

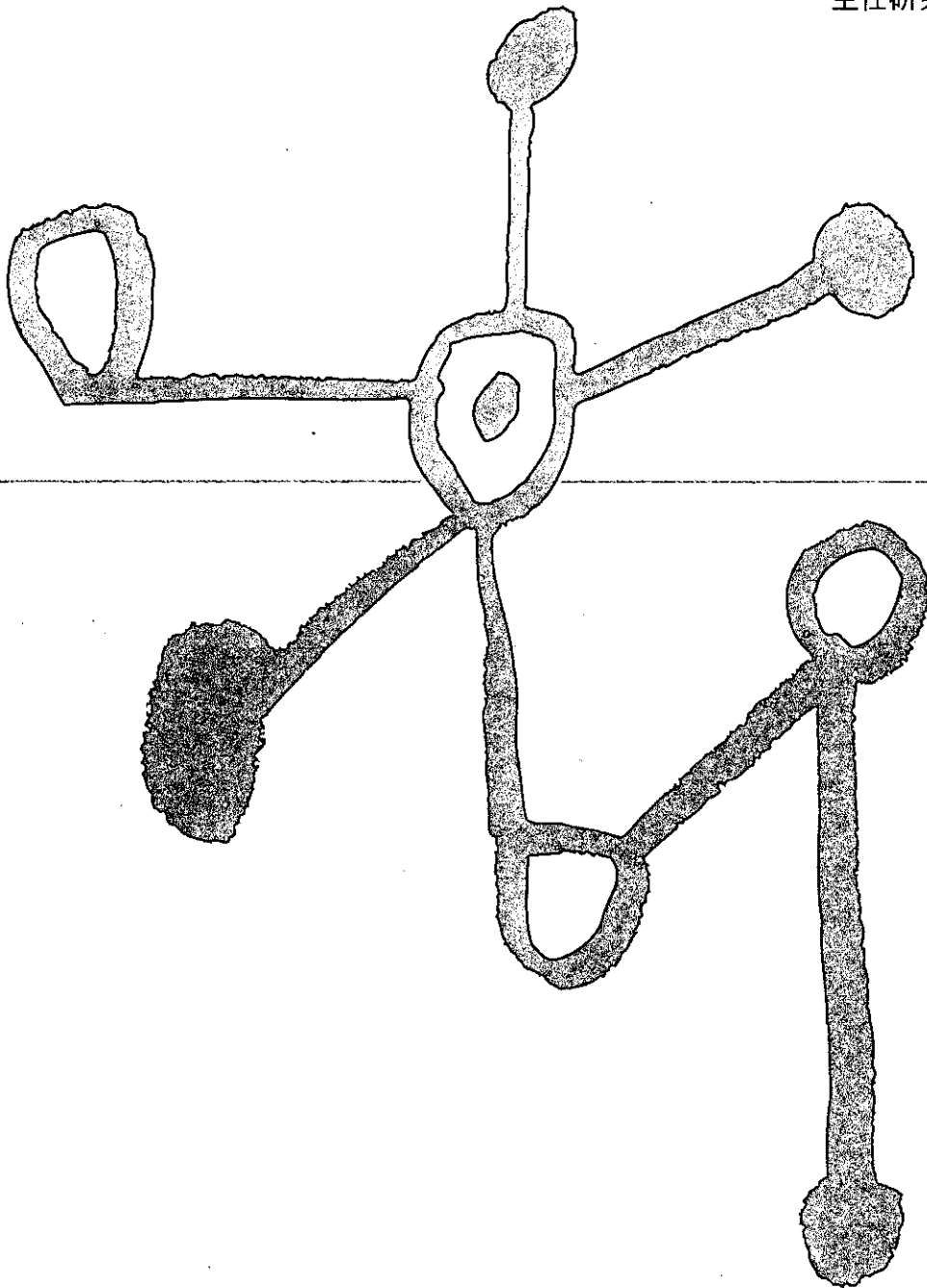
20020871

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業

こころの健康に関する疫学調査の 実施方法に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 吉川 武彦



平成15年(2003年)4月

目次

I. 総括研究報告書

- こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 1
主任研究者 吉川 武彦

II. 分担研究報告書

1. 岡山市におけるこころの健康に関する地域疫学調査 15
川上 憲人, 岩田 昇, 古川 壽亮, 峰山 幸子, 北川砂織
2. 鹿児島県におけるこころの健康に関する地域疫学調査 39
大野 裕, 中村 健二, 宇田 英典, 富永 秀文, 田中 江里子
3. 長崎地区におけるこころの健康に関する地域疫学調査 81
中根 允文, 太田 保之, 辻村 徹, 中根 秀之,
松田 静宗, 木下 裕久, 菊池 美紀, 尾上 あゆみ
4. こころの健康調査のシステム管理に関する研究 101
竹島 正, 立森 久照, 三宅 由子
5. 妥当性・信頼性について 107
酒井 明夫, 伊藤 欣司, 武内 克也

III. 資料

こころの健康に関する疫学調査の実施マニュアル

研究班名簿

I. 総括研究報告書

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
総括研究報告書

こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究

主任研究者 吉川 武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：本研究は、WHO の推進する国際的な疫学研究プロジェクトである世界精神保健（WMH）の定める方法論にのっとり、訪問面接調査によるこころの健康に関する疫学調査を実施し、感情障害など、国民の健康に直結する障害の現時点での有病率、生涯にわたる罹患率、社会生活への影響について調査することを目的とするものである。まず、「技術支援センター」において日本語版 WMH 調査票の最終版を作成し、コンピュータ上で面接を実施するための移植作業を完了した。また、本年度の地域調査実施地域を岡山、鹿児島、長崎の 3 地域とし、各地域で面接調査員のトレーニング、調査への協力を求める事前の広報活動、関係機関への協力の要請等の事前準備を行った。そして、これまでの厚生（労働）科学研究で十分に検討されてきた実施方法に基づいて、調査地域の一般住民のランダムサンプルを対象にこころの健康に関する面接式地域疫学調査を実施した。さらに、調査全体の進行を管理する「研究事務局」の今年度の活動を整理し、こころの健康に関する地域疫学調査の実施体制、高い協力率を確保するための方策等について検討を実施した。また、日本における WMH プロジェクトの進捗状況報告、各国の進捗状況に関する情報入手および意見交換、さらに WMH コーディネーティングセンターからの指示を得るために WMH イタリア会議で情報収集を行った。昨年度までの研究において検討してきた実施方法に基づき、今年度、初めて大規模に地域疫学調査を実施した。その結果、特に調査の実施上の問題を生ずることなく、岡山では 925 件（協力率 65.7%）、鹿児島では 531 件（協力率 70.2%）、長崎では 208 件（協力率 26.4%）の計 1,664 件（平均回収率 56%）のデータを収集した。14 年度研究の当初の目標であった 1,500 件以上のデータ収集を達成したことになる。当初懸念されていた協力率についても、WHO の要求を満たす 65%以上の協力率を保ちつつ 1,456 人のデータが収集でき、その経験から協力率を高めるための方策を得ることができた。各地域のデータについて、ICD-10 および DSM-IV に基づいた診断の生涯、12 カ月および時点（過去 30 日間）の診断該当者数と有病率を算出した。地域毎にばらつきはあるものの全体としては、うつ病の生涯有病率が高く、今後の地域におけるこころの健康作りの主要な対象となると思われる。うつ病を含む主要な診断の有病率については、多くの診断でこれまでの諸外国の報告よりも低く、その原因について精査が必要である。そのためにも、今年度の調査方法を踏襲して次年度以降も調査を継続し、ナショナルサンプルに足るこころの健康に関するデータを収集する予定である。

分担研究者

川上 憲人 (岡山大学)

大野 裕 (慶應義塾大学)

中根 允文 (長崎大学)

竹島 正 (国立精神・神経センター
精神保健研究所)

研究協力者

池原 毅和 (東京アドヴォカシー法律
事務所)

岩田 昇 (東亜大学)

宇田 英典 (鹿児島県伊集院保健所)

立森 久照 (国立精神・神経センター
精神保健研究所)

三宅 由子 (国立精神・神経センター
精神保健研究所)

A. 研究目的

我が国の精神障害受療患者数は平成 11 年患者調査で 204 万人と推定されている。また精神医療費の推計額は国民医療費の 5.2% (約 1 兆 6, 221 億円) に達する。警察庁生活安全局地域課によると、平成 13 年の自殺者数は約 3 万 1 千人であったが、自殺の背景に精神障害がある者は、これまでの研究報告で約 90%あり、特に感情障害 (うつ病) やアルコール依存症等の関連が指摘されている。自殺防止においても、背景となる国民全体の精神障害の有病率把握はきわめて重要な課題である。さらに、青少年等のいわゆるひきこもりの背景にある「こころ」の問題、児童虐待の問題、また災害時や事件事故の被害者への「こころ」のケアの必要性など、受療患者だけでは捕らえることのできにくい「こころ」の問題が注目され、その対策は焦眉の急となっている。

こころの健康の問題への対策には、医療機関を受診する精神障害をもつ患者の実態からは把握できない、地域に潜在する「こころ」の問題を把握することが必須である。にもかかわらず、我が国にはこのような問題に関する政策を進めていくための基盤となるべき、一般人口をベースとした疫学調査データが昭和 38 年以降存在していない。このことが国民の「こころ」の問題に対する政策を遅らせ、国民のこころの健康を改善し、予防していくための最も大きな障害となっている。

精神障害の地域疫学研究は、地域社会の偏見、調査研究方法の不十分さ、調査対象者のプライバシー保護等の問題があり、これまで実施が困難とされてきたが、WHO の国際疫学研究プロジェクトの発足により、我が国においても実施可能性が高まってきた。本研究は、WHO の推進する国際的な疫学研究プロジェクト WMH (世界精神保健) の我が国への導入のあり方を検討してきた、平成 11 年度「精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究」、平成 12 年度「こころの健康調査の実施基盤に関する研究」および平成 13 年度「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」の成果に基づくものであって、我が国ではじめて地域疫学調査を、研究者のリードに基づいて完全なプライバシーの保護を行い、かつ行政や関連機関等の支援協力によって調査協力率を確保する、地域疫学調査研究である。本研究は、WHO プロジェクトの定める方法論に則り、WMH 調査票 (WHO 統合国際診断面接 (CIDI2000) をもとに危険因子等のセクションを追加したものにわが国独自のセクションとしてひきこもりに関する項

目を加えたもの)を用いた訪問面接調査によるこころの健康に関する疫学調査を実施し、感情障害など、国民の健康に直結する障害の現時点での有病率、生涯にわたる罹患率、社会生活への影響について調査することを目的とするものである。14年度研究は、大規模な全国調査の初年度にあたり、岡山、鹿児島、長崎において調査を実施した。また、得られたデータの分析にあたっては、平成14年厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究)「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)」と共同して、それぞれの研究の視点より分析を行った。

B. 研究方法

1. 岡山市におけるこころの健康に関する地域疫学調査(分担研究者 川上憲人)

1) 技術支援センターとしての活動

世界精神保健(WMH)イタリア会議においてWMH全体の進行状況等について情報収集を行った。また、WMH調査票最終版の作成、各地域調査の支援、およびデータクリーニングと解析を行った。

2) 岡山における地域調査

調査準備として、調査センターの開設、調査員の募集、調査員トレーニング、広報活動を実施した。これらの準備が整った後に以下の方法で本調査を実施した。

(1) 調査期間

11月～2月を3期に分け、第1期を11～12月、第2期を1月、第3期を2月とした。3月は、いったん断られた対象者宅への再訪問にあてた。

(2) 調査対象者の抽出

岡山市選挙管理委員会へ選挙人名簿の閲覧を申請し、岡山市の20歳以上住民から1607名を無作為に抽出した。所定の用紙に転記のち、選挙区ごとの名簿を作成した。

(3) 担当地区と対象者の決定

調査対象地区である岡山市を6地区(北西・南西・南・中央・東・西大寺地区)に分け、調査員の住所や交通手段等を配慮の上、担当地区を決定した。6地区の分割方法については、1地区あたりの調査員数に対して、担当する対象者数になるべく均等になるように分割した。

(4) 対象者への依頼状の発送

調査依頼状による面接の事前通知には、調査の概要と協力をお願い、対象者が本調査の対象に選定されたこと、近日中に担当調査員が調査の説明に訪問する(あるいは電話する)ことが記載されている。

(5) 対象者への連絡

対象者より調査参加の意思を示す返信ハガキが調査センターに届き次第、センターより担当調査員へ連絡を取り、調査員より対象者へ面接日程調整のための電話を入れてもらうことにした。

(6) 面接調査の予約

対象者の参加意思確認後、日時と面接場所について電話等(E-mailやFAXもあり)で調整をとってもらった。

(7) 面接調査の実施

調査の手順は、まず調査の簡単な説明をし、調査への協力を再確認のち同意書に氏名・住所の記入を求めた。同時に調査協力の謝礼を渡し、日本人はサインすることに不慣れな点を考慮し、謝礼の領収書と兼用させてもらう旨を伝えていた。

面接開始後はCIDIの指示に従って操作をすすめ、CIDIでの面接後、別紙で

「ひきこもりセクション」を全員に実施した。

3) 調査への協力率を向上させるための方策

岡山市保健所との相談，協力依頼のための広報活動，調査の信頼性を高めるための方策を検討し実施した。

4) 面接調査員との連携

面接調査員の心理的支援，面接調査員の勉強会，面接調査員向けのニュースレターの発行を行い，面接調査員との連携を密に保つよう努力した。

5) 主要精神障害の頻度等の分析

i) DSM-IV 診断による生涯有病率（除外診断を考慮に入れない値 without hierarchy，考慮に入れた値 with hierarchy；以下同じ），12 ヶ月有病率，現在有病率

ii) 地域別，性別の主要精神障害の重み付け推定を行った DSM-IV 診断による生涯有病率，12 ヶ月有病率，現在有病率

iii) ICD-10 診断による生涯有病率，12 ヶ月有病率，現在有病率

iv) 地域別，性別の主要精神障害の重み付け推定を行った ICD-10 診断による生涯有病率，12 ヶ月有病率，現在有病率を算出した。

2. 鹿児島県におけるこころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 大野裕）

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) 面接方法及び調査方法

面接，調査および分析は先述の岡山市の調査とほぼ同様の手順で行った。主な相違点は，地域への働きかけとして，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，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，協力依頼を行った点である。

3. 長崎地区におけるこころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 中根允文）

長崎での調査実施に関わる事務局を，長崎大学医学部精神神経科学教室（現在，長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神病態制御学分野）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（および事務局員としての尾上あゆみ）によって構成され，これを「ストレスと健康に関する調査事務局」と呼称することにした。

面接，調査および分析は先述の岡山市の調査とほぼ同様の手順で行った。主な相違点は，大学の教室に設置された「ストレスと健康に関する調査事務局」が，本調査研究のための詳細な計画書の作成，倫理委員会への関係文書および参考資料の準備と提出，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抽出された調査対象予定者との対応に全てあたった点である。

4. こころの健康調査のシステム管理に関する研究（分担研究者 竹島正）

研究班では今年度の研究として，国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部に調査全体の進行を管理し，各所との連絡調査を行う「研究事務局」を設置し，岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野に設置された，WMH 調査票の日本語版の完成および訓練体制の確立，WMH 調査票の CAPI（コンピュータ版）への移植，および WHO，WMH 事務局との連絡調整を行う「技術支援センター」，および岡山，鹿児島，長崎に設置された，実際の地域調査を行う「調査センター」と連携して実施した。

本研究では，地域調査の実施にともなう「研究事務局」の運営を通じて，「研究事務局」，「技術支援センター」，「調査センター」の連絡調整のあり方，調査計画の調整，対象者の人権配慮，調査センターにおけるデータ管理について整理し，研究に基づく調査対象者のプライバシーなど倫理面への十全の配慮と，行政等の関係機関の協力による高い協力率の確保が得られる地域疫学調査の方法を改善するための検討を行った。

（倫理面への配慮）

国立精神・神経センターにおいて「こころの健康に関する疫学調査の実施方法

に関する研究」に対する包括的な倫理審査を受けるとともに，各分担研究者もそれぞれの所属機関の倫理審査委員会でも倫理審査を受け実施を承認されている。

C. D. 研究結果と考察

1. 岡山市におけるこころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 川上憲人）

1) 技術支援センターの活動

平成 14 年度における技術支援センターの活動は，地域調査のための CAPI プログラムの完成，面接員トレーニングの提供および各地域における調査状況のモニタリング，収集データの取りまとめと米国ハーバードのデータ解析センターとの連絡と幅広いものであった。また技術支援センターとして世界精神保健調査の国際打ち合わせ会議に出席し，国際共同研究と国内共同研究の連携において重要な役割を果たした。平成 14 年 6 月時点での WMH 調査の参加国の概要については，28 カ国が参加しており，各国は i) 有病率と人口統計学的要因，ii) 精神障害によるサービスの利用，iii) 疾病別の生涯経験者における受療スピード，iv) 精神障害に対する治療の十分さと脱落，v) 精神障害による損失や負担，vi) 精神障害による家族の負担の六つのテーマについての論文を公表するように推奨されている。

面接用コンピュータプログラム CAPI については調査実施後に，面接調査員から改善の要望がいくつも寄せられた。これらは画面における未修正の字化けであったり，質問の順序であったりした。対応できる部分については平成 15 年度調査において修正を加える予定であ

る。また収集されたデータのクリーニングにおいて、特定の恐怖症の発症・最終年齢の確認画面において誤解が生じやすいことも判明した。この点も平成 15 年度調査では改善の予定である。

面接員のトレーニングについては、各地でのトレーニングはおおむね円滑に実施された。5 日間のプログラムはこの調査の基本技術を習得するには最低限度であると思われる。またトレーニング後、さらに練習・演習などを行って習熟する必要があることも今回の経験から再確認された。

2) 岡山市調査の結果

(1) 回収状況等

岡山調査の最終回収状況は、依頼状発送 1607 件に対して、面接実施 925 件であり、調査対象外を除いた同意率は 65.7% である。面接実施者（回答者）の性、年齢分布は、岡山市の人口構成とほぼ同様であったが、若年者で回答率がやや低く、中高年者で回答率が高い傾向にあった。

(2) 主要精神障害の頻度

DSM-IV 診断による生涯、12 ヶ月および時点（過去 30 日間）の診断該当者数とそれぞれの有病率を算出した。生涯診断では、パニック発作を除けば大うつ病が最も高頻度で回答者の約 7% がこれまでに大うつ病の経験があった。ついで特定の恐怖症、アルコール乱用、間欠性爆発性障害、社会恐怖、小うつ病の頻度が 2~4% と比較的高かった。外傷後ストレス障害（PTSD）は、約 1% の回答者がこれまでに経験していた。大うつ病は女性に多く、間欠爆発性障害およびアルコール乱用は男性に多かった。過去 12 ヶ月有病率では、大うつ病が 2.5%、特定

の恐怖症が 2.3% と比較的多かった。現在（過去 30 日間）有病率では、特定の恐怖症の約 2% を除けばいずれの疾患の頻度も比較的低かった。

ICD-10 診断による生涯、12 ヶ月および時点（過去 30 日間）の診断該当者数とそれぞれの有病率を算出した。生涯診断では、パニック発作を除けばうつ病エピソード（重症、中等度、軽症の合計）が最も高頻度で、回答者の約 8% がこれまでにうつ病の経験があった。特定の恐怖症は 5% に、アルコール乱用は 3% に見られた。このほか、パニック障害、社会恐怖の頻度が約 2% と比較的高かった。外傷後ストレス障害（PTSD）は、約 1% の回答者がこれまでに経験していた。うつ病は女性に多く、アルコール乱用は男性に多かった。過去 12 ヶ月有病率では、特定の恐怖症が約 4% と比較的多かった。うつ病の過去 12 ヶ月有病率は 2.6% であった。現在（過去 30 日間）有病率では、特定の恐怖症の約 3% を除けばいずれの疾患の頻度も比較的低かった。

回答率は若年者でやや低く、中高年者でやや高かったため、回答者の分布は岡山市の人口構成よりやや中高年者の頻度が多くなっている。これを補正するために岡山市の人口に合わせて性・年齢分布を調整したが、結果は大きく変化しなかった。

3) 考察

岡山市調査においては、回収率の確保が最も困難な課題であった。これに対して、岡山市住民に対する新聞や地域広報誌を利用した広報活動、市民講演会の開催、市保健センターや公民館におけるポスター掲示等によって調査の周知をはかった。また岡山市保健所および岡山県精

神保健福祉センターと協力関係を築き、岡山市愛育委員会などにも周知をはかった。さらに面接員に対する回収状況のフィードバックによる意識づくりは回収率の向上に大きく寄与したと思われる。また調査の最終段階で、これまでに連絡がとれなかったり、強い拒否でなかったといった可能性のあるケースに対して、習熟した面接員による再依頼チームを構成して追加調査を実施したことも、世界精神保健調査のスタンダードである回収率65%を達成できた理由の1つである。こうしたノウハウは今後の同規模の市部における地域調査に活用できると思われる。

岡山市における主要な精神障害のうちでは大うつ病が最も高頻度であり、回答者の約7%が調査時点までにDSM-IV診断による大うつ病の経験があった。過去12ヶ月間でも大うつ病の診断基準を満たす者が2.5%みられた。過去12ヶ月間に岡山市の20歳住民約50万人のうち、1万3千人が大うつ病に罹患していると推測される。統合失調症などの慢性精神障害を持つ者の社会復帰対策（ノーマライゼーション・リハビリテーション）の次の段階における地域における心の健康づくり対策ではまずうつ病が主要なターゲットになると推測される。

岡山市における主要な精神障害の有病率は、これまでの諸外国の気分障害、不安障害およびアルコール・薬物乱用・依存症の頻度に比べると、いずれも低かった。これは平成14年度に調査した他の2地域においても同様であった。また特に時点（過去30日間）有病率については大うつ病についても低い値であった。これは、今回使用した面接法がうつ病の診断を過少評価してしまう可能性、また

調査時点で不調感の強い者が調査を辞退・拒否したためである可能性がある。

2. 鹿児島県におけるこころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 大野裕）

1) 回収率等

(1) 協力率

対象者 817 人，対象外 61 人，拒否者 225 人，調査協力者 531 人（協力率 70.2%）であった。

(2) 調査時間（n = 509）

1:07±0:51 時間（0:15～4:30）であり、うち3時間以上の面接時間であったのは30人（5.9%）だった。面接時間に男女差、年代に有意差はなかったが、女性及び高齢者に長い傾向が見られた。

(3) 拒否者のうちわけ

拒否率は20才代で47.6%と最も高く次いで30才代（35.7%）で、最も低かったのは60才代（23.0%）となっている。男女に有意差を認めなかった。

2) 主要精神障害の頻度

除外診断を考慮に入れたDSM-IV診断による生涯有病率、12ヶ月有病率と、DSM-IV-TRに記載されている欧米での有病率を比較すると以下のようなになる。

(1) 物質関連障害

アルコール依存は、DSM-IVによれば「アルコール依存と乱用は、一般人口の中で最もよく見られる精神疾患である。1980年から1985年にかけて、DSM-III診断基準を用いて米国で施行された地域研究によると、成人人口の約8%がアルコール依存、約5%が生涯のある時点でアルコール乱用であったと見なされたという。調査の前年には約6%がアルコール依存または乱用であった。前方視的に集められたデータによると約7.5%が一

年間にわたってアルコール関連障害の基準を満たしていた。DSM-III-R と DSM-IV の診断基準を用いた 1990 年代半ばの米国の研究では、アルコール依存の障害危険率は一般人口の 15%であり、アルコール依存の有病率は 5%であった。」とされているが、今回の調査ではアルコール乱用の生涯有病率が 0.9% (男性/女性: 0.9%/1.0%), 12 ヶ月有病率が 0.2% (男性/女性: 0.0%/0.3%) であった。

(2) 気分障害

双極 I 型障害は、DSM-IV によれば「生涯有病率は 0.4%から 1.6%まで様々である」とされているが、今回の調査の生涯有病率は 0.4% (男性/女性: 0.0%/0.6%), 12 ヶ月有病率は 0.0%であった。

双極 II 型障害は、DSM-IV によれば「生涯有病率はおよそ 0.5%である」とされているが、今回の調査の生涯有病率は 0.4% (男性/女性: 0.0%/0.6%), 12 ヶ月有病率は 0.0%であった。

大うつ病性障害は、DSM-IV によれば「地域標本での大うつ病性障害の生涯有病率は、女性で 10%から 25%, 男性で 5%から 12%とばらついている。地域標本での成人の大うつ病性障害の時点有病率は女性で 5%から 9%, 男性で 2%から 3%とばらついている。大うつ病性障害の有病率は人種、教育、収入、婚姻状況とは関連しないようである」とされているが、今回の調査の生涯有病率は 4.5% (男性/女性: 3.6%/5.2%), 12 ヶ月有病率が 0.8% (男性/女性: 0.9%/0.6%) であった。

気分変調性障害は、DSM-IV によれば「気分変調性障害 (大うつ病性障害が重なっていてもいなくても) の生涯有病率は約 6%である。気分変調性障害の時点

有病率は約 3%である」とされているが、今回の調査の生涯有病率は 0.9% (男性/女性: 0.5%/1.3%), 12 ヶ月有病率は 0.0%であった。

(3) 不安障害

パニック障害は、DSM-IV によれば「世界中の疫学的研究では一貫して、(広場恐怖を伴う、または広場恐怖を伴わない) パニック障害の生涯有病率が 1.5%ないし 3.5%であることを示している。1 年有病率は 0.5%から 1%である。地域調査でパニック障害と診断された人の約 3 分の 1 から半分が、広場恐怖も有しているが、臨床場面では広場恐怖に出会う率がずっと高くなる」とされているが、今回の調査の生涯有病率は 0.6% (男性/女性: 0.5%/0.6%), 12 ヶ月有病率が 0.4% (男性/女性: 0.0%/0.6%) であった。

なお、DSM-IV には、「臨床場面では、広場恐怖を示している患者のほとんど全員 (95%以上) が現在パニック障害と診断される (またはその既往歴がある)。対照的に、疫学的調査では、パニック障害の既往歴のない広場恐怖の有病率は広場恐怖を伴うパニック障害よりも高いと報告されている。しかしながら、評価上の問題があるために、疫学的研究で報告される率が高くなってしまっていると思われる。最近、疫学的研究でパニック障害の既往歴のない広場恐怖と診断された患者が、臨床家によって標準的な面接法を用いて再評価された。その大多数が、広場恐怖ではなく特定の恐怖症を持っていることが明らかになった。」とした、疫学的研究の限界を指摘する記載もある。

特定の恐怖症は、DSM-IV によれば「特定の恐怖症は一般人口中に多く見られるが、特定の恐怖症と診断できるほどの障

害または苦痛を伴うものはまれである。報告されている有病率は、障害または苦痛を決定するために用いられた閾値、および調査した恐怖症の病型の数によって異なっている。地域調査によれば、現在有病率は約4%から8.8%、生涯有病率は7.2%から11.3%となっている」とされているが、今回の調査の生涯有病率は4.1%（男性／女性：2.3%/5.5%）、12ヶ月有病率が3.2%（男性／女性：2.3%/3.9%）であった。

社会不安障害は、DSM-IVによれば「地域調査による疫学的調査では、社会恐怖の生涯有病率は3%から13%の幅で報告されている。ここで報告されている有病率は、苦痛または障害を決定するために用いられている閾値と、調査された社会状況の型の数によって変わるかもしれない。ある研究では、人前で話したり行動したりすることに対する強い恐怖を20%の人が報告していたが、社会恐怖と診断できるほどの障害または苦痛を体験しているのは、約2%にすぎなかった」とされているが、今回の調査の生涯有病率は0.9%（男性／女性：0.5%/1.3%）、12ヶ月有病率は0.2%（男性／女性：0.0%/0.3%）であった。

外傷後ストレス障害は、DSM-IVによれば「外傷後ストレス障害の米国の成人での生涯有病率は8%と推計されている。強姦、軍事的戦闘、捕虜、人種的または政治的な動機による抑留や大虐殺の生還者では3分の1から半分以上になっている」とされているが、今回の調査の生涯有病率は0.4%（男性／女性：0.0%/0.6%）、12ヶ月有病率は0.0%であった。

全般性不安障害は、DSM-IVによれば「地域調査では、全般性不安障害の1年

有病率は約3%であり、生涯有病率は5%である。不安障害専門医では、患者の約12%に全般性不安障害がある」とされているが、今回の調査の生涯有病率は1.5%（男性／女性：1.4%/1.6%）、12ヶ月有病率は0.9%（男性／女性：1.4%/0.6%）であった。

3) 考察

全体にわたって欧米の結果に比べると有病率が低いことが明らかになった。その理由に関しては、症状の現れ方の違い、症状の訴え方もしくは受け止め方の違い、評価尺度の問題などいくつかの理由が考えられるが、この点に関しては専門家による半構造化面接を用いた clinical reappraisal 等の比較検討を行うなどしてさらに検討を加える必要があると考えられる。

3.長崎地区におけるこころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 中根允文）

1) 回収率等

(1) 返答率・同意率・回収率

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、26.8%であった。このうち診断をつけることができた有効回答は208名であった。

(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ていた（男性21.7%、

女性 31.2%)。また、年代別では、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%と極端に低いのは、時間的余裕あるいは関心がないということのほか、実際は他県に転出している可能性も若干含まれている可能性もある。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。

(3) 地域別

大学病院の近郊 (No67 投票所) および長崎市郊外 (No77 投票所) の投票所地域では協力率が比較的高かった。全体的には、大学からより遠ざかるにつれ、回収率は下がる傾向にあった。すなわち、交通の便、情報の浸透度の影響も考えられた。

(4) 面接場所

大学病院内での面接を希望する協力者が 6 割を超えていた。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、他人を自宅に招き入れることには抵抗があり、自宅の状況を初めての人に知られたくないという意識が働いているようにも考えられる。

(5) 面接に要した時間

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。

(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などは寄せられなかった。

(7) その他

精神科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科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が直接対応した。

2) 主要精神障害の頻度

(1) CIDI による診断 (ICD-10)

CIDI では、ICD システムと DSM システムによる診断が可能である。ここでは、性別および地域別の重み付けをした結果を、生涯診断、過去 12 ヶ月の診断、および現在診断の 3 種に分けて表示する。

ICD による診断システムにおいては、生涯診断における有病率 (生涯有病率) は、外傷後ストレス障害 6.3%、中等度うつ病エピソード 5.8%、大うつ病エピソード 5.2%、全般性不安障害 5.0%であった。特に男性では、外傷後ストレス障害 6.4%、大うつ病エピソード 5.1%、女性では、中等症うつ病エピソード 8.6%、全般性不安障害 7.1%であった。過去 12 ヶ月の診断 (12 ヶ月間有病率)、現在診断の有病率を見ると、それぞれパニック障害を伴わない広場恐怖が 2.6%、1.7%、また全般性不安障害が 2.3%、1.2%であった。

(2) CIDI による診断 (DSM-IV)

DSM-IV の診断システムでは、生涯診断において大うつ病エピソード 12.2%、全般性不安障害 6.4%、外傷後ストレス障害 5.0%を示しており、疾患別の分布には ICD システムと若干の差異が見られる。

3) 考察

本研究でのうつ病の有病率が、ICD-10システムにおいて生涯有病率、12ヶ月有病率、時点有病率がそれぞれ、5.2%、1.9%、0.3%であった。また、DSM-IVシステムでは、生涯有病率、12ヶ月有病率、時点有病率がそれぞれ、12.2%、4.7%、0.9%であった。以上の結果は、これまでのうつ病に関する先行研究と比較しても近似した値であった。

今回の調査では、前回の予備調査における回収率より約5%余りの改善を見た。とはいえ、WHOが期待するように、欧米の疫学研究と比較したとき、やはり長崎センターの協力率は低率である。今後、全体的な協力レベルをあげることは大きな課題である。われわれは、これまで繰り返し多くの地域研究を行なっており、あえて出来るだけ自然な形を保持しつつ調査研究を行なった。通常的な方法にこだわった理由は、今後の調査研究に当たって、地域住民の反応を考えると、ある程度保守的な姿勢を取らざるを得なかったためである。このことに関して、もっと割り切って施行すべきという見解があったり、あるいはこのような調査を繰り返していても何らの成果も生まないという指摘があったりするかも知れない。

結果だけを見ると、長崎センターからの有病率データは必ずしも不満足なレベルに終わっていない。このことについて、こうした調査研究に関心が高かった対象者が集まって来たという見解が出てくるかも知れない。ただ、この仮説を強調すれば、日本での精神障害の有病率は本質的に海外諸国に比して低率であるということになる。果たしてそうであるかどうか、今後の各センターからの報告を

参考にしながら考えてみたい。もし、仮に日本ではいわゆる common mental disorder の頻度が異なるというときは、更にいろんな背景因子を考える必要がある。われわれがこれまでに行なってきた自記式健康に関する質問紙票調査では抑うつを訴える人の頻度は必ずしも低率ではない。自覚的には愁訴がありながら、医療を受けるまでの障害に至る場合が少ないのであろうか。あるいは、日本人にとっては、こうした構造化面接での評価に見合わないような部分があるというのであろうか。今後、おおいに検討されるべきテーマのように考える。

4. こころの健康調査のシステム管理に関する研究（分担研究者 竹島正）

14年度研究においては、合計1,664名—岡山925名（有効回答率65.7%）、長崎208名（同26.4%）、鹿児島531名（同70.2%）—の有効回答を得ることができ（有効回答率56.4%）、14年度研究の当初の目標であった1,500人以上のデータの収集が完了した。また、WHOからは65%以上の協力率の維持を要求されているため、回答率の低かった長崎のデータを除いた1,456人のデータを提出した。

研究班内で検討し、今年度の調査地域を岡山、鹿児島、長崎に決定した。2003年8月には、研究班会議を開催し本年度の研究の実施前の最終確認を行った。

その後、今年度研究事務局を立ち上げ、昨年度と同様に「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の間の電子メールを用いた連絡体制を整備した。「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の3カ所が連携して調査を実施していく体制は、「研究

事務局」を中心とした電子メールによる連絡体制を整備したことにより、問題なく機能した。連絡内容の記録が残るので円滑な連絡が可能になること、および情報の共有が簡便に行えること、などの利点がある。また、前年度の研究では、電子メールを用いた連絡体制とした際に、プライバシー保護の観点から個人情報が含まれる情報等の取り扱いに注意する必要があると指摘されていたが、今年度の活動において個人情報が含まれたデータをやり取りする必要が生じず、今後もそれが生じる頻度は低いと予想された。よって、もし、個人情報を含む情報をやり取りする場合にはオフラインの適切な方法であればよいと考えられる。上記の個人情報保護の問題とも関連するが、調査データについては、「研究事務局」を経由することなく「調査センター」から直接「技術支援センター」へ送ることとした。「技術支援センター」に送る段階で、「調査センター」によって個人を特定可能なデータは既に完全に切り離されている。また、データについて確認を要する事態が起きた場合にも、「研究事務局」が直接関与することなく、「技術支援センター」と「調査センター」間で対応することとした。これにより、データの処理が円滑に進んだ。個人情報の保護の面から考えても調査データの取り扱いは必要最小限の範囲に留めることが重要であり、調査データに限っては事務局を経由しない形式が適切であるといえる。

また、前年度までの研究の成果をもとに地域調査で使用する調査マニュアルを準備した。各調査地域の状況にあわせるため若干の変更を行ったが基本的には前年度の研究で使用したものとほぼ同一の

ものを使用することとした。調査マニュアルの内容については、平成13年度「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」報告書集内の「こころの健康調査のマニュアルに関する研究」分担研究報告書に詳細が記載されている。

さらに、昨年度と同様に地域調査の実施中に「調査センター」のみでは対応の困難な人権上の問題が起きた場合に備えて、弁護士などの専門家に相談できる体制を研究事務局に整備したが、今年度の地域調査においてもこれを活用しなければならぬ事態は発生しなかった。しかし、このような体制を整備しておくことは、対象者が安心して調査に協力するためにも、また調査センターが安心して調査を実施するためにも必須と考えられるため、次年度以降もこのような体制を準備しておく必要がある。また、人権上だけの問題に限らず調査の実施上で何らかの問題が生じた場合には、「研究事務局」が中心となって適切な対応を協議し、その結果を「調査センター」に連絡するといった体制を整備しておくことが、地域調査を円滑に進めるためには必要である。

昨年度に開設したこころの健康調査のWeb ページ（<http://www.ncnp-k.go.jp/division/keikaku/epi/main.html>）を今年度の研究内容にあわせて変更した。

ひきこもりの有病率等の現状を把握する目的で日本独自の項目として「ひきこもりセクション」を技術支援センターと協力して新設した。

本研究班全体の研究の実施について、国立精神・神経センターでの倫理審査委員会に倫理審査の申請を行い、審査の結果、研究の実施に倫理上の問題がないとの判断を得た。

また、調査センターからの要請に基づき、各協力機関への調査への協力依頼状を作成し発送した。

「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の3カ所が連携して調査を実施していく体制は、「調査センター」に過度の負担をかけることなく「調査センター」が調査の実施に集中できるように考案されたものである。本年度の調査は、この体制で実施する初の大規模調査であったが、実施上大きな問題も生ずることなく順調に調査を終えることができた。次年度以降についても、今年度とほぼ同様の体制で調査を実施することで特に問題はないものと考えられる。

以上のように、これまでに検討を重ねて来た実施方法と実施体制で問題のないことが確認された。これについては、昨年度の研究において小規模な地域調査を実施した際にも大きな問題が生じなかったことは確認済みであった。しかし、昨年度の研究では、調査への協力率を高めることが課題として指摘された。今年度の研究においては、WHOの要求を満たす65%以上の協力率を保ちつつ1,456人のデータが収集でき、その経験から協力率を高めるための以下の様な方策を得ることができた。

マスコミ等を利用した広報活動は、地域住民の調査への理解を深める、調査の信頼を高める等一定の有効性があるが、調査実施前の短期間に実施するだけでは、協力率を引き上げる直接的な効果はあまり得られないと思われる。しかし、マスコミ等で取り上げられることで、地域住民の調査に対する理解が進むこと、調査の信頼性が高まり安心して参加できるようになることなどの利点もあり実施する

ことは必要である。

特に、直接的に大きな効果を上げたのは、地域資源の有効活用と調査員を中心とした、きめ細かい再依頼等の対応である。前者については、例えば鹿児島での民生委員活用等が、今後調査を実施する上で一つの有効なモデルとなる。また、後者については、岡山で実施したように、何名かの調査員でチームを組み協力を依頼したり、調査員間での情報交換を活発に行い、協力率を高めるのに有効な手段を共有したり等の取り組みが有効であった。ただし、この方式は調査員に身体的・心理的負荷が大きくかかるため、調査員へのケアを実施することが必要である。

自治体との協力体制の強化も有効であり、そのためには、今年度調査センターからの要請があった主任研究者から各関係諸機関への依頼状の発行など、協力態勢強化のための事前準備が重要である。

今後の課題としては、年度単位で研究を実施するため、調査地域の選定、地域体制の整備、調査の準備、地域への働きかけ、調査の実施を1年間でやらざるを得ない。そのため、十分な時間をかけて調査実施前の地域での準備を行うことが困難であり、ある程度、地域疫学調査を実施する土壌が整っている調査地域で実施することが現実的と思われる。ただし、わが国のナショナルデータをして活用できるデータを得るためには、あまりに調査地域が偏ることのないように配慮することが必要である。

E. 結論

昨年度の研究までに検討してきたころの健康に関する疫学調査の実施方法に基づき、今年度、初めて大規模に地域疫

学調査を実施した。その結果、特に調査の実施上問題を生ずることなく、14年度研究の当初の目標であった1,500人以上のデータの収集が完了した。当初懸念されていた協力率についても、WHOの要求を満たす65%以上の協力率を保ちつつ1,456人のデータが収集でき、その経験から協力率を高めるための方策を得ることができた。各地域のデータについて、ICD-10およびDSM-IVに基づいた診断の生涯、12カ月および時点（過去30日間）の診断該当者数と有病率を算出した。地域毎にばらつきはあるものの全体としては、うつ病の生涯有病率が高く、今後の地域におけるこころの健康づくりの主要な対象となると思われる。うつ病を含む主要な診断の有病率については、多くの診断でこれまでの諸外国の報告よりも低く、その原因について精査が必要である。そのためにも、今年度の調査方法を踏襲して次年度も調査を継続し、ナショナルサンプルに足るこころの健康に関するデータを収集することが必要である。

II. 分担研究報告書

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

岡山市におけるこころの健康に関する地域疫学調査

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 岩田 昇 東亜大学総合文化・人間科学部 助教授
古川壽亮 名古屋市立大学大学院医学研究科 教授
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

平成 14 年度には岡山大学の調査センターは、①こころの健康に関する地域疫学調査の実施を技術面からサポートする技術支援センターとして、および②岡山市におけるこころの健康に関する地域疫学調査の実施センターとしての活動を行った。技術支援センターとしては、打ち合わせ会議（イタリア）への出席をはじめとした WHO およびハーバードの世界精神保健（WMH）調査センターとの連携、昨年度開発された WMH 調査票日本語版の訳語の確認と本調査用面接用プログラム（CAPI）の準備、各地域における面接員トレーニングの実施、データの収集とクリーニングを行った。一方、岡山市におけるこころの健康に関する地域疫学調査では 27 名の面接員にトレーニングを実施し、岡山市住民の無作為抽出サンプル（1607 名）に対して調査依頼し、回収率を保つためのさまざまな工夫の結果、回答率 66% を達成し、最終的に 925 名に面接を実施した。岡山市における DSM-IV および ICD-10 診断基準による主要な精神障害の有病率では、大うつ病（うつ病）、特定の恐怖症、アルコール乱用が比較的多かった。うつ病（DSM-IV 大うつ病、ICD-10 うつ病エピソード）はこれまでに 7～8% の者が、過去 12 ヶ月間に 2.5-2.6% の者がこれを経験していたことが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究の目的は、世界精神保健（WMH）の一貫として日本で実施されるこころの健康に関する地域疫学調査（WMH 日本調査）の一部を岡山市の住民を対象として実施することである。また岡山大学の調査センターは、こころの健康に関する地域疫学調査の実施を技術面からサポートする技術支援センターとしての役割を持っている。本報告書では、平成 14 年度に実施された岡山市における調査の概要および主要な結果を報告する。また平成 14 年度に実施された鹿児島および長崎を含む 3 地区の調査に対する技術支援センターとしての活動についても述べる。

B. 対象と方法

1. 技術支援センターとしての活動

1) 世界精神保健（WMH）イタリア会議出席

世界精神保健（WMH）イタリア会議（平成 14 年 6 月 26-30 日）は、10 カ国と WHO から合計 33 人が参加し、オルベテルロ（イタリア）で開催された。今回の会議では、本年中にデータ収集が完了する国の研究者を対象に、データの解析と論文作成の方針について情報交換と討議が行われた。

2) WMH 調査票最終版の作成

調査に使用する WMH 調査項目の最終決定を行った。調査にかかる面接員、対象者の負担に配慮し、日本調査では最小限の項目を調査することとなった。これに対応して、調査票 CAPI 版の最終修正を行った。また WHO の指定に従い、調査票の主要項目の英語へのバックトランスレーションを実施し、訳語の適切さを確認した。

また WMH 調査票に含まれている新しい気分・不安障害のスクリーニング調査票である K6/K10 調査票を翻訳し、バックトランスレーションによる訳語の適切さを確認した。気分・不安障害を外的基準とした場合の K6/K10 調査票の妥当性を調査の中で検証するために「30 日間の機能」セクションに手を加え、通常は過去 1 年間の最悪の時期について質問されている K6/K10 を、過去 1 年間の最悪の時期と、過去 1 ヶ月間の両方について質問をするようにプログラムの変更を行った。以上の CAPI プログラムの修正は、ハーバードの事務局の指示を受けながら実施した。

またわが国で重要な心の健康問題として認知されつつある 6 ヶ月以上のひきこもりの実態を

調査する「ひきこもりセクション」を作成し、これを調査において使用するようマニュアルを作成した。

3) 各地域調査の支援

各調査地域での面接員トレーニングのために、心の健康調査マニュアルを含む必要な資料を作成した。また WMH 調査票の面接員トレーニングのための資料(スライド、模擬面接等)を作成した。

各地域の調査担当者(データ管理者)に対しては、面接用パソコンから保管用パソコンへのデータの移送方法・保管方法、最終的なデータの技術支援センターへの移送の方法についてマニュアルを作成した。

公式の訓練を受けている岩田と、CAPI の使用に習熟している技術支援センターの学生 2 名が鹿児島地区、長崎地区に赴き、5 日間の面接員トレーニングを行った。詳細はそれぞれの地域の報告書を参照のこと。また技術支援センターとして、回収率など各地域の調査実施状況の把握を定期的に行ない、また CAPI の不具合などの問い合わせに対応した。

4) データクリーニングと解析

各調査地域のデータを技術支援センターに収集し、米国ハーバードの解析センターとやりとりしながらデータクリーニングを実施した。その後米国解析センターにおいて作成された診断データを受取り、各調査地域の担当者にフィードバックした。

2. 岡山における地域調査

1) 調査準備

(1) 調査センターの開設

平成 14 年 7 月に岡山調査の調査センターを開設した。当センターは調査責任者のもとに調査コーディネータ 1 名(女性)とアルバイト 3 名(男性 1 名、女性 2 名)が配置され、岡山大学医学部衛生学教室内に設置された。岡山市におけるこの健康に関する疫学調査は「ストレスと健康」岡山調査と命名された。開室時間は平日 9:00~18:00、土日 10:00~16:00、祝日は閉室を基本とした。対象者との面接調査をセンターで実施することも可能とした。調査員や対象者からの問い合わせには、直に対応できるように、センターの直通電話を設けたが、スタッフ不在時間帯の対応として 24 時間応答ファックス、調査センター専用メールアドレス、直通電話には留守番機能を搭載したものを準備した。

(2) 調査員の募集

地方紙の情報ひろば(無料)、市内全域に無料配布されるコミュニティ新聞 2 紙(有料)に「ストレスと健康に関するボランティア調査員を募集」の掲載を行った(9 月上旬)。短期アルバイトとしてではなく、ボランティアとして調査員を募った理由には、金銭的報酬だけでなく、調査内容そのものに共鳴し奉仕的協力を仰げる人材を求めていたためであった。調査員の条件としては、20 歳以上の男女で PC 操作を含む 5 日間のトレーニングに参加できることを掲げた。また web 上でも同内容の募集をおこなった。その後は随時電話での問い合わせに応じ、興味のある者に対して説明会兼採用面接に出向いてもらった。採用面接の結果、採用数は 29 名となったが、そのうち 1 名がトレーニング前に、もう 1 人がトレーニング中に調査参加を断念した。調査員のうち 2 名が心理専門職に従事するものであったが、その他の調査員は精神医学的な専門知識的背景が全くない者であった。

(3) 調査員トレーニング

岡山調査では 5 日間のトレーニングを行った。調査員の予定に対応できるように、各日のトレーニング内容を 2 回づつ行ったため、トレーニングスケジュールは全 10 日間となった。参加できなかった回については、スタッフが後日個別にトレーニングを行った。トレーニング終了時には調査員としての証明書を授与し、調査活動(守秘義務)の誓約書を取り付けた。また本調査がスタートするまでの約 1 週間は調査員同士でロールプレイ・トレーニングを実施してもらい、対象者への電話や訪問時でのアプローチ方法や説明テクニック等の対応策についても検討してもらった。

(4) 広報活動

調査開始にあたって、地元新聞へ本研究調査の趣旨を説明するための記事掲載がされた。この記事をコピーしたものを、対象者への調査依頼時に依頼状と同封して送ることによって、信頼性をアピールすることをねらった。その他マスメディアの利用として上げられるのは、地元テレビ局の番組内におけるローカルニュースとしての報道である。ボランティア調査員の勉強会風景、また、実際に対象者宅に訪問して調査が実施されている風景が報道された。

2) 本調査

(1) 調査期間

面接調査の期間は、当初 11~2 月を考えていたが、結果的に 3 月末まで延期することを予定している。11 月~2 月を 3 期に分け、第 1 期を 11~