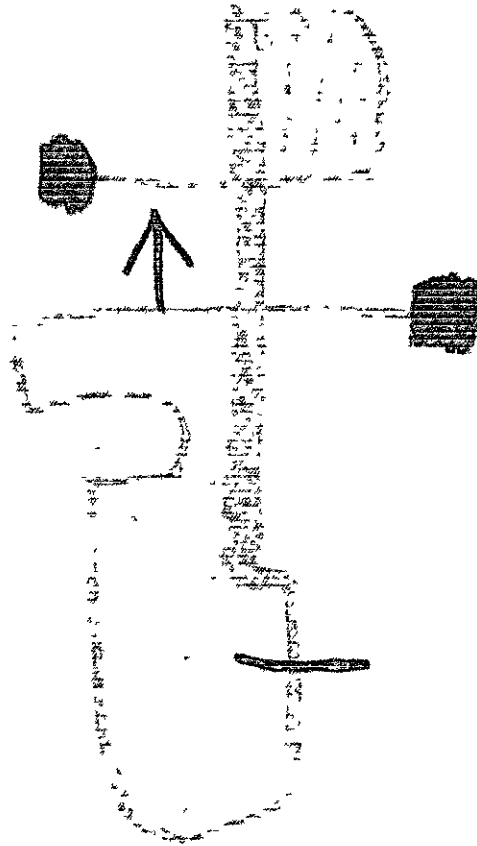


平成11年度厚生科学研究費補助金  
(厚生科学特別研究事業)

精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究  
研究報告書



主任研究者	吉川 武彦	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	池原 毅和	東京アトホカシー法律事務所
	大野 裕	慶應義塾大学医学部精神神経科
	川上 憲人	岐阜大学医学部公衆衛生学教室
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	中根 允文	長崎大学医学部精神神経科学教室

# 目 次

## I. 総括研究報告書

- 精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究（総括）…………… 1  
主任研究者 吉川 武彦

## II. 分担研究報告書

1. 地域調査における合意形成に関する研究…………… 5  
(1) 多施設共同調査における研究倫理の確保について  
伊藤 弘人, 中根 允文, 吉川 武彦  
(2) 調査対象者の合意形成に関する研究  
北村 俊則, 吉川 武彦  
(3) 米国における CIDI を用いた精神保健研究の実際  
—Miami-Dade County Transition Study を例として—  
岩田 昇
2. 精神障害疫学調査における対象者の保護に関する研究…………… 25  
池原 毅和
3. 地域調査に関するパイロット研究（長崎地区）…………… 29  
中根 允文, 宇都宮 浩, 石崎 裕香, 松林 瑞枝, 本田 純久
4. 地域調査に関するパイロット研究（市川地区）…………… 39  
(1) 地域調査の実施過程  
竹島 正, 伊藤 弘人, 岩田 昇, 川上 憲人, 木沢由紀子, 別所 晶子  
(2) 診断的解析  
川上 憲人, 竹島 正, 木沢由紀子, 別所 晶子

5. CIDI の妥当性と信頼性に関する文献的研究 .....	63
大野 裕, 中川 敦夫, 菊竹真理子	
6. CIDI の評価者間の信頼性に関する研究.....	69
川上 憲人, 大野 裕, 竹島 正, 古川 壽亮	
7. 疫学調査の実施マニュアル等の整備に関する研究.....	73
川上 憲人, 古川 壽亮, 北村 俊則	

### Ⅲ. 資料

1. 疫学研究の倫理審査のための国際ガイドライン.....	93
2. The World Mental Health 2000 Study ・ WMH2000.....	149
3. 地域調査におけるパイロット研究資料（長崎地区）.....	163
4. 地域調査におけるパイロット研究資料（市川地区）.....	211
5. 疫学調査の実施マニュアル等の整備に関する研究資料 .....	247
6. 総合国際診断面接（CIDI）.....	275

### 研究班名簿

# I. 総括研究報告書

平成11年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）  
総括研究報告書

精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究

主任研究者名 吉川 武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
分担研究者名 他原 毅和（東京アトヴォカシー法律事務所）  
大野 裕（慶應義塾大学医学部）  
川上 憲人（岐阜大学医学部）  
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
中根 允文（長崎大学医学部）

**研究要旨**

本研究の目的は、「精神疾患にかかる総合診断面接（Composite International Diagnostic Interview CIDI）」を用いての国際的な疫学研究プロジェクト（WMH2000）への参画を視野に入れながら、国民の精神健康にかかる基礎的な資料を収集する具体的方法としての、我が国に適した精神疾患の疫学調査のあり方を検討することである。まず地域調査を行なう際の合意形成について、実際面と倫理面からの検討を行なった。また長崎及び市川におけるパイロット調査、岐阜における先行調査から、CIDI日本語版の使用上の問題点を検討し、精神疾患地域調査におけるノウハウを蓄積した。地域調査においては回答率が低く、回答率を上げるための方策が検討されるべきであることが明らかになった。さらにCIDIの信頼性と妥当性について文献上の検討を行ない、さらに地域標本について評価者間信頼性を検討し、高い一致率を得た。いくつかの検討課題は残るものの、我が国においても精神疾患の疫学調査をもとにした国民の精神健康にかかる基礎的な情報の把握は十分可能であると考えられる。

**研究目的**

近年、我が国では精神疾患による受療患者数および自殺者数が増加しており、精神健康の維持・増進への関心が高まっている。しかし、国民の精神健康にかかる基礎的な情報である、地域住民を対象とした精神障害の疫学調査は、長期にわたり行なわれていない。本研究の目的は、我が国で過去に行われた精神疾患の有病率調査等の経過や問題点を踏まえ、国民の精神健康にかかる基礎的な資料を収集する方法としての、我が国に適した精神疾患の疫学調査のあり方を検討することである。同時に、WHOの計

画している「精神疾患にかかる総合診断面接（Composite International Diagnostic Interview CIDI）」を用いての国際的な疫学研究プロジェクト（WMH2000）への参画を視野に入れ、これに必要な条件を整えるよう考慮しながら研究を行なうこととした。

研究は4つの部分に分けられる。(1)地域調査における合意形成に関する研究は、地域調査を行なう際に必要となる、倫理問題の整理および実施上のノウハウを整理することを目的とする。(2)地域調査に関するパイロット研究は、CIDI2.1版を用いた地域疫学研究の実施上の課題を検討することか

目的である。(3)CIDI の標準化に関する研究は、地域調査で用いる面接調査法 CIDI について、その妥当性と日本語版の評価者間信頼性を検討することを目的とする。(4) 疫学調査の実施マニュアル等の整備に関する研究は、CIDI2 1 版日本語版の作成と、地域における使用経験に基づき、実施にあたっての具体的方法をマニュアル化することを目的とする。

## 研究方法

### 1 地域調査における合意形成に関する研究（分担研究 吉川武彦・池原毅和）

国際医学機構による「疫学研究の倫理審査のための国際ガイドライン」、「精神障害者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための原則」、オーストラリアの疫学調査に関するプライハシー保護の準則、日本およびアメリカにおける疫学調査の経験等を分析し、地域調査における調査対象者の合意形成に役立つ情報を整理した。

### 2 地域調査に関するパイロット研究（分担研究 中根允文・竹島正）

長崎市および市川市の選挙人名簿から 400 人と 342 人をそれぞれ無作為に抽出し、協力依頼状を交付した。このうち同意を得られたものを、専門の訓練を終えた面接調査員 2 名が自宅訪問し、CIDI による面接を行なった。

### 3 CIDI の標準化に関する研究（分担研究 大野裕）

CIDI の妥当性に関しては、諸外国の CIDI の信頼性と妥当性および精神神経科患者への使用経験についての文献的研究を行なった。また、CIDI の評価者間信頼性を検討するため、市川地区で行なわれたパイロット研究対象者 35 名について、2 名の調査員が同席面接を行なった。

### 4 疫学調査の実施マニュアル等の整備に関する研究（分担研究 川上憲人）

CIDI2 1 版の日本語訳を作成し、バイリンガルを含む検討メンバーの意見を加えて修正した。同時に予備的に一般対象者に対してフィードバックテストを行ない、誤解を生じやすいと思われる質問について検討を加えた。また、岐阜における先行研究の地域調査（訪問面接）の経験から、実施に当たってのノウハウや問題点を抽出した。

## 結果と考察

### 1 地域調査における合意形成に関する研究（分担研究 吉川武彦・池原毅和）

#### 1) 多施設共同研究における研究倫理の確保について

国際医学機構による「疫学研究の倫理審査のための国際ガイドライン」は、精神保健福祉の疫学研究にも適用できるガイドラインである。多施設共同研究においては、各研究センターでの倫理審査委員会の承認が必要であるが、その結果が一貫したものになるかどうかは未知である。この問題を解決するためには、主任研究者の所属する研究施設の倫理委員会もしくは本研究を総合的に審査できる倫理審査組織において、研究計画を早期に審査するなど、各研究センターの倫理委員会の参考になる基準を提示することが望まれる。

#### 2) 地域調査における合意形成に関する研究

精神保健福祉分野における地域調査の経験から、地域住民を対象とした精神疾患の疫学調査を実行する際に考慮すべき事項を整理した。①対象となる住民への趣旨説明は正確を期し、可能な限り地域の組織と連携を取ること。②精神疾患や精神医療に対する偏見は、その存在を認めて、対象者に不必要な負担や憶測を与えないよう配慮すること。③個人情報、非開示であることを繰り返し説明し、面接者の守秘について

も徹底すること。④面接のエチケットとして、服装、言葉使い、態度等を注意すること。⑤被検者への謝礼と事後の報告が必要であること。これらが、対象住民との合意形成および面接を成功に導くために重要である。

### 3) 地域調査における対象者の保護に関する研究

精神疾患の疫学調査を行なう場合の、調査対象者のプライバシーに関する倫理的留意事項としては、①情報収集（調査）段階において調査に関するインフォームドコンセント、②情報管理時において個人特定が行なえない形態への情報の加工（de-identification）と管理責任の明確化、③管理情報の開示及び利用についての準則の確立、が必要である。これらはプライバシー権の社会的価値と疫学調査のもたらす公共との利益の比較考量によって判断されることであるが、その判断の公正を確保するために、ある程度の独立性を持った倫理委員会が情報処理手続きの適正さを判定し、必要に応じて調査対象者からの苦情にも応じる体制を確保することが望ましい。

### 4) 米国における CIDI を用いた精神保健研究の実際

フロリダ州マイアミ市で行なわれている CIDI を用いた調査について、対象者の選択方法、アプローチ、調査員の募集と研修、フィールド・コーディネーターの存在、調査協力謝金などの実際を提示した。日本にくらべ米国では、ボランティア精神の尊重、自己開示への抵抗感の低さ、未知のものへの好奇心の強さなどがあり、国民性による調査協力率の違いがあると思われる。

## 2 地域調査に関するパイロット研究（分担研究 中根允文・竹島正）

### 1) 長崎地区

選挙人名簿から無作為に抽出された 400

名の対象者に協力依頼文書を送り、232 名（58%）から回答があった。最終的に協力すると回答したものは 80 名（協力率 20%）で、そのうち 75 名に面接できた。協力率は高齢群（50 歳以上）で高く、結果として得られたデータの年齢分布は母集団のそれとは大きく異なる。CIDI によってなんらかの ICD-10F（F2 を除く）の診断がついたものは、75 名中 32 名（43%）、タバコ使用による精神行動の障害を除くと 21 名（28%）であった。調査・面接実施上の問題点として、協力依頼への無回答が 42%にのぼったこと、訪問面接における面接スペースの確保が困難であり守秘性の確保に問題があること、夜間休日等に面接を設定する必要性が高いことなどがあげられる。

### 2) 市川地区

選挙人名簿から無作為に抽出された 342 名の対象者に協力依頼文書を送り、95 名（28%）から回答があった。最終的に協力すると回答したものは 39 名（協力率 12%）で、そのうち 35 名に面接できた。ICD-10F の生涯診断有病率が高いのは、タバコおよびアルコールの依存症候群（29%と 17%）であり、それ以外では気分変調症と外傷後ストレス障害が 9%ずつであった。協力依頼への無回答は長崎地区よりさらに多く、協力率も低かった。パイロット調査の経験から、面接場所と守秘性の確保、協力率を上げるための依頼の仕方の工夫、事務局の対応が 24 時間体制であることなどが必要と思われた。

## 3 CIDI の標準化に関する研究（分担研究 大野 裕）

### 1) CIDI の妥当性に関する研究

精神疾患診断における構造化面接は、臨床研究において評定者による診断の違いを最小化するために 1970 年代から使用されるようになった。その後、大規模疫学調査のために、非専門家が使用可能な構造化面

接 DIS (Diagnostic Interview Schedule) が開発され、それをもとに 1981 年には CIDI の最初の版が作成された。現在は ICD-10 および DSM-IV に準拠した改訂 2.1 版が使われている。欧米の研究では、その信頼性と妥当性はかなり高いとされている。

#### 2) CIDI の評価者間信頼性に関する研究

市川地区におけるパイロット研究対象者 35 名について、2 名の面接者による CIDI 同席面接を行なって、ICD-10 および DSM-IV の診断を比較した。どちらの診断基準においても、診断頻度は低かったものの、生涯診断の該当者が存在した診断については、高い一致率が得られた。

#### 4 疫学調査の実施マニュアル等の整備に関する研究 (分担研究 川上憲人)

精神障害の疫学調査における基盤整備のために、まず CIDI 2.1 版の日本語版を翻訳し、検討を加えて作成した。つきに、岐阜における先行研究をもとに、CIDI 日本語版の修正と、地域調査を円滑かつ効率的に実施するための方法を検討した。面接不能のうち拒否者が 58% を占め、その理由別にみると多忙 (33 ポイント) と協力する気がない (21 ポイント) が多かった。拒否以外では、不在で連絡不能が 14% あった。調査実施に当たっては、回答率を高めるための方策についてさらに検討することが必要である。また、地域調査に使用する CIDI 以外のオプション項目として、精神障害の危険因子に関する項目と精神保健に関するサービス利用についての項目を検討した。

#### 結論

まず地域調査を行なう際の合意形成についての具体的な問題として、多施設が参加して研究を行なう場合には国際ガイドラインを用いた倫理審査を行なうことが適切であり、対象となる住民への十分な説明と個

人情報の慎重な管理が必要であり、対象者に対するインフォームド・コンセントと情報管理における可能な限りの de-identification が必要であることが指摘された。長崎及び市川におけるパイロット調査、および実施マニュアル整備のための岐阜における先行研究からは、CIDI 日本語版の使用上の問題点が検討され、調査票の修正のための十分な資料が得られている。各地の CIDI 日本語版の使用経験により、精神疾患地域調査におけるノウハウが蓄積されてきた。地域調査においては回答率が低いことか問題であり、回答率を上げるための方策が検討されるべきであることが明らかになった。さらに CIDI の信頼性と妥当性について文献上の検討を行ない、さらに少数の地域標本について評価者間信頼性を検討し、高い一致率を得た。しかし CIDI 日本語版の妥当性と信頼性については、精神疾患を持つものについて研究を継続し、多くの診断についてのそれを確認する必要がある。本年度の研究から、いくつかの検討課題は残るものの、我が国においても精神疾患の疫学調査をもとにした国民の精神健康にかかる基礎的な情報の把握は十分可能であると考えられる。本研究は、これまで我が国において困難とされてきた精神疾患の疫学調査について実施可能性を明確にしたものであり、こころの健康づくりや精神障害者の保健福祉施策の推進に貴重な資料を提供するものである。



## Ⅱ. 分担研究報告書

平成11年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）  
協力研究報告書  
地域調査における合意形成に関する研究

多施設共同研究における研究倫理の確保について

研究協力者 伊藤 弘人 国立医療・病院管理研究所  
中根 允文 長崎大学医学部  
分担研究者 吉川 武彦 国立精神・神経センター精神保健研究所

**研究要旨**

本研究の目的は、精神保健福祉における多施設共同疫学研究における倫理の確保について、国際的動向をふまえて検討することである。**研究方法** 本研究では、国際医科学機構協議会による「疫学研究の倫理審査のための国際ガイドライン」（1991年）を対象とした。**結果** 本研究から、（1）国際医科学機構協議会による「疫学研究における倫理審査のための国際ガイドライン」は精神保健福祉の疫学研究にも適用できるガイドラインであり、（2）個別の研究センターで考慮すべき諸点が記述されており、（3）多施設共同研究における研究倫理の確保についての論点が明確になった。**まとめ** 多施設共同研究においては、各研究センターで倫理審査委員会の承認が必要であるか、その結果が一貫したものになるかどうかは未知である。この問題を解決するためには、主任研究者の所属する研究施設の倫理委員会もしくは本研究を総体で審査できる倫理審査組織において、研究計画を早期に審査するなど、各研究センターの倫理委員会の参考になる基準を提示することか望まれる。

**【はじめに】**

精神保健福祉の疫学調査における基礎整備に関する研究においては、地域調査における合意形成について検討する必要がある。特に、各地域の調査をその地域の各研究センターを通して実施する場合には、各研究センターごとの研究倫理を確保しなから、かつ多施設をとりまとめた総体としての研究倫理を確保する必要がある。

そこで本研究では、多施設共同研究における研究倫理の確保について、国際的動向をふまえて検討することを目的として、疫学研究における倫理および多施設研究での倫理のあり方について考察する。

**【対象と方法】**

本研究では、国際医科学機構協議会（Council for International Organizations of Medical Sciences CIOMS）による「疫学研究の倫理審査のための国際ガイドライン（International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies）」（1991年）を対象とした。なお対象となる医学領域の学術研究（精神保健や精神障害の疫学研究の倫理に関する論文）をMedline等で検索したか、このテーマを直接とりあげた調査を抽出することができなかつた。CIOMSの開発したガイドラインは次のように疫学研究や実践における倫理における方針を定義することかできるガイドラインであり、その開発経

緯も明確であるために、本研究の対象とした。

CIOMSは「人体を対象とする生物医学研究のための国際ガイドライン（International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects）」を1982年に提案するなど、ハイオエシックスの領域で活動を続けてきた組織である。疫学研究における倫理問題は、疫学者によってその重要性を認識され検討されてきたか、疫学研究や実践のための国際的倫理ガイドラインは作成されていなかった。このような必要性から、CIOMSは世界保健機関と共同して1989年からガイドライン開発プロジェクトを開始した。1990年に第1案が作成され、国際疫学会の意見を取り入れ、1991年に現在のガイドラインが作成された。

分析方法は、（1）このガイドラインの精神保健福祉の疫学調査への適用可能性、および（2）地域調査における各研究センターが必要となる疫学研究の倫理に関するガイドラインと（3）多施設共同研究における研究倫理の確保についてのガイドラインとを抽出し検討した。

**【結果1 このガイドラインは適用可能か】**

本研究における疫学は、「特定人口における健康関連状態や事象の分布と決定因の研究および健康問題を制御するためにこの研究成果を応用すること」と定義されている。疫学の成果は、身体的、生物学的また行動についての健康へのリス

クに関する理解を深めることができる。また、不適切な飲料水による障害など、健康への環境もしくは生物学的な脅威を制御する知識が疫学により得られる。さらに、たとえば心疾患に関連する衛生、喫煙、栄養と運動についての態度など、健康状態の改善に寄与する価値や行動を変容させる一般的な文化の一部となっている。交通事故による傷害や死のリスクを減らすためにシートヘルトを使用することも含まれている。

以上の定義において、精神健康および精神障害は、健康および疾患の一分野ということできる。すなわち、このような疫学の定義から考えると、「特定人口における精神健康および精神障害の分布と決定因の研究およびそれらの問題を制御するためにこの研究成果を応用すること」は、疫学の一分野と考えられる。

従って、この倫理ガイドラインは、精神健康および精神障害に関する疫学における倫理ガイドラインとして適用可能であると考えることができ。

## 【結果2 地域調査における各研究センターが必要となる疫学研究の倫理に関するガイドライン】

### A 疫学研究と生物医学研究における倫理の関係について

疫学研究におけるガイドラインを検討する前提として、まず生物医学研究における倫理と疫学研究における倫理との関係を検討する必要がある。生物医学研究は、ニュルンベルク綱領や世界医師会宣言などの、国際的に認知された人間の権利の原則によって示されている。これらの原則は、1982年の国際医科学機構協議会によって発行された「人体を用いた生物医学研究のための国際ガイドライン」にも盛り込まれている。

これらは、「患者」すなわち個人個人の「対象」の利益を宣言している「臨床医学モデル」が基礎にある。しかし、疫学研究は人間集団に関心があるために、特別な要因が適切に含まれてはいない。疫学研究の申請は、倫理的根拠にもとづいて独自に審査されるべきである。

倫理的問題は、公衆衛生領域における個人の権利と地域ニースとの間の対立など、価値の間での対立による葛藤の結果から生ずることがよくある。これまでの臨床医学上のガイドラインでは、疫学研究におけるすべての倫理的問題は解決しない。また、調査者、倫理審査委員会、管理者、医療専門家、政策担当者、そして地域の代表による議論や判断が必要となる多くの状況が存在する。

すなわち、臨床医学研究のガイドラインと疫学研究のガイドラインは共通する点も多いが、独自の領域が存在するのである。倫理原則には、臨床医学と共通の一般的原則と、疫学に応用する倫理原則から構成される。

B 疫学研究と生物医学研究で共通する一般原則  
一般原則には、(1) 個人の尊厳、(2) 恩恵、(3) 非有害性、および(4) 正義の原則がある。

(1) 個人の尊厳とは、「自律性」と「自律性が十分ではない人の保護」からなる。自律性とは、自分の目標を進める能力のある人は、自己決定の能力を尊重して取り扱うべきであるというものである。自律性が十分ではない人の保護とは、依存的であったり脆弱性のある人は、傷ついたり利用されたりすることから保護すべきであるというものである。

(2) 恩恵は、利益を最大にし、考えられ得る害悪を最小限にする倫理的義務のことである。この原則からすると、研究によるリスクは、期待される利益に照らして妥当なものであるという規範かててくる。

(3) 非有害性（傷つけない）とは、医の倫理の中心的な位置をしめるもので、研究の対象者を回避できる危害から保護するというものである。

(4) 正義とは、治療すべきと考えられる事例は治療し、別の治療をすべきと考えられる事例は別の治療をするというものである。正義の原則が、「自律性が十分ではない人」に適用される場合は、「分配的正義」の方法となる。地域における弱者は、地域が利益を得るからといって、不公平な負担に耐えるべきではない。

一般的な倫理原則は、個人のレヘル（ミクロ倫理）と地域レヘル（マクロ倫理）に適用される。個人レヘル（ミクロ倫理）では、倫理は、個人が他の個人や道徳上の苦情にどのように関係しているのかで占められている。地域レベル（マクロ倫理）では、ある地域集団が他の地域集団と関係しているのか、どのように地域集団の成員（将来的に成員になる人を含む）や異なる文化的価値観をもつ他の集団の成員を扱うのかに応用される。一方のレヘルで倫理的に容認されても、他の一方で倫理的ではない手続きは、正当化されるものではない。

### C 疫学研究における倫理原則

#### I インフォームド・コンセント

##### I-1 個人の同意

- 1) 個人が疫学研究の対象となる場合は、その個人のインフォームド・コンセントは通常必要である。研究の目的と特徴、研究に参加することによって何をしなければいけないのかを理解する人によって、どのような危険性があるのか、この研究結果からどのような利益があるのかを説明して、同意を得る。
- 2) インフォームド・コンセントを求める必要がないと申請した調査者は、インフォームド・コンセントなしにどのように倫理的なのかを、倫理審査委員会て説明する義務がある。
- 3) 倫理的問題は、職歴記録や診療録などが同意

なしに用いられるときにおこる。通常は、個人または公衆の代表者には、疫学研究のためにデータは使用され、どのように守秘が行う方法を伝えるべきである。国や地域によって「公的情報」の定義は異なるが、当該国または地域で公的に入手可能な情報についての同意は必要ない。その場合も、個人情報の開示は最小限にする。

- 4) いくつかの機関や政府機関は、法的手続きや雇用者との契約して、個人の同意なしにデータを得ることを許可される疫学者を雇用する。その場合は、疫学者は、データの入手が倫理的であるかどうかを個々の事例で検討しなくてはならない。

#### I-2 地域における承認

- 5) 研究の対象となる個々人のインフォームド・コンセントを得ることが不可能な時、地域や集団の代表者の承認を得ることになるであろう。その場合は、代表者は、地域や集団の特徴、伝統と政治哲学に基づいて選ぶべきである。地域代表者の承認は、一般的な倫理原則に一致すべきである。ただし、この場合も、調査への参加者個人の意思を尊重しなくてはならない。
- 6) 集団の成員のために、集団外部からある人が任命を受けた時は、その人が集団のために信頼できるのかを検討し、必要があれば他の代表者からの承認を得るべきである。地域や集団の代表者は時には研究デザインの開発に参加する立場や、倫理評価をする立場である場合がある。
- 7) 疫学研究のための地域や集団の定義も倫理的検討の領域のひとつになるかもしれない。
- 8) 疫学調査のためには、調査者は通常は社会との交流がないが、統計学的、地域的なことから構成員となる集団がでてくるかもしれない。このような集団は、特定することが難しく、したがってリーダーや代表者がいない場合がある。従って、このような場合は、調査への参加には、個人の自由度とインフォームド・コンセントは通常以上に重要となる。

#### I-3 情報の選択的な開示

- 9) 疫学では、容認されている研究技術として、情報を選択的に開示する方法がある。これはインフォームド・コンセントの原則と対立するように見えるし、一部の疫学研究では非開示が求められる場合もある。選択的に開示されても対象者が同意するであろうという条件を満たす場合は、選択的に開示することは容認される。倫理委員会では、この条件が正当化される場合のみ開示を認める。

#### I-4 不適切な影響

- 10) 対象者となる人は、彼らに権限や影響がある人からの参加依頼を拒否することは

自由でないと感じるかもしれない。したがって、参加を依頼する調査者や担当者は自らの立場を知らせなければならない。調査者は倫理委員会に調査依頼の時にこのような影響がないことの説明を求められる。

#### I-5 参加への誘導

- 11) 個人または地域は、研究に参加するよう圧力をかけられるべきではない。ただし、不適切な誘導や圧力と合法的な動機づけの線を引くことが困難な時もある。このような場合は文化における伝統に照らして評価しなければならない。
- 12) 参加におけるリスクは、たとえ誘導がなくとも対象者にとって容認できるものであるべきである。交通費などの経費を支払うことは容認できる。また損害、傷害や収入の損失への補償や医療の提供は誘導には入らない。

## II 利益の最大化

### II-1 研究結果についての交流

- 13) 地域、集団や個人が研究に参加することによって期待する利益の一部には、彼らの健康に関連する研究成果を知らせてもらえるというこであろう。研究成果が地域の健康の改善への公衆衛生上の対策に応用される時は、地域の権威と話し合うべきである。伝える時には、個人の知識および理解力のレベルを考慮すべきである。研究プロトコルには、地域や個人へのこのような情報を話し合うという方針が含まれるべきである。研究成果と地域への助言は、適切な方法で公表されるべきである。

### II-2 調査結果についての話し合いの不可能性

- 14) この場合は、健康に関する調査結果を対象者(協力者)へ伝えることができないが、本調査に関する疾病や状態ではないことを意味するものではないと、対象者へ伝えるべきである。たとえば個人や家族に関する調査結果の情報を集積された研究成果から個人を特定できない場合がある。しかし知見が医療の必要性を示している場合は、関心のある人々には個人的に診断や助言を受ける方法を助言すべきである。データから本人であることを特定できない時の対象者の不利な点は、リスクな状態にある個人が健康に関する有益な知見を知ることができないという点である。このような場合の倫理的義務は、関連する保健医療上の助言を地域へ示すことであろう。

### II-3 研究結果の発表

- 15) 調査者は、政府や商業機関の所有するデータを無理に発表することはできないかもしれない。しかし、保健医療専門家は公衆

の利益となる情報の発表を主張する倫理的義務をもつ。研究のスポンサーは、製品や手続きが健康に害はないといった、特に有利となる方法で結果を示すよう調査者に圧力をかけるかもしれない。スポンサーは、解釈や推論、理論や仮説をあたかも真実が証明されたかのように示してはならない。

#### II-4 調査対象となった地域の保健医療

1 6) 保健医療が充足していない国における疫学プロジェクトの実施は、少なくとも調査者がいるときは保健医療が提供されるであろうと地域が期待するかもしれない。このような期待を裏切らないよう、治療をするか適切な地域保健サービスを紹介すべきである。

#### II-5 地域の保健専門家の教育

1 7) 特に開発途上国において調査が進むと、保健サービスを向上するために用いることができる技能や技術を地域の保健専門家を訓練する機会を設けるべきである。

### III 害の最小化

#### III-1 有害となることおよび不正を行うこと

1 8) 調査を計画する調査者は、不利益をもたらすという意味の害になるリスクや、価値を逸脱するという意味の不正を認識するであろう。これらの事態は、保健関係者の不足により調査の実施のために日常業務が十分にできなくなったり、未知の地域で保健医療の優先順位が変化してしまったりすることによって起こる。地域の成員を人間ではなく単なる材料としてみることは、たとえ害がなかったとしても間違っている。

1 9) 倫理審査では、研究に参加することによって、対象者や対象集団が偏見や名誉や自尊心の喪失や経済的損失の苦しむリスクがないかを常に評価しなければならない。だがリスクにさらされるであろうか、またたれが利益を得るであろうかを詳細に分析すべきである。害を回避したり最小限にしたりできるにもかかわらず、害にさらすことは非倫理的である。

2 0) リスクやハイリスクの行動をしている健康な人が集団の成員にいたとき、その集団を守るための対策を提案しないことは非倫理的である。

#### III-2 集団への害の予防

2 1) 疫学研究は、経済的損失を与えたり偏見や非難を受けるなど、意図せずに、集団や個人を害にさらすことがあるかもしれない。調査者がある集団をリスクや非難にさらす微妙な情報を見つけたときは、知見について話し合ったり説明するときは慎重であるべきである。このような場が結果を理解するために重要であるときは、調査者は、たとえば

守秘義務の履行に徹したり、対象者の行動を道徳的に批判しない言葉を用いたりする。

#### III-3 有害な公表

2 2) 害さないことと、真実を語り科学的な知見を公にすることは、対立することがある。リスクにさらされている人々の利益を保護しながら同時に科学的に一貫した方法で、データを解釈することによって害は軽減されるかもしれない。調査者は害となるかもしれない誤解を予見してさけるべきである。

#### III-4 社会的慣習の尊重

2 3) 社会的な慣習の無視は通常有害とみなされる。文化的価値や社会的慣習は尊重されなければならないが、疫学調査の目的には、ある慣習や囚習的な行動(食生活や危険な職場など)を健康的な行動に変容していくように変化を促すことがある。

2 4) 地域の成員は他人から余計な「よいこと」を押しつけられない権利を持っているが、健康上に利益となる結果が期待できる研究は、倫理的に容認され害ではない。倫理審査委員会は潜在的にあるこのような利益を考慮すべきである。しかし調査者は保健サービスの向上への期待が参加への承認に不当に影響しないように、この利益を誇張すべきではない。

#### III-5 異文化に対する敏感さ

2 5) 疫学者は国内外の自分とは異なる文化的背景を持つ集団を、文化、地域、国の外部から調査を行う。後援国および主催国は、個人の自律性への配慮など、文化や倫理的価値を理解したり適用したりする点において異なる点があろう。調査者は、疫学研究が行われる国の倫理的基準や社会の文化的期待を尊重しなくてはならない。

### IV 守秘

2 6) 研究では個人や集団に関するデータを収集し保管している。このデータは第三者に開示した場合、害や苦痛となることがある。従って、調査者は、このようなデータを個人が特定できる情報を省き、データへのアクセスを制限するなどして、守秘を守るべきである。通常疫学では数値化するために個人の特定ははっきりしない。集団の守秘が維持できない場合や侵害されたりする場合は、集団の名声と地位を維持するか挽回する手段を講じておかななくてはならない。対象に関する情報は一般的には2つに分かれる。

(1) 「非リンク情報」：照会者と関連させることができない情報、調査者が照会者を知らない場合は、守秘は問題とはならず、同意の問題も生じない。

(2) 「リンク情報」 匿名(コードなどによ

って照会者のみが関連づけられる情報で、調査者が本人を特定できない場合）無記名（照会者や調査者が知っているコートで個人が特定できる情報）記名（名前などによって個人が特定できる場合）

- (3) 疫学者は統計学的分析を行う場合は、個人を特定できる情報は破棄する。個人を特定できる場合は、調査者はなぜそれが必要なのか、どのように守秘を保護するのかについて説明すべきである。もし対象者からの同意がある場合は、別表にするなどして守秘を担保する。政府の場合は、雇用者に守秘の誓約をするなどして頻回に強化する。

## V 利益関係の対立

### V-1 利益関係の識別

- 27) 協力者、スポンサーおよび対象者との利益における対立を公表することは、倫理的規定である。調査者は倫理審査委員会に対して利益の潜在的な対立を公表すべきである。
- 28) 職域や環境上の保健領域における疫学研究では、特定の利益集団が対立を引き起こすことがある。株主、雇用者、被雇用者、担当官庁、公共利益擁護団体、などである。同様の対立は、薬の効果や医療機器の検査の領域における研究からもおこる。
- 29) 調査者と倫理審査委員会は対立におけるリスクに敏感であり、通常利益の対立が内在している場合は承認されない。もし承認された場合は、利益の対立について対象者と地域に公表すべきである。
- 30) 行動を変えたくない対象者と健康のために変えるのが当然と信じる調査者との間で対立があるかもしれない。しかしこの場合は、調査者が対象者の健康への利益によって動機づけされており、真の対立ではない。

### V-1 科学的客観性と支持

- 31) 研究を企画、実施し知見を発表し解釈するには、誠実さと公平さが重要である。データは保留にせず、誤った発表や操作をしない。調査者は修正が必要な健康阻害要因を発見し、健康を保持し回復する方法を主張するかもしれない。このような場合、その主張は客観的で、科学的なデータによるものになる。

### 【結果3 多施設共同研究における研究倫理の確保についてのガイドライン】

多施設における研究への参加が、共通の計画案で提案された時は、委員会は他の倫理審査委員会の異なる意見を尊重する場合がある。またすでにある倫理基準を応用することに妥協しない場合もあり、そのような場合は、多施設による研究によってのみ利益が担保できるように委員会ごとの相違を調停する必要がある。調停の方法には、

通常の研究計画で必要な手続きをとるか、研究の協力センターの共同委員会に審査機能を代表させる方法がある。

### 【結論】

本研究から、(1) 国際医科学機構協議会による「疫学研究における倫理審査のための国際ガイドライン」は精神保健福祉の疫学研究にも適用できるガイドラインであり、(2) 個別の研究センターで考慮すべき諸点が記述されており、(3) 多施設共同研究における研究倫理の確保についての論点が明確になった。多施設共同研究においては、各研究センターで倫理審査委員会の承認が必要であるが、その結果が一貫したものになるかどうかは未知である。この問題を解決するためには、主任研究者の所属する研究施設の倫理委員会もしくは本研究を総体で審査できる倫理審査組織において、研究計画を早期に審査するなど、各研究センターの倫理委員会の参考になる基準を提示することが望まれる。

## 調査対象者の合意形成に関する研究

研究協力者 北村 俊則 国立精神・神経センター精神保健研究所  
分担研究者 吉川 武彦 国立精神・神経センター精神保健研究所

### 研究要旨

地域住民を対象とした精神疾患の疫学調査を実行する際に必要な対象住民との合意形成および面接の成功のために必要なノウハウを、これまで実施した非患者（地域）人口を用いた研究の研究から述べた。特に、対象となる住民への趣旨説明、精神疾患や精神医療への偏見、個人情報取り扱い、面接のエチケット、被検者への謝礼と事後の報告の重要性を強調した。

精神疾患に関する疫学研究を地域において実施する際に発生しうる問題点とその対策方法を、これまでの調査の体験からまとめる。なお、本報告の基礎となった過去の調査については文献を参照。

### A 対象となる住民への趣旨説明

対象となる住民への趣旨説明はその内容を正確に伝えるべきである。調査の目的、調査内容、調査結果の使われ方、参加者への謝礼などを具体的に伝えることで、住民の不必要な不安を低減し、参加率を向上させ、事後のトラブルを防止できる。「聞いていたことと違う」との印象は住民に疑念を生じさせる。

事前の説明は頻回に行う必要がある。地域の自治会などが十分組織されている場合は、自治会の会長、支部長、組長などの自宅を直接訪問し、書面および口頭で説明し、協力を求める。書面だけでは協力は期待できない。また、「潤滑曲」として宴席を設ける必要がある。この費用は研究費では出ないので、研究責任者の自前のお金となる。

地域の県庁、市役所、町村役場への連絡も欠かせない。地方公共団体との連携の形態はさまざまなものが考えられるが、何らかの連携があることが住民の安心感につながる。

### B 精神疾患や精神医療への偏見

一般住民の精神疾患や精神医療への偏見は強いものがあるのが事実である。こういうなかで「精神保健」や「精神疾患」に関する調査を実行することは想像以上に困難である。協力依頼の書面を出す場合も、差出人の所属に「精神」の文字があ

ることは住民のアレルギーを引き起こしうる。過去の調査でも「協力はするが研究所の封筒での連絡はしないでくれ」との発言を聞いたこともある。「今回の調査で異常が見つかったら東京の精神病院に連れていかれるそう」との噂が流れたこともある。自分に精神疾患がある、あるいはあるかもしれないと感じている住民が面接に抵抗感を感じても不思議ではない。

こうした状況で調査を行うのであるから、場合によっては調査主体を「精神」の着かない施設にすることも一案である。また「精神」に関する研究ではなく、「こころのケア」「ストレス」「人間関係」などの用語に変更することも良い。

### C 個人情報の取り扱い

住民がもっとも心配することは個人情報の取り扱いであろう。調査票のデータ入力において情報が他者に漏れないこと、被検者が属する地方公共団体や企業に情報が開示されないことなどは事前に書面でも、また面接に先だって口頭でも繰り返し説明すること重要である。

面接中に話したくない話題について聞かれるのではないかという危惧を被検者が持つこともある。面接に先だって「話したくないことがあればその旨言ってほしい。その項目は飛ばす」との明言の説明が必要である。

さらに、面接に当たるものか当該地域に居住している場合に、被検者はその面接者が情報を他に流布するのではないかと危惧を抱くことも考えられる。面接者が被検者と旧知の仲であったならば、精神疾患についての面接調査は非常に困難になる。むしろ、遠隔地から派遣された面接者に対

して被検者は安心して話しがてきることがある。

#### D 面接のエチケット

面接者の態度が良ければそれが噂として地域に流れ、参加者も増える。面接者のエチケットについてはすでに他所で細かく述べた（北村俊則 初学者のための精神症状学入門9, 精神科診断学, 10, 253-264, 1999）。ここではその要点を採録する。

##### (1) 開始

被検者に面接を思考する場合は、面接者の人柄について被検者の信頼を得られるような準備が必要である。

服装と身だしなみ 面接者の服装は、男性ならダークスーツ（スポーツシャツ姿は避ける）、白いシャツ（カラーシャツは避けた方がよい）、比較的地味なネクタイ、黒・紺・ねずみ色の靴下、黒・茶などの靴。スリッパは不可。ジーンズは不可。女性は男性の服装に合ったフォーマルなもの。明らかにブランド品と判るものも避ける。髪形もこうした服装に合ったものにする。サングラスも不可。

被検者の招き入れ 面接者が室内にいて、室外から被検者が来る場合には、被検者は立ってドアを開け、被検者を「とうそお入り下さい」と言いながら迎える。すでに被検者が面接室で待っているところに面接者が入っていく場合は「お待たせしました」と言いながら入室。

自己紹介 調査臨床を問わず、面接者は自己紹介をする。自己紹介は立ったまま行ない、名刺を渡す（事前に名刺を作っておく）。座ってから名刺を出してはいけない。自分の氏名が書いてある方向が相手に向くようにして、両手で名刺を持って渡す。まず被検者に着席を促し、被検者が座ってから面接者が着席。

面接目的の説明 面接の直前あるいは前もって、研究の目的、面接内容および所要時間、情報の扱い方、被検者の拒否権などについて説明。

テープ録音 研究あるいは臨床の目的で面接をテープに録音することがある。ビデオテープに録画することもある。面接に先だってテープ録音やビデオ録画については必ず説明し同意を得なければなら

い。隠し撮りは不可。

##### (2) 面接者の態度

被検者への興味を示す 面接者が被検者個人に心理学的な興味を示す。との様な人間関係でも、2名の人間が会話を交わす際に、一方が他方の話に興味を示さなければ話しをしている一方は自然に会話を終えてしまうものである。聞き手が強い興味と共感を示せば、話すほうは弾みがつく。相手に対する信頼関係の基礎も、聞き手の側が示す誠実な興味である。相手の話に興味を示さない誠実さだけでは信頼は得られない。聞き手（医療担当者や研究者）が話し手（患者や被検者）の信頼を得るには共感と興味が必要。

言葉遣い 話し手への共感と興味を示すための基礎要件のひとつは言葉遣いである。面接者には社会人としての言葉遣いが要求される。敬語、謙譲語の基礎は習得しなければならない。企業の新人教育用の教材には役立つ物が多いので活用する。被検者に不快な印象を与えては、信頼を得ることはできない。

「柔らか」過ぎる日本語で不快感を与えるよりも「堅すぎる」日本語を用いる方が安全。「柔らかい」表現は、数回の面接である程度の人間関係ができてから、注意深く用いる。特に以下のことは面接時に注意する必要がある。(a) 相手に直接呼び掛ける際は「x x様」あるいは「x xさん」を用いる。面接者より年長とはっきり分かる場合は「x x様」に統一する。「おじいちゃん」等の非個人的呼称は用いない (b) 被検者の社会的地位に配慮する 大企業の取締役である中年の男性に、20代の面接者が学生言葉や若者言葉で話し掛けては失礼になる (c) 相手の家族の呼称は丁寧語を用いる 「奥さん」ではなく「奥様」にする (d) 「身内」を敬語をつけて呼ばない 日本の社会では、相手との関係で「身内」と判断できる人間を呼ぶときには呼び捨てとし、敬語を用いないのが礼儀とされている。例えば「私のお母さんがおっしゃられました」は誤りて「母が申しておりました」が正しい。研究者が被検者の研究所の上司について語るなら、「部長がおっしゃられました」は誤りて「x x（部長の名前の呼び捨て）



が申しおりました」が正しい。(e) 「北村部長」は敬語であり、非敬語化すれば「北村」「部長の北村」となる。「北村先生」も当然敬語である。(f) 言葉遣いには相応の態度を忘れない。

被検者の心理的負担となる話題・面接者が話題を切り出すことに躊躇するなら、「事務的」に聞くことも技術であろう。過去の離婚歴を聞くなら、事務的に「結婚しておられますか」「それが初婚ていらっしやいますか」と直接聞く。事務的な質問には被検者も事務的に答えられる。

被検者だけでなく、多くの人が体験することであると示唆しながら聞くこともある。例えば、自殺念慮や自殺企図の有無を聞くことに躊躇するのであれば、「自殺しようと思いましたが」と聞かずに「辛い状態では、生きていてもしょうがない、死んでいたらよかったのに、死にたい、死んでしまおうと考える人がいるものです。x x様の場合、そのようなことはありませんでしたか」と聞く。被検者はそのことが自分だけの問題ではなく同様の状況であればだれでも体験し得るものであると気付くことができる。

被検者に負担となる話題 — 例えば過去の離婚歴とそのときの裁判の様子 — が一旦開始されたら、他の話題に飛ばずに集中的に質問し、十分情報を聴取したと感じたら次の話題に移る。そして次の話題に移ったら、もとの話題には決して戻らないのが被検者へのエチケットである。結果として、短時間に集中してその話題についての情報を集めることになる。被検者が心の窓を開けてくれている間に聞ける範囲の質問をし、終わればその窓を面接者が閉じてあげるだけの気配りが必要である。このほうが被検者の心理的負担は軽い。1時間の間に断片的にもとの話題について語るのは愉快的な体験ではない。

心理的に負担となる話題については、必要な情報を被検者が自発的に語ってくれることはあまり期待できない。したがっていったんそうした話題に入ったら、面接者はこの話題の中で何を確認すべきかという一覧表を頭の中で作成し、それに沿って質問を行う。質問の一覧表を作るには (a) 症状学と診

断学の知識と (b) 十分な社会的常識が必要とされる。例えば個人経営の工場が倒産して自殺を考えた中年男性に倒産前後の状況を聞くに際しては、その業種の特徴、金融界の状況、手形の扱い、倒産手続きなどの法律、従業員への通常対策、工場跡地の処理に関する不動産知識などの予備知識がなければ、短時間で被検者がおかれた状況の理解は困難である。

被検者が口に出したくない話題について語るときは、一回はそのキーワード（例えば離婚、倒産、逮捕）を面接者が口にしても、以降は「その事」「それで」など代名詞を用いることも、被検者に与える心理的負担を軽減できる。

同じことを2回聞かない・いったん聞いた事実を後になって再度聞くことはしない。もし同じことを後になって聞き直せば、それは面接者が注意して被検者の話しを聞いていなかった、ひいては被検者に話しに興味を持っていないことを自ら証明していることに他ならない。また面接者が聞きたいことを聞きたい場面で被検者が答えてくれるわけではない。直接聞いたときには否定しても後になって自発的に症状の存在を認めることは多い。例えば「周囲に人がいないのに人の声が聞こえることがありましたか」と幻聴の存在を聞いても「ありません」と答えていた患者が、その後に「周囲の人から悪意に満ちたことをさせられたことはありますか」と被害妄想を聞いた際に、「特別警察が『早くx xを逮捕すべきだ』と会話しているのが聞こえた」と訴えることがある。患者は嘘をついていたのではなく、「声は聞こえるが、それはいつも周囲に人がいる時だった」のかもしれない。一方、ある症状について聞いているときに他の症状についても自発的に語ることも稀ではない。「憂鬱になりましたか」と聞くと「はい、2か月前から気持ちが落ち込み、涙脆くなり、将来も悲観して、いっそ死んだほうがいいとも思って、そのうち『お前は生きる価値がない』と言う神の声が聞こえてきたのです」と、重要な症状を多く語る患者もいる。従って、被検者の発言はすべて記憶

確認しない・被検者の発言を鸚鵡（オウム）返しに

確認してはならない。「この数週間、朝早く目が覚めるのです」「この数週間、朝早く目が覚めるのですネ?」「仕事に出ても集中できません」「仕事に出ても集中できないのですネ?」「それで苦しいので睡眠薬をもらいたくて来ました」「苦しいので睡眠薬をもらいたくて来られたのですネ?」といったやり取りは、被検者の発言が不明瞭なので面接者が確認している印象を被検者に与えかねない。面接時間も無駄になる。聞かれる側には不愉快な対応である。

不明ならその場で分かるまで聞く 被検者の言っていることが聞き取れない、(訛などで)不明瞭、意味が不明、いずれとも解釈できるなどの場合は少なくない。その際はその場で「分からない」「分かるよう喋って欲しい」旨の質問と依頼をする。(特に重要な部分を)分からないまま話を聞いても全体の理解にはつながらなくなる。例えば被検者が「調子が悪い」といっても、精神病理学的には抑うつ感、注意集中困難、不眠、食欲低下、易疲労性、させられ体験などいくつもの現象の可能性がある。「調子が悪いと言うのは具体的にはどのようなことですか」「調子か悪いとおっしゃるのは、気分が滅入っているということですか」などの質問で明確にする。不安発作を思わせる発作が数回あったような場合は、最初の発作と最も最近の発作については記憶が鮮明であるので「1回目の発作について様子を詳しく教えて下さい」「最近は何時ありましたか。それはとこてありましたか。どんな症状がありましたか」等の質問をする。その上で、「普段の発作もそうした内容ですか。それとも最初の発作(最後の発作)は普段の発作と違うものですか」等と聞いておく。構造化面接の標準設問を理解できない被検者には標準設問を繰り返し述べる必要が発生する。標準設問を理解できない場合は、他の(等価の)表現に変更しなければならない。

被検者の文化を理解する 共感と感情移入をして被検者の精神内界を了解するには、被検者の置かれた文化を理解することが大前提となる。生活習慣、家族構成、趣味、宗教、教育、政治、信条、価値観、人生観などがここに含まれる。さらに被検者の心理

的体験は主として被検者の言語的表出をもって外部者が理解できるものであるから、被検者が用いる言語体系を理解することが大変重要になる。性別、年齢、職種等で言語は異なる。場合に応じて、被検者の文化に合わせた単語や表現を用いる必要も出てこよう。研究用に構造化面接を用いる場合は、各項目に与えられた標準設問を被検者が理解できないこともある。そうなら、被検者が理解できるよう設問の表現を変更しなければならない。被検者の理解を越えた質問をして不毛な情報を得ることが構造化面接の目的ではない。

### (3) 終了

面接の終了はほんの数分であるが、(a) 被検者の協力への感謝 (b) 被検者からの自発的発言や質問の機会 (c) 面接結果と情報の使われ方の開示 (d) 今後の予定の説明など、大変重要な機能を持っている。

被検者の協力への感謝 「ありがとうございました。私がお聞きしたかったことはすべて伺いました。長時間ご協力いただきありがとうございます」と感謝の言葉を述べる。ここで謝金か謝品を手渡し、領収書に捺印してもらう。

サービスの提供 個別の調査内容・目的にもよるが被検者が医療・福祉サービスが必要と思われる場合は、その提示を行う。自殺念慮の存在など緊急事態であれば医療に求められることを実行する。

被検者の退出とその誘導 面接の開始時点では室外にいる被検者を面接者が招き入れたが、被検者が退出する際は、面接者がまず席を立ててドアまで誘導し、そこで再度短い謝礼の言葉を述べる。

## E 被検者への謝礼と事後の報告

謝礼の内容と額はできれば事前に提示する。謝金が調査参加への動機付けの重要な要素であることは事実である。住民が調査参加に興味を抱くであろう謝金の額は時代や地域によって異なる。現状では、所用時間が数時間におよびその内容が過去の精神疾患の有無や個人的体験にかかわるものであれば、

一人当たり 2 ないし 3 万円であろう。面接に加えてアンケートやビデオ撮影など付加的な作業が加われば増額も必要であろう。いずれにせよ、これ以上になると住民は調査に不必要な疑念を抱くであろうが、これを大きく下回るようなら動機付けは乏しくなるであろう。

調査の結果を事後に住民に報告することも検討すべきである。1 回の調査でなく前方視的に調査を継続するのであれば 1 回目の調査後に感謝状を送るとか、全体の結果を報告するなどの手立てがあれば、再調査の協力もよいはずである。

## 文献

(文献は発表年代順に掲載した)

- Kitamura, T., Sugawara, M., Aoki, M. and Shima, S. Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants *Psychological Medicine*, 19(2), 507-511, 1989
- Kitamura, T., Shima, S., Toda, M. A. and Sugawara, M. Comparison of different scoring systems for the Japanese version of the General Health Questionnaire *Psychopathology*, 26, 108-112, 1993
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. and Toda, M. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women *Psychological Medicine*, 23(4), 967-975, 1993
- Aoki, Y., Fujihara, S. and Kitamura, T. Panic attacks and panic disorder in a Japanese non-patient population: epidemiology and psychosocial correlates *Journal of Affective Disorders*, 32(1), 51-59, 1994
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S. and Sugawara, M. Validity of the repeated GHQ among pregnant women: a study in a Japanese general hospital *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24(2), 149-156, 1994.
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., and Sugawara, M. Early loss of parents and early rearing experience among women with antenatal depression *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15(3), 133-139, 1994
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. and Toda, M. A. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: Repeated use of the General Health Questionnaire and Zung's Self-rating Depression Scale among women during antenatal and postnatal periods *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(6), 446-450, 1994
- Kitamura, T., Watanabe, M., Aoki, M., Fujino, M., Ura, C. and Fujihara, S. Factorial structure and correlates of marital adjustment in a Japanese population *Journal of Community Psychology*, 23(2), 117-126, 1995
- Kitamura, T., Kitahara, T., Koizumi, T., Takashi, N., Chiou, M. L. and Fujihara, S. Epidemiology of child abuse in Japan: how big is the iceberg? *Journal of Forensic Psychiatry*, 6(2); 425-431, 1995
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M. A. and Shima, S. Psychosocial study of depression in early pregnancy *British Journal of Psychiatry*, 168(6), 732-738, 1996
- Kawakami, N., Iwata, N., Tanigawa, T., Oga, H., Araki, S., Fujihara, S. and Kitamura, T. Prevalence of mood and anxiety disorders in a working population in Japan *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(9), 899-905, 1996
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Ono, Y., Fujihara, S. and Kitamura, T. Hopelessness in a community population in Japan *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 609-615, 1996
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. and Toda, M. A. Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: a review *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 117-123, 1996
- Sugawara, M., Toda, M. A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K. and Kitamura, T. Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 225-232, 1997
- Kitamura, T., Aoki, M., Fujino, M., Ura, C., Watanabe, M., Watanabe, K. and Fujihara, S. Sex differences in marital and social adjustment *Journal of Social Psychology*, 138(1), 26-32, 1998
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., Sugawara, K. and Sugawara, M. Social support and pregnancy I: Factorial structure and psychosocial correlates of perceived social support *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 (1), 29-36, 1998
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., Sugawara, K. and Sugawara, M. Social support and pregnancy II: Its relationship with depressive symptoms among Japanese women *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 (1), 37-45,

1998

- Kitamura, T., Sugawara, M , Shima, S and Toda, M  
A Relationship of order and number of siblings to perceived parental attitudes in childhood *Journal of Social Psychology*, 138 (3), 342-350, 1998
- Sugiura, T , Hasui, C , Aoki, Y , Sugawara, M , Tanaka, E , Sakamoto, S and Kitamura, T Japanese psychology students as psychiatric diagnosticians Application of criteria of mood and anxiety disorders to written case vignettes using the RDC and DSM-IV *Psychological Reports*, 82, 771-781, 1998
- Kitamura, T., Kijima, N , Aihara, W , Tomoda, A , Fukuda, R and Yamamoto, M Depression and early experiences among young Japanese women multiple facets of experiences and subcategories of depression *Archives of Women's Mental Health*, 1(1), 27-37, 1998
- Tanaka, E , Sakamoto, S , Ono, Y , Fujihara, S and Kitamura, T Hopelessness in a community population factorial structure and psychosocial correlates *Journal of Social Psychology*, 138(5), 581-590, 1998
- Kitamura, T., Toda, M A , Shima, S and Sugawara, M Single and repeated elective abortions in Japan A psychosocial study *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19(3), 126-134, 1998
- Kitamura, T., Sugawara, M , Toda, M A and Shima, S Childhood adversities and depression I Effects of early parental loss on the rearing behaviour of the remaining parent *Archives of Women's Mental Health*, 1(3), 131-136, 1998
- Kawakami, N , Iwata, N , Fujihara, S and Kitamura, T Prevalence of chronic fatigue syndrome in a community population in Japan *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 186, 33-41, 1998
- Sugawara, M , Mukai, T , Kitamura, T., Toda, M A , Shima, S , Tomoda, A , Koizumi, T , Watanabe, K and Ando, A Psychiatric disorders among Japanese children *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(4), 444-452, 1998
- Kitamura, T Psychiatric epidemiology in Japan Towards psychological understanding of the aetiology of minor psychiatric disorders *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(supplement), s275-277, 1998
- Kitamura, T., Kijima, N , Sakamoto, S , Tomoda, A , Suzuki, N and Kazama, Y Correlates of problem drinking among young Japanese women personality and early experiences *Comprehensive Psychiatry*, 40(2), 108-114, 1999
- Kitamura, T., Kijima, N , Iwata, N , Senda, Y , Takahashi, K and Hayashi, I Frequencies of child abuse in Japan Hidden but prevalent crime behind the door *International Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(1), 21-33, 1999
- Hasui, C , Sugiura, T , Tanaka, E , Sakamoto, S , Sugawara, M , Kitamura, T and Aoki, Y Reliability of childhood mental disorder diagnoses by Japanese psychologists *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(1), 57-61, 1999
- Kitamura, T., Sugawara, M , Shima, S and Toda, M A Childhood adversities and depression II Parental loss, rearing, and symptom profile of antenatal depression *Archives of Women's Mental Health*, 1(4), 175-182, 1999
- Sugawara, M , Kitamura, T., Toda, M A and Shima, S Longitudinal relationship between maternal depression and infant temperament *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), 869-880, 1999
- Sugawara, M , Sakamoto, S , Kitamura, T., Toda M A and Shima, S Structure of depressive symptoms in pregnancy and postpartum period *Journal of Affective Disorders*, 54, 161-169, 1999
- Sakamoto, A , Tomoda, A , Iwata, N , Aihara, W. and Kitamura, T. The relationship among major depression, depressive symptoms, and self-preoccupation *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(1), 37-49, 1999
- Yamamoto, M , Tanaka, S , Fujimaki, K , Iwata, N , Tomoda, A and Kitamura, T Child emotional and physical maltreatment and adolescent psychopathology a community study in Japan *Journal of Community Psychology*, 27(4), 377-391, 1999
- Kitamura, T., Sugawara, M , Shima, S and Toda, M A Temporal variation of validity of self-rating questionnaires improved validity of repeated use of Zung's Self-rating Depression Scale among women during perinatal period *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(2), 112-117, 1999
- Kitamura, T., Kijima, N , Watanabe, K , Takezaki, Y , Tanaka, E and Takehara, S Precedents of perceived social support Personality and early life