

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。

厚生労働省では、

これからのこころの健康づくりを充実させていくため
こころの健康とストレスがどのような現状であるのかを
一般の方々にお聞きする調査を行っております。

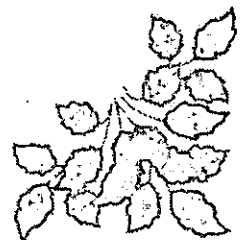


このパンフレットはこの調査について、
皆様にご説明し、ご理解頂き
調査へのご協力をお願いするためのものです。



目 次

- I 調査について
- II プライバシーの保護
- III お問い合わせ先



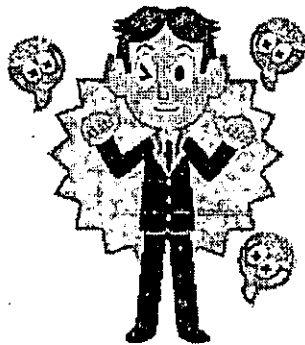
Ⅰ 調査について

☆ なぜ、調査が必要なのですか？

うつ病のようなこころの病気、職場や学校、家庭などの日常生活でのストレス、災害、事件や事故などの被災者のこころのケア、こころの問題はいろいろな形で現れてきます。

こころの問題に対処するには、
環境の整備や様々なサービスの用意が必要ですが、
今の日本にはこころの問題に関する情報が非常に少なく、
よくわかっていないのが実状です。

そこで、まず、最初にストレスやストレスによる健康問題が
どれくらいあるのかを調べておく必要があります。
また、こころの健康問題がどのような事柄と深く関係しているのか
調べていく必要があります。



☆ どんな調査ですか？

厚生労働省では、こころの健康づくり対策を充実させていくため、こころの健康とストレスがどのような現状であるのかを一般の方々にお聞きする調査を行っております。

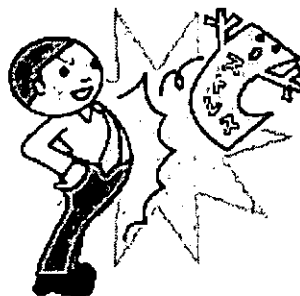
また、この調査は、WHO（世界保健機関）が全世界に呼びかけて、我が国では国立精神・神経センター精神保健研究所を事務局として2000年から実施しているプロジェクト研究の一部でもあります。すでに昨年度、岡山市、長崎市、鹿児島県で実施されています。

この調査は、自治医科大学の倫理審査委員会で承認されています。

この調査について

国立精神・神経センター精神保健研究所のホームページの中でもごらん頂くことができます。

URL <http://www.ncnp-k.go.jp/division/keikaku/epi/main.htm>



☆ 調査の対象者はどのように選ばれましたか？

20歳以上の市民の方々から無作為に選ばせて頂きました。
無作為とはくじを引くようなもので、全く偶然に選ばれます。
それ以外にあなたが選ばれた特別な理由はありません。

☆ 調査の時間はどれくらいかかりますか？

調査時間は90分から120分くらいです。
もう少し長くかかることもありますし、早く終わることもあります。

☆ 調査員はどんな人ですか？

専門的なトレーニングを受けた調査員がご自宅を訪問致します。
お電話番号が電話帳に掲載されている場合はお電話致します。
調査員は身分証明書を持っておりますので、ご確認下さい。

☆ 調査期間はいつからいつまでですか？

調査期間は平成16年1月から6月の予定です。

☆ 調査には謝礼がでるのですか？

すべての調査にご協力頂いた方には謝礼として
3千円分の図書カードを差し上げます。



II プライバシーの保護

☆

調査に参加されるかどうかは全くの自由意志です。

また、お答えになりたくない質問には、お答えにならなくてかまいません。

☆

調査でうかがった内容は、プライバシー保護のため、

調査内容の確認作業終了後、

個人のお名前やご住所を削除して保管、処理します。

そのため、個人の調査結果についてもお答えすることはできません。

☆

調査結果は統計的に分析され、まとめられた形でのみ公表され、

個人名がわかる形で公表されることは絶対にありません。

☆

調査の内容が他の目的のために使用されることは絶対にありません。

また、調査に参加されたことで、あなたにご迷惑がかかることも

一切ありませんので、ご安心下さい。

☆

人権侵害が起こらないよう、

法律家に直接相談できるような準備も致します。



Ⅲ お問い合わせ先

ご不明な点につきましては、お問い合わせ先までご連絡下さい。

調査責任者

国立精神・神経センター 精神保健研究所
名誉所長 吉川 武彦
千葉県市川市国府台1-7-3

自治医科大学 公衆衛生学教室
教授 中村 好一
栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1
TEL 0285-58-7338 (直通)

調査協力機関

栃木県 安足健康福祉センター (安足保健所)
栃木県足利市真砂町1-1
TEL 0284-41-5900 (健康福祉課 精神保健福祉担当)

佐野市役所 保健センター
栃木県佐野市大橋町2042
TEL 0283-24-5770 (健康対策課)

この調査には皆様のご協力が不可欠です。

是非、あなたのお力をお貸しください。





研究協力の同意書

「こころの健康とストレスについての調査」栃木調査
責任者 自治医科大学公衆衛生学教室教授 中村 好一 殿

私は、「こころの健康とストレスについての調査」に関し、
調査員からパンフレット等に基づき、下記について説明を受け、
十分に理解しましたので調査に協力致します。

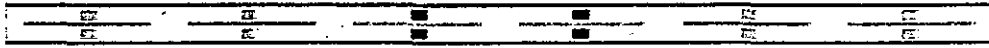
1. 調査の目的
2. 調査の内容や所要時間
3. プライバシーの保護
4. 調査への協力は自由意志であること
5. 同意を頂き、面接開始後でも協力を中止することは可能であること

☆ 今日の日付 平成 年 月 日

☆ あなたのお名前 _____

☆ 住所 栃木県佐野市 _____

☆ 調査員氏名 _____



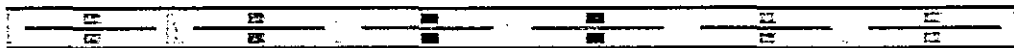
調査の謝礼について

「こころの健康とストレスについての調査」栃木調査
責任者 自治医科大学公衆衛生学教室教授 中村 好一 殿

私は、調査の謝礼として
3千円分の図書カード（1千円券を3枚）を
確かに受け取りました。

☆ 今日の日付 平成 年 月 日

☆ あなたのお名前 _____



平成15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

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（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 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）

研究要旨：こころの健康調査は世界保健機構（World Health Organization: WHO）が提唱した国際的な疫学研究プロジェクトである「世界精神保健プロジェクト」（World Mental Health: WMH）の共同研究の一環として、わが国における非分裂病性の精神疾患とこれによる障害の質と量を評価し、これを予防するための方策を立案することを目的として実施するものである。今年度研究では、全国調査実施の2年目として、13年度および14年度研究と同様に国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部に「研究事務局」を、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「技術支援センター」を設置し、15年度調査地域である岡山、鹿児島、栃木に「調査センター」を設置した。本研究の目的は、これまでの研究の経過を整理すること、および今年度の研究事務局における活動を通じて得た情報に基づいて全国規模でのこころの健康に関する地域疫学調査の実施における研究事務局の体制や調査の進め方を整理することである。3地域で調査を実施し、15年度研究の当初の目標の800人を上回る1,027人のデータ収集が完了した。また、調査上大きな問題が生じる事もなかった。当初懸念されていた協力率についても、WHOの要求である65%以上の協力率にはわずかながら及ばなかったものの3地域の平均で61.3%の協力率であった。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。実施地域の自治体の協力を得ること、および民生委員や愛育委員といった地域に根ざした活動を行っている組織の協力を得ることが、協力率を高めるために有効であった。さらに、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り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、調査員間での情報交換を活発に行うことで協力率を高めるのに有効な手段を共有したこと、熟練した調査員によって再依頼を行ったこと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。これまでの調査で得られた経験を活かして、16年度以降も新規研究課題において調査を継続し、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。

A. 研究目的

こころの健康調査は世界保健機構 (World Health Organization: WHO) が提唱した国際的な疫学研究プロジェクトである「世界精神保健プロジェクト」(World Mental Health, 以下 WMH) の共同研究の一環として、わが国における非分裂病性の精神疾患とこれによる障害の質と量を評価し、これを予防するための方策を立案することを目的として実施するものである。具体的には、世界的に標準化された DSM-IV および ICD-10 に準拠した現時点で最新の精神疾患の疫学調査法である WHO 統合国際診断面接 (Composite International Diagnostic Interview) をもとにした WMH 調査票を用いて、一般住民からランダムに抽出された対象に、訓練を受けた面接者による訪問面接式調査を実施した。

本研究の目的は、これまでの研究の経過を整理すること、および今年度の研究事務局における活動を通じて得た情報に基づいて全国規模でのこころの健康に関する地域疫学調査の実施における研究事務局の体制や調査の進め方を整理することである。

B. 研究方法

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、栃木に設置された、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。

本報告書では、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)

本研究は、個人情報扱うことのない「研究事務局」の業務実施過程を分析したものである。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、本分担研究の実施についても同時に倫理審査を受けた。この結果、倫理審査委員会より研究を進める上で倫理面に問題はないとの判断を得ている。

C. 研究結果

1. これまでの経過

本調査における具体的な方法および手続きは、予備調査として行なわ

れた平成 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」および平成 12 年度「こころの健康調査の実施基盤整備に関する研究」および平成 13 年度の当該研究において十分に検討されている。特に 13 年度に実際の地域調査を岩手医科大学が調査センターとなって岩手県内で実施した経験から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確定したこと、また 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、全国調査に向けたこころの健康調査のマニュアルの最終整備も完了した。これにより、全国的なこころの健康に関する地域疫学調査の実施基盤の整備は完了することができた。

これを受けて、14 年度研究では、調査センターを岡山 (岡山市)、長崎 (長崎市)、鹿児島 (串木野市および吹上町) の 3 カ所に設置し、合計 1,500 人程度の有効回答を得ることを目標に調査を実施した。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 56.4%) 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。

2. 15 年度研究の経過

15 年度研究においては、合計 1,027 [岡山 349 (有効回答率 56.4%)、鹿児島 425 (同 70.5%)、栃木 253 (同 55.8%)] の有効回答を得ることができ (平均有効回答率 61.3%)、15 年度研究の当初の目標は、800 人以上の有効回答を得ることであったので、これを上回る成果を上げることができた。当初懸念されていた協力率についても、WHO の要求である 65%以上の協力率にはわずかながら及ばなかったものの 3 地域の平均で 61.3%の協力率であった。

研究班内で検討し、今年度の調査地域を岡山、鹿児島、栃木に決定した。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、13 年度、14 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。また、前年度に作成した地域調査で使用する調査マニュアルに各調査地域の状況にあわせるため若干の変更を加え、本年度研究で使用する調査マニュアルを準備した。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、これまで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。

13 年度に開設したこころの健康調査の Web ページ (<http://www.ncnpk.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。

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。

調査を開始してからは、技術支援センターと協力して、各調査地域の進行状況を把握するとともに、各調査地域独自で実施した協力率を高めるための取り組みについても情報収集を行い、それらを研究班全体で情報共有することにより、調査実施へのモチベーションを高めるよう努力した。これによって得られた協力率を高めるための工夫としてその効果が目立ったものとしては、鹿児島での民生委員の協力を得て実施されたきめ細かい調査依頼の方法や、岡山で実施された、愛育委員の協力を得て対象者に調査依頼を行う、何名かの調査員でチームを組み協力を依頼する、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する、熟練した調査員によって再依頼を行う等の方法であった。

D. 考察

「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、個人情報を含む情報をやり取りする場合には、この電子メールによる連絡体制を使用しないで、オフラインの適切な方法で実施することとしたが、今年度の活動においても個人情報が含まれたデータをやり取りする必要が生じなかった。しかし、事前にこのような取り決めを行っておくことは、倫理面から考えても重要であると思われる。

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」間に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。

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った場合に備えて、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。

また、人権上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。研究全体の状況を把握可能な「研究事務局」が関わる事により、「調査センター」のみに負担をかけることなく、また統一的な対応が可能となる。

「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ために考案されたものである。この体制で2年間にわたり大規模疫学調査を行ったが、で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。16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。

各調査センターでの活動から以下のような協力率を高めるために有効な方法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、地域資源の有効に活用すること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や岡山での愛育委員の協力を得て調査を実施した取り組みが、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、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り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、調査員間での情報交換を活発に行うことで協力率を高めるのに有効な手段を共有したこと、熟練した調査員によって再依頼を行ったこと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、今年度の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。

E. 結論

本研究により、こころの健康に関する疫学調査の実施方法が整備され、14年度および15年度の合計で、計約2,700件のデータを収集することができた。また、調査を実施する上で、特に倫理上の問題も生じることはなかった。15年度研究では、その当初の目標は800人以上のデータの収集であったが、それを上回る1,027人のデータ収集が完了した。当初懸念されていた協力率についても、WHOの要求である65%以上の協力率にはわずかながら及ばなかったものの3地域の平均で61.3%の協力率であった。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。しかし、本研究で得られたデータのみでは、その数また調査地域の偏りから考えて、わが国を代表するこころの健康に関するデータが得られたとはいえない。本研究は、15年度がその最終年度であるが、16年度以降も新たな研究を申請して、本研究の調査方法を踏襲した調査を次年度以降も継続し、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。

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

III. 研究協力報告書

平成 15 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
研究協力報告書

地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査

研究協力者 三宅由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者 川上憲人（岡山大学大学院 医歯学総合研究科）

研究要旨：平成 14 年度特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」において実施された、「ひきこもり」についての量的実態把握を目的とした研究を引き継ぎ、地域疫学調査の一部として、「ひきこもり」経験に関する面接調査を行った。調査対象は岡山、鹿児島、栃木 3 県で 20 歳以上の一般住民から無作為抽出された 1027 人である。このうち 20～40 歳台の 365 人について「ひきこもり」経験があるか否かを調査したところ、4 人がそのような経験を持っていた。最近 1 ヶ月以内が 2 人、6 ヶ月以内が 1 人、数年前が 1 人であった。現年齢は 30 歳台 1 人、40 歳台 3 人であり、ひきこもりの始まった年齢は 20 歳台が 2 人、40 歳台が 2 人である。今までの生涯における「ひきこもり」経験率は 1.10%（95%信頼区間 0.03%～2.16%）であった。これは昨年度の結果よりも低い値である。また全対象者のうち子どもがいる人について現在「ひきこもり」状態である子どもの有無と、有の場合その年齢を調査した。これを世帯単位の調査と考え、1027 世帯中 5 世帯にそのような問題が存在し、その率は 0.49%（95%信頼区間 0.06%～0.91%）であった。同一世帯に複数の「ひきこもり」はいなかった。この率を平成 14 年度の全国の総世帯数にかけると、24 万世帯（95%信頼区間 3 万～44 万）となる。これも昨年度の推定値よりは低い値となった。「ひきこもり」状態にある子どもの現年齢は 20 歳台 3 人、30 歳台、40 歳台各 1 人であった。対象者で「ひきこもり」経験者のうち 2 人は 1 ヶ月以内の体験であり、20 歳台から 40 歳台の現体験率は 0.55%である。これは世帯における「ひきこもり」問題の存在率と同程度となった。前年度から引き続き、調査の限界、すなわち協力率が 6 割程度であること、および調査地点がいまだ西日本に偏り大都市部が含まれていないこと、は未解消なので、さらに調査地点を増した時点における検討を待ちたい。

A. はじめに
病気ではないと思われるのに、家族以外との社会的交流をもつことができず、
家の中にひきこもる思春期から青年期の青少年、いわゆる「ひきこもり」について、平成 14 年度の特別研究として行われ

た研究¹⁾を引き継ぎ、その実態について調査した。本論文では、「ひきこもり」の実態を数量的に推測するための資料を得ることを目的として、精神障害の地域疫学調査と同時に行われた「ひきこもり」経験についての今年度の面接調査結果について報告する。

B. 対象と調査方法

平成15年度厚生労働科学研究「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)の一部として、岡山、鹿児島、栃木の3県において地域疫学調査を行った。調査対象となったのは、選挙人名簿から無作為抽出され、調査協力に同意した1027名の住民である。協力率は3県トータルで61.3%であった。調査はCAPI (computer-assisted personal interview: WHOによる精神と行動の障害地域疫学調査のために世界共通で使われているWMH調査票・構造化面接質問紙コンピュータ版)による精神科診断面接法を訓練された調査員による戸別訪問の面接により行われ、「ひきこもり」セクションをCAPIに付け加える形で調査された。疫学調査全体の詳細な方法論については、平成14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」報告書を参照されたい。

本研究では対象者のうち49歳までの対象者にはこれまでに「ひきこもり」といえる経験があるか否か、あった場合にその理由、時期(年齢)、期間などについて回答を求めた。「ひきこもり」経験をきく対象とした20歳から49歳の対象者は365人で全体の35.5%にあたる。

また対象者全体に対して子どもの有無をたずね、子どもがいる場合、その子どもの中に現在、「ひきこもり」と言える状態を呈しているものがあるか否か、いる場合にはその問題を起こしている子どもの年齢(複数いる場合には3人を上限にそのすべて)をたずねた。

ここでいう「ひきこもり」とは、「仕事や学校にゆかず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」状態とした。時々買い物などで外出することもあるという場合もひきこもりに含めた。

なお、「ひきこもり」は精神障害ではなく、状態像として定義されるものである。(倫理面への配慮)

地域疫学調査における倫理上の手続きに関しては、疫学調査の基盤整備研究において、数年をかけて慎重に検討された。本研究における調査では、その研究結果に基づいた方法がとられている。対象者からは、文書による同意を得た。面接調査終了後、個人を特定できる情報は調査結果から切り離された。これらの研究に関しては、主任研究者のもとで倫理審査を受け、承認されている。

C. 結果

1. 「ひきこもり」経験について

(1) 「ひきこもり」あり例について

「ひきこもり」経験があると回答したのは4人で、最近1ヶ月以内が2人、6ヶ月以内が1人、数年前が1人であった。性別は男性2人女性2人、現年齢は30歳台1人、40歳台3人であり、ひきこもりの始まった年齢は20歳台が2人、40歳台

が2人であった。最近1ヶ月以内に「ひきこもり」があったと回答したのは、いずれも現年齢40歳台であり、1人は22歳からそのような状態があったが、もう1人は40歳台になってから始まったと回答している。

最長のひきこもり期間は4人とも6ヶ月であった。全員がひきこもっていたことで「困ったと感じた」と答えており、ひきこもりの期間に誰かに暴力をふるってケガをさせたことがあると答えたものはいなかった。

ひきこもり開始時40歳台の2人はその時期、仕事も学校もなかったと回答し、20歳台の1人はその時期仕事や学校があったが行かなかった、そしてそれは行きたかったが行けなかったのだと回答しており、もう1人はこれについての回答を拒否した。ひきこもりのために仕事をやめたものは1人だった。

(2) 「ひきこもり」経験の存在率

今回調査した20歳台から40歳台の365人の対象者において、過去に「ひきこもり」といえる状態を経験したことのあるものは4人であり、1.10%にあたる。この比率の95%信頼区間は、0.03%～2.16%となる。

「ひきこもり」経験者のうち2人は1ヶ月以内の体験であり、20歳台から40歳台の現体験率は0.55%である。

2. 子どもの「ひきこもり」について

現在「ひきこもり」といえる状態にある子どもがいると回答したのは5人であった。いずれの例もそのような状態の子

どもは1人だけであり、またいずれも自分が「ひきこもり」を経験したと回答したものではなかった。「ひきこもり」状態にある子どもの現年齢は20歳台3人、30歳台、40歳台各1人であった。この5人のひきこもりの問題が始まった年齢は、10歳代1人、20歳台3人、40歳台1人であった。

対象者の属する世帯はすべて異なるので、この5という数は、「ひきこもり」状態を呈している子どものいる世帯数であると考えてよい。また、調査対象数は調査対象世帯数と同等なので、1027世帯中5世帯にこのような問題をもつ子どもが存在するといつてよい。その率は0.49% (95%信頼区間0.06%～0.91%)となる。これを、平成14年度の全国の総世帯数にかけると、24万世帯(95%信頼区間3万～44万)となる。「ひきこもり」が複数いる世帯は少ないと思われるので、これは現在の「ひきこもり」の量的規模を示唆する数字であると考えられる。

D. 考察

本研究は、「仕事や学校にゆかず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」状態として定義される「ひきこもり」について、地域疫学調査の手法を用いて一般住民に対して行った、はじめての調査¹⁾の継続研究として行われた。

本調査のもつ限界としては、前年度にも存在した問題点、すなわち無作為抽出標本であるとはいえ抽出対象に対する調査協力同意率(回収率)が6割程度であること、および栃木県が加わったものの、

調査地域が依然として西日本に偏っており、大都市部が含まれていないこと、は解消されていない。今後行われる地域疫学調査において同様の資料を収集し、地域の偏りをできるだけ解消できた時点で、全体としての推計を行うことになる。

しかし、ひきこもりの「現(1ヶ月以内)」体験者が2人、調査に同意してくれたことは、前年とは異なる。しかし、「現」体験者はふたりとも40歳台であり、現在の問題はいわゆる青少年期の「ひきこもり」とは質を異にする可能性がある。そのうちの1人は20歳台前半からそのような問題が始まったと回答しており、ひきこもりがかなり長期にわたって問題となっている。しかしこの例においても、最長のひきこもり期間は6ヶ月であると答えているので、長期間ずっとひきこもっていたわけではないと思われる。この対象者は、詳細については回答を拒否しているので、これ以上の情報は得られない。

今年度得られた1.10% (95%信頼区間0.03%~2.16%) というひきこもりの経験率は、前年度の1.30% (同0.45%~2.15%) よりやや少なかった。

ひきこもりを経験した年齢は20歳台と40歳台が2人ずつであった。対象者の子どもにおけるひきこもりでも、ひきこもりありの5人のひきこもりが始まった年齢は、10歳台が1人、20歳台が3人であった。ひきこもりの問題が起こる年齢層としては、10歳台から20歳台が多いが、それ以上の年齢層においてもひきこもりといえるような状態を示しているものが存在することも事実である。前年度同様、対象者自身の経験としても40歳を過ぎて

からのひきこもりが報告されており、30歳を超えても社会的なひきこもり状態を示す例があることは、検討課題としておく必要があることが確認された。

対象者の子どもに現在「ひきこもり」がいるかどうかの調査は、対象者個人ではなく「世帯」を単位とした調査であると考え、1027世帯を調査して5世帯、0.49% (95%信頼区間0.06%~0.91%) であった。この率は前年度得られた、0.85% (同0.41%~1.29%) よりかなり少ない。また今年度は現在ひきこもりであるという対象者が2人おり、その率は0.55%で、対象者の子どもについての結果から推測される率と同程度であった。

子どものひきこもりから推測される全国の「ひきこもり」のいる世帯数は、24万世帯 (95%信頼区間3万~44万) となり、当然前年度の約41万世帯 (95%信頼区間は概ね20万~63万) より少ない。今回の推定値が低く出た理由は明らかではないが、今後の調査を加えることにより、より確実な推定が可能になると思われる。

最後に、今回の調査で得られたひきこもりの経験率、存在率あるいは推測数は、今後行われる地域疫学調査から資料を追加することにより、さらなる検討が必要な数値であることを明記したい。

文献

- 1) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人: 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書, 141-151, 2003.