

ICD10 diagnosis F32.0 mild Dep

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F32.10 mod Dep w/o Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F32.1 moderate Dep

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F32.11 mod Dep w Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F32.2 sev Dep w/o psy sym

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	64	91.4	91.4	97.1
	該当	2	2.9	2.9	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F33.00 recur mild Dep w/o Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F32.00 mild Dep w/o Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F33.01 recur mild Dep w Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F32.01 mild Dep w Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F33.10 recur mod Dep w/o Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F33 11 recur mod Dep w Som

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F41 0 Panic

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	2	2.9	2.9	2.9
	該当せず	68	97.1	97.1	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F33 2 recur sev Dep w/o ps sym

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	4	5.7	5.7	5.7
	該当せず	66	94.3	94.3	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F41 00 mod Panic

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	2	2.9	2.9	2.9
	該当せず	68	97.1	97.1	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F31 Bipolar

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	5	7.1	7.1	7.1
	該当せず	65	92.9	92.9	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F41 01 sev Panic

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	2	2.9	2.9	2.9
	該当せず	68	97.1	97.1	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F34 1 Dysthymia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	3	4.3	4.3	4.3
	該当せず	61	87.1	87.1	91.4
	該当	6	8.6	8.6	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F40.0 Agoraphobia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	3	4.3	4.3	4.3
	該当せず	67	95.7	95.7	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F25 Schizoaffective

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	5	7.1	7.1	7.1
	該当せず	65	92.9	92.9	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F40 00 Ag w/o Panic

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	3	4.3	4.3	4.3
	該当せず	67	95.7	95.7	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F40 01 Ag w Panic

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	2	2.9	2.9	2.9
	該当せず	68	97.1	97.1	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F40 1 Social Phobia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	27	38.6	38.6	38.6
	該当せず	43	61.4	61.4	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F41.1 GAD

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	2	2.9	2.9	2.9
	該当せず	63	90.0	90.0	92.9
	該当(除外規準非適用時)	1	1.4	1.4	94.3
	該当	4	5.7	5.7	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F40 21 Spec Animal Phobia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	5	7.1	7.1	7.1
	該当せず	65	92.9	92.9	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F40 22 Spec Nature Phobia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	5	7.1	7.1	7.1
	該当せず	65	92.9	92.9	100.0

合計	70	100.0	100.0
----	----	-------	-------

ICD10 diag F40 23 Spec Blood Phobia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	6	8.6	8.6	8.6
	該当せず	64	91.4	91.4	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F40 24 Spec Situat Phobia

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	6	8.6	8.6	8.6
	該当せず	64	91.4	91.4	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F45 0 Somatization

		人数	%	有効%	累積%
有効	該当せず	70	100.0	100.0	100.0

ICD10 diag F45 2 Hypochondriacal Dis

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	1	1.4	1.4	1.4
	該当せず	69	98.6	98.6	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F45 4 Persistent Pain Dis

		人数	%	有効%	累積%
有効	診断保留	2	2.9	2.9	2.9
	該当せず	63	90.0	90.0	92.9
	該当	5	7.1	7.1	100.0
	合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F44 0 Dissociative Amnesia

	人数	%	有効%	累積%
有効 該当せず	70	100.0	100.0	100.0

ICD10 diag F44 4 Dissociative Motor

	人数	%	有効%	累積%
該当せず	68	97.1	97.1	97.1
有効 該当	2	2.9	2.9	100.0
合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F44 5 Dissociative Convuls

	人数	%	有効%	累積%
該当せず	68	97.1	97.1	97.1
有効 該当	2	2.9	2.9	100.0
合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diag F44 6 Dissociative Anaesth

	人数	%	有効%	累積%
該当せず	66	94.3	94.3	94.3
有効 該当	4	5.7	5.7	100.0
合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F42 0 OCD predom obs

	人数	%	有効%	累積%
診断保留	3	4.3	4.3	4.3
有効 該当せず	67	95.7	95.7	100.0
合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F42 1 OCD predom coms

	人数	%	有効%	累積%
診断保留	3	4.3	4.3	4.3
有効 該当せず	67	95.7	95.7	100.0
合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F42 2 mixed OCD

	人数	%	有効%	累積%
診断保留	3	4.3	4.3	4.3
有効 該当せず	67	95.7	95.7	100.0
合計	70	100.0	100.0	

ICD10 diagnosis F43 1 PTSD

	人数	%	有効%	累積%
診断保留	2	2.9	2.9	2.9
有効 該当せず	62	88.6	88.6	91.4
該当	6	8.6	8.6	100.0
合計	70	100.0	100.0	

CIDIの妥当性と信頼性に関する文献的研究

分担研究者 大野 裕 慶應義塾大学医学部精神神経科
研究協力者 中川 敦夫 慶應義塾大学医学部精神神経科
菊竹真理子 慶應義塾大学医学部精神神経科

研究要旨

精神疾患に対する構造化面接は、臨床家の信頼精度を高めることを目的とするものと、非専門家が利用できる形にして地域住民を対象にした大規模疫学調査を行うことを目的にしたものがある。1984年 Robins らが開発した Composite International Diagnostic Interview (CIDI) という構造化面接法は後者に属する面接法であるが、歴史的、概念的にも、我が国の調査からも、信頼性の高い面接法であることが明らかになった。今後はさらに、訳文の再検討を含めて使用しやすい形に修正すると共に、臨床家の診断と比較することによって、非専門家の面接による診断の妥当性を検討する必要がある。

【はじめに】

精神疾患を対象とした疫学的調査においては、その診断のための「道具」instrument が重要である。現在この分野の研究では1984年 Robins らが開発した Composite International Diagnostic Interview (CIDI) という構造化面接法が非常によく利用されている。それは CIDI の特徴が、非専門家でも実施できるフローチャートに従う「完全構造化面接」のため、ある程度訓練された面接者が施行すると75分程度の短時間で、面接者間で診断評価にばらつきが少なく、精神障害の現在および生涯診断評価が可能であるためである。

本研究はこの CIDI の開発の歴史の概説、信頼性と妥当性に関する先行研究の検証、精神神経科患者に対する使用経験と使用可能性に関する予備的調査の結果およびそこで明らかになった CIDI の問題点について論じることとする。

【対象と方法】

大きく以下の4つのアプローチで行った。

- ①構造化面接の歴史：過去の文献の検索と評価
- ②諸外国の研究調査における CIDI の信頼性と妥当性：過去の文献の検索と評価
- ③精神神経科患者に対する使用経験と使用可能性に関する予備的調査の結果およびそこで明らかになった CIDI の問題点：精神科入院患者・外来患者を対象

【結果と考察】

① 構造化面接の開発の歴史

臨床研究において診断を決定することが重要であるが、精神医学の領域では、精神科診断が評定者によって著しく異なることが1970年代から指摘されてきた。それは、特に WHO によって行われた精神分裂病の国際予備研究や英国と米国の診断プロジェクトなどから明らかにされた。ここでは診断基準に基づく診断は従来の診断とは必ずしも一致せず、国によって従来の診断に差があることが示された。つまり、うつ病の概念は英国では広く、米国とソ連では比較的せまいこと、

精神分裂病では逆であることが示された。さらに、国による違いだけでなく、学派、大学、病院、個人によっても異なり、個人の中でも状況によって異なることが明らかになってきた。

このため、評定者や状況による違いをなくすため、明確化した診断基準とそれを診断する構造化面接がいくつか作成された。さらにそれは、地域住民を対象にした大規模疫学調査を行うための非専門家が使用可能な構造化面接の開発へと発展した。

すなわち、十分な経験と技術をもった精神科医にとっては構造化面接は不要であるが一般人口における精神科疫学調査を行う場合、均一な情報をもれなく確認することが必要かつ精神科医以外の医療従事者・研究員が最小限度の質問で症状、診断を確認できなくてはならないために構造化面接の必要性かててきたのである。

CIDIの開発は、1979年WHOと米国Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA)の精神障害とアルコール・薬物問題の診断と分類の調査を目的にした国際共同プロジェクトに始まる。CIDIの原型は、米国国立精神保健研究所(NIMH)がEpidemiologic Catchment Area (ECA) Programという米国5地域の計2万人を対象とした精神科疫学調査のためRobinsらが1984年開発した面接法であるDiagnostic Interview Schedule (DIS)である。さらにICD-10、DSM-III、Present State Examination(PSE)-CATEGO systemの診断基準を準拠してRobinsらにより1981年CIDIが開発されたのである。1997年にICD-10、DSM-IVの診断に準拠したCIDI改訂2.1版に開発された。

なおCIDIで得られる診断は多岐にわたり、タバコ使用による障害、身体表現性障害と解離障害、恐怖症とその他の不安障害、うつと気分変調症、躁と双極性気分障害、分裂病とその他の精神病性障害、摂食障害、アルコール使用による障害、強迫性障害、精神作用物質使用による障害、症状性

を含む器質性精神障害、性機能不全となっている。

②諸外国の研究調査におけるCIDIの信頼性と妥当性

[信頼性]

Wittchenの報告(1994年)ではCIDIの信頼度調査研究を集計すると、信頼度係数(κ)は診断全般に渡り高い結果を示し、 κ の分布は0.52-0.84であったが、双極II型障害($\kappa=0.59$)、気分変調性障害($\kappa=0.52$)、特定の恐怖症($\kappa=0.59$)と劣っていた。またCIDIの評価者間信頼性では、ほぼ全領域の診断分野でたいへん高い信頼度($\kappa=0.59-0.99$)があるものの、身体表現性障害($\kappa=0.59$)は劣っていた(表1)。Wackerらの報告(1992年)ではCIDIの診断とDSM-III-R、ICD-10の生涯診断の一致率は良好で $\kappa=0.5$ 以上であった。例えば、大うつ病($\kappa=0.57$)、気分変調性障害($\kappa=0.52$)、広場恐怖を伴うパニック障害($\kappa=0.80$)、広場恐怖を伴わないパニック障害($\kappa=0.73$)、広場恐怖($\kappa=0.65$)、全般性不安障害($\kappa=0.86$)、社会恐怖($\kappa=0.65$)であった。Cooper(1998年)によると診断別での信頼性では精神分裂病が高い($\kappa=0.82$ DSM-IV, $\kappa=0.71$ ICD-10)と報告している。また精神分裂病のDSM-IV Subcriteriaでは、感度は奇異な妄想特異度($\kappa=0.93$)が高く、特異度は解体した言語($\kappa=0.95$)が高いと報告している。一方ICD-10 Subcriteriaでは、感度は残遺した妄想($\kappa=0.90$)が高く、特異度では陰性症状($\kappa=0.95$)が高いと報告している。

[妥当性]

Jancaらの報告(1992年)でDSM-III-RとCIDI診断の一致に関して、高い結果を示した。例えばうつ病性障害($\kappa=0.84$)、恐怖性不安障害($\kappa=0.76$)、物質関連障害($\kappa=0.83$)であった。Andrewsらは(1995年)CIDIとSCANによる診断との一致率は、現在診断で $\kappa=0.39-0.62$ 、生涯診断では $\kappa=0.34-0.61$ と報告している。

③神経科患者に対する使用経験と使用可能性

に関する予備的調査の結果およびそこで明らかになった CIDI の問題点

精神科入院患者・外来患者を対象として、CIDI のうつ病性障害のセクションの面接を行い、精神医学的問題を持つ人に対する CIDI の使用経験をまとめた。

まず、診断に関する結果であるが、うつ病性障害に関する限りは表 2 にまとめたように医師の臨床診断と一致する可能性が高く、今後さらに構造化した形で妥当性の検証を行うことが有用であることが明らかになった。

実施時においての問題は、時間がかかりすぎてしまう、質問が重複している、質問が分かりづらいところがある（訳の妥当性含め）などの問題が明らかになった（表 3）。この結果から、今後さら

に訳文を検討して、調査者および被調査者にとってわかりやすい面接票を作成していくことが有用であることが明らかになった。

【結論】

構造化面接は、臨床家の信頼精度を高めることを目的とするものと、非専門家が利用できる形にして地域住民を対象にした大規模疫学調査を行うことを目的にしたものがある。CIDI は後者に属する面接法であるか、歴史的、概念的にも、我が国の調査からも、信頼性の高い面接法であることが明らかになった。今後はさらに、臨床家の診断と比較することによって、非専門家の面接による診断の妥当性を検討する必要がある。

表 1 CIDI の評価-再評価 test-retest (T-RT) および評価者間 interrater の信頼度 (N=575)

(Wittchen 1994 年)

DSM-III 診断	T-RT	T-RT%	T-RT	評価者間評価者間	
	N	一致率	κ	一致率	κ
器質性精神障害	98	96	72	98	90
うつ病性障害	158	92	71	98	95
気分変調症	158	93	52	99	96
大うつ病、初発	158	86	66	100	97
大うつ病、再燃	158	89	62	97	93
双極性障害 - I	98	87	61	99	92
双極性障害 - II	98	88	59	99	94
強迫性障害	98	94	70	99	94
パニック障害	158	97	84	98	94
全般性不安障害	158	89	69	98	96
恐怖性障害	158	91	71	99	98
広場恐怖	158	87	68	99	99
広場恐怖 (パニック伴う)	158	86	71	98	94
単純恐怖症	158	82	59	98	95
社会恐怖症	158	84	64	99	97
身体化障害	98	97	74	100	67
持続性疼痛性障害	98	81	68	-	-

心気症	38	90	71	-	-
精神分裂病性障害	98	88	64	99	91
分裂病様障害	98	94	69	100	89
神経性無食欲症	98	97	67	100	80
神経性大食症	98	94	64	99	78
タバコ依存	38	98	79	99	98
アルコール乱用、依存	60	91	78	-	-
その他の物質の乱用、依存	60	93	73	-	-

表2 臨床診断と CIDI うつ病性障害セクションとの関係

症例	年齢	性別	臨床診断	CIDI 大うつ病性障害
1	25歳	女	大うつ病性障害	大うつ病性障害
2	45歳	男	大うつ病性障害	大うつ病性障害
3	45歳	女	大うつ病性障害	大うつ病性障害
4	48歳	男	大うつ病性障害	大うつ病性障害
5	46歳	男	転換性障害	大うつ病性障害
6	16歳	女	摂食障害、大うつ病性障害	大うつ病性障害
7	21歳	女	摂食障害	該当せず
8	27歳	女	精神分裂病	該当せず

表3 CIDI 施行における諸問題

[時間の問題]

D1 数個のグループに該当する（怖がったり避けたりする）場合、ひとつについて詳しく聞く程度に留めなければ、とても時間がかかってしまう。

D6 他 14項目あるが全部必要であるか。

E29 B C D 全て必要か。

E35-E51 項目が多い。

[表現の問題]

D2 他 「決して危険なことは何もないのに」というと紛らわしくなってしまう。

D4 他 「理屈にあわない、つまり本来あるべき程度」は分かりにくい。

D8 他 「はしめてから一番最近までの間には」不自然な表現である。

D33 「あなたか～かもしれない他の状況についてうかがいます。」不自然な表現である。「人前で何かをしたり、注目を受けたりしたりすることをひとく恐ろしがかる人かいます。」という前置きは必要か。質問が長すぎるのでは？

D 4 9 . 「こうした問題のいくつかが突然おきた場合に逃げられないという理由で～」意味が通じにくい。

D 5 4 「どこでもおきることがある～」は、分かりにくいため、「これまでに突然、怖くなったり不安になったりひどく落ち着かなくなったりする発作がありましたか？」と簡略化してはどうだろうか。

D 5 8 : 言い換えないと意味が通じない。

E 9 「毎日眠りすぎましたか」にピンとこない人がいる。(横になってだらだらしているのは？と聞き返される)

E 2 2 分かりにくく、よく聞き返される。

E 2 3 ・異性への関心について答えてしまう。

E 2 7 「問題のいくつかがおきた時期が」分かりにくい表現。

E 2 8 「先ほど～」という前置きは省略できないか。

「どれか期間の内に完全に含まれていますか」という問題自体、意味が通じにくい。

[質問していて重複と思われる項目]

D 3 4 : D 3 3 と同じような内容であるため統合できないか。

D 6 7 . D 6 8 と同じような内容であるため統合できないか。

CIDIの評価者間の信頼性に関する研究

分担研究者 川上 憲人 岐阜大学医学部公衆衛生学教室
大野 裕 慶応義塾大学医学部精神神経科
竹島 正 国立・精神神経センター精神保健研究所
研究協力者 古川 壽亮 名古屋市立大学精神医学教室

研究要旨

市川地区でのパイロット研究の35名の回答者に対する同席面接のデータから、WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI) 2.1の日本語版によるDSM-IVおよびICD-10生涯診断の評価者間信頼性を検討した。生涯診断の該当者があった診断のうちほとんどで診断は完全に一致していた（一致率およびKappa係数が1）。一部の診断ではKappa係数が0.65～0.79とやや不一致のみられる場合もあった。DSM-IV 吸入剤乱用(305.901)ではKappaが-0.01と低かったが、これは評価者の一方で吸入剤の使用経験に記入もれがあったためであった。用紙への記入ミスを除けば、CIDI 2.1日本語版による主要な気分障害、不安障害、物質関連障害のDSM-IVおよびICD-10診断には十分に高い評価者間信頼性が認められた。

A. 研究目的

疫学研究で使用される指標は十分な信頼性を有するものであることが求められる。信頼性は、ある測定方法に含まれるランダムな誤差がどの程度かを示す指標である。一般的に、信頼性の係数は-1.0～1.0の値をとり、大きい方がその測定方法に含まれるランダム誤差が小さいことを示す。通常、信頼性係数は0.80以上であることが望ましい。信頼性には、ある指標を繰り返し測定した際に、同じ値を示すことを意味する再テスト信頼性(test-retest reliability)、複数の項目の合成得点を指標とする尺度の場合、項目間の相関係数に基づいて信頼性係数を算出する内的整合性による信頼性

(internal-consistency reliability)などがあるが、精神科構造面接の場合には評価者間信頼性(inter-rater reliability)が重要な信頼性の指標となる。評価者間信頼性は、評価者が観察によって診断や評価をする場合に、異なった評価者の間で評価がどの程度一致しているかを示す指標である。連続変数の場合には級内相関係数(ICC)、離散変数の場合には一致率やKappa係数、Yule's Qなどにより評価される。

この研究では、WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI) 2.1の日本語版を用いた市川地区でのパ

イロット研究の35名に対する2名の面接員の同席面接のデータから、DSM-IVおよびICD-10診断の評価者間信頼性を求め、CIDI 2.1日本語版の信頼性を検討する。

B. 研究方法

1 解析対象

市川地区におけるパイロット研究では、回答者35名（男性23名、女性12名）に対して面接員2名がペアとなって同席面接を行い、CIDI 2.1に対象者の回答を記録した。今回はこの35ペアのデータを解析した。回答者の年齢範囲は21～72歳であり、平均年齢49.4歳であった。

2 診断方法

面接員によって記入されたCIDI 2.1の回答をデータ入力し、WHOが提供しているSPSSプログラムを使用してDSM-IVおよびICD-10に基づく生涯診断を計算した。診断にあたっては、除外規準を考慮した診断をおこなった。また、欠損や記入ミスなどにより確定診断ができない場合には「診断なし」として扱った。

3 解析方法

DSM-IVおよびICD-10診断それぞれについて、35ペアにおける一致度（＝一致している

ペア数/全ペア数)を計算した。また偶然による一致確率を除いた一致度として、Kappa係数を計算し、その標準誤差を計算した。Kappa係数の計算方法は、Fleiss(1981, p. 230-232)によった。生涯診断の頻度がゼロの診断については一致度は100%となり、Kappa係数は計算できないため解析から除外した。

C 研究結果

DSM-IV診断では、生涯診断がゼロでない診断のうちのほとんどで一致率およびKappa係数が1であった(表1)。また、一致率が1でない強迫性障害、恐怖症(状況型)、心気症でも、一致率は0.97、Kappaが0.65と評価者間信頼性は十分に高かった。以上についてはKappa係数は統計学的に有意であった($p < 0.01$)。吸入剤乱用については一致度は高いものの、Kappaが0.014と低かった。これは1名の回答者において吸入剤の使用の有無に関する質問の回答に対して一方の面接員が「あり」、一方の面接員が記載もれをしていたため、後者のデータで吸入剤依存の診断が欠損となり、そのために吸入剤乱用の除外診断がてきず吸入剤乱用の診断不明という扱いになったためであった。しかしながら、後者の面接員はその後の質問で対象者が吸入剤を使用していることを認識した上で記録をしており、この記録はケアレスミスであったと推測される。除外規準を使用しない場合には吸入剤乱用の診断の一致率およびKappaはともに1であった。

ICD-10診断では生涯診断の該当者がいる診断では、ほとんどで一致率およびKappaはともに1であった(表2)。完全な一致が得られなかった持続性身体表現性疼痛障害においても一致率は0.97、Kappaは0.79と十分に高かった。以上についてKappa係数は統計学的に有意であった($p < 0.01$)。

D. 考察

本調査では検討したDSM-IVおよびICD-10診断のほとんどについて評価者間で完全な一致があるいはかなり高い一致度(Kappa係数)が観察され、CIDI2.1日本語版の評価者間一致率が十分に高いことが示された。CIDI2.1の評価者間一致率についてはあまり多くの研究がないが、Gureje & Obikoya (1990)はCIDIの項目レベルでの一致度(Kappa係数)は0.62~1.00であったと報告している。今回の結果はこれとほぼ同等の水準の評価者間信頼性であると考えられる。

また一致率が低かった診断(DSM-IV吸入剤乱用)についても、その原因は面接員の記入漏れにあることが判明した。こうした問題は、面接員に対する十分な訓練と指示、あるいは面接後の第三者によるチェックなどによって最低限にとどめることができると思われる。

しかしながら、CIDIの再テスト法による信頼性はKappa係数で0.4-0.8と、同席面接による評価者間一致率とくらへると低い(Robins et al. 1988)。CIDI2.1日本語版の信頼性も再テスト法で検討すれば、本研究で得られた値よりも低くなる可能性がある。CIDI2.1日本語版が適切に使用できるかどうか、さらに再テスト信頼性を検討する必要があると思われる。また、本研究の対象者数が少なかったために生涯診断の該当者がおらず、評価者間の信頼性が検討できなかった診断が多かった。気分障害、不安障害、依存症などについて代表的な診断については今回検討ができており、大規模疫学研究におけるCIDI2.1日本語版の使用についてはほぼ満足できる成果が得られたと考えるが、この他の診断の評価者間信頼性についても今後検討を必要かある。

E. 結論

市川におけるパイロット研究における同席面接による評価者間信頼性の検討の結果、CIDI2.1日本語版による主要な気分障害、不安障害、物質関連障害のDSM-IVおよびICD-10診断には十分に高い評価者間信頼性が認められた。

F. 引用文献

- 1 Fleiss JL. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd ed. John Wiley & Sons New York, 1981
- 2 Gureje O, Obikoya B. The GHQ-12 as a screening tool in a primary care setting. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 25: 276-280, 1990
- 3 Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, et al. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 45: 1069-77, 1988

表1 市川調査における同席面接にもとづく CIDI2 1/DSM-IV 生涯診断の評価者間一致率(対象者数 35 名、1 対象者あたり評価者 2 名) *

診断	診断頻度	一致率	Kappa係数	Kappa係数の標準誤差
305 10	ニコチン依存	0.257	1.000	0.169
292 0	ニコチン離脱	0.029	1.000	0.169
303.90	アルコール依存	0.200	1.000	0.169
305 00	アルコール乱用	0.200	1.000	0.169
305 90I	吸入剤乱用	0.014	0.971	0.169
296 2x,3x	大うつ病性障害	0.029	1.000	0.169
300 4	気分変調性障害	0.057	1.000	0.169
298 8	短期精神病性障害	0.029	1.000	0.169
300 3	強迫性障害	0.043	0.971	0.169
309 81	外傷後ストレス障害	0.029	1.000	0.169
300 23	社会恐怖	0.029	1.000	0.169
300 02	全般性不安障害	0.029	1.000	0.169
300 29	恐怖症(動物型)	0.029	1.000	0.169
300 29	恐怖症(自然環境型)	0.086	1.000	0.169
300 29	恐怖症(血液・注射・外傷型)	0.029	1.000	0.169
300.29	恐怖症(状況型)	0.043	0.971	0.169
300 7	心気症	0.043	0.971	0.169

* 生涯診断の該当者がいた診断についての結果のみを掲載した。

表2 市川調査における同席面接にもとづく CIDI2 1/ICD10 生涯診断の評価者間一致率(対象者数 35 名、1 対象者あたり評価者 2 名) *

診断コード	診断名	診断の頻度	一致率	Kappa係数	Kappa係数の標準誤差
F17 2	依存症候群-タバコ	0.286	1.000	1.000	0.169
F17 1	有害な使用-タバコ	0.057	1.000	1.000	0.169
F10 2	依存症候群-アルコール	0.171	1.000	1.000	0.169
F10 1	有害な使用-アルコール	0.029	1.000	1.000	0.169
F23	急性一過性精神病性障害	0.029	1.000	1.000	0.169
F32 0-2	うつ病エピソード	0.029	1.000	1.000	0.169
F34 1	気分変調症	0.086	1.000	1.000	0.169
F41 1	全般性不安障害	0.057	1.000	1.000	0.169
F40 21	特定の恐怖症(動物)	0.029	1.000	1.000	0.169
F40 22	特定の恐怖症(自然力)	0.029	1.000	1.000	0.169
F40 23	特定の恐怖症(血液、注射、外傷)	0.029	1.000	1.000	0.169
F40 24	特定の恐怖症(状況)	0.057	1.000	1.000	0.169
F45 4	持続性身体表現性疼痛障害	0.071	0.971	0.785	0.169
F44 4	解離性運動障害	0.029	1.000	1.000	0.169
F44 5	解離性けいれん	0.029	1.000	1.000	0.169
F44 6	解離性知覚麻痺および知覚脱失	0.057	1.000	1.000	0.169
F43.1	外傷後ストレス障害	0.086	1.000	1.000	0.169

* 生涯診断の該当者がいた診断についての結果のみを掲載した。

疫学調査の実施マニュアル等の整備に関する研究

分担研究者 川上 憲人 岐阜大学医学部公衆衛生学教室

研究協力者 古川 壽亮 名古屋市立大学精神医学教室

北村 俊則 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

精神障害の疫学調査における基盤整備のために3つの研究を実施した。(1)WHO 統合国際診断面接(CIDI)2.1の日本語版を準備した。(2)岐阜県におけるCIDIを用いた地域面接調査の結果を解析し、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。(3)地域調査に使用するCIDI以外のオプション項目の検討を行った。以上から精神障害の地域疫学調査の方法について一定の方針が得られたと考える。

A. 研究目的

本研究では精神障害の疫学調査における基盤整備のために3つの研究を実施した。(1)WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)2.1の日本語版を準備した。(2)地域調査を円滑かつ効率的に実施するための方法論を検討するために、岐阜県G市におけるCIDIを用いた訪問面接調査の結果を解析した。(3)地域調査に使用するCIDI以外のオプション調査項目の検討を行った。

B. 研究方法

1 CIDI 2.1 日本語版の開発

CIDI2.1の翻訳はWHOのCIDI翻訳ガイドラインの手順に沿って実施される。CIDI1.1の日本語訳を参考に川上が日本語訳(案)を作成し、原本(英語版)と翻訳案をバイリンガルを含む学際的翻訳チームのメンバー(5名)に送付し意見をもらい修正を加えた。一般住民15名に対して面接員2名がCIDI2.1の質問文を1つ1つ読み上げ、対象者に質問の意図が理解しにくい質問文を選んでもらい、対象者が誤解して答えていると感じた場合には質問の意図について面接員と話し合った(フィールドテスト)。また、WHOはCIDI2.1に基づくコンピューター支援面接ソフトウェア(CAPI)としてI-Shell

プログラム(Windows 95/98で動作)を提供している。CIDI2.1の日本語翻訳(案)をこの質問文データベースに入力し、I-Shellによって日本語版CIDI2.1が利用できるようにした。

2 地域調査の方法に関する検討

選挙人名簿に基づき、岐阜県都市部G市(人口約40万人)の20歳以上全人口から2062名を無作為に抽出し(1/150の単純無作為抽出)、選挙人名簿から対象者の氏名、住所、性別、年齢(生年月日)を転記した。これをデータベースに入力し、住所から判断できる場合には電話帳CD-ROMから電話番号を調べた。住所は市販の住宅地図によって確認した。対象者に対して最低限2日間訓練を受けた面接員(学生、看護婦、主婦)約30名が個別に訪問面接調査を実施した。

面接員はそれぞれのスケジュールに合わせて、まず依頼状とアンケート用紙を対象者に郵送した後、電話番号がわかる場合には電話で、不明の場合には直接訪問によって対象者に接触し、調査への参加を依頼した。住所に不在であった場合には2回自宅を訪問して連絡がとれない場合にはメモを残し、事務局に電話をもらうように依頼した。それでも連絡がとれず、2回以上訪問しても不在の場合には調査をあ

きらめた。調査への参加に同意した対象者の自宅を訪問し面接を実施した。面接にあたっては、調査の目的や守秘について十分に説明した上で、インフォームドコンセントにサインをもらった。調査に参加した対象者には千円相当のテレフォンカードを手渡した。本調査については1998年6月に岐阜大学医学部研究倫理審査委員会にて審査を受け承認されている。面接員は最初の5つの面接については、面接直後に事務局へ調査票を返送し、事務局のコーディネーターのチェックを受けた。面接員が面接票を事務局に持参した後は、事務局から対象者に礼状を返付した。

3ヶ月に一度は事務局で面接員の連絡会議を開催し、訪問面接のノウハウや問題点などについて事務局が情報提供したり、各自の経験を交換した。必要に応じて面接員のニュースレターを発行して情報提供に努めた。

WHO CIDI は11版（ミシガン大学修正版）から、うつ病、躁病、パニック（恐慌性）障害、全般性不安障害、アルコール・薬物依存症、知的機能(MMSE)のセクションを使用している。

この調査における面接所要時間および無回答者の属性を分析した。

3 CIDI 以外のオプション項目に関する検討

上記調査、甲府調査(1993)および米国 National Comorbidity Survey (NCS, 1994)などの地域調査で使用されたオプション項目から、精神障害の危険因子に関する調査項目および精神保健のサービス利用に関する調査項目の追加について検討を加えた。

C. 研究結果

1 CIDI 21 日本語版の開発

翻訳およびフィールドテストを実施し訳書の修正を行なって CIDI 21 の現在の日本語訳（案）を作成した。またデータ入力プログラム（英語版 MS-DOS でしか動作しない）、ICD10 および DSM-IV 診断のための SPSS プログラムを入手した。CIDI 21 日本語案を I-Shell に入力し、パソコン上で実施できるようにした。しかしながら I-Shell は1バイトコートに対応したものであり、日本語のような2バイトコートに完全に対応していない。I-Shell は質問文に特定の漢字を使用すると暴走する、探索流れ図（PFC）の質問では回答枝の表示や入力欄に日本語が使用できないなどの制限がある。

2 地域調査の方法に関する検討

面接を実施した人数は1031名で、遠隔地居住、入院、死亡、転居者、住所なしを除いた回答率は57%であった。回答時間は30分以下が約1/4、60分以下が半数であった（一部には4時間以上あり）（図1）。

拒否の理由としては多忙（33%）、興味がない（21%）が多く、体調の悪さやプライバシーについて話したくないという理由は少なかった（表1）。

回答率は男性および若年者で低かった（表2）。電話で参加を依頼した場合には直接訪問と比べて面接不成功者のうち拒否者の割合が大きかった（表3）。面接員による回答率は20%から72%と差が大きく、若年の面接員ほど回答率が低かった（表4）。

調査の初期に回答率が低かったため、対策を検討した結果、(1)依頼状に責任者を明記する、(2)調査責任者が紹介された新聞記事のコピーを同封する、(3)問い合わせのための無料電話(0120)を設置する、(4)希望がある場合には事務局で面接を実施することも可とすることとした。これらの対策は回収率の改善に有効であったと思われる。一方、希望者には電話面接を実施することも行ったが面接が完了する前に一方的に中断されることも多く、数回の施行後中止した。

3 CIDI 以外のオプション項目に関する検討

1) 精神障害の危険因子に関する調査項目

精神障害の危険因子に関する調査項目の例をあげる。生涯のライフイベントについては、岐阜調査で使用された「社会年齢調査票」があげられる（資料1）。これによって離婚、退職などの出来事か精神障害の罹患後におきたのか、罹患前におきたのかを区別することができるようになる。過去12ヶ月間のライフイベントに関する調査項目はNCS調査で使用されたものが簡便である（資料略）。社会的支援に関する調査項目は、甲府調査で使用されたもの（北村, 1991）を岐阜調査で改変して使用した（資料2）。この調査項目では社会的ネットワーク（人数）と関係に関する満足度を別途に評価できる。いずれの尺度についても内的整合性（クローンハック α ）はそれぞれ0.70、0.91と比較的高い。家族歴に関する調査項目としてはFH-RDCを構造化したものかNCS調査で使用されている（資料略）。

2) 精神保健に関するサービス利用に関する調査項目

岐阜調査では、NCS調査のものを修正して使

用した。サービス利用の調査項目については各診断セクションの直後におかれる疾患特異項目（資料3）と CIDI の調査項目の後で質問する疾患非特異項目（資料4）の2種類がある。

岐阜調査における疾患特異項目の調査結果の1例を表5に示す。うつ病の経験者は1/4が一般医を受診し、何らかの投薬を受けている。1/4が精神科医を受診しているが、一般医から精神科医を受診を進められる割合は低いことかわかる。全般性不安障害の経験者は一般医の受診率がうつ病より10ポイントほど低い。

疾患非特異的な調査項目の調査結果の1例を表6、7に示す。ストレス、こころの健康あるいはお酒の問題について表6のリストの誰かにこれまでに相談した者は38%、過去1年間に相談した者は25%であった。相談先は、友人や親戚、内科医が比較的多い（表6）。精神科医については「役立った」と回答した者の割合かやや低い。同じく上記の問題でこれまでに表7のリストのどこかに相談した者は8%、過去1年間には4%であった。場所については、精神科以外の外来、精神科の外来が比較的多かった（表7）。

D. 考察

フィールドテストの結果、CIDI 2.1の日本語訳についてはほぼ修正が完了したと考えている。平成11年度の市川市、長崎市でのCIDI 2.1を使用した予備調査の結果をふまえて最終修正を行う予定である。I-Shellの日本語使用における不具合については、ユーザー側では対応できない問題であり、WHOのI-Shell担当者に修正を依頼しているが進んでいない。CIDI 2.1によるコンピューター支援面接による大規模疫学調査を実施するためには、I-Shellと同一のデータベースを利用して日本語での面接がてきるソフトウェアを別途開発する必要があると思われる。

地域調査の実施については、事務局は調査事務局を開設し連絡用電話（無料電話も）を設置、調査コーディネーターを採用、面接員の募集、訓練、演習を行い、また研究計画について各機関ごとの研究倫理委員会をクリアしておく必要がある。

対象者のサンプリングは選挙人名簿（または住民台帳）から対象者を無作為抽出（氏名、住所、性別、年齢、生年月日）し、住所を地図（市販の住宅地図を活用）で確認し、電話帳（市販CD-ROM等を活用）から電話番号を検索するのがよいと考える。・調査後に無回答率を調整し

た「ウエイト」を計算する可能性があるため、調査地域の調査時期の性、年齢別（10歳階級）人口分布を入手しておく必要がある。

回答率を50%以上に維持するために可能な対策として、(1)面接員に調査依頼の方法について十分な指示を行うか、あるいは電話での参加交渉は事務局の熟練者が行う。(2)信頼感を得るような依頼状を印刷する（カラー印刷、調査主体の明確化、問い合わせ連絡先の明記など）。(3)市町村保健センターや保健所などからの調査協力を得てこれを依頼状に記載する。(4)連合自治会などを通じて、調査地域の各自治会に調査協力を求める。(5)調査地域に対して有力な新聞、TVなどで調査の実施を公表する。(6)回答者に相応の謝礼を用意する。金銭よりもボランティア的な感覚を刺激するもの（例えば神戸の震災関連のグッズなど）の方が効果的である場合もある。(7)できるだけ電話か直接訪問で依頼する。(8)面接場所および時間の選択枝を増やす工夫をする（自宅、事務局または喫茶店での面接、夜や休日担当の面接員など）。(9)熟練した面接員を採用することなどがあげられた。無回答者による偏りの程度を確認するために、GHQなどの調査票を依頼状とともに送付し、面接調査に不参加の場合でもできるだけ返送してもらうことも検討する必要がある。

クオリティコントロールのために、面接員には最初の数例について面接後ただちに面接結果を事務局に返送してもらい、事務局で内容を確認すべきである。また面接成功の報告があった対象者にはお礼状を送付し、面接員が面接を実施せずに結果を報告している場合を確認できるようにすべきである。

個人調査結果の返却については「精神障害疫学調査における対象者の保護に関する研究」の結果を参照されたい。これまでの調査経験からは、(1)個人調査結果の返却はしないとして調査を実施する、(2)調査への同意時に、個人結果返却の希望の有無をたずね、希望者にだけ結果を返却する方法が考えられる。

CIDI 2.1の全セクションの実施には時間がかかり、また対象者によってはあまり意義のないセクションもある。CIDI 2.1の一部を使用する場合には、(1)セクションM（ミニメンタル、MMSE）は65歳以上のみに実施する、(2)一部のセクションを省く（精神分裂性障害、身体化障害、タバコ依存症など）の方法がある。

オプション項目については、その使用は各担当研究者に任されてよいと考える。一方、ADLや機能障害に関する調査項目については

WMH2000 調査では Disability Assessment Schedule (DAS)あるいは障害の程度に関する調査項目を使用するように定められており、今後準備が必要と思われる。

E. 結論

本研究では、WHO 統合国際診断面接(CIDI) 2.1 の日本語版を準備し、岐阜県における CIDI を用いた地域面接調査の結果から地域調査を円滑かつ効率的に実施するための方法を考案し、調査に使用する CIDI 以外のオプション項目を提案した。以上から精神障害の地域疫学調査の方法について一定の方針が得られたと考える。

F. 引用文献

- 1 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51: 8-19
- 2 藤原茂樹, 北村俊則, 甲府市の一地域にお

ける精神科疫学調査—JCM診断による軽度精神障害の頻度— *日本医事新報* 3618: 47-50 (1993)

G. 研究発表

1. 論文発表

①川上憲人 疫学的調査法 松下正明, 浅井昌弘, 牛島定信, 倉知正佳, 小山 司, 中根允文, 三好功峰 (編) *精神医学研究方法* 東京: 中山書店 1999: 109-118

2. 学会発表

- ① Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Kitamura T. Lifetime prevalence and demographic correlates of mental disorders in two community populations in Japan. *World Psychiatric Association Section Symposium From Epidemiology to Clinical Practice* Turku, 1999
- ② 川上憲人, 清水弘之, 原谷隆史, 岩田 昇 都市部および山間部における中高年者のうつ病の頻度 第58回日本公衆衛生学会総会 (大分), 1999

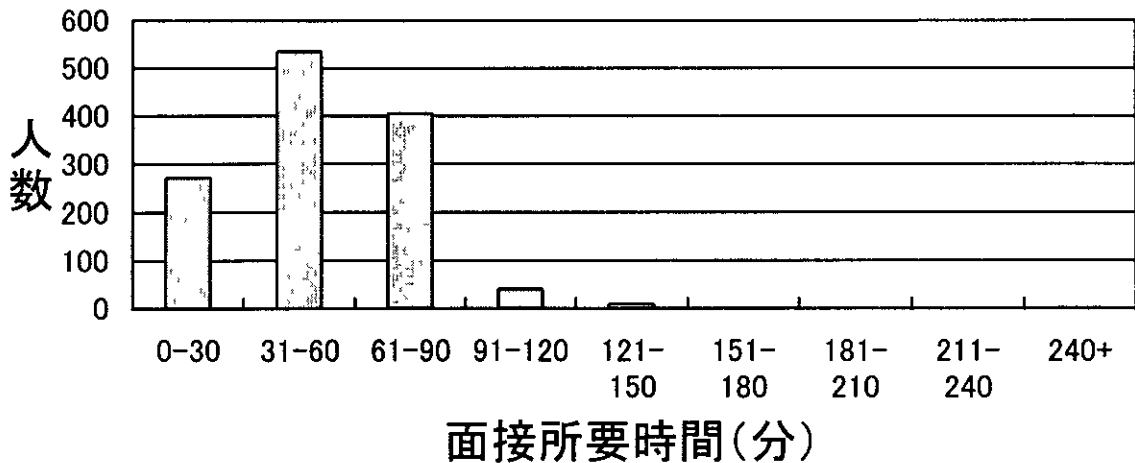


図1 岐阜県G市における面接調査の1件あたり所要時間(996名)

表1 岐阜県G市の訪問面接調査における面接不成功の理由

面接不成功の理由	人数	%	備考
死亡した	12	1.2	
入院、入所した	17	1.6	回収率分
転居した	101	9.8	母から除
住所地に名前なし	75	7.3	<(255)
該当する住所なし	50	4.8	
不在で連絡不能*	148	14.3	
視力・聴力に問題あり面接不能	33	3.2	
拒否(合計)	(596)	(57.8)	回収率分
多忙のため	345	33.4	母に含め
面倒なため	7	0.7	る(777)
協力する気が無い	214	20.7	
プライベートは答えない	7	0.7	
体調悪い	23	2.2	
不成功合計	1032	100.0	

* 2回以上の訪問で不在であり、再度の依頼状に回答のなかった者

表2 岐阜県G市面接調査における性、年齢別の回答率の比較

	全抽出対象者に対する回答率		死亡、入院、転居者等を除く回答率	
	回答率(%)	(回答者/対象者)	回答率(%)	(回答者/対象者)
性別				
男性	48.9	(451/941)	55.6	(451/811)
女性	51.7	(579/1121)	58.1	(579/996)
性差の検定		P=0.093		P=0.293
年齢				
20-34歳	33.2	(180/543)	44.0	(180/409)
35-49歳	49.0	(252/514)	53.3	(252/473)
50-64歳	57.1	(325/569)	60.9	(325/534)
65歳以上	62.6	(273/436)	69.8	(273/391)
年齢差の検定		P<0.001		P<0.001

表3 調査依頼の方法別面接不成功の理由

面接不成功の理由	電話で依頼		訪問で依頼	
	人数	%	人数	%
死亡	8	1.9	4	1.1
入院、入所	8	1.9	6	1.6
転居	44	10.2	37	9.9
住所地に名前なし	8	1.9	24	6.4
該当する住所なし	10	2.3	11	3.0
不在で連絡不能*	35	8.0	54	14.5
会話不能	13	3.0	15	4.0
拒否 (合計)	278	64.4	208	55.8
その他	28	6.5	14	3.8
不成功合計	432	100.0	373	100.0

* 面接不成功

表4 面接員の年齢と回答率*

年齢 (面接員数)	全抽出対象者に対する回答率 (%)		死亡、入院、転居者等を除く回答率 (%)	
	平均	最小—最大	平均	最小—最大
20-29 歳 (n=8)	39.2	17.4-52.1	45.1	20.0-59.5
30-39 歳 (n=4)	47.8	39.5-54.0	54.4	41.7-69.6
40 歳以上 (n=9)	52.2	40.9-62.8	58.8	50.9-71.7
合計(n=21)	46.4	17.4-62.8	52.7	20.0-71.7
面接員の年齢と回答率の順位相関係数 (n=21)	r=0.563, p=0.008		r=0.510, p=0.018	

* 調査担当者が記録されている対象者のデータ

表5 サービス利用調査票 (疾患特異版) の調査結果の例 ICD10 うつ病および全般性不安障害の経験者における受診行動の頻度

受診行動の種類	うつ病の経験者(n=47)		全般性不安障害の経験者(n=24)	
	人数	%	人数	%
精神科以外の医師を受診	13	27.7	4	16.7
医師からの投薬	12	25.5	1	4.1
精神科以外の医師からの専門家受診の勧め	1	2.1	1	4.1
精神科医を受診	12	25.5	6	25.0
その他の専門家を受診*	4	8.5	5	20.8
2回以上の服薬	14	29.8	8	33.3
入院	3	6.4	NA	NA

* その他の専門家=看護婦、法律の専門家、住職や牧師
NA=質問せず

表6 サービス利用調査票（疾患非特異版）の調査結果の例・ストレス、こころの健康あるいはお酒の問題について相談した相手先別頻度（n=991、重複回答）

相談した相手	これまでに相談した		過去1年間に相談した		相談先の有用性	
	人数	%	人数	%	回答者数	役だった (%)
友人や親戚	304	30.7	202	20.4	290	93.1
住職や牧師	21	2.1	9	0.9	20	95.0
内科医師	66	6.7	41	4.1	60	86.7
外科、産婦人科、耳鼻科などの医師	11	1.1	6	0.6	10	90.0
精神科の医師	23	2.3	13	1.3	20	60.0
臨床心理士、カウンセラー	14	1.4	7	0.7	13	69.2
ソーシャルワーカー	-	-	-	-	-	-
保健婦、看護婦	16	1.6	9	0.9	14	100.0
針灸・整体・漢方の専門家	11	1.1	5	0.5	11	72.7
薬局などの薬剤師	8	0.8	7	0.7	8	87.5
巫女や霊媒師など	4	0.4	-	-	4	50.0
その他の専門家	10	1.0	5	0.5	8	100.0

表7 サービス利用調査票（疾患非特異版）の調査結果の例・ストレス、こころの健康あるいはお酒の問題について相談した場所別頻度（n=991、重複回答）

相談した場所	これまでに相談した		過去1年間に相談した		相談先の有用性	
	人数	%	人数	%	回答者数	役だった (%)
学校や会社の保健室	10	1.0	5	0.5	10	80.0
精神科以外の外来	25	2.5	14	1.4	23	82.6
精神科の外来	20	2.0	12	1.2	17	64.7
病院の救急外来	1	0.1	-	-	1	0.0
病院の入院病棟	4	0.4	1	0.1	3	33.3
心理のクリニック	3	0.3	3	0.3	3	66.7
保健所、精神保健福祉センター	4	0.4	3	0.3	4	100.0
社会福祉事務所	3	0.3	1	0.1	2	50.0
アルコール外来	-	-	-	-	-	-
電話相談	6	0.6	2	0.2	6	50.0
自助グループ	7	0.7	5	0.5	7	85.7
その他の場所	19	1.9	10	1.0	15	86.7

資料1 生涯のライフイベント調査票（岐阜調査から）

次に、あなたのこれまでの人生でおきたいろいろな出来事についてうかがいます。学校を卒業されてから、これまでのことを思い出してください。

<p>L1 学校は卒業されましたか</p> <p><input type="checkbox"/> 卒業 →</p> <p><input type="checkbox"/> 在学中 →</p> <p>学校へ行ってない場合 *中学校以前にを、15歳までにと変えて読む。</p>	<p>a 学校を最後に終了したのは何歳でしたか。</p> <p>b 合計何年、学校に通われたことになりますか _____年</p> <p>c 中学校以前に、この両親のどちらかと6カ月以上離れて暮らした経験がありましたか。 1 はい 2 いいえ</p> <p>d 中学校以前に、学校でいじめや暴力にあうなどの出来事がありましたか。 1 はい 2 いいえ</p> <p>e 中学校以前に、この両親のどちらかから暴力をふるわれたり、ひどく無視されたりした経験がありますか。 1 はい 2 いいえ</p>	<p>L1 学校(1年内なら _____歳)月)</p>
<p>L2 親ごさんと別れて生活されたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> はい →</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>a はじめて別居されたのは何歳の時ですか</p>	<p>L3 _____歳 結婚 (1年内なら _____月)</p>
<p>L3 (すでに情報あるなら聞かずに記入する) 結婚されましたか</p> <p><input type="checkbox"/> はい →</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>L7へ(次ページ)</p>	<p>a 初めて結婚されたのはあなたか何歳の時ですか</p>	<p>_____歳</p>
<p>L4 離婚されたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> はい →</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>a 何歳の時ですか</p> <p>[他にも離婚されたことがありますか。 他にもあれば二度目の離婚について聞く]</p> <p>a 何歳の時ですか</p>	<p>L4-1 離婚①(1年内なら _____歳)月)</p> <p>L4-2 離婚②(1年内なら _____歳)月)</p>