

精神医学的疫学調査を行う上で非専門家でも利用可能なように完全な構成面接法として開発された統合国際診断面接 CIDI core version の最新版 2.1 版(日本語訳)を面接評価法として利用した。ただし、対象者および面接調査員の負担を考慮して、「G 精神分裂病及び精神病性障害」の項は含めないこととした。面接に当たっては、総合国際診断面接のコンピュータ版(CIDI2000、コンピュータ版)を用い、面接の場所は自宅もしくは長崎大学附属病院精神科教室(以下大学病院)のいずれでもよいこととし対象者の選択に任せた。自宅への訪問を原則として活動計画が立案されており、バッテリー駆動時間、携行性を考慮して、ノート型パーソナル・コンピュータを合計9台準備した。

(4) 面接までの手順

対象者に対して、調査責任者名で調査協力依頼状を送付し、返信用はがきで調査協力に関わる意思表示の返事を受け取る形とした。調査協力の返事があった対象者には、事務局員より電話連絡して、面接時間を決定した。調査に関する説明を聞いてから参加するか否か判断するとした対象者には、事務局員が電話で説明し協力を依頼した。さらに必要な場合は、研究グループの精神科医が調査内容と方法を詳細に説明した。返信用ハガキにて協力できないとした対象者にも、電話帳などをもとに連絡先が確認できた者については電話連絡にて協力を要請した。先の依頼状に対して無回答であった者については、第2回、第3回の往復ハガキを郵送して、さらに協力依頼を行った。また、マスメディア(ローカルTV局への出演2回、および新聞での紹介記事)への調査概要の説明および協力の依頼を行った。

(5) 面接の実施

CIDI 面接は、平成15年1月中旬から同年3月中旬に実施することとした。円滑な調査遂行および防犯の観点などから、面接調査員は2名1組で行動した。

面接調査員は、面接の開始前に事務局にて、調査用資料とともに、CIDI ソフトが含まれた調査用のノート型コンピュータを受け取り、調査対象者自宅もしくは、大学病院内施設にて面接を行った。面接時には、面接員は身分証明書を提示しながら自己紹介し、所定のマニュアルに従って対象者の人権とプライバシーを侵害しないことなどを告知し、改めて調査研究への

同意書に署名してもらった上で実施した。面接に対する対象者の motivation 強化のため、面接開始前に研究協力謝礼(3000円分の商品券)を、また面接終了時には感謝状を手渡した。大学病院内施設での面接ケースには、公共交通機関(路線バス)の交通費を支給した。面接終了時には、面接調査員は面接票に記載漏れのないことを確認して、速やかに事務局に持参した。

(6) 結果の入力と解析

面接調査員が事務局に戻る際には、1名の者は事務局でデータの受け渡しを行い、面接における情報の安全確認を行った。つまり、調査員は面接時における調査対象者の返答をもとにコンピュータに入力したものを、データファイルとして保存した。事務局では、その他のデータ入力、データ入力不備の確認とバックアップを行った。予定された面接期間が終了後、長崎センターは岡山センターにデータファイルを送付し、資料は同センターにて解析された。

(7) 調査結果の扱いについて

研究の目的、方法、および研究のもたらす個人への利益・不利益について充分説明し、更に協力の自発性の原則を守り、被験者又はその保護者(親権者)の明確な同意に基づいて、研究は進められた。研究の過程で得られた情報は、責任を以て厳重に保管され、個人情報漏洩は厳しく防止された。特に、プライバシーの守秘性には留意し、面接調査票のIDセクションは略符号と番号に変換し、それらと対象者名とを符合させるには別に一括票を準備して、それぞれ別個に保管した。調査結果の問い合わせについては、原則として個人的レベルでは応じないこととし、本人など(または身近な人であると明らかに確認されたとき)のことで面接時にまたは後刻に相談を希望された場合は、相談日を設定して対応するか適切な施設を事務局の責任で紹介することとした。全対象に関する数量化した調査結果は要約して、協力した調査対象者に後日報告する予定である。

4. 研究の実際的経緯と研究結果

(1) 調査の実施状況

研究計画書を立案する過程で、調査対象の抽出作業を行った。即ち、調査対象地域の長崎市の最新の選挙人名簿(平成15年1月現在)を利用するため、まず選挙人名簿閲覧申請書を提出して承認を得た。この名簿を基に、長崎市には119カ所の投票所があるので、

そこから無作為に 10ヶ所の投票所を選び、各投票所から更に無作為に調査対象者抽出を行った。

対象は選挙人名簿に記載される 20 歳以上の長崎市民である。長崎市の選挙人名簿は 119ヶ所の投票所別に整理されているので、それらの投票所からまず 10 投票所を抽出し、次いで投票所ごとに対象者を抽出していく二段階抽出法を採用した。選ばれた各投票所は、地理的にはおおそ長崎市全体をカバーしていたが、最も遠い面接場所の場合タクシーでも片道 1 時間 30 分を要した。選挙人名簿からの抽出であるので、20 歳以上という条件があるが、各投票所の年齢構成や規模にはバラつきがあった。調査対象として抽出された者のうち約 6割からの協力が得られることを期待して (WHO が設定した協力率としての最低水準)、調査完了者 500 名とするためにまず約 1,000 名を対象者として抽出した。

この 1,000 名から転出や年齢を考慮し、男性 386 名、女性 414 名が最終的に抽出された。このようにして選ばれた調査対象予定者に、研究責任者から調査協力依頼の文書を発送し、これに対する対象者からの回答、すなわち「協力する」、「話を聞いてから決める」、および「拒否」といった回答に応じて、以下のように対応した。つまり、「話を聞いてから決める」および「無回答」であった対象者に電話などで調査内容を詳しく説明し、協力依頼をする。回答されてくる葉書の枚数を考慮して、更にそれまでに回答の得られなかった対象予定者に調査への参加の可否に関する再依頼および確認の葉書を合計 2 回発送した。最終的に面接調査「協力」の意思表示がなされた対象者に、彼らの居宅を訪問して調査員が面接することになる (調査実施場所は対象者の自宅を原則とし、資料の解析は長崎大学医学部精神神経科にて行う)。

(2) 調査体制

前記したように調査事務局は、長崎大学医学部精神神経科学教室にあり、同教室のスタッフ(精神科医の中根允文・中根秀之・木下裕久・菊池美紀、および事務担当者として尾上あゆみ)が、抽出された調査対象予定者との対応に当たった。彼らに加えて、非常勤の調査協力者(面接調査員) 30 名(女性 30 名;22 歳から 68 歳)が委嘱された。この 30 名を中心に CIDI 面接の演習講座が岩田昇(米国・南フロリダ大学、行動医学・健康心理学研究センター)、岡山大学大学院 藤田博子

および藤田益伸 3 氏の指導で、12 月 9-13 日の 5 日間実施された。面接調査員の中で参加できない日があった時については、後日補講期間が設けられて対応した。面接調査員は、同講座の終了後も CIDI 面接法をロールプレイによって繰り返し演習すると共に、調査対象抽出に関わる作業への協力、本研究に関わる文書の複写・発送、そして対象者の CIDI 面接(二人訪問の体制)、などを行った。

C. 調査結果

(1) 返答率・同意率・回収率

調査協力依頼書を郵送した後の、調査対象者からの回答の内容別に見た経時的な経過を図 1 に示す。

なお、倫理委員会の審議と中に調査協力依頼書を発送したことについては、建久実施上に時間的な逼迫があったためであるが、本来は正式承認が完了するまで留保されるべきであり、同倫理委員会委員長に対して公式に陳謝した。

平成 15 年 1 月 14 日、地元紙である長崎新聞に「ストレスと健康」と題する原稿を投稿し、それが掲載されて、ストレスの健康に及ぼす影響に関する説明と今回の調査の概要を紹介した。同年 1 月 16 日には、地元の民放 TV 局であるテレビ長崎 (KTN) の夕刻のローカル視聴者参加番組にて調査協力を依頼し、マスメディアを利用した広報活動を行った。

約半か月を経過し、回収率の低下が目立ち始めたため、平成 15 年 1 月 24 日返事のない調査対象者に再度調査協力の依頼のための往復葉書 (2 回目) を郵送した。平成 15 年 2 月 13 日には、NHK 長崎局のローカルニュース番組に出演し、調査の説明と更なる協力の依頼を行った。平成 15 年 2 月 17 日回収率の低下が目立ち始めたため、返答のない調査対象者に調査協力の依頼のための往復葉書 (3 回目) を郵送した。平成 15 年 2 月 18 日面接調査場所の拡大の一つとして、長崎市役所内施設の利用を依頼し、許可を受けた。

今回の調査期間中に、517 名(64.7%)の調査対象予定者から回答が寄せられた。最終的には、800 名に調査協力を依頼し、211 名(うち 1 名不完全回答者を含む)の調査協力を得ることが出来た。返答率(返答数/発送数)、同意率(協力/(協力+拒否))については、それぞれ 92.9%、43%であった。また回収率(実施数/(発送数-対象外))は、26.6%であった。

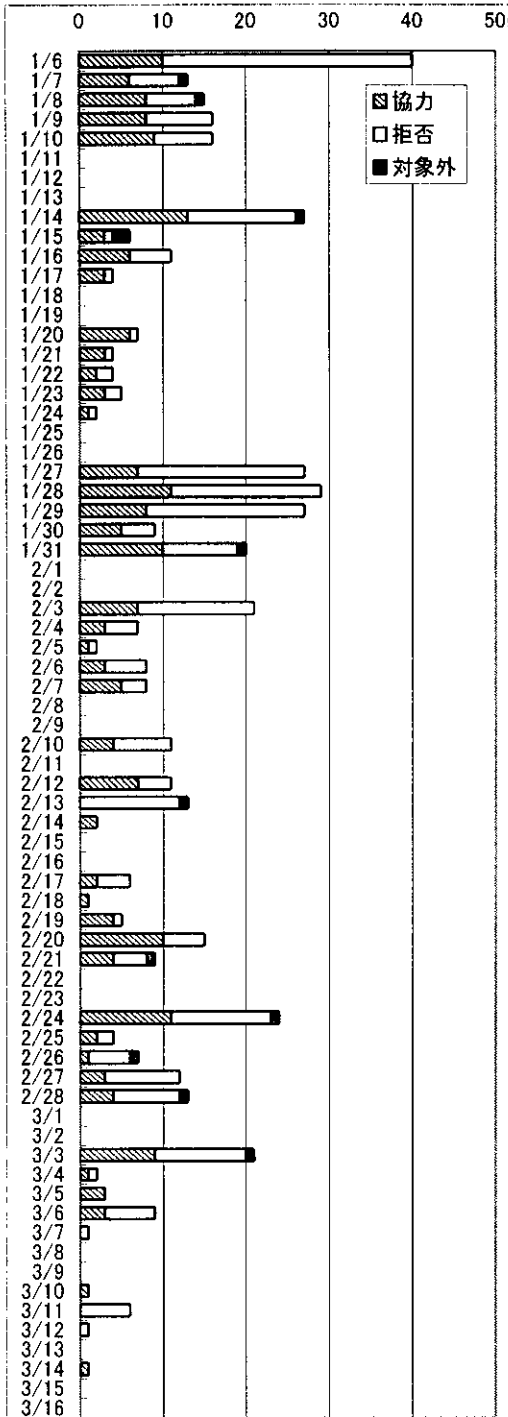


図1 調査協力依頼状への回答の推移

(2) 性別・年齢別

回収率については、女性の調査協力者が若干男性を上回った（男性 21.7%、女性 31.2%）。また年代別で見ると、60歳代、70歳代で36%の回収率という時間的余裕のある比較的高齢の調査協力者が多かった。20歳代が18.1%極端に低いのは、時間的余裕、関心が低いということのほかにも実際は他県に転出している可能性も若干含まれると思われる。返答率でも同様の傾向が認められたが、同意率については、各年齢層にお

いて大きな差は認められなかった。

表1 性別に見た協力状況

	男性	女性	合計
協力	83	128	211
拒否	119	175	294
対象外	8	4	12
小計	210	307	517
未回答	176	107	283

表2 年齢群別に見た協力状況

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	合計
協力	29	30	41	52	48	11	211
拒否	48	45	56	78	54	13	294
対象外	5	0	3	1	2	1	12
小計	82	75	100	131	104	25	517
未回答	83	59	54	51	30	6	283

(3) 地域別

大学病院の近郊（No67）と長崎市郊外（No77）の投票所において協力率は比較的高かった。全体的には、大学病院からより遠方になるにつれ回収率が下がる傾向にあった。交通の便、情報の浸透度の影響も考えられた。

表3 投票所別に見た協力状況

No.	協力	%	拒否	%	対象外	%	小計
7	18	36.00	32	64.00	0	0.00	50
17	20	37.04	32	59.26	2	3.70	54
37	18	34.62	33	63.46	1	1.92	52
47	18	39.13	28	60.87	0	0.00	46
57	22	51.16	20	46.51	1	2.33	43
67	25	51.02	22	44.90	2	4.08	49
77	31	52.54	28	47.46	0	0.00	59
87	22	40.74	30	55.56	2	3.70	54
97	19	35.19	34	62.96	1	1.85	54
99	18	32.14	35	62.50	3	5.36	56

(4) 面接場所

大学病院での面接を希望した調査協力者が、6割強を占めた。大学病院での面接が自宅訪問を上回った背景には、自宅での面接は対象者にとって安心できるものの、他人を招き入れることには抵抗があり、自宅の様子を知られたくないという意識が作用したようにも考えられる。

表4 面接場所の状況

場所	病院	自宅	合計
実数	130	81	212
%	61.6%	38.4%	100%

(5) 面接時間

ほとんどの面接が順調に進行し、面接時間はおよそ1時間程度といった短い場合が多かった(55.4%)。長時間になる場合でも、おおむね1時間から3時間程度であった。実際の面接場面でなんらかの問題があっても、トレーニング段階でのシミュレーションやロールプレイ、あるいは意見交換・討論などの成果から、各面接員が臨機応変に対処できていた。

表5 面接の所要時間

時間(hr)	実数	パーセント
~0.5	26	12.3%
0.5~1.0	91	43.1%
1.0~2.0	27	12.8%
2.0~3.0	40	19.0%
3.0~4.0	19	9.0%
4.0~5.0	4	1.9%
5.0~	4	1.9%
合計	211	100.0%

(6) 調査に対する苦情

面接調査期間中、調査対象者および面接調査員から特別の苦情は寄せられなかった。

(7) その他

精神的問題を抱えている対象者もしくはその関係者からの精神的問題に関する問い合わせが、数件あったので、長崎センター事務局において研究協力者である精神科医師等が直接対応した。

(8) ストレスと健康

1) ストレス (表6参照)

SC9C(過去1ヶ月間のストレス)「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」という問いに対して、「多少あった」とする回答が、男性で45.8%、女性では54.4%と5割前後を占めた。これに「大いにあった」とするものを含めると、男性で65%以上、女性で70%以上となり、ストレスを感じている者の割合は相当に高いものであるといえる。

2) 身体的健康 (表7参照)

SC8_1(身体的健康)「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」という問いに対する回答は、「まあまあ」と「良い」を合わせると、男性で67.5%、女性で71.2%と女性のほうがやや高く、「不健康」とした回答を見ると男性が10.8%と女性の8.8%を上回っていた。

3) 精神的健康 (表8参照)

SC8_2(精神的健康)「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」という問いに対する回答は、身体的健康とほぼ同様の傾向を示した。しかし、「不健康」とした回答を見ると男性が7.2%と女性の5.6%を上回ってはいたが、身体的健康に比べ自覚的な「不健康」は低い値を示した。

4) 自殺念慮 (表9参照)

SD2(自殺念慮)これまでに「自殺を真剣に考えた」者の割合については、「はい」という回答は、男性10.8%、女性22.6%を占めた。年齢別に見ても、男性は30-39歳群に最も高い値が見られ、女性はどの年齢層でもおおむね平均した値をとっていることが特徴的である。男性に比べ女性が2倍近い高さを示したのは、うつ病の罹病性の高さを反映したものかも知れない。

5) 自殺計画 (表10参照)

SD4(自殺企図)これまでに「自殺の計画をたてた」者の割合については、「はい」という回答は、男性で1.2%、女性で2.4%を占めており、これも先に述べた自殺念慮と同様の傾向を示している。

6) 自殺企図 (表11参照)

SD6（自殺既遂）これまでに「自殺をしようとした」者については、「はい」という回答は、男性では全く認めなかったが、女性では4.8%を占めていた。

表 6 対象者におけるストレスの有無

性別	年齢	ストレスの有無										合計
		大いにあ った		多少あつ た		あまりな い		まったく ない		不明		
男性	20-29	3	23.1%	5	38.5%	5	38.5%	0	0.0%	0	0.0%	13
	30-39	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
	40-49	4	23.5%	7	41.2%	5	29.4%	1	5.9%	0	0.0%	17
	50-59	4	23.5%	7	41.2%	3	17.6%	3	17.6%	0	0.0%	17
	60-69	3	11.5%	14	53.8%	7	26.9%	2	7.7%	0	0.0%	26
	70-	0	0.0%	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
	合計	17	20.5%	38	45.8%	22	26.5%	6	7.2%	0	0.0%	83
女性	20-29	1	7.1%	10	71.4%	3	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	14
	30-39	4	17.4%	15	65.2%	3	13.0%	1	4.3%	0	0.0%	23
	40-49	4	17.4%	15	65.2%	4	17.4%	0	0.0%	0	0.0%	23
	50-59	9	29.0%	16	51.6%	6	19.4%	0	0.0%	0	0.0%	31
	60-69	5	20.8%	8	33.3%	10	41.7%	1	4.2%	0	0.0%	24
	70-	0	0.0%	4	40.0%	6	60.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
	合計	23	18.4%	68	54.4%	32	25.6%	2	1.6%	0	0.0%	125

表 7 対象者における身体的健康度

性別	年齢	身体的健康度										合計		
		きわめて 良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康			不明	
男性	20-29	2	15.4%	3	23.1%	1	7.7%	6	46.2%	1	7.7%	0	0.0%	13
	30-39	0	0.0%	1	20.0%	1	20.0%	2	40.0%	1	20.0%	0	0.0%	5
	40-49	0	0.0%	3	17.6%	7	41.2%	4	23.5%	3	17.6%	0	0.0%	17
	50-59	3	17.6%	2	11.8%	5	29.4%	5	29.4%	2	11.8%	0	0.0%	17
	60-69	2	7.7%	2	7.7%	2	7.7%	18	69.2%	2	7.7%	0	0.0%	26
	70-	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	4	80.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
	合計	7	8.4%	11	13.3%	17	20.5%	39	47.0%	9	10.8%	0	0.0%	83
女性	20-29	4	28.6%	3	21.4%	3	21.4%	4	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	14
	30-39	2	8.7%	3	13.0%	10	43.5%	7	30.4%	1	4.3%	0	0.0%	23
	40-49	2	8.7%	3	13.0%	4	17.4%	11	47.8%	3	13.0%	0	0.0%	23
	50-59	3	9.7%	2	6.5%	11	35.5%	13	41.9%	2	6.5%	0	0.0%	31
	60-69	1	4.2%	0	0.0%	2	8.3%	17	70.8%	4	16.7%	0	0.0%	24
	70-	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%	6	60.0%	1	10.0%	0	0.0%	10
	合計	13	10.4%	12	9.6%	31	24.8%	58	46.4%	11	8.8%	0	0.0%	125

表 8 対象者における精神的健康度

性別	年齢	きわめて										不明	合計	
		良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康				
男性	20-29	1	7.7%	4	30.8%	1	7.7%	6	46.2%	1	7.7%	0	0.0%	13
	30-39	0	0.0%	1	20.0%	1	20.0%	2	40.0%	1	20.0%	0	0.0%	5
	40-49	0	0.0%	3	17.6%	5	29.4%	7	41.2%	2	11.8%	0	0.0%	17
	50-59	2	11.8%	1	5.9%	6	35.3%	7	41.2%	1	5.9%	0	0.0%	17
	60-69	1	3.8%	6	23.1%	9	34.6%	9	34.6%	1	3.8%	0	0.0%	26
	70-	1	20.0%	0	0.0%	2	40.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	5
	合計	5	6.0%	15	18.1%	24	28.9%	33	39.8%	6	7.2%	0	0.0%	83
女性	20-29	1	7.1%	4	28.6%	4	28.6%	5	35.7%	0	0.0%	0	0.0%	14
	30-39	2	8.7%	3	13.0%	8	34.8%	9	39.1%	1	4.3%	0	0.0%	23
	40-49	1	4.3%	0	0.0%	8	34.8%	13	56.5%	1	4.3%	0	0.0%	23
	50-59	3	9.7%	0	0.0%	11	35.5%	14	45.2%	2	6.5%	1	3.2%	31
	60-69	1	4.2%	2	8.3%	5	20.8%	13	54.2%	3	12.5%	0	0.0%	24
	70-	1	10.0%	0	0.0%	3	30.0%	6	60.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
	合計	9	7.2%	9	7.2%	39	31.2%	60	48.0%	7	5.6%	1	0.8%	125

表 9 自殺念慮の有無

性別	年齢	不					
		はい	いいえ		不明		
男性	20-29	3	23.1%	10	76.9%	0	0.0%
	30-39	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%
	40-49	2	11.8%	15	88.2%	0	0.0%
	50-59	2	11.8%	15	88.2%	0	0.0%
	60-69	0	0.0%	26	100.0%	0	0.0%
	70-	0	0.0%	5	100.0%	0	0.0%
	合計	9	10.8%	74	89.2%	0	0.0%
女性	20-29	4	28.6%	9	64.3%	1	7.1%
	30-39	6	26.1%	17	73.9%	0	0.0%
	40-49	6	26.1%	17	73.9%	0	0.0%
	50-59	4	12.9%	27	87.1%	0	0.0%
	60-69	7	30.4%	16	69.6%	0	0.0%
	70-	1	10.0%	9	90.0%	0	0.0%
	合計	28	22.6%	95	76.6%	1	0.8%
男女合計		37	17.9%	169	81.6%	1	0.5%

表 10 自殺計画の有無

性別	年齢	はい		いいえ		合計
		人数	割合	人数	割合	
男性	20-29	0	0.0%	3	23.1%	13
	30-39	0	0.0%	2	40.0%	5
	40-49	1	5.9%	1	5.9%	17
	50-59	0	0.0%	2	11.8%	17
	60-69	0	0.0%	0	0.0%	26
	70-	0	0.0%	0	0.0%	5
	合計	1	1.2%	8	9.6%	83
女性	20-29	1	7.1%	3	21.4%	14
	30-39	0	0.0%	6	26.1%	23
	40-49	1	4.3%	5	21.7%	23
	50-59	1	3.2%	3	9.7%	31
	60-69	0	0.0%	7	30.4%	23
	70-	1	10.0%	0	0.0%	10
	合計	4	3.2%	24	19.4%	124
男女合計		5	2.4%	32	15.5%	207

表 11 自殺企図者の分布

性別	年齢	はい		いいえ		合計
		人数	割合	人数	割合	
男性	20-29	0	0.0%	3	23.1%	13
	30-39	0	0.0%	2	40.0%	5
	40-49	0	0.0%	2	11.8%	17
	50-59	0	0.0%	2	11.8%	17
	60-69	0	0.0%	0	0.0%	26
	70-	0	0.0%	0	0.0%	5
	合計	0	0.0%	9	10.8%	83
女性	20-29	0	0.0%	4	28.6%	14
	30-39	2	8.7%	4	17.4%	23
	40-49	2	8.7%	4	17.4%	23
	50-59	2	6.5%	2	6.5%	31
	60-69	0	0.0%	7	30.4%	23
	70-	0	0.0%	1	10.0%	10
	合計	6	4.8%	22	17.7%	124
男女合計		6	2.9%	31	15.0%	207

(9) 受療行動

1) 回答者全員における「これまで」の間および「過去 12 ヶ月間」の心の健康に関する受診・相談行動の頻度 (表 12 参照)

受療行動については、「これまでに」および「過去 12 ヶ月」のいずれにおいても一般医 (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) への相談が高い割合 (9.6%、4.3%) を示した。これは、何らかの問題を抱えて際には、まず一般医に相談し解決を期待する行動特性が示唆された。一方、「これまでに」において精神科医への相談も少なくないことから、一般医での問題解決に結びつかないケースなど精神科医へのコンサルトや紹介という形での相談などがあるものと考えられた。

また、長崎センターの結果では、他の地域に比べ医療機関に相談する割合が高いことが特徴的である。その他の専門家には心理士、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) の医療専門家が含まれ、その他の相談先には僧侶、牧師、ラビなどの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、

および霊媒師などが、その他の治療者として含まれている。

2) DSM-IVによる心の健康に関する受診・相談行動の頻度 (表 13、表 14 参照)

生涯診断別で受療行動を見ると、各診断例の実数が小さくなるため、断定的な傾向は示されないものの、いずれかの物質使用性障害を除いては、全体のデータと比較して低い割合になっている。また、いずれかの物質使用性障害を除いて一般医への相談が高い割合を示し、やはり精神科医に対する敷居は高いことは実証されたと考えられよう。

3) ICD-10Fによる心の健康に関する受診・相談行動の頻度 (表 15、表 16 参照)

生涯診断別で見ると、DSM-IVシステムとは違って、うつ病、いずれかの物質使用性障害において精神科医への相談の割合が高い。ここでは、DSM と ICD の診断システムの微妙な違いが現れているといえよう。ただそれ以外の疾患では、いずれも一般医への相談が主となっている。

表 12 相談行動の頻度

	長崎			合計		
	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数
これまでに						
精神科医	7.7%	208	16	4.4%	1664	74
一般医	9.6%	208	20	4.6%	1664	77
医師合計	14.9%	208	31	8.1%	1664	135
その他の専門家	2.4%	208	5	1.2%	1664	20
その他の相談先	4.8%	208	10	2.4%	1664	40
相談先合計	20.2%	208	42	10.5%	1664	175
その他の相談先						
インターネット	1.0%	208	2	0.3%	1664	5
自助グループ	1.9%	208	4	1.5%	1664	25
電話相談	1.4%	208	3	0.7%	1664	11
過去 12 ヶ月間						
精神科医	1.4%	208	3	1.2%	1664	20
一般医	4.3%	208	9	2.5%	1664	41
医師合計	5.8%	208	12	3.5%	1664	58
その他の専門家	1.9%	208	4	0.5%	1664	8
その他の相談先	2.4%	208	5	0.7%	1664	12
相談先合計	10.1%	208	21	4.4%	1664	74
その他の相談先						
インターネット	1.0%	208	2	0.2%	1664	4
自助グループ	0.5%	208	1	0.7%	1664	12
電話相談	1.0%	208	2	0.3%	1664	5

表 13 DSM-IV 診断分類別にみた相談行動の頻度

(生涯診断)

	長崎			合計		
	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数
大うつ病						
精神科医	14.3%	21	3	18.2%	110	20
一般医	14.3%	21	3	8.2%	110	9
医師合計	23.8%	21	5	24.5%	110	27
その他の専門家	0.0%	21	0	2.7%	110	3
その他の相談先	4.8%	21	1	7.3%	110	8
相談先合計	28.6%	21	6	31.8%	110	35
いずれかの気分障害						
精神科医	12.5%	40	5	15.6%	180	28
一般医	20.0%	40	8	13.3%	180	24
医師合計	27.5%	40	11	24.4%	180	44
その他の専門家	5.0%	40	2	6.1%	180	11
その他の相談先	10.0%	40	4	7.2%	180	13
相談先合計	37.5%	40	15	32.8%	180	59
いずれかの不安障害						
精神科医	15.6%	32	5	16.6%	145	24
一般医	25.0%	32	8	15.9%	145	23
医師合計	31.3%	32	10	28.3%	145	41
その他の専門家	3.1%	32	1	4.1%	145	6
その他の相談先	12.5%	32	4	7.6%	145	11
相談先合計	40.6%	32	13	36.6%	145	53
いずれかの物質使用性障害						
精神科医	40.0%	5	2	25.0%	44	11
一般医	20.0%	5	1	9.1%	44	4
医師合計	40.0%	5	2	29.5%	44	13
その他の専門家	0.0%	5	0	2.3%	44	1
その他の相談先	20.0%	5	1	4.5%	44	2
相談先合計	60.0%	5	3	34.1%	44	15
いずれかの精神障害						
精神科医	14.0%	57	8	14.2%	303	43
一般医	17.5%	57	10	11.9%	303	36
医師合計	26.3%	57	15	22.8%	303	69
その他の専門家	3.5%	57	2	4.3%	303	13
その他の相談先	7.0%	57	4	5.9%	303	18
相談先合計	33.3%	57	19	29.0%	303	88

表 14 DSM-IV 診断分類別にみた相談行動の頻度

(12ヶ月間)

	長崎			合計		
	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数	受診率 (%)	対象者数	受診者 数
大うつ病						
精神科医	0.0%	9	0	11.1%	36	4
一般医	11.1%	9	1	2.8%	36	1
医師合計	11.1%	9	1	13.9%	36	5
その他の専門家	0.0%	9	0	2.8%	36	1
その他の相談先	11.1%	9	1	5.6%	36	2
相談先合計	22.2%	9	2	19.4%	36	7
いずれかの気分障害						
精神科医	0.0%	12	0	9.8%	51	5
一般医	16.7%	12	2	5.9%	51	3
医師合計	16.7%	12	2	13.7%	51	7
その他の専門家	0.0%	12	0	2.0%	51	1
その他の相談先	8.3%	12	1	5.9%	51	3
相談先合計	25.0%	12	3	17.6%	51	9
いずれかの不安障害						
精神科医	0.0%	18	0	6.2%	81	5
一般医	16.7%	18	3	9.9%	81	8
医師合計	16.7%	18	3	16.0%	81	13
その他の専門家	5.6%	18	1	3.7%	81	3
その他の相談先	11.1%	18	2	4.9%	81	4
相談先合計	33.3%	18	6	22.2%	81	18
いずれかの物質使用性障害						
精神科医	0.0%	1	0	16.7%	12	2
一般医	0.0%	1	0	8.3%	12	1
医師合計	0.0%	1	0	25.0%	12	3
その他の専門家	0.0%	1	0	8.3%	12	1
その他の相談先	0.0%	1	0	0.0%	12	0
相談先合計	0.0%	1	0	25.0%	12	3
いずれかの精神障害						
精神科医	0.0%	26	0	5.5%	128	7
一般医	15.4%	26	4	8.6%	128	11
医師合計	15.4%	26	4	13.3%	128	17
その他の専門家	3.8%	26	1	3.1%	128	4
その他の相談先	7.7%	26	2	3.9%	128	5
相談先合計	26.9%	26	7	17.2%	128	22

表 15 ICD-10 診断分類別にみた相談行動の頻度

(生涯診断)

	長崎			合計		
	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数
重症うつ病エピソード						
精神科医	33.3%	9	3	26.7%	45	12
一般医	11.1%	9	1	4.4%	45	2
医師合計	33.3%	9	3	26.7%	45	12
その他の専門家	0.0%	9	0	6.7%	45	3
その他の相談先	0.0%	9	0	8.9%	45	4
相談先合計	33.3%	9	3	37.8%	45	17
いずれかの気分障害						
精神科医	14.7%	34	5	20.8%	149	31
一般医	20.6%	34	7	12.1%	149	18
医師合計	29.4%	34	10	28.2%	149	42
その他の専門家	2.9%	34	1	4.7%	149	7
その他の相談先	8.8%	34	3	8.7%	149	13
相談先合計	35.3%	34	12	35.6%	149	53
いずれかの不安障害						
精神科医	14.3%	35	5	16.8%	191	32
一般医	25.7%	35	9	16.8%	191	32
医師合計	31.4%	35	11	27.7%	191	53
その他の専門家	2.9%	35	1	4.7%	191	9
その他の相談先	11.4%	35	4	7.9%	191	15
相談先合計	40.0%	35	14	35.1%	191	67
いずれかの物質使用性障害						
精神科医	40.0%	5	2	25.0%	44	11
一般医	20.0%	5	1	9.1%	44	4
医師合計	40.0%	5	2	29.5%	44	13
その他の専門家	0.0%	5	0	2.3%	44	1
その他の相談先	20.0%	5	1	4.5%	44	2
相談先合計	60.0%	5	3	34.1%	44	15
いずれかの精神障害						
精神科医	13.6%	59	8	15.5%	309	48
一般医	18.6%	59	11	13.3%	309	41
医師合計	27.1%	59	16	24.6%	309	76
その他の専門家	3.4%	59	2	4.2%	309	13
その他の相談先	8.5%	59	5	6.8%	309	21
相談先合計	35.6%	59	21	32.0%	309	99

表 16 ICD-10 診断分類別にみた相談行動の頻度

(12ヶ月間)

	長崎			合計		
	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数	受診率 (%)	対象者 数	受診者 数
重症うつ病エピソード						
精神科医	0.0%	4	0	11.8%	17	2
一般医	0.0%	4	0	0.0%	17	0
医師合計	0.0%	4	0	11.8%	17	2
その他の専門家	0.0%	4	0	5.9%	17	1
その他の相談先	0.0%	4	0	5.9%	17	1
相談先合計	0.0%	4	0	17.6%	17	3
いずれかの気分障害						
精神科医	0.0%	14	0	11.8%	51	6
一般医	21.4%	14	3	9.8%	51	5
医師合計	21.4%	14	3	19.6%	51	10
その他の専門家	0.0%	14	0	3.9%	51	2
その他の相談先	7.1%	14	1	7.8%	51	4
相談先合計	28.6%	14	4	25.5%	51	13
いずれかの不安障害						
精神科医	0.0%	20	0	6.6%	106	7
一般医	15.0%	20	3	9.4%	106	10
医師合計	15.0%	20	3	14.2%	106	15
その他の専門家	5.0%	20	1	2.8%	106	3
その他の相談先	10.0%	20	2	4.7%	106	5
相談先合計	30.0%	20	6	17.9%	106	19
いずれかの物質使用性障害						
精神科医	0.0%	1	0	16.7%	12	2
一般医	0.0%	1	0	8.3%	12	1
医師合計	0.0%	1	0	25.0%	12	3
その他の専門家	0.0%	1	0	8.3%	12	1
その他の相談先	0.0%	1	0	0.0%	12	0
相談先合計	0.0%	1	0	25.0%	12	3
いずれかの精神障害						
精神科医	0.0%	27	0	6.3%	143	9
一般医	14.8%	27	4	8.4%	143	12
医師合計	14.8%	27	4	13.3%	143	19
その他の専門家	3.7%	27	1	2.8%	143	4
その他の相談先	7.4%	27	2	3.5%	143	5
相談先合計	25.9%	27	7	16.8%	143	24

D. 考察

われわれが現在利用可能な手段を用いつつ、出来るかぎり自然で無理をしない形での調査を行った。しかし、長崎市の地理的条件や精神医学に対する敷居の高さなどを反映してか、一般市民からの調査協力に対する限界を再認識される結果に至った。例えば、地理的条件では、山頂近くまで住宅が立ち並び、自宅前に自動車が止まることの出来ないところも少なくなく、そういった場所での調査の場合片道 1 時間 30 分となることもあった。

精神科医療および精神医学に関する理解が高い地域と必ずしもそうでない地域が投票所別に見たとき存在することが想定され、地域によっては精神科的介入への抵抗が相応にあることが予想された。

今回の調査では、800 名の市民に調査協力を依頼し、最終的には 211 名（うち 1 名不完全回答者を含む）の調査協力を得ることが出来、いわゆる回収率（実施数 / (発送数 - 対象外)）は 26.6% であった。われわれは、3 年前に殆ど同様の手法を利用した調査を行っている。その折には「こころの健康状態に関する調査」という調査研究名称であり、おおよそ 20% の回収率であった。今回は、「ストレスと健康に関する調査 - 長崎調査 -」という名称に変え、あえて「こころ」という名称を用いなかったが、これは「ストレス」という用語が一般化して認知されていることから、直接的に「こころの健康」を際立たせるより容易に受容されるであろうという理由からであった。しかし、結果的には大きな効果を生まなかったと言えよう。「ストレスと健康」という調査主題で面接調査に入ったわけであるが、「自分は精神的(こころ)に病気はないのだから、面接に来て何の役にもならない」と固辞されることはあったものの、「ストレスと健康」という用語から差別偏見的な拒否に至ったり、積極的に悪感情を持って抗議されることはなかった。

依頼状に対する「無回答」が 297 名(37%)に昇ったことについて、無関心によるもの以外に対象外となるケースも含まれているのではないかという指摘があった。このため電話番号などをもとに追跡調査を行ったが、判然とはしなかった。記載されて住所での確認が望ましいが、残念ながら長崎市の特異な地理的状况では困難であった。

実際の調査施行は、そのすべてを事務局が一元管理

し予定、実施、回収にいたる一連の流れをスムーズなものとした。われわれが従来から行ってきた地域調査の成果を反映して、長崎市への協力・支援要請もかなり積極的に行なったつもりである。結果的に、調査協力依頼文書等に「長崎市保健所」の名称を使用することが出来たことは有用であったと考える。今後の大規模疫学研究施行だけでなく、精神科医療および精神保健的施策を考える上で、地方自治体の更なる協力は欠かせない。

実際の調査協力依頼の文書などは、岡山センターで使用されたものをもとに、理解しやすい表現を用い見やすいものを心がけて作成したつもりである。また、文書だけでなく調査実施にあたっては、一般市民の「精神科」や「精神医学」という表現に対する過敏な反応などを十分考慮し、出来るだけ慎重に用いることとした。

長崎センターでの討論において、前回の調査法では郵送されてきた調査協力依頼状などについて、「ダイレクト・メールみたいな調査」ということ(そうした体裁の調査に対する「無関心さ」あるいは「関わりたくなさ」)から、全く開封されないまま破棄された可能性のあることが指摘されたので、今回の調査では 2 回目・3 回目の協力依頼は開封する必要のない往復ハガキを利用した。

依頼状に対する「無回答」が 297 名(37%)に昇ったことについて、無関心によるものという以外に、本来調査対象として抽出されたこと自体に誤謬があるのではないかという「対象外ケース」が含まれていたのではないかという指摘があった。このため、電話番号などをもとに追跡調査を行ってきたが、結果的には判然としなかった。記載された住所まで出かけて行って確認することが望ましいとは考えるが、残念ながら特異な地理的状况では実行困難であった。

また、調査対象者を拡大したこと、コンピュータを用いた CIDI 面接に伴い、面接調査員を増員し、同調査員の募集対象を大きく変更して、CIDI トレーニングについても期間延長などを行い、前回より充実した体制を確立してみた。

とはいえ、今回の調査における回収率は、前回調査より 5% 以上も増加したことから考えるに、既記してきた改善策の効果や社会的背景の変動に伴って「ストレスと健康についての関心」の明らかな向上によるも

のであろう。ただ、欧米の疫学研究と比較したとき、未だに低率であることは紛れもない事実であり、全体的な協力レベルをあげる必要性は今後の大きな課題である。そのためには、当該地域の定期的な住民向け公共パンフレット(例、自治体の広報誌など)の活用(われわれも、今回申し入れたが時間的理由から実現しなかった)を考慮したり、予め対象地域となるところには先行説明会や「ストレスと健康」に関する講演会などを繰り返し開催して注意や関心を喚起するという必要性も検討される価値はあろう。より強力なアピールが様々な形で実施されなければ、協力率の改善はないであろう。

また、今回の面接協力者(調査対象者の中で)に対する謝礼は3,000円という金額の規模であったが、面接調査員の間からももう少し考えてほしいという声があった。実際の調査開始前にこの件については、長崎センターにおいても時間をかけて話し合った。CIDIを利用した精神科的面接の医療経済的換算を以下のように考えた。CIDI そのものは、世界保健機関(WHO)精神保健部が世界的に著名な精神医学者と連携しつつ、米国精神医学会(APA)などと協力して開発した精神医学的構成面接法であり、複雑な「心理面接評価法」の一つとして位置づけられる。その経済的価値の判断として、平成14年4月の社会保険研究所版「医科点数表の解釈」によると下記のように考えることが出来る。つまり、臨床心理・神経心理検査についての項目(263-265頁)では、「操作が容易なもの」「操作が複雑なもの」「操作と処理が極めて複雑なもの」の三段階に分類されており、その分類基準は、検査および検査処理にどの程度の時間を要するかということによる。「操作が容易なもの」の場合はおおむね40分以上を要するもの、「操作が複雑なもの」はおおむね1時間以上を要するもの、そして「操作と処理が極めて複雑なもの」はおおむね1時間30分以上を要するものとされている。これらのそれぞれの保険点数は、「操作が複雑なもの」から順に80点(800円)、280点(2800円)、450点(4500円)とされている。これは、あくまでも診療報酬ではあるが、心理検査の経済的価値を表す指標の一つとなりうるはずである。本研究で使用するCIDIは、面接が2時間を越えることが多く、その処理に要する時間を含まずとも、その特殊性から「操作と処理の極めて複雑な」特殊性を持ったもの

一つであると当然みなされるはずである。これに係る面接者および被験者の受けるべき妥当な報酬は、こうした保険点数で定められている報酬を支払うに足る根拠と考えることができよう。以上のことから、本研究の調査対象となる者はCIDIを全員受けることが前提であり、彼らの研究協力に対する謝礼として4500円を限度に考えるのは妥当であろう。しかし残念ながら、今回の研究施行にはこうした考察は生かされなかった。調査協力者への謝礼については、今後も検討していくべき課題と思われる。

次に、今回の調査結果の内容から将来の調査施行への方向性を考えてみたい。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。

われわれは、1995年に、WHOの行ったプライマリ・ケアにおけるICD-10Fをもちいた一般診療科における心理的問題を抱えた患者の診療状況(PPGHC Study)という国際共同研究に参加した。同研究は、世界14カ国の15センターが参加した大規模なものであり、アジアからは中国の上海とともに長崎センターが加わった。参加全センターでは、約10%のうつ病症例が一般診療科を受診していたのに対して、長崎では3分の1にしかならなかったが、今回の調査研究では、他の海外参加センターとほぼ同程度のデータを示していることが明らかとなった。以前の調査と比較してサンプル数が増えていることや、調査時期による社会的背景の変化がこの結果に影響を及ぼした可能性が考えられる。ただ、診断分類システムの違いによりデータに若干の違いが現れることも明らかとなり、ICDおよびDSMという両操作的診断システムにおける基本的スタンスの違いを理解するのもにも役立った。今後は、この両診断システムの運用を考慮して行く必要があるだろう。

また、障害を抱えた場合の受療行動について、長崎においては精神科医よりも一般医を志向する傾向がおおむね著しいが、うつ病や物質使用の精神障害とい

った疾患群によっては精神科医に相談する割合が高い。疾患への理解について差異があると考えられる。

わが国では、欧米に比して、比較的大規模な疫学研究の報告が極めて少ない。近代的研究手法がかなり確立されてきた現在、こうした研究が日本において更に進展することが期待されるが、実施にあたっては以下に述べる障壁となるような問題が幾つか存在することをまとめておきたい。

① マンパワーと費用の問題：

これまでの疫学研究において繰り返しふれてきたことであるが、人的資源、および経済的資源における圧倒的な不足は紛れもないことである。研究に関わる支出の方法についても、地理的条件や調査協力者への謝礼、あるいは謝金など、今少し考慮されると有り難い。

② 精神症状評価と診断基準の問題：

近年、多数の精神症状評価のための構造化(半構造化)面接が開発されてきたが、日本国内での関心や利用の実際は未だ顕著なものでない。積極的に国内に導入の道が開かれ、その有用性について詳細にして厳密な検討がなされるべきであろう。日本においては、こうした構造化された面接法に対する批判的な態度が少なからず見られ、批判が当たることも事実ではあるが、今一度綿密に検討された上でなされるべきと考える。今回の調査結果を通覧して、たとえば CIDI における回答における日本人としての特異なレスポンスがあるような印象を否定できない。これは精神疾患の有病率に直接的に反映するのであるから、これから厳密に検討されるべきテーマであろう。さらに、ICD や DSM といった 2 つの大きな操作的診断基準および分類システムが存在するものの、それらの異同については周知されておらず、こうした比較対照研究を通して、類似しているところもあるが微妙な差異が存在することも認識していく必要性がありそうである。

③ 調査対象の問題：

日本においては、国民性や精神科疾患への偏見に由来すると考えられる疫学調査を受け入れがたい風土がやはり存在するようである。これを打破して、高い回答率になったときはじめて、各精神疾患の有病率は正しく評価されるであろうが、海外諸国と比較して大きく差異が生じるものではないことを期待したい。

今後は、以上のような問題点から、研究方法自体の

改善も行いつつ近年、evidence-based medicine の重要性が認識され、精神医学の分野でもこのような大規模な疫学研究が充実することが望まれる。本研究を実施した経験から、当初の目的に対して次のように結論することができるだろう。つまり、中規模都市(今回の長崎市のような人口の都市)を何力所か対象地域として選択し、地域住民に対して調査の目的と実施内容を繰り返し綿密にアピールして、彼らの調査研究への協力率向上の方策を確立すること(急に 50-60% の参加を得るということには至らないであろうが)、そして適切な時間をかけた面接評価法トレーニング(および、最低の精神医学的な知識に関する教育も追加)に参加した面接調査員が適当数配置された上で、相当地に十分な時間をかけて調査が行われるのであれば、日本国内でも大規模な疫学調査が可能であることが示唆され、また精神障害の現状の傾向を把握できるデータを得られたといえよう。

また、調査対象者を拡大したこと、コンピュータを用いた CIDI 面接に伴い、面接調査員を増員し、同調査員の募集対象を大きく変更して、CIDI トレーニングについても期間延長などを行い、前回より充実した体制を確立してみた。

E. 結論

われわれの長崎センターにおいては、今回国内で実施された他の調査センターに比して、残念ながら高い回答率に達することができなかった。そこで、この背景を見直し、更に今後解決されるべき問題点について検討した。

ただ、今回の調査の中で得られた知見そのものは、前回のパイロット研究に近似しており、若干のバイアスが否定できないものの、極めて妥当なものであると考える。

最後に、本研究の経験から、当初の目的については次のように結論することができるだろう。つまり、中規模都市(今回の長崎市のような人口の都市)を何力所か対象地域として選択し、地域住民に対して調査の目的と実施内容を繰り返し綿密にアピールして、彼らの調査研究への協力率向上の方策を確立すること(急に 50-60% の参加を得るということには至らないであろうが)、そして適切な時間をかけた面接評価法トレ

ーニング(および、最低の精神医学的な知識に関する教育も追加)に参加した面接調査員が適当数配置された上で、相応に十分な時間をかけて調査が行われるのであれば、日本国内でも大規模な疫学調査が可能であると示唆されたといえよう。

文献

1. Goldberg, D. & Huxley, P. Common Mental Disorders. A Bio-Social Model., Tavistock/Routledge, London/ New York, 1992. (中根允文訳「一般診療科における不安と抑うつ」、創造出版、東京、2000)
2. 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「精神障害の疫学」PP46-53, 1997.
3. Lepine, J.P., Gasper, M. & Tylee, A., on behalf of the DEPRES Steering Committee Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International Clinical Psycho-pharmacology, 12:19-29, 1997.
4. 中根允文 疫学研究の方法 臨床精神医学 28:39-48, 1999.
5. Nakane, Y. & Michitsuji, S. Results from Nagasaki centre. In : Mental Illness in General Health Care. Ustun, T.B. & Sartorius, N. (eds.), John Wiley & Sons, Chichester, pp 193-209, 1995.
6. Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 41:949-958, 1984.
7. World Health Organization The Composite International Diagnostic Interview, core version 1.1, APP, Washington DC, 1993.

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 慶應義塾大学 教授

研究協力者 中村健二 鹿児島県保健福祉部

宇田英典 鹿児島県伊集院保健所

富永秀文 鹿児島県精神保健福祉センター

田中江里子 労働科学研究所

研究要旨

本研究はWHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究（WMH）の一環として、平成14年度から我が国において行う5000人規模の面接調査のうち、鹿児島県で実施した地域調査について調査の手順や方法、その後のフィードバック等に関して評価検討し、住民のこころの健康に役立てることを目的とするものである。

その結果、ストレスを感じている住民が多く、心身両面で不安を感じている様子が明らかになった。自殺を考える住民も少なくない。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。

A. 研究目的

精神的な問題に関しては気持ちの持ち方であるといった個人の問題として考えられることが多く、我が国では公的なレベルでその実状が調査研究されることがほとんどなかった。しかし、平成10年に急増した自殺者数が3万人を越す状態が続いているが、自殺者の9割以上がその前に精神医学的障害に罹患していたということが各種の研究から明らかにされていることを考えると、国民の心の健康を増進するために適切な施策を行うことが急務となっている。

精神的危機に関するこうした傾向は日本だけではなく国際的にも重要な課題となっている。とくに1999年に発表された世界保健機関WHOとハーバード大学グループのGlobal Burden of Disease Study (Murray CJL, et al) は、精神医学的障害が公衆衛生的にきわめて重要な位置を

占めることを強く印象づけた (Ustun TB)。たとえばそこからは、日常生活の障害の程度を検討すると、トップに位置づけられるのがうつ病であり、上位10疾患には鉄欠乏性貧血や慢性閉塞性呼吸器疾患などの一般身体疾患に加えて、双極性障害、統合失調症、強迫性障害、アルコール依存を含む5つの精神疾患が含まれるという結果が得られている。

これらの結果は、現在はもちろん今後も精神疾患が増加し、社会的に重要な位置を占めることを示すものである。このことはうつ病患者の有病率が増加し続けていることを明らかにしたコロンビア大学のMyrna Weissmannの研究からも示されている。Weissmannらは1970年代半ばから1980年代後半にかけて、北米、プエルトリコ、西ヨーロッパ、中等、アジア、環太平洋地域で、三万九千人の地域住民に対する疫学調査と四千人を対

象とする家族調査を行った。その結果、すべての国でうつ病にかかっている人が増えていること、うつ病は各国の歴史や社会情勢、経済状況といった社会文化的な要因の影響を受けて発症すること、さらには現代社会がそれだけストレスの多い社会だということを明らかにした。

このように精神疾患が個人レベルでも家庭や社会のレベルでも大きな影響を及ぼしているにもかかわらず、こうした状態に自ら気づくことはもちろん、それが受療行動や適切な治療に結びつくことは非常に少ないということが明らかにされている。

たとえば、Depression Research in European Society (DEPRES) と呼ばれるベルギー、フランス、ドイツ、オランダ、スペイン、イギリス6カ国の一般住民78463人を対象にした調査では、うつ病の人の43%は受診しておらず、受診した人でもそのうちの31%しか投薬を受けておらず、その中でも抗うつ薬の投与を受けていた人は25%にすぎなかったということがわかっている (Lepine et al., *Int Clin Psychopharmacol* 12:19-29, 1997)。

平成11年～平成12年度厚生科学研究費補助金障害福祉総合研究事業「うつ状態のスクリーニングとその転機としての自殺予防システム構築に関する研究」(主任研究者 大野裕)でも、「繰り返し死について考える」「自殺について考える」のいずれかがあると答えた人は44名(男性=13名、女性31名)、それらの考えが2週間以上持続していた人は12名(男性2名、女性10名)と多かったが、自殺念慮の認められた44名の高齢者のうち他の人に相談したことがあると答えたのは15名(34.10%)で、そのなかで相談の対象が医師であった高齢者は10名(22.73%)、自殺念慮が2週間以上続いた高齢者12名のうち相談したことがある人は6名(13.64%)で、相談の対象が医師であった高齢者は4名(9.10%)と少なかったことが示されている。つまり、死もしくは自殺について考えている高齢者は多いものの、医師を含めて他

の人に相談する人は少なく、自殺念慮が長期間持続していてもその傾向は変わらないのである。

こうした実情を考えると、我が国でも一般住民のストレス状況やそれに対する対処法、および受療行動に関する大規模な地域疫学研究を行い、そこから得られたエビデンスに基づいて適切な施策を策定し実施していることが極めて重要である。今回の研究は、こうしたニーズにこたえるために行われたものである。

B. 研究方法

1. 調査体制

国立精神・神経センター精神保健研究所を研究事務局、岡山大学大学院医歯学総合研究衛生学・予防医学分野を技術支援センター、調査協力機関として鹿児島県精神保健福祉センター、鹿児島県伊集院保健所、串木野市、吹上町、調査責任者大野裕の体制で行った。

2. 調査対象

調査対象は鹿児島県串木野市、吹上町の選挙人名簿から、協力率65%を目標として817人(男性351人、女性466人：55.1±18.4才(20～96才))を無作為抽出した。

3. 面接方法

他の調査と同様に、日本語版およびコンピュータ支援面接への移植が完了している世界精神保健面接(WHO CIDI)に、ひきこもり尺度、家庭内暴力、幼児・児童虐待の経験に関する質問などを追加した構造化面接を用いた。

4. 面接員の確保

保健所・精神保健福祉センターの活動に関するボランティア、学生等にポスター、地元新聞、知人等への照会等で案内募集し、33人(男性3人、女性30人)の面接員を確保し5日間のトレーニングを行った上で調査を進めた。

4. 調査方法

1) 地域への働きかけ

(1) 調査の信頼性を確保することと協力率をあげるため、地域調査が行われる両市町の協力を得

た。

(2) 地域に密着した活動を行っている民生委員を活用することとした。

(3) 市町広報誌に調査について掲載した。

(4) 各市町で民生委員へ説明会と意見交換会を開催し協力を得た。

(5) 調査は地域を3分割して時期を一ヶ月ほどずらして行ったが、調査対象地域へ案内パンフレットを全戸配布した。

2) 面接までの手順

(1) 抽出された調査対象者へは伊集院保健所長と両市町長の公印をついた依頼文書とより詳しい調査案内資料を持って民生委員が訪問し、協力依頼を行った。同時に、不在、拒否、同意、保留等に関する情報を役場を介して保健所へ連絡をもらった。

(2) 保健所では協力者と調査員の面接日程調整を行った。

(3) 保健所では調査員に対象者の居住地図、パソコン、ひきこもりセクション資料、謝金、データの受け渡しを行った。調査員は2人一組で調査を行った。

* 調査に使用した配布資料を末尾に添付した。

3) データ

保健所においてバックアップを行い、ひきこもりデータとともに厳重に保管した。

4) 倫理面での検討

国立精神・神経センター精神保健研究所倫理委員会で承認された

C. 結果と考察

1. ストレスの有無(表1)

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14.9%、女性で9.0%、多少あったと答えた住民は男性で38.9%、女性で44.2%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。なお、平成12年保健福祉動向調査で行われた自己記入式調査票による結果によると、

ストレスが大いにあったと答えた住民は11.8%、多少あったと答えた住民は42.4%と、ほぼ同等の結果が得られている。

年代別に見ると、ストレスが大いにあったと答えたのは男性の40代、50代、女性の30代、40代で2割近くに達している。とくに男性に関しては平成10年以来自殺率が急増している40代、50代でストレスを強く感じているのがわかる。

2. 身体的健康(表2)

身体的健康に関してまあまあと答えた住民は男性で46.6%、女性で42.9%、不健康と答えた住民は男性で5.0%、女性で4.2%であり、半数近くが何らかの身体的不健康感を抱えていることが示唆された。

3. 精神的健康(表3)

精神的健康に関してまあまあと答えた住民は男性で35.3%、女性で38.7%、不健康と答えた住民は男性で3.2%、女性で2.3%であり、4割近い住民が精神的健康に自信が持てていないことが示唆された。

4. 自殺(表4)

これまでに自殺を真剣に考えた住民の割合は男性で7.4%、女性で9.0%、全体で8.3%と高い値を示した。男女ともに若年層で割合が若干高かったが、実数では前年齢層にほぼ同数認められた。実際に計画を立てた住民は男性1.4%、女性1.3%。全体1.4%であり、自殺企図は男性1.4%、女性2.0%、全体1.7%となっており、自殺企図は女性に多かった。また、年代別に自殺企図をみると、男性では40歳代、女性では20歳代に多かった。

5. 受診行動(表5)

こころの健康に関してこれまでに精神科医を受診した人は3.4%、一般医を受診した人は2.8%であった。その他の専門家(1.1%)、インターネット(0.2%)、電話(0.6%)は低かった。

DSM-IVの生涯診断別の受診率および相談率を

みると、精神科医を受診した人は大うつ病の24.0%、いずれかの気分障害の21.1%、不安障害の13.9%、物質使用障害の33.3%。いずれかの精神障害の16.2%であった。一般医は大うつ病の0%、いずれかの気分障害の10.5%、不安障害の13.9%、物質使用障害の0%。いずれかの精神障害の8.8%であり、専門家等に相談した人は大うつ病の28.0%、いずれかの気分障害の34.2%、不安障害の30.6%、物質使用障害の50.0%。いずれかの精神障害の26.5%であった。

前述したようにヨーロッパの、Depression Research in European Society (DEPRES)によればうつ病のために受診した人は57%であった。これと比較すると、鹿児島地域での受診率が非常に低いことがわかる。この傾向はDSM-IVの12ヶ月診断、およびICD診断でも同様であった。

D. 結論

ストレスを感じている住民が多く、心身両面で不安を感じている様子が明らかになった。自殺を考える住民も少なくない。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。

E. 健康危険情報

該当せず。