

表2.臓器別癌とHRQOL・VAS

臓器	例数	HRQOL	VAS
食道	19	0.850	76.6
胃	26	0.883	74.2
下部 消化管	38	0.842	73.5
呼吸器	13	0.884	78.1
乳房	19	0.889	77.6
女性性器	28	0.904	77.2
その他	7	0.653	52.9

表3.患者属性とHRQOL・VAS

患者属性	HRQOL	VAS
	相関係数 (95%CI)	相関係数 (95%CI)
性	0.007 (-0.154~0.167)	0.158 (-0.002~0.311)
現年齢	- 0.174* (-0.324~0.012)	- 0.022 (-0.181~0.139)
手術 年齢	- 0.190* (-0.340~0.031)	- 0.061 (-0.219~0.100)
術後 年数	0.074 (-0.087~0.232)	0.194* (0.035~0.344)
健康 状態	- 0.382** (-0.511~-0.236)	- 0.449** (-0.569~-0.311)
喫煙	- 0.092 (-0.252~0.074)	- 0.083 (-0.243~0.083)
飲酒	- 0.092 (-0.252~0.074)	0.034 (-0.132~0.197)
保健 活動	0.060 (-0.176~0.153)	0.015 (-0.148~0.178)
学歴	- 0.197 (-0.350~0.034)	0.068 (-0.097~0.230)
VAS	0.589** (0.474~0.685)	-

* p<0.05

** p<0.01

精神疾患におけるの障害調整余命(DALE)の算出に関する研究

研究協力者 山内 慶太 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

研究要旨

我が国における精神疾患の DALY 推計に当たっての課題を検討した。その結果、第一に、疾患分類の妥当性、comorbidity や精神疾患に起因する自殺・自傷や暴力の扱い、などについて検討する必要があると考えられた。第二に、精神疾患の場合には、適切な受診行動をとらない有病者が多いことから、推計の基礎データとして、一般人口を対象にした疫学調査が不可欠である。しかし我が国では、疫学調査が殆どなされておらず、当面は厚生省の患者調査による受療患者の推計を基礎とし、欧米諸国の疫学調査などを参考に補完することが適当であると考えられた。

A.研究目的

我が国の障害調整生存年(DALY)の推計を進めるに当たっては、疾患毎に、疫学調査など推計に利用可能な既存データの有無や問題点を検討する必要がある。そして、他疾患や他国における推計との間での整合性を維持しつつ、実際のデータの整備状況に応じた推計方法をとる必要がある。また、推計結果が臨床現場の専門家に受け入れられるためには、推計の方法論の基本概念についても検討する必要がある。本年度は、精神疾患に関して、こうした観点から検討を加えた。

B.研究方法

我が国で精神疾患の DALY の推計を行う上での問題点について検討した。具体的には、精神科診断学、精神科疫学などを専門にする精神科医が、文献の収集・分析を行い、更に DALY の研究者との間で意見の交換を行って、問題点の整理を行った。

C.研究結果・考察

1) 精神疾患の DALY 推計の意義

GBD study では、世界を 8 の地域に分けて

DALY の推計を行っている。日本、西欧、北米および豪州諸国からなる Established Market Economics(以下、西側先進国と称す)における上位 10 疾患を見ると、痴呆(4 位)、単極性大うつ病(6 位)が入っており、アルコール関連障害が第 11 位、精神分裂病が第 12 位に続いている。また、自殺・自傷は、故意の損傷として別の傷病群に分類されているが、第 9 位に入っている。そして、精神神経疾患全体の DALY が全 DALY に占める割合は西側先進国では 16.5%である。これに対して、中国では 12.7%、インドでは 7.0%、他のアジア諸国では 10.8%など非先進国では 10%前後であり、西側先進国では、精神疾患の比重が大きくなっている。

西側先進国における 2020 年の推計を見ると、上位 10 疾患のうち単極性大うつ病(2 位)、アルコール関連障害(5 位)、痴呆(6 位)と精神神経疾患が 3 つを占め、更に自殺・自傷も第 10 位となっている。また、精神神経疾患の全 DALY に占める割合は 27.4%であり、今後、精神疾患の比重が更に大きくなることが予測されている。

以上の結果は、我が国で DALY 推計を行う際には、精神疾患についての推計は不可欠

分担研究報告書

であり、その方法を検討する必要があることを示している。また、日本の全 GBD における精神疾患の位置づけが、戦後の社会構造の変化の過程で増大したこと、今後も増大するであろうことを示唆している。一方、我が国の国民医療費における精神医療の割合は、1977 年の 7.9%から 1995 年の 6.3%まで漸減している。このような硬直化した配分を実際のニーズに対応させる必要があり、そのための基礎的資料としても意義があると思われる。

2) 精神疾患の DALY の問題点

2-1) 疾患分類について

GBD study では、精神神経疾患は、Unipolar major depression(単極性大うつ病性障害)、Bipolar disorder(双極性感情障害)、Schizophrenia(精神分裂病)、Epilepsy(てんかん)、Alcohol use(アルコール関連障害)、Dementia and other degenerative and hereditary CNS disorders(痴呆など)、Parkinson disease(パーキンソン病)、Multiple sclerosis(多発性硬化症)、Drug use(薬物関連障害)、Post-traumatic stress disorder(外傷後ストレス障害)、Obsessive-compulsive disorders(強迫性障害)、Panic disorder(パニック障害)の 12 疾患について推計している。

不安障害の下位カテゴリーである、パニック障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害などが個別に取りあげられているが、同じ不安障害に属し、有病率も高い全般性不安障害などは取りあげられていない、外傷後ストレス障害は、我が国の日常臨床では疾患単位として十分確立していないなどの点で違和感がある。また、身体表現性障害、摂食障害、人格障害などはリストに上げられていない。したがって、現状のままでは、精神疾患全体の DALY は過小に推

計されることになると思われる。

2-2) Comorbidity の扱いについて

Comorbidity とは複数の精神疾患を併せて有することである。GBD では考慮されていないが、本来はこれに考慮する必要があると思われる。

その理由は第一に、精神疾患では、他の精神疾患の併存する割合が高いことである。たとえば、米国の大規模な疫学調査である Epidemiologic Catchment Area Study (ECA 研究)では、何らかの精神疾患を有する者の 60%が何らかの精神疾患を併せて有していた。したがって、複数の精神疾患を有する患者をいずれか一つの疾患に数えた場合には、個々の疾患の DALY を比べる際には、過小に評価することになる。一方で、併存するすべての疾患に算入した場合には、個々の疾患の DALY は適当であるが、精神疾患全体の DALY は過大に計算される危険がある。

第二に、複数の精神疾患を有する場合と有しない場合では、経過や障害の程度が異なることである。たとえば、Johnson らはパニック障害と大うつ病について、いずれも単独の場合に比べ他の精神疾患を合併している場合の方が、自殺率が高いことを示している。また、Keller はパニック障害について、他の精神疾患を合併する場合には、症状が重症化し、心理社会的障害が著しくなることを示している。個々の疾患で障害の severity weight を決める場合には、併存疾患の無い、いわば pure な状態が想定されるため、軽く評価されている可能性がある。

2-3) 自殺、暴力の扱いについて

自傷・自殺と暴力は Intentional injuries として別の傷病群にまとめられている。しかし、自傷・自殺の背景には、高率で精神疾患の存在

分担研究報告書

が認められる。Conwell は既遂自殺者の心理的剖検の研究をレビューして、自殺者の約 9 割には、気分障害、薬物関連障害、精神分裂病などの精神疾患が認められることを示している。また、暴力についても、薬物関連障害や人格障害(反社会的人格障害等)が認められる場合が多い。したがって、現行のように自殺・自傷や暴力を切り離して推計した場合には、精神疾患の DALY は過小に評価されることになる。したがって、自傷・自殺と暴力は、それぞれ原因疾患に帰属させた上での推計も行うべきであろう。

3) 日本の疫学データの状況

DALY を推計する際に必要となる、有病率などの基礎資料としては、受診患者についての調査と一般人口における疫学調査が考えられる。

受診患者については、我が国では厚生省による患者調査がある。精神疾患に関しては、本調査の患者調査票を用いて、藤田利治が、調査日当日受診していない患者も含め、入院および外来にて受療中の患者数の推計を行っており、有用であると思われる。ただし、この推計の限界として次の点がある。第一に、受療していない潜在的な有病者や医療施設以外でケアされている有病者は含まれていない。第二に、疾患は、老年期及び初老期の器質性精神障害、アルコール精神病、精神分裂病、躁うつ病、その他の精神病、神経症、アルコール依存、その他の非精神病性精神障害、精神薄弱、てんかん（平成 8 年調査より若干の改変がある）に分けられており、GBD study と対応していない。

第一の点については、精神疾患の場合には、その多くが受診行動をとらないこと、また受診しても内科などの非専門家を受診することが多

く、その場合には適切な診断と治療がなされない傾向のあることが、指摘されている。したがって、受診患者の調査データのみでは不十分であり、一般人口を対象にした疫学調査で補完することが望ましい。しかしわが国では、精神疾患の疫学調査は過去に殆ど行われていない。構造化された診断面接などの適切な方法論をとった疫学調査は北村らが一地域で行った研究があるにすぎない。しかし、これも対象者数が非常に少ないことから、DALY 推計に適用することには問題があると思われる。

したがって、現段階で、精神疾患について、精緻な DALY の推計は困難であると思われる。敢えて推計するのであれば、患者調査による推計を基礎とし、欧米先進国の疫学調査などを参考にエキスパートの推定で補足したものを、適用することが現実的であると思われる。

E. 結論

GBD study によれば、西側先進国では精神疾患の比重は大きく、今後更に増大することが予測される。我が国で DALY 推計を行う際にも、精神疾患の推計は重要である。そこで、精神疾患の DALY 推計に当たっての課題を検討した。その結果、第一に、疾患分類の妥当性、comorbidity や精神疾患に起因する自殺・自傷や暴力の扱い、などについて検討する必要があると考えられた。第二に、精神疾患の場合には、適切な受診行動をとらない有病者が多いことから、推計の基礎データとして、一般人口を対象にした疫学調査が不可欠である。しかし我が国では、疫学調査が殆どなされておらず、当面は厚生省の患者調査による受療患者の推計を基礎とし、欧米諸国の疫学調査などを参考に補完することが適当であると考えられた。