

「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 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 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 カ月分×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

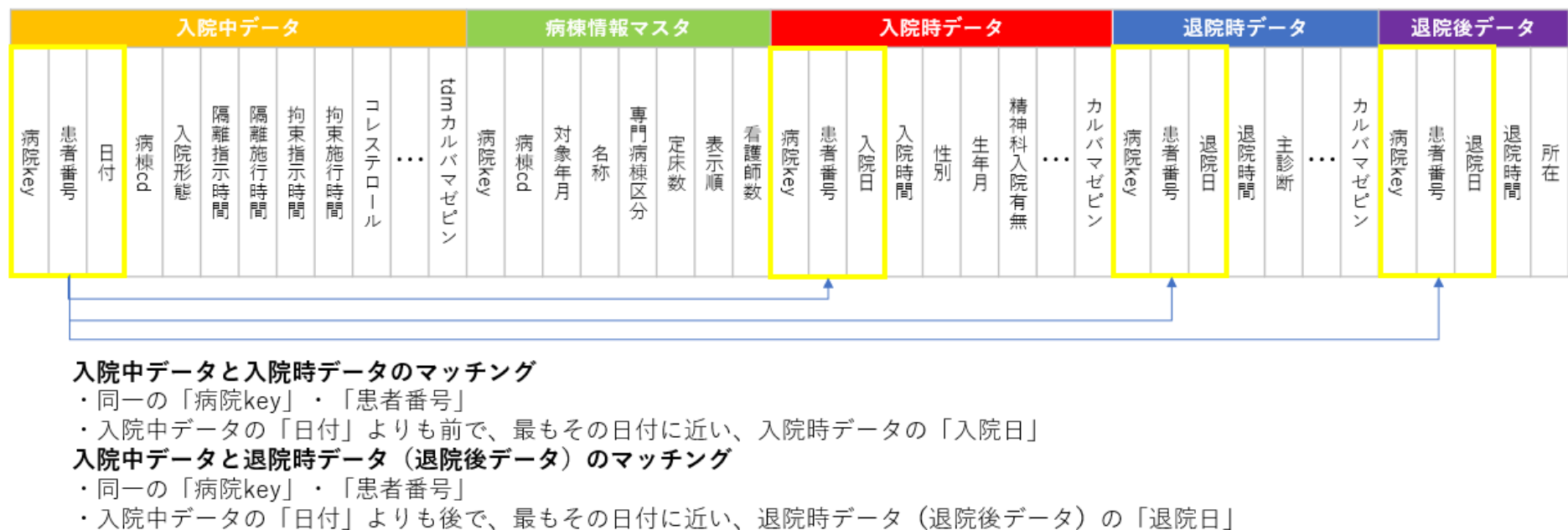


図2 入院中データと入院中データ、退院時データ、退院後データとの各マッチング方法

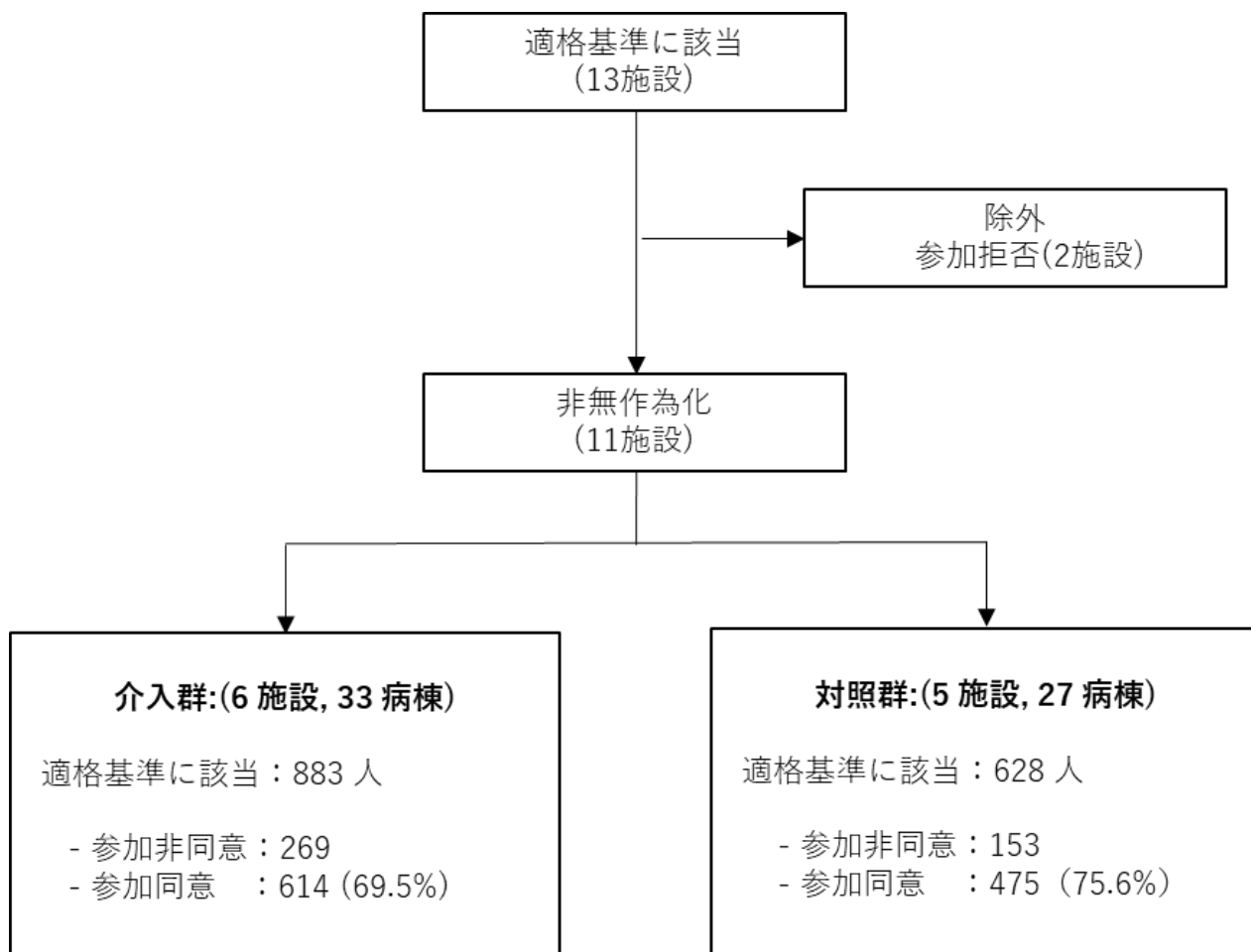


図3 本調査のフローチャート

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
総経験年数 (n=1086)	16.3	±11.3	15.4	±11.4	17.5	±11.2	t = -3.12	0.002
精神科経験年数 (n=1088)	11.7	±9.9	11.3	±9.6	12.2	±10.2	t = -1.44	0.15
現在の病棟での経験年数 (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