

201419036A

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26年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川上憲人

平成27(2015)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)

The logo for WMHJ2 2013-2016 is displayed in white text on a dark grey rectangular background. The text 'WMHJ2' is in a large, bold, serif font, with '2013-2016' in a smaller, sans-serif font centered below it.

平成26年度総括・分担研究報告書

主任研究者 川上憲人

平成27(2015)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 2014：東日本調査	川上 憲人 …………… 16
2. こころの健康に関する方法論の検討と改善	立森 久照 …………… 65
3. 国際連携	竹島 正 …………… 72
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ……………	86
IV. 研究成果の刊行物・別刷 ……………	88

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。2. 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完了し、来年度に調査を開始することが可能となった。3. WPASEPH2014は国内外の精神保健疫学の研究者が一堂に会する貴重な機会となり、わが国の精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展の可能性を高めた。

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性精神障害の頻度、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を抽出し、調査を実施する。平成25年度は関東地方における調査を実施した。平成26年度は、関東を除く東日本（中部地方を含む）に対する調査を実施した。

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、於奈良）を活用し、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よる討議により精神保健疫学研究に関する国内・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った。

B. 対象と方法

平成 26 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、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の代表サンプルにおいて明らかにすることである。また統合国際診断面接法（CIDI）3.0 による双極性障害の診断評価の妥当性を明らかにする。3. さらに精神保健疫学に関する国際会議を開催して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討議する。

**【方法】**1. 平成 26 年度は東日本（関東を除く、北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県）、山形県、福島県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）から選択された合計 37 地点の 20～74 歳の住民合計 1850 人を対象に面接調査と自己記入式調査票による調査を行った（世界精神保健日本調査セカンド 2014 東日本調査）。2. 双極性障害を有する患者と双極性障害を有しない者に対して 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評価する。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を行う。3. 2014 年 10 月 15 日からの 4 日間、わが国で初めてとなる世界精神医学会の疫学・公衆衛生セクションミーティング 2014 (WPASEPH2014) を奈良市で開催し、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討議した。

**【結果】**1. 2014 年東日本調査の回答者は 852 人であり、転居、死亡、長期不在、住所不明を除いた 1726 人を分母とした回答率は 49%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 (2.5%)、アルコール乱用 (1.2%) が高かった。過去 12 ヶ月間に精神疾患を経験した者のうち 15.0% が精神科医を、2.5% が一般医を受診し、医師受診率は合計で 20.0% であった。世界精神保健日本調査 (2002-2006) とくらべて医師受診全体では 5 ポイントの増加だが、特に精神科医への受診が倍増していた。大うつ病性障害の過去 12 ヶ月経験者でも同様の傾向が見られた。2. 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。研究協力者と調査のフィジビリティを検討し、調査の実施が可能と判断できた。3. WPASEPH2014 の参加者は 280 名を超え、その約半数が海外からの参加者であって、精神医学と公衆衛生学の専門家が多く参加した。英語と日本語での発表が 2 つの会場で同時進行され、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進める上で、精神医学と疫学・公衆衛生学の専門家の協働が必要であることが確認された。

**【結論】**1. 2014 年東日本調査では、2013 年の関東地方調査に比べて回収率を向上させることができた。関東地方以外の東日本地域でも 10 年前に比べて大うつ病性障害等がいくらか増加していること、また精神疾患による精神科医への受診が増加していることが示された。2015 年には西日本地域の調査を進める

## 1. 世界精神保健日本調査セカンド 2014 東日本調査

### 1) 調査対象

本年度は、関東地方を除く東日本（北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県）、山形県、福島県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）に居住する日本国籍を持つ20歳以上75歳未満男女1850人を調査の対象とした。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、一般社団法人新情報センターに委託して実施した。

### 2) 調査方法

調査は、ノートPCを用いて対象者の自宅で行う面接調査と自己記入式調査票による留置調査とで構成されている。

回答率の向上を期待して、本年度は面接調査はスクリーニング調査（第一段調査）（約15分）と継続調査（約30分または約60分）の2段階に分けて実施することとした。スクリーニング調査では、精神疾患の生涯経験を質問し、この調査で既往歴がある可能性が高いと判断された回答者には、精神疾患の詳細なアセスメントを含むロングバージョンの追加調査を依頼した。それ以外の回答者にはショートバージョンの追加調査を依頼した。いずれもスクリーニング調査が終了した段階で、継続調査への依頼を調査員が行い、同意が得られた回答者に同日、または別日に継続調査を行うこととした。また調査時間の短縮のために、特定の恐怖（症）については本年度の調査項目から除くこととした。また関連要因については大幅に短縮した。

面接はノートPC上に保存されたプログラムで動作するWHO 統合国際診断面接（CIDI）に基づいて行われた。調査員はスクリーン上に表示された質問を読み上げ、口頭による回答をパソコンに入力することで調査を実施する。調査の内容は、世帯の構成、精神疾患の症状・期間と生活への影響、保健医療サービスの利用状況、個人と世帯の社会経済状況、子ども時代と成人期の家族関係、社会

的ネットワークの状況、東日本大震災時の経験などである。詳細は平成25年度の報告書を参照のこと。

自己記入式調査票は調査員が対象者の自宅に訪問した際に対象者に手渡した。質問票の回収は、面接調査を後日行う場合、調査員が後日訪問時に回収した。面接調査を当日行う場合や、後日訪問時に未回答の場合には、郵送で受注者に返送することとした。

調査の実施する調査会社の調査員にCIDIの公式トレーナーによる研修を実施した。調査員トレーニングは、計2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。調査員トレーニングは、札幌、仙台、名古屋で実施され、調査員合計31名が参加した。

回答率を向上するための工夫として、調査センターからは調査対象となった各市町村の長に向けて、調査への理解を求める手紙を送付した。

（倫理面への配慮）

本調査は、東京大学大学院医学系研究科・医学部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-(3)）。

## 2. こころの健康に関する方法論の検討と改善

本研究では、以下に述べる内容のCIDI日本語版による双極性障害の診断評価の妥当性の検証を行う。双極性障害を有する患者と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 $\kappa$ 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（MADRS、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と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。



(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）を得た。

### 3. 国際連携

2014年10月15日からの4日間、わが国で初めてとなる世界精神医学会の疫学・公衆衛生セクションミーティング 2014(WPA Section on Epidemiology and Public Health Meeting 2014; WPASEPH2014)を奈良県奈良市で開催し(資料 1)、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した。また、わが国の精神保健医療の行政・実務者が、わが国の精神保健疫学研究の発展に期待することを把握した。

## C. 結果

### 1. 界精神保健日本調査セカンド 2014 東日本調査

#### 1) 回答者とその属性

2014年8月から12月までの調査期間における回答者数は、全対象者1,850人のうち面接調査が856人、自己記入式調査票が907人であった。面接調査への協力者のうち、36人が第一段調査のみで調査を終了した(付録)。634人がショート、186人がロングの第二段調査に回答した。回答データを確認し、必要な面接調査データが得られた者は852人である。調査できなかった者の内訳は、拒否612人、転居72人、死亡4人、長期不在37人、住所不明11人であった。転居、死亡、長期不在、住所不明を除く対象者1,726人を分母とした回答率は49.0%であった。

有効回答者825人の男女比はほぼ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22.5%であった。未婚者は17.8%、家族形態では子と同居する者が51.9%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。最終学歴は、高卒が44%と多かったが、大学卒・

大学院修了の者も23%を占めた。61%が現在雇用されており、また10%が自営業についていた。

#### 2) 主要な調査結果

DSM-IV-TRによる生涯有病率は、アルコール乱用が15.5%、ついで大うつ病性障害が5.3%と高かった。社交不安障害、全般性不安障害の生涯有病率も約1%みられた。DSM-IV-TRによる12ヶ月有病率については(表4)、大うつ病性障害(2.5%)、アルコール乱用(1.2%)が高い傾向にあった。

気分、不安障害の有病率は一般に男性よりも女性に高く、いずれかの不安障害の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歳から55-64歳まではあまり変わらず、65歳以上で低かった。12ヶ月有病率は若年者に多かった。気分・不安障害の12ヶ月有病率は34-44歳に多かった。

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187人のうち16.6%が精神科医を、11.8%が一般医を受診していた(表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15.0%が精神科医を、2.5%が一般医を受診していた(表19)。過去12ヶ月間の受診率は、ファーストの精神科医7.7%、一般医8.8%とくらべると精神科医への受診が増加していた。

これまでに本気で自殺を考えた者は全回答者の7.7%であった。これはファースト調査の9.7%と比べて低かった。

#### 2. こころの健康に関する方法論の検討と改善、統計解析

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。

### 3. 国際連携

WPASEPH2014は、精神保健疫学と公衆衛生がトラウ

マとそれによるメンタルヘルスの問題の予防、そして悪化の防止にどのように役立つかに焦点を当てると共に、わが国における精神保健疫学の発展とそれによる社会貢献にも焦点を当てた。参加者は280名を超え、その約半数が海外からの参加者であって、精神医学と公衆衛生学の専門家が多く参加した。英語での発表と日本語での発表が2つの会場で同時進行され、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進める上で、精神医学と疫学・公衆衛生学の専門家の協働が必要であることが確認された。

#### D. 考察

##### 1. 世界精神保健日本調査セカンド2014 東日本調査

本年度の調査では、回収率を49%まで高めることに成功した。この理由は、調査を二段階にして、最初の負担の少ない調査に回答してもらってから、継続調査の依頼を行う方式により、より多くの住民に調査を受け入れてもらえるようになったことが大きいと推測される。また自治体向けの説明手紙の発送も効果があったかもしれない。しかしまた一方で、今回の調査は関東地方の調査に比べて都市部が少なかったため、調査への協力率が高かった可能性もある。

2014年東日本調査では、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、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%よりも0.4ポイント高い2.5%であった。この傾向は2013年の関東地方調査と同じであり、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が示唆される。

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15.0%が精神科医を、2.5%が一般医を受診し、医師受診率合計で20.0%であった。過去12ヶ月間の受診率は、ファーストでは精神科医7.7%、一般医8.8%、医師受診率合計14.8%であり、医師受診全体で5ポイントの増加、特に精神科医への受診は倍増していた。大うつ病

性障害の過去12ヶ月経験者でも同様の傾向が見られた。大うつ病性障害の過去12ヶ月経験者の19.0%が精神科医を受診し、一方一般医受診者はなかった。ファースト調査の精神科医14.8%、一般医6.8%、合計で医師受診21.6%に比べると、合計の医師受診率はわずかな減少だが、精神科医受診は4ポイント増であり、一般医から精神科受診へと受診行動がシフトしていることが推測される。

2013年度の関東地方調査でも、大うつ病性障害の精神科医受診率の増加が観察された。今回、精神医療機関が必ずしも多いとはいえない地方も含んだ調査で、この傾向が確認されたことの意義は大きい。精神疾患、特に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。しかし最終的な結論を出すには2015年の調査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

研究協力者と調査のフィージビリティを検討し、調査の実施が可能と判断できた。また研究協力者と検討の結果、円滑な調査の実施のためには使用するCIDIの質問文や教示法を改良することが必要であることが分かった。しかし、本研究は既に地域調査で使用されているバージョンのCIDIによる診断評価の妥当性を検討することを目的とするために、本研究でそのバージョンと異なるバージョンのCIDIを使用することは適切でない。そこで、質問文や教示法の変更などの大きな変更点については今後のCIDIのメジャー・バージョンの際に資する情報として整理し、質問の趣旨に影響にしない軽微な変更（主に調査員の面接実施を支援するツールの作成など）のみ適用することとした。後者について必要な変更を施したCIDIのコンピュータ面接プログラムの修正および回答者用小冊子などの修正を完了した。

##### 3. 国際連携

WPASEPH2014 は国内外の精神保健疫学の研究



者が一堂に会する貴重な機会となり、わが国の精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展の可能性を高めた。今後は、WPASEPH2014の成果を絶やすことなく、国内における精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展のための学術プログラム実施、世界精神保健日本調査の成果の自治体レベルでの活用のための検討、精神保健医療福祉のニーズ調査の検討等を行い、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進めていくことが望まれる。

## E. 結論

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日本の代表サンプルにおいて明らかにすることである。また統合国際診断面接法(CIDI)3.0による双極性障害の診断評価の妥当性を明らかにする。3. さらに精神保健疫学に関する国際会議を開催して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討議する。

1. 平成26年度は東日本(関東を除く、北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県)、山形県、福島県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県)から選択された合計37地点の20~74歳の住民合計1850人を対象に面接調査と自己記入式調査票による調査を行った(世界精神保健日本調査セカンド2014東日本調査)。2. 双極性障害を有する患者と双極性障害を有しない者に対して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評価する。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を行う。3. 2014年10月15日からの4日間、わが国で初めてとなる世界精神医学会の疫学・公衆衛生セッションミーティング

2014(WPASEPH2014)を奈良市で開催し、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討議した。

1. 2014年東日本調査の回答者は852人であり、転居、死亡、長期不在、住所不明を除いた1726人を分母とした回答率は49%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

(2.5%)、アルコール乱用(1.2%)が高かった。過去12ヶ月間に精神疾患を経験した者のうち15.0%が精神科医を、2.5%が一般医を受診し、医師受診率は合計で20.0%であった。世界精神保健日本調査(2002-2006)とくらべて医師受診全体では5ポイントの増加だが、特に精神科医への受診が倍増していた。大うつ病性障害の過去12ヶ月経験者でも同様の傾向が見られた。2. 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。研究協力者と調査のフィージビリティを検討し、調査の実施が可能と判断できた。3. WPASEPH2014の参加者は280名を超え、その約半数が海外からの参加者であって、精神医学と公衆衛生学の専門家が多く参加した。英語と日本語での発表が2つの会場で同時進行され、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進める上で、精神医学と疫学・公衆衛生学の専門家の協働が必要であることが確認された。

1. 2014年東日本調査では、2013年の関東地方調査に比べて回収率を向上させることができた。関東地方以外の東日本地域でも10年前に比べて大うつ病性障害等がいくらか増加していること、また精神疾患による精神科医への受診が増加していることが示された。2015年には西日本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。2. 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完了し、来年度に調査を開始することが可能となった。3. WPASEPH2014は国内外の精神保健疫学の研究者が一堂に会する

貴重な機会となり、わが国の精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展の可能性を高めた。

#### F. 健康危機情報

該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1: Stickley A, Koyanagi A, Kawakami N; WHO World Mental Health Japan Survey Group. Childhood adversities and adult-onset chronic pain: Results from the World Mental Health Survey, Japan. *Eur J Pain*. 2015 Mar 2. doi:

10.1002/ejp.672. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25736867.

2: Kanehara A, Umeda M, Kawakami N; the World Mental Health Japan Survey Group. Barriers to mental health care in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Dec 18. doi:

10.1111/pcn.12267. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25523280.

3: Scott KM, Al-Hamzawi AO, Andrade LH, Borges G, Caldas-de-Almeida JM, Fiestas F, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Levinson D, Lim CC, Navarro-Mateu F, Okoliyski M, Posada-Villa J, Torres Y, Williams DR, Zakhosha V, Kessler RC. Associations between subjective social status and DSM-IV mental disorders: results from the World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*. 2014 Dec 1;71(12):1400-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1337. PubMed PMID: 25354080.

4: Kessler RC, Rose S, Koenen KC, Karam EG, Stang PE, Stein DJ, Heeringa SG, Hill ED, Liberzon I, McLaughlin KA, McLean SA, Pennell BE, Petukhova M, Rosellini AJ, Ruscio AM,

Shahly V, Shalev AY, Silove D, Zaslavsky AM, Angermeyer MC, Bromet EJ, de Almeida JM, de Girolamo G, de Jonge P, Demyttenaere K, Florescu SE, Gureje O, Haro JM, Hinkov H, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Lee S, Medina-Mora ME, Murphy SD, Navarro-Mateu F, Piazza M, Posada-Villa J, Scott K, Torres Y, Carmen Viana M. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2014 Oct;13(3):265-74. doi: 10.1002/wps.20150. PubMed PMID: 25273300; PubMed Central PMCID: PMC4219068.

5: Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, Lim SS, Wolock TM, Roberts DA, Dansereau EA, Graetz N, Barber RM, Brown JC, Wang H, Duber HC, Naghavi M, Dicker D, Dandona L, Salomon JA, Heuton KR, Foreman K, Phillips DE, Fleming TD, Flaxman AD, Phillips BK, Johnson EK, Coggeshall MS, Abd-Allah F, Abera SF, Abraham JP, Abubakar I, Abu-Raddad LJ, Abu-Rmeileh NM, Achoki T, Adeyemo AO, Adou AK, Adsuar JC, Agardh EE, Akena D, Al Khabouri MJ, Alasfoor D, Albittar MI, Alcalá-Cerra G, Alegretti MA, Alemu ZA, Alfonso-Cristancho R, Alhabib S, Ali R, Alla F, Allen PJ, Alsharif U, Alvarez E, Alvis-Guzman N, Amankwaa AA, Amare AT, Amini H, Ammar W, Anderson BO, Antonio CA, Anwari P, Arnlöv J, Arsenijevic VS, Artaman A, Asghar RJ, Assadi R, Atkins LS, Badawi A, Balakrishnan K, Banerjee A, Basu S, Beardsley J, Bekele T, Bell ML, Bernabe E, Beyene TJ, Bhala N, Bhalla A, Bhutta ZA, Abdulhak AB, Binagwaho A, Blore JD, Basara BB, Bose D, Brainin M, Breitborde N, Castañeda-Orjuela CA, Catalá-López F, Chadha VK, Chang JC, Chiang PP, Chuang TW, Colomar M, Cooper LT, Cooper C, Courville KJ, Cowie BC,

Criqui MH, Dandona R, Dayama A, De Leo D, Degenhardt L, Del Pozo-Cruz B, Deribe K, Des Jarlais DC, Dessalegn M, Dharmaratne SD, Dilmen U, Ding EL, Driscoll TR, Durrani AM, Ellenbogen RG, Ermakov SP, Esteghamati A, Faraon EJ, Farzadfar F, Fereshtehnejad SM, Fijabi DO, Forouzanfar MH, Fra Paleo U, Gaffikin L, Gamkrelidze A, Gankpé FG, Geleijnse JM, Gessner BD, Gibney KB, Ginawi IA, Glaser EL, Gona P, Goto A, Gouda HN, Gughani HC, Gupta R, Gupta R, Hafezi-Nejad N, Hamadeh RR, Hammami M, Hankey GJ, Harb HL, Haro JM, Havmoeller R, Hay SI, Hedayati MT, Pi IB, Hoek HW, Hornberger JC, Hosgood HD, Hotez PJ, Hoy DG, Huang JJ, Iburg KM, Idrisov BT, Innos K, Jacobsen KH, Jeemon P, Jensen PN, Jha V, Jiang G, Jonas JB, Juel K, Kan H, Kankindi I, Karam NE, Karch A, Karema CK, Kaul A, Kawakami N, Kazi DS, Kemp AH, Kengne AP, Keren A, Kereselidze M, Khader YS, Khalifa SE, Khan EA, Khang YH, Khonelidze I, Kinfu Y, Kinge JM, Knibbs L, Kokubo Y, Kosen S, Defo BK, Kulkarni VS, Kulkarni C, Kumar K, Kumar RB, Kumar GA, Kwan GF, Lai T, Balaji AL, Lam H, Lan Q, Lansingh VC, Larson HJ, Larsson A, Lee JT, Leigh J, Leinsalu M, Leung R, Li Y, Li Y, De Lima GM, Lin HH, Lipshultz SE, Liu S, Liu Y, Lloyd BK, Lotufo PA, Machado VM, Maclachlan JH, Magis-Rodriguez C, Majdan M, Mapoma CC, Marcenes W, Marzan MB, Masci JR, Mashal MT, Mason-Jones AJ, Mayosi BM, Mazorodze TT, McKay AC, Meaney PA, Mehndiratta MM, Mejia-Rodriguez F, Melaku YA, Memish ZA, Mendoza W, Miller TR, Mills EJ, Mohammad KA, Mokdad AH, Mola GL, Monasta L, Montico M, Moore AR, Mori R, Moturi WN, Mukaigawara M, Murthy KS, Naheed A, Naidoo KS, Naldi L, Nangia V, Narayan KM, Nash D, Nejjari C, Nelson RG, Neupane SP, Newton CR, Ng M, Nisar MI, Nolte S, Norheim OF, Nowaseb V, Nyakarahuka L, Oh IH, Ohkubo T, Olusanya BO, Omer SB, Opio JN, Orisakwe OE, Pandian JD, Papachristou C, Caicedo AJ, Patten SB, Paul VK, Pavlin BI, Pearce N, Pereira DM, Pervaiz A, Pesudovs K, Petzold M, Pourmalek F, Qato D, Quezada AD, Quistberg DA, Rafay A, Rahimi K, Rahimi-Movaghar V, Ur Rahman S, Raju M, Rana SM, Razavi H, Reilly RQ, Remuzzi G, Richardus JH, Ronfani L, Roy N, Sabin N, Saeedi MY, Sahraian MA, Samonte GM, Sawhney M, Schneider IJ, Schwebel DC, Seedat S, Sepanlou SG, Servan-Mori EE, Sheikhabahaei S, Shibuya K, Shin HH, Shiue I, Shivakoti R, Sigfusdottir ID, Silberberg DH, Silva AP, Simard EP, Singh JA, Skirbekk V, Sliwa K, Soneji S, Soshnikov SS, Sreeramareddy CT, Stathopoulou VK, Stroumpoulis K, Swaminathan S, Sykes BL, Tabb KM, Talongwa RT, Tenkorang EY, Terkawi AS, Thomson AJ, Thorne-Lyman AL, Towbin JA, Traebert J, Tran BX, Dimbuene ZT, Tsilimbaris M, Uchendu US, Ukwaja KN, Uzun SB, Vallely AJ, Vasankari TJ, Venketasubramanian N, Violante FS, Vlassov VV, Vollset SE, Waller S, Wallin MT, Wang L, Wang X, Wang Y, Weichenthal S, Weiderpass E, Weintraub RG, Westerman R, White RA, Wilkinson JD, Williams TN, Woldeyohannes SM, Wong JQ, Xu G, Yang YC, Yano Y, Yentur GK, Yip P, Yonemoto N, Yoon SJ, Younis M, Yu C, Jin KY, El Sayed Zaki M, Zhao Y, Zheng Y, Zhou M, Zhu J, Zou XN, Lopez AD, Vos T. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 Sep 13;384(9947):1005–70. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60844-8. Epub 2014 Jul 22. Erratum in: *Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1504. *Lancet*. 2014 Sep

13;384(9947):956. PubMed PMID: 25059949; PubMed Central PMCID: PMC4202387.

6: Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L, Friedman MJ, Hill ED, Maercker A, Petukhova M, Shahly V, van Ommeren M, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Jonge P, Demyttenaere K, Florescu S, Karam EG, Kawakami N, Matschinger H, Okoliyski M, Posada-Villa J, Scott KM, Viana MC, Kessler RC. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depress Anxiety*. 2014 Jun;31(6):494-505. doi: 10.1002/da.22279. PubMed PMID: 24894802; PubMed Central PMCID: PMC4211431.

7: Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, Gonzalez-Medina D, Barber R, Huynh C, Dicker D, Templin T, Wolock TM, Ozgoren AA, Abd-Allah F, Abera SF, Abubakar I, Achoki T, Adelekan A, Ademi Z, Adou AK, Adsuar JC, Agardh EE, Akena D, Alasfoor D, Alemu ZA, Alfonso-Cristancho R, Alhabib S, Ali R, Al Kahbouri MJ, Alla F, Allen PJ, AlMazroa MA, Alsharif U, Alvarez E, Alvis-Guzmán N, Amankwaa AA, Amare AT, Amini H, Ammar W, Antonio CA, Anwari P, Arnlöv J, Arsenijevic VS, Artaman A, Asad MM, Asghar RJ, Assadi R, Atkins LS, Badawi A, Balakrishnan K, Basu A, Basu S, Beardsley J, Bedi N, Bekele T, Bell ML, Bernabe E, Beyene TJ, Bhutta Z, Bin Abdulhak A, Blore JD, Basara BB, Bose D, Breitborde N, Cárdenas R, Castañeda-Orjuela CA, Castro RE, Catalá-López F, Cavlin A, Chang JC, Che X, Christophi CA, Chugh SS, Cirillo M, Colquhoun SM, Cooper LT, Cooper C, da Costa Leite I, Dandona L, Dandona R, Davis A, Dayama A, Degenhardt L, De Leo D, del Pozo-Cruz B, Deribe K, Dessalegn M, deVeber GA, Dharmaratne SD, Dilmen U, Ding EL, Dorrington RE, Driscoll TR, Ermakov SP, Esteghamati A, Faraon EJ, Farzadfar F, Felicio MM, Fereshtehnejad SM, de Lima GM, Forouzanfar MH, França EB, Gaffikin L, Gambashidze K, Gankpé FG, Garcia AC, Geleijnse JM, Gibney KB, Giroud M, Glaser EL, Goginashvili K, Gona P, González-Castell D, Goto A, Gouda HN, Gughani HC, Gupta R, Gupta R, Hafezi-Nejad N, Hamadeh RR, Hammami M, Hankey GJ, Harb HL, Havmoeller R, Hay SI, Pi IB, Hoek HW, Hosgood HD, Hoy DG, Husseini A, Idrisov BT, Innos K, Inoue M, Jacobsen KH, Jahangir E, Jee SH, Jensen PN, Jha V, Jiang G, Jonas JB, Juel K, Kabagambe EK, Kan H, Karam NE, Karch A, Karema CK, Kaul A, Kawakami N, Kazanjan K, Kazi DS, Kemp AH, Kengne AP, Kereselidze M, Khader YS, Khalifa SE, Khan EA, Khang YH, Knibbs L, Kokubo Y, Kosen S, Defo BK, Kulkarni C, Kulkarni VS, Kumar GA, Kumar K, Kumar RB, Kwan G, Lai T, Lalloo R, Lam H, Lansingh VC, Larsson A, Lee JT, Leigh J, Leinsalu M, Leung R, Li X, Li Y, Li Y, Liang J, Liang X, Lim SS, Lin HH, Lipshultz SE, Liu S, Liu Y, Lloyd BK, London SJ, Lotufo PA, Ma J, Ma S, Machado VM, Mainoo NK, Majdan M, Mapoma CC, Marcenes W, Marzan MB, Mason-Jones AJ, Mehndiratta MM, Mejia-Rodriguez F, Memish ZA, Mendoza W, Miller TR, Mills EJ, Mokdad AH, Mola GL, Monasta L, de la Cruz Monis J, Hernandez JC, Moore AR, Moradi-Lakeh M, Mori R, Mueller UO, Mukaigawara M, Naheed A, Naidoo KS, Nand D, Nangia V, Nash D, Nejjari C, Nelson RG, Neupane SP, Newton CR, Ng M, Nieuwenhuijsen MJ, Nisar MI, Nolte S, Norheim OF, Nyakarahuka L, Oh IH, Ohkubo T, Olusanya BO, Omer SB, Opio JN, Orisakwe OE, Pandian JD, Papachristou C, Park JH, Caicedo AJ, Patten SB, Paul VK, Pavlin BI, Pearce N, Pereira DM, Pesudovs K, Petzold M, Poenaru D, Polanczyk GV, Polinder S, Pope D, Pourmalek F, Qato D, Quistberg DA, Rafay A,

Rahimi K, Rahimi-Movaghar V, ur Rahman S, Raju M, Rana SM, Refaat A, Ronfani L, Roy N, Pimienta TG, Sahraian MA, Salomon JA, Sampson U, Santos IS, Sawhney M, Sayinzoga F, Schneider IJ, Schumacher A, Schwebel DC, Seedat S, Sepanlou SG, Servan-Mori EE, Shakh-Nazarova M, Sheikhabaei S, Shibuya K, Shin HH, Shiue I, Sigfusdottir ID, Silberberg DH, Silva AP, Singh JA, Skirbekk V, Sliwa K, Soshnikov SS, Sposato LA, Sreeramareddy CT, Stroumpoulis K, Sturua L, Sykes BL, Tabb KM, Talongwa RT, Tan F, Teixeira CM, Tenkorang EY, Terkawi AS, Thorne-Lyman AL, Tirschwell DL, Towbin JA, Tran BX, Tsilimbaris M, Uchendu US, Ukwaja KN, Undurraga EA, Uzun SB, Vallely AJ, van Gool CH, Vasankari TJ, Vavilala MS, Venketasubramanian N, Villalpando S, Violante FS, Vlassov VV, Vos T, WallerS, Wang H, Wang L, Wang X, Wang Y, Weichenthal S, Weiderpass E, Weintraub RG, Westerman R, Wilkinson JD, Woldeyohannes SM, Wong JQ, Wordofa MA, Xu G, Yang YC, Yano Y, Yentur GK, Yip P, Yonemoto N, Yoon SJ, Younis MZ, Yu C, Jin KY, El Sayed Zaki M, Zhao Y, Zheng Y, Zhou M, Zhu J, Zou XN, Lopez AD, Naghavi M, Murray CJ, Lozano R. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014 Sep 13;384(9947):980–1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6. Epub 2014 May 2. Erratum in: *Lancet*. 2014 Sep 13;384(9947):956. PubMed PMID: 24797575; PubMed Central PMCID: PMC4255481.

8: Ochi M, Fujiwara T, Mizuki R, Kawakami N; World Mental Health Japan Survey Group. Association of socioeconomic status in childhood with major depression and generalized anxiety disorder: results from the

World Mental Health Japan survey 2002–2006. *BMC Public Health*. 2014 Apr 14;14:359. doi: 10.1186/1471-2458-14-359. PubMed PMID: 24735450; PubMed Central PMCID: PMC3991871.

## 2. 学会発表

立森久照. (シンポジウム) わが国の common mental disorders の頻度, 疾病負荷, 受療行動, WPA Section on Epidemiology and Public Health -2014 Meeting, Nara, Japan, 2014. 10. 15.

## 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リーボード

笠井清登 東京大学医学部付属病院・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26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2014：東日本調査結果

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 石川華子 東京大学大学院医学系研究科・特任研究員  
下田陽樹 東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生  
安藤絵美子 東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生  
北川砂織 東京大学大学院医学系研究科・学術支援員  
宮本かりん 東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生  
梅田麻希 東京大学大学院医学系研究科・客員研究員

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市町村の地域住民から日本人の代表サンプルを抽出し、面接調査を実施する。平成26年度は東日本（関東を除く、北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県）、山形県、福島県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県）から選択された合計37地点の20～74歳の住民合計1850人を対象に面接調査と自己記入式調査票による調査を行った。回答者は852人であり、転居72人、死亡4人、長期不在37人、住所不明11人を除いた1726人を分母とした回答率は49%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(2.5%)、アルコール乱用(1.2%)が比較的高かった。世界精神保健日本調査(2002-2006)に比べて、大うつ病性障害の有病率は0.4ポイント増加していた。一方、過去12ヶ月間に精神疾患を経験した者のうち15.0%が精神科医を、2.5%が一般医を受診し、医師受診率は合計で20.0%であった。世界精神保健日本調査(2002-2006)では、過去12ヶ月間の受診率は精神科医7.7%、一般医8.8%、医師受診率合計14.8%であり、医師受診全体では5ポイントの増加だが特に精神科医への受診が倍増していた。大うつ病性障害の過去12ヶ月経験者でも同様の傾向が見られ、一般医から精神科受診へと受診行動がシフトしていることが推測された。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0.7%であり、ファースト調査より低かった。【結論】2014年調査では、2013年の関東地方調査に比べて回収率を向上させることができた。関東地方以外の東日本地域でも10年前に比べて大うつ病性障害等がいくらか増加していること、また精神疾患による精神科医への受診が増加していることが示された。2015年には西日本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年度に実施した関東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) の調査では、525人から回答を得たが、長期不在、転居、死亡、住所不明で接触できなかった者を除いた回答率は30.0%と低かった。平成26年度は回答率をあげるために調査方法を改善し、関東地方を除く東日本の地域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、関東地方を除く東日本 (北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県)、山形県、福島県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県) に居住する日本国籍を持つ20歳以上75歳未満男女1850人を調査の対象とした。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、一般社団法人新情報センターに委託して実施した。

調査対象者の抽出は以下のとおりである。

- 1) 北海道・東北・北陸・甲信越・東海エリアの市区町村を、①政令市及び特別区 (大都市)、②人口20万以上の市 (中都市)、③人口20万人未満の市 (小都市)、④郡部の町村の4層に分け、各層の人口に比例した37地点を無作為に抽出した。
- 2) 住民基本台帳に基づき、各地点から20歳以上

75歳未満の男女を50人抽出し、37地点×50標本=合計1,850標本とする。

## 2. 調査方法

### 1) 調査方法の改善

調査は、ノートPCを用いて対象者の自宅で行う面接調査と自己記入式調査票による留置調査とで構成されている。

回答率の向上を期待して、本年度は面接調査はスクリーニング調査（第一段調査）（約15分）と継続調査（約30分または約60分）の2段階に分けて実施することとした。スクリーニング調査では、精神疾患の生涯経験を質問し、この調査で既往歴がある可能性が高いと判断された回答者には、精神疾患の詳細なアセスメントを含むロングバージョンの追加調査を依頼した。それ以外の回答者にはショートバージョンの追加調査を依頼した。いずれもスクリーニング調査が終了した段階で、継続調査への依頼を調査員が行い、同意が得られた回答者に同日、または別日に継続調査を行うこととした。また調査時間の短縮のために、特定の恐怖（症）については本年度の調査項目から除くこととした。また関連要因については大幅に短縮した。

面接はノートPC上に保存されたプログラムで動作するWHO統合国際診断面接（CIDI）に基づいて行われた。調査員はスクリーン上に表示された質問を読み上げ、口頭による回答をパソコンに入力することで調査を実施する。調査の内容は、世帯の構成、精神疾患の症状・期間と生活への影響、保健医療サービスの利用状況、個人と世帯の社会経済状況、子ども時代と成人期の家族関係、社会的ネットワークの状況、東日本大震災時の経験などである。詳細は平成25年度の報告書を参照のこと。

自己記入式調査票は調査員が対象者の自宅に訪問した際に対象者に手渡した。質問票の回収は、面接調査を後日行う場合、調査員が後日訪問時に回収した。面接調査を当日行う場合や、後日訪問

時に未回答の場合には、郵送で受注者に返送することとした。

調査対象者に、訪問の前に事前の調査案内を封書で発送し、調査の趣旨と訪問時期を予告した。挨拶状及び不在者連絡票、自己記入式質問票、調査説明文書、同意書、返信用封筒を調査対象者ごとに1部、また面接調査用小冊子（A4版の冊子体で約45ページ）を調査員ごとに1部印刷し、調査員が訪問時に持参した。

調査対象者が平日昼間時間帯に接触が図りにくいことから、週末などを含めた訪問、挨拶状、不在票通知など、接触可能性をあげるために十分な配慮をすること。また、不在の場合は日時を変えて3回以上訪問することとした。

調査協力者への謝礼としてクオカードを用意した。クオカードの金額は、調査の長さに応じて合計2,500円、または3,500円のいずれかであり、第一段調査への回答には全員1,000円分を、第二段調査についてショートバージョンの場合には1,000円分を、ロングバージョンの場合には2,000円分を手渡した。また自己記入式調査票への回答には全員500円分を手渡した。

調査実施中に対象者からの問い合わせに対応するために、以下のような体制を整えた。

(1)フリーダイアルの問い合わせ窓口を設定し、受付担当者の体制を整える。

(2)調査依頼の文書に受注者のホームページのURLと問い合わせ用のメールアドレスを記載する。

(3)ホームページに調査実施の告知をし、問い合わせ用のフリーダイアルとメールアドレスを記載する。

(4)上記問い合わせ体制は委託業務期間中とし、時間は平日の午前9時から午後6時と土日・祭日の午前9時から午後5時とする。

### 2) 調査員訓練

調査の実施する調査会社の調査員にCIDIの公式トレーナーによる研修を実施した。調査員トレ

ーニングは、計2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。調査員トレーニングは、札幌、仙台、名古屋で実施され、調査員合計31名が参加した。

### 3) 回答率向上のための工夫

回答率を向上するための工夫として、調査センターからは調査対象となった各市町村の長に向けて、調査への理解を求める手紙を送付した。

### 4) 倫理的配慮

本調査は、東京大学大学院医学系研究科・医学部の研究倫理審査委員会にて審査を受け、必要な修正等を行った上で承認された(審査番号10131-(3))。

## C. 結果

### 1. 2014年東日本調査

#### 1) 回答者数と回答率

2014年8月から12月までの調査期間における回答者数は、全対象者1,850人のうち面接調査が856人、自己記入式調査票が907人であった。面接調査への協力者のうち、36人が第一段調査のみで調査を終了した(付録)。634人がショート、186人がロングの第二段調査に回答した。回答データを確認し、必要な面接調査データが得られた者は852人である。調査できなかつた者の内訳は、拒否612人、転居72人、死亡4人、長期不在37人、住所不明11人であった。転居、死亡、長期不在、住所不明を除く対象者1,726人を分母とした回答率は49.0%であった。

#### 2) 回答者の属性

有効回答者825人の属性を表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22.5%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17.8%であった。家族形態では子と同居

する者が51.9%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。最終学歴は、高卒が44%と多かったが、大学卒・大学院修了の者も23%を占めた。61%が現在雇用されており、また10%が自営業についていた。

### 3) 主要な調査結果

#### (1) 精神疾患の有病率

DSM-IV-TRによる生涯有病率は(表2)、アルコール乱用が15.5%、ついで大うつ病性障害が5.3%と高かった。社交不安障害、全般性不安障害の生涯有病率も約1%みられた。2013年の関東地方調査および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は、ファーストで8.4%(Part2重み付け後)よりは高かったが、関東地方調査の17%と同じ程度であった。大うつ病性障害の生涯有病率はファーストでは6.2%、関東地方調査で6.3%であり、これらよりやや低かった。社交不安障害の生涯有病率は、ファーストの1.4%、関東地方調査の3.2%と比べると低かった。双極I、II型障害の生涯有病率はファーストの0.1%よりもやや高く、関東地方調査の0.8%および0.4%と近かった。いずれかの精神疾患を生涯に経験した者は21.9%であった。特定の恐怖症を除いた場合の生涯有病率はファーストで15.8%、関東地方調査で25.2%であり、これらよりも高くなっていた。

DSM-IV-TRによる12ヶ月有病率については(表4)、大うつ病性障害(2.5%)、アルコール乱用(1.2%)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0.4ポイント増加していた。アルコール乱用の頻度はファーストの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4.7%であり、特定の恐怖症を除いた場合の関東地方調査の6.8%、ファーストの6.1%より低かった。

気分、不安障害の有病率は一般に男性よりも女

性に高く、いずれかの不安障害の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歳から55-64歳まではあまり変わらず、65歳以上で低かった(表3)。12ヶ月有病率は若年者に多かった(表5)。気分・不安障害の12ヶ月有病率は34-44歳に多かった。

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8~13)。

## (2) 精神疾患と関連する要因

生涯診断については、いずれかの気分障害は大卒以上で、不安障害は女性、引退後の者で、物質関連障害は若年から中年層、高卒未満の者、雇用状況がその他の者で相対危険度が高かった(表14)。12ヶ月診断では、不安障害は女性、引退後の者で、物質関連障害は学生で相対危険度が高かった(表14)。

## (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5.2%が精神科医を、4.3%が一般医(精神科医以外)に相談し、また過去12ヶ月間に1.6%が精神科医を、1.2%が一般医を受診していた(表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結果と類似していた。関東地方調査と比べると受診率が低かった。

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187人のうち16.6%が精神科医を、11.8%が一般医を受診していた(表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15.0%が精神科医を、2.5%が一般医を受診していた(表19)。過去12ヶ月間の受診率は、ファーストの精神科医7.7%、一般医8.8%とくらべると精神科医への受診が増加していた。

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33.3%が精神科医を、17.8%が一般医を受診しており、医師を受診した者は合計で37.8%となっていた(表19)。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精神科医への受診が2倍以上の増加である。しかし過去12ヶ月の経験者においては、19.0%が精神科医を受診するものの、一般医を受診した者はなかった。不安障害による医師受診率も生涯で68%と高かった。しかし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は、ファースト調査の結果とほぼ同様であった(表21)。

## (5) 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22-23)。大うつ病性障害、PTSD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24-25)。

## (6) 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26と27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66.9%、70.8%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。

## (7) 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

7.7%であった（表 28）。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 0.7%であった（表 29）。これはファースト調査の 1.2%より低かった。

## 2. 2013 および 2014 調査を合わせた集計結果

### 1) 精神疾患の有病率

2013 調査および 2014 調査のデータを合わせた集計を一部の項目について行った。DSM-IV-TR 診断による精神疾患の生涯有病率では、大うつ病性障害が 5.7%、社交不安障害が 1.7%、アルコール乱用が 16.1%と多かった（表 29）。大うつ病性障害、心的外傷後ストレス障害は女性に、アルコール乱用は男性に有意に多かった。アルコール乱用は若年者に多かった。

12 ヶ月有病率では、大うつ病性障害が 2.5%、社交不安障害が 1.0%、全般性不安障害が 1.5%、アルコール乱用が 1.3%と多かった（表 29）。大うつ病性障害、社交不安障害は女性に有意に多かった。いずれかの気分障害、アルコール乱用は若年者に多かった。

### 2) 精神疾患による受診行動

いずれかの精神疾患の生涯経験者のうち 14.3%が精神科医を、10.0%が一般医を、合計で 18.2%が医師を受診していた（表 33）。大うつ病性障害の生涯経験者のうち 34.6%が精神科医を、21.8%が一般医を、合計で 39.7%が医師を受診していた。

過去 12 ヶ月間には、いずれかの精神疾患の経験者のうち 13.8%が精神科医を、6.3%が一般医を、合計で 17.5%が医師を受診していた。これはファースト調査の 14.8%に比べて高かった。大うつ病性障害の経験者のうち 22.9%が精神科医を、8.6%が一般医を、合計で 28.6%が医師を受診していた。これはファースト調査の 21.6%に比べて高かった。

### 3) 自殺についての考え

これまでの生涯に本気で自殺を考えた者の割合は 6.9%で、ファースト調査の 9.7%より低かった（表 34）。自殺の計画をたてた者は 1.2%、自殺を

試みた者は 1.1%であり、これらもファースト調査の 1.8%および 1.6%より低かった。過去 12 ヶ月間に本気で自殺を考えた者の割合は 0.9%で、ファースト調査の 1.2%よりいくらか低かった（表 35）。

## D. 考察

### 1. 調査の実施状況について

本年度の調査では、回収率を 49%まで高めることに成功した。この理由は、調査を二段階にして、最初の負担の少ない調査に回答してもらってから、継続調査の依頼を行う方式により、より多くの住民に調査を受け入れてもらえるようになったことが大きいと推測される。また自治体向けの説明手紙の発送も効果があったかもしれない。しかしまた一方で、今回の調査は関東地方の調査に比べて都市部が少なかったため、調査への協力率が高かった可能性もある。しかし付録に示すように、必ずしも回答率は都市部で低いわけでもなく、むしろ調査方法の改善によるところが大きいと考える。

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。

## 2. 主要な調査結果

### 1) 精神疾患の有病率

2014 年の東日本調査では、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、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%よりも 0.4 ポイント高い 2.5%であった。この傾向は 2013 年の関東地方調査と同じであり、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が示唆される。

### 2) 精神疾患と関連する要因