

7.3 自動診断結果の考察

(1) 有病率

全体の確定診断なし（即ち健康者に当るだろう）は 36.6% であり、有病率は 63.4% となる。これは、従来の精神科疫学の常識をはるかに越える高率である。しかし、煙草依存、性心理機能障害などは他の疫学調査では度外視されるであろうから、これを除くと、有病率は 51.5% となる。さらに、器質性脳症候群の可能性診断は後述の理由から無視するとすると、この有病率は 41.1% となる。これは、北米ミドットタウン調査での *impaired*（不健康）率 23.7% の約 1.7 倍である。

ここから大まかな結論をひき出すと、この診断基準（DSM-III）と DIS 第 3 版とは、従来の疫学調査基準や診断尺度に比し、まず厳格すぎ、かつ感受性が高すぎるのであろう。ということは、換言すれば、この手法はかなりの高度な精密さをもった、一種の精神衛生傾向を探る方法ではないか、ということである。つまり、一種の包括的な精神健康度調査と言えるであろう。

因みに、ミドットタウン調査の *impaired* と *moderate symptom formation* のカテゴリーを併せると、45.5% となり、さらに *mild symptom formation* を併せると 81.5% となる。または、この調査での *well*（健康者）は 18.5% である。この数字に比較すると、本調査での「確定診断なし」36.6% では比率が高すぎる。確定診断を欠く「症状」のみも考慮に入れて、器質性脳障害の「症状」のみのカテゴリーは後述の理由から一応「症状なし」と考えると、「症状なし」は 7.1% となる。DIS 自動診断は、各種の症状の重み付きの組み合わせで一定基準を越えると「確定診断」となる論理であるから、恐らく、この数字が、ミドットタウン調査の *well*（健康者）のカテゴリーとなるであろう。

男女別でみると、確定診断なし（健康者）は男性（41.2%）で、女性（31.7%）より約 10% 高い。それだけ全体の有病率は女性（68.3%）が男性（58.8%）より高い。

即ち、再言すると、この調査での有病率は不健康度といった類いのものを

現わし、厳密には 63.4%、他調査と比較する場合の狭義には、一応 41.1% 程度と言えよう。またこの調査の結果内容(以下)は、その不健康群のうち
の全体としての精神的徴候の色彩の傾向を表現している、と言えよう。

(2) 重複診断

DSM-IIIもDIS論理も重複診断である。そして、重複診断中のどの病
名を「主要診断」とすべきかは、加療中でない一般人口では判断し難い。従
って、ここでは重複診断のまま、考察することにする。これまた、上記(1)の
結論に従えば、特定した基準での精神健康(または障害)の傾向をみる、と
いうことになる。

(3) 既往歴

DISは、現症のみではなく、既往症歴まで質問している。このため、既
往に、DSM-III基準にかなった精神障害をかつて持った者も、それに応じ
て診断を確定される仕組みである。そのため、当然、現症のみをみる他の疫
学調査とは大巾に異なった性格をもち、有病率も高まる。この点も、上記(1)
の結論に従えば、この方法は極めてユニークなもので、特定人口の精神衛生
(健康度)状態を既往にさかのぼって見る、ということの意味していると理解
される。

(4) 器質性脳症候群(以下図7-2、図7-3参照)

DISの本カテゴリーに関しての質問内容は、暗算、数字反唱、なども含
み、対象人口の特性を考えると、感受性が高すぎる印象である。さらに約2
時間続く問診の最終部分がこのカテゴリー部分に当る。やはり、対象人口特
性を考えると、かなり疲労し、一種の拒否が出現しそうである。故にこのカ
テゴリーは、「症状のみ」、「可能性あり」の水準は除外して考えると良
いと思われる。

確定診断 3.0%はかなりの高率である。然し、年令別にみると、40-44
才(5%)であり、55-59才(4%)、60才以上(7%)と妥当な結果を
示している。従って、このカテゴリーの 3.0%有病率は実状を反映している
であろう。

男女別にみると、男（1.0%）、女（5.0%）で、女性が圧倒的に高率を示す。
（以下確定診断のみを考察する。）

(5) 感情障害

躁病エピソード（0.7%）、大うつ病エピソード（6.9%）は、高率である。男女別では、躁病は大体同じだが、大うつ病は女性（10.1%）が男性（3.8%）の3倍に当る。大うつ病反復性は女性（6.9%）は男性（1.5%）の4.6倍に当る。年齢別では、20才より54才まで大体平均して現れるが、25-30才、40-44才、50-54才の層は比較的低い。

(6) 精神分裂性障害

全体で1.0%で、高率を示す。女性（1.5%）は男性（0.5%）の3倍である。年齢別では、25-30才、50-54才、55-59才の層に比較的少ない。

(7) 気分変調性障害（抑うつ神経症）

4.1%である。女性（5.4%）は男性（2.8%）の1.9倍になる。年齢別には、25-30才、35-39才にやや高く、50-54才（6%）、特に55-59才（9%）の層に高率である。

(8) 恐怖性障害

単一恐怖（11.3%）、空間恐怖（8.3%）、社会恐怖（5.7%）の順位で出現する。男性では、単一恐怖、社会恐怖、空間恐怖の順であるが、女性では単一恐怖、空間恐怖、社会恐怖の順で、女性の空間恐怖が多くなる。そして、女性は男性の約2-3倍の差を示す。

恐怖性障害（総括）をみると全体で16.5%を示し、女性（22.5%）は男性（10.0%）の2.3倍に当る。年齢別にみると、30-34才、50-54才、60才以上に多い。

(9) 不安状態（不安神経症）

恐慌性障害は、全体で1.6%を示し、女性（2.2%）は男性（1.0%）の2.2倍に当る。

強迫性障害は、全体で5.2%を示し、女性（5.9%）は男性（4.9%）と大差を示さない。

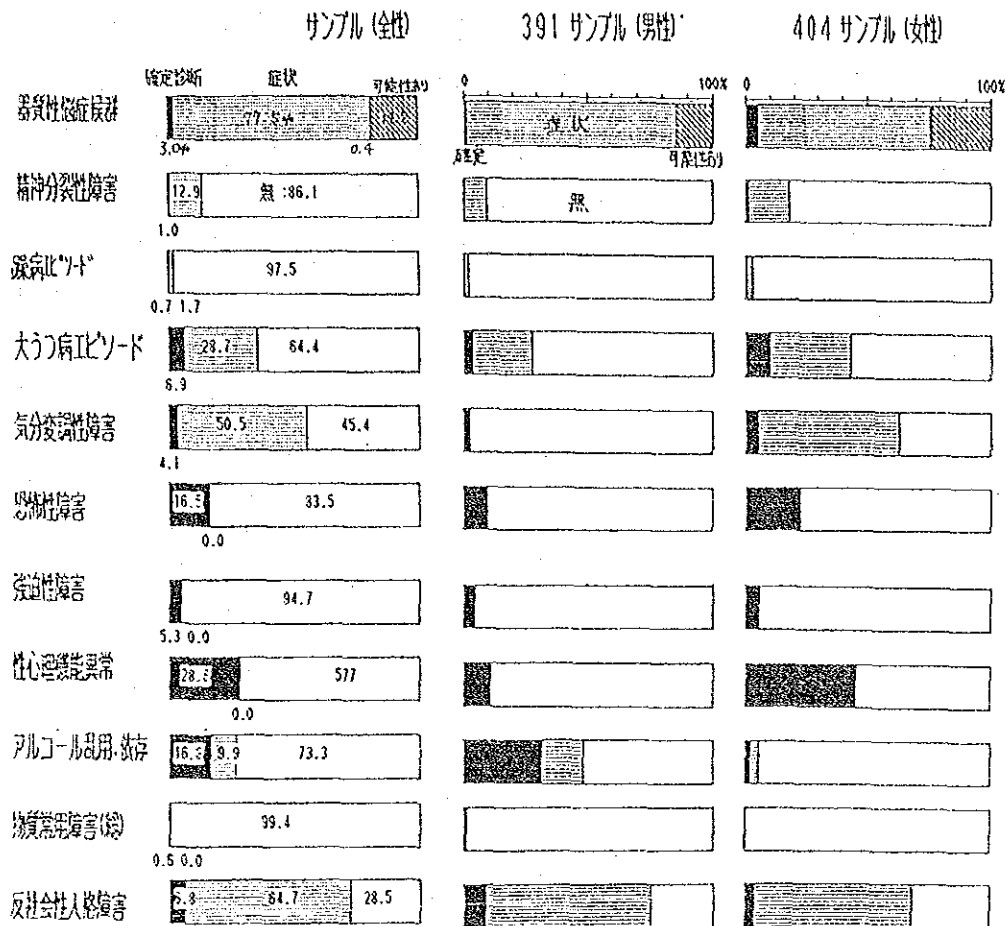


図 7 - 3 自動診断結果

(10) 性心理機能障害

全体で 28.6% と高率を示し、他と重複しない例数は 88 (10.9%) と高値を示す。女性 (45.5%) は男性 (11.5%) の 4 倍となる。年齢別には、20-24 才、30-34 才、35-40 才、45-49 才の層に高率に出現する。また、症状あり、と診断された件数はない。これ等の点からみて、特異項目であり、通常の疫学調査では把握しきれなかった部分であろう。

(11) 反社会性人格障害

全体で 6.8% を示し、男性 (9.5%) は女性 (4.5%) の 2.1 倍に当る。年齢別では、25-29 才、30-34 才、45-49 才の層に特に高率である。

(12) アルコール乱用・依存

全体で 16.8% を示す。この値が予想外に高いか低いかは不明だが、かなりよく現実を反映しているだろうと想像できる。男性 (32.0%) は女性 (2.5%) の 12.8 倍に当る。年齢別では、25-29 才、50-54 才、さらに 55-59 才 (35%) の層に特に高率である。55-59 才の率は特に高い。

(13) 物質常用障害

全般に非常に低率 (0.1% 程度) で、予想外である。これは、第一には、現地で常用されている粗製コカイン・バスタが DIS 問質の中で直接に触れられておらず、かつ、分析プログラムでも「その他の物質」を特に拾えなかったものと思える。第二には、やはり、応答が非常に控え目だったからかもしれない。物質常用障害 (総括) として、やっと、全体に 0.6% の率を示すにとどまる。女性には、該当例がなく、全て男性に占められている。年齢別では 45-49 才、50-54 才の層に多く見られる。

この項目はあまり信頼性をもっていないと思える。

(14) 煙草依存

全体で 6.3% を示し、男性 (10.0%) は女性 (1.2%) の 8.3 倍に当る。これも、本調査法ではじめて把握された特殊項目であろう。

(15) パターン類別

むしろ、有症状群を含んだ分類 (表 7-6) の方が有意義とみられる。こ

これら「症状」とは、確定診断には到らないが、その診断カテゴリーに対し有意で症状群を有していると判断されたグループを言う。頻度の高い方からいうと、器質性脳症候群、気分変調性障害、性心理機能異常の色彩をもつもの（有症状）、ついで、器質性脳症候群、大うつ病エピソード、気分変調性障害、身体化障害、反社会性人格障害の色彩をもち（有症状）、性心理機能異常が確定した群が、これに次ぐ。このようにしてみると、器質性脳症候群を除き、一定の組合せのパターン、即ち大うつ病、気分変調性障害、身体化障害、反社会性人格障害、性心理機能障害、アルコール依存、などの色彩が累計率38.7%までに強く出現し、抑うつ的な全般的傾向がうかがえる。

また、確定診断のみで見ると、男女間にはかなりはっきりとした色彩の差異があり、男性では、アルコール依存、煙草依存、反社会性人格障害などの色彩が強く現れ、一方に女性では、恐怖性障害（総括）、単一恐怖、空間恐怖、大うつ病、などの色彩が強く出現する傾向があることがうかがえる。（表7-7～9）

7.4 精神障害と社会心理特性との関連

過去の精神科疫学調査は、さまざまなやり方ではあったが、精神障害の有病率と社会心理条件との間に、かなり特徴的な関連があることを示している。一言でいうなら、生活水準が社会的に下のクラスになるに従い精神障害の出現率が高いということである。また、北米では、精神障害者と人種差が論じられる（有色人種に多い）こともある。

今回の調査は対象人口の精神衛生状況の表現である、ということ为前提に、主要な精神障害11診断カテゴリーと社会心理特性との関連をみてみた。精神障害としては、器質性脳症候群、精神分裂性障害、躁病エピソード、大うつ病エピソード、気分変調性障害、恐怖性障害（総括）、強迫性障害、性心理機能障害、アルコール乱用・依存、物質常用障害（総括）、反社会性人格障害の11を、精神医学上の立場と現地状況、そして今回の調査の結果の観点から扱った。

(1) 生活水準との関連

家庭の生活水準を保有耐久消費財からみて4群に分ける（A群：冷蔵庫と自動車の両方所有）、B群：（Aを除いたうち）テレビとミシンを所有、C群：A・B・Dを除いたもの、D群：ラジオのみ所有と何もなし。この生活水準と精神障害との関連は図7-4のようになる。

大体が、精神障害の出現と生活水準とは反比例しているという定説が、ここにも現れる。特に、精神分裂性障害がA群で0.0%であることは目をひく。しかし、躁病エピソードは例外であり生活水準と比例する。さらに、気分変調性障害と性心理機能障害はA・D群に高く、B・C群に低いのは興味をひく。ついで、アルコール乱用・依存、反社会性人格障害も同じパターンを示している。要約すると、

生活水準と並行 — 器質性脳症候群、精神分裂性障害、大うつ病エピソード、恐怖性障害、強迫性障害、（物質常用障害）

生活水準と逆行 — 躁病エピソード

両極に高く中間 — 気分変調性障害、性心理機能異常、アルコール乱用・水準に低い
依存、反社会性障害

耐久機材の所有率		A	B	C	D
SAMPLE =		37	274	381	81
器質性障害	確定	0.0%	3.3%	2.9%	6.2%
	可能性	24.3%	14.9%	19.7%	22.5%
	症状なし	72.9%	31.3%	77.4%	89.1%
精神分裂性障害	確定	2.9%	0.0%	0.0%	1.2%
	可能性	0.0%	1.5%	0.6%	2.5%
	症状なし	0.0%	12.0%	13.6%	17.3%
躁病ポイント	確定	100.0%	86.5%	95.8%	30.2%
	可能性	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	症状なし	0.0%	13.5%	4.2%	69.8%
大うつ病ポイント	確定	2.7%	2.9%	1.1%	1.3%
	可能性	0.0%	0.0%	1.1%	1.3%
	症状なし	97.3%	97.1%	97.8%	97.4%
気分変調性障害	確定	5.4%	6.2%	5.2%	19.3%
	可能性	29.7%	27.0%	28.3%	39.5%
	症状なし	64.9%	66.8%	67.3%	40.7%
恐怖性障害	確定	5.4%	2.5%	3.9%	3.1%
	可能性	48.6%	45.3%	51.2%	66.7%
	症状なし	45.9%	52.2%	44.9%	30.2%
強迫性障害	確定	13.5%	18.6%	15.2%	18.5%
	可能性	36.5%	31.4%	34.9%	31.5%
	症状なし	50.0%	49.9%	50.0%	50.0%
性心理機能異常	確定	2.7%	5.3%	3.9%	12.3%
	可能性	37.3%	34.2%	36.1%	37.7%
	症状なし	60.0%	60.5%	59.9%	50.0%
加齢乱用依存	確定	32.4%	29.2%	25.2%	37.5%
	可能性	67.6%	70.8%	74.3%	62.5%
	症状なし	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
物質常用障害(袋)	確定	21.6%	12.4%	19.4%	20.9%
	可能性	10.3%	9.5%	3.7%	9.3%
	症状なし	67.6%	78.1%	71.9%	69.1%
反社会性障害	確定	0.0%	0.0%	1.1%	1.2%
	可能性	100.0%	100.0%	96.9%	93.8%
	症状なし	0.0%	0.0%	2.0%	5.0%

図 7 - 4 家庭の生活水準と精神障害の関連

注) A : 冷蔵庫と自動車の両方を所有
 B : (A を除いた内) テレビとミシンの両方を所有
 C : A , B , D を除いたもの
 D : ラジオのみを所有と何もなし

この結果は、それぞれ精神医学上では理解可能であるが、いかにも興味をひく。

(2) 家庭崩壊との関連

図7-5に示すようである。

躁病エピソードと性心理機能異常とを除く全ての精神障害が、崩壊経験家庭で、出現率が高い。

(3) 家族構成との関連(図7-6)

まず、欠損家庭(父なし)と、非欠損家庭(父あり)とを比較すると、大きな差を示すものは下記のようなものである。

父親ありに多いもの — 器質性脳症候群、反社会性人格障害

父親なしに多いもの — 精神分裂性障害、気分変調性障害、アルコール乱用・依存、物質常用障害

この(2)と(3)の結果を併せてみると、躁病エピソードはいかにも生物学的疾病のように見え、家庭条件によらないが、他はそれぞれに興味深い。反社会性人格障害が父親ありの家庭に2倍近く高率なもの、目立つ点である。また、崩壊家庭できわ立って高率なのは、精神分裂性障害、大うつ病エピソード、強迫性障害、物質常用障害、である。

(4) 教育水準(本人)との関連(図7-7)

全体に、精神障害は、生活水準と同じく、教育水準を反比例する。特に目立つのは次の諸点である。

教育なしに極めて高率のもの — 器質性脳症候群、精神分裂性障害、恐怖性障害、強迫性障害、性心理機能異常

躁病エピソードと反社会性人格障害は中学卒に特異的に高率である。

また、アルコール乱用・依存は教育なしに0.0%である。

(5) 教育水準(家長)との関連(図7-8)

本人の教育水準との関連と異なり、全般的な比例関係はみられなかった。教育なしと高等教育とで特異所見があるが、これはサンプル数から考えて偶発的なものと思われる。

家庭崩壊の状況	非崩壊				崩壊
	全体	親子	家族親類	その他(祖父母)	
SAMPLE = 572	399	17	154	200	
器質性脳症候群	(%)				
確定	3.1	3.6	5.9	1.0	4.5
可能性	18.4	18.5	17.6	17.5	19.5
症状なし	78.5	77.9	76.5	80.5	76.0
0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	
精神分裂性障害					
確定	0.3	0.2	0.0	0.6	3.0
症状なし	11.4	11.3	5.9	11.7	17.0
88.3	88.5	94.1	87.7	80.0	
躁病ポイント					
確定	1.2	0.0	0.0	1.3	1.0
症状なし	1.2	1.3	0.0	3.9	2.0
97.6	98.7	100.0	94.8	97.0	
うつ病ポイント					
確定	5.8	6.3	5.9	3.9	11.5
症状なし	26.8	25.8	17.6	29.2	33.5
67.3	67.9	76.5	66.9	55.0	
気分変調性障害					
確定	3.1	2.5	0.0	5.2	5.5
症状なし	48.1	49.1	35.3	46.3	58.3
48.8	48.4	64.7	48.1	36.5	
恐怖性障害					
確定	15.9	13.0	29.4	21.4	19.0
症状なし	84.1	86.9	70.6	78.6	81.0
強迫性障害					
確定	4.4	3.8	0.0	6.5	3.5
症状なし	95.6	96.2	100.0	93.5	96.5
性心理機能異常					
確定	29.2	26.8	5.3	37.7	25.3
症状なし	70.8	73.2	94.1	62.3	75.0
アルコール依存					
確定	14.9	14.8	29.4	13.6	22.0
症状なし	9.9	8.3	17.6	12.9	9.5
75.3	76.9	52.9	73.4	68.5	
物質常用障害(総)					
確定	0.3	0.5	0.0	0.0	1.5
症状なし	99.7	99.5	100.0	100.0	98.5
反社会性障害					
確定	6.1	5.5	11.3	7.1	3.0
症状なし	63.3	62.7	47.1	66.9	71.0
30.6	31.8	41.2	25.9	21.0	

図 7 - 5 家庭崩壊と精神障害の関連

家族構成	家長(父親)	家長(母親)	構成		
			親対親	家長対親系	その他
SAMPLE = 637		76	518	24	224
器質性障害	3.4	2.6	3.5	4.2	3.6
確定	18.4	21.1	19.9	8.3	15.8
症状なし	78.2	75.0	76.6	87.5	80.3
精神分裂性障害	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0
確定	0.2	2.6	1.0	0.0	1.4
症状なし	12.3	13.3	12.5	12.5	12.9
躁病	36.4	34.2	36.5	37.5	35.7
確定	0.3	1.3	0.0	0.0	0.9
症状なし	1.3	0.0	1.5	0.0	4.0
うつ病	97.4	98.7	98.5	100.0	95.1
確定	7.0	7.3	7.1	16.7	6.3
症状なし	27.3	38.2	27.0	29.2	31.7
気分変調性障害	65.7	53.9	65.8	54.2	62.1
確定	3.2	9.3	2.9	4.2	5.8
症状なし	50.8	50.9	49.8	58.3	51.3
恐怖性障害	46.2	40.3	47.3	37.5	42.9
確定	16.8	17.1	13.7	25.0	22.8
症状なし	33.4	32.3	36.3	75.0	77.2
強迫性障害	5.5	5.3	4.3	4.2	7.1
確定	94.5	94.7	95.2	95.3	92.9
性心理機能異常	26.1	28.3	25.3	45.8	32.1
確定	71.3	71.1	74.7	54.2	67.9
加用・乱用・依存	16.4	19.7	16.2	25.0	16.3
確定	9.9	7.9	8.1	12.5	12.9
症状なし	73.7	72.4	75.7	62.5	70.1
物質常用障害(総)	0.6	1.3	1.0	0.0	0.0
確定	99.4	98.7	99.0	100.0	100.0
反社会性障害	6.3	3.9	5.6	12.5	3.5
確定	64.4	73.7	63.7	58.3	69.6
症状なし	28.7	22.4	30.7	29.2	21.3

図 7 - 6 家族構成と精神障害の関連

教育歴	なし	小学校	中学校	高等教育
SAMPLE =	41	323	320	72
器質性脳症候群 (%)				
確定	7.3	5.8	0.9	0.0
可能性	46.3	28.0	9.1	2.8
症状なし	43.9	65.9	90.9	37.2
不明	2.5	0.3	0.0	0.0
精神分裂性障害				
確定	4.9	0.9	0.9	0.0
可能性	19.5	15.9	9.1	3.3
症状なし	75.6	83.2	90.0	91.7
不明				
残病性ソート				
確定	0.0	0.0	2.2	0.0
可能性	4.9	1.5	0.9	2.8
症状なし	95.1	98.5	96.9	97.2
不明				
大うつ病性ソート				
確定	12.2	7.3	6.0	3.3
可能性	31.7	27.7	28.1	26.1
症状なし	56.1	64.9	65.6	65.3
不明				
気分変調性障害				
確定	4.9	3.7	3.8	4.2
可能性	78.0	50.0	47.3	45.8
症状なし	17.1	46.3	48.4	50.0
不明				
恐怖性障害				
確定	26.8	16.2	16.6	13.9
可能性	79.2	83.8	83.4	86.1
不明				
強迫性障害				
確定	14.6	4.0	5.0	5.6
可能性	35.4	35.9	33.2	34.4
不明				
性心理機能異常				
確定	48.3	33.8	22.8	15.3
可能性	51.2	66.2	77.2	84.7
不明				
アルコール乱用・依存				
確定	0.0	17.7	17.3	18.1
可能性	4.9	7.3	11.3	15.3
不明	95.1	74.4	70.9	66.7
反社会性障害				
確定	4.9	5.5	8.4	4.2
可能性	60.9	65.2	64.7	76.4
不明	34.1	29.3	26.9	19.4

図 7-7 本人の教育水準と精神障害の関連

教育歴	なし	小学校	中学校	高等学校
SAMPLE =	22	471	211	43
器質性脳症候群 (%)				
確定	4.5	3.2	3.3	0.0
可能性	27.3	19.9	18.0	4.7
症状なし	68.6	76.4	78.7	95.3
精神分裂性障害				
確定	9.1	0.9	0.0	2.4
症状なし	13.6	14.0	9.5	13.9
なし	77.3	85.1	90.0	83.7
躁病E.P.T.				
確定	4.5	0.0	1.7	0.0
症状なし	4.5	1.9	1.7	6.3
なし	90.9	98.1	97.6	93.0
大うつ病E.P.T.				
確定	19.6	7.0	5.2	16.3
症状なし	36.4	27.2	31.3	18.6
なし	50.0	65.8	63.9	65.1
気分変調性障害				
確定	0.0	3.6	4.7	2.4
症状なし	77.3	47.1	54.0	55.8
なし	22.7	49.3	41.2	41.3
恐怖性障害				
確定	18.2	16.3	16.6	18.8
なし	81.8	83.2	83.4	81.4
強迫性障害				
確定	18.2	5.9	2.9	9.3
なし	81.8	94.1	97.2	90.7
性心理機能異常				
確定	36.4	26.3	30.8	30.2
なし	63.6	73.7	69.2	69.3
アルコール依存				
確定	9.1	17.2	16.1	16.3
症状なし	9.1	3.5	11.3	11.6
なし	81.3	74.3	72.0	72.1
物質常用障害(総)				
確定	4.5	0.8	0.5	0.0
なし	35.5	99.4	99.5	100.0
反社会性障害				
確定	9.1	5.5	2.9	11.6
症状なし	63.8	63.7	65.9	74.4
なし	37.3	30.3	25.8	13.9

図7-8 家長の教育水準と精神障害の関連

(6) 職業（本人）との関連（図7-9）

全体としてしてみると、大きな統一のある傾向は窺われなかった。また、この結果から、もし精神障害が全般に社会的（職業的）安定度と反比例すると仮定するならば、この仮定を満たすような職業順位は発見できなかった。

特異的なものを下記する。下男下女で性心理機能異常、強迫性障害、器質性脳症候群がきわめて高率である。独立業者に精神分裂性障害、大うつ病エピソード、恐怖性障害がきわめて高率で、アルコール乱用・依存が少ない。労働者でアルコール乱用・依存がきわめて多い。

もし、労働者と事務職とのみを比較してみると、気分変調性障害と性心理機能異常を除いては、全般に事務職の方が安定し精神障害の出現率も低い。（事実、現地では事務職の方が収入面、持続性、社会保障、などの各面で労働者より安定した立場である）。

(7) 職業（家長）との関連（図7-10）

やはり全般的な比例傾向にみられなかった。幾つかなの特異所見も、よく理解できなかった。

しかし、家長の職業をもし事務職と労働者のみに限って比較してみると、大うつ病エピソード、性心理機能異常、（恐怖性障害）などを除いて、全般に家長が事務職の家庭の方が労働者の家庭より、精神障害の出現率が低い。

(8) 前週の就業状況（本人）（図7-11）

幾つかなの特異所見はあるが、よく理解できなかった。ただ各項目がそれぞれ学生、家庭主婦というように置き換えてみると、妥当な所である。また、人口特性の考察で述べたように、この項目の信頼度に幾分かの問題が残る。

(9) 地区特性との関連

各小地区別に精神障害発生率をみる（表7-10、図7-12）

地区を各種の社会心理特性を組み合わせる三段階に分け（上-先進地区、中-中進地区、下-後進地区）、これは地区発展度を表しているものとして、精神障害出現度との関連をみる（6.5節参照）。

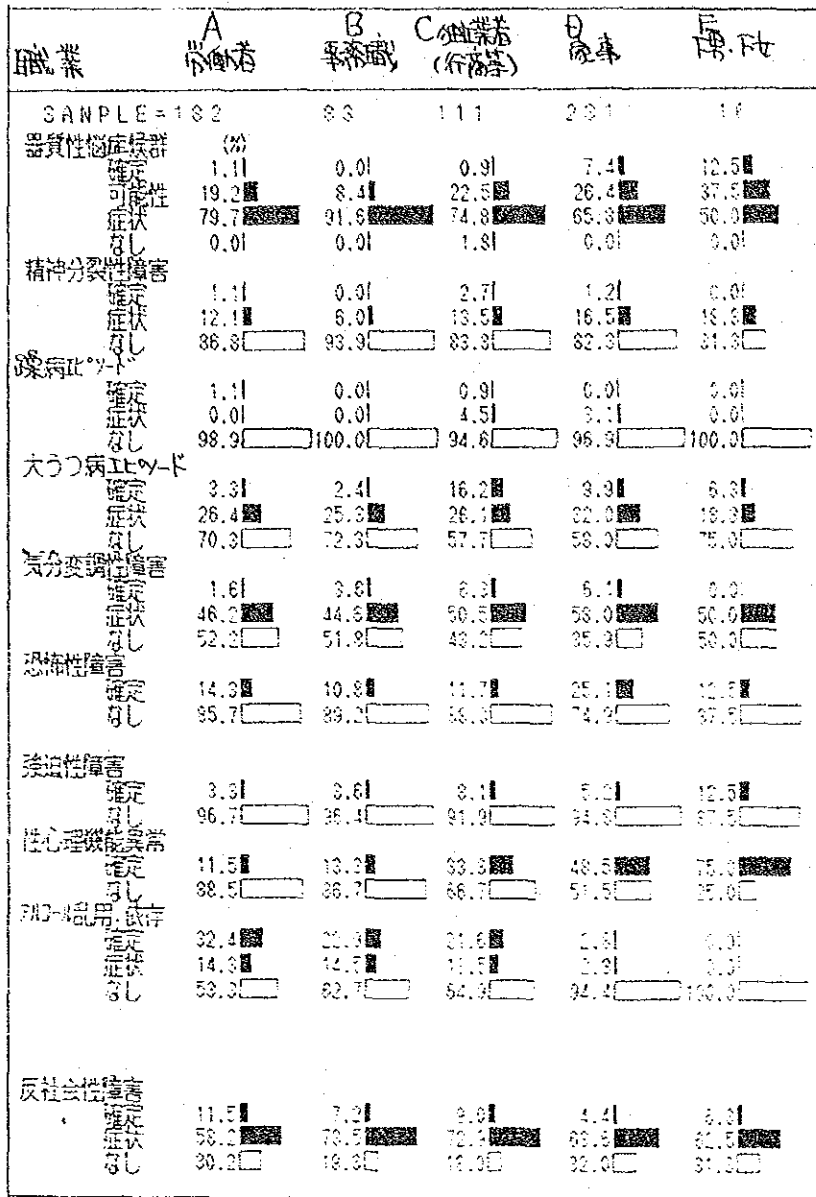


図7-9 本人の職業と主な精神障害の関連

職業	労働者	事務職	独業者 (行商等)	家事
SAMPLE = 371	135	165	32	
器質性脳症候群 (%)				
確定	4.4	1.5	0.6	3.1
可能性	19.9	14.1	18.8	12.5
症状	75.7	84.4	78.8	84.4
なし	0.0	0.0	1.8	0.0
精神分裂性障害				
確定	1.4	0.7	1.2	0.0
症状	13.7	11.9	15.2	3.1
なし	84.9	87.4	83.6	96.9
躁病性うつ				
確定	1.7	0.0	0.0	3.1
症状	1.7	0.0	1.8	3.1
なし	97.6	97.0	98.2	93.8
大うつ病性うつ				
確定	5.4	8.1	10.3	9.4
症状	29.9	26.7	27.3	28.1
なし	64.7	65.2	62.4	62.5
気分変調性障害				
確定	4.6	2.3	3.0	6.0
症状	46.9	57.0	55.3	53.1
なし	48.5	40.7	41.2	40.9
恐怖性障害				
確定	17.5	20.0	11.5	21.0
なし	82.5	80.0	88.5	78.1
性心理機能異常				
確定	24.8	32.6	31.5	18.3
なし	75.2	67.4	68.5	81.3
PTSD-乱用依存				
確定	17.5	14.1	14.5	25.0
症状	3.9	9.8	3.5	6.3
なし	73.5	76.2	76.3	68.3
物質常用性障害(総)				
確定	0.8	0.0	0.0	3.1
なし	99.2	100.0	100.0	96.9
反社会性障害				
確定	7.5	7.4	6.1	0.0
症状	59.0	67.4	70.9	68.3
なし	33.4	25.2	23.0	31.3

図7-10 家長の職業と主な精神障害の関連

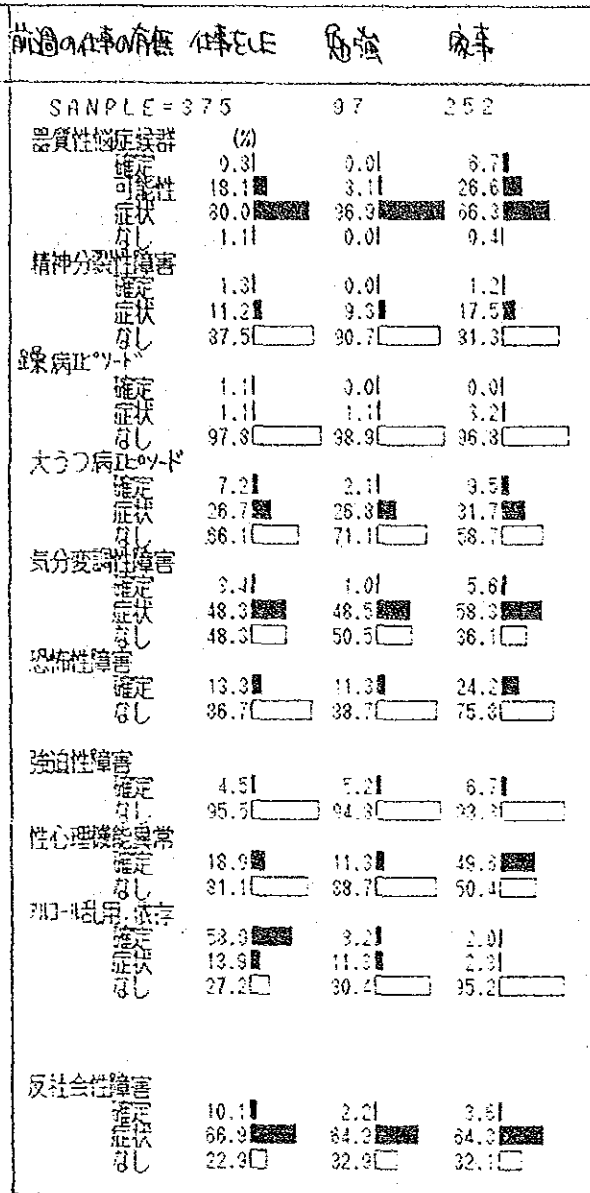


図 7 - 1 1 本人の前週の仕事状況と精神障害の関連

表7-10 地区別精神障害の現況

地区	全体	年齢層																								
		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
カッパル数	773	35	35	41	29	46	27	35	32	31	36	31	21	14	20	40	23	38	31	23	29	47	26	18	22	32
診断	96																									
器質性症候群																										
確定	2.2	14	0	0	0	0	7	3	3	3	3	3	0	0	0	4	10	0	0	0	2	0	0	0	0	0
可能性	18.6	23	3	5	17	17	4	6	25	13	22	36	14	21	21	25	33	45	16	14	24	6	12	17	13	27
病状なし	72.9	63	97	90	83	89	89	91	72	84	63	61	86	79	79	65	57	45	99	82	76	39	63	83	77	65
精神分業性障害	4	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	0	0	0	0
確定	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
病状なし	12.8	17	34	12	17	4	7	6	6	7	22	3	5	21	10	3	26	5	7	13	14	13	8	22	16	3
躁病性うつ	86.2	83	66	88	83	98	89	94	94	93	73	100	95	79	76	92	74	95	93	79	86	37	32	73	54	34
確定	.6	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病状なし	1.3	3	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	6	14	12
うつ病性うつ	97.5	97	100	98	97	100	100	100	97	97	93	100	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100	96	94	96	93
大うつ病性うつ	7.1	20	3	7	14	2	4	3	3	3	11	2	5	0	10	2	4	5	0	11	17	2	3	17	14	15
確定	28.3	43	9	37	31	19	46	14	28	42	44	29	34	20	21	45	9	5	16	25	31	32	15	26	41	54
病状なし	64.6	34	89	56	55	65	43	23	69	55	44	71	71	71	89	53	37	90	81	64	52	66	77	56	46	31
気分変調性障害	3.8	0	0	7	0	2	7	0	0	13	3	2	5	7	3	5	0	0	0	4	3	2	12	11	3	0
確定	59.6	77	11	42	62	24	59	51	44	52	81	33	43	57	52	63	30	37	42	64	52	59	42	70	77	81
病状なし	45.7	17	89	51	35	74	39	49	53	34	36	53	52	36	45	32	70	63	59	32	45	42	46	11	23	16
恐怖性障害	16.7	37	9	34	10	22	15	1	22	15	23	7	10	21	21	33	0	0	3	7	7	6	13	11	16	4
確定	33.3	63	51	68	90	73	85	91	73	84	72	93	30	74	73	67	91	92	37	93	93	34	31	69	54	36
性心理機能異常	28.2	51	11	46	31	11	33	17	9	42	31	19	13	14	23	33	26	45	13	39	24	10	13	19	11	19
確定	71.8	49	89	54	69	89	87	83	91	58	69	91	81	86	72	67	74	55	31	61	76	19	31	61	59	81
アルコール乱用・依存	16.7	29	14	12	14	15	23	14	22	18	14	16	10	21	11	15	17	29	10	0	14	21	12	17	5	11
確定	9.7	26	6	17	0	15	4	9	10	16	14	3	30	3	7	13	9	3	7	0	3	11	23	6	3	9
病状なし	75.5	46	86	71	88	70	70	77	62	68	72	81	9	79	72	72	74	63	74	100	72	63	65	73	26	84
物質常用障害(総)	1.0	0	0	2	0	0	4	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
確定	93.4	100	100	98	100	100	96	100	97	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100	100	100	100	100	95	100	100
反社会性障害	6.6	17	6	3	3	2	4	6	6	10	14	10	0	0	14	2	10	3	0	11	17	2	4	5	9	11
確定	65.3	71	29	63	83	48	63	60	63	74	69	54	76	73	76	72	65	51	55	14	36	27	69	67	64	52
病状なし	23.1	11	71	24	14	53	13	34	25	16	17	23	24	21	19	28	22	45	42	25	17	11	27	23	27	31

	A (上)	B (中)	C (下)
SAMPLE = 208	391	171	
器質性障害	1.4%	2.9%	6.3%
気分変換障害	20.3%	15.0%	24.7%
精神分裂性障害	77.2%	82.0%	68.3%
躁病	1.4%	0.2%	2.7%
うつ病	2.0%	0.3%	1.3%
双極性障害	3.2%	16.1%	12.3%
躁病	90.3%	83.6%	96.0%
うつ病	1.4%	0.5%	0.0%
双極性障害	0.4%	1.7%	3.7%
大うつ病	38.2%	97.7%	96.3%
気分変換障害	4.1%	6.1%	12.3%
うつ病	20.3%	27.3%	27.4%
躁病	66.0%	66.0%	59.8%
気分変換障害	3.7%	3.0%	4.3%
うつ病	48.8%	46.5%	61.4%
躁病	47.5%	50.5%	33.3%
器質性障害	0.0%	14.3%	15.1%
気分変換障害	76.7%	35.1%	34.6%
精神分裂性障害	26.2%	25.0%	36.7%
うつ病	73.3%	74.7%	65.3%
気分変換障害	16.2%	16.1%	17.7%
うつ病	11.7%	12.8%	11.3%
躁病	72.1%	70.8%	71.3%
物質常用	1.1%	1.8%	0.0%
反社会的行動	39.7%	33.4%	100.0%
器質性障害	6.4%	5.3%	8.9%
気分変換障害	67.3%	65.0%	63.1%
精神分裂性障害	26.3%	29.3%	28.1%

地区番号
A(上) : 3 7 8 11 14 15
B(中) : 6 9 10 24 9 12 13 16 20 21 3 4 11
C(下) : 1 17 19 22 23 25

図7-12 地区の発展度と精神障害との関連

精神障害の出現率は、明らかに、地区特性である発展度に規定されているのが分る。これを、(1)の生活水準との関連と比較してみると、大体似たような傾向を表している。

精神分裂性障害では中進地区で低く、先進、後進地区で高率である。躁病エピソードは地区発展度と比例して先進地区で高率に現れる。恐怖性障害もこれに似て、先進地区に高率である。アルコール乱用・依存は地区の発展度によっては規定されない。

その他の精神障害に関しては、特に、器質性脳症候群と大うつ病エピソード、気分変調性障害、性心理機能異常、反社会性人格障害などで、先進から後進にと、発展度と反比例して発現率が高くなっている。

(10) 考 察

被面接者の家庭の生活水準と精神障害との関連から、大まかに言って、精神障害の発現率は生活水準に反比例することがみられた。(躁病エピソードはその逆で比例している。性心理機能異常、アルコール乱用・依存、反社会性人格障害では、生活水準の上と下の両端に高くなり、中位で低くなっている)。地区発展度でみると、ほぼ似た状況を示す。(精神分裂性障害が先進・後進で多く中進で低くなっている。比例しているのは、躁病エピソードとともに恐怖性障害などである)。同様なことが、本人の教育水準との関連についても言える。(やはり、躁病エピソードと反社会性人格障害は中学卒に率があり、気分変調性障害は出現率に差がない)。

また、家庭状況についてみると、崩壊家庭との関連では、精神障害の社会心理特性規定性はさらに明らかとなり、多くの精神障害は崩壊家庭において高率にみられる。特に、精神分裂性障害、大うつ病エピソード、強迫性障害、アルコール乱用・依存、物質常用障害に、その傾向が顕著である。父親のいない欠損家族との関連でも、似たように欠損家族では多くの精神障害が高率にみられる(器質性脳症候群と反社会性人格障害は逆)。家長の教育水準との関係はより複雑になっている。

本人の教育水準との関連でも似た傾向で、幾つかの例外を除いて、精神障

害は教育水準の低い層に多い。本人の職業との関係でも同じく、安定度の高い事務職よりは労働者に多くの精神障害が高率にみられる。

以上のようなことから、明らかに精神障害の出現は、それぞれの違いはあっても、社会心理要因によって規定されていることが分る。多くは、条件の劣悪な層に出現度が高い。しかし、躁病エピソードは大体において、逆の傾向を示している。恐怖-強迫性障害、アルコール乱用・依存、反社会性人格障害などの社会規定性の強いと思われる障害は、時として複雑な様相を示す。

第8章 精神衛生向上対策と結論

8.1 精神衛生向上対策（試案）

前章までで、今回の調査の結果分析の全容が明らかとなった。この調査の本旨は、基礎資料の収集としての精神科領域の疫学調査を未知の社会にて実行する、ということであった。従って、この結果から直接的に精神衛生向上対策を作ることは、困難と思われる。

公衆衛生学分野では、しばしば、疫学調査に継時して、直接的な対策立案が行われることがある。これは、病因などがすでに確定され、事象が例えばマルコフ過程に従うといった定量的で確実な知見が既に保有されている分野では、可能であろう。しかし、残念ながら、精神科領域で現在これを求めることは出来ない。

その理由は、主として次のようなものであろう。

- (1) 精神科領域での病因未定。
- (2) 精神科領域での需要供給関係の非操作性。

(1)は周知のことだが、(2)について一言するなら、精神科領域での供給がもっぱら臨床的に、かつ受け身的に行われていて、操作的な立場からなされていないことがあげられる。つまり、患者が医療機関を訪れることによって成立する関係である。この点が、予防接種のような健康管理モデルが作れないでいる大きな現実的な理由となるであろう。

ここで、仮定的に幾つかのごく単純なモデルを設定することとする。いわゆる原因結果論は、未知であるため、一応考慮しないこととする。

- (1) 精神障害の発現は、社会心理要因に規定される。但し、未知の生物学的な病因が強く働くものは除外する。
- (2) 生物学的モデルの疾病をきわめて狭く限定する。即ち、いわゆる内因性精神障害でも、たとえば、躁病のような経験的に社会規定性の少ないものは除外するが、精神分裂性障害のような発病契機と寛解契機に何等かの社会要因のあずかるものは、できるだけ、除外しない。

(3) 社会心理要因は、ほぼ定量的な諸要素によって測定可能なものとする。

この結果、次のようなモデルを考える。

$$\boxed{A} \rightarrow \boxed{A'} \quad A \text{ は社会}$$

この時

$$\boxed{\alpha} \rightarrow \boxed{\alpha'} \quad \alpha \text{ は精神障害発現率}$$

即ち、もし、社会Aが社会A'に変化したとき、精神障害発現率 α は社会A'が本来もっている発現率 α' に変化する。

このようにすれば、

$$\alpha^k = F(A^k) = \sum_i c_i a_i^k \quad a_i^k: A^k \text{ の要素, } c_i: \text{重み係数}$$

ここに、 i はその社会を形成する諸要因で、 A^k は k ステージの社会を意味する。

そして α を最小値にするよう k を移動させれ。

さて、われわれは、既にこの種の社会AまたはA'のイメージを有している。即ち、前章までに論じられた、現地での小地区の社会像である。

即ち、6.5節で考察したように、現地社会インデペンシアの小地区社会のうち、下(後進地区)と上(先進地区)とを比較してみる。この時、7.3節で論じられたように、明らかに、精神障害率が異なる。この率は、精神障害発現率を反映していると仮定する。そうすると、例えば地区Aが地区A'になると、社会心理要因もこれに伴って移動し、精神障害発現率 α は α' となる。

より現実的にこれを見るため、下(後進地区)の精神障害率の平均から、上(先進地区)の精神障害率の平均への低減率(傾向)をグラフに示す。単純化するため、確定診断率のみをとった(図8-1)。

これは、7.3節で既に見てきたもののグラフである。躁病エピソード、物質常用障害、恐怖性障害などの少数例外を除外すると、精神障害全般をかなり減衰させることが明らかである(図8-1)。

さらに、社会心理要因の各種について、同じように、精神障害率の低減傾向をたしかめてみる。社会心理要因としては、耐久消費財の所有水準、教育水準、家庭崩壊の有無、職業のみをとりあげ、それ等を上下または無し有りに各二分

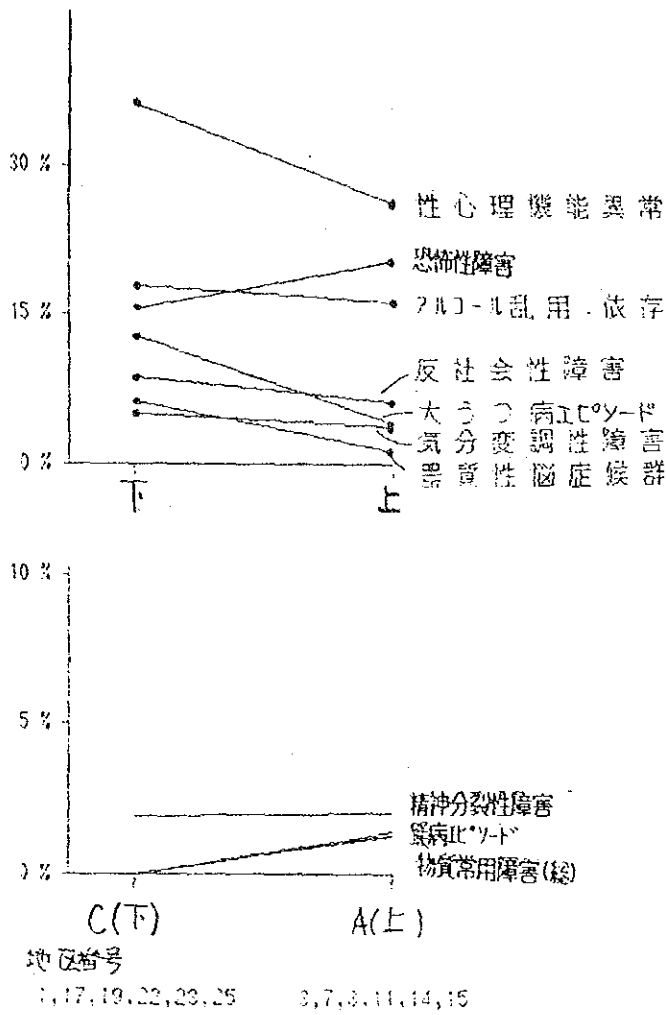


図8-1 生活水準の向上に伴う精神障害の低減傾向
 (%は確定診断の割合)

割し、全区域を総合した場合、低条件より高条件に移動したときの、7種の診断カテゴリーについての精神障害率の低減のグラフである(図8-2-①~⑦)。

躁病エピソードは上述した理由で除く。結果は、気分変調性障害と教育水準、同と家庭崩壊、性心理機能異常と耐久消費財の所有水準、同と職業、アルコール乱用・依存と教育水準、反社会性人格障害と教育水準、などの例外的組み合わせ以外の全ての場合、精神障害率は低減する。この場合、本調査の使用診断基準(DSM-Ⅲ)や診断尺度(DIS)の性格から言って、この精神障害率は、一種の精神衛生度を示すものとも見なせるため、非常に有効と思える。

さて、この精神障害率は、ある事象を調査し分析した結果にすぎないが、これはそのまま精神障害発現率を反映するとする。即ち、モデルの設定上、上に提示した各種の社会心理要因を、低層から高層に移動させれば、よいのである。

この場合、ある会社A⁴を形成している諸要因の結合のあり方Σc・aは、いまだに一種のモデルに過ぎず、その内容を規定することはできない。そのためには、多くの社会的、または心理学的な研究が必要であろう。

つまり、社会を移動させる手段についての現実知見はまだまでではあるが、われわれは既に、ある社会を他の社会に移動させた時の精神障害の低減モデルを有しているわけである。これを、さらに繰り返した場合、何等かの「精神障害発現の最も低下した社会」のイメージを持てるであろう。

さらに、この精神障害発現モデルの一要素として、入手し得る精神科サービスを取り入れると、精神科サービスの役割りを確定することが出来よう。

この操作モデルの基盤は、専ら、社会要因の変化にあった。これは、精神衛生上の技術的問題ではないが、社会操作としては可能なものであろう。

必要な手段としては、社会設備などの経済的問題で解決可能なものであり、家庭崩壊のような非経済的な、より人間的な要因もあり、一既には言えない。上記の精神科サービスは、この経済・社会問題レベルでは解決できない要因を操作するための要因となろう。この際、Caplan, G、等の定性的な第1次、第2次、第3次予防モデルも十分に有用なものと思える。精神衛生活動は予防医

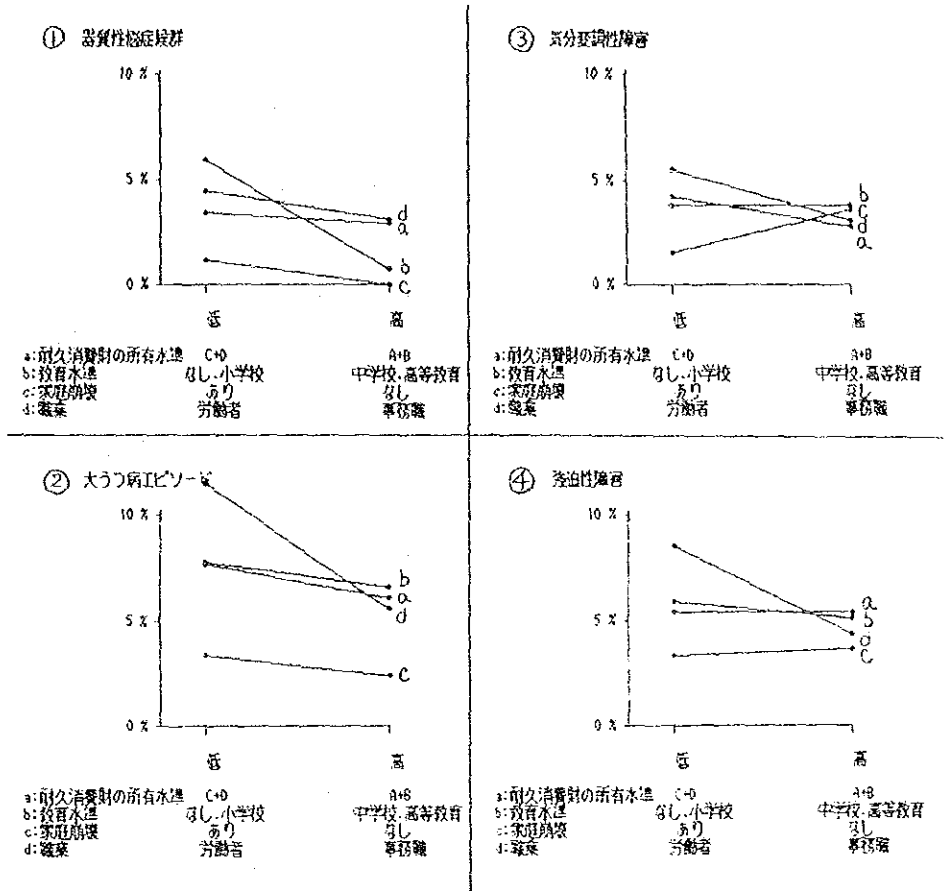
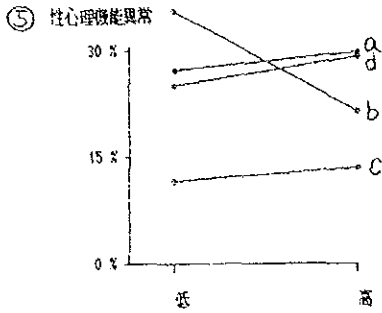


図 8-2 社会心理条件の向上に伴う精神障害の低減傾向

注 1) 図中の%は確定診断の割合

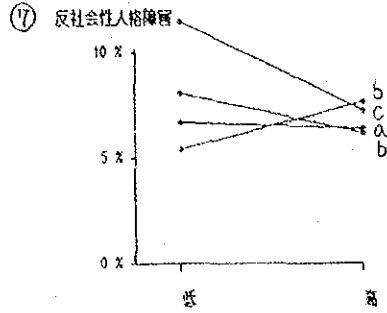
2) 各図中には4つの社会心理条件について、「低」の場合と「高」の場合の確定診断の割合の点がプロットしてある。

3) 全地区が対象



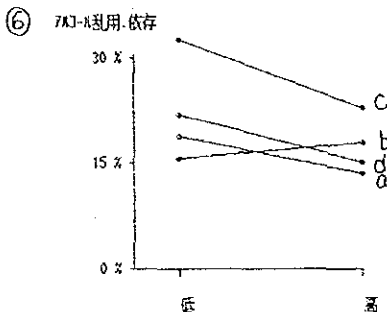
a: 耐久消費財の所有水準 C+D
 b: 教育水準 なし、小学校
 c: 家庭構成 あり
 d: 職業 労働者

A+B 中学校、高等教育
 なし、専務職



a: 耐久消費財の所有水準 C+D
 b: 教育水準 なし、小学校
 c: 家庭構成 あり
 d: 職業 労働者

A+B 中学校、高等教育
 あり、専務職



a: 耐久消費財の所有水準 C+D
 b: 教育水準 なし、小学校
 c: 家庭構成 あり
 d: 職業 労働者

A+B 中学校、高等教育
 あり、専務職

学的な、一種の操作論的な理念を有しているため、この精神衛生活動供給の要素を、別種にとり入れると、より制御的なモデルを作ることが可能なはずである。

さらに、疫学的方法とは別の分野であるが、このモデルに精神力動学の諸要素を組み入れると、心理的要因を移動させることも可能になるであろう。

また、制御とは時間の制約のあるものであるから、これに時間要素を加えるべきであろう。また、このモデル設定には、やはり時系列的な調査実験を繰り返す必要があろう。この際には、一つの社会Aも精神障害発現率 α も、もはやベクトル量ではなくなる。

しかし、この諸要因は必ずしも移動可能なものばかりではない。この時は、 α 値を最小限にするわけではなく、可能かつ必要な範囲での最も小さな値を考えねばならないであろう。いずれにせよ、さらに考慮せねばならない幾つかの問題が残ろう。然し、このような操作論の可能性を本調査結果は示唆しているであろう。

8.2 結 論

内国移住民の多いとされている、ペルー国リマ市インデペンデンシア区の精神科領域疫学の一斉調査を行った。

その手段として、北米DSM-IIIという診断基準とDIS第3版という自動診断プログラムを含む診断尺度(道具)を用いた。

標本採取には、三段階無作為抽出により、18才以上の対象人口母集団の1.4%にあたる808を、問診者の家庭訪問により、収集した。

この方法による疫学調査は、既往歴をふくめ重複診断と基準及び尺度のもつ感受性の高さから、精神衛生状況の全般的な傾向、または一種の精神衛生健康調査に似た結果をもたらした。この意味で、有病率は41.1%となった。

さらに、同時に収集した社会心理資料によって、対象の人口特性、家庭特性、その他を分析した。さらに、これ等社会心理特性と疫学分析結果との関連を分

析した。

これ等の分析は、それぞれ理解可能な有効な結論をもたらした。家庭崩壊などの特異的現象との関連が興味深い。概略としては、生物学的な病因が大と思われる疾病などを例外として、一般的に社会心理条件の向上に比例して、精神衛生状況も良好となる。

最後に、操作的見地から、これ等の結果を使用して、特に疫学結果と社会心理特性の関連のモデル化によって、精神衛生向上対策の展望をもった。

しかし、その具体化には、未知要因が多く、試行錯誤のもとで、今後解明せねばならない幾つもの問題が予想される。本調査結果が、その手掛りの一部を示唆していると言えるであろう。

参 考 文 献

- 1) 秋元波留夫, 菅又 淳, 大熊輝雄, 小木貞孝, 内田 享, 山本由子, 大内田昭二, 佐々木雄司, 菊地貞雄, 宇野昌人, 森山公男, 三智則子, 横張和子, 池田良治, 新井尚賢, 柴田洋子, 村田譲也, 佐々木道子, 向山孝太郎, 藤井建次郎: 八丈島における精神障害の疫学的, 遺伝学のおよび精神医学的研究. 精神経誌 66: 931 (1964)
- 2) 新井尚賢, 柴田洋子, 飯島泰彦, 赤羽 晃, 戸用貫江, 丸山俊男: 秩父山村における一斉調査による精神医学的考察ならびに他農村との比較. 精神経誌 60: 475 (1958)
- 3) 浅井利男: 千葉県東金市における精神障害者の動態. 精神医学 14: 113 (1972)
- 4) 荒川直人: 「精神障害の疫学」(現代精神医学大系 23A), 中山書店, 東京, 1980.
- 5) A P A : D S M - Ⅲ, A P A, Washington Dc, 1980.
- 6) Berrington, P et al : Epidemiology of mental disorders in Camberwell. Psych. Med, 1981. 11, 561-579. 1981.
- 7) Brugger, C.: Versuch einer Geisteskrankenzählung in Tübingen. Z. Neurol. Psychiatr. 133: 352 (1931)
- 8) Brugger, C.: Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. Z. Neurol. Psychiatr. 146: 489 (1933)
- 9) Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry, Basic Books, New York, 1964.
- 10) Cohen, B. M. & Fairbank, R. E.: Statistical contributions from the mental hygiene study of the Eastern Health District of Baltimore. Am. J. Psychiatry 94: 377, 1153 (1938)
- 11) Cooper, J. E., Kendell, R. E., Gurland, B. J., Sharp, L., Copeland, J. R. M. & Simon, R.: Psychiatric Diagnosis in New York and London. p. 100, 119, Oxford Univ. Press, London (1972)
- 12) Crocetti, G. M., Kulcar, Z., Kesic, B. & Lemkau, P. V.: Differential rates of schizophrenia in Croatia, Yugoslavia. Am. J. Public Health 154: 196 (1964)
- 13) Crocetti, G. M. & Lemkau, P. V.: Schizophrenia II; Epidemiology. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry (ed. by Freeman, H. I. & Kaplan, H. I.), p. 599, Williams & Wilkins, Baltimore (1967)
- 14) Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (相場 均訳): 精神障害の社会心理学. p. 61, 205, 医学書院, 東京 (1972)
- 15) Eaton, J. W. & Weil, R. J.: Culture and Mental Disorders Comparative Study of the Hutterites and Other Populations. p. 1, Free Press, Glencoe (1955)
- 16) Faris, R. E. L. & Dunham, H. W.: Mental Disorders in Urban Areas. Hafner Publ. Co., New York (1960)
- 17) Goldhamer, H. & Marshall, A. W.: Psychosis and Civilization. p. 28. Free Press, Glencoe (1953)
- 18) Gruenberg, E. M.: Community conditions and psychoses of the elderly. Am. J. Psychiatry 110: 888 (1954)
- 19) Guerra, R. G. et al : Problemas Poblacion ales Peruanos, AM I D E P, Lima, 1980.
- 20) Greenblatt. M. (加藤, 式場訳): サイコポリテイクス, 牧野出版, 東京, 1983.

- 21) 林峻一郎：日本における様態性精神障害の診断ステレオタイプ考究，精神医学，16：3，265-277，1974。
- 22) Haeffner, H. & Reimann, H.: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim, 1965. In: Psychiatric Epidemiology (ed. by Hark, E. H. & Wing, J. K.), p. 341, Oxford Univ. Press, London (1970)
- 23) Hagnell, O.: The incidence and duration of episodes of mental illness in a total population. In: Psychiatric Epidemiology (ed. by Hark, E. H. & Wing, J. K.), p. 213, Oxford Univ. Press, London (1970)
- 24) Hare E. H., Wing, J. K. (ed) : Psychiatric Epidemiology, Oxford Univ. Press, London, 1970.
- 25) 人見一彦，笠原洋勇，加藤正明，皆田邦直，大野 裕，花田精一，他：レソボシウム I 「精神医療と診断」，精神神経雑誌 84:107, 735-805, 1982.
- 26) 春木繁一：島根県隠岐島郡万村における精神障害の精神医学的，疫学的，社会精神医学的調査の結果。精神雑誌 74 : 301 (1972)
- 27) Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C.: Social Class and Mental Illness. A Community Study, p. 194, John Wiley & Sons, New York (1958)
- 28) 池田 央：行動科学の方法，東京大学出版会，東京，1971。
- 29) I N E : Peru : Compendio Estadístico 1981, I N E, Lima 1982.
- 30) 笠松 章，菅又 淳：精神疾患の分類と統計。日本精神医学全書，第 1 巻，p. 85，金原出版，東京
- 31) 加藤正明：精神障害の疫学。異常心理学講座，第 5 巻，p. 451，みすず書房，東京 (1965)
- 32) 加藤正明：精神医学的疫学，わが国における精神障害の現状——昭和 38 年精神衛生実態調査。p. 17,
- 33) 厚生省公衆衛生局，東京 (1965)
- 34) 加藤正明：精神衛生。日本精神医学全書，第 6 巻，p. 107，金原出版，東京 (1966)
- 35) 加藤正明：精神障害における多元診断と分類——6 年間の WHO 会議を通じて。精神衛生資料 17 : 1 (1970)
- 36) 加藤正明：特集——精神障害者の動態。特集にあたって。精神医学 14 : 1074 (1972)
- 37) 加藤(正)，林(峻)，山口(舞)，佐伯(修)：ペルー地域精神衛生センター事前調査チーム報告書，国際協力事業団，東京，1980。
- 38) 加藤正明：社会と精神病理，弘文堂，東京，1976。
- 39) Kish, L. : Survey Sampling, John Wiley & Sons, New York, 1965.
- 40) 川喜田愛郎：感策論。p. 1，岩波書店，東京 (1964)
- 41) Kramer, M.: A discussion of the concepts of incidence and prevalence as related to epidemiologic studies of mental disorders. Am. J. Public Health 47 : 826 (1957)
- 42) Kramer, M.: Cross-national study of diagnosis of the mental disorders; Origin of problem. Am. J. Psychiatry 125 : 10 (1969)
- 43) Kurland, L. T.: The incidence and prevalence of convulsive disorders in a small urban community. Epilepsia 1 : 143 (1959)
- 44) Leighton, D. C.: The distribution of psychiatric symptoms in a small town. Am. J. Psychiatry 112 : 716 (1956)

- 45) Lemkau, P., Tietze, C. & Cooper, M.: Mentalhygiene problems in an urban district. *Ment. Hygiene* 25 : 624 (1941)
- 46) Lemkau, P., Tietze, C. & Cooper, M.: Mentalhygiene problems in an urban district, second paper. *Ment. Hygiene* 26 : 275 (1942)
- 47) Lemkau, P., Tietze, C. & Cooper, M.: Mentalhygiene problems in an urban district, third paper. *Ment. Hygiene* 26 : 275 (1942)
- 48) MacMahon, B. & Pugh, T. F. (金子渡徳, 額田 繁, 広畑富雄訳): 疫学. p. 1, 13, 43, 九善, 東京 (1972)
- 49) MacMillan, A. M.: A survey technique for estimating the prevalence of psychoneurotic and related type of disorders in communities. In: *Epidemiology of Mental Disorder* (ed. by Pasamanic, B.), p. 203, American Association for the Advance of Science, Washington (1959)
- 50) Malzberg, B.: Important statistical data about mental illness. In: *American Handbook of Psychiatry* 1 (ed. by Arieti, S.), p. 161, Basic Books, New York (1959)
- 51) Mariategui, J., et al : *Epidemiologia Psiquiatrica de un Distrito Urbano de Lima*, Rev. Neu.-Psi., Lima, 1969.
- 52) Mechanic, D.: Problems and prospects in psychiatric epidemiology. In: *Psychiatric Epidemiology* (ed. by Hark, E. H. & Wing, J. K.), p. 5, Oxford Univ. Press, London (1970)
- 53) Mischler, E. G. & Scotch, M.: Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia. *Psychiatry* 26 : 315 (1963)
- 54) 村瀬孝雄: 千葉県市川市の2つの公立中学校における疫学的健康調査から. *精神医学* 14 : 1127 (1972)
- 55) 中沢正夫: 群馬県佐波東村における精神障害者の動態. *精神医学* 14 : 1103 (1972)
- Oedegaard, O.: Epidemiology of psychoses. *Acta Psychiatr. Scand.* (Suppl.) 217 : 14 (1970)
- 56) 岡田敬哉: 昭和29年精神衛生実態調査, わが国における精神障害の現状—昭和38年精神衛生実態調査. p. 30, 厚生省公衆衛生局, 東京 (1965)
- 57) 岡上和雄: 都市の精神衛生問題. *厚生*の指標 16 : 9 (1969)
- 59) 大谷藤郎: 昭和38年精神衛生実態調査, わが国における精神障害の現状—昭和38年精神衛生実態調査. p. 45, 厚生省公衆衛生局, 東京 (1965)
- 60) Plunkett, R. J. & Gordon, J. E.: *Epidemiology of Mental Illness*. p. 27, Basic Book, New York (1960)
- 61) Richman, A. & Kennedy, P.: Estimating longitudinal changes in the number of patients hospitalized in Canadian psychiatric institute. *Acta Psychiatr. Scand.* 41 : 177 (1965)
- 62) Robins, L. N., Helzer, J. E. et al : National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, *Arch. Gen. Psy.* V. 38, 381-389, 1981.
- 63) Roth, W. F. Jr. & Luton, F. H.: The mental health program in Tennessee. *Am. J. Psychiatry* 99 : 662 (1943)
- 64) Rowntree, L. G., McGill, K. H. & Hellman, L. P.: Mental and personality disorders in selective service registrants. *JAMA* 128 : 1084 (1945)
- 65) 佐藤忠三, 石川鉄夫, 関口 哲, 清水 哲, 立原タマ子: 地区内精神障害者の把握に関する臨床統計的研究. *精神医学* 11 : 959 (1968)

- 66) Shepherd, M.: Psychiatric epidemiology and general practice, introduction. In: Psychiatric Epidemiology (ed. by Hark, E. H. & Wing, J. K.), p. 281, Oxford Univ. Press London (1970).
- 67) Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K. & Rennie, T. A. C.: Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study. p. 28, 59, 127, 210, 395, McGraw-Hill, New York (1962)
- 68) Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., 花田耕一, 竹村道夫, 山口成良, 眞梁城尚志, 山下 格, 加藤伸郎, 平松謙一, 中根允文, 木多 裕, 高橋 良, 他: 特集DSM-IIIをめぐって, 臨床精神医学 11: 2, 1982.
- 69) Spitzer, R. L. 他 (高橋三郎, 他訳): DSM-IIIケースブック, 医学書院, 東京, 1983.
- 70) 高橋暁正: 計量診断学, 東京大学出版会, 東京, 1971.
- 71) 田中恒男, 岡田 晃: 健康管理論, 雨江堂, 東京, 1975.
- 72) 寺嶋正吾: 社会変動と精神医療—筑豊からの報告, 精神医学 12: 1147 (1971)
- 73) 津川武一, 岡田敬誠, 坂名城政頼, 浅井利男, 詫摩武元, 森村茂樹, 坪井文雄: 大都市における精神疾患頻度に関する調査, 精神経誌 46: 204 (1942)
- 74) 土屋健三郎: 疫学入門. p. 3, 11, 医学書院, 東京 (1968)
- 75) 植木幸明, 佐藤 進: 新潟地区におけるてんかんの疫学, 神経進歩 7: 313 (1968)
- 76) 内村祐之, 秋元波留夫, 菅 修, 阿部良男, 高橋角次郎, 猪瀬 正, 島崎敏樹, 小川信男: 東京府下八丈島住民の比較精神医学並びに遺伝病理学的研究, 精神経誌 44: 745 (1940)
- 77) Valdivia P. O., : Migracion interna a la Metropoli, Lima, 1970.
- 78) Vining, D. R. Jr : Migration between the core and the periphery, Scientific American, Vol. 13-2, 1983.
- 79) Wing, J. K.: International Variations in Psychiatric Diagnosis, Triangle. Vol. 12-1, 1973.
- 80) WHO: The International Pilot Study of Schizophrenia Vol. 1, WHO, Geneva, 1973.
- 81) Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N.: Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms, Cambridge Univ. Press, London, 1974.
- 82) Webb, L. J. et al, (清水 信訳): DSM-IIIトレーニング・ガイド, 星和書店, 東京, 1982.
- 83) Yolles, S. F. & Kramer, M.: Vital statistics. In: The Schizophrenic Syndrome (ed. by Bellak, L. & Loeb, L.), p. 69, Grune & Stratton, New York (1969)
- 84) Zubin, J.: Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: methodology and planning. Am. J. Psychiatry 125: 10 (1969)

JICA

REG
(
LII