

表29: 精神的健康

		「一般的に見て、あなたの精神的な健康は、きわめて良いですか、とても良いですか、良いですか、まあまあですか、それとも不健康ですか」												再掲	
性別	年齢層	きわめて良い		とても良い		良い		まあまあ		不健康		合計		精神的健康がよい者*	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	10	20.4	13	26.5	17	34.7	8	16.3	1	2.0	49	100.0	40	81.6
	35-44	9	24.3	9	24.3	10	27.0	7	18.9	2	5.4	37	100.0	28	75.7
	45-54	10	21.7	4	8.7	20	43.5	8	17.4	4	8.7	46	100.0	34	73.9
	55-64	10	17.2	15	25.9	21	36.2	12	20.7	0	0.0	58	100.0	46	79.3
	65+	21	33.9	12	19.4	18	29.0	10	16.1	1	1.6	62	100.0	51	82.3
	男性計	60	23.8	53	21.0	86	34.1	45	17.9	8	3.2	252	100.0	199	79.0
女性	20-34	8	14.5	13	23.6	23	41.8	9	16.4	2	3.6	55	100.0	44	80.0
	35-44	12	19.0	17	27.0	22	34.9	11	17.5	1	1.6	63	100.0	51	81.0
	45-54	5	10.0	13	26.0	20	40.0	10	20.0	2	4.0	50	100.0	38	76.0
	55-64	9	20.5	10	22.7	13	29.5	12	27.3	0	0.0	44	100.0	32	72.7
	65+	10	16.9	12	20.3	21	35.6	14	23.7	2	3.4	59	100.0	43	72.9
	女性計	44	16.2	65	24.0	99	36.5	56	20.7	7	2.6	271	100.0	208	76.8
	合計	104	19.9	118	22.6	185	35.4	101	19.3	15	2.9	523	100.0	407	77.8

* 精神的な健康が「きわめて良い」「とても良い」あるいは「良い」と回答した者

注) 欠損値が存在するため面接完了者数より若干少ない。

表30:これまでの自殺関連行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 ^{注1)}	これまでに本気で自殺を考えた*		これまでに自殺の計画をたてた		これまでに自殺を試みた	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	49	4	8.2	0	0.0	1	2.0
	35-44	34	2	5.9	1	2.9	0	0.0
	45-54	45	6	13.3	2	4.4	2	4.4
	55-64	57	4	7.0	0	0.0	0	0.0
	65+	61	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	男性計	246	16	6.5	3	1.2	3	1.2
女性	20-34	55	4	7.3	0	0.0	0	0.0
	35-44	62	2	3.2	0	0.0	1	1.6
	45-54	50	4	8.0	1	2.0	1	2.0
	55-64	41	1	2.4	0	0.0	0	0.0
	65+	57	1	1.8	0	0.0	0	0.0
	女性計	265	12	4.5	1	0.4	2	0.8
	合計	511	28	5.5	4	0.8	5	1.0

^{注1)} 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている

表31: 過去12カ月間の自殺関連行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 ^{注1)}	過去12カ月間に本気で自殺を考えた		過去12カ月間に自殺の計画をたてた*		過去12カ月間に自殺を試みた	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	49	1	2.0	0	0.0	0	0.0
	35-44	34	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	45-54	45	2	4.4	1	2.2	0	0.0
	55-64	57	1	1.8	0	0.0	0	0.0
	65+	61	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	男性計	246	4	1.6	1	0.4	0	0.0
女性	20-34	55	1	1.8	0	0.0	0	0.0
	35-44	62	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	45-54	50	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	55-64	41	1	2.4	0	0.0	0	0.0
	65+	57	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	女性計	265	2	0.8	0	0.0	0	0.0
合計	511	6	1.2	1	0.2	0	0.0	

^{注1)} 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」
分担研究報告書

こころの健康に関する方法論の検討と改善，統計解析

研究分担者	立森久照	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長
研究協力者	尾崎紀夫	名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野・教授
	秋山剛	NTT 東日本関東病院精神神経科・部長
	和田清	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・部長
	松本俊彦	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長
	鈴木太	名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野・助教
	徳倉達也	名古屋大学医学部付属病院・助教
	下田陽樹	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・流動研究員
研究代表者	川上憲人	東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨：【目的】統合国際診断面接法（CIDI）3.0による双極性障害と物質関連障害の診断評価の妥当性を明らかにすることを目的とする。【方法】双極性障害を有する患者40名程度とそれと同数の双極性障害を有しない者に対して実施されたCIDI，SCIDなどのデータを用いて，双極性障害の診断評価を行う。SCIDによる診断をゴールドスタンダードとし，CIDIによる双極性障害の診断評価の妥当性を κ 係数などにより評価し，質問票の妥当性検討を行う。さらに同時に収集されている状態評価尺度（HAM-D，YMRS）やアドヒアランス（BMIB）と人格傾向（TCI）のデータを用いて面接法と質問紙法の（診断，症状の）評価が異なる場合に，それを修飾する可能性因子についての検討も行う。物質関連障害についても，SCIDによる診断をゴールドスタンダードとしCIDI診断評価の妥当性を評価することを検討中である。【結果】CIDIによる双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行った。具体的には，倫理的な手続き，調査に用いる調査票の作成，面接調査員のトレーニングを完了した。本年度研究により，調査の準備が完了した。CIDIによる物質関連障害の診断評価の妥当性検討のための調査に関しては，研究協力者および研究実施施設の候補を選定し，研究協力者と調査のフィージビリティを検討した。その結果，調査の実施が可能と判断し，来年度から具体的な調査の準備を始めることとした。【結論】CIDIによる双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を完了し，来年度から調査を開始することが可能となった。物質関連障害のCIDI診断の妥当性を評価する研究も調査の実施が可能と判断できたので，来年度から具体的な調査の準備を始めることとした。

A. 研究目的

2013年から2015年にかけて、2010年代中盤の地域住民における精神障害の頻度と受診行動、それらの関連要因や社会生活、自殺行動への影響を検討することを目的に、世界精神保健日本調査セカンド（WMHJ2）が行われる。調査は世界保健機関（World Health Organization: WHO）の主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学プロジェクトの一環として実施され、その調査結果は国内の疫学データとして有用なばかりでなく、統一規格

に基づく国際比較にも利用可能である。本研究は、東京大学より提供されるWMHJ2の調査データに基づき、わが国の地域住民における現在の各種心の健康問題の相関、受診・相談行動の解析による地域のニーズを明らかにするとともに、2002年から2006年にかけて行われた第1回調査との比較により、近年の疫学的動態、地域住民における需要や認識の変化に関する知見を提供する研究である。

統合国際診断面接法（CIDI）3.0は、WHOが開発した世界的に標準化された精神疾患の構造化面接

による診断評価法である。CIDI は日本語版も作成され、2002 年から 2006 年に実施された地域住民を対象とした大規模な精神障害に関する疫学研究（世界精神保健日本調査）でも使用された。CIDI は原典である英語版での診断評価の妥当性は検証されているが、日本語版の妥当性はうつ病セクションなど一部のセクションにおいて検証されているのみである。日本語版は、翻訳逆翻訳や十分な経験を有する複数の精神医学の専門家による訳語の確認など、英語版と内容が一致するよう十全の配慮のもとで作成した。そのため英語版での妥当性が検証されていることは、日本語版も一定の妥当性を有することの根拠にはなるが十分とはいえない。日本語版の診断評価の妥当性を検討する必要がある。

そこで日本の双極性障害および物質関連障害に関する疫学的実態の把握に資するため、WHO が開発した世界的に標準化された精神疾患の構造化面接による診断評価尺度である CIDI3.0 の日本語版による両障害の診断評価の妥当性を評価することを目的に研究を開始した。

B. 研究方法

1. 対象

研究全体の主幹機関によって、双極性障害を有する患者のうち、主治医の許可が取れた患者に対し診療時に研究の説明と協力依頼を医師の協力のもと書面で行い、これに同意した者を対象者として収集されたデータを主幹機関から提供を受けて用いる。

2. 方法

本研究では、以下に述べる内容の CIDI 日本語版による双極性障害の診断評価の妥当性の検証を行う。

双極性障害を有する患者 40 名程度とそれと同数の双極性障害を有しない者に対して実施された CIDI, SCID などのデータを用いて、双極性障害の診断評価を行う。SCID による診断をゴールドスタンダードとし、CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性を κ 係数などにより評価し、質問票の妥当性検討を行う。さらに同時に収集されている状態評価尺度 (HAM-D, YMRS) やアドヒアランス (BMIB)

と人格傾向 (TCI) のデータを用いて面接法と質問紙法の (診断, 症状の) 評価が異なる場合に、それを修飾する可能性因子についての検討も行う。なお当該研究に用いるデータは研究全体の主幹機関において個人情報と切り離すことにより連結可能匿名化されたものを用いる。

物質関連障害についても、SCID による診断をゴールドスタンダードとし CIDI 診断評価の妥当性を評価することを検討中である。

(倫理面への配慮)

本研究のうち、双極性障害の診断評価の妥当性については、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認 (承認番号: 25-512) ならびに名古屋大学医学部倫理審査委員会の承認 (承認 No. 237-4) を得て実施する。物質関連障害の診断評価の妥当性については、来年度に独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会に審査を申請し、承認が得られてから調査を開始する予定である。

C. 研究結果

本年度は研究実施のための準備の期間に位置づけられる。

CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行った。具体的には、倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。本年度研究により、調査の準備が完了した。

D. 考察

CIDI による物質関連障害の診断評価の妥当性検討のための調査に関しては、研究協力者および研究実施施設の候補を選定し、研究協力者と調査のフイービリティを検討した。その結果、調査の実施が可能と判断し、来年度から具体的な調査の準備を始めることとした。

CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討について来年度は実査を予定している。また、来年度は双極性障害に加えて、物質関連障害のセクションの CIDI 診断の妥当性を評価する研究にも着手する予定である。

E. 結論

CIDIによる双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行い、倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了し、来年度から調査を開始することが可能となった。物質関連障害のセクションのCIDI診断の妥当性を評価する研究も研究協力者と調査のフィージビリティを検討し、調査の実施が可能と判断できたので、来年度から具体的な調査の準備を始めることとした。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究:世界精神保健日本調査セカンド」
(H 2 5 - 精神 - 一般 - 0 0 6)
分担研究報告書

国際連携

研究分担者 竹島 正 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・部長
研究協力者 高橋清久 (公財)精神・神経科学振興財団・理事長
研究協力者 立森久照 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長
研究協力者 西 大輔 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長
研究協力者 山内貴史 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・研究員
研究代表者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨:【研究目的】「世界精神保健日本調査セカンド」に関連して、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催すること、その成果をまとめることを目的とする。【研究方法】WPA(世界精神医学会)疫学・公衆衛生セクションミーティング(WPASEPH2014)が2014年10月15-18日に奈良で開催されることから、このミーティングに、世界精神保健調査に参加する海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等を招へいし、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催することとして、その具体的な検討を行った。【結果及び考察】WPASEPH2014の国際委員会との協議の結果、WPAに承認されたテーマである「トラウマとメンタルヘルス」はそのまま使用することとして、日本において、精神医学、公衆衛生学の双方の精神保健疫学への関心を高めるためのプログラムを充実させることを念頭に、国内委員会、プログラム骨子等をまとめた。【結論】WPASEPH2014において本研究に関連したプログラムを実施することは、日本における精神医学と公衆衛生学の精神保健疫学への関心を高め、それを持続的に発展させる重要な機会になるため、関係する学会、団体等に広く参画を呼びかけるとともに、その成果を公表していくことが望まれる。

A 研究目的

2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本の代表サンプルにおいて明らかにすることを目的として「世界精神保健日本調査セカンド」が行われている。本研究は、これに関連して、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応

用について国際会議を開催すること、その成果をまとめることを目的とした。

B 研究方法

WPA 疫学・公衆衛生セクションミーティングが2014年10月16-18日に奈良で開催されることが決まったことから(WPA Section on Epidemiology and Public Health -2014 Meeting。以下、WPASEPH2014とする)、

このミーティングに、世界精神保健調査に参加する海外研究者、精神保健疫学に関心をもつ国内研究者等を招へいし、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についてのプログラムを組み込むこととして、WPASEPH2014の趣旨、プログラムの検討を行った。なお、検討に当たっては、WPASEPH2014の国際委員会(IC)等と連携を取るとともに、研究分担者が国内委員会(LC)の会長を務めることから、WPASEPH2014のプログラム全体との整合を図った。

(倫理面への配慮)

本研究では研究倫理に関する個人情報扱っていない。

C 結果

WPA 疫学・公衆衛生セクションにおいては、すでにWPA(世界精神医学会)にWPASEPH2014のテーマを「トラウマとメンタルヘルス」にすることを報告し、その承認を得ていた。これは、開催地である日本が東日本大震災を経験したことを念頭に置いたもので、精神保健疫学と公衆衛生がトラウマとそれによるメンタルヘルスの問題の予防、そして悪化の防止にどのように役立つかに焦点を当て、自然災害(地震と津波)、戦争、暴力、災害などのさまざまな避難民、被爆の脅威のメンタルヘルスへの影響-特に子どもと思春期-などについて、短期的なものから長期的なものまで、世界各国の専門家によるシンポジウムを組む計画を立てていた。また、10月15日には日本の研究者・精神保健医療の実務者・行政担当者を対象とした「世界精神保健」調査の政策的活用に関するシンポジウム、アジア太平洋地域の疫学と公衆衛生的介入をテーマにしたシンポジウムを開催することとしていた。

WPASEPH2014のLCにおいては、下記の理由から、LC主導のプログラムを充実するべく、ICと協議を行った。

1)WHO(世界保健機関)は、2013年の第66回総会において、「メンタルヘルス・アクションプラン2013-2020」を採択した¹⁾。その中心となる考え方は

「No health without mental health(精神保健なくして健康なし)」であって、これに関連したプログラムを用意することは時宜に適したことである。

2)少子高齢化の進むわが国において、国民のかかえるメンタルヘルスの問題は増大しており、精神医学と公衆衛生の領域が、国民のメンタルヘルスを守り、増進させるという視点から連携していくことが期待される。WPASEPH2014の開催は、国内の研究者等にそのメッセージを届ける重要な機会になる。

WPASEPH2014のICとの協議の結果、WPAに承認された「トラウマとメンタルヘルス」はそのまま使用することとして、日本において、精神保健疫学への関心を高めるためのプログラムを充実させるため、下記の取組を行うこととした。

1)精神医学と公衆衛生の両者の積極的な参加協力を得ることができるようLCを構成するとともに、関連する学術団体等に働きかける。

2)10月16-18日の3時間をICとLCの共通シンポジウムとして、後の時間帯に、LC主導のプログラムを設けることとした。そして、メイン会場のほか、第2会場を設け、2つのシンポジウム等が同時進行できるようにする。また、1日のプログラムのうちの2時間程度は日本語プログラムを設ける。

3)一般演題の募集においては、「メンタルヘルス・アクションプラン2013-2020」に掲げられ4つの達成(To strengthen effective leadership and governance for mental health、To provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings、To implement strategies for promotion and prevention in mental health、To strengthen information systems, evidence and research for mental health)を参考にする。

その結果、2月26日のLC会議を本分担研究打ち合わせと並行して行い、下記の大枠を決定した。

1)主催

公益財団法人 精神・神経科学振興財団
WPASEPH2014 国内委員会 LOC の構成

2) LC の構成

会長：竹島正（（独）国立精神・神経医療研究センター）

副会長：高橋清久（（公財）精神・神経科学振興財団）

組織委員：秋山剛（日本精神神経学会/NTT 東日本関東病院）、飛鳥井望（（公財）東京都医学総合研究所）、井上新平（日本社会精神医学会/福島県立医科大学津医療センター）、笠井清登（東京大学）、川上憲人（東京大学）、神庭重信（日本うつ病学会/九州大学）、岸本年史（奈良県立医科大学）、金吉晴（（独）国立精神・神経医療研究センター）、車谷典男（奈良県立医科大学）、高橋祥友（筑波大学）、立森久照（（独）国立精神・神経医療研究センター）、中村好一（自治医科大学）、西大輔（（独）国立精神・神経医療研究センター）、古川壽亮（京都大学）、水野雅文（日本精神保健・予防学会/東邦大学）、森川将行（全国精神保健福祉センター長会/堺市こころの健康センター）、山内貴史（（独）国立精神・神経医療研究センター）

3) 開催期間

2014年10月15日（水）～18日（土）

4) 開催場所

奈良県新公会堂（〒630-8212 奈良市春日野町10）

5) 後援団体等

厚生労働省、奈良県、（独）国立精神・神経医療研究センター、関連学会及び団体等に幅広く協力を依頼する。精神医学、公衆衛生学において精神保健疫学の発展に寄与されてきた方々に顧問を依頼する。

現時点のプログラム骨子を図1にまとめた。

D 考察

WHO の「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」の“*No health without mental health*（メンタルヘルスなしに健康なし）”を原則として、精神健康の増進、精神疾患の予防、精神障害を有する人の人権擁護と、死亡率、罹患率の低減を進めることをゴールに設定している¹⁾。“*No health without mental health*”は Prince らによる論文のタイトルであって、そこには

“精神疾患は感染性疾患と非感染性疾患、故意でない外傷と故意の外傷のリスクを高める。言い換えると、多くの健康上の問題は精神疾患のリスクを高め、これらの合併は援助希求行動、診断そして治療を複雑にするし、予後に影響を及ぼす。メンタルヘルスの問題への対処は、保健医療と社会政策、保健医療システムの計画、そして一次レベルおよび二次レベルの一般保健医療に統合されなければならない。”と述べられている²⁾。

「世界精神保健日本調査ファースト」は、(a)精神疾患の社会生活へのインパクトが大きいこと、(b)精神疾患の成因を、子供時代の困難など、ライフコースで考える必要があること、(c)身体疾患や他の精神疾患の有病率に影響を与えることなどを明らかにして、WHO の「メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020」の実現に貢献してきた。少子高齢化の進むわが国において、国民のかかえるメンタルヘルスの問題は増大しており、WPASEPH2014 と本研究に関連したプログラムが、国際的な精神保健疫学の発展と、日本における精神医学と公衆衛生学の共同研究を持続的かつ強固に発展させる機会になること、それによって国民の福祉に貢献していくことが期待される。

E 結論

「世界精神保健日本調査セカンド」に関連して、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用についての国際会議を開催すること、その成果をまとめることを目的として、WPASEPH2014 の検討を行った。WPASEPH2014 において本研究に関連したプログラムを実施することは、日本における精神医学と公衆衛生学の精神保健疫学への関心を高め、それを持続的に発展させる重要な機会になるため、関係する学会、団体等に広く参画を呼びかけるとともに、その成果を公表していくことが望まれる。

F 参考文献

1)メンタルヘルス・アクションプラン

http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

2) Prince M, Patel V, Saxena S, et al: No health without mental health. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):859-77.

図1. プログラムの骨子

日時	能楽ホール	会議室1・2
10月15日午前		
10月15日午後		
10月16日午前	国際委員会、国内委員会の共同プログラム	
10月16日午後	国際委員会企画によるシンポジウム	ローカルコミッティー企画によるシンポジウム、教育講演、ランチセミナーなど(日本語プログラムを含む)
10月17日午前	国際委員会企画によるシンポジウム	ローカルコミッティー企画によるシンポジウム、教育講演、ランチセミナーなど(日本語プログラムを含む)
10月17日午後	優秀演題の発表	
10月18日午前	国際委員会企画によるシンポジウム	ローカルコミッティー企画によるシンポジウム、教育講演、ランチセミナーなど(日本語プログラムを含む)
10月18日午後	国際委員会、国内委員会の共同プログラム	

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川上憲人	精神疾患の疫学、 頻度。	日本医師会	神経・精神疾 患診療マニユ アル。	南山堂	東京	2013	S30-S31

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川上憲人	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。	日本医師会雑誌	142(10)	2273-227 7	2014
Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson L, Shahly V, Angermeyer MC, Bromet EJ, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Ferry F, Florescu SE, Haro JM, He Y, Karam AN, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Browne MA, Posada-Villa JA, Shalev AY, Stein DJ, Viana MC, Zarkov Z, Koenen KC.	Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys.	Depress Anxiety	31(2)	130-142	2013
Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, Miguel Caldas-de-Almeida J, O'Neill S, Viana MC, Al-Hamzawi AO, Angermeyer MC, Benjet C, de Graaf R, Ferry F, Kovess-Masfety V, Levinson D, de Girolamo G, Florescu S, Hu C, Kawakami N, Maria Haro J, Piazza M, Posada-Villa J, Wojtyniak BJ, Xavier M, Lim CC, Kessler RC, Scott KM.	Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension.	Gen Hosp Psychiatry.	36(2)	142-149	2014
Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC; World Mental Health Survey Japan	Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey.	J Psychiatr Res.	53	157-165	2014

IV. 研究成果の刊行物・別刷

日本医師会雑誌 第142巻 特別号(2)
平成25年10月15日発行

生涯教育シリーズ — 85
神経・精神疾患診療マニュアル

別刷

日本医師会

精神疾患の疫学，頻度

Epidemiology and incidence of mental disorders

川上恵人 Norito Kawakami

厚生労働省による2011年患者調査では、精神疾患の総患者数は266.3万人と人口の約2%である。しかし気分障害、不安障害、物質使用障害については、10人に1人の地域住民がそのいずれかを過去12か月間に経験しており、頻度の高い疾患である。一方、これらの精神疾患を経験した人のうち医療機関を受診する人は4人に1人程度と少ない。精神疾患の特徴の一つは他疾患との合併のしやすさにあり、身体疾患と合併しやすいため精神科以外の診療科を受診する場合も多い。

精神疾患の患者数

厚生労働省による2011年患者調査では、ICD-10診断による精神疾患の総患者数は266.3万人であった（表1）。うち気分障害（躁うつ病を含む）が95.8万人、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害が71.3万人、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が57.1万人と多い。入院患者は28.2万人（約11%）であり、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障

害の患者が17.4万人と約60%を占める。しかし入院患者数は近年、減少傾向にある。一方で、外来患者数が増加している。外来患者では、気分障害（29%）、統合失調症（24%）、神経症性障害（23%）が多い。とくに気分障害の総患者数は、1999年の患者調査の44.1万人から2008年の患者調査の104.1万人へと10年間で2倍以上に増加した。2011年患者調査ではやや減少して95.8万人となったが、なお患者数の多い疾患である。

地域住民における精神疾患の頻度

精神疾患を経験しても医療機関を受診しない人が多いため、地域住民における精神疾患の頻度は前述の患者数よりも多い。2002～2006年に実施された世界精神保健日本調査では、6つの県（鹿児島、長崎、岡山、神奈川、栃木、山形）の11区市町村の地域住民から抽出された計4,134人（平均回収率55%）を対象として、DSM-IV-TR診断による気分障害（大うつ病性障害など）、不安障害（全般性不安障害、心的外傷後ストレス

表1 2011年患者調査による精神障害患者数（単位：千人）*

ICD-10診断基準	総患者数	入院患者数	外来患者数
血管性および詳細不明の認知症	146	39.0	107
アルコール使用による精神および行動の障害	43	12.0	31
そのほかの精神作用性物質による精神および行動の障害	35	0.9	34
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	713	174.1	539
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	958	29.1	929
神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害	571	5.6	565
精神遅滞	44	7.2	37
そのほかの精神および行動の障害	176	14.5	162
精神障害 合計	2,663	282.3	2,381
(参考) てんかん	216	7.1	209
(参考) 睡眠障害	380	0.8	379

*：総患者数は通院間隔を考慮した推計。入院患者数は調査日の実数。外来患者数は総患者数から入院患者数を引いて求めた（小数点1桁で四捨五入）。2011年患者調査では、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県を除いた数値が報告されている。精神障害の合計患者数266.3万人は、上記地域を除く人口（1億2,553万人）の2.1%に相当する。

障害など)、物質使用障害(アルコール乱用、依存など)といった頻度の高い精神疾患(コモンメンタルディスオーダー)についての大規模な疫学調査が実施された。この調査では12の精神疾患についてDSM-IV-TR診断による有病率が報告されている(表2)。いずれかの精神疾患を調査時点までに経験する頻度(生涯有病率)は24.2%、過去12か月間に経験する頻度(12か月有病率)は10.0%であった。頻度の多い疾患は、大うつ病性障害(12か月有病率が2.1%)、特定の恐怖(同、2.3%)、アルコール乱用または依存(同、1.7%)、全般性不安障害(同、0.9%)である。大うつ病性障害についていえば、わが国の一般住民のうち過去12か月間で約50人に1人、約300万人がこの疾患を経験していることになる。

気分障害および不安障害は、女性が男性に比べて2倍以上多く経験している。一方、アルコール乱用、依存などの物質使用障害は男性において頻度が高い。精神疾患は一般的に若年者で頻度が高く、高齢になるにつれて頻度が減少する。

精神疾患の受診率

しかしながら、これらの精神疾患を経験した人が医療機関を受診する割合は20%前後

と考えられている。世界精神保健日本調査では、精神疾患の経験者に受診行動を質問している。過去12か月間のなんらかの気分、不安、物質使用障害の経験者のうち精神科医への受診は8%、精神科以外の一般医への受診は9%、合計で15%であった。大うつ病性障害の場合には、過去12か月間の経験者中、精神科への受診は15%、一般医への受診は7%、合計で22%であった。うつ病を例にとってみると、過去12か月間にうつ病を経験した住民300万人のうち、45万人が精神科を、21万人が一般診療科を受診し、一方残りの約230万人は未治療のまま経過していると推測される。大うつ病性障害に比べて、不安障害や物質使用障害では、一般医をより受診しやすい傾向にある。

なお、世界精神保健日本調査では、方法論上の困難から統合失調症を調査していない。地域における統合失調症の頻度は過去のWHOの調査によれば0.7%とされている。わが国における調査からは、時点有病率は0.6%であった。これに基づく統合失調症の総患者数は72万人となり、患者調査から求めた総患者数と一致する。統合失調症の多くは受診していると考えられる。

表2 わが国の地域住民における精神障害の頻度

	DSM-IV-TR 診断	生涯有病率 (%)	12か月有病率 (%)
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	3.4	2.3
	社会恐怖	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	間欠性爆発性障害	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
	薬物乱用または依存	0.2	0.0
いずれかの精神障害		24.2	10.0

(世界精神保健日本調査2002~2006年より引用)

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

川上憲人

キーワード◎ 精神保健疫学 自殺対策 職業性ストレス 職場のメンタルヘルス

Ⅱ はじめに

今日、地域および職場の双方において心の健康問題が大きな課題となっている。わが国における自殺者数は 2012 年には 2 万 7,858 人であり、減少傾向にはあるが、なお高い水準にある（警察庁自殺統計）。うつ病を含む気分障害の総患者数は、1999 年の 44 万 1,000 人から 2011 年には 95 万 8,000 人と約 2 倍に増加している（厚生労働省患者調査）。

こうした増加する精神的問題を背景として、精神科医のみならず、地域で診療するすべての医師が、うつ病をも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。また労働者においても仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスをもつ者は 60.9% であり（平成 24 年労働者健康状況調査）、長時間労働によるうつ病や自殺の労働災害や民事訴訟などがなお問題となっている。こうした職場のメンタルヘルスは今や事業場が産業医に期待する重要な業務であり、すべての産業医に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。近年、大規模な疫学研究を含む多数の研究により、わが国における心の健康問題の実態解明と対策へ

の指針が大きく進展してきた。ここでは筆者らの研究を中心に、その研究成果と実践への示唆を紹介する。

Ⅲ 地域における精神保健疫学とうつ・自殺対策

1. 地域における精神保健疫学

「世界精神保健日本調査」

厚生労働省による 2011 年患者調査では、精神疾患の総患者数は 266 万 3,000 人と人口の約 2% である（厚生労働省患者調査）。しかし精神疾患に罹患していても、知識の不足や周囲の偏見などにより受診しない者も多い。地域住民における精神疾患の有病率および受診率を明らかにするには、地域住民に対する疫学調査が必要となる。

2002～2006 年に実施された世界精神保健日本調査 (World Mental Health Japan ; WMH-J) では、6 つの県 (鹿児島、長崎、岡山、神奈川、栃木、山形) の 11 区市町村から抽出された地域住民 4,134 名 (平均回収率 55%) を対象として、DSM-IV-TR 診断による気分障害 (大うつ病性障害など)、不安障害 (全般性不安障害、心的外傷後ストレス障害など)、物質使用障害 (アルコール乱用、依存など) といった頻度の高い精神疾患 (コモンメンタルディスオーダー) につ

Research on epidemiology and interventions for mental health in the community and workplace
Norito Kawakami : Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo
東京大学大学院医学系研究科教授 (精神保健学)

表1 世界精神保健日本調査(2002～2006年)によるわが国の地域住民におけるDSM-IV診断による精神障害の有病率[†]

疾患カテゴリー	診断名	生涯有病率 (%)	12か月有病率 (%)
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	3.4	2.3
	社会恐怖	1.4	0.7
	パニック障害の既往のない広場恐怖	0.2	0.1
	心的外傷後ストレス障害(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
	薬物乱用または依存	0.2	0.0
いずれかの精神障害		24.2	10.0

[†]生涯有病率は、生まれてから調査までの期間に疾患を経験した者の割合。12か月有病率は調査前12か月間に疾患を経験した者の割合。

[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」(主任研究者：川上憲人)総合研究報告書、平成19年3月；1-21より引用]

いての大規模な疫学調査が実施された¹⁾。いずれかの精神障害を調査時点までに経験する頻度(生涯有病率)は24.2%、過去12か月間に経験する頻度(12か月有病率)は10.0%であった¹⁾(表1)。頻度の多い疾患は、大うつ病性障害(12か月有病率が2.1%)、特定の恐怖(同、2.3%)、アルコール乱用または依存(同、1.7%)、全般性不安障害(同、0.9%)である。

大うつ病性障害について言えば、わが国の一般住民のうち過去12か月間に約50人に1人、約300万人がこの疾患を経験していることになる。このことは、これらのコモンメンタルディスオーダーは地域住民に高頻度にみられる疾患であることを意味している。なお、この有病率は米国や欧州諸国に比べると低く、中国などとほぼ同等であった²⁾。しかし米国では1980年代に2%であったうつ病の12か月有病率が、1990年代には7%に増加しており、わが国もこの傾向に追随する可能性はある。

一方で、同じ調査からは、これらの精神疾患を経験した者のうち医療機関を受診した者は欧

米に比べて低いことが明らかとなった。過去12か月間の何らかの気分、不安、物質使用障害の経験者のうち医療機関を受診した者は約20%であった。しかし欧米などの高所得国では過去12か月間の精神疾患の経験者のうち50%近くが医療機関を受診している³⁾。わが国の受診率は、メキシコなどの中所得国と同等である。わが国と米国とでDSM-IV大うつ病の過去12か月間の経験者の受診先を比較すると、特に一般診療科への受診率に大きな開きがあることが分かる⁴⁾(図1)。精神科以外の医師がこれらのコモンメンタルディスオーダーの診断、治療により積極的にかかわることが、わが国における精神疾患に対する医療を改善する方策の1つであることが示唆される。

WMH-Jは、世界14か国(現在は28か国に拡大)で実施された国際共同研究であるWHO世界精神保健調査の一部である。この国際共同研究からは、精神疾患の特徴の1つとして他疾患との合併のしやすさが明らかになった。特に精神疾患は疼痛を伴う障害や循環器系疾患など

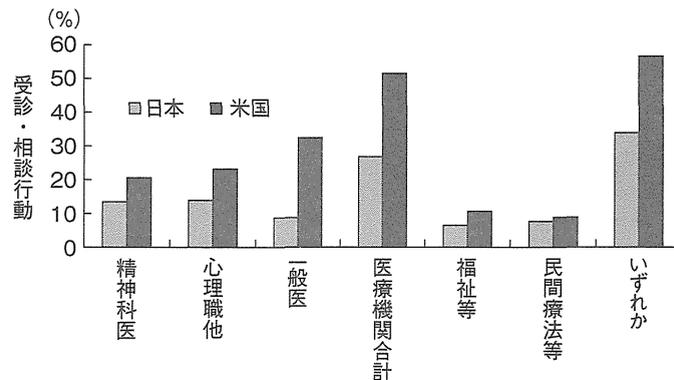


図1 DSM-IV 大うつ病性障害の12か月診断ありの者における過去12か月間の受診・相談行動

[日本はWMH-J2002-2003 (Naganuma Y, et al: *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 240-248), 米国はNCS-R (National Comorbidity Survey Replication) (Wang PS, et al: *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 629-640) から作図]

の身体疾患と合併しやすい。このため精神科以外の診療科を受診する場合も多いこと、これらの身体疾患の治療にあたって精神疾患の合併に留意することが重要であることが示唆されている。これらの研究は精神疾患が社会に与える影響の解明にも寄与している。たとえば、最終学歴終了までに精神疾患を経験した者では成人後の所得が最大28%減少し、国の総所得の約1%がこのために失われている⁵⁾。

また、障害調整生存年(DALY)損失に占める各疾患の寄与(%)のランキングでは、大うつ病は11位(日本では12位)、自傷行為は18位(日本では7位)、不安障害は26位(日本では23位)であり、精神疾患が世界の疾病負担のなかで大きな位置を占めていることが明らかとなっている⁶⁾。

2. 心理学的剖検による自殺の症例対照研究

国際的な調査では自殺者のうち精神疾患を経験している者の割合は90%以上といわれており、特に気分障害を経験している者の割合が30%と多い。筆者らは、自殺既遂者と地域住民とを対象とする心理学的剖検による症例対照研究をわが国で初めて実施し、精神疾患が自殺をどの程度説明するかを明らかにした⁷⁾。この研究では、自殺者のうち自殺直前にいずれかの

精神疾患を経験していた者は65%であり、特に気分障害の経験率が49%と高かった。しかし全自殺のうち精神疾患が説明できる割合(人口寄与危険度)は25%であり、精神疾患の頻度の低いわが国では精神疾患だけで自殺の大部分を説明することは難しいことも明らかとなった。わが国ではうつ病などの精神疾患以外に、借金や職業性ストレスなどその他の社会的要因の対策も自殺対策のうえで重要と考えられる。

Ⅲ 職業性ストレスの疫学と職場のメンタルヘルスの第一次予防対策

1. 職業性ストレスの健康影響の疫学

冒頭にも述べたように、職場のメンタルヘルスは今日の産業保健において重要な対策課題である。職場のメンタルヘルス不調の増加に伴い、職業性ストレスの対策を含む職場のメンタルヘルスの第一次予防が重要となっている。

職業性ストレスの健康影響については、多くの研究が公表されている。たとえば筆者らは、約1万5,000人の労働者を5年間にわたって追跡したJSTRESS研究(Japan Work Stress and Health Cohort Study)において、仕事のコントロール(仕事上の裁量権や自由度)の低さと仕事上の役割曖昧さがうつ病による長期休業のり

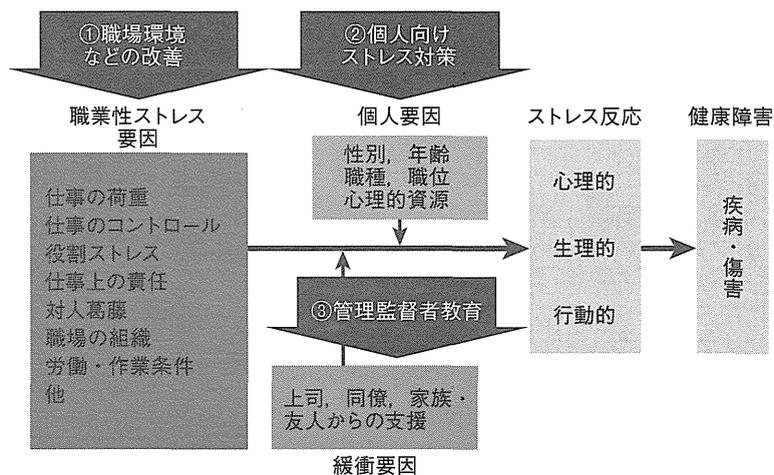


図2 職場のメンタルヘルスの第一次予防—3つのアプローチ
 米国 NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) 職業性ストレスモデルを参考とした。
 [Hurrell JJ Jr, et al: Scand J Work Environ Health 1988; 14 (Suppl 1): 27-28 より引用]

スクを増加させることを示した研究は国際的にも注目されている⁸⁾。また同様に、仕事のコントロールの低さは労働者の自殺リスクの増加と関係している⁹⁾。職業性ストレスや労働時間は糖尿病などの身体疾患の発症にも影響を与えている¹⁰⁾。近年では、さらに組織のなかで上流にある職業性ストレス要因である組織公正や職場のいじめ・嫌がらせ（パワー・ハラスメント）などの健康影響についても研究が進んでいる。

2. 科学的根拠に基づく職場のメンタルヘルスの第一次予防対策

こうした複雑な職業性ストレスの精神的影響から労働者を守るための、職場のメンタルヘルスの第一次予防対策として3つの方法論が注目されている。これらは、職場環境などの改善、個人向けストレス対策、管理監督者教育である(図2)。近年、これらの対策の効果が比較対照試験あるいは無作為化比較試験により評価され、その有効性の科学的根拠が確立されている。

職場環境などの改善については、職場環境改善のためのアクションチェックリストを開発し、これを用いた労働者参加型の職場環境改善手法に関して1つの比較対照試験と1つの無

作為化比較試験¹¹⁾を行い、この手法が労働者のストレスの軽減に効果的であることを示した。

個人向けストレス対策については、民間企業従業員に対する認知行動療法に基づく教育研修¹²⁾、教員に対するセルフケアのeラーニング、病院職員における短時間ストレスマネジメント教室などを実施し、個人向けストレス対策の効果を示した。管理監督者教育については、1つの準実験研究および3つの無作為化比較試験¹³⁾を実施し、管理監督者向けのメンタルヘルス教育が部下の労働者のストレス軽減に効果があることを立証した。

平成21～23年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「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)では、これらの研究成果を含めた国内外の研究成果をレビューし、これらの職場のメンタルヘルスの第一次予防対策について科学的根拠に基づくガイドラインが作成されている。これらは産業医が職場のメンタルヘルスの第一次予防を効果的に進めるうえで参考になる。

Ⅷ おわりに

近年の地域と職場における大規模な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研究成果を提供してきた。地域における精神保健疫学では、わが国でも気分、不安、物質使用障害の頻度が高いこと、しかしその一方で医療機関への受診率は低いことを明らかとした。また、これらの精神疾患と身体疾患との間に強い関係があることを明らかとした。

未治療の精神疾患を適切な治療につなぎ、患者の生命と生活を保護するために、精神科以外の医師がこれらの精神疾患の診断と治療に協力していく必要がある。労働者においても、今日多様な職業性ストレスが、労働者の心身の健康に大きな影響を与えている。労働者のメンタルヘルス不調を予防するために職場環境などの改善、個人向けストレス対策、管理監督者教育の3つの方法が効果的であることが示され、科学的根拠に基づくガイドラインが公表されている。これらのガイドラインは産業医が労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防に取り組んでいくうえで有用である。

文 献

- 1) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, *et al* : 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 : 441-452.
- 2) 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 : 2581-2590.
- 3) Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, *et al* : Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007 ; 370 : 841-850.
- 4) Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N, *et al* : Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan : findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 60 : 240-248.
- 5) Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, *et al* : Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2012 ; 72 : 228-237.
- 6) Murray CJ, Vos T, Lozano R, *et al* : Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012 ; 380 : 2197-2223.
- 7) Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, *et al* : Mental disorders and suicide in Japan : a nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord* 2012 ; 140 : 168-175.
- 8) Inoue A, Kawakami N, Haratani T, *et al* : Job stressors and long-term sick leave due to depressive disorders among Japanese male employees : findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2010 ; 64 : 229-235.
- 9) Tsutsumi A, Kayaba K, Ojima T, *et al* : Low control at work and the risk of suicide in Japanese men : a prospective cohort study. *Psychother Psychosom* 2007 ; 76 : 177-185.
- 10) Kawakami N, Araki S, Takatsuka N, *et al* : Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. *J Epidemiol Community Health* 1999 ; 53 : 359-363.
- 11) Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, *et al* : 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 ; 51 : 554-563.
- 12) Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, *et al* : Telephone cognitive-behavioral therapy for sub-threshold depression and presenteeism in workplace : a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012 ; 7 : e35330.
- 13) Kawakami N, Kobayashi Y, Takao S, *et al* : Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers : a randomized controlled trial. *Prev Med* 2005 ; 41 : 471-478.