

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

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 竹島 正

平成 18 年 (2006 年) 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

こころの健康についての疫学調査に関する研究 1

主任研究者 竹島 正

II. 分担研究報告書

1. こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究11

川上憲人, 岩田昇, WMHJP 2002-2003 共同研究グループ

2. こころの健康に関する地域疫学調査の評価に関する研究33

大野裕, 宇田英典, 三谷惟章, 津留見國尚, 堤恵里, 源川恵里香, 大倉野ミチル,
藤澤大介, 菊地俊暁, 山口洋介, 鈴木志麻子, 佐渡充洋, 花岡素美, 坂本真土, 志
田博和

3. こころの健康に関する地域疫学調査（山形県上山市）41

深尾彰, 青山永策, 有海清彦, 阿彦忠之, 斎藤富夫, 竹内和恵, 武田典子, 阿部邦
敏, 尾形美恵子, 岩田昇, 藤田博子, 北川砂織, 大類真嗣

4. こころの健康に関する地域疫学調査（神奈川県横浜市）53

堀口逸子, 岩田昇, 藤田博子, 北川砂織

5. 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63

立森久照, 長沼洋一, 小山智典, 小山明日香, 川上憲人

III. 研究協力報告書

1. 地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について109

三宅由子, 立森久照, 竹島正, 川上憲人

2. 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」フィードバック案に関する検討113

長沼洋一, 立森久照, 大野裕, 川上憲人, 深尾彰, 堀口逸子, 宇田英典, 大類真嗣,
竹島正

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究班名簿

I. 総括研究報告書

平成 17 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

こころの健康についての疫学調査に関する研究

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：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）に、わが国独自のセクションを調査項目に追加することによって、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し，こころの健康対策の基盤を整備する。

方法：「こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究」では，世界精神保健(WMH)日本調査の最新(平成 14-15 年度)データをもとに，①精神障害の頻度，重症度，受診行動とその関連要因，②海外の WMH 調査との精神障害の頻度の比較を行った。

「こころの健康に関する地域疫学調査の評価に関する研究」では，本地域疫学調査で使用している非専門家による面接方法である CIDI と，専門家による SCID との比較検討を行った。

「こころの健康に関する地域疫学調査」では，山形県上山市，神奈川県横浜市において，WHO プロジェクトの方法論に則り，地域疫学調査を実施した。また，16 年度に調査が完了した山形県天童市の調査データを使用して調査地域住民の身体健康，精神健康，ストレス頻度，自殺関連行動について分析した。

「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」では，精神障害の有病率，こころの健康問題による受診行動，および精神障害と人口統計学的要因との関連等について最新の調査データを用いて分析した。

「地域疫学調査で把握された“ひきこもり”例の診断について」では，これまでに把握された「ひきこもり」経験ありと回答した対象者の精神医学的診断を検討した。

「フィードバック案に関する検討」では，対象地域の 1 カ所を例としてフィードバック試案を作成し，行政パンフレットを数多く手がけている企業担当者や本研究の調査フィールドの協力者へのヒアリングを行い，さらに研究班内のディスカッションにより修正を加えた。

結果および考察：「こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究」の結果，調査時点までの生涯に，18%の地域住民が何らかの精神障害に罹患した経験を持っており 75 歳までに住民の 4 人に 1 人が何らかの精神障害を経験すると推定された。精神障害を経験する割合は，最近生まれのコホートほど早い傾向にあり，将来，不安障害および気分障害の経験者が増加すると予測された。また，最近生まれの者ほど不安障害，気分障害を経験した場合により速やかに相談・受診する傾向にあった。

過去 12 ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者は住民の 7%であった。この有病率は欧米に比べて低く、中国の都市部とほぼ同等であることが再確認された。重症あるいは中等症の精神障害を持つ者のうち約 5 人に 1 人しか医療機関を受診していなかった。この受診率は米国、欧州に比べ低く、中国よりやや高かった。

「こころの健康に関する地域疫学調査の評価に関する研究」は、生涯有病率を見ると、大うつ病に関しては、CIDI 群で 11 名、SCID 群で 8 名が診断され、両群で診断されたのが 5 名であった。このことから、CIDIの方が包括的であり、SCIDとの一致率は必ずしも高くはないと考えられた。

「こころの健康に関する地域疫学調査」のうち、山形県上山市で実施した調査の状況は平成 18 年 2 月 28 日現在で、464 名が面接終了（完全に終了 448 名、PH セクションまで終了 16 名）し、中断 2 名、面接不能 337 名、対象外 74 名で、回答率は 57.8%であった。天童市の調査データを分析した結果、身体的に健康と感じている人の割合は男性 58.1%、女性 57.1%、精神的に健康と感じている人の割合は男性 59.2%、女性 53.3%、1 ヶ月の間にストレスを感じている人の割合は男性 49.5%、女性 61.3%、これまでに自殺を真剣に考えたことがある人の割合は男性 8.0%、女性 7.2%であった。神奈川県横浜市で実施した調査では、平成 18 年 3 月 7 日現在で、協力の返事のあった者 341 名（うち完了 245 名、中断 2 名）、面接不能・対象外 112 名、保留 8 名、拒否 253 名、返信なし 296 名であった。市・区両者への協力要請と調整が必要であること等、大都市で調査を行う場合の課題を明らかにすることができた。課題への対処においては、技術センターおよび事務局の 3 者体制は有効であった。

「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」の結果、平成 14-15 年度の WMH 日本調査の結果を明らかにしたが、これは既に公表されている平成 14 年度の WMH 日本調査の結果と比較して大きな違いはなかった。地域住民における精神障害の有病率、こころの健康に関する受診・相談行動、精神障害による影響、が明らかになった。本調査から明らかとなった地域住民における精神障害の有病率や精神障害の経験者における受診・相談行動の状況は、医療機関を受診する精神障害者を対象とした調査では把握することのできないものである。つまり、本調査は従来の受診者ベースの調査では知り得なかった、地域に潜在する「こころ」の問題の頻度やこころの健康に関する「満たされていないニーズ (unmet needs)」を明らかにした点で非常に意義のあるものである。

「地域疫学調査で把握された“ひきこもり”例の診断について」の結果、「ひきこもり」体験のあるもののうち、その体験のあったときに精神医学的診断のつくものは半数以下であり、生涯診断としてもまったく診断をもたないものも同数あったことが明らかとなった。すなわち、「ひきこもり」は必ずしも精神医学的な異常を伴うわけではない。

「フィードバック案に関する検討」では本調査結果のフィードバック資料の形式、データの提示、データの解説に関して、より具体的かつわかりやすく作成するための要件が明らかにされた。

分担研究者

川上 憲人 (岡山大学)
大野 裕 (慶應義塾大学)
深尾 彰 (山形大学)
堀口 逸子 (順天堂大学)
立森 久照 (国立精神・神経センター
精神保健研究所)

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)
長沼 洋一 (国立精神・神経センター精
神保健研究所)

A. 研究目的

WHO のレポート (Murray & Lopez, 1994) は、今日精神疾患が世界の疾病負担 (Global Burden of Diseases) の最も大きな原因になっており、次の数十年にはうつ病が最も大きな疾病負担になるとしている。わが国においても、受療患者だけではと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」の問題の把握、すなわち精神障害の地域疫学研究が必要である。

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である。

本研究の目的は、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) に参加し、かつわが国独自のセクションを調査項目に追加することによって、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し、こころの健康対策の基盤を整備することである。

B. 研究方法

1. こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究 (分担研究者川上憲人)

平成 14 年度調査 (岡山県岡山市, 長崎県長崎市, 鹿児島県串木野市および同吹上町), 平成 15 年度調査 (岡山県玉野市および鹿児島県市来町, 東市来町, 栃木県佐野市) のうち, Part2 重み付けが計算できていない栃木県佐野市のデータを除いた 2,437 名のうち, 婚姻状態が不明な対象者 1 名を除いた 2,436 名を解析した。

精神障害の有病率については, DSM-IV 診断基準にしたがい, 3 つの気分障害, 6 つの不安障害, 4 つの物質関連障害, 間歇性爆発性障害を診断した。各精神障害について, 過去 12 ヶ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去 12 ヶ月経験者とし, この割合を「12 ヶ月有病率」とした。また, 生まれてから調査時点までのどこかで診断基準を満たす状態であった場合に生涯経験者とし, この割合を「生涯有病率」とした。

精神障害の重症度は, DSM-IV 診断にしたがって, 重症, 中等症, 軽症に分類した。

相談・受診行動について, 過去 12 ヶ月間に受診・相談した先について質問した。

精神障害の 12 ヶ月有病率, 重症度, 受診行動の解析では, 単純なクロス表を作

成した。人口統計学的要因と有病率、重症度、受診行動との関連を検討するのに多重ロジスティック回帰分析を使用した。

2. こころの健康に関する地域疫学調査の評価に関する研究（分担研究者 大野裕）

鹿児島県伊集院保健所管内の20～75歳住民から64名の対象者にWMH調査票に対応したコンピュータ支援面接を用いて実施し、さらに1カ月以内にSCID面接を行った。

3. こころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 深尾彰）

上山市在住の20歳以上から、選挙人名簿を用い多段抽出法にて877名（男性439名、女性438名）を選出し、協力の同意の得られた場合に、WMH調査票による面接調査を実施した。

4. こころの健康に関する地域疫学調査（神奈川県横浜市）（分担研究者 堀口逸子）

神奈川県横浜市磯子区在住の20歳以上から、選挙人名簿を用い多段抽出法にて1,010名を選出し、協力の同意の得られた場合に、WMH調査票による面接調査を実施した。また、調査実施過程から、大都市においてこころの健康に関する地域疫学調査を実施する場合の課題を明らかにした。

5. 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（分担研究者 立森久照）

本報告書執筆時点で利用可能であった最新のWMH日本調査統合データ（各調

査地区のデータを統合したもの）を使用して、地域住民における精神障害の有病率、精神障害の危険／関連因子、こころの健康についての受診・相談行動、精神障害による影響、を明らかにした。分析対象は、平成14年度から15年度に調査が実施された岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県の各調査地域の地域住民からランダムに抽出された計2,987名（平均回収率58.1%）の面接データである。

WMH調査では面接をPart 1とPart 2の2つのパートに区分している。すべての対象者にPart 1の面接が実施される。そして、Part 1を終了した対象者のうちからある基準を満たした者全員とその基準を満たさなかった残りの者から確率によって選ばれた者に対して、Part 2面接が実施される。Part 2面接に選択されなかった者は、Part 1の面接後に面接終了となる。

Part 2面接の回答者には該当する症状の有無で抽出比率を変えているため、それぞれの抽出比率に反比例した重み付けを行う必要がある。またこのPart 2の重み付けに加えて、無回答者による対象の偏りを補正するために、全ての対象者はその性別、年齢分布をその地域の国勢調査人口における性別、年齢構成に合うように重み付けを加える必要もある。最終的にはこれらの補正を行うが、現段階では技術的な問題により1つの調査地域でPart 2の重み付けを行うことが困難なため、この分担研究では上述の2種類の重み付けを全く行っていない集計値を掲載した。

精神障害の頻度、精神障害による受診・相談行動の解析では、単純なクロス表を作成した。人口統計学的特徴と精神

障害の診断との関連の解析では、多重ロジスティック回帰分析を使用した。ロジスティック回帰係数はオッズ比(OR)に変換し、95%信頼区間を報告した。ここの健康問題の日常生活への影響の解析は精神障害のために生じた生活上の支障と一年間の休業日数を集計し、その平均値と標準偏差などを診断ごとに集計した。

統計学的検定の有意水準は0.05に設定した。全ての解析は SPSS 13.0J for Windows を使用して実施した。

6. 地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について(研究協力者 三宅由子)

WMH 調査票にある「ひきこもり」セクションを「ひきこもり」体験のある14人の精神医学的診断について検討した。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。

7. 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」フィードバック案に関する検討(研究協力者 長沼洋一)

鹿児島県串木野市での調査結果を基にフィードバック第一試案を作成した。次にこれを提示し、行政パンフレットを数多く手がけている企業担当者や本研究の調査フィールドの協力者へのヒアリングを行い、さらに研究班内のディスカッションにより修正を加えた。

(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倫理審査を受け、実施を承認されている。

C. 結果および考察

1. こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究(分担研究者 川上憲人)

地域住民における DSM-IV 診断の生涯有病率では、回答者の18%が何らかの疾患をこれまでに経験していた。個別の疾患では大うつ病性障害(7%)が最多であった。発症年齢の中央値では、特定の恐怖症が8歳と若く、95パーセントまでが31歳で発症していた。全般性不安障害、大うつ病性障害では発症年齢の中央値は40歳余りであり、90パーセントが19-20歳以降から人生後期にかけて発症していた。発症カーブから75歳までに精神障害を経験する割合を計算すると、回答者の24%が75歳までにいずれかの疾患を経験すると推定された。出生コホートを調査時年齢で4群に区分し、出生コホートの間で精神障害の発症リスクがどの程度異なるかを計算した結果、調査時18-34歳の若年コホートでは、調査時65歳以上の高齢者コホートに比べて、いずれかの精神障害が5倍発症しやすかった。各疾患カテゴリーの発症に対する性別の影響では、女性で気分障害の発症危険度が高く、男性で衝動制御の障害、物質関連障害の発症危険度が高かった。精神障害発症後1年間に、大うつ病の経験者の29%、全般性不安障害の経験者の23%が何らかの機関・専門家への相談・受診行動を行っていた。

地域住民の7%が何らかの DSM-IV 精神障害を過去12ヶ月間に経験していた。

過去 12 ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者のうち 14%が重症の疾患を経験していた。過去 12 ヶ月間に 2.8%の者が一般診療科に、2.4%の者が精神科を受診していた。重症・中等症の疾患を経験した者は、より精神科を受診する傾向があった。しかし重症・中等症の疾患の経験者のうち 22%しか医療機関を受診していなかった。医療機関以外の相談先を含めても 24%しか相談・受診行動を行っていなかった。人口統計学的要因（性別、年齢、世帯収入、婚姻状態、学歴）のいずれも過去 12 ヶ月のいずれかの精神障害の経験とは有意に関連しなかった。疾患の重症度は、現在結婚していない者で高かった。医師受診率は重症度の高い者ほど高かった。過去 12 ヶ月間の物質関連障害は、男性、若年者で高かった。

平成 15 年度調査を加えた、平成 14-15 年度の WMH 日本調査のデータは、平成 14 年度までの調査結果と大きくは変化していなかった。精神障害を経験する割合は、最近生まれのコホートほど早い傾向にあり、特に不安障害および気分障害ではこの傾向が明確である。このため将来的に、不安障害および気分障害の経験者が大幅に増加すると予測された。

精神障害を経験した者のうちでの相談・受診行動は、最近の出生コホートの者ほどおこしやすい傾向にあった。この傾向は不安障害、気分障害で顕著であった。最近生まれの者ほど不安障害、気分障害を経験した場合にはより速やかに相談・受診することができるようになってきたと推測された。本研究における 12 ヶ月有病率を米国、欧州、メキシコ、中国と比較すると、わが国の精神障害の有病率はいずれも欧米に比べて低く、中国

の都市部とほぼ同等であることが再確認された。

過去 12 ヶ月間に経験した精神障害が重度または中等度である場合には、より多く医療機関を受診していた。しかしながら重症あるいは中等症の精神障害を持つ者のうち約 5 人に 1 人しか医療機関を受診していなかった。この受診率は、中国に比べてやや高いが、米国、欧州、メキシコと比べて低いものであった。

2. こころの健康に関する地域疫学調査の評価に関する研究（分担研究者 大野裕）

生涯有病率を見ると、大うつ病に関しては、CIDI 群で 11 名、SCID 群で 8 名が診断され、両群で診断されたのが 5 名であった。このことから、CIDI の方が包括的であり、SCID との一致率は必ずしも高くない可能性がある。CIDI による診断と専門家による診断の違いをさらに詳しく検討することが重要であると考えられた。

3. こころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 深尾彰）

山形県天童市調査（平成 16 年度調査）の最終回答率は 60.4%であり、回答者数は 431 名（完全に終了：421 名、PH セクションまで終了：8 名）、面接中断者は 3 名、調査対象外は 94 名、面接不能者は 279 名であった。天童市の調査データを分析した結果、身体的に健康と感じている人の割合は男性 58.1%、女性 57.1%、精神的に健康と感じている人の割合は男性 59.2%、女性 53.3%、1 ヶ月の間にストレスを感じている人の割合は男性 49.5%、女性 61.3%、これまでに自殺を

真剣に考えたことがある人の割合は男性 8.0%，女性 7.2%であった。

山形県上山市調査（平成 17 年度調査）の進捗状況は、平成 18 年 2 月 28 日時点で、回答者数は 464 名（完全に終了：448 名，PH セクションまで終了：16 名），面接中断者は 2 名，調査対象外は 74 名，面接不能者は 337 名であった。回答率は 57.8%であった。調査実施にあたり，上山市衛生組合長に対し説明会を行ったが，上山市健康福祉課の担当者が，環境衛生委員衛生組合長一人ひとりに参加の呼びかけをした結果，説明会への参加率は 8 割以上であった。このため，多くの衛生組合長から今回の調査趣旨の理解が得られたと思われたが，調査当初では国勢調査や農繁期と重なったこと，調査中期以降では例年よりも多い降雪等により，昨年よりも拒否者が多くなったと考えられた。また，今年 4 月に施行された個人情報保護法により，地域住民がこれまで以上に個人情報やプライバシーに関して留意するようになったことも影響したと考えられた。今回の調査によって，今後のこころの健康への対策を講じるための基礎データが得られるとともに，調査を通じた地域の健康づくりにも寄与することができた。

4. こころの健康に関する地域疫学調査（分担研究者 堀口逸子）

神奈川県横浜市で実施した調査の進捗状況は、平成 18 年 3 月 7 日現在で、協力の返事のあった者 341 名（うち完了 245 名，中断 2 名），面接不能・対象外 112 名，保留 8 名，拒否 253 名，返信なし 296 名であった。調査の実施過程を分析した結果，大都市での調査では，市・区両者

への協力要請が必要であること，自治体内の組織が複雑であること，調査センタースタッフの確保，調査員の確保，調査場所の確保等に工夫を要することが明らかになった。課題への対処においては，技術センターおよび事務局の 3 者体制は有効であった。

5. 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（分担研究者 立森久照）

最新の WMH 日本調査データを分析し，平成 14-15 年度の WMH 日本調査の結果を明らかにした。この結果は，以前に『厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「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）」平成 14 年度総括・分担研究報告書』において公表された平成 14 年度の WMH 日本調査の結果と比較して大きな違いはなかった。

調査時点までの生涯では地域住民の約 6 人に 1 人が，また調査時点からの過去 12 カ月間では約 14 人に 1 人が，少なくとも 1 つ以上の何らかの精神障害を経験していた。調査時点までの生涯で少なくとも 1 つ以上の何らかの精神障害を経験していた者の約 30%が，調査時点までの生涯に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった。調査時点からの過去 12 カ月間に少なくとも 1 つ以上の何らかの精神障害を経験していた者のうちこの期間に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった割合は約 17%であった。本調査から明らかとなった地域住民における精神障害の有病率や精神障害の経験者における受診・相談行動の状況は，医療機関を

受診者する精神障害者を対象とした調査では把握することのできないものである。つまり、本調査は従来の受診者ベースの調査では知り得なかった、地域に潜在する「こころ」の問題の頻度やこころの健康に関する「満たされていないニーズ (unmet needs)」を明らかにした点で非常に意義のあるものである。

6. 地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について(研究協力者 三宅由子)

ひきこもりであったと回答した 14 人中、ひきこもりのあった年齢で精神医学的診断のついたものは 5 人であった。その診断は不安障害 3 人、うつ病 2 人であり、背景として恐怖症をもっているものも少なくない。

一方、生涯診断がまったくつかないものも 5 人であった。

「ひきこもり」は必ずしも精神医学的な異常を伴うわけではない。「ひきこもり」の時の診断名としては、不安障害とうつ病エピソードであり、背景に恐怖症を伴うことも少なくないが、それだけで「ひきこもり」が説明できるわけではない。診断のつくものとつかないものを比較しても、大きな特徴は見出せなかった。

この資料から、構造化面接で判断してもまったく精神科的な問題が診断されない「ひきこもり」が存在することが確認された。一方で他の時期に精神医学的診断がつくもののひきこもりの時期にはそれがなく、という場合もありうることも示された。すなわち、「ひきこもり」は様々な状態を包括しており、多面的なアプローチを要すると考えられる。

7. 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」フィードバック案に関する検討(研究協力者 長沼洋一)

形式としては、基本フォント大きく、文言を統一、表現の重複をさけ、読みやすくなるようにした。また、調査結果の概要を 1 ページ目最初に記述し、重要な内容が一望できるように配置した。さらに対象者の概要について回収率、性別、平均年齢について明示した。データの提示に関しては、棒グラフや帯グラフなど回答の形式に応じて、提示の形式を工夫した。また、データは把握しうる範囲で国、県、市の 3 つにまとめていくつかのレベルで比較ができるように提示した。データの解説に関しては、重要な点や専門用語については簡単なコメントや解説を付け加えた。

これらによって、読みやすかつ概要を把握しやすい形式になったと考えられた。今回作成したフォーマットはあくまでフィードバックにおける基本要件を示したものである。したがって、各調査地域において実際にフィードバックを行う場合には、その地域特有のニーズや実状にあわせた形式に調整することが望ましいと考えられた。

E. 結論

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) に参加し、かつわが国独自のセクションを調査項目に追加することによって、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し、こころの健康対策の基盤を整備するための地域疫学調査の進捗状況について報告した。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H,
Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N,
Furukawa T, Kikkawa T.

Twelve-month prevalence, severity,
and treatment of common mental
disorders in communities in Japan: A
preliminary finding from The World
Mental Health Japan 2002-2003.

Psychiatry and Clinical Neurosciences,
59: 441-52, 2005.

Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N,
Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y,
Nakane Y, Nakane H, Iwata N,
Furukawa T, Kikkawa T.

Twelve-month Use of Mental Health
Services in Four Areas in Japan:
Finding from the World Mental Health
Japan Survey 2002-2003. Psychiatry
and Clinical Neurosciences, 60:
240-248, 2005.

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

II. 分担研究報告書

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康総合研究事業）
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国際比較に関する研究

分担研究者 川上憲人（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・教授）

研究協力者 岩田 昇（広島国際大学・教授）

WMHJP 2002-2003 共同研究グループ

研究要旨：昨年度に引き続き、世界精神保健(WMH)日本調査の最新（平成 14-15 年度）データをもとに、①精神障害の頻度、重症度、受診行動とその関連要因、②海外の WMH 調査との精神障害の頻度の比較を行った。平成 15 年度調査を加えた、平成 14-15 年度の WMH 日本調査のデータは、平成 14 年度までの調査結果と大きくは変化していなかった。調査時点までの生涯に、18%の地域住民が何らかの精神障害に罹患した経験を持っていた。75 歳までに住民の 4 人に 1 人が何らかの精神障害を経験すると推定された。精神障害を経験する割合は、最近生まれのコホートほど早い傾向にあり、将来、不安障害および気分障害の経験者が増加する可能性があると予想される。また最近生まれの者ほど不安障害、気分障害を経験した場合により速やかに相談・受診する傾向にあった。過去 12 ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者は住民の 7%であった。この有病率は欧米に比べて低く、中国の都市部とほぼ同等であることが再確認された。重症あるいは中等症の精神障害を持つ者のうち約 5 人に 1 人しか医療機関を受診していなかった。この受診率は米国、欧州にくらべ低く、中国よりやや高かった。

A. はじめに

世界保健機関(WHO) は 1998 年に世界精神保健(World Mental Health, WMH) 調査共同研究グループを立ち上げ、発展途上国と先進国とにおける”unmet needs “を精神障害の重症度を考慮しながら検討している (Kessler 1999)。WMH 調査では、WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostics Interview, CIDI)を拡張し、疾患の重症度、社会機能障害、治療について詳細な質問をできるようにした上で、日本を含む 28 ヶ国でこの WMH-CIDI による調査を実施した。最初の国際共同研究論文は 12 ヶ月有病率、重症度、社会機能

障害、治療および人口統計学的要因の関連を 14 ヶ国について比較し、国によって大きな差異があることを明らかにした(WHO World Mental Health Survey Consortium 2004)。特に欧米とアジア各国の間には差異が大きかった。また、この調査では、どの国でも、重症・中等症の精神障害に罹患している者の医師受診率はなお低いことも判明した。

昨年度の本分担研究では、平成 14 年度までに得られた WMH 日本調査データに基づき、わが国の 4 地域における精神障害の 12 ヶ月有病率、重症度、受診行動およびこれとの人口統計学的要因との関連について詳細に検

討し、海外の報告と比較した。本年度は平成14-16年度までの調査データを加えて、わが国における精神障害の生涯有病率および12ヶ月有病率、重症度、受診行動およびこれらと人口統計学的要因との関連について検討した。またこれらを2005-2006年に公表された海外のWMH調査からの最新のデータ（米国、メキシコ、中国）と比較した。

B. 対象と方法

1. 精神障害の12ヶ月有病率、重症度、受診行動の解析

1) 調査対象

平成14年度調査では、岡山県岡山市、長崎県長崎市、鹿児島県串木野市および同吹上町が調査地域として選択された。平成15年度調査では、岡山県玉野市および鹿児島県市来町、東市来町、栃木県佐野市において調査が実施された。しかしながら栃木県佐野市のデータについては後述するPart2重み付けが計算できていないため、本分担研究の対象からは除いた。

それぞれの地域の人口は、岡山県岡山市は64万人、同玉野市は7万人、長崎市は42万人、鹿児島県串木野市は2万7千人、吹上町は1万人、市来町は7千人、東市来町は1万4人である。調査対象者は、各地域の20歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出された。岡山市では調査依頼状を対象者に送付し、訓練を受けた調査員が自宅を訪問して調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。岡山県玉野市では、愛育委員が調査対象者の自宅を訪問し調査への参加を依頼し、調査参加に同意した対象者に対して、

調査員が自宅または玉野市保健福祉センターで面接調査を実施した。長崎市でも調査依頼状を対象者に送付し、調査参加の意志を返信葉書で連絡してきた対象者に対して訓練を受けた調査員が自宅あるいは長崎大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。回答のない対象者には1ヶ月の間に2回の再依頼状を送付した。鹿児島県の4つの市町村では、民生委員が調査対象者の自宅を訪問し調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が自宅で面接調査を実施した。いずれの地区の調査においても、調査に同意した対象者からはインフォームドコンセントを書面で得た。これらの調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部（岡山市、玉野市）、長崎大学医学部（長崎市）および精神保健研究所（鹿児島県）における研究倫理審査委員会で調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。

対象者のうち、2437名に面接を実施できた。調査対象者のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた対象者は対象外とした（表1）。調査への回答率は完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者からこれらの対象外の者を除外した人数を分母として計算した。回収率は26%（長崎市）から82%（鹿児島県吹上町）まで幅があった。平均回答率は58%であった。データ解析では、婚姻状態が不明な対象者1名（岡山市）を除いた2436名を解析した。

2) 調査方法

面接調査には、WHO-CIDIを含むWMH調査票のコンピュータ(CAPI)版を使用した。専用のコンピュータソフトウェアが、所定の質問を決められ

た手順に従って調査員の持参したパソコンの画面に表示し、調査員はこれを対象者に対して読み上げ、回答をキー入力した。

地域ごとに20-30名の調査員を募集した。調査員の訓練は、米国で公式なトレーニングを受けたトレーナー（川上、岩田）とその補助員が実施した。訓練は5日間で、調査の概要、調査手順、WMH調査票の使用法、模擬面接などから構成された。

面接時に入力されたデータは、各地域の調査センターのパソコン上で管理され、調査終了後に技術支援センター（岡山大学）に転送された。技術支援センターではデータクリーニングの後、データを米国ハーバード大学医学部の解析センターに送付し、主要な精神障害の診断を判定してもらい、その結果を受け取って、面接データと合わせて解析用データを作成した。これらのデータ転送過程においては、個人を同定可能な情報は各地域の調査センターに切り離して保管され、個人同定不可能な情報のみをやりとりすることで個人情報の保護に配慮した。

面接調査は2つの部分に分かれており、前半は全ての対象者に対して実施され、後半は対象者のうちからランダムに選択された者のみに対して追加調査として実施された。これは平均面接所要時間を一定以下におさえるための工夫である。前半部分では主に心の健康問題（精神障害を含む）の実態と相談・受診行動を、後半部分では心の健康問題の関連要因や心の健康に関する意識について調査を行った。

WMH調査では被験者の負担を軽減するため面接を2つのパートに区分し、対象者を面接中にサンプリングしていずれのパートの面接を実施するかを決めている。Part 1は精神障害

の診断のための情報を収集するパートであり、Part 2は精神障害の関連要因を調査するパートである。すべての対象者にPart 1の面接を実施する。Part 1を終了した対象者のうちからある基準と確率によって選ばれた者に対して、Part 2面接を実施した(n=887)。Part 2面接に選択されなかった者は、Part 1の面接後に面接終了した。Part 1面接の対象者はほとんどの疾患の12ヶ月有病率、重症度、受診行動の解析に使用された。Part 2面接の対象者は、一部の疾患の診断、重症度、受診行動の解析および人口統計学的要因との関連性の解析に用いられた。Part 2面接の回答者には該当する症状の有無で抽出比率を変えているため、それぞれの抽出比率に反比例した重み付けを行った。このPart 2の重み付けに加えて、無回答者による対象の偏りを補正するために、全ての対象者はその性別、年齢分布をその地域の国勢調査人口における性別、年齢構成に合うように重み付けを加えた。

3) 調査項目

(1) 精神障害の有病率

各種の精神障害については、WHO-統合国際診断面接(CIDI)の最新版であるWMH-CIDI 3.0によって診断に必要な症状や経験を対象者から聞き取り、DSM-IV診断基準にしたがって判定を行った。DSM-IVでは、3つの気分障害 [大うつ病性障害 (296.xx)、双極I型・II型障害 (296.xx)、気分変調性障害 (300.4)]、6つの不安障害 [パニック障害 (300.01,300.21)、パニック障害の既往歴のない広場恐怖 (300.22)、社会恐怖 (300.23)、特定の恐怖症 (300.29)、全般性不安障害 (300.02)、外傷後ストレス障害 (309.81)]、4つの物質関連障害 [アル

コール乱用 (305.00)、アルコール依存 (303.90)、薬物乱用 (305.2-9)、薬物依存 (304.0-9)]、間歇性爆発性障害 (312.34)を診断した(括弧内はDSM-IVコード)。ただし本分担研究では双極 I 型・II 型障害には閾値下の双極性障害も含めている。またこの時点までの調査に使用した WHO-CIDI の面接プログラムが、アルコール乱用の質問項目に 1 つは該当しないとアルコール依存の質問を行わないという面接ルールになっていたため、DSM-IV の診断基準とは異なり、アルコール乱用については依存の有無にかかわらず診断をつけ、アルコール依存についてはアルコール乱用のある依存を診断している。この問題は最新の面接プログラム(平成 17 年度の山形県および横浜市の調査に使用)では改善されている。なお統合失調症などの精神病性精神障害は評価しなかった。これは WHO-CIDI が精神病性精神障害に対しては低い妥当性しか持たないためである。

各精神障害(あるいは気分障害などの疾患グループ)について、過去 12 ヶ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去 12 ヶ月経験者とし、この割合を「12 ヶ月有病率」とした。また、生まれてから調査時点までのどこかで診断基準を満たす状態であった場合に生涯経験者とし、この割合を「生涯有病率」とした。

なお今回の分析に用いたデータでは、平成 14 年度厚生労働科学研究費特別研究報告書に記載されたデータに対して、気分障害、不安障害の器質性疾患による除外診断基準に関して対象者から報告された器質性疾患を見直して、医学的に気分・不安障害と同様の症状を引き起こす可能性のある疾患のみを除外するという修正作

業を行った後のデータである。同様の見直しは 2004 年に報告された WMH 国際共同研究の論文におけるデータにも行われている(WHO World Mental Health Consortium, 2004)。

(2) 精神障害の重症度

DSM-IV 診断は、重症、中等症、軽症に分類された。重症の疾患は、I 型双極性障害または身体依存のある物質依存障害、精神障害と関係した自殺未遂、疾患ごとのセクションにおける Sheehan Disability Scales (SDS) で評価された社会生活機能のうち 2 つ以上の領域で重度の機能障害が認められたか、または Global Assessment of Functioning (GAF) で 50 以下の全般的な機能障害が報告された場合とした(WHO World Mental Health Survey Consortium 2004)。重症と判定されなかった対象者は、いずれかの領域で SDS が中等症に低下しているか、対象者が身体依存のない物質依存障害を持っている場合に、中等症と判定された。これ以外の全ての疾患は軽症と判定した。

(3) 相談・受診行動

心の健康問題(アルコール・薬物問題のある場合にはこれも含む)について、過去 12 ヶ月間に受診・相談した先について質問した。調査した受診・相談先を以下のように区分した:「精神科医」=精神科医(心療内科のみの標榜は一般医に含まれる)、「一般医」=一般開業医あるいはかかりつけ医、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医など、その他の医者。「医療機関合計」=精神科医あるいは一般医。「医療以外」=その他の専門家(心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理療法家のようなその他のメンタルへ

ルスの専門家、看護婦、医療助手など)、その他の相談先(お坊さん、牧師などの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、霊ばい師などその他の治療家)などへの相談。「相談・受診合計」=以上のいずれかの受診・相談先。

4) 解析方法

精神障害の12ヶ月有病率、重症度、受診行動の解析では、単純なクロス表を作成した。多重ロジスティック回帰分析が人口統計学的要因と有病率、重症度、受診行動との関連を検討するのに使用された。記述統計における標準誤差は、SUDAAN software system (Research Triangle Park, NC, USA, 2002)においてTaylor Series method (Wolter 1985)を用いることで、重み付けの影響を調整して実施された。ロジスティック回帰係数はオッズ比(OR)に変換し、95%信頼区間を報告した。統計学的検定の有意水準は0.05に設定した。

C. 結果

1. 精神障害の生涯有病率、発症年齢および人口統計学的要因との関連

1) 生涯有病率

地域住民におけるDSM-IV診断の生涯有病率では、回答者の18%が何らかの疾患をこれまでに経験していた(表2)。2つ以上の診断をこれまでに経験した者は5%みられた。その内訳では不安障害(7%)、気分障害(8%)が多く、個別の疾患では大うつ病性障害(7%)が最多であった。年齢別では、社会恐怖、特定の恐怖症、大うつ病性障害で若年者(20-34歳)に生涯有病率が高く、パニック障害の既往のない広場恐怖、アルコール乱用、アルコール依存で中高年(35-64歳)に生涯有病率が高かった。65歳以上

では特にいずれの疾患も生涯有病率が低かった。

2) 発症年齢

発症年齢の中央値(50パーセンタイルの発症年齢)では、特定の恐怖症が8歳と若く、95パーセントまでが31歳で発症しており、人生早期に発症する疾患であることが示された(表3)。アルコール乱用の発症年齢の中央値は28歳であり、これも51歳までに95パーセントが発症していた。全般性不安障害、大うつ病性障害では発症年齢の中央値は40歳余りであり、90パーセントが19-20歳以降から人生後期にかけて発症していた。こうした発症カーブから75歳までに精神障害を経験する割合を計算すると、回答者の24%が75歳までにいずれかの疾患を経験すると予想された。75歳までに大うつ病性障害の経験率は13%、アルコール乱用は6%に達すると推定された。

3) 出生コホートの影響

出生コホートを調査時年齢で4群に区分し、出生コホートの間で精神障害の発症リスクがどの程度異なるかを計算した(表4)。調査時18-34歳の若年コホートでは、調査時65歳以上の高齢者コホートにくらべて、いずれかの精神障害が5倍発症しやすかった。個別の疾患でも、全般性不安障害、大うつ病性障害は26-29倍発症しやすかった。アルコール乱用はむしろ34-64歳の中老年コホートで発症危険度が高かった。

4) 人口統計学的要因の影響

各疾患カテゴリーの発症に対する性別、年齢、学歴の影響では、女性で気分障害の発症危険度が高く、男性で

衝動制御の障害、物質関連障害の発症危険度が高かった（表5）。また、物質関連障害の発症危険度は、低学歴の者に高かった。

5) 生涯診断と受診までの期間

これまでの生涯の経過の中では、精神障害発症後1年間に、大うつ病の経験者の29%、全般性不安障害の経験者の23%が何らかの機関・専門家への相談・受診行動を行っていた（表6）。大うつ病の経験者で相談・受診した者のうちの相談・受診までの中央値は1年であったが、全般性不安障害の経験者の相談・受診までの中央値は16年と長かった。

6) 相談・受診行動に関連する要因

不安障害および気分障害では、最近の出生コホートの者ほど相談・受診しやすく、また発症年齢が高いほど相談・受診しやすかった（表7）。いずれかの物質関連障害では35-64歳の出生コホートで相談・受診率が低かった。

2. 精神障害の12ヶ月有病率、重症度、受診行動

1) 精神障害の12ヶ月有病率と重症度

地域住民の7%が何らかのDSM-IV精神障害を過去12ヶ月間に経験していた（表8）。4%が不安障害を、2.5%が気分障害を、0.6%が衝動性制御障害を、1%が物質使用障害を経験していた。個別の精神障害では、12ヶ月有病率は大うつ病性障害(2.1%)、特定の恐怖症(2.4%)が多かった。過去12ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者のうち14%が重症の疾患を経験していた。約半数が中等症の疾患を経験していた。PTSD、気分変調性障害、アルコール依存、薬物乱用・依存では

重症の者が40%以上と多かった。

2) 過去12ヶ月間の相談・受診行動

全回答者では、過去12ヶ月間に2.8%の者が一般診療科に、2.4%の者が精神科に受診していた（表9）。重症および中等症の疾患は、重症の人数が30名未満であったため、1つのカテゴリーに再区分した。重症・中等症の疾患を経験した者は、より精神科を受診する傾向があった。しかし重症・中等症の疾患の経験者のうち22%しか医療機関を受診していなかった。医療機関以外の相談先を含めても24%しか相談・受診行動を行っていなかった。

3) 人口統計学的要因と12ヶ月有病率、重症度、受診行動との関連

人口統計学的要因（性別、年齢、世帯収入、婚姻状態、学歴）のいずれも過去12ヶ月のいずれかの精神障害の経験とは有意に関連しなかった（表10）。疾患の重症度は、現在結婚していない者で高かった。医師受診率は重症度の高い者ほど多かった。過去12ヶ月の気分障害の有病率は、結婚していない者で高かった（表11）。過去12ヶ月間の物質関連障害は、男性、若年者で高かった。

D. 考察

平成15年度調査を加えた、平成14-15年度のWMH日本調査のデータは、平成14年度までの調査結果と大きくは変化していなかった。調査時点までの生涯に、18%の地域住民が何らかの精神障害に罹患した経験を持っていた。75歳までに住民の4人に1人が何らかの精神障害を経験すると推定された。精神障害のうちで最多な疾患は大うつ病性障害であり、調査時

点までに 15 人に 1 人が大うつ病性障害を経験しており、75 歳までに 13% の住民が大うつ病性障害を経験すると推測された。精神障害を経験する割合は、最近生まれのコホートほど早い傾向にあり、特に不安障害および気分障害ではこの傾向が明確である。このため将来的に、不安障害および気分障害の経験者が大幅に増加する可能性があるかと予想される。

初発から相談・受診までの期間については、大うつ病性障害については発症後 1 年間に 29% の者が何らかの機関または専門家に相談・受診を行っていた。受診した者の初発から受診までの期間の中央値は 1 年と比較的短かった。しかし全般性不安障害などでは発症後 1 年間に 23% の者が相談・受診するものの、初発から受診までの期間の中央値は 16 年と長く、未治療の状態が長期間続いていることが判明した。精神障害を経験した者のうちでの相談・受診行動は、最近の出生コホートの者ほどおこしやすい傾向にあった。この傾向は不安障害、気分障害で顕著であった。最近生まれの者ほど不安障害、気分障害を経験した場合にはより速やかに相談・受診することができるようになってきたと推測される。

過去 12 ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者は住民の 7% であった。疾患の内訳では特定の恐怖症が 2.4% と高く、次いで大うつ病性障害の 2.1% であった。気分障害は未婚者に、物質関連障害は男性に多かった。本研究における 12 ヶ月有病率を米国、欧州、メキシコ、中国と比較すると、わが国の精神障害の有病率はいずれも欧米に比べて低く、中国の都市部とほぼ同等であることが再確認された(表 1 2)。

過去 12 ヶ月間に精神障害を経験した者のうち、14% が重度の、46% が中等度の疾患を経験していた。重症度は社会恐怖、広場恐怖、外傷後ストレス障害、気分変調性障害で高い傾向にあった。未婚の者で精神障害を経験した場合には重症度が高くなっていた。

過去 12 ヶ月間に経験した精神障害が重度または中等度である場合には、より多く医療機関を受診していた。しかしながら重症あるいは中等症の精神障害を持つ者のうち約 5 人に 1 人しか医療機関を受診していなかった。この受診率は、中国にくらべてやや高いが、米国、欧州、メキシコとくらべて低いものであった。昨年度までの解析でみられた、高卒の者がより多く医療機関を受診する傾向は今回の解析では弱くなっていた。

E. 結論

昨年度に引き続き、世界精神保健(WMH)日本調査の最新(平成 14-15 年度)データをもとに、①精神障害の頻度、重症度、受診行動とその関連要因、②海外の WMH 調査との精神障害の頻度の比較を行った。平成 15 年度調査を加えた、平成 14-15 年度の WMH 日本調査のデータは、平成 14 年度までの調査結果と大きくは変化していなかった。調査時点までの生涯に、18% の地域住民が何らかの精神障害に罹患した経験を持っていた。75 歳までに住民の 4 人に 1 人が何らかの精神障害を経験すると推定された。精神障害を経験する割合は、最近生まれのコホートほど早い傾向にあり、将来、不安障害および気分障害の経験者が増加する可能性があるかと予想される。また最近生まれの者ほど不安障害、気分障害を経験した場合にはより速やかに相談・受診する傾向にあった。過