OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	社会福祉系援助職者を対象としたトラウマインフォームドケア実践志向と共感満足・共感疲労の関連ー再トラウマ化予防の視点からー
Author(s)	小川, 恵美子
Citation	大阪大学, 2026, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/105384
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

博　　士　　論　　文

社会福祉系援助職者を対象とした
トラウマインフォームドケア実践志向と
共感満足・共感疲労の関連
―再トラウマ化予防の視点から―

2026 年 3 月

大阪大学大学院人間科学研究科
人間科学専攻臨床教育学講座教育心理学分野
（　小川　恵美子　）

目次

序章　はじめに.....4
第１節　本論文の背景.....4
第２節　本論文の目的.....6
第３節　本論文の構成.....6

第I部　理論的検討.....8

第１章　社会福祉の理念と社会福祉系援助職者－援助実践に潜むリスクと負荷.....9
第１節　社会福祉の理念と価値基盤.....9
第２節　社会福祉系援助職者の業務特性.....10
第３節　社会福祉系援助職者とトラウマ.....11

第２章　トラウマが関わる精神的健康リスク要因と保護要因.....15
第１節　共感疲労.....15
第２節　感情洞察の困難性－アレキシサイミア傾向.....16
第３節　トラウマ体験の有無.....16
第４節　共感満足.....17
第５節　職場の互恵的関係（職場のソーシャル・キャピタル）.....18
第６節　共感的省察（empathic discernment）― 共感疲労と共感満足の形成に関わる内的調整プロセス ―.....18
第７節　トラウマインフォームドケア（TIC）－援助職者と組織を支える包括的枠組み.....20

第３章　トラウマが関わる精神的健康リスクに対する従来の介入.....24
第１節　従来の介入.....24
第２節　日本における援助職者を対象にした心理教育的介入.....25

第４章　本研究の目的と意義.....33

第 II 部　実証的検討.....35

第５章　（研究１）社会福祉系援助職者を対象とした TIC 実践志向尺度の開発と信頼性・妥当性の検証.....36
第１節　背景と目的.....36
第２節　方法.....39
第３節　結果.....41
第４節　考察.....47

第 6 章　（研究 2）社会福祉系援助職者を対象とした TIC 実践志向と共感満足・共感疲労の関連－トラウマ体験と感情洞察の困難性の調整効果に着目して（個人的要因）.....52
第 1 節　背景と目的.....52
第 2 節　方法.....54
第 3 節　結果.....56
第 4 節　考察.....65

第 7 章　（研究 3）困窮者支援従事者を対象とした TIC 実践志向と共感満足・共感疲労の関連 ― 職場のソーシャル・キャピタルの調整効果に着目して（組織的要因）.....68
第 1 節　背景と目的.....68
第 2 節　方法.....69
第 3 節　結果.....71
第 4 節　考察.....82

第 III 部　総合考察.....86

第 8 章　統合考察.....87
第 1 節　研究結果と考察の概要.....87
第 2 節　本研究の成果と意義.....90
第 3 節　Empathic Discernment モデルに基づく TIC 統合モデルの可能性.....91
第 4 節　実践への展望　－TIC の学習プロセスにおける再トラウマ化予防の視点.....93

第 9 章　結論.....97
第 1 節　本研究の総合的まとめ.....97
第 2 節　研究の限界と課題 ― 今後の研究展望.....97
第 3 節　社会福祉実践への展望.....99

終章　おわりに.....101

引用・参考文献.....103

謝辞.....114

付録.....115

序章　はじめに

第 1 節　本論文の背景

社会福祉分野に従事する対人援助職者の精神的健康の問題が長年続いている。厚生労働省（2025）の報告によれば，令和 6 年度の精神障害に関する労災補償請求件数のうち最も多かったのは「社会保険・社会福祉・介護事業」であり，この状態はメンタルヘルスチェックの義務化が施行された 2014 年度以降変わっていない。社会福祉系援助職者のメンタルヘルス不調の背景には，長時間労働や低賃金，労働力の不足，社会的評価の低さといった構造的・制度的要因も考えられるが，日々の業務の中で直面する暴力・拒絶・死などのトラウマ性事象[1]への対応といった心理的ストレスの影響も無視できない。前述の労災補償請求件数の出来事別傾向では，「業務に関連し，悲惨な事故や災害の体験，目撃をした」が第 2 位となっており，児童や高齢者の虐待問題，援助職者への暴言，支援拒否等の対応困難な事例に対応する援助職者が，傷つきや無力感を感じている姿は調査によっても示されている（吉岡・黒田, 2015）

社会福祉分野に従事する対人援助職者が，日々の業務の中で受ける心理的ストレスには，トラウマ体験に直接さらされる一次的トラウマだけでなく，援助対象者の苦悩や語りに接することで間接的に生じる二次的トラウマティックストレス（secondary traumatic stress: STS）（Figley, 1995）が含まれる。STS は，再体験，回避・麻痺，過覚醒など，心的外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD）と同様の症状が現れることが示されている（Figley, 1995）。支援者が支援対象者の苦しみに強く共感しようとするほど高まることから「共感疲労（compassion fatigue）」と同義（Figley, 1995）とされる。児童福祉施設職員を対象とした研究では，共感疲労がバーンアウト（Freudenberger, 1974）の促進要因となり（藤岡, 2011），離職を予測する因子となることが報告されている（Nelson-Gardell & Harris, 2003）。バーンアウトは「感情的にぎりぎりの状況下で長期間従事することにより生じる，身体的・感情的・精神的疲弊」（Pines & Aronson, 1988）とされ，その症状は広範囲に及ぶ。Maslach ら（1982）は，バーンアウトの主要構成要素として「情緒的消耗感」，「脱人格化」，「個人的達成感の低下」の 3 つを挙げ，特に情緒的消耗感が他の症状の引き金となると指

---

[1]トラウマ性事象とは，身体的・心理的安全を脅かし，圧倒的な恐怖や無力感をもたらす体験を指す。TIC の基本枠組みを示した米国保健福祉省精神保健・物質乱用局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA）は，トラウマを「トラウマとなる出来事（Event）」，「その出来事の主観的体験（Experience）」，および「その後の身体的・心理的影響（Effect）」の三側面から理解することを提唱している（SAMHSA, 2014）

摘している。

こうした援助職者のストレス反応は，集中力，思考力，判断力の低下，援助対象者や同僚から距離を取ろうとする傾向、援助対象者を非人間化して捉える態度，感情の切り離しといった形で現れ，支援関係を著しく損なう（Kahill, 1988）。また，支援の質の低下（共感の欠如，対応の遅れ，見逃し，過剰介入など）を生じさせる。実際，トラウマ体験者による援助希求行動とその後の体験を質的に検討した瀧井ら（2016）は，支援機関の窓口で「話しても意味がなかった」,「対応に困るような態度をとられた」と感じ，援助職者が，援助希求者に支援を求める意欲を喪失させるケースが数多く存在することを指摘する。このように，援助職者の疲弊や不適切な対応は，援助希求者に過去の被害経験を想起させ，再び傷つける「再トラウマ化（re-traumatization）」（SAMHSA, 2014）を引き起こす危険をはらんでいる。再トラウマ化は，援助職者のメンタルヘルス不調と援助対象者の支援不信とを悪循環的に結びつける深刻な問題である。

援助職者は，援助業務の中で自らがトラウマを負うリスクと同時に，トラウマ体験を抱える援助希求者を再び傷つけ，遠ざけてしまうリスクを抱えながら働いている。しかし，そのようなリスクの存在や両者の関係性について，公に語られる機会は少ないのが現状である。「バーンアウト」や「燃え尽き」といった言葉は一般にも広く浸透しつつあるが，その背景にトラウマや共感疲労といった要因があることを理解し対応している援助職者は限られており，対処に向けた理論や方法論が体系的に伝えられる場も乏しい。トラウマの影響が言語化されず，可視化されにくいことは，援助職者が孤立の中で苦悩を抱え込む一因になっていると考えられる。

筆者自身も，国内外で約 30 年間にわたり社会福祉に携わってきたが，援助職者が経験する心理的ストレスの背景にトラウマがあることを知ったのは，わずか 7 年前のことである。知識を得た後でさえ，それが職場で同僚と語られる場面に出会うことは少なく，また自ら語ることにもとまどいを感じてきた。このような個人的な経験から，社会福祉分野における援助職者のメンタルヘルス不調が長年改善されない背景には，トラウマの影響に対する心理教育の機会の乏しさと，それを普及・定着させる上での環境的障壁があるのではないかという問題意識を抱くようになった。これが本研究の出発点となっている。

ただ，この状況は「トラウマインフォームドケア（Trauma-Informed Care: TIC）」によって変わりつつある。TIC は，トラウマの広範な影響と回復の可能性について理解し，関わる人や関係性の中に現れるトラウマの兆候や症状に気づき，トラウマに関する知識を政策や手続き，実践に生かし，より安全な方法で再トラウマ化を防ぐことを目指す支援概念である（SAMHSA, 2014; 2023）。TIC の究極的な目的は援助過程の中で生じる「再トラウマ化の防止」であり，組織的な対応を重視する点に特徴がある。日本には 2010 年頃より紹介されはじめ，ここ 10 年あまりのうちに教育，医療，司法，福祉などさまざまな分野でその理念が広がっている（亀岡, 2024）。2025 年 7 月現在,「TIC」を主題とする日本語の学術論文は 90 本を超えており，TIC という言葉そのものは徐々に定着しつつある。ただ，その具体

的な内容や実践方法はまだ一般には十分に浸透しているとは言いがたく，特に社会福祉分野における理解や運用は限定的であるのが現状である。

トラウマの影響によって生じる援助職者のバーンアウトや離職，さらには援助を求める人々の症状の再発や深刻化は，個人の苦痛にとどまらず，社会的コストの増大にもつながる深刻な問題である。再トラウマ化の防止を重視する TIC は，こうした状況に対する重要なアプローチであり，社会福祉の分野においてもその導入と定着が期待されている。しかし現時点では，TIC が社会福祉系対人援助職者の精神的健康にどのような影響を与えるのかについて，理論的・実証的に検討した研究はまだ十分とは言えない。これは，TIC の効果や作用機序に関する理論的知見の蓄積が不十分であるという課題を示している。また，社会福祉の現場で働く援助職者が TIC をどの程度理解し，実践に取り入れているかを把握するための信頼性の高い測定指標や評価ツールが，日本では整備されていないという点も，実践的課題として指摘できる。TIC の理念を現場で有効に活用し，再トラウマ化の防止と援助職者自身の健康維持につなげていくためには，こうした課題に対する検討が急務である。

第 2 節　本論文の目的

以上を踏まえ，本研究では，日本の社会福祉領域に従事する援助職者を対象に，まずトラウマの影響を理解した上で自分や他者と関わろうとする姿勢や態度傾向（以下，TIC 実践志向）を測定可能とする尺度を開発する。そのうえで，当該尺度を用いて，TIC 実践志向と援助職者の共感疲労・共感満足などの心理的指標との関連を検討し，精神的健康への影響を明らかにする。さらに，感情洞察の困難性や過去のトラウマ体験などがこれらの関連に及ぼす調整的役割を検証する。こうした検討を通じて得られた知見を踏まえ，援助職者が TIC の視点や態度を取り入れることの意義を，社会福祉の実現という観点から論じるとともに，精神的不調を回避しつつ有効な援助を継続するための条件について検討する。本研究は，援助職者における TIC の理解・実践と精神的健康との関連を検討することで，学術的な理論的基盤を補完するとともに，援助職者が TIC の視点や態度を取り入れることの意義を社会福祉の実現という観点から論じる点に意義を有するものと考える。

第 3 節　本論文の構成

本論文は，社会福祉領域に従事する援助職者の心理的健康と TIC の関連を，理論的・実証的観点から多面的に明らかにすることを目的として構成されている。本研究は 3 部構成とした（図 1）。

まず第I部（理論的検討）では，本研究の前提となる理論的枠組みを整理する。

第 1 章では，社会福祉の理念と，社会福祉系援助職者が実践の中で直面する固有のストレス要因について概説する。第 2 章では，トラウマが援助職者の精神的健康に及ぼすリス

ク要因および保護要因を整理する。第 3 章では，トラウマが関わる精神的健康リスクに対する従来の介入について，先行研究を踏まえて検討する。第 4 章では，第I部の議論を総括し，本研究の目的と意義を示す。

続く第II部（実証的検討）では，TIC 実践志向と心理的健康指標との関連を，3 つの調査研究により検証する。第 5 章（研究 1）では，社会福祉領域の援助職者を対象とした TIC 実践志向尺度を作成し，その因子構造および信頼性・妥当性を検証する。第 6 章（研究 2）では，援助職者自身のトラウマ体験や感情洞察の困難性に着目し，TIC 実践志向と共感疲労・共感満足との関連を分析する。第 7 章（研究 3）では，組織的要因である職場のソーシャル・キャピタルに着目し，TIC 実践志向と共感疲労・共感満足の関連が組織的要因によってどのように変化するかを検討する。なお，本博士論文の第 5 章～第 7 章は、著者が先に発表した査読付き論文（小川, 2025a; 小川, 2025b; 小川, 2023）に基づいて構成したものである。内容の一部には既発表論文と重複する記述が含まれる。本論文の目的に合わせて再構成し，必要に応じて加筆・修正を行った。

最後の第III部（総合考察）では，3 つの研究成果を総合し，援助職者の心理的健康に対する TIC の意義を整理する。第 8 章で研究結果を統合的に検討し，第 9 章では，社会福祉分野における TIC の意義や理論的・実践的含意をまとめ，研究の限界と課題，さらに今後の展望について述べる。

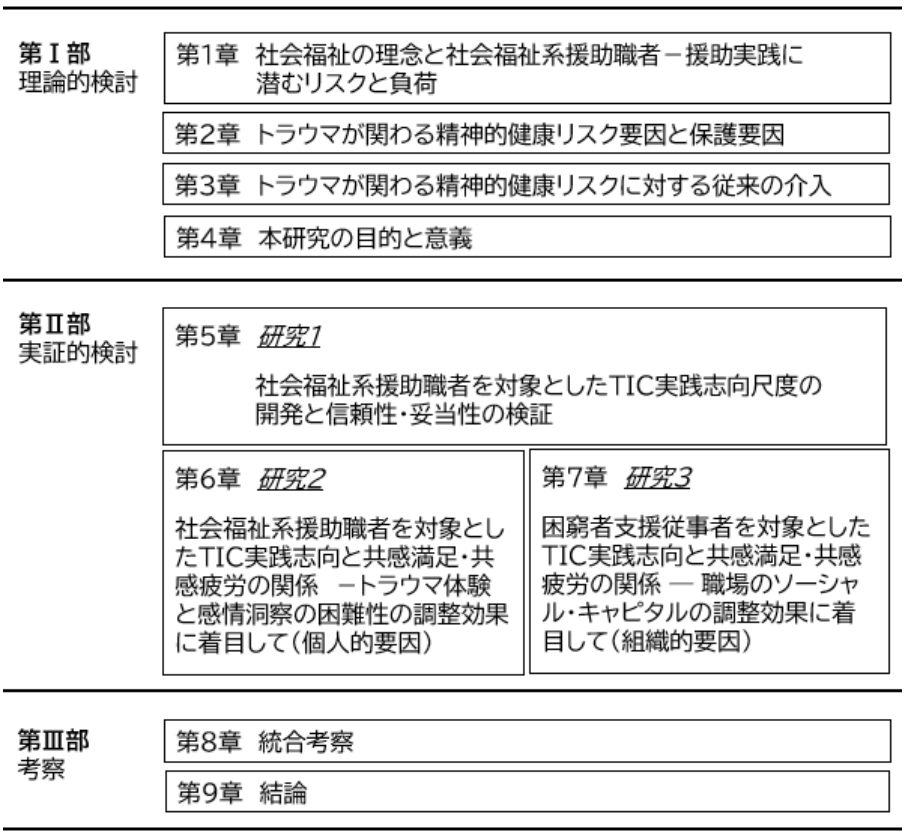


図 1　本論文の構成

第I部　理論的検討

第I部では，社会福祉系援助職が直面するトラウマ関連の心理的リスクと，それに対処するための概念的枠組みを包括的に提示し，本論の実証的検討につながる研究課題と意義を明確にすることを目的とする。

まず第 1 章では，社会福祉の理念と価値を概観し，社会福祉系援助職者の業務特性や，その実践に内在する潜在的リスクとしてのトラウマについて整理する。つづく第 2 章では，援助職者の精神的健康に関する主要なリスク要因および保護要因を，先行研究に基づき体系的に検討する。具体的には，共感疲労，感情洞察の困難性（アレキシサイミア傾向），トラウマ体験の有無，共感満足，職場のソーシャル・キャピタル，共感的省察（empathic discernment）など，個人と組織双方の要因を取り上げ，それらが援助職者の心理的適応にいかに関与するかを論じる。また，これらの検討を踏まえ，前述の心理的概念との関連を視野に入れつつ，支援実践における基本姿勢としての TIC の意義について簡単に触れ，第III部での総合的な議論につなげる。第 3 章では，援助職者を対象とした既存の心理教育的介入を整理し，本研究で採用する理論的視座と研究の位置づけを明確にする。

以上の理論的検討を踏まえ，第 4 章において，第I部の議論を総括し，本研究の目的と意義を示す。

第 1 章　社会福祉の理念と社会福祉系援助職者－援助実践に潜むリスクと負荷

本章では，第 I 部全体の基盤となる「社会福祉という実践領域そのものがどのような価値観に支えられてきたのか」，そして「その価値を担う社会福祉系援助職者がどのような環境の中で支援を行っているのか」を整理する。

社会福祉の実践は，本来「人間の尊厳」や「社会的公正」といった理念に基づく活動であり，利用者が主体的に生きる力を取り戻すことを支える営みである。しかし一方で，社会福祉系援助職者は，日常的に深刻なトラウマ性事象に直面し，心理的負荷や再トラウマ化のリスクを抱えながら支援を行っている。これら二つの側面（理念と現実）を理解したうえで初めて，援助職者の精神的健康問題や再トラウマ化の背景が立体的に捉えられる。

そこで本章では，まず社会福祉を支える理念的価値を概観したうえで，社会福祉系援助職者の役割や業務特性，そして支援過程で直面するトラウマや再トラウマ化の問題へと論を進める。

第 1 節　社会福祉の理念と価値基盤

社会福祉という専門領域は，「どのような価値観をもとに支援を行うのか」という理念的基盤を欠いては成り立たない。本節では，社会福祉の根底にある基本理念と，その理念を具体化してきた代表的な概念について整理する。

日本の社会福祉専門領域における価値や実践の議論は，国際ソーシャルワーカー連盟（International Federation of Social Workers：IFSW）および国際ソーシャルワーク教育連盟（International Association of Schools of Social Work：IASSW）が 2014 年に採択した以下の「ソーシャルワークのグローバル定義」（社会福祉専門職団体協議会・一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟, 2014）を重要な理論的基盤として位置づけてきた。

> *「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける」*（訳は社会福祉専門職団体協議会による）

これが示すように，社会福祉の根本には，「人間の尊厳の尊重」と「社会的公正の実現」という理念があり，すべての人が自らの意思で選び，社会の一員として参加しながら生きる権利を保障するという価値観に基づいている。その価値観を具体化する考え方として，「リカバリー」，「エンパワメント」，「自己決定」といった概念が重視されてきた。社会福

祉の実践における「リカバリー」とは，「単に障害や困難がなくなること」だけを意味するのではなく，「本人が意味・目的を再構築し，地域・社会の中で参画すること」が重視される（Anthony, 1993; 厚生労働省, 2010）。また，「エンパワメント」とは，社会的に不利な状況にある人が本来持っている力・可能性を発揮できるようにすること，あるいはそのような考え方であるとされており（Solomon, 1976; Gutierrez et al., 2000），その実践においては，援助対象者の主体性・参加・選択をどのように支えるかが焦点となる。「自己決定」とは，援助対象者が，自分自身の意思で選択し，最終的に自ら決定することを指し，自己決定権を尊重することはソーシャルワークの大原則とも言える。これらの概念はいずれも，人が自らの力を取り戻し，他者や社会との関わりの中で尊厳を保ちながら生きることを支える視点であり，支援の目的を「保護」から「回復と参加」へと発展させてきた。援助職者は，援助対象者を“受ける側”としてではなく“選び・決め・参画する主体”として捉え，援助対象者が自己決定できる機会を確保し，妨げないように関わることが求められる。

以上の理念的価値は，社会福祉が本来めざす支援のあり方を示すものである。しかし，これらの理念を現場で実践する社会福祉系援助職者は，多様で複雑な課題に直面し，その業務はしばしば強い心理的負荷を伴う。次節では，社会福祉系援助職者の業務特性と役割を整理し，理念と現実のあいだに存在する構造的条件を明らかにする。

第２節　社会福祉系援助職者の業務特性

第１項　社会福祉系援助職者とは

前節で整理した社会福祉の理念は，現場の実践を方向づける価値基盤である。その理念を日々の支援活動の中で具現化するのが，社会福祉系援助職者である。本節では，まず社会福祉系援助職者とは誰を指すのか，どのような役割と業務特性をもつのかを整理する。

本研究では，研究対象を社会福祉分野において福祉の実践に従事する対人援助職者とする。他の援助職者と区別するため「社会福祉系援助職者」と呼ぶこととする。「社会福祉系援助職者」に含まれるのは，①社会福祉領域において生活支援・相談援助・権利擁護等を担う職種，および，②医療・教育・司法など社会福祉以外の制度領域において福祉的機能を担う援助職者である。

社会福祉系援助職者の主な職場は，生活保護・児童福祉・障害者福祉・母子及び父子寡婦福祉といった社会福祉制度の下で運営される福祉機関である。福祉機関には，福祉事務所や児童相談所のような行政機関，社会福祉法人や NPO 法人が運営する施設や相談支援機関，また，社会福祉協議会のように地域福祉を担う団体等が含まれる。社会福祉以外の制度領域において福祉的機能を担う援助職としては，医療ソーシャルワーカー，スクールソーシャルワーカー，保育士，社会復帰調整官などがある。

このように幅広い場で活動する社会福祉系援助職者には，その専門性を制度的に裏づける多様な資格が存在する。代表的な資格に国家資格である社会福祉士や精神保健福祉士，

保育士がある。また，大学や短大で所定の学科や科目を履修する，または一定の学歴・実務経験を持つことによって得られる任用資格として，社会福祉主事（ケースワーカー），児童福祉司，児童指導員などがある。この他，民間研修や団体認定で得られる民間任用資格も存在する。一方，社会福祉分野では，資格を必須としない職種も少なくない。日常生活で必要なことを支援する生活支援員，児童養護施設や放課後等デイサービスなどで遊びや生活の見守りを担う児童指導員補助員，自治体や社会福祉協議会などで住民からの生活相談や地域福祉活動を支える相談支援員などは，採用要件に資格が含まれていない場合がある。このように多様な資格が存在する点や，資格に裏づけられた専門職と資格を必須としない支援職が混在している点は，社会福祉の実践の多様性を生み出している。

なお，制度上は介護も社会福祉に含まれるが，介護職は生活支援や身体介護を中核業務とする点で，相談援助を中心とする他の社会福祉職とはストレス要因や専門性が異なる。こうした違いを踏まえ，本研究では介護職を主な対象から除外する。

第 2 項　社会福祉系援助職者の社会的役割と業務特性

社会福祉系援助職者として代表的な社会福祉士は，社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）によって，「専門的知識及び技術をもって，身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ，助言，指導，福祉サービスを提供する者，又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行う」とその役割が定められている。

社会福祉士の実践は，社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）に基づく制度的枠組み，ソーシャルワーカーの倫理綱領（日本ソーシャルワーカー連盟, 2020），および社会福祉学や関連諸科学に立脚した理論的知見などを基盤として展開される。これらの基盤に支えられる社会福祉士の役割は，単に経済的な援助や制度的資源の仲介にとどまらず，援助対象者の権利擁護や心理的安全の確保，さらに社会的自立や回復に向かうエンパワメントに及ぶ。また，社会福祉系援助職者には，個々人を生物・心理・社会的観点から多面的に捉える姿勢（Engel, 1977）を持って，アセスメント，生活支援，相談援助，他機関との連携，地域社会資源の開発といった多岐にわたる職務を遂行することが求められる。

第 3 節　社会福祉系援助職者とトラウマ

第 1 項　援助の過程で遭遇するトラウマ事象

こうした職務を担う社会福祉系援助職者は，日常的な業務を通じて多様なトラウマ性事象に直面する。児童虐待やドメスティック・バイオレンス（DV），貧困に伴う慢性的な生活困難，さらには自死や重大事故，災害被災者への対応などは，その代表的な事例である。

これらの出来事はしばしば深刻かつ反復的に生じ，社会福祉系援助職者は援助過程を通して強い情動的影響を受けることがある（Kataoka et al., 2021）。加えて，トラウマ性事象に関わる業務はしばしば緊急性と複雑性を伴い，援助職者に高度な判断力と倫理的感受性を要求する。特に虐待や DV 事例では，援助対象者の安全確保に加えて，加害者対応や司法・医療との連携といった多面的課題に同時に対応する必要がある。援助職者がこのような精神的負担に日常的に，しかも長期的にさらされ続けることは，精神的健康の維持を困難にする大きなリスクとなりうる。

このようなトラウマ性事象への曝露は，援助職者自身に二次的トラウマティックストレス（STS）（Figley, 1995）をもたらすと同時に，援助関係における応答の質にも影響を及ぼす。過去に類似した体験をもつ援助職者は，援助対象者の語りによって自身の記憶や感情が再活性化され，再トラウマ化に陥る危険がある（藤岡, 2020）。一方で，防衛的態度や感情回避が強まると，共感的応答が十分に行えず，支援の質が損なわれる可能性も指摘されている（Figley, 1995）。また，こうした影響は一過性ではなく累積的に作用する（Bober & Regehr, 2006）。継続的にトラウマ語りに触れる累積的曝露は，援助職者の回復力や対処資源を圧迫し，再トラウマ化のリスクを高める要因となりうる。

第２項　再トラウマ化

「再トラウマ化（re-traumatization）」とは，過去のトラウマ体験が現在の出来事や関係を契機として呼び覚まされ，個人が十分に意識しないうちにトラウマ性ストレス反応を再び経験する現象である（Courtois, 2004）。Harris & Fallot（2001）は，サービス提供の場における通常の手続きや対応が過去の被害体験を反映または再現することにより，利用者が無意識のうちにトラウマ反応を再び経験し得ることを指摘している。また，SAMHSA（2014）は，再トラウマ化を，人があたかも再びトラウマを体験しているかのように感じさせる出来事で，援助の実践過程や制度的条件などによって意図せず生じうるものと説明している。

再トラウマ化は新たな外傷体験の発生を意味するのではなく，既にある傷が，場（支援関係・組織・制度）のあり方を介して呼び覚まされる点に特徴がある。たとえば，援助対象者に過去の被害体験を繰り返し語ることを求めることは，トラウマ性ストレス反応を再活性化させやすい。また，支援の場における強制的あるいは権力の不均衡を伴う手続きや対応は，サービス利用者に過去の被害体験を想起させ，意図せず再トラウマ化を引き起こす可能性がある（Elliott et al., 2005）。たとえば，説明のない一方的な指示や選択肢を与えない対応，威圧的な口調や罰則的な手続きなどは，利用者に過去の加害-被害関係の感覚を呼び起こしやすいとされる。

ここで，類似概念について整理しておく。「再トラウマ化」と似た言葉に「トラウマの再体験（re-experiencing）」や「トラウマの再演（re-enactment）」がある。いずれも過去のトラウマ体験が現在において影響を及ぼす現象を指すが，その学術的背景と文脈は異なる。再体験は，DSM-5 における PTSD 診断基準で規定される侵入症状であり，フラッシュバック

や悪夢など，外傷体験が現在形で甦る現象を指す（American Psychiatric Association, 2013）。これに対し，「トラウマの再演（re-enactment）」は精神力動的文脈で用いられる概念で，過去のトラウマ由来の関係パターンや行動が無意識に繰り返される現象を指す（van der Kolk, 1989; Herman, 1992）。つまり，トラウマ体験による症状を指すのが「トラウマの再体験」，トラウマ体験によって生じるトラウマ性ストレス反応から引き出されやすい関係性や力動を指すのが「トラウマの再演」，それらが援助過程や制度的対応の中で意図せず生じるという組織的視点を含んだ概念が「再トラウマ化」である。「再トラウマ化」とは，「トラウマの再体験」や「トラウマの再演」を内包する概念と言える。

第 3 項　援助職者にとっての再トラウマ化のリスクと影響

再トラウマ化によって痛みを負うのは援助対象者ばかりではない。児童虐待，DV，生活困窮，自死，災害など深刻なトラウマ性事象に直面し援助に関わる過程で，援助職者自身の過去の体験や未解決の情動が呼び覚まされ，強い心理的苦痛を再び経験することがある（Figley, 1995）。

実際に，児童虐待対応にあたる児童保護職では，侵入思考や覚醒・回避といった PTSD 様のストレス反応を含む強いストレス反応が報告されている（Regehr et al., 2004）。また，ソーシャルワーカー全般でも STS の有病が示されており（Bride, 2007），被害語りへの継続的な接触は，不安や身体反応などの二次的外傷反応を引き起こし得る（Iliffe & Steed, 2000）ことが報告されている。

このような援助職者の再トラウマ化は，単に個人の問題にとどまらず，援助関係そのものに深刻な影響を及ぼし得る。援助職者が過度に防衛的となったり，逆に感情的に巻き込まれたりすることは，援助対象者の心理的安全性を脅かし，再トラウマ化を誘発する危険を高める。そのため，援助職者自身が，再トラウマ化の概念を理解し，その視座を持って自分に生じる再トラウマ化に気づき予防しようとすることは，援助対象者の再トラウマ化を防ぐうえで不可欠の条件である。

第 4 項　組織的・制度的・社会的影響－システミックトラウマと並行プロセス

再トラウマ化が生じる要因に，組織的・制度的・社会的な構造的要因がある。Goldsmith ら（2014）は，トラウマの発生やその維持，そして，その後のさまざまな反応に影響を及ぼす制度や環境の構造的条件を「システミックトラウマ（systemic trauma）」として概念化した。システミックトラウマは，個人や家族といった限定的なレベルではなく，組織や制度，社会構造そのものがトラウマの影響を生み出し，維持・再生産してしまう現象を意味する。

構造的条件が日常的なトラウマ曝露と結びつくことで，慢性的な疲弊や再トラウマ化のリスクを高める。たとえば，組織の人員不足や過重な業務量，研修等の不足といった組織

的な問題は，援助対象者に対し十分な時間・知識・体制をもって慎重かつ丁寧に対応することを難しくさせる。その結果，効果的な対策がとれず，状況に変化がみられない，または悪化し，支援過程における無力感や挫折感が増幅される。加えて，社会福祉に携わる職への社会的評価の低さや処遇の不安定さは，職務への意味づけやモチベーションを損なわせ，トラウマ性事象に直面する際の心理的負担を一層強める要因となりうる。さらに，トラウマ曝露に伴う強い感情を共有・処理する機会を含む、職場での社会的支援（例：スーパービジョンやピアサポート）の不足は、二次的トラウマティックストレスと有意に関連することが示されている（Hensel et al., 2015）。

このように，援助対象者のトラウマ，援助職者のトラウマ，そしてそれを取り巻く組織的・制度的・社会的要因が相互に作用することにより，再トラウマ化が生じ，累積し，精神的疲労が加速することについては，Goldsmith ら（2014）以前にも言及されていた。Bloom（1999）は，援助対象者・援助職者・組織間に平行して類似症状が現れる並行プロセス（parallel process）現象が生じていることを指摘し，「サンクチュアリモデル（Sanctuary Model）」というトラウマを理解した組織変革の枠組みを提唱した。組織文化や制度構造を変えることを通じて，個人だけでなくシステム全体のトラウマの影響を低減しようというアプローチである。

本章では，社会福祉系援助職者とトラウマとの関わりについて述べた。次章では，トラウマが援助職者の精神的健康に与える具体的影響について，リスク要因と保護要因の二つの側面から整理する。

第２章　トラウマが関わる精神的健康リスク要因と保護要因

社会福祉系援助職者を含む支援者全般にとって，トラウマが関わる精神的健康のリスクとしてこれまで二次的トラウマティックストレス，共感疲労，代理トラウマ[2]，外傷性逆転移[3]などの概念が紹介されてきた。本研究では，代表的なものとして，「共感疲労（compassion fatigue）」（Figley, 1995）を取り上げる。

第１節　共感疲労

共感疲労は，「他者の苦悩を援助する過程で，共感的関与の結果として生じる心的疲弊」と定義され，共感という支援者にとって不可欠な態度によって生じる精神的疲労であることから，「ケアの代償」とも呼ばれる(Figley, 1995)。

これまで共感疲労は，二次的トラウマティックストレス（STS）やバーンアウトと関連づけて議論されてきた。STS は，支援者が支援対象者のトラウマ体験の語りや現場での体験を繰り返し聴取・目撃することで生じるストレス反応を指す。症状は心的外傷後ストレス障害（以下 PTSD）と類似しており，侵入症状，回避症状，覚醒亢進などが特徴とされる（Bride, 2007）。一方，バーンアウトは職務上の慢性的ストレスに起因する情緒的消耗を中心とする概念である。バーンアウトは必ずしもトラウマ曝露を前提としないのに対し，共感疲労は支援過程における支援対象者のトラウマ体験との関与を基盤としている点に違いがある。なお，STS と共感疲労の概念について，Figley（1995）は，STS を共感疲労と同義と位置づけたが，後続の研究では，STS が PTSD に類似した診断的症状群として整理されるのに対し，共感疲労は STS やバーンアウトを含みつつ支援関係における共感的関与に伴う情動的疲弊を包括する広い概念と捉えられるようになっている（Stamm, 2002）。

共感疲労は，支援者の身体・精神状態に直接影響を与えるだけでなく，職務パフォーマンスの低下や離職（意向）の増加，ケアの質の低下と関連することが指摘されている（Coetzee & Klopper, 2010; Cocker & Joss, 2016）ことが指摘されている。STS への組織的無関心は，支援者の定着率に大きな影響を与え（SAMHSA, 2014），児童福祉分野の援助職者を対象にした共感疲労と FR 行動[4]との関連の調査では，共感疲労が昂進すると FR 行動が増

---

[2] 代理トラウマ：トラウマを抱える人々と関わる過程で，援助職者の世界観や自己に関する認知的スキーマが徐々に変容していく，より長期的・構造的な影響を指す（McCann & Pearlman, 1990）。

[3] 外傷性逆転移：支援対象者のトラウマが支援者の内的体験や過去の外傷を喚起する，精神分析的な関係性概念（Pearlman & Saakvitne, 1995）。

[4] FR 行動：支援者自身が感情的に疲弊し，「おびえている」ような態度を示したり（例：支援対象者の問題行動を過度に恐れる，支援場面で萎縮する），支援者が，支援対象に対して「おびえさせる」ような言動をとる（例：威圧的な態度／叱責／突然の過剰反応な

える可能性が示されている（藤岡, 2011; 2012）。支援者が支援対象者の体験やそれに伴う苦悩に深く共感することは，支援の質を高める側面を持つ一方で，支援対象者に対する不適切な対応や支援関係の悪化を招くリスクと結びついている（Figley, 2017）。

共感疲労の発生要因は多様だが，過度の共感的関与やその調整不全がリスクとされ（Figley, 1995; Jenkins & Baird, 2002; Adams et al., 2006），中でも「共感的省察（empathic discernment）」の低さが指摘されている。共感的省察とは，自己の情動を省察しながら，他者と自己の双方にとって最も適切な共感的応答を選び，活用する力（Radey & Figley, 2007; Figley, 2009; Figley & Ludick, 2017）である。

第２節　感情洞察の困難性－アレキシサイミア傾向

共感的洞察の前提となるのが自己の感情洞察であるが，この感情洞察に困難さを抱える症状あるいは性格傾向がある。「アレキシサイミア（alexithymia）」(Sifneos, 1973）である。アレキシサイミアは，自身の感情を適切に認識・言語化し，他者に伝達する能力が制限される症状または性格傾向とされ（Taylor et al., 1997, 小牧ら, 2003），①感情を識別する困難，②感情を言語化する困難，③外的出来事に過度に焦点を当てる思考様式，という三側面から構成される。アレキシサイミア傾向は，うつ・不安・身体化など幅広い精神的健康問題と関連することが示されている（Taylor & Bagby, 2004; De Gucht & Heiser, 2003; Honkalampi et al., 2000）。また，医療従事者を対象とした研究では，アレキシサイミア傾向の高さとバーンアウトのリスク上昇との関連が示されている（Bressi et al., 2008; Karanikola et al., 2012）。また，自己の感情洞察の困難性は，援助対象者に対する応答の質にも影響を及ぼしかねない。感情を適切に認識・表現できない援助職者は，援助対象者の情動的ニーズに敏感に反応することが難しく，冷淡あるいは事務的な対応を取ってしまう可能性があり，そのような応答は，援助対象者にとって過去の加害者や権威的存在との関係を想起させ，心理的安全を損ない，再トラウマ化を誘発する危険が指摘されている（Elliott et al., 2005）。

第３節　トラウマ体験の有無

さらに，援助職者の精神的健康にネガティブな影響を及ぼし得る要因として，援助職者自身の過去のトラウマ体験がある。Felitti ら（1998）による小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences：ACEs）研究[5]以降，過去のトラウマ体験がその後の精神的健康に影

ど），支援者が解離的・混乱的な反応を示す（例：支援場面で自分の感情が整理できず無反応・回避的になる／支援対象への関心が断続的になる等）（Main & Hesse,1990）。これらの支援者の行動が，支援対象にとって「安全な他者」として機能せず，むしろ恐れ・困惑・混乱を引き起こしやすい状況を作ることが指摘されている。

[5] 小児期逆境体験研究（ACEs 研究）：虐待・ネグレクトや家庭機能不全などの経験が、成

響を及ぼすことは広く知られるようになっている。過去に逆境体験を持つ援助職者が，援助過程で援助対象者のトラウマ語りや行動に直面することによって，過去の記憶や感情が再活性化されることもある（Pearlman & Saakvitne, 1995）。実際，精神保健の専門職 371 名を対象に，小児期の逆境体験と職務上のストレス，バーンアウト，セルフケア習慣，仕事のやりがいなどとの関連を調査した研究において，逆境を経験したと回答した参加者（82.5%）は，そうでない人と比較して，より多くのストレスやネガティブな感情を抱える傾向が示されている（Skovholt & Trotter-Mathison, 2019）。援助職者の過去のトラウマ体験は，ともすれば援助対象者への応答の質に影響を与えかねない。

一方，援助職者にとって、自身のトラウマ経験はネガティブな側面ばかりではなく、適切な自己理解のもとで、共感や理解を深める資源となり得ることが指摘されている（Zerubavel & Wright, 2012）。また、援助対象者のレジリエンスに触れることを通じて、援助者側に肯定的な変化が生じうる（Hernández et al., 2007）ことや，「トラウマ後成長（posttraumatic growth）」（Tedeschi & Calhoun, 1996）の概念が示すように，トラウマを契機として他者理解や援助への動機が高まる場合も報告されている。

第 4 節　共感満足

次に，援助職者の精神的健康にポジティブな影響を与えうるものとして「共感満足（compassion satisfaction）」（Stamm, 2002）を挙げる。共感満足とは，他者を援助する過程において自らの役割や有効性を実感し，ポジティブな感情や意味を得る体験を指す共感疲労と並んで援助職者の心理的健康を理解する上で重要な概念である。共感満足を構成するものに，援助対象者や同僚との関係における満足，自分の援助者としての能力に関する満足，援助職を歩む自分の生き方や人生における満足などがある（藤岡, 2011）。共感満足は，経験年数が長いほど高いことが示されており（藤岡, 2011; Hegney et al., 2014），感情知性（Maillet & Read, 2024），レジリエンス（Burnett & Wahl, 2015），精神の安定や心理的幸福感（藤岡, 2011; Damian et al, 2017; Figley & Ludick, 2017）との関連が示唆されている。

共感満足と共感疲労の関連を示す先行研究としては，共感疲労がバーンアウトのリスクを高める要因となり，共感満足がそれを緩和する保護因子として機能することが報告されている（Damian et al, 2017; Lee et al., 2021; Kim et al., 2024）。また，高レベルの共感疲労と高レベルの共感満足が同時に存在する場合もあり（Sprang et al., 2024），共感疲労が過度に高い状態では，共感満足の保護効果が十分に発揮されない可能性（Salloum et al., 2015; Thomas, 2013）や，共感満足の保護効果は，個人の特性など他の要因の影響によって一貫しないことが示唆されている（Bride, 2004）。

人期の身体・精神・社会的アウトカムに累積的悪影響を及ぼすことを示す実証研究。

第５節　職場の互恵的関係（職場のソーシャル・キャピタル）

援助職者の精神的健康にポジティブな影響を与えうるものとして，職場における互恵的な人間関係がある。近年，このような関係性を組織レベルで捉える概念として「ソーシャル・キャピタル（social capital）」が注目されている。ソーシャル・キャピタルとは，信頼，互酬性の規範，ネットワークといった社会的組織の特性であり，これらが相互利益のための協調と協力を促進する社会的資源を指す（Putnam, 2000）。いわば，個人や集団が協働して課題解決を行うための社会的基盤である。職場におけるソーシャル・キャピタルは，職員間の信頼や相互支援，チームとしての一体感といった形で表れ，ストレス対処やバーンアウトの予防に保護的に働くことが報告されている（Kouvonen et al., 2006; Oksanen et al., 2008）。

福祉・医療・教育などの対人援助職においては，日常的に高い情緒的負荷に直面するため，職場内の支え合いや信頼関係が精神的健康を維持する重要な要因となる。互恵的な関係が築かれた職場では，職員が安心して困難を共有でき，職場の社会的支援が高まることで，ストレスの緩和やバーンアウトの低減につながる（Halbesleben, 2006）。一方で，組織内の不信や孤立，情報の遮断が進むと，援助職者は感情的負担を抱え込み，バーンアウトのリスクが高まる（Leiter & Maslach, 2009）。このように，職場のソーシャル・キャピタルは，個々の援助職者のストレス反応を緩和し，支援活動の持続性を高める上での重要な環境的資源である。職場内における信頼と協働の文化は，援助者が安心して互いを支え合い，困難な状況下でも専門職としての役割を保ちながら成長していくための基盤をなすものである。

第６節　共感的省察（empathic discernment）― 共感疲労と共感満足の形成に関わる内的調整プロセス ―

援助職者がトラウマ曝露下でも心理的健康を保つには，共感を単なる「感じる力」にとどめず，内省を通じて実践に結び付ける視点が重要である。こうした内的プロセスを説明するのが，第 1 項で言及した「共感的省察」，すなわち，自己の情動を省察しつつ，他者と自己の双方に最適な共感的応答を選択・活用する力である（Radey & Figley, 2007; Figley, 2009; Figley & Ludick, 2017）。

共感的省察を支える基盤としては，感情調整（affect），資源活用（resources），自己援助（self-care）の三要素が提案されている（Radey & Figley, 2007）（図 2-1）。まず，感情調整とは，援助者がどの感情をどの方向へ表出するかという感情の扱いそのものであり，肯定的な感情表出はクライエントを肯定的方向へ導くとされる。次に資源活用は，技術的背景や協働的ネットワークを単に有しているかや，これらをどの場面でどのように活用するかという判断力を含む概念である。また自己援助は，身体状態や情動反応への気づきを基盤としたセルフケア行動全般を指し，スーパービジョンの活用や休息の確保などが含まれる。

これら三要素は，援助者が自らの情動を把握し，内外の資源を適切に組み合わせながら状況に応じて最善の判断を行うための内的基盤を形成する。その上で共感的省察が働くことで，援助者は「自分にできる最大限の支援」を実践し，その結果として，共感疲労と共感満足をその援助者にとって持続可能な水準で維持することが可能となるという。藤岡（2012）は，この共感的省察モデルを基に，援助者には個々に固有の“最適水準”が存在し，その援助スタイルや志向性に応じた形で共感疲労と共感満足のバランスが保たれるという「共感疲労の最適化水準モデル」を提案している。

以上のように，共感的省察は，援助職者の感情調整や自己援助の実践，外的資源の活用によって高められ，援助関係における適切な関わり方を導く内的プロセスであるとされる。共感的省察が機能することで，援助職者は過度に巻き込まれることも，逆に距離を取りすぎることも避けられ，適切な関わりを維持することが可能となり，共感疲労の軽減と共感満足の向上の双方が促進されると考えられる。

なお，「empathic discernment」の訳語については藤岡（2012）によって「共感的なディサーンメント（明晰な内省）」が示されているが，本研究では，Figley ら（2007；2009）の定義に基づき，援助職者が自己の情動を省察・内省するのみならず，最適な応答を選択・活用するという省察的応答の側面にも焦点を当てるため，「共感的省察」と表記する。

次節では，これらの働きがより健全に発揮されることに寄与する可能性をもつ実践的枠組みとして，トラウマインフォームドケア（TIC）を取り上げる。

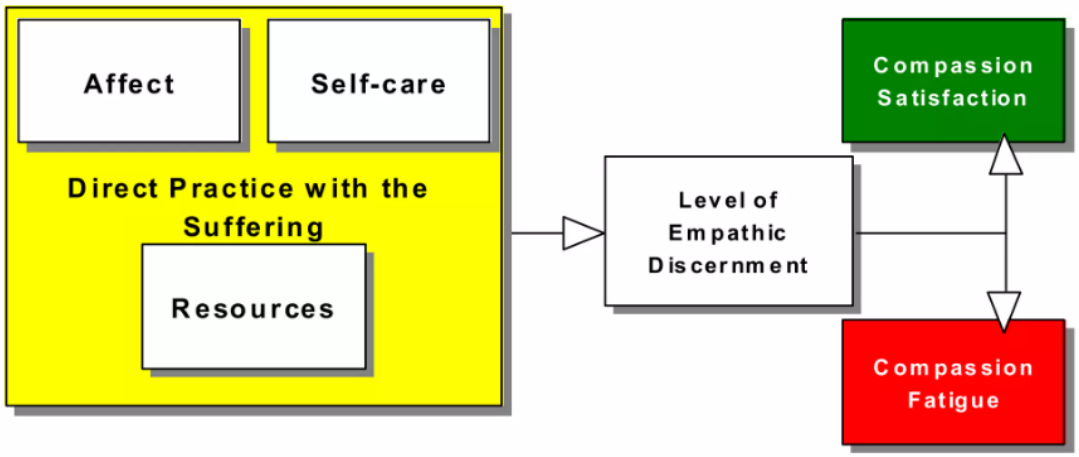


図 2-1　共感疲労または共感満足への移行（Transformation to Compassion Fatigue or Satisfaction）（Radey & Figley, 2007; Figley, 2009）

第 7 節　トラウマインフォームドケア（TIC）－援助職者と組織を支える包括的枠組み

ここまで，援助職者の精神的健康に関わる主なリスク要因と保護要因を整理してきた。援助職者の共感疲労や再トラウマ化を防ぐためには，個人・組織・制度といった複数のレベルを包含した多層的な心理教育的アプローチが求められる。前節で示した共感的省察は，こうした多層的な要因を背景に形成される内的プロセスとして，援助関係における適切な関わり方を方向づける重要な働きを担うと考えられる。

このような理解を踏まえると，援助者が情動調整や自己援助の実践，外的資源の活用といった要素を，より安全かつ効果的に機能させるためには，個人・関係・組織を包括的に捉える視点が求められる。その理論的基盤として近年注目されているのが，トラウマインフォームドケア（TIC）である。TIC は，トラウマの影響に配慮した環境づくりと実践原則を通じて，利用者と援助者の双方にとって安全で協働的な関係を促すことを目的とした概念である。

本節では，TIC の基本原理と構成要素を整理し，その枠組みが援助職者の内的プロセス―とりわけ共感的省察を支える可能性について，後続章につながる理論的基盤を明らかにする。

第 1 項　TIC の理論的基盤

１．TIC の成立背景

TIC は，支援のあらゆる場面でトラウマの影響を前提として理解し，個人への直接的介入のみならず，環境的・組織的要因を含むシステム全体の変革を志向する点に特徴をもつ。その理論的背景には，近年の神経科学の発展によって明らかになったトラウマの脳・身体への影響，当事者による体験の記録の蓄積，そして大規模疫学調査である ACEs 研究（Felitti et al., 1998）などによる知見がある。こうした科学的・実証的基盤を背景として，支援実践における新たなパラダイムとして TIC が提唱され（SAMHSA, 2014），医療，教育，福祉など多様な領域で注目されるようになった。TIC は，従来の「トラウマを治療の対象とみなす」狭義の臨床的アプローチを超え，公衆衛生の枠組みに立脚し，医療のみならず福祉・教育・司法といった多様な領域に導入が進められている（Hopper et al., 2010）。その理念は，当事者に対する尊重を基盤とし，身体的・心理的安全の確保，コントロール感の回復，そしてエンパワメントを重視する点に特徴がある。これまでに，北米，英国，オーストラリアを中心に各種の TIC プログラムが開発され，研修の持続的効果（Lang et al., 2016）や，組織文化の変容を促す役割（Bartlett et al., 2016）が実証的に報告されている。

２．TIC の 4 つの R（理解・認識・対応・再トラウマ化防止）TIC における再トラウマ化防止の具体的戦略

SAMHSA（2014）は，TIC の基本的枠組みを「4 つの R」で示している。すなわち，①

Realize（トラウマの広範な影響を理解する），② Recognize（トラウマ反応とその兆候を認識する），③ Respond（知見を実践に反映して対応する），④ Resist re-traumatization（再トラウマ化の防止を徹底する）である。この中でも，再トラウマ化の防止は TIC の究極的な目的として位置づけられており，組織文化・制度手続・対応の各層で，利用者を再び傷つけないための工夫が求められる。こうした観点は，第 2 章で論じた「援助職者と援助対象者双方の再トラウマ化の連鎖」を断ち切る上で不可欠な視点である。

3．TIC の 6 原則

さらに SAMHSA（2014）は，TIC を支える枠組みとして，6 つの主要原則を示している。すなわち，関わるすべての人が身体的・心理的に安全だと感じられる環境をつくる「安全（Safety）」，透明で一貫性のある対応とわかりやすい運営方針や意思決定を通して信頼を築く「信頼性と透明性（Trustworthiness and Transparency）」，共通の経験をもつ人々の支え合いを重視する「ピアサポート（Peer Support）」，上下関係を超え，支援する人もされる人も双方が意見を言い尊重しあう対等な協働をめざす「協働と相互性（Collaboration and Mutuality）」，人の強みや選択を尊重し，力の開花を信じて関わろうとする「エンパワメント・声の尊重・選択（Empowerment, Voice, and Choice）」，そして文化的・歴史的・ジェンダー的背景に配慮し，社会構造上の暴力を意識した姿勢で関わる「文化的・歴史的・ジェンダーへの配慮（Cultural, Historical, and Gender Issues）」である。

これらは，単に個別の臨床技法を超えて，組織文化やサービス提供の基盤として徹底されるべきものであり，利用者と支援者双方にとっての心理的安全を確保するための指針となっている。支援のあらゆる場面で「安全」と「信頼」を基盤とした関係づくりを促す指針となっており，社会福祉が掲げる「人間の尊厳の尊重」と「社会的公正の実現」の価値と深く響き合うものである。TIC は，社会福祉が大切にしてきた理念を，現場の実践と組織文化の中で具現化するための心理的かつ組織的インフラとしての機能を果たすものと考えられる。

4．TIC の実践研究と課題

TIC への関心は世界的に高まり，近年，医療・教育・福祉など多様な領域で TIC を導入した実践研究が蓄積されている。初期の研究では，TIC の研修プログラムや組織導入プロセスに焦点が当てられ，支援者のトラウマに関する知識の向上や支援態度の変化，さらには組織文化の改善が報告されている（Lang et al., 2016; Bartlett et al., 2016; Brown et al., 2012）。また，TIC の原則を実装した施設では，利用者の安全感や信頼感の向上，および強制的介入の減少などが報告されており，スタッフ側の職務ストレスや職場安全に好影響をもたらし得ることが示されている（Muskett, 2014; Azeem et al., 2011; Goetz et al., 2012）。

こうした実践的知見が拡がる一方で，TIC の効果を定量的に評価するための心理測定的

ツールの整備はまだ途上の段階にある。Thirkle ら（2021）は，TIC の理解や実装度を評価するために開発された尺度を整理し，個人レベル（支援者の知識・態度・行動）と組織レベル（方針・文化・環境）の双方を測定する多様なツールが存在することを指摘している。しかし，評価領域のばらつきが大きく，単一の尺度で TIC の全体像を把握することは難しいとされる。さらに，Wathen ら（2023）は，T(V)IC（Trauma- and Violence-Informed Care）に関するスコーピングレビューを通じて，既存尺度の多くが「安全」や「知識」といった領域に偏っており，「協働」「選択」「エンパワメント」などの要素が十分に測定されていないことを明らかにした。

このように，TIC の有効性や普及効果に関する研究は拡がりを見せているものの，理論構成を反映した包括的な測定指標の欠如が，研究的進展を妨げる一つの要因となっている。

第 2 項　援助職者の精神的健康と TIC の関連に関する先行研究

第 1 項で述べたように，TIC の有効性や普及効果に関する研究は広がりを見せているものの，理論的な枠組みを十分に反映した測定指標はまだ整っていない。それでも，既存の尺度や評価項目を活用し，TIC と援助職者の精神的健康との関係を調べた研究はいくつか報告されている。

それらの研究では，共感疲労，共感満足，STS，バーンアウトといった心理的指標との関連が検討されてきた。Sprang ら（2007）は，TIC に基づく研修やスーパービジョンが援助職者の共感疲労や STS を軽減し，バーンアウトの予防に役立つ可能性を示している。また，Brown ら（2012）は，TIC を取り入れた組織文化のもとで援助職者の共感満足が高まり，離職意向が低下することを報告した。さらに，日本の Niimura ら（2019）は，TIC の実装に対する認識が援助職者の心理的負担感と関係しており，組織の合意形成や支援体制の整備が職員のメンタルヘルスにとって重要であると指摘している。

ただし，こうした関連を実証的に検討した研究はまだ多くなく，とくに日本では，TIC の理解度と援助職者の精神的健康指標との関係を定量的に扱った研究はごくわずかであり，本研究が注目する社会福祉系援助職者を対象としたものはまだ見当たらない。こうした背景には，援助職者のトラウマに関する知識や，それに基づく視点・態度の変化を正確に捉えて評価できる尺度が限られているという問題がある。したがって，援助職者のメンタルヘルスとの関連をより明確にするためには，TIC の理解や態度を測定できる信頼性の高い尺度を整備し，共感満足や共感疲労との関連を再トラウマ予防の視点から実証的に検討することが重要である。

以上，第 2 章では，援助職者の精神的健康に影響を及ぼす要因として，共感疲労，感情洞察の困難性，トラウマ体験，共感満足，そして職場内の互恵的関係について整理した。また，先行研究において，援助者が共感しつつ自己を省察する力である共感的省察が，共感疲労と共感満足の双方を規定する重要な心理的プロセスとして位置づけられるモデルが存在することを示した。

次章では，共感疲労に代表されるような精神的健康リスクに対してこれまでどのような介入が行われてきたのか，その理論的背景と実践的試みを検討する。

第３章　トラウマが関わる精神的健康リスクに対する従来の介入

第１節　従来の介入

Kim ら（2022）は，トラウマ体験者を支援する対人援助職者に生じうる代理トラウマ（vicarious trauma: VT）への介入を系統的に検討し，介入は概ね①心理教育，②マインドフルネス，③アート／レクリエーション，④代替医療的アプローチの四類型に整理できると報告した。実践頻度が最も高いのは心理教育（62.0%）である。心理教育は，もともと精神疾患やストレス関連問題を抱える本人や家族に対して，疾患や心理的課題に関する正確な知識を提供する取り組みとして発展してきた（Lukens & McFarlane, 2004）。現在では領域・対象を問わず，自己理解とセルフマネジメントを促進する教育的アプローチとして，エビデンスに基づく実践の一形態へと位置づけられつつある。

Kim ら（2022）のレビューでは，多くの介入で共感疲労，二次的トラウマティックストレス（STS），バーンアウトといった主要指標の低減が一定程度示されている一方で，課題として，介入の多くが個人の努力に依拠するセルフケア中心であり，組織レベルの一次予防（業務設計・労働環境・支援体制等の構造改善）に関する視点が不足している点が指摘されている。

日本国内の知見として，坂下（2021）は対人援助職者のバーンアウト予防に関する支援アプローチの文献研究を行い，①業務上の問題解決支援（スーパービジョン，管理職の支援，コンサルテーション等），②自己理解の促進（ストレス自己評価・研修等），③対人支援スキルの強化（アサーション・トレーニング，カウンセリング研修，ピアコーチング等），④対話による支援（面談・コーチング等），⑤セルフケア促進（認知再構成や筆記による感情開示，動作法，セルフハンドトリートメント等）の５類型に整理した。質的研究ではバーンアウト予防への一定の効果が示される一方で，量的研究ではバーンアウトの中核である情緒的消耗感や脱人格化に対する抑制効果は限定的であるという結果が報告されている。坂下（2021）は，国内研究は量・質ともに蓄積が十分とは言えず，前記５類型を軸に，組織的取り組みと個人スキル／セルフケアを統合した多層的（個人・チーム・組織）介入の実証研究が必要であると結論づけている。

先行研究の知見から，海外でも日本でも介入の多様化が見られ，援助職者支援の実践が個人レベルから組織レベルへと広がる必要性が指摘されている点は共通している。しかし，海外において最も普及していた心理教育的アプローチは，日本の文献研究では独立した介入類型として明確に取り上げられていない点が指摘できる。坂下（2021）の分類における②自己理解の促進や⑤セルフケア促進の中に，心理教育的要素が内包されていると考えられるが，その実際の位置づけや効果は十分に整理されていない。

そこで本研究では，心理教育的介入に焦点を絞り，実施状況，効果および課題を明らかにすることを目的として，分野を限定せず広く文献調査を行うこととした。

第２節　日本における援助職者を対象にした心理教育的介入

前節で述べたように，日本国内では援助職者支援における心理教育的要素が明示的に分類・検討されてこなかった可能性がある。本節では，この点を踏まえ，日本において実践された心理教育的介入の内容と特徴を整理し，分野による実施状況の差異，得られた効果，および明らかになった課題について検討する。これにより，援助職者支援における心理教育の位置づけと，今後の実践的展開に向けた示唆を得ることを目的とする。

第１項　文献調査の方法

Web 版 Ver.5 医学中央雑誌（以下，医中誌と略記）と，CiNii 国立情報学研究所論文情報ナビゲーター（以下,「CiNii」と略記）において 2023 年 9 月 20 日までに発表された文献を対象とした。キーワードの入力方法は「バーンアウト or 共感疲労 or 二次的トラウマティックストレス or 二次的外傷性ストレス and　対人援助職 or 支援者　or ソーシャルワーカー or 看護師 or 医療専門職　or 心理士 and　心理教育 or トラウマインフォームドケア」とした。分析対象とする論文の選定にあたり，以下を選定基準とした。組み入れ基準は，(1)原著論文であること　(2)全文入手可能であること　（3）日本語文献であることとした。また，(1)症例および会議報告，(2)定性的研究レビュー，またはメタアナリシスの文献，(3) 心理教育の実践対象が対人援助職者ではない研究，(4)調査のみで介入がない研究，（5）内容に重複が見られる予備的研究は除外した。

第２項　文献調査の結果

文献の同定にあたり，上記のキーワードで検索をかけたところ，71,940 件ヒットした。上記の選定基準に基づき 15 編を選出し（図 3-1），フルテキストを精読して本研究の目的に該当する文献 9 編をレビューの対象とした。各研究について対象人数，対象者の属性，介入期間，目的，開催形式，介入内容，調査の実施時期，調査内容，分析方法，研究結果，研究の限界などの情報を抽出した。（表 3-1）

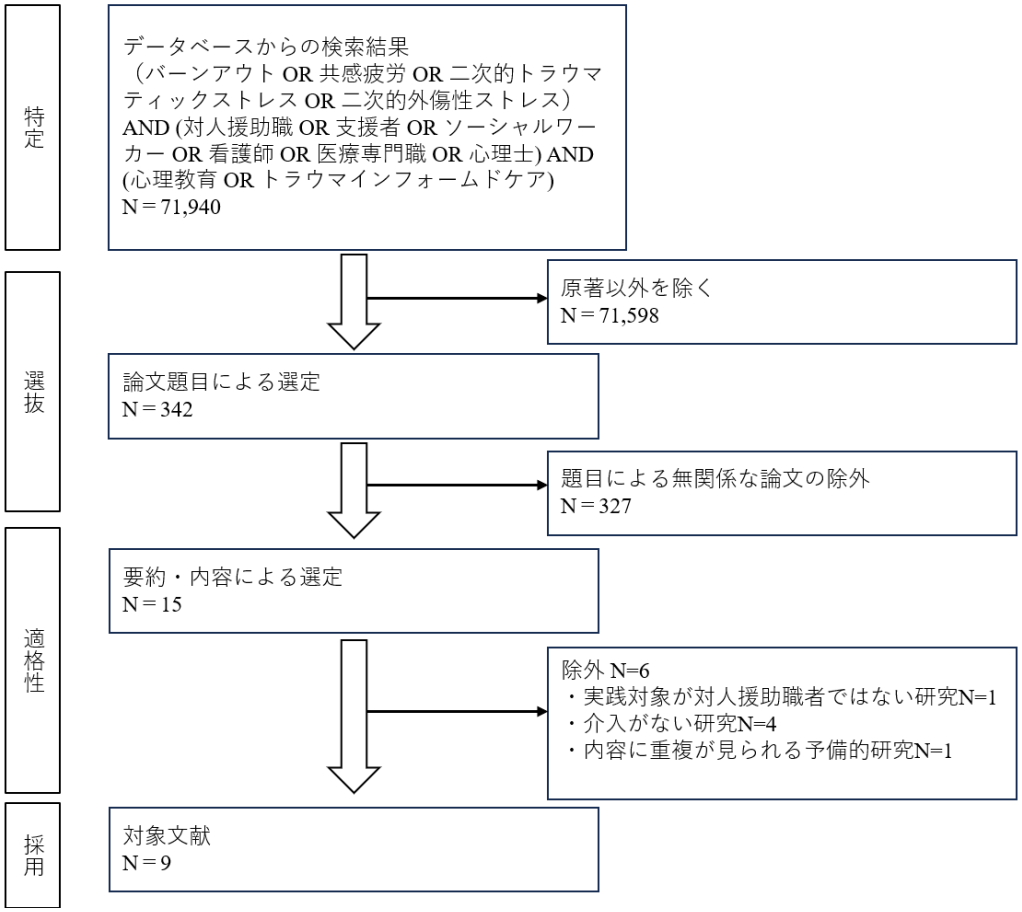


図 3-1 対象文献の選定の流れ（小川・野坂, 2023）

まず，文献検索の結果，心理教育的介入に関する原著研究はきわめて少数にとどまっており，日本におけるエビデンスの基盤は依然として脆弱であることが明らかになった。

概観すると，抽出された心理教育的介入の約 7 割が医療分野に集中していた。また，抽出された心理教育的介入の半数以上が 2021 年～2023 年の直近 3 年以内に集中しており，プログラムの内容を見ると，TIC に関するものが 4 編（44.4%），ストレス理論や認知行動療法に基づくものが 4 編(44.4%)，セルフケアの講義と力動的集団精神療法を組み合わせたものが 1 編（11.1%）であった。

効果測定については，介入の前後に何らかの調査を行い，効果に言及しているものは 6 編（66.7%）あったが，測定にあたり，信頼性・妥当性の検討が行われた尺度を使用していたものは，4 編（44.4%）であった。TIC の介入 4 編のうち 3 編は，支援の有効感や支援スキルの向上を目的に行われており，介入前後で有意な改善が示されていたが（菊池ら, 2023; 佐々木ら, 2021; 瀧井ら, 2021），佐々木ら（2021）による看護師の問題解決行動自己評

価尺度以外，信頼性・妥当性が確認された尺度は用いられておらず，提供された心理教育の内容が TIC のどの要素につながり，どのように意味づけられるのかは漠然としていた。なお，尺度が用いられていなかった理由としては，TIC が日本において注目されるようになったのは 2014 年以降と歴史が浅く，信頼性・妥当性が検証された TIC の理解度や心理的態度を計測する日本語の尺度が少ないことが起因していると考えられた。

文献検索の結果、全体の検索ヒット数に対し、対象文献の数が非常に少ないことが明らかとなった。心理教育的アプローチへの関心は大きいものの、未だエビデンスの蓄積につながる原著論文のような研究が少ないことが示唆された。また、ここ 3 年の間に発表された新しい研究 5 編の内 4 編が TIC をテーマとしたプログラムであり、対人援助職者のストレスおよびトラウマに関連する心理教育的介入として、近年は TIC が主流となってきていることが示された。

表 3-1　対人援助職者を対象としたストレスおよびトラウマに関連する心理教育的介入（小川・野坂, 2023）

No	著者	発行年	対象人数	対象者の属性	介入期間	介入の ①目的、②開催形式、③内容、④作成者	調査の内容（分析方法）	調査の時期	主な結果と考察	研究の限界／特記事項
1	菊池 美奈子・ 重年 清香・加藤 直子	2023	62名 (2回参加48名 2回目のみ参加14名)	養護教諭	4時間 x 2回	①TIC教育プログラム研修を評価すること ②1回目：オンライン　2回目：対面 ③1回目：TICの知識、子どもと保護者への心理教育 2回目：TICの基礎知識と心理教育、心理教育の演習、模擬事例を使用したグループワーク ④TICを専門とする臨床心理士のアドバイスを受けながら調査者を含むチームで開発	・これまで心身の健康問題への健康相談で困った経験の有無と種類（KJ法） ・健康相談に関する研修参加の有無 ・TIC研修の満足度、有効感（質的記述的分析法） ・TICの知識・理解に関する質問（前後、参加回数による比較、統計的検定有り） 調査者が作成し、研修講師の臨床心理士が内容確認を行いプレ調査を実施	介入の直前、直後	・養護教諭が感じている困難さとして、「保護者への対応」、「子どもの症状や気持ちや言動に対する理解」、「子どもへの個別対応」、「学校関係教員が子どもを理解するための働きかけ」が示された。 ・満足感は「とても満足」１回目87.5%、２回目100%。有効感は「とても役に立った」が１回目87.5%、２回目100%。 ・グループワークや演習についての満足度が最も高かった。 ・知識・理解に関する質問21問のうち、1回の研修前後の比較で19問について有意差が見られた。研修回数による差では4項目について有意差が見られた。 ・模擬事例を基に子どもの成長過程でのトラウマの影響について学び意見を交わしながら学びを共有することはTICに関する理解を深め、トラウマによる影響への感度を高め、TICを理解してかかわる必要性を認識することに効果的である。 ・子どもへの対応への安心感、実践に活用する有効感と自己効力感の生起、TICを学びながら実践する意欲、学校関係者に対し発信する意欲、養護教諭同士の交流によるエンパワメントにつながっていた。	日頃から逆境体験が背景にある子どもに関わり、TICに関心のある養護教諭を対象にしており、効果について一般化はできない。
2	酒井 佐枝子	2023	50名	児童福祉分野の支援者	週1回 x 連続2回	①求められるTIC研修の要素を抽出すること ②オンライン ③講義とグループワークを混在させた形で実施 １回目：トラウマとTICへの理解 ２回目：支援者や組織へのトラウマの影響 ④調査者がThe Child Welfare Trauma Training Toolkit (CWTTT)を参考に本邦の実情に即した内容を開発	研修に関する感想や意見についての自由記述（帰納的コーディングにより共通するコードからカテゴリおよびテーマを生成）	介入直後	・参加者は知識を得る場として、また、職場で共有する手段として、研修を位置付けている。 ・オンラインでは特に留意する点が示された（こまめな休憩、双方向性を意識した対話形式の際は事前に問を投げかけておく等） ・参加者の既有知識の違い、膨大な情報を消化する時間を確保することの必要性、支援組織へのTIC普及の難しさが言及されていた。 ・グループワークでの時間を十分確保すること、話し合う内容について知識の整理から始め、提示された話題により生ずる感情や考えの整理、自身の職場における体験、所属組織のスタンスの明確化と共有等、安全が配慮された中で、話題を細分化してそれぞれについてワークを行うといった工夫の必要性が示唆された。 ・オンライン研修はTIC普及における重要な一歩である。	・対象者数の少なさ ・大サンプルサイズでのさらなる検証が必要 ・研修内容が膨大

表 3-1　対人援助職者を対象としたストレスおよびトラウマに関連する心理教育的介入（小川・野坂, 2023）（続き）

No	著者	発行年	対象人数	対象者の属性	介入期間	介入の ①目的、②開催形式、③内容、④作成者	調査の内容（分析方法）	調査の時期	主な結果と考察	研究の限界／特記事項
3	佐々木 早苗・ 溝端 岳明・ 杉原 正美	2021	19名	精神科病棟勤務看護師	1時間の講義とグループワーク1回	①TICが、問題解決行動のどの部分に影響するのかを明らかにする ②対面。1回の研修参加者数は5〜6人 ④TICに精通する者の指導を受けて研修チームが作成	看護師の問題解決行動自己評価尺度 （総得点と下位尺度得点の前後比較。統計的検定あり）	介入前、介入後1か月	・問題解決行動自己評価尺度の総得点の前後の差に有意差有り。中央値で比較すると、低得点領域から中得点領域に変化した。TICを学ぶことは、看護師の問題解決行動を改善させる可能性がある。 ・今までの取り組みをTICの視点で理解を深めることができたためさらに取り組みが強化されたと考える。	・患者の属性データをとっておらず、研究対象者の属性との関係が検討されていない。 ・教育方法が影響した可能性がある。病棟スタッフ全員が同じ研修を受け、同じ認識で看護が行えるという状況は、TICの学びを実践しやすい状況であった。 ・結果が出なかった項目について、研修内容の不十分さが起因しているかもしれない。 ・看護師以外の医療従事者を含め研究することも必要 ・患者の満足度調査など患者側の評価を取り入れた研究が必要
4	瀧井 美緒・上田 純平	2021	40名	子育て支援者	1時間	①メンタルヘルスリテラシーおよびトラウマが関係すると考えられるケースへの対応効力感の向上を目的とした心理教育を実施し評価すること ②対面 ③3部構成「トラウマとは」、「トラウマとPTSD」、「実際の対応で気を付けるポイント」 ④記載なし	・これまでのトラウマ対応経験の有無 ・トラウマに関する理解の有無の変化と変化内容 ・研修前後の対応効力感「もしトラウマ対応をしなくてはならない場合、研修を受ける前/受けた後には、どのくらい対応できそうと感じていましたか？」5件法（前後比較。統計的検定あり） ・感想（自由記述）	介入前後	・トラウマ対応経験がある8名、ない29名、不明3名 ・研修前後において、ケースへの対応効力感は有意に上昇（Z=-5.003 （p<.001）、r=-5.83（95%CI [-7.13 - 4.11]））。 ・子育て支援者が対応に抵抗や困難を感じやすいと考えられるトラウマ関連ケースについて、心理教育を行うことにより、何らかの知識や見通しがつくことで対応効力感につながる可能性が示唆された。	
5	宇佐美しおり・増野 園惠	2021	500名 介入群:230名 対照群:270名	看護師（災害のあった県の被災者兼支援者）	5時間	①看護職のうつ/PTSR悪化予防介入プログラムの評価 ②対面 ③災害後のセルフケアに関する心理教育2時間、セルフケアの意図的過程を展開するための力動的集団精神療法3時間 ④調査者	・PTSDプライマリケア評定用紙 ・うつ病（うつ）自己評価用紙 ・震災反応の変化用紙（DCTR：震災後のセルフケアの意図的過程の変化を示す） ・健康関連QOL（SF-８）	介入前、後、1・3・6か月後	・介入前における介入群と対照群に精神的健康得点、PTSD陽性率に差があり、介入群の方が高かった。 ・うつ/PTSD悪化予防介入プログラムで、3カ月後にうつは最も下がり、PTSD陽性率も6か月後に下がっていた。しかしうつは依然として強く、ストレスを受けながら震災後の生活を送っていることが考えられた。 ・本プログラムでうつの改善には至らなかった。被災者兼支援者のうつの改善には生活や仕事のストレスを減らす別の介入プログラムが必要と考えられる。	・2群の特徴が異なっており、特徴の違いが精神状態に関連したことが考えられる。 ・被災者兼支援者のうつ・PTSD陽性率に影響を与える要因である被災状況の大きさ・同居者の有無・ソーシャルサポートについて検討をしていない。

表 3-1　対人援助職者を対象としたストレスおよびトラウマに関連する心理教育的介入（小川・野坂, 2023）（続き）

No	著者	発行年	対象人数	対象者の属性	介入期間	介入の ①目的、②開催形式、③内容、④作成者	調査の内容（分析方法）	調査の時期	主な結果と考察	研究の限界／特記事項
6	安藤 晋一郎・ 安藤 美華代	2018	67名	医療従事者（医師5名、看護師54名、薬剤師3名、臨床検査技師1名、理学療法士2名、医療SW2名）	5時間（4〜11か月の間、1時間 x 5回）	①心理社会的ストレスに対処することとチーム医療の教育を教える「サクセスフル・セルフ※」を活用した研修を実施し有用性を検討すること(※自分自身の認知・感情・行動をコントロールする力、心の問題を予防したり心の問題に対処したりする力を高める心理教育プログラム) ②対面 ③ワークブックを作成。レッスン１：自己理解（自分らしく生きよう、サクセスフル・セルフへの道）、２：人間関係と対処と解決（困難な状況への対処と解決：基礎編）、３人間関係と対処と解決（困難な状況への対処と解決：応用編）、４自己理解（ストレスと自己コントロール）、５自己理解と対処と解決（自己対処力と今後の展望） 全レッスン、個別活動、グループ活動、全体共有の順で進めた。 ④調査者	役立ち度と感想を自記式質問紙に記入（KJ法）	介入後	・回答した52名の内、42名（80.1%）が役立ったと回答した。 ・感想の質的分析から、【多職種の同期との交流の場】となり、【思いや悩みの共有】、【自己理解の促進】、【今後の展望】をもつ機会となったことが示された。	
7	香月 富士日・ 杉松 智美・ 児屋野 仁美・ 高岡 光江	2013	30名 介入群14名、対照群16名	看護師	8時間（2週間に1回、1回2時間、全4回）	①認知行動療法や心理教育的手法を利用した構造化されたストレスマネジメント・エンパワメントプログラムを行うことで、気分や精神的健康度などの心理的負担が軽減するかを実証的に示すこと ②対面 ③30分の講義と演習、90分のグループディスカッション　講義内容：1回目：ストレスについて、2回目：物事の捉え方と認知行動療法について、3回目：前回の宿題の確認、アサーションについて、4回目：前回の宿題の確認、問題解決技法の説明と演習 ④記載なし	・精神的健康度K6 ・気分POMS ・患者への感情態度NAS	介入前、直後、1カ月後	・精神的健康度を評価するK6については、介入後時点も1ヵ月後時点でも有意差は認められなかった(P=0.834、0.598)。 ・気分を評価するPOMSにおいて、「緊張-不安」、「抑うつ-おちこみ」、「怒り - 敵意」について一定の改善効果があった。「怒り-敵意」については、介入後1ヵ月の時点で効果の持続が認められた。 ・このプログラムは精神科看護師の気分の改善に一定の効果が期待できることが示された。	・対象者が集まりにくくリクルートに困難を極めた。 ・フォローアップ期間が1か月で短かった。

表 3-1　対人援助職者を対象としたストレスおよびトラウマに関連する心理教育的介入（小川・野坂, 2023）（続き）

No	著者	発行年	対象人数	対象者の属性	介入期間	介入の ①目的、②開催形式、③内容、④作成者	調査の内容（分析方法）	調査の時期	主な結果と考察	研究の限界／特記事項
8	野末武義・野末聖香	2013	32名	看護師	28時間（週1日、1回7時間、全4回）	①看護師を対象にアサーショントレーニング(AT)を実施し、参加した看護師がどのような気づきを得たか、何が理解でき何が理解しにくかったか、あるいはどのような困難を感じたかを明らかにし、その分析に基いて看護師にとってより効果的なATプログラムを検討すること ②対面 ③アサーションの理論、自己信頼を高める、アサーション権、ものの見方・考え方とアサーション（ABC理論）、日常会話のアサーション、聴くこととアサーション、問題解決のためのアサーション、感情表現とアサーション、集団による課題解決等 ④日本・精神技術研究所の開催する二日間基礎理論コースをベースとし一部看護師用に修正・追加したものを調査者が作成。	ふりかえりシート：講義やワークから得た気付き、理解できたこと、理解しにくかったこと・難しかったこと、日頃の仕事の中でどのような望ましくない聴き方をしているか、日頃の仕事の中で、どのようにして相手の話をきちんと聴く努力をしているか （KJ法、質的記述的分析）	各セッション終了時	・トレーニングにより自分の自己表現の特徴や非合理的思い込みについて理解が深まる、自分が抱く否定的感情に対してより受容的になる、などの効果があることが伺えた。 ・34.4%の対象者がアサーション権の理解が難しいと感じており，看護師がアサーションのスキルを身につけるためには，まず自己表現の権利を自覚し，意識をよりアサーティブにすることが必要であることが明らかになった。	・研究者が研修実施者であることから実験者効果が生じている可能性がある ・対象者が管理的立場にある看護師であるという偏り
9	平井 啓・平井 麻紀・前野 正子・ 保坂 隆・ 山田 富美雄	2005	17名	看護師	7.5時間（連続5週間、週1回、1回90分、全5回）	①看護師のストレスマネジメントのための構造化された心理学的サポートグループプログラムを開発する。 具体的目標として、事前調査の結果を受け、ストレス対処のセルフ・エフィカシーの向上を設定した。 ②対面 ③介入に先立ち、ストレスマネジメント行動の実践段階の測定、ストレスマネジメントのための介入の期待度、ストレスに対する自覚度を把握する質問紙調査を実施。 連続する5つのセッションからなる心理教育・認知行動療法的技法を中心としたものにした。 グループ分けでは、勤務年数の長い看護師と短い看護師が同一グループになるように配置。グループ構成は最初から最後まで変更なし。 心理教育の内容：・ストレス理論の解説　・ストレス対処に関するセルフエフィカシーを高められるような内容とした 各セッションでは前半70分を心理教育的介入、その後20分を漸進的筋弛緩法を中心に一部自律訓練法を追加したリラクセーションを実施 ④調査者	・ストレスコーピングテスト ・情緒状態（POMS）日本語版 ・看護におけるストレス対処のセルフ・エフィカシー尺度（Stress Corping Self -Efficacy Scale for nurses:SCSES） ・病棟内対人関係 （各変数の事前事後3カ月後の比較、統計的検定有り）	介入前、介入直後、介入3カ月後	・気分状態、セルフ・エフィカシー、積極行動コーピング、看護師同士の人間関係認知の得点が有意に改善されていた。 ・ストレスコーピングテストの積極行動コーピングは介入前に比べ、介入後、3カ月後のスコアが上昇していた。 ・POMSのスコアでは、全般的情緒障害（TMD）・緊張-不安・抑うつ・怒り - 敵意の各スコアで介入前に比べ、介入直後でスコアが低下していた。しかし有意ではないが3か月後に再び上昇していた。介入前と比べると改善はみられた。 ・セルフエフィカシーは、3カ月後に有意に上昇が見られた。全体として上昇傾向にあった。 ・人間関係では、同僚との間の関係評価にのみ上昇。医師との関係、患者との関係には有意な変化は認められなかった。	・コントロール群を設定していない。対象者が少ないため介入効果を議論するには不十分。 ・対象者は、事前の質問紙調査から、ストレスマネジメントにかなり関心があり、すでにある程度の行動を実行していた。 ・POMSは直後では改善するが、3カ月後には元に戻る傾向がみられる。POMSで測定されるような状態の変化に関しては長期的な影響を及ぼさない介入だった可能性がある。 ・参加率の低さ。実行可能性を高めるためルーチンに組み込んでいくための工夫が必要。 ・事前の調査は実行可能性を高める可能性がある。

本章では，トラウマが関わる精神的健康リスクに対する従来の介入を概観し，特に心理教育的介入の特徴と課題について検討した。文献調査の結果，日本国内では援助職者を対象とした心理教育的介入の報告は依然として少なく，その多くが医療分野に集中していた。また，信頼性・妥当性の検証が行われた尺度を用いた実証的研究は限られていた。さらに，心理教育の内容や介入の意図が明確に理論化されておらず，トラウマの理解や再トラウマ化防止といった観点も十分に位置づけられているものは見当たらなかった。

長年，臨床の場でトラウマに関する心理教育を実践してきた精神科医の前田（2025）は，今後の心理教育の在り方に関して次のように述べている。

> *「当事者本人だけに理解していただいたとしても，セルフスティグマが発生してしまって，かえって生きづらくなってしまう（中略）いろんな方々に理解していただいて，そして一緒にどうしたらいいかを考えていく，「伝え合う」から「語り合う」，「個」から「集団」へとコミュニケーションのアプローチを多元的に展開する必要がある」。*

前田の指摘は，援助過程において生じうる再トラウマ化を軽減するうえで，きわめて重要な示唆を含んでいる。さらに，この示唆は，援助職者から援助対象者への心理教育にとどまらず，援助機関から援助職者への心理教育のあり方にも当てはまると考えられる。援助職者自身が支援の過程でトラウマに曝され，いわば「ケアの代償」を負う当事者となりうることを踏まえれば，援助職者に対しても，多層的かつ相互的な理解の枠組みを備えた心理教育が必要である。

従来の心理教育は，個人のストレス対処能力やセルフケア実践を中心に据える傾向が強く，結果として援助職者の困難を個人の資質や努力の問題として説明してしまう危険性を孕んでいた。したがって，援助職者の共感疲労や再トラウマ化を予防するためには，個人・組織・制度の各レベルを相互に関連づけて理解し，介入する多層的心理教育アプローチの構築が求められる。

第 4 章　本研究の目的と意義

前章までに述べたように，TIC は，個人・組織・制度といった多層的な視点から，援助職者と援助対象者の双方における再トラウマ化を防止する枠組みとして注目されている。TIC は単なる支援理念にとどまらず，心理教育を基盤とした学習的プロセスを通じて，援助職者自身の理解や実践を促す点に特徴がある。しかし，その有効性を支える理論的・測定的基盤は十分に整っておらず，特に日本では，TIC の理解や実践態度を信頼性のある尺度で評価し，援助職者の精神的健康との関連を検証した研究は限られている。

また，援助職者の精神的健康には，職務上のストレスやトラウマとなるような体験だけでなく，援助職者自身の感情洞察の困難性や過去のトラウマ体験といった個人的要因，および職場のソーシャル・キャピタルなどの環境要因が影響することが指摘されている。これらの要因は，TIC の理解や実践が共感疲労・共感満足などの心理的指標に及ぼす効果を調整する可能性があるが，その関連は十分に明らかにされていない。

以上の点を踏まえ，本研究では，日本の社会福祉領域に従事する援助職者を対象に，まずトラウマの影響を理解して自他に関わろうとする TIC 実践志向を測定可能とする尺度を開発する。そのうえで，当該尺度を用いて，TIC の実践志向の程度と援助職者の共感疲労・共感満足などの心理的指標との関連を検討し，精神的健康への影響を検討する。さらに，感情洞察の困難性や過去のトラウマ体験，また職場のソーシャル・キャピタルがこれらの関連に及ぼす調整的役割を検証し，TIC が援助職者の再トラウマ化を防ぐ機能を持ちうるかを検討する。

こうした検討を通じて得られた知見をもとに，本研究では，援助職者が再トラウマ化を防ぐために TIC の視点や態度をどのように取り入れ，どのような条件のもとでその効果がより適切に働くのかを検討し，その理論的基盤を提示することを目的とする。最終的に，本研究は，個々の援助者の特性と職場環境を踏まえて TIC の効果がどのような条件のもとで発揮されるのかを検討し，援助職者の再トラウマ化を防ぐ TIC の可能性について，今後の研修や実践を検討するための基礎的知見を提供することを目指す。本研究の構成を図 4-1 に示す。

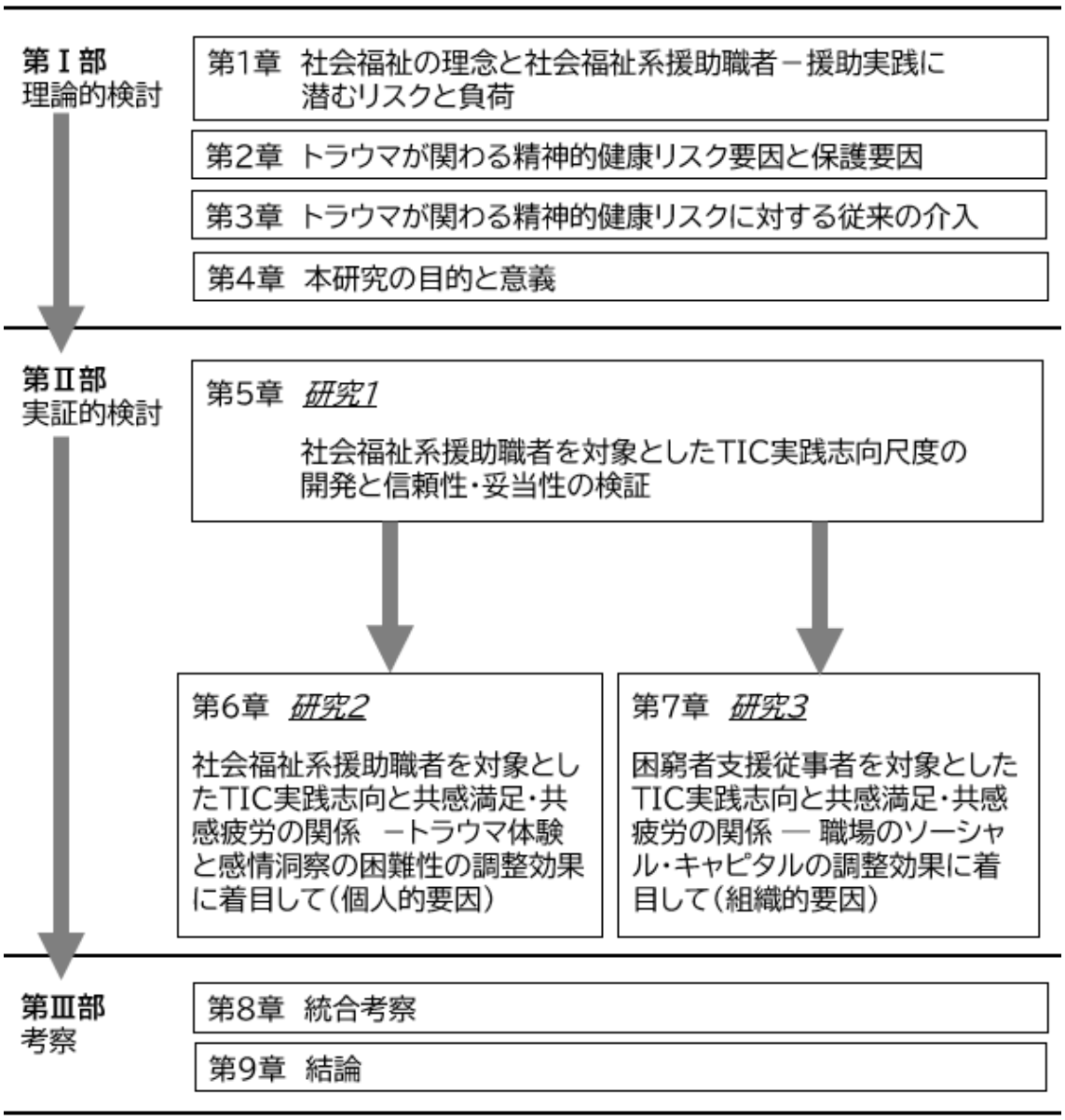

第Ⅰ部
理論的検討
第1章 社会福祉の理念と社会福祉系援助職者－援助実践に潜むリスクと負荷
第2章 トラウマが関わる精神的健康リスク要因と保護要因
第3章 トラウマが関わる精神的健康リスクに対する従来の介入
第4章 本研究の目的と意義
第Ⅱ部
実証的検討
第5章 研究1
社会福祉系援助職者を対象としたTIC実践志向尺度の開発と信頼性・妥当性の検証
第6章 研究2
社会福祉系援助職者を対象としたTIC実践志向と共感満足・共感疲労の関係 －トラウマ体験と感情洞察の困難性の調整効果に着目して（個人的要因）
第7章 研究3
困窮者支援従事者を対象としたTIC実践志向と共感満足・共感疲労の関係 ― 職場のソーシャル・キャピタルの調整効果に着目して（組織的要因）
第Ⅲ部
考察
第8章 統合考察
第9章 結論

図 4-1　本研究の構成

第 II 部　実証的検討

第I部では，本研究の背景と理論的枠組みを整理してきた。社会福祉の現場では，援助職者が心理的負担を負うリスクや，援助過程において再トラウマ化が引き起こされるリスクが存在することが示された。こうした状況に対して，TIC は「再トラウマ化の防止」を核心に据えた支援の枠組みとして注目されているが，日本においては，その理解度を定量的に測定し，援助職者の心理的健康との関連を実証的に検討した研究は数少ない。

そこで第II部では，社会福祉系援助職者を対象に，トラウマの広範な影響を理解して自他と関わろうとする実践姿勢である TIC 実践志向と共感疲労・共感満足との関連を明らかにするため，一連の実証研究を行う。まず第 5 章において，日本の社会福祉系援助職者を対象に，TIC の実践志向を測定する尺度（ARTIC-J19）を開発し，その信頼性と妥当性を検証する。さらに，検証された尺度を用いて，TIC と援助職者の共感疲労・共感満足との関連を検討する（研究 1）。

続く第 6 章では，援助職者自身の過去のトラウマ体験や感情洞察の困難性といった個人的要因に焦点をあてる。これらの要因が TIC と共感疲労・共感満足との関連に及ぼす交互作用効果を研究 1 で検証された尺度を用いて検証する（研究 2）。

第 7 章では，特に困窮者支援領域に焦点を当てた。困窮状態に至る人はトラウマ体験を抱えていることが多く，また，困窮がトラウマ体験を生じさせることも知られている。困窮者支援の現場では，援助職者の心理的負担や燃え尽きが指摘される一方，援助対象者への対応の不適切さが社会問題として取り上げられることも少なくない。困窮者支援領域もまた TIC の普及が不可欠な領域だと考えられるが，日本においては，まだ医療や児童福祉領域ほど TIC 研究は行われていない。そこで，本章では，困窮者支援領域で TIC の認知度を調査するとともに，研究 1 で検証された尺度を用い，困窮者支援領域で働く援助職者を対象とした TIC と共感疲労・共感満足との関連を確認した。さらに，援助職者の共感疲労・共感満足には組織的要因の影響も考えられることから，組織的要因のひとつとして職場のソーシャル・キャピタルに着目し，共感疲労・共感満足への TIC と職場のソーシャル・キャピタルとの交互作用効果を検証した（研究 3）。

第 II 部では，社会福祉系援助職者の TIC の実践志向を定量的に測定する尺度を開発し，TIC と社会福祉系援助職者の共感疲労・共感満足との関連を個人レベルおよび組織レベルの双方から多面的に明らかにすることを目的とした。

第５章　（研究１）社会福祉系援助職者を対象とした TIC 実践志向尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

第５章では，社会福祉系援助職者を対象として，TIC 実践志向を測定する尺度（以下，TIC 実践志向尺度）を作成し，その信頼性および妥当性を検証する。本章には，小川 (2025a) における記述と同一または近似の文章表現を含む箇所がある。

第１節　背景と目的

トラウマの影響が社会に認識されるようになり，トラウマとなる出来事やその影響についての理解を深め，効果が実証された方法で対応していくという TIC への注目が高まり，世界各地で TIC の実践モデルや研修モデルの実証研究が試みられている。一方，支援者のトラウマに関する知識および知識に基づいた視点や態度の変化を的確に捉える心理測定的に評価する頑健な尺度の不足や，実証研究の対象が医療従事者に偏っている点が課題となっている。

現在，世界でもっとも多用されているものに Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale（以下 ARTIC）（Baker et al., 2016；2021）がある。ARTIC は，個人の視点や態度が TIC にもとづいたものかどうかを測る尺度である。ARTIC を使用することによって，自己評価や TIC の教育プログラムの効果測定が可能となり，個人や組織は測定結果をもとに改善のための具体的行動計画を立てることができるとされる。ARTIC は回答や集計をオンライン上で行えるプラットフォームを有しており，2016 年の発表以来，日本語を含む 8 言語に翻訳され，世界 240 以上の団体で使用されている（Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers, 2019）。また，公的機関から心理測定尺度として A ランクの評価を受けている（The California Evidence-based Clearinghouse, 2021）。ARTIC が短期間に普及した背景には，こうした利用者にとっての利便性と高い評価があると考える。

ARTIC には，トラウマの影響を理解し対応しようとするために重要とされる中核的な姿勢や態度を示す５つの下位因子から成る ARTIC-35（35 項目）と，それらに TIC への支持の度合いを測る 2 因子を補足した 7 因子から成る ARTIC-45（45 項目），また短縮版である ARTIC-10（10 項目）がある。TIC 導入前でまだ TIC への馴染みが薄い段階においては ARTIC-35 を使用することが推奨されている（Baker et al., 2016）。質問項目は TIC の観点から見て好ましい態度とそうではない態度が対になった 1〜7 段階のリッカート式尺度となっている。ARTIC-35 の５因子の一つ目は，問題行動や症状を内的で固定的な問題と見るか外的要因に起因し変化し得るものと見るかを問う「Underlying causes of problem behavior and symptoms」（問題行為の根底にある原因について見ようとする視点），二つ目は，対応において柔軟性や安心感，健全な関係の構築を重視するか，規則，過程よりも結果，問題行動の排除を重視するかを問う「Responses to problem behavior」（問題行為に対する対応姿勢），

三つ目は，共感に焦点を当てた行動を支持するか，行動をコントロールすることに焦点を当てた行動を支持するかを問う「Empathy and control」（共感とコントロール），四つ目は，トラウマを抱える人々に対応する仕事の要求に応えられると感じるか，応えられないと感じるかを問う「Self-efficacy at work」（仕事における自己効力感），五つ目は，トラウマの二次的影響を理解し援助希求の対処法を支持するか，影響を過小評価し無視する対処法を支持するかを問う「Reactions to the work」（仕事から受ける影響の理解と対処）であり，それぞれ7項目ずつで構成される。

一方，ARTIC には課題も示されている。主な課題は因子構造と項目表現である（Stokes et al., 2020; Mendez et al., 2023）。因子構造については，原版（Baker et al., 2016；2021）で 7 因子モデルの ARTIC-45 は，物質依存症者の支援者を対象とした後続の研究（Mendez et al., 2023）において 9 因子，原版で 5 因子モデルが示されている ARTIC-35 は，看護師を対象とした Stokes らの研究（2020）の研究において，主成分分析で 9 因子，質的分析で原版とほぼ同じ 5 因子が抽出されている。また，同研究では主成分分析において 2 つ以上の因子にカットオフ値を超える負荷量を示す項目が 11 項目，質的分析において，両極が排他的ではない，1 つの項目に複数の要素が含まれている等の問題を含むものが 22 項目報告されている。この他，中間を選ぶ傾向が高い文化圏では中間に集中しやすいという文化の影響を受ける可能性から，二極性リッカート形式を問題視する研究もある（Kataoka et al., 2022）。1 因子モデルの ARTIC-10 は後続の研究（Keesler et al., 2024）では十分なモデル適合度が示されていない。

日本においても因子構造や項目表現の問題の影響が考えられるが，日本ではまだ ARTIC-45 および ARTIC-35 について詳細な検証がなされていない。唯一日本人を対象にした ARTIC の研究としては，医療従事者を対象とした Kataoka ら（2022）による ARTIC-10 の研究があるが，ARTIC-10 の Cronbach の α 値は.56 と，高い信頼性を示した原版（Baker et al., 2016）の結果（α＝.82）と異なる結果が示されている。

近年，日本においても TIC への関心が高まり研修プログラムが始まっているが，第 I 部で示されたように実証研究は少なく研究対象は医療従事者に偏っている（小川・野坂, 2023）。医療従事者に偏る背景には医療現場は日常的に病気や悲嘆，喪失などの場面に接し心理的負担が多いためだと考えられるが，虐待や DV，ネグレクトなど対人暴力の被害者に直接対応することの多い児童福祉機関や，薬物・アルコール等の依存，困窮，社会的孤立と複合的な問題を抱える人を支援する困窮者支援機関などの社会福祉系の機関で働く援助職者も，トラウマ体験を持つ援助対象者に接する機会が多く心理的負担が予想される。社会福祉分野で働く援助職者もトラウマの影響に関する基本知識を有し，自分自身もトラウマの影響を受ける対象であることを認識して対応する姿勢が必要であり，社会福祉分野において TIC の実証研究が進んでいくことが期待される。そして，そのためにはトラウマの影響を理解し対応しようとする TIC に関する知識や態度を正確に捉える尺度が不可欠である。ARTIC はその有力候補であるが，まだ日本人を対象とした研究が少なく有用性について不

明な点が多い。

以上を受け，本研究ではTICの知識や態度を測る尺度としてARTIC-35および短縮版である ARTIC-10 が，日本の福祉系対人援助職者にどのように機能するかを検証し，ARTIC を使用する上での課題を明らかにすることを目的とする。本章の結果は，後続の研究2，研究3で TIC の理解度および実践に関する援助職者の態度傾向と援助職者の共感疲労・共感満足との関連を実証的に検討するための基盤を提供するものである。

本研究で行うことは，主に，以下の2点である。第1に Web 調査により得られたデータに基づいて，ARTIC-35および短縮版である ARTIC-10（以下，ARTIC-35/10）の因子構造と信頼性を検討する。信頼性については Cronbach の α 値で検証する。また，先行研究で指摘された項目表現の問題について検討する．第 2 に ARTIC-35/10 と理論的に関連が予想される既存の自記式尺度などとの関連を分析し，全般的な傾向性から収束的妥当性の可能性について検討する。検討に用いる尺度と ARTIC-35/10 との関連性に関する予測を以下に示す。

1 つ目の尺度は，トラウマに関する知識やトラウマの影響を理解した主観的な対応姿勢を計測する Knowledge, Attitudes, and Practices Trauma Informed Practice（KAP-TIP）（King et al., 2019）である．本尺度と ARTIC-35/10 は計測するものが似ているため 2 つの尺度の間に正の相関が示されると予測する。KAP-TIP は，TIC の理解度や実践志向を計測する尺度のスコーピングレビュー（Wathen, 2023）において，TIC の主要原則をほぼ網羅する尺度の一つとして位置づけられている。また，他の尺度と比べ項目数が少なく回答者への負担が小さい点も，本研究の対象者に適した特徴であると判断し，比較尺度として採用した。

2 つ目の尺度は，専門職の QOL：共感性満足と共感性疲労下位尺度（以下，ProQOL-R-IV-J）（後藤, 2005-2006）である。本尺度には下位尺度として，人々を援助することや職務をうまく行うことにより得られる充足感や職業的喜びを示す「共感満足」，トラウマティックな出来事を経験した人を援助する，もしくは援助しようとすることによって生じる自然な結果としての行動や感情である「共感疲労」，そして，対人的な職務における不満足や疲労の結果生じる症候群である「バーンアウト」が存在する。トラウマ由来の症状や行動に関する知識を有し，知識に基づいた対応をしようとするトラウマインフォームドな援助職者は，アセスメントや日常の対応において援助対象者と援助職者双方の安全・安心を重視し，援助業務をより円滑に行うことができることにより，充足感や職業的喜びが高いと考える。また，援助職者にもトラウマの影響が及ぶことを理解し，その予防や早期対応の必要性を認識しているため「共感疲労」や「バーンアウト」は低いと考える。もし，ARTIC-35/10 が TIC 実践志向をとらえる尺度であれば，ARTIC-35/10 の値が高ければ「共感満足」との間に正の関連が示され，「共感疲労」および「バーンアウト」との間に負の関連が示されると予測した．原版の研究（Baker et al., 2021）では，妥当性指標尺度として本尺度が使われており，ARTIC35/10 は，共感満足との間に有意な正の相関（順に，$r=.37, p<.001$; $r=.32, p<.001$），共感疲労との間に有意な負の相関（$r=-.27, p<.001$; $r=-.25, p<.001$），バーンアウトとの間に有意な負の相関（$r=-.31, p<.001$; $r=-.28, p<.001$）が確

認されている。また，下位尺度との関連においては，「Underlying causes of problem behavior and symptoms（問題行為の根底にある原因について見ようとする視点）」，「Responses to problem behavior（問題行為に対する対応姿勢）」，「Empathy and control（共感とコントロール）」，「Self-efficacy at work（仕事における自己効力感）」，「Reactions to the work（仕事から受ける影響の理解と対処）」の 5 因子すべてにおいて，「共感満足」との間に有意な正の相関，「バーンアウト」との間に有意な負の相関が示され，「共感疲労」に ついては，「Underlying causes of problem behavior and symptoms（問題行為の根底にある原因について見ようとする視点）」因子を除く 4 因子について有意な負の相関が示されている。

ARTIC-35/10 との関連が予想される 3 つ目の項目は，セルフケアの手段の有無である。セルフケアは，「健康的な方法で自分自身を再充電し，再びエネルギーを補給する能力」（Gentry, 2002）とされ，共感疲労や代理トラウマなどのトラウマの影響から支援者を保護し（Harrison & Westwood, 2009），共感満足を高める（Butler et al., 2017）ことが知られている。もしも ARTIC-35/10 が援助職者が自分に及ぶトラウマの影響を知り対処しようとしているかどうかをとらえる尺度であれば，セルフケアの手段の有無との間に有意な正の相関が示されると予測した。

4 つ目の項目は，離職意向である。援助職者のトラウマティックな体験と離職の関連についての研究として，児童福祉の職場で代理性トラウマとなりうるような体験の多さと離職率との関係が示されている（Middleton & Potter, 2015）。自他のトラウマの影響を理解し最小化するための対応策を知っているトラウマインフォームドな援助職者は，トラウマの影響を受けたとしても対処法を駆使して心身の疲労の蓄積を防ぎ，援助者として働き続けることに前向きでいられる可能性が高いと考える。よって，ARTIC35/10 の得点と離職意向の間に有意な負の相関が示されると予測した。

さらに，TIC研修受講歴との関連も確認する。TIC研修受講歴については，研修内容が必ずしも均質とは限らないものの，援助職者が TIC に関する概念や用語に接触した経験を示す指標として，本尺度の構成概念妥当性を検討する外的基準として一定の妥当性を有すると考えられる。

第 2 節　方法

第 1 項　対象と手続き

全国の，主に困窮者支援および児童福祉分野で働く支援者を対象にアンケートツール「Qualtrics」を利用した無記名式の Web 調査を行った。調査は 2021 年と 2023 年に実施した。募集の 1 回目は一般社団法人生活困窮者自立支援全国ネットワークのホームページで紹介されている自立相談支援機関相談窓口一覧に記載されている 1319 団体に，2 回目は地方自治体の運営する児童相談所や家庭児童相談 1962 箇所，困窮者支援を行う福祉事務所 1063 箇所に対して行った。募集にあたり，調査の概要について説明した調査協力依頼書と調査

概要が示されたホームページの URL および QR コードが記載された調査募集チラシを郵送し，E メールアドレスが分かる団体については調査募集チラシのデータを E メールに添付送付して各機関内で募集情報を回覧してもらう形で行った。参加者はパソコンやスマートフォンなどの端末からアンケートサイトにアクセスし回答を行った。因子構造の確認による構造的妥当性の検討，および内的一貫性の検討については 1 回目と 2 回目の調査参加者 678 名，収束的妥当性の可能性の検討については 2 回目の調査参加者 297 名を分析の対象とした。

本研究の実施に際し，参加者に対し，(a) データは統計的に処理され研究目的以外には使用しないこと，(b) 所要時間，(c) 正しい回答や間違った回答というものはないこと，(d) 参加は自由意志で，不参加あるいは途中停止でも不利益はないことを伝え，同意欄へのチェックをもって研究協力への同意とみなし調査対象とした。本調査は，大阪大学大学院人間科学研究科教育学系倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 21038/22039)。

第 2 項　調査項目

基本属性　対象者に，(a)年齢，(b)性別，(c)対人援助経験年数，(d)職種について尋ねた。

新日本語版 ARTIC-35 および ARTIC-10　社会福祉系援助職者の TIC 実践志向尺度の 35 項目版と短縮版の 10 項目版である。翻訳にあたり，先に医療従事者を対象に翻訳された Niimura ら（2019）の日本語版 ARTIC を参考に，本尺度の発行元に承諾を得て，生活支援や相談支援などの支援サービス従事者向けとして筆者が一部修正し，修正したものを TIC に詳しい研究者が確認した。日本語による表現の明快さ，および理解可能性の観点から，項目 15 について次のような表現の修正を行なった。項目 15 の原文は「私が自分の仕事に自分で影響を受けているということは，私がケアをしているということだ（The fact that I’m impacted by my work means that I care）」，修正後は「仕事から影響を受けていることに気づくということは自分のケアができているということだ（I am impacted by my work, which means I am self-aware）」である。修正にあたり，まず発行元である Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Center に質問項目の意図を確認し，さらに修正後のバックトランスレーションを送って確認を得た。質問項目は TIC の観点から見て好ましい態度とそうではない態度が対になった 1〜7 段階のリッカート式尺度となっている。

日本語版 KAP-TIP 尺度　本尺度は，医療従事者の TIC に関する知識，態度，実践を測定する 21 項目から成る 3 因子構造の尺度であり，得点が高いほど，よりトラウマインフォームドであることを示す。英語版は，King ら（2019）によって信頼性・妥当性が確認されている。本研究にあたり，原版の著者から承諾を得，TIC の研究者が日本語に訳し他の TIC 研究者が確認した日本語版 KAP-TIP（高田・小川, 2024）を使用した。回答の選択肢は「1:まったくそう思わない」，「2:あまりそう思わない」，「3:どちらとも言えない」，「4:ややそう思

う」,「5:非常にそう思う」の 5 件法である。

ProQOL-R-IV-J 尺度　共感満足･共感疲労・バーンアウトを測るため ProQOL-R-IV-J 尺度（後藤，2005）を使用した。本尺度は「共感満足」,「共感疲労」,「バーンアウト」の 3 つの下位尺度 30 項目から成る。回答の選択肢は「0:まったくない」,「1:めったにない」,「2:たまにある」,「3:ときどきある」,「4:よくある」,「5:とてもよくある」の 6 件法である。

セルフケアの手段の有無　セルフケアの手段について,「1:特に持っていない」,「2:持っている」の 2 件法で尋ねた。

離職意向　離職意向を明らかにするため，現在の職場で翌年も働きたいかを「1:働いていたい」,「2:分からない」,「3:働きたいと思わない」の 3 件法で尋ねた。

TIC の研修受講歴　過去の TIC 研修受講の状況を確認するため,「これまでにトラウマインフォームドケアの研修に参加されたことがありますか？」の問いを「0:参加したことはない」,「1: 過去に 1 回、TIC に関する研修、あるいは、TIC の内容を含む研修に参加した」,「過去に 2 回以上、TIC の内容を含む研修に参加した」の 3 件法で尋ねた。

第 3 項　分析方法

分析には，SPSS Statistics 27 および Mplus 8.9 を使用した。なお，相関係数の値は，r =.10 を弱い，r =.30 を中程度，r =.50 を強いと定義し，項目内相関の許容範囲は中程度以上とした。適合度の基準は CFI ≧ .90, RMSEA≦ .08, SRMR≦ .09（小塩, 2014; Schaufeli et al., 2002）とした。

第 3 節　結果

第 1 項　構造的妥当性の検証

ARTIC-35 の因子構造を検討するため，まず，原版と同様 5 因子の確認的因子分析を実施した。歪度が 1 を超えるデータが見られたため，推定方法は正規性からの逸脱に対し頑健なロバスト最尤法を用いた。モデル適合度指標を算出したところ，χ^2 = 1823.63, df = 550, p < .001, CFI = .80, RMSEA = .06[90 % CI = .055-.061], SRMR = .07 と，モデルの当てはまりの良さを示す CFI の指標が基準を満たしていなかった。先行研究より，本研究の対象者においても最適な因子構造が異なる可能性が考えられることから，最尤法，プロマックス回転による探索的因子分析を行った。スクリープロットから 4 因子を確認し，因子負荷量 0.35 未満の項目を除いて 19 項目を抽出し，抽出された項目で 4 因子の確認的因子分析を行った。その結果，モデル適合度は原版の 5 因子モデルよりも 4 因子モデルの方が良好であり（χ^2 =

391.75, *df* = 146, *p* < .001, CFI = .92, RMSEA = .05[90 % CI = .044-.056], SRMR = .05），日本の社会福祉系援助職者については，19 項目 4 因子モデル（以下，ARTIC-19）が ARTIC-35 よりも適している可能性が示された。4 因子は，一つ目を，トラウマの再演を防ぎ，支援関係をよくして支援対象者と支援者の安全を確立しようとする姿勢を示す F1「身体的・心理的安全に配慮した態度」，二つ目を，自分の弱みより強みに焦点を当て，効力感を取り戻そうとする意識的な態度を示す F2「支援者としての自己効力感」，三つ目を，支援対象者の症状や行動化を「病」や「問題行動」と捉えるのではなく，生存や適応のための対処方法であるという視点で捉えなおそうとする F3「トラウマインフォームドな視点」，四つ目を，自分自身へのトラウマの影響に気づき対処行動をとろうとする態度を示す F4「自分へのトラウマの影響の理解と対処」と命名した。ARTIC-19 の下位因子を，原版の ARTIC-35 の下位因子と比較したところ，ARTIC-19 の F1「身体的・心理的安全に配慮した態度」は，原版の RP「Responses to problem behavior and symptoms」と EC「Empathy and control」の項目から，F2「支援者としての自己効力感」は原版の SE「Self-efficacy at work」と RW「Reactions to the work」の項目から，F3「トラウマインフォームドな視点」の項目はすべて原版の UC「Underlying causes of problem behavior and symptoms」から，F4「自分へのトラウマの影響の理解と対処」は原版の SE「Self-efficacy at work」と RW「Reactions to the work」の項目から構成されていた。ARTIC-19 の因子分析の結果を表 5-1 に，適合度指標と α 係数を表 5-2 に示す。なお，1 因子構造の ARTIC-10 のモデル適合度については基準値を満たす値が示されなかった（χ^2 = 285.51, *df* = 35, *p* < .000, CFI = .77, RMSEA = .10 [90 % CI = .092-.114], SRMR = .07）。

表 5-1 ARTIC-19 の確認的因子分析結果（α=.88）（小川, 2025a）

		ARTIC-35 因子	因子負荷量 F1	F2	F3	F4	*Mean*	*SD*
F1：身体的・心理的安全に配慮した態度 (α=.82)								
23*	援助対象者と健康的な関係を築くことは、援助対象者の望ましい行動につながる	EC	.80	-.10	.08	-.02	5.88	1.27
22*	支援の始めから援助対象者に敬意と思いやりを持って接することが一番であり、そうすることで援助対象者は私からケアされているのだと知ることができる	RP	.73	.04	.06	-.08	5.79	1.37
13*	私は、援助対象者が良からぬ行動に及んだ後に、私に謝ることができなくても、そのことを理解できる	EC	.60	.01	-.09	.16	5.91	1.18
17*	援助対象者が安全でケアされていると感じられるように援助することが、望ましくない行動をなくしていく一番の方法だ	RP	.55	.31	-.01	-.06	5.90	1.44
18	援助対象者に対して私が間違ったことをしたときは、やり過ごして何もなかったふりをすることが一番良い	EC	.55	-.04	-.06	.07	6.02	1.44
2*	健康的で癒しのある関係を築くことに焦点をあてることが、過去にトラウマを経験した人にはたらきかける上で最良のアプローチである	RP	.52	.03	.01	.09	5.92	1.15
F2：支援者としての自己効力感 (α＝.80)								
9*	私には援助対象者を助けるスキルがある	SE	.02	.82	-.06	-.15	4.39	1.74
4	私には援助対象者を助ける手立てがない	SE	-.01	.73	.05	-.14	4.70	1.49
24*	どんな日も私は援助対象者を援助するうえで最善を尽くせていると感じる	SE	.09	.66	.01	.10	4.60	1.58
25*	私は仕事に自信があるからこそ、こんなにも仕事に影響を受けるのだ	RW	.01	.60	-.04	.15	4.42	1.70
19*	浮き沈みがあることは仕事の一部なので、それを自分の個人的な問題とは思わない	SE	-.15	.40	.07	.39	4.57	2.00
F3：トラウマインフォームドな視点 (α＝.82)								
21	援助対象者は、本当にそうなりたいと思っているなら、もっとましな行動がとれるはずだ	UC	-.05	-.06	.86	-.04	4.92	2.09
16*	援助対象者は、自分のニーズを満たすために他人を騙したり欺いたりする手法を身につけざるを得なかった	UC	.03	.01	.69	-.01	4.89	1.92
11	多くの援助対象者は変わりたいとか、学びたいとは思っていない	UC	-.08	.03	.65	.01	4.74	1.94
6	援助対象者はそういうふうに育ってしまったのだから、今さら私ができることはほとんどない	UC	.09	.07	.61	.02	5.30	1.63
26*	ある日には援助対象者が正しいことをしても、翌日もそうとは限らない。このことは、援助対象者がどんなときも自分なりに自分のできる最善を尽くしていることを表している	UC	.07	-.02	.58	.05	5.02	1.67
F4：自分へのトラウマの影響の理解と対処 (α＝.64)								
34*	もし私が同僚に自分の仕事がどれだけ大変か話したら、同僚は私を支援してくれるだろう	SE	.10	-.05	-.08	.75	5.50	1.76
35*	自分が「自分の仕事のことを家でも引きずっている」と感じるなら、そのことを同僚や上司に話をして一緒に議論するのが一番良い	RW	.11	-.09	.08	.55	5.34	1.94
29	私は自分の仕事があまりにきつくて緊張を強いるので仕事に行くのが非常に怖い	SE	-.05	.25	.04	.44	5.04	1.97

F1	.33**	.60**	.46**		
F2		.36**	.50**		
F3			.41**		

* 逆転項目.　n＝678.　** $p < .01$.　対の質問文は巻末の付録に示す.

ARTIC-35下位因子 UC: 問題行為の根底にある原因について見ようとする視点, RP: 問題行為に対する対応姿勢, EC: 共感とコントロール, SE: 仕事における自己効力感, RW: 仕事から受ける影響の理解と対処.

表 5-2 適合度指標と α 係数（小川, 2025a）

	χ^2	*df*	*p*	AIC	BIC	CFI	RMSEA	SRMR	α
ARTIC-35	1823.63	550	0.000	75288.26	75807.96	0.80	0.06	0.07	.92
ARTIC-19	391.75	146	0.000	38724.66	39009.36	0.92	0.05	0.05	.88
ARTIC-10	285.51	35	0.000	21901.96	22037.53	0.77	0.10	0.07	.78

推定法としてロバスト最尤法を用いた. n=678

次に，ARTIC-35 は先行研究において項目表現の問題として，両極の問いが非対称である点，両極が排他的ではない点などが指摘されていたことから、補足的に項目表現について質的検討[6]を行った。その結果，先行研究において指摘されていた，両極が排他的でない（1, 7 , 28, 33），両極が非対称（16, 30）という問題が本研究においても確認され，加えて，表現上の課題（6, 7, 11 ,30）も散見された。課題があると考えられるものは 8 項目あった。その内 5 項目は探索的因子分析の過程で除外されており，ARTIC-19 には含まれていなかった。その他の 3 項目（6,11,16）については，いずれも ARTIC-19 の F3「トラウマインフォームドな視点」に含まれていた。

第 2 項　信頼性の検討

内的整合性の確認のため Cronbach の α 係数と項目テスト相関の確認を行った。α 係数は，ARTIC-35 は 0.92，ARTIC-19 は 0.88，ARTIC-10 は 0.78 といずれも許容範囲であった。ARTIC-10 の信頼性係数は医療従事者を対象とした先行研究の結果（α = 0.54）よりも今回対象とした社会福祉系援助者の値の方が優れていた。項目テスト相関も， ARTIC-35 は 0.31～0.68，ARTIC-19 が 0.47～0.67，ARTIC-10 が 0.51～.69 と，いずれも許容範囲の結果となった。

第 3 項　各基本属性における ARTIC 得点

各基本属性における ARTIC の傾向を確認するため，ARTIC-19 の得点の平均値を算出し ARTIC 得点とした。調査対象者の基本属性および各属性における ARTIC 得点を表 5-3 に示す。調査対象者全体の 63.72％（n＝432）が困窮者支援従事者，18.73％（n＝127）が児童福祉の援助職者であった。属性毎に見ると，性別について，男性は，女性およびその他よりも有意に低い傾向（$F(2,675) = 19.47, p < .01, \eta^2_p = .055$），経験年数においては 10 年以上がそ

[6] 本研究における項目表現の質的検討は，先行研究で指摘されてきた課題を踏まえて筆者が整理したものであり，形式的な質的分析手法に基づく厳密な検討というよりは，探索的な考察として位置づけられる。

れ以下の年数よりも高い傾向が示された（F (4,673) = 15.64, p < .01, η^2_p = .085）。業種別に見ると，困窮者支援従事者が他の業種と比較して ARTIC 得点が低い結果となった（F (4,673) ＝35.06, p < .01, η^2_p = 0.17）。

表 5-3 基本属性と ARTIC-19 得点（小川, 2025a）

		n	%	*M*	*SD*	
性別	女性	385	56.78	5.34	0.69	F (2,675) = 19.47*** η_p^2 = .055; 女性, その他＞男性
	男性	287	42.33	5.01	0.74	
	その他	6	0.88	5.79	0.63	
年齢	20代	81	11.95	5.00	0.68	F (5,672) = 3.95** η_p^2 = .029; 60代＞20代,30代,40代
	30代	169	24.93	5.16	0.79	
	40代	210	30.97	5.19	0.70	
	50代	152	22.42	5.24	0.72	
	60代	59	8.70	5.50	0.64	
	70代以上	7	1.03	5.55	0.92	
対人援助の経験年数	1年未満	44	6.49	4.84	0.54	F (4,673)= 15.64*** η_p^2 = .085; 10年以上＞1年未満, 1年以上3年未満, 3年以上5年未満, 5年以上10年未満 / 5年以上10年未満＞1年未満, 3年以上5年未満
	1年以上3年未満	81	11.95	4.95	0.66	
	3年以上5年未満	76	11.21	4.89	0.81	
	5年以上10年未満	145	21.39	5.18	0.73	
	10年以上	332	48.97	5.39	0.69	
業種	困窮者支援	432	63.72	4.98	0.70	F (4,673) = 35.06*** η_p^2 = 0.17; 困窮者支援従事者 ＜ 児童福祉, 教育保育, 医療従事者,その他
	児童福祉	127	18.73	5.50	0.56	
	教育保育	28	4.13	5.70	0.71	
	医療機関	26	3.83	5.84	0.53	
	その他	65	9.59	5.64	0.65	

n = 678.

第 4 項　収束的妥当性の可能性の検討

ARTIC-35，ARTIC-19 および ARTIC-10 と関連が予想される KAP-TIP，共感満足，共感疲労，バーンアウト，セルフケア手段の有無，離職意向との相関分析を行った。その結果を表 5-4 に示す。

ARTIC-35/19/10 は，いずれも共感満足との間に強い正の相関（順に，r = .55, p < .000; r = .57, p < .000; r =.53, p < .000），共感疲労との間に弱い負の相関（順に，r = -.20, p < .000; r = -.24, p < .000; r = -.21, p < .000），バーンアウトとの間に弱い負の相関（順に，r = -.22, p < .000; r = -.24, p < .000; r = -.20, p < .000）が示された。いずれも関連の強さの値は ARTIC-35 よりも ARTIC-19 の方がやや大きく現れた。また，これらの結果を海外の先行研究の結果と比較すると，日本人の社会福祉系援助職者の場合，共感満足においては海外の研究より相関が強く，バーンアウトと共感疲労においては弱く現れる結果が判明した。下位因子毎に見ると，ARTIC-19 の下位因子 F2「支援者としての自己効力感」，F3「トラウマインフォームドな視点」，および F4「自分へのトラウマの影響の理解と対処」の 3 因子は，共感

疲労およびバーンアウトとの間に有意な負の相関を示したが，F1「身体的・心理的安全に配慮した態度」については有意な相関が確認されなかった。F1 は，ARTIC-35 の下位因子 RP「問題行為や症状に対する対応姿勢」と EC「共感とコントロール」の項目から構成されている。ARTIC-35 の RP，EC それぞれ単体について確認したところ，両方とも有意な相関は示されなかった。また，ARTIC-19 の下位因子 F2 と F4 については，ともに ARTIC-35 の下位因子 SE と RW の項目から構成され，SE と RW が再編されてできた因子であるが，F2，F4 と SE，RW の相関の現れ方にも大差は見られなかった。これらの結果から，他の心理測定尺度との関連の現れ方という点において，ARTIC-19 は，下位因子によって兆候が異なること，ARTIC-19 の 4 因子と ARTIC-35 の 5 因子の間には，関連の現れ方に規則性，類似性が見られることが明らかとなった。

次に，類似尺度である KAP-TIP との相関を確認するため，まず，KAP-TIP の確認的因子分析を行った。その結果，KAP-TIP の適合度は CFI の値が基準値に満たなかったものの他の指標は基準を概ね満たしており（$\chi^2 = 337.98$, $df = 186$, $p < .001$, CFI = .85, RMSEA = .06[90 % CI = .046-.063], SRMR = .07）α 値も 0.82 と良好であった。KAP-TIP と ARTIC-35，ARTIC-19，および ARTIC-10 との間の相関を確認したところ，いずれも有意な強い正の相関が示され（順に，$r = .64$, $p < .000$; $r = .60$, $p < .000$; $r = .58$, $p < .000$）KAP-TIP との関連においても収束的妥当性が認められた。

さらに，ARTIC-35，ARTIC-19，および ARTIC-10 とセルフケアの手段の有無，離職意向，TIC の研修受講歴との相関を確認した。その結果，セルフケアの手段の有無に関して，いずれも有意な弱い正の相関が確認された（ARTIC-35，ARTIC-19，および ARTIC-10 の順に，$r = .28$, $p < .000$; $r = .28$, $p < .000$; $r = .27$, $p < .000$）。また，離職意向との間にはいずれも有意な中程度の負の相関が確認された（順に，$r = -.40$, $p < .000$; $r = -.44$, $p < .000$; $r = -.36$, $p < .000$）。TIC の研修受講歴との間には有意な中程度の正の相関が確認された（順に，$r = .39$, $p < .000$; $r = .36$, $p < .000$; $r = .33$, $p < .000$）。なお，KAP-TIP について ARTIC と影響の現れ方を比較したところ，共感疲労，バーンアウトとの間に有意な相関関係が確認されず，離職意向との間では相関の程度が ARTIC は中程度を示したのに対し，KAP-TIP は弱い相関（$r = -.20$, $p < .000$;）であった。

表 5-4 構成概念妥当性（小川, 2025a）

ARTIC	KAP-TIP	ProQOL			TIC研修受講歴	セルフケア	離職意向
		共感満足	共感疲労/STS	バーンアウト			
ARTIC_35（5因子モデル）	**.64 ****	**.55 ****	**-.20 ****	**-.22 ****	**.38 ****	**.28 ****	**-.40 ****
UC	.57 **	.45 **	-.11	-.15 *	.35 **	.21 **	-.29 **
RP	.53 **	.43 **	-.02	-.02	.30 **	.23 **	-.25 **
EC	.50 **	.28 **	-.07	-.11	.32 **	.21 **	-.26 **
SE	.49 **	.62 **	-.39 **	-.40 **	.30 **	.26 **	-.46 **
RW	.53 **	.42 **	-.21 **	-.18 **	.31 **	.24 **	-.36 **
ARTIC_19 (4因子モデル）	**.60 ****	**.57 ****	**-.24 ****	**-.24 ****	**.36 ****	**.28 ****	**-.44 ****
F1	.46 **	.38 **	-.01	-.02	.27 **	.20 **	-.27 **
F2	.48 **	.57 **	-.30 **	-.33 **	.30 **	.21 **	-.37 **
F3	.55 **	.47 **	-.13 *	-.14 *	.34 **	.22 **	-.30 **
F4	.36 **	.29 **	-.33 **	-.25 **	.21 **	.25 **	-.46 **
ARTIC_10（短縮版）	**.58 ****	**.53 ****	**-.21 ****	**-.20 ****	**.33 ****	**.27 ****	**-.36 ****
KAP-TIP	**-**	**.46 ****	**.04**	**-.07**	**.47 ****	**.24 ****	**-.20 ****

ペアワイズ除去法を適用した。* p < .05, ** p < .01. 各変数のサンプル数は以下の通りである。KAP-TIP(*n* =297), ProQOL(*n* =258), TIC研修受講歴(n=296), セルフケア(*n* =296), 離職意向(*n* =295).

KAP-TIP = Knowledge, Attitude, and Practice-Trauma Informed Practice Scale, ProQOL = Professional Quolity of Life, STS = Secondary traumatic stress.

ARTIC-35下位因子 UC: 問題行為の根底にある原因について見ようとする視点, RP: 問題行為に対する対応姿勢, EC: 共感とコントロール, SE: 仕事における自己効力感, RW: 仕事から受ける影響の理解と対処.

ARTIC-19下位因子 F1:身体的心理的安全に配慮した態度, F2:支援者としての自己効力感, F3:トラウマインフォームドな視点, F4:自分へのトラウマの影響の理解と対処.

第 4 節　考察

本研究の目的は，日本の社会福祉系対人援助職者を対象とし，TIC 実践志向を測る尺度として ARTIC-35 および ARTIC-10 の信頼性と妥当性を検証し，使用する上での課題を明らかにすることであった。以下では，因子構造，他の尺度との関連からみた ARTIC の有用性，および項目表現の 3 点から考察を行う。

第 1 項　因子構造

本研究では，構造的妥当性の検証の過程で 4 因子モデルの ARTIC-19 が抽出された。適合度指標のみに基づく結果ではあるが，日本の社会福祉分野の対人援助職者においては，4 因子モデルが 5 因子モデルより適合する可能性が示唆された。ARTIC-35 は先行研究（Stokes et al. 2020; Mendez et al., 2023 ）において因子構造の不安定さが指摘されていたが，本研究においてもそれが確認される結果となった。ARTIC-35 は，対象によって最適モデルが異なる可能性があることから，使用する場合は心理測定尺度としての評価を行って分析に進むことを推奨する。構造の不安定さが生じるひとつの要因として，項目の分類の問題

があるのではないかと考える。本研究では，ARTIC-35 において「仕事から受ける影響の理解と対処」の因子下にある項目 25 は，ARTIC-19 において「支援者としての自己効力感」の因子に含まれ，ARTIC-35 において「仕事における自己効力感」の因子下にある項目 34 は，ARTIC-19 において「自分へのトラウマの影響の理解と対処」に分類され，あべこべになっている。このように混ざり合ってしまう背景として，「仕事における自己効力感」に含まれる項目が，意識して自己効力感を落とさないよう心がけるストレス・コーピングとしての自己効力感（Bandura, 1977）だからだと考える。自己効力感を高めることはストレス対処能力の向上につながることが Bandura（1977）により示唆されている。援助職者が，トラウマの影響による無力感や自分も影響を受ける当事者であることを認識し，自己効力感を高く保とうと意識する，これはすなわち「仕事から受ける影響の理解と対処」の「対処」だと考えられる。ARTIC-35 は改良が推奨されている（Stokes et al., 2020; Mendez et al., 2023 ）が，今後の改良の議論において「仕事における自己効力感」と「仕事から受ける影響の理解と対処」の項目の整理について検討の余地があると考える。

第 2 項　他の尺度との関連から見た ARTIC の有用性

共感疲労，バーンアウトとの関連において，ARTIC-35/19 は，尺度全体では有意な関連が確認されたが，下位尺度では，有意な関連が示された因子と，示されなかった因子に分かれた。ARTIC は下位因子ごとに作用が異なる可能性がある。米国のボルチモア市職員を対象とした TIC の研修と共感満足・共感疲労を調査した先行研究（Damian et al., 2017）では，TIC 研修後，共感疲労が高まったという結果が出ている。同研究では TIC のどの要素が共感疲労を高めたのか明らかにされていない。今後同様の調査を行う場合，ARTIC-35/19 を使用することにより下位因子ごとの影響力の方向や大きさが明らかになる可能性がある。

本研究では，ARTIC-35/19/10 とセルフケア手段の有無との関連が示された。共感疲労やバーンアウトは認知機能の低下と関連しており，深刻化すればパフォーマンスを通常レベルに引き上げることが難しい（Van Dam et al., 2011）。深刻化する前に予防対策としてセルフケアを行うことが重要であるが，援助職者の中には予防に取り組む必要性を認識せず，自分のニーズを後回しにしがちな人が少なくないことが指摘されている（Barnett et al., 2007）。ARTIC-35/19/10 の「仕事から受ける影響の理解と対処」因子は，回答者が予防対策の知識と意識をどれだけ備えているのかを自己点検・評価できる。また，望ましい対処方法とそうではない対処法が示された 2 極性リッカート式であることにより，自身のストレスやニーズとの向き合い方の偏りを視覚的につかみやすい。自分のニーズを後回しにしがちな援助職者は，課題が ARTIC によって数値化されることで，より変容に向かう可能性が高まると考える。本研究では，ARTIC と離職意向との関連も確認された。ARTIC の点数は離職リスクを反映している可能性がある。福祉分野において職員の定着は課題となっている。組織的に TIC の研修を実施し ARTIC の値の変化を見ていくことは，組織全体で定着率

向上の施策を検討する上で，また，個々の職員の定着を支援する上で有益ではないかと考える。セルフケア行動の有無や離職意向は多様な要因の影響を受ける変数であるため解釈には慎重さを要するものの，ARTIC はいずれの指標とも予測された方向の関連を示した。これらの結果もまた，補足的ではあるが，外的基準との関連を通して得られる妥当性の一側面を示すものと考えられる。

さらに，本研究では，ARTIC-35/19/10 と TIC 研修受講歴との間に中程度の正の関連が示された。TIC研修受講歴の指標は，TIC に関する概念や情報に触れた経験を示す変数と考えられる。本研究で用いた TIC 研修受講歴は，研修内容や質・量を詳細には把握できないため，あくまで TIC に関する概念や情報に接触した可能性を示すにとどまる曖昧な指標であるが，ARTIC が TIC に関わる態度と一定の概念的整合性をもって関連する可能性を示す知見の一つと考えられる。

第 3 項　項目表現

カナダの看護師を対象とした Stokes ら（2020）の研究と，日本の社会福祉系援助職者を対象とした本研究では，項目表現の評価に差が見られた。本研究では項目表現の検討を筆者単独で，かつ，明確な分析手法を用いて行っていないため，結果は客観性を欠いているが，専門領域や実践分野の違いが項目表現の妥当性の評価に影響する可能性が推測された。

ARTIC-35 の項目表現における中心的課題であると考える項目の例を，二つ挙げる。1 点目は項目 7「援助対象者が現実社会で機能するためには，癒しのある関係を経験する必要がある」対「援助対象者が現実社会で機能するためには，現実の生活の中で自分の行動がもたらす結果を経験する必要がある」である。この項目は，不適切な行動に対し寛容で思いやりのある対応を支持するか，懲罰的対応を指示するかを問う項目であり，前者が，よりトラウマインフォームドな望ましい回答とされる。この項目の問題点は「自分の行動がもたらす結果を経験する必要がある」が抽象的で解釈の幅が広く，解釈によっては両極が非対称ではなくなることである。たとえば，青少年の生活支援や就労支援を行う支援機関では，「癒しのある関係」がある中で，安全に「自分の行動がもたらす結果を経験」させ，援助対象者が自分自身で不適切な言動や行動に気づき自己調整を学んでいくのを支援するアプローチがとられる場合がある。そのような支援経験がある援助者は「自分の行動がもたらす結果を経験」という表現を「失敗から学ぶ経験」と肯定的に解釈し，誤った極を選択する可能性，あるいは選択肢に迷い中点を選択する可能性がある。2 点目の例は項目 33「援助対象者が動揺しているからといって，その援助対象者が他の人に危害を加えるというわけではない」対「もし私が援助対象者の行動をコントロールしなかったら，他の援助対象者が傷ついてしまう」である。この質問では，援助対象者の問題行動に対し柔軟な対応がとれるかどうかが問われている。しかし，たとえば精神障害者や依存症者の回復施設の場合，回復や自立の過程には紆余曲折があり，稀に援助対象者が酩酊状態や心神喪失状態になる場合もある。自傷他害が考えられるような時，援助者はその行動をコントロール

する必要がある。常日頃は「援助対象者が動揺しているからといって，その援助対象者が他の人に危害を加えるというわけではない」という柔軟な視点を持って接していたとしても，危険が考えられる状況では「もし私が援助対象者の行動をコントロールしなかったら，他の援助対象者が傷ついてしまう」と安全確保の行動を優先せざるを得ない。このような経験がある援助者の場合，誤った極を選択する可能性が考えられる。ARTIC-19 については，例に挙げたような両極が排他的でない項目は除外されているが，ARTIC-19 にも両極が非対称，または程度を表す表現が不揃いなどの課題のある項目が含まれている。たとえば，項目 16「援助対象者は，自分のニーズを満たすために他人を騙したり欺いたりする手法を身につけざるを得なかった」対「援助対象者は人を操作するところがあるので，援助対象者の言うことは常に疑ってかかる必要がある」について，前者は援助対象者の見方の 1 点のみ，後者は見方と援助者の態度の 2 点について言及されており非対称となっている。これについて，文章の構造と表現を揃える以下のような修正が考えられる。「援助対象者は他人を欺いたり操作しようとしたりするときがある。そのような性質なのだから常に疑ってかかる必要がある」対「援助対象者は他人を欺いたり操作しようとしたりするときがある。そんな時は援助対象者の過去に何があったかやニーズについて想像してみる必要がある」である。

現在 ARTIC-35/10 は福祉，医療，教育，司法などの多分野において一律の表現が用いられている。しかし，専門領域や対応分野が異なれば，基とする法律や制度，援助職者の対応責任の範囲やリスク，また，援助対象者のトラウマの影響の深刻さや現れ方が異なる。今後，専門領域や実践分野による項目表現の調整を視野にいれた質的検討をする余地があると考える。

また，先行研究では二極性リッカート形式の使用を問題視する研究があった（Stokes et al., 2020; Mendez et al., 2023; Kataoka et al., 2022）が，双極性リッカート尺度には，両極に好ましい態度とそうではない態度が表現されており，いずれか一方のみが記述され程度を数値で回答する形式より自分の態度がどちら側に近いのかを視覚的にとらえやすく，回答者は回答を通し自分の普段の見方や態度がトラウマインフォームドに近いのかそうではないのかに気づき，内省が促されやすい。筆者は，双極性リッカート尺度を採用しないという改善方法よりも，項目と選択肢の表現の改良の方がより適切なのではないかと考える。しかし，内省が促されやすい点は，一方で，回答者を好ましい回答へ誘導する危険性があるということを意味している。評価目的で使用する際には，この形式に固有の反応傾向を考慮した解釈が必要となる。また，研究や実務で使用する際には，尺度特性を踏まえて適切に解釈することが望まれる。

第 4 項　本研究の限界と今後の課題

本研究には，関心の高い支援者が調査に参加したサンプルの偏りの可能性，再検査信頼性の検討が行われていないという限界がある。また，本研究で行った項目表現の検討につ

いては，先行研究で指摘されていた問題点をもとに筆者の主観的意見を述べたにすぎず，十分な検討とはなっていない。本研究で使用した新日本語版は，尺度の発行元の承諾を得た上で，既存の日本語訳（Niimura et al, 2019）の一部を修正したものであるが，原版（Baker et al, 2016）との厳密な同等性の検証は実施していない。今後の課題として，専門領域や実践分野の異なる対象者における信頼性と妥当性の検討，複数の専門家を交えた項目表現の質的分析，改良点の検討がある。以上のような限界や留意点はあるものの，日本の社会福祉系対人援助職者を対象として，ARTIC-35/19/10 の信頼性が確認され，全般的な傾向として収束的妥当性を支持する可能性が示唆される結果を得たこと，また，ARTIC-35 よりも項目数が少なく回答者の負担を抑えられる ARTIC-J19 が抽出された点は本研究の意義であると考える。しかしながら，このことはあくまで ARTIC-35 との比較において相対的に優れていたことを示すにとどまる。今後，4 因子の構成概念妥当性をさらに検討する必要がある。ARTIC はすでに国際的に有効なアセスメントツールとして紹介されている（SAMHSA, 2023）が，一方で改良の必要性も指摘されている発展途上の尺度である。日本においても今後 ARTIC 研究が発展していくことを期待する。

第 6 章　（研究 2）社会福祉系援助職者を対象とした TIC 実践志向と共感満足・共感疲労の関連－トラウマ体験と感情洞察の困難性の調整効果に着目して（個人的要因）

第 5 章では，社会福祉系援助職者の TIC 実践志向を測る尺度として ARTIC-19 の信頼性と妥当性を確認した。本章では，援助職者自身のトラウマ体験や感情洞察の困難性といった個人要因に焦点をあて，ARTIC-19 尺度を用いて TIC 実践志向および共感疲労・共感満足との関連を明らかにする。本章には，小川 (2025b) における記述と同一または近似の文章表現を含む箇所がある。

第 1 節　背景と目的

トラウマとなるような経験をした人々を支援する援助職者は，共感疲労やバーンアウトなどの精神的負荷を抱えやすいことが知られており（Figley, 1995），社会福祉分野も例外ではない。たとえば，児童相談所職員の 87.1%が勤務中に虐待に関連するトラウマ体験をしており，その経験の多さが精神的健康に悪影響を及ぼすことが報告されている（Kataoka et al., 2021）。また，複合的で多様な課題を抱え，自死リスクが高い生活困窮者（河西ら, 2022; 厚生労働省, 2011）の支援に携わる援助職者は，ストレスや抑うつ，バーンアウトリスクが高いことが報告されている（Lemieux-Cumberlege & Taylor, 2019b）。

共感疲労は，二次的トラウマティックストレス（STS）と同義で（Figley, 1995），共感疲労が高い援助職者は，心的外傷後ストレス症（PTSD）（APA, 2013）に類似した症状を示すことが知られている（Figley, 1995）。共感疲労は，支援者の認知，感情，対人関係機能に広く影響を及ぼし，安定的な人間関係を維持することや援助者として機能することを難しくする（Branson, 2019; Kim et al., 2022）。

一方，対人援助職者は支援活動の中で喜びや充実感など肯定的な感情体験である共感満足（Stamm, 2002）も体験する。共感満足は，援助対象者や同僚との関係や自分の援助者としての能力に関する満足感などを含み（藤岡, 2011），経験年数の長さ（藤岡, 2011; Hegney et al., 2014），感情知性（Maillet & Read, 2024），レジリエンス（Burnett & Wahl, 2015）等との関連が報告されている。共感満足は，共感疲労を緩和する保護因子となり得る（Stamm, 2002；Damian et al., 2017）が，共感疲労が過度に高い場合にはその効果が発揮されにくく（Salloum et al., 2015），個人の特性など他の要因により保護効果は一貫しないことが示唆されている（Bride, 2004）。

近年，トラウマの影響に配慮した支援の重要性が高まる中，トラウマインフォームドケア（TIC）への注目が集まっている。TIC 実践志向と援助職者の精神的健康との関連を検討した研究では，TIC の原則に即した支援を行う援助職者は共感疲労が低く，共感満足が高い傾向が示されている（Baker et al., 2021）。一方，TIC の研修後，共感疲労が高まったという研究（Damian et al., 2017），また，もともと STS の侵入症状と過覚醒症状が高い人には

TIC の実践効果が現れなかったという研究（Sprang & Garcia, 2022）もあり，影響に多面性が見られる。

以上の先行研究から，TIC 実践志向は全体的傾向として援助職者の精神的健康にポジティブな影響をもたらし得るが，(1) 学習や実践過程において心理的負荷が増加するリスク，(2) 共感疲労が高い状態では TIC の知識が実践に結びつきにくい課題が考えられる。今後 TIC の学習や実践過程の安全性や有効性を高めるためには，これらの課題が生じる要因を解明し対処する必要がある。

本研究では，①感情洞察の困難性，②援助職者自身の過去のトラウマ体験という 2 つの内的要因に着目する。感情洞察の困難性は，心理的適応やメンタルヘルスと深く関連していることが報告されており（Nonweiler et al., 2024），共感疲労の要因とされる「共感的省察（empathic discernment）」—すなわち，自己の情動を省察しながら，他者と自己の双方にとって最も適切な共感的応答を選び，活用する力—（Radey & Figley, 2007；Figley, 2009；Figley & Ludick, 2017）の欠如と関連する可能性が考えられる。また，過去のトラウマ体験は，支援者自身の心理的脆弱性に影響を与えることが示されており（Skovholt & Trotter-Mathison, 2019），共感疲労との関連が予想される。

以上を踏まえ，本研究では，社会福祉分野の対人援助職者を対象に，TIC 実践志向が共感疲労および共感満足に与える影響を検討することを目的とし，感情洞察の困難性と援助者自身の過去のトラウマ体験に着目し，以下の 3 つの仮説を設定した。

仮説 1：TIC 実践志向は感情洞察の困難性および過去のトラウマ体験とそれぞれ有意な相関関係がある。
仮説 2：TIC 実践志向が共感疲労を軽減し，共感満足を促進する効果は，感情洞察の困難性の程度によって調整される。
仮説 3：TIC 実践志向が共感疲労を軽減し，共感満足を促進する効果は，過去のトラウマ体験の有無によって調整される。

また，本研究では，社会福祉系援助職者の TIC の普及状況を把握するため，TIC の認知・活用段階と TIC 研修歴についての質問を調査に含めた。また，TIC が支援者のセルフケアの重要性を強調していることに鑑み，セルフケア手段の有無が主要変数とどのように関係するかについても検討した。

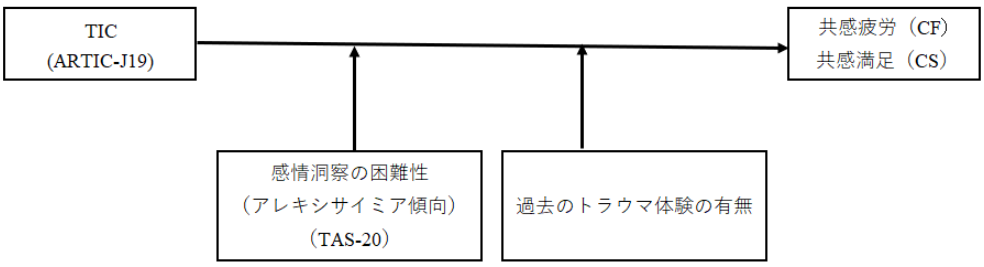


図 6-1　本研究の仮説モデル（小川, 2025b）

第２節　方法

第１項　対象と手続き

児童福祉および困窮者支援分野で働く支援者を対象に，無記名式の Web 調査を行った。調査は 2023 年 2 月から 6 月にかけて実施した。募集は主に地方自治体の運営する児童相談所や家庭児童相談室 1962 箇所，困窮者支援を行う福祉事務所 1063 箇所に対して行った。募集にあたり，調査の概要について説明した調査協力依頼書と調査概要が示されたホームページの URL および QR コードが記載された調査募集チラシを郵送し各機関で募集情報を回覧してもらう形で行った。その他，SNS 等を通じての募集も行った。アンケートサイトへのアクセス数は 268 名で，その内全項目に回答を完了した 257 名を分析の対象とした（有効回答率：95.9%）本研究の調査データは第 5 章の尺度研究のデータと一部重複している。

本研究の実施に際し，参加者に対し，(a) データは統計的に処理され研究目的以外には使用しないこと，(b) 所要時間，(c) 正しい回答や間違った回答というものはないこと，(d) 参加は自由意志で，不参加あるいは途中停止でも不利益はないことを伝え，同意欄へのチェックをもって研究協力への同意とみなし調査対象とした。本調査は，大阪大学大学院人間科学研究科教育学系倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 22039）。

第２項　調査項目

基本属性　対象者に，(a) 年齢，(b) 性別，(c) 対人援助経験年数，(d) 職種について尋ねた。

TIC 実践志向（ARTIC-J19 尺度）（小川, 2025）研究 1 で検証を行った尺度である[7]。本尺度は 4 因子 19 項目から成る。4 因子は，トラウマの再演を防ぎ支援関係をよくして支援対象者と支援者の安全を確立しようとする姿勢を示す「身体的・心理的安全に配慮した態度」，自分の弱みより強みに焦点を当て，効力感を取り戻そうとする意識的な態度を示す「支援者としての自己効力感」，支援対象者の症状や行動化を「病」や「問題行動」と捉えるのではなく，生存や適応のための対処方法であるという視点で捉えなおそうとする「トラウマインフォームドな視点（トラウマメガネ）」，自分自身へのトラウマの影響に気づき対処行動をとろうとする態度を示す「自分へのトラウマの影響の理解と対処」である。質問項目は TIC の観点から見て好ましい態度とそうではない態度が対になった 1〜7 段階のリッカート式尺度となっている。本尺度は，得点が高いほど TIC 実践志向が高いことを示す。本尺

[7] 研究 1 では「ARTIC-19」と表記したが，日本語版であることを明らかにするため，本研究以降は J を加え「ARTIC-J19」としている。

度には，TIC の観点から望ましくない態度を表す逆転項目が含まれており，得点集計にあたっては逆転処理を行った上で合算している。

共感満足・共感疲労・バーンアウト（ProQOL-R-IV-J 尺度）(後藤, 2005)　本尺度は「共感満足」10 項目,「共感疲労」10 項目,「バーンアウト」10 項目の 30 項目から成る。回答の選択肢は「0:まったくない」から「5:とてもよくある」の 6 件法である。本尺度は，得点が高いほどそれぞれの下位尺度に対応する傾向（共感満足，共感疲労，バーンアウト）が高いことを示す。本尺度には逆転項目が含まれており，得点集計にあたっては逆転処理を行った上で合算している。

アレキシサイミア傾向（日本版 TAS-20 尺度）(小牧ら, 2003)本尺度は，感情をラベリングすることの困難さを示す「感情の同定困難」，感情を他人に伝えることの困難さを示す「感情の伝達困難」，自分の内面よりも外的な事実へ関心が向かう「外的志向」の 3 つの下位因子 20 項目から成る。回答の選択肢は「1:全くあてはまらない」から「5:非常にあてはまる」の 5 件法である。本尺度は，得点が高いほどアレキシサイミア傾向が強いことを示す。本尺度には逆転項目が含まれており，得点集計にあたっては逆転処理を行った上で合算している。

トラウマ体験の有無に関する質問　対象者にとって個人的にトラウマとなるような体験があったかどうかを調べるため，「子ども時代からこれまでの間に，簡単には言葉にしづらいほどの苦しかった体験や喪失の体験をしたことがありますか？」という問いを，「0:ない」,「1:どちらとも言えない」,「2:ある」の 3 件法で尋ねた。

TIC の認知・活用段階　TIC の認知や実践上の心がけの程度を把握するため，「これまでにトラウマインフォームドケアについて聞いたことがありますか？」の問いを「0:聞いたことがない」,「1:聞いたことはあるが，よく知らない」,「2:理解している」,「3:仕事の中で心がけている」の 4 件法で尋ねた。

TIC の研修参加歴　過去の TIC の研修受講状況を調べるため，「これまでにトラウマインフォームドケアの研修に参加されたことがありますか」の問いを，「0:参加したことはない」「1:過去に 1 回，TIC に関する研修，あるいは，TIC の内容を含む研修に参加した」「2:過去に 2 回以上，TIC の内容を含む研修に参加した」の 3 件法で尋ねた。

セルフケアの手段の有無　セルフケアの手段について，「1:特に持っていない」,「2:持っている」の 2 件法で尋ねた。

第 3 項　分析方法

分析には，SPSS Statistics 27，Mplus 8.9，および HAD 18.0 を使用した。相関係数の値は，r =.10 を弱い，r =.30 を中程度，r =.50 を強いと定義し，適合度の基準は CFI ≧ .90, RMSEA≦ .08, SRMR≦ .09 とした（小塩, 2014; Schaufeli et al., 2002）。交互効果の検討は二元配置分散分析，影響力の検証を階層的重回帰分析で行った。

第 3 節　結果

第 1 項　回答者の概要

調査対象者の基本属性と尺度得点を表 6-1 に示す。性別では，調査対象者の 72％（n = 182）が女性，27％（n = 72）が男性，業種では，41％（n = 107）が児童福祉分野，19％（n = 51）が困窮者支援分野，9％（n = 23）が教育・保育分野，8％（n = 19）が医療分野であった。教育・保育分野および医療機関と回答した援助職者については，それぞれの機関で社会福祉系の職務に従事している可能性もあることから，除外せず，分析に含めることとした。

表 6-1 基本属性と尺度得点（小川, 2025b）

				ARTIC-J19			CS			CF			TAS-20		
		n	%	*M*	*SD*		*M*	*SD*		*M*	*SD*		*M*	*SD*	
性別	女性	182	70.8	5.53	0.64	$F = 5.44$ (2,254)** $\eta 2p = .04$; 男性<女性	2.65	0.77	*na*	1.65	0.71	$F = 4.24$ (2,254)* $\eta 2p = .03$; 男性<女性	2.37	0.48	*na*
	男性	72	28.0	5.26	0.86		2.72	0.98		1.39	0.72		2.37	0.48	
	その他	3	1.2	6.19	0.12		2.83	1.36		2.03	1.24		2.60	0.48	
年齢	20代	30	11.7	5.13	0.68	$F = 3.07$ (5,251)* $\eta 2p = .06$; 20代＜50代	2.38	0.75	$F = 2.56$ (5,251)* $\eta 2p = .05$	1.83	0.73	*na*	2.64	0.49	$F = 3.53$ (5,251)** $\eta 2p = .07$
	30代	67	26.1	5.33	0.88		2.60	0.93		1.72	0.78		2.41	0.53	
	40代	69	26.8	5.53	0.61		2.72	0.70		1.47	0.76		2.38	0.45	
	50代	63	24.5	5.60	0.60		2.82	0.86		1.47	0.65		2.27	0.40	
	60代	24	9.3	5.66	0.67		2.61	0.84		1.50	0.65		2.26	0.50	
	70代以上	4	1.6	5.87	0.89		3.65	0.70		1.58	0.15		1.94	0.44	
対人援助の経験年数	1年未満	12	4.7	4.67	0.53	$F = 10.10$ (4,252)*** $\eta 2p = .14$; 1年未満＜3年以上5年未満, 5年以上10年未満, 10年以上; 3年以上5年未満＜10年以上	2.06	0.63	$F = 3.48$ (4,252)** $\eta 2p = .05$; 1年未満＜10年以上; 1年以上3年未満＜10年以上	1.33	0.55	*na*	2.71	0.46	$F = 5.24$ (4,252)*** $\eta 2p = .08$; 1年未満＞10年以上; 3年以上5年未満＞10年以上
	1年以上3年未満	24	9.3	5.35	0.66		2.27	0.70		1.52	0.67		2.50	0.51	
	3年以上5年未満	22	8.6	4.97	0.97		2.61	0.98		1.93	1.03		2.65	0.60	
	5年以上10年未満	58	22.5	5.41	0.72		2.69	0.86		1.58	0.67		2.36	0.46	
	10年以上	141	54.9	5.65	0.61		2.80	0.80		1.56	0.71		2.29	0.44	
業種	児童福祉	107	41.2	5.43	0.57	$F = 5.76$ (4,252)*** $\eta 2p = .08$; 医療＞困窮者支援従事者	2.58	0.70	$F = 3.47$ (4,252)** $\eta 2p = 05$; 医療＞児童福祉, 困窮者支援従事者	1.59	0.67	$F = 2.51$ (4,252)* $\eta 2p = 04$; 教育＞医療	2.39	0.47	*na*
	教育保育	23	9.1	5.60	0.74		2.88	0.81		1.95	0.83		2.50	0.58	
	医療機関	19	8.4	5.91	0.56		3.21	0.69		1.30	0.56		2.30	0.42	
	困窮者支援	51	18.6	5.14	0.97		2.51	1.11		1.50	0.79		2.35	0.52	
	その他混合	57	22.7	5.61	0.64		2.74	0.79		1.60	0.73		2.34	0.46	
トラウマ体験	なし・どちらともいえない	115	45.0	5.38	0.78	*na*	2.59	0.92	*na*	1.45	0.69	$t = 2.66(255)$** $d = .72$	2.30	0.46	$t = 2.31(255)$* $d = .48$
	あり	142	55.0	5.52	0.66		2.76	0.76		1.69	0.74		2.44	0.49	

$n = 257$.　　* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

ARTIC-J19 : Attitude Related Trauma Informed Care Scale-J19, CS: Compassion Satisfaction, CF=Compassion Fatigue, TAS-20=Tront Alexithymia Scale-20.

第 2 項　尺度の検討

各尺度の因子構造を確認するため確認的因子分析を実施した。先行研究によって抽出された因子数にもとづき，ARTIC-J19 は 4 因子，共感疲労，共感満足，バーンアウトはそれぞれ 1 因子，TAS-20 は 3 因子モデルであると仮定し，モデル適合度指標を算出した。その結果，ARTIC-J19 は $\chi^2 = 446.46$, $df = 146$, $p < .001$, CFI = .72, RMSEA = .09[90 % CI = .080-.099], SRMR = .08，共感疲労は $\chi^2 = 112.01$, $df = 35$, $p < .001$, CFI = .86, RMSEA = .09[90 % CI = .072-.110], SRMR = .06，共感満足は $\chi^2 = 86.15$, $df = 35$, $p < .001$, CFI = .95, RMSEA = .07[90 % CI = .054-.094], SRMR = .04，バーンアウトは $\chi^2 = 127.69$, $df = 35$, $p < .001$, CFI = .70, RMSEA = .10[90 % CI = .081-.118], SRMR = .09，TAS-20 は $\chi^2 = 333.64$, $df = 167$, $p < .001$, CFI = .86, RMSEA = .06[90 % CI = .053-.072], SRMR = .06 であった。信頼性係数 α の値は，ARTIC-J19 が 0.88，共感疲労が 0.83 ，共感満足が 0.91，バーンアウトが 0.49，TAS-20 が 0.83 であった。因子構造のモデル適合度および信頼性ともに基準値を満たしていた共感満足と，モデル適合度の基準は十分ではないものの信頼性係数が良好であった ARTIC-J19，共感疲労，TAS-20 について，以降の分析に用いることとした。

第 3 項　各変数間の相関関係（仮説 1 の検証）

各変数の相関の強さを明らかにするためピアソンの積率相関係数を算出した（表 6-2）。その結果，ARTIC-J19 は共感満足との間に有意な中程度の正の相関（$r = .57$, $p < .01$），共感疲労との間に有意な弱い負の相関（$r = -.24$, $p < .01$）が示され，先行研究（Baker, 2021）の傾向と一致していた。TAS-20 は，共感疲労との間に有意な中程度の正の相関（$r = .35$, $p < .01$），共感満足との間に有意な弱い負の相関（$r = -.26$, $p < .01$）が示された。トラウマ体験の有無は，共感疲労との間に有意な弱い正の相関が確認され（$r = .16$, $p < .01$），共感満足との間には有意な相関が示されなかった。トラウマ体験の有無と TAS-20 との間には有意な弱い正の相関が示された（ $r = .14$, $p < .05$）。ARTIC-J19 と TAS-20 の間には有意な中程度の負の相関が確認され（$r = -.36$, $p < .01$），ARTIC-J19 とトラウマ体験の有無との間には有意な相関が示されず，仮説 1 は感情洞察の困難性についてのみ支持された。セルフケア手段の有無は，ARTIC-J19 との関に有意な弱い正の相関（$r = .28$, $p < .01$）が示された。

表 6-2 各変数間の相関関係（小川, 2025b）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	*M*	*SD*
1 . 共感疲労	1												1.58	0.73
2 . 共感満足	-.12	1											2.67	0.84
3 . ARTIC_J19	-.24 **	.57 **	1										5.47	0.72
4 . ARTIC F1	-.01	.38 **	.78 **	1									6.21	0.73
5 . ARTIC F2	-.30 **	.57 **	.76 **	.36 **	1								4.55	1.03
6 . ARTIC F3	-.13 *	.47 **	.85 **	.67 **	.46 **	1							5.49	0.97
7 . ARTIC F4	-.33 **	.29 **	.71 **	.41 **	.48 **	.50 **	1						5.48	1.03
8 . TAS-20	.35 **	-.26 **	-.36 **	-.25 **	-.29 **	-.26 **	-.35 **	1					2.37	0.48
9 . TAS DIF	.42 **	-.12 *	-.17 **	-.04	-.23 **	-.04	-.24 **	.84 **	1				2.30	0.76
10 . TAS DDF	.32 **	-.22 **	-.32 **	-.16 *	-.29 **	-.24 **	-.31 **	.84 **	.65 **	1			2.88	0.76
11 . TAS EOT	-.03	-.27 **	-.38 **	-.45 **	-.12 *	-.39 **	-.24 **	.54 **	.11	.25 **	1		2.13	0.46
12 . トラウマ体験の有無	.16 **	.11	.10	.07	.09	.10	.03	.14 *	.24 **	.10	-.07	1	0.55	0.50
13 . セルフケア手段の有無	-.10	.11	.28 **	.21 **	.21 **	.22 **	.25 **	-.15 *	-.07	-.10	-.19 **	.05	0.88	0.33

n =257. * p < .05, ** p < .01.

ARTIC-J19 = Attitude Related to Trauma Informed Care Scale-J19 F1: 身体的・心理的安全に配慮した態度, F2: 支援者としての自己効力感, F3: トラウマインフォームドな視点, F4: 自分へのトラウマの影響の理解と対処. TAS-20 = Tront Alexithymia Scale-20 DIF: 感情の同定困難, DDF: 感情の伝達困難, EOT: 外的志向.

第 4 項　共感疲労・共感満足の関連要因：階層的重回帰分析の結果

4.1 TIC と TAS-20 の交互作用（仮説 2 の検証）

仮説 2 の検証にあたり，ARTIC-J19 下位因子と TAS-20 の交互作用を検討するため，ARTIC-J19 下位因子と TAS-20 を高群・低群に二分し，それぞれにおける ARTIC-J19 下位因子の効果を比較した。高群・低群は中央値分割により設定した。共感疲労，共感満足を従属変数とし，性別，年齢，経験年数，トラウマ体験の有無，ARTIC-J19 の下位因子，TAS-20，ARTIC-J19 下位因子と TAS-20 の交互作用項を独立変数とした階層的重回帰分析を行った。第 1 ステップで年齢，性別，経験年数，トラウマ体験の有無を投入し，第 2 ステップで ARTIC-J19 の下位因子，第 3 ステップで TAS-20，第 4 ステップで交互作用項を投入した（表 6-3）。VIF＜2.27 で多重共線性の影響は認められなかった。

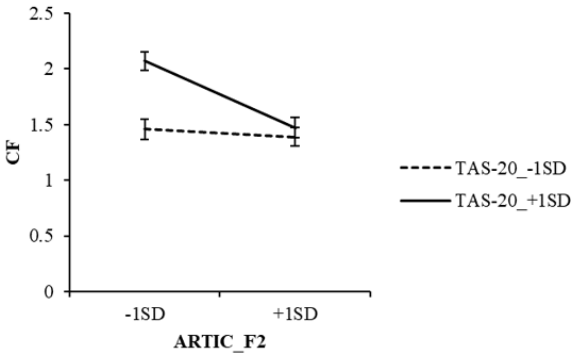
表 6-3 共感疲労・共感満足に対する交互作用項を含んだ階層的重回帰分析（小川, 2025b）

	共感疲労				共感満足			
Step	1	2	3	4	1	2	3	4
独立変数	*β*	*β*	*β*	*β*	*β*	*β*	*β*	*β*
性別（男性、その他=0、女性=1）	.26 **	.21 *	.20 *	.19 *	-.10	-.19 +	-.18 +	-.18 +
年齢	-.12 **	-.06 +	-.05	-.07 +	.07	.02	.01	.01
経験年数	.05	.10 **	.12 **	.12 **	.14 **	.02	.02	.02
トラウマ体験（なし・どちらともいえない=0、あり=1）	.19 *	.24 **	.18 *	.20 *	.19 +	.07	.10	.10
ARTIC-J19_F1		.16 *	.19 *	.22 **		.11	.10	.12
ARTIC-J19_F2		-.17 **	-.15 **	-.16 **		.36 **	.36 **	.35 **
ARTIC-J19_F3		-.04	-.04	-.06		.21 **	.21 **	.21 **
ARTIC-J19_F4		-.19 **	-.16 **	-.17 **		-.08	-.10 +	-.10 +
TAS-20			.38 **	.36 **			-.14	-.13
TAS-20*ARTIC-J19_F1				-.10				-.12
TAS-20*ARTIC-J19_F2				-.27 **				.00
TAS-20*ARTIC-J19_F3				.02				-.02
TAS-20*ARTIC-J19_F4				.34 **				.02
R^2	.08 **	.23 **	.28 **	.34 **	.08 **	.40 **	.40 **	.41 **
ΔR^2		.15 **	.05 **	.06 **		.32 **	.00	.01

n=257.　** p < .01, * p < .05, + p < .10.

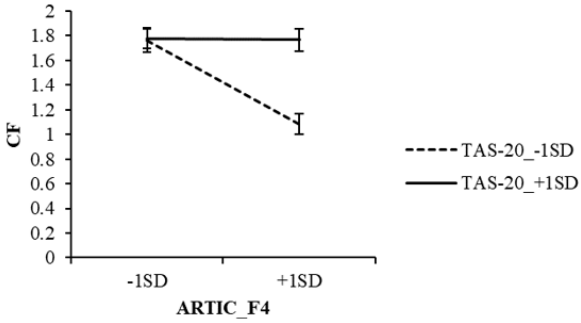
ARTIC-J19 = Attitude Related to Trauma Informed Care Scale-J19　F1: 身体的・心理的安全に配慮した態度, F2: 支援者としての自己効力感, F3: トラウマインフォームドな視点, F4: 自分へのトラウマの影響の理解と対処.　TAS-20 = Tront Alexithymia Scale-20.

検定の結果，共感疲労では ARTIC-J19 の「F2：支援者としての自己効力感」因子（β = -.27, p < .01）と「F4：自分へのトラウマの影響の理解と対処」因子（β =.34, p < .01）において有意な交互作用が認められた（図 6-2, 図 6-3）。共感疲労では，ARTIC-J19 の「F2：支援者としての自己効力感」因子が，TAS-20 高群において共感疲労を抑制する効果を示した（β = -.27, p < .01）。また，ARTIC-J19 の「F4：自分へのトラウマの影響の理解と対処」因子は，TAS-20 低群において共感疲労を抑制する効果を示した（β=.34, p < .01）。共感満足については，ARTIC-J19 の主効果のみが示され，TAS-20 との交互作用効果は認められなかった（すべて p > .05）。有意な主効果が明確に示された ARTIC-J19 下位因子は「F2：支援者としての自己効力感」（β=.35, p < .01），「F3：トラウマインフォームドな視点」（β=.21, p < .01）であった。仮説 2 は共感疲労においてのみ支持された。



注. CF：Compassion Fatigue（共感疲労）, ARTIC_F2：Attitude Related to Trauma-Informed Care Scale-J19 のF2因子（支援者としての自己効力感）, TAS-20：Toronto Alexithymia Scale

図6-2
共感疲労に対するTIC(支援者としての自己効力感)とアレキシサイミア傾向との関係　(小川, 2025b)



注. CF：Compassion Fatigue（共感疲労）, ARTIC_F4：Attitude Related to Trauma-Informed Care Scale-J19 のF4因子（自分へのトラウマの影響の理解と対処）, TAS-20：Toronto Alexithymia Scale

図6-3
共感疲労に対するTIC(自分へのトラウマの影響の理解と対処)とアレキシサイミア傾向との関係　(小川, 2025b)

4.2　TIC とトラウマ体験の有無の交互作用（仮説３の検証）

仮説３を検証するため，仮説２と同様，階層的重回帰分析を行い，ステップ４で ARTIC-J19の下位因子とトラウマ体験の交互作用項を投入した。その結果，共感疲労，共感満足いずれにおいても交互作用項の有意性は認められなかった（共感疲労：最大 $\beta = .10$，$p > .10$；共感満足：最大$\beta = .20$，$p > .10$)。仮説３は支持されなかった。

4.3　共感疲労・共感満足への影響

階層的重回帰分析の結果，本研究で検討された変数の中で共感疲労への影響が比較的大きかったものは，TAS-20（$\beta = .36$, $p < .01$)，共感満足への影響が大きかったものは，ARTIC-J19 の下位因子「F2：支援者としての自己効力感」（$\beta = .35$, $p < .01$）であった。ARTIC-J19 の下位因子「F1：身体的・心理的安全に配慮した態度」は，共感疲労に対し正の影響力を示していた。

4.4　経験年数と TIC 実践志向

ステップ１では，共感疲労に対する経験年数の効果は有意ではなかったが（$\beta = .05$, *n.s.*)，ステップ２で ARTIC-J19 を投入すると，経験年数の効果は有意となった（$\beta = .10, p < .01$)。一方，共感満足においては，ステップ 1 では，経験年数は共感満足に対して有意な正の影響を示したが（$\beta = .14, p < .01$)，ステップ２で ARTIC-J19 を投入すると，経験年数の効果は非有意となり（$\beta = .02$, *n.s.*)，ARTIC-J19 のみが有意な正の影響を示した（$\beta = .21$〜$.36$, $p < .01$)。

第 5 項　TIC の普及状況（認知・活用段階、研修受講）の分野差

5.1　TIC 認知・活用段階

TIC に関する認知および実践上の心がけの程度を尋ねた結果，TIC を「聞いたことがない」は 17%（n = 44），「聞いたことはあるがよく知らない」は 41%（n = 105）と，TIC をよく知らない割合が過半数を占めた(図 6-4)。支援領域と TIC 認知・活用段階との関連を検討するためにクロス集計を行った結果、両者の間には有意な関連が認められた（$\chi^2(12) = 57.94$, $p < .001$）。「聞いたことがない」と回答した割合は困窮者支援領域で特に高く（54.5%）、児童福祉では相対的に低かった（29.5%）。困窮者支援領域では「仕事の中で心がけている」と回答した割合も著しく低い傾向がみられた（1.4%）。これらの結果から、TIC に関する認知や実践意識には支援分野による差が存在し、特に困窮者支援領域では TIC 認知・活用が相対的に進んでいない可能性が示唆された（表 6-4）。

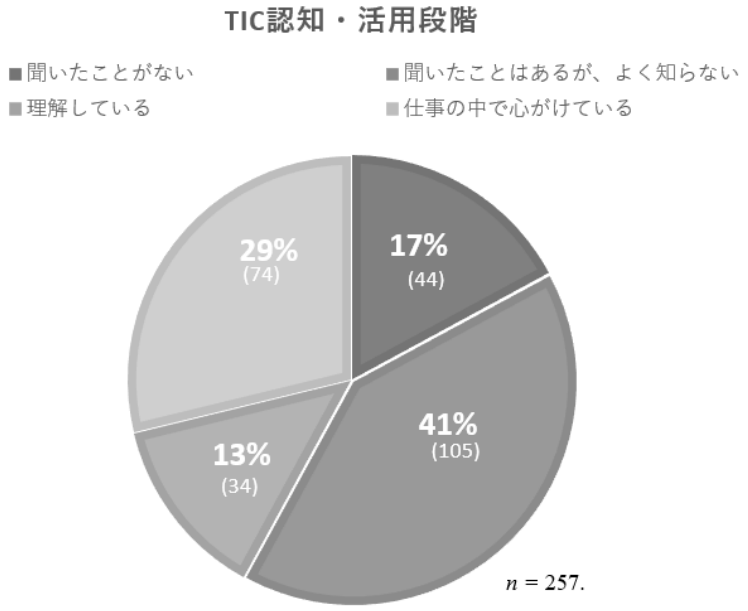


図 6-4　TIC 認知・活用段階

表 6-4

TIC認知・活用段階 と 支援分野区分のクロス表

		児童福祉	教育	医療	困窮者支援	その他	合計
聞いたことがない	度数	13	1	2	24	4	44
	%	29.5%	2.3%	4.5%	54.5%	9.1%	100.0%
	調整済み残差	-1.8	-1.7	-0.8	6.3	-2.3	
聞いたことはあるが、よく知らない	度数	49	9	9	20	18	105
	%	46.7%	8.6%	8.6%	19.0%	17.1%	100.0%
	調整済み残差	1.4	-0.2	0.6	-0.3	-1.6	
理解している	度数	14	2	2	6	10	34
	%	41.2%	5.9%	5.9%	17.6%	29.4%	100.0%
	調整済み残差	-0.1	-0.7	-0.4	-0.3	1.1	
仕事の中で心がけている	度数	31	11	6	1	25	74
	%	41.9%	14.9%	8.1%	1.4%	33.8%	100.0%
	調整済み残差	0.1	2.1	0.3	-4.7	2.8	
合計	度数	107	23	19	51	57	257
	%	41.6%	8.9%	7.4%	19.8%	22.2%	100.0%

χ^2 (12)= 57.94** Cramer's V=.24

5.2　TIC 研修受講状況

TIC に関する研修の受講状況では，TIC の研修に「参加したことはない」が全体の 65%（n = 166）を占めた（図 6-5）。ここでも支援分野区分との関連を確認したところ有意差が見られた（$\chi^2(8) = 27.31, p < .001$）。困窮者支援領域は「参加したことはない」の割合が最も高く（行割合 26.5%，調整済み残差 3.6），「過去 2 回以上」研修を受講した割合が最も低かった（5.5%，調整済み残差 = −3.0）。研修受講状況からも，他の領域に比べ困窮者支援領域において TIC が普及していない可能性が示唆された(表 6-5)。

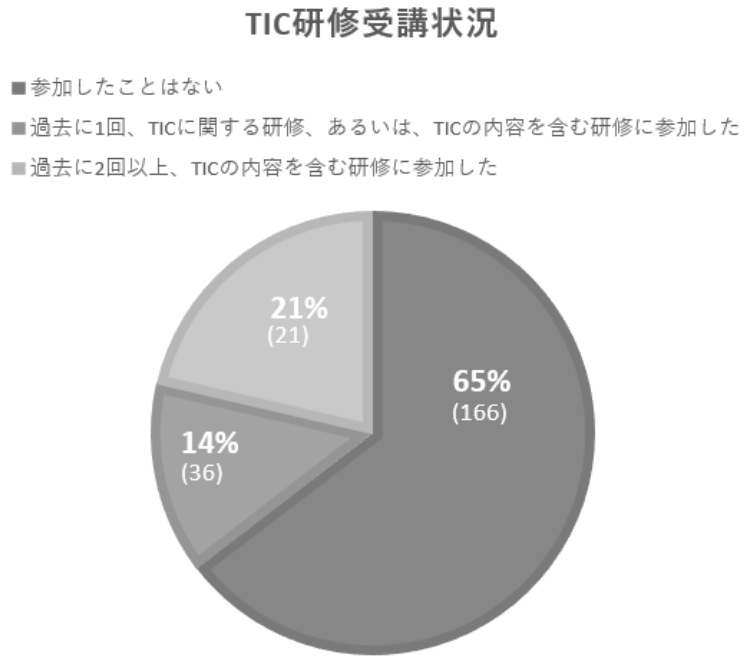


図 6-5　TIC 研修受講状況

表 6-5

TIC研修受講状況

		児童福祉	教育	医療	困窮者支援	その他	合計
ない	度数	69	10	12	44	31	166
	%	41.6%	6.0%	7.2%	26.5%	18.7%	100.0%
	調整済み	0.0	-2.2	-0.1	3.6	-1.8	
過去1回	度数	17	1	3	4	11	36
	%	47.2%	2.8%	8.3%	11.1%	30.6%	100.0%
	調整済み	0.7	-1.4	0.2	-1.4	1.3	
過去2回以上	度数	21	12	4	3	15	55
	%	38.2%	21.8%	7.3%	5.5%	27.3%	100.0%
	調整済み	-0.6	3.8	0.0	-3.0	1.0	
合計	度数	107	23	19	51	57	257
	%	41.6%	8.9%	7.4%	19.8%	22.2%	100.0%

n=257.　$\chi^2(8)= 27.31, p < .01$　Cramer's V=.21

第 6 項　TIC 実践志向（ARTIC-J19）得点の分野差

ARTIC-J19 得点の分野による差を検討した結果，医療分野の援助職者と困窮者支援の援

助職者との間に有意差が認められた（$F(4,252) = 5.76$，$p < .001$，$\eta^2_p = .08$）（表 6-1）。平均値は，医療領域が最も高く，困窮者支援領域が最も低かった（$M = 5.14$, $SD = 0.97$）。

第 4 節　考察

本研究では，社会福祉分野の対人援助職者を対象に，感情洞察の困難性，およびトラウマ体験の有無に着目し，TIC 実践志向が共感疲労および共感満足に及ぼす影響を検討した。

第 1 項　感情洞察の困難性とトラウマ体験の影響

感情洞察の困難性が低い（アレキシサイミア低群）では，TIC 実践志向が高まるほど共感疲労が顕著に低下する一方，感情洞察の困難性が高い（アレキシサイミア高群）では，TIC 実践志向の水準にかかわらず共感疲労の高さが比較的維持される傾向がみられた。この結果は，援助職者が自らの感情に気づき，それを言語化・調整する力を十分に持たない場合，TIC 実践志向を有していてもその効果が十分に発揮されにくい可能性を示唆している。なお，この交互作用効果は，ARTIC-J19 の下位因子のうち「支援者としての自己効力感」および「自分へのトラウマの理解と対処」において認められた。これらの因子はいずれも，援助職者が自己の内的体験を理解しつつ自己効力感を落とさぬよう調整しようとする姿勢を反映しており，TIC 実践志向が自己理解や感情調整を媒介とした実践的スキルとして機能することを示唆する。これは，Figley（1995）が指摘した「共感的省察」の働き，すなわち，自他の情動を識別しながら共感的にかかわる力が，TIC 実践の基盤であることと整合する。

本研究では，援助職者の過去のトラウマ体験の有無と有意な関連が示されたのは，共感疲労および感情洞察の困難性のみであった。すなわち，過去にトラウマ体験を有すると回答した援助職者は，共感疲労の水準がやや高く，また，自己の感情をとらえ言語化する力が低い傾向を示した。これらの関連はいずれも大きな効果量ではなかったが，援助職者自身のトラウマ体験が，情動的自己理解のあり方や心理的負担感に一定の影響を及ぼしている可能性が示唆されたと考えられる。理論的には，援助職者が自らの過去のトラウマ体験を TIC の視点から理解し，自己洞察を通じて再構成することができれば，共感疲労の抑制や心理的回復力の向上に寄与する可能性があると考える。しかし，本研究の結果からは，その点を統計的に確認することはできなかった。トラウマ体験の有無については，本人が自己認識していない可能性もあり，TIC を学習することにより，過去の体験は自分にとってトラウマティックな体験だったと認識し始める可能性もある。今後，援助職者のトラウマ体験の有無，あるいはトラウマ体験の認知の変化が，感情洞察や TIC 実践志向を介して心理的健康に及ぼす過程を，縦断的または介入的に検証することについて研究の余地があると考える。

これらの知見を踏まえ，次に TIC の学習および実践における安全性と有効性を高めるため，予測的情報の提供，および，援助職者の感情洞察力を高める心理教育の導入について，また，TIC 実践志向と共感満足との関連について検討する。

第 2 項　予測的情報の提供

予測的情報の提供は，医療分野で用いられているアプローチであり，あらかじめ困難を想定することで学習者の不安を軽減し，学びの継続を支援することを目的として行われる（Thompson & Young-Saleme, 2015）。現役援助職者の中には，すでに高い共感疲労の状態で働き続けている人も少なくない。TIC の学習や実践の過程で共感疲労が一時的に高まる可能性があることや，感情洞察の困難性が共感疲労の高まりと関連するという知見が広がることによって，学習や実践過程での心理的負担への備えや対処が可能となり，TIC の継続的な実践と定着が促進されると考えられる。

第 3 項　援助職者の感情理解を深める心理教育の導入

共感疲労はしばしば PTSD に類似した症状を呈することが知られており（Figley, 1995），感情理解を深める心理教育はその治療的アプローチとしても活用されている（Cloitre et al., 2006）。そのため，共感疲労の予防策として，あるいは既に高水準の疲労を抱える援助職者への支援策として，安全な環境の中で感情への理解を深め、自己洞察を高める機会を確保することが求められる。

第 4 項　TIC 実践志向と経験年数が共感疲労・共感満足に及ぼす影響

本研究では，TIC 実践志向を投入するかどうかで経験年数の効果の有意性が変化した点が特徴的であった。共感疲労については，TIC 実践志向を統制したモデルで経験年数の効果が顕在化し，経験の蓄積とともに生じうる心理的負荷や葛藤が，共感疲労として表れる可能性が示唆された。一方で，TIC 実践志向の水準が高い場合には，経験年数に伴う心理的負荷が一定程度和らぐ可能性も考えられる。

共感満足に関しては，TIC 実践志向を投入した段階で経験年数の効果が非有意となった。この結果は，共感満足に対しては経験年数そのものよりも，日々の支援場面で TIC の原則をどのように意識し，実践に取り入れているかといった TIC 実践志向の要素が相対的に強く関連している可能性を示唆するものである。もっとも，本研究で得られた回帰係数や決定係数の変化量はいずれも大きいとは言えず，経験年数と TIC 実践志向が心理的適応に及ぼす影響は限定的である可能性もある。したがって，ここで得られた知見は両者の関係についての初期的な示唆にとどまるものであり，慎重に解釈する必要がある。

経験の浅い援助職者はバーンアウトや離職のリスクが高いことが指摘されている（土井, 2021）。共感満足はバーンアウトリスクを和らげる要因であることから，バーンアウト予防

の観点からも，社会福祉分野の人材養成や初任者研修に TIC の視点を導入する意義は大きいと考える。本調査では TIC 研修未受講者が全体の 6 割を超え，職場での導入が限定的である一方，多くの援助職者が個人の努力によって学習せざるを得ない現状が示された。今後は，経験の多寡にかかわらず援助職者が安全に TIC を学び・実践できるよう，組織的かつ体系的な導入が期待される。

第 5 項　支援分野による TIC 普及度の差

本研究では，TIC 認知・活用段階，TIC 研修受講状況，および ARTIC-J19 得点のいずれにおいても，困窮者支援領域が他領域と比較して相対的に低い傾向が示された。これらは，共通して困窮者支援領域では TIC の導入や普及が十分に進んでいない可能性を示唆するものである。本研究では TIC 普及に影響を与える背景要因までは直接扱っていないが，困窮者支援領域で TIC 認知・研修受講・TIC 実践志向が一貫して低いという所見は，当該領域が TIC にアクセスしにくい環境に置かれている可能性を示唆するものである。TIC は援助職者の心理的安全を支え，再トラウマ化を予防する基盤となる枠組みであることから，困窮者支援領域において TIC を学習し，実践に取り入れられる環境を整備することの重要性が示唆される。

第 6 項　本研究の限界と今後の展望

本研究の限界として，対象者が TIC への関心の高い人に偏った可能性，自記式調査による社会的望ましさの影響がある。トラウマ体験の有無の調査においては，トラウマ体験の特性として自分自身がトラウマを負っていることを自覚しづらいという点があり，「ない」と回答したものの中にトラウマ体験をしている回答者が存在する可能性がある。本研究の対象は，社会福祉系援助職者としているが，教育・保育分野および医療機関と回答した援助職者について，それぞれの機関の中で社会福祉系の職種に従事しているかどうか厳密な確認ができていないことから，一部，対象とすべきではないデータも含まれている可能性が否めない。今後の展望としては，社会福祉系援助職者を対象とした予測的情報を含む TIC 研修プログラムの実践研究，感情洞察を高める支援的介入に関する先行研究調査がある。

第 7 章　（研究 3）困窮者支援従事者を対象とした TIC 実践志向と共感満足・共感疲労の関連 ― 職場のソーシャル・キャピタルの調整効果に着目して（組織的要因）

第 6 章では，援助職者の過去のトラウマ体験や感情洞察の困難性といった個人的要因が，TIC 実践志向と共感疲労・共感満足との関連にどのような調整効果を及ぼすかを検討した。これを受けて本章では，視点を個人から組織へと広げ，職場のソーシャル・キャピタルが TIC 実践志向と共感疲労・共感満足の関連をどのように調整するのかを検証する。ソーシャル・キャピタルは，信頼・互恵性・ネットワークといった組織内の社会的資源を示す概念であり，援助者の心理的負担を緩和する重要な保護要因として注目されている。

第 6 章では，TIC 認知・活用段階，TIC 研修受講状況，および TIC 実践志向のいずれにおいても，困窮者支援領域での普及が相対的に低いことが確認された。この領域は，多様で深刻な生活課題を抱える利用者と日常的に関わるため，支援者が情緒的負荷や再トラウマ化のリスクにさらされやすいにもかかわらず，日本においてこの領域を対象とした TIC の実証研究はほとんど蓄積されていない。

以上を踏まえ，本章では困窮者支援従事者を対象に，TIC 実践志向と心理的健康の関連を明らかにするとともに，職場のソーシャル・キャピタルがその関連に及ぼす影響を検討する。本章には，小川 (2023) における記述と同一または近似の文章表現を含む箇所がある。

第 1 節　背景と目的

生活困窮者とは，生活困窮者自立支援法（平成 25 年法律第 105 号）において，「就労の状況，心身の状況，地域社会との関係性その他の事情により，現に経済的に困窮し，最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」と定義されている。生活困窮者の抱える問題は多岐にわたり，家族関係の不全，知的・精神障害，慢性疾患，債務，失業，就労定着の困難，ひとり親世帯，ひきこもりなどが挙げられる。また，精神的不調や自死の割合が高く（厚生労働省 社会援護局保護課, 2011），経済的困窮と社会的孤立という二重の困難を抱えやすい傾向がある。海外の研究では，ホームレス状態を経験した人々の多くが幼少期のトラウマを有し，それが精神疾患や物質使用の背景要因となっていること（Fitzpatrick, 2011），さらに困窮状態そのものが再トラウマ化のリスクを内包していること（Deck & Platt, 2015）が指摘されている。

ホームレス支援の現場では、支援者は利用者のトラウマや慢性的ストレスに間接的にさらされやすく、STS（共感疲労を含む）が高水準にあること、また PTSD が疑われる人も一定数いること、さらに睡眠障害・侵入思考・感覚の麻痺感・集中困難・援助対象者への苛立ちといった症状が報告されている（Camp, 2025）。加えて、前線スタッフの約 33％が過去 6 か月に 2 件以上のトラウマとなるような出来事（例：暴力、利用者の死亡・オーバードーズ等）を経験しており、業務上の曝露負荷の高さが示される（Lemieux-Cumberlege & Taylor,

2019a)。さらに、従事者の小児期逆境体験（ACE）の有病率が高いことも指摘されている（Aykanian & Mammah, 2022)。

トラウマインフォームドケア（TIC）の基本枠組みを示した米国保健福祉省精神保健・物質乱用局（SAMHSA）は，トラウマ理解の枠組みとして「出来事（Event)」「体験（Experience)」「影響（Effect)」の 3 つの E を提示しているが，Camp ら（2025）は，困窮者支援従事者が日常業務の中でこの三つの E すべてに直面していることを指摘し，その背景には，援助職者自身の個人的要因と，制度的・社会的要因が複雑に絡み合っていると述べている。また，日本の生活保護ケースワーカーのストレス要因を分析した高橋（2021）は，制度上の制約に加えて，組織構造や人間関係などの職場環境が心理的負担を高め，対応の硬直化を招くことを明らかにした。しばしば生活保護行政の現場では援助職者の「非人間的対応」や「形式的支援」が問題視されるが，それらの背景には個人の資質のみならず，環境的ストレスやトラウマ反応が関与している可能性がある。

困窮者支援従事者の精神的健康を守るためには，トラウマの影響を個人要因だけでなく環境要因の側面から検討することが重要である。本研究では，環境要因の一つとして職場のソーシャル・キャピタルに着目する。ソーシャル・キャピタルとは，「信頼」,「互酬性」,「ネットワーク」を基盤とする社会関係資本であり（Oksanen et al, 2008），組織内にそれが豊かに蓄積されるほど，構成員間の協働や心理的安全性が高まり，組織の効率性が向上することが報告されている（高尾, 2016)。実際，職場のソーシャル・キャピタルはバーンアウトや抑うつなどの精神的健康指標と関連し（Oksanen et al., 2013），援助職者のメンタルヘルスを支える重要な組織的資源と考えられている。

以上の先行知見を踏まえると，困窮者支援従事者は，支援対象者のトラウマへの直接的・間接的曝露による心理的負荷に加え，支援過程で対象者を再び傷つけてしまうリスクを抱えていることがうかがえる。そして，その背景には，組織文化や職場内の人間関係，信頼関係のあり方が密接に関係している可能性がある。

そこで本研究では，職場のソーシャル・キャピタルに焦点を当て，TIC が援助職者の共感疲労および共感満足に及ぼす影響を，組織文化との関連から明らかにすることを目的とする。また，困窮者支援領域における TIC の普及状況を把握するため，TIC に関する認知度を併せて検討する。

第 2 節　方法

第 1 項　対象と手続き

困窮者支援事業を行う自治体･福祉事務所，社会福祉協議会，NPO 等の民間団体で働く人を対象に，アンケートツール「Qualtrics」を利用した無記名式の Web 調査を行った。募集は，一般社団法人生活困窮者自立支援全国ネットワークのホームページで紹介されている全国の自立相談支援機関相談窓口一覧（2021 年 7 月 1 日現在）に記載されている 1319 団

体，および困窮者支援活動を実施している NPO の責任者宛てに調査協力依頼書とアンケートの URL および QR コードが記載された調査募集チラシを郵送し，E メールアドレスが分かる団体については調査募集チラシのデータを E メールに添付送付して各機関内で募集情報を回覧してもらう形で行った。参加者はパソコンやスマートフォンなどの端末からアンケートサイトにアクセスして回答を行った。調査の回答前に，調査の概要について説明し，参加の意思を確認する同意欄を設け，同意欄にチェックされたものを対象とした。本調査は，大阪大学大学院人間科学研究科倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 21038）。本研究の調査データは第 5 章の尺度研究のデータと一部重複している。

第 2 項　調査項目

基本属性　性別，年齢，現在の職場の在職期間，対人支援の経験年数，職種，職場の種類（福祉事務所，社会福祉協議会，相談支援センター，NPO 等）を尋ねた。

共感満足・共感疲労尺度　本研究に使用された項目は，「Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test for Helpers」（Stamm, 1995）をもとに「援助者のための共感満足/共感疲労の自記テスト」として藤岡（2011）が訳したものである。共感満足 17 項目，共感疲労 17 項目の計 34 項目から成り，共感満足の下位因子は，「利用者との関係の中の満足」，「仕事仲間との関係における満足」，「援助者の資質としての満足」，「人生における満足」，共感疲労の下位因子は「二次的トラウマとして蓄積される共感疲労」，「援助者自身のトラウマ体験の再燃」，「否認感情」，「PTSD 様の共感疲労」で構成される。回答の選択肢は「1:まったくない」「2:ほとんどない」「3:2，3 度ある」「4:何度かある」「5:頻繁にある」「6:かなり頻繁にある」の 6 件法であった。

TIC 実践志向（ARTIC-J19 尺度）　本研究の研究 1 において開発された 19 項目から成る日本の社会福祉系援助職者向けの尺度である（小川, 2025）。原版はトラウマの影響を理解し対応しようとする態度を計測する Attitude Related to Trauma Informed Care （ARTIC） 35 Scale（Baker, Brown et al., 2016; 2021）である。

TIC 認知・活用段階　TIC の認知や実践上の心がけの程度を把握するため，「これまでに TIC について聞いたことがありますか」という質問を，「1:聞いたことがない」「2:聞いたことはあるがよく知らない」「3:概念としてのみ知っている」「4:よく知っている」「5:仕事の中で活かしている」の 5 件法で尋ねた。

職場のソーシャル・キャピタル尺度　Kouvonen ら（2006）が作成し妥当性と信頼性が検討された 8 項目の短縮版に基づき、日本語表記はオクサネンら（2013）を参照した。本尺度は上司が信頼できるかなど職場の垂直のつながりを示す「連結型，部署間でアイデアを出

し合い活かし協力し合っているかという組織内の関係を示す「橋渡し型」，同僚間で情報を共有し共に働こうという協力姿勢や相互を理解し認め合う関係を示す「結束型」の 3 要素 8 項目から成り，回答の選択肢は「1:思わない」「2:あまり思わない」「3:まあそう思う」「4:そう思う」の 4 件法となっている。

自由回答 「仕事の中で感じている困難」 質的な検討を行うため，仕事の中で感じている困難について書いてもらう自由記述の欄を設けた。

第 3 項　分析方法

基本属性の確認，データの正規性の確認の後，因子分析で構成概念的に妥当と思われる因子数を決定して，信頼性係数による内的整合性の確認を行った。その後，各尺度の下位因子毎の平均値による分散分析，相関分析，重回帰分析を行った。分析には，SPSS Statistics 27 および Mplus Version 8.1 を使用した。なお，相関係数の値は，r = .10 を弱い，r = .30 を中程度，r = .50 を強いとした。また，適合度の基準は CFI ≧ .90, RMSEA≦ .08, SRMR≦ .09 とした（小塩, 2014; Schaufeli et al., 2002）。

第 3 節　結果

第 1 項　回答者の概要

630 名が同意の上調査に参加し，その内，最後まで回答を完了した者 382 名から除外基準によって 1 名を除き，381 名を有効回答とした（有効回答率 60.5%）（表 7-1）。

表7-1

基本属性と各属性における尺度得点　(小川, 2023)

		共感満足					共感疲労			ARTIC-J19			職場のソーシャルキャピタル		
属性		*n*	%	*M*	*SD*	*t/F*	*M*	*SD*	*t/F*	*M*	*SD*	*t/F*	*M*	*SD*	*t/F*
性別	女性	171	44.88	2.69	0.84	① *n.s.* ②t = 2.13(376)* d = .81	1.43	0.72	①F = 5.89(2,378)** $\eta 2p$ = .03; 男性<女性, その他 ②t = 2.43(376)** d = .70	5.04	0.65	①*n.s.* ②t = 2.14(376)* d = .65	3.18	0.64	①②*n.s.*
	男性	207	54.33	2.51	0.79		1.26	0.68		4.89	0.66		3.06	0.62	
	その他	3	0.79	2.71	1.03		2.31	0.62		5.39	0.71		2.71	1.08	
年齢	20代	48	12.60	2.37	0.83	*n.s.*	1.48	0.70	*n.s.*	4.76	0.60	F = 2.66 (5,375)* $\eta 2p$ = .03; 20代,30代,40代,50代<60代	3.16	0.70	*n.s.*
	30代	83	21.78	2.54	0.88		1.36	0.75		4.75	0.58		3.03	0.69	
	40代	130	34.12	2.61	0.77		1.37	0.73		4.84	0.58		3.07	0.58	
	50代	85	22.31	2.69	0.84		1.32	0.68		4.85	0.64		3.21	0.63	
	60代	32	8.40	2.81	0.71		1.13	0.55		5.21	0.56		3.21	0.60	
	70代以上	3	0.79	1.86	0.89		0.76	0.29		4.91	0.75		2.71	0.51	
対人援助の経験年数	1年未満	29	7.61	2.68	0.65	F = 4.94 (4,376)** $\eta 2p$ = .05; 1年以上3年未満, 5年以上10年未満<10年以上	1.14	0.67	*n.s.*	4.83	0.50	F = 4.91 (4,376)** $\eta 2p$ = .04; 1年以上3年未満<10年以上	3.16	0.62	*n.s.*
	1年以上3年未満	57	14.96	2.37	0.81		1.42	0.72		4.78	0.58		3.11	0.69	
	3年以上5年未満	53	13.91	2.55	0.83		1.48	0.73		4.84	0.74		3.07	0.67	
	5年以上10年未満	74	19.42	2.36	0.86		1.28	0.73		4.89	0.67		3.07	0.72	
	10年以上	168	44.09	2.77	0.78		1.34	0.69		5.11	0.65		3.14	0.57	
職場	自治体・福祉事務所	142	37.27	2.51	0.76	*n.s.*	1.42	0.77	*n.s.*	4.80	0.66	F = 6.69 (3,377)*** $\eta 2p$ = .05; 自治体・福祉事務所< 相談支援センター	3.04	0.65	F = *3.17* (3,377)* $\eta 2p$ = .03; 自治体・福祉事務所< 相談支援センター
	社会福祉協議会	135	35.43	2.59	0.82		1.32	0.63		4.99	0.61		3.12	0.66	
	相談支援センター	61	16.01	2.71	0.83		1.18	0.64		5.23	0.62		3.32	0.49	
	その他	43	11.29	2.69	0.97		1.40	0.77		5.00	0.71		3.03	0.65	

n = 381. *p<.05 **p<.01 ***p<.001. ARTIC-J19:TIC実践志向

性別：①男・女・その他の３水準比較、②男・女の２水準の比較.

第 2 項　尺度の検討

共感満足・共感疲労尺度　共感満足 4 因子，共感疲労 4 因子の因子構造を確認するため，確認的因子分析を行った。全34項目中3項目について床効果の可能性が見られたが（No.15, 20, 21），因子負荷量は十分な値を示していたため除外せず分析に含めた。床効果が見られた 3 項目は，いずれも先行研究において同じ下位因子「二次的トラウマとして蓄積される共感疲労」に属するものであった。分析の結果，共感満足・共感疲労ともに因子負荷量は十分な値を示していた（共感満足：βs = .50-.94, ps < .001　共感疲労：βs =.44-.89, ps <.001）。適合度は基準値を完全に満たす内容ではなかったが（共感満足：χ^2 = 528.72, df = 113, p < .001, CFI = .90, RMSEA = .098[90%CI = .090-.107], SRMR = .086　共感疲労：χ^2 = 387.50, df = 113, p < .001, CFI = .90, RMSEA = .080[90%CI = .071-.089], SRMR = .057），RMSEA と SRMR については，一般的に当てはまりがよくないとされる 0.1 以上ではなく，内的整合性を示す Cronbach の α 値は十分な値を示したため（共感満足 α = .91 共感疲労 α = .89），本研究も先行研究と同じく共感満足 4 因子，共感疲労 4 因子を採用することとした。共感満足の下位因子名は先行研究にならい，「利用者との関係の中の満足」，「仕事仲間との関係における満足」，「援助者の資質としての満足」，「人生における満足」とし，共感疲労の下位因子名は「二次的トラウマ」，「援助者自身のトラウマ体験の再燃」，「否認感情」，「PTSD 様状態」とした。因子分析の結果を表 7-2 に示す。

表7-2

共感満足・共感疲労尺度における因子分析結果 (小川, 2023)

共感満足 (α = .91)		因子負荷量
因子1 : 利用者との関係における満足 (α = .86)		
12	自分が支援している人たちと関わることで、非常に多くの満足を得ている	.84
13	自分が援助している人たちと関わった後に、とても元気づけられる	.83
19	自分が関わっている人を、どのように援助できるかということを考えるのが楽しい	.77
26	援助者としての自分の仕事が好きである	.77
25	自分が援助している人のうちの何人かについては、その人たちと関わるのが楽しい	.66
因子2 : 仕事仲間との関係における満足 (α = .88)		
32	仕事仲間を信頼している	.86
30	私が必要としている時には、自分の仕事仲間に頼って助けてもらえる	.84
29	仕事仲間と楽しくやっている	.83
31	仕事仲間は、助けを必要としている時には、私を頼ってくれる	.71
8	強いストレスを感じる体験を振りかえる時に、仲間からのよい支援を受けることができる	.50
因子3 : 援助者の資質としての満足 (α = .86)		
34	自分が、援助の技術や手順についていくことができていることに満足を感じる	.93
33	どのように援助していくかという「援助やアセスメントのための技法・知識」の進み具合に遅れずについていくことができていることに満足を感じる	.89
28	自分は援助者として「よく、やれている」と思う	.65
27	援助者として働く上で必要な手段や資源を持っていると思う	.59
因子4 : 人生における満足 (α = .83)		
2	私の人生は、満たされたものだと思う	.94
1	私は幸せである	.88
3	私は自分を支える信念をもっている	.60
共感疲労 (α = .89)		
因子1 : 二次的トラウマ (α = .82)		
21	援助している人たちのトラウマやストレスが、こちらに移ったかもしれないと思う	.76
15	自分が援助している人の状況に似た夢に悩まされることがある	.73
17	自分が援助している人と関わっている間、過去のつらい体験を、突然無意識に思い出したことがある	.71
7	自分が援助している人に関連するフラッシュバック（場面を急に思い出すこと）を体験することがある	.68
20	自分が援助している人から聞いた、トラウマとなるような体験のことが頭から離れず、眠れなくなっている	.67
16	自分が援助した人の中でも、とりわけ難しい人との時間のことで、頭の中がいっぱいになることがある	.62
因子2 : 援助者自身のトラウマ体験の再燃 (α = .77)		
9	大人になってから経験したトラウマとなる出来事を、思い出してしまうような体験をした	.88
10	子どもの頃経験したトラウマとなる出来事を、思い出してしまうような体験をした	.81
11	自分の人生におけるトラウマとなる体験を「ふりかえる」必要があると考えている	.54
因子3 : 否認感情 (α = .87)		
5	過去のつらい体験を思い出させるような考えや感情を避けようとしてしまう	.89
6	過去のつらい体験を思い出させるような活動や状況を避けていると思う	.88
因子4 : PTSD様状態 (α = .72)		
24	自分が援助している人たちとの仕事に関連した絶望感がある	.72
23	援助者としての今の仕事に縛り付けられていると感じる	.61
14	自分が支援をしている人が、私に対して言ったことやしたことにおびえている	.57
18	ささいなことで怒りを爆発させたり、いらいらしたりしてしまう	.53
4	私は他人から疎遠であると感じる	.46
22	自分自身が援助している人たちの幸福や福祉について、あんまり考えなくなったと思う	.44

n = 381.

TIC 実践志向（ARTIC-J19 尺度）　4 因子の確認的因子分析を行った(χ^2 = 407.65, df = 146, p < .001, CFI = 0.88, RMSEA = .069[90%CI = .061-.077], SRMR = .057)。信頼性係数の値も許容範囲であった（全体 α =.86 下位尺度 α = .82, .80, .75, .66），第 1 因子はトラウマの再演を防ぎ支援関係をよくして支援対象者と支援者の安全を確立しようとする姿勢を示す「身体的・心理的安全に配慮した態度」，第 2 因子は自分の弱みより強みに焦点を当て，無力感から脱してコントロール感や有力感を取り戻そうとする意識的な態度を示す「援助者としての自己効力感」，第 3 因子は被支援者の症状や行動化を「病」や「問題行動」と捉えるのではなく，生存や適応のための対処方法であるという視点で捉えなおそうとする視点の「トラウマインフォームドな視点　（トラウマメガネ）」，第 4 因子は援助者自身の一次的，二次的トラウマの影響に気づき，対処行動をとろうとする態度を示す「自分へのトラウマの影響の理解と対処」である。

職場のソーシャル・キャピタル尺度　先行研究（Kouvonen et al., 2006）に基づき，本研究においても 3 因子で確認的因子分析を行った。因子負荷量は十分高く，適合度も基準値を満たしており(βs = .78 - .93, ps < .001)(χ^2 = 57.61, df = 17, p <. 001, CFI = .98, RMSEA = .079[90%CI = .057-.102], SRMR = .029)，信頼性係数も十分な高さを示していたことから(α = .92)，先行研究と同じく 3 因子を採用し，第 1 因子は「連結型(上司部下の関係)」(α = .93)，第 2 因子は「橋渡し型(部署内の関係)」(α = .92)，第 3 因子は「結束型(同僚間の関係)」(α = .86)とした。

第 3 項　基本属性から見た傾向

検定の結果（表 7-1），性別について，まず男，女，およびその他の 3 水準で比較したところ，共感疲労に有意差が見られ(F (2,378) = 5.89, p < .01, η^2_p = .03)，Turky の HSD 法による多重比較の結果，男性は女性およびその他よりも低かった（順に，p < .05 ; p < .05）。男女 2 水準による比較では，共感満足・共感疲労および TIC において，女性の方が男性よりも有意に高いことが確認された（順に，t (376) = 2.13, p < .05, d = .81 ; t (376) = 2.43, p < .01, d = .70 ; t (376) = 2.14, p < .05, d = .65）。年齢については，TIC においてのみ有意差が認められ(F (5,375) = 2.66, p < .05, η^2_p = .03)，Turky の HSD 法による多重比較の結果，60 代が 20 代，30 代，40 代，50 代と比べて高かった（20 代から順に，p < .05 ; p < .01 ; p < .05 ; p < .05）。経験年数については，共感満足と TIC において有意差が認められた（順に，F (4 ,376) = 4.94, p < .01, η^2_p = .05; F (4 ,376) = 4.91, p < .01, η^2_p = .04）。多重比較の結果，共感満足においては 10 年以上の経験者が，1 年以上 3 年未満と 5 年以上 10 年未満の職員よりも有意に高く，TIC においては 10 年以上の経験者が，1 年以上 3 年未満の職員よりも有意に高かった。共感疲労については経験年数による差は確認されなかった。次に，職場による差を確認したところ，共感満足・共感疲労については有意差が見られなかったが，TIC と職場のソーシャル・キャピタルにおいて有意差がみられた（順に，F (3,377) = 6.69, p < .001, η^2_p = .05; F

(3,377) = 3.17, $p < .05$, $\eta^2_p = .03$)。多重比較の結果，TIC，職場のソーシャル・キャピタルの両方とも，自治体・福祉事務所が相談支援センターより有意に低かった（$p < .001$; $p < .05$)。共感満足・共感疲労について項目全体では有意差が見られなかったが，下位因子レベルでも差がないのかどうかを確認するため，下位因子毎の平均値を比較したところ，共感疲労の下位因子「PTSD 様状態」について，自治体・福祉事務所が，社会福祉協議会および相談支援センターよりも有意に高く（F (3,377) = 5.47, $p < .01$, $\eta^2_p = .04$)，共感満足の下位因子である「利用者との関係における満足」について，自治体・福祉事務所が，社会福祉協議会，相談支援センター以外のその他の職場よりも有意に低いことが明らかとなった（F (3,377) = 2.83, $p < .05$, $\eta^2_p = .02$)。

第 4 項　困窮者支援従事者の間の TIC の認知・活用段階

困窮者支援従事者の TIC の認知や実践上の心がけの程度を把握するため，TIC の認知・活用段階について尋ねた。全体では，TIC を「聞いたことがない」が 60%，「聞いたことはあるがよく知らない」が 19%であった。「よく知っている」，「仕事の中で活かしている」を合わせても全体の 5%に留まった（図 7-1)。

職場ごとに分けて構成比率を見ると，「聞いたことがない」の割合が，自治体・福祉事務所では 68.8%，相談支援センターでは 53.6%，「よく知っている・活かしている」の割合は，自治体・福祉事務所では 2.9%，相談支援センターでは 10.7%と，職場による有意な差が見られた（χ^2 (9) = 37.98, $p < .001$, Cramer's $V = .19$)。

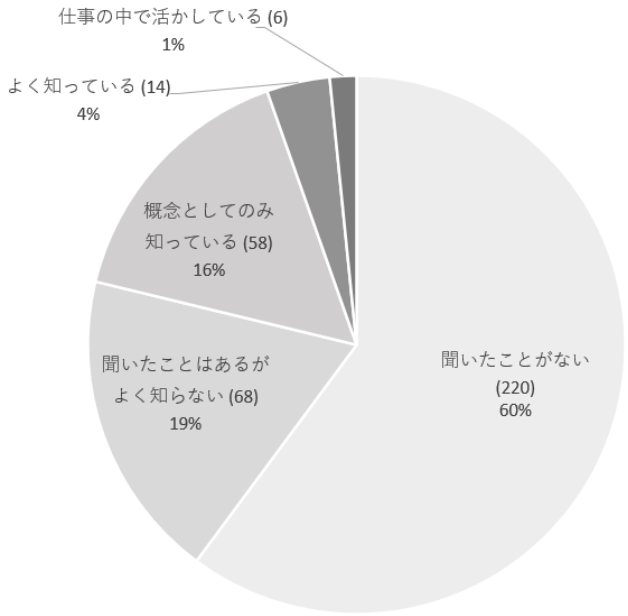


図 7-1　困窮者支援従事者の TIC 認知・活用段階

第 5 項　相関分析の結果

共感満足・共感疲労，ARTIC-J19，職場のソーシャル・キャピタルの尺度間および下位因子間の相関の強さを明らかにするため，相関関係を確認したところ，尺度間では共感満足･共感疲労いずれも ARTIC-J19 および職場のソーシャル・キャピタルと有意な相関が見られ(共感満足：ARTIC-J19，職場のソーシャル・キャピタルの順に，r = .54, r = .40，共感疲労：r = -.23, r = -.20)，共感満足との方が強い相関が示された。ARTIC-J19 と共感満足･共感疲労の下位因子間では，共感満足について ARTIC-J19 の下位因子すべてとの間に有意な正の相関が見られた。共感疲労については，下位因子ごとに正負異なる反応がみとめられた。共感疲労と ARTIC-J19 の下位因子間の相関で，最も強い関係を示したのは，共感疲労の「PTSD 様状態」と ARTIC-J19 の「自分へのトラウマの影響の理解と対処」(r = -.42)であった（表 7-3）。

表7-3

各変数間の関連と基本統計量 (小川, 2023)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	*M*	*SD*
1．**共感満足**	1																			2.59	0.82
2．利用者との関係における満足	.826**	1																		2.28	1.05
3．仕事仲間との関係における満足	.776**	.449**	1																	3.08	0.99
4．援助者の資質としての満足	.775**	.529**	.460**	1																2.15	1.03
5．人生における満足	.755**	.547**	.471**	.477**	1															2.89	1.11
6．**共感疲労**	-.050	.050	-.142**	-.040	-.033	1														1.34	0.71
7．二次的トラウマ	-.017	.048	-.079	-.021	-.004	.886**	1													1.19	0.83
8．援助者自身のトラウマ体験の再燃	.156**	.267**	-.018	.102*	.132**	.727**	.560**	1												1.39	1.03
9．否認感情	-.110*	.011	-.139**	-.142**	-.095	.684**	.477**	.439**	1											1.66	1.13
10．PTSD様状態	-.168**	-.108*	-.206**	-.081	-.126*	.836**	.628**	.410**	.489**	1										1.36	0.76
11．**ARTIC-J19**	.535**	.463**	.407**	.414**	.383**	-.226**	-.149**	.018	-.198**	-.347**	1									4.96	0.66
12．身体的・心理的安全への配慮	.262**	.235**	.240**	.139**	.193**	-.017	.020	.076	-.057	-.089	.766**	1								5.64	0.83
13．援助者としての自己効力感	.557**	.410**	.392**	.582**	.373**	-.336**	-.265**	-.061	-.303**	-.406**	.711**	.280**	1							4.46	0.94
14．トラウマインフォームドな視点	.308**	.389**	.119*	.195**	.253**	-.014	.027	.137**	-.018	-.151**	.700**	.435**	.270**	1						4.55	0.89
15．自分へのトラウマの影響の理解と対処	.443**	.304**	.484**	.278**	.302**	-.351**	-.268**	-.152**	-.220**	-.421**	.706**	.423**	.508**	.267**	1					5.11	1.05
16．**職場のソーシャルキャピタル**	.401**	.178**	.601**	.178**	.279**	-.204**	-.102*	-.093	-.145**	-.294**	.278**	.125*	.210**	.142**	.391**	1				3.11	0.64
17．連結型(上司部下の関係)	.284**	.105*	.455**	.097	.224**	-.151**	-.064	-.094	-.078	-.227**	.198**	.086	.162**	.082	.294**	.858**	1			3.13	0.79
18．橋渡し型（他職種間の協調的な関係）	.372**	.181**	.551**	.176**	.227**	-.154**	-.077	-.045	-.145**	-.222**	.253**	.131*	.172**	.158**	.319**	.799**	.443**	1		3.02	0.77
19．結束型（同僚間の関係）	.402**	.189**	.572**	.204**	.273**	-.225**	-.125*	-.091	-.167**	-.312**	.280**	.117*	.211**	.145**	.406**	.924**	.667**	.743**	1	3.16	0.66

n = 381. *p<.05 **p<.01 ***p<.001.

第 6 項　TIC 実践志向から共感満足･共感疲労への影響　重回帰分析の結果

TIC実践志向と共感満足・共感疲労との関連について検討するため，ARTIC-J19の各下位因子，および共感満足･共感疲労の平均値を算出し，ARTIC-J19 の下位因子を独立変数，共感満足･共感疲労を従属変数とし，重回帰分析を行った。その結果，共感満足に対しては，ARTIC-J19 の下位因子は全て共感満足に正の影響を及ぼすことが有意に認められ，仮説は支持された。一方，共感疲労に対しては，ARTIC-J19 の「自分へのトラウマの影響の理解と対処」と「援助者としての自己効力感」は負,「身体的・心理的安全に配慮した態度」は正の影響と，正負両方の影響が示されたことから，仮説は部分的支持となった。 中でも影響の大きかった ARTIC-J19 の因子は，共感満足では「援助者としての自己効力感」(β = .42)，共感疲労では「自分へのトラウマの影響の理解と対処」(β = -.31)であった（表 7-4)。

表 7-4

共感満足・共感疲労に対する ARTIC-J19 下位因子の標準偏回帰係数　(小川, 2023)

	共感満足	共感疲労
	β	β
身体的・心理的安全への配慮	*n.s.*	.15 **
支援者としての自己効力感	.42 ***	-.24 **
トラウマインフォームドな視点	.14 **	*n.s.*
支援者へのトラウマの影響の理解と対処	.19 ***	-.31 ***
$adj.R^2$	.36 ***	.18 ***

n = 381. *p <.05 **p <.01 ***p <.001.

第 7 項　TIC 実践志向と職場のソーシャル・キャピタルの交互作用の検証

ARTIC-J19 と職場のソーシャル・キャピタルを独立変数とし，共感満足･共感疲労を従属変数とした対応のない 2 要因分散分析を行った。分析にあたり，ARTIC-J19 については，度数分布を確認し，上位約 20%(n = 80)を高群，下位約 20%を低群(77)，中間 60%を中群(n = 224)の 3 群に分け，職場のソーシャル・キャピタルを平均値で高群(n = 170)と低群(n = 211)の 2 群に分けた。その結果，交互作用は共感満足では認められず(F (2, 375) = .19, *n.s.*)，共感疲労でのみ認められた(F (2, 375) = 3.45, p < .05)。多重比較の結果，職場のソーシャル・キャピタル低群において，ARTIC-J19 の低･中群と低･高群との間に有意な群間差が認められた。ARTIC-J19 の低さと職場のソーシャル・キャピタルの低さが組み合わさると共感疲労がより高まることが示された。仮説は部分的支持という結果であった（図 7-2)。

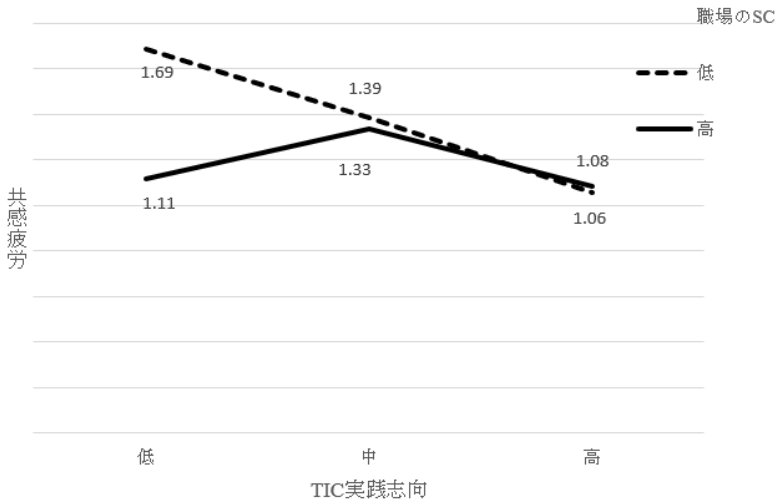


図 7-2　共感疲労に対する TIC 実践志向と職場ソーシャル・キャピタルの影響（小川, 2023）

第８項　自由回答の結果

本研究では，困窮者支援従事者が日常業務において感じている「困り感」について自由回答を求め，整理した。自由回答の内容を整理する際，KJ 法の考え方を参考に，意味内容の類似性に基づいて項目をグループ化し，主要な困り感のカテゴリを抽出した（表 7-5）。

表7-5

困窮者支援従事者が仕事の中で感じている困難

大項目	小項目	具体的回答	回答数	全回答者に占める割合	小計
1．援助者個人の内的・主観的困難	仕事の難しさ(正解が分からない）を抱えながら働くこと、不全感	「支援はひとりひとり異なりマニュアルに当てはまらない。制度だけでは支援できない。正解がない」「前例のない多種多様なケースがある」「支援期間が長期化し解決に向かっていない」	34	16.1%	
	自分の知識・スキルの不足感、個人的無力感	「課題解決につながる提案が思いつかない」「関わり方がわからない。一人ひとり違った対応をしなければならないことがしんどい」「力量不足を感じる」	27	12.8%	
	心身の疲労、消耗感、孤独感	「職場内の人間関係と本来業務の大変さでストレスの処理が追いつかないと感じる」「常になにがおこるかわからない緊張にさらされている」「困難さを周囲と共有できない」	8	3.8%	
	家庭との両立の悩み	「家事育児との両立による肉体疲労で、集中できなかったり、気持ちの切り替えが上手く行かない時がある」「家庭とのバランスをどう保つかという事は非常に大きな問題。どうしても自分の家庭が蔑ろになりやすい」	7	3.3%	36.0%
2．職場環境と組織文化に由来する困難	業務範囲の広さ、量、時間・マンパワーの不足	「業務量が多く、相談援助と事務庶務のバランスが取れない」「法の理念を具現化するだけのマンパワーがない」「複雑多岐に渡る課題を抱えるケースが多く、手を付け始めると複数処理を同時に強いられ業務時間を大幅に上回り、やりたくても中途半端で時間切れとなる」	30	14.2%	
	職場内人間関係、援助志向性や価値観の違い	「支援者の対象者への対応の仕方や考え方などのズレ」「相談員のそれぞれの仕事上のスキルや価値観の違いにより被相談者への助言や支援に相違が発生する。それによって、所内で口論する相談員が存在すること」	21	10.0%	
	組織体制上の問題	「しっかりとした研修やSVの体制があるわけではない」「（対応が難しい人について）上司が助けてくれない」「サポートがなく職員個人の能力や責任に委ねられている感がある」	19	9.0%	33.2%
3．援助関係における対人ストレスと感情的負荷	利用者との関係構築の難しさ	「必要と考えられる支援を受け入れてもらえず、どんどん状態が悪化してしまう」「福祉事務所が指導をすると、担当者交代を要求したりするなど、接触を拒む方もおられる。そのような時に適切なコミュニケーションが取れず、支援が進まなくて困る」	40	19.0%	
	拒否・怒りへの対応、依存症等精神疾患への対応の困難さ	「クレーム対応、相談者の高圧的な態度」「被支援者は自分の思う答えが返って来ないと怒り出す人が多い」「自殺をほのめかす人の対応」	14	6.6%	25.6%
4．制度的制約と支援資源の限界	制度とニーズの不一致（新たな社会問題に制度がおいついていない）	「制度や役割としてできないことが多い」「制度のはざまにいて困窮しているのにほとんどの制度を使えない人がいるとき、やりきれない気持ちになる」「コロナ禍により複合的な生活課題を抱えて相談者が激増。解決策や出口支援がない。相談支援の体制整備や支援者のスキルが追い付いていかない」	21	10.0%	
	関係機関との連携の難しさ、行政対応	「関係機関との関係性」「行政が施設に提出を求める書類の多さ」	11	5.2%	
	社会資源の不足・不均衡	「障がい者、高齢者、知的グレーゾーンの相談者の就労の厳しさ」「相談援助だけでは被支援者の生活課題を解決することが難しい」	11	5.2%	20.4%
5．援助職者の社会的地位の不安定さ、低収入	雇用・立場の不安定さ・給与の安さ	「非正規雇用かつ低収入の状況にあり、ここに長く続けるための心と経済両方の困難さを感じる」「嘱託職員が多く、相談員は使い捨てのよう。定着率が低い」「給料が安い」	7	3.3%	3.3%
6．その他	分類不能・文意不明回答		3	1.4%	1.4%
回答者数211名（複数回答）			253		

自由記述回答 211 件を分類した結果，困窮者支援従事者の困難は，①援助者個人の内的・主観的困難，②職場環境と組織文化に由来する困難，③援助関係における対人ストレスと感情的負荷，④制度的制約と支援資源の限界，⑤援助職の社会的地位の不安定さ・低収入の五つの領域に整理された。以下に，各領域の特徴を示す。

第 1 の領域である援助者個人の内的・主観的困難には，「支援はひとりひとり異なりマニュアルに当てはまらない」，「前例のない多種多様なケースがある」，「支援期間が長期化し解決に向かっていない」といった，複雑かつ多様な課題を抱える対象者への対応の難しさが多く挙げられた。また，「関わり方がわからない」，「力量不足を感じる」といった，自身の知識やスキルの不足，無力感を訴える記述もみられた。さらに少数ではあるが，心身の疲労や孤独感，家庭との両立に関する悩みも報告された。第 2 の職場環境と組織文化に由来する困難では，「業務量が多く，相談援助と事務庶務のバランスが取れない」，「複雑多岐にわたる課題を抱え，複数処理を同時に強いられる」など，過重な業務負担や人員不足を指摘する回答が多くみられた。また，「支援者間で対応や価値観が異なり口論になる」，「上司のサポートやスーパービジョン体制がない」といった，職場内の人間関係や組織的支援体制の不足に関する記述もみられた。第 3 の援助関係における対人ストレスと感情的負荷では，支援拒否やクレーム対応など，支援対象者との関係構築の難しさや感情的負荷の大きさを示す回答がみられた。第 4 の制度的制約と支援資源の限界には，「制度上できないことが多い」，「関係機関との連携が難しい」，「社会資源が不足している」など，制度的・構造的制約に関する回答が含まれた。こうした支援体制や資源の不足が，現場での困難感を一層高めていることが示された。第 5 の援助職の社会的地位の不安定さ・低収入では，「非正規雇用で低収入」，「嘱託職員が多く定着率が低い」，「給与が安い」といった，雇用条件や待遇の不安定さが指摘された。さらに，全体の約 1 割（20 名）の回答には，組織や制度上の制約と個人の意向との狭間でジレンマを抱えている様子がみられ，支援者が構造的要因と個人の価値の間で葛藤している実態がうかがえた。

第 4 節　考察

第 1 項　低い TIC の認知度

本研究の結果，困窮者支援従事者における TIC の認知度は極めて低く，全体の約 6 割が「聞いたことがない」と回答し，「よく知っている」「仕事の中で活かしている」と回答した者はわずか 5%にとどまった。質的分析から，支援の難しさや限界を「自分の力量不足」として抱え込む傾向や，「上司や同僚に相談しても理解が得られない」，「困難さを共有できない」といった語りが確認され，支援者の心理的負荷をトラウマの視点から捉える枠組みが十分に共有されていない現状が示唆された。これらの結果は，日本の困窮者支援の現場において，トラウマに関する知識や TIC の基本的な視点 が教育・研修体制に十分に組み込まれていない状況を反映している可能性がある。

また，TIC の理解や実践が十分に浸透していないことが，支援者が感情的負荷や制度的制約の中で孤立しやすい職場環境を生じさせている一因となっていることも考えられる。実際，質的分析では，「上司が助けてくれない」，「サポートがなく職員個人の責任に委ねられている」，「支援者間で価値観が異なり口論になる」といった記述がみられ，支援者が互いに安心して助けを求めたり，感情を共有したりする文化が十分に形成されていないことがうかがえた。すなわち，TIC の視点が欠如した組織では，支援者間の相互理解や心理的安全性が育ちにくく，結果として個々の職員が困難を個人的問題として抱え込む構造が強化されやすいと考えられる。

本研究の知見は，TIC の理念を単なる個人のスキルや態度の問題としてではなく，組織文化や職場内の関係性の質を見直すための重要な視点として捉え直す必要性を示唆している。本研究の限界を踏まえつつも，こうした視点は，支援者が安心して協働し，再トラウマ化を防ぐ環境を構築するための手がかりとなると考える。

第 2 項　共感疲労の「PTSD 様状態」が高い福祉事務所

福祉事務所は他の職場と比べ共感疲労の「PTSD 様状態」が有意に高かった。この点については，行政機関であるが故に，公的支援の決定や評価の機能を持ち，葛藤場面に遭遇しやすいことが背景にあるのではないかと考える。また，職場のヒエラルキー，短期間に職員が入れ替わる，自分の専門外の部署に配置される等，行政機関としての職場の中に，不安やストレス要因となりやすく共感疲労の回復を妨げる独特の要因があることも考えられる。今回の調査では，行政機関に PTSD 様状態が高い傾向が示されたが，いずれの支援機関においても割合の差はあれ，「PTSD 様状態」の高い支援者は存在していることから，トラウマの影響について過小評価をしたり，対処を個人の責任にしすぎたりせず，業界全体で対策を講じていく必要がある。

第 3 項　「おたがいさま」意識が薄い職場は共感疲労が高まりやすい

本研究の分析では，TIC 実践志向が低い困窮者支援従事者が，職場のソーシャル・キャピタルの低い環境―すなわち仲間や上司との信頼関係や互恵的関係が乏しい「おたがいさま」意識が薄い職場―に置かれた場合，共感疲労が一層高まりやすい可能性が示唆された。こうした関連性の背景には，質的調査で示された組織内コミュニケーションの不足が関係している可能性がある。質的調査では，支援の難しさが組織内で共有・検討されにくく，その結果，職員が自責感や孤立感を抱きやすい状況が語られていた。このような環境では，おたがいさまの意識が弱まり，心理的安全性が損なわれやすいことがうかがえる。

援助の実践は本来，チームや同僚との相互理解によって支えられている。しかし，TIC の視点において重視される「安全・信頼・相互支援」の文化が十分に共有されていない職場では，こうした基盤が機能しにくい可能性がある。このことは，裏を返せば，TIC の視

点に根ざした組織文化が醸成されることで，支援者同士の信頼や共感を育む土壌が徐々に形成されうることも示唆している。TIC の原則に含まれる安全や信頼は，本来，支援対象者だけでなく支援者同士の関係にも適用されるべきと考えられ，その文化的共有が職場の心理的安全性を高め，互恵的な関係性を促す一助となるだろう。

このように，TIC は単に個々の援助者の態度変容を促すだけでなく，職場における相互支援的な関係性を再構築する枠組みとして機能する可能性がある。TIC の価値観が職場文化として共有されていくことで，支援者は自らの脆さや限界を安心して表明しやすくなり，それが他者の困難を共感的に理解し合う循環につながると考えられる。その結果，個人のセルフケアだけでは防ぎきれない共感疲労や再トラウマ化に対して，組織的・文化的な保護因子として作用する可能性がある。

第 4 項　「身体的・心理的安全に配慮した態度」が共感疲労を高める背景 ― 組織文化との相互作用の視点から ―

TIC 全体では共感疲労との間に負の相関がみられたが，下位因子「身体的・心理的安全に配慮した態度」については，共感疲労との間に正の相関関係が示された。この下位因子は，トラウマの再演を防ぎ，支援対象者と支援者双方の安全を確立しようとする姿勢を表している。質問項目には，「支援の始めから支援対象者に敬意と思いやりをもって接することが一番であり，そうすることで支援対象者は私からケアされているのだと知ることができる」対「最初から極めて厳密な態度でいることが一番であり，そうすることで支援対象者に私を利用することはできないと分からせることができる」，また「支援対象者と健康的な関係を築くことは，支援対象者の望ましい行動につながる」対「支援対象者と人間関係を築いたら，他の人から境界線を引けていないと思われる」といった項目が含まれている。

一見すれば，このような「安全への配慮」は TIC 実践志向として望ましいが，本研究の結果は，その実践が必ずしも支援者の心理的保護因子として働かない可能性を示唆している。これは，支援者個人の態度やスキルの問題というよりも，職場や制度的環境との相互作用によって説明されると考えられる。すなわち，支援機関の規律やルールの厳格さ，支援方針や優先順位に対する同僚・上司との志向性の違い，さらには支援対象者に十分な時間を割けない業務体制などが影響している可能性がある。支援者が「支援対象者の安心感を重視したい」と望んでも，制度的制約や組織的圧力のもとではそれを実践できず，その板挟みが心理的負担を増す構造が考えられる。

質的分析でも，「経営者と価値観が違う」，「職場内で援助の志向性が違う」，「関係機関との調整が難しい」といった語りがみられ，支援者が自らの援助観を組織内，組織間で共有・調整できない状況が明らかになった。共通の価値基盤がなく，支援方針を安心して話し合えない環境では，「身体的・心理的安全に配慮した態度」を取ろうとするほどに葛藤や孤独感が増し，結果的に共感疲労を高める要因となりうる。

この結果は，TIC の実践が個々の支援者の努力だけに委ねられている状況では，支援者自身の再トラウマ化を十分に防ぐことは難しいことを示唆している。むしろ，TIC の価値を組織全体で共有し，安全と信頼を基盤とした職場文化が徐々に形成されていくことによってはじめて，支援者が安全に配慮しようとする態度を一人で実践するのではなく，組織全体の理解と支援のもとで実践できる環境が整う。こうした環境が整備されることで，安全への配慮が支援者自身の負担を高める要因ではなく，むしろ心理的余裕を生み，結果として共感疲労や再トラウマ化を緩和し得る“保護的な働き”へと転じやすくなると考えられる。「身体的・心理的安全に配慮した態度」が共感疲労の高さと関連したという一見逆説的な結果は，個人の TIC 実践志向と組織的な支援環境とのあいだに存在する構造的ギャップを浮かび上がらせるものであり，TIC の実践を職場レベルで支える仕組みの重要性を示唆するものと考える。

第 5 項　本研究の限界と今後の課題

1 点目として，TICが自己報告で，回答者の主観に頼っており，実際の支援行動を反映していない可能性がある。また，支援対象者から見て支援者の態度が TIC の視点を踏まえた態度であるかどうかということは本調査では考慮されていない。今後の研究では，具体的な支援行動や支援対象者の反応を確かめる指標を用いることを検討する必要がある。2 点目は，TIC 認知・活用段階の質についてである。今回の調査では「概念のみ知っている」や「よく知っている」など，その線引きがあいまいで，回答者の主観のみに頼るものであった。今後の研究では，理解の深さや正確さを客観的に図る指標を含めることを検討する必要がある。3 点目は，調査方法とサンプルの偏りについてである。今回，参加の意思表示をした参加者の 4 割が途中で回答をやめている。設問数 83 問に対し，全問回答者の回答時間の中央値は 29.3 分であり，忙しい中時間を割いて回答していただくには負担の大きい内容ではなかったかと推測する。本調査に最後まで回答して下さった方は，本研究のテーマに比較的関心が高い人に偏った可能性がある。4 点目として職場の関係性以外の環境要因の検討の不足である。困窮者支援従事者の共感疲労は業務量や制度の限界などの環境要因によるところも少なくない。今後の研究ではこれらの環境要因の影響について考察する必要があると考える。

以上，第 5 章（研究 1）から第 7 章（研究 3）を通して，TIC が援助職者の共感疲労および共感満足とどのように関連するかを，個人・組織の多層的視点から検討してきた。研究 1 では日本の社会福祉系援助職者の TIC 実践志向尺度を作成し，その信頼性・妥当性を確認したうえで，研究 2 では援助職者個人の過去のトラウマ体験や感情洞察の困難性との関連を明らかにし，研究 3 では組織文化との影響を検討した。

第 III 部　総合考察

本研究は，社会福祉分野における援助職者のメンタルヘルス不調が長期にわたり改善されない背景には，トラウマの影響に関する心理教育の機会の不足と，それを普及・定着させる上での構造的な障壁が存在するのではないかという問題意識から出発した。この問題に対して本研究では，再トラウマ化を防ぐトラウマインフォームドケア（TIC）に着目し，TIC 実践志向が共感疲労・共感満足などの心理的健康指標に及ぼす影響を，個人要因と組織要因の双方から検討してきた。

第 III 部では，これまでの研究で得られた実証結果を統合し，TIC 実践志向が援助職者の心理的健康に及ぼす影響を，理論的・実践的観点から総合的に考察する。 あわせて，得られた知見をもとに，援助職者のメンタルヘルス支援における TIC の意義と，今後の研究・実践への展開可能性を検討する。

第 8 章では，これまでの結果を統合し，TIC 実践志向が援助職者の心理的健康に及ぼす影響を，個人要因・組織要因の両面から整理する。それに加えて，TIC を普及・定着させるための学習プロセス（導入・研修・定着）の在り方について，実践的観点から検討する。

第 9 章では，本研究全体の結論を示し，TIC の社会福祉領域における理論的位置づけと実践への展望を述べる。さらに，研究の限界，方法論的課題，および今後の研究が取り組むべき論点について検討する。

第 8 章　統合考察

第 1 節　研究結果と考察の概要

本節では，第 I 部および第 II 部の結果を整理し，本研究全体として明らかになった傾向とその示唆を概観する。

第 1 項　第 I 部の総括

第 I 部では，援助職者の心理的健康をめぐる理論的背景と，TIC 実践志向がどのような保護要因として機能し得るかについて整理した。その結果，以下の三点が明らかとなった。

第 1 に，援助職者の心理的負担は，感情洞察の困難性や援助職者自身のトラウマ体験，さらに組織的支援の在り方など複数の要因が相互に関連し合う多層的なプロセスとして捉える必要があることが示唆された。また，TIC は，これらの要因に働きかけ，援助職者の内的負担や支援行動のあり方を調整し得る枠組みとして理論的に重要な位置を占める可能性が指摘された。

第 2 に，日本の対人援助領域では，トラウマの影響や再トラウマ化のメカニズムに関する体系的な心理教育が不足していることが明らかとなった。第 3 章の文献レビューでは，心理教育的アプローチへの関心は高いものの実証的研究は少ないこと，また，近年の研究の多くが TIC を中心に展開されおり，TIC が国際的にも国内的にも心理教育の中心的テーマとして浮上していること，加えて，日本では TIC のエビデンス基盤が脆弱であることが確認された。

第 3 に，TIC は個別の技法や介入に限定されるものではなく，「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・声の尊重・選択」，そして「文化的・歴史的・ジェンダーへの配慮」の原則を通じて援助関係そのものの質を再構成する包括的枠組みであることが確認された。第2章で扱った共感的省察（empathic discernment）モデルとの整合性について，TIC が，共感的省察の三要素である援助職者の情動的気づき（感情調整），自己理解とセルフケア（自己援助），信頼と互恵性を基盤とする組織的資源（資源）を安全に機能させる可能性を示した。

以上の整理を踏まえると，援助職者の心理的健康をめぐる課題は，個人の特性や努力だけでなく，情動的プロセスや組織文化が相互に関係し合うなかで生じる多層的な現象として理解する必要があり，TIC はその全体像をとらえ直し，個人と組織を横断して保護要因を再構築するための有力な視点を提供すると考えられる。こうした理論的整理を踏まえ，第 II 部では，TIC 実践志向を測定可能にするための尺度開発（研究 1）と，援助職者の共感疲労・共感満足との関連（研究 2・3）を実証的に検討した。

第 2 項　第 II 部　研究 1 の総括 — TIC の構造的特徴と心理的基盤の明確化

研究 1 では，既存の ARTIC-35 尺度を日本の社会福祉実践に適合する形で翻訳・精選し，探索的および確認的因子分析を通じて 19 項目 4 因子構造の ARTIC-J19 を得た。その結果，「身体的・心理的安全に配慮した態度」，「支援者としての自己効力感」，「トラウマインフォームドな視点」，「自分へのトラウマの影響の理解と対処」という 4 つの因子が抽出され，尺度全体として高い内的一貫性が認められ，構成概念妥当性もおおむね支持された。

これら 4 因子は，援助職者がトラウマを理解しながら自他の心理的安全を確保する態度を多面的に反映するものであり，とりわけ「自分へのトラウマの影響の理解と対処」は，援助職者自身の情動的気づきとセルフケア行動を基盤にした TIC 実践を象徴している。さらに，ARTIC-J19 得点は，共感満足と正の関連，共感疲労およびバーンアウトと負の関連を示し，TIC 実践志向が援助職者の心理的健康を支える保護要因として機能し得ることが示唆された。この結果は，TIC が単に対象者支援の理念的枠組みにとどまらず，援助職者自身の心理的安全に関与し，心理的負担を負いやすいリスクの高い職場にあっても，回復に向かう内的資源として作用する可能性を示すものである。

第 3 項　第 II 部　研究 2 の総括 — 援助職者個人の内的要因と TIC の効果

本研究の結果から，TIC 実践志向は，共感疲労の低減や共感満足の促進に寄与し，援助職者の心理的負担を軽減する可能性が確認された。しかしながら，TIC 実践志向を有していても，感情への気づきや言語化が難しい場合には，その効果が十分に発揮されにくい可能性が示された。さらに，トラウマ体験の有無は，共感疲労および感情洞察の困難性と関連しており，トラウマ体験を有する援助職者では，心理的負担感が高く，感情への気づきが難しくなる傾向がみられた。これらの結果から，TIC の学びや実践の過程において，TIC の知識や理念の情報伝達にとどまらず，援助職者自身の情動的自己理解を深める支援策を加えることで，TIC 実践志向の心理的負担軽減効果がさらに引き出されることが期待される。

また，研究 2 では，効果量は微細で影響は限定的ではあるが，経験年数と共感疲労・共感満足との関連において，経験の蓄積が心理的健康に及ぼす影響の出方が TIC 実践志向によって左右されることが示唆された。援助経験の浅い職員と経験豊富な職員では，TIC 実践志向が心理的健康にもたらす意義が異なる可能性がある。経験の浅い援助職者は，困難事例への曝露が自己効力感の揺らぎや情動調整の負荷につながりやすく，経験初期の段階から，トラウマが援助職者に及ぼす影響や対処資源を含む TIC の基礎知識を学習すること，さらに組織内で心理的安全性の高い環境のもとで実践できるよう支援することが重要である。一方，経験年数の長い援助職者にとっては，蓄積された事例経験が必ずしも心理的適応の向上を自動的に保証するわけではなく，むしろ過去のトラウマ曝露や組織的摩耗が心理的疲弊のリスクとして作用する可能性がある。本研究では，TIC 実践志向が高い場合に，経験の蓄積が心理的健康に結びつきやすい傾向が確認された。この点から，ベテラン援助

職者に対しては，長年の実践知を TIC の枠組みで再解釈する機会を設けることや，組織的支援，とりわけ相互支援・相互省察の文化の整備を通じて，経験の蓄積を持続可能な実践を支える資源として位置づけることが求められる。このように，TIC 実践志向は，経験の浅い援助職者にとっては基盤形成として，また経験の長い援助職者にとっては経験知の再編・再活用として機能し得ることが示唆される。TIC 研修で学んだことを，研修の場や援助対象者との間だけで完結させるのではなく，ケース会議やスーパービジョンなど日常的な実践の場における同僚や関係機関とのやり取りの中にも，トラウマの広範な影響を理解した声掛けや省察が浸透していくことが望まれる。

第 3 項　第 II 部　研究 3 の総括 — 組織的要因と TIC 実践志向の相互作用構造

研究 3 では，生活困窮者支援の現場で働く援助職者を対象に，職場のソーシャル・キャピタル（信頼・互恵性・ネットワーク）が共感疲労・共感満足とどのように関連するかを検討し，TIC 実践志向との関係性について分析した。その結果，職場のソーシャル・キャピタルが高いと認識している援助職者ほど共感満足が高く，共感疲労が低い傾向がみられ，援助職者の心理的健康には，組織内の互恵的な関係性が一定の役割を果たしている可能性が示唆された。

さらに，TIC 実践志向と職場のソーシャル・キャピタルは相互に関連し，共感疲労の高まりに対して交互作用的に作用する可能性が示された。特に，TIC 実践志向が低く，かつ職場のソーシャル・キャピタルが低い職場では，共感疲労が高まりやすく，援助者が精神的健康を損なうリスクが高まることが明らかとなった。

一方で，本研究の対象である困窮者支援の領域では，TIC の認知度が全体として低く，理念の共有や実装がいまだ初期段階にとどまっている実態も示された。このような状況では，TIC が重視する安全・信頼・相互尊重といった価値が組織文化として十分に育たず，結果として個々の職員が困難を個人的問題として抱え込む構造が強化され，互恵性や信頼関係の形成が阻害される可能性があると考えられる。TIC に関する理解や実践が組織単位で深化することにより，職場のソーシャル・キャピタルを強化する方向も考えられる。今後これを仮説とし，実証的検証を行う必要がある。

以上の結果から，TIC は個々の援助者の態度やスキルにとどまらず，組織文化そのものを形づくる基盤として機能し得ることが示された。職場のソーシャル・キャピタルの形成は偶発的に生じるものではなく，互恵性や信頼を育む仕組みづくりを組織的に整えることが求められる。その過程において TIC が重要な理論的・実践的役割を果たす可能性が考えられる。研究 3 の知見は，TIC の実装を組織レベルで推進することの意義を，実証的に補足するものといえる。

第２節　本研究の成果と意義

これまでの研究では，TIC が援助対象者への支援の質向上に寄与するという点が主に強調されてきた。また，TIC 実践志向が援助職者自身の共感疲労を軽減し，共感満足を高め，バーンアウトを予防し得ることが示唆されてきたが，その具体的メカニズムや日本の社会福祉実践への適用可能性については十分に検証されていなかった。本研究は，こうした国内外の研究的空白に対し，TIC を援助職者個人および組織文化の双方に関わる多層的枠組みとして検討した点に意義がある。

さらに，本研究では海外で広く用いられてきた ARTIC-35 をもとに，日本の社会福祉系援助職に適した表現へと調整を行い，ARTIC-J19 として整備した。TIC の主要原則を測定する国際的な代表尺度を，国内の実践文脈において使用可能な形で検証したことは，日本における TIC 研究および研修評価の基盤整備に貢献したと考えられる。一方で，項目表現の文化的妥当性や双極形式の特性，領域横断的な適用可能性など，今後の改良・検証が必要である点も明らかとなった。

本研究は，研究１～３を通して

（1）TIC 実践志向を測定する尺度の妥当性を検討し，

（2）情動的自己理解の水準が TIC 実践志向の効果に影響し得ることを示し，

（3）TIC 実践志向が職場のソーシャル・キャピタルと相互的に関係することを明らかにした。

これらの知見は，TIC が単なる支援理念にとどまらず，援助職者個人の心理的安全と，信頼や互恵性を基盤とした組織的レジリエンス[8]の形成の双方に関わりうる多層的な枠組みであることを示唆している。TIC は援助者の情動的な自己理解を支えるとともに，組織内の協働性や相互支援を促進する枠組みとしても位置づけられると考える。

本研究は，TIC を「他者を支援するための態度」であると同時に，援助職者自身およびその所属組織の心理的安全を支える枠組みとして捉える国際的な議論をふまえつつ，その枠組みが日本の社会福祉実践の文脈においても一定程度機能し得ることを示し，TIC 実装に向けた基盤的資料を提供した。今後は，これらの知見をより精緻に検証するため，TIC 実践志向の縦断的変化や，組織文化との相互作用を多角的に捉える研究が求められる。

さらに，本研究では，TIC の意義を理念的に確認するだけでなく，（1）援助職者の情動的自己理解が TIC 実践志向の効果を左右するという心理的プロセス，および（2）職場のソーシャル・キャピタルが TIC 実践志向と交互作用し，共感疲労に影響を及ぼすことを量的

---

[8] 組織的レジリエンス：組織が脅威となるようなものごとを予見したり，予期せぬ変化や危機的な状況に直面した際に，機能を維持しつつ柔軟に適応する力。単に危機を「乗り越える」ことではなく，危機やストレスを通して学び，より持続可能でしなやかな組織へと成長する動的プロセスを含む概念。支援者が安心して機能できる「支える側の環境」の回復力と言える（Lengnick-Hall et al. 2011; Williams et al., 2017）。

に示した。こうした個人と組織の双方にわたる要因は，TIC がどのように援助職者の経験に影響し得るかを理解するうえで重要な手がかりとなりうる。

次節では，これらの知見と Figley（2011）の共感的省察モデルを統合し，TIC を情動調整・自己援助・組織的支援を包摂する統合的理論モデルとして再構成し，その理論的意義と今後の展開可能性について検討する。

第 3 節　Empathic Discernment モデルに基づく TIC 統合モデルの可能性

本研究は，共感疲労の過度な高まりを抑制し，共感満足を高めることが再トラウマ化の未然防止につながるのではないかというこれまでの理論的仮説を前提として行われた。その結果，共感疲労・共感満足を調整する要因として TIC 実践志向が一定の機能をもつことが確認された。共感疲労の軽減と共感満足の促進する概念として，Empathic Discernment（Radey & Figley, 2007）が示されているが，本研究では，Empathic Discernment モデルへの TIC の統合の可能性が示唆された。Empathic Discernment モデルでは，共感的省察は「感情調整」,「自己援助」,「資源活用」の三要素によって支えられている。以下では，本研究の実証結果をもとに，それぞれの要素に TIC が果たしうる役割と TIC が援助職者に対して有効に機能するための条件について検討する。

1.「感情調整」

Empathic Discernment モデルにおける「感情調整」とは，援助職者が自らの情動を正確に認識し，それらを麻痺や回避，過剰適応といった不適応的な反応に陥ることなく，状況に応じて適切に扱い，表現できる状態を指す。本研究の結果は，感情への気づきが十分に働かない場合，共感疲労が高まりやすいことを示しており，TIC 実践志向はその負の影響を一定程度緩和し得る可能性を示唆した。すなわち，TIC は援助職者が自己の内的反応を理解し，過度な巻き込みや回避を抑えるための一つの枠組みとして機能し得る。

一方で，本研究は，TIC がすべての援助職者に等しく有効に作用するわけではないことも示した。感情洞察の困難性が強い場合，また，すでに共感疲労・STS が高まっている状態では，TIC の心理教育のみでは十分な共感的省察が発揮できない可能性がある。したがって，TIC の導入とあわせ，援助職者自身の情動に気づき意味づける力を高める取り組み（例：情動認識の学習，個別の振り返り支援等）を併用することにより，共感的省察が促進される可能性がある。

2.「自己援助」

自己援助には，健康の度合い，睡眠の度合いなど自分の内的な状態への気づきや，スーパービジョンを受けることが含まれる。研究 2 では，セルフケア手段の有無が TIC 実践志向と関連していることが示された。また，研究 1 で抽出された「自己へのトラウマ影響の

理解と対処」因子は，自身の反応への気づきと調整を通じて共感的省察を可能にする基盤的要素として機能すると考えられる。これらは，TIC が援助職者に自分自身の脆弱性やストレス反応を理解し，ケアする視点（自己援助）を育む枠組みとして機能することを示す。また，TIC の原則である「エンパワメント」,「選択」,「声の尊重」は，援助職者にとっても自身の感情や負荷に気づき，それらを無視したり押し込めたりせずに正当に扱うことを支える視点を提供する。TIC は援助職者が自身のニーズを把握し，必要なケアや支援を選択することを促す。TIC によって自己援助を継続するための理論的・心理的な基盤が強化されると考える。

3.「資源」

資源には，援助職者が支援を遂行する際に活用し得る内的資源（知識，理論，スキル）と，外的資源（協働ネットワーク，職場の信頼や互恵性など）が含まれると考えられる。これらの資源は，支援の各場面における状況判断や省察を支える重要な基盤となりうる。

研究 1 および研究 2 では，TIC 実践志向が自己援助と関連していたことが示され，TIC が内的資源の形成や強化に寄与し得ることが示唆された。研究 3 では，TIC 実践志向が職場のソーシャル・キャピタルと関連をもち，共感疲労に対して影響し得ることが示され，TIC が外的資源の側面にも一定程度関与し得る可能性が示唆された。これらの知見からは，TIC の理解や視点が職場内で共有されることで，援助過程の共通認識が形成され，アセスメントや対応のギャップが縮小し，相互的な労わりや協働が促進される可能性が示唆される。しかし，これらの組織的影響については本研究のデータから直接検証したものではなく，今後の実証的研究によって検討されるべき課題である。

以上の知見を統合すると，TIC は，援助職者の情動的気づき（感情調整），自己理解と自己支援（自己援助），および信頼と互恵性を基盤とする組織的支援（資源）の各レベルで共感的省察を高め，結果として援助職者の共感疲労の過度な高まりを抑制し共感満足を促進して，再トラウマ化を防ぐための理論的・実践的基盤として機能しうるものと考える。

第 4 節　実践への展望　－TIC の学習プロセスにおける再トラウマ化予防の視点

社会福祉領域において，トラウマに関する学びや TIC の視点がどの程度認知されているのかは明らかではなく，この点は本研究の問題意識のひとつであった。研究 2 や 3 では，TIC の認知度が低いことが示された。まずは TIC の学習機会を創出することが今後の重要な課題であると考える。

しかし，学習機会を増やすだけでは十分ではない。近年，社会福祉領域でも TIC 研修は急速に広まりつつあるが，そこで扱われる内容は受講者自身の未処理のトラウマ体験を賦活させたり，過去の支援場面における不適切な対応を想起させ，罪悪感や羞恥心を刺激したりする可能性があり，その学びが必ずしもすべての受講者にとって心理的に安全であるとは限らない。したがって，学習の過程そのものを安全にし，学んだ内容を現場に根づかせるための工夫が求められる。

TIC の 6 つの基本原則（SAMHSA, 2014）は，実践場面だけでなく，学習段階においても適用されることが望ましい。以下では，研修導入から定着，実施，そして学びの継続という一連の流れを，再トラウマ化予防の視点から整理する。

なお，本節では，TIC の学習プロセスにおける再トラウマ化予防の観点から，研修導入・設計・実施・定着までの実務的側面について比較的詳細に述べる。これらは総合考察としてはやや踏み込みが深い点を含むが，本研究の問題意識が「TIC の学びをいかに安全に普及・定着させるか」に置かれていることを踏まえ，その射程をあえて拡張して考察するものである。

1．導入時：組織的合意と準備段階の整備

TIC の導入は，個人の関心や努力に依存する形ではなく，組織的合意と支援構造の整備から始まる必要がある。野坂（2024）は，TIC 導入の現場でしばしばみられる課題として，TIC に関心のある職員のみが個人的努力として実践し，職場内で共有されない状況を指摘している。こうした導入の偏りは，組織内に心理的温度差や摩擦を生み，かえって支援者の疲弊を招く要因となりうる。本研究の結果からも，援助職者の心理的健康は，個人のスキルや意識のみでなく，職場の信頼関係や互恵性に支えられていることが示された。したがって，TIC を組織的に定着させるためには，職員一人ひとりの学びを個人レベルの努力にとどめず，チーム全体の共通言語として共有し，管理職や経営層を含めた組織的支援構造に組み込むことが重要である。TIC の原則を日常的な業務に反映させるだけでなく，実践が「理念」や「努力目標」にとどまらず，組織文化として自然に根づく仕組みづくりが求められる。

長年児童相談所で勤務し，その後児童自立支援施設の施設長を務めた浅野（2023）は，組織がトラウマインフォームドになる第一歩は「トラウマについての基礎的知識の共有」

であったと述べている。PTSD をはじめとするトラウマ関連症状が生活の中でどのように表れるか，また「トラウマとリマインダーと症状との関係性」を具体的に理解することを目的に，職員全員を対象とした研修を実施した。その結果，職員が共通の言語を持つようになり，日々の出来事を言葉にして共有する機会が増えたという。このような心理教育の共有こそが TIC 導入の基盤である。

もっとも，浅野のように組織のリーダーが TIC を理解し推進できるとは限らない。組織のリーダーが TIC の重要性を十分に理解していない場合は，研修実施前に，より慎重で綿密な「地ならし」が必要である。Aarons, Hurlburt, & Horwitz（2011）は，実装プロセスを「探索（Exploration）→採用・準備（Adoption/ Preparation）→実施（Implementation）→維持（Sustainment）」という段階で捉えるモデルを提示し，これらの段階を外部コンテキスト（政策・財源・制度）と内部コンテキスト（組織文化・スタッフの態度・リーダーシップ）の相互作用の中で理解することの重要性を指摘している。つまり，「どんな状況で」「誰が」「どう合意して」導入するかを明示している。児童福祉領域で TIC の普及を牽引する米国の国立子どもトラウマストレスネットワーク（NCTSN）は，このモデルを基礎として「CWTTT（Child Welfare Trauma Training Toolkit）」を作成し，各段階に応じた研修設計と支援体制を示している。その中では，導入時の組織的合意，組織の資源を投入することへの合意や既存の取り組みとの融合可能性を探るということが示唆されている。導入時，管理職向けの TIC 研修を導入初期に行い，リーダー自身が共感的省察を深める機会を持つことは，組織文化の定着を促すうえで効果的であろう。

2. 設計時：研修の対象と全体デザイン

学びの過程そのものの安全性と現場への定着を確実にするためには，Fixsen ら（2005）が示した実装段階モデルも参考になる。このモデルは，「具体的にどう研修を導入し」「どう定着させるか」に関して，実践導入（implementation）を「探索（Exploration）→準備・インストール（Installation）→初期実装（Initial Implementation）→本格実装（Full Implementation）」の 4 段階で示している。TIC 研修を本格的に定着させるためには，その前段階で組織的合意・資源確保・設計・実施計画といった準備過程が欠かせない。組織的に研修を進める際には，誰が・誰に・どの段階で・どのように・どのくらいの頻度で研修を行うのかを明確にし，組織内の関係者と共有することが求められる。理想的な導入プロセスを提示しつつも，現実の福祉現場では時間・人員ともに限られているため，過剰な手順の要求は新たな負担を生じかねない。よって，Aarons や Fixsen らのモデルを踏まえつつ，限られた資源の中で最小限の負担で最大の効果を生む現実的な設計が必要である。

2-1. 対象

TIC の理念は，専門職層に限定されるものではなく，福祉現場の最前線で利用者と日常的に関わる多様な支援者―生活支援員，ホームヘルパー，学童支援員，ボランティアなど

—にも広く共有される必要がある。これらの支援者は，利用者と最も長く接し，情緒的安全を守る存在であるにもかかわらず，非正規雇用や短期契約のために研修機会が限られているのが現状である。

TIC を社会福祉実践全体の共通言語として根づかせるためには，こうした「日常生活の伴走者」に対しても，職種や雇用形態を問わずアクセス可能な学習機会を保障することが求められる。支援現場における心理的安全を確保し，再トラウマ化を防ぐためには，制度的・職種的ヒエラルキーを超えて，あらゆる支援者が TIC を共有できる仕組みづくりが不可欠である。基礎研修では全職員を対象に共通理解を育み，より深い内容として，ケースワーカーや相談支援員には実践的スキルの研修を，スーパーバイザー層にはチーム運営や既に共感疲労度が高い職員への対応を含む上級研修を行うといった，多層的で継続的な体系化が望まれる。

2-2. 研修全体のデザインと定着の仕組み

研修内容は段階的に設計し，学びを継続できる仕組みをあらかじめ組み込むことが望ましい。対話型の振り返りやピアサポートを定期的に取り入れ，研修後も学びを更新できるようにすることが重要である。特に，フィデリティ（忠実性）の維持を考慮し，研修設計段階で評価やフォローアップの導線を明確にしておくことが重要である。

また，TIC の学びを一時的なイベントで終わらせず，日常業務に自然に根づかせる工夫も必要である。チーム会議やスーパービジョンの冒頭に数分間の感情・身体反応の振り返りを組み込み，感情を安心して共有できる環境を整えることは，心理的安全を醸成する具体的実践となる。普段からそのような取り組みを行っている組織であれば、TIC の研修では，その重要性について意味付け、再確認が行われ，普段行えていることに肯定的評価がなされる場になれば望ましい。

3. 研修実施時：前・中・後における心理的安全の確保

TIC 研修を安全かつ効果的に行うには，受講者の心理的反応に十分配慮する必要がある。トラウマに関する教育は，単なる知識伝達にとどまらず，受講者自身の経験や感情を喚起する場合がある。特に援助職者は，支援の中で二次的外傷体験を重ねていることも多く，学ぶ過程で自己の脆弱性に向き合う可能性がある。

したがって，研修設計においては，(1) 感情的負荷が予想される内容に対する予測的情報提供，(2) 反応を受け止めるためのピアサポートや振り返り時間の確保，(3) 学習後に必要に応じて支援につながるためのリファー体制の整備など，心理的安全を意図的に確保する教育設計が求められる。TIC を「教える」こと自体が，TIC の原則に則ることが必要である。また，すべての職員が安心して学びに集中できるような手立てが望まれる。業務への支障が最小限になるよう，複数回に分け，比較的無理なく参加できる時間帯に参加できるよう日程を選択して受講できるようにする，研修時間に業務が発生したときの応対を決

めておくなどの下準備を行うなどである。研究 2 では，感情洞察の困難性が共感疲労と関連し，TIC 理解がその関係を緩和する可能性が示された。この結果は，研修の前・中・後の各段階において，自己理解を深める仕組みを意図的に設計することの重要性を裏づけている。

4. 研修後：日常業務への統合と組織的循環の形成

TIC が現場に根づくためには，個人の学びと組織の支えが相互に作用する循環をつくることが重要である。そのためには，いかに実践上の心理的・時間的コストを抑え，日常の業務に無理なく組み込むかが鍵となる。たとえば，既存のルーティン業務の中に，TIC の要素を小さく・頻繁に織り込む工夫が考えられる。定例のチーム会議やスーパービジョン，研修などの場において，職員が自己の感情や身体反応に気づき，それを安全に表出し合うための短い時間、表出しやすいように日常的に研修で使用した言葉や象徴的な比喩などを会話に用いてみることなどは，心理的安全の醸成に資する具体的方策となる。小さな実践の積み重ねが，やがて職場全体の信頼と互恵性を育む土壌となると考える。TIC の学びを「理念」や「努力目標」にとどめず，日常業務の中で自然に再生される文化として定着させること，それが支援者と組織双方の回復力を高め，再トラウマ化を防ぐ持続可能な実践につながると考える。

こうした実践を持続的に支えるには，組織の上層部が率先して TIC の理念を体現し，日常の意思決定やマネジメントに反映させるリーダーシップの形成が欠かせない。管理職層を対象とした TIC 研修を実施し，リーダー自身が自らの共感的省察を深める学びを導入初期に意図的に位置づけることや，管理職層への支持的スーパービジョンやピアサポートの機会を作り、管理職層自らが心の回復を「体感する」体験を積み重ねることは，組織全体における TIC 文化の定着を促すうえで有効な一歩となるだろう。

第９章　結論

第１節　本研究の総合的まとめ

本研究は，日本の社会福祉領域に従事する援助職者を対象として，トラウマインフォームドアプローチ（TIC）が援助職者の心理的健康にどのような影響を及ぼすのかを，個人要因（感情洞察の困難性・過去のトラウマ体験）と組織要因（ソーシャル・キャピタル）を含む多層的視点から検討したものである。三つの研究の知見を総合し，以下にまとめる。

第一に，TIC 実践志向は，援助職者の共感疲労の軽減，共感満足の促進，および自己援助（セルフケア）との関連が確認され，心理的健康を支える可能性が示唆された。これらは，TIC が援助者自身の再トラウマ化リスクを低減し得ることを示唆する知見でもある。TIC が強調する安全感の確保や，情動への気づきを基盤とした関係調整は，援助者内部の負荷を蓄積させにくい働きを持つと考えられる。

第二に，その関連はすべての援助者に一様に現れるわけではなく，情動的自己理解の程度や，職場の信頼・互恵性といったソーシャル・キャピタルの水準，さらには援助者自身の過去のトラウマ体験といった基盤的要因に影響されることが明らかとなった。すなわち，TIC が再トラウマ化防止の枠組みとして有効に機能するためには，援助者個人の内的基盤と，組織の外的基盤の双方が整っている必要がある。

第三に，TIC の視点や理解が職場内で共有されることで，支援に関する共通言語が形成され，アセスメントや協働のしやすさが高まり，再トラウマ化リスクを低減する方向の支援文化が醸成されうる可能性も示唆された。TIC に基づく共通言語は，「意図せぬ傷つけ」を避けるための認識共有を促し，個々の援助者の判断を支えるだけでなく，組織全体として安全と回復を優先する方針へとつながる。

以上を総合すると，TIC は，援助者個人の内的資源と組織的資源の両面に作用し得る枠組みであり，援助職者の心理的健康を支えるとともに，支援実践全体の安全性と持続性を高める基盤となりうる。とりわけ，再トラウマ化の防止という観点から，TIC は援助者が日々の支援の中で直面する負荷を和らげ，組織が支援者と利用者双方の尊厳と安全を守る文化を育むうえで重要な意味をもちうることが示唆された。

第２節　研究の限界と課題 — 今後の研究展望

本研究にはいくつかの方法論的限界が存在する。以下に主な点を整理したうえで，今後の研究課題と展望を示す。

第１項　研究デザイン上の限界

本研究は横断的調査デザインに基づくため，変数間の関連は因果関係を直接的に示すも

のではない。TIC 実践志向が援助職者の心理的健康を保護する可能性を示唆した一方で，心理的に安定している援助職者ほど TIC 実践志向を保持しやすいという逆因果の可能性も残る。今後は，縦断的調査による時間的変化の検討や，介入研究を通じて TIC 実践志向が共感疲労・共感満足に及ぼす因果的影響をより厳密に検証する必要がある。

第 2 項　測定および方法上の限界

本研究ではすべての変数を自己報告式質問紙で測定したため，主観的認知や社会的望ましさによる応答バイアスの影響を完全に排除することはできない。また，TIC やソーシャル・キャピタルといった多面的な社会心理学的構成概念を単一の自己評定で捉えることには限界がある。観察，面接，他者評定，心理生理指標など複数の手法を組み合わせることで，測定の妥当性と精度を高めることが期待される。

第 3 項　対象および一般化可能性の限界

本研究の対象は生活困窮者支援領域や児童福祉領域の援助職者に偏っており，社会福祉実践の全体像を代表するものではない。また，研究参加者は研究への関心が比較的高く，心理的に安定した層に偏った可能性がある。今後は，多様な職種，地域，雇用形態，キャリア段階を対象とし，複数の文脈における TIC の構造と効果を検証することが求められる。

第 4 項　理論的前提と文化的文脈の課題

本研究で扱った TIC は主に北米の理論的枠組みに基づいており，日本の社会福祉文化における援助関係の特徴や情動表現の規範を十分に反映しているとは限らない。TIC の原則は文化横断的に一定の普遍性を有すると考えられる一方で，現場における受け止め方や実践様式には文化的差異が存在する。今後は，日本の援助職者がもつ文化的ナラティブや実践知を踏まえた精緻化が必要である。

第 5 項　今後の研究展望

以上の限界を踏まえ，今後の研究では以下のような取り組みが求められる。

① 縦断的・介入的デザインによる因果推論の強化
② 多様な測定手法の導入による信頼性・妥当性の向上
③ 領域横断的データ収集による一般化可能性の検証
④ 組織レベルを含む包括的モデルの構築
⑤ 文化的文脈を踏まえた TIC 理論の再構成

特に，援助職者が TIC をどのように理解し，自身の支援観や関係性を再構成していくのかという「変容プロセス」を質的に探究することは重要である。語りや経験の分析を通じて，TIC が援助者個人の内的過程にどのような影響を及ぼすのかを明らかにすることは，

再トラウマ化防止の理論的深化にも資すると考える。また，学びのプロセスにおける心理的安全性や再トラウマ化リスクを検証し，安全で持続可能な研修デザインを構築することが不可欠である。さらに，教育・医療・福祉の領域横断的連携による TIC 研修モデルの開発や，組織文化変容を支えるマネジメントの実践研究は，今後の重要な課題となるだろう。本研究で提示した統合モデルを基盤とし，援助職者教育と組織文化づくりの両輪により TIC の理論を実践へ橋渡ししていく取り組みを継続していくことが求められる。

第 3 節　社会福祉実践への展望

以上の限界は存在するものの，本研究の知見は，TIC が個人と組織の両面から援助職者の心理的疲労を予防し，安全で回復的な関係づくりを支える，すなわち再トラウマ化を予防する枠組みとして有効であることを示唆している。社会福祉の基盤には，「人間の尊厳」「人権」，「社会的公正」，「エンパワメント」といった理念が据えられている。これらの理念は，援助対象者に向けられるだけでなく，本来は援助職者自身にも等しく適用されるべきものである。しかし実際の現場では，援助職者自身が理念の対象から漏れ落ち，「自己犠牲」，「過度の自己責任」，「ケアの後回し」が常態化しやすい構造が存在する。本研究の知見は，TIC がこうした偏りに対して，援助職者を理念の対象にふたたび位置づけ直す視点を与え，援助職者自身の安全・尊厳・回復可能性を守る「正当性」を回復する役割を果たし得ることを示唆している。

TIC は，社会福祉の理念を抽象的な標語にとどめることなく，日々の実践における判断と行為へと具体化するための「実践上の道しるべ」として機能し得る。援助対象者の安全と尊厳の確保に加え，援助職者の負担や反応を早期に把握して組織内で共有・調整する視点を提供し，支援過程における緊張や負担の蓄積を可視化することで，再トラウマ化の予防と支援の質・継続性の確保に資する可能性がある。

一方で，TIC の重要性が個人や一部組織の問題として理解されるにとどまり，社会福祉領域全体としての認知と実践が十分に進展していない可能性についても，検討の余地がある。その背景としては，援助職者の心理的負担が個人の資質や努力に回収されやすい専門職文化，慢性的な人員不足や時間的制約，研修機会の偏在，さらに実践の評価が短期的な成果や業務遂行に傾きやすいことなど，制度・文化・実践環境の要因が重なり合っていることが考えられる。加えて，トラウマの影響や再トラウマ化のリスクが，専門職教育や現任研修の中で必ずしも体系的に扱われてこなかったことも，TIC が共有されにくい一因となってきた可能性がある。

社会福祉が重視してきた人権や公正さの理念と，TIC の 6 原則が目指す方向性は本質的に響き合うものである。特定の現場における「工夫」や「熱意」に委ねられるのではなく，社会福祉領域の理念を実務の水準で具体化する共通の視点として，TIC が領域全体により広く共有されていくことが望まれる。今後，日本の社会福祉領域において，TIC がより深

く理解され，援助職者にとって心理的に安全な学びのプロセスのもとで獲得され，組織文化として定着していくことが重要である。本研究で得られた知見が，その実装に向けた議論の一助となり，援助職者の心理的健康と援助実践の持続可能性を高める取り組みに資することを期待する。

終章　おわりに

総合考察で示した知見を踏まえ，本章では研究の原点と実践への思いを，個人的経験に即して短く記す。

生活困窮者支援の現場で働いていた頃，普段からあまり物言わぬ同僚がふと「ポストに二，三日郵便がたまっているのを見るとズキンとするんだよね」とつぶやいたことがある。彼には孤独死の現場に立ち会った経験があった。しかし，その言葉の重さに反して表情はにこやかで，当時の私は，どのような言葉を返せばよいのか分からず，ただ黙っていた。

社会福祉系の支援者は、誰かの痛みのそばに日々立ち続けているにもかかわらず、自分の痛みについて語ることは驚くほど少なく、同僚が痛みについて語るのを聞く機会も少ないように思う。電話口で徐々に震えていく声、苛立ちながら語られる利用者への不満、休みなく働く職員の自嘲的な冗談のかたわらにも、言葉にならないまま沈殿していく痛みがあったと今になって思う。たわいもないことは話せる。物事の段取りは話せる。しかし、気持ちを話すことは難しい。弱さを見せる恥ずかしさ、できない自分への失望感、迷惑をかけることへの遠慮、評価が下がることへの恐れ、言葉にした後の展開への不安、そもそも安心して話せる場だと思えない感覚—そうした事情が、口をつぐませるのだろう。

日々の忙しさの中に沈殿していく痛みに対し無力な自分であったが，TIC と出会う前の自分にも，自分を救ってくれていたお守りのような大切なひと言があった。以前，同僚からかけられた「足を踏まれたら誰だって痛いよ」という言葉である。人から受けたきつい一撃に動揺し，涙をこぼす私に向けられた，感情そのものをやさしく肯定する言葉だった。後になって，それが心理教育でいう「妥当化」に相当するものだと知る。その同僚は，当時は「TIC」という語を耳にしたことすらなかったと思うが， TIC の実践を見せてくれていた。

この，たまたま出会えた「やさしい肯定」をどうすれば現場全体で分かち持てるのか。現場では，しばしば対応の成否を『結局は支援者による』として、支援者の人格やスキルに帰属させがちだ。TIC という枠組みは、そうした暗黙知を共通言語と原則に翻訳し、語り合い・学び合い・検討し得るものへと開いていくものではないかと思う。以前から確かにそこにあったふるまいに、名が与えられ、語り合える根拠が示されたとき、個人の善意から組織の仕組みへ、暗黙知から共通言語へ、偶然の成功から再現可能な実践へと、重心が少しずつ移っていくのではないか。

研究を終える今，TIC は個々人のケアにとどまらず，組織として痛みに向き合う文化を育てる試みではないかと考える。痛みを一人で抱え込むのではなく，分かち合い，調整し，学びへと変えていく営みが根づき，支援者が安心して自己の感情に向き合える場が組織に

用意できたとき，再トラウマ化を防ぐ「回復の器」が静かに形づくられる。本研究は，TIC が支援者の痛みを〈個〉の善意から〈組織〉の仕組みへ翻訳する手がかりを示した。省察の場を制度として用意し，心理的安全性を担保することで，「やさしい肯定」が日常の実践になっていくことを期待する。一方で，新たに紹介された知識やスキルは，時に「知っている人／知らない人」，「できる人／できない人」の溝を生み，受け手の状態によっては追い詰めてしまう危うさもはらむ。もし物事を扱うプロセスやコミュニケーションが縦糸だとすれば，TIC の概念は横糸である。全てのプロセスと関係性に当たり前のように TIC の横糸が通い，織地の強さとしなやかさを高めてほしいと願う。

TIC を学ぶ過程では，現場で「分かっているのに，できない自分」に出会うこともある。しかし，それでもあきらめず，痛みと向き合い続けようとする営みこそが，支援現場の「人の強さ」なのだと思う。本研究が，支援を必要とする人々，そしてその人々を支える援助職者が，より安心して働き続けられる場づくりにささやかでも資することを願う。日々，痛みと希望のあいだで揺れながら働く多くの支援者たちへ，深い敬意と感謝をもって本稿を結びたい。

引用・参考文献

Aarons, G.A., Hurlburt, M., & Horwitz, S.M. (2011) Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38 (1); 4-23.

Adams, R.E., Boscarino, J.A., & Figley, C.R. (2006) Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. American Journal of Orthopsychiatry, 76 (1); 103-108.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA（米国精神医学会 高橋三郎・大野裕監訳（2014）DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院）.

安藤晋一郎・安藤美華代（2018）多職種新人医療従事者の心の健康とチーム医療に関する研修　心理教育"サクセスフル・セルフ"を活用して．心身医学，58(6); 542-547.

Anthony, W. A., (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4); 11-23.

浅野恭子（2023）意味づけと対話－何がケアワーカーを支えるのか？－，子どもの虐待とネグレクト．25(3); 305-311.

Aykanian, A., & Mammah, R.O. (2022). Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among Frontline Homeless Services Workers in Texas. Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 103(4), 438-449.

Azeem, M.W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R.B. (2011) Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24 (1); 11-15.

Baker, C.N., Brown, S.M., Wilcox, P.D., et al. (2016) Development and psychometric evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale. School Mental Health, 8 (1); 61–76.

Baker, C.N., Brown, S.M., Overstreet, S., et al. (2021) Validation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale (ARTIC). Psychol. Trauma, 13 (5); 505–13.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol. Rev., 84 (2); 191–215.

Barnett, J.E., Baker, E.K., Elman, N.S., et al. (2007) In pursuit of wellness: The self-care imperative. Prof. Psychol. Res. Pr., 38 (6); 603–612.

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.

Bloom, S.L. (1999) Trauma theory abbreviated. In: Bloom, S.L. (Ed.) The sanctuary model: Developing generic inpatient programs for the treatment of psychological trauma. New York: The Sidran Press; 13-29.

Bober, T., & Regehr, C. (2006) Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? Brief Treatment and Crisis Intervention, 6(1); 1–9.

Branson, D.C. (2019) Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. Traumatology, 25(1); 2–10.

Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevales, D., Farina, E., Felicioni, I., Peirone, A., Cazzullo, C.L., & Magri, L. (2008) Burnout and alexithymia among healthcare professionals. Psychotherapy and Psychosomatics, 77 (5); 337-339.

Bride, B.E. (2004) The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. Stress, Trauma, and Crisis, 7(1); 29–46.

Bride, B.E. (2007) Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. Social Work, 52(1); 63–70.

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

Burnett, H.J.Jr., Wahl, K. (2015) The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 17(1); 318–326.

Butler, L., Carello, J., Maguin, E. (2017) Trauma, stress, and self-care in clinical training; predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. Psychol. Trauma, 9 (4); 416-424.

Camp, B., Elahi, A., Waqas, A., et al. (2025) Exploring the trauma experiences of people working in homelessness: mixed-methods systematic review. BMJ Open, 15;e087270.

Cloitre, M., Cohen, M.R., Koenen, K.C. (2006) Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life. The Guilford Press （金吉晴監訳 （2020） 児童期虐待を生き延びた人々の治療 -中断された人生のための精神療法. 星和書店）

Cocker, F., & Joss, N. (2016) Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13 (6); 618.

Coetzee, S.K., & Klopper, H.C. (2010) Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. Nursing & Health Sciences, 12; 235-243.

Courtois, C.A. (2004) Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(4); 412–425.

Damian, A.J., Gallo, J., Leaf, P., Mendelson, T. (2017) Organizational and provider level factors in implementation of trauma-informed care after a city-wide training: An explanatory mixed methods assessment. BMC Health Services Research, 17(1);750.

Damian, L., Stoeber, J., Negru-Subtirica, O. et al. (2017) Job demands, job resources, and well-being in mental health professionals: A structural equation modelling study. BMC Health Services Research, 17:750.

De Gucht, V., & Heiser, W. (2003) Alexithymia and somatization: a review of the literature. Journal of Psychosomatic Research, 54 (5); 425-434.

Deck, S.M., & Platt, P.A. (2015) Homelessness is traumatic: Abuse, victimization, and trauma histories of homeless men. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, Vol. 24(9); 1022–1043.

土井裕貴（2021）キャリアの浅い対人援助職者における主観的な疲労体験. カウンセリング研究, 54(2); 60-72.

Elliott, 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. J. Community Psychol., 33: 461-477.

Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. et al. (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); 245–258.

Figley, C. R. (1995) Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York：Brunner/Mazel.

Figley, C.R. (2009) Empathic Discernment: The Key to Preventing Compassion Fatigue [PowerPoint slides] (Slide 20). Tulane University. https://www.slideshare.net/slideshow/dr-figley-empathic-discernment-2/1620325 (Retrieved 2025.11.12)

Figley, C.R. & Ludick, M. (2017) Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.) APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge. American Psychological Association, 573–593.

Fitzpatrick S., Johnsen S., White M. (2011) Multiple exclusion homelessness in the UK: key patterns and intersections. Social Policy & Society, 10 (4); 501-512.

Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., & Wallace, F. (2005) Implementation research: a synthesis of the literature. NIRN/USF.

Freudenberger, H. J.（1974）Staff burnout. Journal of Social Issues, 30(1); 159–165.

藤岡孝志 (2011) 共感疲労の観点に基づく援助者支援プログラムの構築に関する研究. 日本社会事業大学研究紀要, 57; 201-237.

藤岡孝志（2012）共感疲労の最適化水準モデルとファンクショニング概念の構築に関する

研究．日本社会事業大学研究紀要，58; 171-220.
藤岡孝志（2020）支援者支援養育論―子育て支援臨床の再構築．ミネルヴァ書房， 31-38.
Gentry, J.E. (2002) Compassion fatigue: A crucible of transformation. Journal of Trauma Practice. 1(3/4); 37-61.
Gentry, J.E., Baranowsky, A.B., & Dunning, K. (2002) The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue. In Figley, C.R. (Ed.), Treating compassion fatigue. Brunner-Routledge.
Goetz, S.B., Ross, R.J., & Gonzalez, J.M. (2012) The seclusion and restraint reduction initiative: a state's strategy to reduce the use of seclusion and restraint in hospitals. Psychiatric Services, 63 (5); 421-423.
Goldsmith, R.E., Martin, C.G., & Smith, C.P. (2014) Systemic trauma. J Trauma Dissociation, 15(2); 117-132.
後藤豊実（2005-2006）ProQOL-R-IV-J 専門職の QOL 共感満足と共感疲労下位尺度-第 4 版 日本語訳. https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/Japanese.pdf（Retrieved 2025.3.2）
Gutierrez, L.M., Parsons, R.J., & Cox, E.O. (1998) Empowerment in Social Work Practice：A Sourcebook. Brooks／Cole, Pacific Grove, CA.（小松源助監訳（2000）『ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント―その理論と実際の論考集』相川書房）
Halbesleben, J.R.B. (2006) Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. Journal of Applied Psychology, 91 (5); 1134-1145.
Harris, M. & Fallot, R.D. (Eds.). (2001) *Using trauma theory to design service systems*. Jossey Bass/Wiley.
Harrison, R.L., & Westwood, M.J. (2009) Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. Psychotherapy, 46 (2); 203-219.
Hegney, D.G., Craigie, M., Hemsworth, D. et al. (2014) Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. Journal of Nursing Management, 22(4); 506-18.
Hensel, J.M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C.S. (2015) Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress. Journal of Traumatic Stress, 28 (2); 83-91.
Herman, J.L. (1992) *Trauma and recovery*. Basic Books/Hachette Book Group.（中井 久夫訳（2004） 心的外傷と回復.みすず書房）
Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007) Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. Family Process, 46 (2); 229-241.
平井啓・平井麻紀・前野正子・保坂隆・山田富美雄（2005）看護師に対する構造化された心理学的サポートグループによる介入プログラムの開発に関する予備的研究．心身医学， 45(5); 359-366.
Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000) Depression is

strongly associated with alexithymia in the general population. Psychosomatic Medicine, 62 (6); 1008-1013.

Hopper, E.K., Bassuk, E.L., & Olivet, J. (2010) Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings, The Open Health Services and Policy Journal, 3. 80-100.

Iliffe, G. & Steed, L. (2000) Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. Journal of Interpersonal Violence, 15(4); 393–412.

Jenkins, S.R., & Baird, S. (2002) Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. Journal of Traumatic Stress, 15 (5); 423-432.

Kahill, S.(1988) Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. Canadian Psychology, 29(3); 284–297.

亀岡智美（2024）日本におけるトラウマインフォームドケアの展開とこれからの課題．トラウマティック・ストレス，22(1); 5–12.

Karanikola, M.N.K., Papathanassoglou, E.D.E., Giannakopoulou, M., & Koutroumanis, P. (2012) Pilot exploration of the association between alexithymia and burnout in Greek nursing staff. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26 (3); 548-556.

河西奈緒・押野友紀・土肥真人（2022）生活困窮者支援における包括的支援の課題と展望―支援者の語りからみる実践の現状と可能性―．社会福祉学，63(4); 47–58.

Kataoka, M., Kotake, R., Asaoka, H., et al. (2022) Reliability and validity of the Japanese version of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-10) Scale. Int. J. Trauma Nurs, 29 (6); 312–318.

Kataoka, M., & Nishi, D. (2021) Association between Work-Related Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Symptoms among Child Welfare Workers in Japan: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7); 3541.

香月富士日・杉松智美・児屋野仁美・高岡光江（2013）精神科看護師のストレスマネジメント・エンパワメントプログラムの効果に関する研究　無作為割り付け比較試験を用いた研究．日本精神保健看護学会誌，22(2); 1-10.

Keesler, J.M., Wu, W., Presnell, J. et al. (2024) Trauma-informed climate scale-10 and attitudes related to trauma-informed care-10: An examination of scale psychometrics using data from disability service providers. Disabil. Health J., 17(3); e101583.

菊池美奈子・重年清香・加藤直子（2023）養護教諭を対象とするトラウマインフォームドケア　教育プログラム研修の実施と評価．梅花女子大学看護保健学部紀要，13; 10-21.

Kim, J., Chesworth, B., Franchino-Olsen, H., & Macy, R.J. (2022) A Scoping Review of Vicarious Trauma Interventions for Service Providers Working With People Who Have Experienced Traumatic Events. Trauma, Violence, & Abuse, 23(5); 1437–1460.

Kim, S., Im, H., Moon, Y. et al. (2022) Influence of secondary traumatic stress and compassion

satisfaction on burnout among Korean social workers. Social Work in Mental Health, 20(1); 56–72.

Kim, S.A., Kim, S.R., & Kim, H.Y. (2024) The impact of psychological capital and emotional intelligence on compassion fatigue and compassion satisfaction among Korean nurses. Journal of Nursing Scholarship, 56(1); 45-56.

King, S., Chen, K.L.D., Chokshi, B. (2019) Becoming Trauma Informed: Validating a Tool to Assess Health Professional's Knowledge, Attitude, and Practice. Pediatr. Qual. Saf., 4 (5); e215.

小牧元・前田基成・有村達之　他（2003）日本語版 The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)の信頼性，因子的妥当性の検討．心身医学，43(12); 839-846.

厚生労働省（2010）精神障害者の地域生活への移行・地域定着のための支援. https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0610-4a_0004.pdf （Retrieved 2025.11.22）

厚生労働省 社会・援護局保護課（2011）生活保護受給者の自殺者数について(社会保障審議会生活保護基準部会第 4 回 平成 23 年 7 月 12 日参考資料 2). https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ifbg-att/2r9852000001ifhr.pdf （Retrieved 2024. 12. 30）

厚生労働省 生活困窮者自立法（平成 25 年法律第 105 号）.e-Gov 法令検索 https://laws.e-gov.go.jp/law/425AC0000000105（Retrieved 2025. 12. 1）

厚生労働省厚生労働科学研究班 （2022） 児童相談所職員の二次的外傷性ストレスに関する実態調査報告書.

厚生労働省（2025）「令和 6 年度業務災害に係る精神障害に関する事案の労災補償状況 」https://www.mhlw.go.jp/content/11402000/001508121.pdf（Retrieved 2025.11.22）

Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., Virtanen, M., Pentti, J., Cox, S. J., and Wilkinson, R. J. (2006) Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. BMC Public Health, 6:251.

Lang, J.M., Campbell, K., Shanley, P., Crusto, C.A., & Connell, C.M. (2016) Building Capacity for Trauma-Informed Care in the Child Welfare System: Initial Results of a Statewide Implementation. Child Maltreatment, 21 (2); 113-124.

Lee, H.J., Lee, M., Jang, S.J. (2021) Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among critical care nurses in Korea. Intensive and Critical Care Nursing, 62; 102918. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102918

Leiter, M.P., & Maslach, C. (2009) Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of Nursing Management, 17 (3); 331-339.

Lemieux-Cumberlege A., & Taylor E.P. (2019a) An exploratory study on the factors affecting the mental health and well-being of frontline workers in homeless services. Health & Social Care in the Community, 27; e367–e378.

Lemieux-Cumberlege, A. & Taylor, E.P. (2019b) Social workers in integrated health care: Improving

mental health for vulnerable populations. Social Work in Health Care, 58(6); 587–603.

Lengnick-Hall, C.A., Beck, T.E., & Lengnick-Hall, M.L. (2011) Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. Human Resource Management Review, 21 (3); 243-255.

前田正治（2025）トラウマ臨床における心理教育：私たちは何を伝えるべきか 第 23 回日本トラウマティック・ストレス学会教育講演．トラウマティック・ストレス, 23(1); 3-11.

Maillet, A.J. & Read, J.P. (2024) Emotional intelligence and compassion satisfaction among trauma therapists. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 16(1); 45–55.

Main, M., & Hesse, E. (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M.T., Cicchetti, D., & Cummings, E.M. (Eds.), Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention. University of Chicago Press; 161-182.

McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990) Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress, 3(1); 131–149.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982) Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologists Press.

Mendez, A., Bosk, E.A., Keller, A., et al. (2023) Expanding the Trauma-Informed Care Measurement Toolkit: An Evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-45) Scale with SUD Workers in PIMH. Behavioral Sciences, 13(6); 471.

Middleton, J.S.& Potter, C.C. (2015) Relationship Between Vicarious Traumatization and Turnover Among Child Welfare Professionals. J. Public Child Welf., 9 (2); 195–216.

Muskett, C. (2014) Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. International Journal of Mental Health Nursing, 23 (1); 51-59.

Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2003) Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress and Child Welfare Workers. Journal of Policy, Practice, and Program, 82 (1); 5–26.

日本ソーシャルワーカー連盟（2020）ソーシャルワーカーの倫理綱領，https://jfsw.org/code-of-ethics/（Retrieved 2025.11.22)

Niimura, J., Nakanishi, M., Okumura, Y., et al. (2019) Effectiveness of 1-day trauma-informed care training programme on attitudes in psychiatric hospitals: a pre–post study. Int. J. Ment. Health Nurs., 28 (4); 980–988.

Nonweiler, J., Vives, J., Barrantes-Vidal, N. et al. (2024) Emotional self-knowledge profiles and relationships with mental health indicators support value in 'knowing thyself'. Scientific Reports, 4;14(1):7900.

野坂祐子 （2024） トラウマインフォームドケアをはじめよう－考え方と進め方． 臨床心

理学，25 (4); 411-415.
野末武義・野末聖香（2013）看護師を対象としたアサーショントレーニングのプログラム評価．明治学院大学心理学紀要，23; 75-96.
小川 恵美子（2023）困窮者支援従事者のトラウマ理解と共感満足・共感疲労. コミュニティ心理学研究, 27(1), 33-52.
小川恵美子・野坂祐子（2023）対人援助職者を対象としたストレスおよびトラウマに関連する心理教育的介入の文献レビュー．大阪大学大学院人間科学研究科紀要，50; 215-233.
小川 恵美子（2025a）福祉系対人援助職者を対象にした新日本語版 ARTIC-35 および 10 の信頼性・妥当性の検証．トラウマティック・ストレス，23 (1), 61-74.
小川 恵美子（2025b）トラウマインフォームドアプローチが福祉分野の対人援助職者の共感疲労・共感満足にもたらす影響 ―感情洞察の困難さとトラウマ体験に注目して. 子どもの虐待とネグレクト, 27(3), 370-380.
Oksanen, T., Kawachi, I., Kouvonen, A., Takao, S., Suzuki, E., Virtanen, M., Pentti, J., Kivimaki, M., & Vahtera, J. (2013) Workplace determinants of social capital: cross-sectional and longitudinal evidence from a Finnish cohort study. PLOS ONE, 8 (6); e65846.
Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimaki, M., Virtanen, M., Linna, A., & Vahtera, J. (2008) Social capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland. Social Science & Medicine, 66 (3); 637–649.
オクサネン，T.・鈴木越治・高尾総司・バーテラ，J.・キビマキ，M.（2013） 第 2 章 職場のソーシャル・キャピタルと健康． イチロー・カワチ・高尾総司・S.V.スブラマニアン（編），ソーシャル・キャピタルと健康政策． 日本評論社，43.
小塩真司（2014）はじめての共分散構造分析 Amos によるパス解析 第 2 版． 115-116． 東京図書.
Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995) Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. W.W. Norton & Company.
Pines, A., & Aronson, E. (1988) Career Burnout: Causes and Cures, New York Free Press.
Putnam, R.D. (2000) Bowling alone: the collapse and revival of American community. Simon & Schuster.
Radey, M., & Figley, C.R.（2007）The social psychology of compassion. Clinical Social Work Journal, 35; 207–214.
Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004) Predictors of posttraumatic distress in child welfare workers: a linear structural equation model. Children and Youth Services Review, 26 (4); 331-346.

酒井佐枝子（2023）支援者の主観的評価からみたトラウマインフォームドケア研修の効果．心的トラウマ研究，18; 11-19.

坂下優二（2021）対人援助職のバーンアウト予防における支援アプローチに関する文献研究．コミュニティ心理学研究，24(2); 114-136.

Salloum, A., Kondrat, D.C., Johnco, C. et al. (2015) The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. Children and Youth Services Review, 49; 54–61.

佐々木早苗・溝端岳明・杉原正美（2021）精神科看護師に対するトラウマインフォームドケアの研修の効果　看護師の問題解決行動の変化．日本精神科看護学術集会誌, 63(2); 131-135.

Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. et al. (2002) The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. J. Happiness Stud., 3: 71–92.

Sifneos P.E. (1973) The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 22(2); 255–262. https://doi.org/10.1159/000286529

Skovholt, T.M. & Trotter-Mathison, M. (2019) Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes among mental health providers. Journal of Clinical Psychology, 75(12); 2119–2130.

Solomon, B. B. (1976) Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities. Columbia University Press.

Sprang, G., Clark, J.J., & Whitt-Woosley, A. (2007) Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. Journal of Loss and Trauma, 12(3); 259–280.

Sprang, G., Craig, C.D., & Clark, J.J. (2024) Compassion fatigue and compassion satisfaction among trauma professionals: Predictors and implications. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 16(1); 12–24.

Sprang, G. & Garcia, A. (2022) An Investigation of Secondary Traumatic Stress and Trauma-informed Care Utilization in School Personnel. Journal of Child & Adolescent Trauma, 15; 1095–1103.

Stamm, B.H. (2002) Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In C.R. Figley (Ed.), Treating compassion fatigue; 107-119.

Stokes, Y., Jacob, J.D., Squires, J., et al. (2020) Using the ARTIC-35 to measure nurses’ attitudes related to trauma-informed care. J. Nurs. Meas., 28; 185–199.

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

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2023) Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005.

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）. (1987). e-Gov 法令検索. https://laws.e-gov.go.jp/law/362AC0000000030 （Retrieved 2025.11.29）

社会福祉専門職団体協議会・一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟 （2014）ソーシャルワーク専門職のグローバル定義 https://jfsw.org/definition/global_definition/ （Retrieved 2025.11.22）

高尾総司 （2016） 職場のソーシャル・キャピタルと健康経営―外向きで緩やかなネットワークの醸成が好影響をもたらす可能性． Business Labor Trend, (12); 38-45. https://www.jil.go.jp/kokunai/blt/backnumber/2016/12/038-045.pdf (Retrieved 2022.01.03)

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997) Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge University Press.

Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2004) New trends in alexithymia research. Psychotherapy and Psychosomatics, 73 (2); 68-77.

The California Evidence-based Clearinghouse (2021) Assessment Tools. Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale (ARTIC). https://www.cebc4cw.org/assessment-tool/attitudes-related-to-trauma-informed-care-artic-scale/ (Retrieved 2024.5.3)

高田紗英子・小川恵美子（2024）児童福祉領域で働く支援職のトラウマコンピテンシーに関する質問紙調査－知識・調査・実践に関して．第 23 回日本トラウマティック・ストレス学会プログラム・抄録集，131.

高橋真由美（2021）生活保護ケースワーカーのストレス要因に関する文献レビュー．東北大学大学院教育学研究科紀要，70; 89–104.

瀧井美緒・上田純平・冨永良喜（2016）トラウマ症状に対する対処方法に関する研究．教育実践学論集，17; 75-84.

瀧井美緒・上田純平（2021）子育て支援者を対象としたトラウマティックストレス理解のための心理教育の実践．岩手県立大学社会福祉学部紀要，23; 73-78.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004) TargetArticle: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". Psychological Inquiry, 15(1); 1–18.

Thirkle S.A., Kennedy A., & Sice P. (2021) Instruments for exploring trauma-informed care. J. Health Hum. Serv. Adm., 44 (1); 30-44.

Thomas, J.T. (2013) Association of personal distress with burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among clinical social workers. Journal of Social Service Research, 39(3); 365–379.

Thompson, A.L. & Young-Saleme, T.K. (2015) Anticipatory Guidance and Psychoeducation as a Standard of Care in Pediatric Oncology. Pediatr Blood Cancer, 62(S5); S684–S693.

Traumatic Stress Institute of Klingberg Family Centers (2019) ARTIC Scale. https://www.traumaticstressinstitute.org/the-artic-scale/（Retrieved 2024.5.3）

宇佐美しおり・増野園恵（2021）被災者兼支援者のうつ/PTSR 悪化予防介入プログラムの評価に関する研究．日本看護科学会誌，41; 373-381.

Van Dam, A., Keijsers, G., Eling, P., et al (2011) Testing whether reduced cognitive performance in burnout can be reversed by a motivational intervention. Work & Stress, 25 (3); 257–271.

van der Kolk B. A. (1989) The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. The Psychiatric clinics of North America, 12(2); 389–411.

Wathen N., Schmitt B., & MacGregor, J.C.D. (2023) Measuring trauma- (and violence-) informed care: a scoping review. Trauma Violence Abuse, 24 (1); 261-277.

Williams, T.A., Gruber, D.A., Sutcliffe, K.M., Shepherd, D.A., & Zhao, E.Y. (2017) Organizational response to adversity: fusing crisis management and resilience research streams. Academy of Management Annals, 11 (2); 733-769.

吉岡京子・黒田眞理子（2015）保健福祉専門職による支援を拒否する住民の特徴とその関連要因の解明．日本公衆衛生雑誌， 62(1); 20-27.

Zerubavel, N., & Wright, M.O.D. (2012) The dilemma of the wounded healer: the impact of therapists' personal trauma on psychotherapy. Psychotherapy, 49 (4); 482-491.

謝辞

本研究の構想から完成に至るまで，折にふれて励まし，的確かつあたたかいご指導を賜りました，指導教員の野坂祐子先生，直原康光先生に，心より御礼申し上げます。また，統計の基礎が十分に身についていなかった私に，根気強く丁寧にご指導くださった阿部望先生（現・京都女子大学心理共生学部），構想を練る段階で貴重なご助言を下さった西森年寿先生，佐々木淳先生に深く感謝いたします。

あわせて，調査にご協力いただいた全国の現役支援者の皆さまに，心から感謝申し上げます。多忙な時間を割いてアンケートに回答いただきました。皆さまが寄せてくださった一つひとつの回答は，社会福祉領域におけるトラウマの影響を最小化するための大切な知見として，本研究のみならず，今後の実装へ必ず生かしていく所存です。

そして，教育心理学研究室で，研究の初歩から手厚く教え，温かく迎え入れてくださった若い先輩方，そして支え合いながら共に学んだ仲間たちにも，深く感謝しています。TICというテーマに希望を抱き，互いに学び合い，多くの気づきと示唆を与えてくれた高田紗英子さん，吉村拓美さん，小形美妃さん，そしてコロナ禍が始まった頃共に入学し研究の楽しさも苦しさも分かち合った社会人大学生の松澤佳子さん，三垣明子さん—皆さんのおかげで，過去の自分と向き合うときの「恥」と「悔恨」に押しつぶされず，この研究に向かい続けることができました。本当にありがとうございました。

最後に，家族へ。人生の折り返し地点をとうに過ぎてから大学院へ進学するという新たな挑戦を，半ば呆れながらも，認め，応援してくれたことに，深く感謝しています。

皆様の存在が，この道のりを歩む力になりました。そしてそれは，間違いなく，これからも，トラウマの影響が色濃い現場に身を置きつつ，それでも良き支援，良き人生への希望を持って日々心を砕く多くの仲間たちといっしょに歩くうえでの原動力になると思います。ありがとうございました。

付録

Table1 ARTIC-19 の対の質問文

F1 : 身体的心理的安全に配慮した態度
23* 援助対象者と人間関係を築いたら、私は他の人から援助対象者との境界線をひけていないと思われる
22* 最初から極めて厳密な態度でいることが一番であり、そうすることで援助対象者に私を利用することはできないと分からせることができる
13* 援助対象者が良からぬ行動に及んだ後に、私に謝らなかったとしたら、私が人前でばかにされていることになる
17* （行動に対し）罰という結果で遇することが、望ましくない行動をなくしていく一番の方法だ
18 援助対象者に対して私が間違ったことをしたときは、自分の間違いを認めることが一番良い
2* 規律と結果（規律を破ったら罰を受ける）が、過去にトラウマを経験した人にはたらきかける上で最良のアプローチである
F2 : 支援者としての自己効力感
9* 私には援助対象者を助けるスキルがない
4 私には援助対象者を助ける手立てがある
24* 私には、これ以上援助対象者を援助する能力がないと感じている
25* 私がもっと仕事に自信があったら、仕事からこんなに影響を受けることはなかっただろう
19* 仕事が予測不能で緊張を強いられるものなので、私はこの仕事に向いていないと思う
F3 : トラウマインフォームドな視点
21 援助対象者は、自分が持っているスキルの中で最善を尽くしている
16* 援助対象者は人を操るところがあるので、援助対象者の言うことは常に疑ってかかる必要がある
11 どんな援助対象者も変わりたい、学びたいと思っている
6 援助対象者はそういうふうに育ってきたために、私が援助対象者にやってほしいことを頼んでも、それをどうしたらいいのかまだ知らないだけだ
26* ある日には援助対象者は正しいことをしても、翌日もそうとは限らない。このことは、援助対象者が本気で願えば自分の行動をコントロールできることを表している
F4 : 自分へのトラウマの影響の理解と対処
34* もし私が同僚に自分の仕事がどれだけ大変か話したら、同僚は私が仕事に向いていないと考えるだろう
35* 自分が「自分の仕事のことを家でも引きずっている」と感じるなら、そのことは自分の中にしまっておくのが一番良い
29 自分の仕事がきつくて緊張を強いることがあっても、それも仕事の一部であると分かっているから、私は大丈夫だ