

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。また、1地区＝1グループとし、グループリーダーを選出してもらい、今後のセンターからの連絡は各グループリーダーを通して調査員各々へ伝わるようにした。調査員が担当地区内のどの地区（対象者）を担当するか、ということについては、グループ内で話し合いの上決定してもらい、担当する対象者リストと同時に他のグループ調査員の対象者リストを渡した。対象者の事情によって担当調査員が変更になることを考慮し、グループリーダーを通じてグループ内での調整を図ったものである。無論、グループ内での調整が不可の場合にはセンターに申し出てもらい、調査活動に余裕の有る調査員に対応してもらうこととした。

#### (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。調査依頼状は最初の連絡であり、その後の調査活動に大きな影響を与えるものと考えられるため、調査依頼状の発送は各調査員がその後1～2週間以内で面接可能な件数ずつ送付することとした。それ以上の調査依頼状を送付しても事前通知の意味がなくなる可能性があると考えられたため、調査員それぞれの活動状況に合わせて発送を一任した。また、各担当する対象者リストには調査期間に合わせて優先順位を付け、第1期には優先A、第2期には優先B、第3期には優先Cというように全体を3分割し、発送のスケジュールに考慮してもらった。

依頼状にあわせて、地元新聞の調査掲載記事のコピー、調査概要を記載したパンフレット、地域調査アンケート、対象者の調査参加意思を確認す

るための返信ハガキを同封した。

発送の宛名は事務局で対象者ID入り宛名ラベルを作成し、併せてカバーシートの対象者情報ラベルとしても使用することとした。調査センターへの対象者からの問合せや調査依頼状が宛先不明で返送されてきた場合など早急に担当調査員へ通知するため、対象者に送付する封筒の差出住所の下には調査員ID、依頼状には調査員名を記載し、担当調査員が判別できるようにした。また返信ハガキにも対象者IDと調査員IDの記載欄を設けた。

依頼状をいつ誰に発送したかという情報を調査センターで管理するために、発送報告の連絡を義務付けた。調査員の方でもカバーシートと対象者リストに依頼状発送日を記録してもらうようにした。

#### (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。しかし、返信ハガキでの参加表明は少なく、やはり調査員が対象者へ電話するか、対象者宅を訪問することによって、調査の趣旨を説明の上、調査協力を仰ぐことが回収率をあげるためにも求められるところであった。依頼状発送してから日数が経過しすぎると、依頼状を消却される恐れも高いので、発送後3～5日以内に電話か訪問といったなんらかのアクションを取るようすすめた。電話番号については電話帳に記載している範囲内で調査センターがあらかじめ調べておいた。訪問においては、効率良く対象者宅へ着けるよう、詳細な住宅地図をセンターに用意した。訪問時にも調査員証明書を持参し、その場で調査の協力を得られる場合に備えて調査セットを持参するようにした。

自宅訪問したが不在の場合には、「訪問しましたが留守でした」といった内容のカードを郵便受けへ入れて帰ることとしていた。調査員によって訪問回数は異なるが、多い人では、一軒あたり5回以上の訪問することもあった。これらの連絡記録はすべてカバーシートに記入しておくよう義務付けた。

#### (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。日時についてはなるべく対象者の希望に合わせ、対象者の希望と担当調査員の予定が調整不可能の場合には、調査員を代えて面接を実

施することもあった。また、対象者に対して面接の所要時間をあらかじめ平均で1時間程度であるが、長い時には2時間以上かかるといった情報も伝えておき、十分な時間が取ってもらえるようお願いした。しかし、「30分ぐらいしか時間を取れない」と言われるようなこともあるので、指定された時間以上かかってしまう場合には、別の日に面接の続きができるようお願いした。

調査場所については、対象者宅での面接調査を基本としていたが、実際には調査センターで面接実施するケースも多かった。

### (7) 面接調査の実施

面接調査に用いたPCはPanasonic製CF-R1 Let's note (pro)であった。調査員が1台ずつ使用できるように27台レンタルし、また万を備えて調査センターに予備2台を設置した。

面接調査に持参するものは、同意書、謝礼、岡山市のストレスや心の健康に関する相談先とストレスについて一般的に説明したものを両面焼きしたリーフレット、対象者宅の地図とし、調査員証明書の携帯を義務付けた。また、調査に必要な回答者用小冊子・ひきこもりセクション(認知機能セクション)のほか、パンフレットや地域アンケート等、事前に郵送したのも予備的に持参するようにした。

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る、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。また、面接途中に対象者の理解力や記憶力に疑問を感じたら、いつでも中断して別紙での「認知機能セクション」を実施することとしていた。認知機能に問題がないという判定がされれば面接継続となるが、十分な回答が得られず、問題があるということになれば面接を中止した。

面接終了後、対象者宅を離れてから面接員の観察セクションの残りを入力し、これでCIDIでの面接は完了となる。併せてカバーシートへの記録も完成させる。原則として面接終了毎に調査センターへ立ち寄って、データの吸い上げとカバーシート・同意書・回答者用小冊子・地域アンケート・別紙「ひきこもりセクション」(実施していれば「認知機能セクション」)を提出することを義務付けていた。

## 3) 調査への協力率を向上させるための方策

### (1) 岡山市保健所との相談

市の保健所をはじめ関連機関には、折に触れて調査状況を報告し、協力率を向上させるための助言をいただいていた。特に市の保健所(6ヶ所)には調査ポスターの掲示やチラシを設置するなど、多大な協力を得た。

### (2) 協力をあおぐための広報活動

調査開始2ヶ月後、今後の協力率の低減を回避するため、地方紙にて調査協力をあおぐ広告を掲載した。

### (3) 調査の信頼性を高めるための方策

岡山市内の公民館へ調査協力依頼のポスターを掲示依頼(中央公民館へ依頼/32カ所)、市の広報紙上で調査協力をあおぐ文面を掲載した。一部の町内会には回覧板にてポスターと同内容のチラシを回覧してもらった。

### (4) その他

岡山調査では、依頼状発送から面接予約の取り付け、面接実施に至るまでの一連の流れを調査員が全て請け負うことになっていた。よって、調査員にかかるストレスは並々ならぬものと考えられ、調査センターが一方向的に協力率を上げる為の策を練って押し付けるのでは、調査員のストレスは増長するものと推測された。よって、まずはグループリーダーを集めたミーティングや、グループごとのミーティング、また調査員全員でのお茶会の機会を設けるなどして、互いの調査における労をねぎらうとともに、これまでに得たコツや工夫をシェアリングする機会を持つことに努めた。そうした中で、調査センターは回収率や面接実数等の情報を開示し、回収率を向上させるためにセンターと調査員がそれぞれの役割の中で出来ることについて検討し、チーム一丸となって回収率を向上させることを目指した。具体的な方策としては、協力意思を問う返信ハガキの回収率をアップさせるために、依頼状封筒の表に「返信ハガキ在中」といったシールの貼付や、開封率を上げるための「親展」の押印、電話番号も不明で何度訪問してもコンタクトの取れない対象者に対しては往復ハガキで再度協力意思を問うことや、精力的に訪問回数を増やすといった案が上げられた。また、返信ハガキで参加拒否となったケースについても、再度電話や訪問を試み、調査への不安があれば聴取し対応することによって、調査の再依頼をはかった。

## 4) 面接調査員との連携

### (1) 面接調査員の心理的支援

既述のとおり、岡山調査では調査員が対象者とのコンタクトを取り、調査センターはそのサポートをするといった役割分担であったため、調査員と調査センターとの連携が非常に重要であったと考えられる。調査員一人一人の進捗状況の確認や、調査員としての不安、対象者と交渉する上で問題点を調査員が一人で抱え込まないように、円滑なコミュニケーションを心がけていた。

#### (2) 面接調査員の勉強会

月例で調査員を対象とした勉強会を開催している。これまでに4回の勉強会を実施したがその内容は、第1回「うつ病について」、第2回「ストレスを理解する」、第3回「働き盛りの自殺を防ぐには」、第4回「PTSDについて」であった。第1、2回の講師は調査センター責任者であったが、第3、4回は市民講座とし外部講師に依頼した。この市民講座は、精神保健福祉センターが共催、岡山市保健所が後援により開催され、これによって、1人でも多くの市民に調査について知ってもらおうといった広報的な意味合いも兼ねていた。

#### (3) 面接調査員向けのニュースレターの発行

月1回、調査員に対してニュースレターを発行した。その内容は第一号では調査員全員の自己紹介や、センターからの伝達事項、調査全体の進捗状況、それぞれの調査員の個性あふれる調査体験記を記事にし、他の調査員がどのような活動状況にあるのかを知ることのできるメディアとした。

#### (2) 調査員との連絡手段等

調査員と調査センターとの連絡を密にするために、連絡手段の確保が求められる。調査員27名のうち、携帯電話を所有していないものが5名いたため、緊急連絡や、面接先でのトラブルにも対応できるよう、プリペイドカード式の携帯電話をレンタルした。やはり、携帯電話は訪問調査には必須アイテムであると考えられる。岡山調査では、幸いにも現在までに調査対象者宅でのトラブルは報告されていない。しかし、予期に計らって防犯ブザー等の護身アイテムも必要であるように思われる。

#### 5) 倫理的な配慮

本調査計画については岡山大学医学部倫理審査委員会において審査を受け、助言を受けた上で作成した最終計画が承認されている。回答者には調査の目的、内容、所用時間を説明した上で書面による同意を得た。個人同定可能な情報は面接に使用したコンピューターには入力せず、別途台帳(カバーシート)にのみ記録した。コンピューターおよび調査データはパスワードによって管理

され、データ解析にあたっては個人同定可能な情報を除き、統計的にのみ分析した。

#### C. 結果

##### 1. 世界精神保健イタリヤ会議の概要

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(あるいは参加を表明)、年内には33-34カ国に増加する可能性もある。さらに12-13カ国が参加に関心を示している。合計面接数は250000件に達する予定。現在までに調査が完了している国は4カ国。年内にデータが収集された国については、ただちに各国ごとに論文を作成するとともに、来年には国別比較の論文を作成する。WMHへの参加は2003年末までにデータ収集された国になる予定。

WMH調査のデータによって作成される論文については、国別の論文は国ごとに著者を定める方針である。国際比較の論文は最初の12本は、グループ(WMH)名で、その後は各working groupから数名+グループ名にする方針が提案され、了承された。

各国は以下の5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。

##### (1) 有病率と人口統計学的要因

(2) 精神障害によるサービスの利用：過去12ヶ月間の有病者による受療およびその他の援助希求行動、その関連要因。

(3) 疾病別の生涯経験者における受療スピード：疾患への罹患から受診までの時間とその関連要因の解析。

(4) 精神障害に対する治療の十分さと脱落：治療の十分さ、治療からの脱落とその関連要因の解析。

(5) 精神障害による損失や負担：各疾患別の障害の大きさ(精神障害間での比較および身体疾患との比較)、過去30日間の社会的機能低下。

##### (6) 精神障害による家族の負担

国際比較を含めた論文テーマを検討するワークグループには、次のようなものが予定されている。(1) 性差：有病率、罹病期間(慢性化)、危険因子、年齢による性差の違い、出生コホートによる性差の違いを解析する。(2) 社会階層(social class)と精神障害：Social causation(社会階層が精神障害の罹患に影響)およびSocial consequence(精神障害が下層の社会階層への異動に影響)を検討する。

その他の研究テーマとして、ICD11、DSM-Vに向けて、診断の閾値の検討や新しい疾患群の検討を行うことが報告された。例えば全般性不安障害の持続期間は1ヶ月か6ヶ月かいずれが適当か、Irritable depression(この報告では「焦燥性う

うつ病」と呼称)の臨床的意義の検討。また従来の方法では最悪の出来事についてのみ PTSD の調査をしていることから限界のあった、PTSD の正確な時点有病率や個々の出来事による PTSD の発症リスクを計算するなどが計画されている。

## 2. 岡山市調査の結果

### 1) 回収状況

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(表 1)。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(表 2)。

### 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表 3-1~3 に示した。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、間欠性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表 4-1~3 に示した。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 DSM-IV および ICD-10 診断による有病率を表 5-1 と 5-2 に示した。結果は大きく変化しなかった。

## D. 考察

### 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。

面接用コンピュータープログラム 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整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と考える。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. 岡山市調査の実施について

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。

### 3. 岡山市における精神障害の有病率

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。

### E. 結論

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

訳語の確認と面接用プログラムの準備、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。大うつ病（うつ病）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。

### 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 岡山市における調査における対象者総数、面接実施数および回収率

	人数	%
対象者総数	1607	
面接実施数	925	57.6%
不完全面接数	6	0.4%
連絡とれず	80	5.0%
調査対象外*	199	12.4%
参加拒否	397	24.7%
回収率**	65.7%	

\* 調査対象外には、調査時点で死亡、転居、入所が含まれる。また知的機能に問題があり面接ができなかった15名が含まれている。

\*\* 回収率 = (面接実施数) / (対象者総数 - 調査対象外人数)。

表2 岡山市の人口構成と岡山市調査における回答者（925名）の性・年齢別分布

年齢	岡山市人口(平成14年10月1日現在)					回答者						
	男性		女性		合計	男性		女性		合計		
20-24	20607	8.8%	20349	7.9%	40956	8.3%	23	5.3%	22	4.5%	45	4.9%
25-29	24896	10.7%	25739	9.9%	50635	10.3%	21	4.8%	38	7.8%	59	6.4%
30-34	23998	10.3%	24436	9.4%	48434	9.8%	36	8.3%	44	9.0%	80	8.6%
35-39	19695	8.4%	20101	7.8%	39796	8.1%	40	9.2%	41	8.4%	81	8.8%
40-44	18852	8.1%	19333	7.5%	38185	7.8%	36	8.3%	47	9.6%	83	9.0%
45-49	19127	8.2%	19230	7.4%	38357	7.8%	38	8.7%	40	8.2%	78	8.4%
50-54	24958	10.7%	25736	9.9%	50694	10.3%	58	13.3%	58	11.8%	116	12.5%
55-59	20161	8.6%	21223	8.2%	41384	8.4%	48	11.0%	43	8.8%	91	9.8%
60-64	17114	7.3%	18655	7.2%	35769	7.3%	40	9.2%	33	6.7%	73	7.9%
65-69	15214	6.5%	18064	7.0%	33278	6.8%	30	6.9%	41	8.4%	71	7.7%
70-74	12910	5.5%	16143	6.2%	29053	5.9%	25	5.7%	38	7.8%	63	6.8%
75-79	8391	3.6%	12495	4.8%	20886	4.2%	21	4.8%	26	5.3%	47	5.1%
80-84	4255	1.8%	8439	3.3%	12694	2.6%	11	2.5%	11	2.2%	22	2.4%
85-	3378	1.4%	8869	3.4%	12247	2.5%	8	1.8%	8	1.6%	16	1.7%
合計	233 556	100.0%	258 812	100.0%	492 368	100.0%	435	100.0%	490	100.0%	925	100.0%

表3-1 岡山市におけるDSM-IV診断による主要精神障害の生涯診断該当者数と生涯有病率(%)

DSM-IV診断	男性(n=435)		女性(n=490)		合計(n=925)	
	有病率	人数	有病率	人数	有病率	人数
パニック発作 Panic Attack	6.9%	30	9.0%	44	8.0%	74
パニック障害 Panic Disorder	0.9%	4	1.6%	8	1.3%	12
広場恐怖 Agoraphobia	0.2%	1	—	0	0.1%	1
パニック障害のない広場恐怖 Agoraphobia w/o PD	0.2%	1	—	0	0.1%	1
社会恐怖 Social Phobia	2.8%	12	1.4%	7	2.1%	19
特定の恐怖症 Specific Phobia	3.4%	15	3.9%	19	3.7%	34
全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder	1.8%	8	1.4%	7	1.6%	15
そう病 Mania	0.2%	1	0.4%	2	0.3%	3
軽そう病 Hypomania	—	0	0.4%	2	0.2%	2
大うつ病 Major Depressive Disorder	4.1%	18	9.2%	45	6.8%	63
大うつ病エピソード Major Depressive Episode	4.4%	19	9.2%	45	6.9%	64
気分変調性障害 Dysthymia with hierarchy	0.9%	4	1.4%	7	1.2%	11
小うつ病 Minor Depressive Disorder	1.1%	5	2.9%	14	2.1%	19
小うつ病エピソード Minor Depressive Disorder	0.9%	4	2.4%	12	1.7%	16
焦燥性大うつ病 Irritable Major Depression	0.5%	2	0.4%	2	0.4%	4
焦燥性小うつ病 Irritable Minor Depression	0.7%	3	0.2%	1	0.4%	4
間欠爆発性障害 Intermittent Explosive Disorder	3.9%	17	1.6%	8	2.7%	25
外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	0.2%	1	1.2%	6	0.8%	7
アルコール乱用 Alcohol Abuse	5.3%	23	0.8%	4	2.9%	27
アルコール依存症 Alcohol Dependence	0.9%	4	0.2%	1	0.5%	5
薬物乱用 Drug Abuse	0.2%	1	0.4%	2	0.3%	3
薬物依存症 Drug Dependence	0.2%	1	—	0	0.1%	1

表3-2 岡山市におけるDSM-IV診断による主要精神障害の12ヶ月診断該当者数と12ヶ月有病率(%)

DSM-IV診断	男性(n=435)		女性(n=490)		合計(n=925)	
	有病率	人数	有病率	人数	有病率	人数
パニック発作 Panic Attack	1.6%	7	2.2%	11	1.9%	18
パニック障害 Panic Disorder	0.2%	1	1.0%	5	0.6%	6
広場恐怖 Agoraphobia	—	0	—	0	—	0
パニック障害のない広場恐怖 Agoraphobia w/o PD	—	0	—	0	—	0
社会恐怖 Social Phobia	0.9%	4	0.4%	2	0.6%	6
特定の恐怖症 Specific Phobia	1.8%	8	2.7%	13	2.3%	21
全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder	1.1%	5	0.6%	3	0.9%	8
そう病 Mania	—	0	0.4%	2	0.2%	2
軽そう病 Hypomania	—	0	0.2%	1	0.1%	1
大うつ病 Major Depressive Disorder	1.8%	8	3.1%	15	2.5%	23
大うつ病エピソード Major Depressive Episode	1.8%	8	3.1%	15	2.5%	23
小うつ病 Minor Depressive Disorder	0.2%	1	0.6%	3	0.4%	4
気分変調性障害 Dysthymia with hierarchy	0.7%	3	0.6%	3	0.6%	6
焦燥性大うつ病 Irritable Major Depression	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	2
焦燥性小うつ病 Irritable Minor Depression	0.5%	2	—	0	0.2%	2
外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	0.2%	1	0.6%	3	0.4%	4
間欠爆発性障害 Intermittent Explosive Disorder	1.1%	5	0.4%	2	0.8%	7
アルコール乱用 Alcohol Abuse	1.1%	5	—	0	0.5%	5
アルコール依存 Alcohol Dependence	0.5%	2	—	0	0.2%	2
薬物乱用 Drug Abuse with hierarchy	—	0	0.2%	1	0.1%	1
薬物依存 Drug Dependence	—	0	—	0	—	0

表3-3 岡山市におけるDSM-IV診断による主要精神障害の現在診断該当者数と時点有病率(%)

DSM-IV診断	男性(n=435)		女性(n=490)		合計(n=925)	
	有病率	人数	有病率	人数	有病率	人数
パニック発作 Panic Attack	0.2%	1	1.0%	5	0.6%	6
パニック障害 Panic Disorder	—	0	0.6%	3	0.3%	3
広場恐怖 Agoraphobia	—	0	—	0	—	0
パニック障害のない広場恐怖 Agoraphobia w/o PD	—	0	—	0	—	0
社会恐怖 Social Phobia	0.9%	4	0.2%	1	0.5%	5
特定の恐怖症 Specific Phobia	1.8%	8	2.0%	10	1.9%	18
全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder	0.7%	3	0.4%	2	0.5%	5
そう病 Mania	—	0	0.2%	1	0.1%	1
軽そう病 Hypomania	—	0	—	0	—	0
大うつ病 Major Depressive Disorder	0.5%	2	0.4%	2	0.4%	4
大うつ病エピソード Major Depressive Episode	0.5%	2	0.4%	2	0.4%	4
小うつ病 Minor Depressive Disorder	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	2
気分変調性障害 Dysthymia	0.2%	1	—	0	0.1%	1
焦燥性大うつ病 Irritable Major Depression	—	0	—	0	—	0
焦燥性小うつ病 Irritable Minor Depression	—	0	—	0	—	0
反復性短期うつ病性障害	—	0	—	0	—	0
外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	—	0	0.4%	2	0.2%	2
間欠爆発性障害 Intermittent Explosive Disorder	0.7%	3	—	0	0.3%	3
アルコール乱用 Alcohol Abuse	0.5%	2	—	0	0.2%	2
アルコール依存症 Alcohol Dependence	—	0	—	0	—	0
薬物乱用 Drug Abuse	—	0	—	0	—	0
薬物依存症 Drug Dependence	—	0	—	0	—	0

注：現在診断および時点有病率は、過去30日間に診断基準を満たした者。

表4-1 岡山市におけるICD-10診断による主要精神障害の生涯診断該当者数と生涯有病率(%)

ICD診断	男性(n=435)		女性(n=490)		合計(n=925)	
	有病率	人数	有病率	人数	有病率	人数
パニック発作 Panic Attack	7.4%	32	9.2%	45	8.3%	77
パニック障害 Panic Disorder	1.6%	7	2.9%	14	2.3%	21
パニック障害のない広場恐怖 Agoraphobia w/o PD	1.1%	5	1.2%	6	1.2%	11
全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder	2.5%	11	1.2%	6	1.8%	17
社会恐怖 Social Phobia	3.2%	14	1.8%	9	2.5%	23
特定の恐怖症 Specific Phobia	5.1%	22	6.5%	32	5.8%	54
そう病 Mania	0.2%	1	0.6%	3	0.4%	4
軽そう病 Hypomania	—	0	0.2%	1	0.1%	1
重症うつ病エピソード Severe Depressive Episode	2.1%	9	3.5%	17	2.8%	26
中等度うつ病エピソード Moderate Depressive Episode	0.7%	3	4.3%	21	2.6%	24
軽症うつ病エピソード Mild Depressive Disorder	1.8%	8	3.1%	15	2.5%	23
気分変調性障害 Dysthymia	1.4%	6	1.6%	8	1.5%	14
外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	0.7%	3	1.6%	8	1.2%	11
アルコール乱用 Alcohol Abuse	5.3%	23	0.8%	4	2.9%	27
アルコール依存症 Alcohol Dependence	0.9%	4	0.2%	1	0.5%	5
薬物乱用 Drug Abuse	0.2%	1	0.4%	2	0.3%	3
薬物依存症 Drug Dependence	0.2%	1	—	0	0.1%	1



表4-2 岡山市におけるICD-10診断による主要精神障害の12ヶ月診断該当者数と12ヶ月有病率(%)

ICD診断	男性(n=435)		女性(n=490)		合計(n=925)	
	有病率	人数	有病率	人数	有病率	人数
パニック発作 Panic Attack	1.6%	7	2.0%	10	1.8%	17
パニック障害 Panic Disorder	0.2%	1	1.0%	5	0.6%	6
パニック障害のない広場恐怖 Agoraphobia w/o PD	0.5%	2	0.4%	2	0.4%	4
全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder	1.6%	7	0.4%	2	1.0%	9
社会恐怖 Social Phobia	0.7%	3	0.8%	4	0.8%	7
特定の恐怖症 Specific Phobia	3.0%	13	4.3%	21	3.7%	34
そう病 Mania	—	0	0.6%	3	0.3%	3
軽そう病 Hypomania	—	0	—	0	—	0
重症うつ病エピソード Severe Depressive Episode	0.7%	3	1.2%	6	1.0%	9
中等度うつ病エピソード Moderate Depressive Episode	0.5%	2	1.6%	8	1.1%	10
軽症うつ病エピソード Mild Depressive Disorder	0.7%	3	0.4%	2	0.5%	5
気分変調性障害 Dysthymia	0.9%	4	0.6%	3	0.8%	7
外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	0.7%	3	0.6%	3	0.6%	6
アルコール乱用 Alcohol Abuse	1.1%	5	—	0	0.5%	5
アルコール依存症 Alcohol Dependence	0.5%	2	—	0	0.2%	2
薬物乱用 Drug Abuse	—	0	0.2%	1	0.1%	1
薬物依存症 Drug Dependence	—	0	—	0	—	0

表4-3 岡山市におけるICD-10診断による主要精神障害の現在診断該当者数と時点有病率(%)

ICD診断	男性(n=435)		女性(n=490)		合計(n=925)	
	有病率	人数	有病率	人数	有病率	人数
パニック発作 Panic Attack	0.2%	1	1.0%	5	0.6%	6
パニック障害 Panic Disorder	—	0	0.6%	3	0.3%	3
パニック障害のない広場恐怖 Agoraphobia w/o PD	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	2
社会恐怖 Social Phobia	0.7%	3	0.6%	3	0.6%	6
特定の恐怖症 Specific Phobia	2.8%	12	3.5%	17	3.1%	29
全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder	0.5%	2	0.4%	2	0.4%	4
そう病 Mania	—	0	0.4%	2	0.2%	2
軽そう病 Hypomania	—	0	—	0	—	0
重症うつ病エピソード Severe Depressive Episode	0.2%	1	0.4%	2	0.3%	3
中等度うつ病エピソード Moderate Depressive Episode	—	0	—	0	—	0
軽症うつ病エピソード Mild Depressive Disorder	0.2%	1	—	0	0.1%	1
気分変調性障害 Dysthymia	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	2
外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder	0.2%	1	0.6%	3	0.4%	4
アルコール乱用 Alcohol Abuse	0.5%	2	—	0	0.2%	2
アルコール依存症 Alcohol Dependence	—	0	—	0	—	0
薬物乱用 Drug Abuse	—	0	—	0	—	0
薬物依存症 Drug Dependence	—	0	—	0	—	0

注：現在診断および時点有病率は、過去30日間に診断基準を満たした者。

表5-1 岡山市におけるDSM-IV診断による主要精神障害の有病率（無回答者の割合を重み付け後）

DSM-IV診断	生涯有病率			12ヶ月有病率			時点有病率		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
パニック発作	6.7%	9.2%	8.0%	1.7%	2.8%	2.3%	0.2%	1.0%	0.6%
パニック障害	1.0%	1.8%	1.4%	0.2%	1.3%	0.8%	0.0%	0.6%	0.3%
広場恐怖	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
パニック障害のない広場恐怖	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
社会恐怖	2.8%	1.4%	2.1%	1.0%	0.5%	0.7%	1.0%	0.2%	0.5%
特定の恐怖症	4.2%	3.8%	4.0%	2.0%	2.5%	2.3%	2.0%	1.8%	1.9%
全般性不安障害	1.8%	1.3%	1.6%	1.2%	0.6%	0.9%	0.7%	0.4%	0.6%
軽そう病	0.0%	0.5%	0.3%	0.0%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
そう病	0.3%	0.4%	0.3%	0.0%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.1%
大うつ病	4.2%	8.8%	6.6%	1.7%	2.9%	2.4%	0.4%	0.4%	0.4%
大うつ病エピソード	4.4%	8.8%	6.7%	1.7%	2.9%	2.4%	0.4%	0.4%	0.4%
小うつ病	1.0%	2.5%	1.7%	0.2%	0.6%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%
気分変調性障害	1.0%	1.4%	1.2%	0.8%	0.6%	0.7%	0.2%	0.0%	0.1%
焦燥性大うつ病	0.4%	0.4%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
焦燥性小うつ病	0.7%	0.3%	0.5%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
外傷後ストレス障害	0.4%	1.3%	0.9%	0.4%	0.7%	0.5%	0.0%	0.5%	0.3%
間欠爆発性障害	3.8%	1.5%	2.6%	1.0%	0.4%	0.7%	0.6%	0.0%	0.3%
アルコール乱用	5.0%	0.7%	2.8%	1.2%	0.0%	0.6%	0.4%	0.0%	0.2%
アルコール依存症	0.8%	0.2%	0.5%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
薬物乱用	0.2%	0.5%	0.4%	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
薬物依存症	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表5-2 岡山市におけるICD-10診断による主要精神障害の有病率（無回答者の割合を重み付け後）

ICD診断	生涯有病率			12ヶ月有病率			時点有病率		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
パニック発作	7.1%	9.3%	8.3%	1.7%	2.4%	2.1%	0.2%	1.0%	0.6%
パニック障害	1.6%	3.0%	2.3%	0.2%	1.3%	0.8%	0.0%	0.6%	0.3%
パニック障害のない広場恐怖	1.2%	1.4%	1.3%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%	0.2%	0.3%
社会恐怖	3.3%	1.9%	2.6%	0.8%	1.0%	0.9%	0.8%	0.6%	0.7%
特定の恐怖症	5.1%	6.3%	5.8%	3.1%	3.9%	3.5%	2.9%	3.1%	3.0%
全般性不安障害	2.7%	1.2%	1.9%	1.8%	0.4%	1.0%	0.6%	0.4%	0.5%
そう病	0.3%	0.6%	0.5%	0.0%	0.6%	0.3%	0.0%	0.4%	0.2%
軽そう病	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重症うつ病エピソード	2.1%	3.3%	2.7%	0.7%	1.1%	0.9%	0.2%	0.4%	0.3%
中等度うつ病エピソード	0.6%	4.1%	2.4%	0.4%	1.7%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%
軽症うつ病エピソード	2.0%	3.0%	2.5%	0.6%	0.3%	0.4%	0.2%	0.0%	0.1%
気分変調性障害	1.4%	1.6%	1.5%	1.0%	0.6%	0.8%	0.2%	0.2%	0.2%
外傷後ストレス障害	0.8%	1.7%	1.3%	0.8%	0.7%	0.7%	0.2%	0.7%	0.5%
アルコール乱用	5.0%	0.7%	2.8%	1.2%	0.0%	0.6%	0.4%	0.0%	0.2%
アルコール依存症	0.8%	0.2%	0.5%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
薬物乱用	0.2%	0.5%	0.4%	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
薬物依存症	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

# 21世紀は心の時代です。

ストレスがあると  
どんな病気に  
なりやすいの？

ストレスがあっても  
元気な人もいるけど、  
どうして？

ストレスに  
強くなるには  
どうしたらいいの？

ストレスが  
増えているって  
本当？



この調査は世界中の人々のストレスと健康に関する情報を集めることで、  
健康と関係する「世界精神健康」の現状を明らかにする。

ご不明な点はお気軽なく、  
調査センターまでおたずねください。

## 「ストレスと健康」岡山調査

岡山大学医学部「ストレスと健康」岡山調査センター  
〒700-8558 岡山市鹿田町 2-5-1  
岡山大学大学院医歯学総合研究科  
衛生学・予防医学分野内(担当者:北川・藤山)  
TEL 086 (235) 7177  
FAX 086 (235) 7178  
Email esc@cc.okayama-u.ac.jp  
http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/KENKOU

# ストレスと健康

岡山調査へのご協力をお願いします



岡山大学医学部  
「ストレスと健康」岡山調査センター

# 「ストレスと健康」岡山調査について説明させていただきます。

## ストレスと健康

岡山大学医学部

### 調査の責任者は誰ですか？

- 岡山大学大学院医学総合研究科(岡山大学医学部)の川上憲人(かわかみ のり と) 教授が調査の責任者です。千葉市にある国立精神・神経センター精神保健研究所が中央事務局として全国の調査に責任をもちます。

### どんな調査なのですか？

- 世界保健機関(WHO)、米国ハーバード大学医学部、日本の国立精神・神経センターとの共同研究として、世界30カ国で実施されている調査です。今年の調査対象として、日本では、鹿児島、長崎に加えて、岡山市が選ばれました。
- 国(厚生労働省)の特別研究として実施されています。調査結果は、日本のこれからの心の健康づくりの基礎資料として活用されます。
- 市民の健康づくり「健康市民おやかま21」を推進する岡山市からも調査へのご理解とご支援をいただいています。

### 何のために調査をするのですか？

- ストレスやストレスによる健康問題が岡山市や日本全国にどれくらいあるのかを調べます。
- ストレスで健康を損ないやすい人、ストレスがあっても元気な人、そもそもストレスを感じない人はどこが違うのかを調べ、ストレスから健康を守る方法を見つけます。
- 住んでいる地域や暮らし方と健康の関係についても調べます。

### どうして私が選ばれたのですか？

- 岡山市の20歳以上の住民1000名を、選挙人名簿からコンピューターで無作為に選ばせていただきました。
- それ以外にあなたが選ばれた特別な理由はありません。しかし

科学的な方法で一旦選ばれたら、あなたからお話をかこうことは、この調査にとっても大事なことです。

### 調査はどのように行われるのですか？

- 専門的なトレーニングを受けたボランティア調査員がご自宅を訪問いたします(お電話番号が電話帳に掲載されている場合はお電話いたします)。
- 調査期間は平成14年11月～平成15年2月です。期間中のご都合のよい日時に、ご自宅もしくは、岡山大学(鹿田キャンパス内)にて、調査にご協力ください。
- 調査員は、ストレスやその他のご経験、健康状態、暮らし方やお住いの地域のご様子についてうかがいます。ストレスのある方のお話も、ストレスがない方のお話も、どちらも大変貴重な情報になります。
- 調査は90～120分かかります。もう少し長いかかることもありますし、早く終わることもあります。簡単なアンケートにもご記入いただけます。
- アンケートと聞き取り調査の双方にご協力いただいた方には、3千円分のお礼と岡山大学からの感謝状を差し上げます。
- 調査員は、岡山大学から発行された身分証明書をもちます。調査員の身分証明書を必ずご確認ください。

### プライバシーへの配慮はどうなっているのですか？

- プライバシーを大切にされたいあなたのお考えをよく理解しています。
- 調査でうかがった内容は、個人のお名前や住所とは別に保管され、統計的にのみ分析されます。個人名がわかるデータが外にもれるようなことは決してありませんし、調査に参加されたことと、あなたにご迷惑がかかることは一切ありません。
- 調査に参加されるかどうかはまったくの自由意志です。またお答えになりたくない質問があった場合は、お答えにならなくて

かまいません。

- 個人の権利が侵害されることがご心配な場合は、無料で弁護士(東京アドボカシー法律事務所)に相談できるようにしています。
- この調査は、岡山大学大学院医学総合研究科(岡山大学医学部)の研究倫理委員会で承認されています。

### 調査結果はどのように教えてもらえるのですか？

- 調査結果は市の広報誌などを通じて岡山市民の皆様にお知らせをいたします。

この調査には岡山市民お一人お一人のご協力が不可欠です。あなたのお力をぜひお貸しくください。

### 岡山大学医学部

### 「ストレスと健康」岡山調査センター

〒700-8558 岡山市鹿田町 2-5-1

岡山大学大学院医学総合研究科

衛生学・予防医学分野内(担当者:北川・崎山)

TEL 086 (235) 7177

FAX 086 (235) 7178

E-mail esc@cc.okayama-u.ac.jp

http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/KENKOU



「ストレスと健康」  
岡山調査センター

責任者 川上憲人教授  
担当者 北川、峰山

〒700-8558 岡山市鹿田  
町 2-5-1 岡山大学大学  
院医歯学総合研究科衛  
生学・予防医学分野内  
電話 086-235-7177  
FAX 086-235-7178  
e-mail:  
esc@cc.okayama-u.ac.jp  
ホームページ:  
<http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/OSHS>

あなたの担当調査員は

です。どうぞよろしくお  
願いいたします。

「ストレスと健康」岡山  
調査センターでは、お電  
話や電子メールでのご質  
問も受け付けておりま  
す。



この調査は国の研究費で  
実施されています。世界  
保健機関(WHO)が推進し  
ている国際共同研究の一  
環です。

岡山大学医学部  
「ストレスと健康」岡山調査  
ご協力のお願い

様

お元気でお過ごしでしょうか。

このたび、私どもは、国の研究の一環として「ストレスと健康」岡山調査を実施することになりました。あなたが岡山市民の代表として、この調査の対象者として選ばれました。

調査の概要については、同封いたしましたパンフレットをご覧ください。平成 14 年 9 月 24 日（火）づけの山陽新聞に紹介されましたこの調査の記事も同封いたします。

この調査については、市民の健康づくり「健康市民おかやま 21」を推進する岡山市からもご理解とご支援をいただいています。

調査はご自宅か、あるいは岡山大学医学部で受けていただけます。お葉書にてご都合のよい時間と場所をお知らせください。また近日中に本調査のボランティア調査員がご自宅にうかがうか、お電話番号が電話帳に掲載されている場合にはお電話で連絡をとらせていただきます。その折りに調査員から詳しい説明をお聞きになってからお決めいただいてもかまいません。

調査では、あなたのこれまでのご経験についてお話をうかがいます。危険な検査や難しいテストをお願いすることはありません。お答えになった内容については完全にプライバシーが守られます。

あなたのご経験やご意見が、岡山市の、ひいては日本全体でのストレスと健康の様子を知る手がかりになります。なにとぞ調査にご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

「ストレスと健康」岡山調査

責任者

岡山大学大学院医歯学総合研究科  
(岡山大学医学部)

衛生学・予防医学分野  
教授 川 上 憲 人

様

## 「ストレスと健康」岡山調査へのご協力のお願い

先日、ご協力お願いのお手紙を差し上げました「ストレスと健康」岡山調査について  
月 日 時 分に、調査員の \_\_\_\_\_ が  
ご自宅を訪問させていただきましたが、お留守でしたのでお手紙を置いていきます。

1. よろしければ \_\_\_\_\_ までお電話いただき、ご都合の良い日程をお教え下さい。

◆ 電話番号

◆ 電話に出られる時間帯 時～ 時頃

2. よろしければ「ストレスと健康」調査センターにお電話いただき、ご都合の良い日程をお教え下さい

◆ 電話番号：086-235-7177 担当：北川・峰山

※なお、夜間 {17:00～翌9:00} 及び土・日・祝日は留守番電話になっております。

3. 再度ご自宅を訪問させていただきます。

月 日 時頃、訪問いたします。

この調査は世界保健機構(WHO)との国際共同研究としてわが国が実施するものであり、国際的にも信頼性の高いものです。これからのわが国のこころの健康づくりに役立てるためにも、1人でも多くの方にご協力いただきたいと思います。

— あなたのご協力をいただきたく、重ねてよろしくお願い申し上げます —

〒700-8558 岡山市鹿田町 2-5-1

岡山大学大学院医歯学総合研究科

衛生学・予防医学講座内

TEL086-235-7177・FAX086-235-7178

e-mail: esc@cc.okayama-u.ac.jp

「ストレスと健康」岡山調査センター

責任者 教授 川上 憲人

担当者 北川・峰山

# 研究協力の同意書

岡山大学大学院医歯学総合研究科教授  
「ストレスと健康」岡山調査センター責任者  
川上 憲人 殿

私は、「ストレスと健康」岡山調査について、調査員から別紙パンフレット等に基づき下記について説明を受け、十分に理解できましたので、調査に協力します。

1. 調査の目的
2. 調査の内容や所要時間
3. プライバシーの保護
4. 調査への協力は自由意志であること

---

## ◆ 調査謝礼について ◆

(いずれかに○をおつけください)

(        ) 確かに受け取りました

(        ) 辞退いたしました

平成        年        月        日

◇ あなたのお名前 \_\_\_\_\_

◇ 住            所 \_\_\_\_\_

(調査員氏名) \_\_\_\_\_

# ストレスと健康 関係解明へ

健康への影響が大きいストレス。その関係を解明しようと、岡山大学院医歯学総合研究科の川上憲人教授(45)＝社会環境生命科学＝の研究班は11月から、岡山市民1000人を対象に大規模な聞き取り調査を行う。調査の狙いははじめ、健康を守るためのストレス対策を川上教授に聞いた。

## 岡山大学院 川上教授に聞く



「ストレスから健康を守る方法をさまざまな方面から探りたい」と話す川上教授

### 地域性との関連探る

調査は、保健施策の基礎資料とするため、WH O(世界保健機関)が世帯三十カ国で実施。国内では本年度、岡山市など三地域で行われる。岡山市では、二十歳以上の男女千人を来年二月までに戸別訪問。職場や地域で感じるストレスや健康状態を詳しく聞く。

市では、二十歳以上の男女千人を来年二月までに戸別訪問。職場や地域で感じるストレスや健康状態を詳しく聞く。

川上教授は話す。質問は、職場など周囲の人間関係や病気の有無を聞くWHOの統一項目に加え、岡山市独自の項目を用意。生活環境の違いなど「地域性」とストレスの関係を探る。

例えば、市内を細かく分け、その地域の住みやすさを比較。困ったときに助け合えるコミュニティの濃密度をはじめ、公園、緑の多さ、交通の利便性など細かい指標についてチェックする。

「米国では『人間関係が良い地域の住民ほどストレスを感じず、長生きする傾向がある』という研究報告もあり、地域環境が健康に与える影響は少なくない」と川上教授は指摘する。

これまでも労働環境と健康の関係テーマに研究。以前、二千五百人を対象に行った調査では、残業時間が月五十時間を超える人は、その半分以上の人に比べ、糖尿病や不眠症になる確率が三倍

「同じようにストレスがあっても、健康を損なう人と全く関係のない人がいるし、ストレス自体を感じない人もいます。その違いを調べたい」と川上教授は話す。

質問は、職場など周囲の人間関係や病気の有無を聞くWHOの統一項目に加え、岡山市独自の項目を用意。生活環境の違いなど「地域性」とストレスの関係を探る。

例えば、市内を細かく分け、その地域の住みやすさを比較。困ったときに助け合えるコミュニティの濃密度をはじめ、公園、緑の多さ、交通の利便性など細かい指標についてチェックする。

「米国では『人間関係が良い地域の住民ほどストレスを感じず、長生きする傾向がある』という研究報告もあり、地域環境が健康に与える影響は少なくない」と川上教授は指摘する。

これまでも労働環境と健康の関係テーマに研究。以前、二千五百人を対象に行った調査では、残業時間が月五十時間を超える人は、その半分以上の人に比べ、糖尿病や不眠症になる確率が三倍

## 11月から岡山市民1000人対象

も高いというデータが得られたこともあるという。簡単にストレスを緩和するには、一週間に一回以上は軽く運動をする▽ビタミンの多い緑黄色野菜をしっかりと食べる▽睡眠時間をあえて少なくし

ボランティア調査員を募集

川上教授の研究班は、「ストレスと健康」のボランティア調査員を募集している。資格は二十歳以上の人。調査で利用するパソコンがある程度使えることが条件。十月中旬に五日間の研修を受け、十一月初めから来年二月まで、一人当たり約三十人の調査を担当する。若干の謝礼もある。

問い合わせは「ストレスと健康」岡山調査事務局(086-2335-7177)。

て睡眠効率を高め、その後徐々に伸ばす一などがお勧めだ。

難しい仕事などで不安を抱えている時は、頭の中を巡っている問題点を紙に書き出すのも良い。客観的にとらえることでストレスが軽減されるといいます。誤解されやすいのがお酒。アルコールには抑うつ性があり、気分が沈んでいる時に飲むと、かえってストレスを長引かせる。

不況や終身雇用の崩壊、職場のIT(情報技術)化など急速な変化でストレスが発生しやすい現代社会。川上教授は「忙しい日常の中でもクールダウンは必要。ゆっくりできる時間を意識的に確保して」とアドバイスしている。

山陽新聞(平成14年9月24日)にも、「ストレスと健康」岡山調査の記事が掲載されています。なお、ボランティア調査員の募集は終了しました。



# 「ストレスと健康」

## 岡山調査 カバーシート

2002 年度調査用



1. このスペースには対象者情報を記入したラベルを添付する

2. このスペースには面接員情報を記入したラベルを添付する

### 3. 対象者連絡先に関する追加情報

-----  
-----  
-----

### 4. 最終的な結果が得られたら記入する

面接実施・面接部分的実施・調査断念

5. 最終結果確定の日付: 200 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

### 6. 調査の紹介（電話または訪問で）:

こんにちは。私は岡山大学医学部からまいりました（調査員の名前）です。これが身分証明書です。岡山大学医学部では、ストレスと健康に関する調査を実施しています。岡山市にお住いの皆様の健康やストレスについて、できればお話をうかがいたいと思っています。調査について、岡山大学からのお願いの手紙が届いていると思います（必要なら、持参した手紙とパンフレットを見せる）。こちらにお住まいの（対象者名）様が、調査の対象として選ばれました。ぜひお話をうかがわせていただきたいと思っています。

### 7. 面接員チェックポイント:

- |   |            |
|---|------------|
| 1. <u>対象者と連絡がとれ、調査への協力を得ることができた。</u>              | 項目 8 に進む。  |
| 2. <u>対象者と連絡がとれたが、面接を実施できなかった。</u>                | 項目 14 に進む。 |
| 3. <u>最終的に対象者と連絡をとることができなかった。</u>                 | 項目 14 に進む。 |
| 4. <u>対象者は調査対象外（市内に住んでいない、日本語を話さない、20 歳未満である）</u> | 項目 14 に進む。 |

### 8. 守秘に関する文章（面接が始まる前に対象者に対して読み上げること）:

お話をうかがう前に、申し上げておきたいと思いますが、調査に参加するかどうかはあなたの意志でお決めいただいで結構です。うかがったすべての情報は厳密に秘密にされます。もし万一、あなたが答えたくない質問に出会ったら、そう言ってください。その質問はとばします。

この調査の目的や内容をご理解いただいた上で調査への参加に同意いただいた証拠に、この「同意書」にお名前、ご住所、日付をご記入いただけますか。この「同意書」は私たちが正しく調査を行っている証拠となるものです。

### 9. 面接員への指示:

この機会に対象者と面接を試みる。無理なら、別の日時に面接をする約束をとりつける。

項目 12 に対象者の連絡先電話番号を記録する。

連絡記録に面接調査を約束した日時と場所を記録する。

10. 面接の実施結果の記録

- 1. 完全に実施
- 2. 部分的に実施－PHセクションまでは実施
- 3. 部分的に実施－PHセクションより前で中断

面接完了日 200\_\_年\_\_月\_\_日  
 面接にかかった合計時間：\_\_時間\_\_分

【調査後の連絡情報の確認】

11. 「お時間を割いていただきありがとうございました。これで調査は終わりです。しかし私の上司が調査内容を確認するために、お電話かお手紙を差し上げるかもしれません。今後のご連絡のためにあなたのお電話番号をうかがいたいと思います。

12. 「電話番号は何番ですか?」

\_\_\_\_\_  
 市外局番も含めて電話番号を記入

電話なし
電話番号を拒否

13. 面接員へ:

対象者ラベルの住所を確認し、誤りがあれば修正すること

14. (情報提供者がいる場合は) 「あなたのお名前とご本人との関係をうかがってもよろしいですか」

\_\_\_\_\_  
 情報提供者の名前

\_\_\_\_\_  
 対象者本人との関係(続柄など)

15. 最終的な調査の断念：最終的に面接調査が出来なかった理由に○をつける。

本人がもはやこの住所に住んでいない

- 1. 本人死亡。
- 2. 本人が入院中または施設に入所している。
- 3. 本人転居(市外)：市内での転居なら担当者と相談して面接調査を試みることを。
- 4. 上記以外で本人がこの住所に住んでいない(長期出張中あるいは学生で別の場所で生活中)。

本人と連絡がとれない。

- 5. ラベルの住所が見つからない(住所リストのミス)。
- 6. 住所にこの名前の住人が見あたらない。
- 7. 住所に住んでいることは判明したが、不在で連絡取れない。
- 8. 上記以外の理由で本人と連絡することができない(理由を記入：

視力や会話上の問題のため面接できない

- 8. 本人の知的能力のために面接に支障がある。
- 9. 本人の聴力または会話能力に障害あり、面接できない。

10. 本人が日本語を話さない。

調査に参加できないと言われた。

- 11. 本人から最終的に調査に参加しないとされた。
- 12. 本人以外の者から最終的に調査に参加しないとされた。

その他の理由で面接が実施できなかった

13. 記入してください：

16. 地図情報：対象者の自宅訪問のための略図や目印などを下記に記載する。

連絡記録 (必要なら用紙を追加する)

対象者への調査依頼状の発送日: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

	連絡第 回目	連絡第 回目	連絡第 回目	連絡第 回目
日付:				
曜日:				
時間:	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM
面接員 ID 番号:				
連絡相手 (いずれかに○)	対象者 / 情報提供者 / なし	対象者 / 情報提供者 / なし	対象者 / 情報提供者 / なし	対象者 / 情報提供者 / なし
情報提供者名または関係				
連絡の方法 (いずれかに○)	訪問 / TEL	訪問 / TEL	訪問 / TEL	訪問 / TEL
電話番号 (得られていれば)				
連絡あるいは連絡を試みた時の状況				
結果 (いずれかに○)	継続・面接実施・断念	継続・面接実施・断念	継続・面接実施・断念	継続・面接実施・断念

「ストレスと健康」岡山調査  
**ストレスって何だろう？**

<p><b>ストレスに 気づく</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 職場の人間関係</li> <li>• リストラ</li> <li>• 学校でのいじめ</li> <li>• 家庭内暴力</li> <li>• お子さんについての悩み</li> <li>• お金の悩み</li> </ul> <p>豊かな生活を送るためには、健康であることは欠かせません。ただし健康には、からだばかりでなく、心の状態も含まれます。こころの健康を保つには不調が生じた時の早めの対処が大切。それには不調の大きな原因である「ストレス」に気づくことがポイントです。</p>
<p><b>ストレスを知る</b></p>	<p>私たちはよく「ストレスがたまっている」とか、「ストレスに強い」などと言います。でもストレスとはいったいどのようなものなのでしょうか。</p> <p>ストレスはテニスボールのようなもの。私たちの心は、ストレスの原因に出会うと、いったんへこみますが、また元の形にもどろうとします。でも強い力や長い時間押し続けられると、ボールは元の形にもどらなくなってしまいます。これがストレス病になるパターンです。</p>
<p><b>ストレスと うまくつきあう</b></p>	<p>社会の中で生き、人とかがわり合いながら生活していく上でストレスはつきものです。ストレスがたまりすぎないようにコントロールしたり、ストレスをプラスにする工夫をするなど、上手につきあっていくことが大切です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 運動はこころも体も快活にします。</li> <li>• 隣町を歩いたり、週末にハイキングに行くだけでも気分転換に。</li> <li>• 一人遊びより、友好を深める遊びを。</li> <li>• 肥満を防ぎ、バランスのとれた食事を。</li> <li>• 12時前には寝床に入り、十分な睡眠を。</li> <li>• 笑顔はこころを明るくし、人間関係を円滑にします。</li> </ul>
<p><b>相談しよう</b></p>	<p>ストレスも多少であれば自分で解消することができますが、受けとめられないほどの過剰なストレスに、自分だけの力で対処するのは困難です。そういう時は、家族や友人、専門家などに積極的に相談しましょう。</p>