平成 16～18 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
総合研究報告書

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　川上憲人　東京大学大学院医学系研究科・教授

本研究では WHO の主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health, WMH)調査に参画し，こころの健康についての疫学調査（WMH 日本調査、WMHJ）を実施した。国内の 11 地域ごとに無作為に抽出した地域住民合計 4,134 人（平均回収率 55.1%）の代表サンプルについて、こころの健康やその関連要因・危険因子等についての構造化面接を実施し、精神障害（気分、不安、物質関連障害）の有病率，社会生活への影響等を明らかにした。

１．調査時点までの生涯に地域住民の４人に１人が，また過去 12 カ月間に 10 人に１人が，何らかの精神障害（DSM-IV 診断による気分・不安・物質関連障害）を経験していた。特に頻度の高い大うつ病性障害は、生涯に６％、過去 12 ヶ月間に２％の者が経験していた。精神障害では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。

２．これまでに本気で自殺を考えた者は 9.7%、過去 12 カ月間に本気で自殺を考えた者は 1.2%であった。精神障害の合併により自殺傾向のリスクが著しく増加していた。

３．何らかの精神障害を経験していた者のうちこころの健康に関する受診・相談経験があったのは約 30%、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%しか受診・相談しておらず、「満たされていないニーズ」が明確となった。受診行動の阻害要因として、こころの健康問題への知識のなさ、相談先に関する情報不足があげられた。

４．うつ病には、子供時代や家庭内暴力、軽症の精神疾患、身体疾患への罹患が危険因子となっており、地域の心の健康問題の連鎖の存在が確認された。

５．「ひきこもり」を経験したことがある者は 1.1%であった。現在「ひきこもり」の状態にある世帯は 0.56%であり、約 26 万世帯が「ひきこもり」者を抱えていると推測された。

６．WMH 共同研究による国際比較では、気分、不安、物質使用性障害の頻度が欧米で高く、わが国で低いこと、精神障害による受診・相談の割合がわが国で低いことが判明した。

以上から、心の健康づくりの環境整備について以下の対策を提言した。（１）地域住民における気分、不安、薬物使用障害の頻度は高く、社会機能障害も多いが、多くは治療を受けていない。これらの疾患の早期受診を促進すべきである。（２）明らかになった受診の遅れに関する要因に対して広報・啓発・教育が実施されるべきである。（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・医療サービスが必要である可能性がある。（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）が確認され、心の健康問題の第一次予防のためには、ライフサイクルを通じた多様な対策が必要である。

分担研究者
大野　裕（慶応義塾大学保健管理センター・教授）
竹島　正（国立精神・神経センター精神保健研究所・部長）
立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所・室長）
深尾　彰（山形大学大学院医学系研究科・教授）
中村好一（自治医科大学・教授）（平成 16 年度）
堀口逸子（順天堂大学医学部・助手）（平成 17,18 年度）

A．はじめに

WHO のレポート（Murray & Lopez, 1994）は，今日精神疾患が世界の疾病負担（Global Burden of Diseases）の最も大きな原因になっており，次の数十年にはうつ病が最も大きな疾病負担になるとしている。わが国では精神分裂病（統合失調症）の社会復帰の促進を中心に精神保健福祉対策が進みつつあるが、平成９年度厚生白書には増加する精神疾患および精神的ストレスへの危惧が指摘されている。21 世紀の精神保健福祉対策のために，こうした精神分裂病（統合失調症）以外のうつ病や外傷後ストレス障害などの精神疾患への総合的な対策を緊急に立案する必要がある。

わが国の精神障害受療患者数は平成 14 年患者調査で 258 万人と推定されており，精神医療費の推計額は国民医療費の 5.2%（約１兆 7,209 億円）に達する。1998 年から増加した自殺の背景には、特に感情障害（うつ病）やアルコール依存症等の

関連が指摘されており、自殺防止においても国民全体の精神障害の実態把握はきわめて重要な課題である。さらに，児童虐待、配偶者からの家庭内暴力，また災害時や事件事故の被害者への「こころ」のケアの必要性など，受療している患者に対する調査だけでは捉えることの困難な問題が注目され，その対策が早急に求められている。健康日本 21 に挙げられたうつ病，睡眠障害，ストレスなどの増加する心の健康問題への対策，またひきこもり，家庭内暴力，幼児・児童虐待など社会行動面での問題への対応も現在の地域の心の健康づくりの大きな課題である。こうした地域における心の健康問題の相互連関を明らかにし，地域における心の健康問題を総合的に理解し，これに対する対策を地域ごとに立案することが求められている。

しかし、こころの健康の問題への対策には，医療機関を受診する精神障害をもつ患者の実態からは把握できない、地域住民のこころ健康問題を直接に把握することが必須である。わが国には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，一般人口をベースとした疫学調査データが昭和 38 年以降存在していない。

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、物質関連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。これまでに、WMH 研究の一環として，平成 13 から 15 年度にかけて厚生（労働）科学研究費「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」により、全国 3 カ所の調査地域の一般住民の無作為抽出サンプルを対象として，WHO の調査法である統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)3.0 版による面接調査を実施した。本研究は，この研究の成果を引き継ぎ、最終的に 4,000 人以上のわが国の一般地域住民のこころの健康に関する調査データを得ることを目標としている。

本総合報告書では、こころの健康についての疫学研究（WMH 日本調査）の平成 14～18 年度までの調査概要を述べるとともに、最終調査データから，地域住民における各種こころの健康問題の相互関係を明らかにし，これによる相談・受診行動の実態と促進・阻害因子を解析した結果を報告する。また，ストレス，うつ病，行動上の問題を含んだ心の健康問題の相互連関を明らかにするとともに，心の健康問題による地域住民の相談・受診行動の解析から「満たされていない相談ニーズ」を明らかにする。結果に基づいて，地域における心の健康づくりの重要課題を明らかにし，また本人の心の健康問題への気づき，周囲の認識や支援，一般診療科や精神科などへの円滑な相談を促進する心の健康づくり環境整備について総合的な対策を提言する。

B．対象と方法

１．調査対象

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。

平成 14 年度から 18 年度に調査が実施されたのは、岡山県，鹿児島県，長崎県，栃木県，山形県，神奈川県である（図１）。平成 14 年度には岡山県岡山市，長崎県長崎市，鹿児島県串木野市および同吹上町で、平成 15 年度には岡山県玉野市，鹿児島県市来町および同東市来町，栃木県佐野市で、平成 16 年度には山形県天童市で、平成 17 年度には山形県上山市および神奈川県横浜市で［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］）調査が実施された。これらの地域は、調査センターとなる機関が存在するかどうかやその地域の行政の協力が得られるかどうかによって選定された。

各地域では原則として、選挙人名簿または住民台帳から地域住民を無作為に抽出して対象者とした（表１）。対象者に、依頼状を送付した後、調査員が電話ないし訪問で調査への参加を依頼するか、あるいは民生委員など地域のキーパーソンに対象者を訪問して調査への打診をしてもらい、同意した場合に調査員が連絡をとることとした。長崎市では、依頼状の郵送（リマインダーも含めて３回）に対して同意の回答を葉書で返した者のみに対して調査が実施されたため、回収率が他の地域とくらべて低くなっている。

各地域調査から得られた回答者は合計 4,134 名（平均回答率 55.1%）である。なお、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（日本語を使用し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ている。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。

２．調査方法

１）調査票の開発

面接調査には、世界保健機関統合国際診断面接(WHO-CIDI) 3.0 版の日本語訳を含む WMH 調査票のコンピュータ (CAPI) 版を使用した。専用のコンピュータソフトウェアが、所定の質問を決められた手順に従って調査員の持参したパソコンの画面に表示し、調査員はこれを対象者に対して読み上げ、回答をキー入力する形式である（図２）。CAPI はオランダの Netherland Statistics 社製の

Blaise Software のプログラム言語で作成された。日本語版 CAPI は、米国の WMH 調査にあたる NCS-R 調査のプログラムを譲りうけ、これを日本語化することで作成された。WMH 調査票の翻訳は、英語に堪能な心理学および医学の大学院生が粗訳を作成し、米国で同調査票の公式トレーニングを受けた研究者（川上）と精神科医１名がこれをチェックし、修正した。少数のフィールドテストを複数回実施し、日本語としての問題点を修正した。最終的な日本語訳案は、重要なフレーズについて、英語に逆翻訳し、ハーバード大学の WHM 調査データコーディネートセンターに送付し、原語との意味の一致を確認した。

２）調査票の内容

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のみに対して追加調査として実施された（図３）。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。

３）調査員訓練

地域ごとに 20-30 名の調査員を募集した。長崎市調査では、調査員は看護師、教員または心理系の有資格者から集められた。山形県２市の調査では、調査員は保健師、看護師等の医療系有資格者か資格取得予定者から集められた。しかしこれ以外の地域では調査員は、資格条件なしのボランティアとして公募された中からＰＣ操作ができ、対人関係能力が一定以上ある者が非専門家調査員として選ばれた。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 調査票の使用方法、模擬面接などから構成された（表２）。

４）フィールド調査

調査員が直接電話あるいは訪問して調査参加に同意した、民生委員など地域のキーパーソンが訪問して打診の後、調査員に対して調査参加に同意した、あるいは調査同意の意思を葉書で返送した対象者に対して、自宅あるいは各地域に設置した調査センター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インフォームドコンセントを書面で得た。

５）倫理的配慮

これらの調査は、地域ごとにそれぞれ岡山大学医学部（岡山県）、長崎大学医学部（長崎市）および精神保健研究所（鹿児島県）、山形大学医学部（山形県）、順天堂大学医学部（横浜市）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。調査では、個人同定可能な氏名、住所などの情報はカバーシートと呼ばれる台帳にしか記録せず、PC に保存される面接データには対象者 ID のみが入力されることとした。

３．診断および主要な調査項目

こころの健康についての疫学調査（世界精神保健日本調査）で使用した調査票のセクションを表３に示す。ここでは精神科診断および主要な調査項目について紹介する。

１）気分、不安、物質関連障害の診断

面接時に入力されたデータは、各地域の調査センターのパソコン上で管理され、調査終了後に技術支援センター（川上）に転送された。これらのデータ転送過程においては、個人を同定可能な情報は各地域の調査センターに切り離して保管され、個人同定不可能な情報のみをやりとりすることで個人情報の保護に配慮した。本報告書における解析では、米国ハーバード大学医学部のデータコーディネーティングセンターから提供された SAS プログラムを使用して、気分、不安、物質関連障害の DSM-IV（および ICD10）診断を行った（主要な診断名は表４を参照のこと）。統合失調症などの精神病性障害については、非専門家による調査では情報収集が不正確であることが知られているため、本研究では使用しなかった。

WMH 日本調査に使用されている WHO-CIDI の妥当性については、平成 14 年度厚生労働科学研究費「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」分担報告書において酒井らがうつ病およびアルコール依存症について臨床診断と WHO-CIDI 面接の結果の一致度（カッパ係数）が１（完全一致）と報告している。しかし平成 18 年度の本研究分担研究報告書で、大野　らは 64 名の住民に WHO-CIDI と専門家による SCID を実施し DSM-IV 大うつ病性障害の頻度を比較したところ、対象者中の該当者の割合（有病率）は同様であったが、個別のケースでは食い違いがみられたとしている。WHO-CIDI による診断をより正確に行うためにさらに方法論の改善が必要かもしれない。

２）自殺関連行動

「自殺を真剣に考えた」、「自殺を計画した」、「自殺を試みた」の３つの行動について経験を質問した。それぞれの自殺行動について、これまでの（生涯）に、と過去 12 ヶ月間にあった頻度を求めた。

３）「ひきこもり」経験の調査

対象者のうち 49 歳までの者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、あった場合にはその理由，時期（年齢），期間などについて回答を求めた。ここで「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」状態と定義した。時々は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。さらに対象者全体に対して、子どもがいる場合、その子どもの中に現在，「ひきこもり」と言える状態を呈しているものがいるか否か、いる場合にはその問題を起こしている子どもの年齢（複数いる場合には 3 人を上限にそのすべて）をたずねた。

４）相談・受診先

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、受診・相談した先について質問した。調査した受診・相談先は以下のようである：「精神科医」＝精神科医（心療内科のみの標榜は一般医に含まれる)、「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.「医師合計」＝精神科医あるいは一般医。「その他の専門家」＝心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理療法家のようなその他のメンタルヘルスの専門家、看護婦、医療助手など（その他）の医療専門家。「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.「相談先合計」＝以上のいずれかの受診・相談先。これに加えて、心の健康問題のためにインターネット、自助グループ、電話相談を利用したことがあるかどうかについても質問した。

５）精神障害の日常生活への影響

過去 12 ヶ月間に気分、不安、物質関連障害に該当した場合には、その状態のためにどの程度生活に支障が生じたかを WHO-DAS 尺度で評価した。また過去 12 ヶ月間の休業日数（何日仕事や家事を休んだか）を質問した。

４．解析

統計解析は、SPSS あるいは SAS によって行われた。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。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（外傷後ストレス障害、物質関連障害等）については過小評価する可能性がある。このため、一部の解析では、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。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

こころの健康についての疫学調査（世界精神保健日本調査）の主要な結果を報告する。

１．わが国の一般住民における気分、不安、物質関連障害の頻度

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 13-14 人に 1 人が，過去 30 日間では 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（表４左)。サンプリングによる重みづけを考慮した場合には（表４右)、いずれかの精神障害の頻度は重みづけ前よりやや高くなり、生涯有病率は 24.2%、12 ヶ月有病率は 10.0%となった。大うつ病の頻度は重みづけ前とほとんど変わらず、生涯有病率は 6.2%、12 ヶ月有病率は 2.1%であった。不安障害では特定の恐怖症が高頻度であったが、全般性不安障害、社会恐怖や外傷後ストレス障害の頻度も、生涯有病率で１%前後、12 ヶ月有病率で 0.7～0.9%程度みられた。物質関連障害のうちアルコール乱用の生涯有病率は高かったが、12 ヶ月有病率は低かった。

なお、これまでに真剣に自殺を考えた者は 9.7%、過去 12 カ月間に真剣に自殺を考えた者は 1.2%みられた（関連資料２「こころの健康についての疫学調査（世界精神保健日本調査）の主要成果」を参照のこと)。

２．気分、不安、物質関連障害による相談・受診

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（表５)。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。

３．相談・受診を阻害する要因

Part II 回答者 1,725 名に対する追加調査では，こころの健康問題についての相談・受診に対する抵抗感についてたずねた（表６）。回答者の半数以上が専門家への受診および専門家に自分の問題を話すことに前向きであった。しかし約３割は専門家を「おそらく」または「絶対に」受診しない、１割が専門家に対して心を開いて話せないと答えた。男性，精神障害の経験のありの者で専門家に対する抵抗感が強かった。一方、専門家を受診したことが友人にしれたら「とても」あるいは「いくらか」恥ずかしいと答えた者は 43%と比較的多かった。

こころの健康問題により相談・受診の必要性を感じてから４週間以上受診しなかった者の回答では、受診行動の阻害要因として、自分で対処したかった」という信念や「ひとりでに改善すると思っていた」「治療が効果あるとは思わなかった」などのこころの健康問題への知識のなさ、「どこにゆけば良いかわからなかった」という相談先に関する情報不足、「他人がどう思うか心配だった」という周囲の偏見の問題があげられた。（表７）。

４．精神障害の社会生活、自殺への影響

気分、不安、物質関連障害による社会生活機能障害は、身体疾患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（図４）。

DSM-IV 大うつ病性障害では過去 12 カ月間に平均 22.1 日間仕事や家事のできない日があり，慢性の身体疾患の平均 5.3 日の約 4 倍であった（表８）。

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５）。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．精神障害の危険因子

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（図６，$p<0.05$）。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（$p<0.05$）。

２）恐怖症と大うつ病性障害における生涯合併の検討

恐怖症がその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結果、ハザード比は，社会恐怖 7.2，特定の恐怖症 2.4，広場恐怖 7.5 であった。

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。各疾患の大うつ病性障害に対する影響（相対危険度）は心臓病で 1.5、心臓発作は 10.0、高血圧は 1.3 となった。

６．精神障害の国際比較

本研究は、日本を含めて世界 17 カ国で実施された WMH 共同調査の一部である（表９）。このデータに基づき、わが国と諸外国の間で、気分、不安、物質関連障害の頻度（12 ヶ月有病率および生涯有病率）および受診行動について国際比較を行った（関連資料３「こころの健康に関する地域疫学調査の国際比較」を参照のこと）。

わが国の気分、不安、物質関連障害の 12 ヶ月有病率はいずれも、欧米に比べると低く、メキシコないし中国と同程度であった（表１０）。うち、精神障害の重症度が重度である者の割合は、比較的国による差が小さく、多くの国では１～３%の範囲であった。

一方、わが国における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（図７）。

７．「ひきこもり」の実態と精神医学的診断

本研究では、平成 14 年度から平成 17 年度にかけての WMH 調査から、「ひきこもり」経験についての面接調査データを解析した。20 歳から 49 歳までの回答者（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に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。詳細は関連資料４「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」を参照のこと。

D．考察

本研究は WHO の提示した国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health, WMH)調査に参画し，複数の調査地域から無作為に抽出した合計 4,000 人以上の国民の代表とみなせるサンプルについて、こころの健康やその関連要因・危険因子等についての構造化面接を実施し、精神障害（気分、不安、物質関連障害）の有病率，社会生活への影響等を明らかにした。本調査は従来の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」を明らかにした意義のあるものである。

１．一般住民中の気分、不安、物質関連障害の頻度と今後注目すべき疾患

サンプリングにおける重みを考慮した解析では、これまでの生涯に４人に１人が、過去１年間に 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。なかでもうつ病（大うつ病性障害）の頻度が高く、これまでの生涯に 16 人に１人が、また過去１年間に 50 人に１人がうつ病を経験していたと推定された。この頻度がわが国の 20 歳以上人口（約１億人）にあてはまるなら、過去 12 ヶ月間に 210 万人がうつ病を経験していることになる。

うつ病を含む気分障害に加え、不安障害の頻度も多かった。多くは比較的重症度の低い特定の恐怖症であった。しかし、たとえば全般性不安障害や外傷後ストレス障害（12 ヶ月有病率が 0.86 および 0.64）の頻度がわが国の 20 歳以上人口にあてはまるなら、過去 12 ヶ月間に 86 万人が全般性不安障害を、64 万人が外傷後ストレス障害を経験していることになる。

アルコール依存の頻度が低かったのは、本研究ではアルコール依存の質問はアルコール乱用のあった者だけに行ったためである可能性がある。しかしこちらも過去 12 ヶ月間に 136 万人がアルコール乱用を経験し、うち 32 万人がアルコール依存を経験していることになる。

気分、不安、物質関連障害による社会生活機能障害は、身体疾患より大きく、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。これらの精神障害による年間の平均休業日数（表８）から推定すると、大うつ病だけでもわが国全体で年間のべ 4000 万日（約 4000 億円相当）、全気分、不安、物質関連障害では年間のべ 1.1 億日（約 1.1 兆円相当）の社会経済的損失が生じていることになる（20 歳以上人口１億人、１日あたりの給与単価１万円で試算）。これには自殺などの死亡による損失、治療費、家族の介護負担、休業以外の生産性の低下は含まれていない。

気分障害は特に自殺行動のリスクを増加させていたが、さらに精神障害同志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。

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。特にうつ病はわが国の地域住民において頻度の高い疾患であり、この対策が今後のわが国のこころの健康づくり対策の中心となるべきである。また今後、不安障害のうち社会機能障害の高い疾患にも注目して対策が進められる必要がある。アルコール乱用・依存についてはすでに対策が進められているところであるが、一層の教育・啓発や前述するように、気分・不安障害と合併すると重症化する可能性がありこちらも注目される必要がある。

２．気分、不安、物質関連障害による受診行動における問題点と課題

何らかの気分、不安、物質関連障害を経験していた者のうちこころの健康に関する受診・相談経験があったのは約 30%、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%しか受診・相談しておらず、「満たされていないニーズ」が明確となった。この受診率は、米国や欧州の多くの国々に比べると低い傾向にあり、気分、不安、物質関連障害による受診をより促進することが重要と考えられる。わが国と米国のうつ病による受診行動を比較すると、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特に大きな違いがみられた。わが国でも一般医が気分、不安、物質関連障害の最初の受診先としての役割を果たせるように、一般医の診断、対応技術を向上することが必要と思われる。

また本調査では一般地域住民の多くは専門家への相談に前向きな態度を持っているが、「専門家受診が友人に知られたら恥ずかしい」と周囲の

目を気にする者の割合が多いことが明らかとなった。実際に精神障害を経験した者における受診行動の阻害要因としては、「自分で対処したかった」という信念や「ひとりでに改善すると思っていた」「治療が効果あるとは思わなかった」などのこころの健康問題への知識のなさ、「どこにゆけば良いかわからなかった」という相談先に関する情報不足、「他人がどう思うか心配だった」という周囲の偏見の問題があげられた。こうした阻害要因について重点的に、一般住民向けに教育・啓発をはかることで、気分、不安、物質関連障害を経験した者がより早期に受診できる環境を整えることが重要である。

３．「ひきこもり」に関する課題

「ひきこもり」は 200 世帯に 1 世帯の割合でみられた。その時点有病率（0.56%）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。「ひきこもり」開始年齢と気分、不安、物質関連障害の初発年齢を比較した結果からは、「ひきこもり」が先行し、その期間中に気分、不安、物質関連障害が発生することが多かった。「ひきこもり」がこれらの精神障害の早期の症状として出現している可能性も残されるが、むしろ「ひきこもり」によってこれらの精神障害のリスクが増加している可能性の方が高いと思われる。地域のこころの健康づくり対策の中で、「ひきこもり」にも注目してゆく必要がある。

４．気分、不安、物質関連障害の重症度および合併を考慮した医療サービスの必要性

気分、不安、物質関連障害の社会機能障害には、その重症度によって大きな差があることがわかった。特に 12 ヶ月有病率で 1.5%（国民 65 人に１人程度）見られる重度の気分、不安、物質関連障害では年間の社会生活に支障のあった日数が中央値で１ヶ月と大きく、特に医療サービスの対象となると思われた。また気分、不安、物質関連障害が２つ以上合併した例が 12 ヶ月有病率で 2.2%、3 つ以上合併した例が同じく 0.9%みられ、これらの例では自殺行動のリスクが著しく増加することが分かった。このような精神障害の合併例では、診断の一部が見逃されたり、治療が困難であったりすることが知られている。こうした精神障害の重症例や合併例に対する精神科等医療機関への受診勧奨、適切な診断と有効な治療方法の開発が必要であると考える。

一方、より軽症で、合併のない気分、不安、物質関連障害では社会機能障害は比較的軽度であるものの、対象となる者の数も多く、現在の精神科等医療機関では十分な医療サービスを提供することが困難と思われる。こうした軽症例への診断、対応が米国と同様に一般医などで実施されることで、より効果的に気分、不安、物質関連障害への医療サービスを提供できると思われる。このためには一般医の技術向上のための方策が重要である。またこれらの軽症例の多くは、必ずしも薬物治療などが必要でなく、専門的な相談やカウンセリングなどで改善する事例もあると思われる。軽症の精神障害に対して医療、心理、福祉など多様なサービスが受けられる体制が望まれる。

米国では 1990 年から 2000 年にかけてうつ病の受診率は 1.5 倍増加し、医療費が 31%増加したが、一方で自殺や社会的コストの損失が減少し、差し引き７%の経済的負担の増加にとどまっている(Greenberg, P.E. et al: J Clin Psychiatry, 2003; 64: 1465-75)。受診行動の促進は社会経済上も効果的な投資であることがうかがえる。

５．気分、不安、物質関連障害の危険因子とその第一次予防の方策

気分、不安、物質関連障害が高頻度であることは判明し、これらの疾患に対する第一次予防の可能性もさぐるべき時期にあると考える。

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。「ひきこもり」もまた、気分、不安、物質関連障害の危険因子である可能性があり、こうした疾患に罹患することでさらに「ひきこもり」からの回復に支障が生じることが予想される。

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。精神障害の第一次予防のためには、子供時代、成人期、高齢期などのライフサイクルを通じた多様な対策が必要である。

６．今後のこころの健康づくりへの提言

以上から、今後のこころの健康づくりへの提言として以下をあげたい。

１）気分、不安、物質関連障害の受診促進

域住民における気分、不安、物質関連障害の頻度は高く、社会機能障害も多いが、多くは治療を受けていない。うつ病を含む気分、不安、物質関連障害に注目し、早期受診や適切な治療を促進すべきであり、そのための一般住民向け教育研修や情報提供、また地域ごとの医療機関の連携などが推進されることが望まれる。本研究から明確になった早期受診の阻害要因の情報も広報・啓発・教育に活用できる。また、本研究で作成した成果還元ツールも活用できると思われる

（関連資料１「こころの健康に関する地域疫学調査の成果普及ツール」を参照。同ツールは本研究のホームページからもダウンロード可能である: http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/epi/index.html）

２）こころの健康問題に対する一般医の役割の明確化と診療技術の向上

気分、不安、物質関連障害への医療サービスの提供において、一般医の果たす役割が期待される。一般医の精神障害に対する診療についての役割の明確化、診断、対応技術などの診療水準の向上がはかられる必要がある。

３）重症合併例と軽症例への医療サービス

精神疾患の重症例や合併例は、機能障害が大きく、自殺リスクも高い。こうした重症・合併例に対する精神科等医療機関の医療サービスの質を向上させることが望まれる。一方、中等度から軽症例の精神障害に対してはその対象者が多く、一般医の診療や医療以外のサービスによって対応を検討することが効果的であると思われる。

４）気分、不安、物質関連障害の第一次予防対策の必要性

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。気分、不安、物質関連障害の第一次予防対策に関する研究の推進や地域や職場での対策を推進する必要がある。

５）国際標準の精神保健調査方法論の確立と定期的な精神保健調査の実施

本研究によって，世界的に標準化された調査方法を用いて，一定の協力率を保った上で，わが国の代表とみなせる地域住民のこころの健康に関するデータを収集することが可能となった。この成果をもとに，本研究から 10 年ごとに同様の調査を行い，わが国の地域住民のこころの健康に関するデータを定期的に収集し，様々な精神保健福祉施策の効果を評価するなど根拠に基づいた精神保健福祉施策を実施できる基盤を整備することが可能となる。

Ｅ．結論

本研究では WHO の主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health, WMH)調査に参画し，こころの健康についての疫学調査（WMH 日本調査、WMHJ）を実施した。国内の 11 地域ごとに無作為に抽出した地域住民合計 4,134 人（平均回収率 55.1%）の代表サンプルについて、こころの健康やその関連要因・危険因子等についての構造化面接を実施し、精神障害（気分、不安、物質関連障害）の有病率，社会生活への影響等を明らかにした。

１．調査時点までの生涯に地域住民の４人に１人が，また過去 12 カ月間に 10 人に１人が，何らかの精神障害（DSM-IV 診断による気分・不安・物質関連障害）を経験していた。特に頻度の高い大うつ病性障害は、生涯に６％、過去 12 ヶ月間に２％の者が経験していた。精神障害では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。

２．これまでに本気で自殺を考えた者は 9.7%、過去 12 カ月間に本気で自殺を考えた者は 1.2%であった。精神障害の合併により自殺傾向のリスクが著しく増加していた。

３．何らかの精神障害を経験していた者のうちこころの健康に関する受診・相談経験があったのは約 30%、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%しか受診・相談しておらず、「満たされていないニーズ」が明確となった。受診行動の阻害要因として、こころの健康問題への知識のなさ、相談先に関する情報不足があげられた。

４．うつ病には、子供時代や家庭内暴力、軽症の精神疾患、身体疾患への罹患が危険因子となっており、地域の心の健康問題の連鎖の存在が確認された。

５．「ひきこもり」を経験したことがある者は 1.1%であった。現在「ひきこもり」の状態にある世帯は 0.56%であり、約 26 万世帯が「ひきこもり」者を抱えていると推測された。

６．WMH 共同研究による国際比較では、気分、不安、物質使用性障害の頻度が欧米で高く、わが国で低いこと、精神障害による受診・相談の割合がわが国で低いことが判明した。

以上から、心の健康づくりの環境整備について以下の対策を提言した。（１）地域住民における気分、不安、薬物使用障害の頻度は高く、社会機能障害も多いが、多くは治療を受けていない。これらの疾患の早期受診を促進すべきである。（２）明らかになった受診の遅れに関する要因に対して広報・啓発・教育が実施されるべきである。（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・医療サービスが必要である可能性がある。（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）が確認され、心の健康問題の第一次予防のためには、ライフサイクルを通じた多様な対策が必要である。

Ｆ．健康危険情報

該当せず。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

1) Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S; WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004; 291: 2581-90.

2) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci. 2005; 59: 441-52.

3) Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T. Twelve-month Use of Mental Health Services in Four Areas in Japan: Finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci. 2006; 60: 240-8.

4) Honjo K, Kawakami N, Takeshima T, Tachimori H, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Watanabe M, Nakamura Y, Kikkawa T. Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan. J Epidemiol. 2006; 16: 1223-32.

5) Scott KM, Von Korff M, Ormel J, Zhang MY, Bruffaerts R, Alonso J, Kessler RC, Tachimori H, Karam E, Levinson D, Bromet EJ, Posada-Villa J, Gasquet I, Angermeyer MC, Borges G, de Girolamo G, Herman A, Haro JM. Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. Gen Hosp Psychiatry. 2007; 29(2):123-33.

6) Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Gasquet I, Gureye O, Haro JM, He Y, Kessler RC, Levinson D, Mneimneh ZN, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Takeshima T, Von Korff M. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. J Affect Disord. 2007 Feb 8; [Epub ahead of print]

7) Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girlolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE. Twelve Month Use of Mental Health Services in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. Lancet (in press)

8) Ormel, J, Burger, H, Scott, KM, Alonso, J, Angermeyer, M, Bromet, E, de Girolamo, G, Demyttenaere, K, Gureje, O, Haro, JM, Huang, Y-Q, Karam, EG, Kawakami, N, Kessler, RC, Lepine, J-P, Levinson, D, Medina Mora, MA, Posada-Villa, J, Williams, D, Von Korff, M. Mental Disorders among Persons with Heart Disease - Results from the World Mental Health Surveys. General Hospital Psychiatry. (in press)

9) Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Nakane H, Mneimneh Z, Lara C, de Graaf R, Scott KM, Gureje O, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC., Alonso J, Von Korff M. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. Pain. (in press).

10) 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.

11) 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。

Ｉ．謝辞

WMH-J 2002-2006 調査の共同研究者は下記の通りである。また各地域の調査員および調査センタースタッフ、調査をご支援いただいた行政関係者、民生委員、愛育委員の皆様、調査にご協力いただいた対象者の方に深く感謝いたします。

川上憲人 1, 大野　裕 2, 中根允文 3, 中村好一 4, 深尾　彰 5, 堀口逸子 6, 立森久照 7, 岩田　昇 8, 宇田英典 9，中根秀之 10，渡邉　至 4，大類真嗣 5，船山和志 11，長沼洋一 7，　古川壽亮 12，畑 幸宏 13，小林雅與 4，阿彦忠之 14，山本祐子 6, 三宅由子 7，竹島　正 7，吉川武彦 15

1 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野, 2 慶應義塾大学保健管理センター，3 長崎国際大学人間社会学部，4 自治医科大学公衆衛生学教室，5 山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座，6 順天堂大学医学部公衆衛生学教室，7 国立精神・神経センター精神保健研究所，8 広島国際大学心理科学部臨床心理学科，9 鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部長　兼　鹿屋保健所長, 10 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科, 11 横浜市鶴見福祉保健センター, 12 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，13 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，14 山形県村山保健所，15 中部学院大学人間福祉学科

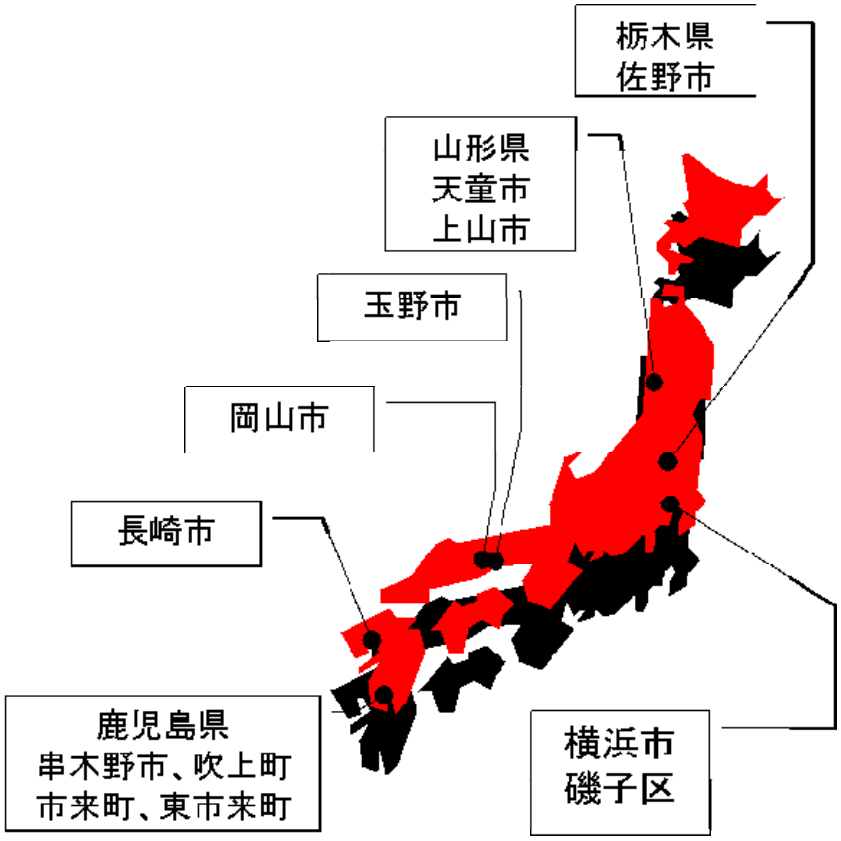

図１　こころの健康についての疫学調査（世界精神保健日本調査）2002-2006 年の調査地域

表１　調査地域ごとの対象者、面接完了者、拒否者、対象外者の数と回答率

調査地域		対象者の抽出法、参加依頼の方法	調査時期	対象者	面接完了	PC エラー	拒否等	対象外*1	回答率*2
岡山県	岡山市	選挙人名簿から無作為抽出。依頼状送付後、調査員が電話あるいは訪問で参加依頼。	2002-3	1,607	925	-	483	199	65.7%
	玉野市	選挙人名簿から無作為抽出。愛育委員が調査参加を打診し、同意した者に調査員が連絡。	2003-4	701	349	-	270	82	56.4%
長崎県	長崎市	選挙人名簿から選挙区と対象者の２段階無作為サンプリング。依頼状送付。同意と葉書で回答した者に調査員が連絡。リマインダー２回送付。	2002-3	800	208	-	579	13	26.4%
鹿児島県	串木野市	住民台帳から無作為抽出。民生委員が調査参加を打診し、同意した者に調査員が連絡。	2002-3	587	354	-	185	48	65.7%
	吹上町	同上	2002-3	230	177	-	40	13	81.6%
	市来町	同上	2003-4	227	153	-	62	12	71.2%
	東市来町	同上	2003-4	429	271	-	117	41	69.8%
栃木県	佐野市	浅沼、植上、高萩町の住民台帳から無作為抽出。依頼状送付後、調査員が電話あるいは訪問で参加依頼。	2003-4	1041	550	-	336	155	62.1%
山形県	天童市	選挙人名簿から選挙区と対象者の２段階無作為サンプリング。依頼状送付後、調査員が電話あるいは訪問で参加依頼。	2004-5	807	430	1	282	94	60.3%
	上山市	同上	2005-6	877	340	124	339	74	42.3%
神奈川県	横浜市	磯子区の選挙人名簿から無作為抽出。民生委員が調査打診し、その後調査員が訪問	2005-6	1010	377	1	545	87	40.8%
合計			2002-6	8,316	4,134	126	3,238	818	55.1%

*1 日本語が使用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.

*2 面接完了÷（対象者－対象外）として計算した.

図２　世界精神保健(WMH)調査票コンピューター版(CAPI)による面接風景

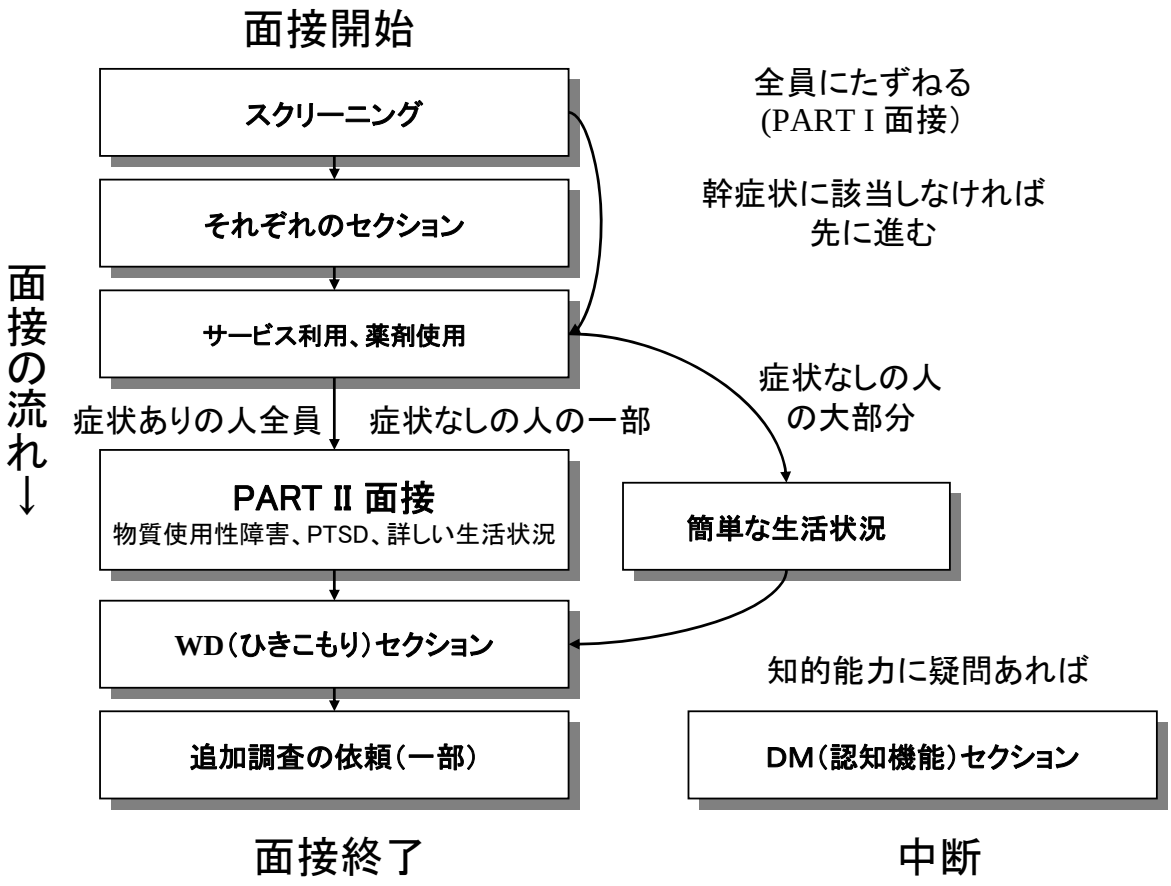

図３　世界精神保健(WMH)調査票による面接の流れ

表２　こころの健康に関する疫学調査（世界精神保健日本調査）の調査員訓練スケジュールの例

１０月８日 （月曜日）	１０月９日 （火曜日）	１０月１０日 （水曜日）	１０月１１日 （木曜日）	１０月１２日 （金曜日）
9:30－12:00	9:00－12:00	9:00－12:00	9:00－12:00	9:00－12:00
歓迎の挨拶と自己紹介 訓練の概要 ・面接員トレーニング日程（川上） ・WMH2000調査概要（川上） ・岩手調査概要（伊藤） ・調査手順（岩田） ・パソコン使用の説明（岩田） ・家族リスト（ＨＨＬ）の説明と コンピュータを用いた入力実習（岩田）	質問表の説明 その２ ・パニック障害(PD) ・特定の恐怖症(SP) ・社会恐怖（SO） ・広場恐怖（AG） ・全般性不安障害（G） ・間歇性爆発性障害（IED） 第２回グループ練習	質問表の説明 その４ ・外傷後ストレス」障害（PT） ・慢性疾患（CC） ・３０日間の機能（FD） ・３０日間の症状（NSD） 第４回グループ練習 第１回模擬面接	質問表の説明 その６ ・社会的ネットワーク（SN） ・成人期人口統計学的要因（DA） ・人口統計学的要因（DE） ・子供時代（CH） ・注意欠陥/多動性障害（AD） ・行為障害（CD） 第６回グループ練習	第２回模擬面接
昼　　休　　み（１２:００～１３：３０）				
13:30－18:00	13:30－17:30	13:30－17:30	13:30－17:30	13:30－15:30
・面接員としての一般的な 訓練と調査の工夫（岩田） 質問表の説明 その１ ・スクリーニング（SC） ・うつ病（D） ・躁　病(M) ・激越性うつ病(IR) 第１回グループ練習	質問表の説明 その３ ・自殺傾向（SD） ・サービス利用(SR) ・薬剤疫学（PH） ・人口統計学的要因（DM） ・人格（PEＡ） ・物質使用（SU） 第３回グループ練習	質問表の説明 その５ ・摂食障害（EA） ・強迫性障害（O） ・精神病（PS） ・雇用状態（EM） ・経済的状態（FN） ・結婚（MR） ・子供（CN） 第５回グループ練習	質問表の説明 その７ ・家族の負担（FB） ・痴　呆（DM） ・面接者の観察(IO) 第７回グループ練習 調査を対象者に説明する方法 ・事前の手紙とパンフレット ・同意を得る手順 ・拒否を説明する方法	練習についての意見交換 質問と回答 まとめ

表３　こころの健康に関する疫学調査（世界精神保健日本調査）で使用したセクション

WHO-CIDI 3.0 および WMH 調査票の項目	日本調査で使用した項目
1. 家族リスト Household Listing (HHL)	○
2. スクリーニング Screening (SC)	○
3. うつ病 Depression (D)	○
4. 躁病 Mania (M)	○
5. 激越性うつ病 Irritable Depression (IR)	○
6. パニック障害 Panic Disorder (PD)	○
7. 特定の恐怖症 Specific Phobia (SP)	○
8. 社会恐怖 Social Phobia (SO)	○
9. 広場恐怖 Agoraphobia (AG)	○
10. 全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder (G)	○
11. 間歇性爆発性障害 Intermittent Explosive Disorder (IED)	○
12. 自殺傾向 Suicidality (SD)	○
13. 物質使用 Substance Use (SU)	○
14. サービス利用 Services (SR)	○
15. 薬剤疫学 Pharmacoepidemiology (PH)	○
16. 人口統計要因 Demographics (DM)	○
17. 人格 Personality (PEA)	○Part II のみ
18. 外傷後ストレス障害 Post-Traumatic Stress Disorder (PT)＊	○Part II のみ
19. 慢性疾患 Chronic Conditions (CC)	○Part II のみ
20. 神経衰弱 Neurasthenia (N)＊	
21. 30 日間の機能 30-Day Functioning (FD)	○Part II のみ
22. 30 日間の症状 30-Day Symptoms (NSD)	○Part II のみ
23. たばこ Tobacco (TB)＊	
24. 摂食障害 Eating Disorders (EA)＊	
25. 月経前症候群 Premenstrual Syndrome (PR)＊	
26. 強迫性障害 Obsessive-Compulsive Disorder (O)＊	
27. 精神病 Psychosis (PS)＊	
28. 病的賭博 Gambling (GM)＊	
29. 不安と不幸 Worries and Unhappiness (WU)＊	
30. 雇用状態 Employment (EM)	○Part II のみ
31. 経済的状態 Finances (FN)	○Part II のみ
32. 結婚 Marriage (MR)	○Part II のみ
33. 子供 Children (CN)	○Part II のみ
34. 社会的ネットワーク Social Networks (SN)	○Part II のみ
35. 成人期の人口統計学的要因 Adult Demographics (DA)	○Part II のみ
36. 子供時代の人口統計学的要因 Childhood Demographics (DE)	○Part II のみ
37. 子供時代 Childhood (CH)	○Part II のみ
38. 注意欠陥／多動性障害 Attention-Deficit/Hyperactivity (AD)＊	
39. 反抗挑戦性障害 Oppositional-Defiant Disorder (OD)＊	
40. 行為障害 Conduct Disorder (CD)＊	
41. 分離不安障害 Separation Anxiety Disorder (SA)＊	
42. 家族の負担 Family Burden (FB)	
43. 過去に関する認識 Perceptions of the Past (PP)＊	
44. 面接者の観察 Interviewer’s Observation (IO)	○
45. 痴呆 Dementia	○必要に応じて実施
46. 人格障害スクリーニング Personality Disorders Screen (P)	

表４　世界精神保健(WMH)日本調査 2002-2006（最終データ 4134 名）によるわが国の地域住民における不安、気分、物質関連障害の生涯有病率および 12 ヶ月有病率†

DSM-IV 診断	重みづけなし		重みづけ後*	
	生涯有病率(%)	12 ヶ月有病率(%)	生涯有病率(%)	12 ヶ月有病率(%)
気分障害				
大うつ病性障害	6.3	2.1	6.2	2.1
小うつ病性障害	1.4	0.5	−	−
双極 I 型障害	0.4	0.2	0.1	0.0
双極 II 型障害	0.0	0.0	0.1	0.1
気分変調性障害	0.8	0.3	0.7	0.3
焦燥性大うつ病性障害	0.5	0.3	−	−
焦燥性小うつ病性障害	0.1	0.1	−	−
いずれかの気分障害	8.9	3.1	6.5	2.3
不安障害				
パニック障害	0.8	0.4	0.8	0.4
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	0.2	0.1	0.2	0.1
社会恐怖	1.3	0.6	1.4	0.7
特定の恐怖症	3.3	2.3	3.4	2.3
全般性不安障害	1.9	0.9	1.8	0.9
外傷後ストレス障害	0.9	0.5	1.4	0.6
いずれかの不安障害	6.7	4.0	9.2	5.5
物質関連障害				
アルコール乱用	3.3	0.3	8.4	1.4
アルコール依存	0.7	0.2	1.2	0.3
薬物乱用	0.1	0.0	0.2	0.0
薬物依存	0.0	0.0	0.0	0.0
いずれかの物質関連障害	4.0	0.5	8.5	1.5
間歇性爆発性障害	1.9	0.7	2.1	0.7
いずれかの精神障害	17.2	7.2	24.2	10.0
２つ以上の精神障害			7.4	2.2
３つ以上の精神障害			2.2	0.9

†生涯有病率は調査時点までの生涯に経験した者の割合、12 ヶ月有病率は過去 12 ヶ月間に経験した者の割合（いずれも%）。診断は器質性疾患および DSM-IV の診断階層構造による除外ルールを使用。

* 性別、年齢の偏りに対する Part I 重み付けを行った。外傷後ストレス障害、物質関連障害、およびいずれかの精神障害、２つ以上の精神障害、３つ以上の精神障害については Part II 面接対象者 1722 名に基づく解析で、Part I 重み付けに加え Part II 重み付けを行っている。これらの障害で重みづけなしの解析よりも重みづけ後に数値が大きくなっている主な理由は、重みづけ前の解析では Part II 重みづけを考慮していないため頻度を過小評価しているためである。

−: 重みづけありの解析では、国際比較が可能なように DSM-IV で正式に認められている診断についてのみ集計した。いずれかの障害の集計もここに示された診断を基に計算している。

表５　世界精神保健(WMH)日本調査 2002-2006（最終データ）によるわが国の地域住民における DSM-IV による精神障害の経験者における相談・受診行動の頻度

	これまでの生涯*		過去 12 ヶ月間	
DSM-IV 診断／相談・受診先	受診率	受診者数	受診率	受診者数
大うつ病性障害	(N=259)		(N=88)	
精神科医	18.9%	49	14.8%	13
一般医	12.7%	33	6.8%	6
医師合計	29.0%	75	21.6%	19
その他の専門家	8.1%	21	6.8%	6
その他の相談先	8.9%	23	5.7%	5
相談先合計	36.3%	94	27.3%	24
いずれかの気分障害	(N=366)		(N=129)	
精神科医	18.3%	67	11.6%	15
一般医	13.1%	48	7.8%	10
医師合計	27.9%	102	18.6%	24
その他の専門家	7.9%	29	6.2%	8
その他の相談先	7.7%	28	4.7%	6
相談先合計	33.9%	124	22.5%	29
いずれかの不安障害	(N=276)		(N=166)	
精神科医	17.0%	47	7.2%	12
一般医	19.2%	53	10.8%	18
医師合計	30.4%	84	15.7%	26
その他の専門家	7.2%	20	4.8%	8
その他の相談先	7.6%	21	3.6%	6
相談先合計	36.6%	101	18.7%	31
いずれかの物質関連障害	(N=167)		(N=21)	
精神科医	16.2%	27	9.5%	2
一般医	7.2%	12	14.3%	3
医師合計	21.0%	35	23.8%	5
その他の専門家	3.6%	6	4.8%	1
その他の相談先	3.6%	6	0.0%	0
相談先合計	22.8%	38	23.8%	5
いずれかの精神障害	(N=711)		(N=297)	
精神科医	14.6%	104	7.7%	23
一般医	12.2%	87	8.8%	26
医師合計	23.8%	169	14.8%	44
その他の専門家	5.8%	41	4.0%	12
その他の相談先	5.8%	41	3.0%	9
相談先合計	28.8%	205	17.5%	52

＊「これまでの生涯」＝生涯診断ありの者の中でのこれまでに受診経験ありの者の割合.
「過去 12 ヶ月間」＝過去 12 ヶ月間に診断ありの者の中で過去 12 ヶ月間に受診経験ありの者の割合.
「過去 30 日間」＝過去 30 日間に診断ありの者の中で過去 30 日間に受診経験ありの者の割合. サンプリングデザインに関する重みづけは行っていない.

表６　こころの健康問題で専門家を受診することについての意識：Part II 回答者(1725 名）†

	人数	%
こころの健康問題で専門家を受診するかどうか		
絶対に受ける	276	16.0%
おそらく受ける	848	49.2%
おそらく受けない	389	22.6%
絶対に受けない	103	6.0%
不明・拒否	109	6.3%
専門家に対して自分の問題を心を開いて話せるか		
とても心を開いて話せる	677	39.2%
いくらか心を開いて話せる	751	43.5%
あまり心を開いて話せない	142	8.2%
全く心を開いて話せない	39	2.3%
不明・拒否	116	6.7%
専門家を受診したことが友人にしれたら恥ずかしいか		
とても恥ずかしい	161	9.3%
いくらか恥ずかしい	585	33.9%
あまり恥ずかしくない	520	30.1%
全く恥ずかしくない	347	20.1%
不明・拒否	112	6.5%

† サンプリングデザインに関する重みづけは行っていない.

＊ 不明・拒否を除いてそれぞれの質問への回答を２区分したところ、男性では専門家を受診しないと回答した者が多く($p<0.01$)、心を開いて話せないと回答した者が多かった($p<0.05$)。また、いずれかの気分・不安・物質関連障害の経験ありの者で、経験なしの者より専門家を受診しないと回答した者が多く($p<0.05$)、心を開いて話せないと回答した者が多かった($p<0.05$)。それ以外には有意差はなかった。

表７　世界精神保健(WMH)日本調査 2002-2006（最終データ 4134 名）におけるこころの健康問題による受診の遅れの理由：いずれかの精神疾患の経験者で、受診しようと思ってから４週間以上受診しなかった者(64 名）の回答内訳（複数選択）†

	%	人数
自力で問題に対処したかった	69%	44
問題はひとりでに改善するだろうと思っていた	48%	31
その問題は最初、それほど困らなかった	47%	30
どこに行けば良いか、誰に見てもらえば良いかわからなかった	41%	26
自分が治療を受けている事が知られたら、他人がどう思うか心配だった	28%	18
治療には時間がかかったり、不便だと思った	25%	16
治療が、効果があるとは思わなかった	23%	15
交通手段、子供の世話、スケジュールなど治療にゆくことに支障があった	22%	14
費用がどれくらいかかるか心配だった	14%	9
以前に治療を受けたが、効果がなかった	11%	7
保険で治療が受けれないと思った	8%	5
予約が取れなかった	3%	2
意思に反して、病院に入れられるのが怖かった	2%	1
利用できるサービスに満足しなかった	2%	1
その他	25%	16

† サンプリングデザインに関する重みづけは行っていない.

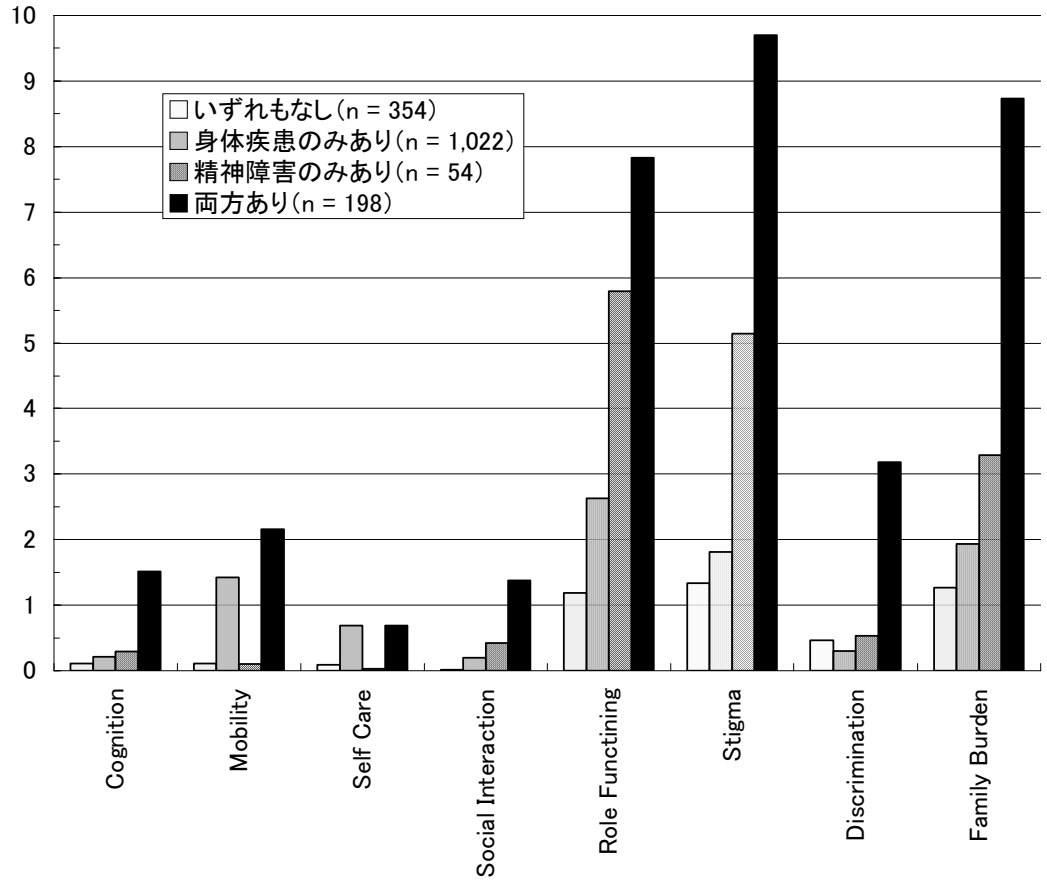

図４　過去 12 ヶ月間に身体疾患、精神障害を経験した者の社会機能障害（WMH WHO-DAS 尺度得点平均）（Part II 重み付け後）. 得点は高得点ほど社会機能障害が大きいことを示す. 世界精神保健(WMH)日本調査 2002-2006 の Part II 面接の対象者 1,722 名のうち分析に必要な項目に欠損のあった 94 名を除外した.

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†

		一年間の休業日数			
	(該当者数)	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.
† サンプリングデザインに関する重みづけは行っていない.

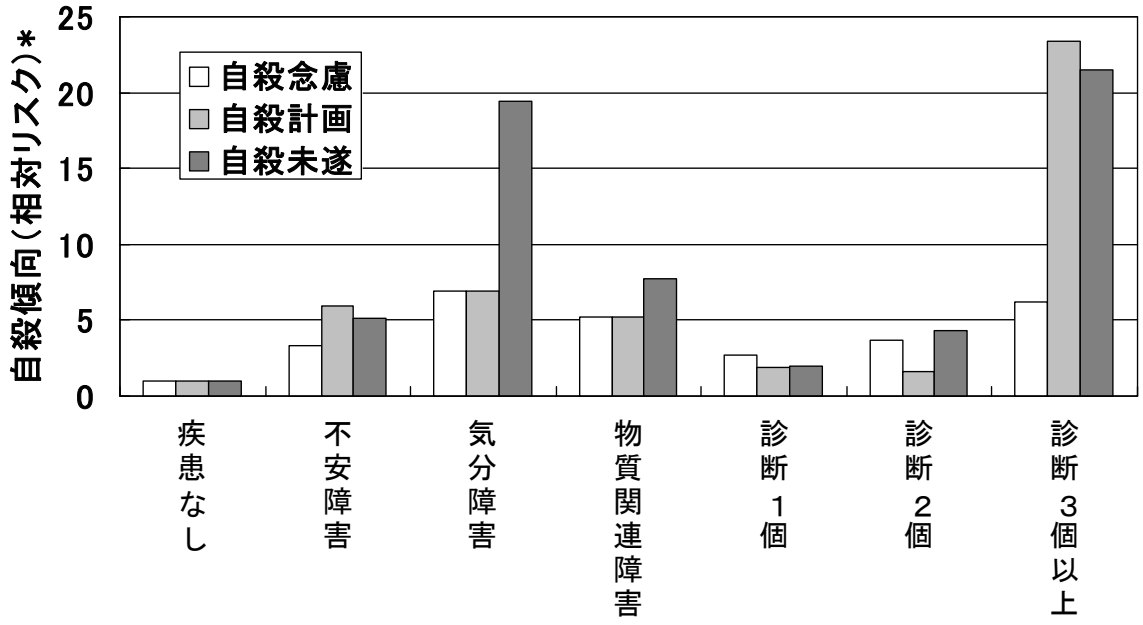

図５　これまでの精神疾患の経験がその後の自殺念慮、自殺計画、自殺未遂の発生に与える影響
＊ 疾患なしを対照（相対リスク=1）とする．2.0 より上の相対リスクは全て有意（p<0.05, 比例ハザード解析、Part II 重み付け）．　Ono Y, et al. Br J Psychiatry (in press)から作図.

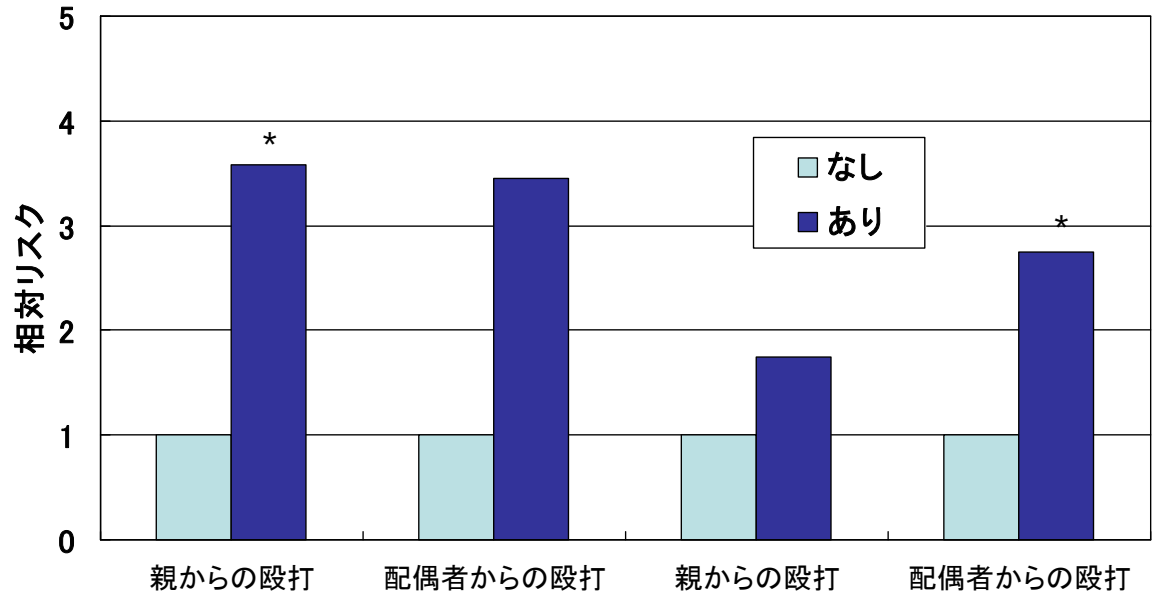

図６　親および配偶者からの暴力がある者における DSM-IV 大うつ病の相対リスク
＊p<0.05, 性別、調査時年齢（出生コホート）を調整した多重ロジステイック解析（Part 2 重み付け）．親からの殴打経験者は 37 名(6.4%)、配偶者からの殴打経験者は 20 名（3.6%）（いずれも重み付け前の値）.

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	WMHJ2002-2003*	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
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	18-65	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	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
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	18-65	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１０　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†

	日本	米国	欧州	中国	メキシコ
診断	%	%	%	%	%
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	3.1	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	0.8	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.

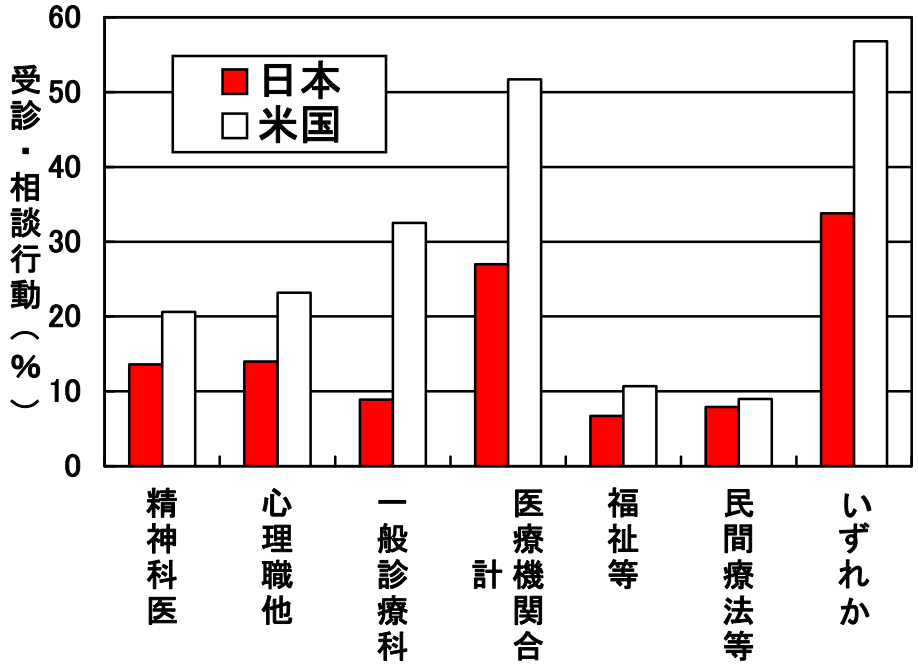

図７　DSM-IV 大うつ病性障害の 12 ヶ月診断ありの者における過去 12 ヶ月間の受診・相談行動（%）：米国（NCS-R）と日本（WMHJ2002-2003 データ）の比較. データの出典は、Kessler RC, et al: JAMA 289: 3095-3105, 2003 および Naganuma Y. et al: Psychiatry Clin Neurosci 60: 240-248, 2006.