

200833059A

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

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

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成21年(2009年)4月

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

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

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成21年（2009年）4月

目 次

I. 総括研究報告

大規模災害や犯罪被害者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-----5

研究代表者 金 吉晴

II. 分担研究報告

1. 心的外傷後ストレス障害に対する持続エクスポージャー療法の日本における実施可能性と認知の変化-----10

研究分担者 金 吉晴

研究協力者 石丸 径一郎

2. 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-----18

研究分担者 川上 憲人

研究協力者 土屋 政雄

3. 総合病院小児科における児童トラウマ例の特徴と治療的介入について-----28

研究分担者 前田 正治

研究協力者 永光 信一郎、大園 秀一

4. DV被害を受けた母子へのフォローアップ研究-----34

— 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—

研究分担者 加茂 登志子

研究協力者 大澤 香、丹羽 まどか、加藤 寿子、中山 未知、丹 愛、

氏家 由里、中島 愛子、正木 智子、小菅 二三恵、

大村 美菜子

研究代表者 金 吉晴

5. 難治例の PTSD 治療-----70

研究分担者 小西 聖子

研究協力者 吉田 博美

6. 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.....	78
研究分担者	松本 俊彦
研究協力者	千葉 泰彦、今村 扶美
7. 交通外傷後の精神健康に関するコホート研究.....	84
研究分担者	松岡 豊
研究協力者	西 大輔、中島 聡美
研究代表者	金 吉晴
8. 性暴力被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究.....	90
研究分担者	中島 聡美、加茂 登志子
研究協力者	中澤 直子、井上 麻紀子、伊藤 正哉
研究代表者	金 吉晴
9. 精神保健福祉センター等を対象とした、災害時精神保健支援に関するニーズ調査	
研究分担者	鈴木 友理子.....106
研究協力者	深澤 舞子
研究代表者	金 吉晴
10. 恐怖特性が潜在的な記憶想起に与える影響.....	120
研究分担者	栗山 健一
研究協力者	曾雌 崇弘
研究代表者	金 吉晴
III. 研究成果の刊行に関する一覧表.....	127
IV. 研究成果の刊行物	
The Tachikawa cohort of motor vehicle accident study investigating psychological distress: design, methods and cohort profiles.....	131
Yutaka Matsuoka, Daisuke Nishi, Satomi Nakajima, Naohiro Yonemoto,	
Kenji Hashimoto, Hiroko Noguchi, Masato Homma, Yasuhiro Otomo,	
Yoshiharu Kim	

I. 総括研究報告

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

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

研究代表者 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

前田正治

久留米大学医学部

加茂登志子

東京女子医科大学付属

女性生涯健康センター

小西聖子

武蔵野大学

松本俊彦

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

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

栗山健一

国立精神・神経センター精神保健研究所

と治療方法の開発のために、国内での直接面接による実態調査、比較対照群を用いた認知行動療法に関する臨床研究を行い、客観的な検査法を検討する。こられる知見と、国内での支援経験に基づき、国際的なエビデンス研究に即した、被災者、被害者のための保健医療、行政対応のガイドラインを作成する。また精神保健福祉センターなどとの被害者支援ネットワークの発展のために、トラウマ医療の拠点病院の提言を行う。

その背景として、平成16年に施行された犯罪被害者等基本法では被害者の心の影響からの回復のためのサービスの提供を、また平成16年に改正されたDV法は、被害者の心身の健康を回復させるための方法等に関する調査研究の推進を、国と自治体に課している。加えて、度重なる震災の度に、被災者の精神医療は大きな社会的関心を呼んでいる。こうした被害者、被災者の精神的被害の解明と治療法の開発は国民的課題である。申請者らはすでに「自然災害時の地域精神保健医療ガイドライン」を作成したが、上述の要請に応えるために対象を拡大する必要がある。国外では2005年の英国 National Institute of Clinical Evidence、また2007の米国 National Academy によるPTSD治療の clinical evidence の総括レポートなど、エビデンスの見直しの気運が高まっている。これを踏まえ、日本での災害、犯罪被害等の現地指導の経験に根ざした今日的なガイドラインを策定する必要がある。

日本におけるトラウマ被害者の調査研究として、対象者の偏りを廃した追跡研究は他に例がない。災害時のこころのケアがさげられて久しいが、被災地の住民調査を系統的に行ったものはない。治療研究として、認知行動療法を知見登録して実行するのも本研究が日本初ある。指標として、免疫指

1 当研究班の研究目的

当研究班では、大規模災害被災者や犯罪被害者の外傷後ストレス反応を中心とした精神疾患の実態把握と認知行動療法などの治療方法の効果研究を推進し、さらに評価方法、検査法を開発する。また、従来の調査データならびに支援経験、諸外国のエビデンスを再検討することにより、従来の自然災害ガイドラインを改定し、より包括的なトラウマ被害者への対応と治療のガイドラインを、集団災害、個人対応、医療機関対応に分けて作成することを目的としている。

より具体的には、大規模災害、犯罪被害によるPTSD等の精神的被害の実体解明

標、RNA 発現を用いているのは申請者自身の先行研究 (Kawamura, Kim et al.: Suppression of cellular immunity in men with past PTSD. *Am J Psychiatry*, 158:484-486, 2001) やイスラエルでの PTSD 発症要因の研究を踏まえているが、治療前後でこれを調べた研究はない。また PTSD では睡眠中の学習強化における障害の関与が疑われ、かつアクチグラムを用いた睡眠検査は臨床的に実用可能な方法であるので、本研究の独創として睡眠検査を導入した。また諸外国のエビデンス、ガイドラインは軍人を対象としたり、保健所、精神保健医療センターなどの資源を持っていないなど、日本での臨床・行政実態とそぐわない。申請者らは、厚生労働省からの専門家派遣として被災、被害の現場に度々赴いた経験を踏まえ、また地域の精神保健医療のシステムを熟知し得る立場を生かし、内外のエビデンス、研究班独自の研究成果を背景として、日本の実情に合わせたガイドラインを作成することにより、きわめて独創的な貢献が出来るものと考えている。

2 平成 20 年度の研究

金らは PTSD の持続エクスポージャー療法 (PE) の RCT を実施しており、なおエントリーの途中ではあるが、独立した第三者による評価などのシステムを構築し、順調に研究を遂行している。途中段階でのデータ解析を行わない方針であるため、結果については次年度の報告としたい。またガイドラインの収集と解析を行っており、データベースを構築しつつある。これまでの治療結果の予備解析から、PE の日本における、また対人暴力被害による PTSD に対して、実施可能性と治療効果があることが示唆された。さらに PE は認知については焦点を当てて扱うことが少ないにもかかわらず、PTSD 症状だけでなく、自己への否定的認知をも改善させる可能性が示された。

川上らは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についての研究を行い、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、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見だし、これらのトラウマティックイベントの経験者に限れば PTSD の生涯有病率は 10% を越える場合もあり、トラウマティックイベントの経験者に対する PTSD のスクリーニングや早期発見などの体制が整えられる必要があることを指摘した。男性では、PTSD と関連したトラウマティックイベントは、暴力の被害経験が多かった。一方女性では、性的暴行、大切な人の急な死亡や子供の重症が PTSD と強く関連していた。若年者では死や重傷を目撃することが、壮年期では家族関係の中での困難や喪失イベントが、中高年では、命に関わる病気が PTSD と関連していた。PTSD につながるトラウマティックイベントには、ライフサイクルにより差異がある可能性が示された。

前田らは総合病院小児科における児童トラウマ例の特徴と治療的介入について研究を行い、特に、①総合病院小児科における post traumatic stress reaction (PTSR) 例の臨床的検討②児童思春期トラウマ例の児童抑うつ尺度の有用性の検討を行った。①では児童期思春期のトラウマ例の治療について、総合病院小児科における実態を、カルテを資料として後方視的に調査し、②では小児抑うつ尺度 (CDI) を用いてトラウマ例の特徴について定点調査した。①の結果、児童の場合、いわゆる A 基準問題 (イベント性の問題) や症状出現のあり様が成人型 PTSD と大きく異なっており、診断的問題が大きいことを見だし、精神科との連携が必要なケースが大きく、どのように連携を構築していくかが重要であることを指摘した。②では、CDI を精神科で使用した結果、抑うつ症状を呈した児童期の患者では、高頻度にトラウマ体験を受傷していることが示唆された。

加茂らは、DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究を行い、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を行った。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 (33 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。対象となった母子のDV被害の実態把握、精神状態および問題行動の時間経過に伴う変化を中心に検討し、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、といったことが明らかにされた。

小西らは難治例のPTSD治療研究に取り組んだ。犯罪被害者の重度ストレス反応の治療には、持続エクスポージャー療法は大きな効果をあげると考えられ、先行研究を見ると臨床場面に現れる被害者の多くは配偶者間暴力の被害者、子ども虐待の被害者、性暴力被害の被害者であり、難治例も多いと考えられた。実際にPEを施行したPTSDの対象者20名のうち、治療者に難治と評価されるケースの典型例3例を取り上げ、その治療の特徴を記述した。治療を維持するためには、治療者の技術を高めること、対象者の動機付けを高めること、複数の支えを配置すること、PE治療そのものに工夫することなどいくつかの共通点があることを指摘した。

松本らは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を行い、司法関連施設被収容者における、被虐待体験をはじめとする外傷体験やPTSD症状が自殺傾向との関連を明らかにすることを目的として、面接調査を計画した。本年度はその研究デザインを計画し、M.I.N.I.日本語版5.0.0の「外傷後ストレス障害」と「自殺傾向」の項目を採用した面接調査表を作成した。次年度より少年鑑別所、少年院での本格実施の予定である。

松岡らは交通外傷後の精神健康に関するコホート研究を行い、平成16年に立ち上げた交通外傷患者における長期の精神健康・精神的苦痛を縦断的に検討するコホート研究の参加登録が全て終了したことを受けて、ベースライン調査を終えた参加者の特徴を

検討した。適格基準を満たした344名のうち300名(87%)が研究に参加した。自記式質問紙への回答率は98.99%、採血は79%で実施された。コホートの78%が男性、平均年齢は34歳、45%が自動二輪の運転手であった。血液データを有し、長期間追跡する交通事故コホート研究は世界にも例がないことから、今回構築されたコホートは、生物心理社会的因子と精神疾患との関連を検討する上で極めて有用であると考えられた。

中島らは、性暴力被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究に取り組み、現在の日本における産婦人科医療現場での性暴力被害者の診療状況についての実態を明らかにするため、調査を行った。2008年10月-11月にかけて日本女性心身医学会の会員である産婦人科医師341名に対し郵送による自記式調査を行い170名から回答を得た(回収率49.9%)。有効回答数168名のうち、過去に性暴力被害者の治療を経験した医師は135名(81.3人)であり、過去1年間では64人(38.1%)であった。受診した被害者の約半数は19歳以下の未成年(46.9%)であった。紹介元では、警察が最も多かったが(32.8%)特定の機関からの紹介のなかった被害者も多かった(48.4%)。診療を積極的にすすめ、精神科との連携を促進するためには、コメディカルも含めた研修の機会の提供やより詳細なマニュアル、精神科医療機関とのネットワークの形成などを進めていくことが重要であることを指摘した。

鈴木らは精神保健福祉センター等を対象とした、災害時精神保健支援に関するニーズ調査を行った。その結果、地域防災計画上におけるこころのケアの位置づけは約70%の自治体でみられたが、研修体制、役割分担などの具体的な準備体制が進んでいたものはそれぞれ半数以下であった。県と市町村や保健所との役割分担も実際に準備体制があるものは約半数であった。職員のメンタルヘルス対策として、スタッフのローテーション、検討会などのスーパービジョン体制、健康管理体制についても、これらのニーズは多くが認識していたが、実際に準備が整っていた自治体は約30%程度であったことを見だし、災害時の精神保健

支援に関する、国、県、精神保健福祉センター、市町村、NGO などの役割分担の明確化と、行政的対応に関する標準化プログラムの開発が望まれることを指摘した。

栗山らは恐怖特性が潜在的な記憶想起に与える影響を研究し、PTSD の基盤病態を構成する恐怖記憶の想起に関する基礎的特性を検討した。PTSD における侵入性想起症状やフラッシュバルブ記憶と呼ばれる意図に反する自動的な想起過程に関して、サスペンス映画記銘課題を用い、6条件[恐怖 vs.中性) × (映像+セリフ vs.セリフのみ vs.映像のみ)]の音声言語刺激による想起パターンを、行動特性(想起率)および神経生理学的特性(事象関連電位)により検討した。行動特性においては、恐怖条件が一貫して想起率が高かったが、映像のみ条件では恐怖条件と中性条件に差がなかった。恐怖条件内でも、情報量が最も多いと思われる映像+セリフ条件の想起率が最も高かった。神経生理学特性において、映像+セリフ条件では恐怖記憶想起は中性記憶想起に比べ近親性が高く、より強く記憶されている特性がうかがえたが、セリフのみ条件および映像のみ条件では中性記憶とは異なる神経活動特性を示した。特に映像のみ条件では、想起活動は中性記憶に比べ著しく抑制されており、意識下での制御が行われている可能性が窺える所見が得られた。映像のみ条件は他の条件とは異なり言語化過程を経て想起されることより、恐怖記憶では、言語化過程における特異的制御が行われている可能性が示された。

II. 分担研究報告

心的外傷後ストレス障害に対する持続エクスポージャー療法の日本における実施可能性と 認知の変化

研究代表者 金 吉晴 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部部长
研究協力者 中島聡美 国立精神・神経センター 精神保健研究所
加茂登志子 東京女子医科大学 附属女性生涯健康センター
石丸徑一郎 国立精神・神経センター 精神保健研究所
寺島 瞳 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨： 心的外傷後ストレス障害(PTSD)に対する持続エクスポージャー法 (Prolonged Exposure: PE) は、十分な治療効果があり、その効果が長期間持続する認知行動療法パッケージとして欧米では評価が確立している。本研究は PE による治療研究の準備段階として行われ、日本における実施可能性と治療効果の検討、また PE による非機能的認知の変化の検討を目的として実施された。研究参加者は、2003 年 9 月から 2007 年 9 月までの間に、国立精神・神経センターまたは東京女子医科大学を受診した PTSD 患者の中から研究参加に同意した男性 1 名、女性 8 名であり、トラウマ体験は全員で対人暴力被害であった。PE による治療中の薬物療法は制限しなかった。週 1 回 90 分程度のセッションを 10 から 16 回実施した。治療の一部は PE の開発者である Pennsylvania 大学の Foa 教授によるスーパーヴィジョンを受けた。治療者は、Foa 教授によるワークショップを受講した精神科医 2 名と心理士 2 名であった。PE による治療の前後と 6 ヶ月後、1 年後のフォローアップ時に、構造化面接尺度 (CAPS) と自記式質問紙尺度 (JPTCI, IES-R, BDI-II) によって評価を行った。転勤、治療への不安、家庭事情によって各 1 名が脱落した。治療を完了した 6 名中 5 名で PTSD 診断が消失した。CAPS 合計点の平均は、治療前が 69.5、治療後では 31.3 であった ($p=0.031$)。非機能的な認知については、JPTCI の下位尺度 1「自己への否定的認知」の平均点について、治療前 93.8 から治療後 68.3 へと有意な減少が見られた ($p=0.013$)。PE の日本において、また対人暴力被害による PTSD に対して、実施可能性と治療効果があることが示唆された。さらに PE は認知については焦点を当てて扱うことが少ないにもかかわらず、PTSD 症状だけでなく、自己への否定的認知をも改善させる可能性が示された。

A. はじめに

心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder: 以下 PTSD) は、大規模災害や犯罪被害を含むさまざまなトラウマティックな出来事の体験によって引き起こされる不安障害である(1, 2)。PTSD に対する治療としては、近年のいくつかの治療ガイドラインにおいて、トラウマに焦点をあてた認知行動療法が推奨されている(3-5)。トラウマに焦点をあてた認知行動療法の中でも、ペンシルヴァニア大学の Foa 教授が開発した持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure: 以下 PE) (6) について多くの無作為化比較試験が行われており、高い治療効果が得られ、それが持続することが報告されている(7-9)。

トラウマ体験の直後には多くの人に PTSD 症状が見られるが、通常は時間の経過とともに自然に回復する。その一方で、一部の人々では、トラウマ

マを想起させる刺激を回避するために、トラウマ記憶がうまく処理されず、PTSD が慢性化すると考えられている(10)。PE は、トラウマ記憶やトラウマ想起刺激へ直面させることで、回避行動を維持している負の強化を妨げ、馴化を促すことで作用するとされている(6)。筆者らは、2003 年から PE の開発者である Foa 教授を数度にわたり日本に招聘し、ワークショップを開催し、Foa 教授による PE 治療マニュアルを訳出する(11)など、PE の治療技術の習得と日本における普及に努めてきた。

PE は欧米の文化の中で開発された治療法であるが、日本において、パッケージとしての PE を実施し、その有効性を確認した研究はまだ少ない(12, 13)。2004 年に成立した犯罪被害者等基本法では、PTSD の専門の治療を行うことができる専門家の養成が国の施策として盛り込まれている。欧米では多くの研究で有効性が確認され、スタンダ

ードな治療の1つとなっているPEについて、日本での実施可能性と有効性を評価することは大きな意義がある。

トラウマに焦点をあてた認知行動療法には、PEの他にも、認知療法(Cognitive Therapy) (14, 15)、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy) (16, 17)などがある。これらと比較した際のPEの特徴は、自己、他者、世界等に対する否定的な認知を扱い変容を目指す要素よりも、エクスポージャー、つまりトラウマ記憶やトラウマ想起刺激への直面を重視していることである。PEによって、再体験、回避・麻痺、覚醒亢進といったPTSD症状だけでなく、非機能的な認知について変化が見られるかどうかを検討することは重要である。

さらに、自然災害と異なり、性被害、暴行、虐待などの対人暴力被害や犯罪被害は、他人からの故意によるトラウマを体験する。これは、他人全般に対する信頼感を大きく損なう可能性が大きい。このため、治療関係の中でも、患者との強い治療同盟を築くことが難しい場合がある。また、患者は現在もどこかで生活している加害者への恐怖や、裁判や警察とのやり取りを引き続き持っていることもある。このような点から、対人暴力被害によるPTSDの患者に対してPEを行う際には特別な留意が必要であると指摘されており(6)、特にこのような患者に対するPEの有効性の評価は重大な意義があると考えられる。

本研究では、特に対人暴力被害のPTSD患者において、PEの日本での実施可能性・有効性を評価すること、さらに、他の精神療法と比較すると認知的な要素をそれほど重点的には取り扱わないPEによって、PTSD症状だけでなく非機能的な認知が改善するかどうかを検討することを目的として、治療研究を行った。

B. 対象と方法

1. 研究参加者

2003年9月から2007年9月までの間に、関連医療機関(国立精神・神経センター国府台病院、武蔵病院、東京女子医科大学附属女性生涯健康センター)を受診したPTSD患者の中で、以下の適格基準を満たし、除外基準に当てはまらない者で、研究参加への同意が得られた者とした。

適格基準は、年齢が18歳以上50歳以下であること、日本語版PTSD臨床診断面接尺度(18)(Clinician-Administered PTSD Scale: 以下CAPS)によるPTSD診断を満たし、かつ合計得点が40点以上であること、PTSD症状の持続期間が3ヶ月以上であること、PE治療を行う国立精神・神経センター国府台病院または武蔵病院に通院可能な圏内に居住していること、日本語を母国語とすることである。除外基準は、統合失調症、双極

性障害、アルコール・薬物関連障害、A群パーソナリティ障害が併存していること、重度のうつ症状、自殺行動、自傷行為などの緊急に治療を要する精神症状が存在していること、3ヶ月以内の自殺企図・自傷行為があること、非識字等調査内容や説明の理解が困難であることである。

2. 治療者およびスーパーヴィジョン

Foa教授によるワークショップ受講し修了したPTSD患者の治療経験を持つ精神科医2名と、3年以上の臨床経験を持つ臨床心理士2名によって、PE治療が行われた。精神科医2名はFoa教授またはその研究チームのスタッフからスーパーヴィジョンを受けた。臨床心理士が治療を行う場合には、精神科医が陪席あるいはモニターを行い、治療セッション終了後に治療者同士で検討会を行った。

3. 治療内容

Foaらによる治療マニュアルに基づき、週1回、1回90~120分、標準で10回(必要に応じ、6セッションまでの追加を認めた)のセッションを実施した。

標準的な治療内容は、次の通りである。セッション1では治療原理についての心理教育、呼吸再調整法の説明を行う。セッション2では、トラウマ反応についての心理教育、現実エクスポージャー(回避しているトラウマ想起刺激状況に対してある程度の時間直面する)についての説明と不安階層表の作成を行う。セッション3では想像エクスポージャー(トラウマ記憶を情動と共に想起し、閉眼で現在形を用いて40分から60分の間、声に出して語る)の説明と実施を行う。セッション4~9では毎回、想像エクスポージャー(30分~40分)を行い、現実エクスポージャーの宿題の設定と振り返りを行う。セッション5~9では最も苦痛な短いエピソードの記憶をhot spotとし、これに焦点を当てて繰り返し語ることを行う。最終セッション(セッション10)では治療の振り返りと今後の計画や対応についての話し合いを行う。

4. アセスメント

治療前、治療後(治療後1週間から1ヶ月の間)、6ヵ月後、1年後の4時点で評価を行った。それぞれの時点で、PTSD診断、PTSD症状、うつ症状、PTSDに関する認知、就労状況を評価した。評価尺度は以下のものを使用した。

日本語版PTSD臨床診断面接尺度(CAPS): PTSD診断とPTSD症状を評価するために、CAPSを用いた。CAPSは、米国National Center for PTSDの研究グループによって1990年に開発されたPTSDの構造化診断面接法である(19)。CAPSは、PTSDの

17 症状項目のそれぞれについて調査者が構造化された質問文を用いて面接し、症状の頻度と強度の両方を一定のアンカーポイントにそって評価するものである。日本語版の信頼性と妥当性は実証されている(18)。今回は頻度 1 点以上、強度 2 点以上の場合に症状があると評価した。

日本語版出来事インパクト尺度改訂版 (Impact of Event Scale-Revised: IES-R) : IES-R は、Weiss ら(20)によって開発された自記式の PTSD 症状評価尺度である。22 項目で各項目の症状出現頻度を 0~4 点で評価し、合計点によって重症度をみる。日本語版は飛鳥井ら(21)によって標準化されている。

ベック抑うつ質問票 (Beck Depression Inventory-II: BDI-II) : BDI-II は Beck ら(22)によって開発された抑うつの重症度を評価する 21 項目の自記式質問票である。日本語版は小嶋ら(23)によって作成され、信頼性、妥当性が検証されている。

日本語版外傷後認知尺度 (JPTCI) : JPTCI は、Foa ら(24)により作成された外傷の出来事に対する非機能的認知についての評価尺度である。PTCI の日本語版である。原版同様に 36 項目からなる自己記入式質問票であり、「自己に対する否定的な認知」、「自己非難」、「世界への否定的な認知」の 3 つのサブカテゴリーで評価され、日本語版の信頼性・妥当性も確認されている(25)。

就労状況 : アルバイト等も含め、就労をしているかどうかを尋ねた。

5. 統計解析

統計解析は、SPSS12.0J を使用して行った。量的変数に関しては対応のある t 検定、質的変数に関しては McNemar 検定を行った。

6. 倫理的配慮

厚生労働省による臨床研究に関する倫理指針に基づいて、国立精神・神経センター国府台地区倫理委員会、同武蔵地区倫理委員会、東京女子医科大学倫理委員会の承認を得た研究計画と同意書により、研究参加者の書面同意を得て研究が実施された。

治療は患者の同意を得てビデオ撮影を行ったが、映像とその他の記録の管理は、インターネットにつながっていないパソコンを使用し、患者の個人情報と切り離し別保存とした ID 番号によって管理することで、個人情報保護に配慮した。

C. 結果

研究参加への同意が得られたのは 11 名であったが、そのうち 2 名は適格基準を満たさなかったため、実際に研究へ参加したのは 9 名(男性 1 名、

女性 8 名)であった。全員が、以前からの抗うつ薬または睡眠薬の服薬を継続していた。9 名のうち 3 名は途中で治療中断となった。その理由はそれぞれ、転勤、家庭の事情、治療に対する不安であった。このうち 2 名は、その後、PTSD 症状が消失したとの情報を得ている。

治療を完遂した参加者の特徴を表 1 に示す。全員が女性であり、平均年齢は 34.4 歳であった。トラウマ体験の内容は、全員で対人暴力被害であったが、その内訳は、性被害(3 名)、監禁強盗被害(2 名)、ドメスティック・バイオレンス(1 名)であった。トラウマ体験の終了からの平均経過時間は 34.5 ヶ月であった。学歴は、大学卒が 2 名、短大卒が 2 名、高校卒が 2 名であった。PE 治療に要した平均セッション数は 13.0 回であった。

次に、PE 前後とフォローアップ時の評価項目について、表 2、図 1、図 2 に示す。フォローアップ中に脱落した者、アセスメントには参加したものの認知に関してアセスメントができなかった者もいるため、各時点での人数には違いが見られる。フォローアップ時の得点については、Last Observation Carried Forward によって補完し、参考値として示した。

PTSD 診断については、治療後には 5 名(83.3%)で診断が消失した($p=0.017$)。そして治療前には仕事についているものが半数だったのに対し、治療後には全員が就労していた($p=0.125$)。

PTSD 症状に関しては、CAPS 合計得点、IES-R 合計得点のそれぞれの平均が、治療前は(69.5, 50.6)であったのが、(31.3, 16.2)に減少した($p=0.017, 0.001$)。抑うつ症状については、BDI-II の合計得点の平均が、治療前では 32.2、治療後で 17.4 であった($p=0.009$)。

非機能的な認知については、下位尺度 1「自己への否定的な認知」の平均点は、治療前 93.8 から、治療後 68.3 へと、有意に減少していた($p=0.013$)。また合計得点の平均においても、治療前 150.5、治療後 119.0 と有意傾向の減少が見られた($p=0.086$)。一方で、下位尺度 2「トラウマへの自責」、下位尺度 3「世界に対する否定的な認知」については、有意な減少は見られなかった。

D. 考察

1. 日本における PE の実施可能性

治療完遂者 6 名のうち、5 名では PTSD 診断が消失し、PTSD 症状も大幅に減少した。PTSD にもっともよく見られる随伴症状である抑うつも、有意な減少が見られた。また治療途中で脱落した 3 名のうち、2 名は PE の半分以上をセッションを終了しており、その後、主観的な報告ではあるが、PTSD 症状がなくなったとの情報を得ている。また本研

究の参加者は、全員対人暴力被害による PTSD であり、それにもかかわらず 33%の脱落率にとどまり、全体としては十分な治療効果が得られた。FoaらのPEのRCTにおいても、治療中の脱落率は38%(9), 34.2%(7)等となっており、本研究でもほぼ同等であった。また、半年後、1年後までフォローアップできた参加者についても、再発や症状の再燃は見られなかった。本研究のサンプルサイズは小さく、コントロール群を置かない予備的研究ではあるが、日本の PTSD 患者に対しても、また特に対人暴力被害による PTSD 患者に対しても、PEが有効であり、効果が持続することが示唆された。他研究と比較して、脱落率も高くない。また脱落した3名のうち、2名は治療とは無関係なやむをえない理由であったことから、治療の受け入れやすさも米国とほぼ同等であると考えられる。

治療を完了した6名のうち、1名だけは PTSD 診断が消失せず、PTSD 症状も改善しなかった。このケースは、他ケースが単回性であったのに対し、持続的なドメスティック・バイオレンスであった。また、治療中に一貫して強い解離症状が見られた。Foaらの研究(7, 9, 26)では、性的虐待などの持続性のトラウマ体験者も多く参加しており、ある程度の期間繰り返す被害による PTSD に対しても高い治療効果を持つことが報告されている。解離については、PE 治療マニュアルでは、PTSD よりも相対的に重く、生活に大きな影響を与える解離症状でなければ、PEが適応になるとされている(6)。しかし、エクスポージャーを行う際に、十分に解離症状をコントロールできないと、トラウマ記憶やトラウマ想起刺激に直面したときに起きる情動に十分にひたることができないため、馴化が不十分になり、治療効果が得られない可能性も考えられる。今後、解離症状の強度によって、治療効果に違いが出てくるかどうか検討する必要がある。

治療者は、一般的な臨床経験はあるが、特別に認知行動療法を専門にしているわけではない。それにもかかわらず、ワークショップへの参加とスーパーヴィジョンによって比較的短期間に治療技法を習得し、治療を行うことができた。長年にわたる技術習得が不要であることから、日本においても特に認知行動療法の訓練を受けていない治療者に対して、PEを普及していくことはさほど困難ではないことが示唆された。

2. 非機能的な認知の改善

PEは、認知療法や認知処理療法と比較して、自己、他者、世界などに対する非機能的な認知を再構成する要素はかなり少ない。それよりも、トラウマ記憶とトラウマ想起刺激へのエクスポージャーに重点を置いている。それにもかかわらず、

PEはPTSD症状に対して効果があるだけでなく、非機能的な認知の改善にも効果があることが報告されている(7, 26, 27)。本研究においても、JPTCIの低位尺度1「自己への否定的な認知」について有意な改善が見られた。非機能的な認知に焦点を当てて扱うことが少なくとも、認知の改善が付随的に見られることが示唆された。特に、世界に対する認知に比べて、自己に関する認知のみに改善が見られたことについては、PEによりPTSD症状が改善し、特に圧倒されるような再体験症状が軽減することにより自己コントロール感を取り戻したこと、また他の認知行動療法と同じように能動的な参加が求められる治療であるPEを最後までやり遂げたことによる自信が増加したことなどが考えられる。

3. 研究の限界

本研究は、本格的なRCTを行う前の予備的な研究であり、サンプルサイズの小ささ、コントロール群がないこと、投薬の影響を統制できていない。そのため、時間経過やその他の交絡要因による改善の可能性、また一般化可能性も十分に大きいとは言えない。今後はより大きなサンプルを使用し、RCTを実施することで、包括的に治療効果を検討することが必要である。

E. 結論

海外において PTSD に対する大きな治療効果と広範な適用範囲が確認されている PE を、日本において対人暴力被害による PTSD 患者 9 名に対して実施した。うち 6 名が治療を完了し、5 名で治療後に PTSD 診断が消失した。半年後、1 年後のフォローアップにおいても、治療効果が持続していた。また、随伴症状である抑うつ症状と、自己に対する否定的な認知も、治療後には有意な改善を示した。3 名(33.3%)が治療中に脱落したが、これは欧米の研究に比べて高い割合ではなく、うち 2 名は治療とは関係のない理由での脱落だった。

本研究はサンプルサイズの小さな予備的な研究ではあるが、日本において、対人暴力被害による PTSD 患者に対する PE に実施可能性、受け入れやすさ、治療効果があり、その治療効果が持続することを示唆した。さらに、トラウマ記憶とトラウマ想起刺激へのエクスポージャーに焦点を当てた治療であるにもかかわらず、あまり焦点を当てていない非機能的な認知をも改善する可能性が示された。

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

石丸徑一郎, 寺島 瞳, 中島聡美, 加茂登志子, 金 吉晴 「PTSD に対する持続エクスポージャー法による認知の変化」 日本トラウマティック・ストレス学会第8回大会, 東京女子医科大学, 2009年3月14日

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

I. 引用文献

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision. Washington DC., American Psychiatric Association, 2000
2. World Health Organization: The ICD-10 Classification on Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992
3. Bisson J, Ehlers A: Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence. London, Gaskell and the British Psychological Society, 2005
4. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ: Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, Guilford Press, 2000
5. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, Pynoos JD, Zatzick DF, Benedek DM, McIntyre JS, Charles SC, Altshuler K, Cook I, Cross CD, Mellman L, Moench LA, Norquist G, Twemlow SW, Woods S, Yager J: Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2004; 161(11 Suppl):3-31
6. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO: Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide (Treatments That Work). New York, Oxford University Press, 2007
7. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E: Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. J Consult Clin Psychol 2005; 73(5):953-64
8. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, Astin MC, Hahn CG: Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2006; 19(5):625-38
9. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, Resick PA, Thurston V, Orsillo SM, Haug R, Turner C, Bernardy N: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. Jama 2007; 297(8):820-30
10. Foa EB, Cahill SP: Psychological therapies: Emotional processing, in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Edited by Smelser NJ, Baltes PB. Oxford, Elsevier, 2001, pp 12363-12369
11. フォア・ヘンブリー・ロスバウム(著) 金 吉晴・小西聖子(監訳) PTSDの持続エクスポージャー療法:トラウマ体験の情動処理のために 星和書店 2009 (Foa, Hembree, & Rothbaum, Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide, Oxford University Press, NY, 2007)
12. Asukai N, Saito A, Tsuruta N, Ogami R, Kishimoto J: Pilot study on prolonged exposure of Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events. J Trauma Stress 2008; 21(3):340-3
13. 吉田博美, 小西聖子, 井口藤子, 加茂登志子: Prolonged Exposure Therapy の PTSD への効果研究 暴力の被害を受けた女性 10 名に対して. 心理臨床学研究 2008; 26(3):325-335
14. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M: Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. Behav Res Ther 2005; 43(4):413-31
15. Ehlers A, Clark DM: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 2000; 38(4):319-45
16. Resick PA, Schnicke MK: Cognitive processing therapy for sexual assault victims.

- J Consult Clin Psychol 1992; 60(5):748-56
17. Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y: A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. J Consult Clin Psychol 2008; 76(2):243-58
 18. 飛鳥井望, 廣幡小百合, 加藤寛, 小西聖子: CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス* 2003; 1(1):47-53
 19. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM: The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. J Trauma Stress 1995; 8(1):75-90
 20. Weiss DS, Marmar CR: The impact of the Event Scale-Revised, in *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook*. Edited by Wilson JP, Keane TM. New York, Guilford Press, 1997, pp 399-411
 21. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A: Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis 2002; 190(3):175-82
 22. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W: Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess 1996; 67(3):588-97
 23. Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, Kawai M, Nagaya T, Tokudome S: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. Psychiatry Res 2002; 110(3):291-9
 24. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ: Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. J Consult Clin Psychol 1995; 63(6):948-55
 25. 長江信和, 増田智美, 山田幸恵, 金築優, 根建金男, 金吉晴: 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本版外傷後認知尺度の開発. *行動療法研究* 2004; 30:113-124
 26. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP: A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. J Consult Clin Psychol 1999; 67(2):194-200
 27. Foa EB, Rauch SA: Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 2004; 72(5):879-84

表1 参加者の特徴

女性(%)		6 (100.0)
平均年齢(SD)		34.4 (10.3)
トラウマ種別(%)	性被害	3 (50.0)
	監禁強盗	2 (33.3)
	DV	1 (16.7)
トラウマ終了からの 平均経過時間(月)(SD)		34.5 (32.8)
学歴(%)	大卒	2 (33.3)
	短大卒	2 (33.3)
	高卒	2 (33.3)
PEセッション数平均(SD)		13.0 (2.7)

表2 PE前後での変化

	プレ		ポスト		p*
	M	SD	M	SD	
CAPS合計	69.5	14.2	31.3	32.0	0.017
IES-R	50.6	16.2	16.2	13.5	0.001
BDI-II	32.2	12.3	17.4	11.2	0.009
PTCI合計	150.5	37.8	119.0	53.3	0.086
PTCI1	93.8	32.9	68.3	38.4	0.013
PTCI2	19.5	4.6	15.3	8.0	0.294
PTCI3	37.3	3.3	35.5	7.2	0.742
	人数	%	人数	%	p ⁺
PTSD診断	6	100.0	1	16.7	0.031
就労	3	50.0	6	100.0	0.125

*対応のあるt検定 †McNemar検定

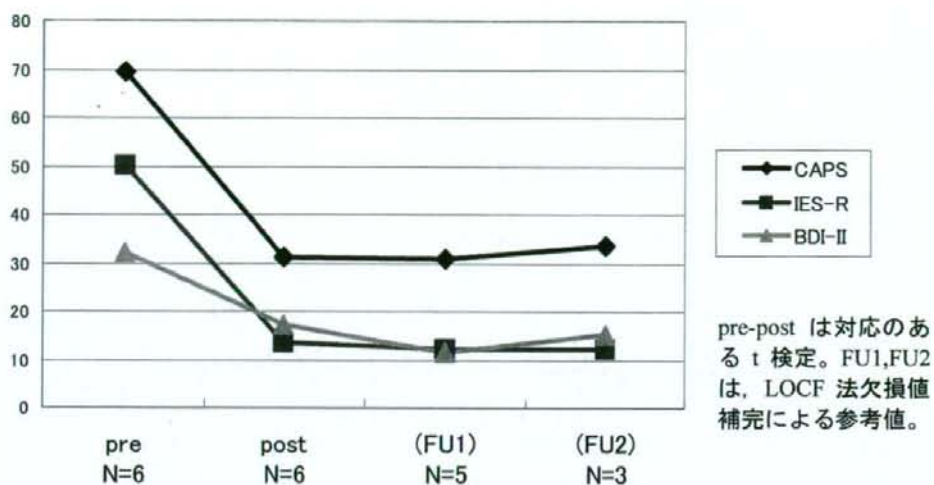


図1 PE前後・フォローアップ時のPTSD症状・うつ症状の変化

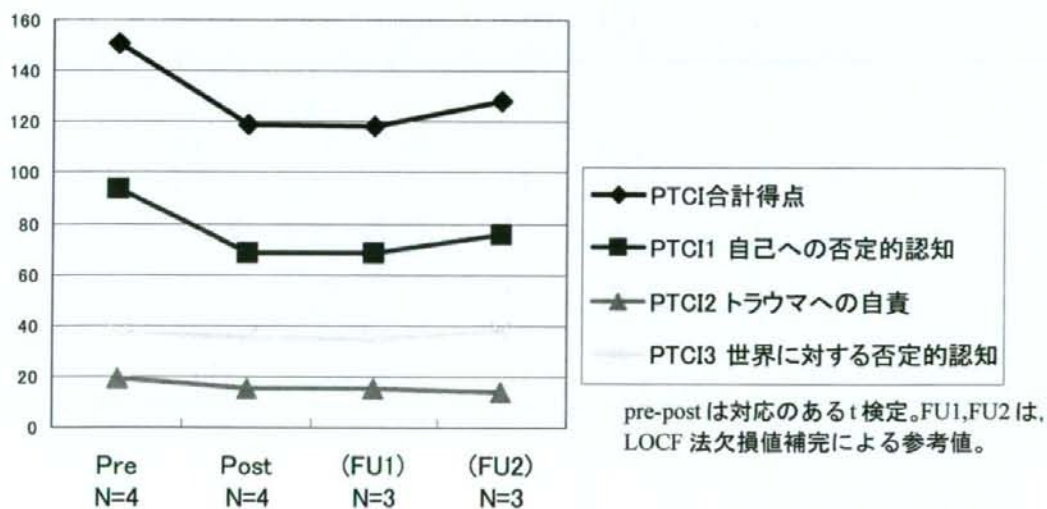


図2 PE前後・フォローアップ時の認知の変化

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

研究分担者 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

研究要旨：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 PTSD 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。

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。これらのトラウマティックイベントの経験者に限れば PTSD の生涯有病率は 10% を越える場合もあり、トラウマティックイベントの経験者に対する PTSD のスクリーニングや早期発見などの体制が整えられる必要があると思われる。男性では、PTSD と関連したトラウマティックイベントは、暴力の被害経験が多かった。一方女性では、性的暴力、大切な人の急な死亡や子供の重症が PTSD と強く関連していた。若年者では死や重傷を目撃することが、壮年期では家族関係の中での困難や喪失イベントが、中年では、命に関わる病気が PTSD と関連していた。PTSD につながるトラウマティックイベントには、ライフサイクルにより差異がある可能性が示された。

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。さまざまなトラウマティックイ

ベントの心的外傷後ストレス障害(PTSD)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。

PTSD と関連する代表的なトラウマティックイベントとしては、死の脅威にさらされる経験があげられる。米国 NCS 調査では、男性では戦闘の経験と目撃が PTSD と関連していた (Kessler et al. 1995)。欧州の地域住民に対する WHO-CIDI 3.0 を使用した調査では、介護者に殴られる、配偶者や恋人から殴られる、PTSD のリスクと 2~3.5 倍程度関係していた (Darves-Bornoz et al. 2008)。米国デトロイトの調査では、暴行が PTSD と関連していた (Breslau et al. 1998)。スウェーデンの調査では、強盗、身体的暴力が PTSD と関連すると報告されている (Frans et al. 2005)。

さらに、他者の死や事故を目撃したことも PTSD のリスクと関係があるとされている。プライマリケア医受診者における PTSD の調査では、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、ひどい事故を目撃した、強姦されたことが PTSD と関連していたと報告されている

(Bruce et al. 2001)。スウェーデンの調査では、悲惨な死に方を目撃することが PTSD と関連すると報告されている (Frans et al. 2005)。

性関連のトラウマティックイベントと PTSD との関係に関する報告も多い。ドイツの調査では、性関連のイベントが、それ以外のイベントにくらべてより強く PTSD と関連していた (Perkonig et al. 2000)。米国 NCS 調査では、女性で強姦と性的いたずらが PTSD と関連していた (Kessler et al. 1995)。プライマリケア医受診者でも、女性では、(強姦以外の) 性的な接触、性的暴行を目撃することが PTSD と関連していた (Bruce et al. 2001)。オーストラリア (Rosenman et al. 2002)、スウェーデン (Frans et al. 2005)、メキシコ (Orozon et al. 2008) でも、強姦、性的いたずらなどの性関連イベントが PTSD と関連していた。欧州の調査でも強姦される、ストーカーにあったことが PTSD のリスクと関係していたと報告されている (Darves-Bornoz et al. 2008)。

もう1つ PTSD と関連していると報告されているトラウマティックイベントは、自分にとって大切な人の問題である。米国デトロイトの調査では、大切な人の急死が PTSD と関連していた (Breslau et al. 1998)。欧州でも重い子供の病気が PTSD と関連していたとされる (Darves-Bornoz et al. 2008)。

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 PTSD 発症への影響の大きさを定量的に検討した。

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 (天童市および上山町)、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