

第66回日本医師会設立記念医学大会(2013年11月1日)
日本医師会医学賞受賞講演

地域および職場における心の健康の 実態、関連要因解明および対策に関 する研究

東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野
川上憲人

受賞者略歴

学歴

1981年3月 岐阜大学医学部卒業(同年6月、医師免許取得)
1985年3月 東京大学大学院医学系博士課程(社会医学専攻)単位取得済み退学(同年5月、医学博士)

職歴

1985年4月 東京大学医学部助手(公衆衛生学講座)
1990年1月～19918月 米国テキサス大学公衆衛生大学院
(客員研究員)
1992年10月 岐阜大学医学部助教授(公衆衛生学講座)
2000年7月 岡山大学医学部教授(衛生学講座)
2006年4月 東京大学大学院医学系研究科教授
(精神保健学分野)
2013年4月 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学
専攻長

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 (School of Public Health)

公共健康医学専攻
(専門職学位課程)

疫学保健学講座 (Epidemiology and Health Sciences)

生物統計学 (Biostatistics)
社会予防疫学 (Social and Preventive Epidemiology)
臨床疫学・経済学 (Health Economics and Epidemiology Research)
医療コミュニケーション学 (Health Communication)

行動社会医学講座 (Behavioral Health Sciences)

精神保健学 (Mental Health)
健康教育・社会学 (Health Sociology and Health Education)
保健社会行動学 (Health and Social Behavior)
健康増進科学 (Health Promotion Science)
医療倫理学 (Biomedical Ethics)

医療科学講座 (Health Services Sciences)

健康医療政策学 (Health Policy)
医療情報システム学 (Healthcare Informatics)
臨床情報工学 (Clinical Information Engineering)
法医学・医事法学 (Forensic Medicine and Medical Law)

(協力講座) 疾患生命工学センター・健康環境医工学
(協力講座) 東大病院寄付講座・医療安全管理学

受賞者の社会的活動

学会その他における活動等

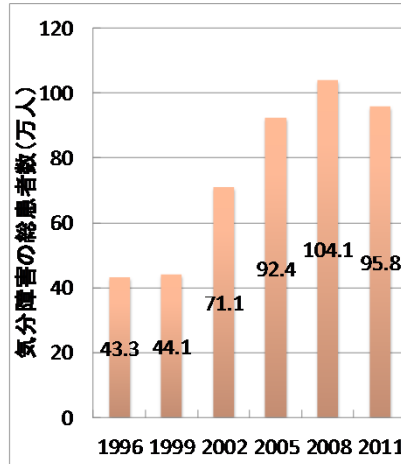
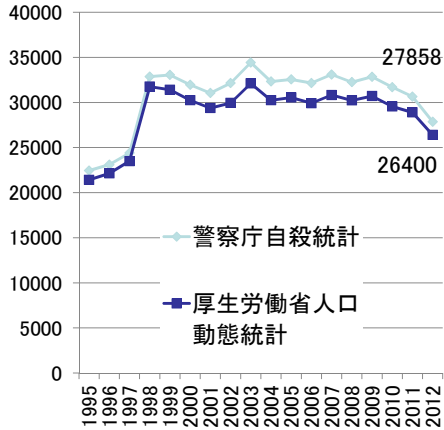
- 日本産業衛生学会理事(2013年学会賞受賞)
- 国際産業保健学会(ICOH)理事
- 日本行動医学会理事
- 国際行動医学会(ISBM)前理事長
- 日本産業ストレス学会理事・副理事長(2013年学会賞受賞)
- 日本産業精神保健学会常任理事
- 日本ストレス学会理事

大型研究プロジェクトの運営

- 文部科学省科学研究費新学術領域研究「現代社会の階層化の機構理解と格差の制御:社会科学と健康科学の融合(略称名「社会階層と健康」)領域代表(平成21~25年度)

わが国の地域におけるこころの健康の現状

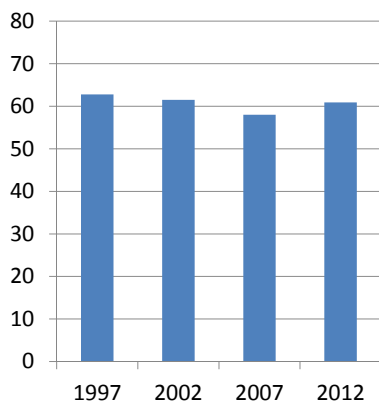
自殺者数



厚生労働省患者調査による総患者数
※気分障害の大部分はうつ病が占める。

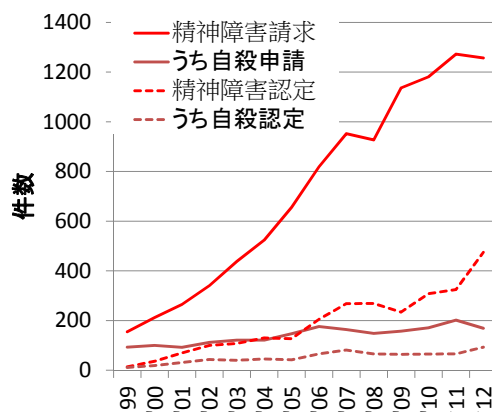
労働者のメンタルヘルスの現状

仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者(%)



出典:労働者健康状況調査

精神障害の労働災害認定件数の動向



地域と職場のこころの健康づくりにおける医師の役割

- 精神科医のみならず、地域で診療する全ての医師が、うつ病を持つ患者が適切に診断され、治療されることに貢献することが求められるようになってきた。
- 職場のメンタルヘルスは事業場が産業医に期待する最重要業務の1つであり、全ての産業医が職場のメンタルヘルスケアに関する知識と技術を有することが求められている。

世界精神保健日本調査(WMHJ)(こころの健康についての疫学調査に関する研究)

- 地域住民を対象としたわが国最大の(非精神病性)精神疾患の疫学調査
- 国際標準の精神科診断面接(WHO-CIDI3.0)による訪問面接調査
- わが国の一般住民における気分、不安、物質使用障害の有病率、受診行動、危険因子、社会機能障害を明らかに
- 平成13~18年度厚生労働科学研究費により実施
- WHO世界精神保健調査(WMH)国際共同研究の一環

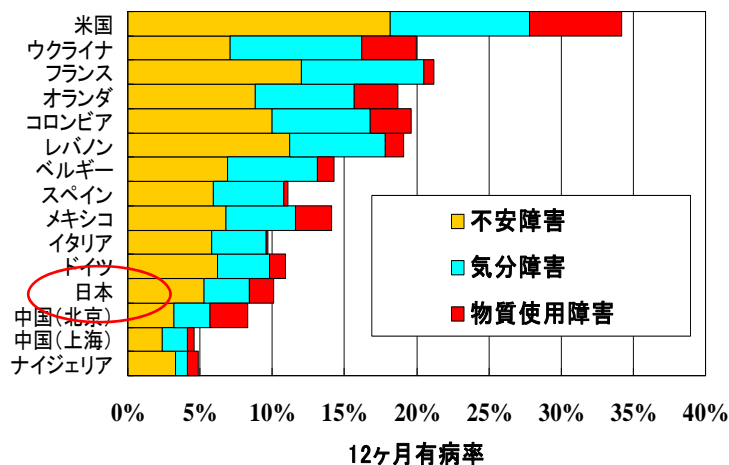


地域住民の精神疾患の有病率(%):世界精神保健日本調査*

DSM-IV 診断		生涯	12ヶ月
不安障害	パニック障害	0.8	0.4
	全般性不安障害	1.8	0.9
	特定の恐怖症	3.4	2.3
	社会恐怖(社交不安障害)	1.4	0.7
	パニック障害の既往のない広場恐怖	0.2	0.1
	PTSD	1.4	0.6
気分障害	大うつ病性障害	6.2	2.1
	気分変調性障害	0.7	0.3
	双極 I-II 型障害	0.2	0.1
衝動制御の障害	間歇性爆発性障害	2.1	0.7
物質使用障害	アルコール乱用または依存	9.6	1.7
	(うちアルコール依存)	1.2	0.3
	薬物乱用または依存	0.2	0.0
	(うち薬物依存)	0.0	0.0
いずれかの障害		24.2	10.0

* 4,134名における最終的な解析(サンプリングウェイト考慮後).

気分、不安、物質使用障害の12ヶ月有病率:
世界精神保健調査*



* 図は2つ以上の精神疾患の合併を考慮していないため積み上げた精神疾患の有病率は過大に表現されている。WHO World Mental Health Consortium. JAMA 2004.

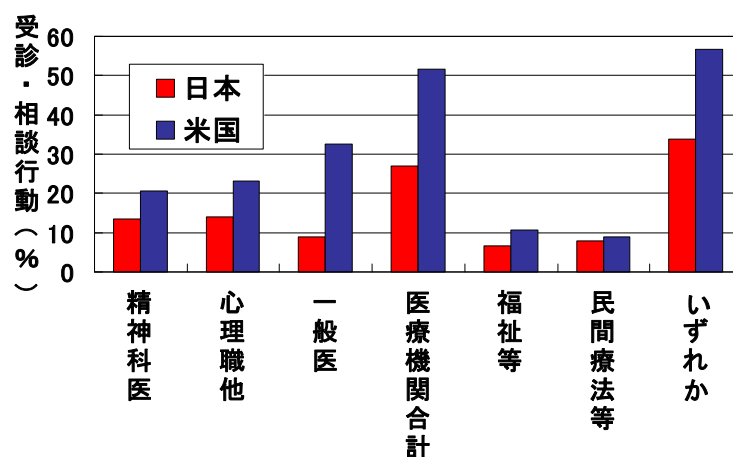
過去12ヶ月の精神疾患による受診率：WMH調査

	国	重症	中等症	軽症
低所得	ナイジェリア	21.3	13.8	10.0
低中所得	中国	11.0	23.5	1.7
	コロンビア	27.8	10.3	7.8
	南アフリカ	26.2	26.6	23.1
	ウクライナ	25.7	21.2	7.6
高中所得	レバノン	20.1	11.6	4.0
	メキシコ	25.8	17.9	11.9
高所得	ベルギー	60.9	36.5	13.9
	フランス	48.0	29.4	21.1
	ドイツ	53.1	32.3	14.4
	イスラエル	40.0	23.9	20.3
	イタリア	51.0	25.9	17.3
	日本	24.2	24.2	12.8
	オランダ	50.4	31.3	16.1
	ニュージーランド	56.6	39.8	22.2
	スペイン	58.7	37.4	17.3
	米国	59.7	39.9	26.2

Wang et al. Lancet, 2007.

11

大うつ病性障害の12ヶ月診断ありの者における 過去12ヶ月間の受診行動(%)の日米比較*



* 日本はWMH-J2002-2003(Naganuma et al, 2006)による。米国はNCS-R (Wang et al, 2005)。

最終学歴までの精神疾患の罹患経験と現在の世帯所得との関係:WMH22カ国

個人レベルでの所得の減少

精神疾患の数	世帯所得の減少 (その国の世帯所得中央値からの減少割合%)
0	--
1	2%
2	2%
3	8%*
4	18%*
5+	18%*

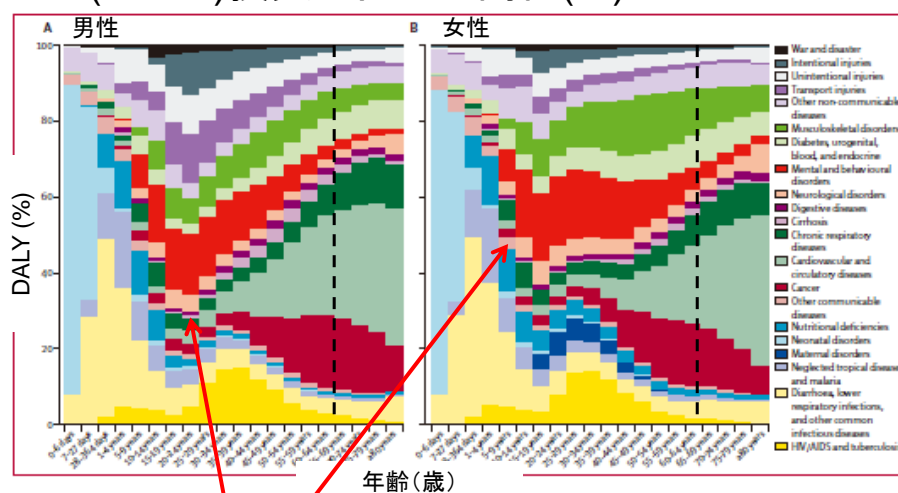
* p<0.05.

集団レベルの所得の減少
(人口寄与危険割合,
PARP)

	PARP %
合計	1.1
低所得国 ／低中所得国	0.5
高中所得国	1.0
高所得国	1.4

Kawakami et al. Biol Psychiatry, 2012.

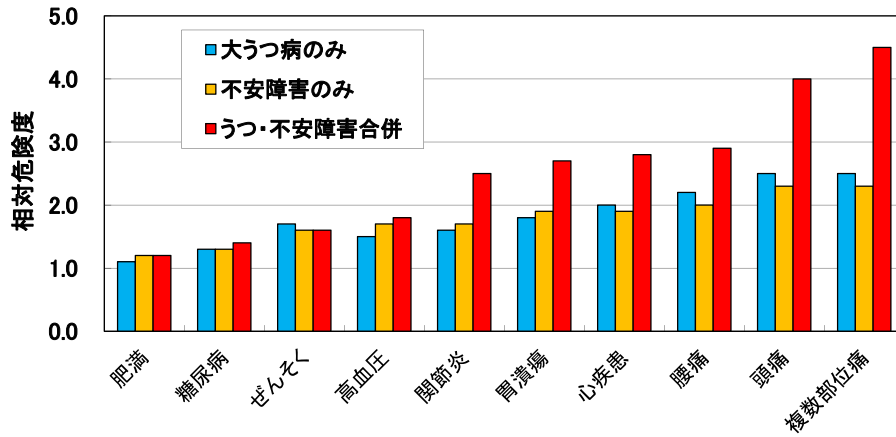
年齢別にみた疾患群ごとの障害調整生存年 (DALY) 損失に占める割合(%): GBD2010



精神および行動の障害

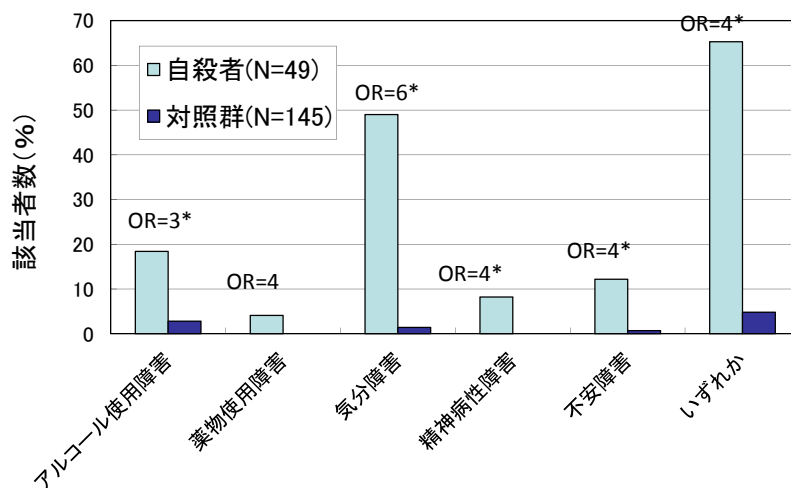
Murray et al. Lancet, 2012

身体疾患とうつ病・不安障害の合併(12ヶ月有病率の比) : WMH国際共同研究



相対危険度1.2以上の関連性は有意(p<0.05). Scott et al. *J Affect Dis*, 2007.

精神障害と自殺リスク: わが国の最初の自殺の心理学的剖検全国調査



OR=オッズ比. * p<0.01.

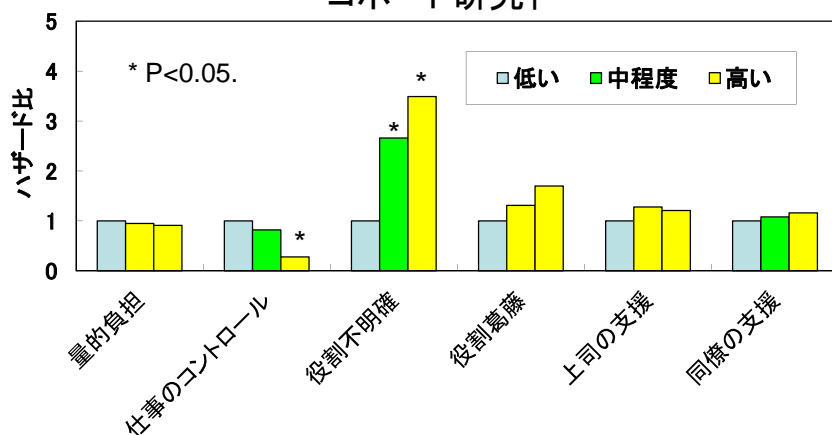
Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, et al. *J Affect Dis* (2012).

世界精神保健日本調査セカンド

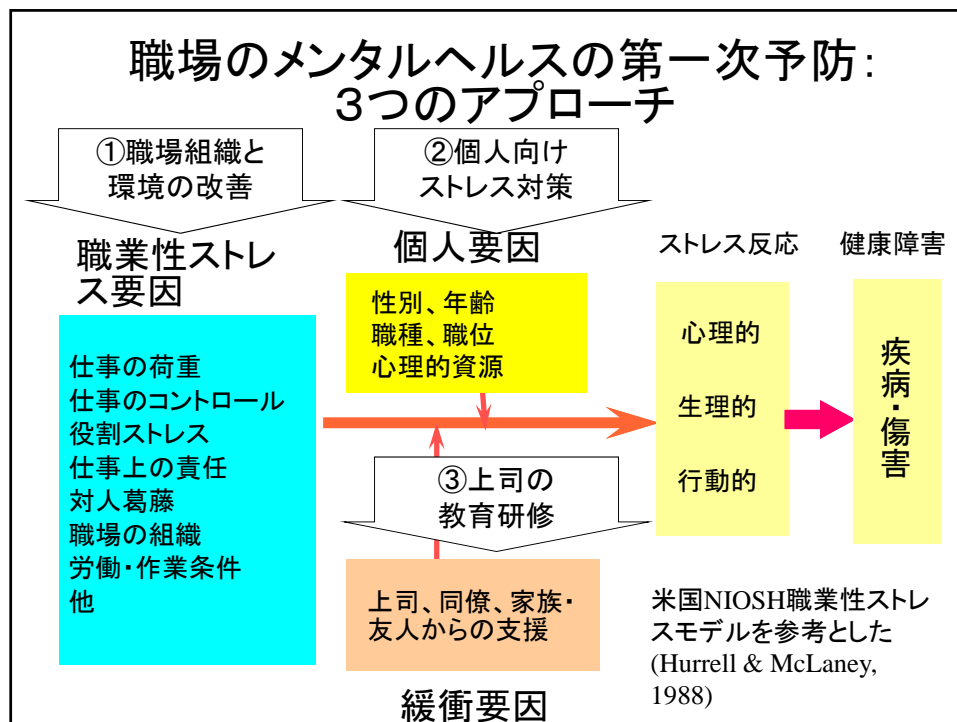
- 二段階無作為抽出によりわが国の20-74歳の地域住民の代表サンプル3,000件 (回答率60%)を2013-15年の3年間で面接調査。
- 日本語版WHO-CIDI3.0を使用。ただし一部の質問項目を改変。
- 10年前の世界精神保健調査との比較で精神疾患の有病率および受診行動の変化を明らかにする
- 2010年代における精神疾患の社会的負担および新しい関連要因(社会階層や地域特性)を明らかにする

17

男性労働者における仕事のストレスと5年間の追跡期間中のうつ病による30日以上疾病休業：JSTRESS コホート研究†



† Inoue A, et al. J Epidemiol Comm Health, 2009. ベースラインで精神疾患により受療中の者を除き、年齢、職種、学歴、婚姻、慢性身体疾患、抑うつ症状、神経症傾向を調整し、「低い」を1としたハザード比を示す。



1. 従業員参加型の職場環境改善

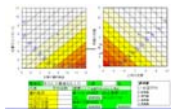
1. Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2009 May;51(5):554-63.
2. Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A, Kawakami N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *J Occup Health.* 2008;50(6):455-70.

従業員参加型の職場環境改善

ファシリテーターが仲介役として議論を活性化



ストレスと職場環境改善について学ぶ(30分)



仕事のストレス判定図を参考にすることも。

管理職が実施するプランを決定する(10分)

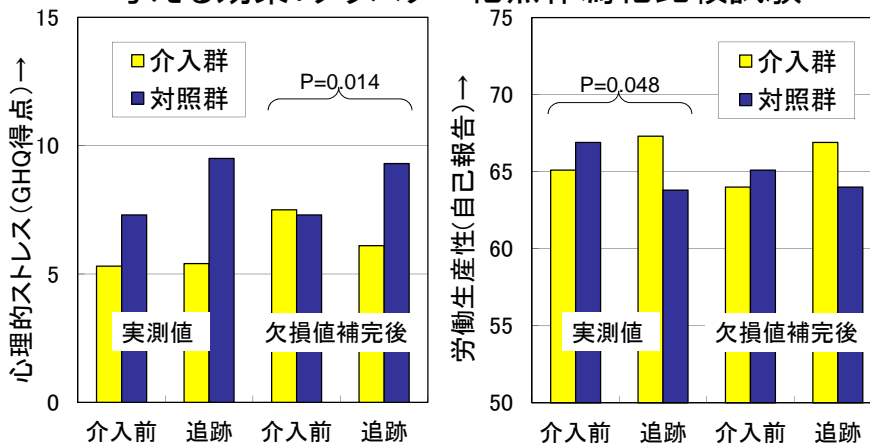


グループで職場環境改善プランを考え、発表する(60分)。ヒント集などを使うと効果的。

担当者を決めて改善を実施

平成14-16年度厚生労働科学研究費補助金「職場環境などの改善方法とその支援方策に関する研究」(主任研究者 下光輝一)

参加型職場環境改善が精神健康および労働生産性に与える効果: クラスター化無作為化比較試験



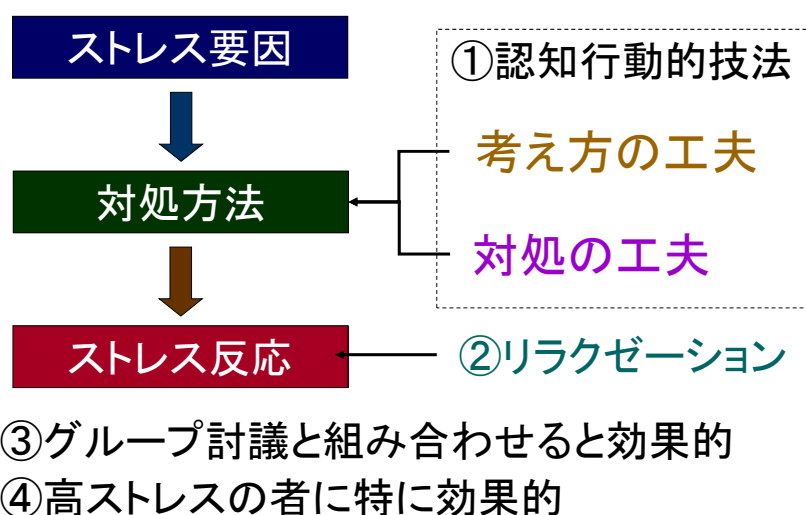
介入前調査は2005年7月、追跡調査は2006年8月。参加型ワークショップの10ヶ月後。
GHQ: General Health Questionnaire; 労働生産性は WHO Health and Performance Questionnaireによる。

Tsutsumi et al. J Occup Environ Med. 2009.

2. 個人向けストレスマネジメント

1. Hirokawa K, et al. Effects of a Stress Management Program for Hospital Staffs on Their Coping Strategies and Interpersonal Behaviors. *Ind Health*. 2012;50(6):487-98.
2. Furukawa TA, et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2012;7(4):e35330.
3. Umanodan R, et al. Effects of a worksite stress management training program with six short-hour sessions: a controlled trial among Japanese employees. *J Occup Health*. 2009;51(4):294-302.
4. Suzuki E, et al. Evaluation of an internet-based self-help program for better quality of sleep among Japanese workers: a randomized controlled trial. *J Occup Health*. 2008;50(5):387-99.
5. Taniguchi T, et al. The immediate effects of 10-minute relaxation training on salivary immunoglobulin A (s-IgA) and mood state for Japanese female medical co-workers. *Acta Med Okayama*. 2007 Jun;61(3):139-45.
6. Shimazu A, et al. Effects of web-based psychoeducation on self-efficacy, problem solving behavior, stress responses and job satisfaction among workers: a controlled clinical trial. *J Occup Health*. 2005 Sep;47(5):405-13.

効果的な個人向けストレスマネジメント



Van der Klink et al (2001); 島津他(2010)などの総説による。

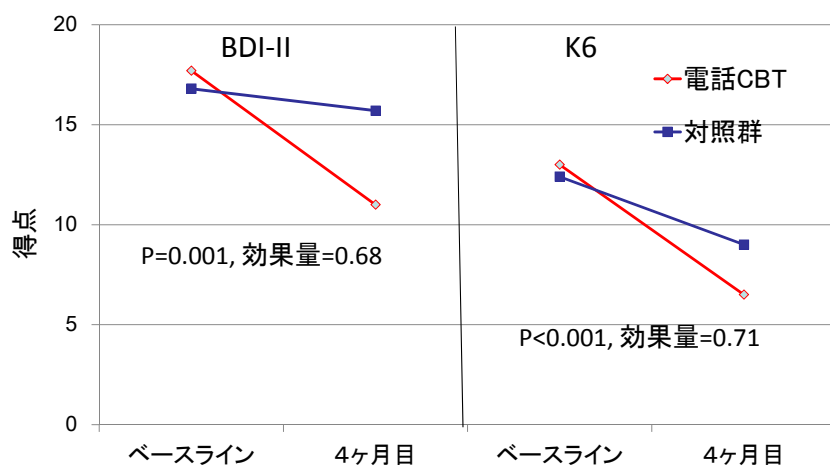
電話による認知行動療法 (tCBT)が抑うつ軽減に与える効果



- 全8回、1回30分
- 3ヶ月間
- テキストを配布。宿題あり
- 訓練を受けた臨床心理士による

Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, et al. (2012) Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: A randomized controlled trial. PLoS ONE 7(4): e35330. doi:10.1371/journal.pone.0035330

電話による認知行動療法の効果: 4ヶ月目のフォローアップ時の介入群と対照群との比較*

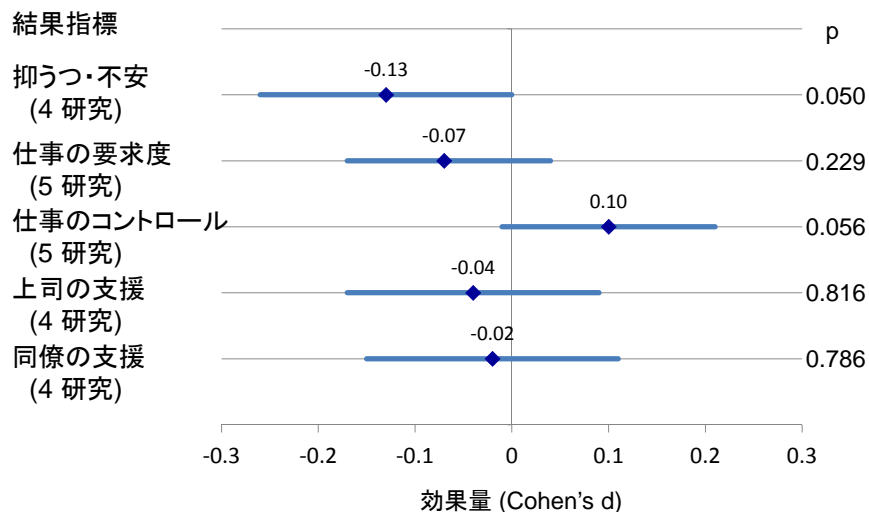


* 4ヶ月目の得点は、混合モデルにより推定。効果量は、4ヶ月目の平均の差をプールした標準偏差で除して計算した。

3. 管理監督者向けメンタルヘルス教育

1. Kawakami N, et al. Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: a randomized controlled trial. *Prev Med.* 2005 Aug;41(2):471-8.
2. Tsutsumi A, et al. Effects of a supervisory education for positive mental health in the workplace: a quasi-experimental study. *J Occup Health.* 2005 May;47(3):226-35.
3. Kawakami N, et al. Effects of web-based supervisor training on job stressors and psychological distress among workers: a workplace-based randomized controlled trial. *J Occup Health.* 2006 Jan;48(1):28-34.
4. Takao S, et al. Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial. *J Occup Health.* 2006 Nov;48(6):494-503.

管理監督者の教育研修の部下のストレスに対する効果 ：メタ分析



◆と横線は、それぞれ要約された効果量およびその95信頼区間を示している。上司の支援への効果については研究間で有意な異質性がみられた (p=0.036)。

科学的根拠に基づいた 職場のメンタルヘルス不調の第 一次予防のガイドラインの作成



平成21-23年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」(主任研究者 川上憲人)から. 成果は <http://www.jstress.net>に掲載中.

科学的根拠に基づく職場環境改善の評価と改善*

項目	推奨
計画・組織づくり	<p>推奨1 (事業場での合意形成) 職場環境改善の目的、方針、推進組織について事業場で合意形成します。</p> <p>推奨2 (問題解決型の取り組み) 問題指摘型は避け、問題解決型で取り組みます。</p>
実施手順の基本ルール	<p>推奨3 (良好事例の活用) 実施可能な改善策を立てるために、職場内外の良好事例を参考にします。</p> <p>推奨4 (労働者参加型で実施) 改善策の検討や実施に労働者が参加できるように工夫します。</p> <p>推奨5 (職場環境に幅広く目配り) 心身の負担に関連する職場環境や労働条件に幅広く目配りして優先順位をつけ、改善策を検討します。</p>
実効性のある改善策の提案	<p>推奨6 (現場に合わせた提案の促進) 職場の状況・タイミング・資源を考慮して具体的な改善策を検討します。</p> <p>推奨7 (ツール提供) 現場の気づきやアイデアを引き出し、行動に移しやすい提案を促すことができるツールを活用します。</p>
実施継続	<p>推奨8 (フォローアップと評価) 職場環境改善の実施を継続させるために中間報告の提出を求めたり、期間を設定して実施状況や成果を確認します。</p>

* 平成23年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」分担研究報告書(吉川他、2012)から。

科学的根拠に基づく個人向けストレス対策*

項目	推奨
計画・準備	<p>推奨1 心理的ストレス反応の低減を目的としたプログラムの場合、最低2回の教育セッションと1回のフォローアップを設ける。</p> <p>推奨2 職場のメンタルヘルスの専門家、もしくは事業場内産業保健スタッフが実施する。</p> <p>推奨3 労働者のストレス状況を評価する場合は、評価結果を返却するだけでなく、ストレス軽減のための具体的な方法を併せて提供する。</p>
内容	<p>推奨4 プログラムでは、<u>認知・行動的アプローチに基づく方法を単独で用いるか、リラクゼーションと組み合わせて実施する。</u></p>
形式	<p>推奨5 事業場や参加者の特徴・状況に合わせて、提供形式(集合教育、個別教育)を選択する。</p>
事後の対応	<p>推奨6 教育セッションの終了後にフォローアップセッションを設け、プログラムで学んだ知識や技術を振り返る機会や日常生活での適用を促進する機会を設ける。</p>

* 平成23年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」分担研究報告書(島津他、2012)から。

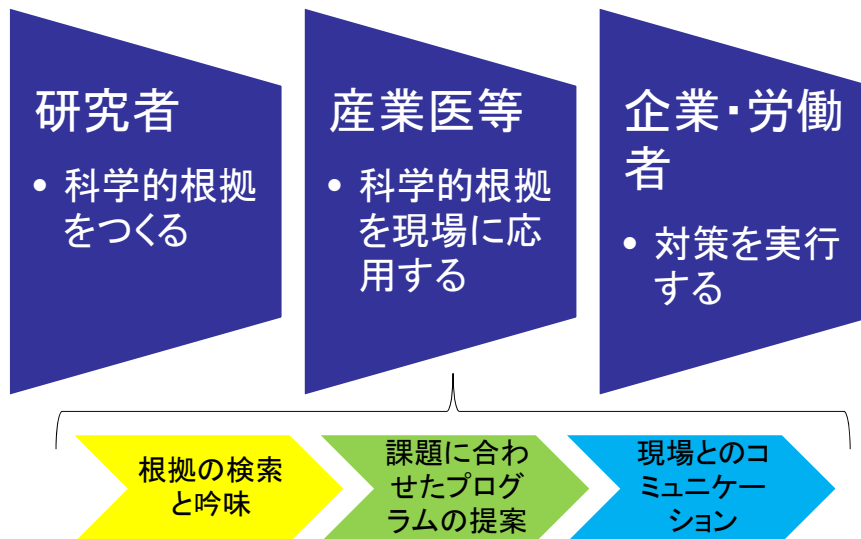
科学的根拠に基づく管理監督者メンタルヘルス研修*

項目	推奨
対象の選定	<p>推奨1 全ての管理職にメンタルヘルス研修を実施する(B)</p> <p>推奨2 教育の必要性の高い集団を同定し、優先して研修を行う(A)</p> <p>推奨3 対象事業場のニーズや状況に焦点をあわせた研修を企画する(A)</p>
内容・形式	<p>推奨4 研修内容には、事業場における労働者の心の健康の保持増進のための指針で推奨されている事項および代表的な職業性ストレス要因に関する事項を含める(A)</p> <p>推奨5 管理監督者の行動変容を目的として研修を行う(B)</p>
研修頻度・期間	<p>推奨6 管理監督者教育は一度だけでなく、複数回繰り返して実施する(B)</p> <p>推奨7 <u>1年に1回研修を行う(A)</u></p>

(A)から(C)は根拠(エビデンス)の強さのレベル:(A)無作為化比較試験の成果に基づく項目、(B)観察研究の成果に基づく項目、(C)研究成果はないものの多くの専門家が有効と考えている項目。

* 平成22年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」分担研究報告書(堤他、2011)から。

科学的根拠と現場をつなぐ



おわりに

- 近年の疫学研究および介入研究が、地域と職場における心の健康問題の実態を明らかにし、またその対策につながる成果を提供している。
- わが国でも気分・不安・物質使用障害の頻度は高いが、医療機関への受診率は低い。これらの精神疾患と身体疾患との間に強い関係があり、日常診療で十分着目する必要がある。
- 労働者のメンタルヘルス不調を予防するための職場環境等の改善、個人向けストレスマネジメント、管理監督者教育の3つの方法を産業医等が効果的に実施するためのガイドラインが作成されている。