

## 日本の大都市圏におけるこころの健康に関する疫学調査研究 —WHO「世界精神保健プロジェクト」—

坂上 祐樹\*<sup>1)</sup> 土屋 政雄\*<sup>2)</sup> 堀口 逸子\*<sup>1)</sup>  
岩田 昇\*<sup>3)</sup> 竹島 正\*<sup>4)</sup> 川上 憲人\*<sup>5)</sup>

目的：世界保健機構（WHO）による世界精神保健プロジェクト（World Mental Health；WMH）の一環として、国内11地域で行われた精神疾患を含むこころの健康問題に関する疫学調査のうち、神奈川県Y市で実施した調査の結果をもとに、わが国の大都市圏における精神保健の実態を明らかにする。

対象・方法：対象はY市I区在住の20歳以上の男女1,010名で、調査は調査員と対象者の1対1の面接調査とし、WMH調査票PC（CAPI）を使用した。調査期間は平成17年11月より18年6月である。

結果：有効回答数は377名（回答率は40.9%）であった。精神障害の生涯有病率は男女ともに約40%、12ヵ月有病率は女性が男性の2倍であった。年齢層別では20歳代が最も高かった。障害個別にみると、気分障害では大うつ病性障害の割合が最も高かった。自殺関連行動は男女ともにみられた。これまでにこころの健康に関して精神科医に受診・相談した者は約4%であった。

考察・結論：結果については、これまでの国内外の研究結果と同じような傾向であった。また、大都市圏においても、精神科医と精神科医以外の医師を受診した者の割合に大きな差はなく、医療面からの対応では精神科医以外の医師の役割の重要性が示された。

キーワード：疫学調査、精神疾患、面接調査、大都市圏、世界精神保健日本調査

### 緒言・目的

近年、わが国で増加した自殺の背景には、気分障害等のこころの健康問題が指摘されており、こころの健康対策が精神保健分野の施策に取り入れられるようになった。これは、従来、精神保健行政は統合失調症に対する医療施策が中心で、予防や相談等の保健施策を展開することや統合失調症以外の障害に対する施策については視野の外に置かれがちであったことによる。しかしながら、生活環境の変化が著しい現代社会においては、変化に伴って増大するストレスへ対応するため、こころの健康対策に取り組むことが、国民の精神的健康の維持・向上を図るために重要な課題と認識されるに至った<sup>1)</sup>。特に多くの人口を抱え、環境の変化が顕著な大都市圏においては、こころの健康対策が喫緊の課題である。

こうした背景のなか、自殺対策等、精神保健分野において根拠に基づいた施策立案や実施を行うためには、精神障害の実態把握がきわめて重要である。しかしながら、標準化された調査法を用いた大都市圏を含む全国規模の疫学調査は、昭和38年に実施された全国精神衛生実態調査以降見うけられない<sup>1) 2)</sup>。

世界保健機構（World Health Organization, 以下WHO）は、気分障害、不安障害、物質関連障害等の頻度の高い統合失調症以外の精神障害（common mental disorders）の実態を明らかにするため、国際的な疫学研究プロジェクト「世界精神保健（World Mental Health, 以下WMH）調査」（The World Mental Health Survey Initiative, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>）を実施し、世界30ヵ国が参加した。日本は共同研究国として、平成14年から18年にかけて6県11地域において調査を実施した<sup>2)</sup>。

本研究の目的は、国内で実施された6県11地域のうち、神奈川県Y市の結果をもとに、わが国の大都市圏に位置づけられる地域の精神保健の実態を明らかにすることである。これは、今後の精神保健分野の施策立案や実施の一助となると考えられる。

\* 1) 順天堂大学医学部公衆衛生学講座

\* 2) 独立行政法人労働安全衛生総合研究所作業条件適応研究グループ

\* 3) 広島国際大学心理科学部臨床心理学科

\* 4) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部

\* 5) 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野

〔Nov. 9, 2012 原稿受領〕〔Mar. 18, 2013 掲載決定〕

## 対象・方法

### 1. 調査地域・調査対象

調査は、層化二段階抽出により、神奈川県Y市I区で実施した。

I区の人口は、平成17年10月時点で、163,525人（男性80,690人、女性82,835人）、年齢別割合は15～64歳で66.9%、65歳以上で19.3%、世帯数68,146世帯である。

調査対象者はI区在住の20歳以上の男女で、I区の平成17年選挙人名簿から1,010名を系統抽出した（抽出率約0.7%）。抽出された対象者に調査協力の依頼状を送付した後、死亡、入院、入所、転居が確認された86名を除き、調査への承諾の返信があった者に対して、調査員が電話または訪問で参加の意思を確認し、調査日時を決定した。さらに調査当日、調査目的を再度説明のうえ、書面による同意を得た者に調査を実施した。

調査期間は平成17年11月より18年6月である。

### 2. 調査方法

#### 1) 調査方法

調査方法は、対象者と調査員の1対1の面接調査で、パーソナルコンピューター（以下、PC）を使用した。調査票には世界保健機関統合国際診断面接（WHO-Composite International Diagnostic Interview, 以下、WHO-CIDI）3.0版の日本語訳を含むWMH調査票のPC（CAPI）版を使用した。WHO-CIDIでは回答結果により、統合失調症を除く精神障害がDSM-IV診断基準に従って判定が行われる。面接時間は対象者の回答内容に応じて質問の数が異なるが、平均75分であった。

WMH調査の特徴は、調査票への回答によって精神障害が判定可能なことであり、回答者が医療機関で診断を受けているかどうか、障害を自覚しているかどうかは関係ない。

調査場所は、調査員と1対1で話ができる環境が保たれているところで、原則的には対象者の自宅としたが、対象者の希望により公共施設等のあらかじめ指定した個室も利用した。

#### 2) 調査員

調査員は公募し、WMHのための公式なトレーニングを受けたトレーナーが実施する講習<sup>2)</sup>を受け、トレーナーによる面接試験で適格と認定された19名である。講習では、精神疾患の基礎知識、WHO-CIDI 3.0版の使用法、面接手順等を習得した。調査開始後は、正確かつ円滑に調査が進むよう、トレーナーと調査員らは定期的に情報の共有を行った。

### 3) 調査項目

調査項目は、こころの健康問題（精神障害を含む）の実態や関連要因、相談・受診行動等についてである。

WHO-CIDIのDSM-IV診断では、7つの気分障害「大うつ病性障害、小うつ病性障害、双極I型障害、双極II型障害、気分変調性障害、焦燥性大うつ病性障害、焦燥性小うつ病性障害」、6つの不安障害「パニック障害、パニック障害の既往歴のない広場恐怖、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」、4つの物質関連障害「アルコール乱用、アルコール依存、薬物乱用、薬物依存」、そして間歇性爆発性障害を診断している<sup>3)</sup>。

### 3. 分析

今回は、上記の気分障害、不安障害、物質関連障害、間歇性爆発性障害の「生涯有病率」と「12ヵ月有病率」、「自殺関連行動の頻度」および「こころの健康に関する受診・相談」について分析した。なお、「生涯有病率」は、調査時点までに各精神障害の診断基準を満たす状態を経験していた者の割合、「12ヵ月有病率」は、調査時点から過去12ヵ月間に診断基準を満たす状態を経験していた者の割合である。

分析結果については、すべての対象者の性別、年齢分布をY市の国勢人口における性別、年齢構成に合うように重みづけを行った。統計解析はSAS Version 9.2を用いた。

### 4. 倫理的配慮

順天堂大学医学部の研究倫理審査委員会において調査計画の審査を受け、承認を得た。

対象者はすべて通し番号のみによって識別し、個人が特定できないようにした。調査に使用したPC等は鍵付ロッカーに保管する等、個人情報の管理には細心の注意を払った。

## 結 果

分析対象は、男性191名、女性186名の計377名であった。有効回答率は、調査協力依頼状を送付した1,010名から調査対象外の86名とPCエラーによる

表-1 回答者属性

年齢	（単位%）		
	合計	男性	女性
20～29歳	16.0	16.5	15.5
30～39歳	19.8	20.9	18.9
40～49歳	15.5	16.1	15.0
50～59歳	18.5	18.6	18.5
60～69歳	16.3	15.6	17.0
70歳以上	13.8	12.3	15.2

2名を除いて算出し、40.9%であった。

回答者属性は、全体では30歳代が最も多く、70歳以上が最も少なかった。男女別でも、男女ともに30歳代が最も多かった(表-1)。

表-2 推計生涯有病率(男女別)

	(単位%)		
	合計	男性	女性
気分障害	10.0	6.7	13.3
大うつ病性障害	8.5	5.4	11.5
小うつ病性障害	1.3	1.3	1.3
双極Ⅰ型障害	0.0	0.0	0.0
双極Ⅱ型障害	0.1	0.0	0.3
気分変調症障害	0.7	0.0	1.3
焦燥性大うつ病性障害	0.0	0.0	0.0
焦燥性小うつ病性障害	0.1	0.0	0.3
不安障害	7.1	5.0	9.2
パニック障害	0.9	0.0	1.9
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	0.0	0.0	0.0
社会恐怖	2.0	1.9	2.1
特定の恐怖症	3.0	3.5	2.5
全般性不安障害	1.2	1.3	1.1
外傷後ストレス障害	1.9	0.0	3.7
物質関連障害	16.7	23.6	10.1
アルコール乱用	15.2	22.8	7.9
アルコール依存	1.2	0.8	1.7
薬物乱用	0.3	0.0	0.5
薬物依存	0.0	0.0	0.0
間歇性爆発性障害	2.1	2.6	1.5

1. 今回調査した精神障害の生涯有病率

WHO-CIDIにおけるDSM-IV診断による生涯有病率は、全体で40.0%、男性は39.5%、女性は40.4%であった。年齢層別では、20歳代が最も高く、70歳以上が最も低かった。

主な障害の生涯有病率は、気分障害10.0%、不安障害7.1%、物質関連障害16.7%であった。障害個別にみると、気分障害では大うつ病性障害、不安障害では特定の恐怖症、物質関連障害ではアルコール乱用が最も高かった(表-2)。

男女別では、男性は物質関連障害が特に高く、女性は気分障害が最も高かった。障害個別にみると、気分障害では男女とも大うつ病性障害が高く、不安障害では男性は特定の恐怖症、女性は外傷後ストレス障害が最も高かった。年齢層別では、気分障害は50歳代が最も高く、不安障害は20歳代が特に高かった。物質関連障害は20歳代、30歳代で20%を超えていた(表-3)。

障害個別にみると、気分障害では大うつ病性障害が50歳代、20歳代で高かった。不安障害では特定の恐怖症、外傷後ストレス障害とも20歳代が最も高かった。物質関連障害でもアルコールの乱用が20歳代で最も高かった。

2. 今回調査した精神障害の12ヵ月有病率

WHO-CIDIにおけるDSM-IV診断による12ヵ月有病率は、全体では16.2%で、女性が男性の約2倍

表-3 年齢層別推計生涯有病率

	(単位%)					
	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70歳以上
気分障害	12.0	12.3	6.6	16.6	3.5	7.5
大うつ病性障害	12.0	8.8	6.6	12.9	2.3	7.5
小うつ病性障害	0.0	3.5	0.0	2.2	1.2	0.0
双極Ⅰ型障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
双極Ⅱ型障害	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
気分変調症障害	3.3	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
焦燥性大うつ病性障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
焦燥性小うつ病性障害	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
不安障害	20.0	8.7	2.7	2.3	1.8	7.9
パニック障害	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	3.9
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
社会恐怖	5.2	2.2	1.3	0.0	0.0	3.9
特定の恐怖症	8.7	4.4	2.7	0.0	1.8	0.0
全般性不安障害	2.8	2.3	1.3	0.8	0.0	0.0
外傷後ストレス障害	6.6	0.0	0.0	1.5	0.0	3.9
物質関連障害	29.0	22.6	15.3	13.2	15.0	2.4
アルコール乱用	26.2	20.6	12.3	13.2	13.8	2.4
アルコール依存	2.8	2.0	1.3	0.0	1.2	0.0
薬物乱用	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0
薬物依存	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
間歇性爆発性障害	3.3	3.5	3.6	0.0	1.2	0.7

であった。年齢層別では、20歳代が最も高く、60歳代が最も低かった。

主な障害の12ヵ月有病率は、気分障害4.8%、不安障害5.0%であった。障害個別では、大うつ病性障害が最も高かった（表-4）。

表-4 12ヵ月推計有病率（男女別）

	(単位%)		
	合計	男性	女性
気分障害	4.8	2.5	7.0
大うつ病性障害	4.0	1.6	6.2
小うつ病性障害	0.7	0.9	0.5
双極Ⅰ型障害	0.0	0.0	0.0
双極Ⅱ型障害	0.1	0.0	0.3
気分変調症障害	0.5	0.0	1.0
焦燥性大うつ病性障害	0.0	0.0	0.0
焦燥性小うつ病性障害	0.0	0.0	0.0
不安障害	5.0	4.1	6.0
パニック障害	0.9	0.0	1.9
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	0.0	0.0	0.0
社会恐怖	1.3	1.5	1.0
特定の恐怖症	2.5	3.5	1.6
全般性不安障害	0.6	0.0	1.1
外傷後ストレス障害	1.2	0.0	2.4
物質関連障害	0.9	0.9	0.9
アルコール乱用	0.4	0.9	0.0
アルコール依存	0.4	0.0	0.9
薬物乱用	0.0	0.0	0.0
薬物依存	0.0	0.0	0.0
間歇性爆発性障害	1.7	1.8	1.5

男女別では、男性は不安障害、女性は気分障害が最も高かった。障害個別にみると、気分障害では男女とも大うつ病性障害が高く、不安障害では男性は特定の恐怖症、女性は外傷後ストレス障害が最も高かった。年齢層別にみると、気分障害は20歳代、30歳代が高く、不安障害は20歳代が最も高かった。物質関連障害は20歳代でのみ認められた（表-5）。

障害個別にみると、気分障害では大うつ病性障害が最も高かった。不安障害のうちパニック障害の既往歴のない広場恐怖はどの年齢層にも認めなかった。アルコール乱用・依存は20歳代のみみられ、薬物乱用・依存はどの年齢層においても認めなかった。

### 3. 自殺関連行動の頻度

「本気で自殺を考えた」「自殺の計画を立てた」「自殺を試みた」の3つの行動について、これまでに（生涯）経験した頻度、過去12ヵ月に経験した頻度を質問した。これまでの人生において本気で自殺を考えたことがある者は男性8.1%、女性10.0%であったが、自殺の計画を立てたことがある者は男性0.9%、女性3.2%と女性が高かった。自殺を試みたことがある者は女性のみで2.1%であった。過去12ヵ月間に本気で自殺を考えたことがある者は女性のみで1.1%であった。過去12ヵ月間に、自殺の計画を立てたことがある者、試みたことがある者はいなかった。

表-5 年齢層別12ヵ月推計有病率

	(単位%)					
	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
気分障害	9.3	9.0	3.6	2.3	0.0	3.9
大うつ病性障害	9.3	5.5	3.6	1.5	0.0	3.9
小うつ病性障害	0.0	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0
双極Ⅰ型障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
双極Ⅱ型障害	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
気分変調症障害	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
焦燥性大うつ病性障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
焦燥性小うつ病性障害	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
不安障害	13.9	6.5	2.7	1.5	1.8	3.9
パニック障害	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	3.9
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
社会恐怖	5.2	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0
特定の恐怖症	5.9	4.4	2.7	0.0	1.8	0.0
全般性不安障害	2.8	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
外傷後ストレス障害	3.3	0.0	0.0	0.8	0.0	3.9
物質関連障害	5.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
アルコール乱用	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
アルコール依存	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
薬物乱用	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
薬物依存	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
間歇性爆発性障害	3.3	3.5	2.3	0.0	0.0	0.7



#### 4. こころの健康に関する受診・相談先

全回答者におけるこれまでのこころの健康に関する受診・相談先については、精神科医に受診・相談した者は4.3% (男性3.5%, 女性5.1%), 精神科以外の医師は3.9% (男性2.9%, 女性4.8%)であった。メンタルヘルスもしくは医療の専門家(臨床心理士, ソーシャルワーカー等)は3.5% (男性3.0%, 女性3.9%)であった。また、インターネットを利用した者は2.1% (男性1.4%, 女性2.7%), 電話相談を利用した者は2.7% (男性0%, 女性5.2%)であった。

### 考 察

調査地であるI区は、Y市の全18行政区のうち、人口密度や年齢構成等がY市全体の構成に近いことから選出したものであり、本調査結果はY市を代表するものと考えられる。

本調査の回答率は、国内の他の地域で行われたWMH調査が26%から82%の範囲であり<sup>2)</sup>、他の地域と比較して特に低くはなかった。回答率に影響を与えた要因として、調査依頼文にあらかじめ面接が一般的な郵送式質問調査よりも長くかかることを説明していたこと、調査の内容がこころの健康問題に関するものであるため積極的に参加し難かったこと等が考えられる。

次に、本調査において、特徴的であった点に着目して考察する。12ヵ月有病率が最も高かった大うつ病性障害については、国内における他のWMH調査結果よりも若干高い傾向であったが<sup>2)</sup>、米国のWMH調査結果と比較すると低い傾向であった<sup>4)</sup>。男女別では女性が男性の約4倍となっており、女性に多い傾向が示された。これは国内や欧米各国でのWMH調査結果と同様の傾向であり<sup>2) 5)</sup>、本研究に特化して認められた傾向ではない。また、WMH調査以外で精神障害の実態を把握した疫学調査はあまり見うけられないが、国内の一部の調査では、うつ病の有病率は3~8%程度といわれており<sup>6)</sup>、男女別でも女性に多い傾向がみられ<sup>7)</sup>、本研究と同様の傾向が示されている。

物質関連障害については、他のWMH調査や国内の疫学調査と比較すると若年層においてアルコール乱用・依存が多い傾向にあった<sup>2) 8)</sup>。これは、実際の人数が少なかったことよって、重みづけの結果、見かけ上、高く算出された可能性がある。本調査は面接法で実施されることが明記されていたことから、「否認の病」ともいわれるアルコール依存の該当者は調査に参加することに対して抵抗があり、他の疾患よりも調査者数が少なくなったと考えられる。

自殺関連行動は他の地域で得られた調査結果<sup>9)</sup>と比較して低い傾向であった。一方で、他のWMH調

査結果と同様に、男性は女性と比較して受診・相談に積極的ではないことがわかった<sup>2)</sup>。これについては、古野ら<sup>10)</sup>も指摘しており、特に男性を対象として受診・相談を促進することも自殺の予防につながると考えられる。

こころの健康に関する問題を経験した者のうち、精神科医を含めた専門家へ受診・相談した者は、国内における他のWMH調査結果と同等であったが、欧米各国に比べるとわが国全体としては少ないことがわかった<sup>2) 11) 12)</sup>。近年になり、こころの病に関する医学的な知識は普及してきたが、諸外国と比較すると日本人は依然としてこころの病に対する認識が低い<sup>12) 13)</sup>。また、知識の普及だけでは偏見や差別の減少にはつながらず<sup>14)</sup>、周囲の者や職場、所属するコミュニティ等から総合的な理解が得られなければ、専門家への受診に結びつかないと考えられる。

精神科医を受診した者と精神科医以外の医師を受診した者の割合に大きな差はなかった。この傾向は、国内で行われた他のWMH調査の受診行動の分析でも指摘されている<sup>2)</sup>。他のWMH調査地と比較すると、Y市には約3倍から数十倍の精神科専門の医療機関が所在する(厚生労働省 医療機能情報提供制度, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/teikyouseido/>)。しかしながら、本研究結果からは医療機関数が高い受診率につながっているとは考えにくい。そのため、医療面からの対応として、現状では内科等の精神科医以外の医師の役割の重要性が示された。

最後に本研究の限界、結果を解釈するうえでの注意点について述べる。本研究は、こころの健康問題というデリケートな課題を対象としているため、先に述べたように当事者が調査に参加していない可能性があり、有病率を過小もしくは過大に評価する可能性がある。このことから、疫学調査において、精神疾患の調査は他の疾患に比べて困難性が高いと考えられる。また、本研究を含めWMH調査では、統合失調症等についての評価は除外されているため、すべての精神障害の有病率を反映していない点に注意が必要である。

### 結 論

本調査は、世界的に標準化された調査法を用いることで、国内外の他の地域と有病率等を比較検討できる長所がある。アルコール関連障害の実態把握に課題は残されたが、本研究において、わが国の大都市圏における特徴的な実態は見うけられなかった。このことから、大都市圏においても、こころの健康対策では職場やコミュニティ等から専門家への受診を促すと同時に、精神科医以外の医師から精神科

医へ早期に紹介することにより、専門の医療機関を積極的に活用していくことの重要性が示された。

今後、定期的にも本調査のようなデータを収集することで、様々な精神保健分野の施策の効果が評価できるようになり、より根拠に基づいた施策立案や実施が可能になると考えられる。

## 文 献

- 1) 平成23年度版我が国の精神保健福祉. 2011.
- 2) 平成16-18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」平成18年度総合研究報告書. 2007.
- 3) 平成14年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」研究報告書. 2007.
- 4) Kessler RC, Berglund P, Demler O, *et al* : The epidemiology of major depressive disorder : results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 2003 ; **289** : 3095~3105.
- 5) Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, *et al* : The epidemiology of major depressive episodes : results from the international Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2003 ; **12** : 3~21.
- 6) 荒井 稔：うつ病の診断と治療. *順天堂医学*, 2005 ; **51** : 386~391.
- 7) 今野千聖, 鈴木正泰, 大壽公一, 他：日本在住一般成人の抑うつ症状と身体愁訴. *女性心身医学*, 2010 ; **12** : 228~236.
- 8) 平成14-16年度厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」平成16年度総合研究報告書. 2004.
- 9) Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, *et al* : Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008 ; **62** : 442~449.
- 10) 古野 拓, 山田朋樹, 河西千秋：地域における高齢者自殺予防活動. *老年精医誌*, 2008 ; **19** : 218~223.
- 11) Kessler RC, Chiu WT, Demler O, *et al* : Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005 ; **62** : 617~627.
- 12) Kido Y, Kawakami N : Sociodemographic determinants of attitudinal barriers in the use of mental health services in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2013 ; **67** : 101~109.
- 13) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之：精神疾患に対する日本人のイメージ Mental health literacyに関する日豪比較調査から. *日社精医学会誌*, 2006 ; **15** : 25~38.
- 14) 望月美栄子, 山崎喜比古, 菊澤佐江子, 他：こころの病をもつ人々への地域住民のスティグマおよび社会的態度－全国サンプル調査から－. *厚生*の指標, 2008 ; **12** : 6~15.

## EPIDEMIOLOGIC STUDY OF MENTAL HEALTH IN A METROPOLITAN AREA OF JAPAN : WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY INITIATIVE

YUKI SAKAGAMI<sup>\*1)</sup>, MASAO TSUCHIYA<sup>\*2)</sup>, ITSUKO HORIGUCHI<sup>\*1)</sup>, NOBORU IWATA<sup>\*3)</sup>,  
TADASHI TAKESHIMA<sup>\*4)</sup>, NORITO KAWAKAMI<sup>\*5)</sup>

<sup>\*1)</sup> DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH, JUNTENDO UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE, TOKYO, JAPAN, <sup>\*2)</sup> HEALTH ADMINISTRATION AND PSYCHOSOCIAL FACTOR RESEARCH GROUP, NATIONAL INSTITUTE OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, TOKYO, JAPAN, <sup>\*3)</sup> DEPARTMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY, FACULTY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE, HIROSHIMA INTERNATIONAL UNIVERSITY, HIROSHIMA, JAPAN, <sup>\*4)</sup> DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH POLICY AND EVALUATION, NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, NATIONAL CENTER OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY, TOKYO, JAPAN, <sup>\*5)</sup> DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH, TOKYO UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE, TOKYO, JAPAN

**Purpose** : As a part of the World Health Organization (WHO) World Mental Health Survey Initiative (WMH), epidemiologic studies of mental health problems including mental disorders were carried out in 11 regions in Japan. Of these studies, this paper reports the actual situation of mental health in a metropolitan area of Japan.

**Subjects and Methods** : The subjects in this study were 1010 men and women over 20 years of age, living in I ward, Y city. Interviews were carried out face-to-face between the interviewer and the subject, and WMH computer-assisted personal interview (CAPI) was used. The study was conducted between November 2005 and June 2006.

**Results** : Valid responses were obtained from 377 individuals (response rate : 40.9%). The lifetime prevalence of mental disorders was approximately 40% for both sexes, and the 12-month prevalence of mental disorders for women was twice that for men. In terms of age, people in their 20s had the highest prevalence. Among specific disorders, major depression disorder was the most prevalent in mood disorders. Suicidal behavior was seen in both men and women. Approximately 4% of the subjects had consulted a psychiatrist for mental health problems.

**Discussion and Conclusion** : The trend of results obtained here was the same as in previous studies. There was no great difference between the percentages of those who consulted a psychiatrist and those who consulted a non-psychiatrist physician. This showed the importance of the role of non-psychiatrist physicians for medical treatment in a metropolitan area of Japan.

**Key words** : epidemiologic study, mental disorder, interview survey, metropolitan area, World Mental Health Japan Survey