被虐待体験によるトラウマのある子どもたちは、様々な生きづらさを抱えています。例えば、落ち着きがない、怒りが抑えられなくて人や物に当たる、感情が乏しい、自信・意欲が持てない、トラウマに関連する精神的なしんどさなどが挙げられるでしょう。こうした生きづらさや安全の感覚が感じられないといったことは社会的養護の下で生活していても続くことが多いです。これはこうした子どもと生活を共にする支援者の関わりや対応の困難さに繋がります。

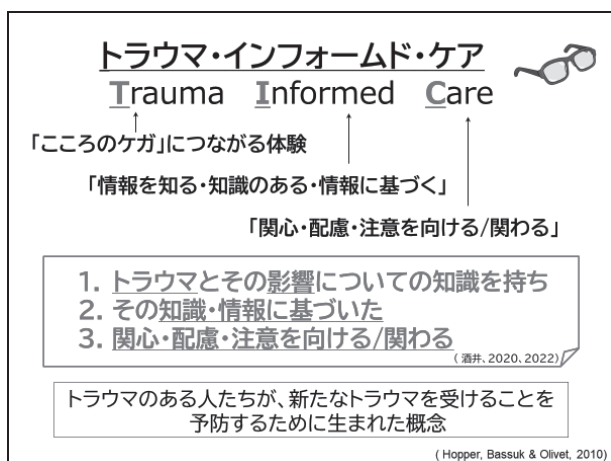
したがって支援者が子どものトラウマとその影響を受けた言動に適切に対応できることは、子どもが健やかな成長発達を遂げる上では不可欠と言えます。子どもと関わる支援者の専門性を高めるための工夫が求められてきます。

しかし児童福祉領域における労働環境を調査した報告を見ますと、例えば、児童養護施設の養育担当職員の平均勤務件数は7.7年となっております。この養育担当職員というのは児童指導員や保育士として働いている方々です。そして、1施設当たりの退職平均人数は8.5人。5年未満での離職率は53.4%と半数を超えています。子どもの生活を支えるこうした養育担当職員は、子どもに

とって安定した心の繋がりを育んで、安全基地として人を信頼し、ありのままの自分を認め、育むための重要な他者と言えます。こうした重要な他者の果たす役割を養育担当職員は担っているわけですが、こういった養育担当職員の離職というのは深刻な問題と言えます。また、他職種に比べて職域への定着率の低さも課題としてしばしば指摘されるところです。公的な離職の理由としては、家庭の事情が最も多く全体の3割を占めますが、子どもの生活そのものに関わることで、心理的ケアの難しさから身体的・精神的な不調・負担も離職の大きな理由となっています。

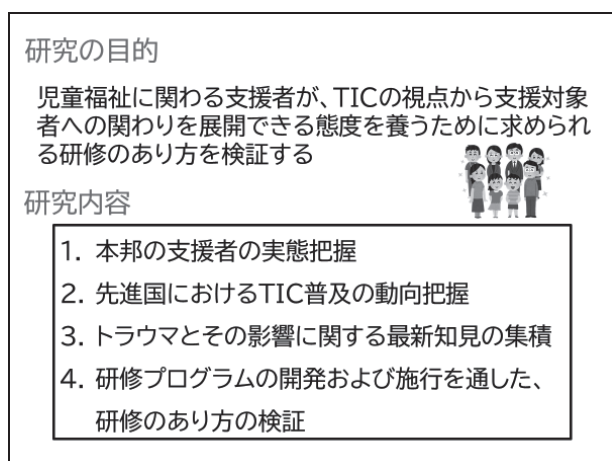
また児童福祉施設に勤務する職員に対する意識調査において分かったこととして、勤務年数に関わらず能力・技能の不足、自信喪失、無力感が多く挙げられ7年以上の職員、主に管理職に当たりますけれども、管理職においては責任の重さ、業務量の多さが職務における困難経験に加わります。経験年数を重ねてもなお能力・技能の不足や自信喪失、無力感を抱えながら就労せざるを得ない状況が生じていることが示唆されます。したがってトラウマへの理解と関わりについて支援者が正しい知識を得て、実務に活かすということは急務と言えます。

そこでトラウマインフォームドケアの英文字の頭文字を取って「T I C」と読みますが、T I Cという視点が有効ではないかと考え、その普及に関する研究を進めることとしました。「トラウマ」とは児童虐待や子ども期の逆境体験など、「心のケガ」に繋がる体験と定義します。虐待などのトラウマが成長発達に及ぼす影響は大きいということが分かっています。こうした成長発達に影響を及ぼす甚大なストレスやトラウマが長きにわたって続くと、個人の神経系に変化が及ぼされ、脳にも影響が及ぼされるということが近年分かっています。だからこそT I Cというトラウマとその影響についての知識を持ち、その知識・情報に基づいた関心、配慮、注意を向ける、あるいは関わるということが子どもの成長発達においてとても大切なことと言えます。



T I Cは見えない心のケガに見える化するケアといえ、トラウマのある人たちが人と関わる中で新たなトラウマを受けることを予防するために生まれた概念です。最終的には、子どもの生活する環境でトラウマとその影響についての知識に基づいた関わりが、例えば、シートベルトの着用や喫煙の影響が周知されているのと同じように常識中の常識となることが目指されることです。

本研究では児童福祉領域に焦点を当て、特に支援者がT I Cの視点から支援対象者への関わりを展開できる態度を養うために求められる研修の在り方を検証しました。以下4つの研究について、1つずつ紹介します。



最初に、本邦における支援者の実態を把握することを目的とした「質問紙調査研究」について報告します。子どもの支援に携わる支援者が働く環境を把握することを目的に、支援者が支援を行

う上で何に困り、何を必要としているかを質問紙調査により検討しました。本発表では職場、組織に関することでの困り事に関する自由記載内容の分析結果をご紹介します。

研究対象者 474 名の中で、この項目に関する記載のあった 187 件の自由記載を共通する内容をグルーピングしていく作業を繰り返し、それぞれの内容に共通するテーマを生成した結果を報告します。まず、児童福祉領域の職場・組織で起きていることとして、「トラウマへの理解のばらつき」が挙げられました。共通理解を基にしたアセスメントや見立てがない中で、トラウマの影響による行動かもしれないという視点支援対象者に関わるできない現状がありました。職場環境としては業務量の多さによる多忙、難しい対応を常に迫られることによる精神的疲弊、ちょっとしたコミュニケーションをとる余裕のなさが挙げられるとともに、支援者自身がトラウマにさらされる日常の中でトラウマの影響を受けていることが示唆されました。そして支援者は疲弊し、丁寧な対応ができないばかりでなく、自分の時間が持てないために自分を労わることができず、精神的にも体力的にも回復する余裕がない現状が明らかとなりました。こうした余裕のない職場や支援者である結果、職務を共通理解・共通認識の下、みんなで取り組むことが困難となり、組織自体が疲弊し、身動きが取れなくなっている状況も報告されました。時間的制約、人手不足、業務量の多さといった組織として多くの課題を抱え、人材を育てる風土や今後の見通しが持てないでいる状況が示唆され、T I Cを取り入れることの困難さが浮き彫りとなりました。

トラウマのある支援対象者と関わることは、すなわちトラウマの影響を受けることを意味します。支援者自身その影響を受け、また支援者自身のこれまでの傷つき体験がうずくこともあるでしょう。そうした影響や傷つきを抱えて、なお子どもとその家庭を支援しようと多大な努力とともに奮闘している支援者の現状が示唆されました。そして支援組織自体もトラウマの影響を受

け、疲弊し、機能不全の状態にあることが示唆されました。T I Cでは、支援者や支援組織そのものもトラウマの影響を受けるということを前提に考えます。そしてトラウマのある人と似たような状態に支援者、支援組織そのものもなっていく現象のことを「並行プロセス」と呼び、支援者や支援組織自体も疲弊して不安や怯え、無力感によって停滞したり、状況を見誤るといったことが生じやすくなることが分かっています。これまで慣れ親しんできたやり方を手放して新たな物の見方を手に入れるのは簡単なことではありません。しかしトラウマの影響を受けた支援者や支援組織が支援対象者にするのと同じように、自らを思いやり、温かな眼差しを向けて組織としての機能を回復するということは支援対象者へのより良い支援に繋がり、支援対象者の安全安心に繋がるものと考えます。T I Cがそういった意味で全てを解決するわけではありませんが、一つの手がかりとなる可能性はあります。

そこでこうした実態を踏まえると、まずT I Cというトラウマとその影響に関する共通の知識、共通言語を支援者・支援組織間で共有し、支援者自身も自分を労わりながら子どもを支え、支援者と支援組織も共に成長するために学び続けるという流れが必要になってきます。そして、これを実現できるためのリーダーの育成とともに組織そのものも育つ循環を作り、育てていくことが必要であるということが考察されました。

次の研究として、先進国におけるT I C普及の動向を把握するための研究を行いました。T I C普及のための介入プロジェクトに関する先行研究を概観するために文献研究を行い、最終的に10文献を詳細なレビューの対象としました。そのうち先進国におけるT I C普及の動向に関する研究では、米国での介入成果が多く報告されていました。米国では1980年代にトラウマティックストレスの概念が普及するとともに支援現場での支援対象者のさらなる傷つき、再トラウマが問題として顕在化してきました。そしてトラウマへの理解が必要であるということが早くから指

摘され、様々な取組がなされた結果、2017年にはT I Cに関する法律が制定されるなど国を挙げてトラウマとその影響への理解を基にした関わりが推進されています。そのため本研究で文献研究を行った論文の多くが行政主導で行われたプロジェクトでした。州単位でT I Cを根付かせるための介入プロジェクトが実施され、その効果測定が行われていました。またT I Cを学ぶための基盤となるカリキュラムとして、これは後ほど紹介する児童福祉に携わる人たちを対象とした「トラウマ研修ツールキット」が米国保健福祉省のワーキンググループでまとめられており、このカリキュラムを基にプロジェクトが組まれていることが多くありました。またプロジェクトを支える根本概念として6原則、10実施領域といったものがまとめられ、これを基に実施されていました。こちらに関しては、この後の基調講演の西先生のお話のところでもあるかと思います。

TIC普及プロジェクトにおける介入の効果検証 研究論文からわかったこと ①

(酒井、2022)

形態:行政主導

実施期間:6か月~5年

検討事項:支援者の態度

組織の評価

支援対象者の変化

リスク発見率の変化

関係機関リファーマ率

基盤となるカリキュラム

The Child Welfare Trauma Training

Toolkit (CWTTT)

➤ 児童福祉に携わる支援者や組織のためのTICな児童福祉システム構築に向けたトレーニングカリキュラム

➤ 対象:直接支援を提供する児童福祉

支援者、リーダー、スーパーバイザー

プロジェクト構成要素 SAMSHA(2014)
【トラウマインフォームドアプローチ】

6原則

「安全」

「信頼性と透明性」

「ピアサポート」

「協働と相互性」

「エンパワメント・意思表明・選択の機会の保障」

「文化・歴史・ジェンダーに関する問題」

10実施領域

1. 管理とリーダーシップ

2. 方針

3. 物理的環境

4. 取り決めと関与

5. 部門を超えた協働

6. スクリーニング、アセスメント、治療サービス

7. 研修と人材開発

8. モニタリングと質の保証の向上

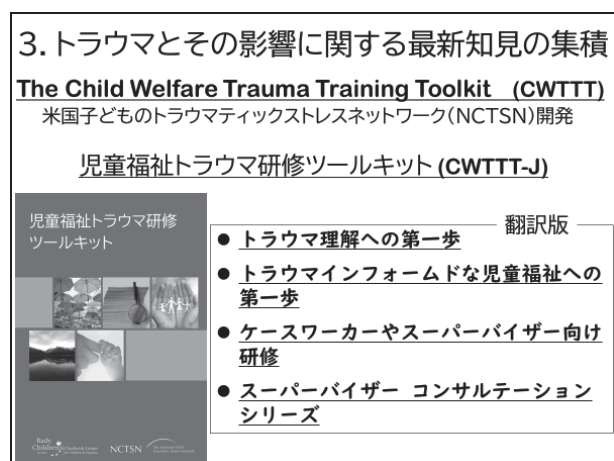
9. 資金調達

10. 評価

介入としては支援対象者の見立て、アセスメントのためのスクリーニングツールの導入やエビデンスに基づく治療・実践の導入、研修の実施、協働学習システムの構築といったものがありました。そしてこれらの介入の結果、支援を必要としている支援対象者の特定率が上がったこと、エビデンスに基づく実践、治療へのアクセスが増加したこと、共通言語によるT I C理解と開かれたコミュニケーションができるようになってきたこと、支援対象の子どもの行動問題が減少したことが報告されました。これらのことから支援者に

T I Cが浸透するということは支援を必要としている人に支援が届く可能性を増やすとともに、支援対象者の安定化にも繋がる可能性が示唆されました。本研究では特に、研修に焦点を当て本邦におけるT I C普及のための研修の在り方について更に検討を進めることとしました。

次に、トラウマとその影響に関する最新知見を集約しました。先ほどもお伝えしたように米国におけるT I C介入プロジェクトの多くで米国「子どものトラウマティックストレスネットワーク」が開発した「児童福祉トラウマトレーニングツールキット、CWT T T」が使用されていました。「CWT T T」は、児童福祉で働く全ての人の学びのためのツールキットです。このツールキットを習熟した上で研修を企画、実施することができます。



研修が提供する内容としてはトラウマインフォームドな児童福祉システムにおける8つの必須要素を基にトラウマのある子どもとその家族理解に関すること、支援者自身に生じることを理解するために必要なことなどが網羅されており、直接支援を行う支援者だけでなくリーダーやスーパーバイザー、管理職対象の研修内容も網羅したものとなっています。また特徴として研修参加者用の資料とともに、研修を運営実施するファシリテーター用のガイドが対となって提供されているというのが特徴となっています。発表者は翻訳許可をNCTSNから取得し、全1,423ページの翻訳を行いました。その上で、本邦で実施

するT I C研修プログラムの開発と試行を通した研修の在り方を検証する研究に着手しました。

まず研修プログラムの開発です。本邦の支援者の実態把握に関する研究により抽出されたニーズをもとにT I Cへの導入研修として、4部構成の研修プログラムを開発しました。

次に、研修の試行を通して研修構成及び内容の精査を行い、日常業務にT I Cを浸透させるために求められる工夫を抽出するということを試みました。研修に参加した児童福祉領域の支援者を対象に質問紙調査を行い、質問紙調査は研修開始前、研修終了時、研修後3か月の3時点で実施しました。質問紙はT I Cに関する尺度の他、研修内容や実践に関する自由記載項目から成ります。本発表では自由記載項目の分析結果を中心に報告します。

まず、研究対象者の基本属性を紹介します。年齢は20代(32%)が最も多く、続いて40代(29%)となります。有する資格は公認心理師(29%)、臨床心理士(16%)、社会福祉士(14%)が多くを占めておりました。現在の所属は児童相談所(40%)が最も多く、次に児童自立支援施設(25%)、児童養護施設(11%)と続いています。そして、現職における勤務年数は5年以下(67%)が最も多く、続いて15年以下(16%)、16年以上(9%)となります。管理職の割合は11.4%、T I Cをこれまで学んだことがある割合は37.7%でした。

まず、研修終了時アンケートから、研修の構成や内容に関する自由記載を分析した結果です。

研究結果 研修終了時アンケートから

① 研修構成および内容の精査

研修構成	
構造の良さ	目標、講義内容、動画解説、配布資料、時間配分、グループワーク、ディスカッション、全体シェアリング、講師コメント
理解につながる構成	納得できる流れ、安全に配慮され安心して受講、具体的な例示、繰り返しの説明、実践的なワークによるふりかえり、体験を通じた気づき、グループワークの意義が明確
今後、工夫が求められる点	
構造の再検討	難易度の調整、支援者のモチベーションを高める工夫、事後の振り返りのための工夫、時間不足
理解につながる構成の再検討	概念の咀嚼、より詳細な説明を希望、概念の区別化、動画コンテンツの工夫の必要性

4部構成の本研修は、目標設定が明示されていた、動画で解説がなされていた、講義内容、グループワーク等が時間配分を均一にしながら適切に行われていたことが報告されています。また安全に配慮し、体験を通した学びが用意されていたことで納得しながら理解に繋がる構成であったことが報告されました。一方、今後工夫が求められる点として、研修参加者の習熟度別による難易度を調整する必要性や、モチベーションを高める工夫、事後の振り返りに繋がるための工夫といったものの必要性が指摘されるとともに、概念をさらに咀嚼するための更なる工夫も要望として出されました。

次に研修を受講したことで得たことについてです。

研究結果 研修終了時アンケートから	
② 研修受講で得たこと	
理解と気づき	
新たな知見の獲得	トラウマの広範な影響、脳・神経系への影響、科学的根拠、メンタルモデルへの理解、公衆衛生、パラダイムシフト、TIC、聴、ストレス/トラウマの相互作用、一次的・二次的トラウマへの方略、安全・安心の作り方、実践の振り返り方、すべてにおける安全安心の確保、人間関係・コミュニケーション、自分の傷つきへの気づき、子どもへの理解
実践への気づき	支援者・組織への影響とそれらの関係性への気づき、組織の現状への理解、自分への影響への気づき、セルフケア/セルフケアを個人の責任にしないことへの気づき
今後、理解と気づきのために求められる工夫	
TIC普及の具体的方法のイメージの提示の必要性	

新たな知見を獲得できたこと、これまでの実践を振り返ることができたことで支援対象者だけでなく、支援者自身に生じるトラウマの影響や、その影響を受けた言動への気づきが得られたといった報告がありました。一方でこうした気づきを更に深めるための具体的方法、これからの道筋を提示してほしいといった意見もありました。

研究結果 研修終了時アンケートから

③ 研修内容の活かし方

研修終了後から活用への期待	
自身のあり方	人との関わり方のヒント、自身のケア、実践のための復習
職場での適用可能性の模索	共通認識・共有の重要性、職場の改善点への気づき、継続研修・SVの意義と導入への期待、業務の振り返りのアプローチに活用、今後の取り組みの明確化、組織単位、さらにマクロレベルからの変革の必要性
今後、実践への活用に必要な工夫	
職場での適用可能性の困難	職場理解の難しさ、組織としての導入の障壁、支援者自身のケアと安全を実践しながら仕事をする風土が日本にはまだない、研修内容をどう組織と共有するかの道筋やステップがほしい、組織での取り組み事例紹介希望、職場研修用資料希望
多分野への適用の必要性	多職種にも及ぶ内容であることを広く強調すべき、支援者のロールモデルとしてのありようの大切さを広めてほしい

研修内容を今後の実践にどのように活かしたいかについては、研修終了時時点において、支援者自身が自分の人との関わり方や、自身のケアなどに活用したいという意見と共に、職場での共通認識を得るために研修内容を共有し、職場で活かしていきたいという声がありました。一方で、組織全体として導入することの難しさ、どこから始めたらよいかという不安も合わせた内容が報告され、職場での適用の在り方について研修時に提示する必要性が示唆されました。

続いて、研修終了後3か月時点に記入された自由記載内容を分析した結果を報告します。

研究結果 研修終了後3カ月アンケートから

④ 実践

研修内容の活用	
自身の考えや物事の捉え方の変化	自身のリフレクション、必要に応じてヘルプを出す、言動の背景への注目
支援対象者への活用	言動理解、アセスメント、関わり・支援、心理教育
職場での啓発活動	同僚や上司への伝達、カンファレンスや研修の実施、コミュニケーションの取り方の工夫、
多機関への啓発	担当ケースを通した共通理解のための啓発

【未活用】20.2%

研修終了後3か月時点で、TICの研修の内容を活用した割合は8割に及びました。活用内容としては、支援者自身の考え方や物事の捉え方がトラウマとその影響を基にしたものに変化したことが多く聞かれました。また、支援対象者に対するアセスメントや関わりにも活用され、実際に

支援対象者に心理教育としてT I C研修で学んだ内容を伝える支援者もいました。加えて職場や関係機関と共有し、カンファレンスや研修を実施したケースなどもありました。

研究結果 研修終了後3カ月アンケートから

⑤ 実践による変化

研修終了後からの活用

TICを支援対象者の見立て・理解に役立てる	個人だけでなく、関係性等、全体像の把握を試みる、トラウマと行動との関係を考える、支援方法がポジティブに変化、支援方針の変化
より良い支援のための支援者自身の変化	TICの視点、丁寧な情報共有、支援者自身の安全に目を向ける、普段の生活の中でもTICを意識
職場全体の変化	風通しの良い職場、頼り頼られ、気を使いあえるようになった
まだ変化は起きていない	

T I Cによる変化としては、T I Cを支援対象者の見立てや理解に役立てるようになった、より良い支援のために支援者自身や職場全体が変化し始めているといった意見もありました。その一方で、実践における困難も報告されました。

研究結果 研修終了後3カ月アンケートから

⑥ 実践における困難

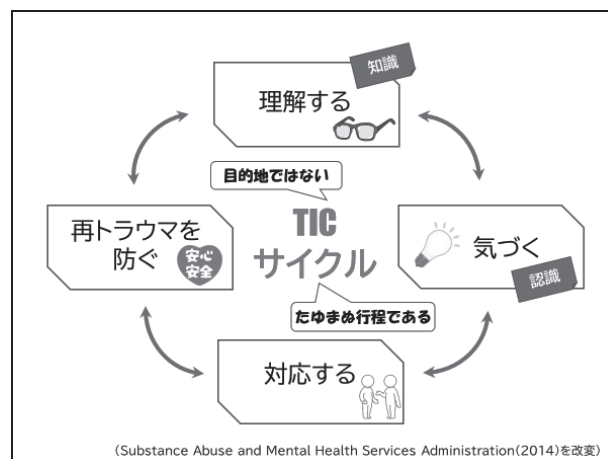
TIC啓発の困難	TICへの馴染みのなさや誤解、自身のティーチングスキル不足
TIC導入の困難	時間的制約、心理的制約、話せる雰囲気作りにくい、
TIC活用の困難	見立ての難しさ、職場内での共通言語・共通認識のなさ、認識の違い、TIC的な取り組みを実施し、定着させる難しさ、TICの視点にこだわりすぎてしまうリスク、TIC的な介入そのものが難しい
継続研修の必要性	事例検討や具体的な実践での活用を知りたい
困難さはない	下準備ができているため、導入しやすかった

トラウマの視点から物事を捉えることの馴染みのなさや誤解、またT I Cを伝える難しさに加えて忙しさや緊張する日常の中での業務ゆえにどうしても新しいことを取り入れることは後回しにせざるを得ない環境であるということが報告され、T I Cに取り組むことへの難しさがあるという意見も聞かれました。

これまでの支援を支えてきた信念・風土から転換を求められる場合、T I Cを導入することは

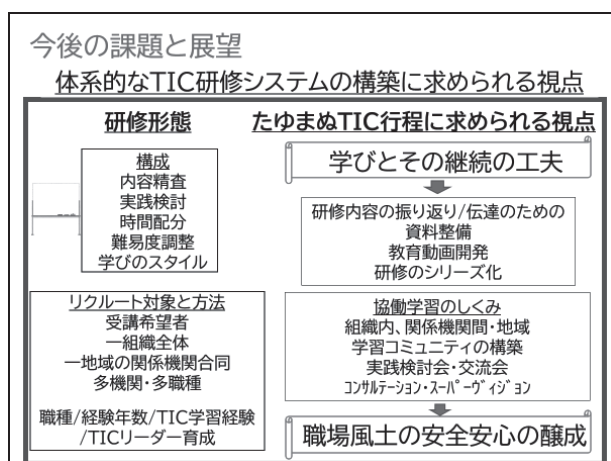
大変難しく感じられ、どこから始めたらよいか分からない無力感を感じるが出てきます。これこそがトラウマにさらされた組織のトラウマ反応とも言えるわけですが、こうしたことへの気づきと労りをどのように安全に構築していくかが問われており、研修内容にもそうしたことを反映させていく必要がある課題と言えます。児童福祉領域の支援者がT I Cの視点を養い、その視点から支援対象者に関わることができるようになるための研修のあり方を検証することを目的に研究を進めてきました。そして、本邦における支援者のニーズに基づき、本研修プログラムを開発し施行しました。その結果、T I C普及の一手法として研修を活用することには、ある一定の意義があることが研究対象者の自由記載から示唆されました。研修そのものは安全な環境を確保し、新たな知見を獲得するとともに実践を振り返り、加えてどのように学んだことを適用するかを検討できる構成とすることに意義がある、と言えます。それによって実践での活用として支援対象者だけではなく、支援者自身や職場環境、関係機関を含む子どもとその家庭を支援する環境全体に学んだことを活用できることが示唆されました。

T I Cというのは特別なスキルや、1回学べばよいというものではありません。T I Cとは、トラウマとその影響に関する知識を持ち、目の前の事象を理解しようとする姿勢を通して新たな気づきを増やし、そして対応することで関わりの中での更なる傷つき、再トラウマを防ぐためゆめ行程、プロセスであると言えます。



C W T T T、児童福祉トラウマ研修ツールキットでも「トラウマインフォームドになることは旅であって、目的地ではありません」と書かれています。常にトラウマインフォームドな実践を通して、安全、永続性、ウェルビーイングという児童福祉の最終目標を達成するために、知識の全てをどのように使うか、終わりのなき学びの行程と言えます。このことを踏まえると、今後の課題と展望として以下のことが挙げられます。

自由記載アンケートの分析を通して研修の在り方について研修検討しましたが本研究ではサンプル数が少ないため、今後も継続的なデータ収集を通じた精査が必要と言えます。そのことを踏まえて、今後T I Cを体系的に伝えていく、普及させていくために求められる視点として2つ挙げたいと思います。



まずは研修の在り方・形態についてです。研修の内容の精査はもとより、参加者の習熟度あるいは職種などに応じた研修構成とするといったこと、そして学びのスタイルにもいろいろあります。座学だけではなく、グループワークや、事例検討など、体験を通して学ぶ、様々な学びのスタイルが挙げられます。こうした学びのスタイルなども含めて、より細分化し構成とすることが求められます。

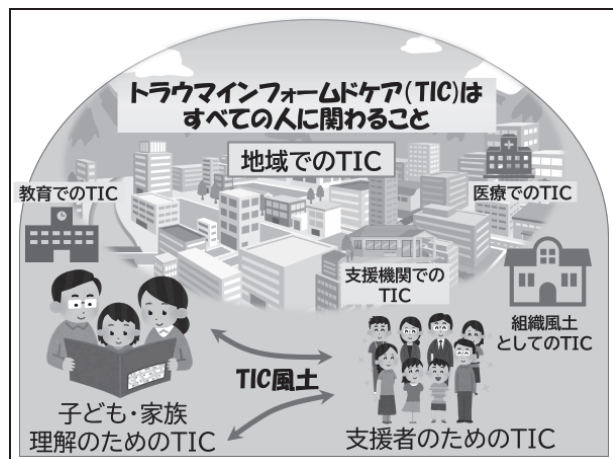
また研修参加の募集方法についても普及の点から検討すべき課題が幾つか見えてきます。本研究では、当センターのホームページを通して募集する形と、もう1つは1組織の全職員に参加して

いただくという2つの形態を採用しましたが、その他にも米国の手法のように行政主導で一つの地域全体で共通理解を深め、実践に移す方法など、募集対象と方法も多様な可能性が考えられます。それぞれの募集の在り方、そして実施形態による効果の違いの検証なども変わってくると考えます。今後募集方法に関する効果の測定なども必要になってくるかと思います。

次に、たゆまぬT I Cの学びの行程をどのようにサポートするかという視点です。継続研修という形で知識を更新、実践の振り返りの機会を提供することも、もちろん有用かと言えます。しかし本邦の児童福祉領域の実態調査からも分かるように業務量の多さ、そして子どもとその家庭の生活そのものを支える立場にある人たちであることを想定すると、なかなか自分の職場を離れて研修に参加する時間を確保すること自体が難しいことが考えられます。こういったことを考慮すると、まとまった時間を定期的に確保し、継続研修を提供し続けることは現実的ではないと言えます。したがって、組織の中で日常的に振り返りを実践できるルーチンの一部として、そうした機会を確保する、そういった仕組みを開発することなども求められるかと思います。研修内容を振り返り、伝達するための資料の整備を行った上で、その資料をどう日常生活の中の隙間時間で共有、そして実践に活かしていくのか、そういった話し合いをどういうふうに活性化していくのか、そういった方法なども伝授していくことも必要です。そして教育動画などの開発を通して、学びたい時に学ぶことができる環境を整えていくことも必要かと思います。

組織内や関係機関の間で共に学び、実践を振り返る時に近年しばしば活用されている形態が協働学習、「コラボレイティブ・ラーニング」と言われるものになります。こういう協働学習の仕組みを構築していくことも検討課題かと言えます。こうしてT I Cの学びを止めず、継続することで組織としての職場風土自体を安全安心が醸成される環境にしていけることが求められます。

本研究では、職場内での継続学習の一環として教育動画教材の開発にも着手しています。現在、7本の動画について開発を終えておりまして、現在その内容の精査に関する研究を行っております。



社会の中で子どもを育てるという時、子育て家庭への支援と共に狭義の社会的養護両方において、子どもは地域の中で成長発達します。支援者を含む大人は、子どもの育ちを支える環境そのものと言えます。したがって、支援者を含む大人一人一人がT I Cに関しての態度を知り、そして自分自身の行動を振り返りつつ子どもに関わることは今後ますます求められます。全ての人がT I Cの視点でお互いに関心に向け、安全安心な風土を耕すための関わりを模索していくことは、子どもの健やかな成長・発達に繋がり、安全安心な環境づくりに繋がることが期待されます。これで本研究の報告を終わりにします。

(2) 基調講演

「トラウマインフォームドケアの普及に向けて」

西 大輔 東京大学大学院医学系研究科教授

私は神戸の出身です。1995年に阪神淡路大震災があった年はちょうど成人式の年で、成人式の日1月15日から16日は神戸にいましたが、17日は大学のある福岡に戻っており、実家の両親の安全確認のために授業の休憩時間ごとに大学内の公衆電話に並び、午後に一人暮らしの留守電に無事の連絡が入って安堵した記憶があります。

さて、アメリカには1980年にPTSDという診断がアメリカ精神学会で正式に収載されるということがありましたが、日本でトラウマとか心のケア、PTSDという言葉が注目されるのはこの阪神淡路大震災がきっかけだったと言われています。震災当時私は医学生で、この阪神淡路大震災を一つの契機として将来トラウマとかPTSDを専門にする精神科医になろうと思いました。福岡の大学を卒業後、その大学関連の医療機関で精神科の臨床を何年かやっていたんですが、PTSDの人全然いない、病院ですべて臨床していてもPTSDという診断全然見ないし、トラウマを受けた人ってどこにいるんだろうな、このまま福岡で精神科医として勤めていてもトラウマの専門家になれないんじゃないかなみたいな感じを持ちながら臨床をしていました。東京の立川市に災害医療センターという三次救急が非常に強い病院があります。今はもう交通事故が減って違うと思いますが、当時は三次救急の病院の約10%の患者さんは交通外傷の方でした。交通事故は当然体もけがするわけですが、ICUに運ばれるぐらいの交通事故なので精神的にも非常にトラウマ的な体験になるということで、交通外傷患者さんの精神健康への影響を調べる研究をここで始めるからここで精神科医が欲しいという話があり、「じゃ行きます。」ということで、

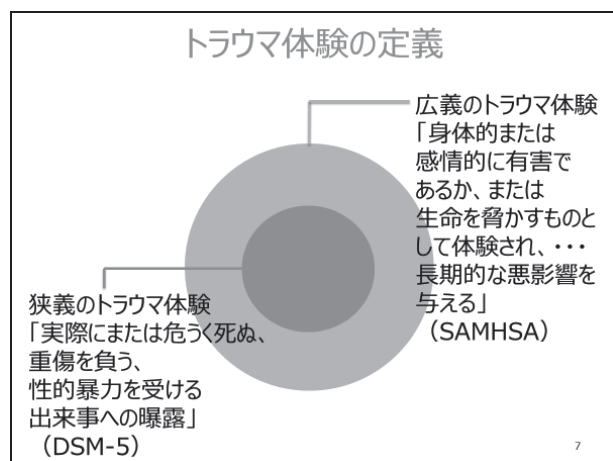
そこから私の東京生活が始まるということになります。

災害医療センターでは、交通外傷の患者さんをPTSDの正式な評価尺度を使って長期間フォローアップしました。また、三次救急の10%が交通外傷の患者さんだったという話をしたんですけれども、別の10%は自殺未遂の患者さんです。今、日本の三次救急の入院患者さんの10%ぐらいは自殺未遂の方です。私は年間250から300人ぐらいの自殺未遂の方を毎日のように拝見して、ご自宅に退院していただいてもいいか、精神科医療機関に転院していただかないといけないかという判断をするという、そういう役目もしていました。そういう様々な経験を経て、福岡にいる時に全然トラウマの人がいないなと思っていたのは気付いていなかったただけだなと、私が見えていなかったただけだなということがよく分かってきました。今日お話しするトラウマインフォームドケア（以下「TIC」と言う。）というのはすごく大事なことだと思っていて、そのお話を今日させていただければと思います。

今日はTICがテーマですが、まずTICの前にACEsというものの話をさせていただきたいと思います。TICが、先ほど酒井先生のお話でもありましたようにアメリカでは国会で法律が制定されるぐらい、精神心理の一部の専門家だけが興味持ってやることではなくて、国全体でやらないといけないことだというふうな認識があります。なぜそこまでTICが大事ということになったかというと、他にもトラウマはいっぱいあってそれぞれ大事ですが、中でもこのACEsは非常に頻度が高くて影響も大きいということがエビデンスで示されて、それが共通認識になってきたからという背景があると思います

ので、最初に A C E s の話を少しさせていただければと思います。

まず「トラウマ」と言いますが、トラウマ体験って何かということですが、精神科医の方とか、あるいは心理士とかでも何か診断をつけないといけない方は、この左下に書いてある定義は絶対に知っておかなければいけない定義で、アメリカ精神医学会の診断基準の中に入っています。実際に生命の危険を感じるような出来事や性被害を受けることなどへの曝露ということが定義されていて、そもそもこういう体験をしなければ、P T S D という診断はつかないという決まりになっています。ですからこの狭いほうのトラウマの定義というのは、ぜひ押さえておくべきことになります。



ちなみに 1980 年にアメリカ精神医学会が P T S D という診断を初めて診断基準の D S M という本に収載しましたが、ベトナム戦争の帰還兵の方がたくさん P T S D の症状があったりとか、70 年代にウーマンリブと呼ばれる女性の権利回復運動があって、その中で性被害を受けた女性の方々にその P T S D の症状のある方がたくさんいらっしゃったりして、戦争体験と性被害ということが P T S D を引き起こすトラウマ的出来事として最も想定されているイベントだったので、こういう表記になっているという背景があります。

ただ、この狭い意味でのトラウマ体験に当てはまらなくても、私たちの心身に長期に亘って少

なからぬ影響を与える出来事って実はたくさんあるということが様々なエビデンスから分かってきています。何となくトラウマ = P T S D みたいな印象というか、イメージを持っていたりする方もおられるかもしれませんが、ここでは少し分けて考えていただいて、トラウマ的体験が及ぼす影響はものすごく多様で、精神疾患も様々、体の病気にも関係するものもあり、P T S D というのはその中の一つです。P T S D というのはトラウマ体験がないと発症しませんが、トラウマ体験の影響というのは P T S D に限らず、すごく多様だということを知っておいていただければと思います。P T S D の症状を知っておくことも大事ですが、P T S D の診断基準を満たさなくとも P T S D の症状を部分的に持っていらっしゃる方はたくさんいらっしゃる、トラウマ = P T S D ではないということは知っておいていただけるとよいのではないかなと思います。この広義のトラウマ体験、広い意味でのトラウマ体験というのは「身体的または感情的に有害かまたは命を脅かすものとして体験され、…長期的な悪影響を与える」と書かれてあります。何かちょっと曖昧でよく分からないなというふうに思われるかもしれませんが、ここにどういう体験が含まれるのかということ A C E s を例にして、これからお話させていただきたいと思います。

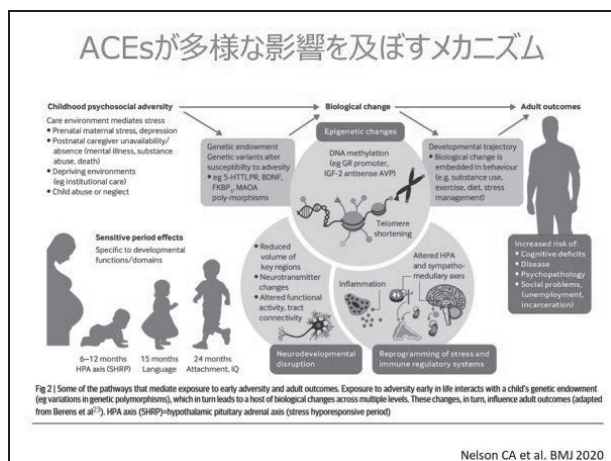
A C E s は、「子ども期の逆境体験」を意味します。英語の Adverse Childhood Experiences の頭文字を取っています。人によって「A C E」と呼んだり「エーシス」と呼んだり、いろんな呼び方される方もいますが、今日は「A C E s = エース」という呼び方で統一させていただきます。

ACEs（子ども期の逆境体験）とは

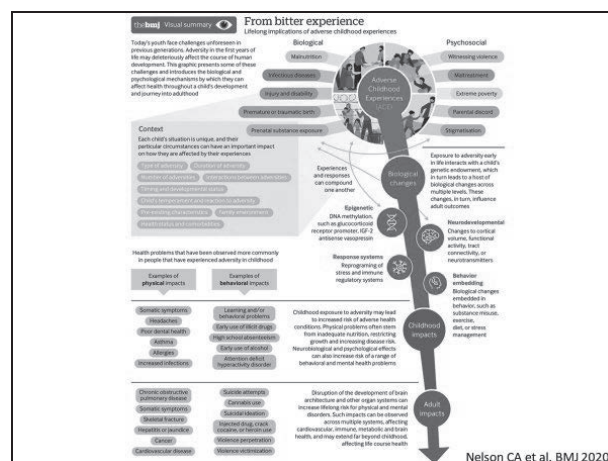
- Adverse Childhood Experiencesの略称
- 米国の保険加入者を対象とした大規模な疫学研究によって明らかにされた (Felitti et al. 1998)
- 成育過程におけるトラウマ体験も含む逆境体験のことで心理的・身体的・性的虐待と家族の機能不全などが含まれる (Felitti et al. 1998)
- これらの体験は同時に複数の被害に曝されるリスクが高いという視点から累積数という観点が重視される

1998年にアメリカのFelittiという研究者が初めてこのACEsというのがすごく私たちの心身に長期的な影響を与えるものだというかなりエポックメイキングな論文を出版し、それ以来この25年で本当に様々な研究が行われて、エビデンスがかなり蓄積されてきている、そういう概念になります。

ACEs、子ども期の逆境体験があると何でそんなに悪影響を及ぼすのかということですが、これは医学専門誌に掲載されている図で1個1個全部理解しなくてもいいと思いますが、例えば、遺伝子DNAに修飾がかかったりとか、炎症が起きやすくなったりとか、神経伝達に変化が生じたりとか、本当に様々な生物学的な変化が起き得る、それによって、小児期の健康ももちろんそうです成人になってからも心身に様々な影響が及ぼされ得るということになります。



次のスライドも同じようなことが書いていますが、その遺伝的な変化とか神経発達の変化とか、そういう様々なものが起きてくるために行動上の変化も起きてきて、それによって疾病が起きやすくなったり、寿命が短縮するということも言われています。何枚か先のスライドでも改めて別の絵を使ってご説明させていただきたいと思います。



ACEsって具体的にどういう項目なの、という体験なのということですが、次のスライドはFelittiが最初に提唱したオリジナルの10項目というものになります。

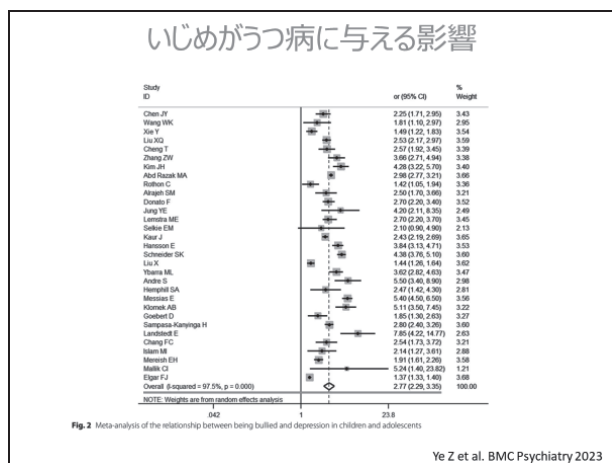
ACEsの項目

1. 親やその他の家庭内の大人から罵られたり、侮辱されたり、頭ごなしに言われたり、自尊心が傷つくようなことを言われることがよくありましたか？または、身体的に傷つけられるかもしれないと思うような行動をとられることがよくありましたか？
2. 親やその他の家庭内の大人から押されたり、つかまれたり、叩かれたり、何か投げられたりすることがよくありましたか？または、跡が残るような、もしくは怪我をするくらい叩かれたことはありますか？
3. 大人や少なくとも5歳以上上の人から性的に触られたり、愛撫されたり、触らせられたりしたことはありますか？または、口、肛門、膣のいずれかに性交しようとした、または実際にされたことはありますか？
4. 家族の誰からも愛されていない、自分は特別に大切に思われていないと感じたことがよくありましたか？または、家族がお互いに配慮し合ったり、親しく感じたり、支え合うことがないと感じたことがよくありましたか？
5. 食べるものが足りない、汚い服を着ないといけない、だれからも守ってもらえないと感じることがよくありましたか？または、親が酔っぱらっていて、またはハイになって、面倒を見てもらえなかったり、必要に応じて病院に連れて行ってもらえなかったりしたことがよくありましたか？
6. 両親が別居または離婚したことはありますか？
7. 母親または継母が押されたり、つかまれたり、たたかれたり、何か投げられたりすることがよくありましたか？または蹴られたり、噛まれたり、拳で殴られたり、何か堅いもので叩かれたりしたことがよくありましたか？または数分以上繰り返し殴られたり銃やナイフで傷つけられたりしたことがよくありましたか？
8. 問題のある飲酒をする人やアルコール依存症の人、または薬物乱用者と一緒に住んでいたことはありますか？
9. 家庭にうつ病、精神病をかかえた人、または自殺未遂をした人がいましたか？
10. 家庭に刑務所にいった人がいましたか？

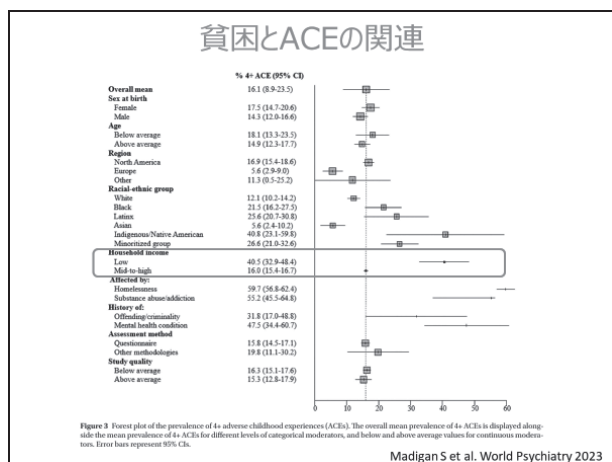
Felitti et al. 一部改変

ざっと1番から5番は身体的・性的・心理的虐待・ネグレクトみたいなことが書かれています。例えば、6番をご覧になっていただくと、「両親が別居または離婚したことはありますか」。それから8番をご覧になっていただくと、「問題飲酒の方が家族にいましたか」という質問になって

身に長期的な影響を及ぼすんじゃないかという
ようなことが様々な研究で指摘されるようになって
きています。



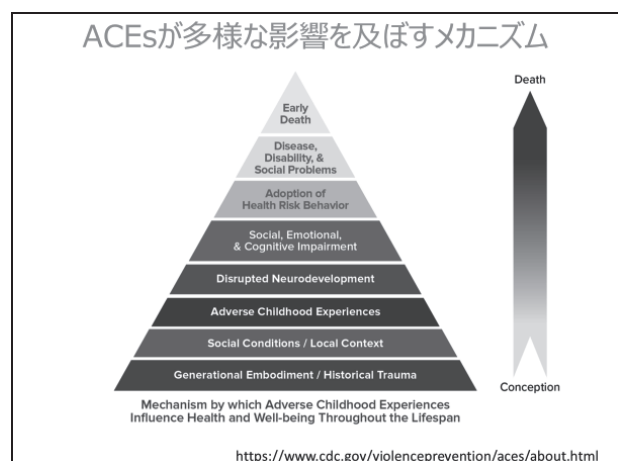
例えば、これは「いじめ」ですけれども、い
じめを子ども期に受けることと、成人後に鬱病を
発症することについてすごく多くの研究がなさ
れているんですけど、その研究の結果を全部ま
とめるとやっぱり関係ありそうだよねというこ
とが分かってきています。



それから貧困それ自体が全くトラウマ体験で
はなさそうに見えるんですけど、貧困という
のがベースにあることによってACEsという
のがすごく累積しやすくなるんだというような
ことが様々な研究から指摘されているわけです。

現在、研究と教育をやっていて臨床からはも
う離れていますが、臨床をされている方々からい
ろいろお話を伺う機会もあります。お話を伺って
いると、例えば、親御さんと兄弟がたくさんいる

けれども家が広くないので家族全員同じ部屋で
寝ていて、そこでいろんな葛藤だったり暴力とか
が起きたりする。子ども一人ずつに全部個室があ
ったら多分結構な問題が予防し得るんだけど
も経済的に避けられないから、その状態が続いて
いる。あるいは母子家庭でお母さんが夜にお仕事
に行かれていますと、その子ども・兄弟は夜の間は
子どもだけで過ごしていて、お姉ちゃんが妹とか
弟のケアを夜にするとかいうような状況がある。
これもお母さんが夜にいれば解決できる問題だ
けども避けられないとか。そういうことは多々あ
って貧困というのがベースにあるということは
実際にすごく多いだろうなということをいろん
な先生、いろんな方からお話を伺っていて、よく
感じることであります。それが研究としても示
されているということになります。



このスライドはアメリカのCDCが出してい
るACEsのピラミッドです。さきほどお話を
させていただきましたように、一番下から3つ目の段
にACEsが書いてあります。そこから上はACE
sがなぜ私たちの心身にそんなにも長期的に
亘っているような影響を与えるのかということが
書かれています。神経発達に障害がきたされて、
社会的・情緒的・認知的な機能が低下して、それ
からハイリスクな行動を取りやすくなる。喫煙と
か飲酒とかというのもACEsがあることによ
って増えるということが示されています。それ
によって疾病が発症しやすくなって寿命が短縮す
るということがこの上に書かれています。最近こ

のACEsの下に2つ、ピラミッドが下に2つ追加されました。何が追加されたかという「Social Conditions」、「Generational Embodiment」というものです。その Social Conditions というのはまさに今申し上げた貧困とか母子家庭のような、そういうACEsが起きやすい社会状況というのがあって公衆衛生的には「社会的決定要因」というような言い方をしたりします。社会環境の整備ということがすごくACEsの対策の上で大事だということが共通認識になってきていて、それが追加されているということになります。

Generational Embodiment というのは、アメリカですので黒人差別とかということが主に想定されていると思います。つまり、社会環境の整備というのがすごく大事ということになります。ここで合わせて申し上げなければならないことは、アメリカのいろんなマニュアルでも言われているんですけども、今私がここでお話が終わってしまうとですね、どうしてもその聞いている方の中に「あ、貧困とか母子家庭の人ってACEsが起きやすい。それでちょっと将来お先真っ暗」みたいなそういうイメージが何となく残るかと思うんですけども、科学的なエビデンスとして関連があるのは間違いありませんが、もちろんそれで全てが説明されるわけではなくて貧困の家庭でも全くACEsを経験せずに育っていらっしゃるお子さんだってもちろんいらっしゃいますし、母子家庭でも同じですね。それからACEsを経験しても後でちょっとお示ししますが、レジリエンスと言ってご自身の回復力でそれを乗り越えられるような方もいらっしゃるわけですね。ですからこの社会環境の整備は本当に重要であるとともに社会的不利な状況にある方々に新たなスティグマを与えないということも同時に考えながら、学びを続ける必要があるなということを思っているところです。

最初 Felitti の 10 項目ということを申し上げましたが、最近でははじめとかですね、貧困とか様々なことが Felitti のオリジナルの 10 項目だけじゃない、様々な体験が私たちの心身にいろ

んな影響があるよということがエビデンス的に分かってきたのでうちちょっと拡張してACEsを聞いたほうがいいんじゃないかというようなことが提唱されています。

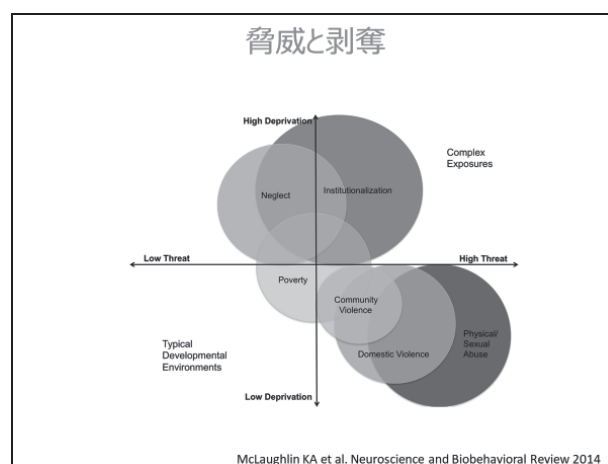
ACE-Jの項目

1. 親が亡くなった
2. 親が離婚もしくは別居した
3. 親が精神疾患を患っていた
4. 親がアルコールやギャンブルなどの依存症だった
5. 父親が母親に暴力をふるっていた
6. 親にひどく殴られてけがをした
7. 食事や着替えなど、必要な世話をしてもらえなかった
8. 親から傷つくことを言われたり侮辱されたりした
9. 親から愛されていると感じなかった
10. 経済的に苦しかった
11. 親に自分の意見を尊重してもらえず、いつも息苦しかった
12. 学校でいじめられた
13. 大人から性的に触られた
14. 病気を患い長期間入院した
15. 大地震、台風など自然災害で死にぞうな体験をした

©東京医科歯科大学 国際健康推進分野 藤原武男先生

これは東京医科歯科大学の藤原先生が作られた項目ですけれども、例えば 10 番「経済的に苦しかった」とか、12 番「学校でいじめられた」とか、オリジナルの Felitti の項目にはなかったけれども大事だよということで項目に追加されています。徐々にこれからの研究ではこういう拡張版のACEsが確認されるようになってくることが増えてくるんじゃないかなというふうに思います。私どももこういう質問を使って研究を進めているところです。

ACEsは、様々な体験がその中に含まれていて、いろんな分け方があるんですけども、一つの分け方として「脅威と剥奪」という考え方があります。



「脅威」というのは怖い体験ですね。例えば、身体的に殴られるとか怖い体験、恐怖を感じる体験です。それから「剥奪」というのは例えば、ネグレクトのように通常与えられるべきケア・養育が受けられないというようなことを剥奪というふうに言ったりします。スライドで右に行くと脅威で Physical/Sexual Abuse、身体的虐待・性被害は脅威が大きいですね。そしてスライドで上の方が剥奪でネグレクトとか施設に入るとかですね、そういうのはもちろん施設にもよるんだとは思いますが剥奪の要素が強い要因、体験だというふうに言われています。そしていろんな体験を起こしやすくする、真ん中に「貧困」というのがあるというようなことが言われたりします。実際には剥奪も脅威も両方感じる経験というのは多々あると思うので、そんなきれいには分けられないと思うんですけど頭の整理としては、こういう分け方、脅威になる体験と剥奪になる体験があるんだなというような分け方も役に立つのではないかなというふうに思います。

関係性トラウマ、愛着（アタッチメント）トラウマ

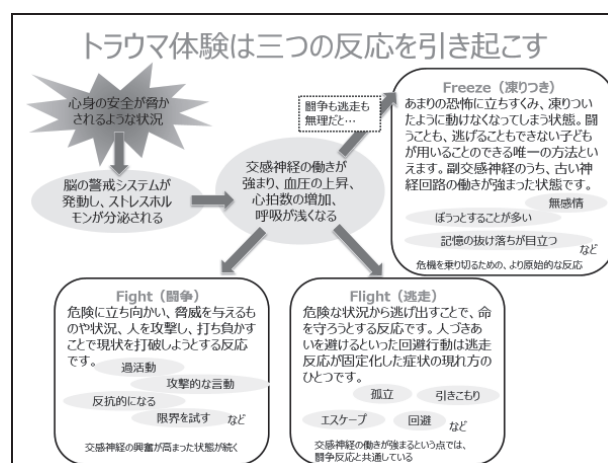
- ・関係性トラウマは、信頼できる関係性が不足していることや、暴力や虐待、離別などの経験によって引き起こされるトラウマ
- ・愛着（アタッチメント）トラウマは、児童期の愛着関係において起きた関係性トラウマ
- ・親しい人との信頼性、安全性、そして身体的な近さを望んでいたにも関わらず、不適切な反応であったり、報酬が得られなかったりすること、虐待、または絶対的な孤独などによって引き起こされる。

成人のアタッチメントの分類

- ・安定自律型（安定型）
- ・アタッチメント軽視型（回避型）
- ・とらわれ型（葛藤・両価型）
- ・未解決型（無秩序・無方向型）

これもきっぱり分けられるものではないですが、頭の整理として「剥奪の経験が多いと関係性トラウマが起きやすい」という理解は、一つの理解としてしやすいのかなというふうに私は思っています。要するに主たる養育者との間に「愛着」と呼ばれますけれども関係性が構築されないと、その対人関係のパターンが大人になっても引き継がれたりすることがあるわけです。なかなか対人関係を築くことが難しかったり、あるいは何か

逆に自分のことをアピールするではないですけども不安になっちゃって何とか相手の人に自分を見てもらおうとするような行動が過剰になってしまったりとか、あるいは自分に加害を与えるような人に近づいていってしまうようなパターンがあったりとか様々です。そういう対人関係の困難みたいなものと様々な社会生活上の問題とかというのが起きやすくなったりするというのはご理解いただけるというふうに思います。



それから「恐怖・脅威」の性格が大きい出来事を経験した時の理解としてはこの「3つのF」というのが重要なと思っています。私たち動物、生きている生物は、脅威が来たらまずそれと戦って、やっつけられるんだったら戦ってそれを防ごうとするわけですね。戦っても負けそうだったら逃げる、でも戦うことも逃げることもできなかったら凍りつく、固まってしまうとそういう反応を取るということが言われているわけです。これが恐怖を感じた時に取るんだったら、それはその適切な反応であることも少なからずあるんですが、その恐怖を感じなくてもいいような状況においてもこのパターンが引き継がれたりするとご本人もいろいろ辛くなったり、苦痛が強くなったり、社会生活上もいろいろ支障をきたしたりするというようなことがあります。

ちなみに、基本的にはこの「3F」というのを覚えておいていただけるといいかなと思うんですが、性被害だとFが増えて「5F」と言った

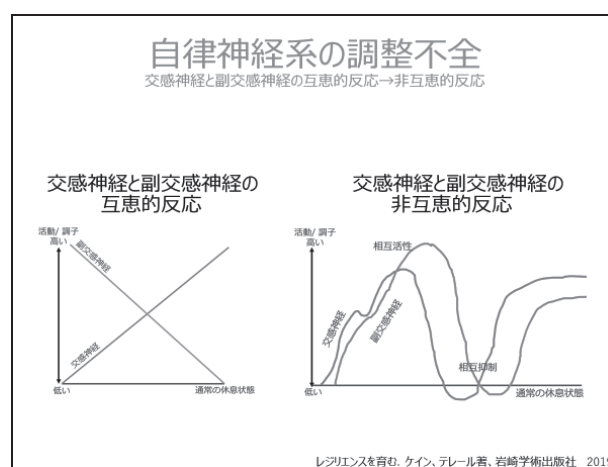
り「6F」と言ったりします。最初に何とか有効的にその状況に対応しようとするということで「フレンド」というのがあって、最後どうしようもなく、もう他に選択肢がないので「迎合する」という「フォーン」と呼ばれる段階があったりするということが言われています。幅広く脅威に対する反応と言ったらまずこの3つのFという「戦う・逃げる・固まる」というのを覚えておいていただけると良いのではないかなと思います。これは結構奥が深くて、私、別にPTSDの診断は多分今つかないですけども、何かある特定の状況になるとぐっと体が硬くなったりとか、交感神経が亢進してるからだと思いますけれども、そういうのが残っていたりすることがあって、多くの方が何か思い当たる節があったりするかもしれません。



そういうものを踏まえて、最近臨床の現場で支持する方が増えているかなと思うものに「ポリヴェーカル理論」というのがあります。「ヴェーカル」は副交感神経のことで、それが複数あるということです。交感神経と副交感神経というのがあり、まさに戦うとか逃げるとか、走るとか活動する時は交感神経が亢進していて、リラックスしているとか、何もしないとか、寝ている時は、副交感神経が亢進するわけです。その交感神経と副交感神経はどちらかが亢進して、どちらか休むということで私たちはうまく切り替えているわけです。副交感神経は複数あって、固まる時というのは別の副交感神経が使われているというよう

なことを言っているのがこのポリヴェーカル理論だと理解をしています。

通常の場合は、この真ん中の最適なリラックスできる部分がある程度広いわけですが、こういう戦うか・逃げるか・固まるか、みたいな体験ばかり繰り返してきているような方においては、戦うか・逃げるか、覚醒状態がすごく亢進している状態か、固まってしまうかというどちらかに振れてしまうことが多くて、リラックスした状況・状態をなかなか保ち難くなってしまうというようなことも指摘をされています。



それから交感神経と副交感神経が普通は切り替わるわけですね。交感神経が亢進したら副交感神経が休む。副交感神経が亢進したら、交感神経が休むということになるわけですが、ACEsの体験とかを累積してこられた方とかは、同時に亢進して同時に抑制するというようなパターンをとりやすいというようなことも言われています。例を挙げると、例えば、「面前DV」と言って、お父さんでもお母さんでもどちらでもいいですけども、仮にお父さんがお母さんを殴っているとか、そういう状況だとします。子どもがいて、お父さんがお母さんのことを身体的に殴ったりしていると、子どもは、最初はお母さんを助けたいと思うんですね。お母さんを助けるためにお父さんと戦うという「Fight」の反応を取りたいけれども自分が実際に戦いに行ったら負けてしまうわけなので、戦いたくても戦えないわけです。今度どうしたいかという、逃げたい

わけです。そもそも怖いからその現場にずっといたくないから Flight = 逃げたいわけですがけれども、自分が見てないとお母さんがもっとやられるかもしれないと思うと、その場を立ち去ることもできなくて、そこで Fight と Flight、交感神経が亢進した状態のまま固まるというようなことを取らざるを得なかったりすることが起こり得るわけです。面前DVを経験した全てのお子さんがそうなると言っているわけではありませんが、あり得る例です。そうすると交感神経と副交感神経が両方亢進した状態、要するに交感神経が亢進していて、副交感神経が休むというパターンではなくて、アクセルとブレーキを両方踏んじちゃう、あるいは両方放しちゃうみたいなのがパターンとして残ったりすることがあるわけですね。そうすると、周りから見ていたら一見分からないんですけども、そこまで交感神経が亢進しなくてもいいのにある程度の活動性を保とうと思うとすごく交感神経が頑張らないといけなくなる。なぜかという副交感神経が亢進しているから、それを上回らないといけないので、すごく交感神経を活動させて活動する。それが終わるとバタッと休んじゃう、疲れて動けなくなるぐらい疲れちゃう。両方ともばたっと落ちる。でもばたっと落ちても副交感神経が適切に亢進してないから、熟睡できるかというできないみたいなんですね。そういう調整不全が起こったりすることもあるというようなことが言われています。なので、そういう状態だったら当然身体の病気も起こりやすくなるんじゃないかなというのは皆さん分かっていただけじゃないかなと思います。精神疾患に限らず、身体疾患も含めて私たちの健康に無視できない影響を与え得るということになります。

今日行政の方が何人か来ていただいているということで、ぜひここを聞いていただけたらありがたいです。いろんな問題があって全部重要だけれども、どれを優先的に政策として実行するか、プライオリティセッティングをつけるというのはすごく大事で、予算も限られているのでせざる

を得ないことだと思います。その時によく疾患とか悪影響を及ぼすイベントとかをお金で、その影響の大きさを表す「逸失利益」という考え方があります。

ACEに起因する総費用は各国の国内総生産の1.1%~6.0%に相当

最大のドイツで129.4億ドル

	Population (millions)	GDP per capita (US\$, 2015)	ACE-attributable DALYs (thousands)	ACE-attributable costs (US\$ billions)	Equivalent % of GDP
Albania	2.9	5322.9	79.7	50.4	2.8%
Belgium	11.5	446116.7	162.6	57.5	1.4%
Czech Republic	10.7	323103.8	246.5	55.7	2.3%
Denmark	5.8	55832.1	125.0	58.1	2.3%
Estonia	1.3	448405.9	225.2	51.0	4.1%
France	67.1	440493.9	939.4	538.0	1.4%
Germany	83.1	446258.9	2766.6	129.4	3.4%
Greece	11.7	318281.5	123.8	52.4	1.2%
Hungary	10.8	336475.7	239.1	51.9	2.4%
Ireland	4.9	478661.0	97.8	57.7	2.0%
Italy	60.3	333189.6	916.2	530.4	1.5%
Latvia	1.9	317356.4	105.0	51.9	5.5%
Lithuania	3.8	339455.5	93.0	51.8	3.3%
Maldives	0.7	54489.5	107.6	50.5	4.0%
Montenegro	0.6	58822.0	13.0	50.1	2.1%
Netherlands	17.3	521447.8	126.2	53.1	1.1%
North Macedonia	2.1	56993.1	114.6	50.2	1.5%
Norway	5.3	575419.6	145.7	51.0	2.7%
Poland	38.0	335196.2	941.5	514.7	2.5%
Romania	19.4	312319.5	660.5	51.5	3.4%
Russia	144.4	513395.0	4212.4	509.9	2.9%
Serbia	6.9	37024.0	131.9	51.4	2.8%
Spain	47.1	329613.7	565.9	516.8	1.2%
Sweden	10.3	551101.1	117.9	51.1	1.1%
Switzerland	8.6	595393.7	202.5	50.5	2.9%
Turkey	83.4	59041.5	936.5	51.4	1.1%
Ukraine	44.4	33559.0	2538.9	51.3	6.0%
UK	66.8	542300.3	1828.7	518.6	2.8%

Findings should not be assumed as comparable between countries and are affected by the characteristics of contributing studies (especially 2). ACE, adverse childhood experience; DALY, disability-adjusted life year; GDP, gross domestic product (current US\$). 2015 figures for total population according to World Bank data.

Table 4: Total annual ACE-attributable DALYs and costs calculated for each country

Hughes K et al. Lancet Public Health 2021

日本の研究ではないですが、北米ヨーロッパの研究で「ACEsに起因する総費用」が国の予算ではなく、各国のGDPの1%から6%に相当するとなっています。ヨーロッパで一番大きいドイツでは今年安なので130億ドル、多分2兆円ぐらいだと思いますけれども、ACEsによってそれぐらいの逸失利益が生じている。それはACEsを受けた方がすごく多くて、それによって様々な疾患が引き起こされていたり、失業だったり、生産性の低下とか、様々なことが引き起こされているのでということです。そしてヨーロッパと北米でまとめると580億ドルとか750億ドルぐらいのACEsに関連する逸失利益があると言われています。

ACEsによるコストは欧州で581億ドル北米で748億ドル

コストが最大なのは心血管疾患

	Population attributable fraction (%)	Total DALYs for risk factor (thousands)	DALYs attributable to ACEs (thousands)	Total estimated cost of conditions (US\$ billions)	Total attributable cost of ACEs (US\$ billions)	Total attributable cost of ACEs (% of GDP)						
Cardiovascular disease												
Europe	9.5%	15.6%	24.0%	2417	3825	6042	577	52	90	143	0.45%	
North America	7.5%	20.4%	27.9%	4454	335	355	1550	260	39	53	73	0.34%
Black drug use												
Europe	10.7%	23.4%	34.1%	5702	630	333	1944	131	34	31	46	0.27%
North America	7.3%	31.8%	41.1%	7050	514	1285	2899	451	30	138	168	0.29%
Smoking												
Europe	5.4%	10.6%	18.2%	38541	2142	4873	7915	909	53	155	166	0.16%
North America	4.1%	19.4%	23.7%	11595	479	2294	2753	671	28	132	160	0.16%
Obesity	3.4%	4.2%	5.6%	30077	439	1253	1681	299	30	39	49	0.08%
North America	2.7%	7.3%	9.4%	12542	207	987	1124	738	12	53	65	0.12%
Alcohol use												
Europe	7.4%	20.9%	28.3%	3450	252	754	966	80	6	17	33	0.20%
North America	3.2%	30.1%	31.3%	2486	15	157	623	115	1	25	36	0.17%
Depression												
Europe	9.2%	18.2%	27.0%	4417	406	802	1213	104	30	39	29	0.12%
North America	4.8%	35.3%	40.1%	2990	95	703	798	118	6	41	46	0.12%
Cancer												
Europe	1.6%	9.7%	13.3%	41828	716	4258	4974	1034	17	100	117	0.14%
North America	1.2%	7.9%	10.1%	16277	353	1290	1641	945	20	75	95	0.10%
Chronic liver disease												
Europe	2.2%	9.5%	11.7%	67115	1493	1307	7848	1539	35	150	185	0.05%
North America	2.3%	10.8%	12.1%	16469	495	2855	2271	978	29	164	193	0.09%
Diabetes												
Europe	9.5%	7.4%	7.9%	8602	41	636	677	203	1	15	16	0.07%
North America	7.5%	7.5%	7.5%	4035	104	209	313	244	6	12	18	0.08%
Respiratory disease												
Europe	3.4%	14.9%	18.5%	19457	393	1381	1574	253	9	38	47	0.12%
North America	4.8%	22.8%	22.6%	6105	208	1450	1207	950	17	82	99	0.14%

ACE, adverse childhood experience; GDP, gross domestic product; *Standardized to the nearest thousand; *Standardized to the nearest million; % of GDP, based on a single study.

Table 3: Population attributable fractions and DALYs and costs attributable to ACEs for risk factors and causes of ill health

Bellis MA et al. Lancet Public Health 2019

そして、特に行政の方々に知っておいていただけるとありがたいのは、精神疾患とか自殺ももちろんですが、コストが最大なのは心血管疾患だと言われています。つまり身体健康にもACEsというのは影響を及ぼしますので、優先すべき健康課題、社会課題だということですね。政策の優先順位としても非常に高いものだと考えていただくことができるんじゃないかなというふうに思っています。

一方で、さっきからも申し上げていますようにそのACEsを受けると絶望的な未来だけが待っているみたいな感じを思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、今日ACEsって実はめっちゃめっちゃ頻度が高いので、今日この話を聞いている方の中にも「私このACEs経験したことある」という方ももう多分半分以上いるかもしれませんが、ACEsを体験している＝未来に希望がないということでは決してないということです。

Protective and Compensatory Experiences (PACE)

－支援的な関係と豊かなリソース－

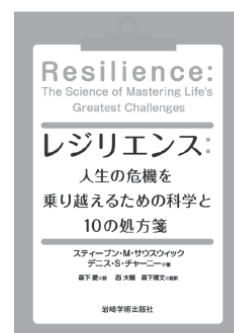
- ①無条件の愛を受け取る
- ②親友をもつ
- ③地域でのボランティア活動
- ④集団の一員であること
- ⑤メンターをもつ
- ⑥十分な食事と清潔で安全な家庭で、
十分な食事をとりながら暮らす
- ⑦教育をうける
- ⑧趣味をもつ
- ⑨身体活動をする
- ⑩ルールと習慣をもつ

Lamson A, et al. Military Medicine, 2020
Morris AS, et al. Adversity and Resilience Science 2021
Morris AS, et al. World Psychiatry 2023

繰り返しお伝えするためにこのスライドを持っています。ACEsがあっても、例えば、お父さんお母さんから虐待を受けていても祖父母とすごく良い関係を築けていたとか、ロールモデルとなるお兄ちゃんが近所にいたとか、そういうポジティブな要素があることによってACEsの悪影響というのを緩和し得るんじゃないかというようなこともいろんな研究で指摘されています。

レジリエンスの10の処方箋

- ・現実的な楽観主義
- ・恐怖との直面
- ・道徳的指標
- ・宗教とスピリチュアリティ
- ・社会的サポート
- ・ロールモデル
- ・身体健康
- ・脳健康
- ・認知と感情の柔軟性
- ・意味と目的、そして成長



それから、私がこれは監訳させていただいた本ですけれども、様々な厳しい逆境体験、トラウマ体験をしたとしても、ここに書いてあるような要因というのがあるとそれを乗り越えやすいというようなことも様々な研究で指摘されています。「レジリエンス」というのは回復力という訳語が当てられることがありますけれども、ばねの弾性とか弾力を意味する言葉で、ばねが縮んでもビヨーンと元に戻るということからその精神的な回復力みたいなことを表す言葉です。こういった要因があると回復力を発揮しやすいというようなことが言われていて、こういうことを高めるといことも重要なことになるのではないかなというふうに思います。

児童福祉法等の一部を改正する法律 (令和6年4月1日施行)

1. 子育て世帯に対する包括的な支援のための体制強化及び事業の拡充
2. 一時保護所及び児童相談所による児童への処遇や支援、困難を抱える妊産婦等への支援の質の向上
3. 社会的養育経験者・障害児入所施設の入所児童等に対する自立支援の強化
4. 児童の意見聴取等の仕組みの整備
5. 一時保護開始時の判断に関する司法審査の導入
6. 子ども家庭福祉の実務者の専門性の向上

<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000957236.pdf>

行政の方々も法整備等していただいていて、親子再統合支援事業、里親支援事業、支援センターの設置、妊産婦さんの支援とか、様々に対策を行っているところかと思えますけれども、自治体

によってなかなか余裕のないところもあったりしますので自治体任せ、自治体の方にももちろん頑張ってください必要があるわけですが、社会全体でこの問題を考えていく必要があるということになります。

随分時間を使ってしまったんですけども、ようやく今日の本題のT I Cのお話をここからさせていただきますと思います。A C E sが日本の2002年から6年、2000年代に行われた研究で、Felitti のオリジナルの項目のA C E sを1つ以上体験したことがある人が日本人の32%と言われています。今私たちがやっている拡張版のA C E sですね。いじめとかそういうのも入れたものと、もうとてもじゃないですけど32%どころではない方がA C E sを経験しているということになっています。来年ぐらいに多分論文を出せるんじゃないかと思っています。本当に幅広くみんなが経験していることで、そしてその長期的な影響が無視できないということからみんながこのトラウマインフォームドケアについて理解しておく必要があり、このT I Cの重要性というのが広く、少なくともアメリカなどでは認識されるようになってきているということになります。

Trauma-informed Care (TIC) “トラウマを念頭に置いたケア”

- トラウマの広範な影響を理解し (realizes)、クライアント・家族・職員やシステムに関係する人たちに生じるトラウマの兆候や症状を認識し (recognizes)、トラウマに関する知識を方針・手続き・実践に十分統合して対応し (responds)、積極的に再トラウマ化を予防する (resist re-traumatization)。

逆境的小児期体験 (ACEs) を含むトラウマを経験している人が非常に多いこと
その体験は心身への広範な悪影響を与え、
話されにくく症状も見えにくいこと等から
TICは非常に重要

https://www.j-hits.org/_files/00107013/5samhsa.pdf

T I Cですけども、先ほど酒井先生がご説明していただきましたので、ご理解いただいているかと思いますが、一つ私から追加させていただくと、「ケア」という言葉が使われているので、「何か特別な治療法ですか」というふうに思われる方も、初めて聞かれる方はいらっしゃるかもし

れないですが、特別な治療法ではありません。目の前の患者さんや被支援者の方に、「あなた虐待を受けましたか」とか当然聞くわけではなくて、その方がどんな経験をこれまでしてこられたか分からないわけですが、分からなくても今その方が困っていらっしゃる症状や、不適用的な行動パターンや、そういうものの背景に過去のその方のトラウマ体験があるかもしれない、トラウマ体験とは関係ないかもしれないわけですが、トラウマ体験かもしれないという視点を持って支援にあたってみようという考え方というふうに理解していただけるとよいのではないかなと私は思っています。よく「トラウマの眼鏡をかける」という表現が使われますけれども、そういう視点を持って相手の方を見ることができるようになるといいですよという、そういう考え方のものだというふうに理解していただけるといいのではないかなと思います。

ちなみに今日は様々な現場を持っていらっしゃる方が来られているかと思いますが、医療福祉とかでは「T I C、トラウマインフォームドケア」という言葉が使われると思うんですけども、例えば、学校とか教育とかケアを提供する場じゃないところでこの考え方が使われるときは「トラウマインフォームドアプローチ、T I A」という言葉が使われることも多いと思います。その「T I A」という用語でまだどこかで皆さんがこの概念と出られることもあるかもしれないと思います。

トラウマインフォームドケアの4 R

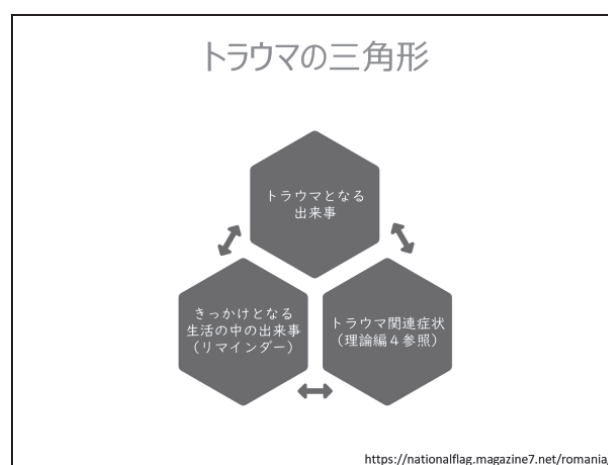
- ①トラウマについて理解する (知る)
- ②トラウマの影響かもしれないと気付く
- ③トラウマの影響に配慮して行動する
- ④さらなる傷付きを防ぐ



33
<https://traumalens.jp/g/html>

T I Cですけれども、「4つのR」と言って「知る」とか「気づく」とか「行動する」。さきほど酒井先生のスライドだと「T I Cのサイクル」と書かれていましたね。最後のほうに円が回ってる図があったと思うんですけれども、あれを横に並べてみるとこういう絵になるということです。緑で書いているまずそのトラウマについて「知る」ということ、これがもしかしたらトラウマの影響かもしれないなって「気づく」ということがすごく大事ということになります。3番目の「行動する」というのは簡単にすぐにできるかどうか分からないんですけど、まずは「この人過去のトラウマ体験の影響があって今こういう症状が起きているかもしれない」という視点を持つということがすごく大事で、それが次の4番の「さらなる傷付きを防ぐ」ということに繋がるというふうに思います。なぜT I Cが大事かというと、その視点が無いとどうしてもこの「更なる傷付き」を生んでしまうことが増えるわけです。例えば、アルコール依存の方がいらっしやるとします。今日来られている方はこういうことを勉強しようと思って来られている熱心な方々なので、そうじゃないかもしれませんが、皆さんのご友人の方、ご家族に「アルコール依存の人にどういうイメージを持つか」と聞いたらどういった答えが返ってくると思われますか。いろんな方がいらっしやるでしょうけど、「何かだらしない人」とか、「自分で自分の飲酒のコントロールできない人」とかそういうイメージ持たれる方が多いかもしれないですね。しかし、このトラウマの眼鏡をかけたらどうかというと、例えば、ご自宅で性被害に遭った経験のある方が夜ご自宅に1人でいると、思い出して辛いから、その記憶が戻ってくるのを避けるためにお酒飲んでいううちにお酒をやめられなくなっちゃったということがあるかもしれないですよ。そういう視点で見た時に、多分接し方自体が全然違うものになり得るわけです。実際に、物質への依存とか濫用というのはすごくトラウマ体験と関係しているということが様々な研究からも言われているんですけれども、今、目の前

の人が持っている症状とか不適応的なパターンがトラウマかもしれないし、全然トラウマと関係ないかもしれないけれども、「トラウマ体験の影響かもしれない」という目を持てることというのがすごく重要です。先ほど酒井先生が「常識中の常識になってほしい」という表現を多分使われたと思うんですけれども、ケアに当たる人みんな、支援職だけじゃなくて全ての人が「そういうこともあるよね」というのを常識的に知っておけるような社会になると、だいたいいろんなところで変化が出てくるのではないかなというふうに考えられるわけですね。



これは「トラウマの三角形」、さっき今の例で言うと、ご自宅にいるということが本来全く無害な出来事・刺激だけれども過去にそういうトラウマとなる出来事があるといろいろその時のこと思い出したりするということが起こり得るというようなことを示してるものです。それからトラウマの三角形というのを最初に提唱されたのがこころのケアセンターの亀岡先生です。2020年の日本精神神経学雑誌に掲載された亀岡先生の論文で、トラウマの三角形というのが紹介されていますので、ぜひご関心を持たれた方は先生の論文をご覧になっていただければと思います。

実際分かった、そういう視点を持てばいいのねと。じゃ視点を持てばいいんだけど、実際に何をやった方がいいのかということですが、ここでは「アプローチ」という言葉になっていますけど「ケア」と読み替えていただいても全く構いません。

トラウマインフォームド・アプローチの 6つの主要原則（SAMHSA）

1. 安全
2. 信頼性と透明性
3. ピアサポート
4. 協働と相互性
5. エンパワメント、意見表明と選択
6. 文化、歴史、ジェンダーに関する問題

35
<https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>

この「トラウマインフォームドケアのT I Cの6つの主要原則」として、この6つが挙げられているわけですが具体的にどういうことだろうということで一つ例を挙げさせていただきます。私は医療現場の研究をやっているので医療現場の例ですが、いろんな身体的処置があります。簡単なものだと、「清拭」といって体を拭くとか、血圧測定とか採血とか様々なものが毎日のようにあります。そういったことをする際にでも可能な範囲で患者さんと相談してやり方を決めるといようなことです。これ別に全然大したことはない、お金もかかることではないけれどもこれだけでも患者さんからすると安全だという感覚を持ってもらえるし、透明性、ちゃんと説明してくれるというようなことを感じられるし、それから自分の意見を可能な範囲で採用してもらえる、「ここから体を拭いてください」とかですね、「血圧をこういうふうに測ってください」とかですね、意見表明ができる、そして自分で選べるということというのはすごく患者さんや被支援者の方にとってプラスになるというようなことが言われています。

6つの主要原則にそった実践例

例：身体的処置や観察をする前に声をかけ、可能な範囲で患者さんと相談してやり方を決める。

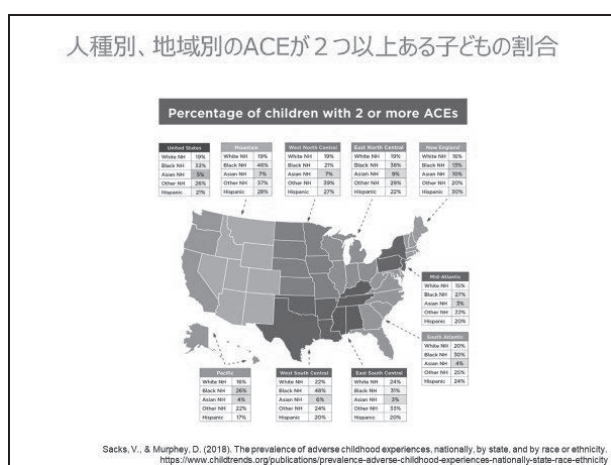
1. 安全
2. 信頼性と透明性
3. ピアサポート
4. 協働と相互性
5. エンパワメント、意見表明と選択
6. 文化、歴史、ジェンダーに関する問題

36

アメリカでは、こういう時はこうしたらいいよ、T I C的にはこういうふう to 考えるといいよ、こういう言葉を使うというよ、みたいなマニュアルがものすごくたくさん出ています。私が知っている範囲だけでも、今の例で言うと血圧の測り方一つにしても、腕で測る時に内側から血圧計を巻くようなこともあるかもしれないんだけど、特に女性の患者さんは体に入られるような感じがするので外から血圧計を巻きましようとか、体の体勢によってはその相手の方の太ももに血圧測定する人の体が接触することとかがあるんですが、それを避けるためにこういう姿勢で血圧測定をしましよう。産科の診察台では特に性被害の方とかも想定される場合、ベッドという言葉をあまり使わずに診察台という言葉を使ったほうがいいですよとかですね。本当にそういう基本的なことに対する知見をいろんな方が言われています。今日私が話しているようなこと、レジリエンスのこととかも言わずにA C E sの悪影響のことだけを啓発することによるスティグマということにも気をつけなければならないというようにも書いています。そういうものがすごくいっぱい出ているので、明日から参考にできるようなこと、現場ですぐに使えるようなことがどんどん広まっていくといいなというふうに思っています。

酒井先生もおっしゃっていましたが、2017年から18年にかけてアメリカではT I Cを推進するという法律が制定されていて、これがすごく大

きかったんじゃないかなと思っています。日本でも、法律ができるとすごくいいのかもしれませんが。法律をどう作ったらいいかは分かりませんが、都道府県レベルとか自治体のレベルでもそういった条例とかができるとすごくいいんじゃないかなと思ったりします。この法律の効果もあるかとは思いますが、アメリカでは日本でいうところの国勢調査のようなものでACEsが調べられていて、ホームページを見ると各州で「ACEsが2つ以上ある子どもの割合」とかいうのが全部見られるようになっていたりします。



それから各州での取組も進んでいて、例えば、オレゴン州では、右下に書いてあるのが講師のリストで、TICの研修をする場合であれば、こういう講師がいるよという講師の紹介みたいなのが州のホームページでされていたりします。



それからウィスコンシン州の例では、スライドのようなホームページを作っています。右側の絵は、ウィスコンシン州の物質依存の問題の予防や、対応のためにこれからはトラウマインフォームドなやり方でやっていきますよということが謳われています。この右下の丸で囲まれている人はウィスコンシン州の州知事さんだそうです。私は東京都に住んでいるのでよく言うんですけど、東京で言えば小池百合子さんが、都のホームページで「東京都の精神保健対策はトラウマインフォームドのやり方でやっていきますよ」ということを宣言しているのと同じです。日本ではそういう状況になっていないわけですが、このことから分かるようにトラウマにちょっと自分関心あるからという一部の人がやるということではなくて、社会として取り組んでいくべきことだということが言えると思います。

アメリカが一番進んでいるんですけどもカナダとかヨーロッパとかでも様々な取組がなされています。翻って日本ではまだあまり取組がなされていなかったの、2020年度から、今年4年目になるんですけども厚生労働省の研究費のサポートをいただいて、日本でトラウマインフォームドケアの普及のための研究を亀岡先生にも入っていただいて様々なご助言をいただきながら取り組んでいるところです。

精神科医療機関でその精神疾患の患者さんのケアに当たっている精神科の看護師さんでもTICのことを知らない方っていっぱいいらっしゃる

やるので、まずその普及から始めようということ
とで 2020 年に始めました。エキスパートの方から
のいろんなご意見もちろんです、最近は
様々なところで「当事者共同参画」といって、そ
の支援の対象になるその人たちをプロジェクト
の計画段階から入っていただいて一緒に作って
いくということがすごく大事だよということが
言われています。今回もその看護師さんを対象に
した動画なので精神科看護師さんにいろいろイ
ンタビューし、また精神疾患で精神科医療機関に
入院経験のある当事者の方にもインタビューを
して、そのインタビューを基に作りました。



いろんなご意見をいただきましたが一番強い
意見をいただいたのは看護師さんからでした。
「あなたの今やっている看護がトラウマインフ
ォームドではないですよ、というような言われ方
をするのは、もう本当にしんどいからやめてほし
い」ということはすごく言われたんですよ。先
ほどの酒井先生のご発表の中にも「50%の方が3
年以内に辞めた」とかというようなデータも出て
いましたけれども、支援職も本当に大変な中、余裕
のない中、一生懸命やっている中で、「自分がや
ってることを否定されるようなことを言われる
ともう本当にしんどくなるのでやめてほしい」と
いうことを言われました。非T I C的なケアはこ
んなのです。バツか丸かみたい、そういうコン
テンツは採用せずになるべくそういう要素を取
り除いた上で作ろうという方針で作りました。今
ホームページから、どなたでもフリーでダウンロ

ードできるようになっています。「トラウマレン
ズ」と Google とかに入れていただければアクセ
スしていただけます。もちろんこれが100点満点
とは私たちも思っていないんですけど、まず
はここからスタートということで始めたところ
です。

動画1回見ただけではさすがに定着もしにく
いだろうということで、その後の勉強会の資料と
かも作りました。何とか効果が出ないかというこ
とで研究をした結果、数が少なかったんですけれ
ども動画を見ていただいた群58人と、対象群42
人と比べると心理的安全性というスコアが動画
を見ていただいた群のほうが高くなっているとい
うような結果が得られました。

心理的安全性

- ・ 組織やチームの成果のために、対人関係リスクのある行動
(例：自分の意見を発言する、質問する、失敗を伝える
など)をとることに対して、安全であるというチームの認識
(Edmondson, 1999)
- ・ 従業員満足度、ワーク・エンゲイジメント、離職率の低下、
情報共有量の増加、業績の向上など様々な好影響が
もたらされるとされている。(石井、2020)

50

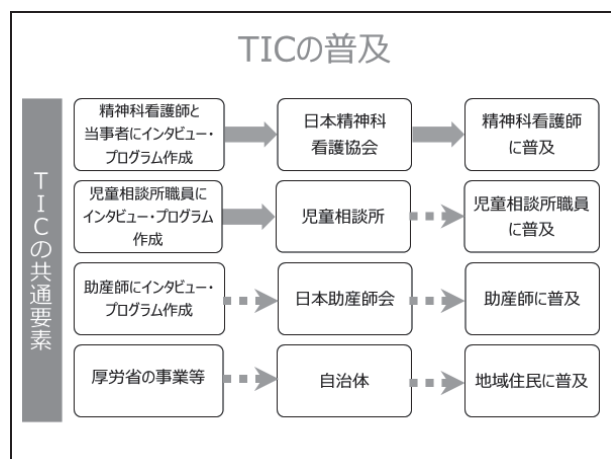
「心理的安全性」というのは最近すごく注目
されている概念ですけれども、組織やチームの成
果のために例えば、看護師が医者に対して「先生、
この薬の量、間違ってるんじゃないですか」と言
うことですね。医者から怒られるんじゃないかと思
ったら、間違ってるんじゃないかなと思っても
言えないことがあると重大な医療ミスに発展し
たりするわけですが、これを言っても医者から何
かすごくひどい扱いをされることはないという
安全を感じてるからこそ言えるというような
ことです。心理的に安全であるという感覚が高ま
るというような結果が得られました。あと介入群
に割りつけてもなかなか動画を全部見てくれない
方も多かったんですが、15分ぐらい×4回を
全部見ていただいた方が58人中30人いっしょ

って、この30人の方に関しては、燃え尽き＝バーンアウトも低下しているというような結果が得られました。

Outcome variables	Intervention (n = 30)		Control (n = 42)		Estimates of fixed effect	
	Estimated mean	SE	Estimated mean	SE	Effect Size	P value
Attitude Related trauma-Informed Care Scale 35						
Baseline	4.87	0.13	4.66	0.11		
after intervention	5.00	0.13	4.60	0.12	0.48	0.09
3-month follow-up	5.01	0.14	4.64	0.12	0.36	0.25
Burnout						
Emotional exhaustion (情緒的消耗感)						
Baseline	2.86	0.19	3.01	0.16		
after intervention	2.60	0.19	2.88	0.17	-0.22	0.40
3-month follow-up	2.51	0.20	3.05	0.18	-0.60	0.04
Depersonalization (脱人権化)						
Baseline	2.23	0.18	2.18	0.15		
after intervention	2.19	0.18	2.34	0.17	-0.38	0.18
3-month follow-up	1.96	0.19	2.27	0.17	-0.61	0.04
Personal accomplishment						
Baseline	3.63	0.17	3.52	0.14		
after intervention	3.70	0.17	3.59	0.15	0.01	0.98
3-month follow-up	3.67	0.17	3.69	0.15	-0.26	0.35
Psychological Safety (心理的安全性)						
Baseline	54.48	2.54	51.38	2.16		
after intervention	57.68	2.54	49.82	2.31	0.68	0.01
3-month follow-up	59.50	2.64	48.05	2.40	0.91	0.001

effect size: Estimated effect divided by pooled SD at baseline and each follow-up.
*p<0.05.

T I Cにプラスαのことをしないとイケないのに、燃え尽きが軽減するってどういうことなんだろうというふうに思われる方がいらっしゃるかもしれませんが、これはもう以前からいろんな方が言っていることで、そのT I Cというのは患者さんの恐怖だけでなく、その治療者の燃え尽きも改善し得るものなんじゃないかということ是指摘されています。酒井先生のご発表の中にも組織の変化に関するお話が出てきて、なかなか簡単ではないところではあるんですけども、考えてみたらものすごく患者さんのトラウマに配慮していながら医者が看護師を怒鳴りまくっている病棟はちょっと想像しにくいと思うんですよね。そういう文化の醸成みたいなものというのにも繋がってき得ることではないかなというふうに思っています。



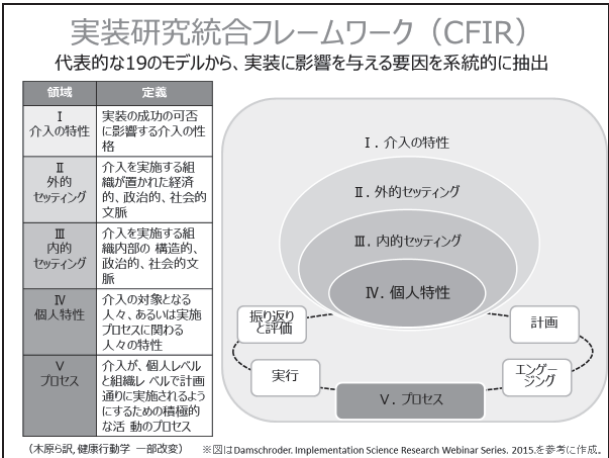
今、精神科看護師さん用のプログラムを作成、研究が終わって、日本精神科看護協会さんの研修に取り込んでいただいて精神科の看護師さんに普及する土台というのはできたんじゃないかなと思っています。今、児童相談所の職員さん向けの動画を亀岡先生にもご指導いただいて作って、児童相談所で研究中です。これで結果が出ましたら児童相談所の職員さんに普及していきたいなと考えています。周産期分野は今プログラムの開発を始めたところ。自治体職員の方とかにもそのうちご覧いただけるようなものを作れたらいいなというようなことを考えています。

ここまでの普及に関してちょっと希望のある話ですけども、ここからその普及に向けた課題みたいなのところについてもお話をさせていただきたいと思います。

T I Cがそんなにいいんだったら、みんなに広めたらいいというふうに思われるかもしれませんが、良いかどうかまずは調べないといけないんですが、たとえ良いと分かったものであっても社会にそれが普及するかというのは別の問題だったりします。例えば、精神科の領域で「認知行動療法」という治療法があります。これは鬱病とかに有効な治療法で、科学的なエビデンスはもう完全に確立していて、良いと分かっているものですけどもたいして広がっていません。診療報酬もついています。この認知行動療法にかかる時間や治療者の養成といったことを考えるとなかなか日本全国に認知行動療法をやる人がすごくたくさんできて、みんなが認知行動療法をどこのクリニックに行っても受けられますみたいな状況にはなってないわけです。このようにエビデンスがあるとか、良いと分かっているでも社会に普及しないということは非常にたくさんあります。そのため、普及に向けてどうしていくかということを考えていく必要があって、ここは私もまだ全然解決できていないでいろんな方のご意見を伺いたいなと思っています。

この普及とか社会実装ということを考える「実装科学」という学問の領域があります。良い

とされているものをどうやって社会に広げたらいいのかということを考える学問です。その実装科学の中でいろんな理論的な枠組みがあるんですけども、その中の一つの「CFIR」いうのを今日はご紹介をさせていただきたいと思います。



組織に働きかけていって、その普及を広げるような時にどういうことを考えていく必要があるのか、どういうことが普及の促進要因になるのか、阻害要因になるのかということを考えるという枠組みになります。

I. 介入の特性 Intervention Characteristics

構成概念	概略
A 介入の出処 Intervention Source	介入の開発が外発的なものか自発的なものかについての、主要なステークホルダーの認識。
B エビデンスの強さと質 Evidence Strength & Quality	介入が望ましいアウトカムをもたらすという信念を要付ける、エビデンスの質および妥当性に関するステークホルダーの認識。
C 相対的優位性 Relative Advantage	代替の解決策と比較して、介入を実施することの強みについてのステークホルダーの認識。
D 適応性 Adaptability	現場のニーズを満たすために、介入の適応やカスタマイズ、洗練化、見直しが可能である程度。
E 試験可能性 Trialability	介入を組織で小規模に試験し、さらに、妥当な場合には、その逆行（実装を取り消すこと）ができること。
F 複雑性 Complexity	実装の困難さについての認識（期間、適用範囲、急進性、破壊性、中心性、実装に必要な複雑さと手順数を反映）。
G デザインの質とパッケージング Design Quality & Packaging	介入がうまくまとめられており、提示、組立てが優れていることに関する認識。
H 費用 Cost	介入に要する費用、および投資、供給、機会費用を含む介入の実装に関連する費用。

<https://www.radish-japan.org/resource/cfirguide/index.html>

まず「介入」、今日のお話だとT I Cのことですね。T I Cの動画研修を広める時にそのT I Cの動画研修の特性としてエビデンスがちゃんとあるかということが重要になります。私は研究職ですので、この科学的エビデンスを出すことのプライオリティがものすごく立場上高くて、一番大事な感じですけども、実際、社会に普及すると

いうことを考えた場合にエビデンスはあくまで一つの要素です。認知行動療法のお話でも申し上げましたようにエビデンスだけ幾らあっても全然社会に広がらないということは多々あって、あくまで一つの要素であるということです。Dの緑で囲っている適応性は、現場のニーズを満たすために現場の適応とかカスタマイズとかができるかとかですね。Gはデザインの質とかパッケージがうまくまとまっているか、動画自体が魅力的になるためにどうしたらいいかとかですね。また、15分の動画ですけど、1.25倍に早めて時間短縮して見てくれていいですよとか、症例のページがあるので、8分から11分のそこだけを見ていただいてもいいですよとかですね。そういう様々にやりやすいように作るというようなことも一つ大事な要素になってきたりします。

II. 外的セッティング Outer Setting

構成概念	概略
A 患者のニーズと資源 Patient Needs & Resources	介入の開発が外発的なものか自発的なものかについての、主要なステークホルダーの認識。
B コスモポリタニズム Cosmopolitanism	介入が望ましいアウトカムをもたらすという信念を要付ける、エビデンスの質および妥当性に関するステークホルダーの認識。
C 同業者からの圧力 Peer Pressure	代替の解決策と比較して、介入を実施することの強みについてのステークホルダーの認識。
D 外的な施策やインセンティブ External Policy & Incentives	現場のニーズを満たすために、介入の適応やカスタマイズ、洗練化、見直しが可能である程度。

<https://www.radish-japan.org/resource/cfirguide/index.html>

それから「外的セッティング」では、例えば、自治体関係者の方は理解いただきやすいかもしれないC「同業者からの圧力」というのがあります。よく隣の市がやっているとうちもやんなきゃみたいなですね。病院でも隣の病院がやっている、というのがあるかもしれません。そういうものは間違いなくいろんなところにありますので、こういうことをちょっとうまく意識して普及戦略というのを練っていくというのも一つ考えるべきことであったりします。Aは患者のニーズと資源という、これは医療だと患者さんですが、医療でなければ被支援者の方、いろんな表現があり得るかと思いますが、その方々のニーズを抑える

というのももちろんすごく大事なことです。

Ⅲ. 内的セッティング Inner Setting	
構成概念	概略
A 構造特性 Structural Characteristics	組織の社会構造、年数、成熟度、および規模。
B ネットワークとコミュニケーション Networks & Communications	社会的ネットワークの性質と品質、および組織内の公式・非公式なコミュニケーションの性質と品質。
C 文化 Culture	組織の規範、価値観、および基本的な前提。
実装風土 Implementation Climate	変化を吸収する能力、介入に対して関係者間で共有している受容性、およびそのような介入の実施に対する組織内での規範、支援、期待の程度。
1 変化への切迫感 Triability	ステークホルダーが現在の状況を耐え難い、あるいは変化が必要だと認識している度合い。
2 適合性 Compatibility	関係者が介入に付与する意義と価値観との間の明確な適合の程度、それが個人の規範、価値観、および認識されたリスクとニーズに合致する程度、および介入が既存のワークフローおよびシステムに合致する程度。
3 相対的優先度 Relative Priority	実装の重要性について、組織内の個人々々で共有された認識。
B 組織のインセンティブと報酬 Organizational Incentives & Rewards	目標共有のための褒賞、業績評価、昇進、昇給などの外的なインセンティブ、および評価が上がる、敬重が得るなどの目に見えないインセンティブ。
5 目標とフィードバック Goals and Feedback	目標が明確に伝えられ、それに基づき行動が促され、スタッフにフィードバックが行われる程度、およびフィードバックと目標が一致していること。
6 学習風土 Learning Climate	次のような風土：a) リーダーが自らの誤りを犯す可能性を認めチームメンバーによる支援と助言の必要性を表明する。b) 変化のプロセスにおいて、チームメンバーが、自分自身は不可欠で価値があり、知識あるパートナーだと感じる。c) 個人が新しい方法を試みる際に心理的に安心感をもつ。d) 知見と評価の適切な時間と場所がある。
実装の準備性 Readiness for Implementation	介入実装の決定に対する組織コミットメントについての、明確かつ直接的な指標。
1 リーダーシップ・エンゲージメント Leadership Engagement	リーダーとマネージャーの実装へのコミットメント、関与、および責任。
E 利用可能な資源 Available Resources	資金、研修、教育、物理的空間、時間を含む、実装とその継続的な運用に割り当てられた資源の程度。
3 知識や情報へのアクセス Access to Knowledge & Information	介入、およびそれを業務に組み込む方法についての、理解しやすい情報や知識へのアクセスの容易さ。

それから「内的なセッティング」、自治体だったら自治体の内部ですね、内部においてそういう変化を切望している、切迫しているようなそういう文化が既にあるとかかですね、共に学ぶ風土があるとかかですね、そういう普及し促進されやすい組織の条件が整っている組織、そうでない組織というのがあり、最初は促進要因が多い組織から入っていったほうが成功しやすいだろうなということが考えられると思います。個人はあまり戦略上、考えられるところが多くはないかもしれません。

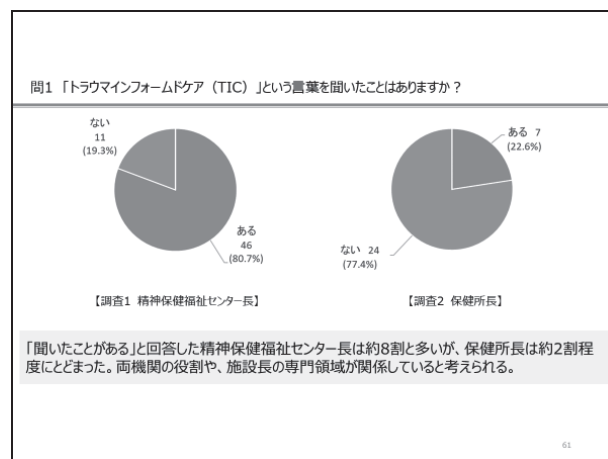
Ⅴ. プロセス Process	
構成概念	概略
A 計画 Planning	介入を実装するための行動とタスクの計画や方法が事前に準備されている程度、およびその計画や方法の質。
エンゲージング Engaging	介入を実装し行う際に、ソーシャルマーケティング、教育、ロールモデル化、研修、およびその他の同様の活動を組み合わせた戦略を通じて、適切な人を引きつけ、関与させること。
1 オピニオンリーダー Opinion Leaders	介入の実装に関して、同僚の態度や信念に、公式または非公式に影響を及ぼす組織内の個人。
2 公式に任命された内部の実装リーダー Formally Appointed Internal Implementation Leaders	コーディネーター、プロジェクトマネージャー、チームリーダー、または他の同様の役割として、介入を実装する責務を公式に任命された、組織内の個人。
3 チャンピオン Champions	介入によって組織内に生じる無関心または抵抗を克服し、「[実装の]支援、マーケティング、および完遂に全力を傾ける個人」(Greenhalgh, 2004, p.182) (訳者注：引用情報補足)。
4 外部のチェンジ・エージェント External Change Agents	望ましい方向で介入決定に公式に影響を及ぼすまたは促進する、外部機関に属する個人。
C 実行 Executing	計画に従って、実装を実行または成し遂げること。
D 振り返りと評価 Reflecting & Evaluating	個人およびチームによる進捗および経験に関する定期的報告と、それに伴う、実装の進捗と質についての定量的・定性的フィードバック。

あと、組織内部にリーダーになってくれる、外からいくら働きかけても、それだけでは限界があって組織の内部でプロジェクトを引っ張っていただけるような方がいるかどうか、そういう方とパートナーシップを組めるかどうか、すごく重要です。こうして成功事例を作るとか、

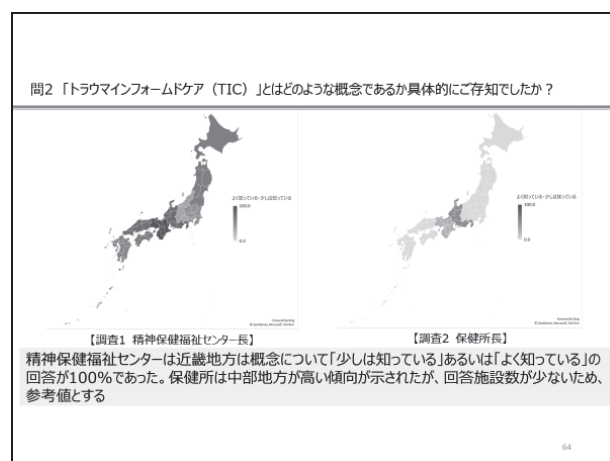
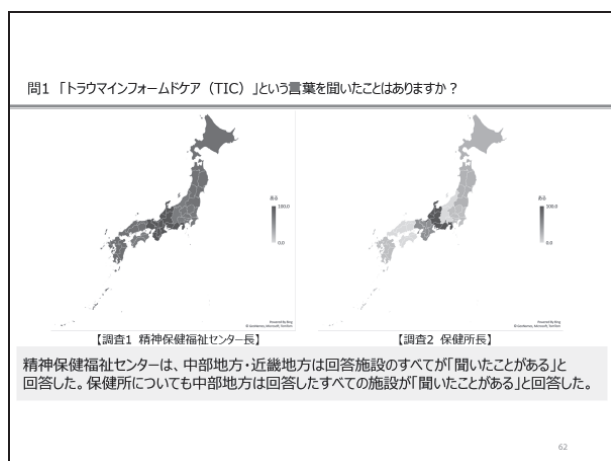
先ほどの同業者からの圧力、あそこがすごく成功しているよということが一つのでこになったりし得ると言われていたりします。

こういうことが実装科学では言われているものの、実際、実現するのはそういうリーダーになってくださる方と出会えるかどうかなど、様々なことがあって、言うは易し行は難しということで、こういうことを考えて普及戦略を考えていけばいいのではないかなというようなことがあります。

ここからは、今の実態はどうなっているかということの状況のご紹介を簡単にさせていただければと思います。これは私が代表を務めさせていただいてる厚生労働省の研究班で2020年の年末に行った調査です。全国の子精神保健福祉センターと保健所、精神保健福祉センターのスタッフの方々にご協力いただいてTICの普及の現状ってどういうふうになっているのかということ調べてみました。



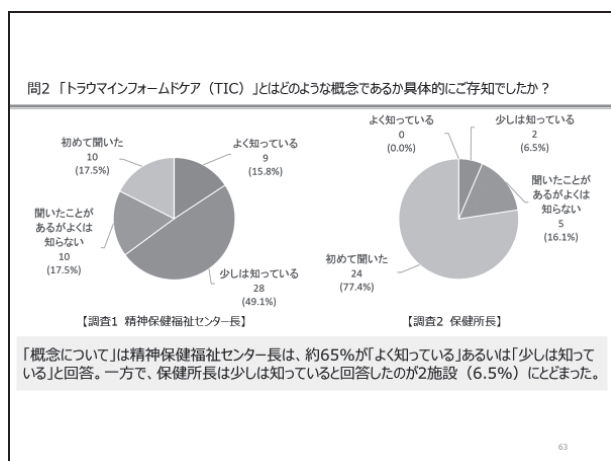
精神保健福祉センター長の先生方は大体精神科医の方々と、保健所長の方々と精神科医はほぼおらず、他の診療科の医師が多いです。TICという言葉について、アメリカの法律が通ったのは2017年から18年ですけれども、2020年末の時点で精神科医でも2割ぐらひはまだ言葉自体知らないという方がいらっして、保健所の方だと圧倒的に知らない方のほうが多いというような状況でありました。

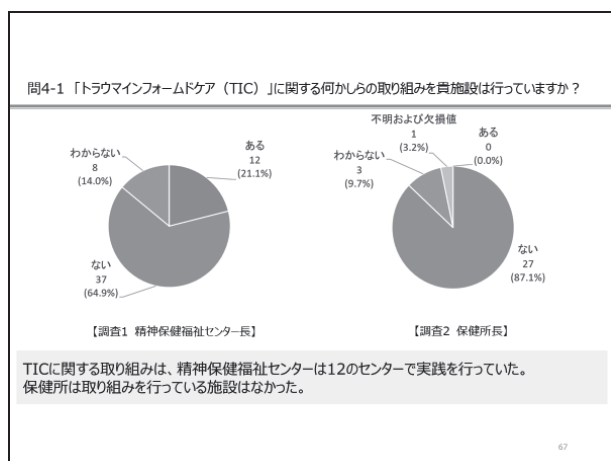


地域別に見ると、中部・近畿地方は知っている人が多いですが、それ以外はあまり知らないということになっています。それから言葉だけでなく概念、どういうものかというのを具体的にご存じですかというふうに伺うと、精神科医であっても3分の1ぐらいの方はよく知らない、保健所長さんに関してはほぼ全員知らないというようなことになりました。実は、今年3年後調査を行うんですけれども、ちょっとは普及が進んでいるといいなと期待しつつも、まだまだ日本では具体的な取組とか言う以前に概念を知らないという方がこれだけいるという2020年末時点の現状があります。

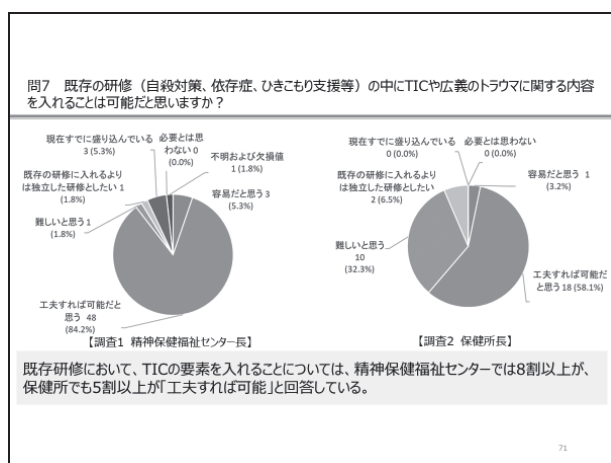
「どのような概念であるか、知っているか」ということに関しても、近畿・中部地方は割と高いけれども他はあんまり高くないということが示されています。これ私の研究班の中でもしばしば話すんですけれども、こういった調査からもここ兵庫県を含む近畿地方は割とTICに関しては先進地域だなと思います。それは亀岡先生や酒井先生などこころのケアセンターの先生方、他にも近畿地方の大阪府・兵庫県で熱心に取り組まれている先生が何人かいらっしゃると思うのですが、そういう先生方のこれまでのご尽力の賜物ではないかなと思います。関東地方など、これから追いついていかないといけないところだと思います。近畿地方だと、もしかしたらTICは当たり前だね、みんな知っているよねと思われるかもしれないんですけれども、近畿地方以外ではまだそこまで広まってない地域もたくさんあるということだと思います。

「日々の業務で耳にする機会がどれぐらいありますか」も聞いています。



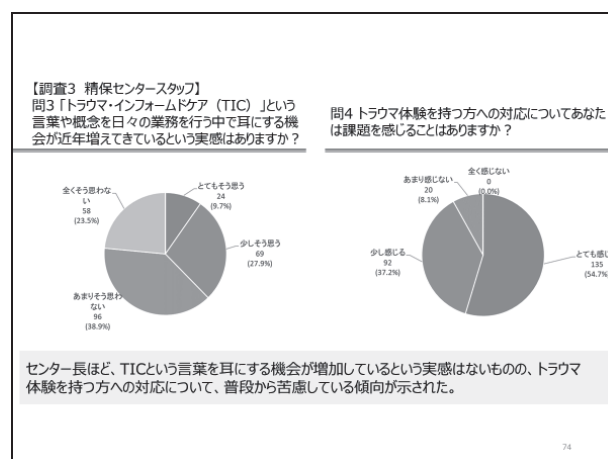


「取組を行っていますか」という質問になると、精神保健福祉センターでも2割ぐらいしか取り組んでいるところはない、保健所は全くないということになります。取組を行われているところも近畿地方では半分ぐらいは取り組んでいるんですけれども残りはそうでもないということになります。でも必要性を感じているという人は3分の2ぐらいいらっしゃいます。しかし、TICの知識やスキルが不足している、研修を実施するスキルが不足している、人がいない、予算はそんなにかからないと思うのですが、予算がないとかいろいろハードルを感じていらっしゃるということです。また、精神保健福祉センターはひきこもり支援、自殺対策、依存症対策などやらないといけないことがいろいろあって、何でもかんでもできませんというようなことをよく言われます。

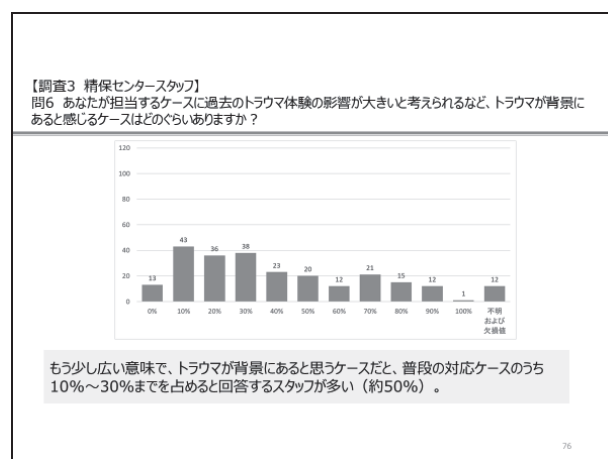


しかし、「ひきこもりも自殺も依存症も全部関係していますので、その啓発とか研修の中にトラ

ウマインフォームドケアの要素を取り入れていただくことは可能なんではないでしょうか。」と聞くと、それは一部だったら工夫すれば可能だというふうに答えてくださる方が多いということで、必要性も感じてくださっているということです。こういう動画を作る時にも「この部分だけ使ってください」とか、「第1回だけ見ていただいてもいいですよ」とかそういうご提案とかをさせていただいたこともあります。ただそれにしてもなかなかまだ力不足でそこまで広がっていない現状です。



それから精神保健福祉センター長の先生だけではなくて、精神保健福祉センターの相談スタッフの方々にも調査をさせていただいたんですけども、そのスタッフの方々は3分の2ぐらいは知っていますよということでした。



P T S Dと診断されたことのあるケースは相談支援の中でもそんな多くはないけれども、P T S Dでなくても過去のトラウマ体験の影響がこ

の方の症状とか不適応的な行動パターンに少なからず影響を及ぼしているだろうなと考えるケースはどれぐらいありますかという、かなり多くなってくるわけです。冒頭にも申し上げましたようにPTSDという診断ではなくて、トラウマの与える影響が本当に多様であるということを理解していただくと、いろんなところにそのトラウマ体験の影響を想像し得るというか、想定し得るというか、そういうことがあるのではないかなというふうに思います。

TIC普及のために必要なものは

- 都道府県からの指示や支援？
- TICの専門家による講師の支援？
- TICの効果や意義に関する資料？
- 他の都道府県での好事例？
- どの研修でも利用できそうなTICに関する資料？
- TICに熱意のある所内のスタッフ？
- TICのために追加配置されたスタッフ？

今みたいなことを踏まえて、普及がなかなか進まない中で、どういうことが必要なのかなと。もちろん私は研究者なのでエビデンスは引き続き出し続けたいというのは前提としてあります。それ以外にどういうことが必要なのか、法律とかができると都道府県とかも優先順位を高く、プライオリティを高く考えていただきやすいんだろうなと思いますが、なかなかそれはハードルが高いなと思っています。他に、アメリカの各州がやっているように講師の紹介とかするといったのかなとか思ったりもするんですけど、講師の人材も無限ではありませんので、やっぱり動画を作る。動画を作ることはいくつかの利点がありますが、一つは講師によらずとも研修ができるということがあると思います。もう一つは精神科看護師さんは絶対、準夜勤とか夜勤で研修を受けられない人が発生します。動画だといつでも受けていただけるのでそういったモダリティー（やり方）を考えるというのも一つかなと思ったりします。あと、

どこか一つでもすごく好事例があると、他の自治体とかに受け入れてもらいやすくなるのかなと思ったりしますね。こころのケアセンターさんがやっている研修を受けてくださる方の中からすごく熱意のある方と繋がって、その方のいる組織から変えていくのがいいのかとか、いろいろ考えるわけですがけれども、なかなか自分の力だけではいかんともしがたいところがあって、できてないことも多いです。先生方とか、フロアーの方とかでも何かこういうアイデアがあるよとか、こういうケースがあるよとか、そういうことがあったらぜひ教えていただけたらありがたいなというふうに思います。

まとめ

- ACEsに代表されるトラウマを体験している人は非常に多く、その影響は大きい。
- トラウマインフォームドケア（TIC）の必要性は高い。
- 研究班で作成した動画研修が精神科看護師のTICに関する態度や心理的安全性を向上させ、燃えつきを軽減させる可能性を示唆した。
- 現在、児童相談所職員向けの研修動画を作成し、効果の検討を開始した。
- 普及の阻害要因・促進要因を特定し、普及を進めていくことが重要。

ご清聴ありがとうございました

78

これが最後のスライドです。今日の話のまとめになりますけれどもACEsに代表されるトラウマ、今日はACEsのお話だけしましたけれども当然ACEsだけではなくて災害もあれば犯罪被害もあれば様々なことがあってACEsに代表されるトラウマ体験をしている人というのはすごく多いです。それぞれ振り返っていただくと自分も経験していたな、みたいなことは多分多くの方が感じられるんじゃないかと思います。本当に自分事、誰か困ってる他人のことではなくて自分自身のこととして、もしご自分には本当に全くないということであったとしてもご家族とか、近しい方には必ずあると思いますので、みんなが自分事として考えていただくような問題ではないかと思います。そうであるからこそトラウマインフォームドケアの必要性というのはすご

く高く、この考え方をみんなが知っておくことというのはすごく大事なんじゃないかなと思っています。

研究班で作成した動画研修がT I Cに関する態度とか心理的安全性とか燃え尽きの軽減に有効かもしれませんよという可能性を示唆しました。それから児童相談所職員向けの動画を作成して、効果の検討を開始してこれから進めていきたい、また、幅広い普及の促進要因とか阻害要因を特定して普及を進めていけたらと思います。皆様からもしろんなご意見を伺えればと思っています。

これで私の話を終わらせていただきたいと思います。ご清聴いただきましてありがとうございました。

(3) パネルディスカッション

「トラウマインフォームドケアの普及に向けて」

＜パネリスト＞

西 大輔（東京大学大学院医学系研究科教授）

酒井佐枝子（兵庫県こころのケアセンター研究主幹）

＜コーディネーター＞

亀岡 智美（兵庫県こころのケアセンター副センター長兼研究部長）

○亀岡副センター長

前半の研究報告、それから基調講演では非常に中身の濃いお話をいただき、ありがとうございます。西先生の基調講演も非常に情報量が多かったので、たくさんのことを聞かれて皆様方、整理が必要と思っておられる方も多いと思います。パネルディスカッションでは、さらに理解を深めるためのディスカッションをしていきたいと思えます。酒井研究主幹と西先生双方に今後の普及について言及していただいたわけですが、そういったことについても話を深めてまいりたいと思えます。

それではまず、お二人それぞれ、酒井研究主幹は西先生に、西先生は酒井研究主幹に今の発表を聞いてコメントなり、質問なり、西先生からは何かご教授いただけるようなことがありましたら、ぜひお願いしたいと思えます。

それでは酒井研究主幹からお願いします。

○酒井研究主幹

西先生、この度は貴重な基調講演をいただきまして、ありがとうございました。私自身ACEsに関しての知識を整理させていただくことができ、そしてTICに関してどのように普及をしていく必要があるのかという道筋について教えていただいた気がいたします。

既に厚生労働省の研究班等で全国規模の普及の在り方を検証されておられるということですが、今後の普及に当たって、どういう方法で普及を進めていくことが日本のやり方、日本の

中でより抵抗なく進められると感じておられるかについて、様々な先進国の方法論がある中ではありますけれども、日本の風土に適した方法というものについて何かご教示いただけることがありましたら、ぜひお願いいたします。

○西教授

その点に関しては私も答えは持っていないくて、スライドの中でお示したように今は、精神科看護師だったら日本精神科看護協会とか、助産師だったら助産師会とか、そういうところとコミュニケーションを取って、既存の支援者の組織にうまく乗せてもらおうと広まりやすいのではないかなということを考えています。児童相談所に関しては、そういうところとまだコラボレーションができていないので、ぜひ亀岡先生とかこころのケアセンターの先生方にもつないでいただけたらありがたいと思えます。

今、抵抗なくとおっしゃったんですけど、2021年度から厚生労働省が「心のサポーター養成事業」というのを始めていて、2033年までに日本全国に100万人の心のサポーターを養成することを目標に掲げて、精神疾患を持っても暮らしやすい地域社会、共生社会をつくっていくんだという考えを基に行っています。今、この「心のサポート養成事業」の事務局代表も私は務めさせていただいていて、この中にトラウマインフォームドケアの内容を入れたかったんですけども、いろんな反対があり、ちょっと早過ぎるというか、“アドバンス”過ぎるというか、一般国民の方に

お伝えする上ではもっと基本的なところが難しくなってしまうので、トラウマの要素というのはこの事業の中には入っていません。そういうことを考えると、まずはニーズを感じていらっしゃるであろう支援職の方々から広げていくというのがやりやすいところなのかなというふうには思っています。それが正解かどうかは分かりませんが。

○亀岡副センター長

それでは西先生から酒井研究主幹の発表についてコメントをいただけますでしょうか。

○西教授

本当に大変だったと思うんですけども、和訳も含めてすごく多岐に亘る、最初から最後まで線の通ったといいますか、研究をされてすばらしいなと思いました。

研修プログラムについては、私も動画研修を作る時にすごくいろんな要素がある一方で、絞らないと長過ぎて受講者数が減るかなというようなことを考えて、どれを入れてどれを入れないかというのは結構迷ったりしたんですけども、優先して入れるべき事項とか、どういう考え方でこの研修プログラムを作られたかというところを教えていただければと思います。

○酒井研究主幹

私自身、この研修プログラムを作成する時に予備的に何度か研修を実施させていただいた上で、参加していただいた皆様からフィードバックをいただきながら修正して、この4部構成にした経緯があります。

本邦でこの研修を実施するに当たって、ニーズに基づいているということが何よりも大事だと思いながら、そのニーズに応じた内容として洗練させたのがこの4部構成です。何よりも皆さん多忙な中で限られた時間をどう過ごすのか、そしてその時に聞いた内容を、抵抗を感じながらもやってみようかなと感じられるところまで昇華し

た内容をお伝えしたいという思いがありました。支援者が支援をするということを考えた時、既に皆様ご自身の専門性を基に支援を展開されていると思います。その専門性はとても大事な視点で、その専門性の上にプラスαでトラウマの眼鏡をかけてみて、その事象を見てみたらどうでしょうかという提示の在り方が必要だと感じてこの内容を構成しております。その関係上、どうしても今までのご自身の経験、教育歴、実践歴などを振り返る時間がどうしても必要だと感じております。その振り返りの中でこれまでの良さ、そして課題を客観的に鳥目線で俯瞰して捉え、そしてトラウマの眼鏡をかけて、つまりT I Cの視点から事象を見てみたらどうなるだろうという新たな眼鏡をかける練習をする。その際、今まで自分が何気なく染みついてやっていたこと、信念、考えのベースとして持っている世界観のようなものにまでアプローチをせざるを得ない、そこからの抵抗があるととても感じました。ここの部分をこの基礎研修の一番最初の導入部分として大事に扱う必要があると、予備研修を実施する中で思い至りまして、この4部構成の中の特にこの第2部の「パラダイムの転換」というテーマの中で必ず入れています。T I Cは何も自分たちを脅かす新たな概念ではなく、元々持っているものにプラスαして、そして今までやっていた内容、スキルと合わせて取り入れることができるものなんですよということをお伝えする内容を入れる構成にするに至りました。この基礎研修、導入研修として本当に必要なT I Cのベースである安全安心などに関しても入れ込んだ本当にベースのプログラムとして作りまして、今後はまた展開をしていけたらなと考えております。

○西教授

私たちのプログラムでも「トラウマインフォームドケアの再発見」という言葉を使って、元々やっていることを再発見していきましょうという感じでしているので、今のお話を伺ってすごく心強く思うと共に、「パラダイムの転換」と

いうのは本当におっしゃるとおりなんですけれども、限られた研修時間の中でそこまで進める方と進めない方もいたり、進める方はそこで結構葛藤が起きたりというようなこともあるので、そのあたりのこともをもうちょっと詳しく後日伺ってみたいと思います。

○亀岡副センター長

いかに従来の支援の中にT I C的な視点を入れていくかということをお二人の先生方、腐心しておられるというふうにお聞きいたしました。

酒井研究主幹の動画はお披露目がまだでございますけれども、西先生の動画ぜひご覧ください。非常に非侵襲的で、動画を見ただけで癒やされるといいますか、何かりラックスできるみたいなような雰囲気をつくりになっておりますし、それからあまり詰め込み式ではなく本当にミニマムなものを丁寧に丁寧に短時間で伝えるというふうになっておりますので、看護職の方ではなくても十分ご理解いただけるのではないかなというふうに思いました。

西先生はこれからのT I Cの我が国での普及ということで、様々な職域に対するアプローチを考えておられると共に、国民レベルの非常に大きな幅広い層に向けての普及ということも考えておられたと思います。西先生が挙げられている職域というのは国家資格をお持ちの専門的な職種領域が多かったと思います。一方で、酒井研究主幹がチャレンジしようとしている領域は、本当に子どもたちの育ち・生活を支える職員さんたち、そういう職員さんたちというのはご自分自身が守られていない非常に弱い立場でものすごく大切なお仕事をしていただいています。専門領域と福祉の屋台骨を支えている人たちへの普及という場合に、配慮すべき点というのはちょっと違うのかなというふうに思うんですね。最近、酒井研究主幹が今後の支援、普及、啓発を始めていこうという時に、課題であると考えていることがあればお教えてください。また、西先生には職域特有の問題というものがあれば、ちょっとお考えをお教

えいただきたいなと思います。

では酒井研究主幹、お願いします。

○酒井研究主幹

社会の中で子どもを育てるという時に支援者の果たす役割は本当に大きいと思います。子どもの生活そのものを支える支援者の場合、支援者自身の安全安心をいかに守り、確保しながら、そしてその姿を子どもたちが見ることを通して、子どもたち自身も自分の安全・安心を感じられる、そのような安全・安心が循環する環境にしていくのは本当に難しいと頭を抱えることが多いです。私自身は今、支援者養成、支援者にT I Cを届けるという視点で研究を進めております関係で、支援者自身の安全安心を作っていくためのアプローチとして、今回ご紹介しました研究手法である1組織全体にT I Cをお伝えし、継続してそれに関する知識をお伝えしつつ実践との結びつけを行っていく形をとっています。希望としては、引き続き一つの組織、一つの環境、全員に向けてアプローチして、継続した関わり、協働学習のシステムなどを作り上げることで生活の中でT I Cをお互いに学び合って、その風土を醸成していく形で進めていけたら一番安全・安心を担保しながら進めていくことができるのかと考えております。

ただ、研究としての位置付けも必要ですので、コントロール群を設定することの難しさ、継続する際にその内容を統一する必要性があるとか、様々な研究手法との兼ね合いが難しいと思っています。エビデンスを蓄積していく必要のある分野であるだけに、研究として、1組織の中でT I Cを醸成していくことの意味について検討していくことができたらいいなと現在考えております。

○西教授

今のような取組をぜひ成功されて、それを好事例として紹介していただけるとすごくうれしいなと思います。そこまでいけると本当に何か理

想的だろうなと思いながら伺っていました。

この研修内容の第3部に組織の影響ということが書かれていますが、その組織に働きかけるというところに関しては簡単ではないと思うんですが、どういうところが一番ハードルに感じてもらえるか、こういうところがコツだと思うところがあったら教えていただけたらと思います。

○酒井研究主幹

先進国の文献検討からも分かっていることではありますが、組織におけるそのリーダーシップの取り方が、そのTICの成功にもものすごく大きな影響を及ぼします。そしてそのリーダーシップに関しても、そのトップだけではなくて各部門のチャンピオンと先生のスライドにもありましたが、「トラウマチャンピオン」と言われるTICを推進するリーダーシップが取れる各部門のリーダーをいかに育てていくかということなども成否を分けます。そういった意味で私が翻訳させていただきましたCWT T Tにおいてはスーパーバイザーや、リーダーの在り方に関しての研修も整えられておりますので、ボトムアップからアプローチすると共に、トップダウンするためのリーダーをいかに養成していくか、両方のアプローチが必要なのかなというふうに考えております。

○西教授

ぜひ、先生が訳されたものを読ませていただきたいなと思います。

○亀岡副センター長

私も自分が活動している領域で、私自身は専門治療というものを広めたいという立場ですが、西先生からも新しい技術の普及にはその土壌作りが必要であり、それがすぐには難しいというお話がありました。TICを普及する際に、推進の前提条件になる4つのRがありましたよね。トラウマの基本を「知る」ということや目の前のクライアントが有するトラウマとその影響に「気づく」という要素は、研修を繰り返すことなどによ

って、それほど難しくないかもしれないと思うのですが、一番難しいのがトラウマインフォームドな対応をどう実践するかという段階ではないかと思います。今までなかった視点を取り入れた対応は誰でも不慣れであるので、ついつい従来の対応法になってしまいがちです。トラウマインフォームドな対応を実践するためには、西先生がおっしゃったような内部の優れた実践者と外部のアドバイザーの力が、相乗的に歯車を回していく必要があるのではないかと思います。一旦歯車が新しい方向に回り始めると、TICがどんどん広がっていくような気がします。先生方お二人の取組が、わが国のTIC推進の大きな力になりますことを切に望んでおります。

本日は、西先生から大変すばらしいお話をいただき、私たちの地道な研究発表もお聞きいただき、ありがとうございました。

2 研究員の活動実績

(1) 刊行物

【公表論文】

- ・加藤寛, 「上司に繰り返シアホ、馬鹿と怒鳴られています。それが原因で PTSD になったという診断書を今すぐ書いてください・・・」; 一般人は専門家よりトラウマと PTSD 概念を広く取りがちな件, 精神科治療学, 37 増刊号; 114-117, 2022
- ・加藤寛, 震災、トラウマ、こころのケア：中井久夫の着想と実践, 精神科治療学
- ・亀岡智美, 複雑性 PTSD とトラウマインフォームドケア, 精神医学, 65 (8), 1117-1122, 2023
- ・亀岡智美, 性虐待・性暴力被害児に対する専門治療, チャイルド・ヘルス, 26 (11), 850-853, 2023
- ・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, 児童青年精神医学とその近接領域, 63 (4), 439-444, 2022
- ・亀岡智美, 複雑性 PTSD, 健康教育, 877, 92-95, 2023
- ・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, 児童青年精神医学とその近接領域, 63 (5), 584-588, 2022
- ・亀岡智美, 特別講演, 精神看護におけるトラウマインフォームドケアの視点, 日本精神保健看護学会誌, 32 (2), 67-73, 2023
- ・大澤智子「子どもの虐待とネグレクト」 利用者の自死－職場におけるポストベンションを多重構造で考える 第 25 巻第 3 号 (69) .319-325.
- ・高山桃香・板倉憲政 ペアレントトレーニングの効果に影響を与える阻害要因について, 岐阜大学教育学部研究報告, 人文科学, 72 (1) , 175-182, 2023

【著書・翻訳】

- ・亀岡智美, トラウマインフォームドケアの概念と組織変革の方向性, (笠井清登責任編集, こころの支援と社会モデル～トラウマインフォームドケア, 組織変革, 共同創造, P113-120, 金剛出版, 2023)
- ・亀岡智美, 第 8 章 性的トラウマに焦点を当てた支援の実践, (藤森和美、野坂祐子編, 子どもへの性暴力第 2 版, P139-151, 誠信書房, 2023)

【その他刊行物】

- ・加藤寛, 最相葉月, 「こころ」を置き去りにしない社会へ-中井久夫が遺したもの, 現代思想, 12 月臨時増刊号 8-21, 2022
- ・亀岡智美, エッセイ, 逆境と子育て－母親役割を分かち合う社会へ, こころの科学, 229, 88-89, 日本評論社, 2023
- ・亀岡智美, 発達障害の愛着・トラウマの問題に対する対応について教えてください, 精神医学増大号 5, 823-825, 医学書院, 2023
- ・亀岡智美, トラウマインフォームドケアとは何か～青年期のトラウマの理解と支援～講演録, 同志社大学カウンセリングセンター, 2022 年度カウンセリングセンター報告, P2-14
- ・亀岡智美, 書評：ナラティブ・エクスプロージャー・セラピー [第 2 版], 精神療法, 49 (5), 126, 金剛出版, 2023
- ・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, 司会のことば, 児童青年精神医学とその

近接領域. 63 (4). 438-439. 2022

- ・亀岡智美. 基調講演「被害にあった子どもと保護者へのケア」. 全国犯罪被害者支援フォーラム 2023. 採録版. 全国被害者支援ネットワーク. 8-21. 2023.12.
- ・亀岡智美. 子どもの性暴力被害に対する基礎知識～トラウマインフォームドケアの視点～. 令和 5 年度静岡県における犯罪被害者等施策の総合的推進に関する事業「子どもの性暴力被害支援者研修会」報告書. 22-37, 65-92.
- ・大澤智子. 大規模災害の支援者への支援について. 日本精神衛生会 こころの健康シリーズ IX 現代の災害とメンタルヘルス. 2023/12

(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. トラウマ症状の評価を学ぶ一構造化面接の方法. 第 21 回日本トラウマティックストレス学会プレコングレス. 2022/7/16
- ・亀岡智美. 特別講演. 精神看護におけるトラウマインフォームドケアの視点. 日本精神保健看護学会第 33 回学術集会. 2023/5/14. 神戸
- ・亀岡智美. 基調講演 2. 虐待してしまう親のこころの理解. 第 14 回日本子ども虐待医学会学術集会. 日本子ども虐待医学会. 2023/7/2. 尼崎
- ・亀岡智美. 大会企画シンポジウム. わが国における TF-CBT の今とこれから. 第 22 回日本トラウマティック・ストレス学会. 2023/8/5. 東京
- ・亀岡智美. シンポジウム 12. 急性期からのトラウマケア：警察による犯罪被害者支援の最前線. 指定発言. 第 22 回日本トラウマティック・ストレス学会. 2023/8/6. 東京
- ・亀岡智美. 特別講演. PTSD をめぐる諸問題～トラウマインフォームドケアの視点から～. 第 42 回信州精神神経学会. 2023/10/21. 松本
- ・亀岡智美. シンポジウム 39. 児童自立支援施設におけるトラウマインフォームドケアの実践～子ども・職員・施設の安全のために～. 指定発言. 第 29 回日本子ども虐待防止学会. 2023/11/26. 滋賀
- ・三宅和佳子. 被害児童の治療－こころのケアセンターの現場から－. 第 20 回法と小児医療研究会. 2024.1.28 オンライン
- ・大澤智子. 「救急隊の活動能力向上」～救急隊員の身体的・心理的負担対策～. アドバイザー. 第 32 回全国救急隊員シンポジウム名古屋 2024. 2024/2/1. 名古屋
- ・大澤智子. 特別講演「支援者支援について考える」. 日本集団精神療法学会第 41 回学術大会. 2024/3/16. 神戸
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア研修を実践に活かすために求められる要素. 日本子ども虐待防止学会 第 29 回学術集会 滋賀大会. 2023/11/26
- ・柿木慎吾. 眼球運動が自伝的記憶の想起に及ぼす影響―連想の広がりに着目して―. 第 87 回日本心理学会. 2023/9/15-17.
- ・市井雅也, 柿木慎吾. 熊本地震における被災者支援と支援者支援 日本 EMDR 学会 HAP（人道支援プログラム）の支援活動. 第 12 回日本精神医学会. 2023/10/12-13.

(3) 講演

- ・加藤寛. コロナ禍における支援者のメンタルヘルスを考える. 兵庫県看護協会. 2022/6/16. 神戸
- ・加藤寛. 兵庫県こころのケアセンター：施設概要と主な活動. 韓国 Ansan Onmaum Center. 2022/7/8
- ・加藤寛. コロナ禍における支援者のメンタルヘルスを考える. 広島県精神保健福祉センター. 2022/12/2. 広島
- ・加藤寛. こころのケアの方法-阪神・淡路大震災からの四半世紀をふり返って. 大阪市こころの健康センター. 2023/3/1
- ・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. 2023/4/16. 東京
- ・亀岡智美. 子どものトラウマとトラウマインフォームドケア. なごや子ども応援委員会職員研修. 名古屋教育委員会. 2023/5/15. 名古屋
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアの理解と実践. 春期研修会. 茨城県公認心理士協会. 2023/6/25. オンライン
- ・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. 2023/7/1. 大阪&オンライン
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアの概要. こころケア 10 周年シンポジウム. 大阪府中央子ども家庭センター. 2023/7/7. 大阪
- ・亀岡智美. 児童領域におけるトラウマインフォームドケア. 令和 5 年度研修会. 岡山県公認心理師・臨床心理士協会. 2023/7/9. 岡山
- ・亀岡智美. 虐待の評価とケア. 思春期精神保健対策医療従事者専門研修. 国立国際医療研究センター国府台病院. 2023/7/13. オンライン
- ・亀岡智美. 子どもの PTSD のアセスメント. 日本福祉大学トラウマ&バイオレンス・インフォームド実践研究会特別研修. 日本福祉大学社会福祉総合研修センター. 2023/9/1. 東海
- ・亀岡智美. TF-CBT イントロダクトリー・トレーニング. 出前研修. TF-CBT ラーニングコラボラティブ研究会. 2023/9/2-3. 東海
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケア～実践のコツ～. 第 19 回東信精神科治療研究会. ヤンセンファーマ株式会社. 2023/9/29. オンライン
- ・亀岡智美. 子どもの性暴力被害に対する基礎知識～トラウマインフォームドケアの視点～. 令和 5 年度警察庁犯罪被害者等施策の総合的推進に関する事業. 子どもの性暴力被害支援者研修会. 警察庁、静岡県. 2023/10/3. 静岡
- ・亀岡智美. CPC-CBT の概要と導入. 児童虐待カウンセリング強化事業. 港区児童相談所. 2023/10/6. オンライン
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケアの視点を持ち、実践に活かす. ナーシング・スキル精神科看護コンテンツ開発. エルゼピア・ジャパン. 2023/10/10. オンライン
- ・亀岡智美. 被害にあった子どもと保護者へのケア. 全国犯罪被害者支援フォーラム 2023. 全国被害者支援ネットワーク. 2023/10/13. 東京
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケア～依存症とトラウマ～. 精神保健福祉職員専門研修. 和歌山県精神保健福祉センター. 2023/10/17. 和歌山
- ・亀岡智美. トラウマインフォームドケア～実践のコツ～. 家庭裁判所調査官自庁研修. 神戸家庭裁判所. 2023/10/31. 神戸

- ・亀岡智美。トラウマインフォームドケアの基礎～トラウマメガネと子どもの処遇～。職員テーマ別研修。埼玉県中央児童相談所。2023/11/7。オンライン
- ・亀岡智美。虐待の評価とケア。思春期精神保健対策医療従事者専門研修。国立国際医療研究センター国府台病院。2023/11/30。オンライン
- ・亀岡智美。トラウマインフォームドケア（TIC）。一般研修会。日本精神科看護協会和歌山県支部。2023/12/2。オンライン
- ・亀岡智美。精神科医療におけるトラウマインフォームドケア。研究発表会。聖ルチア病院。2023/12/3。オンライン
- ・亀岡智美。子どもの PTSD のアセスメント。定期研修会。TF-CBT ラーニングコラボラティブ研究会。2023/12/15。オンライン
- ・亀岡智美。TF-CBT イントロダクトリー・トレーニング。定期研修会。TF-CBT ラーニングコラボラティブ研究会。2023/12/16-17。オンライン
- ・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修所。2024/1/16。京都
- ・亀岡智美。発達障害とトラウマ。児童虐待対策スーパービジョン事業。伊丹市健康福祉部子ども福祉課。2024/1/23。伊丹
- ・亀岡智美。トラウマ・メガネをかけると見えてくるもの～むづかしい事例の対応や支援者自身のケアに活かす～。トラウマケア研修。愛媛県心と体の健康センター。2024/2/6。オンライン
- ・亀岡智美。高次脳機能障害と PTSD。第 169 回研究会。大阪高次脳機能障害リハビリ研究会。2024/2/8。オンライン
- ・亀岡智美。トラウマインフォームドケア～その導入と注意点～。学校安全推進センター・シンポジウム。大阪教育大学。2024/2/23。オンライン
- ・亀岡智美。社会的養護におけるトラウマインフォームドケア。児童養護施設等の高機能化・多機能化に向けた人材育成研修。地域総合子ども家庭支援センター・テラ。2024/3/11。オンライン
- ・亀岡智美。トラウマインフォームドケアによる子どもの理解と援助。日本学校心理士会北関東ブロック研修会。日本学校心理士会埼玉支部。2024/3/23。オンライン
- ・三宅和佳子。公共交通事故被害者等支援フォーラム。近畿運輸局。2023/12/8。オンライン
- ・大澤智子。消防組織におけるハラスメントの理解と予防。守口市門真市消防組合。2023/4/26-27。守口
- ・大澤智子。メンタルヘルス ストレスマネジメント。令和 5 年度初任科教育課程。神戸市消防学校教育。2023/4/28。神戸
- ・大澤智子。ストレスとの上手な付き合い方。市町村新規採用職員メンタルヘルス研修会。地方公務員災害補償基金徳島県支部。2023/5/18。徳島
- ・大澤智子。ストレスマネジメント。令和 5 年度初任科教育課程。徳島県消防学校。2023/5/24。徳島
- ・大澤智子。災害時のこころのケア。令和 5 年度春期災害対策専門研修 マネジメントコース。人と防災未来センター。2023/5/31。神戸
- ・大澤智子。消防職員のためのラインケア。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。2023/6/7-8。橿原
- ・大澤智子。部下が休んでしまったら～復帰を促すための職場対応～。労働安全衛生研究会。協働組合尼崎工業会。2023/6/14。神戸
- ・大澤智子。メンタルヘルスについて。令和 5 年度 消防士長昇任課程。神戸市消防学校。2023/7/4。神戸

- ・大澤智子. ストレスマネジメント. 令和5年度初任科教育課程. 兵庫県消防学校. 2024/7/5. 三木
- ・大澤智子. 災害や事件、事故後の心のケア～サイコロジカル・ファーストエイドを学ぶ～. 令和5年度災害時等心のケア研修・精神保健福祉業務従事者研修（スキルアップ研修）. 2023/7/13. 大阪
- ・大澤智子. ハラスメントのない職場づくり. 令和5年度メンタルヘルスマネジメント実践研修. 地方公務員安全衛生推進協会. 2023/7/19. 佐賀
- ・大澤智子. ハラスメントの予防と基礎知識. 職員研修会. 御殿場市小山町広域消防組合. 2023/7/26. 御殿場
- ・大澤智子. 災害メンタルケア実習. 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. 2023/8/26. 仙台
- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 職員研修会. 京都市消防局. 2023/8/29. 京都
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルス対策とハラスメント予防対策. 初級幹部研修会. 江津邑智消防組合. 2023/8/30-31. オンライン（江津）
- ・大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド研修. 被害者支援センター研修会. 釧路被害者支援センター. 2023/9/1. 釧路
- ・大澤智子. 被害者支援の実際（1）支援者のメンタルケア. 2023年度被害者支援員養成講座カリキュラム. 認定NPO法人大阪被害者支援アドボカシーセンター. 2023/9/15. オンライン（大阪）
- ・大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド研修. 令和5年度精神保健福祉基礎研修Ⅱ（災害時支援）. 広島県立精神保健福祉センター. 2023/9/29. 広島
- ・大澤智子. 災害や事故、事件などによるトラウマのこころのケア. 精神保健福祉関係者職員研修. 大阪市こころの健康センター. 2023/10/4. 大阪
- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 第307回専科教育警防科. 大阪府立消防学校. 2023/10/11. 大東
- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 職員研修会. 釧路市消防本部. 2023/10/13. 釧路
- ・大澤智子. メンタルヘルス研修. 2023年度豊岡市職員研修. 豊岡市. 2023/10/18. オンライン（豊岡）
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルス対策とハラスメント予防対策. 令和5年度幹部教育「初級幹部科」. 兵庫県広域防災センター. 2023/10/19. 三木
- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 職員研修会. 可茂消防事務組合. 2023/10/20. 美濃加茂
- ・大澤智子. 惨事ストレス対策. 令和5年度消防学校教育訓練計画 消防職員幹部教育「初級幹部科」. 徳島県消防学校. 2023/10/25. 徳島
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルス対策とハラスメント予防対策. 消防安全衛生管理研修会. 地方公務員安全衛生推進協会. 2023/10/26. 大阪
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルス対策とハラスメント予防対策. 消防安全衛生管理研修会. 精華町消防本部. 2023/11/2. 相楽
- ・大澤智子. 消防職場のメンタルヘルス対策とハラスメント予防対策. 職員研修会. 富士山南東消防本部. 2023/11/8. 三島
- ・大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイド研修. 令和5年度災害対応研修会. 日本精神科看護協会広島県支部. 2023/11/22. 広島
- ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 令和5年度消防職員幹部教育中級幹部科. 京都市消防学校. 2023/11/24. 京都
- ・大澤智子. ハラスメントに伴うメンタルヘルスケアについて. 職員研修会. 大洲地区広域消防事務組

- 合. 2023/11/28. 大洲
- ・大澤智子. ハラスメントの予防と基礎知識. 三観広域行政組合消防職員研修. 公益財団法人香川縣市町村振興協会. 2023/11/29-30. 観音寺
 - ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 令和 5 年度消防職員幹部教育中級幹部科. 滋賀県消防学校. 2023/12/5. 東近江
 - ・大澤智子. 被災者支援のスキルを学ぶ サイコロジカル・ファーストエイド (PFA). 令和 5 年度 (2023 年度) 災害後のこころのケア研修会. 熊本県精神保健福祉センター. 2023/12/6. 八代
 - ・大澤智子. 被災者支援のスキルを学ぶ サイコロジカル・ファーストエイド (PFA). 令和 5 年度 (2023 年度) 災害後のこころのケア研修会. 熊本県精神保健福祉センター. 2023/12/7. 熊本
 - ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 職員研修会. 消防長会東海支部. 2023/12/8. 名古屋
 - ・大澤智子. ハラスメントの予防と基礎知識. 職員研修会. 草加八潮消防組合. 2023/12/13. 草加
 - ・大澤智子. 惨事ストレスの理解と予防. 職員研修会. 宮崎県消防長会. 2023/12/15. 宮崎
 - ・大澤智子. 事件事故後のこころのケア～サイコロジカル・ファーストエイドを学ぶ～. 四国ブロック災害支援研修会. 香川県臨床心理士会. 2023/12/16. 高松
 - ・大澤智子. 災害時のメンタルヘルス～サイコロジカル・ファーストエイドから学ぶ～. 災害時メンタルヘルス研修会. 広島市精神保健福祉センター. 2023/12/20. 広島
 - ・大澤智子. 惨事ストレス対策. 令和 5 年度 消防学校教育訓練計画 消防職員専科教育「特殊災害科」. 徳島県消防学校. 2023/12/21. 徳島
 - ・大澤智子. パワーハラスメント予防対策. 職員研修会. 土岐市消防本部. 2023/12/27. 土岐
 - ・大澤智子. 災害時のこころのケア～サイコロジカル・ファーストエイド～. 健康センター講演会. 香川大学健康管理センター. 2024/1/10. 高松
 - ・大澤智子. ハラスメントの予防と基礎知識. 職員研修会. 岸和田市消防本部. 2024/1/11-12. 岸和田
 - ・大澤智子. 対人支援職の二次受傷とそのケアについて. 令和 4 年度大阪府障がい者虐待防止・権利擁護研修. 大阪府福祉部障がい福祉室障がい福祉企画課. 2024/1/18. 大阪
 - ・大澤智子. 惨事ストレスについて. 職員研修会. 吹田市消防本部. 2024/1/24-25. 吹田
 - ・大澤智子. 職場のメンタルヘルス～部下の変化に対応するために～. 令和 5 年度 消防司令補昇任課程. 神戸市消防学校. 2024/1/31. 神戸
 - ・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 5 年度 (2023 年度) 災害後のこころのケア研修会. 熊本市こころの健康センター. 2024/2/28-29. 熊本
 - ・大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイドについて. 令和 5 年度仙台市災害時メンタルヘルス研修会. 仙台市精神保健福祉総合センター. 2024/2/5-2024/2/29. せんだい Tube (仙台市公式動画チャンネル)
 - ・大澤智子. 性暴力被害者及び支援者への心理的支援〈二次受傷〉〈振り返り〉. 令和 5 年度 徳島県性暴力被害者回復支援心理士養成研修. 徳島県未来創生文化部男女参画・人権課. 2024/3/3. 徳島
 - ・大澤智子. 代理受傷について. 職員研修会. 神戸地方検察庁. 2024/3/6. 神戸
 - ・大澤智子. ハラスメントの予防と基礎知識. 令和 5 年度幹部教育 上級幹部科. 兵庫県消防学校. 2024/3/12. 三木
 - ・大澤智子. サイコロジカル・ファーストエイドについて. 令和 5 年度災害対応研修会. 一般社団法人千葉南部災害支援センター. 2024/3/30. 木更津

- ・酒井佐枝子.「トラウマインフォームドケア」について. 令和5年度赤十字子供の家 園内研修. 2023/6/2, 16, 23, 30. 東京 (オンライン)
- ・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5年度天理養徳院職員研修会. 2023/6/13. 奈良 (オンライン)
- ・酒井佐枝子.「その言動、トラウマの影響かもしれません～トラウマ理解への第一歩～」. 大阪府学校保健会養護教諭部会研修. 2023/7/28. 大阪
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア. 2023年度 JICA 課題別研修「災害におけるこころのケア」. 2023/9/20. 神戸
- ・酒井佐枝子. 子ども理解につなげるトラウマインフォームドケア. 令和5年度医療的アドバイス事業研修 阿波国慈恵院. 2023/12/1 徳島、2024/1/18, 2/21 (オンライン)、3/13 徳島
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケアについて. 令和5年度栃木県施設処遇援助事業. 2023/12/8. 栃木 (オンライン)
- ・酒井佐枝子. 支援者のためのトラウマインフォームドケア. 令和5年度天理養徳院職員研修会. 2023/12/15. 奈良 (オンライン)
- ・酒井佐枝子. 児童養護施設におけるトラウマインフォームドケア. 児童養護施設桔梗寮施設内職員研修. 2024/1/12. 栃木 (オンライン)
- ・酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア (TIC) の視点を取り入れる. 令和5年度米子市要保護児童対策地域協議会研修会. 2024/1/26. 鳥取 (オンライン)
- ・酒井佐枝子. 子どもの発達について. 大阪府発達障がい専門医師養成研修. 2024/2/1-29. 大阪 (オンデマンド配信)
- ・高山桃香. 子どもたちのこころのケアー自傷とその対応ー川西市夏季職員研修. 川西市教育員会. 2023/8/23. 川西

(4) 学会活動

【座長】

- ・亀岡智美. 子どものこころと薬物療法～精神科のクスリの功罪～. 第60回近畿児童青年精神保健懇話会. 2023/8/19. 大阪
- ・亀岡智美. 教育講演4 村瀬嘉代子 ゆるし認めあう生へー複雑性 PTSD 経験の苦しみから自分の生を享受する方向へー. 第64回日本児童青年精神医学会総会. 2023/11/15. 弘前
- ・亀岡智美. シンポジウム7 日常診療と子どものトラウマケア. 第64回日本児童青年精神医学会総会. 2023/11/16. 弘前

【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. 日本精神神経学会災害支援委員会委員
- ・加藤寛. 2022年度. 兵庫県半裁被害者等支援条例検討委員会 委員
- ・加藤寛. 2022年度. 独立行政法人国際協力機構. ヨルダン「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」国内支援委員会委員
- ・亀岡智美. 日本トラウマティック・ストレス学会事務局長 (～2023.8)
- ・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. 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. 大阪府青少年健全育成審議会委員
- ・ 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. 近畿児童青年精神保健懇話会代表世話人
- ・ 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. 第64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
- ・ 亀岡智美. トルコにおける地震被災地域の心理社会的支援に係る国内支援委員
- ・ 亀岡智美. 子ども家庭庁・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23回日本トラウマティック・ストレス学会総会プログラム委員
- ・ 亀岡智美. 大阪府児童虐待等危機介入援助チーム委員
- ・ 三宅和佳子. 2023年度. 日本トラウマティック・ストレス学会理事
- ・ 三宅和佳子. 2023年度. 日本小児精神神経学会 災害対策委員会 委員
- ・ 三宅和佳子. TF-CBT LC 研究会 運営委員
- ・ 三宅和佳子. 大阪自閉症研究会 運営委員
- ・ 三宅和佳子. 大阪 TF-CBT 研究会 運営委員
- ・ 大澤智子. 2008年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会理事
- ・ 大澤智子. 2008年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 国際委員会 委員
- ・ 大澤智子. 2023年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 副会長

(5) 地域支援活動

- ・ 加藤寛. 2012～現在. みやぎ心のケアセンター 顧問
- ・ 加藤寛. 2012～現在. ふくしま心のケアセンター 顧問
- ・ 加藤寛. 2015～ 石巻市教育委員会 石巻市心の支援室 スーパーバイザー
- ・ 三宅和佳子. 大阪府立ライフサポートセンター 医療相談
- ・ 三宅和佳子. 大阪府東大阪子ども家庭センター 医療相談
- ・ 三宅和佳子. 大阪府岸和田子ども家庭センター 処遇困難検討会議 講師. 愛の家「きぼう」. 2023/12/1. 大阪
- ・ 三宅和佳子. 大阪府東大阪子ども家庭センター 処遇困難検討会議 講師. 南河学園. 2023/12/13. 大阪
- ・ 三宅和佳子. 大阪府富田林子ども家庭センター 処遇困難検討会議 講師. 大阪府立こんごう福祉センターさわやか. 2024/1/31. 大阪
- ・ 三宅和佳子. 大阪府岸和田子ども家庭センター 処遇困難検討会議 講師. 信太学園. 2024/2/21. 大阪

(6) その他

- ・ 加藤寛. 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
- ・ 亀岡智美. 2013 年～ . 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～. 大阪府子ども家庭センター「家族機能回復支援担当者のプログラム実施」におけるスーパーバイザー
- ・ 亀岡智美. 兵庫県児童虐待など対応専門アドバイザー
- ・ 亀岡智美. 2021 年度～. さいたま市児童相談所. TF-CBT および子どものトラウマケアについてのスーパービジョン講師
- ・ 三宅和佳子. 梅花女子大学 非常勤講師
- ・ 三宅和佳子. 大阪母子医療センター 非常勤医師
- ・ 大澤智子. 2004 年度～現在. 兵庫県警察本部 犯罪被害相談員
- ・ 大澤智子. 2004 年度～現在. 千葉県警察本部 外部スーパーバイザー
- ・ 大澤智子. 2010 年度～現在. 総務省消防庁 緊急時メンタルサポートチーム
- ・ 大澤智子. 2013 年度～現在. 第五管区海上保安本部 メンタルヘルス対策アドバイザー
- ・ 酒井佐枝子. 2023 年度. 認定特定非営利活動法人 チャイルド・リソース・センター 親支援プログラム DoReMi 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5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

