

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3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 西 大輔

令和4年（2022）5月

目 次

I. 令和3年度 総括研究報告			
	研究代表者	西 大輔-----	1
II. 令和3年度 分担研究報告			
1. トラウマインフォームドケアをさまざまな領域で実践普及していくための指針 改定のための一考察			
	研究分担者	亀岡智美-----	8
2. 精神保健福祉センター・保健所および精神科医療機関を対象とした研究			
	研究分担者	臼田謙太郎-----	14
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		-----	34

「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 教授）

研究要旨

本研究では、精神科医療機関をはじめとする支援機関において、支援者が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の実践・普及のために有用な指針および研修を作成しその有効性を検討することを目的とする。令和3年度は、①精神保健福祉センター・保健所が活用可能な研修資材の作成・検討、②一精神科医療機関における看護職員を対象としたTIC研修の有効性の検討、③11の精神科医療機関における看護職員ならびに隔離・身体拘束最小化に対するTIC研修の有効性の検討、④精神科医療機関以外の支援機関での実態把握、を行った。②と③に関しては2つの非ランダム化比較試験を開始し、②に関しては介入3か月後調査を完遂し、有望な予備的結果を得た。また①と④に関しては②と③の介入研究でも用いているTIC動画研修の一部とガイダンスをウェブサイトで公開するとともに、全国の精神保健福祉センターや精神科医療機関以外の支援機関からTIC普及のための環境整備や研修内容に関するフィードバックを得た。

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
亀岡智美 兵庫県心のケアセンター
臼田謙太郎 国立精神・神経医療研究セン
ター精神保健研究所

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
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
三宅美智 国立精神・神経医研究センター
精神保健研究所

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、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(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。

本研究では、精神科医療機関をはじめとする支援機関において、支援者が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 の実践・普及のために有用な指針および研修を作成しその有効性を検討することを目的とする。令和3年度は、①精神保健福祉センター・保健所が活用可能な研修資料の作成・検討、②一精神科医療機関における看護職員を対象とした TIC 研修の有効性の検討、③11 の精神科医療機関における看護職員ならびに隔離・身体拘束最小化に対する TIC 研修の有効性の検討、④精神科医療機関以外の支援機関での実態把握、を行った。

B. 研究方法

1. 精神保健福祉センター・保健所が活用可能な研修資料の作成・検討

TIC 動画研修の一部をウェブサイトで公開するとともに、精神保健福祉センター等に提供可能な資料を作成した。

また 2020 年度で得られた知見をもとに、A 県の精神保健福祉センターのセンター長、およびセンター職員との意見交換を行った。また、全国精神保健福祉連絡協議会が主催の「令和3年度 全国精神保健福祉連絡協議会 第1回トラウマインフォームドケア企画研修」に研究代表者、分担研究者が講師として参加した。

2-2. 看護職員に対する TIC 研修の有効性の検討

ある1つの精神科医療機関の看護職員を対象として、介入群に約1時間(約15分×

4回)の TIC に関する動画研修を実施した後、対照群と比較して、TIC に関する質問紙 (Attitude related TIC: ARTIC)、バーンアウト、心理的安全性等の評価項目が改善しているかどうかを検討する非ランダム化比較試験を行った。

(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。

3. 隔離・身体拘束最小化に対する TIC 研修の有効性の検討

TIC は、隔離・身体拘束最小化の理論的基礎の1つに含まれており、先行研究では隔離・身体拘束の減少をアウトカムとして TIC 導入の効果を測定しているものもある。

そこで、介入群の精神科医療機関の看護職員を対象に TIC 研修と隔離・身体拘束を最小化するための研修を合わせて実施し、対照群の医療機関・看護職員と比較して、隔離・身体拘束の件数の減少や時間の短縮が認められるかどうか、看護職員の TIC に関する態度の変化や精神健康の改善が認められるかどうかを検討することを目的に非ランダム化比較試験を開始した。

(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。

4. 精神科医療機関以外の支援機関での実態把握

ヒアリング等を通して、児童相談所等、精神科医療機関以外の支援機関における TIC の実態把握を行った。

C. 研究結果

1. 精神保健福祉センター・保健所が活用可能な研修資料の作成・検討

研修資料をアップロードしたウェブサイトは 2021 年 4 月 1 日から 2022 年 3 月 31 日までの間に新規ユーザー 4,656 人、ページビュー数 23,779 件を記録した。

A 精神保健福祉センターからの意見および「トラウマインフォームドケア企画研修」で得られた意見について、詳細は分担報告書に記載した。要約すると、A 県精神保健福祉センターからは TIC 研修を取り入れる可能性は十分にある一方で、トラウマ関連疾患の専門的治療を行うことができる機関が身近にあるかどうかはその地域での TIC の普及に影響を与えうるとの意見を得た。企画研修では、研修内容に対する肯定的意見のほか、TIC が教育医療保健福祉などの専門職養成課程に取り入れられていくことが必要ではないかという意見も挙げられた。

2. 看護職員に対する TIC 研修の有効性の検討

1 つの精神科医療機関の看護職員を対象に非ランダム化比較試験を実施し、介入 3 か月後調査まで研究を完遂した。研究のフォローチャートと研究参加者の人口統計学的背景を図 1、表 1 に示す。

年齢・性別を調整して各評価項目に対する介入効果を検討するために混合モデルによる反復測定分析を行ったところ、ARTIC の下位尺度「反応」と心理的安全性に関しては統計学的に有意な効果が認められた。

また、全 4 回の動画を視聴した研究参加者だけを対象に同様の解析を実施したところ、ARTIC の下位尺度「応答」「職務行動」「自己効力感」「反応」、バーンアウトの下位尺度「情緒的消耗感」「脱人格化」、および心理的安全性に関して統計学的に有意な効果が認められた。

3. 隔離・身体拘束最小化に対する TIC 研修の有効性の検討

結果の詳細は分担報告書に記載した。要約すると、11 の精神科医療機関から協力を得て非ランダム化比較試験を開始し、介入群に割り付けられた 6 施設 33 病棟から 612 人、対照群に割り付けられた 5 病院 27 病棟から 477 人、合計 1089 人のベースライン調査を終えた。看護職員のアウトカムである ARTIC、バーンアウト、K6 のベースライン値は介入群と対照群で統計学的に有意な差は認められなかった。

4. 精神科医療機関以外の支援機関での実態把握

児童相談所や自治体の職員にヒアリングを行い、様々な研修が行われているものの職員の入れ替わり等もあることから TIC を深く理解している職員が多いわけではないこと、また業務が非常に多忙ではあるものの業務に必要な研修のニーズは比較的高いことが明らかになった。また当研究班が精神科医療機関の看護師を対象に作成した研修動画に関しては、有用な内容も多いが症例のところを中心に児童相談所・自治体職員向けに新たに研修動画を作成したほうが理解されやすいというフィードバックを得た。

D. 考察

1. 精神保健福祉センター・保健所が活用可能な研修資料の作成・検討

精神保健福祉センターとの意見交換、お

よび研修での報告を通して、我が国においても TIC について、徐々に認知され始めている点や、また行政においては各県やあるいは各施設においてメンタルヘルスの専門家が職員として所属しているかどうかや、また日本においては児童福祉系の施設の方が TIC やトラウマに対する普及が進んでいるという意見も見られた。そのため、今後の TIC の普及・実装のためには都道府県や市区町村の児童福祉系の部署や、児童相談所等を中心として研修などを実施していくことも効果的な方法の一つであると考えられた。

2. TIC 研修の効果検討

特に全 4 回の動画を視聴した研究参加者に関しては、TIC 研修によって TIC の知識等の向上だけでなく、バーンアウトの軽減や心理的安全性の向上も期待できる可能性があることが示唆された。詳細な解析結果については今後論文化する予定である。

3. 隔離・身体拘束最小化に対する TIC 研修の有効性の検討

介入群、対照群の間でベースラインでは TIC に関する知識や燃え尽き、精神健康の間に差は認められず、TIC 研修の実施によりその効果を検出できること期待できると考えられた。2022 年度末までに研究を完遂する予定である。

4. 精神科医療機関以外の支援機関での実態把握

TIC 研修のニーズは比較的高く、児童相談所・自治体職員向けに新たに研修動画を作成したほうが理解されやすいというフィードバックを得たことから、2022 年度に児童相談所・自治体職員向けに新たに研修動画を作成することを検討する必要がある。

E. 結論

TIC 動画研修の看護職員、患者および隔離・身体拘束最小化に対する有効性を検討するために 2 つの非ランダム化比較試験を開始し、そのうち 1 つについては介入 3 か月後調査を完遂し、有望な予備的結果を得た。また、上記の介入研究でも用いている TIC 動画研修の一部とガイダンスをウェブサイトで公開するとともに、全国の精神保健福祉センターや精神科医療機関以外の支援機関での TIC 普及のために研修企画やヒアリングを行い、TIC 普及のための環境整備や研修内容に関するフィードバックを得て、TIC 普及の土台を形成した。

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

- 1) 西 大輔：精神科医療機関における TIC の展開. シンポジウム「トラウマインフォームドケア～わが国における実践と展開～」. 第 20 回日本トラウマティック・ストレス学会, 福島 (オンライン), 2021. 7. 17-18
- 2) 大津絵美子、小竹理紗、宮本有紀、西 大輔：精神科医療機関での TIC の実践. シンポジウム「トラウマインフォームドとその展開」. 第 18 回日本うつ病学会, 横浜 (オンライン). 2021. 7. 8-10
- 3) 臼田謙太郎、竹島 正、西 大輔：精神保健福祉センター・保健所から見た TIC. シンポジウム「トラウマインフォームドとその展開」. 第 18 回日本うつ病学会, 横浜 (オンライン). 2021. 7. 8-10

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

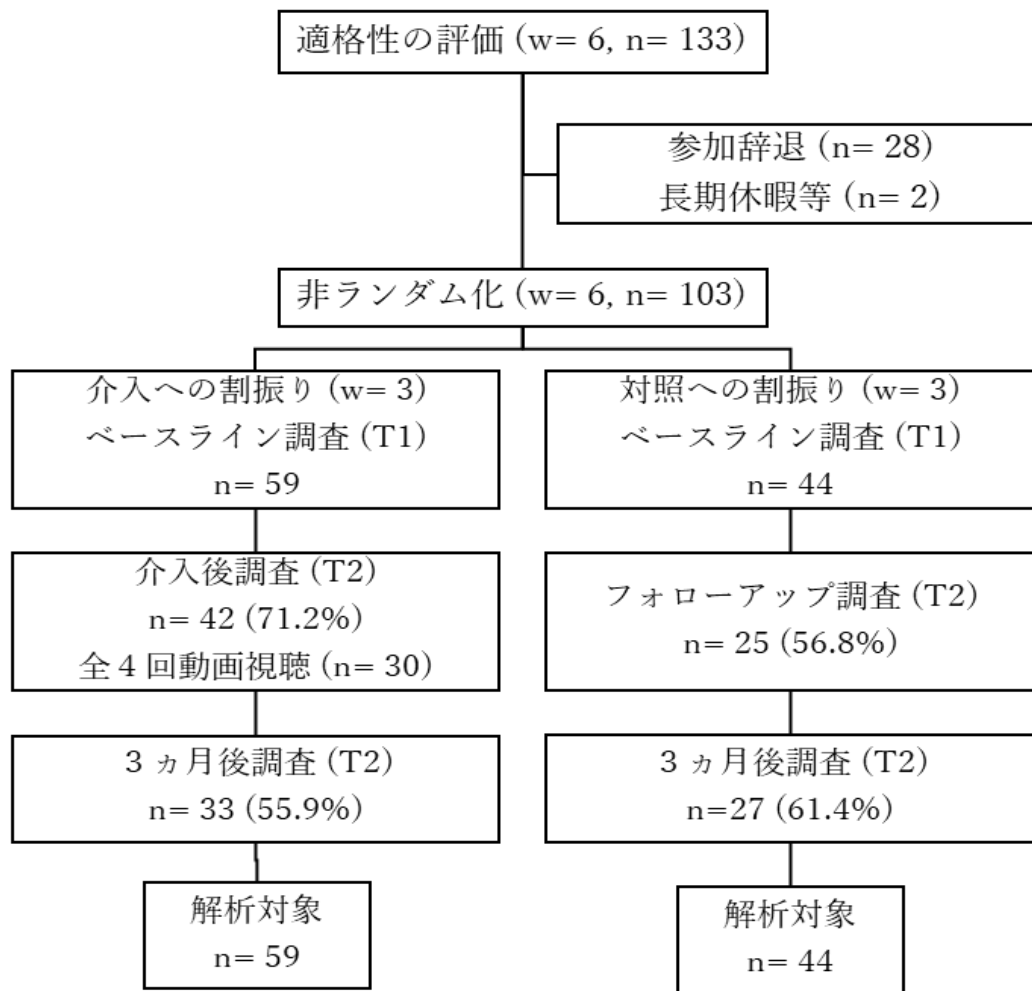


図1. フローチャート看護師+病棟
w=病棟の数、n=病棟看護師の人数

表 1. 介入群と対照群の参加者（看護師）の人口統計学的背景（n= 103）

	介入群 n = 59		対照群 n = 44	
	n (%)	平均 (SD)	n (%)	平均 (SD)
性別 (sex)				
男性	19 (32.2 %)		17 (38.6 %)	
女性	39 (66.1 %)		25 (56.8 %)	
年齢				
20代	17 (28.8 %)		9 (20.5 %)	
30代	15 (25.4 %)		12 (27.3 %)	
40代	14 (23.7 %)		15 (34.1 %)	
50歳以上	12 (20.3 %)		7 (15.9 %)	
雇用形態				
常勤	52 (88.1 %)		40 (90.9 %)	
非常勤	6 (10.2 %)		3 (6.8 %)	
職種				
看護師	56 (94.9 %)		38 (86.4 %)	
准看護師	2 (3.4 %)		4 (9.1 %)	
現職種の総経験年数		9.0 (7.2)		12.5 (11.5)
精神科経験年数		7.0 (6.4)		9.6 (7.2)
現病棟の経験年数		4.4 (3.2)		5.5 (3.8)
心理的ストレス反応				
高群 (K6 \geq 5)	32 (54.2 %)		19 (43.2 %)	
低群 (K6<5)	27 (45.8 %)		25 (56.8 %)	

「トラウマインフォームドケアをさまざまな領域で実践普及していくための
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、トラウマインフォームドケアを精神医療、保健、福祉領域や、児童福祉領域など、さまざまなフィールドで実践普及していくための指針改定に役立つと思われる情報や知見を集約することを目的とする。

【方法】先進的に TIC に取り組んでいる米国のガイドライン、プロトコール、その他の資料をレビューし、実践普及に必要な要素を抽出した。

【結果および考察】さまざまな領域でトラウマインフォームドケアを実践普及していくための指針作成に際して重要であると思われる要素を抽出し、その中で、トラウマのスクリーニング/アセスメントについてまとめた。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

米国でトラウマインフォームドケア

(Trauma-Informed Care, TIC) 推進の要となってきた、保健省薬物乱用精神保健サービス局

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) では、「トラウマが広範囲に有害で多大な損失をもたらす公衆衛生上の問題である」ととらえ、年齢、ジェンダー、社会経済的地位、人種や民族、地理的状況や性的指向に関係なく、あらゆる領域のさまざまな人たちに、効果的なサービスを提供する上で、トラウマに対応することが重要であるとしている。また、そのためには、多領域にまたがる複数の機関が連携して TIC を実践することが必要であるとしている。

たとえば、精神保健福祉領域には、過去にトラウマとなる出来事を体験した人の割合が高いことが報告されているし、児童福祉の対象である子どもや家族も同様に、トラウマやそれに関連する問題を高率に体験していることが示されている(1, 2)。また、トラウマ

反応は行動上の問題として顕在化することが多いため、結果として、精神医療や司法領域と関わることになったり、教育や職業上の問題、その他さまざまな領域でのトラブルを引き起こしたりすることも少なくない(3)。

それだけに、さまざまな対人支援の領域で、トラウマに配慮した対応が求められるのだが、

その一方で、従来の「通常業務」の中に、トラウマを有する人たちへの再トラウマとなり得る対応が潜在していることに警鐘が鳴らされている(4)。たとえば、強制的行為の使用（精神科医療における隔離や拘束、虐待家族から子どもを急に分離すること、医療での侵襲的な処置、教育現場での厳しい規律、刑事司法領域における威圧的な指示や移動の制限など）が、トラウマを有する人に、過去の深刻な被害の記憶を想起させてしまうことなどがそれである。

支援の過程でこのような再トラウマ化が生じると、意図した支援の成果が十分得られず、支援者の業務上の努力が無に帰してしまうことにもなりかねない。それだけに、さまざまな領域において TIC を効果的に導入し実践することが、喫緊の課題とされているのである。また、それぞれの領域には、それぞれの歴史や風土があるため、その違いを乗り越えて、共通の認識を共有することも不可欠であろうと考えられる。

本分担研究では、TIC を精神医療、保健、福祉領域や、児童福祉領域など、さまざまなフィールドで実践普及していくための指針改定に役立つと思われる情報や知見を集約することを目的とする。

B. 研究方法

昨年度に引き続き、SAMHSA が発行している TIC 普及のためのガイドライン(4) やプロトコール(5) に加えて、TIC の創設に大きな影響を

与えたと考えられる Harris & FalLOT の著書(6)、および、米国子どものトラウマティックストレス・ネットワーク (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN) が提供している児童福祉領域の TIC に関する資料集(7)や Fact sheet (8)などから、わが国における TIC 普及啓発に重要であると考えられる要素を抽出する。

C. 研究結果

I. TIC の実践普及のために必要な共通要素

次に述べるように、TIC に関する主要なガイドラインやプロトコール、資料などを概観すると、①トラウマへの気づきやトラウマの広範な影響についての理解を促すこと、②トラウマの適切なスクリーニングとアセスメント、③トラウマに配慮したケアとトラウマに特化した治療、④Trauma-Informed な組織構築、が共通要素であった。

(1) SAMHSA のガイドライン(4)

各領域で実践する TIC には、教育啓発、予防と早期発見、トラウマに特化した効果的なアセスメントと治療などの公衆衛生的な取り組みを含む必要があるとしている。また、その効果が最大限に発揮されるためには、各組織や地域において、トラウマとその広範な影響に関する知識と理解が必要であるとしている。

また、児童青少年家庭局 (Administration on Children Youth and Families, ACYF) は、児童福祉領域における子どもの複雑性トラウマを重視しており、トラウマの重症度をどのようにスクリーニング・評価し、トラウマ治療につなげるかが、青少年の福祉の改善に寄与する鍵であるとしている。

(2) SAMHSA のプロトコール(5)

TIC の創成期の重要な論文としてよく引用されている Harris & FalLOT の著書(6)では、まず Trauma-Informed Service System へのパラダイム転換のために 1 章が割かれ、トラウマへの気づきやトラウマの広範な影響が、さまざまなクライアントの行動に潜在していることが丁寧に解説されている。引き続き 2 章では、Trauma-Informed Approach のためのスクリーニ

ングとアセスメントについて詳述されている。これらの知見は、次に述べる SAMHSA のプロトコールにも多く引用されている。SAMHSA のプロトコール(5)では、最初にトラウマへの気づきやトラウマの広範な影響についての理解を促進するための記述がなされているが、引き続き第 4 章は、スクリーニングとアセスメントについてまとめられている。その後どのようにサービスを展開していくか、トラウマに特化した治療、について解説されており、第 2 部では Trauma-Informed な組織づくりについてまとめられている。

(3) 児童青年のための Trauma-Informed Best Practice

児童青年のための TIC の実践的アプローチをまとめた資料集で、NCTSN でも推奨されている「Trauma-Informed Practices with Children and Adolescents」(7)では、TIC のための Best Practice として、次のような 10 項目を挙げている。

1. 安全感、エンパワーメント、自己規制を回復させる。

2. 神経系の発達と感覚に基づくトラウマ反応について理解し、トラウマに配慮したアセスメントを行う。

3. 脳の右半球に働きかける介入を活用する。

4. セラピストと子ども、親や養育者、教師、その他の支援者との間にトラウマに配慮した関係を構築する。

5. トラウマに配慮した環境づくりを行い、内的なコントロール感、積極的な社会的相互関係、安全性、エンパワーメントを促進する。

6. トラウマの統合を促進し、トラウマとなる出来事に対して個人が新しい意味に到達できるようにする。

7. 心的外傷後の成長と回復力を促し、ポジティブな感情を向上させる。

8. すべての状況に適合する介入はないことを認識し、介入の過程で、適時的に感覚系、身体系、認知系を発達段階に応じ適切に適用する。

9. 文化の多様性を尊重し、支援するような介入方法を開発し取り入れる。

10. 児童青年、およびその家族／養育者が介入

に積極的に関与するよう支援する。

さらに NCTSN は、子どもと家族のための TIC についての Fact Sheet (8) で、児童福祉領域における TIC に求められることとして、以下の 9 点を挙げている。

1. トラウマへの曝露とそれに関連する症状について定期的にスクリーニングを行う。

2. トラウマによるストレスとそれに関連する症状に対して、エビデンスに基づくアセスメントと治療を行う。

3. トラウマへの曝露とその影響、治療法について、子ども、家族、支援者が情報を共有する。

4. トラウマの影響を受けやすい子どもや家族の回復力や保護要因を強化するための取り組みを行う。

5. 親や養育者のトラウマとそれが家族システムに与える影響に対処する。

6. ケアの継続性と児童サービスシステム間の連携を図る。

7. 二次的外傷性ストレスを最小限に抑え、職員の健康を増進するような職員のためのケア環境を維持する。

8. 子ども、家族、養育者、そして個人および組織レベルでの専門家が、相互理解を深める有意義なパートナーシップを構築する。

9. トラウマと文化、歴史、人種、性別、居住場所、言語との相互作用に対処する。構造的な不公平がもたらす複合的な影響を認識し、多様なコミュニティの固有のニーズに対応する。

II. トラウマのスクリーニング/アセスメント

精神医療、保健、福祉領域や、児童福祉領域など、さまざまなフィールドで TIC を実践普及させるためには、まず、それぞれの領域でトラウマへの気づきやトラウマによる広範な影響への理解を促す取り組みが必要である。

しかし、これらの領域が連携しながら TIC を推進していくためには、トラウマのスクリーニングやアセスメントに関する基本事項を共有しておくことが不可欠であると考えられる。

TIC の主要なガイドラインや資料には、必ずトラウマのスクリーニングとアセスメントに

ついでに記述がなされているが、今回のレビューの中で、最も基本的な要素についての記述がなされていた SAMHSA のプロトコール(5)の内容を抜粋して紹介する。

(1) スクリーニング/アセスメントの必要性
トラウマによる症状、トラウマ特有の障害などに対処しないと、支援の取組みが阻害される可能性がある。トラウマが適切に評価されないと、支援者は、クライアントの症状や苦痛を部分的にしか理解できず、適切なサービスにつなげることができない。トラウマに適した対応がなされないと、精神症状やトラウマ関連症状の遷延化を招いたり、転帰が悪くなったりする可能性がある。

さらに、トラウマ特有の障害に苦しんでいる人は、他の精神疾患の診断基準を満たさず場合があるため、適切な評価がなされなければ、誤診や不適切な治療計画につながりかねない。

そのため、すべてのクライアントにトラウマの可能性について質問し、トラウマ歴を適切に把握することが必要であるとしている。

(2) スクリーニングの最初の 2 つのステップ
その人にトラウマとなる出来事の既往があるかどうか、トラウマに関連する症状があるかどうかを評価することが必要である。また、スクリーニングは、しばしばクライアントと支援者との最初の接触であり、クライアントはこのインテークプロセスで治療に対する第一印象を形成する。したがって、スクリーニングをどのように行うかは、実際に収集した情報と同じくらい重要であり、治療の方向性を定め、クライアントとの関係を既定することになる。

スクリーニングのプロセスは、高度な訓練を受けたスタッフでなくても実施できるように組み立てることができ、ほとんどどのような枠組み(精神保健福祉、刑事司法、医療、教育、職域など)でも実施可能である。

(3) アセスメント
アセスメントでは、自記式質問紙、または、専門家による臨床面接方式で行う。アセスメントでは、クライアントの過去と現在の体験、心

理社会的・文化的な歴史、利用できるリソースを探っていく。

トラウマ歴を有し、トラウマ関連障害の可能性があると見立てられたケースでは、徹底したアセスメントにより、クライアントの人生におけるトラウマの役割、適切な治療目標、治療計画、その他の考慮事項などのために必要なさまざまな関連情報を収集する必要がある。

(4) スクリーニング/アセスメントの留意点

①スクリーニング/アセスメントのプロセスで何を期待するかをクライアントに明確に説明する。トラウマのスクリーニング/アセスメントのプロセスでは、不快な考えや感情が生じることがあることを伝える。

②淡々と、しかし協力的な態度でクライアントに接する。

③クライアントのパーソナルスペースを尊重する。

④クライアントのレベルや快適さに合わせて、声のトーンや大きさを調整する。落ち着いた静かな態度を保つよう努力する。

⑤物理的環境において、文化的に適切な安全のシンボルを提供する。

⑥クライアントのトラウマ歴を聞いたときの支援者自身の感情反応に注意する。クライアントのトラウマについて聴取することは、非常に苦痛であり、強い感情を引き起こす可能性がある。クライアントは、支援者のこのような反応を、自分自身への無関心や嫌悪と受け止めるかもしれないことに注意する。

⑦クライアントのトラウマ体験の詳細を深く探る必要はない。情報を安全に処理できる治療関係がない段階では、トラウマの詳細を追求すると、再トラウマ化を引き起こしたり、支援者が対処できないレベルの反応を引き起こしたりすることに留意する。

⑧面接内容によっては、ストレスを引き起こす可能性があることとその根拠を説明し、クライアントには回答を拒否する権利があることを事前に説明しておく。

⑨トラウマは、羞恥心、罪悪感、怒りなどの強烈な感情を呼び起こすため、スクリーニング/アセスメントでは、可能な限り面接ではなく、

自記式質問紙を使用する。

⑩トラウマを想起した際に、激しい感情反応が認められる場合は、グラウンディングテクニックを用いる。

⑪トラウマに対しては、非裁定的な態度を堅持する。

⑫スクリーニング/アセスメントの結果についてフィードバックを行う。

D. 考察

精神医療、保健、福祉、児童福祉領域では、歴史的に固有の風土を有している。たとえば、精神医療では強制治療は避けて通れないものであるし、保健領域では保健指導が主な業務とされている。福祉領域は安全な生活を保障することが主要な業務であり、児童福祉領域では子ども虐待や非行など子どもや家族の問題全般に対応する。TICを多領域で実践普及していくためには、それぞれの領域における固有の風土を大切にしながら、TICについての認識を共有していくことが必要であると考えられる。

そのためには、トラウマ歴やトラウマ反応を適切にスクリーニング/アセスメントするための共通認識や、スクリーニング/アセスメント

技術の均てん化が不可欠であると考えられる。特に、トラウマが関係する事例では、クライアントがトラウマ歴や症状を報告しないことや、支援者がトラウマとその影響を見過ごしたりすることがよく認められるため、今回レビューした資料のすべてが指摘しているように、さまざまな領域において、支援の枠組みにスクリーニング/アセスメントのシステムを組み込む工夫が求められている。

SAMHSAのプロトコール(5)では、スクリーニングやアセスメントの際によく認められる障壁を二つ挙げている。

第一の障壁は、クライアント自身が自分の状態を適切に報告できるとは限らないということである。同じ出来事でも、トラウマとなる人もあればそうでない人もいるし、その際の反応も人それぞれであるため、クライアント本人も自分の反応や症状をトラウマと関連付けてとらえていないかもしれない。あるいは、不快な感情を惹起する恐れのある出来事について、話すこ

とに抵抗がある場合もある。さらには、あまりに多くのトラウマとなる出来事を体験しすぎた人は、それが常態であるため、一つ一つの出来事をトラウマと関連付けてとらえていないこともある。

第二の障壁は、支援者が、トラウマとなる出来事やトラウマ関連症状のスクリーニング/アセスメントを回避しがちであるということである。その理由として、①トラウマとなる出来事や症状についての質問は従来の標準的な面接では取り上げられてこなかったため抵抗感がある、②トラウマがクライアントの身体的・精神的健康に与える影響を過小評価している、③トラウマに関連する問題をケアする前に今顕在化している問題や病態を治療すべきであるという信念、④トラウマに関連した問題に効果的に対応するためのトレーニングの欠如、⑤クライアントがトラウマを訴えた時どのように対応すればよいかわからないという不安、⑥トラウマを探るような質問はクライアントの心を乱しすぎるのではないかという恐れ、⑦トラウマについて話し合う前にトラウマに関連する心理教育を行っていない、⑧トラウマ関連の障害が特定されると自分が提供できない専門的な治療プログラムが必要になるのではないかという懸念、⑨トラウマ歴や症状を探るためのアセスメントに十分な時間がとれない、⑩支援者自身や組織の管理者が自分たちのトラウマ関連症状をケアせず放置していること、などが挙げられている。

TIC を実践普及する際に避けては通れないスクリーニング/アセスメントの際に生じる様々な障壁(特に第二の障壁)を取り除くための取り組みは、すなわち、TIC を推進するために不可欠な要素であると考えられる。

E. 結論

TIC を精神医療、保健、福祉領域など、さまざまなフィールドで実践普及し、さらに、これらの領域が連携しながら TIC を推進していくためには、トラウマのスクリーニング/アセスメントのためのさまざまな障壁を取り除き、スクリーニング/アセスメント技術の均てん化をめざすことが重要であると考えられる。

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. 児童青年期の心的外傷後ストレス障害と認知行動療法. 児童青年期精神医学とその近接領域, 62(1), 1-10. 2021
- 2) 田中英三郎, 西川瑞穂, 大久保圭策, 亀岡智美. 精神科診療所受診患者における逆境的小児期体験と生涯トラウマ体験の頻度および PTSD 症状に関する横断調査. 精神神経学雑誌, 123(7), 396-404. 2021
- 3) 亀岡智美. COVID-19 パンデミックによる影響—トラウマの観点から—. ソーシャルワーク研究, 47(4), 18-22. 2022

2. 学会発表

- 1) 亀岡智美. 大会企画シンポジウム 8. トラウマインフォームドケアの総論. 第 18 回日本うつ病学会総会. 2021/7/9. 横浜 (ウェブ)
- 2) 亀岡智美. 記念講演. トラウマインフォームドケア～物質関連問題とトラウマ～. 関西アルコール関連問題学会総会. 2021/7/10. ウェブ
- 3) 亀岡智美. シンポジウム 73. TF-CBT の実践によるアタッチメントとトラウマの回復. 第 117 回日本精神神経学会学術総会. 2021/9/21. 京都
- 4) 亀岡智美. ランチョンセミナー I. 子どものトラウマ治療～TF-CBT のひろがり～. 第 126 回日本小児精神神経学会. 2021/10/16. 岩手 (ウェブ)
- 5) 亀岡智美. シンポジウム 4. トラウマフォーカスト認知行動療法. 第 62 回日本児童青年精神医学会総会. 2021/11. 13. 長崎(ウェブ)
- 6) 亀岡智美. シンポジウム 9. トラウマフォーカスト認知行動療法におけるアタッチメントの視点. 第 62 回日本児童青年精神医学会総会. 2021/11. 長崎(ウェブ)
- 7) 亀岡智美. 教育講演 2. トラウマインフォームドケア. 第 27 回日本子ども虐待防止学会学術集会. 2021/12/5. 横浜

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. Fujiwara T, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey Group. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. J Psychiatr Res. 2011(45(4)):481-7.

2. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med. 1997;27(5):1101-19.

3. 亀岡智美. 精神科医療におけるトラウマインフォームドケア. 精神神経学雑誌. 2020(122 (2)):160-6.

4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville. HHS Publication No.

(SMA) 14-4884. ; 2014. (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>) :

5. 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.

6. Harris M, Fallot RD. New Directions for Mental Health Services. : Using Trauma Theory to Design Service Systems. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.

7. Steele W, Malchiodi CA.

Trauma-informed practices with children and adolescents: Routledge; 2011.

8. National Child Traumatic Stress Network. What is a Trauma-Informed Child and Family Service System? Available from <https://www.nctsn.org/trauma-informed-care/creating-trauma-informed-systems>

「精神保健福祉センター・保健所および精神科医療機関を対象とした研究」

分担研究者 白田 謙太郎

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 公共精神健康医療研究部 政策評価研究室長)

研究要旨

本研究では、地域精神保健福祉分野での TIC 実装の可能性を明らかにすることを目的として、以下の3つの研究で構成した。調査1として、精神保健福祉センターを対象としたヒアリングと研修を行い、TICの普及・実装に関する現状と課題を明らかにする。調査2と調査3は同じ医療機関を対象として実施し、調査2では、用いる予定の既存データベースの利用可能性について検証を行う。調査3では、現在実施している非無作為化比較試験のベースライン調査について介入群と対照群での比較を行う。

調査1では、精神保健福祉センターとの意見交換、および研修での報告を通して、我が国においてもTICについて、徐々に認知され始めており、各県やあるいは各施設においてメンタルヘルスの専門家が職員として所属していることや児童福祉系の施設であることが、TICやトラウマに対する普及に影響しているという意見が聞かれた。調査2では、検証の結果、解析可能であることが確認できた。調査3では、調査への参加を求めた1511名（介入群883名、対照群628名）のうち参加に同意した1089名（介入群612名[回収率=69.5%]、対照群475名[回収率=75.6%]）を対象に解析を行い、施設属性では、施設種別、病棟入院料、対象者属性では、病棟入院料、年齢、総経験年数、現在の病棟での経験年数に有意差が認められた。TICに対する認識では、項目2の「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、という質問以外のすべての項目で有意差が認められた。尺度については、有意差が認められなかった。

調査1では、ヒアリングの結果を踏まえ、今後のTICの普及・実装のためには都道府県や市区町村の児童福祉系の部署や、児童相談所等を中心として研修などを実施していくことも効果的な1つの方法だと考えられた。調査2では、解析に耐えうるデータであることは確認できたが、病棟入院料、主診断の一部は、新たに収集する可能性があり、どこまでデータを補完するのかが今後の課題である。調査3では、ベースライン調査の集計結果から施設属性、対象者属性に偏りはあるという限界はあるものの、TIC研修を実施し、新しい知識を獲得することにより効果が期待できると考えられた。

A. 研究目的

トラウマを含む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¹⁾。さらに重症精神疾患（統合失調症を含む精神病性障害等）患者の方が一般住民よりもトラウマ体験の経験率が高いことが指摘されている²⁾。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（以下 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³⁾。

米国では、このような背景を受けて、2017年にTrauma-Informed Care for Children and Families Act of 2017が制定され、TICに関する省庁間タスクフォースや、トラウマに配慮した技術支援の提供体制の設置などが明記された。また2018年には、A resolution recognizing the importance and effectiveness of trauma-informed careが米国議会で可決され、TICの重要性・有効性・必要性を認識し、実践することを推奨している。地域では行政が主導

で、児童福祉に携わる支援者や行政職員を対象にTICを学習するためのプログラムの実施や評価、効果測定などが行われている^{4) 5) 6)}。また精神医療の分野でも、TICを含むモデルの実施により、隔離や身体的拘束の割合が減少したという報告があり⁷⁾、地域、医療において幅広くTICの実装に向けた取り組みが行われており、その効果が報告されている。

日本の調査においても、国民の約60%が生涯に1回以上、PTSDの診断基準に該当するような「トラウマ」を経験しているという報告がある⁸⁾。精神障害者の場合には、その数は増加することが推察され、精神症状の回復を考える際に、当事者のトラウマ体験を念頭に置いた周囲の関わりは重要であると考えられる。日本では、精神看護分野で米国のトラウマインフォームドケアについて紹介されて以降、児童精神分野、地域保健福祉分野での導入の可能性や精神科病院の職員を対象としたプログラムの実施などについて報告されるようになった⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。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ない。TICの実践報告はされているものの、その実践が地域保健福祉分野での実装が可能であるのか、また精神科医療機関における入院治療にどのような影響を与えるのかなどについての研究の数は少ない。また、TICの実践が精神科医療機関における入院治療にどのような影響を与えるのかについての研究の数は少なく、TIC実践が隔離・身体的拘束などの患者のケアの内容にどのように影響を与えるかについて検証した研究も行われてはいない。

そこで本研究では、地域精神保健福祉分野でのTIC実装の可能性を明らかにすることを目的として、以下の3つの研究で構成した。調査1として、昨年度の本分担研究で行った調査結果をもとに、精神保健福祉センターを対象としたヒアリングを行い、また昨年度の結果をまとめTICに関する研修会において行政機関の職員等へ報告を行う。調査2と調査3は同じ医療機関

を対象として実施する。TICの普及実装を目指した研修プログラムによる非無作為化比較試験である。調査2では患者のケアへの効果について特に行動制限を中心とした検証、調査3では、スタッフへの影響として看護師の介入前後でのTICの知識の習得やメンタルヘルスの向上について測定する予定である。今年度は、調査2では用いる予定の既存データベースの利用可能性について検証を行う。調査3では、対象医療機関の看護職員の背景情報並びに、介入前の各尺度の得点について、介入群と対照群での比較を行うことを主な目的とする。

B. 研究方法

1) 調査1

昨年度、本研究班にて実施した調査結果に基づき、A県の精神保健福祉センターのセンター長、およびセンター職員との意見交換を行った。また、全国精神保健福祉連絡協議会が主催の「令和3年度全国精神保健福祉連絡協議会第1回トラウマインフォームドケア企画研修」に分担研究者が講師として参加し、昨年度の調査結果を「精神保健福祉センター・保健所からみたTIC」というタイトルで報告を行った。

1. インタビューおよび意見交換

① 対象

A県の精神保健福祉センターのセンター長1名および職員1名

② インタビュアー

本研究の主任研究者（精神科医）、および分担研究者（心理士）

③ 時間および形式

60分の非構造化面接

④ 質問項目

トラウマ関係対応における精神保健福祉センターとしての取り組み状況、TIC研修を取り入れることに関して（既存研修、あるいは新たな研修として）、保健所・児童相談所との連携状況、自治体との関係、各所での研修の展開の可能性等

2. 研修講師およびその後の意見交換

① 対象

精神保健福祉センター、児童養護施設、警察、自治体の保健福祉課、保健所等の多数の精神保健医療福祉関係の行政機関の職員（約 80 名）

② 講師

精神保健福祉の専門家数名

③ 時間および形式

2 時間半（全体）の講義形式

④ 講義内容

報告 1「TIC の理念と基礎知識」、報告 2「精神保健福祉センター・保健所からみた TIC」、報告 3「TIC を企画立案する際のヒント」

2) 調査 2

本研究で用いる既存データベースは、レスコ社が開発したシステム(以下 RESCOPE システム)を用いる。

1. 使用するデータベース

RESCOPE システムは大きく 2 つの特徴がある。ひとつはデータベース作成システムである。電子カルテが閲覧できるパソコンにシステムを導入することで、データ管理者が任意のタイミングで操作すると、電子カルテ情報のうち研究にかかわる情報のみを自動的に抽出してデータベースを作成することができる。データベースを作成する過程で、各患者の個人情報自動的に匿名加工され、CSV ファイルに変換される。

もうひとつはデータベース送付システムである。送付手続きを行うウェブサイトは、医療機関ごとに異なる ID とパスワードが付与され、アクセス制限がかけられている。アップロード時点で医療機関名などは ID で管理され、NCNP 含めて対応表を閲覧しないかぎり医療機関を特定することは出来ない。また、アップロードのプロセスでは SSL/TLS による通信内容の秘匿化がなされるとともに、システムとサーバーは不正アクセス等の常時監視が行われている。これにより、メールや一般のクラウド等を介した場合よりも、安全にデータの送付が可能になっ

ている。おなじく、NCNP にもダウンロードを行うための特定のパソコンが設置されている。この PC でダウンロードをおこなう過程においても SSL/TLS による通信内容の秘匿化がなされており、アップロード時と同様にファイルの情報が第三者によって閲覧・編集できないようになっている。

2. 検証期間

2021 年 10 月～2022 年 10 月までの 13 か月分のデータを今回の検証に用いた。

3. データベースの構造

図 1、図 2 の通り、本データベースは病院ごとに「入院中データ」「病棟情報マスタ」「入院時データ」「退院時データ」「退院後データ」の 5 つの csv ファイルに別れて RESCOPE システムに収載されている。各データは各月に 1 種類ずつである。本研究で検証を行うデータの数は以下の通りである。

① 対象医療機関数：11 病院

② データ形式：csv ファイル

③ ファイル数：1 医療機関ごとに、入院時データ、入院中データ、退院時データ、病棟データ、退院後データの 5 種類のファイルが毎月収載されている。本検証においては、
[11 医療機関×13 か月分×5 ファイル] = 715 ファイル

4. データベースの項目

表 1～表 5 に掲載されている変数項目について、今回は検証を行った。

5. 検証目的と対象項目

来年度以降、RESCOPE のデータを使用して介入研究の前後比較及びフォローアップの指標を測定するために、今年度はデータの利用可能性について検証した。検証項目は以下の 3 つである。

① 月ごとに分かれている各データをつなげ、長期データとして扱うことが可能であるか

② 5 つに分かれている各データを統合して、1 つのファイルにまとめて、各データを跨いでの解析が可能であるか

- ③ ①、②の目的のために統合したファイルにおいて、データ数や空欄の発生数、あるいはエラー値/外れ値などがどの程度含まれているのかを把握

6. 検証方法および手順

長期データの作成は、次の手順で行った。

- ① データ種別ごと、病院ごとに調査月をマージ
- ② ①について、完全に重複しているデータを削除
- ③ ②のデータを用いて、病院ごとに入院中データを基準に、入院時・退院時・病棟・退院後データをつける
- ④ ③でつけた入院時データから、年齢を算出してつける

[入院時データのつけ方]

- (1) 入院中データは、1人の患者の入院中の1日の状態が1行に入っている
- (2) (1)のデータの患者番号をキーにして、入院時データの中からその患者番号のデータを特定する
- (3) (2)で特定した入院時データのうち、(1)の日付よりも前で、(1)の日付に最も近い日付の入院日の入院時データを抽出する
- (4) (3)で抽出したデータを(1)の入院中データと同じ行につける
- (5) (2)で入院時データの中に(1)の患者番号が見つからない、または、(3)で入院時データの中に(1)の日付より前の日付が見つからない場合には、入院開始が対象期間外とみなし、当該欄は空欄とする

[退院時データのつけ方]

- (1) 入院中データは、1人の患者の入院中の1日の状態が1行に入っている
- (2) (1)のデータの患者番号をキーにして、退院時データの中からその患者番号のデータを特定する
- (3) (2)で特定した退院時データのうち、(1)の日付よりも後で、(1)の日付に最も近い日付

の退院日の退院時データを抽出する

- (4) (3)で抽出したデータを(1)の入院中データと同じ行につける
- (5) (2)で退院時データの中に(1)の患者番号が見つからない、または、(3)で退院時データの中に(1)の日付より後の日付が見つからない場合には、入院終了が対象期間外とみなし、当該欄は空欄とする

[病棟データのつけ方]

- (1) 入院中データの日付と病棟CDを特定する
- (2) 病棟データは、各月ごとに病棟の情報が入っているため、(1)の日付(年月)と病棟CDの病棟を特定し、病棟データを抽出する
- (3) (2)で抽出したデータを(1)の入院中データと同じ行につける

[退院後データのつけ方]

- (1) 入院中データは、1人の患者の入院中の1日の状態が1行に入っている
- (2) (1)のデータの患者番号をキーにして、退院後データの中からその患者番号のデータを特定する
- (3) (2)で特定した退院後データのうち、(1)の日付よりも後で、(1)の日付に最も近い日付の退院日の退院後データを抽出する
- (4) (3)で抽出したデータを(1)の入院中データと同じ行につける
- (5) (2)で退院後データの中に(1)の患者番号が見つからない、または、(3)で退院後データの中に(1)の日付より後の退院日の日付が見つからない場合には、入院終了が対象期間外とみなし、当該欄は空欄とする

[年齢の付加]

入院時データには生年月の情報が入っているが、入院中データには、年齢や生年月の情報が入っていない。

上記で入院時データを付けることができた入院中データにのみ、2021年10月31日現在の年齢を算出してつける。

3) 調査3

本調査は、TIC 研修プログラムの効果検証を目的とした非無作為化比較試験を実施している最中である。介入前後および6か月後時点の計3時点でデータ収集するデザインであるが、今回は既に収集が完了している介入前のデータについて報告する。

1. 参加者およびデータ収集方法

精神病床を有する医療機関11施設をTIC研修の実施を希望する介入群(6施設)とTIC研修を希望しない対照群(5施設)に分け、各施設の精神科入院病棟に所属する看護職または看護補助者に調査への参加を求めた。

今回報告する介入前のデータは2021年10月～11月に収集した。なお、2021年11月～2022年1月に下記に詳述する介入を実施済である。介入後のデータは2022年2月より収集開始しており、さらに介入開始6ヶ月後にフォローアップデータを収集する予定である。

2. 介入内容

TIC研修は、1回20分程度の動画を5本、合計90分程度で構成されていた。院内のイントラネットに保存された動画ファイルや本研究のために立ち上げたHPにアクセスすることで、介入期間中に研究参加者が任意のタイミングで視聴できるようにした。

3. 調査項目

今回は表7～表10に掲載されている変数について、検証を行った。

4. 解析方法

各変数の平均値と標準偏差(SD)または該当者数と割合を算出するとともに、介入群と対照群の違いを調べるために χ^2 検定、t検定を行った。欠損値の処理にあたってはペアワイズ法を用いた。

C. 研究結果

1) 調査1

1. インタビューおよび意見交換

表1の通り、意見交換の結果について話題ごとにA精神保健福祉センターの意見をまとめた。

2. 研修および参加者からの意見

研修終了後のアンケートより以下のような意見が得られた(一部抜粋)。

<海外の取り組み状況と国内の状況を知ることができ、勉強になった>

<TICの歴史を知ることができた>

<ACEの影響の深刻さを知ることができた>

<精神保健医療福祉分野におけるTICの取り組みや進捗状況を知ることができた>

<TICの全体像がつかめた>

<海外での取り組みと、日本への展開を考えるきっかけになってよかった>

<精神保健福祉センター・保健所でのアンケート調査結果に興味深く拝見した>

<TICは、児相や児童福祉施設のほうが普及していると思われた>

<日本では、まず、TICが教育医療保険福祉などの専門職養成課程に取り入れられていくことが必要か>

2) 調査2

各データを統合したデータの「入力されているデータの項目の一覧」「データ数」「空欄数」「エラー値/外れ値」は表1～表5の通りである。また、各データの統合する作業については図1、図2にまとめた。結果は以下のようになった。

① 月ごとに分かれている各データをつなげたデータにして、長期データとして扱えることを確認した。

② 5つのcsvファイルを統合して、1つのファイルにまとめて、各データを跨いで解析することが可能であることを確認した。

③ 各データの「データ数」「空欄発生数」「エラー/外れ値」の数を確認した。結果として、「空欄発生数」と「エラー/外れ値」についてはごく一部の項目であることが確認できた。その発生理由は以下の通りである。

1. 表2の通り、「入院中データ」の「日付」の「エラー/外れ値」について、必ずどの月のデ

ータにも、翌月1日のデータが重複して入力されていることが確認された。

2. 表3より、一部の医療機関で「専門病棟区分」が「0:不明」となっている医療機関がある。

3. 表4より、「主診断」「副診断1~3」は複数の空欄および、「エラー/外れ値」が見られた。このうち、「エラー/外れ値」については精神科の対象疾患以外の診断が含まれている数である。空欄については、1病院において主診断が取られていないため、空欄となっている。

4. 表5より、「退院時データ」も入院時と同様に「主診断」「副診断1~3」は複数の空欄および、「エラー/外れ値」が見られた。このうち、「エラー/外れ値」については精神科の対象疾患以外の診断が含まれている数である。空欄については、1病院において主診断がとられていないため、空欄となっている。

3) 調査3

1. 解析対象者

調査への参加を求めた1511名(介入群883名、対照群628名)のうち参加に同意した1089名(介入群612名[回収率=69.5%]、対照群475名[回収率=75.6%])を解析対象とした(図3)。

2. 基本属性

参加医療機関の基本属性を表7に、質問紙調査の対象者の基本属性を表8に示す。施設属性では、病棟種別の病床数で有意差が認められた。また病棟入院料別にみると、精神科救急入院料、認知症治療病棟、15対1入院基本料、15対1入院基本料(医療観察法ベッド含む)の病棟数に、精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟、地域移行機能強化病棟、10対1入院基本料の病床数に有意差が認められた。

対象者属性では、病棟入院料別にみた場合に、精神科救急入院料、10対1入院基本料、精神療養病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管

理料、地域移行機能強化病棟で有意差が認められた。また年齢、総経験年数、現在の病棟での経験年数に有意差が認められた。

3. TICに対する認識

対象者のTICに対する認識の結果を表9に示す。TICに対する認識を明らかにするために、1.「トラウマインフォームドケア(TIC)」という言葉を知ったことはありますか、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、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、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、5.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くらいありますか、以上5項目について質問し、5番目の項目については、0%~100%の間で回答するものとなっていた。ベースラインでは、2番目の項目以外のすべての項目で有意差が認められた。

4. ARTIC10、BurnOut、K6

尺度を用いた調査結果を表10に示す。TIC研修の実施による効果をARTIC10(the Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale10項目版)、Burn Out(日本語版バーンアウト尺度)、K6の3つの尺度を用いて測定した。ベースラインでは、すべての尺度において有意差は認められなかった。

D. 考察

1) 調査1

精神保健福祉センターとの意見交換、および研修での報告を通して、我が国においてもTICについて、徐々に認知され始めている点や、また行政においては各県やあるいは各施設においてメンタルヘルスの専門家が職員として所属しているかどうかや、また日本においては児

童福祉系の施設の方が TIC やトラウマに対する普及が進んでいるという意見も見られた。そのため、今後の TIC の普及・実装のためには都道府県や市区町村の児童福祉系の部署や、児童相談所等を中心として研修などを実施していくことも効果的な方法の一つであると考えられた。

2) 調査 2

長期データとして扱えるか、5 つの csv ファイルを 1 つにまとめて使えるかについては、データを利用可能であることが確認できた。また、各データの「データ数」「空欄発生数」「エラー/外れ値」の数については、一部データを除き、概ね統一された選択肢、あるいは数値が入力されていることが確認された。

＜必ずどの月のデータにも、翌月 1 日のデータが重複して入力されていることが確認された＞という点については、必ず翌月 1 日のデータを重複削除してから解析を行う必要があり、注意が必要であることが明らかとなった。次に、一部の医療機関で「専門病棟区分」が「0：不明」となっている医療機関がある点については、該当医療機関への問い合わせあるいは、他のデータとの照合により病棟入院料を特定して補完してからデータ解析が必要になると考えられた。

最後に、1 病院において「入院時」および「退院時」の主診断が取られていないことについては、主診断を使った解析を行う場合は該当医療機関において、主診断データを取得してデータベースに入れる作業が発生する可能性があると考えられた。

3) 調査 3

1. 施設属性について

介入群では、民間病院の割合が高く、また精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟、10 対 1 病棟など、看護師配置基準が高く、急性期治療を提供している病床が多いことが分か

った。介入群と対照群の施設属性にばらつきがみられたのは、今回の研究では、群を無作為に分類することが難しく、参加医療機関の希望による分類となっていることが影響していると考えられる。

2. 対象者属性について

対象者属性についても、施設属性と同様に、介入群の精神科救急入院料、10 対 1 入院基本料に属する対象者数が多く、また平均年齢が低く、総経験年数が短いことが分かった。急性期治療を提供する病棟に勤務し、年齢が若い看護師が多いほうが、新しい知識を学ぶ意欲が高いことが推察され、TIC 研修の導入がしやすいことが、理由として考えられた。

3. TIC に対する認識

介入群、対照群ともに TIC に関する具体的な知識は持っていないが、介入群のほうが、TIC という言葉を耳にしていたり、トラウマ体験についての関心が高いことがうかがえた。対象者属性でも述べたように、介入群では、急性期治療を提供する病棟に勤務し、年齢が若い看護師が多いため、新しい情報を得やすい環境にあたり、学会や研修などに参加する機会が多いことが影響しているのではないかと推察された。しかしながら、7 割以上の対象者にとっては、TIC は新しい概念であることが分かり、今後 TIC の普及・実装を行うためには、工夫が必要であると考えられた。

4. ARTIC10、BurnOut、K6

ベースライン調査では、介入群と対照群で有意差はみとめられなかった。TIC に対する認識でも述べたが、介入群、対照群ともに、TIC に関する知識を持っている対象者は少ないことが明らかになっており、TIC 研修を実施することにより、その効果が期待できると考えられた。

E. 結論

調査 1 では、精神保健センターに対するヒアリングから、わが国の行政において TIC についての認知が徐々に広がりつつあることが分か

った。また普及・実装のための課題が見えてきた。調査2では、本研究で用いる既存データベースを使用して、患者のケアへの効果について特に行動制限を中心とした検証を行い、一部の入院料や主診断を新たに収集してデータを補完する必要があるが、効果を解析するに耐えるデータであることが確認できた。調査3では、ベースライン調査の集計を行い、施設属性、対象者属性に偏りはあるという限界はあるものの、TIC研修を実施し、新しい知識を獲得することにより効果が期待できると考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・当労苦状況（予定含む。）

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

I. 引用文献

- 1) Felitti, V. J. , Anda, R. F. , Nordenberg, D. , Williamson, D F. , Spitz, A. M. , Edwards, V. , Koss, M. P. , & Marks, J. S. : 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, 1998
- 2) Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. : Trauma exposure and

posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. Journal of Consulting and Clinical Psychology 70(1): 246- 251, 2002

- 3) 亀岡智美, 瀧野揚三, 野坂祐子, 岩切昌宏, 中村有吾, 加藤寛 : 総説トラウマインフォームドケア - その歴史的展望 -, 精神経誌 120(3) : 173-185, 2018
- 4) Jessica Dym Bartlett, Beth Barto, Jessica L. Griffin¹, Jenifer Goldman Fraser, Hilary Hodgdon, and Ruth Bodian: Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project. Child Maltreat 21(2):1-12, 2016
- 5) Damian AJ, Gallo JJ, Mendelson T: Barriers and facilitators for access to mental health services by traumatized youth. Child Youth Serv Rev 85: 273-278, 2018
- 6) Trauma-Informed Care Implementation Resource Center: Implementing Trauma-Informed Practices throughout the San Francisco Department of Public Health. 2018, <https://www.traumainformedcare.chcs.org/implementing-trauma-informed-practices-throughout-the-san-francisco-department-of-public-health/> (最終アクセス 2022. 3. 14)
- 7) Jeffrey J. Borckardt, Rochelle Hanson, et al: Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. PSYCHIATRIC SERVICES 62(5):477-483, 2011
- 8) Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., & Kessler, R. C. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental

Health Japan Survey. Journal of psychiatric research 53: 157-165, 2014

- 9) 石井美緒：米国の隔離・身体拘束最小化方策＝「コア戦略」とは（第1回）トラウマインフォームドケア（トラウマを念頭に置いて臨むケア），精神看護 17(1)：92-93, 2014
- 10) 野坂祐子：トラウマインフォームドケア：公衆衛生の観点から安全を高めるアプローチ，トラウマティック・ストレス 17(1)：80-89, 2019
- 11) 亀岡智美：小児精神神経科領域とトラウマインフォームドケア，小児の精神と神経 60(2)：137-144, 2020
- 12) Junko Niimura, Miharuru Nakanishi, Yasuyuki Okumura, Masashi Kawano, Atsushi Nishida: Effectiveness of 1-day trauma-informed care training programme on attitudes in psychiatric hospitals: A pre-post study. International Journal of Mental Health Nursing 28(4): 980-988, 2019

表1 A県精神保健福祉センターとの意見交換の概要

話題	意見の具体的内容
1. TIC・トラウマの活用例および取り組み状況について	TICそのものは実施していないがリーグケアや突然の喪失やがんのご遺族の方の対応、相談業務を行っている。またトラウマ対応という枠組みでいえば、PTSDへの対応もあるが、精神保健福祉センターでは無理のない範囲で対応している。サイコロジカルファーストエイド（PFA）のインストラクター資格を持つ職員が所属していたこともあった。
2. TICを研修に取り入れる可能性について	PFAなどの研修なども行ってきた実感として、新たに要素を取り入れることは可能と思う。これまでもトラウマに関する心理教育も含めてある程度パッケージ化された研修は、これまで行ってきていて、その中に「トラウマを念頭に置く」という要素が入っていることもある。
3. 研修を実施する場合に必要なツール	例えば、ゲートキーパー研修などはスライドや動画があるので、それを他の色々な研修に入れ込んで15分程度で実施するなどという方法も行ってきた。
4. TICの要素を各センターで取り込む場合のハードルとなりえること	トラウマ臨床が身近にあるかどうかは大きいのではないかと。TICについて取り扱える人がいるか、あるいはそれを取り扱う機会があるかどうかは大きいのではないかと。また心理職や精神科医がいないセンターもある。そういう職種がいないと取り入れることが難しい場合もあるのではないかと。
5. 保健所や児童相談所などの児童虐待の対応部署との連携について	保健所は精神科救急で手一杯というところも多いのかもしれない。また現在はそれに加えてコロナ対応もある。児童相談所はおそらく各県で体制は様々と思うが、心理職のグループがあることも多いからそういうところは受け入れやすいのかもしれない。また児相から発信するのも効果的かもしれない。
6. 児童相談所以外の自治体の虐待関係の対応窓口について	都道府県や政令市の虐待対応等の子どもに関する対応は社会福祉系の部署が行っていることが多いはず。児相は保護児童の対応などが大きな役割だが、窓口的には政令市であれば区ごとだったり、市町村の窓口の方が一次対応を行うこともある。しかしそうした部署は保健師はいるかもしれないが心理職が配置されているとは限らず、メンタルヘルスに苦手意識を持っているなどもあるため、ニーズもあるのではないかと。

表2 「入院中データ」の構成と各項目の入力値の状態（2020年10月～2021年10月）

NO	項目名	定義	データ数	空欄	エラー値/ 外れ値
1	病院KEY	研究用病院ID	1,092,920	0	0
2	患者番号	患者ごとに付与された研究用固有ID	1,092,920	0	-
3	日付	入院中に毎日記録される日付	1,092,920	0	2,646※1
4	病棟CD	研究用病棟ID	1,092,920	0	0
5	入院形態	入院中に毎日記録される入院形態（0：不明, 1：緊急措置入院, 2：措置入院, 3：応急入院, 4：医療保護入院, 5：任意入院, 6：司法鑑定, 7：医療観察法鑑定, 8：医療観察法病棟入院, 9：その他入院形態）	1,092,920	0	0
6	隔離指示時間	医師が隔離を指示した1日の合計時間（0～24時間）	1,092,920	0	0
7	隔離施行時間	隔離を施行した1日の合計時間（0～24時間）	1,092,920	0	0
8	拘束指示時間	医師が拘束を指示した1日の合計時間（0～24時間）	1,092,920	0	0
9	拘束施行時間	拘束を施行した1日の合計時間をセット（0～24時間）	1,092,920	0	0
10	コレステロール	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
11	心電図	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
12	血糖	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
13	TDM(ハロペリドール)	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
14	TDM(ブロムペリドール)	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
15	TDM(リチウム)	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
16	TDM(パルプロ酸)	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0
17	TDM(カルバマゼピン)	左記の検査の実施有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	1,092,920	0	0

※1 毎月翌月1日のデータが重複で入力されている

表3 「病棟情報マスタ」の構成と各項目の入力値の状態（2020年10月～2021年10月）

NO	項目名	定義	データ数	空欄	エラー値/ 外れ値
1	病院KEY	研究用病院ID	884	0	0
2	病棟CD	研究用病棟ID	884	0	-
3	対象年月	月更新でセットされた日付	884	0	0
4	名称	病院内での病棟の名称	884	0	-
5	専門病棟区分	精神科病棟入院料区分（0：不明, 1：精神科救急入院料, 2：精神科救急合併症入院料, 3：精神科急性期病棟入院料, 4：認知症治療病棟入院料, 5：10対1入院基本料, 6：13対1入院基本料, 7：15対1入院基本料, 8：18対1入院基本料, 9：20対1入院基本料, 10：特定機能病院7:1, 11：特定機能病院10:1, 12：特定機能病院13:1, 13：特定機能病院15:1, 14：精神療養病棟入院料, 15：医療観察法病棟. 16：それ以外）	884	0	13 ※1
6	定床数	病棟における病床数の合計値	884	0	0
7	表示順	病棟選択時の表示順を示す数字	884	0	0
8	看護師数	病棟に勤務する看護師の総数	884	0	0 ※2

※1 専門病棟区分が「0」となっている

※2 看護師数が「0」や「999」となっている件数は含めない

表4 「入院時データ」の構成と各項目の入力値の状態（2020年10月～2021年10月）

NO	項目名	定義	データ数	空欄	エラー値/ 外れ値
1	病院KEY	研究用病院ID	9,101	0	0
2	患者番号	患者ごとに付与された研究用固有ID	9,101	0	-
3	入院日	入院した年月日	9,101	0	0
4	入院時間	入院した日時	9,101	0	0
5	性別	0：不明, 1：男, 2：女	9,101	0	0
6	生年月	患者の生年月日	9,101	0	0
7	精神科入院有無	入院時から過去3か月間における精神科（自院、および、他院）への入院有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
8	主診断	入院日から6日後までの患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、"F9"、"G4"、等）	9,101	1,014	62※1
9	副診断1	入院日から6日後までの患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、"F9"、"G4"、等）	9,101	984	4,126※1
10	副診断2	入院日から6日後までの患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、"F9"、"G4"、等）	9,101	2,048	5,287※1
11	副診断3	入院日から6日後までの患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、"F9"、"G4"、等）	9,101	3,893	3,726※1
12	GAF	入院日から6日後までの患者のGAF点数測定の有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
13	GAF点数	GAF点数(0～100点, 点数がない場合は999点)	9,101	0	0
14	BPRS	入院日から6日後までの患者のBPRS点数測定の有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
15	BPRS点数	BPRS点数をセットする(0～120点, 得点がない場合は999点)	9,101	0	0
16	入院時の生涯の物質障害	入院時時点、および、過去における物質障害有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
17	入院前1カ月または入院契機の自殺企図	入院前1カ月以内の自殺企図の有無、もしくは、自殺企図を契機とした入院有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
18	抗精神病薬処方	「抗精神病薬処方」の有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
19	抗精神病薬処方量	入院時の抗精神病薬処方量（単位はmg）	9,101	0	0
20	ハロペリドール	入院日から6日後までに実施された処方、および、注射において、該当薬の使用有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
21	ブロムペリドール	入院日から6日後までの処方において、該当薬の使用有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
22	リチウム	入院日から6日後までの処方において、該当薬の使用有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
23	パルプロ酸	入院日から6日後までの処方において、該当薬の使用有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0
24	カルバマゼピン	入院日から6日後までの処方において、該当薬の使用有無（0：不明, 1：なし, 2：あり）	9,101	0	0

※1 主診断または副診断が「F」「G3」「G4」以外

表5 「退院後データ」の構成と各項目の入力値の状態（2020年10月～2021年10月）

NO	項目名	定義	データ数	空欄	エラー値/ 外れ値
1	病院KEY	研究用病院ID	9,175	0	0
2	患者番号	患者ごとに付与された研究用固有ID	9,175	0	-
3	退院日	退院した年月日	9,175	0	0
4	退院時間	退院した日時	9,175	0	0
5	主診断	退院日直近の患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、 "F9"、"G4"、等）	9,175	0	934※1
6	副診断1	退院日直近の患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、 "F9"、"G4"、等）	9,175	0	789※1
7	副診断2	退院日直近の患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、 "F9"、"G4"、等）	9,175	0	1,468※1
8	副診断3	退院日直近の患者の診断結果（ICD-10）（"F0"、 "F9"、"G4"、等）	9,175	0	3,286※1
9	GAF	退院日直近の患者のGAF点数測定の有無（0：不明, 1：なし,2：あり）	9,175	0	0
10	GAF点数	GAF点数(0～100点,点数がない場合は999点)	9,175	0	0
11	BPRS	退院日直近の患者の患者のBPRS点数測定の有無 (0：不明,1：なし,2：あり)	9,175	0	0
12	BPRS点数	BPRS点数をセットする(0～120点,得点がない場合 は999点)	9,175	0	0
13	入院中の自殺既遂	入院中の自殺既遂の有無、(0：不明,1：なし,2：あ り)	9,175	0	0
14	入院中の自殺企図	入院中の自殺企図の有無、(0：不明,1：なし,2：あ り)	9,175	0	0
15	抗精神病薬処方	「抗精神病薬処方」の有無（0：不明,1：なし,2： あり）	9,175	0	0
16	抗精神病薬処方量	退院時の抗精神病薬処方量（単位はmg）	9,175	0	0
17	ハロペリドール	退院日直近に実施された処方、および、注射におい て、該当薬の使用有無(0：不明,1：なし,2：あり)	9,175	0	0
18	プロムペリドール	退院日直近の処方において、該当薬の使用有無（0： 不明,1：なし,2：あり）	9,175	0	0

※1 主診断または副診断が「F」「G3」「G4」以外

表6 「退院後データ」の構成と各項目の入力値の状態（2020年10月～2021年10月）

NO	項目名	定義	データ数	空欄	エラー値/ 外れ値
1	病院KEY	研究用病院ID	9,089	0	0
2	患者番号	患者ごとに付与された研究用固有ID	9,089	0	-
3	退院日	退院した年月日	9,089	0	0
4	退院時間	退院した日時	9,089	0	0
5	所在	退院日から3カ月が経過した患者の現在の所在（0： 不明,1:外来（自他院ともに）,2:入院（自他院とも に）,3:死亡）	9,089	0	0

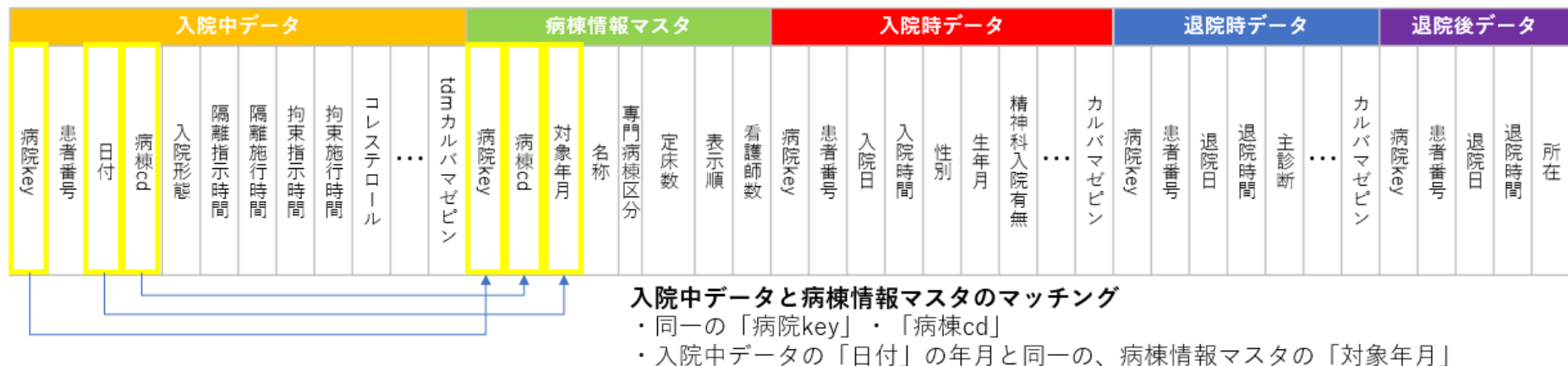


図1 入院中データと病棟情報マスタのマッチング方法

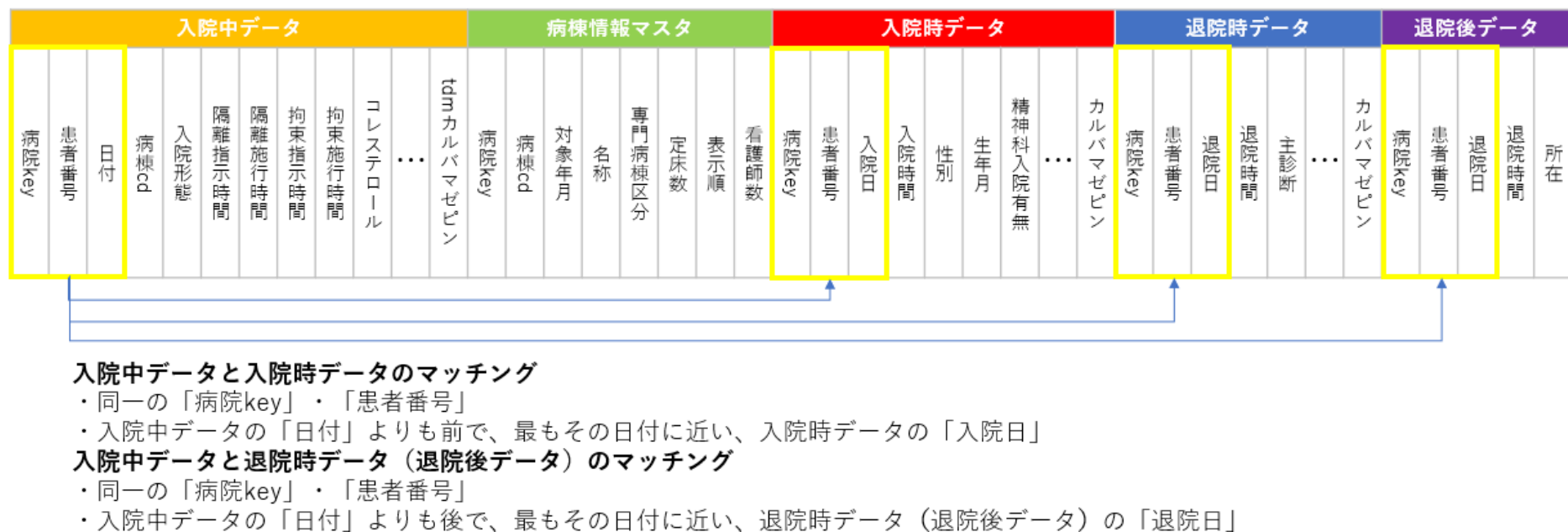


図2 入院中データと入院中データ、退院時データ、退院後データとの各マッチング方法

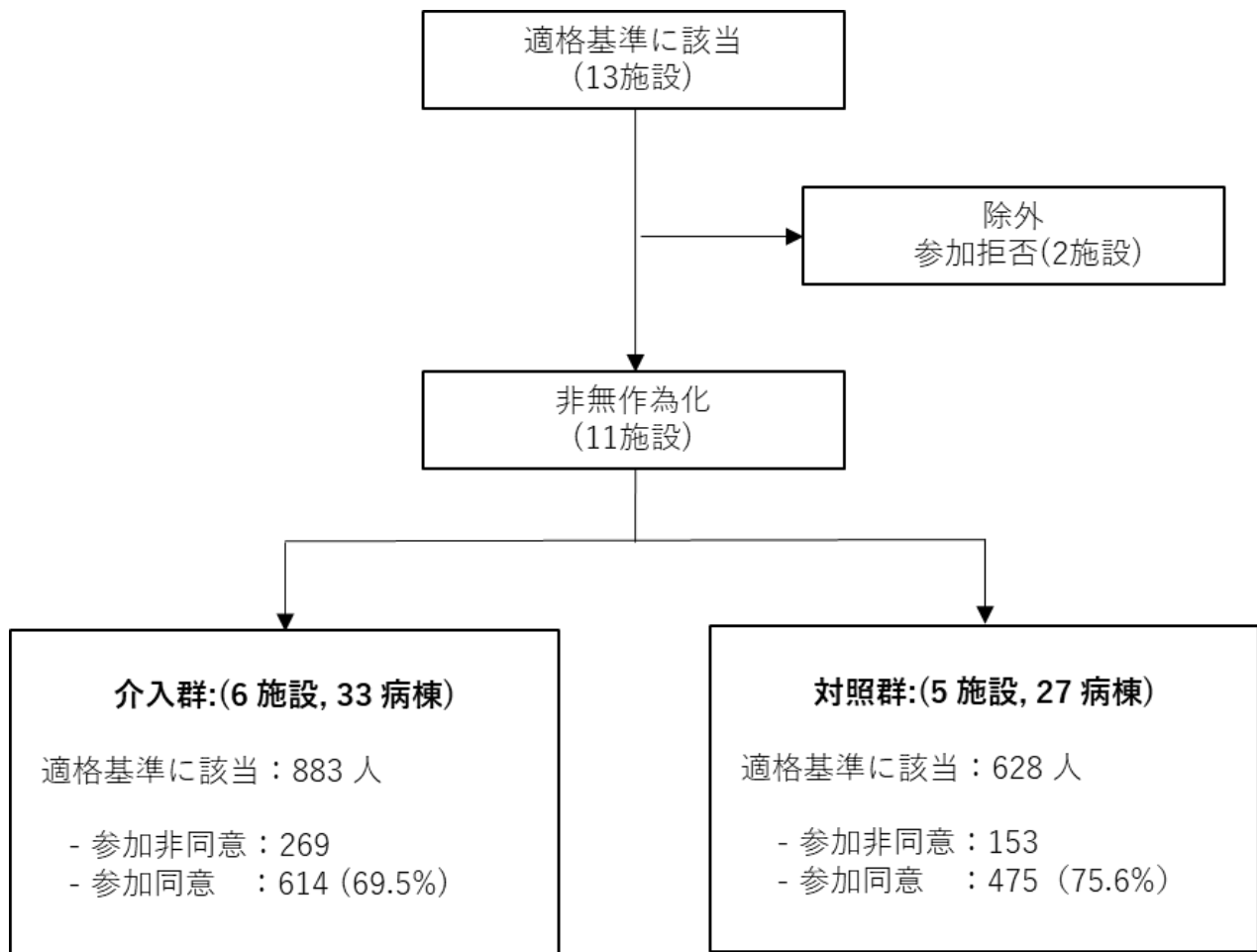


図3 本調査のフローチャート

表7 施設属性

	病棟(n=60)								病床(n=2822)							
	全体		介入群		対照群		p		全体		介入群		対照群		p	
病院種別																
公立	n=25	41.7%	n=13	39.4%	n=15	55.6%	$\chi^2 = 3.33$	0.07	n=1002	35.5%	n=430	28.6%	n=572	43.3%	$\chi^2 = 65.88$	<.001
民間	n=35	58.3%	n=20	60.6%	n=12	44.4%			n=1820	64.5%	n=1071	71.4%	n=749	56.7%		
病棟入院料																
精神科救急入院料病棟	n=18	30.0%	n=10	30.3%	n=8	29.6%	$\chi^2 = 0.003$	0.95	n=790	28.0%	n=468	31.2%	n=322	24.4%	$\chi^2 = 16.1$	<.001
精神科急性期治療病棟	n=4	6.7%	n=3	9.1%	n=1	3.7%	$\chi^2 = 0.69$	0.41	n=173	6.1%	n=123	8.2%	n=50	3.8%	$\chi^2 = 23.7$	<.001
児童・思春期精神科入院医療管理料	n=2	3.3%	n=2	6.1%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 1.69$	0.19	n=33	1.2%	n=33	2.2%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 29.4$	<.001
認知症治療病棟	n=4	6.7%	n=2	6.1%	n=2	7.4%	$\chi^2 = 0.04$	0.84	n=184	6.5%	n=89	5.9%	n=95	7.2%	$\chi^2 = 1.84$	0.18
精神療養病棟	n=10	16.7%	n=3	9.1%	n=7	25.9%	$\chi^2 = 3.03$	0.08	n=572	20.3%	n=180	12.0%	n=392	29.7%	$\chi^2 = 136$	<.001
地域移行機能強化病棟	n=1	1.7%	n=1	3.0%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 0.83$	0.36	n=60	2.1%	n=60	4.0%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 54$	<.001
10対1入院基本料	n=1	1.7%	n=1	3.0%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 0.83$	0.36	n=30	1.1%	n=30	2.0%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 26.7$	<.001
15対1入院基本料	n=18	30.0%	n=10	30.3%	n=8	29.6%	$\chi^2 = 0.003$	0.95	n=899	31.9%	n=479	31.9%	n=420	31.8%	$\chi^2 = 0$	0.95
15対1入院基本料 (医療観察法ベッド含む)	n=2	3.3%	n=1	3.0%	n=1	3.7%	$\chi^2 = 0.02$	0.89	n=81	2.9%	n=39	2.6%	n=42	3.2%	$\chi^2 = 0.85$	0.36

表8 対象者属性

	合計		介入群		対照群		p	
職種								
全体	n=1089		n=614		n=475			
看護師	n=896	82.3%	n=512	83.4%	n=384	80.8%	$\chi^2 = 1.19$	0.28
准看護師	n=55	5.1%	n=34	5.5%	n=21	4.4%	$\chi^2 = 3.25$	0.07
看護補助者	n=138	12.7%	n=68	11.1%	n=70	14.7%	$\chi^2 = 0.70$	0.40
雇用形態								
常勤	n=1023	93.9%	n=584	95.1%	n=439	92.4%	$\chi^2 = 3.41$	0.06
非常勤	n=61	5.6%	n=29	4.7%	n=32	6.7%	$\chi^2 = 2.05$	0.15
不明	n=5	0.5%	n=1	0.2%	n=4	0.8%	$\chi^2 = 2.70$	0.10
職位								
管理者	n=184	16.9%	n=104	16.9%	n=80	16.8%	$\chi^2 = 0.00$	0.97
管理職以外	n=818	75.1%	n=464	75.6%	n=354	74.5%	$\chi^2 = 0.16$	0.69
不明	n=87	8.0%	n=46	7.5%	n=41	8.6%	$\chi^2 = 0.47$	0.49
性別								
男性	n=328	30.1%	n=176	28.7%	n=152	32.0%	$\chi^2 = 1.42$	0.38
女性	n=760	69.8%	n=437	71.2%	n=323	68.0%	$\chi^2 = 1.28$	0.26
どちらでもない	n=1	0.1%	n=1	0.2%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 0.77$	0.23
所属する病棟の入院料								
精神科救急入院料	n=367	33.7%	n=231	37.6%	n=136	28.6%	$\chi^2 = 9.69$	0.002
精神科急性期治療病棟	n=76	7.0%	n=50	8.1%	n=26	5.5%	$\chi^2 = 2.94$	0.09
認知症治療病棟入院料	n=69	6.3%	n=31	5.0%	n=38	8.0%	$\chi^2 = 3.93$	0.05
10対1入院基本料	n=9	0.8%	n=9	1.5%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 7.02$	0.008
15対1入院基本料	n=320	29.4%	n=180	29.3%	n=140	29.5%	$\chi^2 = 0.00$	0.95
15対1入院基本料 (医療観察法ベッドを含む)	n=38	3.5%	n=18	2.9%	n=20	4.2%	$\chi^2 = 1.30$	0.25
精神療養病棟入院料	n=157	14.4%	n=42	6.8%	n=115	24.2%	$\chi^2 = 65.49$	<.001
児童・思春期精神科入院医療管理料	n=31	2.8%	n=31	5.0%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 24.68$	<.001
地域移行機能強化病棟	n=22	2.0%	n=22	3.6%	n=0	0.0%	$\chi^2 = 17.37$	<.001
年齢 (n=1087)	42.9	±11.9	42.0	±12.2	44.1	±11.4	t = -2.97	0.003
総経年数 (n=1086)	16.3	±11.3	15.4	±11.4	17.5	±11.2	t = -3.12	0.002
精神科経年数 (n=1088)	11.7	±9.9	11.3	±9.6	12.2	±10.2	t = -1.44	0.15
現在の病棟での経年数 (n=1075)	2.7	±2.6	3.0	±2.8	2.4	±2.1	t = 3.69	<.001

表9 トライマインフォームドケア (TIC) に対する認識の結果

	合計		介入群		対照群			p
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？								
ある	n=274	25.2%	n=168	27.6%	n=443	22.3%	$\chi^2 = 3.99$	0.046
ない	n=812	74.8%	n=440	72.5%	n=369	77.7%		
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？								
よく知っている	n=8	0.7%	n=5	0.8%	n=3	0.6%	$\chi^2 = 2.47$	0.48
少しは知っている	n=82	7.6%	n=49	8.0%	n=33	7.0%		
聞いたことはあるがよくは知らない	n=215	19.9%	n=129	21.2%	n=86	18.1%		
初めて聞いた	n=778	71.8%	n=426	70.0%	n=352	74.3%		
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？								
とてもそう思う	n=24	2.2%	n=18	3.0%	n=6	1.3%	$\chi^2 = 14.5$	0.002
少しそう思う	n=149	13.8%	n=101	16.7%	n=48	10.1%		
あまりそう思わない	n=301	27.9%	n=156	25.7%	n=145	30.6%		
全くそう思わない	n=606	56.1%	n=331	54.6%	n=275	58.0%		
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？								
とても感じる	n=361	33.5%	n=222	36.5%	n=139	29.6%	$\chi^2 = 8.66$	0.03
少し感じる	n=498	46.2%	n=279	45.8%	n=219	46.6%		
あまり感じない	n=156	14.5%	n=78	12.8%	n=78	16.6%		
全く感じない	n=64	5.9%	n=30	4.9%	n=34	7.2%		
5. 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くらいありますか？								
	45.3%	±25.8	47.2%	±26.1	42.9%	±25.2	t= 2.71	0.007

表 10 ARTIC10、Burn Out、K6 の結果

	合計			介入群			対照群			t	p
	n	mean	SD	n	mean	SD	n	mean	SD		
ARTIC10	1071	4.76	0.61	600	4.76	0.62	471	4.76	0.60	-0.01	0.99
BurnOut											
情緒的消耗感	1077	2.95	0.91	604	2.99	0.91	473	2.91	0.92	1.40	0.16
脱人格化	1071	2.02	0.77	599	2.03	0.76	472	2.00	0.78	0.66	0.51
個人的達成感	1075	2.28	0.67	603	2.29	0.65	472	2.27	0.68	0.47	0.64
K6	1066	5.80	4.56	598	5.79	4.56	468	5.80	4.57	-0.03	0.97

ARTIC10 : the Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale10 項目版

Burn Out : 日本語版バーンアウト尺度

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	児童青年期の心的外傷後ストレス障害と認知行動療法	児童青年期精神医学とその近接領域	62(1)	1-10	2021
田中英三郎, 西川瑞穂, 大久保圭策, 亀岡智美	精神科診療所受診患者における逆境的小児期体験と生涯トラウマ体験の頻度およびPTSD症状に関する横断調査	精神神経学雑誌	123(7)	396-404	2021
亀岡智美	COVID-19パンデミックによる影響—トラウマの観点から—	ソーシャルワーク研究	47(4)	18-22	2022

令和4年2月10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 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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
- 研究者名 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年2月10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 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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
- 研究者名（所属部署・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）
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

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

次の職員の令和3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) 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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

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

次の職員の令和3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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

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3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) 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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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"/> (その理由: 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。

令和 4年 3月 23日

厚生労働大臣 殿

機関名 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 中込 和幸

次の職員の令和3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) 公共精神健康医療研究部・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。