


No.

# ペルー国地域精神衛生向上プロジェクト 疫学調査報告書

昭和 58 年 5 月

国際協力事業団

医 協

83-27

国際協力事業団		
記入 月日	'87.7.1	709
登録 No.	08742	93.7 MCF

## はじめに

本報告書は、国際協力事業団によりペルー国に派遣された精神科疫学専門家林峻一郎氏によって収集された「ペルー国地域精神衛生向上プロジェクト疫学調査」の資料をもとに、その分析を株式会社日本総合技術研究所に委託し、その成果をとりまとめたものである。

本調査は、同国リマ市、特にインデペンデンシア地区を対象とし、その社会的経済的特性を探ることにより、今後の本プロジェクトに対する我方協力の具体的な戦略を確立するため、実施されたものである。

本報告書の作成にあたっては、林峻一郎前チームリーダー、および慶応義塾大学医学部他の協力を得た。

ここに感謝の意を表するものである。

昭和58年5月

国際協力事業団

医療協力部長

中 澤 幸 一

JICA LIBRARY



1035351[4]



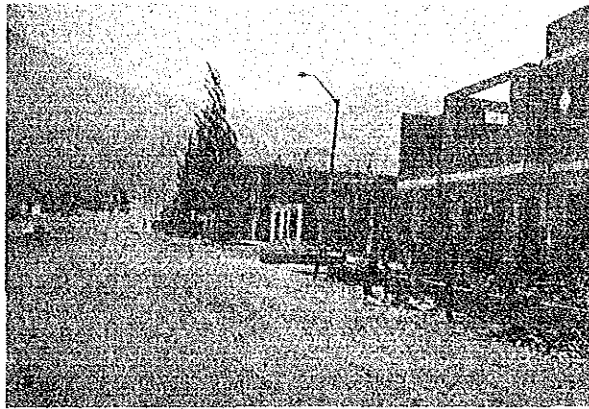
# 目 次

序 章	3
第1章 ベルギー国および精神衛生概観	7
1.1 概 観	7
1.2 医療・精神衛生概観	11
1.3 ベルギー国立精神衛生研究所（INSM）プログラム	12
1.4 都市集中化現象と家庭問題	13
第2章 精神科疫学	22
2.1 精神科疫学の現況	22
2.2 ベルギー国および他国での精神科疫学	27
第3章 本計画の目的と主旨	34
3.1 目 的	34
3.2 診断基準と診断尺度（問診表）	36
3.3 社会心理調査	42
3.4 対象人口の概観	49
第4章 調査の実施	58
4.1 実施計画	58
4.2 DIS ベルギー版	61
4.3 訓練と問診（調査）者間信頼性	62
4.4 サンプリング	62
4.5 サンプル収集実施の実体	63
第5章 DIS 妥当性の検討	66
5.1 サンプル収集結果	66
5.2 分析結果と解釈	67
5.3 DIS 妥当性についての結論	69
第6章 リマ市インデペンデンシア地区の社会心理特性	75
6.1 社会心理調査表Aの分析	75

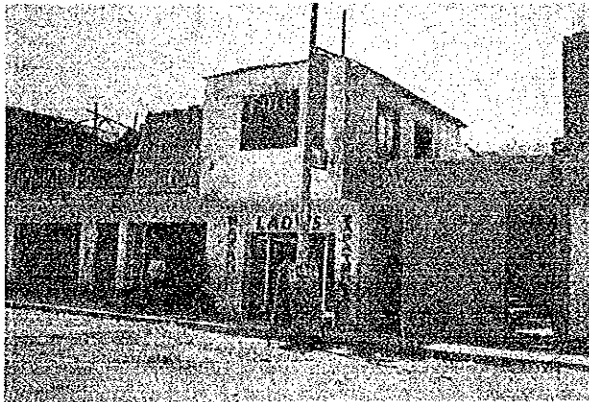
6.2	世帯生活特性の考察	78
6.3	社会心理調査表Bの分析	85
6.4	人口特性の考察	86
6.5	地区の特性	99
第7章	疫学データ(D I S)の自動診断分析	108
7.1	サンプル	108
7.2	自動診断結果	108
7.3	自動診断結果の考察	120
7.4	精神障害と社会心理特性との関連	126
第8章	精神衛生向上対策と結論	141
8.1	精神衛生向上対策(試案)	141
8.2	結 論	147
	参考文献	149



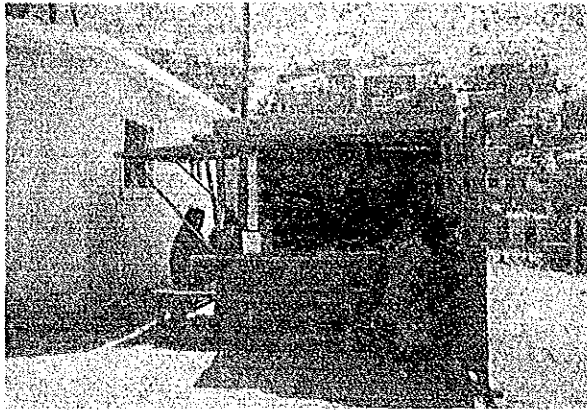
(1) リマ市内中心部近傍



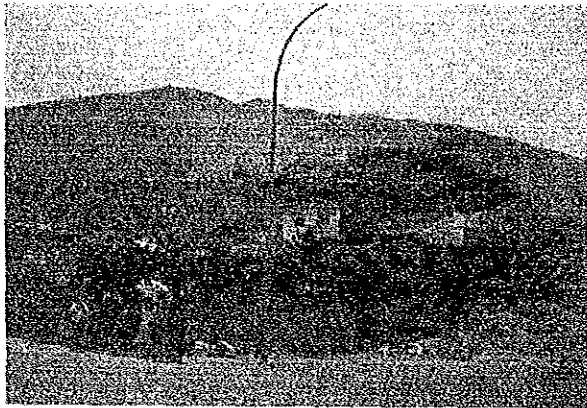
(2) インデペンデンシア区中流の家屋と街



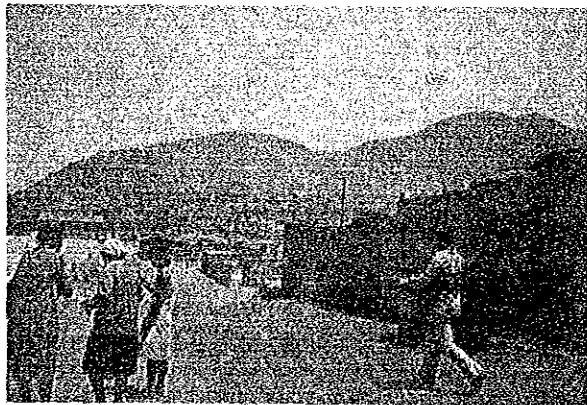
(3) インデペンデンシア区の商店街



(4) インデペンデンシア区の喫茶店



(5) インデペンデンシア区の下層家屋①



(6) インデペンデンシア区の下層家屋②



## 序 章

開発途上国において医療臨床上の技術協力を行い、わが国から現地への技術移転を実効的に行うには、現地での実際の医療上の需給状況と現地における社会的背景をまず知ることが重要である。ところが開発途上国においてはそれらの実態は未知な部分が多く、技術移転活動の大きな障害となっているのが現実である。

これらの問題に対処するため、国際協力事業団のペルー国地域精神向上プロジェクトは、特に精神科疫学に注目した調査が施行され、調査結果が待たれているところである。このプログラムはペルー国の精神医学の近代化に大きな寄与をなし、新たな調査研究への道を開くことが期待されている。また学術的にも途上国における初めての組織的・基準的手法による精神科疫学調査としても意義が深いものである。

本作業はこの調査結果をもとに疫学的な分析を行うとともに、その社会的背景を探り、今後の対ペルーへの技術協力の一助となることを目的とするものである。

### (1) 疫学調査の概略

ペルーにおける現地調査は1981年6～11月に行われた。その概略は以下の通りである。

#### ① 対象地域・対象者

- ペルー国 リマ市 インデペンデンシア区
- 同地区の成人(18才以上)の全人口の1.4%約800人を三段階ランダムサンプリング

#### ② 調査方法

- 家庭訪問し面接調査した。(スクリーニング・テストは行わない)
- 問診票はアメリカ国立精神衛生研究所(NIMH-USA)の開発したDS-III診断基準用の精神科診断問診尺度(DIS第3版)を使用した。質問数は263項目である。

- 同時に対象者の社会心理・社会背景状況も調査し、その項目数は約40である。

### ③ 回収状況

- 精神科患者データ 71 サンプル  
(DIS 妥当性チェック用)
- 疫学(問診表)データ 808 サンプル
- 社会心理データ 795 サンプル

社会心理データは世帯およびその家族が調査対象であり、その家族の中の1名が疫学データの対象となっている。

## (2) 解析内容

本作業におけるデータ解析は大きく3つに分かれる。

### ① 自動診断による分析

当初の調査デザインに従って自動診断プログラム(DIS)を利用して当該地区人口中の精神障害の診断を行い、有病率、潜在的有病率、精神状況の一般傾向を確定する。自動診断プログラムで出力される結果は以下の3種である。

- ① 確定診断
- ② 可能性診断
- ③ 有症状群診断

また、精神科患者データから実際の臨床診断との一致度をみて、自動診断システムの妥当性評価も行う。

### ② 社会心理条件の分析

社会心理データに基づいて、当該人口の社会条件を推定する。社会心理データは世帯の属性に関するものと家族の属性に関するものがある。

世帯の属性に関するもの……家屋構造、公共サービスの有無、家屋の所有形態、耐久消費財の保有状況、病気の時の処置方法等  
家族の属性に関するもの……家族人員、居住年数、教育状況、職業、そ

の他

これらの項目について有効な統計的集計、分析を行う。

③ 精神衛生状況と社会背景との関連分析

①、②の分析を通じて当該地区において、精神障害、精神衛生状況に最も影響ある社会心理ファクターを推定する。さらに、ペルーにおける精神衛生向上のための方策および患者数を減少させる対策手段の検討を行う。

以上の作業手順を整理したのが次図である。なお( )の中の各章が本報告書の章に対応している。

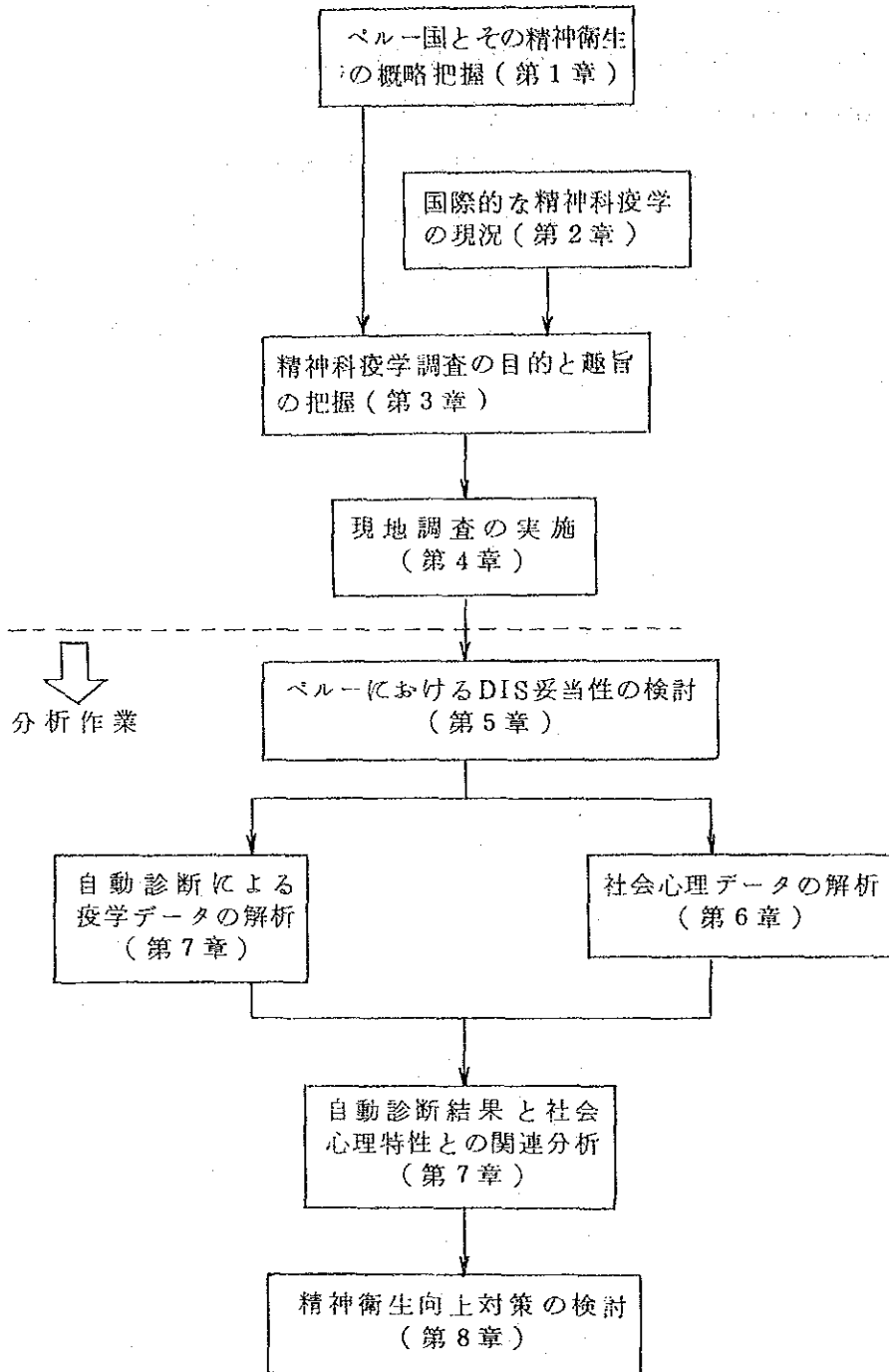


図1 調査手順図

## 第1章 ペルー国および精神衛生概観

### 1.1 概観

ペルー国は南米西岸に位置し、その国土は大体日本の3倍（1,285,000  $m^2$ ）である（図1-1）。

地勢的には、北部をエクアドル、東部をブラジル、ボリビア、南部をチリと接し、西部は太平洋に面し、南米のアンデス諸国最大の国土を有す。このうち、海岸沿いは一面の砂漠であり、そこに点在するオアシスの大規模なものが、首都リマ市その他の都市及び農業地に当る。また、南北の中部は、標高3,000メートルをこすアンデス山岳地帯であり、主として、インディオ系の住民が住み、その谷間を農地としている。北西部の広大な地帯が密林であり、その住民は少数で、熱帯性気候である。この比率は、面積ではほぼ三分されているが、人口では海岸に多い。

首都リマ市及びカヤオ特別郡の合計人口は現在518万であり、全国人口の約30%の集中率を示す。即ち一種の都市化現象が著明である。なお人口ピラミットを下に掲げる（図1-2）。

このアンデス山脈より発し密林地帯をブラジルに流れ大西洋に注ぐのが、アマゾン河である。鉄道は一部にしかなく、物資輸送は、むしろパナマ運河—アマゾン河の海路に頼るといわれている。

人口は約1,700万人の共和国であり、人口増加率は、約2.9%といわれている。人種構成は、インディオ—47%、混血—40%、白人—12%、東洋人1%といわれている。しかし、この「白人」は、多くは、混血しており、また、「インディオ」も、一見してインディオのように見えながら、実際は幾らかの混血をしているといわれる。言語はスペイン語が一般に通用し、他にインディオ言語（ケチュア語、アイマラ語）も広く流布している。

財政は、第二次大戦後の世界的な技術革新、産業革新の波にのりおくれ、かつ、1968年以降の軍事政権の性急な国家社会主義政策（農地解放、等）が逆に災いして、最近の15年間に、急速に悪化の一途を辿っている。現在は、



図 1 - 1 ペルー国全図

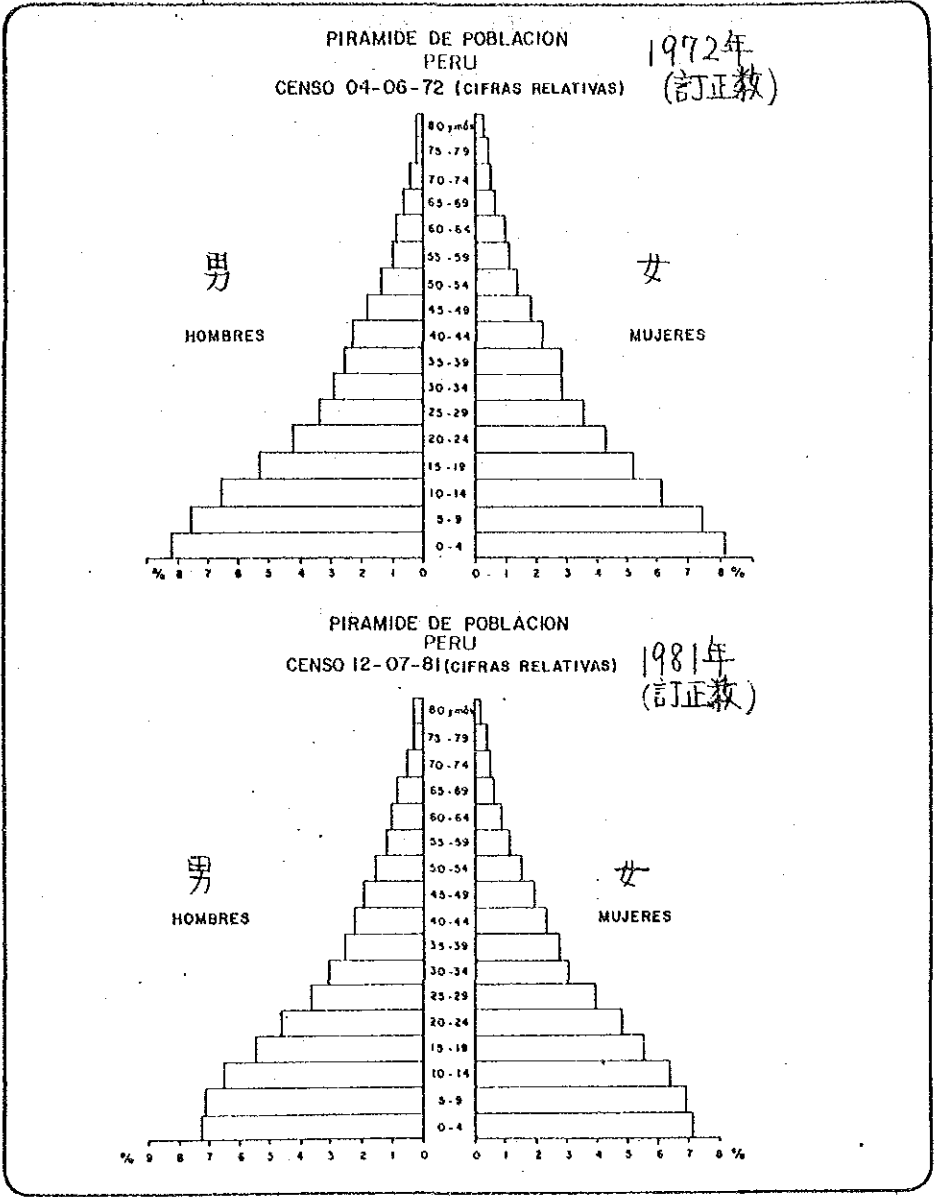


図1-2 ペルー国人口ピラミッド

1980年に民政移管が実現し、自由資本主義体制で財政を再建しつつあるが、必ずしも容易ではない。

政治的には、現在の民主主義政権は一応安定しているとは言え、地方では左翼テロリズムが頻発し、首都リマ市でも爆弾事件などがある。この中で、国民の大部分はかつての軍政への失望が根づよく、いまだに民主政体を支援している。

経済的には、巨大な対外負債が重荷となり、かつ、工業化するための物的・人的資本に欠け、かつ、市場としても成立が困難である。特に、軍政下での農地解放が逆の結果を生み、農民は土地を離れ、農業の衰退を招いた。漁業はかつて主要産業であったが、現在は潮流の関係で活動低下を来している。石油もまた、大きな収入を生むに到ってはいない。このように、第一次産業の沈滞化は、工業化の進んでいないこの国では、大きな要因をなしている。従って、全ての社会基礎構造が不足し、かつ老朽化している。インフレ率は、1979年度には67.1%といわれ、その後も上昇し、現在実勢100%程度と思われる。

文化的には、かつてのインカ帝国とその後の多分に前近代的なスペイン文明の影響を受けた思潮とが混在し、国民的な同一性が生まれにくい。国家貧困化に伴ない、教育水準も内容も低下しつつあり（義務教育は5年制小学校）、いまだに文盲者も老人を中心にして多く（1972年には全人口の27.23%）、やはり山間部が教育環境が悪い。一方、初等義務教育の就学率は公式にはかなり高いが、実際は山間部などでは校舎が不足して、教育内容は低い。大学入学者は、この7年間で1.5倍増加し、1981年には26万人といわれる。問題は、教育内容であり、社会経済と同じく、教養の下部構造ともいうべき初歩的な点に欠ける所が大きいのが実状である。即ち、伝統的な前近代思想と、それが急速な社会変動と経済状態の悪化のための思想解体、および情報化のための外国（特に北米）の物質文明への憧れに似た享楽志向、などが混交し、価値観の崩壊、同一性の分裂が生じている。

社会的には、中進国としての骨格を各方面において具えてはいるが、やはり近年の財政状況の悪化と文化的な不均一により、社会の下部構造というべきも



のが脆弱化している。一方では、テレビ局が3局あり全てカラー放送をしているが、他方では終日ぼんやりと街道の交通を眺め、砂漠を眺めている田舎の人が到る所で目につく、また、都会では特に周辺部と中心（下町）部は、塵芥の山という状況で、いかにもアンバランスである。この脆弱さは、特に、家庭問題、青少年問題、非行、犯罪、などの側面にみられる。元来が、この種の側面には前述のように前近代的な伝統があった。これに加えて、後記する最近の都市化現象が、大いに関与しているものと思われる。

一方、日本との関係は、1873年に国交が開かれ、1899年（明治32年）、日本の最初の移住者790名が移民して、この日系社会は、当初の農業から商業に活動が移り、現在は約67,000人といわれ、すでに第2・3世の年代に入りつつあり、第二次大戦前後はかなりの困難があったが、社会的地位も向上しつつある。特に近年は、日本が工業先進国化し、多くの財政・技術援助を行ない、また経済交流も活発化し、緊密な関係にある。

## 1.2 医療・精神衛生概観

医療・保健衛生面でも、財政窮乏のため、全般に立ちおくれが目立ち、実態としては、いまだに、腸チフス、流行性肝炎などの流行伝染病対策が第一の課題となっている。さらに、低栄養に根ざす肺結核や精神活動の遅滞などの対策が、重要な課題となろう。精神衛生面でも、非常に立ちおくれが目立ちはするが、この面への余力はあまり無いと考えた方が正しい。

精神科医療サービスも、事実上は全国でリマ市にある二つの病院しかないといえる。即ち、国立ラルコ・エレラ病院（Hospital Larco Herrera）は創立65年近くの最大最古の病院で、1,200床をもつ。しかし、その内容は、国家財政の悪化で極めて劣悪で、僅かに生きて行かれる程度の栄養の食事、等ほとんど収容所化し、多くの長期入院者をかかえ医療機関としてはほとんど有効性を失っている。他の一つは、国立エルミリオ・バルディサン病院（Hospital Hermilio Valdizan）で、415床をもつ。ここは大戦後の建造であるが、やはり経済事情のためかなり老朽化が目立つが、平均在院期間は3年で、医療機

能は果している。

この他には、国立ニャニャ病院 (Naña) はリマ郊外にあり、薬物依存リハビリテーション専門であるが、財政事情のため小人数の治療しか行えない。さらに、地方都市アレキパには、国立病院、社会保険立病院の他、好ましい小規模の福祉法人立精神衛生センター（有床）がある。リマ市にも二つの社会保険立病院があり、計50程度の病床をもち、社会保険庁の財政上の余裕に応じ、一応の水準の医療を行っている。

地域精神衛生活動は、大部分が、国の保健衛生単位である地区保健所に委ねられている。しかし、この保健所は行政プラン上はそれぞれの病院区 Area Hospitalaria に属し、全国各地をカバーしている筈であるが、事実上は大都会しか機能していない。しかも、その機能も人的物的資源不足によって大きな制約が加えられている。これら保健所（医師1-2名、看護婦6-7名）の大きな仕事は、伝染病対策、周産期母子対策、結核対策、予防接種、等であり、設備は極めて貧弱である。その中で、精神衛生相談室が、ごく補助的に置かれている。鉛筆一本に困り、机一つを備えられたいのが実状である。精神科医師数は220名であり、リマ市に集中している。即ち、リマ市（及びアレキパ市）にしか精神科医療サービスはない。その実体は極めて貧困で、病床も対人口（1万）比3.8（日本は25）、である。医師数も1人当り人口約25,000人（日本は1,200人）である。そして、他の全国の殆ど全ての地域では、精神科医療サービスは極微である。

しかるに、大都市を中心として、この精神衛生需要は、主として激しい社会変動と大量の都市移住民、および全般的な経済情勢の悪化で、増加していると思われる。この需給関係の対策のために、後述の本計画である精神科疫学調査が企画されたものである。

### 1.3 ペルー国立精神衛生研究所 (INSM) プログラム

日本の国際協力の一環として、1981年よりペルー国に近代的精神衛生センターの無償援助の事業が開始され、同時にこれに伴なう地域精神衛生向上の

技術援助プロジェクトが実施されることとなった。同精神衛生センターは、その後の経緯により、ペルー国立精神衛生研究所 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM) と名づけられた。

この技術援助プログラムは、本報告書にあるような主旨と背景にて、現地にての精神科疫学の実態調査を含んでいた。また、この調査そのものが、理論的・具体的な両側面での技術移転にもなり得ることが期待された。そして、その疫学調査の理論、立案、訓練、実施の全ては現地において1981年10月に終了し、その分析はその後日本において行われることが決定された。また、自主的な提議として北米カリフォルニア州立大学ロサンゼルス校(UCLA)の精神科(Joe Yamamoto教授)が学術的支援をなすこととなった。これは、もっぱら学術面での興味からのUCLA側からの申し入れであった。

#### 1.4 都市集中化現象と家庭問題

Vining, D. R.によると、内国人口移動現象は先進国をもふくめた世界的な現象である。それは、国内の周辺地域より核心地域(工業地帯)への人工の移動であり、一部の国では18世紀(産業革命)より現在に到るまで続く現象である。そして、1970年代に入り、経済的先進国では劇的な変化が生じ、人口は上記の方向を逆転して新たに移動しはじめた。

ペルーにおいては、この人口の大都市集中化現象は、特に第二次大戦後に強く生じ、1960年代よりそれによって生じる激しい社会変動、社会環境の劣悪化について強い関心が寄せられるにいたった。その端的な証拠は、人口動態調査である。ペルー国勢調査結果により人口増加率をみると、リマ市は1962-72年間で5.0、1972-81年間で3.5であり、カヤオ特別郡は同じく3.8、3.6である。またこの両市の合計人数は1981年現在で518万、1961-81年間の人口増加は約300万に上る。この両市は合せて首都圏となるが、これは明かに激しい人口集中があった証拠である。そして、現在は全国人口の約30%がこの地に集中していることとなる。

表 1 - 1 国勢調査人口 ( 県別 ) — 1961、72、81。

PERU: POBLACION CENSADA SEGUN DEPARTAMENTO  
Censos Nacionales de 1961, 1972 y 1981

県 DEPARTAMENTO	調査人口 POBLACION CENSADA			増加率 TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL	
	2 de Julio 1961	4 de Junio 1972	12 de Julio 1981	1961-1972	1972-1981
	TOTAL REPUBLICA	9 906 746	13 538 208	17 005 210	2.9
Amazonas	118 439	194 472	254 560	4.6	3.0
Ancash	582 598	726 215	818 289	2.0	1.3
Apurimac	288 223	308 613	323 346	0.6	0.5
Arequipa	388 881	529 566	706 580	2.9	3.2
Ayacucho	410 772	457 441	503 392	1.0	1.1
Cajamarca	746 938	919 161	1 045 569	1.9	1.4
Callao (P. Const.)	213 540	321 231	443 413	3.8	3.6
Cuzco	611 972	715 237	832 504	1.4	1.7
Huancavelica	302 817	331 629	346 797	0.8	0.5
Huánuco	328 919	414 468	484 780	2.1	1.7
Ica	255 930	357 247	433 897	3.1	2.2
Junín	521 210	696 641	852 238	2.7	2.2
La Libertad	582 243	783 728	962 949	2.8	2.3
Lambayeque	342 446	514 602	674 442	3.8	3.0
Lima	2 031 051	3 472 564	4 745 877	5.0	3.5
Loreto 1/	240 273	339 051	445 368	3.2	3.0
Madre de Dios	14 890	21 304	33 007	3.3	4.9
Moquegua	51 614	74 470	101 610	3.4	3.5
Pasco	138 369	176 580	213 125	2.3	2.1
Piura	668 941	854 972	1 125 865	2.3	3.1
Puno	686 260	776 173	890 258	1.1	1.5
San Martín	161 763	224 427	319 751	3.0	4.0
Tacna	66 024	95 444	143 085	3.4	4.5
Tumbes	55 812	76 515	103 839	2.9	3.4
Ucayali 1/	96 821	156 457	200 669	4.5	2.8

1/ El Departamento de Ucayali se creó por D.L. No. 23099 del 18 de Junio de 1980. Al momento del censo estuvo integrado por las Provincias de Ucayali y Coronel Portillo, que formaban parte del Departamento de Loreto. Para fines de comparabilidad la población del Departamento de Ucayali en los años 1961 y 1972 está conformada por esas provincias.

各種の調査と推論によると、この人口移動はまず山岳・密林地帯から、地方中小都市郊外に移り、ついでそこから大都市に、最終的にはリマ首都圏に到ると見られている。図は、その模型であるが、1961年以前と1970年代とに、様相に相違がみられるのは面白い(図1-3、1-4)。

これ等移住者達は、その約半数が労働経験を持たない者たちである。また、都会においての就労機会もきわめて悪く、失業が多い。さらには、新しい環境への適応障害、文化伝統や生活習慣の違いによるストレス、また移住過程での家庭の混乱や崩壊などが目立つ。このための犯罪、非行、薬物中毒の多発な

どが報告されている。次に、ある調査での移住の動機をあげる（表1-2）。

CORRIENTES DE MIGRACION INTERNA EN EL PERU  
AÑOS 1940 - 1961

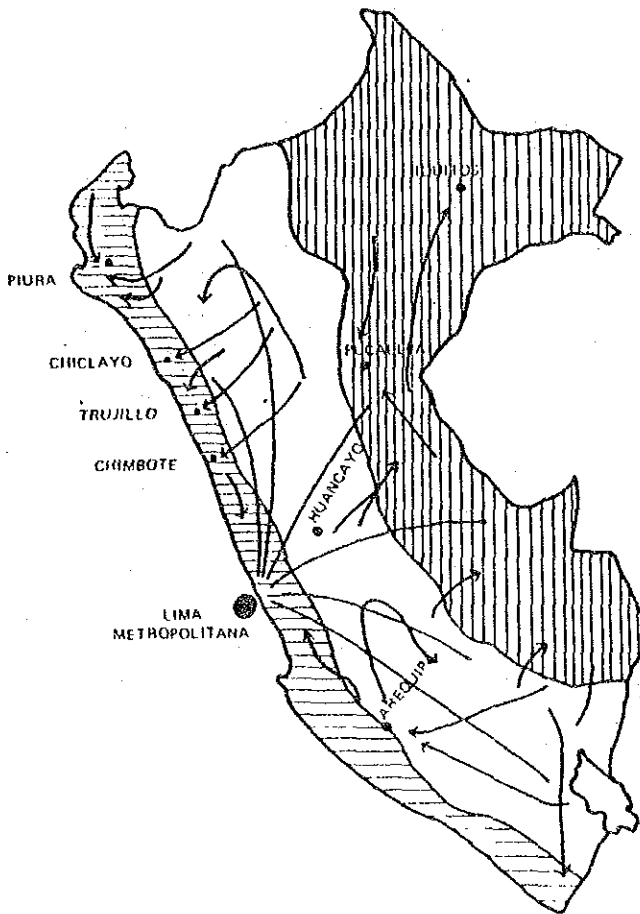


図1-3 ベル-国内移住経路(1940-1961)

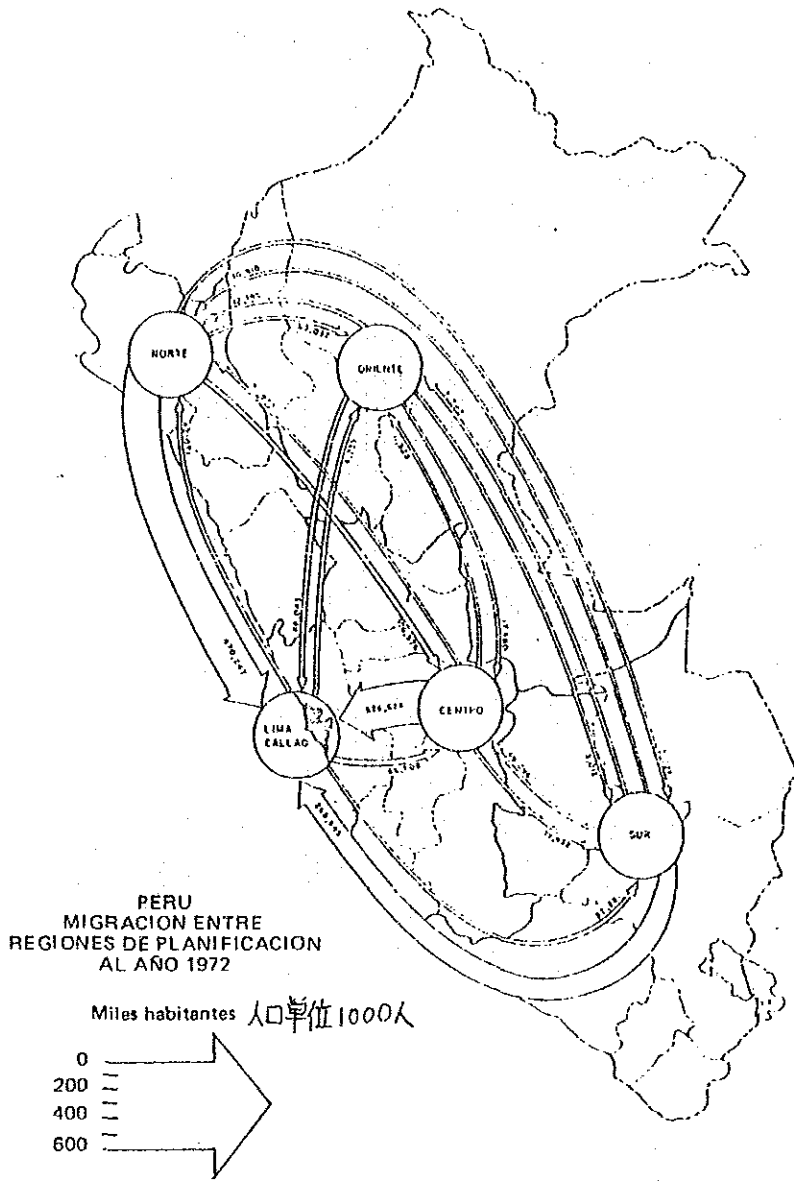


図1-4 行政区域間の人口移動(1972)

表 1-2 移住の動機

移住の動機	バカラオス住民	移住者
件数	42	359
均衡件数	101	1074
家族の縁	11.9%	40.9%
仕事	55.4	25.1
教育	8.9	20.6
健康(医療)	3.0	1.3
経済的	7.9	11.0
転地、見物	5.0	18.6
他	7.9	-
恋愛、兵役	-	1.1
不明	-	1.2

注：バカラオスはリマ市郊外

また、多くの移住者たちは、決して大都会の生活に満足せず、むしろ失望しているようである。そして、経済下層にゆくほど郷里に帰りたがっているようである(表1-3、1-4)。

表 1-3 意識調査

バカラオスとリマ・カヤオは貧乏人にとり良い場所か?	バカラオス住民	移住者
件数	65	359
均衡件数	162	1074
計	100%	100%
ハイ	90.1	42.2
イイエ	8.7	53.1
他	1.2	3.2
分らない	-	0.2
不明	-	1.3

注：バカラオスはリマ市郊外

表 1 - 4 経済階層別の帰郷の気持

もし金があれば、帰郷しそこに住むか？	移 住 者		
	上	中	下
経済階層			
件 数	41	127	191
均衡件数	58	370	646
計	100%	100%	100%
ハイ	10.4	32.4	51.1
イイエ	86.2	67.6	47.0
分らない	3.4	-	0.6
不明	-	-	1.3

移住後の年月と経済状態が比例している調査の一例をみる（表 1 - 5）。

表 1 - 5 経済状態とリマ在任期間との関連

在任期間 経済状態	移 住 者		
	上	中	下
件 数	41	127	191
均衡件数	58	370	646
計	100%	100%	100%
1 - 5年	12.0	22.6	20.2
6 - 9	19.0	9.2	17.0
10 - 14	6.9	10.8	16.7
15 - 19	12.1	12.4	19.1
20年以上	50.0	45.0	27.0
平均年数	19	17	13



移住者のなかには、きわめて狂暴な一団があり、これは出身地に由来するとも言われて、彼らは、軍政下に軍隊の出動によって、はじめて静穏化したと言われる。一言にしていえば、上記のさまざまな原因が総合して、貧困や非行犯罪を多発させ、かつ沈うつな精神状態に陥っていることが想像される。

一方で、家庭問題は別の意味でこの国で関心を持たれている。それは、特有な伝統的な家庭観による。名目上の離婚は、宗教的な意味で少ないが、別居と同棲を繰り返すことが多い。これは、専ら男性の経済力の動きによるものであるが、同時に、一種の前近代的な（インディオ個有の、また古いヨーロッパ伝来の）風習でもある。そのため、私生児が多く、かつ、「捨てられた」母子が多い。その調査例を掲げる（表1-6）。

表1-6 12才以上人口の婚姻状況（1972）

全体	婚 姻	子 供	離 婚	離 別
男	4,298,525		8,942	28,061
女	4,322,593	12,526,449	12,910	65,241
都 市			子 供	子 供
男	2,638,947		7,159	20,345
女	2,662,189	6,549,152	10,745	26,209
			50,730	171,657
地 方				
男	1,654,578		1,783	7,716
女	1,660,404	5,977,297	2,165	8,057
			14,511	55,586

Fuente: VII Censo Nacional de Poblacion, 1972

故に、孤児も、特に田舎で多い。

このような南米に流布されている習俗が、前述の国内移住にからみ、家庭の解体を促進するであろう。しかし、一方では、大家族主義的社会であるので、家族内の人数も多く、縁者同志が助け合うことも多い。家族タイプの調査例をあげる（表1-7、1-8、1-9）。

表1-7 家長男女別(1972)

	男	女	計
合計	2,152,807	618,744	2,771,551
独身	207,191	137,324	
既婚	1,375,887	166,537	
死別	83,763	188,383	
離婚	5,201	7,500	
離別	17,184	38,924	
同棲	456,334	70,772	

Fuente: Censo Nacional de Poblacion, 1972.

表1-8-① 父方、母方よりの捨て子(1977-78)(%)

	父方捨て子		母方捨て子	
	都市	地方	都市	地方
0-4才	1.1	1.0	0.5	1.2
5-9	3.0	3.8	1.4	3.6
10-14	5.9	6.8	3.9	6.6
15-19	11.1	11.7	6.0	9.3

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad del Peru Informe general, Lima, marzo, 1979, ONE

表1-8-② 母方捨て子の年齢別% (1977-78)

	都会の捨て子	地方の捨て子	全体
1-4才	10.2	12.1	11.2
5-9	25.0	35.2	30.8
10-14	64.8	52.7	58.0
計	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad, 1977-1978, INE

表 1 - 9 家庭タイプ別 (1972)

	家庭合計	単 身	核	拡大および重合	複 合
都 市	1,594,096	175,089 10.9%	785,068 49.5%	373,040 23%	260,899 16%
地 方	1,177,958	114,958 9.8%	666,777 56%	237,418 21%	158,304 13%

Fuente : VII CENSO Nacional de Poblacion y Vivienda.

以上、ペルー社会で特に精神衛生状況に関係の深いと見える二つの特異な問題点にふれた。

## 第2章 精神科疫学

### 2.1 精神科疫学の現況

疫学には、周知のように記載疫学と分析疫学とがあり、前者は疾病の度数分布を、後者はその規定要因の解明から成る。そして、多元的な諸原因のなかでの病因追求が、その目的の一つであり、近年は環境悪染による諸疾病の原因解明に大きな力を発揮した。さらに、保健衛生面では、特定人口に対しての医療の需給関係を把握し、対策指針を確立する目的も有している。また、この両者の延長上には、疾病-医療に関しての将来予測が当然存在し、衛生面での評価-制御理論の基盤の一つとなっている。方法論的には、自然現象の計量表現化を基礎とする。このようにして罹患率、有病率が中心課題となる。

精神科疫学もまた、このような疫学一般の要素を有している。しかし、他の身体病領域とは大きく異なる幾つかの側面をも有している。

#### (1) 診断基準及び疾病分類

精神障害は伝染性疾病のように、1対1の病因対応をなしていない。というより、多くの場合は、未知なる原因から生じる。そのため、疾病概念について、論者による多義性が生じる。このため、今までの数多くの疫学調査や統計資料などは比較対照が困難であった。したがって、最も望ましいことは、万人に承認される外形的（現象学的）な、かつ測定可能な基準（発現の形）を設定することである。しかし、これは、症候学上の多義性、臨床上の疾病の現れ方の多様さ、疾病概念自体の多義性、などのため、現在のところでは結局は、統一不可能である。周知のように、WHOは第2次大戦後一貫して診断基準化に努力しているが、その国際分類 International Classification of Disease, 9th Version (ICD-9)もまだ未完成部分が多く、かつ、折衷的でありすぎて均一性に欠ける。1980年に発表されたアメリカ精神医学会の新分類 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Version (DSM-III)は、多軸重複診断方式をとり入れ、かつ病因論的にもかなりの程度の統一性を持ち、やや機械的列挙的なきらい

はあっても、ICD-9よりは実用的である。また、基準としては、かなりの程度の外形的定義を有し、診断樹を内包している。アメリカをふくめ、多くの国で現在試用中である。本来は、明確な病因論に基づく診断基準が望ましいが、現状では、このDSM-IIIがかなり有用であろうと思われる。

他に、有力な諸説による疾病分類は幾つかあり、その有効さにはそれぞれ疑いはないが、また疾病論としての理論的堅固さはあっても、多くは現象学的な、かつ測定可能な、外形的な規格条件には欠ける所が多い。

## (2) 診断尺度

各診断基準、疾病分類のために、有用な診断用の道具（尺度）が一連の歴史的な流れとして開発されてきた。この尺度は、精神症状の客観的な記述のためのものであり、しかも上記の要請にしたがって、外的に測定可能な形をとり、一種の評価尺度（rating scale）の形式となることも多い。しかし、精神症状の特殊性として、量的な尺度ではなく、有無判断のための質的尺度となることも多い。

その一連の歴史のなかで、1970年のPsychiatric Status Schedule（PSS）、1972年のRenard Diagnostic Interview（RDI）、1972年のPresent State Examination（PSE-9版）などが有名である。前二者はアメリカでのものであり、アメリカ分類の検討のためのものである。また、最後のものは、ICD-9の前身であるICD-8に適合するように考案され、ヨーロッパで主として用いられている。

また、1977年のSchedule for Affective Disorders and Schizophrenia（SADS）も有名である。これらは、それぞれが、自動分析用のコンピューター・プログラムを伴っていて、これも一連の開発の作業により、少しずつ変わってきている。これ等の歴史をうけて、DSM-IIIのための診断尺度として、1980年にDiagnostic Interview Schedule 第3版（DIS-3）が発表された。これは、他と異なり、この道具だけによって、専門医の最終面接なしに、診断を確定しているという特長を有している。従って、非専門家による調査が可能である。これもまた、コンピューター自動診断プログラ

ムを有している。この問診表もプログラムも、ともに今後も発展する可能性が高い。

### (3) 事例性（事例発見）

精神科のみならず、全領域での疫学調査には、事例性の問題がつきまとう。精神科領域での事例性の議論は、下記に述べる間接（第二次）資料からの調査における問題であった。つまり、第2次（医療機関）資料よりの一般人口への推定からすると、手順中に変換変数をいかに設定しても、一般人口にはさらに大きな潜在的な有病者がいるであろうとの推論である（Iceberg現象）。さらにこの議論は、直接（第一次）資料による調査についても、判定基準をどこにおくかという問題で、同様な冰山現象を生むであろうと問われることになる。事実、ある調査では、一部地区を特定区としてインテンシブに調査した所、有病率は平均の約2倍となった。さらに、この冰山現象をめぐる、ある病者が事例（症例）となるためには、たんに有病ということのみではない社会—文化的な複雑な諸要因が働いているであろうことが、論議された（事例性）。これは、果てのない、しかし重大な問題であろう。

この問題は、さらに、診断基準とそのための診断尺度（道具と解析プログラム内至手順）とも必然的に関連する。あまりに感受性の高度な道具を使用して現象を測定すると、実際には問題事例とはならないものでも、包含してしまうかもしれない。しかし、同時に、その方が全体的な精神衛生（健康）状況の傾向としては、適確であろうことなどが、有名なミッドタウン調査等をめぐり議論された。どちらが、事例発見、需給予測、将来予測、さらに精神衛生制御、などの精神衛生対策に実効があるかは、まだ未知の分野である。

また、事例性の解明は、当然人口特性の測定法にも関係してくるであろう。さらには、ただの外的測定ではなく、人口の心内界つまり力動心理面や文化特徴の測定にも発展する問題であろう。しかし、これまた未解明の部分の大きな分野であると言えよう。

### (4) 資料収集

直接法と間接法とに分けられる。直接法は、対象人口より直接資料収集を

行なうものである（第1次資料）。このサンプリング方法は、他の社会調査と同様で、十分な代表性を有する工夫に主眼点がおかれ、通常は層別化無作為抽出法が望ましいであろう。この層別化のさいの基準は過去の経験により精神障害と最も関係のふかい層別化をなすべきであり、通常は、社会・経済要件と家庭環境要件とが重視され、さらに人種（文化背景）要件も精神科領域ではしばしば問題となる。

ただ、この方法は、精神科領域特有の問題として、一般住民の抵抗と人権問題があり、直接間接の拒否（拒絶・虚偽）という困難が予想される。

母集団のサイズとしては、10,000人以上が必要と言われる。

間接法は、医療機関を通しての情報収集である（第2次資料）。他に、警察、裁判所、学校、職業集団、軍隊、地区有力者、などを通じた資料収集もある。これは、上記の拒否や、具体的な資金制約などの解決策として、精神科疫学では主としてアングロサクソン系の諸国でしばしば見られる調査法である。このためには、医療機関数（病床数など）に、急激な変化がなく、一般人口と受診率・受診条件の関係がある程度安定していることが必要であろう。この安定性の上で一定の推定手順を設け、第2次資料によって一般人口への推定を行う方法である。一方、この間接法は、それなりの代表性に関しての限界があることは当然であろう。

さらに、この両者に、第1次スクリーニング・テストを行ない、その結果の問題例のみにより高度の間診（測定）を行う方法と、直接的に専門的な高度測定（上記の諸診断尺度を適用）する方法とがあろう。スクリーニング・テストとしては、自覚的質問紙法がよく使われる。しかし、過去の経験から、質問紙法は専門家面接法に比し、はるかに精度が低いことが指摘されている。

#### (5) 信頼性

調査の信頼性については、診断基準そのもの、また標本抽出法そのものの信頼性はもとより、下記の点が、特に問題となる。

- (a) 診断尺度（道具）については、もし他国で開発されたものなら、翻訳（バックトランスレーションも含む）が十分に原法に忠実であり、しかも

現地にあてはまるものでないといけな。また、道具の妥当性が、診断基準に対してのみならず、対象社会にも妥当であるかの検討をする必要があろう。対象人口の教養レベルによっては、理解されうるか否かも問題となろう。

(b) 調査者（面接者）については、道具使用に關しての十分かつ規定に従った使用法の訓練が必要である。さらに、調査内容の一致度（調査者間信頼性）の検討が不可欠である。

この二者の手順を欠くと、ただの印象判断に終つてしまふ可能性が、精神科領域ではきわめて高い。

#### (6) 人口特性尺度

対象社会・人口によく適合し、かつ現地での経験上精神障害と密接な関連のある要件を十分に収集するため、ただの形式上の人口特性調査表によるよりも、独自に開発されることが望ましい。特に、社会統計の不備な社会においては、その必要が高い。このためには、一定量の事例研究または現地での経験が必要であらう。

#### (7) 演繹法及び分析について

一般に社会調査は、特定の現象の生起の仮説モデルを想定し、その証明のために調査の行なわれる場合（演繹法）と、特に仮説をもたないで結果を帰納的に解釈する方法（帰納法）とがあろう。前者には、十分な事前調査、事前知識が必要であり、かつ、数理モデルとしての必要条件も具備しなければならない。精神科領域では、この必要条件を満すことが少ないので、極めて稀であると言える。

しかし、もし一定の数理モデルを持たない場合でも、調査分析は結局は計量化されるから、大体の分析（手順）は想定しておくことが必要である。これは特に精神科領域では、量的測定より質的測定が中心部分をなすので、診断尺度の選定や調査デザインの立案そのものにかかわることである。



## 2.2 ペルー国及び他国での精神科疫学

### (1) ペルー国

ペルー国では、正確な意味での精神科疫学調査は、過去において一例のみである。

即ち、Mariategui, J., Alva, V., D Leon O., の三者によるペルー国リマ市リンセ区での一般人口調査である。これは1962年に行われたもので、スクリーニング・テスト（質問紙法）を伴ない、1961年国勢調査人口（82,393）の内2,901人（無作為抽出）（593家族—対家族数比4%）が調査された。これは、当時のWHO勧告に応じたもので、かなりの厳密さを有している。その主要結果を以下に表示するが、有病率は18.75%と報告されている（表2-1）。

表2-1 ペルー国調査（リマ市リンセ区）（1962）

#### A 大診断別

#### (CATEGORIAS DIAGNOSTICAS MAYORES)

	F.A.	GRUPO PATOLOGICO (544)	MUESTRA GENERAL (2,901)
		F.R.	F.R.
Psiconeurosis	159	29.23 ± 1.92%	5.48 ± 0.41%
Trastornos de Personalidad	98	18.01 ± 1.62%	3.38 ± 0.32%
Trastornos Psiquiátricos infantiles	89	16.36 ± 1.56%	3.07 ± 0.30%
Alcoholismo	51	9.38 ± 1.22%	1.76 ± 0.23%
Desórdenes convulsivos	41	7.54 ± 1.11%	1.41 ± 0.20%
Deficiencia mental	40	7.35 ± 1.09%	1.38 ± 0.20%
Síndromes Somaticos	34	6.25 ± 1.01%	1.17 ± 0.20%
Psicosis	32	5.88 ± 0.99%	1.10 ± 0.18%
TOTAL	544	100	18.75 ± 0.71%

## B 精神神経症内訳

## (PSICONEUROSIS)

	F.A.	GRUPO PATOLOGICO (544)	MUESTRA GENERAL (2,901)
		F.R.	F.R.
<b>Psiconeurosis</b>	<b>159</b>	<b>29.23 ± 1.92%</b>	<b>5.48 ± 0.41%</b>
Angustia	52	9.55 ± 1.23%	1.79 ± 0.23%
Histeria	15	2.76 ± 0.69%	0.52 ± 0.12%
Hipocondria	5	0.92 ± 0.39%	0.17 ± 0.07%
Obsesiva	4	0.74	0.13
Reacción ansiosa	42	7.72 ± 1.12%	1.45 ± 0.21%
Reacción depresiva	28	5.15 ± 0.93%	0.97 ± 0.18%
Reacción psicofisiológica	13	2.39 ± 0.64%	0.45 ± 0.12%

## C 精神病内訳

## (PSICOSIS)

	F.A.	FRECUENCIA RELATIVA	
		GRUPO PATOLOGICO	MUESTRA GENERAL
<b>Psicosis</b>	<b>32</b>	<b>5.88 ± 0.99%</b>	<b>1.10 ± 0.18%</b>
Esquizofrenia*	13	2.39 ± 0.64%	0.45 ± 0.12%
Psicosis afectivas**	19	3.49 ± 0.77%	0.65 ± 0.14%

## D 診断病名と社会水準との関連

## (NIVEL SOCIAL POR INDIVIDUOS Y CATEGORIA DIAGNOSTICA)

DIAGNOSTICO	A	B	TOTAL	p	SIGNIF.
Psiconeurosis	90 (56.7)	69 (43.3)	159	>0.05	NSC
Trastornos de personalidad	63 (64.3)	35 (35.7)	98	>0.05	NSC
Trastornos infantiles	43 (48.4)	46 (51.6)	89	<0.05	S
Alcoholismo	21 (41.2)	30 (58.8)	51	<0.05	S
Desórdenes convulsivos	19 (46.4)	22 (53.6)	41	>0.05	NSC
Deficiencia mental	17 (42.5)	23 (57.5)	40	<0.05	S
Síndromes Soma-topsíquicos	27 (79.5)	7 (20.5)	34	<0.05	S
Psicosis	22 (68.8)	10 (31.2)	32	>0.05	NSC
<b>TOTAL</b>	<b>302 (55.6)</b>	<b>242 (44.4)</b>	<b>544</b>	—	—

$$p = 0.001$$

## (2) 諸外国

第2次資料を基礎としたものでは、Brugger, C.によるチューリングン調査(1929)があり、有病率1.31%となった。同じく、北米ボルチモア調査(1936)は年間有病率1.87%、テネシー調査(1938)は時点有病率6.9%(重点地域では12.37%)となった。

第二次大戦後では、Leighton, D.C.のカナダ大西洋岸(スターソング・カウンティ調査)が有名である。1950-56年の測定で、スクリーニング・テストを併用した第2次資料からのサンプリング調査で、37.0%の有病率を推定している。

その他特に重要なものとして、Rennie, T.A.C., Srole, L.等のミッドタウン調査(ニューヨーク市マンハッタン地区)(1954年)が非常に参考となるだろう。これは、被治療症例の調査と、母集団(11万人)に対する層別化無作為抽出(1.5%)の一斉調査(面接法)(第1次資料)に分かれる。このサンプリング面接は、疾病学的なものではなく、規準症状の軽重で分けられている一種の健康調査法であり、120項目の症候を評価し、「良好」より「不能」までの6段階に健康度を分け、その第4度(marked symptom formation)レベルより第6度(incapacitated)までを「不健康」(impaired)として、その対人口比を23.7%と報告している。この内訳は、器質的5.7%、精神病的26.5%、神経症及び人格障害性67.8%となっている。もし、この「impaired」率を有病率とするならば、過去より考えて驚くべき数字であり、冰山現象なる問題点をなげかけた。なお、この調査は時系列的な詳細な社会背景(地位変動)などまで含めた周到なものである(表2-2)。

表 2-2 ミッド・タウン調査の結果概要

a. 1953年5月1日の被治療者調査(人口10万当たり)

入院	502
外来	780(うち精神病 15%)
医治を受けているもの計	1,282

b. サンプル調査の結果(1,660人, 20~50歳)

well	18.5%	
mild symptom formation	36.3	
moderate symptom formation	21.8	
marked symptom formation	13.2	} impaired 23.7%
severe symptom formation	7.5	
incapacitated	2.7	

impairedのうち: organic 5.7%, psychotic 26.5%, neuroticおよび personality disorder 67.8%

c. impairedとされたものの被治療状況

	marked	severe	incapacitated	計
現在外来通院中	5.0%	4.0%	11.1%	5.4%
現在治療を受けていないが治療歴あり	18.3	25.6	24.4	21.3
現在にも過去にも治療を受けていない	76.7	70.4	64.5	73.3

d. 1953年5月1日の被治療者調査での社会階層別(自身の)機関別利用率(人口10万当たり)

治療機関	自身の社会階層		
	上	中	下
病院(入院)			
公的	98	383	646
私的	104	39	18
病院計	202	422	664
クリニック	61	160	218
個人治療者	1,440	596	178
外来計	1,501	756	396
全患者率(実数)	1,703(575)	1,178(604)	1,060(934)

e. 対照のためニューヘブン調査での有病率(人口10万当たり)を掲げる(Hollingshead, A. B.ら, 1958)<sup>20)</sup>

被治療場所	社会階層(5段階)			
	I~II	III	IV	V
病院				
公的	89	242	464	1,500
私的	85	17	6	—
入院計	174	259	470	1,500
クリニック	30	66	53	115
個人治療者	352	213	119	44
外来計	382	279	172	159
全患者率(実数)	556(150)	538(260)	642(758)	1,659(723)

出典: 現代精神医学大系 23-Aより

日本でも数次にわたり大規模な調査が行われたが、その最近の全国一斉調査（1963）は、100地区（1954）、203地区（1963）で、地区平均人口は各240、210である。方法は、地区内諸機関・有力者を通しての「聞き込み調査」（第2次資料）をなし、この事例に専門医が面接する内容であった（表2-3）。

表 2-3 1954 年および 1963 年の全国精神衛生実態調査概要

(厚生省公衆衛生局, 1965)

調 査 年	1954	1963
I. 対象		
地区数 (国勢調査地区)	100	203
世帯数	4,895	11,858
人 口	23,993	44,092
(全国人口に対する比率—概数)	1/3,800	1/2,200
II. 有病者および有病率	(1954.7.1.)	(1963.7.1.)
人口 1,000 対有病率	14.8	12.9
全国推計数	130 万人	124 万人
診断別内訳 (人口 1,000 対)		
大分類 精神病	5.2	5.9
精神薄弱	6.6	4.2
その他	5.0	2.8
小分類 精神分裂病	2.3	2.3
躁うつ病	0.2	0.2
産後性疾患	1.4	1.0 (てんかん)
梅毒性精神障害	1.0	2.2 (脳器質性精神障害)
その他の精神病	0.3	0.2
精神薄弱	6.6	4.2
中毒性精神障害	0.3	0.7
その他	2.7	2.1
		うち 精神障害 0.5 神経症 1.1

III. 必要とする処置とその対象者数

処置の種類	1954	1963
要 収 容	46 万人	35 万人
要精神科外来	38 万人	48 万人
要その他の指導	46 万人	41 万人

IV. 精神障害者の社会的経済的背景 (1963 年調査)

i) 居住地区別有病率 (人口 1,000 対)

農業・漁業地区	16.8
商 工 地 区	11.5
住 宅 地 区	11.0

ii) 1 人当たり収入・支出階級別有病率 (人口 1,000 対)

取・支階級別	0~1,999 円	2,000~3,999 円	4,000~6,999 円	7,000~9,999 円	10,000~19,999 円	20,000 円以上
上記収入別 有病率	33.0	24.9	14.9	9.2	6.2	4.8
上記支出別 有病率	25.8	19.3	13.8	10.0	5.5	5.8

iii) 受療状況

	総 数	精神病	精神薄弱	その他
医療を受けている	30.1 %	45.4 %	6.0 %	33.3 %
入院	8.4	15.6	1.1	4.1
外来	21.7	29.8	4.9	29.2
指導を受けている	5.2	1.9	13.0	0.8
医療・指導ともに受けていない	64.7	52.7	81.0	65.9

出典：表 2-2 と同じ

以上を要約すると、当初の目標、調査デザイン、調査用道具、標本の基礎（第1次・第2次情報）、時代、対象人口、診断基準などで差がありすぎて比較は困難であるが、大体においていわゆる一般人口の「有病率」は1～2%という報告が多い。ミッドタウン調査は「impaired（不健康）」という概念で、23.7%の数字をあげ、テネシー調査は6.9%、ベルーの調査は18.75%の有病率であった。

## 第3章 本計画の目的と主旨

### 3.1 目 的

わが国の技術協力プログラムの有効・効率化には、現地での精神衛生領域での需給関係を正確に把握することが、必要であると思われる。まず、わが方にとっては、現地人口の社会・文化構造や生活・行動パターンが、未知なものであり、われわれの所有している既存の経験が、必ずしも有効ではないことが予想されるからである。また、この方向での調査研究は、ペルー国医師団の過去経験をも、高度に補強することが十分に期待されるからである。

一般的に、医療需給予測の基礎資料の一つとしては、かなり高度の正確さをもつ疫学調査が不可欠である。この疫学調査には、精神医学上の諸問題が、他の医学分野に比し、社会規定性が高度であるため、人口特性一般のみならず、社会・文化構造に関する資料収集をも含めることが、特に必要と思われる。

調査内至は実験一般を、演繹的と帰納的とに二分すると、今回の場合は、後者の方法をとらざるを得なかった。即ち、何等かの実験モデルを仮定し、この仮定の証明として行うという演繹的方法をとるには、現在の知識と経験とがあまりに不足していた。このため、むしろ、何等かの仮説もしくはモデルを想定することなく、帰納法として、調査結果を結果として受容し、そこから出発し、一種の予想をもつという方向が妥当と思われた。さらには本プログラムの本性上、調査研究に関する予算・時間・人的資源の限界を考えると、結局、可能なだけを行なうということとなる。しかし、その制約のため、方法論の厳密さは、さらに強く要求されるべきものと思われる。

まずこの際の第一の問題点は、診断基準である。既述のように、Wing・J.K その他多くの著者の指摘をまつまでもなく、精神医学での診断基準の多義性は、今や専門家間での常識となっている。そして、特にこの種のフィールドワークの今までの経験から、たとえ理想的な疾病分類・診断基準化の方途が理論的にいまだ存在しないとはいえ、何等かの確立した、かつ包括的な診断基準を採用しなければ、この調査の結果自体が意味をもたなくなることが、明白であっ



た。この点の解決が、第一に考えるべき点であった。

つぎに第二としては、未知社会の人口の精神科領域の問題であるため、社会構造を探るための人口特性調査に、特別の工夫が必要となった。この問題に関しては、一連の討議の結果、この国特有の問題点として、次の諸点をあげることが可能であった。第一には、ラテン・アメリカ全般での現象であるが、家庭構造または家庭制度についての観念の特異さおよびその実態の問題である。多くの推論が、ペルー国の医師・研究者より、なされてはいる。しかし、それらは多く、実態調査にはいたらない、統討上の推定であった。しかし、この問題の重要さは、現地ではよく知られている。第二には、当然ながら、富の偏在と国家の絶対的な貧困に起因する一般大衆の貧困である。これは、約15年前の軍事政権によって施行された、多分に国家社会主義的・協同体社会主義的な農地解放によって、かえって助長されたといわれる。第三には、第二次大戦後、全南米を覆う都市化傾向の一環としての、大量無秩序な国内移住による混乱である。これ等の諸問題の重大さは、現地での経済的苦境にもかかわらず、かなりの精力をさいて、特別の研究機関 *Asociación Multi disciplinaria de Investigación y Docencia en Población* (人口問題研究教育多領域協会) が設立されているほどである。

さらに、どの人口を対象とするか、という点も、大きな問題となった。本調査が、日本のペルー国地域精神衛生向上プログラムとしての技術協力の一環として考えられたものである以上、INSMの直接対象地域の一般住民を対象とすることは、ごく自然であった。さらに、この地区は、ほとんど全住民が、上述の国内移民またはその二世と関係が深いのも、重要な理由と考えられた。これ等の移住民は、ごく最近の移住ではないにしても、現在のペルーでの大きな社会問題となっている国内移住者の精神衛生問題を、直接的に調査するという利点をもっている。さらに、この地区では、以前より、カイエターノ・エレディア大学 (*Uniuersidad Peruana Cayetano Heredia*) 予防医学部の担当地区であり、Dr. Castro de la Mata (INSM副院長) 指導のもとに、地域保健所の精神衛生相談を通して、一種の地域精神衛生活動を行ってきた実績がある。これ

等の活動は、診断基準その他の点が未組織であるため、本調査には直接に有用ではなかったとしても、少なくともこの地区の実態を保健婦・看護婦から教示してもらい、かつ、調査実施には彼らの知己の力を通してより容易に行なえるという利点を有している。このような点から、調査対象地区としては、リマ市インデペンデンシア区が、ごく自然にえらばれた。

以上の結果、本調査は、リマ市の北辺にあたるインデペンデンシア区一般住民を対象とする、診断基準化を伴った精神科疫学調査ということとなる。また、この調査は一種の実態調査として行われるべきで、既成仮説の何かを証明するものではない。故に、この調査結果が、直接的な形で、本地区の精神衛生向上の具体的な指針を与えることは望めないとしても、一般的な意味で、精神衛生活動の基礎資料として大いに有用であり、かつ不可欠であることは、言をまたない。さらに、この調査結果が、ペルー国全体とは言えないまでも、この国で特異的に問題化している国内移民全般の実態へと一般化されうるならば、より大きな意義を含んでいると思われる。

### 3.2 診断基準と診断尺度（問診表）

現在、精神医学領域での全世界的な共通した疫病分類とその診断基準はまだ合意をみていない。このことは大変にこの分野を困難にしている一つの理由であるが、特に疫学調査またはフィールド・ワークといった分野では、その困難さを倍加させている。また、共通の疾病分類の欠如という事実は、ただ単に、精神障害の原因論が未確立というばかりではなく、その症候学もまた一般的なものは確立してないことも、含まれている。

しかし、近年この方面での努力は著しく、大体、WHOのInternational Classification of Disease (ICD-9)か、またはアメリカ合衆国精神医学会のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)に依存することが多くなっている。

この二者を比較すると、同様な思想を有しているとはいえ、ICD-9の方がより包括的または折衷的であって、既存のさまざまな疾病観、命名法を網羅的

にとりあげている。そのため、一つの調査のためには、ある一個の思想で一貫されたといえる DSM-III の方が、より有用と思える。さらに、DSM-III にはそのために開発されつつある診断尺度が存在していることも、大きな利点であった。さらに、診断判定の信頼性のために、より多くの努力が払われたものも、DSM-III であった。

DSM-III は、周知の如く、1970 年代の後半に北米全土で周到な試行がおこなわれ、その結果として、信頼性の高い診断基準を含んでいるといえよう。そして、1980 年に北米精神医学会 (APA) より公式に発表されると、わが国をふくめた諸外国でも大きな反響を呼びつつある。勿論、現在の精神医学の状況で完全なものは望むべくもないが、ある調査のための準拠としては十分に有用であり、かつ、将来、この分類が改訂された場合でも、その改訂過程に応じて、変換可能と思われる。

DSM-III は、いわゆる多軸評価法で、かつ一人の患者の実態を正確に記述しようという思想から出発している。その第 I・第 II 軸が直接の診断分類であり、第 III 軸は身体状態、第 IV 軸は心理社会的ストレスの強さをあらわしている。また第 V 軸は、過去 1 年の適応最高レベルの判定を記録する。さらに第 I・II 軸の次元では、現在状態の記載のため、重複診断がもちいられている。つまり、もし、患者が二つ以上の診断基準に適合している場合には、その全てを記載する (この場合主診断は第 I 軸におかれる)。今回の疫学調査の場合は、とりあえずは、第 I・II 軸の精神医学判定が問題となる。

さらに、もう一つの大きな理由は、国際技術協力の一環としての調査事業であるため、この分類がペルー国においても大きな注目をあび、その学習と訓練そのものが、一種の技術移転となりうることであった。

次いで、この DSM-III のために特に開発された問診表 DIS について触れる。

これは正式には、National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS) と呼ばれ、1981 年 4 月に Robins, L. 等により発表されたものであり、DSM-III 分類の他、1972 年にワシントン大学により開発された Feighner 分類、1978 年の Spitzer, R. L. 等による Research Diagnostic

Criteria (RDC) とに対応可能な問診表である。これ等三種の分類表は、それぞれ共通の源を有し、病因論的というよりもむしろ現象論的に精神障害を記述しているからである。さて、このDISは、Feighner分類、RDC分類の全て、およびDSM-Ⅲ分類の主要疾患をカバーするが、それは次表の如くである。(表3-1)

さらに、DISはただ単に現症のみでなく、それ迄の人生を通じての診断をも追跡しうるように層構造をなしている。また、これは精神障害者を対象とするのみではなく、一般人口をも対象とするように考案されている。そして、専門医のみならず、非専門家も約1週間の訓練で使用しうるように、厳密な使用規準がさだめられ、かつ問診フローチャートが準備されている。これは、約20年前のHome Interview Survey (Midtown Manhattan Study) やHealth Opinion Survey (Stirling County Study) などにも共通はしているが、これ等二者は、精神科診断を特定する機能は有してなかった。

さらに、その後の有名なPresent State Examination (PSE)問診表およびSchedule for Affective Disorder and Schizophrenia (SADS)問診表はRDCに基いたものであるが、やはり最終判定は精神科専門医に委ねられていた。

このように、精神科疫学調査のための道具としての問診表は、長期にわたって存在しなかったが、ワシントン大学グループの努力により、まずResearch Diagnostic Interview (RDI)がFeighner分類に関して開発され、これは現症のみならずそれ迄の既往歴をも含み、かつ精神科専門医以外の問診者にも使用可能な形で作られていた。これを北米精神衛生研究所(NIMH)の要請によりさらに発展させたものが、DISであり、多施設にてその信頼性および妥当性がすでに検討されている。

従って、DISは現在の所、一般人口にも適用し得る、かつ非専門家によっても使用可能な、またDSM-Ⅲと対応する最終診断をそのまま可能とする、疫学調査用の道具としては最適なものといわざるを得ない。これは、1981年度に第3版が作製され、われわれとしては、DIS第3版を本疫学調査のための道具として採用することに決定した。

このDISは、当然、自動診断用のコンピューター・プログラムを使ったものである。

但し、いかなる診断用の問診表もいまだ完全なものは実在していないことも事実であり、このDISにしても、さらに発展途上のものであることは、十分に考慮されねばならないであろう。ただ、多くの信頼・妥当・感受性の検定が行なわれ、十分に満足すべき結果をもたらしたものとは言いうる。詳しくは諸文献を参照とされたい。

さて、このDIS第3版は、全体で263項目の質問よりなり、平均して所用時間1～2時間を要する龐大なものである。この分割も考慮されたが、各質問項目がそれぞれに複雑に関連し合っていること、および一般健康人口では多くの跳躍が可能で時間の短縮がはかれること、などが考慮され、原型のままで使用することが決定された。ちなみに、コンピューター・カードにては12 Deckとなり、郵送用の便を考えて、回答書込用の11枚よりなるシートが考案された。回答は全て一定基準によりコード化されている。

なお、DIS自動診断プログラムは次のものを出力する重複診断である。

- (1) 確定診断 (Definit Riagnosis) — DIS問診範囲での、DSM-Ⅲの基準に適合した診断名で、DSM-Ⅲにある排除規定の主要なものは考慮されている。また、この診断確定に対応する症状が列挙される。但し、器質性脳症候群のみは、確定以外に可能性診断 (Probable Diagnosis) を出力する。これは、診断基準の満し方から、「多分」という程度の意義である。
  - (2) 症状あり診断 — 上記と同じだが、DSM-Ⅲの基準にはいたらないもので、被検者のもつ一種の傾向程度を意味するだろう。同じく症状が列挙される。
- 次に、問診内容の一端を示すため、このDIS中の恐慌性障害(Panic disorder)部分を表示する(英文)。(表3-2)

表3-1 DISコンピューター・プログラムより出力される診断名の種類

Table --Diagnoses Scored by DIS Computer Programs*			
	DSM-III	Feighner (Renard)	RDC
290.xx	Senile and pre-senile dementia	Organic brain syndrome	...
295.xx	Schizophrenic disorders	Schizophrenia	Schizophrenia
296.xx 296.3x 296.5x 296.6x	Major depression	Depression	Major depressive disorder
296.4x	Bipolar disorder, manic	Mania	Manic disorder
300.03	Panic disorder	Anxiety neurosis	Panic disorder
300.21 300.22	Agoraphobia	Phobic neurosis	Phobic disorder
300.29	Simple phobia	...	...
300.30	Obsessive-compulsive disorder	Obsessive-compulsive neurosis	Obsessive compulsive disorder
300.40	Dysthymic disorder	...	...
300.81	Somatization disorder	Hysteria	Briquet's disorder
301.70	Antisocial personality disorder	Antisocial personality disorder	Antisocial personality
302.7x	Psychosexual dysfunction	...	...
302.00	Ego-dystonic homosexuality	Homosexuality	...
302.5x	Transsexualism	Transsexualism	...
305.0x	Alcohol abuse	...	...
303.9x	Alcohol dependence	Alcoholism	Alcoholism
305.1x	Tobacco use disorder	...	...
305.2x	Cannabis abuse	...	...
304.3x	Cannabis dependence	Drug dependence	...
305.3x	Hallucinogen abuse	...	...
305.4x	Barbiturate abuse	...	...
304.1x	Barbiturate dependence	...	...
305.5x	Opioid abuse	...	...
304.0x	Opioid dependence	...	...
305.6x	Cocaine abuse	...	...
305.7x	Amphetamine abuse	...	...
304.4x	Amphetamine dependence	...	...
...	Other drug abuse	...	...
...	Other drug dependence	...	...
307.10	Anorexia nervosa	Anorexia nervosa	...
312.31	Pathological gambling	...	...

\*DIS indicates the Diagnostic Interview Schedule; Feighner, Feighner criteria (Renard Diagnostic System); and RDC, Research Diagnostic Criteria.

†The diagnosis can be made at both "definite" and "probable" levels.

‡The diagnosis can be made with or without a pre-emptive diagnosis.

§Some or all of the symptoms appear in the DIS Supplement.

表 3 - 2 DIS問診表の一部

61. Have you ever considered yourself a nervous person?

No .....(GO TO Q. 62)..... ①  
 Yes .....(ASK A)..... ②

A. At what age did this nervousness begin? (IF R SAYS "WHOLE LIFE": CODE 02)

ENTER AGE & GO TO Q. 62.   ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨  
 ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱

INTERVIEWER: IF "DK" AND R IS UNDER 30: CODE 01  
 IF "DK" AND R IS 30 OR MORE: ASK B

B. Do you think it began before or after you were 30?

Before 30 .....(RECORD "01")  
 After 30 .....(RECORD "95")  
 Still DK .....(RECORD "98")

62. Have you ever had a spell or attack when all of a sudden you felt frightened, anxious or very uneasy in situations when most people would not be afraid?

DECK

① ② ③ ④ ⑤

MD: \_\_\_\_\_ SELF: \_\_\_\_\_

INTERVIEWER: DID R TELL MD (CAUSE WRITTEN ON MD LINE IN Q. 62)?  
 NO ..... ①  
 YES ..... ②

INTERVIEWER: IF Q. 62 IS CODED "1," SKIP TO Q. 68.  
 ALL OTHERS, ASK Qs. 63-67.

63. During one of your worst spells of suddenly feeling frightened or anxious or uneasy, did you ever notice that you had any of the following problems? During this spell: (READ EACH SYMPTOM AND CODE "YES" OR "NO" FOR EACH. REPEAT THE PHRASE "DURING THIS SPELL" FOR EACH.)

NO YES

- A. were you short of breath—having trouble catching your breath? ..... ① ..... ②  
 B. did your heart pound? ..... ① ..... ②  
 C. were you dizzy or light-headed? ..... ① ..... ②  
 D. did your fingers or feet tingle? ..... ① ..... ②  
 E. did you have tightness or pain in your chest? ..... ① ..... ②  
 F. did you feel like you were choking or smothering? ..... ① ..... ②  
 G. did you feel faint? ..... ① ..... ②  
 H. did you sweat? ..... ① ..... ②  
 I. did you tremble or shake? ..... ① ..... ②  
 J. did you feel hot or cold flashes? ..... ① ..... ②  
 K. did things around you seem unreal? ..... ① ..... ②  
 L. were you afraid either that you might die or that you might act in a crazy way? ... ① ..... ②

64. How old were you the first time you had one of these sudden spells of feeling frightened or anxious? (IF R SAYS "WHOLE LIFE": CODE 02)

ENTER AGE & GO TO Q. 65.   ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨  
 ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱

INTERVIEWER: IF "DK" AND R IS UNDER 40: CODE 01  
 IF "DK" AND R IS 40 OR MORE: ASK A

A. Would you say it was before or after you were 40?

Before 40 .....(RECORD 01)  
 After 40 .....(RECORD 95)  
 Still DK .....(RECORD 98)

### 3.3 社会心理調査

ペルー国の社会心理特性の現状を研究し、その目的に合うように、試行錯誤の上、次にかかげるような資料表が考察された(表3-3)。

その上段は、世帯全部に共通な社会条件(上・下水道の有無、電気供給の有無、等)であり、下段はその世帯構成員各人についての特性(性、年齢、学歴、職業、等)である。これらもまた、コード化されている。

この資料表の内訳を各項目毎に示したものが、表3-4である。このうちで特に説明を要すると思われるものを、下記に記する。

#### 社会心理調査表 A

- 4-5: 地区番号 — これは、1981年の国勢調査に使用した地区番号で、地図(図3-1)に示されている。かつ、この図で、Avenida Tupac Amaru沿い、及び南部方向、即ち、地図では左方沿い及び下方に従って、一見して、富裕または安定した生活をすでに確立した住民が住んでいる。これは、当地区への移住年数に比例しているのもであって、当地区はまず南西部より、移住民が住みつき出し、次第に北部へ、かつ東部へと、拡って行ったからである。
- なお、東部は砂漠の丘陵地帯となり、直接的にアンデス山脈に連なっている。
- 6: 建築材料 — このうち、コード「3」で表示されている「その他」とは、紙、木、エステラス(一種の藁)、ブリキ等で最下級の建築材料を意味していて、移住直後の小屋である。次いで、赤土を焼いたアドベ煉瓦を用いた小屋となり、さらに日時をかけて生活が安定するに従って、コード「1」のセメント又はブロック造りの家となる。
- 8: 部屋数 — これは、問診者間での意見不一致が多少予想されるが、台所なども一部屋と数えられ、かつ、エステラスの仕切りで区切った部屋も一部屋と数えられるので、生活条件を直接反映しているとはいえない。
- 9、10、11: 上下水道・電気 — この地区は、いずれも不法侵入による移住であり、後に政府が追認するに従い、まず電気が、ついで上下水道が供給される。これは、工事の難易度による順序である。同時に、この順序で、生活の安定度が間接的に示されるであろう。





表3-4 社会心理調査表内容A(家)

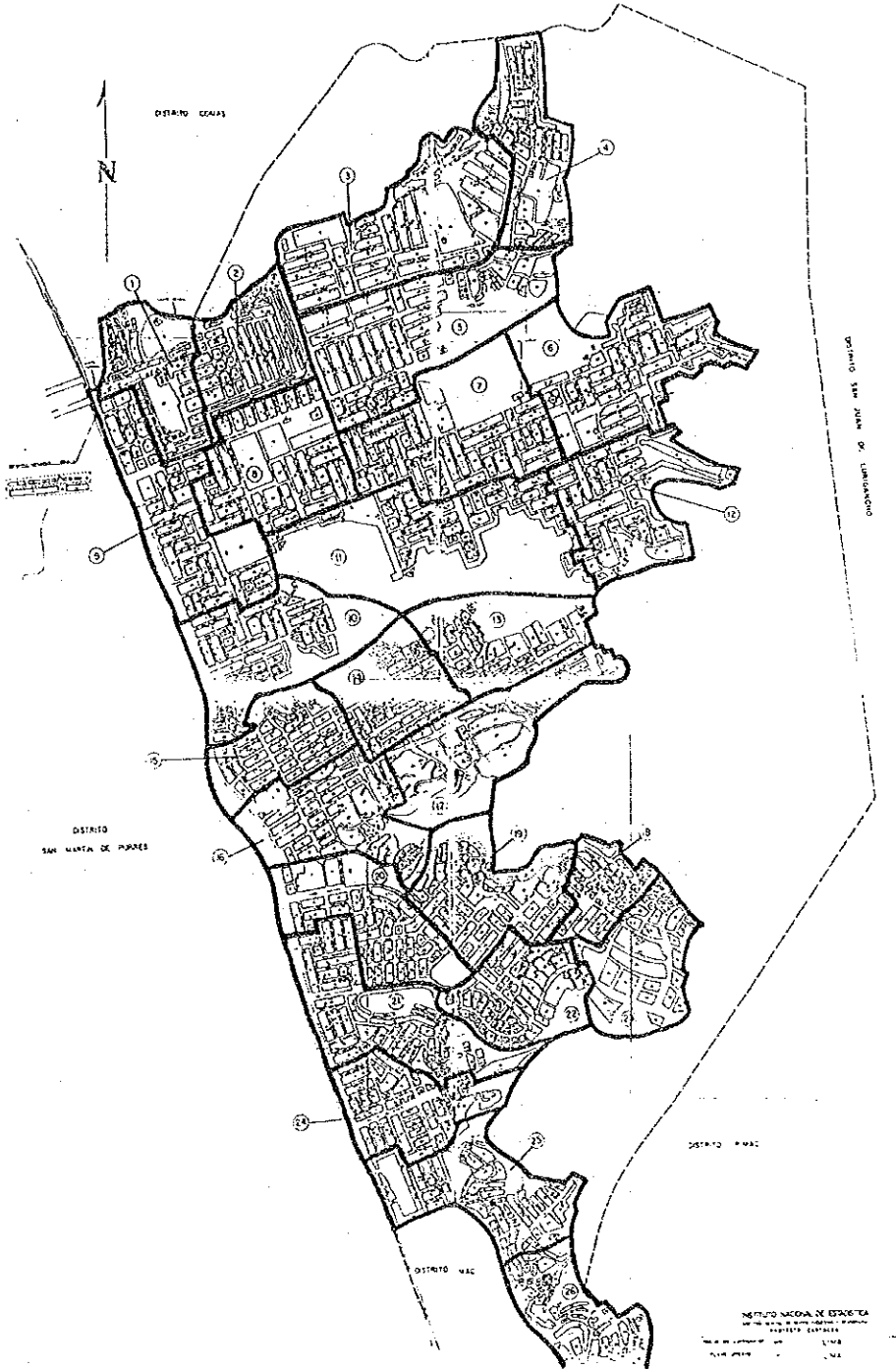
Col.	内 容	コ ー ド
1-3	ID番号 (疫学サンプルと同一)	001-999(総数808)
4-5	地区番号(国勢調査)	01-25
6	建築材料	1=セメント、ブロック(上) 2=アドベ(中) 3=他(紙、木、エステーラス、ブリキ等)(下)
7	訪問回数	実数(～6位)
8	部屋数	実数(9=9以上)
	<設 備>	
9	上水道	1:アリ、2:ナシ
10	下水道	1:アリ、2:ナシ
11	電気	1:アリ、2:ナシ
12	所有形式	1:自己所有(必ずしも金持ではない) 2:借家、3:他
	<電気製品等>	
13	テレビ	1:アリ、2:ナシ
14	ラジオ	1:アリ、2:ナシ
15	冷蔵庫	1:アリ、2:ナシ
16	シンク	1:アリ、2:ナシ
17	自動車	1:アリ、2:ナシ
18	居住家族数	0:不明、1～8:実数
	<Social Support>	(家族が病になった時)
19	公立病院に行く	1:ハイ、2:イイエ
20	私立開業医に行く	1:ハイ、2:イイエ
21	民間ヒーラーに行く	1:ハイ、2:イイエ
22	近所の人が面倒みる	1:ハイ、2:イイエ
23	親類 "	1:ハイ、2:イイエ
24	その他の人 "	1:ハイ、2:イイエ
25	Kish Table	A～H

社会心理調査表B（家族構成員）

Col.	内 容	コ ー ド
1 - 3	ID番号 (疫学サンプルと同一)	001~999 (総数808)
4 - 5	家族順番(男・女)	01~99 (20以下位)
6	姓(親と子の関係)	0:不明 1:両親と一致 2:父と一致、継母ナシ 3: "、継母アリ(父の連れ子) 4:母と一致、継父ナシ 5: "、継父アリ(母の連れ子) 6:子ではない
7	家族関係 (家長に対し)	0:不明 1:家長(父)(家長とは、男に限る) 2:家長の妻(家長ない時もある) 3: " 又はその妻の子 4: " " 親 5: " " 兄弟 6: " " 孫 7: " " 甥、姪 8: " " 親類 9:他人
8	常住している <居住年数>	0:不明、 1:ハイ、 2:イイエ
9 - 10	この家での居住年数	0:不明、 1~:実年数
11 - 12	リマでの居住年数	0:不明、 1~:実年数
13 - 14	出生地	0:不明、 1~25(県)、26(外国)
15	教育レベル	0:不明、 1:ナシ 2:小学校(7~12才) 3:中学校(12才~17才) 4:高等教育

Col.	内 容	コ ー ド
	< 言 語 >	
16	スペイン語	0 : 不明、 1 : 出来る、 2 : 出来ない
17	{ ケチュエ語又は アイマラ語(プーノ近辺)	0 : 不明、 1 : 出来る、 2 : 出来ない
18	その他	0 : 不明、 1 : 出来る、 2 : 出来ない
	< 労 働 >	
19	前週の仕事	0 : 不明 1 : 仕事した 2 : 仕事しなかった 3 : 勉強 4 : 家事 5 : 収入あり(家賃、年金、等) 6 : 他(老人、子供)
20	職 業	0 : 不明 1 : 労働者( obrero ) 2 : 事務職( empleado ) 3 : 独立業者(一人だけでやる、行商、等) 4 : 事業主(雇用者) 5 : 家事(家族の高売手伝いも含む) 6 : 下男下女(他の家で)
21	性	0 : 不明、 1 : 男、 2 : 女
22 - 23	年 令	0 : 不明 1 ~ 実年令
24	被問診者	0 : イイエ 1 : ハイ(1家に1人のみ)

図3-1 インデペンデンシア区調査地区番号



- 12：所有形式 — 政府追認に従って、名目的な値段（即ちただ同様）で占有地が払い下げられるので、自己所有は必ずしも富裕を意味しない。
- 13 - 17：耐久消費財の所有 — このうち最も高価なものは、自動車、ついで冷蔵庫、テレビ、ミシンの順で、ラジオは最も普及している。但し、自動車の一部は、タクシー業者の業務用のものもあり、これは富を意味しない。ミシンも業務用のものである場合がある。
- 18：居住家族数 — 一種の伝統的な大家族制を保ちつづけているため、同居者や同居世帯と基礎世帯との区別が困難であるため、混同がおきやすい。
- 19 - 24：社会的サポート — これは、もし家族に病人が出た場合の支持組織についての調査項目である。私立開業医は公立病院よりも内容は優れているが、費用も高い。民間ヒーラーとは、一種の巫術師であり、かなり高率に使用されているらしいが、その実態は把握し難い。

#### 社会心理調査表B

これは世帯構成員についての調査項目である。

- 6：姓 — 現地はスペイン語圏特有の名付け方をしているため、父系と母系の二つの姓を名乗る。この姓の特徴から、親子関係が分り、そこから、この家庭がかって崩壊経験があるか否かを推測しようという目的を持っている。私生児や離婚、家庭崩壊は、現地では古くから伝統的に多いことが経験から知られている。しかし、正面からの質問に対しては、むしろ嘘偽の返答が予想されるため、このような工夫がなされた。
- 7：家族関係 — やはり大家族制であるため、家族内構成の実態把握のための調査項目である。「家長」の定義は、成人男子でその家族を代表するもの、とされている。この定義は、確かに漠然としたものではあるが、現地の国勢調査統計などに用いられているものであり、致し方ない。さらに、もし、男性家長の欠損している場合には、「家長の妻」の項がそれにとり代る。婚外婚も多いので、この結婚は、実体を意味し、法的なものとは限らない。
- 8：常住しているか否か — これも特異項目であるが、現地事情を考慮して、必要となる。即ち、常住はしていないが、家族の主要メンバーであることが

あり得る（例えば、事実上の一夫多妻的家族におけるように）。

9-10 この家での居住年数

11-12：リマ市での居住年数

）ともに国内移住者のための項目である。

さらに年令との関連をみれば、移住者かその二世か、等が推測できる。

13-14：出生地 — 行政上の県名（図1-1参照）。

15：教育レベル — 小学校が義務教育（5年制）である。文盲も推測しうる。

16-18：言語 — 老令のインディオ系人口が完全にスペイン語を話すか否かの問題はある。しかし、DIS程度の内容なら、当地医師団の経験では、スペイン語が十分に通用すると思われる。伝来語のケチュア語、アイマラ語は、大体出身地によるものであり、必ずしもインディオ系人口を意味しない。

19：前週の仕事 — やはり現地事情から、職業は一定しているが、失業中もしくは正規な就業ができない不規則就労が多いため、この項目が設定された。実際、このような社会での「失業」の定義は、大変困難である。

20：職業 — 社会階層別に考えると、事業主（雇用者）と事務職とは上に、労働者と独立業者（自分一人だけでやる職業、例えば行商人）が中、下男下女が下と考えられる。これは、収入の面のみではなく、生活の安定度からも同様に考えられる。

### 3.4 対象人口の概観

地図（図3-2、3-3）に示す如く、リマ市の北西端の一区である。地理的には、リマ市中心部（下町）より、アンデス山脈から発しリマ市を縦断し太平洋に流れるリマック河をへだてた地区で、この一帯は、新開地兼郊外工場地帯となっている。

リマ市中心部（下町）は、中央政府機関（大統領府、国会、最高裁判所、等）や、この国最大最古の大学（国立サン・マルコス大学）等が存在する一帯であり、南部ヨーロッパ風の教会堂や銅像を中心とした広場から放射線状に道路が発し、コロニアル風の三・四階建の家並みがならぶ町である。即ち、かつては南米でも有数の整った都会であった。しかし、現在は、貧民街となり、治安も





図3-3 リマ市インデペンデンシア区図



極めて悪く、スリの類いの危険が満ちている。故に、この国の有力私企業の事務所や富裕居住地などは次第に南方の海岸に近い所の一画に移転しつつあって、南米特有の行商人などの溢れる社会下層階級の労働者達の居住地となっている。この傾向は、第二次大戦後のものであり、特に15年前の軍事政権下の経済悪化に伴ない加速度的に、貧民街化の様相を呈してきた。

さて、南米各国で共通して見られる最近の国内大量移住の結果、新市民はこのリマ市中心部のリマック河向こうの一带に、主として不法侵入の形で住みつくのであるが、1～2年経過すると、国はその居住を正式に認め、名目的な価格にて住みついている不法侵入地(国所有地)を払い下げ、町名を付し、かつ道路を整備し、電気、ついで上下水道を供給することとなる。このようにしてリマ市の新人口はこの一带に次々と新しい地区(Distrito)を作って行った。

このインデペンデンシア(Independencia)区も、1961年の国勢調査時には、存在せず、人口も皆無であった。その後、上記のようにして新しい町(Pueblos Jovenes)として次第に作りあげられ、1972年6月の国勢調査時には、表3-5の如く109873人の住民を数え、行政上も「区」として認められるに到り、最新の1981年7月の国勢調査(暫定結果)では、138987人を算するリマ市中でも大きな区となった。

ここを地勢的にみると、地図のように、市中心部より続く大通り(Avenida Tupac Amaru)沿いの北部に広がり、この大通りからみて南東部より北西部にかけて、大凡三つの区域に分かれる。それらは、エルミターニョ(Ermitaño)、インデペンデンシア(Independencia)、タワンティンスーヨ(Tawantinsuyo)地区と名付けられる。そして、この三区域の間は、それぞれ砂漠の丘陵によって分けられ、これらの丘陵はさらに北西部に高く広がる。つまり、丘陵の間の三つの谷間に、次第に丘に上りながら、大通りから北東方向に人口が住みついて行ったものである。

この区の南隣のサン・マルティン・デ・ポラス(San Martin de Porras)は、大通りを隔てて広がる大区であるが、これまた、かつての移住者の町である。しかし、現在では、既に立派な住宅となり、かつ工場などを有し、道路は

表 3-5 リマ首都圏の人口(郡および区別)

POBLACION DE LIMA METROPOLITANA, SEGUN  
PROVINCIA Y DISTRITO  
Censos Nacionales de 1961, 1972 y 1981

PROVINCIA Y DISTRITO	POBLACION CENSADA		
	4 de Junio 1961	4 de Junio 1972	12 de Julio 1981
LIMA METROPOLITANA	1 845 910	3 302 523	4 608 010
PROV. DE LIMA	1 632 370	2 981 292	4 164 597
Dist. Lima	338 918	354 292	371 122
Ancón	3 802	5 581	8 425
Ato	78 578	60 542	145 504
Breña	99 810	110 202	112 398
Carabaylla	42 270	27 847	52 800
Chaclacayo	9 363	21 390	31 592
Chorrillos	32 376	90 618	141 881
La Victoria	204 926	265 636	270 778
Lince	82 393	83 064	80 456
Lurigancho	32 561	51 366	65 139
Lurín	6 171	12 789	17 331
Magdalena del Mar	55 737	56 886	55 535
Magdalena Vieja	68 560	78 155	83 985
Miraflores	88 446	99 804	103 453
Pachacamac	11 726	4 534	6 780
Puente Piedra	8 370	18 861	33 922
Rímac	144 320	172 564	184 484
San Isidro	37 925	63 296	71 203
Barranco	42 449	49 091	46 478
San Miguel	23 233	63 139	99 221
Santiago de Surco	48 558	71 954	146 636
Surquillo	71 540	90 111	134 158
San Martín de Porres	97 040	230 813	404 856
Pucusana	1 700	2 835	4 104
San Bartolo	952	1 458	2 913
Punta Hermosa	301	908	1 010
Punta Negra	345	744	553
Comas	-	173 101	283 079
Villa María del Triunfo	-	180 959	313 912
La Molina	-	5 951	14 659
Santa Rosa	-	217	492
Jesús María	-	84 128	83 179
Independencia	-	109 873	137 722
San Juan de Miraflores	-	106 755	165 765
El Agustino	-	117 077	167 771
San Juan de Lurigancho	-	86 173	259 390
San Luis	-	24 007	57 269
Cieneguilla	-	2 527	4 546
PROV. CONST. CALLAO	213 540	321 231	443 413
Dist. Callao	163 702	198 573	264 133
Ballavista	43 929	39 724	67 521
Carmen de la Legua Reynoso	-	26 043	38 568
La Perla	-	33 410	47 225
La Punta	5 909	6 697	6 264
Ventanilla	-	16 784	19 702

Fuente: Censo de Población y Vivienda de 1961, 1972 y 1981.

大体全て舗装された中級程度の区域である。北隣のコマス(Comas)区およびサン・ファン・デ・ルリガンチョ(San Juan de Lurigancho)区は、やはり、新移住者の地区であり、特に後者はさらに貧しい地域であるといえる。南東のリマック(Rimac)区は、サン・マルティン・デ・ポラス区と同じ程度の古さをもつ新開地であり、かつては、上記一帯は、行政上の区画をもたず、ごくあいまいに、リマック区の一部として扱われてきたようである。このリマック区とインデペンデンシア区との境目に、大通り沿いに、国立工科大学があり、これは、第二次大戦後の新設の大学で広大な敷地とかなり近代的な建物とを有している。

なお、INSMおよびそれに隣接するカイエターノ・エレディア(Cayetano Heredia)大学、カイエターノ・エレディア(又はリマック)総合病院等は、このサン・マルティン・デ・ポラス区のインデペンデンシア区寄りの一面にある。

さて、このインデペンデンシア区的一般概況であるが、工科大学近辺はかなり古い町であり、これは新移住者の町とはいえず、下町の延長の貧民街という感じである。これに反し、上記の三地域は、それぞれが最近の15~20年位の移住者によって作られた町であり、トゥバック・アマル大通りに面する部分は、既に、ブロック壁の中・下層の住宅や、それらに相応する貧しいながらも雑貨屋などの商店街がひろがる。しかし、これもタワントンヌーヨ区域に行くに従い、貧しさが加わるが、これは移住後の年月の新しいことを示しているといえよう。さらに、各地域で、大通りから丘陵(つまり北東部)に行くに従い、区画はされているが、道路には舗装はなく、住宅も半分ブロック、半分は板や藁に似た布、などで作られてくる。また、ブロックの代りに、赤土を固めた一種の簡易練瓦であるアドベを積んだだけの家もあり、屋根を持たない住宅も多い。ただし、リマ市は降雨量が極端に少ないので、これでも良いのであろう。家の内部は、やはりアンペラ様の藁布で仕切ったり、または、程度の良い場合は、板・ブリキ・アドベなどの材料で仕切った空間がある。これ等が「部屋」である。さらに、一部には、全く外壁もエステーラスの藁布で囲っただけの家、崩れた工場様の旧軍施設の跡に住みついた家などもある。

土地は、ペルー国海岸の常であるが、本来は砂漠であり、埃が舞う。従って、

植木は非常に少ない。

上下水道の有無は、今回の調査結果をみてみたいが、無い場合は、古びたドラム缶に給水車が運ぶ水を貯えて使用する。給水用の水は、公私（主として私企業）のトラックによって運ばれてくるが毎日ではない。電気の供給のない地域も多く、街路に電灯線や街灯がある場合でも、殆どこれらは電気を運ばない。つまり、市が財政上可能な時に造設しておき、将来電力供給が可能になった場合に使う目的のものも、多いわけである。

住民の殆どは、単純労働者、自分たち仲間で作った小規模バス会社の運転手、タクシー業、行商人、靴屋、洋服屋、細工物屋、その他の下層労働に従事している。また、女性は、リマ市南方の中流家庭に下女として住みこむことも多い。さらに、大量の失業者または潜在失業者が存在していることは、論をまたない。

しかし、一方では、リマ市の大学生のかなりの数がこの地区の住民であることから、移住民のなかでも努力次第で余裕のある生活を築きあげ、子弟を教育している者も出ているわけである。一方、この地域は、警察力のきわめて脆弱な一帯であるため統計は不備であるが、かなりの犯罪も発生し、かつ、犯罪者の逃亡地ともなりうるであろう。また、リマ市旧市街出身者でも、主として経済的窮迫の理由から、この新開地帯に移り住む者もいる。故に、この一帯を単純に国内移住者のみの集落とも言えず、またその代表的存在である、いわゆる新人口プエブロ・ホーベンの町とも言い切れない。さらに、国内移住者でも古い移住者は当然子孫を生み、これら二世たちは、リマ市生まれというわけである。

いずれにせよ、この区は、新旧の国内移住者たちを中心として、社会的に恵まれない人々たちの住宅地とは言え、かつ、このような地区は現在ペルー、特にリマ市の周辺区では非常に多い、といえる。その代表的一例と考え得る。

国内移住者は、既述のように、山間地帯や密林地帯の出身地から、直接にリマ市に移住するわけではなく、近くの地方都市郊外にまず移住し、何度かこの過程をくり返して、リマ市郊外に達することが多い。

その実情については、公認の記録はない。なぜなら、主として、不法侵入の

形をとるからであろう。しかし、種々の見聞から、大体以下のようなものであろうと想像される。夜間、数家族～数十人からなる一群が、トラックなどに乗り、公有地に侵入し、その夜のうちにアンペラ風材料(エステーラス)と材木などで、応急の小屋囲いを作る。これに続く夜、さらに何人かが合流する、等。このようにして出来た一画は、大体が田舎での同一部落に属するものが多い。彼らの元来の職業は多く農業であろうが、途中の経路では、さまざまな職業を経たに違いない。また、故郷出工期か、その途中で、元来がゆるやかな家庭観を有していたが、多くの家庭の崩壊と、新しい家庭の新形成(男女の結合)を経験することも多かったであろう。また、伝来の大家族主義は、血縁のみならず地縁者をも含むであろう。

このようにして移住し、未だに国内至自治体から公認されない人々は、新人口(ブエプロ・ホーベン)と特に呼ばれる。彼らの生活は、旧来の故郷での農業的・伝習的・前近代的な風習を維持し、しかも、中途での崩壊に類した生活形態をも併せもつであろう。つまり、一応近代的に整備されなければならない近代文化組織との混乱である。この途次、飲酒、薬物乱用(特に粗製コカイン・パスタ)なども起きるのである。ある種の一群は、粗暴な特徴をもち、日中警察官すらも立ち入りをさせている。軍事政権下にこのような大集団を、軍隊の力をもって、さらに郊外に整地された広い土地に強制移住せしめた事件があった。

より良き生活水準、職業機会を求めたこのような移住は、現在の貧困な全般的社会環境では、十分な職業にもめぐり会えず、ますます混乱した生活をもたらすであろう。アンデスの山間部では、塵芥、糞尿の処理も野生の生活であったであろうし、この習慣が一応大都会の近郊においても持ちこまれる。この一帯の大通りには、悪臭の漂う塵芥の山と化すこともある。しかも、一種独特の自然発生的自治クラブ(山間での隣組様のもの)をも、伴うであろう。

大都会は、同時に、いかに貧困でも、様々な近代化の誘惑がある。それらはテレビジョンを通しての享樂的な北米の生活風景や物質文明のイメージを与え、映画館は映画という娯樂を与える。

この区には合計5ヶ所の保健所 (Centro de Salud)があり、これ等は厚生省の保健行政のネットワークに乗せられている。数名の看護婦と1～2名の医師からなり、主たる業務は、天然痘その他の予防注射、周産期の指導、腸チフス等の伝染病対策、さらに結核対策等である。その貧弱をきわめる保健所の一隅が、廊下を仕切ったようなかたちで、精神衛生相談室にあてられ、看護婦が1～2名あり、週に1回程度の割で、精神科レジデント・レベルの医師が巡廻する。しかし、この地の習慣として、業務は午前中のみで、または午後も早い時間で、終了してしまう。精神衛生の主たる相談は、児童の行動異常(学習困難や夜尿等)が中心となる。また、アルコール乱用の相談もある。

医療保健領域では、さらに特記すべきことは、民間ヒーラー (Curandero) の存在である。これらは、旧来の伝習通り、加持祈禱を行い、巫術を行ない、薬草を煎じる等の治療を行なう。これもまた詳しく統計的な調査はないが、多くの住民にとって、最初の疾病発見者は彼らである場合が多いとも言われている。

精神衛生の需給に関し、その需要については、正確な知見は今迄に存在していない。経験的には、一般に、抑うつ・社会恐怖の類型の精神障害、短絡的衝動的なヒステリー型反応、アルコール・薬物乱用、児童の学習困難、行動異常(学齢期での夜尿等)などがあげられる。これに対し、精神科サービスとしては上記の保健所活動(家庭訪問を含む)と、地区基幹総合病院であるカイエターノ・エレディア病院精神科外来の活動のみである。前者は、その時々を担当職員の熱心さ、その他によって、取扱い相談件数は大きく異なるが、合計1万件(年間)程度と思われる。また、後者も1万件(年間)程度の診療と思われる。病床必要症例は、リマ市に存在する他地区の二病院(ラルコ・エレラ病院、エルミリオ・バルデイサン病院)に移送される。当区での発生件数についての正確な統計は、存在しない。何れにせよ、上述の人口特徴からみて、不適応問題、習慣の相違、反文化の問題、文化摩擦等のストレス要因が予想されかなり高度、かつ特殊な、精神衛生上の諸問題をはらんでいることが想像される。

## 第4章 調査の実施

### 4.1 実施計画

下記の如く、項目別に計画を列記する。

#### 4.1.1 問題の定義と目的

- (1) 規準化された診断(DSM-Ⅲ)のための構造化された問診表(DIS 第3版)を家庭訪問により、直接用い、インデペンデンシア区の一般人口の精神障害(発生)率を推定する。
- (2) 上記人口での精神衛生的な一般的特徴を推測する。
- (3) 上記人口の人口特性を確定し、その心理社会的要因と精神障害との関連を推定する。
- (4) INSM研究所の活動の最大限の効率化をはかるための需要予測を主目的とする。付带的には、他社会(北米等)との比較、または開発途上社会の都市化(国内移住)現象の一例の基準化された精神科疫学調査として、広く学界に寄与する。

#### 4.1.2 標本

##### (1) 対象人口

リマ市インデペンデンシア区に常住の形式で生活する一般成人(18才以上)。

##### (2) 標本型式

1家屋に1人とする。当区に存在する家屋群(Srgmento又はManzana)を先ずサンプリングし、その1家屋群より1家屋をサンプリングし、かつ、その1家屋に居住する構成員より1人をサンプリングする(三段階ランダム・サンプリング)。

##### (3) サンプリング法

1981年の国勢調査の暫定結果では、当区には、2,596家屋群(セグメント)が存在する。また、20,632家屋が存在する。故に、1家屋群は平均8家屋から成る。これ等2,596家屋群より23.6%の家屋群を3家屋群毎に



逐次的に選択する。この各家屋群より1個の家屋を単純ランダム・サンプリングにより乱数表を用いて選択する。(ペルー国立統計院の協力による)この1軒の家屋の中に住む構成員より、キッシュ選択表Kish Table(8種類)(表4-1)を用し、逐次的に男女別にこの表の選択順に従って1人の特定の人物を選択する。(この段階は、調査員が実際に家庭を訪問した段階にて行われる)。

表4-1 キッシュ選択表要約

Proportions of Assigned Tables	Table Number	If the number of adults in household is:					
		1	2	3	4	5	6 or more
		Select adult numbered					
1/6	A	1	1	1	1	1	1
1/12	B1	1	1	1	1	2	2
1/12	B2	1	1	1	2	2	2
1/6	C	1	1	2	2	3	3
1/6	D	1	2	2	3	4	4
1/12	E1	1	2	3	3	3*	5
1/12	E2	1	2	3	4	5*	5
1/6	F	1	2	3	4	5	6

TABLE Summary of Eight Tables Used for Selecting One Adult in Each Dwelling

#### 4.1.3 調査票

##### (1) 精神科問診表

DSM-III用に開発されたDIS第3版。

##### (2) 社会心理調査票(表3-3)

対象人口の社会心理要因を最も効果的に測定すべく独自に考案された調査票を用いる。これは、(A)家屋に関する部分 — その家庭全体の社会経済条件の調査用、と(B)構成員に関する部分、とに分けられる。

#### 4.1.4 調査員

##### (1) 調査員グループ

当区の保健所の看護婦、心理技術者（第1グループ）。サン・マルコス大学看護学院生徒（第2グループ）、クリニカ・デ・デア病院のパラメディカル職員（第3グループ）。

##### (2) 調査員訓練

北米カリフォルニア州立大学ロサンゼルス校（UCLA）医学部精神科教授によるビデオ・テープ使用のセミナーにて訓練。さらに、インターレータ・マッチング・テストを行ない調査員を選抜する。さらに必要に応じ、再訓練を重ねる。

#### 4.1.5 妥当性テスト

他に、疫学調査とは別に、7個のペルー国で最も頻度の多い診断名疾患を選び、各々DSM-IIIによる診断と臨床診断を付し、各10名の実在患者のDISによる問診を行なう。これ等は、自動診断と臨床診断の一致度を見て、DISまたはその背後にあるDSM-III自体のペルー国での妥当性(Validity)を検討するためのものである。

#### 4.1.6 信頼性テスト

特に行なわない。DISの北米各地その他での大規模テストをもって、この問診表自体のDSM-III診断基準への信頼性は一応保証されたものと見なす。

#### 4.1.7 調査方法

調査員の家庭訪問による。もし対象特定人物の不在の時は、家庭訪問を繰返す。また、特定家屋の不存在の場合は、自動的に次番地の家屋を選ぶ。調査員は、INSM、厚生省および日本技術協力チームの説明書を持参する。スクリーニング調査は行わず、直接DIS問診をする。

#### 4.1.8 調査スーパービジョン

INSMの4人の医師と、日本技術協力チームとが当る。この4人の医師名を下記に挙げる。

Dr. Alberto Perales C.

Dr. Roberto Llanos Z.

Dr. Dante Warton G.

Dra. Cecilia Sogi U.

#### 4.1.9 実施時期

##### (1) 準備期

1981年1月より4月

##### (2) 実施時期

1981年5月より9月15日迄

#### 4.1.10 解析

##### (1) DIS妥当性

DIS用の分析コンピューター・プログラム使用。

##### (2) DIS疫学調査

同上。及び、集計、その他必要な数理的解析。

##### (3) 社会心理調査

単独・クロス集計等にて人口特性を推定。また、DIS結果との相互関係にて、精神障害と社会心理要因との関連を推定。

## 4.2 DISペルー版

DIS第3版は、1980年に開発されたが、前出のUCLAより学術協力の一環として、独自に訳出したスペイン語版を提供して頂いた。これを、ペルー国の実状に沿うよう幾分か表現を改め、英語への逆翻訳のチェックを行なった。この間、終始、上記UCLAと密に連絡を行なった。

このDIS第3版ペルー版は、学術上の必要に応じ、現地にて、ステンシル印刷を行った。この作業は、多大の労力を必要としたが、学術面では、日本技術援助チームの指導で、スーパーバイザーになった4名のペルー国上級医師が主として行った。また同時に、DIS操作マニュアル(Question to Question of DIS)その他の必要資料も、独自にスペイン語訳を作成した。(本文は、各70頁前後に及ぶので、省略)

### 4.3 訓練と問診(調査)者間信頼性

DISは使用に関しては、一定の規則通りに行わないと、その目的を達することが出来ない。そのため、実施計画に記したように、まずスーパーバイザー医師達とち密な打ち合わせを行った後に、使用マニュアルを翻訳した。その間、1981年1月には、UCLAより心理専門家(Dr. Cynthia Telles)の来訪があり、北米にて行われるのと同じのDIS使用セミナーを開催した。

調査員は、必ずしもこのセミナーに出席はしなかったが、実施計画に従って希望者をつのり、数回にわたり個別のグループ訓練を行った。また、問診者間信頼性も問題となり、同一患者についての問診を80%の一致度によって合格とした。その結果は、下記の通りであった。

調査員総数58人。2回の信頼性チェックの結果、全員が90%以上の一致度にて合格、選抜された。

故に、各スーパーバイザーは16~17人の調査員を受け持ち、各調査員は15名前後の調査を受け持つこととなる。しかし、終局的には、途中でのさまざまな事情により、この調査員集団のうち実際に実施に当たったのは15~20名程度となり、さらにこのうちの9名の者が中核的な働きをなした。また、途中で数回の再訓練が小グループで行われた。

### 4.4 サンプルング

最善な方法は、1981年7月の全国国勢調査の正式結果を入手し、一種の層別化を主として社会経済面で行ない、ランダム・サンプルングを行う方法であった。しかし、これには上記国勢調査後の分析が間に合わず、不可能であった。

次善としては、UCLAのDr. Hough, R.L. の推唱による、立体航空写真による視覚的な層別化であった。これは社会資料の乏しい地域での調査のために開発された方法である。しかし、航空写真のための費用が渾大であったため、この方法は放棄された。

そのため、日本技術協力チーム及びスーパーバイザー達が、現地を大体隅なく視察したが、その結論は、特殊例としては、貧富に大きな差異を家並みに見

せるとしても、外観上は、大体が似た状況を示していると判断した。このため、現地写真を数多く収集し、何度か討論し、かつ、UCLAの意見を求め、層別化を行なうことなく、ランダム・サンプリングをすることが現実的との結論に達した。この意見は、カイエターノ・エレディア大学社会科学科(Dr. Montoya)によっても支持された。

ペルー国立統計院の援助により、上記実施計画通りの手順で調査家屋を選出した。その資料(小地図)の一例を付す(図4-1)。

しかし、実際実施してみると、そのうちの約5~10%は、国勢調査後1年も経たない時点で、家屋が不存在していることが判明した。つまり、それ程、この地の人口は流動的なのである。その解決としては、予定されていた地番の次の家を選ぶことによった。

また、被調査者が何回かの訪問でもどうしても不在であった場合は、キッシュ表の第2順位までを限度として、人物サンプリングを行った(約20%)。

総数872は、予算制限も考慮して、800サンプルを目標としたのに対し、国立統計院がペルー国での社会調査の経験から判断し、不存在または不可能例を9%加算すべきだという判断によって算出された数字である。

以上により、このサンプリング手順は、必要十分な母集団への代表性を有するものと、結論されよう。

#### 4.5 サンプル収集実施の実体

最終的な結果として、十分な有効度を有する疫学調査サンプルの総数は、808個であった。これは、当該地区の成人人口比にして、1.4%に当る。

残りは、大部分は不存在その他の理由での調査放棄例であり、リジェクト例は約20であった。それ等のリジェクト例の半数については、日本技術協力チームとスーパーバイザーとが実地に再訪問して調査したが、主旨誤解によるもの、または一種の法違反による反感などの例が大半であった。故に、これ等は、精神科疫学調査の本旨を考えると、大勢には影響がないものと判断される。

また、社会心理調査票は、コード化の不慣れのための非有効例などがあり、

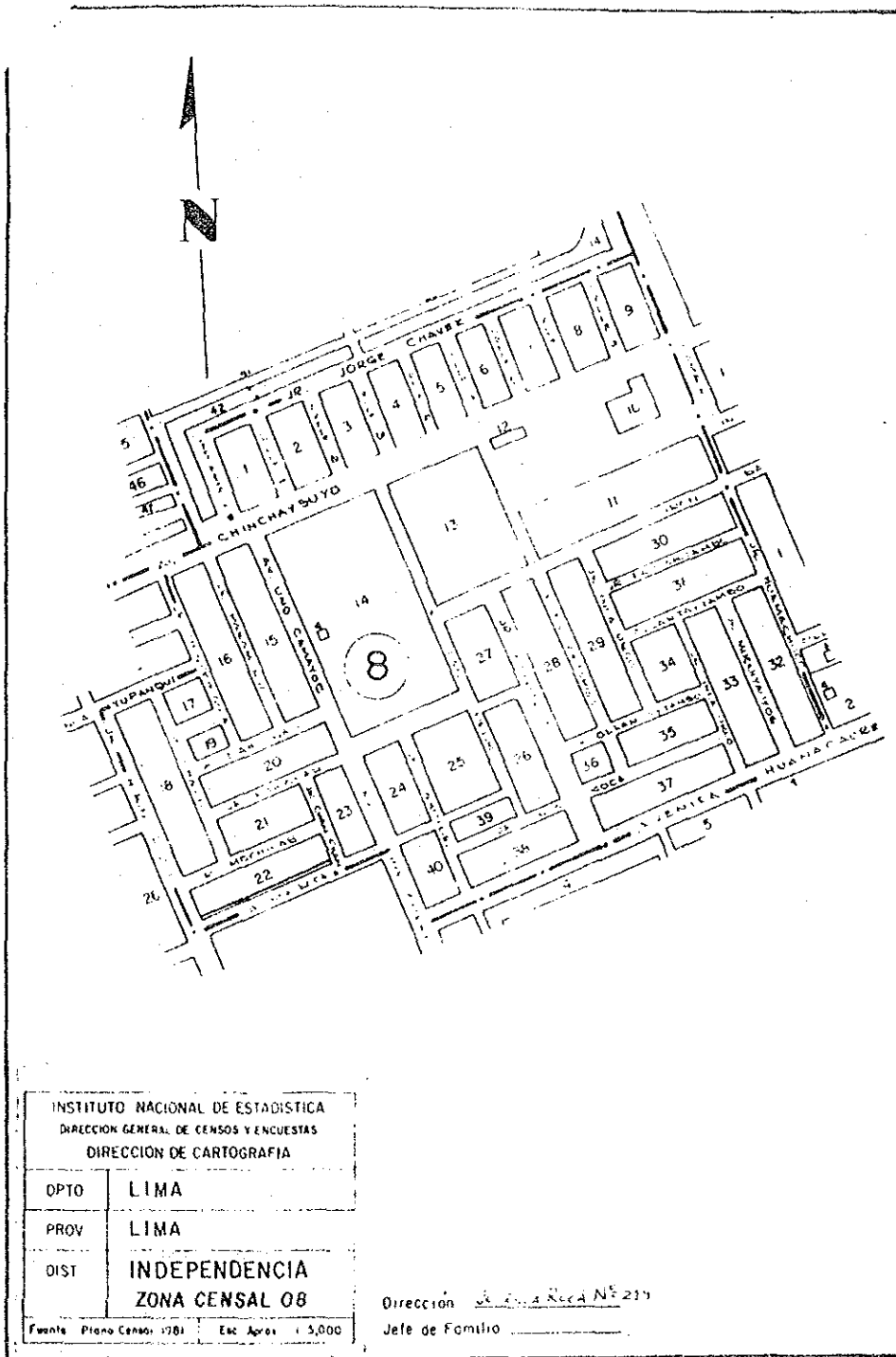
総数は808を下廻り、795となった。

期間は、1981年6月より開始され、10月5日をもって終了した。

その分布は地図上では平均的分布をなしている。

以上により、十分な代表性と有効性をもつ、母集団に対し1.4%の、総数808個の精神科疫学調査収集に成功した、と結論できよう。

図 4-1 インデペンデンシア市街調査用小地図(1981年国勢調査用)



## 第5章 DIS妥当性の検討

### 5.1 サンプル収集結果

第4章の実施計画で述べた如く、DISの信頼性(DOSM-Ⅲに対する)は、北米で実施中の大規模チェックにて有効と判断されるが、そのペルー国における妥当性は、別に試験する必要があるであろう。

国立エルミリオ・バルディサン病院と私立サン・アントニオ病院(Hospital San Antonio)、及び私立リカルド・パルマ病院(Clinica Ricardo Palma)の三施設(入院と外来)にて、現地で最も広範に見られる精神障害である次のような7疾病の実在患者サンプルが収集された。これ等には、その臨床経過要約、主症状などが記載された副調査紙が付されている。臨床診断には、各スーパーバイザー医師が当たった。

- (1) 精神分裂性障害 Schizophrenic disorders. (主として、妄想型を中心とする) — 11
- (2) 大うつ病エピソード Major depressive episode — 6
- (3) 気分変調性障害 Dysthymic disorder (or Depressive neurosis) — 10
- (4) 躁疾エピソード Manic episode — 5
- (5) 不安障害 Anxiety disorders (全般性不安障害を中心とするが、不安障害一般) — 11
- (6) アルコール乱用・依存 (Alcohol abuse and Alcohol dependence) — 9
- (7) 物質常用障害 Substance use disorder (アルコールを除く) — 9
- (8) 正常 (Normal) — 10

合計 — 71

以上は、それぞれ、DSM-Ⅲの規準に従った。これらは、ペルー国での慣用臨床診断と特に矛盾はなかった。全て、その典型例を採ぶよう、努力された。しかし、時間的制約のあるため、ある種の患者は、やや典型症例とは言い難い点もあることが、付票に記載された。

特に、物質常用障害は、この国では、粗製コカイン・パスタ(Pasta Basica



Cocaina) が中心であり、全症例が実際には、このPBCの常用者であった。しかし、DISには、この物質を特定する質問項目が欠けていたため、「その他の物質」欄に記載されることとなった。さらに、現在の時点での自動診断プログラムは、この項目を十分に拾っていない。この点は、後述結果に反映されているであろう。

## 5.2 分析結果と解釈

コンピューター自動診断による解析結果と、健康診断との一致度は、下記表の如くである(表5-1)。

表5-1 DIS妥当性結果(Result of Validity of DIS)

Category	№	Agreement OK/NG
1) 精神分裂性障害	11	7/4 (63.6%)
2) 大うつ病エピソード	6	5/1 (83.3%)
3) 抑うつ神経症	10	5/5 (50.0%)
4) 躁病エピソード	5	4/1 (80.0%)
5) 不安障害	11	10/1 (90.9%)
6) アルコール乱用・依存	9	9/0 (100.0%)
7) 物質常用障害	9	4/5 (44.4%)
8) 正 常	10	6/4 (60.0%)
9) 総 計	71	50/21 (70.4%)

上表をみると、次の三群に分けることができる。

### (1) 妥当性に全く問題ない群

アルコール乱用・依存は100%の一致率である。

他に、高率のものは、不安障害、大うつ病エピソード(これは双極性感情障害の診断が併記されている症例もふくむ)、躁病エピソード、であり、ともに80%以上である。この程度の一致率は、一般に、計量的診断の立場か

らいうと、十分に有効であると言える。さらに、付票により不一致各症例を検討すると、たとえば、不安障害の不一致例(1)は実は正常範囲の神経質な人であったと、大体理解可能である。躁病エピソードの不一致例(1)は、現在躁病を全く呈さずに、逆にうつ病相にある双極性の障害例と思われる。大うつ病エピソードの不一致例(1)は、むしろ、不安障害例(ノイローゼ)と思える症例であった。

即ち、アルコール乱用・依存、感情系障害、不安障害(いわゆるノイローゼ圏)については、十分な妥当性があることが推定される。

### (2) 妥当性の解決可能なもの

精神分裂性障害の一致度は63.6%である。気分変調性障害の一致度は50.0%である。

この二者については、さらに各症例について、検討を加えることとした。

精神分裂性障害については、3例の不一致例は、それぞれむしろ臨床診断の間違いではないかと思われる。一例は、病歴からして、病者ではなく、社会失業保険の悪用者で生活のための入院者らしい。一例はむしろ反社会的人格障害と思われる。一例はむしろ不安障害(ノイローゼ圏)と思われる。残りの一例は、理解不能例であるが、恐らくは一種のリジェクト例と思われる(又は、寛解例か)。

気分変調性障害の不一致5例は、下記の如く理解される。2例は、むしろ、大うつ病と思われる。2例は、不安障害性の症状があり、むしろ、神経質な人と思われる。1例は、恐怖症が確定診断となっていて、やはり、むしろ、臨床診断の誤りと思われる。このように、全ては、少なくとも理解可能例と思われる。

即ち、精神分裂性障害、気分変調性障害、ともに、DISはベルギーにおいて妥当性を有していると、推定しうる。

### (3) 特殊解釈の必要なもの

正常者が不幸なことに、一致度60.0%であった。また、物質常用障害は、最低の一致度である44.4%であった。

正常者例をみると、多くは若い女性である。実際は、病院内のタイピストや秘書、心理技術者などであった。この人たちは、現地での事情を考えると、かなり様々な訴えが多く、かつ、精神科問診に対しての過度の興味から、実際以上の症状を訴えたものと思われる。この際、性心理機能異常と煙草依存のみの場合は、無視して、正常と判定した（3例）。即ち、結論としては、正常者といわれている人たちが、むしろ、当にならないのであって、不定の精神的訴えを言い、かつ、既往にこれらの訴えが実は一部事実であったかもしれない、と言える。この点は、診断の誤りというより、現地での主として若い女性の実体を窮えて、興味深い、したがって、強いて言えば、妥当性には無関係の現象と思える。

物質常用障害については、次のように理解しうる。第一には、DISそのものに、前述の粗製コカイン・バスタの項目がなかったことで、これはむしろDISまたは自動診断プログラム上の今後の問題と思える。第二には、物質乱用者は、かなり控え目な応答をする、と想像されることである。第三には、粗製コカイン・バスタ常用は、精神医学的に多くの症状を示さず、精神科臨床の問題というより、むしろ社会病理的問題なのか、という点がある。

即ち、DIS妥当性については、粗製コカイン・バスタを中心とするこの地での物質常用障害に関しては、今回調査範囲では妥当性にやや不十分さが見られる。

正常者については、病院関係者でない一般人口はより素直な返答をすると予想されるので、多分問題はないと推定される。逆に、いわゆる正常者という存在に、問題があるであろう。

### 5.3 DIS妥当性についての結論

上述のように、精神障害について、一般人口の疫学調査という範囲では、DISの妥当性はペルーにて十分有効な程度に確認された、と言えよう。

ただし、物質常用障害に関しては、粗製コカイン・バスタ常用という現地事情を考えると、その妥当性は十分とは言い難く、将来の問題点として残り、疫

学調査結果の解釈の問題点となるであろうと思われる。

付 記 つぎにこの妥当性結果についての一覧表を付す(表5-2)。

表 5 - 2 患者サンプル結果一覽

Result of Patints' Sample

Patient № Diagnostic Criteria	1 ( Schizophrenic )										2 ( Major Dep. )						3 ( Dysthymic )										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Org. brain. (I)												×					×										×
(P)					×	×								×	×	×											
Manic						×																					
Maj. Dep.	×	×	×			×						×	×	×			×					×	×				
Dysthymic																		×		×				×		×	×
Bipolar																											
Maj. Dep. (S)																											
Maj. Dep. (R)																											
Atypical Bipol.																											
Alcohol Ab. Dep.	×	×		×						×	×																
Barbiturate A.D.													×			×					×		×				
Opioid A.D.																											
Cocain A.																											
Amphetamine A.D.																											
Hallucinogen A.																											
Cannabis A.																											
Substance A. (Sum)															×		×										
Schizophrenic	×	×		×		×	×	×		×		×															
Obsessive Comp.	×	×										×	×	×		×	×										
Agoraphobia	×	×			×		×						×	×	×	×	×		×			×					
Social phobia								×					×			×						×		×			×
Simple phobia		×			×			×					×	×	×	×	×		×			×					
Phobia summary																	×						×				
Somatization				×			×										×										
Panic													×				×										
Antisocial pers.	×		×			×																					×
Anorexia nerv.																											
Tobacco Dep.	×	×				×				×	×													×			
Pathological Gamb																											
Psychosexual			×	×	×	×		×		×		×		×	×	×	×					×	×	×			
Transsexualism																											
Ego dystonic Sex.																											
Agreement OK	×	×		×		×	×	×		×		×	×	×		×	×	×	×			×		×	×		×
NG				×		×				×	×					×		×			×	×	×	×		×	×
Clinical Diag. Error				×		×				?	×					×		×			×	×	×	×		×	×

Patient # Diagnostic Criteria	4 ( Manic )					5 ( Anxiety )											6 ( Alcohol )								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Org.brain. (D) (P)			x																		x			x	
Manic	x	x		x	x																				
Maj.Dep.			x	x	x	x				x	x			x											
Dysthymic	x																			x	x		x		
Bipolar					x																				
Maj.Dep. (S)																									
Maj.Dep. (R)																									
Atypical Bipol.																									
Alcohol Ad.Dep.				x		x														x	x	x	x	x	
Barbiturate A.D.																									
Opioid A.D.																									
Cocain A.																									
Amphetamine A.D.																									
Hallucinogen A.																									
Cannabis A.						x																	x		
Substance A. (Summ)																							x		
Schizophrenic	x				x	x									x	x					x		x		
Obsessive Comp.					x	x				x					x	x									
Agoraphobia	x							x	x	x		x		x	x	x					x				
Social phobia						x	x	x	x							x									
Simple phobia	x		x								x		x		x						x				
Phobia summary						x	x	x		x		x		x											
Somatization																									
Panic															x	x	x								
Antisocial pers.						x														x	x				
Anorexia nerv.																									
Tobacco Dep.				x						x											x		x	x	
Pathological Gamb.																									
Psychosexualism	x	x									x	x		x											
Transsexualism																									
Ego dystonic Sex.																									
Agreement OK	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
NG				x		x																			
Clinical Diag. Error				x		x																			

Patient № Diagnostic Criteria	7 ( Substance Abuse )									8 ( Normal )									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Org.brain. (D) (P)																			
Manic																			
Maj.Dep.										x	x	x							
Dysthymic																			
Bipolar																			
Maj.Dep. (S)																			
Maj.Dep. (R)																			
Atypical Bipol																			
Alcohol Ad.Dep.	x	x		x			x	x	x										
Barbiturate A.D.				x	x								x						
Opioid A.D.				x															
Cocain A.																			
Amphetamine A.D.								x											
Hallucinogen A.																			
Cannabis A.								x					x						
Substance A. (Summ)				x	x	x	x						x						
Schizophrenic								x											
Obsessive Comp.																			
Agoraphobia								x					x						
Social phobia								x											x
Simple phobia																			
Phobia summary								x											
Somatization													x						
Panic																			
Antisocial pers.									x				x						
Anorexia nerv.																			
Tobacco Dep.	x	x								x									
Pathological Gamb.									x										
Psychosexualism									x										
Transsexualism																			
Ego dystonic Sex.																			
Agreement OK									x										
NG	x	x							x	x	x								x
Clinical Diag.Error										x									x





## 第6章 リマ市インデペンデンシア地区の社会心理特性

### 6.1 社会心理調査Aの分析

社会心理調査表Aは世帯の生活様式全般を含んでいる。総サンプル数は795である。DISサンプル数と一致しないのは、調査時点ではDIS問診と社会心理調査を併せて行っているが、途中のコーディング過程で一部損失したためと思われる。

- (a) 単純集計 — 各項目での単純集計結果は表6-1のようである。
- (b) クロス集計 — 社会設備（上下水道、耐久消費財（ラジオ、テレビ、冷蔵庫、シンク、自動車）等の所有は、その世帯の生活水準指標と見なされるので、各々の各項目でこのクロス集計を行った。その結果は表6-2の様になった。
- (c) 地区差分析 — (a)(b)の結果、この人口特性には地区差があるように思われ、精神衛生対策上の考察の一助になると予想されたので、調査サンプリング時に利用した1981年国政調査用の小区域別（計25区域）（図3-1参照）ごとに世帯生活様式をまとめてみた（表6-3）。各地区番号は西北端からインデペンデンシア区を西東方向に、ついで南方向にと番号づけられている。この際、サンプル数の減少による信頼性の低下はやむをえなかった。

表 6-1 ベルギー国リマ市インデペンデンシア地区の世帯の生活様式の現況  
(795 サンプル)

建築材料	数 %	セメント	アドベ	その他	不明						
		636 (80.0)	60 (7.5)	81 (10.2)	18 (2.3)						
部屋数		1室	2室	3室	4室	5室	6室	7室	8室	9室以上	不明
		41 (5.2)	147 (18.5)	147 (18.5)	122 (15.3)	128 (16.1)	94 (11.8)	44 (5.5)	27 (3.4)	23 (2.9)	22 (2.8)
設 備		上水道			下水道			電 気			
		有	無	不明	有	無	不明	有	無	不明	
		566 (71.2)	213 (26.8)	15 (1.9)	547 (68.8)	210 (26.4)	38 (4.8)	678 (85.3)	103 (13.0)	14 (1.8)	
家の所有形式		持家	借家	その他	不明						
		696 (87.5)	45 (5.7)	39 (4.9)	15 (1.9)						
電気製品		テレビ			ラジオ			冷蔵庫			
		有	無	不明	有	無	不明	有	無	不明	
		585 (73.6)	206 (25.9)	4 (0.5)	700 (88.1)	91 (11.4)	4 (0.5)	389 (48.9)	402 (50.6)	4 (0.5)	
居住家族数		ミシン			自動車			居住家族数			
		有	無	不明	有	無	不明	1家族	2家族	3家族	4家族
		372 (46.8)	419 (52.7)	4 (0.5)	44 (5.5)	747 (94.0)	4 (0.5)	661 (83.8)	101 (12.7)	22 (2.8)	1 (0.1)
受診診療機関等		公立病院			私立開業医			民間ヒーラー			
		はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	
		571 (71.8)	220 (27.7)	4 (0.5)	281 (35.3)	510 (64.2)	4 (0.5)	13 (1.6)	779 (98.0)	3 (0.4)	
近所の人		近所の人			親 類			そ の 他			
		はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	
		8 (10)	784 (98.6)	3 (0.4)	34 (4.3)	757 (95.2)	4 (0.5)	69 (8.7)	722 (90.8)	4 (0.5)	

表 6-2 設備、耐久消費財保有パターンの現況 (クロス表)

( )内は全サンプルに対する%

(設備)	有			無			不明		
	有	無	不明	有	無	不明	有	無	不明
水道	528 (66.4)	17 (2.1)	14 (1.8)	3 (0.4)	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)	0 (0)	2 (0.3)
上水道	14 (1.8)	93 (11.7)	6 (0.8)	0 (0)	98 (12.3)	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)	0 (0)
不明	0 (0)	0 (0)	5 (0.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (1.3)

(耐久消費財)	有						無																											
	有		無		不明		有		無		不明																							
自動車	23 (2.9)	1 (0.1)	1 (0.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (1.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0.4)	2 (0.3)	0 (0)	1 (0.1)	0 (0)	0 (0)	11 (1.4)	203 (25.6)	3 (0.4)	2 (0.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (1.4)	65 (8.2)	11 (1.4)	45 (5.7)	4 (0.5)	6 (0.8)	6 (0.8)	106 (13.3)	11 (1.4)	134 (16.9)	83 (10.4)
テレビ	1 (0.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.1)	1 (0.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.1)	4 (0.5)	6 (0.8)	2 (0.3)	6 (0.8)	2 (0.3)	17 (2.1)	17 (2.1)	42 (5.3)	42 (5.3)

## 6.2 世帯生活特性の考察

- (a) 単純及びクロス集計の分析結果から、特に気付く点を下記する。
- (1) 建築材料 — 80%がセメントとなっていて、予想を上廻った。ただし、このセメントは非常に粗悪なものではある。
  - (2) 部屋数 — 実質的には、布またはエステーラス（薬のようなもの）で区切ったにすぎないことがあり、どこ迄意味があるかは分らない。2、3、4、5部屋がそれぞれ似た頻度で存在する（図6-1、図6-2）。
  - (3) 家の所有形式 — 87.5%が自己所有であった。然し、不法侵入者への国の払い下げ政策の結果で、これは豊かさとは余り関係がない。
  - (4) 居住家族数 — 83.8%が一家族である（図6-3、図6-4）。
  - (5) 社会支持形式 — 家族に病人が出た場合誰が手助けするか、どのような医療機関に行くか、という設問である。医療機関としては公立病院受診71.8%、私立開業医受診35.3%である。公立病院は私立開業医よりずっと低廉であるが、医療内容も貧弱である。民間ヒーラー（Curandero）受診は1.6%に過ぎないが、実際はかなり多くの人々がそっと通っているようである。むしろ、民間ヒーラー受診を隠したがる傾向がみえて、興味ある。誰に助力を求めるかについては、近所の人、親類ともいいえが大部分であるが、これも実状を反映してないであろう。むしろ調査方法に問題があったと思われる（図6-5）。
  - (6) 社会設備 — 政策により上下水道、電気の供給を行っている。このうち、工事の難易度は、電気、上水、下水の順である。結果は、電気85.3%、上水71.2%、下水68.8%の設備率となり、工事の難易度をよく表している。このクロス集計の結果から、三者とも備っているものは66.4%で、下水設備率とほぼ近い値で、下水設備が設備水準の下限を規定している。逆に三者ともなしが12.3%で、電気不備の13%に近い値で、電気不備が設備水準の下限を規定している。またこの地区は、最も新しい移住者といえる（図6-6）。
  - (7) 耐久消費財 — この項目は直接生活水準を反映していると思われる。自

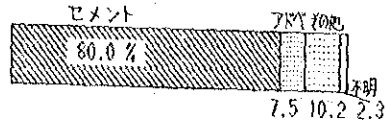


図6-1 家の建築材料

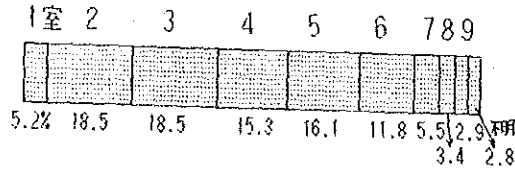


図6-2 部屋の数

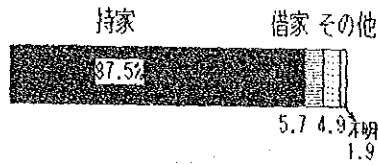


図6-3 家の所有形式



図6-4 居住家族数

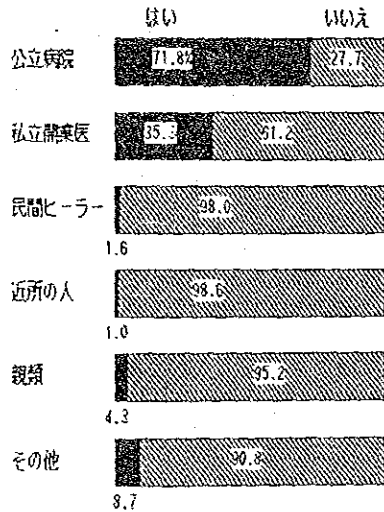


図6-5 受診診療機関の利用状況

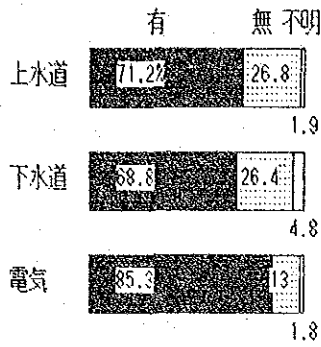


図 6 - 6 社会設備

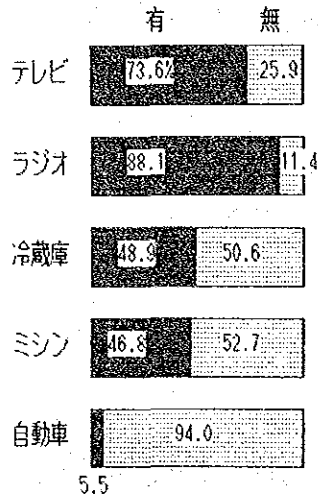


図 6 - 7 耐久消費財の所有

動車の保有は5.5%、自動車、ミシン、冷蔵庫、テレビ、ラジオの全ての保有は2.9%であり最富裕層といえる。自動車を除き他の全ての所有者は25.6%で、この人口中での高水準層といえる。自動車、ミシンはないが他の全てを持つ者は13.3%、自動車、冷蔵庫はないが他の全てを持つ者は8.2%でありこの二者の合計21.5%が中流層とみられる。ラジオのみの所有者16.9%、全く持たない者5.3%の二層の合計が、生活水準の低い層といえよう(図6-7)。

- (b) 小地区別の世帯生活様式をみる。現地では移住は下町(リマ市中心部)即ちTupac Amaru大通りの最南端寄りから始まり、地図で北方に向う程、また各地域で東(丘陵)に向うほど新しい移住で、従ってまだ生活基盤を確立していない、といわれている。然し、今回の調査分析結果からみると、この定説をさらに明確なものとする事が出来た。

(1) 一般的考察

建築材料では第2地区でアドベが50%を占めているのが特異的である。部屋数では、第3、第8、第9地区が多い方で、第1、第2地区が少い方で特徴的である。

設備では、第7、第14、第20、第24地区で上水、下水、電気とも95%以上の設備率を達成している。設備率の低いのは第1、第2、第4、第16、第18、第22、第23地区などがあげられる。

家の所有形式は先にも触れた様に、生活程度が目安とはならないが、第1地区でその他が44%となる点が目に付く。これは、不法侵入を意味しているとも思われる。

冷蔵庫、ミシン、自動車などの高級耐久消費財の保有率から見ると高い方では第8、第9、第12、第21地区があげられ、低い方では、第1、第4、第16、第19、第22、第25地区があげられる。また第2地区は冷蔵庫3%、自動車0%の保有であるのにミシンは67%の保有を示し特異的である。これは、ミシンを使う縫製の内職をしている地区と思われる。

居住家族数では、第9、第10地区が比較的多数の家族が同居していて、第2地区では大家族構成は見られない。

受診診療機関では第2、第14、第17地区で開業医への受診が50%を越えており、第14地区では公立病院を上回っている。また民間ヒーラーについては、先に述べた様に回答に真実性が乏しいが、第2地区では、調査結果でも11%を示し多少目立っている。



表6-3 ベルー国リマ市インデベンシア地区

小地区別世の生活様式の現況

(%)

ブロック番号	全域	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
サンブル数	795	36	36	42	29	47	27	37	33	32	37	32	21
建築材料													
セメント	80	28	42	86	52	89	63	97	94	94	84	94	86
アドベ	8	0	50	5	10	0	0	0	0	3	8	3	0
その他	10	67	4	7	38	7	33	3	6	3	3	3	11
不明	2	5	0	2	0	4	4	0	0	0	5	0	0
部屋数													
1室	5	11	0	0	7	2	0	0	3	6	8	0	19
2	19	42	22	12	41	11	19	14	0	3	11	9	19
3	19	31	25	19	35	17	22	16	12	13	19	31	5
4	15	11	17	19	10	19	11	27	18	3	16	13	19
5	16	3	33	29	6	17	11	13	15	19	19	16	14
6	12	3	3	7	7	11	19	5	30	22	5	19	0
7	6	0	0	0	0	9	11	11	0	13	8	3	24
8	3	0	0	14	0	4	0	5	12	9	3	0	0
9室以上	3	0	0	0	0	0	4	3	9	9	0	9	0
不明	3	0	0	0	0	9	4	5	0	3	11	0	0
社会設備													
上水道有り	71	2	0	88	10	92	78	97	94	78	76	88	86
無し	27	92	100	12	90	4	18	3	6	22	13	12	14
不明	2	6	0	0	0	4	4	0	0	0	11	0	0
下水道有り	69	14	0	88	10	92	74	100	91	78	73	88	81
無し	26	81	100	12	90	4	22	0	9	22	11	9	19
不明	5	6	0	0	0	4	4	0	0	0	16	3	0
電気有り	85	42	53	95	72	92	93	100	97	78	89	94	95
無し	13	56	17	5	28	4	4	0	3	22	0	3	5
不明	2	3	0	0	0	4	4	0	0	0	11	3	0
家の所有形式													
持家	88	56	83	91	93	92	89	87	97	78	81	94	90
借家	6	0	0	2	3	4	0	14	3	19	11	3	5
その他	5	44	14	5	3	0	7	0	0	0	0	3	5
不明	1	0	3	2	0	4	4	0	0	3	8	0	0
耐久消費財													
テレビ有り	74	50	50	81	66	75	78	97	88	75	73	91	81
無し	26	44	50	19	34	21	22	3	12	25	27	9	19
不明	1	6	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
ラジオ有り	88	89	94	98	93	83	78	78	88	78	86	94	90
無し	11	6	6	2	7	13	22	22	12	22	14	6	10
不明	1	6	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
冷蔵庫有り	49	25	3	62	24	64	33	65	67	75	62	69	57
無し	51	69	97	38	76	32	67	35	33	25	38	31	43
不明	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ミシン有り	47	22	67	67	41	36	56	51	61	69	30	56	48
無し	53	72	33	33	59	60	44	49	39	31	70	44	52
不明	1	6	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
自動車有り	6	6	0	2	0	9	7	3	15	12	8	3	14
無し	94	99	100	98	100	87	93	97	85	88	92	97	86
不明	1	6	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
居住家族数													
1家族	84	63	100	69	93	79	82	84	91	78	76	91	90
2	13	17	0	31	7	19	15	14	6	9	11	6	10
3	3	0	0	0	0	0	4	0	3	13	11	3	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
不明	1	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0
受診診療機関(不明は省略)													
公立病院	72	78	89	69	79	57	89	84	61	72	73	75	71
私立病院	28	17	11	31	21	38	11	16	39	28	27	25	29
私立開業医	35	42	53	29	28	40	22	24	33	38	43	19	29
民間ヒーラー	64	53	47	71	72	55	78	76	67	62	57	81	71
民間ヒーラー	2	6	11	5	0	0	0	0	0	0	0	3	0
近所の人	98	89	89	95	100	98	100	100	100	100	100	97	100
親類	1	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
親類	99	94	94	100	100	96	96	100	100	100	100	100	100
親類	4	6	8	7	0	0	0	3	0	0	3	3	19
親類	95	91	92	93	100	96	100	97	100	100	97	97	81
その他	9	3	6	24	3	4	0	3	6	6	0	6	33
その他	91	91	94	76	97	92	100	97	94	94	100	94	67

表6-3 ベルー国リマ市インデペンシア地区

小地区別世帯の生活様式の現況(続き)

(6)

ブロック番号	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
サンプル数	14	30	43	23	38	31	30	31	48	26	20	22	26
建築材料													
セメント	100	90	88	92	89	61	83	84	86	69	80	95	81
アドベ	0	0	0	0	8	39	7	3	8	27	15	0	0
その他	0	0	5	4	3	0	10	13	6	0	5	5	11
不明	0	10	7	4	0	0	0	0	0	4	0	0	8
部屋数													
1室	14	3	7	13	8	3	13	3	4	8	5	0	4
2	14	13	5	17	26	19	33	16	13	31	40	32	27
3	0	27	9	22	21	26	13	19	6	12	15	9	35
4	7	20	7	13	13	3	17	23	23	19	15	23	4
5	14	3	14	13	13	39	10	19	19	12	15	23	12
6	21	23	26	13	13	3	3	13	21	8	0	5	4
7	29	3	9	0	3	0	10	7	6	0	5	5	0
8	0	3	9	0	3	0	0	0	2	0	5	0	4
9室以上	0	0	9	4	9	7	0	0	4	4	0	5	0
不明	0	3	5	4	0	0	0	0	2	8	0	0	12
社会設備													
上水通有	93	100	95	52	71	39	80	100	81	46	50	100	69
無し	7	0	5	44	29	61	20	0	17	54	50	0	12
不明	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	19
下水通有	93	97	86	61	55	16	80	100	83	50	45	100	50
無し	7	3	5	35	26	84	20	0	15	50	55	0	50
不明	0	0	9	4	18	0	0	0	2	0	0	0	0
電気有	100	100	100	78	87	68	77	100	96	62	65	100	92
無し	0	0	0	17	13	32	20	0	2	38	35	0	0
不明	0	0	0	4	0	0	3	0	2	0	0	0	8
家の所有形式													
持家	86	93	93	83	92	94	90	94	90	73	100	86	85
借家	7	3	7	13	8	3	10	3	8	0	0	9	4
その他	7	3	0	0	0	3	0	3	2	23	0	0	0
不明	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	5	11
耐久消費財													
テレビ有	57	87	85	78	68	71	60	84	81	46	40	82	62
無し	43	13	14	22	32	29	40	16	19	51	60	18	38
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ラジオ有	64	100	95	74	84	100	90	87	90	73	90	96	88
無し	36	0	5	26	16	0	10	13	10	27	10	4	12
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
冷蔵庫有	43	57	49	44	53	26	37	35	56	38	35	64	42
無し	57	43	51	56	47	74	63	45	44	62	65	36	58
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ミシン有	50	60	70	22	34	58	27	29	38	38	50	59	31
無し	50	10	30	78	66	42	73	71	62	62	50	41	69
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自動車有	9	0	2	4	8	7	0	3	17	0	0	0	8
無し	100	100	98	96	92	93	100	97	83	100	100	100	92
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
居住家族数													
1家族	93	73	95	74	87	97	83	90	88	65	75	68	8
2	7	20	5	22	13	3	17	10	8	27	20	23	85
3	0	7	0	4	0	0	0	0	2	8	5	9	8
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
受診診療機関(不明を含む)													
公立病院	79	50	67	78	58	87	80	64	79	58	70	64	69
いいえ	21	50	33	22	42	13	20	36	21	42	30	36	31
私立開業医	21	70	33	22	58	42	33	39	25	31	20	16	27
いいえ	79	30	67	78	42	58	67	61	75	69	80	54	73
民間ヒラー	7	0	0	0	3	7	0	0	0	0	0	0	0
いいえ	93	100	100	100	97	93	100	100	100	100	100	100	100
近所の人	7	3	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
いいえ	93	97	100	96	97	100	100	100	100	100	100	100	100
親類	7	10	2	0	0	10	0	13	0	0	0	0	27
いいえ	93	90	98	100	100	90	100	87	100	100	100	100	73
その他	21	10	2	4	8	13	0	16	2	31	10	5	27
いいえ	79	90	98	96	92	87	100	84	98	69	90	95	73

### 6.3 社会心理調査表Bの分析

社会心理調査表(B)は、各世帯の構成員の特性を含んでいる。即ち、家族(世帯)という単位から収集した人口特性である。総サンプル数は5,099人、総世帯数は773世帯である。診断問診表(DIS)、社会心理調査表(A)のサンプル数と一致しないのは、コーディングの過程での損失と思われる。

各項目ごとの単純集計を図示する。図6-2は世帯(家族)についての結果、図6-3は人口(世帯構成員)についての結果である。以下に、各項目ごとに提示する。

さらに、各特性の地区性をみるため、各地区ごとに合成してみた(6.5節に述べる)。

## 6.4 人口特性の考察

### (1) 世帯人数

50%値を占める世帯は全域で6人世帯であるが、多人数世帯の方へ長い裾を引いた分布となっている。これを区域別にみると、多人数世帯の区域としては、まず第10、第24区域で、ついで第9、第19、第20、第22、第23区域となる。少人数世帯の多い区域は第2区域で、その50%値は3人世帯である。(図6-8)

(2) 一家庭中での子供にあたる人達の姓が、現在の両親の姓と、スペイン語系の名付け方で一致するか否か、即ち、父系性と母系性が実際の父、母のもつ姓と一致するか否かをみる。もし、この中に不一致の子供がいるとすれば、その家庭は離婚その他の経歴をもち、一度以上破壊したことを意味する。この結果、家庭崩壊のあった世帯は25.9%、なかったものは、74.0%となる。(図6-9)

さらに、家長(父)を欠いた父欠損家庭は9.8%となった。(図6-10)ともに高率を示す。

非崩壊家庭の内分けは、親子の2世代が51.7%、甥、姪などを含む拡大家庭が19.9%となって、3世代以上の家庭は2.4%となる。

地区別にみると、崩壊家庭の多い地区は、第12、第19、第23地区(40%以上)で、第6、第20、第21、第22地区(30%以上)がこれにつぐ。第1、第3、第5、第10、第14、第15、第16、第17、第24、第25地区が25%前後である。10%以下は、第2(9%)、第13(7%)の2地区にすぎない。最高は第19地区の46%である。

父欠損家庭も、5%以下は第1、第10、第11、第13、第20、第24地区である。15%以上は、第8、第12、第15、第19、第25地区となる。最高は第21地区の21%である。

### (3) 家族構成

家長、妻、子、親(祖父母)の直系家族が67.0%、これを入れた4世代家庭は3.1%となる。その他の29.0%は、直系以外の親類もしくは他人を

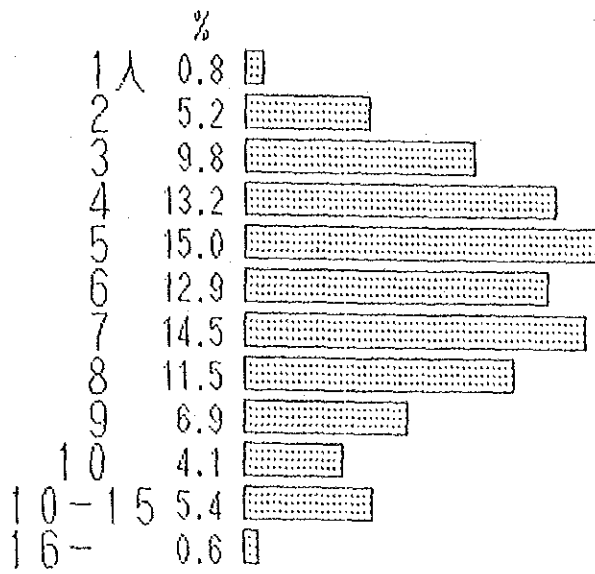


図6-8 同居所帯給人数

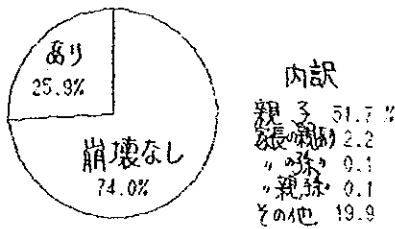


図6-9 家庭崩壊の有無

内訳

- 親子 51.7%
- 家長(親) 2.2%
- 親孫 0.1%
- 親孫 0.1%
- その他 19.9%

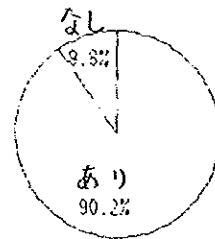


図6-10 家長(父)の有無

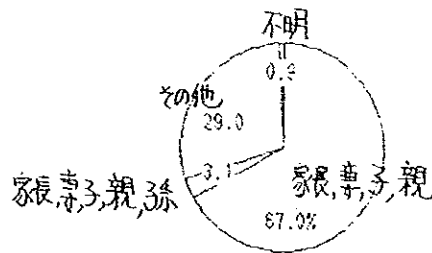


図6-11 家族構成

ふくんだ拡大家族である。(図6-11)

直系家族の多い地区は、第2地区(91%)で、第17、第18地区で80%をこえる。少ないのは、第3、第9地区(40%台)、第1、第6、第23、第24地区(50%台)である。

拡大家族の多いのは、その逆で、第1、第3、第9、第24地区(40%以上)で、最も多いのは第9地区の55%である。少ないのは、第2地区(9%)、第17地区(11%)、第18地区(16%)などである。

これだけでは何も結論できないが、社会の後進性を反映していると言えよう。

なお、全域での家族関係の人口特性を図示する。(図6-12)

(4) 常住率

常住している者が96%であり、殆んどの人が常住している。(図6-13)

(5) 現在の家での居住年数

5年以下が25.2%で最も多い。20年以上は5.0%である。(図6-14)

(6) リマ市での居住年数

11-15年が19.4%、16-20年が19.3%となる。10年以上は、64.5%、10年以下が37.5%となる。(図6-15)

この2者を合せて考えると、現在の家、リマ市での居住年数ともに、約50%が11年-15年となっているが、若年層の影響を除外すると、家での居住に15-6年、リマ市での居住は20年弱と推測される。インデペンデンシア区は新聞地区ではあるが、移住の第一世代から第二世代への移行期という印象である。

(7) 家長の現在の家での居住年数

個人特性である家長(父)の今の家での居住年数は、より直接的に、移住の状況を反映しているだろう。(図6-16)

その50%値は20年-29年である。地区別にみると、居住年数の長い地区は第6、第9、第10、第11、第14、第23、第24地区で、40年以上は第24地区で19%、その他の上記地区では20%をこえている。

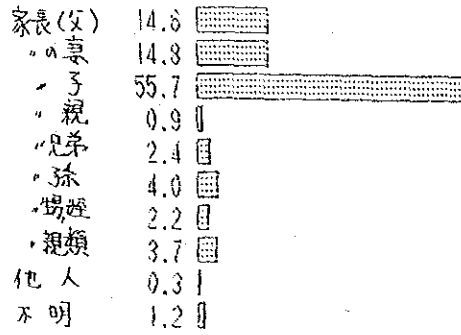


図6-12 家族関係

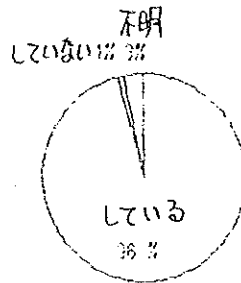


図6-13 今の家へ常住しているか

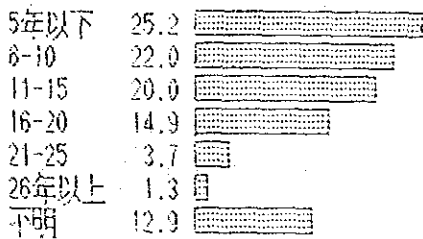


図6-14 現在の家での居住年数

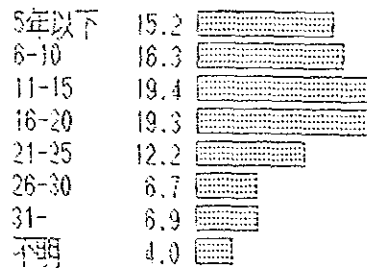


図6-15 リマ市での居住年数

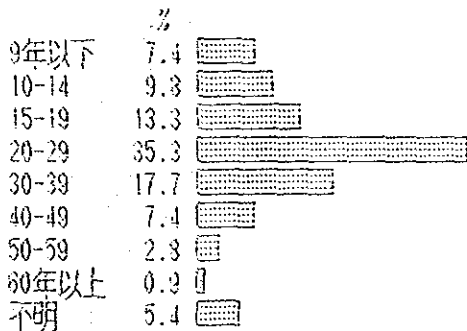


図6-16 家長の今の家の居住年数

短い地区としては、第1、第4、第8、第16、第17、第19、第25地区があげられ、14年以下の比率が第4地区で24%、それ以外の上記地区では25%をこえている。

しかし、全域でも、14年以下の居住が17.2%であるから、インデペンデンシア区は既成住居地への新移入が行われていることが窺え、そのなかでも第9(19%)、第23(22%)地区は目立つ。特異的な地区としては、第2地区は20-29年居住が80%、第13地区は15-29年居住が72%、第1地区は20-29年居住が68%と集中して、特殊である。これは、集団的移住を意味しているかもしれない。

(8) 教育水準

小学校が義務教育である。中学校以上の教育は、43.6%をしめる。不明は教育なしと同義と解されるので、16.2%は教育歴がないが、これは人口比からみて、ほぼ5才以下の人口であろう。(図6-17)

地区別では、第7、第9、第10地区が、高等教育の比率が10%をこえている。ついで第8、第21、第23地区で、同じく8-9%となっている。

教育水準の低い地区としては、小学校、中学校水準から、相当年齢構成比を差し引いて考慮すると、第2地区で小卒が中卒を20%以上上まわり、補正後でも小卒は50%をこえる。他に小卒が中卒を50%以上、上まわる地区としては、第1、第10、第18、第21、第22、第23地区があげられる。

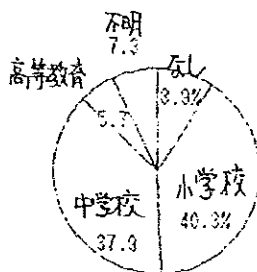


図6-17 家族の教育水準

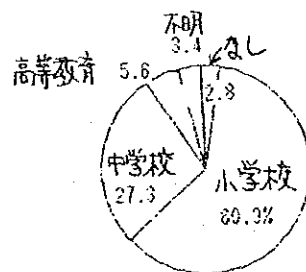


図6-18 家長の教育水準



(9) 家長の教育水準

特に家長についてみる。(図6-18)

高等教育の比率が10%をこえる地区は、第7、第12、第14、第23、第24地区で、ついで8-9%台の地区は第1、第8、第10地区となる。逆に教育なしの比率が10%をこえる地区は、第19、第22、第25地区で、ついで5%台のものは、第3、第17地区となる。また小卒の割合が80%をこえるのは、第2、第13、第18の3地区、65-80%のものは第4、第6、第11、第22の4地区である。

(10) 出生地

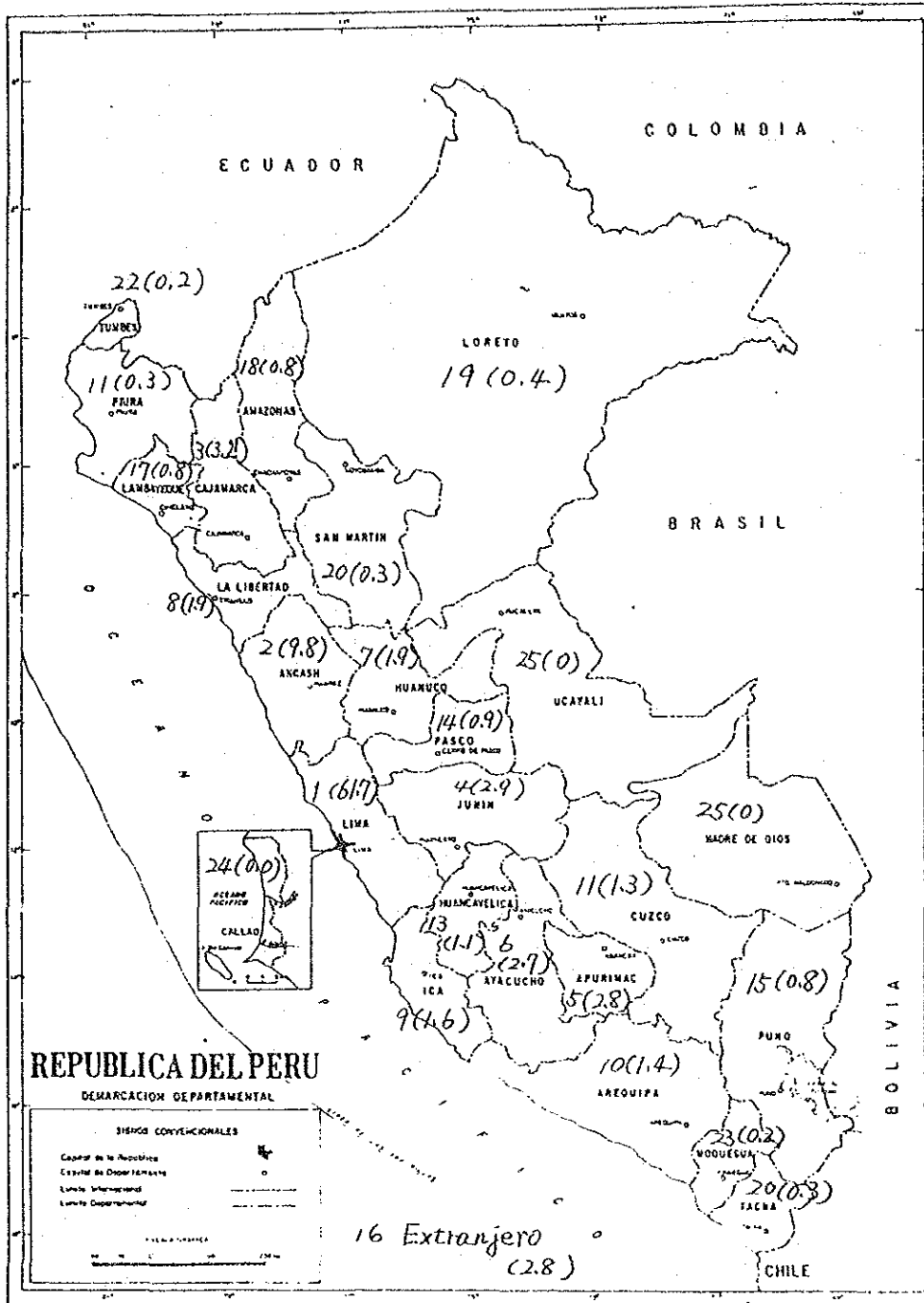
Lima - 61.7%で大半をしめ、ついでAncash-9.8%、Cajamarca - 3.2%、Junin - 2.9%、Apurimac - 2.8%、Ayacucho - 2.7%の順になっている。居住年数の所でふれたように、インデペンデンシア区での生活は2世代以降に移っているため、リマ出身が大半を占めていると推測される。LimaとAncash以外の出生地で全域での割合が1%をこえ、各地区での割合が全域の3倍をこえるものをあげると、第1地区でJuninが7%、第2地区でIcaが12%、第6地区でLa Libertadが7%、第8地区でLa Libertadが5%、第9地区でArequipaが6%、Piuraが5%、第12地区でHuanucoが5%、外国が16%、第13地区でHuanucoが6%、第16地区でArequipaが6%、第18地区でHuanucoが13%、第22地区でAyacuchoが12%となっている。

これらは、集団的な移住の出身地を反映していると思える。(図6-19)

(11) 言語

スペイン語が95.2%、伝来語のケチュア語、アイマラ語を話すのは11.2%である。しかし、この項目は現地事情からして、余り信頼できない。恐らく、伝来語を話すことを知られたくないという反応が表われているのであろう。

地区別では、スペイン語が90%以下のものは第1地区(85%)である。ケチュア語又はアイマラ語の話せる比率が20%をこえる地区は、第18、



注 1) 番号は調査対象者数の多い順  
2 ( )は構成比%

図6-19 調査対象者の出生地

第22地区、ついで第1、第3、第13、第16、第23、第24地区で14%をこえている。(図6-20)

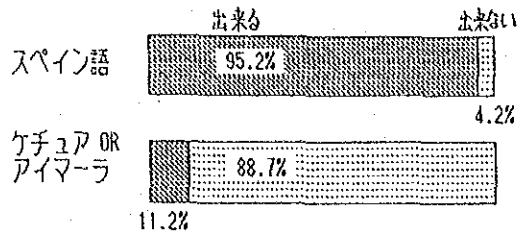


図6-20 言語

#### (12) 前週の就労状況

就労せずは1.0%である。これは、現地事情からすると、かなり低い割合という印象で、この項目の信頼性について問題がある。仕事をしていたと答えた人は28.6%である。これは、平均世帯人員(6人)と、後述の世帯当り就労者(1.7人)から考えると、妥当な比率であろう。地区別には、第18地区では非就労者が5%、また老人子供等のその他の層が第1地区で23%と高く、第2地区で2%と極端に低いのは、特異的である。(図6-21)

前週の就労を家長についてみる。(図6-22)

第7、第12、第14地区で、家長の家事就労が9%、10%、10%となっているが、これは在宅の母子家庭を意味しているであろう。第9、第12、第20地区で不労収入が13%、7%、7%となっていて特異的である。「その他」はこの場合老人と考えられるが、その割合は第7、第8、第9、第10地区で高く、長老化を思わせる。

#### (13) 職業

人口全体(家族構成員)の職業、家長の職業は、図6-23、図6-24に示されているようである。

労働者(ブルーカラー)と事務職(ホワイトカラー)の比でみると、家

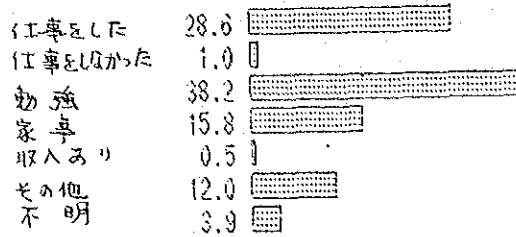


図6-21 家族の前週の仕事

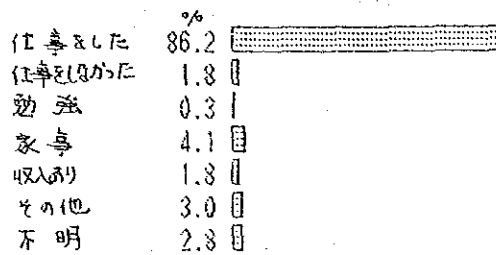


図6-22 家長の前週の仕事

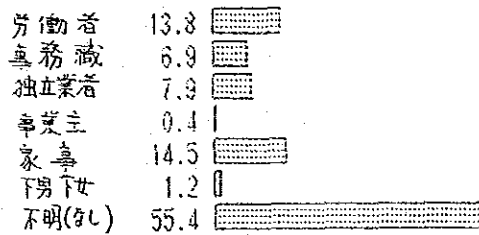


図6-23 家族の構成員の職業

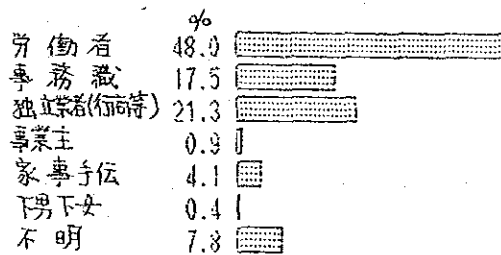


図6-24 家長の職業

長は労働者に多い。

労働者の多い地区は、第2(38%)、第18(23%)地区だが、前者では独立業者が2%と少く、後者では11%と高い。事務職の多い地区は、第9、第15、第24地区で、ついで第6、第7、第8、第16地区である。独立業者の多いのは、第4、第10、第18、第21、第22地区である。

家長の職業は、第2(86%)、第13(79%)、第18(61%)と労働者の比率が高い。事務職の多いのは、第1(29%)、第3(32%)、第6(37%)である。事業主は、第9(10%)、第17(8%)地区が高く、特異的である。下男下女では第14地区(7%)が最高である(但し、サンプル数が少ない)。

23地区で、労働者と独立業者が占める割合が高い。しかし、第6、第9地区だけは、50%を下まわり、前述の如く、ここは事務職と事業主の比率が高い。つまり、第6、第9地区は、家長の職業については特異的に社会水準として高位である。(図6-25~図6-30)

前週の就労人数が4人以上、即ち働き手の多い家庭の割合の高いのは、第6、第9、第22地区で19%、次いで第24地区で18%となっている。逆に働き手が7人の割合が高いのは第2、第4、第12、第13、第18、第20地区で、その割合は63%、59%、62%、57%、63%、60%となっている。

事務職または事業主の人数、つまり両者の合計は、全域で世帯当り平均0.45人、つまり100世帯集めると45人は事務職が事業主である。この値が一世帯当り平均0.80人を越える地区は第6、第9、第15、第24地区で、その一世帯当り平均人数は各0.82人、0.97人、0.92人、0.92人となっている。また逆に、一世帯当り平均0.20人を下回る地区は、第2、第4、第18地区で、その一世帯当り平均人数は各0.12人、0.10人、0.16人となっている。一世帯の事務職または事業主の数が3人以上の割合の高い所として、前者の地区群のほかに、第8、第10、第12、第22地区があげられる。

労働者または独立業者の人数は、全域で、世帯当り平均1.33人である。これの一世帯当りの平均が1.60人をこえる地区は、第4、第18、第22、第23地区で、その値は各1.64人、1.65人、1.85人、1.63人である。逆に、これの一世帯当りの平均が1.20を下回る地区は第7、第8、第9、第14、第15、第17、第20地区で、その値は各1.19人、1.18人、1.12人、1.12人、0.95人、1.17人、1.15人である。一世帯の労働者又は独立業者の人数が3人以上の割合の高い所としては第2、第6、第10、第16、第18、第22、第23、第24地区がある。

世帯当り平均の事務職または事業主の人数と、労働者または独立業者の人数の両方とも全域平均を上回る地区は第10、第16、第22地区である。逆に両方とも、全域平均を下回る地区は、第1、第5、第12、第13、第17、第19、第20地区である。

職業が下男下女の人数の世帯当り平均は、全域で0.07人である。これの世帯当り平均の高い地区は第1、第4、第14、第25地区で、その値

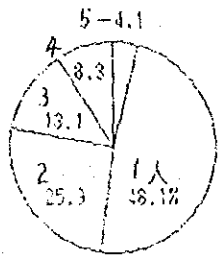


図6-25 前週に仕事をした  
家族人数

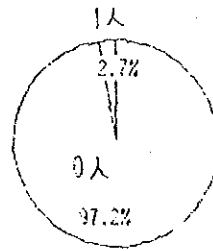


図6-26 前週に収入のあった  
家族人数

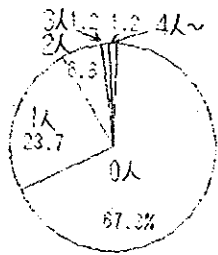


図6-27 家族のうち事務職または  
独立業者の人数

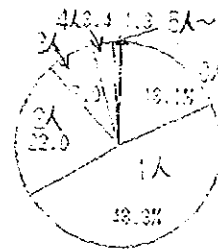


図6-28 家族のうち労務者または  
独立業者の人数

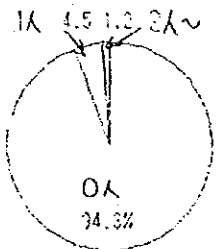


図6-29 家族のうち職業が  
下男下女の人数

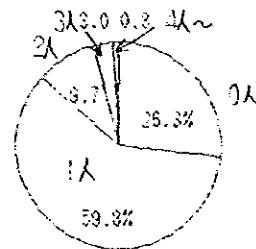


図6-30 家族のうち職業が  
家族の人数

は各0.23人、0.16人、0.35人、0.19人である。

職業が家事の人数の世帯当り平均は、全域で0.91人となっている。これの世帯当り平均の高い地区は第3、第5、第9地区で、その値は各1.10人、1.09人、1.22人で専業主婦の多い所と推測される。逆にこの低い地区は第4、第15、第16、第19、第23地区で、その値は各0.66人、0.79人、0.64人、0.78人、0.79人で、職業を持っている主婦の多い所と推測される。

(14) 性別

男女比はほぼ同数である。男女構成比に5%以上の差のある地区は、第5、第7、第21地区が男性が上廻る所として、第13、第22地区が女性が上廻る所として、あげられる。(図6-31)

(15) 年齢構成

50%値は20-24才であり、平均年齢(不明を除く)は23.8才となる。50%値が全域に比較して低い地区は第1、第4、第17、第19、第20、第25地区で、その値は15才-17才となる。逆に、高い地区は第2地区の25才-29才となっている。50才以上の層の割合の高いのは、第7、第11地区で、その値は各々15%、16%である。(図6-32)

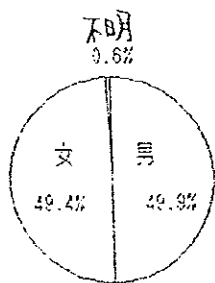


図6-31 性別

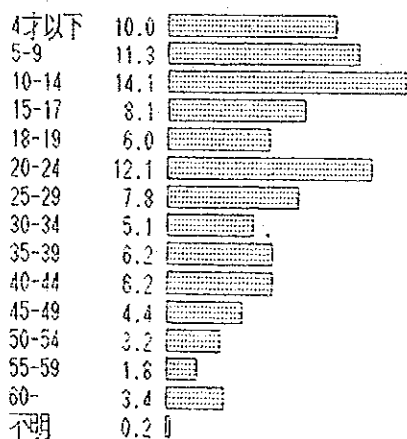


図6-32 家族の年齢構成



## 6.5 地区の特性

以上の社会心理条件の諸考察から、当インデペンデンシア区の25の区域には、明らかに一種の地区の特徴があると考えられる。

以上の諸特性の各地区での特徴を考慮して、各要因につき表6-5のコード表に従って、各地区の社会心理パターンを表わすと、表6-4のようになる。パターンの類似性から、組み分けをすると、5つのグループ(表6-4の下段のグループ番号)に分けられる。第1グループは、設備が未整備な後進地、第2グループは設備はやや未整備ながら耐久消費財の保有や、労働状態では準中進地、第3グループは教育程度も高く、事務職の多い先進地、第4グループは所帯人数も比較的大きく、労働者を主体とするこの地域の平均像を表わす中進地区、第5グループは平均像よりやや生活水準の高い、準先進性をみせる。

この5種のグループを上(先進性=先進地区)、中(準先進、中進、準中進性=中進地区)、下(後進性=後進地区)にグループ別にするると下記のようになり、地図上色分けすると、図6-33のようになる。

上(先進地区) 3、7、8、11、14、15

中(中進地区) 2、4、5、6、9、10、12、13、16、18、  
20、21、24

下(後進地区) 1、17、19、22、23、25

このパターン類別は今迄の分析内容を大体反映しているように思える。

これを現地事情に即してみると、エルミターニョ地域とインデペンデンシア地域の山沿い、及びタウンティンスーヨ地域の大通り寄り最北端が下(後進地区)、タウンティンスーヨ地域内奥とそれに接するインデペンデンシア地域の対側内奥とが上(先進地区)となり、他の全域は中(中進地区)となり、実情に合うようである。このパターン類別は、地区を総合的にみての発展度を反映し、先進、中進、後進地区と呼ぶにふさわしいであろう。この認識のもとに、精神衛生状況の把握、向上対策がたてられ得る可能性がみえる。

さらに、建築材料の「その他」(恐らく、エステーラス、木、ブリキ等)、電気「なし」、家屋所有形式「その他」(恐らく不法侵入)などの高率地区を

表6-4 地区別社会心理パターンとグループ分類

項目	地区No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
建築材料		3	2	1	6	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1
設備		5	5	1	3	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	5	2	1	1	4	4	1	3	
家の所有形式		3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1	
電気製品		3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	
テレビ		2	1	1	1	2	3	3	2	3	2	1	2	3	1	1	3	2	1	1	2	2	1	2	1	
ラジオ		3	3	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	1	
冷蔵庫		3	1	1	2	3	1	2	1	1	3	1	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	3	2	1	
ミシン		2	4	3	4	2	2	3	1	1	2	3	1	4	4	3	3	2	2	4	3	1	4	4	2	
自動車		2	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	3	2	3	4	
居住家族数		3	1	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	1	3	4	3	3	2	3	
同居所帯延人数 A		2	1	2	2	2	3	2	1	4	3	2	2	1	2	1	2	1	1	4	3	2	3	3		
B		2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	1	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1		
家庭前壊		1	3	3	3	1	2	2	2	3	3	3	1	2	2	1	3	3	3	2	2	3	3	3		
前壊		2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2		
親孫		2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2		
拡大家族		1	2	2	2	2	2	2	1	1	3	1	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2		
家長		1	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	1		
家族構成(その他)		3	2	3	3	2	1	2	3	1	1	1	2	2	1	2	2	3	2	3	1	2	2	1		
家長の家の居住年数		1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	4	1	3		
教育水準		4	2	2	2	3	2	4	4	3	4	3	4	2	4	3	3	3	2	1	3	3	1	4		
家長の教育水準		1	3	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1		
言語(英語、アイヌ)		2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1		
家長の職業		2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2		
労働者		1	3	1	3	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2		
事務職		3	3	2	1	3	3	2	2	1	1	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	3		
独立業者		2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
専業主		3	3	2	3	2	2	1	2	3	3	1	3	3	1	3	1	3	2	3	3	1	2	2		
家事		2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
下男下女		2	1	3	1	2	3	3	3	3	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2		
労働者+独立業者		4	3	3	3	1	3	2	1	1	3	4	4	3	3	2	4	5	4	5	3	1	2	1		
前通仕事E.L.T.人数		4	5	3	3	4	1	2	2	1	3	4	4	3	1	3	4	5	4	4	4	3	4	1		
事務職E.L.T.事業主人数		3	2	3	1	3	2	4	4	4	2	3	3	4	5	2	4	1	3	4	2	1	1	3		
労働者E.L.T.独立業者人数		1	2	1	2	3	3	3	2	2	2	3	1	3	2	2	1	1	2	2	2	2	3	1		
職業E.L.T.下男下女人数		1	4	2	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	2	2	1	3	2	2		
職業E.L.T.家事人数		2	4	3	4	2	3	1	2	2	3	1	4	2	3	2	2	3	4	3	3	3	3	3		
平均構成50%値		1	2	3	2	4	3	3	3	5	3	4	4	3	3	4	1	2	1	4	4	1	5	1		
左裾割合		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
グループ		1	2	3	2	4	5	3	3	5	3	4	4	3	3	4	1	2	1	4	4	1	5	1		

水準---A:上 B:中 C:下  
 増加の割合 3 2,4,5 1

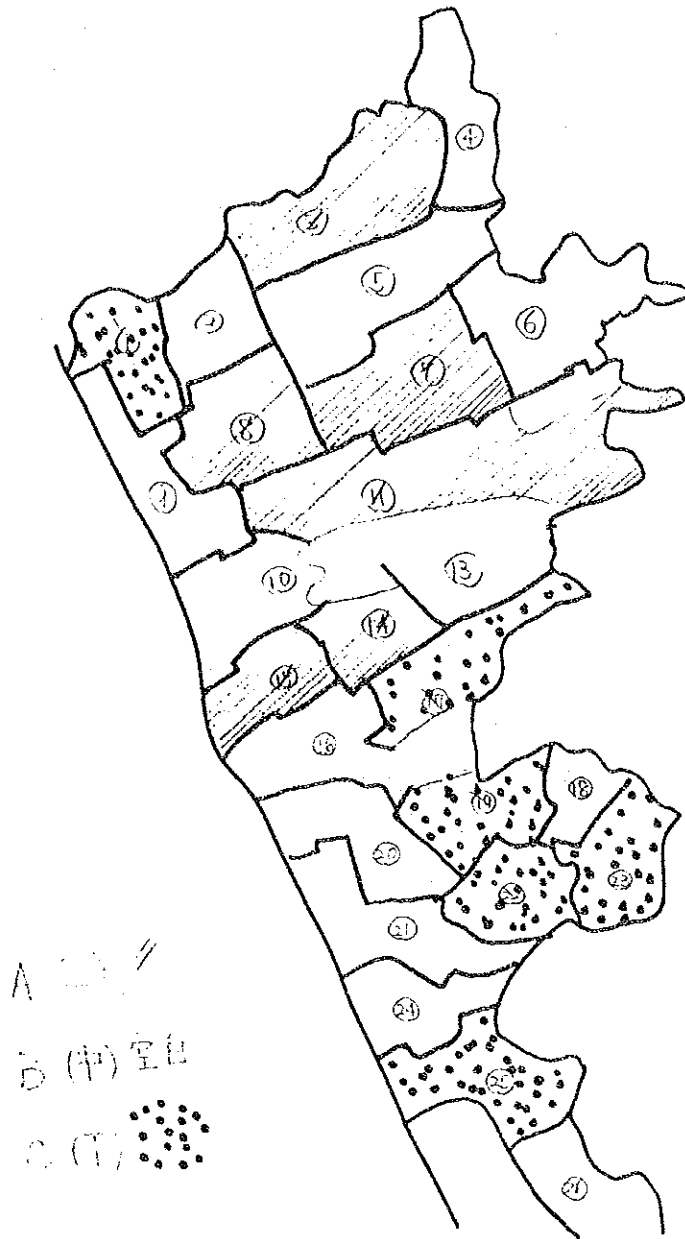


図 6 - 3 3 地区のパターン分類

組み合わせてみると、下記が特異地区として浮きあがり、この周辺は最近の新移住者のある地区と推測される。

特異地区（新移住） 1、2、22

表6-5 社会心理パターンのためのコード表

建築材料

- 1 ……セメン主体
- 2 ……アドベの多い地域
- 3 ……その他の多い地域
- 4 ……セメント主体でアドベもかなり含むもの
- 5 ……セメント主体でその他をかなり含むもの
- 6 ……セメント主体でアドベ、その他も含むもの

設 備

- 1 ……上水道、下水道、電気とも全域率も10%以上上回る。
- 2 ……上水道、下水道、電気とも全域率を上回るが、1を満足しない。
- 3 ……上水道、下水道、電気とも全域率の±10%以内
- 4 ……1、2、3、5以外
- 5 ……上水道、下水道、電気とも全域率を20%以上下回る。

家の所有形式

- 1 ……持家主体で2、3、4を満足しない。
- 2 ……借家が全地率の2倍を上回る
- 3 ……その他が全地率の2倍を上回る
- 4 ……2、3を満足する

耐久消費財

テレビ

- 1 ……保有率85%以上
- 2 ……保有率85%未満64%以上
- 3 ……保有率64%未満

ラジオ

- 1 ……保有率95%以上

2…………保有率95%未満80%以上

3…………保有率80%未満

#### 冷蔵庫、ミシン

1…………保有率60%以上

2…………保有率60%未満40%以上

3…………保有率40%未満

#### 自動車

1…………保有率10%以上

2…………保有率10%未満6%以上

3…………保有率6%未満、0%を越える

4…………保有率0%

#### 居住家族数

1…………1家族90%以上

2…………1家族90%未満70%以上

3…………1家族70%未満50%以上

4…………1家族50%未満

#### 同居所帯総人数

A1…………50%値4人以下

2…………50%値5人

3…………50%値6人

4…………50%値7人以上

B1…………2人以下10%以上

2…………1、3、4以外

3…………10人以上15%以上

4…………1、3を満足

#### 家庭崩壊

##### 崩壊

1…………崩壊率30%以上

2…………崩壊率30%未満20%以上

3…………崩壊率20%未満

親、孫

- 1 ……非崩壊の親、孫を含む率6%以上
- 2 …… “ 6%未満0%を超える
- 3 …… “ 0%

拡大家族

- 1 ……拡大家族率30%以上
- 2 …… “ 30%未満10%以上
- 3 …… “ 10%以下

家長

- 1 ……家長存在率95%以上
- 2 …… “ 95%未満85%以上
- 3 …… “ 85%未満

家族構成

- 1 ……その他の率40%以上
- 2 …… “ 40%未満20%以上
- 3 …… “ 20%以下

家長の居住年数

- 1 ……40年以上の率15%以上
- 2 ……1、3、4以外
- 3 ……14年以下の率25%以上
- 4 ……1、3を満足する

教育水準

- 1 ……補正小卒率 $\geq$ 補正中卒率+5(%)
- 2 ……1、3、4以外
- 3 ……高等教育率8%以上
- 4 ……1、3を満足する

家長の教育水準

- 1 ……教育なし率10%以上
- 2 ……1でなく、小卒70%以上
- 3 ……1、2、4、5以外
- 4 ……高等教育率8%以上

5 …… ( 1 , OR , 2 ) , AND - 3

言語 ( クチユア語またはアイマール語 )

1 …… 出来る率 15 % 以上

2 …… " 15 % 未満 5 % 以上

3 …… " 5 % 以下

家長の職業

労働者

1 …… 60 % 以上

2 …… 60 % 未満 45 % 以上

3 …… 45 % 未満

事務職

1 …… 25 % 以上

2 …… 25 % 未満 10 % 以上

3 …… 10 % 未満

独立業者

1 …… 25 % 以上

2 …… 25 % 未満 15 % 以上

3 …… 15 % 未満

事業主

1 …… あり

2 …… なし

家事

1 …… 8 % 以上

2 …… 8 % 未満 4 % 以上

3 …… 4 % 未満

下男下女

1 …… あり

2 …… なし

労働者 + 独立業者

1 …… 80 % 以上

2 …… 80 % 未満 60 % 以上

3 ……60%以下

世帯当り前週仕事をした人数

1 ……平均2、0人以上

2 ……平均2、0人未満、1、8人以上

3 …… " 1、8人 " 1、6人 "

4 …… " 1、6人 " 1、4人 "

5 …… " 1、4人未満

事務職または事業主の人数

1 ……平均0、8人以上

2 …… " 0、8人未満、0、6人以上

3 …… " 0、6人 " 0、4人 "

4 …… " 0、4人 " 0、2人 "

5 …… " 0、2人未満

労働者または独立業者の人数

1 ……平均1、6人以上

2 …… " 1、6人未満1、4人以上

3 …… " 1、4人 " 1、2人以上

4 …… " 1、2人 " 1、0人以上

5 …… " 1、0人 "

下男下女

1 ……平均0、1人以上

2 …… " 0、1人未満0、0を越える

3 …… " 0、0人

家事

1 ……平均1、0人以上

2 …… " 1、0人未満0、8人以上

3 …… " 0、8人未満

年齢構成(50%値)

1 ……50%値15才~17才

2 ……50%値18才~19才

3 ……50%値20才~24才



4.....50%値25才~29才

年齢構成(右裾割合)

1.....50才以上15%以上

2.....50才以上15%未満10%以上

3.....50才以上10% " 5%以上

4.....50才以上 5% "

## 第7章 疫学データ(DIS)の自動診断分析

### 7.1 サンプル

全サンプルは808であった。コーディング・ミスによる不明例を引くと、男性391、女性404(小計795)であった。

年齢別にみると、18-19才(69)、20-24才(139)、25-29才(110)、30-34才(98)、35-39才(132)、40-44才(100)、45-49才(62)、50-54才(32)、55-59才(23)、60才以上(35)。不明、コーディング・ミス例を除外し小計800となる。1961年統計では、内国移住者の年齢別構成をみると、20-24才台を中心としてその周辺が突出している(図7-1)。従って、35-39才を中心とした偏りは理解できる。

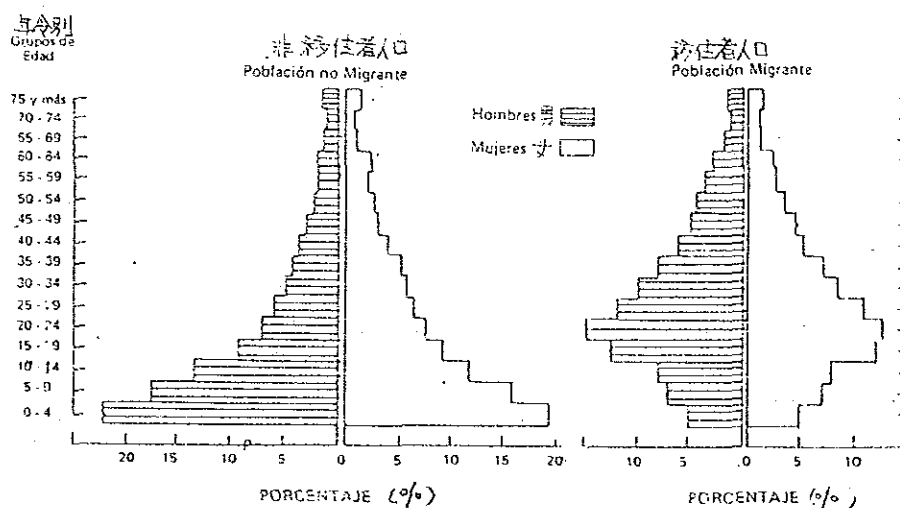


図7-1 年齢性別移住者人口、1961

### 7.2 自動診断結果

対象一般人口の疫学調査のDIS問診結果(計808サンプル)をDIS固有の自動診断コンピュータープログラムにより分析した。

得られた結果は各診断名ごとの集計や、性別集計、年齢階層別集計などを行った。解析手順の一連の流れを図示すると図7-2のように表わせる。

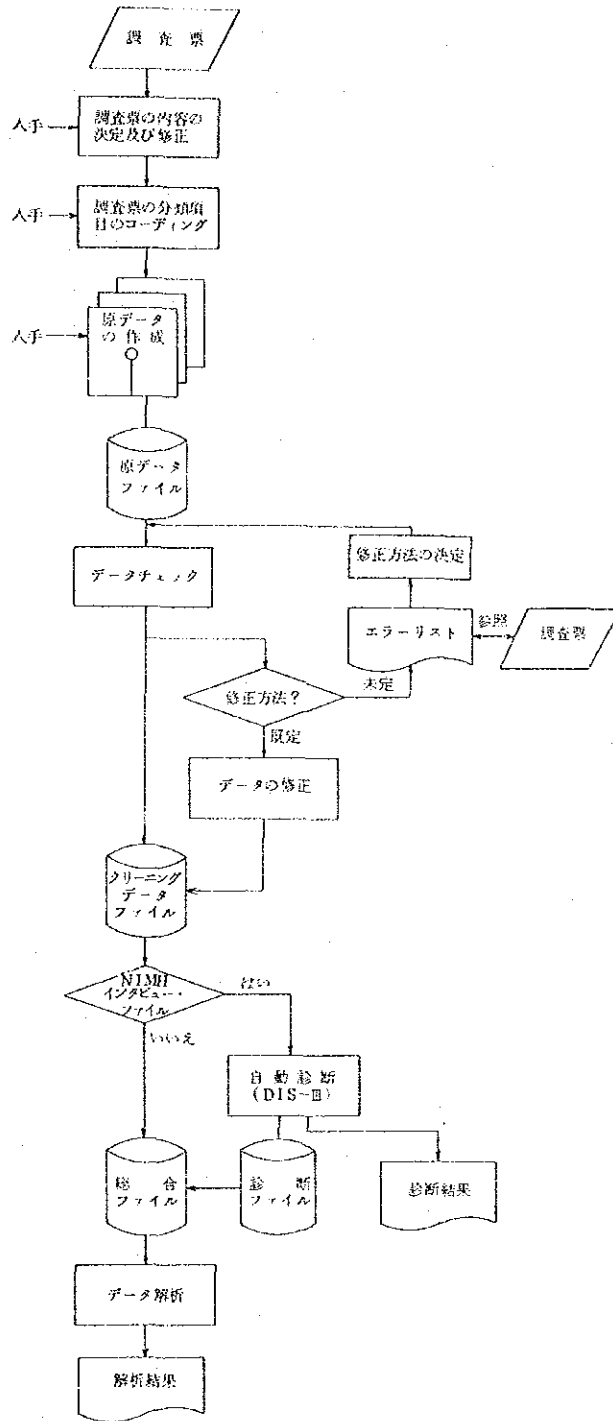


図 7-2 解析手順

DIS第3版は、本来3つの診断基準DSM-III、RENARD、RDC（第3章参照）から構成され、SAS(STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM)ベースで記述されている。このうち、今回の調査デザイン目的に応じ、今回の分析は、DSM-IIIを基にしたもので、各診断基準ごとに独立に取り上げることが出来る様になっており、そのため排他基準の適用は主要なものに限られてあり、重複診断方式となっている。自動診断出力の一例を示す。(表7-1)

診断結果は全体としては表7-2のように、30項目について確定診断、有症状群診断無し、で示されている。全体としてのサンプル数は808例であるが、男女別の表示に関しては、男性は391例、女性は404例となっていて男女合計795例で全サンプルと13例の差が生じるのは、性別記載の不備または不明による(表7-3、7-4)。

診断名の内から幾つか主要なものだけを選択して、年齢階層別に見ると表7-5の様になる。サンプル数から、検討に値いするのは18才~49才の各層で、50才以上はサンプル数が減少する。

以上の結果は重複診断となっているのを考慮して各個人ごとに、器質性脳症候群から自我異質同性愛までの診断結果を、3次元の診断ベクトルと見なして、診断ベクトルのタイプを類別してみると、症状群も含めると、808例に対し、434タイプに分かれた。その内、各タイプについての例数が5個以上のものを表7-6に示す。

これではタイプ数が多過ぎるので、確定診断のみの例に限ってタイプ分けを行うと、全体で158タイプに分かれた。この内全体で、各タイプについての例数が5以上のものを挙げると表7-7のようになる(18タイプ)。

同様に男女別に、各タイプについての例数が3以上のものを挙げると男性は表7-8(16タイプ)、女性は表7-9(12タイプ)のようになる。女性では例数3のタイプはなかった。

さて最後に断っておきたいのは、以下の全てがDSM-IIIの基準にはよるが、DIS第3版という診断問診表が含んでいる部分のみに限られる、例えば、人

表 7-1-1 自動診断結果 (コンピュータアウトプット) 例

```

-----
RESPONDENT: 103
-----
NAME: DALE
AGE: 29
MARRITAL STATUS: NEVER MARRIED
NUMBER OF CHILDREN: 0
-----
DSM III DIAGNOSTIC CATEGORIES
SYMPTOMS WHICH QUALIFY PATIENT
FOR DEFINITE DSM III DIAGNOSIS
-----
ORGANIC BRAIN SYNDROME -
ERROR IN SUBTRACTING BACKWARDS
REFUSED TO DO 5 ITEMS

MAJOR DEPRESSIVE EPISODE -
LOST WEIGHT
TROUBLE SLEEPING
CONTINUAL MOVEMENT
LESS INTEREST IN SEX
FELT WORTHLESS, SINFUL OR GUILTY
TROUBLE CONCERNING
THOUGHT ABOUT DEATH
WANTED TO DIE
THOUGHT OF COMMITTING SUICIDE
DEPRESSED FOR 2 WEEKS OR MORE
SOUGHT MEDICATION OR PROFESSIONAL ADVICE
AGE OF FIRST SYMPTOM = 27
LAST SYMPTOM WITHIN LAST 2 WKS

BIPOLAR DISORDER -
TROUBLE SLEEPING
FELT WORTHLESS, SINFUL, OR GUILTY
TROUBLE CONCERNING
LESS INTEREST IN SEX
MOVED HOME SLOWLY
CRYING SPELLS
FELT LIFE WAS HOPELESS
THOUGHT ABOUT DEATH
THOUGHT OF COMMITTING SUICIDE
WANTED TO DIE

MAJOR DEPRESSION (RECURRENT) -
WENT BIPOLAR WITH MAJOR
DEPRESSIVE EPISODE (THREE
THAT ONE EPISODE)

ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE -
INTOXICATION OR WITHDRAWAL CRITERIA POSITIVE
EXCESSIVE DAILY DRINKING
HAD TWO SHAKES
BLACKOUTS
PHYSICAL FLUTTER
AGE OF FIRST DEPENDENCE = 25
DEPENDENCE - LAST SYMPTOM WITHIN LAST 6 MO

SCHEUDINBERG DISORDER -
POSITIVE

```

格障害では反社会性人格障害に限られる、等である。

BELIEVED SOMEONE WAS READING MIND  
COULD READ MINDS  
BIRD BEHAV CONTROLLED  
RECEIVED SPECIAL MESSAGES  
PEOPLE SPIED ON  
HEARD VOICES  
UNUSUAL FEELINGS ON OR INSIDE BODY  
LESS ABLE TO DO WORK WELL  
LESS ABLE TO ENJOY RELATIONS  
AGE OF FIRST SYMPTOM - 27  
LAST SYMPTOM WITHIN LAST 2 YRS

OBSSIVE COMPULSIVE DISORDER -

POSITIVE ONLY IF 60 EXCLUSION  
CRITERIA ARE MET  
CURRENT COMPULSIONS  
AGE OF FIRST OBSESSION OR COMPELSION - 28  
LAST SYMPTOM WITHIN LAST 2 YRS

AGORAPHOBIA -

POSITIVE ONLY IF 60 EXCLUSION  
CRITERIA ARE MET  
FEAR OF BEING IN A CROWD  
FEAR OF BEING OUT OF HOUSE ALONE  
FEAR OF BEING ALONE  
FEAR OF TOWNELS OR BRIDGES  
FEAR OF PUBLIC TRANSPORTATION

PHOBIA SIMPLE -

AGE OF FIRST PHOBIA SYMPTOM - 19  
LAST SYMPTOM WITHIN LAST 2 YRS

SOMATIZATION DISORDER -

ANOREXIA  
OTHER STRANGE PROBLEMS  
PERIODS OF WEAKNESS  
LOUP IN THROAT

PANIC DISORDER -

SHORT OF BREATH  
HEART POUNDED  
DIZZ OR LIGHTHEADED  
CHEST TIGHTNESS OR PAIN  
SWEATING  
AFRAID OF DYING OR ACTING CRAZY

ANTI SOCIAL PERSONALITY -

CRIMINAL OR EXCLUSION CRITERIA  
MET  
SYMBOLIC  
NUMBER OF CONDUCT DISORDERS  
BEFORE AGE 15 - 2  
JOB PROBLEMS  
MARRIAGE/RELATIONSHIP PROBLEMS  
LITIGATION  
NUMBER OF ADULT BEHAVIOR PROBLEMS - 4  
AGE OF FIRST ANTI-SOCIAL BEHAVIOR - 11  
AGE OF LAST ANTI-SOCIAL BEHAVIOR - 26

ANDREXIA REVUSA \*

AFRAID OF BEING FAT

TOBACCO (PHILOMELIA) \*

IMPULSIVE  
DAILY SMOKING FOR AT LEAST 1 MONTH  
NUMBER OF MENSTRUAL SYMPTOMS UPON  
STOPPING OR CUTTING DOWN \* 4  
CONTINUED SMOKING DESPITE PHYSICAL EFFECTS  
AND FIRST SMOKE REGULARLY \* 19  
LAST SYMPTOM WITHIN LAST 2 WKS

PATHOLOGICAL SMOKING \*

GARLED 100 RUM

FRIGIDITY 100 \*

ANATOMIC SEX INAPPROPRIATE

表7-2 ベルギー国リマ市インデペンシア地区の精神障害の現況(全性N=795)

診 断 名	カ テ ゴ リ ー			備 考
	確 定 診 断 数 %	症 状 数 %	無 数 %	
器質性脳症候群	24 (3.0)	626 (77.5)	3 (0.4)	*別に可能性
躁病エピソード	6 (0.7)	14 (1.7)	788 (97.5)	155件(19.2
大うつ病エピソード	56 (6.9)	232 (28.7)	520 (64.4)	%)がある
気分性変調障害 (抑うつ神経症)	33 (4.1)	408 (50.5)	367 (45.4)	
双極感情障害	3 (0.4)	—**	805 (99.6)	** 症状項目
大うつ病(単一エピソード)	4 (0.5)	—**	804 (99.5)	無し
大うつ病(反復性)	34 (4.2)	—**	774 (95.8)	
非定型双極感情障害	2 (0.2)	—**	806 (99.8)	
アルコール乱用・依存	136 (16.8)	80 (9.9)	592 (73.3)	
バルビツール酸乱用・依存	1 (0.1)	0 (0)	807 (99.9)	
アヘン類乱用・依存	1 (0.1)	0 (0)	807 (99.9)	
コカイン乱用	1 (0.1)	3 (0.4)	804 (99.5)	
アンフェタミン乱用・依存	0 (0)	0 (0)	808 (100)	
幻覚剤乱用	0 (0)	2 (0.2)	806 (99.8)	
大麻乱用・依存	0 (0)	1 (0.1)	807 (99.9)	
物質常用障害(総)	5 (0.6)	0 (0)	803 (99.4)	
精神分裂性障害	8 (1.0)	104 (12.9)	696 (86.1)	
強迫性障害(強迫神経症)	43 (5.3)	0 (0)	765 (94.7)	
空間恐怖	67 (8.3)	0 (0)	741 (91.7)	
社会恐怖	46 (5.7)	0 (0)	762 (94.3)	
単一恐怖	91 (11.3)	0 (0)	717 (88.7)	
恐怖性障害(総) (恐怖神経症)	133 (16.5)	—**	675 (83.5)	
身体化障害	5 (0.6)	473 (58.5)	330 (40.8)	
恐怖性障害	13 (1.6)	78 (9.7)	717 (88.7)	
反社会性人格障害	55 (6.8)	523 (64.7)	230 (28.5)	
神経性無食欲症	0 (0)	64 (7.9)	744 (92.1)	
煙草依存	44 (6.3)	51 (5.4)	713 (88.2)	
病的賭博	6 (0.7)	17 (2.1)	785 (97.2)	
性心理機能異常	231 (28.6)	0 (0)	577 (71.4)	
性転換性	0 (0)	2 (0.2)	806 (99.8)	
自我異質性同性愛	0 (0)	3 (0.4)	805 (99.6)	



表7-3 精神障害の現況(男性N=391)

診 断 名	カ テ ゴ リ			備 考
	確定診断 数 %	症 状 数 %	無 数 %	
器質性脳症候群	4 ( 1.0)	329 (84.1)	1 ( 0.3)	*別に可能性 57件(14.6%) がある
躁病エピソード	3 ( 0.8)	6 ( 1.5)	382 (97.7)	
大うつ病エピソード	15 ( 3.8)	95 (24.3)	281 (71.9)	
気分性変調障害 (抑うつ神経症)	11 ( 2.8)	170 (43.5)	210 (53.7)	**症状項目 無し
双極感情障害	1 ( 0.3)	--** --**	390 (99.7)	
大うつ病(単一エピソード)	1 ( 0.3)	--** --**	390 (99.7)	
大うつ病(反復性)	6 ( 1.5)	--** --**	385 (98.5)	
非定型双極感情障害	1 ( 0.3)	--** --**	390 (99.7)	
アルコール乱用・依存	125 (32.0)	65 (16.6)	201 (51.4)	
バルビツール酸乱用・依存	1 ( 0.3)	0 ( 0 )	390 (99.7)	
アヘン類乱用・依存	1 ( 0.3)	0 ( 0 )	390 (99.7)	
コカイン乱用	1 ( 0.3)	3 ( 0.8)	387 (99.0)	
アンフェタミン乱用・依存	0 ( 0 )	0 ( 0 )	390 (100)	
幻覚剤乱用	0 ( 0 )	2 ( 0.5)	389 (99.5)	
大麻乱用・依存	0 ( 0 )	1 ( 0.3)	390 (99.7)	
物質常用障害(総)	5 ( 1.3)	0 ( 0 )	386 (98.7)	
精神分裂性障害	2 ( 0.5)	36 ( 9.2)	353 (90.3)	
強迫性障害(強迫神経症)	19 ( 4.9)	0 ( 0 )	372 (95.1)	
空間恐怖	14 ( 3.6)	0 ( 0 )	377 (96.4)	
社会恐怖	17 ( 4.3)	0 ( 0 )	374 (95.7)	
単一恐怖	21 ( 5.4)	0 ( 0 )	370 (94.6)	
恐怖性障害(総) (恐怖神経症)	39 (10.0)	-- **	352 (90.0)	
身体化障害	0 ( 0 )	181 (46.3)	210 (53.7)	
恐怖性障害	4 ( 1.0)	31 ( 7.9)	356 (91.0)	
反社会性人格障害	37 ( 9.5)	257 (65.7)	97 (24.8)	
神経性無食欲症	0 ( 0 )	23 ( 5.9)	368 (94.1)	
煙草依存	39 (10.0)	46 (11.8)	306 (78.3)	
病的賭博	6 ( 1.5)	16 ( 4.1)	369 (94.4)	
性心理機能異常	45 (11.5)	0 ( 0 )	346 (88.5)	
性転換性	0 ( 0 )	0 ( 0 )	391 (100)	
自我異質性同性愛	0 ( 0 )	2 ( 0.5)	389 (99.5)	
確定診断なし	161 (41.2)**		**表6-8参照	

表7-4 精神障害の現況(女性N=404)

診断名	カテゴリー			備考
	確定診断 数 %	症 状 数 %	無 数 %	
器質性脳症候群	20 (2.5)	286 (70.8)	2 (0.5)	*別に可能性 96件(23.8%) がある
躁病エピソード	3 (0.7)	8 (2.0)	393 (97.3)	
大うつ病エピソード	41 (10.1)	133 (32.9)	230 (56.9)	** 症状項目 無し
気分性変調障害 (抑うつ神経症)	22 (5.4)	234 (57.9)	148 (36.6)	
双極感情障害	2 (0.5)	**	402 (99.5)	
大うつ病(単一エピソード)	3 (0.7)	**	401 (99.3)	
大うつ病(反復性)	28 (6.9)	**	376 (93.1)	
非定型双極感情障害	1 (0.2)	**	403 (99.8)	
アルコール乱用・依存	10 (2.5)	13 (3.2)	381 (94.3)	
バルビツール酸乱用・依存	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
アヘン類乱用・依存	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
コカイン乱用	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
アンフェタミン乱用・依存	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
幻覚剤乱用	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
大麻乱用・依存	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
物質常用障害(総)	0 (0)	0 (0)	404 (100)	
精神分裂性障害	6 (1.5)	67 (16.6)	331 (81.9)	
強迫性障害(強迫神経症)	24 (5.9)	0 (0)	380 (94.1)	
空間恐怖	52 (12.9)	0 (0)	352 (87.1)	
社会恐怖	27 (6.7)	0 (0)	377 (84.6)	
単一恐怖	67 (17.1)	0 (0)	335 (82.9)	
恐怖性障害(総) (恐怖神経症)	91 (22.5)	**	313 (77.5)	
身体化障害	5 (1.2)	289 (71.5)	110 (27.2)	
恐怖性障害	9 (2.2)	45 (11.1)	350 (86.6)	
反社会性人格障害	18 (4.5)	259 (64.1)	127 (31.4)	
神経性無食欲症	0 (0)	41 (10.1)	363 (89.9)	
煙草依存	5 (1.2)	4 (1.0)	395 (97.8)	
病的賭博	0 (0)	1 (0.2)	403 (99.8)	
性心理機能異常	184 (45.5)	0 (0)	220 (54.5)	
性転換性	0 (0)	2 (0.5)	402 (99.5)	
自我異質性同性愛	0 (0)	1 (0.2)	403 (99.8)	
確定診断なし	128 (31.7)	**	** 表6-9参照	

表 7 - 5 年令別精神障害の現況

年齢	全体	18	20	25	30	35	40	45	50	55	60
		～ 19	～ 24	～ 29	～ 34	～ 39	～ 44	～ 49	～ 54	～ 59	～ 60
カテゴリー数	393	63	139	110	93	132	100	62	32	21	35
診断	(%)										
器質性脳病変群											
確定	3.0	0	2	4	1	3	5	3	0	4	3
可能性	19.2	4	7	14	17	26	24	32	34	30	40
病状	77.5	96	91	83	82	69	71	65	66	65	51
なし	0.4	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
精神分裂性障害											
確定	1.0	0	1	0	1	2	2	2	0	0	3
病状	12.3	9	11	10	13	14	12	15	16	9	17
なし	86.1	91	88	90	81	85	86	84	84	91	80
躁病性うつ											
確定	0.7	0	2	0	0	1	1	2	0	0	0
病状	1.7	0	1	2	3	2	0	7	0	4	0
なし	97.5	100	97	98	97	97	93	91	100	96	100
大うつ病エピソード											
確定	6.9	0	11	6	11	3	4	11	6	4	0
病状	23.7	28	25	32	28	29	22	42	41	33	23
なし	69.4	72	64	63	61	64	74	47	53	57	71
気分変換性障害											
確定	1.1	4	4	5	3	5	4	3	6	9	0
病状	50.6	41	50	47	58	55	46	55	47	52	60
なし	48.4	55	47	48	41	40	50	42	47	39	40
認知症障害											
確定	16.5	16	15	14	21	19	12	16	22	12	23
なし	83.5	84	85	86	79	82	88	84	78	87	77
性心理機能異常											
確定	28.8	13	34	22	30	33	26	34	25	26	20
なし	71.2	87	66	78	70	67	74	66	75	74	80
アルコール依存											
確定	16.3	10	12	22	10	12	13	19	23	35	20
病状	9.9	4	11	13	7	8	10	13	16	13	9
なし	73.8	86	77	66	74	80	72	68	56	52	71
物質乱用障害(除)											
確定	0.6	1	1	0	0	0	0	2	3	0	0
なし	99.4	99	99	100	100	100	100	98	97	100	100
反社会性障害											
確定	6.3	1	9	3	3	5	5	10	3	9	6
病状	64.7	61	60	72	71	71	55	66	72	52	52
なし	28.9	38	32	19	19	24	40	24	25	39	40

注)年齢が不明カテゴリー数は8

表7-6 精神障害パターン(有症状群を含む)の現況

パターンの 分類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
器質性脳病様態	症	---	症	症	症	症	症	症	症	症	症	症	症	---	症	可	症	症	症	症	可	可	症	✓	
大うつ病エピソード	---	---	症	---	症	症	症	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
気分変遷性障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
ADHD乱用・依存	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
精神分業性障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
身体化障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
反社会性人格障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
性心理機能異常	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
その他	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
例数	57	43	22	22	14	14	13	13	13	12	10	9	9	8	8	7	6	6	6	6	5	5	5	49.5	
構成比(%)	17.1	5.3	2.7	2.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.5	1.2	1.1	1.1	1.0	1.0	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	61.5	
累積率(%)	17.1	12.4	15.1	17.8	19.5	21.3	22.9	24.5	26.1	27.6	28.8	30.0	31.1	32.1	33.0	33.9	34.7	35.4	36.1	36.9	37.5	38.1	38.7	100.0	

注) タイプとは診断の組合せパターンを示す  
 確: 確定診断  
 症: 有症状群

表7-7 精神障害パターン(有症状群除外)(全性)の現況

パターンの 分類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18~158
器質性脳病様態	---	---	可能性	---	可能性	可能性	---	---	---	確定	---	---	---	---	可能性	---	---	---
大うつ病エピソード	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
大うつ病復讐性	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ADHD乱用・依存	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
強迫性障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
空想性恐怖	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
単一恐怖	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
恐怖性障害(2)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
反社会性人格障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
産前依存	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
性心理機能異常	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
その他	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
例数	298	88	50	47	34	15	15	13	12	10	10	8	7	6	5	5	185	
構成比(%)	26.6	10.9	6.2	5.8	4.2	1.6	1.6	1.6	1.5	1.2	1.2	1.0	0.9	0.7	0.6	0.6	22.7	
累積率(%)	26.6	47.5	53.7	59.5	63.7	65.3	67.0	68.6	70.0	71.3	72.5	73.5	74.4	75.1	75.6	76.5	77.1	100.0

表7-8 精神障害パターン(有症状群除外)(男性)の現況

パターンの 分類	M-1	M-2	M-3	M-4	M-5	M-6	M-7	M-8	M-9	M-10	M-11	M-12	M-13	M-14	M-15	M-16	~
器質性脳病様態	---	---	可能性	---	---	可能性	---	---	---	---	可能性	---	可能性	---	---	---	---
大うつ病エピソード	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ADHD乱用・依存	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
強迫性障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
空想性恐怖	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
単一恐怖	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
恐怖性障害(2)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
反社会性人格障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
産前依存	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
性心理機能異常	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
その他	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
例数	161	47	29	19	12	11	10	9	8	4	4	3	3	3	3	3	2
構成比(%)	41.2	12.0	4.3	4.5	3.1	2.9	2.9	2.7	2.0	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	1.9
累積率(%)	41.2	53.2	57.5	62.0	65.0	68.0	71.1	73.7	75.7	76.8	77.7	78.5	79.3	80.1	80.9	81.6	100

表 7-9 精神障害パターン（有症状群除外）（女性）の現況

有病番号 有病順位	F-1 1	F-2 2	F-3 3	F-4 4	F-5 5	F-6 6	F-7 7	F-8 8	F-9 9	F-10 10	F-11 11	F-12 12	...
器質性病候群	確定	---	可能性	可能性	確定	---	可能性	---	---	確定	---	---	...
大うつ病エピソード	確定	---	---	---	---	---	---	確定	---	---	---	---	...
大うつ病反復性	診断	---	---	---	---	---	---	確定	---	---	---	---	...
空想性	---	---	---	---	---	---	---	---	確定	---	確定	確定	...
社会恐怖	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	確定	...
単一恐怖	し	---	---	---	---	確定	確定	---	確定	---	---	確定	...
恐怖性障害(総)	---	---	---	---	---	確定	確定	---	確定	---	---	確定	...
性心理機能異常	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	...
その他	確定	---	---	確定	確定	---	---	---	---	---	---	---	...
有病数	128	58	30	30	10	3	6	5	5	4	4	4	101
構成比(%)	31.7	16.8	7.4	7.4	2.5	2.2	1.5	1.2	1.2	1.0	1.0	1.0	25.9
累積率(%)	31.7	48.5	55.9	63.3	65.8	68.0	69.6	70.8	72.0	73.0	74.0	75.0	100