

図4 過去12ヶ月間に身体疾患、精神障害を経験した者の社会機能障害 (WMH WHO-DAS 尺度得点平均) (Part II 重み付け後). 得点は高得点ほど社会機能障害が大きいことを示す. 世界精神保健 (WMH) 日本調査 2002-2006 の Part II 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.

表8 DSM-IV による 12 カ月診断ありの者における精神障害のために生じた一年間の休業日数 †

	(該当者数)	一年間の休業日数			
		平均値	標準偏差	最小値	最大値
大うつ病性障害	(76)	22.1	59.0	0	365
いずれかの気分障害 (抑うつ時)	(96)	20.0	56.3	0	365
躁病あるいは軽躁病エピソード	(8)	0.4	1.1	0	3
特定の恐怖症	(87)	1.7	10.3	0	90
社会恐怖	(21)	11.1	34.8	0	160
全般性不安障害	(33)	10.3	18.7	0	60
外傷後ストレス障害	(5)	46.6	75.4	0	180
間歇性爆発性障害	(27)	0.3	0.8	0	3
慢性の身体疾患*	(1000)	5.3	34.9	0	365

* 精神障害との比較のため、循環器疾患、がん、整形外科疾患など過去 12 ヶ月間に対象者が有する慢性の身体疾患のうちからランダムに1つを選んでその影響をたずねた.

† サンプルデザインに関する重みづけは行っていない.

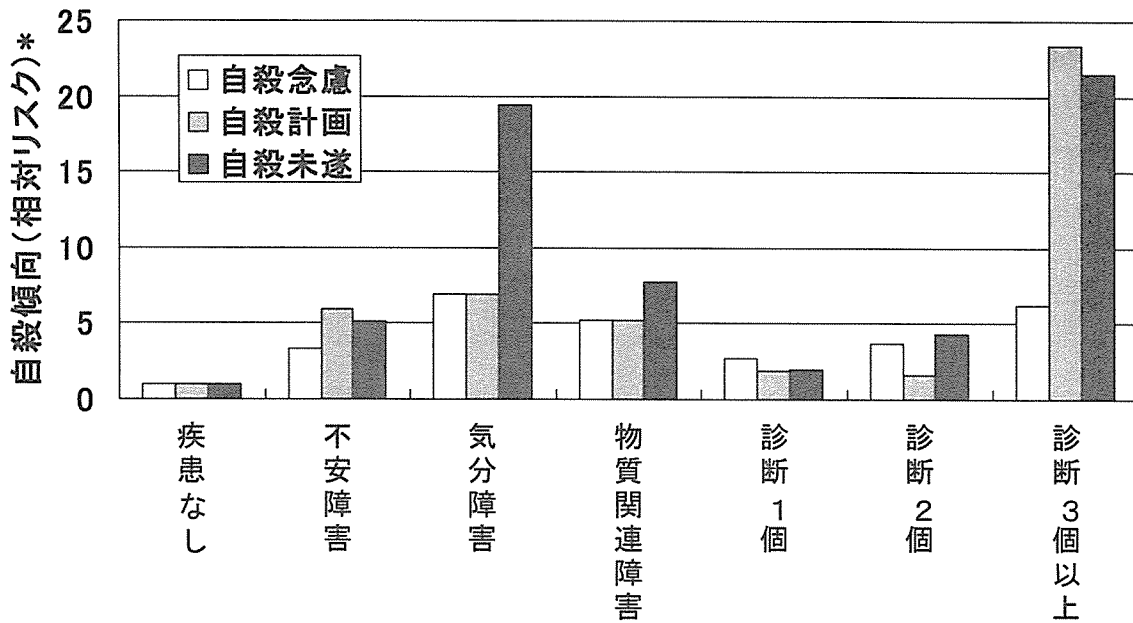


図5 これまでの精神疾患の経験がその後の自殺念慮、自殺計画、自殺未遂の発生に与える影響
 * 疾患なしを対照 (相対リスク=1) とする。2.0 より上の相対リスクは全て有意 ($p < 0.05$, 比例ハザード解析、Part II 重み付け)。 Ono Y, et al. Br J Psychiatry (in press) から作図。

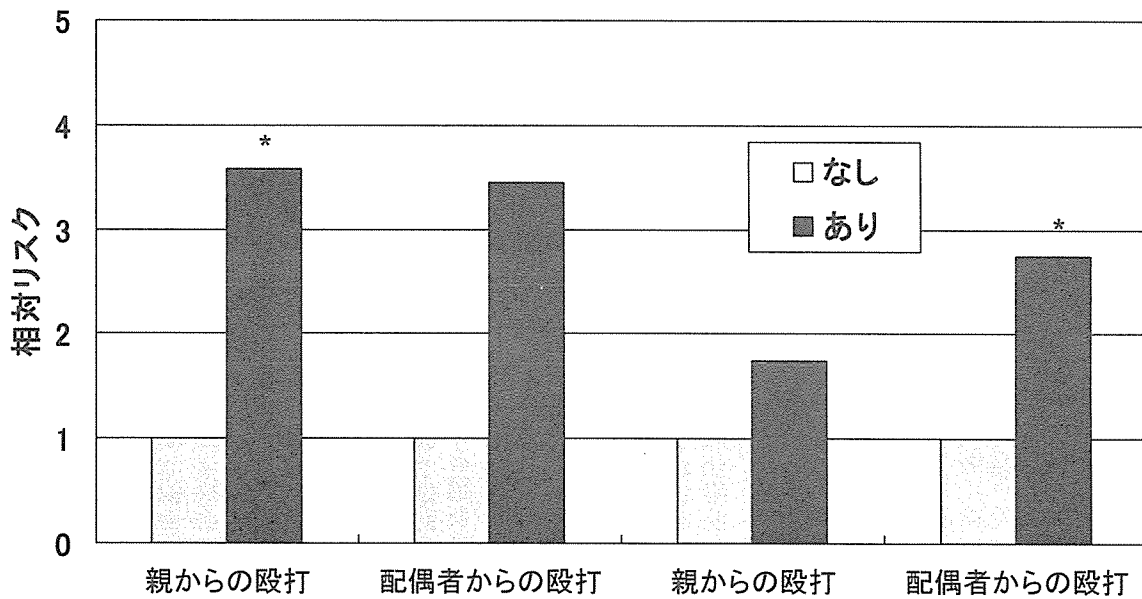


図6 親および配偶者からの暴力がある者における DSM-IV 大うつ病の相対リスク
 * $p < 0.05$, 性別、調査時年齢 (出生コホート) を調整した多重ロジスティック解析 (Part 2 重み付け)。親からの殴打経験者は 37 名 (6.4%)、配偶者からの殴打経験者は 20 名 (3.6%) (いずれも重み付け前の値)。

表9 世界精神保健調査(WMH)における各国の調査の概要

国名	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	
日本	WMHJ2002-2 003*	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
ナイジェリア	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
中国北京	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	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	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%をカバー)	2003	18-6 5	4426	2381	1731	87.7
南アフリカ	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	CMSPSD	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
レバノン	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	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%をカバー)	2001-2	18-6 5	5782	2362	1736	76.6
ベルギー	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	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	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	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	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
オランダ	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	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	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	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

* WMHJ2002-2006 全データは WMH 共同研究データベースに登録手続き中。

表 1 0 MH 調査における DSM-IV 診断の 12 ヶ月有病率：日本、米国、欧州、中国、メキシコの比較†

診断	日本	米国	欧州	中国	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：日本は WMHJ2002-2006 データ (n=4,134、Part I, II の重みづけ後)、米国 (Kessler RC et al. 2005)、中国 (Shen Y-C et al. 2006)、メキシコ (Medina-Mora ME et al. 2005)、欧州 (Alonso J et al. 2004) から引用。

NR: 報告されていない。

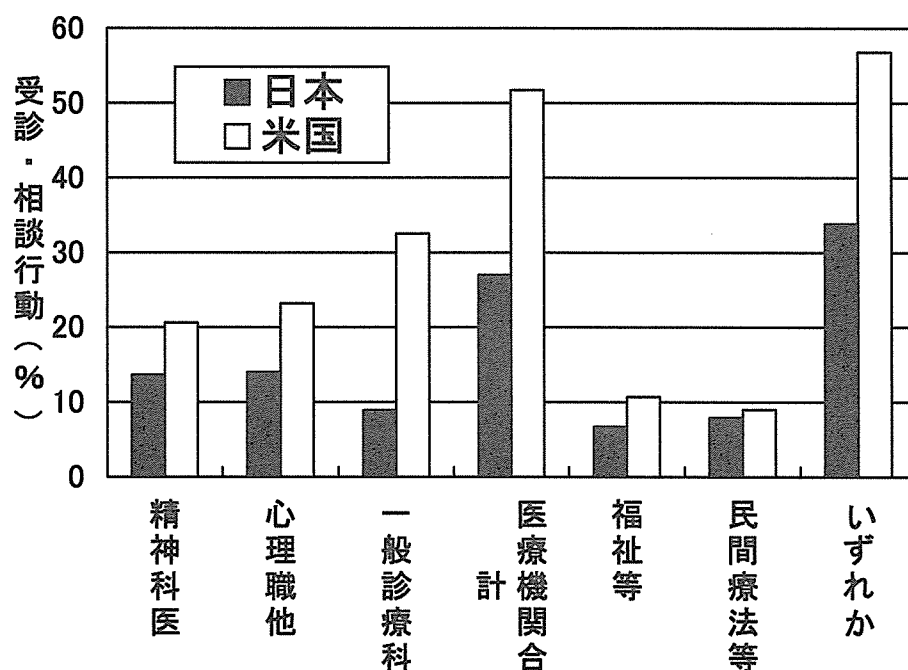


図 7 DSM-IV 大うつ病性障害の 12 ヶ月診断ありの者における過去 12 ヶ月間の受診・相談行動 (%)：米国 (NCS-R) と日本 (WMHJ2002-2003 データ) の比較。データの出典は、Kessler RC, et al: JAMA 289: 3095-3105, 2003 および Naganuma Y. et al: Psychiatry Clin Neurosci 60: 240-248, 2006。

II. 関連資料(分担研究報告書抜粋)

「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)成果物

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

こころの健康に関する 地域疫学調査の 成果普及ツール

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」研究班

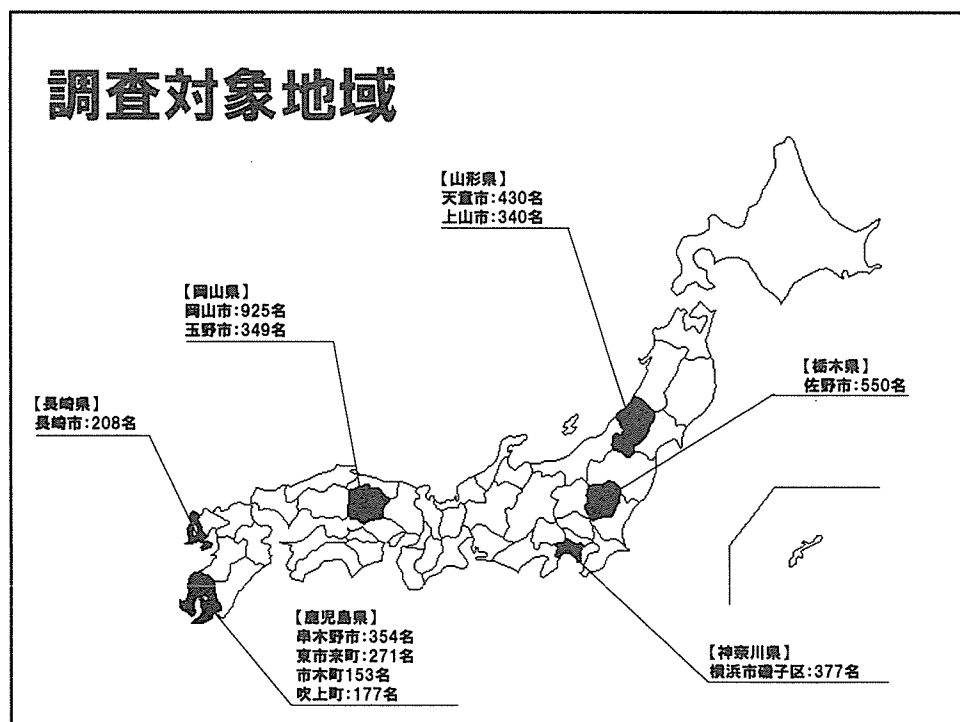
はじめに

- 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」研究班では、これまで岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県及び横浜市の地域住民を対象として調査を実施
- この調査はWHOが推進し、世界30カ国以上が参加している国際的な疫学研究プロジェクト World Mental Health (WMH) の一環として実施
- 上記の方法で得られた調査結果について、広く普及し活用されることを目的として、成果普及ツールを作成

調査の意義

- 心の健康に関する課題に対して、問題に対処する対象となる集団の規模や特徴を精確に把握することが必要不可欠である
- しかし、現在の日本では心の健康対策の根拠となる地域住民をベースとしたデータが非常に乏しい状態である
- そこで、これからの日本を心の健康への対策の行き届いた暮らしやすい国にしていくために、全国の地域住民を対象とした、「心の健康についての疫学調査」を企画・実施した

調査対象地域



調査対象

- 調査対象地区に居住している20歳以上
- 選挙人名簿を用い無作為抽出にて選出

		対象者数※1	調査対象外※2	面接完了者	回収率※3
岡山県	岡山市	1,607	199	925	65.7%
	玉野市	701	82	349	56.4%
長崎県	長崎市	800	13	208	26.4%
鹿児島県	串木野市	587	48	354	65.7%
	吹上町	230	13	177	81.6%
	市来町	227	12	153	71.2%
	東市来町	429	41	271	69.8%
栃木県	佐野市	1041	155	550	62.1%
山形県	天童市	807	94	430	60.3%
	上山市	877	74	340	42.3%#
神奈川県	横浜市	1010	87	377	40.8%
合計		8,316	818	4,134	55.1%

※1 調査地域の選挙人名簿から無作為に抽出された者

※2 日本語が理解できない者および調査時点で死亡、転居、入院または入所していた者は対象外とした

※3 回収率=面接完了者数÷(対象者数-調査対象外者数)

山形県上山市は464名面接完了(回収率57.8%)したが、technical problemにて124名分析不能となった

調査方法

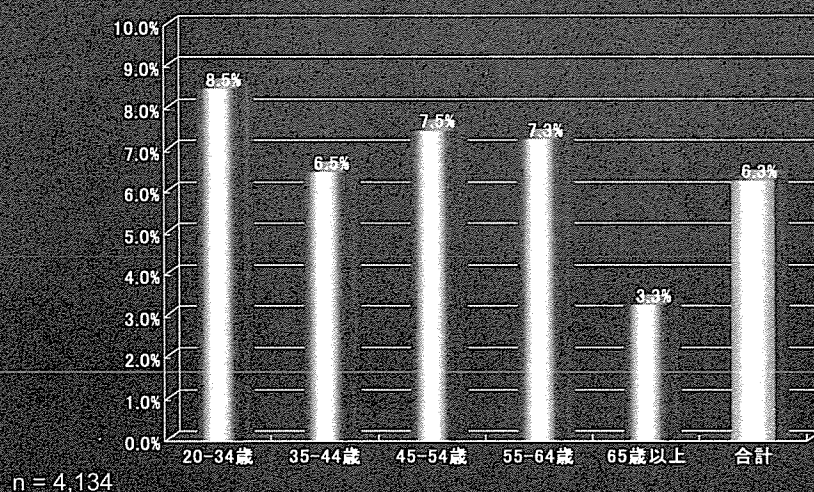
- WHO統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview: CIDI)をもとに作成された調査票を使用し、専門のトレーニングを受けた調査員が面接調査を実施
- この調査票により、国際的な診断基準であるICD-10 および DSM-IV に基づいた診断を得ることができる
- 主要な精神疾患の有病率に加え、自殺行動や受療行動などについても把握できる

調査結果について

- ① 主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率
- ② 主要な精神疾患を経験した人での専門家への相談・受療行動
- ③ 自殺を真剣に考えたことのある人の割合（自殺念慮者の割合）
- ④ 精神疾患を経験した人で医療機関への受診が遅れた理由
- ⑤ 今後「こころの健康問題」が生じた際の行動について

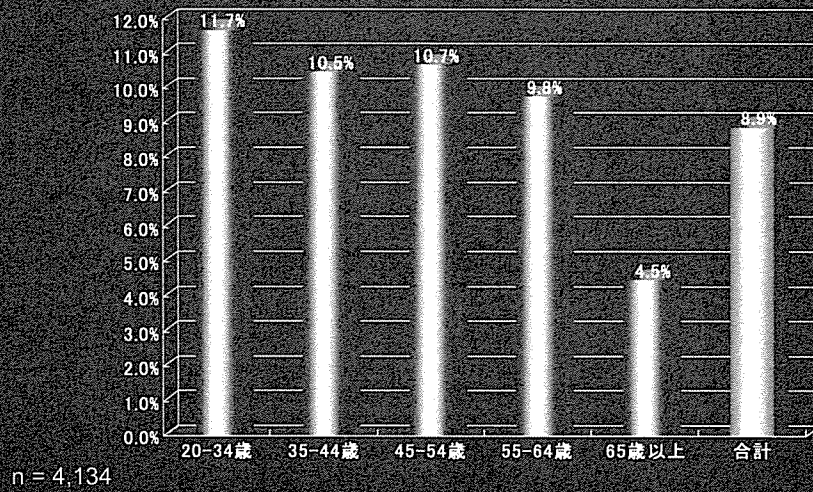
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率（DSM-IV）

大うつ病性障害（生涯有病率）



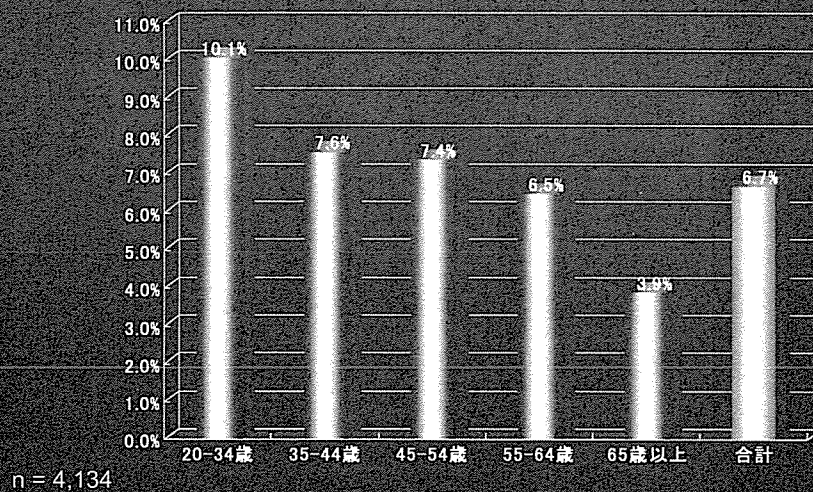
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率 (DSM-IV)

いずれかの気分障害(生涯有病率)



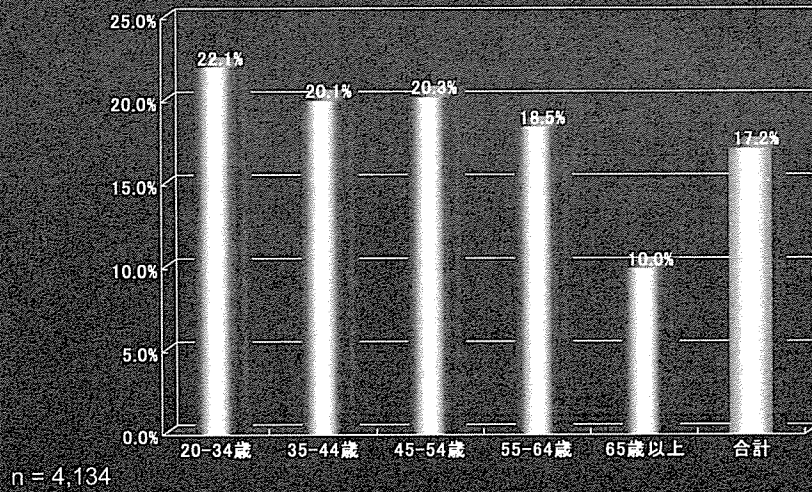
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率 (DSM-IV)

いずれかの不安障害(生涯有病率)



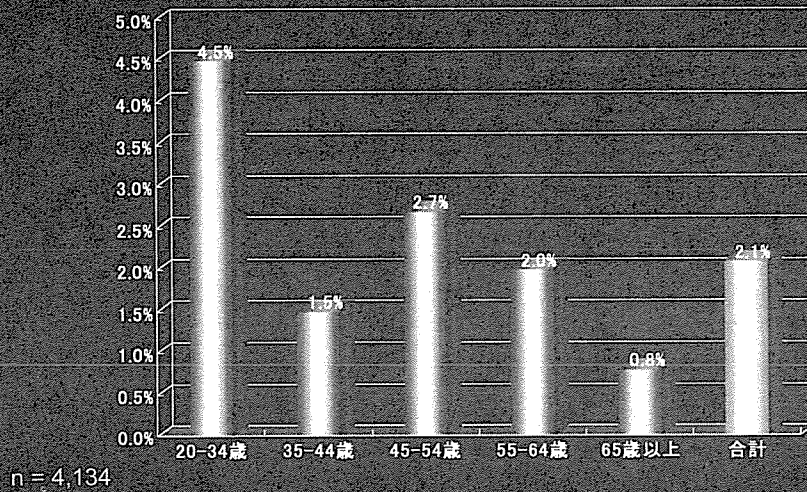
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率 (DSM-IV)

いずれかの精神疾患(生涯有病率)



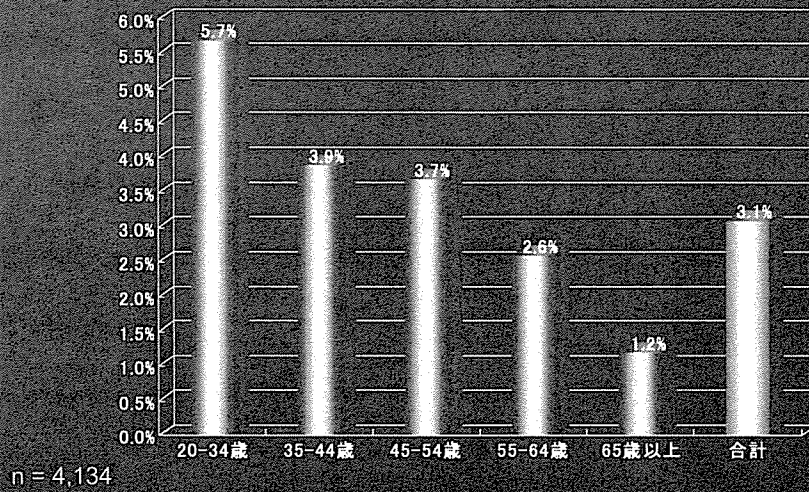
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率 (DSM-IV)

大うつ病性障害(12ヶ月有病率)



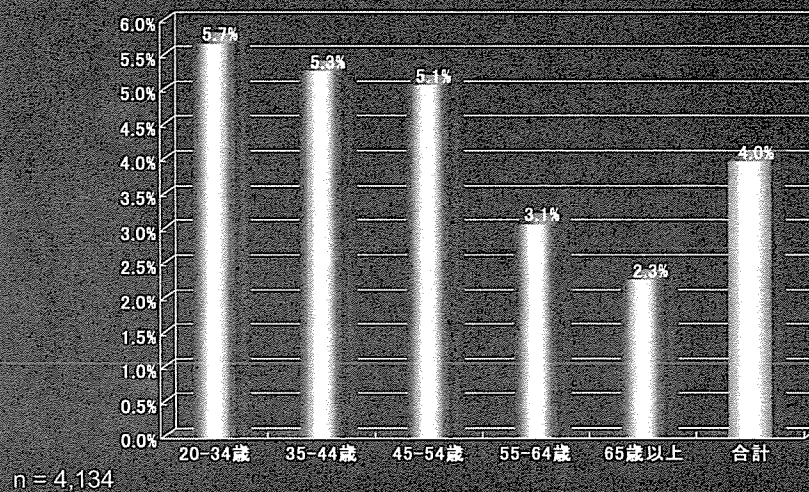
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率 (DSM-IV)

いずれかの気分障害(12ヶ月有病率)



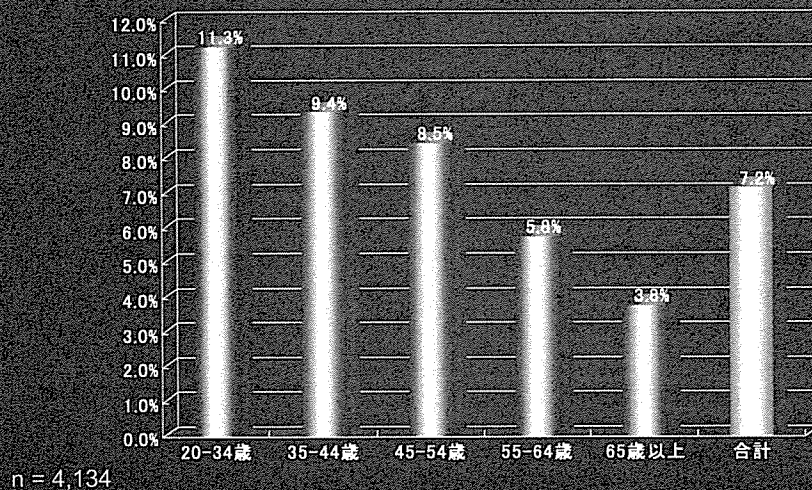
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率 (DSM-IV)

いずれかの不安障害(12ヶ月有病率)



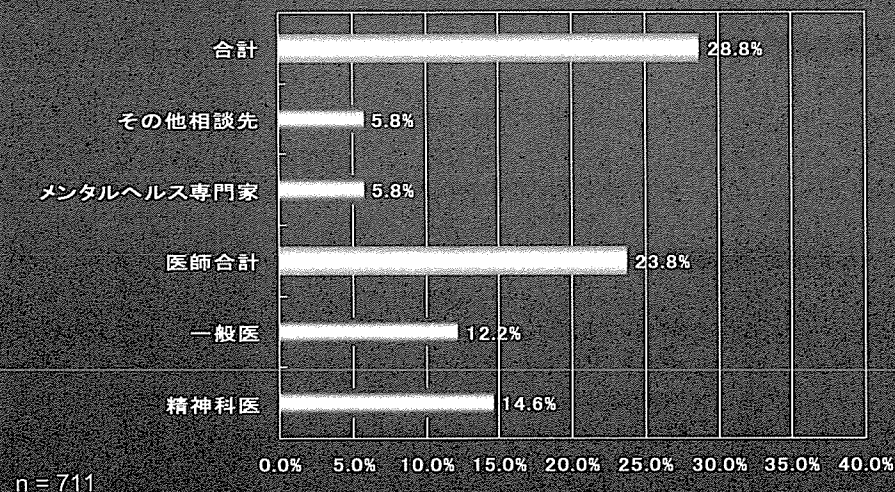
主要な精神疾患の生涯・12ヶ月有病率（DSM-IV）

いずれかの精神疾患(12ヶ月有病率)



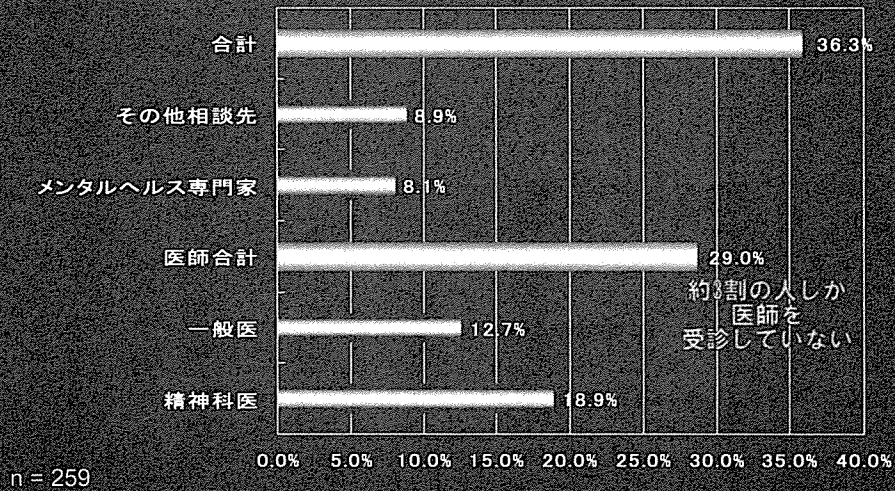
主要な精神疾患を経験した人での専門家への相談・受療行動（複数回答）

これまでの生涯にいずれかの精神疾患を経験した人の相談・受診行動の頻度



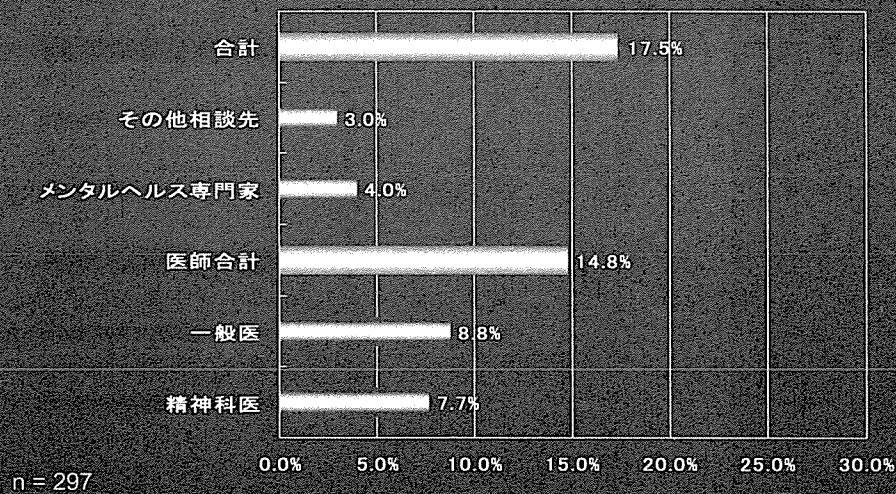
主要な精神疾患を経験した人での専門家への相談・受療行動（複数回答）

これまでの生涯に大うつ病性障害を経験した人の相談・受診行動の頻度



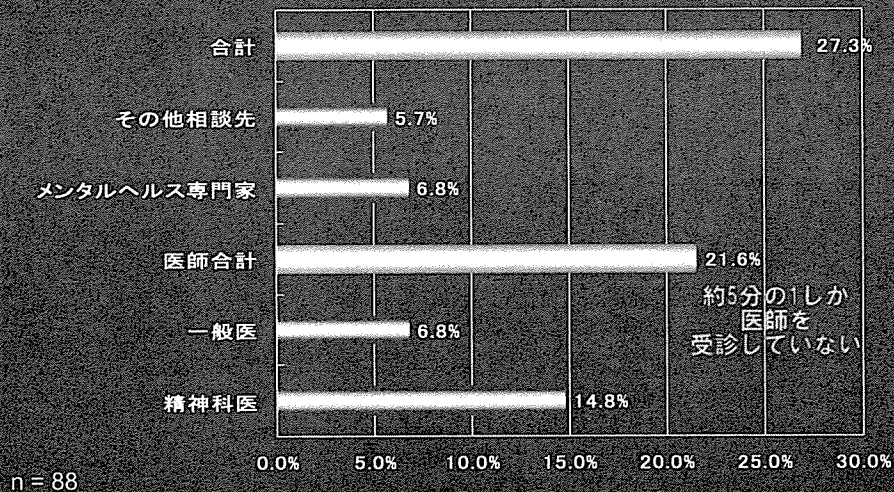
主要な精神疾患を経験した人での専門家への相談・受療行動（複数回答）

過去12ヶ月間にいずれかの精神疾患を経験した人の過去12ヶ月間の相談・受診行動の頻度

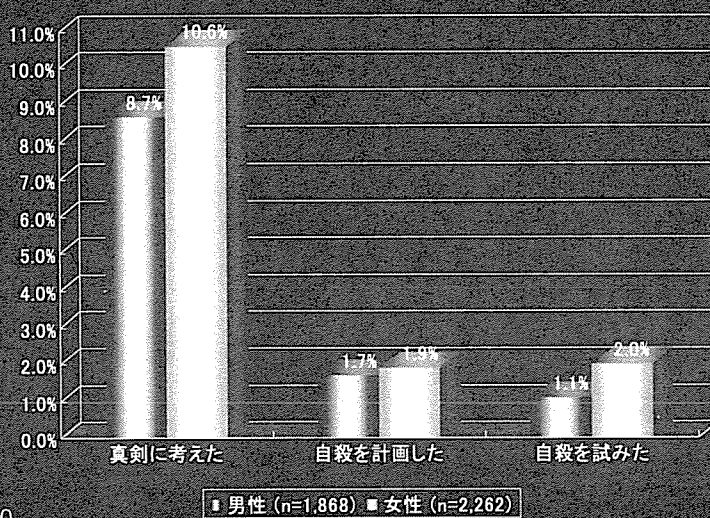


主要な精神疾患を経験した人での専門家への相談・受療行動（複数回答）

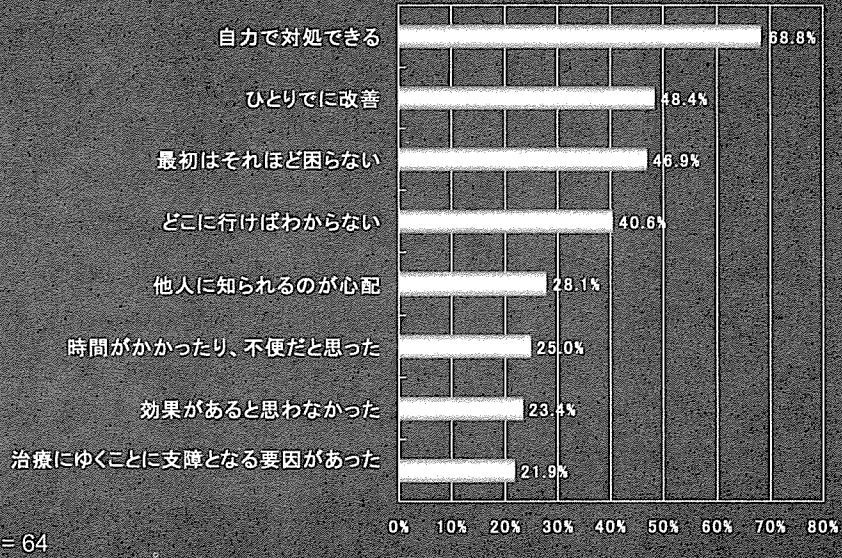
過去12ヶ月間に大うつ病性障害を経験した人の過去12ヶ月間の相談・受診行動の頻度



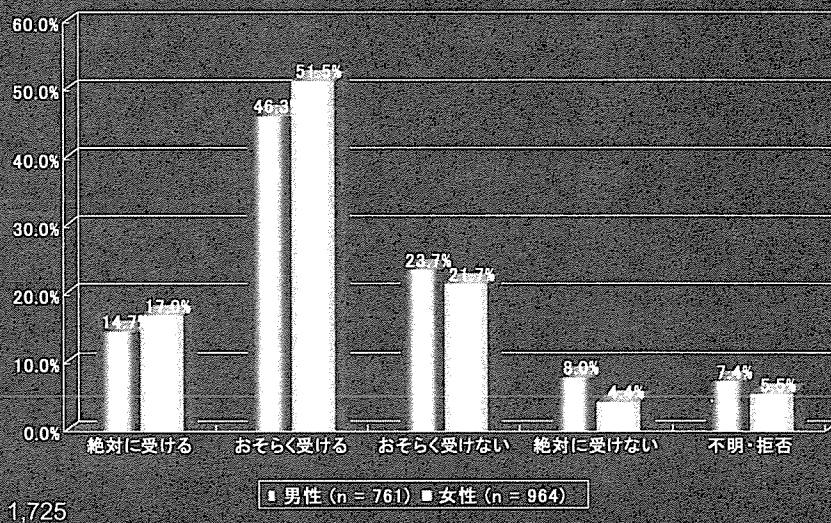
これまでに自殺を真剣に考えたことのある人の割合（自殺念慮者の割合）



精神疾患を経験した人で医療機関の受診が遅れた（受診しようと思ってから4週間以上受診しなかった）理由（複数回答）



今後「こころの健康問題」が生じた際の受療行動についての意識



こころの健康施策への提言

- 地域住民における気分、不安、物質関連障害経験者は過去12ヶ月で7.2%と高い状況で、中でもうつ病(大うつ病性障害)が2.1%と最も高い
- しかし、これらの人の多くは医療機関を受診していないのが現状
- これら精神疾患のもたらす機能障害は身体疾患よりも精神疾患の方が大きく、また自殺への影響も大きい

これら精神疾患の早期受診を促進すべき

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

こころの健康に関する地域疫学調査の成果の活用に関する研究：

こころの健康に関する疫学調査の主要成果

分担研究者	立森 久照	(国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者	長沼 洋一	(国立精神・神経センター精神保健研究所)
	小山 智典	(国立精神・神経センター精神保健研究所)
	小山 明日香	(国立精神・神経センター精神保健研究所)
	川上 憲人	(東京大学大学院医学系研究科)

研究要旨：現時点で最新の精神疾患の世界的に標準化された疫学調査法で、精神障害の国際的な操作的診断基準に準拠した WHO 統合国際診断面接をもとにした WMH 調査票を用いて、地域住民から無作為に抽出された対象に、訓練を受けた面接者による訪問面接式調査を実施した。調査は平成 14 年度から年度ごとに異なった調査地域を設定して実施しており、17 年度研究で全ての調査が完了した。本研究は、WMH 日本調査の全てのデータを使用して、地域住民における精神障害の有病率、こころの健康に関する受診・相談行動、精神障害による影響、を明らかにすることを目的とした。分析対象は、平成 14-17 年度に調査が実施された 6 つ県 11 の調査地域の地域住民から無作為に抽出された計 4,134 名（平均回収率 55.1%）の面接データである。このデータを分析し、WMH 日本調査の最終結果を明らかにしたが、これは既に公表されている WMH 日本調査の中間報告と比較して大きな違いはなかった。調査時点までの生涯では地域住民の約 5-6 人に 1 人が、調査時点からの過去 12 カ月間では約 13-14 人に 1 人が、過去 30 日間では約 24-25 人に 1 人が、少なくとも 1 つ以上の何らかの精神障害を経験していた。こころの健康問題の日常生活への影響をそれによる生活上の支障の程度と年間の休業日数により評価した結果、評価した多くの精神障害について、慢性の身体疾患よりも大きな生活上の支障や年間の休業日数が生じていた。調査時点までの生涯で何らかの精神障害を経験していた者の 30%弱が、生涯に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった。調査時点からの過去 12 カ月間に何らかの精神障害を経験した者では約 17%、過去 30 日に何らかの精神障害を経験した者では約 6-7%に同期間に少なくとも一度はこころの健康に関する受診・相談経験があった。受診・相談先の内訳では医師が多いが必ずしも精神科医のみを受診している訳ではなかった。本調査は従来を受診者ベースの調査では知り得なかった、地域に潜在する「こころ」の問題の頻度やこころの健康に関する「満たされていないニーズ」を明らかにした非常に意義のあるものである。

A. 研究目的

こころの健康調査は世界保健機構（World Health Organization: WHO）が提唱した国際的な

疫学研究プロジェクトである「世界精神保健プロジェクト」（World Mental Health, 以下 WMH）の共同研究の一環として、わが国における非分

裂病性の精神疾患とこれによる障害の質と量を評価し、これを予防するための方策を立案するために実施された。この調査は現時点で最新の精神疾患の世界的に標準化された疫学調査法で、精神障害の国際的な操作的診断基準に準拠した WHO 統合国際診断面接 (WHO- Composite International Diagnostic Interview; WHO-CIDI) をもとにした WMH 調査票を用いて、地域住民から無作為に抽出された対象に、訓練を受けた面接者による訪問面接式調査を実施した点に特長がある。調査は、平成 14 年度から年度ごとに異なった調査地域を設定して実施しており、17 年度研究で全ての調査が完了した。

本研究は、WMH 日本調査の全てのデータを使用して、地域住民における精神障害の有病率、こころの健康に関する受診・相談行動、精神障害による影響、を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

調査対象者は、各調査地域の 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。調査参加に同意した対象者に対して、調査員が面接調査を実施した。

本報告書では、平成 14 年度から 17 年度に調査が実施された岡山県、鹿児島県、長崎県、栃木県、山形県、神奈川県 (平成 14 年度調査地域：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、平成 15 年度調査地域：岡山県玉野市、鹿児島県市来町および同東市来町、栃木県佐野市、平成 16 年度山形県天童市、平成 17 年度山形県上市市および神奈川県横浜市 [市町村合併により現在では名称が変わった地域もあるがここでは調査当時の名称で記載した]) の各地域調査から得られた計 4,134 名 (平均回答率 55.1%) の面接データを分析した (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、調査対象者から対象外の者 (日本語が理解できない者および調査時点で死亡、転居、入院

または入所していた者) を除外した人数を分母として計算した。回答率は 26.4% (長崎県長崎市) から 81.6% (鹿児島県吹上町) まで幅があった。

以上の WMH 日本調査の全てのデータを使用して、精神障害の有病率、こころの健康に関する受診・相談行動、精神障害による影響、について分析を実施した。

2. 調査方法

面接は、専門の訓練を受けた調査員による WHO-CIDI を含む WMH 調査票のコンピュータ版 (CAPI) を用いた構造化面接として実施された。調査方法の概要は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 17 年度総括・分担研究報告書内の川上分担研究者の報告書を参照のこと。また、各調査地域での調査方法の詳細はそれぞれの調査地域の調査責任者の報告書 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書、同平成 15 年度総括・分担研究報告書、および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 年度総括・分担研究報告書、同 17 年度総括・分担研究報告書にそれぞれ掲載) を参照されたい。

WMH 調査では面接を Part 1 と Part 2 の 2 つのパートに区分している。Part 1 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 2 は精神障害の関連要因を調査するパートである。

この 2 つのパートを組み合わせると 2 つのパターンで面接が実施される。一つは Part 1 のみが実施されるパターンであり、もう一つは Part 1 と Part 2 の双方が実施されるパターンである。いずれのパターンの面接を実施するかは対象者を面接中にサンプリングして決められる。

つまり、すべての対象者に Part 1 の面接が実施される。そして、Part 1 を終了した対象者のう

ちからある基準（症状の有無）を満たした者全員とその基準を満たさなかった残りの者から確率によって選ばれた者に対して、Part 2 面接が実施される。Part 2 面接に選択されなかった者は、Part 1 の面接後に面接終了となる。このような形式で面接を実施するのは被験者の負担を軽減するためである。

Part 1 面接の対象者はほとんどの障害の12カ月有病率、重症度、受診行動の解析に使用された。Part 2 面接の対象者は、一部の障害の診断（外傷後ストレス障害、および物質関連障害〔精神作用物質による精神および行動上の障害〕全て）、重症度、受診行動の解析および詳細な人口統計学的要因との関連性の解析に用いられた。

Part 2 面接の回答者には該当する症状の有無で抽出比率を変えているため、それぞれの抽出比率に反比例した重み付けを行う必要がある。またこの Part 2 の重み付けに加えて、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、年齢構成にあうように重み付けを加える必要もある。本報告書では上述の2種類の重み付けを全く行っていない集計値を掲載した。

3. 分析に使用した調査項目

1) 精神障害

各種の非精神病性の精神障害について、WHO-CIDI を含む WMH 調査票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 および ICD-10 診断基準にしたがって判定を行った。

DSM-IV では、以下の診断が評価された。

- 9つの気分障害
 - 大うつ病性障害 [296.2x, 296.3x]
 - 小うつ病性障害 [311]
 - 躁病エピソード [-]
 - 双極I型障害 [296.0x, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 296.7]
 - 軽躁病エピソード [-]
 - 双極II型障害 [296.89]

- 気分変調性障害 [300.4]
- 焦燥性大うつ病性障害 [-]*
- 焦燥性小うつ病性障害 [-]*

- 6つの不安障害
 - パニック障害 [300.01,300.21]
 - パニック障害の既往歴のない広場恐怖 [300.22]
 - 社会恐怖 [300.23]
 - 特定の恐怖症 [300.29]
 - 全般性不安障害 [300.02]
 - 外傷後ストレス障害 [309.81]

- 4つの物質関連障害
 - アルコール乱用 [305.00]
 - アルコール依存 [303.90]
 - 薬物乱用 [305.2-9]
 - 薬物依存 [304.0-9]

- 間歇性爆発性障害 [312.34]

[] 内はDSM-IV コード

*DSM-IV には未記載

ICD-10 では、以下の診断が評価された。

- 6つの気分（感情）障害
 - 重症うつ病エピソード [F32.2-3]
 - 中等症うつ病エピソード [F32.1]
 - 軽症うつ病エピソード [F32.0]
 - 躁病エピソード [F30.1-2]
 - 軽躁病 [F30.0]
 - 気分変調症 [F34.1]
- 6つの神経症性・ストレス性障害
 - パニック障害 [F41.0]
 - パニック障害をともしなわれない広場恐怖 [F40.00]
 - 社会恐怖 [F40.1]
 - 特定の恐怖症 [F40.2]
 - 全般性不安障害 [F41.1]
 - 外傷後ストレス障害 [F43.1]
- 4つの精神作用物質による精神および行動上の障害
 - 有害な使用—アルコール [F10.1]
 - アルコール依存症 [F10.2]