

表3 WMH 調査における DSM-IV 診断の 12 ヶ月有病率：日本、米国、ヨーロッパ、中国、メキシコの比較†

診断	日本	米国	ヨーロッ パ	中国（北 京・上海）	メキシ コ
	%	%	%	%	%
不安障害					
パニック障害	0.4	2.7	2.1	0.2	0.6
全般性不安障害	0.9	0.8	0.9	0.8	0.4
特定の恐怖症	2.3	8.7	2.4	1.9	4.0
社会恐怖	0.7	6.8	7.7	0.2	1.7
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	0.2	3.1	2.8	0.0	0.7
外傷後ストレス障害	0.6	3.5	1.9	0.2	0.6
いずれかの不安障害	5.5	18.1	13.6	2.7	6.6
気分障害					
大うつ病性障害	2.1	6.7	3.9	2.0	3.7
気分変調性障害	0.3	1.5	NR	0.1	0.4
双極性障害（I型, II型, 閾値下）	0.1	2.6	1.1	0.1	1.1
いずれかの気分障害	2.3	9.5	4.2	2.2	4.8
衝動制御の障害					
間欠性爆発性障害	0.7	2.6	NR	1.7	NR
物質関連障害					
アルコール乱用（依存の有無は問わない）	1.4	3.1	0.7	1.6	2.2
アルコール依存（乱用あり）	0.3	1.3	0.3	0.6	1.2
薬物乱用（依存の有無は問わない）	<0.1	1.4	NR	0.1	0.5
薬物依存（乱用あり）	<0.1	0.4	NR	0.0	0.1
いずれかの物質関連障害	1.5	3.8	NR	1.6	2.5
いずれかの診断	10.0	26.2	9.1-18.4	7.0	12.1

† データの出典：

日本=WMHJ2002-2006 データ (n=4, 134)

米国=Kessler RC et al. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-627.

中国=Shen Y-C et al. Psychol Med 2006; 36: 257-267.

メキシコ=Medina-Mora ME et al. Psychol Med 2005; 35: 1773-1783.

ヨーロッパ=Alonso J et al. Acta Psychiatr Scand 2004; 420 (Suppl.): 21-7.

NR: 報告されていない。

表4 WMH 調査における DSM-IV 精神障害の重症度別の 12 ヶ月有病率

	重度		中等度		軽度		合計	
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)
アメリカ								
コロンビア	5.2	(4.2-6.3)	6.6	(5.7-7.6)	5.9	(5.1-6.8)	17.8	(16.1-19.5)
メキシコ	3.7	(2.8-4.6)	3.6	(2.9-4.2)	4.9	(4.0-5.8)	12.2	(10.5-13.8)
米国	7.7	(7.0-8.4)	9.4	(8.5-10.3)	9.2	(8.1-10.3)	26.3	(24.6-27.9)
欧州								
ベルギー	2.4	(1.2-3.5)	3.3	(2.2-4.4)	6.4	(5.0-7.7)	12.0	(9.6-14.3)
フランス	2.7	(1.1-4.3)	6.1	(4.8-7.4)	9.7	(7.3-12.1)	18.4	(15.2-21.6)
ドイツ	1.2	(0.6-1.7)	3.3	(2.3-4.3)	4.5	(3.2-5.9)	9.1	(7.2-10.9)
イタリア	1.0	(0.4-1.7)	2.9	(2.0-3.8)	4.3	(3.1-5.5)	8.2	(6.7-9.7)
オランダ	2.3	(1.1-3.5)	3.7	(2.5-4.9)	8.8	(6.1-11.5)	14.8	(12.0-17.7)
スペイン	1.0	(0.7-1.3)	2.9	(2.0-3.7)	5.3	(4.0-6.7)	9.2	(7.8-10.7)
ウクライナ	4.8	(4.0-5.6)	7.4	(5.8-8.9)	8.2	(6.4-10.1)	20.4	(17.9-22.9)
アフリカ・中東								
レバノン	4.6	(3.2-6.1)	6.2	(4.2-8.1)	6.1	(3.6-8.7)	16.9	(13.5-20.3)
ナイジェリア	0.4	(0.1-0.6)	0.5	(0.2-0.7)	3.8	(2.8-4.8)	4.7	(3.6-5.8)
アジア								
日本	1.5	(0.7-2.2)	4.1	(2.7-5.5)	3.2	(1.7-4.7)	8.8	(6.2-11.4)
中国・北京	0.9	(0.5-1.2)	2.9	(1.3-4.5)	5.3	(3.2-7.3)	9.1	(5.9-12.2)
中国・上海	1.1	(0.0-2.2)	1.4	(0.4-2.5)	1.8	(0.6-3.0)	4.3	(2.6-6.0)

表5 WMH 調査における過去 12 ヶ月間の DSM-IV 精神障害の重症度と過去 12 ヶ月間に社会生活上の支障のあった日数

	重度		中等度		軽度		
	平均	(95% CI)	平均	(95% CI)	平均	(95% CI)	
アメリカ							
コロンビア	28.0	(13.8-42.3)	6.0	(2.9-9.1)	0.2	(0.1-0.3)	*
メキシコ	26.6	(17.0-36.1)	7.4	(3.9-10.8)	1.8	(0.0-4.5)	*
米国	66.9	(56.0-77.8)	10.6	(7.7-13.5)	0.7	(0.1-1.3)	*
欧州							
ベルギー	32.9	(7.8-58.0)	26.4	(5.3-47.5)	2.8	(0.0-8.1)	
フランス	94.7	(46.5-142.9)	9.2	(4.6-13.7)	1.0	(0.0-3.0)	*
ドイツ	84.6	(35.7-133.5)	13.4	(4.3-22.4)	0.3	(0.0-0.7)	*
イタリア	206.4	(114.9-297.9)	33.7	(13.0-54.4)	3.6	(1.8-5.5)	*
オランダ	123.2	(73.7-172.7)	13.4	(0.0-27.5)	1.3	(0.0-3.2)	*
スペイン	81.4	(33.5-129.2)	10.5	(4.8-16.1)	0.1	(0.0-0.3)	*
ウクライナ	38.1	(23.1-53.0)	18.8	(14.3-23.4)	0.7	(0.0-1.9)	*
アフリカ・中東							
レバノン	37.1	(19.7-54.6)	17.9	(7.5-28.3)	0.8	(0.0-1.9)	*
ナイジェリア	15.2	(0.8-29.6)	18.8	(0.0-40.3)	0.6	(0.0-1.6)	
アジア							
日本	32.1	(0.0-65.6)	6.3	(1.6-11.0)	0.1	(0.0-0.2)	*
中国・北京	25.9	(7.4-44.3)	23.1	(4.7-41.6)	0.4	(0.0-0.8)	*
中国・上海	47.1	(13.6-80.7)	4.1	(0.0-10.3)	1.0	(0.0-2.5)	*

* p<0.05, 重症度による差。

表6 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

	不安障害				気分障害				衝動性制御障害				物質関連障害				いずれかの精神障害					
	生涯有病率		予想生涯罹患リスク		生涯有病率		予想生涯罹患リスク		生涯有病率		予想生涯罹患リスク		生涯有病率		予想生涯罹患リスク		生涯有病率		予想生涯罹患リスク			
	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)	%	(se)		
日本	6.9	(0.6)	9.2	(1.2)	7.6	(0.5)	14.1	(1.7)	2.8	(1.0)	5.2	— ³	—	—	—	—	6.2	(0.7)	18.0	(1.1)	24.4	(1.8)
ベルギー	13.1	(1.9)	15.7	(2.5)	14.1	(1.0)	22.8	(1.7)	5.2	(1.4)	10.3	(0.9)	5.2	(1.4)	8.3	(0.9)	10.5	(1.1)	29.1	(2.3)	37.1	(3.0)
コロンビア	25.3	(1.4)	30.9	(2.5)	14.6	(0.7)	27.2	(2.0)	9.6	(0.8)	10.3	(0.9)	10.3	(0.9)	9.6	(0.6)	12.8	(1.0)	39.1	(1.3)	55.2 ⁴	(6.0)
フランス	22.3	(1.4)	26.0	(1.6)	21.0	(1.1)	30.5	(1.4)	7.6	(1.3)	7.6	(1.3)	7.6	(1.3)	7.1	(0.5)	8.8	(0.6)	37.9	(1.7)	47.2	(1.6)
ドイツ	14.6	(1.5)	16.9	(1.7)	9.9	(0.6)	16.2	(1.3)	3.1	(0.8)	3.1	(0.8)	3.1	(0.8)	6.5	(0.6)	8.7	(0.9)	25.2	(1.9)	33.0	(2.5)
イスラエル	5.2	(0.3)	10.1	(0.9)	10.7	(0.5)	21.2	(1.6)	— ²	—	—	—	—	—	5.3	(0.3)	6.3	(0.4)	17.6	(0.6)	29.7	(1.5)
イタリア	11.0	(0.9)	13.7	(1.2)	9.9	(0.5)	17.3	(1.2)	1.7	(0.4)	— ³	—	—	—	1.3	(0.2)	1.6	(0.3)	18.1	(1.1)	26.0	(1.9)
レバノン	16.7	(1.6)	20.2	(1.8)	12.6	(0.9)	20.1	(1.2)	4.4	(0.9)	4.6	(1.0)	4.6	(1.0)	2.2	(0.8)	—	—	25.8	(1.9)	32.9	(2.1)
メキシコ	14.3	(0.9)	17.8	(1.6)	9.2	(0.5)	20.4	(1.7)	5.7	(0.6)	5.7	(0.6)	5.7	(0.6)	7.8	(0.5)	11.9	(1.0)	26.1	(1.4)	36.4 ⁴	(2.1)
オランダ	15.9	(1.1)	21.4	(1.8)	17.9	(1.0)	28.9	(1.9)	4.7	(1.1)	4.8	(1.1)	4.8	(1.1)	8.9	(0.9)	11.4	(1.2)	31.7	(2.0)	42.9	(2.5)
ニュージーランド	24.6	(0.7)	30.3	(1.5)	20.4	(0.5)	29.8	(0.7)	— ²	—	—	—	—	—	12.4	(0.4)	14.6	(0.5)	39.3	(0.9)	48.6	(1.5)
ナイジェリア	6.5	(0.9)	7.1	(0.9)	3.3	(0.3)	8.9	(1.2)	0.3	(0.1)	— ³	—	—	—	3.7	(0.4)	6.4	(1.0)	12.0	(1.0)	19.5	(1.9)
中国	4.8	(0.7)	6.0	(0.8)	3.6	(0.4)	7.3	(0.9)	4.3	(0.9)	4.9	(0.9)	4.9	(0.9)	4.9	(0.7)	6.1	(0.8)	13.2	(1.3)	18.0	(1.5)
南アフリカ	15.8	(0.8)	30.1	(4.4)	9.8	(0.7)	20.0	(2.4)	— ²	—	—	—	—	—	13.3	(0.9)	17.5	(1.2)	30.3	(1.1)	47.5	(3.7)
スペイン	9.9	(1.1)	13.3	(1.4)	10.6	(0.5)	20.8	(1.2)	2.3	(0.8)	2.3	(0.8)	2.3	(0.8)	3.6	(0.4)	4.6	(0.5)	19.4	(1.4)	29.0	(1.8)
ウクライナ	10.9	(0.8)	17.3	(2.0)	15.8	(0.8)	25.9	(1.5)	8.7	(1.1)	9.7	(1.3)	9.7	(1.3)	15.0	(1.3)	18.8	(1.7)	36.1	(1.5)	48.9	(2.5)
米国	31.0	(1.0)	36.0	(1.4)	21.4	(0.6)	31.4	(0.9)	25.0	(1.1)	25.6	(1.1)	25.6	(1.1)	14.6	(0.6)	17.4	(0.6)	47.4	(1.1)	55.3	(1.2)

¹ 診断に含まれる精神障害は国によって多少異なる。

² 衝動性制御障害を調査していない。

³ 分母が少なく、解析していない。

⁴ 生涯有病率は調査時点までに経験した者の割合、予想生涯罹患リスクは65歳までに経験すると予想される者の割合。

表7 WMH 調査における過去12ヶ月間におけるサービスの利用(相談・受診)の頻度

国名(所得水準別)	全回答者中*												サービスを利用した者の内訳†														
	いずれかの相談・受診			専門家(精神科、心理など)			一般医			福祉			民間療法、鍼灸など			福祉			民間療法、鍼灸など								
	N	%	se	N	%	se	N	%	se	N	%	se	N	%	se	N	%	se	N	%	se	N	%	se			
低所得	57	1.6	0.3	5	0.1	0.1	42	1.1	0.2	14	0.5	0.2	1	0.0	0.0	5	8.3	3.7	42	66.6	10.1	14	30.9	10.2	1	1.1	1.1
ナイジェリア	74	3.4	0.6	19	0.6	0.2	41	2.3	0.5	6	0.3	0.1	18	0.7	0.3	19	18.0	5.9	41	68.5	6.8	6	7.4	3.8	18	21.2	7.3
中所得(低)	217	5.5	0.6	126	3.0	0.4	82	2.3	0.4	19	0.5	0.2	10	0.2	0.1	126	53.4	4.8	82	41.7	5.1	19	9.2	2.8	10	3.7	1.4
中国	675	15.4	1.0	108	2.5	0.4	440	10.2	0.8	169	3.7	0.4	161	3.7	0.3	108	16.3	2.2	440	66.4	2.5	169	24.0	1.9	161	23.8	2.1
南アフリカ	212	7.2	0.8	39	1.2	0.3	135	4.0	0.7	47	1.7	0.4	29	1.0	0.3	39	17.2	3.8	135	55.4	7.1	47	24.1	5.1	29	14.4	4.0
ウクライナ	77	4.4	0.6	18	1.0	0.3	53	2.9	0.5	11	0.8	0.3	0	0.0	0.0	18	22.3	5.7	53	66.6	7.4	11	17.5	6.1	0	0.0	0.0
中所得(高)	240	5.1	0.5	121	2.8	0.3	92	1.7	0.3	15	0.3	0.1	45	1.0	0.2	121	53.6	4.2	92	33.1	4.0	15	6.2	2.0	45	20.0	3.4
レバノン	187	10.9	1.4	96	5.2	0.7	147	8.2	1.3	6	0.4	0.2	12	0.7	0.3	96	47.9	4.4	147	75.5	3.8	6	3.7	1.8	12	6.5	2.9
ベルギー	272	11.3	1.0	111	4.4	0.5	214	8.8	0.9	10	0.4	0.2	9	0.5	0.3	111	39.4	3.6	214	78.4	3.3	10	3.4	1.2	9	4.3	2.1
フランス	183	8.1	0.8	100	3.9	0.6	102	4.2	0.6	16	1.0	0.4	15	0.6	0.2	100	48.5	4.8	102	51.7	5.1	16	12.2	4.5	15	7.4	2.5
ドイツ	421	8.8	0.4	215	4.4	0.3	169	3.6	0.3	71	1.6	0.2	42	0.8	0.1	215	50.5	2.6	169	40.4	2.6	71	18.0	2.0	42	9.6	1.5
イタリア	141	4.3	0.4	55	2.0	0.3	107	3.0	0.3	15	0.4	0.1	4	0.1	0.0	55	47.1	5.1	107	70.9	4.8	15	9.1	2.4	4	1.5	0.7
イスラエル	92	5.6	0.9	43	2.4	0.5	47	2.8	0.5	8	0.8	0.5	13	0.6	0.2	43	42.5	5.5	47	50.2	8.2	8	15.0	6.7	13	11.1	4.7
日本	202	10.9	1.2	105	5.5	1.0	141	7.7	1.1	14	0.6	0.2	27	1.5	0.4	105	51.0	6.0	141	71.2	6.1	14	5.4	1.6	27	13.5	3.8
オランダ	1592	13.8	0.5	585	5.2	0.3	1122	9.2	0.4	203	1.6	0.2	265	2.6	0.3	585	37.6	1.8	1122	66.5	1.8	203	11.5	1.1	265	19.0	1.7
ニューージーランド	375	6.8	0.5	200	3.6	0.4	249	4.4	0.4	11	0.1	0.1	20	0.2	0.1	200	52.2	3.6	249	64.9	3.4	11	2.1	0.8	20	3.5	1.0
スペイン	1477	17.9	0.7	738	8.8	0.5	773	9.3	0.4	266	3.4	0.3	247	2.8	0.2	738	48.8	1.7	773	51.8	1.3	266	18.8	1.1	247	15.6	1.0
米国	764.6	(<.001)		679.6	(<.001)		732.2	(<.001)	262.9	(<.001)		388.0	(<.001)	232.4	(<.001)		207.3	(<.001)	201.8	(<.001)		223.1	(<.001)				
χ^2_{16}																											

* Part III回答者中の頻度.

† 過去12ヶ月間にいずれかのサービスを利用した者における頻度.

表8 WMH 調査における過去12ヶ月間におけるサービスの利用(相談・受診)の頻度†: 精神障害の重症度別

所得水準	国名	重度			中等度			軽度			診断なし			重症度による受診率の差	
		N	%‡	se	N	%‡	se	N	%‡	se	N	%‡	se	χ^2_3	(p-value)
低所得	ナイジェリア	8	21.3	11.9	6	13.8	7.4	14	10.0	3.0	29	1.0	0.3	27.7*	(<.001)
中所得 (低)	中国	5	11.0	5.4	11	23.5	10.9	3	1.7	1.2	55	2.9	0.6	16.1*	(.001)
	コロンビア	54	27.8	4.8	47	10.3	2.0	30	7.8	1.6	86	3.4	0.6	96.1*	(<.001)
	南アフリカ	45	26.2	3.6	66	26.6	3.9	67	23.1	3.2	497	13.4	0.9	41.0*	(<.001)
	ウクライナ	49	25.7	3.2	68	21.2	3.6	19	7.6	2.6	76	4.4	0.8	81.2*	(<.001)
中所得 (高)	レバノン	22	20.1	5.2	19	11.6	3.1	7	4.0	1.6	29	3.0	0.7	34.9*	(<.001)
	メキシコ	52	25.8	4.3	53	17.9	2.9	33	11.9	2.3	102	3.2	0.4	132.9*	(<.001)
高所得	ベルギー	46	62.1	9.2	30	38.4	8.3	13	12.7	4.6	98	6.8	1.1	227.1*	(<.001)
	フランス	56	48.0	6.4	70	29.4	4.0	43	22.4	3.4	103	7.0	1.1	82.6*	(<.001)
	ドイツ	81	53.9	4.0	54	32.6	3.7	19	14.4	3.2	267	6.0	0.4	368.1*	(<.001)
	イスラエル	30	40.6	8.9	39	23.9	4.7	27	20.5	5.2	87	5.9	0.9	54.5*	(<.001)
	イタリア	29	51.6	6.5	38	25.9	4.2	21	17.8	4.5	53	2.2	0.4	192.7*	(<.001)
	日本§	57	49.2	6.6	26	24.2	5.0	9	12.8	4.4	57	4.5	0.9	44.5*§	(<.001)
	オランダ	458	56.6	2.2	36	31.3	7.2	15	16.1	6.0	94	7.7	1.3	66.8*	(<.001)
	ニュージーランド	79	58.7	4.9	421	39.8	1.9	184	22.2	1.9	529	7.3	0.5	644.8*	(<.001)
	スペイン	385	59.7	2.4	93	37.4	5.0	35	17.3	4.3	168	3.9	0.5	446.1*	(<.001)
	米国	186.9*	<.001)	145.6*	<.001)	104.1*	<.001)	330.0*	<.001)						

* p<0.05.

† Part II 回答者の解析.

‡ 各重症度の該当者のうち過去12ヶ月間に相談・受診などのサービス利用を行った者の頻度.

§ 日本については重度と中等度のカテゴリを合併した結果を中等度の欄に示している.

|| χ^2_{16} is 各重症度内での国別の差の検定.

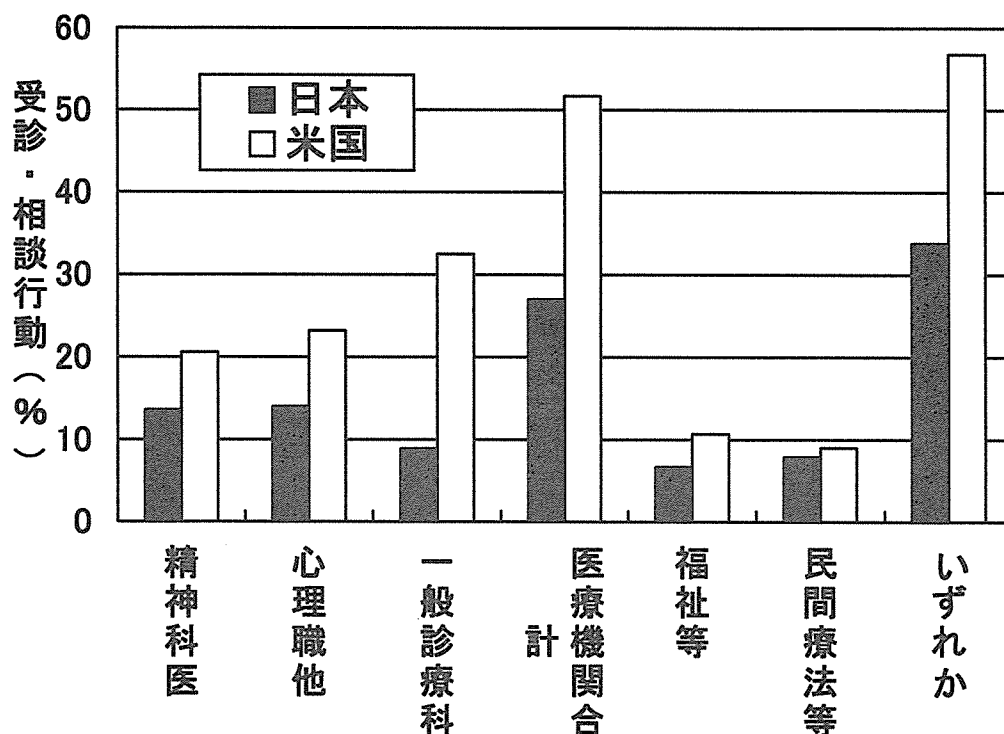


図1 DSM-IV 大うつ病性障害の12ヶ月診断ありの者における過去12ヶ月間の受診・相談行動(%)：米国NCS-Rと日本WMHJ2002-2003調査の比較

表9-1 生涯診断ありの者におけるその後の受診行動：気分障害

	初発の年に受診した割合		50年以内に受診すると予想される割合		受診までの年数 (中央値)		(n)
	%	(se)	%	(se)	年	(se)	
アメリカ							
コロンビア	18.7	(2.7)	66.6	(3.7)	9.0	(1.6)	(666)
メキシコ	16.0	(2.2)	69.9	(8.5)	14.0	(3.1)	(598)
米国	35.4	(1.2)	94.8	(2.5)	4.0	(0.2)	(1992)
欧州							
ベルギー ¹	47.8	(2.7)	93.7	(2.5)	1.0	(0.3)	(363)
フランス ¹	42.7	(2.1)	98.6	(1.4)	3.0	(0.3)	(644)
ドイツ ¹	40.4	(3.8)	89.1	(5.0)	2.0	(0.4)	(371)
イタリア ¹	28.8	(3.0)	63.5	(5.9)	2.0	(0.5)	(449)
オランダ	52.1	(2.9)	96.9	(1.7)	1.0	(0.3)	(475)
スペイン	48.5	(2.3)	96.4	(3.1)	1.0	(0.3)	(665)
ウクライナ ²	--	--	--	--	--	--	--
アフリカ・中東							
イスラエル	31.9	(0.8)	92.7	(0.5)	6.0	(0.3)	(519)
レバノン	12.3	(2.0)	49.2	(5.2)	6.0	(2.1)	(349)
ナイジェリア	6.0	(1.7)	33.3	(7.2)	6.0	(3.3)	(237)
南アフリカ ²	--	--	--	--	--	--	--
アジア							
日本	29.6	(4.0)	56.8	(7.3)	1.0	(0.7)	(183)
中国	6.0	(2.2)	7.9	(2.6)	1.0	(2.0)	(184)
オセアニア							
ニュージーランド	41.4	(1.3)	97.5	(1.0)	3.0	(0.2)	(2736)

¹ 気分障害の代わりに、大うつ病エピソードを使用している。

² 疾患別の受診行動をたずねていない。

表9-2 生涯診断ありの者におけるその後の受診行動：不安障害

	初発の年に受診した割合		50年以内に受診すると予想される割合		受診までの年数 (中央値)		(n)
	%	(se)	%	(se)	年	(se)	
アメリカ							
コロンビア	2.9	(0.6)	41.6	(3.9)	26.0	(1.5)	(762)
メキシコ	3.6	(1.1)	53.2	(18.2)	30.0	(5.1)	(610)
米国	11.3	(0.7)	87.0	(2.4)	23.0	(0.6)	(2377)
欧州							
ベルギー	19.8	(2.8)	84.5	(4.9)	16.0	(3.5)	(266)
フランス	16.1	(1.8)	93.3	(1.9)	18.0	(1.8)	(545)
ドイツ	13.7	(1.8)	95.0	(2.3)	23.0	(2.3)	(464)
イタリア	17.1	(2.1)	87.3	(8.5)	28.0	(2.2)	(429)
オランダ	28.0	(3.7)	91.1	(2.8)	10.0	(1.6)	(360)
スペイン	23.2	(2.0)	86.6	(5.2)	17.0	(3.2)	(463)
ウクライナ ¹	--	--	--	--	--	--	--
アフリカ・中東							
イスラエル	36.4	(0.9)	90.7	(1.3)	3.0	(0.1)	(224)
レバノン	3.2	(1.1)	37.3	(11.5)	28.0	(3.9)	(299)
ナイジェリア	0.8	(0.5)	15.2	(2.6)	16.0	(4.2)	(377)
南アフリカ ¹	--	--	--	--	--	--	--
アジア							
日本	11.2	(2.4)	63.1	(6.2)	20.0	(2.4)	(173)
中国	4.2	(2.0)	44.7	(7.2)	21.0	(3.1)	(221)
オセアニア							
ニュージーランド	12.5	(0.8)	84.2	(2.5)	21.0	(0.8)	(3068)

¹ 疾患別の受診行動をたずねていない。

表9-3 生涯診断ありの者におけるその後の受診行動：物質関連障害¹

	初発の年に受診した割合		50年以内に受診すると予想される割合		受診までの年数 (中央値)		(n)
	%	(se)	%	(se)	年	(se)	
アメリカ							
コロンビア	3.6	(0.8)	23.1	(7.1)	11.0	(5.0)	(345)
メキシコ	0.9	(0.5)	22.1	(4.8)	10.0	(3.3)	(378)
米国	10.0	(0.8)	75.5	(3.8)	13.0	(1.2)	(1131)
欧州							
ベルギー	12.8	(4.8)	61.2	(17.7)	18.0	(5.8)	(67)
フランス	15.7	(5.4)	66.5	(14.1)	13.0	(3.7)	(73)
ドイツ	13.2	(5.7)	86.1	(8.6)	9.0	(3.9)	(56)
イタリア	-- ²	--	-- ²	--	-- ²	--	-- ²
オランダ	15.5	(5.4)	66.6	(7.9)	9.0	(3.1)	(59)
スペイン	18.6	(7.6)	40.1	(14.1)	6.0	(4.9)	(52)
ウクライナ ¹	--	--	--	--	--	--	--
アフリカ・中東							
イスラエル	2.0	(0.5)	48.0	(2.4)	12.0	(0.5)	(257)
レバノン	-- ²	--	-- ²	--	-- ²	--	-- ²
ナイジェリア	2.8	(1.7)	19.8	(7.2)	8.0	(1.8)	(119)
南アフリカ ¹	--	--	--	--	--	--	--
アジア							
日本	9.2	(5.1)	31.0	(7.8)	8.0	(4.6)	(69)
中国	2.8	(1.8)	25.7	(9.0)	17.0	(3.7)	(128)
オセアニア							
ニュージーランド	6.3	(0.8)	84.8	(15.4)	17.0	(1.3)	(1756)

¹ 回答者のデータによる。

² 30人未満の場合には結果を示さなかった。

³ 疾患別の受診行動をたずねていない。

付録 各国の WMH 調査において調査された診断名(DSM-IV)

	不安障害	気分障害	衝動性制御障害	物質関連障害
ベルギー	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDE ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
コロンビア	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE W/WITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE W/WITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
フランス	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDE ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
ドイツ	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDE ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
イスラエル	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE W/WITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE W/WITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
イタリア	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDE ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
日本	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA W/O PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE W/WITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE W/WITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
レバノン	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE W/WITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE W/WITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
メキシコ	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE

オランダ	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDE ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
ニュージーランド	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
ナイジェリア	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
中国	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
南アフリカ	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
スペイン	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDE ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD ANY IMPULSE	ALC ABUSE ALC DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
ウクライナ	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE
米国	PANIC DX GAD WITH HIERARCHY SOCIAL PHOBIA SPECIFIC PHOBIA AGORAPHOBIA WITHOUT PANIC PTSD SAD/ASA ANY ANXIETY	MDD WITH HIERARCHY DYS WITH HIERARCHY BIPOLAR-BROAD ANY MOOD	ODD WITH HIERARCHY CD ADHD IED WITH HIERARCHY ANY IMPULSE	ALC ABUSE WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT DEP DRUG DEP WITH ABUSE ANY SUBSTANCE

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」 分担報告書

こころの健康に関する地域疫学調査の成果の普及に関する研究

分担研究者： 深尾 彰（山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座）

研究協力者： 大類 真嗣（山形県健康福祉部保健薬務課・山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座）

研究要旨

平成 14 年より 18 年までの 5 年間「こころの健康についての疫学調査」を実施し、これまで岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県及び横浜市にておよそ 4,000 人から面接調査が完了した。これまで日本国内における地域住民をベースとした疫学調査の実施は少なかったものの、今回の大規模な調査により、精神疾患の有病率や精神疾患による受療率、自殺行動などの「こころの健康問題」についての実態が明らかになった。

得られた調査結果については、医療や行政施策に活用され、日本国内の「こころの健康」対策が推進されることが必要であり、また、国民の多くに、精神疾患の有病率の多さや受療行動の低さなどを正確な情報として還元し、認識してもらうことが必要であると考えられる。

この度、得られた調査結果より、行政機関や医療機関等でどのように認識、活用されているかアンケートにて把握した結果、「大うつ病性障害を経験した人の受療割合 26.8%」が低いといった認識や、「こころの健康問題が生じた際の相談先」の状況等を国民全体に広く発信すべきといった結果を得られた。また、疫学調査にて得られた結果の活用状況は低い結果であった。以上より、今回の「こころの健康に関する疫学調査」にて得られた結果を広く活用されるよう、行政機関や、大学、医療機関等が活用しやすい成果還元ツールを開発した。

A. 研究目的

わが国では、増加する精神疾患への危惧がすでに指摘されていることから、精神疾患への総合的な対策を早急に立案する必要がある。そのためには、医療機関を受診する患者の実態からは把握できない、地域に潜在するこころの健康問題を把握することが必須である。しかし、このような問題に関する政策を進めていくための基盤となるべき、地域住民をベースとした疫学調査データが不十分であったことから、平成 14 年より 18 年までの 5 年間、岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県及び横浜市を対象地域として、WHO が推奨する世界精神保健プロジェクト（World Mental Health, WMH）の方法論に則した「こころの健康についての疫学調査」を実施し、およそ 4,000 人の面接調査が完了した。これまで国内における地域住民をベースとした疫学調査結果は少なかったものの、今回の大規模な調査により、精神疾患

の有病率や受療率、自殺行動などの「こころの健康問題」についての実態が明らかになった。

今回得られた調査結果については、国、都道府県、市町村及び医療機関に還元され、行政施策や診療に活用されることで、「こころの健康」対策が推進していくことが望まれる。また、多くの国民に、精神疾患の有病率や受療行動等を正確な情報として還元し、認識してもらうことが必要であると考えられる。

この度、各都道府県、精神保健福祉センター、全国の保健所長及び疫学調査を実施した岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県及び横浜市の精神科医療機関を対象に、平成 16 年までの疫学調査結果の認知度・活用状況、精神疾患の有病率、受療行動の割合、自殺行動の頻度等の認識度及び受療行動の向上に必要な事項等についてアンケート調査を実施した。加えて、地域調査担当者会議にて、重点的に発信すべき項目及びその方法に

について検討を行い、疫学調査の成果の普及について検討を行った。

B. 研究方法

1. アンケート調査

調査対象は、都道府県（47）及び都道府県・政令市精神保健福祉センター（64）、全国の保健所長（509）、岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県及び横浜市の精神科医療機関（423）を対象とした。調査実施にあたり、保健所長への調査は全国保健所長会、精神科医療機関への調査は各対象地域の医師会の了承を得て調査を実施した。

調査項目は、平成16年までに岡山県、長崎県、鹿児島県及び栃木県にて実施された「こころの健康に関する疫学調査」結果をもとに、調査結果の認知・活用状況、精神疾患の有病率、受療行動及び自殺行動の頻度についての認識及びこれまで明らかになった結果で重要と考えられる事項について調査を実施した。加えて、地域住民への普及・啓発、かかりつけ医への研修等の受療行動の向上に必要と思われる事項及び自殺対策基本法の都道府県計画や健康増進計画への採択の可能性について調査を行った。

調査期間は、平成18年11月からの1ヶ月間とし、各対象機関へ調査票を送付し、「こころの健康についての疫学調査」結果を記載したリーフレットを同封した。

また、倫理的配慮と個人情報保護については、山形大学医学部倫理審査委員会において審査を受け承認された。なお、結果は、個人情報が明らかにならない形で公表することとした。

2. 地域調査担当者会議による検討

地域調査担当者会議において、地域調査担当者より各地域での調査結果の還元方法を聴取するとともに、アンケート調査の対象機関及び項目の検討、成果還元の方法について検討を行なった。

C. 研究結果

1. 地域調査担当者会議による検討

各地域における調査結果の還元については、調査対象地区へは何らかの形で結果を還元しているものの、その結果を活用しているところは少ない状況であった。ただし、鹿児島県の調査対象地区の保健所において、調査結果等を掲載したチラシを全戸配布していた。

アンケート対象機関は、今回アンケート調査対象とした機関以外にも、プライマリケア医に対するアンケートの実施が検討されたが、実施が困難であることから、今回は疫学調査を実施した岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県及び横浜市の精神科医療機関のみ対象とした。成果還元の方法については、都道府県、精神保健福祉センターや保健所、市町村が多く住民へ情報提供する際に利用しやすいツールを開発することを検討した結果、精神疾患の有病率、受療行動及び自殺行動の頻度の他、アンケートにて重要と考えられる事項も含めたプレゼンテーション用のスライドを作成し、電子データをホームページに掲載する方法を実施することとなった。

2. アンケート調査結果

各対象施設からの回答率は都道府県・精神保健福祉センター73.0%（81/111）、保健所長67.8%（345/509）、精神科医療機関23.2%（98/423）であった。

① 調査の認知度（都道府県・精神保健福祉センター、保健所長、精神科医療機関）…表1

疫学調査の認知度は、都道府県・精神保健福祉センター50.6%（41/81）、保健所長19.1%（66/345）、精神科医療機関17.2%（21/122）であった。報告書を送付している都道府県・精神保健福祉センターでの認知度が約半数であったが、保健所長、精神科医療機関では2割に満たない状況であった。

② 調査結果の活用状況（都道府県・精神保健福祉センター）…表2

「調査を知っている」と回答した都道府県及び精神保健福祉センターにおける、結果の活用状況は、51.2%（21/41）であった。活用方法については、市民公開講座・講演会資料が61.9%、会議資

料が 57.1%であり、健康日本 21 都道府県計画の参考にした都道府県もあった。

③ 精神疾患の有病率、受療行動及び自殺行動の頻度についての認識（保健所長、精神科医療機関）・・・表 3-1・2

今回の疫学調査で得られた、大うつ病性障害の生涯有病率（6.4%）、気分障害、不安障害、物質関連障害等のいずれかの精神疾患の生涯有病率（16.5%）、大うつ病性障害を経験した人の受療割合（26.8%）、これまでに真剣に自殺を考えたことのある人の割合（10.4%）の結果について、日常の精神保健活動あるいは診療の印象と比較して調査した。

大うつ病性障害を経験した人の受療行動は、保健所長、精神科医療機関いずれも「低い」と回答する割合が、他の項目よりも高い結果であった。（保健所長 40.6%、精神科医療機関 45.1%）。

これまでに真剣に自殺を考えたことのある人の割合は、保健所長では「高い」と回答する割合が「低い」よりも 2 倍以上高いものの、精神科医療機関では「高い」と回答する割合が「低い」とほぼ同等であった。

④ 明らかになった結果の中で重要と考えられる事項（都道府県・精神保健福祉センター、保健所長、精神科医療機関）・・・表 4、5-1・2・3

これまで明らかになった結果について、「大うつ病性障害の生涯有病率」、「いずれかの精神疾患の生涯有病率」、「大うつ病性障害を経験した人の受療割合」、「これまでに真剣に自殺を考えたことのある人の割合」のうち、最も参考になる項目について調査した。

いずれの機関でも「大うつ病性障害を経験した人のうちの受療割合」が最も割合が高く（都道府県・精神保健福祉センター 44.4%、保健所長 40.9%、精神科医療機関 30.3%）、その他の項目についてはほぼ同等な数値が多かった。

先の 4 項目以外に疫学調査で明らかになった項目のうち、今後、国民全体に広く普及されていく必要があると考えられる項目について調査し

た結果、都道府県・精神保健福祉センターは「こころの健康問題が生じた際の相談先」（74.1%）、「受療行動の遅れの理由」（72.8%）の割合が高かった。保健所長も同様に「こころの健康問題が生じた際の相談先」（73.9%）、「受療行動の遅れの理由」（69.6%）の割合が高かった。精神科医療機関では「受療行動の遅れの理由」（78.7%）の割合が最も高かった。

⑤ 精神科医療機関への受療行動の向上に必要なと思われる事項（都道府県・精神保健福祉センター、保健所長及び精神科医療機関）・・・表 6

「大うつ病性障害を経験した人の受療行動 26.8%」といった結果をうけ、うつ病等の精神疾患を罹患した際、「住民への普及・啓発」、「うつ病スクリーニングの実施」、「かかりつけ医・一般医への研修」、「精神科医療の整備」のうち、精神科医への受療行動につなげるために優先すべきと考えられる項目について調査した。

いずれの機関でも、「住民への普及・啓発」、（都道府県・精神保健福祉センター 76.5%、保健所長 73.0%、精神科医療機関 72.1%）及び「かかりつけ医・一般医への研修」（都道府県・精神保健福祉センター 75.3%、保健所長 67.5%、精神科医療機関 59.8%）と回答する割合が高かった。

⑥ 自殺対策基本法の都道府県計画や健康増進計画への採択の可能性（都道府県・精神保健福祉センター及び保健所長）・・・表 7

今回得られた疫学調査結果のような数値を、自殺対策基本法の計画や健康増進計画への採択の可能性について調査した。

今後計画に「盛込む必要がある」、「必要があるものの把握方法が困難」と回答した割合は、都道府県・精神保健福祉センターで 42.0%、保健所長で 55.1%であった。いずれも半数程度は計画に盛込む必要があるという回答であった。

具体的な数値目標としては、「こころの健康問題が生じた際に相談できる専門機関を知っている人の割合」、「今後こころの健康問題が生じた際に、専門機関へ相談・受診すると回答する人の割

合」、「こころの健康問題を病気として認識する人の割合」等を行った住民の意識・認識を数値目標としたもの、「実際にこころの健康問題が生じた際に専門機関へ相談・受診した人の割合」といった実際の受療・相談行動を数値目標としたもの等の意見があげられた。

3. 山形県天童市・上山市調査結果

平成 16、17 年度に実施した天童市調査及び上山市調査の結果概要については、表 8-1・2 のとおりである。全対象者数 1,684 名のうち、面接を実施したのが 894 名（天童市調査：430 名、上山市調査：464 名）で最終回答率は天童市調査で 60.3%、上山市調査で 57.8%であった。但し、上山市調査については technical problem により 124 名分が結果分析不能となったため、最終的には 770 名（天童市：430 名、上山市：340 名）分のデータをもとに分析を行なった。

DSM-IV 診断による主要な精神疾患の生涯有病率は表 9 のとおりである。

DSM-IV 診断基準による主要な精神疾患の生涯有病率（これまでに精神疾患の診断を満たす症状を経験した割合）のうち、いずれかの気分障害は男性 3.8%、女性 8.4%、いずれかの不安障害は男性 6.3%、女性 6.7%、いずれかの物質関連障害は男性 8.5%、女性 2.2%であった。気分障害、不安障害、物質関連障害といったいずれかの精神疾患の生涯有病率は男性 17.5%、女性 15.6%であった。

主だった精神疾患の生涯有病率うち、大うつ病性障害は男性 2.2%、女性 6.2%であり、アルコール乱用は男性 7.1%、女性 2.0%であった。

DSM-IV 診断による主要な精神疾患別の相談・受療行動頻度は表 10 のとおりである。

DSM-IV 診断基準による精神疾患を経験した人のうち、いずれかの専門家に受診・相談する割合は、いずれかの気分障害で 31.3%、いずれかの不安障害で 30.0%、いずれかの物質関連障害で 12.5%であり、いずれかの精神疾患全体では 23.6%であった。

疾患別では、気分障害において精神科医師を受診する割合が高く、特に大うつ病性障害では 27.3%受診している状況であった。その一方、物質関連障害は、精神科医よりもかかりつけ医・一般医へ受診する割合が高かった。

D. 考察

地域調査担当者会議による検討及びアンケート調査

1) 受療行動、受療率向上について

これまでに明らかになった結果の中で重要と考えられる事項（表 4）では、大うつ病性障害での受療行動が重要であるという結果であった。受療行動の認識（表 3-2）について「低い」という回答が多かったことと併せ、大うつ病性障害を経験しているにもかかわらず医療機関へのおよそ 4 分の 1 しか受診していない現状が問題であり、今後いかに受療行動につなげていくかが課題であると考えられた。

精神科医療機関への受療行動の向上に必要と思われる事項（表 6）では、「住民への普及・啓発」及び「かかりつけ医・一般医への研修」と回答する割合が高い結果であった。受療行動を実際にとるためには住民が、精神疾患についての正しい知識を得ることが基本であり、そのためには国や都道府県、市町村といった行政機関や、大学、医療機関等を中心として、国民全体に情報提供を行ない、こころの健康について教育を行なうポピュレーションアプローチが不可欠である。その際に、今回得られた地域住民のベースとした疫学調査結果を活用し、精神疾患の有病率や受療行動、自殺行動の頻度といった現在の国民の現状を正確に提供していくことが、国民がこころの健康について正しい認識を得るのに有効であると考えられた。

また、住民が精神疾患を経験した場合、最初の受け皿として「かかりつけ医・一般医」で対応することがあるが、受診した住民に対し、こころの健康について適切なアドバイスを行い、場合によ

っては精神科医療機関へ紹介するといったことが必要とされている。かかりつけ医・一般医を含めた、日常精神疾患に多く接する機会の少ない医療従事者への研修によって、こころの健康問題が生じた住民に対し適切な対応を行うことができ、結果的に精神科医療機関への受療率向上につながると考えられた。

さらに、過去 12 ヶ月における中等度以上の精神疾患を経験した人のうち受療・相談行動をとる割合は、欧米諸国よりも低いと報告されていることから、「住民への普及・啓発」、「かかりつけ医・一般医への研修」等を効果的にを行い、欧米並みに精神科医療機関等の専門機関への受療・相談行動が増加すれば、結果的に自殺予防に結びつくことが考えられた。

2) 自殺行動、自殺対策基本法などについて

これまでに真剣に自殺を考えたことのある人の割合 10.4%について、保健所長では「高い」と回答する割合が高い一方、精神科医療機関では「低い」という回答する割合が高かった(表3-2)。この原因の一つとして、日常の業務の中で自殺行動に接する頻度の差が影響していると考えられた。各機関にて自殺行動に接する頻度に差があるものの、住民の約1割が自殺念慮の経験がある現状を踏まえ、自殺念慮を含む自殺行動が決して稀な行動ではないことを認識しながら、対応していく必要があると思われた。

今回得られたような結果を、自殺対策基本法の都道府県計画へ採択することへの可能性については、約半数でその必要があると考えているようであった。具体的な数値目標としては、「今後こころの健康問題が生じた際に、専門機関へ相談・受診すると回答する人の割合」等と行った住民の意識・認識を数値目標にしたもの、「実際にこころの健康問題が生じた際に専門機関へ相談・受診した人の割合」といった実際の受療・相談行動を数値目標としたもの等の意見があげられた。実際の受療・相談行動については、今回と同様な調査が各都道府県で定期的実施することは現状で

は困難であることから、住民の意識・認識を数値目標にしたものの方が、各都道府県で定期的な把握が可能であり、かつ現実的であると考えられる。いずれにせよ、数値目標を掲げることで、現状と今後の課題が明確になるとともに、行政機関や大学、医療機関の役割が明確化され、こころの健康についての有効な対策を、これまで以上に実施できるものと考えられた。

3) これからの情報発信について

平成 16 年度調査までの結果については報告書等にて情報を提供していたが、調査結果の認知度・活用状況(表 2)は低い結果であった。精神疾患の有病率や受療行動、自殺行動の頻度といった今回得られた地域住民のベースとした疫学調査結果は、ポピュレーションアプローチによって国民全体に普及していくことが重要であり、また多くの機関で活用される必要がある。そのためには住民へ情報を提供する機会の多い行政機関、大学、医療機関等が使用しやすいツールの開発が必要であった。しかし、今回のアンケート結果では報告書による情報提供だけでは活用されにくいという結果であったことから、講演会・市民公開講座等で使用できるプレゼンテーション用スライドを作成し、国立精神・神経センター精神保健研究所のホームページに掲載する方法にて、調査結果の還元を行う方向となった。スライドの内容についても、精神疾患の有病率、受療・相談行動、自殺行動の結果のほか、「今後、国民全体に広く普及されていく必要があると考えられる項目」を質問したアンケート結果(表 5-1・2・3)にて回答の多かった、「こころの健康問題が生じた際の相談先」、「こころの健康問題が生じたにもかかわらず、受診が遅れてしまった理由」、「今後、こころの健康問題が生じた際に専門の医療機関を受診することについての意識」も含めて作成した。

E. 結論

都道府県・精神保健福祉センター、保健所長及び精神科医療機関を対象にアンケート調査を実

施し、これまでの「こころの健康についての疫学調査」の認知度・活用状況や、受療行動や自殺行動の結果についての認識、精神科への受療率を向上させるのに必要な事項等について把握を行った。今回のアンケート結果等を踏まえ、行政機関、大学、医療機関といった関係機関が住民へ「こころの健康について」情報提供しやすいようなツールを開発した。より多くの関係機関から活用され、国民全体にこころの健康についての情報が普及することが期待される。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出題・登録状況

該当せず

参考：

○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16年・17年度総括・分担研究報告書

○WHO World Mental Health Survey Consortium, Prevalence, severity, unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. JAMA. 2004; 291(12): 2581-2591

表1 調査の認知度

	知っている	知らない	無回答	知っている	知らない	無回答
都道府県 精神保健福祉センター	41	40	0	50.6%	49.4%	0.0%
保健所	66	270	9	19.1%	78.3%	2.6%
精神科医療機関	21	99	2	17.2%	81.1%	1.6%

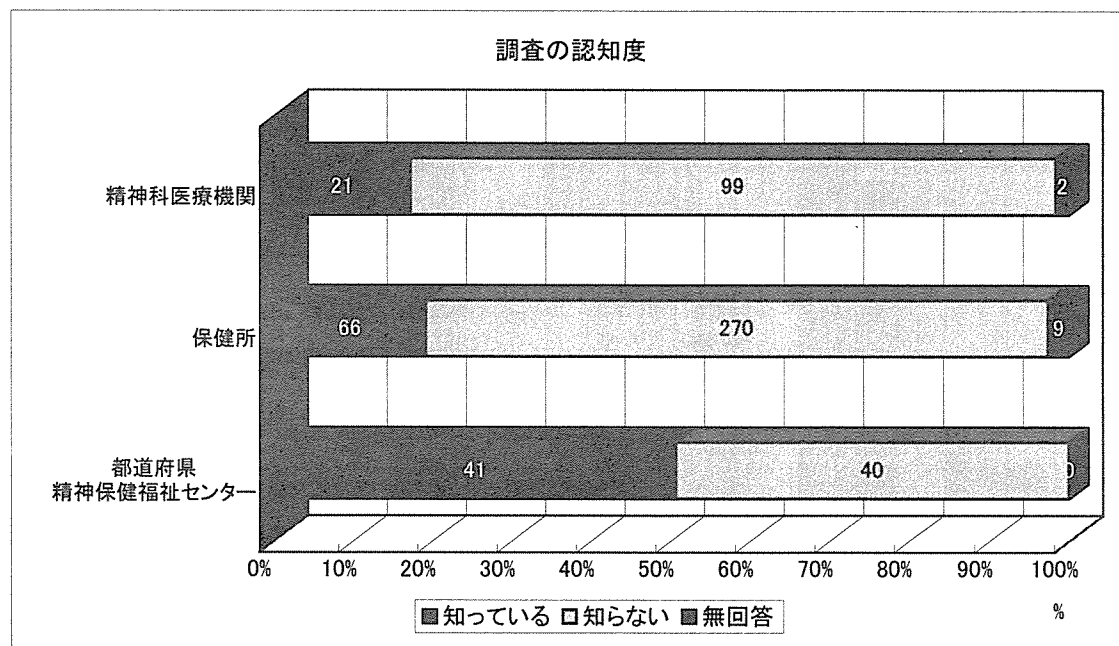


表2 活用状況 (調査を「知っている」と回答した41施設)

	活用している	活用していない	健康づくり 計画	パンフレット	ホームペー ジ	公開講座・ 講演会資料	会議資料	その他
回答数	21	20	1	2	0	13	12	3
割合	51.2%	48.8%	4.8%	9.5%	0.0%	61.9%	57.1%	14.3%

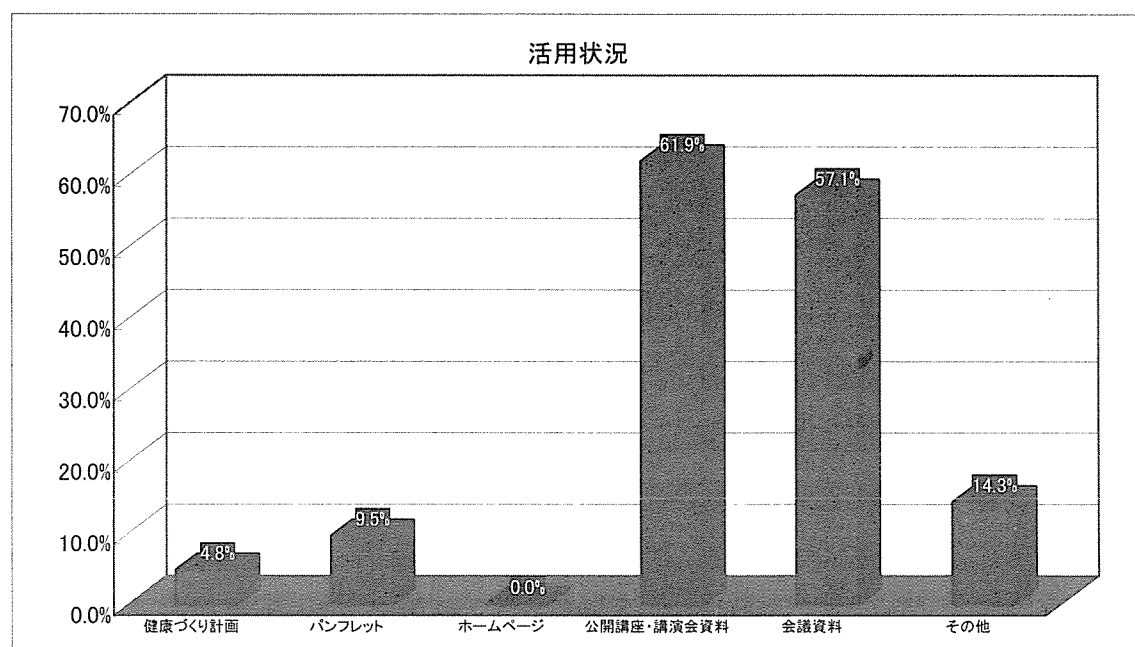


表3-1 有病率・受療行動・自殺行動の数値についての認識（1）

	うつ病 (高い)	うつ病 (妥当)	うつ病 (低い)	精神疾患 (高い)	精神疾患 (妥当)	精神疾患 (低い)
保健所	24	185	125	72	220	40
精神科医療機関	19	73	30	19	68	33
保健所	7.0%	53.6%	36.2%	20.9%	63.8%	11.6%
精神科医療機関	15.6%	59.8%	24.6%	15.6%	55.7%	27.0%

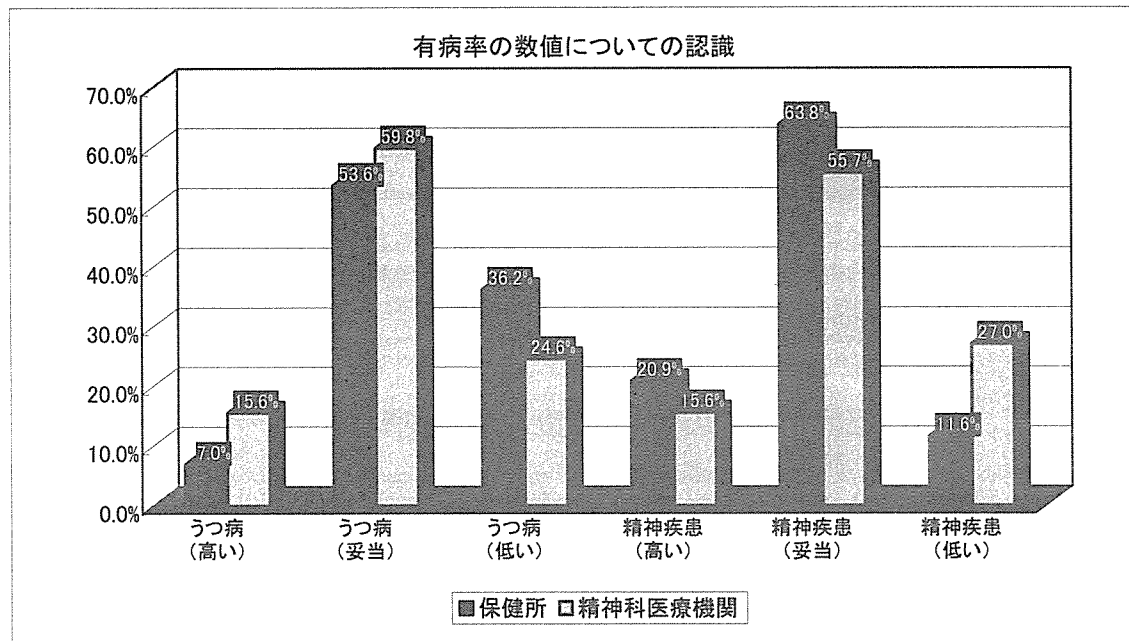


表3-2 有病率・受療行動・自殺行動の数値についての認識（2）

	受療行動 (高い)	受療行動 (妥当)	受療行動 (低い)	自殺行動 (高い)	自殺行動 (妥当)	自殺行動 (低い)
保健所	25	166	140	123	160	47
精神科医療機関	9	57	55	34	55	33
保健所	7.2%	48.1%	40.6%	35.7%	46.4%	13.6%
精神科医療機関	7.4%	46.7%	45.1%	27.9%	45.1%	27.0%

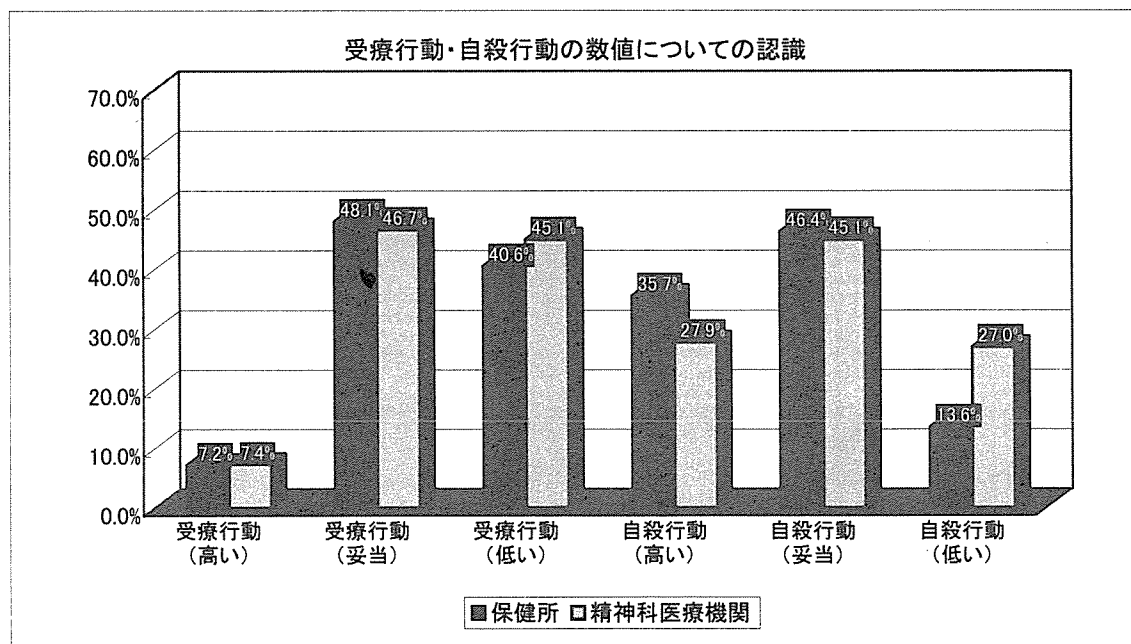


表4 最も参考になる数値

(大うつ病エピソード有病率・大うつ病エピソード受療行動・いずれかの精神疾患有病率・自殺念慮者割合)

	大うつ病有病率	大うつ病受療行動	いずれか有病率	自殺念慮者割合	無回答
都道府県 精神保健福祉センター	12	36	11	16	6
保健所	33	141	86	76	9
精神科医療機関	27	37	25	25	8
都道府県 精神保健福祉センター	14.8%	44.4%	13.6%	19.8%	7.4%
保健所	9.6%	40.9%	24.9%	22.0%	2.6%
精神科医療機関	22.1%	30.3%	20.5%	20.5%	6.6%

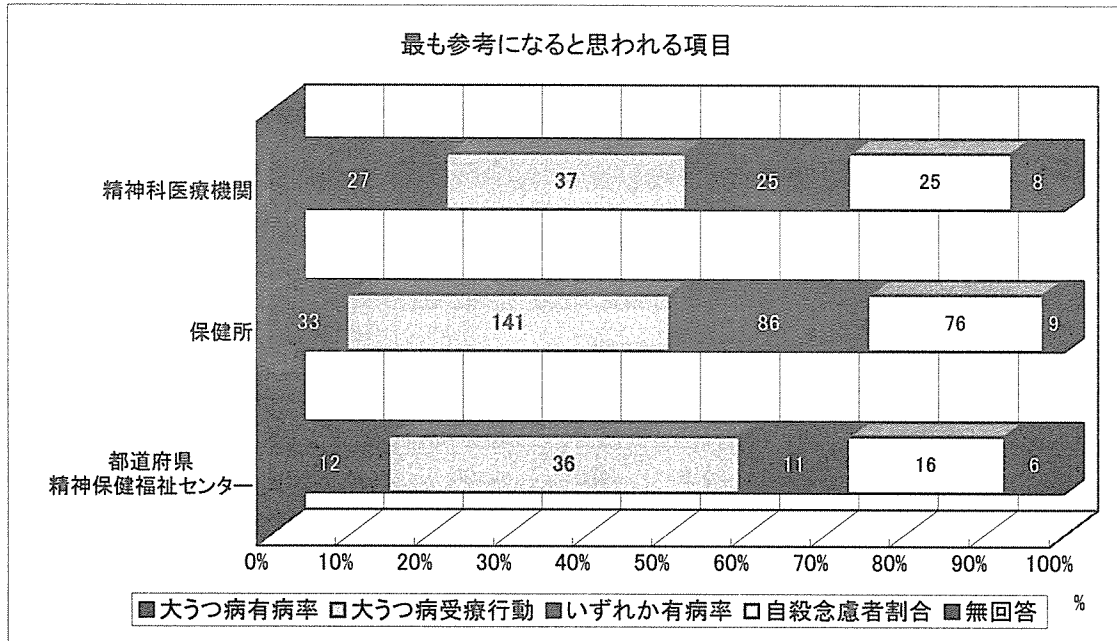


表5-1 国民全体への普及の必要項目（都道府県・精神保健福祉センター）（複数回答）

	精神疾患経験者の基本属性	自殺念慮者の基本属性	自殺念慮者の精神疾患有病率	こころの健康問題相談先	受療行動の遅れの理由	今後問題が生じた際の認識	精神疾患別の受療割合	精神疾患による生活支障	精神疾患による休業日数
回答数	0	24	37	60	59	35	3	10	2
割合	0.0%	29.6%	45.7%	74.1%	72.8%	43.2%	3.7%	12.3%	2.5%

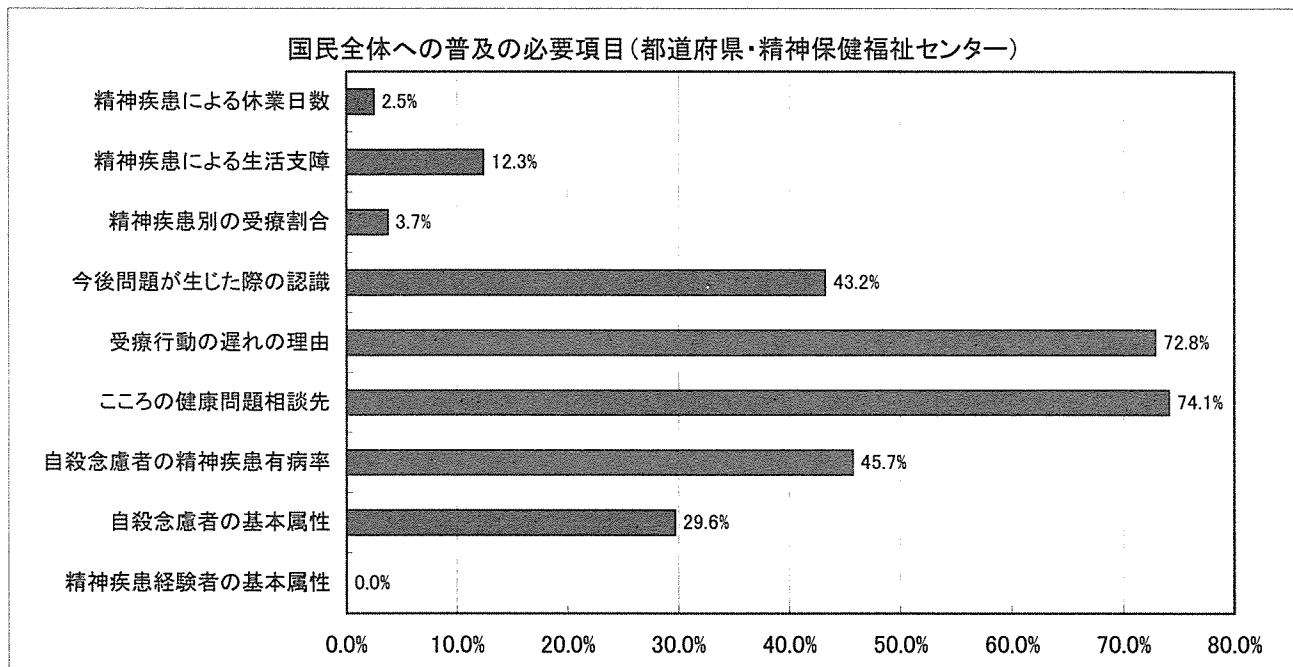


表5-2 国民全体への普及の必要項目（全国保健所長）（複数回答）

	精神疾患経験者の基本属性	自殺念慮者の基本属性	自殺念慮者の精神疾患有病率	こころの健康問題相談先	受療行動の遅れの理由	今後問題が生じた際の認識	精神疾患別の受療割合	精神疾患による生活支障	精神疾患による休業日数
回答数	41	55	109	255	240	176	29	87	17
割合	11.9%	15.9%	31.6%	73.9%	69.6%	51.0%	8.4%	25.2%	4.9%

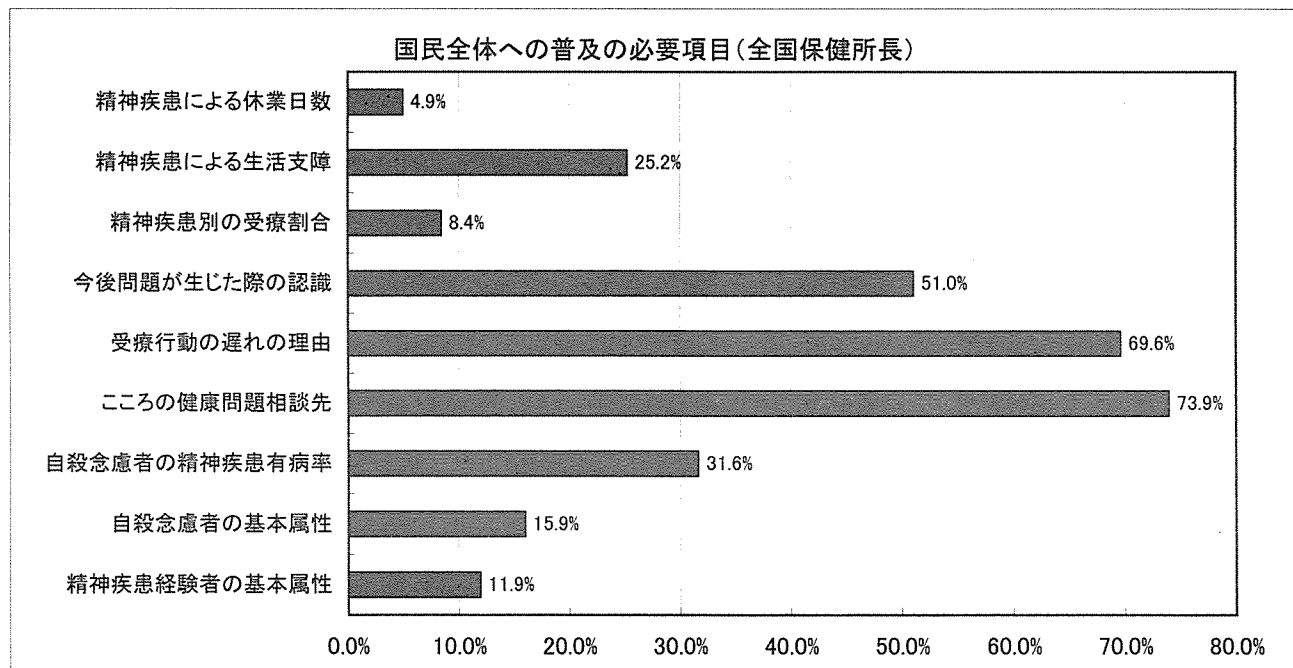


表5-3 国民全体への普及の必要項目（精神科医療機関）（複数回答）

	精神疾患経験者の基本属性	自殺念慮者の基本属性	自殺念慮者の精神疾患有病率	受療行動の遅れの理由	今後問題が生じた際の認識	精神疾患別の受療割合	精神疾患による生活支障	精神疾患による休業日数
回答数	18	27	52	96	79	24	43	15
割合	14.8%	22.1%	42.6%	78.7%	64.8%	19.7%	35.2%	12.3%

