

心的トラウマ研究

第21号 令和8年3月

| | | |
|--|-----------|----|
| 巻頭言 | 加藤 寛 | |
| 【研究論文】 | | |
| ●原子力災害における「現地支援者を支える多層的支援モデル」の提案 ～福島災害の自治体職員支援からの教訓～ | 瀬藤 乃理子 ほか | 1 |
| ●先達から学ぶ組織全体へのトラウマインフォームドケア普及の求められる視点 | 酒井 佐枝子 | 13 |
| 【総説】 | | |
| ●トラウマ焦点化治療が睡眠症状の改善に及ぼす影響に関する文献研究 | 柿木 慎吾 | 23 |
| ●小児期逆境体験を有する者に対する心理学的介入に関する文献的考察 | 高山 桃香 | 31 |
| ●小児期逆境体験が結婚観に及ぼす影響に関する文献的考察 | 高山 桃香 ほか | 41 |
| ●我が国の小児医療における死にゆく子ども、 きょうだいや友人を亡くした子どもへのケアに関する文献調査 | 三宅 和佳子 | 51 |
| 【活動報告】 | | |
| ●第1回国際災害心理学ワークショップ参加報告 | 道免 逸子 ほか | 59 |
| ●子どものレジリエンスを育む超短期介入の開発： 「こころの健康のためのヒント～見る、聞く、つなぐ～」プログラム | 田中 英三郎 | 71 |

心的トラウマ研究 投稿規定

編集後記

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

心的トラウマ研究

第21号 令和8年3月

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

巻頭言

頭文字（イニシャル）Dといっても、走り屋のアニメについて書こうとしているわけではない。災害後に派遣される支援チームのことである。阪神・淡路大震災を契機に、特に医療、地域保健、福祉分野で支援チームの創設と組織化が進められた。その皮切りはDMAT（災害派遣救急医療チーム）で、コロナ禍のクルーズ船での活動が映画化されるなど、その価値は広く認知されている。DMAT以外のDが付くチームを列挙すると、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）、DICT（災害時感染制御支援チーム）、DWAT / DCAT（災害派遣福祉チーム）、DOHAT（災害産業保健支援チーム）、そしてDPAT（災害派遣精神医療チーム）がある。Dの頭文字ではないが、JMAT（日本医師会災害医療チーム）、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）もある。もちろん、災害支援の草分けである日本赤十字社には医療救護班や心のケアチームがあるし、自衛隊の医療チームや自治体に所属する保健師チームなども目覚ましい活動をする。

災害の規模が大きくなればなるほど、多数の支援チームが必要になることは自明だが、一方でコーディネート上の問題が表面化し、受け入れ側の被災地内の関係者を戸惑わせることがある。

2016年の熊本地震は、東日本大震災での反省を活かし整備された支援チームが、その実力を試される舞台となった。全国から数多くの支援チームが入ったが、その配置には問題があった。筆者は発災から3週後に現地に入ったが、報道される機会の多かった益城町には多数のチームが入っており、活動拠点だった総合体育館を訪れると、溢れんばかりの支援チームがいた。カオスのような状況の中で、町の保健師は本部の片隅で呆然と困惑しているようだった。一方、益城町の隣で同じくらいの被災状況だった嘉島町に入ったチームは少なく、筆者が訪れた時には医療と保健のチームはわずか3チームという状況だった。町の保健師たちは、われわれ外部支援チームに的確な指示を出し、活き活きと動いていたのを覚えている。

外部支援チームが役割を担いすぎると、地元の支援者の力が十分に発揮されない状況になってしまう。東日本大震災で多数のこころのケアチームを受け入れ、コーディネートしていた宮城県精神保健福祉センターの小原所長は、現場で必要とされるのは、「現地を優先し、地元と連携できる統制がとれたチームである」と後に話している。政治家がよくキャッチフレーズにする「〇〇ファースト」表現を用いるなら、外部支援とは「地元ファースト」であることが肝要なのだ。

支援チームの発展と並行して、災害時の医療情報システムが整備されてきた。医療機関の被災情報などを共有するためのEMIS（広域災害・救急医療情報システム）や、避難所などでの医療活動を記録するJ-SPEEDなどが開発され運用されている。最近では、避難所情報などとリンクさせ、情報を一元的に管理するシステムも開発されている。こうした情報システムがより洗練され、将来的にはAIと連携させて、支援チームの配置などが効率よく管理されるようになると期待されている。AIには、まず「地元ファースト」という言葉を学習させなければならないだろう。実際に支援活動を行うのは人間であり、阪神・淡路大震災以降の活動を通して蓄積してきた知見を活かすことが求められる。

原子力災害における 「現地支援者を支える多層的支援モデル」の提案 ～福島災害の自治体職員支援からの教訓～



瀬藤乃理子¹⁾

渡部育子²⁾、片柳光昭²⁾、菅野寿洋²⁾、塩田義人²⁾、森友季子²⁾

米倉一磨³⁾、佐藤秀樹⁴⁾、竹林唯⁴⁾、前田正治^{2) 5)}

¹⁾ 兵庫県こころのケアセンター

²⁾ (一社) ふくしま心のケアセンター

³⁾ 相馬広域こころのケアセンターなごみ

⁴⁾ 福島県立医科大学災害こころの医学講座

⁵⁾ 福島県精神保健福祉センター

東日本大震災において、原子力災害の影響を大きく受けた福島県沿岸部では、震災10年以上が経過しても、復興を担う自治体職員の疲弊が深刻であった。本稿では、福島県双葉郡の8つの自治体職員への調査から、彼らのメンタルヘルスの実態を明らかにし、その結果をもとに組織に対する介入を行った経緯を報告した。そして、この福島災害の教訓から、原子力災害においては、復興に長期の期間を有することを予め想定し、災害復興期においても、支援者支援のための予算の確保や、そのための体制整備を行うことを示した「現地支援者を支える多層的支援モデル」を提案した。

キーワード：原子力事故、自治体職員、支援モデル、福島災害、支援者支援

1. 研究の背景

東日本大震災では、地震・津波による被害に加え、福島県では原子力発電所の事故（原発事故）が起り、他の被災地とは全く異なる状況となったことから、「福島災害」とも呼ばれる¹⁾。2011年3月11日、国は原子力緊急事態宣言を発令、その後すぐ、発電所の近隣住民に「避難指示」が出された。同年4月には国際原子力機関（IAEA）が定めた評価尺度（INES）で、この事故がチェルノブイリ事故（1868）と同じレベル7と評定された²⁾ことで、放射線被ばくの恐怖は、日本から世界にまで広がった。ピーク時には福島県民の約16万5千人が県内外に

避難し、原発事故から14年以上経過しても、避難者数は2万人を超えている³⁾。

原発事故が発生した福島第一原子力発電所は福島県双葉郡にあり、この地区には、広野町・楡葉町・富岡町・川内村・大熊町・双葉町・浪江町・葛尾村の6つの町と2つの村がある。原発から20～30km圏内は、事故後、原則立ち入り禁止区域に指定され、地域住民は強制避難を強いられた⁴⁾。その後は、いつ自宅に戻れるかもわからず、避難先を転々とした住民が多かった。また、双葉郡の町村役場も、役場機能の移転を余儀なくされた。双葉郡の自治体職員の多くは、住民とともに1カ所あるいは数カ所に分かれて集団避難し、避難先で住民支援を継続

した⁵⁾。

その後、継続的な放射線量測定と除染が行われ、段階的に避難指示が解除されたが、役場機能が地元に戻ってきた時期は、町ごとに大きく異なる。帰還までに要した期間は1～11年(2012年3月8～2022年9月9)で、現在は8つの町村役場のすべてが地元に戻っている。しかしこの間、人が不在のコミュニティは荒れ果て、道路や施設などのインフラも破損したまま手つかずの状態では放置されたため、そこからの復興は想像以上に困難を極めた^{6) 7)}。

福島県立医科大学災害こころの医学講座では、ふくしま心のケアセンターと協働し、震災以降、最も過酷な状況下にあった双葉郡の自治体職員の支援に関わってきた。筆頭筆者がその講座に赴任した2018年当時、双葉郡の町村は、どの町も人的資源が不足し、現地支援者の疲弊が深刻化していた。特に復興の中心的な担い手である自治体職員は、災害急性期を過ぎても多忙を極め、離職者・休職者が多かった。しかし、地域の自治体職員に対する公的あるいは組織的な支援や、それを担う資源は非常に限られていた。

本稿では、筆者らが、福島災害の影響を最も受けた双葉郡の自治体職員の実態を把握し、メンタルヘルス対策として、ふくしま心のケアセンターのスタッフとともに職員支援を試みたプロセスと、そこから得た知見を報告する。また、この福島災害の経験と教訓をもとに、今後の災害に向けた「原子力災害における支援者を支える多層的支援モデル」を検討する。

2. 双葉郡自治体職員の実態調査の実施とその結果

災害時の支援者はさまざまな立場の人がいるが、日本では災害の急性期から復興期まで、被災したその地域の自治体職員が、被災住民の健康保護、生活再建、被災地の復興などに重要な

役割を果たしている。通常、彼らは公務として災害・復興業務を担うことが、法的に義務づけられている(地方公務員法第30条・32条)⁸⁾。

一方、市町村の自治体職員の多くは地元民であるため、大規模自然災害では、職員自身が被災している場合が少なくない。福島災害においても、双葉郡の自治体職員の多くも、自らも被災しながら、災害の急性期から住民支援を行い、避難先からの帰還後も、全国に散らばった被災住民の支援と、荒廃したコミュニティの復旧・復興作業を担ってきた。

これまでの災害研究では、自然災害急性期に支援者が被る心身の過酷な状況を取りあげた研究は見られるが、このような大規模な原子力災害時の支援者の負担や支援のあり方については先行例がなく、実態に即した何らかの対策が必要と考えられた。そのため、われわれは、福島県立医科大学倫理委員会(認定番号:一般2021-074)の承認を得て、2021年9月から2023年1月にかけて、双葉郡の自治体職員を対象として「震災10年目調査」を実施し、福島災害によるメンタルヘルスの影響とその関連要因について検討した。

その結果、回答した775名(回収率63.5%)のうち、精神的健康を測定するための自記式尺度であるK6の得点が13点以上(重症の気分・不安障害相当)の割合が13.0%(101名)と、非常に深刻な状況であった。震災前から辞めずに働き続けている人の割合はわずか35%で、3割近くの職員が震災後に自宅に住むことができなかった。避難場所を転々とした人も多く、職員の平均避難回数は、2.4回であった。また、この地区には福島災害後も台風やコロナパンデミックが襲来し、4割以上の職員が、度重なる災害によって心身に影響があったと回答した。メンタルヘルスの高リスクの要因として、個人要因としては「男性」「若年者(20代)」「震災後の健康状態の悪化」「人間関係の悪化」などが、職場要因として「不慣れな業務」「休みの取り

にくさ」「職場内の人間関係の悪化」「今後の見通しの難しさ」が関連していた。一方、メンタルヘルスの高リスクの緩衝要因としては「職場での助け合い」「仕事上の知識やスキルアップの機会」が関連していた⁹⁾。

また、自治体の職員支援は町村ごとに担うため、各町村への支援を検討するにあたり、さらに町村ごとに集計・分析を行った。その中で、職員のメンタルヘルスを考えるうえで注目すべき項目を抽出したものが、表1である^{注)}。これによると、K6の総点が高得点であるメンタルヘルスの高リスク者の割合が、町村によってかなりばらつきがあることがわかったが、避難解除までの期間とは関連性はみられなかった。また、ほとんどの町村で「とても疲れている」という項目に、30～45%の人が該当すると回答しており、燃え尽きのリスクの高い人が非常に多い¹⁰⁾ことが示唆された。

いくつかの項目の中でも、われわれが最も注目したのは、「仕事を続ける自信がない」という離職に対する意向に関連する項目が、必ずしもK6の高得点者の割合と関連しているわけではないことである。K6の高得点者の割合が高い町村であっても、職員のメンタルヘルス支援

の体制をとれている自治体（C町村、F町村）では、「仕事を続ける自信がない」と回答した割合が低いことがわかった。CとFの2町村では、震災直後から職員のメンタルヘルスに組織として力を入れてきた経緯があった。また、実施したアンケート調査結果からも「職場での助け合い」「仕事上の知識やスキルアップの機会」がメンタルヘルスのリスクを下げることが示唆されたことから、このような職場全体としての体制づくりが、メンタルヘルスの高リスク者を多くかかえながらも、離職の防波堤の役割を担っていると考えられた。

注) 表中の「とても疲れている」～「仕事を続けていく自信がない」は、筆者らが過去の災害研究¹⁰⁾で使用した質問項目である。もともとは全11項目であるが、ここでは結果の一部を記載した。

3. 実態に基づいた自治体支援の模索

上記の調査から、重篤なメンタルヘルスの不調をきたしている職員の割合の13%という数字は、被災住民の結果（2021年福島県県民健康調査で6.1%¹¹⁾）を大きく上回り、自治体職員は、被災者以上に長期に影響を受けていることが明らかとなった。

表1 町村別・各項目に該当する人の割合(%)

(%)

| | K6 9点以上 † | K6 13点以上 †† | 自傷・希死念慮 2点以上 ††† | とても疲れている | 睡眠の問題 | 食生活の問題 | 笑うことが減った | 働きづめである | 仕事を続ける自信がない |
|------|--------------|----------------|------------------------|----------|-------|--------|----------|---------|-------------|
| A 町村 | 32 | 18 | 11 | 37 | 26 | 22 | 21 | 15 | 22 |
| B 町村 | 21 | 7 | 4 | 25 | 21 | 39 | 11 | 14 | 29 |
| C 町村 | 28 | 15 | 13 | 31 | 31 | 31 | 18 | 8 | 15 |
| D 町村 | 39 | 16 | 15 | 44 | 36 | 18 | 20 | 22 | 26 |
| E 町村 | 32 | 8 | 6 | 36 | 32 | 11 | 12 | 11 | 32 |
| F 町村 | 27 | 13 | 13 | 35 | 29 | 15 | 25 | 8 | 17 |
| G 町村 | 28 | 8 | 9 | 35 | 28 | 23 | 26 | 13 | 24 |
| H 町村 | 24 | 12 | 8 | 31 | 27 | 22 | 21 | 12 | 23 |
| 平均 | 29 | 12 | 10 | 35 | 29 | 24 | 16 | 14 | 25 |

† K6 9点以上＝気分・不安障害相当 †† 13点以上＝重症の気分・不安障害相当（一般人口では約3%）

††† †「死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある」という項目に対し「ときどきある＝2」「たいていある＝3」「いつもある＝4」を選択した人の割合

われわれは、これらの結果を自治体職員にフィードバックするために、町村ごとの集計結果や特徴、結果の見方や対応方法などの文章を付記した「調査報告書」を作成し、職員に配布したり、職員共有のオンラインのプラットフォームに置いてもらったりした。また、各町長・村長に結果報告を文書で送り、特に高リスク者の多い町村には積極的に働きかけ、本調査の結果報告会やメンタルヘルス関連の職員研修会を開催した。

また、実際の対策を講じるために、各町村との関係づくりを深める取り組みとして、各町村から職員の労務管理を担う総務課職員を集め、「総務課合同研修会・意見交換会」を2020年度から開始した。この会は、日頃から各自治体と一緒に復興支援を担っているふくしま心のケアセンターと協働し、前半は研修会、後半は意見交換会の2部構成で、年に3回のペースで実施した。

前半の研修会では、「職員のセルフケア」「職場のラインケア」「メンタルヘルス対策のための組織・体制づくり」などをテーマに、筆頭筆者が講師となり研修会を実施した。時には町村から職員支援の取り組みを発表してもらったり、EAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）を提供している外部機関に来てもらい、講話をお願いすることもあった。また後半の意見交換会は、各町村の職員の現状や課題、取り組み、総務課としての困りごとなどを共有し、それに対する意見交換を行った。

この合同研修会は、回を重ねるたびに、各町村から活発に意見が出されるようになったが、その中で、しばしば聞かれた意見や双葉郡の町村に共通する課題として、以下のようなものがある。

1) 震災後10年以上経過しても、業務過多である。残業時間を減らす努力はしているものの、特定の人（例えば管理職）や特定部署に残業が偏りやすい傾向がある。

- 2) 震災後に多くの人が離職したこともあり、新入職員、転職者、パートの非常勤職員の数が多く、業務量や業務内容がどうしてもばらつくが、やむを得ない面もある。
- 3) 職員間のコミュニケーションの問題を感じる。若い職員や男性のメンタルヘルスが悪いという調査結果も考慮すると、残業時間を減らす対策以外にも、若い職員を育成する意識や、世代間のコミュニケーション・ギャップの改善が重要である。
- 4) 総務課職員も異動があるため、組織として職員支援の体制作りを整備することが重要である。既存の職員支援の充実、復職支援マニュアルの作成、ストレスチェックや外部支援機関等の有効活用、衛生委員会の充実など、組織としてどのように整えていくかが課題だが、具体的な対策を考えるにあたり、他町村の取り組みは非常に参考になる。

この研修会・意見交換会は、総務課職員からも好評を得て、2024年度までに計13回開催され、現在も継続されている。総務課の職員が合同で集まり、このような意見交換の場ができたことは、総務課職員の役割意識を高め、職員の健康支援のための知識やスキルを得るだけでなく、他の町村の総務課職員と悩みを共有することで、総務課職員をエンパワーする機会ともなった。そして、「セルフケア」「ラインケア」の重要性を認識したことで、実際にそれらを組織内で取り組む足掛かりとなった自治体も少なくなかった。また、これまでのストレスチェックのあり方や高ストレス者のフォローの方法を見直したり、高ストレス者に対する面接を予算化したり、外部機関に支援を委託するなど、実際の対策に乗り出した自治体も少しずつ増えた。

一方で、休職を繰り返す職員には、総務課だけでは対応ができないことや、業務の忙しさや予算化の難しさなど、さまざまな理由で対策を

実現化することが難しいと話す自治体もあった。そこで、このような重篤な状況の職員への個別支援に関しては、各町村からの依頼を受けて、こころのケアセンターが個別相談を提供した。また外部機関との連携や体制整備については、福島県立医大災害こころの医学講座が、職員支援に協力可能な外部機関に関する情報提供を行ったり、実際に紹介したりするなど、バックアップに努めた。

4. 実態把握とそれに基づく自治体支援の考察

自然災害と原子力災害では、復興の様相が大きく異なる。その最も大きな要因は、「長期の避難」と「放射線影響の恐怖」の2つであると考えられる。双葉郡においても、放射線量の断続的な計測や除染により、段階的な避難解除が行われたが、避難解除には年単位を要した。被災者は帰還がいつできるかもわからず、避難先で風評被害やいじめなども多発し、放射線の不安のために、帰還をためらう人もいた。そのような状況下で、双葉郡の自治体職員は、避難し続ける人々、被災地に帰還した住民の両方を支援しなければならなかったが、終わりの見えない状況は、人々から怒りや非難の標的になりやすい立場でもあった。それに加え、コミュニティやインフラの復旧や整備、産業の再生、度重なる災害への対応など、山のような業務を抱え続けた。また、国が復興期に入り、移住者施策にも力を入れる方針を打ち出したことから、「移住者・転入者」の人たちが双葉郡に急増したため¹²⁾、自治体職員はその対応にも追われた。しかし、双葉郡の職員の支援を行う資源は枯渇しており、職員の就業状況やメンタルヘルスの実態さえつかめていない状況であった。

震災10年目に実態把握のための調査を行ったことは、自治体職員に自分自身の健康問題に取り組むきっかけとなる情報として役立った

だけでなく、原子力災害後の復興の難しさとその地域の支援者の現状を社会的に訴えることにも役立ったと感じる。それに加え、福島災害のあと、福島県と県内市町村の職員の自殺者が2016年度（震災5年目）だけで9人に上り、福島県自治労が対策強化を訴えていた¹³⁾が、震災10年以上経過しても、双葉郡の自治体職員のメンタルヘルスは極めて危機的な状況が続いていることも明らかとなった。

双葉郡においては、震災前に6つの病院と48の診療所と26の歯科診療所が稼働していたが、震災後、避難区域内のすべての医療機関は医療サービスを停止せざるをえなくなった。特に精神医療は既存の資源が少なかったうえに、震災後も医療サービスを継続できた精神科病床をもつ病院は、避難区域外にあった1か所のみであった¹⁴⁾。つまり、重症の気分・不安障害にあたりとされる100名を超える高リスクの自治体職員に対して、個別支援を行える資源は、地域には全く存在しないといっても過言ではない状況であった。そのため、われわれは、このような地域でも取り組める方法として、アンケート調査で高リスクの緩衝要因として抽出された「職場での助け合い」を強化し、組織支援に力を入れることとした。当初は各町村の職員向け研修会やワークショップの企画を検討したが、どの自治体もその時間さえ確保することが難しく、コロナ禍では集合形式の開催が難しくなったことから、各町の総務課職員が集まる小規模な場を定期的にもち、まず現場のニーズの把握とそれに沿った今後の体制づくりに着手した。結果的には、それが非常に有効で、その場がその後の双葉郡の職員支援体制を少しずつ変える足掛かりとなった。また、総務課職員自身にとっても、そのような場で、近隣の町村の取り組みを知るとともに、ふくしま心のケアセンターやその他の外部機関と関係づくりも促進される場となった。

一方、その地域に自治体職員支援が可能な資

源が極めて乏しい場合、被災地外から産業領域のメンタルヘルス支援を行う団体や企業などに入ってもらうことが、選択肢の1つとして考えられる。しかし、震災以降、それが長期にうまく機能した自治体はほとんどなかった。その理由としては、原子力災害後の被災地の支援者が置かれている状況は、平時の産業保健領域の知識では十分に対応しきれない、いくつかの特殊な事情を有しているためと思われた。例えば、職員の入れ替わりが激しい状況や、終わりがみえない状況が長く続き、刻々と変わる復興の進捗に留意して支援することが、職員たちの苦悩を理解することにつながった。われわれは、原発事故特有の自治体職員の負担として、表2のようにまとめた⁸⁾が、原子力災害後の支援者支援では、このような支援者が置かれている特殊事情や、メンタルヘルスに影響を与える背景要因をよく理解しておくことが重要であると痛感した。

また、通常、外部機関のコーディネートは各町村の総務課が担当するが、総務課職員がメンタルヘルス支援やその調整に精通しているわけ

ではなく、その業務に専念できるわけでもない。外部から支援団体が入る場合にも、総務課職員のそのような事情も理解しておく必要があった。

そのため、原子力災害復興期においては、自治体の総務課職員を支え、被災地の支援者がかかえている問題をよく理解する被災地内の機関による長期的なサポート体制が極めて大切である。その意味では、被災地に設置されたところのケアセンターなどの復興に特化した支援機関や、近隣にある大学が、各自治体の総務課を通して、職員支援をバックアップする役割は非常に大きく、福島災害においても、実際に重要な役割を果たしていたと考えられた。

5. 現地支援者をささえる「多層的支援体制モデル」の提案

一般に「災害支援者」には、大きく2つに大別される。

1つは、主に災害急性期に津波のように被災地に押し寄せる外部からの支援者。もう1つは、もともとその地域で働く地元支援者である。後者には、医療・保健機関や福祉・教育分野などで働く人たち、そしてその地域の行政職員などが含まれる。外部支援者の多くは、被災地での活動が終わると被災地を去っていく。一方、被災地の地元の支援者は、自分自身でその土地を離れない限り、被災地にとどまり続ける。しかし、地元の支援者は、自らも住居や家族、友人などを失っている場合が多いため、彼らは支援者でありながら、まぎれもなく被災者である。

災害支援の一般常識でいえば、ある時期がくれば、外の支援者は撤退し、地元の行政機関が主体となり、その後は平時の医療・福祉体制の中で被災者支援を行っていくのが通例である¹⁵⁾。また支援者支援に関しては、東日本大震災においても、災害後数年は自治体職員に対しても調査などが実施されてきた^{16~22)}が、その後は支

表2 原発事故特有の自治体職員の負担

| |
|---|
| <p>【すべての災害に共通する自治体職員の負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたる荷重労働 ・通常業務に復興業務が加わる負担 ・自治体職員自身の被災 ・二次的外傷性ストレス ・職場でのコミュニケーション不足 ・ワークライフバランスの葛藤 <p>【原子力災害において加わる自治体職員の更なる負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつまで続くかわからない避難 ・被災者から向けられる強い怒り ・全国に散らばった被災者への支援業務 ・もとのコミュニティへの帰還の遅れ ・メンタルヘルスが悪化した被災者の多さ ・帰還した被災者に加え、コミュニティへの新たな転入者や移住者への支援 ・先が見通せないコミュニティの状況 |
|---|

(Setou, et al. 2025)

援者への調査も、彼らの置かれている状況に対する社会的注目も減衰した。どのような災害においても、被災者支援がまず優先され、その人たちを支える支援者の疲弊や休息の必要性を訴えることは、逆に非難を浴びることさえある。特に原子力災害からの復興は長期に及び、コミュニティに人が戻ってくる期間が年単位であるため、支援者支援の資源は枯渇しやすい。しかし、自治体職員は、被災地で新たなコミュニティを形成していく復興の要職であり、そのような支援者の健康が脅かされれば、復興がうまく進むはずもない。

われわれは、今回の実態調査と取り組みから、原子力災害時の復興には10年以上の長期に及ぶという想定が予め必要であり、その中で市町村職員をはじめとする現地支援者の支援を、復興の重要な柱の1つとして位置づけるべきであると考えている。

そして、もう1つ大切なことは、災害の急性期と復興期では、支援者支援の体制を変化させ、復興期においても支援者支援の体制づくりを図るべきである。例えば、原子力災害急性期は、自治体ごとに避難先も異なり、さまざまな機関や支援団体が各自治体にばらばらに支援に入る(図1)。また、原子力災害復興期になると、避難先から元の故郷に戻ると同時に、外部の支援団体の大部分が撤退し、地元にあるこころのケアセンターや近隣大学の支援が重要となる(図2)。どの時期においても一貫して大切なことは、応援に入る支援機関は、「被災者への支援」や、「コミュニティの復興支援」のみならず、「支援者への支援」にも取り組むことが重要であり、それが、被災した自治体を物理的にも精神的にも支えることにつながると考えられる。

2020年、WHO(世界保健機関)が、原子力災害時の心のケア(MHPSS = mental health and psychological support)に関するガイドライン「放射線・原子力緊急事態における心のケアのためのフレームワーク」²³⁾を作成したが、

そこでは、放射線防護の施策の中に心のケアを組み込むことが一貫して強調されている。また、その中でも特に、人的資源のマネジメントや現地支援者のサポートが、緊急事態対応時から復興期まで必要であることが指摘されている。そこで、われわれは、今回の福島災害の教訓から、原子力災害初期と復興期では、被災地支援の体制を変え、長期的に被災地内・外の支援機関が協働していくという多層的な支援者支援モデル(表3)を提案する。すべての支援者が長期的な現地支援者への支援が必要であることを認識し、そのための体制づくりのイメージをもつことで、物理的な被災地への復興支援だけでなく、現地支援者を心理的にも長期にエンパワーすることが期待できると考えている。

6. まとめ

われわれは、ふくしま心のケアセンターと協働し、東日本大震災で原子力災害が起こった福島県沿岸部の自治体職員を支援するため、実態把握のための調査と組織支援に取り組んだ。この経験から、原子力災害からの復興の難しさ、復興に取り組む支援者のメンタルヘルスや離職のリスク、支援者個人だけでなく組織支援に取り組む重要性など、多くの教訓を得た。この教訓とそれに基づく支援者支援の多層モデルは、今後の原子力災害だけでなく、地震と豪雨災害に見舞われた2024年の能登半島地震など、復興が長期に及ぶ可能性のある自然災害の被災地でも、利用できる可能性があるかもしれない。今後、災害長期の支援者支援に関し、さらなる実践と知見が積みあがるよう、われわれも尽力していきたい。

表3 原子力災害における多層的支援者支援モデル

| 災害の相 | 原発事故発災急性期 | 移行期・復興期 | |
|--|---|---|--|
| | | 避難期間 | 帰還後 |
| 町村の自治体職員の業務 | 混乱し、情報が錯そうする中での業務 ・居住区域の住民の支援（住民とともに避難など） ・被災・災害関連の業務 ・通常業務の再開に向けた業務 | ・避難先の住民への支援 ・居住地にとどまった住民への支援 など | ・居住地にとどまった住民、帰還した住民、新たな転入者への支援 ・コミュニティの再生・復興の支援 ・経済・産業・福祉・医療など、さまざまな分野の新たな課題への対応 |
| 町村の自治体職員のストレス | ・被災しながらの仕事の継続 ・極めて過酷な災害関連業務とそれの中でのストレス（被災者からの強い怒りなど） | ・先が見通せない状況 ・いつまで続くかわからない避難 ・全国に散らばった被災者への支援 ・コミュニティの再生・復興業務 ・新たな転入者や移住者への対応 | 荷重労働の継続 |
| 自治体職員の支援やバックアップ | 初期体制 | 国（総務省）や避難元（被災地）の県による支援 | → |
| | | 各種学会による支援 | → |
| | | 被災地外からのさまざまな支援 | → |
| | | 避難先の自治体による協力 | → |
| | | 組合や団体（自治労など）による支援 | → |
| | | 被災地内外の大学による支援 | → 定期的な調査と支援 → |
| | 長期体制 | ●国や県による長期の支援者支援の予算確保と支援の拡充 | |
| ●被災地内の大学による支援 定期的な調査と支援、支援者支援の体制の構築 | | | |
| ●被災地のこころのケアセンターによる支援、支援者支援体制の構築（地元大学との協同） | | | |
| ※支援者支援の体制には、被災地内の精神医療の利用の拡充、近隣市町村のネットワークづくりを含む | | | |
| 支援の継続と移行 | 被災地外部の機関からの直接支援 → 被災地内部機関による長期的な支援へ（被災地外部機関からのバックアップを調整する役割も担う） | | |
| | 急性期～避難期間の支援（災害初期の自治体支援） <p>図1 原子力災害初期の自治体支援（急性期～避難期間）</p> | 帰還後の支援（災害中長期の自治体支援） <p>図2 原子力災害復興期の自治体支援（帰還後）</p> | |

文献

- 1) Maeda M, Oe M, Suzuki Y. Psychosocial effects of the Fukushima disaster and current tasks; Differences between natural and nuclear disasters. *J Natl Inst Public Health*. 2017; 67: 50-58.
- 2) IAEA：国際原子力事象評価尺度。放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料（令和6年度Web版）。<https://www.env.go.jp/chemi/rhm/current/02-02-01.html>（2025年8月23日閲覧）
- 3) 福島県：避難者数の推移（2025年2月福島県災害対策本部即報）。福島復興情報ポータルサイト。
- 4) 福島県：避難区域の推移。福島復興情報ポータルサイト。
- 5) 鈴木伶音、高橋和詩、荒川知輝他：双葉郡8町村における自治体職員の現状と課題。日本都市計画学会報告集21：439-446。2023。
- 6) 双葉郡未来会議：双葉郡。双葉郡未来会議HP。<https://futabafuture.com/futabagun/>（2025年8月23日閲覧）
- 7) 前田正治、瀬藤乃理子、佐藤秀樹：福島原発災害から10年のメンタルヘルスの問題：WHOフレームワークの紹介。トラウマティック・ストレス 19: 35-43. 2021。
- 8) 昭和二十五年法律第二百六十一号 地方公務員法 第30条（サービスの根本基準）、第32条（法令等及び上司の職務上の命令に従う義務）<https://lawzilla.jp/law/325AC000000261?n=ln30>（2025年8月23日閲覧）
- 9) Setou N, Takebayashi Y, Kobayashi T, et al.: Long-term mental health crisis among municipal public employees caused by the Fukushima nuclear accident and subsequent disasters: questionnaire survey 10 years postdisaster. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports* 4 (1) . <https://doi.org/10.1002/pcn5.70049>
- 10) Setou N, Fukumori T, Nakao K, Maeda M: Factors related to the fatigue of relief workers in areas affected by the Great East Japan Earthquake: Survey results 2.5 years after the disaster. *BioPsychoSocial Medicine* 28 (12:14) <https://doi.org/10.1186/s13030-018-0133-0>
- 11) 第48回「県民健康調査」検討委員会：資料3 令和3年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」結果報告。<https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/585375.pdf>（2025年9月2日閲覧）
- 12) Kobayashi T, Maeda M, Horikoshi N, et al.: Internal migration patterns to Fukushima following the nuclear accident based on vital statistics and the Fukushima health management survey. *BMC Public Health* 25 (1) . <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23199-w> 2025.
- 13) 自治労：福島県と市町村職員、自殺相次ぐ（自治労報告まとめ）<http://ijimemental.web.fc2.com/sinnbunn17.3.8.pdf>（2025年8月23日閲覧）
- 14) Miyagawa A, Tanigawa K. Health and medical issues in the area affected by Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19 (1) : 144. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010144>
- 15) 日本公衆衛生協会/全国保健師長会：令和元年度 災害時の保健活動推進マニュアル。2020. https://www.nacphn.jp/02/saigai/pdf/manual_2019.pdf（2025年9月2日閲覧）

- 16) 田井中秀嗣, 織田肇, 中村清一, 田淵武夫, 野田哲朗, 三戸秀樹: 阪神淡路大震災における勤労者のストレス—家屋被害別にみた1年半後のストレス症状—. 産業衛生学雑誌40: 241 - 249.1998.
- 17) 高橋幸子, 桑原裕子, 松井豊: 東日本大震災で被災した自治体職員の急性ストレス反応. ストレス科学研究29: 60 - 67. 2014.
- 18) 高橋幸子, 桑原裕子, 松井豊: 復興業務に従事する自治体職員のメンタルヘルスの推移—東日本大震災の1年4か月後と2年4か月後の比較から—. 東洋大学21世紀ヒューマン・インタラクション・リサーチ・センター研究年報12: 67 - 73. 2015.
- 19) Suzuki Y, Fukasawa M, Obara A, Kim Y. :Mental health distress and related factors among prefectural public servants seven months after the great East Japan Earthquake. *J Epidemiol.* 24 (4) : 287-294.2014.
- 20) Sakuma A, Takahashi Y, Ueda I, Sato H, et al.: Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. *BMC Psychiatr.* 15:58 2015.
- 21) Fukasawa M, Suzuki Y, Obara A, Kim Y. Relationships between mental health distress and work-related factors among prefectural public servants two months after the Great East Japan Earthquake. *Int J Behav Med.* 22 (1) : 1-10. 2015.
- 22) Nagata K, Tateishi S, Mori K : A literature review of the health effects of workers responding to the Great East Japan Earthquake. *Environ Occup Health Practice* 2020;2 doi.org/10.1539/eohp.2020-0005-RA
- 23) World Health Organization (WHO) : A framework for mental health and psychosocial support in radiological and nuclear emergencies. 2020. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015456>
(前田正治、瀬藤乃理子(監訳): 放射線・原子力緊急事態における心のケアのためのフレームワーク https://www.fmu.ac.jp/education/medicine/department/d-kokoro/news/file/care_framework_v2.pdf) (2025年9月2日閲覧)

謝辞

本稿の調査・実践は、日本学術振興会科研費基盤C「原発事故影響下で支援者として働く人たちの複合的なあいまいな喪失体験とレジリエンス」(課題番号: 20K03393 主任研究者: 瀬藤乃理子) の助成を受けた。

**Proposal for a Multi-layered Support System Model
for Local Relief and Reconstruction Workers Post Nuclear Disaster
～ Lessons Learned from the Fukushima Disaster about Supporting Municipal Employees ～**

**Noriko SETOU¹⁾, Ikuko WATABE²⁾,
Mitsuaki KATAYANAGI²⁾, Toshihiro KANNO²⁾, Yoshito SHIODA²⁾, Yukiko MORI²⁾,
Kazuma YONEKURA³⁾, Hideki SATO⁴⁾, Yui TAKEBAYASHI⁴⁾, Masaharu MAEDA⁵⁾**

¹⁾ Hyogo Institute for Traumatic Stress

²⁾ Fukushima Mental Health Care Center

³⁾ Soma Regional Mental Health Care Center Nagomi

⁴⁾ Department of Disaster Psychiatry, Fukushima Medical University

⁵⁾ Fukushima Mental Health Welfare Centre

In the coastal areas of Fukushima Prefecture, which suffered significant impacts from the nuclear disaster during the Great East Japan Earthquake, exhaustion among local government employees responsible for reconstruction remained severe even more than ten years after the disaster. This paper reports on a survey of municipal employees in eight local governments in Futaba District, Fukushima Prefecture, revealing the state of their mental health. Based on these findings, it details the process of implementing interventions within the organization. Drawing lessons from the Fukushima disaster, we propose a “Multi-Layered Support Model for Local Relief and Reconstruction Workers.” This model emphasizes that nuclear disasters require anticipating a long-term recovery period. It advocates for securing budgets and establishing systems to support local municipal employees during the medium-to-long term post-disaster period.

Keywords: Nuclear disaster, municipal employees, support system model, Fukushima disaster

先達から学ぶ組織全体への トラウマインフォームドケア普及の求められる視点



酒井佐枝子

兵庫県こころのケアセンター

トラウマインフォームドケア (TIC: Trauma Informed Care) は、児童福祉領域における支援現場を安全な環境とするうえで重要な基本概念である。そのため、TIC に関する学びを深め、組織全体に定着させることが求められる。本研究は、組織全体への TIC 普及の在り方を検討することを目的に、組織全体として TIC 導入を実践した支援者や支援組織の取り組みを精査するため、半構造化面接調査を実施した。得られたインタビュー内容は逐語録として文字化し、質的分析を行った。その結果、組織全体として TIC 実践に求められる普及の在り方において、リーダー的役割の存在、年度をまたがる継続的かつ段階的、横断的な関与のもと、ケースに携わる多機関多職種とともに支援対象者とも共通理解を持ち続けるための工夫が求められることを明らかにした。

キーワード：トラウマインフォームドケア、支援組織、研修

I はじめに

近年、児童福祉領域の支援者を対象としたトラウマインフォームドケア (TIC: Trauma Informed Care) 研修の機会が増えている。TIC 研修を受講した支援者が、その後の実践でどのように研修内容を活かしているかを検証した研究¹⁾では、支援対象者への対応に活用するだけでなく、組織内での情報共有や上司への提案、ケース検討や研修機会の確保等を通して TIC を実践に結びつける試みがなされている。その一方で、研修受講後の課題として、トラウマの視点から物事を捉えることの組織内での抵抗や誤解、不安、業務量の多さと緊張する日常業務ゆえの組織全体として導入することの困難等が指摘され、組織全体への TIC の定着の難しさも示唆される。トラウマのある支援対象者に関わる際、支援者による支援対象者への再トラウマの可能性²⁾だけでなく、支援対象者のトラウマ体験に日常的に接することによる支援者の二次受傷等³⁾や支援組織への影響も念頭に置く

必要がある。支援組織全体で TIC の視点を取り入れた支援活動を展開し、TIC の風土を構築し、トラウマに対応できることは、支援対象者にとって有益であるばかりでなく、支援者のパフォーマンスやウェルビーイングの向上にもつながる。

しかし、TIC 普及に向けた研修の充実⁴⁾や教育動画教材の開発が進められている一方で、こうした研修・教育教材がどのように実践に適用され、組織全体への TIC 風土の構築に役に立っているかの検証は不十分だと言わざるを得ない。

そこで本研究は、組織全体への TIC 普及の在り方に関する手法を検討することを目的に、TIC 研修・教育動画教材等により学びを深めたのちに、組織全体として TIC 導入を実践した支援者や支援組織の取り組みを精査するための半構造化面接調査を計画した。児童福祉領域の支援者に提供された研修・教育教材、及び実践への適用を聴取し、本邦における TIC 実践に求められる普及の在り方を提言することを目指す。

II. 方法

II-1 対象と募集方法

研究協力の対象者として、

- ① 児童福祉領域における支援者であること
- ② TIC 研修を受講した経験があること
- ③ TIC を組織全体に普及するための実践を1年以上実施していること
- ④ 組織としての取り組みに関する複数の視点を
得るために、同一組織より本人を含む2名以上で研究協力者として参加していただくこと

を条件に、募集を行った。

研究協力対象者の募集は、当センターのホームページにおいて研究協力者の募集を2024年7月9日より10月31日まで行った。

II-2 調査方法とデータ収集の方法

半構造化面接による個別インタビューを、同意が得られた対象者に対し、ウェブ会議システム (zoom) を用いて研究責任者が実施した。個別インタビューは、実施者と対象者双方のプライバシーが確保される場所で行われた。インタビューは対象者の許可を得たうえで録音した。得られたインタビュー内容は逐語録として文字化し、質的内容の分析を行った。

II-3 期間

データ収集期間は2024年7月末から11月末であった。

II-4 調査項目

基本属性として、年齢、性別、職種、職位、職務にかかる資格、専門職としての経験年数等を聴取したうえで、これまでのTIC研修受講歴や教育教材活用歴について、それらを踏まえたTICに関する組織内での取り組みについて聴取した。

II-5 解析方法

個別インタビュー内容は逐語録として文字化し、テキスト型データ分析を行った。テキスト型 (文章型) データを計量的に分析するために開発されたプログラムであるKH Coder⁵⁾を用い、帰納的コーディングにより共通するコードからカテゴリおよびテーマの生成を行った。

II-4 倫理的配慮

研究協力者には、研究説明文を用いて、研究の目的と意義、方法のほか、研究参加の任意性、同意しない場合でも不利益を受けないこと、同意した後での研究協力撤回の保証、研究協力により生じる負担や予測されるリスク・利益に関する説明等、倫理的配慮について説明し、文書にて同意を得た。許可を得たうえで得た個別インタビューの録音データは、逐語録として文字化したが、その際に個人情報は一切入力しないこととした。

本研究は、兵庫県こころのケアセンター倫理委員会において承認を得て行った (倫理審査委員会承認番号6-1の2)。

III 結果

III-1. 基本属性

研究協力者は8名だった。男性4名、女性4名で、年齢は30代が2名、40代が2名、50代が4名、現在の職場における経験年数は1年から24年 (平均年数8.45、標準偏差8.96)、児童福祉領域における経験年数は10年から29年 (平均年数19.75、標準偏差8.53) であった。役職は、副施設長1名、部長1名、主査4名、チーフ1名、主任1名であった。有資格 (複数回答) は、公認心理師6名、臨床心理士3名、臨床発達心理士1名、児童心理司2名、児童福祉司1名、社会福祉士1名、保育士1名であった。

Ⅲ-2. 共起ネットワークの作成

抽出語間の関連性を検討するために、出現パターンの似通った語について共起関係を表す線で結んだネットワークで可視化する分析を行い、共起ネットワークを描いた。なお、分析にあたっては出現数による語の取捨選択に関して最小出現数を15に設定した。また、描画する共起関係の描画数は上位60語を対象とし、語同士のつながりを示す Jaccard 係数の値が0.2以上を対象とした。共起ネットワークの見方として、丸の大きさが語の出現頻度を表し、共起関係の強い語ほど太い線でつながっており、グループを形成する。

中心性の高い語がどのような文脈で用いられ、グループを形成しているかを検討するために、その語の前後の文脈を一覧表示する Key Word In Context を分析し、つながりの強い部分ごとにグループ分けされた話題を抽出した。大きく10のグループに分類された。それぞれ中心性の高い語を中心につながるグループにつ

いてどのような文脈でそのほかの語とつながり、用いられていたかをもとに各つながりの命名を表2に示す。

表中の番号は、共起ネットワーク（図1）に示したグループ番号と一致する。

①は、最も多くの語がつながりを形成したグループであり、その中心に「子ども」と「トラウマ」がある。研修等を通して TIC を学び、それを実践に適用することで、トラウマの視点でものごとを見ることで得られた様々な変化について語られた。支援対象者への理解の深まりやつながり、アセスメントへの活用といった具体的実践に活かしていく様子が語られるとともに、こうした視点が支援対象者への実践を通して支援内容や職種を超えて共有されていく様子も語られた。加えて、組織内の人員の動機づけを高めながら、所内研修や継続研修を展開していく工夫についても語られた。その一方で、リーダーシップをとる立場としてどのように TIC を浸透させていくかを考える役割ゆえの苦悩も

表2 共起ネットワークから導かれたつながりのグループの命名

| | つながりの命名 | 抽出語 |
|---|-------------------------------------|--|
| | 「トラウマの視点で見ることで生じた変化」 | トラウマ / 視点 / 感じる / 見る |
| | 「トラウマの影響をもとに考えることによる関わりの変化を考える立場」 | トラウマ / 影響 / 関わる / 考える / 立場 |
| ① | 「TIC 研修の受講とその後」 | トラウマ / 受ける / 研修 / TIC |
| | 「職種、経験年数、サポート (SV) 体制等による知識の浸透の違い」 | トラウマ / 持つ / 知識 / 違う |
| | 「子ども理解の視点とそれを説明し、支援に結びつける難しさ」 | 子ども / できる / 理解 / 説明 / 支援 |
| | 「一時保護所を含めた職員全体の“行動と反応の関係”への理解」 | 子ども / 行動 / 反応 / 職員 / 一時保護 |
| ② | 「支援対象者や支援関係者との TIC の視点の共有」 | 保護者 / 先生 / 聞く / 話 / 出る |
| ③ | 「共通言語の獲得：トラウマのメガネをかける」 | 眼鏡 / かける |
| ④ | 「支援者自身の振り返り」（関わり、気持ち、組織としての方向性） | 自分 / 自身 |
| ⑤ | 「上位組織（県全体等）も統合した心理職全体で共通認識を持つための工夫」 | 心理 / アセスメント / TF-CBT / 最初 / メンバー / センター / 研究 / グループ / 企画 |
| ⑥ | 「関係の変化」 | 変わる / 関係 |
| ⑦ | 「担当ケースに限定される取り組み」 | 担当 / ケース |
| ⑧ | 「他職種（ワーカー）やケースワークに取り入れる難しさ」 | ワーカーさん / ケースワーク |
| ⑨ | 「組織として取り組むことの大事さと視点のシフト」 | 大事 / 組織 / 関わり / 気持ち / やってくる / 大きい |
| ⑩ | 「環境を作る」 | 環境 / 作る |

語られた。例えば、支援対象者の生活への支援を展開する支援者のトラウマへの影響に対するアプローチや、支援者が受けたトラウマに対する組織的取り組み、職種や経験年数、サポート体制の違いや異動のある環境下で TIC をどのように継続するかといったことに対する困難などがあげられた。

②は、支援対象者や支援における関係機関と TIC の視点を共有することの実感についてである。幼稚園教諭や養護施設、ワーカー等とトラウマの視点から支援者を理解する際に、意識し続けることの必要性やこれまでの支援を否定しない形で共有することの難しさが語られた。

③は、トラウマの視点からものごとをとらえる際に、「トラウマのメガネをかける」という呼びかけを用いることで、共通言語の獲得が可能となることについて語られた内容がグループをなした。

④は、支援者自身の振り返りに関連する内容から構成され、自分自身のこととして失敗体験も含めてふりかえり話すことで、気持ちの共有や関わりの変化がみられたこと、TIC を特別なこととしてとらえるのではなく、組織としての方向性として業務の礎となりうることに关する言及がみられた。

⑤は、TIC 導入の際、アセスメントを入口にすることで実践に適用しやすく、またアセスメント結果を共有することを通して心理職全体に TIC を浸透させることができたこと、研修に参加するだけでなく、企画する立場となることでその意味を考え、職場全体への啓発につながる内容が語られた。

⑥は、TIC の学びを通して、支援対象者との関係性の変化が実感として体験されたことや、繰り返しの研修等での学びの機会の重要性に関する言及であった。

⑦は、個人レベルでの TIC の実践では、担当ケースでの取り組みに限定されがちであること、年度初めに TIC に関する指針を示すこと

の必要性について言及された。

⑧では、多職種への TIC の説明は行っているが、それをどのように深め、各職種の役割や支援方針と TIC を折り合いをつけて実践するかに関しての難しさがあることが語られた。

⑨では、組織として取り組むことの大事さと、これまでの支援の視点をシフトさせるための工夫について語られた。TIC を取り入れる際には、組織の長や責任者のリーダーシップが重要となってくることや、安全・安心について組織として考えることの必要性が語られた。

⑩では、安全・安心な環境を大人が構築することの必要性について語られた。

IV 考察

IV-1. 研究協力者の属性について

本研究は、TIC を組織全体に普及するための実践を 1 年以上実施していることを研究協力参加の条件とした。研究協力としてエントリーした研究協力者は、児童福祉領域における経験年数も 10 年以上であり、また中間管理職以上の立場の者が、組織内に TIC を導入・実践するためのリーダーシップを発揮していることがわかった。加えて、本研究における研究協力者の職種として心理部門における支援者が多く占めた。TIC 研修の受講者は、心理系支援者が多い傾向にある⁶⁾ことから、持ち帰った研修内容をこうした支援者が職場内に伝達していることが示唆されるとともに、支援対象者への心理的支援を提供するうえで TIC をもとに実践する必要性を認識していることが示唆される。

IV-2. 共起ネットワークからわかること

本研究は、TIC 研修受講歴、およびそれらを踏まえた TIC に関する組織内での取り組みについて聴取し、本邦における TIC 実践に求められる普及の在り方を提言することを目的とした。

共起ネットワークによる逐語録の分析結果から示唆される組織全体としてTIC導入を実践するうえで求められる点として、以下の10点：「Ⅰ．リーダーの存在」、「Ⅱ．職種内での周知と組織全体での共通認識」、「Ⅲ．多職種への展開と連携」、「Ⅳ．年間計画と施行」、「Ⅴ．アセスメントの視点」、「Ⅵ．支援対象者への心理教育としての展開」、「Ⅶ．具体的実践への落とし込み」、「Ⅷ．変化の認識と共有」、「Ⅸ．支援者自身の振り返り」、「Ⅹ．環境構築」にまとめられる。

TICは「逆境体験やトラウマなど、こころのケガにつながる体験をした人への理解と思いやりある環境を、科学的知見により得た知識を通して構築する基本概念⁷⁾」である。したがって、トラウマとその影響に関する理解が徹底され、支援対象者の環境を安全なものとするには、支援に携わる関係者・関係機関全体でTICを構築することが求められる。TIC研修を通じた学びは、組織内の伝達研修や回覧等を通して伝達され、そしてTICの必要性を認識するTIC先導者が組織内での周知・実践への導入を促進する役割を担う。本研究における研究協力者はいずれも組織内でのTIC先導者として、どのようにTICを根付かせるか計画し、賛同する仲間や同じ職種内での学習会等の小規模な形を経て段階的に組織的な取り組みへと発展させていく、あるいは組織内全員が参加できる形で所内TIC研修を計画実施する形をとっていることが特徴として浮かび上がってきた。そうした意味においてTIC普及を担う中心的役割としての「Ⅰ．リーダーの存在」は不可欠であることが示唆される。こうしたリーダーを中心に、「Ⅱ．職種内での周知と組織全体での共通認識」へと広がっていく。そして、支援対象者に関わる他職種や連携機関とも共通言語をもとに共通理解をはかるために、児童福祉司や一時保護所職員、保育士等に対して研修等への呼びかけを通してTICの波紋を広げていく様子が語られた。こうした「Ⅲ．多職種への展開と連携」

を含むプロセスを通して、支援対象者のとらえ方が変化し、支援対象者との関係性も変化していくこと、共通言語で語ることで支援者間のケース検討がスムーズに進むといった利点が語られた。加えてTICという共通の指針を持つことによる組織としての凝集性についても語られ、TIC実践の年数を経ることを通じたTICを基盤とする支援対象者および支援者同士の関係性の構築という肯定的変化をもたらしていることがわかった。

もちろん、こうしたプロセスの進行度合いや知識の浸透の違いは、職種や経験年数、TICの取組に対するサポート体制の有無により異なることも指摘された。こうした展開は一朝一夕に達成されることではない。TICをどのように実践に適用するかのわからなさや困難、これまでのやり方を否定されたかのように感じるゆえの抵抗、TICは支援対象者への心理的支援を行う心理職に求められるものでありケースワークにどう取り入れるかはわからない等といった雰囲気も、導入当初みられたことが同時に語られた。こうした抵抗や混乱、困難は当然生じるものとして丁寧に聞き取り、どこからその抵抗は生じているかを知識とともに実感を通して受け止めることが求められる⁸⁾。TICという新しい基本指針に触れること自体が、これまでよりどころとしてきた専門性をもとにした解釈や信念を揺さぶる“脅威的な出来事”となりうる可能性がある⁸⁾。脅威に遭遇したときに自身がとる防衛反応として、戦う・逃げる・凍り付く・迎合するといったことは当然生じることである。TIC導入は、支援者自身の安全・安心が守られる中で行われることは大前提といえる。したがってTICに触れることにより、支援者に何が生じるかに関する科学的知識をもとにした理解を、支援者個人だけでなく、組織全体に生じることとして、トラウマの視点から「トラウマのメガネ」をかけて全体で認識することは、TICを導入する組織においてモニタリン

グする必要があるプロセスといえよう。こうした点から、組織全体として取り組むことが重要といえ、そのための「トラウマのメガネをかける」という共通言語の獲得が求められる。「I. リーダーの存在」は、TIC 実践に向けた年間計画と施行といった管理先導的役割だけでなく、こうした困難を認識し、その障壁を取り除くためにできる実践について、組織内で真摯に話し合える風土を構築するうえで欠かせない。仲間の話に耳を傾け、自身の失敗体験をもとに、生じている事象で何が起きているかを「トラウマのメガネ」をかけて共にふりかえる。権威主義に陥ることなく、適切なリーダーシップに基づいた前向きな話し合いと提案⁸⁾を行える「I. リーダーの存在」は、TIC が環境として根付くうえで必須の土壌である。本研究では、同一組織内から2名以上の研究協力者に協力いただいた。リーダー的役割を担う研究協力者以外の研究協力者からの聴取においても、こうしたリーダー的役割を担う者の熱意と適切なリーダーシップが良い循環を生んでいることが語られた。

TIC を組織的に展開する上で欠かせないのが、「IV. 年間計画と施行」であった。新任研修の一環として毎年 TIC 研修を実施することや、昨年度の学びに応じたスキルアップのための継続研修や学習会を実施すること、多職種に広げるための研修形態の工夫、外部の専門家との定期的なケースカンファレンス、研究実施等の工夫が語られた。加えて、研修や学びの企画を担当制にすることで主体的に活動することを奨励し、TIC の根付きと共通認識を促進する工夫も語られた。研修機会を単発的な学びで終わらせることなく、こうした年度をまたがる継続的、かつ段階的、横断的な TIC 実践は上席の理解と決断、予算の獲得、各年度における成果の公表等、様々な工夫がなされることで可能となっていた。

アセスメントに TIC の視点を取り入れるこ

との重要性は、多くの研究協力者が語った点であった（「V. アセスメントの視点」）。ケースを見立て、支援の方向性を決めるうえで、アセスメントは重要な指針を示す。子どものトラウマ治療のゴールデンスタンダードであるトラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT: Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy）に関する言及も見られたが、この治療法にはトラウマの視点から症状を理解するための心理教育や、症状への対処スキルとしてのリラクゼーションや感情調整、認知的なコーピングスキルといった段階が含まれており、こうした内容が TIC の視点そのものであることに起因する。心理教育は、支援対象者と TIC を共有する最も有効な方法であり、支援対象者自身に起きていることを「トラウマの視点」から認識することで、よりよい対処方略を支援者と支援対象者がともに安全に見出すことが可能となる。「トラウマの視点」から適切なタイミングでアセスメントと心理教育が行われることで、支援対象者の再トラウマが予防されるとともに、「VI. 支援対象者への心理教育としての展開」がしやすくなる。こうした当事者自身が自分について知り、どのような対応の選択肢があるかについて主体的に選択できる話し合いは、トラウマインフォームドなアプローチにおける主要原則として重視される協働と相互性にあたる²⁾。子ども理解の視点として TIC を用い、支援に結びつけることやケースマネジメントを行う難しさが語られる一方で、担当ケースでの取り組みに限定されるものの、こうした視点の「VII. 具体的実践への落とし込み」を通して、子どもの言動への理解の深まり、つながりの変化など捉え方が変化し、良好な関係性へと移行する実感も語られた。そして同じ職種内だけでなく、組織内の職種をまたいだ取り組みや関係機関も巻き込んだ様々な取り組みを通して、困難だけでなく肯定的な「VIII. 変化の認識と共有」が語られた。これは「IX. 支援者自身の振り返

り」、すなわち支援者自身が支援対象者や支援関係者との関わりについての変化や自身の気持ちの変化、組織としての方向性に対する認識を意識する機会が増えることを通して、実態としての変化に結びついていることが示唆された。支援者は子どもの環境そのものである⁹⁾。特に一時保護等子どもの養育環境の変化に伴う措置を行うことがある児童福祉領域においては、子どもの安全・安心が保証される環境を構築することは不可欠といえる。組織全体としてTICを普及する上で、TICを柱とした「X.環境構築」は必須といえる。

V 今後の課題

本研究は、限られた研究協力者の逐語録を元に、組織的なTIC普及に求められる有り様を検討したものであることから、一般化することはできない。しかし、本研究協力者は、本邦において先駆的にTICを組織全体あるいは都道府県内に普及させる取り組みを行っている先導者であり、革新的な取り組みが良い循環を生んでいる好例といえる。こうした実践の展開が行われている取り組みについて、その実態と課題を今後も研究として蓄積し、本邦におけるTIC実践に求められる普及のあり方をより洗練させていくことが求められる。

引用文献

- 1) 酒井佐枝子, 亀岡智美, 加藤寛, “トラウマインフォームドケアの普及に関する研究—支援者及び支援組織の安全・安心な環境構築に求められる視点とは— (第3報),” *兵庫県こころのケアセンター研究報告書—令和4年度版—*, pp. 77-89, 2023.
- 2) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA’s *concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach.*, S. A. a. M. H. S. Administration, 編, HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD, 2014.
- 3) 酒井佐枝子, S. Bloom, 支援者が抱える課題とトラウマインフォームドケア導入の工夫, *日本子ども虐待防止学会第25回学術集会抄録集*, 62, 2019.
- 4) 酒井佐枝子, 亀岡智美, 加藤寛, “トラウマインフォームドケアの普及に関する研究—支援者及び支援組織の安全・安心な環境構築に求められる視点とは— (第2報),” *兵庫県こころのケアセンター研究報告書—令和3年度版—*, pp. 95-111, 2022.
- 5) 樋口耕一, “テキスト型データの計量的分析—2つのアプローチの峻別と統合,” 第 19巻, 第 1, 2004.
- 6) 酒井佐枝子・亀岡智美・加藤寛, “トラウマインフォームドケアの普及に関する研究—支援者及び支援組織の安全・安心な環境構築に求められる視点とは—,” *こころのケアセンター研究報告書*, pp. 95-111, 2021.
- 7) 酒井佐枝子, “トラウマインフォームドケア—トラウマの視点から環境を創る—,” *臨床精神医学*, 第 54巻, 第 1, pp. 11-18, 2025.
- 8) S. L. Bloom, B. Farragher, *Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-informed Systems of Care*, Oxford University Press, 2013.
- 9) 酒井佐枝子, “トラウマインフォームドケア (TIC) の視点で考えるコロナ禍の子どもとその家庭のこころの健康,” *保健師ジャーナル* 78 (2), pp. 128-133, 2019.

Learning from Pioneers on perspectives Needed for Promoting Trauma-Informed Care Throughout Organizations

Saeko SAKAI

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Trauma-Informed Care (TIC) is a fundamental concept essential for creating safe environment in child welfare support settings. Therefore, deepening understanding of TIC and embedding it throughout the entire organization is required. This study conducted semi-structured interviews to examine approaches for disseminating TIC throughout organizations. The interviews scrutinized the efforts of support providers and organizations that implemented TIC as a whole. The interview content was transcribed verbatim and subjected to qualitative analysis. As a result, it became clear that for the dissemination of TIC practices required across the entire organization, it is essential to establish a leadership role. In addition, continuous, phased, and cross-cutting involvement spanning multiple fiscal years, working alongside the multi-agency, multi-disciplinary teams handling cases and the individuals receiving support are critical. It is crucial to devise strategies to maintain a shared understanding among all parties involved.

Keyword: trauma informed care, support organization, training

トラウマ焦点化治療が 睡眠症状の改善に及ぼす影響に関する文献研究



柿木慎吾

兵庫県こころのケアセンター

心的外傷後ストレス障害（PTSD）の症状の中には睡眠に関する問題が含まれており、このことはクライアントの生活の質を低下させるだけでなく、記憶を定着させるプロセスの妨げとなりうる。本研究の目的は、トラウマ焦点化治療が睡眠症状あるいは、より全般的な睡眠の質や量をどの程度改善したのかに関して先行研究のレビューを行い、介入ごとの効果の違いや補助的介入の必要性を明らかにすることであった。本研究の結果、トラウマ焦点化治療は睡眠症状を改善しており、PTSD 症状の改善とも相関が見られたが、その多くが寛解には至っていなかった。睡眠の評価に関しては、標準化された尺度による主観的な評価が多かったため、今後は客観的な計測も必要と考えられる。また、治療前後だけでなく、治療を受けた晩の睡眠の質の評価も今後はなされるべきであろう。

キーワード：PTSD、睡眠障害、不眠症、トラウマ焦点化治療

I. はじめに

米国精神医学会の発刊している『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版』によると、心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder：PTSD）の症状の中には、悪夢や睡眠障害といった睡眠に関するものが含まれている¹⁾。これらの症状は、クライアントの生活の質の低下のみならず、日中に起きた出来事を記憶として定着させるプロセスの妨げにもなりうる。とくに、レム睡眠は宣言的記憶の固定化に寄与すると言われているが²⁾、PTSD 患者ではレム睡眠が断片的でかつ持続時間が短いという報告があり³⁾、このことがPTSD 症状の維持に繋がると考えられる。

現在、PTSD に対する適用が推奨されている心理療法には、眼球運動による脱感作と再処理法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：EMDR）、持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure：PE）、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー（Narrative

Exposure Therapy：NET）、認知療法（Cognitive Therapy：CT）、認知処理療法（Cognitive Processing Therapy：CPT）などがある⁴⁾。これらの心理療法のうち、EMDR はその治療メカニズムが睡眠と関連しうると言われている⁵⁾。

EMDR の特徴である眼球運動は、レム睡眠時と同様の記憶処理状態を脳内で作り出す役割を担っているという仮説があり、眼球運動によって、トラウマとなったエピソード記憶を皮質の意味記憶ネットワークへ統合するプロセスが促進されと考えられている⁶⁾。PTSD 患者を対象に睡眠ポリグラフ検査（Polysomnography：PSG）を実施した研究では、EMDR によってPTSD 症状、不安症状、抑うつ症状が有意に改善し、睡眠の質も向上したことが報告されている^{7,8)}。

このように、EMDR はその作用機序や治療効果から見て睡眠との関連が明白であるが、このことが、他のトラウマ焦点化治療と比べたときの睡眠症状の改善にとって利点となるのかは

定かでない。本研究の目的は、治療ガイドラインで推奨されているトラウマ焦点化治療が、PTSD 症状に含まれる睡眠症状あるいは、より全般的な睡眠の質や量をどの程度改善したのかに関して先行研究のレビューを行い、介入ごとの効果の違いや補助的介入の必要性について整理することである。

II. 方法

文献収集は、CiNii, J-STAGE, PubMed で行った。検索語は“PTSD”, “睡眠障害”, “sleep disturbance”に“眼球運動による脱感作と再処理法”, “持続エクスポージャー療法”, “ナラティブ・エクスポージャー・セラピー”, “認知療法”, “認知処理療法”, “eye movement desensitization and reprocessing”, “prolonged exposure”, “narrative exposure therapy”, “cognitive therapy”, “cognitive processing therapy”, をそれぞれ組み合わせた。検索日は、2024年12月24日であった。検索でヒットした論文は全部で39本あり、このうち重複している文献が2本あったため除外した。また、研究デザインあるいはプロトコルのみを報告している文献5本を除外した。その後、内容を精査し、調査研究を行っている文献1本と調査や介入を行っていない文献2本、睡眠の前後比較を行っていない5本を除外した。最終的に残った24本を、本研究におけるレビューの対象とした。

III. 結果

24本の研究の概要を表1に示した。介入別の研究数は、EMDRが2本^{9,10}、PEが8本^{11,12,13,14,15,16,17,18}、NETが1本¹⁹、CTが2本^{20,21}、CPTが9本^{22,24,26,27,28,29,30,31,32}であった。また、2本の研究^{23,25}がPEとCPTの比較を行っていた。

睡眠の評価は、Clinician Administrated

PTSD Scale (CAPS)^{9,16,21,24,25}、PTSD Checklist (PCL)²⁹、Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)²¹などのPTSD症状の評価に用いられる検査の中から抜粋している研究が散見されたが、多くの研究ではInsomnia Severity Index (ISI)^{12,13,15,17,18,19,24,28,30,31,32}やPittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)^{10,18,19,23,24,25}といった不眠症状や睡眠の質を評価するための標準化された尺度が用いられていた。その他には、睡眠日誌^{12,13,14,18,26}やアクチグラフィ^{12,13,22,26}による睡眠時間、在床時間、入眠後覚醒時間などの記録、PSG¹⁰による計測が行われていた。

介入別で見ると、EMDRは睡眠症状を有意に減少させていたが⁹、PSQIでは平均値がカットオフ値を依然として上回っており、PSGではレム睡眠量が増加していた¹⁰。PEは単体で実施されたもの以外にも、不眠症への認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy for Insomnia : CBT-I) を組み合わせたもの^{12,14,18}、イメージリハーサルを組み合わせたもの¹⁸、実施頻度を変更しているもの¹⁷があり、多くの研究で睡眠症状の改善が見られたが、寛解 (ISIで“不眠症状なし”と判定、もしくはPSQIでカットオフ値を下回る) には至っていなかった。NETは、介入から2週間後のフォローアップでは睡眠症状が僅かに残存していたが、6ヶ月後のフォローアップでは、ISIにおいて不眠症状なし、PSQIにおいてカットオフ値を下回る結果となっていた¹⁹。CTは、介入後の睡眠の質と睡眠時間を有意に増加させていた^{20,21}。CAPSとPDSに含まれる睡眠症状の改善に関しては、支持的精神療法よりも効果的であった²¹。CPTもPEと同様に様々な実施形態があった。とくに催眠やCBT-Iは睡眠症状の改善に有効であり^{22,24,28,31}、CBT-Iに関してはCPTの前よりも後に実施した方がより効果的であった³¹。CPT単体での効果に関しては、効果のあるもの^{23,25,27,29}とないもの²⁶に分かれていた。

表1. 本研究におけるレビューの対象となった文献の概要

| 著者 (出版年) | 対象者 | 群分け | 睡眠の評価 | 結果 |
|---|------------------------|--|---|---|
| Gielkens et al. (2024) ⁹⁹ | 60歳以上のPTSD患者 | EMDR | CAPSの該当項目 | EMDR後に睡眠時間が有意に改善した。幼少期の外傷体験の多さや治療前のPTSD症状の重症度が、睡眠時間の短さと関連していた。 |
| Rousseau et al. (2021) ¹⁰⁰ | 戦闘関連のPTSDを発症した兵士 | 臨床群 (EMDR群) 健常群 | PSG PSQI PSQI-A | EMDRは睡眠の質を改善した。治療後の睡眠時間および睡眠の量の増加した。治療後のPSQI平均値はカットオフ値を僅かに上回っていた。 |
| Brownlow et al. (2016) ¹¹¹ | 性被害に遭った13歳から18歳までの女性 | PE-A クライアント中心療法 | CPSS-Iの該当項目 | いずれの介入も不眠症状と悪夢を有意に改善したが、PE-Aの方が改善が顕著であった。 |
| Colvonen et al. (2019) ¹²² | 退役軍人 | CBT-I+PE | ISI 睡眠日誌 アクチグラフィ | 介入により不眠症状が改善した。睡眠効率と睡眠時間は、主観的指標と客観的指標のいずれにおいても有意に増加した。介入後、不眠前段階まで改善した。 |
| Colvonen et al. (2020) ¹³³ | PTSDとアルコール依存症が併存した退役軍人 | 統合的PE シーキング・セーフティ | ISI 睡眠日誌 アクチグラフィ | いずれの介入も不眠症状および、主観的・客観的指標のいくつかの項目で改善が見られた。介入後、ISI平均値は不眠前段階まで改善した。 |
| Hunt et al. (2023) ¹⁴⁴ | 退役軍人 | CBT-I+PE | 睡眠日誌 | 睡眠効率はCBT-I後に増加し、睡眠時間はPEが開始してからも増加しつづけた。睡眠効率が良いほど、次のセッション時の苦痛度やPTSD症状は減少していた。 |
| Peck et al. (2018) ¹⁵⁵ | アルコール依存症とPTSDの診断がある成人 | 修正版PE | ISI | PEにより不眠症状は有意に減少し、治療後のISI平均値は不眠前段階まで改善した。 |
| Schnurr & Lunney (2019) ¹⁶⁶ | 女性の退役軍人と兵士 | PE 現在中心療法 | CAPSの該当項目 | いずれの介入も、悪夢や入眠困難を改善しなかった。PTSD寛解群は非寛解群よりも、これらの症状が改善していた。 |
| Taylor et al. (2024) ¹⁷⁷ | 現役の軍人 | 毎週or隔週のPE 毎日のPE 現在中心療法 最小限の通話 | 睡眠の時間と質 ESS ISI STOP TRNS | 不眠症状は、毎日PEを行った群でのみ有意な改善が見られたが、治療後も中程度の不眠症状が残存した。PTSDが寛解した者はそうでなかった者に比べて、不眠症状や悪夢などいくつかの項目が有意に改善していた。 |
| Walters et al. (2020) ¹⁸⁸ | 退役軍人と現役の軍人 | PE+IRT/CBT-I PE+ 支持的療法 | 睡眠日誌 ISI PSQI | PEは睡眠効率を変化させず、IRTは睡眠効率を僅かに増加させた。CBT-Iは支持的療法よりも睡眠効率を増加させた。PSQI平均値はカットオフ値を上回っていた。 |
| Park et al. (2019) ¹⁹⁹ | 16歳から24歳までの北朝鮮難民 | NET 通常の治療 | ISI PSQI | NETは不眠症状を改善し、睡眠の質を向上させた。6ヶ月後のフォローアップでは、睡眠症状が寛解していた。 |
| Lommen et al. (2016) ²⁰⁰ | 成人のPTSD患者 | CT-PTSD | 睡眠時間 睡眠の質 (0から100) | 介入により睡眠時間および睡眠の質が増加した。これらは、PTSD症状の改善と関連していた。 |
| Woodward et al. (2017) ²¹¹ | 成人のPTSD患者 | 毎日のCT-PTSD 通常のCT-PTSD 支持的療法 待機群 | 睡眠時間 睡眠の質 (0から100) CAPS, PDSの該当項目 | CTは支持的療法に比べて睡眠症状を改善し、睡眠時間と睡眠の質を向上させた。毎日のCT-PTSDは、3週間目の時点で通常のCT-PTSDよりも睡眠時間が有意に長かった。 |
| Arditte Hall et al. (2021) ²²² | 対人関係における暴力を受けた女性 サバイバー | 症状のモニタリング +CPT 催眠+CPT | アクチグラフィ | 催眠を受けた群は受けなかった群よりも介入後の睡眠潜時が有意に短かった。CPTは睡眠を改善しなかった。 |
| Galovski et al. (2009) ²³³ | 成人の女性レイプサバイバー | CPT PE | PSQI | CPTとPEはいずれも睡眠の質を高め、介入間で効果に差は見られなかった。 |
| Galovski et al. (2016) ²⁴⁴ | 対人関係における暴力を受けた女性 サバイバー | 症状のモニタリング +CPT 催眠+CPT | CAPSの該当項目 ISI PSQI | 催眠は症状のモニタリングに比べて有意に睡眠を改善した。睡眠の改善はPTSD症状の改善と関連していた。治療後のPSQI平均値はカットオフ値を上回っていた。 |
| Gutner et al. (2013) ²⁵⁵ | 女性のレイプ被害者 | CPT PE | CAPSの該当項目 PSQI | CPTとPEはいずれも不眠症状と悪夢を改善した。PSQIにおいても改善が見られたが、寛解には至らなかった。 |
| Haynes et al. (2020) ²⁶⁶ | 退役軍人 | CPT | Duke SIS 睡眠日誌 アクチグラフィ | 睡眠日誌とアクチグラフィのいずれにおいても、CPTの効果量は無視できるほど小さかった。PTSD症状が改善していた者ほど、総睡眠時間が短くなっていた。 |
| Holder et al. (2020) ²⁷⁷ | 軍での性的トラウマがある退役軍人 | CPT | QIDS-SR16 | 介入後、睡眠症状の有意な改善が見られたが、寛解には至らなかった。PTSD症状と睡眠症状の改善は関連していた。 |
| Pigeon et al. (2022) ²⁸⁸ | 対人間の暴力被害者 | CBT-I+CPT 統制+CPT | ISI | CBT-Iを実施した群の方が不眠症状は有意に改善していた。介入後のISI平均値は不眠前段階まで改善した。 |
| Pruiksma et al. (2016) ²⁹⁹ | 米国兵 | CPT-C 現在中心療法 | PCL-Sの該当項目 | CPT-Cは不眠症状の改善がフォローアップまで維持しており、悪夢は1年後のフォローアップで報告が減少した。 |
| Pruiksma et al. (2023) ³⁰⁰ | 米国兵 | 個人でのCPT 集団でのCPT | ESS ISI STOP TRNS | 介入後、不眠症状、悪夢、日中の眠気は有意に改善したが、症状は残存したままであった。日中の眠気がある者や睡眠時無呼吸症候群の可能性のある者には、集団よりも個別のCPTが推奨される。 |
| Taylor et al. (2023) ³¹¹ | 現役もしくは退役軍人 | CBT-I&N+CPT CPT+CBT-I&N CPTのみ | ISI SCISD 睡眠効率・悪夢 | CBT-I&Nを実施した群では睡眠症状が有意に改善した。この介入はCPTの後に行った方が、前に行うよりもPTSD症状の改善や睡眠効率の向上に効果的であった。 |
| Zalta et al. (2020) ³²² | 退役軍人 | 複合的なCPT | ISI | 不眠症状は減少したが、ISIの平均値は高かった。睡眠の改善はPTSD症状や抑うつ症状の改善と関連していた。 |

Notes: CAPS = Clinician Adminstrated PTSD Scale; CBT-I = Cognitive Behavior Therapy for Insomnia; CBT-I & N = Cognitive Behavior Therapy for Insomnia & Nightmare; CPSS-I = Child PTSD Symptom Scale -Interview; CPT-C = Cognitive Processing Therapy-Cognitive Only Version; CT-PTSD = Cognitive Therapy for PTSD; Duke SIS; Duke Structured Sleep Interview for Sleep Disorders; ESS = Epworth Sleepiness Scale; IRT = Imagery Rehearsal Therapy; ISI = Insomnia Severity Index; PCL-S = PTSD Checklist-Stress Specific Version; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; PE-A = Prolonged Exposure-Adolescents; PSG = Polysomnography; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI-A = Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for PTSD; QIDS-SR16 = The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report 16 item Version; SCISD = Structured Clinical Interview for DSM-5 Sleep Disorders module; STOP = Snoring, Tired, Observed, Blood Pressure; TRNS = Trauma-Related Nightmare Survey

IV. 考察

本研究の結果、睡眠症状の改善はPTSD症状の改善と関連していることが明らかになった。一方で、ほとんどのトラウマ焦点化治療は不眠症状や睡眠の質を改善はするものの、ISIは良くても不眠前段階、PSQIはカットオフ値を超えているものがほとんどであった。

唯一NETのみが、フォローアップにおいてISIでは不眠症状なしと判定され、PSQIではカットオフ値を下回っていた。なぜNETのみでこのような結果となったのかは定かではないが、筆者らは、不眠症状の改善がPTSD症状や抑うつ症状の改善に付随したものであることを示唆している¹⁹⁾。また、今回のレビューにおいてNETだけが唯一、難民を対象にしていたというサンプルの違いも挙げることができる。境界性パーソナリティ障害とPTSDを併存している者に対してNETを行った研究では、介入によりPTSD症状は改善したものの、PSQIはカットオフ値を上回っていたことが報告されている³³⁾。

PTSDに対するCTは、睡眠の質や睡眠時間を増加させた。しかし、これらの結果はISIやPSQIといった標準化された尺度による主観的評価、あるいはPSGやアクチグラフィといった客観的評価によるものではないため、今後はこれらの評価方法が用いられることが望まれる。

PEやCPTは単体でも睡眠症状を改善していたが、CBT-Iや催眠を組み合わせている研究においても睡眠症状の改善が見られた。とくに、CBT-IはPEやCPTと組み合わせることで、ISIが不眠前段階まで改善した。メタアナリシスでは、CBT-IがPTSD患者だけでなく、アルコール依存症患者やうつ病患者の不眠症改善にも効果的であることが示されている³⁴⁾。ネットワーク・メタアナリシスでは、CBT-Iが薬物療法と同様に睡眠の質の改善や睡眠時間の増加

に効果的であることが報告されている。一方で催眠は、睡眠の質の改善に関してはプラセボと大差なく、CBT-Iよりも劣っていた³⁵⁾。

今回レビューの対象となった文献の中で、EMDRだけが唯一PSGを計測していた。その治療前後の比較ではレム睡眠の量が有意に増加しており、このことは冒頭でも述べた通り、EMDRの治療メカニズムがレム睡眠と関連することを示唆していた。EMDRにより脳がレム睡眠様状態へ移行することの利点は、より遠くで、予想外で、潜在的に創造的な連想が起こることであると言われているが⁵⁾、これは一つのイメージに集中し続けるPEのような曝露療法とは対極的である。そのため、PTSD症状の改善と連想量の相関について、EMDRは正の相関を示すのに対して、曝露療法は負の相関を示すのではないかと考えられている⁶⁾。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究ではレビューの対象として、国際的な治療ガイドラインで認められているトラウマ焦点化治療を選択したが、全体的に研究数は少なく、介入によって研究数に差が見られたことである。第二に、多くの研究がISIやPSQIといった標準化された尺度による主観的評価のみを行っており、PSGやアクチグラフィを用いた客観的なデータが少なかったことである。第三に、治療の開始前と終了後の比較を行っている研究が大半を占めていたため、睡眠症状の改善がPTSD症状の改善に先行するものであるのか否かが十分に議論できていないということである。第四に、本研究では薬物療法を含んでおらず、心理療法と薬物療法の比較や、両者を組み合わせた場合の効果については検討できていないということである。今後は、治療を受けた晩の睡眠の質に関する客観的な評価も必要だろう。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association. (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, DSM-5*). Washington DC. 2013.
- 2) Stickgold R. Sleep-dependent memory consolidation. *Nature*. 2005; 437 (27) : 1272-1278.
- 3) Mellman TA, Bustamante V, Fins AI, Pigeon WR, Nolan B. REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159 (10) : 1696-1701.
- 4) World Health Organization. (*Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*). 2013.
- 5) Shapiro F. (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures, 3rd Edition.*) New York: Guilford Press. 2018.
- 6) Stickgold R. Sleep-dependent memory processing and EMDR action. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2008; 2 (4) : 289-299.
- 7) Raboni MR, Tufik S, Suchecki D. Treatment of PTSD by eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006; 1071 (1) : 508-513.
- 8) Raboni MR, Alonso FFD, Tufik S, Suchecki D. Improvement of mood and sleep alterations in posttraumatic stress disorder patients by eye movement desensitization and reprocessing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2014; 8: 209.
- 9) Gielkens EMJ, Rossi G, van Alphen SPJ, Sobczak S. A first exploration: Can eye movement desensitization and reprocessing improve cognition in older adults with posttraumatic stress disorder? *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2024; 37 (3) : 206-221.
- 10) Rousseau PF, Vallat R, Coste O, Cadis H, Nicolas F, Trousselard M, Ruby P, Khalifa S. Sleep parameters improvement in PTSD soldiers after symptoms remission. *Scientific Reports*. 2021; 11 (1) : 8873.
- 11) Brownlow JA, McLean CP, Gehrman PR, Harb GC, Ross RJ, Foa EB. Influence of sleep disturbance on global functioning after posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Traumatic Stress*. 2016; 29 (6) : 515-521.
- 12) Colvonen PJ, Drummond SPA, Angkaw AC, Norman SB. Piloting cognitive behavioral therapy for insomnia integrated with prolonged exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019; 11 (1) : 107-113.
- 13) Colvonen PJ, Straus LD, Drummond SPA, Angkaw AC, Norman SB. Examining sleep over time in a randomized control trial comparing two integrated PTSD and alcohol use disorder treatments. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020; 209: 107905.
- 14) Hunt C, Park J, Bomyea J, Colvonen PJ. Sleep efficacy predicts improvements in fear extinction and PTSD symptoms during prolonged exposure for veterans with comorbid insomnia. *Psychiatry Research*. 2023; 324: 115216.
- 15) Peck KR, Schumacher JA, Stasiewicz PR, Coffey SF. Adults with comorbid

- posttraumatic stress disorder, alcohol use disorder, and opioid use disorder: The effectiveness of modified prolonged exposure. *Journal of Traumatic Stress*. 2018; 31 (3) : 373-382.
- 16) Schnurr PP, Lunney CA. Residual symptoms following prolonged exposure and present-centered therapy for PTSD in female veterans and soldiers. *Depression and Anxiety*. 2019; 36 (2) : 162-169.
- 17) Taylor DJ, Pruiksma KE, Hale W, McLean CP, Zandberg LJ, Brown L, Mintz J, Young-McCaughan S, Peterson AL, Yarvis JS, Dondanville KA, Litz BT, Roache J, Foa EB. Sleep problems in active duty military personnel seeking treatment for posttraumatic stress disorder: Presence, change, and impact on outcomes. *Sleep*. 2020; 43 (10) : zsaa065.
- 18) Walters EM, Jenkins MM, Nappi CM, Clark J, Lies J, Norman SB, Drummond SPA. The impact of prolonged exposure on sleep and enhancing treatment outcomes with evidence-based sleep interventions: A pilot study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020; 12 (2) : 175-185.
- 19) Park JK, Park J, Elbert T, Kim SJ. Effects of narrative exposure therapy on posttraumatic stress disorder, depression, and insomnia in traumatized North Korean refugee youth. *Journal of Traumatic Stress*. 2020; 33 (3) : 353-359.
- 20) Lommen, MJJ, Grey N, Clark DM, Wild J, Stott R, Ehlers A. Sleep and treatment outcome in posttraumatic stress disorder: Results from an effectiveness study. *Depression and Anxiety*. 2016; 33 (7) : 575-583.
- 21) Woodward E, Hackmann A, Wild J, Grey N, Clark DM, Ehlers A. Effects of psychotherapies for posttraumatic stress disorder on sleep disturbances: Results from a randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2017; 97: 75-85.
- 22) Arditte Hall KA, Werner KB, Griffin MG, Galovski TE. The effects of cognitive processing therapy + hypnosis on objective sleep quality in women with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2021; 13 (6) : 652-656.
- 23) Galovski TE, Monson C, Bruce SE, Resick PA. Does cognitive-behavioral therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*. 2009; 22 (3) : 197-204.
- 24) Galovski TE, Mott J, Blain LM, Elwood L, Gloth C, Fletcher T. Augmenting CPT to improve sleep impairment in PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2016; 84 (2) : 167-177.
- 25) Gutner CA, Casement MD, Gilbert KS, Resick PA. Change in sleep symptoms across cognitive processing therapy and prolonged exposure: A longitudinal perspective. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51 (12) : 817-822.
- 26) Haynes PL, Skobic I, Epstein DR, Emert S, Parthasarathy S, Perkins S, Wilcox J. Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder is associated with negligible change in subjective and objective sleep. *Behavioral Sleep Medicine*. 2020; 18 (6) : 809-819.

- 27) Holder N, Holliday R, Wiblin J, Surís A. A preliminary examination of the effect of cognitive processing therapy on sleep disturbance among veterans with military sexual trauma-related posttraumatic stress disorder. *Traumatology*. 2019; 25 (4) : 316-323.
- 28) Pigeon WR, Crean HF, Cerulli C, Gallegos AM, Bishop TM, Heffner KL. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy for insomnia to augment PTSD treatment in survivors of interpersonal violence. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2021; 91 (1) : 50-62.
- 29) Pruiksma KE, Taylor DJ, Wachen JS, Mintz J, Young-McCaughan S, Peterson AL, Yarvis JS, Borah EV, Dondanville KA, Litz BT, Hembree EA, Resick PA. Residual sleep disturbances following PTSD treatment in active duty military personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2016; 8 (6) : 697-701.
- 30) Pruiksma KE, Taylor DJ, Wachen JS, Straud CL, Hale WJ, Mintz J, Young-McCaughan S, Peterson AL, Yarvis JS, Borah EV, Dondanville KA, Litz BT, Resick PA. Self-reported sleep problems in active-duty US army personnel receiving posttraumatic stress disorder treatment in group or individual formats: Secondary analysis of a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2023; 19 (8) : 1389-1398.
- 31) Taylor DJ, Pruiksma KE, Mintz J, Slavish DC, Wardle-Pinkston S, Dietch JR, Dondanville KA, Young-McCaughan S, Nicholson KL, Litz BT, Keane TM, Peterson AL, Resick PA. Treatment of comorbid sleep disorders and posttraumatic stress disorder in U.S. active duty military personnel: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*. 2023; 36 (4) : 712-726.
- 32) Zalta AK, Pinkerton LM, Valdespino-Hayden Z, Smith DL, Burgess HJ, Held P, Boley RA, Karnik NS, Pollack MH. Examining insomnia during intensive treatment for veterans with posttraumatic stress disorder: Does it improve and does it predict treatment outcomes? *Journal of Traumatic Stress*. 2020; 33 (4) : 521-527.
- 33) Weinhold SL, Göder R, Pabst A, Scharff AL, Schauer M, Baier PC, Aldenhoff J, Elbert T, Seeck-Hirschner M. Sleep recordings in individuals with borderline personality disorder before and after trauma therapy. *Journal of Neural Transmission*. 2017; 124: 99-107.
- 34) Hertenstein E, Trinca E, Wunderlin M, Schneider CL, Züst MA, Fehér KD, Su T, Straten A, Berger T, Baglioni C, Johann A, Spiegelhalder K, Riemann D, Feige B, Nissen C. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2022; 62: 101597.
- 35) Huang CY, Zhao YF, Zhang ZX, Liu RB, Liu JL, Li XZ, Luo J, Yue L, Zhang C. Psychotherapeutic and pharmacological agents for post-traumatic stress disorder with sleep disorder: Network meta-analysis. *Annals of Medicine*. 2024; 56 (1) : 2381696.

Literature Review on the Effects of Trauma-Focused Therapy on Sleep Symptoms

Shingo KAKIGI

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Keywords: PTSD, Sleep Disturbance, Insomnia, Trauma-Focused Therapy

小児期逆境体験を有する者に対する 心理学的介入に関する文献的考察



高山桃香

兵庫県こころのケアセンター／兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科

小児期逆境体験（ACE）とは、幼少期に起こる潜在的なトラウマとなるような出来事である。ACEの累積は、広汎で深刻な健康上のリスクをもたらすとされ、その早期発見と早期介入に重きが置かれている。しかしながら、本邦において、ACEに対する介入に関する実証的な研究は見当たらない。そこで、本研究では、海外におけるACEに対する心理学的介入に焦点を当て文献レビューを行い、本邦におけるACEに対する介入の今後の課題について検討することを目的とした。その結果、海外において、マインドフルネスストレス低減法やコンパッションフォーカストセラピーといった既存のプログラムのほか、認知行動療法やレジリエンスといった要素が取り入れられたプログラムが実施されていた。今後、本邦においても、ACE経験者に対して、海外で効果が示されている介入の効果を実証的に検証していくことが求められる。

キーワード：小児期逆境体験、小児期のトラウマ、心理学的介入

I. 問題と目的

小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences: 以下、ACE）とは、幼少期に起こる潜在的なトラウマとなるような出来事のことであり、被虐待経験や家族の機能不全が含まれる¹⁾。ACEの累積は、社会的、情緒的、認知的な問題を抱える可能性を高め、その結果として喫煙や自殺企図、アルコール依存、薬物使用、肥満などの広汎で深刻な健康上のリスクをもたらし、早死に至ることが明らかにされている²⁾³⁾。米国では、ACEは最も甚大な経済的影響を持つ公衆衛生上の最大の問題であるとされ⁴⁾、ACEの早期発見と早期介入に重きが置かれるようになってきている⁵⁾。しかしながら、ACE経験者は、従来の認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy：以下、CBT）や薬物療法で十分な反応が得られにくく寛解率が低いことや⁶⁾、ドロップアウト率が高まることが指摘されている⁷⁾⁸⁾。つまり、ACEには特有の治療効果の阻害要因があり、ACEの有無によって効

果的な心理学的介入が異なることが考えられる。

本邦においても、一般の人々の2～4割程度が少なくとも1つ以上のACE⁵⁾⁸⁾、精神科患者の6割が少なくとも1つ以上のACEを有していたことが明らかにされている⁹⁾。しかしながら、本邦の学術情報データベースであるCiniiにおいて、ACEを有する者に対する介入について実証的に検討した研究は見当たらない（文献検索日2025年1月10日）。

そこで、本研究では、海外におけるACEに対する心理学的介入に焦点を当て文献レビューを行い、本邦におけるACEに対する心理学的介入の今後の課題について検討することを目的とする。本研究では、ACEに起因する心理的問題に対して、心理学的な理論に基づいて改善や予防を目的として介入を行うことを、ACEに対する心理学的介入とした。また、PTSDに対する治療法は、すべての国際的な治療ガイドラインにおいて、トラウマに焦点化したCBTが有効な治療法として挙げられているなど治療

法が確立しているため¹⁰⁾、今回はPTSD患者に対する支援に関する文献は除外した。

II. 方法

II - 1. 文献検索過程

学術情報データベースであるPubMedを用いて、データとなる既存文献を検索した。検索に際し、Article Typeを“randomized controlled trial”に設定した。検索用語は“adverse childhood experiences”, “intervention”, “therapy”, “program”, “treatment”, “support”の組み合わせを使用した。文献検索日は2025年1月10日であった。

II - 2. 選択基準と除外基準

まず、検索された文献は、以下の選択基準に基づき、タイトルと抄録のみで選別した。その後、フルペーパーが入手可能である文献を精読し、適格性を判断した。

適格基準：

- ・ACEを有する者を対象としていること
- ・ランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial：以下、RCT)を用いた介入研究であること
- ・心理学的介入を行っており、その内容が具体的に記載されていること

除外基準：

- ・会議録や文献レビュー
- ・薬物療法など医学的介入を行っていること
- ・PTSD患者を対象としたもの
- ・ACEを有する者に対する心理学的介入に関係のないもの

II - 3. 文献の選択

学術情報データベースにおいて検索用語により検索された文献は289本であった。次に、全てのタイトルと抄録を閲覧し、重複文献および本研究のリサーチクエスチョンに合致しない文

献を除外し、33本を選択した。その後、本文を精読したうえで適格基準を満たさず、除外基準を満たす文献を除外し、最終的に12本^{11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22)}を採択した。

II - 4. 倫理的配慮

本研究は文献レビューのため該当しない。

II - 5. 分析方法

レビューシートを作成し、①著者名・掲載年、②研究の目的、③対象、④実施機関／実施者、⑤介入内容、⑥効果指標、⑦主な結果／考察の項目立てをして、内容を整理した(Table 1)。

III. 結果

今回採用した文献の掲載年次は、2015年が1本¹¹⁾、2019年が1本¹²⁾、2020年が1本¹³⁾、2021年が3本^{14) 15) 16)}、2023年が1本¹⁷⁾、2024年が5本^{18) 19) 20) 21) 22)}であった。対象者は、就学前の子どもから青年^{12) 13) 14) 15) 21)}、大学生^{11) 18)}、成人^{16) 17) 18) 19) 20) 22)}と幅広い年代であり、生後36ヶ月までの子どもがいる母親や妊婦を対象とした文献もあった^{12) 19)}。また、ACEを有するがん患者や¹⁶⁾摂食障害患者^{17) 22)}、慢性筋骨格痛患者²⁰⁾を対象とした文献もあった。

介入内容としては、マインドフルネスストレス低減法(Mindfulness-Based Stress Reduction：以下、MBSR)¹⁴⁾やコンパッションフォーカストセラピー(Compassion-Focused Therapy：以下、CFT)^{17) 22)}といった既存のプログラムが実践されているほか、CBT^{16) 28) 21)}やレジリエンス^{11) 13) 16)}といった要素が取り入れられていた。介入はグループ形式で行われたものが多く^{11) 12) 13) 14) 15) 17) 18) 22)}、個人セッションとグループセッションを組み合わせたものもあった^{17) 22)}。

具体的には、マインドフルネスの要素を取り入れた介入が多く^{11) 14) 15) 16) 18) 19)}、レジリエ

スの向上^{11) 16)}, 抑うつ症状や不安, マリファナの使用^{14) 16) 18) 19)}, PTSD 症状^{15) 18)}, 知覚ストレス^{18) 19)}, 感情調整¹⁹⁾の改善が報告されていた。また, レジリエンスの向上を目的として, Empower Resilience Intervention (ERI)¹¹⁾ や Group Attachment-Based Intervention (GABI)¹²⁾, Research-based, Developmentally Informed (REDI) classroom program¹³⁾ といったプログラムが実施され, レジリエンスの向上¹¹⁾, 母親の子への関わり方や親子の相互作用の改善¹²⁾, 社会感情的な苦痛の改善や適応に対する ACE の悪影響の緩和¹³⁾ が報告されていた。CFT を用いた介入では, セルフコンパッションの向上や摂食障害症状の改善が報告されていた^{17) 22)}。CBT やストレスモニタリングなどを用いた介入では, 抑うつや不安, 知覚ストレス, PTSD 症状の改善¹⁸⁾, ネガティブな感情調整の改善¹⁹⁾, 自尊心の改善²¹⁾ が報告されていた。一方で, CFT によりコンパッションを向上させることは, CBT と比較して長期的なスキルの開発につながることから, ACE に対する介入として効果的であることが示唆されていた²²⁾。また, CBT や睡眠・運動に関するスキルの紹介などから構成される Mood Lifter (ML) というプログラムは, ACE の程度に関わらず, 抑うつ症状や不安, 知覚ストレス, PTSD 症状に対して有効であることが示されていた¹⁸⁾。

さらに, ACE による心理的問題の予防を目的とした, CBT やコーピング, レジリエンスなどを用いた介入により, 社会的・情緒的な苦痛や学校への適応度の改善¹³⁾, レジリエンス, 抑うつ症状, 生活の質, ベネフィット・ファインディングの向上が報告されていた¹⁶⁾。また, レジリエンスの向上を目指したマインドフルネスを用いた介入では, 身体的・心理的症状の悪化を緩和する効果があったことが報告されていた¹¹⁾。

IV. 考察

本研究の目的は, 海外で実践されている ACE に対する心理学的介入の RCT に焦点を当てて文献レビューを行い, その実態について整理することであった。RCT に限定すると, 適格となった文献は 12 本であり, 2020 年以降に発行されている文献がほとんどであることから, ACE に対する支援に関する研究は発展途上であると考えられる。

具体的な支援としては, 既存の MBSR や CFT のみならず, CBT やレジリエンス, コンパッションといった要素が取り入れられたプログラムが行われており, その肯定的な効果が報告されていた。特に, 本研究において抽出された文献の多くでマインドフルネスが取り入れられ, レジリエンスや感情調整能力の向上といった心理的資源の拡充や, 抑うつ症状や不安, PTSD 症状といった心理的苦痛の軽減が報告されていた。

マインドフルネスとは, 「今ここでの経験に, 評価や判断を加えることなく, 能動的な注意を向けること」と定義される²³⁾。マインドフルネストレーニングは, 幼少期のストレスによって発達が阻害される実行機能や脳にポジティブな影響を与えることが明らかにされている²⁴⁾。また, マインドフルネスに基づくプログラムは, レジリエンスを大幅に高め, 社会性と情動の機能性を改善することから^{25) 26)}, ACE 経験者に対する治療として有効性が示唆されている。本邦においても, トラウマを有する子どもに対するマインドフルネスの肯定的な変化が報告されている^{27) 28)}。そのため, ACE 経験者に対するマインドフルネスの応用可能性についても実践的な検証が求められるであろう。

また, 本研究で抽出された文献は, グループ形式で行われているものが多かった。グループ形式の介入は, 互いに観察し交流することで支援すること, されることを経験でき, 仲間関係

が育まれたり希望が持てるようになるといった治療的な価値があり²⁹⁾、出席率や費用対効果が高いことが報告されている^{30) 31)}。また、集団でのPTSD治療は、グループ自体が対人関係の練習の場となることや、他メンバーへのフィードバックに他者の体験への思いやりが込められることが多く、同時に自身への批判的なまなざしの変化につながることを示唆されている³²⁾。そのため、本研究で抽出された文献においても同様に、グループ形式の介入により、肯定的な効果が報告されたと考えられる。また、ACEの保護要因として、子ども期の良い体験(Positive Childhood Experiences: 以下、PCE)がある。PCEは、レジリエンスや情動制御を強め³³⁾、精神的健康に肯定的な影響を及ぼすことが明らかにされている。PCEには、家庭での安全・安心、友人、学校での居場所、役割などが含まれる³⁴⁾。そして、これらの体験は成人期以降も効果がある可能性が示唆されている³⁵⁾。そのため、ACEを有する者にとって、グループ形式での介入はPCEとなり、ACEによる影響の改善や予防に寄与すると考えられる。そのため、本邦においても、ACE経験者に対する支援としてグループ形式の介入を実践していくことが求められるであろう。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。本研究では、抽出された文献が少ないにもかかわらず、ACEのスクリーニングで用いられた尺度に一貫性がなく、被虐待経験者のみを対象とした研究や、虐待と家族の機能不全を含むACEを経験した者を対象とした研究が混在している。また、近年では、ACEの定義が拡大され、家庭外でのいじめ被害やコミュニティにおける暴力被害などを含む研究も存在する³⁶⁾。そのため、今後の研究では、被虐待経験者に対する介入の他のACE経験者に対する応用可能性や、ACE内容の違いが介入効果に及ぼす影響について検討する必要がある。

引用参考文献

- 1) Center for Disease Control and Prevention. Fast Facts: Preventing Adverse Childhood Experiences. 2022. <https://www.cdc.gov/aces/prevention/index.html> (最終閲覧日: 2025年3月9日)
- 2) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adult: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14: 245-58.
- 3) Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Neglect*. 2010; 34 (6) : 454-64.
- 4) Van der Kolk BA. *The Body Keeps the Score; Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*, Penguin Books. New York: Penguin Books. 2014. (ヴァン・デア・コーク, ベッセル, 柴田裕之 (訳) 紀伊國屋書店. 2016.)
- 5) 板倉憲政. 小児期逆境体験に関する概観: 親のACEsが子育てに与える影響に焦点を当てて. *岐阜大学教育学部研究報告人文科学*. 2023; 71 (2) : 115-23.
- 6) Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020; 371: m3048.
- 7) Castellini G, Lelli L, Cassioli E, Ciampi E, Zamponi F, Campone B, Monteleone AM,

- Ricca V. Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*. 2018; 26 (3) : 217-29.
- 8) Fujiwara T, Kawakami N. World Mental Health Japan Survey Group. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45 (4) : 481-7.
- 9) 田中英三郎, 西川瑞穂, 大久保圭策, 亀岡智美. 精神科診療所受診患者における逆境の小児期体験と生涯トラウマ体験の頻度およびPTSD症状に関する横断調査. *精神神経学雑誌*. 2021; 123 (7) : 396-404.
- 10) 高山桃香, 渡邊明寿香, 淨沼和浩, 大島菜帆, 東明奈, 伊藤大輔. 心的外傷後ストレス障害に対する認知行動療法の実践において必要とされるコンピテンスの検討. *発達心理臨床研究*. 2021; 27: 69-78.
- 11) Chandler GE, Roberts SJ, Chiodo L. Resilience Intervention for Young Adults With Adverse Childhood Experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2015; 21 (6) : 406-16.
- 12) Steele H, Murphy A, Bonuck K, Meissner P, Steele M. Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI©) : Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology*. 2019; 31 (1) : 203-17.
- 13) Sanders MT, Welsh JA, Bierman KL, Heinrichs BS. Promoting resilience: A preschool intervention enhances the adolescent adjustment of children exposed to early adversity. *School Psychology*. 2020; 35 (5) : 285-98.
- 14) Cohen ZP, Cosgrove KT, Akeman E, Coffey S, Teague K, Hays-Grudo J, Paulus MP, Aupperle RL, Kirlic N. The effect of a mindfulness-based stress intervention on neurobiological and symptom measures in adolescents with early life stress: a randomized feasibility study. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2021; 21 (1) : 123.
- 15) Roque-Lopez S, Llanez-Anaya E, Álvarez-López MJ, Everts M, Fernández D, Davidson RJ, Kaliman P. Mental health benefits of a 1-week intensive multimodal group program for adolescents with multiple adverse childhood experiences. *Child abuse & neglect*. 2021; 122: 105349.
- 16) Scott SR, O'Daffer AG, Bradford MC, Fladeboe K, Lau N, Steineck A, Taylor M, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Adverse childhood experiences (ACEs) and medically traumatic events (TEs) in adolescents and young adults (AYAs) with cancer: a report from the Promoting Resilience in Stress Management (PRISM) randomized controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2021; 29 (7) : 3773-81.
- 17) Koplund MCG, Vrabel K, Melsom L, Hoffart A, Johnson SU. Self-compassion in eating disorders and childhood trauma: A study of within-person effects in a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2023; 33 (5) : 640-53.
- 18) Garg T, Votta CM, Prakash N, Deldin PJ.

- An investigation into the effectiveness of Mood Lifters in the context of trauma exposure. *Psychological Services*. 2024; 21 (3) : 518-28.
- 19) Goldstein E, Merrick JS, Edwards RC, Zhang Y, Sinche B, Raven J, Krislov S, Robledo D, Brown RL, Moskowitz JT, Tandon SD, Wakschlag LS. Personalized Mobile Health-Enhanced Cognitive Behavioral Intervention for Maternal Distress: Examining the Moderating Role of Adverse Childhood Experiences. *The Permanente Journal*. 2024; 28 (1) : 111-23.
- 20) Krohner S, Town J, Cannoy CN, Schubiner H, Rapport LJ, Grekin E, Lumley MA. Emotion-Focused Psychodynamic Interview for People with Chronic Musculoskeletal Pain and Childhood Adversity: A Randomized Controlled Trial. *The journal of pain*. 2024; 25 (1) : 39-52.
- 21) Reininghaus U, Daemen M, Postma MR, Schick A, Hoes-van der Meulen I, Volbragt N, Nieman D, Delespaul P, de Haan L, van der Pluijm M, Breedvelt JFF, van der Gaag M, Lindauer R, Boehnke JR, Viechtbauer W, van den Berg D, Bockting C, van Amelsvoort T. Transdiagnostic Ecological Momentary Intervention for Improving Self-Esteem in Youth Exposed to Childhood Adversity: The SELFIE Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2024; 81 (3) : 227-39.
- 22) Vrabel KR, Waller G, Goss K, Wampold B, Koplund M, Hoffart A. Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour research and therapy*. 2024; 174: 104480.
- 23) Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion. 1994. (カバットジン, J. 田中麻里 (監訳) 松丸さとみ (訳). *マインドフルネスを始めたあなたへ*. 星和書店. 2012)
- 24) Hays-Grudo J, Morris AM. Adverse and protective childhood experiences: A developmental perspective. *American Psychological Association*. 2020. (ジェニファー・ヘイズ＝グルード. アマンダ・シェフィールド・モリス. 菅原ますみ. 榊原洋一. 舟橋敬一. 相澤仁. 加藤曜子 (監訳). *小児期の逆境的体験と保護的体験—子どもの脳・行動・発達に及ぼす影響とレジリエンス*. 明石書店. 2022)
- 25) Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, Dalgleish T. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019; 60 (3) : 244-58.
- 26) Volanen SM, Lassander M, Hankonen N, Santalahti P, Hintsanen M, Simonsen N, Raevuori A, Mulla S, Vahlberg T, But A, Suominen S. Healthy learning mind - Effectiveness of a mindfulness program on mental health compared to a relaxation program and teaching as usual in schools: A cluster-randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 260: 660-9.

- 27) 相馬花恵, 駒村樹里, 越川房子. ト라우マを抱えた児童を対象としたヨーガの意義. *マインドフルネス研究*. 2016; 1 (1) : 14-27.
- 28) 渡邊明寿香, 久保佑貴, 瀧井綾子, 小関俊祐, 大谷哲弘, 伊藤大輔. マインドフルネスに基づく心理教育と実践がトラウマ体験者のPTSDと抑うつ・不安反応に及ぼす効果. *日本認知行動療法学会大会プログラム・抄録集*. 2019; 45: 189-90.
- 29) Yalom I. *The Yalom reader*. New York: Basic Books. 1998.
- 30) Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995 ; 36 (7) : 1141-59.
- 31) Niccols A. 'Right from the Start': randomized trial comparing an attachment group intervention to supportive home visiting. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; 49 (7) : 754-64.
- 32) 丹羽まどか, 金吉晴. 複雑性PTSDに対する集団STAIR (感情と対人関係の調整スキルトレーニング). *精神療法*. 2021; 47 (5) : 629-31.
- 33) Morris AS, Treat A, Hays-Grudo J, Chesher T, Williamson AC, Mendez J. Integrating research and theory on early relationships to guide intervention and prevention. 2018. *Building early social and emotional relationships with infants and toddlers: Integrating research and practice*.
- 34) 菅原伶奈, 大賀真伊, 東菜摘子, 滝沢龍. 子ども期の逆境体験に対する保護的体験についての研究の現状と展望. *東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要*. 2022; 45: 61-7.
- 35) Jaffee SR, Takizawa R, Arseneault L. Buffering effect of safe, supportive, and nurturing relationships among women with childhood histories of maltreatment. *Psychological Medicine*. 2017; 47 (15) : 2628-39.
- 36) Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatr*. 2013; 167 (1) : 70-5.

**A Literature Review on Psychological Interventions
for Individuals with Adverse Childhood Experiences**

Momoka TAKAYAMA

Hyogo Institute for Traumatic Stress /

The joint Graduate School in Science of School Education, Hyogo University of Teacher Education

Keywords: adverse childhood experiences (ACE) , childhood trauma, psychological interventions

小児期逆境体験が結婚観に及ぼす影響に関する文献的考察



高山桃香¹⁾ 板倉憲政²⁾

¹⁾ 兵庫県こころのケアセンター／兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究所

²⁾ 岐阜大学教育学部

近年、少子化の主要因である未婚化や晩婚化に対し、経済的支援や出会いの機会の提供といった施策が行われている。しかし、未婚化や晩婚化は進行し続けており、その背景にある心理学的要因について検討する必要性が示唆されている。そこで、本研究では、小児期逆境体験（ACE）が結婚観に及ぼす影響について文献レビューを行った。その結果、8本の文献が採択され、ACEが未婚や早期の結婚、離婚、寡婦など婚姻状況に多様な影響を与えることや、結婚観に否定的な影響を与えることが示唆された。そのため、少子化対策においては、経済的支援に加え、トラウマインフォームドケアの視点を取り入れるなど、ACEに配慮した支援が必要であると考えられる。しかしながら、本研究で抽出された文献はACEと婚姻状況の関連の検討が中心であり、ACEと結婚観の関連やその媒介要因についての検討は不足しており、さらなる知見の蓄積が求められる。

キーワード：小児期逆境体験、小児期のトラウマ、結婚観、少子化対策

I. 問題と目的

2024年度の出生数は68万人と統計開始以降最少であり、少子化は我が国が直面する最大の危機である¹⁾。日本は他の先進諸国と比べて婚外子の割合が極めて低いため、未婚化や晩婚化が少子化の主要な要因とされている^{2) 3)}。厚生労働省によると、2024年度の婚姻件数は48万人と前年度より増加しているものの、近年は減少傾向が続いている^{1) 4)}。さらに、15歳以上の未婚率は上昇しており⁵⁾、「いずれ結婚するつもり」である未婚者の割合は性別、年齢、生活スタイルの違いを問わず低下している⁶⁾。このことから、今後も未婚化や晩婚化の進行が予測され、その支援の拡充は喫緊の課題であると言える。

未婚化や晩婚化の要因として、経済的な不安定さや出会いの機会の減少、仕事と子育ての両立の困難さなどが考えられてきた⁷⁾。そのため、若者に対する就労支援や待遇改善といった経済

基盤の安定や助成金の支給といった経済的施策が講じられてきた。また、地域少子化対策重点推進事業において、出会いの場を提供するためのマッチング支援やSNSを活用した情報提供、結婚支援コンシェルジュ事業が実施されている^{8) 9)}。しかしながら、依然として未婚化や晩婚化は深刻化している。

結婚が個人の選択によるものとなった今日、結婚は「個人がどのような生き方を望むのか」という極めて心理学的テーマとなっていることが指摘されている³⁾。したがって、経済的要因や出会いの機会の減少のみならず、結婚と関連する心理学的要因についても検討し、それに応じた支援や施策を検討する必要がある。

これまでの研究から、結婚観は幼少期の被養育経験に影響を受けると考えられる。例えば、結婚観は幼少期の養育者との関係や親夫婦の関係性をモデルとして形成され、両親間の葛藤や離婚が若者の結婚に対する期待に影響を及ぼすことが報告されている¹⁰⁾。両親間の葛藤や離

婚といった「幼少期に経験するトラウマとなる出来事」は小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences：以下，ACE）と呼ばれる¹¹⁾。ACEの累積は、肥満や循環器疾患、喫煙、不安、抑うつ、希死念慮、10代での妊娠など、生物心理社会的なリスクを増大させることが明らかにされている¹²⁾。こうした悪影響が生じるプロセスとして、まず、ACEが健全な心身の発達を阻害し、社会的、情緒的、認知的な障害を生じさせる。そして、その対処として、飲酒や薬物乱用などの健康を危険に曝す行動が選ばれやすくなることで、疾病や傷害、社会的問題が生じ、最終的に早期の死亡に至るとされている¹³⁾。また、ACEの一つである性的虐待を経験した者は、性的な満足感や欲求、親密な関係における満足感や喜びを感じにくく、その結果、夫婦関係における満足度が低くなることが明らかにされている¹⁴⁾。

以上のことから、ACEは結婚観に影響を及ぼすことが示唆される。しかしながら、現行の少子化対策においてACEの影響は十分に考慮されておらず、経済的な支援に重きが置かれている。また、これまでのACE研究では、健康行動や医学的問題との関連が中心であり、結婚観との関連については十分に検討されていない。

そこで、本研究では、ACEが結婚観に及ぼす影響について文献レビューを行い、その関連についての知見を整理することを目的とする。そして、心理学的側面を考慮した包括的な少子化対策の立案の一助となる知見を得ることを目指す。

II. 方法

II-1. 文献検索過程

学術情報データベースであるPubMedおよびJ-STAGE, CiNiiを用いて、データとなる既存文献を検索した。検索用語は、"adverse

childhood experiences" "child abuse" "marriage" "unmarried" "late marriage" および「小児期逆境体験」「逆境的小児期体験」「虐待」「結婚」「未婚」「晩婚」の組み合わせを使用した。論文検索日は2024年12月11日であった。

II-2. 選択基準と除外基準

検索された文献は、以下の選択基準に基づきタイトルと抄録のみで選別した。その後、フルペーパーが入手可能である文献を精読し、適格性を判断した。

適格基準：

- ・ACEと結婚観や婚姻状況の関連について記載があるもの

除外基準：

- ・会議録や文献レビュー
- ・ACEや結婚観、婚姻状況に関係のないもの

II-3. 文献の選択

学術情報データベースにおいて検索用語により検索された文献は508本であった。次に、全てのタイトルと抄録を閲覧し、重複文献および本研究のリサーチクエスチョンに合致しない文献を除外し、15本を選択した。その後、本文を精読したうえで適格基準を満たさず、除外基準を満たす文献を除外し、最終的に8本を採択する文献として決定した^{15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22)}。なお、国内の学術情報データベースにおいて、条件に該当する日本語による文献はなかった。

II-4. 倫理的配慮

本研究は文献レビューのため該当しない。

II-5. 分析方法

レビューシートを作成し、①著者名・掲載年、②対象、③調査実施国、④評価指標、⑤結果・考察の項目立てをして、内容を整理した（Table 1）。

Table 1. 各研究の概要

| 著者・掲載年 | 対象 | 調査実施国 | 評価指標 | 結果・考察 |
|---|-------------------------|--------|---|---|
| Sobariski et al. (2014) ¹⁵⁾ | 神経症やパーソナリティ障害の患者 3,929人 | ポーランド | Life Inventory (幼少期のトラウマ体験、交際関係や婚姻状況、パートナーとの性的接触、交際や結婚の理由、交際または結婚の総合評価など) | <ul style="list-style-type: none"> 近親相姦とレイプの被害の経験がある女性は、単体の被害経験のある女性と比較して、関係を築こうと努力をする頻度が高く、結婚の理由として孤独への恐怖や自立願望が挙げられる割合が高かった レイプ被害と17歳以前の早期の性行為の経験がある女性は、結婚をしようとする傾向が高かったが、結婚の理由として家族や友人が結婚を望んでいたことや、圧力と強制、慣れ、パートナーに対する責任が挙げられる割合が高かった 近親相姦と早期の性行為の経験がある女性は、結婚の理由として孤独への恐怖、圧力と強制、自立願望が挙げられる割合が高く、男性は結婚の理由としてパートナーへの責任が挙げられる割合が高かった |
| Adhia et al. (2019) ¹⁶⁾ | 18歳以上の男女 33,360人 | アメリカ | ①幼少期のIPV暴露 ②早期移行(15歳以前の家出、15歳以前の性交渉、高校中退、17歳以下での就労、19歳以下での結婚、19歳以下での出産) | <ul style="list-style-type: none"> IPVへの暴露の経験がある者は、ない者と比較して性交渉、高校中退、就職、結婚、出産を早期に経験するリスクが高かった より頻繁もしくは深刻なIPVの場合、成人期への早期移行のリスクが高まることが示唆された |
| Kong, Easton, Zhang (2023) ¹⁷⁾ | 70歳前半の男女 5,391人 | アメリカ | ①性的満足度 ②夫婦関係満足度 ③CSA ④ACE ⑤IPV暴露 ⑥婚姻状況・婚姻回数 | <ul style="list-style-type: none"> CSA以外のACEは、現在の婚姻状況と負の相関、婚姻回数と正の相関があった CSAを有する者は、ない者と比較して現在結婚している可能性が低く、別居または離婚している割合が高かった CSA以外のACEを有する者は、ない者と比較して別居または離婚している割合が高かった |
| Matsukura et al. (2023) ¹⁸⁾ | 65歳以上の男女 39,738人 | 日本 | ①内縁を含む配偶者の有無 ②ACE ③年齢 ④学歴 ⑤職業 | <ul style="list-style-type: none"> 3つ以上のACEは寡婦、離婚、未婚になるリスクを高めた ACEによる離婚のリスクは、男性よりも女性の方が高く、有意な関連を示すACEの種類も女性の方が多様であった 親の離婚や心理的ネグレクトは男女ともに離婚のリスクを高めるが、親の死亡や小児期の貧困、心理的虐待は女性においてのみ離婚のリスクを高めた 小児期の貧困は男女ともに未婚のリスクを高め、心理的ネグレクトは男性においてのみ未婚のリスクを高めた |
| Huber-Krum et al. (2024) ¹⁹⁾ | 18歳から24歳の女性 1,436人 | ホンジュラス | ①ACE ②18歳以前の結婚 ③18歳以前の妊娠 ④18歳から24歳におけるIPV暴露 | <ul style="list-style-type: none"> ACEを有する女性の多くが、早期の結婚や早期の妊娠を経験していることが明らかとなった 幼少期の身体的暴力や親との離別は、直接的に早期の結婚のリスク、間接的に早期の妊娠のリスクを高めた コミュニティにおける暴力を目撃した場合や早期の結婚をした場合、早期の妊娠のリスクを高めた |
| Momose & Ishida (2024) ²⁰⁾ | 20歳から40歳の男女 4,868人 | 日本 | ①主観的健康度 ②精神的健康 ③活動制限の程度 ④いじめの経験 ⑤学歴 ⑥婚姻状況 ⑦現在の生活水準 ⑧友人の有無 ⑨社会的ネットワークの程度 | <ul style="list-style-type: none"> 幼少期にいじめを受けた経験を有する者は、ない者に比べて結婚する可能性が低く、それにより健康状態が悪化することが示唆された |
| Wu et al. (2024) ²¹⁾ | 18歳から21歳の大学生 5,617人 | 中国 | ①CTQ-SF ②CSES ③MLQ ④MAS | <ul style="list-style-type: none"> CEMは、成人期における結婚観と強い負の相関があることが明らかとなった CEMと結婚観との関連において、中核的な自己評価や人生の意味が媒介することが明らかとなった 中度および重度のCEMの場合、中核的自己評価が成人期における結婚観をより否定的にすることが明らかとなった |
| Yu et al. (2024) ²²⁾ | 45歳以上の男女 10,246人 | 中国 | ①ACE ②CES-D ③婚姻状況 | <ul style="list-style-type: none"> ACEを2つ以上有する場合、ない者と比べて未婚やうつ病のリスクが高かった ACEのうち、家族の病気、親の精神疾患、いじめ、治安の悪い地域での生活は、未婚のリスクを高めた |

Note: ACE: Adverse Childhood Experiences, CEM: Childhood Emotional Maltreatment, CES-D: Center for Epidemiologic Research Depression Scale, CSA: Childhood Sexual Abuse, CSES: Core Self-Evaluation Scale, CTQ-SF: Childhood Trauma Questionnaire-Short Form, IPV: Intimate Partner Violence, MLQ: Meaning in Life Questionnaire, MAS: Marital Attitude Scale.

Ⅲ．結果

今回採用した文献の掲載年次は、2014年が1本¹⁵⁾、2019年が1本¹⁶⁾、2023年が2本^{17) 18)}、2024年が4本^{19) 20) 21) 22)}であった。調査はポーランド¹⁵⁾、アメリカ^{16) 17)}、日本^{18) 20)}、ホンジュラス¹⁹⁾、中国^{21) 22)}において実施されており、その対象者は若者や成人^{15) 16) 19) 20) 21)}、45歳以上の中老年²²⁾、高齢者^{17) 18)}であった。

ACEは、ACE尺度^{17) 18) 19) 22)}や小児期トラウマ尺度(Childhood Trauma Questionnaire)を用いて測定する研究²¹⁾、親密なパートナー

への暴力(Intimate Partner Violence: 以下、IPV)への暴露^{16) 19)}、いじめられた体験の有無を測定する研究²⁰⁾が存在した。

ACEと婚姻状況について、ACEを有する者は未婚であるリスクが高いことが報告されていた一方で^{18) 20) 22)}、早期の結婚のリスクや結婚をしようとする傾向が高いことも報告されており^{15) 16) 19)}、一貫していなかった。また、ACEを有することで、別居や離婚のリスク^{17) 18)}、寡婦となるリスクが高まること¹⁸⁾が報告されていた。さらに、ACEが累積することで、未婚、離婚、寡婦となるリスクがより高くなることが

明らかにされていた^{18) 22)}。

ACEの下位項目ごとの婚姻状況との関連も検討されており、小児期の貧困¹⁸⁾ やいじめ^{20) 22)}、家族の病気、親の精神疾患、治安の悪い地域での生活²²⁾ は未婚のリスクを高めるという結果であった。また、IPVへの暴露¹⁶⁾、身体的虐待や親との離別は早期の結婚¹⁹⁾、性的虐待や親の離婚、心理的ネグレクトは離婚や別居^{17) 18)}のリスクを高めることが報告されていた。

ACEと結婚観について検討したものは2本のみであった^{15) 21)}。Sobański et al. (2014)¹⁵⁾は、近親相姦とレイプ、17歳以前の早期の性行為の累積が結婚観に与える影響を検討していた。その結果、ACEの累積やその組み合わせによって、結婚をしようとする傾向や結婚の理由が異なることを明らかにした。具体的には、近親相姦とレイプ、レイプと早期の性行為の経験がある女性は、交際や結婚をしようとする傾向が高いことが示された。また、結婚の理由について、単体の性被害を経験した女性と比較して、近親相姦とレイプの両方を経験した女性は孤独への恐怖や自立願望を述べる割合が高いこと、レイプと早期の性行為の両方を経験した女性は慣れや、圧力と強制、パートナーに対する責任を述べる割合が高いこと、近親相姦と早期の性行為の両方を経験した女性は孤独への恐怖、圧力と強制、自立願望を述べる割合が高いことが明らかとなった。Wu et al. (2024)²¹⁾は、児童期の情緒的虐待と成人期における結婚観との間に強い負の相関があることや、児童期の情緒的虐待は中核的自己評価に影響を与え、成人期の結婚観を否定的にすることを明らかにした。

IV. 考察

本研究の目的は、ACEと結婚観の関連に関する文献レビューを行い、知見を整理することであった。しかしながら、適格基準を満たした

文献は8本であり、2020年以降に発行されている文献がほとんどであることから、ACEが結婚観に及ぼす影響に関する研究は発展途上であり、十分に検討されていないと言える。

特に、日本人を対象とした文献は2本のみであり、日本語による先行研究は確認できず、本邦における知見は不足している。本研究で抽出された文献の調査実施国は、日本や中国、アメリカが中心であったが、先行研究において、日本人は結婚に対して「精神的な安らぎ」「子育ての生きがい」を求める一方で、中国人は「高め合う仲間を得ること」を期待するなど結婚観に違いがあることや²³⁾、アメリカとアジア圏の若者では交際における価値観に違いがあることが明らかにされている²⁴⁾。つまり、結婚観は文化の影響を大きく受け、国ごとに違いがあることが予想される。そのため、海外での研究を参考に、日本人におけるACEと結婚観の関連に関する知見のさらなる蓄積が求められる。

文献レビューの結果、ACEは未婚のみならず、早期の結婚や離婚、さらには寡婦となるリスクを高めるなど、婚姻状況に多様な影響を与えることが明らかとなった。また、ACEは結婚を希望する理由に影響を与え、否定的な結婚観を形成しやすいことが示唆された。さらに、ACEが累積するほど健康リスクが高まるという先行研究²⁵⁾と同様に、結婚観においてもACEの累積に伴い影響が大きくなることや、ACEの種類によって結婚観への影響が異なることが示された。特に、女性は男性と比較して、ACEが早期の結婚や離婚のみならず、早期の性交渉や妊娠のリスクを高めることが明らかとなった。こうした早期のライフイベントの経験は、喫煙や運動不足、糖尿病、高血圧、うつ、性感染症といった身体的・精神的な健康のリスクを高めることが報告されている²⁶⁾。また、既婚者は未婚者と比較して、自己申告による健康状態が良好であることが報告されている²⁷⁾。そのため、ACEが結婚観に与える影響に対す

る支援の確立は、少子化対策にとどまらず、全人的な健康の促進に寄与することが考えられる。

しかしながら、本研究で抽出された文献の多くは、ACEと婚姻状況の関連の検討に留まっており、結婚観との関連については不明瞭な点が多い。また、ACEと結婚観の関連を明らかにしたWu et al. (2024)²¹⁾において、結婚観の測定に使用されていたMarital Attitude Scale (MAS)²⁸⁾は、日本語版が作成されていない。そのため、日本の文化的背景を踏まえた既存の結婚観尺度を用いた場合に、同等の結果が得られるかを検証する必要があるだろう。また、ACEと結婚観の媒介要因については十分に検討されておらず、ACEという同じ体験から、どのようなプロセスを経て早期の結婚や未婚という対照的な結果に至るのかについては明らかではない。そのため、今後はACEが結婚観に影響を与えるプロセスや、早期の結婚や未婚に至る分岐点について検討することが必要である。Shahab et al. (2021)²⁹⁾は、小児期の被虐待経験を有する者は成人期における親密な人間関係の質が低く、その媒介要因としてうつ病と不安定な愛着スタイルがあることを示した。さらに、そのプロセスとして、虐待によってうつ症状が生じ、不安定型の愛着スタイルを持つことで関係性の質が低下する経路と、虐待によってうつ症状が生じ、回避型の愛着スタイルをとることで関係性の質が低下する経路の2つが存在することを明らかにしている。このことから、虐待以外のACEにおいても同様に、抑うつ症状や不安定型あるいは回避型の愛着スタイルを媒介し、関係性の質が低下することで結婚観に否定的な影響を及ぼす結果、未婚や早期の結婚に至る可能性がある。

また、Sobański et al. (2014)¹⁵⁾は、近親相姦の被害に遭った場合、自立をしたいという願望から交際や結婚をするという早急な決断につながることを示唆している。さらに、Huber-

Krum et al (2024)¹⁹⁾は、ACEから早期の結婚に至るプロセスとして、家庭内での虐待から逃れることや、親との離別に伴う経済的困難が影響することを示唆している。このことから、本邦においても同様に、ACEからの逃避を目的として早期の結婚を選択する層が存在することが想定される。一方で、ACEによるトラウマ反応として、結婚を回避し未婚を選択する層が存在する可能性も考えられる。ACEを有する者は、過酷な環境を生き抜くための戦略としてトラウマ反応を身に付けていることが多い。そして、トラウマに関連する刺激がトリガーとなり、過去に経験したトラウマがまるで今起きているように感じ、その場から逃げ出したり、過剰に反応してしまうことが少なくない³⁰⁾。このことから、家庭内でのACEを有する者にとって、結婚は過去の苦痛を想起させるトリガーとなりうる。そして、否定的な感情や認知、回避といったトラウマ反応が生じ、結婚を回避する可能性が考えられる。

以上のことから、少子化対策においては、現行の経済的支援や出会いの提供に加え、ACE経験者に対する再トラウマ化の予防やACEによる悪影響のケアという視点を取り入れ、主体的に結婚を検討、選択できるように支援することが重要であると言える。近年、行動上の問題を持つクライアントのトラウマ体験を認識し、再トラウマ化を予防しつつ、クライアントの人生がよりよい方向に向かうようにケアするアプローチであるトラウマインフォームドケア (Trauma Informed Care: 以下、TIC) が推進されている³¹⁾。少子化対策においてもTICの視点を導入し、ACEに配慮した支援を行うことで、ACEが結婚観に及ぼす影響を緩和できると考えられる。さらに、ACEは成人期の雇用や収入といった社会経済的地位の低下とも関連することが報告されている³²⁾。したがって、現在の未婚化や晩婚化の要因とされる不安定な経済状況にもまた、ACEが関与している可能

性が示唆される。そのため、ACEに配慮した少子化対策は、現行の施策を補完しうる重要な取り組みとなると考えられる。

引用参考文献

- 1) 厚生労働省. 令和6年（2024）人口動態統計月報年計（概数）の概況. 2025. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/index.html>
- 2) 大風薫. 現代日本における未婚化・晩婚化の実態および研究の現状と課題. 生活環境研究. 2022; 5: 11-20.
- 3) 永久ひさ子. 未婚者における結婚の条件とアイデンティティ発達および個人主義的家族観の関連. 文京学院大学人間学部研究紀要. 2022; 23: 93-104.
- 4) 厚生労働省. 令和5年（2023）人口動態統計月報年計（概数）の概況. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf>
- 5) 総務省統計局. 令和2年国税調査 人口等基本収集結果. 2021. https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf
- 6) 国立社会保障・人口問題研究所. 第16回出生動向基本調査（独身者調査ならびに夫婦調査）報告書. 2023. https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/JNFS16_ReportALL.pdf
- 7) こども家庭庁. 結婚に関する現状と課題について. 2024. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/f27802a2-0546-424d-ac61-ac0641d67d38/cf9b37be/20240719_councils_lifedesign-wg_f27802a2_02.pdf
- 8) こども家庭庁. 少子化社会対策大綱. 2023. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/834d4ee3-212d-4f35-aefa-6b795ebc913a/452ed544/20230522_councils_shingikai_kihon_seisaku_JapZTAT7_08.pdf
- 9) こども家庭庁. 令和6年度こども家庭庁行政事業レビュー公開プロセス. 2024. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/ca6e69f8-26ba-4aed-821b-95831969e310/ba051eeb/20240607_project-review_2024_07.pdf
- 10) Shimkowski JR, Punyanunt-Carter N, Colwell MJ, Norman MS. Perceptions of Divorce, Closeness, Marital Attitudes, Romantic Beliefs, and Religiosity Among Emergent Adults From Divorced and Nondivorced Families. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2017; 59 (3) : 222-36. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1403820>
- 11) Center for Disease Control and Prevention. Fast Facts: Preventing Adverse Childhood Experiences. 2022. <https://www.cdc.gov/aces/prevention/index.html>（最終閲覧日：2025年9月5日）
- 12) Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2 (8) : 356-66. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- 13) 三谷はるよ. ACEサバイバー—子ども期の逆境に苦しむ人々. ちくま新書. 2023.
- 14) Batool SS, Chatrath SK, Batool SA, Abtahi A, Ashraf A. Psycho-social

- sufferings and sexual difficulties among female survivors of child sexual abuse in Pakistan. *BMC psychiatry*. 2024; 24 (1) : 585. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06038-x>
- 15) Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Müldner-Nieckowski L, Dembińska E, Rutkowski K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimaka M. Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient. *Psychiatria polska*. 2014; 48 (4) : 739-58.
- 16) Adhia A, Drolette LM, Vander Stoep A, Valencia EJ, Kernic MA. The impact of exposure to parental intimate partner violence on adolescent precocious transitions to adulthood. *Journal of adolescence*. 2019; 77: 179-87. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.11.001>
- 17) Kong J, Easton SD, Zhang Y. Sexual and Marital Satisfaction in Older Adulthood: Effects of Childhood and Adulthood Violence Exposure. *The Gerontologist*. 2023; 63 (2) : 285-96. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac126>
- 18) Matsukura H, Yamaoka Y, Matsuyama Y, Kondo K, Fujiwara T. Association between adverse childhood experiences and marital status among Japanese older adults. *Child abuse & neglect*. 2023; 144: 106340. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106340>
- 19) Huber-Krum S, Miedema SS, Shortt JW, Villaveces A, Kress H. Path Analysis of Adverse Childhood Experiences, Early Marriage, Early Pregnancy, and Exposure to Intimate Partner Violence Among Young Women in Honduras. *Journal of family violence*. 2024; 39: 705-22. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00520-y>
- 20) Momose Y, Ishida H. Bullying experiences in childhood and health outcomes in adulthood. *PloS one*. 2024; 19 (7) : e0305005. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305005>
- 21) Wu L, Dai Z, Yang X, Tang J, Fang J, Huang J, Zheng Y, Liu Y, Chen L. Linkages between childhood emotional maltreatment and adulthood marital attitudes among rural first-generation college students in China: A latent profile analysis and multigroup comparisons. *Child abuse & neglect*. 2024; 154: 106918. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106918>
- 22) Yu P, Wang X, Liu J, Luo H, Yi Y. Adverse childhood experiences, marital status and depressive symptoms in later life among the Chinese middle-aged and older adults: the mediating role of marital status. *BMC public health*. 2024; 24 (1) : 2246. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19787-x>
- 23) 宋曉威, 網島誠, 齊藤ふくみ. 日本と中国の女子大学生の意識に関する研究: 主に結婚観, 職業観, 性役割観について. *茨城大学教育実践研究*. 2010; 29, 201-11.
- 24) Jiao C, Lee CT, Feng Q, Fincham FD. Romantic relationships and attitudes in Asian emerging adults: Review and critique. *Journal of Family Theory & Review*. 2024; 16 (2) : 392-419. <https://doi.org/10.1111/jftr.12554>
- 25) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household

- dysfunction to many of the leading causes of death in adult: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14: 245-58. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- 26) Wickrama T, Wickrama KAS, Baltimore DL. Adolescent precocious development and young adult health outcomes. *Advances in Life Course Research*. 2010; 15 (4) , 121-31. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2010.08.003>
- 27) Chung W, Kim R. Does marriage really matter to health? Intra- and inter-country evidence from China, Japan, Taiwan, and the Republic of Korea. 2014; 9 (8) : e104868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104868>
- 28) Braaten EB, Rosén LA. Development and Validation of the Marital Attitude Scale. *Journal of Divorce & Remarriage*. 1998; 29 (3-4) : 83-91. https://doi.org/10.1300/J087v29n03_05
- 29) Shahab MK, de Ridder JA, Spinhoven P, Penninx BWJH, Mook-Kanamori DO, Elzinga BM. A tangled start: The link between childhood maltreatment, psychopathology, and relationships in adulthood. *Child abuse & neglect*. 2021; 121: 105228. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105228>
- 30) 亀岡智美. 精神科看護におけるトラウマインフォームドケアの視点. *日本精神保健看護学会誌*. 2023; 32 (2) : 67-73. <https://doi.org/10.20719/japmhn.32S33.02>
- 31) 亀岡智美. トラウマインフォームドケアの必要性. *こころの科学*. 2019; 208: 24-8.
- 32) Covey HC, Menard S, Franzese RJ. Effects of adolescent physical abuse, exposure to neighborhood violence, and witnessing parental violence on adult socioeconomic status. *Child maltreatment*. 2013; 18 (2) : 85-97. <https://doi.org/10.1177/1077559513477914>

**A Literature Review on the Impact of Adverse Childhood Experiences
on Attitudes Toward Marriage**

Momoka TAKAYAMA¹⁾, Norimasa ITAKURA²⁾

¹⁾Hyogo Institute for Traumatic Stress /

The joint Graduate School in Science of School Education, Hyogo University of Teacher Education

²⁾ Faculty of Education, Gifu University

Keyword: adverse childhood experiences (ACE) , childhood trauma, attitudes toward marriage, policies to address low fertility

我が国の小児医療における死にゆく子ども、 きょうだいや友人を亡くした子どもへの ケアに関する文献調査



三宅和佳子

兵庫県こころのケアセンター

子どもにとって日常生活での死別体験・死について考える機会は減ってきている。一方、小児医療においては侵襲性が高く長期間にわたる治療や医療的ケアを必要とする子どもは増加傾向であり、子どもが死を予測し向き合わねばならない場面は長期化・多様化している。しかし、死を前提とした終末期から死別後に至るまでのケアに関する報告は少ない。そのため、小児医療において死が予測された子どもと、きょうだいや友人である子どものケアにおいて、可能かつ有効な支援のあり方を検討するための情報を明らかにすることを目的に文献調査を行った。終末期のケアでは、死にゆく子どもにおいては真摯に子どもの希望と向き合うことが重要であり、きょうだいや友人への対応は死別後の悲嘆へ影響することが示唆された。患児と死別後のきょうだいや友人を亡くした子どもたちへのケアでは、子どもの理解を考慮したうえで意向を確認するとともに、多職種で対応することやフォロー体制の構築などが重要であると考えられた。

キーワード：小児医療、死にゆく子ども、子どものグリーフケア

I. はじめに

核家族化が進み祖父母などとの同居が減少している昨今、一般的には子どもにとって日常生活での死別体験は乏しくなっており死について考える機会も減ってきていると思われる。一方、小児医療においては医学の進歩を背景として、小児がんの治療など侵襲の高い治療を長期間受ける必要性や、NICU（新生児集中治療室）等に長期入院した後引き続き人工呼吸器等の医療的ケアが日常的に必要な医療的ケア児は年々増加傾向である⁽¹⁾。そのような場合子どもは生命が脅かされる状態に日常的に置かれることとなり、子どもが死を予測し向き合わねばならない期間は長期化している可能性もある。子どもは死を予測し向き合わねばならない状態におかれた場合、どのように死を受け止め感じているのであろうか。また、自宅や病棟などにおいて死を予測し向きあっている子どもと共に

過ごすきょうだいや友だちにおいてはどうかであろうか。死を予測し向きあっている子どもに対して親や医療者などの大人は、どのように対応することが望ましいのだろうか。子どもの中には、心身の状態の不安定さを表出することや学校などの集団適応へ影響が及ぶこともある。

死を予測し向き合わねばならない子どもの1分野として、人工呼吸器などの医療的ケアが日常的に必要な医療的ケア児が多く入所する重症心身障害児の入所施設において行った看取りの実態と安らかな End-of-Life Care の現状についての全国的なアンケート調査がある。終末期の対応の話し合いは必要時または死が迫った時が最も多かった（70施設中53施設）が、事前ケアプランの導入には70施設のうち49施設が前向きな回答であった。死をタブー化せず、自己決定や最善の利益を中心に本人や家族の尊厳が大切にされる医療・ケアの提供が必須であり、そのためには多職種協働チームによる協働意思

決定、緩和ケアや事前ケアプランを含めた臨床的研究の推進が重要であると述べている⁽²⁾。

小児がんなどの高度な小児医療において、死にゆく子どもと、そのきょうだいや友人である子どもへのケアプランを考えるにあたっては、それぞれの子どもの年齢や発達、学校や地域で経験してきたこと、家族背景などにより、各々の子どもにとって適切な対応を考慮する必要があるだろう。しかし、死を前提として終末期から死別後に至るまでのケアプランを考慮することは、前述した重症心身障害児のアンケートとして部分的に報告されているが、日本においては依然として小児がんなどの医療現場からの報告は少ないのが現状である。本研究の目的は、小児医療において死が予測された子どもと、その子どもと家庭や病棟で共に過ごして子どもが亡くなった経験をした子どもへのサポートにおいて、可能かつ有効な支援のあり方を検討するための情報を明らかにすることである。

II. 方法

小児医療において、死が予測された子どもや、死が予測された子どもと家庭や病棟で共に過ごして子どもが亡くなった経験をした子どもなどへのサポート、死別後の悲嘆のケアであるグリーフケアにおいて、可能かつ有効な支援のあり方を検討するための情報を明らかにすることを目的に、文献的に調査・考察を行った。

II-1. 文献検索のプロセス

学術データベースである CiNii を用いて文献検索を行った。検索キーワード「小児」「死」「グリーフケア」の組み合わせを使用して、検索を行った。期間は限定しなかった。重複して検索されたものを削除した。今回の調査においては我が国における現状を調査し把握することを目的として、我が国における小児医療における取り組みに関して調査した。

II-2. 選考基準と除外基準

検索された文献は、以下の選択基準に基づき第1段階としてタイトルと要旨において選別し、第2段階として本文を熟読し選別を行った。

選択基準

対象が、小児医療における死にゆく子ども(患児)、きょうだいや友人を亡くした子どもであり、終末期のケアや死別による悲嘆のケア・グリーフケアに関するもの

国内で実施された研究論文

除外基準

対象が、小児医療における遺族のうち父母など大人のみのケアに関するもの

II-3. 文献の選択

2025年1月19日時点において上述のデータベース検索により抽出された文献は42本であり、タイトルと要旨において選別し選定された文献は21本であった。さらに本文を熟読し、選定された文献は10本であった。対象となった文献に関して、過程、論文の種類、著者(出版年)、対象、主旨をまとめた。(表1)

III. 結果

III-1. 選定文献の基本属性(出版年、論文の種類、方法)

本研究で報告する10論文は、2004年から2024年に公表された論文であった。原著論文1本、総説1本、資料(研究報告)1本、症例報告2本、実践報告2本、解説3本であった。調査研究1本、レビュー1本、事例研究3本、質的記述的研究5本であった。

III-2. 対象

終末期について書かれていた論文は1本、終末期の患者のきょうだいへの対応についてであった。終末期から死別後の全過程について書かれていた論文は3本、終末期の子どもと、きよ

表1 各文献の概要

| 過程 | 論文の種類 | 著者 (出版年) | 対象 | 主旨 |
|---------|-----------|---------------------------------|-----------------------------|--|
| 終末期 | 症例報告 | 山瀬総一 ⁽³⁾ (2021) | 終末期の患者のきょうだい 2 名 | 終末期にきょうだい面会を行うことによるきょうだい達への心理的影響が懸念された症例の報告をした。 |
| 終末期＋死別後 | 解説 | 笠原麻里 ⁽⁴⁾ (2012) | 死にゆく子ども・その同胞・親 | 子どもにおける正常な悲嘆におけるさまざまな心身の反応と、乗り越えの心理的課題を解説した。 |
| 終末期＋死別後 | 解説 | 福田裕子 ⁽⁵⁾ (2016) | 死にゆく子ども・子どもを亡くした家族・同胞 | 子どもの死におけるグリーフについて、医師の役割とはどのようなことがあるのか、また地域で働く在宅医療従事者として残された家族へのケアをする際に何をすべきなのかを解説した。 |
| 終末期＋死別後 | 実践報告 | 森貞敦子 ⁽⁶⁾ (2024) | 死に備える必要があると判断された学童期から思春期の患者 | 闘病中に死に備える必要があると判断された学童期から思春期の患者のケアについて報告した。 |
| 死別後 | 総説 | 瀬藤乃理子 ⁽⁷⁾ (2004) | 子どもを亡くした家族・同胞 | 子どもを亡くした家族のグリーフケアの在り方について、国内外の文献から考察した。 |
| 死別後 | 症例報告 | 早田典子 ⁽⁸⁾ (2011) | 思春期の同室児 2 名 | 同室児の死に直面した思春期女児の事例に対して、多職種連携のもとで行なったグリーフケアを報告した。 |
| 死別後 | 原著論文 | 佐々木美和 ⁽⁹⁾ (2021) | 友人を亡くした思春期患者 6 名 | 入院中にできた友人を亡くした思春期患者の死別後の精神的なケアのあり方について検討した。 |
| 死別後 | 解説 | 志藤千晴 ⁽¹⁰⁾ (2024) | 子どもを亡くす経験をした家族・同胞 | グリーフケアの基本的知識について解説し、子どもを亡くす経験が家族や医療者へ与える影響について示した。 |
| 死別後 | 資料 (研究報告) | 佐々木美和 ⁽¹¹⁾ (2024) | 病棟で友人が亡くなった子ども 6 名 | 病棟で子どもが死亡したとき、その友人である子ども達とともに行うグリーフワークについて示した。 |
| 死別後 | 実践報告 | 出崎躍 ⁽¹²⁾ (2024) | グリーフケア外来を受診した患者 286 名 | 公認心理師によるグリーフケア外来について報告した。 |

うだい、家族、友人、への対応についてであった。死別後について書かれていた論文は 6 本、きょうだい、家族、友人への対応であった。

Ⅲ-4. 主な結論

本文献調査から抽出された 10 論文の主な結論は以下の通りである。

山瀬は、終末期にきょうだい面会を行うことによるきょうだい達への心理的影響が懸念された症例の報告をした。病床で横たわる患児の姿を目にすることはきょうだいにとって大きなストレスや PTSD の症状を生じることがあるとの報告があったことから、公認心理師は顔面に広範囲の血腫と治療の副作用による浮腫で外見が著しく変わったいた病状での面会はきょうだい達に PTSD や精神的ストレスが生じることが懸念したが、医師、看護師はきょうだいの希望を尊重し面会を許可する方針としたこと、しかし病状の安定がなく患児は死亡しきょうだい

面会が実現することはなかったこと、亡くなった際の面会では公認心理師が兄弟の意向を確認した上で部屋を明るくし患児の身なりを整えるなどの工夫をして面会を行なう取り組みをしたことを報告した。面会の際にはきょうだいたちが強いショックを受けていたことが分かりきょうだいに対する精神的アフターケアの必要性を感じたが、グリーフケアの一環として行なっているきょうだいに対するアフターケアでは継続的に連絡が来ることは少ないとし、終末期のケア・グリーフケアのあり方を見直す契機となり、多職種チームとして家族を援護する方法を整備する機会となったことを報告した⁽³⁾。

笠原は、終末期から死別後の子どもにおけるさまざまな心身の反応と、正常な悲嘆における乗り越えの心理的課題を解説した。親や介護者、医療者が子どもの死と向き合う際にも、死にゆく子どもにとって死というものをどのように認識しているのか、子ども自身がどのように感じ

ているのかを知っておく必要があること、大人は子どもの死の概念の発達を参照してその子にとっての「死」とは何かを理解することは重要であること、子どもは死ぬとはどういうことだと思っているか、死んだらどうなると思うのか、「死」に対峙することが必要であるが1人ではできないので大人の支えが必要であることなどを示した。留意することとして、遺されたきょうだいが亡くなった子の代役にならないようにすることをあげた⁽⁴⁾。

福田は、地域で働く在宅医療従事者として、子どもの死におけるグリーフでは医師の役割とはどのようなことがあるのか、遺された家族へのケアをする際に何をすべきなのかを報告した。子どもへの対応においては、年齢別で死の捉え方を理解するのみでなく子どもの成長の中で「死の経験」をしているかでもグリーフ反応が異なることを述べ、子どもだからわからないという判断を大人がするのではなく、正直に話し今できることを子どもにも伝えていくことを示した。親への対応においては、親は自分のグリーフに精一杯で同胞に気が回らないこともあるため、医療者はそのことを理解し家族ケアすることなどを示した。一方、今後の課題として、個々の医師によって考え方や対応が異なることが多いこと、医師は精神的なサポートをすることに自信がないという報告もあり死について患児・家族と話し合うことから距離をおくこともあること、医師のグリーフにおいて自分自身のケアを行なうことが必要なことをあげ、多職種との交流や連携が医師の支えになることも覚えておいてほしいとした⁽⁵⁾。

森貞は、看護師の立場から闘病中に死に備える必要があると判断された学童期から思春期の患者のケアから逝去後の家族の相談についての取り組みを報告した。学童期・思春期の子どものケアの場合、本人の思いや意向をどのように確認するか親と本人の思いの間で医療者も迷うことも多いが、子ども本人と向き合い家族の苦

しみや葛藤に寄り添うことが逝去後のケアへとつながると述べた。患児への対応として親と子どもの意向を確認しながら事実を説明すること、きょうだいへの対応として事実を隠したとしてもいずれ患児の死に直面しなければならないことを踏まえどこかのタイミングで説明すべきであるとした。グリーフケアを提供することにも多くの課題があるとし、今できることから始めるのが重要とした⁽⁶⁾。

死別後のケアとして、瀬藤は、子どもを亡くした家族のグリーフケアの在り方について国内外の文献から考察し、子どもにとって同胞を失うということは、遊び仲間を失うこと、ライバルを失うこと、自分のモデルを失うことなどを意味し、どの年齢の子どもにおいてもその後の人間関係や人生に大きな影響が出ること、遺された子どもたちに対しては家族内のオープンなコミュニケーションが重要であることを示した。子どもたちへのアプローチとしては、子どもをありのままに見ること、子どもの話を聞くこと、子どもに触れてあげること、子どもと話しをすることが大切であり、子どもたちに感情を表出してもよいことや自分を責める必要がないことなどを時間をかけてわかりやすい言葉で説明するように両親に伝えていくことなどを述べた。また、この課題と取り組む大人は悲嘆の当事者であることにふれ、周囲にいる多くの人にケアが必要であること、日本でのグリーフケアの歴史は浅いことなどを示した⁽⁷⁾。

早田は、同室児の死に直面した思春期女兒の事例に対して、多職種連携のもとで行なったグリーフケアについて報告した。闘病仲間の死を伝えるには、子どもを亡くした親への配慮、入院中の子どもの親の意向や入院中の子どものアセスメント（性格、年齢、発達、亡くなった子どもとの関係の深さ、亡くなった子どもが病棟にいないことへの反応）が重要であるとし、双方の親の同意を得た上で、誰が、いつ、どのように伝えるのかを児童心理を専門とする医療ス

スタッフを含めた多職種で構成されたチームが病棟スタッフと連携しながら検討することが望ましいと述べた。また、仲間の死を伝えたあとには、子どものさまざまな喪失反応があることを認識して観察するとともに、その子どもに合った悲嘆の表出への具体的な方法を検討することも大切であると述べ、グリーフケアにおけるチャイルド・ライフ・スペシャリストの役割としてその子自身にあった表現の方法を見つけて提供することをあげた⁽⁸⁾。

佐々木は、入院中にできた友人を亡くした思春期患者の経験や思いを明らかにし死別後の精神的なケアのあり方について検討するために、友人の死を経験した思春期患者6名（入院時10 - 18歳）を対象に退院後に半構造化面接を行ない質的帰納的に分析した調査の報告をした。思春期は友人関係が重要であり死に関することも含めて友人の情報は思春期患者と共有する必要があること、子どものグリーフケアとして終末期の面会を肯定的に語ったこと、亡くなったあとに友人と病室で会うことや通夜葬儀に参列することは気持ちを整理する機会として肯定的に振り返られていたこと、友人の死を知ったことで自らの予後に不安を感じた者はいなかったことなどを述べ、日常から生や死についてタブー視せず子どもたちと語り合える関係を築いていくことが大切であるとした。研究の限界として報告は1施設におけるものであり疾患に限られていることや体調が安定しているケースに限られていることをあげ、それ以外の状況については検討課題とした⁽⁹⁾。

志藤は、グリーフケアの基本的知識、子どもを亡くす経験が家族や医療者へ与える影響について解説した。悲嘆の誘因となる喪失体験については、子どもの場合、病気となり治療・入院することによって、健康な体を失うこと、友達と遊ぶことや学校へ行くことや部活動や習い事など今まで当たり前の日常であった社会生活を失うことであるとした。きょうだいにとって子

どもとの死別は、自分の死を強く意識させ自分も同じ病気になるのではという不安や恐怖につながると述べ、「死が取り返しのつかないもの」であることを理解できる年齢かどうかはその後のグリーフに大きな影響をもたらすことを示した。課題として、悲嘆のプロセスはそれぞれのベースがあるが患児が亡くなった後に家族が来院する機会は減ることをあげ、心配なことや話したいことがあるときにはいつでも連絡して欲しいことなどが記載されたグリーフカードなどを紹介した⁽¹⁰⁾。

佐々木は、病棟で子どもが死亡したとき、その友人である子ども達とともに行うグリーフワークについて調査研究を行なった。グリーフワークにおいて子ども達は、楽しかった思い出や感謝の気持ちやこれからもつながっていく思いが溢れ、友人の死をそれぞれ感じて考え受け止めようとした。自分自身も終末期となった時には、先に亡くなった友達に思いをはせたり再会を願ったりし、先に亡くなった友人の存在が孤独感を和らげ安心感にもなり大きな支えになっている印象を受けたと述べた。そして、学童期・思春期の子どものケアの場合、本人の思いや意向をどのように確認するか、親と本人の思いの間で医療者も迷うことも多いが、子どもと向き合い、家族の苦しみや葛藤に寄り添うことが逝去後のケアへとつながるとした。課題として、どのように話せばよいのかわからないと積極的には話をしない子どもがいるとし、日頃からわれわれ大人が生や死についてタブー視せずに考え、必要なときには子どもたちとともに語り合えるように準備しておくことの必要性を示した。加えて、子どものグリーフケアを考えるときには、子どもと共に思い出や気持ちを共有し、寄り添う姿勢が大切であるとした⁽¹¹⁾。

出崎は、公認心理師によるグリーフケア外来について報告した。グリーフケア外来を受診した286名（10歳代 - 80歳代）について、15歳以下の年齢の子どもを喪った家族の割合は全体

の4割でありその半数が精神疾患の診断を受けていたと述べた。また、事例を紹介し、公認されない悲嘆の場合、切実な問題に直面化していることを誰にも知られず周囲に助けを求めることが困難な状態に置かれてしまうこともあり、悲嘆が深刻化する危険性があることを示した⁽¹²⁾。

IV. 考察

IV-1. 終末期のケア

終末期のケアについて書かれていた論文においては、いずれも終末期から死別後のグリーフケアについて考慮した対応を行なうことが重要であること、またその際には子どもの意向を確認することの必要性が述べられていた。その上で、山瀬は患児の視覚的な変化がある場合には特に留意する必要性があること、多職種チームとしてきょうだいや家族を援助することが重要性であるとしていた⁽³⁾。また笠原や福田は、それぞれの子どもが死というものをどのように認識しているのかということを考えて対応することが重要であるとし、発達や経験の観点から子どもの理解を考えることの重要性が示唆された⁽⁴⁾⁽⁵⁾。森貞は、患児の死についてきょうだいに説明すべきと強調した⁽⁶⁾。いずれも重要であると考えられるが、未だ医療者の考えがさまざまであること、体制が十分構築できていないことも述べられていたように、今後の小児医療における課題であると考えられた。

IV-2. 死別後のケア

死別後のケアにおいては、多くの論文において終末期と同様に子どもの理解を考慮して対応することが述べられ、加えて多職種による関わりの重要性が強調されていた。直接医療的ケアにあたる小児科医師や看護師のみならず、心理、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、精神科医師、院内学級の教師、など多職種からなるサポートチームを作ることにより、子どもへのケ

アが充実するとともにサポートをする側も相互にケアすることも出来ると考えられた。また、きょうだいや家族にとって悲嘆の過程はそれぞれのペースがあり、チームは長期的に心理的なサポートをすることが重要であると考えられた。しかし、志藤が述べたように一般的には患児との死別後はきょうだいや家族と医療との関わりが少なくなることもありフォローは難しいことが多い⁽¹⁰⁾。そのため、きょうだいのフォロー体制や家族が相談したいときに相談できるような制度の構築、グリーフケア外来などの構築がすすめられていた。出崎はグリーフケア外来受診者の半数は精神疾患を罹患していたとし、悲嘆が深刻化する危険性の観点からフォロー体制の必要性を示した⁽¹²⁾。子どもたちが十分に理解し適切なケアを受けるためには、多職種による対応の充実や患児の死後のフォローアップ体制の必要性を小児医療に関わる者がより一層理解するとともに、整備に向けての体制作りが必要であり、今後の我が国の小児医療における課題であると考えられた。

V. 研究の限界と今後の課題

今回の調査は、我が国における現状を調査し把握することを目的とした日本語文献における調査であり、諸外国の文献は調査していない。諸外国における調査は、今後の検討課題である。また、我が国の小児医療における死にゆく子ども、きょうだいや友人を亡くした子どものケアに関しては、各分野におけるさらなる臨床的研究の積み重ねが必要と考えられる。

引用文献

1. 在宅の医療的ケア児の推計値 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する

- 研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと，社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成 医療的ケア児支援センター等の状況について 令和4年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議 厚生労働省
2. 船戸正久. 医療型障害児入所施設における End-of-Life Careの現状. 日本重症心身障害児学会誌. 2024;49 (2) :247.
 3. 山瀬聡一, 平井麻衣子, 谷ヶ崎博, 伊東正剛, 中原衣里菜, 金澤剛二, et al. 面会に際しきょうだいへの心理的影響に関する議論を多職種で行った小児がん終末期の1女児例. 日本小児血液・がん学会雑誌. 2021;58 (3) :315-9.
 4. 笠原麻里. グリーフケア. 小児科診療. 2012;75 (7) :1181-6.
 5. 福田裕子. グリーフケア. 小児科診療. 2016;79 (2) :263-8.
 6. 森貞敦子. 総合病院におけるグリーフケア：学童期・思春期の患者を中心に. 小児看護. 2024;47 (6) :684-8.
 7. 瀬藤乃理子, 丸山総一郎. 子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア. 心身医学. 2004;44 (6) :395-405.
 8. 早田典子. 同室児の死に直面した思春期女児へのグリーフケア. 小児看護. 2011;34 (3) :333-8.
 9. 佐々木美和, 新家一輝, 畑中めぐみ, 小島勢二, 高橋義行. 入院中に経験した“友人の死”の受け止め：思春期患者への聞き取り調査. 日本小児血液・がん学会雑誌. 2021;58 (1) :19-25.
 10. 志藤千晴. グリーフケアと小児看護. 小児看護. 2024;47 (6) :654-60.
 11. 佐々木美和. 入院中に“友人の死”を経験した子どもたちとのグリーフワーク. 小児看護. 2024;47 (6) :712-8.
 12. 出崎躍. 公認心理師によるグリーフケア外来. 小児看護. 2024;47 (6) :725-9.

Literature Review on Care for Dying Children and Children
Who Have Lost Siblings or Friends in Pediatric Healthcare in Japan

Wakako MIYAKE

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Keywords: word: pediatric medicine, dying children, grief care

第1回国際災害心理学ワークショップ参加報告



道免逸子¹⁾ 山本真由美¹⁾ 川瀬公美子²⁾ 村田昌彦¹⁾

¹⁾ 関西国際大学心理学部 ²⁾ メンタルサポートオフィスひといき

本稿は、「第1回国際災害心理学ワークショップ：トルコと日本の災害心理学の経験」（2025年9月、アンカラおよびハタイにて開催）の参加報告である。明治以降、大災害時に相互支援を通じて築いてきた日本とトルコの深い絆を背景に、2023年の大地震により露呈した、トルコの災害心理学の教育・研究の問題と心理社会的支援体制の問題に対処することを目的として、本ワークショップは開催された。

日本側は、阪神・淡路大震災以降の知見に基づき、災害後の時間軸に沿った中・長期的な心理的影響と対応、東日本大震災後の学校における心理教育的アプローチや社会的弱者への支援、災害時のスクールカウンセラー派遣体制などについて報告した。

被災地ハタイの現地視察では、復興に向けた様々な取り組みが見られた一方、震災から2年半が経過し、心理社会的支援専門家の間には共感疲労やバーンアウトが広がり、継続的な支援体制維持の困難さが窺われた。両国にとって、長期支援を要諦とし、PTSD 専門治療拠点のような持続可能な支援インフラを整備することを含めた災害心理学的取り組みが喫緊課題と考える。

キーワード：災害心理学、国際協力、メンタルヘルス、ワークショップ、参加報告

I. はじめに

I-1. トルコの現状とこれまでの日本との関係

日本とトルコは明治以降、エルトゥールル号遭難事件（1890年）、イラン・イラク戦争での邦人救出（1985年）、阪神・淡路大震災（1995年）、マルマラ地震（1999年）、東日本大震災（2011年）など、大災害時に互いを支援し合い、深い絆を築いてきた。

特にマルマラ地震では、日本からの人的・物的支援に加え、兵庫県が県民義援金2億円を土日基金（トルコ・日本基金の略、本部アンカラ）に提供し、「ひょうごトルコ友愛基金」を設立。2000～2014年に震災遺児・孤児延べ約5,700人に育英基金を提供した。基金はほとんど利子で賄えたため、原資の残額は2014年以降「地震防災対策推進プロジェクト」に活用され、土日基金は兵庫県と協力し、高校生交流や「トルコ版ぼうさい甲子園」など防災プロジェクトを継続実施してきた。2023年2月、死者5万人

を超えるトルコ・シリア大地震が発生した際、日本からも様々な支援が届けられた。

トルコにおける緊急対応は、1999年のマルマラ地震を契機に、災害対応を統合する目的で2009年に新設された災害・緊急事態管理庁（Disaster and Emergency Management Authority, 以下 AFAD）が統括的役割を担っており、こころのケアチームの派遣・調整なども行っている。一方、トルコでは災害心理学の教育研究が十分には整備されておらず、特に2023年のトルコ・シリア大地震では、トルコの心理社会的支援やインフラの重大な欠陥が浮き彫りになった。トルコでは、危機時だけでなく災害サイクル全体を通じて、持続的で全体的な災害心理学サービスを提供できる資格を持つ専門家の数が極めて限られている。また、マルマラ地震以来、さまざまな災害心理学分野での被災者への介入が行われてきたものの、持続性に欠け、対症的な介入に留まることが多く、災害リスク管理やフィールド運用に関する専門

知識が不足していた。

I-2. ワークショップに参加した背景

阪神・淡路大震災の被災地である兵庫県で防災を学ぶ学生が開始した街頭募金活動の資金は、トルコの被災大学生の奨学金として土日基金に贈呈された。この募金贈呈式において大学制作のビデオメッセージが上映されたことが契機となり、新たな土日友好プログラムが始まった。

具体的には、2024年3月、日本の学生7人が兵庫県の補助を受けて、トルコの地震被災地（カフラマンマラシュ、アディヤマン）を訪問する学生交流プログラムが実現した。この交流では、奨学金を受給する被災地出身の中東工科大学の学生6人も加わり、土日双方の地震防災の経験に基づいた防災教育教材を共同制作し、被災地の学校訪問や生徒との文化交流活動を行った。さらに、相互支援の動きとして、2024年9月には、土日基金と共に来日したチャンクル高等学校の生徒と日本の学生が、三宮駅前で能登半島地震被災地支援募金を実施している。

土日基金は、これら一連の活動が、被災地の絆や支えあいを深める学びの場となり、有効な心のケアプログラムになったとして高く評価した。特に、日本の参加学生が災害心理学を専攻していた点に着目。トルコ国内でこの分野の教育研究が未整備であることを踏まえ、土日基金が中心となって「国際災害心理学ワークショップ」の開催が決定された。約半年の準備期間を経て開催された第一回会合では、日本の研究者ら4人が参加し、トルコの中央省庁、研究者、NPO、実務者が知見を共有する場となった。

II. ワークショップの概要

名称：第1回国際災害心理学ワークショップ：
トルコと日本の災害心理学の経験
(1st International Disaster Psychology

Workshop: Türkiye and Japan Experiences in Disaster Psychology)

開催地：ワークショップ：アンカラ市、トルコ
日本財団文化センター (Turkish Japanese Foundation Cultural Center)
被災地復興調査及び意見交換：ハタイ県

日時：2025年9月9日～12日

主催機関：災害心理学プラットフォーム協会
(Disaster Psychology Platform Association: DPP)、土日基金 (Turkish Japanese Foundation: TJV)

対象：トルコおよび日本の災害リスク軽減と災害対応に関わる実務者、科学者、専門家、人道支援従事者、精神保健従事者、公共部門の代表者

参加規模：トルコ国内から対面で約300名、オンラインで100名、日本からの専門家代表団4名

目的：トルコにおける災害心理学分野の知識と能力の向上

トルコのために、持続可能で文化的に適切かつ実行可能な災害心理学モデルを開発すること

<プログラム：4日間>

Day 1, 2：アンカラでの講演・グループセッション

Day 3, 4：ハタイでの現地視察・フォーカスグループディスカッション





Day 1：開会と全体会議（9月9日、アンカラ）

開会スピーチ：

- ・ 土日基金理事長
- ・ JICA トルコ事務所所長
- ・ AFAD 総裁（代理）
- ・ 国民教育省総局長
- ・ 駐トルコ日本大使

全体会議 I：トルコの災害心理学における学際的な実践と経験

トルコにおける災害心理学の変遷について
-1999年の地震から2023年2月6日の地震まで-
災害心理学の発展、初動対応チームへの介入、
ボランティア活動とレジリエンス構築の経験

- ・ イェシム・ウナル博士：災害心理学プラットフォーム協会（APP）会長
- ・ セルカン・ユルマズ博士：Kocaeli 大学
- ・ ギュルギュン・テズギデル氏：緊急支援財団
- ・ チュライ・アクギュン氏：国立医療救助協会（UMKE-DER）

全体会議 II：日本の災害経験と長期的な応用

日本の広範な災害経験から開発された心理的支援アプローチの紹介

- ・ 道免逸子：関西国際大学心理学部
- ・ 山本真由美：関西国際大学心理学部
- ・ 川瀬公美子：徳島県スクールカウンセラー、メンタルサポートひといき主宰
- ・ 村田昌彦：関西国際大学心理学部

全体会議 III：トルコの公共機関による災害心理学の実践と現場経験

- ・ Gülşah Alakara Özcan 氏：家族・社会サービス省代表

- ・ Fatmagül Ertuğrul 氏：保健省代表
- ・ Elif Güneş 氏：青年・スポーツ省代表
- ・ Serpil Altuncu Varol 氏：国民教育省代表

Day 2：グループセッション（9月10日、アンカラ）

5 専門分野に基づいたテーマ別グループセッション

- 1) アカデミア（災害心理学の学術的基盤、理論と実践の関係、研究ニーズ）
- 2) NGO's（ボランティア支援、地域ベースの介入、市民連携）
- 3) 捜索救助チーム&医療チーム（現地心理支援、チームレジリエンス、PFA、トラウマ対応整備）
- 4) 心理社会的支援専門家（PFA、ポストトラウマ支援、介入モデル、文化感受性）
- 5) 救急医療サービス従事者（災害前・中・後のサービス提供、支援システム）

Day 3 & 4：現地視察とフォーカスグループ

ディスカッション（9月11日～12日、ハタイ）

2023年2月6日のトルコ・シリア大地震の被災地であるハタイ県で、社会・文化・心理社会的復興プロセスを観察するための現地調査が実施された。

- ・ 目的：地震後の経済的、文化的、社会的な復興モデルの観察。心理社会的支援サービスがどのように実施されているかを調査すること。現場実践とアカデミアの連携強化。

・ 視察場所：

- 1) Culture and Arts Bazaar（文化・芸術バザール）
- 2) ハタイ連帯協会キャンパス（リメン女性協同組合、トルコ医師会理学療法ユニット）
- 3) ユース・スポーツ志向の連帯施設（サーフ・ユース・センター）

- 4) ハタイ市内視察（車両によるツアー）
- 5) ジネル（Ciner）コンテナ・シテイ
・フォーカスグループディスカッション：
ブラダユズ・ハタイ協会（BUHAD）

III. ワークショップ参加体験

III-1. シンポジウムでの発表

○道免逸子「災害心理学における複雑性：災害後の心理的影響の理解と対応—日本からの知見」

精神科病院及び兵庫県こころのケアセンターにおける PTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）の臨床・研究・研修の経験から得た、災害後の心理的影響と対応について報告した。トルコでは、発災直後に AFAD、DMAT（Disaster Medical Assistance Team）、PFA:Psychological First Aid 等が有効に機能している一方、災害後中・長期に関する知見が不足していることが事前に伝えられたため、本発表では、中・長期の影響と対応に焦点を当てた。

災害大国である日本は、被災のたびに災害対策を発展させてきたことを紹介した。阪神・淡路大震災後に DMAT やドクターヘリ・ドクターカーが導入され、PTSD の治療・研究・研修の専門機関である兵庫県こころのケアセンターが設立された。東日本大震災後には、DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team）が全国 47 都道府県で導入され、JR 福知山線脱線事故後には日本 DMORT（Disaster Mortuary Operational Response Team）が設立された。

災害は複雑な現象であり多角的な理解を要することについて、以下 3 点から述べた。

1) 災害後の精神的課題とニーズは時間軸により変化する

発災直後、中期、長期という時間軸に沿った理解が必要である。日本は阪神・淡路大震災か

ら 30 年、東日本大震災から 14 年が経過し、長期的な課題に直面している。トルコもマルマラ地震から 26 年、トルコ・シリア大地震から 2 年半を経て、中・長期的な課題が出現していると考えられる。災害後中・長期的な心理的課題として、うつ病、PTSD、惨事ストレス、不安障害、物質依存、慢性疼痛、複雑性悲嘆、サバイバーギルトを取り上げた。参加者は精神保健の専門家とは限らないため、わかりやすく具体的な留意点と対処法に焦点を当てた。

2) 災害はその種類により、被災者が被る心理的影響が異なる

災害を、自然災害、故意による人為災害（テロや紛争など）、故意でない人為災害（交通災害、ビル火災、油田の爆発事故など）、複合災害の 4 つに分類している災害精神医学の分類の意味について述べた¹⁾。自然災害や故意による人為災害では、絆や連帯の感覚が生じ、自然災害後には復興を促進するコミュニティ、therapeutic community が形成される。故意でない人為災害では、原因や責任の解明に専門知識と時間が必要であり、補償賠償交渉も長期に及ぶため、被災者の傷つきが複雑で長引くとされる²⁾。災害心理学は、自然災害のみならず、あらゆる災害に対応したものであることが求められる。筆者が携わった 2005 年の JR 福知山線脱線事故負傷者を対象としたインタビュー調査から得た、災害後中・長期のメンタルヘルスケアのポイントを紹介した³⁾。

- ・誰もが長期間アクセスできる、情報集約的な窓口の設置
- ・事故体験を言語化できる場の長期的確保
- ・PE（持続エクスポージャー療法）など、トラウマの心理療法の機会
- ・惨状目撃のダメージへの対策

3) 個人の治療から国の復興まで、多角的視点での理解が必要である

災害による被害は、被災した個人の治療から、その人を取り巻く家族や友人の傷つきと回復、

地域コミュニティの復興、さらに国や地球規模の復興に至るまで、多角的な視点で理解していく必要があることを述べた。特にPTSDは対人関係を分断し、コミュニティを不安定にし、その影響が何代にも及ぶことがある。災害後のメンタルヘルスケアの要諦は長期的支援であることを述べた。

中・長期の心理を複雑にする要因の一つであるトラウマの治療法には、エビデンスある心理療法が複数存在するにもかかわらず⁴⁾、トラウマセラピストの不足から、適切な治療を受けられない人が多いことを指摘した。またその解決策の一つの選択肢として、筆者が専門とするPTSDの認知行動療法「ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (Narrative Exposure Therapy: NET)」を紹介した⁵⁾⁶⁾。NETは中期・長期に特徴的な複雑なPTSD症状に有効とされ、実施者を増やしやすい心理療法である。

○山本真由美「学校における災害心理学の適用：地震・原発事故後の心理教育的アプローチ」

筆者は、2011年から2020年まで、年に2回、各1週間程度、福島県白河市で子ども達への支援を行った。その内容を3つに分けて説明した。(1)地震、津波の災害に加え、放射能被害が加わった地域で原発事故の数ヶ月後から行った支援、(2)震災数ヶ月後から数年後の子ども達の様子と支援、(3)子ども、女性、高齢者、障害者、外国人といった社会的弱者への支援の3つであった。

放射能被害について、自衛隊、その他の外部団体、自治体と協力して、家屋、森林、農地、湖沼などの放射線量の測定、除染、放射能が人体に及ぼす影響への教育などを行った。住民は、地震と津波被害に加え、放射能被害があり、外部から支援に入っていた筆者らに「東電の回し者か」と不安と恐怖と怒りの矛先を向けてきた。地域住民の健康に係わる事柄であったため、怒りを向けられても、辛抱強く、除染作業を行

つつ、放射線の影響を伝えて行った。震災後2年、2013年頃から放射線に対する住民への学習会が軌道に乗り始め、子ども達への放射線教育の必要性も学校や教育委員会に伝えて行った⁷⁾。

次に、震災数ヶ月後から数年後の子ども達の様子と支援について述べた。子ども達は言語機能の発達が十分ではないので、震災直後の不安や恐怖を身体で表現したり、遊びで表現したりすること、そのような子どもへの対応に関する相談が周囲の大人から、あった時、「怖いよね。でも、みんなで一緒に安全に過ごせるように頑張ろうね」というように、子どもの感情を受け止め、共感する言葉がけをしましょうと伝えたことを説明した。東日本大震災から6年経過した『子どもたちの津波の絵』⁸⁾を示し、災害の記憶は6年経っても子ども達の記憶に残っていること、震災後から中長期にかけて、子どもはさまざまな反応を示すので、そのような反応のことを一般の人も学ぶ必要があり、子どもの話すことに耳を傾けることが一つの対応法であることを伝えると共に一般の人へ子どもの心理を教育していく必要があることも述べた。

震災後2年経過後、保育園でスポーツを専門とする教員と共に子どもの姿勢、運動を観察し、子ども達の身体発達、運動発達が全体的に遅れていることに気づいた。放射能の除染が完全に終わっていないので、生まれてから家の中で過ごしていたことが明らかになった。保護者、保育園、教育委員会と協議を重ね、その次の年から保育園などで運動指導教育を実施することになった⁹⁾。

最後は、言葉の理解ができないため何が起こったのかわからず、恐怖の中、自宅に留まった外国人、子どもがパニックを起こし、落ち着かせるために必死だった知的障害者の親、逃げるのを諦めた75歳以上の高齢者、子どもの夜泣きがひどく避難所で生活できなかった乳幼児の親、避難しようと思っても冠水した道を車椅子で移動できなかった肢体不自由者などの社会

的弱者への支援であった。困難を乗り越えて、やって来た避難所は、すべての被災者のためのものであるが、静かに過ごしたいと思っている高齢者、恐怖や不安を感じ、避難所に入れない発達障害者、ペットがいるから避難所に入らない人などさまざまな人がいた。子どもの笑いは避難所にいる人の心を慰めるものであるが、避難所で泣いたり、大声を出したり、走り回ったりする子どももいる。すべての人のニーズを満足させることは難しい。1995年の阪神・淡路大震災で必要性が指摘され、2011年の東日本大震災では65施設が開設された福祉避難所というものがある。福祉避難所の確保・運営ガイドラインは、2016年4月に出されたが、人手不足、資金不足が課題であるということを報告した。

まとめとして、共助・自助、教育、地域住民への引き継ぎ、多職種連携が重要であることを報告した。

○川瀬公美子「災害時のスクールカウンセラー派遣に関する支援体制－2016年熊本地震におけるスクールカウンセラー派遣を事例として－」

概要は(1)南海トラフ地震が懸念される徳島の状況、(2)日本のスクールカウンセラー(SC)について、(3)災害時の支援・受援の課題と筆者からの提言、の3点である。

(1) 南海トラフ地震が懸念される徳島について

南海トラフ地震は、100～150年間隔で繰り返し発生し、前回の地震発生は1944、1946年であった。現在の被害想定は震度7～6で、トルコの基準MM震度階では8～11に相当する。もし発生すれば、徳島は受援の立場になる。

(2) 日本のスクールカウンセラー(SC)について

SCは1995年に文部省(当時)の調査研究事業として全国の公立中学校154校の配置から始まった。当時の主な職務はいじめや不登校への対応であった。

現在は全国で3万校以上配置され、期待される役割は増えている。カウンセリング、コンサルテーション、アセスメント、研修、予防的対応、危機対応等であり、対応する問題や相談内容は、いじめ、不登校、発達、暴力、虐待、貧困、災害後のケア等である。

危機状況への対応は、平時の対応と異なる。災害、事件、事故等で危機的な状況になった場合、学校関係者は激しく動揺し、様々なストレス反応を起こすこともある。学校からの要請に応じてカウンセラーが派遣されるが、徳島県の場合、緊急支援チームは予め登録志望したSCで構成され、派遣期間は3日～1週間である。学校の状況を見極め、心のケアを行うことで二次的被害を防ぐ。目的は学校が速やかに日常生活を取り戻すことにあり、SCは個人的問題に注目するよりも、学校全体をケアする。

災害時の対応については、全国からSCが集まった例として東日本大震災や熊本地震を紹介したが、現在は近隣地域から支援に入る。2024年能登半島地震では、現地に近い近畿や東海地域から支援に入り、政府によるプッシュ型支援があったと報告されている。

被災地での活動については、事例として、熊本地震で徳島県チームとして派遣された筆者の経験を述べた。1週間交代のリレー式であり、業務はカウンセリングや研修(心理教育)等であったこと、一日の活動スケジュール等を紹介した。また、自由時間の様子から、派遣SCの一部はストレス反応を示した状態であったと伝えた。準備して派遣された心の専門家でもストレス反応を示すことは、セルフケアの重要性、必要性を示す例となる。相互ケアも大事であるが、この点が十分でなかったと筆者は省みた。

(3) 災害時の支援・受援の課題と筆者からの提言

災害時の支援と受援の課題に関して、筆者の分析¹⁰⁾を紹介した。被災地では心のケアが必要とカウンセラーを要請するが、何をするかは

具体的に示されていない。一方、カウンセラーは現地で指示があると考えている状態にある。この混乱を防ぐために、災害時の支援では、受援側が具体的な指示や要望を伝えることが重要と指摘した。

そして、災害時のSC派遣に関する支援体制について提案¹¹⁾した。熊本地震を事例とし、標準的な危機管理システムであるインシデントコマンドシステム(ICS)の視点から検討した結論として、外部支援を受け入れる留意点として次の3点をあげた。①現場指揮者(the Incident Commander)を明確にし、その指示・依頼に応じる、②統制範囲を超えないグループ構成にする、③指示一元化を保つ、つまり現場指揮者以外からの意見による混乱を避ける、というものであった。

最後に、全体のまとめとして、①災害支援する時はICSの概念に照合した体制づくりを提案し、②支援者のセルフケアが重要で、対策は事前研修である、と提言した。

○村田昌彦「阪神・淡路大震災：災害に強い社会構築のための転換点～レジリエントな心の回復」

被災者のこころの復興も視野に入れて兵庫県教育委員会が開発した防災教育副読本「明日に生きる」にも記載されている、「孤立していない、見捨てられていないと、被災者に実感してもらうことが第一」という、兵庫県こころのケアセンターの創設者の言葉を引用しながら、発表を行った。

学生交流プログラムがこころのケアに有効なプログラムと評価された経緯を踏まえ、筆者は、この一連の活動が、上記のキーワード(孤立していない、見捨てられていない)に即したものであることを、具体的な活動を引用しながら説明した。

特に、被災地に送ったビデオメッセージを上映したところ、ビデオ終了時に土日基金から「こ

のビデオが今回の関係者が一堂に会するワークショップのきっかけになった」との注釈が加えられた直後、会場から大きな拍手が沸き起こったことが印象に残っている。

さらに、発表終了後、参加者の一人が歩み寄ってきて「発表の中にあつた『震災当日の夜、寒い避難所で震えていたところ、隣県大阪府の毛布が届いたときに、自分たちは孤立していないことを実感して希望の明かりが見えた』の部分に、自分自身の被災体験が重なって、心に響きました」と感想が述べられた。筆者にとっても、時空を超えて被災者同士のこころが通じ合えた瞬間のように感じられた。

III-2. グループディスカッション

グループディスカッションには、第3班に村田、山本が、第4班に川瀬、道免が参加した。第3班) 搜索救助チーム&医療チーム(現地心理支援、チームレジリエンス、PFA、トラウマ対応整備)

2023年の大地震では、災害支援活動はAFADが主導し、保健省、教育省など各省庁やNGOが連携して行われたが、情報共有や調整会議の仕組みが十分機能せず、現場間の「横の連携」は弱く、被災地間での活動重複や空白地帯が発生したことなどの問題点が、参加者から指摘された。

これについて、日本での事例を求められたことから、日本のJVOAD(全国災害ボランティア支援団体ネットワーク)のような中間支援組織が、被災地の災害対策本部にも席を有している、被災地で活動するNGOの取りまとめも行う仕組みがあることについて報告した。参加者からは、JVOADの組織運営は政府主導で行われるかなどといった質問があつたが、これは、民間NGOが自発的に組織し、政府や関係機関が活動を支援していることについて説明を加えた。トルコでも今後の被災地支援制度の改善において有力な参考事例となることが期待される。

第4班) 心理社会的支援専門家 (PFA、ポストトラウマ支援、介入モデル、文化感受性)

参加者: 19名 サイコロジスト、ソーシャルワーカー、クリニカルサイコロジスト、フィールドコーディネイター、教育省などの省庁職員、大学教員など

積極的で熱を帯びた発言、討論が行われた。以下のような話題が討議されたが、それぞれの立場の違いも浮き彫りになり、全体を一つの意見にまとめるには至らなかった。ファシリテーターはNETセラピストであった。

- ・非常に有効とされる AFAD の運用にさまざまな問題がある
- ・様々な仕組みはできているが、その運用に問題がある
- ・政府、民間組織、NGO の間で連携が図られるべき
- ・TAMP (Türkiye's Disaster Response Plan) の運用についての問題
- ・専門職スタッフの不足、能力の向上
- ・トラウマケアの問題 災害後のストレスでDVになるケース等
- ・災害の影響、災害予防に関する文化の醸成が必要

日本側からのコメント: トルコには様々な災害対応の機関や仕組みが作られているが、その運用や連携の問題があることがわかった。急性期の問題に焦点づけられていたが、今後中・長期の対応も重要になるためぜひ検討して頂けたらと思う。

III-3. 現地視察 (9月11日~12日、ハタイ)

ハタイ県は2023年のトルコ・シリア大地震で最も被災が著しかった地域の1つである。復興の現状を視察し、関係者との意見交換を行った。

視察場所:

1) Culture and Arts Bazaar (文化・芸術バザール)

ハタイは古のアンティオキアで、政治経済の中心地であった。地震後の経済的・社会的復興のため、ハタイの芸術家や職人たちのために設立されたバザールを訪問した。現地の産業、特に絹織物や工芸に携わる人々が市場で製品づくりをしながら復興に向けて取り組む様子は、能登半島での取り組みを彷彿とさせた。

2) ハタイ連帯協会キャンパス (リメン女性協同組合、トルコ医師会理学療法ユニット)

震災後、お母さんと子供達が日中集まれる居場所として、地域住民により作られたハブである。お母さんは手作りのハーブ石鹸、ピクルス、お菓子などを売り、子供たちは安心して運動や工作、勉強ができる。代表者の女性は「先のことは考えない、今をよくしていくことだけ。」と語り、にっこりと笑った。身体的および心理的回復を支援し、地域の連帯構造を制度化する統合的なサービスモデルとして、大変興味深かった。

3) ユース・スポーツ志向の連帯施設 (サーフ・ユース・センター)

スポーツや社会的活動を通じて、災害後の若者のウェルビーイングを支援するために設立された。目の前に地中海が広がる立地で、サーフボードの世界大会で良い成績を収めた青年が、この地域の波の良さ、トレーニング方法などをいきいきと説明してくれた。

4) ハタイ市内視察 (車両によるツアー)

繁栄していたハタイの街には、2年半を経た今もまだ多くの瓦礫や破壊されたビルが残っていた。街は土埃でけむり、防塵マスクの着用を促された。車両の中で現状の説明をしてくれたスタッフの家があったところも瓦礫の山のままであった。復興に向けた工事が至る所で行われていたが、法的な問題から着手できないところもあるとの説明を受けた。一方営業を再開し繁盛しているレストランやホテルも見受けられた。美しい景観の喪失からくる集合的トラウマや喪のプロセスなどの課題も推測された。



5) ジネル (Ciner) コンテナ・シティ訪問
 コンテナ・シティの入り口には高いゲートが設けられ、そこから入る一つの街区を形成していた。こうしたコンテナ・シティは他にも多くみうけられた。コンテナの周囲には洗濯物が干してあったり、アルミ缶で火を起こす女性が見えたりするなど、人々の日々の営みを感じられた。震災直後は生活必需品へのアクセスや心理・社会的支援が得られる安全な場所であったろうが、2年半が経過し、不確実な生活状態が長期化することによるメンタルヘルスへの影響が懸念された。



フォーカスグループディスカッション (9月11日～12日、ハタイ)

ブラダユズ・ハタイ協会 (BUHAD) におけるフォーカス・グループ・ディスカッション

震災後、青少年達が安心して学び憩える居場所として設立された。天井が高く、窓が大きく、開放的で明るい作りの施設で、実際に図書室のような空間で少女数名が勉強をしていた。

ハタイにおける MHPSS (精神保健・心理社会的支援) 専門家および若者との意見交換を行った。震災から2年半が過ぎ、専門職には二次的外傷性ストレスを負っている人も多い。災害後長期の状況下において、心理支援サービスの介入モデルがどのように持続されているかをみる、ということだったが、支援の場から離れて行くスタッフも多く、このまま継続することは難しいという話があった。継続的な支援のためには、ケアをする人のケアのシステム作りが喫緊と考えられた。

IV. 考察

トルコでは、1999年のマルマラ地震を機に、AFADを創設するなど、危機対応に注力してきた。しかし、2023年2月のトルコ・シリア大地震で、インフラの耐震性欠如や心理社会的支援の不備が明らかになった。今回のワークショップ参加で強い印象を受けたのは、1999年の大地震の教訓が生かされていない、また同じことをくりかえしてしまったという恚怩たる思いから、並々ならぬ熱意と意欲を持って取り組んでおられる主催者の姿である。「トルコは過去の教訓に学ばない、日本のように、学んで活かして行く姿勢を取り入れたい」とのことだったが、果たして日本の防災・減災、災害後の取り組みも、言われるほど進んでいるだろうか。むしろ、これだけの危機感を持ってシンポジウムを企画・運営するトルコ側の熱意を日本側が学ぶべきであるという思いを持った。

ハタイでは、トルコ・シリア大震災から2年半を経て、これまで奮闘してきた支援スタッフに疲れが見えた。スタッフの中に共感疲労やバーンアウトが多く、持ち場を離れる人も増えたとのことだった。PFAにもあるように、ケアをする側のケアは不可欠であることを強調してきたが、トルコには、こうしたトラウマ的傷つきに対応できる専門家は非常に少なく、対症

療法的な介入にとどまることが多いとのことだった。シンポジウムで紹介した、PTSDに特化した施設である「兵庫県こころのケアセンター」について、災害心理学プラットフォーム協会会長のイエシム・ウナル氏は「そうした施設を作ることが夢だ」と語った。トルコは人と防災未来センターと同様の施設を開設している。こうした大規模施設設立の可否は政治的影響を受けることが、関係者から言及された。

災害後の心理的支援の要諦は長期支援であり、我が国もこうしたトルコの状況から学び、持続可能な支援体制を築く努力が求められる。今回のワークショップで、さまざまな心理社会的支援に加えて、やはりトラウマの専門治療を受けられる拠点が必須であることを改めて痛感させられた。南海トラフ地震が予測される我が国にも、こころのケアセンターはまだ全国に6か所しかない。トルコ同様我が国においても大地震への防災・減災、災害後の体制整備が喫緊課題といえよう。

V. おわりに

9月7日から14日の滞在の間に、プログラムの内外で公私共に関係スタッフと友好を深め、相互理解が進んだ。トルコの方々は、自らの文化と産業を、また子ども達、隣人を大切に思いやり、復興に取り組んでいた。アンカラでは日に5回コーランが流れ、ハタイには、キリスト教、イスラム教、ユダヤ教が共存して繁栄していくというモチーフの大きな壁画が飾られていた。トルコは寛容な国、日本に負けない「おもてなし」の国であり、また聞きしに勝る親日国であった。同じ地震国として、日本とトルコは今後もこれまで以上に、さまざまな形で交流し支援し学び合っていくことができるであろう。トルコの、大地震からの一日も早い復興を願って、本報告の結びとしたい。

VI. 謝辞

本シンポジウムの企画・運営、日本人参加者への旅程・宿泊等あらゆるご配慮を頂いた、土日基金副理事長エミン・オズダマル氏、災害心理学プラットフォーム協会会長イエシム・ウナル氏に心より感謝申し上げます。また、本シンポジウムへの多大なご協力に対し、土日基金理事長ネジャット・ボラ・サヤン氏に深く感謝申し上げます。

VII. 引用文献

- 1) Ursano,R.J.,Fullerton,C.S.,Weisaeth,L.et al. (Eds) Textbook of Disaster Psychiatry. Cambridge University Press; 2007.
- 2) 鈴木逸子. 交通災害が被害者に与える長期的影響に関連する文献レビュー-科学技術災害technological disasterの視点から-. 心的トラウマ研究. 2017;13:55-68.
- 3) 道免逸子、内海千種、加藤寛. 大規模交通災害が負傷者の心身に及ぼす長期的影響 - JR福知山線脱線事故13年目のインタビュー調査から -. 心的トラウマ研究. 2023;18:21-30.
- 4) ウルリッヒ・シュニーダー,マリリン・クロワトル編, 前田正治,大江美佐里監訳. トラウマ関連疾患心理療法ガイドブック-事例でみる多様性と共通性-. 誠心書房.;2017.
- 5) マギー・シャウアー,フランク・ノイナー,トマス・エルバート著, 森茂起,森年恵訳: ナラティブ・エクスポージャー・セラピー第2版. 金剛出版.;2023.
- 6) Schauer,M., Neuner,F., Elbert,T. Narrative Exposure Therapy (NET) for Survivors of Traumatic Stress. 3rd ed. (ISBN 9781616765958) Hogrefe Publishing; 2025.

- 7) 中山信太郎 (2013) 徳島大学福島支援プロジェクト報告書 ふくしまとくしまともに歩もう
- 8) サリーハウス 3.11から6年『子どもたちの津波の絵』 <<https://cutysally.exblog.jp/23949446/>>2017-03-11公開, 2025/07/23 閲覧
- 9) 山本真由美. 放射線災害中長期支援プログラムにおける発達支援. 大学教育研究ジャーナル. 2016;13:86-93.
- 10) 川瀬公美子, 中野晋, 内海千種. 災害支援者をより活用するための受援体制のあり方 - 公立学校の派遣スクールカウンセラーの受け入れ方法の提案. 21世紀の南海地震と防災. 2018;12:73-78.
- 11) 川瀬公美子, 中野晋. 2016年熊本地震におけるスクールカウンセラー派遣に対する支援体制-ICSの観点からの検討. 地域安全学会論文集. 2020;37:125-134.

Report on Participation in the 1st International Workshop on Disaster Psychology

Itsuko Domen¹⁾ Mayumi Yamamoto¹⁾ Kumiko Kawase²⁾ Masahiko Murata¹⁾

¹⁾Kansai University of International Studies ²⁾Mental Support Office Hitoiki

This paper reports on participation in the *1st International Workshop on Disaster Psychology: Experiences of Turkey and Japan*, held in Ankara and Hatay in September 2025.

Against the backdrop of the strong bonds between Japan and Turkey —ties that have deepened through mutual support in times of major disasters since the Meiji era— the workshop was convened to address the challenges revealed by the 2023 earthquakes in Turkey concerning disaster psychology education, research, and psychosocial support systems.

The Japanese team presented findings accumulated since the Great Hanshin-Awaji Earthquake, focusing on the medium- and long-term psychological impacts of disasters and corresponding interventions. Presentations also covered psychoeducational approaches in schools following the Great East Japan Earthquake, support for socially vulnerable populations, and the national system for dispatching school counselors during emergencies.

During field visits to Hatay, the participants observed ongoing recovery efforts. However, more than two and a half years after the disaster, signs of compassion fatigue and burnout were evident among psychosocial support professionals, highlighting the challenges of sustaining long-term support structures.

Based on these observations, the author considers it an urgent task for both countries to prioritize long-term support and to develop sustainable infrastructures—such as specialized PTSD treatment centers—as the core of future disaster mental health initiatives.

Key words: disaster psychology, international collaboration, mental health, workshop, report

子どものレジリエンスを育む超短期介入の開発： 「こころの健康のためのヒント～見る、聞く、つなぐ～」 プログラム



田中英三郎

東京大学 相談支援研究開発センター キャンパスウェルビーイング推進分野

キーワード：サイコロジカル・ファーストエイド、児童思春期、精神健康、レジリエンス、超短期介入

はじめに

近年、日本の青少年の精神健康の悪化が懸念されている。特に自殺者数は増加傾向にあり、2024年には小中高校生の自殺者数が527人と、統計開始以来最多となった¹⁾。自殺は10代の死因の首位を占める深刻な問題で、うつ病など精神的不調と密接に関連している。また、コロナ禍を通じて強いストレス、不安、抑うつを感じる青少年も増加している。日本赤十字社の調査では、コロナ禍（2021年）において高校生の18%が「生きていることに意味を感じない、死を考える」と訴えていたことが報告されていた²⁾。国立成育医療研究センターが実施した2022年の調査でも、中等度以上の抑うつ症状を示す子どもが全体の13%にのぼり、2021年時点（11%）から改善は見られなかった³⁾。こういった精神健康の不調は、子どもたちの学校生活にも表れている。例えば、不登校（年間30日以上欠席）となる小中学生の数は過去最多を更新し続けており、2023年度には約35万人に拡大している⁴⁾。青少年の精神健康に悪影響を与える要因としては、SNSやスマートフォンなどへの過度な依存⁵⁾、現実生活における人間関係の希薄化⁶⁾、実生活内やネット空間でのいじめ⁷⁾などが懸念されているが、その実態と対策は研究の途上である。

こうした状況を受けて、政府や自治体は、青少年のメンタルヘルスに関する調査研究や、学校現場での早期発見・支援体制の強化に取り組んでいる。文部科学省は新しい学習指導要領を策定し、段階的にメンタルヘルス教育を導入しはじめた。具体的には、小学校では「不安や悩みへの対処」、中学校では「ストレスへの対処」、高等学校では「精神疾患の予防と回復」といった内容が保健体育の授業に組み込まれた⁸⁾。また、学校現場では「こころあっぷタイム（Up2-D2）」などのメンタルヘルス予防教育プログラムが試験的に導入されつつある⁹⁾。これらのプログラムは、子どもたちの精神健康の支援を目的としており、一定の効果が報告されている。しかし、その有効性が十分に検証されていないことや、実施にあたって授業時間の確保や教員の養成など、多くの課題がある。

そこで我々は、青少年のレジリエンスを育み、精神健康を高めるための新たな介入方法の開発プロジェクトをスタートした。このプロジェクトは、東京大学と子ども支援専門の国際NGOセーブ・ザ・チルドレンが協働し、精神保健の専門知識がない成人支援者が短時間で実施可能な青少年を対象としたプログラム案を開発することを目標とした。本プログラム案では、世界保健機関（World Health Organization: WHO）が開発したPsychological First Aid（PFA）の

行動原則である「見る (Look)・聞く (Listen)・つなぐ (Link)」を採用した。

WHO 版 PFA は、災害などの危機的状況に直面した人々に対し、専門家でなくても実施できる「人道的かつ支援的な初期心理的対応」である。PFA の目的は、被災者の安全・安心感を確保し、落ち着きや希望、つながり、自己効力感を促進することである。WHO 版 PFA では「見る・聞く・つなぐ」の3つの行動原則に基づき、1) 安全の確保とニーズの把握、2) 苦しむ人への共感的な傾聴、3) 必要な情報や支援先への橋渡しを行う。通常は、危機直後から数日・数週間以内に実施され、長期的な心理的回復や PTSD 予防にも寄与しうると考えられている。さらに、PFA の行動原則は、災害時だけでなく、日常的なストレスや困難な状況にも適応可能であり、PFA のトレーニングや実践が、平時の心理的レジリエンスを向上させる可能性も示唆されている¹¹⁾。

セーブ・ザ・チルドレンは WHO 版 PFA を基に、子どもの発達段階に応じた「子どものための心理的応急処置」(Psychological First Aid for Children: 子どものための PFA) を 2013 年に作成した¹²⁾。子どものための PFA でも「見る・聞く・つなぐ」の原則に則り、災害後に、大人が子どもの発達に合わせたコミュニケーションを取りながら、必要な支援へ適切につなぐ重要性を示している。さらに、ユニセフ、セーブ・ザ・チルドレン/MHPSS Collaborative、WHO は、子どものための PFA を基盤として、子どもたち同士が支え合うスキルと知識を身につけることを目的とするプログラム「I Support My Friends (ISMF)」を共同で開発した¹³⁾。ISMF は、ピアサポート(仲間同士の支え合い)を促進することを目指しており、信頼できる大人の見守りのもとで、子どもが「見る・聞く・つなぐ」を基礎とし、セッションごとに実践的なスキルを学ぶ。ISMF は、WHO 版 PFA や子どものための PFA と同様に、低中所得国でも活

用できるように識字力が低い子どもたちでも受講できるように配慮して制作され、1日あたり約4～5時間のセッションを合計3日間にわたって実施する形式で構成されている。このような集中型のプログラムは、子どもたちが実践的なスキルを深く学ぶために有効である一方、日本の学校現場での実装には時間的なハードルがある。

今回新たに開発した介入プログラムの特徴は、世界的に汎用されている WHO 版 PFA の行動原則を踏襲しつつ、子どもたちに直接働きかけることができ、日本の学校現場の授業1単位時間(約45分)で実施可能な点である。以下に本プログラムの開発過程とその内容を詳述する。

「こころの健康のためのヒント ～見る、聞く、つなぐ～」 プログラムの開発

本プログラムの原案は子どものための PFA と ISMF を参考に、著者とセーブ・ザ・チルドレン・ジャパンによる対面の6回の集中したワークショップ及び補足のオンライン会議とメールでの意見交換によって作成された。その後、東北地方(3か所)、関東地方(4か所)、北陸地方(1か所)、九州地方(1か所)の、小中高等学校や放課後児童クラブなどで合計9回のパイロットを実施した。最小開催人数は4名で、最大は174名であった。男子生徒の総参加者数は295名、女子生徒は282名であった。パイロット版の実施は、著者とセーブ・ザ・チルドレン・ジャパンが主導し、子どものための PFA 研修ファシリテーター資格を持つ心理士などの専門家の協力を得て行われた。開催にあたっては、教職員、スクールカウンセラー、放課後児童クラブ支援員などのサポートも受けた。青少年の心の健康を促進するプログラムを開発中であることを参加者及び関係者に説明し、口頭および書面でプログラム内容に関する

フィードバックを得た。パイロット版を実施するたびに、ファシリテーターやスクールカウンセラーとフィードバック会議を開き、本プログラム案の精緻化を行った。あるパイロット版への参加者からの書面でのフィードバックでは、約9割が内容に満足したと回答しており、本プログラムでこころの健康に関する生徒たちの興味関心を惹くことができたのではないかと推測した。

「こころの健康のためのヒント ～見る、聞く、つなぐ～」 プログラムの内容

このプログラムの対象は、小学校高学年から高校生までの青少年である。小中高等学校の授業の1単位時間を使って、概ね45分で完結できるように設計されている。プログラムを実施できるのは、今後著者らが企画予定の本プログラムファシリテーター養成研修を受講したものである。実際には、教職員、スクールカウンセラーなどを想定している。ファシリテーターとなるにあたって、心理学や精神医学等の予備知識は必要ない。WHO版PFAや子どものためのPFAのプロバイダー研修を受講することは、本プログラムのファシリテーターにとって有益であろうと考える。プログラムの概略は以下の通りである。

1. 目的の説明・・・「自分や友達の心の健康を守るためのヒントを学ぶ」ことが目的であることをわかりやすく説明する。
2. 見るの練習・・・動画教材 (<https://www.youtube.com/watch?v=iwcZRbe35yg>) やイラスト(付録1)を使って、困っている人やいつもと様子が違う人はいないか、近くに助けてくれる大人がいらないか、「見る(気づく)」練習をする。
3. 聞くの練習・・・まず、ファシリテーターが悪い聞き方、良い聞き方のロールプレイを子どもたちに示す。そして、相手が安心できる話の聞き方のポイント「集中・共感・沈黙もOK」について説明し、子どもたち同士ペアになって傾聴の練習を行う。
4. つなぐの練習・・・困ったときはすぐに大人に相談し、問題を一人で抱えないようにすることを強調する。特に、守秘義務をいつどのように破る必要があるのかについて、子どもたちと話し合う。最後に個人ワークで、花のイラスト(付録2)を使って自分が相談できる大人を外在化したり、学校や家庭など場所ごとに相談できる大人をマッピングしたりして、具体的なつながりのイメージを膨らませる。
5. まとめ・・・「見る・聞く・つなぐ」の行動原則を簡単に振り返る。



付録1. 「見る」のワークの資料(ドラフト版)



付録2. 「つなぐ」のワークの資料(ドラフト版)

今後の展望

本プロジェクトでは、日本の学校現場で実施可能な子どものレジリエンスと精神健康を高める45分間1回完結のプログラムを開発した。複数回のパイロット版実施を経てプログラムの内容は精練され、パイロット版に参加した子どもたちからも概ね肯定的なフィードバックが得られた。しかしながら、本プログラムの効果に関する厳密な評価はまだ行われていない。今後は、まずアウトカム指標を複数設定し、前後比較試験での効果判定を行う必要がある。この前後比較試験にて、同時に改善すべき内容も質的に聴取していき、プログラムの効果を高めるようにする。次に、対照群を置いたランダム化比較試験を実施し、その有効性を確認する。最終的に、本プログラムを幅広く普及するためのファシリテーター養成研修を計画実施する。学校現場では、学習指導要領に基づき精神健康に関する授業の需要が高まっているが、その具体的な内容は教師やスクールカウンセラーに委ねられている部分も大きい。本プログラムは、その有望な授業案の1つとなり得る可能性がある」と期待している。

文献

- 1) 文部科学省：令和6年の児童生徒の自殺者数（暫定値）の公表を踏まえた児童生徒の自殺予防に係る取組の強化について（通知），2025。
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1414737_00014.htm
- 2) 日本赤十字社：若者の半数が「何もしたくなくなる、無気力」な気持ちに変化3人に1人が「関係構築」「対人スキル」への影響を不安視，2021。
https://www.jrc.or.jp/press/2022/0106_022802.html

- 3) 国立成育医療研究センター：新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査報告書（2020年－2022年），2023。
https://www.ncchd.go.jp/center/assets/CXCN_repo2022.pdf
- 4) 文部科学省：児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要，2023。
https://www.mext.go.jp/content/20241031-mxt_jidou02-100002753_2_2.pdf
- 5) Soriano-Molina, E., Limiñana-Gras, R. M., Patr6-Hernández, R. M., et al.: The Association Between Internet Addiction and Adolescents' Mental Health: A Meta-Analytic Review. *Behavioral Sciences*, 15 (2), 116, 2025. <https://doi.org/10.3390/bs15020116>
- 6) Li J, Li J, Jia R, et al.: Mental health problems and associated school interpersonal relationships among adolescents in China: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 30:14:12, 2020
<http://doi.org/10.1186/s13034-020-00318-6>
- 7) Li, C., Wang, P., Martin-Moratinos, M. et al. Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 33, 2895–2909, 2024. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02128-x>
- 8) 文部科学省：学校指導要領に基づく保健教育の推進，2024。
https://www.mext.go.jp/content/20240702-mxt_kenshoku-000018564_0076.pdf
- 9) 岸田広平，松原耕平，肥田乃梨子，他.：日本における学校でのメンタルヘルス予

防教育の現状と課題－こころあっぷタイム (Up2-D2) の社会実装－, 不安症研究 15 (1) ,10-19, 2023

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsad/15/1/15_10/_article/-char/ja

- 10) World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011) Psychological First Aid: Guide for Field Workers. Geneva: WHO (訳: (独) 国立精神・神経医療研究センター, ケア・宮城, 公益財団法人プラン・ジャパン (2012) 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド: PFA) フィールド・ガイド.
<https://www.who.int/publications/item/9789241548205>
- 11) Jun Zhang, Mi. Cao, Denghui Ma, et al.: Exploring effect of psychological first aid education on vocational nursing students: A quasi-experimental study, Nurse Education Today, Volume 119, 2022
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105576>
- 12) Save the Children: Psychological First Aid for Child Practitioners. 2013 (訳: (公社) セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン (2016) 子どものための心理的応急処置-Psychological First Aid for Children (PFA for Children) (子どものためのPFA)). <https://www.savechildren.or.jp/lp/pfa/>
- 13) United Nations Children's Fund, Save the Children/MHPSS Collaborative and World Health Organization: I Support My Friends – Training Manual . 2021
<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/i-support-my-friends-training-children-and-adolescents-how-support-friend-distress>

**Development of an Ultra-Brief Intervention to
Promote Resilience in Children and Adolescents**

Eizaburo Tanaka

The University of Tokyo, Center for Research on Counseling and Support Services,
Campus Well-being Promotion Unit

■心的トラウマ研究 投稿規定■

1. 本誌への投稿は、原則として兵庫県こころのケアセンター所属の研究員及びその共著者、その他編集委員が必要と認めたものに限ります。
2. 本誌は他誌に発表されていないものを掲載します。したがって他誌に掲載された論文、または投稿中の論文はお受けできません。
3. 投稿の対象は研究論文、資料論文、総説、実践報告等です。それぞれの規定は以下の通りです。
 - a) 研究論文、資料論文、総説は8,000字～12,000字以内（400字詰め原稿用紙で20～30枚程度、図表込み）、実践報告は8,000字以内（原稿用紙20枚程度、図表込み）を原則とします。
 - b) 研究論文の投稿原稿は次の順番で作成して下さい。表題（日本語）、著者（日本語）、所属（日本語）、抄録（日本語）、Key words（日本語）、本文、文献、表題（英語）、著者（英語）、所属（英語）、抄録（英語）、Key words（英語）、図表。
 - c) 英語表記に際し、著者名については名、姓を略さずにローマ字で綴り、所属機関名については英語の名称で表記して下さい。
 - d) 抄録は日本語で400字以内、英語で250語以内とし、Key wordsを5つ以内で付記して下さい。
 - e) 本文中の引用・参考文献は、バンクーバー方式に従って記載してください。
 - f) 文献リストの引用・参考文献（書誌情報）は、NLMスタイルに従って記載してください。
 - g) 資料論文、総説では抄録（英語）、実践報告については抄録（日本語・英語）、Key words（英語）は不要です。研究論文の規定に準じ、資料論文、総説では抄録（日本語）、Key words（日本語・英語）を、実践報告についてはKey words（日本語）を作成して下さい。
4. 研究論文については、方法論の中で倫理的手続きについて言及して下さい。その際、著者所属機関の倫理委員会の承認の有無、対象者から同意を得た方法などを明記して下さい。資料を二次的に使用した場合は、著作権者の許諾、その他必要と思われる事項を記載して下さい。助成、寄付を受けての研究等については、その旨を記載して下さい。
5. 投稿原稿には、外国の人名、薬品等は原語で、また専門用語はわが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要な場合には訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
6. 投稿に際しては、原則としてデータのみご提出ください。
 - a) 原稿は、以下の規定をお願いします。
余白：上下左右20mm
字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）

フォント：10.5（全文）

文字数と行数：文字数40、行数30

図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付

b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。
なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承下さい。

c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。

I. I-1. I-1-1.

7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。

8. 著者校正は原則として二度行います。

9. 本誌に掲載された論文の複製権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。

10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、三宅和佳子、酒井佐枝子、瀬藤乃理子
編集事務 西村康子

編集後記

2025年度を迎え、生成AIの社会実装が加速し、私たちの生活はかつてない変容を遂げつつあります。情報の即時性や利便性が向上する一方で、デジタル空間での孤立や新たな対人関係の摩擦など、現代特有の心理的課題も浮き彫りとなっています。また、相次ぐ自然災害や不安定な国際情勢は、人々の心に潜在的な不安を落とし続けています。こうした不確実な時代だからこそ、効率や技術だけでは補えない「人と人とのつながり」が持つ回復の力が、今改めて見直されています。他者との真摯な対話や共感の場は、傷ついた心が安全を取り戻し、日常を再構築していくための不可欠な礎となるものと確信しています。

さて、本号には逆境的小児期体験やトラウマ焦点化治療、子どもと死、支援者支援等に関する多岐にわたる研究に加え、活動報告として、本邦の学校現場におけるレジリエンスプログラム開発およびトルコでの災害心理学ワークショップ報告を収めました。これらの知見が、トラウマを抱えながらも懸命に歩む方々と、日々研鑽を積まれる支援者の皆様への一助となることを切に願います。(S)

心的トラウマ研究 第21巻

2026年3月発行

編集・発行 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター研究部
〒651-0073
神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号
TEL:078-200-3010
FAX:078-200-3026
URL:<http://www.j-hits.org>
印刷・製本 服部プロセス株式会社
〒653-0022 神戸市長田区東尻町2丁目9-17
TEL:078-682-8855 FAX:078-682-4525

(非売品)

Japanese Bulletin of Traumatic Stress Studies

Number 21, 2026

CONTENTS

- Proposal for a Multi-layered Support System Model for
Local Relief and Reconstruction Workers Post Nuclear Disaster
~ Lessons Learned from the Fukushima Disaster about Supporting Municipal Employees ~
Noriko SETOU, Ikuko WATABE, Mitsuaki KATAYANAGI, et al.
- Learning from Pioneers on Perspectives Needed for
Promoting Trauma-Informed Care Throughout Organizations
Saeko SAKAI
- Literature Review on the Effects of Trauma-Focused Therapy on Sleep Symptoms
Shingo KAKIGI
- A Literature Review on Psychological Interventions for Individuals with Adverse Childhood Experiences
Momoka TAKAYAMA
- A Literature Review on the Impact of Adverse Childhood Experiences on Attitudes Toward Marriage
Momoka TAKAYAMA, Norimasa ITAKURA
- Literature Review on Care for Dying Children and Children
Who Have Lost Siblings or Friends in Pediatric Healthcare in Japan
Wakako MIYAKE
- Report on Participation in the 1st International Workshop on Disaster Psychology
Itsuko DOMEN, Mayumi YAMAMOTO
- Development of an Ultra-Brief Intervention to Promote Resilience in Children and Adolescents
Eizaburo TANAKA

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109