

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

社会的問題による、精神疾患や引きこもり、
自殺等の精神健康危機の実態と回復
に関する研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 金 吉晴

平成 20 年(2008 年)4 月

目 次

I. 総括研究報告書

- 社会的問題による、精神疾患や引きこもり、自殺等の精神健康危機の実態
と回復に関する研究 5
主任研究者 金 吉晴

II. 分担研究報告書

1. 心的外傷ならびに自殺等を含む精神健康危機の実態と回復過程に関する研究 9
分担研究者 川上 憲人
研究協力者 土屋 政雄
2. 少年施設入所者における被虐待体験と精神医学的問題に関する研究
—男性の性的被害と自殺行動に注目して— 21
分担研究者 松本 俊彦
研究協力者 堤 敦朗, 井筒 節, 今村 扶美, 千葉 泰彦
3. 一般医療における性暴力犯罪被害者の受療の実態および被害者への適切な
対応プログラムの構築に関する研究 36
分担研究者 中島 聡美
4. 自然災害時の精神健康の評価方法 46
分担研究者 鈴木 友理子
研究協力者 本間 寛子, 下間 千加子, 堤 敦朗, 深澤 舞子
主任研究者 金 吉晴
5. 交通外傷後の精神健康に関するコホート研究 59
分担研究者 松岡 豊
研究協力者 西 大輔, 中島 聡美
主任研究者 金 吉晴
6. 精神科臨床現場における被害者・被災者支援の現状と課題
～大学病院の過去10年間のPTSD患者の調査結果から～ 67
研究協力者 大岡 由佳, 前田 正治, 大江 美佐里,
丸岡 隆之, 古賀 章子, 高松 真理,
原口 雅浩, 辻丸 秀策, 内村 直尚

III. 発表成果

Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor 77
vehicle accident in Japan: The Tachikawa Cohort of Motor Vehicle
Accident Study

Yutaka Matsuoka, Daisuke Nishi, Satomi Nakajima, Yoshiharu Kim,
Masato Homma, Yasuhiro Otomo

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
（総括）研究報告書

社会的問題による、精神疾患や引きこもり、自殺等の精神健康危機の実態と
回復に関する研究

主任研究者 金吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所
成人精神保健部

分担研究者氏名

川上憲人

東京大学大学院

松本俊彦

国立精神・神経センター精神保健研究所

中島聡美

国立精神・神経センター精神保健研究所

鈴木友理子

国立精神・神経センター精神保健研究所

松岡豊

国立精神・神経センター精神保健研究所

1. はじめに

犯罪や虐待、災害、経済危機など、深刻な社会的な問題によって、精神疾患、自殺念慮などの精神健康の危機的な悪化が生じ、自力での回復や社会資源の活用、再適応が不可能となる。その結果として、PTSDの発症と慢性化、自殺、引きこもり、アルコール薬物依存、社会的逸脱（犯罪）などが生じかねない。従来、個別のトラウマ被害についての調査が行われてきたが、それらを網羅的に調査研究、比較したものがなかった。もとよりそのようなテーマは、より大規模疫学調査によって行うべきであ

るが、本研究では本年は単年度の feasibility 研究であるのでその予備研究として、各種のトラウマ被害について、実際の調査を進行させ、実態を明らかにするとともに、どのような方法論、データ比較が可能かを検討することにした。

精神健康危機の最も重要な帰結は、PTSDなどのトラウマ性疾患と、自殺である。PTSDについては、一般人口中の生涯有病率は20-35歳では3-4%である。将来的には、全国で延べ数百万人のPTSD患者が発生する可能性がある。その周辺には、PTSDを発症しないまでも、心理学的トラウマの影響に苦しむ者、PTSD以外の疾患を発症している者が、2-3倍程度は生じると考えられる。これらを放置した場合の経過については不明な点が多い。日米それぞれの研究として、女性受刑者の過半数が強姦被害者であるとの報告がある。またDV被害を受けた子どもが思春期に触法行為に走るリスクがあり、またPTSDを発症した者は、自然回復した後も免疫機能が低下し、身体健康に影響する可能性が高い。これらの点から、未受診者を含めた、一般人口もしくは被害者・被災者集団の全体について、心的外傷と、自殺を含む精神健康並びに社会適応上の問題と関連するの

かを明らかにし、有効な方策を検討する必要がある。

自殺者対策の重要性については多言を要しないが、本研究では、自殺未遂の反復者を取り扱う。持続的な精神健康危機が強く疑われ、また諸外国の研究でも、反復者と単回自殺者の背景は異なるとされているからである。また犯罪被害者、自殺遺族を取り扱う。近親者との予期しない死別は、人生の精神健康危機の中でも最大のものであり、特に青少年の自殺、死亡事件の遺族の健康は大きく損なわれるからである。同時に突然の死の告知のあり方についての検討を行う。

2. 研究成果

川上は、WHOの主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health, WMH)調査の一環として2002-2006年に実施された「こころの健康についての疫学調査」(WMH日本調査、WMHJ)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トラウマティックイベントの頻度とそのうつ病発症リスクとの関連を検討した。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1,710人のサンプルについて分析を行った。トラウマティックイベントは28のリストに該当するかどうかをたずね、DSM-IV診断による大うつ病はWHO統合診断面接(CIDI)3.0版により診断した。解析では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。その結果、調査時点までの生涯にお

けるトラウマティックイベントの経験率では、大切な人の不慮の死(24%)、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(21%)、他の誰かに殴られた(8%)、子どもの時、養育者に殴られた(7%)、自動車事故(7%)が多かった。ほとんどのイベントの頻度は、米国NCS-Rにおける経験率よりも低かった、等の結果が得られた。またトラウマティックイベントの生涯経験と大うつ病の生涯有病率との関連では、個人の暴力関連のイベントが有意に大うつ病と関連していた(オッズ比1.9-3.0)。大切な人の不慮の死、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も、有意に大うつ病と関連していた(オッズ比1.7および2.5)。経験時の年齢に基づき時間的順序を考慮した比例ハザード解析では、子どもの時養育者に殴られた、ストーカーにつけられた、大切な人の不慮の死が有意に、その後の大うつ病発症と関連していた(ハザード比1.5-2.1)。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率は、米国と比べるとまだ低いものの、国民のかなりの割合がさまざまなトラウマティックイベントを経験しており、男女、年齢によっては特に高頻度に経験する場合もあった。児童・幼児虐待、ストーカーの経験、親しい者の急死が大うつ病の発症と関連している可能性が示された。心の健康問題の第一次予防のためには、ライフサイクルを通じた暴力および犯罪への対策、死別後の悲嘆への対策など、多様な対策が必要である。

松本は、少年鑑別所・少年院などの少年施設男性入所者における性的虐待経験の実態とその臨床的特徴を明らかにするために、

自記式質問票による調査を実施した。その結果、少年施設男性入所者の9.3%に性行為を強要された体験が認められ、これは一般男子高校生の0.6%よりもはるかに高い割合であった。男性の性的虐待においては、同性・異性のいずれもが加害者となりうるものであり、被害内容としては、「自分の性器触られる」というものが最も多く、次いで「肛門などへの性交」や「口腔への性交」が多く、PTSD症状、抑うつ、解離などの性的虐待に関連する症状に関して男女間で差がないことも明らかにされた。また、性的虐待歴を持つ少年施設男性入所者は、性的虐待を受けた女性の場合と同様に、自傷行為や自殺念慮・自殺企図の経験を持つ者が多く、比較的高度な解離を呈する傾向にあり、特に身体的虐待の経験も併存する場合には、これらの特徴はいっそう顕著なものとなった。さらに、彼らは様々な性的嗜好の偏奇を呈している可能性があることが示された。

中島は、国内外の文献から、産婦人科を中心に一般医療における性暴力被害者への支援体制について、文献と聞き取りによって調べた。産婦人科や救急において、性暴力被害者の医学的観察、司法検査、治療、緊急避妊や性病の予防については、ある一定の手続きや手法がまとめられており、医療現場でも警察病院などで実施されているものである。しかし、被害者の精神面への介入やフォローについて、その重要性は指摘しているものの、具体的な対応が取られていることは少なかった。近年の取り組みは、SANEの養成など看護師を対象にした性暴力被害者への対応の研修であるが、現在は個人の研修の取り組みに留まっている。

アメリカでは、司法検査などの心理教育を含んだビデオを被害者に見てもらうことで、検査の苦痛を軽減し、その後の精神健康の改善に働きかけるという試みが行われており、産婦人科の医療現場と心理ケアの連携の有用性が示唆されている。今後は、産婦人科や救急医療など一般医療関係者がまず性暴力被害者の心理や反応、経過、精神科の実証的な治療についての知識や、二次被害を与えないための基本的な対応について学ぶことができるようにすることと、韓国の取り組みのように警察、一般医療、精神科医療、被害者支援機関が連携した性暴力被害者の支援を行うようなシステムをつくる必要がある。

鈴木、金は、新潟県中越地震約3年後の被災認定地域在住高齢者の精神障害、特にうつ病と外傷後ストレス障害（以下PTSD）の有病率を把握し、加えて、地域住民の主観的生活の質（以下、QOL）に関連する要因を明らかにするため、新潟県小千谷市の被災認定地域3地区の65歳以上の地域住民を対象に全戸訪問面接調査による横断研究を実施した。認知機能の低下があると判断された住民は面接から除外した。精神障害の診断は、精神障害簡易構造化面接法（M.I.N.I.）を用いて、現在のQOLはWHO/QOL-26によって評価された。また、現在の社会経済的要因、震災関連要因、震災前脆弱性、災害後要因等を聴取した。なお、本研究は国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得たうえで実施された。496名（対象地区在住高齢者の62.1%）からの回答を得た。これらの中越地震3年後の時点有病率は大うつ病は男性0.5%、女性0.8%であり、両性においてPTSDの診断を満たすものは

いなかった。中越地震以来過去3年間の大うつ病の有病率は男性で1.5%、女性で5.8%であり、女性では小うつ病も含めると10.0%であり、過去3年間に自殺の危険があったものは男性で3.8%、女性では8.1%であった。また、震災3年後時点のアルコール関連障害は男性で6.0%、女性ではなかった。全体的なQOL低下の要因として、同居者数が少ないこと、中越地震で被災程度が大きいこと、何らかの身体疾患の現症をもつことであった。中越地震3年後時点の大うつ病、PTSDの有病率は、他国の自然災害による被災地域住民の有病率よりも低値であった。また、中越地震以来3年間の大うつ病の有病率は、平時における欧米の地域高齢者の有病率と同程度であった。震災3年後時点の精神障害の割合は他国の先行研究と比べて少なかったが、震災後にサブクリニカルな精神不健康状態のものは相当の割合で見られ、地域高齢者に対する身体そして精神健康両面からの包括的な支援、そして公衆衛生的アプローチの必要性が示唆された。

松岡、金は、平成16年春、交通外傷患者の精神健康に関する長期予後を評価する前向きコホート研究を立ち上げた。今回、交通外傷後早期に生じる精神疾患の発症割合及びその予測因子について、平成16年5月から平成18年6月の間に研究参加した交通外傷患者100名を対象に解析を行った。事故後4-6週時点において31名が何らかの精神疾患の診断基準を満たし、大うつ病(16名)とPTSD(8名)の頻度が高かった。ロジスティック回帰分析の結果、事故時生命への脅威を感じたこと、入院時の心拍数が高いこと、侵入症状が強いことが精神疾患の発症予測に寄与していた。交通外傷患者

における精神疾患の発症割合は、西洋における報告の範囲内であった。本研究から、交通外傷患者の約3割に精神疾患が生じており、予測因子も現場で評価可能なものであることが分かった。交通事故による死亡者数は漸減傾向にあるが、負傷者数は毎年100万人を超えており、本研究成果の社会的意義は高いものと考えられた。

研究協力者である前田は、近年、精神科医療現場では、事件・事故後のPTSD例が増えてきていることをふまえ、久留米大学病院では、積極的に事件・事故の被害者・被災者へのアウトリーチ支援や治療にあたってきた経緯がある。過去10年間のPTSD患者例を対象に生活状況や支援の現状を含めて調査した。PTSD患者でもっとも多い出来事は交通事故であった。対象者の精神科受診は他の身体疾患のように早期の受診には至らず、時間がたってからの受診が多かった。PTSD患者の主訴は不眠がもっとも多く、その中でも悪夢の訴えは多かった。PTSD患者の半数が休職休学をせざるを得ず、引越や経済的困難などの社会生活上の問題も有していた。今後、被害者の治療を行うにあたって、医療機関の他職種との協働、多機関との連携が欠かせないと考えられた。

Ⅱ. 分担研究報告書

心的外傷ならびに自殺等を含む精神健康危機の実態と回復過程に関する研究

地域での精神健康危機面接調査： トラウマティックイベントの頻度とうつ病リスクとの関連

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・特別研究学生 WMH-J 2002-2006 共同研究者

本研究では、WHO の主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health, WMH)調査の一環として2002-2006年に実施された「こころの健康についての疫学調査」(WMH日本調査、WMHJ)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トラウマティックイベントの頻度とそのうつ病発症リスクとの関連を検討した。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1,710人のサンプルについて分析を行った。トラウマティックイベントは28のリストに該当するかどうかをたずね、DSM-IV 診断による大うつ病はWHO 統合診断面接(CIDI)3.0版により診断した。解析では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。

1. 調査時点までの生涯におけるトラウマティックイベントの経験率では、大切な人の不慮の死(24%)、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(21%)、他の誰かに殴られた(8%)、子どもの時、養育者に殴られた(7%)、自動車事故(7%)が多かった。ほとんどのイベントの頻度は、米国NCS-Rにおける経験率よりも低かった。男性では、有毒な化学薬品にさらされた、自動車事故、その他命に関わるような事故、子どもの時、養育者に殴られた、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、大切な人の不慮の死、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、思いがけず他人に重傷を負わせたり殺したりした、の経験率が有意に高かった。女性では、配偶者や恋人に殴られた、性的に暴行された、ストーカーにつけられた経験率が有意に高かった。自然災害、命に関わるような病気、子供の重病、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、残虐行為を見た、の経験率は年齢が高いほど多かった。ストーカーにつけられた、は若年群で特に頻度が高かった。

2. トラウマティックイベントの生涯経験と大うつ病の生涯有病率との関連では、個人の暴力関連のイベントが有意に大うつ病と関連していた(オッズ比1.9-3.0)。大切な人の不慮の死、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も、有意に大うつ病と関連していた(オッズ比1.7および2.5)。経験時の年齢に基づき時間的順序を考慮した比例ハザード解析では、子どもの時養育者に殴られた、ストーカーにつけられた、大切な人の不慮の死が有意に、その後の大うつ病発症と関連していた(ハザード比1.5-2.1)。

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率は、米国と比べるとまだ低いものの、国民のかなりの割合がさまざまなトラウマティックイベントを経験しており、男女、年齢によっては特に高頻度に経験する場合もあった。児童・幼児虐待、ストーカーの経験、親しい者の急死が大うつ病の発症と関連している可能性が示された。心の健康問題の第一次予防のためには、ライフサイクルを通じた暴力および犯罪への対策、死別後の悲嘆への対策など、多様な対策が必要である。

A. はじめに

強度の外傷体験(トラウマティックイベント)の生涯体験率は一般住民中で比較的高いことが諸外国の研究から報告されている。トラウマティックイベントの生涯体験率は、カナダの11.6%

(Ohayon et al., 200) から、米国ネイティブアメリカンの81.4%(Robin et al., 1997)まで幅広い範囲にわたっている。米国 National Comorbidity Survey (NCS)によれば、米国の15-54歳の一般地域住民の外傷体験の生涯体験率は、男性で60.7%、女性で51.2%である(Kessler et al

1995)。米国 16-22 歳の若者では、生涯体験率は 25.2%と報告されている (Cuffe et al, 1998)。スウェーデンの 18-70 歳の住民の生涯体験率は 80.8%である (Frans et al, 2005)。これらの研究では、トラウマティックイベントの種類や調査法が異なるため、単純に比較はできないが、トラウマティックイベントが一般人口集団でまれな事象ではないことを示している。これらの研究で共通して報告されている体験率の高い外傷体験は、他者の死亡や負傷の目撃、深刻な事故、身体的暴力である。

一方、トラウマティックイベントは外傷後ストレス障害だけでなく、うつ病 (大うつ病) の危険因子であることが知られている。幼児・児童虐待や家庭での暴力などのような子供時代のストレスフルな経験 (Saunders et al, 2003)、大切な人との死別 (Clayton, 1990)、暴力や性的被害 (Kilpatrick et al. 2003)、災害 (Bromet & Dew, 1995) のような最近のストレスフルな出来事は、男女ともに共通した大うつ病の危険因子である (Kendler et al 2002 & 2006)。大うつ病は外傷後ストレス障害よりも高頻度に見られる精神障害であり (Kawakami et al, 2005)、自殺との関連性からもわが国で現在、対策が求められている主要なこころの健康問題の 1 つである。さまざまなトラウマティックイベントの大うつ病への影響の大きさを検討することは、今後のわが国の精神健康危機への対策のあり方に有用な情報を提供してくれると考えられる。

しかしながら、わが国では一般住民におけるトラウマティックイベントの頻度を明らかにした研究はない。また、さまざまな種類のトラウマティックイベントが大うつ病に与える影響を同時に比較した研究もまだない。こうした研究は、わが国の国民の安全・安心を守るための優先順位を定め、またトラウマティックイベントに関連する地域のこころの健康危機への保健医療サービスを立案するために重要である。本研究では、国際標準の調査方法である WHO 統合国際診断面接 (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) 3.0 版を用いたわが国の地域住民における面接調査である世界精神保健日本調査 (World Mental Health Japan, WMH-J) のデータベースを解析し、主要なトラウマティックイベントの生涯体験率とその大うつ病発症への影響の大きさを検討した。

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」 (以下 WMH-J) のデータ

ベースを利用して実施された (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/epi/index.html>)。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。いずれの地区の調査においても、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=1,710)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「1.心の傷になるような個人の経験」、「2.個人の暴力」、「3.他人に影響を及ぼす出来事」の3つのカテゴリーについて、合計27(これ以外に「話したくなかったから言わなかった出来事」を含めて28)のトラウマティックイベントについて、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、また一番最近に経験した年齢についてたずねた。

(2) 大うつ病性障害の診断

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大うつ病性障害の診断を行った。WHO-CIDI3.0による大うつ病性障害の診断の妥当性については、平成14年度厚生労働科学研究費「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」分担報告書において酒井らが臨床診断との一致度が100%(完全一致)と報告している。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」分担研究報告書では、大野らは64名の住民にWHO-CIDIと専門家によるSCIDを実施しDSM-IV大うつ病性障害

の頻度を比較している。この結果からは一致率は80%、カッパ係数は0.35と計算できる。

(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。

3. 解析

統計解析は、SASおよびSUDAANによって行われた。Part I面接の対象者は、無回答のため地域住民における性別、年齢分布と異なるかもしれない。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可能性がある。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付けを加えた。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)に反比例した重み付けを行った。

それぞれのトラウマティックイベントの生涯経験率を計算し、米国NCS-R研究(未発表データ)における生涯経験率と比較した。またトラウマティックイベントの生涯経験率を男女、年齢層で比較した。トラウマティックイベントの生涯経験と大うつ病の関連性を検討するために、まずトラウマティックイベントの生涯経験の有無と大うつ病の生涯経験の有無の間の横断的関連性を多重ロジスティック解析で検討した。ついで、トラウマティックイベントの生涯経験とその後の大うつ病の発症との関連性を、年齢を時間変数とした比例ハザード解析により検討した。同一年齢にトラウマティックイベントと大うつ病の発症が報告された場合、いずれが先かを判断するのが困難なため、比例ハザードではこれを①トラウマティックイベントが先に発生したと仮定した解析、②大うつ病が先に発生したと仮定した解析の2種類を行った。

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保護に配慮した。

C. 結果

1. トラウマティックイベントの生涯経験率

対象者全体におけるトラウマティックイベントの生涯経験率では、大切な人の不慮の死(24.4%)、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(20.5%)が多く、命に関わるような病気(9.7%)、他の誰かに殴られた(8.0%)、子どもの時、養育者に殴られた(7.1%)、自動車事故(7.0%)が続いていた(表1)。話したくなかったから言わなかった出来事を経験したことのある者も10.5%みられた。米国NSC-R研究により報告されているトラウマティックイベントの生涯経験率と比較すると、戦争地帯の市民、子どもの時養育者に殴られた、他の誰かに殴られた頻度が本調査でやや高い他は、すべて米国NSC-Rにおける頻度の方が高かった。

戦争体験、戦争地帯の市民、有毒な化学薬品にさらされた、自動車事故、その他、命に関わるような事故、子どもの時、養育者に殴られた、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、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、思いがけず他人に重傷を負わせたり殺したりした頻度が男性で有意に高かった($p < 0.05$)。配偶者や恋人に殴られた、性的に暴行された、ストーカーにつけられた頻度は女性で有意に高かった($p < 0.05$)。

年齢別では、戦闘体験、戦争地帯の市民、難民、有毒な化学薬品にさらされた経験が65歳以上高齢者に集中していた(表2)。また自然災害、命に関わるような病気、子どもの重病、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、残虐行為を見た経験が高齢者で多かった($p < 0.05$)。ストーカーにつけられた経験は20-34歳の若年者に高かった($p < 0.05$)。大切な人の不慮の死は30-49歳および50-64歳の中老年者に高かった($p < 0.05$)。

2. トラウマティックイベントの経験と大うつ病との関連

トラウマティックイベントの生涯経験と大うつ病の生涯有病率との関連を横断的に多重ロジスティックで解析した結果(表3)では、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、ストーカーにつけられた、大切な人の不慮の死、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が大うつ病の

経験と有意に関連していた($p < 0.05$)。

トラウマティックイベントの経験と大うつ病発症の時間的關係を考慮し、イベント後の大うつ病リスクを比例ハザード解析で推定した結果(表4)では、その他、命に関わるような事故、子どもの時、養育者に殴られた、ストーカーにつけられた、大切な人の不慮の死が有意に、その後の大うつ病の発症と関連していた($p < 0.05$)。

D. 考察

米国NCS-R研究と比較すると、わが国におけるトラウマティックイベントの経験頻度は、おおむね低い傾向にあり、その差は1.5倍からイベントによっては10倍以上の開きがあった。自動車事故が米国で多いことは米国の車社会の特徴から、武器で襲われたりおどされたりしたことが米国で多いことは、米国でわが国より銃の使用が自由であることなどの制度の差から理解できる。強姦、性的暴行などの犯罪被害についても、治安がより優れているわが国で低いことは理解できる。しかしながら、大切な人の不慮の死、命に関わるような病気などの健康問題についても米国で頻度が高いことは、わが国と米国の医療水準や平均余命が大きく変わらないことからすると、十分に説明がつかない点である。自然災害や人災についても米国で高頻度に認められることには、うまく説明ができない。米国におけるトラウマティックイベントに対する認知の差が存在するかもしれない。例えば、米国では、同一のイベントでもより自分や他者に大きな影響を与えると知覚されている可能性もある。本研究の結果は、全般的にはわが国において米国に比べ、より安心、安全が確保されていることを示唆しているが、出来事に対する認知・評価の文化差によってこれらの差異が見られている可能性があることには留意しておきたい。

一方、米国NCS-R研究と比較すると、わが国においては、戦争地帯での市民、子どもの時、養育者に殴られた、あるいは他の誰かに殴られたで、同等かやや低い傾向にあった。戦争地帯での市民の経験は、わが国では第二次世界大戦中に入植地で、あるいは日本国内への爆撃や米軍の侵攻により、非戦闘員として戦争を体験した世代がいることにより、直接国内が戦場にならなかった米国と比べ高くなっていると思われる。養育者や他の者からの暴力については、わが国では過去にはこうした行為を家庭内で容認する傾向があったこととも関係して、米国同等の頻度が観察されたのかもしれない。

男性では、事故、暴力、怪我や死の目撃といったイベントが女性よりも高頻度に観察された。女性では、配偶者や恋人に殴られた、性的に暴行さ

れた、ストーカーにつけられたといったイベントの頻度が男性よりも高かった。トラウマティックイベントの頻度には性差があり、男女の特徴を踏まえた対応が必要と考えられる。戦争体験や病気に関連したトラウマティックイベントは、高齢者に高頻度にみられた。ストーカーにつけられた経験は、若年者に高頻度にみられ、この世代に特徴的なトラウマティックイベントであることが示された。一方、大切な人の不慮の死は、中高年期に頻度が高く、このライフサイクルにおいて、両親などの死を経験しやすいことと、またこの時期の兄弟、配偶者など同年齢層の者の死は予測しづらくまた悲しみも深いことと関連があると思われた。トラウマティックイベントの出現にはライフサイクルによる特性があり、若年期、中高年期、高齢者の特徴を踏まえた対応が必要と考えられる。

個人の暴力に分類されているトラウマティックイベントは、大うつ病と関連が強かった。養育者による殴打など、幼児・児童期の被虐待経験は成人後の大うつ病の危険因子となることが知られている(Saunders et al., 2003)。本研究でもこのことが再確認された。強姦、性的暴行、ストーカーといった性被害関連のイベントも大うつ病と関連が強かった。性被害とその後のうつ病発症の関連性も以前から報告されている(Kilpatrick et al., 2003)。さらに、大切な人の不慮の死が中程度ながら大うつ病と関連していた。これも愛着対象の喪失がうつ病の原因の1つとなるというこれまでの報告(Clayton, 1990)と一致している。これらの関連は、トラウマティックイベントと大うつ病の時間的関係を考慮した比例ハザード解析でも、いくらか関連性の程度が低下はするものの、おおむね同じ傾向を示した。これに加えて、思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした経験は、有意ではないがハザード比が3と大うつ病と強い関連性を示した。意図せずして加害者となる経験もまた大うつ病の発症に影響を与えるストレスフルな体験になりうると考えられる。今後の研究が必要な領域である。

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は、時間的関係を考慮した比例ハザード解析では大うつ病との関連がほとんど見られなくなった。この出来事はその半数以上が大うつ病発症以降に生じており、むしろ大うつ病の影響である側面が強かったのかもしれない。交通事故や自然災害は、大うつ病と強い関連を示さなかった。災害の精神健康への影響については、精神科診断基準を用いた疫学研究は少なく、その結果もまちまちである(Bromet & Dew, 1995)。本調査では、事故や災害の重症度を評定していないため、軽微なものから重度なものまで、さまざま

なイベントが混在している可能性があり、大うつ病との関連性が明確でなかったのはこのためである可能性がある。本研究の結果は、生死をさまようような交通事故外傷や重度の自然災害が大うつ病に与える影響を否定するものではない。

E. 結論

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」)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トラウマティックイベントの頻度とそのうつ病発症リスクとの関連を検討した。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1,710人のサンプルについて分析を行った。トラウマティックイベントは28のリストに該当するかどうかをたずね、DSM-IV診断による大うつ病はWHO統合診断面接(CIDI)3.0版により診断した。解析では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。

1. 調査時点までの生涯におけるトラウマティックイベントの経験率では、大切な人の不慮の死(24%)、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(21%)、他の誰かに殴られた(8%)、子どもの時、養育者に殴られた(7%)、自動車事故(7%)が多かった。ほとんどのイベントの頻度は、米国NCS-Rにおける経験率よりも低かった。

男性では、有毒な化学薬品にさらされた、自動車事故、その他命に関わるような事故、子どもの時、養育者に殴られた、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、大切な人の不慮の死、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、思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした、の経験率が有意に高かった。女性では、配偶者や恋人に殴られた、性的に暴行された、ストーカーにつけられた経験率が有意に高かった。自然災害、命に関わるような病气、子供の重病。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、残虐行為を見た生涯経験率は年齢が高いほど多かった。ストーカーにつけられた、は若年群で特に頻度が高かった。

2. トラウマティックイベントの生涯経験と大うつ病の生涯有病率との関連では、個人の暴力関連のイベントが有意に大うつ病と関連していた(オッズ比1.9-3.0)。大切な人の不慮の死、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も、有意に大うつ病と関連していた(オッズ比1.7および2.5)。経験時の年齢に基づき時間的順序を考慮した比例ハザード解析で

は、子どもの時養育者に殴られた、ストーカーにつけられた、大切な人の不慮の死が有意に、その後の大うつ病発症と関連していた（ハザード比1.5-2.1）。

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率は、米国と比べるとまだ低いものの、国民のかなりの割合がさまざまなトラウマティックイベントを経験しており、男女、年齢によっては特に高頻度に経験する場合もあった。児童・幼児虐待、ストーカーの経験、親しい者の急死が大うつ病の発症と関連している可能性が示された。心の健康問題の第一次予防のためには、ライフサイクルを通じた暴力および犯罪への対策、死別後の悲嘆への対策など、多様な対策が必要である。

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

川上憲人、土屋政、世界精神保健日本調査2002-2006 共同研究グループ。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頻度とうつ病リスクとの関連：世界精神保健日本調査2002-2006。第14回日本行動医学会学術総会，三重，2008年3月21-22日。

H. 知的財産権の出願・登録状況 該当せず。

I. 謝辞

WMH-J 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, 小林雅興 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 RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 626-32.
- Bromet E, Dew MA. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiol Reviews* 1995; 17: 113-119.
- Clayton PJ. Bereavement and depression. *J Clin Psychiatry*. 1990; 51 Suppl:34-8
- Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ et al. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 147-154.
- Frans O, Rimmo PA, Aberg L et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111: 291-299.
- Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 59: 441-52.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1133-45.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry*. 2006;163:115-24.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 1048-60.
- Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression,

- substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71: 692-700.
- Ohayon MM, Shapiro MC. Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Compr Psychiatry.* 2000; 41: 469-478.
- Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 101:46-59.
- Robin RW, Chester B, Rasmussen JK, Jaranson JM, Goldman D. Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in a southwestern American Indian community. *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 1582-8.
- Tennant C. Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002; 36: 173-82.
- Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 816-28.

表1 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率:世界精神保健日本調査(WMHJ)2002-2006

| | 全体 | | | | 性別 | | | | 米国 | |
|---------------------------------|-----------|------|-----|------|-----------|------|-----------|------|-------|-------------|
| | 人数(重み付け後) | | % | | 男性(n=752) | | 女性(n=958) | | NCS-R | NCS-R/WMHJ比 |
| | 人数 | % | se | % | se | % | se | % | % | |
| 1. 心の傷になるような個人の経験 | | | | | | | | | | |
| 戦国体験 | 31.7 | 1.9 | 0.4 | 3.4 | 0.8 | 0.4 | 0.4 | 5.7 | <0.01 | 3.1 |
| 戦争地帯での救援者 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | - | - | - | - | - |
| 戦争地帯の市民 | 87.2 | 5.1 | 0.6 | 3.8 | 0.8 | 6.4 | 0.9 | 4.1 | 0.03 | 0.8 |
| テロ地域の市民 | 4.6 | 0.3 | 0.2 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.25 | 0.97 | 0.8 |
| 難民 | 8.9 | 0.5 | 0.2 | 0.5 | 0.3 | 0.5 | 0.3 | 0.97 | 0.25 | 0.8 |
| 誘拐された | 8.0 | 0.5 | 0.2 | 0.7 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 0.22 | 0.22 | 0.8 |
| 有毒な化学薬品にさらされた | 16.5 | 1.0 | 0.4 | 1.8 | 0.8 | 0.1 | 0.1 | 0.03 | 0.03 | 7.3 |
| 自動車事故 | 119.5 | 7.0 | 0.7 | 10.5 | 1.3 | 3.6 | 0.6 | 19.1 | <0.01 | 2.7 |
| その他、命に関わるような事故 | 60.0 | 3.5 | 0.5 | 6.0 | 1.0 | 1.1 | 0.4 | 9.6 | <0.01 | 2.7 |
| 自然災害 | 92.8 | 5.4 | 0.7 | 5.2 | 1.0 | 5.6 | 1.0 | 17.3 | 0.78 | 3.2 |
| 人災 | 35.8 | 2.1 | 0.5 | 2.7 | 0.8 | 1.5 | 0.5 | 6.7 | 0.20 | 3.2 |
| 命に関わるような病気 | 165.5 | 9.7 | 0.8 | 9.2 | 1.1 | 10.2 | 1.2 | 15.9 | 0.54 | 1.6 |
| 2. 個人の暴力 | | | | | | | | | | |
| 子どもの時、養育者に殴られた | 121.9 | 7.1 | 0.8 | 9.4 | 1.2 | 4.9 | 0.9 | 6.5 | <0.01 | 0.9 |
| 配偶者や恋人に殴られた | 72.3 | 4.2 | 0.6 | 1.2 | 0.5 | 7.2 | 1.0 | 7.8 | <0.01 | 1.8 |
| 他の誰かに殴られた | 137.0 | 8.0 | 0.8 | 14.2 | 1.5 | 2.0 | 0.5 | 7.1 | <0.01 | 0.9 |
| 武器で襲われたりおどされたりした | 36.8 | 2.2 | 0.4 | 3.5 | 0.8 | 0.8 | 0.3 | 18.9 | <0.01 | 8.8 |
| 強姦された | 12.8 | 0.7 | 0.3 | 0.5 | 0.4 | 1.0 | 0.4 | 8.9 | 0.29 | 11.9 |
| 性的に暴行された | 29.4 | 1.7 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 3.0 | 0.7 | 12.1 | <0.01 | 7.0 |
| ストーカーにつけられた | 49.3 | 2.9 | 0.5 | 0.8 | 0.4 | 5.0 | 0.8 | 9.5 | <0.01 | 3.3 |
| 3. 他人に影響を及ぼす出来事 | | | | | | | | | | |
| 大切な人の不慮の死 | 416.7 | 24.4 | 1.3 | 26.8 | 2.0 | 22.1 | 1.7 | 41.9 | 0.07 | 1.7 |
| 子どもの重病 | 106.0 | 6.2 | 0.8 | 5.5 | 1.0 | 6.9 | 1.1 | 19.5 | 0.34 | 15.0 |
| 大切な人の心の傷になるような出来事 | 22.2 | 1.3 | 0.4 | 1.1 | 0.5 | 1.5 | 0.5 | 29.6 | 0.52 | 1.4 |
| 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 | 349.9 | 20.5 | 1.2 | 28.5 | 2.1 | 12.6 | 1.3 | 3.1 | <0.01 | 2.6 |
| 思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした | 20.7 | 1.2 | 0.3 | 2.0 | 0.6 | 0.5 | 0.2 | 0.02 | 0.02 | 2.6 |
| 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 | 5.7 | 0.3 | 0.2 | 0.7 | 0.4 | - | - | - | - | - |
| 残虐行為を見た | 20.8 | 1.2 | 0.5 | 1.8 | 0.8 | 0.6 | 0.4 | 14.0 | 0.18 | 11.5 |
| 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 | 80.3 | 4.7 | 0.7 | 4.0 | 1.0 | 5.4 | 1.0 | 6.6 | 0.31 | 0.6 |
| 事 | 179.2 | 10.5 | 0.9 | 9.7 | 1.2 | 11.2 | 1.2 | 0.38 | 0.38 | 0.6 |

n=1,710; se: standard error; -: no case

* X²検定

表2 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率・年齢別

| | 年齢層 | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|------|-----|------|----------------|------|-----|----------------|-----|-----|----------------|------|---------------|-----|
| | 全体 | | | | 20-34歳 (n=309) | | | 35-49歳 (n=411) | | | 50-64歳 (n=535) | | 65歳以上 (n=455) | |
| | 人数(重み付け後) | % | se | % | se | % | se | % | se | % | se | % | se | p値* |
| 1. 心の傷になるような個人の経験 | | | | | | | | | | | | | | |
| 戦闘体験 | 31.7 | 1.9 | 0.4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 7.3 | 1.7 |
| 戦争地帯での救援者 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0.1 | 0.1 |
| 戦争地帯の市民 | 87.2 | 5.1 | 0.6 | 0.8 | 0.8 | 2.4 | 0.8 | 2.4 | 0.8 | 2.4 | 0.8 | 16.8 | 2.0 | |
| テロ地域の市民 | 4.6 | 0.3 | 0.2 | - | - | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | |
| 難民 | 8.9 | 0.5 | 0.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.9 | 0.8 | |
| 誘拐された | 8.0 | 0.5 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | - | - | - | - | - | - | 1.7 | 0.8 | |
| 有毒な化学薬品にさらされた | 16.5 | 1.0 | 0.4 | 0.1 | 0.1 | - | - | - | - | - | - | 2.3 | 1.4 | |
| 自動車事故 | 119.5 | 7.0 | 0.7 | 6.8 | 1.6 | 9.0 | 1.7 | 6.0 | 1.2 | 1.2 | 6.4 | 1.3 | 0.45 | |
| その他、命に関わるような事故 | 60.0 | 3.5 | 0.5 | 2.8 | 0.9 | 3.4 | 1.3 | 4.4 | 1.1 | 1.1 | 3.3 | 0.9 | 0.72 | |
| 自然災害 | 92.8 | 5.4 | 0.7 | 1.8 | 0.6 | 3.6 | 1.2 | 5.8 | 1.1 | 1.1 | 10.1 | 2.1 | <0.01 | |
| 人災 | 35.8 | 2.1 | 0.5 | 1.7 | 1.0 | 1.0 | 0.5 | 1.7 | 0.6 | 0.6 | 3.9 | 1.4 | 0.16 | |
| 命に関わるような病気 | 165.5 | 9.7 | 0.8 | 3.8 | 1.4 | 2.9 | 0.7 | 11.9 | 1.5 | 1.5 | 19.2 | 2.2 | <0.01 | |
| 2. 個人の暴力 | | | | | | | | | | | | | | |
| 子どもの時、養育者に殴られた | 121.9 | 7.1 | 0.8 | 6.9 | 1.7 | 8.6 | 1.8 | 7.3 | 1.3 | 1.3 | 5.9 | 1.2 | 0.67 | |
| 配偶者や恋人に殴られた | 72.3 | 4.2 | 0.6 | 3.8 | 1.2 | 3.2 | 0.9 | 4.4 | 0.9 | 0.9 | 5.4 | 1.5 | 0.56 | |
| 他の誰かに殴られた | 137.0 | 8.0 | 0.8 | 11.1 | 2.0 | 7.9 | 1.7 | 7.7 | 1.4 | 1.4 | 5.8 | 1.3 | 0.15 | |
| 武器で襲われたりおどされたりした | 36.8 | 2.2 | 0.4 | 2.6 | 1.0 | 1.3 | 0.5 | 2.7 | 0.7 | 0.7 | 1.9 | 0.8 | 0.60 | |
| 強姦された | 12.8 | 0.7 | 0.3 | 0.7 | 0.6 | 1.1 | 0.6 | 0.5 | 0.3 | 0.3 | 0.7 | 0.6 | 0.90 | |
| 性的に暴行された | 29.4 | 1.7 | 0.4 | 2.8 | 1.2 | 2.2 | 0.8 | 0.8 | 0.3 | 0.3 | 1.2 | 0.7 | 0.26 | |
| ストーカーにつけられた | 49.3 | 2.9 | 0.5 | 6.1 | 1.4 | 1.9 | 0.7 | 2.4 | 0.8 | 0.8 | 1.3 | 0.5 | <0.01 | |
| 3. 他人に影響を及ぼす出来事 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大切な人の不慮の死 | 416.7 | 24.4 | 1.3 | 19.9 | 2.7 | 29.1 | 3.0 | 28.8 | 2.4 | 2.4 | 19.5 | 2.2 | <0.01 | |
| 子どもの重病 | 106.0 | 6.2 | 0.8 | 1.7 | 0.9 | 6.1 | 1.5 | 7.1 | 1.3 | 1.3 | 9.5 | 2.1 | <0.01 | |
| 大切な人の心の傷になるような出来事 | 22.2 | 1.3 | 0.4 | 2.8 | 1.2 | 1.0 | 0.5 | 1.2 | 0.6 | 0.6 | 0.3 | 0.3 | 0.10 | |
| 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 | 349.9 | 20.5 | 1.2 | 12.8 | 2.1 | 21.6 | 2.8 | 23.9 | 2.2 | 2.2 | 22.8 | 2.7 | <0.01 | |
| 思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした | 20.7 | 1.2 | 0.3 | 1.0 | 0.5 | 2.8 | 1.2 | 1.2 | 0.4 | 0.4 | - | - | - | |
| 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 | 5.7 | 0.3 | 0.2 | 1.0 | 0.8 | - | - | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | - | |
| 残虐行為を見た | 20.8 | 1.2 | 0.5 | 0.3 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 4.3 | 1.7 | <0.01 | |
| 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、話したくなかったから言わなかった出来事 | 80.3 | 4.7 | 0.7 | 6.3 | 1.8 | 5.1 | 1.9 | 4.0 | 0.9 | 0.9 | 3.7 | 1.1 | 0.62 | |
| 合計 | 179.2 | 10.5 | 0.9 | 10.8 | 2.1 | 15.0 | 2.0 | 11.0 | 1.5 | 1.5 | 5.5 | 1.0 | <0.01 | |

n=1,710; se: standard error; -: no case

* X²検定

表3 わが国の地域住民におけるトラウマティックイベントと大うつ病の生涯経験との関連:多重ロジスティック解析

| | 生涯でのイベント経験者 における大うつ病有病率 | | 生涯におけるイベントと大うつ 病との関連† | |
|-------------------------------------|----------------------------|------|--------------------------|----------|
| | % | se | オッズ比 | 95%信頼区間 |
| 1. 心の傷になるような個人の経験 | | | | |
| 戦闘体験 | - | - | - | - |
| 戦争地帯での救援者 | - | - | - | - |
| 戦争地帯の市民 | 6.9 | 2.2 | 1.3 | 0.6-2.8 |
| テロ地域の市民 | - | - | - | - |
| 難民 | - | - | - | - |
| 誘拐された | - | - | - | - |
| 有毒な化学薬品にさらされた | 4.1 | 3.3 | 0.9 | 0.2-4.3 |
| 自動車事故 | 4.5 | 1.5 | 0.6 | 0.3-1.2 |
| その他、命に関わるような事故 | 5.0 | 2.3 | 0.7 | 0.3-1.9 |
| 自然災害 | 5.8 | 2.1 | 0.7 | 0.3-1.7 |
| 人災 | 4.4 | 2.7 | 0.6 | 0.2-2.3 |
| 命に関わるような病気 | 7.8 | 1.9 | 1.1 | 0.6-1.9 |
| 2. 個人の暴力 | | | | |
| 子どもの時、養育者に殴られた | 14.9 | 3.3 | 2.2 | 1.2-3.8 |
| 配偶者や恋人に殴られた | 19.0 | 4.7 | 2.3 | 1.2-4.3 |
| 他の誰かに殴られた | 10.9 | 2.8 | 1.9 | 1.0-3.5 |
| 武器で殴られたりおどされたりした | 15.6 | 6.2 | 2.6 | 1.0-6.9 |
| 強姦された | 22.0 | 15.4 | 2.5 | 0.5-13.4 |
| 性的に暴行された | 23.7 | 9.8 | 2.5 | 0.9-6.9 |
| ストーカーにつけられた | 26.8 | 7.2 | 3.0 | 1.5-6.2 |
| 3. 他人に影響を及ぼす出来事 | | | | |
| 大切な人の不慮の死 | 12.0 | 1.6 | 1.7 | 1.2-2.4 |
| 子どもの重病 | 7.4 | 2.2 | 0.9 | 0.5-1.7 |
| 大切な人の心の傷になるような出来事 | 19.6 | 9.6 | 2.1 | 0.6-8.1 |
| 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 | 8.0 | 1.4 | 1.1 | 0.7-1.7 |
| 思いがけずに他人に重傷を負わせたり 殺したりした | 14.4 | 7.0 | 1.9 | 0.6-5.9 |
| 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 | 20.6 | 17.1 | 3.8 | 0.4-33.0 |
| 残虐行為を見た | 1.4 | 1.5 | 0.3 | 0.0-2.8 |
| 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 | 19.9 | 5.4 | 2.5 | 1.3-5.1 |
| 話したくなくかつたから言わなかつた出来 事 | 19.2 | 3.0 | 2.7 | 1.7-4.1 |

n=1,710; -: no case

†: 性別と年齢層を調整

表4 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経験とその後の大うつ病発症リスク: 比例ハザード*解析

| イベントとその後の大うつ病発症リスク* | イベントとその後の大うつ病発症リスク* | | イベントとその後の大うつ病発症リスク* | |
|---------------------------------|---------------------|----------|---------------------|----------|
| | ハザード比 | 95%信頼区間 | ハザード比 | 95%信頼区間 |
| 1. 心の傷になるような個人の経験 | | | | |
| 戦闘体験 | - | - | - | - |
| 戦争地帯での救援者 | - | - | - | - |
| 戦争地帯の市民 | 0.9 | 0.4-1.9 | 0.9 | 0.4-1.8 |
| 子口地域の市民 | - | - | - | - |
| 難民 | - | - | - | - |
| 誘拐された | - | - | - | - |
| 有毒な化学薬品にさらされた | 0.4 | 0.1-3.6 | 0.4 | 0.1-3.5 |
| 自動車事故 | 0.6 | 0.3-1.6 | 0.6 | 0.3-1.5 |
| その他、命に関わるような事故 | 1.2 | 0.5-3.3 | 1.2 | 0.5-3.2 |
| 自然災害 | 0.8 | 0.3-1.8 | 0.8 | 0.3-1.7 |
| 人災 | 0.9 | 0.3-3.0 | 0.9 | 0.3-2.9 |
| 命に関わるような病気 | 0.9 | 0.5-1.7 | 0.9 | 0.5-1.7 |
| 2. 個人の暴力 | | | | |
| 子どもの時、養育者に殴られた | 2.1 | 1.2-3.7 | 2.1 | 1.2-3.6 |
| 配偶者や恋人に殴られた | 1.2 | 0.5-2.9 | 1.1 | 0.4-2.8 |
| 他の誰かに殴られた | 1.4 | 0.8-2.5 | 1.4 | 0.8-2.5 |
| 武器で襲われたりおどされたりした | 1.7 | 0.6-4.5 | 1.6 | 0.6-4.4 |
| 強姦された | 3.8 | 0.7-20.4 | 3.8 | 0.7-20.3 |
| 性的に暴行された | 2.3 | 0.8-6.6 | 2.3 | 0.8-6.6 |
| ストーカーにつけられた | 2.0 | 1.0-4.0 | 1.9 | 0.9-3.8 |
| 3. 他人に影響を及ぼす出来事 | | | | |
| 大切な人の不慮の死 | 1.5 | 1.0-2.3 | 1.4 | 0.9-2.1 |
| 子どもの重病 | 0.9 | 0.4-2.0 | 0.8 | 0.4-1.9 |
| 大切な人の心の傷になるような出来事 | 1.6 | 0.2-11.2 | 1.6 | 0.2-11.2 |
| 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 | 1.0 | 0.6-1.7 | 1.0 | 0.6-1.6 |
| 思いがけずに他人に重傷を負わせたり殺したりした | 3.2 | 0.9-11.0 | 3.1 | 0.9-10.8 |
| 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 | 1.9 | 0.2-24.0 | 1.9 | 0.2-23.4 |
| 残虐行為を見た | 0.3 | 0.0-2.6 | 0.3 | 0.0-2.4 |
| 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 | 1.0 | 0.4-2.5 | 1.0 | 0.4-2.5 |
| 話したくなかったから言わなかった出来事 | 1.6 | 0.9-2.9 | 1.5 | 0.9-2.8 |

*: トラウマティックイベントと同一年齢での大うつ病の発症は考慮しない場合の解析

t: 性別と年齢層を調整