

表32: 過去12カ月間の自殺関連行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 ^{注1)}	過去12カ月間に本気で自殺を考えた		過去12カ月間に自殺の計画をたてた*		過去12カ月間に自殺を試みた	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	285	4	1.4	1	0.4	1	0.4
	35-44	263	5	1.9	0	0.0	0	0.0
	45-54	374	6	1.6	1	0.3	0	0.0
	55-64	407	5	1.2	2	0.5	1	0.2
	65+	539	3	0.6	0	0.0	0	0.0
男性計			23	1.2	4	0.2	2	0.1
女性	20-34	397	8	2.0	1	0.3	2	0.5
	35-44	353	3	0.8	0	0.0	1	0.3
	45-54	411	7	1.7	1	0.2	1	0.2
	55-64	436	8	1.8	4	0.9	2	0.5
	65+	665	2	0.3	0	0.0	0	0.0
女性計			28	1.2	6	0.3	6	0.3
合計			51	1.2	10	0.2	8	0.2

注1) 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている

平成 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
分担研究報告書

特定の精神障害の頻度、危険因子、受診行動、社会生活への影響

主任研究者

川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授

研究協力者

土屋政雄、高崎洋介

岡山大学大学院医歯学総合研究科・博士課程院生
(東京大学大学院医学系研究科・特別研究学生)

木村美枝子、富永眞由美、船越明子、斉藤真梨

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻・博士課程院生

須藤杏寿 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻・修士課程院生

立森久照 国立精神・神経センター精神保健研究所・室長

長沼洋一 国立精神・神経センター精神保健研究所・リサーチレジデント

槇野葉月 首都大学東京都市教養学部・助手

岩田 昇 広島国際大学大学院心理科学部・教授

本分担研究では、こころの健康についての疫学調査（世界精神保健[WMH]日本調査）データの解析から、これまでに明らかになった主要な研究結果を紹介する。

1. 特定の精神障害の頻度：サンプリングによる重みづけを考慮した分析により、各精神障害の有病率を算出した。いずれかの精神障害の生涯有病率は 24.2%、12 ヶ月有病率は 10.0%、うつ病の生涯有病率は 6.2%、12 ヶ月有病率は 2.1%であった。さらに、焦燥感を主徴としたうつ病の類型であるうつ病激越性、閾値未満の躁病エピソード及び軽躁病エピソード、外傷後ストレス障害、薬物使用の頻度を明らかにした。

2. 精神障害の危険因子：子供時代や成人時の配偶者の暴力への暴露、恐怖症への罹患、身体疾患がうつ病の危険度を増加させることが観察された。

3. こころの健康問題による受診行動：こころの健康問題により受診・相談した者は過去 12 ヶ月間に 20 人に 1 人にのぼっていた。精神科医と一般医を受診した者の特性および利用者満足度には差異があることを明らかとした。

4. 精神障害の社会生活、自殺への影響：精神障害による社会生活機能障害は、身体疾患のそれと比較するとより大きく、特に両者が合併している場合には機能障害が強くなっていた。気分障害は特に自殺行動のリスクを増加させていたが、さらに精神障害が合併することで自殺リスクが増加していた。

5. 項目反応理論による精神科診断基準の再検討：うつ病の診断基準となる症状項目の重症度を比較した。この解析結果も、将来の国際精神科診断基準の改訂に寄与すると期待される。

以上から、①うつ病だけでなく、その他にも気分、不安、薬物使用障害に注目し、早期受診や適切な治療を促進すべきと考える。②こころの健康問題に対する一般医の診療についてその役割の具体化と診療水準の向上がはかられる必要がある。③精神疾患の合併例は、機能障害が大きく、自殺傾向も強い。重症例と軽症例への異なる保健・医療サービスを提供することが必要である。④地域の心の健康問題の連鎖（暴力、軽症の精神疾患、身体疾患）が明らかとなり、心の健康問題の予防のためには、ライフサイクルを通じた多様な対策が必要であると考える。

A. はじめに

世界保健機関(WHO) が主導する世界精神保健(World Mental Health, WMH) 調査は、

気分障害、不安障害、物質使用障害などの頻度の高い精神障害(common mental disorders)に関する国際共同研究である。こころの健康につ

いての疫学調査（WMH 日本調査）は、WMHの一環として、世界 15 カ国で実施されている共同研究と同じ方法により一般住民における気分障害、不安障害、物質使用障害の頻度を調べる他、これらの精神障害の関連要因、受診行動、精神障害と自殺行動の関係や社会生活への影響などを明らかにすることを目的として平成 14 年度から平成 18 年度にかけて実施された。

こころの健康についての疫学調査により明らかにされたわが国の一般住民における気分障害、不安障害、物質使用障害の頻度および受診行動については、本年度の他の分担研究報告書で詳細に記述されている。ここではこころの健康についての疫学調査（WMH 日本調査）データの解析において、これまでに明らかになった主要な研究結果を紹介する。特に、本分担研究報告書では、①双極性障害や外傷後ストレス障害など特定の精神障害の頻度に関する詳細な分析、②精神障害の危険因子の解析、③こころの健康問題による受診行動のより詳細な解析、④精神障害の社会生活的への影響、⑤項目反応理論による精神科診断基準の再検討の結果について記述する。これらは今後のわが国の精神保健サービスのあり方の方向性を考える基礎資料となると期待される。

B. 対象と方法

1. 調査対象

1) 平成 14・15 年度調査データ

本分担研究では、診断データが早期に確定していた平成 14・15 年度調査データを主に使用した。平成 14 年度調査では、岡山県岡山市（人口 64 万人）、長崎県長崎市（同 42 万人）、鹿児島県串木野市（同 2 万 7 千人）および同吹上町（同 1 万人）が、平成 15 年度調査では、岡山県玉野市（同 7 万人）および鹿児島県市来町（同 7 千人）、東市来町（同 1 万 4 千人）、栃木県佐野市において調査が実施された。しかしながら栃木県佐野市のデータについては本研究の実施時点で Part2 重み付けが計算できていなかったため、本分担研究の対象から除いた。調査対象者は、各地域の 20 歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出され、調査参加に同意した対象者に対して、調査員が自宅で面接調査を実施した。いずれの地区の調査においても、調査に同意した対象者からはインフォームドコンセントを書面で得た。これらの調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部（岡山市、玉野市）、長崎大学

医学部（長崎市）および精神保健研究所（鹿児島県）における研究倫理審査委員会で調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。

対象者のうち、2437 名に面接を実施できた。調査対象者のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた対象者は対象外とした。調査への回答率は完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者からこれらの対象外の者を除外した人数を分母として計算した。回収率は 26%（長崎市）から 82%（鹿児島県吹上町）まで幅があった。平均回答率は 58%であった。データ解析では、婚姻状態が不明な対象者 1 名（岡山市）を除いた 2436 名を解析した。

2) 平成 14・18 年度データ

一部の解析では、WMH 日本調査全データ（平成 14・18 年度データ）が使用できた。平成 14～18 年度までの全データについての対象地域、回答者などの情報は、立森らの分担研究報告書を参照されたい。

2. 方法

面接調査には、WHO-CIDI を含む WMH 調査票のコンピュータ（CAPI）版を使用した。地域ごとに 20・30 名の調査員を募集した。調査員の訓練は、米国で公式なトレーニングを受けたトレーナー（川上、岩田）とその補助員が実施した。訓練は 5 日間で、調査の概要、調査手順、WMH 調査票の使用法、模擬面接などから構成された。面接調査は 2 つの部分に分かれており、前半（part I）は全ての対象者に対して実施され、後半（part II）は対象者のうちからランダムに選択された者（ $n=887$ ）のみに対して追加調査として実施された。前半部分では主に心の健康問題（精神障害を含む）の実態と相談・受診行動を、後半部分では心の健康問題の関連要因や心の健康に関する意識について調査を行った。Part 1 面接データはほとんどの疾患の 12 ヶ月有病率、重症度、受診行動の解析に使用された。Part 2 面接データは、一部の疾患の診断、重症度、受診行動の解析および人口統計学的要因との関連性の解析に用いられた。Part 1 面接は性・年齢による回答の偏りを、Part 2 面接ではこれに加えてその出比率を考慮した重み付けを加え、性別、年齢分布がその地域の国勢調査人口におけるそれに合わせた場合の推定値を計算した。

統計解析は、SPSS あるいは SAS によって行われた。また SAS および SUDAAN software system (Research Triangle Park, NC, USA,

2002) が重み付けの影響を調整した解析のために使用された。

C. 結果

1. 精神障害の頻度

1) サンプルデザインを考慮した精神障害の有病率

すでに述べたように、WMH 調査では被験者の負担を軽減するため面接を2つのパートに区分し、対象者を面接中にサンプリングしていずれのパートの面接を実施するかを決めている。すべての対象者に Part I の面接を実施する。Part I を終了した対象者のうちからある基準と確率によって選ばれた者に対して、Part II 面接を実施する。このためそのまま粗集計すると Part II でしか評価されない診断については過小評価する可能性がある。このため、ここでは、①回答者全員に対して、無回答者による対象の偏りを補正するために、全ての対象者はその性別、年齢分布をその地域の国勢調査人口における性別、年齢構成に合うように重み付けを加えた。②さらに Part II 面接の回答者は、その抽出比率 (Part I から Part II に移行する性別、年齢別の確率) に反比例した重み付けを行った。

その上で得られた各疾患の生涯および12ヶ月有病率を表1に示す。いずれかの精神障害の生涯有病率は8.5%、12ヶ月有病率は10.0%、大うつ病の生涯有病率は6.2%、12ヶ月有病率は2.1%であった。立森らの分担報告書の解析では重みづけを行っていないため、数値が異なっている点に注意されたい。

2) 激越性うつ病

激越性うつ病 (Irritable depression) は精神運動興奮や衝動性コントロールの低下を主徴とうつ病の類型であり、まだ DSM-IV などでも正式には診断基準として認められていない疾患群である。世界的にも症例報告といくつかの疫学調査結果が知られているだけで、まだその頻度、社会生活の支障、受診行動などについては明らかでない。

本研究における生涯有病率は激越性大うつ病0.6%、激越性軽症うつ病0.2%、12ヶ月有病率は激越性大うつ病0.3%、激越性軽症うつ病0.1%であった (表2)。激越性軽症うつ病の12ヶ月有病率は男性の方が有意に高かった (重み付けを使用しない解析により、 $p=0.08$)。発症年齢は激越性大うつ病で28.2歳、激越性軽症うつ病で36.0歳であり、性差はなかった。

12ヶ月以内に罹患した激越性うつ病者の重症度は、大うつ病者よりも有意に低かった (激越性うつ病3.0、大うつ病2.1、 $p=0.04$)。激越性大うつ病ではのべ受診率0.2%、激越性軽症うつ病ではいかなる受診行動もみられなかった。

3) 双極性障害および関連症状

軽躁病エピソード、躁病エピソードおよび閾値未満の躁傾向について、生涯有病率を検討した。本研究では、閾値未満の躁傾向として「DSM-IV による軽躁病エピソード診断基準のAを満たしかつ、診断基準Bに挙げられている症状が1つ以上ありかつ、DSM-IV による軽躁病エピソードおよび躁病エピソードを満たさない者」を条件とした。

生涯有病率は、躁病エピソード (双極I型障害) が0.5%、軽躁病エピソードが0.2% (双極II型障害0.02%) および閾値未満の躁傾向1.0%であった (表3)。遺伝負因があるものは、躁病エピソードが25.0%、軽躁病エピソードが33.3%、閾値未満の躁傾向28.6%であった。閾値未満の躁傾向を持つものでは、46.5%が大うつ病エピソードをもっていた。気分障害以外の併存診断を1つ以上もつものは、躁病エピソードでは6割に達し、軽躁病エピソードでは14.3%であり、閾値未満の躁傾向が64.3%であった。一方閾値未満の躁傾向の認められない大うつ病性障害では、併存診断「なし」が60.0%と大半を占めた。

3) 外傷後ストレス障害

地域住民における外傷体験の生涯経験率は68.3%、PTSDの生涯有病率は1.0%、12ヶ月有病率は0.4%であった (表4)。外傷体験の種類は、目撃体験、死別、自分・子供の深刻な病气、殴る蹴るの暴行などの順で多かった。外傷体験は、男性、教育年数9-16年の者に有意に多かった ($p<0.05$)。外傷体験のある者の中では、女性、若年、都市部在住、複数の外傷体験、性的外傷体験の場合に PTSD の生涯リスクが有意に高かった ($p<0.05$)。日本の PTSD 12ヶ月有病率は、アメリカと比べ低かったが、メキシコとはほぼ一致、あるいは中国より高かった。外傷体験の頻度は、諸外国と比べ高かった。外傷体験の種類、外傷体験および PTSD の関連要因は、欧米の先行研究と類似していた。なおこの解析は、WMH 日本調査 2002-2003 データ (岡山市、長崎市、鹿児島県串木野市、同吹上町) に基づいて行われている。

4) 精神作用性薬物の使用

マリファナ、コカイン、医療目的以外で使用した処方薬 (鎮静剤、精神安定剤、覚せい剤、

鎮痛剤)、その他の薬物の、調査時点までの生涯使用率は、それぞれ、1.5%、0.3%、6.4%、2.4%であった(表5)。マリファナでは男性の使用が多く、医療目的以外で使用した処方薬では、35-49歳、結婚している者に多かった。また、調査時点から過去12ヶ月間の薬物使用率は、マリファナ0.3%、医療目的以外で使用した処方薬は1.9%であった。これらの薬物は、成人期初期に初めて使用される傾向が示された。調査時点までの薬物の生涯使用と精神障害との関連では、医療目的以外で処方薬を使用した者が、何らかの気分障害、何らかの不安障害、何らかの间歇性爆発性障害(IED)、アルコール乱用/依存の精神医学的診断のついた割合が最も多く(14.7%、13.6%、20.9%、11.5%)、20-49歳までの年齢層、婚姻状態では結婚している層の使用危険度、何らかの気分障害、何らかの不安障害の発症危険度も高いことが示された。

2. 危険因子

1) 虐待、配偶者からの暴力と大うつ病

子供時代(中学校以前)に両親のいずれかから殴打された経験のある者では、DSM-IV大うつ病の12ヶ月有病率が有意に高かった($p<0.05$)(図1)。配偶者からの暴力を経験した者ではDSM-IV大うつ病の生涯有病率が有意に高かった($p<0.05$)。しかし殴打の経験時期と大うつ病エピソードの経験時期との時間関係は考慮していない解析であり、注意が必要である。

2) 恐怖症と大うつ病性障害における生涯合併の検討

恐怖症の発症が後の大うつ病性障害発症に及ぼす影響について検討した(表6)。大うつ病性障害を生涯に経験した事のある者の中で、恐怖症の生涯合併がある者の割合は、それぞれ社会恐怖で6.9%、特定恐怖で12.0%、パニック障害の既往のない広場恐怖(以下:広場恐怖と略)で3.5%であった。次に、大うつ病性障害発症の年以前に発症していた恐怖症は、すべて大うつ病性障害発症のリスクを高めることが示された。それぞれ、ハザード比(HR)は、社会恐怖(HR=7.2)、特定恐怖(HR=2.4)、広場恐怖(HR=7.5)であった。恐怖症の発症が、後の大うつ病性障害発症に影響を与える事は、National Comorbidity Surveyや他の大規模疫学研究での知見と一致している。先行研究と比較すると、特定恐怖はほぼ同様のリスクの大きさであるが、社会恐怖と広場恐怖については、本研究の結果の方が強く大うつ病性障害を予測している。他の精神障害の影響を調整する

事が困難なため、それらを考慮していないという限界はある。

3) 身体疾患を有する者における大うつ病性障害のリスク

心臓疾患・高血圧・糖尿病・脳卒中への罹患が大うつ病の発症に与える影響を解析した(表7)。過去に心臓病を有していると医師から告げられた者は大うつ病エピソードの発症が1.5倍となり、さらに心臓発作は10.0倍、高血圧も1.3倍となった。逆に糖尿病は0.7倍と大うつ病エピソードの発症が低くなった。脳卒中はケースが少なく評価できなかった。心臓発作のみ統計学的有意となった。本研究の結果は、プライマリケア医が心疾患を有する患者を診療する際に、うつ病の発症にも十分配慮をする必要があることを示唆している。

3. 受診行動

一般住民において、過去12ヶ月間で、心の健康問題について援助機関を利用した者は、133人で5.4%であった。その内訳は、精神科医が38人(1.6%)、一般医が65人(2.4%)、精神科医以外の精神保健の専門家が54人(2.3%)、その他が36人(1.4%)であった。また、援助機関利用者のうち、26%が何らかの精神疾患を有していた。精神科医と一般医の利用者の基本属性を比較した。精神科医は、年齢構成では34歳以下が38.2%と最も多く、未婚者が31.8%、労働者が47.2%を占めていた。一方、一般医は、年齢構成は60歳以上が33.5%と最も多く、未婚者は19.8%と比較的少なく、主婦が24.4%を占めていた。

精神科医と一般医の利用者のサービス満足度を比較した(表8)。“精神科医(一般医)はあなたの助けになりましたか?”という問いに対して、4段階で回答を得たものである。その結果、精神科医は、「とても」と「いくらか」がそれぞれ47.4%、30.2%と全体的に高い満足度を得ている一方、一般医では、a lotが51.3%であるにもかかわらず、「少し」が28.4%と満足度の高い層と低い層に二分化されていた。そこで、精神科医と一般医の利用者のサービス満足度の合計点をt検定にて比較したが、統計的に有意な差は認められなかった($t=-0.74$, $p=0.46$)。

4. 精神障害の社会生活への影響

1) 身体疾患、精神障害を経験した者における生活上の支障

過去12ヶ月間の身体疾患の経験の有無、および同期間の精神障害の経験の有無について

の情報をもとに対象者を4つの群に分類した(①身体疾患も精神障害も経験しなかった群、②身体疾患のみを経験した群、③精神障害のみを経験した群、④身体疾患と精神障害をともに経験した群)。この4群の間でWorld Mental Health Survey Initiative version of the WHO Disability Schedule (WMH WHO-DAS)を用いて評価された過去30日間の生活上の支障の程度を比較した(図2)。WMH WHO-DASで評価される8つの活動領域のほぼ全てで、「いずれもなし」群が最も低い得点、つまり生活上の支障が小さいことを示していた。“Mobility”および“Self Care”といった身体機能の状態が強く影響すると思われる活動領域では、身体疾患を有することが、それらの領域での生活上の支障が大きいことと関連していた。一方、“Mobility”および“Self Care”以外の領域では、身体疾患のみあり、精神障害のみあり、両方ありの順でそれぞれの領域での生活上の支障が大きくなるという傾向が一貫して明らかとなった。以上の結果から身体疾患または精神障害により生活上の支障が生じること、“Mobility”および“Self Care”を除いた全ての活動領域において精神障害は身体疾患と同程度もしくはそれ以上の生活上の支障を引き起こすことが示唆された。

2) 精神障害と自殺(大野)

精神疾患の経験がその後の自殺傾向の発生に与える影響については、不安障害、気分障害、物質使用障害がある場合には、自殺念慮(自殺を真剣に考えた)、自殺計画、自殺未遂の相対危険度が有意に高かった(図3)。3つ以上の精神障害が合併している場合には、これらの自殺行動の相対危険度はきわめて高くなっていた。

5. 項目反応理論を用いたうつ病性エピソード診断基準の解析(斉藤、岩田)

WMH日本調査の回答者のうちうつ病性エピソードの症状をもつ者353名を対象に、DSM-IVとICD-10のうつ病エピソードの診断に用いられる症状の性質をIRTによって検討し、同時に対象者の重症度を推定した(表9)。また、両基準により診断されるうつ病エピソードを集計し結果を比較した。

「抑うつ気分」「興味の喪失」をスクリーニング項目としているという調査の構造の影響は見られたものの、IRTモデルの適用により、「興味の喪失」や「睡眠障害」の重症度が低く、「体重と食欲の変化」「精神運動性

の変調」の重症度が高いことが示された。また、「精神運動性の変調」「無価値感」「自責感」は識別力が高く、DSM-IVとICD-10のうつ症状に関する全14項目が測定する概念によく一致していることが示された。「体重/食欲」に関する項目は識別力が低く他の項目群とは異なる概念を測定している可能性が示唆された。

両基準による同一対象者の診断エピソードを比較したところ、ICD-10において大うつ病性エピソード、中等症うつ病性エピソード、軽症うつ病性エピソードとの診断がなされた者の8割以上がDSM-IVで大うつ病性エピソードと診断されていた。さらに、「躁エピソードがある」などの除外基準による除外はDSM-IVは50人、ICD-10は94人であったことからDSM-IVを用いた調査のほうがICD-10より有病率が高く推定される可能性が示唆された。

対象者に関してはIRTモデルを用いた該当項目の重症度を考慮した個人の重症度の推定値においても、診断エピソードが重症になるほどIRTによって推定される重症度が上がることが確認された。

D. 考察

1. 特定の精神障害の頻度の分析

サンプリングデザインを考慮した重みづけ解析により、WMH日本調査全データを使用して一般住民中の精神障害の頻度を明らかとした。いずれかの精神障害の生涯有病率は24.2%、12ヶ月有病率は10.0%、大うつ病の生涯有病率は6.2%、12ヶ月有病率は2.1%であった。過去12ヶ月間に50人に1人がうつ病を、10人に1人が何らかの気分、不安、物質関連障害を経験していることになる。これまでの生涯には16人に1人がうつ病を、4人に1人が何らかの気分、不安、物質関連障害を経験していた。気分、不安、物質関連障害が頻度の高い疾患であることが確認された。

うつ病は多くは気力の減退を伴うことが多いが、これ以外にも激越性うつ病という、焦燥感を主徴としたうつ病激越性が少数ながら存在することが示された。

躁病エピソード及び軽躁病エピソードの診断基準については、現在世界的にも見直しの方向性にある。特に現在の診断基準で閾値下となっている症例をどう取り扱うかに議論が高まっている。本研究でも、躁病エピソード及び軽

躁病エピソードの生涯有病率は低かったが、閾値未満の躁傾向は 1.0%で見られた。閾値未満の躁傾向への臨床的関与、うつ状態を主訴とする患者における躁傾向の評価の重要性が示唆される。

外傷後ストレス障害の頻度は、生涯で 1%、過去 12 ヶ月間で 0.4%と、他の気分、不安障害にくらべると低いものの、もしこの頻度がわが国全体にあてはまるなら、これまでに 100 万人が、過去 12 ヶ月間に 40 万人が外傷後ストレス障害を経験していることになる。外傷後ストレス障害は社会生活上の支障が高く、今後のわが国の精神保健対策の中でも一層注目する必要がある。

わが国における薬物使用の頻度は諸外国と比較して低いが、コカインの使用経験者や比較的多数の処方薬の治療目的以外での使用経験者が認められる。最初の使用時期は平均 20 歳であることから、思春期・青年期での防止対策が重要である。

2. 精神障害の危険因子

本研究では虐待や暴力、より軽症の精神障害（恐怖症）、身体疾患という多様な要因とうつ病との関連性を解析した。子供時代や成人時の配偶者の暴力への暴露、恐怖症への罹患、身体疾患がうつ病の危険度を増加させることが観察された。地域における精神障害の危険因子はライフステージごと特徴を持ち、また同時に相互に連鎖していると思われる。

3. こころの健康問題による受診行動

こころの健康問題により受診・相談した者は過去 12 ヶ月間に 20 人に 1 人にのぼっていた。精神科医または一般医を受診した者のうち、本研究で気分、不安、物質使用障害の診断のつく者は 4 割弱であった。特に一般医を利用した者の 76.4%が精神疾患の診断を満たしておらず、一般医は、高齢で精神疾患の診断を満たさない症状をもつ利用者が多いという特徴を持っていた。また医療機関受診者の約半数は診療に満足していたが、一般医では満足度の低い群とに 2 極化する傾向が見られた。こころの健康問題に対する一般医の診療についてその役割の具体化と診療水準の向上がはかられる必要がある。

4. 精神障害の社会生活、自殺への影響

精神障害による社会生活機能障害は、身体疾患のそれと比較するとより大きく、特に両者が合併している場合には機能障害が強くなっていた。気分障害は特に自殺行動のリスクを増加させていたが、さらに精神障害が合併すること

で自殺リスクが増加していた。精神障害の中でも、特に社会機能障害の強いグループ、複数の精神障害の合併例、精神障害と身体疾患の合併例に対するより集中的、効果的な医療サービスの提供が求められると思われる。

5. 項目反応理論による精神科診断基準の再検討

精神科診断基準は、常に最新の疫学研究成果を基に見直され、例えば DSM-V や ICD-11 などの修正された診断基準へと改変されてゆく。本調査で得られた解析結果も、将来の国際精神科診断基準の改訂に寄与すると期待される。

E. 結論

本分担研究では、こころの健康についての疫学調査（WMH 日本調査）データ（主に 2002-2004 年度調査データ）の解析から、これまでに明らかになった主要な研究結果を紹介する。

1. 特定の精神障害の頻度：サンプリングによる重みづけを考慮した分析により、各精神障害の有病率を算出した。いずれかの精神障害の生涯有病率は 24.2%、12 ヶ月有病率は 10.0%、大うつ病の生涯有病率は 6.2%、12 ヶ月有病率は 2.1%であった。さらに、焦燥感を主徴としたうつ病の類型であるうつ病激越性、閾値未満の躁病エピソード及び軽躁病エピソード、外傷後ストレス障害、薬物使用の頻度を明らかにした。

2. 精神障害の危険因子：子供時代や成人時の配偶者の暴力への暴露、恐怖症への罹患、身体疾患がうつ病の危険度を増加させることが観察された。

3. こころの健康問題による受診行動：こころの健康問題により受診・相談した者は過去 12 ヶ月間に 20 人に 1 人にのぼっていた。精神科医と一般医を受診した者の特性および利用者満足度には差異があることを明らかとした。

4. 精神障害の社会生活、自殺への影響：精神障害による社会生活機能障害は、身体疾患のそれと比較するとより大きく、特に両者が合併している場合には機能障害が強くなっていた。気分障害は特に自殺行動のリスクを増加させていたが、さらに精神障害が合併することで自殺リスクが増加していた。

5. 項目反応理論による精神科診断基準の再検討：うつ病の診断基準となる症状項目の重症度を比較した。この解析結果も、将来の国際精神科診断基準の改訂に寄与すると期待される。

以上から、①うつ病だけでなく、その他にも気分、不安、薬物使用障害に注目し、早期受診や適切な治療を促進すべきと考える。②こころの健康問題に対する一般医の診療についてその役割の具体化と診療水準の向上がはかられる必要がある。③精神疾患の合併例は、機能障害が大きく、自殺傾向も強い。重症例と軽症例への異なる保健・医療サービスを提供することが必要である。④地域の心の健康問題の連鎖（暴力、軽症の精神疾患、身体疾患）が明らかとなり、心の健康問題の予防のためには、ライフサイクルを通じた多様な対策が必要であると考えられる。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 川上憲人：世界のうつ病、日本のうつ病－疫学研究の現在－. 医学のあゆみ 219(13) : 925-929, 2006.

2) 川上憲人：双極性障害と社会 双極性障害の疫学. こころの科学 131: 18-21, 2007.

2. 学会発表

該当せず。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

表1 世界精神保健(WMH)日本調査最終データによるわが国の不安、気分、物質使用障害の生涯および12ヶ月有病率(数字は%、括弧内は標準誤差)

	生涯有病率			12ヶ月有病率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
パニック障害*	0.84 (0.15)	0.75 (0.21)	0.94 (0.21)	0.41 (0.10)	0.18 (0.11)	0.63 (0.18)
全般性不安障害*	1.80 (0.21)	1.36 (0.29)	2.24 (0.32)	0.86 (0.14)	0.58 (0.18)	1.12 (0.22)
社会恐怖*	1.43 (0.20)	1.80 (0.34)	1.07 (0.23)	0.65 (0.14)	0.86 (0.24)	0.44 (0.15)
特定の恐怖症*	3.35 (0.29)	2.75 (0.41)	3.93 (0.41)	2.26 (0.24)	1.72 (0.33)	2.79 (0.35)
パニック障害の既往歴のない広場恐怖*	0.17 (0.06)	0.09 (0.06)	0.25 (0.10)	0.10 (0.05)	0.05 (0.05)	0.16 (0.08)
外傷後ストレス障害**	1.35 (0.29)	0.47 (0.26)	2.22 (0.51)	0.64 (0.19)	0.07 (0.07)	1.19 (0.37)
いずれかの不安障害**	9.21 (0.70)	8.00 (0.94)	10.40 (1.02)	5.50 (0.55)	4.41 (0.72)	6.57 (0.82)
大うつ病性障害*	6.16 (0.39)	3.84 (0.48)	8.44 (0.60)	2.13 (0.23)	1.17 (0.26)	3.08 (0.38)
気分変調性障害*	0.72 (0.13)	0.35 (0.13)	1.08 (0.22)	0.32 (0.09)	0.20 (0.10)	0.44 (0.14)
双極性障害(I型)*	0.08 (0.06)	0.10 (0.10)	0.06 (0.06)	0.03 (0.03)	0.00 (-)	0.06 (0.06)
双極性障害(II型)*	0.13 (0.06)	0.11 (0.08)	0.16 (0.10)	0.09 (0.06)	0.07 (0.07)	0.12 (0.09)
いずれかの気分障害*	6.52 (0.40)	4.09 (0.50)	8.90 (0.61)	2.30 (0.24)	1.24 (0.27)	3.33 (0.40)
間欠性爆発性障害*	2.07 (0.24)	2.90 (0.42)	1.26 (0.24)	0.73 (0.15)	0.86 (0.23)	0.60 (0.18)
アルコール乱用(依存の有無問わず)**	8.39 (0.73)	13.35 (1.26)	3.54 (0.77)	1.36 (0.32)	2.18 (0.56)	0.56 (0.30)
アルコール依存(乱用あり)**	1.24 (0.28)	1.88 (0.43)	0.61 (0.37)	0.32 (0.16)	0.39 (0.21)	0.25 (0.25)
薬物乱用(依存の有無は問わず)**	0.23 (0.09)	0.26 (0.15)	0.20 (0.11)	0.04 (0.03)	0.00 (-)	0.08 (0.05)
薬物依存(乱用あり)**	0.04 (0.03)	0.05 (0.05)	0.03 (0.03)	0.01 (0.01)	0.00 (-)	0.03 (0.03)
いずれかの物質関連障害**	8.45 (0.73)	13.35 (1.26)	3.67 (0.77)	1.46 (0.32)	2.34 (0.57)	0.61 (0.31)
いずれかの精神障害**	24.21 (1.12)	26.48 (1.72)	22.00 (1.44)	10.00 (0.75)	8.77 (1.02)	11.20 (1.09)
2つ以上の精神障害**	7.40 (0.65)	7.87 (0.97)	6.88 (0.87)	2.20 (0.37)	1.82 (0.48)	2.57 (0.56)
3つ以上の精神障害**	2.15 (0.37)	2.16 (0.50)	2.15 (0.53)	0.86 (0.25)	0.70 (0.32)	1.01 (0.40)

* Part I 面接対象者 4134 名(男性 1871 名, 女性 2263 名)に基づく(Part I 重み付け)。

** Part II 面接対象者 1722 名(男性 757 名, 女性 965 名)に基づく(Part II 重み付け)。

表2 激越性うつ病の有病率

	合計(N=2,436)		男性(n=1,063)		女性(n=1,373)		P*
	n#	%	n#	%	n#	%	
生涯有病率							
激越性大うつ病	14	0.6	6	0.2	8	0.3	0.76
激越性軽症うつ病	5	0.2	4	0.2	1	0.1	0.24
12ヵ月有病率							
激越性大うつ病	7	0.3	2	0.1	5	0.2	0.35
激越性軽症うつ病	3	0.1	3	0.1	0	0.0	-
発症年齢							
激越性大うつ病		28.2		24.0		31.1	0.51
激越性軽症うつ病		36.0		38.7		28.0	0.19

#Part1対象者の重み付けを使用して計算

*P値は性差を示す

表3 躁（そう）症状を呈する者の有病率、遺伝負因および気分障害以外の診断数（注）

	閾値未満の躁傾向		軽躁病エピソード		躁病エピソード		大うつ病性障害 ^a	
	%	n	%	n	%	n	%	n
生涯有病率	1.0	43	0.2	7	0.5	19	5.7	235
遺伝負因								
あり	28.6	12	33.3	2	25.0	4	-	-
大うつ病エピソード								
あり	46.5	20	14.3	1	50.0	9	100.0	235
気分障害以外の診断								
なし	35.7	15	85.7	6	38.9	7	60.0	141
1つ	33.3	14	0.0	0	27.8	5	28.1	66
2つ以上	31.0	13	14.3	1	33.3	6	11.9	28

注) 数字は全て重み付けされた数値。

a: 閾値未満の躁傾向を満たす者以外の大うつ病性障害。

表4 地域住民における DSM-IV 外傷後ストレス障害の生涯および12ヶ月有病率

	男性 (N=211) [§]		女性 (N=266) [§]		全体 (N=477) [§]	
	% (SE)	(95% CI)	% (SE)	(95% CI)	% (SE)	(95% CI)
生涯 A1 外傷体験	74.6 (5.3)*	(62.8-83.6)	63.4 (5.0)	(53.2-72.5)	68.3 (3.7)	(60.7-75.1)
生涯 A2 外傷体験	19.7 (6.1)	(10.2-34.4)	22.0 (4.1)	(15.0-31.2)	21.0 (3.5)	(14.9-28.8)
生涯 PTSD / 生涯 A2 外傷体験	3.0 (2.1)	(0.8-11.3)	5.7 (1.9)	(2.9-10.9)	4.6 (1.5)	(2.5-8.5)
生涯 PTSD / 全体	0.6 (0.4)	(0.2-2.0)	1.3 (0.4)	(0.7-2.2)	1.0 (0.3)	(0.6-1.6)
12ヶ月 PTSD / 全体	0.3 (0.3)	(0.0-2.0)	0.5 (0.2)	(0.2-1.2)	0.4 (0.2)	(0.2-0.9)
12ヶ月 PTSD / 生涯 PTSD	46.3 (30.5)	(7.2-90.6)	36.7 (13.7)	(15.4-64.9)	39.3 (13.2)	(18.0-65.7)

§ WMH 日本調査 2002-2003 年データによる。%と標準誤差 (SE) は Part II 重み付け後。

表5 過去12ヶ月及び生涯の薬物使用頻度

薬物	12ヶ月使用頻度		生涯使用頻度		使用開始年齢	
	n#	%	n#	%	中央値	最小値-最大値
マリファナ	2	0.3	13	1.5	20	19-26
コカイン	-	-	3	0.3	20	20-21
医療目的以外の処方薬	17	1.9	56	6.4	20	0-68
他の薬物	0	0.0	21	2.4	0	0-20

Part2 対象者の重み付け (N=876) .

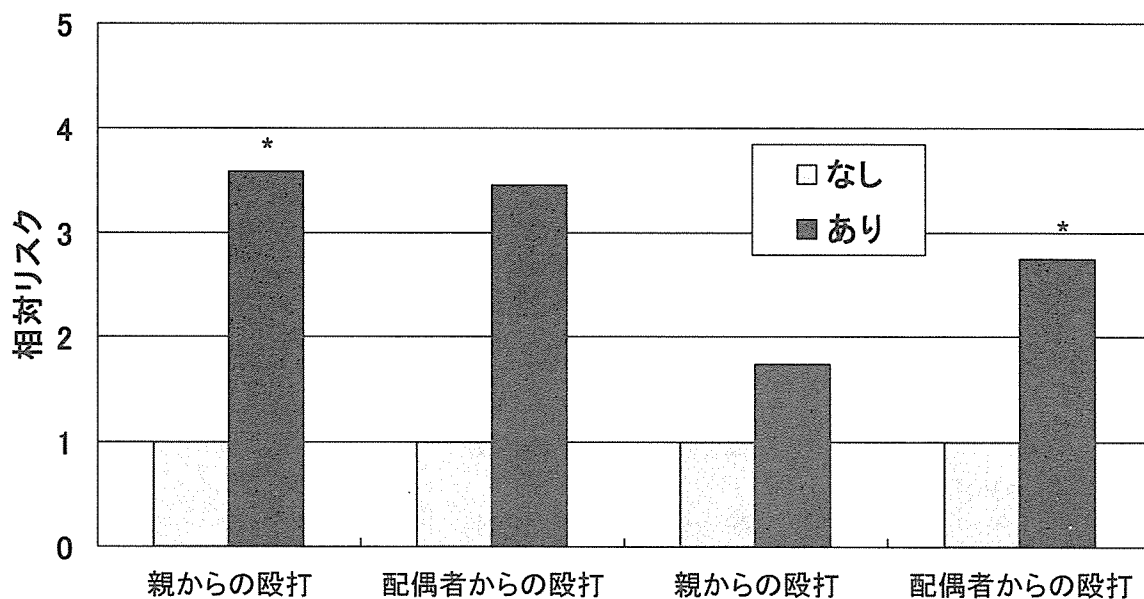


図1 親および配偶者からの暴力がある者における DSM-IV 大うつ病の相対リスク

* p<0.05, 性別、調査時年齢 (出生コホート) を調整した多重ロジスティック解析 (Part 2 重み付け) . 親からの殴打経験者は 37 名 (6.4%)、配偶者からの殴打経験者は 20 名 (3.6%) (いずれも重み付け前の値).

表6 恐怖症の発症がその後の大うつ病発症に及ぼす影響

	大うつ病		
	%†	ハザード比	95%信頼区間
社会恐怖	5.77	7.22	(3.81-13.67)
特定恐怖	9.82	2.43	(1.38-4.27)
広場恐怖 (パニック障害の合併なし)	2.75	7.50	(1.34-41.96)
広場恐怖 (パニック障害の合併の有無に関わらず)	3.38	6.60	(1.24-35.02)

† 大うつ病発症者の中で、大うつ病発症年齢より前に恐怖症を発症したことがある者の割合 (%) .

表7 身体疾患が大うつ病エピソードの発症に与える影響

身体疾患	ハザード比	95%信頼区間
心臓病	1.50	(0.48-4.69)
心臓発作	10.0*	(2.53-39.67)
脳梗塞	0.0	0.0
高血圧	1.26	(0.50-3.16)
糖尿病	0.66	(0.08-5.14)

* p<0.05, 年齢・性別・飲酒・喫煙を調整した比例ハザード解析 (Part 2 重み付け後).

表8 地域住民におけるこころの健康問題による精神科医および一般医受診時の利用者満足度の分布の比較*

	精神科医	一般医
おおいに助けになった	47.4(6.3)	51.3(4.9)
いくぶん助けになった	30.2(4.1)	16.3(4.6)
少しは助けになった	15.3(4.5)	28.4(5.3)
全く助けにならなかった	6.9(2.3)	3.7(1.5)
計†	33	50

* Part 1 重み付けを行った% (括弧内は標準誤差).

† 重み付けなしの回答数.

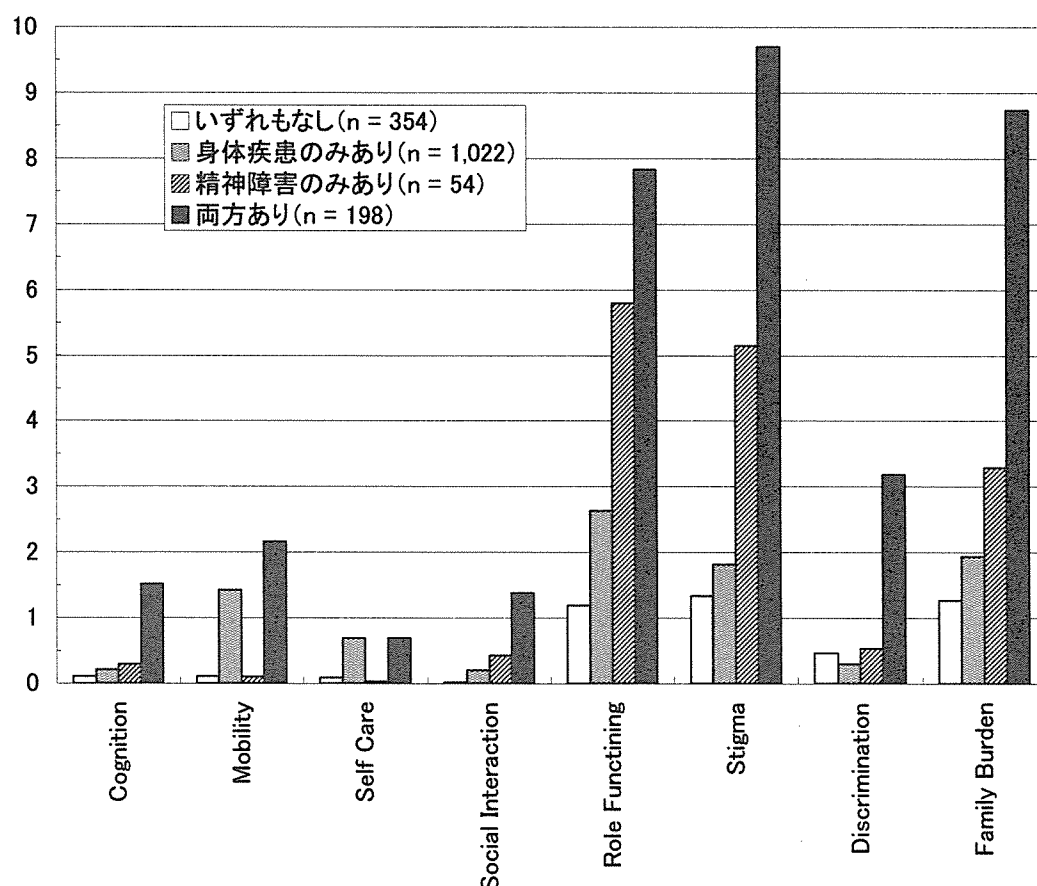


図2 過去12ヶ月間に身体疾患、精神障害を経験した者のWMH WHO-DAS尺度得点平均 (Part 2 重み付け). Part 2 面接の対象者1,722名のうち分析に必要な項目に欠損のあった94名を除外した.

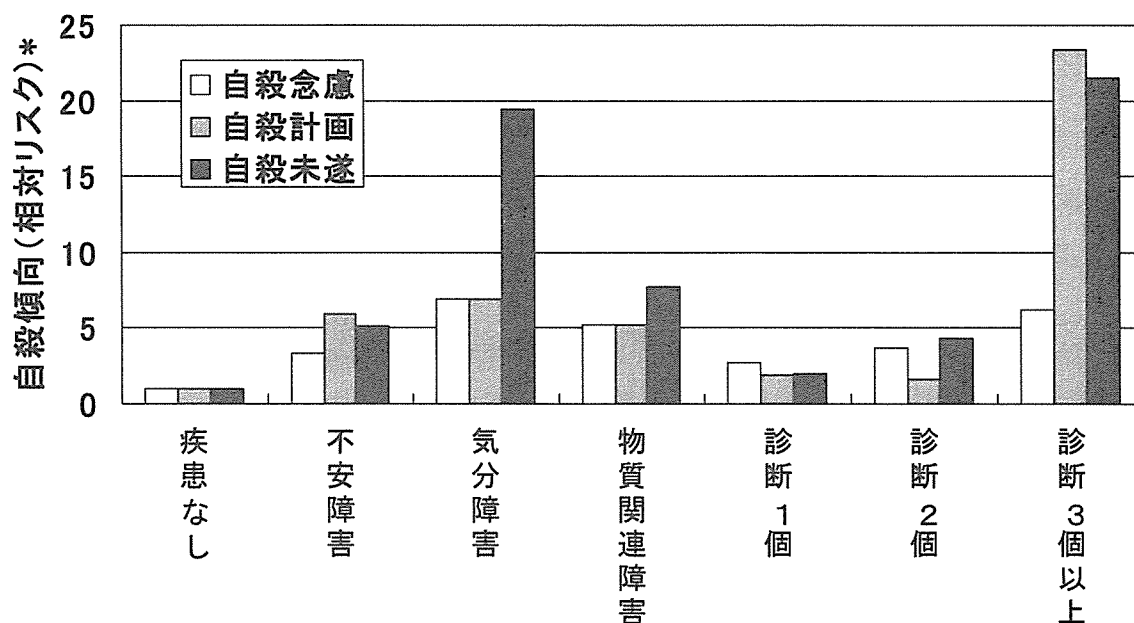


図3 精神疾患の経験がその後の自殺傾向の発生に与える影響

* 疾患なしを対照（相対リスク=1）とする。2.0 より上の相対リスクは全て有意（ $p < 0.05$ ，比例ハザード解析、Part 2 重み付け）。 Ono Y, et al. Br J Psychiatry (in press)から作図。

表9 大うつ病エピソードの症状をもつ者 353 名における DSM-IV と ICD-10 診断に使用されるうつ病症状項目の心理測定的特性：項目反応理論 (IRT) による識別力と重症度

項目特性の推定値

	DSM	ICD	識別力	重症度	該当者の割合
抑うつ気分	○		0.09 (-0.23:0.41)	-7.59 (-146.38:132.41)	0.94
興味の喪失	○	○	0.51 (0.27:0.79)	-2.52 (-4.51:-1.76)	0.87
体重または食欲の変化	○		0.39 (0.22:0.59)	-1.45 (-2.63:-0.94)	0.71
睡眠障害	○	○	0.48 (0.25:0.74)	-2.37 (-4.23:-1.63)	0.85
精神運動性の変調(毎日)	○		1.02 (0.68:1.53)	1.42 (1.13:1.87)	0.17
易疲労感	○	○	0.64 (0.42:0.92)	-1.40 (-2.05:-1.02)	0.78
無価値感	○		1.14 (0.75:1.70)	1.04 (0.80:1.37)	0.23
思考・集中の困難	○	○	0.89 (0.60:1.27)	-1.31 (-1.76:-100)	0.81
自殺年慮	○	○	0.52 (0.33:0.74)	-0.57 (-1.00:-0.29)	0.61
自信の喪失		○	0.86 (0.59:1.20)	-0.96 (-1.34:-0.70)	0.74
自責感		○	0.91 (0.61:1.32)	0.40 (0.20:0.63)	0.41
精神運動性の変調		○	0.75 (0.51:1.04)	0.04 (-0.18:0.26)	0.50
体重と食欲の変化		○	0.38 (0.15:0.65)	3.48 (2.21:8.42)	0.11
抑うつ気分		○	0.18 (-0.27:0.61)	-6.83 (-100.19:107.46)	0.97
対象集団の特性値の分布	平均		0.03	標準偏差	0.86 (95%信頼区間 -1.64:1.69)

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康総合研究事業）
こころの健康についての疫学調査に関する研究
分担研究報告書

こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較に関する研究

分担研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授
研究協力者 WMHJ 2002 共同研究グループ

日本を含めて世界 17 カ国で実施された WMH 調査のデータに基づき、わが国と諸外国の間で、①気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率と重症度、②生涯有病率と予想生涯リスク、③受診行動について比較を行った。日本データは平成 14 年度（2002-2003 年）データによった。

わが国の気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率は、欧米先進諸国に比べると低く、中国、ナイジェリア、欧州の中の低い有病率の国々（ドイツ、イタリアなど）と同程度であった。重症度が重度である精神障害については比較的国による有病率の差が小さく、わが国を含め多くの国では 1～3% の範囲であった。重度の精神障害は、各国の精神保健サービスの共通の対象として、その有病率、受診率、社会機能障害が国際比較の指標として有用となる可能性がある。

わが国の心の健康問題による相談・受診の頻度は、欧米にくらべるとまだ低い値であった。特に米国と比較した場合、わが国では一般医へのうつ病の受診率が低かった。わが国で精神障害の受診率を増加させるには、一般医の技術向上が効果的と考えられる。また、不安障害や物質関連障害では、気分障害にくらべて受診までの期間がいずれの国でも長く、うつ病に加えて、これらの疾患の受診を促進することが重要と思われた。

A. はじめに

世界保健機関(WHO) は 1998 年に世界精神保健(World Mental Health, WMH) 調査共同研究グループを立ち上げ、発展途上国と先進国における”unmet needs”を精神障害の重症度を考慮しながら検討している (Kessler 1999)。WMH 調査では、WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostics Interview, CIDI)を拡張し、疾患の重症度、社会機能障害、治療について詳細な質問をできるようにした上で、日本を含む 28 ヶ国でこの WMH-CIDI による調査を実施した。最初の国際共同研究論文は 12 ヶ月有病率、重症度、社会機能障害、治療および人口統計学的要因の関連を 14 ヶ国について比較し、国によって大きな差異があることを明らかにした(WHO World Mental Health Survey Consortium 2004)。特に欧米とアジア各国の間には差異が大きかった。また、この調査では、どの国でも、重症・中等症の精神障害に罹患している者の医師受診率はなお低いことも判明した。

本分担研究では、日本を含めて世界 17 カ国 18 地域（中国が北京と上海の 2 地域）で実施された WMH 調査のデータに基づき、わが国と諸外国の間で、①気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率と重症度、②生涯有病率と予想生涯リスク、③受診行動について比較を行った。日本データは

一部の比較については 2002-2006 年度の全データを使用した。多くは平成 14 年度（2002-2003 年）データに基づいている。

B. 対象と方法

1. 調査対象

1) 日本データ

平成 14 年度調査では、岡山県岡山市、長崎県長崎市、鹿児島県串木野市および同吹上町が調査地域として選択された。岡山市は人口 64 万人、長崎市は人口 42 万人、串木野市は 2 万 7 千人、吹上町は 1 万人である。それぞれの地域の 20 歳以上住民の人口構成を表 1 に示した。調査対象者は、各地域の 20 歳以上住民から選挙人名簿あるいは住民台帳を利用して無作為に抽出された。岡山市では調査依頼状を対象者に送付し、訓練を受けた調査員が自宅を訪問して調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。長崎市でも調査依頼状を対象者に送付し、調査参加の意志を返信葉書で連絡してきた対象者に対して訓練を受けた調査員が自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。回答のない対象者には 1 ヶ月の間に 2 回の再依頼状を送付した。鹿児島県の 2 つの市町村では、民生委員が調査対象者の自

宅を訪問し調査への参加を依頼した。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が自宅で面接調査を実施した。いずれの地区の調査においても、調査に同意した対象者からはインフォームドコンセントを書面で得た。これらの調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部（岡山市）、長崎大学医学部（長崎市）および精神保健研究所（鹿児島県）における研究倫理審査委員会で調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。

対象者のうち、1664名に面接を実施できた。調査対象者のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた対象者は対象外とした（表1）。調査への回答率は完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者からこれらの対象外の者を除外した人数を分母として計算した。回収率は26%（長崎市）から82%（鹿児島県吹上町）まで幅があった。平均回答率は56%であった。

ただし、2004年のWMHの共同研究論文では、婚姻状態が不明という理由で対象者のうち1名（岡山市）が削除されて1663名の分析となっているため、精神障害の12ヶ月有病率、重症度、受診行動およびこれとの人口統計学的要因との関連の分析では解析対象者をこれに合わせて1663名とした。

平成14～18年度までの全データについての対象地域、回答者などの情報は、立森らの分担研究報告を参照されたい。

2) 各国のWMH調査

各国のWMH調査の概要を表1に示す。12カ国では全国からの代表サンプル(nationally representative sample)による調査が実施されている。

2. 調査方法

調査は、WHO・統合国際診断面接(WHO-CIDI) 3.0を含むWMH調査票のコンピュータ(CAPI)版あるいは紙と鉛筆(PAPI)版が使用した訪問面接調査である（一部の国では電話面接も併用された）。

面接調査は2つの部分に分かれており、前半は全ての対象者に対して実施され、後半は対象者のうちからランダムに選択された者のみに対して追加調査として実施された。これは平均面接所要時間を一定以下におさえるための工夫である。前半部分では主に心の健康問題（精神障害を含む）の実態と相談・受診行動を、後半部分では心の健康問題の関連要因や心の健康に関する意識について調査を行った。

WMH調査では被験者の負担を軽減するため面接を2つのパートに区分し、対象者を面接中にサンプリングしていずれのパートの面接を実施す

るかを決めている。Part Iは精神障害の診断のための情報を収集するパートであり、Part IIは精神障害の関連要因を調査するパートである。すべての対象者にPart Iの面接を実施する。Part Iを終了した対象者のうちからある基準と確率によって選ばれた者に対して、Part II面接を実施した。

3. 調査項目

(1) 精神障害の診断

各種の精神障害については、WHO・統合国際診断面接(CIDI)の最新版であるWMH-CIDI 3.0によって診断に必要な症状や経験を対象者から聞き取り、DSM-IV基準にしたがって気分障害、不安障害、衝動性制御障害、物質関連障害を診断した。付録に、各国の調査で使用された診断名をリストアップしている。診断は器質性疾患による除外診断基準を適応している。ただし双極I型・II型障害には閾値下の双極性障害も含めている。また調査に使用したWHO-CIDIの面接プログラムが、アルコール乱用の質問項目に1つは該当しないとアルコール依存の質問を行わないという面接ルールになっていたため、DSM-IVの診断基準とは異なり、アルコール乱用については依存の有無にかかわらず診断をつけ、アルコール依存についてはアルコール乱用のある依存を診断している。

各精神障害（あるいは気分障害などの疾患グループ）について、過去12ヶ月に診断基準を満たす状態であった場合に過去12ヶ月経験者とし、この割合を「12ヶ月有病率」とした。また、生まれてから調査時点までのどこかで診断基準を満たす状態であった場合に生涯経験者とし、この割合を「生涯有病率」とした。

(2) 精神障害の重症度

DSM-IV診断は、重症、中等症、軽症に分類された。重症の疾患は、I型双極性障害または身体依存のある物質依存障害、精神障害と関係した自殺未遂、疾患ごとのセクションにおけるSheehan Disability Scales (SDS)で評価された社会生活機能のうち2つ以上の領域で重度の機能障害が認められたか、またはGlobal Assessment of Functioning (GAF)で50以下の全般的な機能障害が報告された場合とした（WHO World Mental Health Survey Consortium 2004）。重症と判定されなかった対象者は、いずれかの領域でSDSが中等症に低下しているか、対象者が身体依存のない物質依存障害を持っている場合に、中等症と判定された。これ以外の全ての疾患は軽症と判定した。

(3) 相談・受診行動

心の健康問題（アルコール・薬物問題のある場

合にはこれも含む)について、過去 12 ヶ月間に受診・相談した先について調査している。調査した受診・相談先は以下のように区分した:「専門家」=精神科医(心療内科のみの標榜は一般医に含まれる)または心理の専門家、「一般医」=一般開業医あるいはかかりつけ医、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医など、その他の医者。「医療機関」=精神科医あるいは一般医。「福祉等」=その他の専門家(ソーシャルワーカー、カウンセラーのようなその他の専門家、看護婦、医療助手など)、その他の相談先(お坊さん、牧師などの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、霊ばい師などその他の治療家)などへの相談。「相談・受診合計」=以上のいずれかの受診・相談先。

3. 解析方法

解析では、無回答者による対象の偏りを補正するために、全ての対象者はその性別、年齢分布をその地域の国勢調査人口における性別、年齢構成に合うように重み付けを加えた。さらに Part II 面接の回答者は、その抽出比率(Part I から Part II に移行する性別、年齢別の確率)に反比例した重み付けを行った。精神障害の 12 ヶ月有病率、重症度、受診行動の解析では、単純なクロス表を作成した。標準誤差および統計的検定は、SUDAAN software system (Research Triangle Park, NC, USA, 2002) において Taylor Series method を用いることで、重み付けを考慮して実施された。ロジスティック回帰係数はオッズ比(OR)に変換し、95%信頼区間を報告した。統計学的検定の有意水準は 0.05 に設定した。

C. 結果

1. 精神障害の 12 ヶ月有病率

1) DSM-IV 疾患カテゴリー別の 12 ヶ月有病率の比較

いずれの疾患カテゴリーでも米国の 12 ヶ月有病率が突出して高い(表 2)。日本における 12 ヶ月有病率はアメリカ、欧州とくらべて低く、おおむね中国、ナイジェリアと同程度であった。また欧州の中でも 12 ヶ月有病率には大きな差があり、日本における 12 ヶ月有病率はドイツ、イタリアと同程度であった。

2) 個別の DSM-IV 診断の 12 ヶ月有病率の比較

すでに公表されている論文から、2002-2006 年の全日本データと米国、欧州、中国、メキシコの個別の DSM-IV 診断の 12 ヶ月有病率を比較した(表 3)。いずれの診断の 12 ヶ月有病率も、米国、欧州、メキシコとくらべて低く、おおむね中国と同程度であった。わが国のアルコール乱用の 12 ヶ月有病率は欧州のそれよりも高かった。

3) 重症度の 12 ヶ月有病率の比較

日本における重度の精神障害の 12 ヶ月有病率は 1.5%であり、ドイツ、イタリア、スペイン、中国と同程度であった(表 4)。

4) 過去 12 ヶ月の重症度と社会生活上支障のあった日数との関連の比較

過去 12 ヶ月の重症度別に、社会生活上支障のあった日数(days out of role)を各国ごとに比較した(表 5)。日本では、重度の精神障害の経験者は年間に社会生活上支障が平均 32 日おきていた。これは、これは多くの国とほぼ同様であった。米国、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スペインでは精神障害による社会生活上支障のあった日数が多い傾向にあった。

2. 生涯有病率と予想生涯罹患リスクの比較

WMH 調査における精神障害カテゴリー別の生涯有病率と 65 歳までの予想生涯罹患リスクを表 6 に示した。ここで、生涯有病率は調査時点までに経験した者の割合であり、予想生涯罹患リスクは年齢別生涯有病率から 65 歳までに経験すると予想される者の割合を推定したものである。日本では 65 歳までに、9%の者が不安障害を、14%の者が気分障害を、5%の者が物質関連障害を、24%の者が何らかの精神障害を経験すると推定された。この予想生涯罹患リスクは、中国やナイジェリアよりも高く、イスラエル、イタリア、スペインなどと同程度であった。

3. 心の健康問題によるサービスの利用(相談・受診)の頻度

1) 一般集団における過去 12 ヶ月間のサービス利用

一般集団における過去 12 ヶ月間のサービス利用の頻度を、相談・受診先別に比較した(表 7)。日本では心の健康問題によりいずれかの相談・受診を過去 12 ヶ月に行った者は 5.6%であった。これは諸外国に比べると低い水準であり、中国、コロンビア、イスラエル、レバノン、メキシコ、スペインと同程度であった。専門家受診率、一般医受診率についても諸外国の中では日本は低い水準にあった。

2) 精神障害の重症度別の過去 12 ヶ月間のサービス利用

表 7 では、ニーズ(精神障害)の有無と関係なく相談・受診の頻度を比較したが、表 8 では精神障害の重症度別に相談・受診の頻度を比較した。日本では、重度ないし中等度で 24%、軽度で 13%が過去 12 ヶ月に相談・受診しており、これは多くの諸外国と同程度であった。しかし米国、スペイン、ニュージーランド、ベルギー、オランダなどの先進諸国の中では低い水準にあった。

3) 大うつ病性障害の過去 12 ヶ月間の受診・相

談：日米比較

米国の WMH 調査である NCS-R と日本 WMHJ2002-2003 調査の間で、DSM-IV 大うつ病性障害の 12 ヶ月診断ありの者における過去 12 ヶ月間の相談・受診の頻度を比較した (図 1)。いずれの相談・受診先でも米国の方が受診率が高いが、特に一般医への受診率で日米の差が明らかであった。

4) 生涯診断ありの者の受診行動

これまでに精神障害を経験した者が、発症したと同じ年に専門家または一般医を受診する割合、この傾向から発症後 50 年間に受診すると予想される割合、受診までの年数 (中央値) を、疾患カテゴリー別に比較した (表 9-1 ~ 表 9-3)。気分障害では、日本では 30% の者がその年に受診していた。これは米国および欧州、ニュージーランドと比べると低いが、イスラエル、イタリアと同等であり、コロンビア、メキシコ、レバノン、ナイジェリア、中国などと比べると高かった。

不安障害では、気分障害と比べていずれの国でも受診率は低く、また受診までの年数も長かった。日本では 11% の者がその年に受診していた。これは米国および欧州に比べると低かった。物質関連障害でも受診率はいずれの国でも低い傾向にあった。特に 50 年後の予想受診率も気分・不安障害とくらべて低い傾向にあった。日本では 9% がその年に受診していた。これは米国および欧州に比べると低かった。

D. 考察

1. 精神障害の頻度

日本における気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率は、欧米とくらべて低い傾向にあり、同じアジア圏である中国都市部やナイジェリアと同程度であった。しかし欧州の中でも大きな差があり、ドイツ、イタリアでも日本と同程度の 12 ヶ月有病率が観察されていた。生涯有病率および 65 歳までの予測生涯罹患リスクについても、同様の傾向がみられた。これはこれまでの精神障害の国際比較研究で示された結果と一致している。気分、不安、物質関連障害の頻度が欧米とくらべ日本で低い理由については、これまでにいくつかの先行研究で、①日本では実際に有病率が低い、②調査方法論に対する回答スタイルの文化的差異、③診断区分の文化差が存在するためなどがあげられている。しかしまだその理由を説明できる研究はない。例えば、日本ではより重症な者しか精神症状を報告しないのではないかなどの仮説は、これまでの研究では否定されてきている。本研究でも、精神障害の重症度別の社会生活上の支障のあった日数との関係に大きな国別の差はなかった。診断基準の症状構成がアジア文化には適当で

ないとの指摘もあるが、近年の研究はそれほど大きな差を見いだしていない。今後の検討が待たれるところである。

もしこれらの有病率の差が実際の差異であるなら、日本では欧米とくらべてまだ精神障害の影響は少ない状況にあるといえるかもしれない。しかし国際比較データを見る限りでは、発展途上国から先進国に、その他の文化圏から欧米文化圏へと移るごとに有病率が増加している印象がある。今後わが国でもさらに生活様式や価値観の欧米化が進むことに従って、精神障害の頻度が増加する可能性がある。

2. 精神障害の重症度

重度の精神障害の有病率については比較的国による差が小さく、日本、ドイツ、イタリア、スペイン、中国では 1 ~ 2% の範囲であった。欧州でも 3% 未満であった。重度の精神障害の経験者における社会生活上支障のあった年間の日数も、日本と多くの国とほぼ同様であった。重度の精神障害では、社会機能障害も多く、各国に共通した精神保健サービスの重要な対象となると考えられる。重度の精神障害の有病率や社会機能障害は、国際比較の指標として有用かもしれない。

3. 心の健康問題によるサービスの利用

日本においては、過去 12 ヶ月間に心の健康問題によりいずれかを相談・受診した者は一般住民の 20 人に 1 人強であり、決して少なくない数字であるが、諸外国、特に欧米にくらべるとまだ低い値であった。精神障害を持った者の中での相談・受診の頻度では、日本では、重度ないし中等度で 24%、軽度で 13% が過去 12 ヶ月に相談・受診していた。これは多くの国と同程度であったが、しかし先進諸国の中では低い水準にあった。

例えば、米国と比較した場合、わが国では大うつ病性障害の 12 ヶ月診断ありの者における相談・受診の頻度がいずれの相談先でも低かった。この差には特に一般医への受診率が日本で低いことが寄与していた。わが国で、うつ病の受診率を増加させるには、一般医のうつ病診療技術を向上するための施策が効果的と考えられる。

また、これまでに精神障害を経験した者が、発症したと同じ年に専門家または一般医を受診する割合を見ると、不安障害や物質関連障害では、気分障害にくらべてその頻度が低い傾向にあった。これはうつ病などの気分障害にくらべて、不安障害についての啓発が進んでいないこと、また物質関連障害では本人の病識が十分でなく、さらに一般医療機関での医師の気づきも十分でないために受診の遅れが生じていると推測される。不安障害、物質関連障害についても受診を促進する

ための一般住民および医療関係者向けの教育啓発を含む施策が望まれる。

E. 結論

日本を含めて世界 17 カ国で実施された WMH 調査のデータに基づき、わが国と諸外国の間で、①気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率と重症度、②生涯有病率と予想生涯リスク、③受診行動について比較を行った。日本データは平成 14 年度（2002-2003 年）データによった。

わが国の気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率は、欧米先進諸国に比べると低く、中国、ナイジェリア、欧州の中の低い有病率の国々（ドイツ、イタリアなど）と同程度であった。重症度が重度である精神障害については比較的国による有病率の差が小さく、わが国を含め多くの国では 1～3% の範囲であった。重度の精神障害は、各国の精神保健サービスの共通の対象として、その有病率、受診率、社会機能障害が国際比較の指標として有用となる可能性がある。

わが国の心の健康問題による相談・受診の頻度は、欧米にくらべるとまだ低い値であった。特に米国と比較した場合、わが国では一般医へのうつ病の受診率が低かった。わが国で精神障害の受診率を増加させるには、一般医の技術向上が効果的と考えられる。また、不安障害や物質関連障害では、気分障害にくらべて受診までの期間がいずれの国でも長く、うつ病に加えて、これらの疾患の受診を促進することが重要と思われた。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

注：WMHJ 2002 共同研究グループのメンバーは以下の通りである。

岩田 昇(広島国際大学人間環境学部臨床心理学科)

宇田英典(鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部・鹿屋保健所)

大野 裕(慶應義塾大学保健管理センター)

川上憲人(東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野)

吉川武彦(中部学院大学)

立森久照、長沼洋一、三宅由子、竹島 正(国立精

神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)
中根允文(長崎国際大学人間社会学部)
中根秀之(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)
畑 幸宏(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科社会・行動医学精神機能病学)
古川壽亮(名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野)

表 1 世界精神保健調査(WMH)における各国の調査の概要

国名	GDPに対する医療費割合 (%)	調査名	対象者の抽出法	調査時期	年齢	対象者数			回答率
						Part I	Part II	Part IIで44歳以下	
低所得 ナイジェリア	3.4	NSMHW	国内36州のうち21州における世帯からの多段階クラスターサンプル (人口の57%)	2002-3	18+	6752	2143	1203	79.3
中所得 (低)									
中国北京	5.5	B-WMH	北京都市部の世帯住民の層化多段階クラスターサンプル	2002-3	18+	2633	914	307	74.8
中国上海	5.5	S-WMH	上海都市部の世帯住民の層化多段階クラスターサンプル	2002-3	18+	2568	714	263	74.6
コロンビア	5.5	NSMH	全都市部の世帯住民の層化多段階クラスターサンプル (人口の約73%)	2003	18-65	4426	2381	1731	87.7
南アフリカ	8.6	SASH	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2003-4	18+	4315	--	--	87.1
ウクライナ	4.3	CMDPSD	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2002	18+	4725	1720	541	78.3
中所得 (高)									
レバノン	12.2	LEBANON	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2002-3	18+	2857	1031	595	70.0
メキシコ	6.1	M-NCS	全都市部の世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル (人口の約75%)	2001-2	18-65	5782	2362	1736	76.6
高所得									
ベルギー	8.9	ESEMeD	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2001-2	18+	2419	1043	486	50.6
フランス	9.6	ESEMeD	電話所有世帯に対する層化多段階クラスターサンプル (全国からの代表サンプル)	2001-2	18+	2894	1436	727	45.9
ドイツ	10.8	ESEMeD	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2002-3	18+	3555	1323	621	57.8
イタリア	8.4	ESEMeD	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2001-2	18+	4712	1779	853	71.3
イスラエル	8.7	NHS	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2002-4	21+	4859	--	--	72.6
日本	8.0	WMHJ2002-2003	4市町村における非クラスターサンプル(吹上、串木野、長崎、岡山)	2002-3	20+	2436	887	282	56.4
オランダ	8.9	ESEMeD	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2002-3	18+	2372	1094	516	56.4
ニュージーランド	8.3	NZMHS	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2004-5	16+	12992	7435	4242	73.3
スペイン	7.5	ESEMeD	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2001-2	18+	5473	2121	960	78.6
米国	13.9	NCS-R	全国世帯住民からの層化多段階クラスターサンプル	2002-3	18+	9282	5692	3197	70.9

表2 WMH 調査における DSM-IV 診断による疾患カテゴリーの 12 ヶ月有病率の比較

	不安障害		気分障害		衝動性制御障害		物質使用障害		いずれかの精神障害	
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)
アメリカ										
コロンビア	10.0	(8.4-11.7)	6.8	(6.0-7.7)	3.9	(3.2-4.7)	2.8	(2.0-3.7)	17.8	(16.1-19.5)
メキシコ	6.8	(5.6-7.9)	4.8	(4.0-5.6)	1.3	(0.9-1.8)	2.5	(1.8-3.3)	12.2	(10.5-13.80)
米国	18.2	(16.9-19.5)	9.6	(8.8-10.4)	6.8	(5.9-7.8)	3.8	(3.2-4.5)	26.4	(24.7-28.0)
欧州										
ベルギー	6.9	(4.5-9.4)	6.2	(4.8-7.6)	1.0	(0.3-1.8)	1.2	(0.6-1.9)	12.0	(9.6-14.3)
フランス	12.0	(9.8-14.2)	8.5	(6.4-10.6)	1.4	(0.7-2.0)	0.7	(0.3-1.2)	18.4	(15.3-21.5)
ドイツ	6.2	(4.7-7.6)	3.6	(2.8-4.3)	0.3	(0.1-0.6)	1.1	(0.4-1.7)	9.1	(7.3-10.8)
イタリア	5.8	(4.5-7.1)	3.8	(3.1-4.5)	0.3	(0.1-0.5)	0.1	(0.0-0.2)	8.2	(6.7-9.7)
オランダ	8.8	(6.6-11.0)	6.9	(4.1-9.7)	1.3	(0.4-2.2)	3.0	(0.7-5.2)	14.9	(12.2-17.6)
スペイン	5.9	(4.5-7.3)	4.9	(4.0-5.8)	0.5	(0.2-0.8)	0.3	(0.0-0.5)	9.2	(7.8-10.6)
ウクライナ	7.1	(5.6-8.6)	9.1	(7.3-10.9)	3.2	(2.4-4.0)	6.4	(4.8-8.1)	20.5	(17.7-23.2)
アフリカ・中東										
レバノン	11.2	(8.9-13.5)	6.6	(4.9-8.2)	1.7	(0.8-2.6)	1.3	(0.0-2.8)	16.9	(13.6-20.2)
ナイジェリア	3.3	(2.4-4.2)	0.8	(0.5-1.0)	0.0	(0.0-0.1)	0.8	(0.3-1.2)	4.7	(3.6-5.8)
アジア										
日本	5.3	(3.5-7.0)	3.1	(2.2-4.1)	1.0	(0.4-1.5)	1.7	(0.3-3.0)	8.8	(6.4-11.2)
中国・北京	3.2	(1.8-4.6)	2.5	(1.5-3.4)	2.6	(1.3-3.9)	2.6	(1.2-3.9)	9.1	(6.0-12.1)
中国・上海	2.4	(0.9-3.9)	1.7	(0.6-2.9)	0.7	(0.4-1.1)	0.5	(0.3-0.6)	4.3	(2.7-5.9)

† 国によって調査している疾患が異なる。詳細は付録を参照のこと。

* 器質的原因による除外診断を行っているが、診断の階層による除外診断ルールは適応していない。