

開会挨拶



兵庫県福祉部長

岡田 英樹



(公財)ひょうご震災記念
21世紀研究機構 理事長

牧村 実



基調講演 こころのケアの方法 –災害後の心理社会的支援のあり方



兵庫県こころのケアセンター長
加藤 寛



司会者



来賓



手話通訳者



第1部テーマに基づく鼎談



福島県立医科大学医学部
災害こころの医学講座 主任教授

前田 正治



兵庫県こころのケアセンター長

加藤 寛



兵庫県こころのケアセンター
上席研究主幹

大澤 智子



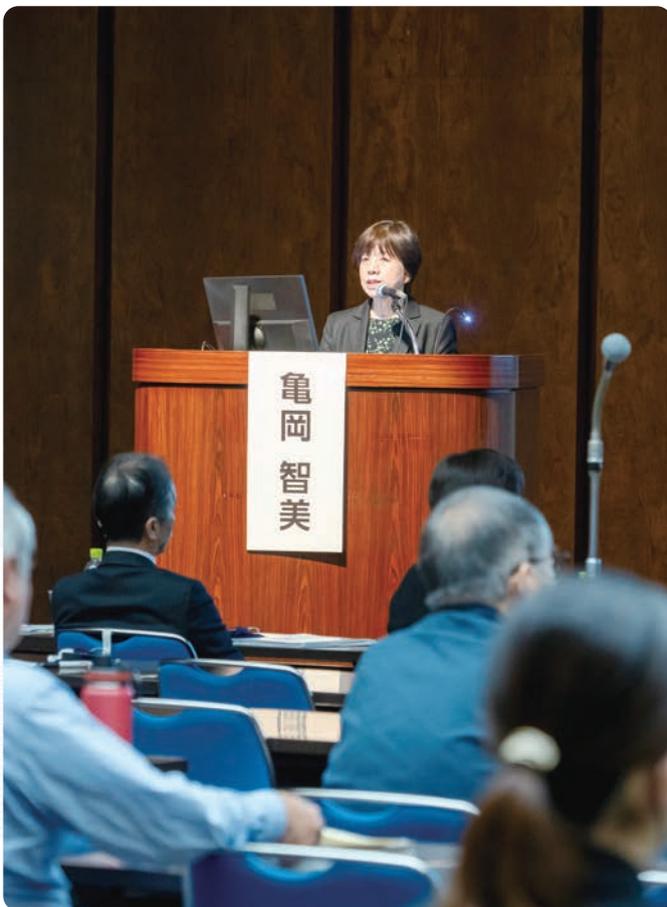
講演 【第2部】子どもと家族へのトラウマケア

第2部 導入



兵庫県こころのケアセンター
副センター長

亀岡 智美



基調講演1 効果が実証された治療とトラウマインフォームドケア



ケンタッキー州公認心理師・
TF-CBTナショナルトレーナー
メリッサ・ラニオン



基調講演2 日本におけるトラウマインフォームドケアの意義と課題



大阪大学大学院人間科学研究科
教授

野坂 祐子



第2部テーマに基づくディスカッション



【コーディネーター】
兵庫県こころのケアセンター
副センター長

亀岡 智美



【講師】
ケンタッキー州公認心理師・
TF-CBTナショナルトレーナー

メリッサ・ラニオン



【講師】
大阪大学大学院人間科学研究科
教授

野坂 祐子



酒井佐枝子 兵庫県こころのケアセンター 研究主幹



閉会挨拶



兵庫県こころのケアセンター
副センター長

亀岡 智美



会場の様子



目次

■ 開催概要	9
■ プログラム	10
■ 講師プロフィール	11
■ 主催者挨拶	12
■ 講演	
【第1部】自然災害とこころのケア — 被災者への心理的支援	
基調講演:こころのケアの方法 — 災害後の心理社会的支援のあり方	14
第1部テーマに基づく鼎談	27
【第2部】子どもと家族へのトラウマケア	
導入:子どもと家族へのトラウマケア	40
基調講演1:効果を実証された治療とトラウマインフォームドケア	45
基調講演2:日本におけるトラウマインフォームドケアの意義と課題	59
第2部テーマに基づくディスカッション	69
■ 閉会の挨拶	74

開催概要

■ 開催趣旨

「こころのケアセンター」は、災害等に起因するトラウマ・PTSD等のこころのケアに関する多様な機能を持つ、全国初の拠点施設として、平成16年4月に設置され、今年度で20年を迎えます。

阪神・淡路大震災以後の30年間で、大災害後のこころのケアの重要性は広く認識されるようになりました。大震災を機に培われたこころのケアの知見は、国内にとどまらず海外でも活かされ、展開されています。また、こころのケアは自然災害だけでなく、虐待などの事件や事故に遭遇した場合にも求められるようになり、特に子どもはその後の成長や発達に大きな障害となることがあり、こころのケアセンターにおいてもその対応に取り組んできたところです。

本日のシンポジウムでは、様々なこころのケアに取り組んできた当センターの20年を振り返るとともに、海外の事例を含めた最新の研究知見を紹介する予定です。さらに現在、多くの課題に直面している能登半島地震への心理的支援活動に寄与するとともに、近い将来発生が予想されている巨大地震への備え、また、事件・事故による子どものトラウマに対する取り組みへの理解を深めていただくことを目的に開催いたします。

■ 開催日 2024年11月27日(水) 10:00～16:00

■ 会場 神戸国際会議場 国際会議室301

■ 主催 こころのケア国際シンポジウム実行委員会
(兵庫県、公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構)
ひょうご安全の日推進県民会議

■ 参加者 来場:76名 オンライン視聴:396名 合計:472名

プログラム

- 9:30~ 受付開始
- 10:00 開会挨拶
-
- 10:10 **第1部 自然災害とこころのケア — 被災者への心理的支援**
基調講演: こころのケアの方法 — 災害後の心理社会的支援のあり方
【演者】加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター長
- 11:10 ■ 第1部テーマに基づく鼎談
【演者】前田 正治 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 主任教授
加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター長
大澤 智子 兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹
-
- 12:10 昼食休憩
-
- 13:10 **第2部 子どもと家族へのトラウマケア**
【導入】亀岡 智美 兵庫県こころのケアセンター副センター長
- 13:30 基調講演1: 効果が実証された治療とトラウマインフォームドケア
【演者】メリッサ・ラニオン博士 (Dr. Melissa K. Runyon)
ケンタッキー州公認心理師・TF-CBTナショナルトレーナー
-
- 14:30 休 憩
-
- 14:40 基調講演2: 日本におけるトラウマインフォームドケアの意義と課題
【演者】野坂 祐子 大阪大学大学院人間科学研究科 教授
- 15:20 ■ 第2部テーマに基づくディスカッション
【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
【講師】メリッサ・ラニオン博士 (Dr. Melissa K. Runyon)
ケンタッキー州公認心理師・TF-CBTナショナルトレーナー
野坂 祐子 大阪大学大学院人間科学研究科 教授
-
- 15:50 閉会挨拶
- 16:00 終了



加藤 寛

兵庫県こころのケアセンター長

1958年宮崎県生まれ。神戸大学医学部卒業。精神科医。医学博士。都立墨東病院で精神科救急の実践を行った後、1995年から阪神・淡路大震災の被災者支援機関「こころのケアセンター」に所属し、災害のもたらす様々な心理的影響に関する活動を行う。

2004年4月から「兵庫県こころのケアセンター」に所属し、大災害後におけるこころのケア活動に加え、トラウマやPTSDに関する臨床と研究にも携わる。2012年4月より現職。みやぎ心のケアセンター・ふくしま心のケアセンター顧問。



前田 正治

公立大学法人福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座 主任教授

専攻はPTSDに関する臨床研究、災害精神医学、精神科リハビリテーション学。

ガルーダ航空機墜落事故(1996年)、えひめ丸米原潜沈没事故(2001年)等で被災者の調査・支援の責任者を勤め、2010年から2013年まで日本トラウマティック・ストレス学会の会長を務める。

2013年より現職。現在、福島における原発事故後の被災者の精神保健調査及びそのケアに従事し、政府の犯罪被害者等施策推進会議専門委員や、警察庁および消防庁の惨事ストレス対策アドバイザーを務める。2013年よりふくしま心のケアセンター副所長、2023年より同所長。



大澤 智子

兵庫県こころのケアセンター 上席研究主幹

大阪大学大学院人間科学研究科卒。人間科学博士。臨床心理士・公認心理師。

2004年当センター主任研究員、研究主幹を経て、2020年より現職。専門は二次受傷、惨事ストレス。国内外で事件・事故の被災者や地元支援者のケアに取り組む。総務省消防庁緊急時メンタルサポートチームメンバー。第5管区海上保安本部メンタルヘルス対策アドバイザー。



メリッサ・ラニオン(Melissa K. Runyon)

ケンタッキー州公認心理師・TF-CBTナショナルトレーナー

CPC-CBT(親子複合型認知行動療法)の開発者。子どものトラウマに焦点化した治療法であるTF-CBTや、暴力や叱責に頼らない子育ての方法を取り入れたCPC-CBTを普及することにより、身体的虐待リスクのある子どもとその家族の関係を改善し、安心・安全な家族の構築を目指している。

ローワン大学オステオパシー医学部内「児童虐待研究・教育・サービス研究所(CARES Institute)」や、「米国立精神衛生研究所(NIMH)」等で、治療等の主導的役割を担う。スウェーデン、オーストラリア、米軍等にてCPC-CBTの普及やトレーニングに尽力。



野坂 祐子

大阪大学大学院人間科学研究科 教授

武蔵野大学心理臨床センター、大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンターなどを経て、2013年から現所属。主に児童福祉分野において、性暴力をはじめとする対人暴力の被害と加害に対する介入、家族支援等を行っている。また、社会内で性暴力サバイバーのグループミーティングを運営し、つながりと対話による回復の場づくりに取り組んでいる。現在は、学校や施設といった組織へのトラウマインフォームドケア(TIC)の導入や実装に注力している。

講演では、さまざまな現場の声をもとに、TIC推進に向けた現状と課題を報告する。



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

和歌山県立医科大学卒業。精神神経学会専門子どものこころ専門医。

大阪府立病院を経て、大阪府立中宮病院松心園(現大阪府立精神医療センター)に勤務。

2001年より大阪府こころの健康総合センターに勤務。2012年度より現職。子どものトラウマ関連障害へのトラウマ焦点化治療(TF-CBT)の実践と人材育成に携わっている。



兵庫県福祉部長

岡田 英樹

本日は、兵庫県内外より多くの皆様にこころのケア国際シンポジウムにご来場、ご視聴いただき、誠にありがとうございます。心より御礼を申し上げます。シンポジウムの開会に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

兵庫県では、来年1月17日に阪神・淡路大震災発生から30年を迎えます。この大震災を契機にトラウマ・PTSDという被災者特有の心の問題が重要視されるようになりました。このため県では、平成16年4月にトラウマ・PTSDに関するこころのケアを行う全国初の拠点施設として兵庫県こころのケアセンターを開設し、本年4月に開設20周年を迎えました。

同センターの開設以降、国内では、平成19年の新潟県中越地震や同28年の熊本地震、海外では、平成17年のスマトラ島津波災害や平成22年、27年のチリ大地震などが発生し、現地での被災者支援を実施してきました。とりわけ平成23年に起きました東日本大震災では、現地スタッフへの研修や被災県におけるこころのケア対策の施策立案にも参画するなど、被災地支援で大きな成果を上げてきました。

さらに、県では、平成26年度にひょうごDPATを発足させ、専門性の高い精神科医療の提供や支援者に対するメンタルサポートを実施するとともに、平時から定期的にDPAT研修を開催し、実務者の育成あるいは関係機関との連携強化などにも取り組んできました。また、今年1月の能登半島地震におきましては先遣隊2チームを派遣しまして、避難所での支援やDPAT調整本部での活動にも参加したところ です。

近い将来、巨大災害等の発生が予想される中、専門的なこころのケアに対するニーズは大規模災害にとどまらず大事故や児童虐待事件など多様化しており、各都道府県におけるトラウマ・PTSD対策の一層の充実が求められています。

本日のシンポジウムでは、自然災害や児童虐待等に起因するトラウマのケアにつきまして、日本やアメリカでの貴重な体験談や支援活動の報告などがございます。今後、持続可能で発展的なこころのケアのあり方を改めて考え、また、活発な意見交換がなされる機会にさせていただきたいと考えております。

結びとなりますが、本日のシンポジウムで得られます知見が自然災害や児童虐待、事故発生時などにおける皆様のこころの備え、あるいは支えに資するなど有意義で実り多きものとなりますようご期待を申し上げますとともに、本日ご参加をいただきありがとうございます皆様のご健勝でのご活躍を祈念いたしまして、私の挨拶とさせていただきます。



公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
理事長

牧村 実

本日は阪神・淡路大震災 30 年、兵庫県こころのケアセンター設立 20 周年、その記念事業である「こころのケア国際シンポジウム」にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。ひょうご震災記念 21 世紀研究機構理事長の牧村でございます。主催者の一員として一言ご挨拶申し上げます。

当機構は、阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、衆知を生かして南海トラフ地震など将来の大災害に備えるとともに、21 世紀の新しい社会の創造に寄与していくことを使命に設立されました。研究戦略センター、人と防災未来センター、そして、こころのケアセンター、これら三つのセンターがその専門性を発揮しつつ、防災・減災や被災地支援などに取り組んでおります。こころのケアセンターは、災害などに起因するトラウマ・PTSD などのこころのケアに関する多様な機能を持つ全国初の拠点施設として平成 16 年 4 月に設置され、今年度で 20 年を迎えます。阪神・淡路大震災以降の 30 年間で大災害後のこころのケアの重要性は広く認識されるようになりました。大震災を機に培われたこころのケアの知見は、国内にとどまらず海外で生かされ展開されております。また、こころのケアは自然災害だけでなく、虐待などの事件や事故に遭遇した場合にも求められるようになりました。特に子どもはその後の成長や発達に大きな障害となることがあり、こころのケアセンターにおいてもその対応に取り組んできたところでございます。

本日のシンポジウムでは、様々なこころのケアに取り組んできた当センターの 20 年を振り返るとともに、海外の事例を含めた最新の研究知見を紹介す

る予定でございます。さらに、現在多くの課題に直面している能登半島地震への心理的支援活動に寄与するとともに、近い将来発生が予想されている巨大地震への備え、また、事件・事故による子どものトラウマに対する取組への理解を深めることを目的としております。

シンポジウム前半は「自然災害とこころのケア」をテーマに、加藤センター長より「こころのケアの方法―災害後の心理社会的支援のあり方」の講演を、また、福島県立医科大学の前田正治主任教授をお招きし、加藤センター長、大澤智子当センター上席研究主幹との鼎談を予定しております。後半は「子どもと家族へのトラウマケア」をテーマに、副センター長の亀岡智美による進行の下、米国の認知行動療法の開発者の一人、メリッサ・ラニオン博士と大阪大学大学院人間科学研究科の野坂祐子教授に講演していただきます。持続可能で発展的なこころのケアのあり方を考える機会にいただければ幸いです。

最後に、ご参加いただいております皆様方のご健勝とご活躍をお祈り申し上げますとともに、このシンポジウムを通じて、こころのケアに関する経験・知見を国内外に広く発信できることを心から期待しまして、私の挨拶とさせていただきます。

基調講演：こころのケアの方法 ー災害後の心理社会的支援のあり方



兵庫県こころのケアセンター長

加藤 寛

本日はこのようなシンポジウムを開催いたしましたところ、たくさんの方にご参加いただきました。会場にお越しの皆様、そしてウェブでご視聴の皆様にご心から感謝申し上げます。

この20年間、センターができてからずっとご支援を賜りました関係者の皆様、一緒に仕事をしてきましたセンタースタッフにもここで感謝申し上げます。

こころのケアの方法 災害後の心理社会的支援のあり方

兵庫県こころのケアセンター 加藤 寛

こころのケアについて、この30年を振り返って、ざっくばらんなお話をします。

お話しすること

- ▶ 「こころのケア」の始まりと葛藤
- ▶ 災害復興期の心理社会的支援の戦略
- ▶ 被災者に接する基本的態度
- ▶ 阪神・淡路大震災から東日本大震災へ
- ▶ 災害支援の課題
- ▶ こころのケアの拡がり

「こころのケア」という言葉が使われてかれこれ30年になりますが、実は当初は非常に不安を持ちながら、いろいろな葛藤を感じながらこの言葉を使ってきました。その30年前の状況を振り返り、その上で、いろ

いろな苦勞をしながら、災害後の被災者支援の方法について、どんな戦略にたどり着いたかをお話します。

当時、こころのケアは被災者の方にとって受け入れ難いものでした。そのためにどういう態度で支援しなければいけなかったかをお話しし、そのことが阪神・淡路大震災以降のいろんな災害にどのように活かされたのかを紹介します。

先ほど理事長の話にもありましたが、東日本大震災という未曾有の災害があって、この時にこころのケアがどう発展したのかをお話します。

この四半世紀で、こころのケアだけではなく、本当にいろいろな分野で手厚い災害支援体制が構築されましたが、残っていると思われるいろいろな問題についてお話します。

最後に、午後の話につなげるために、災害だけではないこころのケアの広がりについてお話します。

「こころのケア」の始まり

- ▶ 1992年9月：「こころのケア」という言葉が初出
 - ▶ こころの科学45号 特別企画「こころのケア」
- ▶ 収載された論文のタイトル
 - ▶ 「こころのケアと医療」
 - ▶ 「チーム医療におけるこころのケア」
 - ▶ 「手術の不安をどう和らげるか」
 - ▶ 「末期がん患者のこころのケア」 など

「こころのケア」という言葉は、1992年に商業雑誌の『こころの科学』に初めて登場します。このときに収載されていたタイトルが示すように、こころのケアは今でいうターミナルケアなどと同等の言葉でした。この92年を最後に「こころのケア」という言葉はあ

まり使われなくなりましたが、阪神・淡路大震災後に再び登場しました。

阪神・淡路大震災と「こころのケア」

- ▶メディアが先行して使用
- ▶前駆的活動を主導した専門家の提言
- ▶1995年6月：こころのケアセンター設立
- ▶2001年3月：こころのケアセンター閉鎖

注：阪神・淡路大震災後の「こころのケアセンター」は復興基金の資金により5年間の期限で設置された。運営は任意団体である兵庫県精神保健協会が受託した。

まずメディアの方が先行して使ったというのが現実だったと思います。たしか1月25日ぐらいですか、神戸新聞に初めて「こころのケア」という言葉が登場します。

こころのケアセンターをつくるにあたり、先んじた災害で活動されたいろいろな経験者が行政に対して提言されたようです。当時京都大学におられた林春男先生たちが、行政に対し、これは大事だからやったらどうだと盛んにおっしゃって、こころのケアセンターにつながっていきました。

混乱の中で準備して、1995年の6月にこころのケアセンターが立ち上がりますが、これは現在のこころのケアセンターとは違います。下に書いてありますけれども、阪神・淡路大震災復興基金でつくられた5年の期限で年間3億円の予算で活動しました。これは、6月に設立されて5年間ですので、2001年3月まで活動いたしました。

こころのケアセンターを巡る独白
—1995年5月17日—

- ▶定年まで1年半。最後の3ヶ月はないも同様だろう。きちんと閉店する準備をしなければならないのに、予定が大幅に狂ってしまった。おおむねほめられる活動ではあったけれども、過ぎれば一場の夢である。ぼつぼつ軟着陸しようと思っていたところに「こころのケアセンター」とは。
- ▶私は「こころのケアセンター」の責任を負わないで済むならそのほうが良いと考えていた。しかし、済みそうになかった。結局、私は「精神保健協会・こころのケアセンター担当理事」というかりそめの肩書で、この前例のない組織を運営する羽目になった。

中井久夫：「昨日のごとく-災厄の年の記録」より

このこころのケアセンターを率いたのが、当時神戸大学の精神科の教授だった中井久夫先生です。現在のこころのケアセンター初代のセンター長ですが、中井

先生がちょうど今の私と同じぐらいの60代前半の時、当時のこころのケアセンターを引き受けて欲しいと要請され、かなり消極的な話をされているんですね。「定年まであと1年半。震災後も頑張って、あとちょっとしかないので一息つこうと思ったところで、こころのケアセンターを立ち上げ、さらに率いなさいと言われた。本当にやる気が出ないな。」本当に正直な心情だと思いますけれども、「引き受けなくて済むならその方がよかったです。でも、仕方がないので引き受けた」ということが書いてあります。そういう状況で中井先生が引き受けられて、当時のこころのケアセンターができました。

私も、神戸大学卒業後、東京で10年ぐらい病院に勤めており、「神戸が大変だ、戻ってきなさい」と言われ戻ってきました。どういうポストに就けばいいかということで、こころのケアセンターができるからそこにいってと言われ、1995年の8月から行きました。

こころのケアセンターを略すと「こけセン」です。いつこけるか分からないと言われていまして（笑）、非常に不安でしたけれども、ほかに行く人がいなかったので行きました。

手探りの1年
DVAP TIMES 1996年1月18日発行より

ほとんど何の準備もないまま活動を始めた我々にとって、この期間はまさに試行錯誤の連続でした。全く新しい貴重な仕事の一部を担っているのだという刺激的で、わくわくするような感情もあった一方で、被災地の精神保健を考える上でのシンボルとしてのイメージだけが先行し、具体的な活動指針もモデルもない状況は、非常にストレスフルなものでした。この8ヶ月は、活動する地域を知り、連携すべき人たちと知り合い、組織としてあるいはその一員としてのアイデンティティを探し求めた期間であったとも言えるでしょう。

1年間活動して、96年の1月頃の自分が書いた文章を発見しました。定期的に『DVAP TIMES』という機関紙を発行しておりまして、そこに書いた文章です。

ともかく、こころのケアというのはイメージ先行でした。メディアはいろいろ言いましたが、実際活動してみるとどう活動していいか全く分からなかった。阪神・淡路大震災以後の災害でもそうですが、こころのケアセンターは少し遅れてから作られます。被災後ずっと支援をしている保健師さんなどの地元の関係者にとっては一番遅れて参加してくる支援者なので「こいつらは何やねん」ということです。「こころのケア

センターができて、いろんなスタッフが来たけれども、何をしてくれるんだ」と、なかなか現地の支援者の方たちには受け入れられませんでした。

運営も右往左往してなかなか体制が固まりませんでした。当時参加した人たちは非常に意気を感じて参加し、遠くは和歌山から参加したスタッフもありましたが、何をしたいかわからないし、多くの方は地域支援に関して全く素人でした。受け入れた側は「こいつらちっとも役に立たないじゃないか」と感じたみたいで、認知いただくのに時間がかかりました。関係づくりをして、「自分たちはどういうことができます」とアピールしながら、本当に手探りでいろいろな活動の方針を考えたということで、こういう文章を私は残しました。非常にストレスフルでした。

辿り着いた基本的戦略

- ▶回復力を高める支援
- ▶受け入れやすくする工夫
 - ▶こころのケアを強調しない
 - ▶アウトリーチ
 - ▶他のサービスと連携する
- ▶関係者や住民への啓発
- ▶支援者への支援、コンサルテーション

ただ、1年～2年たつとようやく戦略が見えてきました。これがたどり着いた戦略です。

一つは、とにかく「こころのケア」「こころ」ということを強調しないようにしましょうということです。被災者の方は、こころを強調されると抵抗感を抱かれることが多いようです。今でこそ少し変わりましたが、精神的な病気に関しては「スティグマ」を感じられますので、なかなか受け入れられませんでした。なので、受け入れやすくする工夫をしなければいけない。

そこで、こころのケアを強調しないようにする。そして、待っていても来られる方はほとんどおられませんでしたので、こちらから出かけて行って、仮設住宅の玄関をノックして、何かできることはありませんかという出前をやりました。「アウトリーチ」と言いますが、それをしなければ相手にされないことを学びました。

そして、こころのケアを強調しない代わりに、ほかの領域の支援者、たとえばボランティアの方や保健師

さんと一緒に仕事をしなければならないことも学びました。そして、こころのケアの本質は「被災者の方が回復力を発揮するような支援をすること」だということにたどり着きました。そういう意味では、治療ではなくて、その方たちが生活を再建していく中で困ったことについて一緒に考えて、できることを一緒にやっていくという態度が大事だということにたどり着きました。

また、さまざまな支援者が入っておいりましたので、その方たちから求められればコンサルテーションをすることも重要だと思いました。こうした戦略が私たちの役割だなどたどり着いたのが2年後ぐらいだったと思います。そこからようやく活動が軌道に乗り、受け入れられていきました。

心理的回復に必要なこと

- ▶生活再建
- ▶健康の維持
- ▶コミュニティの再建
- ▶役割の回復

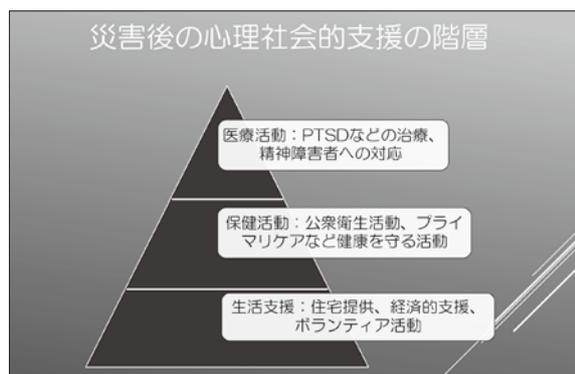
回復力を高めるにはどんなことが必要かを考えてみましょう。言うまでもなく一番大事なことは生活の再建です。被災されて家を失い、経済的にも困っておられる方ですので、生活の再建を後押しするようなことをする。これが心理的支援の基盤になります。

そして、こころの健康もそうですけど、体の健康を維持してもらわなければ困ります。仮設住宅に入られた方は高齢で、経済的にも非常に困っておられる方が多かったのですが、そういった方たちはいろいろな持病を持っておられます。仮設住宅は、神戸の方はわかりになるとありますが、西区や北区のような不便な所に造られることが多かったですし、このポートアイランドにも空いている土地に数百軒の仮設ができましたけれども、住んでみると非常に不便なわけです。その不便な生活をどのように便利にさせていただくかを考えなければいけませんし、その中での健康維持も考えなければいけません。

そして、コミュニティーが崩壊したわけです。仮設はくじ引きでしたので「隣は知らない人」という状況でしたので、仮設住宅でのコミュニティーをどう作っ

ていくか、仮設から出た後のコミュニティーをどう作っていくかも大きな課題でした。

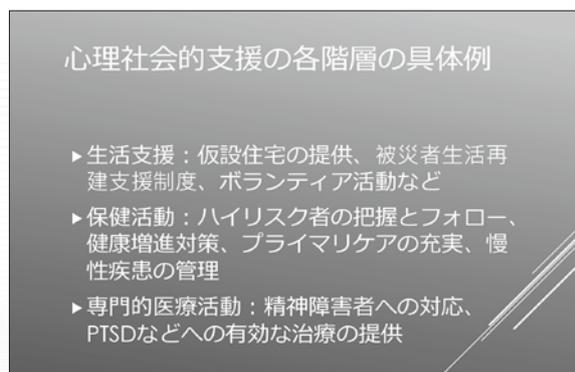
また、被災者になると与えられる立場になってしまいます。ずっとその役割を背負わされるのは非常に不幸なことです。自分でお金を稼いで生活を再建する、そういった役割を回復していくことはとても大事なので、非常に多岐にわたる支援をしていくことが大事であるということにたどり着いたわけです。



こころのケアを含めた心理社会的支援というのは、このようなピラミッド、ヒエラルキーで理解されるといいかと思います。

基盤になるのは生活支援です。仮設住宅の提供経済的な支援やボランティアの方がやっておられるいろいろな活動、これも生活支援の一環ですね。これが基盤になります。

その上で、保健師さんがやっておられるような保健活動です。あるいはかかりつけの先生たちがやっておられる日常的な健康を維持するような活動、これが2番目の基盤になります。その上にこころのケアがあるというイメージです。ここには医療的な活動と書いてあって、それも含まれますが、保健活動や生活支援を渡り歩きながら、いろいろ協働しながら支援していくというのがこころのケアの本質だと思いました。



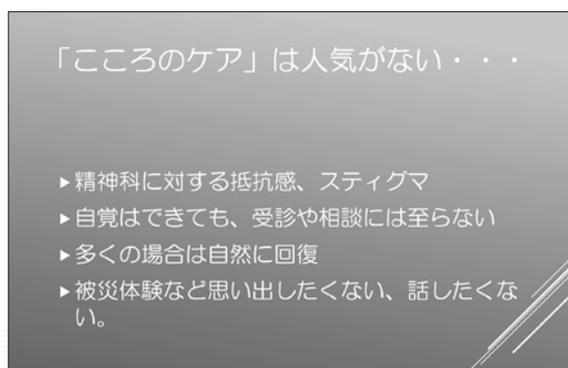
ここにそれぞれの階層の具体的な例を列挙しました

が、こういった多岐にわたる支援の重要性を考えながら、こころのケアを担当する者も、生活支援にも健康支援にも関与しながら活動することが大事であることに気づいたのです。



私たちは経験を通してたどり着きましたが、国際的なガイドラインにも同じようなことが書いてあります。

これは国連がつくった機関間常設委員会—IASCが2007年に出したガイドラインです。災害や紛争、戦争の後の心理的支援の方法を考える上でこのようなピラミッドが示されています。4段階で書いてありますが、第1段階が基本的安心、第2段階がコミュニティ、家族同士の支援ですね。日本でいうと公助・共助・自助の必要性が書いてあります。私たちが経験を通してたどり着いたこととよく似ていて、災害後の心理的支援について考えると同じことにたどり着くということだと思います。



こころのケア活動のアウトラインが何となく見えたんですが、具体的に地域に入って活動していく時にどんなことに直面するかと言うと、被災者の持つ抵抗感だったわけです。こころのケアセンターが来ましたと言うと「あんたら何してくれんの」とよく言われました。「宗教か何か」と言われたこともあります。精神科、こころ、心理などに対して非常に抵抗感を持たれてい

ました。

実際、災害後、非常に苦しい感じを自覚できても、受診や相談に至らないことが多いです。もちろん多くの方は自然に回復していかれるので、相談に来られなくても大丈夫な方のほうが多いのです。被災体験を話したり考えたりすると、辛くなるので避けたいわけです。これを「回避」と言いますが、そうしたことが関与しますので、なかなか相談や診療にたどり着かないわけです。

被災者に接する際の基本的態度

- ▶ 信頼関係を構築する
- ▶ 被災体験を聞き出そうとしない
- ▶ 反応は正常なものであり、症状と呼ばない、病的なものと考えない
- ▶ その人に最も必要な支援は何か考える
- ▶ 時に専門領域とは異なる支援が必要

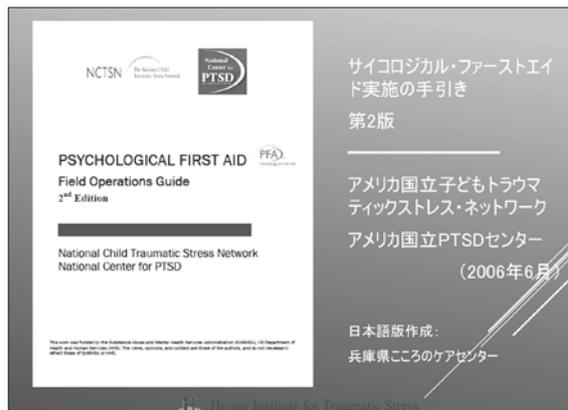
では、どのような構えで被災者の方に接すればいいか考えると、まず信頼関係を構築することが必要なのです。何度も申し上げたようにこころのケアというとなかなか受け入れられないので、どういう工夫をしたかということ、保健師さんと一緒に行動して顔を覚えてもらい、この人たちは害を与える人ではないと認識してもらって、1年か2年かけて関係を作った中でようやく辛い体験を話していただくということを学びました。

そして、被災体験を聞き出したりしてはいけないと思いました。4、5年接していると、ようやく信頼関係の中で「実は自分は子どもを亡くしたんです」みたいな話をされることがよくあります。だから、あまり早い段階から「どんな体験されましたか」「どんなお辛いことがありましたか」と聞いてはいけないということを感じました。

それと、いろいろな問題を抱えられることは当たり前のことです。それをもって、何らかの精神的な病気、たとえばうつ病やPTSDになっているということを強調するべきではなく、必ず回復していくことをお伝えすることの方が意味があるということを確認しました。

そして、心理学を学んだ人間であったとしても、学んだこととは関係ないことをしなければいけないということです。例えば、仮設住宅に入られて復興住宅に

移る時の手続きが、高齢者の方にとっては非常に複雑で難しかったんですね。そういった手続きのお手厄い、心理学の勉強をした、大学院を出た臨床心理士の人もしなければいけなかったわけです。それによって信頼関係が構築されて、意味のある支援につながっていくので、専門領域とは違うことを進んでやらなければいけないことを学びました。



その後、同じようなことを上手にまとめたマニュアルに出会います。それはアメリカでつくられた「サイコロジカル・ファーストエイド」です。震災後にどのような活動をすればいいのか考える中で、1995年にアメリカのロサンゼルスに何人かのスタッフで行ったことがあります。1994年、阪神・淡路大震災と同じ1月17日にノースリッジ地震が発生しその後に行われた心理的支援活動の状況について知るのが目的でした。その際UCLAの先生方からいろいろ学びました。今でも交流をしていますが、その方たちがつくったのがこの「サイコロジカル・ファーストエイド」です。

PFAの目的

- ▶ 押しつけがましくなく、共感に満ちた態度で接することによって、人と人とのつながりを築く。
- ▶ 当面の安全を確保し、身体的、情緒的安らぎを与える。
- ▶ 落ち着かせ、状況を正しく理解できるようにする。
- ▶ 現実的な支援と情報を提供する。
- ▶ 適切な対処行動を支持し、その努力と効果を認めることで、被災者の持つ力を向上させる。
- ▶ 被災者が、災害の心理的衝撃に効果的に対処するのに役立つような情報を提供する。
- ▶ 支援者ができることを明らかにする。必要に応じて他のサービスにつなげる。

中身を見ると私たちがたどり着いたいろいろな方針とほとんど同じです。アメリカの方はマニュアルを作るのがとても上手です。多民族国家なので、こういうマニュアルをきちんと作らないといろいろな考えが浸透しないので、アメリカ人はマニュアルを作るのが上

手だ、と中井先生がおっしゃっていました。

これは本当にすばらしいマニュアルで、次のようなことが書いてあります。とにかく押しつけがましい支援はやめましょう。そして、当面の安全を確保して、信頼される活動をしましょう。そして、被災者が必要としている現実的なこと、例えば、避難所で眠れないという方がおられるとすると、まず必要なことは暖かくすることです。優先すべきは毛布を探してくるとかプライバシーが守られるような環境を整えてあげるとかで、睡眠薬を処方するようなことではないわけです。そういう現実的に可能なことをしましょうということが書いてあって、同じことを考えるものだと思います。

とても共感したので、東日本大震災の直前ぐらいに翻訳したものをウェブで公開していましたが、かなり参照されたと思います。

こうした阪神・淡路大震災後の活動を本当に手探りで、いろいろな支援をしながら5年で終えました。最初は「あんたら何してくれんの」と言われましたが、終わりの方では「やめないでくれ」と言われました。いろいろな支援をしてきて、いろいろな役に立つことをやってきたから「もう終わってしまうの」と言われ、人間って現金なものだと思いましたが、予算は限定的でしたので、5年で終わりました。

(時期)	(災害)	(死者数)	(活動の主体)
▶ 1997年7月	出水土石流災害	21	精保C、保健所、SV
▶ 1998年8月	那須水害(栃木)	6	保健所、SV
▶ 1998年10月	台風10号(中国地方)	10	保健所
▶ 1999年6月	6.29広島豪雨	12	精保C、保健所、SV
▶ 2000年3月	有珠山噴火	0	精保C、保健所、SV
▶ 2000年6月	三宅島噴火	1	精保C、保健所
▶ 2000年9月	東海豪雨	7	保健所
▶ 2000年10月	鳥取県西部地震	0	精保C、保健所
▶ 2001年3月	芸予地震	0	精保C、保健所
▶ 2004年8月	新潟、福井水害	14	精保C、保健所
▶ 2004年10月	新潟県中越地震	46	精保C、保健所、専従機関
▶ 2004年10月	台風23号	98	精保C、保健所
▶ 2005年3月	福岡西方沖地震	1	精保C、保健所
▶ 2007年3月	能登半島地震	1	精保C、保健所
▶ 2007年7月	新潟県中越沖地震	15	精保C、保健所、専従機関
▶ 2008年6月	岩手・宮城内陸地震	1	精保C、保健所
▶ 2009年8月	台風9号	27	精保C、保健所

私たちのやってきたことは、国内の災害に少しは活かされているのではないかと感じます。東日本大震災までの災害のリストを挙げていますが、こころのケアに取り組んだ組織が書いてあります。災害の規模によって都道府県の保健所や精神保健福祉センターなどが中心となっている支援をしています。

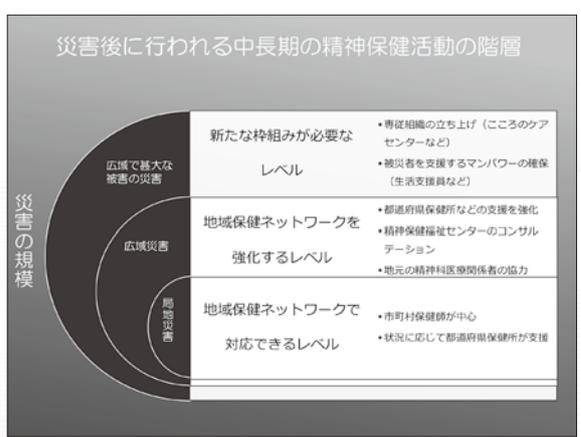
この黄色の線は、現在のこころのケアセンターができた2004年です。不思議なもので2004年を境に大

きな災害が起きています。2004年は本当に大変な年でした。10月に中越地震が起きて、当時の井戸知事から早く行けと言われて、1週間目ぐらいに行きました。それで新潟のいろいろな会議に押しかけて、いろいろな話をしましたが、行っている最中に台風23号が来ました。覚えておられますか。淡路島と豊岡を襲って、死者でいうと全国で中越地震の倍ですよ。こういった死者が出た大きな災害でした。新潟の人には「神戸から来て大丈夫ですか。台風大変ですよ」と言われました。それで慌てて戻って、豊岡に出向いていろいろな活動をしたのを覚えております。

後で海外の事案も紹介しますが、2004年以降、いろいろな大きな災害が起り始めます。皮肉なものです。現在のこころのケアセンターができる時には、阪神・淡路大震災の経験を伝えていけばいいよと言われました。だから、蓄積したものを小出しにしていけばいいかと思っていたら、そうは問屋が卸さなくて、現在進行形でいろいろな災害が起きてしまいました。その中で、先ほど申し上げたような基本的な考え方などが少しずつ浸透していったのではないかと感じます。

災害後の精神保健活動の成熟

- ▶ 地域内で対処可能な災害では、必要な活動が提供されてきた。
- ▶ 基本的戦略は普及した。
- ▶ 活動全体のマネジメント体制は脆弱。
- ▶ 広域災害への準備は絶対的に不足。



基本的な戦略や考え方は、多分普及したのだと思います。ただ、災害が大きくなればなるほどマネジメント

トの体制が非常に脆弱であることを感じました。中越地震などの時、現場が混乱しました。たくさんの支援者が入ってしまうとコーディネートが大変でしたので、マネジメントはどうすればいいのか、首都直下地震や東海地震のような大きな災害が起きたときはどうなるかと不安に感じておりましたら、東日本大震災が起きました。

東日本大震災の特徴

- ▶ 広範囲に点在する1次産業を主体とする地域が被災、圧倒的な被害状況
- ▶ 医療機関、行政機関、保健機関が被災し、長期間に機能低下
- ▶ アクセスが悪く支援が届きにくい
- ▶ 原発事故という新たな災害

東日本大震災は言うまでもなく大変な災害でした。広範囲で、東北の特に岩手などは盛岡から海岸まで行くのに数時間かかって、そこで支援をするのはとても大変でした。それと、現地の医療機関や行政機関、保健所などが被災して、核になる支援者がいなくなって長期に機能が低下しました。アクセスも非常に悪かったです。後で前田先生がお話しになると思いますが、原発事故という未曾有の経験したことがない災害が起きてしまって、今でも非常に苦労されておりますけれども、これに対処するのはとても難しかったという、本当に危機的という言葉では言い尽くせない災害です。

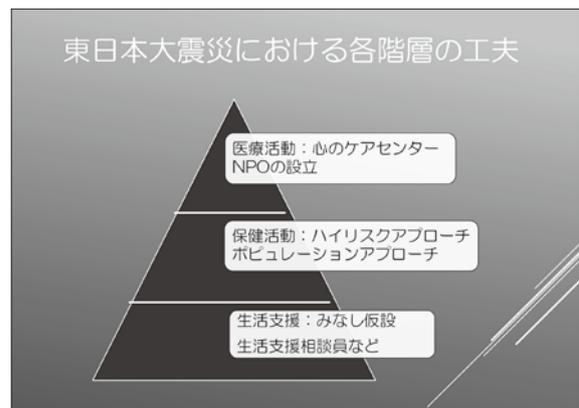


兵庫県のチームは、保健師は仙台から南三陸町に入り、こころのケアチームは仙台ですと活動いたしました。私は統括という立場だったので、仙台などいろいろなところを回りました。保健師が行っているとい

うことで南三陸町にも足を運び、それが3週間目だと思いますが、その時に撮った写真です。

津波が襲ったところは何もない状況で、こういうふうに更地です。遠くに見えるのが防災庁舎で、避難を呼びかけた女性が亡くなった場所です。行ってみると、からっ風がほこりを巻き上げていて、本当に殺伐としている状況で、正直な話、ここでどんな支援をすればいいのか、どんな支援ができるのかと絶望しか感じませんでした。

保健師がいる避難所に行ってみると、本当に頑張っていて支援されているので、絶望しているだけでは駄目だなと思って心を奮い立たせながら、町の関係者の方たちと話したのを覚えています。



東北での支援体制もこのモデルで考えたらいいと思います。一つは、生活支援という中でいろいろな新しい取組がなされ、みなし仮設や、被災者の方を雇用する生活支援相談員もありましたし、阪神・淡路大震災と決定的に違うのは、個人への経済保証がされたことです。議員立法で「被災者生活再建支援法」ができて、最大300万円が個人に支払われることになりました。これがあるとないとは全然違います。生活支援という意味でこういう制度ができたことはとても大きかったと思います。

それと保健活動です。阪神・淡路大震災の時は都道府県の保健所が中心でしたが、東日本大震災時には市町の保健師が中心の活動に変わっていきました。彼ら、彼女たちは工夫しながらいろいろな支援をしていきます。

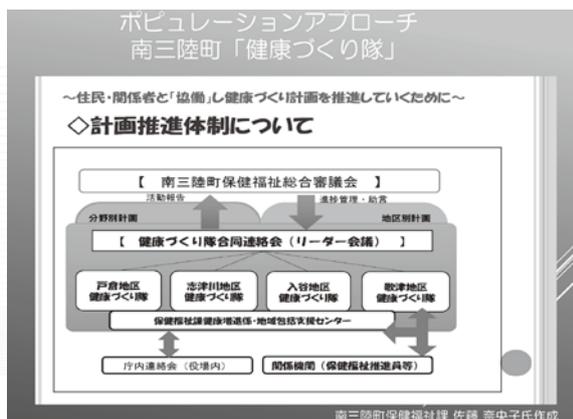


ハイリスクアプローチ —健康調査の活用—

- ▶保健サービスの需要予測、施策展開のための根拠が必要。
- ▶行政組織によって行われることが多い。
 - ▶ 阪神・淡路大震災：県調査5年間
 - ▶ 東日本大震災：宮城県、福島県など
 - ▶ フォローをどのように行うかが課題

それがここにあるハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチと言われているものです。「ハイリスクアプローチ」とは、健康のリスクの高い人たちを探し出して、その人たちに中心的に支援をしていく方法で、よくある例が、健康調査をしてリスクの高い方を見だして、その方に支援していきます。

一方、日本だけで使われている言葉ですが、啓発や健康づくりなどのことを「ポピュレーションアプローチ」と呼んでいます。例えば、仮設住宅でお茶飲み会やサロン活動、健康相談会などをするのもポピュレーションアプローチに入ります。いろいろな健康増進キャンペーンもありますが、先ほど紹介した南三陸町ではこういったことを行いました。



南三陸町の佐藤さんという保健師が作られたスライドです。南三陸町はもともと四つの町が合併して一つの町になりました。南三陸町はもともと支援をするマンパワーがほとんどなかったそうです。例えば、保健師さんも介護の担い手も少なく、もともと何もない場所だったので、住民を巻き込んでいろいろな事業をしていくことが欠かせなかったようです。

震災後も、気仙沼市や石巻市にはたくさんの支援者が入りましたが、南三陸町はなかなか人が入りませんでした。ないない尽くしの町に支援者も入ってこない。そうすると自分たちでやるしかない、住民を巻き込んで健康を考えなければいけないということで、「健康を作りたい」という言葉をもじって、健康づくり隊を作られました。それぞれの地域、戸倉や志津川などの地域で住民の方が、朝ウォーキングをしましょとか住民健診を受けましょとか、各地域で考えた活動をされて、これは本当に工夫をされた非常にすばらしいやり方だったと思います。こういうふうには地元の方が頑張っていて、先ほどお示したこの階層の活動をしていきました。

専従組織の利点と課題

- ▶利点
 - ▶ 専門職のマンパワーが増える
 - ▶ 民間組織であり柔軟な事業展開ができる
- ▶課題
 - ▶ 設置するための調整に時間がかかる
 - ▶ 認知されるまでに時間を要する
 - ▶ マンパワー確保とモチベーション維持の困難さ
 - ▶ 行政組織との調整
 - ▶ 有期限であり、事業の継承が難しい

最後にこころのケアという視点から言うと、東日本大震災時にも専従組織である心のケアセンターがつけられました。予算は当初各県9億円です。阪神・淡路大震災時の3倍という非常に大きなお金が国から支弁されました。

利点を考えると、当然専門職のマンパワーが増えますので、もともと過疎地域で支援者がいないところにマンパワーが増えて、とてもいいわけです。行政組織ではなくて民間組織なので、柔軟な活動ができるということも利点でした。

課題としては、東北の場合、センターができたのが1年後です。1年遅れてスタートする、要するに一番

遅れて参加する人間なので、私たちと同じように、受け入れられるのにとっても時間がかかってしまいました。それと、マンパワーの確保とモチベーションを維持していくことがとても難しかった。また、行政組織とのいろいろな葛藤が起きてしまいました。

加えて、有期限が原則ですので、これをどう閉じていくか、事業を継承していくかで悩みました。今、東北の3県が直面されていて、特に福島県はこれが非常に将来的に大きな課題になっています。

こういう課題を持ちながらの活動ですので、こころのケアが注目を集めてセンターができますけれども、実際の活動には非常に難しい側面があることを指摘しておきたいと思います。

災害支援の体制強化

様々な分野の支援チームの設立

- ▶ DMAT (災害派遣救急医療チーム)
- ▶ JMAT (日本医師会災害医療チーム)
- ▶ DPAT (災害派遣精神医療チーム)
- ▶ DHEAT (災害時健康危機管理支援チーム)
- ▶ JRAT (日本災害リハビリテーション支援協会)
- ▶ JDA-DAT (日本栄養士会災害支援チーム)
- ▶ DWAT (災害派遣福祉チーム)
- ▶ DICT (災害時感染制御支援チーム)
- ▶ DOHAT (災害産業保健派遣チーム)

話は変わりますが、災害支援のためいろいろな団体ができました。これは一部ですが、Dはdisaster(災害)のDで、Dがつくものがたくさんできました。DMATをはじめ、医師会のJMAT、公衆衛生のDHEAT、感染症チームのDICT、能登半島地震の後は災害産業保健のDOHATなど、たくさんチームができました。

災害派遣精神科医療チーム(DPAT)の設立

- ▶ Disaster Psychiatric Assistance Teamの略
- ▶ 大災害後の精神科医療・精神保健活動を支援する外部派遣チーム
- ▶ 東日本大震災後の反省から厚生労働省が設置を決定した。
- ▶ 熊本地震以降の災害で活動

DPATは精神科のチームです。東日本大震災で精神科の病院がたくさん被災し、支援がなかなか始まらなかったという課題が挙げられたので、DPATに倣っ

て、直後から活動するためにできたチームです。

熊本地震後の早期のDPAT活動

- ▶ 被災した7病院から計591人の患者を転院
- ▶ DPAT先遣隊の準備が奏功した
- ▶ 日本の精神科医療が未だ病院中心であることを考えると重要な役割を果たした
- ▶ 災害対策本部に入った意義：DMATや自衛隊との連携がスムーズに行われた

熊本地震が起きた時には7つの精神科の病院が被災し、そこでこのDPATが活動しました。約600人の方を熊本県内あるいは宮崎県や鹿児島県の病院に転院させました。これは精神科病院が被災するという想定どおりの災害だったので、DPATがとても役に立ちました。

その後もいろいろな災害でDPATは活動していて、兵庫県のDPATもいろいろな支援をしています。コロナ禍の時、ダイヤモンド・プリンセスが横浜に来た際、DPATも活動せよと指令が出て、クルーズ船に入るチームが募集されたので兵庫県が手を挙げました。しかし誰も行ってくれなかったのが、ロートルの私が行きました。大変でしたが、そういう新たな災害にも対応しています。



先ほどのようにたくさんのチームができると、現場は見渡す限り支援者になってしまいます。これは熊本地震の後の益城町の様子ですが、益城町の保健師達は角っこで頭を抱えて体を震わせていました。たくさん入ってきた支援者はすごく元気で、アドレナリン全開で入ってきて、現場の人たちのパワーを少し超えた活動をしてしまうので、現場の人からすると「あー、し

んどい」ということになります。「いつまでこの状況が続くのだろう」「この元気な人たちはいつまでいるのだろう」となります。ありがたい話なのですが、こういったチームが入り過ぎてしまうと大変なことにもなります。

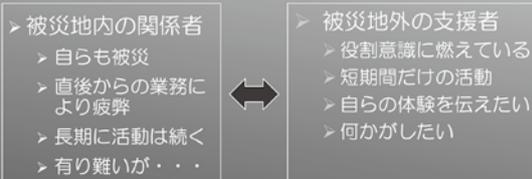
実は、益城町の隣の嘉島町には3チームしか入っていませんでした。メディアが注目した益城町にはこれだけチームが入ったのに隣の町は非常に少数で、配置が非常にアンバランスになってしまいました。こういうことを意識しておかないと、同じことが繰り返されてしまいます。

大災害後の外部支援の功罪

- ▶ 必要性は大きい。
- ▶ 様々な分野で支援チームが設立
- ▶ コーディネート体制は大きく進展?
- ▶ 役割を見直す動きがある
- ▶ 支援する側とされる側の意識の隔たりは依然として残っている。

外部支援は必要で、多くのチームができましたけど、コーディネート体制や役割を柔軟に考えなければいけないと思います。DMATは当初72時間だけ活動すると決められていましたけれども、能登の時には1か月ぐらいおられました。当初の救急医療だけではなくて避難所での慢性疾患の管理にまで範囲を広げられたので、活動の内容を災害に合わせて考え直さなければいけないと思います。

被災地内外の温度差

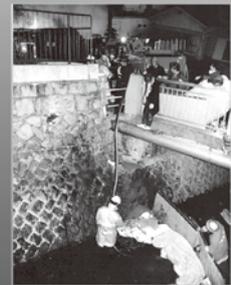


支援する側とされる側の意識の隔たりは残っていて、まだまだ温度差があります。被災地の外から来る人はアドレナリン全開状態で熱く燃えていますけれども、被災地の中の人たちは自分たちも被災して非常に

疲弊している中で活動を続けられていることを踏まえた支援をしなければいけません。

阪神・淡路大震災と救援者

- ▶ 消防隊員の手記が神戸市消防局の機関誌に掲載され、大きな社会的関心を集めた。
- ▶ 医療関係者やボランティア、あるいは行政関係者の精神保健上の問題の大きさが、さまざまに取り上げられた。



支援者についても一つ別の話をいたします。

これは阪神・淡路大震災時の消防の方の様子です。消防の方は、水が出ない、瓦礫で塞がれていて現場にたどり着けない、生存者を救い出せないという目に遭われて、痛烈な批判を浴びました。メディアも市民も批判しました。消防の方は非常に心を痛められ、申し訳ないという気持ちを持たれて、本当に身を粉にして働かれましたが、それを社会に分かってもらえませんでした。その時に、そういったことを無視してはいけないことに気づいて、「惨事ストレス」ということが当時言われるようになりました。災害救援者が受ける影響について考えましょうということです。

東日本大震災現地消防署の被害

8月末の消防庁まとめ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 消防職員 ▶ 死者 23名 ▶ 行方不明者 4名 ▶ 負傷者 4名 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 消防本部(署)/分署 ▶ 全壊 4棟/10棟 ▶ 半壊 6棟/11棟 ▶ 一部損壊 7棟/114棟 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 消防団員 ▶ 死者 231名 ▶ 行方不明者 22名 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 車両被害 ▶ 消防ポンプ車 23台 ▶ 救助工作車 4台 ▶ 救急車 13台 ▶ その他 39台 |

東日本大震災の時は、より悲惨な状況になりました。消防の方が約30名殉職されています。消防団員の方は250名亡くなっています。阪神・淡路大震災の時には幸い殉職者は出ておりませんが、東日本大震災ではこういう状況でした。なので、支援者支援がとても大きな課題になりました。

人が亡くなっただけではなく、消防本部が使えなくなったところも多かったです。こういう状況でしたので、岩手県や宮城県から要請を請けて、震災から数か

月後に岩手と宮城の消防署を2チームで回りました。そのときに頂いた写真をこれからお見せします。



これは、岩手県陸前高田市の消防の方が屋上から撮った写真です。幹部の方たちは情報収集と避難を呼びかけるために庁舎に残ったわけです。そこに津波が来ました。それで逃げるところがないので、屋上に逃げました。屋上に逃げた後、高さと同じぐらいの津波が来て建物が水没しています。ここでたくさんの方が亡くなったそうです。

いよいよ危ないという状況になって、幸い消防署なのでアンテナ塔が建っており、そこによじ登って十数人が助かりました。これはメディアには出ていない写真ですけども、私たちの経験を伝えてくれるのなら差し上げますと頂いた写真です。

このお話を聞いた後にその消防署に行ってみました。神戸市の柴町出張所ぐらいの小さな消防署です。このアンテナに十数人がしがみついで助かりました。

助かった方がこういう話をされていました。自分たちは助けられてしまった。一人も助けることはできなかった。目の前で被災者がたくさん流されていくのを見ていることしかできなかった。

よじ登って生き残った数時間後に、たまたま陸上自衛隊のヘリコプターが飛んできて、彼らを発見して、つり上げてくれて、山の上に降ろしてくれたそうです。人を助けなければいけない自分たちが助けられてしまった、本当に申し訳ない、情けない、そういう痛切なお気持ちを語られたことを覚えています。

惨事ストレス (CIS)

- ▶ 災害救援者（消防士、警察官、医療関係者）などが、職務をとおして経験するトラウマ体験
- ▶ 引きおこしやすい状況
 - ▶ 悲惨な遺体を扱う：損傷の激しい遺体、自殺者
 - ▶ 子どもの遺体を扱う：特に自分の子どもと同じ年齢の場合
 - ▶ 被害者が肉親や知り合いである
 - ▶ 活動中にケガをする、同僚が負傷、殉職する
 - ▶ 十分な活動ができない

消防のような災害救援者が活動をとおして受ける心理的影響を「惨事ストレス」と言います。たくさんの遺体を扱うとか、十分な活動ができないとか、批判されてしまうと、支援者の方たちも非常に心を痛めて被災者と同じような状況になっていく。阪神・淡路大震災以降、いろいろな組織がそのように認識するようになりました。

惨事ストレス対策と職域

- ▶ 消防、海保、自衛隊など
 - ▶ 関心が高い
 - ▶ 大都市消防では具体的対策を導入
 - ▶ 総務省消防庁に専門家チームが登録され、惨事発生時には必要に応じ派遣される
 - ▶ 海上保安庁：マニュアルを整備、介入チームの設置
- ▶ 保健・医療関係者、自治体職員
 - ▶ 関心は限定的
 - ▶ 長期に影響を受けることがある
 - ▶ 対策はほとんど講じられていない
 - ▶ 離職率の高さに影響する可能性がある

当センターの大澤と私は、このことについて、この20年いろいろな所で話をしてまいりました。その成果かどうかわかりませんが、消防署や海上保安庁、自衛隊などは非常に関心が高く、いろいろな支援体制を作ってきました。

神戸市消防局は当センターと契約をしており、何かあった時にはいろいろな組織的に支援することになっています。海上保安庁もうちと契約をしていますし、自前の支援チームも持っておられます。

今日保健師さんも来られていると思いますが、保健所はみなさんを守ってくれますか？例えば市役所や区役所、県庁などで働く方たちも非常に影響を受けます。復興の長い過程の中で行政職員は批判にさらされます。「何もしてくれない」「あんたたちは公務員で食べていけていいよね」みたいなことを言われ続けます。非難を浴び続けなければいけないという状況の中で非

常に心を痛められます。

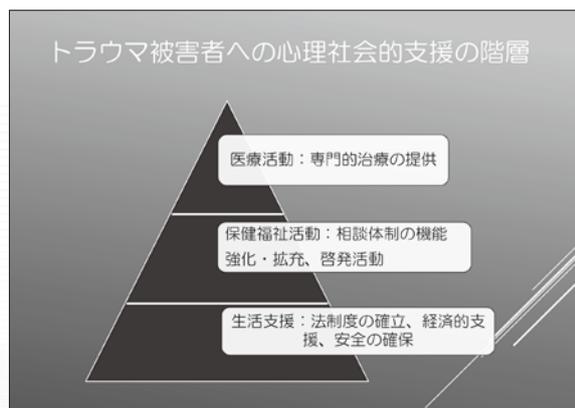
災害後、行政の方が自殺をされることがあります。たしか福島県ではある年に浜通りの自治体の方が9人自殺されています。消防などの発災直後に活動する方たちへの支援は整えられてきましたけれども、長期にわたって活動する人たちへの支援についてはまだまだ課題が残っていることを指摘したいと思います。

「こころのケア」の広がり
暴力、虐待への社会的関心の高まり

- ▶ 法制度の拡充
 - ▶ 児童虐待防止法(2000年施行)
 - ▶ DV暴力防止法(2001年施行)
 - ▶ 犯罪被害者等基本法(2005年施行)
 - ▶ 地方自治体の関連条例
- ▶ さまざまなハラスメントへの対策強化

最後に、こころのケアは災害にとどまらず広がってまいりました。「こころのケア」という言葉があったからこそ、例えば、児童を含めたDVや犯罪被害者の支援に対する社会的関心が高まって、いろいろな制度ができたのではないかと少しだけ自負しております。

2000年以降、虐待防止法が改定・整備され、DV防止法などができて、犯罪被害者等基本法も21世紀の初めの5年ぐらいでできました。どの自治体もいろいろな条例を制定しており、兵庫県も犯罪被害者への支援について条例を施行させました。今、ハラスメントという言葉は巷にあふれています。一番最近だと、厚生労働省がカスタマーハラスメントについてガイドラインを示すそうですが、ハラスメントという言葉が使われるようになったのは、多分こころのケアという言葉が広がってきた一つの影響と言えらると思います。



こういった支援を考える上で法制度はとても大事で

す。このピラミッドを考えてみてください。基盤になるのは法制度や経済的支援などの生活の支援です。虐待についてもDVについても、これがないといくらこころのケアをやろうと思っても駄目です。そして、保健福祉活動、例えば児童相談所の職員を増やすといったことをしなければ、こころのケアは成り立ちません。その上で専門的な活動ができるということで、午後の話になりますが、虐待を受けた子供たちへのエビデンスのある治療に取り組んでまいりましたことについて紹介したいと思います。

こういったピラミッドを認識しながらトラウマを受けた人への支援を考えなければいけないことを最後に指摘したいと思います。

本センターの役割

- ▶ 相談機能の充実
- ▶ 専門治療の提供
 - ▶ 持続エクスポージャー療法、TF-CBT、EMDRなど
- ▶ 関係者への研修
- ▶ 啓発
 - ▶ トラウマインフォームドケア(TIC)

センター開設20年たち、私も年を取りました。今後どういう役割を果たしていくべきかということですが、地道にやってきた活動を続けてまいります。なかなかマンパワーを増やしてもらえないので、充実するといっても難しいところもありますが、なるべく努力してまいりたいと思います。この20年で細々と提供してまいりました専門的な治療の提供を続けていこうと思います。

それと、関係者の皆様との知識の共有です。研修を通じた共有、それと啓発ですね。午後に「トラウマインフォームドケア」という言葉を使ってこの啓発についてお話をしてまいります。個人的にはトラウマインフォームドケアはこころのケアではないかと思えます。私たちが培ってきたこころのケアを、アメリカ人はとてもマニュアルを作るのが上手で、TICという言葉でより洗練された形で提供されていますので、午後に少し紹介したいと思います。

おわりに

- ▶ 災害後の「こころのケア」の方法は多層的である。
- ▶ 阪神・淡路大震災以降の活動をとおして支援体制は整備されてきたが、各時期に残された課題があり、さらなる検討が必要。
- ▶ 「こころのケア」という言葉によって社会に潜むトラウマ被害者への支援体制も整備されてきた。今後の拡充が望まれる。
- ▶ 20年の活動を基盤にさらに拡充発展していきたい。

30年にわたりこころのケアに取り組んでまいりましたが、こころのケアは多層的です。専門家だけではなく、法制度、ボランティアの活動、そういったことをベースにやっていくものであることを認識していただきたいと思います。

震災以降、活動を通していろいろな戦略が認識されてきましたけれども、残された課題もいろいろあって、考えていかなければいけません。また、こころのケアは、災害だけではなく、いろいろな分野に広がってまいりましたが、まだまだ未成熟なところがありますので、これを今後も発展させていかなければいけません。私どもはスタッフ20名ぐらいの小さなセンターですが、この20年の活動を基盤に今後も頑張っていきたいと思っております。ご清聴ありがとうございました。

第1部テーマに基づく鼎談



福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座主任
教授

前田 正治

兵庫県こころのケアセンター長

加藤 寛

兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹

大澤 智子

【大澤】 第一部の後半を開始します。本日、福島からお越しいただいている前田先生は兵庫県こころのケアセンター（以下「センター」と表記）とゆかりがあります。そこで、まず、外から見た当センターについてお話をいただいた後、鼎談に入りたいと思います。

【前田】 ただいまご紹介にあずかりました福島県立医科大学の前田と申します。私、プロフィールに書いていませんが、もともと九州、西側の人間です。しかし、この10年はずっと福島県で活動しております。

さて、兵庫県こころのケアセンター設立20周年、誠にありがとうございます。福島から駆けつけまして、私は個人的にも本当にこのセンターとは深いつながりがありますことを皆さんに本日お披露目しまして、センターが果たした役割について、外の人間の私から皆さんにお伝えしたいと思います。

加藤先生から詳しくお話がございましたが、阪神・淡路大震災以降、「こころのケア」という言葉を広めた最大の立て役者がこのセンターだと思います。

加藤先生の言葉にもありましたように、中井久夫先生の果たした役割が非常に大きく、私も当時兵庫県に支援に行きましたが、中井先生に会いに行ったようなものでした。遺志を引き継ぐ形で現在の兵庫県こころのケアセンターができたわけでございます。

ただ私、行くには行きましたが、1週間ぐらい滞在し、何をしに行ったかよくわからなくて、非常に不快感がございました。加藤先生がおっしゃったように、私もアドレナリン全開で行った類いでしたが、帰る時には本当にしぼんでしまっていました。その時、中井先生から、ここでの体験をぜひ九州でも生かしてくださいと言われました。

そして翌年、大きな飛行機事故が起こり3名の方がお亡くなりになりましたけれども、ここにも被災者がいるなと思い、この被災者の方々の調査を福岡県の方々と一緒にやっていくプランを立てました。日本で初めての人為災害でのメンタルヘルス調査・支援でした。ただ被災者の方にはいろいろなトラウマ反応が出ており、半年後、1年後もほとんど回復していません。一方で、実は予算を1年間分しか取ってなくて、当時は1年もやればいだろうと思っていましたが全然駄目でした。調査については私もよくやったと思いますが、支援が中途半端に終わってしまったことを非常に後悔しました。ただ、これはまさに阪神・淡路大震災に支援に行ったことをきっかけに始まった調査でございます。

それから、5年後、2001年にまた大きな事件、えひめ丸沈没事故が発生します。愛媛県の海洋実習船がアメリカの原子力潜水艦とハワイ沖でぶつかって沈没するという、当時総理大臣だった森喜朗さんが対応を誤って辞任するという政治的にも大変な事件でした。当時の日本で人為災害を扱っていたのが私たちのグループしかなかったこともあり、すぐに愛媛県から要請があり、支援に行きました。この実習船に乗っていてお亡くなりになった9名のうち4名が高校生の方だったこともあり、日米間の非常に大きな問題になっていたという背景がありました。生存した生徒は、皆宇和島水産高校の3年生でしたが、帰国後は多くは家に閉じこもって学校に全く行こうとしなくなりました。それから乗組員の方々、ご遺族、こういった方々のケア、それから査定を私たちのチームは任されました。

当時私は久留米大学の精神科医でしたが、いかんせ

ん5名ぐらいのチームでした。しかも宇和島に行ったら記者会見に記者がたくさん来ている状況で、チームをつくったものとてもこれは手に負えないということで、すぐにセンターにお電話して加藤先生につないでもらって、至急支援をお願いしました。支援チームとして行ったのに私から支援をお願いするという状況で、加藤先生のチームに宇和島に入ってもらいました。

私たちが生徒さんたち9名のケアを行い、17名の乗組員の方々の支援を兵庫県こころのケアセンターが行うという共同作業でした。ただ、センターをお願いしたおかげで、私のチームは生徒さんたちの支援に全力を挙げることができ、様々なケアを展開しました。もしセンターの方々が来てくれなかったら途方に暮れるしかない事件でした。

さて、実はこの時に大澤先生に初めて会いました。大澤先生にはアメリカ海軍、ペンタゴンとの交渉の際に通訳をしていただき、それも本当に勇気づけられた体験でした。

支援開始後1年間はほとんど回復しなくて、どうなることかと思いましたが、幸いにして2年目、3年目とだんだんよくなって、最後は、診断上は皆さん回復されました。この経過を後に加藤先生と一緒に論文にしたり、本を出版したりしました（下記スライド）。私にとっても非常に学ぶことが多かった支援でした。



ところで、わが国でPTSDなどのトラウマ関連問題を扱う専門学術団体として「日本トラウマティック・ストレス学会」があります。加藤先生も4代目の会長をしておられましたが、2011年から私が会長を引き継ぎました。ところが、その年に東日本大震災が起きました。そのころ、私は九州にいましたけれども、発災のその日にこれは大変だと思って、すぐ加藤先生に電話しました。加藤先生は長く学会に関わっていたので、「一緒にやりましょう、先生に震災の対応をお任せしたい」と電話で頼み、翌々日ぐらいに私は九州から

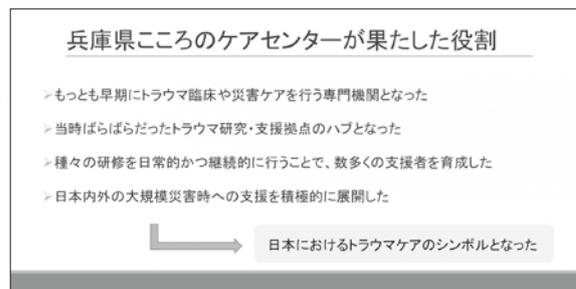
神戸に来て、当時学会の事務局長兼副会長だった大澤先生と3人で東日本大震災の対応を話し合いました。

そして、私と大澤先生は幹部として資金集めに奔走し、学会の法人化などいろいろなことをやりましたし、加藤先生はほとんど宮城県の支援に行きっ放しで、全然家に帰ってこられず、家庭は大丈夫かなと心配したぐらいでした。

加藤先生のチームでやっていただいた重要なお仕事として、学会の中に震災特別委員会をつくって、加藤先生に責任者になっていただきました。現在副センター長の亀岡先生も委員としておられました。そして、いろいろな情報の発信をしていただきました。当時(今もそうですが)、兵庫県こころのケアセンターが学会の事務局だったので、加藤先生をはじめとして大澤先生等と一緒に歩んで、何とか東日本大震災に対応したという次第です。

さて、私から見た、兵庫県こころのケアセンターが果たした役割をまとめてみたいと思います（下記スライド）。

まず、センターは、加藤先生が強調されたように、最も早期にトラウマ臨床や災害ケアを行う専門機関となっていました。これがモデルとなって、後に6つのこころのケアセンターができますけれども、そのプロトタイプ、原型になったのは兵庫県こころのケアセンターだったと思います。



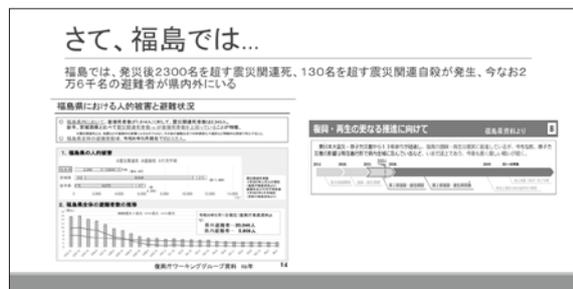
それから、当時私は九州におり、東京などあちこちにトラウマに取り組んでいる方がおられましたが、それを集めるハブとなっていました。これが非常に大きかったです。「神戸に行けば何とかなる」という感じで、私も東日本大震災の時は毎月のように神戸に来ていました。

さらに、加藤先生も強調されていましたが、いろいろな研修を日常的にやっていて、災害支援だけでなく、いろいろな日常的なトラウマ臨床・支援に生かしていったということがございます。

また、大規模災害時の支援を積極的に展開したので、日本におけるトラウマケアの一つの大きなシンボル、私にとっての心の支えになったと思います。

さて、せっかく福島から来ましたので、福島県の現状も手短にお話しさせていただきます。

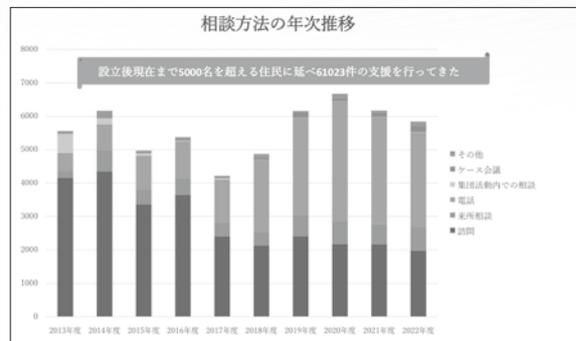
福島県には、実はまだ2万6,000人も多くの避難者がおられます（下記スライド）。福島県は宮城県、岩手県と違い、津波の死者数は少なかったのですが、震災関連死は2,000人を超えており、130名を超える方が震災関連自殺と認定されています。廃炉までは非常に遠い道のりで、本当に道半ばにかかっているかどうかのところでございます。



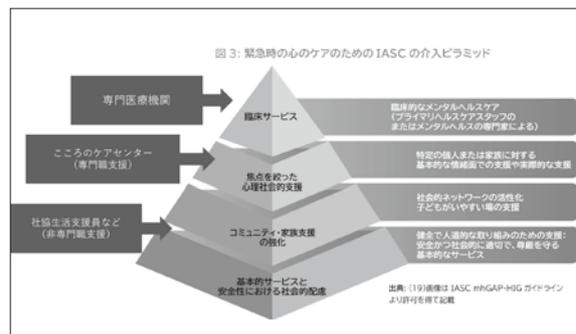
その中で「ふくしま心のケアセンター」ができました。宮城県、岩手県は当然沿岸部、津波の被災地しか活動していませんが、福島県は全土が被災地で避難者の方がたくさんおられましたので、あちこちに地方センターがありましたけれども、今は4つに集約されています（下記スライド）。



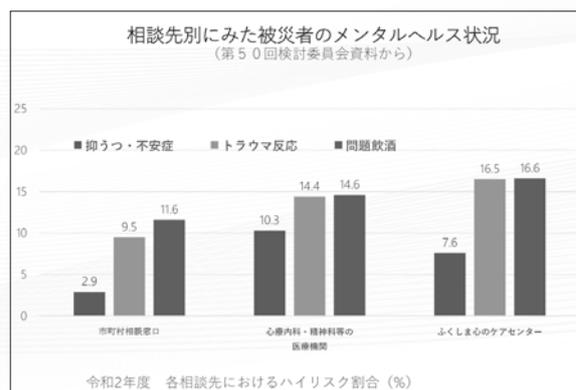
スタッフは様々な職種が40名ほどいて、医師は私1人しかいませんが、大所帯のケアセンターです。そして、現在まで5,000名を超える住民、延べ6万件の支援を行ってきました。加藤先生が強調していたアウトリーチ、訪問型の支援に加えて、最近では電話の支援もかなり増えています。あと来所相談も増えました（下記スライド）。



これは加藤先生が強調されていたものと同じIASCのピラミッドです（下記スライド）。ただ、加藤先生はピラミッドの一番上の辺り、つまり疾患レベルの方のケアをするところに兵庫県こころのケアセンターを持ってきましたけど、私どものセンターはそこまでの力がないので、その一歩手前の方方をケアすることをそもそもは考えていました。



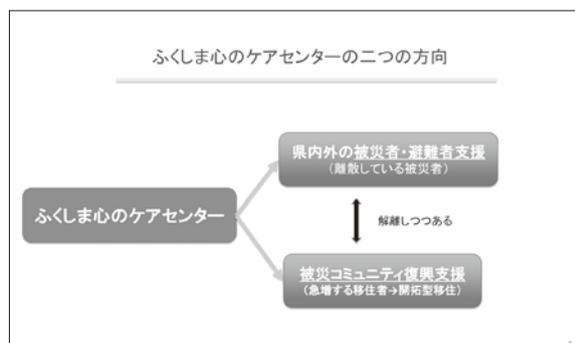
この医療サービスのところを下支えする役割ですが、福島のケアセンターの大きな課題として、実際はかなり具合の悪い方がたくさん来られていて、データ上は精神科の医療機関にかかっている方とあまり変わらない方々を抱えています（下記スライド）。被災地では13年たっても医療資源が十分に回復してないこともあり、ふくしま心のケアセンターがそこを補う状況が続いております。



もう一つ、私どもが直面している大きな問題が、そもそも自然災害では、避難者の方、被災者の方を支援することによって被災コミュニティの支援が成立します。当たり前ですよね。ところが、今お話ししましたように、2万6,000人の避難者の方がおられて、最近では帰ってこられません。帰還の方が本当に減りました。

被災地は、代わりに移住者が急増してしまいました。つまり、コミュニティがないところに移住者の方がたくさん入って新しいコミュニティがつくられていくという、かつての自然災害では全く見られなかった復興形態になっています。

ふくしま心のケアセンターはもともと被災者の支援をするところでしたけれども、これをいくらやっても心の支援になりません。ということで、今、国とずっと交渉していますが、この二つの役割をこなしていかなければいけない。これはわかりにくい構造ですが、今、私たち、この二つの相反する課題を何とかかんとか乗り越えていこうとしております。国にも福島のこの複雑な復興課題について、何とか理解していただきたいと思っています。



そういうことで、少し時間が長くなりましたが、兵庫県こころのケアセンター設立20周年、誠にありがとうございます。引き続き、福島県へのご支援、ご理解をよろしくお願いいたします。今でもセンターから福島に支援に来てもらっています。先週、大澤先生にも来てもらって励ましていただきました。引き続き、今後ともよろしくお願いいたします。

【大澤】 前田先生、ありがとうございます。何か公開でラブレターを読まれたみたいなの、うれしいような恥ずかしいようないろいろな気持ちになりました。

【加藤】 本当にいろいろなことを思い出します。前田先生は久留米におられ、ガルーダ事故が起きた時に頑

張られて「ガルーダ前田」と私たちは呼んでいました。それを機会にこの領域に引っ張り込まれて、東日本大震災の後は、福岡県からわざわざ福島県に移住されて、本当に骨を埋める覚悟で行っておられるのだと思います。本当に頭が下がります。

えひめ丸の時、前田先生はアドレナリン全開で、電話があった時、正直なところ話の内容が半分ぐらいしかわかりませんでした。何か頼んでいるということはわかったので、では取りあえず一緒にやりましょうという話をして、それで宇和島に行くことになって、長くいろいろな活動をしましたが、あれは非常に特殊な災害でした。

生き残った生徒さんと船員さんがいて、遺族の方がおられて、場所はハワイですからね。だから支援が非常に難しい状況でしたけれども、その中で宇和島の保健師さんたちがとても頑張られたことが印象に残っていますし、それを10年されました。今でも宇和島の保健師さんから季節の果物が送ってきますけれども、非常に印象深い災害でした。

阪神・淡路大震災以降、普通の精神科医だった自分が災害のことに没頭したように、前田先生もいつの間にかこちらの世界に引きずり込まれ、福島に行ってもう10年たったことを非常に感慨深く思いますが、最後にお話しになったように今も福島にはたくさんの課題があると思います。私も「ふくしま心のケアセンター」の顧問になっているので、苦労されてきた状況はよく知っていますけれども、大変でしたよね。軌道に乗るまでどのぐらいかかりましたか。

【前田】 福島は原発災害がございましたので、多くの支援者が福島県から避難してしまい、医者もナースたちもいなくなりました。ですから、それこそ本当に何もないところに日本全国から人が集まってきて、名前もわからない感じです。もちろん皆さん福島のことを知りませんし、原発災害なんて全然イメージできない、寄せ集めの集団でした。4、5年目ぐらいまで年間の離職率が2割、ブラック企業みたいな感じでした。加藤先生がおっしゃっていたように、マネジメントが非常に難しく苦勞しました。

【加藤】 阪神・淡路大震災の時も離職率が非常に高く、最初の60人のうち5年後に残ったのは2割だけでした。そういうふうにごころのケアの活動というのは非常に悩ましく、やった人間は苦勞するというこ

を物語っています。

この四半世紀で洗練されてきたはずですが、災害が起きると現場の人たちは非常に苦勞するということが今お話ししていただきました。

前田先生、福島には課題がたくさん残っていますけど、今後どうなりそうですか。続けてもらわないと困るのですが、どうですかね。

【前田】 加藤先生が今日お話しになりましたが、震災以降に立ち上げられるところのケアセンターは基本的には時限的なもので、なくならなければ駄目だと思います。宮城県、岩手県は今後遠からず閉じていくと思いますが、福島県はそういうわけにはいかない現状があります。ふくしま心のケアセンターも兵庫と一緒に、できた時は「1年後の今になって何をやるんだ」みたいな感じで見られていましたが、今は「まさかふくしま心のケアセンターだけはやめないでしょうね」というかなり悲痛な叫びが被災した市町村から聞こえています。というのが、10年ぐらいたつと支援団体がどんどん消えていってしまいます。撤退してしまうこともあって、「ふくしま心のケアセンターだけは残ってください」と言われますけれども、今、私たちのセンターは東日本大震災復興交付金で運営されています。あと6年で復興庁がなくなることもあって、その後は財源がなくなります。一体どうするのか。これは心のセンターだけではなくて、そもそも廃炉をどうするのか、廃炉までの作業をどこが一体支えていくのかというところがあり、とても福島県だけではそういう力はないので、今も国とかなり厳しい交渉をずっと続けていますが、何とか永続型の組織に衣替えしなければいけないところに来ていると思います。

ただ、日本でそれをやったのはまさに兵庫県ところのケアセンターだけなので、福島県としても先生方のアプローチを非常に高い関心を持って見ておりまして、今後ともご相談に乗っていただければと思っています。

【加藤】 ありがとうございます。

皆さん、昨日の地震は感じておられましたか。この辺も結構揺れましたが。東日本大震災の話をしましたが、最近起こった能登半島地震の状況は、1年ぐらい経つのに非常に復旧が遅れています。私も当初1月に参りまして、現場に入った先生が今日いらしていますが、現場に入った人は限られていて、多くのチームは金沢に待機しなければいけない状況で、なかなか支援

が行き届きませんでした。実は石川県にもところのケアセンターができています。ただ、今後の活動にまだ戸惑っておられる状況らしくて、大きな課題が残っていることをぜひここで伝えたいと思います。

【前田】 確かにところのケアセンターはマネジメントが大変ですし、大所帯になればなるほど組織づくりにかなり時間がかかってしまうという欠点があります。ただ、私たちは昨年度1年間、あるシンクタンクのレビューを受けました。国の関係でケアセンターの政策的な評価を受けました。その時に一つの大きな指標になったのが、もしケアセンターがなければどうなったかということです。

確かにケアセンターをつくることはデメリットも大きく、労力もかかります。しかし、なかった場合、既存のシステム、例えば精神保健福祉センターや保健所に専門職を配置することになりますが、その方法が果たしてうまくいくのかと思います。小規模であればむしろそのほうがいいと思いますが、大規模な震災の場合、とても市町村や精神保健福祉センターでは受け入れる能力がありません。ケアセンターの存続意義を考えるとすれば、ケアセンターがなかった場合の代替的な手段を考えてみるといいのではないかと思います。

【加藤】 さっきも言いましたが、民間組織だったメリットは結構大きくて、役所は最初に立てた計画をこなすことしかできませんが、民間団体ですので、それを変更しながらやっていけて、柔軟性を発揮できるというメリットがあったと思います。確かにセンターがなければどうなったのだろうというのは大きな視点でしょうね。ありがとうございます。

次に、今日私の講演では触れられませんが、国内だけではなく、海外の災害に対してもいろいろな支援をしてまいりましたので、大澤から紹介してもらいます。

【大澤】 それでは、海外で当センターがどのような支援活動を行ってきたのかについてお話しします。

ところのケア国際シンポジウム 2024年11月27日
第1部「自然災害とところのケア」

兵庫県ところのケアセンター 大澤智子

鼎談：海外での支援活動

H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

きっかけはスマトラ島沖地震と津波



H Hyogo Institute for Traumatic Stress

兵庫県ここのケアセンターができた年、2004年の12月26日にスマトラ沖で大震災による大きな津波が発生しました。年をまたいだ1月、出張からの帰り道、岡山で新幹線に乗る時にセンター長から電話があり、「スマトラに行くことになるかもしれない」と言われ、何を言っているのだろうと思ったのが懐かしいです。そののち、日本政府は被災国にODAとして大きなお金を落とすことになるがハードウェアばかりでは意味がないので、阪神・淡路大震災での経験を何らかの形でソフトウェアとして伝えることができないのかという話がJICAからあり、私たちが派遣されることになりました。

これがその時に私が撮った被災地の写真です。三十年前、私はこのポートアイランドで被災しています。被災者でありながら支援活動をしなれないといけないという当時の経験が私の支援者としての原点です。そのため、地震の被災経験は実体験としてありましたが、津波被害は経験したことがなかったので、こんなふうになるのだと思ったことを記憶しています。

派遣されたのが1月の末で、発災から約1か月たっていました。当時も毎日のように、瓦礫をひっくり返すと何十というご遺体が出てくる状態でした。道の脇に大きな黒いビニール袋が置いてあり、「あれは何？」と尋ねるとご遺体だと教えられました。当時、私たちのチームには専属のドライバーと通訳がいて、ドライバーは自動小銃を持っていました。バンダ・アチエは内戦が終わったばかりだったので加藤先生の護衛も兼ねていました。そもそも長年、外国人が入れるような地域ではなかったのです。

聞き取りの結果：現地ニーズ

- 社会的な関心の喚起
- 精神保健サービスの拠点作り
- トレーニング

H Hyogo Institute for Traumatic Stress

当センターの仕事は災害に関する仕事だとは理解していましたが、まさか、いきなりこんなところに派遣されるのか、と思ったことを覚えています。現地を通訳を介してニーズの聞き取り調査を行いました。被災からの復興で大事なことは、社会的な関心をどう集めるのかでした。被災された人は無力感にさいなまれているし、多くの人は絶望しか持っていない場合は特に、です。

当時印象的だったのは、インドネシアにはイスラム教の人も多く、津波に壊されなかったモスクがたくさん残っていました。ある女性の被災者とお話をしたら、「私たちが生き残ったのは、アラーの神が自分たちを身近に置きたくないからで、神が自分の近くに置いておくべきだと思った人だけ亡くなった」と言われました。当初、「誤訳に違いない」と思い、もう一度確認してもらいましたが、どうやら本当にそう言っているようだったのです。幸い、数か月後には「生き残った人は国を再建する人たちだ」と解釈が変わったのでよかったです。災害後にはいろいろな噂が流れる典型例です。

提案事項

- 基本原則
- 地域専門家のトレーニング
- 精神保健サービスの拠点作り
- 準専門家のトレーニング
- 外傷性ストレスに関する基本知識
- 防災教育
- 援助者のケア
- 仮設住宅 入居者へのケア

H Hyogo Institute for Traumatic Stress

内戦が続き、日常にトラウマがあふれているところのケアは難しくなります。その上、被災国の市民み

んなが協力しないと復興なんてあり得ません。国からの派遣であり、中央政府に対して提案書を出すのがミッションだったので、集めた情報を基にこのリストを作成し報告書を作成しました。

私はこれを書いた直後に渡航者下痢症にかかってしまい、ひどい状態でした。たまたま私たち、こころのケアチームが派遣されていた時、感染症のチームも一緒に宿にいたので往診してくださって、「この薬飲めば大丈夫ですよ。飲んでこなかったんですか」と言われました。予防薬として飲んでいたら大丈夫だったという話をその時間いて、何でそんな大事なことをもっと先に教えてくれなかったんだと憤ったことを覚えています。その後、加藤先生も一緒に行っていた藤井先生も、帰国の途中でおなか壊して大変でしたよね。そんなことがありました。

復興と回復は長期的なプロセス 息の長い支援が不可欠



H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

これは20年前の写真です。ここにセンター長がいて、「現地の人は誰でしょう」とクイズができるぐらい溶け込んでいるのがわかると思います。若かりし頃の私と、当時一緒に派遣された同僚の藤井千太先生とJICAから一緒に行っていた藤井さん、そしてこちらが通訳兼ドライバーです。

スライドのタイトルにあるとおり、あれだけの災害が起こると、単発でどうこうできることはなく、細く、長く、何しろ途切れさせないでどう支援していくのがすごく重要なのです。それは今の福島も同じではないかと思っています。

研修プログラムの開講

- JICAからの委託業務
- 被災国10カ国から合計20名の専門家
- 2週間のプログラム
 - 2005年11月29日から12月10日まで
 - 国内、オーストラリア、アメリカからの講師陣

H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

先ほど国に提案したとおり、被災地における人材育成が大事だとなりました。その結果、JICAから委託を受け、ほぼ毎年のように、この20年間、被災地の専門家を招聘した研修プログラムを行ってきました。

1回目の研修に参加してくれた人たちの集合写真です。スマトラ地震と津波の被災国10カ国から合計20名前後の専門職です。専門職と言いましても、被災国の中には精神科医が国全体に5名に満たない国もあるので、実際の支援は看護師や作業療法士の人がやっていました。いろいろな国からいろいろな背景を持った専門職が来られ、2週間のプログラムを行ってきました。一番最初が2005年です。

当時はまだ予算も潤沢だったのか、オーストラリアのサンディ・マクファーレンに来てもらったり、アメリカからも、先ほどセンター長の話に出てきたサイコロジカル・ファーストエイドを開発した人たちに来てもらったりと、豪華なメンバーで研修を始めました。

災害時のこころのケア研修 1期生



H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

若かった頃の私たちです。20年の年月にはあらがえません。彼らはそれぞれの地において、その後、遭遇するいろいろな自然災害、人的災害に対して、当センターで学んだことを生かしてくれているといいなと思っています。

研修員の出身国と参加人数

アフガニスタン	4	ソロモン諸島	4	フィジー	4
アルゼンチン	1	タイ	8	フィリピン	7
イラン	2	タンザニア	5	ブラジル	1
インド	3	チリ	50	ブータン	1
インドネシア	5	トルコ	1	ペリース	4
ウクライナ	3	トンガ	1	ペルー	2
グレナダ	1	ニカラグア	3	マレーシア	40
ケニア	5	ネパール	4	ミャンマー	8
サモア	3	パキスタン	1	メキシコ	5
スリランカ	5	バプアニューギニア	2	モルディブ	6
セーシェル	3	バングラデシュ	7	ヨルダン	1
セントルシア	1	東ティモール	1	中華人民共和国	158

H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

それから、今年に至るまでこれだけの国の人たちが、当センターの研修プログラムに参加しました。行ったことがない国もたくさんありますが、唯一の役得は、この表の一部の国へ、事前調査やフォローアップとして行く機会を得ました。チリは遠かったです。アメリカまでまず11時間ぐらい、そこから同じぐらいの時間をかけて南下しました。

計算したら、360人が36か国から来られています。20年ってそれだけの年月なのだと思いますが、多くの国は、人・物・お金がない上にメンタルヘルスに対するスティグマがとても強い中、どうやって災害後のこころのケア活動をやっていくのかに悩んでいることが多いです。加藤センター長の話にもありましたが、コミュニティーの力を底上げする。防災の中にこころのケアを取り込む。専門職は少なく、十分なトレーニングを受ける機会もあまりない中、地域を巻き込むような事件、事故、災害が起こると、その人たちだけでは到底対応できません。ですから、住民の協力が不可欠で、そのためには教育が重要になります。例えば、防災教育。子どもが学ばば家庭に持って帰ってくれるし、家庭に持って帰ってくれば地域にも広がっていきます。日本で実施されているこのようなモデルを紹介することによって、専門職としての知識に加え、より広範囲に草の根レベルで広げていくことを主眼とした研修を実施しています。

2024年度の卒業生



H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

そして、今年の卒業生はこの写真に写っている8名です。マレーシア、グレナダ、バプアニューギニアから1名ずつ、メキシコから2名、そして今、現在進行形で紛争が起きているウクライナから3名の専門家が来日しました。

こんな形で細々とはありますが、私たちが経験したこと、そして彼らが経験していることを教えていただくことによって、双方向的な学びを続けてきた次第です。

国際緊急援助隊（JDR）活動

- 専門家チーム（PTSD/こころのケア）
 - インドネシア・スマトラ島沖地震およびインド洋津波（2004年12月26日）
 - ・ 派遣期間 2005年1月25日から29日
 - カンタベリー地震（2011年2月22日）
 - ・ 派遣期間 2011年3月5日から

H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

それに加えて、私たちが現地に行くこともまれにあります。その一つがインドネシア、スマトラ島での地震及び津波です。JICAは国際緊急援助隊の派遣業務をおこなっていらっしゃいますが、発展途上国が日本政府に対して支援が必要だと申し出ると、外務省、厚生労働省、総務省などが医療チーム、救助チーム、その他いろいろな専門職を派遣します。こころのケアチームもその一つです。多分、このインドネシアの地震と津波がこころのケアチームが派遣された最初の事案だと思います。

カンタベリー地震



出典：西日本新聞 <https://www.nishinippon.co.jp/image/169803/>

H. Hyogo Institute for Traumatic Stress

もう一つあったのがカンタベリー地震です。東日本大震災が起こる直前の2月22日に発災し、語学留学生を主とする日本人28人がお亡くなりになりました。通常ニュージーランドのような国にJDRが派遣されることはありません。自国で賄えるはずだからです。ところが多くの日本人が巻き込まれる事態だったため、外務省が運営する現地の本部に保健師の同僚と一緒に私が派遣されました。

派遣前、今から始まるご遺体の身元確認の際にご遺族のこころのケアが必要だから行ってほしい、今すぐ行ってもらわないと困ると言われていました。ところが、現地に到着すると、外務省の人たちはすごく優秀で、私たちが行かなくても全然問題ありませんでした。実際、「何しに来たんだ」みたいな少し敵対的な感じもあって、非常に困惑しました。どうしたものかと思いながら、外務省の人たちの動きを拝見し、初日の夜、本部で行われる定例の会議で自己紹介を兼ねて、こう発言しました：「皆さん方があまりにも素晴らしい仕事をしているので、派遣されてきたけれども多分役に立てることは何もないと思います。だけど、一応私はこういう職種なので、何かお役に立てることがあったら言ってください。」すると、次の日から仲よくしてくれたので助かりましたが、当時はどうなるかと思ったものでした。

阪神・淡路大震災で、私は被災しながら駆け出しの心理士として活動する中、センター長とも出会うことになりました。その縁があって、えひめ丸の件でペンタゴンとの折衝に通訳として関わることになりました。大阪の領事館だったと思いますが、今でこそオンラインの会議は普通ですけれども、23年前の2001年にテレビ会議って言うだけでもすごいのに、相手はペンタゴンだ、国防総省だと聞いてびっくりしたのを

覚えています。無事にお役が果たせたようで何よりでした。

このように、国内でも海外においても、学んだこと、教えていただいたことのほうが圧倒的に多いのですが、私たちの経験を海外の支援職の人たちに還元する機会を得られた、ということです。

【加藤】 20年前の写真を見ると年取ったなと思いますが、本当に大澤とはいろいろなところ、家族と行ってないようなところへもたくさん行きました。中国には10回ぐらい行きましたね。チリには4、5回行きましたが、大変でしたね。日本人は入れないようなバングラ・アチェやミャンマーにも。ミャンマーは本当に大変でした。本当に地の果てまで一緒に行った20年でした。

まだ私たちが元気だったのでできましたが、拡大し過ぎですかね。やり過ぎたのかもしれないという思いがあって、私ももう60を過ぎましたので、今後どうしていけばいいのか。今の少ないスタッフ—少ないどころか減っていく中、これまでやってきたことをどう維持するかはとても大きな課題です。

今日は兵庫県の方がたくさんおられるので、その辺についてまたお話をしたいと思っておりますが、そういう意味ではどこかに専念しなければいけないと思います。うちはどの辺に集中したらいいと思いますか。前田先生、何かお考えがありますか。

【前田】 兵庫県こころのケアセンターの役割で外から一番期待するのは、研修や人材育成の面です。特に専門職の育成を継続してずっとやっているところは日本でも本当に少ないので、ぜひそれは引き続きやってほしいと思います。福島にもこちらで学んだ方がたくさんいて、そういった人たちは見えて安心です。

もう一つは、大規模災害が起こった時、必ず同じ議論が出てきます。例えばこころのケアです。加藤先生はこころのケアという言葉を使うのにためらう時期が長かったと言われましたが、今は正反対で、こころのケアをしなかったら批判されるような時代になりました。でも、どうしてやっていいかわからない時があり、その時に兵庫県こころのケアセンターの経験をシェアしてもらおうとすごく役に立ちます。

その二つです。つまり、人材育成の面、それから大規模災害が起こった時の立案などに際してサジェスチョンをいただくといった役割をぜひ果たしていただ

きたいと思います。

【加藤】 ありがとうございます。大澤さん何かありますか、どこに集中しなければいけないとか。

【大澤】 うちのセンターにいたからこそ、あれだけいろいろな国に行ったり、人に関わることができましたし、あとは、私は加藤センター長のフィールドを継いで消防惨事ストレス、災害救援職の業務に特化した事柄をずっと長いことやっていて、たくさんの消防本部に行き、いろいろな話を聞いており、多分私は日本で一番消防研修をやっていると自負できるぐらいやっています。それは今の職場で20年働いてきたという積み上げがあるからこそですが、その辺りを考えると、どうしてもお金の面でスタッフが有期雇用で5年となってしまうと、5年で若い子を育てて、卒業して、いろいろ大学で教えたりする、素晴らしい人材が育成されているのは事実ですが、センターの中での経験が積み上がっていかない。

兵庫県でも多分、阪神・淡路大震災の時に前線で働いていた県庁の方や役所の方、保健師さんたちはもう退職されていますよね。えひめ丸で頑張っていたしゃった保健師さんたちも皆さん退職されていて、その経験が後任になかなか伝わりづらいことを考えると、いろいろな難しいことはあるのかもしれないけれども、ハブとなるようなところでは、中心で残って働き続けられる人というのがいない。

多分、前田先生のところも同じではないかと思いますが、私たちはもう20年センターにいますので、ほかの人が替わったとしても内容を知っている人が誰かいる状況ではあるけれども、それがなくなると、今まで蓄積していたものはゼロにはならないかもしれませんが、かゆいところに手を届かせるようなことは難しくなるという意味においては、いい人材を長くキープできるような素地がないと人材育成にもつながらない。

20年の経験によって、災害絡みのサイコロジカル・ファーストエイドの研修などに今全国からお呼びがかかって私は行っていますが、これはまさに、20年間こころのケアセンターにいて、災害のみならず平時の様々な危機—事業所で誰かが亡くなったり、事件が起こったりしたようなところに行き、話を聞き、介入をした積み重ねの成果だと思います。

そういったことを考えた時に、センターが人材育成

をするのもそうですが、センターのスタッフの人材育成を中長期の視点で考えないといけない。せっかく20年続いたけれども、加藤先生が60歳を過ぎて、私はもうすぐ60歳になると考えると、私たちは永遠にいませんし、どうするのかなど、もう少ししたらさようならを言う私にしてみれば心配です。

【加藤】 本当にどうしましょうね。私も自分の経験だと、日本のあらゆる災害に行きました。この四半世紀に起きた災害にほとんど行ったと思いますが、現場では中長期の支援はどうするかを一番聞かれます。急性期の支援というのは、先ほど示したようにチームがたくさんできて、それなりにノウハウが蓄積されました。でも、特に心理社会的な支援というのは中長期のほうが大事で、これをどうするのかについては、あまり制度がありません。事に当たってからあたふたしなければいけないので、事前にいろいろな経験をぜひ聞かせてくださいと言われることが多いわけです。

能登半島にもDPATで行きましたが、私にはむしろ中長期にどうするかを話してほしいということだったので、それを本当に自分の役割だと思ってやってきました。しかし今後もし災害が起きたら行けるのかと。体力面でも衰えを感じるので、今後どうしようかと思っていて、これからは前田先生に頑張ってもらって東北の経験を伝えていただく方がいいかもしれません。

【前田】 いや、私も先生と年はあまり違いませんよ。もうロートルです。

まさに先生におっしゃっていただいた復興期支援ですよ。確かに急性期の支援は、大変だということでみんながアドレナリン全開で行きますが、それを受ける側、受援者側は本当に大変だと思います。

私も東日本大震災では支援する側でしたけど、今は支援を受ける側です。この時期であっても支援に来ていただくと本当にうれしいのです。先週大澤先生に来てもらった時もスタッフが本当に喜んでいました。先生が来ると励ましてもらえて、外の人から「よく頑張っていますね」と言ってもらえるのが一番の励みになります。

復興期支援の難しさは人々の関心がなくなった頃に支援をしなければいけないところで、そこを声高に言ってくれる人がいません。「まだやっているんですか」「いいかげん終わったらどうですか」みたいな声

ばかり聞こえます。もちろん終わらなければいけないのですが、終わり方を考えなければいけなくて、終わり方を誤るとかえって住民の方のトラウマになります。兵庫県こころのケアセンターには、その復興期支援のほうを担っていただきたいです。多分、加藤先生が頑張らなくても、急性期支援はやる人がたくさんいると思います。先生、あまり無理されないようにしてください。

気がつけば、ふくしま心のケアセンターももう12年を経過していて、息の長い、腰を据えた復興期の支援をいかに展開していくかが日本の災害支援の大きな課題だと思いますので、ぜひ一緒に考えていきたいし、それをまた国内外に発信していければと思っています。

【加藤】 本当にそのとおりですね。DPAT ができて精神科のいろいろな医療チーム、医療活動が充実しました。でも、DPAT を中心的にやっている人は、精神科の病院の支援をメインに考えています。それは大事なことですが、その後の被災地をどう支援していくのかという視点が欠けていて、繰り返し DPAT のいろいろなところでそういうお話しをする中で、ようやくそのことも理解していただけるようになったので、それは続けていかなければいけないと思います。

本当に息の長い活動をしていかなければいけないという意味では、もう少し頑張らなければいけませんかね。今日は、とてもエンパワーしていただきましたけれども。

もう一つ、研修や復興期支援もそうですが、専門治療も私たちの大きな役割で、午後にそういった話になっていきますが、PTSD というのがとても社会で関心を持たれて、治療についてはいろいろな医療関係者が関心を持ってきています。しかし、専門的なエビデンス、証拠のある、効果がある治療をしていく方法はまだまだ普及していかなければいけないと思っています。子どもの治療については副センター長の亀岡が非常に頑張ってやってくれていることを、ぜひまた午後に聞いていただこうと思います。それについても、当センターの治療機能を今後維持していかなければいけないと思っていますところ。

【大澤】 海外のいろいろな人たちの話を聞いて、さっき言っていた人・物・金がない中でどう支援を細く長く続けていくのかと考えた時に、能登半島は地震が起

こった上に水害被害が起こって、本当に踏んだり蹴ったりとニュースでインタビューをされている人がおっしゃっていました。ましてや金沢と能登ってすごく距離があります。福島が難しい一つの理由は、心のケアセンターがいくつかある中、そこ同士が物理的に離れているということで、これがスタッフが働き続けることの難しさの一つなのかもしれません。

能登半島で起こっていることはこれから日本のどこで起こっても不思議ではありません。人口も労働者もどんどん減っていく時に、中長期もそうですが、予防できることも含めてもっと何かないか。今回の能登の地震は、高齢者が多くて限界集落だと言われるようなところが、蓋を開けてみると、井戸もあるし、畑もあるし、別に支援が入らなくても全然困らないみたいなことを言うお元気な人たちもいる反面、人が戻ってこなかったら復興はどんな形になるだろうということもあります。その辺をこれからどう考えていけば、あるいはどんなことを準備しないといけないのか。

【前田】 私の大学の講座に来てもらっている瀬藤乃理子准教授という神戸出身の心理の先生がおられますが、彼女に今、能登に深く関わっていただいています。石川県にこころのケアセンターができて、最初は電話支援だけでしたが、最近になって本格的な活動を始めました。

私がすばらしいと思うのは、まず支援者支援をやっているところです。最近ある被災した町の全職員の面談をしたという話を聞きました。多分今頃、石川の支援者の方は疲弊の極みにあると思います。もともと阪神・淡路大震災時のこころのケアは住民の方になると。これは当たり前と言えども、支援者という考えはなかったと思いますが、それから10年以上たって、こころのケアセンターがやるべき非常に大きなテーマとして支援者支援があります。住民の支援をやるのはほかにもありますが、支援者を支援できるような専門機関はそれこそこころのケアセンターをおいてないというのが大分浸透してきて、それが石川にも反映されている。ですから、これから石川こころのケアセンターも大変だと思いますけれども、何とか頑張ってもらいたいし、それを私たちが支えていけたらと思います。

ちなみに、うちの職員も疲弊して、今、ある近隣の病院のEAP、産業カウンセリングみたいなものを受

けています。こころのケアをやる人たちにもこころのケアが必要とところがあり、そういう形で支援者支援の輪が、特にこれから能登では大事ではないかと思えます。

【加藤】 ありがとうございます。阪神・淡路大震災時はメディアが手厚く取り上げ続けてくれたので社会的関心がずっと維持されましたし、東日本大震災もあれだけの災害なので、メディアが報道し続けてくれて問題を拾ってくれたので社会的関心も続きましたが、能登半島のような地震だとメディアも取り上げる量が少なくなり、情報が伝わってこないですよね。そうすると現場の状況をなかなか知ることができなくて、支援が狭くなってしまいます。そういう意味で、災害支援の一つの基本は、社会的な関心をどう維持するかということだと思います。今日はメディアの方が来られていますが、メディアの役割もとても大きいですし、支援の必要性をずっと伝え続けなければいけないと思えます。

中長期と言いますが、長期というのは何年ぐらいでしょうね。阪神・淡路の時5年で終わったと申し上げたでしょう。なぜ終わったかというところ、介護保険の制度が始まったのです。だから、仮設住宅とか復興住宅に行かれた高齢者の支援はそちらに移すすればいいということになりまして、その後どうなったかはわかりません。

ただ、私はこの10年ぐらいで、阪神・淡路大震災から20年以上たっても、いまだに深刻なトラウマ症状を持っておられる方が隠れていたという経験をしています。先ほども言いましたが、問題がある人ほどそれを話そうとしません。触れたくなくて、ずーっと避けます。東日本大震災の映像を見て自分の体験がよみがえって、いても立ってもいられないほど苦しさが強まって、やむにやまれず診療に来られたという方も結構おられます。

その方に聞いてみると、自分の目の前で家族二人が焼死したとか、本当にたくさんの遺体を掘り出してしんどかったとか、あと、学校の先生で避難所運営がとても大変だったとか、自分の兄弟を亡くしたといった当時の体験がとても大変だったとか、そういうものを長く引きずっておられます。そういった人たちがたくさんいるんだろうな、手が届いてないんだろうなと感じてはいましたけれども、そういった方たちに出会

うことになって、この10年で非常に多くの方にお会いして、本当に深刻な重たい状況だったことを改めて意識しました。

もちろん、その方々に対しては、たまたま私たちが専門的な知識を身につけて、治療でよくなされたケースがあったのは非常によかったのですが、どんなに時間がたっても苦しみ続ける方がいることは忘れてはならないと思えますし、十数年たった東北にもそういう深刻な問題を抱えている方がまだまだおられると思えます。あれだけの災害ですから。

私、石巻市の大川小学校の件にずっと関わってきまされたけれども、ご遺族の中には非常に重篤な問題を持っている方がまだまだおられることをお聞きしております。社会的なことだけではなくて、そういう個人が抱え続けるいろいろな問題も忘れてはならないことを申し添えたいと思えます。

【前田】 今の先生の話聞きながら思い出しましたが、兵庫県こころのケアセンターが果たした非常に大きな役割、阪神・淡路・淡路大震災で学んだ役割の一つが、先生も今日何回かお話しされていた保健師さんの役割を見直したことですよね。

阪神・淡路大震災が起こるちょっと前まで、ちょうどソーシャルワーカーの資格化が大分進んでいた時でもあったので、もはや保健師さんは要らないのではないかという議論がありました。福岡県もそうでした。保健師さんにやめてもらっても、ソーシャルワーカーがそれをつなげられるのではないかという話がありましたが、その流れを変えて、保健師さんは非常に重要だと、今日、加藤先生がおっしゃっていたポピュレーションアプローチの担い手の一番大事なところ、最前線にいるのが保健師さんだという認識が広まっていったのは、まさに阪神・淡路大震災以降だと思います。これはすごく大きくて、今でも保健師さんたちはその思いを持っていて、保健師さんたちのアイデンティティを作っていったというのは大きいと思えます。

もう一つがアウトリーチです。困った時に来てくださいというのではなくて、こっちから行くというアウトリーチの手法を根づかせたことも、兵庫県こころのケアセンターの一つの大きな成果だと思います。アウトリーチに関しては、震災対応のアウトリーチは確かに大事ですが、ずっとそれをやるわけにはいかなくて、アウトリーチで被災者をエンパワー

メントして、困った時には自分で行けるようにするところにはまだ課題がありますけれども、少なくとも災害の早期においてアウトリーチが大事であることが広まったのは、まさに東日本大震災以降ではないでしょうか。それまでは医者や心理士の先生は、困ったら来てください、診察しないとお会いできませんということが多かったと思います。仮設住宅や避難所を訪問するような活動が始まったのはまさに阪神・淡路大震災からで、その担い手が兵庫県こころのケアセンターだったことは強調しておきたいと思います。

【加藤】 ありがとうございます。今日は阪神・淡路大震災から30年とセンターができてからの20年を振り返って、いろいろな話題を取り上げてきましたし、前田先生には非常に褒めてエンパワーしていただいて、少し気恥ずかしい感じもしますが、ありがとうございます。

ただ、申し上げたようにいろいろな課題がまだまだ残っています。現在進行形の東北や能登もそうですし、今後は南海トラフを想定しなければいけません。海外に目を向けるとウクライナなどでの戦争もあり、そういったことにいろいろ関わりを持たなければいけません。まだまだ役割があることを再認識した上で、年を取りましたけれどももう少し頑張ろうという気持ちになれたということで、このセッションを閉じたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

導入：子どもと家族へのトラウマケア



兵庫県こころのケアセンター副センター長
亀岡 智美

本日は、当センターが設立 20 周年を迎えるにあたり、基調講演を 2 題企画しておりますが、それに先立ち、子どもと家族のトラウマケアに関して、当センターがどのように活動してきたかを報告いたします。

が国では、子ども虐待が国家全体の問題になりました。2000 年には、児童虐待防止法が制定されましたが、その後も、大きく報道されるような子ども虐待事件が繰り返し起こっています。そして、国民全体に衝撃を与えるような事件が起こるたびに、様々な子ども虐待の支援施策が強化されてきました。

社会情勢と子ども虐待

子どもの虐待被害センター 2019

- 戦後～1950年代：戦災孤児、捨て子の激増、人身売買。
 - 1948年：専断院赤ちゃん大量殺人事件：100人以上の乳児が被害
 - 1947年：児童福祉法制定
 - 人身売買が社会問題となる。農家への労働力、売春、年季奉公
- 高度経済成長期：核家族化、夫婦の役割分担、母親の負担増と孤立化。
 - 子どもの遺棄や子殺しの増加：コインロッカーベビー事件
 - 1961年：米国でKempeが「Battered Child Syndrome」を発表
- 1990年代：子ども虐待が国家全体の問題となる。厚生省が児相の統計を開始。
 - 1989年：国連で子どもの権利条約採択（日本は1994年に批准）
 - 1995年：オウム真理教事件、教団内に数十人の子供
 - 2000年：児童虐待防止法制定

子どもが被害を受けた大事件（学校関連）

- 1997年：神戸連続児童殺傷事件
 - 中3男子が小学生5人を襲い2人を殺害した。
- 2001年：大阪池田小学校事件
 - 校内に侵入した男が児童や教師23名を殺傷した。
- 2003年：宇治小学校事件
 - 校内に侵入した男が児童2人に傷害を負わせた。
- 2004年：佐世保市小6殺害事件
 - 校内で小6女児が同級生を殺害した。
- 2005年：寝屋川市小学校教員殺傷事件
 - 校内に侵入した男が教師3名を殺傷した。
- 2005年：山口県高校爆発物事件
 - 高3男子がいじめの報復で教室に爆発物を投げ入れ生徒58人が重軽傷を負った。

大きく報道された子ども虐待事件

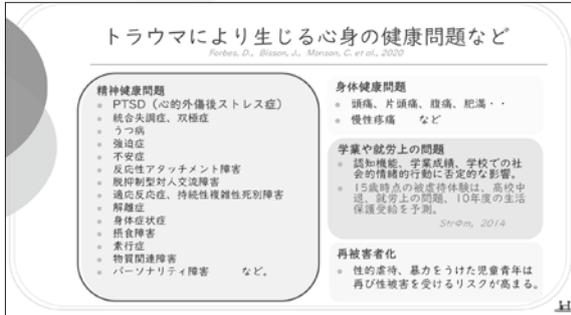
子どもの虐待被害センター 2021

- 2000年～：児童虐待事件の報道が急増→法改正や新たな施策に影響
 - 2000年：武豊3歳女児ネグレクト死事件（段ボール餓死事件）
 - 2004年：岸和田中学生ネグレクト事件→積極的な立ち入り調査奨励
 - 2004年：社会保障審議会児童部会専門委員会（死亡事例の検証）
 - 2004年：栃木県小山市兄弟殺害事件→オレンジリボンキャンペーン
 - 2005年：福岡市長期虐待事件→児童福祉法改正（18歳以上の支援）
 - 2006年：長岡京市3歳児ネグレクト事件→48時間以内の安全確認
- 2010年～
 - 2010年：杉並区3歳児菓子殺害事件→里親支援体制強化
 - 2013年：横浜市6歳女児殺害遺棄事件→厚労省が所在不明児の調査
 - 2018年：目黒区5歳女児虐待死事件
 - 2019年：千葉県野田市小4女児虐待事件

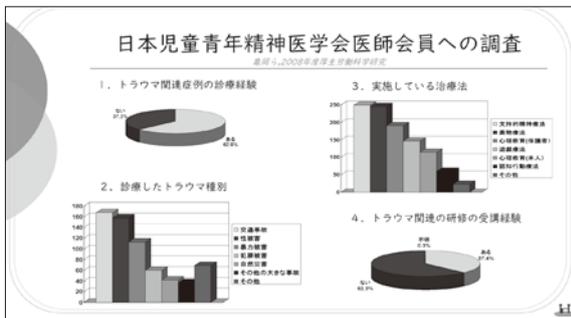
それ以外にも、子どもや教師、生徒が被害を受ける学校全体を巻き込むような大事件も起こっています。この神戸の地でも起こりました。

子ども虐待の視点から社会情勢を振り返ってみると、戦後に戦災孤児や人身売買が激増し、それに対応するために、児童福祉法が制定されました。その後、高度経済成長期に核家族化など様々な社会変化の中で、子どもの遺棄や子殺しが問題になりました。1961年に米国でケンプが、「Battered Child Syndrome」という用語で子ども虐待を医学的に取り上げました。一方、1990年頃からは、国際的に子どもの権利を尊重しようとする動きが強まりましたが、わ

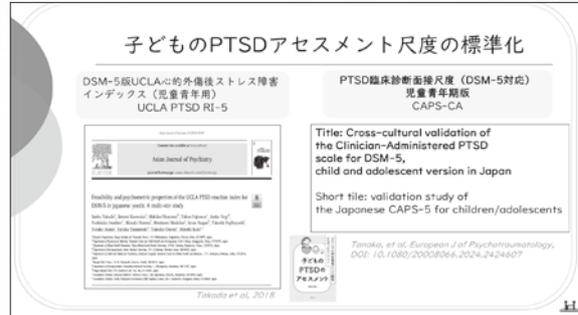




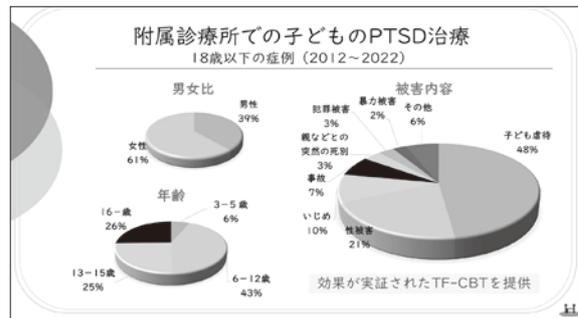
このように、子どものトラウマ事例には、自然災害や事故だけではなく、様々な出来事が含まれます。こうしたトラウマ的な出来事は、子どものメンタルヘルス全般をはじめとして、身体健康やその後の社会適応にも多大な影響を及ぼすことがわかっています。私たちはトラウマによって生じるメンタルヘルス問題の中でも PTSD のケア、治療をどうしていくかということについて、研究や実践を重ねてまいりました。



まず、当センター設立当時のわが国で、子どものトラウマ診療がどういう状況であったのかを調査した報告をご紹介します。日本児童青年精神医学会所属の医師会員対象の調査ですが、過半数の医師が、事故、犯罪や暴力、自然災害などのトラウマ関連症例の診療経験を有していました。しかし、それらの症例への治療方法は、支持的精神療法や薬物療法が主で、現在効果が実証されている認知行動療法などはごく少数しか取り込まれていませんでした。また、トラウマの診療には興味があるけれども研修は受講したことがないとか、研修をどこで受けられるのかわからないといった声も多数聞かれました。



そこで私たちは、最初に、日本語で利用できる子どもの PTSD のアセスメント尺度の整備に取り組みました。国際的に最も汎用されている UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックスという質問紙や、PTSD の臨床診断面接尺度 (児童青年期版) の日本語版を作成し、それらの尺度の信頼性や妥当性を検証しました。これで子どもの PTSD の評価がきちんとできる状態になったわけです。

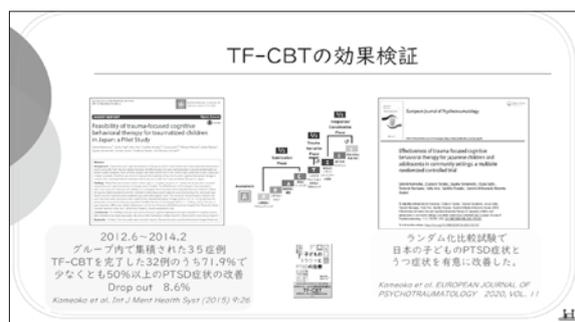


また、当センターの附属診療所を受診する、子ども虐待や性暴力など、さまざまなトラウマ的出来事を体験した多くの子どもたちに、効果が実証された PTSD への治療プログラムである、トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) という治療プログラムの実践にも取り組んでまいりました。このプログラムは、被害を受けて PTSD 症状に苦しむ子どもと、加害者ではない養育者が親子で参加するのが特徴です。

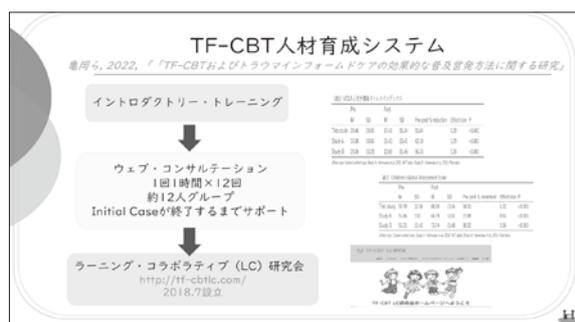


この TF-CBT は、臨床家であり研究者である米国の 3 人によって開発されたプログラムですが、子ども

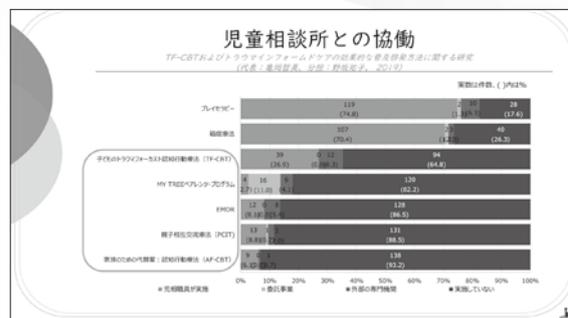
のPTSDへの第1選択治療として国際的に推奨されています。本日基調講演でお話いただきますメリッサ・ラニオン先生は、このプログラムが開発された機関に一時所属されておりましたし、TF-CBTの公認トレーナーとしても活躍されています。



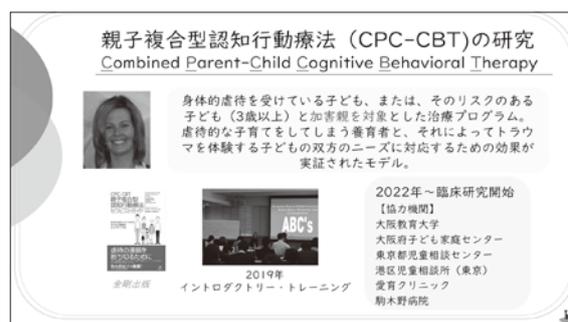
私たちは、TF-CBTを他機関との共同で、日本人の子どもにも実施しても確かに効果があることを検証いたしました。



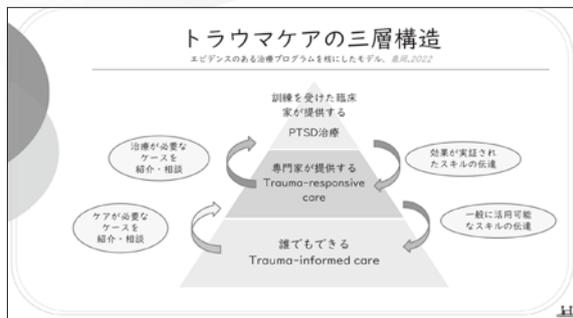
同時に、わが国での人材育成にも取り組みました。プログラムの開発者らからトレーナー向けの研修を受講し、当センターでもTF-CBTのイントロダクトリー・トレーニングを毎年提供するようになりました。さらに、治療中のケースに対するコンサルテーションを提供したり、臨床家たちの学びの場として、ラーニング・コラボラティブ研究会を立ち上げたりし、臨床家たちがお互いに技術を高めていけるような取り組みをしています。これで、米国と同様の人材育成システムができたわけです。ちなみに、私たちが提供したコンサルテーションを受けた臨床家が実践したTF-CBTも、子どもたちのPTSD症状を大きく改善したことがわかっています。



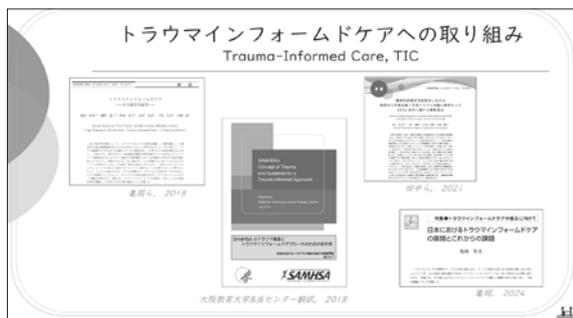
子ども虐待の第一対応機関といえば児童相談所（以下、「児相」と表記）ですが、児相でのTF-CBT普及にも力を入れてきました。基調講演2でお話いただきます野坂先生に分担してもらった調査では、全国200か所ちょっとある児相のうち、TF-CBTを直接、間接的に実施していると回答した児相が、調査時点で50か所ありました。これからもどんどん増えていくと思います。



このように非常に有効なTF-CBTですが、プログラムの構造上、残念ながら、加害者である養育者は参加できないことになっています。一方、わが国でも、子ども虐待ケースの加害養育者への支援を強化しようという流れがあります。そこで私たちは、2022年から、後でお話いただきますメリッサ・ラニオン先生が開発された親子複合型認知行動療法（CPC-CBT）の研究に取り組み始めています。CPC-CBTは、身体的虐待を受けている子どもあるいはそのリスクのある子どもと加害親を含む家族全体を対象にしたプログラムです。現在、多くの機関にご協力をいただきながら臨床研究を開始したところです。研究開始に先立って、2019年に初めてラニオン先生に来日いただき、初期研修を提供していただきました。



TF-CBT や CPC-CBT のようなトラウマ治療プログラムの必要性は言うまでもありませんが、それだけでは不十分であると考えられています。トラウマケアの三層構造で考えると、一番上に TF-CBT のような PTSD 治療プログラムが位置するわけですが、これを支えるトラウマインフォームドケア（トラウマに配慮した支援）が不可欠であるとされています。そして、持続可能なトラウマケアのためには、この三層構造の行き来がスムーズであることが不可欠であると考えられているのです。



そこで私たちは、トラウマインフォームドケア＝TIC の普及啓発にも力を入れるようになりました。2018 年に TIC の総説論文を発表したり、米国保健省の薬物乱用サービス局が発刊している最も基本的な手引書を翻訳し、ホームページで公開したりすることによって、さまざまな領域の専門家への情報提供に努めています。



最近では当センターの酒井研究主幹を中心として、児

童福祉領域での TIC の実践研究にも力を入れています。米国子どものトラウマティックストレス・ネットワークが公開している「児童福祉トラウマ研修ツールキット」の日本語翻訳にも取り組み、今後わが国でも広く利用されることが期待されています。



午前中のパネルディスカッションでも、人材育成や支援者支援が重要であるという話が出ましたが、当センターでは、こころのケア研修ということで年間に約 20 本の研修プログラムを提供しております。

子どもと家族のトラウマケアに関しては、当初「子どものトラウマの基礎知識」という研修を年間 2 回提供していましたが、非常に関心が高く、5、6 年実施する中で知識が普及してきたことを実感いたしました。そこで、今は TIC の研修、特に 2021 年からは児童福祉の領域での TIC に特化した研修を提供しております。

同時並行で、先述の子どもの PTSD アセスメント研修や、TF-CBT の初期研修も提供しています。これらの研修も、定員の 3 倍近くの臨床家にご応募いただいております。関心の高さを実感しています。



こういった活動をウェブ上でも掲載しております。「兵庫県こころのケアセンター」と検索いただきますと、「支援者向け資料」という項がございます。この中に様々な子どものこころのケアに役立つ資料をアップしています。午前中のお話に関連する PFA の資料なども多彩に掲載しておりますので、皆様にもご利用

いただければと思います。

本日の基調講演ですけれども、それに先立ちまして講師の先生方を紹介したいと思います。



基調講演1の講師はメリッサ・ラニオン博士です。TF-CBTの実践家であり公認のトレーナーでもいらっしゃいます。そしてCPC-CBTの開発者でもいらっしゃるということで、今日はその多彩なご経験と知見を基に「効果が実証された治療とトラウマインフォームドケア」についてお話いただきます。

その後、休憩を挟み、基調講演2として野坂祐子先生に「日本におけるトラウマインフォームドケアの意義と課題」についてお話いただきます。野坂先生は日本のTIC推進に尽力されている大人気の先生で、今日もお忙しい中、来ていただきました。

私からの紹介を終わります。

基調講演 1: 効果が実証された治療とトラウマインフォームドケア



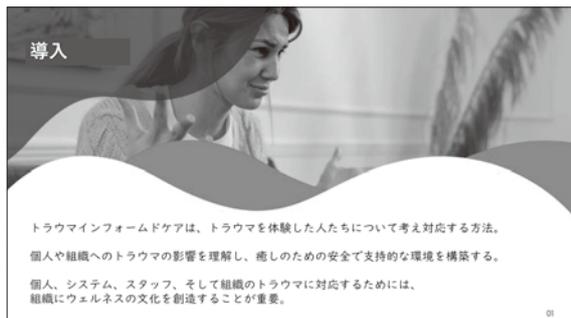
ケンタッキー州公認心理師・
TF-CBT ナショナルトレーナー

メリッサ・ラニオン博士

ご紹介ありがとうございました。このような機会を
頂いてありがとうございます。トラウマインフォーム
ドケア、そして私たちの活動について少しお話したい
と思います。

いった方々に関わる全ての人が長期的なトラウマや、
さらには逆境的小児期体験 = ACEs の影響を理解する
必要があります。

また、トラウマインフォームドアプローチ、あるい
はトラウマインフォームドケアシステムは、ウエルネ
スの文化を発展させていくものです。ウエルネスの文
化は、私たちのサービスの対象となるトラウマの経験
者をサポートし、サービスを提供するスタッフに対し
てもサポートを与えるものです。



トラウマ・インフォームド・ケアの利点

- 人々と地域社会のニーズと嗜好を満たす、安全で尊重され、力を与える環境を作ることによって、ケアへのアクセスとケアの質を向上させる。
- 個人と地域社会の回復と成長を支援し、トラウマに対処することによって、個人と地域社会の成果と満足度を高める。
- トラウマ体験とその対応についての認識と理解を高めることにより、トラウマとメンタルヘルス問題に関連する偏見と差別を軽減する。
- 人々の強み、スキル、対処戦略を尊重し、希望と目的意識を育むことによって、人々とコミュニティの回復力とエンパワーメントを強化する。
- 意思決定と責任を共有し、個人と地域社会の多様性と独自性を尊重し大切にすることで、ケア提供者、人々、地域社会の間に信頼と協力関係を築く。
- 精神保健、学校、看護、入院、プライマリ・ヘルスケア、児童福祉、少年司法など、あらゆる制度や分野にまたがる実施

まず初めに、トラウマインフォームドケア = TIC の
定義を申し上げます。

では、TIC の利点は何でしょうか。TIC について
はいくつか実証されているものがあります。

TIC は、トラウマを体験した人たちについて考え、
その人たちと関わる方法です。ここで重要なのは、
TIC は精神衛生上の治療や、トラウマあるいは PTSD
に介入する精神保健上の治療や介入ではありません。
また害を与えるストレスに長期にさらされたことによ
る影響に対しての治療でもありません。このようなトラ
ウマを経験した人に体系的に関わっていく方法で
す。TIC、あるいはそのアプローチにおいては、こう

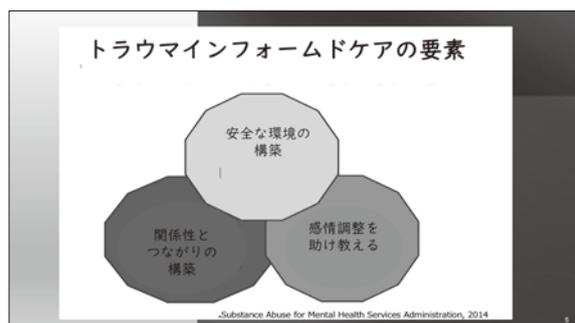
まず第 1 に、TIC はケアへのアクセスと質を改善さ
せます。トラウマを体験した人はサービスのシステム
から理解されていて、安全で、サポートされていると
感じ取ることによって、もっとケアを受けようという
気持ちになります。さらに、提供されるサービスの成
果と満足度を高めます。個人やコミュニティがサポー
トされ安全だと思えることができれば、サービスに対す
る満足度は高まり、よりよい成果へとつながります。

TIC はまたメンタルヘルスに関連する偏見を軽減し
てくれます。メンタルヘルスの専門家は、例えばトラ
ウマの行動上の表出に着目することがよくあります。

トラウマを経験した青少年の多くは行動障害の診断を受け、行動障害という診断に伴う偏見を受けがちです。しかしながら、そうした方々に対してサービスを提供するシステムの側が、彼らの反応がトラウマ反応であることを認識し理解すれば、このような偏見や差別は軽減されていきます。

TIC はさらに個々人にエンパワメントを実現します。彼らの受けるサービスに対し自ら選択をし、発言し、そして一緒に協力していく方向になっていきます。

さらに、TIC は、先ほども言いましたが、精神保健上の介入ではありません。それ自体がエビデンスベースの治療ではありません。TIC は全てのサービスシステムを通して実行できます。本当にいろいろあります。メンタルヘルスの分野もそうですが、トラウマインフォームドスクール（学校）、あるいはトラウマインフォームドの福祉制度、トラウマインフォームド法制度、病院やプライマリーヘルスケア、少年司法といった制度、救急外来、あるいは警察、こういったトラウマを経験した方々とやり取りのある全てのシステムや制度においては、トラウマが彼らに与える影響を理解する必要があるし、同時に、いかに彼らをサポートするのか、どうすれば彼らの安全感を高めることができるのかを理解する必要があります。従って TIC には多くの利点が存在しています。



TIC の要素を見ていきましょう。

まず、アメリカにおいては、例えば薬物乱用精神衛生管理庁＝SAMHSA は TIC のリーダーであり、TIC の重要な要素について述べています。SAMHSA はこのスライドにあるように3つの重要な要素を示しています。他にも要素はありますが、それは後でお話することとして、まずこの3つに焦点を当てます。

第一に、トラウマの経験者に対して安全な環境を構築することを述べています。これは後ほど2つのエビデンスベースの介入について話す時に説明します。二

つ目は、関係性をつなぐの構築です。その人を支援し、サポートしていく、そしてつながりを構築することが重要です。三つ目の要素は、感情のコントロールを助け、またそのスキルを教えることです。これについても後ほど詳述いたします。



さらに、皆さんは TIC の4つの R をご存じでしょう。まず、リアライズ (Realize) の R、トラウマの広範な影響を「理解する」必要があります。例えば逆境的小児期体験＝ACEs についてこの30年間になされてきた ACE 研究は皆さんもご存知かもしれません。こういった研究を見ると、トラウマがその人の生涯に渡り本当に広範な影響を与えていることがわかります。その広範なトラウマの影響を単に「理解する」だけではなくて、こういったトラウマの兆候や症状に「気づく (Recognize)」必要があります。こういった方々が我々のシステムに来た時に、それがサービスシステムであっても、その他のシステムであっても、彼らの反応がトラウマ反応であり、トラウマへの応答であり、トラウマの症状であることに気づく必要があります。つまり、これらは必ずしも行動障害ではありません。

さらに、私たちはそれに対応する (Responsive) 必要があります。それらの症状を「理解する」「気づく」だけでは十分ではありません。政策や手続、それから実践をきちんと設定して、トラウマを経験したそれぞれの個人に「対応する」必要があります。

そして、何よりも「再トラウマを予防する (Resist)」必要があります。TIC においてはエビデンスベースの介入をすると言われますが、その中で私たちは個々人のトラウマからの癒しを促し、そして症状を軽減しようとし、それによって再トラウマ化を回避する努力をします。



それから、SAMHSA はトラウマインフォームドアプローチの6つの基本原則をうたっています。このリストの全てを含め、様々なパンフレットやリーフレットで重要な要素を示しておりますが、全てが重視するのがまず「安全」です。トラウマの経験者にとっては、サービスを求める時に自分が安全な状態であると感じることが何より重要です。

二つ目は「透明性と信頼性」です。どのようなサービスであれ、なぜそこにあるのか、そこで何が提供されているのかに関わらず、全てに関してオープンで偽りない全体としての透明性が重要です。

それからこれらのシステムにおいては「ピアサポート」が提供されます。

四つ目は「協働」です。どのようなトラウマの経験者であれ、その人に声を与えること、サービスは提供されているか、何が本人にとってプラスになるか、サポートになるか、何によって安全と感じられるか、そういった「意見表明」ができることも重要です。「協働」です。本人たちと協働し、エンパワーすること。

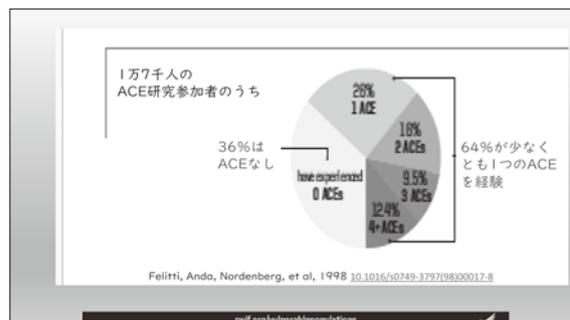
それから、アメリカは日本の状況と異なるかもしれませんが、もう一つ重要なのは「文化、歴史、ジェンダーの課題や役割」を考慮することです。これらの要素も特定の個人のトラウマの根幹にあるかもしれません。このような要素について話をする際に重要なのは組織内における文化の変化やシフトです。例えば、メンタルヘルスの組織では、私たちが話しているのはサービスを提供するセラピストのことではなくて、その組織の一人ひとりがトラウマの影響を理解し、それぞれのトラウマ経験者とどのようにやり取りをし、どのように対応できるのかが重要です。児童福祉の分野におきましても、そのシステム内で働いている全ての人たちが全てのレベルでこの理解をすることが重要です。私たちが言っているのはその組織における文化のシフト、文化の変化です。

ハイライト：TICの要素 # 1

トラウマの広範な影響を理解し、青少年、養育者、スタッフのトラウマの徴候や症状を特定する。

今回トラウマインフォームドケア要素の中で特に注力してお話をしていきたいところはいくつかあります。

まず、TICの要素の中で最初に強調したいことは「理解すること」です。トラウマの広範な影響を理解し、青少年、養育者、そして組織内のスタッフの兆候や症状を特定することが重要です。



皆さんの中の多くの方も、この98年にフェリッテ (Felitti) らが発表した ACEs= 逆境的小児期体験の研究についてはご存知かと思います。この研究について幾つか強調したい点があります。参加者1万7,000人の方々のうち64%が少なくとも1つのACEを、さらに12.4%が4つ以上のACEを報告していますが、64%が少なくとも1つのACEを経験しているのです。重要なのは、このようなACEsは、トラウマを引き起こす出来事であり得ることです。例えば虐待、暴力、身体的虐待、ネグレクト、あるいは性的虐待に遭ったことが考えられます。さらに、重大なストレスを子どもに及ぼすようなもの、例えばACEsにおける親の離婚も評価されています。あるいは親の薬物乱用などもあり、我々が注目しやすい、従来言われてきた児童虐待や暴力への暴露だけではありません。

ACE研究の結果

• ACEの数が多ければ多いほどそのリスクは高まる。



この研究で ACE について何がわかったかですが、これはランドマーク的な研究であり、私たちの分野において、ACEs や害となるストレスの影響を理解する上でとても重要な研究となりました。この研究において初めて、ACE の数が多ければ多いほど、情動面、行動面、そして身体的な問題のリスクが高まることになりました。しかし特に重要なことは ACE と身体的健康とのつながりを明らかにしたことでした。

ACE研究の結果

Felitti, Anda, Nordenberg, et al., 1998 [10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

<ul style="list-style-type: none"> • アルコール依存症 • 薬物乱用 • うつ病 • 自殺未遂 • 睡眠不足 • 喫煙 • 低い自己評価 • 複数の性的パートナー • 性感染症 • 慢性閉塞性肺疾患 *** 子どもの身体的虐待の危険因子 	<ul style="list-style-type: none"> • 運動不足 • 重度の肥満 • 肝臓病 • 虚血性心疾患 • 骨折 • 幻覚 • 高血圧 • 慢性肺疾患 • 癌 • 腎臓病 • 問題行動 • 身体の疼痛 • 心臓病 • 胃腸障害
---	--

これまでもたくさんの研究において ACEs とトラウマ症状、鬱等は関連があることを示していますが、身体的な健康リスクや健康の問題が高まることを初めて示したのが先ほどの研究です。全てを読み上げることはいたしません。

ここで、指摘しておきたいのは、ACEs があればこういった情動、行動、身体的な問題のリスクが高まることで、その中の2つ、鬱と薬物乱用が、子どもの身体的虐待の文献でも明らかにされている最も主要なリスク因子です。

ACE研究の結果

• ACEの数が増えるにつれて、健康問題のリスクは強く段階的に増加する。



• 6つ以上のACEを持つ人は、そうでない人に比べて平均20年近く早死にしている。

そして、ACE の数が増えれば増えるほどこういったリスクが高まる、それは正比例して段階的に増えていくということです。ACEs に暴露されたことによって身体的な健康にも影響があるだけではありません。早過ぎる死にもつながっています。例えば、ACE を6つ以上経験した人たちは、6つ以上の ACE の経験のない人に比べて 20 年早く死を迎えると言われています。

結果の再現

◆最近の研究では、ACESと有害転帰との間に強い段階的關係があることが示され続けている。
 ◆ACESの数が多い=ネガティブな結果のリスクが高い
 ◆Campbell et al., 2016; Chapman et al., 2004; Dube et al., 2001; Dube et al., 2003; Kajeeepeta et al., 2015; LeTendre & Reed, 2017; Leza et al., 2021; Merrick et al., 2017; Petruccelli et al., 2019; Ramiro et al., 2010; Sonu et al.
 ◆ACESへの暴露と影響は最大の公衆衛生問題である。

また、みなさんご存知のように最初の研究は 1990 年代に発表されていますが、その後もたくさんの研究がなされ、この所見を再現しています。最近の研究もこのスライドには上げております。なので、こういった ACEs の影響を理解した時に、その影響は非常に広範であることがわかつています。

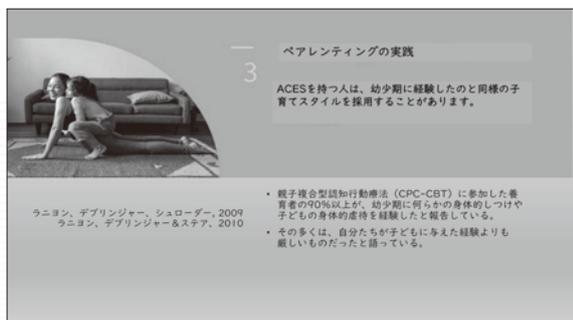


このピラミッドは見られたことがあるかもしれませんが。アメリカの CDC が公表している図です。今話をしてきたことが表れていますが、ACEs を経験することによって脳の発達、神経発達に障害が出ます。そのことによって社会性、感情、認知機能にも影響が生じ、それによって健康に対してリスクのある行動をとるようになる。また不適切なコーピングを行うようになる。その結果、疾患や障害、そして社会的な問題のリスクが高まり、早過ぎる死を迎えることになります。



私たちは ACE があると子育てにも影響する可能性があると考えています。こういった害になるストレスに生涯にわたってさらされると、例えば自分の感情コントロールが困難になります。それが子育てにどう影響するか考えてみてください。本人が落ち着いておられず自分の感情をコントロールできないと学習する脳と生存の脳の話にあったように、ストレス反応がトリガーされます。これが親子関係にも影響を与え、子どもに対して落ち着いた対応ができなくなります。

また、ACEs が子育てに影響するということについてはさらに、親が自分の感情のコントロールができず、子どもに対して一貫性のないサポート型ではない対応をしていると、親に対して安心して愛着を持つことができなくなる子どももいます。アタッチメントへの影響は行動面の困難につながっていきます。悪循環の連鎖が続くということではないでしょうか。子どもがそういった安定した愛着を親に対して持てない。それによって行動問題が子どもに出る。それを見た親はまた感情がコントロールできなくなる。親が感情のコントロールができないから、子どもに対して否定的に対応し、子どもは親に対して安定した愛着を持てなくて、行動面での困難が生じる。養育者と子どもの間の交流に悪循環が生じます。



また、ACEs を経験した人は自分の受けた子育てのスタイルに自分が陥ることがあります。高圧的な子育てをしていた親に育てられると、自分が大人になった

時に同じような子育ての仕方をするリスクが高まるということです。

研究によるとアメリカでは、CPC-CBT に参加する親の 90% の人たちが、実は自分も親に、例えば身体的なしつけをされたとか、身体的虐待を受けたと報告しています。自分の個人的な経験は、自分が今やっている子育てよりも遥かにひどかったと報告する親も多く、ACEs が子育てにも非常に大きな影響を与えることが明らかになっています。

ACES, 子育ての実践と子どものメンタルヘルス

- 親の ACEs は、母親の現在の育児ストレス、困難な子どもの行動、親の苦痛と正の関連がある (Lange, Callinin & Smith, 2016) <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0331-z>
- ACEs は、親の情緒応答性、しつけの手法、子どもの行動問題と関連している。うつ病と解離がこの関係を媒介した (Rowell & Neal-Barnett, 2021) <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00400-x>

世代間トラウマ

実際にそれに関する研究がいくつかありますのでそれを載せていますが、一つの研究では、親の ACEs が母親のストレスや現在の育児のストレスに影響を与えるだけでなく、子どもの問題行動にも影響を与えていることが記されています。

また、別の研究では、親に ACEs があるほど子どもに対して情緒応答ができない、その結果として非常に高圧的な子育てをしてしまうリスクが高まり、そのことによって子どもが行動問題を起こしたり、そのリスクが高まると報告されています。この研究の興味深い点は、さらにこれには親の症状が介在していることを示しています。親の鬱や解離症状が軽いほど ACEs の影響は弱くなるということで、親の症状の介在も明らかです。

ACEs は生涯にわたって影響を与えることがわかりました。トラウマは世代を超えて伝わり、継続的なサイクルとして伝播します。この研究に参加をした親も ACEs を経験している、その親たちはトラウマの治療を受けていない可能性が高いので、自分が親になった時に、子どもに ACEs を経験させ、子どもに対して高圧的な子育てや、身体的な虐待をし、こうしてさらに世代を超えたトラウマのサイクルが続きます。



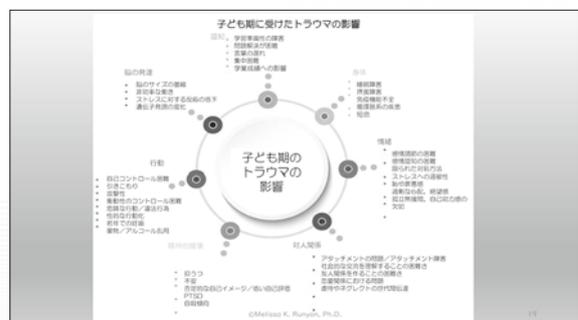
ここで我々の身体の自然なストレス反応、ストレス応答について考えてみたいと思います。例えば、逃げる、戦う、いてつく、もしくはご機嫌を取るといったものがあると思います。例えばあなた自身が自動車事故またはそのニアミスを経験したとか、実際に他の車と衝突をした時のことを考えてみてください。他の人が運転をしていたり、あなた自身が運転をしている時に、何か車の前に飛び出してきた急ブレーキを踏んだ。そのときに自分の身体にどういった反応が出るでしょうか。そのときの体の反応が自然なストレス反応です。身体が911の警報を鳴らします。私たちの扁桃体がストレス応答を引き起します。身体は、戦うか、逃げるか、いてつくかという反応をします。これは生体防御メカニズムではないでしょうか。

こういった経験をした時にあなたの身体がどう反応するか考えてみてください。血圧は上がります。呼吸数も上がります。また手が震えることがあるかもしれません。アドレナリンが出ます。こう言った経験をすると身体の911の警報が鳴り出します。頭がぐらくらし、声が震え筋肉も緊張するかもしれません。これは身体が示す直後の反応で、ストレス応答しています。私たちは常に同じような反応をしています。傾向として、戦うとか、逃げるとか、そういった反応をすることもあります。多くの人はそういう反応をします。

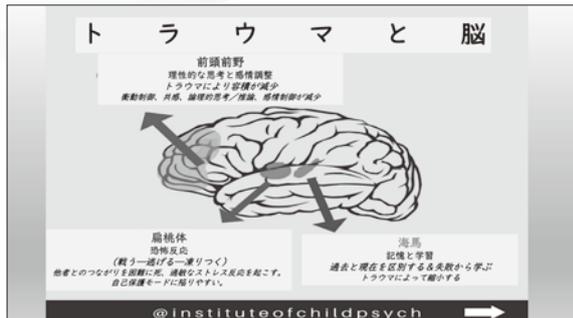
子どものことを考えてみてください。子どもがトラウマ的状况に置かれたらどうなるでしょうか。子どもはトラウマ・ストレス反応を示します。自動車事故のニアミスを経験した私たちの多くはそれによってPTSDになることは滅多にありません。我々の身体はその後、自然な安静時の状態に戻ります。もちろん自然な安静時の状態に戻るのに必要な時間は人によって違うでしょう。その自然な状態に戻るまでの時間に影響する因子もいろいろあるかと思ひます。2回目のトラウマ的经验ならまた違ってくるかもしれません。そ

の人のレジリエンスによっても違うでしょう。内的資源やコーピングスキルにもよるでしょう。だけれども、大人がそのようなニアミス体験をしてもPTSDにはなりません。そのうちにその反応は収まってきます。呼吸数も戻ってくる。手の震えも止まる。そしてまた身体や神経系はリラックスをして落ち着いた状態になります。でも青少年や小さな子どもの場合、PTSDを発症することがよくあります。そうすると自然な安静状態に戻ることがなかなかできません。もちろんピークのストレス状態を1日何回も経験するわけではありません。今言ったようないずれかの反応が見られたり、また少し落ち着くことはあるかもしれません。でもまたその経験の記憶や何かのトリガーでピークの反応が戻ってくることもあるでしょう。レベルこそ違え常にその反応性が残っています。

先ほど話をしたようなこと、私たちの身体の反応をもう一度考えていただきたいと思ひます。ここでは生理学的な反応については言っていない。ストレス反応時に経験するコルチゾールのレベルの高さとか、そういったことではありません。高いコルチゾールレベルが臓器系に与える長期的影響については話していません。でもある程度の反応性を持ったままの発達途上の子どもの場合を考えてみてください。その反応がどういふ影響を与えるか、彼らの感情面、情動面の発達、認知の発達、行動の発達に影響を与えます。直後の影響、短期的な影響は明らかで、ACE研究を見るとそれがさらに長期的な影響を与えることが明らかになっています。それが身体的な健康と早すぎる死につながることも示されています。



これは読み上げませんが、トラウマがどれだけ子どもに、さらに大人に影響を与えているかを表している良いスライドです。その多くは既にたくさんお話しています。



まだトラウマと脳の話はしていませんでした。トラウマは発達している脳にも影響を与えます。例えば前頭前野皮質。人がこういった逆境的な体験やトラウマ体験をすると感情のコントロールが困難になります。前頭前野に常にトラウマが影響を与えると、この部分が小さくなっていきます。ここは何をやっているところか考えてみてください。感情をコントロールしているところ、衝動性などをコントロールするところです。

それから、扁桃体の話もしました。扁桃体はこういった恐怖の経験と神経接続しています。大変な911の警報反応が出てくるところでもあります。個人でPTSDを発症する人たちは実は扁桃体への神経接続がより多いと言われています。なので、その自然な保護反応として先ほど言ったようなストレス反応を引き起します。

もちろん海馬への影響もあります。海馬は、過去と現在を区別する場所で、記憶を司るところでもあります。ところがトラウマに長期にわたって暴露されるとここもまた縮小します。

トラウマがいかに脳、さらに情動、行動、認知に影響を与えるかというお話をしました。さらに身体的な健康にも長期的な影響があります。

PTSDの割合
<ul style="list-style-type: none"> 一般人口における有病率3.6% (世界保健機関、2024年) 一般集団における生涯有病率7.8% (Kessler, 1995) 米国では、戦闘退役軍人のPTSD発症率は11~20%である (全米科学財団、2022年)。 研究では、虐待やネグレクトを受けた子どもの21~50%が、生涯にわたってPTSDを発症すると推定されている (Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Sugaya et al.) 子どもを身体的に虐待する親におけるPTSD有病率は17%であることがメタ分析で示されている (Wilcoxin, Meiser, & Burgess, 2021)。 研究によれば、里親のもとにいる子どもたちの最大30%がPTSDの基準を満たしているという。

PTSDの有病率を見てみましょう。PTSDの有病率は報告者や研究によって違います。

一般集団においてはどの調査かで異なります。ここで、例えば3.6%は世界保健機関です。7.8%はケスラー

(Kessler) らが実施した調査の有病率で、この中では男女を比較しています。PTSDの有病率は、男性よりも女性のほうが若干高くなっています。

それから、もう一つこのスライドで指摘したいのは、アメリカの戦闘退役軍人、戦闘に関わった退役軍人のPTSDの数字です。このグループの発症率を見てみると、11~20%となっています。

虐待、ネグレクトを受けた経験のある青少年では、一般人口だけではなくてこのような戦闘退役軍人の有病率よりも高くなっています。さらにまた、里親の下にいる子どもの場合には30%がPTSDの基準を満たす状態を示したと書いています。

さらにもう一つの研究で17%というPTSD有病率が出ています。これは子どもを身体的に虐待する親、養育者においての有病率です。これは戦闘退役軍人と比べるとそれほど高くありませんが、しかしながら明らかに高い方向に振れていることがわかります。この研究はメタアナリシスですけれども、そこには1回身体的虐待をした養育者だけが入っていて、複数回身体的に子どもを虐待した親は入っていません。それでも17%になっているのです。

研究結果からわかること
<ul style="list-style-type: none"> 専門家や制度は、トラウマの行動的表出に焦点を当てることが多い。 トラウマを経験した青少年は、しばしば行動上の問題 (反抗挑戦症、ADHDなど) と診断され、治療を受けている。 少年司法制度下の青少年は、地域社会のサンプルよりもPTSDの割合が高いことが報告されている (Steiner & Matthews, 1997)。 PTSD患者では、苦痛、不安、抑うつが上昇し、自制心、衝動制御、攻撃性の抑制が低下した。 トラウマを経験した青少年は、表情ややり取りを敵対的なものとみなし、反応する可能性が他の青少年よりも高い。

この研究から、トラウマに関して、そしてその広範な影響について何がわかるのでしょうか。

これは先ほど申し上げた点ですが、専門家やトラウマインフォームドではないシステムはどれもトラウマの行動的表出に焦点を当てることが多いということですので。さらに、このような行動的な表出に焦点を当てると行動上の問題に何とか対応しようとして、トラウマの影響については十分に注目していません。これがトラウマの兆候や症状を強調したい理由の一つです。トラウマの症状やあるいはストレス反応は、TICのとても重要な要素なのです。

さらに、トラウマを経験した子どもたちは様々な行動障害と診断されています。例えば注意欠陥障害、反

抗挑戦症、行為障害などDSMにはたくさんの診断名が上がっています。しかし、行動障害として診断するとそれに対する治療をしてしまい、トラウマ治療を行いません。その行動の根本原因であるトラウマに対する対応がなされていません。こういった行動上の問題の原因の多くはすでにお話ししたストレス反応であることはいろんな研究が示しているとおりで、長いリストを読み上げることはしませんが、ご関心のある方がおられたらお送りします。

例えば、カリフォルニアにあるスタンフォード大学のハンス・スタイナー (Hans Steiner) とマシューズ (Matthews) は1990年代に、カリフォルニアの少年司法制度下で少年院に入っている青少年たちはトラウマ経験がある可能性が高いことを示しています。彼らはその少年たちにトラウマ体験があり、PTSD症状を有する率が一般人口より高いという仮説のもとに、カリフォルニア州青少年局やカリフォルニア少年司法局に申し出て、少年院に行って面談をしました。そして、確かにトラウマ体験への暴露の頻度が高く、さらにPTSDの割合が一般人口よりも遥かに高いというデータを示しました。

トラウマ影響について、これまでの研究からさらにわかっている点は、例えば青少年で身体的虐待を受けたことがある人、あるいは親密なパートナーからの暴力やその他の暴力を受けたことがある人は、表情特に中立的な表情を提示された時に、身体的虐待を受けていない青少年と比べると、その表情を脅迫的な表情または怒りの表情と捉えがちだということです。さらに、身体的虐待や暴力を受けたことがある青少年は、他者との交流場面で、その相手との関係が安全ではない、相手によって傷つけられる、相手は脅迫的だ、敵対的だ、安全な相手ではないと受け取りがちです。

そのような子は学校でどうなるのでしょうか。学校がトラウマインフォームドな学校でなければ、身体的虐待や暴力体験のある子どもが学校の運動場ではどういう状態でしょうか？他の子ども達と交流します。その仲間の何らかの行動が、自分たちに対して敵対的である、あるいは怖いと感じて、それに反応します。ストレス反応を起こし、それが場合によっては攻撃的に相手に向かっていくこともあるでしょう。運動場をモニターしていた人がいたとすると、その人は、他の子どもたちはその子に対して何ら挑発などしていないの

に、攻撃しようとしていると見るわけです。その子は行動問題がある、攻撃的だと考えます。

皆さんはこういうことがよくある、皆さん自身の経験の中で見たことがあると思われるかもしれません。このようにして全てがスタートするのです。その子どもを、行動を見るレンズだけで見てしまう。そしてトラウマの治療を受けずに行動に対する治療を受けている場合に、少年司法制度の中で鑑別所に入ってしまうたりします。

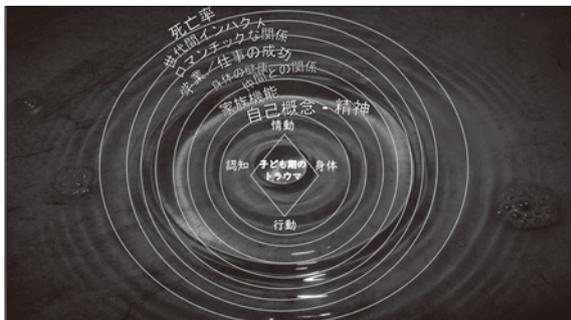
これまでトラウマ体験を何度も体験している青少年は、そのPTSDが一般よりも高く、この青少年たちはACEsの研究においては、生涯にわたって有害なストレスを受け、そしてエビデンスベースのトラウマの治療を全く受けていませんでした。というのも、当初の研究がなされた時点ではTICはきちんと定義づけさえされていなかったからです。エビデンスベースの療法がちょうど発展しかかっていた時でしたが、まだ本当に数が少なかったのです。



これまでお話ししてきたこと、それからトラウマインフォームドアプローチ、TICを前提に、様々な専門家やシステムが、トラウマを経験したことがある青少年たちをトラウマが見えるレンズを通して見始めると、何がわかってくるのでしょうか。つまり、君は何をやったかというのではなくて、その時に何が君に起こったのかを尋ね、そしてなぜそのように反応するかを考え始めたら、そのような反応を示す理由がわかり始めるはずです。そうするとこの人たちとの関わり方が全く変わってくるのです。単に関わり方が全く変わってくるだけではなく、様々なサービスやサポート、さらにエビデンスベースの様々な介入につなげることができ、その癒しを助けることができ、そしてここまで話してきたトラウマの影響を克服し得る可能性が見えてくるわけです。



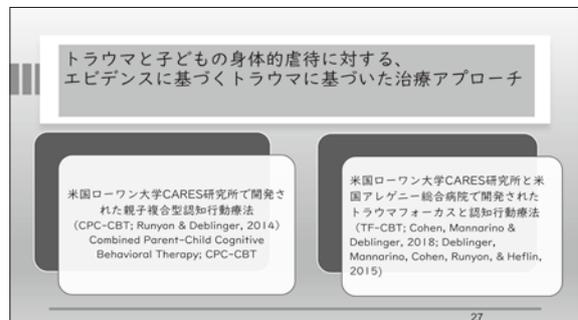
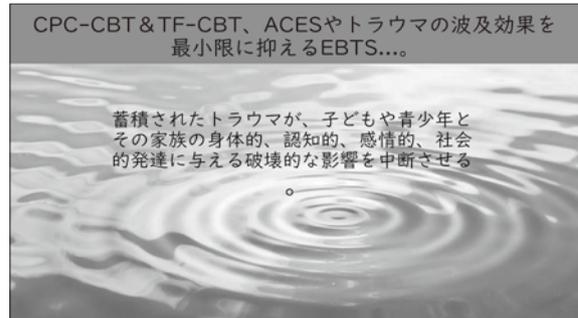
こうして闘争反応、身体への自然な反応の理解ができるようになります。これは行動上の問題ではなくトラウマ反応です。凍りつくのもトラウマ反応、逃げるのもトラウマ反応です。凍りつく反応は学校において見過ごされがちです。単に静かにしているだけだと判断され、レーダーにかからず、サービスへの紹介に至りません。逃走する子、学校から逃げようとする子の場合には、行動上の問題と捉えられ、紹介に至る場合もあります。さらに、闘争する、相手を攻撃するという形で反応を外在化する子どもたちは確実に紹介に至ります。しかし、その行動がどこからきているのかを理解し始めれば、私たちの対応も異なってきます。



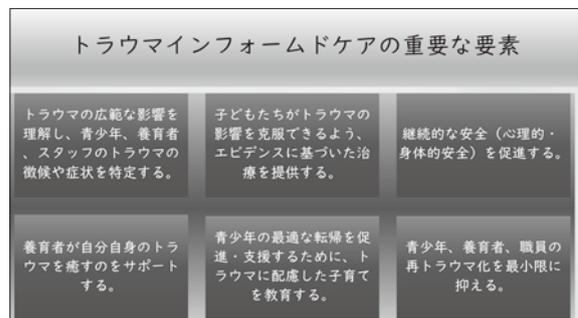
この絵で考えると、小児期のトラウマは池に1滴のしずくが落ちるようなもので、その後水全体にどンドン波及効果を起こします。この波及効果は人間の機能全てに影響を与え、先ほどお話しした早期の死亡に至りかねません。トラウマの影響がいかに幅広いかを理解すると、これは私たち専門家にとっても本当に心が凍えるような話です。

ただ、うれしい知らせもあります。エビデンススペースのトラウマへの介入は、このような波及効果を止めることができます。優れたエビデンススペースのトラウマへの介入を行うことによってトラウマ症状やほかの症状を抑えることができます。ACEs 研究で示されている幅広い有害なストレス反応の結果を軽減すること

が可能です。その結果をより小さくすることができるのです。このような波及効果を低減できるというデータもあります。



今回アメリカのケアーズインスティテュートで開発された2つのエビデンススペースのセラピーについて話してほしいという依頼がありました。私はここに16年勤めて、ここでCPC-CBTを開発し、さらに私の同僚であるデブリンジャー先生、それからその同僚のコーヘン先生、マナリーノ先生が開発されたTF-CBTの実施と研究もしています。



ここで少し遡って、TICの重要な要素をもう一回見直し、これらがいかに私たちのエビデンススペースの介入に現れているかを述べます。TICは組織の文化であり、アプローチです。介入、治療ではありません。しかし、トラウマに対しての介入はここに示すTICの要素をたくさん含んでいます。例えば、トラウマの広範な影響を理解するという要素です。症状や兆候を理解し、それぞれの個人に見られるトラウマ症状に合っ

た形で治療を調整しなくてはなりません。

さらに、この介入においては家庭であれ、その青少年が機能するあらゆる場面において本人の心理的、身体的安全感を高めなくてはなりません。青少年が過去のトラウマを癒やすことはできますが、今心理的な安全を感じていなければそれは難しくなります。身体的安全は非常に重要であり、必須です。しかし心理的安全も重要です。従ってエビデンスベースの治療介入において我々は心理的安全感を高めることに努めます。身体的安全は必須です。と同時に心理的安全も重要なのです。

それから、養育者もサポートします。専門家やシステムがトラウマのレンズで個人を見ていないということを強調して申し上げましたが、養育者もまたトラウマレンズを使ってトラウマを受けた子どもを見ていない場合が多くあります。養育者もまた問題行動、行動上の反応だと思っている。その結果、養育者はやり方こそ違え、専門家と同じような反応をしてしまうのです。そのためにトラウマの経験を受けた青少年は、安全感安心感を高めるのではなく、脅かされている、あるいは怖い、安全でないという感覚をさらに高めてしまうのです。

また私たちのトラウマインフォームド治療介入においては、養育者にトラウマインフォームドペアレンティングについての教育を行い、同時に青少年も自分たちのコントロールができるようにしています。そうすることによって親が青少年に与える情報をきちんと理解できるようになるのです。

さらにもう一つ、先ほども述べたように再トラウマ化を最小限に抑えるということです。青少年だけではなく、養育者の再トラウマ化も最小限に抑える。先ほど言ったように、養育者の多くもトラウマ経験があり、その症状を示します。さらに反発的でもあります。

さらに、私たち職員の再トラウマ化も最小限に抑えなくてはなりません。TICを提供している、あるいはエビデンスベースのトラウマインフォームド介入を行っている職員の皆さん自身がトラウマ歴を持っていることを理解する必要があります。そして自分の患者さんやクライアントから特定のことを聞いた時に、自分自身のトラウマの履歴と似ていると思うことがあるでしょう。また、有意なトラウマの経験がなかったとしても、毎日毎日このようなほかの誰かのトラウマの

話を非常に詳細に聞くのはとても辛いことです。私たち、あるいは組織全体がウエルネスの文化を通して職員の症状—バーンアウトや二次的なトラウマ化を自分の仕事の中で経験している時に、その症状に気づくことが重要です。私たちの組織は、単に家族や青少年だけでなく、職員に対してもサービスを提供しなければなりません。

フォーカス：TICの要素 #2

青少年と養育者の治療中および家庭での継続的な安全（心理的・身体的安全）を促進する。

29

もう一つ重要な TIC の要素に焦点を当てます。それは青少年と養育者の治療中及び家庭、あるいは学校またはどこであっても安全を感じられない環境において継続的な安全感を促進するということです。もちろん身体的安全は必須ですが、先ほど言ったように、心理的安全も同じように重要です。子どもたちが過去のトラウマと向き合い、そしてそこから癒やしを得るために必要です。

	NEMILLOWSを777に適用された研究 (Rutter, Debraun, & Steer, 2013)	CPC-CBT + C 養育者のみの効果の比較 (Elliott)
治療のタイプ	グループ	
研究デザイン	RCT CPC-CBT (N=34, 24) 養育者のみ (N=25, 20)	*子どもが自分で報告したトラウマ症状の合計 (KSAQS; p < .05; Cohen's d = .61)
参加者	子ども: 60名 (77-13歳; M=9.88) 養育者: 44名 (25-51歳; M=33.02)	*養育者が報告した肯定的な養育スキル (APQ; p < .05; Cohen's d = .50)
子どもの性別	女子: 50 % 男子: 50 %	どちらのグループも、治療前と治療後の体罰減少率を示した。
養育者の性別	CPC-CBT (男性0名, 女性24名) 養育者のみ (男性16名, 女性14名)	
子どもの人種	養育者がハーフとして識別した数は必ずしも違いがある	
養育者の人種	白人: 59% アフリカンアメリカン: 41%	
トラウマ体験回数(平均)	3.12	
虐待があることを報告した割合	53%	

30

まず、CPC-CBTの話から始めます。亀岡先生が先ほどCPC-CBTは子どもを身体的に虐待した経験のある養育者、それから実際にその犠牲となった子どもに対してのアプローチ、治療だとおっしゃいました。いくつかの研究でこのCPC-CBTの評価がなされており、全ての研究であらゆるタイプの体罰の減少が報告されています。例えばアメリカのケアーズインスティテュートが行った無作為割り付け研究では、CPC-CBT治療と親だけへの介入を比較していますが、いずれも前後で比較すると、あらゆる種類の体罰が大きく減少しています。

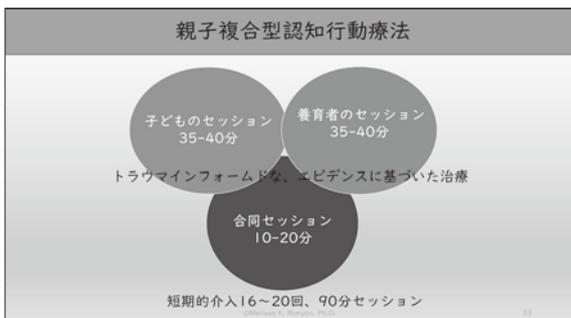
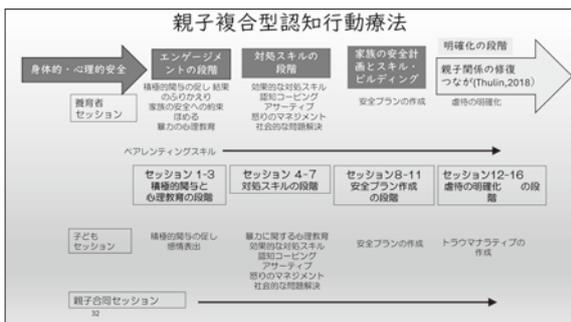
CPC-CBT：治療前後の結果を比較する研究

臨床前測に使用したツール	US グループ パイロット研究	スウェーデンでの 試験的パイロット研究	US 試験的パイロット研究
Alabama Parenting Questionnaire (APQ)-Parent Report	肯定的な養育（傾向） 一貫性のない養育 体罰	一貫性のない養育 体罰	一貫性のない養育 体罰
APQ-Child Report	肯定的な養育（傾向） 体罰	肯定的な養育（傾向） 体罰	体罰
子ども自身による 症状に関する報告	抑うつ ICDI PTSD症状の合計 ICDI- SADSI	抑うつ ICDI PTSD症状の合計 ICDI- SADSI TSOC	抑うつ ICDI
養育者の報告による、 子どもの症状	内傷 外傷 ICBCL	PTSD症状の合計 内傷 外傷 ICBCL	学業上の遅延/離脱症状 内傷 ICBCL
養育者の報告		抑うつ	抑うつ
	養育者の怒り		Conflict Tactics Scale 養育者の怒り

31

また、いくつかの研究が治療前後の比較をしており、それはスウェーデンと米国で行われています。どの研究を見ても、あらゆる種類の身体的なしつけや体罰が減っていることが示されています。これは養育者がこういった高圧的な子育てをしなくなったと報告しているだけではなく、子どもも親がそのような方略を使うことが減ったと報告しています。様々な研究において、あらゆる身体的なしつけが有意に減っていることがわかります。

なぜこんなことを言うかということ、米国では日本やその他の国のように、このような身体的なしつけを身体的虐待と定義していません。しかし定義がどうであれ、研究はアメリカでの身体的虐待に当てはまらないものも含めて、全ての身体的しつけ（体罰）が減っていることが報告されています。



CPC-CBTは16回から20回の90分をプロトコルとするセッションです。子どもだけのセッション、それから養育者だけのセッションがあり、そして子

どもと養育者の合同セッションがあります。時間がありませんので今日は細かくは説明しませんが、CPC-CBTの治療は4つの段階に分かれています。その中のいくつかをハイライトしてお話しします。

子どもと養育者に対して提供されるCPC-CBTの4つの段階を見ると、1段階目はエンゲージメントで、エンゲージメントにかなりの時間をかけます。正直言って、子どもに対して身体的虐待をしている養育者は、なかなか治療にエンゲージメントできない人が多いからです。

その後、かなりの時間をかけてコーピングの方略、感情のコントロールのスキルを教えます。以前お話をしたのを覚えておられると思いますが、感情コントロールのスキルを養育者に教え、子どもとの関わりの中で落ち着いていられるようにし、このスキルは子どもにも教えます。両者が自分の感情をコントロールし、そして体をリラックスできるようにします。

そして、3番目の段階が家族の安全プランの作成です。CPC-CBTにおいては最初の3つの段階で子どもの身体的、そして心理的な安全性を担保していきます。これが第一の目標です。

安全性が高まった後、最後の段階が虐待の明確化です。家の中で養育者と一緒にも心理的に安全だと子どもが感じられるようになって初めて子どもは過去のトラウマ体験を処理し、そこから癒やされることができ、過去のトラウマを処理し、そこから癒やされるだけでなく、関係性の修復にも取り組むことができます。今日は時間がないのでこのテーマについて深くお話しできませんけれども、現在行われている逆境の小児期体験をテーマとしていない研究においても、子どもの肯定的な経験に焦点を当てていることがわかります。子どもの肯定的な経験を強調することによって、逆境的な経験に関連するリスクを軽減していくことができます。

重要なことは多くの研究において、小児期の肯定的な経験は養育者に対するサポートにもつながっている、養育者との肯定的な交流につながることを示されています。CPC-CBTでは関係性の修復がとても有用なものですので、子どもの親に対する気持ちをサポートし、親と子どもとの肯定的な交流をサポートしていきます。それがあってACEsの影響を軽減する機会が得られるのです。



TF-CBT、これについてさらに話す必要があるかということですが、TF-CBT は世界中でより多くの臨床実験、そして無作為割付比較実験が行われ、子どもや青少年が虐待の経験を乗り越える上で今ある他の介入より優れているかの検討が行われています。どの研究を見ても TF-CBT により有意に子どものトラウマ症状が軽減しています。TF-CBT に関連したアウトカムを見ると、子どもの鬱を評価した研究では、鬱を改善しているという報告があります。それから親の報告による子どもの問題行動も減っていることが示されています。TF-CBT は定義上家族治療で、それによって親の虐待に関連するストレスも低減し、親の虐待ではなく、被虐待児のトラウマに対する親の反応も改善され、親の子育てスキルにもよい効果があったということが報告されていますし、親の鬱が減ったという報告もあります。先ほども述べたように鬱は親の高圧的子育て方略のリスク因子です。

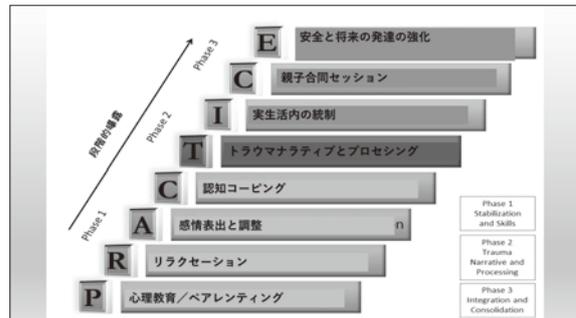
さらに強調したい点は、最近は脳画像研究も行われていることです。その中の1つでは、TF-CBT を始める前にまず子どもの脳画像を取って神経接続、各領域間の接続、すなわち扁桃体につながる神経接続を見ている。TF-CBT を実施した後は、このように扁桃体への神経接続が減っていることがわかりました。

これはとても魅力的な研究で、当初の ACE 研究に戻っても、初期のトラウマ治療のアウトカム研究を見ても、効果があることはわかってはいたけれどもなぜ効果があったのかわからなかった。しかし、こういった研究によってなぜそれが効果的なのかわかってきました。

また脳の活動性についても研究がされていて、そこでは、トラウマナラティブでそのトラウマ体験を語り、処理する時に、脳の活動性にも変化が見られたことが示されています。これはとても興味ある研究です。



TF-CBT は、CPC-CBT と同じように、子ども、それからサポーターな養育者にも参加をしてもらってそれぞれセッションをし、その後合同セッションもします。これも1セッションが90分間で、CPC-CBT よりは少し短い12回から16回で構成されています。



見ていただくとわかるように、3段階にわたって治療を行い、それぞれのセッションにおいて練習セッションもあります。既にお話をした要素も入っていることがわかるでしょう。コーピングスキルにも焦点を当てているし、感情のコントロールのスキルを教えることにも焦点を当て、それから養育者に対してトラウマのレンズを通して子どもを見、トラウマを理解し、特定のトラウマが、たとえば対人関係のトラウマなどがどういった影響を与えるかということにも焦点を当て、養育者に対して感情のコントロールを教え、適応的なコーピングスキルを身につけられるよう支援し、コーピングのモデルを示して子どもをサポートできるようにもしています。さらに過去のトラウマ体験を子どもが処理できるような取り組みも行います。

TF-CBT ではサポートティブな養育者が参加をするので、子どもが過去のトラウマを処理するのに必要な心理的な安心感の構築にはさほど時間を必要としません。従って、ここではすぐにスキルの構築を図る段階に入り、そして第2段階でトラウマナラティブとプロセッシングに行き、そして最後の段階が統合と地固めの段階となります。ゴールは、サポートティブな養育者と

の関わりにおいて安全感、安心感を高め、過去のトラウマからの癒しを得て、サポート的な養育者からサポートされているという感覚の強化、そして交流に安全感を持てるようにすることです。



ここまで話してきたことをまとめたいと思います。

TIC、そしてトラウマインフォームドアプローチを実践するためには訓練と教育が重要です。あらゆるレベルのスタッフに対して教育をする必要があります。例えば、デスクで電話に出る人から、実際にエビデンスベースの治療をしているセラピストまで、トラウマの影響やトラウマ反応としての症状や兆候がどういふものであるかを全員が理解する必要があります。

また、組織の文化のシフトについてもお話ししました。そのためにはその組織の中で様々な方針や手順を明確にしておく必要があります。TICの基本原則を反映した方針と手順を策定し、それを組織の全員が理解をすることが重要です。

さらに、それらの方針や手順については継続的な評価、モニタリングが必要です。それによって組織文化が変わったかどうかを常に見ていく、それも重要なことです。

私たちにできること.....

- ・トラウマの広範な影響について、あらゆるレベルのスタッフを教育する。
- ・すべての人の心理的・身体的安全感を高める環境を整える！
- ・青少年および養育者と協働する。
- ・養育者と子どもの両方に対してトラウマに基づいた評価をする。
- ・ACES、トラウマ歴、うつ病、心的外傷後ストレス症状、育児方略を、児童相談、メンタルヘルス、プライマリケア、小児科で日常的に評価する。
- ・児童相談所は、養育者に対する虐待の申し立てを調査する際に、これらの変数をすべて考慮すべきである。
- ・トラウマに配慮したアプローチに、養育者と子ども（家族）のニーズに対応するエビデンスに基づく予防と介入モデルを組み込む。

それでは、今からすぐに私たちにできることは何かということですが、

まず、あらゆるレベルのスタッフに教育をする。すでに申し上げましたが、全てのスタッフ、実際にトラウマを経験した人に何らかの形で接する人は、トラウ

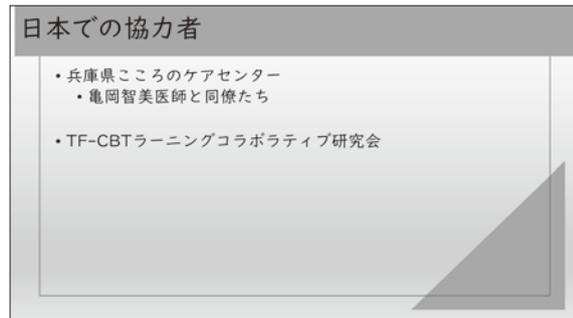
マやトラウマ反応、トラウマの影響について理解している必要があります。また、全ての人にとって心理的に安全感を強化するような環境をつくる必要があります。あらゆる文化、あらゆる背景の人にとって、全てのジェンダーにとって、全ての人に対してです。

アセスメントや療育における子どもや養育者との協働。またあらゆる段階で彼らの声を聞き、エンパワメントすること。私たちはルーチンのケアとしてACES、トラウマ歴、鬱、PTSD、それから子育ての方略のアセスメントをしなければなりません。数週間前にフィンランドで基調講演をしましたが、私はこの分野で長いこと仕事をしているので、以前はアメリカでは子どもに対する性的な虐待、性的なトラウマ、誰かが子どもにプライベートな部分を見せたり、触れたりすることを尋ねませんでした。今は治療に来た子ども達に性的虐待やトラウマなどについて話すという点では大きく前進しています。しかしアメリカでは親に対して子育てについてまだ十分には聞いていません。ルーチンとして尋ねてはいません。トラウマ歴については聞くことができますが、なぜか親に対して子育ての方略についてなかなか聞きづらいものがあります。しかしながら、それを聞くことをルーチンのガイダンスとする必要があります。精神保健の分野でも、プライマリーケアでも、小児科のところでもこれら全てについて聞き、アセスメントをする必要があります。もちろん、それに対応するサービスがあればの話です。またディスカッションの中でお話しできるかもしれませんが、適切なサービスがなければアセスメントしても何ものなりません。アセスメントをして、その人をサービスにつないで初めて役に立つのです。

それから、児童保護のサービスや児童福祉におけるバリアをなくさなければなりません。例えば、養育者に対し、子どもに対して虐待をした疑いで調査をすることがあります。養育者におけるPTSDの高さについて話しました。また逆境的小児期体験とその後の高圧的子育ての関連についても話しました。子どもに対するマルトリートメントや身体的虐待をした親に対して調査をする時に、これら全てについて考察をする必要があります。

TIC、トラウマインフォームドアプローチにおいては、養育者と子どもを含め家族全体のニーズに対応する、エビデンスに基づく予防と介入モデルを組み込む

必要があります。TIC、トラウマインフォームドアプローチは理解と交流の方法です。文化のシフトです。これは個人が ACEs、トラウマや虐待から癒しを得るための介入ではありません。そして虐待の体験をした人たちと関わり、協働することがトラウマ体験をした人のニーズに全て応えることを保証します。



さて、この講演を終えるにあたり、日本で共同研究をしている亀岡先生、新井先生のお二人、そしてほかの同僚の方々も含めて、TF-CBT、CPC-CBTを日本に導入し、広げることに非常に努力をしてくださいました。

また、亀岡先生からお話がありましたが、兵庫県こころのケアセンターは TF-CBT の研究、そして最近では CPC-CBT の研究を始めてくださっています。日本の状況の中でそれがどのような効果をもたらすか、記録を今取ってくださいています。その取り組みによってエビデンスに基づく一連のトラウマ虐待のケアが日本でもさらに進展することを願って私の話を終わります。ご清聴ありがとうございました。

基調講演 2: 日本におけるトラウマインフォームドケアの意義と課題



大阪大学大学院人間科学研究科教授

野坂 祐子

本日は兵庫県こころのケアセンター設立 20 周年記念事業にお呼びいただきまして、非常に光栄に思います。

午前中、日本において災害後のこころのケアがどのように進展してきたのかについてお話をうかがいました。30 年前、私は大学の学生でしたが、当時、まだ「こころのケア」という言葉は一般的ではありませんでした。マスメディア等で使われ始めた時のことを、私は結構鮮明に覚えています。

30 年前の一般の人々の感覚で言うと、災害後の復興というのは、壊れた建物が再建されたり、以前と同じ生活が送れるようになったりするなど、元に戻ることだと思われていました。ところが、建物は直せてもこころの状態は自然には治らない、なぜならこころもケガをするからだ、ということが知られるようになったわけです。学生だった私には知らなかったことばかりでした。

それを考えると、この 30 年のうちに、こころのケガであるトラウマについて社会に知られるようになり、それによって大きな事件や事故があったらすぐに精神面のケアが要するという認識を一般の人も持てるようになったことは、午前中にうかがったさまざまな取組があってこそその大きな変化だと思います。社会は大きく変わってきたと言えるでしょう。

私自身は、今、話しましたように学生の頃にこころのケアを知り、ちょうど日本にもトラウマに関する治療や支援に関する情報が入ってきた時期でもあったので、それらに興味を持って勉強し始めました。東京で犯罪被害を受けた方のカウンセリングをするといった仕事に就き、犯罪や事故の被害者やご遺族、なかでも DV や性暴力の被害者への支援に携わってきました。

その頃、2001 年に大阪教育大学附属池田小学校での事件がありました。学校の中で殺傷事件が起こるといって非常にインパクトの大きい事件でした。事件直後から全国の支援者が集まる形で対応が始まり、最初のリーダーは亀岡智美先生だったとかがっています。初期の対応だけではなく、長期的に安定した支援体制を構築する必要があり、大阪教育大学に学校危機メンタルサポートセンター（現・学校安全推進センター）が設置され、そこに着任しました。2004 年のことで、すでに事件から 3 年たった時点でしたが、まだ現場は夜まで会議が続くような状況でした。

大阪で学校危機対応の業務にあたるようになったことで、全国の学校や地域で事件や事故が起きたときに危機介入をする、具体的には支援の方針を立てたり、後方支援をしたりする仕事を経験しました。いろんな現場に行くと、そこには被害を受けたお子さんとご家族だけではなく、例えば、いじめ、体罰、ハラスメント、虐待といった場合には、被害者のすぐそばに加害をした人もいます。とくに対人暴力への介入においては、被害者だけでなく、加害者や周囲の関係者にも対応していく必要があるのではないかと。トラウマにまつわる支援として、被害者だけではなく加害側にはどんな教育が要するのか、虐待をした親にはどんな支援が要するのかなど、加害をした側のことも一緒に扱っていく必要性を考えるようになりました。

被害であれ、加害であれ、あるいは薬物の使用であれ、どんな事象であっても、それらの背景にトラウマがあるかもしれないと考えてケアをしていくというトラウマインフォームドケア = TIC というアプローチは、そうした私の関心にぴったりのものでした。まさ

にこれだなと思い、亀岡先生たちと一緒に勉強させて
いただいて現在に至ります。

まだまだ限られた経験ではありますが、児童福祉の領
域をはじめ、いろいろな現場を見せていただく機会を得
たなかで感じたことをお話ししていきたいと思います。

トラウマインフォームドケア（TIC）の広まり

 トラウマのメガネがもたらしたもの

- 「トラウマ」という用語の広まりと抵抗感の軽減
 - ・「意外と身近にある」と「想像以上に深刻なもの」
 - ・「手に負えない」「不吉」→「知れば、対処可能なもの」
- 「そうだったんだ」という本人と周囲の理解の向上
 - ・「問題行動」「問題のない状態」への捉え方の転換
 - ・「発見」と「納得」：理解のための重要なピース

「…で、どうしたらいいの？」という新たな局面へ

最初に述べたように、「トラウマ」という言葉自体は、
日本ではこの30年ぐらいで一般にも知られるようになっ
てきましたけれども、当時は専門家が慎重に扱うべきもの
で、一般の人は触れてはいけない、あるいはとても触れら
れるようなものではないと思われていました。心理職として
勤めていても「パンドラの箱を開けるな」という表現をよ
く耳にしました。トラウマには触れないほうがいいという
状況が長く続いてきたと言えます。

それに対して、この10年ぐらいでTICの考え方、つまり、
直接的にトラウマ記憶を整理したりトラウマ症状を治したり
するのではなく、トラウマについて正しく理解している人
たちが増えることで、もっと思いやりのある対応ができて
、より効果的な関わりができて、環境全体も変わっていく
。こんなふうにトラウマを理解することで社会は変わる
というTICが知られるようになったことは、大きな転換であ
ったと言えます。TICは、治療レベルではなく、当事者
を含めたさまざまな人々の理解を深めるアプローチであり
、身近な人でもできるケアです。

TICの基本は、トラウマについて知ることです。トラウ
マを知らないことには理解できませんので、基本的な知識
を持つ。その知識がトラウマのメガネやレンズになって、
最近の言葉で言えば解像度が上がる、つまり見え方がク
リアになっていく。色眼鏡で決めつけるのではなく、その
人の困り事を誤解なく理解していくわけです。「トラウマ
のメガネで見る」というキャッ

チコピーとともに、結構使い勝手のいい道具だなとい
う感覚が広まってきているように感じています。

初めてトラウマについて学んだ人からよく聞かれる
のが、「何十年も前のことであっても、こんなに影響する
んですね」というものです。例えば、幼少期に虐待を受け
ていた生徒がいたとしても、暴力をふるっていた父親は
すでに離婚していないし、母子での暮らしがもう何年も
続いているなら、学校の教員は「昔のことだし、もう大
丈夫だろう」と思う。高校生の今になって幼少期に経験
したことの影響が出るなんて、あまり想定していないわ
けです。子ども自身ですら、今の生きづらさやさまざまな
困難さが何から来ているのかわかりません。

でも、トラウマのことを知れば知るほど、脳に受け
たダメージによって何年たってもまさに今、怖いとか、
今、体が反応してしまうとか、ずっと人が信じられない
とか、トラウマが及ぼす深刻な影響がわかり、見え方
が変わっていきます。従来、手に負えないと思われて
きたトラウマが、知識を得ることによって「私にもでき
ることがあるかもしれない」「治療はできないけれど
も、理解をしたり声をかけたりすることはできるかも
しれない」というふうに変わってきたのはよい変化だ
と思います。

日本では、と文化的な特徴を強調してよいかわかり
ませんが、トラウマに関する研修で、一次予防といっ
て未然に危機を防いだり事前に備えたりすることの重
要性を伝えたと、「不吉なこと言わないでくださいよ」
という反応があったりします。日本の文化・文脈の中
では、言霊とでもいいますか、何か言葉にすると実現
してしまう感じ、「縁起でもない」といったふうに悪い
ことは口にしないほうがいい、不謹慎な感じがする
といった感覚もあるように思います。それによってトラ
ウマに対して及び腰になっていた面もあるかもしれ
ません。

先ほどラニオン先生が、アメリカでも性被害の問題
を話せる文化がつくられるまですごく時間がかかった
とおっしゃっていましたが、日本でも同じく、被害に
ついて話しにくいとかそれに触れたら気の毒だなとい
う感覚もあると思います。よかれと思ってトラウマに
触れない、見ないようにすることもあるでしょう。無
理にトラウマに触れるのではなく、あくまでも知識
を通して理解するというTICのアプローチであれば、

例えば、落ち着きがない子どもに対して、実は怖がり
で不安を抱えているみたいで、よく眠れない、それな
ら落ち着かないのも当然だ、などと周囲がわかること
が増えていきます。何より本人も、「そうだったんだ、
自分が悪い子だからじゃないんだ」とわかる。大人で
あれば、自分がお酒を止められないのは意思が弱いか
らだと思っていたけれども違うんだ、嫌なことを忘れ
たくてお酒に依存してしまうんだ、といったことがわ
かってくるわけです。

子どもであれ大人であれ、このむしゃくしゃした気
持ちがどうして出てきてしまうんだろうと考えた時
に、自分には本当はすごく寂しい思いがあるんだとわ
かってきたりすると、自分でも「なるほどな」と捉え
方が変わってきて、いろんなことを発見したり納得し
たりするようになります。こんなふうにはトラウマにつ
いて知ることは、自己理解と他者理解のために欠かせ
ないピース、重要な部分だと思います。

問題行動とみなされやすい行動—例えば、暴れてし
まう、落ち着かない、暴言、暴力、うそ、挑発行動、
万引き、自傷、非行行動など、それが本人の道徳観や
モラル、思いやりの問題ではなく、行動の背景に虐待
されてきた傷つきがあったり、暴力を用いない人間関
係をきちんと学べていない経験があったりしたのかな
とわかってくると、学校などでも対応しやすくなって
くるはずです。

そして、問題がないと見られてきた子ども—先ほど
ラニオン先生も凍りつきというトラウマ反応は、社会
では単に静かにしているだけの子だ、おとなしい子だ
というふうに見えてしまう、そういう誤解がまだある
とおっしゃっていましたが、日本でもこうしたことは
多くみられます。

文化的なことに触れると、日本の文化では、おとな
しく、文句を言わず、自分のことより他者のために自
分を犠牲にして生きることは美德とみなされがちで
す。ですが、自分の意見が言えずに、他者に従順で、
自分自身をネグレクトしてしまう態度は、トラウマの
影響ともいえます。家庭でノーが言えなかった子、つ
まり何を言っても親に聞いてもらえなかったり、そも
そも意見を言ったら殴られるなどの危険があったりし
て、ずっと我慢を重ねてきた子は、つねに人の顔色を
見たり、相手を優先して自分を後回しにしてしまいが
ちです。これは安全を守れない、とてもリスクの高い

生き方といえます。ですが、そういう子ども、あるい
は女性であればなおさら、そうした態度はジェンダー
の性役割とも密接につながっていて、社会では適応的
だとすら思われてしまいます。

こんなふうには、まだまだ見過ごされやすい影響も
ありますが、しかし、トラウマのメガネで見てきた
景色がある。そして今、私たちは「見えてきたけど
どうすればいいの？」という段階にきているのでは
ないかと思います。

トラウマ臨床のなかで学んだこと

- **トラウマは複雑なもの**
 - ・「できごと→トラウマ症状」という単純なつながりではない
 - ・災害や事故でも「人災」の要素を含む（**対人トラウマ**）
- **どんな“症状”も本人にとっては必要なもの**
 - ・「安全」のために**必要な反応**（防具⇔凶器）
 - ・症状や生き方のパターンを変えることは、「**喪失**」体験
- **回復は痛みが伴うもの**
 - ・「身を守っている」症状がとれていくことでの**苦痛**
 - ・できごとや自分の苦しみの「**証拠**」がなくなりそうな不安

私自身がトラウマをかかえた人を支援する仕事のな
かで学んできたことは、トラウマは複雑なものだとい
うことです。言うまでもないことですが、さまざまな
方に会うたびにトラウマの複雑さを痛感します。支援
のテキストを読むと「トラウマ体験をするとこんなト
ラウマ反応が生じる」といった説明がされています。
基本的な知識としては必要なことですが、実際には、
そのとおりの症状を示す人なんていません。同じ体験
をしても症状は全く違って、体験と反応は単純に
はつながりません。これを肝に銘じておかないと、せっ
かく私たちはよく見えるメガネを手に入れたはずなの
に、被害に遭った人はこうなるものだとか決めつける色
メガネで見てしまったら元も子もない。なので、一人
ひとりをよく見る、トラウマの複雑さを理解しておく
ということが大切だと思います。

また、これまでのトラウマ研究で、トラウマになり
うるさまざまな出来事のなかでも、災害や事故よりも
虐待とか性被害といった対人的な暴力のほうがPTSD
になりやすいこともわかってきました。ですが、トラ
ウマになりうる出来事は簡単に分類できるものではあ
りません。災害や事故の中にも人災の要素が多分に含
まれています。午前中に話された東日本大震災での原

発事故も、確かに事故そのものへの恐怖もありますが、多くの人が人間関係の葛藤や風評被害、差別的な対応など、対人的な問題に悩まされていました。

日本におけるトラウマの概念は災害を契機に広まったこともあり恐怖というイメージが強いのですが、トラウマには裏切りという要素も含まれます。人は裏切りや見捨てられたことに対して深く傷つくものです。

私は心理職として回復支援に携わってきました。さまざまな被害体験がある方のトラウマ症状を取り除くことが自分の仕事だと思っていました。もちろんそれも役割の一つですが、トラウマのメガネをかけてその方がどうしてそんな行動をとるのかをよく聴くうちにわかってきたのは、どんな反応、どんな症状もその人にとって必要なものであるということです。眠れないといっても、ずっと気を張って緊張して備えているのは安全のためです。裏切られた経験を持つ人がだれも信じられなくなっても、そこにはもう二度と裏切られたくないからこころを閉ざしているといった理由があるわけです。

その人の安全のためにどんな症状も必要であり、当たり前のもので、自分の身を守ってくれる防具としてその人にとって欠かせないものでもある。しかし同時に、その防具が自分を苦しめている部分もある。この両方に悩まれているのだと理解すれば、援助者がトラウマ症状を無理やり引きはがすような関わりは不安を高めてしまうことがわかります。

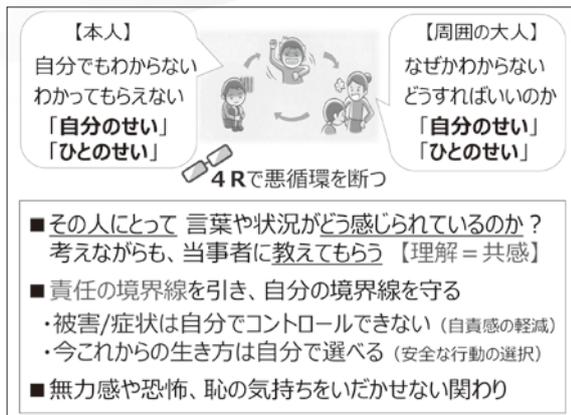
症状がなくなっていくということは、ご本人にとっては一つの喪失体験でもあることに留意する必要があります。生き方が変わるわけですから。例えば、お酒が止められない人がお酒に頼らない人生を送るのも一つの喪失体験です。長い目で見れば断酒によって健康を損なわずにすむわけですが、これまでの対処法を手放すのは不安で心許ないものです。当面はしらふで過ごす苦痛をお酒なしでやりすごさなければなりません。TICを学ぶ支援者も同じように、今までのやり方を手放す、変えることは一つの喪失体験だと考えれば、恐れや不安、自信のなさが伴うのも当然といえます。そういう意味で、トラウマからの回復においては喪失をどのように乗り越えていくのが避けられない課題となります。人が変化して回復していくのは簡単なことではなく、むしろ痛みを伴うものなのです。

これに気づいたのは、私の失敗体験からです。私が

専門的な心理療法を学んで実施すると、確かにクライエントのトラウマ症状は軽減していきました。私はうれしくなって心理検査の結果を説明しました。「こんなに症状がよくなっていますよ」と。ところが、ご本人はあまり喜ばれない。「確かに症状がなくなってきたのは感じるけれど、でも生きるのがつらいんです」と。ハッとしました。トラウマ症状がとれても生きるのが楽になるわけでないばかりか、むしろさまざまな症状がなくなっていくことで、それまで心身を守るために麻痺していた感情や感覚が戻ってきて、考えないようにしていた現実と直面して、生活が広がり出したことでたくさんの困難にぶつかっていくわけです。トラウマ症状が軽減したあとの支援がとても大事なのだとわかりました。

そこで、10年くらい前から、性被害のサバイバー、つまり性暴力の後に生き抜いてきた女性たちのグループを立ち上げました。幼少期に性被害を受けた方が多く、子どもの頃に父親や兄、親族や近隣の人など、身近な人たちから被害を受けられた人がほとんどです。40代を過ぎてようやく話せるようになったという方も少なくありません。そこで話されるのは、生きることが今も苦しいといったことやニュースを見て思い出すこと、あるいは自分なりの対処法など、日常で感じるさまざまなことです。そうした話を分かち合っています。

特に性被害では、多くの場合、密室の中で起こるため証拠が残っていません。誰にも気づかれず、守ってもらえないなかで性暴力が起こる。自分が少しずつよくなっていくとき、自分が受けた性被害の事実がなくなってしまうのではないかと、あのとときの自分の苦しみもなかったことになってしまうのではないかと不安を感じるサバイバーは少なくありません。つまり、元気になったらあの大変な出来事がうやむやになって、みんなに「よかったね、もう大丈夫なんでしょう」と思われてしまうんじゃないか。なかでも加害者から「平気じゃないか、たいしたことなかったんだ」なんて言われたら耐えられないと思うわけです。症状がなくなっていくことにも、さまざまな葛藤や恐怖があるのです。



改めて、トラウマのメガネで見るというのは、どういことでしょうか。例えば、イラストにあるように、子どもが暴れたとします。すると、先生に怒られます。そのときはシュンとして「もうやりません、ごめんなさい」と言うけれどもまた繰り返す。暴力に限らず、いろいろなことがあてはまります。パニックになる、自傷行為や万引きがやめられない、お酒を飲むなど。

このときにしばしば見過ごされるのは、この子ども自身に何が起きているのかわかっているわけではないということです。どうしてあのときにカッと なっちゃったのか、どうして友だちにつかみかかっちゃったのか、どうしてすぐそが出てきてしまうのか、自分でもわからない。本人は怒られることはわかっています。でも、問題はそこではなくて、どうして友だちのあの一言にあんなにカチンときたのか、どうして教室の笑い声を聞いてあんなに身がすくんだのか、どうして支援者のことを疑ってしまうのか、そういうことが自分でもわからないわけです。なんとかモヤモヤした気持ちを伝えようとしても、「言い訳するんじゃないですか」なんて叱られたら、多くの子どもは自分が悪いのだと思うようになります。

事実、虐待を受けたり、性被害を受けたりした子どもたちは、加害者から「おまえのせいだ」と言われていることもあるので、なおさら自分のせいかなと思いつ込んでしまいます。もしくは、あいつのせいだ、先生のせいだ、親のせいだと言うわけです。でも、これは誰のせいでもなくトラウマによる影響です。そのことを子どもも知らないし、同じように支援者も「どうして何度も言っているのに、この子は同じことを繰り返すのか」「もう打つ手がない」と思う。そうすると、支援者は「私はこの仕事に向いていないのではないかと」思うようになります。子どもが自分を責めるのと同

じことが起きています。支援者も、私が悪いんだ、上司が悪いんだ、母親が悪いんだ、あの人さえ異動すればいいのに、というわけです。

これは、トラウマの支援をしている時によく起こる現象です。同じような反応が並行して起こることから、「並行プロセス」とも呼ばれます。さらに、支援者が所属する組織もピリピリとした不穏な雰囲気になり、お互いに疑心暗鬼になってしまう。こんなふうに、みんながトラウマの影響を受けてネガティブになっていくのです。

この悪循環を断つために TIC が生まれました。先ほどラニオン先生が TIC には 4 つのポイントがあると話されていました。英語で言うと頭文字が R で始まる 4 つ。日本語で言うと、まずは知識を持っておきましょう。その知識をメガネにして認識を変えましょうというのが 2 つ目。そして、認識が変わればその子に向けるまなざしや態度、私たちの関わりややり方が変わるというのが 3 つ目。このように関わりを変えて、相手をさらに傷つけてしまう再トラウマを防ぐという 4 つ目までを 4R と言います。トラウマのメガネをお供に見方を変えて、関わりをより安全なものにするというちょっとした変化、それをきちんとしていこうというのが TIC なのです。

では、メガネでどんなことを見ていけばいいのか。その人にとって、ある言葉がどう聞こえたのか、その状況がどう見えたのか、今どんなことを感じているのか、支援者は本人よりも半歩くらいリードして想定しておく必要があるでしょう。トラウマについて学んだ分、見えてくるものがあるはずですが、いくら勉強したとしても、その子の中で起きていることはわかりません。なので、知識を持つことで備えておきながらも、本人に教えてもらうという姿勢がとても大事です。こうした協働的なアプローチ、つまり本人と協力しながら一緒に取り組んでいくという姿勢が TIC なのです。

もし、ある人が危険な状況で怖がっているのであれば、それは症状ではなく自然な反応です。でも、危険な目に遭った人がその後もずっと、どなり声を耳にするだけでも過度に萎縮してしまうのであればトラウマの影響かもしれません。これは比較的わかりやすい例ですね。では、褒められたのに怖がる子がいたとしたらどうでしょう。ちょっと不思議ですね。その子は

かつて褒め言葉によってだまされて搾取されたり、裏切られたりした経験があるのかもしれませんが。そうであれば、褒められたらまた危険な目に遭いそうだと警戒してしまうでしょう。ほかに、笑い声を聞いたり、楽しそうな雰囲気を感じたりした時に、自分が笑われていると思ってしまうといった反応もよくみられます。

ある成人のクライアントは、面接室に来た時にすごく居心地が悪そうにしていました。「すみません、私、こんな部屋に来ちゃって」と。自分にはきれいな部屋が合わないと言うのです。ずっと自分を犠牲にして生きてこられた方で、カウンセリングという自分のための時間や場所を体験するのが初めてだったようです。同じ環境でも「私は大事にされている」と喜ぶ人もいれば、「すみません、私なんかで」というふうに萎縮してしまう人もいます。そうした反応を見逃さずに、きちんと対話していくことが求められます。どんな心境かを教えてもらえれば私たちも理解できるし、理解できて初めて相手に共感を示せるからです。

被害と加害の臨床においては、被害を受けた側のほうが自分が悪かったと思っていることが多いですが、実際には被害者が食い止められるものではないし、トラウマ反応も自然に生じるものです。ですから、被害を受けたことやその後のトラウマ反応は自分でコントロールできないものだときちんと伝える必要があります。こうした説明を心理教育といいます。心理教育によって、自分が悪かったという自責感を軽減することを目指します。

親に殴られた、同級生にいじめられた、性暴力を受けたなどの被害体験を自分の落ち度だと思っている子はたくさんいます。自然災害ですら、子どもは罰が当たったんだ、自分がおばあちゃんの言うことを聞かなかったのがいけないんだなどと思いついて、自分を責めていることがあります。池田小学校事件のような犯罪でも、子どもは自分が友だちを助けられなかった、テレビのヒーローみたいに犯人をやっつけられなかったと思っていたりします。そうした不安を受け止めながら、「あなたのせいじゃないよ」と説明するのが大人の役割と言えるでしょう。

自分がされたことをずっと自分のせいだと思う一方で、その後、自分が他者を傷つける行動をとったことに対しては、知らない、あいつのせいだと言っていることがあります。たとえ、被害を受けたからといって、

加害をしてよいという理由にはなりません。トラウマは暴力の免罪符にはならないのです。ですから「あなたの行動はあなたに責任がある」というふうに責任をきちんと本人に返していかなければいけません。これは「責任の境界線」とも言われますが、とりわけ対人関係のなかでみられる暴力については、誰が責任を負うべきかを支援者もよく認識しておく必要があるでしょう。被害者に「注意が足りなかったのではないか」と責めるのはおかしいし、たとえトラウマをかかえた人であっても自分の加害行為には責任を取らなければなりません。

支援においては、相手を脅かしたり、怖がらせたり、恥をかかせたりすることがないように配慮する必要があります。わざと脅かす人はいないでしょうが、家庭や地域、学校現場では、しばしば子どもをきちんと育てなければという思いから、「子どもを甘やかしてはいけない」「痛い目をみないと行動は変わらない」「このままでは大人になってから苦労する」などと言って子どもを脅すようなメッセージを伝えてしまいがちです。こうした価値観は、これまでの歴史や文化の中にたくさんありました。

また、一般的に学校では他者との比較がよく用いられます。「みんな頑張っているよ」「隣のクラスに負けるな」など、教育というのは競争を活用してうまくいく面もあります。ですが、ここがどれだけ回復するかは競争ではないのです。同じ経験をして「あの子はもう学校に来ているよ」「いつまでも気にしているのはあなただけ」「ほかの子はきちんとできているのに」なんて比べられるものではありません。悲しみや苦しみの表し方も人それぞれなので、「ほかの子は泣いているのに、涙も流さない子は冷たい」などと捉えるべきではありません。残念ながら、学校や集団の場では「みんなはできている」「ほかの子はこうなのに」といった言い回しが使われがちです。こうした比較を用いた批判は、トラウマに限らず回復のサポートにはなりません。

TICは、トラウマに触れるものなの？

【過去】のできごとの記憶を整理するのではなく、
【現在/未来】に表れる〈トラウマの影響〉に着目する

〈トラウマの影響〉には、いつも触れている

例) 骨折をした人がいたら…？

- ・骨を治す (cure) のは医師
- ・痛みや不便さを理解し治療を支える (care) のは支援者
- ・痛みをかかえつつ生活し、リハビリに取り組むのは本人

傷の痛みを理解し (安心)、傷を悪化させずに (安全)
本人の回復の取り組み (自己コントロール) を支える

TICについて、どのくらいトラウマに触れるものなのかと質問されることがあります。トラウマに触れるのは怖いとおっしゃる方もいます。TICは治療ではなく、過去の出来事について詳細を語ってもらうものでもありません。過去ではなくて、むしろ今、相手がどう感じているのかに注目することが大切です。

例えば、虐待をしてしまう親御さんは、どうしてお子さんに手をあげてしまうのか。あるいは、お子さんに無関心なのか。そして、「今夜眠れそうか」「次に同じような状況になったらどうするか」といったちょっと先の未来と一緒に考えていく感じです。トラウマの影響に触れないということはありません。言うなれば、トラウマの影響は常に出ています。不機嫌な顔にも出ているし、周囲を警戒した態度にも出ているわけですから。

こころのケガと言うとわかりにくいので、体のケガを例にして考えてみましょう。骨折した時に、骨に直接触れて治療できるのは医者だけです。素人が不用意に骨を動かしたら、よけい痛めてしまいます。骨の手術やレントゲン撮影などは専門家しかできませんが、医者ではない人々が骨折した子どもにできるサポートはたくさんあります。「痛かったね」「大変だったね」「今度、病院いつ行くの」「欠席していた授業は大丈夫？」などと気にかけてあげることができるからです。折れた骨が治るのに要する時間がわかっていれば、2、3日経っただけで「まだ動かないの？」なんて言わなくて済みます。基本的な知識があれば、回復を急かしたり、問い詰めたり、無理な要求をしたりすることはなくなるでしょう。「治す」を意味する「キュア」と異なり、治療や回復を支えていくことを「ケア」といいます。TICは「ケア」のレベルをやっていくものです。

もう一つ大事なことは、回復は本人にしかできないと

いうことです。支援者は、とりわけ相手が子どもだとこちらが頑張っって一生懸命やってしまいがちです。でも、リハビリに取り組むのは本人です。少しずつ動いて、頑張っってチャレンジしていくのも本人です。その頑張りをお私たちが支えていくということです。

まとめると、骨折とはどんな状態でどんなふう痛くて不便なのかが理解できていれば、無理なことをさせずに安全に関わることができる。ケガを悪化させるような無茶な要求をせずに、本人が自分で頑張っって自己コントロール感を取り戻していけるような安心感を高めていくサポートができます。トラウマは自分でコントロールができなかった体験です。「やめて」と言ったのにやめてもらえなかった。災害も人が止められるものではありません。失われたコントロール感を取り戻せるように、それぞれのペースで少しずつ取り組んでいけるようにすることが大切です。

TICで、一人ひとりを見ていくけれど…

【個人】に何が起きているかを理解するとともに、
【集団・システム】に何が起きているのかを把握する

個人の反応は、周囲や環境との相互作用による

- ・家族には、さまざまな境界線侵害が生じている
- ・世代を超えたトラウマティックなパターン (否認・依存等)
- ・コミュニティや社会構造にみられる習慣や文化

家族システムにみられるトラウマのアセスメント
集会的トラウマ (collective trauma) の理解

これからの日本に望むのは、トラウマのメガネで社会全体を見ていくという視点を持つことです。今、トラウマのメガネが広く使われつつあり、お子さんの理解にも役立てられています。ですが、とりわけ対人関係で起きていることは、一人に着目するだけでは見えないことがたくさんあります。「この子は」ではなく、「この家族は」「この地域は」、あるいはもっと大きく「日本社会は」という集団の文脈で見ていく。個人の反応は周囲の反応によって表われ方が変わります。家族一人ひとりをバラバラに見るのではなく、家族全体を見ていく視点が求められます。

これは専門的には「家族システム」と呼ばれます。システムとは生態系という意味で、家族もまた生き物なのです。誰かが加害者や被害者という特定の立場にいるだけでなく、それぞれがいろんな役割を負っており、さまざまな力によって家庭内の暴力が維持されて

いる。そういうシステムが家族にあります。例えば、家族にはさまざまな境界線破り—親が子どもに口を出し過ぎたり手を出し過ぎたりすることもあれば、外ではやらないような無礼なことを家の中ではしたりするわけです。そうした家族の中で起きていることをトラウマのメガネで見ていくことも大事でしょう。

こうしたことをラニオン先生は「世代間トラウマ」とおっしゃっていました。今、起きていることは、これまで脈々と続いてきた暴力の負の遺産なのです。虐待したお母さんは今、加害親として扱われているかもしれませんが、同時にDVの被害者かもしれませんし、数年遡れば被虐待児だったかもしれません。そんなふうに暴力は連鎖しており、一人の今の状態だけでは理解できないところがあります。

こうした世代間トラウマは、家族の秘密もしくはタブーとして維持され、みんながそれに触れたくないという否認や回避が働くため、長年解決されないまま負のサイクルやパターンが続くことがあります。それがどんどん大きくなり、家族だけではなくて、傷ついた地域、コミュニティ全体のパターン、つまりこのことには触れないほうがいい、それは恥である、被害に遭ったなんて絶対言っちゃいけないといった価値観を維持させてしまいます。個人のトラウマではなく地域全体における集合的トラウマを「コレクティブトラウマ」と言って、今後さらに注目されていくと思われます。

私の父も戦争を体験した世代ですので、日本もちょっと遡れば、戦後を生き延びて、苦しみや感情を押し殺してアルコール等に頼りながら必死にやってきた時代があるわけです。それは現代の子育てや教育などにも影響していると考えられます。虐待や暴力の責任を個人だけに負わせるのではなく、社会で起きていることを見ていく視点が求められます。

TICでは、指導をしてはいけないの？

- 【虐待・暴力】は、パワーの乱用とコントロール
【養育・支援】は、適切なパワーとセルフコントロール
〈パワー〉とは何か、健康的で適切な使い方を知ろう
- ・ 養育者や支援者による**パワーの乱用** (abuse)
 - ・ " **パワーの不履行** (neglect)
 - ・ 対象者や支援者からの**操作** (manipulation)

支援の場におけるトラウマティックな関係性の再演
支援者の安全を高める**健康的な組織づくり**が不可欠

学校や施設などの現場でもトラウマのメガネが用いられるようになり、子どもの傷つきが理解されるようになってきました。しかし、それに気づいた教員や職員が自分のパワーを用いることに躊躇する、パワーの行使を恐れてしまう姿もみられます。傷ついた子どもをもう傷つけない、何か下手なことと言って再トラウマを与えてしまったらどうしようという戸惑いと不安です。でも、大人であること、職員であることは当然パワーを持った存在だということです。そして、そのパワーを適切に行使する責任もあります。ですから、私たち大人がパワーを使わないようにするのがトラウマインフォームドなのではなくて、パワーを適切に使うことが大切なのです。

虐待とは、親が持っているパワーを不適切な形で行使したものです。あるいはネグレクトという養育放棄や放置はパワーを使わなかったことを言います。どちらも不適切なパワーの使い方です。支援者は、対象者を傷つけないように配慮しなければなりません、それは傷つけるのを恐れて距離をとることではありません。支援者自身のパワーを自覚して、どれだけ、どのようにパワーを使うかを意識していくことが大切です。

組織の中や支援関係においても、操作的なパワーは至るところで用いられています。例えば、ハラスメントは恐怖を利用した操作として典型的なものです。逆に、被害者が「死ぬ」と言って支援者を動かしたり、周囲を脅したりする場合があります。こうした身近にあるパワーの問題も今後さらにトラウマのメガネで見ていく必要があるでしょう。

トラウマを負った人との関わりは正直難しい面があります。被害を受けた人は不信感をいだいており、敏感でもあり、すごく怒っています。その怒りは正当なものではありませんが、感情の表し方が非常に暴力的になることがあります。そのような状態の時にどのように接していくか。怒りの矛先を向けられた支援者が不当に傷つけられて新たな犠牲者になるのもおかしいし、それならこちらもあり返すというのもおかしい。こんなふうにトラウマをかかえた人が相手を傷つけたり、あるいは傷つけられたりするパターンに陥ってしまうことを「トラウマティックな関係性の再演」と言います。そうならないようにするには、支援者が個人で対応するのではなく、支援チームや組織全体を健康的な状態にしていくことが大切です。

そのため、最後に申し上げたいのは、TIC を実践していく際には、支援の対象者、つまり子どもや家族に対するケアの質を高めるだけでなく、それ以前に支援者同士が健康的なつながりを持っていることが絶対条件であり、そうしたつながりがないと私たちは支援ができないということです。

トラウマインフォームドな支援者のつながり

- 「何が起きているの？」 一緒に考える協働的アプローチ
孤立しない、安全なつながりを体験する
- 支援者同士の「つながり」 ポジティブな並行プロセス
二次受傷を自覚・受容し、お互いを支え合う

〈同僚〉から、〈チームメイト〉になる
互いの〈強み〉を知る、〈自分〉を知る
〈話し合い・分かち合い〉の練習をする
ファーストサークルづくりに投資する



アフメーション (肯定的な声かけ) & **コンパッション**

では、どのようにつながるか。支援者がたくさんいればうまくいくかというところでもありません。むしろ「船頭多くして船山に登る」のように收拾がつかなくなることもありますし、支援者同士が対立しているよりはよい支援はできません。TIC について、支援の対象者とともにトラウマのメガネを使う協働的なアプローチだと説明しましたが、支援者同士でもメガネを用いながら今何が起きているのかを見ていきます。支援の現場で何が起きているのかに意識を向けて、支援者自身が安全なつながりを持つことが大切です。さきほど並行プロセスについて説明しました。子どもが示しているネガティブな反応が支援者にも起こるといものですが、それならばポジティブな並行プロセスを生み出せばよいわけです。支援者同士がよい関係を保っている温かい現場に来るだけで、子どももよい変化を起こしていくことが期待できます。

支援者が業務のなかで傷つくという二次受傷、あるいは惨事ストレスなどに意識を向け、きちんと手当てしていくにはチーム支援が欠かせません。待っているだけではいいチームにはなれません。単なる同僚にすぎない関係性からチームメイトになることが大事です。お互いの強みを知り、自分自身を知るプロセスのなかでよいチームがつくられていきます。

支援者同士で話し合えるようになるにも練習が必要です。大人なら話し合えるというものではないからです。残念ながら、私たちはこれまでの教育や社会の中

で口をつぐむ練習ばかりしてきたと言えるかもしれません。あるいは正しいことを言わなければ恥ずかしいとか、自分の発言で時間をとるのは申し訳ないとか、いろんな間違った学習をしてきました。だから、大人でもきちんと対話の仕方を学習して、話し合ったり分かち合ったりする仲間をつくっていくことが求められます。一緒に支援していく仲間とのつながりのことをファーストサークルと呼ぶこともあります。これは治療共同体（セラピューティックコミュニティ）の考え方の基本です。支援者同士がつながっていなければ、溺れた人を助けることはできません。

そのためには投資が要ります。つまり、ファーストサークルをつくるための努力や時間、そこに労力をかけるという思い切った決断とチャレンジが必要です。お互いに認め合うというアフメーションと、自分や相手を労わるコンパッションを大切にしましょう。コンパッション (compassion) とは、「ともに」を意味する“コン”、“パッション”は「痛み」を語源とする言葉です。つまり、自分の痛みを隠したり否認したりごまかしたりするのではなく、きちんと感じて自分に優しくする、人にも優しくするということです。TIC においてもコンパッションは重要な要素です。

お話は以上になります。

- 野坂祐子 (2019)『トラウマインフォームドケア：“問題行動”を捉えなおす援助の視点』、日本評論社
- 大阪大学 地域で支える子どもの回復ネットワーク (TIC-CO)
<http://csh-lab.com/tic/>
動画パスワード: labticcsh



【動画】トラウマの視点から支援を見直してみよう
～子どもが抱えるあらゆるニーズに応えるために～
サンドラ・L・ブルーム医学博士 (ドレクセル大学)

【心理教育用教材】

- 『マイステップ【改訂版】性被害を受けた子どもと支援者のための心理教育』 野坂祐子・浅野恭子（2023）誠信書房

My Step

誠信書房ホームページよりワークシートダウンロード可

私が TIC を学ばせてもらったお一人にサンドラ・ブルーム先生という方がおられます。こちらのセンターの亀岡副センター長と酒井研究員と一緒にアメリカに行って学んできて、ブルーム先生の研修動画を翻訳して公開しています。また、子どもに関わる際に使える心理教育の教材については、ここに挙げた資料なども参考にしていただけたいと思います。

これからも一緒にいろいろ取り組んでいけたらと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

第2部テーマに基づくディスカッション



【亀岡】 ラニオン先生、野坂先生、貴重なお話をどうもありがとうございました。ラニオン先生には、トラウマインフォームドケア＝TICから効果が実証されたTF-CBTやCPC-CBTにわたる幅広い包括的なお話を伺いました。野坂先生には、TICの本当にベーシックなところをもう一度お教えいただいたところです。

実は我が国にTF-CBTやTICが導入されたのは2010年ぐらいです。この10年間、様々な人たちの活動がありまして、TF-CBTも日本に普及しつつあります。その一方で、ラニオン先生がおっしゃっていた心理的安全性が確保できていない不安定な状況で、形だけTF-CBTをやってしまうというケースも散見されますので、今後は質をどう担保していくかということも問題になると思います。

TICにつきましても、当初は、野坂先生がおっしゃったように、ベテランの臨床家、支援者ほど「パンドラの箱を開けるな」的な対応が多かったわけです。でも、今やTICという言葉を知らないメンタルヘルスの専門家はいないぐらい、この10年で普及してきました。

そうすると、着実にTICを組織に根づかせようとして地道にやっているところもあれば、ほかに遅れを取ってはいけな焦って、即席でハウツーを知りたいという風潮もあります。ラニオン先生もTICはインターベーションではない、それから野坂先生もやり取りのプロセスなのだというお話をしてくださったので、各地域、各機関で望ましい形で普及してほしいと思っています。

そこで、お二人に少しお伺いしてみたいのですが、まず、TICは支援されるクライアントのためだけではなくて、その周りの人たち、それから支援者のための

【コーディネーター】

兵庫県こころのケアセンター副センター長

亀岡 智美

【講師】

ケンタッキー州公認心理師・TF-CBT ナショナルトレーナー

メリッサ・ラニオン博士

大阪大学大学院人間科学研究科教授

野坂 祐子

ものでもあるというお話がありました。子どもの領域で特に児童虐待の支援をしている現場などは非常に苛酷ですので、支援者を先にサポートしないと現場がもたないという話もあります。ラニオン先生、支援者支援について、米国の状況を教えていただけますか？何かよい例があるでしょうか？

【ラニオン】 非常にいい質問をいただきました。正直言って、私たちもTICという言葉は少なくともこの10年、20年、アメリカではよく使われてまいりましたが、使い始めた当初はスタッフへの影響は軽視されていたと思います。子ども達に対しては良いサポートをしたいと思っていましたが、スタッフに対するサポートは十分ではなかったと思います。しかしその点は改善されてきています。エキスパートによれば、これはスタッフもサポートできるし、家族も同時にサポートできる。その文化が定着すれば、安全感を持ち、症状や兆候に気づけるので、家族だけではなく、スタッフを含めて、その組織にいる誰もがサポートされると言われています。

良いイニシアチブということですが、それでも私たちは家族支援の方がうまくやれています。しかしそれを実践する例を一つ挙げるならば、デブリンジャー先生が進めておられる研究があります。TF-CBTで習得する感情のコントロールやコーピングスキルなどの治療要素を、スタッフのサポートに使ったらどうなったかという研究です。TF-CBTにおいて家族に対して実施していることを職場でも取り入れてみよう、そうすることでスタッフの燃え尽きを減らそう、ストレスを減らそうといった動きです。これは一つの例だと思います。

【亀岡】 ありがとうございます。

自分たちのセルフケアは最も忘れてしまいがちなところだと野坂先生も先ほどおっしゃっていましたが、どうでしょう、野坂先生、日本全国各地でいろいろなところを支援しておられて、支援者支援のいい事例などはありますか。

【野坂】 支援者支援の事例を紹介する前に、まず、日本ではまだ支援者支援の必要性について十分認識されていないということを指摘しておきたいと思います。現状では支援者のイメージとして、ベテランになればタフになるとか、経験を積めば仕事をこなせるようになるといったイメージが強いのではないのでしょうか。でも実際には、経験をいくら積んでも、人はトラウマにさらされれば少なからず影響を受けるものです。こうした基本的な知識がもっと知られるようになると思います。トラウマはここに衝撃を与えます。例えば、工事現場で働いている人がどんなにベテランであっても、何階かの高さから落ちたら骨を折るし、命を落とす可能性もある。それは実務経験と関係なくて、ある高さから落ちれば人体はダメージを受けてケガをするわけです。でも、私たちは心理的なダメージを軽く見ているところがある。それもあって、支援者支援の取り組みは遅れているのではないかと思います。なので、支援者支援のために必要な取り組みを挙げるなら、基本の話になってしまいますが、まずは支援者の心身へのダメージについてきちんと学ぶことが大事だと思います。

そしてもう一つ、たとえ支援者への影響を学んでも、自分自身ではなかなか症状に気づきにくいという問題があります。私自身もそうでした。臨床を始めた頃に重篤なトラウマのケースを担当した時、朝早く目が覚めるようになりました。自分ではやる気があるのだと思っていました。でも、それは不眠症状だし、過覚醒だったのでしょう。過覚醒は厄介な症状で、主観的にはとても元気だと感じられます。鬱っぽく落ち込んでいるわけではないし、傷ついている感じもしない。だから私は、不眠症状も過覚醒も知識としてはわかっていたけれど、自分の元気な状態がそうであるとはわかりませんでした。

そう考えると、知識があるだけでは駄目で、それに気づいて教えてくれる仲間がいたり、仲間と話し合うなかで自分のことがわかったり、「こういうことある？」

とお互いに安心して話せることが大切で、一人で何とかしようと思わないことがポイントだと思っています。

【亀岡】 ありがとうございます。そういう意味でも組織でやっていくということが非常に重要ですよ。

それでは、今日のもう一つのポイントとしまして、TIC と効果が実証された治療をどう有機的につないでいくかという問題があったと思います。TIC はできるだけ痛みを少なくする取組なわけですので、TIC をいくら一生懸命実践しても、こころのケガが大きくて深い場合、それだけでは治らない場合もあります。その場合は、トラウマ焦点化治療に結びつける必要がありますが、ひたすら TIC をやり続けているという例も目にします。

この辺りはどうでしょうか。ラニオン先生、アメリカでは TIC と効果が実証された治療がスムーズにつながっているような状況がありますか。

【ラニオン】 アメリカでもいろいろ努力がなされています。州によってかなり違っていて、一例ですが、TIC について、アメリカ全体で 2023 年だけでも 285 の法案が提出されています。この全てが可決されたわけではありません。

例を挙げます。お聞きになったことがあるかわかりませんが、ハンドルウイズケアという取り組みがあります。このイニシアチブは様々なシステム間の協力を目指すものです。例えば、コミュニティにおいてこのようなハンドルウイズケアというイニシアチブが実施されますと、警察は研修を受けて、トラウマやトラウマの影響、トラウマの症状や兆候を認識します。そして、暴力的な犯罪、あるいはトラウマを起こすような犯罪が起こって出動する場合、そしてそこに子どもがいた場合、警察官はその子どもの学校に連絡をして、子どもが事件の目撃者である可能性があることを報告します。ハンドルウイズケアの法律に基づき学校の職員はきちんとトラウマやトラウマの症状についてのトレーニングを受けていますし、TIC についての様々な手続きや知識を持っています。そうして犯罪現場にいた子どもがトラウマを経験してしまったかもしれないことを学校は認識し、その子どもがどういう状況にあるかにきちんと注意を払いモニターしていきます。問題があるかないかを確認していきます。

州によっては、法律や規則に基づいて学校の心理師が特に TF-CBT のようなトラウマ介入についての訓

練を受けることを義務付けていて、学校で TF-CBT を受けられるようにしているところもあります。ほかの州では TF-CBT を学んだ学校外のセラピストに TF-CBT を依頼するところもあります。これは子どもが非常に悲惨な事故現場にいた、またはその目撃者になったような場合、警察、学校の職員、それからトラウマに対して介入を行うセラピストが互いに協力してその子どもの安全感を確保しようという一つの例です。こういった例は他にもたくさんあります。

もう一つ追加したいのは、こういった様々な法律について、あるいはこういった機関がお互いに協力しているのか、アメリカでどのようなイニシアチブがあるのかについては、CTIPP.org (Campaign for Trauma-Informed Policy and Practice) というホームページがあります。これはトラウマインフォームドな方針や実践についての情報をまとめたサイトです。この機関はトラウマインフォームドソサエティー、社会全体をトラウマインフォームドにしようといった高い目標を持って運営されている団体であり、これは崇高な目標ですので達成できたら素晴らしいと思います。こちらのホームページでは、可決されているもの、いないものを含めてこれまでに提出された全ての法案、法律、規則、またどのような機関や制度がこのような法、規則に基づいて協力をしているのか、どのような訓練が求められているのかという情報がまとまっています。

【亀岡】 ありがとうございます。アメージングで羨まし過ぎて、日本はいつそのような状態になるのだろうかと思いました。野坂先生、どうですか。

【野坂】 本当に、そんな社会的な制度が整っていて、システムとしてサービスが提供できる、そしてレベル別のつながりのあるサービスが提供できるのはすごいですね。

現在のところ、そうした社会的な制度がない日本においてどのようにトラウマ治療につなげていけるのかを考えると、今ある資源を紹介するような交通整理の役割があるといいのかもしれない。例えば、TIC の基本的なケアだけでも回復していけそうだとか、この状態だと医療機関でももう少し専門的なトラウマ治療をしたほうがいいのかといったコンシェルジュ的な見極めをするコーディネーターに活躍してもらえるといいな…。今、「誰がやるんだ？」という顔をし

ていますよね。

誰がやるのか。例えば、学校だったらスクールカウンセラーなどがトラウマの基本的な知識と治療について知っていれば、どの程度のケアが必要か見通しを持つことができるのではないのでしょうか。あるいは私たちが一番期待しているのはお医者さんなのですが、精神科医が「このレベルは治療が必要だね」などと後押ししてくれるとありがたいですね。

私は医者ではないので病気について詳しいわけではないのですが、一般人のレベルでも、例えば、がんという病気にはステージがあって、早めに手を打てば回復が見込めるとか治療法があるとか、結構知っているわけです。ほかの病気のことは情報を知っている、つまりインフォームドされているので、インフォームドチョイスができます。なのに、トラウマ治療については対人援助の業界にいてもあまり知られていないほどインフォームドが足りないし、一般の人々にはさらになじみがないものではないでしょうか。

【亀岡】 ありがとうございます。この話題を始めるといつも居心地が悪くなりますけれども、各地にお話に行かせていただくと、この地域のどの医療機関だったら TF-CBT ができますかということになり、まだまだ各県どこでも TF-CBT にアクセスできるわけではありませんので、その辺りはもっと私たちも頑張っていきたいと思います。

ただ、日本では、TIC にしろ、TF-CBT にしろ、それを推進していくためには現場の有志というか、やる気のある人たちがボトムアップしていくという形にならざるを得ません。アメリカでは法律に基づいてやっているということで、物すごくスケールが違うなと思いました。センターで、今まさに児童福祉の領域でどうしたら TIC を普及できるか、研修方法なども研究している酒井研究主幹どうでしょうか。課題でも怒りでも何でもいいので一言お願いします。

【酒井】 ありがとうございます。当センターで研究をしている酒井と申します。

私はトラウマインフォームドケア研修を当センターで担当しておりますが、研修には本当に熱意ある方が参加されます。その方々が職場に戻られ、職場内で復命されて組織の中で何とか根づかせたいという思いを持っているにもかかわらず、“何かうまくいきません”というお声もお聞きしております。

一方で、本邦における TIC 普及に関する研究をする中で、TIC をうまく組織として取り組み、そして県全体で TIC を活性化させていこうという動きを取っていらっしゃる組織、団体なども出てきています。これはデータの蓄積中ではありますが、そういった組織の方々のお話をアメリカの先行研究の文献精査結果と照らし合わせて思うに、さきほど TF-CBT はボトムアップで上がってきたとおっしゃっていただけけれども、日本の TIC に関しても熱意ある、そして適切なリーダーシップを発揮できる方が一人いて、そこから波及して、そして風土を変えて、積極的に組織全体で取り組んでいらっしゃるなど感じています。

その中では、野坂先生がおっしゃったように本当に喪失を伴う、これまでのやり方に対して駄目だと言っているのかという抵抗なども、もちろん出てきますけれども、そういう時は TIC のまなざしを支援者自身に対しても向けて、自分の中で何が起きているのかということに対してあらゆる場面で話し合う機会を持ちながら物すごく丁寧に風土をつくっておられるなどという印象を持っております。

アメリカの例とは違って法律がない中ではありますが、そういった適切なリーダーシップを発揮できる人材をこれから育成していくことなども、TIC の普及においては重要な要素かと思えます。

【亀岡】 ありがとうございます。この件について、野坂先生、何かコメントはありますか。

【野坂】 児童福祉の領域では、大分県や高知県が全国に先駆けて興味深い取り組みをしています。どちらにも共通しているのは、一つは、ボトムアップに現場の熱心な職員が取り組んでいるだけでなく、県や自治体としてトップダウンで TIC をやると決めたことです。県や自治体の施策として TIC をやるぞと目標を掲げると、やる気のある職員たちが動きやすくなる。もう一つの共通点は、研修担当者が一人ないし二人でやっているのではなく、研修自体をプロジェクト化して、組織に合わせた効果的な方法を考えてやっていることです。

私が思うに、研修は組織のアセスメント在りきでやるものです。ほかの県でやっている研修を同じようにやったとしても対象者も違えばニーズも違う。ですから、自分の職場で何が必要なのか、何が起きているのかをトラウマのメガネで見て、どんな研修をどれだけ

やればいいのかという長期的な見通しを持ってプランを立てることで初めて機能すると思います。

そういう点で、今申し上げた自治体は長期プランで計画的に、綿密に、そして楽しくいろんな企画をやっています。大分県などは TIC の標語を集めたり、いつも目にするカレンダーに標語を載せたり、最近では TIC についてさまざまな職員が語るのを聞けるラジオも始めました。いろんな楽しい発信をして、それに関わると仕事が増えるのではなくてストレスが減る、楽しめる、一緒にやりたいなと思えるような仕掛けが鍵だと思っています。

【亀岡】 ありがとうございます。

日本でもここでも様々な活動が芽生えてきているということですが、いかがでしょうか、ラニオン先生、今の日本の状況をお聞きになって何かコメントいただけますでしょうか。

【ラニオン】 まず、私は皆さんをミスリードしたくありません。というのはアメリカでは、全国的にコーディネーションされたような大規模なプログラムはないからです。州によって違いますから、州によって進んでいるところもあればそうではないところもある。もちろん全米でやれていればいいのですけれども、決して全米でそういう動きがあるわけではないということをまず申し上げておきたいと思えます。

もちろん、こういった努力がアメリカで行われていることは認識されていますが、アメリカでもまだ TIC やトラウマインフォームドシステムについてはまだまだ幼弱期にあり、発展途上です。児童福祉に関する全米の取り組みがあり、ハンドルウィズケア法のように何をするかを決めて取り組んでいる州もあります。私の住む州でもトラウマインフォームドスクールを作るとか学校の中にトラウマインフォームドシステムを取り入れエビデンスに基づくサービス提供するなどの動きをしていますが、まだ全体で行われているのではなく、点的です。

皆さんが日本でこれをどう実施をしていくかは私たちも非常に興味を持っています。

【亀岡】 ありがとうございます。

日本でもこの 10 年余り、様々な取組がなされておりました、そしていろんな研修の効果検証などもどんどん論文で報告されておりますので、ゆくゆくは国の公衆衛生施策として取り組まれるべきものだと思います。

すけれども、そこまで行くには私たち一人ひとりの努力がまだまだ必要だと思います。

大変有意義な話し合いができました。ラニオン先生、野坂先生、ありがとうございました。

ラニオン先生は本日オンラインでご参加くださいました。皆さま、もうおわかりかと思いますが、ラニオン先生は今、時差の関係で、真夜中にこのシンポジウムにご参加いただいたこととなります。過酷な状況でご参加いただいたことも含めて、感謝の意味を込めて拍手をしたいと思います。どうもありがとうございました。

【ラニオン】 今、午前1時47分です。2時が近づいております。早朝です。

【亀岡】 これをもちまして第2部を終了します。



兵庫県こころのケアセンター副センター長

亀岡 智美

皆様、本日は朝から長丁場でしたが、お付き合いいただきましてありがとうございます。

本日会場にお越しくくださった方々を含め、オンライン、それからオンデマンドで聞いていただく予定の方も合わせますと500名くらいの方にご参加いただきました。皆様方の高い関心に心よりお礼を申し上げます。

振り返ってみますと、この30年、トラウマ的な出来事が繰り返し、たくさん起こりました。その一方で、こころのケア、トラウマケアの手法は飛躍的に発展してきましたが、今の状況を考えますと、こころのケアに終わりはないと思います。

こころが傷ついた人、こころにケガをした人の痛みはどう寄り添って接していくか、自分自身がこころにケガをしないようにするためにどうしたらいいのか、周りの人のこころを傷つけないためにどうすればよいかを考えることは、あらゆるコミュニティの全ての人が生きやすい社会を構築するための普遍的な課題だと思います。

そういったことを踏まえまして、私たち兵庫県こころのケアセンター一同、明日からまたますます研さんを積んでまいりますので、引き続きご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。