

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て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、特に欧米に比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、気分障害に比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比べて、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)	% (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 (10.5-13.8)					
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。

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&lt;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	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)	% (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 (1.4)	4.8 (0.5)	6.2 (0.7)	18.0 (1.1)	24.4 (1.8)	18.0 (1.1)	24.4 (1.8)	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)	5.2 (1.4)	8.3 (0.9)	10.5 (1.1)	29.1 (2.3)	37.1 (3.0)	29.1 (2.3)	37.1 (3.0)	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)	9.6 (0.6)	12.8 (1.0)	39.1 (1.3)	55.2 <sup>4</sup> (6.0)	39.1 (1.3)	55.2 <sup>4</sup> (6.0)	39.1 (1.3)	55.2 <sup>4</sup> (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)	7.1 (0.5)	8.8 (0.6)	37.9 (1.7)	47.2 (1.6)	37.9 (1.7)	47.2 (1.6)	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)	6.5 (0.6)	8.7 (0.9)	25.2 (1.9)	33.0 (2.5)	25.2 (1.9)	33.0 (2.5)	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)	-- <sup>2</sup>	--	5.3 (0.3)	6.3 (0.4)	17.6 (0.6)	29.7 (1.5)	17.6 (0.6)	29.7 (1.5)	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)	-- <sup>3</sup>	1.3 (0.2)	1.6 (0.3)	18.1 (1.1)	26.0 (1.9)	18.1 (1.1)	26.0 (1.9)	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)	2.2 (0.8)	--	25.8 (1.9)	32.9 (2.1)	25.8 (1.9)	32.9 (2.1)	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)	7.8 (0.5)	11.9 (1.0)	26.1 (1.4)	36.4 <sup>4</sup> (2.1)	26.1 (1.4)	36.4 <sup>4</sup> (2.1)	26.1 (1.4)	36.4 <sup>4</sup> (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)	8.9 (0.9)	11.4 (1.2)	31.7 (2.0)	42.9 (2.5)	31.7 (2.0)	42.9 (2.5)	31.7 (2.0)	42.9 (2.5)	
ニューゼーランド	24.6 (0.7)	30.3 (1.5)	20.4 (0.5)	29.8 (0.7)	-- <sup>2</sup>	--	12.4 (0.4)	14.6 (0.5)	39.3 (0.9)	48.6 (1.5)	39.3 (0.9)	48.6 (1.5)	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)	-- <sup>3</sup>	3.7 (0.4)	6.4 (1.0)	12.0 (1.0)	19.5 (1.9)	12.0 (1.0)	19.5 (1.9)	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)	6.1 (0.8)	13.2 (1.3)	18.0 (1.5)	13.2 (1.3)	18.0 (1.5)	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)	-- <sup>2</sup>	--	13.3 (0.9)	17.5 (1.2)	30.3 (1.1)	47.5 (3.7)	30.3 (1.1)	47.5 (3.7)	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)	3.6 (0.4)	4.6 (0.5)	19.4 (1.4)	29.0 (1.8)	19.4 (1.4)	29.0 (1.8)	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)	15.0 (1.3)	18.8 (1.7)	36.1 (1.5)	48.9 (2.5)	36.1 (1.5)	48.9 (2.5)	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)	14.6 (0.6)	17.4 (0.6)	47.4 (1.1)	55.3 (1.2)	47.4 (1.1)	55.3 (1.2)	47.4 (1.1)	55.3 (1.2)	

<sup>1</sup> 診断に含まれる精神障害は国によって多少異なる。

<sup>2</sup> 衝動性制御障害を調査していない。

<sup>3</sup> 分母が少なく、解析していない。

<sup>4</sup> 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 WMIH 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)				福祉				民間療法、鍼灸など				一般医				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	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	42	66.6	10.1	14	30.9	10.2	1	1.1	1.1	1	1.1	1.1	1	1.1	1.1	1	1.1	1.1						
ナイジェリア																																							
中所得 (低)	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	41	68.5	6.8	6	7.4	3.8	18	21.2	7.3	6	7.4	3.8	18	21.2	7.3	6	7.4	3.8	18	21.2	7.3			
中国																																							
コロンビア	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	82	41.7	5.1	19	9.2	2.8	10	3.7	1.4	19	9.2	2.8	10	3.7	1.4	19	9.2	2.8	10	3.7	1.4			
南アフリカ	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	169	24.0	1.9	161	23.8	2.1	169	24.0	1.9			
ウクライナ	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	47	24.1	5.1	29	14.4	4.0	47	24.1	5.1			
中所得 (高)	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	11	17.5	6.1	0	0.0	0.0	11	17.5	6.1	0	0.0	0.0
レバノン																																							
メキシコ	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	15	6.2	2.0	45	20.0	3.4	15	6.2	2.0	45	20.0	3.4
高所得	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	6	3.7	1.8	12	6.5	2.9	6	3.7	1.8	12	6.5	2.9
ベルギー																																							
フランス	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	10	3.4	1.2	9	4.3	2.1	10	3.4	1.2	9	4.3	2.1
ドイツ	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	12.2	4.5	16	12.2	4.5	15	12.2	4.5	16	12.2	4.5			
イタリア	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	71	18.0	2.0	42	9.6	1.5	71	18.0	2.0			
イスラエル	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	15	9.1	2.4	4	1.5	0.7	15	9.1	2.4			
日本	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	8	15.0	6.7	13	11.1	4.7	8	15.0	6.7			
オランダ	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	14	5.4	1.6	27	13.5	3.8	14	5.4	1.6			
ニューゼーランド	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	203	11.5	1.1	265	19.0	1.7	203	11.5	1.1			
スペイン	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	11	2.1	0.8	20	3.5	1.0	11	2.1	0.8			
米国	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	266	18.8	1.1	247	15.6	1.0	266	18.8	1.1			
$\chi^2_{16}$							764.6 (<.001)			679.6 (<.001)			732.2 (<.001)			388.0 (<.001)			262.9 (<.001)			232.4 (<.001)			207.3 (<.001)			201.8 (<.001)			223.1 (<.001)								

\* Part III回答者中の頻度.

† 過去12ヶ月間におけるサービスの利用した者における頻度.

表8 WMIH 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	$\chi^2_3$	(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.

||  $\chi^2_{16}$  is 各重症度内での国別の差の検定.

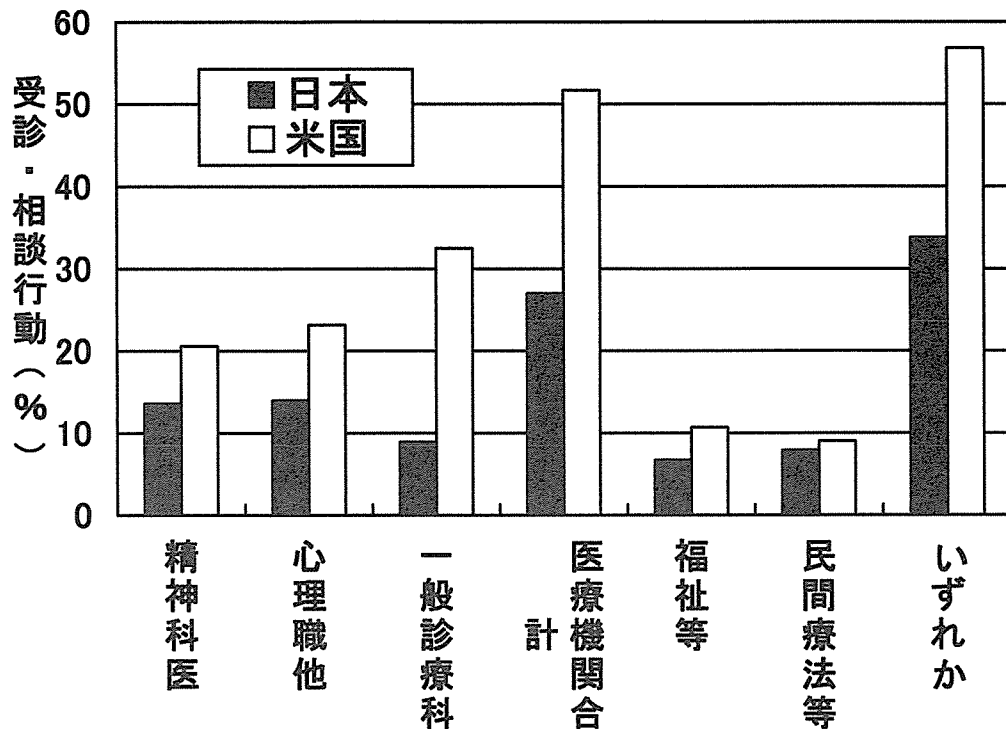


図1 DSM-IV 大うつ病性障害の12ヶ月診断ありの者における過去12ヶ月間の受診・相談行動(%)：米国NCS-Rと日本WMHJ2002-2003調査の比較

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 <sup>1</sup>	47.8	(2.7)	93.7	(2.5)	1.0	(0.3)	(363)
フランス <sup>1</sup>	42.7	(2.1)	98.6	(1.4)	3.0	(0.3)	(644)
ドイツ <sup>1</sup>	40.4	(3.8)	89.1	(5.0)	2.0	(0.4)	(371)
イタリア <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--
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 <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	--	--
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)

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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 <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--
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 <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--
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)

<sup>1</sup> 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<sup>1</sup>

	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	-- <sup>2</sup>	--	-- <sup>2</sup>	--	-- <sup>2</sup>	--	-- <sup>2</sup>
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 <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--
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	-- <sup>2</sup>	--	-- <sup>2</sup>	--	-- <sup>2</sup>	--	-- <sup>2</sup>
ナイジェリア	2.8	(1.7)	19.8	(7.2)	8.0	(1.8)	(119)
南アフリカ <sup>1</sup>	--	--	--	--	--	--	--
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)

<sup>1</sup> 回答者のデータによる。

<sup>2</sup> 30人未満の場合には結果を示さなかった。

<sup>3</sup> 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 WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT 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 WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT 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 WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT 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 WWWITHOUT DEP ALC DEP WITH ABUSE DRUG ABUSE WWWITHOUT 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

研究協力報告書

地域疫学調査による「ひきこもり」の実態と精神医学的診断について

－平成 14 年度～平成 17 年度のまとめ－

研究協力者 小山明日香（国立精神・神経センター精神保健研究所）

三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

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）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

主任研究者 川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨：本研究では、平成 14 年度から平成 17 年度にかけての WMH 日本調査と合同で行った「ひきこもり」経験についての面接調査の結果を検討した。20 歳から 49 歳までの対象者（1660 人）に対して、これまでに「ひきこもり」といえる経験があるか否か、あった場合はその時期（年齢）、期間などについて回答を求めた。また、全対象者（4134 人）に対して、現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいるかどうかを尋ね、いると回答した場合はその子どもの年齢を尋ねた。その結果、「ひきこもり」を経験したことがあるのは 19 人であった。これは全対象者のうちの 1.14%（95%信頼区間 0.63%～1.66%）にあたる。「ひきこもり」経験者で生涯のうちいずれかの精神医学的診断基準を満たす状態にあったことのある者は 12 人（63.2%）であった。「ひきこもり」期間中に診断基準を満たしていた者は 8 人（42.1%）であり、診断としては大うつ病エピソード、全般性不安障害、社会恐怖などがあった。現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいると答えた回答者は 23 人であり、これを世帯単位の調査と考えれば、4134 世帯中 23 世帯にそのような問題が存在すると考えられ、その率は 0.56%（95%信頼区間 0.33%～0.78%）である。この率を平成 15 年度の全国の総世帯数にかけると、約 26 万世帯（95%信頼区間 15 万～36 万）となる。本調査から、地域疫学調査に基づく「ひきこもり」の実態が明らかになった。「ひきこもり」という表面的な現象は似ていても、それが起こる年代、個人の背景、精神医学的診断の有無など、内容は様々である。そのことを念頭においた多面的なアプローチが必要である。

A. はじめに

研究班では、「ひきこもり」の量的実態を推測できる資料を得ることを目的に、平成 14 年度から精神障害の地域疫学調査と合同で行われてきた「ひきこもり」経験についての面接調査の結果を検討してきた。<sup>1～4)</sup>今年度で調査がすべて終了したので、結果を報告する。

B. 対象と調査方法

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」（主任研究者 川上憲人）では、平成 14 年度厚生労働科学研究「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」（主任研究者

吉川武彦)と合同で、岡山、鹿児島、長崎の3県において地域疫学調査を行い、そのなかで「ひきこもり」についての実態調査を行った。また、平成15年度厚生労働科学研究「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」(主任研究者 吉川武彦)の一部として、岡山、鹿児島、栃木の3県において地域疫学調査が行われた。平成16年度は厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」(主任研究者 竹島正)のなかで、栃木、山形で、平成17年度には山形、横浜で調査が行われた。

この4年度を合わせて、調査対象となったのは、選挙人名簿から無作為抽出され調査に協力した8316人の住民である。そのうちの4134人(55.1%)が調査に協力した。調査はCAPI(computer-assisted personal interview: WHOによる精神と行動の障害地域疫学調査のために世界共通で使われているWMH調査票・構造化面接質問紙コンピュータ版)による精神科診断面接法を訓練された調査員による戸別訪問の面接により行われ、「ひきこもり」セクションをCAPIに付け加える形で調査された。疫学調査全体の詳細な方法論については、平成14年度「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」報告書<sup>5)</sup>を参照されたい。

ここでいう「ひきこもり」とは「仕事や学校にゆかず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている」状態とした。時々買い物などで外出することもあるという場合も「ひきこもり」に含めた。

なお、「ひきこもり」は精神障害ではなく、状態像として定義されるものである。「ひきこもり」経験例については、同時に調査されたDSM-IVによる精神障害診断について検討を加えた。地域疫学調査における調査対象疾患は、気分障害、不安障害、物質関連障害、間歇性爆発性障害であり、統合失調症は含まれていない。

本研究では対象のうち20歳から49歳までの対象者(1660人)に対して、これまでに「ひきこ

もり」といえる経験があるか否か、あった場合はその時期(年齢)、期間などについて回答を求めた。また、全対象者(4134人)に対して、現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいるかどうかを尋ね、いると回答した場合はその子どもの年齢を尋ねた。

#### (倫理面への配慮)

地域疫学調査における倫理上の手続きに関しては、疫学調査の基盤整備研究において、数年をかけて慎重に検討された。本研究における調査では、その研究結果に基づいた方法がとられている。対象者からは、文書による同意を得た。面接調査終了後、個人を特定できる情報は調査結果から切り離された。これらの研究に関しては、主任研究者のもとで倫理審査を受け、承認されている。

## C. 結果

### 1. 「ひきこもり」あり例について

「ひきこもり」を経験したことのある者は、20歳から49歳の対象者1660人中19人であった。これは、対象者のうちの1.14%にあたり、95%信頼区間は0.63%~1.66%である。

表1に示すように、調査時の年齢は20代が9人(20代全対象者のうちの経験率2.22%、以下カッコ内同じ)、30代が2人(0.35%)、40代が8人(1.16%)であった。性別は、男性14人(1.96%)、女性5人(0.53%)であった(それぞれの経験率の95%信頼区間については、表を参照されたい)。

表2に「ひきこもり」の特徴について示した。「ひきこもり」開始年齢は、10-14歳が3人(15.8%)、15-19歳が6人(31.6%)、20-24歳が3人(15.8%)、25-29歳が3人(15.8%)、40-44歳が2人(10.5%)、45-49歳が1人(5.3%)、不明が1人(5.3%)であった。開始年齢の平均は23.6歳(SD=10.4)であった。

最長の「ひきこもり」期間は、1年未満が11人(57.9%)、1年以上2年未満が4人(21.1%)、



2年以上が3人(15.8%)、不明が1人(5.3%)であった。平均は11.8ヶ月(SD=9.3)であった。

「ひきこもり」時に、そのことでイライラしたり、恥ずかしく思ったり、困ったと感じたりしたことがあったのは15人(78.9%)、何とも思わなかったのは4(21.1%)人であった。「ひきこもり」時の学業および就労については、「なかった」が7人(36.8%)、「あり行きたかったが行けなかった」が2人(10.5%)、「あったが行きたくなく行かなかった」が8人(42.1%)、不明が2人(10.5%)だった。

## 2. 精神医学的診断

表3に示すように、「ひきこもり」経験者で生涯のうちいずれかの精神医学的診断基準を満たす状態にあったことのある者は12人(63.2%)であった。「ひきこもり」経験者以外の対象者1641人では、そのような者は342人(20.8%)であり、「ひきこもり」経験者は精神医学的診断基準を満たす状態にあったことのある者の割合が有意に高かった( $\chi^2=20.0, p<.0001$ )。また、「ひきこもり」時に何らかの精神医学的診断基準を満たすものは8人(42.1%)であった。

「ひきこもり」以前に発症し、「ひきこもり」開始前に治癒した障害として、アルコール関連障害(2人)、パニック障害(1人)があった。「ひきこもり」期間中にみられた診断として、大うつ病エピソード(4人)、社会恐怖(3人)、全般性不安障害(2人)、特定の恐怖症(2人)、気分変調性障害(1人)、小うつ病エピソード(1人)、間歇性爆発性障害(1人)があった。また、「ひきこもり」が終了したあとに発症した障害として、全般性不安障害(1人)、アルコール関連障害(1人)、軽躁病エピソード(1人)があった(表4)。

表5は「ひきこもり」経験者19人の生涯における精神医学的診断を個別に示している。「ひきこもり」時に何らかの精神医学的診断基準を満たした8人(表5の「B」)のうち、5人は複数の診断基準を満たしていた。

## 3. 「ひきこもり」の子どもがいる割合

現在「ひきこもり」の状態にある子どもがいると答えた回答者は23人であった。いずれの例でもそのような状態にある子どもの数は1人であった。表7に示すように、「ひきこもり」の状態にある子どもの現年齢は、15-19歳2人(8.7%)、20-24歳2人(8.7%)、25-29歳8人(34.8%)、30-34歳3人(13.0%)、40-44歳1人(4.3%)、45-49歳2人(8.7%)、不明5人(21.7%)であった。平均年齢は28.8歳(SD=9.4)であった。

これを世帯単位の調査と考えれば、4134世帯中23世帯にそのような問題が存在し、その率は0.56%(95%信頼区間0.33%~0.78%)であった。この率を平成15年度の全国の総世帯数(4580万世帯)にかけると、約26万世帯(95%信頼区間15万~36万)となる。なお、本調査では「ひきこもり」の状態にある子どもがいると回答したすべての例で「ひきこもり」の子どもは1人だけであったため、26万世帯という数値は、一世帯に「ひきこもり」の子どもは1人という想定に基づいて算出されたものである。

## 4. 「ひきこもり」経験者の受診・相談行動

表6に示すように、「ひきこもり」を経験した者のうち、生涯でこころの健康に関していずれかの相談先に受診・相談した者は7人(36.8%)であった。受診・相談先は、精神科医5人(26.3%)、一般医2人(10.5%)、その他の専門家1人(5.3%)であった(重複を含む)。「ひきこもり」経験者のうち生涯で精神科医を受診したことのある者の割合は、「ひきこもり」経験のない対象者に比べて有意に高かった( $\chi^2=16.6, p<.01$ )。いずれかの相談先に相談したことがある割合も「ひきこもり」経験のある対象者で有意に高かった( $\chi^2=10.9, p<.01$ )。生涯でこころの健康に関して精神療法を受けたことのある者は6人(31.6%)であり、精神療法の開始時期は、4人は「ひきこもり」とほぼ同時期であり、1人は「ひきこもり」の数

十年前、1人は不明だった。薬物治療を受けたことのある者は5人(26.3%)であり、1人は「ひきこもり」とほぼ同時期であり、1人は「ひきこもり」の数年前、1人は「ひきこもり」より数十年前、2人は不明だった。「ひきこもり」経験者のうち生涯で精神療法を受けたことのある者、および薬物治療を受けたことのある者の割合は、「ひきこもり」経験のない対象者に比べて有意に高かった(それぞれ $\chi^2 = 28.6, p < .01$ ;  $\chi^2 = 11.0, p < .01$ )。

#### D. 考察

本研究は、地域疫学調査の手法を用いて一般住民に対して行った「ひきこもり」についてのこれまでの調査結果をまとめたものである。これまで、「ひきこもり」の実態を地域ベースで明らかにした研究はなく、本研究結果は意義あるものといえる。

本調査の限界として、無作為標本抽出であるとはいえ、調査地域に偏りがあることは否めない。また、調査協力率が6割程度であり、必ずしも十分とはいえない。しかしながら、本調査の調査地域は東北地方から九州地方にわたり、都心部、地方都市、地方町村を含んでおり、一定の代表性のあるサンプルであるといえよう。

本調査結果で、20歳代の「ひきこもり」経験率は2.22%ともっとも高かった。また、40代で「ひきこもり」を経験したことがある者も1.16%存在し、30代の0.35%に比べて高かった。40代で「ひきこもり」を経験したことのある者について詳しくみると、3人は40代になってからの経験、4人は20代での経験であり、1人は不明だった。「ひきこもり」の状態にある子どもがいると回答した対象者23人の子どもの年齢は、20代までが多い(12人)が、30代40代も6人存在していた(不明5人)。

これらのことから、近年若年齢の「ひきこもり」が急増していることが確認されたが、一方で、30代40代で「ひきこもり」になる例も一定数存在

すること、また「ひきこもり」が近年ほど多くはないものの以前からみられる現象であったことも示唆された。なお、若年齢での「ひきこもり」と、30代40代での「ひきこもり」とでは、きっかけや意味が異なる可能性がある。

「ひきこもり」は年代を問わず男性に多くみられ、「ひきこもり」期間は最長で3年ほどであった。男性で「ひきこもり」が多いというのはすでに報告されていることであり<sup>6)</sup>、今回の結果もそれと一致する。期間については、今回の対象者は最長で3年、平均約2年であった。今回の対象者のなかには現在も「ひきこもり」の状態にある者はなく、いわば「ひきこもり」から回復した人々である。そのため、本研究の「ひきこもり」経験者は、「ひきこもり」が比較的短期間であった人々である可能性がある。

「ひきこもり」経験者の多くは、「ひきこもり」の状態に対して不安や焦燥、苛立ち、羞恥などを感じていた。このことは、「ひきこもり」が必ずしも本人の意志に基づいて選択された状態ではないことを意味しており、それに対する援助の必要性が示唆された。

対象者の子どもに現在「ひきこもり」がいるかどうかを尋ねた問いでは、対象者個人ではなく「世帯」を単位とした調査であると考え、4134世帯に調査して23世帯、0.56%(95%信頼区間0.33%~0.78%)であった。子どもの「ひきこもり」から推測される全国の「ひきこもり」のいる世帯数は約26万世帯(95%信頼区間15万~36万)となる。ひとつの世帯に複数の「ひきこもり」がいないと仮定すれば、この数値は、「ひきこもり」であるものの数の実態を示唆するものであると思われる。

しかし、現在または過去に「ひきこもり」を経験した者や世帯に現在「ひきこもり」の者が存在する者の、調査への協力率が低い可能性があり、本研究において示された「ひきこもり」経験率および「ひきこもり」のいる世帯の推定値は「低め」に見積もられたものであると言わなければなら

ないだろう。

精神医学的診断との関連について、本調査では調査対象疾患に統合失調症を含めていない。「ひきこもり」が統合失調症の陰性症状と類似する点があることや、好発年齢が近いことなどから、統合失調症との関連を調査することは今後の検討課題といえよう。

本調査で対象疾患となった気分障害、不安障害、物質関連障害、間歇性爆発性障害のいずれかの診断基準を満たす状態にあったことが生涯においてある人は「ひきこもり」経験者で6割を超えていた。また、「ひきこもり」期間中に診断基準を満たす状態にあった人は4割を超えていた。社会恐怖や全般性不安障害、気分障害（特にうつ病）等はその症状から「ひきこもり」の引き金となる可能性のある障害である。また、複数の診断基準を満たす者も多く、精神科的治療・ケアを必要としている可能性のある者が一定数存在することが考えられた。

しかしながら、いずれの診断ももたない例も少なからず存在しており、少なくとも構造化面接で診断しても、まったく精神科的な問題が診断されない「ひきこもり」が存在することは確認されたといえるだろう。一方で他の時期に精神医学的診断がつくものの「ひきこもり」時にはそれがなく、という場合もありうることを示された。

「ひきこもり」経験者のうち、26.3%が生涯において精神科医を受診した経験があり、いずれかの専門家に相談した者は36.8%であった。本調査の結果からは、「ひきこもり」期間に受診・相談したかどうかは定かではないが、「ひきこもり」を経験したことがある人のなかには、生涯のうちのいずれかの期間に、こころの健康に関して何らかの問題を抱えて相談・受診するケースが比較的多くみられた。

本調査から、地域疫学調査に基づく「ひきこもり」の実態が明らかになった。「ひきこもり」という表面的な現象は似ていても、それが起こる年代、個人の背景、精神医学的診断の有無など、内

容は様々である。そのことを念頭においた多面的なアプローチが必要である。

#### 文献

- 1) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書（主任研究者川上憲人），141-151，2003.
- 2) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 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15年度総括・分担研究報告書（主任研究者竹島正），75-78，2004.
- 3) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：地域疫学調査による「ひきこもり」の実態調査. 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16年度総括・分担研究報告書（主任研究者竹島正），89-93，2005.
- 4) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人：地域疫学調査で把握された「ひきこもり」例の診断について. 平成17年度総括・分担研究報告書（主任研究者竹島正），109-112，2006.
- 5) 吉川武彦：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，2003.
- 6) 斎藤環：社会的ひきこもり. PHP 新書，1998

表 1. 「ひきこもり」経験者の人口統計学的特徴

	経験者 / 対象者	%	95%信頼区間
全「ひきこもり」経験者	19 / 1660	1.14	0.63～1.66
性別			
男性	14 / 716	1.96	0.94～2.97
女性	5 / 944	0.53	0.07～0.99
年齢			
20-29	9 / 406	2.22	0.78～3.65
30-39	2 / 567	0.35	0.04～1.27
40-49	8 / 687	1.16	0.36～1.97

表 2. 「ひきこもり」の特徴 (N = 19)

	N	%
ひきこもり開始年齢 (歳)		
10-14	3	15.8
15-19	6	31.6
20-24	3	15.8
25-29	3	15.8
30-34	0	0
35-39	0	0
40-44	2	10.5
45-49	1	5.3
不明	1	5.3
最長のひきこもり期間 (ヶ月)		
6-11	11	57.9
12-23	4	21.1
24-	3	15.8
不明	1	5.3
ひきこもり時、困ったと感じたか		
困ったと感じた	15	78.9
何とも思わなかった	4	21.1
ひきこもり時の仕事や学業		
なかった	7	36.8
あり行きたかったが行けなかった	2	10.5
あったが行きたくなかった	8	42.1
不明	2	10.5