

【 こころの健康とストレスについての調査の協力について 】

こころの健康は、体の健康とともに私たちの生活にとって、とても大事なものです。国においては、こころの健康とストレスがどのような現状にあるのかを一般の方々にお聞きする調査を、国立精神・神経センター精神保健研究所の専門家による調査グループに委託して行うことになりました。

この調査が円滑に行われ、十分な成果が得られるよう、本町においても協力することになりました。

なお、調査対象者は無作為に選び、調査対象となった方には、民生委員さんが調査概要等の説明にお伺いします。

意義深い調査ですので、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

【 「こころの健康づくり」市民講座のお知らせ 】

ストレスに満ちた現代社会においては、「こころの健康」について人々の関心が高まっています。

今回、「こころの健康」についての市民講座が下記のとおり開催されます。

日 時 11月30日(土) 10:00~12:00 (受付9:45~)

場 所 十八番館(伊集院町 伊集院合同庁舎隣 TEL272-2018)

内 容 「ストレス社会を生きる ~自殺を防ぐ~」

※講師：大野 裕(慶應義塾大学保健管理センター教授)

定 員 40人

その他 受講は無料ですが、申込みが必要です。専門医等による個別相談もあります。

申込み先 伊集院保健所 保健指導係 (TEL273-3111)



【 調理師の方へ届出のお願い 】

調理師法により、2年に1度「調理師業務従事者届」を提出することになっています。

届出の必要な方は、調理師免許を持っている方で、平成14年12月31日現在において、飲食店等で調理業務に従事している方です。

本年は、その届出年になっていますので、「調理師業務従事者届」を平成15年1月15日までに提出してください。

【提出先】

鹿児島市で調理業務に従事している方…県庁 健康増進課

鹿児島市以外の市町村で調理業務に従事している方…就業地を管轄する県保健所へ

【お問い合わせ先】

県庁 健康増進課 TEL286-2111 (内線2719、2717)

吹上町観光協会より

【 吹上町観光ガイドの募集について 】

ただ今、観光協会では、ツアーバスなどに添乗して、吹上町の観光ガイドをしてくださる町民の方を募集しています。

興味をお持ちの方は、12月13日（金）までに、役場まちおこし課内観光協会（Tel296-2111 内線57）へお気軽にご連絡ください。

吹上砂丘荘より

【 国民宿舎吹上砂丘荘支配人候補（来春採用予定）の採用試験について 】

採用予定人員 1人

受験資格 年齢…昭和27年4月2日から昭和37年4月1日までに生まれた者
学歴…高等学校を卒業した者又は同程度の素養を有する者
資格…大型免許取得者又は採用日までに大型免許取得可能な者

一次選考（書類選考） 1月15日（水）頃までに行う

二次試験（面接） 1月中旬予定（一次合格者に別途通知します）

一次選考内容 申込書（砂丘荘にあります）・履歴書・レポート・健康診断書
運転免許証の写し

受験手続 11月26日（火）～12月26日（木）までに吹上砂丘荘に申込書を提出してください。（郵送の場合も12月26日必着）

※詳しくは、国民宿舎吹上砂丘荘（Tel296-2330）

または役場まちおこし課（Tel296-2111）にお尋ねください。



日置広域連合からのお知らせ

【 介護保険制度に関する相談所を開設します 】

～ 気軽に何でも相談を ～

平成12年4月に介護保険制度が施行されてから3年目を迎えていますが、介護保険制度を少しでも理解していただくために、次のとおり相談所を開設いたします。

当日は、鹿児島県国民健康保険団体連合会の専門員等が相談・苦情をお受けします。

例えば、要介護認定を受けるための手続き方法や介護サービスの受け方がわからない、介護サービスのことで不満があるなど、どんな小さな疑問、相談、苦情でも結構です。

介護保険制度に関することで、お尋ねになりたいことがありましたら、介護サービスを受けている人、受けていない人、介護をしている人など、どなたでも結構ですのでお気軽にご相談ください。

日時 12月11日（水）10:00～16:00

場所 伊集院町中央公民館中ホール

その他 相談は無料です。相談内容に関する秘密は固く守られます。

お問い合わせ先 日置広域連合 介護保険課給付係 Tel272-0505

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）

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

分担研究報告書

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（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

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800名を抽出し、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。ICD-10診断システムで生涯診断が最も高率であったもの（3桁診断）は、F43.1外傷後ストレス障害（6.3%）であり、その他、F32.1中等症うつ病エピソード（5.8%）、F32.2大うつ病エピソード（5.2%）、F41.1全般性不安障害（5.0%）、F34.1気分変調症（3.7%）、などであり、うつ病圏障害は併せて17.9%に上っていた。この数値は従来の知見と比較したとき、おおよそ納得できるものである。

【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

日本国内にあっても従来から遺伝疫学的視点に立った疫学研究は見られるものの、いわゆる近年の海外諸国で見られるような多くの大規模な精神医学的疫学研究は殆どといって見られず、精神科医療あるいは精神保健施策を国内において立案企画しようとする際の具体的な情報に欠けるのが現状である。例えば、欧米の先進諸国においては一般住民の15-30%に何らかの精神疾患が発見されるという知見が得られている。しかし、日本においては、特殊な状況、例えばある企業内とか、自殺率の高頻度な

小地域などでのデータは僅かに認められたり、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。

またたとえ、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は問題である。そこで、日本独自の疫学データを確立するという企画に至るわけであるが、疫学研究、特に精神疾患の疫学研究を抑制ないし阻害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、これまでの自験例からうかがわれる。とはいえ、今後世界的な基盤に立ってさまざまな文化圏を背景に疫学データを比較検討しようというとき、大規模な疫学調査を行っておくことは重要であり、その実施可能性を検討しておくことはまた必須の要件である。

長崎大学医学部精神神経科学教室は、従来から WHO 研究協力センターの一つとして、各種精神疾患に関わるさまざまな国際共同研究を行なっており、その過程で世界保健機関 (WHO) の精神保健部が最近計画してきた The World Mental Health 2000/ WMH2000 Study には特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、われわれ長崎大学 WHO センターも同研究班の研究分担者の一員となって、長崎市を調査対象地域として地域研究を行うことになった。同研究は、今回の調査研究のパイロット的役割を有しており、既に平成 12 年の調査報告書として詳細にまとめられている。ただ、同研究において幾つかの問題点、特に回答率の低さといった点が国際的に目立ったため、今一

度、調査対象者数を増やして、且つ WMH2000 に見合う知見を得るべく調査計画を見直して、再調査を実施することになった。

現実的な調査の内容は、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」を調査するという一方で、先の調査研究と内容的には異ならない。また、研究実施に当たっては、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とした。

B. 研究方法

疫学研究の倫理基準に則って、本研究についても、平成 14 年 12 月 2 日に長崎大学医学部倫理委員会に詳細な研究計画書を提出して、第 1 回目の審査を受けた。十分な討論が同委員会委員と長崎センター研究者間でなされ、平成 15 年 1 月 9 日に開催された次の同倫理委員会の審議を経て最終的には正式承認を得ることができた。

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。同事務局は、後記するように、抽出された調査対象予定者との対応に全てあたった。まず、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である。

1. 面接調査様式および調査員の確保

本調査にとって最も重要なスタッフである CIDI 面接調査員（面接員）は、平成 14 年 11 月中旬より募集を開始した。面接員の条件は、看護師または教員、あるいは心理学関連の資格を保有しており、且つパソコンの使用経験がある者とし、合計 30 名を確保することとした。なお、彼らは、具体的な調査活動としての訪問面接に入る前に、約 1 週間の CIDI (CIDI-2000、コンピュータ版) に関する所定の研修講座に参加することも条件とされた。

2. 調査対象者の抽出

調査対象地域は前回と同じく長崎市であり、調査対象者は同市に居住する 20 歳以上の一般市民とした。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の文書を提出し、申請後に許可を受けて同市の最新の選挙人名簿から、長崎市民 1,000 人を抽出した。長崎市内には 119 箇所の投票所があり、その全てから無作為に 10 力所の投票所を選び、選ばれた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 段階の方法をとった。調査対象者の抽出に当たっては、個人のプライバシー保護に留意して慎重に行った。長崎市選挙人名簿を閲覧し、さらに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 名を抽出して、合計 800 名を調査対象者とした。

3. 調査方法

(1) 地域社会への働きかけ

前回調査施行の経験を通して、面接調査の実

施に先立って調査対象者の参加協力率を上げることが最重点と考え幾つかの新たな取り組みを行なった。まず、長崎市および長崎市保健所の要職にあるスタッフに本調査の概要について詳しく繰り返し説明して、長崎市保健所松田静宗所長に研究協力者として参加願うことにした。保健所長は、特に地域住民と密着しているだけでなく、市役所内での広報活動、市所属の保健師に対する積極的協力の指導や地域への広報活動におけるネームバリューなど、多くの寄与が期待された。また、長崎市民生委員の協力を取り付けるべく、同保健所長の支援を受けながら、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て、本調査の意義を手始めに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の双方に時間的制約があり（民生委員の全体会議は月に 1 回開催の予定という）、十分な意思疎通ができず、事務局で想定していた協力関係の確立ができず、実地施行への具体的協力態勢には残念ながら入れなかった。

(2) 面接対象者への資料の郵送

本研究を施行する岡山センターで使用されるものをもとに、長崎センターの調査対象者に対する資料を作成した。期間的な制約から、対象者 800 名に一括して郵送することとした。

(3) 面接方法

先にも言及したように、WHO が 1993 年に、一般住民を対象とした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開発された完全な構造化面接法である統合国際診断面接 CIDI core version の最新版 2.1 版(日本語訳)を利用して面接調査は実施された。ただし、調査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」の項目は含まないこととした。今回は、CIDI の中でも最新のコンピュータ版 (CIDI-2000) を利用した。面接の場所は、対象者の自宅を原則としたが、長崎大学医学部精神神経科学教室ない

し同大学医学部附属病院精神神経科(以下大学病院)のいずれでも選択可能としておいた。自宅訪問のために、バッテリー駆動時間、携行性などを考慮し、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

抽出された調査対象者に、調査研究の責任者名で調査協力依頼状の入った封書を送付し、返信用はがきで調査への参加・不参加に関わる意思表示の返事を受け取ることにした。調査協力という意思表示の返事があった対象者には、事務局員が個別に電話連絡して面接時間を決定した。返信用はがきにおいて調査に関わる説明を聞いてから判断するとの意思表示をした対象者には、事務局員が電話で説明し協力を依頼したが、さらに必要な説明が場合は研究グループの精神科医が調査の目的を始め、その内容と方法などについて改めて説明した。協力できないと回答してきた対象者にも、電話帳などから連絡先を確認できた者については電話連絡で協力を要請した。依頼状に対して無回答の場合は、第2回・第3回の往復はがきの郵送によって協力依頼を繰り返した。また、マスメディア(ローカルTV局への出演2回、新聞での紹介記事掲載など)への調査概要の説明、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3月中旬に実施することとした。円滑な調査遂行およびさまざまな防犯の観点から面接調査員は、2名1組で行動することとした。

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面接を開始・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ない、面接における情報の安全確認を行った。つまり、調査員は面接時の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、及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し、個人情報の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にした。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り、現在その具体的内容について検討中である。

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作業の中で、まずは調査対象者の抽出作業が行なわれた。即ち、調査対象地域である長崎市選挙管理委員会が保有する最新の選挙人名簿(平成 15 年 1 月現在)を利用するべく、選挙人名簿閲覧申請書を提出し、同選挙管理委員長からの承認を得た。この名簿を基に、長崎市内には 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基づく 20 歳以上の長崎市民であり、選挙人名簿を記載している各投票所を抽出し、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である。各投票所は、地理的にはおおよそ長崎市全体を網羅しているが、最も遠い投票所地域で面接をしようとする場合にはタクシーで片道 1 時間 30 分を要することが分かった。選挙人名簿からの抽出であるために、各投票所の人数規模や年齢構成には若干のバラつきがあった。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)、調査完了例を 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 名を最終的に抽出した。

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」、及び「拒否」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」及び「無回答」であった対象者には、電話などで調査内容を詳しく

説明し、再度の協力依頼をする。回答されてくるハガキの枚数を考慮して、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ハガキを合計 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。調査実施場所は既記したように、対象者の自宅を原則とし、その後の資料の解析は長崎大学医学部精神神経科などで行うこととした。

(2) 調査体制

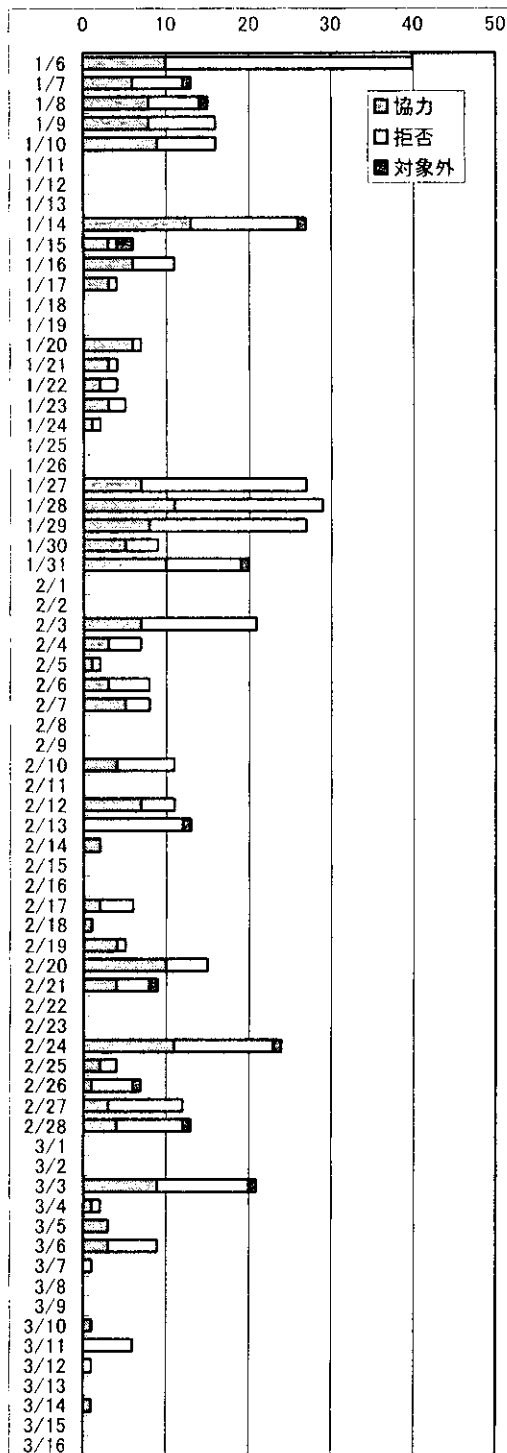
前記したように調査事務局は、長崎大学医学部精神神経科学教室にあり、同教室のスタッフ(精神科医の中根允文・中根秀之・木下裕久・菊池美紀、および事務担当者として尾上あゆみ)が、抽出された調査対象予定者との対応に当たった。彼らに加えて、非常勤の調査協力者(面接調査員) 30 名(女性 30 名;22 歳から 68 歳)が委嘱された。この 30 名を中心に CIDI 面接の演習講座が、岩田昇(米国・南フロリダ大学、行動医学・健康心理学研究センター、東亜大学助教授)、岡山大学大学院 藤田博子および藤田益伸 3 氏の指導で、12 月 9-13 日の 5 日間実施された。面接員の中で参加できない日があった場合には、後日補講期間を設けて対応した。同講座の終了後、CIDI 面接法をロールプレイによって繰り返し演習を重ねながら、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・発送なども協力してもらい、結局、調査対象者の CIDI 面接(二人訪問の体制)に入った。

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を内容別に見た経時的な経過を図 1 に示す。

図1 調査協力依頼状への回答の推移



面接調査の初日である平成15年1月14日、長崎センターの研究責任者が地元紙の長崎新聞に投稿した原稿「ストレスと健康」が掲載され、その中でストレスの健康に及ぼす影響を説明するとともに、当該調査の概要を紹介して参加協力への依頼を訴えた。また、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長崎センタースタッフが出演して調査協力の依頼を行い、マスメディアを利用した広報活動を行った。

調査開始から約半月を経過し、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ハガキ(2回目)を郵送した。平成15年2月13日には、やはり長崎センタースタッフがNHK長崎局のローカルニュース番組に出演して、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ハガキ(3回目)を郵送した。平成15年2月18日には、面接調査場所を拡大する方策の一つとして、長崎市役所内施設の利用を依頼して、許可された。

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、26.8%であった。うち、CIDIに関わる有効回答は合計208名から得られた。

2. 性別・年齢別

回収率については、表1に見るように、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%)。年代別では表2のように、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。

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 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。

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。

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。

(8) 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。

(9) 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。

D. 考察

—うつ病を中心とした先行研究との比較—

Myersらによって行われたニューヘブンの18歳以上の地域住民約1,000人を対象とした精神障害に関する疫学的研究は、1967年にスタートしている。1970年代後半になると、構造化面接として知られる感情病および統合失調症(精神分裂病)用面接基準 Schedule for

Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)と操作的診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC)が用いられるようになった。このSADSとRDCは、本来米国国立精神衛生研究所 National Institute of Mental Health (NIMH)の精神生物学に関する多施設共同うつ病研究 Collaborative Depression Study (CDS)の一環として開発されたものであった。

米国では、この約10年間にうつ病性障害に関して2つの大規模な全国レベルでの有病率調査が行われた。一つ目は、1993年NIMHによって行われた構造化面接の Diagnostic Interview Schedule (DIS)と操作的診断基準であるDSM-IIIを用いた疫学的医療圏研究 Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studyで、18歳以上の米国民の気分障害年間有病率は9.5%であることを明らかにした。二つ目は、1994年にKesslerらによって行われた統合国際診断面接 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)とDSM-III-Rを用いた National Comorbidity Survey (NCS)研究で、そこでは米国民の気分障害年間有病率は11.3%であった。

イギリスやオーストラリアなどでは、Wingらが開発した半構造化面接の現在症診察表 Present State Examination (PSE)を用いた疫学研究がある。

こうした代表的な有病率研究の結果を、川上は表12のようにまとめている。DSMシステムを利用した結果は多くが先のECA研究をモデルにしていることもあり期間有病率(生涯有病率を含む)を示し、一方ICDシステムによる欧州からの結果は時点有病率を表している。それらから、うつ病に関する時点有病率は4~7%(4.5~7.4%)、期間有病率(多くは6ヶ月)は3~5%、そして生涯有病率は4~10%(4~13%)であることがわかる。

その他、1990年代に入ると大規模な国家間

比較研究もなされている。1996年には、Weismannらが国家間の比較研究を行っている。この中では、大うつ病はヨーロッパの多くの国で生涯有病率が9.2%~16.4%で、米国は5.2%、台湾、韓国といったアジアでは、それぞれ1.5%、2.9%と低かった。

さらに、1997年にはヨーロッパ6カ国からなる共同研究 (Depression Research in European Society; DEPRES)の結果が報告された。これは、DSM-IVをもとにしたMINIを利用した6ヶ月間有病率調査である。各国間で若干の頻度の違いはあるものの、大うつ病を満たす抑うつ症候群が6.9%、小うつ病が1.8%、そして社会的機能障害は明確ではないがうつ病の診断基準を満たす抑うつ症候群が8.3%であり、これらを併せると実に17%になっている。

Ayuso-Mateosらの行った European Outcome of Depression International Network (ODIN)の研究では、英国、アイルランド、ノルウェイ、フィンランド、スペインの5カ国で、SCANを用いた面接と、ICD-10システムとDSM-IVシステムによる診断基準で評価している。その結果、うつ病の生涯有病率は平均8.56% (男性6.61%、女性10.05%)であり、特にアイルランドと英国の都市部で高い有病率であった。

この他、Murphyらによるカナダの Stirling County Studyとして40年間の Major Depressive Disorderの動向を調査したものがあり、生涯有病率が7.9%、1ヶ月の期間有病率は2.6%、時点有病率が5.3~5.7%となっている。また、Kringlenらの報告では、18歳から65歳のオスロ在住の一般住民3590名を対象にCIDIとDSM-III-Rシステムを用いた研究で、大うつ病の生涯有病率が、男性9.9%、女性24.0%、併せて17.8%、また12ヶ月の期間有病率が男性4.1%、女性9.7%、併せて7.3%であったという。

また、米国では1970年代から児童思春期におけるうつ病についての研究もしばしば行われるようになった。初期の研究は、自己記入式によるもので、方法論上に限界があったが、1990年代の研究では生涯有病率は4~25%とばらつきを見ている。NCS研究では、Kesslerらの発表した15~18歳における生涯有病率は、大うつ病が14%、小うつ病が11%であった。2001年に報告されたHaarasiltaらの報告したフィンランドにおける思春期(509名)、青年期(433名)の12ヶ月間有病率を調べたものがある。CIDIをもとにしたThe University of Michigan Composite International Diagnostic Interview Short-Form (UM-CIDI SF)とDSM-III-Rによって検討され、その結果、思春期では5.3% (男性4.4%、女性6.0%)、青年期では9.4% (男性8.1%、女性10.7%)であるとまとめられている。

さらに、うつ病の罹患率が女性の方が高く、経産婦におけるうつ病が多いとされることもあり、産褥期のうつ病も広く注目されている。特に産後うつ病の有病率は、1990年代に行われた研究では、11.4%から14.5%程度となっている。また、高齢者における老年期うつ病については、0.3~5%と報告されており、平均すると約1%である。Palssonらの報告では、半構造化面接とDSM-III-Rを用いて、対象は70歳から85歳の高齢者392名で、生涯有病率が男性23%、女性45%という報告がなされている。今後高齢者における問題もさらに注目されると思われる。

うつ病性障害は、このように一般集団において多くみられるというだけでなく、プライマリ・ケアにおいても最も有病率の高い病態の一つである。Goldbergらの報告によると、Manchester、Groningen、Seattleの3大都市いずれにおいても、プライマリ・ケアを受診する精神疾患として、うつ病が最も多いと認めら

れている。

一方、わが国では、精神医学的疫学研究について遅れが存在することは否めない。国民性としてこうした調査を受け入れがたい側面があることもあろうが、一般社会および関わる医療者のうつ状態の認識の仕方などに制約があるせいも十分な情報を見ない。たとえば、全国各地で遺伝的要因の解明を前提にした古典的疫学調査では、「躁うつ病」の発病危険率は 0.1～0.8%で現在の頻度理解に有用ではない。1978年に更井は、Zung SDR を用いて 20 歳以上の 2,798 名を対象としたアンケート調査を行い、時点有病率（男性 20.5%、女性 26.0%、合計 23.2%）を明らかにしたが、自記式であるため厳密な意味での有病率とは言いがたい。1993 年に入り、Kitamura らによる甲府市の一般住民を対象に「こころの健康調査面接法」という半構造化面接と DSM-III-R、ICD-10-JCM (Japanese Clinical Modification)、RDC を用いた研究が行われた。18 歳以上の 220 名を対象にしたもので生涯有病率、男性 7.3%、女性 18.5%、併せて 14.0%の結果を得ている。

残念ながら、この研究以降わが国で一般住民を対象とした近代的手法を用いた精神医学的疫学研究は報告されていなかった。

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ることが明らかとなった。前回のこころの健康調査の実施基盤整備に関する研究の中で地域調査に関するパイロット研究として、市川と長崎の両市において一般住民を対象に無作為に抽出し、CIDI と ICD-10/F を用いて「こころの健康」に関する

面接調査を行った。パイロット研究のため対象者は、110 名と小規模ではあるが、気分障害 F32/F33/F34 を集計したところ生涯有病率は 7.3%を示した。この数値だけをみると、妥当なように伺える。ただし、その他の大部分が、F4 の神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害で占められていた。

今回の調査結果からの考察

本研究は、川上憲人が主任研究者である疫学研究とオーバーラップする部分があるので、そこについては別に詳記しているので、改めて言及することを止めるが、われわれ長崎センターとしては現在採用可能な手段を出来るだけ自然な形を保持しつつ行なった調査研究である。ただ、長崎市の地理的特徴や精神医学に対する敷居の高さから調査協力の困難さを再び実感させられる結果に終わった。

今回の調査では、前回の調査における回収率より約 5%余りの改善を見ていたことについて考えてみると、単に精神障害への偏見差別の軽減に起因するというより、既記した幾つかの改善に向けての試みが功を奏したとも言えよう。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。今後も、全体的な協力レベルをあげることは大きな課題である。前回に話題になったように、例えば当該地域自治体の定期的な住民向け公共パンフレット(広報)活用を考慮したり、予め対象地域となるところへの先行説明会や「ストレスと健康」に関する講演会など開催し注意を喚起したりすることも検討すべきテーマであろう。面接協力者に対する謝礼についても、今少し考慮して欲しいとの面接調査員からの声があった。

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きており、あえて通常的方法にこだわった。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。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き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、更にいろいろ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。

E. 結論

そこで、これから要請される大規模な疫学研究施行のために、今一度下記に示すような障壁が解消されることを期待しておきたい。

① 人的資源と財政的資源

これまで繰り返し提言してきたことであり、今さら改めて言及することはないが、調査のための研究者の養成、面接調査員の確保、調査費の運用、やはり余りに性急な結果を要請されることへの焦りなど、地域研究者にとって厳しい現実が多すぎるようである。北欧で膨大な疫学データを産出してきた背景には、やはりいます

こしのゆとりがあったせいのように思える。

② 症状評価方法に関わる問題

国際的には、精神医学領域においても多数の症状評価尺度や診断基準が開発されてきており、信頼性の高い評価を得るために幾つかの構造化面接あるいは半構造化面接法が提案されてきている。ICD システムや DSM システムが一般化したとはいえ、厳密な形での適用がなされているか否かについて問題なしとは言えない部分も否定できない。厳密にトレーニングを行ない的確に信頼性を確認して、活用される地盤が急がれる。

③ 調査対象に係る国民性、精神科疾患への偏見

このことに関して、例えば日本精神神経学会は精神分裂病を統合失調症の呼称に変更することを決定しており、WHO も国際疾病分類上に従来から現れていた病名の変更なども提案している。しかし、日本国民の中では、相変わらず偏見や差別は少なからずはびこっており、こうした精神的な側面をテーマにする地域調査に対する懸念は極めて大きいといわざるを得ない。そういった中では、やはり今一度日本人における精神障害に関する認識と理解を的確に評価して、そのバイアスの解消につとめることも重要な要件のように考える。

以上のような問題点をふまえて、研究方法自体の改善を行ないつつ、近年 *evidence-based medicine* の重要性が認識される中、精神医学の分野でも西欧諸国並みの大規模な疫学研究が充実することが望まれる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Composite International Diagnostic Interview, core version 1.1, APP, Washington DC, 1993.

文 献

(代表的な文献に限定した)

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 Psychopharmacology, 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

表 6 ICD-10F に基づく疾患別生涯有病率

コード	生涯診断	長崎			合計		
		男性 (n=83) 有病率	女性 (n=125) 有病率	合計 (n=208) 有病率	男性 (n=739) 有病率	女性 (n=925) 有病率	合計 (n=1664) 有病率
F40.00	Agoraphobia without Panic Disorder	2.4%	4.0%	3.3%	1.0%	1.7%	1.4%
F10.1	Alcohol Abuse	2.5%	1.1%	1.7%	4.0%	1.0%	2.4%
F10.1	Alcohol Abuse with hierarchy	2.5%	1.1%	1.7%	3.4%	0.9%	2.0%
F10.2	Alcohol Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.1%	0.3%
F1x.1	Drug Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.4%	0.3%
F1x.1	Drug Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.2%
F1x.2	Drug Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
F34.1	Dysthymia	3.4%	3.9%	3.7%	1.6%	3.2%	2.4%
F34.x	Dysthymia with hierarchy	3.4%	3.2%	3.3%	1.5%	2.0%	1.8%
F41.1	Generalized Anxiety Disorder	2.5%	7.1%	5.0%	2.2%	2.2%	2.2%
F41.x	Generalized Anxiety Disorder with hierarchy	2.5%	7.1%	5.0%	2.2%	2.2%	2.2%
F30.0	Hypomania	1.4%	2.8%	2.2%	0.3%	1.4%	0.9%
	Hypomania with hierarchy	0.0%	0.6%	0.3%	0.1%	0.3%	0.2%
F30.1,2	Mania	0.0%	0.5%	0.3%	0.2%	0.7%	0.4%
F32.2,3	Major Depressive Episode	5.1%	5.3%	5.2%	2.3%	3.2%	2.8%
	Major Depressive Episode with hierarchy	5.1%	5.3%	5.2%	2.3%	2.9%	2.6%
F32.0	Minor Depressive Disorder	0.0%	5.8%	3.2%	1.1%	2.8%	2.0%
	Minor Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	5.8%	3.2%	1.1%	2.8%	2.0%
F32.1	Moderate Depressive Episode	2.4%	8.6%	5.8%	1.5%	4.1%	2.9%
	Moderate Depressive Episode with hierarchy	2.4%	8.6%	5.8%	1.4%	4.1%	2.8%
	Panic Attack	8.1%	11.6%	10.0%	7.4%	8.9%	8.2%
F40.01	Panic Disorder	0.6%	2.2%	1.4%	1.2%	2.2%	1.7%
F43.1	Posttraumatic Stress Disorder	6.4%	6.2%	6.3%	1.4%	2.0%	1.7%
F40.1	Social Phobia	5.3%	1.7%	3.3%	2.9%	2.1%	2.5%
	Specific Phobia	4.1%	7.7%	6.1%	5.0%	7.3%	6.2%

表7 ICD-10Fに基づく疾患別12ヶ月期間有病率

コード	12ヶ月診断	長崎			合計		
		男性 (n=83) 有病率	女性 (n=125) 有病率	合計 (n=208) 有病率	男性 (n=739) 有病率	女性 (n=925) 有病率	合計 (n=1664) 有病率
F40.00	Agoraphobia without Panic Disorder	1.0%	4.0%	2.6%	0.5%	1.0%	0.7%
F10.1	Alcohol Abuse	0.6%	0.0%	0.3%	1.1%	0.1%	0.6%
F10.1	Alcohol Abuse with hierarchy	0.6%	0.0%	0.3%	0.8%	0.1%	0.4%
F10.2	Alcohol Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.2%
F1x.1	Drug Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
F1x.1	Drug Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
F1x.2	Drug Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
F34.1	Dysthymia	1.0%	2.2%	1.6%	0.9%	1.1%	1.0%
F34.x	Dysthymia with hierarchy	1.0%	2.2%	1.6%	0.8%	0.7%	0.8%
F41.1	Generalized Anxiety Disorder	1.4%	3.1%	2.3%	1.4%	1.0%	1.2%
F41.x	Generalized Anxiety Disorder with hierarchy	1.4%	3.1%	2.3%	1.4%	0.9%	1.1%
F30.0	Hypomania	1.4%	0.6%	1.0%	0.2%	0.8%	0.5%
	Hypomania with hierarchy	0.0%	0.6%	0.3%	0.0%	0.2%	0.1%
F30.1,2	Mania	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.2%
F32.2,3	Major Depressive Episode	1.0%	2.7%	1.9%	0.7%	1.3%	1.0%
	Major Depressive Episode with hierarchy	1.0%	2.7%	1.9%	0.7%	1.1%	0.9%
F32.0	Minor Depressive Disorder	0.0%	2.3%	1.2%	0.3%	0.5%	0.4%
	Minor Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	2.3%	1.2%	0.3%	0.5%	0.4%
F32.1	Moderate Depressive Disorder	0.0%	3.2%	1.8%	0.5%	1.3%	0.9%
	Moderate Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	3.2%	1.8%	0.5%	1.3%	0.9%
	Panic Attack	1.5%	4.9%	3.4%	1.7%	2.9%	2.3%
F40.01	Panic Disorder	0.6%	0.0%	0.3%	0.2%	0.9%	0.6%
F43.1	Posttraumatic Stress Disorder	0.6%	2.1%	1.4%	0.7%	0.8%	0.7%
F40.1	Social Phobia	2.4%	1.3%	1.8%	0.7%	1.0%	0.9%
	Specific Phobia	1.9%	3.1%	2.6%	3.4%	4.2%	3.8%

表 8 ICD-10F に基づく疾患別現時点での有病率

コード	現在診断	長崎			合計		
		男性 (n=83) 有病率	女性 (n=125) 有病率	合計 (n=208) 有病率	男性 (n=739) 有病率	女性 (n=925) 有病率	合計 (n=1664) 有病率
F40.00	Agoraphobia	1.0%	2.2%	1.7%	0.3%	0.6%	0.5%
F10.1	Alcohol Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.1%	0.3%
F10.1	Alcohol Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.2%
F10.2	Alcohol Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
F1x.1	Drug Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
F1x.1	Drug Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
F1x.2	Drug Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
F34.1	Dysthymia	0.0%	1.7%	1.0%	0.3%	0.4%	0.4%
F34.x	Dysthymia with hierarchy	0.0%	1.7%	1.0%	0.2%	0.3%	0.3%
F41.1	Generalized Anxiety Disorder	1.4%	1.0%	1.2%	0.5%	0.3%	0.4%
F41.x	Generalized Anxiety Disorder with hierarchy	1.4%	1.0%	1.2%	0.5%	0.3%	0.4%
F30.0	Hypomania	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%
	Hypomania	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
F30.1,2	Mania	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%
F32.2,3	Major Depressive Episode	0.0%	0.5%	0.3%	0.1%	0.3%	0.2%
	Major Depressive Episode with hierarchy	0.0%	0.5%	0.3%	0.1%	0.3%	0.2%
F32.0	Minor Depressive Disorder	0.0%	1.1%	0.6%	0.1%	0.1%	0.1%
	Minor Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	1.1%	0.6%	0.1%	0.1%	0.1%
F32.1	Moderate Depressive Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Moderate Depressive Disorder with hierachy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Panic Attack	1.5%	1.1%	1.3%	0.5%	0.9%	0.7%
F40.01	Panic Disorder	0.6%	0.0%	0.3%	0.1%	0.4%	0.3%
F43.1	Posttraumatic Stress Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.5%	0.3%
F40.1	Social Phobia	2.4%	0.6%	1.4%	0.7%	0.4%	0.6%
	Specific Phobia	1.9%	1.2%	1.5%	3.3%	3.5%	3.4%

表9 DSM-IVに基づく疾患別の生涯有病率

コード	生涯診断	長崎			合計		
		男性 (n=83)	女性 (n=125)	合計 (n=208)	男性 (n=739)	女性 (n=925)	合計 (n=1664)
		有病率	有病率	有病率	有病率	有病率	有病率
300.21	Agoraphobia	2.4%	3.3%	2.9%	0.4%	0.8%	0.6%
300.01	Agoraphobia without Panic Disorder	2.4%	3.3%	2.9%	0.4%	0.7%	0.5%
305.00	Alcohol Abuse	2.5%	1.1%	1.7%	4.0%	1.0%	2.4%
305.00	Alcohol Abuse with hierarchy	1.9%	1.1%	1.5%	3.3%	0.9%	2.0%
303.90	Alcohol Dependence	0.6%	0.0%	0.3%	0.7%	0.1%	0.4%
	Drug Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.4%	0.3%
	Drug Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.2%
	Drug Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
300.4	Dysthymia	1.9%	2.2%	2.0%	1.1%	2.5%	1.9%
	Dysthymia with hierarchy	1.9%	1.0%	1.4%	0.9%	1.3%	1.1%
300.02	Generalized Anxiety Disorder	2.5%	9.6%	6.4%	2.4%	3.4%	2.9%
	Generalized Anxiety Disorder with hierarchy	2.5%	9.0%	6.1%	1.7%	2.5%	2.1%
296.40	Hypomania	0.0%	1.7%	0.9%	0.0%	0.5%	0.3%
	Intermittent Explosive Disorder	3.6%	1.3%	2.3%	3.4%	1.4%	2.4%
	Intermittent Explosive Disorder with hierarchy	3.6%	1.3%	2.3%	3.4%	1.4%	2.4%
	Irritable Major Depression	4.5%	1.1%	2.6%	0.8%	0.5%	0.6%
	Irritable Minor Depression	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	0.3%
296.0 x	Mania	0.0%	0.5%	0.3%	0.2%	0.5%	0.4%
296. x	Major Depressive Disorder	7.5%	16.0%	12.2%	4.5%	8.6%	6.7%
	Major Depressive Disorder with hierarchy	7.5%	16.0%	12.2%	4.3%	8.5%	6.6%
296.2 x	Major Depressive Episode	7.5%	16.0%	12.2%	4.5%	8.6%	6.7%
	Minor Depressive Disorder	0.0%	2.9%	1.6%	0.9%	2.3%	1.7%
	Minor Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	2.4%	1.3%	0.8%	2.0%	1.5%
	Panic Attack	8.1%	11.1%	9.7%	7.1%	8.8%	8.0%
300.21	Panic Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	1.2%	0.9%
309.81	Posttraumatic Stress Disorder	4.4%	5.6%	5.0%	0.7%	1.6%	1.2%
300.23	Social Phobia	1.0%	0.5%	0.7%	1.8%	1.3%	1.6%
300.29	Specific Phobia	3.1%	8.5%	6.1%	3.5%	5.0%	4.3%

表 10 DSM-IV に基づく疾患別の 12 ヶ月期間有病率

コード	12 ヶ月診断	長崎			合計		
		男性 (n=83) 有病率	女性 (n=125) 有病率	合計 (n=208) 有病率	男性 (n=739) 有病率	女性 (n=925) 有病率	合計 (n=1664) 有病率
300.21	Agoraphobia	1.0%	3.3%	2.2%	0.1%	0.5%	0.3%
300.01	Agoraphobia without Panic Disorder	1.0%	3.3%	2.2%	0.1%	0.4%	0.3%
305.00	Alcohol Abuse	0.6%	0.0%	0.3%	1.1%	0.1%	0.6%
305.00	Alcohol Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.1%	0.4%
303.90	Alcohol Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.2%
	Drug Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
	Drug Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
	Drug Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
300.4	Dysthymia	1.0%	1.1%	1.0%	0.8%	0.8%	0.8%
	Dysthymia with hierarchy	1.0%	0.0%	0.4%	0.6%	0.3%	0.4%
300.02	Generalized Anxiety Disorder	1.4%	3.3%	2.5%	1.8%	1.2%	1.5%
	Generalized Anxiety Disorder with hierarchy	1.4%	2.7%	2.1%	1.2%	0.9%	1.0%
296.40	Hypomania	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
	Intermittent Explosive Disorder	1.0%	0.0%	0.4%	0.9%	0.7%	0.8%
	Intermittent Explosive Disorder with hierarchy	1.0%	0.0%	0.4%	0.9%	0.7%	0.8%
	Irritable Major Depression	1.0%	1.1%	1.1%	0.2%	0.2%	0.2%
	Irritable Minor Depression	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.1%
296.0 x	Mania	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
296. x	Major Depressive Disorder	1.0%	7.7%	4.7%	1.5%	2.9%	2.2%
	Major Depressive Disorder with hierarchy	1.0%	7.7%	4.7%	1.5%	2.9%	2.2%
296.2 x	Major Depressive Episode	1.0%	7.7%	4.7%	1.5%	2.9%	2.2%
	Minor Depressive Disorder	0.0%	0.5%	0.3%	0.1%	0.7%	0.4%
	Minor Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	0.5%	0.3%	0.1%	0.6%	0.4%
	Panic Attack	1.5%	4.9%	3.4%	1.7%	3.1%	2.4%
300.21	Panic Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%	0.5%
309.81	Posttraumatic Stress Disorder	0.0%	1.4%	0.8%	0.2%	0.5%	0.4%
300.23	Social Phobia	1.0%	0.0%	0.4%	0.7%	0.5%	0.6%
300.29	Specific Phobia	1.0%	5.4%	3.4%	2.0%	3.4%	2.7%

表 11 DSM-IVに基づく疾患別現時点での有病率

コード	現在診断	長崎			合計		
		男性 (n=83) 有病率	女性 (n=125) 有病率	合計 (n=208) 有病率	男性 (n=739) 有病率	女性 (n=925) 有病率	合計 (n=1664) 有病率
300.21	Agoraphobia	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.1%	0.3%
300.01	Agoraphobia without Panic Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.2%
305.00	Alcohol Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
305.00	Alcohol Abuse with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
303.90	Alcohol Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Drug Abuse	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Drug Abuse with hierarchy	0.0%	1.1%	0.6%	0.2%	0.2%	0.2%
	Drug Dependence	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%
300.4	Dysthymia	1.4%	0.5%	0.9%	0.7%	0.3%	0.5%
	Dysthymia with hierarchy	1.4%	0.5%	0.9%	0.7%	0.3%	0.5%
300.02	Generalized Anxiety Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Generalized Anxiety Disorder with hierarchy	1.0%	0.0%	0.4%	0.5%	0.2%	0.3%
296.40	Hypomania	1.0%	0.0%	0.4%	0.5%	0.2%	0.3%
	Intermittent Explosive Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Intermittent Explosive Disorder with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Irritable Major Depression	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
	Irritable Minor Depression	0.0%	1.6%	0.9%	0.2%	0.4%	0.3%
296.0 x	Mania	0.0%	1.6%	0.9%	0.2%	0.4%	0.3%
296. x x	Major Depressive Disorder	0.0%	1.6%	0.9%	0.2%	0.4%	0.3%
	Major Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
296.2 x	Major Depressive Episode	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
	Minor Depressive Disorder	1.5%	1.1%	1.3%	0.5%	0.9%	0.7%
	Minor Depressive Disorder with hierarchy	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.2%
	Panic Attack	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.1%
300.21	Panic Disorder	1.0%	0.0%	0.4%	0.7%	0.1%	0.4%
309.81	Posttraumatic Stress Disorder	1.0%	2.4%	1.8%	2.0%	2.5%	2.2%
300.23	Social Phobia	1.0%	2.2%	1.6%	0.1%	0.4%	0.3%
300.29	Specific Phobia	1.0%	2.2%	1.6%	0.1%	0.3%	0.2%
	Recurrent Brief Depression Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Recurrent Brief Depression Disorder	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%