

平成 18 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」の実態と精神医学的診断について
－平成 14 年度～平成 17 年度のまとめ－

研究協力者 小山明日香（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）
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）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
主任研究者 川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨：本研究では、平成 14 年度から平成 17 年度にかけての WMH 日本調査と合同で行った「ひきこもり」経験についての面接調査の結果を検討した。20 歳から 49 歳までの対象者（1660 人）に対して、これまでに「ひきこもり」といえる経験があるか否か、あった場合はその時期（年齢）、期間などについて回答を求めた。また、全対象者（4134 人）に対して、現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいるかどうかを尋ね、いると回答した場合はその子どもの年齢を尋ねた。その結果、「ひきこもり」を経験したことがあるのは 19 人であった。これは全対象者のうちの 1.14%（95%信頼区間 0.63%～1.66%）にあたる。「ひきこもり」経験者で生涯のうちいずれかの精神医学的診断基準を満たす状態にあったことのある者は 12 人（63.2%）であった。「ひきこもり」期間中に診断基準を満たしていた者は 8 人（42.1%）であり、診断としては大うつ病エピソード、全般性不安障害、社会恐怖などがあつた。現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいると答えた回答者は 23 人であり、これを世帯単位の調査と考えれば、4134 世帯中 23 世帯にそのような問題が存在すると考えられ、その率は 0.56%（95%信頼区間 0.33%～0.78%）である。この率を平成 15 年度の全国の総世帯数にかけると、約 26 万世帯（95%信頼区間 15 万～36 万）となる。本調査から、地域疫学調査に基づく「ひきこもり」の実態が明らかになった。「ひきこもり」という表面的な現象は似ていても、それが起こる年代、個人の背景、精神医学的診断の有無など、内容は様々である。そのことを念頭においた多面的なアプローチが必要である。

A. はじめに

研究班では、「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。^{1～4)}今年度で調査がすべて終了したので、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、そのなかで「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が行われた。平成16年度は厚生労働科学研究「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)のなかで、栃木、山形で、平成17年度には山形、横浜で調査が行われた。

この4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に協力した8316人の住民である。そのうちの4134人(55.1%)が調査に協力した。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⁵⁾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DSM-IVによる精神障害診断について検討を加えた。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、間歇性爆発性障害であり、統合失調症は含まれていない。

本研究では対象のうち20歳から49歳までの対象者(1660人)に対して、これまでに「ひきこ

もり」といえる経験があるか否か、あった場合はその時期(年齢)、期間などについて回答を求めた。また、全対象者(4134人)に対して、現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいるかどうかを尋ね、いると回答した場合はその子どもの年齢を尋ねた。

(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

「ひきこもり」を経験したことのある者は、20歳から49歳の対象者1660人中19人であった。これは、対象者のうちの1.14%にあたり、95%信頼区間は0.63%~1.66%である。

表1に示すように、調査時の年齢は20代が9人(20代全対象者のうちの経験率2.22%、以下カッコ内同じ)、30代が2人(0.35%)、40代が8人(1.16%)であった。性別は、男性14人(1.96%)、女性5人(0.53%)であった(それぞれの経験率の95%信頼区間については、表を参照されたい)。

表2に「ひきこもり」の特徴について示した。「ひきこもり」開始年齢は、10-14歳が3人(15.8%)、15-19歳が6人(31.6%)、20-24歳が3人(15.8%)、25-29歳が3人(15.8%)、40-44歳が2人(10.5%)、45-49歳が1人(5.3%)、不明が1人(5.3%)であった。開始年齢の平均は23.6歳(SD=10.4)であった。

最長の「ひきこもり」期間は、1年未満が11人(57.9%)、1年以上2年未満が4人(21.1%)、

2年以上が3人(15.8%)、不明が1人(5.3%)であった。平均は11.8ヶ月(SD=9.3)であった。

「ひきこもり」時に、そのことでイライラしたり、恥ずかしく思ったり、困ったと感じたりしたことがあったのは15人(78.9%)、何とも思わなかったのは4(21.1%)人であった。「ひきこもり」時の学業および就労については、「なかった」が7人(36.8%)、「あり行きたかったが行けなかった」が2人(10.5%)、「あったが行きたくなく行かなかった」が8人(42.1%)、不明が2人(10.5%)だった。

2. 精神医学的診断

表3に示すように、「ひきこもり」経験者で生涯のうちいずれかの精神医学的診断基準を満たす状態にあったことのある者は12人(63.2%)であった。「ひきこもり」経験者以外の対象者1641人では、そのような者は342人(20.8%)であり、「ひきこもり」経験者は精神医学的診断基準を満たす状態にあったことのある者の割合が有意に高かった($\chi^2=20.0, p<.0001$)。また、「ひきこもり」時に何らかの精神医学的診断基準を満たすものは8人(42.1%)であった。

「ひきこもり」以前に発症し、「ひきこもり」開始前に治癒した障害として、アルコール関連障害(2人)、パニック障害(1人)があった。「ひきこもり」期間中にみられた診断として、大うつ病エピソード(4人)、社会恐怖(3人)、全般性不安障害(2人)、特定の恐怖症(2人)、気分変調性障害(1人)、小うつ病エピソード(1人)、間歇性爆発性障害(1人)があった。また、「ひきこもり」が終了したあとに発症した障害として、全般性不安障害(1人)、アルコール関連障害(1人)、軽躁病エピソード(1人)があった(表4)。

表5は「ひきこもり」経験者19人の生涯における精神医学的診断を個別に示している。「ひきこもり」時に何らかの精神医学的診断基準を満たした8人(表5の「B」)のうち、5人は複数の診断基準を満たしていた。

3. 「ひきこもり」の子どもがいる割合

現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいると答えた回答者は23人であった。いずれの例でもそのような状態にある子どもの数は1人であった。表7に示すように、「ひきこもり」の状態にある子どもの現年齢は、15-19歳2人(8.7%)、20-24歳2人(8.7%)、25-29歳8人(34.8%)、30-34歳3人(13.0%)、40-44歳1人(4.3%)、45-49歳2人(8.7%)、不明5人(21.7%)であった。平均年齢は28.8歳(SD=9.4)であった。

これを世帯単位の調査と考えれば、4134世帯中23世帯にそのような問題が存在し、その率は0.56%(95%信頼区間0.33%~0.78%)であった。この率を平成15年度の全国の総世帯数(4580万世帯)にかけると、約26万世帯(95%信頼区間15万~36万)となる。なお、本調査では「ひきこもり」の状態にある子どもがいると回答したすべての例で「ひきこもり」の子どもは1人だけであったため、26万世帯という数値は、一世帯に「ひきこもり」の子どもは1人という想定に基づいて算出されたものである。

4. 「ひきこもり」経験者の受診・相談行動

表6に示すように、「ひきこもり」を経験した者のうち、生涯でこころの健康に関していずれかの相談先に受診・相談した者は7人(36.8%)であった。受診・相談先は、精神科医5人(26.3%)、一般医2人(10.5%)、その他の専門家1人(5.3%)であった(重複を含む)。「ひきこもり」経験者のうち生涯で精神科医を受診したことのある者の割合は、「ひきこもり」経験のない対象者に比べて有意に高かった($\chi^2=16.6, p<.01$)。いずれかの相談先に相談したことがある割合も「ひきこもり」経験のある対象者で有意に高かった($\chi^2=10.9, p<.01$)。生涯でこころの健康に関して精神療法を受けたことのある者は6人(31.6%)であり、精神療法の開始時期は、4人は「ひきこもり」とほぼ同時期であり、1人は「ひきこもり」の数

十年前、1人は不明だった。薬物治療を受けたことのある者は5人(26.3%)であり、1人は「ひきこもり」とほぼ同時期であり、1人は「ひきこもり」の数年前、1人は「ひきこもり」より数十年前、2人は不明だった。「ひきこもり」経験者のうち生涯で精神療法を受けたことのある者、および薬物治療を受けたことのある者の割合は、「ひきこもり」経験のない対象者に比べて有意に高かった(それぞれ $\chi^2 = 28.6, p < .01$; $\chi^2 = 11.0, p < .01$)。

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。これまで、「ひきこもり」の実態を地域ベースで明らかにした研究はなく、本研究結果は意義あるものといえる。

本調査の限界として、無作為標本抽出であるとはいえ、調査地域に偏りがあることは否めない。また、調査協力率が6割程度であり、必ずしも十分とはいえない。しかしながら、本調査の調査地域は東北地方から九州地方にわたり、都心部、地方都市、地方町村を含んでおり、一定の代表性のあるサンプルであるといえよう。

本調査結果で、20歳代の「ひきこもり」経験率は2.22%ともっとも高かった。また、40代で「ひきこもり」を経験したことがある者も1.16%存在し、30代の0.35%に比べて高かった。40代で「ひきこもり」を経験したことのある者について詳しくみると、3人は40代になってからの経験、4人は20代での経験であり、1人は不明だった。「ひきこもり」の状態にある子どもがいると回答した対象者23人の子どもの年齢は、20代までが多い(12人)が、30代40代も6人存在していた(不明5人)。

これらのことから、近年若年齢の「ひきこもり」が急増していることが確認されたが、一方で、30代40代で「ひきこもり」になる例も一定数存在

すること、また「ひきこもり」が近年ほど多くはないものの以前からみられる現象であったことも示唆された。なお、若年齢での「ひきこもり」と、30代40代での「ひきこもり」とでは、きっかけや意味が異なる可能性がある。

「ひきこもり」は年代を問わず男性に多くみられ、「ひきこもり」期間は最長で3年ほどであった。男性で「ひきこもり」が多いというのはすでに報告されていることであり⁶⁾、今回の結果もそれと一致する。期間については、今回の対象者は最長で3年、平均約2年であった。今回の対象者のなかには現在も「ひきこもり」の状態にある者はなく、いわば「ひきこもり」から回復した人々である。そのため、本研究の「ひきこもり」経験者は、「ひきこもり」が比較的短期間であった人々である可能性がある。

「ひきこもり」経験者の多くは、「ひきこもり」の状態に対して不安や焦燥、苛立ち、羞恥などを感じていた。このことは、「ひきこもり」が必ずしも本人の意志に基づいて選択された状態ではないことを意味しており、それに対する援助の必要性が示唆された。

対象者の子どもに現在「ひきこもり」がいるかどうかを尋ねた問いでは、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、4134世帯に調査して23世帯、0.56%(95%信頼区間0.33%~0.78%)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26万世帯(95%信頼区間15万~36万)となる。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、現在または過去に「ひきこもり」を経験した者や世帯に現在「ひきこもり」の者が存在する者の、調査への協力率が低い可能性があり、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

ないだろう。

精神医学的診断との関連について、本調査では調査対象疾患に統合失調症を含めていない。「ひきこもり」が統合失調症の陰性症状と類似する点があることや、好発年齢が近いことなどから、統合失調症との関連を調査することは今後の検討課題といえよう。

本調査で対象疾患となった気分障害、不安障害、物質関連障害、間歇性爆発性障害のいずれかの診断基準を満たす状態にあったことが生涯においてある人は「ひきこもり」経験者で6割を超えていた。また、「ひきこもり」期間中に診断基準を満たす状態にあった人は4割を超えていた。社会恐怖や全般性不安障害、気分障害（特にうつ病）等はその症状から「ひきこもり」の引き金となる可能性のある障害である。また、複数の診断基準を満たす者も多く、精神科的治療・ケアを必要としている可能性のある者が一定数存在することが考えられた。

しかしながら、いずれの診断ももたない例も少なからず存在しており、少なくとも構造化面接で診断しても、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」時にはそれが無い、という場合もありうることが示された。

「ひきこもり」経験者のうち、26.3%が生涯において精神科医を受診した経験があり、いずれかの専門家に相談した者は36.8%であった。本調査の結果からは、「ひきこもり」期間に受診・相談したかどうかは定かではないが、「ひきこもり」を経験したことのある人のなかには、生涯のうちのいずれかの期間に、こころの健康に関して何らかの問題を抱えて相談・受診するケースが比較的多くみられた。

本調査から、地域疫学調査に基づく「ひきこもり」の実態が明らかになった。「ひきこもり」という表面的な現象は似ていても、それが起こる年代、個人の背景、精神医学的診断の有無など、内

容は様々である。そのことを念頭においた多面的なアプローチが必要である。

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（主任研究者竹島正），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. こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 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) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：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. 平成17年度総括・分担研究報告書（主任研究者竹島正），109-112, 2006.
- 5) 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.
- 6) 斎藤環：社会的ひきこもり. PHP 新書，1998

表1. 「ひきこもり」経験者の人口統計学的特徴

| | 経験者 / 対象者 | % | 95%信頼区間 |
|-------------|-----------|------|-----------|
| 全「ひきこもり」経験者 | 19 / 1660 | 1.14 | 0.63～1.66 |
| 性別 | | | |
| 男性 | 14 / 716 | 1.96 | 0.94～2.97 |
| 女性 | 5 / 944 | 0.53 | 0.07～0.99 |
| 年齢 | | | |
| 20-29 | 9 / 406 | 2.22 | 0.78～3.65 |
| 30-39 | 2 / 567 | 0.35 | 0.04～1.27 |
| 40-49 | 8 / 687 | 1.16 | 0.36～1.97 |

表2. 「ひきこもり」の特徴 (N=19)

| | N | % |
|-----------------|----|------|
| ひきこもり開始年齢 (歳) | | |
| 10-14 | 3 | 15.8 |
| 15-19 | 6 | 31.6 |
| 20-24 | 3 | 15.8 |
| 25-29 | 3 | 15.8 |
| 30-34 | 0 | 0 |
| 35-39 | 0 | 0 |
| 40-44 | 2 | 10.5 |
| 45-49 | 1 | 5.3 |
| 不明 | 1 | 5.3 |
| 最長のひきこもり期間 (ヶ月) | | |
| 6-11 | 11 | 57.9 |
| 12-23 | 4 | 21.1 |
| 24- | 3 | 15.8 |
| 不明 | 1 | 5.3 |
| ひきこもり時、困ったと感じたか | | |
| 困ったと感じた | 15 | 78.9 |
| 何とも思わなかった | 4 | 21.1 |
| ひきこもり時の仕事や学業 | | |
| なかった | 7 | 36.8 |
| あり行きたかったが行けなかった | 2 | 10.5 |
| あったが行きたくなかった | 8 | 42.1 |
| 不明 | 2 | 10.5 |

表 3. 「ひきこもり」経験の有無と精神医学的診断の関連

| | 生涯においていずれかの精神医学的診断基準を満たしていたことのある人数 (%) | 生涯においていずれかの精神医学的診断基準を満たしていなかったことのない人数 (%) |
|-------------|--|---|
| 「ひきこもり」経験あり | 12 (63.2) | 7 (36.8) |
| 「ひきこもり」経験なし | 342 (20.8) | 1299 (79.2) |

$\chi^2 = 20.0, p < .01$

表 4. 「ひきこもり」経験者の精神医学的診断 (N = 19)

| | ひきこもり以前に発症・治癒した診断名 | ひきこもり期間中にみられた診断名 | ひきこもり後に発症した診断名 |
|-----------|--------------------|------------------|----------------|
| 全般性不安障害 | | 2 | 1 |
| 社会恐怖 | | 3 | |
| 特定の恐怖症 | | 2 | |
| パニック障害 | 1 | | |
| アルコール関連障害 | 2 | | 1 |
| 軽躁病エピソード | | | 1 |
| 大うつ病エピソード | | 4 | |
| 気分変調性障害 | | 1 | |
| 小うつ病エピソード | | 1 | |
| 間歇性爆発性障害 | | 1 | |

表 5. 全「ひきこもり」経験者の生涯における精神医学的診断 (N = 19)

| | 全 般 性 不 安 障 害 | 社 会 恐 怖 | 特 定 の 恐 怖 症 | パ ニ ック 障 害 | ア ル コ ール 関 連 障 害 | 軽 躁 病 エ ピ ソ ード | 大 う つ 病 エ ピ ソ ード | 気 分 変 調 性 障 害 | 小 う つ 病 エ ピ ソ ード | 間 歇 性 爆 発 性 障 害 |
|----|---------------------------------|------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | | B | | A | | | B | B | | |
| 2 | A | B | B | | | | | | | |
| 3 | B | | B | | A | | | | | |
| 4 | B | | | | | | B | | | |
| 5 | | | | | | | B | | | B |
| 6 | | | | | | | X | X | | |
| 7 | | B | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | B | |
| 9 | | | | | | C | | | | |
| 10 | | | | | | | B | | | |
| 11 | | | | | A | | | | | |
| 12 | | | | | C | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |

注：A：「ひきこもり」以前に発症、治癒した診断名

B：「ひきこもり」期間中にみられた診断名

C：「ひきこもり」後に発症した診断名

X：「ひきこもり」時期が不明のため、時期が特定できないもの

表 6. 「ひきこもり」経験の有無によるこころの健康に関する受診・相談行動経験

| | 「ひきこもり」 経験あり (19人) | | 「ひきこもり」 経験なし (1641人) | | χ^2 値 |
|------------|--------------------------|------|----------------------------|------|------------|
| | 受診者数 | 受診率 | 受診者数 | 受診率 | |
| 受診・相談先 | | | | | |
| 精神科医 | 5 | 26.3 | 84 | 5.1 | 16.6** |
| 一般医 | 2 | 10.5 | 81 | 4.9 | 1.2 |
| 医師合計 | 6 | 31.6 | 147 | 9.0 | 11.5** |
| その他の専門家 | 1 | 5.3 | 39 | 2.4 | 0.7 |
| その他の相談先 | 0 | 0 | 47 | 2.9 | 0.6 |
| いずれかの相談先合計 | 7 | 36.8 | 195 | 11.9 | 10.9** |
| 精神療法の経験 | 6 | 31.6 | 77 | 4.7 | 28.6** |
| 薬物治療の経験 | 5 | 26.3 | 111 | 6.8 | 11.0** |

** p < .01

注：受診・相談先は以下のとおり。精神科医＝精神科医。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、心理療法家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。いずれかの相談先合計＝以上のいずれかの受診・相談先。

表 7. 「ひきこもり」の子どもがいる対象者の子どもの年齢 (N = 23)

| 年齢 (歳) | N | % |
|--------|---|------|
| 15-19 | 2 | 8.7 |
| 20-24 | 2 | 8.7 |
| 25-29 | 8 | 34.8 |
| 30-34 | 3 | 13.0 |
| 35-39 | 0 | 0 |
| 40-44 | 1 | 4.3 |
| 45-49 | 2 | 8.7 |
| 不明 | 5 | 21.7 |

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（慶應義塾大学・教授）
研究協力者 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
（鹿児島県）
藤澤大介、佐渡充洋（慶應義塾大学）
菊地俊暁・山口洋介（桜ヶ丘記念病院）
鈴木志麻子（北里大学）
花岡素美（東京女子医科大学）
坂本真士（日本大学）
志田博和（井之頭病院）

研究要旨

本研究はWHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究 World Mental Health (WMH)の一環として、平成 14 年度から我が国において行っている大規模疫学調査の精度を検証する目的で、同意の得られた 64 名の住民の協力を得て、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。その結果、生涯有病率を見ると、大うつ病エピソードに関しては、CIDI による評価で 12 名、SCID による評価で 13 名が診断され、両評価で診断されたのが 6 名であった。さらに診断基準をもとに細かく検討し、両診断方法の違いについて考察した結果、とくにうつ症状の 1 日内の頻度の扱いの違いが最終的な診断の違いにつながっている可能性が示唆された。

A. 研究目的

本研究は、国際プロジェクトである精神疾患に関する大規模地域疫学調査 World Mental Health (WMH)、および厚生労働科学研究費補助金による我が国初めての心の健康疫学調査（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」主任研究者：国立精神神経センター・精神保健研究所部長 竹島正、等）の一環として行った非専門家による構造化面接である WHO 統合国際診断面接 Composite International Diagnostic Interview（以下 CIDI と略）の妥当性を、専門家による半構造化面接である Structured Clinical Interview for

DSM-IV Axis I Disorders（以下 SCID と略）を用いて、国際比較、国内の疫学データとしての精度確認のための検証を行うものである。

その理由として、これまで行ってきた WMH の結果、参加各国の精神疾患有病率が明らかになってきたが、各国間でのデータのばらつきも大きいことが明らかになったことが挙げられる。そのために、原因を解明する一環として、WMH 調査で使用されている非専門家による構造化面接である CIDI と、専門家による半構造化面接である SCID を比較することによって CIDI の妥当性を検討する必要性が生じ、参加国のいくつかでその調査研究が行われている。

今回我々が行った CIDI と SCID の比較研究の特色としては以下の点が挙げられる。

1. 世界的に標準化された調査方法を使用する点に特色がある。WHO 統合国際診断面接 CIDI は、DSM および ICD10 に準拠した現時点で最新の精神疾患の疫学調査法であり、厚生労働科学研究ですでにその日本語版が確立されている。また、SCID も国際的に広く使われている専門家のための面接技法であり、すでに日本語版が作成され、国際的なレベルでの研修を受けた専門家が育っている。
2. 世界的に標準化された調査方法を使用することによって、多数の一般地域住民を対象としたわが国初めての調査の妥当性を検証できるのはもちろんのこと、国際的な比較研究が可能になる。

B. 研究方法

1. 調査体制

国立精神・神経センター精神保健研究所を研究事務局、岡山大学大学院医歯学総合研究衛生学・予防医学分野を技術支援センター、調査協力機関として鹿児島県精神保健福祉センター、鹿児島県伊集院保健所、調査責任者大野裕の体制で行った。

2. 調査準備（平成 17 年 1 月）

対象地域（鹿児島県伊集院保健所管内）の 20～75 歳住民から 64 名の協力者を得た。

3. 実地調査

1) 上記の精神科医を講師として研修会を行い、SCID を施行可能な専門家を増やす。

2) 対象者に調査への参加依頼状を発送し、その後訓練を受けた面接員が訪問し、説明の上で同意が得られた対象者に 1～1.5 時間の面接を、

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する。

3) 調査結果は、電子データとして面接員コンピュータから調査事務局のサーバーに保管され、随時コーディネーターによりチェックされる。必要な場合には面接担当者と協議、適宜修正することとした。

4) 同一対象に対して、訓練を受けた専門家による SCID 面接を行った。

4. データの解析と検討

CIDI もしくは SCID でうつ病性障害と診断された協力者のデータについて診断基準をもとに精神医学の専門家が議論し、CIDI と SCID の診断プロセスの違いについて検討した。

（倫理面への配慮）

疫学研究に関する倫理指針（平成 14 年文部科学省・厚生労働省告示第 2 号）にもとづき、慶應義塾大学医学部倫理委員会の承認を得て行った。依頼は、本研究の目的とともに、調査への協力は自由意志によるものであり、協力を拒むことによっていかなる不利益も被らないこと、個人情報の保護には最大限配慮することを伝え、協力の意思のある者には同意書への署名を求めた。データは、個人が同定されない形で厳重に保管した。

C. 研究結果

①研究協力者の背景

今回の研究に協力した 64 名の背景は表 1 のとおりである。女性が 2/3 を占め、また平均年齢も 58.4 歳と高い。さらに、多くが既婚で同居者があり、パートが多いが半数は職を有している。

表1 対象者の背景

| | | |
|------|--------|--------------|
| 性別 | (男/女) | 20/44 |
| 年齢 | | 58.4 [28-83] |
| 婚姻状態 | (既婚) | 52 |
| | (死別) | 6 |
| | (離婚) | 3 |
| | (別居) | 1 |
| | (未婚) | 2 |
| 子供 | | 2.5 [0-6] |
| 同居者 | (有/無) | 54/10 |
| 教育 | (中学卒) | 23 |
| | (高校卒) | 30 |
| | (短大卒) | 5 |
| | (大学卒) | 6 |
| 仕事 | (現在あり) | 35 |
| | (現在無し) | 29 |

*単位；年齢は（歳）、他は（人）

*年齢・子供は平均値、〔 〕内は範囲、他は実数

②診断

SCIDを用いて、現在あるいは過去の大うつ病エピソードを有すると診断された対象者は64名中13名であった。一方、CIDIによる生涯診断でうつ病エピソードを有すると評価された人は14名であり、内12名が大うつ病エピソード

であった（2名は小うつ病エピソード）。

そのうち、SCIDとCIDIの両方で大うつ病エピソードを有するのは6名であり、SCIDのみで診断された群は7名、CIDIのみでは6名であった（表2）。

表2 SCIDとCIDIの生涯診断

| | | CIDI | | 合計 |
|------|-------|-------|-------|----|
| | | MDEあり | MDEなし | |
| SCID | MDEあり | 6 | 7 | 13 |
| | MDEなし | 6 | 45 | 51 |
| | 合計 | 12 | 52 | 64 |

*MDE：大うつ病エピソード（単位：名）

②症状

SCIDとCIDIの質問項目は必ずしも一致しているわけではなく、症状のみを評価することは難しいが、そのうちDSM-IVの大うつ病エピソードの診断に必須項目である、抑うつ気分：「(1) ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分で、

患者自身の言明（例えば、悲しみ、または空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される」と興味・喜びの減退：「(2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（患者

の言明、または他者の観察によって示される)」について、SCID と CIDI を比較した。

SCID では抑うつ気分や興味・喜びの減退は、1 日内の頻度、2 週間内の頻度、持続期間、重症度を総合的に判断して A1 と A2 項目で評価をしている。一方、CIDI では、例えば D9「あなたは面接の前半で、仕事、趣味あるいは普段楽しんでいることのうち、大抵のことに興味をもてなくなるということが何日も続いた時期があったと言いました。今までに、2 週間以上、ほぼ毎日、ほとんど 1 日中、そのような時期が続いたことはありますか。」のように SCID の A1 や A2 と同じように総合的に質問している箇所と、D16「あなたの憂鬱が最も深刻な状態で、かつ頻繁に生じたことが何日も続いた時期について考えてみて下さい。その間に、(悲しみ/落胆/興味なくなる) という感情はどれくらい続きま

したか。1 日中ですか、ほとんど 1 日中ですか、半日ですか、あるいは半日未満ですか。」のように、1 日内の頻度のみを尋ねている質問や、D17「そのような期間に、感情的な苦しみをどの程度経験しましたか。軽いですか、中くらいですか、厳しいですか、あるいはとても厳しいですか。」のように苦痛度のみを問う項目がある。このように、必ずしも一致するわけではないことが前提だが、各参加者に抑うつ気分や興味・喜びの減退があるかを SCID、CIDI 双方で検討した。その結果は別表の通りである (表 3)。症状の有無だけを比較すると、SCID では 22 名、CIDI では 26 名で抑うつ気分あるいは興味・喜びの減退が認められた。そのうち、SCID と CIDI の両方で症状があるとされたのは 16 名であり、SCID のみでは 10 名、CIDI のみでは 6 名であった。

表 3 SCID と CIDI の症状比較

| | | CIDI | | |
|------|---------|---------|---------|----|
| | | SYMP あり | SYMP なし | 合計 |
| SCID | SYMP あり | 16 | 6 | 22 |
| | SYMP なし | 10 | 32 | 42 |
| | 合計 | 26 | 38 | 64 |

*SYMP : 抑うつ気分/興味・喜びの喪失 (単位 : 名)

③ 診断と症状

SCID と CIDI で診断が異なる群では、抑うつ気分や興味・喜びの減退が必ずしも認められないということではない。SCID で大うつ病エピソードを有するが CIDI では評価されていない群では、7 名中 4 名に CIDI で抑うつ気分や興味・

喜びの減退が認められており、反対に SCID では評価されず CIDI で評価された群でも、SCID で抑うつ気分や興味・喜びの減退が認められたのは 6 名中 3 名存在する (表 4)。つまり、診断には至らないものの、症状としては捉えている割合が高いということが言える。

表4 SCID と CIDI の診断と症状

| | | CIDI | | | | 合計 | |
|------|--------|---------|---------|---------|---------|----|----|
| | | MDE あり | | MDE なし | | | |
| | | SYMP あり | SYMP なし | SYMP あり | SYMP なし | | |
| SCID | MDE あり | SYMP あり | 6 | 0 | 4 | 3 | 13 |
| | | SYMP なし | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | MDE なし | SYMP あり | 3 | 0 | 3 | 3 | 9 |
| | | SYMP なし | 3 | 0 | 7 | 32 | 42 |
| 合計 | | | 12 | 0 | 14 | 38 | 64 |

*MDE：大うつ病エピソード *SYMP：抑うつ気分／興味・喜びの喪失 (単位：名)

D. 考察

上述の結果の通り、SCID と CIDI の診断は必ずしも一致しているわけではない。そのため、その理由を検討した。

①診断が一致しない対象者

まず、本研究において認められた、SCID と CIDI で診断が一致しない対象者にはどのような特徴があったのかを検討した。

1) SCID で診断されたが CIDI では否定された群 (7名)

7名のうち2名は、CIDIにおいて症状は存在するものの、途中から1日内の頻度や持続期間などの質問を拒否しているため、診断が付かなかった。また、さらに2名は、症状はやはり有しているものの、症状の持続期間が短いために診断に至っていない。残り3名はCIDIでは抑うつ気分を有さず、完全に否定している。これらを考慮すると、CIDIで否定された群ではあるが、持続期間などの評価の仕方によって診断がつく可能性もある。

また、SCIDの診断から検討すると、過去のエピソードのみが3名であった。後述するが、過去のエピソードは評価がしにくいため、CIDIでは十分に把握ができなかったということも考えられる。

2) SCID で否定され、CIDI では診断された群 (6名)

全例で最も問題となるのが、1日内の頻度で

ある。CIDIの質問に対して、「半日未満」「ほぼ半日」という回答を行っている。本来DSM-IVを厳密に評価するならば、「ほとんど1日中」の症状の持続がなければならない。CIDIではこの質問を行わずに、すでに1日内の頻度も含めて質問する項目もあるために診断が付いたと考えられる。SCIDではA1/A2にはすでに含まれている項目のため、3名は閾値以下(評点2; 肯定にいたるには不十分)とされており、診断に至らなかった原因として、1日内の頻度が最も大きく影響を与えていると考えられる。

②SCID と CIDI の違い

上述の通り、本研究で一致しなかった群には一定の傾向が認められたが、さらに、以下に検討するSCIDとCIDIの違いも診断には影響を与えていると考えられる。

1) 構造化と半構造化

最大の違いはSCIDが半構造化であるのに対し、CIDIが構造化である点である。最近ではWMHがコンピューターガイドによるCIDI面接のツールも開発しているように、基本的にCIDIでは肯定/否定を質問している。しかし、SCIDでは構造化された面接部分もあるが、追加質問も許されている。次項目の臨床判断とも関連するが、不明瞭な点や確認すべき事項などについてより詳細に情報を得ることができる。特に、今回の調査結果でも見られているが、過去のエピソードは記憶に頼る部分が多く、不明瞭である。そ

ここで SCID では概観モジュールなどで得られた情報を基に、それまでの生活史や社会的な出来事などと重ね合わせながら質問することが推奨されている。SCID では評価されるが CIDI では収集しにくい箇所であり、このことが前項の①1) で見られたように、CIDI では過去が適切に評価しきれていないという結果に結びついている可能性がある。

2) 臨床判断の有無

CIDI では肯定／否定が中心であるが、本人の主観的な体験や思考を基にしている。しかし、SCID では、例えば抑うつ気分を訴えていても、客観的かつ臨床的な判断からすると抑うつ気分の範疇には含まれず正常内ということも考えられる。さらに、エピソードより前からの変化を捉えなければならぬため、どの程度の変化が異常であるかという判断も必要となる。つまり、SCID では臨床的な判断が行われた上で評価がなされているため、CIDI と比較してやや厳格な症状評価であるという点は否めない。そのため、前項の①2) で認められたように、「閾値以下」としたために診断が付かなかった群が出現すると考えられる。

③本研究の限界

さらには、本研究の構造的な限界も指摘しなければならない。

まず、今回 CIDI が先行して行われ、その後に SCID の調査を行っているが、両評価の実施日が最大3ヶ月間の差が生じている。生涯診断であるため、実施日の間に新たに出現したエピソードを除けば、適切に評価は行っているはずではあるが、特に過去のエピソードでは記憶に頼る部分が多く、期間が空けば空くほどその症状の切迫感は失われていく。

また、SCID の評価者が医師であるということはオープンにされており、それによって対象者側が緊張したり、逆に信頼して打ち明けたりと

いった、CIDI の面接者とは違った反応を示した可能性はある。さらに今回64名中48名が、20代～30代の男性医師によって SCID の評価が行われており、やや偏りがあったと言える。

さらに、SCID と CIDI では全体の面接時間が異なる。CIDI では約1.5時間の面接が必要であるが、SCID は元々60～90分で完遂するように構成されており、さらに今回はモジュールを気分障害と不安障害、物質使用障害に限定して行ったため、より短縮されている。長時間になると途中で早く終わらせるために否定しがちとなる傾向は様々な評価で指摘されており、その影響も見逃せない。

④CIDI のスクリーニングとしての有用性

以上の結果を踏まえると、今回行った調査では、SCID と CIDI の診断は必ずしも一致するわけではなく、研究上の限界も生じている。しかし、SCID による診断を正確であると考えれば、CIDI による評価は、感度が50.0%であるものの、特異度は86.5%と比較的高く、偽陰性を防ぐことができるため、一般の人口を対象にした調査の際、スクリーニングとしては有用であると考えられる。

⑤今後の課題

WHO-WMH の推奨する単一疾患に対する調査の対象人数は50名以上とされており、今回の調査はうつ病エピソードを有する患者が13名と少なかったために生じた結果の可能性もある。そのため、臨床的にうつ病あるいはうつ状態とされた患者50名を対象に、SCID と CIDI を評価することが必要である。さらにそれに加え、BDI (ベックうつ病評価尺度) や SIGH-D (構造化ハミルトンうつ病評価尺度) を評価することによって、うつ病の重症度が評価の一致率に影響するか、また客観的な評価と主観的な評価の違いによって、SCID や CIDI の評価に影響を与えるか否かを調査することも必要である。

さらに、SCID の評価者による違いも検討するため、より幅広い背景を有する医師の育成が必要となる。SCID の普及に努めるため、すでに3回の SCID のトレーニング講習会を開催したが、今後もさらに継続していくことが望ましい。

G.研究発表

I. 参考文献

H 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

平成 18 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（神奈川県横浜市）

分担研究者 堀口逸子（順天堂大学医学部公衆衛生学教室・助手）
研究協力者 岩田 昇（広島国際大学・教授）
船山和志（横浜市鶴見福祉保健センター）
山本祐子（順天堂大学医学部公衆衛生学教室・大学院生）

研究要旨：本研究は、WHO が奨励している「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実施されており、WMH の標準化された手法により、地域住民における統合失調症以外の主要な精神障害（気分障害、不安障害、物質関連障害など）の有病率などの実態を明らかにすることである。平成 18 年度横浜市磯子区で実施した調査では、選挙人名簿より 1010 名を無作為抽出し、回答者 377 名、最終回答率 44.4%を得た。ICD-10 診断による主要な精神障害の過去 12 ヶ月の有病率は、重症うつ病エピソード 1.6%、中等症うつ病エピソード 2.7%、軽症うつ病エピソード 3.2%、パニック障害 1.3%、外傷後ストレス障害 1.1%、社会恐怖 0.3%などであった。アルコール依存症、薬物依存症は共に 0%であった。

A. 目的

わが国では、ストレスに関連するうつ病やうつ病を原因とする自殺者が増加している。うつ病、PTSD（posttraumatic stress disorder 心的外傷後ストレス障害）、パニック障害などの不安障害およびアルコール依存症などの精神疾患への総合的な対策を緊急に立案する必要がある、医療機関を受診する精神障害を持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を把握することが必須である。しかし、このような問題に関する政策を進めていくための基盤となる、一般住民をベースとした疫学調査は実施されておらず、有効な対策をとるための資料はない。このことが国民のこころの問題に対する対策を遅らせ、こころの健康を改善し、予防していくための大きな障害となっている。本研究では、重要視されているにもかかわらず、調査されることのなかった都市部の人を抱えるストレスの現状を明らかにすることを目的

とする。

B. 方法

1. 調査体制

事務局、調査センター、技術支援センター、の三者体制として調査を実施した。国立精神・神経センター精神保健研究所（東京都小平市）精神保健計画部を調査事務局とし、横浜市磯子区役所 磯子福祉保健センター 福祉保健課健康づくり係を技術支援センターとした。さらに磯子区役所内 7 階に調査センターを設置した。加えて、調査協力機関として磯子地域ケアプラザ、新杉田地域ケアプラザ、滝頭地域ケアプラザ、根岸地域ケアプラザ、洋光台地域ケアプラザ、磯子区民文化センター（杉田劇場）、磯子公会堂を面接場所として確保した。

2. 調査対象

調査地域：横浜市磯子区

横浜市磯子区の概要は人口 163,189 人（男性 80,540 人、女性 82,490 人）、人口増減率 -0.9%（横浜市 4.5%）、年齢別割合は 15~64 歳で 66.9%（横浜市 68.7%）65 歳以上で 19.3%（横浜市 16.9%）、世帯数 68,146 世帯、面積 19.02 平方キロメートルである。

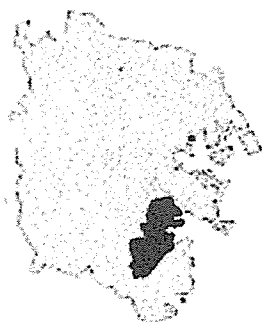
（人口は横浜市人口統計ポータルサイト、その他はすべて平成 17 年国勢調査の数値）

磯子区は、横浜市の南東部に位置する南北に細長い臨海区である。根岸湾に面した海岸部分の平地とそれを囲む丘陵地からなり、その境には斜面緑地が点在している。

明治の頃までは、交通が不便ながら風光明媚な農村と漁村だったが、昭和 5 年に湘南電気鉄道（現京浜急行電鉄）が開通し、高級住宅地、海水浴場、海苔の養殖などで知られるようになった。昭和 34 年から始まった根岸湾の埋め立てによりかつて景勝地だった湾内に石油精製、造船、機械などの企業が進出して一大工業地帯が出現し、京浜工業地帯の一翼を担うようになった。

内陸部は大規模団地開発が進み、さらに、国鉄（現 JR）根岸線の延伸により沿線の宅地造成は加速し、区の人口は昭和 40 年からの 10 年間で 1.6 倍に急増した。

<横浜市と磯子区>



調査対象者:横浜市磯子区在住の 20 歳以上を対象者とし、区役所の選挙人名簿を用いて多段抽出法にて 1,010 名を抽出した。抽出の方法は、選挙区単位を無作為抽出し、その後対象の選挙

区における選挙人名簿から系統抽出を行なった。

3. 調査期間

調査期間は平成 17 年 11 月より平成 18 年 6 月までとした。

4. 調査員の募集

調査員は、ボランティアとして募集した。特に保健・医療・福祉関連分野の人に限定せず、区内の公的機関などへチラシを配布した。説明会を数回開催し、出席を前提とした。説明会開催場所も公的機関（区役所）であることが信頼に繋がる。応募者は、すでに何らかの社会活動を行なっている人が多く、磯子区役所での 5 日間の研修を確実に確保できないために断念せざるを得ないケースが多かった。一回目の調査員募集では 7 名しか確保できなかったために、二回目の募集を余儀なくされた。二回目の募集時には、シルバー人材センターのコーディネーターからの申し入れがあったため、約 40 名が参加した。

最終的に、調査員は、米国で公式なトレーニングを受けたトレーナーとその補助員による専門のトレーニングを受講し認定を受けた者 19 名とし、調査開始まで、面接法及び CIDI2000 の操作方法の練習を繰り返し行った。

5. 面接調査の実施

面接調査は、構造化総合国際診断面接（CIDI2000 日本語訳パーソナルコンピューター版）を用い、専用のトレーニングを受けた面接員が、対象者と面接を実施した。調査用のノートパソコンは面接員全員に一台ずつ所有できるように準備し、面接地と磯子区役所以外の持ち出しを厳しく管理した。

面接場所は、基本的に対象者の自宅としたが、対象者の希望に応じ、磯子区役所、磯子地域ケアプラザ、新杉田地域ケアプラザ、滝頭地域ケアプラザ、根岸地域ケアプラザ、洋光台地域ケ

アプラザ、磯子公会堂においても面接を実施した。

調査時には、ノートパソコンのほか、面接員証明書、同意書、謝礼（三千円相当の商品券）回答者用小冊子、パンフレット、認知機能セクション、対象者宅周辺の地図を持参した。また、不測の事態に備え、防犯ブザーの携帯を義務づけ、加えて面接員全員が事前に傷害保険に加入した。

調査手順は、まず調査員証明書を提示した後、調査の目的、調査内容、調査時間、「答えたくない質問項目については拒否できる」、「一度調査を開始しても途中で中断できる」旨の説明を行った。同意を得られた後、同意書に住所、氏名を記入してもらい、CIDI2000 に従い面接を開始した。所定の質問が決められた手順に従ってパソコンの画面に表示されるので、調査員はこれを対象者に読み上げ、回答をキー入力した。面接途中にて、対象者に記憶力障害の疑いがあると判断された場合には、一旦面接を中断し「認知機能セクション」を行い、記憶力に問題があると判断された場合は、そこで面接を中断することにした。

面接終了後は速やかに調査センターに戻り、ノートパソコン、同意書、回答者用小冊子を事務局に提出し、調査センターに保存しているカバーシートに記入した。ノートパソコン内のデータは可能な限り提出されるごとにバックアップを取った。

6. 調査方法と調査データの分析

WMH 調査では、面接を Part1 と Part2 の 2 つのパートに区分している。Part1 では精神障害の診断のための情報を収集し、Part2 では精神障害の関連要因を調査した。すべての対象者に Part1 の面接が実施される。そして、Part1 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

Part2 が実施される。Part2 の面接に選択されなかった者は、Part1 の面接後に終了となる。この形式は被験者の負担を軽減するために取り入れられた。

Part1 面接の対象者はほとんどの障害の 12 ヶ月有病率、重症度、受診行動の解析に用いられる。Part2 面接の対象者は、一部の障害の診断（外傷後ストレス障害、及び物質関連障害[精神作用物質による精神及び行動上の障害]すべて）、重症度、受診行動の解析及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る。本報告書では、12 ヶ月有病率の解析結果のみを報告するが、今後その他の項目の解析を行なう予定である。

すべての対象者において、性別、年齢分布を磯子区の性別、年齢構成にあうように重み付けを加えた。

今回は ICD-10 診断基準に従って評価された項目の中から、以下の項目について分析した。

<気分（感情障害）>

- 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
- 躁病エピソード
- 気分変動症

<神経症性・ストレス性障害>

- パニック発作
- パニック障害
- パニック障害を伴わない広場恐怖
- 社会恐怖
- 特定の恐怖症

全般性不安障害

外傷後ストレス障害

<精神作用物質による精神及び行動上の障害>

- アルコール乱用
- アルコール依存症
- 薬物乱用
- 薬物依存症

分析には SPSS version11.0 を用いた。

7. 倫理的配慮と個人情報保護

本調査は、順天堂大学の研究倫理委員会において審査を受け、承認された。本調査は、長時間におよぶ面接調査を実施し、個人情報について詳細にわたり質問を行うため、面接調査を開始する際は、内容を十分に説明し、同意を得た場合のみ面接を実施した。対象者から得られた結果と、対象者の氏名、住所などの個人情報とは結びつかない形で保管した。また、外部への漏出を避けるために、調査用ノートパソコンのデータは、外部とは接続しないパソコンで保管・管理した。

C. 結果

調査結果の概要は表 1、2 のとおりである。最終回答率は 44.4% であり、回答者は 377 名のうち、男性 191 名、女性 186 名であった。(表 1)

回答者 377 名 (完全に終了: 377 名、PH セクションまで終了: 0 名)、調査対象外は 88 名 (死亡 3 名、転居 70 名、入院・入所 13 名、対象者が調査員にあたった 1 名、PC のエラー 1 名)、調査中断 2 名、面接不能者 543 名 (拒否 324 名、連絡取れず 162 名 (宛先不明 16 名、返信なし 146 名) 知的障害 4 名、聴覚障害 6 名、視覚障害 1 名、認知症 9 名、高齢もしくは病気のため不可能 37 名) であった。(表 2)

回答率は、面接実施者数 377 名/(対象者数 1010 人-対象外者 160 人)×100 として算出した。死亡、転居、入院・入所、対象者が調査員にあたった、PC のエラー、視覚・聴覚障害、知的障害、認知症、高齢・病気を対象外者の中に含めた。

ICD-10 診断による 12 ヶ月有病率は、全体においては、軽症うつ病エピソードを 3.2%、中等症うつ病エピソードを 2.7%、特定の恐怖症を 2.4% の人が過去 12 ヶ月の間に経験していた。男女別にみると、男性では、多かったもの

から順に、特定の恐怖症 3.7%、パニック障害を伴わない広場恐怖 2.1%、パニック発作、社会恐怖が共に 1.6% であった。一方、女性では、軽症うつ病エピソード 5.4%、中等症うつ病エピソード 4.3%、続いてパニック発作が 3.2% であった。

D. 考察及び結論

本調査では、都市部において大規模な調査を展開し、無作為に抽出された対象者に、精神障害の国際的な操作的診断基準に準拠し、かつ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したところに大きな特徴がある。本調査で明らかとなった都市部の住民における精神障害の有病率や受診・相談行動などの現在の状況は、従来の受診者ベースの調査では知り得なかった、地域に潜在するところの健康に関する「満たされていないニーズ (unmet needs) を明らかにした点において非常に意義があるものと思われる。今回は、ICD-10 診断による 12 ヶ月有病率を求めたところ、どのレベルのうつ病エピソードも女性に多く認められることが判明した。今後、DSM-IV 診断を用いた解析やその他の項目について、より多方面から詳細を検討していきたい。

E. 健康危機情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表 日本疫学会 投稿予定
2. 学会発表 未定

G. 知的財産権の出題・登録状況

特になし

H. 研究協力機関

横浜市衛生局
横浜市磯子区役所