



Prof. John Devaney

講演・論文集

名古屋大学大学院教育発達科学研究保続教育福祉研究センター

主催：名古屋大学大学院教育発達科学研究科附属教育福祉研究センター
共催：子ども家庭科学研究費補助金事業「チャイルド・デス・レビュー制度をわが国に定着実装するための研究」

国際セミナー 「子どもの権利と社会政策」

2026年1月20日（火）13時30分開始（13時開場）

会場：名古屋大学文系総合館7階カンファレンスホール

地下鉄名城線名古屋大学駅1番出口より徒歩1分

または名古屋大学駅直結ComoNe経由（1階南側出口）

※ハイブリッド同時開催



Prof. John Devaney

エジンバラ大学社会政策学部長
University of Edinburgh
Dean and Head of the School of
Social and Political Science

【基調講演】

「スコットランド地方における子どもの権利法制
と子ども社会政策の展開」

専門：比較社会政策論

家庭内暴力に焦点を当て、子ども家庭福祉政策、子ども期の逆境体験の影響について主に研究。研究ファンドや政府機関、人権擁護団体からの資金提供を得て、様々な研究プロジェクトを実施している。

*AIによる講演の文字起こし（英語）をもとに作成（一部修正）

皆さま、こんにちは。会場にお越しの皆さま、そしてオンラインでご参加の皆さま、本日はありがとうございます。こうして皆さまと一緒できることを、大変光栄に、またありがたく思っております。石井先生、そして今西さんからこのような機会をいただき、ここにお招きいただいたこと、そして子どもの権利という重要なテーマについてお話しする機会をいただいたことに、心より感謝申し上げます。

私たちは、子どもの権利について考えることだけではなく、その権利が実際にどのように実現されるのか、つまり社会としてそれをどう実装していくのかという点にも、共通の関心を持っていると思います。なお、私の英語はAIによって翻訳されていますので、正確に訳されていることを願っております。もし私の話の中で、皆さんが思わず笑ってしまうようなところがあっても、それはそれで構いません。もしAIの翻訳が原因で面白く聞こえてしまったとしても、私自身は何が面白いのか分からないかもしれませんが、どうか温かく受け止めていただければと思います。

私はイギリスのエディンバラ大学から参りました。エディンバラ大学は、イギリスの中でもスコットランドにあります。地図でご覧いただけるように、スコットランドは国の最北部に位置しています。スコットランドがイギリスの一部になったのは、この数百年ほどのことです。ですから、長い間独立した国としての歴史があり、そのため独自の法制度や社会制度なども発展させてきました。イギリス全体に共通してロンドンの英国議会が決める事項もありますが、一方でスコットランドにあるスコットランド議会が法律を定める領域も多くあります。特に子ども・若者の健康、教育、保護、そして親や家族への支援といった

分野は、スコットランド議会が大きな責任を担っています。

本日の私の話は、主にスコットランドにおける動きに焦点を当てます。ただし、そこで起きていることの一部はイギリス全体の議論や流れともつながっています。日本に来ることができて、私はとても楽しみにしておりました。日本は今回で3回目です。ただ、スライドを少し作りすぎてしまったかもしれません。そこで今日は、前半では子どもの権利全般とスコットランドでの最近の動き、そして子どものニーズと権利を最優先にしてどのように子どもと家族への支援を行っているか、具体例を交えてお話しします。そして後半では、「Barnahus」の動きについて少し詳しくご紹介します。これは子どもの権利を基盤として、特に脆弱な状況にある子どもたちのニーズにどう応えていくかを考える取り組みです。虐待やネグレクトから子どもたちを守るだけでなく、回復を支えるために、子ども中心の形でサービスを提供すること、そしてそのサービスの中心に常に子どもの参加があることを目指しています。

私の経歴を簡単にお話ししますと、私は大学で学び、ソーシャルワーカーとして資格を取りました。長年ソーシャルワークの現場で実践をし、政府の仕事に関わっていた時期もあります。そして20年ほど経ったころに、そろそろ違う形で関わりたいと思い、大学に移って研究と教育の仕事をするようになりました。現在はエディンバラ大学で、社会政策・政治学のスクールの学部長を務めています。ただ、どの立場になっても一貫して持ち続けている関心があります。それは、大学が社会に対して研究や思考の力で貢献できるようにすること、そして社会が研究の知見を活かしながらより良い社会をどう作るかを一緒に考えられるようにすることです。

スコットランドを考えると、私たちは「イギリスが国際的に見て非常に豊かな国である」という文脈の中にあります。イギリスに住んでいると実感しにくいこともありますが、経済的には高度に発展した国です。ただ、それでも課題はたくさんあります。その中でも特に大きいのが、富を多く持つ人々とそうでない人々の格差です。こうした問題は、子どもの権利を考える上でも非常に重要です。私たちは、すべての子どもが同じ条件のもとに生まれるわけではないことを知っています。けれども社会としては、子どもが持つ能力や可能性がどのようなものであっても、それが支えられ育まれ実現されるようにしたいはずですが、まずは家庭環境の中で、そして次に教育制度の中で。さらに言えば、政府はあらゆる場面で子どもの最善の利益を中心に置いて行動すべきだと思います。

スコットランドは日本に比べると人口がとても少なく、約560万人です。16歳以下の子どもの割合は16%弱です。そして今、人口動態が変化しています。高齢化が進み長く生きる人が増えています。私の年齢を考えると、それ自体は良いことでもあります（笑）。ただ同時に、子どもや若者の人口が減っていくと、働く世代が減る可能性があります。そうした中で、支援を必要とする子どもたちや高齢者を社会としてどう支えていくのか。社会のバランスをどう取り直すのかが、大きな問いになります。また、スコットランドの人口の多くは、西のグラスゴーから東のエディンバラにかけての細長い地域に集中しています。ここが主要な都市圏です。一方で国土は広く、農村部も非常に多く、サービスも人も分散しています。ですから、子どもや親への支援を考えるときには、サービスが身近にある地域（ただし需要も大きい地域）と、サービスが限られていて距離も遠い地域、その両方を視野に入れる必要があります。

イギリスは裕福な国だと申し上げましたが、それでもスコットランドでは、食料の確保が不安定な家庭で暮らす子どもが21%います。また、ホームレス状態にある子どもや、非常に不安定な家庭状況で暮らし

ている子どもも少なくありません。国が豊かであることは、すべての子どもが良い状態で暮らしていることを意味しません。だからこそ、子どもの権利とは何か、そして政府にはどのような義務があるのか、子どもと家族を支える責任とは何かを丁寧に考える必要があります。

こちらはスコットランド議会です。先ほど昼食の場で議会のあり方について少し話題になりました。スコットランド議会の議場はイギリス全体の議会（ウェストミンスター）とは物理的な配置もかなり異なります。ウェストミンスターでは政府側と野党側が向かい合い強い対立構造になっています。一方スコットランド議会では異なる公約で選ばれた人たちであっても、選出された後は国を運営するために協力していくという理念が背景にあります。もちろん常にそううまくいくわけではありませんが、意図としては良いものだと思います。

スコットランド議会が1999年に復活したとき、私は個人的にとっても良いと思う二つの柱が初期の政策の中心にありました。一つはジェンダー平等です。社会を平等にすること、特に性別による不平等を是正することは政府の責任だという強いメッセージがありました。もう一つは、スコットランドを「子どもが生まれ育つのに世界で最も良い場所の一つにする」という強い誓いでした。こうした目標や理想を持つことは大切です。ただ理想だけでは十分ではありません。行動に変換されなければならないのです。

1999年から少し飛びますが、2024年の夏、スコットランド議会は国連子どもの権利条約（UNCRC）をスコットランドの国内法に取り込みました。これはイギリスの他の地域とは異なりスコットランドだけで実現したことです。私は個人的に、これは非常に前向きな動きだと思っています。なぜなら、UNCRCに書かれている権利が、スコットランドでは法的に実効性を持つようになったからです。つまり、個人や団体が権利が守られていないと考える場合にスコットランドの裁判所に訴えることができるようになります。他の地域では同じ形では実現していません。現時点でこの仕組みに基づいて裁判になった例は多くありません。しかし裁判に至らなくても、この法律化によってスコットランド政府の各部局はUNCRCをどう実施しているのか、どのような義務を負っているのかを常に意識しなければならなくなりました。新しい法律を作るとき、新しい政策を作るとき、行政の進め方を変えるとき、その都度UNCRCに照らして検討することが求められるのです。また、スコットランドが「子どもにとって世界で最も良い場所の一つである」という目標に向けて、実際にどう進んでいるのかを議会が定期的に振り返る仕組みも整えられています。

さらに、この分野で非常に重要な仕組みとして、2004年から「子ども・若者コミッショナー（Children and Young People's Commissioner）」が置かれています。これは政府によって任命されますが、政府から独立した立場を持ちます。過去22年間で現在は4人目のコミッショナーになっています。主な役割は、スコットランドにおける子どもと若者の権利を促進し守ることです。対象は18歳未満に限られず、例えば公的な保護（ケア）を受けていた子どもなど、一部は21歳まで含まれます。コミッショナーの役割は大きく二つあります。一つは、子どもの権利に関する法律の専門家として政府に助言をすることです。もう一つは、政府の「監視役」として機能することです。必要であれば政府を批判できますし、裁判を起したり、政府が子どもたちを十分に守れていないと疑われる事案を調査したりすることもできます。

イギリス全体では、このコミッショナーは4つの地域にそれぞれいます。現在協力して取り組んでいるテーマの一つが、特別な教育的ニーズを持つ子どもたちに、教育制度がどう応えているかという問題です。

この子どもたちが増えているのは、実際に自閉スペクトラムやアスペルガーの子どもが急増したからというより、私たち社会が彼らをより適切に認識し診断できるようになったからです。以前はラベルが付かず、特別な支援の必要性が見過ごされることもありましたが、今は診断によって、明確なニーズを持つ子どもたちがいることが見えやすくなりました。だからこそ、社会として彼らが必要とする教育に平等にアクセスできるようにし、大人として生きていく上で必要な力を得られるようにすることが求められています。子ども・若者コミッショナーたちは、政府に対して教育予算や人的資源を拡充するよう働きかけると同時に、必要があれば個別の子どもや特定の集団のために裁判を通じて権利を守ろうとします。政府が十分に対応していない場合だけでなく、予算が付いていてもその予算が実際にはこの子どもたちのために使われていないと判断される場合もあります。

ここまでお話ししてきた UNCRC の国内法化とコミッショナーの役割は、子どもの権利を本気で実現しようとする社会には、どの社会にも必要となる「制度の骨組み」だと思います。つまり、社会の中で子どもがどのような存在なのか、どのような権利を持ちそれをどう実現していくのかを制度として支える枠組みです。ただ、こうした「上位の仕組み」だけでは十分ではありません。実際に現場でどうするのか、というところに降りていく必要があります。イギリスでは伝統的に、公共サービスは省庁や部局ごとに分かれていて、それぞれが担当領域、目標、優先事項、予算を持っています。日本でも似ているところがあるかもしれません。しかし、私たちが学んできたのは、子どものニーズは人生の一部分に限定されるものではない、ということです。まさにその点において、UNCRC は非常に有効だと思います。UNCRC は、子どものニーズを個別に、かつ全体として捉えることを可能にしてくれるのです。子どもができるだけ豊かな人生を送れるようにするために、様々な要素がどう結びつき、どう支え合うべきかを考えさせてくれます。教育だけでなく、スポーツやものづくり、芸術など、子どもが学ぶ場は生活のあらゆるところにあります。

さて、スコットランド議会在が1999年に初めて開かれたとき、「子どもを大切にし、子どものために正しいことをする」という約束が掲げられました。これは、政府が委託して作成された Scotland's Children（「スコットランドの子どもたち」）という報告書によって、具体的な方向性として示されました。この報告書では、各省庁や各部局の仕組みがもっと相互につながる必要があることが指摘されました。つまり、政府全体として子どものニーズを満たし同時に権利を守るために、どのようなビジョンを持って動くべきかを明確にしなければならない、ということです。また次のような点で制度全体の改善が必要だとも示されました。政府や公的機関は子どもや家族に関する情報をどう共有するのか。特別な支援が必要な子どもたちも含めて、子どものニーズをどう評価するのか。子どもの生活全体を見通したうえで資源（お金や人手）をどう配分するのか。子どもの暮らしを細かく分断して扱うのではなく全体として捉えるにはどうすればよいのか。こうした取り組みを経て政府はさらに作業を進め、2006年に Getting It Right for Every Child (GIRFEC) という枠組みを発表しました。これはスコットランドにおける子ども支援の全体戦略で、子どもを「全体として」捉えることを目指しています。

お配りしている資料で見ていただいたほうが分かりやすいかもしれませんが、この枠組みが大切にしているのは「私たちが自分の子どもに願うことは何か」という視点です。私たちは、自分の子どもには例えば次のように育ててほしいと思うはずですが、自信を持った人として育ててほしい。責任ある市民として育ててほしい。子どもとしても大人になってからも社会に貢献できる人になってほしい。学び手として成功

し、学校教育だけでなく人生のさまざまな機会を活かせる人になってほしい、等です。そしてこのような大きな目標をより具体的に示したものがSHANARRI（シャナリ）です。これは子ども支援で特に意識すべき領域を示すキーワードで、例えば次のような項目があります。子どもが達成していくこと（Achieving）、大切に育てられること（Nurtured）、活動的であること（Active）、尊重されること（Respected）、責任感を持つこと（Responsible）、包摂されること（Included）、安全であること（Safe）、健康であること（Healthy）などです。これらについてそれぞれ担当する部局がある程度は割り当てられています。しかし実際には、子どもがこうした状態を実現できるよう支える責任は社会の中の「誰もが」担っている、という考え方です。

私は、この枠組みはとても有用だと思っています。なぜなら子どもが学校に行く目的は基本的にはカリキュラムを学ぶことですが、子どもは学校でそれ以上のことを学ぶからです。仲間と過ごし思いやりのある大人と出会い、学校という環境の中で社会性や安心感など幅広いものを獲得します。また学校は課外活動への入口にもなります。スポーツや文化活動などさまざまな学びの機会につながり、子どものその後の人生を広げていく「踏み台」になります。この会場にいらっしゃる皆さんの中にも、教育によって大きな恩恵を受けた方がいると思います。私自身もそうです。子どもの頃から大人になってからまで、教育が私の可能性を開いてくれました。家族の状況だけでは得られなかった機会を教育が「トランポリン」のように跳ね上げてくれたのです。今日こうして日本に来て皆さんの前でお話してきているのも、その一つだと思っています。

ただし、こうした法律や枠組みが整っていても課題は残ります。大きく二つのレベルで課題があります。一つ目は、スコットランドでは「子どもの権利」を前面に出すことが適切なのか、という議論が続いていることです。これは子どもに権利がないと言っているわけではありません。むしろ「権利」という言葉にとどまらず、もっと大きく子どものウェルビーイングを考えるべきではないか、という問題意識です。つまり、子どもの権利を実現した結果として子どもにどんな状態になってほしいのか。私たちは何を目指しているのか。そう考えると、「権利」という言葉を中心に据えるのか、それとも「子どものウェルビーイング」を中心に据えるのか、という問いが出てきます。もちろん権利とウェルビーイングは密接につながっています。ただ、こうした議論があることで私たちは「結局、何を実現したいのか」をよりはっきり考えられるようになります。例えば、すべての子どもに教育を受ける権利があり、学校の席が用意されていたとしても、その学校の中で、その子の個別のニーズが十分に満たされなければ、学校に通うことで得られる利益は子どもによって違ってしまいます。ある子には大きな利益になる一方で、別の子には十分に利益が及ばない、ということが起こり得ます。子どもの権利を重視する人たちは「それは権利の理解として不十分だ」と言うかもしれません。権利は集団としての側面もあれば個人としての側面もある。言葉尻にとらわれるべきではない、という議論もあります。とはいえ、スコットランドでは実際にこの議論が続いており、日本でも同じような議論があるのか、私はとても興味があります。

二つ目の課題は、子どもの権利が注目されるにつれて「親の権利」を強調する声も強くなってきたことです。子どもを親から切り離して考えるべきではない、という主張です。一方で、私の専門的な経験から言えることですが、すべての親が常に子どもの最善の利益に沿った行動をできるわけではありません。親がとても大切な存在であることを前提としつつも、親の状況や信念によって子どもにとって必要なことが十分に行われないこともあります。では、どう考えればいいのか。そこに難しさがあります。

この点に関連して、GIRFEC をめぐって 2019 年に法的な争いが起きました。政府はスコットランドで生まれたすべての子どもに対して「担当専門職」を配置する仕組みを作ろうとしました。この担当専門職は、親が子育てや家庭のことで支援を求めたいときの最初の窓口になります。同時に、他の専門職がその子どもについて情報を得たいときや懸念があるときにも、最初に連絡する窓口になります。狙いは、誰かが「その子どもを中心に置いて考える」役割を持つことです。家庭が困難を抱え始めている兆しがあれば早期に支援を提案できるようにする。あるいは支援が拒まれた場合でも、必要なら行動すべきかどうかを判断できるようにする、という考え方です。しかし、この仕組みに対して一部の親や親の団体が「国家の過剰介入ではないか」と訴えました。国家が家庭と子どもを監視するようなものになり、あまりに侵襲的だ、という主張です。彼らは子どもに権利があること自体に反対してはいたわけではありません。ただ「その権利を実現する第一の責任は親にあるべきだ」と言ったのです。国家の役割は親が必要としたときに支援することに限るべきで、親が十分にできていないと国家が判断して介入する方向に進むべきではない、というわけです。もちろん、その親の団体も重大な虐待がある場合に国家が介入することには反対していません。しかし日常的な子育ての領域にまで国家が入り込み、親に指示をするようになるのではないか、という点を強く懸念していました。この例が示しているのは、スコットランドが過去 20 年ほどとても進歩的に子どもと子どもの権利を考えてきたとしても、それは単純ではない、ということです。子どもの権利は親の権利と並べて考える必要があります。親と子どもは家族の一部として存在しています。三つの権利(子どもの権利、親の権利、家族としてのあり方)がどう交差し、どう入れ子になり、時には別々のものとして扱う必要があるのか。そうした点が政策立案者の間でもより意識されるようになってきています。

さて、ここからは、子どもの権利と親の権利が「日々の生活の中でどのように具体化されているのか」を目に見える形の取り組みとしていくつかご紹介します。先ほど申し上げたように、すべての子どもが同じ状況に生まれるわけではありません。非常に貧困の中に生まれる子どももいます。一方で物質的には豊かに見えても、情緒的な刺激やケアが乏しい、いわば別の形の貧困の中にいる子どももいます。貧困はさまざまな形で現れます。スコットランド政府が特に重視したことの一つは、事故や病気ではなく「基本的なニーズが満たされない状況」から子どもが命を落とすことを減らす、ということでした。また、親が子どもを愛していないからではなく善意から行っていることでも、子どもにとって安全ではない育児習慣があることが分かっています。例えばイギリスでは赤ちゃんを親がベッドに連れてきて一緒に寝る、いわゆる添い寝が珍しくありません。授乳のためであったり、家が寒かったり、赤ちゃんを暖かくしたいという気持ちから行われることも多く、とても理解できます。しかし、私はこれまでの仕事の中で添い寝中に赤ちゃんが亡くなるケースをあまりにも多く調査してきました。赤ちゃんが暑くなりすぎて体温調節ができなかったり、大人が寝返りで上に乗ってしまったり、壁とベッドの隙間に挟まって窒息してしまったりすることがあります。もちろん、そうした悲しい出来事だけが問題ではありません。赤ちゃんを育てるために必要な基本的なものを、親が十分に用意できない状況も多くあります。赤ちゃんが生まれた時期は親にとって本当に費用がかかる時期でもあります。

そこで私たちは、他国でどんな取り組みが行われているのかを調べました。研究として効果があり、公衆衛生の面でも意味があり、しかも親にとって「ありがたい」と感じられるような取り組みはないか。そこで見つかったのがベビーボックスです。ベビーボックスは、スコットランド政府が「スコットランドで生まれるすべての子どもは等しく大切です」と示す、とても分かりやすい象徴でもあります。ベビーボック

スは、実際に箱として配られます。その中には、生後数か月の赤ちゃんとお母さんに必要なものが入っています。服、寝具、おむつ、そして本などです。もちろん赤ちゃんは本を読めませんが、お母さんが赤ちゃんに関わることが大切ですし、読み聞かせは親子にとって楽しく心地よい時間になります。こうしたものを贈ることで、「あなたも、あなたの子どもも、等しく大切な存在です。これは新しい命の誕生を祝う、スコットランドからの贈り物です」と伝えるのです。そして実用面でも家計の負担を少し軽くします。また「親の責任は身体的なケアだけではなく、知的なケアや刺激も含むのだ」というメッセージにもなります。さらに、この箱自体が簡易ベッド（クレードル）として使えるのも重要です。親は箱をベッドの横に置いて、赤ちゃんをそこで寝かせることができます。授乳やあやすために一時的に赤ちゃんを抱き寄せ、また箱に戻すことができます。もちろん、多くの家庭はベビーベッドを買えるでしょうが、買えない家庭もあります。そして公衆衛生の観点からも「添い寝は危険があるので、赤ちゃんには安全な寝場所を」というメッセージを伝えられます。ベビーボックスには多少の費用がかかりますが、政策としてはそれほど高額ではありません。そして親たちに話を聞くと、家庭の状況にかかわらず、この取り組みをととても肯定的に受け止めていることが多いのです。政府が親を「説教する」ように見られることもありますが、これは非常に実用的な支援でもあります。

次に紹介するのは、別の意味で「反対側」にある取り組みです。スコットランドには長い間、親が子どもの養育をできない場合には、国家が介入して子どもを保護するという歴史があります。親が病気で育てられない場合もありますが、多くの場合は、子どもが十分にケアされておらず公的な保護（ケア）に入るケースです。しかし、過去 20～30 年の中で、国家によるケアは必ずしも質が高いとは限らないことも分かってきました。たとえ一定の質が確保されていても、親と切り離されることが長期的に見て子どもにとって良いとは限りません。実際に、家庭から離れて育った子どもたちが成長後に生まれた家族のもとへ戻ろうとする例もよく見られます。そこでスコットランド政府は、ケアシステムの見直し（レビュー）を行いました。そしてそのレビューが示したのは、スコットランドは子どもたちに対して「約束」をする必要がある、ということでした。その約束とは、第一の優先が「子どもを安全にすること」そのものではなく、「子どもが生まれた家族の中で安全に暮らせるようにすること」を第一の優先にする、ということです。この言葉の微妙な違いはとても大切です。子どもを家庭から救い出すことに焦点を置くのではなく家庭への投資に焦点を移すのです。親は時にとても難しい役割を担っています。親をどう支えるのか。親が困難を抱えているなら、メンタルヘルス、依存の問題、パートナー関係など、親自身が必要な支援を受けられるようにし、結果として子どもが家族と離れずに済むようにする。その方向に重心を移す、ということです。つまり、「国家による保護をなくす」ではありません。ただそれを使うことにはもっと慎重になる。そしてそのためには家族支援にもっと投資しなければならない、という約束です。

最後の例として、政策づくりに子ども・若者をどう関与させるか、という話をします。UNCRC は、子どもが自分に影響する意思決定に参加できるようにすることの重要性を強く述べています。イギリスでは個別の子どもの生活に関する意思決定に子どもを関与させることについてはある程度前進してきました。もちろん完全ではありませんが、以前よりはずっと良くなっています。しかし、法律や政策そのものを作る過程に子どもや若者をどう関与させるのか、という点は十分に焦点化されてきませんでした。そこで紹介したいのが Everyday Heroes という取り組みです。およそ 15 年前、スコットランド政府はジェンダーに基づく暴力への新しい政策を作ろうとしていました。主な対象は大人でしたが、子どもたちも家庭の中

で親密なパートナー間暴力を目撃したり、被害を受けたりしているという認識がありました。予防と対応の戦略を作るなら、子どもも大人と同じように「被害者」として捉える必要がある、という発想です。しかしそれまでの政策づくりは、専門職が部屋に集まり、時々大人の被害経験者の声を聞く、という形が中心でした。子どもを政策づくりに関与させる発想はほとんどなく、「子どもには政策について語る能力がない」と考えられていたからです。けれども、こう問い直すべきです。もし政策が子どもに適用されるのなら、子どもが意味のある形で参加できる政策づくりとは、どういうものなのか。Everyday Heroes は、そのために立ち上げられました。親密なパートナー間暴力がある家庭で暮らした経験を持つ若者たちが政策担当者や政治家に対して助言するグループとなり、政策に何が含まれるべきか、そして「安全」と「子どもの主体性 (agency)」のバランスをどう取るかを一緒に考えました。私の同僚のクレア・ホートン (Claire Houghton) はこの取り組みに深く関わりました。当時は政府職員で、現在はエディンバラ大学にいます。クレアは若者たちを集め、政策づくりに参加するための方法論を作りました。彼らは 2 年以上にわたり定期的に集まり、第一大臣とも面会し、政党を超えた政治家や官僚と協働しながら政策を形にしていきました。この取り組みは、以前お話ししたローラ・ランディ (Laura Lundy) の子どもの参加に関する研究とも関係しています。クレアはその理論を政策領域へと発展させ、「政策づくりの場で、子どもの参加とは何か」を具体化しました。ここで重要なのは、子どもの主体性をどう支えるか、大人と子どもの間、あるいは政策過程のアクター間にある権力差をどう扱うか、そして「参加させること」自体が目的ではない、という点です。子どもたちが示した視点が実際に聞かれ、行動に反映されることが目的です。もし反映できないなら、なぜできなかったのかを大人が説明し、責任を負う必要があります。これは、UNCRC の参加の権利を、個別の場面だけでなく政策レベルで実現しようとする、とても重要な事例だと思います。

今日は時間の関係でスライドをすべては扱いませんが、次にスコットランドで始まった新しい取り組みである Bairns Hoos (バーンズ・フース) についてお話しします。これは、ここまで述べてきたポイントをさらに具体的に示す例でもあります。スライドは会場の皆さんには配布されていますね。オンラインの皆さんも、もし必要でしたら後ほどお渡しできますので、関心のある点があればぜひご連絡ください。スライドが多い理由が、少しお分かりいただけるかもしれません。では、Barnahus とは何でしょうか。それでは、Barnahus とは何か、というところからお話しします。

Barnahus は、アイスランド語の言葉です。アイスランドはヨーロッパとグリーンランドの間にある、とても小さな国です。もしグリーンランドがアメリカに取り込まれるようなことがあれば、次はアイスランドではないかと不安に思っている、といった話もあります。けれどもアイスランドは本当に美しい国です。もし行かれたことがないなら、ぜひおすすめしたい場所です。火山島ですので、日本の一部とも少し似ているところがあるかもしれません。荒涼としているように感じる一方で、とても美しい、そんな場所です。島としては大きいのですが、人口はとても少ない国です。ただ、アイスランドは、ヨーロッパと北米の間に位置する国として「両方を見ながら」学ぶことに興味を持っていました。つまりヨーロッパの社会福祉モデルから学びつつ、北米が伝統的に強い「エビデンスに基づくアプローチ」からも学び、社会問題への対応をより良いものにしていくことを目指していたのです。アイスランドは人口が約 40 万人ほどで、国際的に見れば比較的豊かな国でもあります。それでも、皆さんの国や私の国と同じように、子育ての責任を負うこと

が難しい家庭があったり、家庭の中あるいは家庭の外で子どもが害を受けることが起きたりします。どの国にも社会問題はあり、ということです。

アイスランドが気づいたのは、こうした比較的限られた数の「脆弱な状況にある子どもたち」に対してサービスが分断されてしまっており、支援を受ける子どもたちの経験が最適ではない、ということでした。そこで彼らは北米の例に目を向けました。北米には「子どもアドボカシーセンター」という仕組みがあります。そこではさまざまな専門職が一つの場所で連携し、虐待やネグレクトを経験した子どもたちの幅広いニーズに対応します。アイスランドはこのモデルを取り入れつつ、北米のやり方をそのまま持ち込むのではなく、ヨーロッパの文脈に合う形に調整したいと考えました。そこで生まれたのが、子どもアドボカシーセンターの欧州版とも言える Barnahus です。最初の Barnahus は 1998 年にアイスランドで設立されました。それ以降、このモデルはヨーロッパ全体に広がっていきました。初期はノルウェー、スウェーデン、フィンランド、デンマークといった北欧・北方諸国が中心でしたが、そこから南へ、ヨーロッパ各地へと広がっていきました。

Barnahus のビジョンは、国連子どもの権利条約 (UNCRC) に基づき「子ども」と「子どものニーズ」をあらゆる中心に置くことです。少なくとも私の国では、子どものために真剣に取り組む組織やサービスはたくさんあります。しかし、それぞれが別々に動いていて連携が弱いことがあります。そうすると、家族は同じ話を別々の機関で何度も説明しなければならないことになります。特に子どもが受けた被害について繰り返し語らされることは、子どもにとって非常に苦しいことです。その結果、支援の対応も断片的になってしまい、専門職は「並行して」仕事をしているだけで本当の意味で「一緒に」動いていない状態が生まれます。Barnahus は、そうした状況を変える機会になります。子どもと親に対してより質の高いサービスを提供できるだけでなく、UNCRC に書かれた子どもの権利を実質的に実現することにもつながります。また、ヨーロッパのさまざまな基準や法的要件とも整合させる仕組みでもあります。

スコットランドでは、2023 年 8 月に最初の Barnahus、私たちが Bairns Hoos と呼んでいる施設を開設しました。これまでの学びについては後ほど少しお話しします。Barnahus の目的は複数機関・多職種による連携を強化し改善することです。ただ、それだけでは十分ではありません。連携が強化されても子どものニーズを中心に置いていなければ意味がありません。すべての専門職や組織の動きが子どもを中心にして組み立てられ、子どもや若者にとって「目に見える利益」が生まれなければならないのです。また Barnahus の価値は単に「一つの建物に集まる」ということだけではありません。そこに関わる専門職や機関が子どものニーズの理解について共通の倫理観、共通の姿勢を持ち、本当に「つながった形」で働くことが大切なのです。根本には、こういう問いがあります。「私たちは、子どもたちにどうすれば信頼してもらえるのか。」「その子を尊重していることを、どう示せるのか。」「その子が経験したことを理解していると、どう伝えられるのか。」そして、「専門職が互いにきちんと連携し、子どもにとってより良い結果につながるようにできるのか。」そのことが中心にあります。

現在 Barnahus モデルは、ヨーロッパの約 26 か国で実施され、100 以上の施設が存在します。北欧諸国では 20 年以上の実践が積み重なっています。一方でスコットランドのように新しい国もあります。私たちは最初の Bairns Hoos を開設し、今後数年のうちにさらに 10 か所程度を開設する予定です。これは他のヨーロッパ諸国でも同様です。ただし、ヨーロッパ中に Barnahus があるとはいえ、それぞれ少しずつ

形が違います。これは大切な点です。ヨーロッパは一つの国ではなく、法制度、サービスの組織の仕方、文化や規範が国によって異なるからです。Barnahus はそれらの違いを消すためのものではありません。違いを尊重しながら共通の働き方を作る試みです。ヨーロッパには Barnahus Network というネットワークがあり、これらの国々の活動を調整しています。そして UNCRC の条文に沿って「どう実践に落とし込むか」を示す一連の品質基準があります。どの国の Barnahus であっても、この基準を一定の質で満たすことが求められます。

その基準の中には非常に実務的なものもあります。例えば司法面接の基準です。これは、子どもが被害を明かした、あるいは被害が疑われる場合に、専門職が特定の方法で聞き取りを行い、その記録が必要に応じて裁判で証拠として使えるようにする面接です。特に近年は、子どもが国境を越えて人身取引に巻き込まれる、あるいはオンライン上で被害を受けるなど、状況が複雑化しています。その場合、子どもが面接を受ける場所と加害者が訴追される場所が同じ国とは限りません。だからこそ、国際的に一定水準の面接ができることが重要になります。一方で、基準にはサービス提供の質だけでなく UNCRC の理念を反映した「包摂性」に関するものもあります。例えば、障害のある子どもは、障害のない子どもより虐待や不適切養育のリスクが高いことが知られています。また、そうした子どもへの聞き取りや医療的証拠の収集はより難しくなることもあります。必要なケアの結果として生じた傷なのか、虐待によるものなのかの判断が難しい場合もあります。Barnahus は、そうした状況でも子どもが利用しやすいように設計されなければなりません。さらに、施設的环境は「専門職が働きやすい職場」ではなく、まず「深いトラウマの中にある子どもにとって必要な環境」であることが求められます。もちろん専門職の働きやすさも重要です。しかし、優先順位としては子どものニーズを中心に置く、ということです。

スコットランドのビジョンとしては、今後数年のうちに、虐待やネグレクトの被害者、そして当初は目撃者も含めた子どもたちが、Bairns Hoos を利用できるようにしたいと考えています。そこでは聞き取り、ニーズの評価、必要な支援を一つの場所で受けられます。さらに重要なのは、他の子どもを傷つけた子どもであっても、まず「子どもとして」捉えるべきだという考え方です。スコットランドでは刑事責任年齢は 12 歳で、以前は 8 歳でしたが引き上げられました。12 歳未満で他の子どもに対して問題行動があった場合、その子も Bairns Hoos に紹介され、ニーズを評価し支援を受けるべきだと考えています。もちろん他の子どもへのリスクがあれば制限は必要です。しかし、それによってその子自身のニーズへの支援を放棄するべきではありません。Bairns Hoos は単なる建物ではなく実践のモデルです。農村部のように非常に広域で、子どもが何百キロも移動しなければならないような地域では、建物に来させるのではなくサービスが子どものところへ行く形が必要になります。つまり、同じ理念のもとで地域の条件に合わせた形を取るのです。

また、ちょうどクリスマス前に私たちは「早めのクリスマスプレゼント」のようなニュースを受け取りました。スコットランドがイギリスの中で最初に Barnahus モデルの展開を決めた地域でしたが、クリスマス直前、イングランド政府もこのモデルをイングランド全体に広げることを決めました。イングランドは人口がはるかに多いので、恩恵を受ける子どもも非常に多くなります。運営の形は地域によって違います。スコットランドでは地方自治体を中心となり、警察や保健医療などが一体となって担います。一方イングランドでは保健医療サービスが主導しつつ、司法、地方自治体、ソーシャルワークも関与する形になります。

私が所属するエディンバラ大学も、この Bairns Hoos の立ち上げと評価に最初から関わってきました。2019年頃から準備が始まり、2020年に資金が確保されました。評価研究を主導しているのは、同僚のメアリー・ミッチェル (Dr Mary Mitchell) です。もし関心があれば、メアリーとローラ・ランディ (Laura Lundy) による論文などもあります。Barnahus モデルが子どもの参加の権利をどう実現するか、という点を扱っています。スコットランドで興味深いのは、最初の日から子どもと親が建物の物理的な設計に参加したことです。大人が「こうだろう」と予測するのではなく、子どもの声を聞き、それを反映するという姿勢です。子どもたちは室内の温かく歓迎的な空間だけでなく、屋外の空間も欲しいと言いました。植物があり、人目を気にせず静かに座れる場所。新鮮な空気が落ち着きをもたらすという感覚です。内装についても意見が出ました。建築家は明るく派手な色が良いのではと考えていましたが、子どもたちは「日光が入る明るさは欲しいけれど、色は落ち着いたものがいい」と言いました。トラウマの直後に来る場所なので、刺激が強すぎると感覚が過負荷になるからです。また、年齢によって必要なものが違う、という点も強調されました。3~5歳の子どもと13~15歳の若者では、求める環境が違います。こうした意見を反映したことで、建物はより機能的でトラウマに配慮した設計になりました。

さて、ここで重要になってくるのが「評価」です。この新しいモデルには、大きな投資が必要です。建物にお金がかかりますし、専門職も普通の職場を離れて別の場所に集まります。そこで私たちが問わなければならないのは、次の点です。「このモデルが子どもと若者にどのような違いをもたらすのか、測定できるのか。」「その違いは、投資に見合う価値があるのか。」メアリーとチームは、プログラム理論を作る作業を進めています。つまり、5年後、10年後に「成功」とはどんな状態かを明確にし、そこに到達したかどうかをどう判断するか、という枠組みです。これによって、成果が実証できるなら、将来も資金を継続すべきモデルだと示すことができます。ただし成果は子どもに対してだけでは足りません。サービスの側にとっても機能しなければ、継続できません。例えば刑事司法の領域では、成功を「裁判に進んだ件数」や「有罪判決の割合」で測ることがあります。加害者が子どもにとって危険な存在であるなら、責任を問うことは重要ですし、公正な裁判手続きは必要です。その意味で、Barnahus モデルによって有罪率が上がるかどうかは一つの重要な成果になり得ます。しかしそれだけが成果ではありません。実際には、裁判に至らないケースが非常に多いからです。そこで別の「正義」の捉え方が必要になります。子どもは、自分が信じてもらえたと感じているか。自分が話したことに、専門職が役に立つ形で応えてくれたと感じているか。より安全になったと感じているか。ニーズが満たされたと感じているか。そして何より、回復のプロセスを始められているか。こうした「測定しにくい成果」は、従来の刑事司法の成果よりもむしろ重要かもしれません。だからこそ、プログラム理論やロジックモデルが必要なのです。何を目指しているのか、どうすれば「到達した」と言えるのかを明確にし、それを測定できるようにする。そうすることで、研究者だけでなく、現場のサービスや政府も、このモデルが従来より子どものニーズをより良く満たしているのか判断できるようになります。

このスライドにあるのは、約18か月前に作成された報告書で、スコットランドの Bairns Hoos の初期段階をまとめたものです。右上の小さな写真から建物の雰囲気少し伝わるかと思います。そこは事務所のような場所というより、家庭のように落ち着ける場所で、とても居心地の良い空間です。これまで、子どもたちが支援を受けるときは、とても分断された体験になりがちでした。聞き取りは警察署、医療的な検査は病院、カウンセリングは別の場所、というように移動が必要で、関わる人も場所も変わります。今は、

子どもが一つの場所に来て、同じ人たちと継続的に関わりながら支援を受けることができます。その結果、子どもたちはより安心しやすくなっています。そして建物そのものも、トラウマを抱える子どもを支えることを前提に設計されています。

ここまでの学びは、新しい実践モデルを導入するときの一般的な示唆にもなります。ヨーロッパを見ても、Barnahus を主導する組織は地域によって違います。地方自治体が主導する場合もあれば、警察などの司法機関が主導する場合、保健医療機関が主導する場合もあります。しかし重要なのは「どこが主導するか」そのものではありません。主導する側が、ここが多職種連携の場であることを理解し、他の組織も当事者意識を持てるようにすることが大切です。子どものニーズを全体として捉えるなら、健康だけ、司法だけ、ケアだけを優先することはできません。子どもにとってはすべてがつながっているのです。だからこそ、共同のビジョンが必要になります。専門職はそれぞれ自分の領域を大切にします。医療は医療が重要だと思っでしょうし、司法は司法が重要だと思っでしょう。それは自然なことです。ですが、子どもの視点ではこれらは分けられません。そのことが、施設の目的や目標に反映される必要があります。また、共同の計画とガバナンスも不可欠です。経験上、組織が資金を出していない場合、そのサービスに対するコミットメントが弱くなりがちです。資金的な負担があることで当事者意識が生まれる面があります。ただ本当に大切なのは、資金以上に「組織としての所有感」です。そのサービスを年次計画の中核として位置づけ、頼まれたときだけ関わるものではなく「自分たちの仕事の一部」として担うことが重要です。また、子どもと若者との共同設計が重要だと申し上げましたが、専門職との共同設計も同様に重要です。ここは専門職が働く場でもありますから、機能しなければいけません。例えば医療専門職にとって、法医学的な医療室がどのようなべきかは極めて重要です。ただそれだけに偏るのではなく、聞き取りの部屋や回復支援の部屋の意味も理解し、価値を共有する必要があります。

Barnahus ではよく「4つの部屋」という言い方をします。1つ目は、子どもが被害を明かした後に話を聞く面接の部屋。2つ目は、健康ニーズを確認する医療の部屋。3つ目は、養育や保護の部屋（特に加害者が親の場合などに重要です）。4つ目は、回復の部屋（長期的な心理支援や治療的支援）です。イギリスでは、このうち面接、医療、保護の3つは政府機関が提供し比較的資源がつきやすいのですが、回復支援は非営利団体に委ねられて資金が乏しいことが多い、という課題がありました。もし4つすべてが子どもにとって重要だと本気で考えるなら、同じように資源を配分する必要があります。

私はここまで、標準の重要性、地域に応じた提供の仕方、そして「アウトプット」ではなく「アウトカム（成果）」に焦点を当てることを述べてきました。最後に、スコットランド議会の再設置以降、子ども・若者政策の中で見られる傾向を簡単にまとめたいと思います。第一に、子どもの生活をより「生態学的」に捉えるようになりました。教育を教育だけで、健康を健康だけで、という縦割りを崩し、相互に関係するものとして考える視点が強まりました。子どもが健康でなければ学校に行けませんし、学校は健康やウェルビーイングを促進する場にもなり得ます。これらは切り離せません。第二に、予防と早期介入への関心が高まりました。悪い出来事が起きないように防ぐこと、あるいは起きたとしても早く介入し、子どもの人生の軌道が大きく変わってしまわないようにすることです。第三に、特にスコットランドでは、社会正義への政治的コミットメントが強いと感じます。これは成果を改善するだけではなく、年齢や状況にかかわらず「一人ひとりにとって正しいことをする」という姿勢です。その結果として、イギリスの他地域とは異なる予算配分がなされることもあります。例えばスコットランドでは、幼い子どもを持つ家庭への

経済的支援が手厚く、そのために私のような人間は、イングランドに住むより税金が高くなります。私はそれが適切だと思っていますし、多くのスコットランドの人々も同じ感覚を持っています。第四に、サービスの連携の重要性です。政策文書に「連携しましょう」と書くだけでは足りません。現場の専門職の日々の実践、そして組織としての実践の中に、連携が根づく必要があります。第五に、子どもの声を本当に生かすことです。個別の意思決定で子どもの声を聞くことだけでなく、子ども・若者の集団を政策づくりに関与させることも重要です。子どもたち同士がアイデアを出し合い、検討し合い、大人が思いつかないような視点を生み出すことができます。第六に、子どもの権利が法律に組み込まれたことは、とても前向きな変化です。法律は政府の意図を示すだけでなく、実際にうまく機能しているかどうかを報告させ、振り返り、改善することも促します。政府が法律を作ったら終わりではなく、その後も反省的に検証し、より良くすることが求められます。そして最後に、常に焦点を当てるべきなのは「成果」です。何か活動をしていること自体が目的ではありません。「もし私たちが本当にうまくやれているとしたら、それはどんな姿なのか」。その問いを私たちは繰り返し持ち続け、そこに向かって努力し続ける必要があります。

本日はお時間をいただき、ありがとうございました。残り時間が限られていますが、質問も喜んでお受けします。また、メールでのフォローアップも歓迎いたします。改めまして、本日お招きくださった皆さまに心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

Adverse Childhood Experiences: Beyond Signs of Safety; Reimagining the Organisation and Practice of Social Work with Children and Families

Trevor Spratt^{1,*}, John Devaney ² and John Frederick³

¹*Trinity Research in Childhood Centre, Trinity College Dublin, University of Dublin, Dublin DO2 T253, Ireland*

²*School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK*

³*School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK*

*Correspondence to Trevor Spratt, Professor in Childhood Research, Trinity Research in Childhood Centre, 30 Anglesea Street, Dublin DO2 T253, Ireland. E-mail: spratt@tcd.ie

Abstract

While an adverse childhood experience (ACE)-informed approach to child protection and welfare has become influential in USA, it has had markedly less influence in UK, this despite growth in adoption of ACE research as a basis for understanding population needs and aligning service delivery amongst policymakers and other professional groups. In this article, we note the development of ACE research and draw out implications for social work with children and families. We argue that current organisational and practice preoccupations, drawing on the example of the *Signs of Safety* programme, together with antipathy to ACEs in some quarters of the social work academy, have the effect of reifying a short-term and occluded view of the developing child's needs so as to obstruct the systemic analysis and changes necessary to ensure that the child welfare system is redesigned to meet such needs. This suggests that post-Kempe era child welfare services are no longer conceptually or systemically adequate to protect children beyond immediate safety outcomes and consequently we need to reimagine their future.

Keywords: adverse childhood experiences, signs of safety

Accepted: February 2019

British Journal of Social Work (2019) 49, 2042–2058

doi: 10.1093/bjsw/bcz023

Advance Access Publication March 8, 2019

逆境的小児期体験：Signs of Safety（安全の兆候プログラム）を超えて——児童と家族へのソーシャルワークの組織と実践を再構想する

著者：トレヴァー・スプラット 1（*）、ジョン・デヴァニー²、ジョン・フレデリック³

1 ダブリン大学トリニティ・カレッジ、トリニティ・リサーチ・イン・チャイルドフード・センター（アイルランド共和国ダブリン DO2 T253）

2 エディンバラ大学社会政治科学部（英国）

3 エディンバラ大学社会政治科学部（英国）

* 連絡先：トレヴァー・スプラット教授（児童研究）、トリニティ・リサーチ・イン・チャイルドフード・センター、30 Anglesea Street, Dublin DO2 T253, Ireland. E-mail: sprattt@tcd.ie

要旨

逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences：ACE）に基づくアプローチは、児童保護および福祉の分野において米国では大きな影響力をもつようになってきている一方で、英国においてはその影響は著しく限定的である。これは、政策決定者や他の専門職集団のあいだで、人口集団のニーズを理解し、サービス提供を統合させるための基盤として ACE 研究の採用が拡大しているにもかかわらず、である。

本稿では、ACE 研究の展開を概観し、それが子どもと家族を対象とするソーシャルワークに対してもつ含意を明らかにする。私たちは、現在の児童福祉における組織運営および実践の関心が、Signs of Safety プログラムに代表される枠組みに強く依拠していること、さらにソーシャルワーク研究の一部に見られる ACE に対する否定的態度が重なり合うことで、次のような問題を生み出していると主張する。すなわち、発達過程にある子どものニーズが、短期的で、かつ重要な側面が見えにくい形で固定化（実体化）されてしまうのである。その結果、そうしたニーズに応えるために不可欠な体系的な分析や制度的変革が妨げられ、児童福祉システムを再設計することが困難になっている。このことは、いわゆる「ケンペ後時代（post-Kempe era）」における児童福祉サービスが、もはや概念的にも制度的にも、即時的な安全確保という成果を超えて子どもを保護するには十分ではなくなっていることを示唆している。したがって、私たちはその将来像を再構想する必要がある。

キーワード：逆境的小児期体験（ACE）、Signs of Safety

受理：2019年2月

British Journal of Social Work (2019) 49, 2042–2058

doi:10.1093/bjsw/bcz023

オンライン先行公開：2019年3月8日

序論

デイヴィッド・フィンケルホアは、「逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences : ACE）研究は、米国において児童虐待分野の多くの政策的議論にとっての北極星（lodestar）として、急速に成長してきた」と論じている（2017年、1頁）。彼は、これに関連する二つの理由を指摘している。すなわち、当初の ACE 研究は医療チームによって実施されたため、児童虐待と健康アウトカムとの関連を政策決定者に対して効果的に浮き彫りにすることができ、その結果、早期介入によって医療費を削減できる可能性があることを、政策決定者が認識するに至った、という点である。児童虐待やネグレクトの経験と、その後のアウトカムとの関連については、すでに数十年にわたって知られてきたが、研究対象とされてきたアウトカムは主として精神健康および心理的機能に集中しており、これに関連する社会的機能が扱われるにとどまっていた（Davidson et al., 2010）。これに身体的健康アウトカムを加え、さらに生物学・遺伝学・神経科学の進展を用いて、幼少期の逆境体験がどのように身体化されるのかをよりよく理解しようとしたことは、発達における身体的側面、心理的側面、行動的側面の相互作用を描き出すモデルの発展において、影響力をもつこととなった（Davidson et al., 2010）。しかしながら、ACE 研究の影響力の拡大において決定的であったのは、こうしたモデルの複雑さではない。すなわち、経験という刺激と、その効果が、場合によっては数十年後によりやく実現され測定されるかもしれないという連関を示している点そのものが、説得力をもったわけではない。むしろ、説得力をもったのは ACE 概念の単純さである。悪い出来事が私たちの身に起こると、それによって有害な影響が生じる確率が高まるという考え方は、即時的な影響を超えたものとして、日常的経験を反映している。また、悪い出来事が多く起こるほど、それらの影響に抵抗する能力が低下し、その結果、望ましくないアウトカムが生じる確率が高まるという考え方は、直観的に正しいと感じられる。悪い出来事を正確に名指しし、それらを自己記入式の質問紙として整然とまとめ、個人に即時的なスコアを与えるという方法は、効果的な介入を設計しようとする治療的環境にあるサービス提供者や専門職にとって、潜在的に利用可能な情報を提供するものである。さらに ACE は、後の社会的、健康的、経済的ライフアウトカムの前提条件を子ども期に位置づけ、それらがどのように相互に関連するメカニズムを通じて伝達されるのかを示し、ライフコース全体にわたる介入を促進するという点において、専門職間で共有される概念枠組みを構築するための重要な橋渡しを提供してきた。

本稿の中心的な目的は、ACE 研究の発展過程をたどり、それがソーシャルワーク研究者によってどのように受容されてきたのかを整理するとともに、英国各地域における社会政策の形成に対していかなる影響を及ぼしてきたのかを明らかにすることである。さらにその過程において、これらの展開が子どもと家族を対象とするソーシャルワークサービスに対してもつ含意を示すことを目的とする。そこには、ACE に基づくモデルの採用に対して、概念的にも実践的にも挑戦を突きつけている、これらのサービス内部における現在の主要な関心事（preoccupations）を特定することも含まれている。

ACE 研究の発展

最初の ACE 研究は、米国疾病予防管理センター（CDC）との協働のもと、カリフォルニア州サンディエゴにあるカイザー・パーマネンテ評価クリニックにおいて実施された（Felitti et al., 1998）。当初、この研究の焦点は、減量プログラムに参加する患者が体重減少を継続できないという、一見すると理解しがたい現象にあった。その理由を探るために患者に聞き取りを行ったところ、幼少期における重大な逆境体験が、長期的な影響を及ぼしているというテーマが繰り返し浮かび上がった。カイザー・パーマネンテのスタッフは、コンフリクトタクティクススケール（Conflicts Tactics Scale）（Straus and Gelles, 1990）の項目を基に、10項目からなる質問紙を作成した。この質問紙は、児童虐待（心理的・身体的・性的）およびネグレクト（身体的・情緒的）を示す 5 つの指標と、家族の機能不全を示すさらに 5 つの指標を組み合わせたものであった。前者の例としては、「あなたより少なくとも 5 歳以上年上の大人または人物が、あなたに対して

性的な意味で体に触れたり、あなたにその人の体に触れさせたりしたことはありましたか。あるいは、口腔、肛門、または膣による性交を試みた、もしくは実際に行ったことはありましたか」といった設問が含まれている。後者には、親の喪失、親の収監、母親に対する暴力、親の物質使用（薬物やアルコールの乱用）、親の精神疾患といった家族の無力化を示す項目が含まれており、例えば「同居する家族の中に、うつ病や精神疾患を抱えている者がいましたか、あるいは自殺を試みた家族はいましたか」といった設問が含まれている。回答は二値式（はい／いいえ）であり、「はい」と答えた項目数を合算することで、個人の ACE スコアが算出された。これらの回顧的スコアは、喫煙、薬物使用、過食といったリスクの高い健康行動と関連していることが明らかとなり、これらの行動はさらに、心疾患、糖尿病、がんといった非感染性疾患に罹患する確率の増加を予測するものであった。ACE スコアは、いわゆる「用量効果（dose effect）」を示しており、スコアが高いほど、個人にとってのリスクが大きくなることが示された（Felitti et al., 1998）。その後の研究により、ACE スコアの高さと精神疾患との関連、さらに少年犯罪（Fox et al., 2015）からホームレス状態（Roos et al., 2013）に至るまで、幅広い問題を抱えた社会的状況との関連も確認されている。

ACE は累積的であり、クラスター効果、すなわち複数の逆境体験が同時に生起する（co-occurrence）という特徴をもつ。たとえば、家庭内暴力を経験する子どもの大多数は、同時に虐待またはネグレクトも経験している可能性が高い（Hamby et al., 2010 ; McGavock and Spratt, 2017）。ACE 研究は、ACE スコアと健康的、社会的、経済的アウトカムが生じる確率とのあいだに、段階的（graded）な関係が存在することを決定的に示してきたが、ACE とアウトカムとを結びつける経路、すなわちプロセスや発達軌道については、いまだ十分に解明されていない。これまでに提案されてきた諸モデルは、生物学的要素、心理学的要素、社会的要素を組み合わせているという共通点をもっている。ACE はストレスとして捉えられており、慢性的ストレスへの曝露は、Bellis らが指摘するように、「子どもの神経系、免疫系、ホルモン系の発達に影響を及ぼしうる。こうした影響の帰結には、反社会的行動や健康を損なう行動をとるリスクの著しい増加、慢性疾患の加速的な発症、さらには早期死亡が含まれる」（2018 年、1 頁）。近年の研究では、ACE スコアが高いにもかかわらず良好なアウトカムを達成する、すなわちレジリエンスを促進する要因をより深く理解しようとする試みがなされている。Bellis らは、「レジリエンスの源泉には、文化的活動への関与、地域社会からの支援、個人の生活状況を自らコントロールできる機会、そして幼少期を通じて、ACE による慢性的ストレスからの避難所を提供する信頼できる人物へのアクセスなどが含まれるが、これらに限定されるものではない」と述べている（2018 年、2 頁）。レジリエンス研究は、ACE の発生自体を予防する、あるいは ACE による有害な影響を緩和するために、どのような介入が有効である可能性が高いのかを特定しようとする、より近年の研究とも密接に関連している（Pachter et al., 2017）。

ACE には、生涯にわたって大きな経済的コストが伴うことが示されており（Spratt, 2012）、米国の政策決定者は、医療費削減を目的として、人口集団における ACE の低減を進める手段として ACE 研究を迅速に取り入れてきた。すなわち、ACE 研究は、将来的な医療的、社会的コストを抑制するための政策的根拠として位置づけられてきたのである。しかしながら、まさにその ACE 研究そのものが、これまで個人の側にある「不適応的（maladaptive）」行動の変化を主眼としてきた従来の介入モデルに対して、疑問を投げかけてきた。Larkin らが指摘するように、「ACE 研究者は、物質使用やその他の健康リスク行動は、より適切な支援が利用できない状況において、人々が何とか対処しようとする試みである可能性がある」と提起している。この逆説的な見方において、公衆衛生上の『問題』は、時間の奥深くに埋もれ、恥や秘密によって守られてきた問題に対する、個人的な『解決策』の試みとしても理解される」（2014 年、3 頁）。このような理解は、問題がすでに表面化した後に個人の行動を修正することに重点を置く介入から、問題が生じる以前の段階で、それを予防し、影響を軽減する介入へと焦点を移動させる傾向を生み出してきた。その結果、サービス提供は、より早期的で予防的な形へと向かうようになった。Finkelhor はこの点について、「養育教育、家族療法、個別治療といった、行動的健康に関する数多くの実証済み介入が存在し、それらは逆境に直面している子どもや家族、また逆境

的な小児期の影響に苦しむ成人を支援するうえで有効であることが示されている」と述べている（2017年、4頁）。

ACE 研究のもう一つの潮流として、有病率を検討する多数の全国調査が行われてきた。これにより、各国における ACE の「分布パターン（footprints）」を比較する研究が可能となった。国ごとに見られる特徴的な分布のあり方は、主として社会経済的条件と文化的伝統が組み合わさって作用することによって生じている（Bellis et al., 2014）。たとえば、西欧の工業化諸国における ACE 研究では、人口のおよそ 15% が ACE スコア 4 以上を有していることが示されている（この水準は、やや恣意的ではあるが、臨床的と見なされている）。これに対して、サウジアラビアでは、人口の 29% がこの水準に該当している（Almuneef et al., 2018）。また、ACE の国別プロフィールがどのような要素から構成されているのかについても、大きな差異が見られる。たとえば、米国では、欧州諸国と比べて刑務所刑を受ける市民の割合が著しく高いことが指摘されている（Bellis et al., 2014）。

これらの研究は、サービス提供の方向性に優先順位をつけるだけでは、ACE の有病率スコアそのものにも、その構成内容にも、十分な影響を及ぼすことは難しいことを示している。すなわち、ACE を生み出し、維持する条件となっている社会的、経済的格差の側面に対処するための、より根本的な経済的、文化的変化が伴わない限り、実質的な効果は期待しがたいのである（Marmot, 2017）。

英国における ACE に基づく政策および実践

英国の各国政府においては、ACE に基づく政策の策定に対して大きな関心が寄せられてきた。これは主として、公衆衛生研究（とりわけウェールズにおける研究）によって推進されてきたものであり、あわせて非政府組織（NGO）のあいだにおける強い関心にも支えられている（Davidson et al., 2012）。スコットランド政府は、2017–18 年の政府施政方針（Programme for Government）において、ACE への対応を目的とした取組を組み込んでおり、とりわけ「Getting it Right for Every Child」において、家族支援および子どもケアサービスへの具体的な言及を行っている（Scottish Government, 2018）。また、スコットランド政府およびウェールズ政府の双方は、ACE に関連する研修やサービスを調整・推進することを目的として、近年、逆境的小児期体験ハブ（Adverse Childhood Experience Hubs）を設置している（Hughes et al., 2018）。北アイルランドでは、子どもと家族を対象とする実践における ACE への取組が、北アイルランド・セーフガーディング委員会によって推進されている（Health and Social Care Board, 2017）。イングランドにおいては、庶民院科学技術特別委員会が実施した、幼児期介入に関するエビデンス基盤を検討する調査において、ACE 研究がそうした介入に資する可能性に焦点が当てられてきた（National Mental Health Intelligence Network, 2017）。このように、ACE に関する言語やレトリックは、現在では主流のものとなっているが、その一方で、ACE という概念そのものや、それが政策および実践にどのような影響を与えているのかについて、より厳密な検討や批判も加えられるようになってきている。

ACE 研究とソーシャルワーク

ソーシャルワーク分野においては、米国を中心に ACE に対する高い関心が示されてきた。Larkin ら（2014）は、ACE 研究を支える生物・心理・社会モデル（biopsychosocial model）が、ソーシャルワークのもつ包括的な概念的視座とよく一致しており、また、人生における不良なアウトカムに共通する小児期の前提条件については、ソーシャルワーカーのあいだで十分に理解されていると論じている。親の困難や家族状況に関する項目を含む ACE 尺度は、国家が対応すべき逆境として、児童虐待やネグレクトを優先的に位置づけてきた政策的枠組みに対して、問い直しを迫るものとなってきた。さらに、世界保健機関（WHO）の ACE 国際質問票（ACE International Questionnaire）が導入されたことにより、ACE 尺度は 10 項目から 12 項目へと拡張され、いじめおよび地域社会における暴力への曝露を測定する

2つの新たな項目が加えられた。これは、一般に言及される10項目あるいは12項目のACEが、ある意味では恣意的な選択であることを示している。これらはいずれも、個人の人生に否定的な影響を及ぼすことを示す強固な研究的根拠を有しているが、ACE要因のリストは、実証研究に基づくさらなる逆境を加えることで、容易に拡張しうるものである。しかしながら、中心的な前提は揺るがない。すなわち、逆境は一般に望ましいものではなく、とりわけ子ども期において、しかもそれが複数重なった場合には、なおさらである。

リスクが累積するという考え方自体は、ソーシャルワークにとって新しいものではないが（Spratt, 2012）、ACEモデルの影響は、研究者に対して、経験される害の範囲および検討されるアウトカムの範囲を拡張する方向へと研究を導いてきた。かつてこの分野の研究は、ある一つの虐待またはネグレクトの形態と、その後の特定の人生上のアウトカムとの関連を特定し測定することを主眼としており（いわば「一つのことが一つのことを生む研究」）、こうした研究が主流であった。しかしその後、複数の逆境を想定しつつ、特定のアウトカムとの関連を検討する研究（「複数のことが一つのことを生む研究」）へと移行していった（Davidson et al., 2010）。これに対して、ACEの影響を受けた近年の研究は、幅広い逆境と、幅広いアウトカムの双方を同時に検討するものとなっている（「複数のことが複数のことを生む研究」）（Devaney et al., 2014）。こうした研究を一つの形として概念化するならば、それは「逆さまの砂時計（inverted egg timer）」のような姿をしていると言えるであろう。すなわち、経験という砂が個人というフィルターを通過し、その後、複数のアウトカム領域にわたって、多様に、そして時に重なり合う形で表出していくのである。

ソーシャルワークへの含意を検討するACE研究の多くは米国で行われており、英国に由来する研究例は限られている。しかしながら、クイーンズ大学ベルファストの「複数逆境的小児期体験（Multiple Adverse Childhood Experiences）研究グループ」は、ACE研究がソーシャルワークの政策および実践においてどのように有用となりうるのかを探究する点で、積極的な役割を果たしてきた。同グループは、公的部門および自発的部門の双方に属するサービス提供者と協働しながら、多数の実証研究やサービスイニシアティブを展開してきたのである。その結果、十代の自殺（Devaney et al., 2014）からヤングケアラー（Spratt et al., 2018）に至るまで、幅広い課題にACEの視点を適用することが、ニーズを新たに概念化し、アセスメント過程に資するとともに、個別化されたサービス提供を促進するうえで有効であることが示された（Bunting et al., 2017）。これらの研究はまた、地方自治体のソーシャルワーカーが、現在どのように通告を概念化し、それに対応しているのかという点についても、問いを投げかけている。たとえば、McGavockとSpratt（2017）は、大学生集団を対象としたACE調査において、家庭内暴力を目撃した経験が、高いACEスコアを最も強く予測する要因であることを明らかにした。具体的には、この経験を有すると回答した者の80%が、ACEスコア4以上の範囲に該当していた。しかしながら、このような高リスクを示すシグナルは、英国の地方自治体における実務の中では、概して逆の扱いを受けている。Stanleyらは、家庭内暴力を理由として通告された事例について、「受理された通告のうち、全体の83%は書簡の送付、あるいはそれ以上の対応なしで処理されていた」と指摘している（2010年、180頁）。

英国のソーシャルワークにおけるACEに基づく実践の採用を阻む要因

英国においては、政策決定者や他の専門職集団が、程度の差こそあれ、ACEに基づくアプローチを積極的に取り入れてきた。一方で、ソーシャルワーク研究者および実践家のあいだに見られる関心の水準は、全体として低調かつ断片的であり、この点は重要な問いを投げかけている。すなわち、英国のソーシャルワークの中心的関心が、長らく児童虐待やネグレクトをいかに認識し、いかに対応するかという問題に置かれてきたにもかかわらず、まさにそうした関心を核心に据えるACE研究が、なぜ強い関心を引くに至っていないのか、という問いである。この問いに答えるためには、子どもと家族を対象とするソーシャルワークの歴史を一定程度振り返る必要がある。英国の子ども家族ソーシャルワークは、その成立以来、いわ

ば「ヤヌス的な二面性 (Janus face)」を示してきた。すなわち、一方では家族のニーズに応え、子どもの生活をよりよいものにしようとする支援的側面をもちつつ、他方では子どもの安全を確保するために家族を監督、統制する側面も併せ持ってきたのである。家族の危険性に対する社会的関心が高まる局面においては、後者の統制的側面が優勢となる傾向が見られてきた (Spratt, 2001)。このような状況下では、将来的なリスク、とりわけ成人期に顕在化するリスクよりも、即時的なリスクが優先されることになる。その結果、差し迫った脅威を管理する必要性から、通告された家族を迅速にトリアージし、リスクをできるだけ効率的かつ実務的に分担、管理する方法に関心が集中してきた。その際、人権への配慮として、参加やパートナーシップを促進する取組が付加的に位置づけられることもあった。イングランドの児童保護システムに関するレビューにおいて、Eileen Munro (2011) は、有効な児童保護システムを支える八つの中核原則を明確に示した。これは、制度および専門職実践を、問題が深刻化してから対応するのではなく、より早期の段階から子どもと家族とのケア的で支援的な関係を構築することを中心に据え直す試みであった。あわせて、支援を個々の状況やニーズに即して調整すること、実践および政策が強固な知識基盤と研究成果によって裏づけられるべきであること、そして専門職や機関が子どもを取り巻くあらゆるリスクを予測し、完全に除去できると考える立場から距離を取ることが求められた。マンローレビュー以降、英国では、Signs of Safety に代表されるような、システム論的アプローチや解決志向アプローチに根ざした、多様な介入および実践方法を開発し、活用しようとする動きが強まっている。

Signs of Safety

Signs of Safety は、児童保護上の懸念が生じた際に、子どもとその家族とどのように関わるかという実践枠組みとして、1990年代に西オーストラリアで開発された (Turnell and Edwards, 1999)。この当初のアプローチは、その後、発展および洗練を重ね、英国を含む他の法域においても支持と導入を得るに至っている。Reekers ら (2018) によれば、Signs of Safety は解決志向の短期療法 (ブリーフセラピー) の技法を取り入れており、二つの中核原則を有している。第一に、親との協働的パートナーシップと呼ばれる実践関係を構築し、親のエンパワメントを目指すことである。第二に、常に子どもの安全を確保する必要性に焦点を当て続けることである。支持者たちは、このアプローチが、親との意味のある関与の方法をより明確に模索し、専門職による介入の成否において子どもへの直接的な働きかけを中核に据えている点において、従来の児童保護アプローチよりも優れていると主張している (Baginsky et al., 2017)。英国では、このアプローチの初期導入や、その有用性の可能性に関する省察を扱った文献が増えつつあり (例: Hayes et al., 2014; Baginsky et al., 2017)、通常のアプローチと比較して、子どもと家族にとってより良いアウトカムをもたらすのかどうかについても、まだ初期段階ではあるが、エビデンスの蓄積が始まっている (Reekers et al., 2018)。しかしながら、Sheehan ら (2018) は、このアプローチに関する系統的レビューにおいて、Signs of Safety は現在広く用いられている一方で、現時点では肯定的な効果を示すエビデンスは乏しいと指摘している。

興味深いのは、英国において Signs of Safety が非常に迅速に採用されてきたことである。その理由の一部は、将来の安全に焦点を当てること、親の能力を重視すること、意思決定過程に親を含めることといった、このアプローチを支える価値が、ソーシャルワークの中核的価値と「適合している」と認識されてきた点にある (Keddell, 2014)。しかし同時に、この動きは、組織の時間的文脈の中で理解される必要がある。とりわけ、「問題を抱えている」と見なされ、何を行い、どのように行うかについて、重大な段階的変化を求められている組織の状況においてである (Hayes et al., 2012)。このような文脈において、Signs of Safety の導入は、子どもに対する即時的なリスクを特定する点で、現行の制度がより良く機能することを支援し、また、そのリスクを低減するために、親と専門職との協働を促進する手段として位置づけられる。しかしそれは同時に、児童保護システムの根本的な基盤そのものに異議を唱えるものではない (Keddell, 2014)。Signs of Safety は現行制度に再活性化の効果をもたらす可能性がある一方で、将来のアウトカムに対し

てより長期的な視点を必要とする子どもたちのニーズに合わせて調整されていない短期的な介入を実体化（reify）してしまう効果をもつおそれもある。すなわち、長期間にわたってニーズに応えるよう設計されたサービスを必要とする子どもたちの状況に、そうした介入が適合しないまま固定化されてしまう可能性があるのである。

ACE に関する懸念

Signs of Safety が、英国のソーシャルワークの日常的現実に対する実務的対応を示すものであるとすれば、幼児期介入のエビデンス基盤に関する科学技術特別委員会（House of Commons Science and Technology Select Committee）の調査に提出された意見書に示されているように、ソーシャルワークアカデミアの一部の構成員が抱く ACE 研究に対する見解は、この代替的アプローチが広く支持を得ることを妨げている思想的障壁についての示唆を与えるものである。当該調査は、ACE アプローチに批判的な立場からの意見提出を検討する用意があることを示していた。これを受けて、Edwards ら（2017）は「The Problem with ‘ACEs’」と題する意見書を提出し、さらに、ソーシャルワークのバックグラウンドを有する研究者を含む複数の学者による支持的な付随文書「Discussing the Problem with ‘ACEs’」（Edwards et al., 2017）が提出された。これらの意見書は、ACE 研究に批判的な立場を取る人々が用いる議論の内容と、それが政策および実践にもたらす含意を理解する手がかりを与えるものであり、詳細に検討する価値がある。

彼らは、ACE に対していくつかの観点から批判を行っており、その内容は大きく二つの異なるカテゴリーに分けられる。第一は、ACE 研究の妥当性そのものに対する疑義であり、第二は、ACE 研究が政策および実践、とりわけ早期予防的介入を方向づける際にどのように用いられているのかに対する懸念である。妥当性に関して、著者らは、ACE 研究が「歪んだエビデンス（skewed evidence）」を用いていると主張し、生物学的リスクに関する議論は「臨床集団を対象とした研究や、動物実験室における高度に統制された実験から外挿される傾向がある」と述べている（Edwards et al., 2017, p. 3）。実際には、臨床集団を対象とした研究や実験室ベースの研究が ACE 研究の重要な構成要素であることは確かであるが、それらは、多数の前向き研究および回顧的研究によって補完されている。これらの研究は共通して、幼少期に逆境的经验をもつことが、ライフコース全体にわたって不良なアウトカムが生じる確率を高めること、そしてその指標や伝達メカニズムの一部が生物学的性質をもつことを示している（Hughes et al., 2017）。興味深いことに、精神病（psychosis）のように、従来は生物学的研究が支配的であった分野の一部では、これとは逆の動きも認められる。すなわち、Read ら（2009）は、精神病に対する生物学的モデルを放棄し、幼少期の逆境体験から疾病発症に至る経路を説明するにあたって、エピジェネティクス（後成遺伝学）や心理学を取り入れたモデルへと移行すべきであると主張している。さらに Edwards らは、小児期体験の想起に関しても懸念を表明している。すなわち、それは「因果関係を確立する方法としては悪名高く不正確であり、とりわけ、そのような想起は主観的で検証不可能であるためである」というのである（2017, p. 3）。ACE の報告に関するエビデンス（検証可能な証拠を考慮した研究を含む）を検討した Hardt と Rutter によるレビューは、次のような結論に至っている：

回顧的想起を一律に退けることは、正当化されないことが明らかである。虐待やネグレクトに関する既存のエビデンスは、虐待またはネグレクトが過去に起こったと回顧的に報告された場合、その肯定的報告は正しい可能性が高いことを示している。妥当性に関する主たる懸念は、重篤な虐待やネグレクトについて十分に記録された事例であっても、成人期においてその有無を具体的に問われた際に、約 3 分の 1 の人々がその発生を報告しないという、広く確認されている事実由来している（2004 年、270 頁）。

ACE が過小に報告されている可能性があるとしても、それによって、この種の研究において認められてきた支配的なパターンが影響を受けることはない。すなわち、Appleyard らが指摘するように、そのパターンは常に同一である。「特定のリスク要因が存在するか否かとは独立して、リスク要因の累積が発達的アウトカムに影響を及ぼし、リスク要因の数が多くなるほど、臨床的問題の有病率は高くなる」（2005年、235頁）。

私たちは、ACE 研究が広く採用されることによって、「単純化された『新しい』解決策」（Edwards et al., 2017, p. 6）が導入されてしまうおそれがあるという見解には、一定の理解を示すものである。その結果、すでに周縁化され、力を奪われている集団にラベルが貼られ、そうしたサービスの有効性に関するエビデンス基盤がなお疑問視されているにもかかわらず、当該集団に対してサービスが押し付けられる事態が生じうる。歴史が教えているのは、長年存在してきた現象を新たな視点から捉え直すこと——多くの場合、その蔓延の範囲や影響の深刻さに対する意識の高まりを伴う——が、広範な社会的関心や専門職実践のあり方の変化を引き起こすということであるが、それが必ずしも、その問題を実際に経験している人々にとって有益な形で生じるとは限らないという点である。この点に関して、Edwards らは、とりわけ「早期」介入について強い懸念を示しており、次のように主張している：

ACE アプローチは、中立的でエビデンスに基づく診断ではない。むしろそれは、特定の前提を反映し、特定のアジェンダや利害関係者によって駆動されている。……ACE アプローチは、人口の一部を欠陥を有するものとして診断し、ラベル付けしようとする他の試みと同様に、そのような欠陥を有するとされる子どもや成人に対して、有害な結果をもたらす可能性を有している（2017年、1頁）。

逆境の小児期体験に伴う害を低減しようとする明確な動機づけは、言うまでもなく、明確かつ明示的な目的をもつという意味において「中立的」ではない。また、「利害関係者（interest groups）」が研究を推進してきたことは事実であるが、それらは、疫学者、専門職、子どもや成人を対象とするサービスに関わる NGO、さらには政策決定者に至るまで、きわめて多様な性格をもっている。これらは基盤が広く、かつ多国籍的であり、いずれか一つの利害集団がこの研究を「所有」することは不可能である。したがって、研究の妥当性と、特定の集団によるその流用や利用とを混同しないことが重要である。最も深刻な主張は、ACE がライフアウトカムに影響を及ぼすという主張を支持する「エビデンス基盤が欠如している」という考え方である。ACE の中核的主張が「人口の一部を欠陥を有するものとしてラベル付けしようとする試み」であるという見方を支えるためにこの主張が用いられることは、ACE を、実証的基盤を欠いた、蔑称的なラベリング理論であり、かつ潜在的に有害なものであるかのような印象を生み出すことになる。私たちは、自然科学であれ社会科学であれ、何もかも価値中立的ではないという点には同意する。その上で、Michael Marmot は、社会科学者としては、イデオロギーを明示する必要があり、「エビデンスに基づく政策は、社会正義の精神において提示されるべきである」と論じている（2017年、1頁）。ACE 研究の背後にあるイデオロギー的動機は、ACE がどのような過程やメカニズムを通じて後の人生のアウトカムに影響を及ぼすのかをより深く理解することであり、同時に、人口集団における ACE スコアは低減されるほうが望ましいという明示的な立場に立つものである。ACE がエビデンスに基づくものではないとする主張については、私たちは、次のように述べる Marmot の見解に同意する。「いわゆる『批判理論』が、客観的真理そのものの可能性に対するポストモダンの懐疑へと導くのであれば、事実と『代替的事実』が並び立つこの時代において、私たちは重大な危険にさらされることになる。……エビデンスは本当に重要なのである」（Marmot, 2017年、4頁）。興味深いことに、近年、健康の社会的決定要因に関する自身の研究を紹介する講演において、Marmot は、社会的要因と個人レベルの要因との相互作用を検討する一つの方法として、ACE に言及している（Marmot, 2018）。ACE テーゼとは、ACE スコアが高くなるにつれて、不良なアウトカムが生じる確率が指数関数的に増加し、その伝達過程が生物学的、心理学的、

社会的指標を通じて検出可能であるというものである。このテーゼを支持するエビデンスは、約 20 年にわたって行われてきた研究に基づくものであり、その内容は一貫しており、かつ圧倒的である (Hughes et al., 2017)。エビデンスは、確かに「重要なのである」。

英国における ACE と子ども・家族ソーシャルワーク

英国の児童保護・福祉システムにおいて繰り返し問われてきたのは、国家がいつ、どの時点で、介入を義務づけるに足る「重大性」をもつ害が生じたかという点である。この介入の閾値は、多くの場合、子どもに対する身体的、性的、情緒的虐待、あるいはネグレクトという出来事を中心に構成されており、主眼は、その再発を防止することに置かれている。そのため、虐待やネグレクトと関連づけられると見なされた条件を改善するための家族支援と、遵守状況を監視するための多機関連携による監督的措置とを組み合わせた対応が取られる。こうした介入は、一度発生した出来事は再発する確率が高まるという前提に基づいて正当化されている。しかし、親が高い ACE スコアを有する家族を対象とした介入戦略は、同様の根拠によって正当化されるものではない。確かに、そうした家族にいる子どもたちは、世代間伝達を通じて小児期の逆境を経験するリスクが高まることが知られているが (Kinner and Borschmann, 2017)、国家介入の閾値は、依然としてより即時的な危険に対して敏感に設定されている。既存の児童保護システムに取り込まれた、ACE スコアの高い子どもたちについて考えてみても、そのスコアは、ライフコース全体にわたって予測されるより広範な不良アウトカムが、当該機関の所掌範囲を大きく超えているため、優先順位づけの根拠とはならない。さらに、アセスメント時に高い ACE スコアが示された場合、それがどのようにサービス対応に反映されるのかという問題も残る。ソーシャルワーカーが決定論的なラベル付けに警戒感を抱くのは正当であるが、ACE という概念が現行制度における分類項目の体系とうまく適合していないという点は、むしろ、ACE スコアの高い子どもおよび／または親のニーズにより適合したサービスを開発するために、ソーシャルワークがどのように適応しうるのかについて、さらなる検討の必要性を示唆している。

サービスおよび介入

これは、国家介入の正当性はいかなる点に求められるのか、また、どのような種類のサービスが提供されるべきなのかという、根本的な問いを提起するものである。この分野の先行研究は、サービスがどのように ACE に配慮した形で設計されるのかについて、一定の示唆を与えている。

幼少期の逆境およびそれが子ども、その家族、さらに広範な地域社会にもたらす影響を予防するためには、「社会全体 (all-of-society)」を巻き込む広範なプロセスが必要とされる (Metzler et al., 2017 年、146 頁)。このようなプロセスは、たとえば、ACE の予防に向けた共同的行動を正当化する 2015 年ウェールズ・ウェルビーイングおよび将来世代法 のように、政府の立法に組み込むことも可能である (Ashton et al., 2016)。スコットランド政府もまた、ACE の予防と、子どもおよび成人が小児期の逆境を克服することへの支援の双方に重点を置く姿勢を示している。こうした取組は、保健、教育、司法、ソーシャルワークを含む公共サービス全体に適用されており、2014 年スコットランド子ども・若者法 (Children and Young People's (Scotland) Act) および Getting it Right For Every Child 実践モデルと結びつけられている (Winter and Iqbal, 2018)。

蓄積されたエビデンスは、地域社会における複数の機関が統合的な形で協働し、ACE の予防と、その影響の緩和の双方に取り組むことが可能であることを示している (Hughes et al., 2018)。実際、ACE という概念は、現在、特定の問題類型、サービスの区分、あるいは地理的範囲に基づいて「縦割り (silos)」で機能している多数のサービス機関や地域組織のあいだに連携を生み出すための枠組みを提供するものである (Pachter et al., 2017, p. 130)。その一例として、Philadelphia ACE Task Force は、逆境およびその結果を低減することを目的とした地域基盤型の

取組を通じて、分野間および制度間の制約を架橋するために、ACE の枠組みに基づいて設立されている (Pachter et al., 2017)。

ACE に対処するための介入は、関与する「社会的・関係的・文化的要因」の幅広さに対応するため、狭義のものではなく、包括的である必要がある (Ford, 2017 年、9-10 頁)。Hall らによれば、地域レベルで ACE の低減に実質的な影響をもたらすためには、介入は「多分野的 (multidisciplinary)、多層的 (multilevel)、長期的 (multiyear)」でなければならず、単一の課題や問題群に焦点を当てた「縦割り型 (“silos”)」の介入では、そのような効果を生み出すことはできないとされている (2012 年、333 頁)。さらに、「直接的サービス介入 (direct-service interventions)」は「必要ではあるが十分ではない」ものであり、ACE によって生じる幅広い問題の影響を受けている人々のうち、ごく一部にしか到達しないとされている (Porter et al., 2017 年、22 頁)。複雑な問題を解決するためには、地域ケアに関与する組織が、サービスの重複を解消し、資源を共有し、より統合的で包括的なシステムを提供することによって、協働する必要がある (Hargreaves et al., 2017)。ACE に基づく実践 (ACE-informed practice) は、必ずしも全く新しいアプローチや介入を開発することを意味するわけではなく、むしろ、機関同士がどのように協力しうるのがかを検討し、既存のサービスを改善することを求めるものである (Ford et al., 2016)。さらに、問題解決能力や対処方略を教えるといった ACE に基づく実践は、学校、少年司法施設、社会的ケア機関など、さまざまなサービスの場で実施することが可能であり、利用者の特性や要件に応じて調整される (Hughes et al., 2018)。

ACE に対する介入においては、個人、家族、地域社会、さらにより大きな社会構造レベルにまたがる要因相互の複雑な相互作用が存在するため、社会生態学モデル (socioecological model) が、各レベルで戦略を要する指針として適切な概念的枠組みとなる (Oral et al., 2016)。一次予防のレベルでは、子どもが逆境に対して脆弱になりやすく、また将来的に逆境に曝露される子どもをもつ可能性を低減するために、精神保健サービスや物質使用問題に対するサービスの充実といったアプローチが必要とされる。二次予防は、逆境的体験の直後に実施され、その即時的影響を軽減することを目的とする戦略を含む。たとえば、心理的応急支援 (psychological first aid) は、学校や保健サービスの場で実施することが可能であり、否定的影響を受けた子どもを早期に特定し、その回復とレジリエンスを高めることに資する。早期の三次予防は、逆境的体験の長期的帰結に対処し、それを抑制するための方法を必要とする。たとえば、トラウマ・インフォームド・ケア (Trauma-Informed Care) は、教育、保健、司法、児童福祉サービスに統合することが可能である (Oral et al., 2016)。Dube (2018 年、3 頁) は、逆境的小児期体験が世代間にわたる性質をもつことから、「パラダイム転換 (paradigm shift)」が必要であると強調している。すなわち、成人における改善 (後期三次予防) は、子どもが逆境に曝露されることを防ぐ一次予防および二次予防にとって、不可欠な一段階として位置づけられなければならないのである。

ソーシャルワークの組織と実践を再構想すること

英国の地方自治体におけるソーシャルワークは、主として、子どもとその家族のニーズを、短期的で介入可能な問題として扱う制度を通じて管理しようとしている。その際、子どもの即時的な安全が優先される一方で、「原因の原因 (causes of the causes)」(Marmot, 2018) に対してはほとんど対処されず、また、子どもたちの将来的な見通しに対して十分な関心が向けられているとはいえない。現在の状況は、救急医療サービスへの多額の投資が行われる一方で、疾病の病因 (aetiology) にはほとんど注意が払われない医療サービスの発展になぞらえることができる。すなわち、症状の出現を、より深層にある不調の兆候としてではなく、単発の出来事として扱っているのである。医療サービスと同様に、ソーシャルワーカーが対応する事例の多くは、「傷 (wounds)」としてではなく、「慢性的状態 (chronic conditions)」として捉えたほうが適切である。この誤読は、サービス提供者の責任ではない。というのも、彼らは概して、

提示される問題の複雑性および持続性と、それに対する対応の限界とのあいだに存在する不整合を認識しているからである。米国の文脈において、Finkelhor は次のように指摘している。「児童福祉システムを通じた通告に基づくサービス提供は、信頼性があるとも、エビデンスに基づいているとも示されていない。また、これらの児童福祉システムのサービスが、実際に虐待を減少させているのかも明らかではない」（2017年、3頁）。

ソーシャルワークがACE研究と新たに関わっていくための出発点の一つは、上述した二つの傾向を反転させることにあるかもしれない。第一に、Signs of Safetyのような短期的トリアージ体制が、持続的かつ複雑な問題に対して十分な改善をもたらすのかという点について、その有用性と持続性を再検討することである。こうした再検討は、Signs of Safetyの有効性に関する新たに現れつつある研究によって、よりの確に導かれる可能性がある。しかし現時点では、こうした介入が一定の役割を果たし、ソーシャルワーカーの日常的経験や直面する課題を理解するうえで合理性をもつ一方で、より大きな傷を覆い隠す一時的な包帯にとどまっている可能性があることは明らかである。即時的な安全確保のための介入は今後も必要であり続けるが、同時に、複数の逆境がもたらす影響に対する理解に基づいてサービスを構想し、専門職集団やサービス提供者のあいだに共通の目的意識を形成する可能性も存在する。その枠組みの中で、ソーシャルワークは、児童虐待およびネグレクトに関する主導的責任を担う役割を、あらためて再構想することができるであろう。しかし、この可能性を実現するためには、認識や主体的関与を妨げる要因となりうる、私たち自身の特定のイデオロギー的傾向について、真剣な検討が必要となる。これが成し遂げられるならば、英国の子ども・家族ソーシャルワークは、不幸な将来が予測される状況にある子どもや若者のニーズに応えるために設計された、新たに個別化された介入の開発に向けて、政治的意思に影響を与えようとする人々の先頭に立つ可能性を、なお有していると言える。

参考文献

Almuneef, M., ElChoueiry, N., Saleheen, H. and Al-Eissa, M. (2018) 'The impact of adverse childhood experiences on social determinants among Saudi adults', *Journal of Public Health*, 40(3), pp. 219–227.

Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. and Sroufe, A. (2005) 'When more is not better: The role of cumulative risk in child behaviour outcomes', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), pp. 235–245.

Ashton, K., Bellis, M. and Hughes, K. (2016) 'Adverse childhood experiences and their association with health-harming behaviours and mental wellbeing in the Welsh adult population: A national cross-sectional survey', *The Lancet*, p. 21. Advance Access published November 25, 2016.

Baginsky, M., Moriarty, J., Manthorpe, J., Beecham, J. and Hickman, B. (2017) *Evaluation of Signs of Safety in 10 Pilots*. London, Department for Education.

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., Homolova, L. and Davies, A. (2018) 'Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: A retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance', *BMC Public Health*, 18(792), pp. 1–12.

- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M. and Terzic, N. (2014) 'Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults in eight eastern European countries', *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), pp. 641–655.
- Bunting, L., Webb, M. A. and Shannon, R. (2017) 'Looking again at troubled families: Parents' perspectives on multiple adversities', *Child & Family Social Work*, 22, pp. 31–40.
- Davidson, G., Bunting, L. and Webb, M. A. (2012) *Families Experiencing Multiple Adversities: A Review of the International Literature*. Belfast, Barnardo's Northern Ireland.
- Davidson, G., Devaney, J. and Spratt, T. (2010) 'The impact of adversity in childhood on outcomes in adulthood: Research lessons and limitations', *Journal of Social Work*, 10(4), pp. 369–390.
- Devaney, J., Lazenbatt, A., Bunting, L., Davidson, G., Hayes, D. and Spratt, T. (2014) 'The relationship between cumulative adversity in childhood and adolescent suicide and accidental death', *Developing Practice*, 38(4), pp. 17–31.
- Dube, S. R. (2018) 'Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective', *Child Abuse & Neglect*, pp. 1–5. Advance Access published March 7, 2018.
- Edwards, R., Gilles, V., Lee, E. M. J., White, S. and Wastell, D. (2017) *The Problem with 'ACEs'*. EY10039 Submission to the House of Commons Science and Technology Select Committee Inquiry into the Evidence-Base for Early Years Intervention. London, Science and Technology Committee (Commons).
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. and Marks, J. S. (1998) 'Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study', *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245–258.
- Finkelhor, D. (2017) 'Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions', *Child Abuse & Neglect*, pp. 1–6. Advance Access published July 16, 2017.
- Ford, D. E. (2017) 'The community and public well-being model: A new framework and graduate curriculum for addressing adverse childhood experiences', *Academic Pediatrics*, 17, pp. S9–S11.
- Ford, K., Butler, N., Hughes, K. E., Quigg, Z. and Bellis, M. (2016) *Adverse Childhood Experiences (ACEs) in Hertfordshire, Luton and Northamptonshire*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, pp. 15–21.
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T. and Epps, N. (2015) 'Trauma changes everything:

Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious violent and chronic juvenile offenders', *Child Abuse & Neglect*, 46, pp. 163–173.

Hall, J., Porter, L., Longhi, D., Becker-Green, J. and Dreyfus, S. (2012) 'Reducing adverse childhood experiences (ACE) by building community capacity: A summary of Washington Family Policy Council Research Findings', *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40, pp. 325–334.

Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H. and Ormrod, R. (2010) 'The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth', *Child Abuse & Neglect*, 34, pp. 734–741.

Hardt, J. and Rutter, M. (2004) 'Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of evidence', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), pp. 260–273.

Hargreaves, M. B., Verbitsky-Savitz, N., Coffee-Borden, B., Perreras, L., White, C. R., Pecora, P. J., Morgan, G. B., Barila, T., Ervin, A., Case, L., Hunter, R. and Adams, K. (2017) 'Advancing the measurement of collective community capacity to address adverse childhood experiences and resilience', *Children and Youth Services Review*, 76, pp. 142–153.

Hayes, D., McGuigan, K., Pinkerton, J. and Devaney, J. (2014) *Safety in Partnership Evaluation: Phase Two Report – Perspectives on Practice*. Belfast, Queen's University Belfast.

Hayes, D., Pinkerton, J. and Devaney, J. (2012) *Safety in Partnership Evaluation: Phase One Report – First Impressions*. Belfast, Queen's University Belfast.

Health and Social Care Board (2017) *Regional Adverse Childhood Experiences (ACEs) Conference Report*. Belfast, Health and Social Care Board.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. and Dunne, P. (2017) 'The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet*, 2(8), pp. 356–366.

Hughes, K., Ford, K., Davies, A. R., Homolova, L. and Bellis, M. A. (2018) *Sources of Resilience and Their Moderating Relationships with Harms from Adverse Childhood Experiences*. Bangor, Public Health Wales and Bangor University.

Keddell, E. (2014) 'Theorising the Signs of Safety approach to child protection social work: Positioning, codes and power', *Children and Youth Services Review*, 47, pp. 70–77.

Kinner, S. A. and Borschmann, R. (2017) 'Inequality and intergenerational transmission of complex adversity', *The Lancet*, 2(18), pp. 324–343.

- Larkin, H., Felitti, V. J. and Anda, R. F. (2014) 'Social work and adverse childhood experiences research: Implications for practice and health policy', *Social Work in Public Health*, 29(1), pp. 1–16.
- Marmot, M. (2017) 'Social justice, epidemiology and health inequalities', *European Journal of Epidemiology*, pp. 1–10. Advance Access published August 3, 2017.
- Marmot, M. (2018) *Austerity, Health and Children*. Dublin, Trinity Research in Childhood Centre Inaugural Annual Lecture, Trinity College Dublin.
- McGavock, L. and Spratt, T. (2017) 'Children exposed to domestic violence: Using adverse childhood experience scores to inform service response', *The British Journal of Social Work*, 47(4), pp. 1128–1146.
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A. and Ford, D. C. (2017) 'Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative', *Children and Youth Services Review*, 72, pp. 141–149.
- Munro, E. (2011) *The Munro Review of Child Protection: Final Report. A Child-centred System*. London, Department for Education.
- National Mental Health Intelligence Network (2017) *Better Mental Health: JSNA Toolkit*. London, Public Health England.
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J. and Peek-Asa, C. (2016) 'Adverse childhood experiences and trauma informed care: The future of health care', *Pediatric Research*, 79(1–2), pp. 227–233.
- Pachter, L. M., Lieberman, L., Bloom, S. L. and Fein, J. A. (2017) 'Developing a community-wide initiative to address childhood adversity and toxic stress: A case study of the Philadelphia ACE Task Force', *Academic Pediatrics*, 17(S1), pp. 130–135.
- Porter, L., Martin, K. and Anda, R. (2017) 'Culture matters: Direct service programs cannot solve widespread, complex, intergenerational social problems; culture change can', *Academic Pediatrics*, 17, pp. 22–23.
- Read, J., Bentall, R. P. and Fosse, R. (2009) 'Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms', *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, pp. 299–310.
- Reekers, S. E., Dijkstra, S., Stams, G. J. J., Asscher, J. J. and Creemers, H. E. (2018) 'Signs of effectiveness of Signs of Safety? A pilot study', *Children and Youth Services Review*, 91, pp. 177–184.

Roos, L. E., Afifi, T. O., Katz, L. Y., Distasio, J. and Sareen, J. (2013) 'Relationship between adverse childhood experiences and homelessness and the impact of Axis I and II disorders', *American Journal of Public Health*, 103(2), pp. 275–281.

Scottish Government (2018) *Delivering for Today, Investing for Tomorrow: The Government's Programme for Scotland 2018–2019*. Edinburgh, Scottish Government.

Sheehan, L., Forrester, D., Kemp, A., O'Donnell, C., Addis, S., Nurmatov, U., Brand, S. L. and El-Banna, A. (2018) *Signs of Safety: Findings from a Mixed-methods Systematic Review Focussed on Reducing the Need for Children to Be in Care*. Cardiff, What Works Centre for Children's Social Care.

Spratt, T. (2001) 'The influence of child protection practice orientation on child welfare practice', *British Journal of Social Work*, 31(6), pp. 933–954.

Spratt, T. (2012) 'Why multiples matter: Reconceptualising the population referred to child and family social workers', *British Journal of Social Work*, 42(8), pp. 1574–1591.

Spratt, T., McGibbon, M. and Davidson, G. (2018) 'Using adverse childhood experience scores to better understand the needs of young carers', *British Journal of Social Work*. Advance Access published March 5, 2018.

Stanley, N., Miller, P., Richardson Foster, H. and Tomson, G. (2010) *Children and Families Experiencing Domestic Violence: Police and Children's Social Services' Responses*. London, NSPCC and University of Central Lancashire.

Straus, M. and Gelles, R. J. (1990) *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. New Brunswick, Transaction Press.

Turnell, A. and Edwards, S. (1999) *Signs of Safety: A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework*. New York, NY, W. W. Norton & Company.

Winter, K. and Iqbal, A. (2018) *The State of Child Health: Adversity is not Destiny: Population Lens on Adverse Childhood Experiences*, Paper 8. Kilmarnock, Ayrshire and Arran NHS Board.

Opening the Time Capsule of ACEs: Reflections on How we Conceptualise Children's Experiences of Adversity and the Issue of Temporality

John Devaney ^{1,*}, John Frederick^{1,2} and Trevor Spratt³

¹*School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK*

²*Department of Social Work, Monash University, Melbourne, Australia*

³*Trinity Research in Childhood Centre, Trinity College Dublin, University of Dublin, Dublin, Ireland*

*Correspondence to John Devaney, Centenary Chair of Social Work, School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Chrystal Macmillan Building, 15a George Square, Edinburgh EH8 9LD, UK. E-mail: J.Devaney@ed.ac.uk

Abstract

In this article, we engage with some of the fundamental concepts underpinning the original adverse childhood experiences (ACEs) study and subsequent work, whilst recognising that the terminology of ACEs has in some ways become reductionist and problematic. Although an imperfect concept covering a range of childhood adversities at a personal, intrapersonal and community level, ACEs have utility in bridging scientific and lay communities. The evidence clearly identifies that 'numbers matter' and that whereas children may be able to cope with a little adversity over a short period of time when they have good support networks, too much adversity over too long a time period, even with good support, will be problematic for the child and their family. Alongside exploring the cumulative impact of adversity, social workers and other professionals need to engage with the temporal component of when adversity is experienced, and for how long, together with the consequences for helping services in deciding when to intervene and for what period of time. This opens the discussion of who is best placed to support children and families experiencing certain types of adversity and how we think about structural issues such as poverty and community violence within the ACEs discourse.

Keywords: ACEs, adversity, child welfare, life course

Accepted: July 2020

British Journal of Social Work (2021) 51, 2247–2263

doi:10.1093/bjsw/bcaa126

2020年10月29日オンライン先行公開

ACEsのタイムカプセルを開くこと：子どもの逆境体験と時間性という問題を、いかに概念化するかについての省察

著者：ジョン・デヴァニー1（*）、ジョン・フレデリック 1,2、トレヴァー・スプラット 3

1 エディンバラ大学社会政治科学部（英国エディンバラ）

2 モナッシュ大学社会福祉学部（オーストラリア・メルボルン）

3 ダブリン大学トリニティ・カレッジ、トリニティ・リサーチ・イン・チャイルドフッド・センター（アイルランド・ダブリン）

* 連絡先：ジョン・デヴァニー（エディンバラ大学社会福祉学部 Centenary Chair of Social Work）。住所：Chrystal Macmillan Building, 15a George Square, Edinburgh EH8 9LD, UK。E-mail: J.Devaney@ed.ac.uk

要旨

本稿では、逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences: ACEs）に関する最初の研究およびその後の研究を支えてきたいくつかの基本概念について検討する。その際、ACEという用語が、ある側面において還元主義的であり、問題をはらむものとなってきていることも認識している。ACEは、個人的水準、対人的水準、そして地域水準における多様な小児期の逆境を包含する、必ずしも完全ではない概念であるが、科学的コミュニティと一般社会とを架橋するうえでの有用性を有している。エビデンスは明確に、「数が重要である（numbers matter）」ことを示している。すなわち、十分な支援ネットワークがある場合、子どもは短期間であれば一定程度の逆境に対処できる可能性があるが、逆境が過度に多く、かつ長期間に及ぶ場合には、たとえ良好な支援が存在していたとしても、子どもおよびその家族にとって問題となる。逆境の累積的影響を検討することに加えて、ソーシャルワーカーや他の専門職は、逆境が「いつ」経験され、「どの程度の期間」継続するのかという時間的要素にも向き合う必要がある。また、これらの要素が、支援サービスにおいて、いつ介入すべきか、そしてどの程度の期間介入を行うべきかを判断するうえで、いかなる含意をもつのかについても検討する必要がある。このことは、特定の種類の逆境を経験している子どもや家族を支援するうえで、誰が最も適切な立場にあるのかという問いを開くと同時に、貧困や地域社会における暴力といった構造的問題を、ACEをめぐる言説の中でどのように位置づけるのかという議論をも促すものである。

キーワード：ACEs、逆境、児童福祉、ライフコース

受理：2020年7月

序論

我々は前稿 (Spratt et al., 2019) において、逆境的小児期体験 (adverse childhood experiences : ACEs) 研究の発展の歴史を提示し、研究者によるその受容の過程を概観するとともに、とりわけ子ども、家族政策に焦点を当てながら、英国各国における社会政策形成への影響を明らかにした。本稿では、批判的議論も含め、この研究文献との関わりをさらに深化させることを目的とする。具体的には、研究およびそれに続く専門職的、方法論的議論の双方において中心的かつ基軸的概念として位置づけられている「時間 (time)」の問題、ならびに小児期における逆境という概念がいかに構築されてきたのかという点に、特に注目する。

Kelly-Irving and Delpierre (2019) が指摘しているように、ACEs に関しては、Vincent Felitti et al. (1998) による *American Journal of Preventive Medicine* 掲載の短いながらも画期的な論文の公表を契機として、科学、政策、実践の各領域における文献が急速に増加してきた。ACE 研究は、小児期の逆境が即時のおよび長期的に及ぼす影響、あるいは異なる種類の逆境が時間を通じて累積的に及ぼす影響を探究しようとした唯一の、また最初の研究というわけではない (例として Rutter, 1980 ; Finkelhor, 1995 ; Davidson et al., 2010 を参照)。しかしながら、ACE 研究は、二つの異なる集団に対して、ロビー活動や行動を促す触媒として機能したように見受けられる。第一の集団は、すでにこの視座を自身の枠組みとして有しており、そのため科学的裏付けによって自らの立場が強化されたと感じた人々である。第二の集団は、子どもの経験やその後の成人期のアウトカムを概念化するための新たなパラダイムとして ACE 研究を受け止め、それによって自身の思考や実践の形成を助けられた人々である。後者の集団においては、Finkelhor (2018) が指摘しているように、Felitti 他 (1998) の論文に対して専門職コミュニティのあいだで相当の関心が寄せられた。その理由の一つとして、専門職が、Felitti らによって導き出された結論が、自らの実践経験を裏づけるものだと感じたことが挙げられる。すなわち、彼らが日常的に関わってきた子どもたちの多くが、重大な逆境を経験しており、その逆境が子ども期の生活や将来の人生の可能性に否定的な影響を及ぼしうる、という認識である。

これらの展開は、神経科学の進展と軌を一にしており、とりわけ子どもにおける脳の発達を促進または阻害する要因や過程に関する多くの理論の形成と重なっていた (Shonkoff et al., 2012)。1990年代には、米国の National Institutes of Health が、正常な神経発達および病理的な神経発達とその機能の理解に向けて多額の資源を投じた。これは、後に「Decade of the Brain (脳の 10 年)」として知られるようになった取り組みである (Goldstein, 1994)。こうした研究潮流の一つは、私たちがいかなる存在であり、何者になっていくのかを最も強く規定する要因は何かという、「nature versus nurture (先天か後天か)」をめぐる議論を探究しようとするものであった。遺伝的多様性が、ストレスへの反応の仕方に一定の役割を果たしていることはすでに示されていたが、それと同時に、人生初期の経験や環境的影響がもつ潜在的なインパクトについての議論が次第に高まりつつあった。ACE 研究のデータの公表およびそれに続く議論は、公衆衛生分野において、社会的要因が長期的な身体的、精神的健康に及ぼす影響に対する関心が高まってきたことによって、いっそう後押しされてきたのである (例 : Hardcastle and Bellis, 2019)。

一部の論者は、この「新しい」科学に対して正当な慎重さを示しており、「生殖や母親の行動に明確な焦点が当てられている一方で、貧困や社会的不利の緩和についての明示的な言及が広範に欠如している」という懸念を表明している (White and Wastell, 2017)。また、脳の実際の発達過程や生物学的経路、発達メカニズムに関するエビデンスは増えつつあるものの、現時点ではなお結論的とは言えず (Steptoe et al., 2019)、そうした状況下で、他の重要な取り組み (例 : 貧困の緩和) を犠牲にしつつ、個人や集団に対する新たな実践方法 (例 : マニュアル化されたプログラム) へと拙速に移行することには注意が必要である。ACEs に関する文献および、ACE 研究から得られた知見がどのように採用、活用されてきたのかについては、これまで多くの批判が寄せられており、それらについては別稿ですでに整理し、検討している (Spratt et al., 2019)。要するに、それらの批判は、原初的な ACE 研究における逆境の概念

化が限定的である点、ならびにその研究成果が用いられてきた方法に集中している。具体的には、子どもの疾病や障害といった、より広範な逆境を含めていないこと、貧困や地域社会における暴力といった構造的問題を軽視していること、研究用に設計された質問票が実践家によってスクリーニングツールとして使用されていること（本来その目的で設計されたものではないにもかかわらず）、逆境の経験または曝露から、その後のアウトカム（否定的であれ肯定的であれ）に至る経路について、より詳細で精緻な理解が欠けていること、そして ACE をめぐる議論が決定論的になりがちであり、その結果として、子ども一人ひとりの経験や人生経路を捉える見方が均質化されてしまう可能性があること、などである。研究成果の解釈や適用に際して慎重であることは、とりわけ知識や理解に大きな空白が残されている探究領域においては、当然に求められる姿勢である。しかし同時に、その慎重さや批判が過度に批判的、排他的なものとなり、「パラダイムの戦争（理論的対立の泥沼化）」の中で、有益な研究や探究の道筋そのものを閉ざしてしまうことがないようにすることも、同様に重要である。

本稿では、原初的な ACE 研究およびそれに続く研究の双方を下支えしているいくつかの基本概念について検討することを意図している。その際、ACE という用語が、ある側面において還元主義的なものとなってきていることも認識している（McLaughlin, 2016）。本稿は、逆境（adversity）を、望ましくないアウトカムの生起確率を高めることが明らかにされてきた、さまざまな経験や状況を記述するための代理概念（proxy concept）として捉える立場から出発する。

この意味において、逆境は不完全な概念であり、ある種の「包括的概念（catch-all）」として構築されているが、科学的コミュニティと一般社会の双方において使用可能であり、両者のあいだに概念的な橋渡しを提供するという有用性を有している。特定の事象への子どもの曝露や経験が一般に問題視されるという点については、一定の合意が存在すると考えられる（例：思春期前の子どもによる性的活動への関与）。しかしながら、特定の種類の逆境がもたらす長期的帰結に関するエビデンスは、必ずしも単純明快ではない（Davidson et al., 2010 参照）。

それでもなお、子どもは、社会における構造的な問題（例：貧困状態での生活や地域社会における暴力）、子ども自身の個人的特性（例：重大な疾病や障害を有すること）、他者から向けられる行動（例：いじめ、虐待、人種差別）、さらには家族を取り巻くより広範な問題（例：親の収監、ドメスティック・バイオレンス、問題のある物質使用）によって、否定的な影響を受けうると考える。これを裏づける高品質な質的、量的研究のエビデンスは強固である（例：Bunting et al., 2017 ; Rosen et al., 2018 ; Steketee et al., 2019）。

また、子どもが経験する逆境の種類の数およびそれぞれの逆境を経験する期間の長さの両面において、逆境が増えるほど、子どもが影響を受ける可能性が高まり、その影響が将来にわたって持続する可能性も高まるという点についても、エビデンスは説得的である。しかし同時に、すべての子どもの経験が同様であると仮定すること、逆境を経験すれば自動的に否定的影響を受けると想定すること、あるいは成人期における不利なアウトカムを、専らまたは主として小児期の経験に帰属させることには、慎重である必要がある（Frederick and Goddard, 2007 ; Steptoe et al., 2019）。以上を踏まえ、本稿では、有用な研究の一つである ACE 研究と、原初的な ACE 研究の限界に対する多くの批判を取り込み、それらに応答してきた小児期の逆境に関するより広範な研究文献とを、明確に区別することを意図している。

ACEs に関する文献に対する批判の一つは、成人が自らの小児期の経験について行う回顧的報告に過度に依拠している点、ならびに、通常は原初的な ACE 研究の質問票を用いて収集された、限られた範囲の事象のみを対象としている点に向けられている（Kelly-Irving and Delpierre, 2019 ; White et al., 2019）。しかしながら、小児期において多くの子どもが多様な逆境を経験していること、また、一つの逆境を経験することが、通常、複数の問題を経験する可能性を高めることを支持するデータは、他にも幅広く存在している。（例：Cicchetti and Toth, 2005 ; Finkelhor et al., 2007 ; Radford et al., 2011）。スコットランドにおける Growing Up in Scotland 縦断デー

タセットを用いて、Marryat と Frank (2019) は、近年の前向き出生コホート（同時期に出生した子どもたちを、出生後から継続的に追跡している集団）において 8 歳時点での ACEs の有病率を明らかにするとともに、生後 1 年目におけるリスク要因と累積的な ACEs との関連を検討した。あわせて、子どもの生活状況、ウェルビーイング、ならびに発達経過に関する大量の情報が収集された。対象となった子どもは 2004 年から 2005 年にスコットランドで出生し、Child Benefit Records を用いて特定された後、7 年間にわたり追跡された（ $n = 3119$ ）。ACEs のスコアおよびサンプル特性が算出、記述され、さらに、リスク要因（性別、母親の年齢および学歴、世帯収入、地域レベルの剥奪度、都市／農村区分）と ACEs スコアとの関連を検討するために、ロジスティック回帰モデルが適用された。その結果、子どもの約 3 分の 2 が 1 つ以上の ACEs を経験しており、生涯に 3 つ以上の ACEs を経験していた子どもは 10%であった。より高い ACEs スコアは、男児であること、母親が若年であること、低所得であること、都市部に居住していることと関連していた。これらの知見は、一方では、既存の ACEs 研究から得られてきた知見を裏づけるものであると同時に、子どものウェルビーイングに関する、より広範で長年にわたる研究とも一致している。すなわち、ほとんどの子どもは小児期に何らかの逆境に直面し、一部の子どもは複数の逆境を経験し、そして、こうした複数の逆境の経験が、その後の社会的、健康上の困難の可能性を高めるという点である（Hughes et al., 2017）。しかし同時に、これらの子どもすべてが必ずしも長期的な困難を経験するわけではないこと、また、保護要因やレジリエンス要因が、個々の子どもが後の人生において否定的なアウトカムを経験するか否かにどのように影響するのかについては、いまだ十分に解明されていないことも、私たちは知っているのである（Steptoe et al., 2019）。

トラウマとレジリエンス

ACE 研究をめぐる議論は、子どもの逆境体験に関するより広範な研究文献の中で展開されてきた、トラウマおよびレジリエンスに関する並行的な議論によって補完されてきた。そこでは、子どもがどのような逆境を経験し、それによってどのような影響を受け、いかに対処しているのかが論じられている。心理的トラウマとは、個人の感情的経験を統合する能力が圧倒されるような出来事、あるいは持続的な状態に対する、きわめて個別的な体験として定義される。すなわち、生命、身体の完全性、あるいは精神の健全性に対する脅威を、個人が主観的に経験する状態である（Pearlman and Saakvitne, 1995）。van der Kolk (2017) が指摘しているように、トラウマティックストレス研究の分野では、近年、「複合的トラウマ（complex trauma）」という用語が用いられるようになってきている。これは、発達にとって有害な複数の慢性的かつ長期にわたるトラウマ的出来事の経験を指し、その多くは対人的性質をもち（例：身体的または性的虐待、戦争、地域社会における暴力）、人生早期に発生するものである。しかしながら、ACE 研究の領域においては、トラウマという概念と逆境という概念とが、次第に混同される傾向がみられる。この混同は、子どものウェルビーイングが、しばしば「逆境」と呼ばれる多様な要因によって影響を受けうることを認識してきた、より広範な研究文献に由来している。これらの要因の中には、トラウマとして経験されるものもあるが、他方で、貧困やヤングケアラーであることのように、より慢性的かつ潜在的に有害でありながら、肯定的側面と否定的側面の双方を含みうるものも存在する（McGibbon et al., 2019）。したがって、逆境とトラウマに関する私たちの理解と、それらに対して何らかの対応を行おうとする欲求とを、安易に重ね合わせてしまうことには慎重である必要がある。ある種の逆境はトラウマ的であり、また、いくつかの逆境は将来的にトラウマへと至る可能性があるが、すべての逆境をトラウマとして捉えることはできない。ただし、それは、トラウマでない逆境が何らの帰結ももたらさないということの意味するものではない。

逆境およびその否定的影響に焦点を当てることと同様に、高い ACE スコアを報告しているにもかかわらず、多くの人が生活に適応し、人生を歩み続けているように見えるのはなぜなのかという問いにも目を向ける必要がある。彼ら、

あるいは彼らを取り巻く状況の何が異なっており、それがこれほどまでに大きく異なる人生の軌跡を生み出しているのだろうか。実際には、これが人口の多数派であるように見受けられる。この点は、逆境、特に ACEs に関する文献が、特定の否定的アウトカムリスクが増大することに焦点を当てているという事実によって、ある程度は説明される。しかし、こうした逆境を経験した人びとの大多数においては、実際にはそのような否定的アウトカムが生じているわけではない。たとえば、Huang ら（2015）による 2 型糖尿病に関する研究では、当該 ACEs を経験していない参加者と比較した場合、ACEs への曝露を報告した人びとは、後年に 2 型糖尿病を発症するリスクが 32% 高かったことが示されている。さらに、特定の ACEs の種類によって関連する影響には顕著な差異がみられ、ネグレクトが最も強い影響を示し、身体的虐待は最も弱い影響を示していた。これらの知見は、2 型糖尿病を発症するリスクが高まることを示しているが、その発症が必然であることを意味するものではない。私たちは、同じ出来事を経験しても、すべての個人が同様に受け止めるわけではないことを知っている。人びとはそれぞれ異なる文脈の中で生活しており、特定の個人的資質や、多様な外的支援を活用することができる。それらは、人生において直面する困難を乗り越える助けとなりうるが、そのあり方は時間の経過や自立の進展とともに変化していく。こうした点を踏まえるならば、潜在的な介入を、それが逆境の否定的影響を「緩和（mitigate）」しようとするものなのか（例：貧困状態にある家族に対し、子ども一人当たりの福祉給付を増額すること）、逆境の影響を「補償（compensate）」しようとするものなのか（例：親が収監されている子どもが、その親との関係を維持できるよう支援すること）、あるいは逆境の否定的影響を「改善、是正（remediate）」しようとするものなのか（例：ドメスティック・バイオレンスを経験したすべての子どもが個別カウンセリングを受けられるようにすること）という観点から整理することも可能である。

原初的な ACE 研究に基づく研究から一貫して示されている知見の一つは、小児期における逆境の経験から生じる否定的アウトカムを最も強く予測する要因は、「数が重要である（numbers matter）」という点である（Spratt, 2012）。すなわち、経験する逆境の数が多ければ、身体的、精神的健康状態が不良となる可能性が高まり、法との接触を経験する可能性や、より不安定で低賃金の就労に直面する可能性も高まる。この現象は、ポリヴィクティミゼーション（polyvictimisation）（例：Finkelhor et al., 2007 ; Dierkhising et al., 2019）あるいは累積的害（cumulative harm）（例：Bryce, 2018 ; Sheehan, 2019）と呼ばれることもあるが、しばしば、論者が指している逆境は、子どもが経験するより広範な逆境というよりも、虐待や不適切な養育といった形態に限定されている場合が多い。

時間性（Temporality）

十分に解明されていないのは、複数の ACE を経験することに、将来の時点で否定的アウトカムが観察されるという点以外に、時間的な要素がどのように関与しているのか、という点である。この領域における現在の研究は、主として「用量効果（dose effect）」を超えて理解しようとする試みに焦点を当てている。すなわち、逆境経験が多いほど不良なアウトカムの生起確率が高まることが分かっているのであれば、そうした経験がいつ生じるのかというタイミングが、アウトカムの深刻さにどのような影響を及ぼすのかを、より深く理解する必要がある。この点について、神経科学分野の研究の多くは、ACE が発達上感受性の高い時期に経験された場合、より大きな影響を及ぼす可能性があるという考えに注目してきたが、その妥当性を支持する証拠も示されつつある（Pechtel et al., 2014）。例えば、3 歳から 5 歳の間に ACE を経験した者では、成人期においてより重篤な症状が報告されている（Kaplow and Widom, 2007）。Schalinski ら（2016）は、私たちが逆境経験のタイミング効果について一定の理解に到達しつつあることを認めつつも、こうしたタイミングとアウトカムとの関連およびその影響を十分に把握するためには、なおさらなる研究が必要であると指摘している。

現在の研究結果は、特に性的虐待、親の喪失、ならびに外傷的体験について、脆弱な時間的窓（vulnerable time windows）が存在することを示唆している。しかしながら、こうした感受性が、精神疾患への脆弱性との相互作用において、逆境の種類および経験時期に固有のものなのかどうかを理解するためには、より精緻に区分された発達段階において、さまざまな ACE を包括的に評価することが必要である。（p. 2）

このように、Merrick ら（2020）の研究は、否定的なもの肯定的なもの双方を含む異なる子ども期の経験が、成人期におけるリスクおよびレジリエンスへと至る固有の経路をもたらしていることを示している。同研究は、子ども期を初期（0～5 歳）、中期（6～12 歳）、後期（13～18 歳）の三つの明確な段階に区分して検討した結果、より早期に始まった経験ほど、子ども期後半に始まった経験よりも、後の不良な結果を予測する力が強いことを明らかにしている。

また、子どもがより長期間にわたって逆境を経験した場合に、その結果が他の子どもと異なるのかどうか、さらに、逆境が時間的に連続して経験される場合ではなく、並行して経験される場合に結果がどのように異なるのかについても検討する必要がある。加えて、経験の性質そのものと、そこから生じる結果の種類とのあいだに関係があるのかどうかも検討されなければならない。この後者の点に関しては、近接的曝露（家族機能不全への二次的曝露ではなく、虐待を直接経験すること）のほうが、ライフコース全体にわたる不良な精神的健康への感受性と、より強く関連していることを示すエビデンスが存在する（Lindert et al., 2014）。

子どもの年齢や、経験された特定の逆境との関係における「時期」の効果については一定の進展がみられるものの、介入が行われる時期やその性質に関しては、同様のことは言えない。現時点で共有されているのは、「早期であるほどよい」「改善的介入よりも予防的介入が望ましい」という、政策および実践における既定の立場にとどまっている。しかしながら、支援や治療的サービスが子どもとその家族にどれほど迅速に提供されるかによって、特定の否定的な結果が生じにくくなるのかどうかについては、いまだ十分に確立された理解が得られていない。また、子どもが逆境に曝露される期間の長さ、支援サービスが子どもおよび家族に必要のある期間とのあいだに関係が存在するのかどうかについても、明確には分かっていない。この点は、ACEs を公衆衛生上の課題として正當に位置づけている政策立案者にとって、とりわけ困難な課題を突きつけるものである。というのも、彼らは、十分なエビデンスに裏づけられた包括的な介入手段の体系を未だ有していないからである。同時にこれは、サービス提供者にとっても課題であり、自らの既存サービスを「ACE に配慮した（ACE aware）」あるいは「トラウマ・インフォームド（trauma-informed）」と再標榜したくなる誘惑が生じうる一方で、その有効性に見合う評価指標を欠いたままである可能性があることを意味している（Spratt and Kennedy, 2020）。

時間性（temporality）の問題が重要であることは、単発的で短期間の逆境経験については、子どもへの影響が比較的小さい可能性を示す一定のエビデンスが存在することからも明らかである。これは通常、そのような逆境がよりトラウマ的でない形で経験される可能性が高いこと、とりわけ早期かつ集中的な支援が提供される場合に当てはまる。子どものドメスティックバイオレンスへの曝露を例にとると、地域サービスプログラムに参加した 687 人の子どもを対象に、その影響を検討した研究において、虐待経験を一度のみ開示した子どもは、複数回の出来事を経験した子どもに比べて、解離のリスクが低いことが示されている（Spilsbury et al., 2007）。したがって、こうした出来事が反復的なパターンとして定着するのを待つのではなく、より早い段階で家族を支援することは、現行の実践よりも長期的にみて有効なアプローチである可能性が高い（Millar et al., 2019）。さらに、ドメスティックバイオレンスと子ども虐待が併存すること（co-occurrence）については、現在、強固なエビデンスが存在する。一方で、ドメスティックバイオレンスと子ども虐待という「二重の打撃（‘double whammy’）」を経験する子どもが、いずれか一方のみを経験する子どもよりも、より深刻な影響を受けるのかどうかについては、相反するエビデンスが示されている（Hughes et al., 1989 ; Silverman and

Gelles, 2001 に引用 ; Kimball, 2016) 。

現時点では、ACE 研究の現在に至る一連の展開形態 (iterations) において、個人が経験した特定の逆境の「量 (dose) 」を定量化し、その量の違いが、当該の逆境が持続的かつ否定的な影響を及ぼすかどうかに対して調整的な効果をもつのかを解き明かそうとする試みはなされていない。これは単なる学術的な問いにとどまるものではなく、専門職の言説の一部をなしている予防および早期支援をめぐる議論に対して、きわめて重大な含意をもつ問いである。私たちが「閾値 (threshold) 」について語るとき、それは実際には、ますます希少化する資源をどのように配分するかという戦略を論じていることにほかならない (Devaney, 2019) 。多くの人々に対して少しずつ支援を薄く広げることで、一定数の個人や家族を正しい方向へとわずかでも後押しできることを期待する一方で、そのような支援では不十分となる人々が必ず存在し、彼らが「崖から落ちた」場合に備えてセーフティネットを用意する必要があることを認識する、という選択をとるべきなのだろうか。それとも、より低いレベルのニーズをもつ多くの人々は自らの資源を用いて崖っぷちを回避できると見込み、資源を「ごく少数の最も深刻なケース」に集中的に配分するという選択をとるべきなのだろうか。

特定の状況にある個々の子どもにとって、どの程度の逆境が「過剰」であるのかについて、より明確な理解が得られないままであると、私たちは、注目度の高い一部の逆境に対して過剰に反応する一方で、可視性は低いものの、実際にはより有害である可能性のある他の逆境に対して過小に反応してしまう危険にさらされる。また、早期介入を志向すること自体が、善意に基づくものであったとしても、専門職による家族への監視や介入を過度に強めてしまう可能性があるという懸念も存在する (White et al., 2019) 。これは、児童福祉システムに対する現在の批判とも符合している。すなわち、認知されたリスク (たとえば身体的虐待や性的虐待) が前景化されることで、子どもたちのより広範なニーズ (たとえば貧困の中で成長することの影響や、親の投獄を経験することの影響) が覆い隠されてしまうという問題である (Featherstone et al., 2018) 。子どもに関するリスクとニーズの捉え方がいかに歪められているかを示す一例として、親の投獄によって影響を受けている子どもの数は、英国における公的養護下にある子どもの数の 3 倍以上、児童保護計画の対象となっている子どもの数の 5 倍、さらに離婚の影響を受けている子どもの数の 2 倍以上にのぼると推定されている (Butler et al., 2015) 。それにもかかわらず、この大規模な子ども集団に対する支援サービスの提供は、ほとんど存在しないに等しい (Barnardo, 2014) 。これは、こうした状況にある子どもたちが、ウェルビーイングや発達の面で深刻な否定的結果を経験するリスクが高いことを示す、強固なエビデンスが存在しているにもかかわらずである (Bell et al., 2018) 。

測定の概念化

現在の ACEs 文献に関する第二の主要な考察点は、データが提示、議論される際の単純化されたあり方に関わるものである。「ACEs を数える (counting ACEs) 」ことに過度に依拠すると、「数が重要である (numbers matter) 」という格言に内在する論理が、かえって見えにくくなる危険がある。これは、とりわけアセスメントを行うソーシャルワーカーにとって、誘惑的である。というのも、すべてのアセスメントは、常識の水準を超えて将来の結果を予測するために実施されるにもかかわらず、実際には、意思決定を支援する経験的に裏づけられた測定尺度 (すなわち、通常は妥当性検証された測定手段) を欠いていることが多いからである。この点で、ACE スコアは異なる性質をもつ。ACE スコアは統計的確率を反映しており、それを尺度化する指標を提供するからである。ただし、ACE スコアは個人レベルでの予測ツールとして設計されたものではない。それでもなお、エビデンスに基づくアセスメント手段が不足している現状を補おうとするサービスにおいては、こうした不完全性が軽視されてしまう可能性がある。しかしながら、子どもが異なる時期に、異なる形で逆境を経験することがありうる点を、私たちは十分に認識しておく必要がある。たとえば、乳児期には貧困の中で生活していたが、

その後、比較的安定した家庭環境のもとで一定期間を過ごし、学童期以降に親の別居、離別を経験するという場合がある。また、ドメスティックバイオレンスの後に親の別居が生じた場合には、子どもの状況が実際には改善することもありうる。一方で、複数の逆境が同時並行的に生じる子どももいる。たとえば、安定し、経済的にも恵まれた幼少期を過ごしていたものの、親の失職を契機として貧困に陥り、親同士の関係緊張が高まり、精神的健康の悪化や物質使用の増加が生じ、最終的に親の別居、離別に至り、その結果、地域や学校において支えとなっていた友人関係から切り離されるといった過程である。これらの友人関係は、否定的な逆境の影響に対する緩衝要因（buffer）として機能していた可能性がある。実践への含意としては、複数の逆境の存在が、子どもが否定的影響を受ける可能性に対する警戒水準を高める点では重要であるものの、それが特定の子どもにとって、ある時点で、そして時間の経過の中で、何を意味するのかを、より深く掘り下げて検討することが不可欠であるという点にある。これは、逆境の累積的影響に関する理解を基盤としつつ、子どもや親が自身のライフエクスピリエンスについて語ることを支援し、同時に、それが支援の在り方やサービスへのアクセスに関して何を意味するのかを、強みに基づく関係志向の視点から分析する高度な専門性を要する（Coulter et al., 2020）。また、こうした要因を探究するためには、多様な研究方法論を動員することも求められる。たとえば、Park ら（2020）は、双極性障害と診断された 2,675 人の個人の生活史を分析し、ACEs への曝露の有無による、幼少期トラウマと臨床転帰との関係を検討した。その結果、ACE の数が臨床転帰に最も大きな影響を及ぼしていた一方で、身体的虐待のような特定の ACE が、とりわけ顕著な影響をもつことが示された。さらに、児童期以後に生じた逆境的経験は、ACEs に比して、臨床転帰への影響が弱いことも明らかとなった。

現時点では、逆境を同時並行的に経験することと、時間的に連続して経験することのいずれがより良い、あるいはより悪い結果をもたらすのか、また、逆境がどのような順序で生じるかにかかわらず、単純に「数が重要である（numbers matter）」と考えてよいのかどうかについて、私たちは十分なデータを有していない。しかしながら、こうした情報は、児童福祉システムがいかに機能すべきかを考えるうえで極めて重要である。すなわち、脆弱な子どもを早期に特定し、成人期に達するまで低強度の支援によって手厚く包み込む必要があるのか、それとも、短期的かつ集中的な介入によって問題を解決し、その後は家族が自らの生活を営めるようにするべきなのか、という問いである。現在、私たちはこれらの問題を、利用可能な資源の制約、依存を助長してしまうのではないかと懸念、あるいは家族の私的領域に過度に踏み込む侵襲的介入への恐れといった観点から議論することが多い。しかし、子どもが直面した逆境を乗り越えるためにどのような支援が必要なのか、また、介入を行わなかった場合に、個人および社会にどのような長期的コストが生じるのかという観点からは、十分に検討されていないのが実情である。同時に、英国の政府は、こうした状況に置かれた子どもに生じる長期的な否定的影響を主たる根拠として、子どもの貧困を終結させることを政策目標として明確に掲げている。しかしながら、貧困がもたらす影響については、より精緻な議論が必要である。すなわち、物質的困窮や、支援を購入するための資金不足といった直接的影響と、親のストレスや地域環境といった要因を通じた間接的影響との関係を解きほぐす必要がある（Bywaters et al., 2016）。この点はとりわけ困難な問題である。というのも、社会的、健康的結果の社会的決定要因に注目する議論が、貧困の影響と生物・心理・社会的要因の影響とを、対立的かつ二項対立的なものとして提示してしまう危険があるからである。この点について、Kelly-Irving と Delpierre（2019）は次のように指摘している。

ACEs という枠組みがもつ生物学的な説明可能性、研究結果の一貫性、そして用量反応関係（量が増えるほど影響が強くなる関係）は、いずれも、人生の最初の二十年間に経験される心理社会的な出来事が、人口集団の一部を、慢性疾患に結びつく健康上の経過へと導く可能性が高いことを示している。ただし、これは、貧困や社会的剥奪を経由する別の影響経路の存在を否定するものではない。むしろ、貧困や剥奪そのものが、特定の集団をこうした逆境的経験にさらされやすい状況へと

置いていることを示すエビデンスは数多く存在する (p. 6)。

この点は、Lewerら (2019) によっても支持されている。彼らは、イングランドにおける警察、社会福祉サービス、学校、その他の地域統計データを用い、児童虐待の発生率、アルコールまたは薬物治療を受けている親の人数、武器を伴う路上犯罪といった、児童期の逆境を表す出来事の人口率を算出した。著者らは、複合的剥奪指数 (Index of Multiple Deprivation) において指標を統合する際に用いられている方法を参照しつつ、地方自治体レベルにおける ACEs の相対的頻度を要約する「ACE 指数 (ACE Index)」を構築した。そして、この ACE 指数と地域特性との関連を、横断的な生態学的分析 (cross-sectional ecological analysis) によって検討した。そして、その結果、次の点が明らかとなった：

子どもの貧困率が高い地域では、ACEs の頻度も高い。このことは、成人において確認されている剥奪と ACEs との関連が、回想バイアスや選択的移住によって説明される可能性は低く、むしろ、これらの地域で成長する子どもたちが逆境的経験にさらされるリスクが高いことによることを示唆している。さらにこれは、剥奪という社会経済的条件そのものが、児童期における逆境的経験を生み出しやすくする要因として作用している過程が存在することを示すエビデンス (証拠) である (p. 6)。

子どもの逆境経験への対応

最後に、ACE 研究をめぐる議論と、それが子どものニーズおよびそれいかに応えるかについての専門職的、公的議論を形成し、方向づけてきたあり方は、社会が子どもの逆境経験にどのように対応すべきかという難題を、改めて鮮明に浮かび上がらせている。すなわち、個々の子どもとその家族の水準で対応すべきなのか、それとも家族やより広範なコミュニティの水準で対応すべきなのかという問いである。たとえば、Di Lemma ら (2019) は、公衆衛生ウェールズ (Public Health Wales) のために実施した、ライフコース全体にわたる逆境の予防および対応に関する介入のエビデンスレビューにおいて、子ども、親、あるいは家族レベルの介入にほぼ専ら焦点を当てており、コミュニティの結束性や貧困の役割、さらには家族所得に関する研究文献が、さまざまな逆境の予防および緩和に果たす役割については、ほとんど言及していない。これは、貧困それ自体を一つの逆境として捉える視点を含めてもなおである。ある意味でこれは、児童虐待を社会的、構造的な文脈の中で理解するのではなく、精神病理の一形態として構成してきた過去の枠組みへの回帰であると言える。すなわち、より広範な原因メカニズムおよび介入メカニズムを取り込み、人道的かつ効果的に理解し対応しようとする試みが後景化しているのである。具体例として、米国のある研究では、家族所得の変化を用いて児童虐待への影響を検討している。Raissian と Bullinger (2017) は、最低賃金が 1 ドル引き上げられるごとに、ネグレクトの通報件数が 10%減少することを示し、社会経済的地位の改善が児童期の逆境を減少させうという Bywatersら (2016) の結論を支持するエビデンスを提供している。同様に、薬物やアルコール依存、犯罪への関与、精神的健康問題、ホームレス、失業、債務といった社会問題と関連する剥奪や経済的不況に対処することは、子どもの逆境を減少させる上でも有益である可能性が高い (Lewer et al., 2019)。また、それは同時に、専門職やサービスが、一般集団の中から支援を必要とする家族やリスクにさらされた子どもを「探し当てなければならない」という偶然性 (くじ引き的状況) を低減することにもつながる。

多くの子どもと、特に深刻なニーズをもつ少数の子どもの双方を支援することを視野に入れた資源配分の一つの方法は、学校のように、広く利用可能で、自然で、かつスティグマ化されにくいサービスの場において、戦略的に支援を提供することである (Sulkowski and Michael, 2014)。こうした場では、子どもや若者に対して、多様な水準の支援を

提供することが可能である。多層的支援システム（Multi-tiered systems of support）は、学校におけるサービス提供のための公衆衛生的枠組みとして、広く受け入れられている。この枠組みでは、三つの層（ティア）で支援が調整される。第一層は、すべての児童生徒を対象とする支援であり、たとえば肯定的で支援的な学校風土の形成が含まれる（Chafouleas et al., 2016）。これは、逆境やトラウマの影響を受けている可能性のある子どもを含め、すべての子どもに対して、レジリエンス、対処スキル、つながり、ウェルビーイングを促進する（Reinbergs and Fefer, 2018）。第二層には、特定の児童生徒に対して社会的支援ネットワークの形成を支援することや、感情調整スキルの学習を助けることなどが含まれる（Chafouleas et al., 2016）。この水準の支援は、より対象を絞った小集団でのセッションを伴うことがあり、保護者や教員への支援を含む場合もある（Reinbergs and Fefer, 2018）。第三層は、より集中的かつ包括的な支援を必要とする児童生徒を対象とするものである（Chafouleas et al., 2016）。こうした支援は、学校を拠点とする、あるいは外部の精神保健専門職によって、学校環境の中で提供されることがある（Reinbergs and Fefer, 2018）。学校は、リスクにさらされた子どもを早期に特定し、子どもが多くの時間を過ごす場において支援を提供できる重要な場となりうる（これは時間性〔temporality〕のもう一つの側面である； Alisic et al., 2012； Sulkowski and Michael, 2014）。すべての支援サービスが、社会福祉専門職者や精神保健専門職者によって直接実施される必要があるわけではない。たとえば、教員はコンサルテーションによる支援を受けることで、日常的に実行可能で有効な方略を身につけることができ、それらを用いて、自らが関わる子どもたちにおける逆境の否定的影響に対処し、それを抑制することが可能である。（Alisic et al., 2012； Cicchetti, 2017）。慎重な計画のもとでは、学校を基盤とした支援は、地域や臨床機関のサービスに比べて、より利用しやすく、かつ長期間にわたって提供することが可能である（Chafouleas et al., 2016； Sulkowski and Michael, 2014）。

結論

結論として、本稿では、当初の ACE 研究およびそれ以降の研究と議論が、子どもの逆境経験と、そうした経験に対して支援が提供されなかった場合に生じる否定的結果について、幅広い読者が議論に参加するための場を切り開いてきたことを論じてきた。私たちは、「数が重要である（numbers matter）」という点を強く支持する。すなわち、十分な支援ネットワークがある場合には、子どもは短期間であれば一定程度の逆境に対処できる可能性があるものの、逆境が過度に多く、かつ長期間に及ぶ場合には、良質な支援が存在していたとしても、子どもおよびその家族にとって問題となるということである。こうした支援は、必ずしも専門職によるものである必要はない。しかし同時に、家族だけで常に対応できると前提するべきでもなく、それができない場合に家族自身が問題として捉えられてしまうべきでもない。子どもの逆境経験を理解し、それに対応しようとする際には、逆境の「時間的側面」に対して探究的な姿勢をもつことが不可欠であり、それによって初めて、子どもの経験をより十分に把握し、どのような支援が可能であるのかを見定めることができる。このためには、生活史的ナラティブインタビューから構造方程式モデリングに至るまでの、多様な方法論を用い、経験と結果とのあいだに存在する性質や経路を探究し、明らかにしていく必要がある。

当初の ACE 研究は有益な出発点であったが、最初に提示された 10 項目の ACEs を、児童期の逆境を定義する事実上の基準として固定化するのではなく、今やそこから先へと進む必要がある。そうすることで、子どもとその家族をどのように支援するかという議論を、より広い射程へと広げることができる。すなわち、コミュニティや社会全体が、子どもを価値ある存在として認め、育むうえで果たしうる役割を議論に含めることが可能になる。また同時に、一部の逆境を未然に防ぐ社会的・経済的政策や、他の逆境が生じた際に、より早期に、より質の高い支援を提供できる政策の在り方についても、検討の対象とすることができる。さらに、時間という概念を、私たちの思考と行動を方向づける枠組みとして用いることによって、今日の子どもと明日の大人とを見据えながら、子どものニーズがどのように形成され、時間の経過とともにどのよ

うに変化していくのかについて考察を深める営みを開始することができるのである。

参考文献

Alisic, E., Bus, M., Dulack, W., Pennings, L. and Splinter, J. (2012) 'Teachers' experiences supporting children after traumatic exposure', *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), pp. 98–101.

Barnardo's (2014) *On the Outside: Identifying and Supporting Children with a Parent in Prison*. London, Barnardo's. Available at: <http://www.barnardos.org.uk/on-the-outside.pdf>

Bell, M. F., Bayliss, D. M., Glauert, R. and Ohan, J. L. (2018) 'Using linked data to investigate developmental vulnerabilities in children of convicted parents', *Developmental Psychology*, 54(7), pp. 1219–31.

Bryce, I. R. (2018) 'A review of cumulative harm: A comparison of international child protection', *Children Australia*, 43(1), pp. 23–31.

Bunting, L., Webb, M. A. and Shannon, R. (2017) 'Looking again at troubled families: Parents' perspectives on multiple adversities', *Child & Family Social Work*, 22, pp. 31–40.

Butler, M., Hayes, D., Devaney, J. and Percy, A. (2015) *Strengthening Family Relations? Review of the Families Matter Programme in Maghaberry Prison*. Belfast, Queen's University Belfast.

Bywaters, P., Bunting, L., Davidson, G., Hanratty, J., Mason, W., McCartan, C. and Steils, N. (2016) *The Relationship between Poverty, Child Abuse and Neglect: An Evidence Review*. York, Joseph Rowntree Foundation.

Chafouleas, S. M., Johnson, A. H., Overstreet, S. and Santos, N. M. (2016) 'Towards a blueprint for trauma-informed service delivery in schools', *School Mental Health*, 8(1), pp. 144–62.

Cicchetti, C. (2017) 'A school-community collaboration model to promote access to trauma-informed behavioural health supports', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), pp. S30.

Cicchetti, D. and Toth, S. L. (2005) 'Child maltreatment', *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), pp. 409–38.

Coulter, S., Houston, S., Mooney, S., Devaney, J. and Davidson, G. (2020) 'Attaining theoretical coherence within relationship-based practice in child and family social work: The systemic perspective', *The British Journal of Social Work*, 50(4), pp. 1219–37.

Davidson, G., Devaney, J. and Spratt, T. (2010) 'The impact of adversity in childhood on outcomes in adulthood: Research lessons and limitations', *Journal of Social Work*, 10(4), pp. 369–90.

Devaney, J. (2019) 'The trouble with thresholds: Rationing as a rational choice in child and family social work', *Child & Family Social Work*, 24(4), pp. 458–66.

Dierkhising, C. B., Ford, J. D., Branson, C., Grasso, D. J. and Lee, R. (2019) 'Developmental timing of polyvictimization: Continuity, change, and association with adverse outcomes in adolescence', *Child Abuse & Neglect*, 87, pp. 40–50.

Di Lemma, L. C., Davies, A. R., Ford, K., Hughes, K., Homolova, L., Gray, B. and Richardson, G. (2019) *Responding to Adverse Childhood Experiences*. Cardiff, Public Health Wales.

Featherstone, B., Gupta, A., Morris, K. and White, S. (2018) *Protecting Children: A Social Model*. Bristol, Policy Press.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. and Marks, J. S. (1998) 'Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study', *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245–58.

Finkelhor, D. (1995) 'The victimization of children: A developmental perspective', *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), pp. 177–93.

Finkelhor, D. (2018) 'Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions', *Child Abuse & Neglect*, 85, pp. 174–9.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K. and Turner, H. A. (2007) 'Poly-victimization: A neglected component in child victimization', *Child Abuse & Neglect*, 31(1), pp. 7–26.

Frederick, J. and Goddard, C. (2007) 'Exploring the relationship between poverty, childhood adversity and child abuse from the perspective of adulthood', *Child Abuse Review*, 16(5), pp. 323–41.

Goldstein, M. (1994) 'Decade of the brain: An agenda for the nineties', *Western Journal of Medicine*, 161(3), pp. 239–41.

Hardcastle, K. and Bellis, M. A. (2019) *Asking About Adverse Childhood Experiences (ACEs) in General Practice: Evaluation Findings from a Pilot Study in Anglesey, North Wales*. Wrexham, Public Health Wales NHS Trust.

Huang, H. et al. (2015) 'Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis', *Metabolism*, 64(11), pp. 1408–18.

Hughes, H. M., Parkinson, D. and Vargo, M. (1989) 'Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy"?', *Journal of Family Violence*, 4(2), pp. 197–209.

Hughes, K. et al. (2017) 'The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet Public Health*, 2(8), pp. e356–e366.

Kaplow, J. and Widom, C. (2007) 'Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes', *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), pp. 176–87.

Kelly-Irving, M. and Delpierre, C. (2019) 'A critique of the adverse childhood experiences framework in epidemiology and public health: Uses and misuses', *Social Policy and Society*, 18(3), pp. 445–56.

Kimball, E. (2016) 'Edleson revisited: Reviewing children's witnessing of domestic violence 15 years later', *Journal of Family Violence*, 31(5), pp. 625–37.

Lewer, D. et al. (2019) 'The ACE index: Mapping childhood adversity in England', *Journal of Public Health*, fdz158.

Lindert, J. et al. (2014) 'Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course', *International Journal of Public Health*, 59(2), pp. 359–72.

Marryat, L. and Frank, J. (2019) 'Factors associated with adverse childhood experiences in Scottish children: A prospective cohort study', *BMJ Paediatrics Open*, 3(1).

McGibbon, M., Spratt, T. and Davidson, G. (2019) 'Young carers in Northern Ireland', *The British Journal of Social Work*, 49(5), pp. 1162–79.

McLaughlin, K. A. (2016) 'Future directions in childhood adversity and youth psychology', *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), pp. 361–82.

Merrick, J. S. et al. (2020) 'Type versus timing of adverse and benevolent childhood experiences', *Children and Youth Services Review*, 114, 105056.

Millar, A., Devaney, J. and Butler, M. (2019) 'Emotional intelligence and domestic abuse policing', *Journal of Family Violence*, 34(6), pp. 577–88.

Park, Y. M., Shekhtman, T. and Kelsoe, J. R. (2020) 'Effect of the type and number of adverse childhood experiences', *Brain Sciences*, 10(5), pp. 254.

- Pearlman, L. A. and Saakvitne, K. W. (1995) *Trauma and the Therapist*. New York, WW Norton.
- Pechtel, P. et al. (2014) 'Sensitive periods of amygdala development', *NeuroImage*, 97, pp. 236–191.
- Radford, L. et al. (2011) *Child Abuse and Neglect in the UK Today*. London, NSPCC.
- Raissian, K. M. and Bullinger, L. R. (2017) 'Money matters', *Children and Youth Services Review*, 72, pp. 60–70.
- Reinbergs, E. J. and Fefer, S. A. (2018) 'Addressing trauma in schools', *Psychology in the Schools*, 55(3), pp. 250–63.
- Rosen, A. L. et al. (2018) 'Patterns of trauma exposure among low-income children', *Child Abuse & Neglect*, 80, pp. 301–11.
- Rutter, M. (1980) 'The long-term effects of early experience', *Developmental Medicine & Child Neurology*, 22(6), pp. 800–15.
- Schalinski, I. et al. (2016) 'Type and timing of adverse childhood experiences', *BMC Psychiatry*, 16(1), pp. 1–15.
- Sheehan, R. (2019) 'Cumulative harm in child protection', *Australian Social Work*, 72(4), pp. 434–46.
- Shonkoff, J. P. et al. (2012) 'The lifelong effects of early childhood adversity', *Pediatrics*, 129(1), pp. e232–e246.
- Silverman, A. and Gelles, R. J. (2001) 'The double whammy revisited', *The Indian Journal of Social Work*, 62(3), pp. 305–27.
- Spilsbury, J. C. et al. (2007) 'Trauma symptoms in children exposed to domestic violence', *Journal of Family Violence*, 22(6), pp. 487–99.
- Spratt, T. (2012) 'Why multiples matter', *British Journal of Social Work*, 42(8), pp. 1574–91.
- Spratt, T., Devaney, J. and Frederick, J. (2019) 'Adverse childhood experiences', *British Journal of Social Work*, 49(8), pp. 2042–58.
- Spratt, T. and Kennedy, M. (2020) 'Adverse childhood experiences', *The British Journal of Social Work*.

Steketee, M. et al. (2019) 'Child maltreatment and violent delinquency', *Journal of Interpersonal Violence*.

Steptoe, A. et al. (2019) 'ACEs: Evidence, gaps and future priorities', *Social Policy and Society*, 18(3), pp. 415–24.


Sulkowski, M. L. and Michael, K. (2014) 'Meeting the mental health needs of homeless students', *Children and Youth Services Review*, 44, pp. 145–51.

Van der Kolk, B. A. (2017) 'Developmental trauma disorder', *Psychiatric Annals*, 35(5), pp. 401–8.

White, S. et al. (2019) 'All the ACEs', *Social Policy and Society*, 18(3), pp. 457–66.

White, S. J. and Wastell, D. G. (2017) 'Epigenetics prematurely born (e)', *British Journal of Social Work*, 47(8), pp. 2256–72.

Screening children with a history of maltreatment for post-traumatic stress disorder in frontline social care organizations: A process evaluation

John Devaney¹  | Colm Walsh² | Lisa Bunting² | Paul Best² |
Gavin Davidson² | Ciaran Mulholland³ | Declan French⁴ | Michael Duffy²

¹School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

²School of Social Sciences, Education and Social Work, Queen's University Belfast, Belfast, UK

³School of Medicine, Dentistry and Biomedical Sciences, Queen's University Belfast, Belfast, UK

⁴Queen's Management School, Queen's University Belfast, Belfast, UK

Correspondence

John Devaney, School of Social and Political Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK.

Email: j.devaney@ed.ac.uk

Funding Information

Economic and Social Research Council; NSPCC

Abstract

The use of standardized screening tools to identify trauma exposure and associated symptoms is commonly recommended as a key component in the development of trauma informed services and is seen as integral to facilitating access to evidence-based therapies. However, there is limited evidence in the UK about the factors influencing the adoption of such tools into routine practice in children's social care. This paper presents the findings from a process evaluation of how practitioners implemented a screening tool for post-traumatic stress disorder, anxiety and depression into their day-to-day practice and what worked or did not work during the process. The findings from this study highlight the potential benefits for both young people and practitioners, alongside some of the challenges involved. In particular, practitioners need to see the direct benefit for young people of being assessed. Additionally, practitioners value regular mentoring as they become more proficient in using standardized screening tools.

KEYWORDS

child welfare, mental health, process evaluation, PTSD, screening

1 | INTRODUCTION

There is a clear and unambiguous evidence base highlighting children who have experienced maltreatment and neglect, as well other child adversities such as serious parental health problems, domestic violence and parental substance abuse, are at increased risk of experiencing poorer physical and mental health outcomes throughout the life course (see Hughes et al., 2017 for a review). A recent umbrella review of systematic reviews and meta-analyses (Sahle et al., 2022) has shown adverse childhood experiences (ACEs) to be associated with increased risk of anxiety, depression, other internalizing disorders and suicidality. While not all experiences of maltreatment or adversity lead

to the development of trauma symptoms, the literature also shows a clear association between exposure and increased risk of trauma related disorders such as post-traumatic stress disorder (PTSD) (Chang et al., 2018; Leenarts et al., 2013; Messman-Moore & Bhuptani, 2017). Children and young people involved with child welfare services typically have higher levels of trauma exposure than the normal youth population and higher rates of PTSD (Salazar et al., 2013). Youth with undiagnosed and untreated PTSD are at an increased risk of social isolation or loneliness, self-harm and suicide and are less likely to be involved in education, employment or training (Lewis et al., 2019).

There is also evidence that children can benefit from therapeutic interventions that focus on specific types of maltreatment (e.g., sexual

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2023 The Authors. *Child & Family Social Work* published by John Wiley & Sons Ltd.

虐待歴のある子どもを最前線の社会福祉機関で心的外傷後ストレス障害のためにスクリーニングする：プロセス評価

John Devaney¹, Colm Walsh², Lisa Bunting², Paul Best², Gavin Davidson², Ciaran Mulholland³, Declan French⁴, Michael Duffy²

1 社会・政治科学部、エディンバラ大学（英国エディンバラ）

2 社会科学・教育・社会福祉学部、クイーンズ大学ベルファスト（英国ベルファスト）

3 医学・歯学・生物医学科学部、クイーンズ大学ベルファスト（英国ベルファスト）

4 クイーンズ大学ベルファスト経営学部（英国ベルファスト）

連絡先：John Devaney（エディンバラ大学社会・政治科学部）

電子メール：j.devaney@ed.ac.uk

資金提供：Economic and Social Research Council ; NSPCC

要旨

トラウマへの曝露およびそれに関連する症状を特定するために標準化されたスクリーニングツールを用いることは、トラウマインフォームドサービスの開発における主要な構成要素として一般に推奨されており、エビデンスに基づく治療へのアクセスを促進する上で不可欠なものと考えられている。しかし、英国においては、こうしたツールが児童ソーシャルケアの日常実践に採用されることに影響を及ぼす要因に関するエビデンスは限られている。本論文は、実践者が心的外傷後ストレス障害、不安、抑うつのためのスクリーニングツールを日常実践にどのように実装したのか、またその過程において何が機能し、何が機能しなかったのかについてのプロセス評価から得られた知見を提示する。本研究の結果は、いくつかの課題を伴いながらも、若者と実践者の双方にとっての潜在的な利益を明らかにしている。とりわけ、実践者は、評価を受けることが若者にとってもたらす直接的な利益を確認できる必要がある。さらに、実践者は、標準化されたスクリーニングツールの使用において熟達していく過程で、定期的なメンタリングを重視している。

キーワード：児童福祉、メンタルヘルス、プロセス評価、PTSD、スクリーニング

1 序論

虐待やネグレクトを経験した子ども、ならびに深刻な親の健康問題、ドメスティックバイオレンス、親の物質乱用といった子ども期の逆境を経験した子どもは、ライフコース全体にわたって身体的、精神的健康の結果がより不良となるリスクが高いことが、明確かつ一貫したエビデンス基盤によって示されている（レビューとしては Hughes et al., 2017 を参照）。近年の系統的（システムティック）レビューおよびメタ分析を対象としたアンブレラレビュー（複数レビューの統合的レビュー）（Sahle et al., 2022）は、逆境的小児期体験（adverse childhood experiences: ACEs）が、不安、抑うつ、その他の内在化障害、ならびに自殺念慮、自殺行動のリスク増加と関連していることを示している。すべての虐待や逆境の経験がトラウマ症状の発達につながるわけではないものの、文献はまた、曝露と、心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder: PTSD）などのトラウマ関連障害のリスク増加との間に明確な関連があることを示している（Chang et al., 2018; Leenarts et al., 2013; Messman-Moore & Bhuptani, 2017）。児童福祉サービスに関与している子どもおよび若者は、一般の若年人口と比べて通常、より高い水準のトラウマ曝露を経

験しており、PTSD の有病率も高い (Salazar et al., 2013) 。診断されず治療も受けていない PTSD を有する若者は、社会的孤立または孤独感、自傷行為および自殺のリスクが高く、教育、雇用、訓練のいずれにも参加していない可能性が高い (Lewis et al., 2019) 。

特定の種類の虐待 (例：性的虐待；Carpenter et al., 2016) に焦点を当てた治療的介入、ならびに虐待の諸類型およびそれに関連する後遺的影響の全体に対処する介入によって、子どもが利益を得ることができるというエビデンスがある (例：Donohue et al., 2014) 。即時的な危害から子どもを特定し保護するための制度やプロセスが十分に整備されている一方で、虐待やネグレクトが子どもに及ぼす影響はしばしば過小評価され、治療的介入や支援に対する子どものニーズが見見過されがちであり、その結果、生涯にわたる影響、さらには世代間に及ぶ影響をもたらしていることについて、重大な懸念が示されている (Teicher et al., 2016) 。こうした問題意識を背景として、特に米国および英国 (UK) において、トラウマインフォームドケア (trauma-informed care: TIC) (Spratt et al., 2019) やその他の介入 (Davis et al., 2023) の提供を通じて、虐待およびその他の逆境に関連するトラウマの影響をより適切に認識し、対処しようとする関心が高まっている。

トラウマへの曝露およびそれに関連する症状を特定するためにスクリーニングツールを用いることは、トラウマインフォームドサービスの開発における主要な構成要素として一般に推奨されており、エビデンスに基づく治療へのアクセスを促進する上で不可欠なものと位置づけられている (Bunting et al., 2019; Kramer & Landolt, 2011) 。トラウマインフォームドケアの実装に関するエビデンス基盤はいまだ発展途上にあるものの、児童福祉機関において日常的なトラウマスクリーニングを導入する動きは勢いを増しつつある。評価研究は一貫して、ルーティンのスクリーニングによって高い割合でトラウマ曝露が特定されていることを示しており、その際、「子ども用トラウマ症状チェックリスト (Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)) 」が最も頻繁に用いられている測定尺度であることが報告されている (Bunting et al., 2020; Whitt-Woosley, 2020) 。児童福祉ワーカーやメンタルヘルス専門職からは概して好意的に受け止められている一方で、実装研究は、依然として重大な課題が存在することも明らかにしている。すなわち、児童福祉システムの規模と射程の大きさ、競合する業務上の要求や優先事項、職員の高い離職率、研修の不足や導入への合意形成の乏しさ、ならびにエビデンスに基づく治療の利用可能性の限界といった要因が、いずれも重要な障壁として指摘されている (Akin et al., 2021; Lang et al., 2017) 。

査読付きのトラウマインフォームドケアの実装に関する文献の多くは米国発のものであるが、英国の児童ソーシャルケアにおいて日常的なスクリーニングを導入しようとする取り組みを検討した研究も、少数ながら存在する。イングランドのある地方自治体では、ACE 質問票を用いた「定期的質問」を試験的に導入する取り組みが行われたが、その成果は限定的であった。評価では、米国の場合と同様に、現場における受容 (buy-in) と、継続的な振り返りおよび支援の重要性が指摘されている。一方で、定期的質問の有効性に対する不確実性、開示が生じた場合の対応方法に関する明確な指針の欠如、さらに収集された情報をどのように活用すべきかについての情報不足が、最終的にはこの取り組みが中止される結果につながった (Quigg et al., 2018) 。より最近では、イングランド全域の児童ソーシャルケアチームに所属する主任ソーシャルワーカーを対象とした調査において、回答したチームのうち、過半数をわずかに上回る割合 (53%、 $N=17$) が、トラウマに関するスクリーニングを積極的に実施していることが示された。しかし、妥当性が検証されたツールを用いてスクリーニングを行っていると報告したチームはそれよりも大幅に少なく、また、それをトラウマインフォームドケアと明確に結び付けて実施している例も限られていた。全体として見ると、トラウマインフォームドケアに関する活動が、エビデンスに基づく介入へと結び付くことは稀であった (Asmussen et al., 2022) 。

トラウマインフォームドケアに関する文献において指摘されている困難は、実装を成功させることの複雑性および多面的な性質を浮き彫りにしている。これらはまた、実装の成功にあたっては個人レベルおよび組織レベルの障壁を考慮す

る必要があることを一貫して指摘してきた、より広範な知識活用研究および実装科学の文献とも響き合うものである。個人レベルにおける障壁としては、一般に、エビデンスに基づく実践に対する専門職としての抵抗や否定的態度、不十分な知識および技能、ならびに研修、時間、支援の不足などが含まれる（Kagan et al., 2023; The Health Foundation, 2015）。一方、組織レベルにおける障壁には、しばしば、リーダーシップの欠如、研究エビデンスを評価または促進する文化の欠如、利用可能な技術の不足、さらに研修、批判的省察、協働のために専用の職員時間が確保されていないことなどが含まれる（Kagan et al., 2023; The Health Foundation, 2015）。

1.1 本研究

本論文は、英国における二つの大規模な非政府系の児童ソーシャルケア機関において、トラウマスクリーニングツールを導入するために実施された取り組みについてのプロセス評価を報告するものである。本研究の主たる目的は、実践者が当該スクリーニングツールをどのように実装したのか、またその過程において何が機能し、何が機能しなかったのかを評価することにある。論文の第1節では、FixsenとBlase（2008）が提示した実装段階モデルに基づき、実装プロセスの概要を示す。続いて、本研究において実装を評価するために用いられた方法と、その結果として得られた知見を概説し、主要なアウトカム（主として量的データに基づく）およびプロセスに関する知見（主として質的データに基づく）に焦点を当てて論じる。

2 実装プロセス

2.1 探索

2.1.1 スクリーニング・ツールの開発

本スクリーニングツールの開発は、英国において最前線の児童福祉サービスに関与している子どもおよび若年成人におけるPTSDの有病率を評価することを目的とした、より広範な研究の一環として行われた（詳細についてはDuffy et al., 2021を参照）。北アイルランド（Northern Ireland: NI）では、英国の他の管轄区域と比較して、若者におけるPTSDの水準が高いことが示されている（Sadler et al., 2018）。近年の北アイルランドにおける調査では、11～19歳の若者の4.9%がストレス関連障害を報告しており、その内訳は、PTSDが1.5%、複雑性PTSD（Complex PTSD: CPTSD）が3.4%であった（Bunting et al., 2020）。

臨床的評価は、症状を特定しPTSDを診断するための従来的な方法であるが、この方法は時間を要することが多く、トラウマ関連症状を有する者のうち、専門的サービスの注意を引くのはごく一部にとどまっている。その結果として、PTSDやその他の精神健康障害を対象とした簡便なスクリーニング尺度の開発に対する関心が高まってきた。本研究では、PTSD、不安、抑うつをスクリーニングするために、三つの簡便な測定尺度（Child Revised Impact of Events Scale-8 (CRIES-8) ; Generalized Anxiety Disorder-2 ; Patient Health Questionnaire-2）を用いるとともに、過去の潜在的にトラウマ的な経験を評価するための一連の質問を使用した（Life Events Checklist-5の児童・青年版に基づく ; Weathers et al., 2013）。CRIES-8（Perrin et al., 2005）は、Impact of Events Scale（Horowitz et al., 1979）を基に作成された改訂版である。本尺度は、PTSDの中核症状である「再体験」と「回避」を特定することを目的とした8項目から構成されており、「侵入」を測定する4項目と、「回避」を測定する4項目から成る。PTSDのケース性を示すカットオフ得点としては、17点が推奨されている。これまでの複数の研究において、CRIES-8は、8歳以上の子どもを対象としたPTSDのスクリーニングツールとして、十分な妥当性と信頼性を有すること

が示されている（例：Morris et al., 2015 ; Perrin et al., 2005 ; Yule, 1997）。

スクリーニングツールによる結果と臨床的評価とを比較できるようにするため、本研究の研究計画では、スクリーニングを受けたケースの中から一部を抽出し、正式な精神健康評価を実施することとした。参加者の評価は、経験豊富な臨床家によって行われた。評価者は、英国行動認知心理療法協会（British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies [BABCP]）の認定を受けた認知行動療法士、および精神医学の専門研修医であり、評価時点ではスクリーニング結果を知らされていなかった。これらの評価は、PTSD 評価において豊富な経験を有する、コンサルタント精神科医（CM）と、共同主任研究者でありコンサルタント認知心理療法士である者（MD）の両者の監督のもとで実施された。

2.1.2 組織の選定

北アイルランドの保健社会ケア委員会（Health and Social Care Board）から委託を受け、福祉および／または少年司法に関与する若者に対してサービスを提供している、二つの大規模な非政府系の児童ソーシャルケア機関が、本研究への参加に同意した。これらの機関は、虐待のリスクがある、あるいは法との衝突に至るおそれがあると考えられる若者を対象に、平均約 6 か月（最短 1 か月から最長 12 か月）の期間にわたり、個人中心型の多様な介入を提供している。両組織の現場スタッフは、主として社会福祉学やコミュニティユースワークなど、さまざまな分野を専攻した大学卒業者で構成されており、心理社会的支援、カウンセリング、グループ支援など、幅広いサービスを提供していた。これらの機関は、法定の児童福祉サービスに関与するに至るような、顕在的または潜在的な福祉上および／または行動上の深刻な懸念を示す、10～18 歳の若者を対象として、類似した支援および早期介入サービスを提供している点から選定された。

2.2 導入

2.2.1 組織向け説明会

研究の目的を説明し、実践者を募集するために、一連の組織向け説明会が実施された。これらの説明会は、研究チームが実践者と直接対面し、研究の背景、研究デザイン、職員チームの役割を説明するとともに、参加を検討する者が関連する質問を行うための場を提供するものであった。実践者から寄せられた具体的な治療的観点に関する質問については、臨床経験を有する研究チームのメンバー（JD および MD）が対応した。

2.2.2 オリエンテーション研修

説明会に続いて、1 日を通したオリエンテーション研修が実施された。研修内容は以下のとおりである：

1. 参加者の紹介および研究の概要
2. 本日の質問、懸念、期待の共有
3. ト라우マおよび PTSD の概要
4. 若者にとってのスクリーニングの利点
5. CRIES-8 による PTSD スクリーニングツール
6. スクリーニングの実施手順
7. 質問、懸念点、および今後の進め方
8. 本日の評価および最終調査票の記入

スクリーニングの実施手順は研修の中で紹介され、二つの段階に分けて説明された。第一段階は、研究への参加について若者本人の同意を得ることであり、第二段階は、実践者がスクリーニングツールを実施することであった。若者は、所属機関における通常のサービス利用時のアセスメントの一環として、スクリーニングを受けることが想定されていた。第二段階には、実践者が若者に対してスクリーニングツールを導入する際に用いる説明用スクリプトも含まれていた。

研修時には、研究に関する説明文書および同意書が実践者に配布された。研修終了時には、同意書に署名することによって研究への参加が呼びかけられたが、参加は義務ではないことも併せて伝えられた。

また、実践者の参加が説明文書に記載された目的以外に利用されないことを保証するため、同意した実践者には固有のユーザーID が付与された。この ID は、研究とは独立した事務担当者によって生成されたものであり、研究チームおよび各組織のいずれも、特定の実践者と ID を結び付けることはできなかった。

2.3 初期実装および本格実装

2.3.1 スクリーニングの実施プロセスとパイロット導入

オリエンテーション研修の後、研究チームのメンバーが各組織において実践者と面会し、実施プロセスの確認と、スクリーニングツールを試験的に導入するための準備を行った。その後、スクリーニングの実施プロセスを実際の文脈の中で検証するため、3 か月間にわたるパイロット導入が実施された。パイロットから得られたフィードバックを受けて、研究チームは導入時の説明用スクリプトを改訂し、年少の子ども向けと年長の子ども向けに、それぞれ異なる文言を設けた。また、フィードバックからは継続的な支援の必要性も示され、その結果として、研究チームの一員（CW）が各組織のチーム会議にも参加するようになった。これは当初は想定されておらず、予算にも計上されていなかったが、実施上不可欠であることが明らかになったためである。

2.3.2 本格実装

この段階では、実装の状況をモニタリングし、支援を提供するために、さまざまな仕組みが用いられた：

- 定例チーム会議：研究チームのメンバーは、通常の業務上の定例会議を活用し、実践者が進捗状況を確認し、スクリーニングプロセス（その実施に伴う実務的な側面を含む）について省察するとともに、実施の過程で生じてきた懸念事項を共有、提起できる場を設けた。合計で、少なくとも研究チームのメンバー1 名が、9 か月間に 28 回のチーム会議に出席した。
- 更新報告書：研究チームは、データから得られつつある全体的な知見の一部を反映した、プロジェクト単位のデータを各プロジェクトに提供した。また、四半期ごとの更新報告書が上級管理職に提出されるとともに、各組織において研究チームと上級管理職との間で会合が開催された。

3 評価方法

3.1 研究デザイン

本研究では、英国医学研究評議会（Medical Research Council）によるプロセス評価の枠組み（Moore et al., 2015）に基づき、量的データに加えて質的データを収集した。これにより、活動が実施された文脈、実装プロセス（す

なわち、何が、どのように提供されたのか）、影響のメカニズム（すなわち、参加者が活動にどのように反応し、どのように関与したのか）、およびアウトカムについて理解することを可能にした。収集されたデータには、実践者を対象としたフォーカスグループ、研修前後の評価、記入済みスクリーニング票の分析、チーム会議およびコーチングセッションの記録、ならびに研究者による省察が含まれている。表 1 には、異なる実装段階において、アウトカム志向およびプロセス志向の研究課題に答えるために用いられた、さまざまな評価方法が示されている。

3.2 評価ツール

3.2.1 研修前後調査

研修実施前（ベースライン）に、職員は、エビデンスに基づく実践およびメンタルヘルスリテラシーに対する態度を把握することを目的とした短い質問紙への回答を求められた。この調査では、Evidence Based Practice Attitude Scale（EBPAS ; Aarons, 2004）および Mental Health Literacy Scale（MHLS ; O'Connor & Casey, 2015）が用いられた。EBPAS は、エビデンスに基づく実践の採用に対する態度の四つの側面を評価する 15 項目から構成されている。具体的には、①EBP に対する直感的な「魅力（appeal）」、②要件が課された場合に EBP を採用する可能性、③新たな実践に対する「開放性（openness）」、④自身の通常の実践と、研究に基づき／学術的に開発された介入との間に認識される「乖離（divergence）」である。EBPAS-15 は良好な心理測定学的特性を有しており、心理測定学的に信頼性の高い尺度であることが示されている（Rye et al., 2017）。本論文では、このうち 4 項目からなる「エビデンスに基づく実践への開放性（‘Openness to evidence based practice’）」の下位尺度の結果を報告する。MHLS は、個人のメンタルヘルスに関する理解を評価する 35 項目からなる尺度である（O'Connor & Casey, 2015）。4 段階尺度の質問は、「1 = 非常に可能性が低い／役に立たない」から「4 = 非常に可能性が高い／役に立つ」までで評定された。また、5 段階尺度の質問は、「1 = 強く反対する／まったくその意思がない」から「5 = 強く賛成する／確実にその意思がある」までで評定された。各項目の回答は合算され、得点の理論的範囲は 35 点から 160 点であった。

表 1 実装段階とそれに関連する活動、研究課題および評価データ

実装段階と活動	研究課題	評価データ
導入段階 組織向け説明会 オリエンテーション研修	アウトカム <ul style="list-style-type: none"> ● 何人の職員が研修を受けたか ● 研修は効果的であったか プロセス <ul style="list-style-type: none"> ● 研修および提案されたプロセスについて、職員はどのように捉えていたか 	<ul style="list-style-type: none"> ● 研究チームによる記録および省察メモ ● 研修参加者数 (N=56) ● 研修前 (N=25) および研修後 (N=19) の質問紙調査 (EBPAS, MHLS) ● 研究終了時のフォーカスグループ 3 回 (N=12)
初期実装段階 ツールおよびプロセスの有用性に関するパイロット検討	アウトカム <ul style="list-style-type: none"> ● 実施されたスクリーニング数 ● 陽性と判定された若者の人数 ● 紹介(リファラル)件数 ● 研修を受けたすべての職員が新規ケースすべてにスクリーニングを実施したか プロセス <ul style="list-style-type: none"> ● ツールは意図されたとおりに実施されたか 	<ul style="list-style-type: none"> ● パイロット期間中のスクリーニング結果 (N=13) ● パイロット後の実践者対象フォーカスグループ 1 回 (N=2) ● 研究終了時のフォーカスグループ 3 回 (N=12) ● 装期間中のスクリーニング結果 (N=141) ● 研究者による会議記録 ● 研究終了時のフォーカスグループ 3 回 (N=12)
本格実装段階 実装 レビューおよび継続的支援	プロセス <ul style="list-style-type: none"> ● 実装プロセスに対する職員の認識・ツール実施に伴う障壁の有無 ● 組織の性質 ● 構造・文化 ● 利害関係者の経験に影響した文脈的要因 	

3.2.2 フォーカスグループ

実践者を対象として、研究の目的に基づいて参加者を選定し、フォーカスグループへの参加を募った。参加条件は、研

究期間中に当該組織に雇用されていたことのみであった。参加候補者は各実践者の管理職によって選ばれた。スクリーニングを一度も実施していない実践者の意見も把握できるよう、インタビューでは、スクリーニングプロセスで使用したものと同一の ID コードを用いた。インタビューは 2 名の研究者によって進行され、そのうち 1 名が詳細な記録を担当した。最終的に、12 名の実践者が、計 3 回のフォーカスグループへの参加に同意した。

フォーカスグループは対面で実施され、あらかじめ作成された質問ガイドに基づいて進行された。インタビューは、導入、複数の自由回答形式の質問、そして終了時のまとめという構成であった。進行役は、参加者に対して、調査の途中でなくても参加を取りやめることができるという権利を改めて確認した。質問ガイドは三つの大きなテーマから構成されており、それぞれのテーマの下に、具体例となる質問や補足的な問いかけが複数用意されていた。

3.3 データ分析

質的データは、テーマ分析 (thematic analysis) によって分析された (Braun & Clarke, 2022)。ここでの目的は、明示的あるいは潜在的な意味をもつテーマをコード化し、統合することであった (Braun & Clarke, 2021)。再帰的テーマ分析は、固定的で厳密な分析枠組みを前提とするのではなく、研究者が柔軟に分析を進めるための出発点を与える方法である。

研究チームの 2 名 (CW および JD) が、反復的なコーディング過程を用い、物語的データに深く没入しながらリフレクティブテーマ分析を行った (Braun & Clarke, 2019)。データ分析は、Braun と Clarke (2021) により提示された 6 段階のプロセスに沿って進められた。すなわち、①データへの習熟、②体系的なデータコーディング、③初期テーマの生成、④テーマの精緻化および検討、⑤テーマの再検討、定義、命名、⑥結果の記述である。第 1 段階では、インタビューデータが得られる都度、研究者がそれらに継続的に関与した。具体的には、研究者が個別に回答内容を振り返り、逐語録を精査するとともに、定期的に意見交換を行い、観察事項や新たに浮上した考えについて議論した。第 2 段階では、文字起こしされたデータを NVivo に移行し、保存およびコーディングを行った。これにより、より厳密で体系的な分析が可能となった。第 3 段階では、インタビューの全データを対象とした帰納的コーディングが行われた。2 名の研究者は、3 本の逐語録を独立にコーディングし、その後、検証プロセスを通じてコードについて合意に至った (Guest et al., 2012)。この過程は、評価者間信頼性を高めることに寄与した。その後、複数のテーマが選定され、このテーマ枠組みに基づいて検討された。データ分析は帰納的に行われたが、これは純粋な帰納を意味するものではなく、テーマ分析が理論的前提なしに行えないことを踏まえ、分析をデータに根差したものとするためであった (Braun & Clarke, 2021)。第 4 段階と第 5 段階は一部重なりながら進行し、テーマの精緻化、テーマ間の類似点の特定、およびそれに基づく修正が行われた。

量的データについては、まず単変量分析を行い、性別、研修を受けた実践者数、少なくとも 1 回以上スクリーニングを実施した実践者数、MHLS および EBPAS の結果といった選択された変数を用いてサンプルの特性を把握した。プロセスの中で収集された項目については、記述統計量を報告している。次に、群内の平均値の差を検討するため、二値変数を独立変数とした独立サンプル t 検定による二変量分析を行った。すべての統計解析は、SPSS バージョン 27 を用いて実施された。

3.4 倫理的配慮

本研究は、クイーンズ大学ベルファスト校社会科学、教育、ソーシャルワーク学部の研究倫理委員会による倫理審査の承認を得て実施された。

4 結果

4.1 主要なアウトカム

4.1.1 研修

合計 56 名の実践者が研修に参加した。しかし、研修前調査を完了した者は 25 名、研修後調査を完了した者は 19 名にとどまった。研修前調査を完了した参加者のうち、多数は女性（72%、 $n=18$ ）であり、35 歳以上（61.9%、 $n=13$ ）であった。約 5 人に 4 人（77.3%、 $n=17$ ）は資格取得後 4 年以上の実務経験を有しており、また約 5 人に 3 人（58.3%、 $n=14$ ）は現職に 4 年以上従事していた。実践者の専門分野は多岐にわたり、内訳は、ユースワーク（56.5%、 $n=13$ ）、ソーシャルケア（21.7%、 $n=5$ ）、ソーシャルワーク（8.7%、 $n=2$ ）、教育（8.7%、 $n=2$ ）、カウンセリング（4.3%、 $n=1$ ）であった。

研修前調査における EBPAS の「開放性（Openness）」下位尺度の平均得点は 3.02（SD=0.75、最小値=1.5、最大値=4）であり、MHLS の平均得点は 137（最小値=92、最大値=155）であった。これらの結果は、対象組織において、すでに新たな実践に対する比較的高い開放性と、メンタルヘルス課題に関する理解が備わっていたことを示唆している。また、EBPAS「開放性」下位尺度については、研修前得点（ $M=3.1$ 、 $SD=0.72$ ）と研修後得点（ $M=3.92$ 、 $SD=0.24$ ）との間に統計的に有意な差が認められた（ $t(18)=4.67$ 、 $p<0.01$ ）。これは、オリエンテーション研修が、エビデンスに基づく実践に対する開放性を高めたことを示している。一方、MHLS については、研修前得点（ $M=140.5$ 、 $SD=10.09$ ）と研修後得点（ $M=138.5$ 、 $SD=6.21$ ）との間に統計的に有意な差は認められなかった（ $t(13)=0.98$ 、 $p=0.35$ ）。このことから、本研修は、実践者のメンタルヘルス課題に関する理解を高める効果を示さなかったと考えられる。

4.1.2 スクリーニング

パイロット期間中には、13 名の若者がスクリーニングを受け、そのうち 12 名は児童ソーシャルケアによってサービスに紹介されていた。13 名のうち、PTSD について 85%（11 名）、抑うつについて 31%（4 名）、不安について 31%（4 名）が陽性と判定され、さらに 38%（5 名）は PTSD、不安、抑うつの併存で陽性と判定された。これらの結果は、当該サービス利用者集団において、診断されていない PTSD やその他の精神健康上の問題が高い水準で存在している可能性を示唆するものであり、スクリーニングの有用性を裏づけるものであった。

本格実装段階では、研修を受けた実践者全体の 57.1%にあたる 32 名がスクリーニングプロセスに関与し、合計 141 名の若者がスクリーニングを受けた。実施されたスクリーニング数には組織間で大きな差が認められ（機関 1： $n=94$ 、機関 2： $n=47$ ）、実践者 1 人あたりの実施件数の中央値は 4 件で、最少 1 件から最多 20 件まで幅があった。実践者間で関与の度合いには差があり、多くの実践者は少数のスクリーニングしか実施していなかった。例えば、32 名のうち 11 名は、研究期間中に 1 件または 2 件のスクリーニングしか実施していなかった。

全体として、若者 141 名のうち 102 名（72%）が「PTSD の可能性あり」と判定され、その後の精神健康評価によって、この 102 名のうち 64.7%で PTSD が確認された（この集団におけるスクリーニング結果の詳細については Duffy et al., 2021 を参照）。一致率は一方の組織においてより高く（75%）、また 3 件以上のスクリーニングを実施した実践者では、結果の一致割合が高い傾向が認められた。

興味深いことに、研修後調査を完了した 25 名の実践者のうち、実際にスクリーニングプロセスに関与したのは

48% ($n=12$) にとどまっていた。このことは、少なくとも一部の実践者については、研修に参加していないにもかかわらず、少なくとも 1 件以上のスクリーニングを実施していた可能性を示唆している。エビデンスに基づく実践への開放性については、少なくとも 1 件以上のスクリーニングを実施した実践者 ($M=4.27$, $SD=0.88$) と、実施していない実践者 ($M=3.9$, $SD=0.72$) との間に、平均値の統計的に有意な差は認められなかった ($t(23)=1.27$, $p=0.22$)。同様に、メンタルヘルスリテラシーについても、少なくとも 1 件以上のスクリーニングを実施した実践者 ($M=137.8$, $SD=13.9$) と、実施していない実践者 ($M=136.9$, $SD=9.5$) との間に、有意な差は認められなかった ($t(23)=0.12$, $p=0.91$)。

4.2 実装を促進する要因および阻害要因

スクリーニング実施後および実装後に行われたフォーカスグループの結果から、概して参加者は、オリエンテーション研修が有用であり、関心を引く内容で、かつ実践に関連した具体的な情報を含んでおり、実装プロセスに向けた準備として十分であったと認識していたことが示された。

とてもよかった。すでに大学院課程は修了していたけれど、教材は本当に興味深くて、トラウマ分野の修士課程に進んでみようかと思うほどだった。

内容がどのようなものかをよく理解することができた。自分の仕事を研究の一部として行うのはこれが初めてだったので、その点でもよい経験だった。

研究チームがチーム会議に参加し、継続的にコーチングセッションを実施したことも、非常に価値の高いものとして認識されていた。これにより、研究チームはスクリーニング実施に関する実務的な質問に対応できただけでなく、追加的な支援や対応が必要な課題を特定することも可能となった。

また、複数の実践者は、スクリーニングツールがサービスの目標とよく適合していると感じており、新たな気づきをもたらし、アセスメントや支援計画の立案を支援する可能性がある点を強調していた。

この子と何か月も関わってきたけれど、これほど多くのことが起きていたとは気づいていなかった。紹介状には、こうしたことは一切書かれていなかった。

ある若者について、自分が知らなかったことがたくさんあった。紹介情報は確かにあるけれど、本人たちが話してくれた内容は、誰も把握していなかったようなことで、状況をよりよく理解する手がかりになった。それが、その子への支援計画を形づくるのに役立った。

一方で、スクリーニングの取り組みに対して引き続き懸念を抱いている実践者が複数いることも明らかであり、実装の過程では、阻害要因として繰り返し現れるいくつかのテーマが確認された。以下の節では、実装の過程で直面した個人レベル、組織レベル、ならびに外的要因としての阻害要因と、それらに対して研究チームが講じた対応について概説する。

4.3 個人レベルの阻害要因

個人レベルの阻害要因に関しては、主として三つのテーマが確認された。これらは、専門職としての自信、再トラウマ化に対する懸念、そして若者本人にとっての利益に関する疑問に焦点を当てたものであった。

4.3.1 専門職としての自信

パイロット段階において、複数の実践者が、自分たちが「臨床的なプロセス」であると認識していたものに効果的に関与する自信が欠けていると述べていた。オリエンテーション研修が行われたにもかかわらず、一部の実践者は、スクリーニングツールの目的や有効性について誤解を持ち続けていることが明らかであった。具体的には、このツールを診断的なものと捉えていたため、その結果を子ども本人や家族、さらには他の専門職に対して説明する自信を持てずにいたのである。概念的なレベルでは、実践者が支援している若者に対して、医療化された言語を用いることへの懸念や抵抗感も認められたが、これは一部には、スクリーニングプロセスの機能に対する理解不足に起因するものであった。

私は障害を診断する訓練を受けているわけではないし、[若者たちに]「あなたにはこれがある」「あれがある」と伝えることには抵抗がある。親から「この評価では何が分かったのですか」と聞かれたときに、何と答えればいいのか分からない。

ラベルを一つ増やすことが、どれほど役に立つのか正直よく分からない。ADHD で支援につながってきた子どもに、さらにスクリーニングをして「PTSD がある」と伝えることになるわけでしょう。

このような発言は、オリエンテーション研修だけでは、スクリーニングの目的を一貫して明確に示し、プロセスに対する職員の自信を十分に高めるには至っていなかったことを示している。グループでの議論を通じて、研究チームは、当該スクリーニングツールが診断を目的としたものではなく、問題の「可能性」を把握するためのものであるという点を改めて強調することができたが、同時に、継続的な支援が必要であることも明らかとなった。その結果、研究チームはコーチングプロセスを新たに構築し、本格実装の段階において展開することとなった。

4.3.2 再トラウマ化に対する懸念

一部の実践者は、スクリーニングの実施が若者のトラウマを悪化させる可能性について懸念を示していた。研究チームは、チーム内に有する臨床的専門性を活かし、これらの懸念に対していくつかの方法で対応を試みた。第一に、研究チームは、スクリーニングと診断的評価との違いを明確にし、スクリーニングの有益性について示してきたトラウマ研究の知見を改めて強調した。第二に、心理的トラウマおよび再トラウマ化という概念に特化したフォローアップ研修を実施した。第三に、各組織内の事例を用い、プロセスにより積極的に関与していた実践者から得られた学びや洞察を共有することで、他の実践者の理解を促進した。さらに、研究チームは、事例の検討、スクリーニング回答およびその解釈の振り返りを支援するとともに、実施済みスクリーニング数、プロジェクト単位の状況、ならびに新たに得られつつある知見について、四半期ごとの更新報告書を提供した。それにもかかわらず、研究期間を通じて、複数の実践者は引き続き本プロセスに対する懸念を表明していた。

もし私が投げかけた質問が、若者の中で何か反応を引き起こしてしまったら、私はどう対応すればいいのだろうか。

5年以上前にトラウマを経験した人に、こうした質問をすることには不安がある。そうしたら、いろいろな問題を一気に掘り起こしてしまうことになるのではないかと感じてしまう。

スクリーニングツールを実際に使用し、そのプロセスを有益だと感じた他の実践者からの意見や経験の共有も、支援の提供や自信の醸成において、とりわけ有益であった。

私も同じです。担当している利用者の一人が、実際にこのスクリーニングに応じてくれるとは思っていませんでしたが、結果的にはとてもよい対話になりました。スクリーニングツールがもつ構造が、何かを加えてくれたように思います。

しかし、こうした支援が提供されたにもかかわらず、実装後のフォーカスグループからは、複数の実践者が、プロセスそのものではなく、スクリーニングという行為の根本的な考え方に対して、引き続き懸念を抱いていることが明らかとなった。

唯一引っかかったのは、そもそも若者にこの話題を持ち出すこと自体でした。最初にそうしたことを切り出すことに不安があって、今でも、子どもによっては本当にそれが正しいことなのか、確信が持てません。

4.3.3 若者本人にとっての利益

パイロット段階および本格実装後のフォーカスグループの双方において、複数の実践者が、スクリーニングが若者本人にもたらす利益や、その後どのような支援が提供されるのかについて懸念を示していた。こうした懸念には、コンサルタント精神科医による正式な臨床評価へのアクセスが含まれており、これは研究外では相当な時間を要する場合があるものであった。もう一つの主な利益として挙げられていたのは、PTSD に対するエビデンスに基づく治療である「トラウマ焦点化認知療法 (Trauma Focused Cognitive Therapy) 」を受けられる可能性であった。これは、PTSD について陽性と判定された一部の若者を対象に、その後実施されたランダム化比較試験の一環として提供されたものである。こうした治療へのアクセスは、既存のサービスにおける長い待機リストのため、通常であれば数か月間利用できないことが多い。このような説明がなされたにもかかわらず、スクリーニングの過程から実質的な気づきを得られなかったと感じる実践者も一部おり、スクリーニングプロセスと、若者本人にとってのアウトカムとの間に乖離があると受け止められていた。

現時点では、正直言って有用だとは思えません。私たちはエビデンスを集めているけれど、それがそのまま外に出ていくだけで、スクリーニングの結果が何につながったのか、私にはまったくわかりません。研究と実践のあいだに断絶があります。スクリーニングを実施しても、その先に何も起きていないのです。

各プロジェクトチームには多様な支援や関与が行われていたことを踏まえ、この参加者には、「研究と実践の断絶」に関する発言について、その具体的な意味と、何を期待していたのかを補足するよう求めた。参加者は、スクリーニングの結果が何らかの支援につながることを、具体的には、迅速化された CAMHS (児童・青年精神保健サービス) への紹介という形で実現することを期待していたと述べた。こうした期待と、実際に生じた結果との間の緊張関係は、当該参加者の

いら立ちを理解する手がかりとなり、重要な示唆を与えるものであった。しかしながら、研修時の説明、配布された情報シートの内容、ならびにすべてのチーム会議を通じて、研究チームは、過度な期待が生じないように配慮しつつ、本研究の枠組みや限界を明確に伝えることに努めていた。この点を踏まえると、こうした混乱やそれに伴う不満を、これ以上どのような対応によって軽減し得たのかについては、必ずしも明確ではない。

4.4 組織レベルおよび外的要因による阻害要因

4.4.1 組織レベル

組織の観点からは、いくつかの課題が確認された。第一に、本研究に参加していた最も活動的なプロジェクトの一つが、実施過程の途中で資金を失ったことである。その結果、職員は解雇され、特に意欲の高かった参加者の一部は研究を継続することができなくなった。これは、安定した財源の確保が重要であることを示すと同時に、それ以上に、脆弱な立場にある若者がメンタルヘルス課題に関するエビデンスに基づくスクリーニングへ持続的にアクセスできる仕組みを構築することの困難さを浮き彫りにしている。さらに、ある組織では、スクリーニングツールの運用について協議するために上級管理職との面談を複数回要請したにもかかわらず、戦略的なレベルでの十分な支持が得られていなかったことが示された。また、二つの組織間でスクリーニング実施率に差が見られたが、これは一方の組織においてケースの入れ替わりが遅かったことも一因であった。当該組織では、個々の若者が6～12か月にわたってサービスを受けることがあり、その結果、職員がスクリーニングを実施する機会が相対的に少なくなり、実施に対する自信の形成に影響を及ぼした可能性がある。

さらに、フォーカスグループからは、スーパーバイザーによる支援の有無が、実践者の関与を予測する重要な要因となり得ることも明らかとなった。指示が明確であった場合、実践者はスクリーニングに積極的に関与する傾向が高かった。

3件やるように言われたので、3件やりました。

明らかに、このようなアプローチをそれ単独で実施するだけでは、脆弱な立場にある子どもや若者のニーズを十分に理解し、あるいはそれに適切に対応することにはつながりにくい可能性がある。しかしその一方で、管理職自身が研修に参加し、コーチングセッションにも積極的に関与し、チームメンバーに取り組みを促していたケースでは、実践者がより積極的に関与する傾向が認められた。

定期的な面談のたびに、[上司が]「いくつ（スクリーニング）をやったの？」と確認してきます。そのおかげで、実施を意識するようになりますし、実施できていない場合でも、少なくとも理由を整理して説明する必要があると感じています。

これとは対照的に、管理職からの支援が限定的であった場合には、実践者の関与の水準もまた低いものとなっていた。

4.4.2 外的要因による阻害要因

パイロット段階のスクリーニングにおいて、複数の実践者は、他の専門職やサービスの役割に踏み込んでしまうのではないかと懸念を示していた。

すでに CAMHS が関与している場合はどうなるのですか。他の人の領域に踏み込むようなことはしたくありません。

この問題は実装段階において重要な問題として顕在化し、複数の実践者が、他職種の専門職から、スクリーニングのプロセスそのものや結果の妥当性について疑問を呈されたと報告している。その結果、スクリーニングツールおよび実施プロセスに対する信頼が低下することとなった。

スクリーニングの後でソーシャルワーカーに話をしました。その子には PTSD の可能性があり、フォローアップの評価が必要だと思ったのですが、GP は「違う」と言いました。そうすると、どうすればいいのでしょうか。医療専門職やソーシャルワーカーと対立するべきなのでしょうか。

GP が「この子は PTSD ではない」と言ったケースが二つありますし、別のケースでは CAMHS から「余計なことをしないでほしい」と言われました。……CAMHS に対して、こちらから異議を唱えるようなことは、正直したくありません。

ソーシャルワーカーから、これ以上臨床的な評価は行わないよう、直接言われています。

実際、このような専門職からの介入が複数報告されたことを受けて、研究チームは、家庭医（GP）やソーシャルワーカーと直接連絡を取り、スクリーニングプロセスの説明や、必要に応じてフォローアップの臨床評価結果の共有を行った。あるケースでは、研究チームの介入によって、法定サービスおよび地域で支援を提供する実践者の双方が、若者と関わるうえで必要とする自信を得ることができた。それでもなお、これらの知見は、個々の実践者の動機づけや組織としての関与だけでは不十分であり、スクリーニングプロセスが及ぼす影響を踏まえつつ、より広範な制度的、専門職的文脈を理解し、関係する他サービスを事前に準備しておく必要性があることを示している。

5 考察

本研究は、PTSD に関する簡便なスクリーニング尺度が、臨床職ではない児童福祉分野の実践者によっても、リスクのある若者を特定する目的で有効に用い得ることを示した（Duffy et al., 2021）。本研究対象集団ではトラウマ症状の水準が高く、若者の 72% が PTSD の可能性ありと判定され、その後の精神健康評価により、このうち 64.7% で PTSD が確認された。本論文で示したように、組織間でスクリーニング実施率および一致率に差が見られたことは、組織的文脈が、実装の到達度および忠実度において重要な役割を果たすことを裏づけている。同様に、実装の忠実度は、個々の実践者が実施したスクリーニング件数の影響も受けており、実践者の関与と自信を最大化するためには、継続的な関与が重要であることが示された。研修は概して肯定的に評価され、エビデンスに基づく実践への開放性を高めたと考えられる一方で、メンタルヘルスリテラシーの向上にはつながらなかった。ただし、この点については、研修前の得点が比較的高かったことが一因である可能性がある。

フォーカスグループから得られた質的データは、スクリーニングツールが自身の実践の焦点とよく適合し、追加的な課題や新たな気づきを明らかにすることで、アセスメントや支援計画の立案を支援したと感じた実践者が一定数存在してい

たことを示している。実装期間中に実践者を支援するために導入された、定期的なチーム会議への参加やコーチングセッションといった諸プロセスも、有用であったと報告されている。こうした継続的な関与のプロセスは、多くの実践者が抱いていた疑問や懸念に対応するうえで概ね有効であり、実践者の自信を高め、再トラウマ化の可能性に対する安心感を与えるうえで、重要なメカニズムとなっていた。しかしながら、依然として懸念を抱き続ける実践者もあり、いくつかの阻害要因は解消されないままであった。

個人レベルでは、これらの阻害要因は主として、スクリーニングや若者へのラベリングという概念に対する捉え方の違い、ならびにスクリーニングで陽性と判定された若者に対して、どのような支援が提供されるのかに関する懸念に関係していた。トラウマスクリーニングの有益性をめぐる議論自体は新しいものではなく、本研究は、スクリーニングを実践の中核的要素として位置づけ、その役割について明確な期待を示すうえで、組織が果たす役割が極めて重要であることを浮き彫りにしている。

研究開始当初から、すべての若者が完全な精神健康評価や PTSD に対するエビデンスに基づく治療を受けられるわけではなく、対象となるのは一部の若者に限られることは明確に示されていた。一方で、PTSD の可能性ありと判定されたすべての若者に対しては、結果のフィードバックおよび GP への紹介という明確な対応プロセスが用意されていた。しかし、一部の実践者にとっては、このプロセスと、自身が期待していた対応とのあいだに乖離が感じられていた。こうした認識は、エビデンスに基づく治療へのアクセス不足が、スクリーニング実装の重大な阻害要因となっていると報告した、他の児童福祉分野におけるトラウマスクリーニング研究の知見とも一致している (Lang et al., 2017)。このため、複数の研究では、エビデンスに基づく治療を提供する体制の拡充を、より広範なトラウマインフォームドケア (TIC) 実装における中核的要素として位置づけている (Bartlett et al., 2016 ; Fraser et al., 2014 ; Lang et al., 2017)。

若者に提供されるフォローアップ支援に関連するもう一つの課題は、外部機関の対応であった。GP、ソーシャルワーカー、精神保健サービスといった外部の専門職が、スクリーニングのプロセスや結果に疑問を呈する事例が複数確認された。研究チームは、これらの専門職と頻繁に直接的なやり取りを行っていたが、それでもなお、こうした対応は、実践者のスクリーニングツールおよび実施プロセスに対する自信を低下させる結果となっていた。このことは、個々の実践者の動機づけや組織としての関与に加えて、より広範な制度的文脈を理解し、他の専門職やサービスと事前に連携、準備を進める必要があることを示している。振り返ってみれば、多職種チームや支援拠点を通じて、より広い支援を引き出す余地もあったと考えられる。

6 結論

逆境を経験した若者のメンタルヘルス上の困難を把握するための定期的なスクリーニングは、実施可能性と有用性の両面において有効であることを示す研究エビデンスが、近年、蓄積されつつある。本研究は、こうしたスクリーニングツールを日常的に使用するうえで、実践者の意欲や実施能力に影響を及ぼす個人レベル、組織レベル、ならびにより広範な制度レベルの要因を明らかにすることで、先行研究に新たな知見を加えるものである。これらの要因を踏まえた実装がなされることで、脆弱な立場にある若者のニーズはより明確に把握され、必要とされる支援へとつながる可能性が高まると考えられる。

謝辞

本研究に参加して下さった子どもおよび若者、ならびにその保護者、養育者の皆様、研究に関与した両組織の管理職および職員の皆様に深く感謝申し上げます。また、本研究は、経済社会研究評議会（Economic and Social Research Council）および NSPCC による共同資金提供を受けて実施されたものである。

利益相反に関する声明

利益相反は存在しない。

データ利用可能性に関する声明

著者は、本研究データを公開しないことを選択している。

ORCID

John Devaney <https://orcid.org/0000-0001-8300-8339>

参考文献

Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research, 6*(2), 61–74. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>

Akin, B. A., Collins-Camargo, C., Strolin-Goltzman, J., Antle, B., Verbist, A. N., Palmer, A. N., & Krompf, A. (2021). Screening for trauma and behavioral health needs in child welfare: Practice implications for promoting placement stability. *Child Abuse & Neglect, 122*, 105323. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105323>

Asmussen, K., Masterman, T., McBride, T., & Molloy, D. (2022). *Trauma-Informed Care: Understanding the Use of Trauma-Informed Approaches Within Children's Social Care*. Early Intervention Foundation.

Bartlett, J. D., Barto, B., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H., & Bodian, R. (2016). Trauma-informed care in the Massachusetts child trauma project. *Child Maltreatment, 21*(2), 101–112. <https://doi.org/10.1177/1077559515615700>

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology, 18*(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis.

Qualitative Psychology, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>

Bunting, L., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., McBride, O., Mulholland, C., Murphy, J., Schubotz, D., Cameron, J., & Shevlin, M. (2020). *The mental health of children and parents in Northern Ireland: Results of the youth wellbeing prevalence survey*. Queen's University Belfast.

Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Hayes, D., & Davidson, G. (2019). Trauma informed child welfare systems—A rapid evidence review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2365. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132365>

Carpenter, J., Jessiman, T., Patsios, D., Hackett, S., & Phillips, J. (2016). Letting the future in: A therapeutic intervention for children affected by sexual abuse and their carers. *Child & Family Social Work*, 22, 1024–1033. <https://doi.org/10.1111/cfs.12322>

Chang, C., Kaczurkin, A. N., McLean, C. P., & Foa, E. B. (2018). Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 319–326. <https://doi.org/10.1037/tra0000306>

Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., & Hiller, R. M. (2023). Meta-analytic review: Group-based interventions for treating post-traumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013>

Donohue, B., Azrin, N. H., & Bradshaw, K. (2014). A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 706–720. <https://doi.org/10.1037/a0036920>

Duffy, M., Walsh, C., Mulholland, C., Davidson, G., Best, P., Bunting, L., Herron, S., Quinn, P., Gillinders, C., Sheehan, C., & Devaney, J. (2021). Screening children with a history of maltreatment for PTSD in frontline social care organisations—An explorative study. *Child Abuse Review*, 30(6), 594–611. <https://doi.org/10.1002/car.2735>

Fixsen, D. L., & Blase, K. A. (2008). *Drivers Framework*. National Implementation Research Network, University of North Carolina.

Fraser, J. G., Griffin, J. L., Barto, B. L., Lo, C., Wenz-Gross, M., Spinazzola, J., Bodian, R. A., Nisenbaum, J. M., & Bartlett, J. D. (2014). Implementation of a workforce initiative to build trauma-informed child welfare practice and services. *Children and Youth Services Review*, 44, 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.016>

Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied Thematic Analysis*. Sage.
<https://doi.org/10.4135/9781483384436>

Health Foundation. (2015). *What's Getting in the Way? Barriers to Improvement in the NHS*. Health Foundation.

Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209–218.
<https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356–e366.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Kagan, R., Pressley, J., Espinoza, R., Lanktree, C., Henry, J., Knoverek, A., Duffy, S., Labruna, V., Habib, M., Blaustein, M. E., & Spinazzola, J. (2023). Development of a differential assessment guide to improve engagement with youths & families living with chronic trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *16*, 145–159.

Kramer, D. N., & Landolt, M. A. (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(1), 7858. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7858>

Lang, J. M., Ake, G., Barto, B., Caringi, J., Little, C., Baldwin, M. J., Sullivan, K., Tunno, A. M., Bodian, R., Stewart, C. J., & Stevens, K. (2017). Trauma screening in child welfare: Lessons learned from five states. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *10*(4), 405–416.
<https://doi.org/10.1007/s40653-017-0155-y>

Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(5), 269–283.
<https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>

Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and PTSD in young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, *6*(3), 247–256.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)

Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). Long-term impact of child maltreatment on PTSD and comorbidities. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24*(2), 154–169.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>

- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, *350*, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Morris, L., Salkovskis, P., Adams, J., Lister, A., & Meiser-Stedman, R. (2015). Screening for post-traumatic stress symptoms in looked after children. *Journal of Children's Services*, *10*(4), 365–375. <https://doi.org/10.1108/JCS-10-2014-0045>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS). *Psychiatry Research*, *229*(1–2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The children's revised impact of event scale (CRIES). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*(4), 487–498. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002419>
- Quigg, Z., Wallis, S., & Butler, N. (2018). *Routine Enquiry About Adverse Childhood Experiences: Implementation Pack Pilot Evaluation*. Liverpool John Moores University.
- Rye, M., Torres, E. M., Friberg, O., Skre, I., & Aarons, G. A. (2017). The EBPAS-36. *Implementation Science*, *12*(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0573-0>
- Sadler, K., Vizard, T., Ford, T., Marchesell, F., Pearce, N., Mandalia, D., Davis, J., Brodie, E., Forbes, N., Goodman, A., Goodman, R., & McManus, S. (2018). *Mental health of children and young people in England, 2017*. NHS Digital.
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). ACEs and mental disorders: An umbrella review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*, 1489–1499.
- Salazar, A. M., Keller, T. E., Gowen, L. K., & Courtney, M. E. (2013). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(4), 545–551. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0563-0>
- Spratt, T., Devaney, J., & Frederick, J. (2019). Adverse childhood experiences and social work. *British Journal of Social Work*, *49*(8), 2042–2058. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz023>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). Effects of childhood maltreatment on brain development. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*(10), 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. National Center for PTSD.
- Whitt-Woosley, A. (2020). Trauma screening outcomes in child welfare. *Journal of Public Child*

Welfare, 14(4), 412–434. <https://doi.org/10.1080/15548732.2019.1623965>



Yule, W. (1997). Anxiety, depression and PTSD in childhood. In I. Sclare (Ed.), *Child Psychology Portfolio* (pp. 35–38). NFER-Nelson.

参考文献表

Devaney, J., Walsh, C., Bunting, L., Best, P., Davidson, G., Mulholland, C., French, D., & Duffy, M. (2023) . Devaney, J., Walsh, C., Bunting, L., Best, P., Davidson, G., Mulholland, C., French, D., & Duffy, M. (2023). Screening children with a history of maltreatment for post-traumatic stress disorder in frontline social care organizations: A process evaluation. *Child & Family Social Work*, 28(4), 1225–1234. <https://doi.org/10.1111/cfs.13044>

INVITED ARTICLE

The feasibility and acceptability of delivering a group trauma-focused intervention to children in care

Rebecca S. Davis¹ | John Devaney² | Sarah L. Halligan¹ |
Richard Meiser-Stedman³  | Paula Oliveira⁴ | Patrick Smith⁵ |
Paul Stallard⁶ | Rebecca Kandiyali⁷ | Alice Phillips¹ | Aalia John¹ |
Rachel M. Hiller^{1,4,8} 

¹Department of Psychology, University of Bath, Bath, UK

²School of Social and Political Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

³Department of Clinical Psychology and Psychological Therapies, University of East Anglia, Norwich, UK

⁴Anna Freud National Centre for Children and Families, London, UK

⁵Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

⁶Department of Health, University of Bath, Bath, UK

⁷Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

⁸Division of Psychology and Language Sciences, University College London, London, UK

Correspondence

Rachel M. Hiller, Division of Psychology & Language Sciences, Research Department of Clinical, Education and Health Psychology, University College London, London, UK.
Email: r.hiller@ucl.ac.uk

Abstract

Objective: Young people in care (i.e., in the child welfare system) are a group who have often experienced very high rates of potentially traumatic events, including maltreatment. It is well-documented that they have high rates of trauma-related mental health difficulties, such as posttraumatic stress. To address the needs of the large number of young people who may benefit from support, scalable interventions are crucial. But also important is that they are effective and deliverable – particularly given the complexity of this group and services. We assessed a five-session group CBT-based intervention for PTSD. The primary goal was to understand core procedural and protocol uncertainties to address prior to a definitive trial.

Methods: Participants were 34 10–17 year olds in care, with moderate to severe posttraumatic stress symptoms, and their caregiver. We ran seven groups (four online), delivered in social care and NHS-based mental health teams. Data were collected via pre-, post-, 3-month follow-up questionnaires and qualitative interviews.

Results: Of the 34 participants allocated to the intervention, 27 (80%) attended at least three of the five sessions (most attended all). Caregiver attendance was lower (50%). There was generally good completion of assessment measures. Qualitatively, most participants were positive about the intervention, and many reported improvements in areas such as coping, sleep, and willingness to talk about

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2024 The Author(s). *British Journal of Clinical Psychology* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Psychological Society.

招待論文

社会的養護下にある子どもを対象とした集団型トラウマ焦点化介入の実施可能性と受容可能性

Rebecca S. Davis¹ | John Devaney² | Sarah L. Halligan¹ | Richard Meiser-Stedman³ | Paula Oliveira⁴ | Patrick Smith⁵ | Paul Stallard⁶ | Rebecca Kandiyali⁷ | Alice Phillips¹ | Aalia John¹ | Rachel M. Hiller^{1,4,8}

- 1 バース大学 心理学部 (英国・バース)
- 2 エディンバラ大学 社会・政治科学学部 (英国・エディンバラ)
- 3 イースト・アングリア大学 臨床心理学・心理療法学部門 (英国・ノリッジ)
- 4 アンナ・フロイト国立子ども・家族センター (英国・ロンドン)
- 5 キングス・カレッジ・ロンドン 精神医学・心理学・神経科学研究所 (英国・ロンドン)
- 6 バース大学 保健学部 (英国・バース)
- 7 ウォーリック大学 ウォーリック医科大学 (英国・コヴェントリー)
- 8 ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン 心理学・言語科学部門 (英国・ロンドン)

連絡先

Rachel M. Hiller ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン 心理学・言語科学部門 臨床・教育・健康心理学研究部 (英国・ロンドン)
E-mail: r.hiller@ucl.ac.uk

要旨

目的: 公的養護下にある若者 (すなわち、児童福祉制度の下にある子どもや若者) は、虐待を含む多数の潜在的にトラウマ的な出来事を経験している割合が非常に高い集団である。彼らが心的外傷後ストレスをはじめとするトラウマ関連の精神的健康問題を高頻度で抱えていることは、これまでに十分に示されてきた。支援を必要とする多数の若者のニーズに対応するためには、拡張可能な介入が不可欠である。しかし同時に、当該集団およびサービス提供体制の複雑性を踏まえると、介入が有効であり、かつ実施可能であることも重要である。本研究では、PTSD を対象とした 5 回構成の集団型 CBT ベース介入について検討した。主たる目的は、本格的な試験に先立って解消すべき中核的な手続き上およびプロトコル上の不確実性を明らかにすることであった。

方法: 参加者は、中等度から重度の心的外傷後ストレス症状を有する、公的養護下にある 10~17 歳の若者 34 名とその養育者であった。社会的養護サービスおよび NHS (国民保健サービス) に基づく精神保健チームにおいて、7 つの集団 (うち 4 つはオンライン形式) を実施した。データは、介入前、介入後、ならびに 3 か月後フォローアップ時点での質問紙調査および質的インタビューによって収集された。

結果: 介入に割り当てられた 34 名のうち 27 名 (80%) が、5 回中少なくとも 3 回のセッションに参加した (大多数は全セッションに参加した)。養育者の参加率はこれより低く (50%) であった。評価指標の回答完了率は全体として良好であった。質的分析の結果、多くの参加者が介入を肯定的に評価しており、対処能力、睡眠、トラウマについて話す意欲などの側面における改善を報告した。一方で、複雑なニーズを有する集団に対する低強度介入であることから、継続的支援の不足に関する重要な懸念も示された。

結論: 本介入および研究プロトコルは、多くの若者および養育者にとって受容可能であった。一定の修正を加えれば、将来的に本格的な試験を実施することは可能であると考えられる。ただし、PTSD のスクリーニング方法、試験デ

ザイン、ならびに高強度支援を組み込む選択肢（例えば段階的ケアモデルの評価）といった点が、主要な検討課題として挙げられる。

キーワード

複雑性トラウマ（複合的トラウマ）、実施可能性、里親養育、集団治療（集団介入）、心的外傷後ストレス障害（PTSD）

公的養護制度（すなわち、国、地方自治体、州による児童福祉制度。正式用語は国によって異なる）に入る若者は、多くの場合、重大なトラウマおよび逆境への曝露歴を有している（Department for Education, 2022）。公的養護下に移行する最も一般的な理由は虐待およびネグレクトであり、家庭内暴力への曝露、親の精神的健康上の困難、薬物、アルコール使用問題も高頻度に認められる（Department for Education, 2022）。一度公的養護下に入った後も、このような若者は、同年代の仲間と比較して、将来的なトラウマ曝露や搾取のリスクが高い状態が継続する（Shaw & Greenhow, 2020）。これらの経験が若者の精神的健康に及ぼす影響については、十分に実証されている。公的養護下にある若者のおよそ 50%が、少なくとも 1 つの診断可能な精神疾患の基準を満たしており、複雑な併存症を有する場合も多い（Bronsard et al., 2016; Ford et al., 2007; Lewis et al., 2019）。また、診断基準を完全には満たさないものの、生活の質に重大な影響を及ぼす水準の高い症状を経験している可能性も高い。公的養護下にある子どもや青年の精神的健康ニーズが十分に対応されないことは、学校からの排除、ホームレス、失業、成人期の精神的健康問題など、生涯にわたる不良な転帰を引き起こす主要因の一つとして指摘されている（Jones & Morris, 2012; Teyhan et al., 2018）。

公的養護下にある多くの若者に影響を及ぼす精神的健康問題の一つが、心的外傷後ストレス障害（PTSD）である。PTSD はトラウマ特異的な精神疾患であり、その有病率は公的養護経験のない同年代の若者と比較して 12 倍高いとされる（Ford et al., 2007）。症状には、再体験（例：悪夢、フラッシュバック）、回避（例：トラウマについて話す、あるいは考えることの回避）、覚醒の変化（例：集中困難、睡眠困難）、ならびに否定的認知および気分（例：「誰も信頼できない」といった思考、羞恥、恐怖、抑うつ気分）が含まれる（American Psychological Association, 2022）。PTSD の認知モデルは、持続的な危険感や脅威感覚を生じさせ、維持するさまざまな過程を強調している。これには、不適応的な認知的評価、断片化あるいは組織化されていないトラウマ記憶、回避的対処行動が含まれ、これらが相互に作用することで症状の発現および維持が促進されるとされる（Ehlers & Clark, 2000）。これらのモデルは、広範な実証的支持を受けており（例：Gómez de La Cuesta et al., 2019; Mitchell et al., 2017; Trickey et al., 2012）、公的養護下にある若者を対象とした縦断研究においても支持されている（Hiller, Meiser-Stedman, et al., 2021）。特にこの若者集団においては、不適応的な認知的評価および回避的対処行動が、PTSD に加えて、近年提唱されている複雑性 PTSD のいずれにおいても強力な規定因となっていることが示されている（Hiller, Meiser-Stedman, et al., 2021; World Health Organization, 2019）。

複雑性トラウマや虐待の経験後を含む PTSD を有する若者に対して、第一選択として推奨される治療は、トラウマフォーカスト認知行動療法（trauma-focused cognitive behavioural therapy : tf-CBT）である（National Institute for Health and Care Excellence [NICE] , 2018）。トラウマフォーカスト認知行動療法は通常、8～12 回の 1 対 1 形式で提供され、より複雑な臨床像を示す若者に対しては 20 回以上のセッションが必要となる場合も多い（Cohen et al., 2012）。トラウマフォーカスト認知行動療法の有効性については、複雑なトラウマに曝露された子どもを含め、広範なエビデンスが存在する（Bennett et al., 2021; Cohen et al., 2012;

Mavranezouli et al., 2020; Sachser et al., 2017)。しかしながら、このような高強度介入の性質に加え、児童青年期精神保健サービス (CAMHS) および児童福祉サービスの深刻なキャパシティ不足、さらに支援を必要とする若者の数の多さを考慮すると (Children's Commissioner for England, 2023; NHS Confederation, 2022)、この介入単独 (あるいはいかなる高強度介入であっても) では、支援を必要とする公的養護下の若者全体のニーズを現実的に満たすことは困難であると考えられる。したがって、この文脈において、より低強度の選択肢が有用となり得るかを検討することは、重要な研究課題である。

より多くの支援を必要とする若者に介入を届ける一つの方法が、集団形式によるアプローチである。集団介入は、より多くの若者に治療を提供できるだけでなく、トラウマフォーカスト認知行動療法や EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: 眼球運動による脱感作と再処理法) といった高強度介入と比較して、専門的訓練の要件が低い場合が多い。また、教師などの非精神保健専門職や、地域リーダーを含む訓練を受けた地域メンバーなど、幅広い担い手による実施を想定して設計されていることが多い (Davis et al., 2023)。最近のメタ分析レビューでは、集団 CBT ベースのトラウマ焦点化介入が、若者の PTSD 症状を軽減する上で有効であることが示された (Davis et al., 2023)。個別心理療法がより高い効果を示し、可能であれば推奨される介入であることは確認されたものの、無治療 (受動的対照) や他の治療 (能動的対照) と比較した場合でも、集団型の CBT (認知行動療法) に基づく治療介入は、PTSD 症状重症度について中等度の低下が認められ、加えて抑うつ症状の軽減も示されている。

このような集団ベース介入の一例が、Children and War Foundation によって開発された Teaching Recovery Techniques (TRT) である (Yule et al., 2013)。本プログラムは、養育者向けの 2 回のセッションを含む、5 回構成の介入であり、認知行動療法に基づく方略を用いてトラウマ関連の苦痛に対処することを目的としている。メタ分析レビューを含む新たなエビデンスにより、本介入がトラウマ関連の苦痛を有意に軽減することが示されている (Davis et al., 2023)。しかし、これまでのエビデンスの多くは、戦争、自然災害、地域暴力への曝露を経験した子どもを対象とした研究に基づいている (例: Barron et al., 2016, 2021; Chen et al., 2014; Pityaratstian et al., 2015)。公的養護下にある若者を対象とした研究は極めて限定的である。英国の保護施設における 17 名の若者を対象とした小規模研究では、TRT が苦痛軽減に有効である可能性を示す初期的証拠が報告されている (Barron et al., 2017)。

社会的養護下にある若者のトラウマ関連の苦痛に対して、TRT が有効に対処し得るかどうかを理解するための第一段階として、本研究では実施可能性および受容可能性に関する検討を行った。本研究の主たる目的は、PTSD 症状が高い社会的養護下の若者を対象に、ソーシャルケアと専門的メンタルヘルスサービスを横断して提供される TRT の実施可能性と受容可能性を評価することであった。具体的には、手続き上の判断の妥当性 (たとえば、次段階として十分な検出力を有するランダム化比較試験 (RCT) を実施できるかどうか、ソーシャルケアの段階で PTSD スクリーニングを行うことの実行可能性、マニュアルへの忠実度) と、介入全体としての一般的な受容可能性の双方に関心を向けた。

方法

研究実施体制と事前登録

本研究は、英国保健研究機構（Health Research Authority）および大学の倫理審査委員会から承認を受け、さらに受入れ機関（NHS トラスト）および地方自治体からの承認を得て実施された（承認番号：20/WA/0100）。本試験はClinicalTrials.govに事前登録されており（NCT04467320）、研究プロトコルはPilot and Feasibility Studies誌において既に公表されている（Hiller, Davis, et al., 2021）。

研究デザインおよび実施手順の変更

本研究は当初、実施可能性およびパイロット段階のランダム化比較試験（RCT）として設計され、TRT は対面形式で、2020 年から実施される予定であった。プロトコル論文（Hiller, Davis, et al., 2021）に示されているとおり、10～17 歳の社会的養護下にある若者 50 名を無作為化し、最終的に 25 名に介入を提供し、残る 25 名を通常ケア（care-as-usual : CAU）群に割り付けることが目標とされていた。しかし、スクリーニング率に関する課題（結果および考察で詳述）により、無作為化という要素（実施可能性に関する重要な検討課題の一つ）は断念され、試験は全参加者に TRT を提供するオープン型の実施可能性パイロット研究へと変更された。さらに、COVID-19 パンデミックの影響を受け、介入はオンライン形式および対面形式の両方で検証された。

参加の可能性がある若者については、Child Revised Impact of Events Scale（CRIES-8）を用いて PTSD 症状のスクリーニングが行われ、これはソーシャルワーカー、メンタルヘルス専門職、または里親によって実施された。研究参加にあたっては、関係する地方自治体職員（例：ソーシャルワーカー、チームマネージャー）からのインフォームドコンセント、若者本人からのインフォームドアセント（16 歳以上の場合は同意）、ならびに養育者自身の参加に対するインフォームドコンセントが必要とされた。同意取得後、若者および主たる養育者、またはキーワーカー（若者が施設養護下にある場合、キーワーカーは当該児童を担当する指名職員を指す）は、ベースライン、介入後、3 か月フォローアップの各時点で評価を受けた。

当初、試験への参加要件として、若者は CRIES-8 において 17 点以上（臨床的に高い PTSD 症状を示すカットオフ；Perrin et al., 2005）を得点する必要があった。しかし、独立した運営委員会との協議を経て、この基準は 14 点以上へと変更され、中等度から重度の PTSD 症状を反映するものとされた。この変更は、17 点未満であっても症状に関連する重大な機能障害を経験している若者が存在するという、サービス側の懸念を部分的に反映したものである。さらに、社会的養護下にある若者は症状を過小報告する傾向があること（Tarren-Sweeney, 2019）、および完全な診断基準を満たさない PTSD（サブシンδροーム PTSD）であっても、診断基準を満たす PTSD と同程度に深刻な影響を及ぼし得ることを示すエビデンス（Zlotnick et al., 2004）も、この判断の根拠となった。

サンプル

若者は、イングランド南西部に所在する単一の都市部地方自治体から募集された。少数ではあるが、近隣の第二の小規模自治体からも若者が紹介されており（n=3、そのうち 2 名が参加）、この自治体は、主要な自治体と一部のメンタルヘルス資源を共有していた。

対象となる若者は、地方自治体の保護下にあることが条件であったが、実親と同居している場合を除き、配置形態（里親養育、施設養護等）の種類は問われなかった。組み入れ基準は、①年齢が 10～17 歳であること、②地方自治体の保護下にあること、③PTSD 症状が高い水準（中等度～重度）にあることであった。除外基準は、重度の自殺念慮（現在進行形）、精神病性症状、中等度から重度の学習障害（学習困難を理由に通常学級外で教育を

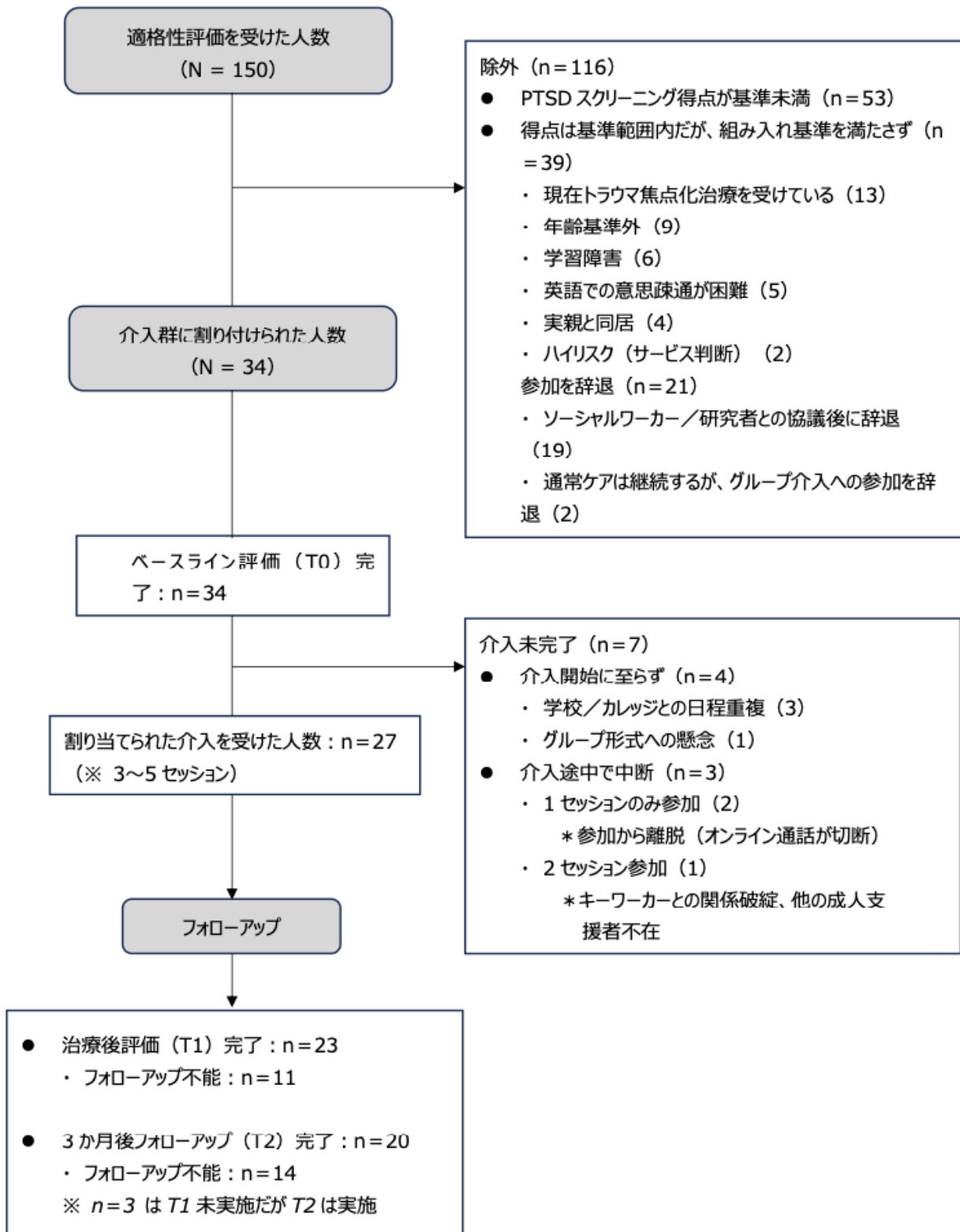
受けている場合と定義)、英語での意思疎通が困難であること、ならびに現在トラウマ焦点化治療を直接受けていることであった。

最終的なサンプルは、10～17 歳の若者 34 名および、それぞれの主たる養育者またはキーワーカーで構成された。参加者の属性は表 2 に示し、募集から参加までの流れは図 1 の CONSORT フローチャートに示している。

スクリーニング

若者に対するスクリーニングは、CRIES-8 (Child Revised Impact of Events Scale-8) (Perrin et al., 2005) を用いて実施された。本尺度は、さまざまなトラウマ曝露集団において妥当性が確認されており、加えて 8 項目と簡便であることから採用された。ソーシャルワークチームは、PTSD の認識および CRIES-8 の使用方法について研修を受け、担当ケースの若者に対して本尺度を用いるよう求められた。本研究への参加資格は、CRIES-8 において 14 点以上を得点することであり、これは中等度から重度の PTSD 症状を反映する基準である。

【図 1 CONSORT フローダイアグラム（日本語版）】



介入

Teaching Recovery Techniques (TRT) は、全 7 回からなるグループ介入として実施した。TRT は、戦争体験を有する子どもを対象に Children and War Foundation が開発したものであり、この集団において広範に評価されてきた (Davis et al., 2023 参照)。本研究では、社会的養護下にある若者に適合させるため、マニュアルに軽微な修正 (例：事例の更新、用語・表現) を加えた。TRT は本質的にスキル習得を目的とするグループ介入であり、CBT (認知行動療法) に基づく技法を用いて症状をマネジメントし、その技法をセッション内で練習した。介入は、若者向け 5 セッションと養育者向け 2 セッションで構成され、養育者向けセッションは若者向けセッションの初期段階と同時期に実施した。各セッションは週 1 回 90 分で行い、研修を受けたメンタルヘルス専門職 2 名が担当した。若者は年齢によってグループ分けし、子どもグループ (概ね 10~13 歳) とティーングループ (概ね 14~17 歳) を設定した。なお、13 歳または 14 歳の参加者については、本人の希望等を踏まえつつ、どちらのグループが適切かを臨床的判断により調整した。介入内容はマニュアルに基づき、第 1 回では心理教育を提供し、社会的養護下にある若者の事例 (以後の複数セッションで参照) を導入した。第 2 回は侵入的イメージ、不安、夢 (悪夢) を扱い、第 3 回は覚醒水準、感情、対処に焦点を当てた。第 4 回では回避、記憶、トリガーを扱い、第 5 回は記憶と「まとめ」に焦点を当てた。本介入は、個別 (1 対 1) 介入で見られるような詳細な再体験や広範なトラウマナラティブ作業を含まない点が特徴である。養育者向けの 2 セッションは、若者向け介入の最初の 2 セッションと同時期に実施し、心理教育を中心に、若者が介入の中で学び実践する内容を理解すること、ならびに介入期間中に若者を支える方法に焦点を当てた (Yule et al., 2013 参照)。

なお、PTSD を有する子どもや青年を対象とする他のエビデンスに基づくグループ介入も存在するが (Davis et al., 2023 参照)、本研究で TRT を採用した理由は次の 3 点である。第一に、TRT は若者向けが 5 セッションであり、利用可能なグループ介入の中でも比較的短期間で実施できる点である。第二に、戦争体験を有する子どもに対する有効性を支持するエビデンスがあり、当該集団では複雑な併存症が多く、環境上のリスクや不安定性が継続する場合も少なくないことから、社会的養護下にある若者に対しても同様に適切なアプローチとなり得ることが示唆された点である。第三に、TRT は英国の臨床家によって開発されており、研修へのアクセスが容易であった点である。

治療者の研修

治療者は、ドラマ療法士や芸術療法士、心理療法士、子どものウェルビーイング支援の実践者など、さまざまなメンタルヘルス専門職としての背景をもっていた。初期のグループ (n=8) は、TRT manual に関するオンラインの半日研修を 4 回受けた (2 日間の研修に相当する)。介入の実施中には、臨床心理士による専門的な指導助言も提供された。職員の入れ替わりにより、新たな治療者も介入に加わったが、当初に研修を受けた治療者によってマニュアルに基づく研修が行われた (すなわち、「研修済みの実践者が新たな実践者を指導する」モデルが用いられた)。

忠実性チェック

治療者が治療マニュアルにどの程度忠実に従っていたかは、忠実性チェックによって検討された。これには、研究チームによるセッション観察や、治療者自身が記入するチェックリスト (主要な構成要素を含めたかどうか、また含めなかった場合にはその理由を示すもの) が含まれていた。また、各グループにつき 1 回、セッションを音声記録するよう治療者に求めた。

そのために治療者は、事前に若者から許可を得る必要があり、参加者は記録を拒否する選択もできた。その場合、そのセッションは記録されなかった。重要な目的の一つは、どのような種類の忠実性チェックが実施可能であるかを検討することであった。

測定と分析

質的アウトカム

実施可能性と受容可能性は、主として若者本人およびその養育者を対象とした質的インタビューによって評価された。これらは、対面またはビデオ通話による 1 対 1 の半構造化インタビューであった。インタビューは音声記録され、逐語化されたうえで、反省的主題分析を用いて分析された。2 名の研究者がインタビューの分析を行い、すべてのコードは、インタビューも担当した研究者 RD によって質的確認がなされた（RD は介入の実施には関与していなかった）。また、介入を実施した治療者を対象として、インタビューおよびフォーカスグループも実施された。治療者インタビューの全分析は本論文には含まれていないが、養育者および若者の報告と重なる主要な主題については要約して示している。

量的アウトカム

参加した若者および養育者は、オンライン質問紙調査用プラットフォームである Qualtrics を用いて質問紙に回答した。主要な量的アウトカムは、Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) によって評価された、子ども本人による自己報告にもとづく PTSD 症状の重症度であった。CATS は、DSM-5 に基づく PTSD 症状を評価する 20 項目からなる質問紙であり、0（まったくない）から 3（ほとんど常にある）までの尺度で評定される。量的アウトカムは表 1 に示している。これらの測定指標の詳細については、Hiller, Davis 他（2021）を参照されたい。本パイロット研究では、PTSD に焦点を当てた三つの測定ツールが用いられた。CRIES-8 は、短く、妥当性が確認されたスクリーニング尺度であり（整合性確保のため回収された）、CATS（主要アウトカム）は、DSM により定義されたすべての中核症状を評価する、より長い妥当性確認済みのスクリーニング尺度として追加された（将来の試験において症状クラスター水準での変化を検討する場合に重要となる可能性があるためである）。CPSS は、PTSD の完全診断の有無を評価するために用いられ、これも将来の試験において有用となる可能性がある。最終的に、本研究は実施可能性研究であったため、これらの測定指標の主要な目的は、その受容可能性および実施可能性（例：回答完了率）を明らかにすることであった。

量的症状分析

無作為化が行われていなかったため、研究計画に従って治療後の群間効果量を検定することはできなかった。しかし、透明性を確保するため、事前に、治療前から治療後までの変化、および治療前からフォローアップ時までの変化について、効果量（Cohen の d 95%信頼区間付き）を報告することを決定していた。Cohen の d によれば、効果量は $d=0.2$ を小、 0.5 を中、 0.8 を超える場合を大とする。

表 1 治療前、治療後、および 3 か月後フォローアップ時に収集された量的アウトカム指標

測定指標	測定概念	回答者	
		若者	養育者
Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)	PTSD 症状	✓	✓
Child Revised Impact of Events Scale (CRIES-8)	初期スクリーニング指標 ; PTSD 症状	✓	
Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	PTSD 診断の有無 [あり/なし] および症状の重症度	✓	
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	全体的困難さおよび外在化問題	✓	✓
Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ)	抑うつ症状	✓	✓
The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)	愛着上の困難	✓	
The Parent Trauma Response Questionnaire — support subscale (PTRQ)	養育者の支援スタイル		✓
The Child Health Utility 9D (CHU-9D)	生活の質	✓	

注：子ども本人による CATS は主要アウトカムであり、その他の測定指標は副次的アウトカムである。

結果

記述統計

参加者の特性

参加者は、地方自治体の保護下にある 10～17 歳の若者 34 名（平均 = 13.4、標準偏差 = 2.3）と、その主たる養育者（施設養護の場合は主担当職員）であった。若者の大多数は、実親ではない里親家庭で生活しており（ $n = 29$ ）、3 名は親族里親のもとに配置され、2 名は施設で生活していた。詳細な記述統計は表 2 に示している。すべての若者は、CRIES-8 に基づき、中等度から重度の PTSD 症状を呈していた（スクリーニング時の平均得点 = 25.3）。

虐待に関するチェックリストは、22 名のソーシャルワーカーから回収された（すなわち、サンプルの 65%に相当）。このチェックリストにおいて、ソーシャルワーカーは、さまざまな種類の虐待について、確認または強い疑いがあると報告していた。内訳は、ネグレクト（ $n = 20$; 91%）、心理的虐待（ $n = 17$; 77%）、家庭内暴力への曝露（ $n = 16$; 73%）、身体的虐待（ $n = 13$; 59%）、性的虐待（ $n = 11$; 50%）であった。

スクリーニング率および参加への移行

関与したソーシャルワーカーのうち 83% (46 名中 38 名) は、少なくとも 1 名の若者に対して CRIES-8 を使用していた。ソーシャルワーカーによるスクリーニングに加え、連携する専門メンタルヘルスサービス (children looked-after CAMHS) の待機リストからも、9 名の若者がスクリーニングを受けていた。この場合、基準となる得点を上回った若者については、研究チームが担当ソーシャルワーカーまたはチームマネージャーに連絡し、同意を求めた。サンプルのおよそ 13% は、研究チームが社会福祉機関を代表して連絡を取った里親を通じてスクリーニングされた。参加者の全体的な流れは、CONSORT フローダイアグラム (図 1) に示している。

スクリーニングを受けたすべての若者 ($n=150$) のうち、65% ($n=97$) が、参加基準となる症状の得点水準 (CRIES-8 で 14 点以上) を上回っていた。この 97 名のうち 40% ($n=39$) は、他の理由により不適格と判断された。参加資格があり、かつ連絡可能であった若者 ($n=55$) のうち、21 名は参加を辞退し、34 名が参加に同意した。これは、スクリーニングから参加への移行率が比較的低いこと (150 名中 34 名 ; 23%) を示している一方で、招待から参加への移行率は中程度であった (55 名中 34 名 ; 62%) 。

無作為化 (が行われなかったこと)

方法の節で述べたとおり、本試験は当初、実施可能性を検討する無作為化比較試験 (RCT) として設計されていた (Hiller, Davis 他, 2021 参照)。しかし最終的には、長期間にわたる試みの後、若者が介入にアクセスできるようにし、また他の重要な実施可能性および受容可能性の問いを検討するため、無作為化は中止された。この決定は、サービス提供機関、および独立した試験運営委員会との協議のもとで行われた。これは、単一の児童社会福祉機関内においては、集団介入試験に無作為割り付けを導入することが実施不可能であったという点が、本研究から明らかになったことを意味する。その主な要因は、ソーシャルケア職員が若者をスクリーニングし、研究チームに連絡先情報を伝達することが困難であり、その結果、参加資格のある若者を集団に無作為に割り付けられるだけの速度が確保できなかった点にあった。

介入グループおよび治療完了状況

本研究では 7 つのグループを実施した。そのうち 4 グループは年少の参加者 (年齢範囲 10~13 歳) を対象とし、3 グループは思春期の参加者 (年齢範囲 14~17 歳) を対象としていた。4 グループはオンラインで実施され、そのうち 1 グループはパイロットとして実施され、残りの 3 グループは対面で実施された。パイロット介入とその手順は同一であったが、若者が回答する質問紙のセットは縮小されており (表 3 に記載)、養育者は質問紙に回答する必要がなかった (そのため、養育者の最大サンプル数は $N=30$ であった)。各グループの人数は、若者 3~6 名であった。介入に割り付けられた 34 名の若者のうち、80% が 5 回中、少なくとも 3 回のセッションを完了した。内訳は、23 名 (68%) が 5 回すべてを完了し、4 名 (12%) が 3~4 回、3 名 (9%) が 1~2 回を完了し、4 名 (12%) は 1 回も完了しなかった。養育者については、17 名 (50%) が 2 回の養育者セッションの両方を完了し、7 名 (21%) が 1 回のみを完了し、10 名 (29%) は 1 回も完了しなかった。5 回すべてのセッションを終える前に介入を中止した若者については、その理由を CONSORT フローダイアグラム (図 1) に示している。なお、サンプル数は少ないものの、特定の属性 (例 : 年齢、性別) が、介入からの離脱のしやすさに関連する傾向は認められなかった。

表 2 参加者の人口統計学的特性

	子ども (N=34)	養育者 (N=34)
性別, n (%)		
女性	18 (53%)	33 (97%)
男性	15 (44%)	1 (3%)
その他	1 (3%)	0 (0%)
年齢 (歳), 平均 (標準偏差) / n (%)	13.4 (2.3)	
25~34 歳		3 (9%)
35~44 歳		4 (12%)
45~54 歳		9 (26%)
55~64 歳		7 (21%)
65 歳以上		3 (9%)
不明		8 (23%)
民族的背景		
白人系英国人	16 (47%)	18 (53%)
白人系とその他の混合	6 (18%)	0 (0%)
その他の民族的背景	4 (12%)	8 (23.5%)
不明	8 (23%)	8 (23.5%)
保護下にあった期間 (年), 平均 (標準偏差) (欠測 n=3)	4.0 (2.7)	
現在の配置先での期間 (年), 平均 (標準偏差) (欠測 n=9)	3.1 (3.1)	—
配置回数, n (%)		
1 回	11 (32%)	—
2~3 回	15 (44%)	
4~5 回	4 (12%)	
9 回	1 (3%)	
不明	3 (9%)	

介入実施の忠実性

治療者は、全セッションの 71% (35 回中 25 回) について忠実性チェックリストを記入しており、これらのチェックを行う意欲および実施能力は概して高いことが示された。チェックリストのデータから、セッション手順に対する自己申告による遵守状況は概ね良好であり、68%が、セッション実施手引に示された指針の 70%以上を遵守し、すべての中核的活動を実施したと報告していた。治療者はセッション時間についても報告しており、その長さは 1 時間から 1 時間半の範囲であった。内容の調整が行われたとの報告は頻繁に見られたが、その多くは小規模なものであり、自由記述によるフィードバックからは、主として参加者の年齢や集中力の程度に合わせて進行の速度を調整するものであったことが示唆された (例：追加の例を提示する、個人的な振り返りや相互支援のための時間を多く確保するなど)。

治療実施手引への忠実性を検証するため、各グループにつき 1 回のセッションを記録することを目標としたが、最終的に得られた記録は、異なる 3 グループからの 3 件にとどまった。残る 4 件については、治療者が記録を失念していた、録音機器が作動しなかった、あるいはグループ開始前に若者本人へ確認を行うことができなかったため、記録を得ることができなかった（研究計画では、若者が秘密裏に記録を拒否できるよう、事前に確認することが定められていた）。記録が得られた 3 件のセッションでは、大きな内容変更は認められず、治療者はセッション実施手引に示された主要な要素をすべて実施していた。これらのうち 2 件はオンラインで実施されており、スライド共有やオンラインのホワイトボード使用に関して、軽微な調整が行われていたことが確認された。

表 3 アウトカム指標の記述統計

	T0 : 介入前平均 (標準偏差), 範囲	T1 : 介入後平均 (標準偏差), 範囲	T2 : 3 か月後フォローアップ平均 (標準偏差), 範囲
子ども本人による報告	N = 34	N = 23	N = 20
主要アウトカム CATS(PTSD 症状の重症度)	27.88 (13.77), 3-53	21.57 (12.94), 0-46	22.65 (15.01), 0-52
副次アウトカム CRIES-8(PTSD 症状の重症度)	22.12 (9.90), 1-40	20.35 (10.55), 0-38	17.96 (10.84), 0-38
SMFQ (抑うつ)	10.48 (7.14), 0-24	8.70 (6.84), 0-22	8.55 (7.51), 0-24
CHU-9 ^a	0.84 (0.13), 0.52-1.00	0.86 (0.11), 0.57-1.00	0.84 (0.14), 0.57-1.00
IPPA ^a	115.60 (16.53), 81-140	117.96 (19.87), 80-140	112.58 (24.39), 65-140
SDQ 合計 ^a	19.63 (5.16), 10-29	18.55 (4.01), 12-28	17.75 (5.32), 8-28
SDQ 外在化 ^a	9.07 (2.84), 4-14	9.00 (2.62), 5-15	8.56 (2.61), 5-13
CPSS ^{a, b} (PTSD 症状の重症度; 面接)	19.64 (13.34), 2-61	12.68 (8.51), 3-29	16.62 (14.60), 2-50
養育者による報告^a	n = 25	n = 22	n = 17
CATS (PTSD 症状の重症度)	30.21 (14.76), 5-53	26.90 (15.41), 1-57	27.88 (14.05), 6-53
PTRQ (否定的評価)	9.82 (3.52), 3-18	8.87 (4.08), 1-18	10.13 (2.99), 6-15
SMFQ (抑うつ)	10.22 (6.55), 1-22	10.00 (6.02), 0-22	10.29 (5.60), 1-21
SDQ 合計	19.67 (4.41), 13-28	18.68 (4.77), 13-28	19.47 (5.61), 12-31
SDQ 外在化	8.79 (2.86), 4-14	8.27 (2.37), 4-13	8.82 (2.96), 5-14

注：各時点において当該測定を完了した参加者全体の得点を示している。CHU-9 を除き、すべての指標で得点が高いほど不良なアウトカムを示す。サンプルサイズはフォローアップ評価を完了した全体数であるが、指標によっては完了率がやや低かった（IPPA は T1 で 20 名、T2 で 15 名が完了；CHU-9 は T1 で 14 名、T2 で 15 名のみが全項目完了）。

^aこれらの指標は、パイロット群の 4 名には実施されていない。

^b本指標のサンプルサイズは小さく、T0、T1、T2 でそれぞれ 25 名、19 名、13 名であった。

アウトカム指標の回答完了率

治療後フォローアップは、ベースラインから平均 9 週後に実施され、3 か月後フォローアップは、ベースラインから平均 24 週後に実施された。すべての若者（N = 34）がベースライン評価を完了した。ベースライン評価（T0）を完了した若者のうち、79%（34 名中 27 名）が少なくとも 1 回のフォローアップ評価を完了していた。内訳は、治療後評価（T1）を完了した者が 23 名（ベースラインの 68%）、3 か月後フォローアップ（T2）を完了した者が 20 名（ベースラインの 59%）であり、この 20 名のうち 3 名は T1 時点では評価を完了していなかった。参加資格のある養育者（N = 30）

については、23 名がベースライン評価を完了し（77%）、22 名が治療後評価を完了し（73%）、16 名が 3 か月後フォローアップを完了した（53%）。全体として、4 名の養育者は、いずれの時点においてもデータを提供していなかったが、ベースライン評価を提供した養育者のうち、フォローアップデータを一切提供しなかったのは 2 名のみであった。

フォローアップ評価を完了した参加者のうち、主要アウトカム指標である CATS は全員が完了していた。質問紙一式は重要度順に配置されており（すなわち、主要アウトカム指標を最初に配置）、一般に、後半に配置された質問紙ほど回答完了率がやや低くなる傾向がみられた。例えば、3 か月後フォローアップでは、質問紙を完了した参加者全員が PTSD 症状および抑うつ症状の指標を完了していた一方で、IPPA（愛着）および CHU（医療経済）に関する指標を完了したのは 75%（20 名中 15 名）であった。参加者との訪問またはビデオ通話の予定調整を必要とする CPSS（PTSD 診断面接）は、いずれの時点においても、完了した参加者数が他の指標より少なかった（表 3 参照）。

なお、介入を開始しなかった、または早期に中止した 7 名の若者のうち、フォローアップ評価を完了した者は一人もいなかった。

通常の支援の内容

本研究は当初、実施可能性を検討する無作為化比較試験として計画されていたため、この集団における「通常の支援」がどのようなものであったかを把握する目的で、記述的データを収集した。若者本人およびその養育者全員に対し、これまでどこでメンタルヘルスに関する支援を受けたことがあるかについて、想定される複数の支援先の区分から回答を求めた。若者本人または養育者の報告にもとづくと、本試験以前に専門的なメンタルヘルスサービスから支援を受けた経験があった参加者は、全体のおよそ 3 分の 1（ $n=13$ ）にとどまっていた。約 80%は、メンタルヘルスに関する支援として社会福祉機関を利用したことがあると回答しており（例：担当ソーシャルワーカーとの面談）、一方で、59%は学校を通じて支援を求めた経験があった。全体として、メンタルヘルス支援を受けた場所は多様であり、提示されたすべての選択肢にわたって分散していた。その内訳には、ヘルプライン、一次医療、ならびにボランティア、社会福祉、教育、医療サービスの各分野が含まれていた。

症状の変化

すべての指標における平均得点については表 3 を、各指標の変化量については表 4 を参照されたい。主要アウトカムについては、効果量にもとづくと、PTSD 症状の重症度において小から中程度の低下が認められた。

表 4 介入前から介入後の症状得点の平均変化

指標 (n)	介入前から介入後		介入前から 3 か月後フォローアップ	
	平均差 (SE)95%CI	Cohen の <i>d</i> 95%CI	平均差 (SE)95%CI	Cohen の <i>d</i> 95%CI
子ども本人による報告				
CATS (23, 20)	5.48 (2.65) [-0.02, 10.97]	0.43 [-0.001, 0.86]	5.80 (3.77) [-2.09, 13.69]	0.34 [-0.11, 0.79]
CRIES-8 (23, 20)	1.57 (1.99) [-2.56, 5.69]	0.16 [-0.25, 0.57]	6.74 (2.64) [1.22, 12.27]	0.57 [0.09, 1.04]
SMFQ (23, 20)	0.91 (1.36) [-1.90, 3.73]	0.14 [-0.27, 0.55]	1.65 (1.24) [-0.95, 4.25]	0.30 [-0.16, 0.74]
CHU-9 (14, 15)	-0.009 (0.04) [-0.19, 0.48]	-0.10 [-0.56, 0.37]	-0.03 (0.04) [-0.37, 0.13]	-0.15 [-0.68, 0.38]
IPPA (20, 15)	0.64 (2.40) [-4.37, 5.66]	0.06 [-0.38, 0.50]	0.75 (3.11) [-5.91, 7.41]	0.06 [-0.45, 0.57]
SDQ 合計 (19, 16)	1.85 (0.84) [0.09, 3.61]	0.49 [0.02, 0.95]	3.06 (1.49) [-0.11, 6.24]	0.51 [-0.02, 1.03]
SDQ 外在化 (19, 16)	0.50 (0.60) [-0.77, 1.77]	0.19 [-0.26, 0.63]	0.88 (0.89) [-1.02, 2.77]	0.25 [-0.26, 0.74]
CPSS (19, 13)	3.84 (1.83) [-0.00, 7.69]	0.48 [-0.00, 0.95]	0.00 (3.95) [-8.61, 8.61]	0.00 [-0.54, 0.54]
養育者による報告				
CATS (20, 14)	5.44 (3.08) [-1.00, 11.88]	0.40 [-0.07, 0.85]	0.78 (2.67) [-4.98, 6.54]	0.44 [-0.10, 0.96]
PTRQ (20, 14)	0.50 (0.73) [-1.03, 2.03]	0.15 [-0.29, 0.59]	0.34 (1.13) [-2.10, 2.78]	0.08 [-0.45, 0.60]
SMFQ (22, 16)	0.32 (1.46) [-2.71, 3.35]	0.05 [-0.37, 0.46]	1.03 (1.64) [-2.47, 4.53]	0.16 [-0.34, 0.65]
SDQ 合計 (21, 15)	0.95 (0.84) [-0.81, 2.71]	0.25 [-0.19, 0.68]	0.80 (1.16) [-1.69, 3.29]	0.18 [-0.34, 0.69]
SDQ 外在化 (21, 15)	0.29 (0.50) [-0.76, 1.34]	0.12 [-0.31, 0.55]	-0.13 (0.73) [-1.70, 1.43]	-0.05 [-0.54, 0.45]

注：各値は、両時点の測定を完了したサブサンプルに対してのみ算出されている。そのため、表 3 に示した値とは一致しない。すべての指標において、0 を上回る得点は改善を示す。

略語：CI = 信頼区間、SE = 標準誤差

質的結果：若者、養育者、治療者の見解

介入後の質的インタビューには、22 名の若者と 23 名の養育者（うち 2 名は主担当職員）が参加した。若者は全員、3 回から 5 回のセッションを完了していた。介入を実施した治療者は全員、インタビューを受けた。

テーマ 1：実施形式の利点と課題

オンライン実施と対面実施の長所と短所

全体として、オンラインで介入を完了した参加者については、養育者および若者の双方が、この形式によって安全感が高まったと報告していた。若者の中には、対面グループが若者のみで行われていたのに対し、オンラインでは安全と感じられる人物（すなわち養育者）が同席できた者もいた。また、カメラをオフにするなどの方法によって、一定の匿名性が保たれる点を利点として挙げた若者もいた。中には、対面でのグループには参加しなかつたろうと述べた者もいた。その理由は、養育者が若者を会場まで送迎できなかったといった実務的な事情による場合もあれば、情緒的な安全に関わる理由による場合もあった。

対面だと……私は結構恥ずかしくなってしまう……。それに、あなた [里親] が隣にいてくれたから、安全だと分かっていた。

(若者, 10 歳)

対面だと、事務所という慣れない環境になりますよね。「誰がいるんだろう?」「誰が途中で出ていくんだろう?」とか。そういうこと全部です。だから、[セッションがオンラインだったことは]、最終的に彼が関われるようになるうえで有利だったと思います。

(養育者)

一方で、多くの養育者と一部の若者は、オンライン形式が関与を妨げ、回避行動を助長し、その結果、介入の効果を弱める可能性があるとして述べていた。特に養育者は、内容がより難しくなると、オンライン形式では若者が関与しなくなるのが可能である点を指摘していた。

……だって、彼はただミュートにしたり、切ったり、画面を動かして見えなくなったりできたから。

(養育者)

まあ、時々、隠れることができた。

(若者, 11 歳)

……答えたくない質問があると、なんとなく先に進めたり、「すみません、今なんて言いましたか? 聞こえなかったです」って言えたりする。

(若者, 15 歳)

養育者と若者の双方は、オンラインでの実施形式では、信頼関係を築いたり他者とつながったりすることが妨げられ、その結果、自分の考えや感情を共有しにくくなると感じていた。若者は、参加の仕方を選択的にしている場合（他の参加者がカメラをオフにするなど）に、グループとのつながりが感じられなくなると報告していた。これに対して、対面で参加した多くの若者からは、仲間とのつながり、安全であるという感覚、そして他者に共感できるという感覚が、中心的な肯定的テーマとして示されていた（テーマ3で述べる）。

……カメラをオンにしたいかどうかは、その人次第なんだけど……なんだか、少し変な感じがする。誰かと話しているという感じがなくて、ただコンピューターに向かって話しているみたいなんだ。

(若者, 15 歳)

グループ自体は悪くなかったと思う。ほかにも若者がいるグループなら、全員にカメラをオンにするよう伝えたほうがいい。そうすれば、話しやすくなるし、自信もつきやすいと思う。

(若者, 17 歳)

実施形式に関する治療者の見解

グループ介入を実施した治療者は全員、オンラインでの実施に伴う障壁や懸念を表明していた。治療者は、オンライン実施によって若者、養育者、そして治療者自身が得ていた利点（特定の場所まで移動する必要がないといった実務上の

利点や、一部の若者がより安心して参加できたことなど）を評価してはいたものの、オンライン環境における若者の関与については、全員が懸念を抱いていた。グループによっては、カメラをオンにする若者がいなかった、あるいはごく少数にとどまり、参加が最小限となったため、関与の促進や信頼関係の形成が困難であった。治療者は、関与の低下や回避行動、内容理解の困難といった問題を把握し対応することの難しさに加え、グループとしての結束を促すことや、全般的な安全配慮を確保することの難しさを報告していた。さらに、多くの治療者は、オンライン形式では、望んでいた水準の個別的な声かけや支援を行うことができなかつたと感じていた。

ある男の子のことで、目標が【削除】……だったんですが、それを彼が口にしていたのは本当に重要なことだと思いました。でも、私が本当にしたかったのは、そこで分かれて対応することでした。彼のところに少し行って、「調子はどう？」と声をかけて、1、2分だけでも次の段階に進めるよう手助けすることです。でも、それができなかった。そこが、やはり欠けていた部分でした。

(治療者)

特にカメラがオフになっているとき、若者の側で何が起きているのかが分からないという点です。何をしてもおかしくない、という感じです。

(治療者)

テーマ2：養育者の役割

学びを支え、定着させること

養育者は、養育者向けセッションに参加し、トラウマの影響についての理解が深まった結果として、若者に対してより情緒的な支援を提供できるようになったと感じていた。

誰かと長く一緒に暮らしていると、つい忘れてしまうものですよね。だからこれは、私にとって、実際にはこれが彼に影響しているかもしれない、ということを考え直すための、よいリセットであり、よい気づきになりました。

(養育者)

養育者向けセッションに参加した多くの養育者は、介入を通じて紹介されたツールについて学べたことが肯定的な影響をもたらしたと述べており、それによって、セッション外でも若者がそれらのツールを使えるよう支援できたと話していた。

(若者の名前)に、「あの安全な場所を探しに行ってください」とか、「呼吸法をやってみたら？」とか、「今、何が心配なのか話したい？」と言えるようになりました。

(養育者)

養育者の関与

養育者向けセッションに参加しなかった養育者のうち、複数名は、仕事や育児など他の用事があり参加できなかったと説明していた。参加した養育者の中でも、一部は、セッションの内容が「新しい」ものではなく、これまで他の研修で学んだこ

との繰り返しであったと感じていた。

新しいというわけではなく、これまで何年もやってきたことの振り返りでした。私は里親を長くやっているので、新しいものになることはないと思います。

(養育者)

また、少数の養育者は、この介入を若者のためのものと捉え、その結果として、自身の関与を控えめにしていたと報告していた。

何が起きているのかを知る必要は私にはありませんでした。彼が何を話したかを知る必要もありません。そこは、彼にとっての安全な場所なんです。

(養育者)

養育者の役割に関する治療者の見解

治療者の大多数は、若者が介入に関与し、肯定的な成果を最大化するうえで、養育者が重要な役割を果たすと述べていた。さらに、養育者が若者について有している知識は、その若者特有の困難に合わせて介入内容を調整する際に役立つとも感じていた。

年少の二人については、養育者が同席する形でそのセッションを行いました。ある意味では、そのほうがやりやすかったと思います。養育者はある程度のことを分かっている、若者が実際に達成したいことに向かうよう、たとえそれを自分からは打ち明けたくなかったとしても、うまく促してくれたからです。

(治療者)

テーマ 3：肯定的な変化を促す要因

養育者および若者は、侵入的な記憶をよりコントロールできるようになったこと、怒りの減少、外傷性フラッシュバックや怖い夢の軽減、睡眠の改善、そしてより早く自分を落ち着かせることができるようになったことなど、さまざまな肯定的な影響を報告していた。

実際、これまでに身につけてきたさまざまな方法のおかげで、衝動的になりそうなときでも、それらの方法で気持ちを落ち着かせて、普段どおりの一日を過ごせるようになりました。

(若者, 15 歳)

共有された経験

養育者と若者の大多数、とりわけ対面で参加した者は、早期のトラウマ、その後のメンタルヘルス上の困難、そして保護下に置かれた経験といった点で、共通の経験をもつ他の若者と一緒に過ごすことがもたらす肯定的な影響について語っていた。こうした共有された経験は、理解されているという感覚や孤立していないという感覚に支えられ、若者が過去の外傷的経験についてより率直に語れるようになることにつながっていた。

それに、同じ理由でそこにいる人たちと一緒に過ごせた、という感じがしてよかったです。自分だけじゃないんだ、ということが分かって。

(若者, 12 歳)

ソーシャルワーカーに話すことはできるけれど、正直、自分の経験について 100%は分かってもらえないと思います。だから、自分と同じ状況にいる他の子たちと話すのは、すごくよかったです。相手がどう受け止めるか、分かっているから。

(若者, 15 歳)

本当に、自分は一人じゃないんだ、この状況は自分だけに起きているわけじゃないんだと感じられる、そんなグループの一員でいられることですね。

(養育者)

養育者自身も、他の養育者との共有された経験について語っており、互いにつながり、学びを共有できることの重要性を強調していた。

私にとっては、他の人の話を聞いたことが本当によかったです。尊敬している他の女性たちが、物事にどう向き合い、どんなユーモアの感覚を持ち、どんな経験をして、どんな方法を試してきたのかを知ることができました。

(養育者)

困難への対処および情動調整を支える方法

若者本人が学んだ内容を共有しなかったため、身につけた方法を理解するのが難しかった養育者も一部にはいたが、介入を完了した養育者および若者の大多数は、実施形式にかかわらず、グループで学んだ方法や技法がメンタルヘルス上のニーズを支えるうえで有用であったと語っていた。また、多くの養育者は、この介入が、時間をかけて発展させていくことのできる基礎的な方法の一式を提供するものだとして捉えていた。

(若者の名前) は、これから何年もかけて積み上げていける、良い基礎的な支えを得られたと思います。

(養育者)

「安全な場所」や呼吸法といった方法は、役に立つものとして頻繁に挙げられており、実践的で能動的な性質が評価されていた。

いつもだと、記憶が急に頭に浮かんでくると、怒りが湧いてきて、いろんなことを誰かのせいにしてしまいます。でも、[里親] が『安全な場所』を使うのを手伝ってくれて、実際にやってみました。

(若者, 11 歳)

生活の中で変わったことはいくつかあると思います。教わった呼吸のやり方をするとか、寝る前にその呼吸法を

やってみるとかです。そうすると、眠りにつけることがあります。

(若者, 17 歳)

支援を求め、提供する力の向上

多くの養育者は、介入に参加した結果として、若者がより心を開くようになったと共有しており、とりわけ過去の外傷的経験について語るようになったと述べていた。中には、若者が幼少期の経験について話し始めたのが初めてであったというケースもあった。

彼は、今、自分の中で何が起きているのかについて、前よりずっと話せるようになってきていると思います。それは彼にとって大きな勇気が必要なことでしたが、今は少しずつ言葉にし始めています。以前より、話すことが楽になったのだと思います。

(養育者)

同様に、複数の若者は、自分の経験について話し、養育者や友人を含む他者に支援を求めることに対して、より自信をもてるようになったと報告していた。

これは、話してもいいんだ、ってことを学ぶ助けになったとんだと思います。たとえつらい出来事だったとしても、最終的には、助けたいと思ってくれる人がいて、その人たちは批判するためにいるわけじゃない、って。

(若者, 15 歳)

テーマ 4 : 課題と障壁

過去のトラウマを振り返ることの影響

少数の若者は、外傷的な記憶や体験を改めて振り返ることが、とりわけ困難であり、それによって引き起こされる強い感情に対処する準備が十分にできていなかったと感じていた。

自分に起きたことを想像するのが嫌だった。白黒に変えたり、音量を上げたり、音を大きくしたり、色をつけたり、ぼかしたりするのが。だって、そのあとも頭の中に残るから。テレビのリモコンを切っても消えないし、どこかに行ってくれるわけでもない。

(若者, 15 歳)

少数の養育者も同様の見解を示し、グループが外傷的記憶を非常に直接的に扱ったことで、若者が不意を突かれたように感じたと言っていた。

……彼が話したくなかったことを引き出してしまったんです。その点が、彼にとって本当に大変でした。

(養育者)

また、少数の養育者および若者は、幼少期の体験を追体験することによる情緒的負担への懸念から、若者が特定の内容、あるいはセッション全体を避けようとしたことについても語っていた。

……たくさんの嫌な記憶を引きずり出されている感じでした。まるで最初の段階に戻ってしまったようで。彼はある時、「どうして行かなきゃいけないの」と言っていました。

(養育者)

……そのことについて話した会話の一つで、彼が「やりたくない」と言ったんです。私が「どうして？」と聞くと、「全部押し込めるやり方を身につけたんだ。だから、それがまた出てくるのは嫌なんだ」と答えました。

(養育者)

困難な行動の増加

外傷的記憶を振り返ることと関連して、一部の養育者は、このグループ介入が「封印していた問題を開けてしまった」とか、「パンドラの箱を開けてしまった」とかのように感じられたと述べていた。また、少数ではあるが、怒りの増加、睡眠の困難、より困難な行動の増加が見られ、それらをグループ介入に起因するものと捉えていた。

でも、私たちよりも学校のほうが行動の変化を多く見ていたと思います。最初、(若者の名前)はセッションのあと学校に行っていたのですが、2回ほど受けたあとで、学校からセッションの後は(若者の名前)を家で休ませてほしいと言われました。

(養育者)

……やっていた時期は、彼の睡眠はさらに悪くなりました。本当にひどくなっていたんです。せいぜい2時間くらいだったでしょうか。彼の部屋は私たちの寝室の上であって、私は眠りが浅いので、彼が起きて動き回っているのが分かりました。

(養育者)

少数の養育者は、こうした起こり得る困難について、グループ開始時点でより明確に説明されるべきだったと感じており、それらが情緒的な負担を生じさせたことを語っていた。

……だって、これから何が起こり得るのかを本当に分かっていたら、心の準備ができますよね。それに、あんな状態の彼を見るのは、本当にかなりつらかったです。

(養育者)

一方で、こうした養育者の中には、困難の増加は時間とともに改善することが多いとも述べた者がいた。

良くなる前に、いったん悪くなるんです。それは……それは長い過程なんです。すぐに結果が出るものではありません。

(養育者)

継続的な支援の必要性

多くの養育者と一部の若者は、5回のセッションは有益な出発点ではあったものの、とくに複雑な外傷的記憶や体験を扱った文脈では、十分とは言えないと感じていた。

もう少し長く必要だと強く思います。パンドラの箱を開けるみたいなものですね。感情のこととか、そういうものを開いてしまって、それで5週間だけというのは、やっぱり絶対に足りないと思います。

(養育者)

また戻ってきて、役に立つかもしれないことを、もっと探る時間があつたらよかったなと思います。

(若者, 12歳)

しかしながら、メンタルヘルスサービス全体における深刻な受け入れ能力の不足により、対象となる若者が、さらなるエビデンスにもとづく支援（例：トラウマ焦点化認知行動療法）を受けることは、ほとんどの場合、困難であった。

(若者の名前) に何らかの支援を受けさせようと、彼女が私たちのもつて来てから、この18か月間、本当に必死に動いてきました。

(養育者)

それに、もしきちんと対応しなければ、これがどれほど深刻な事態になり得るのかを、実感として思い知らされました。だからこそ、ほかの介入についても強く求めているんです。ええ、これからもそうし続けていくつもりです。

(養育者)

考察

本研究の主な目的は、社会福祉機関と専門的メンタルヘルスサービスが連携して提供する、低強度の集団形式による認知行動療法にもとづく介入（Teaching Recovery Techniques）について、PTSD症状が高い保護下の若者を対象とした場合に、それが実施可能であり、当事者に受け入れられるものかを検討することであった。あわせて、本研究では、将来的に本格的な試験を行うことを見据え、研究手続きや研究計画に関して現時点で不確実な点を明らかにすること、さらに、介入に関わった当事者、とりわけ若者と養育者の視点から、介入の受け止められ方や、実施にあたって重要となる実務上の課題を検討することを目的とした。

介入の受容可能性

本研究では、参加者が、通常メンタルヘルスサービスを利用する可能性のある保護下の若者を反映するよう、除外基準は最小限にとどめられていた。その結果、グループに参加した若者の多くは、PTSD症状に加えて、より複雑なメンタルへ

ルス上の困難を抱えており、なかには、他のリスクや複雑性（今後の養育先が定まっていなかったことや自傷行為など）を伴う者もいた。こうした状況にもかかわらず、質的データにもとづくと、本介入は全体として良好に受け入れられていた。参加を打診された若者のうち、半数を超える者が参加に同意しており、参加を辞退した場合でも、その理由は、主として時間割の重複といった実務的な問題や、集団形式に限らず、いかなるメンタルヘルス支援にも関与したくないという意向によるものであった。主要なスクリーニング指標である CATS および CRIES-8 においては、PTSD 症状の重症度に関して、小から中程度の改善を示す予備的なエビデンスも得られた。ただし、この結果は、症状の自己報告にもとづく診断面接尺度では再現されなかった。これは、この尺度の回答率が非常に低かった（最終フォローアップ時点で当該測定を完了した若者が 38% にすぎなかった）ことと関係している可能性がある。

受容可能性をさらに裏づけるものとして、介入を開始した若者の大多数が、すべてのセッションを完了していた。参加に同意したものの最終的に介入を完了しなかった若者については、実務的な理由による場合もあったが、介入内容そのものが理由であったケースもみられた。後者の場合、その多くで、介入期間中に若者を一貫して支えることのできる養育者がいなかった。近年の集団 PTSD 治療に関するメタ分析では、養育者の介入参加そのものは治療効果を左右する要因とはならなかったことが示されている (Davis et al., 2023)。しかし、養育者の「参加」と、若者を実際に支える「支援」とは必ずしも一致しない（すなわち、介入に参加していなくても、若者を支えることは可能である）。実際、英国では、配置先や養育者の安定性の欠如により、保護下の若者がメンタルヘルス支援にアクセスしにくい状況が生じていることが報告されている (Phillips et al., 2023)。配置の安定性や支援ネットワークの有無を前提とした画一的なサービス提供基準は、保護下の若者のメンタルヘルスと配置の不安定さとの間に強い関連が示されていることを踏まえると、妥当とは言い難い (Konijn et al., 2019)。信頼できる、あるいは一貫した支援者がいない状況において、トラウマ焦点化介入をどのように支えるべきかについては、さらなる検討が必要である。

養育者向けセッションについては、オンライン実施であったにもかかわらず、両方の研修に参加した養育者は 50% にとどまった（オンライン形式は、参加しやすさを高める方法として好まれていた）。これは、紛争後の文脈で養育者向けセッションを含む TRT を検証した先行研究よりも低い参加率である (El-Khani et al., 2021)。先行研究が示すように、多くの里親はすでに過重な役割を担っており、研修に参加する余力がないと感じていた可能性がある (Hannah & Woolgar, 2018)。質的データからは、介入は子どものためのものであり、養育者自身が参加する必要はないと考えていた者もいた。養育者向け要素が子どものアウトカムに与える影響については、これまでの研究結果は一貫していない (Davis et al., 2023 ; El-Khani et al., 2021)。実際、里親の関与要素を標準的なトラウマ焦点化認知行動療法に追加して検証した小規模無作為化比較試験では、脱落率の低下は認められたものの、治療満足度や子どもの臨床的アウトカムには影響がみられなかったことが報告されている (Dorsey et al., 2014)。この点からも、養育者をどのように支援することが最も効果的なのかを検討することは重要である。

さらに、養育者の中には内容を肯定的に受け止めていた者がいた一方で、過去に受けた研修と似ていると感じ、若者を支えるうえでの具体的な実践面に、より重点を置いてほしいと考えていた者もいた。ごく少数ではあるが、介入後に若者の行動が悪化したと報告し、その要因を介入、特にトラウマについて考えることに求めた養育者もいた（ただし、これらのケースの一部では、初期の悪化の後に改善がみられた）。とくに施設養護下の若者の場合、専門職がこうした一時的な悪化を十分に支えきれなかったと感じていたケースもあった。こうした短期間の症状悪化は、回避的な対処方略の使用を減らし、トラウマの情動的処理や認知的処理に向き合い始める過程で生じた可能性がある。今後の研究では、初期に懸念や困難な行動が増加する場合でも、若者が治療への関与を維持できるようにする方法や、その過程において里親や他の専門職をどのように適切に支援するかを明らかにすることが求められる。

今後の試験に向けた課題

募集、無作為化、追跡（保持）

募集および無作為化に関しては、いくつかの課題が認められた。多くのソーシャルワーカーは、自身の担当ケースのうち少なくとも 1 名の若者についてスクリーニングを実施していたものの、全体としてみると、スクリーニングの実施率は低く、ばらつきが大きく、しばしば研究チームからの強い働きかけを必要としていた（この点は、拡張性や持続可能性の観点から課題となる）。スクリーニングの進行速度および全体的な実施率が低かったため、集団への無作為割り付けに必要な人数の若者を十分に特定することが困難であった。同様の課題は、難民の若者を対象とした集団介入において、参加者の募集および無作為化を試みた研究でも報告されている（Rondung et al., 2022）。独立した試験運営委員会からの助言を踏まえ、最終的に無作為化は中止された。すなわち、単一の地方自治体内において、保護下の若者を集団介入へ無作為に割り付けることは、実施不可能であると判断された。ソーシャルワーカーによるメンタルヘルスのスクリーニング自体は実施可能であるものの、それを唯一の方法とした場合、この種の介入から利益を得る可能性のある若者を特定するうえで、有効な戦略となる可能性は低い。同様の問題は他の研究グループからも指摘されており、日常的なメンタルヘルススクリーニングの実装には、構造的、文化的な障壁が存在することが示されている（Devaney et al., 2023）。今後の試験では、単一自治体内での無作為化ではなく、待機群対照の導入や自治体間での無作為化など、別の試験デザインを検討する必要がある。また、スクリーニングについても、社会福祉、里親、メンタルヘルスサービスといった複数の水準からのアプローチを組み合わせるべきである。

なお、介入をターゲット型（すなわち、本研究のようにスクリーニングによって症状が認められた若者を対象とする場合）で実施するか、ユニバーサル型（すなわち、症状の有無ではなくトラウマ曝露にもとづいて集団全体に提供する場合）で実施するかによって、治療効果に差が生じるかどうかについては、子どもの PTSD を対象とした集団介入のメタ分析において、調整要因とはならなかったことが示されている（Davis et al., 2023）。したがって、今後の試験では、初期スクリーニングを完全に省略し、トラウマ曝露率およびメンタルヘルスニーズが高いことが広く知られている保護下の若者のうち、参加を希望する者すべてに介入を提供するという方法も検討に値する（Bronsard et al., 2016）。

追跡率（保持率）は全体として概ね許容可能であった。介入を開始した若者の多くは、5 回のセッションのうち少なくとも 3 回を完了しており、その大多数は 5 回すべてを終えていた。募集された若者の約 80%が、少なくとも 1 回のフォローアップ評価（治療後または 3 か月後）を完了していた。フォローアップが実施された場合、主要な症状指標については高い割合で回答が完了していた。一方で、質問紙パッケージの後半に配置された優先度の低い指標については、完了率が低かった（フォローアップに参加した者の約 75%、これはベースライン参加者全体の 44%に相当する）。予定調整を要する、対面またはビデオ通話による PTSD の診断面接は、いずれの測定時点においても完了率が低かった。今後の試験では、参加者に課される質問紙の負担を慎重に検討する必要がある。これには、PTSD の診断の有無を把握することを重視すべきか、それとも症状の重症度の評価を重視すべきかを検討することも含まれる。無作為化比較試験においては、診断にもとづく評価が従来、最も標準的な方法とされてきたが、実際の英国のメンタルヘルスサービスでは、包括的な診断面接が日常的に用いられることは少ない。さらに、保護下の若者が自身の症状を過少に報告する傾向があることを示すエビデンスも増えており（Tarren-Sweeney, 2019）、事前に設定された症状得点の基準値を機械的に用いることには慎重さが求められる。懸念される点として、治療から離脱した若者については、フォローアップ評価がほとんど完了されていなかった。今後の試験では、治療を中断した若者との関与を維持するための方策を開発、検証できるよう、十分な資源を確保する必要がある。

段階的ケアの欠如

TRT は低強度の介入である。高強度の治療のみでは現実的に対応しきれない多数の支援ニーズを抱える若者に対して、広く提供可能な選択肢となり得る。一方で、虐待や不適切な養育を経験した若者を含む PTSD の若者に対しては、高強度の治療、すなわち個別形式のトラウマ焦点化認知行動療法が、依然として最もエビデンスが確立され、最も効果的な治療である (Davis et al., 2023 ; Hoppen et al., 2023 ; Mavranezouli et al., 2020) 。治療者からの質的報告や事例的な情報によれば、介入に参加した若者は、5 回のセッション終了後も、さらなる支援を求めることが少なくなかった。しかし、英国の CAMHS (児童青年精神保健サービス) では現在、深刻な受け入れ能力の不足が生じており (Children's Commissioner for England, 2023) 、要望があった場合であっても、最もエビデンスの確立された治療にアクセスする選択肢は存在しなかった。最善のエビデンスにもとづく治療が利用できない状況で、複雑なニーズを有する若者集団に低強度の介入を提供することには、重要な倫理的配慮が伴う。この点について結論を出すには時期尚早であるが、今後の試験では、有害事象の発生や、必要に応じた追加支援へのアクセスについて、慎重にモニタリングする必要がある。TRT のような低強度介入は、必要に応じてエビデンスが確立された高強度の介入へと移行できる段階的ケアの枠組みの中で位置づけられることが、最も適している可能性がある。

研究の限界と留意点

本研究は、PTSD 症状が高い (加えて、他の複雑性や併存問題を抱える) 保護下の若者を対象に実施された、低強度で拡張性のある介入の実施可能性および受容可能性を検討する研究であった。本研究により、本格的な十分な検出力をもつ試験を実施するうえで必要となる、多くの重要な検討事項が明らかにされた。一方で、本研究は無作為化を伴わない小規模な実施可能性研究であるため、得られた知見はその点を踏まえて解釈される必要がある。

また、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行により、最終的には複数のグループをオンラインで実施することとなった。これにより、実施形式に関する追加的な知見が得られたという側面はあるものの、本介入はもともとオンライン提供を前提として設計されたものではなく、研究結果からは、オンライン実施は効果が限定的であり、回避的な対処を助長した可能性が示唆された。さらに、共有された学びや経験にもとづく利点を損なう側面も認められた。今後、TRT や他の集団介入をオンラインで実施する試験を行う場合には、治療の利点が損なわれないよう、若者と共同で十分に改良・再設計された形でオンライン化を進める必要がある。

最終的に、本研究では無作為化に関する手続き上の検討課題を評価することはできなかった。もっとも、無作為化が可能かどうかそれ自体が、実施可能性を判断するうえでの重要な検討課題であった。それにもかかわらず、対照群における追跡率 (保持率) や、対照群において想定される「通常ケア」がどのような内容であったのかについてのデータを得ることはできなかった。もっとも、介入参加者から収集したデータを通じて、これらの点について一定の示唆は得られている。また、介入から離脱した若者に対するフォローアップが十分に行えなかったことは、今後の試験において、治療に積極的に関与していない若者も含めて追跡できるよう、相当な労力を伴うフォローアップを実施するための十分な資源を確保する必要があることを強く示唆している。さらに、児童社会福祉分野は、慢性的な資金不足と過重な業務負担の状況にあり、職員の離職率も高い。このような状況は研究の実施において大きな制約となり、本研究では、ソーシャルワーカーが初期スクリーニングの段階で実際に何人の若者に声をかけていたのかに関するデータを収集することができなかった。その結果、初期スクリーニングの段階でどれほどの若者が参加を辞退したのかについても把握できていない。

結論

試験デザインについて一定の配慮と修正を行えば、TRT は、十分な検出力を備えた多施設共同試験によって評価される可能性がある。ただし、そのような試験を実施する前には、いくつかの重要な検討事項が存在する。主な実務上の検討点としては、①初期スクリーニング段階が本当に必要かどうか (Davis et al., 2023)、②試験デザインの選択 (例えば、単一施設内での無作為化を避け、クラスター無作為化試験を用いること)、③介入から離脱した参加者 (あるいは対照群に割り付けられた参加者) をどのように追跡、保持するか、④十分な比較データをいかに確保するか、⑤養育者および専門職 (里親、キーマーカー、ソーシャルワーカー) が、介入期間を通じて若者を適切に支援できるよう、どのように訓練を行うか、といった点が挙げられる。さらに、今後の試験を検討するうえで中心的な論点となるのは、低強度の介入が、すべての若者にとって適切とは限らないという点である。すなわち、段階的ケアの枠組みにもとづき、その後に高強度でエビデンスが確立された支援へとつなぐ選択肢が利用できない場合、低強度の介入は一部の若者にとって不適切となる可能性がある。NHS における深刻な受け入れ能力の問題は広く指摘されており (Children's Commissioner for England, 2023 ; NHS Confederation, 2022)、保護下の若者を対象とするサービス (さらには若者向けサービス全般) において、最善のエビデンスにもとづく介入が提供されていない状況が多くみられる。現時点では、どの若者が低強度介入から利益を得られ、どの若者がさらなる支援を必要とするのかを、サービスが実証的に判断するための十分なエビデンスは整っていない。したがって、今後の試験では、TRT の評価の一環として、段階的ケアモデルを検証することが、最も適切である可能性がある。その際には、潜在的な有害な影響が生じていないかについても、慎重にモニタリングする必要がある。

著者貢献

Rebecca S. Davis : データ管理 ; 形式的分析 ; 可視化 ; 原稿執筆 (初稿) ; 研究運営 **John Devaney** : 研究構想 ; 原稿の査読および編集 ; 方法論 **Sarah L. Halligan** : 研究構想 ; 原稿の査読および編集 ; 方法論 ; 監督 **Richard Meiser-Stedman** : 研究資源の提供 ; 方法論 ; 原稿の査読および編集 ; 研究構想 ; 監督 **Paula Oliveira** : 形式的分析 ; 可視化 ; 原稿執筆 (初稿) ; 原稿の査読および編集 **Patrick Smith** : 研究構想 ; 方法論 ; 監督 ; 原稿の査読および編集 ; 研究資源の提供 **Paul Stallard** : 研究構想 ; 原稿の査読および編集 ; 監督 ; 方法論 **Rebecca Kandiyali** : 研究構想 ; 原稿の査読および編集 ; 方法論 **Alice Phillips** : データ管理 ; 形式的分析 ; 原稿の査読および編集 **Aalia John** : 原稿の査読および編集 ; データ管理 ; 形式的分析 **Rachel M. Hiller** : 研究構想 ; 形式的分析 ; 可視化 ; 原稿執筆 (初稿) ; 方法論 ; 監督 ; 研究運営 ; 研究資金の獲得

謝辞

本研究に参加して下さった若者および養育者の皆様に、心より感謝申し上げます。また著者らは、本研究に関与した地方自治体および NHS のチームに対し、研究を通じて実践の改善に取り組む姿勢と、そのための高い献身性および開かれた姿勢に、心から感謝の意を表す。また、本試験の運営委員会のメンバーである Tim Dalgleish、Bill Yule、Jo Essex、Heather Ottoway にも謝意を表したい。彼らからの助言は非常に有益であった。さらに、本研究を、Bill Yule 教授および Aisha Hamzat に捧げたい。両名は、本研究分野における我々の継続的な研究に、計り知れない影響を

与えてきた。

資金提供に関する情報

本研究は、National Institute for Health and Care Research（英国国立保健ケア研究機構：NIHR）の Research for Patient Benefit（RfPB）研究助成を受けて実施されたものであり、同助成は Rachel M. Hiller（RMH）に対して交付された。なお、本論文に示された見解は、必ずしも NIHR の見解を反映するものではない。

利益相反に関する声明

該当なし

データの利用可能性に関する声明

本研究の知見を裏づけるデータは、責任著者への合理的な要請により提供可能である。ただし、プライバシー上または倫理上の制約により、データは一般公開されていない。

ORCID

Richard Meiser-Stedman <https://orcid.org/0000-0002-0262-623X>

Rachel M. Hiller <https://orcid.org/0000-0002-4180-8941>

参考文献

- American Psychological Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychological Association.
- Barron, I., Abdallah, G., & Heltne, U. (2016). Randomized control trial of teaching recovery techniques in rural occupied Palestine: Effect on adolescent dissociation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 25*(9), 955–973. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1231149>
- Barron, I., Freitas, F., & Bosch, C. A. (2021). Pilot randomized control trial: Efficacy of a group-based psychosocial program for youth with PTSD in the Brazilian favelas. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 14*(3), 335–345. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00328-8>
- Barron, I., Mitchell, D., & Yule, W. (2017). Pilot study of a group-based psychosocial trauma recovery program in secure accommodation in Scotland. *Journal of Family Violence, 32*(6), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9921-8>
- Bennett, R. S., Denne, M., McGuire, R., & Hiller, R. M. (2021). A systematic review of controlled trials for PTSD in maltreated children and adolescents. *Child Maltreatment, 26*(3), 325–

343. <https://doi.org/10.1177/1077559520961176>

- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, *95*(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Chen, Y., Shen, W. W., Gao, K., Lam, C. S., Chang, W. C., & Deng, H. (2014). Effectiveness RCT of a CBT intervention for youths who lost parents in the Sichuan, China, earthquake. *Psychiatric Services*, *65*(2), 259–262. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200470>
- Children's Commissioner for England. (2023). *Children's mental health services 2021–2022*. <https://www.childrenscommissioner.gov.uk/resource/29751/>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, *36*(6), 528–541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., & Hiller, R. M. (2023). Meta-analytic review: Group-based interventions for treating posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *62*, 1217–1232. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013>
- Department for Education. (2022). *Children looked after in England including adoptions*. <https://www.explore-education-statistics.service.gov.uk/find-statistics/children-looked-after-in-england-including-adoptions>
- Devaney, J., Walsh, C., Bunting, L., Best, P., Davidson, G., Mulholland, C., French, D., & Duffy, M. (2023). Screening children with a history of maltreatment for post-traumatic stress disorder in frontline social care organizations: A process evaluation. *Child & Family Social Work*, *28*(4), 1225–1234. <https://doi.org/10.1111/cfs.13044>
- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., & Deblinger, E. (2014). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing trauma-focused cognitive behavioral therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*, *38*(9), 1508–1520. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.020>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- El-Khani, A., Cartwright, K., Maalouf, W., Haar, K., Zehra, N., Çokamay-Yılmaz, G., & Calam, R. (2021). Enhancing teaching recovery techniques (TRT) with parenting skills: RCT of TRT + parenting with trauma-affected Syrian refugees in Lebanon utilising remote training with implications for insecure contexts and COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(16), 8652. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168652>
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British

children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 319–325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>

- Gómez de La Cuesta, G., Schweizer, S., Diehle, J., Young, J., & Meiser-Stedman, R. (2019). The relationship between maladaptive appraisals and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1620084. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1620084>
- Hannah, B., & Woolgar, M. (2018). Secondary trauma and compassion fatigue in foster carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 629–643. <https://doi.org/10.1177/1359104518778327>
- Hiller, R. M., Davis, R. S., Devaney, J., Halligan, S. L., Meiser-Stedman, R., Smith, P., Stallard, P., Kandiyali, R., & MacNeill, S. (2021). Protocol for the RELATE trial: A feasibility and pilot randomised controlled trial of a low-intensity group intervention for young people in care with elevated posttraumatic stress symptoms. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 204. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00936-7>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Elliott, E., Banting, R., & Halligan, S. L. (2021). A longitudinal study of cognitive predictors of (complex) post-traumatic stress in young people in out-of-home care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 48–57. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13232>
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 222(5), 196–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Elliott, E., Banting, R., & Halligan, S. L. (2021). A longitudinal study of cognitive predictors of (complex) post-traumatic stress in young people in out-of-home care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 48–57. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13232>
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 222(5), 196–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>
- Jones, A. M., & Morris, T. L. (2012). Psychological adjustment of children in foster care: Review and implications for best practice. *Journal of Public Child Welfare*, 6(2), 129–148. <https://doi.org/10.1080/15548732.2011.617272>
- Konijn, C., Admiraal, S., Baart, J., van Rooij, F., Stams, G.-J., Colonesi, C., Lindauer, R., & Assink, M. (2019). Foster care placement instability: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 96, 483–499. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.12.002>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L.,

- Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18–29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- Mitchell, R., Brennan, K., Curran, D., Hanna, D., & Dyer, K. F. W. (2017). A meta-analysis of the association between appraisals of trauma and posttraumatic stress in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 88–93. <https://doi.org/10.1002/jts.22157>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Overview, post-traumatic stress disorder guidance* (NICE Guideline NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- NHS Confederation. (2022). *System on a cliff edge: Addressing challenges in social care capacity*. <https://www.nhsconfed.org/publications/system-cliff-edge-addressing-challenges-social-care-capacity>
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children’s Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487–498.
- Phillips, A. R., Halligan, S. L., Denne, M., Hamilton-Giachritsis, C., MacLeod, J. A. A., Wilkins, D., & Hiller, R. M. (2023). Secondary data analysis of social care records to examine the provision of mental health support for young people in care. *JCPP Advances*, 3(2), e12161. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12161>
- Pityaratstian, N., Piyasil, V., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Ularntinon, S., & Pariwatcharakul, P. (2015). Randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to tsunami in Thailand. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(5), 549–561. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001197>
- Rondung, E., Leiler, A., Sarkadi, A., Bjärtå, A., Lampa, E., Löfving, S. G., Calam, R., Oppedal, B., Keeshin, B., & Warner, G. (2022). Feasibility of a randomised trial of teaching recovery techniques (TRT) with refugee youth: Results from a pilot of the Swedish Unaccompanied Youth Refugee Trial (SUPpORT). *Pilot and Feasibility Studies*, 8(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-00998-1>
- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>
- Shaw, J., & Greenhow, S. (2020). Children in care: Exploitation, offending and the denial of

victimhood in a prosecution-led culture of practice. *The British Journal of Social Work*, 50(5), 1551–1569. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz137>

Tarren-Sweeney, M. (2019). Do adolescents in care systematically under-report their mental health difficulties in population studies? A narrative review. *Developmental Child Welfare*, 1(3), 251–272. <https://doi.org/10.1177/2516103219829483>

Teyhan, A., Wijedasa, D., & Macleod, J. (2018). Adult psychosocial outcomes of men and women who were looked-after or adopted as children: Prospective observational study. *BMJ Open*, 8(2), e019095. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019095>

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Yule, W., Dyregrov, A., Raundalen, M., & Smith, P. (2013). Children and war: The work of the children and war foundation. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 18424. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.18424>

Zlotnick, C., Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 153–159. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000110287.16635>

8e

School-based support for children bereaved due to parental intimate partner homicide

John Frederick ^{a,b}, Eva Alisic ^a, John Devaney ^b,
Katitzia Marinkovic Chavez ^a, Zain Kurdi ^b, Oliver Eastwood ^a,
Rowena Conroy ^c and Mira Vasileva ^a

^aMelbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Melbourne, Australia; ^bSchool of Social and Political Science, The University of Edinburgh, Edinburgh, UK; ^cMelbourne School of Psychological Sciences, The University of Melbourne, Melbourne, Australia

ABSTRACT

Internationally, there is growing recognition of the scale and consequences of intimate partner homicides (IPH). A significant, though often neglected consequence is how many children are impacted by these tragic events. In such challenging circumstances, children need stability, continuity and trusted people they can rely on for support. This paper aims to understand how best to provide school-based support for children following parental IPH by investigating the experiences of affected children, their caregivers and professionals with experience of working with these children. Semi-structured interviews were undertaken with 35 participants in Australia, the UK and Ireland (11 with lived experience, 12 caregivers and 12 professionals). We developed two key themes through the data analysis process: (1) School as a supportive place and (2) Limited access to a trusted, supportive adult at school. We found that schools can potentially be supportive, safe, stable, and consistent places for affected children, and teachers and counsellors can help provide trusted, supportive relationships for them; however, there needs to be effective resourcing within an overall policy structure. Schools are in a strategic position to identify the effects of trauma in the children's lives and can also provide a valuable link between children and relevant specialist services. There are limitations, however, regarding both the accessibility and availability of suitable skilled and experienced practitioners who can support the children, their caregivers, and school staff. Ongoing care teams need to be established to provide the comprehensive, individualised services these children need.

ARTICLE HISTORY


Received 23 June 2024
Accepted 22 October 2024

KEYWORDS

Intimate partner homicide;
family violence; childhood
trauma; school-based
support; trusted adult
support

CONTACT John Frederick  frej@unimelb.edu.au

This article has been corrected with minor changes. These changes do not impact the academic content of the article.

 Supplemental data for this article can be accessed online at <https://doi.org/10.1080/02643944.2024.2421366>.

© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. The terms on which this article has been published allow the posting of the Accepted Manuscript in a repository by the author(s) or with their consent.

親密なパートナーによる殺人によって親を失った子どもに対する学校基盤型支援

John Frederick^{1,2}, Eva Alisic¹, John Devaney²,
Katitza Marinkovic Chavez¹, Zain Kurdi², Oliver Eastwood¹,
Rowena Conroy³, Mira Vasileva¹

¹メルボルン大学 公衆衛生・グローバルヘルス学部（オーストラリア・メルボルン）

²エディンバラ大学 社会・政治学部（英国・エディンバラ）

³メルボルン大学 心理科学部（オーストラリア・メルボルン）

要旨

国際的に、親密なパートナーによる殺人（intimate partner homicide : IPH）の規模とその影響についての認識が高まりつつある。こうした悲劇的出来事の重要でありながら、しばしば見過ごされてきた結果の一つが、影響を受ける子どもの数の多さである。このような困難な状況において、子どもたちには、安定と継続性、そして支援を安心して求めることのできる信頼できる大人の存在が不可欠である。本論文の目的は、親が IPH によって亡くなった後の子どもに対して、学校を基盤とした支援をいかに提供するのが最も適切かを明らかにすることである。本論文の目的は、親による親密パートナー殺害（parental IPH）後の子どもに対して、学校を基盤とした支援をいかに提供すべきかを明らかにすることである。そのために、影響を受けた子ども本人、その養育者、ならびに当該の子どもたちと関わった経験を有する専門職の経験を検討した。本研究では、オーストラリア、英国、アイルランドにおいて、計 35 名を対象に半構造化インタビューを実施した（内訳は、当事者経験者 11 名、養育者 12 名、専門職 12 名である）。データ分析の結果、二つの主要なテーマが抽出された。第一に「支援的な場としての学校」、第二に「学校における信頼できる支援的な大人へのアクセスの制限」である。分析から、学校は影響を受けた子どもにとって、支援的で、安全かつ安定的で、一貫性のある場となりうる可能性を有しており、教師やスクールカウンセラーは、子どもにとって信頼できる支援的な関係性を提供しうる存在であることが示された。ただし、そのためには、包括的な政策枠組みの下で、十分かつ効果的な資源配分がなされる必要がある。また、学校は、子どもの生活におけるトラウマの影響を把握するうえで戦略的に重要な位置にあり、子どもと関連する専門的支援サービスとを結びつける有効な媒介となりうる。一方で、子ども、養育者、学校職員を支援するための適切な技能と経験を備えた実践者へのアクセス可能性および供給体制には限界が存在することも明らかとなった。これらを踏まえ、子ども一人ひとりのニーズに応じた包括的かつ個別化された支援を提供するためには、継続的なケアチームの構築が不可欠である。

論文情報

受理日（初回投稿）：2024 年 6 月 23 日

採択日：2024 年 10 月 22 日

キーワード

親密なパートナーによる殺人、家族内暴力、子ども期のトラウマ、学校を基盤とした支援、信頼できる大人による支援

連絡先

John Frederick (frej@unimelb.edu.au)

本論文には軽微な修正が加えられているが、これらの修正はいずれも学術的内容には影響しない。

本論文の補足資料 (Supplemental data) は、以下の DOI リンクからオンラインで閲覧可能である。

<https://doi.org/10.1080/02643944.2024.2421366>

© 2024 著者

本論文は、Informa UK Limited (Taylor & Francis Group) により刊行された。

本論文は、Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0) の条件の下で公開されているオープンアクセス論文である。このライセンスにより、原著を適切に引用することを条件として、いかなる媒体においても、制限なく利用、配布、複製が認められる。また、本論文が刊行された条件に基づき、著者本人、またはその同意を得た者は、受理原稿 (Accepted Manuscript) をリポジトリに登録することが許可されている。

序論

親密なパートナーによる殺人 (IPH) とは、「現在または過去の親密なパートナーによって行われた致命的な暴力行為」と定義される (Vatnar et al., 2018, p.790)。英国では、2020年4月から2023年3月までの間に248件のIPHが記録されており、被害者の多くは女性、加害者の多くは男性であった (National Police Chiefs' Council, 2024)。オーストラリアでは、2022-23年度に38件のIPHが記録されており、これは家庭内殺人の48%、全殺人事件の16%を占める。これらのうち89%は女性が被害者であった (Miles & Bricknell, 2024)。

国際的に、IPHの規模とその影響に対する認識は高まりつつある (Kim & Merlo, 2023)。特に重要でありながら見過ごされがちなのが、影響を受ける子どもの数である (Alisic et al., 2015)。たとえば、オーストラリアでは家庭内殺人によって親を失った子どもの正確な公式統計は存在せず (Alisic & Humphreys, 2019)、推計値はいずれも「過小評価である可能性が高い」とされている (Alisic, 2023)。一方、米国の慎重な全国推計では、「年間約3,300人の子ども」が該当するとされている (Lewandowski et al., 2004, p.212)。

親がIPHによって亡くなった後、子どもは「情緒的、行動的、教育的機能」において多層的かつ複雑な影響を受ける (Mertin, 2019, p.121)。とりわけ深刻なのは、通常であれば喪失体験を支え、悲嘆を助けるはずの重要な愛着対象を、突然かつ暴力的に失うことであり、その影響は子どもの体験を指数関数的に深刻化させる (Gaensbauer et al., 1995)。その結果、新たな養育者や他者一般に対して情緒的な愛着を形成することが困難になる場合が多い (Websdale, 2022, p.1387)。このような状況において、子どもには安定性、継続性、そして信頼して頼ることのできる人の存在が不可欠である (Alisic et al., 2017)。肯定的な発達と適応的反応を促すためには、安全で支援的な関係性および環境が必要とされる (Turner et al., 2017)。

逆境やトラウマを経験する子どもに対する学校基盤型支援

学校は、子どもの社会情動的コンピテンシー、アイデンティティ形成、行動に影響を与える「固有の生態系」である (Robinson et al., 2016, p.1489)。影響を受けた子どもに対して学校で支援を提供する包括的なアプローチとして重要なのが、「パストラルケア (pastoral care)」の概念である。De Jong と Kerr-Roubicek (2007, p.5) は、これを「学校内にケアの理念 (エトス) を実装するための統合的アプローチ」と定義しており、特定のカウンセリング担当職員のみでの役割ではなく、学校共同体のすべての構成員の責任であると捉えている (De Jong & Kerr-Roubicek, 2007)。このような学校支援の理解の価値は、広範なアプローチから、より標的化された介入、さらには地域基盤型サービスとの連携まで、多様な支援機会を可能にする点にある。これにより、通常であれば専門サービスにアクセスできない可能性のある、トラウマに曝露された子どもに対しても支援が提供可能となる (Fondren et al., 2020)。

親密なパートナーによる殺人 (IPH) によって親を失うというトラウマを経験した子どもたちに対して、学校において採

用される補完的なアプローチとして、「トラウマインフォームドアプローチ (trauma-informed approach) 」が挙げられる。Giboney Wall (2021, pp.122-125) によれば、その中核的要素には以下が含まれる。第一に、安全で支援的な関係性であり、これにより子どもたちは「大人に対する信頼を築くための健全な一歩を踏み出す」ことが可能となる。第二に、一貫した日課、期待、限界が明確に示された、分かりやすく予測可能な学校構造である。第三に、自己認識および自己調整であり、これは「情緒的な均衡を維持する」ために重要である。第四に、社会情動的学習およびスキル形成であり、これを通して「より肯定的な対処スキル」の発達が促される。

教師の役割

教師は「学校生態系の中核的存在」であり (Baweja et al., 2016, p.130) 、担当する子どもにとって信頼できる大人として本質的に重要な位置を占めている。教師は、学力面の指導を行うだけでなく、ロールモデルとして機能し、子ども同士の相互作用を調整、管理したり、情緒的支援を提供したりする存在でもある。また、子どもと接する時間の長さから、行動変化を観察することが可能である (Alisic et al., 2012) 。教師は、メンタルヘルスの専門職とのコンサルテーションを通じて、子どもに生じるトラウマの否定的影響に対処するための方略を発展させる支援を受けることができる。たとえば、支援の一つの有効な方法として、「日課が確立され、一貫性のある学校環境を整えること」 (Berger & Samuel, 2020, p. 502) や、「安定性と予測可能性の感覚を創出すること」 (Giboney Wall, 2021, p. 131) が挙げられている。

トラウマ体験後の子どもへの対応に自信をもっている教師がいる一方で、効果的支援の方法が分からないと感じる教師も少なくない。その背景には、①自らの役割が明確に定義されていないこと、②適切な知識や技能の不足、③支援を要する当該児童と他の児童とのニーズのバランスの取り方、④支援に伴う情緒的負担のマネジメントといった懸念が存在する (Alisic et al., 2012) 。Reinkeら (2011, p.9) の研究では、学校が子どものメンタルヘルス支援を担うべきだと考える教師は 89%に上ったが、自身に必要な技能があると答えたのは 34%にとどまり、多くが研修と支援の必要性を感じていた。

親密なパートナーによる殺人 (IPH) によって影響を受けた子どもに関する研究では、精神的・身体的健康、行動面、学習面にわたる複合的な困難が一貫して報告されており (Mertin, 2019) 、これらは学校生活においても影響を及ぼすことが示されている。このような状況のもとで、教員は必然的にこれらの子どもたちのニーズに対応する役割を担うことになるが、その対応を効果的に行うためには、コーチングやコンサルテーションが教員にとって極めて重要な支援となる (Berger & Samuel, 2020) 。その結果として、メンタルヘルスの専門職は、学校の日常生活の中で生じる課題に教員が対応できるよう支援する役割を担うとともに、必要に応じて、特定の介入についてはより臨床的な役割を果たすことができる。 (Franklin et al., 2012) 。

学校配置カウンセラーの役割

学校におけるカウンセリングの提供状況は一貫しておらず、さまざまな課題に直面している。ヨーロッパ 10 か国、1,346 校を対象とした大規模調査では、半数の学校が生徒に対するメンタルヘルス支援が不十分であると回答し、その主な障壁として「職員体制の不足、資金不足、専門家へのアクセスの制限、国家政策の欠如」を挙げた。地域のメンタルヘルスサービスと良好または非常に良好な連携があると回答した学校は 3 割未満であった (Patalay et al., 2016, p.139) 。英国における最近のレビューでは、学校および地域基盤型カウンセリングサービスは、生徒、教師、保護者から重要と認識されているものの、その有効性に関するエビデンスは限定的であるとされている (Copeland et al.,

2023)。オーストラリアでは、規制のない制度のもとで、学校配置カウンセラーの配置は校長の裁量に委ねられており、このサービスへのアクセスを義務づける政策や制度は存在しない（Campbell, 2017）。さらに、「オーストラリアにおける学校カウンセリングの有効性に関する政策研究は存在しない」と指摘されている（Campbell, 2017, p.431）。

子どもおよび養育者の視点

Dods (2013, p.86) によれば、トラウマを経験した生徒は教員に「臨床的スキル」を期待しているわけではないが、歩み寄り理解を示してくれる、思いやりのある大人であることを教員に求めており、そうした関わりはトラウマ体験によって損なわれた安全感、信頼感、自己統制感の回復に役立つものである。これらの資質は、その時点では言語化されなくとも、生徒には確かに認識されているものである。Dods (2013, p.90) の研究参加者である Jasmine は次のように述べている。「その最中にいるときは感謝できないけれど、抜け出した後で、あの人たちが自分の人生でどれほど重要な役割を果たしてくれたかが分かる。」Buckley ら (2007, p.304) の研究でも同様の見解が示されており、生徒たちは教師からの「より積極的な働きかけ」を望んでいたことがわかる。「正直、あの時期は本当にひどかった。もし誰かが『何か話したいことはある?』と言ってくれていたら、全部話していたと思う。ああ、誰かが気づいてくれたら……。」

養育者の学校経験に関する研究は非常に限られているが、Hardesty ら (2008) は重要な知見を提供している。調査対象となった 10 家庭のうち 5 家庭は、学校カウンセリングプログラムから子どもへの支援を受けていた。4 人の孫を育てる祖母は、「支援的な教師と管理職 —— 本当に素晴らしい支援だった」(p.118) と学校を高く評価しており、より良い学校での支援を求めて特定の地域に移住していた。

知識ギャップ

親密なパートナーによる殺人 (IPH) によって影響を受けた子どもを対象とする研究は限られており、とりわけ学校という文脈においては、彼ら／彼女らのニーズについて私たちが把握していることはきわめて少ないことが示されている (Mertin, 2019)。したがって本研究では、親密なパートナーによる殺人 (IPH) によって親を失った子どもや若者に対して、学校を通じてどのような支援が提供され得るのかという点に焦点を当て、この知識基盤の改善に寄与することを目的とする。

目的

本論文の目的は、親密なパートナーによる殺人 (IPH) 後の子どもに対して、学校を基盤とした支援をどのように提供することが最善であるのかを明らかにすることであり、そのために、影響を受けた子どもや若者、養育者、ならびにこれらの子どもと関わってきた専門職の経験を検討する。

研究課題:「親密なパートナーによる殺人 (IPH) によって親を失った子ども・若者を、学校という文脈で支援するにあたり、支援ニーズおよび支援へのアクセス可能性について、当事者経験を有する人々、養育者、ならびに専門職はそれぞれどのように捉えているのか。」

方法

本研究の目的を達成するため、以下の三つの参加者群を対象として半構造化インタビューを実施した。すなわち、①子ども時代に親密なパートナーによる殺人 (IPH) によって親を失った当事者経験を有する若者および成人、②親を亡くした子どもを養育している養育者、③これらの子どもたちと関わった経験を有する専門職である。当事者経験を有する参

加者については、参加基準を、12歳以上の若者および18歳未満の時にIPHにより親を失った成人とし、その出来事から少なくとも6か月以上が経過していることを条件とした。正式な除外基準は設けなかったが、十分なインフォームドコンセントを行う能力を欠く場合は除外とした。当事者経験を有する参加者の年齢は、インタビュー実施時点で16歳から52歳の範囲であり、親密なパートナーによる殺人（IPH）が発生した当時の年齢は1歳未満から16歳までであった。本研究では、オーストラリア、英国、アイルランドにおいて実施された計70名へのインタビューのうち、親密なパートナーによる殺人（IPH）によって親を失った子どもに対する学校ベースの支援に関する情報を提供していた参加者全員の逐語録を分析対象として選定した（ $n=35$ ；当事者経験者11名、養育者12名、専門職12名）（補足資料参照）。

十分な説明を受け、質問の機会が保障されたうえでインフォームドコンセントを得た後、研究チームのメンバーである研究者によって、インタビューは個別に実施された（主としてオンラインで行われ、対面で実施されたものは2件であった）。インタビューを担当した研究者は、親密なパートナーによる殺人（IPH）を含むトラウマ領域に専門性を有する研究者から、インフォームドコンセントの手続き、インタビューの進め方、模擬インタビュー、ならびに心理的応急対応に関する研修を受けた。さらに、データ収集および分析の期間を通じて、同僚研究者による定期的な専門的指導および支援が行われた。参加者には、不快に感じる質問には答える必要がなく、いつでも休憩を取ること、またはインタビューを中断、終了できることが事前に伝えられていた。研究チームは、参加者の心理的負担に配慮した対応体制を整え、利用可能な支援先について参加者に案内するとともに、インタビュー終了後最大2週間にわたり心身の状態に関する確認を行った。その結果、研究参加に起因する問題は報告されなかった。本研究は、エディンバラ大学およびメルボルン大学の人を対象とする研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。

参加者募集

本研究では、多様な視点を確保するために目的のサンプリングを用いた参加者募集を行った。ただし、参加条件を満たし、参加を希望する者を排除することがないように配慮した。参加者は、被害者支援団体、アドボカシー団体、政府機関、非政府組織、専門職団体など、関連する諸機関を通じて募集された。あわせて、本研究はソーシャルメディアおよび従来型メディアを通じても周知され、参加希望者は研究チームに直接連絡を取ることができる仕組みとした。

データ収集

データ収集は、研究チームのメンバーである研究者によって、1回あたり約1時間の半構造化インタビューとして個別に実施された。インタビューガイドは、先行研究のレビュー（Alisic et al., 2015）および研究チームの個人的・専門的知見を踏まえて作成された。インタビューは、オンラインのビデオ会議形式または対面形式で行われた。

すべてのインタビューはオーストラリアまたは英国で実施されたが、アイルランド在住の参加者3名についてはオンラインで実施された。これらの参加者には、インタビューが録音され、エディンバラ大学およびメルボルン大学の双方においてデータ処理が行われることが、参加者向け説明資料において事前に説明されていた。

インタビューは音声録音され、自動文字起こしサービスを用いて逐語的に転記された。その後、転記内容は研究チームのメンバーによって確認と修正が行われた。

データ分析

研究課題に答えるにあたり、本研究では Braun と Clarke（2006）による再帰的テーマティック分析（reflexive thematic analysis）のアプローチを採用した。この方法は、参加者の「文脈に位置づけられた生きられた経験および

主観的現象に対する解釈」を探究するのに適しており（Braun & Clarke, 2022, p. 11）、また「データセット全体にわたる一連の経験、思考、あるいは行動を理解する」ことを目的とする場合に有効な方法である（Kiger & Varpio, 2020, p. 847）。分析の第1段階では、第一著者が、学校に基づく支援の経験に関する情報を抽出するため、すべてのインタビュー記録を注意深く精読した。その結果、35名の参加者から得られたデータが、より詳細な分析の対象として特定された。学校における支援経験に関連する逐語録の該当箇所は抽出され、データ収集用の文書に整理、集約された。

次の段階では、第一著者から第三著者までの三名が、研究課題に答える上で関連する可能性のあるデータの重要な特徴を明らかにするため、データの初期的な整理と分析的な着目点の抽出を行った。本研究では、特定の先行理論によって方向づけられることなく、データそのものに表れている関連事項を手がかりとする帰納的な分析を行った（Kiger & Varpio, 2020）。もともと、分析に用いた研究チームの視座は、トラウマ、悲嘆、子どもの発達、学校におけるメンタルヘルス支援などに関する先行研究および理論的文献から影響を受けている。分析対象となるすべての関連データの該当箇所について、意味のある特徴や論点を抽出したうえで整理、集約した（Braun & Clarke, 2006）。この作業は、「可能な限り多くの潜在的なテーマやパターンを捉える」ことを目的として行われ、また、後に意味をもつ可能性を考慮し、周辺の文脈を含めて幅広く取り扱うという包括的な方針のもとで進められた（Braun & Clarke, 2006, p. 89）。

その後、先に整理した分析上の着目点を、複数の仮のテーマとしてまとめ、さらに「特定された各テーマのもとに」、関連するデータの該当箇所を集めて整理した（Braun & Clarke, 2006, p. 89）。次に、テーマ案、下位テーマ案、およびそれらに対応するデータ抜粋からなる暫定的なテーマ群を作成した。続いて、これらのテーマ案について見直しと整理を行い、内容が重なり合うものや分析上十分に成立していないものを統合し、関連するデータによって裏づけられた、より妥当なテーマへと整理し直した（Braun & Clarke, 2006）。さらに、各テーマについて検討を深め、それぞれが示す中核的な意味、すなわちテーマの「本質」を明らかにすることを目指した（Braun & Clarke, 2006, p. 92）。その上で、各テーマの中心的内容を的確に表す名称を付した。最終段階では、「最終的な分析と記述」を行い、データ全体が示す「物語」を提示するとともに、それが研究課題とどのような関係にあるのかを説明した。この際、必要に応じて、関連するデータの該当箇所を具体例として用いた（Braun & Clarke, 2006, pp. 93-94）。

立場性

研究チームの立場性は、専門分野（社会福祉、心理学、教育学、社会政策／法学）、ジェンダー（女性、男性、ノンバイナリー）、年齢（学生から退職者まで）、民族／移民背景（アングロサクソン、アングロケルト、アジア、南米、西／中央ヨーロッパおよびレバント地域、またはそれらの混合）に関して多様であった。また、実体験を有するメンバーも含まれていた。チームは定期的集まり、オンライン会議や四半期ごとの半日ワークショップを通じて、データと分析に関する自身の省察や洞察を共有した。

参加者の言葉の明示的な意味をテーマ的に分析するにあたり、が取られた。これは「意味と経験と言語の間に単純で主として一方向的な関係が仮定される」（Braun & Clarke, 2006, p. 85）ものとされ、この未調査の問題について、子ども・若者、養育者、専門職の直接声に出された経験を探求するという研究目的に適合していた。

本研究では、参加者の語りに含まれる明示的な意味内容をテーマ分析によって検討するにあたり、現実主義／本質主義的な立場を採用した。すなわち、「意味や経験と、それを表現する言語とのあいだには、単純で、かつ、概ね一方向的な関係が想定される」という前提に立って分析を行った（Braun & Clarke, 2006, p. 85）。この立場は、本研究が目的とした、この分野において十分に研究されてこなかった課題について、子どもや若者、養育者、専門職者が直接言語化した経験を探究することと整合的であった。

結果

データ分析の過程を通じて、次の二つの主要なテーマが導き出された。(1) 支援的な場としての学校 (2) 学校における、信頼できる支援的な大人への限定的なアクセス

支援的な場所としての学校

複数の参加者は、学校を潜在的に支援的な場であると捉えており、とりわけ安全性、安定性、そして一貫性を提供する点をその特徴として挙げていた。

こうした役割については、子どもが在籍する学校の内部にいる専門職者だけでなく、学校外の専門職者からも言及がなされた。オーストラリアで実施された調査においては、あるソーシャルワーカーが、母親の死後、三人の子どもから成る家族に対して、学校がいかに支援的な環境を提供していたかを強調して語っている。彼女は次のように述べている。「この一連の出来事のあいだを通して、学校は、安全で、安定しており、安心できるものとして唯一変わらずに存在していた。」

(アリス) また別の事例では、学校外の機関に所属する管理職者が、次のように述べている。「……学校は、子どもたちを支援することに深く関与しており……いずれのケースにおいても、学校は子どもたちを支え、助けるために、できる限りのことをしていた。」(シャルロット)

別の地域拠点型の専門職者は、子どもの通う学校と連携して取り組むことの重要性を指摘した。

……適切な関係者と定期的に会合を開いていました。……生徒指導担当者や……担任教員など、学校の中で重要な役割を担う人たちです。……そこでは、心理教育を行うことも重要ですし、同時に、何が起きているのかを理解し、助言や……考えられる説明を提供することも目的としていました…… (ヴァイオレット)

彼女はさらに、子どもと学校とのつながりを保つことの重要性を付け加えて述べた。「……子どもたちと学校を結びつけて、学校との強い関係を持てるようにすることができれば……それが目標です。」(ヴァイオレット)

学校が安定的で支援的な環境を提供するうえで果たす重要な役割については、英国の小児科医によっても同様に指摘されている。彼女は、学校職員を含む専門職者たちが、子どもの養育者とともに、子どもの状況や経過を定期的に確認し、支援の内容を調整するために継続的に会合を行っていたことに言及した(オリヴィア)。また別の事例では、家庭内殺人レビュー(Domestic Homicide Review)の議長を務める人物が、次のように述べている。「私は、その学校が本当に見事な対応をしていたと思いました……子どもたちのために、ある程度の一貫性と安定性を確保しようと体制を整え、実際に取り組んでいたのです……」(ローラ) 彼女はさらに、別のケースにおいて、学校での安定を維持するために、養育者が多大な努力を払っていた点についても言及している。

……養育者としては、子どもたちに、ある程度の安定を提供したいと考えるわけです。そうすると、毎朝 7 時に起きなくてはならなくても……バスを三本乗り継いででも、以前通っていた学校に通い続けられるようにしていただきます…… (ローラ)

安定性と一貫性の重要性については、ある養育者の語りによっても改めて強調されている。彼女は次のように述べている。「……(叔母たちが) 彼が……常に学校に通えるように配慮していました……子どもたちにとっての一貫性を大切

にしていたのです……生活のリズムを整えるために……」(アンナ)

同様に、安定性の重要性は、オーストラリアの当事者経験をもつ参加者によっても強く語られている。

そうすると、突然、両親を失っただけでなく、それまで知っていたすべてのもの —— 自分の存在そのものや……安定していた基盤までも —— 失ったのだと告げられるのです。つまり、トラウマの只中で、自分が持っていた……必死につかみ取っていた……あらゆる安定が、すべて失われてしまうのです…… (アシュトン)

では、学校はいかにして安定的で支援的な場となり得るのだろうか。喪失を経験した子どもたちの一部から得られた示唆として、学校における、思いやりがあり信頼できる大人との個人的な関わりが、重要な要因であったことが挙げられる。たとえば、複数の子どもたちは、教師から思いやりのある支援を受けていたことを次のように語っている。「素敵な先生たちがいた」(カイ)、「女性の先生が何人かいて、どこまで事情を知っていたのかはわからないけれど……少しだけ気を配ってくれていました」(カーラ)、「……私の先生たちは、かなり助けてくれました」(イザベラ) また、学校は、しばらくのあいだ他のストレスを忘れられる場所にもなり得たと語られている。「……学校は、実際、他のことをすべて忘れられる場所だと思っています。」(カイ) ある事例では、新しい学校に移ることが前向きな経験となっていた。「……新しい学校に入って、本当に気に入りました。先生たちもとても良くて、カウンセラーもとても良かったです。」(イザベラ) 若者たちの語りからは、教師が支援できたのは、必ずしもトラウマの感情的影響そのものに対してというよりも、むしろ学業面などの実際的な事柄においてであったことが示されている。たとえば、「私は、全体的に先生たちからたくさんの支援を受けています……いつもとても助けてくれて……課題についても追加の支援を受けることができます。」(イザベラ) と語られている。さらに、ちょっとした心遣いや優しさも高く評価されていた。

私には、お昼休みに彼女のオフィスの奥に入れてくれる先生がいました。夜に家で寝られないので、お昼に寝かせてくれるだけでした。その行為だけで……オフィスの奥に入れてくれること。ただ後ろに横になって…昼寝をさせてくれる。それはとても素敵なことだと私は思いました。いろいろなことについて話したわけではありませんが、彼女がそれで構わなかったという事実だけで。(カイ)

そして「とても支援的な副校長がいました……彼は、もし負担が大きくなったり、落ち込んだり問題を抱えたりしたら、私のところに来なさいと言ってくれました」(キャサリン)

実体験を有するインタビュー参加者は、この種の価値ある支援の鍵は教師の個人的資質であると示唆した。

……本当に素晴らしいコーディネーターの先生がいて、私のことを本当によく理解してくれていました……とても忍耐強い人でした。……私がきちんと支えを得られているか確かめてくれて……いつも私のことを気にかけてくれました。(ケイト)

別の参加者は次のように強調した。「……私にとっていちばんの支えになったのは、実は学校のカウンセラーでした……その人は、こちらのことをよく知ろうとしてくれて、関係性とか、信頼関係とか、全部において……」(イザベル)

養育者も学校での支援に関して貴重な情報を提供した。ある人は「彼女は中学校から多くの支援を受けた」と述べ、家庭内の暴力のためかなりの欠席があったにもかかわらず、学校に定期的に通い始めると「本当に彼女の世話をしてくれた」とした(パトリシア)。教師に対する支援の重要性もまた、養育者によって示された別の視点であった。ある養育者

は、「……学校は全体としてとても前向きな存在だったように思います」と述べ、教師たちについても「状況をよく理解し、支えられているように見えました」（マイケル）と語っている。さらに別の養育者は、「……心理職（psychologist）が教師たちと連携して関わっていた」（カレン）ことにも言及している。

また、学校と地域に根ざした専門職者とのあいだに、すでに関係性が築かれていたことも、支援を得るうえでの一因として挙げられていた。ある心理職は次のように述べている。「……実は学校のほうから私に来てほしいと依頼があったんです。その学校のことはよく知っていましたし、私自身も学校側によく知られていました……」（ロビン）

このように、専門職者、若者、そして養育者はいずれも、学校を安定性、一貫性、そして支援を提供し得る場として捉えていた。しかしながら、学校において肯定的な支援を経験した若者たちから得られた重要な示唆は、それにとどまらない。彼らの語りは、本当に重要であったのは、信頼できる関係のなかで得られた、個人的かつ情緒的な支援であったことを示している。

学校における、信頼できる支援的な大人への限定的なアクセス

このような有用な関係が学校で見られる場合もあったが、子どもたちが望み必要としている信頼できる支援が利用できないケースもあった。

一部の学校関係者は、子どもたちのために支援サービスを整えようと尽力していたが、同時に、学校において専門的な支援を確保することの難しさにも直面していた。ある副校長は次のように述べている。「どのような支援サービスであれ、実際に導入されるまでにはかなりの時間がかかりました。」さらに彼女は、「……最初の対応自体は一応ありましたが……」としつつも、長期的な支援を得ることははるかに困難であったと語っている。「しかし、その後にきちんと機能する体制が整うまでには……本当に長い時間がかかりました……さまざまな支援を実際に整えるまでに要する時間の長さが……」（オードリー）同じ事例に関わったソーシャルワーカーも、適切な支援を見つけることの困難さについて懸念を示しており、それはオーストラリアの地方部という立地条件によって、さらに深刻化していた可能性があると述べている。「地方にいるからなのかは分かりませんが……周囲の支援やサービスを実際に結びつけることが、本当に、本当に難しかったのです。」（アリス）最終的にはカウンセリング支援が確保されたものの、その過程も容易ではなかった。「……現在は、地域の支援機関と連携し、それぞれの子どもに個別のカウンセラーが配置され、初期の治療的評価報告に基づいた支援が行われています。しかし……それを整えること自体が非常に大変でした。」（アリス）支援サービスへのアクセスの困難さについては、学校を支援する機関に所属する別の専門職者からも指摘されている。彼女は、「……私たちのサービスは非常に小規模で……ニーズは多いのですが、そのすべてに応えることはできません。」と述べている。さらにアリスの指摘を補足する形で、地方部に住む人々にとっては、こうした問題が一層深刻であるとし、大都市圏を離れると「……サービスにアクセスすること自体が非常に難しくなる」と語っている（ヴァイオレット）。

別の問題として、地域機関に所属するある専門職者は、家庭や学校に出向いて提供される支援が不足していることが、子どもおよびその養育者にとって、「支援の一貫性を保つことや、支援につながることそのものの妨げになっている」と指摘した。彼女によれば、カウンセリングを受けるために一定の費用補助が認められる場合はあるものの、多くの支援では、「祖母が（子どもを）車に乗せて現地まで連れて行かなければならない……支援が自宅や身近な場所に届けられる形では提供されていない」という前提が置かれているという。さらに彼女は、「子どもや家族を中心に、周囲の支援を調整しながら継続的に支える仕組みは、実際にはほとんど存在していない」とも述べている（ケイシー）。また、子どもを中心に支援の担い手を集め、体制を整えることの難しさについては、国や地域を越えて、他の外部専門職者からも言及がなされている。ある専門職者は、「ケアチームのような枠組みはとても重要だと思いますが、関係者全員を同じ場に集めることは本当に難しい」と述べている（ヴァイオレット）。さらに別の専門職者は、「……他の機関との連携、つまりもう少し関係

づくりを進め、機関同士の意思疎通を増やす必要があります。これは常に課題であり、これまでもずっとそうでした」と語っている（トニ）。

さらに一部の状況では、地域で実務にあたる専門職者自身が、専門的な助言や支援を得ることの難しさに直面していた。とりわけ、親密なパートナーによる殺人（IPH）による影響に対応するための専門的知見を備えた支援を得ることが困難であった。あるソーシャルワーカーは次のように述べている。「……支援や専門的な助言を求めて相談できる相手がいれば、本当に心強かったと思います……こうしたケースをこれまでに扱った経験のある人がいれば……」（アリス）また、地方部で活動していたある心理職は、さまざまな事柄について他の心理職者と相談することはあったものの、この状況に関して自分が必要としていた知識をもつ人はいなかったと述べている。「私は普段から他の……心理職者と話し合うことには慣れていますが……こんなケースはこれまで聞いたことがありませんでした……」（ロビン）

他の専門職者からも、特定の技能や知識を備えた実践者による子どもへの支援が十分に確保されていないことについて、懸念が示されていた。ある専門職者は次のように述べている。「……この分野に特化したサービスが利用できるはずだと思っていましたが、少なくとも私たちの地域には、そうしたサービスはまったく存在しません。」（アリス）また別の専門職者は、「この問題に特に焦点を当てた、個別化された専門的支援はごくわずかしかないと……そのため、地域で何が利用できるかは、運次第になってしまいます。」（ローラ）と語っている。一方で、利用可能であった学校カウンセラーの力量については、当事者経験をもつ参加者からも疑問が呈されていた。ある参加者は、「学校のカウンセラーが十分に訓練されていたとは思えません……人柄は良かったのですが……安心して話せる相手ではありませんでした。」（カイ）と述べている。別の参加者は、より専門的な訓練の必要性を次のように指摘している。

……きちんと訓練を受けていて……ああいった状況にどう対応すべきかを理解しているカウンセラーが必要です……私はこれまでにいくつもの学校に通いましたが……どの学校でも、その問題や状況を適切に扱っているとは感じられませんでした。（イザベラ）

さらに、地域で活動する専門職者からは、次のような事例も報告されている。「ある少女が私のところに来て、こう言ったのを覚えています。『学校のカウンセラーは、まったく理解してくれないんです……「殺人」という言葉を口にした途端、驚いた表情になって、「私は殺人のケースは扱えません」と言われてしまって……ああ、そうですか、分かりました、という感じでした。』」（スカーレット）

養育者からも、一部の専門職者の専門性に対する懸念が示されていた。ある養育者は次のように述べている。「……トラウマや殺人の専門家だと称している人たちについては、本当に心配になります。もし実際にはそうでないのであれば、かえって子どもたちにさらなる害を与えてしまうのではないかと思うのです……」（ソニア）別の養育者も、「……これは非常に専門性の高い分野であり、極めて深刻なトラウマを伴う領域です……本当に分かっている人が対応する必要があります。」（グレイ）と語っている。さらに別の養育者は、「……専門的な力量を備えた人が絶対に必要なのです……しかし、そうした人はいませんでした」（ジョアンナ）と述べている。当事者経験をもつ参加者もまた、同様の困難を感じていた。「……本当に理解してくれるカウンセラーや心理職を見つけようとしても……そのような人がいるとはどうしても思えませんでした。」（カーラ）さらに別の養育者は、「……あのような状況に十分対応できるだけの経験をもった人がいるとは感じられませんでした。」（アン）と述べている。一方で、例外的に前向きな事例も語られている。ある養育者は次のように述べている。「……後見人が、より高度な専門性が必要であることを理解してくれて……裁判所に申請し、子ども専門の心理職が関わることになりました……その人はいまも関わり続けてくれており、それはとても良いことだと思っています。」（ジョン）

当事者経験をもつ参加者たちの中には、学校においてカウンセリングによる支援が、そもそも利用できなかったと報告している者もいた。ある参加者は次のように述べている。「……学校からカウンセリングの提供はなく……その存在について言及されることもありませんでした……担任（form tutor）とは月に一度くらい面談がありましたが、正直なところ、特に何かをしてもらったという感じはなく、ただ様子を確認していただけでした。」（アメリア）また別の参加者も、「（カウンセリングは）そもそも利用できるものではなかったため、提案されることも全くありませんでした……」（アナイス）と語っている。

当事者経験をもつ多くの参加者と、一部の養育者によって報告された問題の一つに、学校におけるいじめがあった。場合によっては、心ない言葉による攻撃が含まれていた。たとえば、ある参加者は次のように語っている。「……小学校のとき……女の子たちが……母の死のことを持ち出して、時々私をからかってきました。それは本当に傷つきました……」

（フィービー）別の参加者は、他の生徒から身体的な暴力を受けた経験を語り、その際に学校長から十分な支援が得られなかったことを問題として挙げている。「……校長は何もしませんでした……『あの子は問題を抱えた子だから、あなたは近づかないようにしなさい』と言われただけで……」（イザベラ）さらに別の事例として、ある養育者は次のように報告している。「学校は支援的ではありませんでした。」彼女は校長と面談し、「この子たちが何を経験してきたのか」を伝えたくて、ある男児が「カウンセラーとつながり、話を聞いてもらえるようにできないか」と要望したという。しかし、「そのような支援は一切実現しませんでした。その子は喧嘩を繰り返すようになり、学校はただ停学処分を繰り返すだけで……」。そして彼女が「なぜ一度もカウンセラーにつなげてくれなかったのか」と問いただしたところ、学校側は「もっと緊急性の高い問題を抱えた子どもたちがいる」と答えたという（ソニア）。

別の家庭では、教師による不適切な判断が経験されていた。ある養育者は、教師が「親に精神疾患があれば、あなたもおそらくまったく同じ精神疾患をもつことになる」と発言した出来事を語っている。これを受けて、その子どもは「とても動揺し……『それって、僕（私）も誰かを殺してしまうってこと？』と仰いました」。養育者は子どもをなだめたものの、同時に「激しい怒りを覚え」、学校に出向いて次のように訴えたという。「あなたたちは、その発言を取り消さなければならぬ。教師ではない、きちんとした専門家に……『必ずしもそうとは限らぬ』ということの説明させる必要がある」（ジョアンナ）。この事例は、このように脆弱な状況にある子どもたちに対して必要とされる配慮や感受性を高めるために、学校が専門家による助言や協議を求める必要があることを示している。また、別の生徒も、支援的とは言えない教師の対応について言及している。その教師は「……私を授業中に立たせて」、さらに「……なぜ教科書を持っていないのかを、皆の前で詳しく説明するよう求めました」。しかし実際には、「私たちは家から連れ出されていたため、教科書や身の回りの物を持ってこることができなかったのに」である（キャサリン）。

総じて、専門職者たちは、死別を経験した子どもたちに対する専門的支援を見つけ、調整することの困難さに加え、自分たち自身が専門的な助言や指導を受けることの難しさを指摘していた。さらに、当事者経験をもつ参加者たちは、学校にカウンセラーによる支援が存在していた場合であっても、それが必ずしも有益であったとは限らないと報告している。養育者の側からは、一部の学校が理解の欠如を示しただけでなく、十分な知見に基づいた適切な支援を提供していなかったことが指摘されていた。

考察

本研究は、親密なパートナーによる殺人（IPH）によって親を失った子どもたちに対する、学校を基盤とした支援という主題について、当事者の直接的な経験を用い、かつ国際的な視点を取り入れて検討した、初めての研究であるという点において独自性を有している。当事者経験をもつ参加者、養育者、ならびに子どもや家族と関わる専門職者へのインタ

ビューを主な資料として行ったテーマ分析の結果、二つの主要なテーマが導き出された。第一に、学校は、親を IPH によって喪失した後の子どもたちにとって、支援的な場となり得る能力を有しているという点である。第二に、学校において、信頼できる大人による支援に十分に結びつくことが難しいという制約が存在していたという点である。

第一の主要なテーマに関して言えば、安全性、安定性、一貫性を提供することは、とりわけ専門職者や養育者によって、子どもたちの生活における学校の重要な機能として捉えられていた。先行研究においても、これらの要素は、IPH によって親を失った子どもたちの適応と回復にとって不可欠であることが示されている (Mertin, 2019)。また、可能な限り、慣れ親しんだ役割や日常的な生活のリズムを再び取り戻すことは、トラウマを経験した後の子どもたちが適応していくうえで有効であるとされている (Prinstein et al., 1996)。

さらに本研究から得られた重要な新たな知見として、とりわけ当事者経験をもつ一部のインタビュー参加者によって強く示されたのが、学校という場における、思いやりがあり信頼できる大人の果たす決定的な役割であった。教師は、特定の生徒にとってその役割を担っており、場合によっては、学業面での追加的な支援を行うといった実際的なかたちでそれが表れていた。この点は、Buckley ら (2007) による、家庭内暴力の影響を受けた若者を対象とした研究においても指摘されている。しかしながら、子どもたちが最も価値あるものとして受け止めていた支援は、教師であれカウンセラーであれ、学校職員が思いやりや配慮を示してくれた場合であり、とりわけ信頼関係が築かれていたときに、その支援は強く意味づけられていた。

Maelan と同僚らの研究 (2018 年、p. 21) では、生徒のメンタルヘルスをより広く支援する際に、教師と生徒のあいだに、「開かれた姿勢と信頼によって特徴づけられる」密接な関係を築くことが重要であると、教師自身が認識していたことが示されている。この関係性は、「セラピストであることにある程度似ている」と捉えられつつも、「セラピストの役割を引き受けようとするのではなく、傾聴と共感を中心とするもの」と理解されていた。これに対して、本研究が親密なパートナーによる殺人 (IPH) という文脈において、とりわけ重要であると強調している点は、子どもや若者が、理解を示し、関わろうとする姿勢をもった、思いやりのある大人としての教師を必要としているということである。教師は、「臨床的スキル」(Dods, 2013, p. 86) を有している必要も、「トラウマ性ストレスの専門家」(Ko et al., 2008, p. 398) である必要も、あるいは「セラピストになる」(Alisic et al., 2012, p. 100) 必要もない。しかしながら、子どもに対するトラウマ性ストレスの影響についての基礎的な理解と、そのような子どもたちと関わる際の一定の自信は求められる (Alisic et al., 2012)。Alisic ら (2012) が示し、かつ本研究の結果にも反映されていた、教師が理解しておくべき点は、次の四つである。第一に、教室における日常的な対処をどのように支援するか。第二に、子どもがうまく適応的に対処できている兆候をどのように見極め、いつ追加的な支援を求めるべきかを判断すること。第三に、専門的な支援が必要な場合に、どこへつなげるべきかを知っていること。第四に、ストレスの高い状況において、教師自身がどのように自らをケアするかである。本研究が示しているように、これらすべては、つながり、支援、尊重、配慮を提供する学校全体の環境のなかに位置づけられる必要がある (Record-Lemon & Buchanan, 2017)。そしてそのような環境においては、パストラルケアが学校共同体の中核的要素として組み込まれていることが不可欠である (De Jong & Kerr-Roubicek, 2007)。

養育者にとって支援的な学校の重要性は、Hardesty ら (2008) の研究においても明らかに示されている。同研究では、祖母が、自らが養育する子どもたちのために、学校を基盤とした追加的な支援を受けられることが分かっている地域へと転居した事例が報告されている。同様に、本研究においても、英国のある養育者が、子どもたちをこれまで通っていた学校に在籍させ続けるために、町の反対側まで通うことを選択していたことが明らかとなった。

本研究では、学校における有益な経験の例が見られた一方で、これらの子どもたちに必要とされる支援を提供する過程において、多くの問題が生じていたことも明らかとなった。私たちは、これらの問題を、第二の主要テーマである「学校において信頼できる大人による支援に十分に結びつけないこと」として整理した。本研究の知見は、家庭内暴力に関する

Buckley ら（2007 年、p.303）の研究とも一致している。同研究では、ある参加者にとって、学校は「安全な場所」であり「避難所（haven）」であった一方で、他の子どもたちにとっては、学校は必ずしも肯定的な経験の場ではなかったことが報告されている。

本研究における重要な知見の一つは、学校を通じて専門的な支援サービスにアクセスすることが困難であったという点である。先行研究では、親密なパートナーによる殺人（IPH）の後、子どもたちはしばしば、登校への困難、学業成績の低下、いじめといった多くの学校関連の問題を示すことが報告されている。さらに、多くの子どもが、心的外傷後ストレス障害（PTSD）をはじめ、問題行動として表出する外在化行動（衝動的、破壊的行動など）、恐怖症や強迫行動といった内在化行動、そして愛着の問題といった深刻な症状を示すことも指摘されている（Alisic et al., 2015 ; Steeves & Parker, 2007）。これらの困難は明らかに、子どもたちが学校に通い、学ぶ能力を阻害するものである（Ko et al., 2008）。こうした問題の一部は、教師によって対応可能な場合もあるが、回復を最善のかたちで達成するためには、専門的な支援や助言へのアクセスが不可欠である。前述した Alisic ら（2012）の提言にも示されているように、教師が子どもたちに必要な支援を提供するためには、教師自身もまた支援や専門的な助言を受ける必要がある。とりわけ、子どもが十分に対処できていないと教師が判断し、教師の力量を超える支援が必要である場合には、その重要性はいっそう高まる。

残念ながら、ある学校では、生徒の反動的な攻撃行動に対して懲罰的な対応が取られていた。このような行動は、トラウマの影響を受けた一部の子どもに見られるものであり、彼らが「常に高い警戒状態」に置かれていることによって生じ得るとされている（Giboney Wall, 2021, p. 120）。学校における攻撃行動は確かに対処される必要があるが、本事例で用いられた停学処分のような対応は、「長年にわたって蓄積されてきた膨大な研究証拠」が示しているように、有効ではないことが明らかになっている方法に反するものである（Fenning et al., 2012, p. 105）。これに対して、予防的で、先を見越した、かつ創意的な方法（Fenning et al., 2012）——すなわち、十分な知見をもつ専門職者による助言を取り入れ、計画的かつ調整された形で実施される対応——は、本事例においては実施されていなかったように見受けられる。さらに、多くのインタビュー参加者が経験していたいじめの問題に対しても、積極的かつ包括的なプログラムを導入することが、この課題を効果的に解決するために必要であると指摘されている（Menesini & Salmivalli, 2017）。

教師に対する支援の一つの可能な方策として、学校に配置されたメンタルヘルス関連職員を活用し、専門的な助言を得ることが挙げられている（Berger & Samuel, 2020）。しかしながら、本研究では、一部の学校配置型メンタルヘルス専門職の力量について、専門職者、養育者、当事者経験をもつ参加者のいずれからも懸念が示されていた。Black と Kaplan は、「これらの出来事はまれであると同時に極めて複雑であり、利用可能な中で最も高度な専門的助言と介入を必要とする」と述べている（Black & Kaplan, 1988, p. 629）。しかし本研究の参加者たちは、親密なパートナーによる殺人（IPH）後の子どもたちのニーズに関する専門的知見を得ることが、直接的な支援提供においても、助言を求める場合においても、また地域の専門職者に対する指導を受ける点においても、困難であったと報告している。Hardesty らの研究においても、子どもへの直接的支援に関して、調査対象となった家庭の約半数が学校を通じてカウンセリングを受けていたものの、「支援の提案やアクセスは急速に減少していった」ことが示されている（Hardesty et al., 2008, p. 115）。また、提供された支援の中には「期間が短すぎる」ものや、経済的制約によって利用できなかったものも含まれていた。Steeves と Parker も、自らの研究において、子ども時代にカウンセリングを受けた参加者はごく少数であったと報告している（Steeves & Parker, 2007）。さらに、仮に支援を受けていた場合であっても、それは「断続的なものにすぎなかった」と感じられていたり（Lewandowski et al., 2004, p. 217）、あるいは「その有効性に確信を持てなかった」と受け止められていたりしたことが示されている（Steeves & Parker, 2007, p. 1281）。

政策および実践への提言

本研究の知見は、教師およびスクールカウンセラーにとって、また別のかたちではあるが、学校の管理職や教育政策立案者にとっても、いくつかの重要な示唆を含んでいる。教師やスクールカウンセラーは、安定した、信頼に基づく大人との関係を子どもたちに提供できる立場にあり、同時に、親密なパートナーによる殺人（IPH）の影響を受けた子どもたちと、専門的支援サービスとをつなぐ役割を果たし得る存在でもある。したがって、学校は、これらの子どもたちにとって潜在的に支援的な環境であることが認識されるべきであり、継続的な支援を提供できるよう、適切な資源配分がなされる必要がある。

しかしながら、先行研究では、カウンセリングサービスの提供をめぐる、重大な障壁や資源不足が存在していることが指摘されている。具体的には、職員の力量や有効性の制約、専門家へのアクセスの制限、財政的資源の不足、そしてサービスへのアクセスを保障する国家的な政策や制度的義務の不在といった問題である（Campbell, 2017 ; Copeland et al., 2023 ; Patalay et al., 2016）。親密なパートナーによる殺人（IPH）を含むトラウマの影響を受けた生徒に対する学校での対応を改善するためには、スクールカウンセラーに対する継続的かつ専門的な研修、支援、指導に加え、教師に対する支援や助言が必要である。その一環として、トラウマインフォームドアプローチを学校により広く導入することが求められており、これには、National Child Traumatic Stress Network（2024）などの機関が提供する資源の活用が含まれる（Berger & Samuel, 2020）。また、教職課程にある学生（初任前教員）についても、同様の研修を受けることが求められ、あわせて、適切な支援を提供するための技能を育成することが重要である（Hobbs et al., 2019）。さらに、教師たちは、このような支援に関わる仕事を情緒的に負担の大きいものとして経験していることも報告されており、対人関係のレベルでの支援に加えて、自らの対処能力を高めるための支援も必要とされている（Luthar & Mendes, 2020）。したがって、学校が、トラウマインフォームドケアに基づく実効性のある支援を提供するためには、適切な政策的枠組みの整備と、それを支える十分な資源配分が不可欠である。

熟練した経験豊富な専門職者へのアクセス可能性および配置可能性の制約に対処するためには、学校や地域を拠点とする職員に対して、助言、指導、支援を提供できる専門職者の教育および養成が必要である。こうした取り組みの適切なモデルの一例として、Arizona Child and Adolescent Survivor Initiative（アリゾナ州子ども・青年被害生存者支援イニシアティブ：ACASI）が挙げられる。同プログラムは、「子どもの被害生存者および新たな養育者に対して、包括的支援を提供する、州全体を対象とした初の取り組み」であると位置づけられている（Websdale, 2022, p. 1397）。このプログラムは、学校が「学校を基盤としたトラウマインフォームドケアに基づく対応を構築し、子どもの被害生存者が適切な支援を受けられるよう、養育者が学校と協働することを支援する」ことを目的としている（Websdale, 2022, p. 1395）。このような州レベルまたは国家レベルでの組織的枠組みは、比較的少ない投資であっても、必要とされる専門的知見と支援を提供し得る可能性をもっている。

研究は、喪失を経験した児童・生徒に対しては、あらかじめ計画された包括的な対応が重要であることを示している。すなわち、そのような構造化された支援体制が存在しない場合、どの専門職が支援を担うのか、また何を行うべきなのかについて、専門職者が判断に迷う状況が生じやすいことが明らかにされている（McLaughlin et al., 2019）。また、養育者、教師、学校配置型カウンセラー、地域を基盤とする専門職者のあいだでの明確な情報共有と、チームとして協働することの重要性は、効果的な支援を提供するうえで不可欠であるとされている（Cohen & Mannarino, 2011）。

結論

学校は、親密なパートナーによる殺人（IPH）の影響を受けた子どもたちにとって、支援的で、安全かつ安定した、一貫性のある場となりうる可能性を有している。また、教師やカウンセラーは、子どもたちにとって信頼できる支援的な関係を提供する役割を果たしうる。しかしながら、そのためには、包括的な政策枠組みのもとで、学校が適切に資源配分されていることが不可欠である。学校は、子どもたちの生活におけるトラウマの影響を把握しやすい戦略的な位置にあることから、子どもと関連する専門的支援サービスとを結びつける重要な媒介的役割を果たすことができる。一方で、子ども本人、養育者、そして学校職員を支援することのできる十分な技能と経験を備えた専門職者の利用可能性やアクセス可能性には限界があることも明らかである。したがって、学校を基盤とする専門職者と地域を基盤とする専門職者とが連携する、継続的なケアチームを構築し、子ども一人ひとりのニーズに応じた包括的かつ個別化された支援を提供できる体制を整えることが求められる。

謝辞

本研究に協力いただいた以下の同僚に感謝する。

Kathryn Joy, Hannah Morrice, Freia Lily, Nicola Armstrong

利益相反の開示

著者（ら）は、本研究に関連して開示すべき利益相反は存在しないと報告している。

資金提供

本研究は、オーストラリア研究評議会フューチャー・フェローシップ、メルボルン大学エスタブリッシュメント・グラント、およびメルボルン大学デイル・ケイト・キャンベル・フェローシップの支援を受けて実施された。オーストラリア研究評議会フューチャー・フェロー（Future Fellows）、メルボルン大学エスタブリッシュメント・グラント、ならびにメルボルン大学デイル・ケイト・キャンベル・フェローシップ。オーストラリア研究評議会フューチャー・フェローシップ、メルボルン大学エスタブリッシュメント・グラント、ならびにメルボルン大学デイル・ケイト・キャンベル・フェローシップ。

ORCID

John Frederick <http://orcid.org/0000-0002-3011-9745>

Eva Alisic <http://orcid.org/0000-0002-7225-606X>

John Devaney <http://orcid.org/0000-0001-8300-8339>

Katitza Marinkovic Chavez <http://orcid.org/0000-0002-5232-8791>

Zain Kurdi <http://orcid.org/0000-0002-0907-4298>

Oliver Eastwood <http://orcid.org/0000-0001-6801-2049>

Rowena Conroy <http://orcid.org/0000-0002-0805-1457>

Mira Vasileva <http://orcid.org/0000-0002-6575-0860>

参考文献

Alisic, E. (2023, November 26). *Losing a parent to domestic homicide – and everything that’s wrong with this headline pursuit*. University of Melbourne.

- Alisic, E., Bus, M., Dulack, W., Pennings, L., & Splinter, J. (2012). Teachers' experiences supporting children after traumatic exposure. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 98–101. <https://doi.org/10.1002/jts.20709>
- Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, T., Hehenkamp, L., & van de Putte, E. (2017). Children's perspectives on life and well-being after parental intimate partner homicide. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(6), 1463796. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1463796>
- Alisic, E., & Humphreys, C. (2019, November 30). *The children left behind by domestic homicide pursuit*. University of Melbourne.
- Alisic, E., Krishna, R. N., Groot, A., & Frederick, J. W. (2015). Children's mental health and well-being after parental intimate partner homicide: A systematic review. *Clinical Child & Family Psychology Review, 18*(4), 328–345. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0193-7>
- Baweja, S., Santiago, C. D., Vona, P., Pears, G., Langley, A., & Kataoka, S. (2016). Improving implementation of a school-based program for traumatized students: Identifying factors that promote teacher support and collaboration. *School Mental Health, 8*(1), 120–131. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9170-z>
- Berger, E., & Samuel, S. (2020). A qualitative analysis of the experiences, training, and support needs of school mental health workers regarding student trauma. *Australian Psychologist, 55*(5), 498–507. <https://doi.org/10.1111/ap.12452>
- Black, D., & Kaplan, T. (1988). Father kills mother: Issues and problems encountered by a child psychiatric team. *British Journal of Psychiatry, 153*(5), 624–630. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.5.624>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology, 9*(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Buckley, H., Holt, S., & Whelan, S. (2007). Listen to me! Children's experiences of domestic violence. *Child Abuse Review, 16*(5), 296–310. <https://doi.org/10.1002/car.995>
- Campbell, M. (2017). Public policy and policy research on school-based counseling in Australia. In J. C. Carey, B. Harris, S. M. Lee, & O. Aluede (Eds.), *International handbook for policy research on school-based counseling* (pp. 427–436). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58179-8_28
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2011). Supporting children with traumatic grief: What educators need to know. *School Psychology International, 32*(2), 117–131. <https://doi.org/10.1177/0143034311400827>
- Copeland, L., Willis, S., Hewitt, G., Edwards, A., Jones, S., Page, N., Murphy, S., & Evans, R. (2023). School- and community-based counselling services for children and young people aged 7–18 in the UK: A rapid review of effectiveness, implementation and acceptability. *Counselling and Psychotherapy Research, 23*(2), 419–458. <https://doi.org/10.1002/capr.12688>
- De Jong, T., & Kerr-Roubicek, H. (2007). Towards a whole school approach to pastoral care: A proposed framework of principles and practices. *Australian Journal of Guidance and Counselling, 17*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1375/ajgc.17.1.1>
- Dods, J. (2013). Enhancing understanding of the nature of supportive school-based relationships for

- youth who have experienced trauma. *Canadian Journal of Education*, 36(1), 71–95.
- Fenning, P. A., Pulaski, S., Gomez, M., Morello, M., Maciel, L., Maroney, E., Schmidt, A., Dahlvig, K., McArdle, L., Morello, T., Wilson, R., Horwitz, A., & Maltese, R. (2012). Call to action: A critical need for designing alternatives to suspension and expulsion. *Journal of School Violence*, 11(2), 105–117. <https://doi.org/10.1080/15388220.2011.646643>
- Fondren, K., Lawson, M., Speidel, R., McDonnell, C. G., & Valentin, K. (2020). Buffering the effects of childhood trauma within the school setting: A systematic review of trauma-informed and trauma-responsive interventions among trauma-affected youth. *Children & Youth Services Review*, 109, 104691. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104691>
- Franklin, C. G. S., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S., & Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children & Youth Services Review*, 34(5), 973–982. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.027>
- Gaensbauer, T., Chatoor, I., Drell, M., Siegel, D., & Zeanah, C. H. (1995). Traumatic loss in a one-year-old girl. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(4), 520–528. <https://doi.org/10.1097/00004583-199504000-00019>
- Giboney Wall, C. R. (2021). Relationship over reproach: Fostering resilience by embracing a trauma-informed approach to elementary education. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(1), 118–137. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1737292>
- Hardesty, J., Campbell, J., McFarlane, J., & Lewandowski, L. (2008). How children and their caregivers adjust after intimate partner femicide. *Journal of Family Issues*, 29(1), 100–124. <https://doi.org/10.1177/0192513X07307845>
- Hobbs, C., Paulsen, D., & Thomas, J. (2019). Trauma-informed practice for pre-service teachers. *Education*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.1435>
- Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846–854. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>
- Kim, B., & Merlo, A. V. (2023). Domestic homicide: A synthesis of systematic review evidence. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 776–793. <https://doi.org/10.1177/15248380211043812>
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., & Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396–404. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.396>