

- life experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(6), 649-654, 1999
- Kitamura, T., Fujihara, S , Iwata, N , Tomoda, A and Kawakami, N Epidemiology of psychiatric disorders in Japan In (eds Y Nakane & M Radford) *Images in Psychiatry Japan*, pp 37-46, Paris World Psychiatric Association, 1999
- Sugiura, T, Sakamoto, S , Tanaka, E , Tomoda, A and Kitamura, T Stigmatizing perception of mental illness in Japanese students Comparison of nine psychiatric disorders *Journal of Nervous and mental Disease* (in the press)
- Tomita, T, Aoyama, H , Kitamura, T., Sekiguchi, C , Murai, T and Matsuda, T Factor structure of psychobiological seven-factor model of personality A model revision *Personality and Individual Differences* (in the press)
- Ono, Y, Yoshimura, K , Yamauchi, K , Asai, M , Young, J, Fujihara, S and Kitamura, T Taijin kyofusho in a Japanese Community population *Journal of Transcultural Psychiatry* (in the press)
- Ono, Y, Yoshimura, K , Yamauchi, K , Asai, M , Young, J, Fujihara, S and Kitamura, T Somatoformsymptoms in a Japanese community population prevalence and association with personality characteristics *Journal of Transcultural Psychiatry* (in the press)
- Hasui, C , Sakamoto, S , Sugiura, T and Kitamura, T Stigmatisation of mental illness in Japan Images and frequency of encounter with mental illness diagnostic categories reported by medical and non-medical university students *Journal of Law and Psychiatry* (in the press)
- Iwata, N , Fujihara, S , Kawakami, N , Yoshimura, K , Tanigawa, T and Kitamura, T Physical activity and psychiatric disorders among a community adult population (submitted)
- Tomoda, A , Kawakami, N , Yamauchi, K , Fujihara, S and Kitamura, T Lifetime prevalence and 12-month incidence of DSM-III-R mental disorders in a community sample in Japan (submitted)
- Tomoda, A , Iwata, N , Kawakami, N , Kato, H , Kondo, T and Kitamura, T Lifetime prevalence and 12-month incidence of DSM-III-R mental disorders among Japanese adolescents (submitted)
- Sakamoto, S , Kurihara, T , Kato, M and Kitamura, T Public attitudes toward persons with mental illness A cross-cultural study using case vignettes between Bali and Japan (submitted)
- Sugiura, T , Sakamoto, S , Tanaka, E , Tomoda, A and Kitamura, T Labeling effect of seishin-bunretsu-byo, the Japanese translation for schizophrenia An argument for relabeling (submitted)
- Tomoda, A , Mori, K , Kimura, M , Takahashi, T , and Kitamura, T One-year incidence and prevalence of depression among first-year university students in Japan A preliminary study (submitted)
- Koizumi, T, Takahashi, K., Watanabe, K., Takehara, S , Kijima, N and Kitamura, T Initial job-seeking stress on female new graduates in Japan (submitted)
- Kurihara, T , Kato, M , Sakamoto, S , Reverger, R and Kitamura, T Public attitudes towards the mentally ill A cross-cultural study between Bali and Tokyo (submitted)
- Kitamura, T., Kaibori, Y , Takara, N , Oga, H , Yamauchi, K and Fujihara, S Early experiences and depression I parental loss, harsh disciplinary attitude, and perceived rearing experience among a Japanese community population (submitted)
- Kitamura, T., Kaibori, Y , Takara, N , Oga, H , Yamauchi, K and Fujihara, S Early experiences and depression II Single episode and recurrent/chronic subtypes of depression and their link to early experiences (submitted)
- Kitamura, T., Tomoda, A , Kijima, N , Sakamoto, S , Tanaka, E , and Iwata, N Predicting character and but not temperament from early life experiences in young women (submitted)
- Kitamura, T., Tomoda, A , Kijima, N , Sakamoto, S , Tanaka, E , and Fujihara, S Understanding personality from perceived parenting (submitted)

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-

研究協力者 岩田 昇 フロリダ国際大学

1 はじめに

筆者は現在、米国フロリダ州マイアミ市に在住し、フロリダ国際大学 College of Urban and Public Affairs で助手をしている。筆者が所属する Life

Course and Health Research Center の Director は Dr R Jay Turner で、長年の Community Mental Health 研究業績によって、米国社会学会や米国公衆衛生学会などから学会賞を授与された著名な Medical Sociologist である。この研究センターでは、現在2つの大きな研究プロジェクトを走らせている。一つは思春期から青年期への過渡期における精神保健問題を対象にした「Transition Study」で、もう一つは在宅の身体不具合者を対象にした「Disability Study」である。このうち、筆者が主に携わっているのは前者であるので、本稿では主に「Transition Study (A Study of Stress and Well-Being in Young Adulthood)」を具体例として、米国における CIDI を用いた調査研究の実際について紹介してみたい。

2 「Transition Study」の概要

2.1 地理的特異性

マイアミ市およびその近隣(Miami-Dade County)は、米国の中で最も中南米からの合法的・非合法的移民(Hispanic)

が多いところである。街のいたる所でスペイン語が使われ、英語も一応話せる bilingual の Community である。1959年のキューバ政変(軍事クーデター)をはじめとして、米国はキューバ難民を優先的に移民させてきたこともあり、マイアミ市住民約210万人中に Hispanic の占める割合は約50%に及ぶ。非 Hispanic 系白人(non-Hispanic White)と African American はおよそ30%・20%となっている。

さらに驚くのは、出生地が米国以外の者(すなわち移民)が45%(1997年統計資料)もいることである。スペイン語を話す者も50%と報告されている。云うまでもなく言語と生活習慣・規範などは密接に関連しており、異文化接触および受容はごく日常的な状況となっている。人種(特に Hispanic 対 African American の)間の軋轢ともオーバーラップして、地域生活上におけるストレスレベルは平均的に高い。

一方、フロリダ半島から南に延びる近接諸島群 Florida Keys はすべて道路でつながれており、Ernest Hemingway で有名な南端の Key West など、いまだに60年代の Lifestyle をエンジョイしている人々が多く住む。中南米から入ってくる illicit drug のかなりはこの地域から上陸すると云われている。そんなこともあって、そこらの Cafe でごく簡単に illicit drug が手に入るのである。

マイアミ市内においてもその辺の事情は似ていて、日本人の我々には想像を絶するような drug prevalence である。そのため、Miami-Dade County にある数大学の Public Health や Sociology・Social Work Health Education 領域の研究者たちにとって、薬物使用の問題は最も優先順位の高い研究課題となっている。

2.1 先行研究("Patterns of Drug Use Hispanic and Non-Hispanic Male Teens")

1991年、University of Miami 社会学部の Dr William Vega (UC Berkeley 公衆衛生学部を経て、現在 New Jersey の医科歯科大学教授)を Principle Investigator (PI)として、Miami-Dade County の男子中学生(6・7年生)の72%に当たる6,760名および一部対象校における同学年の女子中学生626名を対象にした質問紙調査が行われた。この調査の Key Words は異文化受容と薬物で、男子中学生の方が圧倒的に onset が多いとみなして、男子を主に調査したのである。

この研究は主に質問紙によるものであったが、さまざまな情報ソースを用いている点に特徴があった。すなわち、親および教師に各生徒の情緒・行動の問題に関する評定を求め、また生徒の学業成績・欠席日数等の学校資料もアクセスできるという点である。また縦断的前向き調査デザインにもなっており、1993年まで3年間にわたり、毎年同一コホートに質問紙調査が行われた。

この研究はその規模や包括性の点で非常に優れており、成果は Am J Public Health をはじめ、数多くの一流学術雑誌に報告された。1997年にはそれらをまとめた本も公刊されている。しかし、1990年頃を境に、主要な社会精神保健・精神保健社会学研究が操作的診断基準に基づき caseness を扱う時代に入り、今となってはその点にやや不満が残る。

2.3 「Transition Study」の立ち上げ

この包括的データを有する若年コホート集団に目を付けたのは、当時カナダ Toronto 大学社会学部教授だった Dr R Jay Turner である。彼はそれまでも数多くの Mental Health Survey を手掛けており、Michigan 大学版 CIDI (UM-CIDI)を用いた無作為抽出 Toronto 市住民調査(N ≈ 1,400)を終えた彼は、1995年にマイアミにやってきた。

「Transition Study」は、この年齢コホートの Wave 3 (1993)調査から約4～5年後の追跡・包括的面接調査研究である。「Transition Study」の特徴は多数挙げることはできるか、何と云っても思春期前期から青年期前期にわたる縦断的なデータ構成がその筆頭である。原因(先行要因)と結果の時間的位置関係が押さえられているか否かで研究成果のトーンは大きく違ってくる。UM-CIDI に基づいた DSM-IV 診断を目的変数として、Wave 1～Wave 3 で収集した本人の回答によるパーソナリティ変数や生活ストレス(含、異文化受容ストレス・人種による被差別経験)、さらに保護者・教師の標準化観察尺度への評定など数十種類の説明変数の中から、危険因子(risk factors)や保護因子(protective factors)を検出することが「Transition Study」の主目的の一つである。

2.4 対象者の選抜

1991年および1993年の質問紙調査対象者(男性 N > 7,500、女性 N ≈ 500)のうち、男性では人種分布率(non-Hispanic White 25% African American 25% Hispanic 50%)を考慮した層化無作為抽出法に則り、1,200名を選抜した。女性では500名の全員を面接対象者とし、さらにこの女性らと同じ中学校の同年度の卒業生名簿から、男性の場合と同じく人種分布を考慮した層化無作為抽出

によって700名を選抜し、合わせて1,200名を女性対象者とした。この際に、次節に記すような在校・卒業生のデータベースを活用し、すべてコンピュータによってピックアップしていった。

研究スタート時点では、調査協力率を80～85%と見積もり、最終的に男女それぞれ1,000名、計2,000名の面接調査を予定した。このサンプル数も、これまでの知見から予想される疾患や薬物使用のprevalenceを推定し、統計的検出力 $\alpha = 80\%$ を保つのに十分なN数として算出したものである。

2.5 対象者へのアプローチ

データベース化がきわめて迅速にしかも広範に浸透してきた米国では、公立中学校であっても、いわゆるSchool Recordがほとんどデータベース化されている。すなわち、在学・卒業生の氏名・個人識別番号・性別・人種区分・生年月日・住所・電話番号や保護者ないし養育者3名までの氏名・続柄・勤務先住所および電話番号等々、個人同定・追跡に必要な情報が略記ないしコード化されて、データベースが構築されている。さらに、各学校もMiami-Dade Countyの中でコード化されているため、学校のマッチングや無作為抽出等、コンピュータを使ってサンプリングを行うのには最適の状況になっている。

とはいえ、同一County内での引越を含めれば、5年で50%近くが転居すると云われる米国では、家族ごと転居している者を追っかけるのはかなりの手間を要する。実際に、この作業を担当するのはField Coordinatorと呼ばれる、この地域のことを熟知した中年女性である。この役割については後(2.8節)に少し触れる。ともかく、データベースに保護者・養育者数名の勤務先の情報まで入っていることで、現実にはかなり

の確率で対象者にコンタクトできている。

進学などでMiami-Dade County圏を遠く離れている対象者の場合などでは、実家に帰省する夏休み・クリスマス休暇に面接を依頼するか、電話での面接を行うほかに手はない。米国では電話代が非常に安く、また電話好きの人も多いため、これまでの面接の約55%が電話面接である。米国は本当に調査しやすい状況になっている。

2.6 精神科診断および他の面接内容

さて、肝心のCIDIの使用について少し述べる。「Transition Study」では、研究目的に照らして、CIDIのセクションB (Tobacco)・C (Somatoform & Dissociative disorders)・F (Manic & Bipolar affective disorder)・G (Schizo & Other psychotic disorders) H (Eating disorders)・K (Obsessive-compulsive disorder 部分) M (Dementia)の半分以上のセクションは使わない。セクションD (Anxiety)・E (Depressive & dysthymic disorders)・J (Alcohol)・K (PTSD 部分)・L (Substance-related disorders)だけである。

ここで用いているUM-CIDIは基本的にDSM-IV診断しか念頭にないため、WHO-CIDIでICD-10にのみ関連する質問項目はすべて削除されている。さらにUM-CIDIでは、CIDIの基本ルールで最も時間を使って修得する「Probe Flow Chart」がすべて質問項目としてあらかじめ組み込まれているため、例えばCIDI Core-version全セクションを修得し実行するのに比べて、実際の面接員の負担は顕著に少ない。

一方、米国の教育現場などで問題となっているADHD (Attention Deficiency Hyperactive Disorder)やConduct Disorder・Antisocial Personality Disorderなど、いわゆるExternalizing (Behavioral) Disord-

ersに関する質問モジュールも用いている。これらのモジュールは、WHO-CIDIにもUM-CIDIにも存在しない。そのため、DISC (Diagnostic Interview Schedule-Child version)のlifetime versionから持ってきている。これらに関する診断的情報を得ることにより、遡って学業成績や薬物使用開始や継続に対する注意集中困難などの影響を観るのがねらいである。

なお面接調査票には、これら以外にも、臨床心理学(含、パーソナリティ論)やコミュニティ心理学・家族システムなどにおけるMajorな研究で開発された測定尺度が数多く盛り込まれている。さらに、対象者の承諾が得られた場合には、保護者への面接も行っている(云うまでもなく、質問内容は対象者へのものとは異なる)。しかし、これらの情報を提示するのは紙面の制約上困難なので、ここでは割愛する。

27 調査員

面接調査員を募集する際、学部卒以上でコミュニケーションが上手にとれることの2点を条件としている。都合40名近くの面接調査員のうち、心理学・社会学 教育学 Majorの者が大多数で、生物学や地理学などの専攻も少数含まれる。

調査員は基本的に時給制であるが、この時給には面接協力依頼の諸手続(電話連絡・依頼文発送等)や面接場所への移動、面接後の記録確認、教室において各週で開かれる調査員ミーティングおよびそのための移動時間等、面接遂行に関わるすべての活動がカウントされる。契約にあたって、原則として週あたり20時間の労働時間が要求されている。面接は2時間以内には終わるが、諸々の作業を入れると面接1人に4時間近く費やす。したがって、週あたり

4人くらいの面接を行う計算になっている。

面接調査員の多くは大学院進学の希望者であり、本人の興味プラス学費稼ぎの目的で参加している。そのため、進学と同時に面接員を辞める者もいることは避けられない。最古参の調査員の一人は200名を越える面接をこなしているが、ほとんどは30～50名くらいの面接経験である。

28 Field Coordinator

地域調査を行う際に、欠かせないのがこのField Coordinatorである。Field Coordinatorの役割は、大まかに次のような点である。すなわち、①対象者の最初のコンタクト、②面接者の割り振り、③トレーニング時のロールプレイのアドバイス、④面接者との連絡、⑤面接者ミーティングの設定と進行、⑥面接者のアフターケア、⑦面接完了者への謝金(小切手)の発送などである。

このうち、筆者が得に重要だと感じるのは⑤と⑥で、面接者のモチベーション維持と面接の質の確保、面接者のカタルシスは、健全な研究遂行に欠かせない。当教室のField Coordinator(常勤)を務めるLinda Winstonは、幼少時にPurto Ricoから来た50歳手前のbilingualで、高校教諭 Social Workerを経て、このプロジェクトに加わった。特にSocial Workerとして家庭内暴力の問題に数多く携わってきた経験から、対人コミュニケーションが非常に上手で、最適任者と云える。昼食時ともなると、いつも彼女の部屋には面接員が訪れている。

29 研修

CIDIを含む面接調査のためのトレーニングは、20時間(4時間×5日)を基本としている。1日いっぱい集中する

ことは不可能と考え、毎日半日だけ集中させ、1週間を使ってトレーニングを行っている。云うまでもなく、CIDIに関連する部分はWHOが認定したCIDIトレーニングコースの受講者が担当する。

実際の面接調査では、すべてComputer Assisted Personal Interview (CAPI)と呼ばれるコンピュータの画面に従ったものだが、トレーニングの前半3日間はHardcopyだけを用いて、基本的なルールや各セクションの標的精神症状などについての講義と実習(ロールプレイ)が行われる。後半はCAPIの基本的使い方およびそれを用いての実習に当てられる。この時、経験者が各面接訓練者の様子を観察して、アドバイスを与える。5日間の訓練の後、さらにもう一つ課題を課す。その週末に家族ないし親しい者に協力してもらい、実際の面接手順通りに面接を行うのである。これを経て、面接訓練は終了する。

2.10 調査協力謝金

調査スタート時点では、\$25を面接後に小切手で支払っていた。面接完了者のうち半数以上がこの金額である。当初協力意志が希薄な者には\$35を呈示した。さらに調査の詰め(この半年くらい)に入ってから、面接・データ化スケジュールへの考慮から、最高\$50にまで謝金を上げて、スピードアップを図っている。

2.11 調査協力率

米国では積極性やVoluntarismといったものが非常に尊ばれる。例えば政府の認めた研究に積極的に参加しデータを提供することは、ひいては自分たちの地域福祉や政策決定・是正につながる重要な関与行為であり、それをするのが米国人の良識だと信じる者が多い。

さらに、米国人は一般に、知らない物事に対して「見たい・知りたい・経験したい」という好奇心が強く、self-disclosureに関する抑制も強くない。これらの状況もあって、米国におけるこの種の調査への協力率は概して高い。

1997年11月22日に初回面接がスタートし、2000年4月18日現在の面接完了者は計1,777名で、無作為選抜者のうち、死亡や事故・国外移住等により面接不可能な者を分母から差し引くと、70%を越える協力率は確保されている。この「Transition Study」は縦断的調査であり、初回面接から2年経った者から順に第2回目面接を行うことになっている。実際には今年の2月からすでにスタートしている。時間的兼ね合いもあって、初回調査をどこで打ち切るかが現在の懸案事項となっている。

3. まとめ

本稿では、筆者が関わっている米国におけるCIDI調査の実際について、とりとめもなく紹介してきた。"National Comorbidity Survey"をはじめとして、CIDIを用いた社会精神保健研究のほとんどは、地域標本調査技法に優れたMedical SociologistをPIとするものである。CIDIのようなlay-interviewerの使用を前提とした標準的評価法の確立によって、米国におけるこの手の研究報告の場は益々広がってきている。これがWHOのMH2000にインパクトをもたらしたことは周知のことである。

self-disclosureレベルの隔差や精神心理的問題に対する根強い偏見、地域調査のような目に見えるマクロなアプローチより遺伝子研究などの高度なテクノロジーを駆使したミクロなアプローチに巨額の研究費が配分されやすいなど、日本・日本人におけるこの種の研究を取り巻く状況はきわめて悪いと云わ

ざるを得ない。しかし、昨今の社会問題を見れば、日本における社会精神保健研究の重要性は益々高まっているように思われる。きちんとした evidence を示し、警鐘を鳴らしていくことが、我々の使命ではないかと思うものである。

精神障害疫学調査における対象者の保護に関する研究

分担研究者 池原 毅和 東京アドヴォカシー法律事務所

研究要旨

精神障害の疫学調査を行なう場合の調査対象者の主としてプライバシーに関する倫理的留意事項について、①情報収集（調査）段階においては、調査に関するインフォームトコンセンストが必要であり、②情報管理時において、個人特定が行えない形態への情報の加工（de-identification）及び管理責任の明確化が重要であり、③管理情報の開示及び利用についての準則を確立することが必要である。これらのあり方は、いずれも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の利益とを客観的に比較考量することを前提にして決定されるべきことである。そのため、④ある程度独立性のある倫理委員会を設置して、プライバシー権と公共の利益の比較考量を判定させ、併せて調査の実施状況及び情報処理・管理手続の適正さを維持するためのモニターを行なわせるとともに、調査対象者の苦情等にも応じさせることが望ましい。

A 研究目的

精神障害の疫学調査を行なう場合、調査対象者のプライバシー保護のために倫理上いかなる配慮が必要であるか、その準則及び保護手続きを明らかにし、調査主体が依拠すべき有効なガイドラインと起こりうる苦情に対する適切な対処手段を明らかにする。また、すてに、ユーザーまたはその家族として調査対象に含まれる者か、實際上、調査に対してどのような反応を持っているかを明らかにし、心理・社会面から、これらの者か調査対象になる場合の問題点を解明する。

B 研究方法

主として1991年の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の原則5,6及び19の趣旨及び近時先進的な準則として注目されているオーストラリアの疫学調査に関するプライバシー保護の準則を文献調査研究する。ユーザー及び家族

の調査に対する心理・社会的な問題点については、実地聞き取り調査を行なう。

C 研究結果

- 1) 国連原則、オーストラリア法の文献研究から、調査段階において被調査者に対してインフォームトコンセンストを行なうべきであり、その場合の説明すべき内容が明らかになった。また、説明を詳細に行なうことが調査目的を阻害する可能性がある場合の、被調査者の同意を補充するための手続と機関の必要性が明らかになった。
- 2) 情報管理の形態として、個人特定不能に加工した情報（de-identification）と個人特定可能な情報（personal information）で管理の厳格性にグレードを設けるべきことが明らかになった。また、できる限り de-identify する工夫を行なうべきことが明らかになった。
- 3) 情報保管の責任体制と、情報管理の

準則を確立する必要性が明らかになった。

4) ある程度独立性のある倫理委員会を設置し、①当該調査の大前提となるプライバシー権と公共の利益の調整点を公正に比較考量して、調査の可否及び方法の適正さを判定させるとともに、調査の実施過程をモニターさせ、調査対象者の苦情にも応じさせることが調査全体の公正さを確保し社会的信頼をうるためにも望ましいことが明らかになった。

D 考察

精神障害者の保護に関しては、1991年の国連原則かその準則を示しているところであるか、同原則 5 (医学的診察に関する原則)、同原則 6 (秘密保持の原則)、同原則 19 (情報へのアクセス原則) は、直接に疫学調査を予定して定められた原則ではないか、その趣旨は、プライバシー権、あるいは、近時その根本にあるとされるオートノミー (自己決定) を確保する権利を実質におくものであり、疫学調査においても調査対象者の調査に対する諾否の判断を支えるに足りる説明が必要であることを示唆している。その説明としては、①調査目的、②調査によって得られるデータの必要性、③対象者の選定方法、④調査後、情報を特定できない (de-identified) 方法で管理するかどうか、⑤調査によって得た情報をどのように使用するのか、⑥情報が保管される期間、⑦情報機密の体制、⑧情報を他の目的には使用しないこと、⑨自分の情報についての問い合わせに応じる窓口、⑩情報廃棄の方法、⑪調査結果の公表方法、⑫研究が完了したとき情報はどのように加工されているか、⑬本人以外の者から情報開示が求められた場合に、それに応じる例外的な場合があるか否か、などをわかりやすく説明することか望ましいといえる。従って、本件の疫学調査の場合には、収集された情報は、管理段階では個人特定が不可能となる形態に加工すること (de-identify) が重要なポイントになる。

その情報の保管については、管理責任体制を明確化することか必要であり、情報の開示要求、情報の廃棄についてのプロトコルを確立することか必要である。被調査者本人は、情報提供後も自己の情報については、開示、修正、廃棄の要求ができるのがプライバシー権の帰結であるか、情報が加工され、個人特定が不可能な状態になっている場合には、その要求に応じるのは不可能であるし、その必要もないものと考えられる。従って、調査段階で、調査データか個人特定不能なように加工されることを説明し、その旨同意してもらうことか望ましい。

de-identification を完全に行なえば、個人のプライバシーと疫学調査によってもたらされる公共の利益の相克を調整する必要は回避されるか、de-identification が十分に行なえない場合に関して、オーストラリア法 (Privacy Act, 1988) では、公的な倫理委員会 (Institutional Ethics Committees) かプライバシー権保障の利益と医学的調査の公共の利益を考量し、公共の利益が明らかに大きいと判断された場合には、本人の同意が無くても、情報利用が可能な場合を認めている。Institutional Ethical Committees の基本的な役割は、①プライバシーと公共の利益の考量に基づき、情報利用の可否の決定と、②医学調査研究の開始から完了に至までの全過程の定期的なモニタリングを行なうことにあるとされている。

わか国でも、疫学調査における情報処理の客観的な公正さや社会的な信頼度を高め、苦情等が発生した場合にも、円滑に対処か可能な体制を作るためには、ある程度第三者性をそなえた、調整・判定機関か準備されることか望まれる。上記の Institutional Ethical Committees を参考にする、こうした調整・判定機関には、①第一に当該調査によってもたらされる公共の利益と調査の過程で侵害されるおそれのあるプライバシーをとのよう調整するかを判断する機能か基本機能として必要である。両者の利益は、調査の可否だけでなく、調

査方法（調査対象者に対するインフォームトコンセントの行ない方、de-identificationの行ない方等）によっても、それぞれの利益の侵害の程度に微妙な変化を生じるので、調査方法のあり方についても、この機関が最終的な調整・判定を行なえるようにするほうが、より現実的でバランスのとれた利益調整かてきるものと思われる。②第二には、調査の実施の全過程（実施後の情報保管状態も含む）がプロトコールに従って行なわれているかモニタリングする機能が求められる。③第三に、モニタリングには、調査対象者に対する調査の実施状況のモニターも含まれるので、同時に調査対象者からの苦情の受付も同じ機関で行なえるとすることが実際的と思われる。従って、苦情処理機能もこの機関に行なわせることが望ましいと考えられる。

以上のような機能を有する機関として、疫学調査に当たって倫理委員会を設置することが必要と考えられる。

ユーザー及び家族が調査対象になった場合の、心理・社会的問題点について、秋田、熊本の当事者、家族の聞き取り調査を行なった。家族会活動に参加している家族の意見は、精神障害の疫学調査の公共的必要性に対する理解は良好で、むしろ積極的に疫学的な調査が行なわれることを望む声が多い。当事者については、聞き取った範囲では、必ずしも明確な意見は見られなかったが、調査のあり方によっては、反発を感じる当事者もありうるのではないかという意見があった。しかし、個人特定を不能にする形態での調査が行なわれ、精神障害が他の疾病と同様に、疫学的な調査の対象となるというのであれば、問題は軽減されるのではないかという意見もあった。全体としては、むしろ、調査時の個別の問題に対する対応が必要であると思われる。

E 結論

1) 調査対象者に対して、調査の目的、情報管理のあり方などについてできるだけ詳細な説明をしたうえで、調査対象者

の同意を得る必要がある。説明を詳細に行なうと調査に支障が生じる場合には、予め調査によって得られる公共の利益と個人のプライバシーの利益を考量した上で、説明の詳細度を決定しておく必要がある。

その決定については、倫理委員会（第4項記載）が行なうことか望ましい。

2) 情報は、可能な限り個人特定を不可能にするよう加工して（de-identify）使用することが必要である。今後、de-identifyする技術及び手続き（直接的な調査結果と個人属性の切り離し、現調査表の保管方法または廃棄手続など）を具体的に工夫する必要がある。

3) 情報の保管、管理について責任体制と開示、廃棄などに関する準則を定めておく必要がある。

4) 個人のプライバシーと疫学調査によってもたらされる公共の利益を公正に調和させ、調査全体が適正に進められることを確保するために、倫理委員会を設置し、①プライバシーと公共の利益を考量して調査の可否、調査の方法を判定し、②調査の全実施過程をモニターし、③苦情処理に当たることもできる体制を用意することが望まれる。

F 研究発表

- 1 論文発表
なし
- 2 学会発表
なし

地域調査に関するパイロット研究（長崎地区）

分担研究者 中根 允文 長崎大学医学部精神神経科学教室
研究協力者 宇都宮 浩 長崎大学医学部精神神経科学教室
石崎 裕香 長崎大学医学部精神神経科学教室
松林 瑞枝 長崎大学医学部精神神経科学教室
本田 純久 長崎大学医学部原爆後障害医療研究施設

研究要旨

[目的] 地域社会の一般住民における精神健康の実態を世界保健機関(WHO)が開発した精神医学的構成面接法（統合国際診断面接 CIDI）にてパイロット的に把握し、今後の大規模疫学調査の基盤を確立する。[方法] 長崎市の選挙人名簿をもとに無作為に400名抽出し、調査協力を同意した対象者に所定の演習を終えた面接員が訪問して、CIDIを実施する[結果] 調査協力の依頼状は399名に発送し、232名（58.15%）から回答があり、調査に参加の意思を表示されたのは80名（全体の20.05%）であった。うち、75名について、現時点までにCIDIを終了した。CIDIの結果は、ICD-10/F診断とDSM-IV診断の双方が可能であるが、ここではひとまずICDシステムに基づく解析結果を示す。75名中71名は二人の面接者が評価していたが、そのうちの1面接結果を無作為に抽出して75評価の結果を要約する。75事例中32例にICD-10/Fによって何らかの診断が付けられたか、これにはタハコ使用に由る精神・行動の障害が少なからず含まれていたため、それを除外すると21例（28%）が何らかの精神科診断を付けられていた。うち8例（10.7%）は複数診断を有し、それは女性に目立つ傾向を見た。これらの数値は地域調査として諸外国からの結果と大きく異なるものでないと考え、今後この評価の信頼性・妥当性をこの面接結果から比較検討して、ここに得られたデータの信頼性を考察したい。[結論] 諸外国からの結果に近似した知見を得ることができたことから、日本における大規模疫学調査実施の可能性は示唆されたと考えられよう。

A 研究目的

西欧諸国からの多くの先行研究において、一般住民の15-30%には何らかの精神疾患が発見されるという疫学知見¹²⁾⁹⁾が得られている。しかし、日本においては、精神科医療機関を受療した患者に関する分析結果⁹⁾、および特定の疾患を対象とした調査結果はあるにしても、コミュニティ・ベースの広範なデータは残念ながら皆無に近いと言わざるを得ない。そこで、厳密な方法論に基づいているとはいえ欧米の知見を利用しようとしても、文化圏の大きく異なる日本にそのまま適用できるか否かが問題である。例えば、最近ヨ

ーロッパ諸国の共同研究の成果として報告された「うつ病」群の頻度について、日本における日常的な臨床経験などからすると明らかに高すぎる印象を感じたりする。従って、日本独自の疫学データを確立すべきであることが必須であるわけであるが、これが現実には容易なことではない。疫学研究、特に精神疾患の疫学研究を抑制する日本特有の要因、例えば精神疾患および精神疾患の患者を排除する要因、あるいは地域調査への違和感などが潜んでいるのかも知れない。しかし、今後世界共通の基盤に立って疫学データの比較検討を行おうとするとき、大規模な疫学調査を行うことは重要であり、その実

施可能性を検討しておくことも必須要件である。

われわれは WHO 研究協力センターの一つとして、世界保健機関(WHO)の精神保健部を中心になって計画した The World Mental Health 2000 Study / WMH 2000 に高い関心を持っていたところ、今般、厚生科学特別研究事業として WMH 2000 に準じた国内研究グループ(研究班代表者は、国立精神神経センター精神保健研究所長の吉川武彦氏)が組織され、長崎大学医学部にあっても同研究班の研究分担者の一人となって、パイロット研究(長崎市)を行うことになった。将来的には今回の調査方法と結果をもとに、2002年頃まで更に地域を拡大し調査対象者数も増やして WMH 2000に見合った知見を得ることか計画されている。実際的には、抽出された地域住民(調査協力者又は調査被験者)に対して、WHOが開発した精神疾患に関わる統合国際診断面接(The Composite International Diagnostic Interview, CIDI)⁷⁾という構成面接法に基づいて、被験者の人権とプライバシーに配慮しなから、「こころの健康状態」を調査するということになる。

B 研究方法

1 研究全体の流れー研究等の対象及び実験場所

対象は20歳以上の長崎市民であって、彼らに研究責任者(長崎)から調査協力依頼の文書が発送され、これに対する対象者からの反応に対して必要な場合は研究グループの精神科医が調査内容と方法を詳細に説明する。最終的に「研究協力」の意思表示かなされた対象者について、彼らを訪問して調査員が所定の方法に則って面接するというものである。

2 調査の対象地域の抽出、調査対象者の抽出方法、抽出した人員

調査対象地域は長崎市であり、同市の最新の選挙人名簿から、長崎市民400人を抽出する。長崎市内にある全投票所の中から無作為に10カ所の投票所を選び、選ばれた投票所からそれぞれに更に無作為に調査対象者を抽出する。

3 調査実施体制

1 調査様式 WHOによって1993年に、一般住民を対象とした精神医学的疫学調査を行う上で非専門家でも利用可能なように完全な構成面接法として開発された統合国際診断面接 CIDI core versionの最新版21版(日本語訳)を面接評価法として利用する。ただし、対象者および面接調査員の負担を考慮して、「G 精神分裂病及び精神病性障害」の項は含まない。訪問面接に入る前に、面接調査員は CIDI-21版に関する所定の研修を受ける。

2 調査の実施

調査実施に関わる事務局(長崎)は、長崎大学医学部精神神経科学教室におき、「こころの健康状態に関する調査-研究室」と呼称する。そこでは、抽出された調査対象予定者との対応に全て当たる。まず、本調査研究の詳細な計画書作成、倫理委員会への同文書の提出、選挙管理委員会における調査対象者の抽出作業、抽出された対象者への調査協力依頼文書の発送、本研究への参加に同意した対象者に対する電話で面接等の日時予約、対象者からの問い合わせへの解説、面接調査員を対象者宅に派遣、面接調査員による CIDI 面接結果の受け取り、などである。

CIDI 面接は2月中旬から約15ヶ月間に実施することとし、所定のマニュアルに従い、対象者の人権とプライバシーを侵害しないことなどを告知し、改めて調査研究への同意書に署名してもらった上で実施する。

面接調査員は、面接終了の時点で面接票に記載漏れのないことを確認して、速やかに事務局に持参する。面接に協

力された調査対象者には面接終了後、所定の謝礼（図書券）を手渡す。

iii 結果の入力と解析

事務局では、調査員の協力を得て面接票に記載されたデータをコンピュータに入力し、3月下旬からできるだけ速やかに統計解析を行い、その結果を整理・考察して、研究班会議に報告する。

調査結果の問い合わせについては、個人的なレベルにあっては原則として応しないものとするが、本人など（又は身近な人であると確認されたとき）のことで面接時にまたは後刻に相談を希望された場合は、相談日を設定して対応するか適切な施設を事務局の責任で紹介する。

全対象に関する数量化した調査結果は要約して、協力した調査対象者に後日報告する。

C 研究の実際的経緯と研究結果

1 調査の実施状況

長崎の研究責任者(中根允文、本研究班の分担研究者)は、平成12年1月27日、長崎大学医学部倫理委員会に研究計画書(別添資料)を提出し、同年2月9日の倫理委員会における審査を経て(同時点で一応の内諾を得る)、2月16日付けで承認された(承認された受付番号12020998)。

研究計画書を立案する過程で、調査対象の抽出作業を行った。即ち、調査対象地域の長崎市の最新の選挙人名簿(平成11年12月現在)を利用するため、まず選挙人名簿閲覧申請書を提出して承認を得た(平成12年1月30日、別添資料)。この名簿を基に、長崎市内には113カ所の投票所があるので、そこから無作為に10カ所の投票所を選び、各投票所から更に無作為に調査対象者抽出を行った。

長崎市全体における選挙人登録者数は、男性152,719名、女性183,326名、

併せて336,045名である。全登録者の1,000分の1に約2割増の人数を加えて400名を調査対象者として選んだが、うち1名は他と重複していたため399名、つまり全数の0.119%(男性186名/同しく0.122%、女性213名/同しく0.116%)が最終的に抽出された。このようにして選ばれた調査対象予定者に、本調査への協力依頼の文書(別添資料、テレフォン・カードを同封)を2月10日に発送した。回答されてくる葉書の枚数を考慮して、更に2月24日に、それまでに回答の得られなかった対象予定者に調査への参加の可否に関する再依頼および確認の葉書(別添資料)が発送された。

2 調査体制

前記したように調査事務局は、長崎大学医学部精神神経科学教室にあり、同教室のスタッフ(精神科医の中根允文・宇都宮浩・石崎裕香、および事務担当者として松林瑞枝)が、抽出された調査対象予定者との対応に当たった。

彼らに加えて、非常勤の調査協力者8名(女性6名、男性2名、22歳から27歳)が委嘱された。この8名を中心にCIDI面接の演習講座が岩田昇氏(米国・南フロリダ大学、行動医学・健康心理学研究センター)の指導で、2月8-10日の3日間実施された。同講座の終了後、彼らはCIDI面接法をロールプレイによって演習を重ねると共に、調査対象抽出の作業協力、本研究に関わる文書の複写・発送、対象者のCIDI面接(二人訪問の体制)、面接結果のコンピュータ入力などを行った。

表1 年齢群別に見た調査対象者の面接協力への対応状況

年齢群(歳)	全対象	面接協力者	面接拒否	無回答
20-29	68 (17.04)	10 (12.50, 10/68=14.71)	27 (17.76, 39.71)	31 (18.56, 45.59)
30-39	68 (17.04)	10 (12.50, 10/68=14.71)	21 (13.82, 30.88)	37 (22.16, 54.41)
40-49	66 (16.54)	11 (13.75, 11/66=16.67)	23 (15.13, 34.85)	32 (19.16, 48.48)
50-59	79 (19.80)	16 (20.00, 16/79=20.25)	37 (24.34, 46.84)	26 (15.57, 32.91)
60-69	53 (13.28)	17 (21.25, 17/53=32.08)	20 (13.16, 37.74)	16 (9.58, 30.19)
70-79	51 (12.78)	13 (16.25, 13/51=25.49)	19 (12.50, 37.25)	19 (11.38, 37.25)
80-	14 (3.51)	3 (3.75, 3/14=21.43)	5 (3.29, 35.71)	6 (3.59, 42.86)
合計	399 (99.99)	80(100.0, 80/399=20.05)	152 (100.0, 38.10)	167 (99.99, 42.11)

表2 全対象中の面接協力者の性別に見た割合

年齢群(歳)	合計	男性	女性
20-29	10/68 (14.71)	6/35 (17.14)	4/33 (12.12)
30-39	10/68 (14.71)	6/33 (18.18)	4/35 (11.43)
40-49	11/66 (16.67)	7/34 (20.59)	4/32 (12.50)
50-59	16/79 (20.25)	7/34 (20.59)	9/45 (20.00)
60-69	17/53 (32.08)	6/22 (27.27)	11/31 (35.48)
70-79	13/51 (25.49)	6/19 (31.58)	7/32 (21.88)
80-	3/14 (21.43)	2/9 (22.22)	1/5 (20.00)
合計	80/399 (20.05)	40/186 (21.51)	40/213 (18.78)

3 調査結果

今回の調査期間であった約6週の間、232名(58.15%)の調査対象予定者から回答が寄せられた。当初から「研究に協力する」との回答があった者は54名(13.53%)、「研究スタッフの話を聞いて決める」との回答が178名であり、そのうちの26名(178名のうちの14.61%)がスタッフの説明で研究参加への協力に変わり、最終的に面接調査に協力されたのは80名であった(ただし、うち5名は事情により未実施に終わった)。

表1に見るように、研究協力は399名中80名、20.05%である。最も高い協力が得られたのは、60歳代の32.08%であり、逆に最低の協力で止まったのは20-30歳代(14.71%)であった。年齢および性別を考慮すると、表2のように60歳代の女性か最も高い協力率を示

し、逆に30歳代女性のグループが最低の協力率であった。男性では70歳代で最高の協力率であった。

結果的に、長崎市住民の年齢別構成と比較したとき、面接協力者の年齢別構成は大きく異なっており(例えば、20-49歳と50歳以上の2群に大別すると、一般住民では50.62%、49.37%であるのに対して、調査協力群では38.75%、61.25%のように、高齢者が多い傾向を示す)、20歳以上の長崎市民を十分に代表したグループを調査したとは言い難い。また、無回答者は、30歳代を一つのピークとし更に80歳以上に多くなる二峰性を示した。

更に、表3に見るように、投票所別に面接協力あるいは無回答の割合は、大きく異なっており、実際に面接が実施された頻度は0-52%まで様々である。

表3 投票所別の面接実施状況

投票区	全対象	面接実施対象	無回答
01	34	3 (8 82)	19 (55 88)
11	66	12 (18 18)	28 (42 42)
21	50	10 (20 00)	20 (40 00)
31	12	0 (0)	9 (75 00)
41	44	10 (22 72)	14 (31 81)
51	28	4 (14 29)	12 (42 86)
61	32	8 (25 00)	14 (43 75)
71	48	13 (27 08)	17 (35 42)
81	78	16 (20 51)	32 (41 03)
91	7	4 (52 14)	2 (28 57)
合計	399	80	167

実際の面接調査は、表4のような日程で実施された。すなわち、当初予定していなかった土曜・日曜の訪問面接

が13件(17.33%)あり、さらに17時以降の面接の件数も少なからずあった。

表4 日付別面接件数(○数字は単独面接、他は二人面接)

曜日	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	
2月	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	計
件数	1	2	2	5 ①	2 ①	0	3	2	2	6	0	4 ②	2	2	4	37 ④
3月		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13		
件数		1	2	1	3	1	4	4	4	4	1	3	1	3		
3月	14	15	16	17	18	19	20	21	22	計	合計					
件数	1	1	1	0	1	0	0	1	1	38	75 ④					

次に、CIDI面接に要した時間を性別に見ると、表5のようになり、施行可能であった75例中45例という事例(60%)で1時間を超えている。これを中央値と比較すると、男性の場合が

72.5分(最小30分から最大235分)、女性では65分(最小30分から最大230分)、全体では68分(最小30分から最大235分)となっていた。

表5 CIDI面接の性別所要時間

所要時間	男性	女性	合計
30-60分	13 (36 11)	17 (43 60)	30 (40 00)
61-90分	15 (41 67)	10 (25 64)	25 (33 33)
91-120分	7 (19 44)	8 (20 51)	15 (20 00)
121分以上	1 (2 78)	4 (10 26)	5 (6 67)
合計	36 (100)	39 (100 01)	75 (100)

4 面接の経過において

i CIDI 面接は準備されたテキストに従って、被面接者の顔をできるだけ見るようにしながら読むようにして問いかけていくという体裁で進行した。二人の面接者という訪問面接の型式であり、一人か問いかけ、別の一人はカード提示などを補助した。評価については、基本的な箇所のチェックは確認しあうこともあったか、精神的な症状を反映すると考えられる面接結果に関する評価は常に独立して行った。

ii 面接は殆どの場合か被面接者の自宅で行われたか、例外的に、大学病院(11名)や職場、あるいは近くの喫茶店(1名)を利用することもあった。被面接者宅のスペースが充分でないために、被験者以外の家族か近くに居るといった状況も止むを得ないこととはいえあった。

iii 8名の面接調査員は、ほぼ同数(15-20名)の被験者を面接し、全ての被面接者か極めて協力的であり面接者として不快な印象を抱いたことはなかったか、そのうちの10-20%には精神的な問題を窺わせたと推測している。本来、1時間程度で所定の面接は終了できるはずであり、これか長時間に及ぶときは被面接者の「お喋り」への対応か大部分であったという。

iv 面接の過程で「思いつかない」「思い出せない」「わからない」といった答えをする人に、更に関連の話題で繰り返し問うていくことに気まずさを感じたり、「ひとく」「非常に」「異常に」、あるいは「ふつう」というとき、普通と異常の区別を被面接者に回答要求したり面接員自身が説明するのは難しい印象であったという。また、面接途中で「泣き崩れてしまった」人か2・3人いたか、これらは話して自分で感極まってしまったとか、単身者の不安に悩まされて泣き出したみたいだったという。

5 コンピュータ入力と解析結果

現在、75例のデータ入力を完了し、長崎大学医学原爆後障害医療情報センターにて解析を行った。ただ、今回の抽出サンプルと比較したとき、面接可能であった被験者の分布には大きく「ずれ」かあるので、有病率を算出する場合、若干の性・年齢に weighting をかけて補正する必要かある。75例のうち71例には、複数の評価者によるデータか得られるので、評価者間の信頼性検定も行えるはずである。

表6 CIDI面接によってICD-10F診断か付された者の頻度

CIDI/ICD-10Fに おいて	男性 n=36	女性 n=39	合計 n=75
何らかの診断か なされた者	20 (55.56%)	12 (30.77%)	32 (42.67%)
2つ以上の診断 かなされた者	3 (8.33%)	6 (15.38%)	9 (12.00%)
F17xx タハコ使用に由る障害を除いて			
何らかの診断か なされた者	11 (30.56%)	10 (25.64%)	21 (28.00%)
2つ以上の診断 かなされた者	2 (5.56%)	6 (15.38%)	8 (10.67%)

表6は、今回の対象者に行われた146評価のうち1事例に2名の面接者

か評価していた場合(71例)には無作為に1評価のみを取り出して75事例

として CIDI 面接の結果をまとめたものである。ただし、今回の面接では、予め ICD-10/F2 圏障害の項目が除外されている。つまり、CIDI 面接が施行できた 75 事例中 32 例(42.67%)には何らかの ICD-10 診断が付されていた（本面接法では DSM-IV 診断も可能であるか、ここでは ICD-10/F のみに言及する）。うち 9 例(12%)には 2 つ以上の診断が付されていた。ただ、F17 タバコ使用に由る精神行動の障害が少なくないので、

これを除外すると同表の下欄に示す頻度になる。すなわち、75 例中 21 例（28%）が何らかの ICD-10 診断を付され、うち 8 例（10.7%）には複数の診断がついていた。性別に見ると大きな差異を見ず、男性の 30.6%、女性の 25.6%に何らかの診断がついていた。ただ、複数の診断が付されたのは明らかに女性に多かった。

表 7 今回の対象に付された ICD-10 診断名のリスト

ICD code	疾患名	症例数
F10 2	アルコール使用による精神・行動の障害/依存症候群	3
F17 1	タバコ使用による精神・行動の障害/有害な使用	4
F17 2	タバコ使用による精神・行動の障害/依存症候群	14
F33 2	反復性うつ病性障害/現在精神病症状を伴わない重症エピソード	1
F34 1	気分変調症	3
F40 0	広場恐怖[症]	1
F43 1	外傷後ストレス障害	2
F44 0	解離性健忘	3
F44 4	解離性運動障害	6
F44 6	解離性知覚麻痺および知覚脱失	4
F45 0	身体化障害	1
F45 2	心気障害	2
F45 4	持続性身体表現性疼痛障害	11

実際に付された診断のリストを示したのが表 7 である。このリストから分かるように、F1 圏が 21 例、F3 圏が 4 例、F4 圏が 30 例となり、F1 圏を除くと断然 F4 圏が多数を占めている。うつ病圏疾患の診断件数は 4 件であるが、大部分は「気分変調症」であり、いわゆるうつ病の診断は 1 例(13.3%)に過ぎなかった。

この結果を基盤にして一般住民における各種精神疾患の有病率を、前記したような「ずれ」を補正して算出することも当初は考えたが、今回の調査があくまでも予備調査であるという性格上、ここでの推算は猶予しておくことにした。

D 考察

1 CIDI 面接への協力について

当初に予定した調査対象者 399 名のうち 80 名、すなわち 20%だけが面接調査に協力されたということは、やはり予想に比して、低率に終わったといわざるを得ない。ただ、これ順当な数値であるか否かは、今回の他のパイロット地域調査（市川市）あるいはこれまでに国内における cohort studies（もし行われていたとしたら）と比較する必要があるかも知れないが、やはり日本人を対象としたこのような地域研究の限界を示唆している可能性は少なくない。もし、この数値であっても、他の地域より高率な協力が得られていれ

ば、これまでに長崎で行ってきた疫学的研究調査に若干の賛同が得られたと言えるのかも知れない。一方、欧米の疫学研究と比較したとき、これが低率であることは紛れもない事実であり、全体的な協力レベルをあげる必要性は今後の大きな課題である。そのためには、例えば当該地域の定期的な住民向け公共パンフレット（広報）活用を考慮するという提言も検討の価値がある。より強力なアプローチが様々な形で実施されなければ協力率の改善はないであろう。特に今回、依頼状に対する「無回答」が 167 名 (42%) に昇ったことについて、長崎の研究グループでの討論の中で、「ダイレクト・メールみたいな調査への無関心」の現れかも知れず、全く開封されないまま破棄された可能性のあることも指摘された。

今回、「こころの健康状態に関する調査」と調査主題を明確にして面接調査に入ったので、「自分は精神的(こころ)に病気はないのだから、面接に来ても何の役にもならない」と固辞されることはあったか、「こころの健康」ということで差別偏見的な拒否をなされたり、積極的に悪感情を持って抗議された場合はなかった。ただ、中に一人だけ、対象者に選ばれた高齢女性の娘という人から、手紙を受け取って以来、対象女性が気分を害しているという連絡が入ったことについては更に留意すへきてあったのかも知れない。却って、「もっとこころの内部の問題、こころの持ちようなどを詳しく聴かれる(調へられる)と思った」「それだけなのって感したった」などといった意見を述べる人さえ居た。

長崎センターでは複数の面接調査員によって面接は行われたか、「2名の女性面接員による面接」の方が望まれていた。特に若い女性が調査対象者に選ばれたりしているとき、予め調査協力依頼状を出すときに、その旨を明記しておいた方が協力は得られ易かったのではないかとの意見もあった。この

ことか、若い女性における無回答率を下げる可能性があると指摘された。

面接を実施して分かったことに、土曜・日曜、あるいは祝祭日、更にはいわゆる勤務時間後の面接件数の多さがある。つまり、無作為抽出であるときの訪問面接は、上記のような日時の調査体制を確立しておく必要が示唆された。実際に、日曜日に面接の約束が取れていたところに、被面接者の事情で調査協力ができなくなって、事務局に電話連絡したが、スタッフが不在であったため、配置された面接調査員が訪問して初めて同日不可能であると判明した事例がある。

なお、当初から注意していたことではあるか、被面接者宅のスペースが十分でないため、被験者の守秘性が確保されず、「いいえ」にしどころかなどという被面接者もいた。そのようなとき、しつこく距離を置いて離れて欲しいと頼み難いことかあったといい、今後面接場所の設定も検討課題となろう。

ただ、面接時間が長く(おおよそ1時間程度)、日々多忙な被験者にとって協力を依頼するときのネックにはなりそうである。それ以上の長時間に及ぶ人は、単身者で病気に悩んでいる人、介護を受けれるかどうかの不安を抱いている人などか不安を必死に伝えたいと思っている様子であった。しかし、被面接者自身の悩みを面接そのものとは全く無関係に訴えようとする場合も少なくなかった。

2 CIDI 面接票についての面接調査員から話題にされたテーマ

今回採用した面接法の CIDI について、実際に面接を行っていく上で指摘された幾つかの話題を以下にまとめておきたい。

- 1 A セクションを見ると、若年者を対象とした質問が殆どないみたい。A4/A5 の間で妊娠関連の履歴(または C16 の前)を聞く方が自然なのだから。
- 2 C6/C14 についての「ひどく」「ひ

とくはない」というときの評価の仕方が問題。

iii C44 の前の質問 C15-C43 は、特に男性の場合、C44 の中に入れてしまう方がヘター。C45 の「なくてもうまくやれた」のとき、C51 の答えか問題。

iv 「D1A/D2 かコード 1 なら D9 へ」なのに、「D4/D4A/D4B かコード 5 かなければ D9 へ」の言葉使いは何故。

v D33 の「恐かる」は「不安とか緊張」みたいな言葉が入っているへきては。

vi D63B 「普通の人たちがする…」の「普通」か分からないときは。

vii H5 の「14 歳よりも後…」は何故 14 歳。H6 「そのくらい体重を減らしたり、…」というとき、意図的に減らそうとしている人には良いかも知れないが、何か他の病気で痩せた場合は該当しないのでは。H74 「あなたが自分のことをどう考えるかに、…」の「どう考えるか」の意味が理解しがたいところがある。H6/H7 でコード 5 かなければ、H9 が成り立たないのでは。

viii H 10 て『美味しくて食べ過ぎていた』というときは、どうするか。

ix K22 10 て「簡単には言えない」と答えられたとき、どうするか。

その下の文章で、「項目 10 のその他の出来事が、単に死別、慢性的な病気、…」の「単に」は、被面接者には伝えないにしても、不適切な印象。

3 CIDI 面接票における精神疾患の状況

今回の対象 75 例について、タバコ使用による問題を除くと、21 例、28% に何らかの ICD-10 診断が付された。この頻度が順当であるか否かの比較可能なデータは見あたらない。うつ病だけ、あるいは何らかの特定の障害に関するデータは国内で見られる可能性はあるが、総合的な疫学データとして、あるいは CIDI 所見としては比較しがたい。恐らく今回の他の地域（市川市）からのデータだけが比較可能であろう。国際的に最もポピュラーな知見

として知られる米国の NIMH/ECA 研究の結果とは大きく異なっていない。しかし、詳細に精神疾患の内容を検討してみると、先の表 7 に示したように余りに特定の障害群（F4 神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害）に診断が偏在し、それらの重複診断（comorbidity）も多く、CIDI 面接そのものの信頼性が検討されておく必要がありそうである。従って、結果の項でも触れたか余りに細かい解析を現時点で行うのは時期尚早と考え、これ以上の推算は保留することにした。

ただ、今回のパイロット研究を実施した経験から、当初の目的に対して次のように結論することはできる。つまり、中都市（今回の長崎市や市川市のような人口の都市）を何カ所か対象地域として選択し、地域住民に対して調査の目的と実施内容を繰り返し綿密にアピールして、彼らの調査研究への協力率向上の方策を確立すること（急に 50-60% の参加を得るということには至らないであろうが）、そして適切な時間をかけた面接評価法トレーニング（および、最低の精神医学的な知識に関する教育も追加）に参加した面接調査員が適当数配置された上で、相当に十分な時間をかけて調査が行われるのであれば、日本国内でも大規模な疫学調査が可能であると示唆されたといえよう。

文 献

- 1 Goldberg, D & Huxley, P Common Mental Disorders A Bio-Social Model, Tavistock/Routledge, London/New York, 1992 (中根允文訳「一般診療科における不安と抑うつ」、創造出版、東京、2000)
- 2 川上憲人 諸外国の精神疾患の疫学—精神分裂病、感情障害、神経症— 精神医学レビュー 24 「精神障害の疫学」 pp46-53, 1997
- 3 Lepine, J-P, Gasper, M & Tylee, A, on behalf of the DEPRES Steering Committee Depression in the

- community the first pan-European study DEPRES
(Depression Research in European Society)
International Clinical Psycho- pharmacology, 12
19-29, 1997
- 4 中根 允文 疫学研究の方法 臨床精神医学 28 39-48, 1999
 - 5 Nakane, Y & Michitsuji, S Results from Nagasaki centre In Mental Illness in General Health Care Ustun, T B & Sartorius, N (eds), John Wiley & Sons, Chichester, pp193-209, 1995
 - 6 Robins, L N, Helzer, J E, Weissman, M M, et al Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites Arch Gen Psychiatry 41 949-958, 1984
 - 7 World Health Organization The Composite International Diagnostic Interview, core version 1.1, APP, Washington DC, 1993