

20020097

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業  
平成14年度総括・分担研究報告書

心の健康問題と対策基盤の実態に  
関する研究

平成15年3月31日

主任研究者

川上憲人

岡山大学大学院医歯学総合研究科

## 目 次

### 総括研究報告書

心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 主任研究者 川上憲人	1
---------------------------------	---

### 分担研究報告書

1. 地域における心の健康問題と対策基盤の実態	
1-1. 地域における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究： 3 地区総合解析結果 分担研究者 川上憲人	11
1-2. 岡山市における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 分担研究者 川上憲人	45
1-3. 長崎市における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 分担研究者 中根 允文	59
1-4. 鹿児島県における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 分担研究者 大野 裕	77
2. 地域におけるこころの健康づくりシステムの方策	
2-1. 地域におけるこころの健康づくりシステムの検討 分担研究者 宇田英典	93
2-2. 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究 研究協力者 古川壽亮	127
3. 思春期・青年期に焦点をあてた地域のメンタルヘルス指標の開発	
3-1. 地域のメンタルヘルス指標の検討 分担研究者 竹島 正	131
3-2. 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査 研究協力者 三宅由子	141
3-3. 精神保健福祉センター及び青年期に関連する他部門の資料から見た 青年期のこころの健康問題 研究協力者 山下俊幸	153
3-4. 児童相談所から見た児童青年期のメンタルヘルスの問題 研究協力者 東保みづ枝	165
3-5. 児童青年期のメンタルヘルスの取り組みに関する地域指標の提案 研究協力者 田中康雄	179
3-6. 引きこもりに関する行政施策の課題について 研究協力者 中村健二	187

## 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

主任研究者 川上憲人（岡山大学大学院医歯学総合研究科 教授）

研究要旨：地域におけるこころの健康づくりの今後の課題を明らかにし、対策の方向性を提言するために研究を実施した。中国・九州地方の3県4市町村の20歳以上住民からの無作為抽出サンプルに対する大規模な面接調査を実施し、1664名から回答を得た（平均回収率56%）。この調査データの解析から、①うつ病が地域住民中にもっとも高頻度に見られ、大きな生活上の支障を生じていること、②うつ病に限らず、精神障害の経験者の受診率は低く、うつ病に加えて、頻度の高い不安障害も含めた心の健康問題に関する啓発・情報提供が必要と思われること、③心の健康問題が多く認められる女性、若年者、中高年者にも注目することが必要なこと、④49歳以下の住民の1.4%がこれまでに6ヶ月以上の「ひきこもり」を経験しており、また全国で41万世帯に「ひきこもり」の子供がいると推定されること、が明らかとなった。地域におけるこころの健康づくりの方策としては、普及啓発、早期発見（スクリーニング）・早期介入、受け皿づくりなどのマニュアルを開発するとともに、保健所が主体となったモデル事業を実施一定の効果があることを確認した。また簡便に使用できる精神障害の簡便なスクリーニング法として K6/K10 日本語版調査票を開発した。本研究で明らかとなった児童・青年期における心の健康の重要性については、児童・思春期の心の健康を支えるための対策の要点を4区分15項目の「地域のメンタルヘルス指標」としてまとめた。この指標を用いて、児童・青年期における心の健康に対する支援対策の現状を確認し、よりよい支援システムの構築にむけて活動を進めることが可能になると期待される。また、本研究は心の健康に関する実態調査結果という根拠に基づくこころの健康づくり施策の展開が有用であることを示した。「ひきこもり」を含めた地域の心の健康問題の現状に関する調査研究が今後も継続して実施される必要性がある。

### A. はじめに

平成9年度の厚生白書にすでに指摘されているように、増加するうつ病や精神的ストレスへの対策が21世紀の心の健康づくりの大きな課題となっている。「健康日本21」でも、ストレスを軽減するための周囲からのサポートの充実、睡眠やうつ病等の心の病気への適切な相談・治療体制が整備されることが目標とされている。自殺者数は1998年から約3万人に急増し、2001年もほぼ同水準で推移している。厚生労働省が開催した自殺防止有識者懇談会（平成13-14年度）では、自殺防止のためにうつ病に対する対策の必要性が議論されている。しかしながらうつ病の半数以上は医療機関を受診していないと言われ、わが国におけるうつ病の有病率は正確に把握されていない。また、彼らがどの程度生活上の困難を経験し、どの程度自殺などの行動を起こしているのか、またどの程度必要な支援やサービスを受けているかはわかっていない。心の健康問題を持つ多くの者は精神科医療機関を受診せず、一般医療機関を受

診していると言われるが、その実態も十分に解明されていない。心の健康への偏見が必要なサービスへの受診を阻害している可能性もある。住民が心の健康問題について早期の受診と適切なサービスが受けられるためにはこうした相談・受診経路とその阻害要因を明らかにし、地域ごとに相談環境を整えることも必要である。うつ病以外にも、パニック障害、全般性不安障害、外傷後ストレス障害などの不安障害、アルコールおよび薬物乱用・依存症が比較的高頻度に見られるとの報告もあるが、これらの非精神病性精神障害の頻度、受診行動、生活への影響もわが国では明らかになっていない。

社会保障審議会障害者部会精神障害者分会でとりまとめた「精神障害者の保健・医療・福祉の総合計画」においては、こころの健康対策の充実の他、適正な精神医療の確保、精神保健医療福祉関係職種確保と資質の向上、精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進が検討され、早急に対策に取り組んでいくことが求められている。実際、

ストレス、うつ病などの心の健康問題、またひきこもり、配偶者等による家庭内暴力（DV）、幼児・児童虐待など社会行動面での問題が増加しているとの地域や臨床現場からの声があり、心の健康対策の実施は、今や国民全体の課題となっている。このため同計画の推進の根拠や基盤となる実態データが緊急に必要とされているが、心の健康問題の実態と対策の実施基盤に関するデータがなく、心の健康対策実施に際して重大な障害となっている。また、心の健康対策の実施には、心の健康問題の実態と相互連関を明らかにし、地域における心の健康問題を総合的に解決していくシステムの開発が求められている。

本研究では、全国3つの地域の住民から無作為抽出された対象者に対して大規模な面接調査を実施し、(1)ストレス、精神的健康、うつ病を含む非精神病性精神障害の実態を明らかにするとともに、(2)心の健康問題による住民の相談・受診行動を地域、性別、年齢層ごとに解析し、心の健康に関する「満たされていないニーズ」(unmet needs)の主要な原因（地域や本人の偏見を含む）の実態を明らかにする。結果に基づいて、地域における心の健康づくりの優先課題を明らかにし、地域における心の健康づくり環境の推進のための総合的評価指標を提案し、本人の心の健康問題への気づき、周囲の者の認識や支援、一般診療科や精神科などへの相談経路を促進する環境整備のための基盤を提供する。

なお本研究は、わが国における精神疾患の有病率を特定しようとする平成14年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「こころの健康に関する疫学調査の実施に関する研究」(H13-障害-023)と密接な連携をもって実施された。

## B. 対象と方法

### 1. 心の健康問題と対策基盤の実態把握に関する研究

#### 1) 調査対象

岡山県岡山市、長崎県長崎市、鹿児島県串木野市および同吹上町が調査地域として選択された。岡山市は人口64万人、長崎市は人口42万人、串木野市は2万7千人、吹上町は1万人である。それぞれの地域の20歳以上住民の人口構成を表1に示した。調査対象者は、各地域の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。岡山市では調査依頼状を対象者に送付し、訓練を受けた調査員が自宅を訪問して調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。長崎市でも調査依頼状を対象者に送付し、調査参加の意志を返信葉書で連絡してきた対象者に対して訓

練を受けた調査員が自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。回答のない対象者には1ヶ月の間に2回の再依頼状を送付した。鹿児島県の2つの市町村では、民生委員が調査対象者の自宅を訪問し調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が自宅で面接調査を実施した。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はインフォームドコンセントを書面で得た。これらの調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部（岡山市）、長崎大学医学部（長崎市）および精神保健研究所（鹿児島県）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。

調査対象者のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた対象者は対象外とした（表2）。調査への回答率は完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者からこれらの対象外の者を除外した人数を分母として計算した。回収率は26%（長崎市）から82%（鹿児島県吹上町）まで幅があった。平均回答率は56%であった。

#### 2) 調査方法

面接調査には、世界精神保健(WMH)調査票のコンピュータ(CAPI)版を使用した。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、調査員はこれを対象者に対して読み上げ、回答をキー入力した。

地域ごとに20-30名の調査員を募集した。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。

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（岡山大学）に転送された。技術支援センターではデータクリーニングの後、データを米国ハーバード大学医学部の解析センターに送付し、主要な精神障害の診断を判定してもらい、その結果を受け取って、面接データと合わせて解析用データを作成した。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。

#### 3) 調査項目

##### (1) ストレスと精神的健康

ストレスについて、この1ヶ月に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどがどのくらいあったかを質問し、4段階で回答を求めた。回答のうち、「大いに」あるいは「多少」ストレスがあった者を、「過

去1ヶ月間にストレスあり」の者の割合とした。精神的健康については「一般的に見て、あなたの精神的な健康は、きわめて良いですか、とても良いですか、良いですか、まあまあですか、それとも不健康ですか」とたずねて、5段階で回答を求めた。精神的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者を「精神的に健康」な者とした。身体的健康については「一般的に見て、あなたの身体的な健康は、きわめて良いですか、とても良いですか、良いですか、まあまあですか、それとも不健康ですか」とたずねて、5段階で回答を求めた。身体的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者を「身体的に健康」な者とした。

## (2) 精神障害

非精神病性の精神障害について、WHO-統合国際診断面接(CIDI)の最新版である CIDI2000 によって診断に必要な症状や経験を対象者から聞き取り、DSM-IV および ICD-10 診断基準にしたがって判定を行った。DSM-IV では、5つの気分障害 [大うつ病性障害 (296.xx)、小うつ病性障害 (311)、双極Ⅰ型障害 (296.xx)、双極Ⅱ型障害 (296.89)、気分変調性障害 (300.4)]、6つの不安障害 [パニック障害 (300.01,300.21)、パニック障害の既往歴のない広場恐怖 (300.22)、社会恐怖 (300.23)、特定の恐怖症 (300.29)、全般性不安障害 (300.02)、外傷後ストレス障害 (309.81)]、4つの物質関連障害 [アルコール乱用 (305.00)、アルコール依存 (303.90)、薬物乱用 (305.2-9)、薬物依存 (304.0-9)]、間歇性爆発性障害(312.34)を診断した (括弧内は DSM-IV コード)。ICD-10 では、6つの気分 (感情) 障害 [重症うつ病エピソード (F32.2-3)、中等症うつ病エピソード (F32.1)、軽症うつ病エピソード (F32.0)、そう病エピソード (F30.1-2)、軽そう病 (F30.0)、気分変調症 (F34.1)]、6つの神経症性・ストレス性障害 [パニック障害 (F41.0)、パニック障害をともしなわぬ広場恐怖 (F40.00)、社会恐怖 (F40.1)、特定の恐怖症 (F40.2)、全般性不安障害 (F41.1)、外傷後ストレス障害 (F43.1)]、4つの精神作用物質による精神および行動上の障害 [有害な使用-アルコール (F10.1)、アルコール依存症 (F10.2)、有害な使用-薬物 (F1x.1)、薬物依存症 (F1x.2)] を診断した (括弧内は ICD-10 コード)。なお、本研究では統合失調症などの精神病性精神障害は評価しなかった。これは WHO-CIDI2000 が精神病性精神障害に対しては低い妥当性しか持たないためである。

各精神障害 (あるいは気分障害などの疾患グループ) について、調査時点までにこれを経験していた場合を生涯経験者とし、この割合を「生涯有病率」とした。また過去 12 ヶ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去 12 ヶ月経験者とし、

この割合を「12ヶ月有病率」とした、これらは通常の疫学研究における有病率の概念とはやや異なるが、精神保健疫学では一般的に使用される指標である。

## (3) 自殺行動

自殺行動として、「自殺を真剣に考えた」、「自殺を計画した」、「自殺を試みた」の3つの行動について経験を質問した。それぞれの自殺行動について、これまでの (生涯) に、と過去 12 ヶ月間にあった頻度を求めた。

## (4) 「ひきこもり」経験の調査

対象者のうち 49 歳までの者 490 名に対してこれまでに「ひきこもり」といえる経験があるか否か、あった場合にはその理由、時期 (年齢)、期間などについて回答を求めた。ここで「ひきこもり」とは、「仕事や学校にゆかず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」状態と定義した。時々買い物などで外出することもあるという場合もひきこもりに含めた。さらに対象者全体に対して、子どもがいる場合、その子どもの中に現在、「ひきこもり」と言える状態を呈しているものがあるか否か、いる場合にはその問題を起している子どもの年齢 (複数いる場合には3人を上限にそのすべて) をたずねた。

## (5) 受診・相談先

心の健康問題 (アルコール・薬物問題のある場合にはこれも含む) について、受診・相談した先について質問した。調査した受診・相談先は以下のようなものである: 「精神科医」=精神科医 (心療内科のみの標榜は一般医に含まれる)、「一般医」=一般開業医あるいはかかりつけ医、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医など、その他の医者。「医師合計」=精神科医あるいは一般医。「その他の専門家」=心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理療法家のようなその他のメンタルヘルスの専門家、看護婦、医療助手など (その他) の医療専門家。「その他の相談先」=お坊さん、牧師などの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、霊ばい師などその他の治療家。「相談先合計」=以上のいずれかの受診・相談先。これに加えて、心の健康問題のためにインターネット、自助グループ、電話相談を利用したことがあるかどうかについても質問した。

## (6) 精神障害の日常生活への影響

うつ病、そう病、特定の恐怖症、社会恐怖、全般性不安障害、外傷後ストレス障害については、過去 12 ヶ月間にそれぞれの状態に該当した場合には、その状態のためにどの程度生活に支障が生じたかを Sheehan 尺度で、また過去 12 ヶ月間の休業日数 (何日仕事や家事を休んだか) を質問した。

## (7) 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニ

ングに法

精神疾患全般をスクリーニングする自記式調査票はかねてから何種類も開発されてきた。簡便であり、世界的に通用し、精神疾患のスクリーニングを目的とし、加えて精神疾患の重症度も反映することのできるスクリーニング尺度として、最近米国で開発され、US National Health Interview Survey, US National Household Survey of Drug Abuse, Canadian National Health Interview Survey のように毎年行われる調査で既に中核的尺度として採用されている K6 (6項目) および K10 (10項目) がある。本研究では原著者の許可を得て日本語版を作成し、これを3地域における面接調査で使用し、このデータをもとにこの日本語版の妥当性を検討した。

2. 地域におけるこころの健康づくり対策に関する研究

1) 地域におけるこころの健康づくりシステムの検討

地域住民自らがこころの健康問題について関心を持ち、その重要性について認識するとともに、家庭や仲間、地域においてストレスやこころの健康問題に適切に対処でき、状態によっては早期に相談や治療を受け、継続して適切なサービスを受けられるように、地域におけるこころの健康づくりシステムを構築する必要がある。本研究では鹿児島県3保健所4市町村で、地域におけるこころの健康づくりシステムの構築をめざしたモデル事業を実施し、その手順や成果・課題等について検討した。

2) 児童・青年期に焦点をあてた地域のメンタルヘルス指標の検討

児童・青年期の心の健康を支える「地域のメンタルヘルス指標」を明らかにするため、都道府県・政令指定都市の人口規模30万程度の圏域を想定のうえ、「地域のメンタルヘルス指標」を抽出した。

精神保健福祉センター及び青年期に関連する他部門の資料から見た青年期のこころの健康問題については、京都市のこころの健康増進センター（精神保健福祉センター）、保健所、青年期を対象とした共同作業所、子ども支援センター（家庭児童相談室）、児童福祉センター、教育センター、青少年活動センターなどの事業内容を分析した。児童相談所から見た児童・青年期のメンタルヘルスの問題については、大分県中央児童相談所の一時保護所の活動実績から、一時保護機能を中核とした児童相談所の体制、保護後の受け入れ先、他機関に期待される役割等について考察した。ひきこもりに対する行政施策の課題については、行政機関における相談体制の充実や、サービス提供の際の共通認識の構築、家族会や自助グループへ

の情報提供などにおける課題等を整理した。さらに文献的検討から、児童・青年期のメンタルヘルスの取り組みに関する地域指標を提案した。

C. 結果

1. 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3地区総合解析結果

地域住民における非精神病性精神障害（DSM-IV あるいは ICD-10 診断）の生涯有病率（調査時点までの経験率）はうつ病 6.5-7.5%、いずれかの気分障害 9-11%、いずれかの不安障害 9-12%、いずれかの物質関連障害 2.6%、いずれかの精神障害 18-19%であった。また過去12ヶ月有病率（過去12ヶ月間の経験率）は、うつ病 2.2%、いずれかの気分障害 3%、いずれかの不安障害 5-6%、いずれかの物質関連障害 1%、いずれかの精神障害 8-9%であった。これらの精神障害の経験者は、高い頻度で自殺行動を経験し、また生活上の支障を感じていた。しかし4人に3人は医療機関で治療を受けていなかった。過去1ヶ月間にストレスを感じた者は57%、精神的に健康と感じている者は59%、過去12ヶ月間に自殺を真剣に考えた者は1.5%であった。

地域において、ストレス、気分・不安障害などの心の健康問題が高頻度にみられることが明らかとなった。地域における今後の心の健康づくり対策において以下が主要なトピックスとなると考えた。これらは①うつ病の早期発見と治療の促進と、その相談・受診先としての一般医の役割の重要性、②気分・不安障害の早期受診のための地域での啓発・情報提供活動、③女性、若年者、中高年者の心の健康問題への対応、④自殺対策、⑤外傷後ストレス障害への対策である。

2. 地域ごとの心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

1) 岡山市における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

岡山市調査では20歳以上住民からの無作為抽出サンプルに対する面接調査を実施し、925名から回答を得た（平均回収率66%）。これらの回答の分析から、過去1ヶ月間にストレスを感じた者は55%、精神的に健康と感じている者は62%、これまでに自殺を真剣に考えた者は11%であった。精神障害の受診率では、約4人に1人が医師を受診していたが、残りは医療機関で治療を受けていなかった。受診した医師では、精神科が多いが軽症の気分・不安障害では一般医の果たす役割も大きかった。以上からこの地域における今後の心の健康づくり対策において、①気分・不安障害の早期受診のための地域での啓発・情報提供活動、②うつ病や不安障害の早期発見と治療の促進と、その相談・受診先としての一般医の役割の重要性、

③女性、中高年男性の心の健康問題への対応があげられた。

## 2) 鹿児島県における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

鹿児島県では串木野市、吹上町の選挙人名簿から 817 人を無作為に抽出した。過去 1 ヶ月間に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどが大いにあったと答えた住民は男性で 15%、女性で 9%、多少あったと答えた住民は男性で 39%、女性で 44%であり、半数以上の住民がストレスを感じていることがわかった。また 4 割近い住民が精神的健康に自信が持っていないことが示された。これまでに自殺を真剣に考えた住民の割合は男性で 7%、女性で 9%と高い値を示した。しかし、精神的問題のために専門家を受診する住民は少なく、普及啓発活動の重要性が示唆された。

## 3) 長崎市における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

長崎市では、調査協力依頼状を 800 名に発送し 491 名(43.0%)から回答があり、調査に参加の意思を表示されたのは 211 名(全体の 26.8%)であった。うち、CIDI に関わる有効回答は合計 208 名(男性 83 名、女性 125 名)から得られた。対象者の中で過去 1 ヶ月にストレスが多少以上あったとする者が男性で 66%、女性で 73%に達しており、身体的・精神的な不健康を自覚的に認めた者は男女ともに 6-7%であった。自殺を考えた者も 10%を超えた。何らかの心の問題を抱えたとき、長崎における受療行動は、まず一般医に相談しようという特性が認められた。ただ、罹患している疾病によっては、直接精神科医を受診するというパターンも一般的になりつつある印象であった。このことから、一般市民を対象とする精神医学・医療に関わる知識の啓発活動は更に積極的になされるべきであり、かつ直接的な身近な窓口としての一般医へも情報の共有が重要となっていることが示唆された。

## 3. 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究

精神疾患は先進諸国において国民の QOL 損失の 25%を占めている、国家的に最優先して取り扱わなくてはならない疾患群である。一般人口中において、精神疾患を効率よく拾い上げるスクリーニング尺度が期待される所以である。かねてから多くの尺度が提案されてきたが、2002 年に米国の Kessler らが項目反応理論に基づき提案した K6 および K10 と呼ばれる尺度は、それぞれ 6 項目および 10 項目で、従来の標準であった General Health Questionnaire よりも鋭敏なスクリーナーである。本研究では K6/K10 の日本語版を作成し、地域疫学調査データを利用して、そのスクリーニング能力を検討した。CIDI によるうつ病性障害および不

安障害を外的基準としたときの K6/K10 の AUC はそれぞれ 0.80 (95%信頼区間: 0.69 から 0.90)ならびに 0.75 (0.62 から 0.88)と良好であった。有病率 10%程度の集団において、精神疾患である確率が 50%以上の検査後確率の集団を得たいならば、K6 ならば 15 点以上、K10 ならば 25 点以上をカットオフとして用いるのが適切であろう。

## 4. 地域におけるこころの健康づくりシステムの検討

地域住民自らがこころの健康について関心を持ち、その重要性について認識するとともに、家庭や仲間、地域においてストレスやこころの健康問題に適切に対処でき、状態によっては早期に相談や治療を受け・継続して適切なサービスを受けられるように、地域におけるこころの健康づくりシステムを構築する必要がある。そのため、本研究グループでは、基本的な考え方を整理し、「個人の取り組み」と「地域社会の取り組み」を基本とした具体的事業を組み立て、実際に事業展開することによるシステム化について検討した。「地域社会の取り組み」としては、普及啓発(研修会、講演会、リラクセス教室等)、早期発見(スクリーニング)・早期介入、受け皿づくり(専門的な治療、相談、理解・支援)の三つを重点事業とし、また、これらの事業を円滑にすすめるために、こころの健康づくり連絡会議を設置した。保健医療従事者の知識、技術の向上や意識の高まり、高齢者クラブ、地域婦人団体等の自主的活動が認められる等、一定の成果が得られた。また、地域住民のうつに関する行政サービスへのニーズは、うつに関する相談件数がパンフレットの配布等の普及啓発の後に増加するなど、高いと思われた。

## 5. 地域における「ひきこもり」の実態

家族以外との社会的交流をもてずにひきこもる青少年が社会問題化する中、その量的な実態を把握することを目的として、平成 14 年度に地域疫学調査と合同で、「ひきこもり」経験に関する面接調査を行った。調査対象は岡山、鹿児島、長崎 3 県で 20 歳以上の一般住民から無作為抽出された 1646 人(協力率 56.4%)である。このうち 20~40 歳台の 690 人について「ひきこもり」経験があるか否かを調査したところ、9 人が過去にそのような経験を持っていた。現在そのような状態であると回答したものはなかった。ひきこもりの始まった年齢は 10 歳台から 20 歳台が中心であるが、40 歳台が 1 人みられた。「ひきこもり」状態にあった年齢に社会恐怖症、全般性不安障害などの診断がついたもの 4 人、全く診断がつかないもの 3 人、別の時期に社会恐怖症の診断がついたもの 1 人、診断名と「ひきこもり」の関連が不明のもの 1 人であった。調査時点までの「ひきこもり」の経験率は 1.30% (95%信頼区間 0.45%~2.15%)

であり、全国の人口による10歳ごとの年齢訂正を行ったところ、1.36%（95%信頼区間0.50%～2.22%）となった。また全対象者のうち子どもがいる人について現在「ひきこもり」状態である子どもの有無と、有の場合その年齢を調査した。これを世帯単位の調査と考え、1646世帯中14世帯にそのような問題が存在し、その率は0.85%（95%信頼区間0.41%～1.29%）であった。同一世帯に複数の「ひきこもり」がいることはなかった。この率を単純に平成14年度の全国の総世帯数にかけると、41万世帯（95%信頼区間20万～63万）となる。「ひきこもり」状態にある子どもの現年齢は29歳以下が過半数を占めるが、30歳台、40歳台もまれではない。調査の限界として、無作為抽出標本ではあるが協力率が6割弱であり、ひきこもりの問題を現にもつ人の協力は得にくかったであろうこと、および調査地点が西日本に偏り大都市部が含まれないことを考慮すると、20～40歳台の対象者の「ひきこもり」経験率は「ライフタイム経験率」の下限值と考えるのが妥当であり、現在の「ひきこもり」の存在率も、さらに調査地点を増すことによって再検討する必要があると思われる。

## 6. 児童・青年期に焦点をあてた地域のメンタルヘルス指標の検討

児童・青年期に表れる心の健康問題と、その予防および対策について、精神保健、児童福祉、保健福祉行政等の立場から検討を行い、児童・青年期の心の健康を支える「地域のメンタルヘルス指標」を明らかにするため研究を行い、実態の把握・基本情報の共有4項目、直接支援機能3項目、社会的支援体制・ネットワーク6項目、普及啓発2項目の4区分、計15項目より構成される「地域のメンタルヘルス指標」を抽出した。

### 1) 精神保健福祉センター及び青年期に関連する他部門の資料から見た青年期のこころの健康問題

平成13年度において京都市が関係している事業のなかから、こころの健康増進センター（精神保健福祉センター）、保健所、共同作業所、子ども支援センター（家庭児童相談室）、児童福祉センター、教育センター、青少年活動センターなどにおいて実施されている青年期のこころの健康に関連の深い事業内容について既存の資料等をもとに調査し、現状を分析した。青年期のこころの健康問題への取り組みについては、精神保健福祉部門、地域福祉部門、児童福祉部門、教育部門、青少年育成部門などで実施されていることが明らかとなった。しかし、事業内容は把握できたものの、実態把握に必要な情報については、公表されていない場合や、数字として把握されていない場合があり、十分に把握することはできなかった。

また、事業の推進にあたって、それぞれの部門がそれぞれの実施計画を作成していたが、実施段階での連携は十分とはいえなかった。今後は、共通の指標を提示することで、ニーズ調査などを通して、青年のニーズを把握しつつ、総合的な施策の推進が求められているものとする。

### 2) 児童相談所から見た児童青年期のメンタルヘルスの問題

大分県中央児童相談所の一時保護所の活動経験から、虐待相談を含む養護相談の増加を受けて、一時保護される児童数も増加していることを報告した。不適切な養育を受けた子ども達が示す情緒的な問題、知的発達の問題を示し、一時保護機能を中核とする児童相談所の体制強化の必要性、保護後の受け入れ先の拡充の必要性、他機関に期待される役割などが明らかとなった。

### 3) 児童青年期のメンタルヘルスの取り組みに関する地域指標の提案

近年、反抗的行動や自傷行動といった反あるいは非社会的行動を示す児童青年期の子どもたちに注目が集まっているが、家庭や保育・教育的配慮、地域社会や社会的価値観といったエコロジカル視点を評価するために、「人と環境の相互作用性」を重要視した生態学的環境モデルを援用し、1) 個における課題は、成長・発達していくものと理解し、2) ダイナミックなライフ・サイクルに呼応する専門的対応をコーディネートしなければならず、3) 親子、家族、保育所・幼稚園・学校などとの関係機関、社会などとの相互関係性や環境との関わりを把握し、全体としてのwell-beingの支援が目指され、4) 常に中心に居る子どもの権利を守る「アドボケーター（advocator:代理者・代弁者）」意識を持つことの重要性を認識しながら、子どもの法的・社会的権利が護られるべきであるという視点に立ち、エコロジカル成育精神保健を提案した。

この理念に立ち、まず、個人的資質、家族、保育・教育の状況、連絡・連携、地域の状況・社会的価値観について検討を加えた（メンタルヘルス・プロモーションの視点）。次に、子どもを追いつめる危険因子と護る補償因子というものが、子ども自身に在るだけでなく、その子どもが直接属する全ての環境や地域、あるいは子どもに間接的に影響を与える環境、文化、価値観、政治、経済状況が多層的入れ子構造に在ると想定し、危険因子が総合的に補償因子を凌駕したとき、子どもは、それぞれの環境で問題行動をとりやすい状況に追いつめられると想定し、危険因子と補償因子という視点で検討を加えた。さらに子どもを取り巻く地域機関に絞ってその現状と課題を抽出し、評価検討のあり方について明らかにした。

### 4) 引きこもりに関する行政施策の課題について

引きこもりに関する様々な課題について、行政の視点から整理を試みた。引きこもりは、あくまでも自発的な判断であり、他者が引きこもることを妨害したり、その機会を奪うことは人権擁護上は適切でないことを指摘した。その上で、行政としての関わりの必要性として、安全に引きこまれる場所の確保と、引きこもることを止めるという自己決定の促進について支援していくことの重要性を整理し、このための行政施策として、学校教育や職場における引きこもりの初期からの保健所や市町村との連携が重要であると指摘した。さらに、行政機関における相談体制の充実や、サービス提供の際の共通認識の構築、家族会や自助グループへの情報提供などにおける課題などを整理した。

#### D. 考察

##### 1. わが国における心の健康問題の実態

###### 1) うつ病

本調査では、非精神病性精神障害のうちでは、うつ病が地域住民中にもっとも高頻度にみられることが明らかとなった。同じく頻度の高い特定の恐怖症や、慢性の身体疾患にくらべて、うつ病は生活上の支障や休業日数が多かった。また、うつ病の経験者は、精神障害を経験していない者と比較して非常に高い頻度で自殺行動を経験していることが明らかとなった。すでに指摘されているように、地域におけるこころの健康づくり対策の中で、うつ病への対策が重要であることが再確認された。しかしうつ病の経験者の4人に1人しか医師を受診しておらず、わが国におけるうつ病の経験者の医師受診率は現在の米国と比べると約半分であり、1980年代の米国とほぼ同等であった。一方、中等度から軽症のうつ病、あるいはいづれかの気分障害では一般医を受診する頻度も多くなっていた。地域におけるうつ病の2次予防（早期発見・早期治療）対策として、①地域住民への教育・啓発、②うつ病に関心を持つ住民への相談やうつ病チェックサービスに加えて、③一般診療科の医師が受診者のうつ病を把握し、必要に応じて専門医に紹介することを、医師教育や医療機関の連携によって推進すること、があげられた。

###### 2) 心の健康に関する「満たされていないニーズ」(unmet needs)

うつ病に限らず、精神障害の経験者のうち医師を受診した者は4人に1人、過去12ヶ月間では10人に1人程度であった。こうした未受診の精神障害を持つ者に対して適切な治療を提供することが必要と考えられる。精神障害による受診を促すために（＝心の健康に関する「満たされていないニーズ」を減らすために）、うつ病に加えて、頻度の高い不安障害も含めた心の健康問題（特に

専門的治療の有効性）に関する啓発・情報提供、受診できる専門家やアクセス（待ち時間など）に関する情報の提供、また心の健康問題に関する偏見を減らすための幅広い啓発活動が有用と考えられた。

###### 3) 女性、若年者および中高年者の心の健康

ストレス、主観的な精神的健康および非精神病性の各種精神障害の実態からは、女性、若年者、中高年者の心の健康問題に対する地域での心の健康づくり対策も必要であると考えられた。

###### 4) 自殺

自殺への対策については、すでにいくつかの地域で取り組まれているところであるが、本研究では自殺を真剣に考えることや、自殺を計画・試みた者がかなりの頻度で見られることが明らかとなった。特に自殺防止対策においてはうつ病を含む精神障害を持つ者がハイリスク群として重要であり、精神障害の予防と早期発見・治療が有効な自殺予防対策になることが示唆された。

###### 5) 「ひきこもり」

本研究では、49歳以下の住民の1.4%がこれまでに6ヶ月以上の「ひきこもり」を経験しており、また全国で41万世帯に「ひきこもり」の子供がいると推定された。「ひきこもり」のうち約半数には精神障害が合併していたが、残りは診断がつかないか関係が不明確であった。「ひきこもり」を思春期・青年期の重要な心の健康問題として地域で取り組む必要性が示唆された。

###### 6) この他の注目すべき心の健康問題

この他、外傷後ストレス障害の啓発・情報提供、予防、早期発見と治療のための体制づくりも地域のこころの健康づくりの課題の1つであると思われる。

##### 2. 地域におけるこころの健康づくり対策の方策

わが国では新潟県松之山町でうつ病のスクリーニング、専門家による診断面接、診療所医師による治療と保健婦によるケアを10年間実施したところ、10万人対自殺率が434.6から123.1に減少したことが知られている（高橋ら、1998）。また、米国の Depression/Awareness, Recognition and Treatment (D/ART) 事業は1988年から米国国立精神保健研究所(NIMH)によって実施されたうつ病の教育・啓発事業である。①うつ病の症状とこれに対する治療があることを一般住民に知ってもらう、②一般住民のうつ病に対する態度や偏見を変えて、うつ病を「人間としての弱さ」ではなく病気としてとらえることを促す、③一般住民と専門家のうつ病に関する行動（受診行動や診断・治療）を変えること目標とし(Regier et al., 1988)、全米で18カ所で保健医療スタッフに対する2日間の講習会が実施された。アイオワ州の事例では、医師を含む1221名の保健医療スタッフへ講習会

が実施され、保健医療スタッフのうつ病に対する知識が改善した(O' Harat al., 1995)。うつ病の一般医(family physician)での診断や診療が推進されるなどの成果があがっている。さらに 1991 年に米国精神医学会と McLean 病院とによって開始され、毎年実施されている米国の National Depression Screening Day では「自発的な参加者に対する」うつ病のスクリーニング事業を全米 50 州の 2-3000 カ所(多くは病院)で実施し、受診勧奨された者のうち 6 割が医療機関を受診し、受診した者の 8~9 割がうつ病の診断を受けているとの効果をあげている (Greenfield et al. 1997)。英国の Defeat Depression Campaign では、1992-1996 年の 5 年間に実施された全国レベルのうつ病対策キャンペーンを実施し、①うつ病に対する一般市民の理解を促し、受診行動を促進、②一般医 (general practitioner) に対するうつ病の診断と治療に関する教育、③うつ病に対する偏見をなくすことを目標とした小冊子、カセットテープの配布、新聞、ラジオ、テレビのメディアによる情報の提供を行った。これらの活動により、期間中にうつ病に対する偏見が減少、一般医への受診に対する認識が向上した(Paykel et al., 1997; Paykel et al., 1998; Rix et al. 1999)。一部の地域では自殺率の減少も観察された。こうした国内外の先行事例からも、うつ病に焦点をあてた地域のこころの健康づくりが有効と考えられる。

本研究では、地域住民自らがこころの健康について関心を持ち、その重要性について認識するとともに、家庭や仲間、地域においてストレスやこころの健康問題に適切に対処でき、状態によっては早期に相談や治療を受け・継続して適切なサービスを受けられることを目的とした、保健所が主体となった地域におけるこころの健康づくりのモデル事業では、具体的事業を実施し、一定の成果を得た。特に普及啓発(研修会、講演会、リラックス教室等)、早期発見(スクリーニング)・早期介入、受け皿づくり(専門的な治療、相談、理解・支援)およびこれらの事業を円滑にすすめるためのこころの健康づくり連絡会議の設置により、保健医療従事者の知識、技術の向上や意識の高まり、高齢者クラブ、地域婦人団体等の自主的活動が認められた。モデル事業の実施後、地域住民のうつに関する相談件数が増加するなど、具体的な効果も観察された。今後、こうした対策が地域ごとの特性をふまえて計画、実施されることが期待される。

さらに本研究では、このようなこころの健康づくり対策の中で簡便に使用できる精神障害の簡便なスクリーニング法として K6/K10 日本語版調査票を開発し、その妥当性を検討した。特に K6 はわずか 6 問でうつ病を含む気分・不安をスクリ

ーニングすることが可能であり、今後地域のこころの健康づくりで活用されるものと期待される。

3. 児童・青年期に焦点をあてた地域のメンタルヘルス指標

本研究では「ひきこもり」、児童・青年期の経験の心の健康問題への影響の大きさ、ほとんどの気分・不安障害を初発年齢は 20 歳代より若いこと、若年者における心の健康問題の頻度の高さなど、児童・青年期における心の健康に対する対策が重要であることが示された。児童・青年期の心の健康は、成人してからの心の健康の基盤である。

本研究では児童・思春期の心の健康を支えるための対策の要点を、人口規模 30 万程度を想定して、「地域のメンタルヘルス指標」としてまとめた。これは、ひきこもっている者等、児童・青年期の問題の実態把握のための調査手法の開発など「実態の把握・基本情報の共有」(4 項目)、児童・青年期の精神保健問題に関する相談・診療機関の有無など「直接支援機能」(3 項目)、児童相談所と、保健所、市町村、教育委員会等の連絡協議の場などの「社会的支援体制・ネットワーク」(6 項目)、ひきこもり等の要因についての正しい知識の普及啓発などの「普及啓発」(2 項目)の 4 つの区分、計 15 項目より構成されている。この「地域のメンタルヘルス指標」を用いて、地域ごとに児童・青年期における心の健康に対する支援対策の現状を確認し、よりよい支援システムの構築にむけて活動を進めることが可能になると期待される。

米国では 1980-83 年の Epidemiologic Catchment Area (ECA) 研究および 1990 年の National Comorbidity Survey(NCS)といった大規模な心の健康に関する実態調査が実施され、これを根拠として地域における心の健康づくり対策が推進された経緯がある。本研究からは、わが国においても心の健康に関する実態調査結果という根拠に基づくこころの健康づくり施策の展開が有用であることが示された。「ひきこもり」を含めた地域の心の健康問題の現状に関する調査研究が今後も継続して実施され、施策の立案・実施に反映されてゆく必要性がある。

## E. 結論

地域におけるこころの健康づくりの今後の課題を明らかにし、対策の方向性を提言するために研究を実施した。中国・九州地方の 3 県 4 市町村の 20 歳以上住民からの無作為抽出サンプルに対する大規模な面接調査を実施し、1664 名から回答を得た(平均回収率 56%)。この調査データの解析から、①うつ病が地域住民中にもっとも高頻度にみられ、大きな生活上の支障を生じていること、②うつ病に限らず、精神障害の経験者の受診率は

低く、うつ病に加えて、頻度の高い不安障害も含めた心の健康問題に関する啓発・情報提供が必要と思われること、③心の健康問題が多く認められる女性、若年者、中高年者にも注目することが必要なこと、④49歳以下の住民の1.4%がこれまでに6ヶ月以上の「ひきこもり」を経験しており、また全国で41万世帯に「ひきこもり」の子供がいると推定されること、が明らかとなった。地域におけるこころの健康づくりの方策としては、普及啓発、早期発見（スクリーニング）・早期介入、受け皿づくりなどのマニュアルを開発するとともに、保健所が主体となったモデル事業を実施一定の効果があることを確認した。また簡便に使用できる精神障害の簡便なスクリーニング法としてK6/K10日本語版調査票を開発した。本研究で明らかとなった児童・青年期における心の健康の重要性については、児童・思春期の心の健康を支えるための対策の要点を4区分15項目の「地域のメンタルヘルス指標」としてまとめた。この指

標を用いて、児童・青年期における心の健康に対する支援対策の現状を確認し、よりよい支援システムの構築にむけて活動を進めることが可能になると期待される。

また、本研究は心の健康に関する実態調査結果という根拠に基づくこころの健康づくり施策の展開が有用であることを示した。「ひきこもり」を含めた地域の心の健康問題の現状に関する調査研究が今後も継続して実施される必要性がある。

地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：  
3 地区の総合解析結果

分担研究者 川上憲人（岡山大学大学院医歯学総合研究科 教授）  
大野 裕（慶応義塾大学 教授）  
宇田英典（鹿児島県伊集院保健所 所長）  
中根允文（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授）  
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所 部長）

研究要旨：本研究では、中国・九州地方の 3 県 4 市町村の 20 歳以上住民からの無作為抽出サンプルに対する大規模な面接調査を実施し、1664 名から回答を得た（平均回収率 56%）。これらの回答の分析から、地域住民における非精神病性精神障害（DSM-IV あるいは ICD-10 診断）の生涯有病率（調査時点までの経験率）はうつ病 6.5-7.5%、いずれかの気分障害 9-11%、いずれかの不安障害 9-12%、いずれかの物質関連障害 2.6%、いずれかの精神障害 18-19%であった。また過去 12 ヶ月有病率（過去 12 ヶ月間の経験率）は、うつ病 2.2%、いずれかの気分障害 3%、いずれかの不安障害 5-6%、いずれかの物質関連障害 1%、いずれかの精神障害 8-9%であった。これらの精神障害の経験者は、高い頻度で自殺行動を経験し、また生活上の支障を感じていた。しかし 4 人に 3 人は医療機関で治療を受けていなかった。過去 1 ヶ月間にストレスを感じた者は 57%、精神的に健康と感じている者は 59%、過去 12 ヶ月間に自殺を真剣に考えた者は 1.5%であった。地域において、ストレス、気分・不安障害などの心の健康問題が高頻度にみられることが明らかとなった。地域における今後の心の健康づくり対策において以下が主要なトピックスとなると考えた。これらは①うつ病の早期発見と治療の促進と、その相談・受診先としての一般医の役割の重要性、②気分・不安障害の早期受診のための地域での啓発・情報提供活動、③女性、若年者、中高年者の心の健康問題への対応、④自殺対策、⑤外傷後ストレス障害への対策である。

A. はじめに

平成 9 年度の厚生白書にすでに指摘されているように、増加するうつ病や精神的ストレスへの対策が 21 世紀の心の健康づくりの大きな課題となっている。「健康日本 21」でも、ストレスを軽減するための周囲からのサポートの充実、睡眠やうつ病等の心の病気への適切な相談・治療体制が整備されることが目標とされている。自殺者数は 1998 年から約 3 万人に急増し、2001 年もほぼ同水準で推移している。厚生労働省が開催した自殺防止有識者懇談会（平成 13-14 年度）では、自殺防止のためにうつ病に対する対策の必要性が議論されている。しかしながらうつ病の半数以上は医療機関を受診していないと言われ、わが国におけるうつ病の有病率は正確に把握されていない。また、彼らがどの程度生活上の困難を経験し、どの程度自殺などの行動を起こしているのか、またどの程度必要な支援やサービスを受けているかはわかっていない。心の健康問題を持つ多くの者は精神科医療機関を受診せず、一般医療機関を受診していると言われるが、その実態も十分に解明

されていない。心の健康への偏見が必要なサービスへの受診を阻害している可能性もある。住民が心の健康問題について早期の受診と適切なサービスが受けられるためにはこうした相談・受診経路とその阻害要因を明らかにし、地域ごとに相談環境を整えることも必要である。うつ病以外にも、パニック障害、全般性不安障害、外傷後ストレス障害などの不安障害、アルコールおよび薬物乱用・依存症が比較的高頻度に見られるとの報告もあるが、これらの非精神病性精神障害の頻度、受診行動、生活への影響もわが国では明らかになっていない。

本研究では、中国・九州地方の 3 地域の 20 歳以上地域住民に対して大規模な面接調査を実施し、(1)地域におけるストレス、うつ病・不安障害などの非精神病性精神障害、自殺行動を含めた心の健康問題の実態、(2)心の健康問題による相談・受診行動、心の健康に関する「満たされていないニーズ」(unmet needs)、相談・受診や治療を遅らせる主要な原因、(3)心の健康問題による生活への影響の程度を明らかにする。結果に基づいて、地

域における心の健康づくりの優先課題を明らかにする。

平成 13 年度社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」の「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」においては「客観的資料に基づき、現状や施策の推進状況を評価する」ことがあげられている。本研究の結果は、平成 15 年度以降にこれらの心の健康づくりを客観的資料に基づき総合的に推進する上で有効に活用できる。なお本研究は、わが国における精神疾患の有病率を特定しようとする平成 14 年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「こころの健康に関する疫学調査の実施に関する研究」(H13-障害-023)と密接な連携をもって実施された。

## B. 対象と方法

### 1. 調査対象

岡山県岡山市、長崎県長崎市、鹿児島県串木野市および同吹上町が調査地域として選択された。岡山市は人口 64 万人、長崎市は人口 42 万人、串木野市は 2 万 7 千人、吹上町は 1 万人である。それぞれの地域の 20 歳以上住民の人口構成を表 1 に示した。調査対象者は、各地域の 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。岡山市では調査依頼状を対象者に送付し、訓練を受けた調査員が自宅を訪問して調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。長崎市でも調査依頼状を対象者に送付し、調査参加の意志を返信葉書で連絡してきた対象者に対して訓練を受けた調査員が自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。回答のない対象者には 1 ヶ月の間に 2 回の再依頼状を送付した。鹿児島県の 2 つの市町村では、民生委員が調査対象者の自宅を訪問し調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が自宅面接調査を実施した。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はインフォームドコンセントを書面で得た。これらの調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部（岡山市）、長崎大学医学部（長崎市）および精神保健研究所（鹿児島県）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。

調査対象者のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた対象者は対象外とした（表 2）。調査への回答率は完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者からこれらの対象外の者を除外した人数を分母として計算した。回収率は 26%（長崎市）から 82%（鹿児島県吹上町）まで幅が

あった。平均回答率は 56%であった。

### 2. 調査方法

面接調査には、世界精神保健(WMH)調査票のコンピュータ (CAPI) 版を使用した。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、調査員はこれを対象者に対して読み上げ、回答をキー入力した。

地域ごとに 20-30 名の調査員を募集した。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。

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（岡山大学）に転送された。技術支援センターではデータクリーニングの後、データを米国ハーバード大学医学部の解析センターに送付し、主要な精神障害の診断を判定してもらい、その結果を受け取って、面接データと合わせて解析用データを作成した。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。

面接調査は 2 つの部分に分かれており、前半は全ての対象者に対して実施され、後半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。これは平均面接所要時間を一定以下におさえるための工夫である。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。

### 3. 調査項目

#### 1) ストレスと精神的健康

ストレスについて、この 1 ヶ月に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどがどのくらいあったかを質問し、4 段階で回答を求めた（選択枝は表 3 参照）。回答のうち、「大いに」あるいは「多少」ストレスがあった者を、「過去 1 ヶ月間にストレスあり」の者の割合とした。精神的健康については「一般的に見て、あなたの精神的な健康は、きわめて良いですか、とても良いですか、良いですか、まあまあですか、それとも不健康ですか」とたずねて、5 段階で回答を求めた（同前）。精神的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者を「精神的に健康」な者とした。身体的健康については「一般的に見て、あなたの身体的な健康は、きわめて良いですか、とても良いですか、良いですか、まあまあですか、それとも

不健康ですか」とたずねて、5段階で回答を求めた(同前)。身体的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者を「身体的に健康」な者とした。

## 2) 精神障害

各種の非精神病性の精神障害については、WHO-統合国際診断面接(CIDI)の最新版であるCIDI2000によって診断に必要な症状や経験を対象者から聞き取り、DSM-IVおよびICD-10診断基準にしたがって判定を行った。DSM-IVでは、5つの気分障害[大うつ病性障害(296.xx)、小うつ病性障害(311)、双極Ⅰ型障害(296.xx)、双極Ⅱ型障害(296.89)、気分変調性障害(300.4)]、6つの不安障害[パニック障害(300.01,300.21)、パニック障害の既往歴のない広場恐怖(300.22)、社会恐怖(300.23)、特定の恐怖症(300.29)、全般性不安障害(300.02)、外傷後ストレス障害(309.81)]、4つの物質関連障害[アルコール乱用(305.00)、アルコール依存(303.90)、薬物乱用(305.2-9)、薬物依存(304.0-9)]、間歇性爆発性障害(312.34)を診断した(括弧内はDSM-IVコード)。ICD-10では、6つの気分(感情)障害[重症うつ病エピソード(F32.2-3)、中等症うつ病エピソード(F32.1)、軽症うつ病エピソード(F32.0)、そう病エピソード(F30.1-2)、軽そう病(F30.0)、気分変調症(F34.1)]、6つの神経症性・ストレス性障害[パニック障害(F41.0)、パニック障害をともなわない広場恐怖(F40.00)、社会恐怖(F40.1)、特定の恐怖症(F40.2)、全般性不安障害(F41.1)、外傷後ストレス障害(F43.1)]、4つの精神作用物質による精神および行動上の障害[有害な使用-アルコール(F10.1)、アルコール依存症(F10.2)、有害な使用-薬物(F1x.1)、薬物依存症(F1x.2)]を診断した(括弧内はICD-10コード)。なお、本研究では統合失調症などの精神病性精神障害は評価しなかった。これはWHO-CIDI2000が精神病性精神障害に対しては低い妥当性しか持たないためである。

各精神障害(あるいは気分障害などの疾患グループ)について、調査時点までにこれを経験していた場合を生涯経験者とし、この割合を「生涯有病率」とした。また過去12ヶ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去12ヶ月経験者とし、この割合を「12ヶ月有病率」とした。これらは通常の疫学研究における有病率の概念とはやや異なるが、精神保健疫学では一般的に使用される指標である。

## 3) 自殺行動

自殺行動として、「自殺を真剣に考えた」、「自殺を計画した」、「自殺を試みた」の3つの行動について経験を質問した。自殺に対する偏見を考慮して、この質問に際しては回答者用小冊子に印刷された記号をふった対応する文章を見せ、記号を

示して回答してもらった(例、「経験Aはありましたか」)。自殺を計画したと、自殺を試みたの2つについては、自殺を真剣に考えた者に対してのみ質問した。それぞれの自殺行動について、これまでの(生涯)に、と過去12ヶ月間にあった頻度を求めた。

## 4) 受診・相談先

心の健康問題(アルコール・薬物問題のある場合にはこれも含む)について、受診・相談した先について質問した。調査した受診・相談先は以下のものである:「精神科医」=精神科医(心療内科のみの標榜は一般医に含まれる)、「一般医」=一般開業医あるいはかかりつけ医、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医など、その他の医者。「医師合計」=精神科医あるいは一般医。「その他の専門家」=心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理療法家のようなその他のメンタルヘルスの専門家、看護婦、医療助手など(その他)の医療専門家。「その他の相談先」=お坊さん、牧師などの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、霊ばい師などその他の治療家。「相談先合計」=以上のいずれかの受診・相談先。これに加えて、心の健康問題のためにインターネット、自助グループ、電話相談を利用したことがあるかどうかについても質問した。

## 5) 精神障害の日常生活への影響

うつ病、そう病、特定の恐怖症、社会恐怖、全般性不安障害、外傷後ストレス障害については、過去12ヶ月間にそれぞれの状態に該当した場合には、その状態のためにどの程度生活に支障が生じたか、また過去12ヶ月間の休業日数(何日仕事や家事を休んだか)を質問した。生活上の支障はSheehan尺度(Leon et al. 1997)で評価し、4つの質問に対して①自宅の管理、②仕事・家事、③親しい人間関係、④地域・職場の関係にそれぞれどの程度の支障があったかを、0点がまったく支障なし、10点が最大の支障ありで回答してもらった。それぞれの得点(0-10点)および合計得点(0-40点)の平均を、その精神障害の社会的影響と考えた。またその精神障害のために生じた過去12ヶ月間の休業日数の平均も算出した。

さらに回答者からランダムに選ばれた対象者に対する追加調査では、循環器疾患、がん、整形外科疾患など回答者が持つ慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んで、同様にその疾患のために生じた生活上の支障と過去12ヶ月間の休業日数を同様の方法で質問した。この結果も、精神障害との比較のために使用した。

## C. 結果

### 1. 心の健康問題の実態

#### 1) ストレスと精神的健康

3地区を合計した調査データから、過去1ヶ月間にストレスを感じた者（この1ヶ月に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどが「大いに」あるいは「多少」あった者）の割合は男性全体では55.3%が、女性全体では59.3%であった。性・年齢別では、20-34歳で、女性が男性よりもストレスを感じた者が多かった（図1）。男性では45-54歳がピークとなっていた。女性では高齢者ほどストレスを感じた者が低下していた。男女とも年齢差は有意であった（表3）。

同じく3地区合計のデータでは、精神的に健康と回答した者（精神的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者）は、男性で60.9%、女性で58.3%であった。年齢別では男女とも35-44ないし45-54歳で精神的に健康と回答した者の割合がやや低下していたが、有意な差ではなかった（図2および表3）。

身体的に健康と回答した者（身体的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者）は男性で48.7%、女性で55.2%であった。男性では20-44歳で女性に比べて身体的に健康と回答した者の割合が少なかった（図3）。男女とも、年齢に従って身体的に健康と回答した者の割合が減少していた。

## 2) 精神障害の頻度

### (1) DSM-IV 診断

#### ①生涯有病率

DSM-IV 診断の生涯有病率では、大うつ病性障害が6.5%と最も頻度が高かった（表4）。ついで特定の恐怖症（4.3%）、全般性不安障害（3.0%）であった。いずれかの気分障害、あるいはいずれかの不安障害も約1割の者がこれまでに経験していた。大うつ病性障害、小うつ病性障害、いずれかの気分障害、特定の恐怖症、外傷後ストレス障害、いずれかの不安障害はいずれも女性に多かった（表4）。アルコール乱用、アルコール依存、いずれかの物質関連障害、間歇性爆発性障害はいずれも男性に多かった。大うつ病性障害の生涯有病率は、20-34歳および45-54歳に多かった（表6）。いずれかの気分障害も20-34歳および45-54歳および55-64歳に多かった。外傷後ストレス障害およびいずれかの不安障害は20-34歳および55-64歳に多かった。いずれかの精神障害の生涯有病率は年齢があがるとともに低下していた。

#### ②12ヶ月有病率

DSM-IV 診断の12ヶ月有病率では、特定の恐怖症（2.8%）、大うつ病性障害（2.2%）が多かった（表4）。約3%がいずれかの気分障害を、5%がいずれかの不安障害を、8%がいずれかの精神障害を過去12ヶ月間に経験していた。いずれかの物質関連障害の12ヶ月有病率は男性に高かった。大うつ病性障害は20-34歳および45-54歳に

多かった（表6）。いずれかの気分障害も同様のパターンを示した。外傷後ストレス障害は20-34歳に多かった。

### (2) ICD-10 診断

#### ①生涯有病率

ICD-10 診断の生涯有病率では、全てのうつ病エピソード（重症、中等症、軽症の合計）が7.5%とお最も多く、ついで特定の恐怖症が6.4%と多かった。9%がいずれかの気分（感情）障害を、12%がいずれかの不安障害を、21%がいずれかの精神障害をこれまでに経験していた（表5）。中等症うつ病エピソード、全てのうつ病エピソード、軽そう病、いずれかの気分（感情）障害、特定の恐怖症、いずれかの神経症性・ストレス性障害はいずれも女性に多かった。有害な使用—アルコール、いずれかの精神作用物質による障害は男性に多かった。いずれかの精神障害は女性に多かった。そう病エピソード、軽そう病エピソードは20-34歳の若年層に多かったが、いずれかの気分（感情）障害は20-34歳と45-54歳に多かった（表7）。特定の恐怖症、いずれかの神経症性・ストレス性障害は20-34歳の若年層に多かった。

#### ②12ヶ月有病率

ICD-10 診断の12ヶ月有病率では、特定の恐怖症（4.0%）、全てのうつ病エピソード（2.2%）が多かった（表5）。約3%がいずれかの気分（感情）障害を、6%強がいずれかの神経症性・ストレス性障害を、8.6%がいずれかの精神障害を過去12ヶ月間に経験していた。いずれかの気分（感情）障害は女性に、いずれかの物質関連障害の12ヶ月有病率は男性に高かった。そう病エピソード、軽そう病エピソードは20-34歳に多かった（表7）。いずれかの気分（感情）障害は20-34歳および45-54歳に多かった。社会恐怖、外傷後ストレス障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害は20-34歳に多かった。

### 3) 自殺行動

これまでに自殺を真剣に考えた者は、全回答者の11%（男性10%、女性12%）であった（表8）。同様にこれまで自殺を計画した者は2.1%（男性2.3%、女性2.0%）、これまでに自殺を試みた者は2.4%（男性2.1%、女性2.6%）であった。女性では若年者ほど自殺を真剣に考えた経験が多かった。また女性では自殺を試みた者は35-64歳に多かった。過去12ヶ月に自殺を真剣に考えた者は全回答者の1.5%、自殺を経験した者は同じく0.3%、自殺を試みた者は0.4%であった。過去12ヶ月に自殺を真剣に考えた者は、女性では45-54歳の中老年に多かった。男性でも有意ではないが同じ年齢層に多かった。

## 3. 精神障害の関連要因

### 1) 精神障害の発症年齢

調査時点までにある精神障害を経験した者を100%とした場合に、何歳までに何%の者がその精神障害を罹患していたか（年齢別累積罹患率）を図4～9に示した。大うつ病は約半分の者が30歳までに発症していた（図4）。各種の恐怖症は半数の者が10歳までに発症していた（図5）。外傷後ストレス障害(PTSD)は半数が10歳までに発症し、20歳後半からまた増加する傾向にあった。全般性不安障害、パニック障害は半数が30歳前半までに発症していた。アルコール乱用は半数が20歳半ばまでに発症していた（図6）。ICD-10診断についてもほぼ同様の結果であった（図7～9）。

## 2) 学歴、婚姻、雇用と精神障害

学歴、婚姻、雇用などの精神障害の関連要因の解析は、全回答者から無作為に抽出された461名に対するデータに基づいて実施された。DSM-IV診断の生涯診断では、いずれかの物質関連障害が女性に少なく、いずれかの精神障害が大学卒業に比べて小学校卒業で、また就労中の者に比べて引退した者で有意に少なかった（表9）。ICD-10診断の生涯診断では、いずれかの物質関連障害が女性に有意に少なかった（表10）。また、いずれかの気分障害は未婚者で有意に多かった。さらに、いずれかの気分障害、いずれかの精神障害は65歳以上に比べて20-29歳で有意に多く、大学卒業に比べて小学校卒業で有意に少なかった。

DSM-IV診断の12ヶ月診断では、いずれかの物質関連障害が女性に有意に少なかった（表11）。いずれかの気分障害、いずれかの精神障害は65歳以上に比べて20-29歳で有意に多かった。ICD-10診断でも同様の結果であった（表12）。さらにICD-10診断によるいずれかの精神障害は大学卒業に比べて小学校卒業で有意に少なかった。

## 4. 心の健康による相談・受診行動

### 1) 心の健康に関する相談・受診先

全回答者におけるこれまでの心の健康に関する受診・相談先については、4.4%が精神科に、4.6%が一般医に、合計で8.1%が医師に相談した経験があった（表13）。過去12ヶ月間には、1.2%が精神科に、2.5%が一般医に、合計で3.5%が医師に相談していた。自助グループへの相談もこれまでに1.5%、過去12ヶ月間に0.7%みられた。インターネット、電話相談の経験者は比較的少なかった。

### 2) 精神障害による相談・受診

#### (1) 精神障害による相談・受診状況

過去にDSM-IV診断で大うつ病エピソード（大うつ病エピソードを持つ双極性障害を含む）を経験した者のうち、18%が精神科を、8%が一般医を、合計で25%が医師を受診していた（表14）。

これも含めて、疾患グループ別では14-18%が精神科を、8-16%が一般医を、合計で23-30%が医師を受診していた（表14）。医師への相談頻度は、いずれかの物質関連障害、いずれかの不安障害で高かった。

過去12ヶ月間にDSM-IV診断で大うつ病エピソードを経験した者のうち、11%が精神科を、3%が一般医を、合計で14%が医師を受診していた（表14）。DSM-IVによる精神障害を過去12ヶ月間に経験した者のうち、疾患グループ別では6-11%が精神科医を、3-10%が一般医を、13-25%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、いずれかの物質関連障害、いずれかの不安障害で高かった。いずれかの不安障害、いずれかの精神障害では一般医を受診したの方が精神科医を受診した者より多かった。

過去にICD-10診断でうつ病エピソードを経験した者のうち、17%が精神科医を、10%が一般医を、合計で24%が医師を受診していた（表15）。疾患グループ別では、16-25%が精神科医、9-17%が一般医を、合計で28-30%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、いずれかの気分障害、いずれかの物質関連障害でやや高かった。一般医への受診は、いずれかの気分障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害で多い傾向にあった。

過去12ヶ月間にICD-10診断でうつ病エピソードを経験した者のうち、5%が精神科医を、5%が一般医を、合計で11%が医師を受診していた（表15）。疾患グループ別では、7-17%が精神科医を、8-10%が一般医を、合計で11-20%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、いずれかの気分障害、いずれかの物質関連障害で高かった。一般医への受診は、いずれかの気分障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害で多い傾向にあった。

#### (2) 心の健康問題についての相談・受診に対する抵抗とその理由

全回答者から無作為に抽出された461名に対する追加調査では、心の健康問題についての相談・受診に対する抵抗感についてたずねた。回答者の1/3が心の問題で専門家を「おそらく」または「絶対に」受診しないと回答していた（表16）。この割合は男性でやや高かったが、精神障害の経験の有無とは関連がなかった。回答者の85%が専門家に対して自分の問題を心を開いて話せると回答していた。しかし専門家を受診したことが友人にしたら「とても」あるいは「いくらか」恥ずかしいと答えた者が44%あった。

いずれかの精神障害の経験があり、自発的に医師を受診したが、受診しようと思ってから受診するまで4週間以上かかった者に対して、その理由をたずねた結果を表17（左半分）に示した。「自力で問題に対処したかった」「問題はひとりでに

改善するだろうと思っていた」などの自分だけで対応可能と思っていたことが高頻度にあげられた。ついで、「どこに行けば良いか、誰に見てもらえば良いかわからなかった」「治療には時間がかかったり、不便だと思った」「交通手段、子供の世話、スケジュールなど治療にゆくことに支障があった」などの医療機関の情報やアクセスに関する問題が多くあげられた。「自分が治療を受けている事が知られたら、他人がどう思うか心配だった」との回答を1/4の者にみられた。

表17(右半分)には、いずれかの精神障害の経験があり、医師を受診する必要を4週間以上感じていたが結果的に受診しなかった者に対して、同様にその理由をたずねた結果を示した。回答者数が少ないが、「問題はひとりでに改善するだろうと思っていた」「自力で問題に対処したかった」などの自分だけで対応可能と思っていたことが高頻度にみられた。

### 3) 治療を受けている精神障害者の割合

DSM-IV 診断による精神障害の生涯経験者のうち、21-30%が薬物療法を、14-20%が精神療法を受けていた(表18)。ICD-10 診断でも22-30%が薬物療法を、15-31%が精神療法を受けていた。過去12ヶ月間におけるDSM-IV 診断による精神障害の経験者のうち、19-41%が薬物療法を、16-25%が精神療法を受けていた。ICD-10 診断では、18-42%が薬物療法を、14-25%が精神療法を受けていた。

## 5. 心の健康問題の影響

### 1) 自殺行動との関連

これまでの精神障害の経験者における、これまでの自殺行動の頻度を表19に示した。DSM-IV および ICD-10 診断のいずれでも、26-34%が自殺を真剣に考えたことがあり、7-14%が自殺を計画したことがあり、9-18%が自殺を試みたことがあった。精神障害なしの者に比べて精神障害ありの者では4~5倍、自殺を真剣に考えたことがあり、7~20倍、自殺を計画したことがあり、10~30倍、自殺を試みたことがあった。DSM-IV 診断では大うつ病エピソードおよびいずれかの物質関連障害の場合に、これらの自殺行動の頻度が高かった。ICD-10 診断では、重症うつ病エピソードおよびいずれかの精神作用性物質による障害の場合に、これらの自殺行動の頻度が高かった。

過去12ヶ月の精神障害の経験者における、過去12ヶ月の自殺行動の頻度については、DSM-IV および ICD-10 診断のいずれでも、9-35%が自殺を真剣に考えたことがあり、3-18%が自殺を計画したことがあり、3-25%が自殺を試みたことがあった。精神障害なしの者に比べて精神障害ありの者では10~40倍、自殺を真剣に考えたことがあり、30~180倍、自殺を計画したことがあり、30

~180倍、自殺を試みたことがあった。DSM-IV 診断では大うつ病エピソードおよびいずれかの物質関連障害の場合に、これらの自殺行動の頻度が高かった。ICD-10 診断では、重症うつ病エピソードおよびいずれかの精神作用性物質による障害の場合に、これらの自殺行動の頻度が高かった。

### 2) 日常生活への影響

DSM-IV および ICD-10 診断によるうつ病、そう病、特定の恐怖症、社会恐怖、全般性不安障害、外傷後ストレス障害について、過去12ヶ月間にそれぞれの状態に該当した者における、その状態のためどの程度生活に支障が生じたか、また過去12ヶ月間の休業日数(何日仕事や家事を休んだか)を表20に示した。表20には、慢性の身体疾患についても同様に結果を示した。

DSM-IV 診断では、生活上の支障は、外傷後ストレス障害、そう病あるいは軽そう病エピソードで高く、ついで大うつ病エピソード、気分障害、全般性不安障害で高かった。以上の精神障害については慢性の身体疾患よりもはるかに大きな生活上の支障が生じていた。特定の恐怖症、社会恐怖では合計の生活上の支障は慢性の身体疾患とほぼ同等であったが、社会恐怖に関しては自宅の管理以外の対人関係を伴う活動には他の精神障害と同等の支障がみられた。DSM-IV 大うつ病エピソードでは過去12ヶ月間に平均12日間仕事や家事のできない日があった。全般性不安障害、外傷後ストレス障害では平均15日および90日とさらに多かった。ICD-10 診断でも、生活上の支障および休業日数がDSM-IV 診断にくらべてやや少ない傾向にあることを除けば、ほぼ同様の結果が得られた。

## D. 考察

### 1. 地域におけるうつ病

#### 1) 地域におけるうつ病の実態

本調査では、非精神病性精神障害のうちで、うつ病が地域住民中に高頻度にみられることが明らかとなった。同じく頻度の高い特定の恐怖症や、慢性の身体疾患にくらべて、うつ病は生活上の支障や休業日数が多かった。すでに指摘されているように、地域におけるこころの健康づくり対策の中で、うつ病への対策が重要であることが再確認された。

本調査では、一般住民の13-15名に1人がこれまでにうつ病を経験していた。また過去12ヶ月には50人に1人がうつ病を経験していた。1992年に実施された甲府市内の一地区の20歳以上全住民(508名)の調査では、協力の得られた207名(回収率41%)中、ICD-10 診断によるうつ病の時点有病率(過去30日間に診断基準を満たした者)は1%、生涯有病率(調査時点までの生涯

に診断基準に該当した者)は15%(藤原ら,1993)、同じく DSM-III-R 診断によるうつ病(大うつ病)は6ヶ月有病率が4%、生涯有病率は16%であった(Kitamura et al. 1999)。しかしこの調査では標準化されていない調査法が使用され、また回収率も低かった。一方、岐阜市の20歳以上住民から無作為に抽出された者を対象に WHO 統合国際診断面接(CIDI) 1.1 版ミシガン大学版を使用して1997-9年に実施された研究では、1029名(回収率57%)中 DSM-III-R 診断による時点有病率(過去30日間に診断基準を満たした者)は0.9%、12ヶ月有病率は(過去12ヶ月間に診断基準を満たした者)1.2%、生涯有病率は3.0%であった(Andrade et al. 2003; Kawakami et al. in press)。本調査におけるうつ病の頻度は、これらの2つの先行研究の間に位置するものであり、標準化された最新の調査法、国内では最大規模の調査、高い回収率からより正確なうつ病の頻度が推定できたと考える。

65歳以上高齢者に限定した場合には、わが国における RDC 診断によるうつ病の過去12ヶ月間の有病率は4.8%(森田ほか,1987)および2.3%(熊谷ほか,1992)。RDC および DSM-III-R 診断によるうつ病の時点有病率は0.9%である(Hasegawa, 1985; Ihara et al. 1998)。また DSM-III-R 診断に基づく65歳以上高齢者におけるうつ病の6ヵ月有病率は男性で2.1%、女性で3.7%と報告されている(川上ほか,1995)。

本調査における65歳以上のうつ病の12ヶ月有病率は0.6-0.7%であり、これらにくらべるとやや低かった。これは診断基準、調査方法の違いの他、地域差も関係している可能性がある。

本調査におけるうつ病の有病率は、欧米にくらべると低い(表2-1)。アジアでは大うつ病の頻度はやや低い傾向にあり、これと一致している。この理由はまだ明らかでないが、文化による調査への回答の差異(重症な者だけが症状に「はい」と答える可能性)などが指摘されている(Simon et al. 2000)。現時点ではわが国では精神障害が少ないと結論するには早計であり、今後の調査が必要である。

## 2) うつ病の関連要因

うつ病は女性に多くみられる(男性の1.5~4倍)。アジア地域では欧米にくらべて男女差は小さい傾向にある。思春期における女性ホルモンの増加、妊娠・出産など女性に特有の危険因子や男女の社会的役割の格差などが男女差の原因として検討されている。本研究でもうつ病が女性に多いことが確認できた。

うつ病の平均初発年齢は20-30歳の間であった。うつ病は若年者に多いと言われる。本研究ではうつ病の12ヶ月有病率は20-34歳の若年層と45-64歳の中老年層に高く、特に後者は最近の男性の自

殺の好発年齢であることから、この年齢層の者に精神的な問題が増加している可能性がうかがえる。しかしうつ病が中高年層に多いことは男女ともに共通しており、自殺が男性中高年者においてのみ増加している点とは異なっていた。

うつ病の有病率は、一般的には低学歴、低収入・貧困、無職者に多い(例えば米国 NCS-R, Kessler et al. 2003)。しかし本調査では大学卒業者でいずれかの気分障害が少ない傾向がみられるなど、社会経済要因との関連は明確でなかった。これは岐阜市での調査結果とよく一致している(Andrade et al 2003)。

## 3) うつ病による相談・受診

本研究では、これまでにうつ病を経験した者のうち4人に1人が医師を受診していた。過去12ヶ月間では約10人に1人が医師を受診していた。甲府調査では ICD-10 によるいずれかの精神障害の生涯経験者のうち、一般診療科に相談した者はわずかに2%、精神科医を受診した者は1%であった(藤原ら,1993)。岐阜市調査では、ICD-10 うつ病の生涯経験者46名のうち精神科医を受診した者は26%、一般診療科を受診した者は32%(双方を受診した者15%、いずれかを受診した者43%)であった。本研究の結果はこれらの先行研究ともよく一致していた。

米国 ECA 研究(1980-1983)では、過去6ヶ月間に感情障害の経験ありの者のうち精神科医への受診は8-12%、一般診療科への受診は13-14%であった(Shapiro et al. 1984)。一方、最近の調査である米国 NCS-R (2001-2002)では、過去1年間のうつ病の診断ありの者における精神科への受診率は31.6%、一般診療科への受診は27.2%であった(Kessler et al. 2003)。ソーシャルワーカーや宗教家などへの相談は9.2%あった。また抗うつ剤による治療を1回でも受けた者は51.6%あった。わが国におけるうつ病の経験者の医師受診率は現在の米国と比べると約半分であり、1980年代の米国とほぼ同等であった。

重症うつ病エピソードでは精神科医を受診する機会が多いが、中等度から軽症のうつ病、あるいはいずれかの気分障害では一般医を受診する頻度も多くなっていた。これまでの調査では、ある1ヶ月間に、内科医は中央値で6名の、それ以外の診療科の医師は同3名の精神障害を診療しているとされる(川上ら,1990)。わが国の一般診療科受診者におけるうつ病の頻度は1.6%(Simon et al. 2002)、4.7%(Sato et al., 1992)、5.8%(Mino et al., 1994)、6.5%(Nishioka et al. 1990)と報告されている。プライマリケアの初診患者のうち ICD-9 うつ病の頻度は16%との報告もある(Nakane et al. 1991)。うつ病者が一般診療科を受診することは海外でもよく知られている(Goldberg, 1995)。うつ病

診療、特に中等度から軽症のうつ病の診療における一般医の役割の重要性が示唆される。地域におけるうつ病の2次予防（早期発見・早期治療）対策としては、①地域住民への教育・啓発、②うつ病に関心を持つ住民への相談やうつ病チェックサービスに加えて、③一般診療科の医師が受診者のうつ病を把握し、必要に応じて専門医を紹介することを、医師教育や医療機関の連携によって推進すること、があげられる。

#### 4) うつ病の生活への影響

Global Burden of Disease Study (Murray & Lopez, 1997)では、うつ病は単独で最大の障害調整平均余命 (DALY) の低下要因である。本研究では、過去 12 ヶ月間にうつ病を経験した者では、生活上に大きな支障があり、また年平均6~12日間の仕事や家事ができない日があった。岐阜市調査では過去 12 ヶ月間の大うつ病経験者はこの1年間に仕事や家事ができない日が平均 25 日あった（非うつ病者では平均 7 日）。米国 NCS-R では平均 35 日であった(Kessler et al., 2003)。プライマリケア受診者に対する国際共同研究では、うつ病患者では月平均 7.7 日の仕事の能率低下があった(Ormel et al. 1994)。これらに比べると本研究におけるうつ病の生活への影響は少ない傾向にあるが、慢性の身体疾患にくらべるとはるかに高い支障が生じていることは確認された。さらにうつ病の診断基準を満たさない小うつ病を含めた「いずれかの気分障害」でも場合でも比較的高い生活上の支障が観察された。これはこれまでの研究ともよく一致している(Johnson et al. 1992; Wells et al. 1989; Boadhead et al. 1990)。

また、うつ病の経験者は、精神障害を経験していない者と比較して非常に高い頻度で自殺行動を経験していることが明らかとなった。これまでの研究では、一般住民とくらべて精神科入院患者の自殺率が男性 4.5 倍、女性 5.3 倍、精神科通院中の患者の自殺率が男性 4.6 倍、女性 5.9 倍（藤田ほか, 1992）、労働者のコホート研究で自己記入式尺度で抑うつ状態と判定された労働者の自殺死亡リスクが 9.95 倍 (Tamakoshi et al., 1999)、高齢者におけるうつ病者の自殺リスクは非うつ病者の 10 倍と報告されている（高橋ら, 1998）。本研究ではこれらよりもさらに高い相対危険度が示された。自殺対策の中で、うつ病への対策が重要であることがわが国における大規模調査データから再確認された。

#### 2. 心の健康に関する「満たされていないニーズ」(unmet needs)

うつ病に限らず、精神障害の経験者のうち医師を受診した者は4人に1人、過去 12 ヶ月間では10人に1人程度であった。薬物療法や精神療法による治療を受けた者の割合もほぼ同等程度であ

った。こうした未受診の精神障害を持つ者に対して適切な治療を提供することが必要と考えられる。精神障害による受診を遅らせる要因についての調査では、自分でなんとかできる、自分でなんとかしたいといった考えが受診阻害要因となっていることが示された。また受診すべき専門機関の情報やアクセスに関する情報も阻害要因の1つとなっていた。専門家を受診したことが周囲に知られることに対する懸念も阻害要因の1つであった。しかし一方で心の健康問題で専門家を受診する、専門家に心を開いて自分の問題を話せると回答した者も多く、専門家への信頼は浸透している状況にあると思われた。精神障害による受診を促すために（=心の健康に関する「満たされていないニーズ」を減らすために）、うつ病や不安障害を中心とした心の健康問題（特に専門的治療の有効性）に関する啓発・情報提供、受診できる専門家やアクセス（待ち時間など）に関する情報の提供、また心の健康問題に関する偏見を減らすための幅広い啓発活動が有用と考えた。

#### 3. 女性、若年者および中高年者の心の健康

女性では、うつ病をはじめ気分障害および不安障害の頻度が男性にくらべて高かった。生活への影響がきわめて大きい疾患である外傷後ストレス障害も女性で多い傾向にあった。女性における心の健康問題への対策が今度重要になると推測される。女性に特有のうつ病として、産後うつ病の頻度は出産した女性の約 10%にみられる。妊娠中に 16%、産後に 18%が大うつ病を罹患するとの報告もある(Kitamura et al. 1993 & 1999)。これとは別にマタニティーブルーズと呼ばれる、何となく涙もろくなったり、気分が沈んだりする軽い一過性の気分の障害も周産期の女性の 20~30%に見られる。こうした周産期の影響が女性のうつ病の多さにどう関連しているかは本研究では十分に明らかにできていない。今後、女性のうつ病の研究が推進されることが期待される。

過去1ヶ月間にストレスを感じた者は、男性では 45-54 歳の中高年者に多く、これもうつ病、自殺の頻度の高い年齢層と一致していた。女性では 20-34 歳の若年者に過去1ヶ月間にストレスが多かった。うつ病、不安障害などの精神障害もやはり若年者と中高年者で頻度が多い傾向にあった。これまで高齢者の心の健康づくりが、生き甲斐対策と関連して注目されてきたが、これに加えて若年者と中高年者の心の健康問題に対する地域での心の健康づくり対策も必要であると考えられる。

#### 4. 自殺行動

本研究では、これまでに 10 人に1人が自殺を真剣に考えたことがあり、40-50 人に1人が自殺を計画したり、自殺を試みたことがあった。過去

12ヶ月間だけを見ても、70人に1人が自殺を真剣に考え、250-500人に1人が自殺を計画したり、自殺を試みていた。2000年の自殺率は10万人あたり24.1、つまり約4000人あたり1人である。従って自殺者の10倍程度自殺未遂者が、さらにその5-6倍程度自殺を真剣に考える者がいると考えられた。過去12ヶ月間に自殺を真剣に考えた者の割合は、男女とも45-54歳の中高年者で多かった。これは男性においては自殺率のピーク年齢とよく一致していたが、女性ではこの年齢層には自殺率の増加は顕著ではない。女性においては自殺を真剣に考えることと実際の自殺との間にかい離があるのかもしれない。

一方、精神障害を経験した者では、精神障害なしの者に比べて数倍から数百倍という、きわめて高い頻度の自殺行動が疾患に限らず観察された。地域における自殺防止対策においてはうつ病を含む精神障害を持つ者がハイリスク群として重要であり、精神障害の予防と早期発見・治療が有効な自殺予防対策になることが示唆された。

#### 5. この他の注目すべき心の健康問題

外傷後ストレス障害は、うつ病にくらべると頻度は少なかったが、これまでに1~2%の者が、過去12ヶ月間には0.4~0.7%の者が罹患していた。外傷後ストレス障害は他の精神障害や慢性の身体疾患にくらべると生活上の支障が非常に大きく、休業日数も長かった。外傷後ストレス障害は、女性に多く、また若年者と中高年者の2つの年齢層でピークを示した。これらは子供時代から青年期にかけての出来事（養育体験など）と、成人しからのトラウマとなるような出来事（家庭内暴力など）がこの疾患の発症に関与している可能性を示している。外傷後ストレス障害の啓発・情報提供、予防、早期発見と治療のための体制づくりも地域のこころの健康づくりの課題の1つであると思われる。

またその病態は十分に明確になっていないが、本研究では男性において衝動性のコントロールの欠如を主な症候とする間歇性爆発性障害が高頻度に見られた。こうした障害が家庭内暴力や犯罪などの原因になっている場合もあると思われる。今後こうした衝動性のコントロールの障害に関する研究が推進されるべきであると考えられる。

#### 6. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、これまでの地域精神保健疫学研究とくらべると大規模な調査を実施し、高い回収率を達成した。しかしながら、一部地域（長崎市）では回収率は26%と低く、かつ他の地域にくらべて精神障害の有病率が高い。これは偏った対象者のみの調査になったためである可能性がある。一方で、本調査で精神障害の診断に使用したWHO CIDI2000は、臨床的診断とくらべると精神障害の

診断を過小評価する可能性が指摘されている（Kessler et al. 2003）。また精神障害で現在不調の者が調査に参加しなかった可能性もある。精神障害の有病率は本調査で示したよりも高い可能性がある。

アルコールおよび薬物乱用・依存症については、本研究ではこれまでの国内の研究（Kawakami et al. in press）にくらべ頻度が低かった。この理由ははっきりしないが、これも調査方法の特性による可能性も否定できない。本研究で使用したWHO CIDI2000はうつ病については妥当性検討が実施されたが、アルコールおよび薬物乱用・依存症については国内ではまだ妥当性検討が実施されておらず、今後診断の正確さについて確認する必要がある。

#### E. 結論

本研究では、中国・九州地方の3県4市町村の20歳以上住民からの無作為抽出サンプルに対する大規模な面接調査を実施し、1664名から回答を得た（平均回収率56%）。これらの回答の分析から、地域住民における非精神病性精神障害（DSM-IVあるいはICD-10診断）の生涯有病率（調査時点までに経験率）はうつ病6.5-7.5%、いずれかの気分障害9-11%、いずれかの不安障害9-12%、いずれかの物質関連障害2.6%、いずれかの精神障害18-19%であった。また過去12ヶ月有病率（過去12ヶ月間の経験率）は、うつ病2.2%、いずれかの気分障害3%、いずれかの不安障害5-6%、いずれかの物質関連障害1%、いずれかの精神障害8-9%であった。過去1ヶ月間にストレスを感じた者は57%、精神的に健康と感じている者は59%、過去12ヶ月間に自殺を真剣に考えた者は1.5%であった。地域において、ストレス、気分・不安障害などの心の健康問題が高頻度に見られることが明らかとなった。地域における今後の心の健康づくり対策において以下が主要なトピックスとなると考えた。これらは①うつ病の早期発見と治療の促進と、その相談・受診先としての一般医の役割の重要性、②気分・不安障害の早期受診のための地域での啓発・情報提供活動、③女性、若年者、中高年者の心の健康問題への対応、④自殺対策、⑤外傷後ストレス障害への対策である。

#### F. 健康危険情報 該当せず。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

Kitamura T, Kawakami N, Sakamoto S, Tanigawa T, Ono Y, Fujihara S. Quality of life and its correlates in a community population in a Japanese rural area.