

「WHO 統合国際診断面接第5版(CIDI 5.0)日本語版の開発と信頼性・妥当性の検証および  
活用のための体制整備に資する研究」

研究代表者 西 大輔（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 教授）

研究要旨

WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)は、WHOが開発、公表している現時点では唯一の、うつ病、不安障害などの比較的頻度の高い精神疾患の診断をつけるための情報を包括的に収集できる精神保健疫学調査用の構造化面接である。精神障害の国際的診断基準がDSM-IVからDSM-5に変更されたことに伴い、CIDIは第5版(CIDI 5.0)に改訂された。CIDI 5.0を日本でも使用できるように整備することは、わが国の精神障害の疫学研究の基盤整備として、精神障害に関するさまざまな臨床研究で共通して診断、症状評価を行う上で、きわめて有用と考えられる。本研究は、CIDI 5.0の日本語版を開発し、その信頼性と妥当性をDSMチェックリストとの比較により検討することを主な目的とした。また副次的に、CIDI5.0を精神保健に関する様々な専門家が活用する可能性について検討することも目的とした。2021年度から2022年度にかけてリクルートした患者群124人および地域住民群100人の合計224人を解析対象として信頼性と妥当性を検討した結果、Area Under the Curve (AUC)は、うつ病0.73、双極性障害0.74、強迫性障害0.82、アルコール使用障害0.78、神経性無食欲症0.78であり、一定程度の信頼性と妥当性があることを確認できた。また、CIDI5.0をもとにした教材等の活用によって専門家や非専門職のトレーニングに活用できる可能性が考えられた。

分担研究者

中尾智博 九州大学大学院医学研究院  
倉田明子 広島大学病院  
小笠原一能 名古屋大学医学部附属病院  
吉内一浩 東京大学医学部附属病院  
木村 充 国立病院機構久里浜医療センター  
高橋美保 東京大学大学院教育学研究科  
吉岡京子 東京大学大学院医学系研究科  
大西弘高 東京大学医学系研究科附属  
医学教育国際研究センター

備することは、わが国の精神障害の疫学研究の基盤整備として、精神障害に関するさまざまな臨床研究で共通して診断、症状評価を行う上で、またDSM-5やICD-11による精神障害の診断を国内に広く普及する上で、きわめて有用と考えられる。

本研究は、CIDI 5.0の日本語版を開発し、その信頼性と妥当性をDSMチェックリストとの比較により検討することを主な目的とした。また副次的に、CIDI5.0を精神保健に関する様々な専門家が活用する可能性について検討することも目的とした。

A. 研究目的

WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)は、WHOが開発、公表している現時点では唯一の、うつ病、不安障害などの比較的頻度の高い精神疾患の診断をつけるための情報を包括的に収集できる精神保健疫学調査用の構造化面接である。精神障害の国際的診断基準がDSM-IVからDSM-5に、ICD-10からICD-11に変更されたことに伴い、CIDIは第5版(CIDI 5.0)に改訂された。CIDI 5.0を日本でも使用できるように整

B. 研究方法

1. CIDI5.0日本語版の開発と信頼性・妥当性の検討

CIDI5.0の英語版を日本語に翻訳した。CIDI5.0はCIDI3.0と共通の文章が多いため逆翻訳は不要と考えられたが、翻訳業者に和訳を依頼した後、複数の研究者によって和訳を確認し必要に応じて修正を行った。

また、面接システム(PC上で各設問が表示さ

れ回答を入力するとインターネット上のサーバーに回答が保存できるもので、対面の面接にも用いられるもの)のベータ版を作成した。模擬面接を行い、質問の意図が正確に理解されるかを調査した。いずれも問題のある箇所は検討修正した。

さらに、世界精神保健調査を統括するハーバード大学が主催する面接員トレーニング用のウェビナーを本研究チーム5人が受講し、ウェビナーをもとに面接員トレーニングプログラムを作成し、2021年6月7日に面接担当者のための研修会を開催した。研修会には共同研究機関も含め28人が参加した。当日不参加だった面接員は当日の録画を視聴した。

研究参加者については、将来の全国調査の対象となる地域住民とともに、地域住民の各精神疾患の有病率がそれほど高くないことを踏まえて精神科医療機関で加療中の各疾患の患者にも参加していただく必要があると考えられた。地域住民群に関しては、性別、年齢を層別化した地域住民100人をリクルートし、東京大学の精神保健学分野・精神看護学分野の研究者によってオンライン面接を行った。精神疾患患者群に関しては、各共同研究機関(九州大学、広島大学、名古屋大学、久里浜医療センター、東京大学(心療内科)、順天堂大学、国立精神・神経医療研究センター)において、精神障害者群、うつ病、双極性障害、不安症群、強迫性障害、心的外傷ストレス障害(PTSD)、摂食障害、アルコール使用障害について目標症例数を各疾患20人ずつとしてリクルートした。

地域住民群に関してはDSM-5のチェックリストによる診断、患者群に関してはDSM-5に基づいた主治医の診断をゴールドスタンダードとして、CIDI5.0による各疾患の診断の感度、特異度、およびCIDIの性能の指標として以前のバージョンであるCIDI3.0のときも用いられていたArea Under the Curve (AUC)を算出した。

(倫理面への配慮)

人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針を遵守し、主機関・共同研究機関の倫理委員会の承認を得て行った。

## 2. 精神保健に関する様々な専門家との連携に関する検討

保健師、心理師、プライマリケア医との連携の

可能性を検討した。

保健師に関しては、2021年度は保健師として勤務経験を有する4人の研究者に、CIDI 5.0日本語版の研修会の録画を視聴いただき、保健師の観点からCIDI 5.0の日本語版の活用可能性および課題について意見を聴取した。2022年度は研究代表者が作成した統合失調症とうつ病に関するCIDI5.0の活用についての教材案を、同じく保健師経験がある4人に視聴していただき、保健師の実践への活用とその課題に関する意見聴取を行った。

心理師に関しては、2021年度は心理職および臨床心理学コース在籍の学生・教員8人でフォーカスグループインタビューを行い、活用可能性を検討した。2022年度は、領域別の活用可能性についてより現場に近い視点から検討する必要があると考えられたため、様々な領域で経験を有する心理師4人を対象にフォーカスグループインタビューを行った。

プライマリケア医に関しては、2021年度は日本プライマリ・ケア連合学会メンタルヘルス委員会より選定された3人の研究参加者にインタビューを行い、研修会の録画を視聴したうえで将来利用したいと思うかどうか、CIDI5.0に関してプライマリ・ケア医としてどのような関与が望まれるか等について尋ねた。2022年度は日本プライマリ・ケア連合学会でのメンタルヘルス関連の活動をまとめた。

## C. 研究結果

### 1. CIDI5.0日本語版の開発と信頼性・妥当性の検討

地域住民群に関しては、2021年度に100人(男性51人、女性49人、20代18人、30代22人、40代21人、50代20人、60代15人、70代4人)の研究参加者を集積し、CIDI 5.0およびDSMチェックリストを用いた面接を実施し、調査を実施した。患者群に関しては、125人(2021年度28人、2022年度97人)を集積した。そのうち1人は主治医によるDSM-5に基づいた診断を確認できなかったため、地域住民群100人と患者群124人とを合わせた224人を解析対象とした。この中には、重複診断を含めて、統合失調症9例、うつ病34例、双極性障害21例、パニック障害12例、全般性不安障害

14例、広場恐怖症9例、社交不安障害11例、強迫性障害24例、心的外傷後ストレス障害(PTSD)16例、アルコール使用障害38例、神経性無食欲症18例、神経性大食症5例(のべ症例数は211)が含まれた。

患者群・地域住民群における信頼性、妥当性については、患者群で15例以上の症例数を確保できた疾患についてのみ感度と特異度を検討した。各診断の感度、特異度は以下の通りであった(うつ病:感度0.50、特異度0.96;双極性障害:感度0.48、特異度0.99;強迫性障害:感度0.71、特異度0.92;アルコール使用障害:感度0.58、特異度0.98;神経性無食欲症:感度0.61、特異度0.95)。

AUCを算出すると、うつ病0.73、双極性障害0.74、強迫性障害0.82、アルコール使用障害0.78、神経性無食欲症0.78であった。

なお、PTSDに関してはハーバード大学が作成したCIDI 5.0の設計上、診断に必要なデータは全体の10%からのみ取得可能なデザインとなっており、今回データが取得できた10%にDSMチェックリストでPTSDの診断を満たす者が含まれなかった。そのためPTSDの信頼性、妥当性を検討することは不可能であった。

## 2. 精神保健に関する様々な専門家との連携に関する検討

保健師・心理師・プライマリケア医との連携に関して、それぞれの専門家によって検討が行われた。

保健師に関しては、地域におけるひきこもりの事例、精神科医療の乏しい地域に住む事例、本人は無自覚であるものの何らかの精神疾患にり患しているおそれがあり、他者に悪影響が及んでいる事例または受診を拒否している事例のアセスメントや精神科受診につなげる際の一助となる可能性があることが指摘された。一方、保健師はCIDI 5.0の問一問式の情報収集に戸惑いを感じる可能性や、回答する住民が過去のネガティブな体験をフラッシュバックするおそれがあるため、現場での実装を進めていく際には、保健師がその具体的な対応方法についても併せて学ぶ機会を設ける必要性等が指摘された。また、地域における保健師の保健活動のみならず、保健師のアセスメント技術の標準化や

ケアの質の向上にも資する可能性があると考えられた。さらに、精神疾患・障害の好発年齢にある生徒の身近な存在である中学校、高等学校、大学等の養護教諭、福祉事務所の生活保護のケースワーカー、児童相談所や子ども家庭支援センターの職員等もトレーニングを受ければ活用できる可能性があるとの意見が得られた。

心理師に関しては、課題として面接者・被面接者双方の負担の大きさ、およびCIDI5.0では機械的なやり取りを前提とすることから、心理職にとってはコミュニケーション上の違和感があることが指摘された。一方、活用可能性については、精神科へのリファー・精神科医療やリエゾンなどの医療領域での活用の他、教育領域、司法領域など各領域の多職種連携における活用可能性が挙げられた。

プライマリケア医に関しては、現状のCIDI5.0の所要時間の長さのため、プライマリケア医自身がCIDIを直接利用することは困難であるものの、短縮化した動画を作成すれば学習には活用できる可能性があること、日本プライマリ・ケア連合学会においてもメンタルヘルスの教育強化を必要としており、うつ病や不安症圏の疾患への対応や基本的な面接トレーニングのニーズはあることが指摘された。

## D. 考察

### 1. CIDI5.0日本語版の開発と信頼性・妥当性の検討

患者群を対象とした研究に関しては、一部の疾患を除いて、ほぼ予定通りの研究参加者を確保できた。

信頼性、妥当性の検討に関しては、海外におけるCIDI3.0の各疾患におけるAUCは、うつ病0.75、双極性障害0.93、アルコール使用障害0.81と報告されており(Haro, Josep Maria, et al. International journal of methods in psychiatric research. 2006)、うつ病とアルコール使用障害に関してはCIDI3.0と同程度の精度であることを確認できた。双極性障害に関する結果については精査が必要であるが、一般的には主治医が寛解している双極性障害の診断をつけ続けている可能性はあると考えられる。ただ、双極性障害のAUCもうつ病のAUCと同等であり、CIDI3.0では検討されていなかった強

迫性障害や神経性無食欲症も含めて、検討を行ったすべての疾患で一定の精度が保たれていることが確認できた。

## 2. 精神保健に関する様々な専門家との連携に関する検討

精神保健に関する様々な専門家との連携に関しては、専門家自身がCIDI5.0を単独で活用することに関しては一定の限界が想定されるものの、CIDI5.0をもとにした教材等の活用によって専門家や非専門職のトレーニングに活用できる可能性が考えられた。

## E. 結論

CIDI5.0日本語版の信頼性と妥当性を検討し、少なくともうつ病、双極性障害、強迫性障害、アルコール使用障害、神経性無食欲症に関しては一定程度の信頼性と妥当性があることを確認できた。また、CIDI5.0をもとにした教材等の活用によって専門家や非専門職のトレーニングに活用できる可能性が考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし