

表 12 諸外国の地域調査におけるうつ病の有病率

報告者	調査地域	時点有病率	期間有病率	生涯有病率
DSM-IV				
Weisman et al.(1988)	米国(ECA)		2.2	4.4
Bland et al. (1988)	カナダ		3.2(2.5 / 3.9)	8.6(5.9 / 11.4)
Canino et al. (1987)	プエルトリコ		3.0(2.4 / 3.3)	4.6(3.5 / 5.5)
Oakley-Browne et al. (1987)	ニュージーランド		5.3(3.4 / 7.1)	12.6
Faravelli et al. (1989)	イタリア		[5.2]	
Wittchen et al. (1992)	ドイツ		4.0	9.0(4.0 / 13.6)
Angst et al. (1984, '85)	スイス		[7.0]	
Hwu et al. (1989)	台湾			0.9-1.7
Lee et al. (1990)	韓国			3.4
Chen et al. (1993)	香港			1.3-1.4
DSM-III-R				
Kessler et al. (1994)	米国(NCS)		[7.7]	12.7
ICD-9				
Henderson et al. (1979)	オーストラリア	6.1		
Bebbington et al. (1981)	英国	7.1		
Vasques-Barquero et al. (1986)	スペイン	4.6		
Hodiamant et al. (1987)	オランダ	5.4		
Marveas & Bebbington (1988)	ギリシャ	7.4		
Lehtinen et al. (1990)	フィンランド	4.6		

注：期間有病率の[]は 12 ヶ月の有病率であり、他は 6 ヶ月間期間有病率を示す。(/) は、(男性/女性) を示す。

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
こころの健康に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

こころの健康調査のシステム管理に関する研究

分担研究者 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 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
小山 智典（東京大学大学院医学系研究科）
宮田 裕章（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨：こころの健康調査は世界保健機構（World Health Organization: WHO）が提唱した国際的な疫学研究プロジェクトである「世界精神保健プロジェクト」（World Mental Health, 以下 WMH）の共同研究の一環として、わが国における非分裂病性の精神疾患とこれによる障害の質と量を評価し、これを予防するための方策を立案することを目的として実施するものである。今年の研究では、本格的な全国調査実施の1年目として、13年度と同様に国立精神・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」を、岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野に「技術支援センター」を設置し、14年度調査地域である岡山、鹿児島、長崎に「調査センター」を設置した。本研究の目的は、今年度の研究事務局における活動を通じて得た情報に基づいて全国規模でのこころの健康に関する地域疫学調査の実施における研究事務局の体制や調査の進め方を整理することである。昨年度の研究までに検討してきたこころの健康に関する疫学調査の実施方法に基づき、今年度、初めて大規模に地域疫学調査を実施した。その結果、特に調査の実施上問題を生ずることなく、14年度研究の当初の目標であった1,500人以上のデータの収集が完了した。当初懸念されていた協力率についても、WHOの要求を満たす65%以上の協力率を保ちつつ1,456人のデータが収集でき、その経験から協力率を高めるための方策を得ることができた。今年度の調査方法を踏襲して次年度も調査を継続し、ナショナルサンプルに足るこころの健康に関するデータを収集する予定である。

A. 研究目的

こころの健康調査は世界保健機構
（World Health Organization: WHO）

が提唱した国際的な疫学研究プロジェクトである「世界精神保健プロジェクト」（World Mental Health, 以下

WMH) の共同研究の一環として、わが国における非分裂病性の精神疾患とこれによる障害の質と量を評価し、これを予防するための方策を立案することを目的として実施するものである。具体的には、世界的に標準化された DSM-IV および ICD-10 に準拠した現時点で最新の精神疾患の疫学調査法である WHO 統合国際診断面接 (Composite International Diagnostic Interview) をもとにした WMH 調査票を用いて、一般住民からランダムに抽出された対象に、訓練を受けた面接者による訪問面接式調査を実施する。これまでに平成 11 年度「精神障害の疫学調査における基盤整備に関する研究」および平成 12 年度「こころの健康調査の実施基盤整備に関する研究」によって検討されてきたこころの健康調査の実施方法に基づいて平成 13 年度「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」において岩手県内で地域疫学調査を実施し、わが国におけるこころの健康に関する疫学調査の実施方法を確立した。今年の研究では、本格的な全国調査実施の 1 年目として、13 年度と同様に国立精神・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」を、岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野に「技術支援センター」を設置し、14 年度調査地域である岡山、鹿児島、長崎に「調査センター」を設置した。

本研究の目的は、今年度の研究事務局における活動を通じて得た情報

に基づいて全国規模でのこころの健康に関する地域疫学調査の実施における研究事務局の体制や調査の進め方を整理することである。

B. 研究方法

研究班では今年度の研究として、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調査全体の進行を管理し、各所との連絡調査を行う「研究事務局」を設置し、岡山大学大学院医歯学総合研究科衛生学・予防医学分野に設置された、WMH 調査票の日本語版の完成および訓練体制の確立、WMH 調査票の CAPI (コンピュータ版) への移植、および WHO、WMH 事務局との連絡調整を行う「技術支援センター」、および岡山、鹿児島、長崎に設置された、実際の地域調査を行う「調査センター」と連携して実施した。

本報告書では、地域調査の実施にともなう「研究事務局」の運営を通じて、「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の連絡調整のあり方、調査計画の調整、対象者の人権配慮、調査センターにおけるデータ管理について整理し、研究に基づく調査対象者のプライバシーなど倫理面への十全の配慮と、行政等の関係機関の協力による高い協力率の確保が得られる地域疫学調査の方法を改善するための検討を行った。(倫理面への配慮)

本研究は、個人情報扱うことのない「研究事務局」の業務実施過程を分析したものである。国立精神・

神経センターにおいて「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」に対する包括的な倫理審査を受けるとともに、本分担研究の実施についても同時に倫理審査を受けた。この結果、倫理審査委員会より研究を進める上で倫理面に問題はないとの判断を得ている。

C. 研究結果

14年度研究においては、合計1,664名〔岡山925（有効回答率65.7%）、長崎208（同26.4%）、鹿児島531（同70.2%）〕の有効回答を得ることができ（有効回答率56.4%）、14年度研究の当初の目標であった1,500人以上のデータの収集が完了した。また、WHOからは65%以上の協力率の維持を要求されているため、回答率の低かった長崎のデータを除いた1,456人のデータを提出した。

研究班内で検討し、今年度の調査地域を岡山、鹿児島、長崎に決定した。2003年8月には、研究班会議を開催し本年度の研究の実施前の最終確認を行った。

その後、今年度研究事務局を立ち上げ、昨年度と同様に「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の間の電子メールを用いた連絡体制を整備した。また、前年度までの研究の成果をもとに地域調査で使用する調査マニュアルを準備した。各調査地域の状況にあわせるため若干の変更を行ったが基本的には前年度の研究で使用したものとほぼ同一のものを使用することとした。調査

マニュアルの内容については、平成13年度「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」報告書集内の「こころの健康調査のマニュアルに関する研究」分担研究報告書に詳細が記載されている。

さらに、昨年度と同様に地域調査の実施中に「調査センター」のみでは対応の困難な人権上の問題が起った場合に備えて、弁護士などの専門家に相談できる体制を研究事務局に整備した。

昨年度に開設したこころの健康調査のWebページ（<http://www.ncnp-k.go.jp/division/keikaku/epi/main.html>）を今年度の研究内容にあわせて変更した。

ひきこもりの有病率等の現状を把握する目的で日本独自の項目として「ひきこもりセクション」を技術支援センターと協力して新設した。

本研究班全体の研究の実施について、国立精神・神経センターでの倫理審査委員会に倫理審査の申請を行い、審査の結果、研究の実施に倫理上の問題がないとの判断を得た。

また、調査センターからの要請に基づき、各協力機関への調査への協力依頼状を作成し発送した。

調査を開始してからは、技術支援センターと協力して、各調査地域の進行状況を把握するとともに、各調査地域独自で実施した協力率を高めるための取り組みについても情報収集を行い、それらを研究班全体で情報共有することにより、調査実施へのモチベーションを高めるよう努力

した。これによって得られた協力率を高めるための工夫としてその効果が目立ったものとしては、鹿児島で実施された民生委員を活用したきめ細かい調査依頼の方法や、岡山で実施された、何名かの調査員でチームを組み協力を依頼する、調査員間での情報交換を活発に行い協力率を高めるのに有効な手段を共有する、熟練した調査員によって再依頼を行う等の方法であった。

D. 考察

「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の3カ所が連携して調査を実施していく体制は、「研究事務局」を中心とした電子メールによる連絡体制を整備したことにより、問題なく機能した。連絡内容の記録が残るので円滑な連絡が可能になること、および情報の共有が簡便に行えること、などの利点がある。また、前年度の研究では、電子メールを用いた連絡体制とした際に、プライバシー保護の観点から個人情報が含まれる情報等の取り扱いに注意する必要があると指摘されていたが、今年度の活動において個人情報が含まれたデータをやり取りする必要が生じず、今後もそれが生じる頻度は低いと予想された。よって、もし、個人情報を含む情報をやり取りする場合にはオフラインの適切な方法であればよいと考えられる。

上記の個人情報保護の問題とも関連するが、調査データについては、「研究事務局」を経由することなく

「調査センター」から直接「技術支援センター」へ送ることとした。「技術支援センター」に送る段階で、「調査センター」によって個人を特定可能なデータは既に完全に切り離されている。また、データについて確認を要する事態が起きた場合にも、「研究事務局」が直接関与することなく、「技術支援センター」と「調査センター」間で対応することとした。これにより、データの処理が円滑に進んだ。個人情報の保護の面から考えても調査データの取り扱いは必要最小限の範囲に留めることが重要であり、調査データに限っては事務局を経由しない形式が適切であるといえる。

地域調査の実施中に「調査センター」のみでは対応の困難な人権上の問題が起った場合に備えて、弁護士などの専門家に相談できる体制を研究事務局に整備したが、今年度の地域調査においてもこれを活用しなければならぬ事態は発生しなかった。しかし、この様な体制を整備しておくことは、対象者が安心して調査に協力するためにも、また調査センターが安心して調査を実施するためにも必須と考えられるため、次年度以降もこの様な体制を準備しておく必要がある。

また、人権上だけの問題に限らず調査の実施上で何らかの問題が生じた場合には、「研究事務局」が中心となって適切な対応を協議し、その結果を「調査センター」に連絡するといった体制を整備しておくことが、地域調査を円滑に進めるためには必

要である。

「研究事務局」、「技術支援センター」、「調査センター」の3カ所が連携して調査を実施していく体制は、「調査センター」に過度の負担をかけることなく「調査センター」が調査の実施に集中できるために考案されたものである。本年度の調査は、この体制で実施する初の大規模調査であったが、実施上大きな問題も生ずることなく順調に調査を終えることができた。次年度以降についても、今年度とほぼ同様の体制で調査を実施することで特に問題はないものと考えられる。

以上の様に、これまでに検討を重ねて来た実施方法と実施体制で問題のないことが確認された。これについては、昨年度の研究において小規模な地域調査を実施した際にも大きな問題が生じなかったことは確認済みであった。しかし、昨年度の研究では、調査への協力率を高めることが課題として指摘された。今年度の研究においては、WHOの要求を満たす65%以上の協力率を保ちつつ1,456人のデータが収集でき、その経験から協力率を高めるための以下のような方策を得ることができた。

マスコミ等を利用した広報活動は、地域住民の調査への理解を深める、調査の信頼を高める等一定の有効性があるが、調査実施前の短期間に実施するだけでは、協力率を引き上げる直接的な効果はあまり得られないと思われる。しかし、マスコミ等を取り上げられることで、地域住民の

調査に対する理解が進むこと、調査の信頼性が高まり安心して参加できるようになることなどの利点もあり実施することは必要である。

特に、直接的に大きな効果を上げたのは、地域資源の有効活用と調査員を中心とした、きめ細かい再依頼等の対応である。前者については、例えば鹿児島での民生委員活用等が、今後調査を実施する上で一つの有効なモデルとなる。また、後者については、岡山で実施したように、何名かの調査員でチームを組み協力を依頼したり、調査員間での情報交換を活発に行い協力率を高めるのに有効な手段を共有したり、熟練した調査員によって再依頼を行ったり等の取り組みが有効であった。ただし、この方式は調査員に身体的・心理的負荷が大きくかかるため、調査員へのケアを実施することが必要である。

自治体との協力体制の強化も有効であり、そのためには、今年度の調査センターからの要請があった主任研究者から各関係諸機関への依頼状の発行など、協力態勢強化のための事前準備が重要である。

今後の課題としては、年度単位で研究を実施するため、調査地域の選定、地域体制の整備、調査の準備、地域への働きかけ、調査の実施を1年間でやらざるを得ない。そのため、十分な時間をかけて調査実施前の地域での準備を行うことが困難であり、ある程度、地域疫学調査を実施する土壌が整っている調査地域で実施することが現実的と思われる。ただし、

わが国のナショナルデータとして活用できるデータを得るためには、あまりに調査地域が偏ることのないように配慮することが必要である。

E. 結論

昨年度の研究までに検討してきたこころの健康に関する疫学調査の実施方法に基づき、今年度、初めて大規模に地域疫学調査を実施した。その結果、特に調査の実施上問題を生ずることなく、14年度研究の当初の目標であった1,500人以上のデータの収集が完了した。当初懸念されていた協力率についても、WHOの要求を満たす65%以上の協力率を保ちつつ1,456人のデータが収集でき、その経験から協力率を高めるための方策を得ることができた。今年度の調査方法を踏襲して次年度も調査を継続し、ナショナルサンプルに足るこころの健康に関するデータを収集する予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成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

妥当性・信頼性について

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に設置した。大うつ病、アルコール依存症において、臨床診断とCIDI日本語版との診断は一致しており、総合国際診断面接（日本語訳）は、地域疫学調査に利用可能な構造化された面接法であることが確認された。

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・うつ状態 17人、アルコール依存症 5人、および正常対象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。その後、疾患群に対し、改めて DSM-IV および ICD-10 により診断を行った。

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」を経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地域疫学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、CIDI 日本語版の信頼性と妥当性を検討した。

C. 結果および考察

1. 調査に関して

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。

2. 調査対象

正常対象群に関しては、精神障害や薬物乱用の既往がないことを確認した。疾患群の診断基準 (DSM-IVおよびICD-10) に基づいた臨床診断は以下の通りである。

うつ病・うつ状態患者；大うつ病5名、身体表現性障害6名、適応障害6名、ストレス関連性障害2名。また、アルコール依存症の合併例1名。

アルコール依存症；全例ともアルコール依存症の診断であったが、2名は痴呆が認められること、長期入院であることから除外した。

統合失調症；全例統合失調症。うち1名にアルコール依存症の合併が認められた。

以上より、大うつ病5名、アルコール依存症5名（うつ状態群、統合失調症群各1名を含む）と、対象群13名（正常対象13名、統合失調症8名）を評価の対象とした。

3. 比較

対象の少ない調査となったが、CIDIによる診断結果と臨床診断の結果はすべて一致し、 κ は1.00となった。正常対象群でCIDIにより診断された例はなく、統合失調症患者群では、1名がアルコール依存症と診断され、臨床診断と一致した。

4. 考察

平成12年度「こころの健康調査の実施基盤整備に関する研究」分担研究報告の中で、大野らは従来型診断から操作的診断へと変化していった歴史的背景、構造化面接の開発の経緯とその信頼性および妥当性に関する研究を概説し、CIDIが、社会文化的背景を超えて利用可能な構造化された面接法であり、わが国でも利用可能な面接法であることを示した。そのCIDIの日本語版が今回の研究体制の中で岡山の技術支援センターで作成された。

今回我々は、実際に地域調査を行うとともにCIDI日本語版の妥当性と信頼性の評価を行った。

調査により、大うつ病、アルコール依存症の2疾患について、臨床診断とCIDIによる診断が一致することが確認された。ただし、臨床診断は、DSM-IVやICD-10といった診断基準を用いて診断された場合による。また、調査の経験から、痴呆患者についてはその重症度により調査の施行が困難と考えられた。これらを考慮すると、前述の結果より、今回の“心の健康に関する地域疫学調査”に使用し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) は、地域疫学調査に利用可能な構造化された面接法であると考えられた。

III. 資料

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。

(3) 面接時～終了後の手順（図3）

- 原則として調査員ふたりで訪問する。特に夜間は複数で訪問すること。
- 面接開始時に調査協力同意書に署名をもらう。
協力者の同意は研究責任者に対してなされるものとする。研究責任者は調査データの守秘について全責任を負う。
- 家庭訪問の場合、極力家族等の同席は排除し、面接員と対象者のみの場所を確保する。
- CIDI2000 パーソナルコンピュータ版に従って面接する。
- 面接終了後、謝礼を手渡す。
- 個人レベルの面接結果については、本人および家族からの問い合わせにも応じない。これはプライバシー保護のため、データ確認が終わった時点で調査データと個人情報とを完全に切り離すためである。ただし、相談希望があった時には、適切な資源を紹介する。
- 終了后面接調査員はなるべくすみやかに調査票（調査データ）を事務局に渡す。
- データ確認を行なった後、個人情報を調査データから切り離す。

3. 事務局（調査センター）：図4

- 事務局は調査責任者のもとにおき、少なくとも調査期間中の平日の日中は、担当スタッフが常に対応できる体制をとる（直通電話があることが望ましい）。
- 対象者の抽出、調査員のトレーニングなど、調査の準備は、調査責任者と事務局が行なう。
 - ・対象者の抽出と名簿作成（連絡先、住所など）一名簿管理には注意すること
 - ・調査員の募集と調査員のトレーニング（面接法、パーソナルコンピュータ操作法）
- 事務局は、調査に必要なものを準備する。
 - ・CIDI2000 パーソナルコンピュータ版を装備したノート型パーソナルコンピュータ
 - ・調査員の身分証明書（名札） [資料1]、調査員マニュアル、日程表、交通費、地図
 - ・研究参加同意書 [資料2]、地域の相談・医療資源一覧、謝礼
 - ・問題点を書き出すためのフォーマット（メモ） [資料3]。
- 事務局は対象者などからの問い合わせに対応する。
- 対象者の状況（協力、拒否、予約、終了等）について一覧表を作成し、現状を常に把握する。
- 調査員の面接可能日時を把握し、予約表を作って協力者への連絡を行なう。
- 事務局は収集された調査票の管理に責任をもつ。
 - ・調査データの確認（記入もれなど、不備がないかのチェック）。
 - ・個人情報を切り離したデータの保存、バックアップ。
- 調査員の仕事をバックアップするため、調査員が面接を行なっている時間帯には、常に事務局（責任者）と連絡がとれる体制を作る。
- 留守番電話、ファックス、電子メール等で、夜間・休日等もなんらかのコンタクトがとれるようにする。
- ホームページの活用（地域に対する啓発活動にも応用できる）。
- 訓練用のビデオ（面接開始から終了時までの概観ができると、調査員の訓練に有用）。

図1. 調査対象の抽出の手順

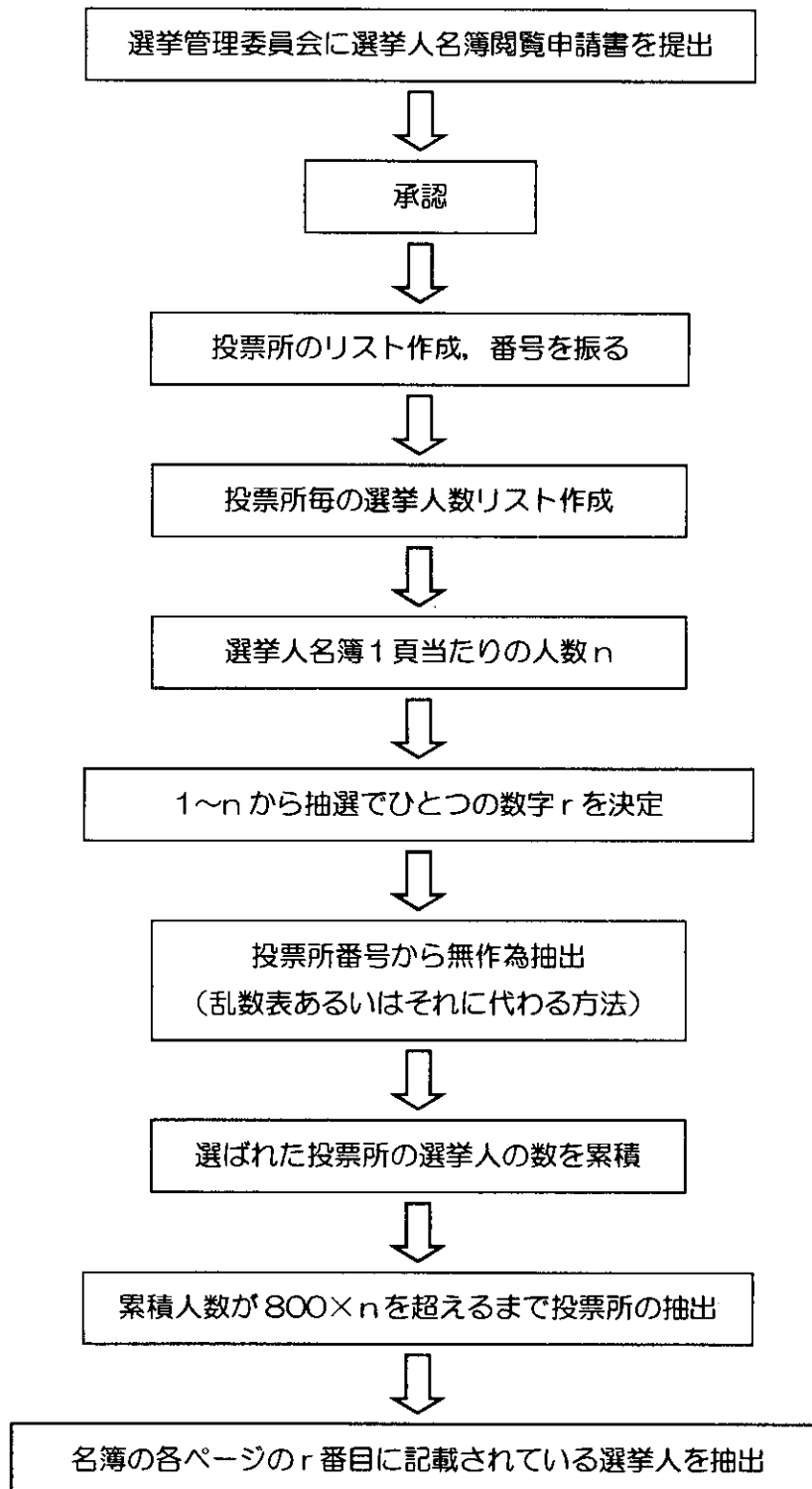


図2. 面接までの手順

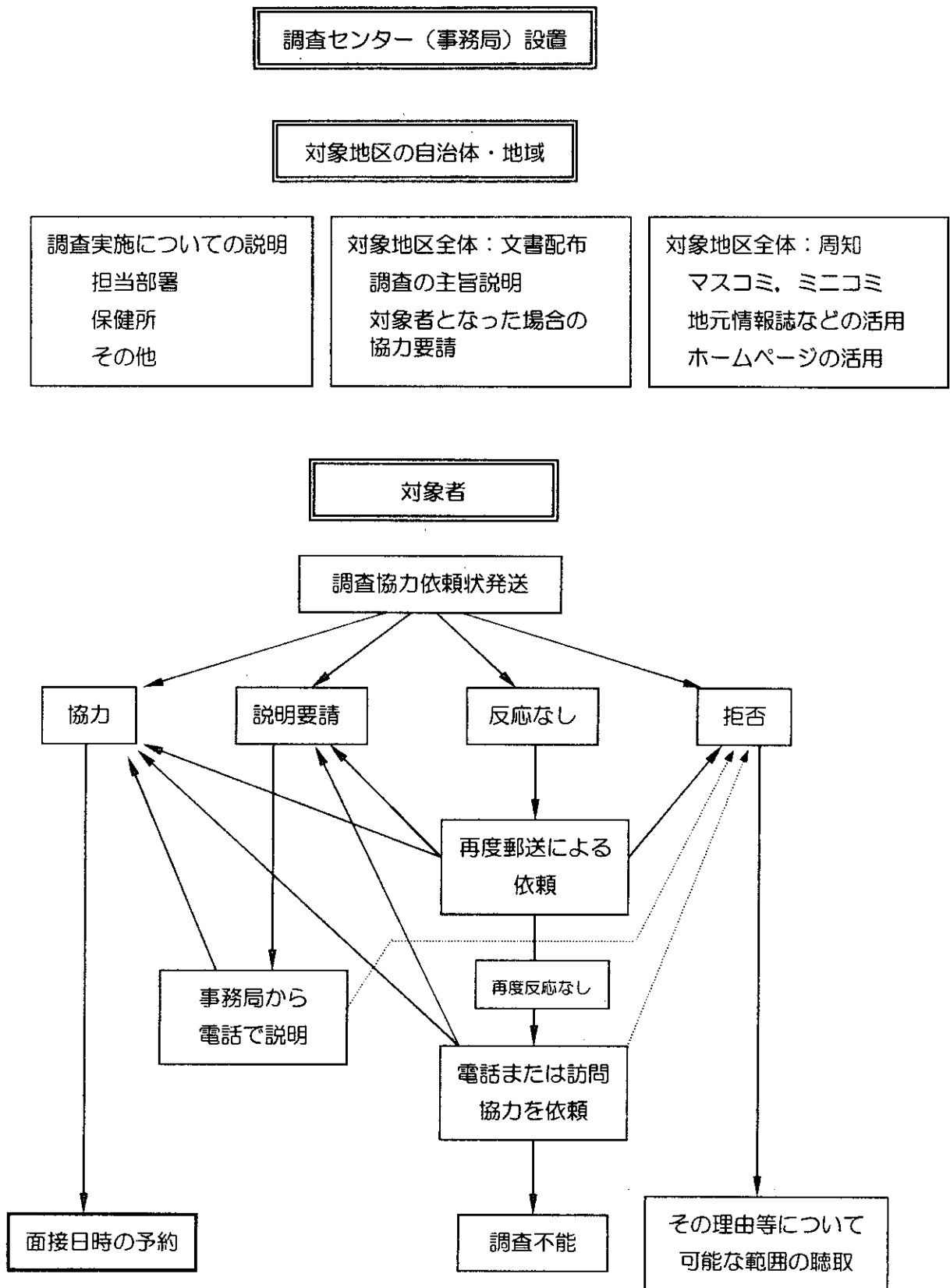


図3. 面接時～終了後の手順

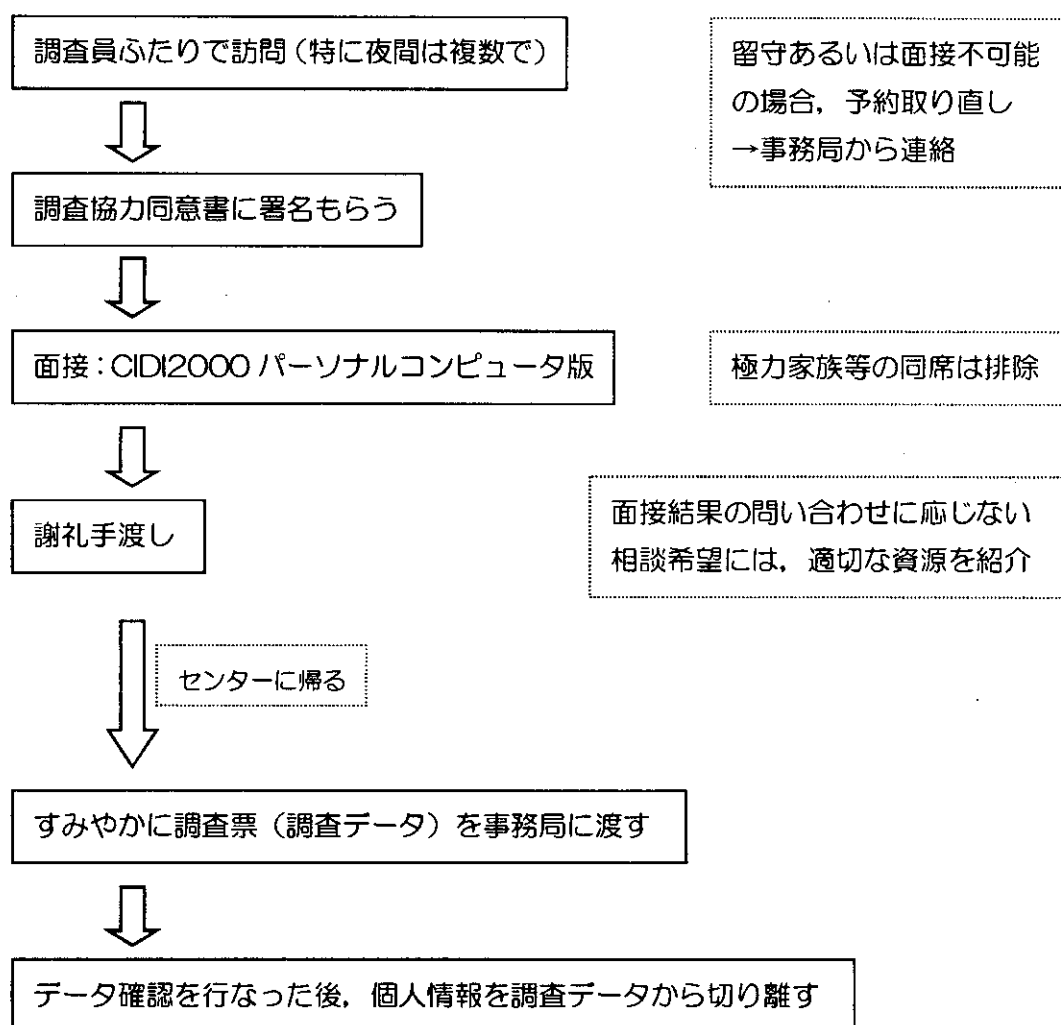
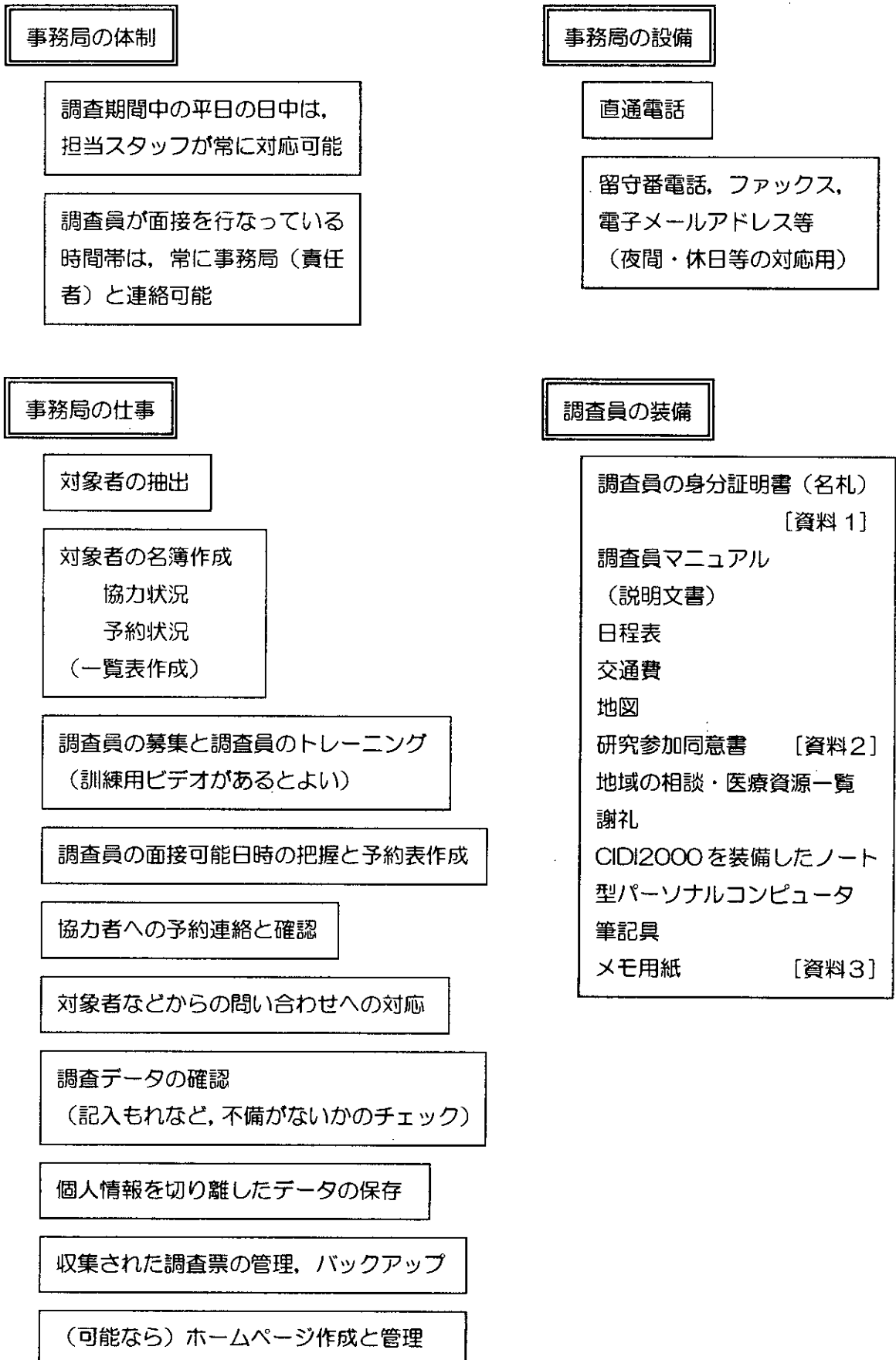


図4. 調査センター（事務局）



資料1. 調査員の身分証明書

〇〇大学医学部「こころの健康調査」実施センター 電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
調査員氏名 _____	
(調査員番号〇〇〇)	
上記のものは、「こころの健康調査」における面接調査員として訓練を受け、〇〇大学から派遣された、正式の面接調査員であることを証明します。	
有効期間：平成13年 月 日 ~ 平成13年 月 日	
〇〇大学医学部教授 「こころの健康調査」実施センター責任者 ○ ○ ○ ○ 印	

資料2. 研究協力同意書

〇〇大学医学部「こころの健康調査」実施センター

電話：000-000-0000

調査についての説明

本調査は、地域に暮らす方々がどのようなこころの健康状態にあるかを明らかにし、こころの健康づくりに役立てていくことを目的としております。

調査は正式な訓練を受けた専門調査員による、約1時間の訪問面接調査です。

本調査で得られた個人データはすべて統計的に処理され、本調査においてのみ使用されます。個人名が特定されること、個人のプライバシーにかかわる情報が外部に漏れることはございません。資料の確認作業終了後は、調査データと氏名、住所、電話番号が結び付くことのないよう処理いたします。

同意をいただき、調査のための面接が始まった後でも、いつでも協力を中止することは可能です。

研究協力の確認書

〇〇大学医学部教授

「こころの健康調査」実施センター責任者

○ ○ ○ ○ 殿

私は上記のような説明を受け、本調査の趣旨を十分に理解し、調査に協力します。

平成 13 年 月 日

(あなたのお名前) _____

(調査員) _____

資料 3. メモ用紙

調査年月日 _____年____月____日

対象者ID _____

調査員氏名 _____

項目	問題点、疑問点など

資料4. リーフレット

こころの健康とストレスについての調査

お知らせとお願い

こころの健康は、体の健康とともに、私たちの生活にとって、とても大事なものです。

私たちは今、こころの問題がどのような実態なのかを、一般の方々におききする調査を企画しております。

この調査は、WHO世界保健機関が全世界に呼びかけて、2000年から実施を始めた、プロジェクト研究の一部でもあります。

このパンフレットは、その調査についてご説明し、皆様のご理解をいただくためのものです。

なぜ調査が必要なのか

うつ病のようなこころの病気。

職場や学校、家庭などの日常生活でのストレス。

災害、事件や事故などの被災者のこころのケア。

こころの問題はいろいろな形で現れてきます。

こころの問題に対処するには、環境の整備やさまざまなサービスの用意が必要です。

環境やサービスを整えるためには、まず、そういう対応が必要な人たちが、どのくらいいるのか、ということを知る必要があります。

併せて、どんな問題にまず着手しなくてはならないか、どのくらいの準備が必要なのか、どうしたらこころの健康が守れるのかも考えていかななくてはなりません。

ところが、今の日本には、対応に必要な人数を推定し、こころの健康づくりを考えるための材料が、非常に乏しい状態です。

精神障害者に対する、あってはならない偏見や、プライバシー保護など、多くの解決しなくてはならない問題があって、調査ができなかったためです。

私どもは皆様のこころの健康を守るのに必要な資料を得るためにも、また国際的な責任を果たす上からも、どうしても一般の方々に協力していただく調査が必要と考えております。

そのため数年前から公的な研究チームを組織して、まず調査実施のために必要な要件を検討することから始め、さまざまな準備をしてきました。

どんな調査をしたいと思っているか

こころの問題を専門とする研究者を責任者として、調査が行なわれます。

特別に訓練を受けた調査員が、ご都合のよいときに、決められた手順にしたがって面接をさせていただきます調査です。