

厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業)

精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への
対応の実態把握と指針開発のための研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 西 大輔

令和3年（2021）5月

目 次

I. 令和2年度 総括研究報告			
	研究代表者	西 大輔-----	1
II. 令和2年度 分担研究報告			
1. トraumainフォームドケアの実践普及に向けての指針改定のための一考察			
	研究分担者	亀岡智美-----	13
2. 精神保健福祉センターと保健所における TIC に関する実態把握			
	研究分担者	臼田謙太郎-----	17
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		-----	51

厚生労働科学研究費（障害者政策総合研究事業）

総括研究報告書

「精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針
開発のための研究」

研究代表者 西 大輔（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 准教授）

研究要旨

本研究は、精神保健に関わる支援者がトラウマ体験の影響をどのように認識し、潜在的なトラウマ体験者にどのように対応しているかについて実態を把握するとともに、トラウマインフォームドケア（TIC）の普及のための有用な研修および指針を作成することを目的としている。令和2年度は精神保健福祉センター・保健所および医療従事者のTICに関する実態把握と、研修・指針の試案作成を目的に研究を行った。研究の結果、精神保健福祉センターの調査や医療従事者の調査からは、TICに関する一定の知識やニーズはあるものの、研修の不足等がTICの実践の障壁となっていることが示唆された。また、先行研究とエキスパートからの意見、およびヒアリングに基づいて精神科医療機関の看護師を対象とした研修動画およびガイダンスを作成した。これらの研修動画やガイダンスの有効性が担保されれば、わが国におけるTICの普及発展に少なからず寄与するものと期待される。

研究協力者

分担研究者

宮本有紀 東京大学大学院医学系研究科
精神看護学分野

神庭重信 一般社団法人日本うつ病センタ
ー、飯田病院

竹島正 大正大学地域構想研究所、
川崎市総合リハビリテーション
推進センター

研究協力者

小竹理紗 東京大学大学院医学系研究科
精神看護学分野

川野雅資 心の相談室 荻窪

大岡由佳 武庫川女子大学

大津絵美子 吉祥寺病院

松村麻衣子 ハートランドしぎさん

澤田宇多子 東京大学大学院医学系研究科
精神看護学分野

A. 研究目的

子ども期の逆境体験(ACEs)の頻度は高く、米国では研究参加者の52.1%が18歳以前に1つ以上の、6.2%は4つ以上のACEsを経験しており、4つ以上のACEsを体験している人はACEsがない人に比べて非常に多くの精神・身体疾患の発症リスクが増大することが示されている(1)。

ACEsの頻度の高さや影響の大きさが明らかになったこと等から、近年「トラウマインフォームドケア(TIC)」が注目されている。TICはPTSDに特化した治療ではなく、ACEsのようなトラウマ体験の影響を理解し、当事者がトラウマを体験したことが明らかでなくともその可能性を念頭に置き、それを踏まえた対応を通常の医療やサービスの中に組み込んでいくことである(2)。TICは患者の症状緩和や支援者の燃えつきを予防する可能性がJAMAでも指摘され(3)、既にTICのための手引きも出版されている(4)。

ただ、わが国において TIC の実践に向けた取り組みは進んでいるとは言えない。そこで本研究では、精神保健に関わる支援者がトラウマ体験の影響をどのように認識し、潜在的なトラウマ体験者にどのように対応しているかについて実態を把握するとともに、TIC のための有用な研修および指針を作成することを目的とする。令和 2 年度は精神保健福祉センター・保健所および医療従事者の TIC に関する実態把握と、研修・指針の試案を作成することを目的とした。

B. 研究方法

1. 医療従事者の TIC に関する実態把握

TIC に関する知識・態度・力量・実施へのハードル・実践について評価する自己記入式質問紙 TIC Provider Survey の日本語版を開発し、医療従事者の TIC に関する実態を把握することを目的として、医療従事者を対象としたオンライン調査を行った。

2. 精神保健福祉センターと保健所における TIC に関する実態把握

精神保健福祉センター長を対象とした調査（調査 1）、保健所長を対象とした調査（調査 2）、精神保健福祉センター相談スタッフを対象とした調査（調査 3）の 3 つの調査を行った。調査 1 は全国 69 箇所の精神保健福祉センター長を対象として、TIC に関する現状での実践状況やニーズ等について各センターの状況を代表して回答を求めた。調査 2 は全国 47 の保健所長を対象として、TIC に関する現状での実践状況やニーズ等について各保健所の状況を代表して回答を求めた。47 の保健所は、各都道府県の代表保健所を対象とした。調査 3 は各精神保健福祉センターで普段相談業務を担当している常勤スタッフ（各センター 5 名を最大として）を対象とした調査を行った。

3. 研修と指針の作成

先行研究およびエキスパートからの意見をもとに指針試案とインタビューガイドを作成

したうえで、精神科医療機関で勤務経験のある看護師（研究参加者としては 1 人、分担研究者・研究協力者として 5 人）および精神科医療機関に入院経験のある当事者（4 人）からヒアリングを行い、その内容を踏まえて研修資料と指針を開発することとした。

（倫理面への配慮）

本研究は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守して行われる。主機関において倫理委員会から研究計画の承認を受けた。

C. 研究結果

1. 医療従事者の TIC に関する実態把握

医療従事者 1000 人（医師 286 人、看護師 478 人、准看護師 30 人、医療事務 206 人）から回答を得た。TIC Provider Survey の「知識」「力量」「実践」などは、アメリカの先行研究(5)と比べて得点が低かった。Attitude Related TIC (ARTIC) の得点は、うつ症状・不安症状等と逆相関し、レジリエンス・道徳的感受性等と正相関した。

時間的制約・業務範囲の制約・研修を受けられないこと・TIC に関するエビデンスの分かりにくさ・TIC を行うことでさらに患者に精神的負担をかけてしまうのではないかという心配はいずれも研究参加者の約 80% に上った（表 1-7）。

2. 精神保健福祉センターと保健所における TIC に関する実態把握

調査 1 に関しては、配布数 69 に対し、回答数は 57 であり、回答率は 82.6% だった。TIC に関する取り組みを行っている施設は 21.1%、対外的な研修を行っているのは 8.8% であったが、対外的な研修の必要性については 59.6% のセンター長が感じており、その際のハードルとして TIC の知識・スキルの不足を挙げたセンター長が最も多かった。既存の研修（自殺対策、依存症、ひきこもり支援等）の中に TIC や広義のトラウマに関する内容を

含めることについては89.5%が可能と回答し、そのためのツールとしてスライド資料を求める回答が多かった。

調査2に関しては、配布数47に対し、回答数は31であり、回答率は66.0%だった。回答者の属性は、保健所長が23か所(74.2%)で、その他役職が7か所(22.6%)であった。その他役職の内訳は、精神保健福祉相談員、補佐兼健康支援課長、専門福祉司、精神保健係長、担当保健師、係長精神保健福祉相談員、補佐兼健康支援課長が各1か所であった。回答者のうち77.4%はTICという言葉を知ることがなく、93.5%がTICの概念についてよく知らなかった。対外的な研修を行っている保健所はなかった。

調査3に関しては、配布数345に対し、回答数は247であり、回答率は71.6%だった。回答者の職種は、「保健師」が最も多く76センター(30.8%)で、「心理職(公認心理師・臨床心理士等)」が67センター(27.1%)、「精神保健福祉士」が58センター(23.5%)であった。回答者のうち66.4%がTICを知っていたが、概念について知っているのは39.7%にとどまった。一方、91.9%がトラウマ体験を持つ方への対応について課題を感じていた。担当するケースにおけるトラウマが背景にあると感じるケースの割合については、「10%」が最も多く17.4%で、次いで「30%」が15.4%、「20%」が14.6%であった。(詳細は臼田分担報告書に記載)

3. 指針・研修の作成

看護師のヒアリングからは、TICを学ぶ際にこれまでの看護実践を否定されたような気持ちになることが実践・普及の妨げになりうるということが明らかになった。また、受講する際の利便性や継続性の観点から、実地だけでなく動画視聴でも研修を受講できるような研修プログラムが必要であることが示唆された。これらを踏まえて、研修動画とガイダンスを

作成し、研究班が作成したホームページにアップロードした(<https://traumalens.jp>)。

さらに精神科病棟に入院経験のある人を対象に入院中のスタッフとの関わりの影響についてヒアリングを行ったところ、看護師などの医療職員と話ができること、薬や治療について医療者が説明してくれること、医療者が患者と心を通じようとしてくれること、話を聞いてくれようとする、自分に選択肢があることなどが挙げられた。いずれもTICに関する内容であったため、このような内容を測定することのできる尺度があればTICの効果を測定できる患者アウトカムになる可能性があると考えられた。Reviewをおこなった結果、英国で、精神疾患を有する人と研究者の協働によって開発されたVOICEという尺度がこれらの内容を含んでいることがわかったため、VOICEの日本語版を作成した。

D. 考察

1. 医療従事者のTICに関する実態把握

日本の医療従事者は、米国の医療従事者と比較してTICに関する知識や力量、実践が不足している可能性が示唆された。また、時間的制約・業務範囲の制約・研修を受けられないこと・TICに関するエビデンスの分かりにくさ・TICを行うことでさらに患者に精神的負担をかけてしまうのではないかという心配が、TICの実践の障壁となっていることが示唆された。また、TIC Provider Survey日本語版は、2021年に実施予定の、TIC研修の効果を検討する実証研究の看護師アウトカムとして用いられる予定である。

2. 精神保健福祉センターと保健所におけるTICに関する実態把握

調査1では、具体的な取り組みを行っている精神保健福祉センターは全国的にはまだ少ない一方で、約6割のセンターはTICに関する研修を実施する必要性を感じており、TIC

の知識・スキルを研修で向上させたりスライド資料が提供されたりすれば多くのセンターがTICに関する取り組みを発展させる可能性が考えられた。

調査2では、保健所においてはTICという言葉に触れる機会自体がまだ少なく、概念の普及が進んでいないことが示唆された。

調査3では、精神保健福祉センター職員には一定程度TICの概念が既に浸透していること、ケース対応においてTICの潜在的なニーズがあることが示唆された。

3. 指針・研修の作成

先行研究とエキスパートからの意見、および看護師のヒアリングに基づいて作成したことで、内容だけでなく、受講の利便性や継続性の観点からも対象となる精神科医療機関の看護師に受け入れられやすい研修動画およびガイダンスになっていると考えられる。この研修動画の効果を検討する実証研究を2021年度に実施する予定である。また、VOICE日本語版は、この実証研究の患者アウトカムとして用いられる予定である。

E. 結論

オンライン調査や精神保健福祉センターの調査からは、医療従事者や精神保健福祉センターではTICに関する一定の知識やニーズはあるものの、研修の不足等がTICの実践の障壁となっていることが示唆された。本研究班で先行研究とエキスパートからの意見、およびヒアリングに基づいて作成した研修動画およびガイダンスの有効性が担保されれば、わが国におけるTICの普及発展に少なからず寄与するものと期待される。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし。

2. 学会発表
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし。

2. 実用新案登録
なし。

3. その他
なし。

引用文献

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. 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.* 1998;14(4):245-58.

2. 亀岡智美, 瀧野揚三, 野坂祐子, 岩切昌宏, 中村有吾, 加藤寛. トラウマインフォームドケア—その歴史的展望—. *精神神経学雑誌.* 2018;120(3):173-85.

3. Kuehn BM. Trauma-Informed Care May Ease Patient Fear, Clinician Burnout. *JAMA.* 2020.

4. SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach 2014 [Available from: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/SAMHSA_Concept_of_Trauma_and_Guidance.pdf].

5. Bruce MM, Kassam-Adams N, Rogers M, Anderson KM, Sluys KP, Richmond TS. Trauma Providers' Knowledge, Views, and Practice of Trauma-Informed Care. *J Trauma Nurs.* 2018;25(2):131-8.

表 1 研究参加者の属性 (N=1000)

性別, n (%)		
	女性	577 (57.7)
	男性	423 (42.3)
年齢, 平均 (SD)		43.2 (11.1)
婚姻		
	既婚	613 (61.3)
	独身	268 (26.8)
学歴, n (%)		
	中学校	106 (10.6)
	高等学校	309 (30.9)
	短期大学、専門学校	289 (28.9)
	大学	203 (20.3)
	大学院	93 (9.3)
職種, n (%)		
	医師	286 (28.6)
	(准)看護師	508 (50.8)
	医療事務	206 (20.6)
職種の総経験年数, 平均 (SD)		17.2 (10.4)
TIC の知識, 平均 (SD)		28.5 (3.0)
TIC の意見, 平均 (SD)		16.4 (2.4)
TIC の力量, 平均 (SD)		18.7 (4.5)
ARTIC-10, 平均 (SD)		4.3 (0.5)

表2 TIC Provider Survey 「知識」の正答率の日米比較

Trauma Provider Survey	今回調査の 正答率, n(%)	Bruce et al., 2018a の 正答率, n(%)
TIC の知識	回答者全て (N = 1000)	回答者全て (N = 147)
重傷を負ったり病気になったりした人のほぼ全員が、その出来事の直後に少なくとも1つの心的外傷によるストレス反応を起こす。	677(67.7)	138(93.8)
生命を脅かすような病気や怪我を経験したほとんどの人が、重篤な心的外傷後ストレス症状やPTSDを発症することは避けられない。(逆転項目)	427(42.7)	96(65.3)
重度の怪我や病気をしている人は怪我や病気が重度でない人よりも、一般的に、より重篤な心的外傷性ストレス反応を起こす。(逆転項目)	349(34.9)	75(51)
心的外傷を受けた出来事の最中のどこかの時点で、自分が死ぬかもしれないと思った人は、心的外傷後ストレス反応を起こすリスクが高い。	714(71.4)	123(82.3)
重い病気や怪我を経験した後、多くの人は自分自身でうまく対処している。	460(46.0)	49(33.4)
怪我や病気の心理的な影響は、身体症状よりも長引くことが多い。	748(74.8)	142(96.6)
重篤な心的外傷後ストレス反応が起きている人は、通常、明らかな苦痛の兆候を示す。(逆転項目)	394(39.4)	101(68.7)
病気や怪我をした患者によくある心的外傷性ストレスの兆候や症状を知っている。	521(52.1)	93(63.3)
患者の初期の心的外傷性ストレス反応の中には、健全な感情の回復過程の一部となり得るものがある。	693(69.3)	143(97.3)
病気や怪我をした患者の長期的な心的外傷後ストレス症状を防ぐために、医療提供者にできることがある。	749(74.9)	144(97.9)
医療提供者が実践で使える、心的外傷後ストレス症状を評価するための効果的なスクリーニング法がある。	585(58.5)	111(75.5)

a Bruce, Marta M., et al. "Trauma providers' knowledge, views and practice of trauma-informed care." *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses* 25.2 (2018): 131. Table2 より抜粋

表3 TIC Provider Survey 「意見」 の日米比較

	TIC の意見 (N = 1000)				TIC の意見 (N = 147)			
Trauma Provider Survey	今回調査の正答率, n(%)				Bruce et al., 2018a の正答率, n(%)			
	強くそ う思う	そう思 う	そう思 わない	全くそ う思わ ない	強くそ う思う	そう思 う	そう思 わない	全くそ う思わ ない
医療提供者は、心的外傷となつた出来事による精神健康への影響ではなく、患者の医療に重点を置くべきである。(逆転項目)	68 (6.8)	486 (48.6)	406 (40.6)	40 (4.0)	3 (2)	21 (14.3)	94 (63.9)	29 (19.7)
医療の提供方法を変えることで、患者のストレスを軽減することができる。	74 (7.4)	716 (71.6)	173 (17.3)	37 (3.7)	32 (21.8)	104 (70.7)	10 (6.8)	1 (0.7)
医療専門職は、心的外傷性ストレスの症状を定期的に評価すべきである。	59 (5.9)	642 (64.2)	254 (25.4)	45 (4.5)	29 (19.7)	108 (73.5)	10 (6.8)	0 (0)
心的外傷を受けた出来事の最中のどこかの時点で、自分が死ぬかもしれないと思った人は、心的外傷後ストレス反応を起こすリスクが高い。	115 (11.5)	660 (67.5)	189 (18.9)	36 (3.6)	47 (32.0)	96 (65.3)	4 (2.7)	0 (0)
適切な医療を提供するためには、医療提供者が患者の精神健康に関する情報を持つ必要がある。	114 (14.4)	675 (67.5)	141 (14.1)	40 (4.0)	45 (30.6)	92 (62.6)	10 (6.8)	0 (0)
重篤な心的外傷性ストレスを経験している患者を支援する際に、頼れる同僚がいる。	63 (6.3)	476 (47.6)	341 (34.1)	120 (12.0)	23 (15.6)	84 (57.1)	34 (23.1)	6 (4.1)

a Bruce, Marta M., et al. "Trauma providers' knowledge, views and practice of trauma-informed care." *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses* 25.2 (2018): 131. Table3 より抜粋

表4 TIC Provider Survey 「力量」 の日米比較

Trauma Provider Survey	TIC の力量 (N = 1000)			TIC の意見 (N = 147)		
	今回調査の回答率, n(%)			Bruce et al., 2018 ^a の回答率, n (%)		
	とてもできる	少しできる	できない	とてもできる	少しできる	できない
心的外傷を負った患者があなたに話しかけやすくなる／あなたといてほっとすると感じられるように、患者と関わる。	95 (9.5)	738 (73.8)	167 (16.7)	53 (36.1)	84 (57.1)	10 (6.8)
患者の強い感情的苦痛に対して、冷静に、批判的な判断をせずに対応する。	155 (15.5)	702 (70.2)	143 (14.3)	87 (59.2)	59 (40.1)	1 (0.7)
患者に再び心的外傷体験をさせることなく、心的外傷となった出来事の詳細を聞く。	122 (12.2)	634 (63.4)	244 (24.4)	25 (22.4)	86 (58.5)	36 (24.5)
よくある心的外傷性ストレス反応や症状について、患者に教える。	101 (10.1)	610 (61.0)	289 (28.9)	24 (16.3)	75 (51)	48 (32.7)
患者が心的外傷とを感じるような病院内の状況を避けたり、変えたりする。	106 (10.6)	652 (65.2)	242 (24.2)	29 (19.7)	85 (57.8)	33 (22.4)
患者の「自分は死ぬのか」という質問へ対応する。	119 (11.9)	608 (60.8)	273 (27.3)	44 (29.9)	82 (56.8)	21 (14.3)
心的外傷となる出来事が起こったすぐ後に、患者の苦痛、感情面でのニーズ、支援体制を評価する。	88 (8.8)	613 (61.3)	299 (29.9)	29 (19.7)	101 (68.7)	17 (11.6)
心的外傷に焦点を当てた基本的な介入を提供する。(たとえば症状の評価、ノーマライジング、心的外傷に関する心理教育、対処の支援)。	88 (8.8)	603 (60.3)	309 (30.9)	38 (25.9)	85 (57.8)	24 (16.3)
年齢、性別、文化の異なる患者では、心的外傷性ストレスが異なる形で呈される可能性があることを理解する。	141 (14.1)	691 (69.1)	168 (16.8)	24 (16.3)	84 (57.1)	39 (26.5)
心的外傷性ストレス症状の評価と介入の背景にある科学的または実証的な根拠を理解する。	97 (9.7)	640 (64.0)	263 (26.3)	16 (10.9)	82 (55.8)	49 (33.3)

a Bruce, Marta M., et al. "Trauma providers' knowledge, views and practice of trauma-informed care." *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses* 25.2 (2018): 131. Table4 より抜粋

表5 TIC Provider Survey 「実践」の日米比較

Trauma Provider Survey	今回調査の 正答率, n(%)	Bruce et al., 2018a の 正答率, n(%)
TIC の実践	回答者全て (N = 1000)	回答者全て (N = 147)
実践_患者に、苦痛の症状を把握するための質問をする	444(44.4)	96(65.3)
患者の家族に、家族自身の苦痛の症状を評価するための質問をする	395(39.5)	86(58.5)
患者に、処置中の痛みや不安を管理する方法を具体的に教える	433(43.3)	107(72.7)
患者に、動揺する経験に対処するための具体的な方法を教える	360(36.0)	85(57.8)
患者に、自分の社会的支援（家族、友人など）の活用を促す	407(40.7)	-
家族に、辛い/苦しい/怖い経験をした本人に対して家族が何を言うべきかを教える	349(34.9)	116(78.9)
家族に、本人が助けを必要としているかもしれない感情や行動上の反応について、情報を提供する	405(40.5)	64(43.5)

a Bruce, Marta M., et al. "Trauma providers' knowledge, views and practice of trauma-informed care." *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses* 25.2 (2018): 131. Table5 より抜粋

表6 TIC Provider Survey 「障壁」の結果

Trauma Provider Survey	基礎的トラウマインフォームドケア (アセスメントや介入) の実践の障壁 (N = 1000)		
	障壁ではない(%)	少し障壁となっ ている(%)	大きな障壁とな っている(%)
障壁_時間的制約	19.6	56.2	24.2
業務範囲の制約	22.0	56.5	21.5
心的外傷を念頭に置いた評価と介入を提供 するために研修を受ける必要があること	25.9	56.5	17.6
心的外傷を念頭に置いた評価と介入に関す る情報や科学的証拠の分かりにくさ	20.6	58.7	20.7
患者をさらに動揺させたり、心的外傷体験 をさせてしまったりするのではという心配	22.5	60.3	17.2

表7 TIC Provider Survey、TICに対する態度、うつ症状、不安症状、道徳的感受性、職場のいじめ、ストレスの過小評価の信念の間のピアソン相関係数 (N=1000)

	平均	(SD)	TICの知識	TICの意見	TICの力量	ARTIC-10	SUB	NAQ-R	J-MSQ2018	PHQ-9	GAD-7
TICの知識	28.5	3.0	-	.539**	.186**	.244**	-.180**	.028	.367**	.080*	.081*
TICの意見	16.4	2.4	.539**	-	.239**	.281**	-.138**	-.074*	.353**	.012	-.003
TICの力量	18.7	4.5	.186**	.239**	-	.100**	.103**	.136**	.264**	.054	.053
ARTIC-10	4.3	0.5	.244**	.281**	.100**	-	-.160**	-.222**	.296**	-.181**	-.209**
SUB	27.7	7.6	-.180**	-.138**	.103**	-.160**	-	-.041	-.154**	-.215**	-.204**
NAQ-R	28.1	13.0	.028	-.074*	.136**	-.222**	-.041	-	0.012	.453**	.478**
J-MSQ2018	36.6	11.0	.367**	.353**	.264**	.296**	-.154**	.012	-	-.020	.013
PHQ-9	13.2	5.4	.080*	.012	.054	-.181**	-.215**	.453**	-.020	-	.873**
GAD-7	10.1	4.5	.081*	-.003	.053	-.209**	-.204**	.478**	.013	.873**	-

ARTIC-10: Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale-10; SUB: stress underestimation beliefs; NAQ-R: Negative Acts Questionnaire-Revised; J-MSQ2018: Japanese version of Moral Sensitivity Questionnaire 2018; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7

*, p<0.05; **, p<0.01

「トラウマインフォームドケアの実践普及に向けての指針改定のための一考察」

分担研究者 亀岡智美（兵庫県こころのケアセンター 副センター長兼研究部長）

研究要旨

【目的】本分担研究は、TICの普及啓発に向けて作成された、精神科医療機関などを対象とした指針改訂のために、これまでのわが国での実践経験、および、TICを先行実施している米国のガイドラインやプロトコルなどに基づいて、専門的見地からの意見を集約することを目的とする。

【方法】SAMHSAが発行しているTIC普及のためのガイドラインやプロトコルなど、および、これまで実施した研修会などでのインフォーマル・コミュニケーションで明らかになった、普及啓発に役立つ要素を抽出した。

【結果および考察】TICの普及啓発に向けての指針作成に際して、重要であると思われる要素をいくつか抽出した。わが国においても、TICの普及啓発が促進されることが望まれる。

A. 研究目的

米国では、保健省薬物乱用精神保健サービス局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）が要となって、1990年代からトラウマインフォームドケア（Trauma-Informed Care, TIC）の概念が発展し、現在では国家レベルでの取り組みが進んでいる（1, 2）。

一方、わが国では2010年代中盤から、精神科看護領域や精神科救急、教育・児童福祉領域で、TICの概念の紹介や実践報告がなされるようになった（3-8）。その結果、医療・教育・保健・福祉・司法などの領域で、TICの用語は知られるようになってきたものの、普及啓発方法についてはまだ標準的なものはなく、各領域で模索されているのが現状である。

そこで、本分担研究では、TICの普及啓発に向けて作成された、精神科医療機関などを対象とした指針をより良いものに改訂するために、これまでのわが国での実践経験、および、TICを先行実施している米国のガイドラインやプロトコル

などに基づいて、専門的見地からの意見を集約することを目的とする。

B. 研究方法

まず、SAMHSAが発行しているTIC普及のためのガイドライン（1）やプロトコル（9）、および、米国でTIC概念を確立し各領域におけるコンセンサスを獲得していく段階での文献（10, 11）から、普及啓発に重要であると考えられる要素を抽出する。

さらに、2016～2020年度に研究者らが取り組んできた学術集会や研究会でのTICをテーマにした発表やシンポジウム（12回）、および、医療・保健・福祉・教育・司法領域のさまざまな団体や機関から依頼を受けて実施したTICをテーマにした研修会（46回）（12）でのインフォーマル・コミュニケーションから、TICの普及啓発に役立つ情報を集約する。

C. 研究結果

（1）ガイドラインやプロトコル

SAMHSAのガイドライン(1)では、児童福祉・教育・司法・プライマリケア・軍隊などの行動保健分野において、TICを適切に実施していくための枠組みを提示している。その中では、支援者にわかりやすくTICの概念を示すために、いくつかの重要項目を掲げている。すなわち、クライアントがどのような出来事(Event)、どのように体験し(Experience)、それによってどのような影響を受けているのか(Effect)を知ることが重要であること、さらに、トラウマの広範な影響を理解し(Realize)、クライアントに認められるトラウマ反応や症状を認識し(Recognize)、トラウマに適合した対応をすること(Responds)、そして、積極的に再トラウマ化を予防すること(Resist re-traumatization)が不可欠であるということである。

SAMHSAは同年(2014)に、TICを実践するためのTreatment Improvement Protocols (TIPs) (9)を発行し、行動保健領域でのベスト・プラクティスを提案している。

そのなかで、大部分の支援者はTICに関するトレーニングを受けていないため、クライアントの示すトラウマ反応や症状にどのように対応したらよいかかわからないため、トラウマに関する話題を深く聞きすぎたり、早く聞きすぎたり、逆に、クライアントからトラウマに関する訴えがあったとしてもそれを軽視してしまい、知らず知らずのうちに、再トラウマを与えていることが指摘されている。なぜならば、支援者がトラウマを回避する姿勢は、「クライアントのトラウマ体験は重要ではない」とか「トラウマ体験に触れることは危険だ」などの誤ったメッセージを伝えてしまうことになりかねないからである。

また、支援組織の通常の支援プロセスにおいて、クライアントに過去のトラウマを想起させるような刺激(リマインダー)がないかどうか、個々のクライアントのトラウマ歴に照らし合わせながら、具体的に探っていくステップが必要であることも指摘されている。

さらに、TICでは、トラウマに関連した反応や症状は、トラウマとなる状況に何とか適応しようとした証であるにとらえ、クライアントの病理性よりも回復力を重視する視点を取り入れることで、クライアントの罪悪感や恥の感情を軽減し、自尊心を高めることが重要視されている。すなわ

ち、「何が問題なのか?」ということよりも「何がうまくいったのか?」ということに焦点を当てる必要があるとされているのである。

最後に、TICを実践するためには、クライアントと支援者双方の安全の確保と、有機的な協働関係を構築し、クライアントの関与を高めることが不可欠であるとされている。そのためには、TICの枠組みの中で支援者自身のメンタルヘルスへの配慮も必要となると考えられている。

TICの創成期に発表され、頻繁に引用されている論文でも同様の点が重要視されている。また、TIPsにおいても、創成期の論文においても、TICを学ぶ人たちの理解を促進するために、架空事例を用いて、トラウマとなる出来事がクライアントにどのように影響を与えているのか、あるいは、従来の支援とトラウマインフォームドな支援の相違点はなにか、などをわかりやすく解説しているのが特徴である。

(2) インフォーマル・コミュニケーション

研究者らがこれまでにTICに関する情報を発信してきた、学術集会や研究会の参加者は、主に、医療・心理・保健・福祉・教育・司法などの専門家であり、外部団体からの依頼で提供した研修会の参加者は、各領域の専門家に加えて、地域の支援者が含まれている場合もあった。

当然のことながら、それぞれの参加者の専門性やTICに対する姿勢もさまざまであるが、トラウマに関連する疫学情報などを提示し、我々の周囲にはトラウマ関連の問題を有している人が数多く存在し、TICを実践することは、公衆衛生的観点からも意義があることを伝えることで、TICの必要性が喚起されたという意見が多く寄せられた。

また、医療・心理の専門家であっても、トラウマとなりうる出来事を体験した後の、心的外傷後ストレス障害(posttraumatic stress disorder, PTSD)の病態や発症リスクについては十分知らなかった、という参加者が少なくなかったため、これらについて、具体的に提示することが重要であると考えられた。

最後に、支援者の専門性や支援現場の違いに関わらず、誰にでもできる、どこでも取り組めると思われる、ユニバーサルな支援のエッセンスを具体的に紹介することで、明日からやってみようと思えた、TICが身近に感じられた、自分がすでに

取り組んでいることがTICであるとわかったなどの声が多数寄せられ、参加者の動機づけを高める一つの要因となるのではないかと推察された。

D. 考察

以上のことより、TICの普及啓発に向けての指針では、以下のような点を念頭に置くことが重要であると思われた。

- ① 支援者のトラウマに関連する知識を高めること。
- ② 疫学データや先行研究のデータを提示することで、TICの必要性を喚起すること。
- ③ TICの普及啓発に際して、支援者がクライアントの回復力を重視するようにサポートすること。
- ④ 支援者がトラウマを回避しないようにサポートすること。
- ⑤ 支援者が、通常の支援プロセスに潜在するリマインダー(クライアントのトラウマ反応を惹起する刺激)に気づき、それらに配慮できるように、組織的に取り組めるようにすること。
- ⑥ トラウマによって生じるPTSDの発症リスクや具体的な病態について、できるだけ具体的にわかりやすく説明すること。
- ⑦ 誰にでも取り組めそうな、ユニバーサルな支援のエッセンスを紹介すること。

E. 結論

精神科医療機関などへのTIC普及啓発に向けては、まず、医療従事者や関係職員が、適切な知識を習得するための研修が欠かせない。わが国においても、効果的な指針が作成され、TICの普及啓発が促進されることが望まれる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 亀岡智美. トラウマインフォームドケアの意義と広がりー見逃されがちなトラウマへのケアに向けて. 精神科治療学, 35(6), 579-582, 2020
- 2) 亀岡智美, 野坂祐子. トラウマインフォームドケア. 子どもの虐待とネグレクト, 22(2), 120-133, 2020
- 3) 亀岡智美. マルトリートメントを受けた子ども

へのトラウマインフォームドケア. 精神科治療学, 36(1), 79-84, 2021

2. 学会発表

亀岡智美. トラウマインフォームドケア～被害と加害をつなぐもの～. 第58回日本犯罪心理学会(教育講演). 2020/11/21, ウェブ

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville: HHS Publication No. (SMA) 2014;14-4884. (大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター・兵庫県こころのケアセンター訳. SAMHSAのトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き. 2018.3 <https://www.j-hits.org/document/child/page6.html>)
2. 亀岡智美, 瀧野揚三, 野坂祐子, 岩切昌宏, 中村有吾, 加藤寛. トラウマインフォームドケア : その歴史的展望. 精神神経学雑誌 = Psychiatria et neurologia Japonica. 2018(120(3)):173-85.
3. 平田豊明, 杉山直也, 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン: へるす出版; 2015.
4. 中村有吾, 瀧野揚三. トラウマインフォームドケアにおけるケアの概念と実際. 学校危機とメンタルケア. 2015(7):69-83.
5. 浅野恭子, 亀岡智美, 田中英三郎. 児童相談所における被虐待児へのトラウマインフォームド・ケア. 児童青年精神医学とその近接領域. 2016(57(5)):748-57.
6. 川野雅資. 欧米での精神看護研修(16)Trauma Informed Care(トラウマ・インフォームド・ケア). 看護実践の科学. 2016;41(1): 52-9.
7. 川野雅資. 特集 トラウマインフォームドケア

- とは何か? 精神科看護. 2017;44(2):4-19.
8. 中村有吾, 木村有里, 瀧野揚三, 岩切昌宏, 一谷紘永. 教育分野におけるトラウマインフォームドケアの概念と展開. 学校危機とメンタルケア. 2017(9):103-17.
9. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Rockville: HHS Publication No. (SMA)13-4801.; 2014.
10. Harris M, Fallot RD. New Directions for Mental Health Services. : Using Trauma Theory to Design Service Systems. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
11. Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. The Open Health Services and Policy Journal. 2009; 3(2):80-100.
12. 兵庫県こころのケアセンター事業報告書. <https://www.j-hits.org/report/report1.html>

厚生労働科学研究費（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書
「精神保健福祉センターと保健所における TIC に関する実態把握」

分担研究者 白田 謙太郎

（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 政策評価研究室研究員）

研究要旨

我が国の精神保健医療福祉の行政的な介入やあるいは関係機関向けの研修等を通じて精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及や、地域精神保健福祉活動の推進における中核的役割を担っているのが全国にある精神保健福祉センターや保健所である。

本調査は 調査 1：精神保健福祉センター長を対象とした調査、調査 2：保健所長を対象とした調査、調査 3：精神保健福祉センター相談スタッフを対象とした調査の 3 つの調査によって構成された。

調査 1（精神保健福祉センター）の回答率は 82.6%、調査 2（保健所）の回答率は 66.0%であった。「TIC という言葉を聞いたことはありますか？」については、「ある」と回答したのは調査 1 では 80.7%、調査 2 では 22.6%であった。「概念について具体的に少しはよく知っている/少しは知っている」と回答したのは調査 1 で 64.9%、調査 2 は 6.5%であった。「TIC に関する何かしらの取り組みを行っていますか？」について、「取り組みを行っている」については調査 1 で 21.1%、調査 2 では、該当する施設はなかった。一方で「対外的な TIC の研修を行う必要性」については、すでに実施している施設を除いて「とても必要を感じる/必要を感じる」が調査 1 で 59.6%、調査 2 で 32.2%であった。調査 3（相談スタッフ）では、普段からトラウマが背景にあるケースに対応することに課題を感じていながら、普段から TIC を実践している相談スタッフは必ずしも多くはないという現状が明らかとなった。

精神保健福祉センターでは TIC という言葉については 8 割の施設が「聞いたことがある」と回答していたのに対し、保健所では 2 割程度であった。精神保健福祉に関する業務が中心である精神保健福祉センターの方が認知度が高いというのは予想通りの結果であった。しかし、具体的な概念の認知度については、精神保健福祉センターで 6 割程度であり、具体的な取り組みを行っているセンターは 2 割程度という結果であった。精神保健福祉関連行政機関において TIC という言葉や概念については、まだ十分に浸透しているわけではなく、実践例も少ないことが示唆された。一方で、非実施施設のうち、精神保健福祉センターで 6 割、保健所でも 3 割近くが必要性を感じている結果となり、今後 TIC を我が国で展開していく際に、精神保健福祉行政の中心的役割を担っている両施設が地域における土台となる可能性が示唆された。

A. 研究目的

トラウマを含む子ども期の逆境体験の頻度は高く、米国では研究参加者の 52.1%が 18 歳以前に 1 つ以上の、6.2%は 4 つ以上の逆境体験を経験していることが疫学調査によって明らかになっている。また、その影響はその後のメンタルヘルスのみならず身体疾患への影響も指摘されるなど広範かつ長期におよぶことが示されてきた (Felitti. Am J Prev Med. 1998)。

子ども期の逆境体験の頻度の高さと影響の大きさが明らかになったこと等から、近年「トラウマイ

ンフォームドケア (TIC)」が注目されている。TIC は PTSD に特化した治療ではなく、トラウマ体験の影響を理解し、当事者がトラウマを体験したことが明らかではなくともその可能性を念頭に置き、それを踏まえた対応を通常の医療やサービスの中に組み込んでいくことである (亀岡. 精神経誌. 2018)。TIC は患者の症状緩和や支援者の燃えつきを予防する可能性が JAMA でも指摘され (Kuehn. JAMA. 2020)、既に TIC のための手引きも出版されている (SAMHSA' s Trauma and Justice Strategic Initiative. 2014)。しかし、わが国において TIC

の実践に向けた取り組みは進んでいるとは言えず、また行政的な取り組みなどもまだ全国的に広まっているとは言えない。精神保健医療福祉の行政的な介入やあるいは医療保険福祉関係機関向けの研修等を通じて精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及や、地域精神保健福祉活動の推進における中核的役割を担っているのが全国にある精神保健福祉センターや保健所である。

本研究では、精神保健福祉センターや保健所のTICに関する現状での実践状況やニーズ調査を行うことで、今後TICの実践に向けて地域における土台となる精神保健福祉センターと保健所などの実態把握を行う。

B. 研究方法

1. 調査概要と調査対象

本調査は調査1(精神保健福祉センター長対象)、調査2(保健所長対象)、調査3(精神保健福祉センター相談スタッフ対象)によって構成された。調査1(全国69箇所)および調査2(全国47箇所)では、TICに関する現状での実践状況やニーズ等について各機関の状況を代表して回答を求めた。なお、調査2では各都道府県の代表保健所を対象とした。調査3は各精神保健福祉センターで普段相談業務を担当している常勤スタッフ(各センター5名を最大として)に調査を行った。本調査はすべて匿名回答とし、各施設名の所在地のみ回答を求めた。

2. 適格基準・除外基準

①適格基準

- 1) 同意取得時に精神保健福祉センターまたは保健所に勤務している
- 2) 施設長もしくは施設全体の業務・方針を把握していること(施設長向け調査票への回答者のみ)
- 3) 主たる業務が精神保健福祉センターにおける相談業務である常勤職員(調査3の回答者のみ)

②除外基準

- 1) 調査回答時点で精神保健福祉センターもしくは保健所に所属していないこと

3. 調査項目

①調査1と調査2の調査票の質問項目は、以下のとおりである。

- 1) TICに関する概念の当該施設での浸透度について
- 2) TICに関する対外的な研修の実施について
- 3) TICに関する内部向けの研修の実施について
- 4) 基礎情報(所属施設名、役職、その他施設情報)

②調査3の調査票の質問項目は以下の通りである。

- 1) TICに関する概念の当該施設での浸透度に関する質問
- 2) PTSDないしトラウマ体験を有するケースへの対応状況に関する質問
- 3) The trauma provider survey (Kassam-Adams, Nancy et al., 2015)
- 4) 日本語版K6 (Furukawa et al, 2008)
- 5) 日本語版Maslach Burnout Inventory (増田, 1997)
- 6) 基礎情報(所属施設の所在地域、職種、勤務形態、勤続年数、主な業務内容等)

4. 解析方法

本調査は実態調査を目的としているため、記述統計を基本とした解析を行った。また調査3の質問紙(The trauma provider survey, 日本語版K6, 日本語版Maslach Burnout Inventory等)はそれぞれの関連性を確認するために、相関関係について検討を行った。

C. 研究結果

以下、調査1、調査2、調査3の順に結果を述べる。

調査1

1) 基本情報

有効回答数は57(回答率:82.6%)だった(表1)。回答センターの所在地については、関東所在のセンターが最も多く13か所(22.8%)、最も少ないのは甲信越と四国の3か所(5.3%)であった(図1)。回答者の属性として、センター長が最も多かった(91.2%)(図2)。その他役職の内訳は、参与(嘱託医)、次長、所長「精保C、児相、婦相、知更相、身更相、を含む5機関合同のセンター長」が各1センターであった(表2)。センターの相談業務を

担当している常勤職員数は、最小が0人、最大が36人で、平均7.9人であった(表3)。

2) TICという言葉・概念の浸透度についての実態

『トラウマ・インフォームドケア(TIC)という言葉聞いたことはありますか?』については、「ある」(80.7%)が大部分を占めた(図4)。

TICがどのような概念であるか具体的に「よく知っている」「少しは知っている」と回答したのは64.9%(図5)、また54.4%が日々の業務の中でTICを耳にする機会が増えたと実感していた(図6)。TICに関する何かしらの取り組みを行っているセンターは21.1%であり、半数以上が取り組みを行っていない(図7)。取り組みを行っている回答があったセンターからは表4のように、その内容について記載があった(複数回答)。

3) TICに関する対外的な研修について

対外的なTICの研修を行う必要性を感じ、すでに研修を行っているセンターが8.8%あった。対外的なTICの研修を行っていない場合でも、その必要性を感じるという回答が59.6%であった(図8)。半数以上が必要性を感じていたが、実施におけるハードルについて「TICの知識・スキルが不足している」38が最も多く、次いで「研修を実施するスキルが不足している」、「対応する人がいない」との回答が得られた(図9)。

既存の研修にTICや広義のトラウマに関する内容を入れることは可能だと思うか、について「容易だと思う」と「工夫すれば可能だと思う」が合わせて89.5%であった(図10)。そのためのツールとしては「スライド資料」が最も多く、次いで、「TICについて簡単に説明する数分間の動画」「講師による30分～60分程度のビデオ講座」と回答があった(図11)。

4) TICに関する内部の職員向けの研修について

自施設の職員向けの研修については、5.3%が、その必要性を感じてすでに実施していた。内部の職員向けの研修を行っていない場合でも「とても必要を感じる」「必要を感じる」が合わせて64.9%であった(図12)。

研修を行う際のハードルとしては、「TICの知識・スキルが不足している」が最も多く、次いで「研修を実施するスキルが不足している」、「他業務で多

忙なためTIC研修の準備・実施にかかる時間がない」となった(図13)。

『どのようなツールがあれば既存の研修内容に含めることができると思いますか?』については、「スライド資料」が最も多く、次いで、「TICについて簡単に説明する数分間の動画」、「講師による30分～60分程度のビデオ講座」となった(図14)。

5) トラウマ対応における課題

『トラウマ体験を持つ方への対応について貴施設で課題を感じることはありますか?』については、「とても感じる」と「少し感じる」が合わせて87.7%にのぼった(図15)。利用者の過去のトラウマ体験の影響やトラウマがあると感じるケースが「よくある」と「少しある」の回答が94.8%と大部分を占めた(図16)。

トラウマについての研修は33.3%が実施しており、「ない」45.6%、「わからない」21.1%であった(図17)。研修を実施していると回答した19のセンターから具体的な内容の回答があった(複数回答)(表5)。

『トラウマを意識するケースや対応が必要とされるケースは増えている実感はありますか?』については、「とても感じる」と「少し感じる」が合わせて71.9%であった(図18)。

TICやトラウマ体験を持つ方への対応を行う上で、今後必要とされる人材として、「心理職(公認心理師・臨床心理士等)」が最も多く、回答数は52であった。次いで、「精神科医」、「精神保健福祉士」、「保健師」、「看護職員(看護師、准看護師)」となった(図19)。

調査2

1) 基本情報

有効回答数は31(回答率:66.0%)だった(表1)。回答保健所の所在地については、関東および九州・沖縄の保健所が最も多く6か所(19.4%)、最も少ないのは中部と中国の2か所(6.5%)であった(図20)。

回答者の属性は、保健所長が最も多く(74.2%)、次いで、その他役職(22.6%)であった(図21)。その他役職の内訳は、精神保健福祉相談員、補佐兼健康支援課長、専門福祉司、精神保健係長、担当保健師、係長が各1か所であった(表6)。

2) TICという言葉・概念の浸透度についての実態

『トラウマ・インフォームドケア (TIC) という言葉を聞いたことはありますか?』について「なし」が77.4%と大部分を占めた(図 22)。また、TICとはどのような概念であるか「聞いたことがあるがよくは知らない」「初めて聞いた」が合わせて93.5%を占めた(図 23)。加えて、すべての回答者がTICを耳にする機会の増加を実感しておらず(図 24)、TICに関する何かしらの取り組みを実施している保健所は1つもなかった(図 25)。

3) TICに関する対外的な研修について

対外的なTICの研修を行う必要性を感じてすでに実施している保健所はなく、TICの研修を行っていないが「とても必要を感じる」「必要を感じる」が合わせて32.2%、「あまり必要を感じない」「全く必要ない」が合わせて58.1%であった(図 26)。

対外的なTICの研修を行う際のハードルとして、「TICの知識・スキルが不足している」が最も多く、回答数は27であった。次いで「対応する人がいない」、「研修を実施するスキルが不足している」となった(図 27)。

既存の研修にTICや広義のトラウマに関する内容を入れることについては、「容易だと思う」「工夫すれば可能だと思う」が合わせて61.3%であり、「難しいと思う」が32.3%であった(図 28)。どのようなツールがあれば実施可能かについては、「TICについて簡単に説明する数分間の動画」が最も多く、次いで「スライド資料」「講師による30分～60分程度のビデオ講座」となった(図 29)。

4) TICに関する内部の職員向けの研修について

自施設の職員向けの研修を実施している保健所はなかった。また、内部の職員向けの研修を行っていないが「とても必要を感じる」「必要を感じる」が合わせて32.2%、「あまり必要を感じない」が64.5%であった(図 30)。

研修を行う際のハードルとしては、「TICの知識・スキルが不足している」が最も多く、「他業務で多忙なためTIC研修の準備・実施にかかる時間がない」、「研修を実施するスキルが不足している」などが挙げられた(図 31)。

どのようなツールがあれば既存の研修内容に含めることができるかについては、「TICについて簡単に説明する数分間の動画」が最も多く、次いで、「講師による30分～60分程度のビデオ講座」、「ス

ライド資料」となった(図 32)。

5) トラウマ対応における課題

『トラウマ体験を持つ方への対応について貴施設で課題を感じることはありますか?』について、「とても感じる」「少し感じる」とする回答が54.8%であり、「あまり感じない」「全く感じない」は合わせて45.1%であった(図 33)。

利用者の過去のトラウマ体験の影響やトラウマが背景にあると感じるケースがあると回答したのは51.6%であり、「あまりない」「全くない」合わせて48.4%であった(図 34)。

3.2%はトラウマについての研修を行っていたが、研修を行って「ない」が83.9%、「わからない」が12.9%であり、「ない」が大半を占めた(図 35)。こういった内容の研修であったかは、1件の回答を得た(表 7)。

『トラウマを意識するケースや対応が必要とされるケースは増えている実感はありますか?』については、「とても感じる」「少し感じる」が58.1%であった(図 36)。

今後、TICやトラウマ体験を持つ方への対応を行っていく上で必要な人材としては、「心理職(公認心理師・臨床心理士等)」が最も多く、回答数は28であった。次いで、「精神科医」、「精神保健福祉士」、「保健師」、「看護職員(看護師、准看護師)」、「薬剤師」となった(図 37)。

調査3

1) 基本情報

配布数345に対し、有効回答数は247(回答率71.6%)だった(表 1)。

回答センターの所在地については、関東所在のセンターが最も多く64か所(25.9%)、最も少ないのは甲信越と四国の13か所(5.3%)であった(図 38)。

回答者の職種は、「保健師」が最も多く76センター(30.8%)で、「心理職(公認心理師・臨床心理士等)」が67センター(27.1%)、「精神保健福祉士」が58センター(23.5%)であった(図 39)。

回答者の勤続年数は年数と月数について、それぞれを自由記述とした。回答の勤続年数をカテゴリに分けてみると、「1年未満」26.3%、「1年以上3年未満」32.8%、「3年以上5年未満」17.4%、「5年以上10年未満」13.0%であった。また、最短は0年1か月、最長は34年0か月であり、平均4年2か月(SD59.5 ※月数で算出)であった(表 8)。

回答者の年齢は、「40～44歳」が最も多く、21.1%であり、次いで「45～49歳」17.0%、「35～39歳」15.0%、「30～34歳」12.1%であり、30～40代が6割以上を占めている(図40)。回答者の性別は、男性が22.3%、女性が77.3%であった(図41)。

2) TICという言葉・概念の浸透度についての実態
『「トラウマ・インフォームドケア(TIC)」という言葉聞いたことはありますか?』については、「ある」が66.4%、「ない」が33.6%であった(図42)。

TICがどのような概念であるか具体的に「よく知っている」「少し知っている」と39.7%が回答し、「聞いたことがあるがよくは知らない」「初めて聞いた」が合わせて60.3%であった(図43)。

TICを耳にする機会が近年増えてきている実感があるかについては「とても思う」「少し思う」との回答が37.6%であり、6割以上が「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と回答した(図44)。

『トラウマ体験を持つ方への対応についてあなたは課題を感じることはありますか?』については、「とても感じる」「少し感じる」が合わせて91.9%であり、9割以上を占めた(図45)。

3) トラウマ対応における課題

『あなたが担当するケースの中で、PTSDと診断されたことのあるケースは全ケースの中でどのぐらいの割合を占めますか?』については、0%～100%の11段階での回答とした。「10%」が最も多く46.2%、次いで「0%」34.0%であり、10%以下が8割以上を占めた(表9)。

『あなたが担当するケースに過去のトラウマ体験の影響が大きいと考えられるなど、トラウマが背景にあると感じるケースはどのぐらいありますか?』についても、問5と同様に11段階で回答を求めた。「10%」が最も多く17.4%、次いで「30%」15.4%、「20%」14.6%であった(表10)。

4) The trauma provider survey

The trauma provider surveyについて各サブカテゴリの合計点の平均値(±標準偏差)を算出した。

「トラウマに配慮した医療に関する知識(11項目)」30.5(±2.7)点、「トラウマに配慮した医療に関する意見(6項目)」17.3(±1.7)点、「自己

評価された能力(10項目)」17.3(±3.4)点、「トラウマに配慮した医療の障害の認識(4項目)」10.5(±2.2)点、「最近の実践(7項目)」は9.4(±2.5)点という結果であった(表11)。

「トラウマに配慮した医療に関する知識」の項目では先行研究に倣い(1)、「正しい選択肢」を回答している回答者についてその比率を検討した。ここでの「正しい選択肢」は、項目1、4～6、8～11では「そう思う」「まったくそう思う」とし、項目2、3、7では「全然そう思わない」「そう思わない」とした。「正しい選択肢」を回答した回答者の比率は、「4. 心的外傷を受けた出来事の最中のどこかの時点で、自分が死ぬかもしれないと思った人は、心的外傷後ストレス反応を起こすリスクが高い

(89.9%)」、「6. 怪我や病気の心理的な影響は、身体症状よりも長引くことが多い(91.5%)」、などの項目でおおよそ9割を超えていた。一方、「3. 重度の怪我や病気をしている人は怪我や病気が重度でない人よりも、一般的に、より重篤な心的外傷性ストレス反応を起こす(46.6%)」「5. 重い病気や怪我を経験した後、多くの人は自分自身でうまく対処している(49.4%)」など、半数程度にとどまった項目もあった(表12)。

「トラウマに配慮した医療に関する意見」に関する項目について、「そう思う」「まったくそう思う」がTICに対する好意的な意見を示している(質問項目1のみ「全然そう思わない」「そう思わない」)。項目1は91.5%、他の項目でも70%をこえており、TICに対して好意的であることが示された(表13)。

「自己評価された能力」に関する項目では、「少しできる」「とてもできる」が、「1. 心的外傷を負った患者があなたに話しかけやすくなる/あなたといてほっとすると感じられるように、患者と関わる」(84.6%)、「2. 患者の強い感情的苦痛に対して、冷静に、批判的な判断をせずに対応する。」

(91.1%)など、8割を超える項目があった。一方、「できない」という回答は「3. 患者に再び心的外傷体験をさせることなく、心的外傷となった出来事の詳細を聞く。」(59.9%)、「7. 心的外傷となる出来事が起こったすぐ後に、患者の苦痛、感情面でのニーズ、支援体制を評価する。」(57.5%)で半数を超えていた(表14)。

「トラウマに配慮した医療の障害の認識」に関する項目では、すべての項目で「少し障壁となってい

る」と「大きな障壁となっている」の回答をあわせて6割をこえていた(表15)。

「最近の実践」に関する項目では、「5. 患者に、自分の社会的支援(家族、友人など)の活用を促す」で52.2%の回答者が「はい」と回答していたが、他の項目はいずれも半数以下であった(表16)。

5) 日本語版 K6

日本語版 K6 の合計点は、有効回答者の平均値(±標準偏差)が4.6(±4.3)点という結果であった。軽症および重症をスクリーニングするための最適なカットオフポイントとして、先行研究では5点以上、および13点以上が用いられている。この区分ごとの回答者数の内訳は、5点以上が40.5%、13点以上が6.5%であった。また、5点以上の回答者の平均値(±標準偏差)が8.9(±3.7)点、13点以上の回答者の平均値(±標準偏差)が15.6(±2.8)点であった(表17)。

6) 日本語版 Maslach Burnout Inventory

日本語版 Maslach Burnout Inventory について、下位概念ごとに合計点の平均値(±標準偏差)をみ図46)。

D. 考察

調査1

1) 回答精神保健福祉センターの背景

回答率は82.6%であり、8割以上の精神保健福祉センターより回答が得られた。所在地はもともとの所在施設数とおおよそ同じ比率であり、一定程度均一に回答が得られたと考えられる。また、回答者の属性は90%以上がセンター長であり、それ以外の属性もほとんどが管理職以上であるため各センターの状況を一定以上反映していると考えられる。

2) TIC という言葉・概念の浸透度について

約8割がTICという言葉を知ったことがあったが、「概念について具体的に少しは知っている・よく知っている」と答えたのは6割程度であり、言葉自体を耳にする機会はあるものの、概念としての浸透はまだ限定的と考えられる。また、半数ほどがTICという言葉や概念を耳にする機会の増加を感じているおり、徐々に触れる機会が増えていくことが予想された。

TICに関する何かしらの具体的取り組みを行っ

ると、「情緒的消耗感(EE)」では13.3(±4.4)点、「脱人格化(DP)」では11.3(±3.9)点、「個人的達成感の低下(PA)」では21.6(±3.8)点であった(表18)。

7) 各項目間の相関

The trauma provider survey のサブカテゴリ1~3と日本語版 K6、日本語版 Maslach Burnout Inventory の相関については、サブカテゴリ1とサブカテゴリ2では $r=0.350$ ($p<0.001$) であり、やや弱い正の相関がみられた。サブカテゴリ1とサブカテゴリ3では $r=0.158$ ($p<0.05$) であり、相関関係はみられなかった。サブカテゴリ2とサブカテゴリ3では $r=0.266$ ($p<0.001$) であり、弱い正の相関がみられた。サブカテゴリ3とB0では $r=-0.192$ ($p<0.05$) であり、弱い負の相関がみられた。K6とB0では、 $r=0.659$ ($p<0.001$) であり、正の相関がみられた。また、サブカテゴリ1とK6およびB0、サブカテゴリ2とK6およびB0、サブカテゴリ3とK6ではいずれも有意な相関はみられなかった(表19、

ていたのは12のセンター(21.1%)であり、全国的にはまだ少ない傾向がよみ取れる。すでにTICの研修を取り入れているセンターも一定数あり、「外部講師による定期的な研修」や「考え方を共有できるようにするためのスタッフ研修」、「心の健康づくり推進協議会にて扱った」などが行われていた。また、「TICという言葉は用いていないが研修に取り入れている」など、改めてTICという言葉は用いずに考え方を取り入れているという回答も一定数みられ、すでに取り組みを行っているセンターが全国的にいくつかあることが明らかとなった。

一方で、取り組みの具体的内容について回答を求めた自由記述には、TICを「メンタルヘルスファーストエイド(MHFA)」や「サイコロジカルファーストエイド(PFA)」等と同様のものあるいは類似概念と捉えていると思われる記載も見られることからTICの知名度がまだ高くないという実態が推察された。

3) TICに関する対外的な研修について

主催する研修にTICを採用しているケースはまだ少ないが、約6割のセンターは対外的なTICに関する研修実施の必要性を感じていた。研修実施のハードルとして「TICの知識・スキル不足」「研

修実施スキル不足」が最も多く、「準備と実施にかける時間がない」「予算がない」という回答も次点で多かった。

また、「既存研修へTICに関する内容を入れ込むこと」については、89.5%が「容易」もしくは「工夫すれば可能」と回答した。研修の中に入れ込むにあたって活用したいツールとしては、自由度の高いスライドや短い動画が選ばれていた。

4) TICに関する内部の職員向けの研修について

TICに関する内部職員向けの研修をすでに実施しているセンターは5.3%であった。しかし、6割以上が研修の必要性を感じており、機会があれば多くのセンターがスタッフ向け研修にTICを取り入れていく可能性が高いと考えられた。職員向けの研修を困難にさせるものとして、センター内で研修を実施できる職員がいない、時間的な余裕がないという主に2つの要素に分けられると考えられる。また、「予算がない」も19上がっており、センターごとに事情が異なる可能性も示唆された。また、既存研修に入れ込むためのツールとして、スライドや短い動画以外に「講師による30～60分程度ビデオ講座」の意見も多く、内部向けの研修では時間の調整が比較的付きやすいためか、講師による講義を求める声も一定程度あった。

5) ト라우マへの対応について

87.7%がトラウマ体験を持つ方への対応について課題を感じており、大半のセンターが普段からその対応について苦慮している現状がうかがえた。また、トラウマが背景にあると感じるケースの割合は94.8%であり、多くの対応ケースでトラウマ関連の問題を扱う場面があると推察された。

33.3%がトラウマに関する研修を実施していた。TICについての研修より高い割合だが、トラウマ自体を扱う研修が少ない現状がうかがえた。

「TIC実践やトラウマ対応において必要と思う職種（複数回答可）」は「心理職」が最も多く52であり、次いで「精神科医」が51で特に多かった。しかし、他の職種も一定数以上挙げられており、

各センターの職員の配置数や現状の職種も回答に影響を与えている可能性がある。

調査2

1) 保健所の背景

回答率は66.0%であり、7割近くの保健所より回答が得られた。所在地はもともとの所在施設数とおおよそ同じ比率であり、一定程度均一に回答が得られたと考えられる。また、回答者の属性は70%以上が保健所長であり、それ以外の属性もほとんどが管理職以上であるため一定以上は各センターの状況を反映していると考えられる。

2) TICという言葉・概念の浸透度について

「TICの概念について聞いたことがあるがよくは知らない」「初めて聞いた」との回答が9割以上で、大半を占めた。また、TICという言葉や概念を耳にする機会の増加を感じている回答者はおらず、TICという概念に触れる機会自体がほとんどないと予想される。加えて、TICに関する何かしらの取り組みを行っている保健所はなく、その点からも、まだTICという言葉自体が保健所では知られていない実態が明らかになった。

3) TICに関する対外的な研修について

対外的なTICの研修について必要性を感じて実施している保健所はなく、6割程度がその必要性を感じていなかった。TICという言葉自体に触れる機会が少ないため、強い必要性を感じている保健所も少ないという結果と予想される。

「対外的なTICの研修を行う際、ハードル」については、「TICの知識・スキル不足」を挙げる保健所が最も多く、「対応する人がいない」や「研修実施スキル不足」「準備と実施にかける時間がない」、という回答も次点で多かった。また、「既存研修へTICに関する内容を入れ込むこと」については、多くの保健所が(61.3%)が「容易」もしくは「工夫すれば可能」という回答であった一方で、精神保健福祉センターと異なり「難しいと思う」が約3割を占めた。また、「TIC研修を既存研修に入れ込むためのツール(複数回答可)」については、

「数分程度の動画」が最も多く、次いで「スライド資料」最後に「講師による30～60分程度ビデオ講座」という順であった。精神保健福祉センターとは異なり、既存研修スライドに入れ込んで使用するというよりは、すでに完成している動画等のコンテンツを流すなどの方が保健所は扱いやすいということも結果に影響している可能性が考えられた。

4) TICに関する内部の職員向けの研修について

自施設の職員向けの研修を行っている保健所はなかった。研修の必要性を「あまり感じない」とする回答が64.5%あり、保健所は精神保健福祉センターに比べるとTICに関する研修について、現状では必要性を感じている割合は低い。研修のハードルとしては、「知識不足・スキル不足」が最も多く、「多忙のために時間がない」「研修を実施するスキル不足」が続いた。保健所は精神保健福祉以外の業務を担っているため、精神保健福祉センターに比べると、「多忙のために時間がない」の割合が高く、TIC研修の優先度が低い保健所も多いと考えられた。

TIC研修を既存研修に入れ込むためのツールについては、「数分程度の動画」が最も多く、「講師による30～60分程度ビデオ講座」、「スライド資料」という順であった。対外的な研修と同様に、すでに完成している動画等のコンテンツを流すという研修方法が、多くの保健所で導入しやすい可能性が示唆された。

5) トラウマへの対応について

トラウマ体験を持つ方への対応について課題を感じている保健所は半数程度であり、大半の保健所が、普段からトラウマ体験への対応について苦慮してわけではない可能性がある。これは、保健所ごとに課題となる問題が異なるからと考えられる。

「利用者のなかで過去のトラウマ体験が大きいなど、トラウマが背景にあると感じるケースの割

合」も同様に、「よくある」「少しある」が合わせて51.6%である一方で、48.4%は「あまり感じていない」という結果であり、保健所ごとに状況が異なる可能性がある。

6割程度の保健所がトラウマを意識するケースが増えている実感があつたが、トラウマについての研修を行っている保健所は3.2%であり、トラウマ自体を扱う研修が稀であることが明らかになった。

TIC実践やトラウマ対応において必要と思う職種は「心理職」が最も多く、次いで「精神科医」が特に多いという結果であった。しかし、精神保健福祉センターと同様に他の職種も一定数以上は挙げられており、各保健所の職員の配置数や現状の職種も回答に影響を与えている可能性がある。

調査3

1. TIC・トラウマに関する知識および実践の実態

回答率は71.6%で、多くの回答が得られた。職種は保健師が最も多く、次いで心理職、精神保健福祉士が多いという構成である。経験年数、年齢ともに中堅以上のキャリアの相談員の回答が最も多いと予想される。

約6割がTICという言葉を目にしているが、その概念について知っているのは4割程度であった。どちらもセンター長の回答よりも少ない。TICという言葉や概念を目にする機会の増加を感じているのは約4割であつて、センター長と同じく、最近になってTICという言葉やその概念に触れる機会が、必ずしも増えているわけではない。

トラウマ体験を持つ方への対応について9割以上が課題を感じており、多くの相談スタッフが、普段の相談業務の中で困難さを感じている可能性が示唆された。ほとんどのスタッフが、日常業務における対応相談ケースの全体の中でPTSDと診断されたことのあるケースが占める割合は10%以下と回答しており、あまり多くないことが予想される。一方で、全ケースのうち、トラウマが背景にあると感じる担当ケースは30%以下と回答した相談スタッフは約半数だった。PTSDの診断が

ついていないまでも、トラウマ体験を有すると感じる利用者に対する相談業務は比較的多くのスタッフが日常的に経験している可能性が示唆された。

2. The trauma provider survey

比較を行うため、先行研究 (Bruce, M. M. et al. 2018) と同カテゴリで集計を行った。以下、主に先行研究との回答内訳との比較を中心に考察する。The trauma provider survey の「トラウマに配慮した医療に関する知識」について「1. 重症になつたり～」の正答率は、先行研究が 93.8% に対して、本調査では 66.4% であり、最も差が大きい項目であった。その他の項目については、先行研究と概ね同様の水準であり、トラウマに関する知識について先行研究と大きな違いはないと考えられた。「トラウマに配慮した医療に関する意見」についても、ほぼ先行研究と同様の意見の傾向であることが示された。また、「自己評価された能力」については、「患者に再び心的外傷体験をさせることなく～」「よくある心的外傷性ストレス反応や症状について～」「心的外傷となる出来事が起こったすぐ後に～」「心的外傷に焦点を当てた～」の 4 つの項目が特に、先行研究に比べて「できる」「少しできる」という回答が少なかった。心的外傷に対する対応としてより専門性が高いと思われる項目について、自信を持って対応ができるスタッフの割合は先行研究と比べて少ないと考えられる。

「トラウマに配慮した医療の障害の認識」のすべての項目で「少し障壁となっている」「大きな障壁となっている」の回答が 6 割をこえており、時間・業務範囲という制約や、対応スキルが十分ではないことなどが TIC の実践を行う際の障壁として認識している相談スタッフが多いと考えられた。

「最近の実践」に関する項目では、「5. 患者に、自分の社会的支援（家族、友人など）の活用を促す」で 52.2% の回答者が「はい」と回答しており、ほぼ先行研究と同じぐらいの水準であったが、他の項目はいずれも先行研究の半分以下であった。トラウマ

に配慮したケアを実践している割合は、先行研究に比べて大きく下回っていると示唆された。

3. 各尺度間の相関について

本報告書では、The trauma provider survey のサブカテゴリ 1～3 と K6 および日本語版 Maslach Burnout Inventory の相関関係について検討をおこなった。「トラウマに配慮した医療に関する知識」と「トラウマに配慮した医療に関する意見」でやや弱い正の相関がみられており、知識量が多いことは積極的にトラウマに配慮した医療の必要性を感じていることと関係していると考えられる。また、「トラウマに配慮した医療に関する意見」と「自己評価された能力」に、やや弱い正の相関が認められた。必ずしもというわけではないが、知識も持っていることは自分の対処スキルについても評価する傾向が示唆された。最後に K6 と日本語版 Maslach Burnout Inventory の間には強い正の相関は見られたが、これは先行研究で繰り返し指摘されている点ある。そのほかについて、特に The trauma provider survey とメンタルヘルスに関する 2 尺度との間には相関関係は認められなかった。全国的に TIC はまだ広まっておらず、実践している相談スタッフの人数は少ないため、メンタルヘルスとの関連については本調査においては認められなかった可能性がある。

E. 結論

TIC の概念の認知度については、精神保健福祉センターで 6 割程度、保健所では 1 割以下という結果であった。また、TIC の具体的な取り組みを行っているセンターは 2 割程度という結果であった。精神保健福祉関連行政機関において TIC という言葉や概念については、まだ十分に浸透しているわけではなく、実践例も少ないことが示唆された。一方で、非実施施設のうち、精神保健福祉センターで 6 割、保健所でも 3 割近くが必要性を感じている結果となり、今後 TIC を我が国で展開する際に、精神保健福祉行政の中心的役割を担っている両施設が地域における土台となる可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

I. 引用文献

1. Bruce, M. M., Kassam-Adams, N., Rogers, M., Anderson, K. M., Sluys, K. P., & Richmond, T. S. (2018). Trauma providers' knowledge, views and practice of trauma-informed care. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 25(2), 131.
2. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American J. of Preventive Medicine*. Vol.14, Issue 4, 245-258
3. Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., ... & Kikkawa, T. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey

Japan. *International journal of methods in psychiatric research*, 17(3), 152-158.

4. 亀岡 智美, 瀧野 揚三, 野坂 祐子, 岩切 昌宏, 中村 有吾, 加藤 寛 総説 トraumainフォームドケア—その歴史的展望— *精神経誌*. 120 (3): 173-185, 2018

5. Kassam-Adams, N., Ruzicidlo, S., Campbell, M., Good, G., Bonifacio, E., Slouf, K., ... & Grather, D. (2015). Nurses' views and current practice of trauma-informed pediatric nursing care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(3), 478-484.

6. Kuehn BM. Trauma-Informed Care May Ease Patient Fear, Clinician Burnout. *JAMA*. 2020 Feb 18;323(7):595-597.

7. 増田真也. (1997). 日本語版 Maslach Burnout Inventory の妥当性の検討. *健康心理学研究*, 10(2), 44-53.

8. US Department of Health and Human Services. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.

表 1 本調査の回答率

	対象	配布数	回答数	回答率
調査1	精神保健福祉センター長	69	57	82.6%
調査2	保健所長	47	31	66.0%
調査3	精神保健福祉センタースタッフ	345	247	71.6%

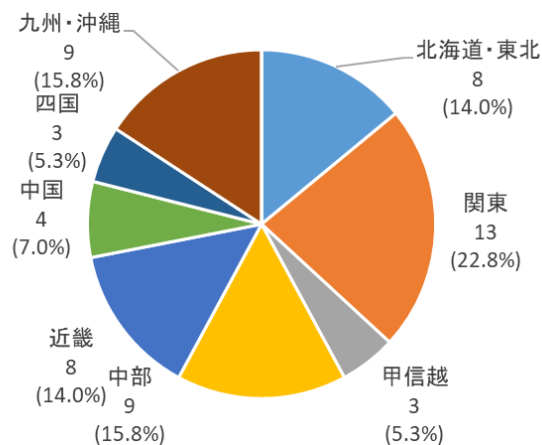


図 1 【調査 1 精保センター長】精保センターの所在地

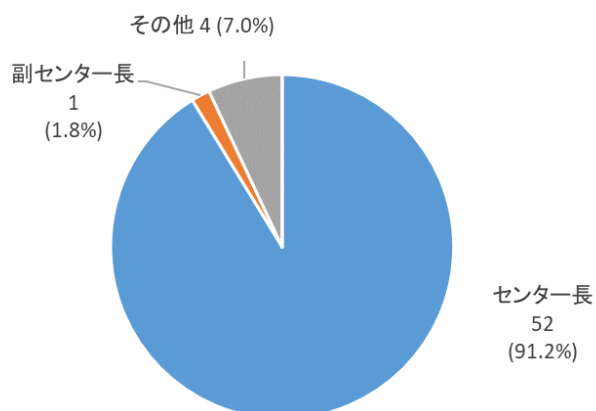


図 2 【調査 1 精保センター長】回答者の役職

表 2 【調査 1 精保センター長】回答者の役職

	回答数(人) () 内は内訳(%)
センター長	52 (91.2)
副センター長	1 (1.8)
その他	4 (7.0)
参与(嘱託医)	1 (1.8)
次長	1 (1.8)
所長	1 (1.8)
精保C、児相、婦相、知更相、身更相、を含む5機関合同のセンター長	1 (1.8)
合計	57 (100.0)

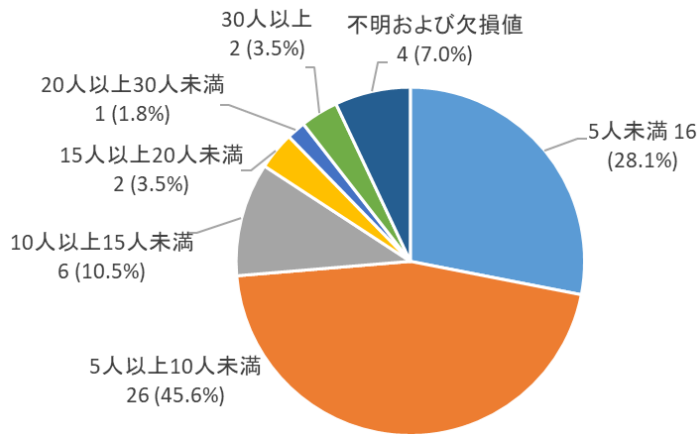


図 3 【調査 1 精保センター長】センターの相談業務を担当する常勤職員の人数

表 3 【調査 1 精保センター長】センターの相談業務を担当する常勤職員の人数

	回答数(人) () 内は内訳(%)
5人未満	16 (28.1)
5人以上10人未満	26 (45.6)
10人以上15人未満	6 (10.5)
15人以上20人未満	2 (3.5)
20人以上30人未満	1 (1.8)
30人以上	2 (3.5)
不明および欠損値	4 (7.0)
合計	57 (100.0)

平均: 7.9人 標準偏差6.8

最大値: 36人 最小値: 0人

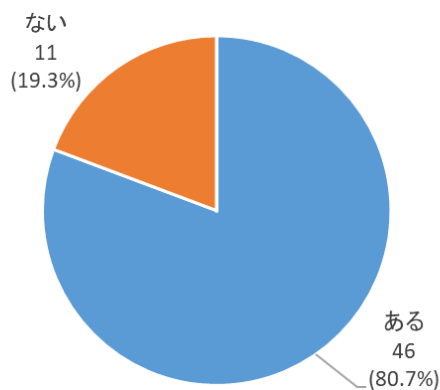


図 4 【調査 1 精保センター長】問 1 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」という言葉を知っていますか？」

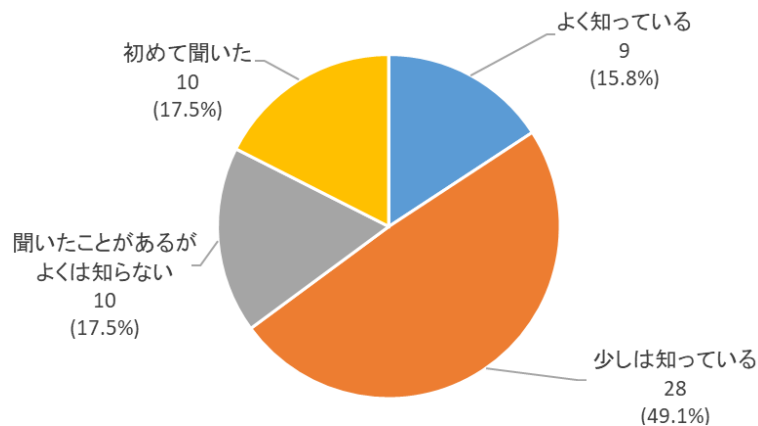


図 5【調査 1 精保センター長】問 2 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」とはどのような概念であるか具体的にご存知でしたか？」

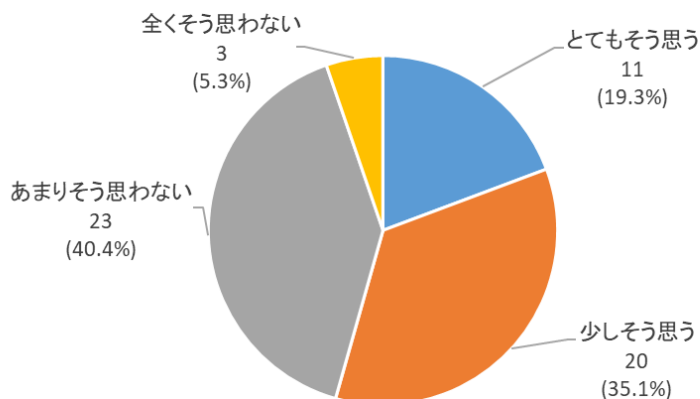


図 6【調査 1 精保センター長】問 3 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」という言葉や概念を日々の業務を行う中で耳にする機会が近年増えてきているという実感はありますか？」

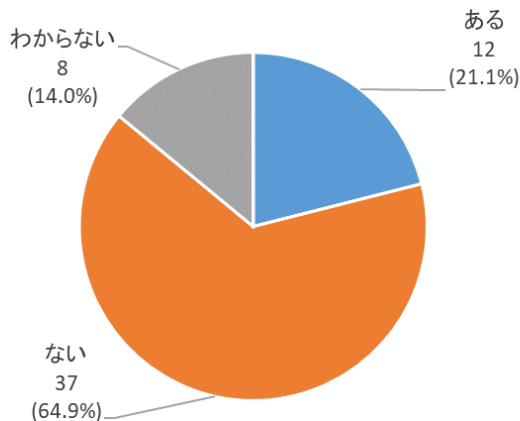


図 7【調査 1 精保センター長】問 4-1 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」に関する何かしらの取り組みを貴施設は行っていますか？」

表 4【調査 1 精保センター長】問 4-1 で「ある」とお答えいただいた方は、どのようなことを行ったのかご記入ください。

回答内容	回答者数
・コロナによるメンタルヘルスへの影響について啓発（リーフレット等） ・コロナ禍災害時での支援者支援の研修（年一回） ・その他トラウマ体験等 電話相談	1
・学校関係者を対象に、生徒等が急死した場合における主に生徒に対するこころのCare についての研修会の開催 ・PTA講習会への参加	1
・自死遺族支援研修会を開催し、その中でトラウマについて扱うが、TICという言葉は使っていない ・思春期こころのケア研修会を開催し、その中でトラウマについて扱うが、TICという言葉は使っていない ・PFA研修	1
精神科救急、自殺未遂者支援、ひきこもり相談、苦情相談などで対象者のトラウマを想定した対応を行っているまた少人数の職員対象の勉強会を行っている	1
2年続けて、外部講師によるTIC研修を実施（児相部門）	1
スタッフがセンター外の研修を受けている	1
センター職員および、関係機関職員を対象に外部講師によるTLC研修を定期的に行っている(年一回)	1
センター長が、スタッフ間で考え方を共有できるようにセンター内研修などのテーマに取り入れたことがある	1
トラウマを意識した支援のありかたを検討するように日々伝えている	1
外部講師によるTICについての講演会を実施した	1
今年度の心の健康づくり推進協議会では、「トラウマケア」をテーマで協議したが、その中でTICを話題にしました	1
災害時のこころのケアに関する支援や研修においてTICという用語は使っていないが、内容は取り入れている	1

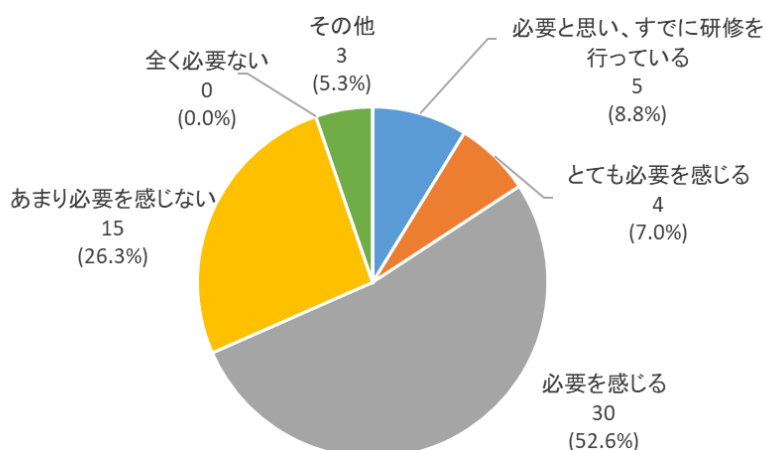


図 8【調査 1 精保センター長】問 5 「貴施設にて対外的な TIC の研修を行う必要を感じますか？」

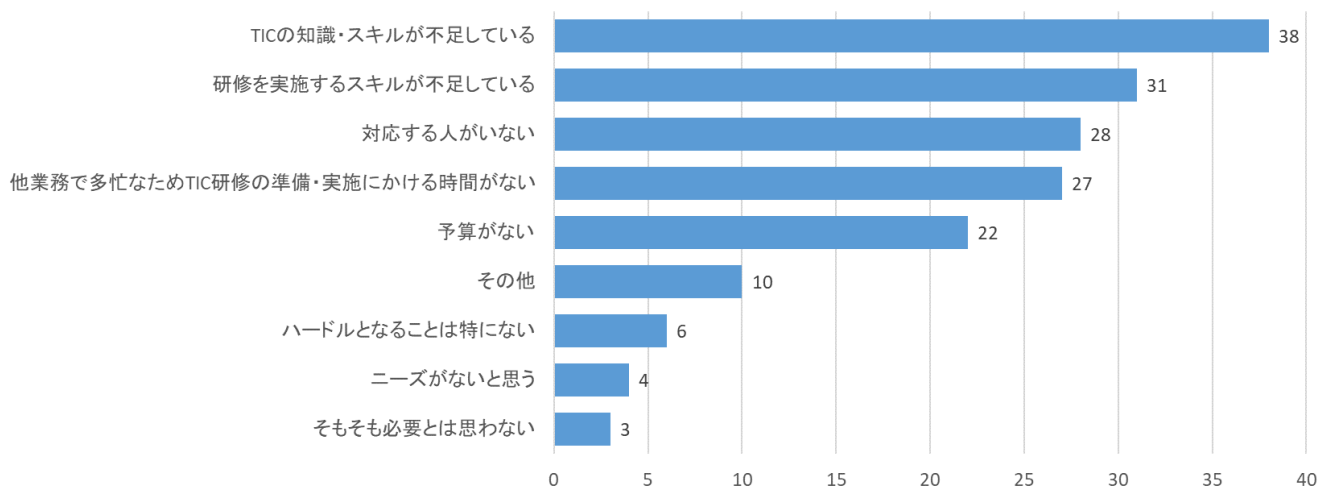


図 9 【調査 1 精保センター長】問 6 「対外的な TIC の研修を行う際、ハードルとなることはどのようなことだと思いますか？（複数回答 N=57）」

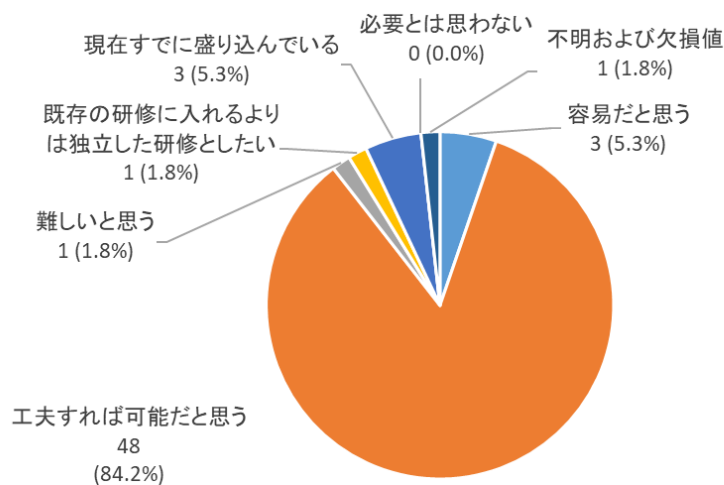


図 10 【調査 1 精保センター長】問 7 「既存の研修（自殺対策、依存症、ひきこもり支援等）の中に TIC や広義のトラウマに関する内容を入れることは可能だと思いますか？」

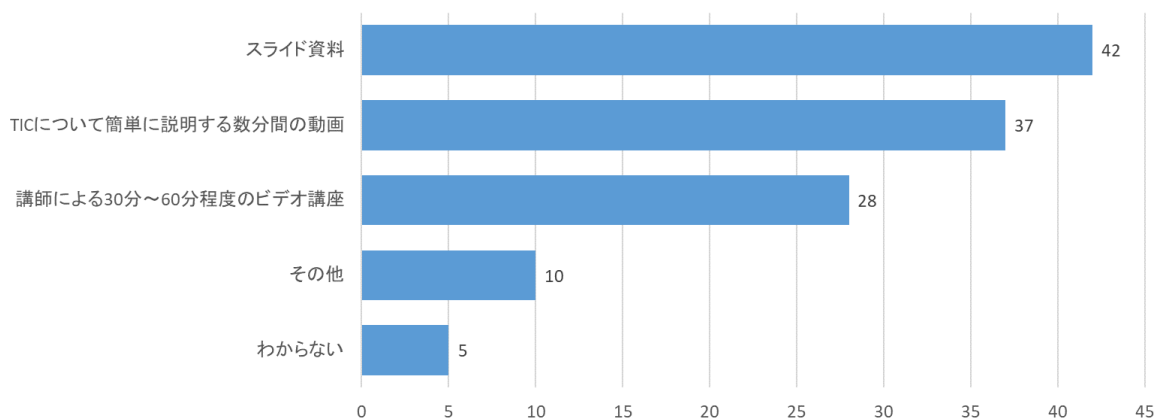


図 11 【調査 1 精保センター長】問 8 「どのようなツールがあれば既存の研修内容に含めることができると思いますか？（複数回答 N=57）」

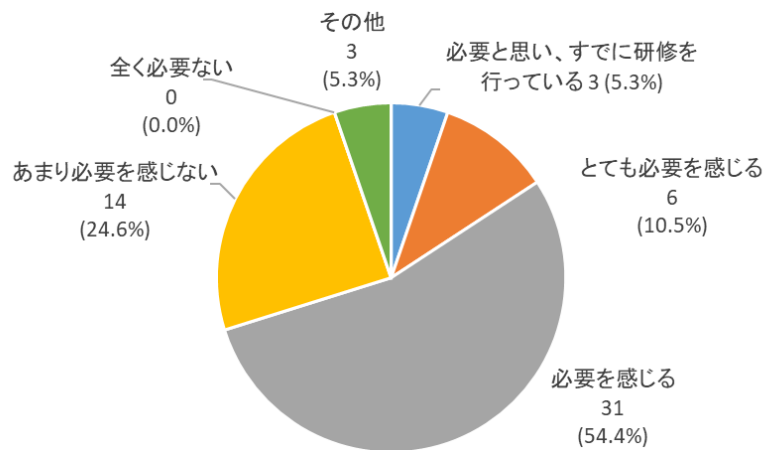


図 12【調査 1 精保センター長】問 9「貴施設において、自施設の職員向けの研修を実施するの必要を感じますか？」

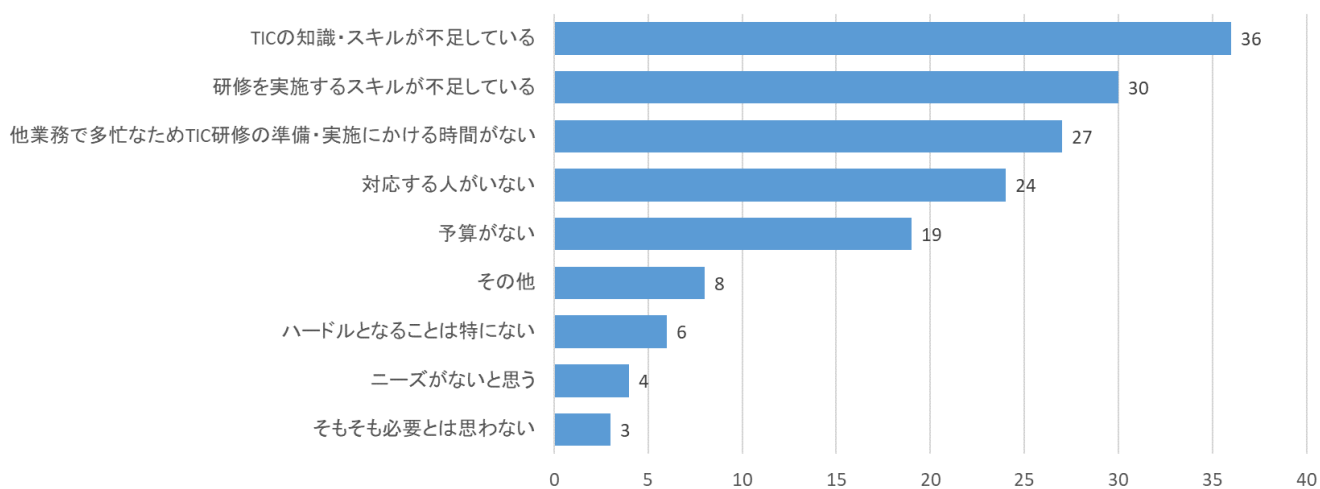


図 13【調査 1 精保センター長】問 10「貴施設において、自施設の職員向けの研修を行う際、ハードルとなることはどのようなことだと思いますか？（複数回答 N=57）」

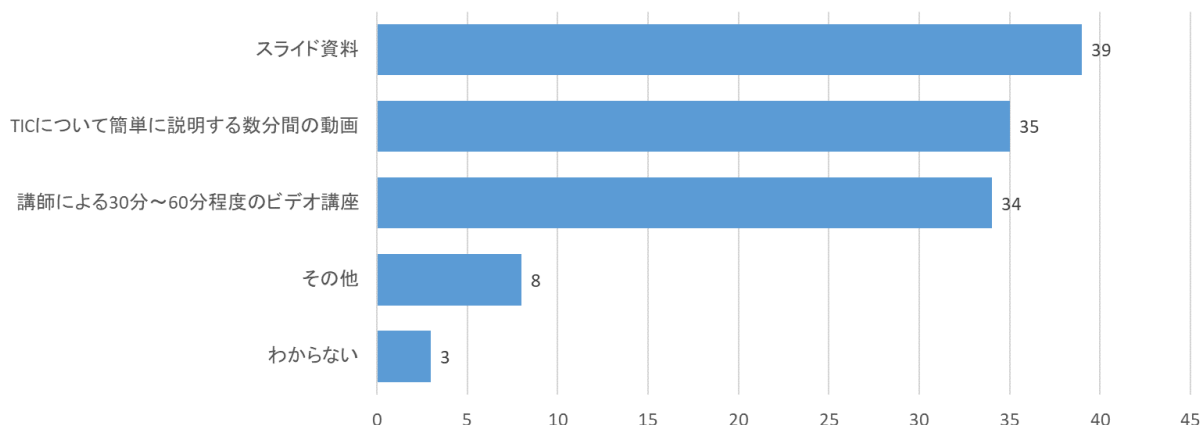


図 14【調査 1 精保センター長】問 11「どのようなツールがあれば既存の研修内容に含めることができると思いますか？（複数回答 N=57）」

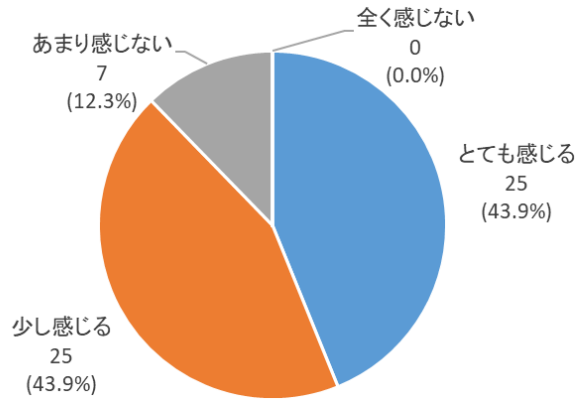


図 15【調査 1 精保センター長】問 12「トラウマ体験を持つ方への対応について貴施設で課題を感じることはありますか？」

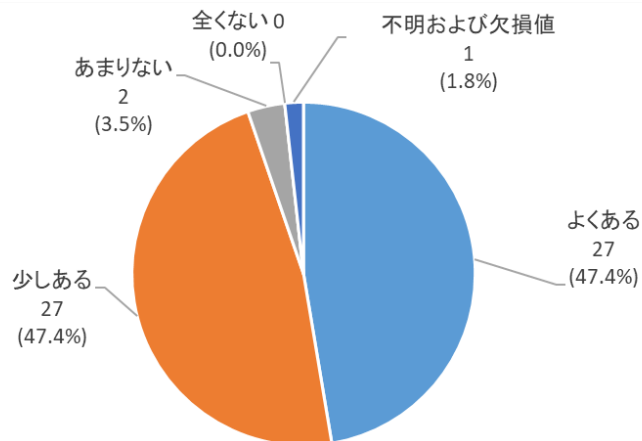


図 16【調査 1 精保センター長】問 13「貴施設の利用者の方の中に過去のトラウマ体験の影響が大きいと考えられるなど、トラウマが背景にあると感じるケースはどのぐらいありますか？」

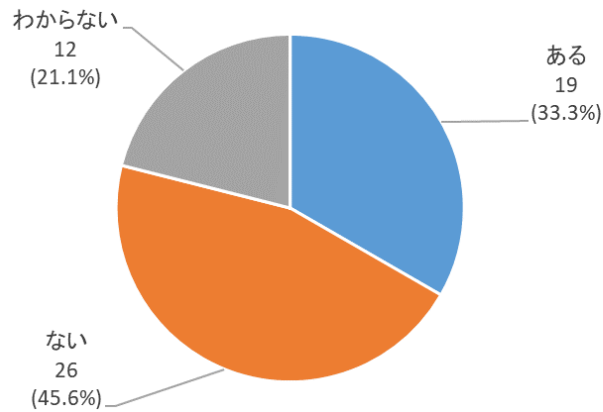


図 17【調査 1 精保センター長】問 14-1「貴施設において、トラウマについての研修を行ったことがありますか？」

表 5 【調査 1 精保センター長】問 14-2「問 14-1 で「ある」とお答えいただいた方は、どのようなものを行ったかご記入ください」

①【対象】	②【プログラム内容等】	③【期間】	④【参加人数】
1 行政職員、地域援助事業者、医療関係者等	①災害支援関係の研修 ②虐待への対応に関わる研修等	半日程度	数十名以上
2 ・保健センター（保健所）職員（相談員、保健師） ・本庁職員（精神保健福祉担当）	職員向け災害対応研修としてのPFA研修	1日（4時間）/年（2020年）	24名
3 自殺対策担当職員（市町村etc） 依存症対策担当職員（市町村etc） 母子メンタルヘルス研修（子育てに関わる行政職員etc） 災害被災者支援など	一般的なトラウマに関する知識の学習、リスクを抱える人への対応（一般知識～生活歴、環境から生じるトラウマ体験など）	半日～1日	数十人程度
4 医療機関・相談機関職員・行政職員等	被災後のこころのケア、トラウマ対応と悲嘆への対応	令和元年11月（H25～毎年実施）	約40名
5 学校関係者	学校現場における事件・事故により生じるであろう生徒のこころの傷に対するCare等について	1日×2～3回/年	70人くらい/回
6 自治体内の精神保健福祉・母子保健・児童福祉にかかわる支援者（保健所精神保健福祉担当職員・母子保健担当職員、子供家庭センター（児相）職員、市町村保健センター職員・児童福祉担当職員）等	①対面研修②web研修 大学教授や他自治体の保健センター長による講義	①対面研修：令和2年11月16日（月）13：30～17：00まで ②web研修：令和2年12月24日（金）9：00～令和3年1月22（金）17：00まで（動画配信）	①86名 ②143名 計229名
7 自殺や殺人、傷害の発生した職場や機関複数	トラウマやその対応についてのレクチャー個別面接必要に応じて診察	1週間～半年	数人～200人
8 中学校養護教諭 市町の自殺対策担当者 県（保健所、市町）保健師	「思春期こころのケア研修会」思春期外来を行う医師を招き、自傷等のケースについて事例検討を行う 「自死遺族支援研修会」自死遺族支援NPO、弁護士会、当事者グループによる講演と情報交換 PFA研修	年2回 年1回 年1回	R1年度計96名 R2年度コロナ対策もあり20名 20名 12名
9 内部職員や地域の精神保健福祉業務従事者等	・災害時におけるケアについて ・その他外傷体験がある人へのケアについて等	・単発の講義・研修会 ・数回シリーズの研修会等	数名～数十名
10 支援者、一般の方	自然災害、大事故、悲嘆、自死		
11 保健所職員、市町村職員、児童相談所職員、医療機関職員、児童福祉関係職員、障害福祉サービス事務職員	（H27年度以降） H27年度児童虐待に関する研修 H28-30年度PFA研修（WHO版） H31年度災害時心のケアに関する研修	上記はいずれも1日研修 （H28年度は1日研修を2回）	H27年度56名 H28年度55名 H29年度32名 H30年度26名 H31年度64名
12 援助職、SCなどと自治体職員（PFA）	SCや援助職にはトラウマに関する知識と対応、PFAは精研です。（今年は兵庫こころのケアセンターから	半日～1日	20人～50人くらいです。
13 地域の精神保健福祉医療関連の支援者	1.災害時のメンタルヘルス 2.女性の依存症者に関する研修の中でトラウマについて触れている	ここ数年は少なくとも年に1回位は開催しています。	
14 県市町村等行政、医療、教育、民間団体等子どものメンタルヘルスに関わる支援者対象	子どものメンタルヘルス、トラウマケアの重要性についての講演	H30年8月28日（火）13：30～15：30	137名
15 思春期メンタルヘルス対応スタッフ	講義にACEをとり入れる	半日講義に約30分年1,2回	約20人
16 精神保健福祉に関わる行政職員や事業所職員	WHO版PFA研修	東日本大震災以降、年1回実施（今後はコロナで中止）	20～30人弱/回
17 ・一般市民 ・相談支援に従事する職にある人 ・自治体の相談支援担当職員	講師による講話	2時間	合計約70人
18 不安で悩める市民	「不安対処スキルアップセミナー」において過去の体験が及ぼす影響において、感情や行動に焦点をあてて説明しています。	定期的に実施	各回数名
19 東日本大震災後の被災者支援担当者（内部・外部含む）	・あいまいな喪失について ・被災者のケアについて（トラウマ含む）	各一回	約40名程度（各回）

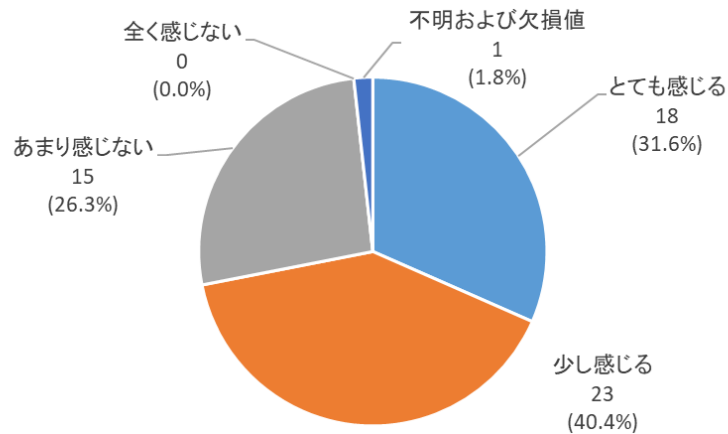


図 18【調査 1 精保センター長】問 15「トラウマを意識するケースや対応が必要とされるケースは増えている実感はありますか？」

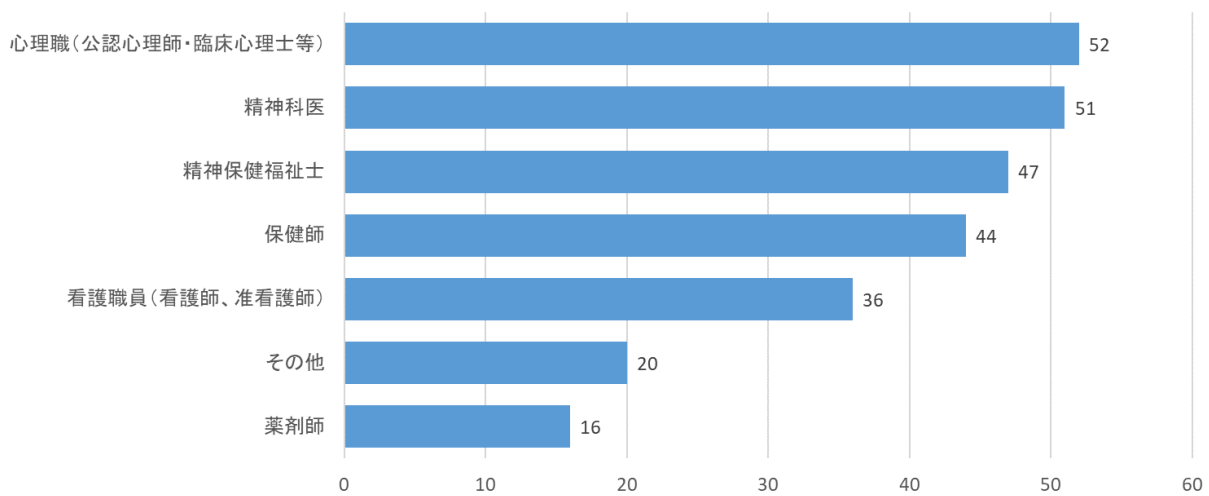


図 19【調査 1 精保センター長】問 16「トラウマ・インフォームドケア (TIC) やトラウマ体験を持つ方への対応を今後行っていく上でどのような職種の方や、どのような人が人材として必要だと思いますか？ (複数回答 N=57)」

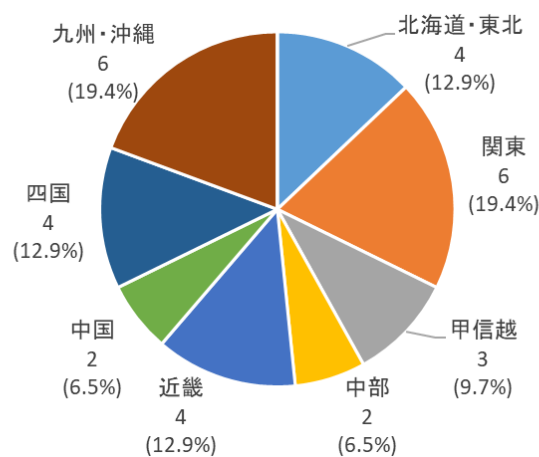


図 20【調査 2 保健所長】保健所の所在地

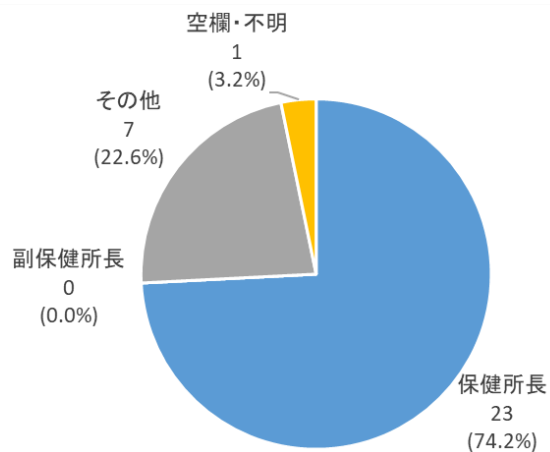


図 21 【調査 2 保健所長】回答者の役職

表 6 【調査 2 保健所長】回答者の役職

	回答数(人) () 内は内訳(%)
保健所長	23 (74.2)
副保健所長	0 (0.0)
その他	7 (22.6)
精神保健福祉相談員	1 (3.3)
補佐兼健康支援課長	1 (3.3)
専門福祉司	1 (3.3)
精神保健係長	1 (3.3)
担当保健師	1 (3.3)
係長	1 (3.3)
不明	1 (3.3)
不明および欠損値	1 (3.2)
合計	31 (100.0)

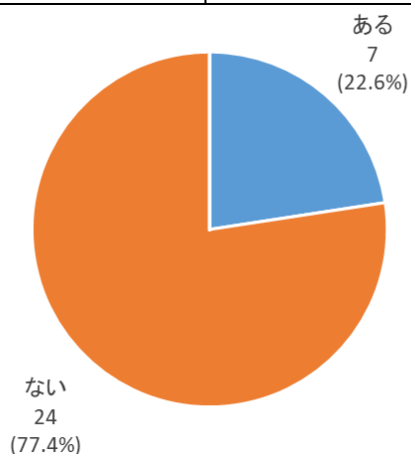


図 22 【調査 2 保健所長】問 1 「「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」という言葉聞いたことはありますか？」

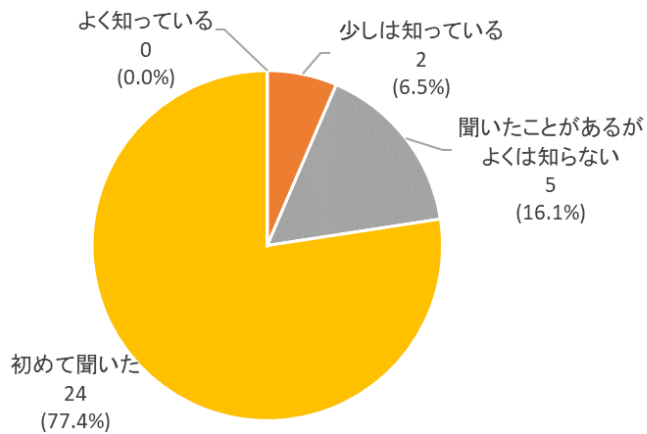


図 23【調査2 保健所長】問2 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」とはどのような概念であるか具体的にご存知でしたか？」

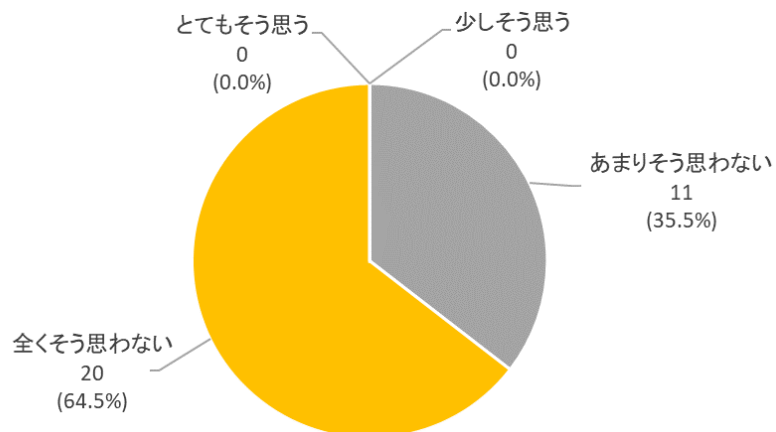


図 24【調査2 保健所長】問3 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」という言葉や概念を日々の業務を行う中で耳にする機会が近年増えてきているという実感はありますか？」

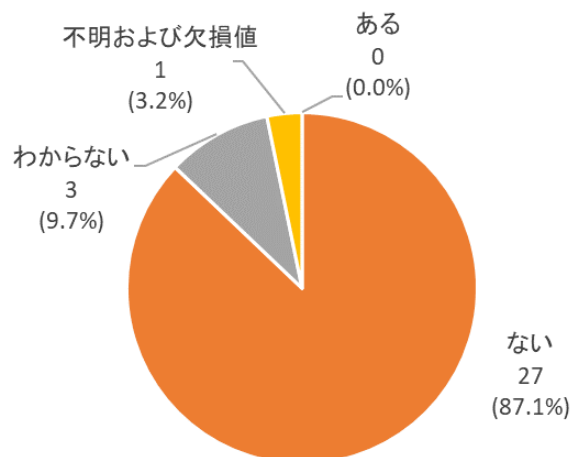


図 25【調査2 保健所長】問4-1 「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」に関する何かしらの取り組みを貴施設は行っていますか？」

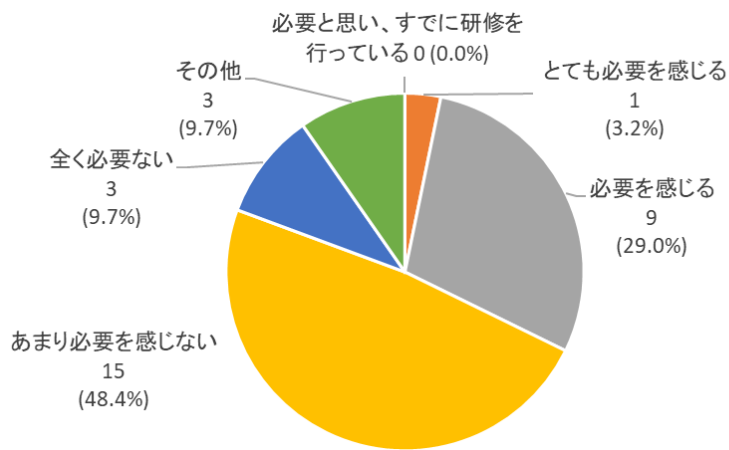


図 26 【調査 2 保健所長】問 5 「貴施設にて対外的な TIC の研修を行う必要を感じますか？」

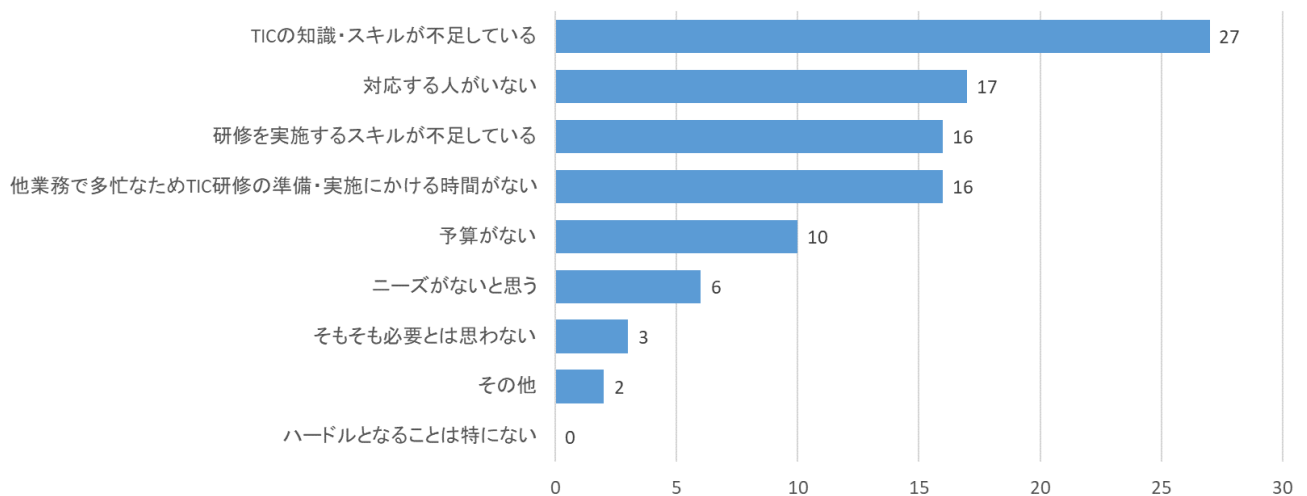


図 27 【調査 2 保健所長】問 6 「対外的な TIC の研修を行う際、ハードルとなることはどのようなことだと思いますか？（複数回答 N=31）」

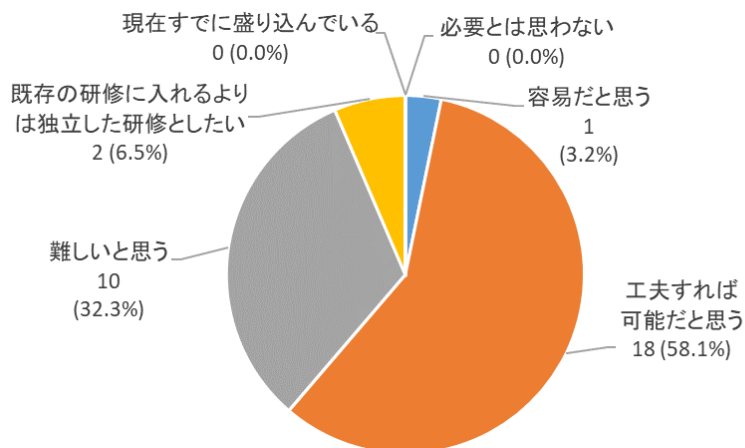


図 28 【調査 2 保健所長】問 7 「既存の研修（自殺対策、依存症、ひきこもり支援等）の中に TIC や広義のトラウマに関する内容を入れることは可能だと思いますか？」

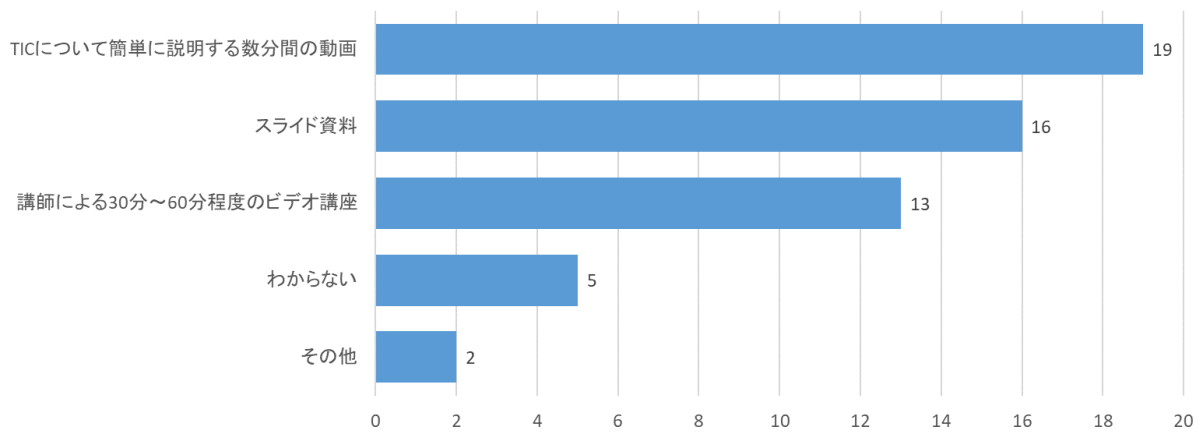


図 29 【調査 2 保健所長】 問 8 「どのようなツールがあれば既存の研修内容に含めることができますか？（複数回答 N=31）」

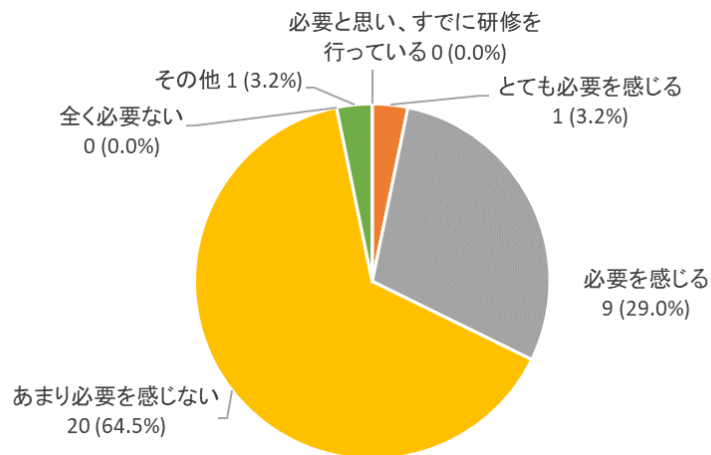


図 30 【調査 2 保健所長】 問 9 「貴施設において、自施設の職員向けの研修を実施するの必要を感じますか？」

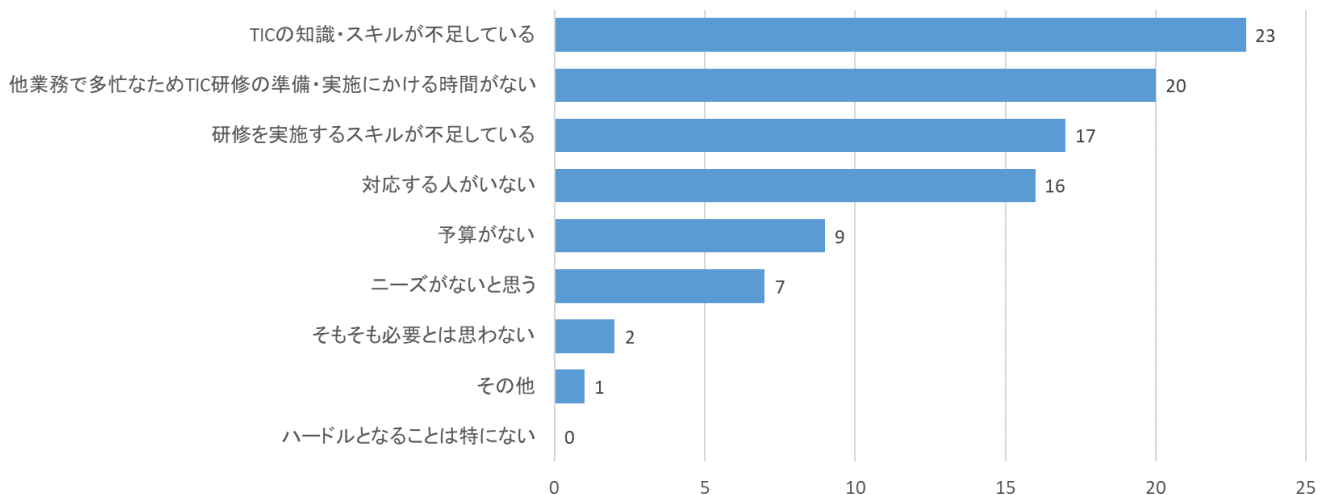


図 31 【調査 2 保健所長】 問 10 「貴施設において、自施設の職員向けの研修を行う際、ハードルとなることはどのようなことだと思いますか？（複数回答 N=31）」

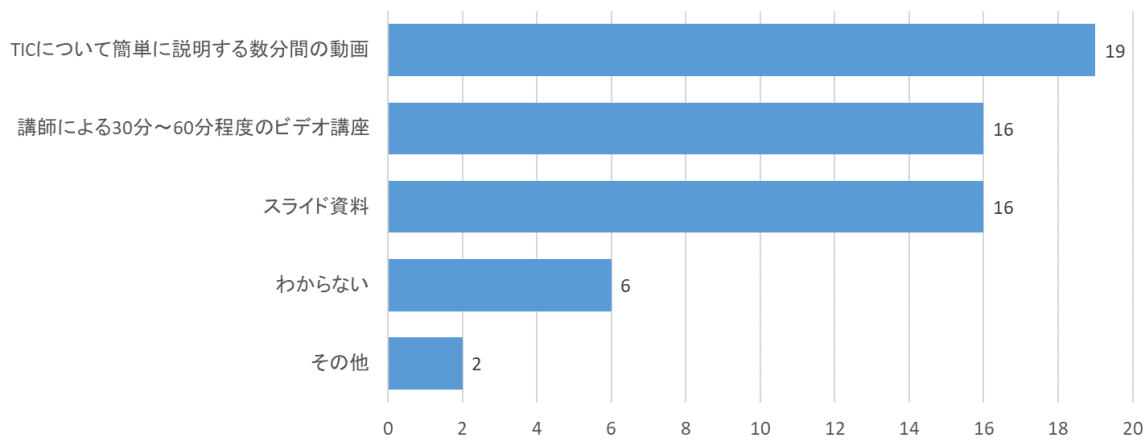


図 32 【調査 2 保健所長】問 11 「どのようなツールがあれば既存の研修内容に含めることができると
 思いますか？（複数回答 N=31）」

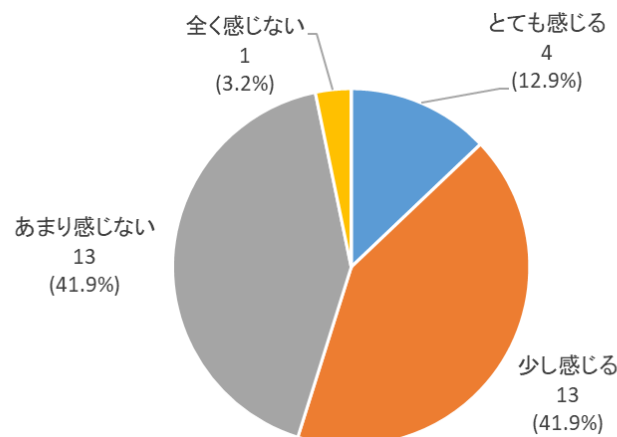


図 33 【調査 2 保健所長】問 12 「トラウマ体験を持つ方への対応について貴施設で課題を感じることは
 ありますか？」

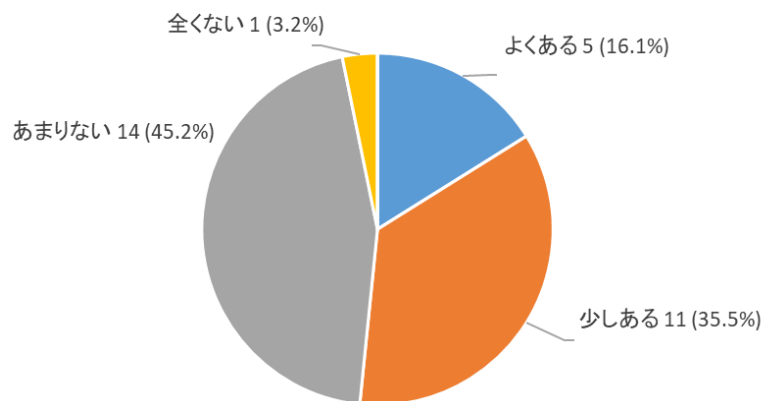


図 34 【調査 2 保健所長】問 13 貴施設の利用者の方の中に過去のトラウマ体験の影響が大きいと考
 えられるなど、トラウマが背景にあると感じるケースはどのぐらいありますか？」

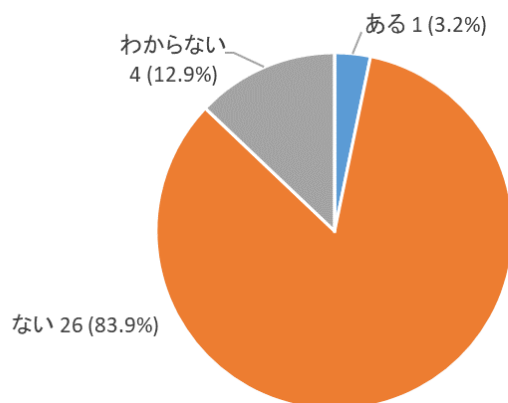


図 35 【調査 2 保健所長】問 14-1 「貴施設において、トラウマについての研修を行ったことがありますか？」

表 7 【調査 2 保健所長】問 14-2 「問 14-1 で「ある」とお答えいただいた方は、どのようなものを行ったかご記入ください。」

	①【対象】	②【プログラム内容等】	③【期間】	④【参加人数】
1	管内 自治体 職員	東日本大震災の精神的ケアについて	1 日	5 0 名程度

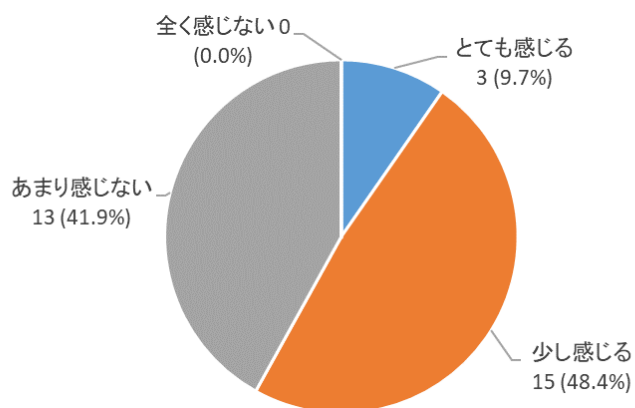


図 36 【調査 2 保健所長】問 15 「トラウマを意識するケースや対応が必要とされるケースは増えている実感はありますか？」

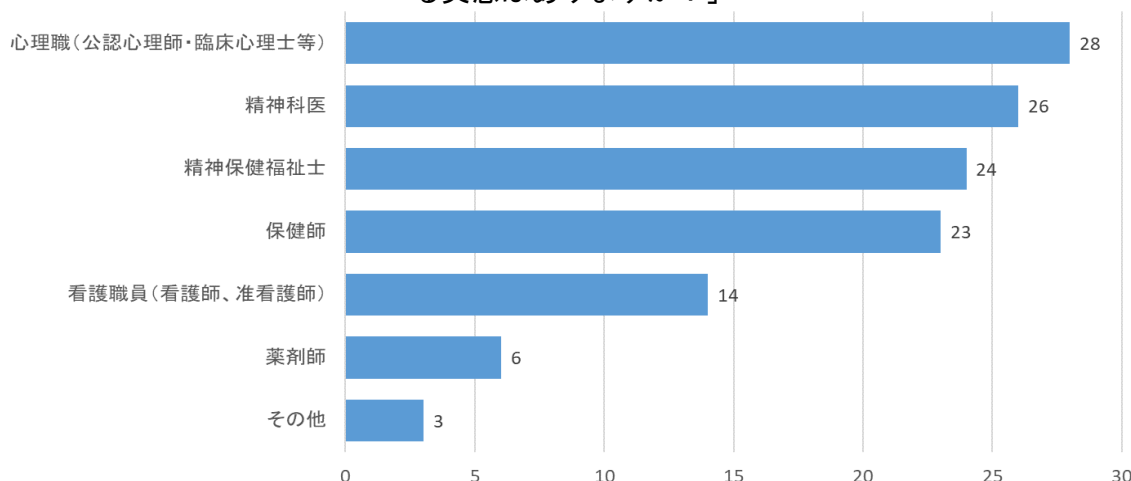


図 37 【調査 2 保健所長】問 16 「トラウマ・インフォームドケア (TIC) やトラウマ体験を持つ方への対応を今後行っていく上でどのような職種の方や、どのような人が人材として必要だと思われますか？ (複数回答 N=31)」

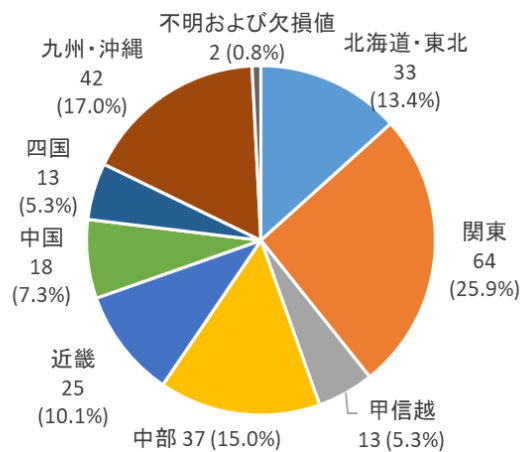


図 38 【調査 3 精保センタースタッフ】 精保センターの所在地域

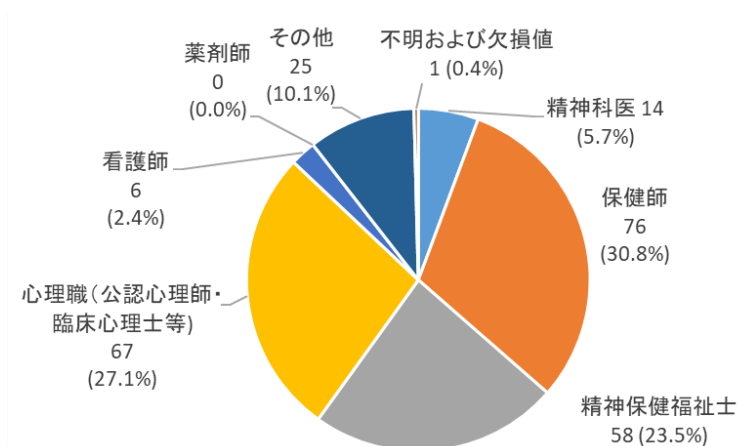


図 39 【調査 3 精保センタースタッフ】 回答者の職種

表 8 【調査 3 精保センタースタッフ】 回答者の勤続年数

	回答数 (人)	内は内訳 (%)
1年未満	65	(26.3)
1年以上3年未満	81	(32.8)
3年以上5年未満	43	(17.4)
5年以上10年未満	32	(13.0)
10年以上15年未満	14	(5.7)
15年以上20年未満	5	(2.0)
20年以上	4	(1.6)
不明および欠損値	3	(1.2)
合計	247	(100.0)

平均：4年2か月 標準偏差59.5 (※月数で算出)

最長：34年0か月 最短：0年1か月

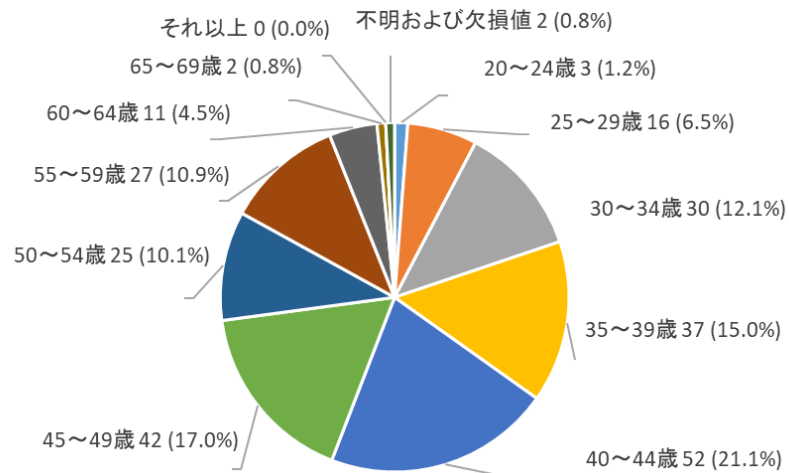


図 40 【調査 3 精保センタースタッフ】年齢

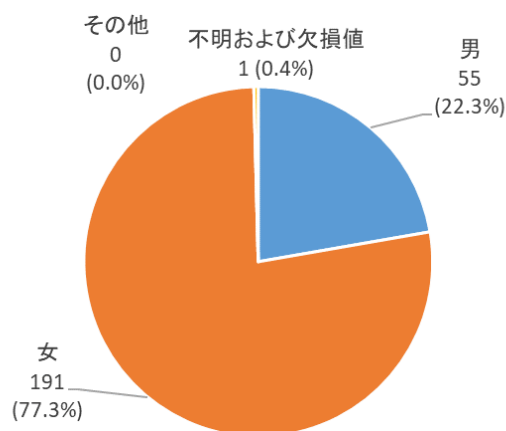


図 41 【調査 3 精保センタースタッフ】性別

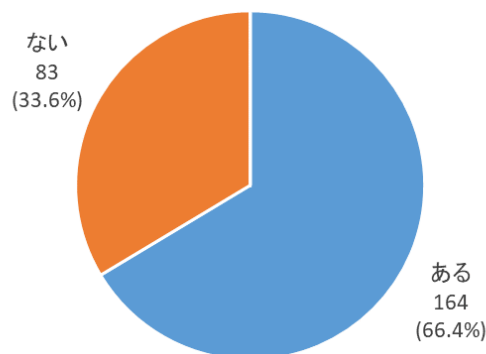


図 42 【調査 3 精保センタースタッフ】問 1 「「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」という言葉を知っていますか？」

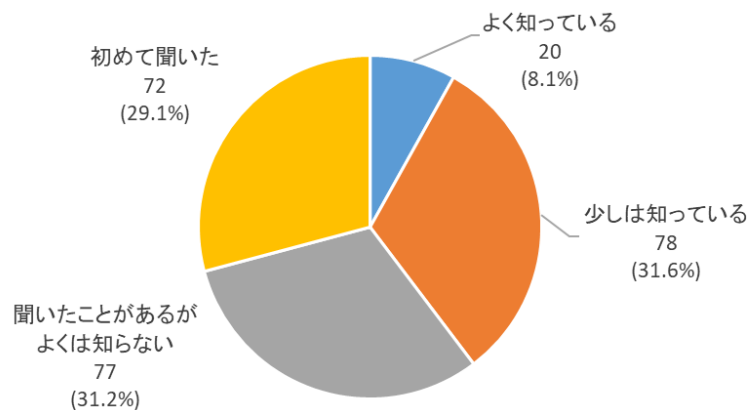


図 43 【調査3 精保センタースタッフ】問2 「「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」とはどのような概念であるか具体的にご存知でしたか？」

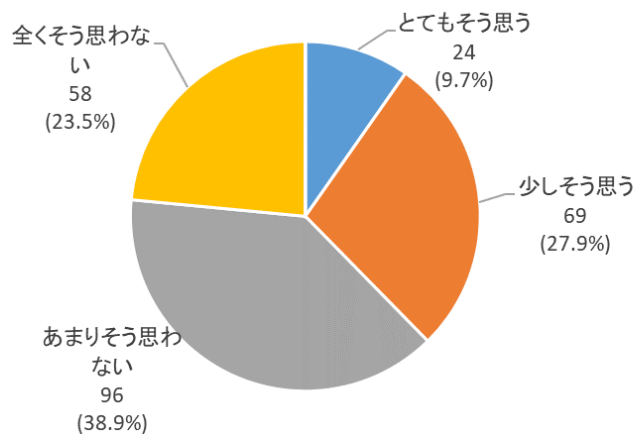


図 44 【調査3 精保センタースタッフ】問3 「「トラウマ・インフォームドケア (TIC)」という言葉や概念を日々の業務を行う中で耳にする機会が近年増えてきているという実感はありますか？」

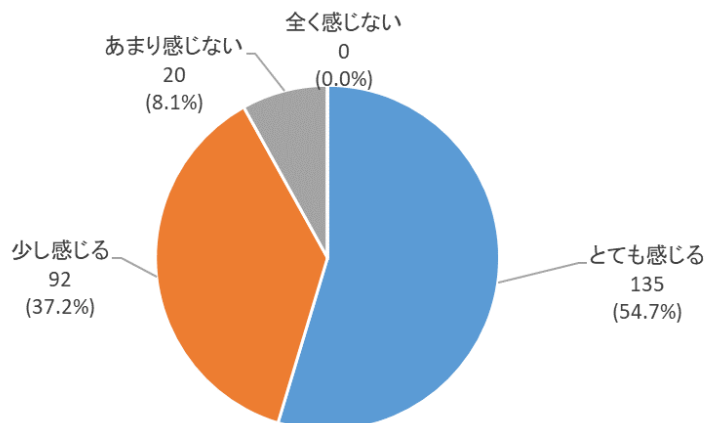


図 45 【調査3 精保センタースタッフ】問4 「トラウマ体験を持つ方への対応についてあなたは課題を感じることはありますか？」

表 9【調査 3 精保センタースタッフ】問 5 「あなたが担当するケースの中で、PTSD と診断されたことのあるケースは全ケースの中でどのぐらいの割合を占めますか？」

	回答数 (人) () 内は内訳 (%)
0%	84 (34.0)
10%	114 (46.2)
20%	18 (7.3)
30%	11 (4.5)
40%	0 (0.0)
50%	1 (0.4)
60%	0 (0.0)
70%	0 (0.0)
80%	0 (0.0)
90%	1 (0.4)
100%	0 (0.0)
不明および欠損値	18 (7.3)
合計	247 (100.0)

表 10【調査 3 精保センタースタッフ】問 6 「あなたが担当するケースに過去のトラウマ体験の影響が大きいと考えられるなど、トラウマが背景にあると感じるケースはどのぐらいありますか？」

	回答数 (人) () 内は内訳 (%)
0%	13 (5.3)
10%	43 (17.4)
20%	36 (14.6)
30%	38 (15.4)
40%	23 (9.3)
50%	20 (8.1)
60%	12 (4.9)
70%	21 (8.5)
80%	15 (6.1)
90%	12 (4.9)
100%	2 (0.8)
不明および欠損値	12 (4.9)
合計	247 (100.0)

表 11【調査 3 精保スタッフ】The trauma provider survey 回答の概要

The trauma provider survey サブカテゴリ項目	項目数	各項目の尺度	平均値	最小値	最大値	標準偏差
1 トラウマに配慮した医療に関する知識	11	4段階 (1点~4点)	30.5	22.0	40.0	2.7
2 トラウマに配慮した医療に関する意見	6	4段階 (1点~4点)	17.3	12.0	22.0	1.7
3 自己評価された能力	10	3段階 (1点~3点)	17.3	10.0	30.0	3.4
4 トラウマに配慮した医療の実施に対する障害の認識	5	3段階 (1点~3点)	10.5	5.0	15.0	2.2
5 最近の実践	7	2段階 (1点~2点)	9.4	7.0	14.0	2.5

表 12 【調査3 精保スタッフ】The trauma provider survey サブカテゴリ1「トラウマに配慮した医療に関する知識」の回答

質問項目	全然 そう思わない	そう思わない	そう思う	まったく そう思う	不明	合計	「正しい選択肢」の回答者数	
1. 重傷を負ったり病気になったりした人のほぼ全員が、その出来事の直後に少なくとも1つの心的外傷によるストレス反応を起こす。	6 (2.4%)	75 (30.4%)	140 (56.7%)	24 (9.7%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)	164 (66.4%)	そう思う/ まったくそう思う
2. 生命を脅かすような病気や怪我を経験したほとんどの人が、重篤な心的外傷後ストレス症状やPTSDを発症することは避けられない。※1	15 (6.1%)	129 (52.2%)	87 (35.2%)	16 (6.5%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	144 (58.3%)	全然そう思わない/ そう思わない
3. 重度の怪我や病気をしている人は怪我や病気が重度でない人よりも、一般的に、より重篤な心的外傷性ストレス反応を起こす。※1	8 (3.2%)	107 (43.3%)	118 (47.8%)	14 (5.7%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	115 (46.6%)	全然そう思わない/ そう思わない
4. 心的外傷を受けた出来事の最中のどこかの時点で、自分が死ぬかもしれないと思った人は、心的外傷後ストレス反応を起こすリスクが高い。	1 (0.4%)	24 (9.7%)	174 (70.4%)	48 (19.4%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	222 (89.9%)	そう思う/ まったくそう思う
5. 重い病気や怪我を経験した後、多くの人は自分自身でうまく対処している。	10 (4.0%)	115 (46.6%)	113 (45.7%)	9 (3.6%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	122 (49.4%)	そう思う/ まったくそう思う
6. 怪我や病気の心理的影響は、身体症状よりも長く引くことが多い。	2 (0.8%)	19 (7.7%)	177 (71.7%)	49 (19.8%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	226 (91.5%)	そう思う/ まったくそう思う
7. 重篤な心的外傷後ストレス反応が起きている人は、通常、明らかな苦痛の兆候を示す。※1	12 (4.9%)	136 (55.1%)	87 (35.2%)	12 (4.9%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	148 (59.9%)	全然そう思わない/ そう思わない
8. 病気や怪我をした患者によくある心的外傷性ストレスの兆候や症状を知っている。	12 (4.9%)	108 (43.7%)	124 (50.2%)	3 (1.2%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	127 (51.4%)	そう思う/ まったくそう思う
9. 患者の初期の心的外傷性ストレス反応の中には、健全な感情の回復過程の一部となり得るものがある。	0 (0.0%)	9 (3.6%)	205 (83.0%)	33 (13.4%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	238 (96.4%)	そう思う/ まったくそう思う
10. 病気や怪我をした患者の長期的な心的外傷後ストレス症状を防ぐために、医療提供者にできることがある。	0 (0.0%)	4 (1.6%)	176 (71.3%)	67 (27.1%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)	243 (98.4%)	そう思う/ まったくそう思う
11. 医療提供者が実践で使える、心的外傷後ストレス症状を評価するための効果的なスクリーニング法がある。	3 (1.2%)	49 (19.8%)	171 (69.2%)	21 (8.5%)	3 (1.2%)	247 (100.0%)	192 (77.7%)	そう思う/ まったくそう思う

※1 質問項目2、3、7では、「全然そう思わない」「そう思わない」が正しい選択肢となる。

表 13 【調査3 精保スタッフ】The trauma provider survey サブカテゴリ2「トラウマに配慮した医療に関する意見」の回答

質問項目	全然 そう思わない	そう思わない	そう思う	まったく そう思う	不明	合計
1. 医療提供者は、心的外傷となった出来事による精神健康への影響ではなく、患者の医療に重点を置くべきである。※1	26 (10.5%)	200 (81.0%)	20 (8.1%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
2. 医療の提供方法を変えることで、患者のストレスを軽減することができる。	0 (0.0%)	5 (2.0%)	199 (80.6%)	43 (17.4%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
3. 医療提供者は、患者に心的外傷への対処法を教えることができる。	2 (0.8%)	26 (10.5%)	188 (76.1%)	31 (12.6%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
4. 医療専門職は、心的外傷性ストレスの症状を定期的に評価すべきである。	1 (0.4%)	39 (15.8%)	176 (71.3%)	31 (12.6%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
5. 適切な医療を提供するためには、医療提供者が患者の精神健康に関する情報を持つことが必要である。	0 (0.0%)	4 (1.6%)	149 (60.3%)	92 (37.2%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
6. 重篤な心的外傷性ストレスを経験している患者を支援する際に、頼れる同僚がいる。	12 (4.9%)	51 (20.6%)	148 (59.9%)	35 (14.2%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)

※1 質問項目1では、「全然そう思わない」「そう思わない」がTICに対しての好意的な意見となる。

表 14【調査3 精保スタッフ】The trauma provider survey サブカテゴリ3「自己評価された能力」の回答

質問項目	できない	少しできる/ とてもできる	不明	合計
1. 心的外傷を負った患者があなたに話しかけやすくなる／あなたといえとすると感じられるように、患者と関わる。	38 (15.4%)	209 (84.6%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
2. 患者の強い感情的苦痛に対して、冷静に、批判的な判断をせずに対応する。	22 (8.9%)	225 (91.1%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
3. 患者に再び心的外傷体験をさせることなく、心的外傷となった出来事の詳細を聞く。	148 (59.9%)	99 (40.1%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
4. よくある心的外傷性ストレス反応や症状について、患者に教える。	44 (17.8%)	203 (82.2%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
5. 患者が心的外傷と感じるような病院内の状況を避けたり、変えたりする。	81 (32.8%)	165 (66.8%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
6. 患者の「自分は死ぬのか」という質問へ対応する。	75 (30.4%)	171 (69.2%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
7. 心的外傷となる出来事が起こったすぐ後に、患者の苦痛、感情面でのニーズ、支援体制を評価する。	142 (57.5%)	104 (42.1%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
8. 心的外傷に焦点を当てた基本的な介入を提供する。(たとえば症状の評価、ノーマライジング、心的外傷に関する心理教育、対処の支援)。	117 (47.4%)	129 (52.2%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
9. 年齢、性別、文化の異なる患者では、心的外傷性ストレスが異なる形で呈される可能性があることを理解する。	45 (18.2%)	202 (81.8%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)
10. 心的外傷性ストレス症状の評価と介入の背景にある科学的または実証的な根拠を理解する。	117 (47.4%)	130 (52.6%)	0 (0.0%)	247 (100.0%)

表 15【調査3 精保スタッフ】The trauma provider survey サブカテゴリ4「トラウマに配慮した医療の実施に対する障害の認識」の回答

質問項目	障壁ではない	少し障壁となっている/ 大きな障壁となっている	不明	合計
1. 時間的制約	31 (12.6%)	215 (87.0%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
2. 業務範囲の制約	31 (12.6%)	215 (87.0%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
3. 心的外傷を念頭に置いた評価と介入を提供するために研修を受ける必要があること。	79 (32.0%)	165 (66.8%)	3 (1.2%)	247 (100.0%)
4. 心的外傷を念頭に置いた評価と介入に関する情報や科学的証拠の分かりにくさ	38 (15.4%)	207 (83.8%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
5. 患者をさらに動揺させたり、心的外傷体験をさせてしまったりするのではという心配。	33 (13.4%)	212 (85.8%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)

表 16【調査3 精保スタッフ】The trauma provider survey サブカテゴリ5「最近の実践」の回答

質問項目	いいえ	はい	不明	合計
1. 患者に、苦痛の症状を把握するための質問をする	159 (64.4%)	87 (35.2%)	1 (0.4%)	247 (100.0%)
2. 患者の家族に、家族自身の苦痛の症状を評価するための質問をする	186 (75.3%)	59 (23.9%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
3. 患者に、処置中の痛みや不安を管理する方法を具体的に教える	203 (82.2%)	42 (17.0%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
4. 患者に、動揺する経験に対処するための具体的な方法を教える	163 (66.0%)	82 (33.2%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
5. 患者に、自分の社会的支援（家族、友人など）の活用を促す	116 (47.0%)	129 (52.2%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
6. 家族に、辛い/苦しい/怖い経験をした本人に対して家族が何を言うべきかを教える	156 (63.2%)	89 (36.0%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)
7. 家族に、本人が助けを必要としているかもしれない感情や行動上の反応について、情報を提供する。	146 (59.1%)	99 (40.1%)	2 (0.8%)	247 (100.0%)

表 17 日本語版 K6 得点の回答の概要

		回答者数 (内訳%)	平均値	最小値	最大値	標準偏差
全回答者		247 (100.0%)				
不明および欠損		2 (0.8%)				
有効回答者数		245 (99.2%)	4.6	0.0	23.0	4.3
うち	5点未満	145 (58.7%)	1.7	0.0	4.8	1.4
	5点以上	100 (40.5%)	8.9	5.0	23.0	3.7
うち	13点未満	229 (92.7%)	3.9	0.0	12.0	3.3
	13点以上	16 (6.5%)	15.6	13.0	23.0	2.8

項目内で、一部点数の不明があるものについては他の回答の平均値で補填

表 18【調査3 精保センタースタッフ】日本語版 Maslach Burnout Inventory 回答の概要

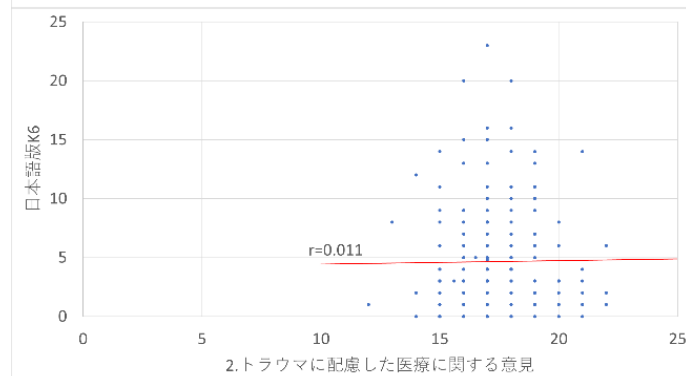
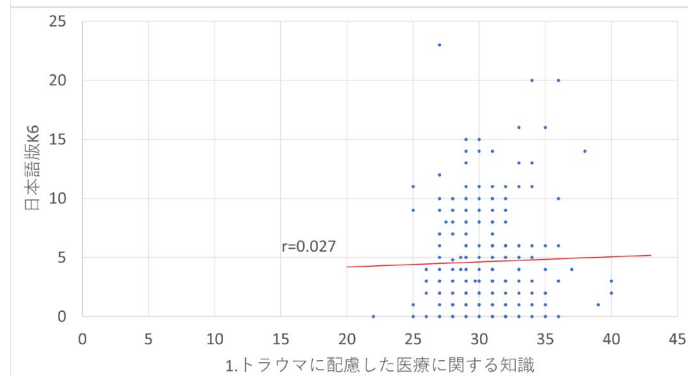
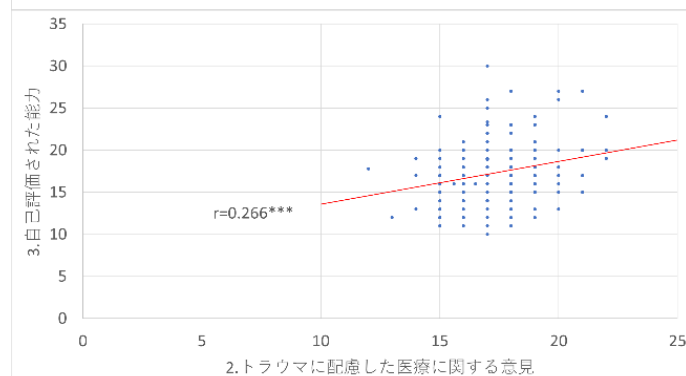
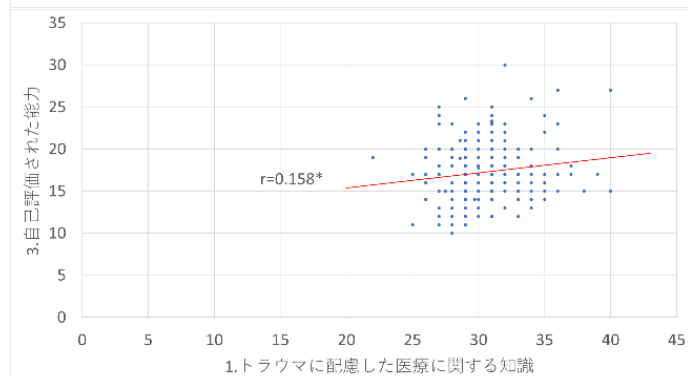
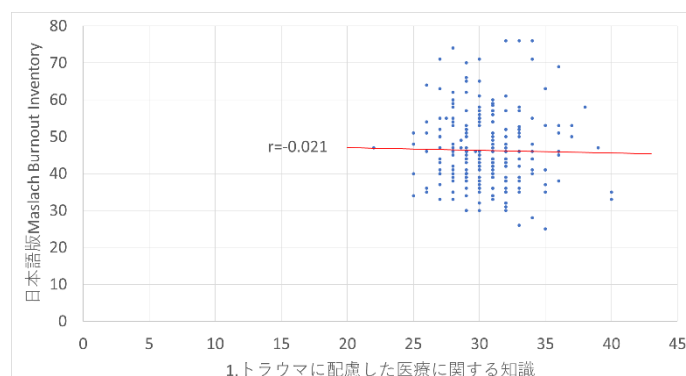
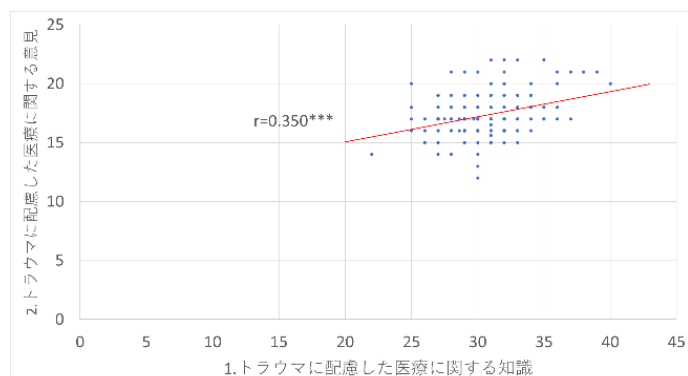
下位概念		項目数	平均値	最小値	最大値	標準偏差
EE	情緒的消耗感	5	13.3	5.0	25.0	4.4
DP	脱人格化	6	11.3	6.0	26.0	3.9
PA	個人的達成感の低下	6	21.6	9.0	30.0	3.8

項目内で、一部点数の不明があるものについては同じカテゴリの他の回答の平均値で補填

表 19【調査3 精保スタッフ】各項目間の相関係数

		The trauma provider surveyのサブカテゴリ			日本語版K6	日本語版Maslach Burnout Inventory
		1.トラウマに配慮した医療に関する知識	2.トラウマに配慮した医療に関する意見	3.自己評価された能力		
The trauma provider surveyのサブカテゴリ	1.トラウマに配慮した医療に関する知識	—	0.350 ***	0.158 *	0.027	-0.021
	2.トラウマに配慮した医療に関する意見	0.350 ***	—	0.266 ***	0.011	-0.048
	3.自己評価された能力	0.158 *	0.266 ***	—	-0.039	-0.192 *
日本語版K6		0.027	0.011	-0.039	—	0.659 ***
日本語版Maslach Burnout Inventory		-0.021	-0.048	-0.192 *	0.659 ***	—

***0.1%有意 **1%有意 * 5%有意



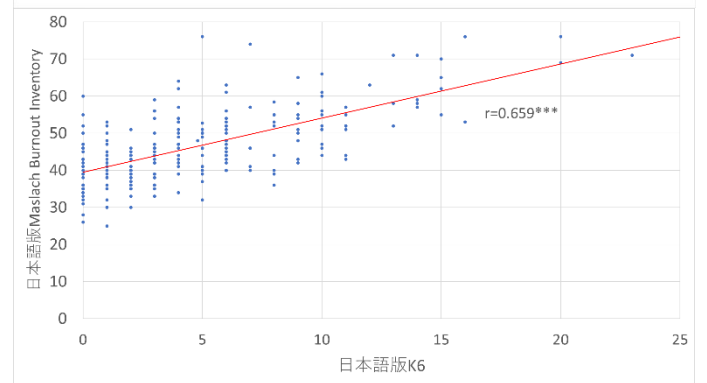
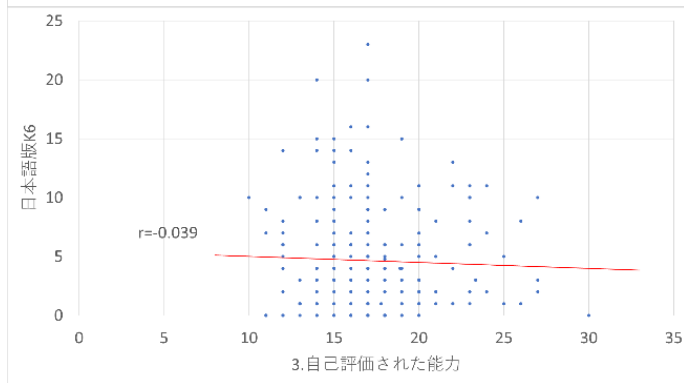
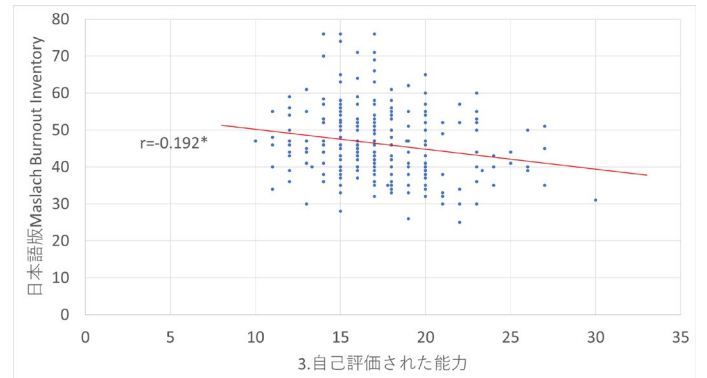
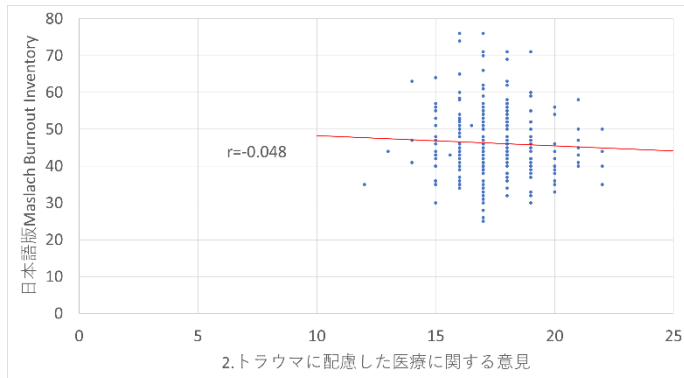


図 46 【調査 3 精保スタッフ】 各項目間の相関 (**0.1%有意 **1%有意 *5%有意)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
亀岡智美.	トラウマインフォームドケアの意義と広がりー見逃されがちなトラウマへのケアに向けて.	精神科治療学	35(6)	579-582	2020
亀岡智美, 野坂祐子.	トラウマインフォームドケア.	子どもの虐待とネグレクト	22(2)	88-93	2020
亀岡智美.	マルトリートメントを受けた子どもへのトラウマインフォームドケア.	精神科治療学	36(1)	79-84	2021

令和3年2月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職名 総長
氏名 五神 真

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における倫理審査状況及び利益相反について
は以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 2. 研究課題名 精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発の
ための研究
- 3. 研究者名 （所属部局・職名） 大学院医学系研究科・准教授
（氏名・フリガナ） 西 大輔・ニシ ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年2月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神 真 印



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究
3. 研究者名 （所属部局・職名） 大学院医学系研究科・准教授
（氏名・フリガナ） 宮本 有紀・ミヤモト ユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団法人日本うつ病センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 神庭 重信



次の職員の平成2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究（20GC1021）
- 研究者名（所属部局・職名） 一般社団法人日本うつ病センター 理事長
（氏名・フリガナ） 神庭 重信（カンバ シゲノブ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

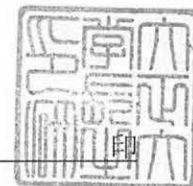
令和3年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 大正大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 高橋 秀裕



次の職員の平成2度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究（20GC1021）
- 研究者名 （所属部局・職名） 大正大学地域構想研究所・客員教授
（氏名・フリガナ） 竹島正・タケシマタダシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

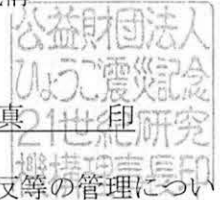
令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人ひょうご震災記念
21世紀研究機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 五百旗頭 真



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究（20GC1021）
3. 研究者名 （所属部局・職名） 兵庫県こころのケアセンター 副センター長兼研究部長
（氏名・フリガナ） 亀岡 智美・カメオカ サトミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

分担研究の役割が医学的見地からの研究内容への助言であり、研究代表者における倫理審査に含まれる。

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (研究内容の考察において利益相反が生じる余地がない)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋



次の職員の平成2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究（20GC1021）
3. 研究者名 （所属部局・職名）精神保健研究所公共精神健康医療研究部政策評価研究室・研究員
（氏名・フリガナ） 臼田 謙太郎 ・ ウスダケンタロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。