

期間有病率においてもアメリカ、メキシコが日本よりも頻度が多かった。

3) 不安障害

日本は不安障害の中では、特定の恐怖症(4.3%)、全般性不安障害(3.0%)の生涯有病率が高い結果であった(表10)。アメリカ(11.7%)やメキシコ(5.1%)では社会恐怖の生涯有病率が高く、日本と異なっていた。一方、ヨーロッパは特定の恐怖症(7.7%)、全般性不安障害(2.8%)が高く、日本とパターンが類似していた。パニック障害、パニックを伴わない広場恐怖、社会恐怖、外傷後ストレス障害は、国による格差の大きな疾患であった(図3)。日本との比較的類似しているのはヨーロッパであった。レバノンでは日本よりも低い有病率を示していた。

4) 物質使用障害

生涯有病率では、物質使用障害のうちでは、日本、メキシコ、レバノンはアルコール乱用(2.2%)が最も多かった。一方、アメリカはアルコール依存(5.3%)の生涯有病率が最も高かった。日本では薬物乱用、依存が少ないのに対して、アメリカ、ヨーロッパではアルコール、薬物ともに乱用が4%から6%と高かった。日本との差をみると、アルコール依存、薬物乱用、依存はアメリカ、オーストラリアが数十倍の有病率を示していた(図4)。特に、オーストラリアの薬物依存の12ヶ月有病率は日本の33倍であった。

3. 精神障害の潜在クラス分析

1) DSM-IV 生涯診断の潜在クラス

表13AにはDSM-IV生涯診断の相関関係を示す。アルコール乱用、依存、薬物乱用の間に比較的相関がみられた。また気分変調性障害、全般性不安障害、大うつ病の間に比較的高い相関がみられた。3つの恐怖症の間にも相関が認められた。パニック障害、外傷後ストレス障害、広場恐怖と薬物乱用の間にも中程度の相関がみられた。潜在クラス分析の結果、DSM-IV生涯診断では、3つの潜在クラスが最適な解として得られた(表13B)。クラス1は精神障害の経験なしの群であり全体の83%を占めている。クラス2は対象者の約11%を占め、うち37%は大うつ病を、21%は特定の恐怖症を経験しており、この全般性不安障害、間歇爆発性障害の頻度が高い。大うつ病を中心に、単一かあるいは他に1つ程度の疾患が合併したタイプのクラスと推測される。このクラスは男性では31-40歳に、女性では若年者と51-60歳の者が比較的多く経験していた(図5)。一方クラス3は対象者の約6%を占め、うちアルコール乱用の経験者が29%、大うつ病の経験者が30%、社

会恐怖の経験者が18%、他にも気分変調性障害、全般性不安障害、広場恐怖、特定の恐怖症など多様な疾患の頻度が高いタイプである。複数の精神障害の合併、特に気分・不安障害とアルコール乱用などの行動上の問題が合併したグループと推測される。このクラスも男性では中高年に、女性では若年者に多くみられた(図5)。

2) DSM-IV 12ヶ月診断の潜在クラス

DSM-IVによる12ヶ月診断の潜在クラス分析については、疾患の頻度が低いために1つの潜在クラスしか抽出されなかった(表14B)。このため性別、年齢別分布も示さなかった。しかしアルコール乱用、依存、薬物乱用の間の相関、気分変調性障害、全般性不安障害、大うつ病の間の高い相関、薬物乱用とパニック障害、外傷後ストレス障害、広場恐怖との間の相関は認められた(表14A)。

3) ICD-10 生涯診断の潜在クラス

ICD-10生涯診断の相関分析では、アルコール乱用、依存、薬物乱用の間の相関、気分変調性障害、全般性不安障害、重症うつ病の間の相関がDSM-IV診断の分析と同様に確認された(表15A)。また薬物乱用、依存と、軽そう病および広場恐怖との相関もみられた。潜在クラス分析では3つのクラスが最適解として抽出された(表15B)。82%を占めるクラス3は疾患の経験なしのグループである。クラス2は6%を占め、軽症うつ病、単一恐怖、アルコール乱用が低頻度にみられる。単一の軽症疾患の経験者で構成されるグループと推測される。クラス3は対象者の13%を占め、アルコール乱用、気分変調性障害、全般性不安障害、重症うつ病、単一恐怖などが高頻度に合併しているグループであり、気分・不安障害とアルコール乱用などの行動上の問題が合併したグループと推測される。男性ではクラス2は31-40歳に、女性では若年者ほど多く経験していた(図6)。男性ではクラス3は中高年者に、女性では若年者ほど多く経験していた。

4) ICD-10による12ヶ月診断の潜在クラス

ICD-10による12ヶ月診断の相関は、同生涯診断の相関関係と類似していた(表16A)。潜在クラスは3つが最適解であった(表16B)。91%を占めるクラス2は疾患の経験なしのグループである。クラス1は4%を占め、軽症うつ病、単一恐怖、アルコール乱用が低頻度にみられる。単一の軽症疾患の経験者で構成されるグループと推測される。クラス3は対象者の4%を占め、アルコール乱用、気分変調性障害、全般性不安障害、重症うつ病、単一恐怖などが高頻度に合併してい

るグループであり、気分・不安障害とアルコール乱用などの行動上の問題が合併したグループと推測される。クラス1は男性では31-40歳に、女性では51-60歳に多くみられた(図7)。クラス3は男女とも若年者に多くみられた。

D. 考察

1. わが国における精神障害の頻度と受診行動

平成14年度のWMH日本調査のデータからは、わが国の精神障害の有病率は欧米に比べて低いことが再確認された。諸外国のWMH調査結果と比較すると、DSM-IV診断によるいずれかの疾患および4つの疾患カテゴリーの12ヶ月有病率は北京や一部のEU諸国(スペイン、イタリア、ドイツ)とほぼ等しく、上海やナイジェリアよりは高く、米国、コロンビア、大部分のEU諸国とくらべて低かった。

また、今回の調査はわが国におけるPTSDや間歇爆発性障害、薬物乱用・依存の有病率について新しい情報をもたらしている。PTSDの12ヶ月有病率は0.4%であり、米国での報告にくらべてはるかに低い値である。対象者の100人に1人が間歇爆発性障害を経験していた。この障害は、攻撃的な衝動に抵抗することができないエピソードがあり、そのために暴力をふるったり持ち物を壊したりする疾患である。しかしながら間歇爆発性障害の調査方法についてはもっと十分な情報の収集が必要とする意見もあり、この数値は注意して解釈される必要がある。薬物乱用・依存の12ヶ月有病率は米国や欧州でこれまで報告されてきた頻度とくらべると非常に低い値である。このことは、わが国で不法薬物に対して厳しい取り締まりが行われている事実とよく一致している。

過去12ヶ月間に重症あるいは中等症の精神障害を経験した者は、より多く医療機関を受診していた。しかしながら重症の疾患を持つ者のうち5人に1人しか医療機関を受診していなかった。この受診率は、中国、コロンビア、レバノンにくらべてやや高いが、多くの先進国(米国、欧州)とくらべて低いものであった(WHO World Mental Health Survey Consortium 2004)。高卒の者がより多く医療機関を受診していることはやや意外であった。大卒などより高い学歴を持つ者は、かえって精神障害による治療に抵抗感があるのかもしれない。より低い学歴の者は、精神障害やその治療に対する知識がないこと、より高い学歴の者は社会的地位への脅威、失職の不安など心理的障害を感じることで、受診行動の妨げになっているのかもしれない。

2. 精神障害のサブタイプ

WMH調査は、軽症の精神障害はほとんど社会

機能の低下を生じてないことを報告している。(WHO World Mental Health Survey Consortium 2004)。しかしながら、なお5.6%の住民が過去12ヶ月に重症あるいは中等症の疾患を経験し、2.4%の住民が重症あるいは中等症の大うつ病を過去12ヶ月間に経験していた。こうした重症・中等症の精神障害を経験した者が医療の重要なターゲットになると考える。

一方、潜在クラス分析では、今回調査した気分障害、不安障害、衝動制御障害、薬物使用障害が大きく2つのクラス(疾患なしを含めると3つのクラス)に区分できることが示された。これらは、おそらく単一の精神障害経験者である軽症群と、精神障害が相互に合併したやや重症群とに対応すると思われる。特に後者の群ではアルコール乱用など行動上の問題が合併している点が特徴的であった。この群は上述の重症度で重症・中等症群に該当すると考えられる。こうした幅広いスペクトラムの疾患が合併した患者の治療については、現状では十分な治療ガイドラインは作成されていない。こうした精神障害の多重合併例の特性や受診勧奨に対する研究を推進すると同時に、治療指針について検討するとも必要と思われる。

米国の同様の分析では7つの潜在クラスが同定されている(Kessler et al. in press)。これらのクラスは、①疾患なしまたは単一の軽症疾患(住民の68.5%)、②大うつ病(14.5%)、③アルコール乱用・依存(7.4%)、④大うつ病、不安障害、アルコール乱用・依存の合併(大部分は3つ以上の合併)(5.0%)、⑤恐怖症とADHDの合併(2.3%)、⑥大うつ病を中心に3つ以上の疾患の合併(1.6%)、⑦双極性障害を中心に3つ以上の疾患の合併(0.7%)である。今回の解析結果とくらべると、日本では「疾患なし」と「単一疾患」がより区別されること、また米国でのクラス④以降の重複合併例が1つのクラスになっている点に違いがみられた。

これは、米国調査では各精神障害の頻度がわが国にくらべて高いためにより多くの潜在クラスが同定されやすかったための差とも考えられる。しかし一方で、精神障害の頻度の低いわが国では精神障害が相互関連性の強い未分化な状態で発症しやすい傾向のある可能性もある。例えば、恐怖症とうつ病とアルコール乱用とが同一人に発生するなどのパターンがより見られやすいのかもしれない。この点はさらに合併パターンの詳細な分析など今後の十分な検討を必要とすると考ええる。

3. 精神障害の頻度、重症度の関連要因

これまでの多数の研究で示されているように、必ずしも有意ではないものの、女性は気分障害、

不安障害の危険度が高く、物質使用障害の危険度が低かった。物質使用障害が若年者に多かったことも、これまでの諸外国の傾向と一致している。また有意ではなかったものの、この調査では、先行研究(Kawakami, Shimizu et al. 2004)と一致して、日本の中高年で気分障害の頻度が高いことが確認された。同じ年齢層の男性において現在わが国では自殺率が増加している。もっとも可能性が高いのは経済的問題がこれらの共通の原因になっていることであるが、これ以外にも急速な社会および家族の変化、高齢者の介護の問題などがこの年齢層に心理的負担を与えている可能性もある。中高年はわが国の精神保健対策において重要なターゲットになると考えられる。加えて年齢が上の者ほど、一旦精神障害に罹患すると、重症度があがりやすいことが示された。これはおそらく、高齢における精神障害が再発しやすいことや身体疾患に合併しやすいことに関係があると思われる。配偶者のいない者で気分障害および不安障害の危険度が高いことは、これまでの研究でも示されている。一方、諸外国と比較して好対照なのは、収入が気分障害、不安障害とほとんど関連を示さなかったことである。物質使用障害はむしろ高収入の者に多かった。この現象は、おそらく低収入でこうした疾患に罹患している者がこの調査に参加しにくかったという選択バイアスによると推測される。あるいは雇用状況が交絡している可能性もある。現在職を持っている者がより多くの収入を得るが、一方仕事のストレスにさらされて精神障害を経験しやすくなれば、低収入の精神障害への悪影響があったとしてもはっきりしなくなるか、あるいは逆の関係が示される可能性がある。しかし日本における先行研究はやはり収入とうつ病との間に一貫した関連性を認めていない(WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000)。収入は日本においては精神障害の大きな関連因子ではないのかもしれない。この点についてさらに研究が推進されるべきである。

4. 研究の限界

平成 14 年度の時点では調査地域は関西・九州から選ばれており、100 万人以上の大都市は含まれていない。回答率が 57%とやや低いことも有病率を過小評価、過大評価のいずれにも影響するため、平成 14 年度の WMH 日本調査の結果の解釈をやや制限している。長崎市では特に回答率が低く、一方精神障害の頻度は他の地域より数倍高かった。この地域では精神障害に罹患している者が調査により関心を持ち参加したのかもしれない。回収率はまた若年者で特に低く、これも人口統計学的要因と精神障害の有病率との関連性をゆが

める可能性がある。

WMH-CIDI の日本語版は専門家グループによる検討とバックトランスレーションなどの手続きを経て作成されているが、現時点ではまだ臨床家の診断に対して十分に妥当性の検討ができていない WMH-CIDI の妥当性検討のための研究が本研究班においても実施されているが、早くその結果がでることが期待される。また PTSD や薬物使用障害の有病率は数の少ない Part II サンプルによっているため、不安定かもしれない。現在継続されている WMH 日本調査のデータが追加され、より正確な推定ができることが期待される。

日本の 20 歳以上人口 1 億 200 万人のうち、570 万人 (5.6%) が重症あるいは中等症の精神障害を過去 12 ヶ月間に経験している。この多くは医療機関を受診していない。将来の日本の精神保健政策は、こうした重症あるいは中等症の精神障害を持つ者への医療提供を促進するべきである。こうしたケースでは社会生活機能が低下していることが多いと思われる。家族、友人、上司・同僚、近所の者などの周囲の者の気づきを教育研修により高めることで、医師受診を促すことが可能になると考える。またかなりの割合の者が精神科以外の一般医から医療サービスを受けていることから、一般医への教育研修、また一般医と精神科医との連携も重要な鍵となるだろう。

E. 結論

世界精神保健(WMH)日本調査の平成 14 年度データをもとに、①精神障害の頻度、重症度、受診行動とその関連要因、②海外の WMH 調査との精神障害の頻度の比較、③精神障害の潜在クラスの実行を行った。わが国の精神障害の有病率は欧米に比べて低いことが再確認された。諸外国の WMH 調査結果と比較すると、DSM-IV 診断によるいずれかの疾患および 4 つの疾患カテゴリーの 12 ヶ月有病率は北京や一部の EU 諸国(スペイン、イタリア、ドイツ)とほぼ等しく、上海やナイジェリアよりは高く、米国、コロンビア、大部分の EU 諸国とくらべて低かった。過去 12 ヶ月間に重症あるいは中等症の精神障害を経験した者は、より多く医療機関を受診していた。しかしながら重症の疾患を持つ者のうち 5 人に 1 人しか医療機関を受診していなかった。この受診率は、中国、コロンビア、レバノンにくらべてやや高いが、多くの先進国(米国、欧州)とくらべて低いものであった。各種精神障害の潜在クラスとしては、単一軽症精神障害の経験者群と精神障害の重症合併群とが同定された。日本の 20 歳以上人口 1 億 200 万人のうち、570 万人 (5.6%) が重症あるいは中等症の精神障害を過去 12 ヶ月間に経験している。この多くは医療機関を受診していない。

将来の日本の精神保健政策は、こうした重症あるいは中等症の精神障害を持つ者への医療提供を促進するべきである。こうしたケースでは社会生活機能が低下していることが多いと思われる。家族、友人、上司・同僚、近所の者などの周囲の者の気づきを教育研修により高めることで、医師受診を促すことが可能になると考える。またかなりの割合の者が精神科以外の一般医から医療サービスを受けていることから、一般医への教育研修、また一般医と精神科医との連携も重要な鍵となるだろう。また、今後の精神保健対策の中で複数の精神障害の合併例に対する対策が検討されるべきである。

F. 健康危険情報
該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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; 29: 2581-90.
- 2) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa T, Kikkawa T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: A preliminary finding from The World Mental Health Japan 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* (in press)
- 3) 川上憲人: うつ病の疫学—有病率、危険因子、生活への影響、治療そして予防. *ストレス科学* 2004; 19: 3-12.

2. 学会発表

- 1) 川上憲人、堤 明純、廣川空美、岩田 昇、竹島正: 地域住民における精神疾患の過去12ヶ月間の有病率、受診行動および自殺関連行動. 第63回日本公衆衛生学会総会(島根), 2004年10月27~29日.

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当せず。

G. 引用文献

- 1) Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of

DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res* 2004; 121: 293-301.

- 2) Kitamura T, Fujihara S, Iwata N, Tomoda A, Kawakami N. Epidemiology of psychiatric disorders in Japan. In: Nakane Y, Radford M (eds.), *Images in Psychiatry: Japan*. World Psychiatric Association, Paris, 1999; 37-46.
- 3) 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; 291: 2581-90.
- 4) Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-90.
- 5) Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004.
- 6) Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27: 93-105.
- 7) Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766-71.
- 8) Wolter KM. *Introduction to Variance Estimation*. Springer-Verlag, New York, 1985.
- 9) 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.
- 10) WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin of World Health Organization* 2000; 78: 413-26.
- 11) Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 5: 4-12; discussion 13-4.
- 12) Olvera RL. Intermittent explosive disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2002; 16: 517-26.

付録 Part I および Part II 対象者に対する重み付けの計算方法

Appendix I Weight calculation for Part I and Part II samples

A. Part I weight creation

1. The post-stratification (PS) weight

- Purpose: To compensate for differences between the sample and population characteristics due to frame under-coverage, non-response and sampling variability.
- Five age groups and two sex groups were used in this case. This indicates that we have 10 subgroups within each of four survey sites.

Let $\{PS_{w_i} = \text{The post-stratification weight}\}$, where $i = 1, \dots, 1663$.

$$PS_{w_i} = \frac{\text{Percentage of your Census population in subgroup (k, m)}}{\text{Percentage of your sample in subgroup (k, m)}}, \text{ where } k = 1, \dots, 10 \text{ and } m=1, \dots, 4.$$

2. Normalize the PS weight

$$\text{Let } \left\{ \begin{array}{l} N_{PS_i} = \text{Normalized PS weight} \\ S_{PS} = \sum_{i=1}^{1663} PS_{w_i} = \text{The sum of the PS weight} \\ n = \text{The total number of observation in your sample (i.e. 1663)} \end{array} \right\}, \text{ where } i = 1, \dots, 1663.$$

$$N_{PS_i} = PS_{w_i} * \frac{n}{S_{PS}}$$

B. Part II weight creation

1. The Part II (PII) weight

$$\text{Let } \left\{ \begin{array}{l} PII_{s_i} = \text{The Part II selection weight} \\ PII_{w_i} = \text{The Part II adjusted selection weight} \end{array} \right\}, \text{ where } i = 1, \dots, 477.$$

$$PII_{s_i} = \left\{ \begin{array}{ll} 1.0 & \text{for diagnostic threshold group} \\ \frac{1}{p_1} & \text{for diagnostic subthreshold group} \\ \frac{1}{p_2} & \text{for disorder symptom negative group} \end{array} \right\}$$

表1 平成14年度WMH日本調査における3地区(4市町村)における回答率

結果	調査地区								合計	
	岡山市		長崎市		鹿児島県					
					串木野市		吹上町			
全対象者	1607		800		587		230		3224	
面接完了	925	57.6%	208	26.0%	354	60.3%	177	77.0%	1664	51.6%
不完全面接 (PHセクション より前で中断)	6	0.4%	3	0.4%	-	-	-	-	9	0.3%
連絡とれず	80	5.0%	296	37.0%	-	-	-	-	376	11.7%
調査対象外	199§	12.4%	13	1.6%	48	8.2%	13	5.7%	273	8.5%
拒否	397	24.7%	280	35.0%	185	31.5%	40	17.4%	902	28.0%
回収率#	65.7%		26.4%		65.7%		81.6%		56.4%	

§ 「調査対象外」は、調査時点で死亡、転居、入所・入院していた者。岡山市の調査では知的機能の低下のために面接できなかった少数(n=15)が含まれている。

回収率 = (面接完了者数) / (全対象者数 - 調査対象外者数)。

表2 平成14年度WMH日本調査の対象地域の20歳以上人口と調査対象者の性、年齢分布の比較¹

	Part I 重み なし	Part II 重みな し	Part I 重み付 け後	Part II 重み付 け後	国勢調査人 口 ²
性別					
男性	44.4	39.2	46.3	46.5	46.5
女性	55.6	60.8	53.7	53.5	53.5
年齢					
20-39	25.0	27.3	32.1	34.3	34.3
40-49	17.4	18.9	16.1	16.6	16.6
50-59	21.6	22.2	18.5	18.5	18.5
60-69	17.7	17.2	15.1	14.6	14.6
70+	18.3	14.5	18.1	16.1	16.1

¹ 調査地域、性別、年齢を重み付けに使用した。

² 平成14年における4調査地域の平均人口構成。

表3 DSM-IV 診断による精神障害の12ヶ月有病率とその重症度分布

疾患	12ヶ月有病率 % (95%CI)	疾患の重症度		
		重症 % (95%CI)	中等症 % (95%CI)	軽症 % (95%CI)
I. 不安障害				
パニック障害	0.5 (0.0-1.1)	24.8 (0.0-58.3)	69.1 (32.8-100.0)	6.1 (0.0-18.6)
全般性不安障害	1.2 (0.6-1.8)	29.2 (8.0-50.4)	70.8 (49.6-92.0)	- NA
特定の恐怖症	2.7 (1.5-3.9)	10.9 (0.0-24)	46.9 (27.9-65.9)	42.2 (26.1-58.3)
社会恐怖	0.8 (0.2-1.4)	31.6 (0.0-66.7)	68.4 (33.3-100.0)	- NA
パニック障害の 既往歴のない広 場恐怖	0.3 (0.1-0.5)	33.7 (0.0-79.6)	66.3 (20.4-100.0)	- NA
外傷後ストレス 障害 ¹	0.4 (0.0-0.8)	65.6 (37.4-93.8)	5.9 (0.0-16.3)	28.5 (0.0-59.7)
何らかの不安障 害 ²	4.8 (3.0-6.6)	15.4 (4.8-26.0)	59 (46.1-71.9)	25.6 (14.8-36.4)
II. 気分障害				
大うつ病性障害	2.9 (2.1-3.7)	22.1 (10.7-33.5)	60.4 (44.9-75.9)	17.5 (5.3-29.7)
気分変調性障害	0.7 (0.3-1.1)	41.2 (0.0-83.3)	43.7 (0.0-93.1)	15.1 (0.0-32.7)
双極I・II型障害	0.1 (0.0-0.3)	100 NA	- NA	- NA
何らかの気分障 害	3.1 (2.1-4.1)	25.8 (13.6-38.0)	56.4 (39.5-73.3)	17.8 (6.2-29.4)
III. 衝動性制御障害				
間歇性爆発性障 害	1.0 (0.4-1.6)	15.3 (0.0-40.6)	33 (0.0-71.4)	51.7 (20.1-83.3)
IV. 物質関連障害				
アルコール乱用 または依存 ¹	1.6 (0.2-3.0)	26.7 (1.2-52.2)	10.6 (0.0-24.7)	62.7 (30.6-94.8)
アルコール依存 ¹	0.4 (0.0-0.8)	81.7 (44.1-100.0)	18.3 (0.0-55.9)	- NA
薬物乱用または 依存 ¹	0.1 (0.0-0.3)	100.0 NA	- NA	- NA
薬物乱用 ¹	0.1 (0.0-0.3)	100.0 NA	- NA	- NA
何らかの物質関 連障害 ¹	1.7 (0.3-3.1)	29.7 (3.2-56.2)	10.2 (0.0-23.7)	60.1 (27.8-92.4)
V. 何らかの精神障害²				
	8.8 (6.4-11.2)	16.7 (9.8-23.6)	46.6 (35.6-57.6)	36.7 (26.3-47.1)
全対象者	-- --	1.5 (0.7-2.3)	4.1 (2.7-5.5)	3.2 (1.8-4.6)

¹ Part II 対象者の回答に基づく。

² Part II 対象者の回答に基づく。この区分の1つ以上の疾患が全てのPart II 対象者において調査されていないことは考慮に入れていない。

-: 該当する症例なし。

NA: 95%信頼区間が計算できない。

表4 過去12ヶ月の精神障害の重症度と受診・相談の関係

	何らかの疾患				診断なし		全対象者	
	重症または中等症*		軽症		%	(95%CI)	%	(95%CI)
受診・相談	%	(95%CI)	%	(95%CI)	%	(95%CI)	%	(95%CI)
何らかの受診・相談	22.7	(10.7-34.7)	12.0	(1.4-22.6)	6.2	(3.1-9.3)	7.3	(4.4-10.2)
精神科	17.5	(7.1-27.9)	6.0	(0.0-14.4)	1.3	(0.0-2.7)	2.5	(1.3-3.7)
一般医	6.6	(0.9-12.3)	5.1	(0.0-11.4)	3.5	(1.7-5.3)	3.7	(2.1-5.3)
医療機関合計	18.8	(8.4-29.2)	4.8	(2.8-6.8)	5.8	(3.8-7.8)	5.8	(3.8-7.8)
医療以外(福祉、宗教など)	8.6	(1.3-15.9)	0.9	(0.0-2.9)	1.5	(0.0-3.1)	1.9	(0.5-3.3)
受診・相談なし	77.3	(65.3-89.3)	88.0	(77.4-98.6)	93.8	(90.7-96.9)	92.7	(89.8-95.6)

*重症例が30人未満であったため、カテゴリーを合併した。重症度の2つのカテゴリーの間で、何らかの受診・相談、精神科、一般医、医療機関合計、受診・相談なしの頻度に有意差あり(d.f.=1, all p<0.05)。

表5 人口統計的要因と過去12ヶ月間のDSM-IV精神障害、重症度および医師受診との関係

	過去12ヶ月間の何らかの精神障害		重症度 ¹		医師受診 ²	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
性別						
男性	1.0	--	1.0	--	1.0	--
女性	0.9	(0.5-1.8)	1.0	(0.3-3.9)	0.9	(0.4-2.1)
		$\chi^2_1=0.0$		$\chi^2_1=0.0$		$\chi^2_1=0.1$
年齢						
20-34	2.1	(0.9-4.6)	0.3	(0.0-3.3)	0.7	(0.3-1.9)
35-49	2.1	(0.9-5.1)	0.2	(0.0-2.6)	0.8	(0.2-2.9)
50-64	1.7	(0.7-4.2)	1.0	(0.1-7.7)	0.8	(0.3-2.3)
65+	1.0	--	1.0	--	1.0	--
		$\chi^2_3=4.2$		$\chi^2_3=8.6^*$		$\chi^2_3=0.5$
世帯収入						
低	0.9	(0.4-2.2)	2.5	(0.6-10.3)	1.3	(0.4-3.7)
高	1.0	--	1.0	--	1.0	--
		$\chi^2_1=0.1$		$\chi^2_1=1.8$		$\chi^2_1=0.2$
婚姻状態						
結婚している	1.0	--	1.0	--	1.0	--
未婚、別居、死別、離婚	1.4	(0.5-3.6)	5.1	(1.4-17.9)	0.7	(0.3-2.0)
		$\chi^2_1=0.5$		$\chi^2_1=7.2^*$		$\chi^2_1=0.4$
学歴						
中卒以下	0.5	(0.2-1.1)	0.5	(0.1-2.1)	0.6	(0.1-3.1)
高卒	0.8	(0.3-2.2)	0.6	(0.1-3.6)	1.8	(0.4-8.4)
短大・専門学校卒	0.8	(0.3-2.4)	0.3	(0.0-1.6)	2.6	(0.6-11.8)
大卒かそれ以上	1.0	--	1.0	--	1.0	--
		$\chi^2_3=3.4$		$\chi^2_3=3.4$		$\chi^2_3=16.2^*$

* p<0.05.

¹ 過去12ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者の中で、重症または中等症を1、軽症を0とコードした。

² 過去12ヶ月間に何らかの精神障害を経験した者のみ。重症度を調整した。

表6 人口統計学的要因とDSM-IV疾患カテゴリーとの関連

	気分障害		不安障害		衝動性制御障害		物質使用障害	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
性別								
男性	1.0	--	1.0	--	1.0	--	1.0	--
女性	1.6	(0.7-3.8)	1.3	(0.5-3.5)	0.4	(0.0-3.9)	0.1	(0.0-1.2)
		$\chi^2_1=1.3$		$\chi^2_1=0.3$		$\chi^2_1=0.7$		$\chi^2_1=3.7$
年齢								
20-34	5.3	(1.4-20.6)	3.6	(1.1-12.0)	0.4	(0.0-4.1)	0.7	(0.1-4.8)
35-49	5.0	(1.1-23.2)	2.5	(0.6-9.7)	1.7	(0.1-27.4)	1.3	(0.3-6.5)
50-64	8.9	(1.9-41.6)	3.0	(0.7-12.3)	1.2	(0.1-13.9)	0.2	(0.0-2.2)
65+	1.0	--	1.0	--	1.0	--	1.0	--
		$\chi^2_3=9.9*$		$\chi^2_3=5.3$		$\chi^2_3=1.2$		$\chi^2_3=3.7$
世帯収入								
低	1.2	(0.5-2.8)	1.3	(0.5-3.7)	2.3	(0.1-75.2)	0.1	(0.0-0.7)
高	1.0	--	1.0	--	1.0	--	1.0	--
		$\chi^2_1=0.2$		$\chi^2_1=0.3$		$\chi^2_1=0.2$		$\chi^2_1=6.2*$
婚姻状態								
結婚している	1.0	--	1.0	--	1.0	--	1.0	--
未婚、別居、死別、離婚	2.8	(0.9-9.1)	1.3	(0.5-3.1)	0.1	(0.0-1.4)	2.2	(0.3-14.8)
		$\chi^2_1=3.4$		$\chi^2_1=0.4$		$\chi^2_1=3.3$		$\chi^2_1=0.7$
学歴								
中卒以下	0.2	(0.0-1.0)	0.4	(0.1-1.2)	4.8	(0.3-67.4)	1.5	(0.2-10.3)
高卒	0.8	(0.3-2.4)	0.9	(0.4-2.4)	2.2	(0.1-42.9)	0.5	(0.0-4.7)
短大・専門学校卒	0.7	(0.2-2.5)	0.6	(0.2-2.0)	2.8	(0.1-61.2)	1.5	(0.1-17.6)
大卒かそれ以上	1.0	--	1.0	--	1.0	--	1.0	--
		$\chi^2_3=5.5$		$\chi^2_3=4.4$		$\chi^2_3=2.0$		$\chi^2_3=1.8$

* p<0.05.

表7A 精神障害の有病率の国際比較に使用した資料の一覧

No	Author	Year	Journal	Countries	Participants	Outcome	Diagnosis	Results
1	The WMH World Mental Health Survey Consortium	2004	JAMA	14 countries (6 less-developed, 8 developed)	60463	12-month prevalence, severity, treatment	DSM without hierarchy anxiety, mood, impulse-control, substance (含まれる疾患は国によって異なる)	prevalence: Table 2 The disorder severity was correlated with probability of treatment
2	Robert Kohn, Shekhar Saxena, Itzhak Levav, Benedetto Saraceno	2004	Bulletine of World Health Organization	22 countries (37 studies)		treatment gap... service utilization rate, prevalence rate, population sizeを用いた計算式を利用	schizophrenia and non-affective psychotic disorders, major depression, dysthymia, bipolar disorder, generalized anxiety disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, alcohol abuse and dependence.	prevalenceの記載なし The treatment gap for mental disorder is universally large.
3	rob V Bijl, Ron de Graaf, Eva Hiripi, Ronald C Kessler, Robert Kohn, David R Olford, T Bediahan Ustun, et al.	2003	Health Affairs	5 countries	23134	12-month prevalence, severity, treatment gap	DSM mood disorder (major depression dysthymia, mania), anxiety disorder (panic disorder, GAD, phobia, PTSD), substance use disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence)	prevalence: Exhibit 2 1/3 to 2/3 of serious cases receive no treatment. Undertreatment of serious cases is most pronounced among young, poorly educated males.
4	Gravin Andrews, Scott Henderson, Wayne Hall	2001	British Journal of Psychiatry	Australia	10641	12-month and 1-month prevalence, comorbidity, disability, service utilization	DSM, ICD, exclusion criteria operationalised? affective disorder (major depression, dysthymia), anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia without panic, social phobia, specific phobia, obsessive-compulsive disorder, GAD, PTSD), substance use disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence), other disorders (neruasthenia, personality disorder, cognitive impairment, psychosis)	prevalence: Table 1 23% reported at least one disorder in the past 12 months and 14% a current disorder. Comorbidity was associated with disability and service use. Half of those disabled or comorbid had consulted.
5	N Kawakami, T Takeshima, Y Ono, H Uda, Y Hata, Y Nakane, H Nakane, N Iwata, T Furukawa, T Kikkawa	in press		Japan	1664	12-month prevalence, severity, treatment	DSM anxiety disorder (panic disorder agoraphobia, social phobia, specific phobia, GAD, PTSD), mood disorder (major depressive episode, bipolar disorder, dysthymia), impulse-control disorder (intermittent explosive disorder), substance use disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence)	prevalence: Table 2 19% of the serious or moderate cases received medical treatment in the 12 months before interview. The prevalence were equal to those in Asian countries but lower than those in Western countries.
6	Guilherme Borges, Ma Elena-Mora, Philip S Wang, Carmen Lara, Patricia Berglund, Ellen Walters			Mexico	2362	12-month prevalence, adequate of mental health service use, correlates of 12-month treatment and adequate	DSM with hierarchy affective disorder (major depressive episode, minor depressive episode, bipolar disorder, dysthymia), anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia without panic, social phobia, specific phobia, separation anxiety disorder, GAD, PTSD) substance disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence)	prevalence: no table Less than one in five respondents with any psychiatric disorder in the last 12-months used any service during the prior year. Rates of service use by those with mood disorders were higher.
7	Ronald C Kessler, Leonard Adler, Russel Barkley, Joseph Biederman, Howard G Birmbaum, C Keith Conners, Olga Demler, Stephen V Faraone	2004		United States	3199	prevalence of current adult ADHD, comorbidity, treatment	DSM ADHD	prevalenceの記載なし Prevalence of current adult ADHD is 4.4%. Male, previous married, unemployed, and non-Hispanic white. Adult ADHD is comorbid with most other DSM disorders.
8	Michael Von Korf, Pau Crane, Michael Lane, Diana Miglioretti, Greg Simon, Kathleen Saunders, Paul Stang, Nancy Brandenburg, Ronald Kessler	2004		United States	5692	chronic spinal pain, comorbidity	DSM with hierarchy mood disorder (major depression dysthymia, bipolar disorder), anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia without panic, social anxiety, specific phobia, GAD, PTSD), substance use disorders (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence)	prevalenceの記載なし Chronic pain is highly prevalent (19.0%) and highly comorbid with other chronic pain conditions (68.6%), chronic physical diseases (55.3%) and mental disorders (35.0%).
9	Ronald C Kessler, Nancy Brandenburg, Michael Lane, Peter Roy-Byrne, Paul D Stein, Hans-Ulrich Wittchen	2004		United States	5692	the duration criterion for GAD	DSM with hierarchy GAD	prevalenceの記載なし A large number of people suffer from clinically significant GAD-like syndrome characterized by chronic-recurrent episode of less than 6 months duration.
10	Jose A Posada Villa, Sergio Aguilar-Gaxiola, Cristina Magana, Luis Carlos Gomez	2003	not English	Colombia	4544	12-month prevalence, lifetime prevalence, treatment	DSM anxiety disorder, mood disorder, substance disorder	prevalence: no table Women: major depression, specific phobia, social phobia, Men: alcohol abuse, specific phobia, conduct disorders
11	J Alonso, M C Angermeyer, S Bernert, R Bruffaerts, T S Brugha, H Bryson, G de Girolamo, R de Graaf, K Demeyttenaere, I Gasquet, et al.	2004	Acta Psychiatr Scand	6 European countries	21425	12-month prevalence, lifetime prevalence	DSM, screening section? (located at the beginning of the questionnaire) mood disorder (major depression dysthymia), anxiety disorder (GAD, social phobia, specific phobia, PTSD, agoraphobia, agoraphobia with panic disorder, panic disorder), alcohol disorder (alcohol abuse, alcohol dependence)	prevalence: Table 2 Major depression and specific phobia were the most common single mental disorder. Women: mood disorders, anxiety disorders, Men: alcohol abuse disorders
12	WMH内部資料	2002		Lebanon		lifetime, 12-month, 1-month prevalence	DSM/ICD with/without hierarchy affective disorder (major depression, minor depression, bipolar, dysthymia), anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia without panic, social phobia, specific phobia, separation anxiety disorder, GAD, PTSD), substance disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence, nicotine dependence)	prevalence of DSM: Table1-6, prevalence of ICD: Table 7-12
13	WMH内部資料	2002		Mexico		lifetime, 12-month, 1-month prevalence	DSM/ICD with/without hierarchy affective disorder (major depression, minor depression, bipolar, dysthymia), anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia without panic, social phobia, specific phobia, separation anxiety disorder, GAD, PTSD), substance disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence, nicotine dependence)	prevalence of DSM: Table1-6, prevalence of ICD: Table 7-12
14	WMH内部資料	2002		USA		lifetime, 12-month, 1-month prevalence	DSM/ICD with/without hierarchy affective disorder (major depression, minor depression, bipolar, dysthymia), anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia without panic, social phobia, specific phobia, separation anxiety disorder, GAD, PTSD), substance disorder (alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence, nicotine dependence)	prevalence of DSM: Table1-6, prevalence of ICD: Table 7-12
15	平成14年度厚生労働科学研究費による調査データ(岡山、長崎、鹿児島)	2002-2003		Japan	1664	lifetime, 12-month, 1-month prevalence	DSM/ICD with hierarchy	

表7B 各国調査の対象者数と回答率

diagnosis	country	city	sample size (response rate)		
			1990-1999 (3)	2001-2003 (1)	2003 (10)
Americas	Colombia		4544 (87.7%)		4544 (87.7%)
	Mexico		5782 (76.6%)		
	United States		5384 (82.4%)	9282 (70.9%)	
	Canada		6320 (68.5%)		
	Chile		2181 (90.3%)		
Europe	Belgium		2419 (50.6%)		
	France		2894 (45.9%)		
	Germany		3219 (53.8%)	3555 (57.8%)	
	Italy		4712 (71.3%)		
	Netherlands		6030 (70.0%)	2372 (56.4%)	
Middle East and Africa	Spain		5473 (78.6%)		
	Ukraine		4725 (78.3%)		
	Lebanon		2856 (70.0%)		
	Nigeria		4985 (79.9%)		
	Japan		1663 (56.4%)		
Asia	People's Republic of China	Bijing	2633 (74.8%)		
		Shanghai	2568 (74.6%)		

表8 DSM-IV疾患カテゴリー別の生涯および過去12ヶ月有病率

diagnosis	country	city	Anxiety		Mood		Substance		Anxiety		Mood		Substance		Impulse-Control		Substance		Any				
			lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	lifetime prevalence (10)	12-month prevalence (3)	
Americas	Colombia		19.3	10.6	15	10.6	10.0 (8.4-11.7)	3.9 (3.2-4.7)	6.8 (6.0-7.7)	1.3 (0.9-1.8)	6.8 (6.0-7.7)	1.3 (0.9-1.8)	10.0 (8.4-11.7)	3.9 (3.2-4.7)	6.8 (6.0-7.7)	1.3 (0.9-1.8)	10.0 (8.4-11.7)	3.9 (3.2-4.7)	6.8 (6.0-7.7)	1.3 (0.9-1.8)	17.8 (16.1-19.5)	12.2 (10.5-13.8)	
	Mexico							17.0 (0.6)	18.2 (16.9-19.5)	10.7 (0.6)	9.6 (8.8-10.4)	6.8 (5.6-7.9)	11.5 (0.5)	11.5 (0.5)	29.1 (0.7)	26.4 (24.7-28.0)	11.5 (0.5)	11.5 (0.5)	29.1 (0.7)	26.4 (24.7-28.0)	19.9 (0.8)	17.0 (1.8)	
	United States							12.4 (0.6)		4.9 (0.5)	9.0 (1.3)												
	Canada																						
	Chile																						
Europe	Belgium																						
	France																						
	Germany																						
	Italy																						
	Netherlands																						
Middle East and Africa	Spain																						
	Ukraine																						
	Lebanon																						
	Nigeria																						
	Japan																						
Asia	People's Republic of China	Bijing																					
		Shanghai																					

(3)の論文のカッコ内はSE
その他の論文のカッコ内は95%CIを示している

表9 DSM-IV気分障害の有病率の国際比較

	Japan (15) with hierarchy 1664	USA (14) with hierarchy	Mexico (13) with hierarchy	Lebanon (12) with hierarchy	Colombia (10)	Australia (4)	6 European countries (Spain, Italy, Germany, Netherlands, Belgium, France) (11)	Japan (5)
sample size (response rate)	1664				4544 (87.7%)	10641 (78%)	21425 (61.2%)	1664 (56%)
Life time prevalence								
Major depressive	7.2	15.7 (0.5)	6.1 (0.5)	8.8 (2.1)	12.1		12.8 (12.2-13.4)	
Minor depressive	1.7	1.5 (0.2)	0.8 (0.2)	1.5 (0.9)				
Mania (Bipolar I)	0.4	3.0 (0.2)	1.4 (0.2)	0.6 (0.6)				
Hypomania (Bipolar II)	0.2	0.8 (0.1)	0.5 (0.1)	0.0 (0.0)				
Bipolar I - II								
Dysthymia	1.4	2.2 (0.2)	0.6 (0.2)	1.5 (0.9)			4.1 (3.7-4.5)	
Any affective	11.7	21.2 (0.6)	9.0 (0.6)	11.0 (2.4)			14.0 (13.4-14.6)	
12-month prevalence								
Major depressive	2.5	6.6 (0.4)	2.9 (0.3)	4.2 (1.5)		6.3 (0.3)	3.9 (3.6-4.2)	2.9 (2.1-3.7)
Minor depressive	0.5	0.5 (0.1)	0.2 (0.1)	0.4 (0.5)				
Mania (Bipolar I)	0.1	1.6 (0.2)	0.9 (0.2)	0.1 (0.3)				
Hypomania (Bipolar II)	0.1	0.4 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)				
Bipolar I - II								0.1 (0.0-0.3)
Dysthymia	0.6	1.3 (0.2)	0.3 (0.1)	0.1 (0.3)		1.1 (0.1)	1.1 (0.9-1.3)	0.7 (0.3-1.1)
Any affective	3.5	9.2 (0.4)	4.1 (0.4)	4.8 (1.6)		6.6 (0.4)	4.2 (3.8-4.6)	3.1 (2.1-4.1)
1-month prevalence								
Major depressive	0.5	2.3 (0.2)	1.4 (0.2)	2.4 (1.2)		3.2 (0.2)		
Minor depressive	0.1	0.1 (0.1)	0.1 (0.1)	0.2 (0.3)				
Mania (Bipolar I)	0.1	0.5 (0.1)	0.4 (0.1)	0.1 (0.3)				
Hypomania (Bipolar II)	0.0	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)				
Bipolar I - II								
Dysthymia	0.1	0.7 (0.1)	0.1 (0.1)	0.1 (0.3)		0.9 (0.1)		
Any affective	0.7	3.1 (0.3)	1.9 (0.3)	2.7 (1.2)		3.5 (0.2)		

表10 DSM-IV不安障害の有病率の国際比較

	Japan (15) with hierarchy 1664	USA (14) with hierarchy	Mexico (13) with hierarchy	Lebanon (12) with hierarchy	Colombia (10) -	Australia (4) -	6 European countries (Spain, Italy, Germany, Netherland, Belgium, France) (11) -	Japan (5) -
sample size (response rate)	1664				4544 (87.7%)	10641 (78%)	21425 (61.2%)	1664 (56%)
Life time prevalence								
Panic	0.8	5.6 (0.3)	1.3 (0.2)	0.1 (0.3)			2.1 (1.9-2.3)	
Agoraphobia without panic	0.4	2.3 (0.2)	2.6 (0.3)	0.3 (0.4)			0.9 (0.7-1.1)	
Social phobia	1.6	11.7 (0.5)	5.1 (0.5)	0.8 (0.7)			2.4 (2.1-2.7)	
Specific phobia	4.3	10.4 (0.4)	5.5 (0.5)	0.3 (0.4)	12.6		7.7 (7.2-8.2)	
Generalised anxiety	3.0	4.9 (0.3)	0.9 (0.2)	0.8 (0.7)			2.8 (2.5-3.1)	
Obsessive-compulsive								
Separation anxiety		6.5 (0.4)	3.0 (0.4)	6.8 (1.9)	8.2			
Post-traumatic stress	1.1	6.1 (0.3)	1.2 (0.2)	1.9 (1.0)			1.9 (1.7-2.1)	
Any anxiety	8.5	27.8 (0.7)	13.2 (0.7)	8.9 (2.2)			13.6 (13.0-14.2)	
12-month prevalence								
Panic	0.4	3.0 (0.2)	0.7 (0.2)	0.0 (0.0)		1.1 (0.1)	0.8 (0.6-1.0)	0.5 (0.0-1.1)
Agoraphobia without panic	0.2	1.3 (0.2)	1.6 (0.3)	0.3 (0.4)		0.5 (0.1)	0.4 (0.3-0.5)	0.3 (0.1-0.5)
Social phobia	0.5	6.1 (0.3)	2.6 (0.3)	0.8 (0.7)		1.3 (0.1)	1.2 (1.0-1.4)	0.8 (0.2-1.4)
Specific phobia	2.8	6.5 (0.4)	3.0 (0.4)	0.3 (0.4)			3.5 (3.2-3.8)	2.7 (1.5-3.9)
Generalised anxiety	1.6	2.5 (0.2)	0.5 (0.2)	0.4 (0.5)		2.6 (0.2)	1.0 (0.8-1.2)	1.2 (0.6-1.8)
Obsessive-compulsive						0.7 (0.1)		
Separation anxiety		1.7 (0.2)	1.1 (0.2)	0.7 (0.6)				
Post-traumatic stress	0.4	3.1 (0.3)	0.4 (0.1)	0.4 (0.5)		1.3 (0.1)	0.9 (0.7-1.1)	0.4 (0.0-0.8)
Any anxiety	4.7	16.0 (0.5)	4.1 (0.4)	1.9 (1.0)		5.6 (0.3)	6.4 (6.0-6.8)	4.8 (3.0-6.6)
1-month prevalence								
Panic	0.2	1.1 (0.2)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)				0.5 (0.1)
Agoraphobia without panic	0.2	0.6 (0.1)	0.6 (0.2)	0.3 (0.4)				0.2 (0.1)
Social phobia	0.4	2.1 (0.2)	0.8 (0.2)	0.3 (0.4)				1.0 (0.1)
Specific phobia	2.3	2.7 (0.2)	1.2 (0.2)	0.3 (0.4)				
Generalised anxiety	0.5	0.9 (0.1)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)			2.0 (0.2)	
Obsessive-compulsive								0.5 (0.1)
Separation anxiety		0.7 (0.1)	0.5 (0.2)	0.4 (0.5)				
Post-traumatic stress	0.1	1.5 (0.2)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)				0.9 (0.1)
Any anxiety	3.2	7.3 (0.4)	3.0 (0.4)	1.0 (0.7)				3.8 (0.4)

(5)と(11)のカッコ内は95%CI
その他の論文のカッコ内はSEを示している

表11 DSM-IV物質使用障害の有病率の国際比較

	Japan (15) with hierarchy 1664	USA (14) with hierarchy	Mexico (13) with hierarchy	Lebanon (12) with hierarchy	Colombia (10)	Australia (4)	6 European countries (Spain, Italy, Germany, Netherlands, Belgium, France) (11)	Japan (5)
sample size (response rate)	1664				4544 (87.7%)	10641 (78%)	21425 (61.2%)	1664 (56%)
Life time prevalence								
Alcohol abuse	2.2	5.6 (0.3)	4.4 (0.4)	2.0 (1.1)	6.7		4.1 (3.7-4.5)	
Alcohol dependence	0.4	7.0 (0.4)	2.3 (0.3)	0.0 (0.0)			1.1 (0.9-1.3)	
Alcohol abuse/dependence								
Any alcohol							5.2 (4.8-5.6)	
Drug abuse	0.2	5.3 (0.3)	1.1 (0.2)	0.1 (0.3)				
Drug dependence	0.1	2.7 (0.2)	0.4 (0.1)	0.3 (0.4)				
Drug abuse/dependence								
Nicotine dependence		7.7 (0.4)	1.3 (0.2)					
Any substance use	2.6	18.5 (0.6)	7.7 (0.6)	2.3 (1.1)				
12-month prevalence								
Alcohol abuse	0.4	0.9 (0.1)	1.0 (0.2)	0.2 (0.3)		1.9 (0.2)	0.7 (0.6-0.8)	
Alcohol dependence	0.2	1.6 (0.2)	0.7 (0.2)	0.0 (0.0)		4.1 (0.3)	0.3 (0.2-0.4)	0.4 (0.0-0.8)
Alcohol abuse/dependence								1.6 (0.2-3.0)
Any alcohol							1.0 (0.8-1.2)	
Drug abuse	0.1	0.9 (0.1)	0.3 (0.1)	0.1 (0.3)		1.0 (0.1)		0.1 (0.0-0.3)
Drug abuse/dependence								
Drug dependence	0.1	0.4 (0.1)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)		2.0 (0.2)		0.1 (0.0-0.3)
Nicotine dependence		3.7 (0.3)	0.6 (0.2)					
Any substance use	0.7	6.5 (0.4)	2.3 (0.3)	0.3 (0.4)		7.9 (0.4)		1.7 (0.3-3.1)
1-month prevalence								
Alcohol abuse	0.2	0.2 (0.1)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)		0.7 (0.1)		
Alcohol dependence	0.0	0.6 (0.1)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)		1.7 (0.1)		
Alcohol abuse/dependence								
Any alcohol								
Drug abuse	0.0	0.3 (0.1)	0.1 (0.1)	0.1 (0.3)		0.3 (0.1)		
Drug dependence	0.0	0.1 (0.1)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)		0.9 (0.2)		
Drug abuse/dependence								
Nicotine dependence		2.3 (0.2)	0.3 (0.1)					
Any substance use	0.3	3.3 (0.3)	0.8 (0.2)	0.1 (0.3)		3.4 (0.4)		

表12 DSM-IV衝動性制御障害の有病率の国際比較

	Japan (15) with hierarchy 1664	USA (14) with hierarchy	Mexico (13) with hierarchy	Lebanon (12) with hierarchy	Colombia (10)	Australia (4)	6 European countries (Spain, Italy, Germany, Netherlands, Belgium, France) (11)	Japan (5)
sample size (response rate)	1664				4544 (87.7%)	10641 (78%)	21425 (61.2%)	1664 (56%)
Life prevalence								
Impulse-Control								
Any	2.5				5.5			
Intermittent Explosive Disorder								
Conduct								
Nuerasthenia								
Any personality								
Cognitive impairment								
Psychoschos								
Any disorder	2.5	40.7 (0.7)	21.4 (0.9)	17.1 (2.9)			25.0 (24.2-25.8)	
12-month prevalence								
Impulse-Control								
Any	0.8							1.0 (0.4-1.6)
Intermittent Explosive Disorder								
conduct								
Nuerasthenia						1.5 (0.2)		
Any personality						6.5 (0.3)		
Cognitive impairment						1.3 (0.1)		
Psychoschos						0.4 (0.1)		
Any disorder		20.9 (0.6)	10.5 (0.6)	5.3 (1.7)		20.3 (0.6)	7.1 (6.4-7.8)	8.8 (6.4-11.2)
1-month prevalence								
Impulse-Control								
Any	0.4							
Intermittent Explosive Disorder								
conduct								
Nuerasthenia						1.2 (0.2)		
Any personality						5.3 (0.3)		
Cognitive impairment						1.3 (0.1)		
Psychoschos						0.4 (0.1)		
Any disorder		9.3 (0.4)	4.6 (0.4)	2.8 (1.3)		13.2 (0.4)		

図1 DSM-IV診断カテゴリー別12ヶ月有病率の国際比較(日本=1とした場合)

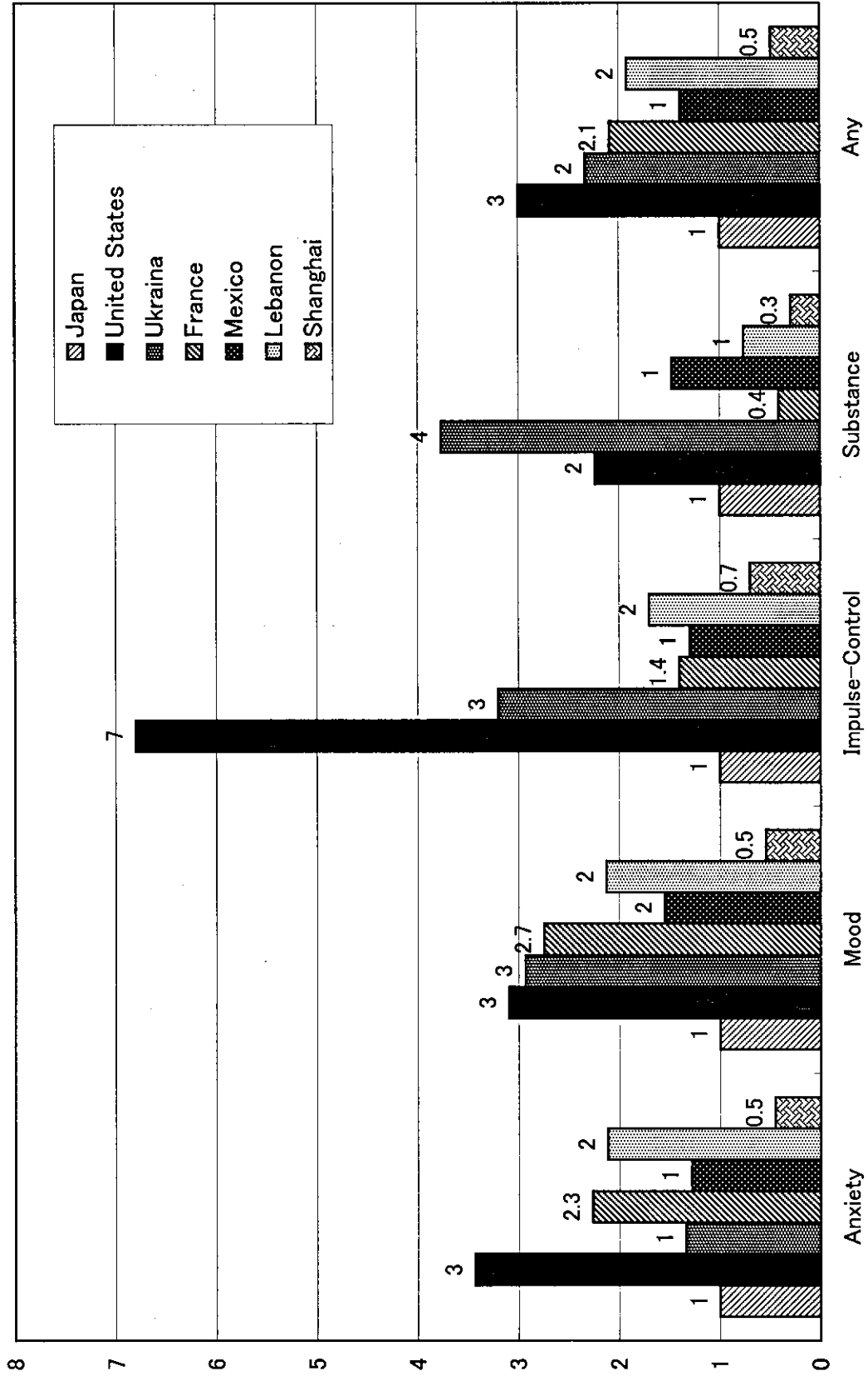


図2 DSM-IV気分障害の1ヶ月、12ヶ月、生涯有病率の国際比較(日本=1とした場合)

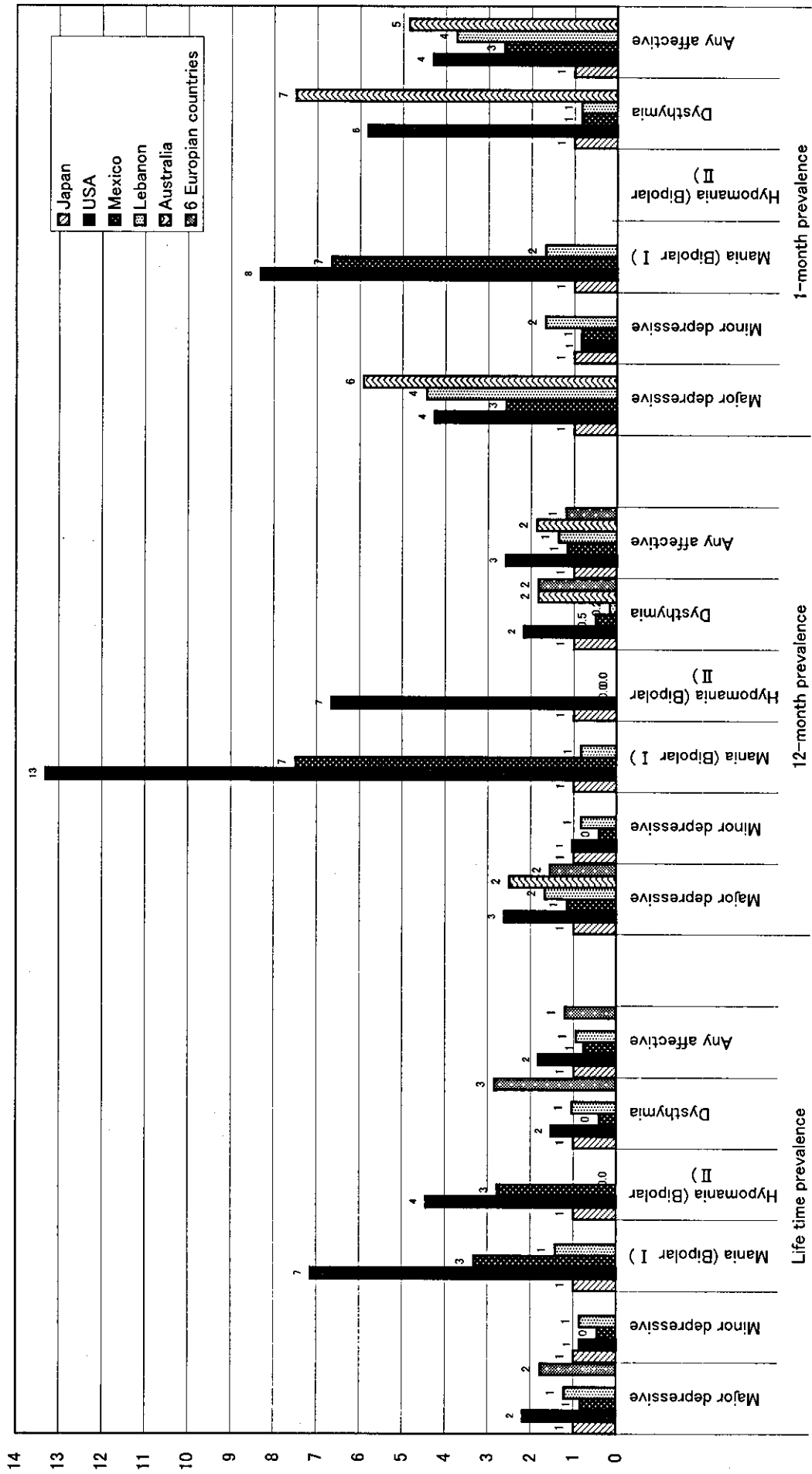


図3 DSM-IV不安障害の1ヶ月、12ヶ月、生涯有病率の国際比較(日本=1とした場合)

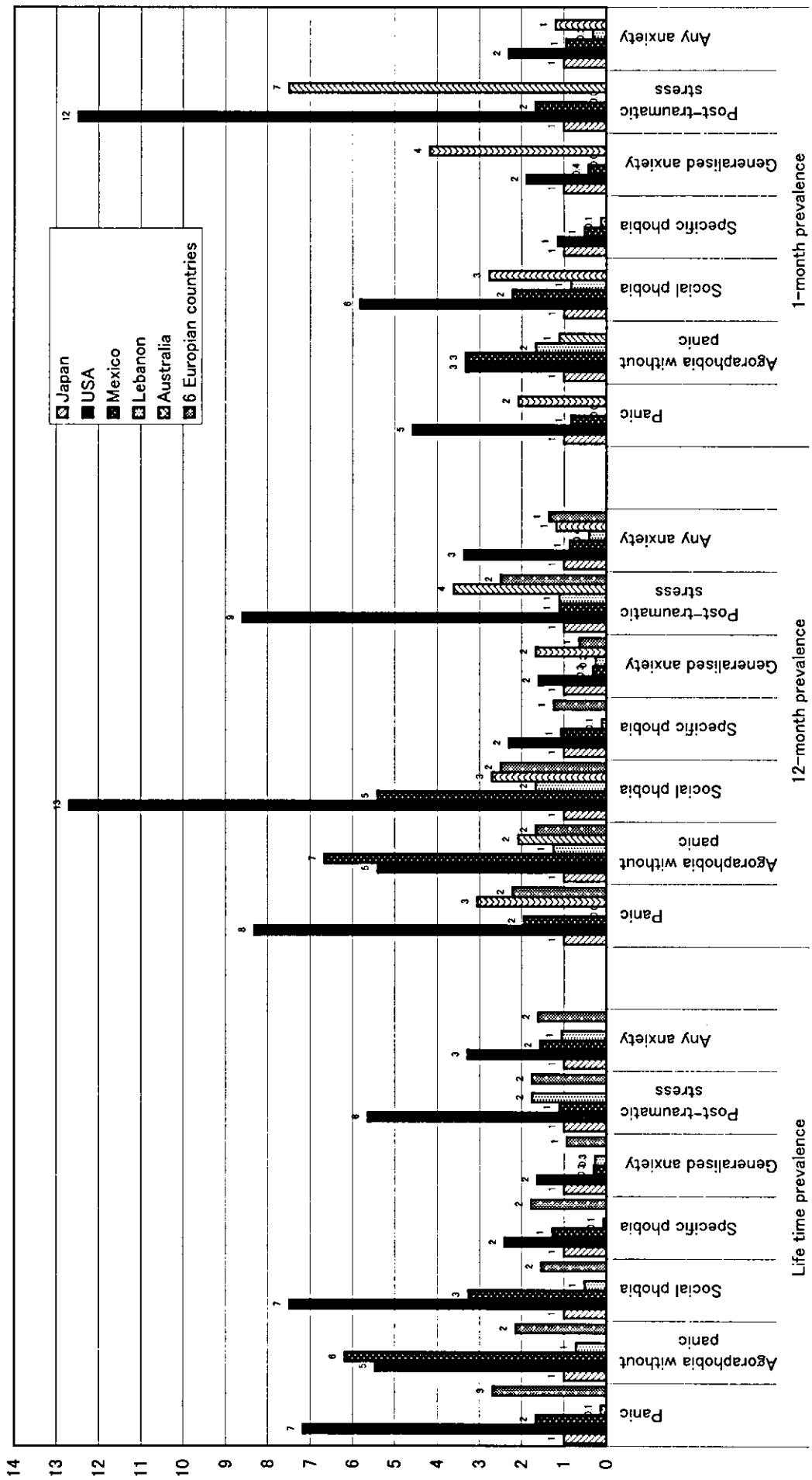


図4 DSM-IV物質使用障害の1ヶ月、12ヶ月、生涯有病率の国際比較(日本=1とした場合)

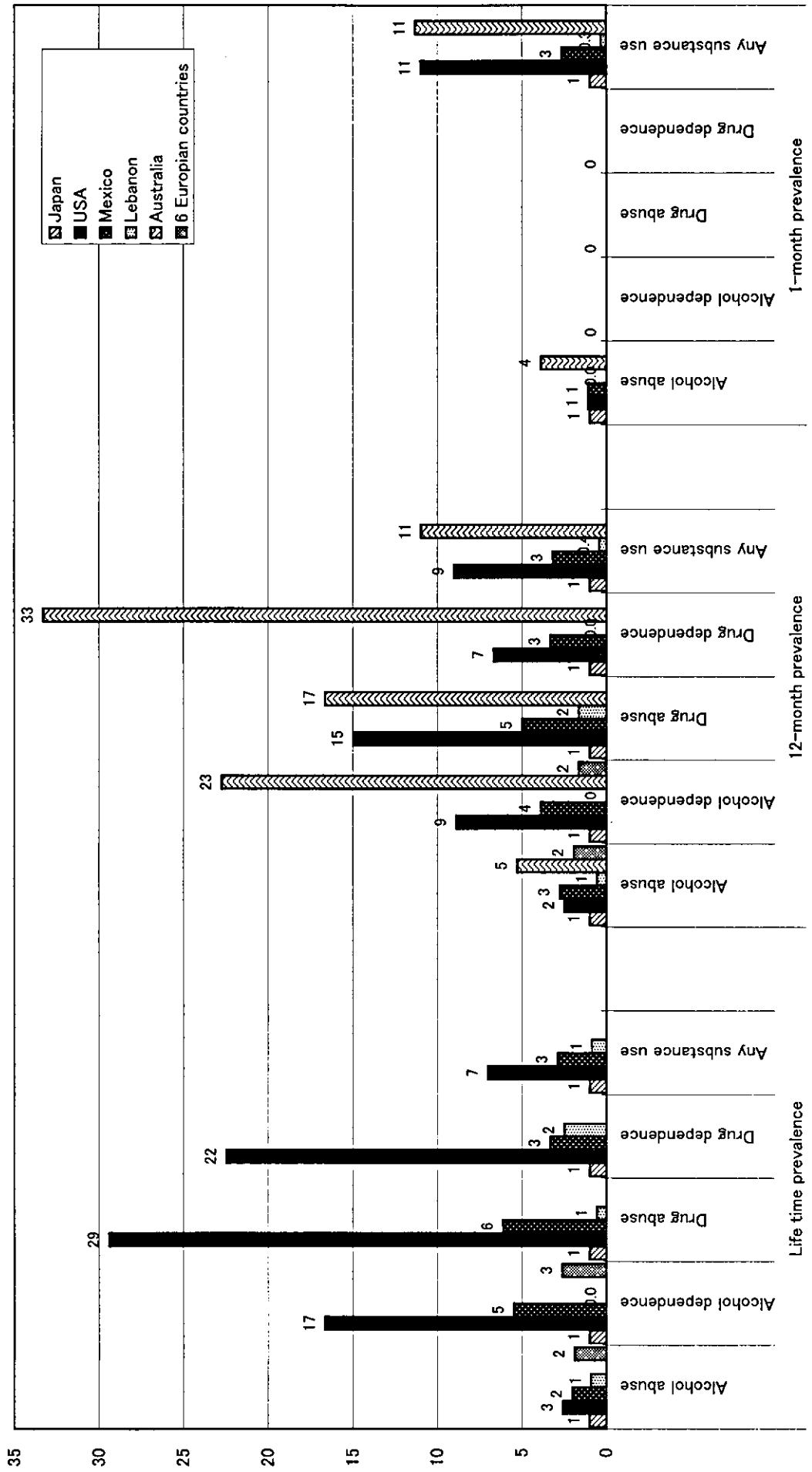


表13A DSM-IV生涯診断の相関(クラメール係数)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1.アルコール乱用		1	0.399	0.288	0.049	0.171	0.007	0.046	0.048	0.114	0.115	0.093	0.143	0.193	0.096	
2.アルコール依存			1	0.166	0.050	0.097	0.003	0.010	0.004	0.017	0.006	0.007	0.122	0.142	0.077	
3.薬物乱用				1	0.063	0.119	0.002	0.009	0.004	0.111	0.245	0.207	0.295	0.082	0.150	
4.薬物依存					1	0.006	0.001	0.006	0.002	0.057	0.194	0.004	0.470	0.135	0.163	
5.気分変調性障害						1	0.007	0.075	0.010	0.468	0.014	0.173	0.256	0.170	0.102	
6.全般性不安障害							1	0.084	0.011	0.329	0.104	0.186	0.083	0.063	0.136	
7.軽躁病								1	0.007	0.012	0.004	0.004	0.003	0.005	0.009	
8.間歇爆発障害									1	0.072	0.014	0.020	0.012	0.011	0.015	
9.躁病										1	0.053	0.006	0.005	0.067	0.014	
10.大うつ病											1	0.106	0.168	0.150	0.121	
11.パニック障害												1	0.180	0.182	0.263	
12.外傷後ストレス障害													1	0.127	0.226	
13.広場恐怖														1	0.189	
14.社会恐怖															1	
15.特定の恐怖症																1

表13B 潜在クラス別のDSM-IV生涯診断の頻度

Variables	Class 1	Class 2	Class 3
1.アルコール乱用	0.00	0.00	0.29
2.アルコール依存	0.00	0.00	0.05
3.薬物乱用	0.00	0.00	0.03
4.薬物依存	0.00	0.08	0.01
5.気分変調性障害	0.00	0.16	0.16
6.全般性不安障害	0.00	0.11	0.19
7.軽躁病	0.00	0.00	0.02
8.間歇爆発障害	0.00	0.16	0.05
9.躁病	0.00	0.00	0.05
10.大うつ病	0.00	0.37	0.30
11.パニック障害	0.00	0.00	0.08
12.外傷後ストレス障害	0.00	0.02	0.09
13.広場恐怖	0.00	0.00	0.06
14.社会恐怖	0.00	0.00	0.18
15.特定の恐怖症	0.00	0.21	0.18
全対象者中の頻度(%)	83.2	11.2	5.6

図5 DSM-IV生涯診断の潜在クラスの性別、年齢別頻度分布

