

- 15) その他の理由により、安全性委員会が中止することが適当と判断した場合
- (3) 研究自体の中止：下記の場合には、研究代表者の判断もしくは安全性委員会からの勧告を受けて、研究自体を中止する。
- 16) 諸外国の最新の研究により、PEの有害性が明らかになった場合
- 17) 本研究においてPEによる重篤な有害事象が連続して認められた場合
- 18) その他の理由により、研究代表者が研究を中止することが適当と判断した場合
- 19) その他の理由により、安全性委員会が中止を勧告した場合

中止後の対応：

- 1)有害事象発生により中止した場合は、TAUを担当している主治医(研究責任者または研究分担医師)が、通常の医療と同じように最適の治療対応を行う。
- 2)研究責任者または研究分担医師は、中止の理由をカルテおよび症例報告書に記載する。
- 3) 研究責任者または研究分担医師は、PE治療開始後に同意の撤回があった場合は、PEの効果不発揮あるいは有害事象によるものか、あるいは偶発的事象(転居など)によるものかをできるだけ明らかにし、有効性・安全性評価の対象となる症例としての採否の参考となるように記録する。

10. 有害事象発生時の取扱

(1)有害事象発生時の被験者への対応

- 有害事象については研究チームから独立した安全性モニタリング委員会を置き、有害事象が生じた場合に報告を受け、中止勧告を含めた対応を検討する。
- 本研究での有害事象とは、PEに関係するものとして予想されるのは、深刻な自殺念慮である。深刻な自殺念慮については、毎回の面接で、MINIの自殺評価項目を用いて確認する。また、好ましくないすべての事象も有害事象と見なす。これらについてはTAU担当の主治医(研究責任者または研究分担医師)が評価し、研究代表者に報告する。
- 研究責任者また研究分担医師は、有害事象を認めたときは、直ちに適切な処置を行うとともに、カルテならびに症例報告書に齟齬なく記載する。また、PEを中止した場合や、有害事象に対する治療が必要となった場合には、被験者にその旨を伝える。

(2)重篤な有害事象の報告

- 研究責任者は、重篤な有害事象の発生を認めたときは、速やかに病院長(臨床試験部)に報告するとともに、多施設で試験を実施している場合は、その実施機関の長に通知する。報告は第一報(緊急報告)および第二報(詳細報告)とする。
- 報告の期限については、PEは投薬ではないものの、薬事法施行規則第273条に準じて7日以内とする。

11. 実施計画書からの逸脱の報告

- 研究責任者または研究分担医師は、研究代表者の事前の合意および倫理委員会の事前の審査に基づく病院長の承認を得る前に、試験実施計画書からの逸脱あるいは変更は行わない。
- ただし、研究責任者または研究分担医師は、緊急回避等のやむを得ない理由により、研究代表者との事前の合意および倫理委員会の事前の承認を得る前に、試験実施計画書からの逸脱あるいは変更を行うことがある。その際には、研究責任者または研究分担医師は、逸脱または変更の内容および理由ならびに試験実施計画書等の改訂が必要であればその案を速やかに、研究代表者および倫理委員会に提出し、研究代表者、倫理委員会および病院長の承認を得るものとする。
- 研究責任者または研究分担医師は、試験実施計画書からの逸脱があった場合は、逸脱事項をその理由とともに全て記録し、研究代表者は、医療機関で定めた所定の様式により病院長および倫理委員会に報告しなければならない。

12. 試験の終了、中止、中断

(1)試験の終了

- 各施設での試験の終了時には、研究代表者は、速やかに試験終了報告書を病院長に提出する。多施設において実施する場合は、研究代表者にも終了報告書を提出する。

(2)試験の中止、中断

- 研究代表者は、以下の事項に該当する場合は試験実施継続の可否を検討する。

- 1) PEの品質、安全性、有効性に関する重大な情報が得られたとき。
- 2) 被験者のリクルートが困難で予定症例を達成することが到底困難であると判断されたとき。
- 3) 倫理委員会により、実施計画等の変更の指示があり、これを受入れることが困難と判断されたとき。
- 4) 倫理委員会により、中止の勧告あるいは指示があった場合は、試験を中止する。
- 5) 多施設で行う場合は、研究代表者あるいは研究計画書で規定する委員会等で、上記の事項を検討し、試験の継続の可否を検討する。
- 6) 試験の中止または中断を決定した時は、速やかに病院長(あるいは各医療機関の長)にその理由とともに文書で報告する。

1 3. 試験実施期間

平成20年(倫理委員会の承認が得られた日)から平成21年4月30日(登録締切平成21年1月31日)

1 4. データの集計および統計解析方法

- 背景因子の集計を行うとともに、PTSD症状の減少度についてはT検定、ANOVA等を行う。

1 5. 目標症例数および設定根拠

- 本研究全体の各群の目標症例数はそれぞれ20例である。その根拠は、endpointに関する以下のpower analysisによる。
 - CAPSによるPTSD症状の重症度
 - TAUで12週間観察時の症状の減少度を30%とする。PEのこれまでの代表者の治療研究の成績では80%の減少度であるが、これを60%とし、それぞれの分散を20とすると、両群20例、対応のないT検定でのpowerは100%となる。

本研究は多施設共同研究であり、PE治療の施設毎の達成目標数は以下の通りである。

試験全体: 参加施設数	3施設、目標症例数20例
国立精神・神経センター	6例
東京女子医科大学	8例
武蔵野大学	6例

1 6. 被験者の人権および安全性・不利益に対する配慮

以下の項目について記載すること。

(1) 人権への配慮(プライバシーの保護)

- 本研究は、臨床研究の倫理指針ならびにヘルシンキ宣言に従う。
- 試験実施に係る生データ類および同意書等を取扱う際は、被験者の秘密保護に十分配慮する。病院外に提出する症例報告書等では、被験者識別コード等を用いて行う。試験の結果を公表する際は、被験者を特定できる情報を含まないようにする。試験の目的以外に、試験で得られた被験者のデータを使用しない。
- 被験者の検体等を病院外に出して測定等を行う場合は、数値による匿名化を行う。

(2) 安全性・不利益への配慮

- 有害事象発生時の対処方法: 通常の医療行為に準じて、速やかに適切な診察と処置を行う。

1 7. 患者の費用負担

- 試験に参加することで被験者の費用負担が増えないように、PE群についてはPE治療ごとに、対照群についてはTAUごとに、1回の通院あたり2000円の謝金を支出する。
- 通常の検査の範囲を超える心理検査や採血等を行う場合には、それらが研究費等で賄われることを記載するとともに、治療謝金以外に5000円の謝金を支出する。

1 8. 記録の保存

試験等の実施に係わる必須文書の保管責任者、保管場所、保管期間、匿名化の方法、保管期間終了後の廃棄方法等について。

- 研究責任者は、試験等の実施に係わる必須文書(申請書類の控え、病院長からの通知文書、各種申請書・報告書の控え、被験者識別コードリスト、同意書、症例報告書等の控え、その他データの信頼性を保証するのに必要な書類または記録など)を保存し、研究発表後5年後に廃棄する。

19. 研究結果の公表

- 研究の終了後、半年以内に、代表者が筆頭著者となって、RCTの主要結果について論文投稿を行う。その際、CONSORT声明を参照する。副次的評価項目の所見については共同研究者が筆頭著者となって別に発表を行うことがある。
- 試験が正しく行われたにも拘わらず結果が思わしくなかった場合であっても、患者さんの協力を無駄にすることのないように、投稿論文等でデータを公表する。

20. 研究組織

<研究代表者>

○ 金吉晴 国立精神・神経センター 成人精神保健部 部長 042-346-1985

<実施施設・研究責任者>

(実施施設名)	(研究責任者名)	(職名)	(連絡先)
東京女子医科大学 女性生涯健康センター	加茂登志子	教授・センター長、医師	03-5363-0723
武蔵野大学 心理臨床センター	小西聖子	教授、医師	042-468-3111

<研究事務局>

国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

患者登録・割付センター:第三者に依頼

安全性委員会 担当者 帝京大学溝の口病院 精神科 教授 張賢徳
防衛医科大学校 精神科 講師 重村淳

21. 研究資金および利益の衝突

本試験は、国立精神・神経センター精神保健研究所庁費のほか、平成20年度、厚生労働科学研究費「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」(主任研究者金吉晴)の助成を得て行われる。本試験の計画・実施・報告において、試験の結果および結果の解釈に影響を及ぼすような「起こりえる利益の衝突」は存在しない。本研究は精神療法であるPEの治療効果研究であるが、同治療法の施行に当たっては、薬物療法のような商業的営利行為は介在していないので、利害関係者が存在していない。また試験の実施が被験者の権利・利益をそこねることはない。

22. 実施計画書等の変更

- 実施計画書や同意説明文書の変更(改訂)を行う場合は予め各研究実施施設の倫理委員会の承認を必要とする。
- 各医療機関に固有の変更:各医療機関で試験実施計画書の変更を求められた場合は、研究責任者は、研究代表者との合意の上、当該機関での試験実施計画書を変更することができる。

以上

トラウマティックイベントと心的外傷後ストレス障害のリスク：
閾値下 PTSD の頻度とイベントとの関連

分担研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授
研究協力者 土屋政雄 東京大学大学院医学系研究科・客員研究員
WMH-J 2002-2006 共同研究者

本研究では、2002-2006 年に実施された世界精神保健日本調査（「こころの健康についての疫学調査」、以下 WMHJ 調査）のデータベースを二次的に解析し、わが国の地域住民における心的外傷後ストレス障害(PTSD)の頻度およびトラウマティックイベントの生涯経験と PTSD リスクとの関連を検討している。本年度研究では、DSM-IV 診断基準を満たさない心的外傷後ストレス障害(PTSD)に注目し、その頻度とトラウマティックイベントとの関連性を解析した。WMHJ 調査において国内の 11 地域ごとに無作為に抽出した地域住民のうち合計 4,134 人から回答を得た（平均回収率 55.1%）者のうち、part II 面接に該当した 1,682 人について分析を行った。PTSD は WHO 統合診断面接(CIDI)3.0 版により評価し、DSM-IV 診断による PTSD を診断した。さらに A2 基準（イベント経験時の恐怖）を削除した場合、C 基準（回避と麻痺症状）の個数を 3 個以上から 1 ないし 2 個以上に変更した場合の閾値下 PTSD の診断を作成した。トラウマティックイベントは 28 のリストを 11 に再カテゴリーした。解析では対象者の抽出比率およびトラウマティックイベントの抽出比率に応じた重みづけを行い SAS および SUDAAN で解析した。

C 基準を 1 個または 2 個以上にした閾値下を含む PTSD の生涯有病率は 2.2 あるいは 1.8%、12 ヶ月有病率は 1.2 および 0.9%であった。閾値下 PTSD を含めることで有病率は 1.3~2.3 倍に増加した。A2 基準の削除は有病率に影響を与えなかった。閾値下を含む PTSD の生涯有病率は女性、20-34 歳の若年層に多かった。同 12 ヶ月有病率は女性、35-49 歳の中年層に多かった。C 基準を 2 個以上にした閾値下 PTSD の生涯有病率は、暴力被害、性的被害、周囲の不幸、他害の経験者で 4.5~11%と高かった。暴力被害、周囲の不幸は閾値下を含む PTSD と有意に関連していた($p<0.05$)。

C 基準の該当症状を 1 ないし 2 個以上にした閾値下 PTSD は PTSD とほぼ同等存在すると思われた。特に女性や若年層で頻度が高かった。閾値下を含む PTSD の発症には、暴力被害、周囲の不幸、有意ではないが性的被害、他害が関連する傾向にあった。

A. はじめに

本研究では、2002-2006 年に実施された世界精神保健日本調査（「こころの健康についての疫学調査」、以下 WMHJ 調査）のデータベースを二次的に解析し、わが国の地域住民における心的外傷後ストレス障害(PTSD)の頻度およびトラウマティックイベントの生涯経験と PTSD リスクとの関連を検討している。昨年度研究では 2002-2006 年に実施された世界精神保健日本調査（「こころの健康についての疫学調査」、World Mental Health Japan Survey, WMHJ）のデータベースを解析し、わが国の地域住民におけるトラウマティックイベントの生涯経験と心的外傷後ストレス障害(PTSD)の生涯リスクとの関連を検討し、諸外国で観察されたと同様に、わが国の地域住民でも①自らの生命の危険につながる体験（暴力、脅し）、②死や重傷の目撃、③性的暴力、④大切な関係にある者におきた経験（大切な不慮の死、大切な人

の心の傷になるような出来事）が PTSD と有意に関連していたことを報告した。

近年の PTSD 研究では、診断基準を満たさない PTSD（部分 [partial] PTSD あるいは閾値下 [subthreshold] PTSD と呼ぶ）に関する研究が盛んになっている。DSM-IV 診断における PTSD の診断は A から F までの基準を全て満たすことが必要である（参考を参照のこと）。閾値下 PTSD では、これらの基準のいずれかを不要としたり、あるいは各基準で必要とされる症状項目数を減らすことで定義されることが多い。閾値下 PTSD への注目は、DSM-V および ICD-11 に向けての PTSD の診断基準の見直しや PTSD の病態のより正確な理解の診断分類学的側面、および現在の PTSD 診断にあてはまらない場合でも PTSD 関連症状により社会機能障害や苦悩を有する一群がいるのではないかと公衆衛生的側面の両面からなされてい

る。

DSM-IV 診断による PTSD ではトラウマティックイベントへの曝露(A1) およびこのイベントにおいて恐怖を感じた経験(A2)の双方が必要とされている。A1 に該当した者の多くは A2 基準も満たすため、A2 基準を PTSD 診断から除いた場合にも PTSD の有病率はほとんど増加しないとの報告が多く (Breslau & Kessler, 2001; Creamer, McFarlane & Burgess, 2005) (Kilpatrick et al, 1998; Schnurr et al, 2002)、A2 基準を PTSD 診断から除外することも議論されている。しかしこれをわが国で検討した研究は公表されていない。

一方、C, D 基準の必要症状数を 1 個以上に緩和した閾値下 PTSD の研究では、PTSD の 1 ヶ月有病率は女性 2.7%、男性 1.2%、閾値下 PTSD の 1 ヶ月有病率は女性 3.4%、男性 0.3% であり (Stein et al., 1997)、PTSD 関連問題をより広く評価することの必要性が指摘されている。韓国でも、PTSD の生涯有病率 1.7% に対して閾値下 PTSD は 2.7% と多数観察されることが報告されている (Jeon et al. 2007)。C, D 基準の必要症状項目数を減らした閾値下 PTSD は、本来の PTSD にくらべ社会機能障害が低く、重症性が少ないとする報告もあるが (Breslau et al. 2004)、中等度以上の社会機能障害があるとする研究 (Stein et al, 1997) や社会機能障害に差はないとする研究 (Jeon et al. 2007) もある。さらに PTSD と閾値下 PTSD とではその引き金になるトラウマティックイベントが異なる (閾値下 PTSD には、自然災害、戦争体験、目撃、他者の心の傷になる出来事がより関連) との研究もある (Jeon et al. 2007)。

本年度の研究では、世界精神保健日本調査 (「こころの健康についての疫学調査」、以下 WMHJ 調査) のデータベースを解析し、わが国の地域住民において DSM-IV 診断基準を満たさない閾値下の PTSD の頻度とトラウマティックイベントとの関連性を解析した。

B. 対象と方法

1. 調査対象

本研究では、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「こころの健康についての疫学調査」(WMH-J) のデータベースを解析した。WMHJ の調査対象者は、各調査地域の 20 歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出された。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が面接調査を実施した。調査が実施された地域は、岡山県 (岡山市、玉野市)、鹿児島県 (串木野市、吹上町、旧市来町および旧東市来町)、長崎県 (長崎市)、栃木県 (佐野市)、山形県 (天童市および上山市)、神奈川県 (横浜市磯子区) である。これらの地域は、

調査センターとなる機関が存在するかどうかやその地域の行政の協力が得られるかどうかによって選定された。各地域では原則として、選挙人名簿または住民台帳から地域住民を無作為に抽出して対象者とした。対象者に、依頼状を送付した後、調査員が電話ないし訪問で調査への参加を依頼するか、あるいは民生委員など地域のキーパーソンに対象者を訪問して調査への打診をしてもらい、同意した場合に調査員が連絡をとることとした。長崎市では、依頼状の郵送 (リマインダーも含めて 3 回) に対して同意の回答を葉書で返した者のみに対して調査が実施されたため、回収率が他の地域とくらべて低くなっている。

各地域調査から得られた回答者は合計 4,134 名 (平均回答率 55.1%) である。なお、調査への回答率は、完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者から対象外の者 (日本語を使用しない者および調査時点で死亡、転居、入院または入所していた者) を除外した人数を分母として計算している。回答率は 26.4% (長崎県長崎市) から 81.6% (鹿児島県吹上町) まで幅があった。いずれの地域の調査においても、調査に同意した対象者からインフォームドコンセントを書面で得た。

2. 調査方法

1) 面接票と調査員訓練

WHO-CIDI 3.0 版のコンピュータ版 (CAPI) が使用された。専用のコンピュータソフトウェアが、所定の質問を決められた手順に従って調査員の持参したパソコンの画面に表示し、調査員はこれに対象者に対して読み上げ、回答をキー入力する形式である。日本語版 CAPI は、米国の WMH 調査にあたる NCS-R 調査のプログラムを譲り受け、これを日本語化することで作成された。WMH 調査票の翻訳は、英語に堪能な心理学および医学の大学院生が粗訳を作成し、米国で同調査票の公式トレーニングを受けた研究者と精神科医 1 名がこれをチェックし、修正した。少数のフィールドテストを複数回実施し、日本語としての問題点を修正した。最終的な日本語訳案は、重要なフレーズについて、英語に逆翻訳し、ハーバード大学の WMH 調査データコーディネーターセンターに送付し、原語との意味の一致を確認した。

地域ごとに 20-30 名の調査員が募集された。長崎市調査では、調査員は看護師、教員または心理系の有資格者から集められた。山形県 2 市の調査では、調査員は保健師、看護師等の医療系有資格者か資格取得予定者から集められた。しかしこれ以外の地域では調査員は、資格条件なしのボランティアとして公募された中から PC 操作ができ、対人関係能力が一定以上ある者が非専門家調査員として選ばれた。調査員の訓練は、米国で公式なトレーニングを受けたトレーナー (川上、岩田)

とその補助員が実施した。訓練は5日間で、調査の概要、調査手順、WMH 調査票の使用方法、模擬面接などから構成された。

WMH 調査では被験者の負担を軽減するため面接を2つのパートに区分し、対象者を面接中にサンプリングしていずれのパートの面接を実施するかを決めている。前半 (Part I) は全ての対象者に対して実施され、後半 (Part II) は対象者のうちからランダムに選択された者のみに対して追加調査として実施された。前半部分では主に心の健康問題 (精神障害を含む) の実態と相談・受診行動を、後半部分では心の健康問題の関連要因や心の健康に関する意識について調査を行った。トラウマティックイベントの経験は、Part II 面接で評価されたため、本研究では Part II 面接データ (N=1, 682) を解析した。

2) 主要な調査項目

(1) トラウマティックイベント

トラウマティックイベントについては、表1に示すような28のイベントについて、これまでの生涯に経験したか否か、経験した場合には何歳で経験したかをたずねた。これらのイベントを表1に示すように11のカテゴリーに再分類した。

(2) PTSD および閾値下 PTSD の診断

米国ハーバード大学医学部のデータコーディネーティングセンターから提供された SAS プログラムを使用して、面接データから DSM-IV 診断による PTSD の生涯診断を行った。さらに PTSD の DSM-IV 診断基準から以下の3つの閾値下 PTSD の診断を作成した。

① A 2 基準を削除

② C 基準の該当症状数が2個以上 (本来は3個以上)

③ C 基準の該当症状数が1個以上 (本来は3個以上)

以上の修正点以外の基準については DSM-IV 診断に定められているものをそのまま適応した。

従来の PTSD の疫学調査では、通常はトラウマティックイベント (複数のイベント経験者の場合にはそのうち最悪のイベント) について PTSD の症状項目をたずねて診断を行っている。しかしこの方法では、選ばれなかったイベントにおいて PTSD が発症しなかったかどうか知ることができないため、イベントごとに PTSD の発症危険度がどの程度あるか正しく評定することができない。この問題を解決するために、WMHJ では複数のイベントを経験した者では無作為にイベントを1つ選びそのイベントに対して PTSD 診断のための情報を収集する方法をとっている。

(3) 基本的属性

基本的属性として、性別、調査時年齢を調査した。調査時年齢は20-34歳、35-44歳、45-64歳、

65歳以上に区分した。

表1 本研究で調査したトラウマティックイベントとカテゴリー化

トラウマティックイベントのカテゴリー	番号
1. 戦争経験	
戦闘体験	1
戦争地帯での救援者	2
戦争地帯の市民	3
テロ地域の市民	4
難民	5
誘拐された	6
2. 自動車事故	8
3. 他の事故	
有毒な化学薬品にさらされた	7
その他、命に関わるような事故	9
自然災害	10
人災	11
4. 命に関わるような病気	12
5. 暴力被害	
子どもの時、養育者に殴られた	13
配偶者や恋人に殴られた	14
他の誰かに殴られた	15
武器で襲われたりおどされたりした	16
6. 性的被害	
強姦された	17
性的に暴行された	18
ストーカーにつけられた	19
7. 大切な人の不慮の死	20
8. 周囲の不幸	
子どもの重病	21
大切な人の心の傷になるような出来事	22
9. 目撃	
死ぬところや死体を目撃したり、誰かが重傷を負うのを見たりした	23
残虐行為を見た	26
10. 他害	
思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした	24
わざと他人に重傷を負わせたり、拷問したり、殺したりした	25
11. その他	
ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事	27
話したくなかったから言わなかった出来事	28

3. 解析

統計解析は、SAS および SUDAAN によって行われた。Part II 面接は、Part I を終了した対象者のうちからある基準と確率によって選ばれた者に対して実施される。このためそのまま粗集計す

ると推定値が偏る。このため、本研究では以下のような2種類の重みづけを考慮した解析を行った。①回答者全員に対して、無回答者による対象の偏りを補正するために、全ての対象者はその性別、年齢分布をその地域の国勢調査人口における性別、年齢構成に合うように重みづけを加えた。②さらに Part II 面接の回答者は、その抽出比率 (Part I から Part II に移行する確率) に反比例した重みづけを行った。さらにイベントをランダムに選び PTSD を調査する方法により各イベントと PTSD 発症との関連性を明らかにするためには、上記の Part II 面接の対象者サンプリングに対応した重みづけに加えて、トラウマティックイベントのサンプリングの重みづけを加味した解析が必要になる。そのため本研究では、Part II 重みづけとイベント選択の重みづけを掛け合わせた重みづけを使用して解析した。

PTSD、閾値下 PTSD の生涯有病率および12ヶ月有病率 (およびその標準誤差) を計算した。又性別、年齢層による比較も行った。トラウマティックイベントカテゴリーごとの生涯経験率と経験者における PTSD、閾値下 PTSD の生涯有病率、イベントカテゴリーとの関連性 (オッズ比) を discrete survival time model により性別、年齢層 (4 区分) を調整したオッズ比 (95%信頼区間) を計算した。

4. 倫理的配慮

WMHJ 調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部 (岡山県)、長崎大学医学部 (長崎市) および精神保健研究所 (鹿児島県)、山形大学医学部 (山形県)、順天堂大学医学部 (横浜市) における研究倫理審査委員会で調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。調査では、個人同定可能な氏名、住所などの情報はカバーシートと呼ばれる台帳にしか記録せず、PC に保存される面接データには対象者 ID のみが入力されることとした。また面接時に入力されたデータは、各地域の調査センターのパソコン上で管理され、調査終了後に技術支援センターに転送された。これらのデータ転送過程においては、個人を同定可能な情報は各地域の調査センターに切り離して保管され、個人同定不可能な情報のみをやりとりすることで個人情報の保護に配慮した。

C. 結果

C 基準を1個または2個以上にした閾値下 PTSD の生涯有病率は2.2あるいは1.8%、12ヶ月有病率は1.2および0.9%と PTSD のそれにくらべて1.3~2.3倍高かった (表2、3)。A2 基準を削除した閾値下 PTSD は本来の PTSD と差がなかった。このC基準の症状数を変更した閾値下 PTSD の生涯有病率は女性、20-34歳の若年層に多かった。

またその12ヶ月有病率は女性、35-49歳の中年層に多かった。

C基準を2個以上にした閾値下PTSDの生涯有病率は、暴力被害、性的被害、周囲の不幸、他害の経験者で4.5~11%と頻度が高かった(表4)。暴力被害、周囲の不幸は有意にこの閾値下PTSDと関連していた($p < 0.05$)。

D. 考察

わが国の地域住民の代表サンプルに対する調査データからも、C基準の症状項目数を緩和した場合にPTSDの有病率は大きく増加することが明らかとなった。今回の解析ではPTSDと閾値下PTSDと合併した疾患カテゴリーを作成し分析したが、閾値下PTSDのみの有病率は、PTSDのそれからPTSD+閾値下PTSDのそれを差し引いたものになるので、表1からは閾値下PTSDのみの有病率は、生涯有病率で0.56~0.92%、12ヶ月有病率で0.20~0.50%と考えられる。これは韓国での報告(閾値下PTSDの生涯有病率2.7%)(Jeon et al. 2007)に比べると少ない。しかしPTSDの半分あるいは同等程度の頻度で、閾値下PTSDを持つ者がいると考えられる。

閾値下を含めたPTSDの生涯有病率は女性では約3%、20-34歳の若年層でも3.5%と高かった。12ヶ月有病率も女性では約1.5%、35-49歳の中年者では1.7~2.4%に達していた。女性や若年者をハイリスク集団としたPTSDに関する予防、あるいは教育啓発、相談が効果的と考えられる。生涯有病率と12ヶ月有病率でピーク年齢が異なる理由は明らかでないが、最近の出生コホートの者にPTSDリスクが増加する一方で、35-49歳の中年者において発生しやすいトラウマティックイベントがこの群における12ヶ月有病率を増加させているのかもしれない。あるいは若年層はPTSDから回復しやすいが、中年者ではPTSDが慢性化しやすい可能性も考えられる。今後の検討が必要である。

諸外国で観察されたと同様に、PTSDでも閾値下を含むPTSDでも、暴力被害および周囲の不幸(大切な不慮の死、大切な人の心の傷)が有意にそのリスクと関連していた。また有意ではないが性的被害、目撃を経験した者でも生涯有病率が高かった。韓国では、閾値下PTSDには、自然災害、戦争体験、目撃、他者の心の傷になる出来事がより関連するとの研究もある(Jeon et al. 2007)。しかしながら、本研究では、PTSDと閾値下を含むPTSDの場合で関連するトラウマティックイベントの種類に大きな差は認められなかった。

DSM-IV診断のA2基準については、これを削除してもPTSDの診断に変化はなかった。これは

諸外国の研究と一致した結果であった(Breslau & Kessler, 2001; Creamer, McFarlane & Burgess, 2005)(Kilpatrick et al, 1998; Schnurr et al, 2002)。

E. 結論

本年度研究では、DSM-IV診断基準を満たさない心的外傷後ストレス障害(PTSD)に注目し、その頻度とトラウマティックイベントとの関連性をWMHJデータベースを用いて解析した。DSM-IV診断によるPTSDのC基準(回避と麻痺症状)の個数を3個以上から1ないし2個以上に変更した閾値下PTSDの生涯有病率は2.2あるいは1.8%、12ヶ月有病率は1.2および0.9%とPTSDのそれにくらべて1.3~2.3倍増加した。D基準(覚醒症状)の症状数を1個に変更した場合は有病率に影響を与えなかった。閾値下PTSDの生涯有病率は女性、20-34歳の若年層に多かった。同12ヶ月有病率は女性、35-49歳の中年層に多かった。C基準を2個以上にした閾値下PTSDの生涯有病率は、暴力被害、性的被害、周囲の不幸、他害の経験者で4.5~11%と高かった。暴力被害、周囲の不幸は有意に閾値下PTSDと関連していた($p < 0.05$)。C基準の該当症状を1ないし2個以上にした場合の閾値下PTSDの頻度は生涯有病率で約2%、12ヶ月有病率で約1%と大きく増加した。特に女性や若年層では3%以上の生涯有病率が認められた。閾値下PTSDの発症には、PTSDと同じく暴力被害、性的被害、有意ではないが周囲の不幸、他害が関連する傾向にあった。

F. 健康危険情報

該当せず。

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

該当せず。

I. 謝辞

WMHJ 2002-2006調査の共同研究者は下記の通りである。また各地域の調査員および調査センタースタッフ、調査をご支援いただいた行政関係者、民生委員、愛育委員の皆様、調査にご協力いただいた対象者の方に深く感謝いたします。

川上憲人1, 大野 裕2, 中根允文3, 中村好一4, 深尾 彰5, 堀口逸子6, 立森久照7, 岩田 昇8, 宇田英典9, 中根秀之10, 渡邊 至4, 大類真

嗣 5, 船山和志 11, 長沼洋一 7, 古川壽亮 12, 畑 幸宏 13, 小林雅與 4, 阿彦忠之 14, 山本祐子 6, 三宅由子 7, 竹島 正 7, 吉川武彦 15
1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野, 2 慶應義塾大学保健管理センター, 3 長崎国際大学人間社会学部, 4 自治医科大学公衆衛生学教室, 5 山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座, 6 順天堂大学医学部公衆衛生学教室, 7 国立精神・神経センター精神保健研究所, 8 広島国際大学心理科学部臨床心理学科, 9 鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部長 兼 鹿屋保健所長, 10 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, 11 横浜市鶴見福祉保健センター, 12 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野, 13 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科社会・行動医学精神機能病学, 14 山形県村山保健所, 15 中部学院大学人間福祉学科

J. 引用文献

- Breslau N & Kessler R (2001). The Stressor Criterion in DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Investigation. *Biol Psychiatry* 50, 699-704.
- Creamer M, McFarlane AC & Burgess P (2005). Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *J Affect Disord* 86, 175-182.
- Kilpatrick DG, Resick HS, Freedy JR, et al (1998). Posttraumatic stress disorder field trial: evaluation of the PTSD construct - criteria A through E, in DSM-IV sourcebook. Edited by Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, et al. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Schnurr PP, Spiro III A, Vielhauer MJ, Findler MN & Hamblen JL (2002). Trauma in the lives of older men: findings from the Normative Aging Study. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 175-187.
- Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med*. 2004; 34: 1205-14.
- Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry*. 1997; 154: 1114-9.
- Jeon HJ, Suh T, Lee HJ, Hahm BJ, Lee JY, Cho SJ, Lee YR, Chang SM, Cho MJ. Partial versus full PTSD in the Korean community: prevalence, duration, correlates, comorbidity, and dysfunctions. *Depress Anxiety*. 2007; 24: 577-85.
- 参考: DSM-IV 診断による心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断基準
- A. その人は、以下の2つがともに認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。
(1) 出来事の反復的、侵入的、苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
(3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。
(4) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
(5) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺：
(1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力
(2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
(3) 外傷の重要な側面の想起不能
(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
(6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）
(7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な寿命を期待しない）
- D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進状態で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
(1) 入眠、または睡眠維持の困難
(2) いらだたしさまたは怒りの爆発
(3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1カ月以上

F. 障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

ICD-10

F40.0 急性不安障害			F40.1 慢性不安障害			F40.2 不安障害、持続性			F40.9 不安障害、診断不能	
ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10
症状	診断	診断	症状	診断	診断	症状	診断	診断	症状	診断
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能
F40.0	急性不安障害	急性不安障害	F40.1	慢性不安障害	慢性不安障害	F40.2	不安障害、持続性	不安障害、持続性	F40.9	不安障害、診断不能

表2. わが国におけるDSM-IV診断によるPTSDおよび閾値下を含むPTSDの生涯有病率(%):世界精神保健日本調査データ(N=1682)

	n	PTSD+閾値下 PTSD								
		DSM-IV 診断 PTSD			C 基準の必要症状を 3 から 2 へ減少			C 基準の必要症状を 3 から 1 へ減少		
		重みづ け人数	%	SE	重みづ け人数	%	SE	重みづ け人数	%	SE
全体	1682	21.4	1.27	0.22	30.8	1.83	0.39	36.9	2.19	0.41
性別										
男性	734	3.8	0.48	0.26	5.9	0.74	0.41	8.8	1.12	0.39
女性	948	17.6	1.97	0.38	24.9	2.79	0.63	28.1	3.15	0.63
年齢層										
20-34	306	9.4	2.34	0.79	14.0	3.49	1.18	14.00	3.49	1.18
35-49	402	5.3	1.40	0.49	6.5	1.71	0.52	9.4	2.50	0.77
50-64	525	3.0	0.67	0.23	4.5	0.99	0.30	6.0	1.34	0.38
65+	449	3.7	0.81	0.31	5.9	1.29	0.45	7.4	1.64	0.56

SE: 標準誤差.

表3. わが国におけるDSM-IV診断によるPTSDおよび閾値下を含むPTSDの12ヵ月有病率(%):世界精神保健日本調査データ(N=1682)

	n	PTSD+閾値下 PTSD								
		DSM-IV 診断 PTSD			C 基準の必要症状を 3 から 2 へ減少			C 基準の必要症状を 3 から 1 へ減少		
		重みづ け人数	%	SE	重みづ け人数	%	SE	重みづ け人数	%	SE
全体	1682	11.85	0.70	0.17	15.19	0.90	0.22	20.17	1.20	0.27
性別										
男性	734	0.61	0.08	0.08	2.20	0.28	0.20	5.18	0.66	0.39
女性	948	11.24	1.26	0.30	12.99	1.46	0.32	14.99	1.68	0.34
年齢層										
20-34	306	3.23	0.81	0.41	3.23	0.81	0.41	3.23	0.81	0.41
35-49	402	5.31	1.40	0.49	6.45	1.71	0.52	9.15	2.42	0.77
50-64	525	0.88	0.20	0.10	0.88	0.20	0.10	1.60	0.36	0.16
65+	449	2.43	0.54	0.26	4.63	1.02	0.41	6.19	1.36	0.53

SE: 標準誤差.

表4 わが国における生涯のトラウマティックイベントの経験率と閾値下含むPTSDとの関連：世界精神保健日本調査データ(N=1682)

イベントカテゴリー [¶]	生涯のイベント			生涯のイベント経験者における			生涯におけるイベントと閾値下含むPTSDとの関連性 [†]					
	ト経験率			閾値下含むPTSDの生涯有病率			DSM-IV 診断 PTS			閾値下 PTSD [†]		
	%	SE	PTSD (%)	SE	PTSD [†] (%)	SE	OR	95% 信頼区間	p 値*	OR	95% 信頼区間	p 値*
1. 戦争経験	9.53	1.39	0.44	0.43	0.86	0.60	0.34	0.05-2.64	0.30	0.46	0.10-1.99	0.29
2. 自動車事故	17.94	4.91	2.79	1.57	2.79	1.57	1.55	0.42-5.75	0.51	1.10	0.32-3.74	0.88
3. 他の事故	26.01	4.74	1.93	1.10	2.98	1.51	1.07	0.29-3.89	0.92	1.42	0.48-4.16	0.52
4. 命に関わるような病気	19.91	4.73	1.46	0.79	1.74	0.85	0.71	0.18-2.88	0.64	0.62	0.19-1.99	0.42
5. 暴力被害	38.72	4.22	4.03	1.05	4.48	1.19	4.75	2.29-9.86	<0.01	2.83	1.45-5.50	<0.01
6. 性的被害	15.61	5.12	6.48	3.09	7.64	3.47	3.05	0.73-12.69	0.13	2.41	0.73-8.00	0.15
7. 大切な人の不慮の死	44.36	3.86	2.41	0.83	3.59	1.24	1.28	0.52-3.18	0.59	1.70	0.68-4.27	0.26
8. 周囲の不幸	12.01	1.56	8.13	3.00	10.95	3.39	7.39	2.22-24.59	<0.01	7.61	2.77-20.89	<0.01
9. 目撃	40.75	3.93	1.48	0.71	1.64	0.77	0.72	0.21-2.47	0.60	0.57	0.20-1.67	0.30
10. 他害	7.75	5.24	4.70	4.70	4.70	4.70	3.00	0.24-37.16	0.39	2.21	0.22-22.65	0.51
11. その他	25.45	3.35	5.33	1.48	6.81	1.75	4.23	1.52-11.74	0.01	3.75	1.61-8.74	<0.01

SE: Standard error; OR: odds ratio.

[†] 閾値下 PTSD の診断は、DSM-IV 診断 C 基準の必要症状を 3 から 2 へ減らしたものの。

* 性別と年齢層を調整。

[¶] 合併したカテゴリー：戦争経験(戦闘体験、戦争地帯での救援者、戦争地帯の市民、テロ地域の市民、難民、誘拐された)、3. その他の事故(有毒な化学薬品にさらされた、その他、命に関わるような事故、自然災害、人災)、暴力被害(子どもの時養育者に殴られた、配偶者や恋人に殴られた、他の誰かに殴られた、武器で襲われたりおどされたりした)、性的被害(強姦された、性的に暴行された、ストーカーにつけられた)、周囲の不幸(子どもの重病、大切な人の心の傷になるような出来事)、目撃(死ぬところや死体を目撃したり、誰かが重傷を負った、残虐行為を見た)、他害(思いがけず他人に重傷を負わせたり殺したりした、わざと他人に重傷を負わせたり、拷問したり、殺したりした)、その他(ひどい心の傷になるような出来事、あるいは命に関わるような出来事、話さなくなったり命を失った出来事)。

DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究

— 1年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討 —

分担研究者 金 吉晴¹⁾・加茂登志子²⁾

研究協力者 丹羽まどか²⁾・中山未知²⁾・廣野方子²⁾・加藤寿子²⁾・氏家由里²⁾・正木智子¹⁾・大澤香織³⁾

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所

2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

3) 東海学院大学 人間関係学部

研究要旨 本研究では一時保護施設などを利用後、精神科に通院する母親とその子ども（42組）を対象に、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、そして母子間でどのように影響し合うかを1年間の追跡調査を通じて検討した。その結果、①母親が受けた身体的暴行と性的強要の頻度が多いほど、母親の精神症状（PTSD 症状、解離症状）も悪化する、②調査開始1年を経過してもDVが及ぼした生活への悪影響は改善されにくく、母親のPTSD症状も中等症レベルで維持される、③女兒の方が男児よりも精神的健康の状態は悪く、問題行動も維持される（母親評価）、④子どもの問題行動や精神状態は、母親の精神状態のみならず、母親の養育態度に対する子どもの判断（自分を養護してくれているかどうか）にも左右されうる、⑤母親は子どもの状態を比較的良好に認識できているが、非行的行動や攻撃的行動などの問題を、子ども自身よりも深刻に捉えている、といったことが明らかにされた。

A. 研究目的

夫や恋人などパートナーから受ける暴力、すなわちドメスティックバイオレンス（Domestic Violence; 以下DVと略記）による被害が配偶者だけでなく、子どもの精神健康面にまで影響を及ぼすことについては、公立一時保護所（金・柳田ほか、2005; 石井、2005）や母子生活自立支援施設（奥山、2005）に入所中の母子を対象にした調査によって指摘されている。例えば、金・柳田ほか

（2005）による公立一時保護所での調査では、同伴する全ての子どもたちに母親の暴力被害の目撃が認められ、そのうち23%の子どもが母親と同じ加害者から日常的に身体的虐待を受けており、精神的暴力を含めると全体で54%の子どもたちが虐待被害を受けている実情が浮き彫りとなった。そして、一時保護所に同伴した子どもの精神健康は実際の暴力被害を受けた母親と同様、重篤に阻害された状態にあることが明らかにされている（金・柳田ほか、2005; 石井、2005）。

また、DV被害やその目撃だけではなく、被害後の母子の精神状態が相互に影響を及ぼす可能性も指摘されている。金・柳田ほか（2005）は、母子関係の悪化と子どもの「攻撃的行動」との間に関連があることが示され、母子関係の質が子どもの「攻撃的行動」の予測に有効であることを報告している。DVの渦中にあった母子にとっては、「攻撃的行動」のような暴力にまつわる些細な行動や心理状況の一つ一つが過敏に双方の精神状態を混乱させ、母子関係を悪化に導くことは想像に難くない。しかし、一時保護施設などを利用した後の母子の実態については十分に明らかにされていないのが実状である。

そこで当研究班は東京女子医科大学附属女性生涯健康センターメンタルケア科において、一時保護施設などを利用した後にフォローを必要とする母子を対象に追跡研究を実施するプロジェクトを立ち上げた。

そのプロジェクトの一環として行った研究（金・加茂ほか、2008）にひき続き、本研究では対象者をさらに増やして、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、母子間でどのように影響し合うかを検討する。昨年度の報告書では、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、という点に重点を置いて報告した。今年度の報告書では、母子間でどのように影響し合うかも検討し、結果の全体像を報告する。

B. 研究方法

1) 調査対象者

一時保護施設などを利用した後、DV被害を主訴として精神科に外来受診している母親とその子ど

も（対象年齢は2～18歳）であった。母親は薬物治療を中心とした精神医学的治療を継続中である。また、被害後の症状に関する心理教育や子どもへの対応に関するグループ療法にも参加している。

なお、本調査の除外基準は（1）現在治療中の幻覚、妄想、緊張病症状を呈する精神疾患またはてんかん、または中枢性神経疾患、（2）最近1年のアルコール薬物乱用による入院歴、（3）頭蓋内の器質的病変もしくは外傷、（4）過去3ヵ月以内の自殺企図による救急外来受診もしくは入院、（5）訴訟中、であり、いずれかに該当する者は対象から除外した。

本調査は現在も継続中である。今年度は2006年5月15日～2010年1月6日に調査を実施した母子を分析対象とした。

2) 手続き

主治医（精神科医：本研究の分担研究者）から紹介を受け、研究に関して十分に説明された母子を対象に、初回調査をベースラインとして3ヵ月（13週±1週）ごとに追跡調査を行った。調査は面接方式で行い、母子それぞれに心理士1名（または2名）がついて対応した。母子双方のプライバシーを守るため、別室にて調査を実施した。

3) 調査材料

本調査にて使用した心理尺度、および聴取内容（基本属性、被害状況など）については以下のとおりであった。

a. 基本属性

母子の年齢、生年月日の他に、現在の生活（生活費、就職状況）、既往歴、学歴・職歴、飲酒・喫煙歴、ソーシャルサポート、原家族におけるDVの有無（対象者と加害者）について聴取した。

b. DV被害状況

① DVSI (Domestic Violence Screening Inventory)

母親のDV被害度を把握するため、「身体的暴行・傷害」、「性的強要」、「心理的攻撃」の3つの下位尺度(計15項目)からなるDVSI(石井・飛鳥井ほか, 2003)を使用した。

また, DVSIに加えて「DV被害内容と期間(月)」、「DVによる生活への影響度」、「DV開始状況」、「利用施設」、「現在の婚姻状況(別居期間)」、「加害者との接触(種類と頻度)」、「子どもの被害状況」についても聴取した。

② 出来事チェックリスト

DV被害の他に外傷的出来事に遭遇しているかを確認するために使用した。

c. DV被害後の母親の精神状態

① SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder; DSM-IV第I軸障害構造化面接)

② M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview; 精神疾患簡易構造化面接法)

SCID (First, M. B., Gibbon, M., et al., 2003) と M.I.N.I. (Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y., 2000) はいずれも DSM-IV-TR (APA, 2003) による精神疾患の診断に用いられる半構造化面接である。本調査では, DV被害によって生じると考えられる外傷後ストレス障害(PTSD)の症状の程度および診断基準の該当の有無を確認するため, SCIDのPTSDのみを実施した。また, PTSD以外の精神症状も確認するため, M.I.N.I.を実施した。

③ IES-R (Impact of Event Scale-Revised: 改訂版出来事インパクト尺度)

DV被害によって阻害される心理機能を検討するため, PTSDのスクリーニングで用いられるIES-Rを使用した。IES-RはPTSDの三症状である「侵入症状」、「回避・麻痺症状」、「過覚醒症状」に関する22項目からなる自記式質問紙である。

④ PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale: 日本語版外傷後ストレス診断)

PDS(長江・廣幡ら, 2007)はDSM-IV-TR (APA, 2003)によるPTSDの診断基準に対応した成人用の自記式質問紙である。PTSDの判定に加え, 症状の総合的重症度や機能障害などを測定することが可能である。

⑤ DES-II (Adolescent Dissociative Experiences Scale: 成人版解離性尺度)

⑥ PTCI (Posttraumatic Cognition Inventory: 日本語版外傷後認知尺度)

⑦ TAC-24 (Tri-axial Coping Scale 24-item version)

DV被害によって阻害される認知機能やストレス対処の変化を検討するため, DES-II, PTCI(長江・増田ほか, 2004), TAC-24(神村・海老原ほか, 1995)を使用した。DES-IIは解離症状の程度に関する28項目の自記式質問紙である。PTCIはトラウマ遭遇後に見られる特徴的な認知(「自己に関する否定的認知」、「自責の念」、「世界に対する否定的認知」)に関する自記式質問紙であり, 3下位尺度36項目で構成されている。また, TAC-24はストレスに対して行う対処方略(認知・行動)の偏りや頻度に関する自記式質問紙(全24項目)である。TAC-24は3つの上位尺度(「問題解決・サポート希求」、「問題回避」、「肯定的解釈と気そらし」と8つの下位尺度(「情報収集」、「放棄・諦め」、「肯定的解釈」、「計画立案」、「回避的思考」,

「気晴らし」、「カタルシス」、「責任転嫁」から構成されている。

なお、PTCI と TAC-24 は調査前に回答し、調査当日に持参するように依頼した。

d. DV 被害後の子どもの精神状態と問題行動

① Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL)

子どもの精神状態・問題行動を評価するため、4歳以上の子どもには CBCL/4-18 (井潤・上林ほか, 2001) を用いた。CBCL の各質問について、母親が普段の子どもの様子に基づいて評定した。なお、CBCL/4-18 は全 118 項目、2つの上位尺度(「内向尺度」、「外向尺度」と8つの下位尺度(「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安／抑うつ」、「社会性の問題」、「思考の問題」、「注意の問題」、「非行的行動」、「攻撃的行動」)から構成されている。なお、3歳以下の子どもには CBCL/2-3 (中田・上林ほか, 1999) を使用し、CBCL/4-18 と同様に母親が評定を行った。2つの上位尺度(「内向尺度」、「外向尺度」)は CBCL/4-18 と共通する。

② ユースセルフレポート (Youth Self Report: YSR)

8歳以上の子どもに対しては、CBCL の本人評定(自記式)である YSR にて自らの行動や精神状態を評価するように求めた。YSR は全 113 項目であり、下位尺度は CBCL と同様であるため、母子間の評価比較が可能である。

③ もぐら一ず (ADHD テストプログラム もぐら一ず第3版)

もぐら一ずは、のるぷろライトシステムズ社が作成した注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) の研究用テストプログラ

ムである。もぐら一ずでは、PC 上に 2つの指標(メガネをかけたモグラとかけていないモグラ)がランダムに表示され、メガネをかけたモグラ(ターゲット指標)が出現した場合にのみスペースキーを押すことが課題とされる。課題は 10 分間連続で行われる。10 分経過後、正答率、反応時間、正答数と反応時間のばらつき、ターゲット以外の指標に反応した率(お手つき)、ターゲットを見逃した率(見逃し)が自動的に算出されるシステムになっている。

④ ADHD RS-IV-J (ADHD-Rating Scale IV: 日本語版注意欠陥／多動性障害評価尺度)

ADHD RS-IV-J (山崎, 2001) は ADHD の特徴である多動、注意散漫、衝動性を評価するための自記式質問紙(他者評定。本調査では母親が評定)である。ADHD RS-IV-J は不注意(9項目)、多動・衝動性(9項目)の計 18 項目で構成されており、4段階で評定される。

⑤ CDC (The Child Dissociative Checklist, version 3.0: 子ども版解離評価表)

母親と同様、子どもにも DV 被害によって阻害される認知機能を検討するため、Putnam (1993) によって開発された CDC を使用した。CDC は解離症状の程度に関する 20 項目の自記式質問紙であり、本調査では母親が評定した。

なお、母親評定による CBCL, ADHD RS-IV-J, および CDC は調査前に回答し、調査当日に持参するように依頼した。

⑥ IES-R (Impact of Event Scale-Revised: 改訂版出来事インパクト尺度)

DV 被害によって阻害される心理機能を検討す

るため、11歳以上の子どもには母親と同様にIES-Rを使用した。IES-RはPTSDの三症状である「侵入症状」、「回避・麻痺症状」、「過覚醒症状」に関する22項目からなる自記式質問紙である。

⑦ PBI (Parental Bonding Instrument)

PBI (Parker, 1979) は親の養育態度を評価するための自記式質問紙 (子ども評定) である。本研究では小川 (1991) の翻訳による日本語版の尺度を使用した。PBI は2因子 (養護 [care] 因子, 過保護 [over-protection] 因子) 25項目から成り立っており, 自身の母親の養育態度について「非常にそうだ」(3点) から「まったく違う」(0点) までの4段階で子どもに評定するように求めた。養護因子の得点が低いほど, 過保護因子の得点が高いほど, 養育態度を肯定的に評価したことになる。

4) 倫理面への配慮

本調査は東京女子医科大学の倫理委員会にて承認を受けた上で実施した。調査中および調査直後に対象者 (母子) が気分・体調の悪化を訴えた場合は, 速やかに調査を中断し, クリニックにてフォローする体制をとった。また, 調査終了後に気分の悪化が維持されたり不安が増大し続ける場合に備えて, 調査研究用ホットライン (携帯電話, 電子メール) を設置し, 診療時間内は電話にて, 診療時間外はメールにて対応できるようにした。

C. 研究結果と考察

1) 調査対象者

今年度は2006年5月15日～2010年1月6日に調査を実施した母子を分析の対象とした。各期

に参加した母子は以下の通りであった。

なお, 母親の精神的健康と子どもの精神面・行動面の問題における時系列的变化を検討においては, 12ヵ月にわたる全5回の調査全てに参加した母親および子どもを分析対象とした。

ベースライン期

母子42組。母親31名 (36.52±6.24歳), 子ども42名 (男児19名, 7.45±3.55歳; 女児23名, 8.04±4.05歳)。

3ヵ月後フォローアップ期

母子26組。母親22名, 子ども31名 (男児14名, 女子17名)。

6ヵ月後フォローアップ期

母子34組。母親25名, 子ども34名 (男児13名, 女子21名)。

9ヵ月後フォローアップ期

母子26組。母親21名, 子ども26名 (男児8名, 女子18名)。

12ヵ月後 (1年後) フォローアップ期

母子25組。母親21名, 子ども25名 (男児21名, 女子25名)。

なお, 12ヵ月間のフォローアップ調査を完遂した母子は20組 (母親18名, 子ども21名) であった。

2) 母親の基本属性 (N=31)

既往歴 精神科の既往歴のあったものは1名であった。

最終学歴 高校中退 2 名, 高卒 4 名, 専門学校卒 5 名, 短大卒 11 名, 大学卒 9 名であった。

職歴 全員が働いた経験をもっていた (正社員 21 名, パート 7 名, アルバイト 16 名, その他 [派遣社員など] 3 名; 重複あり)。現在, 31 名中 18 名が無職であった (全体の 58.1%)。

婚姻歴 30 名が初婚, 1 名が再婚であった。ベースライン期において, 31 名中 15 名が加害者と離婚しており, 14 名が別居中であった。

ソーシャルサポート 全員が何らかの心理的サポート資源をもっていた (頼れる人: 平均 4.4 名, 気が楽になる人: 平均 3.23 名)。

調査が終了した 22 名のソーシャルサポート資源に関しては, 1 年後に頼れる人の平均人数はほとんど変わらず (ベースライン期: 4.0 人, 12 ヶ月後フォローアップ期: 3.5 人), 気が楽になる人の平均人数がやや増えていた (ベースライン期: 3.0 人, 12 ヶ月後フォローアップ期: 3.9 人)。

飲酒 31 名中 23 名に飲酒歴があった (現在飲酒者は 11 名)。そのうち 1 名が M.I.N.I. のアルコール依存およびアルコール乱用の項目に該当していた。

調査が終了した 22 名の飲酒状況については, ベースライン期 (5 名) よりも 1 年後 (10 名) に飲酒者が増えていたが, 就職などにより, 付き合いで飲みに行く機会が増えたことが大きく, 飲酒の問題による増加ではなかった。

喫煙 31 名中 14 名に喫煙歴があった (現在喫煙者は 8 名)。調査が終了した 22 名の喫煙状況は 1 年を通じて変化はなかった (ベースライン期: 3

名, 12 ヶ月後フォローアップ期: 3 名)。

原家族における DV の有無 対象者 (母親) 31 名のうち, 2 名未回答であったため 29 名について報告する。対象者 (母親) の両親間に DV があったと報告した者は 29 名中 8 名 (27.6%) であった (20 名が「なし」, 1 名が「不明」)。一方, 加害者側の両親間に DV があったと報告した者は 29 名中 19 名であり, 全体の 65.5% を占めていた (3 名が「なし」7 名が「不明」)。

2) DV 被害状況

a. 母親の被害状況について

DV の開始時期が結婚後であったのは 31 名中 11 名 (35.5%) であり, そのうち 7 名は妊娠中, 4 名は出産後に体験したことを報告した。他は交際中 (17 名), 婚約中 (2 名), 同棲中 (2 名, うち 1 名は婚約と同時に同棲) に DV を体験していた。

DVSI の結果を Table1, 被害内容については Table2 に示した。金・加茂ほか (2008) と同様, 全員が長期的な心理的暴力を受けており, 付随して身体的暴力, 追求を受けていた。また, 性的強要も受けていた人は 31 名中 19 名 (61.3%) もいた。さらに, 分析対象となった母親の 74.2% が 5 年以上被害に遭っており (Fig.1), 半数以上 (58.1%) がほぼ毎日なんらかの被害に遭っていたことが明らかになった (Fig.2)。Fig.2 を見ると, 「ほぼ毎日 (58.1%)」の次に「週 4~5 回 (12.9%)」被害に遭っていた人が多く, したがって対象者は日常的に暴力を受けていたことがわかった。なお, 「その他 (12.9%)」については「気分によって変わるのでわからない」, 「3 ヶ月ごとに集中的に暴力を振るう」, 「月に 1 回」などの回答が得られた。また, 別居・離婚後も 31 名中 16 名 (51.6%) が加害者から望まない接触を受けていた (電話やメ

ール、待ち伏せ、住居に現れる、実家に無言電話や荷物が届く等)。

b. 子どもの被害状況について

42名のうち38名(90.5%)がDVを目撃しており、31名(73.8%)が直接被害を受けていたことが明らかとなった。直接被害については、子どもの50.0%が1年以上、9.5%が1年未満の期間で父親から暴力を受けており(Fig. 3)、19.0%がほぼ毎日被害に遭っていた(Fig. 4)。さらに、DVの目撃に関しては、子どもの71.4%以上が1年以上(Fig. 5)、66.7%が週のほとんどで母親が受けるDVを目撃していた(Fig. 6)。

c. DV被害によるPTSDの有無

出来事チェックリストの結果、DV被害の他に外傷的出来事を体験したことを報告する者はいたが、対象者全員が「最も影響を受けた出来事」としてDV被害に関わるものを挙げていた。調査初回(ベースライン期)においてSCIDを行った結果、PTSDの診断基準を満たした者は31名中20名であった(全体の64.5%)。

母親のDV被害の頻度とPTSD症状との関連をみるため、DVSI得点とIES-Rの下位尺度得点および総得点との間でPearsonの積率相関係数(r)を算出した(Table3)。Table3に示したとおり、最近1年のDVSI総得点とIES-R得点との間に有意な正の相関関係が認められた。DV被害のうち、特に「身体的暴行」と「性的強要」の得点がIES-R得点との間に有意な正の相関が見られた。また、最もひどかった時期(最悪時)の「性的強要」の得点とIES-R得点の間にも有意な正の相関関係があることが示された。さらに、DVSI得点とDES-II得点についても同様に相関係数を算出した結果(Table3)、DES-II得点と、最悪時のDVSI総得

点との間($r=.42, p<.05$)、最悪時の「性的強要」の得点の間($r=.54, p<.01$)、最近1年の「性的強要」の得点の間($r=.47, p<.01$)にそれぞれ有意な正の相関が認められた。

したがって、DV被害の中でも身体的暴行と性的強要の被害頻度が多いほど、母親の精神症状が出現・悪化するといえる。特に、性的強要が母親のPTSD症状や解離症状の出現・悪化させることが明らかとなった。

d. DV被害による生活への影響度

調査を完遂した者18名を対象に、DV被害による生活への影響度の変化をFig.7に示した。Fig.7を見ると、母親自身に関しては3ヵ月時点において生活への悪影響はやや軽減するものの、その後もさまざまな場面で多くの支障が生じていた。

これらの結果は、加害者から離れた後も長期にわたってDV被害による生活への悪影響は維持されてしまい、なかなか改善されないことを示唆するものといえるだろう。また、金・加茂ほか(2008)と同様に、加害者から新たな危害を加えられる不安(待ち伏せや子どもの連れ去り等)や新たな生活に対する不安(居住場所、経済面など)、子どもへの対応に関する不安は毎回報告された。加害者から離れた後に生じる新たな不安や心配に長期間悩まされ続けている様子が伺え、DV被害者の生活支援が重要な役割を果たすことが示唆される。

3) 母親の精神状態における時系列的变化

母親の精神症状を評価するため、M.I.N.Iを実施した。M.I.N.Iに記載されている、いずれかの精神疾患で診断基準(ただし現在症のみ)を満たした人数をTable4に示した。Table4に示したとおり、3ヵ月後フォローアップ期を除く4時点において、気分障害(大うつ病性障害や気分変調症な

ど) や不安障害 (パニック障害, 広場恐怖, PTSD 注) など) などの診断基準を満たす者が, 対象者の過半数を占めることが明らかとなった。特に, 大うつ病性障害と PTSD に多くの該当者が認められた。しかし, 時間経過と共に該当する割合は減少する傾向にあった。

また, PTSD の診断基準を満たすかどうかを評価するため, 各期において SCID を実施した。なお, 各期において出来事チェックリストを行ったところ, 「最も影響を受けた出来事」として対象者全員が「DV 被害」を挙げており, SCID で評価された PTSD 症状はすべて DV 被害とその関連事項を起因とするものであった。SCID によって PTSD の診断基準を満たすと判断された者の人数と重症度を Table 5 に示した。3 ヶ月後フォローアップ期にかけて PTSD の診断基準を完全に満たす者の割合は減っていたものの, 6 ヶ月後フォローアップ期以降も診断基準を満たす者の割合は 40% を越えていた。また診断基準を満たさなくとも, 症状がすべて消失したわけではなく, PTSD の三症状 (侵入症状, 回避・麻痺症状, 過覚醒症状) は 1 年を経過しても部分的に残存し, 持続していることが明らかとなった。

PTSD の各症状の時系列的変化を見るため, 調査を完遂した 18 名の IES-R 得点の変化を Fig. 8 に示した。結果を見ると, 3 ヶ月後フォローアップ期において, 症状が全体として軽減されるものの, 6 ヶ月後フォローアップ期以降はあまり変化が見られなかった。IES-R の総得点は, 1 年を経過しても高い得点を維持していることが明らかとなった。

次に, 調査を完遂した 18 名の PDS における重症度, および機能障害の程度の変化は Fig. 9 に示した。IES-R の結果と同様に, 3 ヶ月後フォローアップ期にいったん重症度は軽減されるものの,

症状は中等度レベルから下がることはなかった。

DES-II 得点についても, 調査を完遂した 18 名の変化を Fig. 10 に示した。平均得点はベースライン期からフォローアップ期にかけて, 解離性障害の発症リスクを示すカットオフポイント (30 点) は超えていなかった。しかし, 平均得点はベースライン期からフォローアップ期にかけて, 解離性障害の発症リスクを示すカットオフポイント (30 点) は超えていなかった。

以上の結果から, PTSD 症状を主とする母親の精神症状は, 3 ヶ月後フォローアップ期に改善がみられる傾向にあるが, それ以降は調査開始 1 年を経過しても残存し, 維持される症状が大きいことが示された。

4) 被害後の母親の認知とストレス対処の傾向における時系列的变化

1 年間の調査を終えて, 全期の PTCI と TAC-24 に回答した母親 19 名を対象に, 被害後の母親の認知とストレス対処の傾向における時系列的变化を検討した。

PTCI の総得点および各下位尺度得点の変化を Fig. 11 に示した。Fig. 11 に示したとおり, 各期における PTCI の総得点および各下位尺度得点は長江・増田ほか (2004) における中央値 (総得点: 97.0 点, 自己に関する否定的認知: 54.5 点, 自責の念: 14.0 点, 世界に対する否定的認知: 28.0 点) を超えて維持されていることが明らかにされた。

TAC-24 の各上位尺度得点の変化を Fig. 12 に示した。Fig. 12 によると, 対象者はストレスに対して気晴らしや話をする事等で情動調整をしながら積極的に問題解決をはかっていることが示された。したがって, 被害後もストレスに対して適応的な対処スタイルが維持されていることが示唆された。