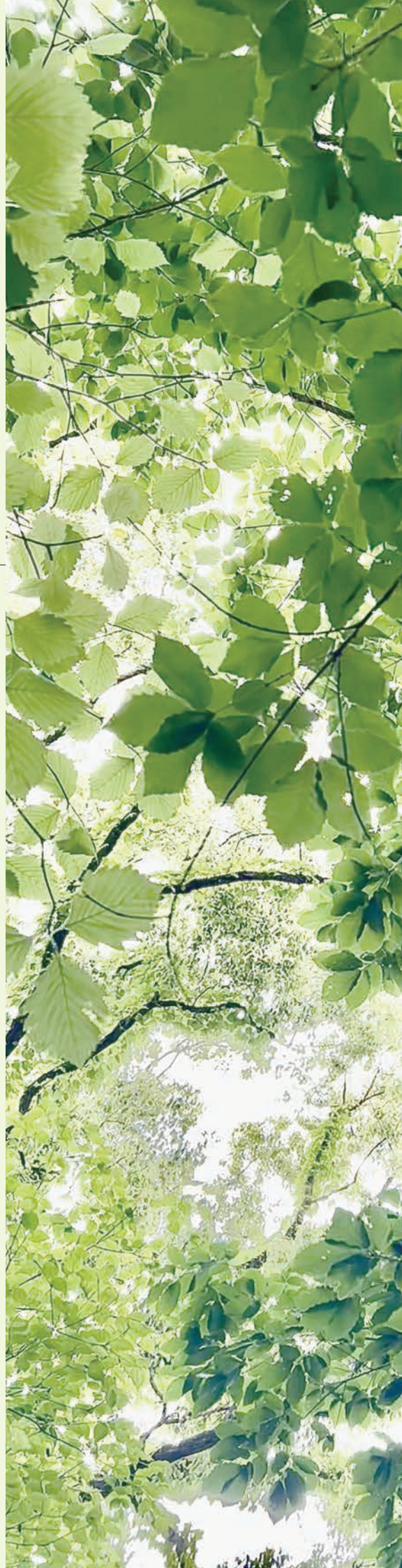


兵庫県こころのケアセンター

令和 7 年度

事業報告書



はじめに

「サイロ」という言葉があります。もとは穀物や飼料を貯蔵するための塔型の構造物のことですが、組織論では、部門や機関がそれぞれ孤立し、互いに情報や知見を共有しない状態を指す比喻として用いられます。「サイロ化」と呼ばれるこの現象は、組織が肥大化・専門分化するにつれて自然と生じやすく、本来なら連携すべき機関が、互いの存在を知りながらも壁を隔てたままでいる状況を生み出します。

こころのケアの世界においても、このサイロ化は決して他人事ではありません。トラウマやPTSDへの支援を必要とする方々の背景は、一つの専門領域では到底語り切れないほど多岐にわたります。大規模災害による被災者、児童虐待やDVの被害者、犯罪・事故・労働災害の当事者、そして職務上の惨事ストレスにさらされる支援者自身——彼らが必要とするのは、医療、福祉、司法、教育、産業など、複数の領域が有機的につながった支援です。

阪神・淡路大震災から30年余りが経過しました。この間、「こころのケア」という言葉は社会に広く浸透し、関連する法制度も整備されてきました。しかし制度が整うことと、人と人、機関と機関が実質的につながることは、必ずしも同義ではありません。現場では今なお、「どこに相談すればよいかわからない」「支援が必要な人に届いていない」という声が聞こえます。

当センターは、2004年の開設以来、そのサイロの壁を一つひとつ取り除く役割を担ってきました。相談・診療・研修・研究の機能を一体的に持つ全国初の専門拠点施設として、災害支援から虐待・暴力被害者支援、ひょうごDPATの運営・隊員養成まで、幅広い活動を展開してきました。令和7年度においても、変化し続ける社会のニーズを的確に捉え、関係機関との連携をさらに深めながら、支援を必要とする一人ひとりに確かな「つながり」を届けることを使命として取り組んでまいりました。

本報告書は、その令和7年度の活動の全容をまとめたものです。お読みいただいた方からの率直なご意見・ご批評を心よりお待ち申し上げます。

(公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター

センター長 加藤 寛

目 次

I 兵庫県こころのケアセンターの概要

1 機 能	3
2 施設概要（ゾーン配置）	4
3 組 織	4

II 令和7年度の取り組み

1 実践的調査研究の展開	7
2 多様な研修の実施	9
3 相談室の運営	25
4 附属診療所の運営	28
5 地域支援活動の実施	30
6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」体制整備事業	32
7 こころのケアシンポジウムの開催	35
8 情報の発信	37
9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施	38
10 その他受託事業	42
11 外部評価の実施	43

III 参 考

1 こころのケアシンポジウム（概要）	47
2 研究員の活動実績	86

I 兵庫県こころのケアセンターの概要

1 機 能

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

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

(1) 研究機能

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

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

(2) 人材養成・研修機能

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

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

(3) 相談・診療機能

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

(4) 情報の収集発信・普及啓発機能

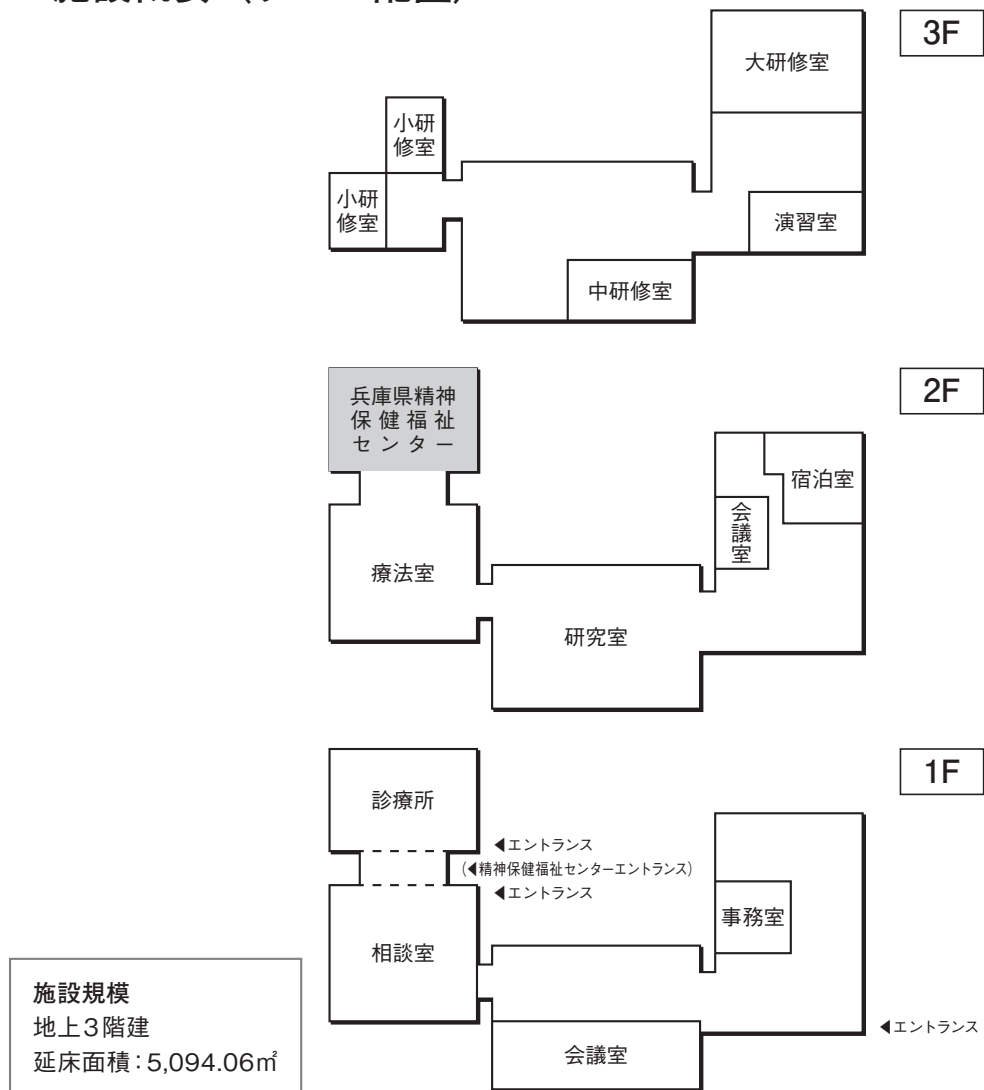
こころのケアに関する事例等を収集し、センターの研究成果と併せて、広く情報発信するとともに、普及啓発を行っている。

(5) 連携・交流機能

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

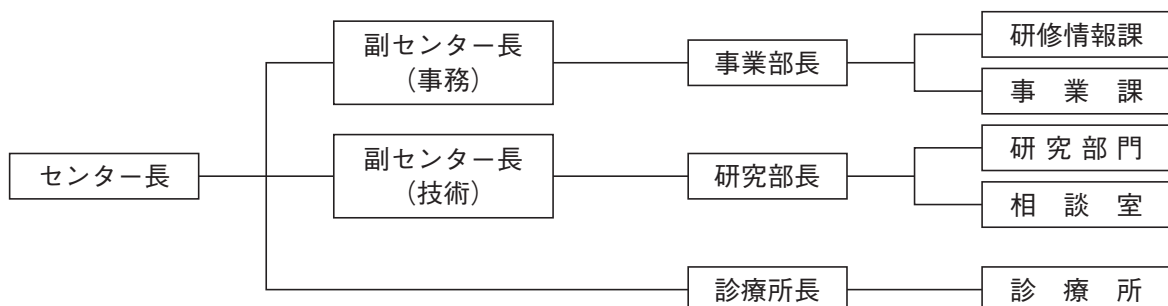


2 施設概要（ゾーン配置）



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

3 組織



職員構成（令和8年4月1日）

（人）

事務	医師	公認心理師等	保健師	精神保健福祉士	看護師	計
10	6	4	1	1	2	24

Ⅱ 令和7年度の取り組み

1 実践的調査研究の展開

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

【短期研究】

研究テーマ	概要
災害後の子どものこころのケアのための有効な評価尺度の検証	大規模災害後には、支援や治療を必要とする子どもが莫大な数にのぼり、地域全体のインフラが損なわれる中で、支援や治療を必要とする子どもをいかに簡便にスクリーニングするかが大きな課題となる。本研究では、UCLA児童青年期トラウマと心的外傷後ストレス障害簡易スクリーニング（UCLA Brief Screen for Child/Adolescent Trauma and PTSD, PTSD RI-5-BF）日本語版の信頼性を検証し、本尺度が、トラウマ曝露歴のある児童青年におけるPTSD検出のための信頼性・妥当性・効率性を備えたスクリーニングツールであることが検証された。
適応障害に対して有効な介入に関する文献研究	適応障害に対して有効とされる介入は複数あるが、それらの知見は雑然としている。本研究の目的は、文献レビューを行い、適応障害に対して有効な介入に関する知見を整理することであった。本研究の結果、介入は薬物療法よりも心理療法の方が多く、心理療法は認知行動療法が大部分を占めていた。認知行動療法の中にはインターネットベースのものも含まれていたため、それらの有効性と限界について考察した。
小児期逆境体験がライフイベントに及ぼす影響に関する質的検討	本研究では、小児期逆境体験（ACE）を有する者が結婚や出産といった家族形成に関する意思決定に至るプロセスを検討した。その結果、消極的な結婚観や子どもを持つことへの恐れなどを媒介して意思決定に至ることが明らかとなった。そして、ライフプランニング支援においてACEのケアという視点を取り入れる必要性が示唆された。

【長期研究】

研究テーマ	概要
災害中長期における被災コミュニティの復興指標の検討 （令和7年度～9年度）	研究の初年度は、「復興指標」に関する文献検討を行い、災害時の復興指標の概念を整理したうえで、特に阪神淡路大震災の記録やデータから、復興指標の抽出方法やその課題について検討した。その結果、災害レジリエンスやコミュニティ計測の視点、被災者の意見を聞く意義などの重要な知見に加え、国や自治体が発信しているデジタルツールやオープンデータを使用する際の限界、復興指標の抽出に生成AIを使用する可能性など、今後の検討課題も浮き彫りになった。一方で、災害の復興指標は、これまで未開拓の分野であり、それに取り組む社会的意義は非常に大きいことが示唆された。

研究テーマ	概要
トラウマインフォームドケア*の学びの継続に関する研究 (令和5年度～7年度)	トラウマインフォームドケア（TIC：Trauma Informed Care）の学びが継続されるには、TICの組織的な導入とそれを支えるリーダーシップが求められる。最終年の本研究では、TICを先駆的に導入している児童福祉領域の実践者への半構造化面接内容の分析結果をもとに、TICの組織導入に求められる循環・螺旋プロセスを明らかにするとともに、リーダー・管理職に求められる4層のコンピテンシー（基盤層、設計層、関係性層、推進層）を提示した。そして、TICの導入および実践のための包括的なプロセスモデルを提言した。
EMDRによるトラウマ症状及び睡眠の質の改善に関する検討 (令和7年度～9年度)	トラウマ症状の中には、不眠や悪夢といった睡眠に関する症状が含まれており、このことは記憶の脳への定着を妨げるという点で治療の阻害要因となり得る。本研究の目的は、文献研究を行い、睡眠時の脳波とトラウマ由来の睡眠症状の関連を明らかにすることであった。本研究の結果、臨床群は健常群に比べてβ波が高く、睡眠中の覚醒や断片的な睡眠との関連が示唆された。δ波は研究によって一貫性が見られなかった。
小児医療へのトラウマ予防としてのトラウマインフォームドケア普及に関する研究 (令和7年度～9年度)	小児医療においては、子どもたちはトラウマとなりうる治療を必要とすることがあり、家族や医療従事者においても大きなストレスを受けるため、トラウマ予防の観点などからトラウマインフォームドケア（TIC）の広がりが必要とされる。本研究1年目では、米国の小児医療におけるTIC普及に関する取り組みを調査し、3分程度の動画、1-2時間程度の研修動画、すぐに利用できるツールキットやパンフレットなどさまざまなツールが無料で利用出来る体制を確認できた。TICを学ぶ上でそれぞれの段階に応じて適切なツールが用いられており、モチベーションを保ちながら学ぶための工夫がなされていた。

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

【兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会】

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

回数	開催日	受付番号	研究課題名	判定結果 (判定日)
1	R7. 6. 11	7-1	小児期逆境体験がライフイベントに及ぼす影響に関する質的検討 - 臨床群を対象として -	承認 (R7. 7. 29)
		7-2	EMDRによるトラウマ症状及び睡眠の質の改善に関する検討	取り下げ (R7. 7. 25)
		7-3	原子力災害早期の甲状腺検査における子どもをもつ家族および検査従事者の経験と心理的状況に関する研究	承認 (R7. 7. 8)
2	R7. 6. 28	4-3の3	親子複合型認知行動療法のわが国での有用性についての研究	承認 (R7. 7. 1)

2 多様な研修の実施：こころのケア研修

令和7年度は、2期（第1期：令和7年6月～11月、第2期：令和8年1月～2月）に分け、以下の研修体系に基づき、専門研修12回、基礎研修2回の計14回を実施した。

研修全体の受講者数（特別研修を除く）は696人となり、定員（435人）を超える人数を確保した。

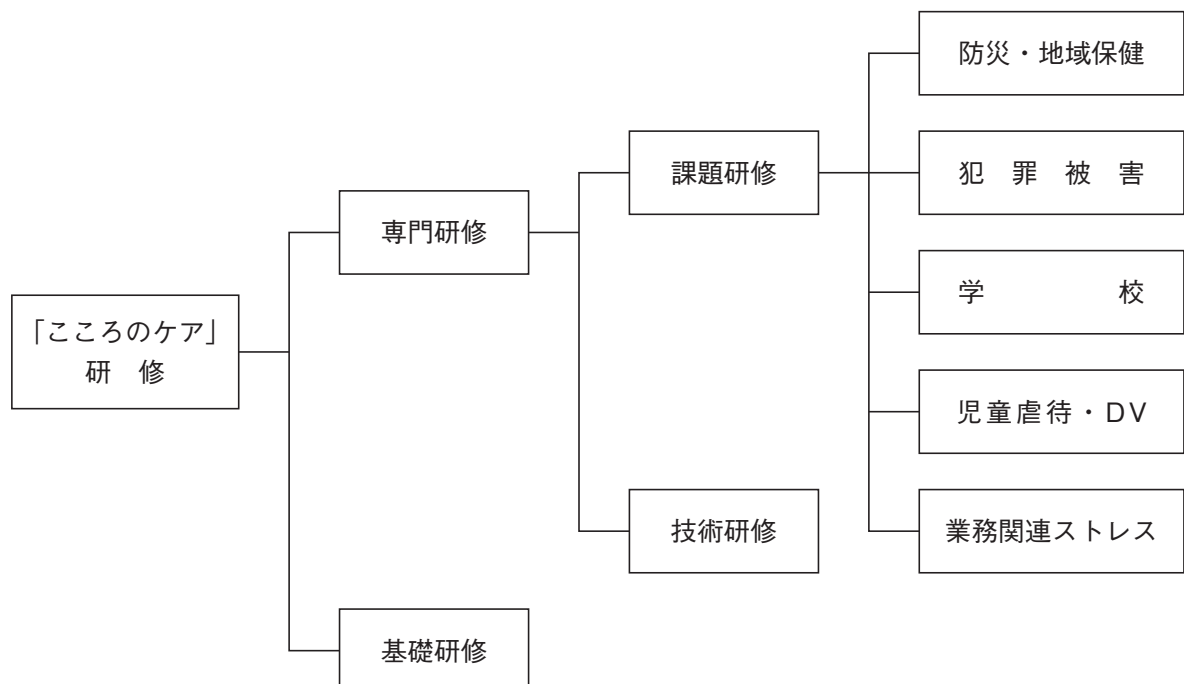
特徴としては、ホームページを活用し、研修開催案内を掲載、申込フォームを作成し、パソコン、スマートフォンから直接申込が可能となり、研修案内チラシの全国配布で周知し、全国各地域（33都道府県）から受講があり、県外受講者が占める割合が全体の約63%となった。

また、令和6年1月に発生した能登半島地震など、自然災害や事件や事故の被災者、被害者を支える支援者のため、国内唯一のSPR認定トレーナーの資格を持つ当センター特別研究員による「被災者や被害者をささえるために－サイコロジカルファーストエイド（PFA）を学ぶ－」「被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケア－サイコロジカル・リカバリースキル（SPR）－」などの専門研修を実施した。

大変人気の高い基礎研修「かかわりの中のトラウマインフォームドケア」を対面研修で、2回開催し、専門研修「発達障害とトラウマ」、「子どもの領域におけるトラウマインフォームドケア」、「複雑性PTSD」など、申込多数の研修については、円滑な研修運営に支障のない範囲で定員を超えて受け入れ、受講者のニーズに対応し、効率的な運営に努めた。

平成26年度より開催している特別研修については、「子どものPTSDのアセスメント」、「TF-CBT Introductory Training」及び「PTSD構造化面接-CAPSを理解する」（WEB開催）に加え、新たに「サイコロジカルファーストエイド学校版に基づく子どものこころのケア」の計4コースを実施した。

【研修体系】



【実施状況】

(単位：人)

期	コース名	期 間	対 象	定員	受講者数
1 期	被災者や被害者をささえるためにーサイコロジカルファーストエイド（PFA）を学ぶー	6/12 （1日間）	公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、行政、教育関係、その他関連領域の関係者	25	30
	消防職員のための惨事ストレスの理解と予防	6/25・26 （2日間）	消防職員	50	63
	悲嘆の理解と遺族への支援	7/23・24 （2日間）	医療・保健・福祉・心理臨床の分野で活動する者及び遺族支援に携わる者	25	36
	関わりの中のトラウマインフォームド・ケア（基礎研修）	8/6 （1日間）	教育・福祉・保健・医療関係等の対人支援業務従事者	30	58
	被害者や被災者の中長期の回復を支えるこころのケアーサイコロジカル・リカバリースキル（SPR）ー	8/27・28 （2日間）	医師、公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、その他関連領域の関係者	25	29
	消防職員のための惨事ストレスの理解と予防	9/10・11 （2日間）	消防職員	40	44
	D V被害者のこころのケア	9/25 （1日間）	配偶者暴力相談支援センター職員、母子・父子自立支援員、女性相談支援員、女性自立支援施設職員、母子生活支援施設職員、児童相談所職員、こども家庭センター職員、保健師、福祉事務所職員等DV被害者相談支援・児童福祉関係職員	30	40
	関わりの中のトラウマインフォームド・ケア（基礎研修）	10/9 （1日間）	教育・福祉・保健・医療関係等の対人支援業務従事者	30	59
	犯罪被害とこころのケア	10/22・23 （2日間）	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	25	26
	消防職員のための惨事ストレスの理解と予防（ステップアップ）	11/5・6 （2日間）	消防職員	30	39
	発達障害とトラウマ【Web開催】	11/20 （1日間）	こども家庭センター（児童相談所）職員、福祉事務所職員等児童虐待関係職員、保健所職員、教職員、スクールカウンセラー、保育職員	30	137
小 計				340	561
2 期	子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア	1/15 （1日間）	保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員	35	55
	子ども達のいじめのケアー加害と被害の連鎖ー	2/5 （1日間）	教職員、スクールカウンセラー、教育委員会職員、こども家庭センター（児童相談所）職員、いじめ相談窓口の相談員、保育職員、児童福祉施設職員、司法関係職員	30	30
	複雑性 P T S D	2/18 （1日間）	医療・保健・福祉・心理臨床等の分野で対人支援業務従事者	30	50
	小 計			95	135
合 計				435	696

(注) コースによって2,500～4,100円の受講料を徴収

【受講者の県内・県外の別】 (人)

県内	県外	計 (%)
260 (37.4)	436 (62.6)	696 (100.0)

〈県外の内訳〉 (人)

大阪	京都	東京	愛知	和歌山	滋賀	福岡	岡山	広島	三重	奈良	岐阜	神奈川
126	39	24	21	17	17	15	15	14	13	12	12	11

香川	千葉	埼玉	鳥取	愛媛	徳島	北海道	長野	島根	静岡	福井	富山	福島
10	8	8	8	8	8	7	6	6	5	5	4	4

高知	鹿児島	佐賀	長崎	宮城	熊本	山梨
4	3	2	1	1	1	1

【コース別実施内容】

被災者や被害者をささえるために ーサイコロジカルファーストエイド（PFA）を学ぶー

（第1期 専門・課題研修）

1. 対象・定員

公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、行政、教育関係、その他関連領域の関係者 25人

2. 目 的

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

3. 期 間

令和7年6月12日(木) 1日間

4. 日 程

時 間	カリキュラム	講 師
9：55～10：00	開講・オリエンテーション	
10：00～12：30	講義「サイコロジカルファーストエイド」	兵庫県こころのケアセンター 大澤智子特別研究員
12：30～13：30	〈休憩〉	
13：30～16：30	講義「サイコロジカルファーストエイド」 （演習を含む）	大澤智子特別研究員

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防

(第1期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

消防職員 50人

2. 目 的

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

3. 期 間

令和7年6月25日(水)・26日(木) 2日間

4. 日 程

(1) 1日目 (6月25日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「惨事ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター 加藤寛センター長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	事例検討「惨事ストレスへの対応」	神戸市消防局 市民防災総合センター 星野誠治専門役 ※進行：加藤寛センター長
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議) ・予想される事態 ・職場での対応	兵庫県こころのケアセンター 大澤智子特別研究員 加藤寛センター長

(2) 2日目 (6月26日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:00~12:00	講義「ストレスマネジメント」	大澤智子特別研究員
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:00	講義「コミュニケーションの基礎」	大澤智子特別研究員
14:00~14:10	〈休憩〉	
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	大澤智子特別研究員

悲嘆の理解と遺族への支援

(第1期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

医療・保健・福祉・心理臨床の分野で活動する者及び遺族支援に携わる者 25人

2. 目的

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

3. 期間

令和7年7月23日(水)・24日(木) 2日間

4. 日程

(1) 1日目(7月23日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「悲嘆の基本的理解」	関西学院大学 坂口幸弘教授
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	講義「遺族対応の基本(1)」	兵庫県こころのケアセンター 瀬藤乃理子上席研究主幹
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:30	講義「遷延性悲嘆症の概念と治療」	武蔵野大学 中島聡美教授

(2) 2日目(7月24日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:00~12:00	講義とワーク 「遺族対応の基本(2)と支援者自身のケア」	瀬藤乃理子上席研究主幹
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	講話「遺族の体験に学ぶ」	* 遺族の方にお話を聞く 遺族 高井千珠氏 (ファシリテーター) 瀬藤乃理子上席研究主幹
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:40	グループ討議「遺族の体験に学ぶ」	瀬藤乃理子上席研究主幹 * 高井千珠氏

関わりの中のトラウマインフォームド・ケア

(第1期 基礎研修)

1. 対象・定員

教育・福祉・保健・医療関係等の対人支援業務従事者 30人

2. 目的

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

3. 期間

令和7年8月6日(水) 1日間

4. 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「トラウマインフォームド・ケア（TIC）の基礎」	兵庫県こころのケアセンター 酒井佐枝子研究部長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	講義「トラウマとその影響」	酒井佐枝子研究部長
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:15	講義「安全・安心な環境を創る」	酒井佐枝子研究部長

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

（第1期 専門・技術研修）

1. 対象・定員

医師、公認心理師、看護師、保健師、精神保健福祉士、その他関連領域の関係者 25人

2. 目的

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

3. 期間

令和7年8月27日（水）・28日（木） 2日間

4. 日程

（1）1日目（8月27日）

時 間	カリキュラム	講 師
9:55～10:00	開講・オリエンテーション	
10:00～12:00	講義「SPRの概要」 スキル1「情報を集め、支援の優先順位を決める」	兵庫県こころのケアセンター 大澤智子特別研究員 (公認心理師・SPR認定トレーナー)
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	スキル2「問題解決のスキルを高める」	大澤智子特別研究員
14:30～14:40	〈休憩〉	
14:40～16:10	スキル3「ポジティブな活動をする」	大澤智子特別研究員

（2）2日目（8月28日）

時 間	カリキュラム	講 師
10:00～12:00	スキル4「心身の反応に対処する」	大澤智子特別研究員
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	スキル5「役に立つ考え方をする」	大澤智子特別研究員
14:30～14:40	〈休憩〉	
14:40～16:10	スキル6「周囲の人とよい関係を作る」	大澤智子特別研究員

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防

(第1期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

消防職員 40人

2. 目的

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

3. 期間

令和7年9月10日(水)、11日(木) 2日間

4. 日程

(1) 1日目 (9月10日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「惨事ストレスとは」	兵庫県こころのケアセンター 加藤寛センター長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	事例検討「惨事ストレスへの対応」	神戸市北消防署消防防災課 藺浦大作担当係長 ※進行： 兵庫県こころのケアセンター 大澤智子特別研究員
14:30~14:45	〈休憩〉	
14:45~16:30	演習「惨事ストレス対応」 (グループ討議) ・予想される事態 ・職場での対応	大澤智子特別研究員

(2) 2日目 (10月3日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:00~12:00	講義「ストレスマネジメント」	大澤智子特別研究員
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:00	講義「コミュニケーションの基礎」	大澤智子特別研究員
14:00~14:10	〈休憩〉	
14:10~16:00	演習「傾聴ロールプレイ」	大澤智子特別研究員

DV 被害者のこころのケア

(第1期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

配偶者暴力相談支援センター職員、母子・父子自立支援員、女性相談支援員、女性自立支援施設職員、母子生活支援施設職員、児童相談所職員、こども家庭センター職員、保健師、福祉事務所職員、等DV被害者相談支援・児童福祉関係職員 30人

2. 目的

DV被害者のこころのケアに関する対処法等について理解を深める。

3. 期間

令和7年9月25日(木) 1日間

4. 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「トラウマ・PTSDの理解」	兵庫県こころのケアセンター 三宅和佳子診療所長
12:00~13:00	〈休憩〉	
13:00~14:30	講義「DV支配の本質的理解と被害者支援 －実践を変える視点と方法」	日本福祉大学社会福祉学部 増井香名子准教授
14:30~14:40	〈休憩〉	
14:40~16:40	講義「子ども虐待とDVの交差に介入する －実践を変える視点と方法」	増井香名子准教授

関わりの中のトラウマインフォームド・ケア

(第1期 基礎研修)

1. 対象・定員

教育、福祉、保健、医療関係等の対人支援業務従事者 30人

2. 目的

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

3. 期間

令和7年10月9日(木) 1日間

4. 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:00	講義「トラウマインフォームド・ケア (TIC) の基礎」	兵庫県こころのケアセンター 酒井佐枝子研究部長
12:00~13:00	〈休憩〉	

時 間	カリキュラム	講 師
13:00～14:30	講義「トラウマとその影響」	酒井佐枝子研究部長
14:30～14:45	〈休憩〉	
14:45～16:15	講義「安全・安心な環境を創る」	酒井佐枝子研究部長

犯罪被害とこころのケア

(第1期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員 25人

2. 目 的

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

3. 期 間

令和7年10月22日(水)・23日(木) 2日間

4. 日 程

(1) 1日目 (10月22日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:15～10:20	開講・オリエンテーション	
10:20～12:20	講義「被害者・遺族の心理的影響」	武庫川女子大学心理・社会福祉学部 大岡由佳教授
12:20～13:30	〈休憩〉	
13:30～14:40	講義「警察による被害者支援」	兵庫県警察本部被害者支援室 谷本紋室長
14:40～14:50	〈休憩〉	
14:50～16:00	講義「民間支援のあり方」	ひょうご被害者支援センター 遠藤えりな事務局長

(2) 2日目 (10月23日)

時 間	カリキュラム	講 師
10:00～12:30	講義「被害者・遺族の声を聞く」	*被害者・遺族の方が実体験を語られる 堤 敏氏 角谷武美氏 (ファシリテーター) 遠藤えりな事務局長 兵庫県こころのケアセンター 三宅和佳子診療所長
12:30～13:30	〈休憩〉	
13:30～16:30 (15:30～	グループ討議 ・どのような支援を行うか ・二次被害を防ぐための方法 全体討議) ・支援に求められるもの	(ファシリテーター) 遠藤えりな事務局長 三宅和佳子診療所長

消防職員のための惨事ストレスの理解と予防（ステップアップ）

（第1期 専門・課題研修）

1. 対象・定員

消防職員 30人

2. 目的

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

3. 期間

令和7年11月5日(水)・6日(木) 2日間

4. 日程

(1) 1日目（11月5日）

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

(2) 2日目（11月6日）

時 間	カリキュラム	講 師
10：00～12：00	講義「職場のハラスメントの実態と対策」	大澤智子特別研究員
12：00～13：00	〈休憩〉	
13：00～14：30	講義「メンタルヘルス対策計画時の留意点」	加藤寛センター長
14：30～14：40	〈休憩〉	
14：40～16：30	グループ討議「メンタルヘルス対策の立案」	加藤寛センター長

発達障害とトラウマ

(第1期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

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

2. 目的

発達障害とトラウマへの理解を深める。

3. 期間

令和7年11月20日(木) 1日間（WEB開催）

4. 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25～10:30	開講・オリエンテーション	
10:30～12:00	講義「発達障害とトラウマをめぐる諸問題」	兵庫県こころのケアセンター 亀岡智美副センター長
12:00～13:00	〈休憩〉	
13:00～14:30	講義「成人期の発達障害とトラウマ」	大久保クリニック 大久保圭策医院長
14:30～14:45	〈休憩〉	
14:45～16:15	講義「学童期の発達障害とトラウマ」	兵庫県こころのケアセンター 酒井佐枝子研究部長

子どもの領域におけるトラウマインフォームド・ケア

(第2期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

保健・医療・福祉・教育・司法・警察・消防関係等職員 35人

2. 目的

こころのケア（トラウマ）に関する全般的な基礎知識を習得し、理解を深める。

3. 期間

令和8年1月15日(木) 1日間

4. 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:15	講義「トラウマインフォームド・ケアの基礎」	兵庫県こころのケアセンター 酒井佐枝子研究部長
12:15~13:15	〈休憩〉	
13:15~14:45	講義「児童福祉施設におけるトラウマインフォームド・ケア」	大阪大学大学院 野坂祐子教授 酒井佐枝子研究部長
14:45~15:00	〈休憩〉	
15:00~16:30	講義「トラウマインフォームド・ケアの導入に向けて」	野坂祐子教授 酒井佐枝子研究部長

子ども達のいじめのケアー加害と被害の連鎖ー

(第2期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

教職員、スクールカウンセラー、教育委員会職員、こども家庭センター（児童相談所）職員、いじめ相談窓口の相談員、保育職員、児童福祉施設職員、司法関係職員 30人

2. 目的

子ども達のいじめによるこころのケアに関する対処法等について理解を深める。

3. 期間

令和8年2月5日(木) 1日間

4. 日程

時 間	カリキュラム	講 師
10:25~10:30	開講・オリエンテーション	
10:30~12:30	講義「いじめや問題行動による被害ー加害の理解と支援」	大阪大学大学院 野坂祐子教授
12:30~13:30	〈休憩〉	

時 間	カリキュラム	講 師
13：30～15：30	講義「学校を変えるいじめの科学」	公益社団法人 子どもの発達科学研究所 和久田学所長・主席研究員
15：30～15：40	〈休憩〉	
15：40～16：40	ワーク「被害―加害の連鎖をとめる心理 教育とアクティビティ」	兵庫県こころのケアセンター 柿木慎吾主任研究員

複雑性PTSD

(第2期 専門・課題研修)

1. 対象・定員

医療・保健・福祉・心理臨床等の分野で対人支援業務従事者 30人

2. 目 的

複雑性PTSDとその支援について理解を深める。

3. 期 間

令和8年2月18日(水) 1日間

4. 日 程

時 間	カリキュラム	講 師
9：55～10：00	開講・オリエンテーション	
10：00～12：00	講義「複雑性PTSD概論」	舞多聞こころのクリニック院長 兵庫県こころのケアセンター 須賀楓介特別研究員
12：00～13：00	〈休憩〉	
13：00～15：00	講義「複雑性PTSDの支援－安定化の重 要性－」	国立精神・神経医療研究セ ンター精神保健研究所 大友理恵子客員研究員
15：00～15：10	〈休憩〉	
15：10～16：40	ワーク「症例検討」	須賀楓介特別研究員

【特別研修】

1. 「子どものPTSDのアセスメント」

日 程	令和7年7月10日(木)
講 師	兵庫県こころのケアセンター 亀岡智美副センター長
受講者数	68名(定員:40名)

2. 「TF-CBT Introductory Training」

日 程	令和7年7月11日(金)、7月12日(土)
講 師	トレーナー:兵庫県こころのケアセンター 亀岡智美副センター長 アシスタント:兵庫県こころのケアセンター 三宅和佳子診療所長 大阪府中央子ども家庭センター 福井智子
受講者数	59名(定員:40名)

3. 「サイコロジカルファーストエイド学校版に基づく子どものこころのケア」

日 程	令和7年12月6日(土)
講 師	兵庫県こころのケアセンター 田中英三郎特別研究員 (東京大学相談支援研究開発センター教授)
受講者数	30名(定員:25名)

4. 「PTSD構造化面接-CAPSを理解する」〈WEB開催〉

日 程	令和8年1月24日(土)、1月31日(土)
講 師	兵庫県こころのケアセンター 加藤寛センター長
受講者数	39名(定員:30名)

3 相談室の運営

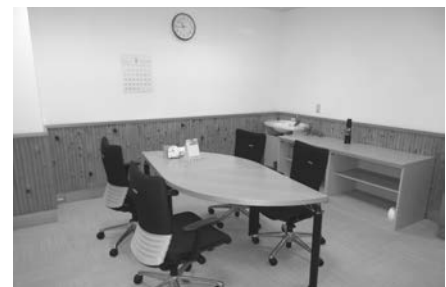
相談室は、地域の医療・保健・福祉・教育・司法等の関係機関、また一般の方の主にトラウマ・PTSDに関する「こころのケア」の専門的な相談窓口として、平成16年4月から業務を開始した。

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

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

(1) 相談体制

- (相談日) 火曜日～土曜日（祝日、年末年始除く）
 ※ただし、月曜日がハッピーマンデー又は振替休日の場合、その前の週の土曜日は休館。
- (相談時間) 9：00～12：00 13：00～17：00
- (相談方法) 電話、面接など
- (担当) 保健師、精神保健福祉士、公認心理師など



相談室

(2) 相談受理状況

(延べ人数)

(延べ人数)

初回相談	再相談	計 (%)
369 (24.6)	1,132 (75.4)	1,501 (100.0)

相談方法			計 (%)
面接	電話	その他	
307 (20.5)	1,161 (77.3)	33 (2.2)	1,501 (100.0)

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

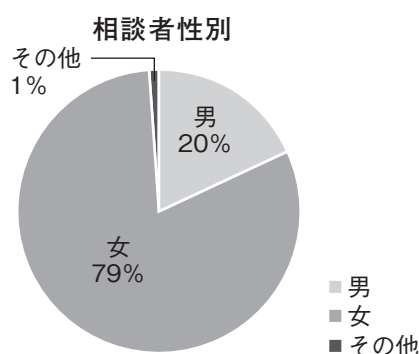
①性別・年齢別相談者数

(性別)

(延べ人数)

男性	女性	その他	計 (%)
304 (20.3)	1,189 (79.2)	8 (0.5)	1,501 (100.0)

- その他は、性同一性障害など性の多様性に配慮した。



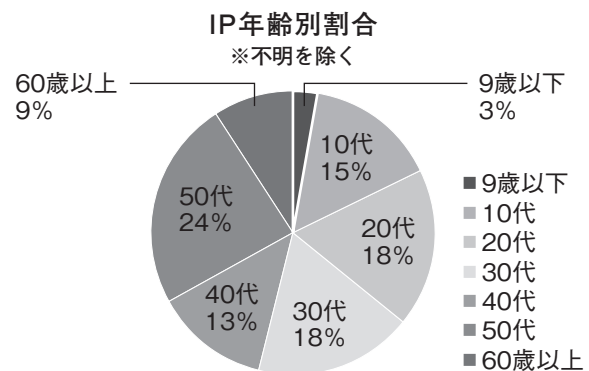
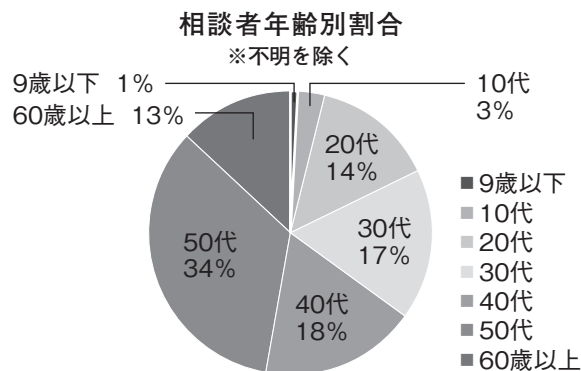
(年齢別)

(延べ人数)

区 分	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60歳以上	不 明	計 (%)
相談者	6 (0.4)	27 (1.8)	122 (8.1)	147 (9.8)	153 (10.2)	291 (19.4)	116 (7.7)	639 (42.6)	1,501 (100.0)
IP (※)	44 (2.9)	201 (13.4)	234 (15.6)	230 (15.3)	175 (11.7)	316 (21.0)	121 (8.1)	180 (12.0)	1,501 (100.0)

- ・相談者の年齢別は、不明を除くと50代が最も多く、次に40代の相談が多い。
- ・IPの年齢別は、不明を除くと50代が最も多く、次に20代、30代の相談が多い。

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



②地域別件数

(ブロック別)

(延べ件数)

北海道・東北	関東・甲信越	東海・北陸	近畿	中国・四国	九州・沖縄	その他 ※印含む	計 (%)
— ※	174 (11.6)	0 (0.0)	1,267 (84.4)	44 (2.9)	0 (0.0)	16 (1.1)	1,501 (100.0)

- ・ブロック別では全国各地から相談があった。全体の8割以上は近畿地区からの相談である。

(近畿地区府県別)

(延べ件数)

兵庫	大阪	京都	滋賀	奈良	和歌山	その他 ※印含む	計 (%)
1,203 (94.9)	61 (4.8)	— ※	0 (0.0)	0 (0.0)	— ※	3 (0.3)	1,267 (100.0)

③経路別件数

(延べ件数)

初回経路								再相談	計 (%)
医療機関	相談機関	教育機関	行政機関	司法機関	HP・啓発 リーフレット	その他 ※印含む	不明		
204 (13.6)	23 (1.5)	— ※	25 (1.7)	— ※	70 (4.7)	36 (2.4)	11 (0.7)	1,132 (75.4)	1,501 (100.0)

- ・初回経路別では、「医療機関」が最も多く、次いで「HP・啓発リーフレット」である。
- ・その他は、「マスコミ」、「研修受講」、「知人」等である。
- ・相談機関とは、相談事業所、被害者支援センター、民間DV相談窓口等である。

④相談内容別件数

(延べ件数)

トラウマ・PTSD	一般精神	こころの健康	その他	計 (%)
1,385 (92.3)	79 (5.2)	30 (2.0)	7 (0.5)	1,501 (100.0)

- ・トラウマ・PTSDについての相談が、全体の9割を占める。

⑤トラウマ・PTSDの内訳

(延べ件数)

虐待	性被害	DV	パワハラ	犯罪被害	死別	いじめ	暴力被害	事故被害	交通事故被害	災害	事故目撃	その他※印含む	計 (%)
408 (29.5)	218 (15.7)	374 (27.0)	59 (4.3)	42 (3.0)	47 (3.4)	27 (2.0)	33 (2.4)	29 (2.1)	15 (1.1)	—※	—※	133 (9.5)	1,385 (100.0)

- ・トラウマ・PTSDの内訳は、「虐待」「DV」「性被害」の順が多い。
- ・その他は、様々な要因の複雑性や「暴言」等である。

⑥相談結果(処遇)

(延べ件数)

当診療所紹介	他機関紹介	制度等紹介	傾聴・助言	関係機関連絡	その他	計 (%)
576 (38.4)	119 (7.9)	37 (2.5)	495 (33.0)	265 (17.6)	9 (0.6)	1,501 (100.0)

⑦インテーク会議検討数

(延べ件数)

インテーク数：専門職の面接をもとに、診療の可否等を決定し、処遇や対応方法について検討を行った数

新患・相談検討数：関係機関からの相談事例やインテーク後の診療所での情報共有を行った数

区 分	令和5	令和6	令和7
インテーク数	88	76	85
新患・相談検討数	16	86	77

4 附属診療所の運営

附属診療所は、平成16年6月より、PTSD症状などのトラウマに起因する心理的影響に関する治療を行っており、受診については原則として関係機関からの紹介制にしている。また、公立学校共済組合から受託するストレスドック事業等を行う。

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

(1) 診療所の体制

(診療日) 火曜日～土曜日（祝日、年末年始除く）
※ただし、月曜日がハッピーマンデー又は振替休日の場合、その前の週の土曜日は休診。

(診療受付時間) 9：00～11：30 13：00～16：00

(標榜科) 精神科



診察室

(2) 受診件数

(延べ件数)

初診	再診	ストレスドック	その他	計
84 (3.1)	2,496 (92.4)	68 (2.5)	53 (2.0)	2,701 (100.0)

・初診にはセカンドオピニオンの件数も含まれる。その他は主に職員の予防接種である。

(3) 専門治療件数

(延べ件数)

長時間 暴露療法 (PE療法)	トラウマ・ フォーカスト 認知行動療法 (TF-CBT)	眼球運動に よる脱感作 と再処理法 (EMDR)	複雑性悲嘆の 認知行動療法 (CGT)	遷延性悲嘆症の 認知行動療法 (PGDT)	STAIR/ NST	計
46	99	92	1	19	0	257

(4) 初診者の状況

①性別・年齢別

(性別) (人)

男性	女性	計 (%)
21 (25.0)	63 (75.0)	84 (100.0)

(年齢別) (人)

20歳未満	20代	30代	40代	50歳以上	計 (%)
26 (30.9)	11 (13.1)	13 (15.5)	19 (22.6)	15 (17.9)	84 (100.0)

②地域別

(ブロック別) (人)

近畿	その他	計 (%)
84 (100.0)	0 (0.0)	84 (100.0)

(近畿地区府県別) (人)

兵庫	その他	計 (%)
82 (97.6)	2 (2.4)	84 (100.0)

③受診経路(紹介元)別初診者数

(人)

医療機関	行政機関	相談機関	教育機関	司法関係	その他 ※印含む	計 (%)
79 (94.0)	— ※	0 (0.0)	— ※	— ※	5 (6.0)	84 (100.0)

④診療内訳

(人)

虐待	DV	性被害	いじめ	交通事故被害	死別等	災害	暴力被害	犯罪被害	事故目撃	パワハラ	その他 ※印含む	計 (%)
31 (36.9)	— ※	19 (22.6)	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	— ※	34 (40.5)	84 (100.0)

・診療内訳は、「虐待」、「性被害」で約6割を占める。

※その他に計上している内、多いのは「死別（自死遺族を含む）」「パワハラ」等である。

(5) カウンセリングの状況

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

①性別・年齢別実施人数

(性別)

(延べ件数)

男 性	女 性	計 (%)
96 (26.8)	262 (73.2)	358 (100.0)

(年齢別)

(延べ件数)

20歳未満	20代	30代	40代	50代	60歳以上	計 (%)
24 (6.7)	21 (5.9)	99 (27.6)	78 (21.8)	108 (30.2)	28 (7.8)	358 (100.0)

・年齢別では30代～50代で約8割を占める。

②内容別件数 (延べ件数)

虐待	性被害	DV	事故	犯罪被害	震災	死別	その他 ※印含む	計 (%)
88 (24.6)	52 (14.5)	16 (4.5)	41 (11.5)	— ※	0 (0)	51 (14.2)	110 (30.7)	358 (100.0)

・内容別では、「虐待」「性被害」「死別」の順に多い。

・その他はストレスドック以外「いじめ」が多い。

③セッション別件数

(延べ件数)

心理療法	心理テスト	その他	計 (%)
237 (66.2)	53 (14.8)	68 (19.0)	358 (100.0)

・その他は主にストレスドック事業の受診者である。

5 地域支援活動の実施

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

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

(1) 東日本大震災（平成23年3月から継続）

（主な支援先）	福島県
（対応職種）	公認心理師
（対象者）	保健・医療関係者、自治体職員
（支援回数）	39回
（支援対象人数）	553人
（支援内容）	現地でのコンサルテーション、研修講師等

(2) 能登半島地震

（主な支援先）	石川県
（対応職種）	公認心理師
（対象者）	県民
（支援回数）	1回
（支援対象人数）	200人
（支援内容）	研修講師

(3) その他の災害

（主な支援先）	ロサンゼルス、タイ、ヨルダン、中南米、長野県、DMAT等
（対応職種）	医師、公認心理師
（対象者）	保健・医療福祉関係者、自治体職員等
（支援回数）	7回
（支援対象人数）	230人
（支援内容）	コンサルテーション、研修講師等

(4) ウクライナ避難民支援（令和4年度から）

（主な支援先）	ウクライナ
（対応職種）	医師、公認心理師
（対象者）	保健・医療福祉関係者、自治体職員等
（支援回数）	3回
（支援対象人数）	41人
（支援内容）	コンサルテーション、研修講師等



(5) 自殺関連における危機対応

(主な支援先) 長崎県
 (対応職種) 公認心理師
 (支援回数) 1回
 (支援対象人数) 70人
 (支援内容) 研修講師

(6) 消防関連に関する危機対応

(主な支援先) 全国の消防関係
 (対応職種) 医師、公認心理師、保健師
 (支援回数) 9回
 (支援対象人数) 109人
 (支援内容) コンサルテーション、研修講師等

(7) 事件・事故における危機対応

(主な支援先) 兵庫県内
 (対応職種) 公認心理師、保健師
 (対象者) 教育関係者、自治体職員等
 (支援回数) 13回
 (支援対象人数) 26人
 (支援内容) 関係機関へのコンサルテーション

(8) 虐待関連

(主な支援先) 医療機関、自治体、教育機関、児童相談所、福祉施設等
 (対応職種) 医師、公認心理師、精神保健福祉士
 (支援回数) 8回
 (支援対象人数) 381人
 (支援内容) 研修講師、関係機関へのコンサルテーション等

(9) その他（講演・コンサルテーション・施設見学等）

(主な支援先) 関係機関等
 (対応職種) 医師、公認心理師、精神保健福祉士、保健師
 (支援回数) 52回
 (支援対象人数) 2,196人
 (支援内容) 研修講師、実習生への指導、施設見学等



6 兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」体制整備事業

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

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

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

(1) ひょうごDPAT運営委員会への参画

兵庫県障害福祉課・神戸市保健所保健課・兵庫県精神保健福祉センター・兵庫県こころのケアセンター・災害拠点精神科病院（3病院）・兵庫県精神科病院協会の8機関で構成

①第1回運営委員会県DPAT運営委員会 8月5日参加

- 内 容
- ・待機基準・災害発生時の連絡体制・災害派遣協定について
 - ・兵庫県DPAT（ローカル隊）の隊員管理について
 - ・今年度のDPAT研修について
 - ・災害発生時活動訓練等について

②DPAT研修打ち合わせ 5月27日（県障害福祉課）6月4日（DPATインストラクター）

- 内 容
- ・研修プログラムについて
 - ・運営委員会について

(2) 関西圏域DPAT連携体制の推進について

災害時は近隣府県からの協力関係が不可欠であり、平時より関西の各府県で災害時のネットワークの強化や協力体制を構築する。

①兵庫県・播磨広域合同防災訓練におけるDPATオリジナル訓練 11月9日（日） 姫路市

②近畿地方DMATブロック訓練（京都府）に京都府DPATに協力参加 11月22日

③関西広域連合DPAT研修 2月18日参加（WEB）

- 内 容：能登半島地震での活動経験をもとにした被災時の必要な対応と備えについて

（３）兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」活動マニュアルの活用

兵庫県では平成27年3月「兵庫県こころのケアチーム『ひょうごDPAT』活動マニュアルVer1.0」を策定した。その後熊本地震をふまえ、平成30年3月20日に厚生労働省より「災害時健康危機管理支援チーム活動要領」が発出され、平成30年3月30日に「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」が一部改正された。兵庫県においても「兵庫県こころのケアチーム『ひょうごDPAT』活動マニュアルVer2.0」を令和2年度改訂した。

その後能登半島地震をふまえて令和7年3月31日に厚生労働省より「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」が発出され、DPAT事務局の「DPAT活動マニュアル」が令和7年4月10日に改正された。兵庫県においても「兵庫県こころのケアチーム『ひょうごDPAT』運営要綱」が改正された。これらの内容をふまえ、今後活動マニュアルを改定し、研修・訓練・会議等を通じて関係機関との連携を図っていく。

（４）兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」研修会の開催

研修名	日程	内 容	定員	参加者
PFA研修	7/2 (水)	①講話「災害支援・危機管理時の心構え」 ②演習「地震等の自然災害、感染症等への対応」	20名	35名
DPAT研修 (1日目)	12/20 (土)	①講義「災害医療概論、災害医療体制、感染対策」等 ②演習「情報整理クロノロ・EMIS・災害診療記録J-SPEED等」	20名	57名
DPAT研修 (2日目)	12/21 (日)	①講義「災害後の精神保健活動、災害現場の指揮命令系統と連携、DPAT活動拠点本部設置、支援者支援」 ②演習「D24H、避難所活動」	20名	54名

①講義の様子

「災害医療概論」の講義



「災害後の精神保健活動」



②実習・演習の様子

「新EMISの実習」



「D24Hの実習」



「活動拠点本部の演習」



「避難所支援の演習」



「避難所支援の演習」



「避難所支援の演習」



7 こころのケアシンポジウムの開催

1 こころのケアに関する先進的な取り組みや知見の情報発信の一環として、こころのケアシンポジウムを開催した。

(日 時) 令和7年12月17日(水) 13:30~16:30

(会 場) 兵庫県こころのケアセンター 大研修室

(参加者) 300名(会場:55名、Web:245名)

(内 容) テーマ:災害で大切な人をなくされた方への支援

(1) 基調講演「災害による喪失と悲しみ(グリーフ)への支援」

瀬藤乃理子(兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹)

(2) パネリスト講演

①「医療を受診する災害遺族の支援について～福知山線脱線事故遺族の事例を中心に～」

村上典子(神戸赤十字病院心療内科部長)

②「東日本大震災後、アルコール関連問題がある地域の遺族への支援について」

米倉一磨(相馬広域こころのケアセンターなごみセンター長)

③「兵庫県こころのケアセンターで悲嘆の専門治療を受けるまで、そしてその後」

高井千珠(阪神・淡路大震災遺族)

(3) パネルディスカッション

加藤寛(兵庫県こころのケアセンター長)

基調講演及びパネリスト講演の講師

2 参加者の職種

保健医療職	約31%
福祉職	約20%
行政関係	約6%
教育職	約5% など

3 アンケート結果等

「よかった」と回答された方が、基調講演:97.3%、パネリスト講演:96.6%、パネルディスカッション:93.8%であった。

基調講演では、阪神・淡路大震災と東日本大震災の支援経験を持つ研究員が、災害遺族の支援の考え方、具体的な方法および留意点について説明した。グリーフケアの基本は遺族が安全に悲しめる関係づくりにあり、孤立の防止とレジリエンス(回復力)の醸成が遺族支援における最も重要な点であると述べられた。

パネリスト講演では、福知山線脱線事故や東日本大震災の遺族支援に携わった医療従事者らが、自らの治療経験や地道な支援活動から得た課題や知見を紹介した。また、阪神・淡路大震災の遺族より、長期にわたる悲嘆とその治療についての報告がなされた。

パネルディスカッションでは、サバイバーズ・ギルト(生存者罪責感)を抱える遺族や支援者の思い、災害遺族支援の意義、情報発信の大切さなどについて共有され、意見交換が行われた。

最後は、センター長が、高齢化に伴い多死社会に向かっている今、悲嘆やトラウマによって支援を求めている人が多くいることを忘れず、本シンポジウムが支援のヒントになればよいと述べ、閉会しました。



8 情報の発信

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

(1) ホームページの運営

本センターの活動紹介をはじめ、研究成果や研修開催案内、シンポジウムの開催概要等を、わかりやすく情報発信した。アクセス数は26万件を上回っている。

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

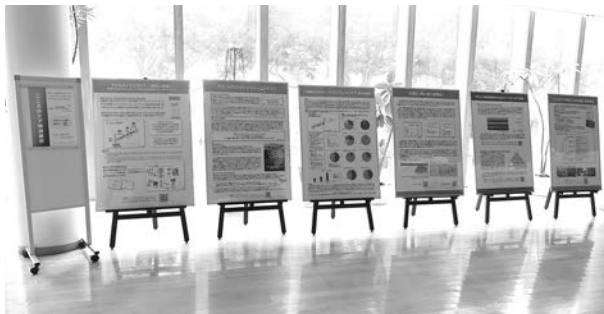


(2) 「こころのケア特別展示」の開催

阪神淡路大震災30年記念事業の一環として、想定される大震災に向けた防災・減災への取り組みの意識を高め、「こころのケア」の重要性を広く発信するために、当センター20年の取り組みや成果を伝えるパネル展示及び動画放映を実施している。

① パネル展示

本センターの機能や東日本大震災、熊本地震など被災地における支援活動等を紹介した従来のパネルに加え、前年度開催の「国際シンポジウム」および近年の研究成果や知見を紹介したパネルを新たに12枚作成し、エントランスホールにて展示している。



② 動画放映

施設映像、研修風景、インタビュー等を含む約8分間の紹介動画を制作し、YouTube公式チャンネルにて配信している。

URL <https://youtu.be/oMcXZtDjl8Q>



兵庫県こころのケアセンター プロモーション動画【こころのケア特別展示】

9 ひょうごヒューマンケアカレッジ事業の実施

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

1 専門的人材養成講座

(1) 音楽療法講座

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

①専門講座

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

コロナ禍で受講を中断していた待機者を対象に、専門講座（実技分野）を実施。

②実践経験

専門講座修了者に対して、その実践経験活動のため6か月の施設実習を実施。

(2) 音楽療法士の認定審査

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

(3) 兵庫県音楽療法士現任研修

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

2 ヒューマンケア実践普及講座

(1) グリーフケア講座

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

(2) 終末期の暮らしを考える講座

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

3 事業実績

(1) 講座関係

区 分	講 座 名	実施期間（回数）	受講者数
専門的人材養成講座	音楽療法講座 専門講座〈実技分野〉	R7. 5. 8～R8. 1. 29（19回）	3名
ヒューマンケア実践 普及講座	グリーフケア講座	R7. 10. 8～R7. 12. 10（7回）	52名
	終末期の暮らしを考える講座	R8. 1. 31～R8. 3. 7（5回）	64名

(2) 音楽療法士の認定審査

①新規認定の審査

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

	面接・実技審査日 (認定審査会開催日)	認定申請者数	認定者数
第1回	R7. 6. 21	3名	3名
第2回	R8. 1. 24	2名	2名

②更新認定の審査

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

- (a) 更新申請者数 6名
- (b) 更新認定者数 6名

(3) 兵庫県音楽療法士現任研修

①未更新者を対象とした更新説明会の開催

日 時：令和7年7月18日(金)

参加者：25名

(参 考)

音楽療法について

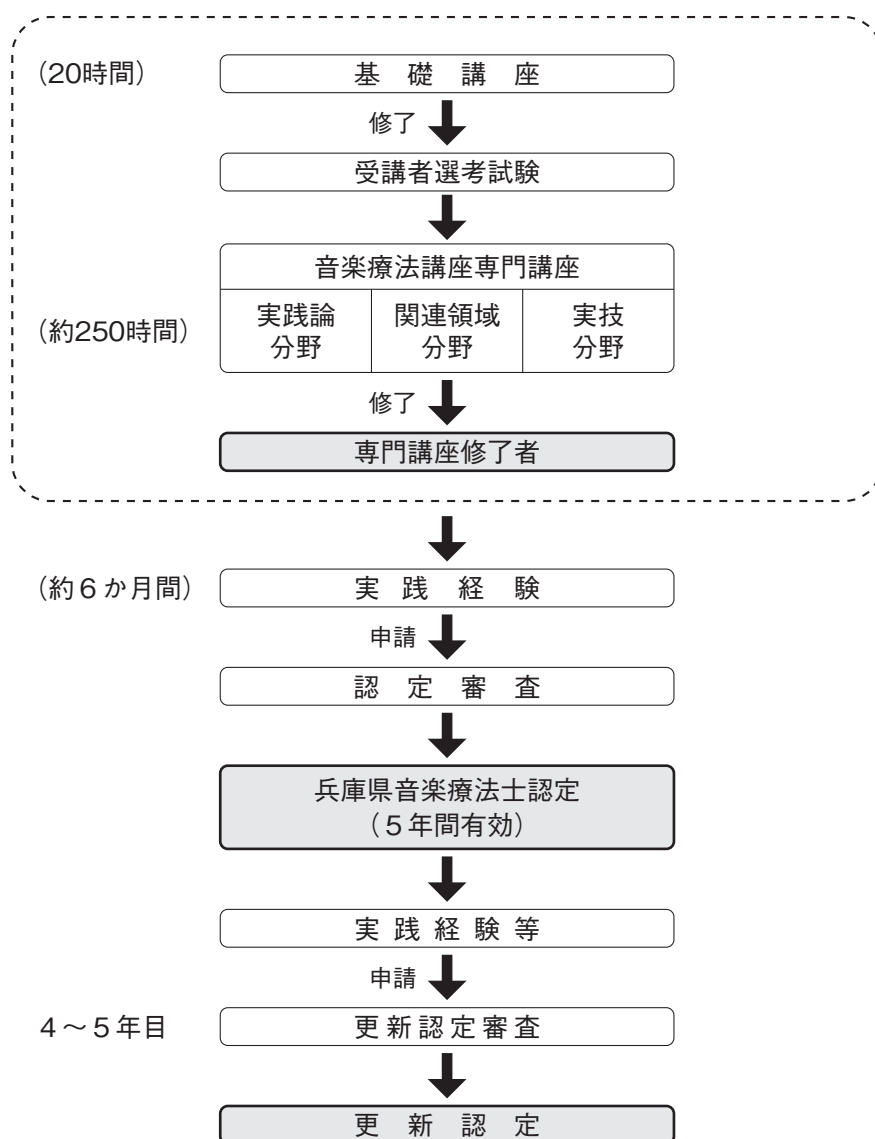
1 音楽療法の定義等

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

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

2 「兵庫県音楽療法士」認定・更新の流れ

ひょうごヒューマンケアカレッジ
専門的人材養成講座「音楽療法講座」



令和7年度 ヒューマンケア実践普及講座

●グリーフケア講座（全7回・21時間）

月	日	曜日	時 間	講座内容	講師（所属・氏名）
10	8	水	13:30～16:30	死別と悲嘆（グリーフ）を理解するために（導入講義）	兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛
10	15	水	13:30～16:30	悲嘆について（総論）	関西学院大学 人間福祉学部人間科学科 教授 坂口 幸弘
10	24	金	13:30～16:30	心療内科医としての遺族支援	神戸赤十字病院 心療内科部長 村上 典子
10	29	水	13:30～16:30	グリーフケアを提供する人のケア～自分自身を大切にセルフケア～	兵庫県こころのケアセンター 上席研究主幹 瀬藤 乃理子
11	19	水	13:30～16:30	グリーフケアと死生観	浄土宗願生寺 住職 大河内 大博
12	3	水	13:30～16:30	こどものグリーフケア	兵庫県こころのケアセンター 診療所長兼上席研究主幹 三宅 和佳子
12	10	水	13:30～16:30	人生の中の悲しみを生き抜く力	上智大学グリーフケア 研究所名誉所長 全人力を磨く研究所 理事長 高木 慶子

●終末期の暮らしを考える講座（全5回・15時間）

月	日	曜日	時 間	講座内容	講師（所属・氏名）
1	31	土	13:30～16:30	在宅ターミナルケアと疼痛のコントロール	かえでホームケアクリニック 顧問 関本 雅子
2	7	土	13:30～16:30	終活セミナー エンディングノートで未来を変える！ ～心と暮らしのお片づけ～	整理収納アドバイザー 竹裏 由佳
2	21	土	13:30～16:30	スピリチュアルペインの理解と スピリチュアルケアの実践への ヒント (認知症のひととがん患者を例に)	カトリック大阪高松大司教区 司祭 上智大学大阪サテライト キャンパス長 ガラシア病院チャプレン 松本 信愛
2	28	土	13:30～16:30	介護者自身のためのセルフケア －介護者も心身の健康管理を－	大阪歯科大学大学院 看護学研究科（仮称）開設準備室 室長／がん看護専門看護師 田村 恵子
3	7	土	13:30～16:30	患者の権利と人生の最終段階における意思決定	兵庫県立大学 教授 紀平 知樹

10 その他受託事業

(1) JICA研修

①JICA課題別研修（「災害におけるこころのケア」コース）

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

（時 期）	令和7年9月
（対 象 国）	ウクライナ、アルメニア等
（対 象 者）	各国中央省庁及び地方行政機関の医師等
（参加者数）	12名
（実施方法）	対面実施

(2) 消防職員等のメンタルヘルスケアの実施

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

①神戸市

実施期間：令和7年4月1日(火)～令和8年3月31日(火)

開催場所：神戸市消防学校

実施人数：4名（相談）、181名（研修6回）

②西宮市

実施期間：令和7年4月1日(火)～令和8年3月31日(火)

開催場所：西宮市消防局本部

実施人数：2名（相談）、25名（研修1回）

③守口市門真市消防組合

実施期間：令和7年4月1日(火)～令和8年3月31日(火)

実施人数：356名（ストレスチェック）、0名（相談）

11 外部評価の実施

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

令和7年9月24日(水)に外部評価委員会を開催し、令和6年度実施分について評価を受けた。

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

(委員名)

野田 哲朗 大阪人間科学大学 特任教授
東布施野田クリニック 院長（委員長）
瀧野 揚三 大阪教育大学学校安全推進センター教授
今井 健 独立行政法人国際協力機構関西センター次長
辻本 哲士 滋賀県立精神保健福祉センター所長

(評価結果)

個別事業評価

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

※評価基準

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

A：年度計画どおり、中期計画を十分達し得る可能性が高い。

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

F：年度計画を大きく下回っている。又は中期計画を達成し得ない可能性がある。

総合評価

当センターは、トラウマ・PTSDなど「こころのケア」に関する五つの機能を有する全国初の拠点施設として2004年4月に設置され、6年度で開設20年となった。研究、人材養成・研修、相談・診療、情報の収集発信・普及啓発、連携・交流の五つの機能を、計画的、効果的、効率的に十分果たしている。

1. 研究面では、県委託による短期研究、長期研究が進められ、外部資金を獲得した多くの研究においても、センターの特色のある研究課題が設定され、着実に成果が出せている。
2. 人材養成・研修については、災害被災、犯罪被害、いじめ、虐待・DV、悲嘆、業務関連ストレス等に関する研修を実施し、目標を上回る多くの参加者を得ている。また、トラウマやPTSDに関する特別研修は、当センターの特色ある企画となっている。
ヒューマンケアの理念に基づく実践事業について、音楽療法士の養成に取り組み、実践普及講座においても多くの参加者があり、受講満足度も高く評価できる。
3. 情報の収集発信・普及啓発について、こころのケア国際シンポジウムが開設20周年記念として開催され、これまでの研究成果に加え、子どもと家族へのトラウマケアなど関心の高いテーマ設定で多くの参加者が学ぶ機会を得た。参加者アンケートでも高評価であった。
4. 連携、交流面では、被災地等へのこころのケアに関する支援が継続して実施された。また、ひょうごDPATの活動においても、常設に向けた研修が実施され、広域的支援の派遣に繋がっていることは評価できる。関西圏域での連携強化にも貢献している。
5. 相談において、相談室開設から20年が経過し、トラウマ・PTSD等の専門性が認識され、地域の医療機関や相談機関との連携が進み当相談室が地域で特色ある重要な役割を果たしていると評価できる。
6. 診療において、受診件数の減少は残念だが、複雑性PTSDや子どものトラウマケアが可能な数少ない専門的診療機関であり、その機能が発揮されていることは高く評価できる。今後の診療体制の強化を願う。
7. 光熱水費、事務的経費の節減、自主財源確保により2,323千円の余剰金を確保したことは特筆に値する。
8. 重要性が指摘されながら、なかなか浸透していかない「トラウマインフォームドケア」の普及啓発が求められ、兵庫県こころのケアセンターがその役割を担っている。

引き続き、現行の理念・方向性を継続していくことが望まれる。兵庫県による、より一層の財政的支援、人的支援、人材育成支援等の配慮が求められる。

Ⅲ参 考

1 こころのケアシンポジウム（概要）

（1）基調講演

「災害による喪失と悲しみ（グリーフ）への支援」

瀬藤 乃理子（兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹）

今年は阪神・淡路大震災30年、そして来年は東日本大震災15年、さらに次の1月1日は能登半島地震から丸2年、3回忌を迎えます。それぞれの節目に近い、そういう年にこのようなお話をさせていただくことに対し、とても胸がいっぱいになります。

本日、私の話の後は、3人のパネリストの方にとっても具体的なお話をさせていただきますので、私の方からは、災害時の喪失と悲しみ、いわゆる災害時のご遺族の支援をテーマに、その概要などをお話させていただきたいと思います。

最初に自己紹介をさせていただきますが、私は今3つのテーマを専門にしております。遺族の支援、災害支援、そして支援者をどう支援していくかということを専門にしております。実は、この3つとも、私の当事者体験が非常に関連しています。

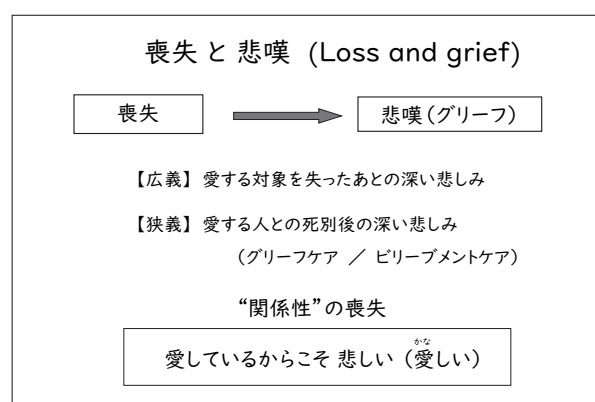
災害支援に関しましては、私は阪神・淡路大震災の激震地での被災体験があります。その後、2011年に東日本大震災が発生し、半年間仙台に住み、支援活動を行いました。2018年からは福島に赴任し、7年間復興業務に携わり、今年、神戸に帰って参りました。本日は、遺族の支援と災害支援を合わせた形でお話できればと思っています。

1. 災害と喪失

（1）「喪失と悲嘆」について

最初に、「喪失と悲嘆：Loss and grief」についてお話しします。この「喪失と悲嘆」は、海外では社会学の学術的な領域の1つ

です。喪失を経験すると悲しみがやってきます。この悲嘆を「グリーフ」といいますが、広い意味では、愛する対象を失ったあとの深い悲しみ、狭い意味では、愛する人と死別したあとの深い悲しみをさします。



なぜ、これが心理学や精神学の領域ではなく、社会学の領域かといいますと、愛する人の喪失は、非常に心にダメージを受けますが、それは「関係性の喪失」があるからです。「愛しているからこそ悲しい」のです。

死別がこんなにも人に大きなダメージを与えるものだというのを、経験して初めて分かったりしますが、なぜこんなにも大変かというと、死別は「アイデンティティ」を脅かすからです。このアイデンティティとは、自分は誰でどのように生きていくか、その基本になるものです。

例えば、3人家族がいた場合、母親か父親の片方が亡くなると、「妻としてのアイデンティティ」あるいは「夫としてのアイデンティティ」が、非常に脅かされます。妻としての自分は、このあとどう生きていくのか、それが揺るがされるのです。あるいは、子

どもを亡くすと、「親としてのアイデンティティ」が粉々になるともいわれています。

アイデンティティを通して、母親として父親として、あるいは、妻として夫として、という社会的なネットワークも多くあり、それらが脅かされると、生き方にまで影響します。死別を経験すると、「この後どんな風に生きていけばいいか分からない」といった状況がしばしば訪れるのです。

(2)「トラウマ的な死別」とは

本日は災害で愛する人をなくす悲しみをテーマにお話しますが、災害で愛する人をなくすことは、一般には「トラウマ的な死別」といわれます。事故、事件、災害、自殺などによる死別が代表的なものですが、「トラウマ」といえば、よく「PTSD（心的外傷後ストレス症）」と関連づけて考えられます。しかし、トラウマ的な死別を経験した人たちが皆、PTSDになるかというと、そうではありません。むしろ、「人生に大きな影響を与えるほど、心に深い傷をおうような死別」と言い換えたほうが、より適切です。

災害で愛する人をなくす悲しみ

トラウマ的な死別

(例) 事故、事件、災害、自殺などによる死別

- × PTSD(心的外傷後ストレス症)になるような
- 人生に大きな影響を与えるほど心に深い傷を負う

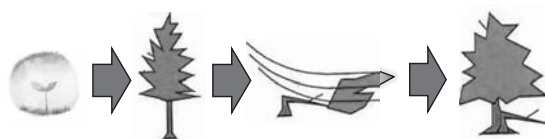
例えば、小児がんで3年にわたる闘病後に子どもを亡くした方、50年連れ添った妻をある日突然、心筋梗塞で亡くした方、待望の赤ちゃんを8か月目で突然死産で亡くされた方など、たとえ病死であっても、心の傷が深く、人生に非常に大きな影響を与える死別があるのです。

そのあと心のダメージの強さは、死の原因や亡くし方だけでは決まりません。実

は、死別後の影響や悲嘆というのは、亡くした人との「関係性」、その人を含めた「家族の歴史」、「死の状況」、「その後の経過」など、さまざまなことが重なり、全てが影響し合って、悲嘆として現れます。その経過や様々な要因を全部合わせて「文脈」という言葉を使ったりしますが、この「文脈」が実は悲嘆（グリーフ）に非常に大きく影響します。

トラウマ的な死別は、木が大きなトラウマの風を受けて、折れてしまうような体験です。しかし、忘れてはいけないことは、この死別体験の前に、この木が育ち、トラウマを受けるまでの過程に、愛する人が深く関わっていたということです。つまり「深い関係性」が成長の基盤にありました。このトラウマを受けた状態から、そのあとどうなってほしいのでしょうか、再び木が根をはり、そしてまた大きな木に成長してほしい、つまり、その木自身が回復力を取り戻して、もう一度木として大きく成長してほしい、ということになるかと思います。

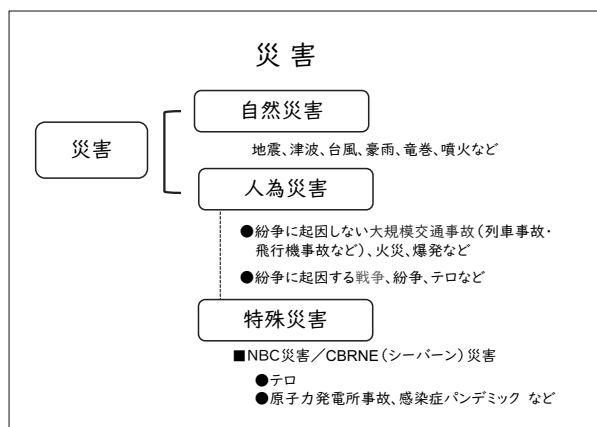
トラウマ的死別は心が折れてしまうほどの体験



覚えておきたいことは、「死別した後の過程にも、愛する亡き人が深く関与し、人生を支えてくれる」というのが、現在の死別の領域における考え方です。死別後も、「継続する絆（Continuing Bond）」が保たれるのです。「草葉の影からきつとあの人は見守ってくれている」、あるいは、「きつと今も自分のことを応援してくれている」、そんな風に思うことが、この木がもう一度、自分で根をはり成長する原動力になるのです。

(3) 災害による喪失

では、「災害による喪失」には、どのようなものがあるのでしょうか。災害を定義する場合、2つまたは3つに分けられます。1つが「自然災害」、もう1つが「人為災害」です。もし3つに分けるとすれば、人為災害の中に「特殊災害」が入る場合もあります。



「自然災害」は地震、津波、台風、豪雨など、「人為災害」は大規模交通事故、戦争などです。「特殊災害」には、最近、CBRNE（シーバーン）災害という言葉もありますが、人の命を脅かすような、非常に恐怖を伴う災害をさします。テロのほか、原子力発電所事故（原発事故）や感染症のパンデミックなども、これに入ります。皆さんも日頃感じていると思いますが、今、これらの災害が非常に多発しています。

しかも、私が福島に赴任していた7年間の間、福島では、大きな台風、地震、そしてパンデミックも起こりました。このように、同じ場所に、何回も起こるような状況「マルチハザード（多重災害）」が各地で起こっているのが、今の日本です。そういう状況の中、すべての人が災害のことを真剣に考えざるを得なくなってきました。

それぞれに災害には、特徴があります。

例えば阪神・淡路大震災は、都市直下型地震でした。当時の耐震基準ではビルが倒壊し

てしまうほど揺れて、倒壊後に火が上りました。そのため、圧死と焼死が多かったことが特徴です。東日本大震災は、地震のあと、津波や原発事故が起こりました。津波のために、水死や行方不明が多く、また、原発事故の地域では、避難が体調悪化に結びつき、震災関連死が非常に増加しました。また、この震災関連死の中には、震災関連自殺も多く含まれています。

人為災害である大規模交通事故には、これまで日航ジャンボ機墜落事故やJR福知山線脱線事故などがありました。このような大規模交通事故は、「高エネルギー外傷」といって、遺体の損傷が非常に激しい、あるいは、体の一部が欠損しているような遺体が多かったといわれています。このような損傷の激しい遺体を扱うことは、救援活動を行う自衛隊や、救急のベテラン医師であってもPTSDになるような状況といえます。

東日本大震災でも、そのような高エネルギー外傷のご遺体が多くありましたが、その遺体をきれいにする水も、棺の中に入れるために整える道具もなく、非常に苦慮されたと聞いています。遺族はこのような中で、自分の家族を探し、見つかったあとも、失意の中でさまざまな手続きをしていかなければならない、ということがあります。

災害による喪失の特徴をまとめますと、予期せぬ状態で突然発生する惨事であり、家族だけでなく、近隣の人、友人も含め、多くの人が一度に亡くなります。また、遺体が非常に損傷していたり、遺体が見つからない場合もあります。そのうえ、財産や家、仕事、それまでの日常の団欒など、日常生活の多くを喪失したり、被災後も継続的な負担があります。このような「文脈」が、その後の悲しみに深い影響を与えます。

災害による「喪失」の特徴

- 予期せぬ状態で突然発生する
- 惨事である
- 多くの人が一度に亡くなる
(遺体の激しい損傷、遺体が見つからない場合も)
- 喪失の重複
(財産、家、仕事、それまでの日常生活 等)
- 被災後も継続的な負担がある

これらはすべて、その後の悲しみに影響を与える

(4) あいまいな喪失

災害で「なくす」といったとき、その「なくす」には、2つの意味があります。人を亡くした時の「なくす」、そして、物を失った時の「なくす」です。

さらに、災害時にはもう1つ留意しなくてはいけない「なくす」があります。それは失ったかどうかも確実ではない「あいまいな喪失 (Ambiguous Loss)」です。災害では、このあいまいな喪失が非常にたくさん起こると、米国のポーリン・ボス (Pauline Boss) 博士が述べています。私の恩師でもあるボス博士は、あいまいな喪失について、このような喪失は非常にトラウマ化しやすく、社会の中でなかなか理解してもらいにくいこと、そして当事者に終わりのない深い悲しみと苦悩を引き起こすことを指摘しています。

また、ボス博士は、このあいまいな喪失を2つのタイプに分けています。

Type I さよならのない別れ	Type II 別れのないさよなら
物理的には「いない」が、 心理的には「いる」状態	心理的には「いない」が、 物理的には「いる」状態
<具体例> 例えば、① 行方不明 ② 故郷の喪失 (移民や災害後の避難等で違う土地に移り住むこと)	<具体例> 例えば、① 認知症 (災害後は増加) ② 故郷の喪失 (甚大な災害後、故郷の町が姿を変えること等)

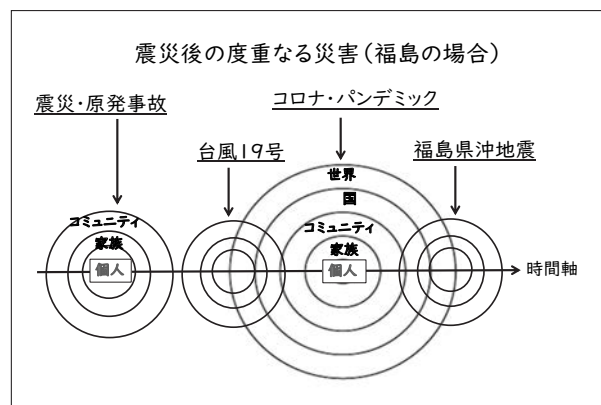
1つは「タイプ1のあいまいな喪失」と呼ばれ、代表例が行方不明の状況です。生きて

いるのか、生きていないのか、あいまいな状態です。故郷の喪失もここに含まれます。移民や避難などで、遠く離れた場所に移り住んだが、もう故郷には戻れないかもしれない……そういった時に、「自分の故郷は、どこなのだろうか、自分の故郷はあるのだろうか、ないのだろうか。」そのような深い喪失感が生まれます。

もう1つは、「タイプ2のあいまいな喪失」と呼ばれ、代表例は認知症です。その人はそこにいるのに、前のその人とは全く違う人のように変わった、そのような状況をさします。この認知症も、災害後は非常に増加します。また、タイプ2の故郷の喪失というのもあります。災害後、避難先から故郷に戻ってきたものの、故郷が以前の町とは全く変わってしまった……そういう時の喪失感には、経験した人にしかわからない、本当に深い悲しみがあります。このような「あいまいな喪失」があることも理解し、災害時の喪失の支援について考えていく必要があります。

(5) 集合的トラウマ

福島のこと、先ほどマルチハザード (多重災害) の話をしました。



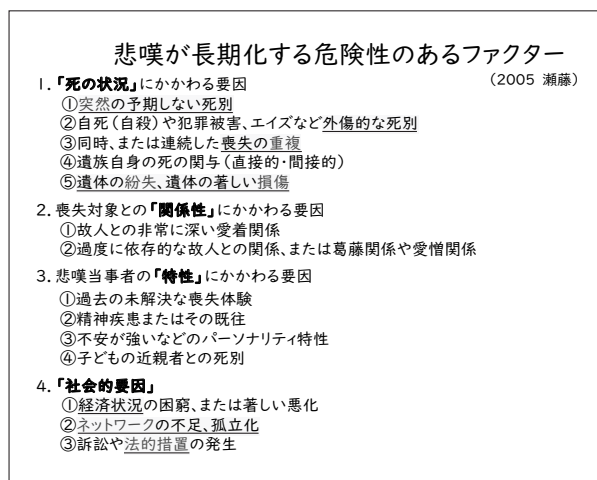
この図のように、災害が同じ場所に、何回も起きていたのですが、この中心にいる「個人」が、災害の影響を受け、非常に強い苦悩を持っているとします。ここで、覚えておかなければいけないことは、トラウマを受けた

のは、もっと広い円の「家族」や「コミュニティ」も非常にダメージを受けていることです。このような状況を「集合的トラウマ」と呼びます。

別の言い方をすれば、災害後は「傷ついたコミュニティの中で、傷ついた人が回復していく」ことを忘れてはいけないということです。つまり、この中心にいる個人を回復させようと思う場合、家族やコミュニティという取り巻く環境が回復しないと、個人の回復も難しいのです。災害では、「個人の回復と被災地の回復も両方を一緒に考える」ことが大切なのです。

(6) 災害で愛する人を亡くすこと

2005年に、「悲嘆が長引くような危険因子」について、演者がまとめたものがあります。それが下の図です。



この下線の危険因子が、災害でしばしば起こります。例えば、突然の予期しない死別。朝、「いってらっしゃい」と送った人が、帰ってきた時には、変わり果てた姿、ご遺体となって戻ってきたような場合です。また、災害では、その遺体に著しい損傷があったり、遺体が見つからない場合もあります。災害後、家財を喪失して、経済状況が非常に変化する場合もあります。コミュニティもバラバラになるので、社会的なネットワークが減

少し、孤立化しやすいこともあります。また、災害後や死別後は、法的な手続きが非常に多くあります。このように、災害時は危険因子が非常に重複する場合があります。

またもう一つの大規模災害時の特徴としては、「火葬や儀式」が非常に困難となりやすくなります。通常は、家族が亡くなると、葬儀を行い、火葬し、初七日、四十九日、一周忌、三回忌といった儀式を行います。それが、安否確認から始まり、遺体が見つかったあとも、どこで火葬するのか、葬儀をどうするかといったことに奔走し、十分な儀式ができず、悲しむ時間も慰めの場もなく過ぎていくといった状況も、起こりやすくなります。このような場合、後になって悲しみが訪れることが、しばしば起こります。

もう一つの留意点として、「メディア報道」があります。災害後は、メディアが災害を取り上げることで、社会の多くの方がその状況を目のあたりにし、そのことが社会の共感を呼んで、人のために何かしたいという利他的行動やボランティア精神が喚起され、多くの人がボランティア活動に参加します。一方で、被災者の中には、災害映像を見てフラッシュバックを起こす人も少なくありません。

メディア報道の光と影

●災害後の大々的なメディア報道

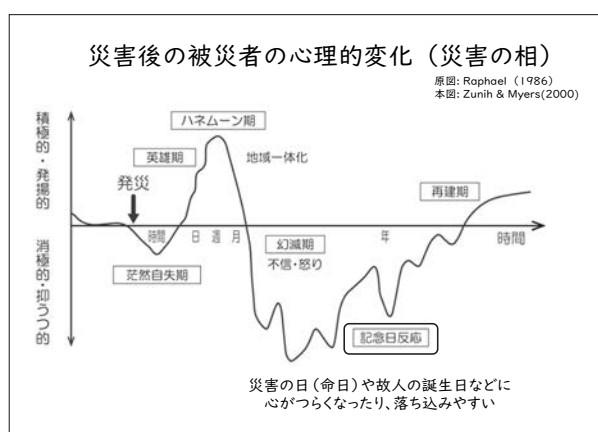
- 急性期は特に、被災者の悲しみは社会の共感をよびやすい(愛他的行動が増える)
 - メディア報道に出やすい部分と、出にくい部分の格差
 - メディア報道の映像等による
 - 二次受傷
 - 記念日反応(節目反応・命日反応)
- ⇒いずれも悲嘆反応やトラウマ反応を増強・再燃させる危険性

※Abern J (2002), Becker-Blease (2008)など多数の報告あり

また、「記念日反応」といって、災害から1年目や2年目、5年目、10年目といった年は、メディアがさかんに映像を流すので、そ

こでまたトラウマ反応や悲嘆反応が再燃し、増強する場合があります。実際、東日本大震災の映像を見て、阪神・淡路大震災のご遺族の60%近くがフラッシュバックを起こしたといった報告もあります（朝日新聞調査）。それぐらい、生々しい映像は、トラウマを再燃させる危険性があるのです。

災害後は、心理的には波あり谷ありで回復過程が進みます。それを「災害の相」と呼んだりします。下の図で説明しますと、ハネムーン期や幻滅期など、相に従って大きなアップダウンが見られ、その間も、気持ちが上がったたり下がったりしています。



ここで注目したいのは、「記念日反応」の箇所です。大きく落ち込んでいることです。例えば、災害の日（命日）や亡くした人の誕生日などが記念日反応が起こりやすい代表的な日ですが、年末年始も、実は遺族にはとてもつらい時期になります。その理由としては、クリスマスやお正月は、家族で楽しく過ごした時期ということもありますし、その時期には、街には明るいイルミネーションが灯り、幸せそうなカップルや家族連れを目にすることが多く、寂しい思いが喚起される遺族の方がたくさんいるのです。

2. 災害の心理的影響

（1）トラウマと喪失

ここからは、災害の心理的影響についてお

話します。トラウマや悲嘆という言葉はご存じかと思いますが、トラウマというのは、「個人が持っている対処法では、対処できないような圧倒的な出来事」で、これを体験すると著しい心理的ストレスがかかります。ロス、日本語では喪失のことですが、これは「深い愛着の対象をなくす体験」です。

実は、両方とも共通点があり、しばしば混同されてしまうことがあります。共通点というのは、「過酷な体験がストレス要因」となり、それがきっかけとなって、「反応性の症状が出る」こと、しかし「多くは自然回復する」という点です。両方とも、何か特別な介入をしなくても、実は自然に和らぐ人が多いのです。

災害・事故・犯罪のように、忘れ去りたいような圧倒的な体験、恐怖や脅威を感じるような体験があると、「トラウマ反応」が出ます。一方、決して忘れたくないかけがえのない人を喪失すると「悲嘆反応」が出ます。なので、本来、この2つは別物なのですが、

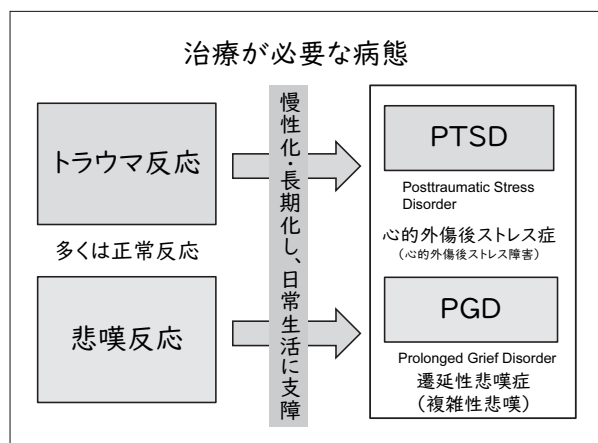
「災害で愛する人をなくす」場合は、「トラウマ反応」と「悲嘆反応」を同時に経験することがあります。

では、それぞれどのような反応が出るのでしょうか？

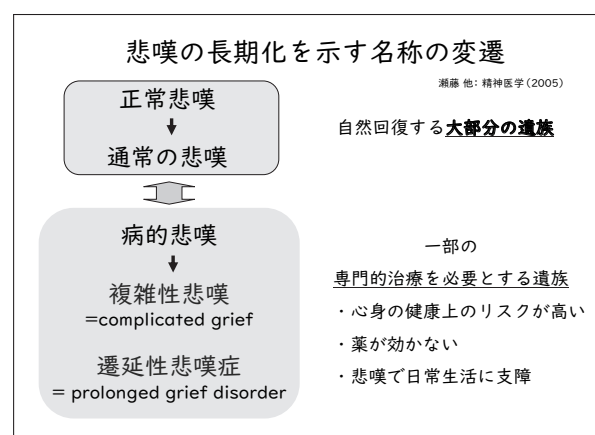
トラウマ反応の代表的なものは、フラッシュバックのような「再体験」、その出来事を思い出させるものを避ける「回避」、眠れない、そわそわするといった「過覚醒」の反応があります。そのような症状に対するケアを「トラウマケア」といいます。それに対し、悲嘆反応は、あくまで「失った対象への思慕」が背景となって出てくる反応です。それに対するケアをグリーフケアといいます。

本来、トラウマ反応や悲嘆反応は両方とも、多くは正常反応として、自然に和らいでいくのですが、一部、慢性化、長期化して日常生活に支障が起こることがあります。そ

れらは「心的外傷後ストレス症（PTSD）」や、「遷延性悲嘆症（PGD）」「複雑性悲嘆」という病態で呼ばれます。PTSDやPGDになると、専門的な支援、つまり介入や治療が必要となります。



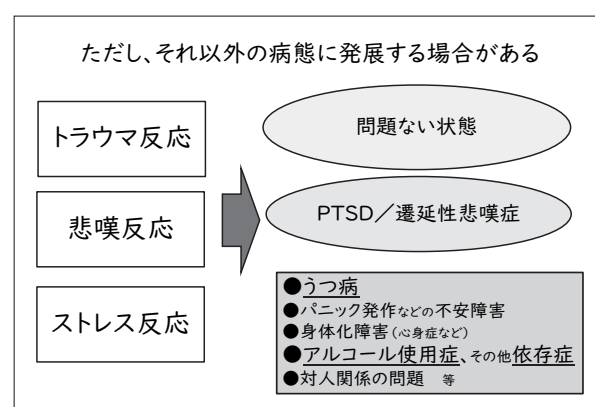
「遷延性悲嘆症」や「複雑性悲嘆」という名称を、初めてお聞きになる方もいると思いますが、以前は、自然回復する多くの遺族の症状・経過を「正常悲嘆」、自然回復が難しい場合を「病的悲嘆」と呼んでいました。しかし、愛する人を亡くす悲しみは、本来、とても自然な悲しみであるのに、正常や病的という表現は適切ではないという歴史的な議論があり、「通常の悲嘆」と「複雑性悲嘆」という呼び名に、名称が変遷したという経緯があります。そして、最近になって、病院でも治療を受けることができるようになってきました。「複雑性悲嘆」も「遷延性悲嘆症」も、意味としては大きくは変わらないのですが、現在は、両方の用語ともよく使われています。専門的な治療を必要とする遺族の方は、抗うつ剤などの薬が効かなかったり、健康上のリスクが高く、日常生活に支障が出る期間が長いことがわかっています。



（２）災害時の特徴

先ほど、災害時は、トラウマ反応と悲嘆反応が、同時に出る場合があるとお話しました。症状だけ見ても、どれが「トラウマ反応」で、どれが「悲嘆反応」かが分からないですし、それらにさまざまな「ストレス反応」が加わることもあります。被災者は、この３つの反応が同時に出ていることも少なくありません。ただし、多くの方は、最初は強い反応が出ていても、自然に回復していきます。

一方で、一部の方には、PTSDや遷延性悲嘆症になる方もいますし、それ以外の病態に発展する場合があります。例えば、うつ病になったり、あるいはアルコール依存症（アルコール使用症）、心身症といった状態になったりする場合もあるので、注意が必要です。

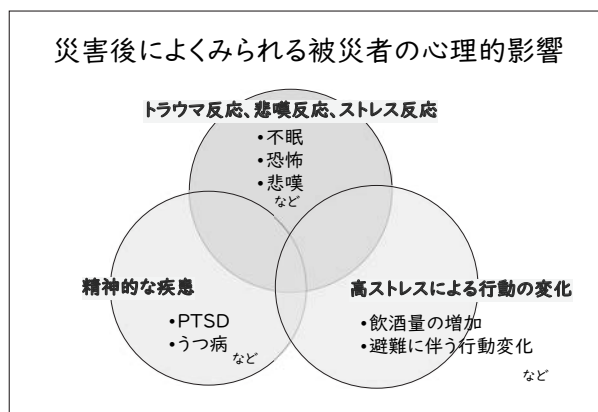


災害時は、このような大きなストレスや心理的負荷がかかりますので、特にご遺族を支援する時には、その方たちが「被災者でもあ

る」ことを忘れてはいけません。また、そもそも災害の被災者は誰でも、災害によってさまざまな影響を受け、自分の家族は助かって、自分の友人や近所の親しい人を亡くしている場合が少なくありません。つまり多くの人が多大な喪失体験の中にいるのです。

このようなことを考慮すると、災害時の支援のベースは、まずは「被災者支援」であり、その枠組みの中で「災害遺族の支援」も行っていくという形になります。

(3) 災害による被災者の心理的影響と留意点

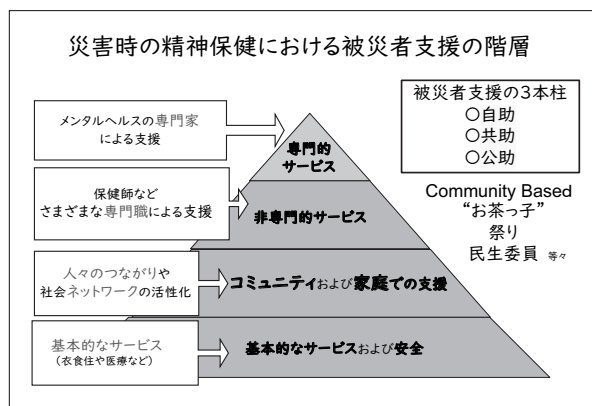


災害後によく見られる被災者の心理的影響については、上図のように、3つの円で表すことがあります。1つ目の円は、「トラウマ反応、悲嘆反応、ストレス反応」です。これらの反応は先ほどお話ししましたように、一過性に出現したとしても、おおよそ75%の方は自然に回復します。

もう1つの円は、ストレスが高いために、行動上の変化として、飲酒量が増えたり、過活動になったりするような変化が見られたりする人たちです。「トラウマ反応、悲嘆反応、ストレス反応」を示す方よりは、少ない人数です。

3つ目の円は、被災者のうち、ごく少数の方に、PTSDやうつ病、遷延性悲嘆症などを発症される方を示しています。

災害支援の際には、濃厚な支援が必要な方も含め、精神保健の枠組みとして、ピラミッド型の被災者支援モデルが推奨されています。これはWHOも推奨しており、「MHPSSモデル」と呼ばれます。



このピラミッドの底辺には、まず衣食住や医療などの基本的なサービスや安全の確保。その上に、コミュニティや家庭でのつながりや、その中での支援がベースとなります。そして、より困難をかかえる方には、下から3つ目の専門職の支援が入ります。これら底辺となる3つ目までの部分は、基本的に無料で実施される支援です。

そして、それ以上の支援が必要な方、より難しい問題をかかえる方は、専門家による専門的なサービスが必要となります。この部分は、災害急性期では無料で提供されるところもありますが、中長期以降は、医療機関などで、有料の支援を受けることになります。

そして、このピラミッド型階層的支援を支えるのが、「自助」「共助」「公助」の3つです。「自助」というのは、自分から人とながり、基本的な生活を自分自身で整え、充実させていくこと、「共助」は、お互い助け合い、支えあって個々の生活や地域などを再建していくこと、そして「公助」は、行政のさまざまな支援・サービスなどをさします。

大切なことは、災害支援は、あくまで「コミュニティベース」で行われるという点です。「お茶っこ」と呼ばれる被災者が集うカ

フェを開催したり、祭りを復活させたり、その地域にいる民生委員さんたちの活動などが非常に大切です。

ただ、このような階層的支援の中で、特に注意や見守りを強化すべき人を知っておくことも重要となります。リスクの高い被災者は、下図のように、これまでの研究でおおよそわかっています。災害に直接巻き込まれた、身体的な負傷、死別経験（遺族）、あるいは災害後のソーシャルサポートの不足、住居や財産の喪失、移住、家族が行方不明、といったリスク因子をもつ被災者には、特に注意が必要です。

リスクの高い被災者とは	
災害時にリスク因子	災害後のリスク因子
【外部要因】 ○直接、災害に巻き込まれた ○悲惨な出来事の目撃 ○身体的な負傷 【トラウマ要因】 ○生命の脅威 ○戦慄 【喪失の要因】 ○死別 ○移住、強制退去 ○極度の喪失 ○コミュニティの混乱	○ソーシャルサポートの不足 ○住居・財産の喪失 ○疎外 ○状況の不安定さ ○安全・安心の未確立 ○家族との長期の離別・別居 ○長引く移住 ○家族の行方不明

また、災害後、年月が経つほど、被災者は二極化するといわれています。自分で生活を再建し、立ち直っていかれる方と、そこから取り残される方に分かれていく、この二極化の現象を、「ハサミ状格差」と呼びます。後者の方は、共助や公助が中長期に入っても必要となりますので、地域の中で、そういう方を決して忘れて、切り捨ててはいけません。

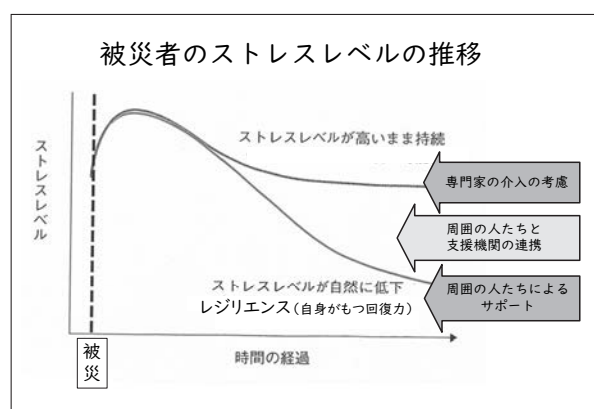
（4）レジリエンスの醸成

被災者の方は、先に言いましたように、トラウマ反応や悲嘆反応、ストレス反応などが混在して同時に出現しているため、それぞれに対して支援することは困難です。そのため、私は「ストレスレベル」として見るよう

にしています。（図では縦軸）

被災者は、被災直後は非常にストレスが高い状態ですが、それでも多くの方は、時間の経過とともに、ストレスレベルが下がり、生活再建していきます。この自然に回復していく力は、近年「レジリエンス」という用語で呼ばれています。レジリエンスは、自分自身もつ回復力、もともと内在している力をさしますが、災害時は特に、周囲の人と助け合いながら、個々のレジリエンスを高めていくことが重要です。

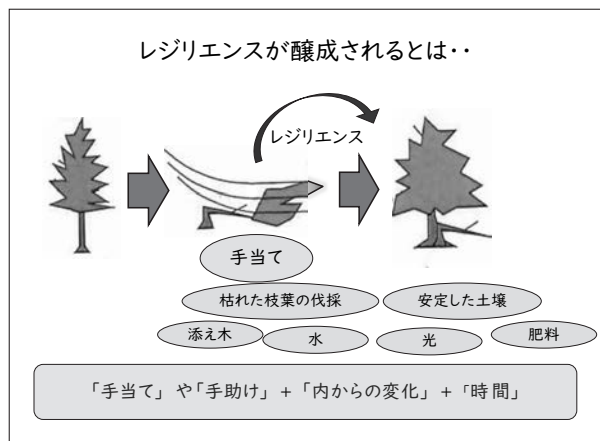
しかし、なかなかストレスレベルが下がらず、下がり方が緩やかな方もおられます。時間が経過しても、ストレスレベルがやや高めで推移する方は、周囲の人たちが支援機関と連携して支援する必要があるかもしれません。あるいは、非常に高いままの状態が続く方には、もしかすると専門家の支援を考慮する必要があるかもしれません。



災害後のどの時期、どの段階においても、レジリエンスを醸成することが重要です。それはあらゆる被災者でも、遺族においても大切になります。

木が強風でなぎ倒されたあと、もう1回木として根を張り成長するためには、何が必要でしょうか。倒れた木に「頑張れ」「立ち上がれ」というだけでは、なかなかこの木は元には戻りません。そこは「手当て」が必要です。例えば、最初に誰かがその木を起こし、枯れた枝葉を伐採して、土を整え、添え木を

し、適度な水や光や肥料を与える。そうすることで、木はレジリエンスを発揮して、根を張り、そして、新しい枝葉をつけ出すのです。



特に災害時には、適切で温かい「手当て」を行うことで、内からの変化が生まれやすくなります。しかし、実際に根を張って大きく成長するには時間も必要ですから、長期にわたり、忍耐強く支援することが大事なのです。

3. 災害遺族支援の考え方

(1) 被災者支援の原則

災害時の被災者支援には、下記のような原則があります。

1. 被災者のさまざまな反応は、非常事態における正常な反応であり、自然なものである。
2. すべての人にはレジリエンスがあり、多くの人は、強いストレスを経験しても回復していく。
3. 悲しみは、時間が経過しても、消えることはないし、消す必要もない。悲しみを持ちながら生きていくことを支える。
4. 支援はいかなる時も、その人のニーズが最優先で尊重される。
5. 回復には、地域での人とのつながり

が不可欠である。また、情報提供が力になる。

私たち阪神・淡路大震災の被災者も、その時のこと、その時の思いを忘れることはありません。悲しみは持ちながら生きていくものだ、経験上もそのように思います。

(2) 遺族の悲嘆反応

ここからは、災害遺族の支援について考えていきます。死別後の反応は、災害であっても、平時であっても、さまざまな悲嘆反応が出ます。最初にお伝えしましたが、悲嘆反応の多くは、自然に和らいでいくものです。ただし、注意すべき悲嘆反応もあります。特に災害時では、「生存者罪責感：サバイバーズ・ギルト (Survivor's Guilt)」が、多くの遺族や被災者に見られます。自分だけが生き残ってしまったという思い、そして亡き人のために、もっと何かできたのでは・・・と非常に罪責感を感じるのです。

喪失の感情には「一次感情」と「二次感情」があり、「一次感情」はその出来事によって、本来感じる感情です。大切な人をなくしたとき、「悲しい」「寂しい」「もっと～すればよかった」というのは、とても自然でもっともな感情です。こういう感情に対しては、「涙が出る時は、涙を止めずに泣きたいだけ泣いたらいいですよ。」という風にお伝えします。涙も出ないと言われる方には、「そんな時もありますよね。それぐらい辛いですよ。」と声をかけて、寄り添う人がいれば、時間がかかっても、この感情は和らいでいきます。

一方、少し厄介なものに、「二次感情」というものがあります。それは、その人が解釈して作り出してしまう感情です。例えば、「あの人が助けられなかった自分は情けない。もう幸せになる価値がないんだ。」というよ

うに、その人の解釈が加わる場合です。そういう場合は、「愛していたからこそ救いたかったという気持ちは、よくわかりますが、あなたのせいでこの人が亡くなったわけではないですよ。」と周囲の人が言葉に出して伝えることが重要になります。これを、「原因の外在化」と呼びます。特に、災害によって大切な人を亡くした子どもたちは、「自分のせいだ」と思っている口に出せないことがあるので、本人が言わなくても、周囲の大人がそのような声かけをしたほうがよいと言われています。

（３）死別反応の特性

死別反応には、特に知っておきたい４つの特性があります。

一つ目は「何重もの喪失」という特性です。死別というのは、愛する人を失うだけでなく、アイデンティティも、今までの家族の団欒も、社会的なネットワークも、そのほかにも様々なものを失います。そのため、死別の影響はとても深いものです。それを自分自身で知り、理解することで、この死別はそれほど影響が大きく、対処しなくてはならないものだという認識が深まります。また、今まで生きてきたその人との人生を振り返ることで、自己理解が深まります。

もう１つの特性は「悲嘆の波」で、emotional shock waveと呼ばれます。悲しみというのは、いつも同じではなく、波があります。いつも同じではないこと、つまり自分自身の悲しみが強いとき・和らぐときがあり、それぞれどういう時かを知ること、悲しみに対処しやすくなります。

３つ目の特性は、「記念日反応」です。命日（災害の日）のような、自分がつらくなりやすい時期を前もって知っておくことで、それに備えることができます。

また、死別反応によって、「人間関係が非

常に変化する」ことも、特性の１つです。家族関係、友人関係、近隣の人との関係などが、死別後にギクシャクするということが、しばしば起こります。これは、家族や親しい友人でも、悲しみ方や対処、亡くなった人への思いが異なるので、死別後は、家族の中でも、それが怒りや腹立たしさの原因になったりするのです。

（４）重要とされる３つのサポート

死別後のどのような時期においても、温かな声かけが、ケアにつながります。遺族の支えになるケアを「グリーフケア」や「ビリーブメントケア」といいます。

具体的なサポートとして、「情緒的サポート」「手段的サポート」「情報的サポート」の３つが非常に重要です。（下図）

どのような時期も、温かな声かけがケアにつながる

【情緒的サポート】

傾聴・共感・寄り添いなど心理的に支えること

「本当に大変でしたね。とても心配していました。お体をいたわってくださいね。」

【手段的サポート】

食料や日用品の買い物の手伝い、家事援助、

子どもの世話など、日常生活を中心としたサポート

「何かお手伝いできることはありますか？」

【情報的サポート】

さまざまな手続きをどうすればよいのかなど、

その方が望む正確な情報を伝えること

「何か困っていることや、欲しい情報はありますか？」

【情緒的なサポート】としては「本当、大変でしたね」、あるいは「とても心配していました」「お体労わってくださいね」といった言葉がけだけでも、非常に心強く感じます。

【手段的サポート】としては、まず「何かお手伝いすることありますか」と聞いて、その人が望む、例えば家事や買い物、子どもの世話など、日常生活を助けることが、支えになります。

【情報的サポート】は、死別後や災害後は

手続きが非常に多いので、そのような手続きに必要な情報を提供したり、情報を一緒に探したりすることが、助けになります。そのため、「何か困ってることや、欲しい情報はありますか」と聞き、正確な情報を得るお手伝いをするのがサポートにつながります。

(5) 災害支援のホームページ

今、述べたようなことは、私達は仲間と一緒に立ち上げたJDGSプロジェクトのホームページにも掲載しています。



2つのウェブサイトがあり、「災害遺族の方向け」と、「あいまいな喪失」に関するホームページがあり、それぞれ「JDGSプロジェクト」と検索すれば、アクセスできます。

(6) 二次被害への注意

一方、注意しなくてはならないことに、「二次被害」があります。これは、災害で被災したり、大切な人との死別を経験して、心に傷を受けているところに、さらに周囲の人たちの不適切な言動で傷ついてしまうことをさします。

たとえば、遺族の二次被害となる危険性のある言葉として、「泣いたほうがいいですよ。」「話したほうがいいですよ。」「思ったより、元気そうですね。」「もうそろそろ立ち直った？」「亡くなった人の分まで頑張ってるね」などがあります。

励ますつもりでこのような言葉がかけられることがあるのですが、一般の人だけでなく、遺族が支援を求めに行った先で、専門職や専門家などから、このような言葉をかけられることがあり、注意が必要です。それを「受援による被害」といいます。そのため、支援職の人たちは、二次被害の現実を知り、適切に言葉がけすることが重要です。また、SNSなどでも、非常に辛辣な言葉を書かれることもあるので、書き込むこと自体も注意が必要です。

4. 災害遺族支援の実際

(1) 遺族対応の基本

グリーフに苦しむ方への対応の基本を述べます。まず、遺族の方が支援を望む時が支援を開始する時です。一度だけお会いすることも、とても意味があります。ファーストコンタクトのとき、つまり最初にお会いした時に、その人が安全に悲しめる場であることが大事です。話をさせようとするのは逆効果となることも少なくありません。

また、支援する側が弔意を示すことが、非常に大事です。故人を悼む気持ち、例えば、手を合わせる、お線香を上げさせていただく、そういうことで弔意を表すかどうかでも、遺族の心が開きやすくなるかが変わって来たりします。

それから、支援する側が「語ることの意味」を理解しておくことも非常に重要です。喪失を語ることは、まさに家族の歴史、亡き人との関係、その人をどんなに愛していたかを語ることでありますので、体験だけでなく、その人の歩んできた人生そのものを理解することにつながるのです。そのような話のなかで、遺族の方自身が自己理解が進み、悲しみと折り合いが付きやすくなるのです。

(2) 意味を探す旅

海外では、遺族の悲嘆過程は、よく「意味を探す旅」とも呼ばれます。その意味とは、①どうしてあの人が死ななくてはいけなかったのか、その意味。②私だけがどうして生き残ったのか、その意味。そして、③私はこのあと、どうやって生きていけばいいのか、その意味です。これらの意味はご本人しか答えを出すことはできませんし、なかなか簡単に答えが出るものではないので、通常、長期に及びます。逆にいうと、本当の意味で悲しい死別に対して、その人が折り合いをつけるためには、長期に及ぶということを、周りが理解しておくことも大事なのです。

悲嘆過程は「意味を探す」プロセス

編纂・広瀬「グリーフケアとグリーフカウンセリング」(2023)

- なぜ「あの人」は
死ななくてはならなかったのだろう？
- なぜ「私だけが」生き残ったのだろう？
- あの人なしに
「私は」どうやって生きていけば良いのだろう？

(3) 家族全体を見る視点

死別は、家族全体に影響を及ぼします。

例えば、自分の目の前にこういう方が来られたとしましょう。震災2年後、40歳男性、津波で妻が行方不明のままで2年が経過しましたが、中2の娘が「今も母親は絶対帰ってくる、葬儀なんか絶対にあげない」と言い張っている。このような家族に出会ったら、皆さんはどうされるでしょうか。

この状態は、行方不明という「あいまいな喪失」なのですが、私の恩師であるポーリン・ボス先生であれば、「この中2の娘さんがいっていることは何も間違っていない。なぜなら、お母さんが亡くなっている確証は、どこにもないのですから。」と言われると思います。

しかし、実際は、このお父様は、娘さんと

折り合いをつけることに非常に困っていらっしゃるかもしれません。その時には、「こういう状況で、家族の中で思いや考えが違うことは当然です。まずはお互いの思いをよく伝え合うのがいいかもしれませんね。」とお伝えします。

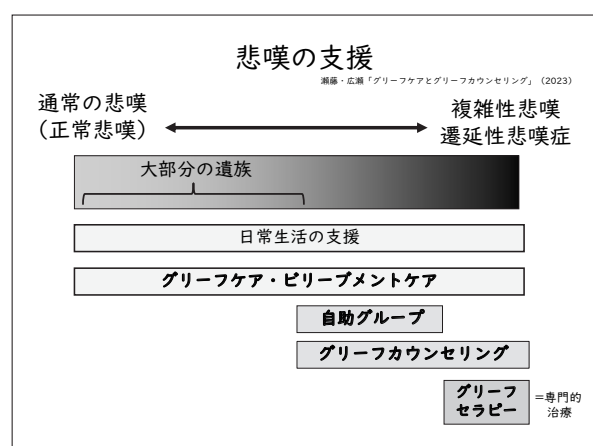
大切なことは、誰かが我慢して何かを決定するのではなく、お互いの気持ちが理解され、「家族として、今のお母さんがいない状態で次の1歩を進むためには、どのような選択肢が一番いいのか」を一緒に考えることなのです。目の前に一人のご遺族がいた時も、必ずその家族全体を見てほしいと思います。

5. 悲嘆の専門的治療について

(1) 悲嘆のスペクトラムに応じた支援

最後に、専門的な介入や治療についてお話ししたいと思います。

悲嘆には、先に述べましたように、「通常の悲嘆」という自然に和らぐ悲嘆から、「複雑性悲嘆」や「遷延性悲嘆症」と呼ばれるような強度の強い「通常ではない悲嘆」もあります。



「通常の悲嘆」と「通常ではない悲嘆」は、境界をどこかで明確に区切れるものではなく、かなりグレーゾーンの部分があります。上図にあるように、スペクトラム（連続体）なのです。

そこで、一つ絶対忘れてはいけないこと

は、自然に悲嘆が和らぐことが難しい人が、人間的に弱い訳ではありません。悲嘆が複雑になったり慢性化したりするのには、死別までの文脈が大きく影響しているのです。強い人でも、文脈によっては、回復が難しい状態になります。

もう1つ大事な点は、遺族支援を行う際には、「日常生活の支援」や、「グリーフケア（ビリーブメントケア）」は、全ての人に必要であるということです。周囲の人が協力して、ケアをしたり、日常生活をサポートしていくことが重要です。

一方、自然回復が難しい人には、「自助グループ」や「グリーフカウンセリング」が役立つことがあります。グリーフカウンセリングとは、悲嘆に関する勉強やトレーニングを積んだ人が、時間をとって個別にお話を伺ったり、問題解決できるよう一緒に考えていくことを指します。また、それ以上の支援が必要な場合に、「グリーフセラピー」が必要となる場合があるのです。

（2）専門家の支援を考慮するとき

それでは、専門家の支援を考慮する場合はどのような場合でしょうか？

専門家の支援を考慮するとき

- ・ 本人が専門家の治療を望んでいる
- ・ 悲嘆のよる強い苦痛が長期に続いており、生活に支障が出ている
- ・ 身体的な不調が持続している
- ・ うつ病やPTSDなどの精神的な疾患の危険性がある
- ・ 自殺のリスクがある

上図のように、1つは、本人が専門家の治療を望んでいる時。こういう場合は、複雑性悲嘆や遷延性悲嘆にあたるかどうかは別として、悲嘆に詳しい専門家につないで、一度、評価してもらおうとよいと思います。また、強い苦痛が続いている、生活に支障が出ている、身体的な不調が持続している、PTSDやうつなど何か疾患の危険性がある、自殺のリ

スクがあるといった場合も、ご本人が治療を望んでいなくても、治療を考慮していくことは大事になります。

専門家の治療を考慮する時に、知っておいてほしいこともあります。1つは、グリーフ（悲嘆）に対しては、薬は効かないというエビデンスがあります。悲しみは薬では治らないです。ただし、薬が必要な遺族の方もいます。それは、うつ病、PTSDなどを合併されている方や、睡眠に問題があり、眠剤が必要な方は、確かにおられます。

従って、専門家をご紹介する際には、薬が必要なのか、あるいは心理療法といって、お話を丁寧に伺うといった支持的精神療法が必要なのか、あるいは、悲嘆に特化した認知行動療法などの専門的なプログラムが必要なのかによって、紹介する場所を考えなくてはいけないのです。

悲嘆に特化した心理治療を提供できる場所は、今の日本の中では非常に限られています。どこに紹介してもやってくれるわけではありません。また、治療につなぐときは、それを本人が望んでいるかどうかを必ず確認する必要があります。

困難の中にいるご遺族の支援では、非常に心配な方がいた場合は、まずその方に自殺のリスクを聞いてください。「死にたいと思っていないですか。」と、はっきり聞くことが大切です。イエスの場合は、訪問回数や接触回数を増やします。特に災害時は、「アウトリーチ」といって、支援が必要な人を待つだけでなく、むしろできるだけ訪問して、情報や支援を提供することが大切です。また、自殺リスクの高い人を見つけた場合には、支援する人が1人で抱え込まないことも重要です。

どのような場合も、「この人なら話してもいい」と思える関係性を構築することが、何よりも求められます。トラウマ的な出来事

は、「話してごらん」といっても、話せるようになるまで、非常に時間がかかる場合があります。最初はそばにいただけでもいいですし、消極的な関わりでいいので、長くつながりを保つことが大切です。

また、直接、専門家につなぐことが難しい時期でも、相談できる、あるいは信頼できる専門機関、自助グループ、専門家などを見つけておき、相談することで次に繋がる場合があります。地域によっては、なかなかそのような相談できる機関や専門家が見つからない場合もあるかと思いますが、根気強く行うことが重要です。

(3) 遷延性悲嘆症治療 (PGDT)

当センターにおいても、クリニックに受診された遺族の方に対して、悲嘆に特化した認知行動療法プログラムを行う場合があります。以前は「複雑性悲嘆治療 (CGT)」と呼ばれていましたが、今は「遷延性悲嘆症治療 (PGDT)」という名称で呼びます。コロンビア大学のキャサリン・シア先生が開発されました。全部で16回なので、毎週行くと4ヶ月かかります。

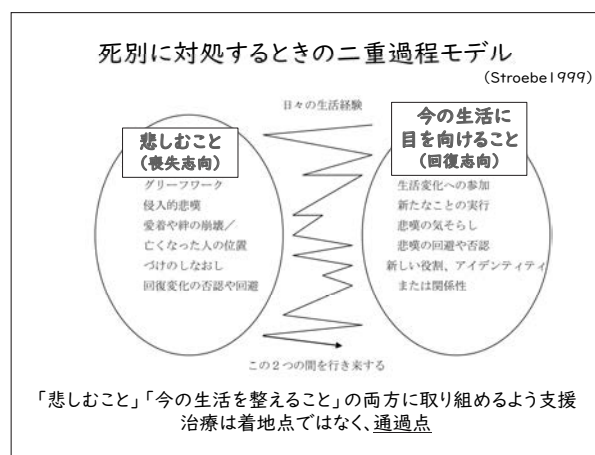
PGDTの構成要素

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 心理教育と悲嘆モニタリング | = 悲嘆について知る |
| 2. 人生の目標 | = 新しい目標をたてる |
| 3. 想像上の再訪問 | = 死の場面を語る |
| 4. 状況の再訪問 | = 避けている事柄に取り組む |
| 5. 思い出フォーム | = 思い出を語る |
| 6. 故人との想像上の会話 | = 故人との関係性を再構築する |

プログラムの項目は、上図のように6つあり、ひとつは、悲嘆について知ること。そして大切な人を亡くした後のこれからの目標を立てること。3つ目に、死の場面を語ること。これにはPTSDの暴露的な治療要素が入ります。4つ目に、遺族が避けている事柄に取り組むこと。これは、生活上困られていること、例えば、亡くなった人の部屋に入れない、災害の現場に行けない、身につけていた

服が見れないなど、回避しているもの近づけるように取り組んでいきます。後半では、思い出を語る、そして故人と想像でお話するようなことも、このプログラムの中に含まれています。

このプログラムのベースとなる悲嘆の理論があり、「死別に対処するときの二重過程モデル」と呼ばれています(下図)。死別の悲嘆の研究者であるストローベ先生が提案したものです。



このモデル図にあるように、死別に対処する際には、「悲しむこと」と「今の生活を整え、前に進むこと」の両方が大切です。PGDTの治療プログラムの中でも、その2つがバランスよく取り組めるように組み込まれています。

このような治療は、人生を前に進めるための第1歩としては非常に役に立ちますが、最後はやはり、その人自身が、死別の意味を見つけることが大切です。それにはやはり時間がかかります。そういう意味でも、私は、治療は着地点でなくて通過点であると考えています。

(4) 孤独を孤立にしない支援

先にも述べましたが、愛する人をなくすと、悲しさや寂しさは、恐らく一生、消えるものではありません。大切なことは、「孤独があっても孤立しないこと」といえます。

そのためには、遺族の方自身も、自分のペースで構わないので、少しずつ支援を求めることの大切さを知ってほしいと思います。それは、治療機関ではなくても、周りの人でもいいのですが、必要な時は「支援してほしい」と自分から援助を求めていく「援助希求性」も大事なのです。

支援者の方に覚えておいてほしいことは、やはり遺族支援には「見守り」「助け合い」「話せる場」「話せる人」が非常に大切であることを認識して、さまざまな形でそういう場を提供してほしいと願っています。

6. おわりに

私は宗教を持っていないのですが、仏教では、お釈迦様が「思い通りにならないことを思い通りにしようとするところから人の苦しみは生まれる。」と説いていると聞いたことがあります。生老病死は人の思い通りにはなりません。災害も、多くは人の思い通りにはなりません。私たちが何もかも

を思い通りにしようとしている訳ではないと思いますが、「過去や人に執着しない生き方」、あるいは「苦しみをもたらす感情や思考を手放すこと」を説く仏教の教えは、死別に対処する一つのヒントになるかもしれないと思うことがあります。

私がなぜこれを出したかということ、東日本大震災の被災地で、臨床宗教師の方々が、甚大被害のあった地域でカフェを開き、そこには被災された遺族の方もたくさん集まっておられました。そのほかにも、東日本大震災では、法的な手続きをされる司法書士の方が、とても心碎きながら親身に手続きを協力されていました。

そのようなとてもいい支援者に出会うと、人生観が変わります。宗教に限らず、死生観や人生観を変えるようなひとつの出会いで、別の角度から、自分の死別体験を理解できるようになることがあります。今日の講演が何かの形で皆さまのお役に立てたらと願っています。ご清聴、ありがとうございました。

(2) パネリスト講演

①「医療を受診する災害遺族の支援について
～福知山線脱線事故遺族の事例を中心に～」

村上 典子（神戸赤十字病院心療内科部長）

皆様こんにちは。本日このような貴重な機会を与えていただきありがとうございます。私は神戸赤十字病院におりますので、救護班や心のケア班という形で現地に災害支援に行くこともあります。今日は、医療を受診するご遺族の話、特に、JR福知山線脱線事故遺族の事例を中心にお話させていただきます。

まず、私の心療内科の経緯を少しお話いたします。私の人生は、ある意味、阪神・淡路大震災で変わったのだと思います。当時、私は大阪におりました。神戸赤十字病院はその当時はここではなくて、兵庫県庁前、今の兵庫県警が建ってるすぐ隣のところにあり、日本赤十字社の災害救護の全国の拠点になっていました。被災者へのメンタルケアが必要だという認識が、病院も日本赤十字社本社も持っていて、心療内科を新しく作ろうということになりました。そこで、私が当時おりました関西医科大学に、誰か人を出してほしいとの依頼があり、私が来ることになりました。それが1996年4月ですので、来年で丸30年になります。そして、2003年に現在の場所に新築移転いたしました。当時医師10年目ぐらいだった私は、新しくできた心療内科に非常にやりがいを感じ、張り切って始めました。

非常に印象的なある患者さんのお話から紹介させていただきます。30代の男性が腹痛を訴えて来院されました。当時、問診票に「災

害でどのような被害がありましたか」という質問があり、その患者さんは「震災で妻と幼い娘を亡くし、1歳の子どもと自分だけが生き残った」と記入していました。

ご遺族だと気づいた私は、気合いを入れて、当時のことを色々と聞いてしまいました。患者さんも私の問いに応じて様々なことを話されました。しかし、次の診察の時に「あの後、辛くなりました」と言われてしまいました。聞きすぎてしまったのだと反省いたしました。結果的に、その患者さんはその後の治療からドロップアウトしてしまったのです。

その後、『心的外傷と回復』という本の中で、心的外傷の回復には、まず安全の確立が最も重要であることを知りました。本当に深く反省いたしました。

心的外傷の回復（癒し）

～J・ハーマン「心的外傷と回復」（中井久夫訳）より一部改変～

1) まず「安全の確立」

- * 最も重要であり、時間を要する
- * 一時的な避難も必要
- * 安心できる「場」と関係性

2) 想起と服喪追悼

- * 思い出を語る
- * 思いきり泣く

3) 通常生活との再結合

- * 故人の「再配置」



その患者さんにとって、私との関係はまだ安全ではないのに、様々なことを語るよう促してしまったのです。この本は、兵庫県こころのケアセンターの初代センター長でもある中井久夫先生の訳で、私もここから多くを学

ばせていただきました。心的外傷の回復には、まず安全の確立が最も大切であり、時間がかかるということを学びました。

遺族ケアについては、思い出を語ったり、思いきり泣くことが大事であるという段階からのみ学んでいました。しかし、まず安全が確立されていなければならないということはこの本から学んだのです。

最終的には、故人がどこに自分の心の中にいるのか、という故人の再配置が大切だと考えています。これについては瀬藤さんがかなり詳しくお話しされたので、その中で触れられなかった部分についてお話しいたします。

災害というのは十分な医療を受けられず、遺体安置所という特別な場面での対面になるという特殊性があります。

さらに、私自身も災害救護活動に行って感じるのですが、避難所では不特定多数の人がたくさんいます。そうした中で、傷ついているご遺族に、無意識のうちに「いかがですか」「ご家族はご無事でしたか」といった声かけをしてしまうことがあります。たまたま無事だった人は「家族全員無事でした」という返答で良いのですが、家族を亡くしている人にもそのような声かけをしてしまう危険性が存在するのです。

私自身が阪神・淡路大震災以来診療を続ける中で、気づいたことがあります。「被災者」というくくりで見られ、「遺族」という立場が災害の時には抜け落ちてしまうのではないかということです。

災害におけるグリーフ(悲嘆)の特徴

- 十分な医療が受けられない、遺体安置所での対面
- ト라우マを伴う死別であることが多い。
- 複数の家族を喪っている可能性もある。
- 家屋の喪失や、(津波・水害・火災などでは)家財道具すべてなど、多くの喪失を伴う。
- 災害救護活動を通じて、避難所などで不特定多数の方に接し、傷つけられる可能性も。
- マスコミ報道などで記念日反応がクローズアップ
- 「被災者」というくくりの中で見られ、「遺族」であることが隠れてしまう。

さらに、JR福知山線脱線事故（以下「JR事故」と表記）のような人災では、加害者や加害企業が存在し、怒りや憎しみが強くなります。自然災害とは異なり、事故が起こった原因があり、そうした原因への思いが存在します。JR事故でも社長などが刑事告発され、裁判に至りました。補償の問題も生じました。命をお金に置き換えることへのジレンマやプライバシーの問題なども生じるのです。

J R福知山線脱線事故

～2005年4月25日 午前9時18分発生～

死者：乗客106名
(と運転手)

負傷者：約550名

災害における
「遺族」の存在が
クローズアップ
された。



人為災害(大規模交通災害・テロ)の遺族の特徴

1. 「加害者(企業)」への怒り、憎しみ
2. 原因追及への思い
3. 裁判などでの2次的な受傷
4. 補償問題などでのジレンマ
5. プライバシーの問題



JR事故は、阪神・淡路大震災から丸10年後のことでした。災害医療を懸命に進めてきた関係者にとっては、様々な意味でリベンジの災害だったと思います。阪神・淡路大震災でうまくいかなかったことが、このJR事故ではうまくいった部分が正直ありました。

しかし、そこで抜け落ちたのはご遺族へのケアだったのではないかと考えています。

列車に乗っていてご家族を亡くされた方ももちろんいらっしゃいます。しかし、それほど多くはありません。電車には乗っていないし、家も無事だけれども、「遺族である」ということが非常にクローズアップされた災害だったと言えます。

そうした中で、私のところに様々なご遺族がいらっしゃってくださいました。同じ日、同じ事故で、原因も全く同じですが、非常に多くの異なる経緯があり、様々な反応が出ていました。ご家族の中でも色々な違いがあります。

8家族13名の方々の診療をさせていただきました。このように家族全体で来院されるということ自体が、それ以前のグリーフケアの経験にはあまりありませんでした。同じご家族の中でも、反応が異なるということを学ばせていただきました。

また、例えば10代の子どもを亡くしたお母様でも、人によって様々な反応や経過があります。この中から3人について、より詳しくお話しさせていただきます。

まず一人目の方についてです。この方は亡くなった状況を知りたいという強い思いを持っていました。

トリアージについてご説明させていただきます。皆様の中には、トリアージについて詳しくない方もいらっしゃると思います。災害

のように多数の人が怪我を負っている場合、少しでも多くの人を助けるために、トリアージを行うのです。

「トリアージ」とは？

- 災害という特殊な状況下の中で、一人でも多くの傷病者を救命し、社会復帰へと結びつけることが目標。
- 傷病者を傷病の緊急度や重傷度に応じ、いくつかのクラスに分ける。
 - 赤：重症（最優先治療）
 - 黄：中等症（待機治療）
 - 緑：軽症
 - 黒：自発呼吸なく、救命の見込みなし
- あくまでも「搬送・治療の優先順位」を決めるもの。

（黒）
（赤）
（黄）
（緑）

<トリアージタグ>

日本赤十字社にいますと、その訓練とトリアージ方法を嫌でも叩き込まれます。多数の怪我人を集めて、まず歩ける人は最も軽症で、緑色に分類されます。歩けない人から簡単な診察を行い、重症で最優先の命に関わるのが赤色です。命に関わらないが怪我を負っているのが黄色です。呼吸をしていない、気道確保をしても自発呼吸がない場合は黒色と判定されます。搬送治療の優先順位としては最後となります。

普通の交通事故であれば、呼吸がなくても心肺蘇生をしながら救急車で病院に運びます。しかし、多数の人が怪我をしている状況では、心肺蘇生をすることなく、黒色と判定されるのです。

実は、このJR事故は日本で初めて大々的にトリアージが行われた災害であると言われていいます。阪神・淡路大震災の時には、どんどん片っ端から搬送していき、来た人から心肺蘇生をしました。そうしているうちに、待っている人、つまりそれまで赤色だった人が亡くなり、黄色だった人が赤色に変わっていくという状況が生じていました。そのため、このJR事故では黒色の人は後回しにするという決断がなされました。救急医療的には、周辺

病院の混乱を避け、効率よく重症度に応じた適切な搬送が行われたのです。重症な方は、それに応じた三次救命救急センターに運ばなければ命も救えません。兵庫県立西宮病院、関西労災病院、兵庫医科大学病院へ重症の人が運ばれました。また少々遠くても、この隣の兵庫県災害医療センターや大阪に運ばれた方もいます。

救急医療関係者はその後の検証委員会で、そうした対応がうまくいったと述べていました。しかし、ご遺族はどのように感じたのでしょうか。

この方は、事故の1か月後である5月30日に、私のところに一番最初に来院されたご遺族です。18歳の息子さんを失くされたお母様でした。

この方は自分の思いを非常に言語化できる方で、様々な本を読んでグリーフやグリーフケアについても勉強されていました。半年ほど経った10月に、「これまで口に出せなかったけれども、どうしても引っかかっていることがある」と、非常に遠慮しながらトリアージに対する無念の思いを語ってくださいました。

「『息子さんは黒でしたから…』と言われて、それを受け入れるしかなかったけど、病院に運んでもらったら助かったのではないかと思ってしまうんです」と、おっしゃいました。

その時、やはりそうだったのかと思いました。それ以前からグリーフケアをしていたので、どこの病院にも運ばれない、この黒色のご遺族がどうなっているのかについては、ずっと引っかかっていました。

当時はそうしたことがマスコミに扱われることもありませんでした。しかし、やはりそうなのだったと思ったので、きちんと説明したいと思いました。

「黒タッグ」の問題

JR事故は日本で初めて、大々的にトリアージが行われた災害

(阪神・淡路大震災からの教訓)

現場でのトリアージにより黒タッグの患者・約80名は病院搬送されず。

→救急医療の観点からは、周辺病院の混乱を防ぎ、効率よく重症度に応じた適切な搬送が行なわれたと評価された。

しかし、遺族の思いは・・・？

実は、このJR事故の時に現場に最初に到着したのは、私どもの神戸赤十字病院の隣の兵庫県災害医療センターのドクターです。トリアージをしたドクターと遺族が会うというのは、トリアージをした側にとってはしんどいことです。そこで、トリアージをした訳ではないけれども、現場の状況に詳しい医師に事情を話し、説明をしていただくようお願いしました。

診察の時に、医師からトリアージについて説明していただきました。「あなたの息子さんを黒色で運ばなかったその分、赤色の方をちゃんと病院に運ぶことができたので、助かった人がいるんですよ。あなたの息子さんのおかげで助かったと言えるんですよ。」また、「事故が9時18分なので、死体検案をした監察医の間で死亡時刻を9時20分と統一しました。これは、多数の人が亡くなった時には、生きていたという確証がない限りは統一するというルールがあるためです。」そして「死因が脳挫滅のため、ほぼ即死で苦しんでいないと思いますよ」といった説明がなされました。

ご遺族は説明を受けて、ある程度、本当にもうある程度でしかないのですが「話を聞けてよかった」と言ってくださいました。

私はこのことを多くの救急医療関係者に知ってもらいたいと思いました。日本集団

災害医学会（現在は「集団」が取れて日本災害医学会と言います）に、ご遺族からのメッセージという形でご紹介させていただきました。

遺族からのメッセージ

～第11回日本集団災害医学会(06年2月)の発表より～

- たくさんの人が亡くなる今回のような現場では、遺体は「もの」になってしまうのかもしれないけど、それぞれの人に家族(遺族)がいることを忘れないでほしい。
- ケガをした人は回復していくけど、遺族はそのまま。むしろ、どんどん悪くなっていく。でも、初期対応によって、遺族がこれ以上どん底におちいるのは防げらると思う。
- 災害医療現場などに、「こころのケア」について配慮してくれる人も一緒に行ってほしい。
- この経験を是非今後の災害医療に生かして、自分たちのような悲しい思いをする人が少しでもなくなる様にしてほしい。

「多数の人が亡くなる現場では、遺体は物になってしまうかもしれません。しかし、それぞれの人には家族がいることを忘れないでほしい。怪我をした人は回復していきますが、遺族はそのまま。ずっと悪くなっていく可能性があります。しかし、初期対応によって、遺族がこれ以上どん底に落ちるのを防ぐことができます。災害医療現場などに心のケアについて配慮してくれる人を一緒に行かせてほしい。こうした経験を今後の災害医療に生かし、同じように悲しい思いをする人が少しでもなくなるようにしてほしい。」

こうした発表をしながら、救急医にとっては赤色の人を助けるのが自分たちの仕事であり、黒色の人のことまでは構ってられないのではないかと反発されるのではないかと考えていました。しかし、多くの救急医療関係者が発表の後に声をかけてくださり、新聞にも大きく取り上げていただきました。

アメリカにはDMORT（ディモート）というチームがあるといった情報もいただきました。その記者のネットワークなどから様々な災害医療関係者と繋がり、日本DMORT研究

会を立ち上げることになったのです。

アメリカではこのDMORTが9.11のテロやハリケーンでも実際に活動しているそうです。それをモデルに、日本でも災害における遺体対応、遺族ケア、遺族や遺体に関わるスタッフのメンタルケアを考えようということになりました。

ただし、アメリカのDMORTは遺体の身元確認が重要だそうです。日本ではそれは警察の領域です。私たちは遺族ケアが中心だということで、このDMORTに「災害死亡者家族支援チーム」という意識を当てました。

研究会で様々な活動が続けてきましたが、研究会では様々な意味で限界があることが分かりました。2017年から一般社団法人として認可され、この4月から私が理事長を務めています。



一般社団法人
日本DMORT

DMORT(ディモート)とは

- JR事故の教訓から、兵庫県の災害医療関係者が中心になって、2006年10月、日本DMORT研究会発足。
- 米国におけるDMORT（Disaster Mortuary Operational Response Team）をモデルに、日本でも災害における遺体への対応、遺族へのケア、遺族・遺体に関わるスタッフのメンタルケアなどの問題に取り組む目的。
- DMORTを「災害死亡者家族支援チーム」に意識
- 2017年7月、「一般社団法人日本DMORT」へ。
(理事長：村上典子)

本日は医療と受診というテーマですので、この話はここで終わりますが、ご興味ある方はホームページをご覧ください。最近では能登半島地震にもDMORTチームを派遣しております。

一番最初の事例の30代の男性も腹痛でいらっしゃったように、身体症状として訴えるグリーフが結構あります。30代の息子さんを亡くしたご両親もそうでした。

お父様が最初いらっしゃり、かなり遅れてお母様が来院されました。お父様は全身の筋肉痛、お母様は耳鳴り、難聴という症状を訴えていました。

ご遺族に限ったことではありませんが、夫婦や親子など相互の関係性が深く関わる場合には、主治医を分けた方がよいという考えに基づいて、当科に医師が2人いたので、分担して診療していました。お父様は後輩医師、お母様は私が担当していました。その後輩が退職した時に、私が二人とも診るようになりました。それぞれの身体症状に対しては対症療法的な薬を使用しました。抗不安剤や睡眠剤も少量は使いましたが、中心的なものではありませんでした。

どのような場合もそうですが、夫婦といえどもグリーフワークの道のりは本当にそれぞれです。お二人とも悲しみは深いですが、お父様はある時期から趣味の外出をされたり、JRに積極的に様々な意見を述べたりされました。一方、お母様はそうした人付き合いをする気になれず、閉じこもりがちでした。二人の間にはグリーフの道のりの違いが見られました。

そのため、一緒に来院しても、まずお父様に診察室に入ってもらい、その後お母様に入ってもらうように、完全に別々に診察していました。

しかしある時期から、二人一緒に入りますと言われるようになりました。そこで夫婦の様々な会話を一緒に聞くようになったのです。これはこれで意味があることなのだと分かるようになりました。

ご遺族の場合は、結局のところ家族として見ることに意味があります。このように一緒に見ることに意味があるのだとを感じるようになりました。

この方たちは、丸18年の時に、もうそろそろ卒業しますということで終わりにになりました。

最後の方は、JRと現場に対する強い思いを持っていました。奥様が割と早い段階から受診中だったのです。奥様がお見えになったきっかけは、最初にご紹介した方を通じて来院されました。このように口コミで結構な数のご遺族が来院されるようになりました。

このお父様はグリーフケアというものに非常に懐疑的で、そのようなものは不要だという感じでした。しかし、原因不明の意識消失や糖尿病発症など、様々な身体疾患症状がありました。私が精神科医ではなく、内科ベースの心療内科医だということで、奥様は体を診てもらえるからということで勧めてくださり、とりあえず体を診てもらうつもりで来院されました。2006年、事故から1年7か月経っての初診でした。

この方も亡くした息子さんのことは話したくないわけではなく、様々なお話をしてくださいました。印象的だった話は、息子さんが駅のホームで心肺停止になっており、その息子さんに泣きながら心臓マッサージする夢を見るという内容でした。

この方の意識を失う発作は低血糖かなと思いました。しかし、糖尿病の医師は、それは違うと言いました。様々な検査を行いました。結局原因は分かりませんでした。

向精神薬はほとんど使用しませんでした。傾聴を中心とした支持的精神療法を行いました。瀬藤さんがお話しされた遷延性悲嘆治療について、勉強会で学ぶ機会がありました。しかし、一般病院の枠組みの中で、週1回4か月という設定は実施が難しいことがありました。

結果的に、私が行っていたグリーフケアは、本当に受容、傾聴、共感といった支持的な精神療法だけでした。しかし、ご本人さんは新聞の取材などで、ここで話すことが気持ちの整理になっていいのだと語ってくださったので、それなりの意味はあったのだと思っています。

この方の非常に強い特徴がJRに対する強いこだわりです。怒り、不信感が強いのです。JRが何か問題や不祥事を起こすたびに、調子を崩し、非常に憤慨して、社長や幹部に怒るといったことを繰り返していました。しかし反面では、JRに良くなってほしいという気持ちも大きく、社員教育には非常に熱心に携わっていました。

さらに、事故現場マンション、事故車両に対する強い思いがありました。「あのマンションは息子の墓標のようなもので、絶対に潰してほしくない、最後の一人になっても残してほしいと訴え続けるつもりだ」とおっしゃっていました。これは本当に割と早い段階からずっとおっしゃっていました。たぶん10年ほど経ってから、そのマンションの上の部分は潰されて、公園に改築されました。

当然ながら、ご遺族の中にはあの建物を見るのも嫌という方もいらっしゃると思います。しかしこの方は残しておいてほしいと思っていました。そうした点が、震災遺構もそうだと思いますが、非常に難しいところだと思います。

この方は本当に最後の最後まで、あのままに残してくれということを訴え続けられました。現場の工事が始まったら、そこにずっと見に行き、記録を残したりと、非常に頑張っていました。

しかし、JRと関わると悪くなるということが明らかでした。いわゆる心身相関が明白

だったので、ご家族からも、そろそろやめてほしいとの声もありました。JRとの関わりを持たないようにすることで、悲しみ自体が完全に癒されたわけではありませんが、やや安定していきました。そして、ちょうど今年、卒業されました。

この方がそこまでJRのことに一生懸命だったのは、亡くなった息子に自分がしてあげられる、今となったら唯一のことだという思いがあったようです。それは最後までこだわっておられました。

まとめとして、医療受診で遺族を診ることのメリット・デメリットについてお話しさせていただきます。

医療機関(心療内科)で遺族を診る メリット・デメリットなど

- 「身体症状」という入口から、安全にグリーフケアにつなげることができる。
- 向精神薬が必要なうつ病や不安症の合併、重症の悲嘆にも対応できる。
- 遺族が適切な医療機関に自身でつながるのは難しい(今回はJRの担当者を通じて受診までスムーズにつながった側面もある)。
- 現在の保険診療の中での限界(コストパフォーマンスの問題)
- 「卒業」のタイミングを見計らうのが難しい。



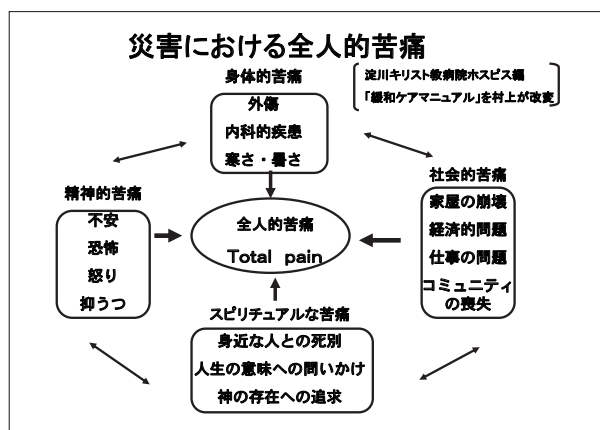
メリットとしては、身体症状という入り口から安全にグリーフケアに繋がられるということです。あまり語りたくない人には、こちらはそれなりに知っているけれども、あまり触れずに対応できるというのが一つの特徴です。

また、向精神薬、つまり睡眠剤、抗不安剤、抗うつ剤といった薬を、重症の人には処方することができるというのもメリットです。

デメリットとしては、ご遺族が医療に繋がるのは難しいという面があります。こちらか

らアウトリーチで行くわけではないので、繋がってくれるまではこちらは何もできません。今回はJRの担当者を通じたために受診に繋がったという側面があります。また、保険診療の中での限界があります。ものすごく時間をかけようが、5分か10分の診察であろうが、保険でのお金というのは同じなのです。そういう意味で、経済的に成り立つのが難しい部分があるのも確かです。自分から卒業を言うてくださる場合もありますが、この時期を見計らうのは難しいこともありました。

この図の元になってるのは、末期がん患者



の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな全人的な苦痛なのですが、災害も、まさしくこの全人的な苦痛があります。遺族も精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を経験し、二次的に身体的な苦痛もあり、全人的な苦痛があるのです。

瀬藤さんのお話にもありました「意味」についてです。亡くなった意味を探しているのが、まさしくスピリチュアルペインであり、スピリチュアルな苦痛だと思います。

「なぜ」という問いかけには明確な答え

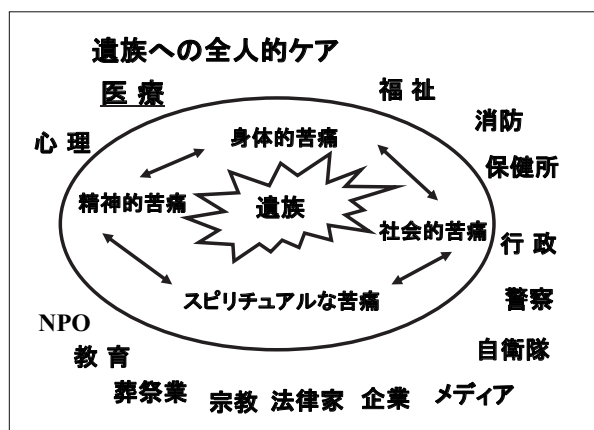
スピリチュアルな苦痛をあらわす言葉

窪寺俊之「スピリチュアルケアとは何か」
『こころの臨床』2005年6月号より、一部改変

1. 生きる意味・目的・価値の喪失
「何のために生きていなくてはならないのか」
2. 苦難の意味
「なぜ、こんなに苦しまなくてはならないのか」
「なぜ、(愛する人は)死ななければならなかったのか」
3. 死後の世界「死んだらどこにいくのか」
「今頃(愛する人は)どうしているのか」
4. 反省・悔い・後悔・自責の念・罪責感
「あの時〇〇すれば、死なずにすんだかも……」
5. 超越者への怒り
「神も仏もない」

は得られません。ただし、ある種の宗教はある種の答えを持っていると思いますが、結局のところ、ご遺族や災害というのはこのスピリチュアルな苦痛が非常に大きいのだと思います。

そのため、瀬藤さんもおっしゃってしまし



たが、災害の時は本当に多くの職種が関わります。私は医療の枠組みですが、多くの様々な職種や様々な施設の人たちと一緒に、ご遺族のケアをしていきたいと思っています。ご清聴ありがとうございました。

②「東日本大震災後、アルコール関連問題がある 地域の遺族への支援について」

米倉 一磨（相馬広域こころのケアセンターなごみセンター長）

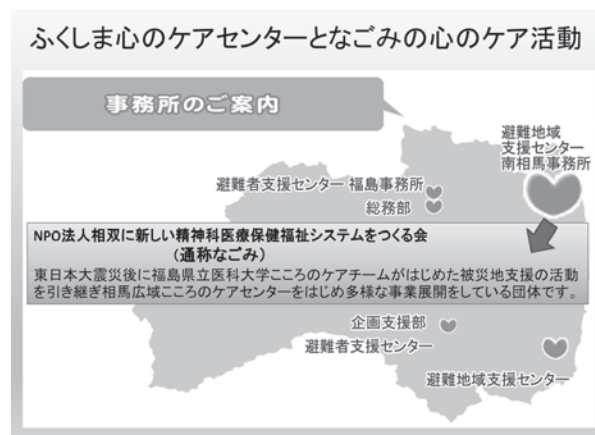
福島県から参りました米倉と申します。実は山登りも好きで、あとは自分で一人でやれるような木工作業が好きで、木製のブックカバーなども自分で作ります。なぜかという、今の対人援助職が結構疲れるので、休日は孤独になりたいという思いがあり、反面教師みたいなことでやっています。でもやはり孤独になるにもどこか繋がりがが必要です。本日は災害と孤立について中心に話していきたいと思います。

私は、ふくしま心のケアセンターから委託を受けているNPO法人に属しています。その他、訪問看護や地域活動支援センター、福祉の事業も行っています。心理士やワーカーも在籍していますが、診療報酬には載らない仕事も多くあります。

今、福島で一番の課題は、やはり何と言っても風評被害です。もう一つは、田舎であるため少子高齢化が加速度的に進んでいます。少ない支援者で、遺族ケアも含めた幅広い対応をしなければならないというのが現状です。

私は浜通りの避難地域支援センター南相馬事務所で、ふくしま心のケアセンターの事業を受けて行っています。

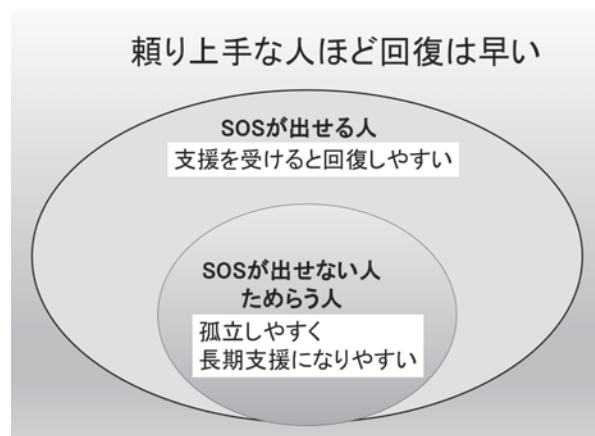
3.11の時点では、私は精神科病院の看護師でした。この地域の人口は20万人から10万人へと激減しました。精神科病院も、かつては5つありましたが、現在は1病院のみとなり、再開できない状況が続いています。全国でもトップクラスの精神科病床不足の中で、精神科病院が被災者支援を行うことになりました。



当時は仕事がなくなったため、心のケアチーム（現在はD-PATに置き換わっています）といった災害の緊急チームにボランティアとして参加しました。自身も被災者ですが、保健所で自傷リスクが高い方の支援も行いながら、現在のNPO法人での被災者支援などを14年間続けてきました。

その14年間の支援の中で、最も大きなポイントは、病院から地域に出たことでした。

病院というのは基本的に待つところです。そうすると、例えば、病院に来るような頼り上手な人やSOSを出せる人は回復が早いです。「あなたはもしかするとこういう状況だから医療を活用した方がいい」とちょっと情報提供をすることで支援に繋がります。



しかし、避難所生活が過ぎて、仮設住宅、復興公営住宅へと移行する中で、支援者の安否確認や健康の問題から、次第に様々な家庭の問題が浮かび上がり、仕事を失った方も出てきます。

自分でSOSを出せない、またはSOSを出すことをためらう人も現れます。その原因は様々です。障害をお持ちの方、プライドが高い方、人に頼ることが苦手な方などが挙げられます。他にも、人生の中での傷つき体験があり、人に頼ることが情けないと感じる方もいます。「自分だけ助かって申し訳ない」という思いや「自分だけが医療を受けていいのか」という自責の念を持つ方もいます。こうした方々を支援に繋ぐ仕事は非常に難しいものです。

その代表的なケースが、遺族ケアやアルコール依存症です。阪神・淡路大震災の時にアルコール問題が出ていたと思いますが、アルコール問題の背景には生きづらさがあり、人に頼れない面があります。SOSを出せない人、躊躇する人は孤立しやすく、長期間の支援が必要になる傾向があります。

集計途中のデータですが、アルコール関連問題について調査したところ、2012年4月1日から2024年3月1日の支援終了者913名の中で、アルコール関連問題を抱えていた方が78名でした。女性も意外に多く12名でした。

遺族とアルコール関連問題

- 相馬広域こころのケアセンターなごみの2012年4月1日～2024年3月31日の支援終了者913名。
- うちアルコール関連問題の対象は78名(男性67名、女性12名)
- 78名中(1名は集計から除外)
- 平均年齢60.50±14.13歳(受理時)、終了時平均年齢63.10歳±14.06歳、3名の年齢不明者除く。
- 災害による死別を経験したものは7名。
- 災害をきっかけに離職した者は(全員男性)、離職していない者と比べ支援につながりやすく、死亡するまで長期間様々な支援をしていた。



その中で分かったことは、災害による死別を経験した人は7名、そして災害をきっかけに離職した男性は、離職していない人に比べて支援に繋がりにくく、最終的に亡くなるまで支援することになったということです。

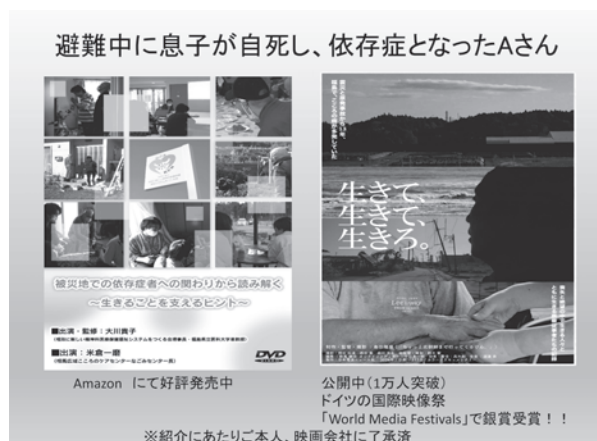
この地域で突然仕事を失った方は、既存のサービスに繋がりにくいです。そのため、5年以上、10年以上の長期支援が必要となり、亡くなるまで関わることもあります。医療に繋げて中絶し、再び支援を求められることもあります。長期支援を必要とされる方には、このような仕事の喪失体験が多いことが、データから考えられます。

訪問支援であるアウトリーチ以外にも、竹を割って流しそうめんをするといった「男性の集い」を開催しています。これは自己表現の一つの方法です。自分で竹を割り、流しそうめんを手伝うという中で、自分で企画を考え、支援へと繋げていくというアプローチです。

今日は、避難中に息子さんが自死してアルコール依存症となった、一人暮らしの男性のドキュメンタリー映像をご覧ください。

去年の6月、日本電波ニュース社が映画「生きて、生きて、生きろ。」を制作しました。この会社は精神科医の中村哲さんを追いかけたことで知られています。その映画も、私たちのような心のケア支援団体や地域の方々を記録したドキュメンタリー映画です。

今回の「生きて、生きて、生きろ。」の映画では、息子さんが自死した方で、最初はお酒で酔ってしまってどうしようもない、支援があってもなかなか響かない状況から、我々の支援を経て、最後は運転免許を取得するまで回復する様子が撮られています。その3年間の経過が記録されました。



心のケアっていっても、いろいろな心のケアがあるので、我々がやってる心のケアを可視化したいということになり、その映画の中から抜き出したものにコメントを加えて、教材を作りました。今日はそれを少しご覧いただこうと思います。

ご本人了承のもとで映画には実名で出演されていますが、ここではAさんと言います。

震災当時、Aさんは40代の男性で、妻と長男、長女、次男と暮らしていました。原発事故により自主避難で他県に避難しました。この時点で仕事は全て中断していました。妻は看護師でしたが、パート勤務で子育てをしていました。当時、父親は施設にいましたが、無理な避難の影響で亡くなり、震災関連死と認定されました。避難当初、住宅補助が打ち切られることになり、Aさんは一人地元へ帰省しました。わずかでも補助を受けるためでした。

しかし、避難先に残された長男がヘリウムガス自殺で亡くなってしまったのです。長男の死後、Aさんは離婚し、自殺未遂を繰り返し、アルコール依存に陥りました。心配した友人がクリニックに相談し、心のケアセンターを紹介しました。その後、Aさん自身が私たちに電話をかけてきました。

クリニックの医師はPTSDの専門医でしたが、素晴らしい判断をされたと思います。医

療に繋がっても中断するであろうと考えて、Aさんが自身と向き合い、誰かの手助けを借りるよう、しっかり支援することが大事だと判断され、当センターを紹介されたのだらうと思います。

支援には様々な困難がありました。帰郷後から入院の説得、受診への同行を試みましたが、うまくいきませんでした。精神科訪問看護も紹介しましたが、Aさんは翌日に「もういらない」と言いました。理由は「そこまで医療の手助けは受けない。」でも、「お酒はずっと飲んでいる」ということでした。その後、さまざまな支援を継続して、アルコール専門病院への入院にはこぎつけました。

重要な転機は「ジンギスカン支援」でした。私が30年前この地域に住んでいた時に、Aさんのお父さんがジンギスカンのお店をやっていて、丁寧にジンギスカンの話をしてくれた思い出がありました。北海道で育ったAさんだから、このジンギスカンを支援に活用しようと考えたのです。

要は、場を共有し、ジンギスカンの焼き方を教えてもらい、Aさん自身を表現してもらうという支援です。この取り組みが映画の中で記録されており、その後、Aさんは自立へと向かっていきました。

重要な支援ポイントは4つです。①関係の構築：先ほどの先生方もおっしゃっていましたが、関係の構築が大事です。②動機付け：入院して健康を取り戻そうとする動機付けが必要です。傾聴だけでは難しいので、様々な会話の方法を使って動機付けを行います。③場の工夫：話すだけではなく、何らかの媒介を使って回復を促します。④頻度調整：あまり関わり過ぎると、人への依存が生じます。適度に頻度を調整することが大事です。

DVD被災地での依存症者への関りから読み解く ～生きることを支えるヒント～

悲嘆反応があるアルコール依存症の例から災害後の心のケアについて考えてみましょう

1. 教材の解説
2. 動画場面①「関係の構築とアセスメント」
解説動画①
3. 動画場面②「入院までの健康を引き出す動機付け」
解説動画②
4. 動画場面③「ジンギスカン作戦」
5. 解説動画③「その後」
6. 監督とOさんの出会い、撮影の感想



〈講師が補足説明を入れながら、ドキュメンタリー映画を紹介（約12分間）〉

このように、人が本当に変わっていく、回復力を見ることが出来る映画を一部だけですが見て頂きました。

関わる人をどのように増やすか、この采配が結構難しいので、チームで話しながら進めてきました。また、アルコール依存症というのは、いったん飲まなくなっても、また飲まれてしまうことがあります。それに対して、我々はどうしても健康になってもらおうという意識が強くなり、生活全般の支援を忘れてしまいます。アルコールを飲んでしまってもまた回復するだろうという期待を持ち、次のステップをチームで共有することが大事です。

「ジンギスカン」を食べるという場の工夫を行いました。話すだけではなく、何か媒介を使って回復を促すのです。あまり関わり過ぎると、人への依存が生じるので、適度に頻度を調整することも大切です。

その間、何度も自殺を試みられたこともありました。自殺するためのはしごを用意されたため、こちらで預かることになりました。私は完全には賛成できませんでしたが。事務所にAさんのはしごが2本ほど今も置いてあ

ります。本人がもういらないとおっしゃるので、今度、自分の家の外壁を塗装する時に使おうかと思っています。

もう一つは「両価性」、つまり気持ちの迷いです。「自殺しようとするような自分だが、回復しなければダメだ」という両価性があります。辛い作業ですが、タイミングを見て直面化・明確化し、その両価性があることを認めてもらうことが大事です。もちろん、家族の支援も大事です。

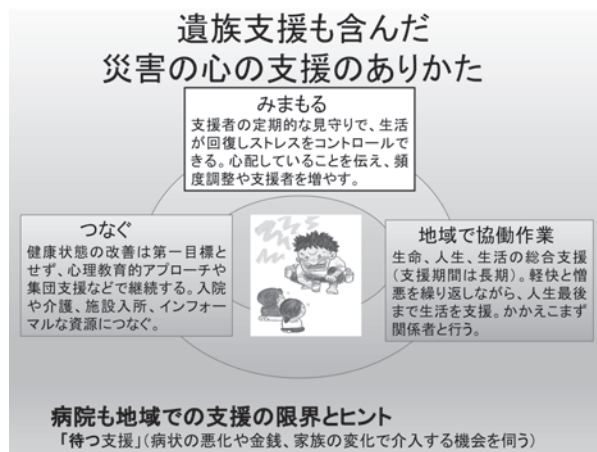
Aさんへ行った関わりの理由

1. 関わる人を増やし、心配していることを認識してもらう
2. スタッフの負の感情は、チームで共有する。
3. 非言語（共に食事、遊び、ゲーム）も取り入れ表現を促す。
4. 会う頻度を調整し、適切な距離感を保つ（人と場を拡大）。
5. 自殺の具体的な道具や方法があったら遠ざける。
6. 迷い（両価性）を見つけ、良い変化へ導く方法を使いわけ。（動機付け、認知行動療法、集団力動など）
7. 家族からも支援のヒントを聞き、可能なら家族も支援者に



遺族支援を含めた災害の心の支援には、従来から見守りがありますが、見守るだけでは不十分です。どこかのサービスに繋ぐことも必要ですが、繋ぐだけでも難しいのが実情です。

少子高齢化社会である被災地、そして今後は全国においても、地域での共同作業が必要です。心の問題は苦手だ、できないという声も聞きます。私も病院の看護師で、遺族支援については当初全く分かりませんでした。様々なことを学びながら、他の人もできるよう知識を共有し、共同作業を増やしていきました。



Aさんに対しても様々なサービスに繋ぎながら、介護士になりたいという希望があり、ヘルパー講習にも繋ぎました。介護士になるための各種支援へと繋ぎながら、地域の中での繋がり、見守りを継続しています。

最後に、瀬藤さんから「地域で遺族を支援する意義や限界は？」というお題をもらいました。まず大事に思うことは、「待つ支援も大事だよ」ということです。待つということは、単に待つのではなく、少しずつ頻度を落としてしながら、その人がSOSを出すタイミングを待つということです。

当然、過酷なこともあります。体を壊した

り、お金がなくなったり、家族が減ったりすることもあります。そういう時に、どのように地域にある資源で素早く介入できるかが、地域支援の難しさであり、大切さだと考えています。

最後になりますが、支援者自身のセルフケアも大事です。私がこの仕事をして、一つでなかったことがあります。2011年の時には髪の毛がありました。ところが、人への心のケアをしていたのですが、自分の頭皮のケアは疎かにしていました。（会場から笑い）ご清聴ありがとうございました。

ご清聴ありがとうございました
どんな時もご自身を大事してください

NPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会
相馬広域こころのケアセンターなごみ

**なごみ賛助会員を
募集しています！**

〒975-0007
 南相馬市原町区南町3丁目2-7
 TEL 0244(26)9353
 FAX 0244(26)9367

なごみの活動報告をSNSで更新中です！

ホームページ <http://soso-cocoro.jp/>
 Facebook <https://www.fb.me/cocoro.nagomi>
 Instagram https://www.instagram.com/nagomi_soso/
 Twitter https://twitter.com/nagomi_soso

③「兵庫県こころのケアセンターで 悲嘆の専門治療を受けるまで、そしてその後」

高井 千珠（阪神・淡路大震災遺族）

本日はこのような貴重な機会をいただきありがとうございます。阪神・淡路大震災で1歳半の息子を亡くしました高井千珠と申します。

突然息子を失い、どう生きていけばいいのか分からないまま、深い悲しみと共に30年を過ごしてきました。東日本大震災をきっかけに、兵庫県こころのケアセンターで悲しみと向き合うための治療を受けました。治療は14年前に終わっていますが、その経験は今の私の生き方にも影響しています。本日は、治療を受けた1人の当事者として、私自身の体験をお話させていただきます。



私には、結婚7年目に不妊治療を経て授かった、男の子と女の子の双子の子どもがいました。震災の3日前、当時住んでいた山口県の自宅から、家族と一緒に兵庫県にある私の実家へ帰省していました。前日の1月16日の夜、夫だけが山口県の自宅に戻りました。次の日の早朝、阪神・淡路大震災が起こり、実家は全壊しました。

私と子どもたち、そして母は生き埋めになり、1歳半だった息子だけが亡くなりまし

た。夫は阪神・淡路大震災を直接体験していません。そのことが、夫にとってはトラウマとなり、今でも苦しんでいるようです。

私は息子を失った悲しみで潰れそうな日々を送っていました。特に、すぐ横で寝ていたのに助けることもできなかったこと、私が生き残ったことへの後悔や罪悪感が、心を締め付けていました。息子は当時、私の後を追いつ始めた頃で、私の姿が見えないと泣いていました。その息子がたった1人で天国に行ってしまう、私を探しているのではないかと思うと、すぐにでも息子のところに行きあげなくてはと思い、私は死ぬことばかりを考えていました。

当時、私は被災地から離れた山口県に住んでいました。周りで同じように体験した人がいなかったのも、とても孤独でした。

そんな中、私は、震災から3ヶ月後に友達に勧められて心療内科を受診しました。医師は私の話を聞いてくれましたが、「薬を半年ぐらい飲めば落ち着くでしょう」と言われ、薬が処方されました。その時、私は薬で息子を失った悲しみがなくなるはずがないと思いました。悲しみを薬で解決しようとしていることにとても違和感を抱いて、その病院に通い続けることができませんでした。

2回目に、病院を受診したのは震災から2年経った頃でした。夫との関係が悪くなり、別の病院を受診しました。泣きながら夫のことを話す私に、「ご主人も辛いものだから理解してあげないあなたも良くない」と言われました。その言葉を聞いて、私はその場で号泣してしまいました。救い

を求めて行ったはずでしたが、かえって傷つく結果になり、もう二度と病院は受診したくないと思いました。

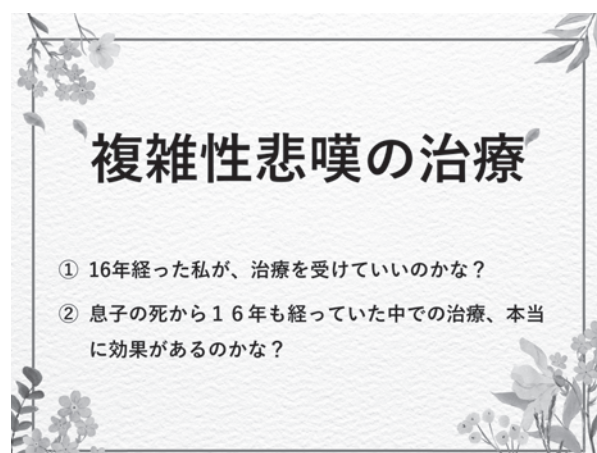
その後10年近く経っても、悲しみや苦しみは消えることはありませんでした。災害や事件・事故が起きた時にフラッシュバックが起こり、しんどくなりました。その頃、JR福知山線脱線事故が起こり、事故の様子をテレビで見てすごく辛い思いをしました。

その頃に、こちらの兵庫県こころのセンターが開設されたというニュースを見ました。災害などによるPTSDの治療機関ということを知り、もしかして私の思いを受け止めてもらえるのではないかと、受診することにしました。

その後、しばらく通っていたのですが、症状も落ち着いてきて、通わなくなりました。そして、阪神・淡路大震災から16年が経ち、私は日常をどうにか送れるようになっていました。自分では、このまま少しずつ元気になっていくのかな、と思っていました。そんな時に東日本大震災が起こり、あの日の記憶がフラッシュバックしました。

直後は、その気持ちを打ち消すために、神戸でできるボランティアに毎日通い、必死に自分を支えようとしていました。ゴールデンウィークの頃、被災地にボランティアに行きました。現地の現状を目の当たりにして、自分の無力さを強く感じました。それをきっかけに、これまで必死に保っていた気持ちの糸がプツンと切れてしまいました。

その後、息子や娘が地震で亡くなってしまう夢を何度もみました。このままでは、ダメかもしれないと思い、こちらのセンターを受診して、複雑性悲嘆^(注)の治療を受けることになりました。



(注)近年「遷延性悲嘆症」と呼ばれる。

複雑性悲嘆の治療を受けることになった時に、複雑性悲嘆治療というのは、直後の辛い悲しみの中にいる人が受けるものという認識があったので、16年経って私が治療を受けていいのかなと思いました。そして、息子の死から16年経っていたので、本当に効果があるのかなという思いもありました。

当時、私は生き残った悲しみ、自分が死んでいればよかったという気持ちの中で過ごしていました。ホームに立っていると電車が入ってきた時に、自分の意思とは関係なく、ふっとそのまま吸い込まれてしまうような恐怖感が常にありました。いつか私は、そうやって死んでしまうのではないかととても怖かったです。そういうことを先生にお話をした上で、治療を受けることになりました。

治療の内容ですが、先ほど瀬藤さんがおっしゃっていたような内容です。当時の辛い体験と向き合うという課題や、「辛くてできないことを一つずつできるようにする」という課題がありました。今日は、「どんな辛いことに向き合ったか」や「治療の終盤に考えた未来の目標」について、これからお話をさせていただきます。

治療の課題とその後

- ・ 当時の辛い体験と向き合う
- ・ 辛くて出来ないことを一つずつできるようにする
(今日は、子供達のビデオを観るについて)
- ・ 息子との対話
- ・ 未来の目標を考える
息子の「二十歳のお祝い」を考える
- ・ 治療を終えた時の思い
- ・ 治療後の変化

まず、「当時の辛い体験と向き合うこと」です。それは、息子が亡くなった時の状況などを過去の出来事として話すのではなく、あたかも今、その場にいるように目をつぶって想像しながら、言葉にしていくというものです。

その時、涙が止まらず泣いてしまいました。治療を受ける以前から、私はブログなどで自分の思いを言葉にしてきましたし、当時のこともある程度は話せているつもりでいました。それでも、改めてその場に戻るように語ると、当時の感情が蘇り、これほど激しく泣いてしまうのだとすごくびっくりしました。

次は、辛くてできないことをできるようにするという課題です。最初に、できないことを順番に書き出して、それをSUDS（サズ＝苦痛の強さを数値で表現）で順番をつけていくのですが、私の中でのSUDSの100ってというのは、亡くなった息子のビデオを見るということでした。息子が生きている姿、笑っている姿を見ると、亡くなった現実を突きつけられるような気がして自分がおかしくなってしまう気がして、私は一生ビデオを見ることができない、見たくないと思っていました。

辛くて出来ないことをできるように

SUDS	
95	悲しんでいた時期の自分の様子を思い出す
100	将君を助けることができなかった思いと向き合う
100	子供たちのビデオを観る →できました
100	亡くなった時に来ていた洋服やおむつを見る →できました
×	お骨をお墓に入れる →まだできていません

「子供たちのビデオを観る」

息子が動いている姿、笑っている姿を観るのが辛かった
ので、一生観ることはできない観たくないと思っていた

治療の中で、私は先生にやっぱり「子どもたちのビデオを観る課題は、できそうにありません」と伝えました。すると先生は、「無理して観なくてもいいですよ」と言ってくださいました。課題として絶対観なければいけないと思っていた私は、『観なくてもいい』という選択があることを知り、とても心が軽くなりました。

その後、先生は、今では結婚式の時に子どもの頃のビデオを見る機会がありますよね。いつか娘さんが結婚をする時までには観られるようになっていればいいですねと仰ってくださいました。

娘の結婚式で子どもたちのビデオを観るということ、そこまで考えたことはありませんでした。その言葉を聞いて、私はその時になってもやっぱり観たくないって言うのだろうか、それとも娘のために頑張って観るのだろうかと初めて考えました。もし観たとしたら、結婚式の時に初めて観て、悲しくて泣くのは嫌だなと思いました。

治療が終わる少し前のことなのですが、私は先生に今はまだ観ることはできませんが、いつか観られるようになったらいいなと思うようになりましたと伝えました。すると先生は、そう思えるようになっただけで十分頑張りましたねと言ってくださいました。その言葉を聞いて、そっか、そう思えただけでも私

は頑張ってきたんだと感じて、少し嬉しかったです。

治療の終盤に、息子と対話するという課題がありました。私が息子への思いを話した後、先生はその話を聞いて息子さんはどう感じていますかと問いかけてくださいました。私はその問いに対して、息子がどう感じ、どう思っているのかを自分の中で考え、言葉にして答えていきました。その言葉は自分の言葉でありながら、どこか息子が言っている言葉のようにも感じられ、息子が言っているのであるならばと、その私は、息子がそう感じているだろうと思って言った自分の言葉を素直に受け取ることができました。そんな体験があったからこそ、この後お話しする出来事にも向き合うことができたのだと思っています。

ある日、治療を終えて帰ってきてから、押し入れの掃除をしていると一つの段ボール箱が出てきました。開けてみるとそこには長い間封印していた子どもたちのビデオが入っていました。その時、私は、息子が「ママ、僕のビデオ見てほしい」と思ってこの状況を作ってくれるのかなと感じました。そういう風に感じたのは、治療の中で息子と対話するという体験をしたことがどこかで影響していたのかもしれません。

息子がこう思っているのかもって思えたことに関しては、辛くても頑張ってできるようになろうと思えます。でも、その時はまだビデオを見ようと思うことができませんでした。ちょうどその時に学校から帰ってきた娘に、ビデオが出てきたということを伝えました。すると、娘は突然、「将君くん（息子の名前）のビデオを観ようか」と言いました。私はその突然さにびっくりしてためらってい

たんですけれども、娘は「悲しみに向き合えないとだめだよ」と笑いながら言いました。その言葉にも戸惑いながらも、結果的に2人でビデオを観ることにしました。

あの時、もし娘が帰ってきて、「ビデオ観てみよう」と言わなければ、今も観ることはできなかったと思っています。ビデオを観た時の思いを日記に綴った言葉を、「笑顔の向こうに」という歌にさせていただきました。

これから、その時観た子どもたちの映像を観ていただくんですけれども、息子の笑顔、そしてそれを見た時の私の思いを想像しながら、そして歌詞の意味を考えながら観ていただければと思います。

ビデオの最後は震災の前日の夜の映像です。生きている息子の最後の映像です。では、見てください。

〈子どもたちのビデオ映像の放映〉

この笑顔の向こうにどんな悲しみがあるの
どんなに笑顔を作ってみても悲しみは癒されない

この笑顔の向こうにたくさんの悲しみがあるの

どんなに笑顔を作ってみても心から消える
ことがない

大きすぎる悲しみの向こうから

幸せなあなたたちとの日々が

今の私に優しく手を振っている

それが心の支え

震災の前日まで本当に幸せな日々を送っていました。そして突然の地震が起こって、こんな可愛い子が私のすぐ横で亡くなってしまいました。私は、こんな辛い思いをしたのだから、なかなか元気になれなくても、普通だな、当たり前だなと思いました。そして、想

像していたよりも落ち着いてビデオを観ることができた自分に、不思議な感覚もありました。その時の私は、「あれ、私、今ビデオ観ることができちゃった。このことを先生に言ったらびっくりするかな」と思いました。

子どもたちのビデオを観た時に、このイラストのような温かい気持ちになりました。辛くなるのが怖くてビデオを絶対観ることができないと思っていましたが、治療を受けたおかげで、私はこんな可愛い息子をもう一度見ることができました。



30年間、私は息子を思い続けて、息子进行方法悲しむことだけではないということに気づきました。息子が天国で「僕のせいでママの人生を辛い人生にしてごめんね」と自分を責めないように、できるだけ元気に明るく、楽しそうに生きようと思いました。息子を思い、息子のために笑顔で生きること、息子を思う方法の一つであると思えるようになりました。

治療の最後の課題として、未来の目標を考えるという時間がありました。その頃、子どもたちの成人式が2年後に控えていました。娘に振り袖を用意するように、息子にも何かをしてあげたいと思い、息子の二十歳のお祝いとして絵本を作ろうと決めました。そして、それを決めて、治療が終了しました。

私は治療を終えれば、いろんな苦しみからすっきりするのではないかと、どこかで期待していました。治療の中では、悲しみに向き合いながら、少しずつではありますが、いろんなことの受け止め方を前とは違う形で考えられるようになりました。

それでも治療が終わった後、心はすぐに軽くなったわけではありませんでした。不安は残っていて、これからどう生きていけばいいのか、先の未来がまだ見えずにいる感覚がありました。

治療の中で、息子を失ってから書き続けていた日記を読み返す機会がありました。絵本の原稿を書く過程でも、私は改めて17年間にわたる自分の心の変化と向き合うことになりました。

そしてその中で、自分の心の傷は息子を失った悲しみだけではなく、悲しみの中で生きる中で息子を助けられなかった思いや、自分が生き残った罪悪感、主人との関係、周りからの心ない言葉などが私の心の傷になっていることに気がつきました。絵本作りはそのような悲しみとも向き合う時間になりました。

絵本を作り終えた時、私は息子のためにできることは全てしてあげられたと思えることができました。

その頃、二十歳になった娘が「ママ、これまでありがとう。私はもう大丈夫だから、ママの人生を楽しんでいいよ」と言ってくれました。その言葉をきっかけに、私は息子も二十歳になり、もう私を探して泣いていないのかもしれないと思えるようになりました。その時初めて、息子の育児が終わったと感じました。



これがその絵本なんですけど、人と防災未来センターの資料室にも置いてありますので、また機会があれば読んでみてください。

私が生きるその先の未来には、ビデオで見た

可愛い笑顔の息子が待っていると思っています。だから死ぬことは怖くありません。でも息子に会える時は、娘との別れの時でもあります。たくさんの娘への後悔を持ったまま娘と別れたくはないです。だからこそ、息子に会えるその日まで、私はそばで生きてくれている大切な娘と人生を楽しんで生きようと思えるようになりました。息子を失った経験を通して、生きている娘の存在が私にとってどれほど大切かを改めて感じています。

こちらの治療は卒業したんですけれども、それからいろんな辛いことがあったんですが、辛くなったら主治医の加藤先生のところに会いに行けばいいわ、そういう風に思って

います。本当に辛くなったらそうしようと思うことで、その辛さを受け止めることができました。

私にとって、こころのケアセンターや加藤先生は、お守りのような存在です。何かあった時はこちらに來ればいい、そう思えるだけで、私は辛いことを自分の中で頑張って消化できるようになったと思っています。

今日は治療のことだけしかお話できなかったんですけれども、YouTubeで取材を受けて私の思いを綴ったものが見られます。こうやって検索していただいたら見られますので、よかったら見てください。ご清聴ありがとうございました。



(3) パネルディスカッション

〈パネリスト〉

村上 典子（神戸赤十字病院心療内科部長）

米倉 一磨（相馬広域こころのケアセンターなごみセンター長）

高井 千珠（阪神・淡路大震災遺族）

〈コーディネーター〉

加藤 寛（兵庫県こころのケアセンター長）

瀬藤乃理子（兵庫県こころのケアセンター上席研究主幹）

○瀬藤

これから、当センターの加藤センター長を交えまして、ディスカッションに移りたいと思います。残り時間が迫っておりますので、最初に加藤センター長の方から3人の発表への感想やコメントをお願いします。

○加藤

お守りと言われた加藤でございます。2人の支援者の方からのお話、とてもいいお話でしたね。

Aさんのビデオ、皆さんも本当に感銘を受けられたと思います。あのように変わるんだなど。阪神・淡路大震災の時にもアルコールの問題は、非常に過酷な問題がありました。仮設住宅で100人ぐらい孤独死が毎年出たのですが、その4割ぐらいはAさんと同じようなアルコール依存を抱えておられた方たちでした。私たちもいろんな支援をしたのですが、あまり役に立たなかったという後悔が非常に残っています。そういった方に対して、あのような工夫、生活を共にしながら、いろんな支援をしていくことができれば回復していくんだなということに非常に感銘を受けました。

JR事故は、私も生き残った方や遺族の支援をして参りましたが、これも非常に大変でした。というのは、自然災害ですと避難所に行

けば被災者の方にお会いできるわけですが、あのような事故ですと、地域に散らばっておられるので、なかなかその支援が行き届かないんです。待っているだけではなかなか支援ができなかったので、ご遺族や被害者が集まるような集会に私どもが出かけていきました。少しでも顔を覚えてもらって安心できるような関係だなと感じてもらい、来ていただくことを働きかけました。かなりの方にお会いしてきましたし、今でもまだお会いしている方がおられます。

村上さんにとってJR事故というのは、たぶん先生の人生観とか、医療者としての感覚を変えた事故だったんだなと思いますし、大震災は米倉さんにとって本当に人生を変えたようなことですね。

その中で僕が聞きたかったのは、どうしてこういう支援を続けられてるのかということです。支援することはリスクもありますし、自分の辛い体験も重なり、非常に影響を受けるわけです。その中でどのようなモチベーションを持ちながら、この支援を続けてこられたのか、まずお二人にお聞きしたいと思います。

○村上

私自身は神戸で生まれたわけでもなくて、災害が来て、どちらかというと、あれよあれよという間に巻き込まれた、でもないです

が、本当にこう与えられた、こんな場で言ったら偉そうかもしれませんが、神に与えられた使命みたいな、私の中では降って来た感じがあります。

○米倉

ちょっと後ろ向きに言うならば、私は2011年に大学院を出たんですが、その時の教官が今の勤務先の理事長で、辞めるに辞められなくなったってこともあります。でも、病院がなくなって何が必要なのかというのをどんどん学んでいくうちに、これは本当に必要な支援だと感じました。ただ病院で働くとか、地域で働くこと以上に、何かを身につけていれば、今後の震災に何か役立つ。この福島から震災の教訓を発信することは、こういう少子高齢化社会でも使える支援が一つ輸出できる、可視化できる、今後役立つのではないか、と思い続けているということがあると思います。

○加藤

瀬藤さんもずっと支援を続けてきていますが、その理由はどうですか？

○瀬藤

私は阪神・淡路大震災の時に現地におりまして、家族は無事だったのですが、故郷の町がこんな形に変わってしまうことに衝撃を覚えました。そして、神戸にたくさんの人が支援に来てくださり、応援して頂いて、このように神戸の町は復興してきました。そのことで、今後どこかで何か災害があったら支援に行こうという感じにもなりました。東日本大震災では、実はたくさんの神戸の支援者の方に出会うんです。みんな同じ気持ちだと思いました。

○加藤

人に聞いてばかりで自分のこと言わないのはちょっと反則だと思うので、私のことも申し上げますと、私は神戸の大学を出ましたが、震災当時は東京にいました。東京で溢れんばかりの神戸の情報に触れ、これは大変だと思いました。その後30年このような仕事を続けてきた一つの理由は、自分が被災していなかったからだと思います。どこかで罪悪感みたいなところがあって、それがこの仕事を続けてきて、抜けられなくなってしまったということだと思います。

それと、こころのケアセンターができた時というのは、ミッションとして「阪神・淡路大震災の体験を伝えてください。研究や研修を通して伝えていけばいいですよ」と言われたんですが、そうは問屋が卸さなかったんですね。2005年にはJR福知山線脱線事故が起きて、その後、海外の災害にも派遣されたりして、なかなか足抜けできなかった、というのが私の状況だったと告白しておきます。

高井さんの話を聞いて、皆さん本当に感銘を受けられたと思います。いつも2時間ぐらい話す話を、今日は20分にまとめていただいて、非常にいい内容にいただきました。私は高井さんの治療者でしたが、高井さんに関して思うことは、高井さんが持っておられた回復力というのがとても重要だったということです。私の所に来られる前に、彼女は遺族会に所属されていろんな活動もされてましたし、ブログを沢山書いていました。自分の気持ちをずっと発信されていくことで、なんとかその自分の中で対処していくことを続けられてきて、それがどうも立ち行かなかった時点で私の前に来られた訳です。

治療を受けること自体も非常に勇気が必要なことでしたし、それを続けられたことなんかも

含めると、彼女の中の回復力を信じてよかったなという風に思っています。お守りである私が申し上げるのはあれですけども…。

村上さん、高井さんに関して何かコメントはありますか？

○村上

私が診ている阪神・淡路大震災のご遺族がおっしゃっていることと、やっぱり同じようなことをおっしゃっていました。その方は、小学生のお子さんを亡くした方ですが、一緒に寝ていたのに自分だけが生き残ったという思いとか、電車のホームに吸い込まれそうな感じとか、同じことおっしゃっていました。だから、お子さんを亡くしているお母さんの思い、今日これを見てくださってる方の中には、災害ではなくて個々の事故や病気、色んな理由で家族をなくされたご遺族の方がいらっしゃると思うのですが、それぞれの違いはあるけど、やっぱり何か普遍的なものもあるなと。そういう意味で、高井さんがこのプロセスをこのように多くの人に発信されたことの意義、私もこういう風になれるかなというように、多くのご遺族が力を得たのではないかなと思って聞いていました。

○加藤

高井さん何かコメントはありますか？

○高井

私のことを、頑張る力があるように言っていますが、息子は1歳半で亡くなったので、お友達もまだいなかったですし、息子のことを知っている人もほぼいませんでした。この子が生きた証を残してあげたいという思いだけで外に出て、息子のことを知っている友達が息子のことを忘れないよう

に、私が話さなきゃと思ったことが語り始めでした。私自身がすごいではなくて、息子が生きた証を残そうと思えたことが私の全ての活動の始まり。ブログもそうなんです、息子への思いを残したいっていう思いで書き始めたのが最初でした。頑張って生きてきたというよりも、息子が生きた証を残したい、それだけで生きてきたと思ってます。

○加藤

米倉さん、高井さんに対して何かありますか？

○米倉

先程ちょっと付け加えようと思ったんですが、Aさんの許可は得ているんですが、Aさんは映画公開の3日前にまたお酒が原因でつまづいてしまったんです。今年の3月に自立のための生活保護も受給され、なんとか一人暮らしをしてたんですよ。ヘルパー資格を取って、ヘルパーになろうと思ったらまたちょっとくじけそうになっています。今日、高井さんの話を聞かせていただいて、ギリギリの中で人に助けを求めるところや、息子さんを忘れないようにすることを一つの生きがいに行っているところが、Aさんを元気づけるモデルになるのかな、と思います。

○加藤

瀬藤さん、何かありますか？

○瀬藤

私が3人の方に強くお願いして、今日パネリストとしてご発表いただいたんですが、3人の方に教えられることばかりで、本当に良い時間過ごせました。ありがとうございました。

○加藤

はい、ありがとうございます。そろそろ時間がなくなってきたので、このパネルディスカッションを閉めなくてははいけません。今日は、災害や大事故を切り口にして、死別や悲嘆について考える時間を持たせていただきました。皆さんお気づきのように、様々な死別の形がありますし、様々な悲嘆のプロセスがあります。それに伴い、様々な支援のあり方があることを知っていただきたいと思います。日本は今、高齢化が進み多死社会と言われています。私ももう65才を越えて、自分の終活を考えなきゃならないような世代になってまいりました。自分にとっても死が身近な社会であることは間違いのないわけです。その中で、今日は災害や事故によるトラウマティッ

クな死別について光を当てましたが、たとえ病死であっても、老衰であっても、様々な死別があって、様々な悲嘆のプロセスがあると思います。いろいろな支援、必要な支援を求めておられる方がいることを忘れてはいけません。そういう意味で、このシンポジウム、このディスカッションが皆様の支援のヒントになれば嬉しいと思っております。

今日は、遠くは福島県から来ていただきました、お忙しい中お3人に参加していただきました。本当にありがとうございました。

最後になりますが、今日3時間にわたり、熱心に耳を傾けていただきました、ここに来られた方、そして200人を超えるウェブ参加していただいた方にもお礼を申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

2 研究員の活動実績

(1) 刊行物

【公表論文】

亀岡智美. シンポジウム5. 「神経発達症の子どもとトラウマ」. トラウマ臨床における神経発達症. 児童青年精神医学とその近接領域. 64 (5), 94-99. 2023

亀岡智美. トラウマインフォームドケアが求められる時代. 臨床心理学. 148 ; 25 (4), 405-410. 2025

亀岡智美. 児童青年期精神医療のアウトカムとエンドポイント. 精神医学. 67 (7), 1025-1029. 2025

亀岡智美. パニックとトラウマ. こころの科学. 243, 37-41. 2025

亀岡智美. わが国でのTF-CBTの軌跡と挑戦. 子どもの虐待とネグレクト. 27 (2), 188-189. 2025

酒井佐枝子. 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. 心的トラウマ研究, 21 : 13-22, 2026.

三宅和佳子. 逆境体験とトラウマインフォームドケア. チャイルドヘルス. Vol.28 No.9 2025

三宅和佳子. 全国の小児病院におけるトラウマインフォームドケアについての調査. 小児精神と神経. 65 (4) : 321-329, 2026

三宅和佳子. 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. 心的トラウマ研究, 21 : 51-58, 2026

瀬藤乃理子. 家族・遺族ケア～医療者による支援の重要性とそのあり方～. medicina 62 (7) 1074-1078. 2025

瀬藤乃理子. あいまいな喪失－行方不明、故郷の喪失、そして認知症. 心理学ワールド 110 12-15. 2025

瀬藤乃理子・渡部育子・片柳光昭・菅野寿洋・塩田義人・森友希子・米倉一磨・佐藤秀樹・竹林唯・前田正治. 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～. 心的トラウマ研究, 21 : 1-11, 2026.

柿木慎吾・榎原学人・市井雅哉・前田多章. EMDRにおける半球間相互作用とレム睡眠様状態はサッカードにより誘導される：脳波による電気生理学的評価. EMDR研究, 17 (1), 67-76. 2025.

柿木慎吾・市井雅哉. 眼球運動が自伝的記憶の連想に及ぼす影響. EMDR研究, 17 (1), 87-94. 2025.

柿木慎吾. 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. 心的トラウマ研究, 21 : 23-30, 2026.

山本未優・板倉憲政・高山桃香. ライフヒストリーが解離傾向に及ぼす影響：人生の幸福度と出来事の予測可能性に着目して. 岐阜大学教育学部研究報告人文科学, 74 (1), 195-203. 2025.

高山桃香. 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. 心的トラウマ研究, 21 : 31-40, 2026.

高山桃香・板倉憲政. 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. 心的トラウマ研究, 21 : 41-50, 2026.

堀友哉・高山桃香・工藤笑莉樺. CBT・SFAに基づくワークシートが1次コントロールおよび2次コントロールに及ぼす影響. 岐阜大学教育学部研究報告人文科学, in press.

【著書・翻訳】

- 亀岡智美. 看護師のためのトラウマインフォームドケア. MCメディカ出版. 2025.6
- 亀岡智美編. トラウマインフォームドケア. 臨床心理学. 148; 25 (4). 金剛出版. 2025.7
- 亀岡智美. 第7章 トラウマに特化した支援:トラウマへの治療的介入. 151-167. 岩切昌宏、瀧野揚三監修. トラウマセンシティブスクール. 福村出版. 2025.7
- 亀岡智美. トラウマインフォームドアプローチとトラウマ焦点化治療. 35-38. 加藤元博総編集. 子どものこころの診療－小児科医が挑む子どものこころの臨床. 中山書店. 2026.3
- 瀬藤乃理子. 死別と悲嘆の精神医学. 明智達男, 浅井真理子, 坂口幸弘, 瀬藤乃理子, 松岡弘道. 南山堂. 2025

【その他刊行物】

- 加藤寛. 随想「静かな死の背景」. 神戸新聞夕刊 2026/1/16
- 加藤寛. 随想「消防士の誇り」. 神戸新聞夕刊 2026/1/30
- 加藤寛. 随想「笑顔の国で」. 神戸新聞夕刊 2026/2/16
- 加藤寛. 随想「ハッピーバレンタイン」. 神戸新聞夕刊 2026/3/3
- 加藤寛. 随想「曖昧な喪失」. 神戸新聞夕刊 2026/3/17
- 亀岡智美. 書評「子どもをうまく愛せない親たち－発達障害のある親の子育て支援の現場から」. 臨床心理学147. 25 (3), 395, 2025
- 亀岡智美. 書評「精神分析とトラウマクライアントとともに生きる心理療法」. 精神療法. 51 (5), 684, 2025
- 笠原麻里. 亀岡智美. シンポジウム7「日常診療と子どものトラウマケア」司会の言葉. 児童青年精神医学とその近接領域. 65 (5), 607-608, 2024
- 瀬藤乃理子. 被災地の家族やコミュニティを支える～これまでの震災から学んだ教訓～. 家族療法研究 42 (1) 80-82. 2025
- 市井雅哉・柿木慎吾. EMDRの総論と実践. 日本精神科病院協会雑誌, 44 (8), 817-820. 2025.
- 栃本綾子. こころの安全・生活の安定－ケースワーク. 臨床心理学 25巻 4号. 475-477, 2025.

(2) 学会・研究会における発表

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

- 加藤寛. PTSD構造化面接－CAPSを理解する. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会プレコンGRES. 2025/7/19. 2026 (オンライン)
- 加藤寛. こころのケアセンターのalternativeはあるか. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会シンポジウム B2「こころのケアセンターの役割」. 2025/8/3. 東京
- 亀岡智美、三宅和佳子. トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) 概論研修～入門編. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会プレコンGRES 3. 2025/8/1. オンライン
- 金井講治、亀岡智美、以倉康充. 犯罪被害者における周トラウマ期解離とTonic Immobilityの関連に関する文献検討. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会. 2025/8/2-3. 東京
- 亀岡智美. シンポジウムC4. コミュニティでトラウマをワークする. 指定発言. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会. 2025/8/3. 東京
- 飯田真子、片岡真由美、澤田宇多子、宮本有紀、佐々木那津、亀岡智美、西大輔. 児童相談所職員を対象としたトラウマインフォームドケア動画研修の効果：非無作為化比較試験. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会. 2025/8/3. 東京

亀岡智美. シンポジウム7. 性被害とトラウマインフォームドケア. 第2回外来精神医学会. 2025/9/14. 神戸

三宅和佳子. 小児医療における子どもの死の概念とグリーフケアに関する文献調査. 第66回日本児童青年精神医学会. 2025/11/13-15. 福井

三宅和佳子. 症例検討. 第22回大阪TF-CBT研究会. 2025/6/7. 堺

三宅和佳子. 性被害者へのトラウマケア. 第22回法と小児医療研究会. 2025/2/14. 津

瀬藤乃理子. 原子力災害後中長期の支援者支援～被災地の支援者を支える多層的な支援体制の重要性～. 日本放射線看護学会第14回学術集会. 2025/9/21. 福島

池田紀子・二本松直人・瀬藤乃理子・菅野裕子・行形裕子・濱谷由香・鈴木悟・古屋文彦・鈴木聡・横谷進・安村誠司・志村浩己. 福島県「県民健康調査」甲状腺検査二次検査受診者の今後の受診意向に関連する要因. 第68回日本甲状腺学会学術集会. 2025/11/29. 福島

二本松直人・池田紀子・瀬藤乃理子・菅野裕子・行形裕子・濱谷由香・鈴木悟・古屋文彦・鈴木聡・横谷進・安村誠司・志村浩己. 福島県「県民健康調査」甲状腺検査の二次検査で穿刺吸引細胞診を実施した受診者の不安と避難歴の関連. 第68回日本甲状腺学会学術集会. 2025/11/29. 福島

Minamikawa, K., Kakigi, S., Ichii, M., & Maeda, K. Pursuit or Saccade? Which Eye Movement Works Better in EMDR I. EMDR Practice & Research Conference. 2025/5/30 ～ 2025/6/1. Prague

Kakigi, S., Enokibara, G., Ichii, M., & Maeda, K. Pursuit or Saccade? Which Eye Movement Works Better in EMDR II. EMDR Practice & Research Conference. 2025/5/30 ～ 2025/6/1. Prague

森貴俊・久富香苗・上野久美子・野畑宏之・今村 明・川端康雄・椎野智子・菊池安希子・天野玉記・上田英一郎・前田多章・柿木慎吾・市井雅哉. 成人期PTSDに対するEMDRの効果検証についての予備的研究：進捗報告. 第121回日本精神神経学会. 2025/6/19 ～ 2025/6/21. 神戸

柿木慎吾. シンポジウム「EMDRの治療メカニズム解明に向けて」. 第20回日本EMDR学会. 2025/7/19. 大阪

植西弘成・柿木慎吾・市井雅哉. 眼球運動がASD者の知覚処理に及ぼす影響II：視線の動きの分析. 第20回日本EMDR学会. 2025/7/19. 大阪

竹内和也・柿木慎吾・佐藤俊介・市井雅哉. 眼球運動の種類と速度が心拍に及ぼす影響. 第20回日本EMDR学会. 2025/7/19. 大阪

高山桃香・板倉憲政・狐塚貴博・森川夏乃. ペアレントトレーニングトレーニングに参加する親の小児期逆境体験の割合－養育スタイルとの関連も踏まえ. 第24回日本トラウマティック・ストレス学会.

栃本綾子. つながりあうためのトラウマインフォームドケアの実践. 第60回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会・第24回日本精神保健福祉士学会学術集会. 2025/8/23. 福岡

岩崎みちよ. 職場で事件・事故が起こった時～組織でトラウマから回復するために. 第84回日本公衆衛生学会. 2025/10/29. 静岡

(3) 講演

加藤寛. タイ大使館. 2025/5/13. オンライン

加藤寛. 精神保健福祉研修（前期）「自然災害とこころのケア」について. 東京精神保健福祉センター. 2025/7/30. オンライン

加藤寛. JICAヨルダン研修「難民を含む子どもに対するコミュニティレベルの精神保健・心

理社会的支援の強化」2025/8/6. 神戸

加藤寛. JICA中南米研修. 兵庫県災害医療センター. 2025/9/24

加藤寛. 台湾トラウマセンター. 2025/10/8. オンライン

加藤寛. 第64回精神保健東北大会・宮城県精神保健福祉大会. 「阪神・淡路大震災から東日本大震災へ そして未来へ」. 2025/10/31. 宮城

加藤寛. 兵庫県精神病院協会CP部会研修会. 「PTSDの基本的な知識と具体的な支援方法、支援する際の注意点について」. 2025/12/3. 神戸

加藤寛. 福島県立医科大学国際シンポジウム. 「大災害後のこころのケアの現状と課題」2026/3/12. 福島

亀岡智美. トラウマインフォームドケアを理解する～精神科医療に求められる治療的環境とは～. 精神医学講座特別講演会. ありまこうげんホスピタル. 2025/4/4. 神戸

亀岡智美. 医療とトラウマインフォームドケア. 看護部会月例勉強会. 大阪府私立病院協会. 2025/5/13. 大阪

亀岡智美. トラウマ焦点化治療. 「職域・地域架橋型－価値に基づく支援者育成」Cコース. 東京大学医学部附属病院精神神経科. 2025/5/18. 東京

亀岡智美. 児童養護施設職員のメンタルヘルス. ブロック別児童養護施設職員リーダー研修(中部・北陸・近畿ブロック). SBI子ども希望財団. 2025/6/7. 大阪

亀岡智美. 虐待を受けた子どものこころの理解と対応～トラウマの視点から～. 公開講演会. NPO法人和歌山子どもの虐待防止協会. 2025/6/22. 和歌山

亀岡智美. こころのケガを意識することで見えてくるもの～トラウマインフォームドケアの基本的な考え方と誰でもできる実践のポイント～. 総会特別講演. 広島県精神保健福祉協会. 2025/6/26. 広島

亀岡智美. トラウマインフォームドケア～トラウマの視点からみえてくるもの～. 岐阜県臨床心理士・公認心理師協会第35回大会. 岐阜県臨床心理士・公認心理師協会. 2025/6/29. 岐阜

亀岡智美. 子どものPTSDをアセスメントする. 横浜思春期問題研究所「トラウマセミナー」. 先生の相談窓口合同会社. 2025/7/13. オンライン

亀岡智美. 子どもの虐待の心理的評価とケア. 児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修. 国立国府台医療センター. (前期) 2025/7/28～8/19 (後期) 2025/8/20～9/21. オンライン

亀岡智美. 子どものPTSDのアセスメント. 特別研修. 日本福祉大学トラウマ&バイオレンス・インフォームド実践研修会. 2025/8/29. オンライン

亀岡智美. TF-CBTイントロダクトリー・トレーニング. 特別研修. 日本福祉大学トラウマ&バイオレンス・インフォームド実践研修会. 2025/8/30-31. オンライン

亀岡智美. 犯罪被害者等支援におけるトラウマインフォームドケア. 関係機関研修会. 神奈川県くらし安全防災局. 2025/9/2. オンライン

亀岡智美. 学生相談の視点からの課題提起(トラウマ相談の視点から). 令和7年度学生支援研究会議. 日本私立大学連盟学生委員会. 2025/9/11. 広島

亀岡智美. 子どものトラウマの理解と支援～TF-CBT入門～. スキルアップ研修. 鳥取県生活環境部犯罪被害者総合サポートセンター. 2025/9/13. 倉吉

亀岡智美. 労働者のPTSD対策. 令和7年度兵庫県医師会産業医(実地)研修会. 兵庫県医師会. 2025/9/23. 神戸

亀岡智美. 支援者のためのトラウマインフォームドケア. 職員研修. 伊丹市健康福祉部生活支援室. 2025/10/3. 伊丹

亀岡智美. 若者の依存とトラウマインフォームドケア. 依存症対策研修会. 香川県精神保健福祉センター. 2025/11/4. 香川

亀岡智美. 明日が変わるトラウマインフォームドケア. 神戸市精神障害者地域移行・地域定着推進事業研修会. すずらん相談支援事業所. 大塚製薬株式会社. 2025/11/29. 神戸

亀岡智美. 児童相談所におけるトラウマインフォームドケア. 職員研修. 福岡市こども総合相談センター. 2025/12/2. 福岡

亀岡智美. 臨床側面から考える親子支援のためのメンタルヘルスケア. 政策・実務研修「児童虐待への対応」. 2025/12/4. 滋賀

亀岡智美. 子どものPTSDのアセスメント. TF-CBTラーニングコラボラティブ研究会. 2025/12/5. オンライン

亀岡智美. TF-CBTイントロダクトリー・トレーニング. TF-CBTラーニングコラボラティブ研究会. 2025/12/6-7. オンライン

亀岡智美. マルトリートメントを受けた子どもへのトラウマインフォームドケア. 関係機関向け研修. 伊丹市要保護児童対策地域協議会. 2025/12/12. 伊丹

亀岡智美. 子ども領域のトラウマインフォームドケア. 思春期精神保健従事者研修. 滋賀県立精神保健福祉センター. 2025/1/9. 栗東

亀岡智美. 依存症支援におけるトラウマ理解. 薬物依存症支援者研修会. 京都府精神保健福祉総合センター. 2025/1/13. 京都

亀岡智美. 少年司法領域でのトラウマインフォームドケア. 職員講演会. 東日本少年矯正医療・教育センター. 2026/1/20. オンライン

亀岡智美. 困難を抱えた親子への支援～CPC-CBT概論と実践に向けて～. 中上級児童心理司研修会. 東京都児童相談センター. 2026/1/30. 東京

亀岡智美. 犯罪被害にあった子どもと家族への寄り添い方. 犯罪被害者等支援専門職研修会. 宮城県環境生活部. 2026/2/2. 仙台

亀岡智美. 相談支援に生かすトラウマインフォームドケア. 職員研修. 山科区役所保健福祉センター. 2026/2/6. 京都

亀岡智美. トラウマインフォームドケアの概要とUCLA PTSD RI-5での評価を用いた支援. カウンセリング強化事業研修会. 山梨県中央児童相談所. 2026/2/20. オンライン.

亀岡智美. トラウマインフォームドケア～子どもの臨床において. 第6回大阪教育大学学校安全推進センター・シンポジウム. 大阪教育大学. 2026/3/15. 大阪

酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア～基礎編～. 児童家庭支援センターてんり. 2025/7/4. 奈良. オンライン

酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア. 2025年度JICA課題別研修「災害におけるこころのケア」2025/9/16. 神戸

酒井佐枝子. こどもの虐待防止セミナー研修「トラウマを抱える子どもへの支援と対応」. 北海道社会福祉協議会. 2025/11/11-12/26. オンデマンド

酒井佐枝子. トラウマインフォームドケアの理解と福祉現場での対応. 神戸市民福祉大学児童福祉施設. 2025/10/21. 神戸

酒井佐枝子. トラウマインフォームドケア. 埼玉県社会福祉法人あいの実研修. 2025/12/9. 埼玉. オンライン

酒井佐枝子. トラウマインフォームドケアを学ぶ～行動の背景に目を向ける～. 愛知県精神保健福祉センター. 2025/12/12. 愛知

酒井佐枝子. 支援者のためのトラウマインフォームドケア. 児童家庭支援センターてんり. 2025/12/16. 奈良. オンライン

酒井佐枝子. 発達障害医師養成研修「子どもの発達について」. 大阪母子医療センター. 2026/1/5. 大阪府. オンデマンド

- 酒井佐枝子. 精神保健福祉関係職員研修「PTSDについて」. 名古屋市精神保健福祉センター. 2026/2/4. 名古屋. オンライン
- 酒井佐枝子. 医療観察制度家族勉強会. 2026/2/17. 神戸
- 酒井佐枝子. 障害児支援におけるトラウマインフォームドケア. 令和7年度 第2回磐田学園心理発達支援研修会. 2026/2.19. 静岡
- 三宅和佳子. 子ども虐待とトラウマ. 2025年度 児童虐待防止協会「子ども虐待」基礎講座. 2025.7.26. 大阪 2025.8.1-9.30 オンデマンド
- 三宅和佳子. 子ども虐待とトラウマ～子どもから大人まで～. 児童虐待対策委員会主催研修会 長野県立こころの医療センター駒ヶ根・長野県立子ども病院. 2025.12.12 駒ヶ根 オンライン
- 瀬藤乃理子. 多発する災害の中、しなやかに生きる力 ～求められるレジリエントな支援者～. 第48回日本死の臨床年次大会. 2025/11/2. 盛岡
- 瀬藤乃理子. 災害時のこころのケア～知っておきたい災害精神医学の基礎と被災者対応～. 災害時のこころのケア研修会. 長野県精神保健福祉センター. 2025/11/14. 長野
- 瀬藤乃理子. 節目反応と喪失の悲しみ –大切な人や故郷を支えに生きる–県民フォーラム. いしかわこころのわ. 2025/12/20. 石川
- 瀬藤乃理子. トラウマを抱えた遺族の悲嘆の理解とその支援. NCNP PTSD対策専門研修. 2026/2/9. オンライン
- 瀬藤乃理子. グリーフケアについて(当事者向け). 横浜子どもホスピスプロジェクト. グリーフオンラインセミナー. 2025/5/11
- 瀬藤乃理子. 災害被災者との接し方～2025年1月ロサンジェルス大火災を受けて～. ロサンジェルス・カルチュラル・ニュース オンライン講義. 2025/5/23
- 瀬藤乃理子. 喪失やトラウマと向き合う・支える福島いのちの電話. 春季公開講座. 2025/5/31
- 瀬藤乃理子. グリーフケアについて(支援者向け). 横浜子どもホスピスプロジェクト. グリーフオンラインセミナー. 2025/6/7
- 瀬藤乃理子. グリーフケアの考え方と遺族支援の実際. 全国被害者支援ネットワーク. 助グループファシリテーター育成研修会. 2025/7/5
- 瀬藤乃理子. 原子力災害とメンタルヘルス. 福島県立医大. 令和7年度第1回県外検査機関連絡調整会議. 2025/8/24
- 瀬藤乃理子. 心身の健康を守る職場づくり. ふくしま心のケアセンター. 令和7年度第1回双葉郡8町村総務課合同メンタルケア研修. 2025/8/28
- 瀬藤乃理子. 遺族ケアガイドライン. 日本サイコオンコロジー学会. 登録医申請対象研修会. 2025/9/15
- 瀬藤乃理子. 支援の立場から自死遺族の理解について～見守りから支援まで～. 長崎こども・女性・障害者支援センター. 令和7年度自殺対策研修会～自死遺族支援について～. 2025/10/6
- 瀬藤乃理子. 病休者支援と外部機関の利用. ふくしま心のケアセンター. 令和7年度第2回双葉郡8町村総務課合同メンタルケア研修. 2025/10/17
- 瀬藤乃理子. 原子力災害とメンタルヘルス. 福島県立医大. 令和7年度第2回県外検査機関連絡調整会議. 2025/10/22
- 瀬藤乃理子. 福島県立医大. 令和7年度第2回県外検査機関連絡調整会議. 2025/10/23
- 瀬藤乃理子. 原子力災害とメンタルヘルス. 福島県立医大. 令和7年度第3回県外検査機関連絡調整会議. 2025/11/3

瀬藤乃理子. 死・死別への対応とストレスマネジメント (1) 心肺停止患者の家族への対応
(2) 惨事ストレスや同僚の死へのストレス対処. 大阪市消防局. 救急教育事業. 2026/1/15
瀬藤乃理子. 死・病休者支援と外部機関の利用 (2) セカンドオピニオンの利用. ふくしま心のケアセンター. 令和7年度第3回双葉郡8町村総務課合同メンタルケア研修. 2026/1/23
高山桃香. 心のケア基礎知識. 令和7年度防災教育推進指導員養成講座 [初級編]. 兵庫県教育委員会. 2025/6/23. 兵庫

(4) 学会活動

【座長】

亀岡智美. 一般口演29 ト라우マ2. 第66回日本児童青年精神医学会. 2025/11/14. 福井
三宅和佳子. 一般演題ポスター 養育支援 (子育て支援). 第134回日本小児精神神経学会. 2025/11/8. 大阪
瀬藤乃理子. 事例検討会「つながりを大切にした遺児・遺族支援の検討」. 第8回 日本グリーフ&ビリーブメント学会学術大会. 2026/3/15. 仙台

【学会役員・委員】

亀岡智美. 内閣府こども家庭審議会専門委員
亀岡智美. こども家庭庁・児童買春・児童ポルノ被害児童の保護施策に関する検証・評価専門委員会委員
亀岡智美. JICAトルコにおける地震被災地域の心理社会的支援に係る国内支援委員
亀岡智美. ヨルダン「難民を含む子どもに対するコミュニティレベルの精神保健・心理社会的支援の強化」に係る国内支援委員
亀岡智美. 兵庫県児童虐待防止委員会委員
亀岡智美. 西日本こども研修センターあかし運営委員会委員長
亀岡智美. 兵庫県中央こども家庭センター家庭復帰等評価委員会委員
亀岡智美. ひょうごこどものこころ研究会運営委員
亀岡智美. 大阪府子ども家庭審議会委員
亀岡智美. 大阪府子ども家庭審議会児童措置審査専門分会委員
亀岡智美. 大阪府青少年健全育成審議会委員
亀岡智美. 大阪府児童虐待等危機介入援助チーム委員
亀岡智美. 日本子ども虐待防止学会性虐待ワーキンググループ サブグループ長
亀岡智美. 第25回日本トラウマティック・ストレス学会総会プログラム委員
三宅和佳子. 2023年度～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 理事
三宅和佳子. 2026年2月～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 研修委員会 委員
三宅和佳子. 2025年12月～現在. 日本トラウマティック・ストレス学会 ガイドライン策定委員会 ガイドライン作成グループ委員
三宅和佳子. 2025年2月～現在. 日本精神神経学会 代議員
三宅和佳子. 2025年10月～現在. 日本精神神経学会 児童精神科医療研修委員会 委員
三宅和佳子. 2025年10月～現在. 日本精神神経学会 男女共同参画委員会 委員
三宅和佳子. 2023年度～現在. 日本小児精神神経学会 災害対策委員会 委員
三宅和佳子. 2024年度～現在. 日本児童青年精神医学会災害対策委員会 災害対策協力員
三宅和佳子. 2018年7月～現在. TF-CBT LC研究会 運営委員
三宅和佳子. 2018年7月～現在. 大阪TF-CBT研究会 代表
三宅和佳子. 2017年1月～現在. 大阪自閉症研究会 運営委員

三宅和佳子、2025年4月～現在、近畿児童精神保健懇話会 世話人

瀬藤乃理子、2018年度～現在、日本グリーフ&ビリーブメント学会理事

瀬藤乃理子、2025年度～現在、日本トラウマティックストレス学会理事

瀬藤乃理子、2020年度～現在、日本グリーフ&ビリーブメント学会編集委員会、編集事務局長

瀬藤乃理子、2020年度～現在、日本サイコオンコロジー学会、遺族ケアガイドライン委員、副委員長

瀬藤乃理子、2021年度～現在、日本家族療法学会、災害支援委員会 委員、副委員長

(5) 地域支援活動

加藤寛、2012年～現在、みやぎ心のケアセンター 顧問

加藤寛、2012年～現在、ふくしま心のケアセンター 顧問

三宅和佳子、大阪府処遇困難事例検討会議、乳児院 ガーデンエル、2026.1.14、東大阪

三宅和佳子、大阪府処遇困難事例検討会議、大阪府立こんごう福祉センターさわやか、2026.2.25、富田林

三宅和佳子、大阪府立ライフサポートセンター、トラウマケアグループスーパーバイズ、2025.10.1、堺

三宅和佳子、大阪府立ライフサポートセンター、トラウマケアグループスーパーバイズ、2026.2.25、堺

瀬藤乃理子、2024年～現在、ふくしま心のケアセンター 顧問

(6) その他

亀岡智美、2013年～、大阪府子ども家庭センター「TF-CBT症例検討会議」講師

亀岡智美、2021年度～、大阪府子ども家庭センター「家族機能回復支援担当者のプログラム実施」におけるスーパーバイザー

亀岡智美、兵庫県児童虐待等対応専門アドバイザー

亀岡智美、2021年度～、さいたま市児童相談所、TF-CBTフォローアップ・スーパービジョン講師、

亀岡智美、2023年度～、豊島区児童相談所職員育成に関わる研修講師

亀岡智美、2023年度～、埼玉県児童相談所、TF-CBTコンサルテーション講師、

亀岡智美、2024年度～、品川区児童相談所、TF-CBTコンサルテーション講師、

酒井佐枝子、2023年度、認定特定非営利活動法人 チャイルド・リリース・センター 親支援プログラムDoReMiアドバイザー

兵庫県こころのケアセンター 令和7年度事業報告書

公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構

兵庫県こころのケアセンター

〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

TEL (078) 200-3010

FAX (078) 200-3017

記憶を力に未来を創る
～機関連携で挑む大災害への備え～



公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター



兵庫県こころの
ケアセンター



兵庫県こころの
ケアセンター
YouTube