

研究と報告

精神医学研究における SADS の役割

— II. SADS の信頼性と他の面接基準との比較 —

Patricia McDonald-Scott 北村俊則 島 悟

精 神 医 学

第28巻 第8号 別刷

1986年 8 月 15 日 発行

医学書院

精神医学研究における SADS の役割*

— II. SADS の信頼性と他の面接基準との比較 —

Patricia McDonald-Scott¹⁾ 北村俊則²⁾ 島悟³⁾

抄録 米国における SADS 標準版第1部の項目の信頼度は全般的に、1) 再試験法、2) ビデオ面接法、3) 同席面接法の順に高い値が示された。期待された高い信頼度が得られない項目もいくつかあったが、分野別総合評価はどれも高い信頼度が得られた。最も厳密な検定法と考えられる再試験法によって調べられた標準版第2部および生涯版 SADS の項目はやや低いものであったが、感情障害や自殺行動については満足のゆくものであった。日本においても SADS の日本語版が研究場面で使用され、信頼性も確認されている。

また SADS は DSM-III のいくつかの第1軸障害(精神病的障害, 主だった感情障害とその亜型, 不安障害, アルコール乱用)と第4軸についての情報を与えることができる。さらに, DSM-III 診断を目的とした診断用面接基準(DIS)や DSM-III 用構成化面接基準(SCID)と異なり, SADS は各症状の重症度の段階評価が行なえる。

精神医学 28; 889-895, 1986

Key words Structured interview, Reliability, DSM-III, Rating scale

I. はじめに

構造化面接の主たる目的は情報分散と観察分散を減少させ臨床評価が真の状態を反映する能力を高めることであり、その代表的なものとして SADS を取り上げ、本論文の第1報において SADS の成立過程と内容について述べた。第2報ではまず SADS の信頼度検定について検討を加える。

信頼性検定には主として2つの方法がある。第1は同席面接法 joint interview approach (面接者-観察者法 interviewer-observer approach) で、同じ面接場面に参加評定者が全員出席するものである。第2は再試験法 test-retest approach で、それぞれの評定者が独立して別個に同じ被検者を面接するものである。同席面接法はその簡便

なことから信頼度検定に際してははじめに使用されることが多い。被検者の面接は1回で済み面接後に評定を比較することができる。しかし、別の時点では出現しないような外的な誤差源(例えば面接のスタイル、面接室の環境など)が被検者にも評定者にも同様に影響を与えることがありうる。したがって異なる時間に面接を施行する場合には別の影響を及ぼすことになり、同席面接は評価の独立性を欠くことになる。

このように評定者が異なっても同じような方法で面接が施行されているかどうかを確認するには同席面接法は適切でないことから、同席面接法そのものの有用性を疑問視する研究者もいる⁵⁾。しかし同席面接法が統制しているのは被検者の症状の経時的变化(被検者分散と状況分散)である。同席面接法では被検者から得られる同一の反応や

1986年4月11日受理

* The Role of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) in Psychiatric Research—II: The reliability of the SADS and comparison with other interview schedules

- 1) ニューヨーク州立精神医学研究所(主任: Prof. J. Endicott), Department of Research Assessment, New York State Psychiatric Institute (Director: Prof. J. Endicott) および国立精神衛生研究所(所長: 高臣武史博士), National Institute of Mental Health (Director: Dr. T. Takatomi)
- 2) 国立精神衛生研究所(所長: 高臣武史博士), Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health (Director: Dr. T. Takatomi)
- 3) 慶応義塾大学医学部精神科学教室(主任: 保崎秀夫教授), Satoru Shima: Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio Gijuku University (Director: Prof. H. Hosaki)

行動がすべての評定者に与えられ、したがって構造化した質問文や尺度がどこまで観察分散を小さくすることができるかを調査することができる。

さて SADS の信頼度を検定するにあたり次の 3 点が問題になる。1) 同一の患者を同時点で呈示した場合、種々の精神症状や機能障害の有無や重症度について臨床医は相互にどこまで意見を一致させることが可能であるのか。2) 同一の患者に同一の面接を別時点で施行した場合、種々の精神症状や機能障害の有無や重症度について臨床医は相互にどこまで意見を一致させることが可能であるのか。3) 非患者群について同一の面接を別時点で施行した場合、種々の精神症状や機能障害の有無や重症度について臨床医は相互にどこまで意見を一致させることが可能であるのか。

1) の観察分散に関する設問に答えるものは、たとえ限界があるにせよ、同席面接法である。残りの 2 つの設問はその面接法が情況分散をどこまで小さくすることができるかに関することであり、再試験法による検討が必要になる。

II. SADS の信頼度検定

現在の症状を評価する項目および要約評価に関する信頼度の研究は同席面接法で 2 篇、再試験法で 1 篇ある(表 1)。第 1 に行なわれた研究はビデオテープによる評定⁹⁾で、これは伝統的な同席面接法の変法である。米国国立精神衛生研究所のうつ病研究に参加した施設が地理的に遠隔に位置していたため、これらの施設にいる評定者が同一の患者の症状評価についてどこまで一致するかを調査するために行なわれた。各参加施設の患者との面接の様子をビデオカメラで録画し、そのテープを他の施設に回覧することにより 36 名すべての参加評定者がすべてのテープをみて評価を下した。

第 2 の研究は上記のうつ病研究の 2 年目の追跡調査の時点で行なった横断面的(過去 1 週間)評価についての通常の形での同席面接である¹⁰⁾。この研究では評定者のペアの一方が患者の初診時診断と精神科既往歴について知っていてその後 2 年間緊密に追跡面接をしてきており、もう一方の評価者はこういった情報が全く無く、当該患者と初めて面接するものである。ここで取り上げられる問

題は第 1 の評定者が知っている種々の情報が、構造化面接を行った際の評定に対してバイアスとして働くかどうかであった。50 名の被検者がインタビューの段階では何らかの感情障害の挿話を呈していたが、追跡調査の際には第 1 の評定者によって感情障害がまだ存在しているとして判断されたのは全被検者の 1/4 であった。さらにほかの 1/4 の被検者はその時点で精神障害がないと判断されまた残りの 1/2 はその他の診断が下された。その時点での現在挿話診断がさまざまであり、また評定者のすでに入手している情報が均一でないことから、SADS の項目の症状に関する信頼度検定法としてはビデオ面接法よりもこの方法の方が厳密なものとなっている。

第 3 の研究は参加施設からそれぞれ 5 名の評定者が参加し、25 名の患者(精神分裂病、分裂感情病躁型、定型うつ病)を対象群として行なった SADS 第 1 部の再試験法による信頼度検定である⁹⁾。この研究では各患者は午前中に 1 回面接を受け、午後再び今度は別の面接者から同じ面接を受けるのである。従って 1 名の評定者は少なくとも 1 名の他の評定者と組を作るのである。

表 1 に示すように各項目の信頼度は全般的に同席面接法によるものが最も高く、次いでビデオ法であった。面接と次の面接の間にはほんの 2、3 時間しか間がなく、被検者の現在の状態ではなく挿話中の最も重症な時の症状について調査されるのであるから評定が情況分散によって著しく影響を受けることはないはずだが、しかし予想していたように、いくつかの例外はあるものの再試験法による信頼度は最も低いものであった。しかしこの研究においてすら、感情障害、アルコール症に関する項目および妄想の重症度、幻覚の重症度の信頼度は非常に高いものであった。

機能障害の評価はビデオ法と再試験法においてその信頼性が低く、もし高い信頼係数を求めるのならこの項目について評定者の訓練を十分に行なうか、あるいは他の評価尺度を追加する必要があると考えられる。

個別に検討するとすべての項目(症状)が期待するようには信頼性が高いわけではない。しかしいくつかの項目を加算し分野別総合評価を行なう

表 1 SADS 標準版第 1 部の各項目の信頼度

項目	ビデオ面接法	同席面接法	再試験法
抑うつ感情	0.79	0.94	0.87
気分の質的变化	0.79	0.83	0.65
自責感	0.83	0.91	0.54
自殺傾向	0.87	0.93	0.84
不眠	0.64	0.90	0.75
気力低下	0.86	0.89	0.73
食欲不振	0.87	0.97	0.66
集中力低下	0.79	0.90	0.60
興味の喪失	0.85	0.97	0.67
激越	0.73	0.94	0.57
精神運動制止	0.75	0.70	0.80
高揚・発揚気分	0.98	0.75	0.86
睡眠量減少	0.96	0.93	0.77
精力増大	0.93	0.66	0.84
行動増加	0.86	0.51	0.84
誇大性	0.73	0.76	0.69
不安発作	—	0.85	0.54
身体的不安	—	0.87	0.56
精神的不安	—	0.91	0.64
恐怖	—	0.89	0.63
強迫現象	—	0.81	0.62
アルコール濫用	0.68	0.81	0.91
薬物常用	—	0.86	0.63
幻覚の重症度	0.92	—	0.64
妄想の重症度	0.86	—	0.77
情動鈍麻	0.70	0.70	—
理解困難性	0.70	0.74	0.58
連合弛緩	0.57	0.76	0.42
非論理的思考	0.40	0.92	—
機能障害	0.36	0.63	0.21
総合評価尺度	0.66	0.90	0.74

信頼度は intraclass R 値で示してある。ビデオ面接法は被検者 8 名、評定者 36 名。同席面接法は被検者 50 名、評定者 8 名で、評定者は以前被検者と面接したことのある者と今回が初回である者がペアを作った。再試験法は被検者 25 名、評定者 5 名で、標準版 SADS の第 1 部のみによる面接を行なった。

と、安定性が増し、評定者間信頼度が上昇する。分野別総合評価の信頼係数を表 2 にまとめてある。ここでは追跡版 SADS と標準版 SADS の再試験法によるデータにさらに 2 つの研究の結果を追加してある。ひとつは 150 名の患者について両評定

者とも初回面接の同席面接法であり、もうひとつは 60 名の患者についての再試験法（第 2 の評定者は 1～3 日あとに面接を施行した）⁴⁾ である。この 2 つの研究は同一の施設で行なったものである。予想されたように同席面接法による信頼度が最も高値を示しているが、再試験法によるそれも高いものであった。3 種類の研究のそれぞれにおいて思考障害の分野が最も低値であった（再試験法では真の変化を呈した被検者がいる可能性もある）。

標準版 SADS の第 2 部および生涯版 SADS については再試験法のみが用いられた。従って情報分散を観察分散から分離して検討することはできない。同一の情報を与えられた場合にそれぞれの症状が臨床上意義のある程度存在するのかどうかという点についての一致度は知っておきたいことである。しかし SADS の第 2 部の項目の多くは重症度の判定はなく、ただ存在の有無が評定されている。しかしより厳密な再試験法による信頼度が充分高いのであれば、同席面接法による検討の必要性は薄い。したがって前述の第 2 の設問と第 3 の設問のみが問題となる。SADS の第 1 部の再試験法の際と同一の方法を用いた検討が、別のセンターで別の評定者と被検者によって施行された。標準版 SADS の第 2 部については前述のうつ病研究の参加施設から各 1 名ずつ計 5 名の評定者が参加し、現在疾病挿話中の患者をそれぞれ午前と午後に別々の評定者によって面接することにより検討した⁹⁾。第 2 の研究では生涯版 SADS について現在疾病を呈していないと考えられる親族や対照群を同一の方法により別の 5 名の評定者が参加して行なった¹⁾。さらに短い時間間隔（午前—午後）の再試験法に加えて、6 カ月前に別の評定者によって施行された同一被検者に関する評定と比較した。この結果を表 3 では長時間間隔再試験法として記載してある。

上述の研究において、標準版 SADS の第 2 部および生涯版 SADS の項目の信頼度は同席面接法による標準版 SADS の第 1 部のそれに比べると高いものではなかったが、感情障害、物質乱用、自殺行為に関する各項目については患者群、非患者群を通して満足できるものであった（表 3）。し

表 2 SADS 分野別総合評価の信頼度

分 野	同席面接法 単一施設 (n=150)	同席面接法 追跡調査 (n=50)	再試験法 単一施設 (n=60)	再試験法 多施設 (n=25)
抑うつ感情と抑うつの思考	0.95	—	0.78	0.88
内因性特徴	0.96	0.96	0.83	0.89
抑うつ関連症状	0.96	0.95	0.88	0.88
自殺念慮と企図	0.97	—	0.83	0.61
不 安	0.94	0.91	0.67	0.72
躁症状群	0.99	0.79	0.93	0.92
妄想・幻覚	0.97	—	0.91	0.77
思考形式の障害	0.82	—	0.49	0.57

() は被検者教

かし抑うつ感情に伴う激越・制止は非患者群において信頼度が低く、さらに社会的適応能力に関する項目はなお不一致が顕著であった。長時間間隔の再試験法で信頼度が低くなったのは予想に反するものではないが、上記の2種の項目を除けばどれも一応許容できるものであった。

以上述べた8つの研究の結果から、SADSに属する各面接基準はさまざまな研究において種々の状況下で信頼性を持って使用できることが明らかとなった。しかしSADSを使用する研究では評定者の行なう面接の信頼性を独自に確認する必要があることは言うまでもない。

III. 日本における SADS

SADSの日本語訳はこれまで主として研究場面で用いられている。すでに我々は妊娠出産に伴う精神障害の経時的研究に際してSADSを使用している⁷⁾。また国立精神衛生研究所主催の精神障害の病態の変容に関する多施設共同研究ではRDC診断を下す補助としてSADSの使用が試みられている。また日本人精神科医による同席面接法での信頼度検定では精神病像、感情病像、不安状態などを呈する被検者について高い評定者間信頼度が得られた⁸⁾。項目別にみても、躁病やうつ病(とその下位群)に関する症状の信頼度は非常に良好で、さまざまな妄想や幻覚とその重症度に関する項目のそれも大変良いものであった。米国における研究と同じように機能障害の信頼度は本邦でも問題を残した。しかし、全体としてみると、SADSは我が国においても有用であり、こ

とに諸外国と所見を比較する際には価値を増すものと考えられる。

IV. SADS と DSM-III

すでに述べたようにSADSは臨床家がRDCによる診断を容易にするために編集された。しかしRDCはその形式と、ある程度までその内容においてDSM-IIIのモデルとなった。従って同じ基準を持つ疾病についてはSADSがDSM-III診断についても十分な情報を与えることができるのである。それらの疾患を表4に示した。

基準が酷似しておりSADSが適用できる領域は精神病性の障害、特に精神分裂病、分裂病様障害と主だった感情障害である。精神分裂病と感情障害の亜型、メランコリアや感情に一致する精神病像、感情に一致しない精神病像などもSADSによる情報を用いて診断することができる。気分変調性障害や気分循環性障害といった軽症の感情障害についても、RDCとDSM-IIIは非常に類似しているが、基準となる症状が1, 2異なっている。例えば気分変調性障害の13の症状のうち「能率または生産性の減少」と「称賛と報酬に対して明らかな喜びをもって反応することができないこと」がSADSでは対応する項目がない。しかし多くの場合、SADSの情報のみによる診断でDSM-IIIの基準を満たすことが可能である。不安性障害についても状況は同一である。広場恐怖やその他の恐怖性障害、強迫性障害に関する情報もSADSから入手することができるが、それは精神病性障害や感情障害ほど十分なものではない。恐

表 3 SADS 標準版第 2 部および SADS 生涯版の再試験法による信頼度

診断とその基準となる項目	第 2 部患者 午前—午後 (n=25)	生涯版非患者 午前—午後 (n=50)	生涯版非患者 6 ヵ月 (n=50)
躁病			
高揚・発揚気分	0.70	0.84	0.60
活動的	0.75	0.67	0.67
多弁	0.75	0.77	0.84
思考促進	0.75	0.91	0.91
誇大性	0.62	0.88	0.78
睡眠量減少	0.75	0.85	0.77
定型うつ病			
1 週間の抑うつ感情	0.83	0.71	0.59
援助を求める	0.81	0.80	0.67
食欲不振	0.73	0.77	0.79
不眠	0.79	0.70	0.53
精力低下	0.77	0.72	0.44
集中力低下	0.69	0.85	0.50
自殺傾向	0.68	0.80	0.65
激越・制止	0.65	0.42	0.38
症状の教	0.82	0.92	0.74
アルコール症			
飲酒過剰	0.65	0.81	0.54
家人の苦情	0.78	0.65	0.56
中断困難	1.00	0.73	0.64
少なくとも 2 つの関連症状	0.72	0.85	0.75
1 ヵ月の大酒期間	0.66	0.88	0.72
薬物常用または依存	0.78	0.92	0.67
自殺行動			
自殺の素振り・企図	0.92	1.00	0.63
自殺の真剣度	0.73	0.55	0.68
医学的危険度	0.58	0.91	0.21
社会機能状態			
交際関係	0.74	0.53	0.40
もっとも健康的な機能水準	0.59	0.53	0.27

() は被検者数

慌性障害はこの関連症状が異なるので、その診断は近似のものというべきである。また離人症や適応障害の診断をするための情報も SADS は提供できる。その他の DSM-III 診断は RDC に含まれていないか、基準が大きく異なっているため SADS がほとんど利用できない。

DSM-III の第 1 軸に関する情報を提供するに加え、標準版 SADS で行なう評価のひとつはストレスの判定であり、これは DSM-III の第 4 軸に

表 4 SADS の情報を用いての DSM-III 診断

精神分裂病
解体型
緊張型
妄想型
鑑別不能型
残遺型
分裂病様障害
短期反応精神病
妄想性障害
パラノイア
急性妄想性障害
躁病エピソード
気分と調和しない精神病像
気分と調和した精神病像
大うつ病エピソード
気分と調和しない精神病像
気分と調和した精神病像
メランコリー
双極感情障害
大うつ病
気分変調性障害*
非定型双極感情障害
非定型うつ病
恐怖性障害
空間恐怖 (恐慌発作を伴う/伴わない)
社会恐怖
単一恐怖
恐慌性障害*
強迫性障害
アルコール乱用

* 2~3 の基準症状が SADS/RDC DSM-III とで異なる。

ほぼ対応している。ストレスの程度や例は DSM-III と SADS のそれは同一であり、唯一の例外は DSM-III の「破局的」であり、これは SADS に含まれていない。しかしこのカテゴリーはごく稀であり、SADS 上は「極度」に含まれるものである。

V. その他の面接基準

現在のところ DSM-III 診断を行なうための臨床面接基準が SADS 以外に 2 つある。ひとつは米国国立精神衛生研究所の診断用面接基準 Diagnostic Interview Schedule (DIS)¹¹⁾ であり、もうひとつは現在開発中の DSM-III 用構成化臨床面接基準 Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)¹²⁾ である。SADS, DIS, SCID の 3 者はともに主目的が現病および生涯の精神障害の診断

表 5 新しい面接基準

	SADS	DIS	SCID
主たる被検者	患者	地域被検者 患者	患者
面接様式	半構成化 質問文が例示されている 臨床判断が必要	構成化 質問文が決められている 臨床判断が不要	半構成化 質問文が例示されている 臨床判断が必要
評定者	臨床経験を持つ専門家	素人 (臨床経験は不要)	臨床経験を持つ専門家
面接手順	第 1 部: 現在の挿話と現在症 第 2 部: 疾病ごと	疾病ごと	疾病ごと
症状評価	第 1 部: 6~7 段階重症度評価 第 2 部: 情報なし, 症状なし, 症状あり	1 = 症状なし 2 = 基準に満たない 3 = 症状あり	1 = なし 2 = 不確実 3 = あり
結果	RDC の全疾患 (DSM-III の第 1 軸の機能的な精神病, 感情障害, 不安性障害, および第 4 軸) 分野別総合評価 ハミルトン評価尺度 総合評価尺度	DSM-III 第 1 軸 + 反社会性 人格障害	DSM-III 全軸 (RDC の確診)

であり, したがって過去 1 カ月といったような限定された期間ではなく挿話ごとに焦点を合わせているため近似したものとなっている。しかし実施に要する技術水準, 症状の有無や重症度の評価尺度, 診断上のオリエンテーションなどでは大きく異なっている (表 5)。

DIS は治療の有無に分けた上での各精神疾患の有病率に関する疫学的研究を行なうため主に非専門的面接者が用いるよう編集された十分に構成化された面接基準である。精神衛生に関する経験のない面接者が使えるようになってはいるが, DIS は精神衛生の専門職の者が初回の病歴聴取にも用いることができる。各症状の有無を確認するには, 被検者にそれが生涯のうちで出現し, かつその症状について, 1) 2 回以上服薬する, 2) 医師もしくは他の専門家を受診する, 3) 重大な程度まで生活上の支障となる, のうち少なくとも 1 つに該当したかどうかを尋ねるようになっている。さらに各症状が身体症状あるいはアルコール, 非法な薬物, 治療薬の合併症として説明できるかどうかを確認する。そして症状は存在するか否かと, いくつかの症状については「不確実」の評価を含めた方式で判断する。DIS は認知面の障害のスクリーニングを行ない, また機能的障害と

物質常用障害の大部分の情報を与えるが, 精神分裂病の亜型や大うつ病挿話のメランコリア亜型などに関する十分な情報はない。また DIS はファイナー診断基準と RDC についても, 下位群診断以外の主たる診断を行なえるようになっている。

SCID は DSM-III の第 1 軸と第 2 軸のすべての障害の鑑別診断を行なえるよう編集されている。面接者は精神衛生の専門家であるとして計画されている。症状は, 無し, 不確実, 確実の 3 段階評価である。評価する領域が広がると個々の評価の精密さが低下するのが通常であるが, SCID にもそのことが該当する。すべての障害を包括するかわりにいくつかの障害の症状評価が犠牲になっている。例えば感情障害については, 大うつ病エピソードにおける過眠は不眠の項に合わさっており, 食欲の増加は食欲の減少の項に, 激越は精神運動抑制の項に合わさってひとつの評価しか下せない。このことは診断には問題はないものの付加的情報に欠けてしまうのである。SCID には下位分類も含まれている。

SADS が DIS や SCID と異なるのはその症状評価の違いに加えて, 面接の構成に差がある。DIS は元来地域調査用に作られたものであるから, 調査時点で障害を呈している可能性が低く,

したがって現在の症状にまず焦点を合わせるとい
うより障害ごとに面接が進行する。同様に SCID
も、現在の疾病を概観する部分が含まれているも
の、次には障害ごとに進行するのである。まず
被検者がこれまでに一回でも 2 週間にわたって憂
うつだったことがあったかを問い、次にうつ病の
関連症状を質問してゆくといった風に各障害につ
いて確認してゆく。面接中に関連する部分にぶつ
かった時にも現病について詳しく問われる。これ
に対して SADS は調査時点での疾病についてま
ず焦点をあて、その後には過去の病歴に移行する。

このように各面接基準は非専門職でも使用でき
るとか、DSM-III を包括するとか、単なる診断を
こえて質的判断ができるなど個々の特長を備えて
いる。どの面接基準を使用するかは目的に合わせ
なければならない。本論文の当初に述べた症状の
有無の判定のさまざまな閾値について考えるなら
、やはり SADS が多くの研究計画にとって選
択されるものとなる。

IV. おわりに

SADS をはじめとするさまざまな精神科面接基
準が作られているという事実は、異なる研究者間
で被検者の比較をするのに診断基準のみに準拠す
るのでは十分でないことを示しているものであろ
う。また診断基準や分類体系そのものが変化して
きていることも事実である。したがって現在研究
の対象となっている被検者について将来新しい診
断基準が作られた時それを用いて再診断するた
めには現時点で各被検者の症状パターンと重症度
を記録しておくことは大変有用なことである。
SADS はこういった目的に沿った体系を精神医学
研究において提供するもののひとつである。

東京医科歯科大学医学部高橋良教授ならびに慶応義塾
大学医学部保崎秀夫教授の御指導に感謝いたします。

文 献

- 1) Andreasen NC, Grove WM, Shapiro RW, et al :
Reliability of lifetime diagnosis : A multicenter
collaborative perspective. Arch Gen Psychiatry
38 ; 400, 1981.
- 2) Andreasen NC, McDonald-Scott P, Grove WM,
et al : Assessment of reliability in multi-center
collaborative research using a video approach.
Am J Psychiatry 139 ; 876, 1982.
- 3) 土居健郎, 中川泰彬, 高橋 宏, 他 : 精神障害の
病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する
研究計画について. 精神衛生研究 31 ; 143, 1984.
- 4) Endicott J, Spitzer RI : A diagnostic interview :
The schedule for affective disorders and schizo-
phrenia. Arch Gen Psychiatry 35 ; 837, 1978.
- 5) Fleiss JI : Estimating the reliability of interview
data. Psychometrika 35 ; 143, 1970.
- 6) 北村俊則, 島 悟 : 感情病および精神分裂病用
面接基準 (SADS) と研究用診断基準 (RDC) の
評定者間信頼度. 精神医学 28 ; 41, 1986.
- 7) 北村俊則, 島 悟, 竹内ますみ, 他 : 精神疾患
の経時的疫学的研究の方法論—産褥うつ病をモデ
ルとして. (投稿中)
- 8) Keller MB, Lavori PW, Andreasen N, et al :
Reliability of assessing psychiatrically ill patients
in a multi-center, test-retest design. J Psychiat
Res 16 ; 213, 1981.
- 9) Keller MB, Lavori PW, McDonald-Scott P, et
al : Reliability of lifetime diagnosis and symptoms
in patients with a current psychiatric disorder. J
Psychiat Res 16 ; 229, 1981.
- 10) McDonald-Scott P, Endicott J : Informed versus
blind : The reliability of ratings of cross-sectional
psychopathology. Psychiat Res 12 ; 207, 1984.
- 11) Robins LN, Helzer JE, Croughan J, et al :
NIMH Diagnostic Interview Schedule : Version
III. National Institute of Mental Health, 1981.
- 12) Spitzer RL, Williams JBW : Structured Clinical
Interview for DSM-III (SCID) 10/1/84 Version.
Biometrics Research, New York Psychiatric In-
stitute, New York, 1984.