

表17 こころの健康問題による受診の遅れの理由:いずれかの精神疾患の経験者

		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(29名)*		4週間以上受診の必要性を感じながら受診しなかった者(13名、ただし質問cからは6名のみ有効回答)	
質問		割合	人数	割合	人数
a	保険で治療が受けれないと思った	10%	3	0%	-
b	問題はひとりで改善するだろうと思っていた	62%	18	54%	7
c	その問題は最初、それほど困らなかった	48%	14	17%	1
d	自力で問題に対処したかった	76%	22	33%	2
e	治療が、効果があるとは思わなかった	21%	6	17%	1
f	以前に治療を受けたが、効果がなかった	14%	4	0%	-
g	費用がどれくらいかかるか心配だった	17%	5	0%	-
h	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	24%	7	20%	1
i	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	28%	8	50%	3
j	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	34%	10	50%	3
k	治療には時間がかかったり、不便だと思った	31%	9	33%	2
l	予約が取れなかった	0%	-	0%	-
m	意思に反して、病院に入れられるのが怖かった	0%	-	0%	-
n	利用できるサービスに満足しなかった	3%	1	0%	-

* 受診した61名の受診までの期間は平均 5.9週(標準偏差7.9週)、中央値2週(最小0週、最大24週)。

表18 生涯および過去12ヶ月の精神障害の経験者に対する薬物療法および心理療法の頻度

	経験者数	薬物療法*		精神療法*	
		人数	%	人数	%
生涯診断					
DSM-IV					
大うつ病エピソード	110	25	22.7%	22	20.0%
いずれかの気分障害	180	40	22.2%	31	17.2%
いずれかの不安障害	145	38	26.2%	28	19.3%
いずれかの物質関連障害	44	13	29.6%	8	18.2%
いずれかの精神障害	303	63	20.8%	43	14.2%
ICD-10					
重症うつ病エピソード	45	11	24.4%	14	31.1%
全てのうつ病エピソード	124	27	21.8%	22	17.7%
いずれかの気分障害	149	38	25.5%	32	21.5%
神経症性・ストレス性障害	191	45	23.6%	28	14.7%
精神作用物質による精神および行動上の障 ¹	44	13	29.6%	8	18.2%
いずれかの精神障害	309	67	21.7%	46	14.9%
12ヶ月診断					
DSM-IV					
大うつ病エピソード	36	7	19.4%	7	19.4%
いずれかの気分障害	51	10	19.6%	8	15.7%
いずれかの不安障害	81	18	22.2%	17	21.0%
いずれかの物質関連障害	12	5	41.7%	3	25.0%
いずれかの精神障害	128	27	21.1%	20	15.6%
ICD-10					
重症うつ病エピソード	17	3	17.7%	4	23.5%
全てのうつ病エピソード	37	7	18.9%	5	13.5%
いずれかの気分障害	51	13	25.5%	12	23.5%
神経症性・ストレス性障害	106	23	21.7%	17	16.0%
精神作用物質による精神および行動上の障 ¹	12	5	41.7%	3	25.0%
いずれかの精神障害	143	32	22.4%	22	15.4%

* 薬物療法は、専門家からの処方や投薬による治療。精神療法は30分以上のカウンセリングや心理療法。

表19 精神障害の経験者における自殺行動の頻度

	経験者数#		自殺を真剣に考えた		自殺を計画した		自殺を試みた	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
生涯診断ありの者におけるこれまでの自殺行動								
DSM-IV								
大うつ病エピソード	109	34	31.2% **	11	10.1% **	16	14.7% **	
いずれかの気分障害	177	55	31.1% **	13	7.3% **	21	11.9% **	
いずれかの不安障害	142	44	31.0% **	14	9.9% **	15	10.6% **	
いずれかの物質関連障害	44	16	36.4% **	6	13.6% **	8	18.2% **	
いずれかの精神障害	298	83	27.9% **	22	7.4% **	27	9.1% **	
精神障害なし	1336	101	7.6% -	13	1.0% -	12	0.9% -	
ICD-10								
重症うつ病エピソード	44	19	43.2% *	8	18.2% *	11	25.0% *	
全てのうつ病エピソード	123	37	30.1% *	10	8.1% *	14	11.4% *	
いずれかの気分障害	146	50	34.2% *	13	8.9% *	20	13.7% *	
神経症性・ストレス性障害	186	49	26.3% *	16	8.6% *	17	9.1% *	
精神作用物質による精神 および行動上の障害	44	16	36.4% *	6	13.6% *	8	18.2% *	
いずれかの精神障害	302	81	26.8% *	23	7.6% *	28	9.3% *	
精神障害なし	1332	103	7.7% -	12	0.9% -	11	0.8% -	
12ヶ月診断ありの者における過去12ヶ月の自殺行動								
DSM-IV								
大うつ病エピソード	36	7	19.4% *	3	8.3% *	3	8.3% *	
いずれかの気分障害	51	9	17.6% *	3	5.9% *	3	5.9% *	
いずれかの不安障害	80	10	12.5% *	4	5.0% *	3	3.8% *	
いずれかの物質関連障害	12	2	16.7% *	1	8.3% *	2	16.7% *	
いずれかの精神障害	127	14	11.0% *	5	3.9% *	4	3.1% *	
精神障害なし	1507	11	0.7% -	0	0.0% -	2	0.1% -	
ICD-10								
重症うつ病エピソード	17	6	35.3% *	3	17.6% *	3	17.6% *	
全てのうつ病エピソード	37	7	18.9% *	2	5.4% *	1	2.7% *	
いずれかの気分障害	50	10	20.0% *	3	6.0% *	3	6.0% *	
神経症性・ストレス性障害	103	10	9.7% *	4	3.9% *	5	4.9% *	
精神作用物質による精神 および行動上の障害	12	2	16.7% *	1	8.3% *	2	16.7% *	
いずれかの精神障害	139	13	9.4% *	4	2.9% *	5	3.6% *	
精神障害なし	1495	12	0.8% -	1	0.1% -	1	0.1% -	

自殺行動の質問に対して無回答の者がいるため解析人数は減少している。

* p<0.05, ** p<0.01, 精神障害なしの者との比較(性別、年齢を調整したロジスティック回帰)。

表20 12ヶ月診断ありの者における精神障害のために生じた生活上の支障および1年間の休業日数

診断／状態	DSM-IVによる12ヶ月診断 生活上の支障(0-10点)*					ICD-10による12ヶ月診断 生活上の支障(0-10点)*						
	自宅の管理	仕事・家事	親しい人間関係	地域・職場の関係	合計(0-40点)	1年間の休業日数	自宅の管理	仕事・家事	親しい人間関係	地域・職場の関係	合計(0-40点)	1年間の休業日数
大うつ病エピソード(ICD-10では全てのうつ病エピソード)												
人数	(31)	(29)	(32)	(32)	(26)	(34)	(32)	(29)	(33)	(33)	(26)	(35)
平均	4.1	4.3	5.3	4.1	17.0	12.3	3.6	4.0	5.2	3.8	15.8	6.6
標準偏差	3.1	3.4	2.8	3.1	10.7	36.4	2.8	3.3	2.8	3.2	10.2	20.8
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最高	10	10	10	10	38	180	9	10	10	10	35	120
いずれかの気分障害(抑うつ時)												
人数	(37)	(33)	(38)	(38)	(30)	(40)	(38)	(34)	(40)	(40)	(30)	(42)
平均	3.8	4.3	5.2	4.0	17.1	10.4	3.9	4.3	5.1	4.0	17.7	10.2
標準偏差	3.0	3.5	2.9	3.3	10.8	33.7	3.2	3.6	3.0	3.4	11.6	32.9
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最高	10	10	10	10	38	180	10	10	10	10	40	180
躁病あるいは軽躁病エピソード												
人数	(7)	(6)	(7)	(7)	(6)	(7)	(11)	(9)	(11)	(11)	(9)	(10)
平均	5.1	7.2	3.4	6.9	24.0	12.0	5.9	6.0	3.7	5.9	23.7	14.4
標準偏差	3.9	2.6	2.8	2.9	6.2	21.9	3.5	3.8	3.2	3.6	8.9	20.1
最小	0	4	0	2	14	0	0	0	0	0	13	0
最高	10	10	7	10	30	60	10	10	10	10	40	60
特定の恐怖症												
人数	(42)	(41)	(44)	(44)	(39)	(43)	(59)	(55)	(60)	(60)	(54)	(61)
平均	2.1	1.7	1.2	0.5	5.2	3.5	1.3	1.3	0.7	0.3	3.3	2.4
標準偏差	3.2	2.9	2.3	1.4	7.1	14.6	2.6	2.6	1.8	1.1	6.1	12.3
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最高	10	10	9	5	29	90	10	10	9	5	29	90
社会恐怖												
人数	(7)	(8)	(8)	(8)	(7)	(8)	(10)	(9)	(11)	(11)	(8)	(10)
平均	1.6	4.4	4.1	5.4	13.1	2.9	1.5	3.9	2.8	4.0	11.4	2.3
標準偏差	1.9	3.2	3.6	3.1	7.5	3.8	1.9	2.9	3.5	3.4	6.9	3.6
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最高	5	10	10	10	19	10	5	10	10	10	19	10
全般性不安障害												
人数	(16)	(16)	(19)	(19)	(13)	(18)	(16)	(15)	(19)	(18)	(14)	(18)
平均	3.4	5.4	4.1	3.7	17.4	14.6	3.3	5.4	3.6	4.8	16.6	2.5
標準偏差	2.9	2.4	3.4	2.7	7.3	43.6	3.1	2.9	2.7	2.6	7.8	7.1
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最高	9	9	10	8	28	180	9	10	7	9	27	30
外傷後ストレス障害												
人数	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
平均	7.0	10.0	9.0	9.0	35.0	90.0	5.8	5.7	4.8	4.8	21.2	45.3
標準偏差	4.2	0.0	1.4	1.4	7.1	127.3	2.7	4.4	3.9	3.9	13.3	71.9
最小	4	10	8	8	30	0	3	0	0	0	3	0
最高	10	10	10	10	40	180	10	10	10	10	40	180
慢性の身体疾患**												
人数	(294)	(262)	(305)	(300)	(248)	(315)						
平均	2.5	2.6	1.2	1.1	7.1	5.0						
標準偏差	3.1	3.1	2.2	2.2	8.7	27.6						
最小	0	0	0	0	0	0						
最高	10	10	10	10	40	365						

* その状態のためにどの程度生活に支障があったり、過去1年間に仕事や家事ができない日がありましたかとたずねた。生活上の支障はSheehan尺度で評価した。0点がまったく支障なし、10点が最大の支障ありを意味

** 精神障害との比較のため、循環器疾患、がん、整形外科疾患など過去12ヶ月間に対象者が有する慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んでその影響をたずねた。

表21 諸外国の地域住民調査におけるうつ病の有病率

診断基準	報告者(報告年)	調査国	6ヶ月 a)	生涯
DSM-III	Weissman et al. (1988)	米国(ECA)	2.2	4.4
	Bland et al. (1988)	カナダ	3.2	8.6
	Canino et al. (1987)	プエルトリコ	3.0	4.6
	Faravelli et al. (1990)	イタリア	(5.2)	
	Wittchen et al. (1992)	ドイツ	4.0	9.0
	Angst et al. (1984,1985)	スイス b)	(7.0)	
	Joyce et al. (1990)	ニュージーランド	5.3	12.6
	Hwu et al. (1989)	台湾		0.9-1.7
	Lee et al. (1990)	韓国		3.4
	Chen et al. (1993)	香港		1.3-2.4
DSM-III-R	Kessler et al. (1994)	米国(NCS)	(7.7)	12.7
	Andrade et al. (2003)	ブラジル	(5.8)	12.6
	"	カナダ	(4.3)	8.3
	"	チリ	(5.6)	9.0
	"	チェコ	(2.0)	7.8
	"	ドイツ	(5.2)	11.5
	"	メキシコ	(4.5)	8.1
	Bijl et al. (1998)	オランダ	(5.9)	15.7
Andrade et al. (2003)	トルコ	(3.5)	6.3	
DSM-IV	Kessler et al. (2003)	米国(NCS-R)	(6.6)	16.2
ICD-9	Henderson et al. (1979)	オーストラリア	6.1	
	Bebbington et al. (1981)	英国	7.1	
	Vazquez-Barquero et al. (1986)	スペイン	4.6	
	Hodiamont et al. (1987)	オランダ	5.4	
	Mavreas & Bebbington (1988)	ギリシア	7.4	
	Lehtinen et al. (1990)	フィンランド	4.6	

a) 括弧内は1年間有病率. b) 19-24 歳を対象。

(川上憲人: 諸外国の精神疾患の疫学—精神分裂病、感情障害、神経症—。精神医学レビュー 24: 46-53, 1997. に最近のデータを追加した)

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究
分担研究報告書

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（岡山大学大学院医歯学総合研究科 教授）
研究協力者 峰山幸子 岡山大学大学院医歯学総合研究科 院生
北川砂織 岡山大学大学院医歯学総合研究科 研究補助員

研究要旨：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。

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。

岡山市は人口 64 万人の制令指定都市であり、岡山市保健所を中心に地域保健活動を実施している。1998 年から増加した自殺率は岡山市ではそれほど顕著ではない。しかし近年の経済不況や雇用不安は市民の心の健康に大きな影響を与えている可能性もある。精神科医療機関は、精神病院、診療所とも比較的多数ある。しかしながらうつ病など多くの精神障害者は医療機関を受診していないと言われ、彼らが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。

本研究では、岡山市の 20 歳以上地域住民に対して面接調査を実施し、(1)地域におけるストレス、精神的健康、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・受診行動を明らかにする。

B. 対象と方法

1. 調査対象

岡山県岡山市は人口 66 万人の制令指定都市で

ある。調査対象者は、20 歳以上住民から選挙人名簿を利用して無作為に抽出された。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。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。本調査は岡山大学医学部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。

調査対象者として選択された 1607 名のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた者 184 名、知的機能障害で面接不能の者 15 名の合計 199 名は対象外とした。連絡とれなかった者は 80 名、拒否は 397 名であった。完全に面接が実施できたのは 925 名であった。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、65.7%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。

岡山市調査では約 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、岡山大学の調査センターのパソコン上で管理された。これらのデータは、個人を同定可能な情報は各地域の調査センターに切り離して保管され、個人同定不可能な情報のみをやりとりすることで個人情報の保護に配慮した。

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1参照)。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、表2参照)。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、表3参照)。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) 各種精神障害

各種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)、パニック障害をとまなわない広場恐怖(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)。

解析においては、精神障害を、大うつ病性障害(ICD-10 では重症うつ病エピソード)、いずれか気分障害、いずれかの不安障害、いずれかの物質関連障害、いずれかの精神障害にまとめた。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。

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。

C. 結果

1. ころの健康問題の実態

1) 過去1ヶ月のストレス

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)の割合は男性では54%が、女性では59.5%であった(表1)。性・年齢別では、20-29歳および50-59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)。男女とも60歳以上でストレスを感じた者は減少していた(男女とも年齢差が有意)。

2) 精神的健康

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62.0%、女性で61.0%であった。これは他の地区と比べると良好であった。年齢別では男女とも40-49歳で精神的に健康と回答した者の割合が低下していたが、有意な差ではなかった(表2および図2)。

3) 身体的健康

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50.1%、女性で59.4%であった(表3)。男性では20-49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)。また男女とも、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. こころの健康による相談・受診行動

1) こころの健康に関する相談・受診先

岡山市調査の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、4.3%が精神科に、4.5%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5)。過去12ヶ月間には、1.4%が精神科に、2.4%が一般医に、合計で3.5%が医師に相談していた。これらの相談・受診の頻度は3地区合計と比較してほぼ同一であった。

自助グループへの相談もこれまでに1.1%、過去12ヶ月間に0.4%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) DSM-IV 診断別のこれまでの相談・受診

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64名のうち、17%が精神科を、9%が一般医を、合計で25%が医師を受診していた(表6)。これも含めて、疾患グループ別では14-18%が精神科を、9-13%が一般医を、合計で23-30%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、いずれかの物質関連障害、いずれかの不安障害でやや高かった。3地区合計とくらべると、岡山市ではいずれかの物質関連障害の精神科への受診頻度がやや低かった。

3) DSM-IV 診断別の過去12ヶ月の相談・受診行動

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、13%が精神科を受診していた(表7)。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者の方が精神科医を受診した者より多かった。

4) ICD-10 診断別のこれまでの相談・受診行動

過去にICD-10診断で重症うつ病エピソードを経験した者のうち、26%が精神科医を、4%が一般医を、合計で26%が医師を受診していた(表8)。疾患グループ別では、17-26%が精神科医を、9-18%が一般医を、合計で27-30%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、重症うつ病エピソード、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。相談・受診頻度は、3地区合計の頻度とほぼ同一であった。

5) ICD-10 診断別の過去12ヶ月の相談・受診行動

過去12ヶ月間にICD-10診断で重症うつ病エピソードを経験した者のうち、10%が精神科医を受診していた(表9)。疾患グループ別では、9-17%が精神科医を、3-11%が一般医を、合計で13-22%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、いずれかの神経症性・ストレス性障害、いずれかの物質関連障害で多い傾向にあった。

D. 考察

1. ストレスと精神的健康

岡山市調査では、半数強の住民が過去1ヶ月間にストレスを感じていた。この頻度は全国平均とほぼ同一であった。岡山市では、男女とも60歳以上ではストレスを感じた者が急激に低下していた。これが退職などを契機にしたものか、あるいは高齢者に手厚い環境づくりが進んでいるためであるかは今後の検討が必要である。また岡山市では有意ではないものの、20歳代と50歳代で女性の方がストレスを感じた者が多かった。女性の社会的役割と環境との葛藤、結婚・出産などが若年女性の過剰なストレスに関係しているかもしれない。また閉経や高齢者の介護などが50歳代の女性のストレスと関係しているかもしれない。

一方、精神的健康は、男性は40歳代で、女性は50歳代で最低であった。長期に継続する不況などのために40歳代の働き盛りの男性の精神的健康が低下している可能性もある。50歳代の女性の精神的健康の低さは、前述した50歳代女性のストレスの高さによるかもしれない。

2. 自殺行動

岡山市では、約9人に1人がこれまでに自殺を真剣に考えていた。男性では自殺を真剣に考えたことのある者の割合は3地区全体では岡山市でやや高かった。一方、女性では岡山市でやや低かった。岡山市では他の地域にくらべて、自殺率はそれほど高くなく、また中高年男性における自殺率のピークも明確でない。しかし今回の調査では男性40-49歳で自殺を真剣に考えたことのある者の割合が多い傾向にあった。これは自殺の計画をたてた、自殺をしようとした者の割合についても同様であった。

一方、女性では30歳代で自殺行動のピークがあり。高齢になるほど自殺を真剣に考えた者の割合は低かった。これはストレスや精神的健康の年齢別パターンとはやや違った結果である。

3. 精神障害による相談・受診行動

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遅らせる要因としては、自分が心の病気であり、専門家を受診することで問題を解決できるという認識のないこと、受診すべき専門機関の情報やアクセスに関する情報がないこと、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などが阻害要因と考えられる。精神障害による受診を促すために、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られる。

心の健康についての相談先では、精神科医と一般医がほぼ同程度で、1年間に3.5%の者が医師に自分の心の健康について相談していた。重症うつ病エピソードでは精神科医を受診するケースが多かったが、いずれかの気分障害では一般医を受診する頻度も多かった。また不安障害においても一般医を受診する割合が多くなっていた。中等度から軽症の気分・不安障害の診療における一般医の役割の重要性が示唆される。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有用であると考えられる。

4. 女性および中高年男性の心の健康

女性では、若年者のストレス、30歳代の自殺行

動経験、50歳代のストレスと精神的健康の低下と、それぞれ年齢別に異なった心の健康指標のパターンが見られた。中高年男性では、ストレス、精神的健康、自殺行動経験といずれの指標でも問題が多く見られた。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、これに加えて女性と中高年男性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。

E. 結論

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。

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. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002; 56(4): 431-41.

2. 学会発表

川上憲人, 堤明純, 小林由佳, 小林章雄, 廣尚典, 原谷隆史, 島津明人. 都道府県別の社会経済指標と2000年の性・年齢別自殺率との関連 地域相関研究. *日本衛生学雑誌* 58(1): 205(2003.03)

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

表1 過去1ヶ月間のストレスの頻度：岡山市調査

性別	年齢	「この1ヶ月間に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどがどのくらいありましたか」								合計 人数
		大いにあった		多少あった		あまりない		まったくない		
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
男性	20-29	6	13.6%	20	45.5%	12	27.3%	6	13.6%	44
	30-39	14	18.4%	37	48.7%	22	28.9%	3	3.9%	76
	40-49	17	23.0%	33	44.6%	17	23.0%	7	9.5%	74
	50-59	13	12.3%	46	43.4%	36	34.0%	11	10.4%	106
	60-69	5	7.1%	19	27.1%	36	51.4%	10	14.3%	70
	70-	4	6.2%	21	32.3%	21	32.3%	19	29.2%	65
	合計	59	13.6%	176	40.5%	144	33.1%	56	12.9%	435
女性	20-29	8	13.3%	37	61.7%	13	21.7%	2	3.3%	60
	30-39	19	22.4%	34	40.0%	29	34.1%	3	3.5%	85
	40-49	20	23.0%	38	43.7%	28	32.2%	1	1.1%	87
	50-59	19	18.8%	50	49.5%	25	24.8%	7	6.9%	101
	60-69	4	5.4%	23	31.1%	36	48.6%	11	14.9%	74
	70-	10	12.0%	30	36.1%	29	34.9%	14	16.9%	83
	合計	80	16.3%	212	43.3%	160	32.7%	38	7.8%	490

* 過去1ヶ月のストレスが「大いにあった」「多少あった」と回答した者.

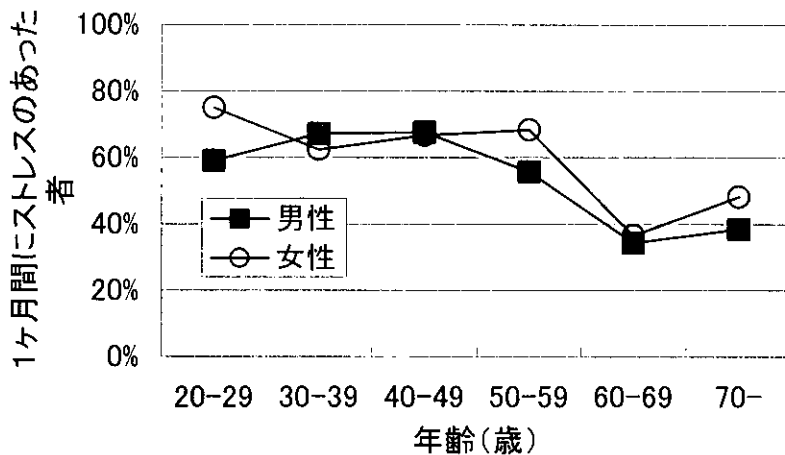


図1 過去1ヶ月間にストレスを「大いに」「多少」あったと回答した者の分布
男女とも年齢差が有意 p<0.05.

表2 精神的な健康についての回答の分布:岡山市調査

		「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」										合計
性別	年齢	きわめて良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康		人数
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
男性	20-29	5	11.4%	11	25.0%	19	43.2%	7	15.9%	2	4.5%	44
	30-39	5	6.6%	9	11.8%	37	48.7%	20	26.3%	5	6.6%	76
	40-49	6	8.1%	9	12.2%	22	29.7%	32	43.2%	5	6.8%	74
	50-59	9	8.5%	7	6.6%	47	44.3%	39	36.8%	4	3.8%	106
	60-69	5	7.1%	14	20.0%	31	44.3%	18	25.7%	2	2.9%	70
	70-	8	12.3%	9	13.8%	17	26.2%	31	47.7%		0.0%	65
合計		38	8.7%	59	13.6%	173	39.8%	147	33.8%	18	4.1%	435
女性	20-29	2	3.3%	7	11.7%	31	51.7%	19	31.7%	1	1.7%	60
	30-39	7	8.2%	19	22.4%	31	36.5%	23	27.1%	5	5.9%	85
	40-49	5	5.7%	12	13.8%	33	37.9%	33	37.9%	4	4.6%	87
	50-59	9	8.9%	10	9.9%	35	34.7%	41	40.6%	6	5.9%	101
	60-69	4	5.4%	10	13.5%	35	47.3%	24	32.4%	1	1.4%	74
	70-	7	8.4%	11	13.3%	31	37.3%	30	36.1%	4	4.8%	83
合計		34	6.9%	69	14.1%	196	40.0%	170	34.7%	21	4.3%	490

* 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.

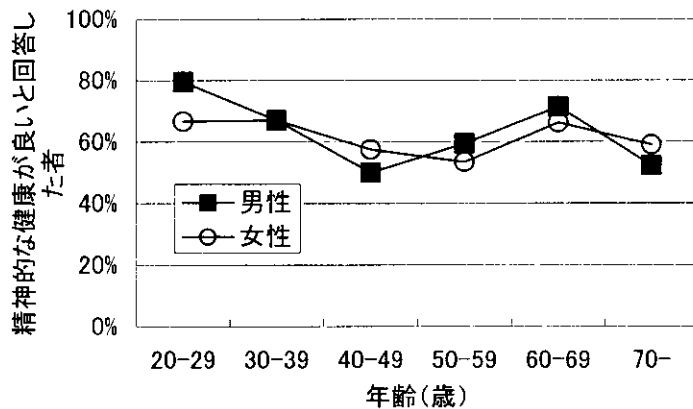


図2 精神的な健康が良好(「きわめて良い」「とても良い」「良い」と回答した者の分布
男性では年齢差が有意 p<0.01.

表3 身体的な健康状態についての回答の分布:岡山市調査

性別	年齢	「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、まあまあ、不健康」										合計 人数
		きわめて良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康		
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
男性	20-29	7	15.9%	13	29.5%	10	22.7%	13	29.5%	1	2.3%	44
	30-39	7	9.2%	9	11.8%	29	38.2%	29	38.2%	2	2.6%	76
	40-49	1	1.4%	10	13.5%	20	27.0%	33	44.6%	10	13.5%	74
	50-59	12	11.3%	5	4.7%	31	29.2%	50	47.2%	8	7.5%	106
	60-69	5	7.1%	11	15.7%	27	38.6%	23	32.9%	4	5.7%	70
	70-	4	6.2%	7	10.8%	10	15.4%	38	58.5%	6	9.2%	65
	合計		36	8.3%	55	12.6%	127	29.2%	186	42.8%	31	7.1%
女性	20-29	12	20.0%	2	3.3%	34	56.7%	9	15.0%	3	5.0%	60
	30-39	8	9.4%	24	28.2%	33	38.8%	15	17.6%	5	5.9%	85
	40-49	6	6.9%	19	21.8%	35	40.2%	25	28.7%	2	2.3%	87
	50-59	8	7.9%	7	6.9%	31	30.7%	50	49.5%	5	5.0%	101
	60-69	5	6.8%	7	9.5%	27	36.5%	30	40.5%	5	6.8%	74
	70-	3	3.6%	5	6.0%	25	30.1%	42	50.6%	8	9.6%	83
	合計		42	8.6%	64	13.1%	185	37.8%	171	34.9%	28	5.7%

* 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.

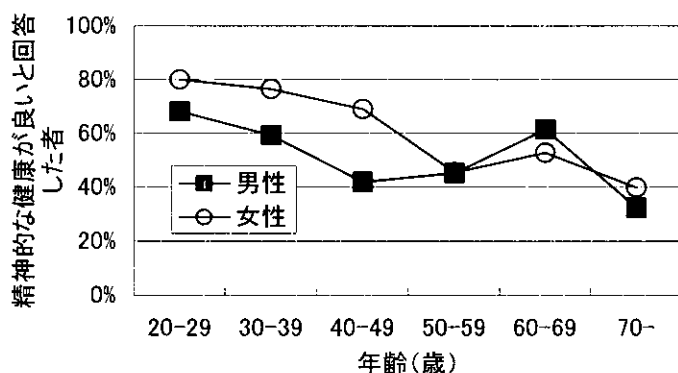


図3 身体的な健康が良好(「きわめて良い」「とても良い」「良い」)と回答した者の分布
男女とも年齢差が有意 $p < 0.01$. また30-39歳、40-49歳では男女差が有意 $p < 0.05$.

表4 これまでの自殺行動の頻度:岡山市調査

性別	年齢	対象者数	「自殺を真剣に考えた」「自殺の計画をたてた」「自殺をしようとした」					
			人数	頻度(%)	人数	頻度(%)	人数	頻度(%)
男性	20-29	44	5	11.4%	1	2.3%	1	2.3%
	30-39	74	10	13.5%	4	5.4%	2	2.7%
	40-49	74	11	14.9%	3	4.1%	4	5.4%
	50-59	105	13	12.4%	3	2.8%	2	1.9%
	60-69	70	5	7.1%	1	1.4%	2	2.9%
	70-	60	3	5.0%	1	1.7%	1	1.7%
	合計		427	47	11.0%	13	3.0%	12
女性*	20-29	60	9	15.0%	1	1.7%	-	0.0%
	30-39	85	16	18.8%	4	4.7%	5	5.9%
	40-49	86	10	11.6%	2	2.3%	1	1.2%
	50-59	100	12	12.0%	2	2.0%	5	5.0%
	60-69	74	5	6.8%	1	1.4%	1	1.4%
	70-	80	5	6.3%	-	0.0%	-	0.0%
	合計		485	57	11.8%	10	2.1%	12
男女合計		911	104	11.4%	23	2.5%	24	2.6%

無回答者のため対象者数が変動している。

* 女性では「自殺をしようとした」の年齢差が有意 (p<0.05)。

表5 岡山市調査における心の健康に関する受診・相談行動の頻度

	岡山市調査 (N=925)		3地区合計 (N=1664)	
	受診者数	受診率 (%)	受診者数	受診率 (%)
これまでに				
精神科医	40	4.3%	74	4.4%
一般医	42	4.5%	77	4.6%
医師合計	75	8.1%	135	8.1%
その他の専門家	9	1.0%	20	1.2%
その他の相談先	20	2.2%	40	2.4%
相談先合計	94	10.2%	175	10.5%
その他の相談先				
インターネット	2	0.2%	5	0.3%
自助グループ	10	1.1%	25	1.5%
電話相談	5	0.5%	11	0.7%
過去12ヶ月間				
精神科医	13	1.4%	20	1.2%
一般医	22	2.4%	41	2.5%
医師合計	32	3.5%	58	3.5%
その他の専門家	1	0.1%	8	0.5%
その他の相談先	4	0.4%	12	0.7%
相談先合計	36	3.9%	74	4.4%
その他の相談先				
インターネット	1	0.1%	4	0.2%
自助グループ	4	0.4%	12	0.7%
電話相談	2	0.2%	5	0.3%

注1: 受診・相談先は以下のとおり。精神科医＝精神科医。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。

表6 DSM-IV生涯診断別のこれまでの心の健康に関する受診・相談行動の頻度：岡山市調査

	岡山市調査		3地区合計	
	受診者数	受診率(%)	受診者数	受診率(%)
大うつ病エピソード	(N=64)		(N=110)	
精神科医	11	17.2%	20	18.2%
一般医	6	9.4%	9	8.2%
医師合計	16	25.0%	27	24.5%
その他の専門家	2	3.1%	3	2.7%
その他の相談先	5	7.8%	8	7.3%
相談先合計	22	34.4%	35	31.8%
いずれかの気分障害	(N=102)		(N=180)	
精神科医	15	14.7%	28	15.6%
一般医	12	11.8%	24	13.3%
医師合計	23	22.5%	44	24.4%
その他の専門家	5	4.9%	11	6.1%
その他の相談先	7	6.9%	13	7.2%
相談先合計	31	30.4%	59	32.8%
いずれかの不安障害	(N=77)		(N=145)	
精神科医	14	18.2%	24	16.6%
一般医	10	13.0%	23	15.9%
医師合計	23	29.9%	41	28.3%
その他の専門家	2	2.6%	6	4.1%
その他の相談先	5	6.5%	11	7.6%
相談先合計	29	37.7%	53	36.6%
いずれかの物質関連障害	(N=33)		(N=44)	
精神科医	7	21.2%	11	25.0%
一般医	3	9.1%	4	9.1%
医師合計	9	27.3%	13	29.5%
その他の専門家	0	0.0%	1	2.3%
その他の相談先	0	0.0%	2	4.5%
相談先合計	9	27.3%	15	34.1%
いずれかの精神障害	(N=178)		(N=303)	
精神科医	24	13.5%	43	14.2%
一般医	20	11.2%	36	11.9%
医師合計	40	22.5%	69	22.8%
その他の専門家	6	3.4%	13	4.3%
その他の相談先	10	5.6%	18	5.9%
相談先合計	51	28.7%	88	29.0%

注1: 大うつ病エピソードは、躁病あるいは軽躁病エピソードの有無に関わらず大うつ病エピソードの診断基準を満たした者。疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害＝大うつ病、気分変調性障害、小うつ病、双極性障害、軽躁病、焦燥性うつ病。いずれかの不安障害＝広場恐怖、社会恐怖、特定の(単一)恐怖症、全般性不安障害、パニック障害。いずれかの物質使用性障害＝アルコール乱用あるいは依存症、薬物乱用あるいは依存症。いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害＋間欠性爆発性障害

注2: 受診・相談先は表5を参照のこと。

表7 DSM-IV12ヶ月診断別の過去12ヶ月の心の健康に関する受診・相談行動の頻度：岡山市調査

	岡山市調査		3地区合計	
	受診者数	受診率(%)	受診者数	受診率(%)
大うつ病エピソード	(N=33)		(N=36)	
精神科医	3	13.0%	4	11.1%
一般医	0	0.0%	1	2.8%
医師合計	3	13.0%	5	13.9%
その他の専門家	0	0.0%	1	2.8%
その他の相談先	0	0.0%	2	5.6%
相談先合計	3	13.0%	7	19.4%
いずれかの気分障害	(N=34)		(N=51)	
精神科医	4	11.8%	5	9.8%
一般医	1	2.9%	3	5.9%
医師合計	4	11.8%	7	13.7%
その他の専門家	0	0.0%	1	2.0%
その他の相談先	1	2.9%	3	5.9%
相談先合計	4	11.8%	9	17.6%
いずれかの不安障害	(N=41)		(N=81)	
精神科医	4	9.8%	5	6.2%
一般医	2	4.9%	8	9.9%
医師合計	6	14.6%	13	16.0%
その他の専門家	0	0.0%	3	3.7%
その他の相談先	0	0.0%	4	4.9%
相談先合計	6	14.6%	18	22.2%
いずれかの物質使用性障害	(N=9)		(N=12)	
精神科医	1	11.1%	2	16.7%
一般医	1	11.1%	1	8.3%
医師合計	2	22.2%	3	25.0%
その他の専門家	0	0.0%	1	8.3%
その他の相談先	0	0.0%	0	0.0%
相談先合計	2	22.2%	3	25.0%
いずれかの精神障害	(n=72)		(N=128)	
精神科医	5	6.9%	7	5.5%
一般医	4	5.6%	11	8.6%
医師合計	8	11.1%	17	13.3%
その他の専門家	0	0.0%	4	3.1%
その他の相談先	1	1.4%	5	3.9%
相談先合計	8	11.1%	22	17.2%

注1：大うつ病エピソードは、躁病あるいは軽躁病エピソードの有無に関わらず大うつ病エピソードの診断基準を満たした者。疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害＝大うつ病、気分変調性障害、小うつ病、双極性障害、軽躁病、焦燥性うつ病。いずれかの不安障害＝広場恐怖、社会恐怖、特定の(単一)恐怖症、全般性不安障害、パニック障害。いずれかの物質使用性障害＝アルコール乱用あるいは依存症、薬物乱用あるいは依存症。いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害、開業性精神障害、発達性障害

注2：受診・相談先は表5を参照のこと。

表8 ICD10生涯診断別のこれまでの心の健康に関する受診・相談行動の頻度：岡山市調査

	岡山市調査		3地区合計	
	受診者数	受診率(%)	受診者数	受診率(%)
重症うつ病エピソード	(N=27)		(N=45)	
精神科医	7	25.9%	12	26.7%
一般医	1	3.7%	2	4.4%
医師合計	7	25.9%	12	26.7%
その他の専門家	2	7.4%	3	6.7%
その他の相談先	3	11.1%	4	8.9%
相談先合計	11	40.7%	17	37.8%
いずれかの気分障害	(N=83)		(N=149)	
精神科医	17	20.5%	31	20.8%
一般医	9	10.8%	18	12.1%
医師合計	23	27.7%	42	28.2%
その他の専門家	3	3.6%	7	4.7%
その他の相談先	6	7.2%	13	8.7%
相談先合計	29	34.9%	53	35.6%
いずれかの神経症性・ストレス性障	(N=103)		(N=191)	
精神科医	17	16.5%	32	16.8%
一般医	18	17.5%	32	16.8%
医師合計	31	30.1%	53	27.7%
その他の専門家	4	3.9%	9	4.7%
その他の相談先	7	6.8%	15	7.9%
相談先合計	39	37.9%	67	35.1%
いずれかの精神活性物質障害	(N=33)		(N=44)	
精神科医	7	21.2%	11	25.0%
一般医	3	9.1%	4	9.1%
医師合計	9	27.3%	13	29.5%
その他の専門家	0	0.0%	1	2.3%
その他の相談先	0	0.0%	2	4.5%
相談先合計	9	27.3%	15	34.1%
いずれかの精神障害	(N=176)		(N=309)	
精神科医	28	15.9%	48	15.5%
一般医	25	14.2%	41	13.3%
医師合計	47	26.7%	76	24.6%
その他の専門家	6	3.4%	13	4.2%
その他の相談先	10	5.7%	21	6.8%
相談先合計	59	33.5%	99	32.0%

注1: うつ病エピソードは、躁病あるいは軽躁病エピソードの有無に関わらずうつ病エピソードを経験した者。疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害＝大うつ病、気分変調性障害、小うつ病、双極性障害、軽躁病。いずれかの不安障害＝広場恐怖、社会恐怖、特定の(単一)恐怖症、全般性不安障害、パニック障害。いずれかの物質使用性障害＝アルコール乱用あるいは依存症、薬物乱用あるいは依存症。いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害。

注2: 受診・相談先は表5を参照のこと。

表9 ICD1012ヶ月診断別の過去12ヶ月の心の健康に関する受診・相談行動の頻度：岡山市調査

	岡山市調査		3地区合計	
	受診者数	受診率(%)	受診者数	受診率(%)
重症うつ病エピソード	(N=10)		(N=17)	
精神科医	1	10.0%	2	11.8%
一般医	0	0.0%	0	0.0%
医師合計	1	10.0%	2	11.8%
その他の専門家	0	0.0%	1	5.9%
その他の相談先	0	0.0%	1	5.9%
相談先合計	1	10.0%	3	17.6%
いずれかの気分障害	(N=30)		(N=51)	
精神科医	5	16.7%	6	11.8%
一般医	1	3.3%	5	9.8%
医師合計	5	16.7%	10	19.6%
その他の専門家	0	0.0%	2	3.9%
その他の相談先	1	3.3%	4	7.8%
相談先合計	5	16.7%	13	25.5%
いずれかの神経症性・ストレス性障害(N=54)			(N=106)	
精神科医	5	9.3%	7	6.6%
一般医	4	7.4%	10	9.4%
医師合計	7	13.0%	15	14.2%
その他の専門家	0	0.0%	3	2.8%
その他の相談先	1	1.9%	5	4.7%
相談先合計	7	13.0%	19	17.9%
いずれかの精神活性物質障害	(N=9)		(N=12)	
精神科医	1	11.1%	2	16.7%
一般医	1	11.1%	1	8.3%
医師合計	2	22.2%	3	25.0%
その他の専門家	0	0.0%	1	8.3%
その他の相談先	0	0.0%	0	0.0%
相談先合計	2	22.2%	3	25.0%
いずれかの精神障害	(N=80)		(N=143)	
精神科医	7	8.8%	9	6.3%
一般医	5	6.3%	12	8.4%
医師合計	10	12.5%	19	13.3%
その他の専門家	0	0.0%	4	2.8%
その他の相談先	1	1.3%	5	3.5%
相談先合計	10	12.5%	24	16.8%

注1：うつ病エピソードは、躁病あるいは軽躁病エピソードの有無に関わらずうつ病エピソードを経験した者。疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害＝大うつ病、気分変調性障害、小うつ病、双極性障害、軽躁病。いずれかの不安障害＝広場恐怖、社会恐怖、特定の(単一)恐怖症、全般性不安障害、パニック障害。いずれかの物質使用性障害＝アルコール乱用あるいは依存症、薬物乱用あるいは依存症。いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害。

注2：受診・相談先は表5を参照のこと。

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（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授）

研究要旨

【目的】 今後の大規模疫学調査の基盤確立を目指し、世界保健機関（WHO）が開発した精神医学的構成面接法（統合国際診断面接 CIDI）を用いて地域社会の一般住民における精神健康の実態を解析する。

【方法】 長崎市の選挙人名簿から無作為に 20 歳以上の市民を 800 名抽出し、調査協力に同意した対象者に所定の演習を終えた面接員（2 名 1 組）が対象者宅もしくは大学病院内施設で CIDI を実施する。

【結果】 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% を超えており、厳密で大規模な疫学調査の必要性が明示された。ICD 診断システムでのうつ病圏障害の頻度はかなり高率であった。

【結論】 回収率は高くなかったが、日本における地域社会の一般住民における精神健康の実態として諸外国での先行研究の結果に近似した知見を得ることができた。

長崎調査センター

中根 允文 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
精神病態制御学 教授

太田 保之 長崎大学医学部 保健学科 教授

辻村 徹 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
精神病態制御学 助教授

中根 秀之 長崎大学 医学部附属病院 精神神経科
講師

研究協力者

松田 静宗 長崎市保健所 所長

木下 裕久 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
精神病態制御学

菊池 美紀 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
精神病態制御学

尾上あゆみ 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
精神病態制御学

A. 研究目的

海外における多くの精神医学的疫学先行研究において、一般住民の 15-30%には何らかの精神疾患が発見されるといふ知見が得られている。しかし、日本に

おいては、精神科医療機関を受療した患者に関する分析結果 5)、および特定の疾患を対象とした調査結果はあるにしても、コミュニティ・ベースの広範なデータは残念ながら皆無に近いと言わざるを得ない。そこで、厳密な方法論に基づいているとはいえ欧米の知見を利用しようとしても、文化的背景の大きく異なる日本にそのまま適用できるか否かが問題である。従って、日本独自の疫学データが確立されるべきであるが、これが現実には容易なことでない。疫学研究、特に精神疾患の疫学研究を抑制する日本特有の要因、例えば精神疾患および精神疾患の患者を排除する要因、あるいは地域調査への違和感などが潜んでいるのかも知れない。しかし、今後世界共通の基盤に立って疫学データの比較検討を行おうとするとき、大規模な疫学調査を行うことは重要であり、その実施可能性を検討しておくことも必須要件である。

われわれは WHO 研究協力センターの一つとして、世界保健機関(WHO)の精神保健部が中心になって計画した The World Mental Health 2000/WMH2000 Study に高い関心を持っていた。厚生科学特別研究事

業として WMH2000 に準じた国内研究グループ(研究班代表者は、国立精神神経センター精神保健研究所長の吉川武彦氏)が組織され、長崎大学医学部も同研究班の研究分担者の一人となって、地域調査研究(長崎市)を行うことになった。

平成 12 年に行ったパイロット研究の結果をもとに、今回は調査対象者数を増やして WMH2000 に見合った知見を得ることが計画され、実施されることとなった。実際的には、抽出された地域住民(調査協力者又は調査被験者)に対して、WHO が開発した精神疾患に関わる統合国際診断面接(The Composite International Diagnostic Interview, CIDI)7 という構成面接法に基づいて、被験者の人権とプライバシーに配慮しながら、「こころの健康状態」を調査するということになる。また、この研究は、疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン(玉越ら、2000)および、疫学研究に関する倫理指針(疫学合同会合、2001)に基づいて行われるものである。

B. 研究方法

本研究の概要については、平成 14 年 12 月 2 日長崎大学医学部倫理委員会にて第 1 回目の審査を受け、平成 15 年 1 月 9 日に開催された同倫理委員会の第 2 回目の審査にて最終的には正式承認された。

調査実施に関わる事務局(長崎センター)を、長崎大学医学部精神神経科学教室におき、中根允文、太田保之、辻村徹、中根秀之、木下裕久、菊池美紀の精神科医(および尾上あゆみを事務局員)によって構成され、「ストレスと健康に関する調査-事務局」と呼称した。同事務局は、抽出された調査対象予定者との対応を含む全ての問題に対処した。まず、本調査研究の詳細な計画書作成、倫理委員会への同文書の提出、選挙管理委員会における調査対象者の抽出作業、抽出された対象者への調査協力依頼文書の発送、本研究への参加に同意した対象者に対する電話で面接等の日時予約、対象者からの問い合わせへの解説、面接調査員を対象者宅に派遣、面接調査員による CIDI 面接結果の受け取りなどを行った。

1. 面接調査様式および調査員の確保

平成 14 年 11 月中旬より、CIDI 面接調査員の募集を開始した。条件は、看護師と教員、および心理学関連の資格があり、パソコンの使用経験を有する者とし、

合計 30 名を確保することとした。訪問面接に入る前に、面接調査員は約 1 週間の総合国際診断面接(CIDI2000、コンピュータ版)に関する所定の研修を受けた。

2. 調査対象者の抽出

調査対象地域は長崎市であって、調査対象者は長崎市に在住する 20 歳以上の一般住民とした。まず、長崎市選挙管理委員会に対して、選挙人名簿閲覧申請を行った。申請後、許可を受けて同市が管轄する最新の選挙人名簿から、長崎市民 1,000 人を抽出した。具体的な抽出法は、長崎市内にある全投票所(119 箇所)の中から無作為に 10 力所の投票所を選び、選ばれた 10 投票所からそれぞれに更に無作為に調査対象者を抽出するという 2 段階で行った。長崎市選挙人名簿を閲覧し、転出や年齢などを考慮した上で、最終的には無作為に男性 386 名、女性 414 名を抽出し、合計 800 名を調査対象者とした。このような調査対象者に係る手続きは、慎重に個人のプライバシー保護に留意して行った。

3. 調査方法

(1) 地域社会への働きかけ

地域での面接調査を実施するのに先立ち、対象者から高い協力を得るため長崎市および長崎市保健所に調査の概要を説明し、長崎市保健所松田静宗所長の研究協力を得ることが出来た。同氏には、長崎市役所内での広報、市所属保健師の理解と協力の支援、および地域への広報活動への協力などを期待した。また、長崎市民生委員の協力を取り付けるべく、民生委員理事会および同地区長会に長崎センタースタッフが出席し、調査概要の説明と調査への協力を依頼した。ただ、事務局および民生委員スタッフの双方に時間的制約があり(会議が月に 1 回)、十分な情報の伝達と共有が行えず、事務局であるわれわれの想定していた協力とは隔たりがあり、残念ながら協調関係の確立には至らなかった。

(2) 面接対象者に資料の郵送

本研究の岡山センターで使用されている資料をもとに、長崎センターの調査対象者に対する資料を作成した。期間的に限られていたこともあり、対象者 800 名に一括して郵送した。

(3) 面接方法

WHO によって 1993 年に、一般住民を対象とした