

SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach

Prepared by
SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative
July 2014

SAMHSA のトラウマ概念と
トラウマインフォームドアプローチのための手引き

SAMHSA のトラウマと司法に関する戦略構想
2014.7



www.samhsa.gov • 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727)

謝辞

本書は、米国薬物乱用精神保健管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）のトラウマと司法に関する戦略構想ワーキンググループのリーダーシップのもとで作成されたものです。ワーキンググループのメンバーは、Larke N. Huang（リーダー）、Rebecca Flatow、Tenly Biggs、Sara Afayee、Kelley Smith、Thomas Clark、Mary Blake です。また、SAMHSA の全米トラウマインフォームドケアセンターのサポートも受けています（コントラクト番号 270-13-0409）。COR は、Mary Blake と Tenly Biggs です。

免責事項

本書の見解・意見・および内容は、著者のものであり、必ずしも SAMHSA または米国保健福祉省（Health and Human Services, HHS）の見解、意見または方針を反映するものではありません。

著作権

著作権で保護された著作物から直接引用されたものを除き、本書で扱われているすべての資料は公的なものであり、SAMHSA または著者の許可なく複製または複写することができます。資料の引用は構いません。ただし、本書は、米国保健福祉省 SAMHSA のコミュニケーション課（Office of Communications）の特定の書面による許可なく、有償で複製または配布することはできません。

電子アクセスと出版物のコピー

本書は、SAMHSA の公式ホームページ（<http://store.samhsa.gov>）からダウンロードまたは注文することができます。または SAMHSA 1-877-SAMHSA-7（1-877-726-4727）（英語、スペイン語対応）までご連絡ください。

引用の際の表記

（原著）Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

（日本語版）

「SAMHSA のトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き」
大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター・兵庫県こころのケアセンター訳、
2018.3 <http://nmsc.osaka-kyoiku.ac.jp/> <http://www.j-hits.org/>

監訳	兵庫県こころのケアセンター	亀岡智美
	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター	瀧野揚三
翻訳	徳島大学保健管理・総合相談センター	中村有吾
	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター	岩切昌宏、木村有里
	大阪教育大学教育学部教育協働学科	石橋正浩、下村陽一
	大阪大学大学院人間科学研究科	野坂祐子

発行所

Office of Policy, Planning and Innovation, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Printed 2014.

目次

はじめに	2
目的とアプローチ：トラウマとトラウマインフォームドアプローチの枠組みの作成	3
トラウマの歴史的背景：立ち位置と道程	5
SAMHSA のトラウマ概念	7
SAMHSA のトラウマインフォームドアプローチ：主要な前提条件と原則	9
トラウマインフォームドアプローチ実施のための手引き	12
次の段階：地域社会との関連におけるトラウマ	17
結論	17
文末脚注	18

はじめに

トラウマは広範囲に有害で多大な損失をもたらす公衆衛生上の問題です。暴力、虐待、ネグレクト、喪失、災害、戦争といった感情的に有害な体験の結果としてトラウマが生じます。年齢、ジェンダー、社会経済的地位、人種、民族、地理的状况または性的指向に関係なく、トラウマが生じます。精神障害あるいは物質使用障害の人も例外ではありません。効果的な行動保健サービスを提供する上で、トラウマに対応することが重要な要素であることが理解されるようになっていきます。さらに、トラウマへの対応は、多領域からなる複数の機関によって行われる必要があることが明らかになってきました。その内容には、公教育と啓発、予防と早期発見、トラウマに特化した効果的なアセスメントと治療を含む公衆衛生的取り組みが含まれます。**その効果を最大限に発揮するためには、トラウマインフォームドな組織や地域において支援が提供される必要があります。つまり、トラウマとその広範な影響に関する知識と理解に基づいた支援が大切です。**

効果的な行動保健サービスを提供する上で、トラウマに対応することが重要な要素であることが理解されるようになっていきます。

トラウマは個人、家族、そして地域社会に大きな負担を与え、公的機関やサービスシステムに問題をもたらします。トラウマとなる出来事を体験した人の多くは悪影響が持続することなく生活を送りません。しかし、なかには生活に困難をとめない、トラウマ性ストレス反応を示す人もいます。最近の研究では、トラウマとなる出来事への曝露と、障害された神経発達系や免疫系の反応、のちの慢性的な身体的問題や行動保健上の問題をひきおこす健康に危険を及ぼす行動との関連が報告されています^{1,2,3,4,5}。研究では適切な支援と介入により、トラウマ体験を克服することができることも示されていま

す^{6,7,8,9}。しかし、大多数の人はこれらのサービスや支援を受けないままです。トラウマへの対応がなされないと、精神障害および物質使用障害、慢性的な身体疾患のリスクが有意に増大します^{1,10,11}。

適切な支援と介入により、トラウマ体験を克服することができます。

トラウマとなる出来事を体験した人は、行動保健分野はもちろん、それ以外の多くのサービス分野でも見出されます。少年・刑事司法システムの対象者に関する研究では、精神障害や物質使用障害の人、過去にトラウマの体験をもつ人の割合が高いことが示されています^{12,13}。児童福祉システムの対象である子どもや家族も同様に、トラウマやそれに関連する行動保健問題を高率に体験しています^{5,14}。トラウマを体験している若者の多くには、学業上での失敗が見受けられます。また、プライマリケアを受ける患者の多くも同様に、健康状態および治療への反応に大きな影響を及ぼすような深刻なトラウマの体験を有します^{15,16,17}。

さらに、公的機関やサービスシステムは個人を対象にサービスや支援を提供することを目的としていますが、それ自体がトラウマを引き起こすこともしばしばあります。強制的行為の使用（行動保健制度における隔離や拘束、児童福祉制度における虐待家族からの子どもの急な分離、医療における侵襲的な処置の使用、教育・学校制度における厳しい規律の実行、刑事司法制度における脅迫的な行為）により、過去に深刻なトラウマを体験してこれらの制度を利用する人に、再被害を与える可能性があります。こうしたプログラムや実践方針によって、望まれるような成果をあげることができないこともしばしばあります。

このように、トラウマとなる出来事が個人、家族、地域社会に広範囲に有害な影響を与えることや、公的機関やサービスシステムを利用する人の再トラウマ化が、意図せずに広範囲に、「通常業務」としてなされていることを考え直す必要があります。公的機関やサービスシステムでは、多くの人が様々なトラウマ歴を有しており、それが対応されないままであることは、健康やウェルビーイングの妨げになりうると理解されるようになっていきます。たとえば、家庭で虐待やネグレクトに苦しむ子どもが学校での勉強に集中することができず、学校での成績が悪くことがあります。家庭内暴力の被害を受けている女性が、仕事の場面で問題を抱えていることがあります。路上で繰り返し暴力にさらされてきた受刑者が、暴力による報復や再犯を断つことが困難であることがあります。性暴力を受けたホームレスの若者が、性暴力の影響に対処しようと、自傷行為や危険な行動を示すことがあります。あるいは、退役軍人がトラウマとなる戦闘の記憶を回避しようと、物質を使用することがあります。こうしたエピソードは受け入れがたいも

のですが、残念なことに、あまりにもありふれた話でもあります。しかし、最近まで、これらの人達が体験したトラウマへの対応方法や、多くの公的機関やサービスの枠組みにおける再トラウマ化の影響を軽減させる方法についての理解を深めることが、不可欠であると考えられていませんでした。しかし、現在では、トラウマの影響に加えて、サービスシステムがトラウマに関連する問題にどのような影響を与えるかが大きな注目を浴びるようになってきました。これらのシステムは、トラウマインフォームドアプローチという枠組みにおいて、いかに「業務」をすべきかについて見直し始めています。

トラウマの影響に加えて、サービスシステムがトラウマに関連する問題にどのような影響を与えるかが大きな注目を浴びるようになってきました。これらのシステムは、トラウマインフォームドアプローチという枠組みにおいて、いかに「業務」をすべきかについて見直し始めています。

目的とアプローチ：

トラウマとトラウマインフォームドアプローチの枠組みの作成

目的

本書の目的は、トラウマとトラウマインフォームドアプローチの実用的な概念を作成し、これらの概念が多くのサービスシステムや関係者に受け入れやすく適切なものであるという共通理解を広げることです。SAMHSA は、行動保健を専門とする諸部門に一つの枠組みを提供します。この枠組みは人々のトラウマとなる体験への対処能力に影響を与える、児童福祉、教育、犯罪および少年司法、プライマリヘルスケア、軍隊などといった部門にも適応可能なものです。実際のところ、行動保健問題を有する人の多くはこうした専門的ではない行動保健システムのなかで治療やサービスを受けていま

す。SAMHSA は、この枠組みにより連邦政府の関連機関およびそれに対応する州や地域のシステム、そして実践家と研究者、トラウマサバイバー、家族、地域社会を結びつけることをねらいとしています。私たちの望む目標は、複数のシステムが「交流する」ような枠組みを構築し、トラウマと行動保健問題との関連性をよりよく理解し、それぞれのシステムがトラウマインフォームドとなるよう導くことです。

アプローチ

SAMHSA は、3つの重要な流れを統合することに取り掛かりました。すなわち、トラウマに焦点をあてた研究活動・

トラウマ介入の実践から得られた知識・複数のサービス部門が過去にかかわったトラウマサバイバーの語りから得た学びの3つを統合することです。このことにより、私たちのサービスシステムおよび公的機関の対処能力が向上する枠組みが作られ、利用者がかかえるトラウマに関連した問題を適切に扱えるようになることが期待されました

この作業の開始にあたり、SAMHSA はトラウマの定義ならびにトラウマインフォームドケアのモデルに関する周辺状況を調査しました。SAMHSA は、この領域で幅広い業績をもつ国内の専門家グループを招集しました。すなわち、複数のサービスシステムでケアをうけていたトラウマサバイバー、トラウマの治療経験のある様々な領域の実践家、トラウマとその介入技法の開発を専門とする研究者、そして行動保健領域の政策立案者などでした。

SAMHSA は、この会議で、これらの専門家による議論を要約した作業文書を作成しました。そして、この文書はトラウマの領域にかかわる複数の連邦政府機関で精査されました。同時に、この文書をSAMHSA のウェブサイト上で公開し、パブリックコメントを募りました。連邦政府機関の専門家から豊富なコメントや提案が得られました。パブリックコメントを募るウェブサイトには2,000人を超える回答者、20,000件を超えるコメントや他者のコメントへの追加コメントが寄せられました。SAMHSA はこれらのコメントすべてを吟味し、文書の改訂を行い、この冊子に記載されている枠組みと手引きを作成しました。

本冊子で扱う主要な問い：

- トラウマとは？
- トラウマインフォームドアプローチとは？
- トラウマインフォームドアプローチの主要な原則とは？
- トラウマインフォームドアプローチを実践するための推奨される手引きとは？
- コミュニティにおいてトラウマをどのように理解するか？

この課題に対する SAMHSA のアプローチは、研究と臨床実践によって得られた知識をトラウマサバイバーの声と統合する試みでした。この取り組みには、トラウマに焦点をあてた SAMHSA の助成金事業から補助を受けた専門家、SAMHSA の全米子どものトラウマティックストレス構想や、SAMHSA の全米トラウマインフォームドケアセンターも参加しました。さらに、刑務所でのトラウマ回復助成プログラム、子どもの精神保健計画、女性と子どもと家族の物質使用障害治療プログラム、再収容された犯罪者と成人の薬物使用治療のための裁判所プログラムなどのように、トラウマは中心的事項ではないものの、トラウマに大きな関心を払っている他の助成プログラムから得られたデータや知見も含まれています。

トラウマの歴史的背景：立ち位置と道程

トラウマティックストレスの概念は少なくとも40年前に精神保健の領域に現れました。この20年以上、SAMHSAはトラウマへの対応が、精神保健サービスや物質乱用防止サービスの提供には必要であると考え、先導者の役割を果たしてきました。また、トラウマインフォームドケアシステムの開発や普及も支援してきました。1994年には、トラウマを前面に出した最初の全米会議（Dare to Vision Conference）を開催しました。その会議では、女性のトラウマサバイバーが、病院での一般的な処置がいかにも再トラウマ化を引きおこし、以前の虐待の記憶のひき金になることが多いかを語りました。1998年にSAMHSAは、女性の暴力・トラウマ・併存する精神疾患や物質使用障害の相互関係を解明するための研究に資金を提供しました。これは、身体的虐待や性的虐待歴を有し、精神障害や物質使用障害に苦しむ女性への、統合的なサービスアプローチの開発や評価に関する知識を生み出すためのものでした。2001年には、様々なタイプのトラウマとなる出来事に曝露した子どものトラウマについての理解を深め、効果的な介入方法を開発するために、全米子どものトラウマティックストレス・ネットワーク構想に資金を提供しました。

アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association, APA）は、トラウマの定義において重要な役割を果たしました。PTSD（posttraumatic stress disorder）の診断基準は、精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM）で何度も討議されてきました。この診断基準は近年発刊されたDSM-5（APA, 2013）において、生涯に渡る観点が含まれた、トラウマおよびストレス関連障害という新しいカテゴリーになりました。1970年代から、臨床や研究に適用できるトラウマ曝露についての尺度や検査が増えてきています^{18,19,20,21}。全米トラウマ研究と実践

センターは、この数十年でトラウマの概念を精査し、トラウマのアセスメントと治療法を開発するという重要な作業を行ってきました^{22,23,24,25}。神経科学の進展に伴い、トラウマとなる体験への生物心理社会的なアプローチによって、そのメカニズムが説明されるようになりました。そして、神経生物学と心理社会的プロセスの問題が相互に関係し、生涯に渡り、精神健康や物質使用障害に繋がることが明らかになってきました^{3,25}。同時にトラウマサバイバー運動が興隆し、トラウマとなる体験についての理解に別の観点が生まれてきました。トラウマサバイバー（トラウマを体験し生き延びている人々）は、回復への道程を力強く、体系的に実証してきました²⁶。トラウマとなる体験は、子どもや大人が人生の意味を理解したり、家族や地域社会において有意義で安定した関係性を築く能力を悪化させています。

トラウマサバイバーは、回復への道程を力強く、体系的に実証してきました。

研究や臨床についてのトラウマサバイバーの視点を集約すると、精神健康を損ない、物質使用をしている人達の人生において、トラウマとなる体験が中心的役割を果たすことが強調されるようになりました。トラウマとこれらの状況との関係性を理解することにより、行動保健や他のサービスシステムの対象となる人（子どもであれ成人であれ）に起きていることを説明できるようになってきました^{25,27}。

しかし、トラウマとなる体験をもつ人々は、行動保健システムだけに現れるわけではありません。トラウマ反応は、行動上の問題として顕在化することが多く、結果として、児童福祉や犯罪・少年司法と関わることになったり、教育や職業上の問題、プライマリケアでのトラブルとなったりします。近年、軍人のPTSD罹患率の高さに注目が集まっています

多様なトラウマ体験やトラウマ反応についての理解が深まるにつれ、多くの臨床的介入法が開発されました。連邦研究機関、学術機関、実践研究連携機関は、効果が実証された介入を生み出してきました。SAMHSAの実証性のあるプログラム及び実践に関するレジストリ（National Registry of Evidence-based Programs and Practices, NREPP）だけでも、トラウマの治療やスクリーニングに焦点を当てた介入が15以上あります。

これらの介入は、行動保健医療ケア提供システムに組み込まれています。しかし、トラウマサバイバーの意見から、これらの臨床的介入は十分ではないことが明らかになりました。SAMHSAの女性・併存障害・暴力の研究（Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study）、SAMHSAの全米子どものトラウマティックストレス・ネットワーク、SAMHSAのトラウマインフォームドケアと隔離拘束の代替案のための全米センター（National Center for Trauma-Informed Care and Alternatives to Seclusion and Restraints）によると、サービスを提供する組織の風土や環境は、介入の成果を最大化し、支援される人の癒しと回復に貢献する上で重要な役割を果たすことが明らかとなりました。SAMHSAのトラウマインフォームドケアセンターは、こういった努力を続けています。これは、行動保健部門で始まりましたが、刑事司法、教育、プライマリケア部門における組織変化のための技術支援依頼が増えてきています。

連邦、州、地方レベルのトラウマに焦点づけた活動

トラウマの広範な影響や、身体・行動・健康と幸福との関連についての理解が進み、トラウマを体験した人々により適切なサービスを提供する方法を模索しようとする組織が、州や地方組織、連邦機関で増えてきています。

州はトラウマに重点を置いており、たとえば、オレゴン保健当局は、年齢と人種を超えた様々なトラウマに注目しています。メイン州の成長構想（Thrive Initiative）では、トラウマインフォームドケアを子どものケアシステムに取り入れています。ニューヨーク州では、少年司法制度にトラウマインフォームド構想を導入しています。ミズーリ州では、成人精神保健システムのトラウマインフォームドアプローチを検討しています。マサチューセッツ州では、子どもトラウマプロジェクトが、児童福祉の実践において州全体でトラウマインフォームドケアの導入に取り組んでいます。コネチカット州では、子どもの健康と発達機関（Child Health and Development Institute）が、州の児童福祉局（the state Department of Children and Families）と協力して、政策と人材育成を通して州全体でトラウマインフォームドシステムを構築しています。SAMHSAは、州および地方自治体向けの精神保健転換助成金（Mental Health Transformation Grant）プログラムを通じて、トラウマインフォームドアプローチのさらなる発展を支援してきました。

地域レベルの取り組みの例も増えていきます。たとえば、フロリダのターポンスプリングズ市は、トラウマインフォームドな地域になるための重要な施策を始めています。市は、個人の逆境が地域福祉のための費用負担を増大することを広く周知することを目標としました。ワシントン州の家族政策協議会（Family Policy Council）は、逆境的小児期体験が地域社会や部族社会の健康と福祉に及ぼす影響力を考えるためにグループを作りました。フィラデルフィアでは、トラウマと暴力が地域社会の心身の健康に与える影響に対する理解を進めるためのサミットを開催しました。

SAMHSAは、具体的にトラウマに対応する助成プログラムの支援を続けています。

連邦レベルでは、SAMHSA は、具体的にトラウマに対応する助成プログラムと、トラウマの予防・治療・回復に焦点を当てた技術支援センターへの支援を続けています。

その他の連邦機関もトラウマに重点を置くようになっています。児童青少年家庭局（Administration on Children Youth and Families, ACYF）」が重視するのは、児童福祉システムにおける子どもの複雑性トラウマです。トラウマの重症度をどのようにスクリーニング・評価し、トラウマ治療につなげるかが、これらの若者の福祉の改善に寄与する可能性があります。ACYF、SAMHSA、およびメディケア・メディケイド・サービスセンター（Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS）の3機関が共同し、CMS の州理事会・すべての州の児童福祉管理者・精神保健委員・薬物乱用への州機関の代表者・州の医療管理者に向け、子どものトラウマとその影響・スクリーニング・評価・治療的介入およびこれらのケアに対する支払い戦略についての議論を喚起し、通達を出しました。少年司法および非行予防局（Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention）は、暴力に

曝された子ども構想（Children Exposed to Violence Initiative）において、トラウマに対応するための具体的な勧告を行っています。女性健康局（Office of Women's Health）は、女性の健康管理においてトラウマにどう対応すべきかについて、医療従事者への研修カリキュラムを開発しました。労働省は、連邦政府の省庁間のワークグループを通して、職場におけるトラウマを調査しています。国防総省は、軍隊における性暴力やトラウマの予防に取り組んでいます。

様々な部門を代表する複数の連邦機関は、サービスを利用している子ども・大人・家族へのトラウマの影響を認識しており、これらの問題に対処する際にSAMHSA に協力を要請しています。トラウマの影響が広範に渡るという認識と、トラウマインフォームドアプローチを通して対応能力を高めることへの関心が高まり、SAMHSA は行動保健だけでなく他の関連分野にトラウマインフォームドアプローチを適用すると同時に、その概念的枠組みやアプローチの再検討を迫られています。

SAMHSA のトラウマ概念

トラウマの分野における数十年間にわたる研究は、トラウマの多様な定義を生み出してきました。この研究を通して、SAMHSA はトラウマの定義の目録を作成し、これらの定義に微妙なニュアンスの相違があることを認識しました。

SAMHSA は、実践家・研究者・トラウマサバイバーの間で共有できる概念を求めて、公衆衛生機関やサービスシステムに関連する概念を作成する専門家委員会に注目しました。SAMHSA は、サービスを利用している人々・地域社会・関係者を支援するために使用できる、実行可

能な枠組みを提供することを目指しています。既存の定義と専門家委員会の討議を再検討し、以下の概念が生み出されました。

個々のトラウマは、出来事（Event）や状況の組み合わせの結果として生じます。それは身体的または感情的に有害であるか、または生命を脅かすものとして体験（Experience）され、個人の機能的および精神的、身体的、社会的、感情的またはスピリチュアルな幸福に、長期的な悪影響（Effect）を与えます。

トラウマの 3 つの「E」：出来事 (Event)、体験 (Experience)、影響 (Effect)

出来事や状況には、実際の極度の脅威的な身体的あるいは心理的被害（例えば、自然災害、暴力など）、または、子どもの健全な発達を害する深刻で生命を脅かすネグレクトを含みます。これらの出来事および状況は、一回きりの場合も繰り返し起こる場合もあります。SAMHSA のトラウマの概念のこの要素は、DSM-5 の中で示されており、診断基準にトラウマもしくはストレスとなる出来事への曝露を含むことが、「トラウマおよびストレス関連障害群」と分類されるすべての病態で必要となります。

これらの出来事または状況を個人がどのように**体験**したかということが、それがトラウマとなる出来事であるかどうかを判断するのに役立ちます。特定の出来事は、ある個人にとってはトラウマとなる出来事として体験され、別の人ではそうではないかもしれません（例えば、虐待を受けた家庭から引き離されたきょうだいは、それぞれ異なる体験をします。自国から逃れた難民も、一人ひとり異なる体験をするかもしれません。戦闘地帯へ配属された復員兵も、他の復員兵と同じ影響を受けているわけではありません）。個人がその出来事をどのように名づけ、意味付けるか、身体的または心理的にどの程度傷つけられたかが、その出来事がトラウマとして体験されるかどうかに関わります。トラウマとなる出来事は、まさしくその性質上、ある物事（個人であれ、出来事であれ、自然の力であれ）が別の物事を支配するという力の格差を生み出します。そのため、「なぜ私なんだ？」という深刻な疑問が生じます。これらの出来事や状況を個人がどのように体験するかは、この無力感と疑問という文脈において形作られます。屈辱・罪悪感・恥・裏切り・沈黙の感情は、しばしばその出来事の体験を形作ります。人が身体的または性的虐待を体験すると、それはしばしば屈辱感を伴い、その人はあたかも自分が悪いとか汚れて

いるかのように感じます。それが、自責感、恥や罪悪感をもたらします。戦争や自然災害の場合、トラウマとなる出来事を生き延びた人々は、他者が亡くなったことで自分自身を責める場合があります。信頼できる養育者による虐待は、しばしば裏切りの感情を引き起こし、人への信頼感を打ち砕き、孤独感を強めます。多くの場合、子ども虐待や家庭内暴力 (domestic violence, DV) では、黙っておくようにという脅迫や、助けを求めることへの恐怖を伴います。

出来事がどのように体験されるかは、個人の文化的信念（たとえば、女性の服従や DV の体験）、社会的サポートが利用できるかどうか（たとえば、孤立しているのか、支援してくれる家族や地域社会に属しているかなど）、またはその人の発達段階（たとえば、その人が 5 歳か 15 歳か 50 歳かで、その出来事をどのように理解するかが異なるかもしれません）を含む様々な要因と関係する可能性があります¹。

出来事の長期にわたる不利な**影響**は、トラウマの重要な要素です。こういった影響は直後に生じることもあれば、遅れて現れることもあります。影響する期間も短期間であったり長期間であったりします。状況によっては、その人がトラウマとなる出来事とその影響との関連性を認識していないこともあります。不利な影響の例には、通常のストレスや日常生活の緊張に対処できないことや、人を信頼しそこから恩恵を得ることができないこと、記憶・注意・思考などの認知プロセスを管理できないこと、行動や感情表出の制御ができないことなどです。これらの目に見える影響に加えて、神経生物学的構造・現在の健康や幸福の度合いが変化することがあります。神経科学が進歩し、神経生物学的要因と環境要因の相互作用の理解が進んだことで、このような脅威を与える出来事の影響が立証されてきました^{1,3}。過剰な警戒や絶え間ない覚醒状態から、麻痺または回避に至るまでのトラウマの影響は、最終的にその人を

身体的、精神的、感情的に衰弱させる可能性があります。また、トラウマのサバイバーは、これらの出来事がスピリチュ

アルな信念とこれらの体験を意味づける能力に及ぼす影響を強調しています。

SAMHSA のトラウマインフォームドアプローチ：主要な前提条件と原則

トラウマの研究者、実践家およびサバイバーは、トラウマやトラウマに特化した介入法を理解するだけでは、トラウマサバイバーの転帰を最適なものにするにも、サービスシステムの仕事の仕方に影響を与えるにも、十分でないことを認識しています。

トラウマへの対応や治療がどのような文脈でなされるかということは、トラウマサバイバー・サービスを利用している人々・システムに配属されている職員の転帰に寄与します。「トラウマインフォームドケア」「トラウマインフォームドアプローチ」のように様々に紹介されているこの枠組みは、ケアの文脈に必須であると考えられています^{22,32,33}。SAMHSA のトラウマインフォームドアプローチの概念は、4つの前提条件と6つの主要原則に基づいています。

トラウマインフォームドなプログラム・組織・システムはトラウマの広範な影響を理解し (realizes)、回復への可能な道筋を知っている。クライアント・家族・職員やシステムに関係する人たちに生じるトラウマの兆候や症状を認識する (recognizes)。トラウマに関する知識を方針・手続き・実践に十分統合して対応し (responds)、積極的に再トラウマ化を予防する (resist re-traumatization)。

トラウマインフォームドアプローチは、トラウマに特化したサービスやトラウマのシステムとは異なります。トラウマインフォームドアプローチは、アセスメント・治療・回復支援といったトラウマに特化した介入を含みますが、それは、組織文化に主要なトラウマの原則が組み込まれているということでもあります。

「トラウマインフォームドケア」「トラウマインフォームドアプローチ」のように様々に紹介されているこの枠組みは、ケアの文脈に必須であると考えられています。

4つの「R」：トラウマインフォームドアプローチの主要な前提条件

トラウマインフォームドアプローチでは、組織やシステムにおけるすべてのレベルで、すべての人々が、トラウマの基本を理解し、トラウマが個人や家族・集団・組織・地域社会にどのような影響を与える可能性があるかを理解しています。それらが過去に起きたことであれ（たとえば、子ども虐待歴のあるクライアント）、現在起きていることであれ（たとえば、DV 家庭で暮らしている職員）、あるいは他の人の直接体験を聴くことで生じる精神的苦痛に関連したものであれ（たとえば、直接ケアをする専門家が体験する二次的トラウマティックストレス）、人々の体験や行動は、逆境を生き抜くためになされた対処方法の観点から理解されます。トラウマは、精神障害や物質使用障害において、ある役割を果たしており、予防・治療・回復の場において系統的に対処されるべきであると理解されています。同様に、トラウマは行動保健専門サービス部門だけではなく、他のシステム（たとえば、児童福祉、刑事司法、プライマリケア、ピアランなどの当事者同士の互助プログラムやコミュニティ組織）にも不可欠であり、システムにおける有効な効果への障壁にもなると理解されています。

組織やシステムの人々は、トラウマの兆候を認識することもできます。これらの兆候は、ジェンダーや年齢、ある種の状

況であるかもしれないし、これらの場でサービスを求めたり提供したりする人によって示されるかもしれません。トラウマのスクリーニングやアセスメントは、人材育成・スタッフの援助・スーパービジョンの実践と同様に、トラウマの認識に役立ちます。

プログラム・組織・システムは、機能している全ての領域にトラウマインフォームドアプローチの原則を適応させて、対応します。プログラム・組織・システムは、トラウマとなる出来事が、直接的あるいは間接的に、かかわるすべての人々に影響を与えることを理解しています。入口でクライアントを迎える人から役員や理事会に至る、組織のすべての部門のスタッフは、言動や方針を変えて、サービスを利用する子どもや大人、サービスを提供するスタッフのトラウマ体験に配慮するようになります。これは、スタッフ研修、継続的な研修のための予算、スタッフやサービスを提供する人々の人生におけるトラウマの役割を理解しているリーダーを通じて達成されます。組織には、効果が実証されたトラウマ対応法を訓練された実践者がいます。綱領・職員のハンドブックやマニュアルのような組織の方針は、レジリエンス・回復・トラウマからの癒しに関する考えに基づいた文化を促進します。たとえば、機関の目標に、組織がトラウマの回復を促進することを約束するという綱領を意図的に含めることがあります。クライアント諮問委員会の設立や、理事会へのサービス利用者の参加を通して、機関の方針にサービス利用者の視点を取り入れるという約束が実行されます。機関の研修には、スタッフが二次的トラウマティックストレスに対処することを支援するスーパーバイザーのための資源が含まれます。組織は、身体的・心理的に安全な環境を提供することを約束します。リーダーは、スタッフが信頼・公平・透明性を奨励する環境で働くことを保証します。プログラム・組織・システムの対応には、サービス利用者の人生にはトラウマがあると予測し、再トラウマ化を起こさないように

保証する、ユニバーサルな予防アプローチが含まれます。

トラウマインフォームドアプローチはクライアントとスタッフの再トラウマ化を予防します。組織は、クライアントの回復・スタッフの健康・組織目標の実現を妨害する、ストレスフルで有害な環境を、しばしば気づかぬうちに生み出します²⁷。トラウマインフォームドな環境で働くスタッフは、組織的な実践がいかに苦痛な記憶の引き金となり、トラウマ歴があるクライアントが再トラウマ化するのかということをお教えられます。たとえば、スタッフは、性的虐待を受けてきた人を拘束したり、ネグレクトされたり捨てられた子どもを隔離部屋に入れたりすることは、再トラウマとなり癒しや回復を妨げるということをお認識しています。

トラウマインフォームドアプローチの6つの主要な原則

トラウマインフォームドアプローチは、規定の実践や手順というよりむしろ、6つの主要な原則を遵守するものです。これらの原則は、用語や適用のしかたは場面または部門に特化したものになることがあります。多様な場面で用いることができます。

トラウマインフォームドアプローチの6つの主要な原則

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

SAMHSA の観点では、トラウマの影響を受けた個人や家族の回復とレジリエンスのつながりを促進することが重要です。SAMHSA の回復の定義と同様、トラウマインフォームドなサービスとサポートは、利用可能な最良のエビデンスとクライアントや家族の参加・エンパワメント・協働に基づいて構築されます。

トラウマインフォームドアプローチの基本的な6つの主要原則は以下の通りです^{24,36}。

1.安全：組織全体を通して、スタッフやサービスを利用している人は、身体的および心理的に安全であると感じます。つまり、身体的環境が安全であり、対人的なやり取りが安全感を高めるといことです。サービスを利用している人々にとっての安全とは何かということを理解することが、最優先事項です。

2.信頼性と透明性：組織運営と意思決定は、透明性をもって実施されます。その目的は、クライアントや家族、組織内のスタッフなどとの信頼関係を構築し維持することです。

3.ピアサポート：ピアサポートや相互自助は、安全と希望の確立、信頼の構築、協働の強化、回復と癒しを促進するために彼らのトラウマ物語や実体験を活用するための重要な手段です。「ピア」という用語は、トラウマの実体験を有している人を指します。子どもの場合は、トラウマとなる出来事を体験した子どもの家族や回復の鍵を握る主要な養育者を意味します。ピアは、「トラウマサバイバー」とも呼ばれます。

4.協働と相互性：パートナーシップと力関係のバランスに重きが置かれています。力関係の不均衡は、スタッフとクライアント間、事務職や清掃員と専門職や管理者に至る組織のスタッフ間に存在します。また、力と意思決定を有意義に共有する関係性の中で、癒しが生じることを実証することも重要視されています。誰もがトラウマインフォームドアプローチにおいてある役割を果たすということを、組織は認識しています。ある専門家が述べたように、「人は治療できるセラピストである必要はない」のです¹²。

5.エンパワメント、意見表明と選択：組織全体やサービスを利用しているクライアント間において、個人のストレングスや体験が認識され、積み上げられます。組織は、トラウマからの癒しと回復を促進するために、サービス利用者が中心であり、個人・組織・コミュニティにはレジリエンスや能力があるという信念を育みます。組織は、組織を運営している人・サービスを提供している人・および/または援助と支援のために組織にやって来た人の生活において、トラウマ体験が一つの視点となるかもしれないことを理解しています。このように、運営・人材育成およびサービスは、スタッフとクライアントのエンパワメントを等しく促進するために組織されます。組織は、力の不均衡の重要性や、歴史的にクライアントの意見表明と選択が制限されてきたことがしばしば強制的な治療につながっていることを理解しています。クライアントは、意思決定や選択、癒しと前進に必要な行動計画を立てるための目標設定を共有するように支援されます。クライアントは、セルフアドボカシーのスキルを身につけられるように支援されます。スタッフは、回復をコントロールする人ではなく、回復を促進する人となります³⁴。スタッフは、適切な組織的サポートを受け、出来る限りの仕事をできるようにエンパワーされます。サービスを利用している人と同様に、スタッフが安全を感じる必要があるということは、同時進行のプロセスなのです。

6.文化、歴史、ジェンダーに関する問題：組織は、過去の文化的な固定観念や偏見（たとえば、人種、民族、性的指向、年齢、宗教、性的同一性、地理など）を積極的に扱い、ジェンダー対応サービスを紹介したり、伝統的文化的つながりの癒しの価値を活用します。サービスを利用する人の人種・民族的・文化的ニーズに対応する方針、実施要綱、手順を取り入れています。また、歴史的なトラウマを認識し対応します。

トラウマインフォームドアプローチ実施のための手引き

トラウマインフォームドアプローチの発展には、組織の様々なレベルでの変革と、先述の 6 つの主要原則の体系的な調整が必要です。この手引きは、ハリスとファロットの業績に基づいて作成されました。主要な原則とともに、組織的トラウマインフォームドアプローチを発展させるための出発点となります²⁰。公的機関やサービス部門は、必ずしも業務を遂行する際にトラウマに配慮しているわけでもないですが、トラウマやトラウマインフォームドアプローチの役割を理解することは、それぞれの目標や目的を達成する際の助けとなります。

組織は、サービス部門やシステムを問わず、トラウマインフォームドアプローチがすべての関係者にどのように利益をもたらすのかを検討することが推奨されます。その際、トラウマに基づく組織的アセスメントを行い、プロセスを変更し、組織的な改革プロセスのあらゆる段階でクライアントやスタッフが関与します。

トラウマインフォームドアプローチを実施するための手引きは、次に述べる 10 の実施領域に示されます。これは、「チェックリスト」ではありませんし、規定の段階的なプロセスでもありません。これは組織変革の 10 領域であり、組織変革を扱う文献やトラウマインフォームドケアを確立しようとしているモデルの両方において発表されてきたものです^{35,36,37,38}。組織的なトラウマインフォームドアプローチを確立する際に特有なことは、主要な原則とトラウマに特化した内容とを横断歩道でつなぐことです。

10 の実施領域

1. 管理とリーダーシップ
2. 方針
3. 物理的環境
4. 取り決めと関与
5. 部門を超えた協働
6. スクリーニング、アセスメント、治療サービス
7. 研修と人材開発
8. モニタリングと質の保証の向上
9. 資金調達
10. 評価

管理とリーダーシップ：組織がリーダーシップをとり管理することによって、トラウマインフォームドアプローチを実施し維持しやすくなります。つまり、この業務を指導し監督するために、組織内に責任が明確に位置付けられています。そこには、同僚の意見も含まれています。このアプローチを成功させるには、しばしば組織の変革を起こすことが必要とされます。

方針：トラウマインフォームドアプローチが、組織目標の不可欠な部分であることという方針と手順が書面にされています。地域に根差した機関との連携を含めた組織的手続きと機関間のプロトコールは、トラウマインフォームドの原則を反

映したものです。このアプローチは、単にトレーニングワークショップや善意のある指導者に依存するのではなく、組織の実践および手順に「組み込まれて」いなければなりません。

組織の物理的環境：組織は、物理的環境が安全感と協働を促進することを保証します。組織で働いている人やサービスを利用している人が、安全で心地よく、身体的にも心理的にも安全を脅かされないような場を体験しなければなりません。また、物理的環境は、開放的で透明性が高い共用空間を通して、トラウマインフォームドアプローチの協働的な側面を支えます。

回復期の人、トラウマサバイバー、サービス利用者やその家族の取り決めと

関与：これらの人たちは、組織の機能の様々なレベルやあらゆる領域で、積極的に関与し意見を述べ重要な選択をします（たとえば、プログラム案、実施、サービス提供、質の保証、文化的能力、トラウマインフォームドピアサポートへのアクセス、人材育成と評価）。これはトラウマインフォームドアプローチを通常のサービスやケアと区別する主要な価値であり側面です。

部門を超えた協働：部門を超えた協働は、トラウマやトラウマインフォームドアプローチの原則についての共通理解に基づいて構築されます。トラウマへの焦点化は、様々なサービス部門で定められた目標ではないかもしれませんが、トラウマへの気づきが組織の目標達成を助けるのか、あるいは、妨げるのかを理解することは、協働関係を築く重要な側面になります。深刻なトラウマ歴のある人は、しばしば様々なサービス部門にまたがる複雑なニーズを有しています。たとえば、精神保健の臨床家がトラウマインフォームドであったとしても、トラウマに

配慮のないプログラムを紹介してしまうと、その人の成長を台無しにする可能性があります。

スクリーニング、アセスメント、治療

サービス：実践家は、利用可能で最善の、効果が実証された介入を利用し、トレーニングを受けています。また、実践家は、文化的に適切であり、トラウマインフォームドアプローチの原則を反映しています。トラウマスクリーニングとアセスメントは、取り組みの不可欠な部分になります。トラウマに特化した介入が、受け入れられ効果をあげており、サービスを求めている人や家族が利用できます。トラウマに特化したサービスが組織の中で利用できない場合は、適切なトラウマ治療につながるような信頼できる効果的な紹介システムがあります。

研修と人材開発：

トラウマに関する継続的な研修とピアサポートは不可欠です。組織の人事システムは、トラウマインフォームドの原則を、雇用・監督・スタッフの評価に取り入れています。トラウマ歴を有するスタッフや、複雑性トラウマを有する人を支援することで結果的にトラウマに曝露してしまい、重篤な二次的トラウマティックストレスや代理受傷を体験するスタッフをサポートするための手順が準備されています。

モニタリングと質の保証の向上：

トラウマインフォームドの原則について、継続的なアセスメント・進捗管理・モニタリングを行い、エビデンスに基づくトラウマに特化したスクリーニングやアセスメント、治療を効果的に使用します。

資金調達：

資金調達構造は、トラウマインフォームドアプローチを支えるようにデザインされています。すなわち、トラウマやトラウマインフォームドアプローチの主要原則についてのスタッフ研修、適切で安全な施設の構築、ピアサポートの確立、効果が実証されたトラウマスクリーニング・アセスメント・治療・回復

支援、トラウマインフォームドな部門を超えた協働の開発などの資源が含まれています。

評価：サービスや実施したプログラムの効果を評価し、それらがトラウマの理解や適切なトラウマ志向の研究手段を反映しているかどうかを評価するために、尺度を用います。

さらなる実施手引きのために、次の表では、10の領域のそれぞれにおいて、変化に焦点を当てた議論を高める質問例を挙げています。どの領域の質問も、トラウマインフォームドアプローチの6つの主要原則を反映しています。これらの質問や概念の多くは、Fallot and Harris, Henry, Black-Pond, Richardson, & Vandervort, Hummer and Dollard, and Penney and Cave の論文を引用し

ています^{39,40,41}。

表に書かれている言葉は、行動保健の場では馴染みがあるように思えるかもしれませんが、様々なシステムを超えた組織では、機関・スタッフ・サービス利用者のニーズに一番合致した質問例を用いることが推奨されます。たとえば、少年司法機関では、物理的環境を評価する際に、安全の原則がどのように取り入れられているのかを質問するとよいでしょう。プライマリケアでは、方針や手順をトラウマインフォームドサービスを提供するための方針や手順を開発する際に、エンパワメント・意見表明と選択がどのように用いられているかを調査するとよいでしょう（たとえば、産婦人科クリニックで患者に侵襲的になるかもしれない手順を一つ一つ説明するなど）。

トラウマインフォームドアプローチを実施する際に考慮すべき質問例

主要な原則					
安全	信頼性と 透明性	ピア サポート	協働と 相互性	エンパワメント、意見 表明と選択	文化、歴史、ジェン ダーに関する問題
10の実施領域					
管理と リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> • 機関のリーダーは、トラウマインフォームドアプローチを実施するための支援と助言をどのように伝えていますか？ • 機関の綱領や書面的方針・手続きのなかに、トラウマインフォームドなサービスやサポートを提供するための約束がどのように含まれていますか？ • リーダーシップや管理機構は、トラウマ歴のあるサービス利用者の意見表明や参加をどのように支援していますか？ 				
方針	<ul style="list-style-type: none"> • トラウマに配慮することや、安全や守秘義務に関する問題が、機関の書面的方針や手続きにどのように含まれていますか？ • サービス利用者の人生にトラウマが広範囲に認められることが、機関の書面的方針や手続でどのように認識され、再トラウマ化を軽減し、幸福や回復を促進するという約束がどのように表現されていますか？ • 職員向けオリエンテーションや内部研修の一環として、文化と関連したトラウマインフォームドなサービスやサポートを提供するための職員研修を行うことが、機関のスタッフ配属の方針にどのように示されていますか？ • 人事方針は、トラウマを体験した人たちと関わる際に受ける影響について、どのように配慮していますか？ • サービスやピアサポートを受けるトラウマサバイバーが、機関の計画や管理・方針決定・サービス・評価において有意義で重要な役割を担えるように、どんな方針や手続きが準備されていますか？ 				

10の実施領域（続き）	
物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ・物理的環境が、クライアントとスタッフの安全感・鎮静・緩和をどのように促進させていますか？ ・スタッフが、再トラウマとなりうる物理的環境を、どんな方法で認識し対応していますか？こうした問題に対応するための方法を開発するために、どのように連携していますか？ ・スタッフとサービス利用者の両者がセルフケアを実践できるような場所を、機関はどのように用意していますか？ ・ジェンダーにまつわる物理的及び情緒的な安全に対応するような仕組み（例えば、ジェンダーで分けられた空間や活動など）を、機関はどのように作ってきましたか？
取り決めと関与	<ul style="list-style-type: none"> ・よりよい関与やサービスの質向上のために、実体験のある人たちが組織に意見できる機会をどのように設けていますか？ ・恐れを感じたり打ちのめされたりしている人たちは、情報を処理するのが難しいかもしれないという点に気を配りつつ、ルールや手続き・活動・スケジュールについて、スタッフはどのように十分な説明をしていますか？ ・スタッフとクライアント間の透明性と信頼をどのように高めていますか？ ・スタッフとクライアント間の力の格差の感覚を、どんな方法で低減させていますか？ ・人々が心地よさを感じエンパワーされた感覚を見出せるように、スタッフはどのように支援していますか？
部門を越えた協働	<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマインフォームドな決定を行うために、サービス利用者に対応している他機関とのコミュニケーションのシステムがありますか？ ・協働している連携先は、トラウマインフォームドな機関ですか？ ・組織は、効果が実証されたトラウマサービスを提供したことのある地域機関や紹介先を、どのように見つけていますか？ ・トラウマやトラウマインフォームドアプローチに関する部門を越えた研修を促進するために、どのような仕組みがありますか？
スクリーニング アセスメント 治療サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・治療計画のなかに、その人にとっての情緒的安全の定義が取り込まれていますか？ ・サービスを利用している人にとって、時宜にかなったトラウマインフォームドなスクリーニングとアセスメントを受けることができ、また受ける機会が与えられていますか？ ・組織は、トラウマに特化した治療を提供できる、あるいは、適切なトラウマに特化したサービスを紹介することができますか？ ・サービス提供のアプローチのなかに、どのようにピアサポートを統合させていますか？ ・機関は、トラウマスクリーニングやアセスメント、治療において、ジェンダーに基づくニーズにどのように対応していますか？たとえば、ジェンダーに特化したトラウマサービスや支援は、男性にも女性にも利用可能ですか？ ・スタッフメンバーが、様々なトラウマ反応について利用者と話し合い、恐れや恥の気持ちを最小化し、自己理解を深めるために取り組んでいますか？ ・こうしたトラウマに特化した実践は、その組織で現在行われている活動のなかに、どのように組み込まれていますか？

10の実施領域（続き）	
研修と人材開発	<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマとなる体験を有する人に関わる際に起こりうる情緒的なストレスについて、機関はどのように取り組んでいますか？ ・スタッフが、トラウマに関する知識と介入について理解し向上するために、機関はどのように研修や人材育成を支援していますか？ ・組織は、あらゆるスタッフ（直接支援員、スーパーバイザー、フロント受付、補助スタッフ、清掃、保守管理）が、トラウマとその影響、そして組織や人事全体でトラウマインフォームドアプローチに取り組む方法について、基本的な研修を受けられる機会をどのように確保していますか？ ・人材育成やスタッフトレーニングでは、アイデンティティ・文化・コミュニティ・迫害が、個人のトラウマ体験・サポートや資源の利用・安全の機会に影響に及ぼすことについて、どのように取り上げていますか？ ・現在行われている人材育成やスタッフトレーニングでは、トラウマサバイバーへのきめ細かで効果的な関わりのために、知識やスキルの向上を目指して、どのようなサポートをスタッフに提供していますか？ ・トラウマインフォームドな実践やスーパービジョンを組み込むためには、スタッフやスーパーバイザーに、どのような種類の研修や資源が提供されていますか？ ・ピアサポートと連携するスタッフや、組織の人事に欠かせないものとしてピアサポートの価値を認めているスタッフを支援するために、どのような人材育成戦略が用意されていますか？
モニタリングと質保証の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・機関のトラウマインフォームドアプローチが向上しているかどうかをモニターするシステムがありますか？ ・機関はスタッフとサービス利用者双方からフィードバックを求めていますか？ ・スタッフが機関で、安全であり、評価されていると感じられているかどうかを評価するために、その機関はどんな方法やプロセスを用いていますか？ ・機関は、機関運営や質向上のプロセスにおいて、文化とトラウマにどのように注意を向けていますか？ ・機関の質保障のプロセスに組み込むべき情報を収集するために、どんな仕組みがありますか？ また、それらの仕組みは、利用しやすく、文化にちなんだトラウマインフォームドなサービスやサポートを作り出すうえで、どのようにうまく対処できていますか？
資金調達	<ul style="list-style-type: none"> ・機関の予算には、リーダーやスタッフ育成のために、トラウマやトラウマインフォームドアプローチに関する継続的な研修を支えるための資金調達がどのように含まれていますか？ ・トラウマやトラウマインフォームドアプローチに関する部門横断的な研修のために、どのような資金がありますか？ ・ピアの専門家のために、どのような資金がありますか？ ・安全な物理的環境提供のために、どのように予算が当てられていますか？
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・機関は、トラウマインフォームドな組織のアセスメントをどのように行っていますか？トラウマインフォームドアプローチのレベルを示す尺度や指標はどのようなものですか？ ・利用者の満足度調査以外に、トラウマ体験がある人の視点をどのように機関の実践に反映させていますか？ ・サービス利用者からフィードバックを求め、匿名化や守秘義務を保証するために、どのような方法がありますか？ ・トラウマインフォームドであるための組織の進展を評価するのに用いられる尺度や指標には、どのようなものがありますか？

次の段階：地域社会との関連におけるトラウマ

地域社会のトラウマへの取り組みを研究することは、この文書の範囲を超えており、次の段階で扱われることとなります。しかし、多くの人々が、地域の安全な場所やそれほど安全ではない場所でトラウマに対処していることを考えると、地域社会が治癒の過程をサポートしているのか妨げているのかを知ることが大切です。

トラウマは地域社会と無関係に発生しているわけではありません。地域社会を地理的に近隣と定義するにしろ、実質的にアイデンティティ・民族性・体験を共有するものとするにしろ、組織的に職場・学習の場・礼拝の場として定義するにしろ、トラウマそれぞれは、地域社会を背景として発生するものです。地域社会が個々のトラウマに対してどのように対応するかということが、トラウマとなる出来事・体験・影響に関する衝撃の基礎となります。理解と自己決定を支援する地域社会は、個人の癒しと回復過程の手助けになるかもしれません。また、トラウマの影響を回避したり、見落とししたり、誤解したりする地域社会では、しばしば再トラウマ化を引き起こし、治癒過程を妨げることがあります。トラウマを体験した人は、支援をしようとしているまさにその人から再びトラウマを受けることになるのです。以上は、地域社会との関連でトラウマを理解する一つの方法です。

トラウマと地域社会に関するもう一つの重要な視点は、地域社会全体がトラウマを体験することがあるという理解です。個人や家族のトラウマと全く同様に、地域社会は、地域を脅かす出来事に見舞われ、出来事の体験を共有し、逆境的で長期的な影響を被る可能性があります。自然災害（洪水、ハリケーン、地震など）であれ、ある団体が他の団体に与えた出来事や状況（国土の侵略、強制移住、強制労働、大量拘禁、地域暴力への継続的曝露など）であれ、その結果生じるトラウマは、多くの場合、歴史的・地域的・世代間トラウマと呼ばれる様式で、ある世代から次の世代に伝えられます。

地域社会は、個人が反応する仕方とよく似た方法で、トラウマに対して集団として反応することがあります。地域社会は、過剰に警戒的となったり怯えたり、以前のトラウマに類似した状況が引き金となって再びトラウマを受けることがあります。トラウマは文化的規範に組み込まれ、世代から世代に受け継がれることもあります。地域社会は、トラウマの歴史によって大きく形づくられていることが多いのです。トラウマ体験の意味を見出し、地域社会の言語と枠組みを用いて何が起こったのかを語ることは、地域社会のトラウマを治癒するための重要なステップとなります。

トラウマを体験した多くの人々は、すぐにトラウマを克服し、生活を続けています。強靱になりレジリエンスが高まる人もいれば、トラウマに圧倒され生活が破綻する人もいます。正式な支援システムに助けを求める人もいますが、大多数の人は援助を求めないでしょう。個人や家族がその地域社会の資源と支援を動員できる方法と、地域社会がトラウマの悪影響を理解しそれに対応する能力・知識・スキルを有する程度は、地域社会の人々の福祉にとって重要な意味を持っています。

結論

トラウマインフォームドアプローチの概念は、複数のサービス部門で中心的な焦点となっているため、SAMHSAはこの概念の共通理解を促進したいと考えています。この文書で提示されている作業定義・主要原則・手引きは、この概念の意味を明確にするための最初の段階です。この文書は、研究者・実践者・政策立案者・現場での生の体験を有している人々の広範な研究に基づいて作成されています。

す。標準化され統一された作業概念は、
公的機関やサービス部門でのトラウマと

トラウマインフォームドアプローチの理
解を促進するのに役立つことでしょう。

文末脚注

1 Felitti, G., Anda, R., Nordenberg, D., et al., (1998) . Relationship of child abuse and household dysfunction to many of the leading cause of death in adults: The Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.a

2 Anda, R.F., Brown, D.W., Dube, S.R., Bremner, J.D., Felitti, V.J., and Giles, W.G. (2008) . Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (5) , 396-403.

3 Perry, B., (2004) . Understanding traumatized and maltreated children: The core concepts - Living and working with traumatized children. The Child Trauma Academy, www.ChildTrauma.org.

4 Shonkoff, J.P., Garner, A.S., Siegel, B.S., Dobbins, M.I., Earls, M.F., McGuinn, L., ..., Wood, D.L. (2012) . The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129 (1) , 232-246.

5 McLaughlin, K.A., Green, J.G., Kessler, R.C., et al. (2009) . Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 40 (4) , 847-59.

6 National Child Traumatic Stress Network Systems Integration Working Group (2005) . Helping children in the child welfare system heal from trauma: A systems integration approach.

7 Dozier, M., Cue, K.L., and Barnett, L. (1994) . Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (4) , 793-800.

8 Najavits, L.M. (2002) . *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

9 Covington, S. (2008) "Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach." *Journal of Psychoactive Drugs*, SARC Supplement 5, November 2008, 377-385.

10 Anda, R.F., Brown, D.W., Dube, S.R., Bremner, J.D., Felitti, V.J., and Giles, W.H. (2008) . Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (5) , 396-403.

11 Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., and Anda, R.F. (2003) . Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111 (3) , 564-572.

12 Ford, J. and Wilson, C. (2012) . SAMHSA' s Trauma and Trauma-Informed Care Experts Meeting.

13 Ford, J.D. (2013) . Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. New York, NY, US: Guilford Press.

14 Wilson, C. and Conradi, L. (2010) . Managing traumatized children: A trauma systems perspective. *Psychiatry*. doi: 10.1097/MOP.0b013e32833e0766

15 Dutton, M.A., Bonnie, L.G., Kaltman, S.I., Roesch, D.M., and Zeffiro, T.A., et al. (2006) . Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (7) , 955-968.

16 Campbell, R., Greeson, M.R., Bybee, D., and Raja, S. (2008) . The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2) , 194-207.

17 Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Rivara, F.P., Thompson, R.S. (2007) . Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women' s Health*, 16 (7) , 987-997.

18 Norris, F.H. (1990) . Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1704-1718.

19 Norris, F.H. and Hamblen, J.L. (2004) . Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J.P. Wilson, T.M. Keane and T. Martin (Eds.) , *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102) . New York: Guilford Press.

20 Orsillo, S.M. (2001) . Measures for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. In M.M. Antony and S.M. Orsillo (Eds.) , *Practitioner' s Guide to Empirically Based Measures of Anxiety* (pp. 255-307) . New York: Kluwer Academic/Plenum

21 Weathers, F.W. and Keane, T.M. (2007) . The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (2) , 107-121.

22 Van der Kolk, B. (2003) : The neurobiology of childhood trauma and abuse. Laor, N. and Wolmer, L. (guest editors) : *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Posttraumatic Stress Disorder*, 12 (2) . Philadelphia: W.B. Saunders, 293-317.

23 Herman, J. (1992) . *Trauma and recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

24 Harris, M. and Falot, R. (2001) . Using trauma theory to design service systems. *New Directions for Mental Health Services*, 89. Jossey Bass.

25 Bloom, S. (2012) . "The Workplace and trauma-informed systems of care." Presentation at the National Network to Eliminate Disparities in Behavioral Health. Cohen, J., Mannarino, A., Deblinger, E., (2004) . Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) . Available from: <http://tfcbt.musc.edu/>

SAMHSA' s National Center for Trauma-Informed Care (2012) , *Report of Project Activities Over the Past 18 Months, History, and Selected Products*. Available from: http://www.nasmhpd.org/docs/NCTIC/NCTIC_Final_Report_3-26-12.pdf

26 Bloom, S. L., and Farragher, B. (2011) . *Destroying sanctuary: the crisis in human services delivery systems*. New York: Oxford University Press. Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., and Bassuk, E. (2009) . *Trauma-In-formed Organizational Toolkit*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and the Daniels Fund, the National Child Traumatic Stress Network and the W.K. Kellogg Foundation.

27 Dekel, S., Ein-Dor, T., and Zahava, S. (2012) . Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4

(1) , 94-101.

28 Jakupcak, M., Tull, M.T., McDermott, M.J., Kaysen, D., Hunt, S., and Simpson, T. (2010) . PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addictive Behaviors* 35 (9) , 840-843.

29 Goodwin, L. and Rona, R.J. (2013) PTSD in the armed forces: What have we learned from the recent cohort studies of Iraq/Afghanistan?, *Journal of Mental Health* 22 (5) , 397-401.

30 Wolf, E.J., Mitchell, K.S., Koenen, C.K., and Miller, M.W. (2013) Combat exposure severity as a moderator of genetic and environmental liability to post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*.

31 National Analytic Center-Statistical Support Services (2012) . Trauma-Informed Care *White Paper*, prepared for the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality.

32 Ford, J.D., Fallot, R., and Harris, M. (2009) . Group Therapy. In C.A. Courtois and J.D. Ford (Eds.) , *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp.415-440) . New York, NY, US: Guilford Press.

33 Brave Heart, M.Y.H., Chase, J., Elkins, J., and Altschul, D.B. (2011) . Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: Concepts, research, and clinical considerations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43 (4) , 282-290.

34 Brown, S.M., Baker, C.N., and Wilcox, P. (2012) . Risking connection trauma training: A pathway toward trauma-informed care in child congregate care settings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (5) , 507-515.

35 Farragher, B. and Yanosy, S. (2005) . Creating a trauma-sensitive culture in residential treatment. *Therapeutic Communities*, 26 (1) , 93-109.

36 Elliot, D.E., Bjelajac, P., Fallot, R.D., Markoff, L.S., and Reed, B.G. (2005) . Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33 (4) , 461-477.

37 Huang, L.N., Pau, T., Flatow, R., DeVoursney, D., Afayee, S., and Nugent, A. (2012) . Trauma-informed Care Models Compendium.

38 Fallot, R. and Harris, M. (2006) . *Trauma-Informed Services: A Self-Assessment and Planning Protocol*. Community Connections.

39 Henry, Black-Pond, Richardson and Vandervort. (2010) . Western Michigan University, Southwest Michigan Children' s Trauma Assessment Center (CTAC) .

40 Hummer, V. and Dollard, N. (2010) . *Creating Trauma-Informed Care Environments: An Organizational Self-Assessment. (part of Creating Trauma-Informed Care Environments curriculum)* Tampa FL: University of South Florida. The Department of Child and Family Studies within the College of Behavioral and Community Sciences.

41 Penney, D. and Cave, C. (2012) . *Becoming a Trauma-Informed Peer-Run Organization: A Self-Reflection Tool* (2013) . Adapted for Mental Health Empowerment Project, Inc. from *Creating Accessible, Culturally Relevant, Domestic Violence- and Trauma-Informed Agencies*, ASRI and National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health.

論文提出元：精神保健サービスセンター（Center for Mental Health Services, CMHS）
のコントラクトの支援による SAMHSA のトラウマとトラウマインフォームドケア内部ワーキ
ンググループ、全米トラウマインフォームドケアと隔離拘束の代替センター（National
Center for Trauma-Informed Care and Alternatives to Seclusion and Restraint）

トラウマインフォームドアプローチの実践のための効果が実証された最良モデルの促進に
際して、エキスパートパネリストの関与と専門性に特別に感謝いたします。



SMA 14-4884
FIRST PRINTED 2014

日本語版 2018