

る。」という問題が発生した。これらの不都合の原因はまだよくわかっていない。

⑦演習について（模擬面接含む）

初日から4日目午前までは、8から9人の3グループで練習を行った。それから、参加者の様子を参考に、4日目午後グループ替えを行い6～7人の4グループでの練習を行った。最終日は、実際の調査に近い状況での演習の必要性和参加者から希望に沿って、3人1グループで演習を行った。各自が、面接員、被面接者、観察者（面接を観察して指摘するトレーナー）の役を経験した。

5. 岩手調査のためのCAPIとCAPI用小冊子の完成と調査実施に向けての技術的支援

①CAPIとCAPI用小冊子の不一致

質問番号EM36a「以下は、過去30日間にあなたが仕事をしてきた時間に関する質問です。小冊子の53ページを見てください。次のそれぞれの経験があった頻度は、どれくらいでしたか？」において、回答選択肢がCAPIでは「いつも、ほとんど、時々、少し、全くない」の5段階であったが、対応する小冊子のページは「いつも、ほとんど、およそ半分くらい、時々、少し、全くない」の6段階と食い違っていた。米国の本部に問い合わせたところ、CAPIが正しく小冊子が誤りである事がわかった。

問題番号BFD18c「How much was your health a drain on the financial resources of you or your family during the past 30 days? 過去30日間に、あなたの健康のことで、あなたや家族のお金をどのくらい使いましたか。」の回答選択肢は「None, mild, moderate, or severe difficulty? 全くない、軽い困難、中くらいの困難、あるいはひどい困難」であった。

「どのくらいのお金を使いましたか？」という質問に対して、困難の程度を答えさせるようになっている。しかし、この選択肢では回答することができないかめに、このCAPIとCAPI用小冊子のこのセクションの類似の回答選択肢から、「困難」と用語を削除し、「全くない、軽い、中くら

い、ひどい」と変更した。

②強度・頻度を聞く選択肢

表4に示すように、CAPI用小冊子では8種類の強度、頻度についての解答選択肢を載せている。これらの強度・頻度に関する表現の日本語訳を研究班内で討議して決定した。基本的に「ない」「ある」という言葉を語尾につけることによって、「ない」向きの回答と「ある」向きの回答になるようにした。そして、CAPI内の強度・頻度に関する選択肢をCAPI小冊子に対応するように修正した。

③小冊子への追加

誕生日早見表は13年末までのものと、14年元旦から年末までの2種類を用意した。この表は、調査の時に、面接員が小冊子とは別に持って行くようにした。

④CAPIの動作

薬物、国名をリストから選択する部分がうまく機能しないことが判明したので、何度か改訂を行った結果、この部分を自由入力形式することにした。

⑤岩手からの問い合わせ対応

岩手医大から、下記の2件の問い合わせがあり回答を行った。

Q 二人一組で練習していて、二人とも同じ答えを入力して進めていったところ、質問のジャンプ先

が異なる、ということができました。

A 「練習」モードを選択された場合はあり得ないことです。

「調査」モードを選択された場合は、次のセクションへのジャンプがランダムに決定される部分がありますので、これはあり得ることです。

Q 雇用のところで、例えば、現在65歳で、60歳>で定年。その後仕事を探してもおらず、働いていない人を想定すると、日数の合計が52週にならないというコメントが出て先に進まない。

A この質問では、過去 12 ヶ月間の各週数をきいていますので、この方の場合、過去 12 ヶ月間に 52 週間、退職後で特別に職をさがしていなかった期間を回答され（あとの活動は 0 週間で）ると、ちょうど 52 週になってコメントはでない。

ただし、いろいろな事情で 52 週にならない場合には、このコメント部分で F 2 を押して事情をメモとして記録し、不明(CTRL+D)を押せば次の質問に進む。

⑥共通認識の検討

岩手トレーニング後下記の 4 つの問題が明らかになり、技術センターが研究員に意見をもとめ、方針を決定した。

a.質問番号 CH38「あなたを育てるのに一番時間をかけてくれた女性はだれですか。」回答選択肢「実母、養母、義母、里親の母、他の親戚女性、乳母/子守、女性はいなかった、その他 (明示せよ)」、質問番号 CH68「あなたを育てるのに一番時間をかけてくれた男性は誰でしたか。」回答選択肢「実父、養父、義父、里親の父、他の親戚男性、子守、男性はいなかった、その他 (明示せよ)」において、祖父母が回答選択肢に含まれていないが、親戚の女性又は男性として記録をとるのは妥当ではない。よって、回答が「祖父又は母」の場合は、「その他 (明示せよ)」でメモをとる。

b.職業分類についてはコードする前に必ずメモ (F 2) をとる。トレーニング時に指示したが再度徹底すること。

c.身長体重の少数点以下は四捨五入する。

d.痴呆のセクションの描写の判定 (2 個の円が一部重なって水平に並んでいる図) は、「だいたい類似した図柄が描け、2 つの円が部分的に重なっている」が正解。2 個の円が一部重なって垂直に並んでいる (縦) では図形認知に問題ありと判定するのが妥当である。

D. 考 察

1. WMH2000 調査票 PAPI の日本語訳の確定に

ついて

英文調査票により近い表現の PAPI 日本語訳が完成した。日本語としての滑らかさには若干の問題が残っているが、質問の意図が対象者に伝わる、実際に一般集団での調査に耐えうるものになったといえる。今後、バイリンガルを含む 5 名以上の専門家に訳語 (案) のレビューを依頼し、その上で最終修正を行う。確定した日本語訳については WHO の翻訳ガイドラインに従ってバックトランスレーションを行い、公式な訳として認定を受ける予定である。

2. WMH2000 調査 予備面接員トレーニングの実施

PAPI 訓練参加者は、研究班員等研究者と国立大学で心理学を専攻する学生であり、日ころ質問紙等に馴染みがある者と考えられる。しかし、PAPI とレファレンスカードの記入、チェック等の作業の煩雑さゆえに、これらに慣れるために若干の時間を要した。また、PAPI は対象者全員が回答する部分と一部の対象者が回答する部分の両方を含んでおり、一人分が A4 用紙 400 ページである。小冊子、参照カード、カバーシート等他の必要材を加えると持ち運びが大変である。記録操作の煩雑さによるエラーの防止と調査材の管理、持ち運び面を考慮すると、国内では CAPI での調査実施がよいのではと考えた。

PAPI の訓練スケジュールは、一昨年の CIDI2.1 面接での 3 日間の訓練では期間が短すぎるという意見が多く、今回は 5 日間実施した。初日、2 日目は若干スケジュールが込み合ったが、他の日は十分な演習時間を持つことができた。

3. WMH2000 調査票 CAPI と CAPI 小冊子の日本語訳の作成

岩手調査に使用する CAPI と CAPI 用小冊子は完成した。現在、CAPI は岩手調査に関係しないセクションの CAPI 作成を行っている。岩手調査に使用しないセクションは、全部で 8 セクション

あり（対象者との連絡情報、人格障害スクリーニングを除く）、現在、サンプルを残してほぼ移植は終了しており、シNTAXチェックと動作チェックが残っているのみである。

4. WMH2000 岩手調査 公式面接員トレーニング実施

7から10人1グループによるグループ練習は、他のメンバーと問題点や疑問点を共有し、即座に解決でき、指導者の目が行き届きやすく、各面接員の質を均一にすることができるという利点がある。しかし、訓練に慣れてくると初めほど他のメンバーの練習を真剣に聞かなくなり、暇をもちあますということが起る。また、グループ練習は、実際の面接場面、面接者と面接を受ける対象者の1対1とかけ離れている。しかし、二人ペアでは面接を客観的に見るトレーナーのような訳の者がおらず馴れ合いになる可能性が高く、練習としては不適切である。これらの点を考慮して、岩手トレーニングでは、最終模擬面接を、3人1グループ（各自が、面接員、被面接者、観察者の役を経験）で演習を行った。

各面接員の質を均一化と、より現実に近い練習による面接技術の上達の両方を考慮した場合、グループ練習と少人数練習の併用が好ましいと考えられる。初めから両者を併用するよりは、CAPIの操作や質問文の読み方等に慣れるまではグループ練習を行い、慣れてきた頃に、少人数へと移行すると効果的であろう。少人数で演習を行っていくようにする場合には、更にトレーナーが必要かもしれない。

岩手トレーニングでは、米国版のCAPI用面接者マニュアル（115ページ邦訳）を使用した。115ページのうちトレーニングに直接関係がある箇所は、約半分である。ページの順番はおおよそトレーニングの進行順とおなじであるが、情報が多く理解し難いようであった。トレーニングマニュアルを読んでも読んでいないように見受けられるケースや読んでい

ても量が大量でポイントがつかめていないケースがあった。また、岡山の模擬面接員トレーニング時よりもはるかに、人数が多く、会場が広くなっており、座席が後ろの方になった場合、スライドが見づらいようであった。

参加者の理解をすすめ必要最低限の知識をより確実なものにする助けとして、トレーニングの順に即した、理解しやすいトレーニングマニュアル作成の必要性だとかんがえられる。

5 岩手調査用 CAPI と CAPI 用小冊子の作成

岩手トレーニング以降、CAPIは8回の改訂を行い、CAPI v11_29（11月29日）版が、現段階での最終版となっている。小冊子は、11月末現在で日本語訳が確定し完成した。

E. 結論

精神障害の疫学調査における基盤整備のために5つの研究を実施した。1) WMH2000 調査票紙と鉛筆版（paper & pencil interview, PAPI）の日本語訳（案）に対して複数の専門家・翻訳者による検討会を実施し、訳語を作成した。2) 日本におけるWMH2000 調査面接員トレーニングの実施可能性を検討するために予備トレーニングを行った。3) WMH2000 調査票 コンピュータ版（computer-assisted personal interview, CAPI）とCAPI 用小冊子の日本語訳を作成した。4) WMH2000 岩手調査実施のための公式な面接員トレーニングを5日間行った。5) 岩手調査のためのCAPIとCAPI 用小冊子の完成と調査実施に向けての技術的支援を行った。以上からわが国におけるWMH2000 調査の実施基盤整備が進んだと考える。

2. IFPE アジア・太平洋地域会議における WMH2000 プロジェクトに関する報告書

要旨

2001年9月26日～9月29日、マレーシア（Shah Alam）において、IFPE アジア・太平洋地域会議が開催された。当会議において WMH2000 プロジェクトにおける各国の進捗状況の報告および意見交換、さらに WMH2000 調査プロセスの確認事項が伝えられた。WMH2000 参加国のうち、日本、中国、インドネシア、ニュージーランド、アメリカの5カ国が当会議に参加した。日本からは分担研究者と研究協力者各1名が参加し、日本の本調査が2003年になる見通しであること等を報告した。参加国からは、中国およびインドネシアの本調査が近々開始される予定であること、ニュージーランドの本調査開始は2002以降になることが報告された。WMH2000 コーディネーティングセンターから、調査プロセスの管理と報告についての詳細な規定に加え、次のWMH2000に関する国際ミーティングを、2002年6月イタリアで開く予定であることが伝えられた。また、2002年8月の世界精神医学会(WPA)横浜で、WMH2000 アジア・太平洋地域の打ち合わせ会議か、シンポジウムを行いたいという希望が、中国、インドネシア、ニュージーランドの参加者から出た。日本もホスト役として、一定の役割を果たすのが良いのではないかと考えられた。

A. 目的

IFPE アジア・太平洋地域会議への参加目的は、日本における WMH2000 プロジェクトの進捗状況報告、各国の進捗状況に関する情報入手および意見交換、さらに WMH2000 コーディネーティングセンターからの指示を得ることであった。

B. 方法

分担研究者1名と研究協力者1名が当会議に参加し、日本における WMH2000 プロジェクトの進捗状況報告、参加国の進捗状況に関する情報入手、プロジェクトに関する意見交換、コーディネーティングセンターからの調査プロセスの管理と報告の規定に関する指示と次の国際ミーティングに関する情報を入手した。

C. 結果

1. WMH2000 進捗状況報告

日本における WMH2000 プロジェクトの進捗状況として、本調査(2003年)およびデータ解析までの調査計画、関係者を集めての PAPI 日本

語版(紙と鉛筆版)を用いた訓練実施の様態を報告し、作成した CAPI 日本語版(コンピュータ版)のデモンストレーションを実施した。

中国およびインドネシアの本調査は近々開始される予定であること、ニュージーランドの本調査開始は来年以降になることが報告された。

また、2002年8月の世界精神医学会(WPA)横浜で、WMH2000 アジア・太平洋地域の打ち合わせ会議か、シンポジウムを行いたいという希望が、中国、インドネシア、ニュージーランドの参加者から出た。

2. コーディネーティングセンターからの確認事項

コーディネーティングセンターからは、WMH2000 基本事項、参加国と使用ツール、各国の進捗状況、調査プロセスの管理と報告が伝えられた。以下が詳細である。

(1) 基本事項

精神疾患に多くの人々が罹り、容易に慢性化

している。更にその発病年齢は、多くの慢性疾患に比べて低く、障害の程度は高い。にもかかわらず、医療機関への受診率は低い現状にある。WMH2000 プロジェクトでは、精神疾患の有病率、重症度、精神疾患に関する世界の負担、医療機関の利用と薬物治療の評価、受診者と未受診者の属性および受診の妨げとなるものの特定等を目的とする。

本プロジェクトの主要研究者は、ハーバード大学の Ronald Kessler 教授と WHO の Bedirhan Üstün 医師である。財源は、U.S. National Institute of Mental Health, European Commission, the Mac Arthur Foundation, WHO, Pan American Health Organization, 種々の製薬会社, 参加国政府である。技術支援は、WHO、ハーバード大学、ミシガン大学が行う。

面接ツールは、WHO 国際統合診断面接の改良版 (WMH2000 調査票) で、ICD-10,DSM-IV の診断基準に基づいている。面接員は、精神科領域の専門家である必要はない。本面接ツールは 46 セクションからなり、面接所要時間は、90 分から 120 分である。収集されたデータは SAS プログラムに従って解析される。各国には診断が付加されたデータが返送され、各国でデータの分析を行う。

(2) WMH2000 参加国と使用ツール

WMH2000 質問票には、コンピュータ版 (CAPI) と紙と鉛筆版 (PAPI) があり、CAPI には、European CAPI Version と WMH2000 CAPI Version がある。

European CAPI Version を使用する国は、ベルギー、フランス、ドイツ、イタリア、スペイン、オランダである。

WMH2000 CAPI Version を使用する国は、カナダ、中国、コロンビア、イスラエル、日本、メキシコ、ニュージーランド、パナマ、ペルー、スウェーデン、アメリカ合衆国である。

WMH2000 Paper Version を使用する国は、ブ

ラジル、インドネシア、レバノン、ネパール、南アメリカ、トルコ、ウクライナである。

(3) 各国の進捗状況

WMH2000 本調査は、ベルギー、フランス、ドイツ、イタリア、メキシコ、ネパール、南アメリカ、スペイン、アメリカ合衆国で行われている。残りの国の調査は、来年以降になる見込みである。

(4) 調査プロセスの管理と報告規定

調査の質を保持する目的で、コーディネーティングセンターに、以下のプロセス管理事項を報告しなければならない。

調査前の倫理審査委員会による承認、調査資料翻訳プロセス、面接員養成トレーニング記録 (トレーニング方法、期間、面接員数)、回答者選択プロセス、調査協力依頼の手順と謝礼について、データ収集期間、調査の質を保つために行ったチェック項目 (監査報告、各段階の確認事項、統計的除外解析結果等)、依頼協力率 (65%以上)、発生した問題等の報告が要求された。上記に加えて、調査の進捗状況を隔週で報告することも求められた。

隔週ごとの調査の進捗状況報告に関しては、次の手順を踏む。

リリースした回答者・1週間の回答者・面接員ごとの回答者について、以下の12項目に関して人数と比率を、報告する。

1. リリースした全標本 (TOT SAMP)
2. リリースした標本ケースのうち、連絡をまだしていないもの (NO CLLS)
3. 連絡したが、世帯メンバーとまだコンタクトできていないもの (NO CNTC)
4. 標本ケースにならないもの (NONSAMPLE)
・世帯が以下に該当する場合は

NONSAMPLE とする

世帯が存在しない場合

住民がいない場合

住民がいることになっているが、実際には住んでいない場合

- ・対象者が以下に該当する場合は NONSAMPLE とする

死亡、投獄中、入院中、国外にいる、その国の言葉を話せない、身体的あるいは精神的問題のため面接不能な場合

5. 面接の予約 (APPT)
6. コンタクトに抵抗の無かったもの (CNTC NO RSIS)
7. コンタクトに抵抗の有ったもの (CNTC RSIS)
8. 最終的に拒否されたもの (REF)
9. その他の理由で面接に至らなかったもの (NI)
10. 面接できたもの (IW)
11. 面接の平均的長さ (AVG IW LEN)
12. 面接ごとの所要時間 (PROD HOURS/IW)

また、トレーニングマニュアル、回答者用資材（手紙、パンフレット等）、面接ツール等の全調査資材のコピーをとり、調査データのケースごとに面接員の ID を付加し、調査データのコピーは自国で保存することが求められた。

D. 考察

1. WMH2000 進捗状況

WMH2000 に参加している 24 カ国の内、すでに 10 カ国が本調査に入っている。参加国の一つである中国およびインドネシアも近く本調査に入る見通しにあり、我が国の本調査開始は 2003 年と遅れをとった状況にある。

2. 2002 年の WMH2000 に関する予定

次の WMH2000 に関する国際ミーティングは、2002 年 6 月イタリアが予定されている。これには今回のミーティングに参加した分担研究者が参加する予定である。また 2002 年 8 月の世界精神医学会(WPA)横浜で、WMH2000 アジア・太平洋地域の打ち合わせ会議か、シンポジウムを行いたいという希望が出たことについて、日本もホスト役として、一定の役割を果たすのが良いのではないかと考えられる。

3. 調査プロセスの管理と報告

WMH2000 コーディネーティングセンターは、倫理審査委員会の承認、調査資材の翻訳、面接員養成トレーニングおよび予備調査を含めた調査の各段階における規定プロセスの管理および報告を求めている。これらを円滑に実施するためには、研究総括機関、技術センター、地域調査センターの連携が不可欠であり、現在進行中の地域調査センターでのモデル事業から得られる情報を効率よく検討し、本調査に生かす必要がある。

E. 結論

IFPE アジア・太平洋地域会議へ参加し、日本における WMH2000 プロジェクトの進捗状況の報告、各国の進捗状況に関する情報入手および意見交換、さらにコーディネーティングセンターからの調査プロセスの管理と報告の規定に関する情報を入手した。国際ミーティングへ参加するのみでなく、世界精神医学会(WPA)横浜におけるシンポジウム等の実施によって、日本も一定の役割を果たすのが良いと考える。

F. 研究発表

学会報告

- ① Kawakami N, Nakane Y, Takeshima T. World Mental Health 2000 in Japan: background, goals and study design. International Federation of Psychiatric Epidemiology Asia Pacific Regional Conference. Shah Alam, Malaysia. 2001 年 9 月 26～29 日

表1 WMH2000 調査票の種類と使用したセクションの一覧 (注)

WMH2000 コンピュータ版(CAPI)	WMH2000 紙と鉛筆版	岡山トレーニング	岩手トレーニング
1. 家族リスト Household Listing (HHL)	A.	A.	1.
2. スクリーニング Screening (SC)	1.	1.	2.
3. うつ病 Depression (D)	2.	2.	3.
4. 躁病 Mania (M)	3.	3.	4.
5. 激越性うつ病 Irritable Depression (IR)	4.	4.	5.
6. パニック障害 Panic Disorder (PD)	5.	5.	6.
7. 特定の恐怖症 Specific Phobia (SP)	6.	6.	7.
8. 社会恐怖 Social Phobia (SO)	7.	7.	8.
9. 広場恐怖 Agoraphobia (AG)	8.	8.	9.
10. 全般性不安障害 Generalized Anxiety Disorder (G)	9.	9.	10.
11. 間歇性爆発性障害 Intermittent Explosive Disorder (IED)	10.	10.	11.
12. 自殺傾向 Suicidality (SD)	11.	11.	12.
13. 物質使用 Substance Use (SU)	12.	12.	13.
14. サービス利用 Services (SR)	18.	18.	14.
15. 薬剤疫学 Pharmacoepidemiology (PH)	17.	17.	15.
16. 人口統計要因 Demographics (DM)	32.	32.	16.
17. 人格 Personality (PEA)	14.	14.	17.
18. 外傷後ストレス障害 Post-Traumatic Stress Disorder (PT)*	16.	16.	18.
19. 慢性疾患 Chronic Conditions (CC)	19.	19.	19.
20. 神経衰弱 Neurasthenia (N)*			
21. 30日間の機能 30-Day Functioning (FD)	20.	20.	20.
22. 30日間の症状 30-Day Symptoms (NSD)	21.	21.	21.
23. たばこ Tobacco (TB)*	13.	13.	
24. 摂食障害 Eating Disorders (EA)*			22.
25. 月経前症候群 Premenstrual Syndrome (PR)*	15.	15.	
26. 強迫性障害 Obsessive-Compulsive Disorder (O)*			23.
27. 精神病 Psychosis (PS)*			24.
28. 病的賭博 Gambling (GM)*			
29. 不安と不幸 Worries and Unhappiness (WU)*			
30. 雇用状態 Employment (EM)	23.	23.	25.
31. 経済的状态 Finances (FN)	24.	24.	26.
32. 結婚 Marriage (MR)	25.	25.	27.
33. 子供 Children (CN)	26.	26.	28.
34. 社会的ネットワーク Social Networks (SN)	27.	27.	29.
35. 成人期の人口統計学的要因 Adult Demographics (DA)	28.		30.
36. 子供時代の人口統計学的要因 Childhood Demographics (DE)		28.	31.
37. 子供時代 Childhood (CH)	29.	29.	32.
38. 注意欠陥/多動性障害 Attention-Deficit/Hyperactivity (AD)*			33.
39. 反抗挑戦性障害 Oppositional-Defiant Disorder (OD)*			
40. 行為障害 Conduct Disorder (CD)*	30.	30.	34.
41. 分離不安障害 Separation Anxiety Disorder (SA)*	31.	31.	
42. 家族の負担 Family Burden (FB)	33.	33.	35.
43. 過去に関する認識 Perceptions of the Past (PP)*			
44. 対象者との連絡情報 Respondent Contacts			
45. 面接者の観察 Interviewer's Observation (IO)	34.	34.	36.
46. 痴呆 Dementia		35.	37.
47. 人格障害スクリーニング Personality Disorders Screen (P)	22.	22.	

注：番号はそれぞれの調査票のセクション順序を示している。空白はその調査票では使用しないことを意味する。*は選択（ノンコア）セクションであり除いてもよい。また 15. PH も除外可能である。

表2 世界保健(WMH)2000調査票(紙と鉛筆版)の調査員トレーニングの訓練スケジュール

8月6日(月曜日)	8月7日(火曜日)	8月8日(水曜日)	8月9日(木曜日)	8月10日(金曜日)
11:00-12:00 歓迎の挨拶と自己紹介 訓練の概要 ・トリーナーセッション日程 ・紙と鉛筆版の概要 ・調査票の概要ー長い版と短い版	9:00-12:00 質問表の説明 その2 ・パニック障害 ・特定の恐怖症 ・社会恐怖 ・広場恐怖 ・全般性不安障害 ・間歇性爆発性障害 第2回グループ練習	9:00-12:00 ・PTSD 第4回グループ練習 質問表の説明 その5 ・薬剤疫学 ・サービス利用 ・慢性疾患 第5回グループ練習	9:00-12:00 質問表の説明 その7 ・社会的ネットワーク ・人口統計学的要因(DE) ・子供時代 第7回グループ練習	9:00-12:00 調査手順 プレテスト 調査を対象者に説明する ・事前の手紙とパンフレット ・同意を得る手順 ・拒否を説明する方法 クオリティコントロール ・妥当性 ・確認 ・評価
休 休 休 休 休 (12:00~13:00)				
1:00-6:00 ・面接員としての一般的な訓練と調査の工夫 質問表の説明 その1 ・スクリーニングセッション ・うつ病 ・躁病 ・激越性うつ病 第1回グループ練習	1:00-5:00 質問表の説明 その3 ・自殺傾向 ・物質使用 ・たばこ 第3回グループ練習 質問表の説明 その4 ・人格 ・月経前症候群	1:00-5:00 質問表の説明 その6 ・30日間の機能 ・30日間の症状 ・人格障害スクリーニング ・雇用 職業および産業の コーディング ・経済状態 ・結婚 ・子供 第6回グループ練習	1:00-5:00 質問表の説明 その8 ・行為障害 ・分離不安障害 ・人口統計学的要因(DM) ・家族の負担 ・面接者の観察 ・痴呆 第8回グループ練習	1:00-5:00 模擬面接 ・調査表全体を使用して 練習についての意見交換 質問と回答 まとめ

表3 世界精神保健(WMH)2000調査票(コンピュータ版)面接員トレーニング日程表

10月8日(月曜日)	10月9日(火曜日)	10月10日(水曜日)	10月11日(木曜日)	10月12日(金曜日)
<p>9:30-12:00 歓迎の挨拶と自己紹介</p> <p>訓練の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面接員トレーニング日程(川上) ・WMH2000調査概要(川上) ・岩手調査概要(伊藤) ・調査手順(岩田) ・パソコン使用の説明(岩田) ・家族リスト(HHL)の説明とコンピュータを用いた入力実習(岩田) 	<p>9:00-12:00 質問表の説明 その2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パニック障害(PD) ・特定の恐怖症(SP) ・社会恐怖(SO) ・広場恐怖(AG) ・全般性不安障害(G) ・間歇性爆発性障害(IED) <p>第2回グループ練習</p>	<p>9:00-12:00 質問表の説明 その4</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外傷後ストレス「障害」(PT) ・慢性疾患(CC) ・30日間の機能(FD) ・30日間の症状(NSD) <p>第4回グループ練習</p> <p>第1回模擬面接</p>	<p>9:00-12:00 質問表の説明 その6</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会的ネットワーク(SN) ・成人期人口統計学的要因(DA) ・人口統計学的要因(DE) ・子供時代(CH) ・注意欠陥/多動性障害(AD) ・行為障害(CD) <p>第6回グループ練習</p>	<p>9:00-12:00 第2回模擬面接</p>
休 日 (12:00~13:30)				
<p>13:30-18:00</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面接員としての一般的な訓練と調査の工夫(岩田) <p>質問表の説明 その1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニング(SC) ・うつ病(D) ・躁病(M) ・激越性うつ病(IR) <p>第1回グループ練習</p>	<p>13:30-17:30 質問表の説明 その3</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自殺傾向(SD) ・サービスマン利用(SR) ・薬剤疫学(PH) ・人口統計学的要因(DM) ・人格(PEA) ・物質使用(SU) <p>第3回グループ練習</p>	<p>13:30-17:30 質問表の説明 その5</p> <ul style="list-style-type: none"> ・摂食障害(EA) ・強迫性障害(O) ・精神病(PS) ・雇用状態(EM) ・経済的状态(FN) ・結婚(MR) ・子供(CN) <p>第5回グループ練習</p>	<p>13:30-17:30 質問表の説明 その7</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の負担(FB) ・痴呆(DM) ・面接者の観察(IO) <p>第7回グループ練習</p> <p>調査を対象者に説明する方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前の手紙とパンフレット ・同意を得る手順 ・拒否を説明する方法 	<p>13:30-15:30 練習についての意見交換 質問と回答 まとめ</p>

表4 強度・頻度を聞く選択肢

小冊子のページ	CAIP	古い訳	現在の訳
1	Nearly all the time Pretty often Not very much Never	ほとんどいつも かなり頻繁に 多くはない 1度もない	ほとんどいつも かなり多い あまり多くない 1度もない
46	None Mild difficulty Moderate difficulty Severe difficulty	全くない 軽い困難 中くらいの困難 かなりの困難	全くない 軽い困難 中くらいの困難 ひどい困難
48	All the time Most of the time Some of the time A little of the time None of the time	いつも ほとんどいつも 時々 少し 全くない	いつも ほとんどいつも 時々 少ししかない 全くない
49	Often Sometimes Rarely Never	しばしば 時々 まれに 1度もない	しばしば 時々 まれに 1度もない
53	All of the time Most of the time About half of the time Some of the time A little of the time None of the time	いつも ほとんどいつも およそ半分くらい 時々 少し 全くない	いつもある ほとんどいつもある およそ半分くらいある 時々しかない 少ししかない 全くない
59	Always Most of the time Sometimes Rarely Never	いつも ほとんど 時々 まれに 一度もない	いつも ほとんど 時々 まれに 一度もない
65	Not at all A little Some A lot Extremely	全くない 少し いくらか たくさん 非常に	全くない 少ししかない いくらか たくさん 非常に
66	Not at all Mild Moderate Severe Very Severe	全くない 軽い 中くらい ひどい とてもひどい	全くない 軽い 中くらい ひどい とてもひどい

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究
分担研究報告書

こころの健康に関する地域疫学調査
岩手県における地域調査について

分担研究者 酒井 明夫（岩手医科大学 神経精神科）
研究協力者 伊藤 欣司（岩手医科大学 神経精神科）
武内 克也（岩手医科大学 神経精神科）

研究要旨

昨年度は「こころの健康調査の実施基盤整備に関する研究」が行われ、それに関連し、総合国際診断面接（CIDI2000）日本語版の作成や、面接の訓練、調査手順などの研究、また、合意形成やプライバシー保護のための研究が行われた。今年度は、それらに基づいて、岩手県で地域疫学調査を実施することとなった。「研究事務局」、「技術支援センター」そして、岩手県に「調査センター」を設置し、連携をとりながら調査を行った。我々は、「調査センター」として、心の健康に関する地域疫学調査を実際に行い、その中で、面接員、調査事務局、面接、データの取り扱い等の問題点に関し検討した。また、その結果を踏まえ、今後の調査の進め方の指針を検討した。結果として、目標協力数に達することが出来ず、地域住民に理解を得るための準備には時間が必要であることが示唆された。調査に関する広報のみならず、調査センター自体の信頼を得るための活動期間も必要と考えられる（地域住民を対象としたメンタルヘルスの講演、相談会など）。しかし、調査方法や、体制に関しては大きな問題は生じることなく、適切であると考えられた。今後の全国規模の調査の実施に関しては、それぞれの地域の行政、文化・習慣の違いにより発生する問題を考えなければならないが、3ヶ所が連携をとることで調査が可能になると考えられる。

A. 研究目的

本研究は、WHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究（WMH）をわが国に導入するための予備調査として、地域調査を行い、問題点の検討を目的とした。

前年度までの報告を踏まえ、実際に無作為抽出した地域住民を対象に面接を行い、各プロセスで生じた問題を検討し、今後の指標を探った。今年度の体制として、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部に「研究事務局」、岡山大学大学院医歯学総合研究衛生学・予防医学分野に「技術支援センター」を、そして、岩

手医科大学に「調査センター」が設置された。我々は、「調査センター」として3ヶ所の連携の下に調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象の抽出

調査対象者は盛岡市の選挙人名簿より465人無作為抽出した（協力率65%以上を目標）。

2. 面接員の確保とトレーニング

情報誌等により一般から募集を行った。面接により25名を調査員として採用。その後、WHMに定められたト

レーニングを5日間行った。最終的に20名の調査委員を確保。その内訳は、男性4人、女性16人。年齢、職業（学生も含む）とさまざまであった。

3. 調査方法

(1) 地域社会への働きかけ

面接の実施に先立ち、協力率を上げるため、岩手県の行政の担当者を通じ、盛岡市の各保健所へ調査についての説明、地域住民への広報を行った。また、地域新聞の取材も受けた。同時に、研究事務局の協力で作成したパンフレットの配布も行った。

(2) 面接法（構造化面接）

総合国際診断面接（CIDI2000 core version）（日本語訳：パーソナルコンピュータ版）を使用。面接は個別面接、原則として自宅訪問調査とした。対象者より希望があった場合には施設内に個室を用意し面接を行った。家族等の同席は排除し、面接員と対象者のみの場所の確保に努めた。

(3) 面接までの手順

対象者に対して、調査責任者名で調査協力依頼状を封書で発送し、封書で返事もらった。調査協力の返事があった対象者には事務局から連絡し、予約にて面接。説明を要求された場合は、事務局から電話で説明を行ない、協力を依頼した。依頼状に無回答の対象者には、再度郵送による依頼を行った。

面接時には、面接員は身分証明書を提示。書面にて調査協力の同意を確認した（調査協力同意書に署名）。

(4) データ

収集したデータをパソコンより抽出。個人データと調査データを切り離し、技術センターである岡山大学を経由して解析を行うミシガン大学へ送付した。

プライバシー保護のため、調査終了

後速やかにデータの切り離しを行った。このため、個人レベルの面接結果については、本人、家族からの問い合わせにも応じなかった。

(5) 倫理面での検討

「研究事務局」である国立精神・神経センターと「調査センター」の岩手医科大学の両施設で倫理委員会の承認を得た。また、法律家に常に相談できるような体制を整え、調査開始後にも調査の進め方、データの取り扱いなどについての検討の機会を設けた。

4. 事務局

事務局（調査センター）を設置し、対象者からの質問、苦情等に関して電話、FAX、E-mailで対応することとした。面接を行っている時間帯には調査員のバックアップをするため常に連絡が取れる体制を整えた。

調査員からの情報も収集し、調査手順等の検討の材料とした。また、専門家のアドバイス受けながら、収集したデータの取り扱いや倫理面での検討も行った。

C 結果

1. アンケート依頼に対する回答

465人に依頼し、最終的に返答があったのは247人（53.1%）で、その中で面接可が98人（全体の21%）、不可が149人（全体の32%）であった。面接可とした98人のうち予定が合わず実施できなかった場合等もあり、実際に面接を終了したのは93人であった。その内訳は、男性40人（20歳～98歳）、女性53人（21歳～97歳）。平均年齢は、男性52.0歳、女性51.6歳、全体で54.2歳であった。

最終的に協力率は20%となり、目標の65%からはかなり低い値とな

った。

2. 診断

データの結果を別表に示す。目標数(65%)の達成が出来なかったため詳細な分析は不可能となったが、何らかの診断がついたものは31名(33.3%)であった。(表1)

3. 調査に対する苦情

調査に対する苦情が調査センター事務局に出されたのは2件のみであった。ひとつは、面接員を通して、ひとつはかかりつけ医を通して事務局に届けられた。ひとつ目は面接時間が予定より大幅に長かったこと、ひとつは、調査内容の誤解から生じた問題であり、両者とも、事務局からの電話での説明で解決した。

D. 考察

1. 面接員について

応募者の内訳は、主婦が多く、職業を持つ者や学生は少数であった。5日間の連続したトレーニングの受講が必至であることが、その理由のひとつと考えられる。このために参加を断念したものが数名見られた。参加することとなった4人の男性の職業は、塾の講師、学生、無職(アルバイトのみ)であり時間の制約が少ないものであった。

トレーニングは、3人のトレーナーにより連続した5日間、9時から17時までと、時間的にも内容的にも濃いものであったが、脱落した者はいなかった。25人のうち5人は、他の就職が決まり参加不可能となったが、最終的に20人の調査員が確保された。トレーニング後の練習会にもほぼ全員が参加し、調査中の意見交換会でも面接員の意識の高さはこちらの予想を

上回るものがあった。面接時に、調査の意義、重要性を十分に説明したうえで採用したこと、トレーニング中にも随所でその重要性が強調されたこと、また、一般にも「心の健康」に対する関心が高まってきていることがその理由と考えられる。

2. 依頼、協力について

回答のなかったものに再度依頼文書を送付したが、結果的に53.1%の回答率であった。この原因について、第一に、時間的な制約からも広報が足りなかったことが考えられる。また、面接者にとっては時間的な制約が大きかったことが参加を躊躇させた原因のひとつと考えられる。「時間が無い」といった直接的な回答や、「参加してもよい(もしくは参加したい)が、記入式で返送できる形なら」という反応が多数見られた。その他、面接時間の長さや、自宅で面接を受ける環境を作ることの困難さもその原因の一部と考えられた。それらの原因・理由に対しては、準備期間を長く取ることにより、さらに理解を深め、面接を受ける環境を面接者の希望に沿う形にしていくことで解消していくことが可能と考えられる。地域住民に対するメンタルヘルス関連の講演会、相談会なども、調査目的の理解や調査機関へ対する信頼につながり、協力率を上げる方法のひとつと思われる。

3. 面接について

面接者より一番多く出された意見が時間についてであった。一時間半程度が目標だったが、中には5時間以上かかる場合もあった。また、設問の内容も日本の実情に合っていないといった意見も聞かれた。面接自体は、順調に進んだと思われる。面接の場で多

少の問題があった場合も、ほとんどが面接員の対応で解決した。トレーニング段階での予想される問題への検討、意見交換会等が効を奏したと考えられる。

4. 倫理的問題

こころの研究疫学調査全体の昨年度までの研究で十分検討されており、実際の調査ではそれを踏まえて実行し、特に問題となったことはほとんどなかった。事務局に対する苦情のうち1件が倫理的内容に関するものであったが、誤解により生じたもので説明により了解を得た。

データ取り扱いに関しては、調査直前にパソコンを調査員へ渡し、終了後直ちに調査センター事務局へ持参、フロッピーディスクにバックアップを行うこととした。コンピュータやフロッピーディスクの保管は、常に施錠されている部屋とした。これで大きな問題が起こることはないと思われたが、より万全を期するには、コンピュータ内のデータをバックアップの終了後直ちに消去し、バックアップを取ったメディアは金庫等に収容する。バックアップの数は必要以上に増やさない、といった対策も必要ではないかとの指摘が専門家よりあった。

今回の調査はコンピュータ版であり、調査したデータがコンピュータの中に蓄積される。このため、コンピュータの保管場所も注意が必要である。また、今回は規模が小さく、一台のコンピュータ（ノートパソコン）を一人の面接員が使用したために問題とならなかったが、複数の面接員が一台のコンピュータを共有する場合は前述のような考慮が必要となる。当然ではあるが、面接員の守秘義務の指導、教育も非常に重要と考えられる。

E. 結論

今回の研究の中で、いくつかの問題が生じたが、「研究事務局」「技術支援センター」との連携でほとんどが解決、対応可能であった。実際の調査の協力率は低く、今後の課題となったが、準備期間を長くすることで協力率を上げることは可能であると思われる。調査の中で生じた問題・疑問の多くは、「研究事務局」、「技術支援センター」に相談することで解決が可能であった。

今後の全国規模の調査の実施においては、大規模に特徴的な問題、地域の行政、文化・習慣などの違いにより生じる他の問題の発生等考えられるが、「調査センター」が、その特徴、問題点を把握し、3ヶ所が連携をとり対応をしていくことで調査の実施が可能になると考えられる。

表 1

1	<p>DSM-IV Panic Attack(Lifetime) DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime) DSM-IV Social Phobia(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Panic Attack(13 month) DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder(13 month) DSM-IV Social Phobia(13 month) DSM-IV Specific Phobia(13 month) DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder(31 day) ICD Panic Attack(Lifetime) ICD Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime) ICD Social Phobia(Lifetime) ICD Specific Phobia(Lifetime) ICD Panic Attack(13 month) ICD Posttraumatic Stress Disorder(13 month) ICD Social Phobia(13 month) ICD Specific Phobia(13 month) ICD Posttraumatic Stress Disorder(31 day)</p>	2	<p>DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(12 month) DSM-IV Specific Phobia(12 month) ICD Minor Depressive Disorder(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode with hierarchy(Lifetime) ICD Panic Attack(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(12 month) ICD Moderate Depressive Disorder(12 month) ICD Moderate Depressive Disorder with hierarchy(12 month)</p>
3	<p>DSM-IV Alcohol Abuse(Lifetime) DSM-IV Alcohol Dependence(Lifetime) DSM-IV Mania(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime) DSM-IV Social Phobia(Lifetime) DSM-IV Alcohol Abuse(12 month) ICD Alcohol Abuse(Lifetime) ICD Alcohol Dependence(Lifetime) ICD Dysthymia(Lifetime) ICD Hypomania(Lifetime) ICD Mania(Lifetime) ICD Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime) ICD Alcohol Abuse(12 month)</p>	4	<p>DSM-IV Intermittent Explosive Disorder(Lifetime) DSM-IV Intermittent Explosive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Social Phobia(Lifetime) DSM-IV Alcohol Abuse(12 month) DSM-IV Panic Attack(12 month) DSM-IV Social Phobia(12 month) DSM-IV Specific Phobia(12 month) ICD Panic Attack(Lifetime) ICD Social Phobia(Lifetime) ICD Specific Phobia(Lifetime) ICD Panic Attack(12 month) ICD Social Phobia(12 month) ICD Specific Phobia(12 month)</p>
5	<p>DSM-IV Alcohol Abuse(Lifetime) DSM-IV Alcohol Dependence(Lifetime) DSM-IV Intermittent Explosive Disorder(Lifetime) DSM-IV Intermittent Explosive Disorder w DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Social Phobia(Lifetime) DSM-IV Intermittent Explosive Disorder(12 month) DSM-IV Intermittent Explosive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Panic Attack(12 month) ICD Alcohol Abuse(Lifetime) ICD Alcohol Dependence(Lifetime) ICD Alcohol Dependence(Lifetime) ICD Social Phobia(Lifetime) ICD Panic Attack(12 month)</p>	6	<p>DSM-IV Alcohol Abuse(Lifetime) DSM-IV Alcohol Dependence(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder with DSM-IV Specific Phobia(12 month) DSM-IV Specific Phobia(12 month) ICD Alcohol Abuse(Lifetime) ICD Alcohol Abuse with hierarchy(Lifetime) ICD Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) ICD Generalized Anxiety Disorder with hierarchy(Lifetime) ICD Specific Phobia(Lifetime) ICD Specific Phobia(12 month)</p>
7	<p>DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) ICD Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) ICD Generalized Anxiety Disorder with hie ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(12 month) ICD Moderate Depressive Episode(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode with hierarchy(Lifetime) ICD Alcohol Dependence(Lifetime)</p>	8	<p>DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hi DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(12 month) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hie ICD Moderate Depressive Episode(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode with hierarchy(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(12 month) ICD Moderate Depressive Disorder(12 month) ICD Moderate Depressive Disorder with hierarchy(12 month)</p>
9	<p>DSM-IV Dysthymia(Lifetime) DSM-IV Dysthymia with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) DSM-IV Irritable Major Depression(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) ICD Dysthymia(Lifetime) ICD Dysthymia with hierarchy(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime)</p>	10	<p>DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(12 month) DSM-IV Panic Attack(12 month) DSM-IV Specific Phobia(12 month) DSM-IV Panic Attack(30 day) ICD Alcohol Dependence(Lifetime) ICD Specific Phobia(Lifetime) ICD Panic Attack(12 month) ICD Specific Phobia(12 month) ICD Panic Attack(30 day)</p>

(continued...)

<p style="text-align: center;">11</p> <p>DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hi DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(12 month) ICD Moderate Depressive Episode(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode with hierarchy(8-1)</p>	<p style="text-align: center;">12</p> <p>DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder(13 month) ICD Minor Depressive Disorder with with hierarchy(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode(Lifetime) ICD Moderate Depressive Episode with hie</p>
<p style="text-align: center;">13</p> <p>DSM-IV Irritable Minor Depression(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Major Depressive Episode(Lifetime) DSM-IV Irritable Minor Depression(12 month) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime)</p>	<p style="text-align: center;">14</p> <p>DSM-IV Specific Phobia(12 month) DSM-IV Specific Phobia(12 month) DSM-IV Specific Phobia(30 day) ICD Specific Phobia(Lifetime) ICD Specific Phobia(12 month) ICD Posttraumatic Stress Disorder(30 day)</p>
<p style="text-align: center;">15</p> <p>DSM-IV Minor Depressive Disorder(Lifetime) DSM-IV Minor Depressive Disorder with hierarchy(Lifetime) ICD Minor Depressive Disorder(12 month) ICD Minor Depressive Disorder with hierarchy(12 month)</p>	<p style="text-align: center;">16</p> <p>DSM-IV Irritable Major Depression(Lifetime) DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime) ICD Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime) ICD Specific Phobia(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">17</p> <p>DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(12 month) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder with hierarchy(12 month)</p>	<p style="text-align: center;">18</p> <p>DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder with hierarchy(Lifetime) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder(12 month) DSM-IV Generalized Anxiety Disorder with hierarchy(12month)</p>
<p style="text-align: center;">19</p> <p>ICD Agoraphobia without Panic Disorder(Lifetime) ICD Alcohol Dependence(Lifetime) ICD Panic Disorder(Lifetime) ICD Agoraphobia without Panic Disorder(12 month)</p>	<p style="text-align: center;">20</p> <p>DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) ICD Alcohol Dependence(Lifetime) ICD Panic Disorder(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">21</p> <p>ICD Agoraphobia without Panic Disorder(Lifetime) ICD Social Phobia(Lifetime)</p>	<p style="text-align: center;">22</p> <p>DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">23</p> <p>DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime)</p>	<p style="text-align: center;">24</p> <p>DSM-IV Intermittent Explosive Disorder(Lifetime) DSM-IV Intermittent Explosive Disorder with hierarchy(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">25</p> <p>DSM-IV Specific Phobia(Lifetime) DSM-IV Specific Phobia(Lifetime)</p>	<p style="text-align: center;">26</p> <p>ICD Generalized Anxiety Disorder(Lifetime) ICD Generalized Anxiety Disorde with hierarchy(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">27</p> <p>ICD Posttraumatic Stress Disorder(Lifetime)</p>	<p style="text-align: center;">28</p> <p>ICD Social Phobia(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">29</p> <p>DSM-IV Specific Phobia(12 month)</p>	<p style="text-align: center;">30</p> <p>ICD Specific Phobia(Lifetime)</p>
<p style="text-align: center;">31</p> <p>ICD Specific Phobia(Lifetime)</p>	

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究
分担研究報告書

こころの健康に関する地域疫学調査
岩手県における地域疫学調査の妥当性・信頼性の評価について

分担研究者 酒井 明夫（岩手医科大学 神経精神科）
研究協力者 伊藤 欣司（岩手医科大学 神経精神科）
武内 克也（岩手医科大学 神経精神科）

研究要旨

これまでのこころの健康疫学調査研究に基づき、我々は、「調査センター」として、心の健康に関する地域疫学調査を実際に行った。調査には、総合国際診断面接（CIDI2000 core version）（日本語訳：パーソナルコンピュータ版）を使用した。ここでは、CIDI日本語版の調査に使用するための妥当性と信頼性の評価を行った。うつ病、アルコール依存症、統合失調症患者、および健康な被験者に対し、実際の調査と同様に面接を行った。ただし、面接場所は各医療施設で行った。面接結果の解析は同様に米国に送付し回答を得る形であるが、現時点で米国からの報告が未着であるため、結果についての報告は次年度とする。

A. 研究目的

今回我々は、WHOの推進する国際的な精神・行動障害の疫学共同研究（WMH2000）をわが国に導入するための予備調査として、地域調査を行なったが、その調査には総合国際診断面接（CIDI2000 core version）（日本語訳：パーソナルコンピュータ版）を使用した。これは、今年度の体制のなかで、岡山大学大学院医歯学総合研究衛生学・予防医学分野におかれた「技術支援センター」で日本語訳されたものであるが、我々「調査センター」では、その日本語版についての妥当性と信頼性の評価を目的として調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

対象は、岩手医科大学付属病院 神経精神科の外来、入院患者、盛岡市立病院 精神科入院患者、鹿角組合総合病

院 精神科入院患者より、統合失調症 8人、うつ病 17人、アルコール依存症 5人、および正常対照として岩手医科大学医学部の学生 13人（計 43人）に対して面接調査を行った。

2. 面接法

トレーニングを受けた調査員 5名（地域調査に参加した調査員から）により、CIDI2000を用いた調査を、前述の診断が確定している対象に行った。

面接は、実際の面接に準じて行ったが、対象が患者のため、面接場所は医療施設内の一室を使用した。

対象者に、調査の目的を説明し、文書にて同意を得た。また、面接者と対象者が一対一で面接できる環境で行った。

3. データ

調査で得られたデータは、実際の調

査と同様に、岡山の「技術センター」を經由して米国ミシガン大学へ送付した。

データの取り扱いに関しても、コンピュータを施錠できる部屋に保管、調査終了まで一台のコンピュータは一人の面接員が使用するなど本調査に準じて行った。

4. 信頼性と妥当性の評価

面接で得られた結果と臨床診断を比較し、本調査の信頼性と妥当性を検討する。

C. 結果および考察

患者に対する面接において苦情等はなく、説明、面接の実施などについては特に問題は認められなかった。

結果については、米国からの解析結果が届いておらず、次年度の報告とする。

こころの健康調査のマニュアルに関する研究

分担研究者 三宅由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

要旨：本研究は、平成12年度厚生科学研究費補助金・健康科学総合研究事業において作成した、地域における精神障害の疫学調査を実施するための手順を、実際の地域調査に応用し、その結果明らかになった改善すべき点を加えて、マニュアルとして整備したものである。いまだ偏見の大きい精神障害について、対象者のプライバシーを侵さずに、地域における成人精神障害者の数を正しく推定するため、必要な手続きをかけた。対象の抽出は選挙人名簿をフレームとした無作為抽出を行なうこと、調査法は世界的に共通して用いられている構造化面接法 CIDI2000 コンピュータバージョンを用いた訪問面接調査とすること、守秘は調査責任者の責任において行なうこと、プライバシー保護のためデータの確認が終わった直後に調査データと個人情報を切り離すこと、調査責任者の下に調査センターを置いて調査全体の作業を制御すること、など、主な点に変化はない。調査実施についての、地域全体に対する周知が重要であるとの認識も確認され、周知のためのリーフレットも作成された。また調査員の経験から、細かな手順や装備について貴重な提言が得られたので、それもマニュアルの中に加えた。

A. はじめに

地域精神保健施策の基礎資料として、地域全体としてどのくらいの障害者が存在するかというデータが必要不可欠であることは、言うまでもないだろう。現在日本では、医療機関や相談機関の受診者数から推定された患者数が用いられているが、医療制度や精神障害に対する偏見の存在などから、患者がその居住地で医療やケアを受けるという保証はなく、医療機関を訪れる患者の数から、地域における障害者数を正しく推定することは困難と言わざるを得ない。これを正しく推測するためには、地域住民を対象とした疫学調査を実施することが必要となる。

しかし、以前の全国規模の地域調査において倫理的および方法論的問題点があったこと、また精神障害に対する偏見の歴史などから、疫学調査の実施のためには、まず調査実施にあつ

ての問題点の整理と、その克服方法についての慎重で綿密な検討が必要と思われた。

このような認識の下、精神障害の疫学調査を地域で行なうための基盤整備、およびその具体的な実施方法に関して、数年前から様々な検討が行なわれてきた。平成12年度には、全国規模の「こころの健康調査」における協力体制の整備と調査結果の活用に関する研究の中で、地域における疫学調査手順として、今回の研究で実際に地域調査に用いられたマニュアルを作成した。

今年度は、そのマニュアルを実際の地域調査に応用し、その経験から得られた改善点を加えて、マニュアルとしてより整備した。また、調査地域全体の理解を得ることがかなり重要であるとの認識から、調査を周知するためのリーフレットも作成した（資料4）。

B. 調査マニュアル

1. 調査対象の抽出（図1）

- 調査対象者は対象地区の選挙人名簿をフレームとする無作為抽出とする。
- 選挙管理委員会に選挙人名簿閲覧申請書を提出して承認を得る。
- 500人の面接を65%以上の協力率で実施するなら、転居・死亡等のロスも考慮して、800人程度の抽出が必要である。
- 同一世帯からふたり以上の対象者を選ばないこと。そのため、投票所単位の無作為抽出、そして対象の投票所における選挙人名簿からの系統抽出という、多段抽出法を採用する。
- 調査地域の投票所のリストを作成し、その投票所における選挙人の総数を記入する。
- 選挙人名簿1頁当たりの人数 n を調べ、 $800 \times n$ を計算する
- 投票所に番号をつけ、乱数表あるいはそれに代わる方法で無作為に番号を選び、選ばれた投票所の選挙人の数を累積していく。累積人数が $800 \times n$ を超えるまで投票所の抽出を行なう。
- 各投票所の名簿から、名簿の各ページの一定番目に記載されている選挙人を抽出し、名簿を作成する。各ページの何番目を抽出するかは、1頁の記載人数(1~ n)から抽選して決める。

2. 調査方法

(1) 面接法（構造化面接）

- 一般住民を対象とした精神障害に関する疫学調査において、非専門家でも実施できるように構造化された総合国際診断面接（CIDI2000 core version）（日本語訳：パーソナルコンピュータ版）の全セクションを使用。ただし、痴呆セクションについては現年齢40歳以上に実施する。
- 調査員はトレーニングが必要（WHOの認めるトレーナーによる3日間の訓練）。（CIDI2000 パーソナルコンピュータ版の使用、および調査員のトレーニングについては、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部に相談すること。）
- 調査員の候補者は、必ずしも心理、精神医学の基礎知識を必要としない。
- 面接は個別面接、原則として自宅訪問調査とする。
地区の特性や研究体制を考慮し、別に面接会場を設定してもよい。

(2) 面接までの手順（図2）

- 対象地区の自治体の担当部署、保健所等に調査実施についての説明を行なう。
- 調査地域に対する啓発活動の時期を設ける。マスコミ、ミニコミ、地元情報誌等の活用。
- 調査対象地区全体に対して、調査の主旨説明と、対象としての依頼が行った場合の協力を求める文書を配布する。
- 調査責任者のもとに、事務局（調査センター：後述）を設置する。
- 対象者に対して、調査責任者名で調査協力依頼状を発送する。
- 調査協力の返事があった対象者には事務局から連絡し、面接日時の予約をする。
- 説明を要求された場合は、事務局から電話で説明を行ない、協力を依頼する。
- 依頼状に無回答の対象者には、再度郵送による依頼をし、それにも無回答のものには電話または訪問によって協力を依頼する。
- 調査への協力を拒否する対象者からは、その理由などについて可能な範囲の聴取を行なう。