

図1：年齢層別の過去1カ月にストレスを感じた者の割合

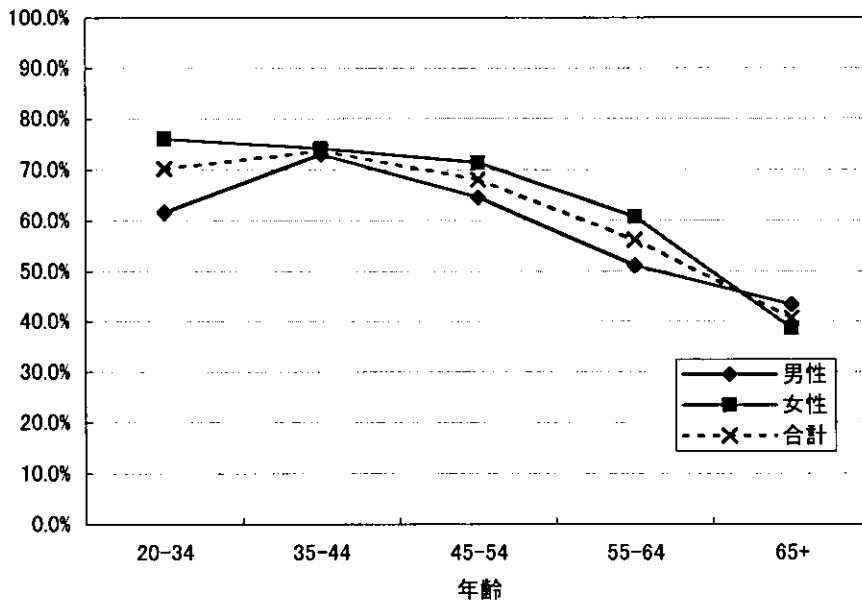


図2：年齢層別の身体的に健康を感じている者の割合

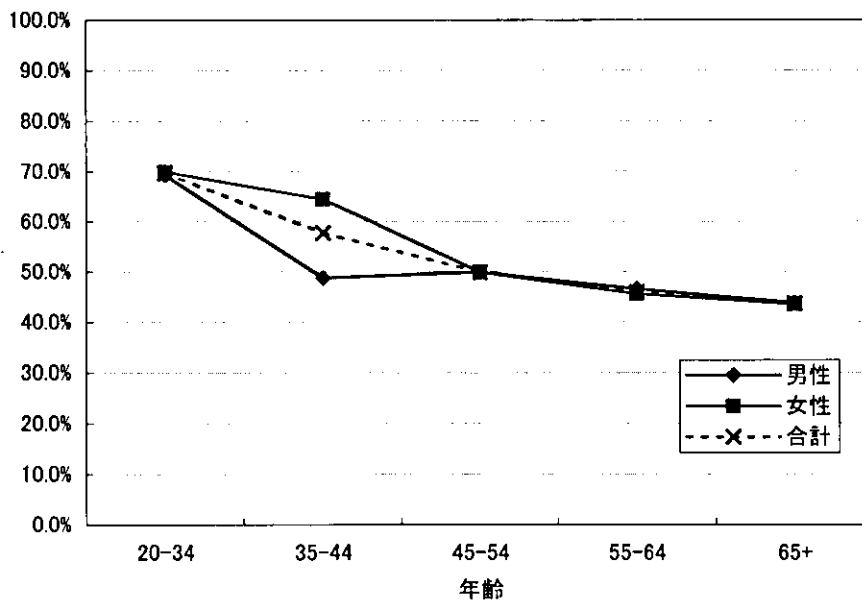


図3：年齢層別の精神的に健康を感じている者の割合

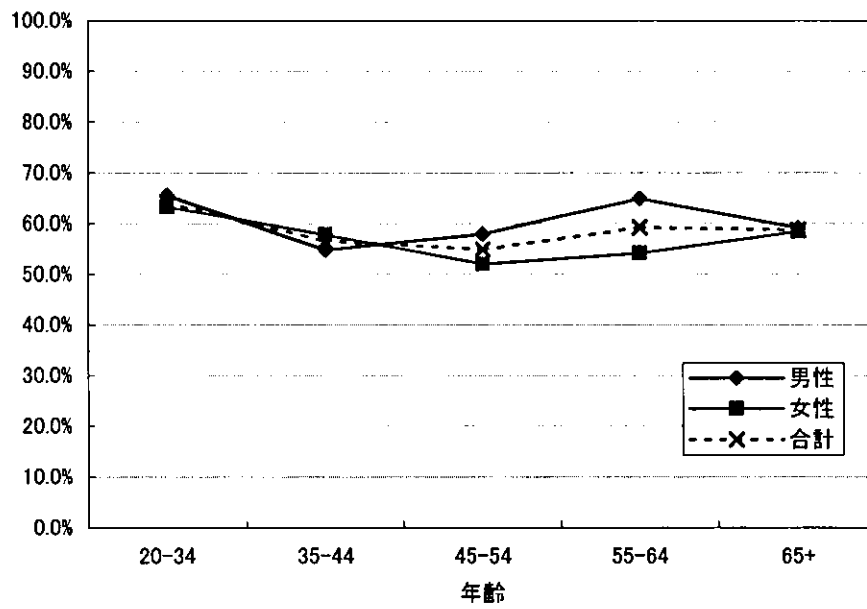


表 1 : 調査地域別の対象者, 協力率

	調査地区								合計
	岡山県		鹿児島県			長崎県		栃木県	
	岡山市	玉野市	串木野市	吹上町	市来町	東市来町	長崎市	佐野市	
全対象者数 <sup>注1)</sup>	1,607	701	587	230	227	429	800	1,041	5,622
調査対象外者数 <sup>注2)</sup>	199	82	48	13	12	41	13	155	563
面接完了者数	925	349	354	177	153	272	208	554	2,992
回収率(%) <sup>注3)</sup>	65.7%	56.4%	65.7%	81.6%	71.2%	70.1%	26.4%	62.5%	59.1%

注1) 全対象者とは, 調査地区の選挙人名簿から無作為に抽出された者。

注2) 調査対象外とは, 調査時点で死亡, 転居, 入所・入院していた者。

注3) 回収率 = (面接完了者数) / (全対象者数 - 調査対象外者数)

表2：過去1カ月間のストレス頻度

性別	年齢層	「この1ヶ月間に、不満、悩み、苦勞、ストレスなどがどのくらいありましたか」												再掲	
		大いにあった		多少あった		あまりない		まったくくない		合計		ストレスを感じている者*			
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%		
男性	20-34	31	15.9	89	45.6	53	27.2	22	11.3	195	100.0	120	61.5		
	35-44	41	21.2	100	51.8	42	21.8	10	5.2	193	100.0	141	73.1		
	45-54	51	18.3	129	46.2	77	27.6	22	7.9	279	100.0	180	64.5		
	55-64	38	13.2	109	37.8	102	35.4	39	13.5	288	100.0	147	51.0		
	65+	31	8.6	126	34.8	123	34.0	82	22.7	362	100.0	157	43.4		
	男性計	192	14.6	553	42.0	397	30.1	175	13.3	1317	100.0	745	56.6		
女性	20-34	45	15.4	177	60.6	59	20.2	11	3.8	292	100.0	222	76.0		
	35-44	44	17.0	148	57.1	61	23.6	6	2.3	259	100.0	192	74.1		
	45-54	62	20.2	157	51.1	73	23.8	15	4.9	307	100.0	219	71.3		
	55-64	48	14.9	148	45.8	97	30.0	30	9.3	323	100.0	196	60.7		
	65+	35	7.1	155	31.5	181	36.8	121	24.6	492	100.0	190	38.6		
	女性計	234	14.0	785	46.9	471	28.2	183	10.9	1673	100.0	1019	60.9		
	合計	426	14.2	1338	44.7	868	29.0	358	12.0	2990	100.0	1764	59.0		

\* 過去1ヶ月のストレスが「大いにあった」「多少あった」と回答した者

表3：身体的健康

性別	年齢層	「一般的に見て、あなたの身体的な健康は、きわめて良いですか、良いですか、とても良いですか、とも良いですか、まあまあですか、まあまあですか、それとも不健康ですか」										再掲			
		きわめて良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康		合計		身体的健康がよい者*	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	26	13.3	41	21.0	68	34.9	54	27.7	6	3.1	195	100.0	135	69.2
	35-44	7	3.6	24	12.4	63	32.6	83	43.0	16	8.3	193	100.0	94	48.7
	45-54	27	9.7	34	12.2	78	28.0	120	43.0	20	7.2	279	100.0	139	49.8
	55-64	23	8.0	30	10.4	81	28.1	131	45.5	23	8.0	288	100.0	134	46.5
	65+	25	6.9	27	7.4	107	29.5	172	47.4	32	8.8	363	100.0	159	43.8
	男性計	108	8.2	156	11.8	397	30.1	560	42.5	97	7.4	1318	100.0	661	50.2
女性	20-34	34	11.6	49	16.8	121	41.4	77	26.4	11	3.8	292	100.0	204	69.9
	35-44	17	6.6	49	18.9	101	39.0	77	29.7	15	5.8	259	100.0	167	64.5
	45-54	27	8.8	24	7.8	102	33.2	133	43.3	21	6.8	307	100.0	153	49.8
	55-64	30	9.3	21	6.5	96	29.7	160	49.5	16	5.0	323	100.0	147	45.5
	65+	36	7.3	33	6.7	145	29.5	250	50.8	28	5.7	492	100.0	214	43.5
	女性計	144	8.6	176	10.5	565	33.8	697	41.7	91	5.4	1673	100.0	885	52.9
	合計	252	8.4	332	11.1	962	32.2	1257	42.0	188	6.3	2991	100.0	1546	51.7

\* 身体的な健康が「きわめて良い」「とても良い」「良い」と回答した者

表 4 : 精神的健康

性別	年齢層	「一般的に見て、あなたの精神的な健康は、きわめて良いですか、良いですか、とても良いですか、良いですか、まあまあですか、まあまあですか、それとも不健康ですか」										再掲			
		きわめて良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康		合計		精神的健康がよい者*	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	18	9.2	39	20.0	71	36.4	55	28.2	12	6.2	195	100.0	128	65.6
	35-44	6	3.1	22	11.4	78	40.4	74	38.3	13	6.7	193	100.0	106	54.9
	45-54	23	8.2	23	8.2	116	41.6	104	37.3	13	4.7	279	100.0	162	58.1
	55-64	20	6.9	36	12.5	131	45.5	88	30.6	13	4.5	288	100.0	187	64.9
	65+	33	9.1	57	15.7	125	34.4	136	37.5	12	3.3	363	100.0	215	59.2
	男性計	100	7.6	177	13.4	521	39.5	457	34.7	63	4.8	1318	100.0	798	60.5
女性	20-34	19	6.5	45	15.4	121	41.4	93	31.8	14	4.8	292	100.0	185	63.4
	35-44	7	2.7	33	12.7	110	42.5	99	38.2	10	3.9	259	100.0	150	57.9
	45-54	24	7.8	31	10.1	105	34.2	126	41.0	21	6.8	307	100.0	160	52.1
	55-64	34	10.5	27	8.4	114	35.3	130	40.2	18	5.6	323	100.0	175	54.2
	65+	50	10.2	56	11.4	182	37.0	192	39.0	12	2.4	492	100.0	288	58.5
	女性計	134	8.0	192	11.5	632	37.8	640	38.3	75	4.5	1673	100.0	958	57.3
	合計	234	7.8	369	12.3	1153	38.5	1097	36.7	138	4.6	2991	100.0	1756	58.7

\*精神的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者

表5：これまでの自殺行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 <sup>注1)</sup>	これまでに自殺を真剣に考えた*		これまでに自殺を計画した		これまでに自殺を試みた*	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	195	22	11.3	6	3.1	4	2.1
	35-44	191	21	11.0	7	3.7	6	3.1
	45-54	278	30	10.8	3	1.1	3	1.1
	55-64	285	26	9.1	5	1.8	6	2.1
	65+	343	24	7.0	6	1.7	1	0.3
	男性計	1292	123	9.5	27	2.1	20	1.5
女性	20-34	291	40	13.7	7	2.4	6	2.1
	35-44	259	40	15.4	8	3.1	8	3.1
	45-54	306	39	12.7	5	1.6	8	2.6
	55-64	320	34	10.6	5	1.6	10	3.1
	65+	472	29	6.1	4	0.8	2	0.4
	女性計	1648	182	11.0	29	1.8	34	2.1
合計		2940	305	10.4	56	1.9	54	1.8

いずれの項目も全ての年齢層において男女間に有意差なし

\* 女性において年齢層間に有意差あり

<sup>注1)</sup> 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている

表6：過去12カ月間の自殺行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 <sup>注1)</sup>	過去12カ月間に自殺を真剣に考えた*		過去12カ月間に自殺を計画した		過去12カ月間に自殺を試みた	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	195	1	0.5	0	0.0	1	0.5
	35-44	191	5	2.6	0	0.0	0	0.0
	45-54	278	6	2.2	1	0.4	0	0.0
	55-64	285	5	1.8	2	0.7	1	0.4
	65+	343	1	0.3	0	0.0	0	0.0
	男性計	1292	18	1.4	3	0.2	2	0.2
女性	20-34	291	6	2.1	1	0.3	2	0.7
	35-44	259	3	1.2	0	0.0	1	0.4
	45-54	306	7	2.3	1	0.3	1	0.3
	55-64	320	5	1.6	2	0.6	0	0.0
	65+	472	1	0.2	0	0.0	0	0.0
	女性計	1648	22	1.3	4	0.2	4	0.2
	合計	2940	40	1.4	7	0.2	6	0.2

いずれの項目も全ての年齢層において男女間に有意差なし

\* 女性において年齢層間に有意差あり

注1) 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている



### III. 研究協力報告書

平成 16 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）

こころの健康についての疫学調査に関する研究

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

平成 14 年度～平成 16 年度のまとめ

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）

主任研究者 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」、および平成 15 年度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」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ている。本年度は、岡山、鹿児島、長崎、栃木 4 県でこれまでに行なわれた調査のまとめを示す。対象は 20 歳以上の一般住民から無作為抽出された 2974 人である。4 県トータルの回収率は 58.6%であった。このうち 20～40 歳台の 1186 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、14 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 人以外は数年以上前の経験であった。現年齢は 20 歳台 4 人、30 歳台 2 人、40 歳台 8 人であり、「ひきこもり」の始まった年齢は 10 歳台 5 人、20 歳台が 5 人、40 歳台 3 人、不明 1 人である。今までの生涯における「ひきこもり」経験率は 1.18%（95%信頼区間 0.57%～1.80%）であった。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。対象者の 2974 世帯中 20 世帯にそのような問題が存在し、その率は 0.67%（95%信頼区間 0.38%～0.97%）であった。同一世帯に複数の「ひきこもり」はいなかった。「ひきこもり」状態にある子どもの現年齢は 15 歳～19 歳 2 人、20 歳～24 歳 2 人、25 歳～29 歳 6 人、30 歳～34 歳 3 人、40～44 歳 1 人、45 歳～49 歳 1 人、不明 5 人であった。この率を平成 15 年度の全国の総世帯数にかけると、約 32 万世帯（95%信頼区間 18 万～46 万）となる。20 歳台後半以降の「ひきこもり」は少なくなく、問題の遷延化が懸念される。対象者本人およびその子どもに「ひきこもり」が存在することは、対象者が調査に同意するか否かに影響すると思われるので、これらの推定値は「低め」に見積もられたものといえる。今後も調査対象地域を追加し、より詳細な推定値を得ることを目指したい。

## A. はじめに

病気ではないと考えられるのに、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<sup>1)</sup>および平成15年度こころの健康科学研究事業における研究<sup>2)</sup>に引き続き、その実態を明らかにする。本論文は、「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」経験についての平成14年度から16年度の面接調査結果についてまとめたものである。

## B. 対象と調査方法

平成14年度厚生労働科学研究費補助金(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」(主任研究者川上憲人)では、平成14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)と合同で、岡山、鹿児島、長崎の3県において、地域疫学調査を行い、その中で「ひきこもり」についての実態調査を行った。また、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。平成16年度は、栃木県において地域疫学調査が行なわれた。この3年度を合わせて、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2974名の住民である。協力率は4

県トータルで58.6%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<sup>3)</sup>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1186人で全体の39.9%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、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14人で、最近1ヶ月以内が2人、6ヶ月以内が1人、それ以外は数年以上前の過去の体験であった。性別は男性10人、女性4人、現年齢は20歳台4人、30歳台2人、40歳台8人であり、「ひきこもり」経験が始まった年齢は10歳～14歳2人、15歳～19歳3人、20歳～24歳2人、25歳～29歳3人、40歳～44歳2人、44～49歳1人、不明1人であった。最長のひきこもり期間は2年以上2人、1年～2年未満4人、6ヶ月～1年未満8人であった。

14人のうち12人はひきこもっていたことで「困ったと感じた」と答えており、あとの2人は「何とも思わなかった」と回答している。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。

14人中7人はその時期仕事や学校があったが行かなかったとしており、6人は仕事も学校もなかったという。もう1人は

これについての回答を拒否した。仕事や学校があったが行かなかった7人のうち、行きたかったが行けなかったと答えたものは2人であり、4人は行きたくなかったから行かなかった、1人は不明である。行きたいと行きたくないが半々という答えはなかった。またひきこもりのために仕事をやめたものは2人であった。ひきこもりによって学校を中退したと答えたものはいなかった。

#### (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1186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もののあるものは14人であり、今までの生涯における「ひきこもり」経験率は1.18%であり、この比率の95%信頼区間は0.57%～1.80%であった。

#### 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20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15歳～19歳2人、20歳～24歳2人、25歳～29歳6人、30歳～34歳3人、40～44歳1人、45歳～49歳1人、不明5人であった。

これを世帯単位の調査と考えれば、2974世帯中20世帯にそのような問題が存在し、その率は0.67% (95%信頼区間0.38%～0.97%) であった。この率を平

成 15 年度の全国の総世帯数にかけると、約 32 万世帯(95%信頼区間 18 万~46 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、地域疫学調査の手法を用いて一般住民に対して行った「ひきこもり」についてのこれまでの調査結果をまとめたものである。「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、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。

本調査のもつ限界として、依然として、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、および栃木県の対象が追加されたものの、調査地域がまだ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。これらは前年および前々年の調査から引き継いでいる問題点である。これに関しては、現在調査中の東北地方のデータ、および近い将来に企画されるであろう、大都市圏の調査を加え、より代表性の高い資料を提示することを目指したい。

これまでに得られたすべてのデータを用いた「ひきこもり」の経験率は 1.18%であり、この比率の 95%信頼区間は 0.57%~1.80%であった。この中には、昨年の調査ではじめて調査対象となった「現在(1ヶ月以内)のひきこもり」がある、というもの 2 名が含まれている。こ

のふたりはいずれも現在 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。「ひきこもり」の始まった年齢は 20 歳台前半までが半数、それ以後が半数(不明ひとりを含む)である。一方対象者の子どもにおける「ひきこもり」でも、年齢の分かっている 15 人のうち、10 歳代から 20 歳台前半までは 4 人であり、20 歳台後半 6 人、30 歳台前半 3 人と、むしろ年齢の高いほうに偏っている。40 歳台も 2 人いた。「ひきこもり」が若者の問題に限定されるものではなく、遷延化している可能性が示唆される。

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、2974 世帯を調査して 20 世帯、0.67%(95%信頼区間 0.38%~0.97%)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、約 32 万世帯(95%信頼区間 18 万~46 万)となった。ひとつの世帯に複数の「ひきこもり」がいないと仮定すれば、この数値は、「ひきこもり」であるものの数の実態を示唆するものであると思われる。

しかし、対象者が「ひきこもり」である、あるいは過去にそうであったこと、また、対象者の世帯に「ひきこもり」が存在することにより、対象者が調査に同意するか否かが影響される可能性は否定できない。自分や家族の「ひきこもり」の存在によって調査に同意しない可能性が高まると思われるので、本研究において示された「ひきこもり」経験率および

「ひきこもり」のいる世帯数の推定値は「低め」に見積もられたものであると言わなければならないであろう。

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(主任研究者川上憲人), 141・151, 2003.
- 2) 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. 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 15 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者吉川武彦), 75-78, 2004.
- 3) 吉川武彦 : 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, 2003

平成16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)  
こころの健康についての疫学調査に関する研究  
研究協力報告書

都市部(大都市圏)における「こころの健康に関する疫学調査」の実施可能性

研究協力者 堀口逸子(順天堂大学医学部公衆衛生学教室 助手)

研究要旨:本研究では、都市部(大都市圏)における「こころの健康に関する疫学調査」の次年度以降の調査実施に向けての実施可能性を探ることを目的とした。研究方法:研究班会議での議論、およびそこで挙げられた候補地(自治体)での会議によった。結果:研究班会議からY市を候補地として選定した。そしてY市関係者とのミーティングを設定し、議論を行った。会議においては、前向きな発言が得られた。会議では、これまでの研究報告書などから作成した資料を提示した。局内での会議において使用する資料を作成することを依頼され、Y市の体制に考慮した調査体制のシミュレーションの提示を数例求められた。このシミュレーションを提示することにより議論を継続する。まとめ:3月中もその提示を継続して関係を築き上げ、調査の実施に向けて研究を継続する。

#### A 研究目的

平成15年度までの調査地は人口が2万から63万人の間にあり、10万未満の自治体4つ、人口30万以上の自治体2つと分布に偏りが見られ、地理的にも関西以西の自治体であった。平成16年度の調査地である山形県天童市(人口約6万3千人)を考慮しても、人口分布の偏りは解消されていない。また、WMH(Annual Collaborator Meeting, WHO World Mental Health Consortium)年次総会における議論において、調査地偏重の指摘があった。また関東4都県(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県)で日本総人口に占める割合が1/4を超えていることから、関東4都県での調査の実施の必要性があると考えられる。そのため、関東4都県における人口60万以上の自治体を対象とした調査の実施可能性を検討することを目的とした。

#### B 対象と方法

研究班会議の議論、出席した各研究者のこれまでの研究での自治体との関わりから、候補地(自治体)を絞りこむことにし、その自治体の保健担当者との会議から可能性を検討した。

尚、非公式の会議の報告について報告書に掲載することの了解をY市担当者より得ている。

#### C D 結果および考察

研究班会議からY市を候補地とした。調査者側は、候補地側の事情を考慮することが重要であり、それぞれの候補地においてその事情は異なる。そのため、実際に調査が実施される場合の責任者になるだろう立場の人などキーパーソンを選定し、調査者側との窓口を明確にすることが必要であった。

Y市との会議に際し、これまでの経緯や調査の必要性についての資料を作成することとなった。

またY市関係者との会議は非公式であった。

会議では、前向きな発言が得られた。作成した資料内容については理解が得られた。

調査者側との会議以前に、局内での会議において使用する資料を作成することを依頼された。その内容は、Y市の体制に考慮した調査体制及び実施のシミュレーションの提示であった（2月現在作成中）。このシミュレーションを提示することにより議論を継続する。シミュレーションでは、自治体の人口規模が大きく面積も広いため、自治体が区単位に分かれている。そのため実際の調査地が全市であるのか区単位であるのかなどの設定も含まれた。また、これまでの調査地では、地域において活動する既存組織の協力が重要な位置を占めていた。地域において活動する既存組織についても把握する必要がある、またそれが区毎に異なる様子もあった。そのためシミュレーションについては大項目、中項目を設定するなどの工夫も行っている。またシミュレーション作成では、Y市側の労働負担について記載することが求められた。

これまでの経緯から、候補地側へインタビューを実施しその事情を調査者側が知り、候補地側に則した調査概要を作成することが必要不可欠と考えられた。またまた候補地側の調査実施とその後のメリットを提示しなければ実施の承諾は得られないと思われた。

Y市側のメリットとして提示したのは、①科学的根拠に基づいた政策への取組みが可能であること、②大都市圏での精神保健政策のスタンダードモデルができる可能性があることの2点であった。今後会議（インタビュー）を担当者と重ねるにつれ、メリットがより具体的になることと考えている。

## E 結論

都市部ひとことで表現しても、それぞれ自治体により事情が異なるため、候補地に合った調査法を詳細に訂正しながらも提示していくことが、実際の調査の実施につながると考えられた。3月中もその提示を継続して関係を築き上げる。

## F 健康危険情報

## G 研究発表

なし

## H 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし



平成16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)  
こころの健康についての疫学調査に関する研究  
分担研究報告書  
こころの健康に関する地域疫学調査の成果の活用に関する研究  
研究協力報告書

「こころの健康についての疫学調査に関する研究(WMH-J)」分析に関する検討

研究協力者 長沼洋一(国立精神・神経センター精神保健研究所)  
分担研究者 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 川上憲人(岡山大学大学院 医歯学総合研究科)  
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)  
主任研究者 竹島 正(国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究要旨:<目的>「こころの健康についての疫学調査に関する研究」はWHOの世界精神保健プロジェクトの一環として、わが国における精神疾患および関連する諸問題の有病率や関連要因について検討するものであり、今後の精神保健施策を展開していく上でも基盤になる貴重な資料を得られるものである。ここで、今後必要な分析を検討整理するため、本研究から得られたデータ分析および有効利用の方向性について、各分野・立場の先生に意見を聞くことを目的とした。<方法>平成16年11月に国立精神・神経センター精神保健研究所にて検討会議を開催した。検討内容は、1.分析に関する検討1(学術的・臨床的見地) 2.分析に関する検討(行政的見地)である。<結果と結論>幅広く、示唆に富んだ意見を聞くことができた。臨床・研究の見地からの意見では、うつ病の分析に関する多様な意見、また日本特有の症状や障害のパターンの分析に関する意見が多くみられた。一方、行政的見地からの意見では、自殺に関する分析、今後のメンタルヘルス施策にむけて、本研究から一定の指針として明らかにしてほしいといった意見が多く出された。また本研究から得られたデータや結果について、広く利用・公開することへの意見も見られた。今後、各意見について、研究担当者らでさらに具体的に整理し、検討していく予定である。

A. 研究目的

「こころの健康についての疫学調査に関する研究」はWHOの世界精神保健プロジェクトの一環として、わが国における精神疾患および関連する諸問題の有病

率や関連要因について検討するものであり、今後の精神保健施策を展開していく上でも基盤になる貴重な資料を得られるものである。この国際プロジェクトに参加している各国で、基本的な部分につ

いては共通のまとめを作成することになっているが、それ以外にもわが国特有の問題や課題に関連した部分について独自のまとめを作成する必要がある。そこで、今後必要な分析を検討整理し、研究班において行っていくため、本研究から得られたデータ分析および有効利用の方向性について、各分野・立場でわが国を率いている研究者および行政関係者等に意見を聞くことを目的とする。

## B. 研究方法

「こころの健康についての疫学調査に関する研究(WMH-J)分析に関する検討会」を平成16年11月11日午後1時から4時に国立精神・神経センター精神保健研究所大会議室にて開催した。検討内容は、1.分析に関する検討1(学術的・臨床的見地) 2.分析に関する検討(行政的見地) である。

出席者は、石川俊男(国立精神・神経センター国府台病院)、井原一成(東邦大学医学部)、上田茂(国立精神・神経センター精神保健研究所)、金吉晴(国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部)、小牧元(国立精神・神経センター精神保健研究所心身医学研究部)、古川壽亮(名古屋市立大学医学部)、山田光彦(国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部)、石塚共實(秋田県健康福祉部)、泉陽子(茨城県保健福祉部)、鎌田理嗣(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部)、大橋正(厚生労働省大臣官房統計情報部)、上田響(厚生労働省大臣官房統計情報部)、樋口洋介(岡山大学学生・オ

ブザーバー)であった。

研究担当者として、竹島正(国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)、川上憲人(岡山大学)、立森久照(国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)、堀口逸子(順天堂大学)、三宅由子(国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)、長沼洋一(国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)、小山智典(国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)が出席した。(倫理面への配慮)

本研究は個人情報を扱うことのない研究である。

## C. 研究結果と考察

### 1.分析に関する検討(臨床・研究的見地)

・双極型うつは統合失調症と同じく生物学的要因が強く絡んでおり、各国で有病率にあまり差がないと言われている。一方単極型うつでは環境因子の影響が双極型うつより比較的大きいと言われている。そこで単極型うつと双極型うつにわけて国際比較も含めて分析してはどうか。

・高齢者のうつについて、本研究とアメリカECA研究とではほぼ同じ有病率である。しかし、うつ全体では両国に差が出ており、特に35～44歳でのうつの有病率が米国より本研究の方が特に低くなっている。そこで年齢階層別の比較を行い、危険因子やソーシャルサポートについて検討してはどうか。

・うつの natural history(一生の生活)において、どの時点での治療にどれくらい

の影響があるのか検討してはどうか。また若年発症のその後の再発リスクや再発防止への受療の影響を分析してはどうか。

・自殺行動または頻度とうつとの関連を検討してはどうか。また自殺行動と収入、地域、年齢、生活機能などの関連について検討してみてもどうか。また地域別の比較を行い、差があるならばその要因について検討してはどうか。

・アジア人では精神症状よりも身体症状の訴えが多いと言われている。そこで症状別の頻度を算出してはどうか。またその症状パターンの国際比較をしてはどうか。

・日本に多いと言われている社会不安障害の有病率が意外に低い。苦手な社会状況別の検討をしてはどうか。また、社会状況への苦手意識はあっても、「不合理に思う」「機能障害がある」という項目で「いいえ」と答え社会不安障害とならない者がどの程度いるのか検討してはどうか。

・日本人は症状の言語化が苦手と言われており、まず身体症状を訴えて受診する人が多い。そのため一般科への受診も多い。本研究による有病率のデータと実数を比較してはどうか。また身体症状と自殺行動との関連を検討してはどうか。

・global burden of disease(疾病負荷)を算出してはどうか。

・どれくらいの重症度・機能のかたがそれぞれどれくらいいるのか、縮図のような指標は算出してはどうか。また疾患・社会機能・受診別に検討してはどうか。

## 2.分析に関する検討(行政的見地)

・これまで統合失調症を中心に心の健康について考えられてきたが、今後メンタルヘルスの中でどこに政策的重点をおくのがよいかを検討してはどうか。

・発症・予防・受診・自殺因子を検討してほしい。また障害を有しながらも社会生活機能維持が可能な因子は何かも検討してもらいたい。

・有病率のデータなど国民はどう受け止めるのかを考慮しながら、一般の方にもわかりやすく公表してほしい。普及や啓発に活用できる資料を提供してほしい。

・身体疾患を有する方がどのような精神的な問題・状態を有しているかを検討してもらいたい。

・早期発見・早期受診が特に効果的な障害はなにかを検討してはどうか。

・今回の大規模なデータを広く研究に活用する道を開いてほしい。

なお得られた意見を表1に関連分野ごとにまとめた。また自殺に関する意見は多分野にみられたため、表中では、※印で示した。各意見についての今後の予定は表中「分析予定」の欄に示すとおりである。

## D. 結論

各分野・立場でわが国を率いている研究者および行政関係者等から示唆に富んだ意見を聞くことができた。

臨床・研究的見地からの意見では、うつ病の分析に関する多様な意見があげられた。また日本特有の症状や障害のパターンについての分析に関する意見

も多くみられた。

一方、行政的見地からの意見では、今後のメンタルヘルス施策にむけて、どの課題をどの点に着目しながら介入していけばよいかといったことを本研究から一定の指針として明らかにしてほしいといった意見が多く出された。また本研究から得られたデータや結果について、普及や啓発に活用できる資料の提供や研究への利用など広く公開することへの意見も見られた。

得られた意見のうち、「単極型うつと双極型うつにわけての国際比較も含めた分析」については、本報告にて分析・報告予定である。「(高齢者のうつへの関心から)うつについて年齢階層別に比較し、危険因子やソーシャルサポートについて検討」の意見については、本調査では困難であると思われた。それ以外の意見については、分析可能であり、来年度以降、

取り組んでいく予定である。