

表21: 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: 対象者から抽出された者に対する追加調査

	合計(N=1168)				性別				いずれかの精神障害 (DSM-IV診断)							
	男性(N=485)		女性(N=683)		経験なし(N=727)		経験あり(N=441)		男性(N=485)		女性(N=683)		経験なし(N=727)		経験あり(N=441)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ころの健康問題で専門家を受診するかどうか																
絶対に受ける	193	16.5%	74	15.3%	119	17.4%	120	16.5%	73	16.6%						
おそらく受ける	552	47.3%	215	44.3%	337	49.3%	361	49.7%	191	43.3%						
おそらく受けない	258	22.1%	108	22.3%	150	22.0%	145	19.9%	113	25.6%						
絶対に受けない	68	5.8%	38	7.8%	30	4.4%	37	5.1%	31	7.0%						
不明・拒否	97	8.3%	50	10.3%	47	6.9%	64	8.8%	33	7.5%						
専門家に対して自分の問題を心を開いて話せるか																
とても心を開いて話せる	443	37.9%	206	42.5%	237	34.7%	273	37.6%	170	38.5%						
いくらか心を開いて話せる	507	43.4%	173	35.7%	334	48.9%	324	44.6%	183	41.5%						
あまり心を開いて話せない	84	7.2%	37	7.6%	47	6.9%	43	5.9%	41	9.3%						
全く心を開いて話せない	32	2.7%	18	3.7%	14	2.0%	18	2.5%	14	3.2%						
不明・拒否	102	8.7%	51	10.5%	51	7.5%	69	9.5%	33	7.5%						
専門家を受診したことが友人にしたら恥ずかしいか																
とても恥ずかしい	111	9.5%	51	10.5%	60	8.8%	68	9.4%	43	9.8%						
いくらか恥ずかしい	400	34.2%	148	30.5%	252	36.9%	262	36.0%	138	31.3%						
あまり恥ずかしくない	329	28.2%	127	26.2%	202	29.6%	200	27.5%	129	29.3%						
全く恥ずかしくない	227	19.4%	107	22.1%	120	17.6%	128	17.6%	99	22.4%						
不明・拒否	101	8.6%	52	10.7%	49	7.2%	69	9.5%	32	7.3%						

\* 不明・拒否を除いて回答を2分したところ、いずれかの精神障害の経験ありの者で、専門家を受診しないと回答した者が多く(p < 0.01)、心を開いて話せないと回答した者が多かった(p < 0.05)。それ以外は有意差はなかった。

表22:こころの健康問題による受診の遅れの理由:いずれかの精神疾患の経験者

質問 (複数回答)	受診しようと思ってから4週間以上受診しなかった者(48名)	
	%	人数
a 保険で治療が受けれないと思った	10%	5
b 問題はひとりでに改善するだろうと思っていた	48%	23
c その問題は最初、それほど困らなかった	48%	23
d 自力で問題に対処したかった	71%	34
e 治療が、効果があるとは思わなかった	23%	11
f 以前に治療を受けたが、効果がなかった	10%	5
g 費用がどれくらいかかるか心配だった	13%	6
h 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	27%	13
l 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	27%	13
j 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	40%	19
k 治療には時間がかかったり、不便だと思った	25%	12
l 予約が取れなかった	2%	1
m 意思に反して、病院に入れられるのが怖かった	0%	0
n 利用できるサービスに満足しなかった	2%	1
その他	25%	12

\* 受診した96名の受診までの期間は中央値3.5週(最小0週、最大371週)。

表23:精神障害の経験者に対する薬物療法および心理療法の頻度

	経験者数	薬物療法		精神療法	
		人数	%	人数	%
生涯診断					
(DSM-IV)					
大うつ病性障害	190	45	23.7%	33	17.4%
いずれかの気分障害	267	62	23.2%	43	16.1%
いずれかの不安障害	204	50	24.5%	34	16.7%
いずれかの物質関連障害	87	24	27.6%	13	14.9%
いずれかの精神障害	492	101	20.5%	65	13.2%
(ICD-10)					
重症うつ病エピソード	78	18	23.1%	16	20.5%
全てのうつ病エピソード	198	44	22.2%	32	16.2%
いずれかの気分障害	228	58	25.4%	43	18.9%
いずれかの神経症性・ストレス性障害	284	63	22.2%	41	14.4%
いずれかの精神作用物質による障害	88	24	27.3%	13	14.8%
いずれかの精神障害	484	101	20.9%	64	13.2%
12ヶ月診断					
(DSM-IV)					
大うつ病性障害	63	16	25.4%	13	20.6%
いずれかの気分障害	88	21	23.9%	16	18.2%
いずれかの不安障害	123	27	22.0%	20	16.3%
いずれかの物質関連障害	14	5	35.7%	3	21.4%
いずれかの精神障害	209	44	21.1%	30	14.4%
(ICD-10)					
重症うつ病エピソード	27	3	11.1%	5	18.5%
全てのうつ病エピソード	57	12	21.1%	9	15.8%
いずれかの気分障害	72	19	26.4%	16	22.2%
いずれかの神経症性・ストレス性障害	164	35	21.3%	25	15.2%
いずれかの精神作用物質による障害	15	6	40.0%	3	20.0%
いずれかの精神障害	222	49	22.1%	32	14.4%
30日診断					
(DSM-IV)					
大うつ病性障害	13	5	38.5%	4	30.8%
いずれかの気分障害	19	7	36.8%	6	31.6%
いずれかの不安障害	83	18	21.7%	16	19.3%
いずれかの物質関連障害	5	1	20.0%	1	20.0%
いずれかの精神障害	108	25	23.1%	21	19.4%
(ICD-10)					
重症うつ病エピソード	7	1	14.3%	2	28.6%
全てのうつ病エピソード	8	2	25.0%	2	25.0%
いずれかの気分障害	18	8	44.4%	8	44.4%
いずれかの神経症性・ストレス性障害	121	24	19.8%	20	16.5%
いずれかの精神作用物質による障害	5	1	20.0%	1	20.0%
いずれかの精神障害	134	29	21.6%	25	18.7%

注:薬物療法は、専門家からの処方や投薬による治療。精神療法は、30分以上のカウンセリングや心理療法。疾患グループは表19と20を参照のこと。

表24: DSM-IVによる12カ月診断ありの者における精神障害のために生じた生活上の支障

	生活上の支障(各々0-10点)*				生活上の支障の 総計(0-40点)
	自宅の管理	仕事・家事	親しい人間関係	地域・職場の関係	
大うつ病エピソード					
人数	(49)	(46)	(52)	(51)	(40)
平均値	4.0	4.1	4.2	3.7	15.6
標準偏差	3.2	3.3	2.9	3.0	9.8
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	10	38
いずれかの気分障害(抑うつ時)					
人数	(61)	(55)	(63)	(62)	(49)
平均値	3.8	3.9	4.2	3.5	15.1
標準偏差	3.2	3.5	3.0	3.1	9.9
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	10	38
躁病あるいは軽躁病エピソード					
人数	(4)	(2)	(4)	(4)	(2)
平均値	3.5	7.0	2.5	6.8	17.0
標準偏差	4.1	4.2	3.8	3.4	4.2
最小値	0	4	0	2	14
最大値	8	10	8	10	20
特定の恐怖症					
人数	(66)	(62)	(68)	(68)	(60)
平均値	2.3	1.9	1.3	1.1	6.5
標準偏差	3.1	2.8	2.2	2.0	7.5
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	9	7	29
社会恐怖					
人数	(13)	(14)	(14)	(14)	(13)
平均値	1.8	3.8	3.3	4.4	11.8
標準偏差	2.1	3.3	3.1	3.2	6.7
最小値	0	0	0	0	0
最大値	6	10	10	10	19
全般性不安障害					
人数	(26)	(24)	(28)	(28)	(22)
平均値	3.8	5.3	3.4	3.4	15.5
標準偏差	3.2	3.0	3.5	3.0	9.6
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	10	40
外傷後ストレス障害					
人数	(4)	(3)	(4)	(4)	(3)
平均値	8.3	9.7	9.3	9.3	35.3
標準偏差	2.9	0.6	1.0	1.0	5.0
最小値	4	9	8	8	30
最大値	10	10	10	10	40
間歇性爆発性障害					
人数	(16)	(16)	(17)	(17)	(15)
平均値	1.0	1.3	2.1	0.6	4.7
標準偏差	1.6	2.4	3.0	1.2	6.6
最小値	0	0	0	0	0
最大値	5	9	10	3	20
慢性の身体疾患**					
人数	(596)	(662)	(652)	(577)	(646)
平均値	2.2	0.9	0.9	5.8	2.1
標準偏差	3.0	2.0	2.0	8.4	2.9
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	40	10

\* その状態のためにそれぞれの領域でどの程度生活に支障があったかたずねた。生活上の支障はSheehan尺度で評価した。0点がまったく支障なし、10点が最大の支障ありを意味する。

\*\* 精神障害との比較のため、循環器疾患、がん、整形外科疾患など過去12ヶ月間に対象者が有する慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んでその影響をたずねた。

表25:ICD-10による12カ月診断ありの者における精神障害のために生じた生活上の支障

	生活上の支障(各々0-10点)*				生活上の支障の 総計(0-40点)
	自宅の管理	仕事・家事	親しい人間関係	地域・職場の関係	
大うつ病エピソード					
人数	(47)	(43)	(49)	(49)	(38)
平均値	3.8	4.1	4.3	3.6	15.2
標準偏差	3.1	3.3	3.0	3.0	9.4
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	10	35
いずれかの気分障害(抑うつ時)					
人数	(56)	(50)	(58)	(57)	(44)
平均値	4.1	4.3	4.3	3.7	16.3
標準偏差	3.3	3.4	3.0	3.2	10.6
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	10	40
躁病あるいは軽躁病エピソード					
人数	(13)	(10)	(13)	(13)	(10)
平均値	5.6	5.3	4.1	5.5	21.4
標準偏差	3.5	4.1	3.1	3.7	9.5
最小値	0	0	0	0	12
最大値	10	10	10	10	40
特定の恐怖症					
人数	(89)	(83)	(90)	(90)	(82)
平均値	1.4	1.3	0.8	0.7	4.3
標準偏差	2.6	2.5	1.9	1.7	6.7
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	9	7	29
社会恐怖					
人数	(18)	(17)	(19)	(19)	(16)
平均値	1.3	2.8	1.9	3.1	8.3
標準偏差	1.9	3.3	3.0	3.2	6.8
最小値	0	0	0	0	0
最大値	6	10	10	10	19
全般性不安障害					
人数	(24)	(22)	(27)	(26)	(21)
平均値	3.8	4.7	3.1	4.0	15.1
標準偏差	3.2	3.3	2.8	2.9	8.5
最小値	0	0	0	0	0
最大値	9	10	7	9	27
外傷後ストレス障害					
人数	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)
平均値	5.5	5.4	6.0	4.8	21.6
標準偏差	3.4	4.5	3.9	4.1	13.3
最小値	0	0	0	0	3
最大値	10	10	10	10	40
慢性の身体疾患(再掲)**					
人数	(596)	(662)	(652)	(577)	(646)
平均値	2.2	0.9	0.9	5.8	2.1
標準偏差	3.0	2.0	2.0	8.4	2.9
最小値	0	0	0	0	0
最大値	10	10	10	40	10

\* その状態のためにそれぞれの領域でどの程度生活に支障があったかたずねた。生活上の支障はSheehan尺度で評価した。0点がまったく支障なし、10点が最大の支障ありを意味する。

\*\* 精神障害との比較のため、循環器疾患、がん、整形外科疾患など過去12ヶ月間に対象者が有する慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んでその影響をたずねた。

表26: DSM-IVによる12カ月診断ありの者における精神障害のために生じた一年間の休業日数

	人数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
大うつ病エピソード	(55)	16.0	56.2	0	365
いずれかの気分障害(抑うつ時)	(67)	16.6	56.0	0	365
躁病あるいは軽躁病エピソード	(5)	0.6	1.3	0	3
特定の恐怖症	(67)	2.3	11.7	0	90
社会恐怖	(14)	2.1	3.4	0	10
全般性不安障害	(27)	12.6	36.1	0	180
外傷後ストレス障害	(3)	63.0	101.4	0	180
間歇性爆発性障害	(17)	0.2	0.5	0	2
慢性の身体疾患*	(682)	5.6	36.4	0	365

\* 精神障害との比較のため、循環器疾患、がん、整形外科疾患など過去12ヶ月間に対象者が有する慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んでその影響をたずねた。

表27: ICD-10による12カ月診断ありの者における精神障害のために生じた一年間の休業日数

	人数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
全てのうつ病エピソード	(52)	13.2	53.0	0	365
いずれかの気分障害(抑うつ時)	(62)	17.5	58.1	0	365
躁病あるいは軽躁病エピソード	(13)	11.5	18.2	0	60
特定の恐怖症	(91)	1.6	10.1	0	90
社会恐怖	(18)	1.7	3.1	0	10
全般性不安障害	(27)	5.4	10.7	0	30
外傷後ストレス障害	(8)	35.1	63.7	0	180
慢性の身体疾患(再掲)*	(682)	5.6	36.4	0	365

\* 精神障害との比較のため、循環器疾患、がん、整形外科疾患など過去12ヶ月間に対象者が有する慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んでその影響をたずねた。

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

WHO World Mental Health コンソーシアム年次会議が、オランダ王国アムステルダムにおいて2005年7月23日から28日に開催された。本会議には、この精神障害に関する国際的疫学研究プロジェクトに参加している多くの国が参加した。参加国の内訳は、オーストラリア、ベルギー、ブラジル、ブルガリア、中国（北京、香港、上海）、フランス、ドイツ、インド、イスラエル、イタリア、日本、レバノン、メキシコ、ニュージーランド、ナイジェリア、北アイルランド、ルーマニア、スペインオランダ、トルコ、ウクライナ、アメリカである。日本からは、「こころの健康についての疫学調査に関する研究」の分担研究者3名（大野、川上、立森）が出席した。会議の概要を以下に箇条書で示す。

- 参加各国の最新の調査状況を報告
  - 日本からの報告事項として、既に5つの県（岡山、鹿児島、長崎、栃木、山形）の9つの地域で調査が完了し、合計約3,400名の面接が実施されたことと、さらに17年度に2つの地域で調査を行い、1,000名程度の面接を実施する予定であることを発表した。
- 下記の六つの **Core paper**（各国のデータを統合して、最初に作成する一連の論文）について最新の進捗状況の説明を受けた。
  1. 12カ月の有病率
  2. 12カ月の治療（治療の適切性等）
  3. 生涯有病率（発症年齢等）
  4. 生涯の治療
  5. 治療にかかる費用
  6. 方法論
- これら **Core paper** の内容に準拠して日本データでの論文を作成することも決定しているが、上記4までの分析結果が事務局より提供された。（本報告書執筆時点で1と2については論文が国際誌に受理されている。）
- 昨年の会議でも説明のあったこの **WMH** プロジェクトで作成し公表された、参加各国全ての論文をまとめた書籍について、その作業の進捗状況と各国の割り当て等について説明された。

- テーマ別のワークグループに分かれ、今後の分析の進め方、論文方の優先順位等について議論した。

	参加ワークグループ
大野	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicide</li> <li>• Gender</li> <li>• Global Burden</li> </ul>
川上	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social Disadvantages</li> <li>• Mental-Physical Comorbidity</li> </ul>
立森	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services</li> <li>• Mental-Physical Comorbidity</li> </ul>

- この国際的疫学研究プロジェクト全体を管理する研究事務局の担当者と国別に面接を行い確認事項について話し合った。日本が確認した事項は以下のとおりである。
  - データクリーニングおよび調査データに基づいて精神障害の診断をつける作業の進捗状況について説明を受けた。
  - 17年度の調査（山形県上山市，神奈川県横浜市）について，調査の進捗状況と面接実施予定数等を報告した。
  - 16年度データのサンプルデザイン，協力率等を報告した。
  - 現在までの Core paper の分析データに含まれている日本のデータは調査初年度分データ（n = 1663）であるが，今後の Core paper の分析データには，その後の日本調査で収集されたデータが追加されることを確認した。
  - WMH 調査票による診断と臨床診断との妥当性を検証する研究の進捗状況を説明した。
  - 調査に使用している WMH 調査票のコンピュータ支援バージョンに存在した薬物依存と乱用に関するバグが修正されたことの報告を受けた。



### III. 研究協力報告書

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）

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（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）  
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 医歯薬学総合研究科）

研究要旨：平成 14 年度に行なわれた特別研究事業「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」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。本研究は「ひきこもり」についての量的実態把握を目的としているが、本年度は、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について検討した。対象は昨年度と同じである。20～40 歳台の対象者について「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。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「ひきこもり」体験のあるもののうち、生涯診断としてまったく診断をもたないものも 5 人であった。すなわち、精神医学的な異常だけで「ひきこもり」が説明できるわけではない。

A. はじめに

われわれは「ひきこもり」の量的実態を推測できる資料を得ることを目的に、平成 14 年度から精神障害の地域疫学調査と合同で行われてきた「ひきこもり」経験についての面接調査の結果を検討してきた<sup>1-3)</sup>。今年度は量的な検討についての新たな情報がないため、「ひきこもり」を体験したものの精神医学的診断について検討した結果を報告する。

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年度に関して得られたひきこもりの存在率に関しては、昨年度報告した<sup>3)</sup>。今年度の検討対象はこれまでに得られた「ひきこもり」体験のある14人である。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」セッションを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>4)</sup>を参照されたい。

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。「ひきこもり」経験例については、同時に調査されたICDによる精

神障害診断についても検討を加えた。地域疫学調査における調査対象疾患は、気分障害、不安障害、物質関連障害（アルコールおよび薬物乱用）であり、統合失調症は含まれていない。

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。

#### （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」あり例について

昨年の報告書ですでに報告した事実について、再掲しておく。「ひきこもり」経験がある14人では、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」経験あるものの精神障害診断

ひきこもりの年齢で社会恐怖症の診断がついたものが2人、大うつ病エピソードの診断がついたものが1人、中等症うつ病エピソードの診断がついたもの1人、全般性不安障害の診断がついたものが1人であった。この5人のうち3人は、小さい頃からの特定

の恐怖症をもっていた。この3人のうちの一人は現在40歳代であるが、小児期からの特定の恐怖症が最近まで存在し現在もひきこもりの状態であると答えており、ひきこもりの始まった20歳台には中等症のうつ病エピソードありと診断されている。その他の40歳台のひきこもり例では、ひきこもりのあった年齢の後に中等症うつ病エピソードがあったもの、および20歳台でアルコール乱用のあったものがそれぞれ1人ずつであった。また社会恐怖症の生涯診断はついているもののひきこもりであった年齢時には症状がなかったものが1人、気分変調症があるがひきこもりとの関連が不明のもの1人、まったく精神障害診断のつかないものが5人であった。

## 3. 「ひきこもり」体験時に診断のついたもの と つかないものの比較

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。現年齢は20歳台前半1人、40歳台後半4人であり、女性2人男性3人である。ひきこもりを体験した年齢は10歳台後半2人、20歳台2人、40歳台1人であった。

一方、生涯診断がまったくつかないものも5人であった。現年齢は20歳台前半から30歳台前半まで1人ずつ、40歳台前半と後半が1人ずつとばら

ばらであり、ひきこもりを体験した年齢は10歳台前半から20歳台後半が1人ずつ、40歳台前半が1人とこれもばらついていた。

#### D. 考察

「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。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。「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。まだ例数が少ないので、診断が年齢などに影響されるか否かを検討することは難しい。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ず、年齢の偏りも見られないようである。

実際に「ひきこもり」であった、あるいは引きこもり状態にあるものの精神医学的診断について、これまで資料が乏しかったことを考えれば、この資料は貴重なものであるといえよう。この資料からは、「ひきこもり」があったから精神医学的診断がついたのか、あるいは精神医学的問題があったからひきこもりであったのか、という細かい判断はできない。しかし、少なくとも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」が存在することは確認

されたといえるだろう。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無い、という場合もありうることが示された。すなわち、「ひきこもり」は様々な状態を包括しており、現れている現象としては似ていても、その内容は複雑であり、多面的なアプローチを要すると考えられる。

#### 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) 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 (主任研究者竹島正), 89-93, 2005
- 4) 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  
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」  
フィードバック案に関する検討

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)
	立森久照	(国立精神・神経センター精神保健研究所)
	大野 裕	(慶應義塾大学保健管理センター)
	川上憲人	(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科)
	深尾 彰	(山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座)
	堀口逸子	(順天堂大学医学部公衆衛生学教室)
	宇田英典	(鹿児島県川薩保健所)
	大類真嗣	(山形県健康福祉部)
	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調査結果を、調査協力者にフィードバックする資料が必要である。本研究ではその資料の構成要件を整理し、基本フォーマットを作成する。＜方法＞対象地域の一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、さらに研究協力者間のディスカッションにより修正を加えた。＜結果と結論＞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いフィードバック案を作成するための要件が明らかにされた。現在収集済みのデータを用いて可能な限り要件を満たしたフィードバック案を作成した。

#### 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。また各調査地域の特性、状況に応じた資

料を作成する必要がある。そこで、本研究では調査から得られた結果を調査協力地域へフィードバックをする際の構成案を作成することを目的とした。

## B. 研究方法

まず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、行政パンフレットの制作を数多く手がけている出版社の担当者2名および本調査フィールドの一つである山形サイトにおいて聞き取り調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報扱うことのない研究である。

## C. 結果

調査により得られた意見を以下に大まかな見出しごとに分類した。

### 1. 形式に関すること

- 1) 調査で特異的に明らかとなったことがあれば、パンフレットのメッセージとしてアピールする。その一つの方法として、メッセージにしたいものをメインタイトル又は1ページ目に記述する。
- 2) 表題については調査フィールドにより若干異なるため、各地域で調整する。
- 3) 1枚目に報告責任者について表記する。
- 4) 対象者の概要について性別、年齢構成程度は記述する。
- 5) 基本のフォントは12ポイント

にする。

6) 項目の表題を、再度文章中に記述する必要はない。

7) 文言を統一する。

### 2. データの提示に関すること

- 1) 対象市単体のデータは必要であるが、全国平均などと比較して差がない場合、何か補足となるようなデータを加える。また比較対象が全国平均であると、規模が大きすぎてイメージがわきにくいいため、同等の市レベルでの比較にしてみる。
- 2) 「自殺を真剣に考えたこと」に関連して、自殺を思いとどまった理由や年齢層などより詳細な情報をつけるとより関心を持ちやすい。
- 3) 「ストレスを感じること」については4件法であるので、帯グラフがよい。
- 4) データは、市、県、国の3つにまとめ、文章も県との比較を記述する。

### 3. データの解説に関すること

- 1) データとして得られた数値を単純に記載するだけでなく、簡単なコメントを加える。
- 2) 「こころの病気」という表現が漠然としているため、具体的にどのような症状を指すのか説明が必要である。また障害名についても簡単な説明がほしい。
- 3) 生活習慣病のような、より身近な疾患との有病率の比較などがある。

れば、「こころの病気」についてのイメージがふくらむ。

- 4) 調査の概要についての説明があった方がよい。また調査結果がどのように利用され、役立つのかも記述してあった方がよい。

#### D. 考察と結論

##### 1. 形式に関すること

表現については、1-5)～7)に従い、基本フォントを12ポイントとし、文言を統一、表現の重複をさげ、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。

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る。

##### 2. データの提示に関すること

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。

今回までのデータではまだ対象地域が限られているため、2-1)に挙げられたような同等の市での比較等はできなかつた。今後対象地域が拡大するに従って、こうした比較も可能となるかもしれない。

##### 3. データの解説に関すること

3-1)、2)に従い、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。生活習慣病などの疾患の本調査の結果と比較可能なデータが現時点では収集できていないため、3)に示された解説の仕方は今後の課題である。

#### 4. 今後の課題

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る。

なお作成されたフィードバック案を付録1として添付する。



# こころの健康とストレスについての調査報告

## —ご協力くださいました串木野市のみなさまへ—

こころの問題に社会全体として取り組んでいくには、まず、対策の対象となる人たちが、どのくらいいて、どのような課題をもっているかを知る必要があります。

厚生労働省におきましては、こころの健康とストレスがどのような現状にあるのか把握するために、全国（山形県、栃木県、神奈川県、岡山県、長崎県、鹿児島県）で11市区町村、20歳以上の方計約4,000人を対象に調査を実施しております。

串木野市におきましても、去る2002年11月から2003年4月にかけて調査を行い、計354の方がご協力下さいました。心よりお礼申し上げます。

2006年1月時点<sup>1)</sup>での集計結果の概略をご報告します。

### 今回の調査からわかったこと（概要）

全国の調査から、これまでにこころの病気の症状を経験した人は、全体で約5人に1人であることが分かりました。しかし、こうしたこころの病気の症状を経験していても4人に3人は医療機関を利用していないことが分かりました。

串木野市では、これまで心の病気の症状を経験したことのある人の割合は、全体と比べてやや低かったものの、その他の結果は全国の結果とほぼ同様でした。

全国の調査の成果は、地域における心の健康づくりの重要課題を明らかにし、さらに本人の心の健康問題への気づき、周囲の認識や支援、一般診療科や精神科などへの円滑な相談を促進する心の健康づくり環境の整備について総合的な対策を提言するために利用されます。

### 調査に協力して下さった方々の概要

現時点で、2,987人（回収率59.1%）の方がご協力下さいました。内訳は男性1,314人（44.0%）、女性（56.0%）、平均年齢53.6歳でした。

串木野市では、354人（回収率65.7%）の方がご協力下さいました。内訳は男性141人（39.8%）、女性213人（60.2%）、平均年齢55.9歳でした。

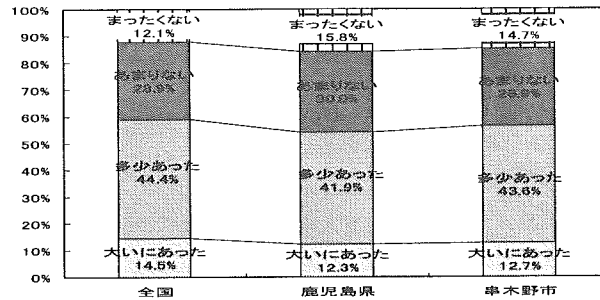
1) 2006年1月時点では、全国9市区町村計約3,000人の調査が終了しています。この報告の中で「全国」とあるのは、この対象者全体での値を指します。また、「鹿児島県」とあるのは、鹿児島県内の調査対象地域である4市町を合わせた場合の値を指しています。

## この1ヵ月間に、ストレスを経験した人は？

串木野市では、「大いにあった」と「多少あった」を合わせると、半数を超えていました。

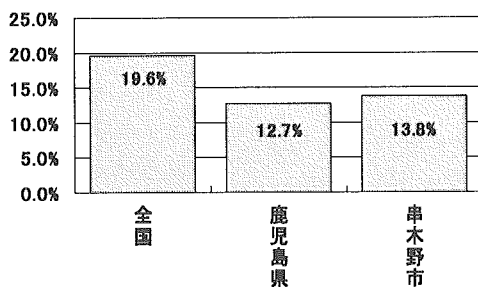
全国と鹿児島県と比べると、この1ヵ月間にストレスを感じた人の割合はほぼ同程度でした。

この1ヵ月間に、  
ストレスを感じたことがある人の割合



## こころの病気の症状（うつ病，不安障害，パニック障害，アルコール・薬物依存症などの精神障害<sup>注</sup>）を経験したことがある人は？

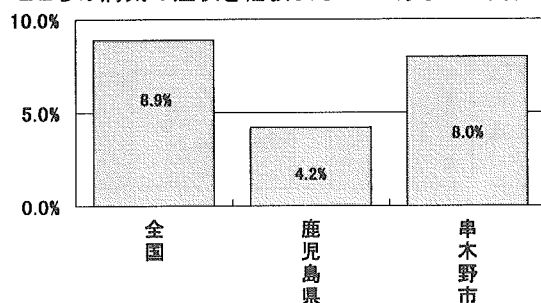
これまでに、こころの病気の症状を  
経験したことがある人の割合



これまでに、こころの病気の症状を経験したことがある人は、串木野市では 約 7 人に 1 人 (13.8%) (全国では 約 5 人に 1 人 (19.6%)) でした。

串木野市では、全国と比較して、こころの病気の症状を経験したことがある人の割合はやや低く、鹿児島県と比較して、やや高いという結果でした。

この1年間に、  
こころの病気の症状を経験したことがある人の割合

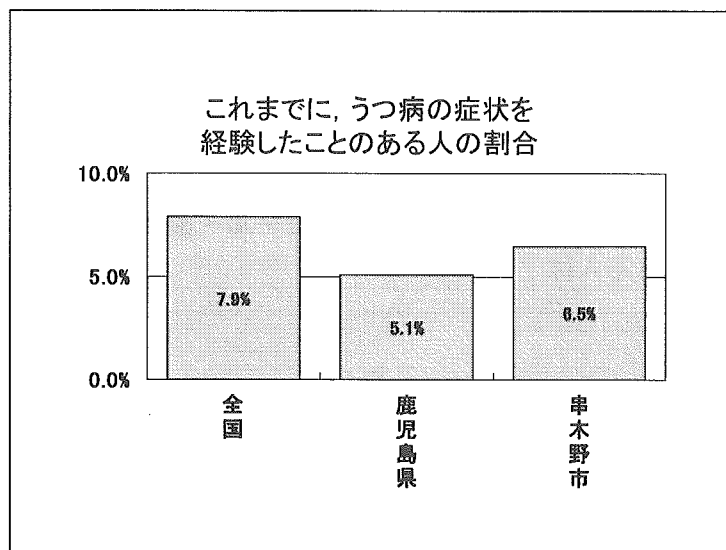


また、この1年間に、こころの病気の症状を経験したことがある人は、串木野市では 約 15 人に 1 人 (8.0%) (全国では 約 13 人に 1 人 (8.9%)), 鹿児島県では 約 24 人に 1 人 (4.2%)) でした。

串木野市では、全国と比較して、こころの病気の症状を経験したことがある人の割合は全国と同程度でしたが、鹿児島県より高いという結果でした。

注) うつ病とは、憂うつな気分や興味や喜びの消失、睡眠や食欲の変化といった症状を主とする障害です。不安障害とは、状況から考えて不釣り合いな激しい不安が慢性のかつ変動的にみられる障害です。パニック障害とは、前触れもなく、めまい、動悸や呼吸困難などの症状が繰り返し起き、発作に対する不安やそれに伴う回避行動がみられる障害です。

これまでに、うつ病の症状を経験したことがある人は？



串木野市では 約 15 人に 1 人 (6.5%) (全国では 約 13 人に 1 人 (7.9%)), 鹿児島県では 約 20 人に 1 人 (5.1%) ) でした。

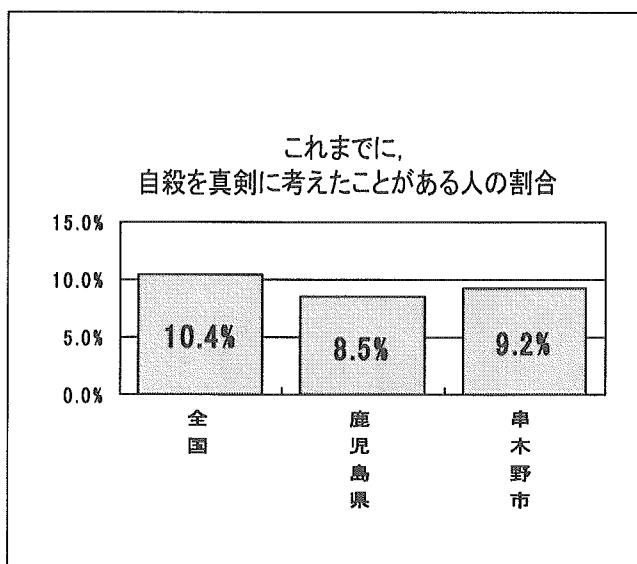
串木野市では、全国と比較して、全国よりやや低く、鹿児島県よりやや高いという結果でした。

これまでに、自殺を真剣に考えたことのある人は？

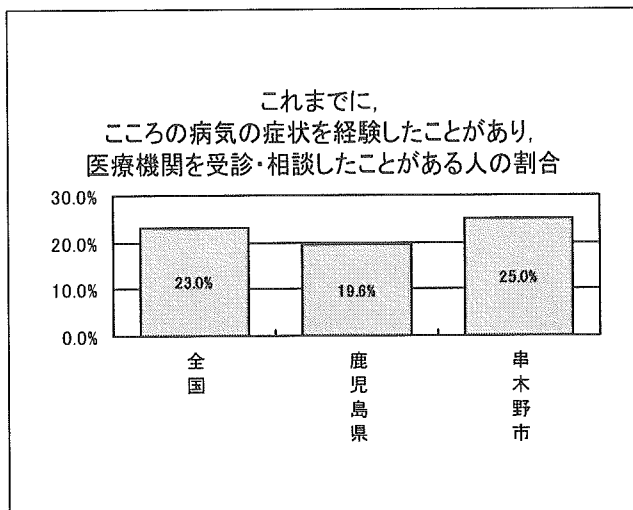
串木野市では 約 11 人に 1 人 (9.2%) (全国では 約 10 人に 1 人 (10.4%)), 鹿児島県では 約 12 人に 1 人 (8.5%) ) でした。

串木野市、鹿児島県、全国で同程度の割合となっていました。

近年、自殺者が増加し、年間 3 万人以上の方が亡くなられています。そして自殺者の多くは、亡くなる前に何らかの精神障害 (今回の調査したところの病気の症状を含む) を抱えていたと考えられています。<sup>1)</sup>



## こころの病気について、医療機関を受診したことがある人は？



これまでこころの病気を経験した人のうち、医療機関（精神科医師や一般開業医など）を受診していた人は、串木野市では約4人に1人（25.0%）で、全国とほぼ同じで、鹿児島県よりやや高いという結果でした。

うつ病の症状を経験した人に限った場合では、医療機関を受診していた人は、串木野市では約3人に1人（33.3%）で、全国、鹿児島県とほぼ同じでした。

### 参考資料：

- 1) 高橋祥友：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）自殺と防止対策の実態に関する研究 研究協力報告書、WHO による自殺予防の手引き。

### 調査責任者：

慶應義塾大学保健管理センター  
大野 裕 教授  
神奈川県横浜市港北区日吉 4-1-1

### 調査協力機関：

鹿児島県精神保健福祉センター  
鹿児島市郡元 3-3-5  
TEL 099-255-0617

鹿児島県伊集院保健所  
日置郡伊集院町下谷口 1960-1  
TEL 099-273-3111（保健予防課）  
串木野市（現いちき串木野市）  
串木野市昭和通 133-1  
TEL 0996-33-3450（健康増進センター）

国立精神・神経センター精神保健研究所  
竹島 正 部長  
東京都小平市小川東町 4-1-1

発行者／データ管理者／問い合わせ先  
国立精神・神経センター精神保健研究所  
竹島 正

東京都小平市小川東町 4-1-1  
作成日：2006年3月23日

詳細な結果報告書は、  
<http://www.ncnp-k.go.jp/dkeikaku/epi/index.html>  
に載せております。