

「精神科医療機関に対するトラウマインフォームドケア研修の効果に関する検討」

研究分担者 白田 謙太郎

研究協力者 三宅 美智、羽澄 恵、西 大輔

(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)

研究要旨

精神医療では、隔離や身体拘束などの強制的な手段の使用は、障害者の権利を守るために重要なテーマとなっている。しかし精神保健福祉資料によると、日本では隔離や身体拘束は増加傾向にある。また国際的な比較では、隔離や身体拘束の実施割合は高くはないが、実施期間は長期化している傾向にある。臨床現場では、状況の変化に合わせた隔離や身体拘束を減らす努力がなされているその一方で、2022年の国連勧告では、強制入院の見直しが指摘されたこともあり、隔離や身体拘束についても引き続き減らすための対策が求められている。精神疾患患者の場合には、隔離や身体拘束がトラウマ体験になりうることや、トラウマを含む小児期の逆境体験を経験している割合が高いため、トラウマに着目する必要がある。トラウマに配慮したケアにトラウマインフォームドケア (Trauma Informed Care: TIC) がある。TICは隔離・身体拘束削減の方法である「Six Core Strategies」でも、患者にケアを提供する際の基本的な姿勢として位置づけられており、その有用性が示されている。しかし、日本ではTICが浸透しているとは言えない状況にある。そこで本研究では、精神病床を有する医療機関の看護職・看護補助者を対象に動画を用いたTIC研修を実施し、介入前後で隔離・身体拘束実施時間が短縮するのか、またTICの動画研修によって、TICを前提とした態度の習得が可能かについて効果検証することを目的とした。研究協力施設は10施設で、TIC研修の実施を希望した介入群5施設、TIC研修の実施を希望しなかった対照群5施設であった。TIC研修に用いた動画は1回15分、第1回から第5回、合計90分程度で構成されており、個人が任意のタイミングで視聴するか、集合研修を実施することによって提供された。動画によるTIC研修の介入の結果、介入前後で隔離・身体拘束時間の有意な短縮は認められなかったが、看護職・看護補助者のTICに関する態度の獲得に有効であることが明らかになった。

A. 研究目的

精神医療では、隔離や身体拘束などの強制的な手段の使用は、障害者の権利を守るために重要なテーマとなっている¹⁾。しかし精神保健福祉資料によると²⁾、日本の隔離や身体拘束は、ともに増加傾向にある。その背景には、入院患者に占める高齢者や身体合併症の増加などの患者要因の他に、患者の負担を減らすために、状態に合わせて必要と時のみ短時間の実施をすることで、回数が増加したり、透明化を図るために、意識的に報告が行われるようになったなど、治療環境要因や臨床現場の意識の変化なども関係していると言われている。国際的な比較では、隔離や身体拘束の実施割合は高くはないが、実施期間は長期化している

傾向にある³⁾⁴⁾。臨床現場では、状況の変化に合わせた隔離や身体拘束を減らすための努力がなされている。その一方で、2022年の国連勧告では、強制入院の見直しが指摘されたこともあり、隔離や身体拘束についても引き続き減らすための対策が求められている。隔離や身体拘束は、精神障害者にとって心理的侵襲が高いこともあり、トラウマ体験となりうることが予想される。隔離や身体拘束など強制治療後の心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder、以下PTSD) 発生率の推定値は25%~47%と高値であることが示されている⁵⁾。また小児期逆境体験 (Adverse Child Experiences、以下ACEs)は、トラウマ体験となりうることが知られている。

特に精神障害者の場合には、ACEsが一般住民よりも高いこと⁶⁾や累積暴露量も生涯を通して高くなりやすいことが指摘されている⁷⁾。つまり精神障害者の場合、強制的な治療がPTSDといった二次的な障害のリスクにつながる可能性や、精神科病院で治療を受けるまでに、何らかのトラウマ体験を経験している可能性が高いということが言える。そのような背景から精神医療でもトラウマが着目されるようになった。特に隔離や身体拘束は、精神障害者のトラウマ体験となりうる強制的な治療の1つとして挙げられるため、それを予防することや、実施する際には医療者側の配慮が求められるようになってきた。

トラウマに配慮したケアに、トラウマインフォームドケア (Trauma Informed Care、以下TIC) がある。米国薬物乱用・精神保健管理局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) から手引きが出版されており⁸⁾アメリカでは、地域や医療において幅広くTICの実装に向けた取り組みがなされている。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⁹⁾。隔離・身体拘束削減のための戦略「Six Core Strategies」¹⁰⁾においても、基本理念としてTICが導入されており、患者にケアを提供する際の基本的な姿勢として位置づけられている。

「Six Core Strategies」は、アメリカで開発された方法であるが、オーストラリア、ニュージーランド、イギリス、カナダ、フィンランドなど多くの国で臨床実践に用いられており、その有効性が示唆されている¹¹⁾。すでに日本でも2010年に精神看護領域の雑誌で翻訳版が紹介されている¹²⁾。このようにTICは、保健、医療、福祉の分野に幅広く導入されたり、隔離・身体拘束削減に影響を及ぼす重要な概念として位置づけられている。先行研究では、TICを前提とした態度が隔離・身体拘束の減少に有用である^{13) 14)}ことが示されており、精神医療でも注目されるようになった。

しかし日本ではその考え方が浸透しているとは言えない状況にある。そのため日本において習得するための方法の確立やTICの有用性を検証することが必要であると考えられる。そこで本研究では、精神病床を有する医療機関の看護職・看護補助者を対象に動画を用いたTIC研修を実施し、介入前後で隔離・身体拘束実施時間に影響を及ぼすのか、またTICの動画研修によって、TICを前提とした態度の習得が可能かどうかについて効果検証することを目的とした。

B. 研究方法

1. 介入方法の概要

本研究は、RESCOPEシステムを導入している精神病床を有する医療機関を対象とし、TIC研修の実施を希望する介入群とTIC研修を希望しない対照群に分け、介入群に所属する看護職・看護補助者を対象に介入を実施した。入院患者を対象に隔離や身体拘束実施時間をアウトカムとした調査1、看護師を対象にTICを前提とした態度を測定する尺度をアウトカムとした調査2を実施した。

介入群の医療機関に2021年11月時点で勤務している看護職員を対象として動画視聴による介入を行った。介入期間は2021年11月～2022年1月であった。TIC研修は、1回15分～20分程度の動画を5本、合計90分程度で構成されていた。動画の内容は、トラウマインフォームドケアの紹介 (第1回)、トラウマによって引き起こされる症状 (第2回)、トラウマのメガネを手に入れる (第3回)、トラウマインフォームドケアの再発見 (第4回)、行動制限最小化 (第5回) についてであった。動画の視聴方法は、①各医療機関で視聴可能な媒体に保存された動画にアクセス、②個人のスマホなどの媒体から本研究のために立ち上げたHP (<https://traumalens.jp/>) にアクセス、③集合研修を開催の3つの方法のなかで、各研究協力施設に合った方法を選択できるように準備した。また、資料としてTIC動画視聴に加えてワークシートの提供を行い、個人、あるいは病棟単位で任意での学習を依頼した。

2. 倫理的配慮

本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した(2021065NI-(1))。

3. 研究デザインおよび解析方法

1) 調査1

① 研究デザイン

非無作為化比較試験を行った。

② 研究参加者

研究参加者は、2020年4月～2022年4月に研究協力施設の精神病床に入院していた患者であった。

③ データ収集方法

電子カルテから特定のデータを自動収集するRESCOPEシステムを用いてデータ収集を行った。RESCOPEシステムは、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。作成されたCSVファイルは、送付手続きを行うウェブサイトを通してアップロードされる。アップロードされたCSVファイルは、国立精神・神経医療研究センター内に設置された特定のPCでダウンロードを行うことでデータ収集できるようになっている。

④ データ収集期間

データ収集期間は、2019年4月～2022年4月であった。2019年4月～2020年3月のデータについては、2020年4月以降に在院していた患者の入院時のデータを収集するためのみに使用した。

⑤ データ収集項目

施設属性として、病床数、病棟入院料、患者属性として、主診断、性別、生年月、入院形態、隔離・身体拘束実施時間を収集した。アウトカムは1日あたりの隔離・身体拘束実施時間とした。

⑥ 統計解析

本研究では、ベースラインを2020年4月～2021年10月、フォローアップを2022年2月～4月と

し、患者情報が取得可能な患者(2019年4月以降に入院した患者)を解析対象とした。ベースライン期間中に連続して入院している期間を1エピソードとカウントし、エピソード単位での解析を行った。なお2021年11月～2022年1月が介入期間であったため、この期間の入院エピソードは除いた。ベースライン時の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。統計解析は、主解析は差分の差分法解析、副次的解析は、介入群に対して分割時系列解析を用いた。解析の際には、性別、年齢、主診断、病棟入院料、病床数、COVID-19クラスター発生で調整した。

2) 調査2

① 研究デザイン

介入群について、ベースライン調査、介入後調査、フォローアップ調査の変化を検討した。

② 研究参加者

調査協力の得られた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。

③ データ収集方法

同意の得られた看護職または看護補助者に3回(ベースライン調査:2021年10月、介入後調査:2022年2月、フォローアップ調査:2022年5月)の質問紙調査を実施した。

④ データ収集項目

基本属性(所属病棟、職種、職位、総経験年数、精神科での経験年数、雇用形態、性別、年齢)をベースライン調査で収集し、3回の調査では、the Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale10項目版(以下、ARTIC10)を収集した。

介入の効果はARTIC10を用いて測定した。ARTIC10はARTIC45の短縮版で、対人関係サービスマンで働く支援者のTICに関する態度を評価するために開発された尺度である¹⁵⁾。得点が高いほど、TICを前提とした態度が良好であることを示す。

⑤ 統計解析

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した。ベースライン、介入後、

フォローアップのARTICの変化を検討するため、マルチレベル解析による混合効果モデルを実施した。各レベルの設計は、レベル1を時点（ベースライン、介入後、フォローアップ）、レベル2を個人（看護職・看護補助者）、レベル3を病棟、レベル4を病院とした。レベル1を固定効果、レベル2～4をランダム効果とした。

C. 研究結果

1. 調査1

1) 対象者の属性

研究協力の得られた施設は11施設で、TIC研修を希望した介入群6施設、TIC研修を希望しなかった対照群5施設であった。介入群6施設のうち、1施設はCOVID-19感染拡大の影響で、大幅に病棟機能に変更があったため、解析データからは除外した。介入群の入院エピソード数は5,051、対照群の入院エピソード数は3,850であった。対照群は介入群と比較して、平均年齢が高く（介入群：52.7歳、SD=±23.7、対照群58.6歳、SD=±21.5、 $P<0.001$ ）、入院期間も長期（介入群：98.02日、SD=±125.1、対照群：116.8日、SD=±178.1、 $P<0.001$ ）、認知症患者の割合が有意に高かった（介入群：12.0%、対照群22.9%、 $P<0.001$ ）。このほかに対照群での隔離実施時間（介入群：2.6時間、SD=±5.2、対照群：2.9時間、 $P<0.001$ ）、介入群での身体拘束実施時間（介入群：0.6時間、SD=±2.6、対照群：0.3時間、SD=±1.7、 $P<0.001$ ）が有意に高いという特徴があった。なお、本解析データには、医療観察法病床が含まれている。

2) TIC研修による介入効果

主解析の隔離実施時間においても身体拘束実施時間においても、介入前後での変化について、介入の有無による有意な相違はみられなかった。（時点×介入群：隔離、estimate=-0.13、 $P=0.63$ 、身体拘束、estimate=-0.19、 $P=0.07$ ）。それ以外の共変量では、急性期病棟、非同意入院では隔離実施時間は長くなり、また女性であること、年齢が若いこと、主診断がF0（認知症等）、は短くなる傾向にあった。身体拘束実施時間は、年齢が高い、認知症などのF0、非同意入院、病床数が多いと長くなり、急性期病棟だと短くなる傾向にあった。

副次解析の介入群のみのデータを用いて隔離・身体拘束実施時間をアウトカムとした分割時系列解析の結果も同様に、介入前後で隔離・身体拘束実施時間に有意な短縮は認められなかった（隔離実施時間：estimate=-0.23、 $p=0.13$ 、身体拘束時間：estimate=-0.06、 $p=0.53$ ）。

2. 調査2

1) 対象者の属性

今回ベースラインで回答した617名を解析対象とした。基本属性は、男性177名、女性439名、それ以外1名、平均年齢42.01歳（SD=±12.18）、平均総経年数15.60年（SD=±11.38）、平均精神科経年数11.05年（SD=±9.52）であった。

2) TIC研修による介入効果

ARTIC10をアウトカムとしたマルチレベル解析では、介入後調査、フォローアップ調査ともにベースライン調査と比較して、有意に得点が高かった（介入後調査：estimate=0.12、 $P<0.001$ 、フォローアップ調査：estimate=0.09、 $P<0.001$ ）。

D. 考察

1. 調査1

今回の介入では、隔離・身体拘束実施時間に有意な短縮は示されなかった。その理由として動画視聴による介入は、看護師の知識や態度の改善には、有効性が示唆されているが、隔離・身体拘束時間の短縮をアウトカムにする場合には、動画視聴のみの介入では強度が低い可能性が考えられる。しかし統計学的には有意差はなかったものの、隔離・身体拘束実施時間ともに減少傾向が示されており、動画研修そのもののコンテンツの改定、あるいはさらに長い期間の介入等、介入強度を上げることにより、有効性が認められる可能性はあると考えられる。また、今回の介入では、TIC動画視聴に加えて任意でグループワークを行うためのワークシートの提供を行ったが、それを実施した病棟は少なかった。動画視聴の他にグループワークを取り入れる時間を取ることが多くの医療機関では困難であったと考えられる。今後は、普段行う申し送りやカンファ

レンズにTICの視点を取り入れるなど、具体的なTICの導入例を収集し、提示するなどの工夫を行うことで、限られた時間の中で動画コンテンツ以外にTICについて考える機会を増やすことも有用かもしれない。またデータ収集した期間の多くは、新型コロナウイルスの感染下であったため、精神科医療機関ごとに状況が異なっていた可能性がある。そのことが隔離・身体拘束の実施に少なからず影響した可能性は考慮する必要があると考えられる。

2. 調査2

看護職・看護補助者を対象とした質問紙調査では、ARTIC10の得点が介入後、フォローアップも有意に高く、効果が持続していることが示された。動画による研修は、TICを前提とした態度の獲得に有効であったと考えられる。今回の研究では、看護職・看護補助者を対象としていたため、今後は、医師や精神保健福祉士などの患者に関わるより多くの職種がTICを学ぶことにより、隔離や身体拘束の減少にも影響を及ぼすことができるのではないかと考えられる。

E. 結論

今回のTIC動画を用いた研修では、隔離・身体拘束実施時間の有意な短縮は認められなかったが、減少傾向になる可能性は示された。また、看護職・看護補助者のTICに関する態度の獲得に有効であることが明らかになった。

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) United Nations [UN]. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York, NY: United Nations, 2006.
- 2) 精神保健福祉資料：国立精神・神経医療研究センター、<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> (最終アクセス2023. 3. 27)
- 3) T. Steinert, P. Lepping, R. Bernhardsgrütter, A. Conca, T. Hatling, W. Janssen, R. Whittington: Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals_ A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45: 889-897, 2010
- 4) 野田寿恵ほか：行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発、*精神医学*51 (10) :989-997、2009
- 5) Marie Chieze et al.: Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry_ A Systematic Review: *Frontiers in Psychiatry*(10)2019
- 6) Anouk L Grubaugh et al.: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clinical Psychology Review*31(6)883-899, 2011
- 7) Neria, Yuval et al.: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of consulting and clinical psychology*70(1)246-51, 2002
- 8) SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative: SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed

Approach, 2014

- 9) 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
- 10) Kevin Ann Huckshorn : Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use®. National Association of State Mental Health Program Directors, 2006
- 11) Maritta Välimäki et al.: An Evidence-Based Educational Intervention for Reducing Coercive Measures in Psychiatric Hospitals_ A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open;5(8) e2229076, 2022
- 12) 吉浜文洋ほか: 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略、精神科看護37(6) 52 - 56、37(7) 54 - 57、37(8) 49 - 53、37(9) 65 - 73
- 13) Hale, R., & Wendler, M. C.: Evidence-Based Practice: Implementing Trauma-Informed Care of Children and Adolescents in the Inpatient Psychiatric Setting. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 29(2)161-170, 2020
- 14) Jeffrey J. Borckardt. et al.: Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. Psychiatric Services 62(5)477-483, 2011
- 15) Courtney N. Baker et al.: Development and Psychometric Evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale. School Mental Health(8)61-76, 2016