

を記載していたことにより、協力者が多かったように思われた。協力するかどうかは、調査場所への近接性が大きく影響するように考えられる。区役所へはバスでは1時間に1本しかないという地域もあり、自宅近辺の調査場所を設定したところ、協力可となるものが見受けられた。

自宅を希望しても、調査員が車ででかけることは困難であり、調査員側からも公共機関での調査を望む声があった。

また、「何日の何時であれば調査可能」と仕事で多忙という世代が、調査をお願いする電話で指定してくる場合が見受けられ、緊急として生協や銀行の会議室を借りて調査実施に踏み切る場合もあった。

○協力率があがる一方、多数の調査場所を設定することは手続きが煩雑となる。

区役所内調査場所は、もっとも希望者が多かった。しかし、区役所内については、実際の職員の使用でも確保が難しく、空き室状況を確認するためには、積極的な協力者となる職員が必要不可欠であった。また、部屋の鍵も、調査センター職員が職員をとまな

て取りに行かねばならず、場所の確保と連絡調整が最も煩雑になっている。

○公共施設の利用に際して使用料金が必要となる。

昨年度以来、区民が利用するにも公共施設の使用料が発生しており、確保が難しいとともに経費がかかる。

4) 調査員のモチベーションの維持

○調査開始から1ヶ月以内での、交流会を設定した。

調査で実際におこった課題解決を図ることを目的とする。それとは別に全体の調査状況を知らせることとした。

○非協力者、音信がない者への協力依頼開始にあたって交流会を設定した。

完了 500 件を目標としていることを明らかにしつつ、その協力者を挙げるために戦略をねる会議をもった。結果として個別訪問をすることとなった。

○非協力者、音信がない者への調査にあたっては説得する側へのインセンティブが必要である。

調査協力を得ることができなかったものの、訪問を多く重ねたものに対しても何らかの報酬が必要との指摘があった。

5) 非協力者に向けたアプローチ

第1回の協力依頼に対して返信が無かった者には2回目の協力依頼(郵送)を行った。それによって、合計約350名の協力が得られた。これから音信無しの者に対して、個別訪問を実施する。マッピングし、それぞれの調査員の近隣に対して行う。

○調査員、調査センター要員それぞれの能力を活かしたアプローチを掛ける。

調査員は、基本的には対象住民と同じ区に居住しているため、知人がいる場合には、協力をお願いする。また、電話でのマンション販売の経験があるセンター要員は、拒否の者で電話番号がわかるものに対して連絡を行う。

D. 考察及び結論

考えもしなかった課題が次々と時系列に発生した。その対処について、技術センターおよび事務局の3つの体制は重要であった。調査実施地域についても、役割分担を明確にしなければならないことが明らかであった。また、多くの人と組織との調整が必要となることから、時間の確保も必要であると考えられた。

都市部、調査地と責任者の所属機関との位置関係などから、費用が他地域よりもかかることが予測された。

E. 健康危機情報

別になし

F. 研究発表

別になし

G. 知的財産の出願登録

別になし

H. 研究協力機関

横浜市衛生局

横浜市磯子区役所

NPO 法人 夢コミネット

磯子区地域ケアプラザ

みかんコミュニケーションズ

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）
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

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)
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)
 小山 智典 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
 小山 明日香 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
 川上 憲人 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科)

研究要旨：国際的な精神障害の操作的診断基準に準拠した現時点で最新の精神疾患の世界的に標準化された疫学調査法である WHO 統合国際診断面接 (WHO - Composite International Diagnostic Interview) をもとにした WMH 調査票を用いて、地域住民から無作為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。本研究は、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、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、を明らかにすることを目的とした。分析対象は、平成 14-15 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無作為に抽出された計 2,987 名（平均回収率 58.1%）の面接データである。このデータを分析し、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。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、医療機関を受診者と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。

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、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) および International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) に準拠した現時点で最新の精神疾患の世界的に標準化された疫学調査法である WHO 統合国際診断面接 (WHO- Composite International Diagnostic Interview; WHO-CIDI) をもとにした WMH 調査票を用いて、地域住民から無作為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。本調査は、平成 14 年度から年度ごとに複数の調査地区を設定して実施しており、今年度研究は 4 年目にあたる。

本研究は、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、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、を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. WHO World Mental Health コンソーシアム年次会議の概要

本研究全体の進行管理を行う「研究事務局」の業務の一環として、WMH 参加各国の打合せ会議 (WHO World Mental Health コンソーシアム年次会議) に出席した。その概要を資料 1 にまとめ添付した。

2. WMH 日本調査統合データの分析

1) 対象

調査対象者は、各調査地域の 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。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が面接調査を実施した。

本報告書で使用したデータは、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 (平成 14 年度調査地域: 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 年度調査地域: 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 [市町村合併により現在では名称が変わった地域もあるがここでは調査当時の名称で記載した]) の計 2,987 名 (平均回答率 58.1%) のものである (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、調査対象者から対象外の者 (日本語が理解できない者および調査時点で死亡、転居、入院または入所していた者) を除外した人数を分母として計算した。回答率は 26.4% (長崎県長崎市) から 81.6% (鹿児島県吹上町) まで幅があった。

以上の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を使用して、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、について分析を実施した。

2) 調査方法

面接は、専門の訓練を受けた調査員による WHO-CIDI を含む WMH 調査票のコンピュータ版 (CAPI) を用いた構造化面接として実施された。調査方法の概要は本報告書の川上の分担研究報告書を参照のこと。また、各調査地域での調査方法の詳細はそれぞれの調査地域の調査責任者の報告書 (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」平成 14 年度総括・分担研究報告書, 同平成 15 年度総括・分担研究報告書, および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 16 年度総括・分担研究報告書にそれぞれ掲載) を参照されたい。

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。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。

この 2 つのパートを組み合わせる 2 つのパターンで面接が実施される。一つは Part 1 のみが実施されるパターンであり、もう一つは Part 1 と Part 2 の双方が実施されるパターンである。いずれのパターンの面接を実施するか

は対象者を面接中にサンプリングして決められる。

つまり、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 (症状の有無) 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。このような形式で面接を実施するのは被験者の負担を軽減するためである。

Part 1 面接の対象者はほとんどの障害の 12 カ月有病率、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、一部の障害の診断 (外傷後ストレス障害、および物質関連障害 [精神作用物質による精神および行動上の障害] 全て)、重症度、受診行動の解析および詳細な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、年齢構成にあ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、本報告書では上述の 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。

3) 分析に使用した調査項目

(1) 精神障害

各種の非精神病性の精神障害について、WHO-CIDI を含む WMH 調査票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 および ICD-10 診断基準にしたがって判定を行った。

DSM-IV では、以下の診断が評価された。

- ・ 5 つの気分障害
 - i) 大うつ病性障害 [296.xx]
 - ii) 小うつ病性障害 [311]
 - iii) 躁病エピソード [-]
 - iv) 軽躁病エピソード [-]
 - v) 気分変調性障害 [300.4]
 - ・ 6 つの不安障害
 - i) パニック障害 [300.01,300.21]
 - ii) パニック障害の既往歴のない広場恐怖 [300.22]
 - iii) 社会恐怖 [300.23]
 - iv) 特定の恐怖症 [300.29]
 - v) 全般性不安障害 [300.02]
 - vi) 外傷後ストレス障害 [309.81]
 - ・ 4 つの物質関連障害
 - i) アルコール乱用 [305.00]
 - ii) アルコール依存 [303.90]
 - iii) 薬物乱用 [305.2-9]
 - iv) 薬物依存 [304.0-9]
 - ・ 間歇性爆発性障害 [312.34]
- [] 内は DSM-IV コード

ICD-10 では、以下の診断が評価された。

- ・ 6 つの気分（感情）障害
 - i) 重症うつ病エピソード [F32.2-3]
 - ii) 中等症うつ病エピソード

[F32.1]

- iii) 軽症うつ病エピソード [F32.0]
 - iv) 躁病エピソード [F30.1-2]
 - v) 軽躁病 [F30.0]
 - vi) 気分変調症 [F34.1]
 - ・ 6 つの神経症性・ストレス性障害
 - i) パニック障害 [F41.0]
 - ii) パニック障害をとまなわない広場恐怖 [F40.00]
 - iii) 社会恐怖 [F40.1]
 - iv) 特定の恐怖症 [F40.2]
 - v) 全般性不安障害 [F41.1]
 - vi) 外傷後ストレス障害 [F43.1]
- ・ 4 つの精神作用物質による精神および行動上の障害
 - i) 有害な使用－アルコール [F10.1]
 - ii) アルコール依存症 [F10.2]
 - iii) 有害な使用－薬物 [F1x.1]
 - iv) 薬物依存症 [F1x.2]
- [] は ICD-10 コード

なお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。

また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)。

本調査では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、調査時点までにこれを経験していた場合を生涯経験者とし、この割合を「生涯有病率」とした。また過去12カ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去12カ月経験者とし、この割合を「12カ月有病率」とした。同様に過去30日間に診断基準を満たす状態であった場合に過去30日経験者とし、この割合を「30日有病率」とした。

(2) 受診・相談先

こころの健康問題(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、受診・相談した先について質問した。調査した受診・相談先は以下のものである:「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。

「医師合計」=精神科医あるいは一般医。「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、心理療法師のようなその他のメンタルヘルスの専門家、看護婦、医療助手など(その他)の医療専門家。「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。「相談先合計」=以上のいずれかの受診・相談先。これに加えて、こころの健康問題のためにインターネット、自助グループ、電話相談を利用したことがあるかどうかについても質問した。

(3) 精神障害の日常生活への影響

うつ病、躁病、特定の恐怖症、社会恐怖、全般性不安障害、外傷後ストレス障害、および間歇性爆発性障害

(DSMのみ)については、過去12カ月間にそれぞれの状態に該当した場合には、その状態のためにどの程度生活に支障が生じたか、また過去12カ月の休業日数(何日仕事や家事を休んだか)を質問した。生活上の支障はSheehan尺度(Leon et al. 1997)で評価し、4つの質問に対して①自宅の管理、②仕事・家事、③親しい人間関係、④地域・職場の関係にそれぞれどの程度の支障があったかを、0点がまったく支障なし、10点が最大の支障ありで回答してもらった。それぞれの得点(0-10点)および合計得点(0-40点)の平均を、その精神障害の社会的影響と考えた。またその精神障害のために生じた過去12カ月の休業日数の平均も算出した。

さらにPart 2 面接では、循環器疾患、

がん、整形外科疾患など回答者が持つ慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んで、同様にその疾患のために生じた生活上の支障と過去12カ月の休業日数を同様の方法で質問した。この結果も、精神障害との比較のために使用した。

4) 分析項目

以下の内容について集計、分析を実施した。

(1) 精神障害の頻度

- ・ DSM-IV 診断による精神障害の生涯・12カ月・30日有病率(性・年齢層別)
- ・ ICD-10 診断による精神障害の生涯・12カ月・30日有病率(性・年齢層別)

(2) 人口統計学的特徴と精神障害

- ・ 精神障害別の年齢別累積罹患率(DSM-IV, ICD-10 各診断別)
- ・ ロジスティック回帰分析による人口統計学的特徴と DSM-IV・ICD-10 診断との関係

(3) こころの健康に関する受診・相談

- ・ こころの健康に関する受診・相談行動の頻度(全体, DSM-IV 生涯・12カ月・30日診断別, ICD-10 生涯・12カ月・30日診断別)
- ・ こころの健康問題で専門家を受診することについての意識
- ・ こころの健康問題による受診の遅れの理由
- ・ 精神障害の経験者における薬物療法および心理療法の頻度(DSM-IV 生涯・12カ月・30日診断別, ICD-10 生涯・12カ月・30日診断別)

(4) こころの健康問題の日常生活への

影響

- ・ 過去12カ月間に精神障害を経験した者における精神障害のために生じた生活上の支障
- ・ 過去12カ月間に精神障害を経験した者における精神障害のために生じた一年間の休業日数

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。こころ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。

(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申請し、実施の承認を得た。また、原則的に、地域調査を実施した各分担研究者の所属する機関においても、倫理審査を申請し、実施の承認を得ている。

C. 研究結果

1. 精神障害の頻度

1) DSM-IV 診断

(1) 生涯有病率

DSM-IV 診断の生涯有病率では、大うつ病性障害が 6.4%と最も頻度が高かった(表 2)。ついで特定の恐怖症(3.5%)、全般性不安障害(1.9%)であった。いずれかの気分障害は 8.9%、いずれかの不安障害は 6.8%、いずれかの物質関連障害は 2.9%、いずれかの精神障害は 16.5%の者がこれまでに経験していた。大うつ病性障害、小うつ病性障害、いずれかの気分障害、特定の恐怖症、全般性不安障害、外傷後ストレス障害、いずれかの不安障害、いずれかの精神障害はいずれも女性に多かった(表 2)。アルコール乱用、アルコール依存、いずれかの物質関連障害、間歇性爆発性障害はいずれも男性に多かった。大うつ病性障害の生涯有病率は、64 歳以下に多かった(表 3)。小うつ病性障害の生涯有病率は、35-44 歳に多かった。社会恐怖および特定の恐怖症は 20-34 歳に多かった。全般性不安障害は 20-34 歳、45-54 歳および 55-64 歳に多かった。いずれかの気分障害、いずれかの不安障害、いずれかの精神障害の生涯有病率は 65 歳以上で低かった。

(2) 12 カ月有病率

DSM-IV 診断の 12 カ月有病率では、特定の恐怖症(2.4%)、大うつ病性障害(2.1%)が多かった(表 4)。2.9%がいずれかの気分障害を、4.1%がいずれかの不安障害を、0.5%がいずれかの物質関連障害を、7.0%がいずれかの精神障害を過去 12 カ月間に経験していた。大うつ病性障害、いずれかの気分障害、特定の恐怖症、外傷後ストレス

障害、いずれかの不安障害、いずれかの精神障害の 12 カ月有病率は女性が高かった。アルコール乱用、アルコール依存、いずれかの物質関連障害の 12 カ月有病率は男性が高かった。大うつ病性障害は 20-34 歳および 45-54 歳に多かった(表 5)。気分変調性障害は 45-54 歳に多かった。いずれかの気分障害は 54 歳以下に多かった。社会恐怖および特定の恐怖症は 44 歳以下に多く、いずれかの不安障害は 54 歳以下に多かった。いずれかの精神障害の 12 カ月有病率は年齢があがるとともに低下していた。

(3) 30 日有病率

DSM-IV 診断の 30 日有病率では、特定の恐怖症(2.0%)が多かった(表 6)。0.6%がいずれかの気分障害を、2.8%がいずれかの不安障害を、0.2%がいずれかの物質関連障害を、3.6%がいずれかの精神障害を過去 12 カ月間に経験していた。特定の恐怖症、外傷後ストレス障害の 30 日有病率は女性が高かった。いずれかの精神障害の 30 日有病率は 35-44 歳をピークとして年齢があがるとともに低下していた(表 7)。いずれかの不安障害も同様のパターンを示した。

2) ICD-10 診断

(1) 生涯有病率

ICD-10 診断の生涯有病率では、全てのうつ病エピソード(重症、中等症、軽症の合計)が 6.6%と最も多く、ついで特定の恐怖症が 5.3%と多かった。7.9%がいずれかの気分(感情)障害を、9.5%がいずれかの神経症性・ストレス性障害を、2.9%がいずれかの精神作用

物質による障害を、16.2%がいずれかの精神障害をこれまでに経験していた(表8)。重症うつ病エピソード、中等症うつ病エピソード、軽症うつ病エピソード、全てのうつ病エピソード、いずれかの気分(感情)障害、特定の恐怖症、外傷後ストレス障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害はいずれも女性に多かった。有害な使用—アルコール、アルコール依存症、いずれかの精神作用物質による障害は男性に多かった。躁病エピソードは20-34歳の若年層に多かったが、重症うつ病エピソード、全てのうつ病エピソード、およびいずれかの気分(感情)障害は54歳以下に多かった(表9)。パニック障害をとまなわないうつ病エピソード、社会恐怖、外傷後ストレス障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害は20-34歳の若年層に多かった。いずれかの精神障害の生涯有病率は高年齢層で低下していた。

(2) 12カ月有病率

ICD-10診断の12カ月有病率では、特定の恐怖症(3.3%)、全てのうつ病エピソード(1.9%)が多かった(表10)。2.4%がいずれかの気分(感情)障害を、5.5%がいずれかの神経症性・ストレス性障害を、0.5%がいずれかの精神作用物質による障害を、7.4%がいずれかの精神障害を過去12カ月間に経験していた。重症うつ病エピソード、中等症うつ病エピソード、全てのうつ病エピソードといずれかの気分(感情)障害、特定の恐怖症、いずれかの神経症性・ストレス性障害、いずれかの精神障害は女性が、有害な使用—アルコール、

アルコール依存症、いずれかの精神作用物質による障害の12カ月有病率は男性が高かった。重症うつ病エピソード、中等症うつ病エピソード、全てのうつ病エピソード、いずれかの気分(感情)障害は20-34歳および45-54歳に多かった(表11)。パニック障害をとまなわないうつ病エピソード、社会恐怖、いずれかの神経症性・ストレス性障害は20-34歳と35-44歳に多かった。

(3) 30日有病率

ICD-10診断の30日有病率では、特定の恐怖症(2.9%)が多かった(表12)。0.6%がいずれかの気分(感情)障害を、4.1%がいずれかの神経症性・ストレス性障害を、0.2%がいずれかの精神作用物質による障害を、4.5%がいずれかの精神障害を過去30日間に経験していた。特定の恐怖症の30日有病率は女性が高かった。いずれかの精神障害の30日有病率は35-44歳をピークとして年齢があがるとともに低下していた(表13)。いずれかの神経症性・ストレス性障害も同様のパターンを示した。

2. 精神障害の関連要因

1) 精神障害の発症年齢

調査時点までにある精神障害を経験した者を100%とした場合に、何歳までに何%の者がその精神障害を罹患していたか(年齢別累積罹患率)を図1~6に示した。大うつ病は約半分の者が30歳前半までに発症していた(図1)。社会恐怖および特定の恐怖症は10歳までに、外傷後ストレス障害は20歳後半までに、パニック障害は30歳前半までに、全般性不安障害は40歳までに、半数の者が発症していた(図2)。アル

コール乱用は半数が20歳半ばまでに発症していた(図3)。ICD-10診断についてもほぼ同様の結果であった(図4~6)。

2) 人口統計学的特徴と精神障害

この解析は人口統計学的特徴(性別、年齢、婚姻状態、学歴、雇用状態)に欠損データのなかった2,742名のデータに基づいて実施された。

(1) DSM-IV の生涯診断(表14)

いずれかの気分障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べて20-34歳の層を除く全ての年齢層に、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて一度も結婚したことのない層と死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べて高卒未満と高卒に少なかった。

いずれかの不安障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べてそれ以外の全年齢層に、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて死別・別居・離婚した層に多かった。

いずれかの物質関連障害が、性別では男性に、年齢層では65歳以上の層と比べて55-64歳の層に、雇用状態では就業者と比べてその他(求職中、休職中、終業不能など)に多かった。

いずれかの精神障害が、年齢層では65歳以上の層と比べて全年齢層に、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べて高卒未満に少なく、雇用状態では就業者と比べてその他(求職中、休職中、終業不能など)に多かった。

(2) DSM-IV の12カ月診断(表15)

いずれかの気分障害が、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べてそれ以外の全ての学歴層に少なかった。

いずれかの不安障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べてそれ以外の全ての年齢層に多かった。

いずれかの物質関連障害が、男性に多かった。

いずれかの精神障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べてそれ以外の全ての年齢層に、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて死別・別居・離婚した層に多かった。

(3) ICD-10 の生涯診断(表16)

いずれかの気分障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べて20-34歳を除く全年齢層に、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて一度も結婚したことのない層と死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べて高卒未満に少なく、雇用状態では就業者と比べてその他(求職中、休職中、終業不能など)に多かった。

いずれかの不安障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べて55-64歳を除くそれ以外の全ての年齢層に、婚姻状態では結婚している(事実婚含む)層と比べて死別・別居・離婚した層に、雇用状態では就業者と比べて学生とその他(求職中、休職中、終業不能など)に多かった。

いずれかの物質関連障害が、性別で

は男性に、年齢層では65歳以上の層と比べて55-64歳の層に、雇用状態では就業中と比べてその他（求職中、休職中、終業不能など）に多かった。

いずれかの精神障害が、年齢層では65歳以上の層と比べてそれ以外の全ての年齢層に、婚姻状態では結婚している（事実婚含む）層と比べて死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べて高卒未満に少なく、雇用状態では就業中と比べてその他（求職中、休職中、終業不能など）に多かった。

(4) ICD-10 の12カ月診断（表17）

いずれかの気分障害が、性別では女性に、年齢層では65歳以上の層と比べて35-44歳の層を除く全ての年齢層に、婚姻状態では結婚している（事実婚含む）層と比べて死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べて高卒未満に少なかった。

いずれかの不安障害が、年齢層では65歳以上の層と比べて35-44歳の年齢層に、雇用状態では就業中と比べて学生とその他（求職中、休職中、終業不能など）に多かった。

いずれかの物質関連障害が、男性に多かった。

いずれかの精神障害が、年齢層では65歳以上の層と比べて55-64歳を除く全ての年齢層に、婚姻状態では結婚している（事実婚含む）層と比べて死別・別居・離婚した層に多く、学歴では大卒以上と比べて高卒未満と高卒に少なく、雇用状態では就業中と比べてその他（求職中、休職中、終業不能など）に多かった。

3. こころの健康による受診・相談行動

1) こころの健康に関する受診・相談先

全回答者におけるこれまでのこころの健康に関する受診・相談先については、4.2%が精神科医に、4.4%が一般医に、合計で7.8%が医師に相談した経験があった（表18）。過去12カ月間には、1.3%が精神科に、1.9%が一般医に、合計で3.0%が医師に相談していた。過去30日では0.9%が精神科に、1.0%が一般医に、合計で1.9%が医師に相談していた。自助グループへの相談もこれまでに1.3%、過去12カ月間に0.4%、過去30日間に0.2%みられた。インターネット、電話相談の経験者は比較的少なかった。

2) こころの健康に関する受診・相談

(1) 精神障害による受診・相談状況

調査時点までにDSM-IV診断で大うつ病エピソード（大うつ病エピソードを持つ双極性障害を含む）を経験した者のうち、17.4%が精神科を、12.1%が一般医を、合計で26.8%が医師を受診していた（表19）。これも含めて、疾患グループ別では約14-23%が精神科を、約8-19%が一般医を、合計で約24-30%が医師を受診していた（表19）。医師への相談頻度は、いずれかの物質関連障害で高かった。

過去12カ月間にDSM-IV診断で大うつ病エピソードを経験した者のうち、12.7%が精神科を、6.3%が一般医を、合計で19.0%が医師を受診していた（表19）。DSM-IVによる精神障害を過去12カ月間に経験した者のうち、疾

患グループ別では約6-14%が精神科医を、約6-14%が一般医を、約14-29%が医師を受診していた。医師への相談頻度はいずれかの物質関連障害で高かった。いずれかの不安障害、いずれかの精神障害では一般医を受診した者の方が精神科医を受診した者より多かった。

過去にICD-10診断でうつ病エピソードを経験した者のうち、16.7%が精神科医を、13.1%が一般医を、合計で26.3%が医師を受診していた(表20)。疾患グループ別では、約15-23%が精神科医、約8-17%が一般医を、合計で約24-29%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、いずれかの気分障害、いずれかの精神作用物質による障害でやや高かった。一般医への受診は、いずれかの気分障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害で多い傾向にあった。

過去12カ月間にICD-10診断でうつ病エピソードを経験した者のうち、8.8%が精神科医を、8.8%が一般医を、合計で17.5%が医師を受診していた

(表20)。疾患グループ別では、7-13%が精神科医を、0-14%が一般医を、合計で7-27%が医師を受診していた。医師への相談頻度は、いずれかの精神作用物質による障害で高かった。一般医への受診は、いずれかの気分障害、いずれかの神経症性・ストレス性障害で多い傾向にあった。

(2) こころの健康問題についての受診・相談に対する抵抗とその理由
全回答者から抽出された1,168名に対する追加調査では、こころの健康問

題についての受診・相談に対する抵抗感についてたずねた。回答者の約3割がこころの問題で専門家を「おそらく」または「絶対に」受診しないと回答していた(表21)。この割合は精神障害の経験ありの者で有意に高かった。回答者の81.3%が専門家に対して自分の問題を心を開いて話せると回答していた。この割合は精神障害の経験のない者で有意に高かった。しかし専門家を受診したことが友人にしたら「とても」あるいは「いくらか」恥ずかしいと答えた者が43.7%あった。

いずれかの精神障害の経験があり、自発的に医師を受診したが、受診しようと思ってから受診するまで4週間以上かかった者に対して、その理由をたずねた結果を表22に示した。「自力で問題に対処したかった」「問題はひとりで改善するだろうと思っていた」「その問題は最初、それほど困らなかった」などの自分だけで対応可能と思っていたことが高頻度にあげられた。ついで、「どこに行けば良いか、誰に見てもらえば良いかわからなかった」「交通手段、子供の世話、スケジュールなど治療にゆくことに支障があった」「治療には時間がかかったり、不便だと思った」などの医療機関の情報やアクセスに関する問題が多くあげられた。「自分が治療を受けている事が知られたら、他人がどう思うか心配だった」との回答も1/4の者にみられた。

(3) 治療を受けている精神障害者の割合

DSM-IV診断による精神障害の生涯経験者のうち、約21-28%が薬物療

法を、約 13-17%が精神療法を受けていた（表 23）。ICD-10 診断でも約 22-27%が薬物療法を、約 14-21%が精神療法を受けていた。過去 12 カ月間における DSM-IV 診断による精神障害の経験者のうち、約 21-36%が薬物療法を、約 14-21%が精神療法を受けていた。ICD-10 診断では、約 11-40%が薬物療法を、約 15-22%が精神療法を受けていた。

4. こころの健康問題の日常生活への影響

DSM-IV および ICD-10 診断によるうつ病、躁病あるいは軽躁病、特定の恐怖症、社会恐怖、全般性不安障害、外傷後ストレス障害、間歇性爆発性障害（DSM のみ）について、過去 12 カ月間にそれぞれの状態に該当した者における、その状態のためにどの程度生活に支障が生じたかを表 24～25 に示した。また過去 12 カ月間の休業日数（何日仕事や家事を休んだか）を表 26 に示した。表 24～25 には、慢性の身体疾患についても同様に結果を示した。

DSM-IV 診断では、生活上の支障は、外傷後ストレス障害で高く、ついで、躁病あるいは軽躁病エピソード、大うつ病エピソード、全般性不安障害、いずれかの気分障害で高かった。ICD-10 診断では、生活上の支障は、外傷後ストレス障害と躁病あるいは軽躁病エピソードで高く、ついで、いずれかの気分障害、大うつ病エピソード、全般性不安障害で高かった。以上の精神障害については慢性の身体疾患よりもはるかに大きな生活上の支障が生じていた。

DSM-IV 大うつ病エピソードでは

過去 12 カ月間に平均 16.0 日間仕事や家事のできない日があった。いずれかの気分障害（抑うつ時）では平均 16.6 日とさらに多かった。ICD-10 診断でもほぼ同様の結果が得られた。

D. 考察

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。

地域住民の約 6 人に 1 人が、調査時点までの生涯に少なくとも 1 つ以上の何らかの精神障害を経験していた。また、調査時点からの過去 12 カ月間では地域住民の約 14 人に 1 人が、調査時点からの過去 30 日間では地域住民の約 22-28 人に 1 人が、その期間に少なくとも 1 つ以上の何らかの精神障害を経験していた。以上のことはこころの健康問題への対応の重要性を示していると思われる。

対象となった地域住民全体の約 10 人に 1 人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。受診・相談先の内訳をみると、4.2%が精神科医を 4.4%が一般医を受診していた。また、調査時点からの過去 12 カ月間では対象となった地域住民全体の約 25 人に 1 人が、調査時点からの過去 30 日間では

約 50 人に 1 人が、そ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。受診・相談先の内訳をみると、過去 12 カ月および過去 30 日の双方で、精神科医を受診した者と一般医を受診した者の割合はほぼ等しく、他の受診・相談先よりも高かった。

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%、調査時点からの過去 30 日間に少なくとも 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 7%と、さらに低い。疾患グループ別にみてもそれぞれの精神障害をこれまでの生涯に経験していた者の概ね 7 割以上が未受診であった。今回の調査から明らかとなった未受診者の集団に精神科医療を受診する必要があった人がどの程度存在するか、またその人がなぜ受診しなかったのかを調べる必要がある。その上で、必要がありながら受診していなかった人についての対応および医療的対応は必要ではなかったが何らかの介入が必要であった人への対応を検討する必要があると考える。

受診・相談先の内訳をみると、他の

受診・相談先と比べて医師を受診した者の割合が高い。しかし、医師を精神科医を受診した者と一般医を受診した者に細分して比較すると不安障害など障害によっては一般医の受診割合の方が高いものも存在した。これ以外の障害でも精神科医を受診した者と一般医を受診した者の割合に大きな違いのない障害も多い。ここでも受診・相談先は複数回答を集計したものであるため、一般医を受診した者の中には精神科医も受診した者が一定数含まれるため単純な比較はできないが、こころの健康問題への医療面からの対応で一般医の役割の重要性を示唆している。

こころの健康問題の日常生活への影響をそれによる生活上の支障の程度と年間の休業日数により評価した。生活上の支障の程度では、評価した全ての精神障害について、慢性の身体疾患よりもはるかに大きな生活上の支障が生じていた。また、精神障害による年間の休業日数でも、多くの精神障害で、慢性の身体疾患による年間の休業日数よりも多くの休業日数を示していた。これらのことは、精神障害による社会的な影響 (impact) が高いことを示しており、適切なこころの健康対策の必要性とそれによる社会的利益が大きいかを示唆している。

最後に本研究の限界、結果をみる上での注意点について述べる。

本研究では、これまでの地域精神保健疫学研究とくらべると大規模な調査を実施し、高い回収率を達成した。しかしながら、一部地域 (長崎市) では回収率は 26%と低く、かつ他の地域に

くらべて精神障害の有病率が高い。これは偏った対象者のみの調査になったためである可能性がある。また精神障害で現在不調の者が調査に参加しなかった可能性もある。精神障害の有病率は本調査で示したよりも高い可能性がある。

前回の中間報告からは調査地域も増え、調査地域の偏りはやや解消されたが、依然として西日本に偏っており、調査地域に大都市部が含まれていないといった問題がある。対象者数も約2倍となったが、それでも一部の項目では解析に十分な例数がないものがある。本報告書ではこれらの項目についても参考として値を示したが、例数の少ない項目に結果は注意して扱う必要がある。これらの問題は、現在実施中の調査により解消される予定である。

本研究で使用した WHO-CIDI の日本語版はうつ病については妥当性検討が実施されたが、その他の障害については国内ではまだ妥当性の検討が実施中であるため、その結果を待って診断の正確さについて確認する必要がある。

方法のところでも述べたように、本報告書の集計では重み付を加えていない。このため以下の2つの影響がある。1つは、無回答者による対象の偏りを補正できていないため、有病率を過小もしくは過大に評価している可能性がある。例えば無回答者が男性に多ければ、一般に男性に多い障害の有病率は過大に評価され、逆に女性に多い障害の有病率は過小に評価されることになる。もう1つは、Part 2 面接でのみ評価される一部の障害の診断（外傷後ストレ

ス障害、および物質関連障害〔精神作用物質による精神および行動上の障害〕全て）の有病率は過小評価されている可能性がある。ただし、Part 2 面接の対象者には、Part 1 面接で尋ねる一般的（代表的）な症状がある（あった）者が全て含まれる構造になっているため、例えば外傷後ストレス障害の診断基準を満たす状態にありながら Part 2 面接の対象者とならなかったために外傷後ストレス障害の診断が評価されないといった可能性は低いため、その影響は限定的である。

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。つまりアルコール乱用のない依存が本集計結果のアルコール依存に含まれていないため、アルコール依存の有病率が過小評価されている。

E. 結論

最新の WMH 日本調査データを使用して、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を明らかにすることができた。本調査は地域住民から無作為に抽出された対象に、精神障害の国際的な操作的診断基準に準拠した、世界的に標準化された疫学調

査法による構造化面接を実施するところに大きな特長がある。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、医療機関を受診者と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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

I. 参考文献

Leon AC, Olfson M, Portera L, Faber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med*, 27: 93-105, 1997.

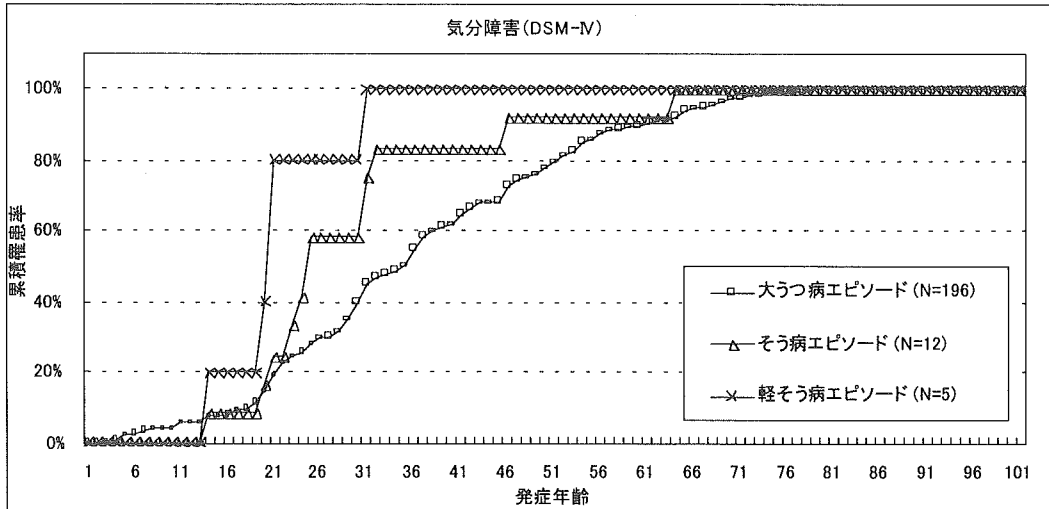


図 1 : DSM-IV 診断による気分障害の年齢別累積罹患率 (全経験者を 100%とした場合のその年齢までの経験者の割合 [%], ただし除外診断ルールは適用していない)

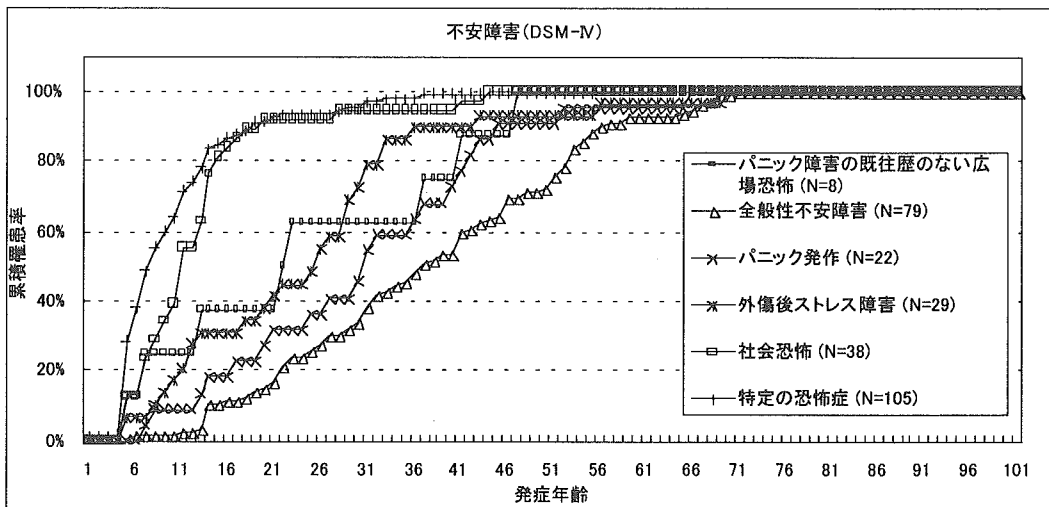


図 2 : DSM-IV 診断による不安障害の年齢別累積罹患率 (全経験者を 100%とした場合のその年齢までの経験者の割合 [%], ただし除外診断ルールは適用していない)

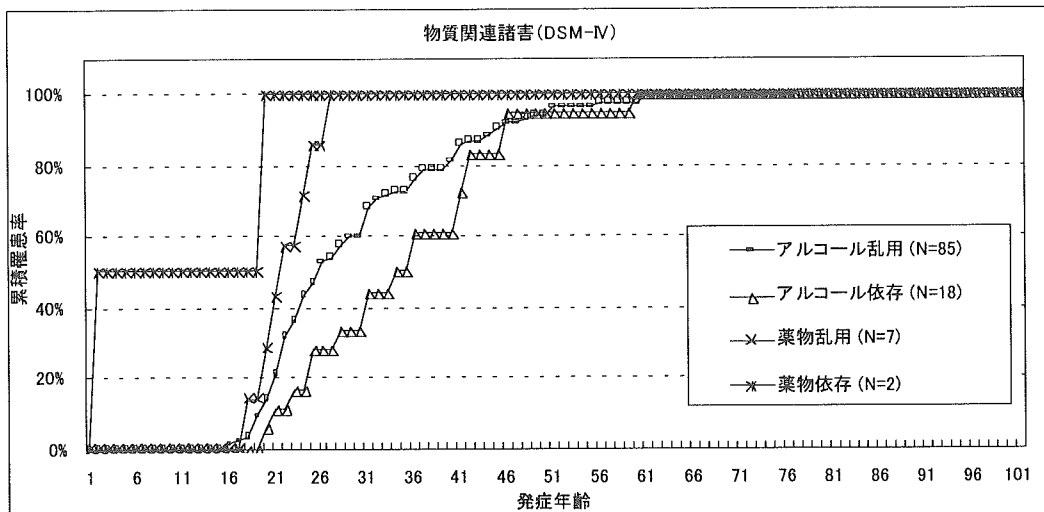


図 3 : DSM-IV 診断による物質関連障害の年齢別累積罹患率 (全経験者を 100% とした場合のその年齢までの経験者の割合 [%], ただし除外診断ルールは適用していない)

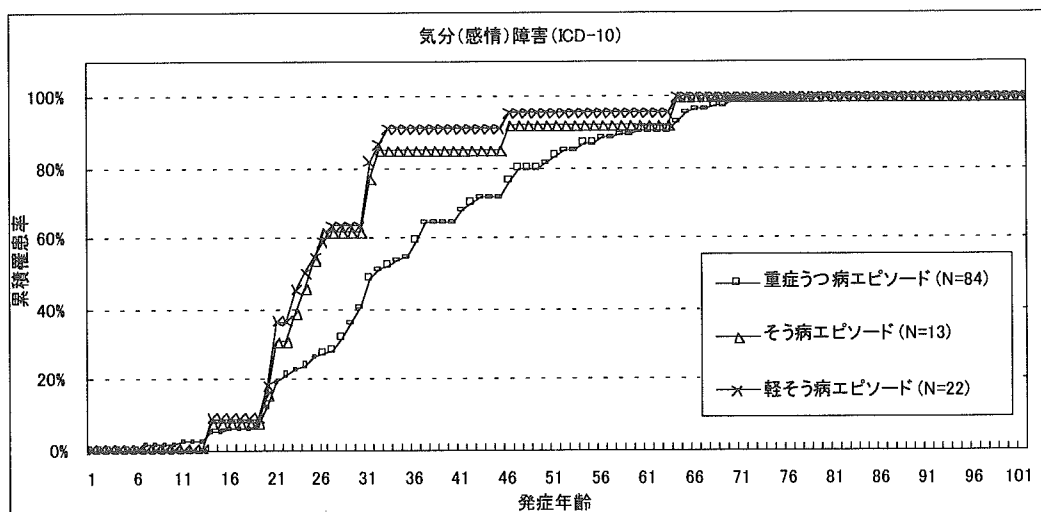


図 4 : ICD-10 診断による気分 (感情) 障害の年齢別累積罹患率 (全経験者を 100% とした場合のその年齢までの経験者の割合 [%], ただし除外診断ルールは適用していない)

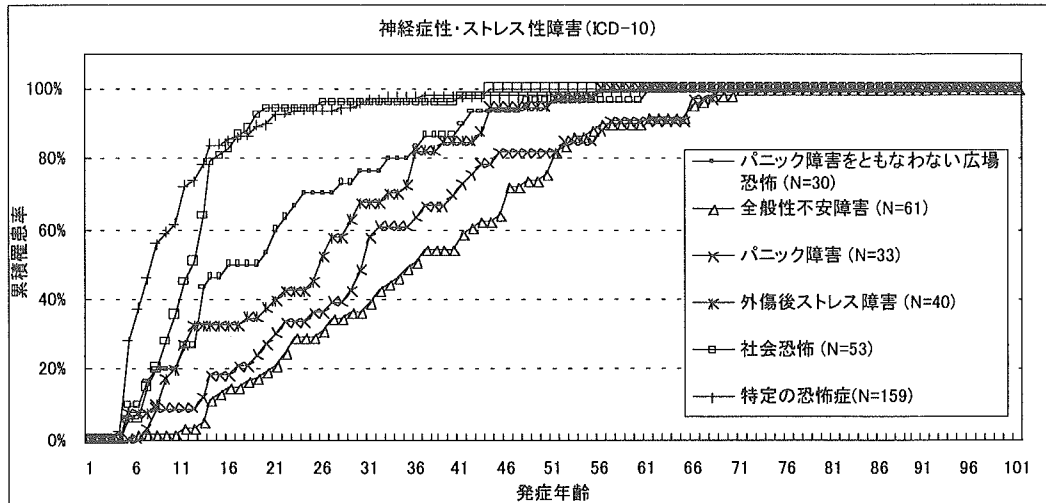


図 5 : ICD-10 診断による神経症性・ストレス性障害の年齢別累積罹患率（全経験者を 100%とした場合のその年齢までの経験者の割合 [%], ただし除外診断ルールは適用していない）

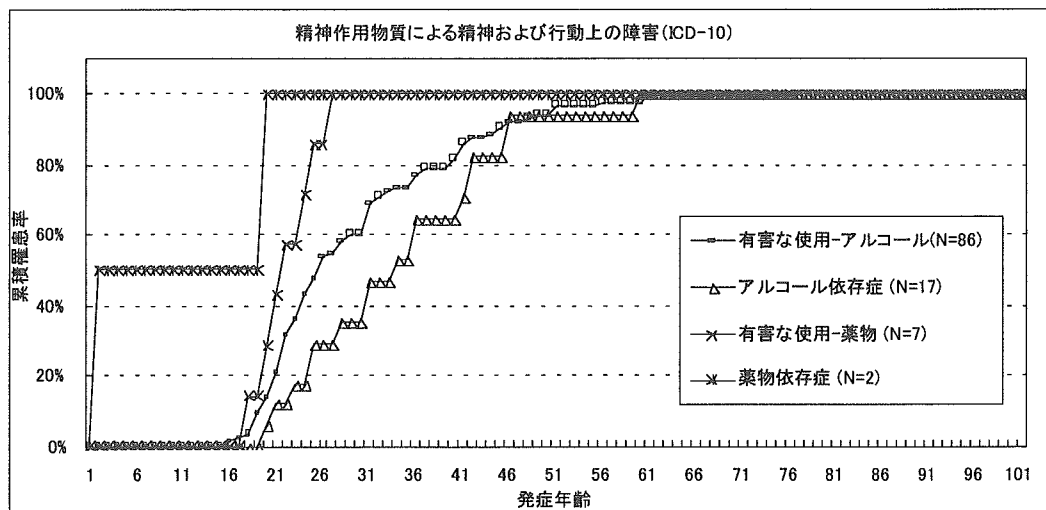


図 6 : ICD-10 診断による精神作用物質使用による精神および行動上の障害の年齢別累積罹患率（全経験者を 100%とした場合のその年齢までの経験者の割合 [%], ただし除外診断ルールは適用していない）