

201317070A

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

精神疾患の有病率等に関する
大規模疫学調査研究：
世界精神保健日本調査セカンド

(H25-精神-一般-006)

WMHJ2
2013-2016

平成25年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川上憲人

平成26(2014)年5月

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

精神疾患の有病率等に関する
大規模疫学調査研究：
世界精神保健日本調査セカンド

(H25-精神-一般-006)

WMHJ2
2013-2016

平成25年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川上憲人

平成26(2014)年5月

目 次

I. 総括研究報告書 精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健 日本調査セカンド	川上 憲人 …………… 5
II. 分担・協力者研究報告書	
1. 世界精神保健日本調査セカンド 2013：関東地方調査結果	川上 憲人 …………… 13
2. こころの健康に関する方法論の検討と改善，統計解析	立森 久照 …………… 65
3. 国際連携	竹島 正 …………… 68
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	…………… 72
IV. 研究成果の刊行物・別刷	…………… 73

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」
（H 2 5－精神－一般－0 0 6）
総括研究報告書

精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド

主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨：【目的】本研究の目的は、①第 1 回「こころの健康についての疫学調査」（世界精神保健日本調査ファースト）から 10 年が経過した 2010 年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺などへの影響を日本人の代表サンプルにおいて明らかにすること、②WHO 統合国際診断面接法（CIDI）3.0 を見直しその診断評価の妥当性を明らかにすること、③精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催しその成果をまとめることである。【研究方法】①本年度は関東地方 1 都 6 県の 20 歳以上 75 歳未満男女 1,900 人を対象に面接調査を行った。②双極性障害および物質関連障害についての CIDI 診断の妥当性検討を行うための準備を進めた。③世界精神医学会(WPA)疫学・公衆衛生セッションミーティング(以下 WPASEPH2014、会期は 2014 年 10 月 15-18 日、開催場所は奈良市)に国内外の研究者に参加してもらい、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用について検討するための準備を行った。【結果】①長期不在、死亡・病気・入院などを除いた 1,750 人を母数とした回答率は 30%であった。DSM-IV-TR 大うつ病性障害、社交不安障害の有病率はファースト調査より高かった。大うつ病性障害を経験した者の精神科医、一般医への受診率はファースト調査の受診率の 2 倍以上となっていた。過去 12 ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の 1.2%であり、ファースト調査と同じであった。②倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。調査のフィージビリティを検討した。③WPASEPH2014 国際委員会との協議の結果、WPA に承認されたテーマである「トラウマとメンタルヘルス」に加え、日本において精神医学、公衆衛生学の双方の精神保健疫学への関心を高めるためのプログラムを充実させることを念頭に国内委員会を組織し、プログラム骨子をまとめた。【結論】①本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性があり注意が必要である。しかし 10 年前に比べて、わが国において大うつ病性障害等がいくらか増加し、また大うつ病性障害による受診率が大幅に改善している可能性を示している。回答率を向上させる工夫を行い、2014 および 2015 年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010 年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。②CIDI の診断評価の妥当性検討の準備を完了し、来年度から調査を開始することが可能となった。③WPASEPH2014 において本研究に関連したプログラムを実施することは、日本における精神医学と公衆衛生学の精神保健疫学への関心を高め、それを持続的に発展させる重要な機会になるため、関係する学会、団体等に広く参画を呼びかけるとともに、その成果を公表していくことが望まれる。

分担研究者

竹島正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・部長）

立森久照（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長）

A. はじめに

2002-2006年に実施された第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査ファースト) (主任研究者 川上憲人・東京大学大学院医学系研究科) は、わが国の地域住民における非精神病的な精神障害の頻度、受診行動の実態を明らかにし、こころの健康づくりに関する厚生労働行政およびわが国の精神障害の疫学研究の発展に大きく貢献した。例えば精神疾患の有病率の国際比較 (WHO WMH Consortium, JAMA, 2004)、子供時代の困難が精神疾患の罹患に与える影響 (Kessler ら, B J Psychiatry, 2010)、精神疾患がその後の社会経済状態に与える影響 (Kawakami ら, Biol Psychiatry, 2012)、精神疾患と身体疾患の合併 (Scott ら, J Affect Dis, 2007)、精神疾患が自殺行動に与える影響 (Nock ら, B J Psychiatry, 2009) などを明らかにし、世界の疾病負担の推定にも貢献した (Murray ら, Lancet, 2012)。

本研究の目的は、第1回調査である世界精神保健日本調査ファーストから10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本の代表サンプルにおいて明らかにすることである。特に2002-2006年に実施されたファース調査の結果と比較することで、この10年間のわが国の精神疾患の頻度、受診行動、生活への影響、自殺行動の頻度の変化を明らかにすることを目的としている。このために3年間の研究期間に、日本全国から二段階無作為抽出により選択された150市町村の20歳以上の地域住民から日本人の代表サンプル約5,000人を抽出し、調査を実施する計画である。平成25年度は調査項目を確定し、予備調査

を踏まえた上で、関東地方における調査を実施した。

また本調査で使用される統合国際診断面接法 (CIDI) 3.0 は、WHOが開発した世界的に標準化された精神疾患の構造化面接による診断評価法である。CIDIは日本語版も作成され、2002年から2006年に実施されたファースト調査でも使用された。しかし CIDI 日本語版の妥当性はうつ病セクションなど一部のセクションにおいて検証されているのみである。そのため日本語版の診断評価の妥当性を確認しておく必要がある。本研究では、診断が比較的困難である双極性障害および物質関連障害について CIDI3.0 日本語版による診断評価の妥当性を検討することとした。

さらに世界精神保健日本調査セカンド調査と連動して、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究の推進およびその行政施策への応用についての国際的な視点から検討し、特にアジア太平洋地域における国際連携を構築する必要がある。世界精神医学会 (WPA) 疫学・公衆衛生セクションミーティング (WPASEPH2014) が2014年10月15-18日に奈良で開催されることから、この国際会議に精神保健調査に関連する海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等に多数参加してもらい、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究の推進およびその行政施策への応用についての意見交換を行うために、その準備を行った。

B. 対象と方法

1. 世界精神保健日本調査セカンド2013 関東地方調査の概要と結果

1) 調査対象

調査地域は、日本全体を3つのブロック (①関東、②北陸・東北・北海道、③九州・西日本・中部) に分け、各年1ブロックずつ実施する。各ブロックの抽出人数は1,600人で、予定回答者1,000人とした。平成25年度は、関東1都6県 (東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県、群馬県、栃木県、茨城県) に居住する日本国籍を持つ20歳以上75歳

未満男女 1,650 名を対象とした。また、長期不在や、転居/空家/更地、住所不明、死亡・入院などの状況により対象者の抽出が不可能な場合に備え、予備サンプル 250 名（各地点 5 名）を抽出した。調査地点・対象者のサンプリングおよび実査は、入札を経て、株式会社日本リサーチセンター（NRC）に委託して実施した。

2) 調査方法

調査は面接調査と自己記入式調査紙を用いた留置調査の 2 つの方法を用いて実施した。面接調査には、WHO 国際統合診断面接（WHO-CIDI）3.0 版の日本語版のコンピューター版（CAPI）を用いた。本調査では、WMHJ で使用された WHO-CIDI 3.0 版の日本語訳を見直し、国内専門家アドバイザーボードに意見を求めながら、表現等の改善を図った。第一回調査との比較可能性を確保した上でより正確な精神疾患の評価ができるようにするため、本年度の調査では修正前の質問項目と修正後の質問項目を合わせて測定した。自己記入式調査票は、WHO-CIDI による面接調査の時間を短縮し、対象者の回答に伴う負担を軽減するために導入された。CAPI で実施した WHO-CIDI には精神疾患の診断を中心とした主要な質問群が含まれており、自己記入式調査票は本調査で新たに追加された日本独自の項目を中心に構成された。

3) 調査員訓練

調査の実査は、CIDI の公式トレーナーによる研修を受けた本研究調査会社の調査員 40 名（1 地点担当 30 名、2 地点担当 10 名）が実施した。調査員トレーニングは、計 3 日間で、調査の目的と手順、WMH-CIDI の概要、CAPI の使用法、模擬面接で構成された。

4) データ収集

対象者となった個人に対し、研究協力依頼文書を郵送し、その後調査員が対象者の自宅に訪問した際に、再度研究の目的・内容・方法について文書を用いて口頭で説明を行った。上記の手順により研究協力に関するインフォームドコンセントを行

い、書面で同意が得られた者に面接調査を実施した。面接調査後、自己記入式調査票を対象者に手渡しし、後日調査員が回収した。調査員が回収できない場合は、郵送で回収した。

（倫理的配慮）

本調査は、東京大学大学院医学系研究科の研究倫理審査委員会で審査を受け、必要な修正等を行った上で承認され実施された（審査番号 10131）。

2. こころの健康に関する方法論の検討と改善、統計解析

1) 調査対象

研究全体の主幹機関によって、双極性障害を有する患者のうち、主治医の許可が取れた患者に対し診療時に研究の説明と協力依頼を医師の協力のもと書面で行い、これに同意した者を対象者として収集されたデータを主幹機関から提供を受けて用いる。

2) 調査方法

双極性障害を有する患者 40 名程度とそれと同数の双極性障害を有しない者に対して実施された CIDI, SCID などのデータを用いて、双極性障害の診断評価を行う。SCID による診断をゴールドスタンダードとし、CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性を κ 係数などにより評価し、質問票の妥当性検討を行う。さらに同時に収集されている状態評価尺度（HAM-D, YMRS）やアドヒアランス（BMIB）と人格傾向（TCI）のデータを用いて面接法と質問紙法の（診断、症状の）評価が異なる場合に、それを修飾する可能性因子についての検討も行う。なお当該研究に用いるデータは研究全体の主幹機関において個人情報情報を切り離すことにより連結可能匿名化されたものを用いる。物質関連障害についても、SCID による診断をゴールドスタンダードとし CIDI 診断評価の妥当性を評価することを検討中である。

（倫理面への配慮）

本研究のうち、双極性障害の診断評価の妥当性については、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認（承認番号：25-512）ならびに名古屋大学医学部倫理審査委員会の承認（承認 No. 237-4）を得て実施する。物

質関連障害の診断評価の妥当性については、来年度に独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会に審査を申請し、承認が得られてから調査を開始する予定である。

3. 国際連携

WPASEPH2014ミーティングに、世界精神保健調査に参加する海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等の参加を促し、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についてのプログラムを組み込むこととして、テーマ、プログラムの検討を行った。なお、検討に当たっては、WPASEPH2014の国際委員会等と連携を取るとともに、研究分担者が国内委員会の会長を務めることにより、プログラム全体との整合を図った。

C. 結果

1. 世界精神保健日本調査セカンド 2013 関東地方調査の概要と結果

有効回答数は、面接調査が 525、自己記入式調査票が 583 であった。予備サンプルを含めた総サンプル数 (1,900 人) のうち、長期不在や転居、死亡などで接触できなかった者 (150 人) を除く、有効総サンプル数 (母数) を 1750 人とした場合、面接調査の回答率は 30.0% であった。

DSM-IV-TR 精神疾患の 12 ヶ月有病率は、大うつ病性障害 (2.7%)、社交不安障害 (社会恐怖) (2.3%)、アルコール乱用 (1.5%) が比較的高かった。ファースト調査に比べて大うつ病性障害の有病率はいくらか、社交不安障害の有病率は大幅に増加していた。精神疾患を経験した者の受診率はファースト調査とくらべて増加していた。特に大うつ病性障害では顕著であり、過去 12 ヶ月の経験者のうち 28.6% が精神科医を、21.4% が一般医を、合計すると 42.9% が医師を受診していた。これはファースト調査での受診率の 2 倍以上である。これと関連して大うつ病性障害では薬物療法を受けた者の割合が増加していた。こころの健康問題への意識・態度はファースト調査と大きな変化はなかった。過去 12 ヶ月間に本気で自殺を考えた者は

全回答者の 1.2% であり、ファースト調査と同じであった。

2. こころの健康に関する方法論の検討と改善、統計解析

本年度は研究実施のための準備の期間に位置づけられる。CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行った。具体的には、倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。本年度研究により、調査の準備が完了した。

3. 国際連携

WPASEPH2014 の開催期間を 2014 年 10 月 15 日 (水) ~ 18 日 (土) とし、開催場所を奈良県新公会堂 (〒630-8212 奈良市春日野町 10) とした。

WPA 疫学・公衆衛生セクションにおいては、すでに WPA (世界精神医学会) に WPASEPH2014 のテーマを「トラウマとメンタルヘルス」にすることを報告し、その承認を得ていた。協議の結果、WPA に承認された「トラウマとメンタルヘルス」はそのまま使用することとして、日本において、精神保健疫学への関心を高めるためのプログラムを充実させるため、下記の実施を行うこととした。

- 1) 精神医学と公衆衛生の両者の積極的な参加協力を得ることができるよう LC を構成するとともに、関連する学術団体等に働きかける。
- 2) 10 月 16-18 日の 3 時間を IC と LC の共通シンポジウムとして、後の時間帯に、LC 主導のプログラムを設けることとした。そして、メイン会場のほか、第 2 会場を設け、2 つのシンポジウム等が同時進行できるようにする。また、1 日のプログラムのうちの 2 時間程度は日本語プログラムを設ける。
- 3) 一般演題の募集においては、「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」に掲げられた 4 つの達成目標を参考にする。

D. 考察

1. 世界精神保健日本調査セカンド 2013 関東地方調査の概要と結果

1) 回答率と回答者の偏りについて

本年度の調査では、回収率が30%と高くなかった。この原因として、面接時間が長かったこと、調査テーマの「こころの健康」に対象者が拒否的な態度をとった可能性があること、自宅で調査したためプライバシーの確保が難しかったこと、依頼状の送付から訪問までに時間がかかったこと、調査員がCAPIの使用に馴れず面接に手間取ったことなどが考えられた。次年度以降には50%の回答率を達成すべく、改善を行う予定である。

本年度調査への回答者は、性別、年齢分布はほぼ全国の分布と同様であった。しかし一人での外出が可能な者がほとんどであったこと、自覚的な心身の健康度が良好な者がファースト調査よりも多かったことから、健康な状態にある者がより多く参加した可能性があり、その点を考慮して本調査の結果を解釈する必要がある。また本年度調査は関東地方に限定したものであり、精神科医療機関などの精神保健資源が他地域よりも潤沢である条件下での結果である点にも注意が必要である。

2) 主要な調査結果

DSM-IV-TR 診断による精神疾患の12ヶ月有病率では、大うつ病性障害、社交不安障害、アルコール乱用の頻度が高かった。大うつ病性障害についてはファースト調査における12ヶ月有病率2.1%から2.7%とわずかに高かったが有意な差ではなかった。一方、社交不安障害の有病率はファースト調査の0.7%から2.3%に3倍程度に増加していた。東京を含む本調査の対象者の特性によるものかもしれない。

全回答者および精神疾患を経験した者における受診行動はファースト調査とくらべて増加していた。特に特に大うつ病性障害ではこれが顕著であり、過去12ヶ月の経験者のうち28.6%が精神科医を、21.4%が一般医を、精神科医あるいは一般医の合計では42.9%が医師を受診していた。これはファースト調査受診率の2倍以上である。観察された大うつ病性障害の受診率の高さが、精神医療

機関の多い東京周辺自治体を含む本調査の特性による可能性もある。しかしファースト調査では、横浜市の回答者においても受診率は全国と比べて高くなかった。また受診率の高さは大うつ病性障害に特徴的であり、不安障害などの精神疾患ではその改善は明確でなかった。このことから大うつ病性障害の受診率の高さは、過去10年間にわたり行われてきた地域および医療機関におけるうつ病の気づきと早期受診のための啓発活動の成果によるものである可能性が高いと考える。

しかしながら本調査の回答率の低さ、地域が限定されていることなどの限界を考慮し、最終的な結論を出すには最終年度の全国調査の結果を待つ必要がある。

2. こころの健康に関する方法論の検討と改善、統計解析

CIDIによる物質関連障害の診断評価の妥当性検討のための調査に関しては、研究協力者および研究実施施設の候補を選定し、研究協力者と調査のフェイジビリティを検討した。その結果、調査の実施が可能と判断し、来年度から具体的な調査の準備を始めることとした。

CIDIによる双極性障害の診断評価の妥当性検討について来年度は実査を予定している。また、来年度は双極性障害に加えて、物質関連障害のセクションのCIDI診断の妥当性を評価する研究にも着手する予定である。

3. 国際連携

国民のかかえるメンタルヘルスの問題は増大しており、WPASEPH2014と本研究に関連したプログラムが、国際的な精神保健疫学の発展と、日本における精神医学と公衆衛生学の共同研究を持続的かつ強固に発展させる機会になること、それによって国民の福祉に貢献していくことが期待される。

E. 結論

本研究の目的は、①第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査ファースト)から10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を日本人の代表サンプルにおいて明らかにすること、②統合国際診断面接法(CIDI)3.0による双極性障害と物質関連障害の診断評価の妥当性を明らかにすること、③精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催しその成果をまとめることである。

①本年度は関東1都6県の20歳以上75歳未満男女1,900人を対象に面接調査を行った。長期不在、死亡・病気・入院などを除いた1750人を母数とした面接調査の回答率は30.0%であった。②双極性障害および物質関連障害を有する患者とこれを有しない者に対してCIDIおよびSCIDを実施し、CIDIによる診断の妥当性検討を行うための準備を進めた。③WPA(世界精神医学会)疫学・公衆衛生セッションミーティング(2014年10月15-18日、奈良)に海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等を招へいし、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催するために準備を行った。

①DSM-IV-TR 大うつ病性障害、社交不安障害の有病率はファースト調査より増加していた。精神疾患を経験した者の受診率はファースト調査とくらべて増加していた。特に大うつ病性障害ではファースト調査の受診率の2倍以上となっていた。過去12ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の1.2%であり、ファースト調査と同じであった。②倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。調査のフィジビリティを検討した。③WPASEPH2014の国際委員会との協議の結果、WPAに承認されたテーマである「トラウマとメンタルヘルス」はそのまま使用することとして、日本において、精神医学、公衆衛生学の双方の精神保健疫学への関心を高めるための

プログラムを充実させることを念頭に、国内委員会、プログラム骨子等をまとめ

①本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性がある。しかし10年前に比べて、わが国において大うつ病性障害等がいくらか増加し、また大うつ病性障害による受診率が大幅に改善している可能性を示している。回答率を向上させる工夫を行い、2014および2015年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。②CIDIの診断評価の妥当性検討ための調査の準備を完了し、来年度から調査を開始することが可能となった。③WPASEPH2014において本研究に関連したプログラムを実施することは、日本における精神医学と公衆衛生学の精神保健疫学への関心を高め、それを持続的に発展させる重要な機会になるため、関係する学会、団体等に広く参画を呼びかけるとともに、その成果を公表していくことが望まれる。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川上憲人. 精神疾患の疫学, 頻度. 日本医師会(編). 神経・精神疾患診療マニュアル. 南山堂, 2013 (日本医師会雑誌 142 特別号(2)), S30-S31.
- 2) 川上憲人. 地域および職場における心の健康の実態、関連要因解明および対策に関する研究. 日本医師会雑誌 2014; 142(10): 2273-2277.
- 3) Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC; World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res. 2014 Jun;53:157-65. doi: 10.1016/j.

jpsychires. 2014. 01. 015.

3) Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, Miguel Caldas-de-Almeida J, O'Neill S, Viana MC, Al-Hamzawi AO, Angermeyer MC, Benjet C, de Graaf R, Ferry F, Kovess-Masfety V, Levinson D, de Girolamo G, Florescu S, Hu C, Kawakami N, Maria Haro J, Piazza M, Posada-Villa J, Wojtyniak BJ, Xavier M, Lim CC, Kessler RC, Scott KM. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Mar-Apr;36(2):142-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.11.002.

4) Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson L, Shahly V, Angermeyer MC, Bromet EJ, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Ferry F, Florescu SE, Haro JM, He Y, Karam AN, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Browne MA, Posada-Villa JA, Shalev AY, Stein DJ, Viana MC, Zarkov Z, Koenen KC. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. 2014 Feb;31(2):130-42. doi: 10.1002/da.22169.

2. 学会発表

該当なし

H. 引用文献

1. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):113-20.
2. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
3. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, et al. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2012 Aug 1;72(3):228-37.
4. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010 Nov;197(5):378-85.
5. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.

I. アドバイザリーボード

1. 世界精神保健調査アドバイザリーボード
Ronald Kessler 教授 (米国ハーバード大学)
Somnath Chatterji 博士 (WHO)
Evelyn Bromet 教授 (ニューヨーク市立大学)
Shin Lee 教授 (香港大)

2. 第一回世界精神保健日本調査共同研究者
大野 裕 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター長
中根允文 長崎大学・名誉教授
中村好一 自治医科大学・教授
深尾 彰 山形大学大学院医学系研究科・教授
堀口逸子 長崎大学東京事務所・准教授
岩田 昇 広島国際大学心理科学部臨床心理学科・教授
宇田英典 鹿児島県鹿児島地域振興局保健福祉環境部長 (兼) 伊集院保健所長
中根秀之 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科・教授

大類真嗣 仙台市精神保健福祉総合センター・主幹

吉川武彦 清泉女学院大学・学長

3. 国内専門家アドバイザーボード

笠井清登 東京大学医学部附属病院・教授

秋山 剛 NTT東日本関東病院 精神神経科・部長

尾崎紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科・教授

加藤忠史 理化学研究所脳科学総合研究センター・プロジェクトリーダー

鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所・室長

永田利彦 なんば・ながたメンタルクリニック院長（元大阪市立大学大学院医学研究科・准教授）

古川壽亮 京都大学大学院医学研究科・教授

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」
（H25－精神－一般－006）
分担研究報告書

世界精神保健日本調査セカンド2013：関東地方調査結果

主任研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授
分担研究者 立森久照 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長
竹島 正 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・部長
研究協力者 梅田麻希 東京大学大学院医学系研究科・特任助教
宮本かりん 東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生
下田陽樹 東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生
石川華子 東京大学大学院医学系研究科・専門職修士課程院生
北川砂織 東京大学大学院医学系研究科・学術支援員
二上恵子 東京大学大学院医学系研究科・学術支援員

研究要旨：【目的】本研究の目的は、第1回「こころの健康についての疫学調査」（世界精神保健日本調査ファースト）から10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本の代表サンプルにおいて明らかにすることである。【方法】3年間の研究期間に日本全国から二段階無作為抽出により選択された150市町村の地域住民から日本人の代表サンプル約5,000人を抽出し、調査を実施する。本年度は関東1都6県（東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県、群馬県、栃木県、茨城県）に居住する日本国籍を持つ20歳以上75歳未満男女1,900人を対象に面接調査と自己記入式調査票の留置調査を行った。長期不在、構造上アプローチ不可、転居・空き地・更地、死亡・病気・入院、住所不明を除いた1750人を母数とした面接調査の回答率は30.0%であった。【結果】DSM-IV-TR精神疾患の12ヶ月有病率は、大うつ病性障害（2.7%）、社交不安障害（2.3%）、アルコール乱用（1.5%）が比較的高かった。ファースト調査に比べて大うつ病性障害の有病率は0.6ポイント、社交不安障害の有病率は3倍に増加していた。精神疾患を経験した者の受診率はファースト調査とくらべて高かった。特に大うつ病性障害では、過去12ヶ月の経験者のうち28.6%が精神科医を、21.4%が一般医を、合計すると42.9%が医師を受診していた。これはファースト調査の2倍以上であった。これと関連して大うつ病性障害では薬物療法を受けた者の割合がファースト調査とくらべて高かった。こころの健康問題への意識・態度はファースト調査と大きな変化はなかった。過去12ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の1.2%であり、ファースト調査と同じであった。【結論】本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性がある。しかし10年前に比べて、わが国において大うつ病性障害等がいくらか増加し、また大うつ病性障害による受診率が大幅に改善している可能性を示している。回答率を向上させる工夫を行い、2014および2015年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。

A. はじめに

2002-2006年に実施された第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査ファースト; WMHJ) (主任研究者 川上憲人・東京大学大学院医学系研究科) は、わが国の地域住民における非精神病性精神疾患の頻度、受診行動の実態を明らかにし、こころの健康づくりに関する厚生労働行政およびわが国の精神疾患の疫学研究の発展に大きく貢献した。例えば精神疾患の有病率の国際比較 (WHO WMH Consortium, JAMA, 2005)、子供時代の困難が精神疾患の罹患に与える影響 (Kessler ら, B J Psychiatry, 2010)、精神疾患がその後の社会経済状態に与える影響 (Kawakami ら, Biol Psychiatry, 2012)、精神疾患と身体疾患の合併 (Scott ら, J Affect Dis, 2007)、精神疾患が自殺行動に与える影響 (Nock ら, B J Psychiatry, 2009) などを明らかにし、世界の疾病負担の推定にも貢献した (Murray ら, Lancet, 2012)。

本研究の目的は、第1回調査である WMHJ から10年が経過した2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本の代表サンプルにおいて明らかにすることである。特に、①平成14-18年に実施された WMHJ の結果と比較することで、この10年間のわが国の精神疾患の頻度、受診行動、生活への影響、自殺行動の頻度の変化を明らかにすること、②精神疾患の頻度の国際比較をより新しいデータによりアップデートし、世界精神保健国際共同研究に貢献する、③精神疾患の疫学調査手法を改善し妥当性等について評価分析を行うことを目的としている。本研究では、WHO-CIDI3.0 日本語版を含めて調査方法を第一回調査と同一にすることができ、国際比較だけでなく前回調査結果との直接の比較が可能となる。最新のデータを収集することで、こころの健康づくり、自殺予防対策などの行政施策の立案に有用な包括的な資料が得られる。また関連する質問を追加し、精神的健康

との関連を検討することで、精神保健福祉施策の新しい課題を見いだすことが期待できる。

本研究では、3年間の研究期間に、日本全国から二段階無作為抽出により選択された150市町村の20歳以上の地域住民から日本人の代表サンプル約5,000人を抽出し、調査を実施する計画である。調査地域は、日本全体を3つのブロック(①関東、②北陸・東北・北海道、③九州・西日本・中部)に分け、各年1ブロックずつ実施する。平成25年度は調査項目を確定し、関東地方における調査を実施した。

B. 対象と方法

1. 調査対象

本年度は、関東1都6県(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県、群馬県、栃木県、茨城県)に居住する日本国籍を持つ20歳以上75歳未満男女1,650名を対象とした。また、長期不在や、転居/空家/更地、住所不明、死亡・入院などの状況により対象者の抽出が不可能な場合に備え、予備サンプル250名(各地点5名)を抽出した。調査地点・対象者のサンプリングおよび実査は、入札を経て、株式会社日本リサーチセンター(NRC)に委託して実施した。

地点配分の方法は、以下のとおりである。

- 1) 抽出単位は大字・町丁目とし、関東エリアの市区町村を2012年3月31日時点での住民基本台帳登録人口で「政令市および特別区」「人口20万人以上市」「人口20万人未満市」「町村」の4層に層化する。
- 2) 各層の対象人口(20~75歳未満の日本国籍を持つ男女 = 母集団人口)に比例配分させた50地点の配分を決定。
- 3) 各層より確率比例無作為抽出により50地点を抽出する。

標本の配分は、関東4層それぞれの母集団人口比に応じて、全1,650サンプルを比例配分し、各層に割り付けられた標本数を各層それぞれの配分地点数で割ることで、各層の抽出標本数を決定し

た。台本からの抽出は、抽出した大字・町丁目の台帳のスタート番号目の人から、該当年齢の対象者を抽出間隔「11」で実施した。

2. 調査方法

1) 調査の概略

調査は面接調査と自己記入式調査紙を用いた留置調査の2つの方法を用いて実施した。面接調査には、世界保健機関統合診断面接 (WHO-CIDI) 3.0 版の日本語版のコンピューター版 (CAPI) を用いた。CAPI を使用した調査では、専用のコンピューター・ソフトウェアが所定の質問を決められた手順に従って、パソコンの画面上に表示される。調査員は、画面上の質問を読み上げ、得られた回答をそのソフトウェアの入力画面に入力する。CAPI は Netherland Statistics 社製 (オランダ) の Blaise Software のプログラム言語で作成されている。日本語版 CAPI は、WMHJ の実施に際し、米国の WMH 調査にあたる NCS-R 調査のプログラムを日本語に翻訳することで作成された。

本調査では、ファースト調査で使用された WHO-CIDI 3.0 版の日本語訳のうち、疾患の頻度に影響の大きいと思われる CIDI スクリーニング (SC) セクションの質問文を見直した。国内専門家アドバイザー・ボードに意見を求めながら、意見交換会を開催して表現等の改善を図った。第一回調査との比較可能性を確保した上でより正確な精神疾患の評価ができるようにするため、本年度の調査では修正前の質問項目と修正後の質問項目を合わせて測定した。

しかしながら、事前に行った予備調査の結果からは、最初の CIDI 調査票の案のままでは、面接時間が3～5時間ときわめて長くなることが判明した。そのため、人口動態要因などの関連要因セクションを面接から自己記入式調査票に移すことになった。

自己記入式調査票は、WHO-CIDI による面接調査の時間を短縮し、対象者の回答に伴う負担を軽減

するために導入された。CAPI で実施した WHO-CIDI には精神疾患の診断を中心とした主要な質問群が含まれており、自己記入式調査票は本調査で新たに追加された日本独自の項目を中心に構成された。

2) 調査員訓練

調査の実査は、CIDI の公式トレーナーによる研修を受けた本研究調査会社の調査員 40 名 (1 地点担当 30 名、2 地点担当 10 名) が実施した。調査員トレーニングは、計 3 日間で、調査の目的と手順、WMH-CIDI の概要、CAPI の使用法、模擬面接で構成された。

3) データ収集

対象者となった個人に対し、研究協力依頼文書を郵送し、その後調査員が対象者の自宅に訪問した際に、再度研究の目的・内容・方法について文書を用いて口頭で説明を行った。上記の手順により研究協力に関するインフォームドコンセントを行い、書面で同意が得られた者に面接調査を実施した。

面接調査の Part1 は全ての対象者に対して実施され、Part2 はコンピュータープログラムによって無作為に選ばれた回答者に対して実施された。Part2 には、「精神病性障害」と「子ども時代」の2つのセクションが含まれた。しかし本調査ではプログラミングの誤りで、症状なしの者のほぼ 100% が long group に区分されていたことが調査後に判明した。

面接調査後、自己記入式調査票を対象者に手渡しし、後日調査員が回収した。調査員が回収できない場合は、郵送で回収した。

4) 倫理的配慮

本調査は、東京大学大学院医学系研究科の研究倫理審査委員会で審査を受け、必要な修正等を行った上で承認された (審査番号 10131)。

C. 結果

1. 調査項目の決定と調査員トレーニング

面接調査 (WHO-CIDI) の内容を表 1-1 に示した。

面接調査では、①非精神病性精神疾患（気分障害、不安障害、物質障害）、②自殺関連行動、③ひきこもり、④心の健康問題に関する相談・受診行動、⑤精神疾患の日常生活への影響、⑥社会経済的要因、⑦子ども時代の経験、⑧家庭生活（結婚、子ども）について網羅している。また面接調査におけるセクションの流れを表1-2に示した。

DSM-IVとICD-10に基づく精神疾患について表1-4に示した疾患の診断が可能である。

CIDIスクリーニングセクションにおける質問文の新旧対照表を表1-4に示す。合計で14の質問について見直しがなされ、より平易な表現の質問へと改変された。本年度の調査では以前の版との一致率を確認するために、全ての対象者に新旧2つの質問を行った。新質問文の方がより平易であり「はい」の回答が増加すると予想された。そのため、ファースト調査との互換性を保つため旧質問文を先にたずね、この回答が「いいえ」の場合に続けて新質問文をたずねるようにプログラミングを行った。なお改変されたのは質問文のみであり、回答選択肢については変更を加えていない。

自己記入式調査票の主要項目とその出典を表1-5に示した。自己記入式調査票では、生活習慣や慢性疾患、ソーシャルサポート、性格傾向、インターネットの利用などについて回答を求めた。

調査員トレーニングは、計3日間で、調査の目的と手順、WMH-CIDIの概要、CAPIの使用法、模擬面接で構成された（表1-6）。

2. 回答率

2013年10月から12月までの調査期間における回答者数は、面接調査が525人、自己記入式調査票が583人であった（表2）。予備サンプルを含めた総サンプル数（1,900人）のうち、長期不在、構造上アプローチ不可、転居・空き地・更地、死亡・病気・入院、住所不明の者（150人）を除く、総サンプル数1750人を母数とすると、面接調査の回答率は30.0%、自己記入式調査票の回答率は

33.3%であった。また、コンタクトが可能であった者（1,479人）を母数とすると、面接調査の回答率は35.5%、自己記入式調査票の回答率は39.4%であった。

調査期間中から回収率向上のために、2度にわたる協力率向上施策（2013年11月22日、12月5日）を実行したものの、回収率の大きな改善は見られなかった。協力向上施策としては、調査期間の延長、未接触の対象者への依頼状再送付と訪問可能日時の連絡要請、予備サンプルへの調査依頼、調査進捗が進んでいる調査員による進捗不振地点のサポート実施、“ゆるやかな拒否”に対する再アプローチ、調査員に対する活動計画の個別指導、短期不在者への協力依頼（電話番号の記載がある場合には架電を実施）であった。

回答率が低かった理由としては、面接時間が平均90分と長かったこと、調査テーマの「こころの健康」に対象者が警戒心を抱いた可能性があること、自宅を面接場所としたためプライバシーの確保が難しかったこと、面接時間が長いことから調査期間が長引き、依頼状の送付から訪問までに時間がかかったこと、調査員がCAPIの使用に馴れず面接に手間取った可能性があること、が株式会社日本リサーチセンターの担当者から報告された。

3. 回答者の属性

有効回答者525人の属性を表3-1に示す。男女比はほぼ1:1であり、各年齢層には同数ずつの回答者が分布していた。65歳以上の者は23%であり、2013年のわが国の高齢化率24.1%（内閣府・平成25年版高齢化社会白書）とほぼ同様であった。未婚者は17%であった。家族形態では子と同居する者が46%と多かった。また、ほぼ全員が一人で外出可能な者であった。国籍もほぼ全員が日本国籍と回答した。最終学歴は、高卒が37%と多かったが、大学卒・大学院修了の者も30%を占めた。58%が現在雇用されており、また9%が自営業に就いていた。

4. 主要な調査結果

1) 精神疾患の有病率

DSM-IV-TRによる生涯有病率については(表3-2)、アルコール乱用が17%、ついで大うつ病性障害が6%と生涯有病率が高かった。社交不安障害、特定の恐怖症、全般性不安障害の生涯有病率も2~3%あった。2002-2006年に実施された世界精神保健日本調査(ファースト)と比較すると、アルコール乱用の生涯有病率がファーストで8.4%(Part2重み付け後)であったのが、今回調査では17%に増加していた。一方、例えば大うつ病性障害の生涯有病率はファーストでは6.2%、今回調査は6.3%とほぼ同一であった。しかし社交不安障害の生涯有病率はファーストで1.4%から今回は3.2%と増加していた。また双極I、II型障害の生涯有病率もファーストの0.1%から今回調査では0.8%および0.4%と微増していた。いずれかの精神疾患を生涯に経験した者は27%であり、ファーストの24.2%と類似していた。

DSM-IV-TRによる12ヶ月有病率については(表3-4)、大うつ病性障害(2.7%)、社交不安障害(2.3%)、アルコール乱用(1.5%)の有病率が高い傾向にあった。大うつ病性障害はファーストの2.1%から0.6ポイント増加していた。社交不安障害の有病率はファーストの0.7%から約3倍に増加していた。アルコール乱用はファーストの1.4%(Part2重み付け後)とほぼ同一であった。いずれかの精神疾患を過去12ヶ月間に経験した者は7.6%であり、ファーストの10.0%よりいくらか低かった。

気分、不安障害の有病率は一般に男性よりも女性に高く、心的外傷後ストレス障害の生涯有病率、全般性不安障害の12ヶ月有病率では有意差が見られた。アルコール乱用の生涯有病率は男性で有意に高かった。

年齢別では、精神疾患の生涯有病率は20-34歳あるいは35-44歳といった若年、中年層に多かつ

た(表3-3)。気分・不安障害の12ヶ月有病率は34-44歳、45-54歳という中・壮年層に多かった(表3-5)。

ICD10診断基準による有病率、およびその性別、年齢別分布もほぼ同様の傾向を示した(表3-8~3-13)。

2) 精神疾患と関連する要因

いずれかの気分障害(表3-14)、不安障害(表3-16, 17)、物質関連障害(表3-14, 16)は若年・中年層で相対危険度が高かった。死別・別居・離婚の者では、いずれかの気分障害の相対危険度が高かった(表3-14, 15, 16, 17)。ICD10診断によるいずれかの不安障害の12ヶ月有病率も死別・別居・離婚の者で高かった(表3-17)。

3) 精神疾患による受診行動

全回答者を対象とした場合の、こころの健康に関する受診・相談行動の頻度については、これまでに6.8%が精神科医を、4.7%が一般医(精神科医以外)に相談し、また過去12ヶ月間に3.2%が精神科医を、2.5%が一般医を受診していた(表3-18)。ファーストで、過去12ヶ月間には1.5%が精神科医を、1.8%が一般医を受診していたことに比べると、精神科医への受診は2.1倍に、一般医への受診も1.4倍になっている。

精神疾患を経験した者の中での受診行動については、これまでの生涯にいずれかのDSM-IV-TR精神疾患を経験した者142人のうち11.1%が精神科医を、7.7%が一般医を受診していた(表3-19)。また過去12ヶ月間には、DSM-IV-TR精神疾患を経験した者40人のうち12.5%が精神科医を、10.0%が一般医を受診していた(表3-19)。過去12ヶ月間の受診率は、ファーストの7.7%、8.8%と比べると増加していた。

特に大うつ病性障害では、これまでの生涯では大うつ病性障害経験者のうち36.4%が精神科医を、27.3%が一般医を受診しており、医師を受診した者は合計で42.4%となっていた(表3-19)。過去12ヶ月の経験者においても、28.6%が精神科医を、

21.4%が一般医を、医師合計では42.9%が受診していた。これはファーストでの大うつ病性障害のこれまでの経験者で精神科医受診者は18.9%、一般医受診者が12.7%であったのに比べると2倍以上の増加である。気分障害についても同様の傾向が観察された(表3-19)。一方、不安障害による受診率は23-30%と中程度で、ファーストから変化はなかった。物質関連障害については受診率は低かった。この傾向はICD10診断についても同様であった(表3-20)。

4) こころの健康問題への意識・態度

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(表3-21)は、ファースト調査の結果とほぼ同様であった。こころの健康問題による受診が、受診の必要性を感じてから4週間以上遅れた者の理由については「自力で問題に対処したかった」の割合がファーストの69%から15%に減少していた(表3-22)。

5) 精神疾患の治療

精神疾患を経験した者における治療状況では、大うつ病性障害(およびいずれか気分障害)で、特に薬物療法を受けた者の割合が多く、ファースト調査に比べて増加していた(表3-23)。例えばファースト調査では過去12ヶ月間の大うつ病性障害経験者中薬物療法を受けた者は29.5%であったが、今回調査では50%となっていた。一方、精神療法を受けた者はファースト調査の19.3%から今回調査の14.3%と大きな変化はなかった。

6) 精神疾患による社会機能障害

過去12ヶ月間に精神疾患を経験した者における社会機能障害をSheehan尺度により各領域(0-10点)および合計(0-40点)で評価した(表3-24, 25)。躁病あるいは軽躁病エピソード、大うつ病性障害で社会機能障害が高かった。精神疾患による社会機能障害の程度は、ファースト調査とほぼ同様であった。大うつ病性障害、躁病あるいは軽躁病エピソード(ICD10の場合)および全般性不安障害(DSM-IV-TRの場合)では病気による年

間の休業日数が長かった(表3-26, 27)。

7) 自覚的な心身の健康度

自覚的な身体的、精神的健康度を5段階で評定してもらった分布を表3-28と29に示す。身体的、精神的健康度がよい(「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者はそれぞれ75%、78%であった。これはファースト調査でそれぞれ53%、59%であったのと比べると高くなっている。

8) 自殺についての考え

これまでに本気で自殺を考えた者は全回答者の5.5%であった(表3-30)。これはファースト調査の9.7%と比べて低かった。過去12ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の1.2%であった(表3-31)。これはファースト調査の1.2%と同じであった。

9) その他の項目

精神病症状セクションの回答者492人のうち、精神病症状の生涯経験者は、幻覚(9人、夢を見ている時やアルコール・薬の影響以外で、以下同様)、幻聴(6人)、心をあやつられた(0人)、自分の心が占領された(1人)、あやしげな力が交流をもととした(0人)、危害を加えられたり後をつけられた(1人)であり、いずれかの該当者は14名(2.8%)であった。過去12か月間にいずれかを体験した者は1人(0.2%)であった。

65歳以下の対象者405人中、6ヶ月以上の自宅へのひきこもりの経験がこれまでにある者は8人(1.3%)、開始年齢は15~49歳であった。1人が過去7-12ヶ月前まで、7人が過去12ヶ月以前にひきこもりを終了していた。一方、子供を持つ回答者356人中、6ヶ月以上自宅にひきこもっている子供がいると回答した者は3人(0.5%)であった。これはファースト調査とほぼ同じであった。

10) 新旧スクリーニング質問の一致度

回答者525人のデータをもとに、新質問文が作成された14のスクリーニング質問について、旧の質問への回答が「いいえ」の者における新の質問

への回答を確認した。その結果、これらの全てのスクリーニング質問について、旧質問に「いいえ」と回答した者で新質問に「はい」と回答した者はいなかった。新旧の質問を入れ替えることで、疾患の診断評価に影響が生じる可能性は低いと考えられた。

D. 考察

1. 調査の実施状況について

1) 調査内容の決定について

調査項目については、予備調査および関係者での検討会を重ねて決定した。CIDIの診断セクションについては、精神病スクリーニング(PS)セクションを追加したことがファースト調査とくらべての大きな変化である。精神病スクリーニングセクションのみでは統合失調症などの精神病性障害を診断することはできないが、これまで評価できていた気分、不安、物質使用障害に加えてこの重要な精神疾患を評価できることには意義がある。また精神症状を呈する神経疾患である「てんかん」のスクリーニング質問および質問票には発達障害の傾向を評価する尺度を含めることにした。これにより本調査はより広い精神疾患を評価できるものとなっている。

14の新しいスクリーニング質問については、平易で受け入れられやすい表現に変更したが、実際には新旧の質問で「はい」の回答に大きな差は生じていなかった。本研究では回答者の負担を考え、新旧2つの質問を全員にはしておらず、また旧質問を前に、新質問を後で質問するなどの順序も固定しているため、厳密な互換性のテストにはなっていない。しかし旧質問で「いいえ」の者で、新質問に「はい」の者がいなかったという事実は、これらのスクリーニング質問を新質問に入れ替えても、疾病の診断評価(特に有病率)には大きな影響がでる可能性は少ないことを示している。しかし、旧質問を新質問に入れ替えて実施するかどうかは今後慎重に検討する予定である。

自己記入式調査票では、生活習慣や慢性疾患、ソーシャルサポート、性格傾向、インターネットの利用などについて回答を求めることとした。性格傾向、インターネットの利用は他の国での世界精神保健調査でも調査されていない要因であり、わが国から新しい知見の発信がなされることが期待される。

2) 回答率と回答者の偏りについて

本年度の調査では、回収率が30%と高くなかった。この原因は十分には明確でないが、調査会社から報告されたように、面接時間が長かったこと、調査テーマの「こころの健康」に対象者が拒否的な態度をとった可能性があること、自宅で調査したためプライバシーの確保が難しかったこと、依頼状の送付から訪問までに時間がかかったこと、調査員がCAPIの使用に馴れず面接に手間取ったことなどが考えられた。回答率は調査結果の妥当性に大きな影響を及ぼす要因であり、次年度以降には50%の回答率を達成すべく、改善を行う予定である。面接に用いるCIDIの内容を精査し質問の分量を圧縮することが必要になる可能性がある。例えば臨床的意義の少ない特定の恐怖などのセクションを面接から除くことも考えられる。さらに本調査の意義を対象者に十分伝えるために依頼は封書で行い、市区町村長などの推薦文などを同封すること、調査名を対象者に受け入れられやすい表現にすること、地点あたりの抽出サンプル数を増やし実査の効率を上げること、自宅以外に面接会場を設けること、などを検討している。

本年度調査への回答者については、性別、年齢分布はほぼ全国の分布と同様であった。しかし一人での外出が可能な者がほとんどであったこと、自覚的な心身の健康度が良好な者がファースト調査よりも多かったことから、健康な状態にある者がより多く参加した可能性があり、その点を考慮して本調査の結果を解釈する必要がある。また本年度調査は関東地方に限定したものであり、精神科医療機関などの精神保健資源が他地域よりも潤沢

である条件下での結果である点にも注意が必要である。

2. 主要な調査結果

1) 精神疾患の有病率

DSM-IV-TR 診断による精神疾患の 12 ヶ月有病率では、大うつ病性障害、社交不安障害、アルコール乱用の頻度が比較的高かった。大うつ病性障害についてはファースト調査における 12 ヶ月有病率 2.1%よりも 0.6 ポイント高い 2.7%であった。この 10 年間で大うつ病性障害がいくらか増加した可能性はあるが、本調査での回答者数が少ないため有意な差ではなかった（カイ二乗値=0.90, $p>0.05$ ）、また都市部では精神疾患の有病率が高い傾向があるため、東京を含む本調査の対象者の特性によるものかもしれない。

一方、社交不安障害の有病率はファースト調査の 0.7%から 2.3%に 3 倍程度に増加しており、統計的にも有意な差であった（カイ二乗値=48.1, $p<0.01$ ）。調査項目および診断ロジックには変更を加えていないため、方法論の問題である可能性は少ない。社交不安障害の生涯有病率も増加しているため、東京を含む本調査の対象者の特性によるものかもしれない。この点はさらに検討が必要である。

2) 精神疾患と関連する要因

精神疾患は若年・中年層に多く、また死別・別居・離婚の者で相対危険度が高かった。ファースト調査と比較すると、大うつ病性障害で 2000 年代には若年層と 55-64 歳の壮年層と 2 つの年齢層に 12 ヶ月有病率が高かったのに対して、今回は壮年層での山は見られなくなっていた。

3) 精神疾患による受診行動

全回答者および精神疾患を経験した者における受診行動はファースト調査とくらべて増加していた。特に大うつ病性障害ではこれが顕著であり、過去 12 ヶ月の経験者のうち 28.6%が精神科医を、21.4%が一般医を、精神科医あるいは一般医

の合計では 42.9%が医師を受診していた。これはファースト調査受診率の 2 倍以上である。国際比較研究では、欧米などの高所得国では精神疾患による医師受診率は 40-50%以上であり (Wang et al, Lancet, 2007)、本調査の結果は、大うつ病性障害についてはその受診率が欧米並みまで上昇した可能性を示すものとなっている。

観察された大うつ病性障害の受診率の高さが、精神医療機関の多い東京周辺自治体を含む本調査の特性による可能性もある。しかしファースト調査では、横浜市の回答者においても受診率は全国と比べて高くなかった。また受診率の高さは大うつ病性障害に特徴的であり、不安障害などの精神疾患ではその改善は明確でなかった。このことから大うつ病性障害の受診率の高さは、過去 10 年間にわたり行われてきた地域および医療機関におけるうつ病の気づきと早期受診のための啓発活動の成果によるものである可能性が高いと考える。しかしながら本調査の回答率の低さ、地域が限定されていることなどの限界を考慮し、最終的な結論を出すには最終年度の全国調査の結果を待つ必要がある。

なお、大うつ病性障害では受診行動の増加と並行して、ファースト調査に比べて薬物療法を受けた者の割合が増加していたことも特徴である。一方、精神療法を受けた者の割合は増加していない。

3) その他の調査結果

こころの健康問題への意識・態度はファースト調査と大きな変化はなかった。この 10 年でのこころの健康問題への国民の意識は大きくは変化していないと思われる。精神疾患による社会機能障害のパターンについてはファースト調査との差異がいくつか見られたが、経験者数が少なく明確な結論は出せない。自覚的な心身の健康度についてはファースト調査とくらべて良好と回答する者が多くなっていた。この点は時代の変化というよりも、回答者の属性（健康な者が調査に参加しやすかった）のためである可能性がある。過去 12 ヶ月間に

本気で自殺を考えた者（自殺念慮を持つ者）は全回答者の 1.2%であり、ファースト調査と同じであった。しかしこれまでに本気で自殺を考えた者はファースト調査の 9.7%から今回調査では 5.5%と半分になっていた。65 歳以上高齢者における自殺念慮を持つ者の割合が特に減少していることから、現在の精神心理状態が変化することによる記憶の変化の結果である可能性が考えられる。この点も今後さらに検討が必要な点である。

本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性がある。回答率を向上させる工夫を行い、2014 および 2015 年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010 年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。

E. 結論

本研究では、3 年間の研究期間に日本全国から二段階無作為抽出により選択された 150 市町村の地域住民から日本人の代表サンプル約 5,000 人を抽出し、調査を実施する。本年度は関東 1 都 6 県（東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県、群馬県、栃木県、茨城県）に居住する日本国籍を持つ 20 歳以上 75 歳未満男女 1,900 人を対象に面接調査と自己記入式調査票の留置調査を行った。長期不在、構造上アプローチ不可、転居・空き地・更地、死亡・病気・入院*、住所不明を除いた 1750 人を母数とした面接調査の回答率は 30.0%であった。

DSM-IV-TR 精神疾患の 12 ヶ月有病率は、大うつ病性障害 (2.7%)、社交不安障害 (2.3%)、アルコール乱用 (1.5%) が比較的高かった。大うつ病性障害の有病率はファースト調査よりわずかに、社交不安障害の有病率はファースト調査の 3 倍に増加していた。精神疾患を経験した者の医師受診率はファースト調査とくらべて高かった。特に大うつ病性障害では顕著であり、過去 12 ヶ月の経験者のうち 28.6%が精神科医を、21.4%が一般医

を、合計すると 42.9%が医師を受診していた。これはファースト調査受診率の 2 倍以上である。これと関連して、大うつ病性障害では薬物療法を受けた者の割合が増加していた。こころの健康問題への意識・態度はファースト調査と大きな変化はなかった。過去 12 ヶ月間に本気で自殺を考えた者は全回答者の 1.2%であり、ファースト調査と同じであった。

本年度調査は関東地方に限定した調査であり、かつ回収率が高くないため回答者が偏った可能性がある。しかし 10 年前に比べて、わが国において大うつ病性障害等がいくらか増加し、また大うつ病性障害による受診率が大幅に改善している可能性を示している。回答率を向上させる工夫を行い、2014 および 2015 年度には国内の他地域の調査を進めることで、2010 年代におけるわが国における精神疾患の有病率、受診率などが明らかになると期待される。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川上憲人. 精神疾患の疫学, 頻度. 日本医師会 (編). 神経・精神疾患診療マニュアル. 南山堂, 2013 (日本医師会雑誌 142 特別号(2), S30-S31.
- 2) 川上憲人. 地域および職場における心の健康の実態、関連要因解明および対策に関する研究. 日本医師会雑誌 2014; 142(10): 2273-2277.
- 3) Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC; World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res. 2014 Jun;53:157-65. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.01.015.
- 3) Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J,