

国立精神・神経センター
精神保健研究所年報

第3号(通巻36号)

平成元年度

National Institute of Mental Health
National Center of Neurology
and Psychiatry

— 1989 —

国立精神・神経センター
精神保健研究所年報

第3号(通巻36号)

平成元年度

National Institute of Mental Health
National Center of Neurology
and Psychiatry

— 1989 —

は し が き

平成元年の「精神保健研究所年報」を発刊する時期となった。昨年に引続き本研究所の1年間の活動の様子と研究業績の報告である。昭和63年に精神保健法が改正されてからの、わが国の精神科医療の動きに沿って、われわれの責務も一段と重くなった。この世紀末の10年間に、どのような変化を遂げるか、はっきりとした見通しがあるわけではないが、われわれの研究所はつねに一歩先じた課題を取り上げて、研究を積み重ねていかねばならないと考えている。この1年間の間、東欧の政情は目まぐるしく変転し、昨秋には「ベルリンの壁」も崩れさり、東西ドイツの統一は時間の問題となった。イギリスのジャーナリストの「歴史が急いでいる、われわれも急がねばならない。」という言葉のように、われわれも歴史の流れの加速されている状況を感じる。そして精神保健研究もまた時代の子であることから免れ得ないであろうと思う。

この「精神保健研究所年報」の発刊に当たり、所員の努力に感謝すると共に、読者諸氏のご批判ご激励をお願いする。

平成2年7月1日

国立精神・神経センター精神保健研究所長

藤 縄 昭

目 次

I	精神保健研究所の概要	1
1.	創立の趣旨及び沿革	1
2.	国立精神・神経センター組織図	4
3.	職員配置及び事務分掌	5
4.	内部組織改正の経緯	6
II	研究活動状況	9
1.	精神保健計画部	9
2.	薬物依存研究部	19
3.	心身医学研究部	22
4.	児童・思春期精神保健部	31
5.	成人精神保健部	38
6.	老人精神保健部	43
7.	社会精神保健部	46
8.	精神生理部	52
9.	精神薄弱部	53
10.	社会復帰相談部	62
III	研修実績	69
IV	研究業績	87
V	雑誌目録	117

I 精神保健研究所の概要

1. 創立の趣旨及び沿革

(1) 創立の趣旨

昭和27年1月アメリカのNIMHをモデルに厚生省の附属機関として設立され、精神衛生に関する諸問題について、学際的立場から精神医学、心理学、社会学、社会福祉学、保健学等の各専門家による総合的・包括的研究を行うほか、国、地方公共団体、病院等において精神保健業務に従事する者に対して、精神保健各般にわたり必要な知識及び技術の研修を行い、資質の向上を図ることを目的とした。

(2) 沿革

昭和25年、精神衛生法制定の際、国会において国立精神衛生研究所を設置すべき旨の附帯決議が採択され、これに基づき、厚生省設置法及び組織規程の一部が改正され、昭和27年1月、千葉縣市川市に国立精神衛生研究所が設置された。

設立当時の組織は、総務課、心理学部、生理学形態学部、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の1課5部であった。当初、厚生省では国立精神衛生研究所の組織について、1課8部60名程度の規模とする構想をもっていたが、財政事情等により、1課5部30名の人員で発足することになった。

附属病院をもつことは精神衛生研究所にとって重要な条件であったが、新たに病院を設立することは当時の財政事情から望み得なかったため、隣接した国立国府台病院の事実上の協力を得られるという観点から、千葉縣市川市に置かれることとなった。

精神薄弱に対する対策の確立の必要性が高まったことに伴い、昭和35年10月1日新たに精神薄弱部が設置されると同時に、既存の部の名称変更を伴う組織の再編成が行われた。この結果、組織は、総務課、精神衛生部、児童精神衛生部、社会精神衛生部、精神身体病理部、精神薄弱部、優生部の1課6部となった。

昭和36年には国立精神衛生研究所組織細則が制定され、部課長のもとに、心理研究室、生理研究室、精神衛生相談室、精神衛生研修室の4室が置かれるとともに、昭和35年1月から事実上行われていた精神衛生技術者に対する研修業務が、厚生省設置法上の業務として加えられ、医学科、心理学科、社会福祉学科及び精神衛生指導科の研修が開始されることにより、正式に、当研究所の調査研究と並ぶ重要な業務として位置づけられた。

昭和40年には、精神医療の発展に伴い、地域精神医療、社会復帰等を内容とする精神衛生法の大改正が行われたが、これに伴い、組織規程が改正され、社会復帰部が新設されるとともに、新たに精神発達研究室及び主任研究官（3名）が置かれることになり、組織細則の一部が改正された。また昭和46年6月には、ソーシャルワーク研究室を社会精神衛生部に設置、昭和48年には、人口の高齢化に伴い、痴呆老人等いわゆる「恍惚の人」が社会問題化したのを背景に、老人精神衛生部を新設し、翌昭和49年には同部に老化度研究室を置いた。

昭和50年には、精神衛生に関する相談について、精神障害者の社会復帰と関連することが多いことから、社会復帰部を社会復帰相談部とし、精神衛生相談室を社会復帰相談部の所属に移した。昭和53年12月には、社会復帰相談庁舎が完成し、精神衛生相談をはじめとする、精神障害者の社会復

婦に関する研究体制が強化された。また、昭和54年には、研修課程の名称を医学課程、心理学課程、社会福祉学課程及び精神衛生指導課程に変更するとともに、新たに精神科デイ・ケア課程を新設した。昭和55年には、研修庁舎が完成し、研修業務の充実が図られた。デイ・ケア課程は現在年間4回行われている。

昭和61年10月、国立精神衛生研究所、国立武蔵療養所及び同神経センターの3施設を発展的に改組し、国立精神・神経センターが新設された。

当研究所はナショナルセンターの1研究部門として精神保健に関する研究及び研修を担うことになった。この組織改正により、総務課が庶務課となり、精神身体病理部と優生部を統合し精神生理部としたほか、精神保健計画部及び薬物依存研究部が新たに設けられ、1課9部となり組織の強化が図られた。

昭和62年4月からは国立国府台病院が加わり、2病院、2研究所のナショナルセンターとして名実ともに体制が整えられた。

国立国府台病院の加入に伴い、精神保健研究所の庶務課は廃止され、国府台地区の運営部のなかの1組織として研究所事務を担当している。

なお、昭和62年10月には、心身医学研究部の新設と精神保健計画部に室の増設が認められ、平成元年10月に社会復帰相談に援助技術研究室が認められた。精神保健研修室を含め10部23室となった。

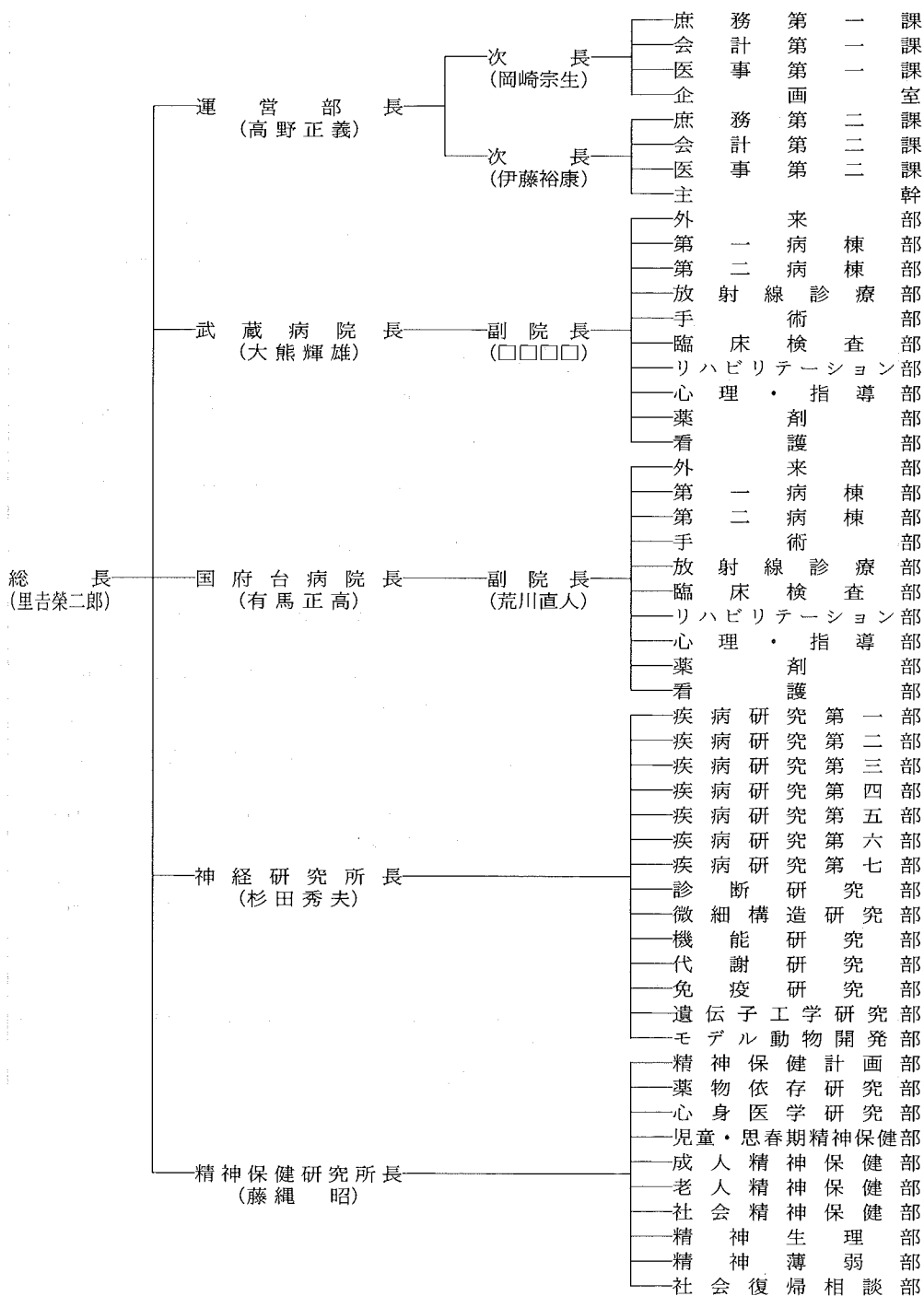
沿 革

年月	事項	所 長	組 織 等 経 過
昭和25年5月			精神衛生法国会通過（精神衛生研究所設置の附帯決議採択）
26年3月			厚生省公衆衛生局庶務課が設置の衝にあたる
27年1月		黒 沢 良 臣 (国立国府台病院長兼任)	厚生省設置法並びに組織規程の一部改正により精神衛生に関する調査研究を行う附属機関として、千葉県市川市に国立精神衛生研究所設置 総務課、心理学部、生理学形態学部、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の1課5部により業務開始
35年10月			心理学部を精神衛生部に、社会学部を社会精神衛生部に、生理学形態学部を精神身体病理部に、優生学部を優生部に名称変更し、精神薄弱部を新設
36年4月			精神衛生研修室、心理研究室、精神衛生相談室及び生理研究室を新設
6月			厚生省設置法の一部改正により精神衛生技術者の研修業務が追加され、医学科、心理学科、社会福祉学科及び精神衛生指導科の研修開始
10月		内 村 祐 之	
37年4月		尾 村 偉 久 (公衆衛生局長が所長事務取扱)	
38年7月		若 松 栄 一 (公衆衛生局長が所長事務取扱)	
39年4月		村 松 常 雄	

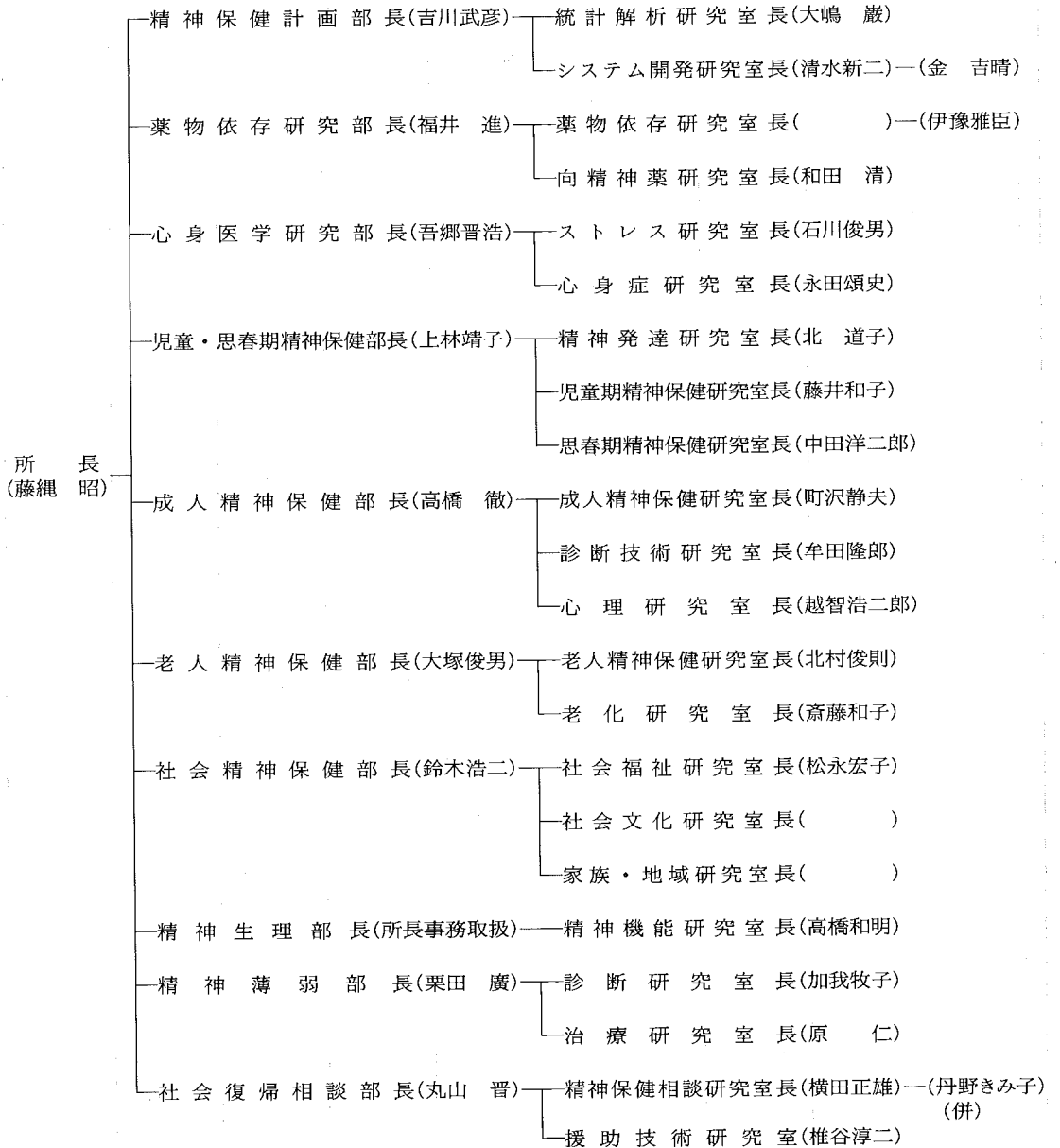
I 精神保健研究所の概要

年月	事項	所 長	組 織 等 経 過
40年7月			主任研究官を置く 社会復帰部及び精神発達研究室を新設
41年7月			本館改築完成（5カ年計画）
44年4月			総務課長補佐を置く
46年4月		笠 松 章	ソーシャルワーク研究室を新設
48年7月			老人精神衛生部を新設
49年7月			老化度研究室を新設
50年7月			社会復帰部を社会復帰相談部に名称変更 精神衛生相談室を精神衛生部から社会復帰相談部の所属に改正
52年3月		加 藤 正 明	
53年12月			社会復帰相談庁舎完成（2カ年計画）
54年4月			研修課程の名称を医学課程，心理学課程，社会福祉学課程及び精神衛生指導課程に名称変更し，精神科デイ・ケア課程を新設
55年4月			研修庁舎完成（講義室・図書室・研修生宿舎）
昭和58年1月 10月		土 居 健 郎	老人保健研究室を新設
60年4月		高 臣 武 史	
61年5月 9月 10月			厚生省設置法の一部を改正する法律国会成立，公布 国立高度専門医療センターの設置を決定 厚生省組織令の一部改正により，国立高度専門医療センターの名称と所掌事務が決定 国立高度専門医療センターの一つとして，国立武蔵療養所，同神経センターと国立精神衛生研究所を統合し，国立精神・神経センター設置 ナショナルセンターの1研究所として精神保健研究所に改組，1課9部19室となる
62年4月 6月 10月		島 蘭 安 雄 (総長が所長事務取扱) 藤 縄 昭	厚生省組織規程の一部改正により，国立精神・神経センターに国立国府台病院が統合し，2病院，2研究所となる 庶務課廃止 心身医学研究部（2室）と精神保健計画部システム開発研究室の部・室を新設
平成2年10月			社会復帰相談部に援助技術研究室を新設

2. 国立精神・神経センター組織図 (平成2. 7. 1現在)



3. 職員配置及び事務分掌 (平成2. 7. 1現在)



4. 内部組織改正の経緯

国立精神衛生研究所								
創立昭和27年	35	36	40	46	48	49	50	54
総務課		総務課 精神衛生研修室						
心理学部	精神衛生部	精神衛生部 心理研究室 精神衛生相談室				精神衛生部 心理研究室 精神衛生相談室		
児童精神衛生部			児童精神衛生部 精神発達研究室					
					老人精神衛生部	老人精神衛生部 老化度研究室		
社会学部	社会精神衛生部			社会精神衛生部 ソーシャルワーク研究室				
生理学形態学部	精神身体病理部	精神身体病理部 生理研究室						
優生学部	優生部							
	精神薄弱部							
			社会復帰部				社会復帰相談部 精神衛生相談室	
研修課程		医学科 心理学科 社会福祉学科 精神衛生指導科						医学課程 心理学課程 社会福祉学課程 精神衛生指導課程 精神科デイケア課程

I 精神保健研究所の概要

		国立精神・神経センター精神保健研究所			
58	61年4月	61年10月	62年4月	62年10月	元年10月
	総務課 精神衛生研修室	庶務課 精神保健研修室	運営部庶務第二課 精神保健研修室	運営部庶務第二課 〃 企画室 精神保健研修室	運営部庶務第二課 〃 企画室 精神保健研修室
		精神保健計画部 統計解析研究室		精神保健計画部 統計解析研究室 システム開発研究室	精神保健計画部 統計解析研究室 システム開発研究室
		薬物依存研究部 薬物依存研究室 向精神薬研究室		薬物依存研究部 薬物依存研究室 向精神薬研究室	薬物依存研究部 薬物依存研究室 向精神薬研究室
				心身医学研究部 ストレス研究室 心身症研究室	心身医学研究部 ストレス研究室 心身症研究室
	精神衛生部 心理研究室	成人精神保健部 成人精神保健研究室 診断技術研究室 心理研究室		児童・思春期精神保健部 精神発達研究室 児童期精神保健研究室 思春期精神保健研究室	児童・思春期精神保健部 精神発達研究室 児童期精神保健研究室 思春期精神保健研究室
	児童精神衛生部 精神発達研究室	児童・思春期精神保健部 精神発達研究室 児童期精神保健研究室 思春期精神保健研究室		成人精神保健部 成人精神保健研究室 診断技術研究室 心理研究室	成人精神保健部 成人精神保健研究室 診断技術研究室 心理研究室
老人精神衛生部 老化度研究室 老人保健研究室	老人精神衛生部 老化度研究室 老人保健研究室	老人精神保健部 老人精神保健研究室 老化研究室		老人精神保健部 老人精神保健研究室 老化研究室	老人精神保健部 老人精神保健研究室 老化研究室
	社会精神衛生部 ソーシャルワーク研究室	社会精神保健部 社会福祉研究室 社会文化研究室 家族・地域研究室		社会精神保健部 社会福祉研究室 社会文化研究室 家族・地域研究室	社会精神保健部 社会福祉研究室 社会文化研究室 家族・地域研究室
	精神身体病理部 生理研究室	精神生理部 精神機能研究室		精神生理部 精神機能研究室	精神生理部 精神機能研究室
	優生部				
	精神薄弱部	精神薄弱部 診断研究室 治療研究室		精神薄弱部 診断研究室 治療研究室	精神薄弱部 診断研究室 治療研究室
	社会復帰相談部 精神衛生相談室	社会復帰相談部 精神保健相談研究室		社会復帰相談部 精神保健相談研究室	社会復帰相談部 精神保健相談研究室 援助技術研究室
	医学課程 心理学課程 社会福祉学課程 精神衛生指導課程 精神科デイ・ケア課程	医学課程 心理学課程 社会福祉学課程 精神衛生指導課程 精神科デイ・ケア課程	精神保健指導課程	医学課程 心理学課程 社会福祉課程 精神保健指導課程 精神科デイ・ケア課程	医学課程 心理学課程 社会福祉課程 精神保健指導課程 精神科デイ・ケア課程

II 研究活動状況

1. 精神保健計画部

昭和63年度はスタッフに激動のあった年であったが、平成元年度は精神保健計画部の研究体制は安定したものになった。平成2年2月には金吉晴研究員をシステム研究開発室に迎え、さらに充実した研究体制を敷くことが出来た。

平成元年度の研究を概観すると、研究部として継続的に行ってきた研究のうち家族関係の研究は角度を変えて研究部員全員が関わっているが、発達分野と障害児関係から吉川が、社会状況と家族精神保健から清水が、精神障害者社会復帰と地域ケアに果たす家族の役割に関しては大島が、思春期精神障害から見た家族は金が研究している。

精神保健サービスの提供システムと精神障害者の地域ケアに関する研究も研究部員がそれぞれの視点で取り組んでいる。障害者を包み込んだ保健と福祉のコミュニティづくりに関する研究は大島が、アルコール依存者のネットワーク医療とサポートシステムについては清水が、保健所をキィ・ステーションとするシステムづくりに関しては吉川が、児童相談所をキィ・ステーションにするシステムづくりは金が、それぞれフィールドを持ち実践的に取り組んでいるほか、共同研究者と共に各地での調査研究を行ってきている。

清水は、アルコール依存者に対する一般住民の社会的態度に関する研究やアルコール依存症者の家族問題の社会病理学的研究を進めてきたが、老人問題や自殺にも関心を広げ、国際的な情報もえて研究を深めている。日本学術振興会の国際共同研究助成を受け、ハンガリー科学アカデミーとの共同研究を進めつつある。

吉川は、自殺の疫学に関する研究を引続き進めつつあるほか、厚生省の研究費助成を受けて保健所における精神保健活動のあり方に関する研究を継続中である。平成2年度末には「保健所精神保健マニュアル(仮称)」を作成する予定である。さらに、今年度から、国立公衆衛生院との共同研究を進め、精神保健統計の整備とその解析の研究に入っている。

金は、研究所着任以前は精神分裂病の妄想形成機序や疎通性問題、あるいは有機溶剤中毒の慢性精神症状の研究等の精神病理研究をおもに行ってきた。研究所着任以来もこれらの継続する傍ら、精神分裂病の慢性症状の評価研究や、児童・思春期の精神障害に関する研究の分担研究者を務めている。

大島は、精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究を進めてきたが、その成果として「精神科リハビリテーション領域における家族に関する研究的・実践的取り組み—欧米文献のデータベース作成とわが国への適用の検討」を共同執筆した。この種のデータベースはわが国には十分に整備されていない。そこで精神保健計画部では、精神保健計画部モノグラフ第1号としてこれを公刊を予定である。(吉川武彦)

精神障害者の職業指導の現状分析と職業指導方法に関する研究

吉川 武彦

1. 緒言

本研究は、精神障害者の社会復帰をめぐるさまざまな働きかけのうちで、今日的に最も後発的である精神障害者の職業指導に関する現状分析を行い、精神障害者の職業指導に関する方法を探り、これによって精神障害者の社会復帰に寄与しようとするものである。

2. 研究内容及び方法

研究内容は三点ある。第一点は、精神障害者の職業指導に関する現状分析、第二点は、現に行われている精神障害者通院リハビリテーション事業の分析、第三点は、職業指導方法に関するマニュアルづくりである。

3. 研究結果とその考察

1. 職業指導に関する現状分析

1) 精神障害者のリハビリテーションに関する文献

職業指導に際しては、自由、責任、活動を強調し、有責性、可能性、自律性を重んじ、自己評価の低下を来さないように働きかけること、自尊心を高めることが出来るよう働きかけること、時間に関する連続性を保ち、かつ対人関係の連続性にも気を配る必要のあることを示したもののや、心の病いを負いながらも人は地域に連続して存在するものでなければならないから、職業指導を行う際も、連続性をどの様に保ちながら社会生活が送れるようにするかという点を強調するものがある。

また一方、職業指導も、障害論抜きには行えないという考えもあり、精神障害者の社会参加

の道が ALD から QOL へ変化してきたことを捉える向きもある。精神分裂病患者の就労場面の行動特性を切口にして、関心・流儀・動作・判断・情動の5項目を抜き出し、そのタイプには2グループあり職業指導に応用しようという指摘もある。職業能力評価は雇用サイドが求めるものと育成サイドが求めるものに違いがあるという指摘もある。

2) 聞き取り調査から

職業指導を試みる現場の職員の聞き取りでは、次の3点が指摘された。その1は、精神障害者一般に対する恐れや不安である。これを克服するためには、正しい知識の獲得、共に生活する経験、適切な医学的管理の保障が必要であることが明らかになった。その2は、病状と本人の病識の有無であった。協調性があればなおいいが、とりあえずは自傷他害のないことが強調されている。その3は、勤労意欲と病状の関係である。以上の3点について職業指導上の指針がないことが指摘された。

職業指導を受けている精神障害者からの聞き取りでは、一人一人の生活史を重んじた職業指導が期待されていることが分かった。また、失敗を恐れるあまり、ステップを踏んでから先へすすませようとする指導者と、患者との間にギャップがあることが分かった。患者の中には、失敗も一つの経験であり、私たちをもっと信じて欲しいという声であった。

2. 雇用促進及び職親制度の歴史と現状

1) 雇用促進及び職親制度の歴史と現状

精神障害者のみならず障害者一般の職業相談を受けるのは、公共職業安定所または障害者職

業センターである。特に障害者職業センターでは専門の評価員やカウンセラーがいて、職業的リハビリテーションの立場から判定やカウンセリングを行う。最近では、職業センターを訪れる障害者の障害別に大きな変化がきていることが報告されている(1973-身体障害者群76.3%, 精神障害者群23.7%。1986-身体障害者群32.2%, 精神障害者群67.8%。東京都)。

精神障害者の雇用促進は、身体障害者や精神薄弱者を雇用促進に倣い拡充しようとしてきたが、身体障害者や精神薄弱者に関しては、さらにきめ細かくなり、厚生、療護、授産に関する施設や教育施設からの退所者を対象にして、地域の小規模作業所である心身障害者福祉作業所に至るまで整備されている。

精神障害者の雇用促進や職親制度では1970年(東京都)頃から都道府県単位で出来始めた精神衛生職親制度が、1982年に通院患者リハビリテーション事業として厚生省が施策化し、全国一率にこれを実施することになったのが、この間における精神障害者雇用促進対策はこれのみであった。直接雇用に関わるものではないが、1965年の精神衛生法改正や1969年の精神障害回復者社会復帰センター(案)、1974年の精神科デイケア・作業療法の点数化、1975の保健所における社会復帰相談指導事業等が行われてきたほか最近(1981)精神科ナイトケアの点数化が行われた。精神障害者小規模作業所運営助成事業(1987)も開始された。

2) 通院患者リハビリテーション事業の現状

全国の都道府県に対してアンケート調査を行った。調査結果について詳細に述べる余裕はないが、各都道府県に共通しているところは、本事業実施に際して実施要綱を作っていることである。但し、その名称はいろいろで〇〇県通院患者リハビリテーション事業実施要綱というのが最も多いが、精神保健職親事業実施要綱(北海道、宮城など)、精神障害者職親事業実施要綱(神奈川など)あるいは通院精神障害者とか精神障害通院患者が用いられている。委託料は一

日当たり2000円ではほぼ全国共通であるが、委託料とは別に訓練生に奨励金を出している県もある(北海道、東京、神奈川、長野、鹿児島など)ほか訓練生に交通費その他を出している県もある。

訓練期間は区々だが、概ね6ヵ月をめどに最低1年間、最長で3年間延長可能の制度がある。しかし、中には延長できない県(岐阜など)もある。登録事業所で最も多い業種を3つあげてもらったが、製造業や建設業、小売業が多い。なかにはサービス業も挙げた県もある。(北海道、石川)。農業を挙げた県が少なくなったのは意外であった。

職業指導の登録に当たって選定基準があるか、あるいは登録手続き等に関するマニュアルがあるかどうかを問うたが、大まかには、安定事業所であること、作業環境がいいこと、危険性の少ない事業所であること、指導するスタッフがいること、精神障害者に理解があること、等が挙げられている。マニュアルのないところが多い。事業所に対する指導はどの様に行っているかという問いに対しては、随時訪問をしているという回答が多い。訓練生に対する指導も、所轄の保健所の職員が行っているというものが多かった。委託のしっぱなしというわけでもないのであろうが、指導はしていないという回答もある。

自由記載の所にはこの事業は成果を表しにくいので困るという意見があり、行政担当者の苦衷が示されていた。

4. まとめ

精神障害者のリハビリテーション研究は、医療、福祉、教育、労働の各分野からのアプローチはあるが統合されてはいない。なかでも職業リハビリテーションの分野はその感が深い。精神障害者のリハビリテーションがこのような事情にあることを踏まえ、精神障害者の職業指導の現状分析を行う傍ら、職業指導のあり方を考えようと研究を行った。

資料研究からは、今日の精神障害者職業指導の現状の一端が明らかに出来たが、聞き取り調査の結果はかなり具体的な希望や期待が聞かれたので今後はマニュアル作成の資料となるものが得られた。今後は精神障害者を現に雇用したり、職親制度（通院患者リハビリテーション事業）の委託を受けている事業所職員との合同検討会によって、さらに関係資料を強化し今後の研究を進めたい。

各都道府県に対して行ったアンケートから、現に行われている通院患者リハビリテーション事業の状況が把握されたが、さらに、今後、この事業を円滑に行っていくためには、相談指導体制を強化していく必要があることが明らかにされた。このためにも、職業指導マニュアル作成が急がれることが浮かび上がったほか、マニュアル作成に当たってどのような検討を進めるべきかが明らかになった。

文 献

1. 江副 勉監修：精神科リハビリテーション。医歯薬出版，1971。
2. 吉川武彦：精神科のリハビリテーション（第2版）。医学図書出版，1985。
3. 蜂矢英彦・村田信男：精神障害者の地域リハビリテーション。医学書院，1989。
4. 雇用促進事業団雇用職業総合研究所：精神障害者の職業リハビリテーションのために。同研究所，1988。

精神科リハビリテーションと家族に関する文献のデータベース作成と研究動向

大島 巖

近年、欧米圏、特にイギリス・アメリカを中心に、社会的要因が精神分裂病の経過にどのような影響を与えるかという視点から、さまざまな研究が行われるようになった。中でも、社会的受け皿としての家族に対する強い注目が集められている。特に、イギリスの BROWN GWら(1962, 1972)によって始められた家族の感情表出(Expressed Emotion; 以下, E E)の研究は、精神障害に対する社会的環境の研究における主導的な位置を占め、ここ10年来、E E研究を中心にして数多くの家族に関する研究的取り組みの成果が発表されている。

本研究では、まず第一に「家族」と「精神科リハビリテーション」を主なキーワードにして、系統的に関連する文献を収集するとともに、これらをいくつかのキーワードによって整理し、データベースを構築することにした。

第二に、これらの収集・整理した文献をもとに、「精神科リハビリテーションと家族に関する文献研究会」を開催し、いくつかのテーマに沿って文献の検討を行った。

研究方法

本研究は、次の4つのプロセスによって行われた。①系統的かつ網羅的な文献検索、②収集された文献にキーワードを施す、③パソコンによるデータベースの構築、④主要な文献に抄訳作成、⑤研究会でテーマ別に文献検討。

キーワードは研究会の検討をもとに独自のリストを作成した。文献検索と文献の把握・収集は、主にコンピュータ文献検索(KINO-DIALOGのMEDLINEとSOCIALSCI-SEARCH)を利用した。研究室におけるデータベース構築には、

日本アシュトンテート社の d-BASE III PLUS を用いた。

キーワードの年次推移にみる研究動向

503件の洋雑誌論文と英文単行書50点が収集・把握された。これらの研究の前般的な傾向を、洋雑誌論文のキーワード別年次推移によって見ておく(表1参照)。

まず、個別のキーワードでは、“EXPRESSED EMOTION”(E E)が131件で最も多く、E Eなど主要な3尺度を除く「家族測定」「FAMILY ASSESSMENT」も75件あった。

次いで、家族の関わりを評価する基準としての「再発」「RELAPSE」が89件で多い。家族に対して支援する「家族介入」「FAMILY INTERVENTION」が62件、家族の困難を生活レベルで捉えた「重荷」「BURDEN」が49件でこれについている。

全文献における年次推移を見ると、1974年までは「1900～1959年」が11件、「1960～1964年」20件、「1965～1969年」10件、「1970～1974年」19件とあまり大きな変動はないが、「1975～1979年」には65件、「1980～1984年」148件、「1985～1989年」230件と、1975年以降になって激増していることがわかる。

中でも、E Eを含む「家族測定」のグループ全体についても「21件→51件→107件」と上昇しており、家族をより客観的に理解しようとする研究動向を示しているよう。

また、家族の生活面に注目した「重荷」「BURDEN」やそれを含むグループとしての「家族生活への影響」「EFFECTS ON FAMILY LIFE」は、それぞれ「7件→18件→20件」「11件→26件

→33件」と大きな増加をしている。

これに対して、家族のシステムの理解や家族機能の理解に関わる「家族機能」"FAMILY FUNCTIONING", 「家族関係」"FAMILY

RELATIONSHIP"などは、それぞれ1960年代以前から文献として出現しており、近年に至っても論文数の急激な上昇はない。

表1 社会復帰と家族に関する文献の "KEY WORDS" 別年次推移<一部>

	1990 1959	1960 1964	1965 1969	1970 1974	1975 1979	1980 1984	1985 1990	全体
100 FAMILY ASSESSMENT	0	3	4	2	13	23	30	75
110 EXPRESSED EMOTION	1	1	1	1	10	32	85	131
120 AFFECTIVE STYLE	0	0	0	0	0	3	7	10
130 CIRCUMPLEX MODEL	0	0	0	0	2	3	4	9
100～130グループ	1	4	4	3	21	51	107	191
200 FAMILY SYSTEM	1	0	0	0	2	1	2	6
210 FAMILY FUNCTIONING	0	4	3	2	5	8	10	32
220 FAMILY ATTITUDE	0	4	1	1	6	6	9	27
270 FAMILY RELATIONSHIP	4	5	4	4	9	7	13	46
275 MARITAL RELATIONSHIP	3	2	2	1	1	3	8	20
280 COMMUNICATION	2	1	0	3	2	6	6	20
200～280グループ	8	11	7	6	20	35	53	140
300 EFFECTS ON FAMILY LINE	0	1	1	0	0	1	6	9
310 BURDEN	0	1	2	1	7	18	20	49
320 FAMILY STRESS	0	0	1	1	3	8	9	22
300～320グループ	0	1	3	2	11	26	33	76
600 FAMILY INTERVENTION	0	1	1	2	4	15	39	62
610 FAMILY THERAPY	2	1	0	2	6	12	9	32
620 PSYCHO-EDUCATION	0	0	0	0	0	3	12	15
630 FAMILY SUPPORT (TO FAMILY)	0	2	0	0	5	8	13	28
600～630グループ	2	5	1	4	15	44	72	143
700 RELAPSE	1	6	1	5	6	26	44	89
710 COURSE OF ILLNESS	2	2	2	3	7	13	19	48
700～710グループ	3	7	3	7	12	36	60	128
全 体	11	20	10	19	65	148	230	503

平成元年度研究活動概況

清水新二

1. アルコール・ネットワーク医療の研究

アルコール・ネットワーク医療の先進地、大阪の場合を事例に、医療ネットワークの組み立て方、その歴史、さらには各施設アルコール治療・援助者がアルコール問題をどう認知、把握し、実際にどう対応しているかを明らかにすることを旨とする。併せて、それぞれの歴史と文化をもつ多様な各地でのアルコール医療ネットワーク化を図る際の、先進的事例として参照資料に資することを目的とする研究。

精神保健課委託研究としてなされた前年度の調査研究の成果をとりまとめ、アルコール医学会において報告した。また今年度調査として大阪市の保健所医師、精神保健相談員、保健婦、福祉事務所生活保護担当者のそれぞれを対象にした調査を実施した。この調査の結果は、引続き平成2年度に解析、とりまとめを予定している。

2. 家族精神保健に関する研究

一般家族の生活様式と家族機能の関連性に注目し、家族が自らの自律性を保ちつつも、変動しつつある社会状況にあって適応しやすい家族スタイルのあり方を問う研究。「妻が危ない」「夫が危ない」などと言われる昨今、とりわけポレミカルな現代的な家族スタイルとして私事化の現象に注目して、家族精神保健的研究を進めている。

元年度には一部厚生科学研究費助成を受けて長崎県と兵庫県で調査完了、データ解析進行中。2年度には、その第1報が6月の学会でリリース予定であり、また並行してインテンシブな

個別面接事例調査が予定されている。

3. ハンガリー社会の社会病理研究

日本学術振興会国際共同研究助成を受けて、2年間にわたるハンガリー科学アカデミーとの共同研究であるが、精神保健問題を含めて健康問題一般を担当する立場から研究を進めている。元年度には現地調査出張をして、まさに動きつつあるハンガリー社会における老人問題、アルコール問題、および自殺問題等の聴取調査と資料収集活動を実施した。また学会報告も済ませたが、次年度にはさらなる分析に基づく学会報告と、両国の研究者による英文の共同出版が計画されている。

4. 情報化と新しいライフスタイルの研究

ポストモダンへの議論が活発化する中で、社会の高度な情報化は人々の生活と意識に、そして強いては日常の生活における人々や家族の精神保健にどのような影響は与えるであろうか。また日進月歩の通信・交通手段の展開は、精神障害者などの社会生活上のハンディを抱える社会的弱者にとってどうあったら好ましいのか、といった問題意識の下に、文部省科学研究費総合研究(A)の助成を受けて共同調査研究を行っている。今年度は調査票づくりとプリテストを完了し、2年度に神戸市民を対象とした実査に入る予定である。

5. アルコール依存症家族の臨床社会学的研究

家族システムの変化ならびにストレス低下を測定することを目的に、アルコール依存症者の

対象として、社会学の家族ストレス論をベースにして行った臨床調査研究であるが、調査は既に前年までに終わり今年度は主に成果のとりまとめをした。今後、まとまった研究報告書の完成にむけて研究を継続する。

主体化過程の見られた途絶現象の一例

金 吉晴

構造主義的精神分析の立場からは精神病の要件は「穴」の存在であるとされる。すなわちシニフィアン（原初的シニフィアン）の排除によって引起こされたある欠如が存在する。その場合、主体化の過程は挫折し、主体は象徴的次元に接近するたびに想像的な崩壊にさらされることになる。主体は、父と等価な一連の人物との想像的な同一化によってその埋め合せをしなくてはならない。

そもそもこの「穴」なる地点は象徴的機能の欠落を示すのであって、その存在自体が象徴的次元の外にあるものと考えられる。従って、単にその存在を指し示す適当な言語表現がないというだけではなく、そこに欠落があるということ自体が象徴的な次元では捉えられない。この穴を埋め合わせていた想像的關係が壊れると患者は自ら穴に投げ込まれる。そこでの体験は、それに対して言語表現が試みられ得るような不安や障害ではなく、それ自体まったくいい知れぬ把握不能な性質を持ち、単なる当惑から世界没落的な恐怖ともなり得る。こうした事態をもっとも端的に示すのがいわゆる途絶の現象であると考えられる。そして象徴的に捉えることの不可能なこの欠落に対して、患者が象徴的次元での問いを繰り返すとき、あるいは繰り返すことを強いられるとき（想像的同一化の対象であった父から分離しての自立を性急に迫られるときなど）、患者の象徴的機能は一気に崩壊し、言語的混乱が生じる。いわゆる急性発症である。

さて筆者は破瓜型精神分裂病の一症例においてこの「穴」のあらわれを観察した。患者はしばしば精神運動的な途絶を呈していたが、ある

ときの観察において以下のような象徴の交換が見られた。

「わからんわ。人と話すときちこまるというのかな。そういうこと思うからいかんのや。（そういうことというのは？）結婚とか。[このとき腕を震わせ、チック様の字を書くような仕草をする。筆記用具を探すように見えたので、主治医は自分の使っていたボールペンを渡す。患者は真顔になり、机上にあった用紙に以下の文を書きつける]小学校の体育の通知簿が5だった／天神・天才なのですか？／Aさんと結婚したい／綾部信用金庫ですか？／（車の絵）頭がこんがらがない様にして下さい／家に帰って畑でも耕すわ？／家に帰って学校のグラウンドでパットの素ぶりをするわ [その後主治医に筆記具を返した後]おなかの中に虫がいる。（虫？）何でもない。白い回虫みたいのんや。まとまりがない。自分がない。こわがとるんや。」

次の面接で治療関係は大きく変化した。患者はすぐに退院させるように唐突に要求し、激しい怒りを見せたのである。数日後に以下のような対話があった。

「こんな病気はね、先生、ひとつの精神的な傷ですね。人間関係に対する精神的な動揺というかね。それとね、まあひとつの対話ですね。もう治っているんじゃないですか」「精神といつたらひとつの、…むずかしいですね。芝居をしているみたい。先生にも分かりませんか。（分からないといけな？）うん。」

患者は傷という言葉で自分の障害を漠然と言い表しているが、そうした表明的な洞察も含めて人間の交流は芝居じみたものとしてしか感じられず、その傷なるものの本質への問いかけを

やめてはいない。

最初の面接について考察する。筆記具の授受を通しての欲望の取り込みは象徴的次元での交換行為という意味を持っていたと考えられる。患者はまず書字という象徴行為へと開かれ、ついで退院を希求する主体となろうとした。このときに出現した白い虫の幻覚は、患者の内部に取り込まれた主治医の欲望の反映であり、象徴行為の開始のシニフィアンに相当し、原初的にシニフィアンの機能を有するものと考えられる。この幻覚は、そのトポロジカルな位相において、Freud, S の狼男の症例における切断された指の幻覚に対応するものである。この指の幻覚について、セミナー第3巻における Lacan, J は、象徴的に実現されなかったものが現実界に回帰したのだと説明しているが、Freud, J は狼男の症例の解説の中でこの現象を象徴化への移行の点であるとみなしており、Lacan, J 自身もセミナー第1巻の時点では象徴化への移行の可能性をあらわすという言い方をしている。白い虫の幻覚は後者の意味を共有するものと考えられる。

この現象が象徴化への移行をしるしづけるものであるとすると、患者の中にはすでに象徴的次元が基準的に存在していたことになる。つまり欲望を受け入れるための場所がすでに患者の中にそなわっていたのでなくてはならない。すなわち、父であることのシニフィアンは患者のなかに受け入れられていたことになる。このことは原初的シニフィアンの排除という精神病のテーゼとは相いれない。

白い虫の幻覚をセミナー11巻の立場よりみれば、他者の欲望によって引起こされた対象 a である。中期の Lacan, J は、精神病の要件であるとされていた象徴界の空白は、人間が主体として象徴的に存在するための条件であるとみなされるようになり、それに応じて「穴」trou にかわって「開口部」béance という述語を用いた。

開口部とは前・存在論的な次元に位置づけられた概念であり、象徴的な言語化の空隙である。

主体はこの空隙において無意識への入口に立つことになるが、この体験はその本性上、象徴的な次元に定位させることはできない。開口部の現われにおいて主体は危機に直面することになるが、この空隙に対する原初的シニフィアンが成立し、それに対応した対象 a が知覚されることによって、主体の象徴作用はこの開口部を越えて増殖する。この開口部の過程は決して終結することのないものであり、人間が象徴的次元に主体としてあり続けるための条件である。

以上より、精神分裂病の障害が端的に現れていると思われる途絶という現象においても、象徴化課程はまったく障害されているわけではなく、対人関係の中で成立し得ることのあることが示された。患者の主体化の機能は動揺しつつではあるが存在している。ただしこの体験は予期し得ないかたちで不意に生じたのであり、技術的に導かれたものではない。通常我々が主体と呼びならわしているものは主体化の体験の不連続な反復によっていることを考えると、問うべきはこのような体験が患者を治癒せしめるか否かではなく、そもそも患者がこうした体験を自分のものとして持ち得るか否かである。こうした体験を技法的に生じせしめることはできないが、これを迎えるためにどのような開かれた柔軟な関係を準備するかが臨床的課題と考えられる。

2. 薬物依存研究部

薬物依存研究部は昭和61年10月に創設されその歴史は新しいが、研究体制の基礎は徐々につくられつつある。平成元年7月に、母校の日大に転出した渡辺登向精神薬物研究室長の後任として和田清室長が着任し、平成元年10月には留学していた伊豫雅臣研究員が帰国したことにより、研究陣容が強化された。

平成元年度の研究計画は、1) わが国の精神科医療施設を中心に薬物依存患者の実態調査を行い、薬物依存の今日的課題点と社会心理的特徴の把握につとめ、診断・治療・予防対策の資料にする、2) 研究協力病院をつくり、薬物依存の診断・治療の研究を行う、3) 薬物依存の発生メカニズムに関する生物学的研究は、放射線医学総合研究所にてPETを用いて行う、4) 部創設当初より続けている医師を対象とした薬物依存研修会をもち知識の普及につとめる、などを考えた。

まず、1) については、厚生省精神・神経疾患委託研究費の一環として全国の精神科医療施設を対象にアンケート調査を行い、主に性格、家庭環境、社会生活より薬物依存の発生機序を中心にまとめ、「薬物依存の疫学的調査研究—その3 (発生機序をめぐる研究)」として発表した。乱用薬物の違いにより、性格特徴があり、家庭環境、社会生活が異なり、薬物依存の発生にそれらが関係あることが解明された。2) 3つの大学病院精神科と24の精神病院の研究協力施設を得て、覚せい剤精神病、有機溶剤精神薬の臨床的研究およびBenzodiazepine系薬物の依存性の研究に着手した。覚せい剤精神病、有機溶剤精神薬の症状形成を薬物乱用期間との関係、それらの慢性症状の特徴について研究をすすめ、和田、伊豫が社会精神医学会にて報告した。福井、和田が中心になりBenzodiazepine系薬物の長期服用患者の経過により、現在欧米で問題になっている常用量依存とBenzodiazepine系薬物の依存性について研究を行っている。3) 伊豫はポジトロンCT法を用いて、覚せい剤精神病におけるインビポードバミンD1及びD2受容体結合の研究を行い、その発生機序、病態の解明に努力している。4) 第3回の薬物依存研修会が全国より36名の医師を迎えて平成元年10月4、5、6、7日の4日間行われた。現在の医学教育の中での薬物依存を考えた時、卒後研修は意義あることと思う。将来も当研究部の活動の1つとしたい。

その他に、平成2年9月に開催予定の日米薬物依存科学シンポジウムの準備に当研究部がかかわってきた。現在の世界での薬物依存の現状を考えたとき米国との研究交流は必要である。このシンポジウムが定期的で開催されたならば、わが国の薬物依存の研究を進めていくうえで有意義であると考えられる。また、シンポジウム開催準備をとうして当研究部とNational Institute Drug Abuse (NIDA) とのパイプもでき、研究成果および情報の交換が行われるようになり、将来米国との共同研究も可能となった。(福井進)

薬物乱用・依存の発生因をめぐって

和田 清, 伊豫雅臣, 福井 進

はじめに

薬物乱用・依存の発生因について、人間（交際）関係・性格傾向・家庭環境の3点から調査研究を試みた。

I. 対象と調査方法

わが国の単科精神病院・総合病院精神科・大学付属病院精神科1564施設を対象に1989年8月1日から同年9月30日までの2カ月間に、引き続きまたは新しく入院または外来を受診した薬物乱用・依存患者についての主治医によるアンケート調査である。

報告症例数は915例であった。

以下、その結果の一部として、薬物乱用・依存患者の性格特性について紹介したい。

各薬物乱用・依存者の性格特性把握にあたっては、矢田部ギルフォード（Y-G）性格検査（一般用）プロフィールの12項目を使用した。それぞれの項目について、その傾向が強いものには（+）、弱いものには（-）、どちらとも言えないものには（±）を主治医に選んでもらい、（+）には1点、（±）には0点、（-）には-1点を与え、乱用薬物毎に各項目の合計を出した。それを各薬物毎の乱用・依存者の数で割って各薬物毎に各項目毎の平均得点を出し、薬物毎に乱用・依存者の平均プロフィールを出した。

II. 結果及び考察

各薬物毎の平均プロフィールは図1、図2、及び図3に示したが、図は右辺を底辺にして見ることによってY-G性格検査のプロフィールと同じ並びになるように工夫されている。また、

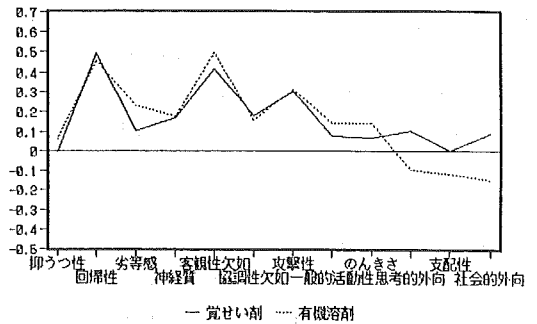


図 1

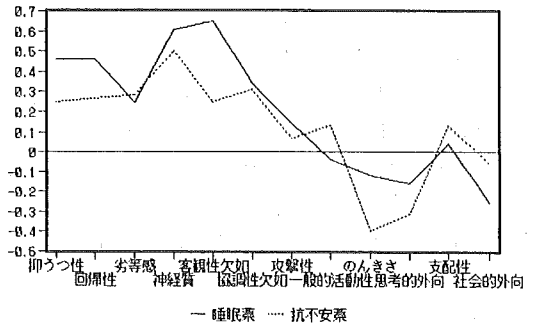


図 2

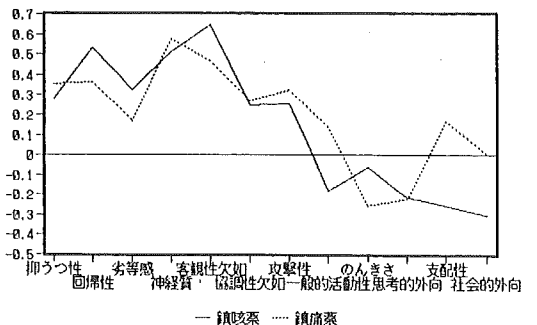


図 3

Y-Gの型分類に際しては、正常範囲を±何点までにするかよって型が異なるが、±0.15点以内を正常範囲にすると各薬物による性格特徴の違いがはっきりするため、±0.15以内を正常範囲とすることにした。

以上の手続きによって得られた各薬物毎の型は覚せい剤・有機溶剤=A B型、睡眠薬・抗不安薬=E'型、鎮咳薬=E型、鎮痛薬=B'型であった。

A B型とは「情緒不安定、社会的不適応だが正常範囲との中間」である性格として評価できる。図1より、覚せい剤・有機溶剤乱用依存者共に、「気分易変性」「主観性」「攻撃性」が目立つことがわかる。

E型とは「情緒不安定・社会的不適応・非活動的・内向的」でノイローゼ型とも言われる型であり、E'型はそれに準ずる型である。睡眠薬・抗不安薬では共にE'型であり、睡眠薬では「神経質」「主観性」が著明に高く「抑うつ性」「気分易変性」「非協調性」が高いが、抗不安薬では「抑うつ性」「気分易変性」「主観性」の基盤の上に、「神経質」が高く、「のんき性格」が著明に低いという違いがある。睡眠薬乱用・依存者の47.1%が「不安除去」を目的に睡眠薬を初めて使用し、31.4%が「ストレス解消」を目的に初めて使用しているが（これも今回の調査結果の一部であり、以下同様。）、これら薬物本来の使用目的と異なる動機は、睡眠薬乱用・依存者の「神経質」「主観性」が高いという性格特性と無縁とは言えない。このような見方は抗不安薬でもできる。抗不安薬乱用・依存者の29.4%が「ストレス解消」「不眠除去」を目的に、また23.5%の者が「疼痛除去」を目的に薬物を使用し始めており、抗不安薬乱用・依存者では初回使用時の職場内葛藤が35.3%認められ、薬物の種類別では最も高くなっている事実は、抗不安薬乱用・依存者における「神経質」の高さと「のんき性」の低さとは無縁ではない。彼らにとっては不眠・疼痛等の身体的変調がことさら不安を生み出すと同時に、「のんき性」の低さ故に、職

場の間人間関係がストレスフルなものになって来ていることが推測できる。

鎮咳薬ではE型（ノイローゼ型）である。「気分易変性」「神経質」「主観性」が高いのはE'型の睡眠薬・抗不安薬と同じであるが、「支配性」「社会性」の低さ、「劣等感」の高さが鎮咳薬乱用・依存者の特徴と言える。彼らの薬物使用動機をみると、E型ならでの「不安除去」を目的に薬物を使い始めた者が33.3%いると同時に、「刺激」「快感」を求めての者がそれぞれ33.3%もあり、しかも「同性の友人」をきっかけとする者が52.8%で、38.9%の者が「誘われて」薬物を使い始めていると言う結果であるが、この結果には彼らの性格特性が反映されている。つまり、彼らの性格特性は基本的には睡眠薬・抗不安薬型であるが、「劣等感」の高さ・「支配性」「社会性」の低さ故に、友人の影響をまともに受けてしまっていると解釈できる。

鎮痛薬ではB'型ではあるが、睡眠薬並みの「神経質」と抗不安薬に次ぐ「のんき性」のなさ、それに他の薬物以上の「攻撃性」の高さが目立つ。B型は「情緒不安定・社会的不適応・活動的・外向的」な性格を示す型で、犯罪型ともいわれるものであるが、B'型はB型に準ずる型である。鎮痛薬乱用・依存者の75.0%が鎮痛薬を「疼痛除去」に使い始めてはいるが、同時に「不安除去」「不眠除去」「ストレス解消」を目的に使い始める者もそれぞれ30.3%、18.8%、15.6%いる事実はこの性格特性から理解できる。

おわりに

「addictive personality」という言葉があるが、その実際の存在は未だ明らかにされていない。薬物乱用・依存者の性格を研究する時、「調査研究の結果は薬物乱用・依存の原因なのか、それとも結果なのか」という問題を常にはらむという方法論的問題がある。なかなか、むずかしい問題である。

3. 心身医学研究部

本研究部の平成元年度の研究は、前年度に引続き、次の3つのテーマで進められた。

1. 内科領域の心身症に対する基礎的並びに臨床的研究

本研究は、精神・神経疾患研究委託費による“心身症の診断及び治療予後に関する研究”の研究班の一員として前年に引続き行われたものである。

基礎的研究では、代表的な心身症の1つに数えられている胃潰瘍の発症機序に関する研究(石川)で、免疫調節物質 interleukin- 1β が中枢性に胃酸分泌を抑制し、ストレス潰瘍の発症を抑制する作用をもつこと、そしてその作用が prostaglandin を介することなどを示唆する結果を得、第31回日本消化器病学会で報告した。なお、留学中に行った胃分泌機能に対する α Calcitonin Gene Related Peptide の抑制作用に関する研究をまとめ International Symposium on Brain-Gut Interaction (英国)において報告した。また心身症としての気管支喘息の発症と経過に関与するストレスの影響に関する研究(永田)で、アレルゲン吸入によって引き起こされる気道反応がストレスによって著明に増強され、アセルコリン吸入による気道反応の回復が遅れること、そしてストレスによるこれらの反応が神経ペプチドのサブスタンスPを介して引き起こされている可能性を示唆する結果を得、第30回日本心身医学学会、第39回日本アレルギー学会において報告した。

臨床的研究(吾郷ほか)では、臨床各科で心身症と診断すべき症例が心身症と診断されず、したがって心身医学的治療も行われていない理由が何によるかを明らかにするために、某病院の協力を得て、内科の専門外来の医師と患者を対象に調査を行った。その結果、心身症として診療すべき症例が、そのように取り扱われていない理由として、前回明らかになった理由、すなわち臨床検査で何らかの異常所見が認められる場合、並びに社会生活における言動に異常が認められない場合には、心理・社会的側面からの情報を得ようとするしないことなどの理由の外に、患者が表面的にでも治療に協力的に見える場合並びに薬物療法で身体症状が軽快している場合などには、心身症の診断に必要な心理・社会的因子についての情報を収集しようとするしないことなどの理由が明らかとなった。これらの結果は、平成元年度報告書にまとめられている。

2. ストレス・マネジメントの在り方に関する研究

本研究は、厚生科学研究費補助金により行われた(吾郷、石川ほか)。前年度の調査結果から予想される事態の有無を多少なりとも明らかにする目的で、いわゆるストレス関連産業の施設利用者で、その後医療機関を訪れているものの有無を調査し、また体験的な裏付け調査も行った。その結果は、いわゆるストレス関連産業の施設を利用し、その後医療機関を訪れている人たちが少なからずみられること、そしてその人たちの多くが精神科的な疾患であることなどが明らかになった。これらは、いわゆるストレス関連産業の施設の開設にあたっては、そのスタッフに医師を参加させるか、あるいは医療機関との緊密な連携を保たせる体制をとらせるなどの適切な規制をもうける必要があることを示す結果であった。

3. 心身医学的側面よりみた気管支喘息の発症と治癒のメカニズムに関する研究

本研究は、公害健康被害補償予防協会委託費により行われたものである(吾郷、永田ほか)。気管支喘息は、遺伝的、先天的な素質にさまざまな後天的因子が加わって発症する疾患であるが、その後の

II 研究活動状況

経過、予後にはさまざまな心理・社会的因子によって引き起こされる身体的変化——生体の恒常性維持機能、防御機能の低下——が強く関与しており、心身医学的な治療が必要であり、かつ重要であることを示す結果が基礎的並びに臨床的な研究によって得られつつあることを報告した。

本研究部では、臨床実践を国府台病院ほか2、3の病院で行っている。とくに国府台病院は、日本心身医学会より本研究部のスタッフを指導医として研究診療施設の認定を受けており、ここでの研修システムをつくり、研究内容の充実をはかるべく努力中である。

現在、外来診療は内科外来の中で行っているが、受診患者も少しずつ増え、必要に応じて入院治療も内科病棟を使わせてもらって引き受けている。将来、心身医学の臨床研修のセンター的な役割が演じられるよう発展させたいと願っている。

なお、本研究部では、研究生、レジデント、研修医をまじえて、水曜日に抄読会、症例検討会を行っているので、関心のある方々の参加により一層活発な研究会になることを望んでいる。(吾郷晋浩)

臨床的研究

—心身症の診断に関する研究—

吾郷晋浩, 永田領史, 石川俊男, 町沢理子, 汐田まどか

狭義の心身症を, 従来の身体医学的な治療だけで早期にかつ長期にわたって寛解(治療)させることは, その患者が置かれている環境状況や生活内容がよくなることがない限り困難であり, そうさせるためには心身医学的な治療を必要とする場合が多いものである。

したがって, 狭義の心身症の診断にあたっては, まずその初期にそれと診断し, それにもっとも適切な心身医学的な治療をできるだけ早期に開始する必要がある。

しかし, 現時点での臨床各科における診療は, 必ずしもそのようには行われていない。そこで, 某病院の協力を得て, 内科ではじめから心身症として治療すべき症例が, どのような理由でそのように診断されず, そしてそれとして治療が行われていないのかを明らかにするための検討を行った。

対象と方法

対象は, 某病院内科の各専門外来の患者の中から, 担当医により無作為に選ばれた患者43例(気管支喘息患者20例<平均年齢57.4歳, 平均罹病年数13.2年>, 糖尿病15例<, 平均年齢49.8歳, 平均罹病年数10.1年>慢性関節リウマチ8例<平均年齢44.9歳, 平均罹病年数8.4年>)である。

なお, 前者は専門外来受診患者数の約50%, 後者はその約10~20%にあたる患者数である。

方法は, それぞれの専門外来担当医により調査当日受診した患者の中から無作為に選り出された患者に対して, 1人約1時間の診断的面接を行い, それぞれの病気の発病と経過について, 同一の調査用紙を用いて情報を収集し, 検討の

資料とした。

また, それぞれの専門外来担当医には, 従来の内科的な診療の範囲内での判断により治療関係と治療経過, 心身医学的な治療の必要性などのついて回答してもらい, 検討の資料とした。

結果

1. 心身医学的診断について

それぞれの疾患の発症と経過に心理的ストレスとなるような生活変化, それに対する不適切な対処行動, その不適切な対処行動に結びつく性格的な問題のいずれもが比較的強く関与していると判断された症例は気管支喘息患者で2例(10.0%), 糖尿病患者で3例(20.0%), 慢性関節リウマチ患者で1例(12.5%), さらに性格的な問題に結びつく生育史の問題が明らかにみられた症例が気管支喘息患者で9例(45.0%), 糖尿病患者で1例(6.7%), 慢性関節リウマチ患者で3例(37.5%)であった(表1)。

表1 心身症の発症と経過に関与する心理・社会的な問題の重なり

心身医学的な問題	いずれも強く関与			いずれかが強く関与			計
	BA, DM, RA	BA, DA, RA		BA, DA, RA			
a + b + c	2	3	1	0	3	2	11
a + b + c + d	9	1	3	9	8	2	32

注) a) 心理・社会的な問題 b) 対処行動の問題
c) 性格的な問題 d) 生育史の問題

BA: 気管支喘息, DM: 糖尿病, RA: 慢性関節リウマチ

なお, 心理的ストレスとなった生活変化としては, 男性では職場の問題, 女性では家庭の問題が多かった。そのような生活変化に対してと

る不適切な対処行動としては、相談できる人がいても相談しないかはじめから相談する人をもととしない、欲求不満や陰性感情を抑え、それを表出する手段をもたないかそれに対する適切な行動をとらない。そうかといって見通しをもって耐え、あるいは信仰を支えに頑張るというわけでもない、などであった。またそのような不適切な対処行動の背景にある性格的な問題としては、内向的で自分の気持ちを抑え、まわりを気にして人から頼まれると断れず、何ごととも完璧にやろうとする傾向が強いなどであった。さらにそのような性格的な問題に影響を与えたとと思われる生育史の問題としては、幼児期の両親の病気・死亡、弟妹の出生・病気、両親の経済的な困窮に伴う問題などであった。

2. 内科医と心療内科医の診断のずれ

内科でそれぞれの専門外来を担当している医師が、従来の内科的な診療の範囲内でみた医師・患者関係や治療の経過などから判断した心身医

学的治療の必要性と心療内科の医師が病気の発症と経過について診断的面接を行った結果などから判断したそれとのずれは、表2の通りであった。すなわち内科的な診療の範囲では、医師・患者関係がよく医師の指示も守るので心身医学的治療は必要ではないと考えられている症例であっても、心身医学的に診断をすれば、その治療が必要であると考えられるものが少なくなかった。また内科的な診療では薬物療法でふつう以上に効果が認められるので心身医学的な治療は必要ではないと考えられている症例であっても、心身医学的に診断をすれば、その治療が必要であると考えられるようになるものが少なくなかった。さらに従来の内科的な診療の範囲内では病気の発症と経過に関与している心理・社会的な問題が明らかにならない場合でも、心身医学的な診断的面接を行うと、それらが明らかとなり、心身医学的な治療が必要であると判断されるようになる場合が少なくなかった。

表2 心身医学的な治療を要するか否かの診断
—専門外来担当医の見方と心療内科医の見方の比較—

		専門外来担当医の診断			心療内科医の診断			計
		心身医学的治療の必要性			心身医学的治療の必要性			
		大いに	少しあり	ない	大いに	少しあり	ない	
医師患者関係	大変よい	2	5	2	8 (88.8%)	1	0	9
	ふつう	6	23 (67.6%)	5	27 (79.4%)	7	0	34
	よくない	0	0	0	0	0	0	0
医師の指示を	よく守る	2	14 (66.6%)	5	18 (85.7%)	3	0	21
	ふつう	4	12 (66.6%)	2	15 (83.3%)	3	0	18
	守らない	2	2	0	2	2	0	4
内科的治療の効果は	大変よい	3	9 (60%)	3	11 (73.3%)	4	0	15
	ふつう	4	13 (61.9%)	4	19 (90.4%)	2	0	15
	よくない	4	3	0	5	2	0	7
心理社会的因子の関与	大きい	7	9 (56.2%)	0	14 (87.5%)	2	0	16
	少しあり	1	19 (82.6%)	3	17 (73.9%)	6	0	23
	ない	0	0	4 (100%)	4 (100%)	0	0	4

まとめ

狭義の心身症としての病態を呈することのある気管支喘息、糖尿病、慢性関節リウマチの3疾患を対象として選び、それぞれの専門外来を担当している医師と、心身医学的なアプローチを行う医師との間で、同一症例に対して生ずる見方の差が何によって生ずるのかを検討し、次の点が示唆された。

1. 心身症の概念が一般化されていないことにより心身症の診断をくだせるだけの病歴、すなわち身体的・心理的・社会的な側面からの病歴がとられていない（とる時間がない）ために、心身症の診断がくだせない。
2. 内科に限らず臨床各科の医師は医師・患者関係が良好に保たれ、患者が素直に医師の指

示に従ってきている間は心理的に問題はないと考えているのに対して、心療内科の医師は、そのような患者の中にも、心身症に多いとされる過剰な適応努力を払っているものがあることを考慮に入れて診断する。

3. 内科の医師には、薬物療法で身体症状がある程度抑えられている間は、心理的因子の関与を考えない傾向があるのに対して、心療内科の医師は、そのような場合でも、心身症としての病態を呈している身体疾患であれば、心身医学的な治療を行うことによって薬物の減量・中止が可能になるものと考えて診療するなど。

以上の結果より、今後心身症の定義、診断基準、診断と治療の進め方などをより一般化することが重要な課題と考えられた。

I-1による中枢性胃酸分泌抑制作用機序

石川俊男

はじめに

心身症の発症メカニズムや病態生理を解明するためには、中枢神経系と末梢諸臓器との関連を基礎的に検討していくことが必要である。

免疫調節物質として知られる interleukin 1 (IL-1) が中枢神経系にも存在することが確認され、情動や自律神経機能調節に重要な役割を担っていることが明らかにされてきている。また、IL-1 β は視床下部の CRF の分泌を介して下垂体からの ACTH の分泌を促進することが知られ、免疫系が神経-内分泌と密接に関連し、ストレスの生体反応にも直接的に関与することが明らかになってきた。心身症の病態生理を生物学的に明らかにしていくうえで自律神経機能の中枢性調節機構を解明していくことは重要である。我々は心身症としての胃・十二指腸潰瘍の病態を明らかにして行くために胃機能の中枢性調節機構について神経薬理学的手法を用いて研究を続けている。前回の報告では、IL-1 β が胃酸分泌機能に中枢性に抑制的に関与することを示したが、今回はその胃酸分泌抑制作用の作用機序に関して検討を加えた。

方法

24時間絶食させた SD 系雄性ラット (体重 240-270g) を用いて実験を行った。ラットをエーテル麻酔下で薬物を投与後開腹し幽門を結さつて後、一匹ずつ独立したケージに放置した。2 時間後に胃を取り出し、胃液量、胃酸濃度、総胃酸分泌量を測定した。なを胃酸分泌は、pH メーターを用いて自動滴定した。IL-1 は Human recombinant interleukin 1 α , β (大塚製薬) を

用いた。

結果

IL-1 β による中枢性胃酸分泌抑制作用の作用機序を検討する目的で、prostaglandin 合成阻害剤である indomethacin (10mg/kg, I. P.) を前処置 (60分前) した動物の大槽内に IL-1 β 10 ng を投与した。溶媒のみの前処置動物では、IL-1 β の大槽内投与は前回示した成績と同様に総胃酸分泌量の明らかな抑制作用が認められたが、indomethacin 前処置動物ではその抑制作用が消失した (Table 1)。

Table 1

Treatment	N	Acid output (μ E q/2h)
IP IC		
V + S	6	186.5 \pm 45.4
IM + S	5	229.9 \pm 46.7
IM + IL-1 β	4	173.5 \pm 29.2
V + IL-1 β	4	21.4 \pm 12.1*

Effect of pretreatment of indomethacin on IL-1 β induced inhibition of gastric acid output in rats. Abbreviation: IP; intraperitoneal injection of vehicle (V) or indomethacin (IM, 10mg/kg, 0.2ml volume) one hour before intracisternal injection. IC; intracisternal injection of saline (S) or interleukin 1 (IL-1 β , 10 ng).

*P < 0.05 v.s. V+S.

一方、中枢性に胃機能に抑制的に関与することが知られている noradrenaline 等の monoamine 類を枯渇させるといわれている reserpine (2 mg/kg, I. P.) を 24 時間前に前処置した動物を用いて IL-1 β による中枢胃酸分泌機能に monoamine 類が関与しているかどうかを検討した。しかしながら、reserpine 前処置動物でも IL-1 β による胃酸分泌抑制作用が明らかに認められた (Table 2)。

Table 2

Treatment IP	IC	N	Acid output (μ E q/2h)
V +	S	5	116.0 \pm 23.1
R +	S	7	138.9 \pm 31.6
R +	IL-1 β	8	57.5 \pm 15.0*

Effect of reserpine pretreatment on IL-1 β induced inhibition of gastric acid secretion. Abbreviation: IP; intraperitoneal injection of reserpine (R, 2mg/kg) or vehicle (V) 24 hours before intracisternal injection. IC; intracisternal injection of interleukin 1 (IL-1 β , 10ng) or saline (S). *P <0.05 v.s. R+S

考 察

前回の成績から IL-1 β が中枢性に胃分泌機能に抑制的に関与することが明らかにされ、今回の実験でも確認された。

IL-1 β による中枢性胃酸分泌抑制作用の作用機序であるが、IL-1 β の作用が indomethacin 前処置動物で消失したことから、IL-1 β の作用には prostaglandin が関与していることが示唆される。

これまでの報告でも ACTH 分泌調節や発熱調節においても IL-1 β の作用材序として、prostaglandin の合成を介するとする報告が見られる

ことから IL-1 β による中枢性の自律神経機能調節機構には prostaglandin が重要な働きをしていることが示唆される。

一方、reserpine 前処置動物では IL-1 β の胃酸分泌抑制作用は認められた。中枢 noradrenaline 作動神経は胃機能調節に抑制的に関与することが多くの報告から知られている。また reserpine は脳を含め noradrenaline 等の monoamine 類を枯渇させることが確かめられている。これらの事から IL-1 β による中枢性胃酸分泌抑制作用には noradrenaline 作動神経系の関与は強くないものと考えられた。

以上、IL-1 の中枢性胃酸分泌抑制作用についてその作用機序の一端を明らかにした。作用部位の決定や IL-1 の役割、ストレス潰瘍との関連などについては不明な部分が多く今後の詳細な検討が必要である。しかしながら、免疫調節物質が脳内にも存在し様々な自律神経機能やストレスの生体反応系の調節に関与している可能性が明らかにされており、心身症の病態生理を解明していくうえでも重要な研究課題と考えられる。

ストレスによる気道反応増強作用とそのメカニズムに関する研究 —神経伝達物質の関与について

永田 領史

気管支喘息の発症や増悪に、感染、アレルゲン、気象、大気汚染などの生物学的、物理的ストレスの外に、心理・社会的ストレスが関与していることは臨床的にはよく観察される。しかし、ストレスによって気管支喘息が増悪するメカニズムについては、ほとんど解明されていない。

ヒトでは、条件設定に制約があるので、喘息の動物モデルである感作モルモットを用いて、拘束ストレス後の気道反応や、拘束中の血中の各メディエーターの変動、迷走神経刺激、神経ペプチド投与時の気道反応を調べ、ストレスによる気道反応増強のメカニズムについての検討を加えている。

図1は、ハートレイ系SPF雄モルモット(300~500g)に、抗卵白アルブミンIgE抗体(8日間PCA反応1600倍陽性)を1ml/kg投与して受働感作し、7日後に16時間金網拘束

した後、卵白アルブミンを吸入させた時の気道閉塞によるチアノーゼの強さを組織内の酸化ヘモグロビン量(Iso₂)で表わしたものである。Iso₂は、Meadらの方法を改良した呼吸抵抗装置で測定した呼吸抵抗とよく相関すること($r > 0.9$, $P < 0.01$)を確認している。拘束群では、6匹中4匹が吸入直後からIso₂の著明な低下をきたし、5分以内に0になり死亡した。残りの2匹も明らかなIso₂の低下を認めた。他方、対照群では、1匹が死亡したが、残りの5匹は吸入後3分までにわずかにIso₂の低下を認めたのみで、5分後には前値に戻った。拘束ストレス群では、気道反応が促進されることが示唆されたので、再現性を検討したところ、結果はほぼ同様で、拘束群では12匹中8匹が死亡し、対照群では12匹中2匹が死亡した。両群の致死率は χ^2 検定で有意の差($P < 0.05$)が認められた。

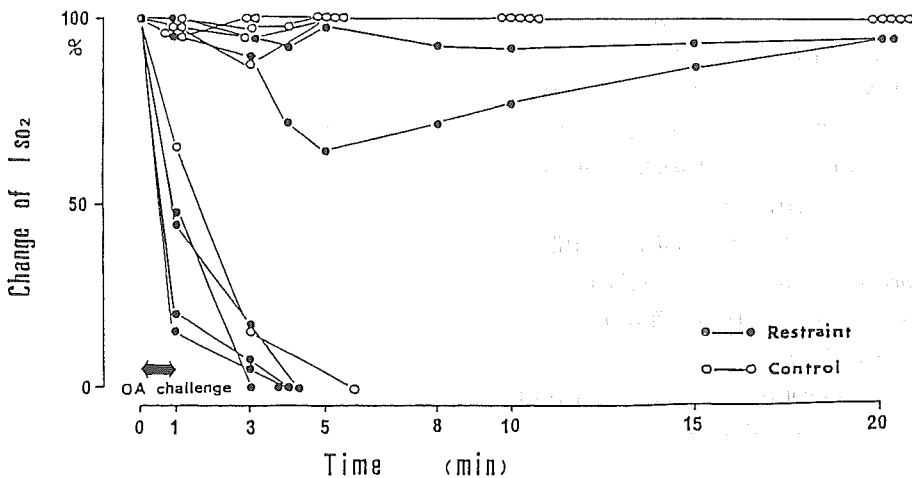


図1. 抗原吸入誘発後の Iso₂ の経時的変化

拘束ストレス時の血中パラメーターの変動を調べると、コルチゾールは著明に ($P < 0.01$) 増加し、好酸球は著明に ($P < 0.01$) に減少した。一方、血中サブスタンスPは軽度の上昇を認めた。なお、胃粘膜には、1~2個の表在性ピランが認められ、拘束によりストレス状態が作り出されていたことが示唆された。

次に、拘束ストレスによる気道反応増強のメカニズムを検討するために、迷走神経知覚神経末梢から放出されるサブスタンスPの関与について調べた。サブスタンスPは、 10^{-10} より 10^{-8} M/kgの静注で強い気道反応を若起し、 10^{-9} M/kgの投与で、気管、大気管支の血管透過性を有意 ($P < 0.05$) に亢進させた(図2)。また、サブスタンスPを神経末端から遊離させる作用のあるカプサイシンを 0.2mg/kg 以上投与すると、モルモットは明らかに呼吸困難、 Iso_2 の低下をきたし気道閉塞が誘発された。また、単独投与では呼吸パターンの変化や Iso_2 の低下を認めない量 (0.04mg/kg を筋注した後、アセチルコリン溶液 (0.04mg/kg)を吸入させると、対照群に比較して、 Iso_2 の低下が大きく、また前値に回復するまでの回復時間も有意に延長した。カプサイシン投与により、血中ヒスタミン値の有意の増加が認められたが、血中サブスタンスPの上昇は有意ではなかった。

両側迷走神経刺激によって、気管・大気管支の血管透過性の上昇も認められた。

以上のことから、内因性のサブスタンスPも気道反応に影響を及ぼしている可能性が示唆されたが、まだ、拘束ストレスとの関係は明らかではなく、さらに検討中である。

β -エンドルフィンはストレス状態で、中枢神経系や末梢血液中に増加して、下垂体副腎系や交換神経系の過剰亢奮を抑制する作用があるが、脳室(大槽)内に投与することによって、気道反応が促進される傾向があり、現在、末梢作用と気道反応について検討中である。

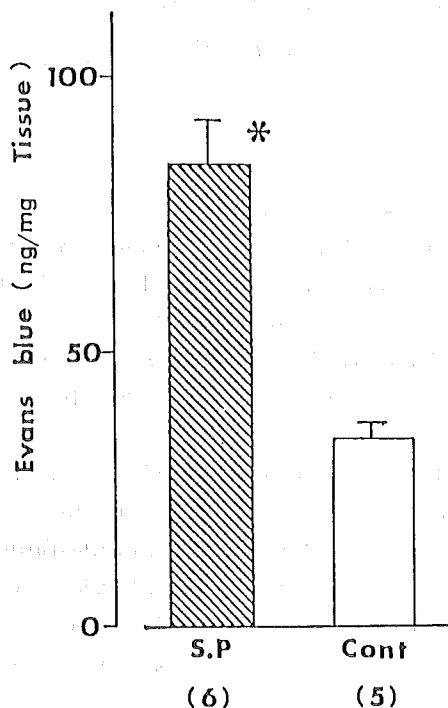


図2. サブスタンスP (10^{-9} M/kg) 静注時の気管・大気管支の血管透過性亢進

4. 児童・思春期精神保健部

児童・思春期精神保健部では、1) 精神発達に関する研究 2) 精神保健相談の臨床的研究 3) 児童・思春期の精神保健に関する研究を主要課題としている。

精神発達に関しては、中田が子どもの自我発達と家族の影響についての調査研究を継続している。本年度は、思春期の子どもがいる一般家庭での家族の交流場面を記録したVTRをもとに、「家族の健康さ」を示す諸要因を分析し検討を加えた。その結果を第7回日本家族研究・家族療法学会にて報告する予定である。

北は、DSMIII Rの診断基準を満たす幼児自閉症の症状を初診時点から経時的に追跡し、それぞれの症状の変動を分析するために資料を整理検討している。それによるとある時点で消失する症状、ある年齢になって出現するもの、消失と出現を繰り返すものなどが示され、年齢依存性に推移することが推測された。この症状の推移に影響を与える要因として、発症時期、薬物など複数を想定して、さらに検討をすすめている。

2) 精神保健相談の臨床活動は、部員全体での医師・心理士・ケースワーカーからなる臨床チームによって行なっている。この相談経過においては、必要に応じ国府台病院での医学的治療、病院内学級への参加をはかるなど有機的な治療上の連携体制がほぼ整ってきたといえる。臨床的研究においても相互協力体制を維持し、今年度はライフイベント調査と多動症候群の評価に取り組んだ。

多動症候群の行動評価については、Dr. Mann (J. A. Burns School of Medicine, Hawaii) らの文化的に規定された評価のバイアスに関する研究に協力している。本年度は収録したビデオの予備の評価を行なったところである。その結果、わが国の多動症候群とされた子どもはハワイのケースに比べ多動の程度が概して軽度に属するという印象を受けた。協力5ヵ国における評価データ並びに評価尺度の妥当性についてはハワイにて整理中である。

ライフイベントについては別項にて略述した。

不登校は相談事例の過半をしめる主要問題である。これについては千葉大学教育学部宮本茂雄教授の臨床的研究に研究協力者として参加し、本年度は藤井・北が登校拒否事件例についての報告を行なった。藤井の報告は給食を食べられないという小学校の事例で、食行動が持つ家族関係上の意味を考察した。北は片麻痺を持つ子どもの不登校例を記述し、障害についての子どもの認識、家族・教師・仲間など子どもをとりまく人々の関与の様相について考察した。

上林は、青年期に性的偏倚をきたしたアスペルガー症候群の1例について報告した。本事例は小学校以来15年にわたり追跡してきたもので、対人関係の発達過程と精神性的発達を中心に検討し報告した。

3) 児童・思春期精神保健に関する調査研究としては、中学生調査とライフイベント調査を行なった。

前者は従来の中学生調査をさらに分析したもので、今年度には中学生の家族関係についての意識と精神健康に関する分析を行った。その結果は第62回小児精神神経学会研究会において報告した。

後者はライフイベントの臨床調査に対応しながら実施したものである。一般学齢児のライフイベント体験状況について市川市と山形市においてサンプリング調査を行なった。臨床群との比較しながらこれを分析おこなったが、さらに一般人口中の体験状況についての実態を明らかにするためにこれを検討する予定である。(上林靖子)

思春期の家族関係についての意識と精神健康に関する研究

上林靖子, 藤井和子, 中田洋二郎, 北 道子

はじめに

思春期は家族関係についての意識が大きく変化するときである。親に対する批判的な見方を持つことや家族のまとまりや理解についてどのように認識しているかは、彼らの精神保健に重大な影響を与えていると考えられる。と同時に、これは自我発達のうへで欠かせないプロセスでもあるといえる。

これらの家族関係に関する意識の実態と心身の健康との関連を明らかにすることは、思春期の子どもを理解し、精神保健活動をすすめる手がかりとなるものである。われわれは一般中学生を対象とした精神健康調査の資料の分析を行い、これらの点について若干の検討を加えた。

方法

この調査は、青少年の健康調査として昭和61年7月及び9月に実施した。対象は、協力の得られた首都圏の公立中学校7校の生徒である。われわれの作成した自記式の調査票を用い、各学校で実施し、回収した有効調査票は4838枚であった。

今回は、父親・母親が子どもっぽいと思うことがあるか、両親が自分を理解しているかどうか、家族がまとまっているか、など家族をめぐる意識について、その実態と、健康感、神経症的徴候との関係について分析した。なお神経症的徴候は、Self Rating Test (以下S R T)を用いて評価した。これはKellnerら(1966)が開発したもので、中学生に用いるために若干の修正を加えた。中学生のS R T総得点は、平均点17.1 S D12.5であった。平均+1.5 S D以上

すなわち36点以上を High score 群とした。

結果

① 父親・母親への批判的意識

「あなたはお父さん(お母さん)が自分より子どもっぽいと感じたり、思ったりすることがありますか」という質問に、父親について、いつも思う、ときどき思うと回答したものの割合は、1年から3年まで学年とともに増加している。同時に、いずれの学年についても女子が男子より高率で、1年生の男子14.0%女子22.7%にたいし、3年生の男子20.1%女子32.5%であった。学年性別ともに有意な差が認められた。母親については、学年・性別ともに父親についてと同じ傾向が認められ、父親に対するよりも高い傾向が全般にみられるが、その差は有意とは言えない。

② 両親の理解について

「両親のどちらの方が、あなたを理解していると思いますか?」という問いに、父親が理解している、母親が理解している、どちらも理解していないという3群に分けて示した。男子は、母親が理解あるとするものは父親が理解あるとするものより多くその差は有意である。学年とともに、理解があるという回答は父・母いずれについても減少し、どちらも理解していないとするものが増加している。女子では、男子と同様の傾向であった。男女について比較すると、女子は母親から理解されているとするものが男子より高率で、その差は有意であった。一方、父親の理解があると回答しているものは女子より男子に高率で、同性の方が、理解していると

思うものが多いことが示された。これは同性の親への同一視を示すものと考えられる。

③ 家族仲

「あなたの家族は仲がよくまとまっていると思いますか?」という設問によった。学年とともにあまりまたはまったくよくないという不和群は、増加しておりその差は有意である。3年男子が25.8%と最も高く、女子より高率でその差は有意である。その他の学年では男女差は有意とはいえない。また女子は1年から2年にかけての増加が、男子では2年から3年にかけての増加が特徴的であった。

④ 心身の健康と家族意識

以上の家族関係についての意識が精神健康にどのような関連が見られるかを検討した。父親・母親に批判的意識のない群に比べると、批判的意識をもつ群が高得点者の出現率が強く両群には有意な差が認められた。親の理解については、どの学年をとってみても、両親とも理解していないと感じているものは高得点者の出現率が高く、母親の理解あるものと父親の理解があるものには、差が認められなかった。家族仲がよい群と不和群についてのSRT高得点者の出現率も不和群で高得点者が高率であった。

考 察

青年期は家族との問題からみると次のような特徴があるとゴールドとダーバンは指摘している。「家族において息子(娘)であり、その役割を課せられ、これを遂行しなければなりません。と同時に依存的な子供の役割は捨て、次第に独立した自立的なおとなの立場に移行していかなければなりません」Bros (1968) はこれを幼児的同一視の放棄と表現した。私たちはこの過程を示す1つの指標として親への批判的意識をとりあげた。その結果、中学生では男子の20-30%、女子の37-50%が父または母への批判的意識をもっていることが示された。女子の方が高

率で、学年とともにこの割合は明らかに増加を示し中3女子では約半数に達している。数字のうちからは女子の方が男子より2年以上早く批判的である。

この項目は、比較的穏やかなかたちでの親との同一視の放棄であり、そのために、このような女子が優位の男女差を示していると考えられる。この点は、一方で母親の理解をえているという意識が、女子の方が高いことから示唆している。それにもかかわらず、親との同一視を捨てるこの意識とともに、さまざまな神経症的徴候の出現が高まっていることが示されている。したがって、これまで注目されてきたような、より強い親への拒否感情(あからさまな反抗や自己主張)と同じく、こうした穏やかで、ひそかにひろがっていく自律的なきざしを理解することは、彼らの精神保健を考える上で重要であると思われる。

つぎに、親の理解があるかどうか、家族の不和は、中学生にとって精神健康と深いつながりがあることが確認された。これらのついては、これまでの臨床的所見にも、一致している。さらにこの調査では、両親のどちらも理解がないものにくらべ父または母の理解があるものでは、SRTの高得点者が優位に少ないことが示された。両親のどちらかに理解されてると子供が感じられることが精神的健康にとって重要な要因であることを示すものである。

表1.

	1 年		2 年		3 年	
	男	女	男	女	男	女
父が子供っぽく感じる	14 %	22.7%	15.4%	27.4%	20.2%	32.5%
母が子供っぽく感じる	15.3	24.5	16.1	28.6	20.4	35.8
両親の理解						
父	64	53.2	57.9	42.3	53.5	41
母	71.7	78.9	64.2	72.7	60.3	75.1
どちらもない	14.5	12.6	16.9	18.5	25.1	17.6
家族仲						
よくない	18.8	17.4	19.4	21.6	25.8	22.1

表2. S R T 高得点の出現率

父親の批判群	11.8%	$X^2=95.40789$ d.f.=3
父親の非批判群	6.2%	$P<0.001$
母親の批判群	10.9%	$X^2=36.15366$ d.f.=1
母親の非批判群	6.5%	$P<0.001$
親の理解		
両親とも	4.3%	$X^2=22.90488$ d.f.=1
父親	9.6%	$P<0.001$
母親	6.7%	
どちらもない	14.9%	
家族仲		
とてもよい	5.8%	$X^2=135.05370$ d.f.=3
まあよい	5.3%	$P<0.001$
余りよくない	12.6%	
全くよくない	23.1%	

児童・思春期におけるライフイベントと 神経症圏の障害に関する研究

上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北 道子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
 斉藤万比古, 佐藤至子 (国立精神・神経センター国府台病院)
 森岡由起子, 生地 新 (山形大学医学部)
 梶山有二 (埼玉県小児医療センター)

I. はじめに

われわれはこれまでに、一般中学生を対象とした調査から、家族崩壊や家庭内不和あるいは本人や家族に起こったさまざまな出来事が、神経症的な徴候の出現と関連があることを報告してきた。また、さきに児童精神保健の専門家の個々の出来事の影響についての評価をもとに「ライフイベント一覧表」を作成した。ついで、これを用い精神科外来を受診した子どもを対象に臨床調査を実施した。この報告の目的は次のとおりである。

- 1) ライフイベントと児童・思春期の情緒の障害には関連があるか
- 2) 年齢・性別はこの関連に影響を与えているか。
- 3) 出来事の種類の種類と精神障害に特異的な関連があるか。

II. 方法

臨床群は報告者らの機関を受診したもののうち以下の条件を満たすものである。

- ①発症から1年未満であること。
 - ②診断は神経症圏の障害(ICD-9による診断分類; 300.-313.に該当するもの)
 - ③年齢は6-15歳
 - ④保護者から情報をえられるもの。
- 調査機関は'89年4月から8月である。

臨床群のライフイベントは、初診時、あるいはその後の診察時に家族から半構造化した面接

を通じ、担当の医師、心理師、ケースワーカーによってチェックされた。

対照群：市川市・山形市の住民基本台帳をもとに、該当年齢の子どものいる世帯をランダムに抽出し、郵送により、ライフイベントチェックリストとラターの親用問題行動調査表の記入を求めた。

III. 結果

1. 標本 (表1)

1) 臨床群：前述の条件に該当した対象は113例である。性・年齢・診断別構成は、表1に示した。

表1 標本

	臨床群	対照群
標本数	113	113
性別		
男子	53	53
女子	60	60
年齢		
6-9	30	27
10-12	35	36
13-15	48	50
診断ICD9		
300	15	
306	5	
307	25	
309	22	
312	4	
313	42	

2) 対照群：前述の調査により回収した調査表は、255通で、回収率：市川市；40%，山形市：62%であった。このなかから、性別・家族構成・年齢を臨床群にマッチさせ、1：1で抽出し、対照群とした。これらの子どもが精神的に健康であることをチェックすめのために、ラターの親用問題行動調査票による評価点が、平均値+1SD以上のものを除外した。

2. 体験したライフイベント数 (表2)

臨床群では平均体験ライフイベント数は2.3、対照群では1.1であった。T検定により両群の平均値の差は有意であるといえる。年齢・性別に比較しても、いずれも臨床群のライフイベント体験数が対照群より多くその差は有意であった。

表2 体験ライフイベント数

	臨床群	対照群	t-test
全標本	2.3	1.1	p<0.001
性別 男子	2.2	1.1	p<0.001
女子	2.4	1.2	p<0.001
年齢別 6-8才	1.7	0.9	p<0.001
9-11才	2.6	1.1	p<0.001
12-15才	2.5	1.3	p<0.001
上位群	0.39	0.04	p<0.001
下位群	0.5	0.5	n.s.
個人的出来事	0.6	0.5	n.s.
家族内の出来事	1.1	0.6	p<0.001
家族外の出来事	0.6	0.2	p<0.001

それではこのような差異がどの様に出現しているのかについて出来事を影響度と種類の2点から検討した。

3. 順位別ライフイベント：

専門職員による影響度についての評価得点をもとに算出した順位で、上位にランクされたライフイベントの1群と、下位にランクされたライフイベントの1群に分けて体験者数を検討した。

上位群のライフイベントの平均体験数は、臨床群0.4・対照群0.04であった。(P<0.001)。一方、下位群のライフイベントの平均体験数は、臨床群、対照群とも平均、0.5および0.6で両群には差が認められなかった。

4. ライフイベントの種類：

ライフイベントの内容を子どもの個人的出来事、家族内の出来事、家族外の対人関係の3種に分けて、それぞれの平均体験数を比較した。子どもの個人的出来事は、臨床群0.6対照群0.5で、T検定により両群の差は有意とはいえなかった。家族の出来事については、臨床群と対照群それぞれの平均は1.1、0.6であり、両群の差は0.001の水準で有意であるといえる。家族外の対人関係に属する出来事は、臨床群で55人(48.68%)が経験しているのに対し、対照群では3人(2.7%)のみであった。両群の差は有意である。

家族の出来事をさらにその内容により細分類し、検討した。家族内の不和、婚姻状態に関すること、死別において臨床群と対照群間に水準で有意な差が認められた。

IV. 考察

1) 調査方法に関すること：臨床群は、初診時あるいはその後の比較的早い時期に所定の調査表を家族に記入してもらい、それをもとに半構造化した面接法で、各項について確認した。一部は直接面接による聞き取りをしたのみであった。また対照群は郵送法による自記式調査によった。自記式と面接による調査法の違いが、出来事のチェックに影響しているのではないかという点について検討した。臨床群のうち、両方の資料のある94の標本についてチェック数の平均を比較したところ、面接調査2.3自記式2.5でその差は、有意水準0.05において有意とはいえなかった。したがって、ここでは臨床群の記録は面接法で得られた資料を用いて検討した。

2) 神経症圏の障害をもつ児童・思春期の子

どもは、障害のない子どもよりも重要な負の影響をもたらすライフイベントを多く体験しているといえるか。

児童思春期の精神障害については、最近のストレスフルなライフイベントがその発症にどのように寄与しているかはあまり研究されてこなかった。Goodyerらは、行為障害または情緒障害で児童精神科を受診した157人についてライフイベントを調査している。その結果、マッチさせたコミュニティコントロールに比べ臨床群は重大な負の影響を与えるできごとを多く経験していることを明らかにした。一方 Steinhausenらは児童精神科を受診した子どもと小児科を受診したこどものライフイベントを比較し、過去の全ライフイベント数に有意な差を認めたが、最近のライフイベントについては、有意な差があるとはいえないという所見を得ている。われわれの調査は、精神科外来をおとずれた心因性

の障害を持つ子どもを対象にしたものであり、地域の対応させたコントロールとの比較を行なった。その結果臨床群は負の影響を持つと思われるライフイベントを多く体験しており、性別・年齢別に共通していた。この所見は Goodyerらの報告に一致するものであった。

3) Goodyerらは出来事を9種に分けて検討し、婚姻と家族の出来事(行為障害・軽度の情緒の障害・身体化障害)、事故・病気(行為障害)、死別(身体化障害)について臨床群と対照群で有意な差を認めた。われわれの調査では、3種の家族の出来事(婚姻関係・家族内の争い・死別)、家族外の対人関係(友だち・先生との関係)に関する出来事について両群に差を認めた。これらの差異については文化的な背景が関与していると思われるが、個々の種類の出来事数の少ないのでさらに慎重に検討したい。

5. 成人精神保健部

青年期及び成人期の精神保健にかかわる研究を行なってきた。平成1年度に当部でなされた研究のなかで、主なものとして、1) 精神的行動的障害の診断基準に関する研究、2) 青年期適応障害事例に対する援助技法の研究、3) 青年期における重症不適応障害のトピックスである境界人格障害に関する臨床的研究、4) 成人期ストレス関連障害の一つである不安神経症の臨床的研究、5) ロールシャッハ・テストの標準化に関する研究があげられる。いずれも、昨年度から引き続き行なわれたものである。

- 1) は、国際疾病分類第10回修正 (ICD-10) の「精神的行動的障害」の分類基準の検討にかかわるもので、F40-F49神経症性、ストレス関連性、及び身体表現性障害について、とくにわが国における慣行の分類との差異について検討をおこなってきた。なかでも、わが国でしばしば使用されている「対人恐怖症」のカテゴリーと F40.1 social phobia との対比をおこなった。
- 2) は、グループ・ワークを介して青年期適応障害事例について援助的な働きかけを行うもので、臨床的観察資料を集積しつつある。
- 3) は、境界人格障害の診断基準の検討を終えて、この基準にそって集められた事例についての臨床的検討の段階にさしかかっている。
- 4) は、他施設との共同で不安神経症例の臨床的検討を行っているもので、とくに難治性経過をたどる症例群の特徴の検討に焦点をおいて検討が行われた。
- 5) は、昨年度から始まった研究で、他施設との共同で、ロールシャッハ反応のうちとくに平凡反応について、近年の一般成人についての調査を開始した。

以上の他に、当部所属研究員各自の定常的研究ならびに他の部とのプロジェクト研究に参加しての研究がなされたが、詳細は、所員業績にゆずる。(高橋 徹)

Clinical and Psychometric Analysis of Borderline Mechanism

Shizuo Machizawa, M.D., Ph. D.

First, I would like to report my own 5 years of clinical findings for 50 BPD patients and psychoanalytic mechanisms of BPD and then I would like to show the confirmation of these mechanisms by using psychometric methods. I could make 32 BPD Patients rate the borderline scale for psychometric analysis from 50 clinical BPD patients. All these BPD Patients were diagnosed according to DSM-III-R.

There were 50 patients, 13males and 37females, a ratio of 1 : 3. The average age was 23.0 will start by reporting the therapeutic outcome of BPD. 10% of the patients had recovered, that is no symptoms for 3 or more years and no more problem after the termination of the therapy. Remission with some instability but no need for treatment, 8%. Patients who had improved but are even now being treated as outpatient, 16%. No change or worse accounted for 64%, and 14% dropped out. If we combine recovered and remission patients, this successful result accounts for 18%. This is a rather good result in comparison with American clinical results which are generally reported to be 10%. Also the Japanese dropout percentage is very low: only 14%. The American literature reports a dropout ratio of 75% within the first year. This is a big difference between my Japanese clinical results and American results. I am inclined to explain this cause of the small number of dropouts by taking up the passive dependence upon the therapist which we call in Japanese word "Amae". Amae is a general characteristic of Japanese people. Although the success ratio of therapeutic outcome is higher than that of American clinical reports, I should say that my therapeutic outcome of BPD is almost the same as schizophrenia, and is not so good as that of major depression and anxiety disorders.

Next, from my experience of psychotherapy with BPD patients, I analyzed the important mechanisms of BPD often mentioned in the USA. As for the splitting mechanism that Dr. D. F. Kernberg insisted is a core mechanism of BPD, I found it in only 20% of the borderline patients, but in schizophrenia patients, I found it 25% of cases. Therefore I cannot say that this splitting mechanism is seen specifically in BPD patients. I could say that this splitting mechanism is rather, connected with schizophrenic conditions, strictly speaking, the "paranoid position" which Melanie Klein postulated from a psychoanalytic point of view. As for problems with separation-individuation, the 16% proportion found in BPD patients is almost same as that of major depression patients and is not so different from other disorders. So again, I cannot say that this problem is a problem specific to BPD. However, a very high proportion (86%) of BPD patients have feeling of abandonment, and this is clearly higher than the 30% or so found in other disorders. So my clinical experience, confirms that feeling of abandonment may be a core feeling in BPD and specific symptom of BPD.

Next, I want to discuss genetic issues, limiting my observations to first degree relatives. For BPD patients, 6% have first degree relative with schizophrenia, 8% have first degree relative with major depression, 4% have relatives with anxiety disorders, and 2% have anti-social, P.D. in their relatives. 14% is found in the relatives of BPD. Generally, major depression is often reported to be seen among BPD Relatives, but in my findings, BPD first relative is the highest in occurrence among BPD patients. I was also surprised to find that when I combined all the cases with relatives with some psychiatric disorder, the ratio reached 34%.

As for abnormal EEG, it was found in only 4% of the sample, which is not so high. 16% experienced separation from parents before age 10. 8% experienced maternal separation. Only 1 case (2%) was separated before the age of 2. So really, parental separation before the age of 10 is very high in Japan but separation before the age of 2 and maternal separation are not. These data do not support the psychoanalytic theory of BPD mechanism.

My next step was to use borderline scale, developed by Dr. H. Conte. I translated the scale into Japanese and applied it to Japanese BPD, major depression, schizophrenia, or an anxiety disorders and to a sample of normal controls. In my first analysis, I controlled mean age of all groups, because my preliminary reserach showed a significant negative correlation between age and borderline scale score. In that analysis: Cronbach' α is 0.952, and point-biserial correlation coefficient of these items told me that 50 out of 52 items were applicable to Japanese when I selected these items from the criterion of above 0.2. So this scale may be reliable. In the next survey, I want to know the symptom difference according to age of BPD patients of ages 23 and above 22 below. We added 8 patients to the former data of 24 BPD, so the total number of BPD become 32 in this second survey. And we have no patients above 40 and below 15.

— Figure 1 —

We found out again that BPD was almost perfectly discriminated as former study showed it from the other disorders and normal controls through discriminant analysis using Dr. Hayashi's Quantification Method II.

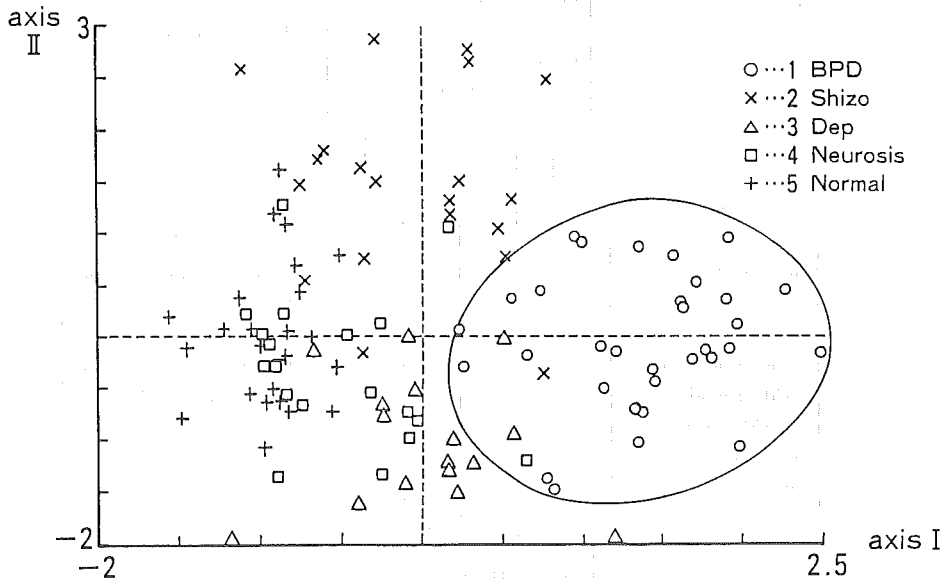
The most powerful discriminant items from other disorders are those concerning difficulties in interpersonal relationship, impulsiveness, self-hatred and psychotic tendency.

Next, we want to know the comparison between older BPD patients with younger BPD patients. In the older group with the average age of 27.8, the most powerful discriminant items are those concerning obsessive ideas connected with impulsiveness, difficulties in interpersonal relationships and agoraphobia. The most remarkable item is feeling of abandonment which is fifth from the highest order under discriminant analysis, and the remaining strong items are psychotic tendency, depressive mood and sense of vanity.

Among younger patients with the average age of 18.3, the most discrimination items are those concerning impulsiveness, self-hatred, identity disturbances, difficulties in interpersonal relationships and no confidence that one is loved. The feelings of abandonment items was not one of the

10 items. It is very interesting to know that feeling of abandonment are more prominent among older BPD patients. According to Dr. J. F. Masterson's postulation, abandonment is the basic feeling of BPD beginning around the age of 2. From this idea I can predict that feeling of abandonment would be equally seen in both younger and older group of BPD. But in my study, this feeling has more discriminating power among older ones, which contradicts what Dr. Masterson said. So I postulate that feelings of abandonment may stem from real acknowledgment of the patient's own low achievements and difficulties in interpersonal relationships rather than coming from their early experiences at around two years. That is, it may secondary symptom product.

Discriminant Analysis (Using Borderline Scale)



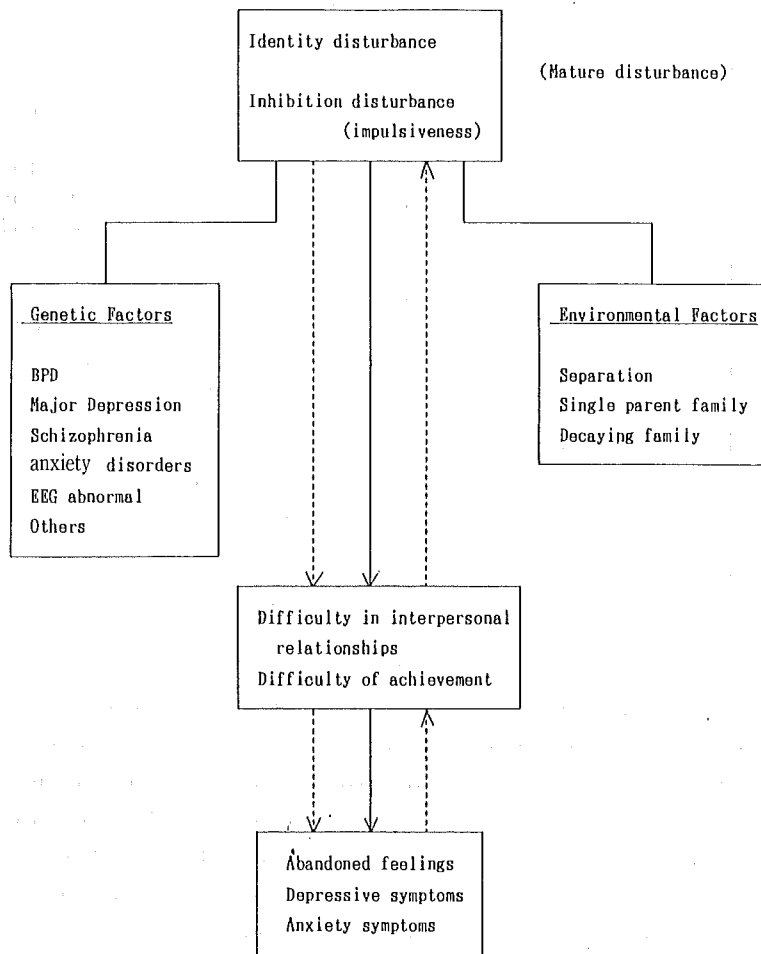
Conclusion:

— Figure 2 —

I would like to show my etiological model from my clinical experience of 50 BPD patients and psychometric analysis of 32 BPD patients. I think the basic disturbance may be a disturbance of identity and inhibition system. These two disturbances may be called mature disturbances or mature arrest as Dr. Masterson pointed out, and from these two basic disturbances comes the difficulty in interpersonal relationships and difficulty with achievement. These secondary difficulties can make the two basic disturbances worse and vice-versa. From these disturbances, the final symptom products may be feelings of abandonment, depressive symptoms and anxiety symptoms. Genetic factors and environmental factors both may contribute to basic disturbances, that is, identity and inhibition disturbances, and then secondary disturbances. About genetic factor, there are many psychiatric disorders involved but especially BPD is prominent. It indicate

BPD is somewhat genetically specific. About abnormal EGG, in my survey it is not often seen among BPD patients, but I think an intensive further investigation of EGG is needed. Personally, I think some parts of BPD may be related with minimal brain damage. About environmental factors, parental separation may possibly be contributory factor in the occurrence of BPD, but from my clinical experience, even if they keep their parental relationship intact, many of BPD patients' family are deteriorated. I want to know the origin of disturbances of identity and inhibition system from psychological and biological point of view. This is only a tentative postulation which I think needs to be investigated further.

Etiological Model of BPD



6. 老人精神保健部

老人精神保健部では、主として以下の分野の研究を行っている。

1. 「痴呆疾患の年齢別の発病率に関する研究」の課題で、本年度は予備的検討として文献的考察および富山県、北海道、福岡市、福岡星野村の調査報告書或は調査データをもとに発生率を明らかにした。
更に、千葉県調査に協力し、高齢者の痴呆の有病率および発生率を明らかにするため65歳以上の老人5,000人を対象に調査を実施中である。(大塚)
2. 「老人保健施設内の痴呆の有病率に関する研究」の課題で、全国老人保健施設に在所中の痴呆の老人の調査を実施した。
その結果、痴呆の患者は48.7%を占め、痴呆疾患別の割合および身体状態などを明らかにした。(大塚)
3. 「痴呆患者の幻覚・妄想に関する研究」の課題は、昨年が続いて行い、現在症例の数を集積している。(大塚)
4. 「高齢者の総合的生活機能関連研究」の課題は、昨年が続いて松浦十四郎主任研究者のもとで研究協力者として参加し、高齢者の老化状態を的確に把握するための総合的生活機能指標を開発するための研究を行い、意義ある結果を報告した。(大塚)
5. 「老人デイ・ケアの運営に関する研究」の課題で、痴呆やうつ状態などを老年期精神障害老人のデイ・ケア活動を昭和59年10月より実施しているが、昨年につき介護技術、デイ・ケアのありかたについて検討を行った。(齊藤)
6. 痴呆の診断を含む精神疾患の国際疾病分類第10版(ICD-10)の実地試行とその日本版改定(JCM)の作業を行った。ICD-10の実地試行は、日本精神病院協会、日本精神神経科診療所医会、全国大学医学部精神科教室の参加を得て実施した。その結果、日本の従来診断は一応の信頼性を示したものの、再試験法では信頼度が低下するが、ICD-10の記載に従った病名を用いると、評定者間信頼度が従来診断よりやや高く、かつ再試験法で確認してもあまり低下しないことが明かとなった。しかし、ICD-10にはなお使用が困難または誤解を生じやすい部分があるので、日本の臨床場面で使用しやすいJCMを現在作成中である。(北村)
7. 各種精神疾患の発現には遺伝が関与していることが、海外では報告されている。しかし、近年の診断基準を使用した家族歴研究用診断基準(FH-RDC)を約200名の精神科入院患者の第1度親族に適用した調査を行った。その結果、日本においても精神分裂病・躁病は有意の家族負因を示すことが認められた。(北村)
8. 地域の一般住民の精神健康に関する疫学調査に開発されたGeneral Health Questionnaire(GHQ)の日本語版の妥当性についてSADS-RDCによる面接診断を外的基準として検討した。また、自己記入式調査票にて疫学調査を行う際に問題となるsocial desirabilityについても研究した。(北村)
9. 入院患者の精神症状や行動を測定する際に頻用されているBrief Psychiatric Rating Scale(BPRS)の因子分析からその下位尺度を日本で初めて発表した。(北村)

老人保健施設内の痴呆の有病率に関する研究

大塚俊男

はじめに

精神病院および一般病院、老人病院に在院中の痴呆患者の有病率についてはこれまで調査が行われ、おおよその割合は明らかとなっている。老人保健法の改正に伴って創設された老人保健施設は最近、その数も増えてきているが、それに伴って痴呆の老人の入院も増加してきていると言われている。しかし、その実情は明らかではない。そこで今回、全国老人保健施設協会の協力を得て調査ができたので、その結果を報告する。

1. 調査方法

全国老人保健施設協会所属の老人保健施設を対象として、一定の調査票を郵送し、アンケート法によって調査を行った。

調査は、在所中の老人を対象に第1に、痴呆疾患（脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆、その他の痴呆疾患）の疾患別、男女別、年齢段階別の患者数、第2に痴呆疾患のうち、ねたきり状態の患者数、失禁のある患者数、徘徊、叫声、不潔行為などの問題行動を伴う患者数、痴呆が主症状で入所した患者数、痴呆の重症度別の人数の調査を行った。その診断は、調査対象病院の医師によって行われた。

2. 調査結果

全国老人保健施設協会所属の202ヶ所の老人保健施設を対象として、平成2年1月17日現在の在所痴呆老人の状況について一定の調査票を郵送し、アンケート法による調査を行った。その結果、148ヶ所の老人保健施設より有効回答が

得られ、回収率は73.3%であった。148ヶ所の老人保健施設の全在所老人数は9,923人（男2,945人、女6,978人）であった。

痴呆患者は、全体で4,820人であり、全在所老人の48.6%である。

疾患別の患者の割合を見ると、脳血管性痴呆が3,066人で全在所中患者の30.6%を占め、アルツハイマー型痴呆が1,003人で10.1%、その他の痴呆疾患が751人で7.6%を占めている。

痴呆患者の中での割合をみると、脳血管性痴呆が全体の63.6%を占め、アルツハイマー型痴呆が20.8%、その他の痴呆が15.6%を占めている。性別では男が1,498人、女3,322人で、女の患者が男より多い。

痴呆患者の身体状態別の割合を見ると、ねたきり状態の患者は19.6%、失禁のある患者は51.1%、問題行動を伴う患者は28.0%、治療を必要とする内科的合併症のある患者は51.2%を占めている。これらの老人保健施設に痴呆を主症状として入所した患者は43.8%を占めている。痴呆を重症度別にみると、軽度1,341人(27.8%)、中等度1,820人(37.8%)、高度1,199人(24.9%)、最高度460人(9.5%)であった。

Psychiatric Diagnosis in Japan

I. A Study on Diagnostic Labels Used by Practitioners

II. Reliability of Conventional Diagnosis and Discrepancies with RDC Diagnosis

北村 俊則他

Ample evidence has been accumulated to suggest that psychiatrists all too often disagree over the diagnosis of the same subjects. This can occur between psychiatrists in different countries, those in the same country, or those in the same hospital, or may even arise in the same physician between different occasions. Diagnostic disagreement is observed when psychiatrists jointly interview the same patients or view the same video-recordings of psychiatric interviews, thereby being exposed to the same set of information. This has led to close scrutiny of the reasons for such disagreement, and lately to the development of structured (standardized) interview guides and operational diagnostic criteria, enabling research psychiatrists to reduce such biases.

In a questionnaire survey, a list of 64 psychiatric diagnostic labels (psychiatric diagnostic labels appearing in medical charts were scrutinized at the Keio Gijuku University Hospital and three other affiliated hospitals. A list of these and the diagnostic categories in the ICD-9, 64 in all, were categorized into five major groups.) was presented to 20 randomly selected Japanese psychiatrists affiliated to a university department of psychiatry. For each label, they were asked (A) whether they used it in everyday practice, (B) whether they rarely used it, but would do so if faced with such a case, or (C) whether they had never and would never use it. It was found that these Japanese psychiatrists used a relatively small number of diagnostic categories; in their classificatory system, functional mental disorders would be dichotomized into psychoses and neuroses with the former further divided into schizophrenic, atypical and manic-depressive psychoses, and the latter divided into seven subcategories, i.e., anxiety neurosis, hysteria, depressive neurosis, phobia, obsessive compulsive neurosis, depersonalization neurosis and hypochondriasis.

They were then asked for their conventional diagnoses for each of 29 case vignettes already diagnosed following the Research Diagnostic Criteria. The reliability coefficients of Japanese conventional diagnoses were low; only two categories exceeded the intraclass correlation coefficient of 0.7. However, the low reliability was found to be not due to random variations but to the difference of individual psychiatrists in setting boundaries of diagnostic entity though sharing the common prototype for each diagnostic category.

(Extracted from Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E. and Kato, M.: Psychiatric Diagnosis in Japan. I. A Study on Diagnostic Labels Used by Practitioners. *Psychopathology*, 25 (5) ; 239-249, 1989. Psychiatric Diagnosis in Japan. II. Reliability of Conventional Diagnosis and Discrepancies with RDC Diagnosis. *Psychopathology*, 22 (5) ; 250-259, 1989.

7. 社会精神保健部

社会精神保健部では、『精神保健活動の社会文化的研究』を中心に幅広い研究を行った。

1. 思春期精神障害に関する家族研究並びに家族治療に関する臨床的研究 (鈴木他)

研究生約15名からなる2つの治療チームを構成し、各種精神障害者を抱えた家族への治療を試みた。この研究を通して、われわれは思春期の青少年を抱えた家族が子供の症状行動によって大きく揺さぶられ、自信を失い、子供の言うなりになることが、かえって子供の症状行動を激化し、事態を複雑にすることを思いだした。この時期の治療は両親の結束を強め、一丸となって子供に対応し、親子の新しい権威構造を構築できるように援助することである。失われた親の権威の回復を図り、新しい親子関係の樹立を達成出来たときに治療は終結する。

なお、問題を外在化もしくは客体化し、それに真っ向から取り組ませる Externalization の面接技法は思春期の症例に有効であると考えられるが、我が国の場合は、『癩の虫』に象徴されるように問題を外在化させ、それに挑戦させるやり方よりは、むしろ問題を『虫の居所が悪いからだ』として、『居所のよいところにおさめるように』した方が効果的である。

2. 精神分裂病の再発予防と社会復帰促進のための心理教育プログラム作成並びにその効果に関する研究 (鈴木, 松永)

精神分裂病の再発予防と社会復帰の促進は極めて困難な仕事である。諸外国における『家族ぐるみの心理教育プログラム』を詳細に検討し、その理論を基礎に臨床的な検討を試みた。その成果の一部は、現代精神医学大系『年刊版'89-A』(中山書店)、『家族療法研究』第7第1号等において発表した。

3. 精神障害者に対するグループ・アプローチの研究 (松永)

デイ・ケア活動やソーシャル・クラブの育成・運営にかかわりながら、精神障害者が相互に支え合う社会生活を目指したグループによる援助方法を模索した。この結果は『精神科デイ・ケア』(岩崎学術出版社, 1989年)に掲載した。

4. 地域サポート・システムに関する研究

今年度は、特に作業所を中心とする精神障害者の地域生活を支援するサポート・システムの研究に重点をおいた。作業所の運営に実際に参加し、作業所の利用者や職員がどのように地域作業所をとらえているかを研究した。この成果の一部は第37回社会福祉学会において『「精神障害者」作業所通所者の生活と意識』と題して発表した。

5. 心の健康づくりに関する研究 (宗像他)

厚生省・厚生科学研究。効果的な『心の健康づくり対策』を打ち出すための基礎資料を得る目的をもって6,000人のコホート調査を開始し2年半になる。現在までの調査結果からすると、神経症群と推定される割合の高い、精神健康の悪い層は、「学生と未後者」「年間世帯収入400万円以下」「6人以上の世帯」「専門技術的職業」「勤続20~30年」「労働時間11時間以上、睡眠時間6時か担い、寝不足を補えない、1カ月ほとんど休職なし」「過去1年間11日以上床に就いた、過去に4つ以上の診断名あり」の特徴をしめしている。

6. 海外邦人メンタルヘルスに関する研究（宗像他）

厚生省・厚生科学研究。海外に勤務するビジネスマンとその妻の精神健康について研究した。それによると、海外勤務のビジネスマンの25%とその妻43%が精神健康度が低く、神経症圏内にあると推定された。地域的には、中東およびアジア地域での勤務者に精神健康の悪い割合の高いものが多い。

7. エイズに関する知識と態度と行動をめぐる国際比較研究（宗像他）

厚生科学研究 WHO 研究協力調査。エイズに対する知識や態度や行動、また性行動やコンドームの使用に関する態度と行動などをめぐって、我が国を含む41カ国（フランス、シンガポール、スペインなど）で、共通の調査表を用いた調査を行った。その結果はおおよそ次の通りであった。『日本人の成人では、自らがエイズに感染する危険性を感じている人が少なく、その予防のために行動を変えた人はギリシャの場合に比べて少ない。しかし、娼婦（夫）との接触の機会をもったり、未婚ながら性パートナーがいて、しかも、それが複数だったり不特定だったりしたものが3割もいた。』などである。

（鈴木浩二）

Kan-No-Mushi-Innere Externalisierung als Kompromiß?

Karl Tomm, Koji Suzuki und Kazuko Suzuki

The Kan-No-Mushi—An Inner Externalization that Enables Compromise ?

In den letzten Jahren ist Familientherapie in Japan sehr stark angewachsen. Dabei haben sich die Japaner im wesentlichen auf westliches Wissen und Können bezogen, so wie sie es in vielen anderen Bereichen auch getan haben. So hat beispielsweise Dr. Suzuki (der Zweitautor) einige wichtige Bücher und Artikel ins Japanische übersetzt. Er war auch wesentlich daran beteiligt, die Japanese Family Therapy Association (JFTA) zugründen und er hat es einigen nordamerikanischen Familientherapeuten ermöglicht, sein Land zu besuchen und Workshops durchzuführen oder auf Konferenzen zu sprechen. Der Austausch zwischen West und Ost könnte gegenwärtig Möglichkeiten bieten. Aber so, wie die Japaner in einigen technologischen Bereichen die Führung übernommen haben und nun einige neue Entwicklungen an den Westen „zurückgeben“, könnte man vermuten, daß japanische Familientherapeuten schließlich auch wichtige Beiträge zur westlichen Familientherapie beitragen werden. Nach einem Workshop (des ersten Autors) in Tokio geschah etwas, was mich überzeugte, daß solche Beiträge nicht mehr lange auf sich warten lassen.

Ein zentrales Thema meines Workshops war, wie man eine heilsame Konversation schafft und aufrecht erhält. Unter anderem stellte ich Michael WHITES Technik vor, das Problem zu externalisieren (WHITE 1986, TOMM 1989). Ich beschrieb, wie sich Probleme linguistisch von Personen trennen ließen und wie derart externalisierte Probleme als unterdrückend und einschränkend aufgefaßt werden konnten. Und ich beschrieb auch, wie Personen in therapeutischen Konversationen ermuntert werden können, eine Haltung gegen ihre Probleme einzunehmen und gegen den Einfluß des Problems zu kämpfen und sich davon zu befreien.

Am Ende des Workshops machten mich einige Teilnehmer (Setsuko TSUSHIMA und Kazunori MITUOMUTO) darauf aufmerksam, daß die Grundhaltung der Japaner sich durch Kompromiß und Ko-Existenz hinsichtlich Problemen auszeichnet und nicht durch Konfrontation und Kampf gegen sie. Sie schienen zu sagen, daß die Idee, das Problem zu externalisieren, nicht einfach auf die japanische Kultur zu übertragen wäre. Um dies genauer zu verstehen, bat ich um einige Beispiele japanischer Kompromisse in Hinblick auf psychosoziale Probleme. Sie erzählten mir von „Kan-No-Mushi“, einer Idee, die tief in traditioneller japanischer Folklore wurzelt. Das „Kan-No-Mushi“ ist ein mythischer „Käfer“ oder „Wurm“, der angeblich in jedem sich entwickelnden Kind lebt. Er kann beispielsweise das Kind „veranlassen“, einen Wutanfall zu haben, wenn

der innere „Wurm“ aus der Fassung geraten ist. Mir erschien diese Beschreibung als mögliche „innere Externalisierung“, und ich wollte nun mehr über „Kan-No-Mushi“ wissen. In Gesprächen mit den Workshopveranstaltern (dem Zweit- und Drittautor) und anderen japanischen Kollegen entfaltete sich die folgende Geschichte.

Wenn japanische Mütter ihre Kinder, die noch nicht sprechen können, erziehen, dann können sie informell miteinander über das erregte „Kan-No-Mushi“ eines kleinen Kindes sprechen, wenn sich dieses Kind unangemessen verhält. Dies geschieht üblicherweise humorvoll. Anders gesagt, im Laufe des Gesprächs über das kindliche Verhalten wird dem „Kan-No-Mushi“ die Schuld für das störende Verhalten des Kindes gegeben und nicht dem Kind selbst. Diese Unterscheidung zwischen „Kan-No-Mushi“ und dem Kind als Quelle und/oder Ursache des Problems erleichtert es den Erwachsenen, dem Kind gegenüber eine positive Einstellung zu bewahren und zugleich das Fehlverhalten zu erkennen.

Kann das Kind selber reden, dann kann die Mutter mit ihm direkt über das „Kan-No-Mushi“ als Quelle des Fehlverhaltens oder des Wutausbruchs sprechen. Zugleich kann sie anregen, daß das Kind „versucht, den (in-tern) aufgeregten Wurm zu beruhigen“ oder „mit ihm Frieden zu schließen“. Anders gesagt, das Kind wird in das Gespräch einbezogen, wobei eine Unterscheidung getroffen wird zwischen dem Problem und dem Selbst. Wenn sich „der Wurm im Bauch nicht beruhigt“, dann kann ein besonderer, bitterer Kräutersaft mithelfen, „Kan-No-Mushi friedlich schlafen zu lassen“. Die Medizin wird nicht so verstanden, daß sie den inneren „Käfer“ oder „Wurm“ beseitigt, sondern daß sie ihn beschwichtigt oder beruhigt. Das Gespräch über „Kan-No-Mushi“ scheint es dem Kind zu gestatten, selber Möglichkeiten zu (er-) finden, eine Form der friedlichen Koexistenz mit seinen Anfällen zu schaffen. Das Gespräch führt zu keinem Kampf gegen die Anfälle oder zu Versuchen, diese zu vermeiden. Die Aufmerksamkeit richtet sich darauf, einen Kompromiß mit dem „Kan-No-Mushi“, der weiter im Inneren verbleibt, zu erreichen. Dieser ist etwas, mit dem man lernen muß zu leben. Und tatsächlich reden Erwachsene von „Hara-No-Mushi“, einem erwachsenen Anfall. Dieser entsteht im Magen („hara“ = Magen), wenn der „Wurm“ nicht im Gleichgewicht oder „nicht länger im Inneren gehalten werden kann“. Eine kurze Erläuterung der Etymologie von „Kan-No-Mushi“ 痢の虫 kann helfen, dessen Bedeutung zu entziffern. Das japanische Zeichen für „Mushi“ 虫 bedeutet „Krankheit im allgemeinen“ und es bezieht sich auch auf „runde Darmwürmer“. In Japan traten Darmwürmer während einer bestimmten Zeit so endemisch auf, daß man annahm, fast jede Krankheit oder Beschwerde wäre von Würmern verursacht. Man vermutete, daß „Mushi“ im gastro-intestinalen Bereich jedes Menschen lebte, von wo aus es Temperament, Willen, Fühlen und sogar das Bewußtsein beeinflusste. Es ist interessant zu wissen, daß das alte Zeichen für „Mushi“ vor dem Zweiten Weltkrieg anders aussah 蟲 – ein Cluster von drei Zeichen. Das mittlere Zeichen の von „Mushi“ heißt schlicht „von“. Das Zeichen 痢 hat verschiedene Bedeutungen.

Diejenigen, die in unserem Zusammenhang am wichtigsten sind, umfassen „unwirsch, gerizt“, „empfindlich“, „reizbar“, „explosiv“ und „Wutanfall“. Diese Bedeutung läßt sich aus den drei

Komponenten des Zeichens 癩 herleiten. Die erste 疒 = Krankheit, die zweite 門 = Tor, Tür und die dritte 月 = Körper. Diese Komponenten können locker zusammengefaßt werden: „Krankheit, die durch das Tor des Körpers ausbrecht.“ Anders gesagt, das erste Zeichen kann als visuelle Beschreibung eines Wutanfalls, Schlaganfalls oder Gefühlsausbruch verstanden werden. In einem vereinfachten Sinne kann die Bezeichnung 癩の虫 „Kan-No-Mushi“ als „verärgerter Wurm“ gesehen werden.

„Kan-No-Mushi“ ist tatsächlich ein verärgerter Wurm. Er ist eine personifizierte Entität, äßt sich besänftigen, man kann mit ihm Kompromisse aushandeln und er kann schlagen. In gewisser Weise ähnelt die Personifizierung „Kan-No-Mushi“ in der japanischen Kultur „Sneaky Pooh“, den Exkrementen eines Enkopretikers, im Sinne von Michael WHITE (vgl. TOMM1989). In beiden Fällen werden spezifische Konversationsmuster eingesetzt, das Problem mithilfe linguistischer Unterscheidungen von der (Identität der) Person abzutrennen. Der Prozeß, Problembeschreibungen oder Etikettierungen vom Selbst „abzulösen“ und sie an eine neu geschaffene Entität „zu heften“ (ohne das Problem auf eine andere Person zu übertragen), ist das Entscheidende therapeutischer Externalisierung. Sie öffnet Raum für Änderungen, indem Probleme von Personen getrennt, die Interaktion zwischen Problemen und beteiligten Personen untersucht und diese allgegenwärtigen Gefühle von Schuld und Scham, die einzuengen scheinen, verringert werden. Zugleich aber beläßt diese Form der Externalisierung die volle Verantwortung dafür, wie jemand mit dem externalisierten Problem umgeht, bei ihm/ihr selber.

„Kan-No-Mushi“ scheint die personifizierte Externalisierung. Die japanische Personifizierung ist eine Entität innerhalb—und nicht außerhalb—der Person. Anders gesagt, „Kan-No-Mushi“ ist eine innere Externalisierung, während „Sneaky Pooh“ und andere WHITEsche Personifizierungen äußere Externalisierungen sind. Dies ist kein trivialer Unterschied. Eine äußere Externalisierung unterstützt ein Muster der Versprachlichung, wobei so über das Problem gesprochen wird, als ob es schließlich besiegt werden, man entkommen und es hinter sich lassen könnte. Konversationen über Konflikt, Macht, und Kontrolle scheinen vorherrschend. Eine innere Externalisierung begünstigt eine Versprachlichung, bei der so über das Problem gesprochen wird, als ob eine Art fortwährender Koexistenz erforderlich wäre. So geht oder verschwindet das „Kan-No-Mushi“ zum Beispiel niemals vollständig. Obgleich es vom Selbst unterschieden werden kann, begerift man es als „ständigen Gast“ im Selbst. Die beherrschenden Konversationen richten sich auf Reflexion, Kompromiß und Kooperation. Diese innere Art der Externalisierung scheint besonders bei solchen klinischen Bildern angemessen, wo somatische oder biologische Faktoren bestimmend scheinen. Einige westliche Konversationen über klinische Fragen scheinen schon einige Aspekte dieses Prozesses einzubeziehen.

So lassen sich beispielsweise genetische und biochemische Hypothesen über Schizophrenie als „moderne“ Formen der inneren Externalisierung sehen. Anders gesagt, die genetische Konversation über das Problem Schizophrenie kann als ein Prozeß innerer Externalisierung verstanden werden, und das kann ein wichtiger Faktor des relativen Erfolges psychoedukativer Behandlungen-

methoden sein. D.h. die Person wird nicht als Problem betrachtet, die genetische Struktur oder das biochemische Ungleichgewicht, wird als Problem konstruiert. Diese „wissenschaftliche Versprachlichung, kann nur solange als funktionale Externalisierung wirken, solange Familienmitglieder und Fachleute Problem und Person auseinanderhalten und die Identität des Betroffenen nicht in seine Gene „hineinzwängen“. Vielleicht ließe sich der therapeutische Effekt dieser inneren Externalisierung noch erhöhen, wenn man eine Konversation über eine personifizierte Entität wie etwa „Herr“ oder „Frau Gen“-erschafft. Es wäre interessant, über derartige linguistische Beschreibungen und Interaktionen zu spekulieren, die sich produzieren ließen, wenn die genetische oder biochemische Struktur auf irgendeine Weise effektiv personifiziert werden könnte. Es wäre auch interessant, über Möglichkeiten zu spekulieren, innere Externalisierungen in äußere Externalisierungen zu transformieren und vice versa.

In der Japanischen Kultur ist das Lernen, mit anderen Kompromisse zu schließen und zu koexistieren, eine wichtige Entwicklungsaufgabe. Es scheint, daß Familiendiskussionen der Japaner über das „Kan-No-Mushi“ wesentlich zu diesem Prozeß beitragen. Das „Kan-No-Mushi“ stellt dem Kind vermutlich ein grundlegendes Raster zur Verfügung, um zu lernen, mit Frustration und Zorn zu leben. Ist ein solches Raster für innere Externalisierung auch im Westen nützlich? Vielleicht ist die Geschichte in „modernerer“ Metaphern neu zu erzählen, um im Westen als kohärent und akzeptabel erlebt zu werden, aber eine therapeutische Konversation, die sich stärker auf Kooperation als auf Konflikt verläßt, scheint intuitiv attraktiv.

LITERATUR:

Tomm, Karl: „Externalizing the Problem and Internalizing Personal Agency“ JSST8(1):54-59,1989, dtsh. „Das Problem externalisieren und die persönlichen Mittel und Möglichkeiten internalisieren“, Z. system. Ther.7 (3) :200-205,1989.

White, Michael: „Negative Explanation, Restraint, and Double Description: A Template for Family Therapy“, Fam.Proc.25:169-184,1986.

(Z. system. Ther.8(2): 114-117, 1990)

8. 精神生理部

精神生理部では主として以下の研究を行っている。

1) うつ病患者の均一化、純粋化のための臨床診断基準に関する研究

精神疾患の生物学的研究を行なう上で、疾患の診断基準の明確化が必須の条件となる。多数例のうつ病の臨床症状評価を詳細に行ない、それらの症状群から、従来から考えられている身体的異常を基調とする内因性うつ病とストレスを原因とする神経性うつ病とか二群として区分出来るかどうかを統計学的手法を用いて検討した。

2) うつ病の精神生理学的研究

うつ病の中の内因性うつ病を対象に精神症状、自律神経機能、脳波活動の三者の相関の検討を行っている。第一段階として正常者の睡眠時（睡眠脳波活動）と睡眠時の血圧活動、パターンの相関関係について検討した。

3) 脳波分析の研究

従来からの脳波分析法には長所と短所があり精神患者（分裂症、うつ病など）の持つ精神症状と脳波特性との相関は必ずしも充分とはいえない。新しい脳波分析法（AR解析法）を導入し、精神分裂症者の精神症状と脳波特性、正常者の脳波特性をそれぞれ比較検討した。

4) 部としての活動の他 研究所の他の部門との協同研究として酸化したものは

① 中国帰国者（孤児）の適応状況に関する疫学的研究

1988～1989年の二年間に約600名の中国帰国者（孤児）及びその家族に面接し、精神状態、精神症状、社会背景、日常の困難性、生活上の出来事、人的支援体制などを調査した。帰国定住という社会的、心理的激度と心理的精神的反応との相関について検討した。

② 宇宙開発における有人サポート技術

宇宙空間（閉鎖環境）における人間の心理的、精神生理的反応の検討及び、ストレス下における生体リズム変化の検討。（中川泰彬）

9. 精神薄弱部

当部は診断研究室および治療研究室の二室よりなり、社会復帰相談部の援助技術研究室長が併任となっており、平成元年10月31日現在で4名の常勤の研究員より構成されている。この1年間の当部の研究活動の概要は以下のとおりである。

精神薄弱部長の栗田は、児童精神医学の立場から、発達障害の臨床的研究を遂行し、特に自閉症など自閉的な症候を有する発達障害の診断・評価尺度である Schopler の開発した自閉症評定尺度の日本語版である「小児自閉症評定尺度東京版 (Childhood Autism Rating Scale-Tokyo Version)」および共同研究者と開発した「自閉傾向に関するチェックリスト (CAT)」の信頼性・妥当性研究をそれぞれ発表し、発達障害の疾病分類に関する研究報告を行なった。

診断研究室長の加我は小児神経学の立場より、様々な脳障害を有する乳幼児での聴覚誘発反応などを検討し、とくに聴性脳幹反応の無反応例に関する研究を発表した。さらに後天性てんかん性失語症 (Landau-Kleffner 症候群) を中心とする小児の失語症に関する研究報告を行った。

治療研究室長の原は同じく小児神経学の立場より、発達の退行を示す自閉症の脳波異常に関する研究を引き続いて行った。またてんかん児の注意障害に関する研究を行い、知能障害のないてんかん児は、正常対象児に比較して、注意の持続の障害があることを見出し発表した。さらに極小未熟児の予後に関する研究と、注意欠陥障害に関する研究を遂行した。

社会復帰相談部援助技術研究室長で精神薄弱部に併任の椎谷は、社会福祉学の立場から、全国の精神遅滞児(者)の施設職員の“燃えつき現象”の調査研究を遂行し、このテーマの研究としては、世界最大規模の3800名の回答を得て、データ解析を進行させている。以上の研究活動の結果は、研究業績欄に示されるとおりであるが、前年度に勝るとも劣らない成果を生み出すことができたと思われる。

例年ふれることであるが、精神薄弱 (mental deficiency) の名称は古い適切さを欠いた言葉であり、精神遅滞 (mental retardation) に変えられるべきである。また精神遅滞は近年、自閉症とその近縁の障害を総括する広汎性発達障害および特異的発達障害 (いわゆる学習障害の状態を含む) の各グループとあわせて、発達障害という大グループにまとめられるようになっている。当部は今後も、精神遅滞を発達障害としてより広い観点からとらえて、研究活動を推進していく予定である。(栗田 廣)

小児自閉症評定尺度東京版

— その信頼性および妥当性 —

栗田 広 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

勝野 薫 (練馬区立心身障害者福祉センター)

三宅由子 (東京都精神医学総合研究所)

I. はじめに

小児自閉症評定尺度 (Childhood Autism Rating Scale: 以下 CARS と略) は, Schopler らによって1971年に開発された自閉傾向の程度を測定するスケールである。我々は過去6年間にわたって CARS を臨床的に使用してきたが, これまでに蓄積したデータにもとづいて, その東京版 (CARS-TV) の信頼性と妥当性を検討し, その有用性を確認し得たので報告する。

II. 対象と方法

対象は, 昭和57年より昭和62年までに練馬区立心身障害者福祉センターに, 親などと来所した167人 (男129人, 女38人; 年齢帯1.5~15.5歳) の児童である。

研究目的に CARS の日本語訳を作成し使用することは, Schopler より文書での了解を得た。この日本語訳を, 我々は小児自閉症評定尺度東京版 (Childhood Autism Rating Scale-Tokyo Version, CARS-TV) と称している。

CARS-TV は15の下位領域に分れており, 各々の下位領域は, 年齢相応の正常児の水準を1として, 最も障害の程度の重いものを4とし, その間を0.5刻みに評定する7段階尺度で評定されるようになっている。各領域の得点を合計した総得点 (15~60に分布) と, 3以上の重症度評定を受けた領域数によって, その子供の自閉の程度を非自閉, 軽・中度自閉および重度自閉の3段階に分けるようになっている。

CARS-TV を用いて, 筆頭著者と第2著者が, 対象児を並行して同じ診察場面で, あるいは同

じ日の別の診察場面において, 各々の観察にもとづいて, 独立に評定した。

対象児の診断は, DSM-IIIによって筆頭著者が, 初診時および経過に関する記録をもとに, 第2著者以外の専門家の意見を参考にして確定した。この診断にもとづいて対象児を, 1) 幼児自閉症 (残遺状態も含む), 2) その他の全般的発達障害 (小児期発症の全般的発達障害と非定型全般的発達障害およびそれらの残遺状態も含む), 3) 精神遅滞 (全般的発達障害の診断がないもの), 4) 特異的発達障害, 5) 注意欠陥障害, および6) その他 (知的には正常だが1) から5) の群に入らない軽い発達の異常を有するもの) の6群に分類した。

III. 結果

1. 評価者間信頼性

評価者間信頼性研究の対象児は, 筆頭および第2著者による評定がなされた128人である。2人の評定者による CARS-TV の15領域の領域得点の Pearson の積率相関係数の平均値は $r = 0.62$ であった。また総得点は $r = 0.90$ と高い相関を示した。

2. 妥当性

1) 分類および判別妥当性

分類および判別妥当性検討の対象児は167人全員である。臨床的に幼児自閉症群はその他の全般的発達障害群よりも, その他の全般的発達障害群は精神遅滞群よりも, 自閉傾向の程度の強いことが考えられるが, 6群の DSM-III診断群ごとの CARS-TV による自閉性の分類と総得

点の平均値も、それと対応する傾向を示していた。この6群に関して CARS-TV の得点について一元配置分散分析を行うと、有意のグループ効果が CARS-TV 得点に認められた ($F(5,161)=22.10, p<0.001$)。この分散分析の結果から、一種の相関係数である分類妥当性係数((分類妥当性係数)²=群間分散/総分散)が求められる。CARS-TV についての分類妥当性係数は0.64であった。この6群に関しての分散分析に引続き、任意の2群間の多重比較(Scheff's test)を行うと、CARS-TV 得点は、幼児自閉症とその他の全般的発達障害の間では有意差はないが、全般的発達障害(幼児自閉症とその他の全般的発達障害)を、精神遅滞など他の発達上の障害を呈する状態からよく区別できることが示された。

さらに幼児自閉症の残遺状態は、全症状が存在するものより、CARS-TV の得点が低いことが予想されるが、36例の幼児自閉症群のうち、13例の幼児自閉症残遺状態の CARS-TV 総得点の平均は25.9であり、全症状の存在する23例の幼児自閉症のその35.7に比して有意に低値であった ($t(34)=5.05, p<0.001$)。

2) 併存的妥当性

CARS-TV の第15項目は、自閉性の全体的評定の尺度である。筆頭著者による第15項目の評定を外的基準として、第2著者による128人の対

象児に対する CARS-TV の総得点の相関を求めると、 $r=0.77$ という有意の高い値が得られた。

3. 総得点と知能指数および年齢との相関

知能指数(IQ)と CARS-TV の総得点は、有意の負の相関を示した($r=-0.68$)。これは知能の低いものほど、自閉傾向が強いとする Schopler らによる原版での研究結果を支持するものである。また CARS-TV の総得点は、年齢とはごく弱い有意の負の相関($r=-0.17$)を示すにとどまった。

IV. 考察

本研究の結果は、CARS-TV の臨床的な有用性を示唆するものである。CARS 原版は1986年に改定され、専門家が所定の様式の行動観察にもとづいて使用するだけでなく、十分な情報があれば、子供を観察するかわりに母親から状況を聴取したり、臨床記録にもとづいても十分な評定ができることや、比較的簡単な教示を受けさえすれば、自閉症にはなじみのない人でも満足すべき程度の評定が可能なことなどが示されており、その有用性が拡大されている。今後機会を改めて、CARS-TV のさらなる検討、および改訂版との比較研究の結果等を報告したい。

小児科領域における聴性脳幹反応(ABR) 無反応症例の臨床的検討

加我牧子 (国立精神・精神センター精神保健研究所)

田中美郷 (帝京大学耳鼻咽喉科)

高見沢勝 (東京大学分院小児科)

内藤春子・仁瓶健次 (国立小児病院神経科)

聴性脳幹反応 (Auditory Brainstem Response, ABR) が無反応の時、通常、検査音周波数、音圧における聴力障害の存在をまず第一に考える。この常識に反する例は成人神経学では多発性硬化症患者で早くから気付かれた¹⁾。

小児科学領域では多数例の検索中に反応域値と行動観察による聴力検査の域値の一致しない症例が存在することがわかってきた²⁾³⁾。

そこで小児症例で経過中にクリック刺激による ABR 無反応の時期があり、その時点では耳科学的病変が確認されなかった症例を対象として臨床的検討を行った。

対象と方法

1979年から8年間に ABR 検査を行った小児症例約1,600名中で85dBnHL 以上の高音圧クリックによる ABR が無反応であった時期のある症例を対象とした。対象は新生児から15歳の147例のうち男児86名、女児61名で、この間の全検査症例に対する割合は9.2%であった。ABR はすでに報告した方法を用いた。聴性行動反応検査としては少なくとも Infant Audiometer を用いて高音域及び中音域を代表する 3kHz, 1kHz 音の40dB ならびに80dBnHL の音刺激に対する反応を観察した。この他太鼓、鈴などを適宜使用した。

結果 (表1)

刺激周波数、音圧における感音難聴と診断した A 群は121例であり、この条件下で難聴はない

と考えた B 群は19例であった。意識障害や最重度脳障害、早期新生児死亡などのため、難聴の有無を判定できなかった C 群が8例あった。

表1 ABR無反応小児症例

A 群：感音難聴	121例
(うち片側性難聴)	9例
(うち伝音難聴合併)	9例
B 群：検査音刺激での難聴なし	19例
(その後難聴の進行確認)	2例
(その後重症中耳炎発症)	2例
C 群：難聴の判定保留	8例

合計 147例

以下臨床的に問題となる B 群と C 群について検討を行った。

B 群19例の内訳は精神遅滞 (MR)、脳性麻痺 (CP) を合併した重度脳障害5例、ミトコンドリア脳筋症4例、診断未確定の変性疾患3例、ダウン症候群2例、新生児期の一過性の ABR 無反応2例、新生児重症仮死1例、急性白血病治療中の一過性意識障害1例、健常児1例であった。即ち B 群のうち15例は重度脳障害、変性疾患など基礎疾患があった。ABR 無反応の記録後、音への反応が低下したものが7例あった。その内訳は難聴の進行が確認された者が2例、化膿性中耳炎を発症した者が2例、知的退行が著明で難聴の鑑別が難しくなった者が3例であった。

新生児例を含め一過性の無反応が4名に認められた。

C群は8例で、内訳は新生児重症仮死、無嗅脳症、小頭症、診断未確定の変性疾患、異染色性白質変性症各1例、以下新生児期に死亡した18トリソミー、低酸素無酸素脳症、頭蓋内出血後水頭症を呈したSGA各1例であった。全例重度MRが認められ、新生児期に死亡した3例も重度脳障害が予想された。

新生児重症仮死の1例(文献4)の症例1))は重度意識障害が3年以上持続、無嗅脳症、小頭症の児も音に対する反応は得られず観察中である。変性疾患の児はABR検査音域の音には反応が確認できず知的退行と区別できない。重症のまま新生児期に死亡した3例のうち18トリソミーの1例は実際に難聴が存在した可能性もある。

以下、B群の一部症例を提示する。

・B群の症例1 4歳女児

臨床診断：サイトクロームCオキシダーゼ欠損症。2歳時、けいれんで発症。半年間に知能、運動機能が退行。簡単な会話は了解する。ABR無反応。耳科学的異状はなくインピーダンスオージオメトリー正常。

・B群の症例2

臨床診断 重度脳障害(MR+CP)

満期に足位出生。仮死が7-8分。4歳時、視覚反応が良好な割に音に反応が悪い。ABR無反応。行動観察検査で聴力域値は40dB。5歳時に聴力域値が90dB以上と上昇。難聴の進行を考え補聴器装用を行い、反応は改善した。

・B群の症例3 日齢0 男児

臨床診断 低出生体重児(在胎29週, 1,524gm)+特発性呼吸窮迫症候群(IRDS)

臨床経過 帝王切開で出生。仮死無し。IRDSのため日齢14まで経鼻持続的呼気終末陽圧呼吸管理。光線療法4日間。その後は順調。

考 案

ABRの反応と刺激音周波数における聞こえの

程度が解離するメカニズムとしては、1)音のインパルスの通過に必要な神経細胞や線維の数はABRの各波形を形成するのに必要な数より少ない、2)ニューロン発火の同期が悪く波形として形成されない、3)シプナス伝導の以上の存在などが考えられる。

今回ABR無反応であった小児令で実際に難聴が確認された症例が、121例と最も多かったのは当然であるが、それ以外にいくつかの問題点が指摘できる。第一に、反応がなくても直ちに難聴とはいえない症例が存在することで、殊に重症心身障害児に間々みられる。今回のB群は低周波数領域に聴力の残った難聴は厳密に除外したが、なお19症例が集積された点特記すべきと考えられる。重度脳障害児や変性疾患ではABRによる聴力の評価を慎重にしなければならぬことを考えさせる。

第二にABRに反応が改善する症例が存在することである。新生児期には特にABRの改善、悪化が短時間に起こることがある。原因として中耳炎もありうるが、解剖学的変化により中毒や代謝性の要因を考える必要があるかもしれない。年長児まで含めてABRが改善した症例についての検討では多くが神経学的問題を持っている⁵⁾が長期間の観察でも異状がなかった症例が一例含まれていた。成人ではABRの改善は末梢性難聴からの回復以外の場合には殆ど見られず、これらの変化は小児に特徴的な所見の一つと考えられる。

第三に治療上の重要な問題として脳障害児や変性疾患では、進行性の難聴が発見しにくい場合があることがある。中耳炎は直接治療可能であるし、感音難聴が進行しても補聴器装用が有効であった症例もある。これら基礎疾患を有する児ではABRと聴力の一致しない症例の頻度が高く殊に注意が必要で、経過観察と共に総合的な聴覚評価が必要となる。しかし、経過観察期間をおいてもなお難聴の有無について判定できない症例が残っていることが問題であった。このような症例は自覚的検査が不可能であり他

覚的聴力検査に依存する部分が大きいため今後低音のトーンピップ刺激による ABR や蝸電図などを用いての検討が必要である。

参考文献

- 1) Davis H. in Naunton RF et al. ed. Evoked Electrical Activity in the Auditory Nervous System. pp.453-460, 1978 Academic Press, New York
- 2) Worthington DW et al. Ear and Hearing 1 : 281-285, 1980
- 3) Kraus, Netal . :Laryngoscope 94 : 400-406, 1984
- 4) 加我牧子ら, 小児科診察50 : 1041-1045, 1987
- 5) Kaga, M et al. Brain Dev 6 : 458-466, 1986

自閉症状群の臨床的脳波学的研究 (第2報)

原 仁 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
佐々木正美 (小児療育相談センター)

【目的】

第1報に引き続き、自閉症状群における経時的脳波検査の臨床的意味を検討する。特に今回の研究目的は、加齢によるてんかん性脳波異常の出現率の変化とてんかん発症との関連である。

【対象】

昭和56年6月より昭和60年12月の4年7ヶ月間に著者(HH)が診察し、自閉症状群(DSM-III)基準で幼児自閉症[IA]及び非定型全散性発達障害[APDD]と診断した小児は132例であった。この内以下の4条件に適合する症例を本研究の対象とした。1) 3年以上の経過追跡が可能, 2) 3回以上の脳波検査を実施, 3) 初診時年齢8歳未満, 4) 昭和63年12月現在10歳以上である。研究対象児は56例(♂; 48, ♀; 8, IA; 40, APDD; 16)となった。

【方法】

脳波検査は原則として6カ月から1年の間隔で実施した。3~10歳までに実施された脳波のべ275回の記録を年齢別に区分し、てんかん性異常波の出現率を検討した。なお同一年齢にて複数の検査が実施されていても1回の記録と見なし、結果が異なる場合、上記異常波を呈する記録でその年齢を代表させた。

【結果】

3~7歳までの記録での異常率は7.1~11.5%であったが、8~10歳では18.2~28.6%に異常率が増加した(図)

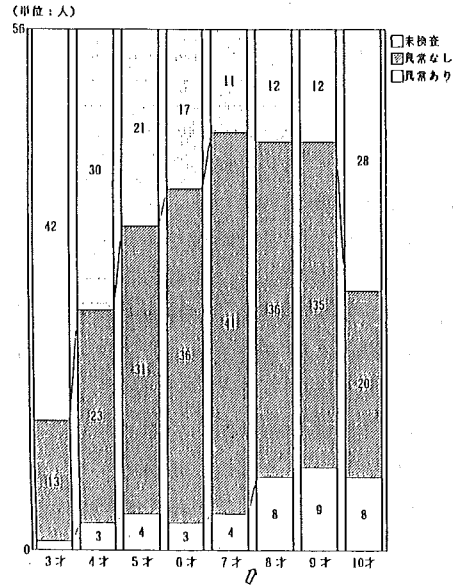


図 自閉症状群のてんかん性脳波異常率の年齢変化

そこで3歳から10歳までの脳波検査のべ275回の記録を、3~7歳に実施された156記録、8~10歳に実施された116記録に2分しててんかん性脳波異常率を比較すると、前者(9.4%)よりも後者(21.2%)の方が有意に異常率が高かった($\chi^2=7.923, P<0.01$)。

また初診以降でてんかんを発症した症例は3例であり、その共通点はIA, 中等度精神遅滞, 発作型が二次性全般化を伴う複雑部分発作である。以下症例の概要を述べる。

症例1; 10歳男児。初診は7歳。4歳時点で他院にて脳波検査を実施しており、親は正常と説明をうけた。7及び8歳の定期脳波は正常であった。

8歳頃よりパニック、同級生への暴力、不眠

などが問題となり、ハロペリドール (HPD) の投与が開始された。中断により上記症状が悪化するために HPD は継続的に使用された。

9歳の定期脳波で右の中心部に鋭波の頻発を認め、6ヶ月後には右側優位の多棘徐波と変化した。てんかん発症は9歳4ヶ月。担任教師からの報告によれば、てんかん発症後、自傷行為が増え、固執傾向が強まった。カルバマゼピン (CBZ) の治療にもかかわらず、発症後6ヶ月間に9回の発作が認められた。転居のため詳細不明であるが、11歳1ヶ月の時点ではCBZとバルプロ酸 (VPA) が投与されており、約6ヶ月間発作が抑制されている。

症例2；12歳女児。熱性けいれんの家族歴あり。7歳よりパニック、多動の抑制のためセントキシフィン (PFL) が投与されている。この薬剤の投与を中断するとこれら問題行動が悪化するので、本症例ではPFLは有効であった。9歳頃より自傷、同級生への暴力、頑固さが顕著となり、やがて不登校と不適応が目立つようになった。しかし、これらの不適応行動に対してはPFLは無効であった。

5～9歳までの定期脳波は陽性棘波の散発のみであった。10歳の脳波にて左または右後頭部棘波あるいは鋭波が出現し、11歳11ヶ月にてんかかんを発症した。その後の発作頻度は1年間に10回と、発作は十分に抑制されなかったが、むしろ問題行動は減少する傾向があった。月経開始前後に発作が認められるため、フェニトイン (PHT) にアセタゾールアミドの間欠投与を組み合わせる方式で治療中である。なお、12歳の脳波検査ではてんかん性異常波は認められなかった。

症例3；13歳男児。初診は6歳で、その時の脳波は正常であった。受容的心理療法のみ実施され医療管理はなされなかった。したがって、7～10歳までは脳波検査は行われていない。9歳時点でけいれん発作が出現したが、他院で試みられた脳波検査が不能であり、その後も再発もなかったので放置されていた。12歳で再度受

診した時の脳波は正常。親の希望は夜尿症の治療であったので、その治療と情緒安定を目的にクロミプラミンを2ヶ月投与したが無効のため中止された。

13歳3ヶ月にけいれん発作が再発し、てんかんと診断された。その直後の脳波においてもてんかん性異常波は認められなかった。VPAとCBZでは発作(1～2回/月)の抑制が得られず、PHTによる治療が継続中である。

【考 察】

いくつかの先行研究³⁾⁴⁾によれば、自閉症のてんかん発症年齢分布は二峰性である。すなわち、好発年齢は乳児期と思春期に2分されることが指摘されている。今回の研究結果の第1は、川崎らの研究¹⁾と同様に、てんかん性脳波異常の出現率においても二峰性分布を示すことが裏付けられる点である。ただし、研究対象である56例は、器質的脳障害の明らかでない、いわゆる特異性自閉症であるので、従来から言われている2峰性分布の思春期ピークはこのような特異例が対応しているのであろう。逆に言えば、乳児期ピークには症候性自閉症が対応していることが推察される。

第2の注目点は、提示した3症例の中で、症例3を除けば、てんかん発症直前からてんかん性異常波が出現し、やがててんかん発症にいたっている点である。症例3においても7から10歳の脳波検査が未実施なので、この期間に定期脳波検査が実施されているならば、てんかん性異常波が事前に認められた可能性がある。むしろ、てんかん好発年齢直前である8～10歳の定期脳波検査の重要性を物語る所見と考える。

第3に指摘する点は、自閉症におけるてんかん発症の危険因子としての行動異常にある。従来の研究によれば、その知能段階が重度遅滞にある症例ほどてんかん発症の危険性が高いとされている³⁾⁴⁾。第1報で指摘したように、今回の研究対象では、精神遅滞の程度とてんかん性異常波の出現率に関連は認められなかった。新た

にてんかんを発症した3例の問題は、薬物治療を試みなければならないほどの行動異常が存在していた点にある。このような結果は、Olssonら²⁾の主張と一致している。

《本研究の要旨は第31回日本小児科神経学会にて発表した》

文 献

- 1) 川崎葉子, 清水康夫, 佐々木日出男: 自閉症の脳波異常。一都立多摩療育園の40例における平均10年間の追跡— 精神科治療学 4 : 341-351, 1989.
- 2) Olsson I, Steffenburg S, Gillberg C: Epilepsy. in autism and autisticlike conditions. A population-based study. Arch Neurol 45 : 666-668, 1988.
- 3) Rutter M: Autistic children: Infancy to adulthood. Semin Psychiatry 2 : 435-450, 1970.
- 4) Volkmar FR, Nelson DS; Seizure disorders in autism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29 : 127-129, 1990.

10. 社会復帰相談部

精神障害者の社会復帰に対する関心のありようは、今、大きなうねりの中にある。それは1988年7月にスタートした精神保健法の3本の柱のひとつが、精神障害者の社会復帰であることも関連している。

わが部はこうした時代的狀況をふまえ、マクロにはトータルなサイコ・リハビリテーション・システムの構築と、ミクロには個々のケースに対するアプローチ法の開発を目指して、研究活動を行った。

丸山は、1989年10月マニラで開かれた WHO REGIONAL WORKSHOP ON FUTURE DIRECTIONS OF MENTAL HEALTH SERVICE IN THE WESTERN PACIFIC REGION にテンポラリー・アドバイザーとして招かれ、わが国の地域における精神科ケア・システムの現状を紹介し、あわせて討論に参加した。また第31回老年社会科学会に参加し、老人デイ・サービスについての継続的研究を発表したり、第7回森田療法学会では、セラピストの教育の問題を論じた。そのほかに日本社会精神医学会事務局担当、日本精神衛生学会運営委員、日本精神神経学会社会復帰問題専門委員として学会活動に関与した。

横田は、精神保健相談室長として相談業務に携わる一方、学校精神保健の立場から、思春期の事例につき集团的アプローチを行なって研究成果をあげた。また心理学課程研修においては、指導的役割を果たした。

椎谷は、昨年10月援助技術研究室の新設に伴い、室長に着任し、おもに精神障害者のサポートや地域ケアについて研究を重ねた。また精神薄弱部および運営部（研修室長）と併任となり、その分野での活動にも力を注いだ。さらに日本精神衛生学会の事務局長として、対外的に活動を行なった。

丹野は、OT（作業療法士）の立場で、デイ・ケア活動の中核メンバーとして活動し、その経験の一端を精研デイ・ケア研究会編「精神科デイ・ケア」（岩崎学術出版社、1989）に発表した。またその他の研究活動として、最近注目されてきている小規模作業所や職親制度について、継続的に研究を行なった。（丸山晋）

“WORKSHOP ON FUTURE DIRECTIONS OF MENTAL HEALTH SERVICES IN THE WESTERN PACIFIC REGION”

(Manila, Philippines 2-6 October 1989)

丸山 晋

このワークショップは、WHOマニラ支局精神保健担当の新福尚隆先生を中心として企画された。参加者は、15か国、28名の一般参加者の他、チーフ・アドバイザー1名、テンポラリー・アドバイザー3名であった。それぞれが各国の実状を紹介し、その上で小グループにわかれ、討議を行った。ヨーロッパでの同様の主旨のワークショップが、既存のシステムをいかに有効かつ能率的に運用するかに焦点をあわせ論じら

れていたのに対し、本ワークショップの論点をキー・ワードで示せば、registration, destigmatization, decentralization, net-work, manpower となったのは、とかく欧米の事情に眼をうばわれがちなわれわれにとり、大変印象的だった。

ファイナル・レポートは、1989年12月に印刷され公にされた。ここにわが国について語られた部分 (P22) について紹介する。

Japan

Currently there are 1.5 million disabled people in Japan (about 1% of the total population) and 350,000 psychiatric beds, of which 70% are in the private sector. The overall occupancy rate is 99.1%; 80% of the inpatients have chronic schizophrenia.

In the last 10years, the Japanese Government has focused on opening wards. This was assisted through:

- (1) producing guidelines on psychiatric treatment; and
- (2) providing financial support for reconstructing hospitals and provincial mental health centre day care activities .

There has been a significant increase (70%) in the admisso rate to open wards .

The Japanese Government has now drawn up the following prioroties :

- (1) a shorter length of hospitalization;
- (2) an efficient menu system for rehabillitation;
- (3) a decrease in readmission rates;
- (4) constnution of new alternative facilities;
- (5) promotion of small sized workshops fostered by patients' family association; and
- (6) construction of a special facilities for violent patients.

The psychiatric services need to survey patient requirements and develop bata for rehabillitation, and appropriate strategies for cooperation with other Member States.

全国デイサービス施設における痴呆性老人の 受け入れ状況とサービス内容に関する考察

丸山 晋 (国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部)

大原一興 (東京大学)

大塚俊男 (国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部)

はじめに

痴呆性老人に対するケアの方法のひとつとして、介護者の労苦を軽減し、かつ本人の生活訓練を行う地域ケアの一環としてのデイサービスがある。

最近では、自治体単独事業としてもデイケアサービスの多様なメニューが用意され、託老所や老人保育園などと称された活動も起きている。しかし、中心となる公的なデイケア施設としては、国庫補助制度としてのデイサービス事業を行なうデイサービス施設があり、この施設は、全国的に数多く設置されてきた。

痴呆性老人ケアの問題において、デイケアがどのような役割を持つべきかは、いまだ議論の

余地のある課題であるが、もともと精神科医療の分野において歴史のあるデイケアには、とくにその効果が期待されている。最近では特に本人に対する治療的効果の面からも、家族介護負担の軽減という観点からも、需要が高まってきていると言える。

そこで今般、さらに増加した全国のデイサービス施設に対し、痴呆性老人のケアの実態とサービス内容などに焦点を当てて、より詳細な調査を行った。本研究はその結果をもとに、とくに、利用者中に占める痴呆性老人の割合と施設内容とを関連づけて考察した。これにより、今後のデイケアにおける痴呆性老人ケアのあり方に対する基礎的知見を得ることを目的とした。

結 果

Table 1 痴呆性老人率別、痴呆性老人の処遇可能性
「Q一般と一緒にデイサービスにおいて
処遇は可能か」

痴呆性老人率	処 遇 可 能			
	全 体	可 能	不 可 能	不 明
0～2.9%	41(100)	30(73)	7(17)	4(10)
3～9.9%	41(100)	34(83)	5(12)	2(5)
10～19.9%	35(100)	31(89)	3(9)	1(3)
20～100%	43(100)	39(91)	2(5)	2(5)
合 計	160(100)	134(84)	17(11)	9(6)

数字は施設数 (%)

(国庫補助事業のみ)

Table 2 痴呆性老人率別、痴呆性老人の特別プログラムの必要性
「Q痴呆性ろうじんのために
特別のプログラムが必要か」

痴呆性老人率	プログラムの必要性			
	全 体	必 要	不 必 要	不 明
0～2.9%	41(100)	12(29)	20(49)	9(22)
3～9.9%	41(100)	19(46)	17(42)	5(12)
10～19.9%	35(100)	21(60)	12(34)	2(6)
20～100%	43(100)	30(70)	9(21)	4(9)
合 計	160(100)	82(51)	58(36)	20(13)

数字は施設数 (%)

(国庫補助事業のみ)

Table 3 実施しているサービスの内容

実施サービスの内容	実施施設数	実施サービスの内容	実施施設数
I 機能訓練		IV 検査・診断等	
電気治療	84	健康審査	170
マッサージ	78	精神機能検査	12
歩行訓練	132	投薬	12
階段昇降訓練	81	診察（聴打診など）	28
器具を用いた体操	96	その他	20
心理療法	12	V その他のサービス	
言語治療	24	食事	158
その他	18	入浴	158
II レクリエーション		送迎	130
手芸・書道・絵画など	108	その他	16
室内ゲーム・体操	141	VI その他	
屋外ゲーム・散歩	52	家族介護教育	124
その他	17	家族相談	72
III 指導		その他	7
生活指導	126	全般設数 合計	170
保健・健康指導	105		
その他	3		

まとめ

1) 施設利用者に対する痴呆性老人の割合(痴呆性老人率)は、5%未満の施設が3割を占め、20%以上の施設でも3割近い。施設の方針や地域における役割によって、さまざまな取り組みをしているために、痴呆性老人の受け入れ状況は多様となっているのが実情である。

2) 痴呆性老人率の高い施設は、開設が比較的早い時期の施設で、職員数が多く、住宅地に立地する施設がやや多いという傾向があった。施設運営主体の持つ潜在的な力量が痴呆性老人に対するケアを進めているということが出来る。今後もケアの多様化や対象者の重度化に対応するためには、ある程度安定した基盤を持った運営主体で実施していくことが望まれる。

3) 痴呆性老人率の低い施設ほど施設ニーズの高い老人人口比率の高い地域を対象とし、利用者数も多い。多くの利用者を受け入れている施設では、障害の軽度な利用者が多いデイセン

ター的な施設として機能する傾向がある。

4) 痴呆性老人の処遇が不可能とする施設は、現に痴呆性老人の少ない施設の場合に多い。実際に不可能であると判断して利用者を限定している施設も実際には多い。逆に、可能であるとする施設の中には、処遇経験を重ねるにつれて処遇の可能性を獲得してきた例もある。

5) 痴呆性老人への特別プログラムを必要とする施設は、現在実際に痴呆性老人の多い施設で多くみられる。ここでも、よりケアの質を深めるためには処遇経験が重要であることがうかがえる。

6) 今後とも取り組んでいきたいとするサービス内容として、痴呆性老人のケアは多くの施設で関心と意欲を示されている。利用者の要求としても施設運営の意識としても重要視されていることから、今後も、痴呆性老人のデイケアはデイサービス施設でより多く行われていくものと思われる

保健所精神保健相談員による在宅精神障害者社会復帰ニーズの将来予測

— 「保健所における精神障害者の社会復帰支援に関する調査」より —

椎谷 淳二

1. はじめに

精神保健法の改正により、精神障害者の社会復帰対策が初めて法的に位置づけられた。しかし、地域における実際の対策はまだ未整備な段階にあり、多くの解決すべき課題が山積している。とりわけ、地域精神保健活動の第一線機関として精神障害者の社会復帰を直接支援していくべき保健所にとっては、今後の活動をいかに推進していったらよいか、今まさに問われている。

保健所精神保健相談員の全国組織である全国精神保健相談員会の「地域精神保健活動に関する調査委員会」では、「精神障害者の地域ケアシステムに関する研究」の一環として、平成元年に「保健所における精神障害者の社会復帰支援に関する調査」を実施したので、その中から社会復帰ニーズの将来予測についての結果の一部を報告する。

2. 調査の目的・対象・方法

研究の目的は、保健所における社会復帰相談指導事業の対象者に対する社会復帰の支援を検討する際に必要な、在宅精神障害者の社会生活能力、および社会復帰ニーズの概要を把握するとともに、それらの把握方法を確立することであり、今回の調査はそのためのプリテストとして実施されたものである。

調査は、全国精神保健相談員会の理事者のいる保健所、および調査研究委員が調査の依頼が可能な保健所の合計31保健所で行われ、対象としたケースは、「平成元年7月1日から31日まで

の1ヶ月間に、対象各保健所の精神保健相談員が扱ったケースのうち、保健所社会復帰相談指導事業（主としてデイケア事業）の対象者であり、かつ精神分裂病圏内にある者」に限定して実施した。

調査方法は、それぞれの保健所の精神保健相談員が、対象ケース個々人の現状および将来について回答を記入する間接調査とした。

集計分析は、31保健所から寄せられた398ケースについて行った。

3. 在宅精神障害者の高齢化をめぐる課題

調査対象者のうち30歳未満の在宅精神障害者は96.8%が家族と同居しており、73.7%が一戸建て住宅に住んでいるのに対し、50歳以上の者は60.0%までが独居生活者であり、42.0%が生活保護基準内の低家賃アパートで生活している。年齢との相関をみると、年齢が高くなるに従って、家族とりわけ両親や兄弟たちとの同居率が減少し、独居生活者が増える。それはまた、家族による様々な生活支援の減少を意味し、同時に、生活の経済的基盤の弱体化と住居形態や住環境の不安定化を招くことになる。これらの諸要素には相互にかなり強い相関がみられ、在宅精神障害者の高齢化に伴う共通した課題であると考えられる。

とすれば、精神障害者の社会復帰が進むことにより、地域で在宅生活を送る精神障害者が増えかつ高齢化が発展していく中で、医療をはじめとする専門的なケアだけでなく、独居生活による社会的孤立を防ぐ対策や、様々な生活支援

サービス、それに、就労対策を含む経済的支援のサービス、また、安定して生活することのできる住居の確保、などの福祉的な諸サービスを地域の中に整備していくことが、社会復帰支援を検討する際に、これからますます重要な課題になっていくと考えられる。

4. 精神障害者社会復帰ニーズの将来予測について

ここでいう「精神障害者社会復帰ニーズ」とは、調査回答者である精神保健相談員が各ケースについて判断したものであり、「将来」とはおおよそ10年後を想定している。

(1) 住居のニーズ

住居のニーズについては、すでになんらかの形で在宅生活ができている人達を対象に調査しているため、67.3%が現在は「支援の必要なし」と回答している。しかし将来予測では、「必要なし」は10.3%に減り、各種住居施設の必要性が高まると予想している。全体として、援護寮、福祉ホーム、3～4人規模のケア付きグループホームに対する要望が高く、独居生活よりもなんらかの形の「一緒の生活」が求められていると考えられる。

(2) デイサービス施設のニーズ

デイサービス施設のニーズは、現在も将来もきわめて需要が高い。保健所デイケアのニーズが現在64.3%ともっとも高いが、これは調査対象者が現に保健所デイケアへの参加など保健所と関係をもつ人達であるためであり、一概に他のデイサービス施設のニーズを低いと判断することはできない。将来予測では、保健所や医療機関におけるデイケアのニーズは大幅に減少し、かわってソーシャルクラブハウスと地域生活援助センターにニーズが集中している。これらの結果は、社会資源が整備されていく過程で、いわゆるデイケアが現状の多目的な場から本来的な治療や訓練の場に鈍化されていくこと、これからは生活援助に視点をのいた新たな通所の場づくりが期待されていること、を示唆している。

(3) 職業的リハビリテーションのニーズ

職業リハビリテーションについては、現状で小規模作業所にニーズが集中しているのに対し、将来は保護工場や職親事業所や授産施設などのニーズが比較的高くなっている。これは、経済的基盤の安定と生活の自立をはかるために、様々な形態の就労の場が多く求められていることの反映と考えられる。

(4) 生活支援サービスのニーズ

生活支援サービスのニーズについては、調査対象者の多くが現在家族と同居しているために「特に必要なし」が26.9%にみられるが、将来予測では家族による支援の減少が避けられず、なんらかのニーズを必要とする者が大部分を占める。将来の高齢化・独居化を予想して、危機介入と一時入所サービス、訪問サービス、自助グループ、ホームヘルパー、保証人・人権代理人サービスなど、いわば生活を支えるパラエティに富んだサービスメニューと、それらの連携による地域のサポートネットワークが期待されていると考えられる。

5. まとめと今後の課題

将来、在宅精神障害者には高齢者や独居生活者の増加が予想されるため、現在とは異なる多様なニーズの発生が予想され、それらに対応した新たな対応策が求められること、とりわけ、専門的ケアのみならず福祉サービスを含めた支援ネットワークが求められること、また、グループホーム、ソーシャルクラブハウス、自助グループなど、精神障害者相互の支えあいを基礎とした対応が多く求められること、などが以上の結果から指摘できよう。

今回のプリテストは、①調査対象保健所の選択に偏りがあり、結果をそのまま一般化できないこと、②現在および将来の社会復帰ニーズは、回答者である精神保健相談員の主観を交えた判断や予測に基づくこと、③対象ケースが現在保健所と関わりを持っている者だけに限られ、在宅精神障害者全体からみれば比較的生活能力が

高く、状態のよい人達が多いと考えられること、などの制約がある。

なお、このたびの調査結果では、都市部と地方の農山村部とのあいだに、家族支援や住宅事情、ひいては社会復帰ニーズの個々の内容に、かなりの地域差がみられ、また対象者の社会生活能力によって社会復帰ニーズに有意な差がみられた。従って今後、社会復帰対策を検討していく際には、それぞれの地域特性や対象者個々の違いを考慮した柔軟な対応が必要であると考えられる。

Ⅲ 研 修 実 績

平成元年度研修報告

企画室・精神保健研修室

精神保健研究所における研修は、国・地方公共団体、精神保健法第5条の規定による指定病院等において、精神保健の業務に従事する者に対して、精神保健各般にわたり必要な知識及び技術の研修を行い、精神保健技術者として必要な資質の向上を図ることを目的として実施しており、平成元年度には、次の5課程に分けて実施した。

《社会福祉学課程》

平成元年9月7日から9月29日まで、第31回社会福祉学課程研修を実施し、「精神科リハビリテーションの現状と課題」を主題に、精神保健センター、保健所、精神病院等において、精神保健並びに福祉指導に関する業務に従事している者、28名に対して研修を行った。

第31回社会福祉学課程研修日程表

テーマ：精神科リハビリテーションの現状と課題

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
9. 7	木	開講式 精神保健行政 (本 藤)	オリエンテーション
8	金	社会精神医学概論 (丸 山)	精神保健法と人権 (竹 岡)
9	土	セミナー	
11	月	病院PSWの課題 (井 村)	セミナー
12	火	社会復帰活動最近の動向 (吉 川)	PSW論 (柏 木)
13	水	セミナー	保健所業務の現状 (高 田)
14	木	老人精神医療 (斉 藤)	セミナー
16	土	自主研修	
18	月	家族療法 (鈴 木)	地域ケアの現状と問題点 (谷 中)
19	火	精神保健相談業務と課題 (松 元)	精神医療と人権 (大 野)
20	水	セミナー	児童に対するソーシャル・ワーク(藤井)
21	木	施設見学 聖隷福祉事業団 三方原病院ホスピス病棟・老人ホーム浜名湖エデンの園 特別養護老人ホーム十字の園・重症心身障害児施設おぞらの家	
22	金		
25	月	セミナー	当事者活動へのかかわり (坂 庭)

26	火	コミュニティ・ワークの技法 (椎 谷)	セミナー
27	水	家族に対する援助活動 (三 枝)	老人福祉行政の現状と問題点 (小林)
28	木	地域作業所の現状と問題点 (加 藤)	精神科デイ・ケア (松 永)
29	金	総括討論	総括討論 閉講式

施設見学先

聖隷福祉事業団 総合病院聖隷三方原病院	静岡県浜松市三方原町3453	TEL 0534-36-1251
浜名湖エデンの園 (高齢者世話ホーム)	静岡県引佐郡細江町中川7220-41	TEL 0534-36-6811
特別養護老人ホーム十字の園	静岡県引佐郡細江町中川7220-11	TEL 0534-36-9535
おおぞらの家 (重症心身障害児 (者) 施設)	静岡県引佐郡細江町中川7448	TEL 0534-37-1767

第31回社会福祉学課程研修講師名簿

講師名	所 属	講義テーマ
本 藤 久 雄	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神保健行政
丸 山 晋	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部長	社会精神医学概論
竹 岡 八重子	弁護士	精神保健法と人権
井 村 満知子	医療法人 同和会 千葉病院 精神医学ソーシャルワーカー	病院P SWの課題
吉 川 武 彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長	社会復帰活動最近の動向
柏 木 昭	淑徳大学 教授	P SW論
高 田 征四郎	松戸保健所 精神保健相談員	保健所業務の現状
斎 藤 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人精神医療
鈴 木 浩 二	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部長	家族療法
谷 中 輝 雄	やどかりの里 理事長	地域ケアの現状と問題点

III 研 修 実 績

大 野 和 男	神奈川県立こども医療センター 指導課 副主幹	精神医療と人権
藤 井 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健部 児童期精神保健研究室長	児童に対するソーシャル・ ワーク
坂 庭 章 二	川崎市リハビリテーション医療センター 社会福祉職	当事者活動へのかかわり
椎 谷 淳 二	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神薄弱部	コミュニティ・ワークの技 法
小 林 浄 子	習志野市 老人福祉課 老人福祉係長	老人福祉行政の現状と問題 点
松 元 信 子	千葉県精神保健センター 相談指導課長	精神保健相談業務と課題
三 枝 政 行	国立精神・神経センター 国府台病院 ソーシャルワーカー	家族に対する援助相談
加 藤 春 樹	耕房“光”作業所 ソーシャル・ワーカー	地域作業所の現状と問題点
松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	精神科デイ・ケア

課程主任 松 永 宏 子

課程副主任 斎 藤 和 子

《医学課程》

平成元年10月17日から10月20日まで、第30回医学課程研修を実施し、「保健活動における今日の課題」を主題に、精神医学及び公衆衛生の領域において精神保健の業務に従事している医師、20名に対して研修を行った。

第30回医学課程研修日程表

テーマ：保健活動における今日の課題

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
10. 17	火	開講式 今日の精神保健行政 厚生省保健医療局 精神保健課長 篠 崎 英 夫	精神分裂病と家族 国立精神・神経センター 精神保健研究所長 藤 縄 昭
10. 18	水	地域保健活動と精神保健 国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長 吉 川 武 彦	不登校をめぐる今日の課題 国立精神・神経センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健部長 上 林 靖 子

10. 19	木	ストレスと心身症 国立精神・神経センター 精神保健研究所 心身医学研究部長 吾郷晋浩	老人の精神保健 国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部長 大塚俊男
10. 20	金	薬物依存の現状と問題点 国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部長 福井進	閉講式

課程主任 丸山 晋
 課程副主任 大塚 俊男
 課程副主任 永田 領史

《精神保健指導課程》

平成元年6月7日から6月9日まで、第26回精神保健指導課程研修を実施し、「地域精神保健体制の現状と今後の展望」を主題に、精神保健センター所長、保健所長及び精神保健センター等に勤務する医師、21名に対して研修を行った。

第26回精神保健指導課程研修日程表

テーマ：地域精神保健体制の現状と今後の展望

月日	曜日	午 前 (10:00~12:00)	午 後 (13:00~16:00)
6. 7	水	10:00 開講式・オリエンテーション 10:15 精神保健法1年を省みて 厚生省 保健医療局 精神保健課長 篠崎英夫	13:00 精神保健法1年 一現場からの報告一 医療法人 同和会 千葉病院長 仙波恒雄 荒川区衛生部長兼荒川保健所長 熊本亮
6. 8	木	10:00 公衆衛生精神保健について 国立公衆衛生院 衛生統計学部 精神衛生室長 桑原治雄	13:00 地域保健の将来 厚生省 保健医療局 企画課 課長補佐 上田 茂 15:00 児童・青年期精神保健の諸問題 国立精神・神経センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健部長 上林靖子

Ⅲ 研 修 実 績

6. 9	金	10:00	13:00
		精神障害の国際分類と診断基準をめぐる2, 3の話題 国立精神・神経センター 精神保健研究所長 藤 縄 昭	全体討論・閉講式

課程主任 吉川 武彦

課程副主任 栗田 廣

《心理学課程》

平成元年2月7日から3月14日まで、第30回心理学課程研修を実施し、「心理臨床の今日的課題」を主題に、精神保健センター、保健所、精神病院、児童相談所及び精神薄弱者更生相談所等において、精神保健に関する業務に従事している者、26名に対して研修を行った。(原, 敏)

第30回心理学課程研修日程表

テーマ：心理臨床の今日的課題

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
2. 7	水	開講式・オリエンテーション	精神保健行政 (原, 敏)
8	木	全体討議	全体討議
9	金	全体討議	全体討議
10	土	全体討議	
13	火	全体討議	小集団演習
14	水	小集団演習	体験的ロールシャッハ法 (田 頭)
15	木	サイコドラマ (増 野)	サイコドラマ (増 野)
16	金	小集団演習	小集団演習
17	土	小集団演習	
19	月	グループ・セラピー (鈴木, 純)	グループ・セラピー (鈴木, 純)
20	火	小集団演習	心理テストの諸問題 (小 沢)
21	水	小集団演習	非行臨床 (安 香)
22	木	施設見学 国立きぬ川学院	
23	金	喜連川少年院	
24	土	小集団演習	

26	月	小集団演習	バイオフィードバック法 (吾 郷)
27	火	小集団演習	子供と社会 (原. ひ)
28	水	小集団演習	内観療法 (村 瀬)
3. 1	木	精神科の診断をめぐって (藤 縄)	小集団演習
2	金	小集団演習	クライアント・センタード・アプローチ (佐 治)
3	土	小集団演習	
5	月	ファミリー・セラピー (鈴木. 浩)	ファミリー・セラピー (鈴木. 浩)
6	火	小集団演習	コミュニティサイコロジー (山本)
7	水	小集団演習	人間学的アプローチ (水 島)
8	木	社会の中の高齢者 (齋 藤)	時代・社会と神経症 (高 橋)
9	金	小集団演習	小集団演習
10	土	小集団演習	
12	月	全体討議	全体討議
13	火	全体討議	全体討議
14	水	全体討議	全体討議・閉講式

課程主任 牟 田 隆 郎

課程副主任 横 田 正 雄

第30回心理学課程研修講師名簿

講 師 名	所 属	講義テーマ
原 敏 弘	厚生省 保健医療局 精神保健課	精神保健行政
田 頭 寿 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 客員研究員	体験的ロールシャッハ法
増 野 肇	宇都宮大学 教育学部 教授	サイコドラマ
鈴 木 純 一	海上寮療養所 院長	グループ・セラピー
小 沢 牧 子	和光大学	心理テストの諸問題
安 香 宏	千葉大学 教授	非行臨床

Ⅲ 研 修 実 績

吾 郷 晋 浩	国立精神・神経センター 精神保健研究所 心身医学研究部長	バイオフィードバック法
原 ひ ろ 子	お茶の水女子大学 教授	子供と社会
村 瀬 孝 雄	東京大学 教育学部 教授	内観療法
藤 縄 昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所長	精神科の診断をめぐる
佐 治 守 夫	日本精神技術研究所 所長	クライアント・センタード・ アプローチ
鈴 木 浩 二	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部長	ファミリー・セラピー
山 本 和 郎	慶応義塾大学 文学部 教授	コミュニティーサイコロジー
水 島 恵 一	文教大学 教授	人間学的アプローチ
齋 藤 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	社会の中の高齢者
高 橋 徹	国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部長	時代・社会と神経症

施設見学 国立きぬ川学院 栃木県塩谷郡氏家町大字押上288

☎0286-82-2448

喜連川少年院 栃木県塩谷郡喜連川町大字喜連川3475-1

☎0286-86-3020

《精神科デイ・ケア課程》

精神病院等において精神科看護に関する業務に従事している看護婦(士)に対し、精神科デイ・ケアにかかる専門的な知識及び技術の研修を4回実施した。期間と参加者数は、以下の通りである。

第42回 平成元年5月10日～5月30日 40名

第43回 平成元年8月7日～8月26日(札幌市) 40名

第44回 平成元年11月8日～11月29日 40名

第45回 平成元年1月10日～1月31日 25名

第42回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30～12:30)	午 後 (13:30～16:30)
5. 10	水	開講式・精神保健行政 (本 藤)	セミナー (オリエンテーション)
11	木	デイ・ケアの歴史 (岡 上)	社会精神医学概説 (吉 川)
12	金	治療の人間関係 (藤 縄)	セミナー

13	土	作業療法の理論とその展開 (丹野)	
15	月	実習及びセミナー	
16	火		
17	水		
18	木		
19	金		
20	土		
22	月	セミナー(実習報告)	地域ケアの実際 (谷中)
23	火	自己理解 (宗像)	セミナー
24	水	臨床チーム論、ケース・カンファレンスのもち方 (越智)	セミナー
25	木	家族との関係の実際 (大嶋)	老人のデイ・ケア (齋藤)
26	金	面接技術 (横田)	セミナー
27	土	スタッフの役割 (桑名)	
29	月	デイケア・プログラムの実際、グループワークの技法 (松永)	対象論、働きかけの意味 (柏木)
30	火	総括討論	総括討論、閉講式

課程主任 松永宏子

課程副主任 椎谷淳二

第42回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

講師名	所属	講義テーマ
本藤久雄	厚生省 保健医療局 精神保健課 主査	精神保健行政
岡上和雄	日本社会事業大学 教授	デイケアの歴史
吉川武彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長	社会精神医学概説
藤縄昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所長	治療的人間関係
丹野きみ子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 作業療法士	作業療法の理論とその展開
谷中輝雄	やどかりの里 理事長	地域ケアの実際

Ⅲ 研 修 実 績

宗 像 恒 次	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会文化研究室長	自己理解
越 智 浩二郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 心理研究室長	臨床チーム論 ケースカンファレンスの持ち方
大 嶋 巖	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部 研究員	家族との関係の実際
齋 藤 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人のデイケア
横 田 正 雄	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 精神保健相談研究室長	面接技術
桑 名 行 雄	国立精神・神経センター 国府台病院 精神科 看護師	スタッフの役割
松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	デイケアプログラムの実際 グループワークの技法
柏 木 昭	淑徳大学 教授	対象論 働きかけの意味

第42回精神科デイ・ケア課程研修実習施設

施 設 名	実習担当者名	所 在 地
東 総 デイケアセンター	デイ・ケア主任 佐藤 治 夫	千葉県旭市イ-1326 04796-3-6602
医療法人同和会千葉病院	社会復帰科長 柴田 憲 良	船橋市飯山満町2-508 0474-66-2176
財団法人復光会総武病院	デイケアセンター長 鈴木 秋 津	船橋市市場3-3-1 0474-22-2171
医療法人静和会浅井病院	デイ・ケア課長 安井 利 子	千葉県東金市家徳36 04755-8-5000
医療法人式場病院	看護婦 大上 好 子	市川市国府台6-1-14 0473-72-3567
千葉県精神科医療センター	生活療法科長 赤沼 民 雄	千葉市豊砂 0472-76-1361

成 増 厚 生 病 院	相談室主任 寺 谷 隆 子	板橋区三園1-19-1 03-939-1191
医療法人厚生協会東京足立病院	ソーシャルワーカー 吉 島 徹	足立区保木間町5-23-20 03-883-6331
東 京 都 立 松 沢 病 院	看護師 末 安 民 雄	世田谷区上北沢2-1-1 03-303-7211
昭 和 大 学 附 属 烏 山 病 院	臨床心理士 江 口 文 子	世田谷区北烏山6-11-11 03-300-5231
東京都立中部総合精神保健センター	広報教育係長 佐 藤 哲 郎	世田谷区上北沢2-1-7 03-302-7575
国立精神・神経センター武蔵病院	デイ・ケア医長 樋 田 精 一	小平市小川東町4-1-1 0423-41-2711
国立精神・神経センター国府台病院	看護師 桑 名 行 雄	市川市国府台1-7-1 0473-72-3501
国立精神・神経センター 精 神 保 健 研 究 所	老化研究室長 齋 藤 和 子	市川市国府台 1-7-3 0473-72-0141

第43回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)		午 後 (13:30~16:30)
8. 7	月	開講式	研修 オリエンテーション	精神保健行政 (中林)
				治療的人間関係について (藤 縄)
8	火	デイ・ケアの対象について (越 智)		左同セミナー (越 智)
9	水	デイ・ケアプログラムの実際 (伊 藤)		スタッフの役割 (越 智)
10	木	作業療法の理論と実際 (I) (上 野)		左同セミナー (深 沢)
11	金	作業療法の理論と実際 (II) (工 藤)		左同セミナー (安 達)
12	土	精神科療法における リハビリテーション (遠 藤)		
14	月	実習及びセミナー		
15	火			
16	水			
17	木			

III 研 修 実 績

18	金		
19	土		
21	月	ケースカンファレンスの持ち方 (臨床チーム論) (丸 山)	左同セミナー (丸 山)
22	火	老人デイ・ケアについて (上 野)	家族との関係の実際 (金 田)
23	水	面接技術 (安 達)	老人デイケア施設見学&レクチャー (上 野)
24	木	グループワークの技法 (松 永)	地域ケアについて (遠 藤)
25	金	社会精神医学概論 (伊 東)	総括討論 (I) {グループ別討議} (遠藤・上野・伊藤・安達・深沢・林)
26	土	総括討論 (II) {全体討議} 閉講式 (藤縄・遠藤・上野・伊東・伊藤・長谷川)	

研修会場

北海道看護研修会館 札幌市白石区本通16丁目北818番地

TEL (011)-863-6731

課程主任 越 智 浩二郎

課程副主任 丸 山 晋

第43回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

講 師 名	職 名	講義テーマ
中 林 圭 一	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神保健行政
藤 縄 昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所長	治療的人間関係について
越 智 浩二郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 心理研究室長	デイ・ケアの対象について、 同セミナー スタッフの役割
伊 藤 哲 寛	北海道立緑ヶ丘病院付属 音更りハビリテーションセンター所長	デイ・ケアプログラムの実際 総括討論 (I)・(II)
上 野 武 治	北海道大学 医療技術短期大学部 教授	作業療法の理論と実際 (I)、 老人デイ・ケアについて 老人デイケア施設見学&レク チャー、総括討論 (I)・(II)

深 沢 孝 克	北海道大学 医療技術短期大学部 講師	作業療法の理論と実際(Ⅰ) セミナー
工 藤 英 一	札幌医科大学 衛生短期大学部 講師	作業療法の理論と実際(Ⅱ)
安 達 克 己	北海道大学 医療技術短期大学部 助教授	作業療法の理論と実際(Ⅱ) セミナー 面接技術、総括討論(Ⅰ)
遠 藤 雅 之	北海道立 精神保健センター所長	精神科医療におけるリハビリ テーション 地域ケアについて 総括討論(Ⅰ)・(Ⅱ)
丸 山 晋	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部長	ケースカンファレンスの持 ち方 同セミナー
金 田 迪 代	北海道立 精神保健センター 相談部 副部長	家族との関係の実際
松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	グループワークの技法
伊 東 嘉 弘	札幌市 デイケアセンター所長	社会精神医学概論 総括討論(Ⅱ)
林 和 幸	北海道立 精神保健センター 研究調査部 副部長	総括討論(Ⅰ)
長谷川 陽 一	北海道 保健環境部 保健予防課 精神保健係長	総括討論(Ⅱ)

第43回精神科デイ・ケア課程研修実習施設

施 設 名	施 設 長 名	所 所・電話番号
医療法人 旭川圭泉会病院	直 江 善 男	旭川市東旭川町下兵村252 0166-36-1559
医療法人 函館渡辺病院	渡 辺 博	函館市湯川町1丁目31-1 0138-59-2221
北海道立緑ヶ丘病院付属 音更リハビリテーションセンター	伊 藤 哲 寛	河東郡音更町緑ヶ丘1番地 0155-42-4166

Ⅲ 研 修 実 績

北海道立精神保健センター	遠藤 雅之	札幌市白石区本通16丁目北6-34 011-864-7121
医療法人 北仁会 旭山病院	石橋 幹雄	札幌市中央区双子山4丁目3-33 011-641-7755
医療法人 札幌太田病院	太田 耕平	札幌市西区山の手5条5丁目1-1 011-644-5111
医療法人 ときわ病院	花井 忠雄	札幌市南区常盤3条1丁目6-1 011-591-4711
医療法人 中江病院	今野 陽三	札幌市北区北22条西7丁目 011-716-7181

第44回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
11. 8	水	開講式・精神保健行政 (曾 根)	セミナー (オリエンテーション)
9	木	治療的人間関係 (藤 縄)	セミナー
10	金	デイ・ケアの歴史 (吉 川)	社会精神医学概論 (丸 山)
11	土	作業療法の理論とその展開 (丹 野)	
13	月	実習及びセミナー	
14	火		
15	水		
16	木		
17	金		
18	土		
20	月	セミナー (実習報告)	セミナー
21	火	面接技術 (牟 田)	コミュニティワークの理論と実際 (椎 谷)
22	水	デイ・ケアにおけるスタッフの役割 (原田)	老人のデイ・ケア (齋 藤)
24	金	家族ぐるみの心理教育 (鈴 木)	働きかけの意味 (末 安)
25	土	対象論 (柏木)	

27	月	デイケアプログラムの実際・グループワークの技法 (松 永)	セミナー
28	火	地域ケアの実際 (大 嶋)	臨床チーム論・ケースカンファレンスの持ち方 (越 智)
29	水	総括討論	総括討論、閉講式

課程主任 吉川 武彦

課程副主任 丹野 きみ子

第44回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

講師名	所 属	講義テーマ
曾 根 啓 一	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神保健行政
藤 縄 昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所長	治療の人間関係
吉 川 武 彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長	デイケアの歴史
丸 山 晋	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部長	社会精神医学概論
丹 野 きみ子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 作業療法士	作業療法の理論とその展開
牟 田 隆 郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 診断技術研究室長	面接技術
椎 谷 淳 二	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室長	コミュニティーワークの理論と実際
原 田 誠 一	東京都立中部総合精神保健センター 医師	デイ・ケアにおけるスタッフの役割
齋 藤 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人のデイケア
鈴 木 浩 二	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部長	家族ぐるみの心理教育
末 安 民 生	東京都立松沢病院 看護師	働きかけの意味
柏 木 昭	淑徳大学 教授	対象論

Ⅲ 研 修 実 績

松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	デイケアプログラムの実際 グループワークの技法
大 嶋 巖	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部 統計解析研究室 研究員	地域ケアの実際
越 智 浩二郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 心理研究室長	臨床チーム論 ケースカンファレンスの持ち方

第44回精神科デイ・ケア課程研修実習施設

施 設 名	実 習 担 当 者	所 在 地
東 総 デイケアセンター	ケース・ワーカー 永 井 久美子	千葉県旭市イ-1326 04796-3-6602
財団法人復光会総武病院	デイケアセンター長 鈴 木 秋 津	船橋市市場3-3-1 0474-22-2171
医療法人静和会浅井病院	デイ・ケア課長 安 井 利 子	千葉県東金市家徳36 04755-8-5000
医療法人式場病院	看護婦 大 上 好 子	市川市国府台6-1-14 0473-72-3567
千葉県精神科医療センター	生活療法科長 赤 沼 民 雄	千葉市豊砂 0472-76-1361
成 増 厚 生 病 院	相談室主任 寺 谷 隆 子	板橋区三園1-19-1 03-939-1191
医療法人厚生協会 東 京 足 立 病 院	ソーシャルワーカー 吉 島 徹	足立区保木間町5-23-20 03-883-6331
東 京 都 立 松 沢 病 院	看護師 末 松 民 生	世田谷区上北沢2-1-1 03-303-7211
昭和大学付属烏山病院	臨床心理士 宇 賀 勇 夫	世田谷区北烏山6-11-11 03-300-5231
川崎市リハビリテーション 医 療 セ ン タ ー	指導第二副主幹 福 光 和 子	川崎市中原区井田1471 044-788-1551
国立精神・神経センター 武 蔵 病 院	デイ・ケア医長 樋 口 精 一	小平市小川東町4-1-1 0423-41-2711

国立精神・神経センター 国府台病院	看護婦 竹内依子	市川市国府台1-7-1 0473-72-3501
国立精神・神経センター 精神保健研究所	老化研究室長 齋藤和子	市川市国府台1-7-3 0473-72-0141

第45回精神デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
1. 10	水	開講式・精神保健行政 (原)	セミナー (オリエンテーション)
11	木	デイ・ケアの歴史 (岡上)	デイケアプログラムの実際・グループワークの技法 (松永)
12	金	セミナー	治療的人間関係 (藤縄)
13	土	作業療法の理論とその展開 (丹野)	
16	火	実習及びセミナー	
17	水		
18	木		
19	金		
20	土		
22	月	セミナー (実習報告)	セミナー
23	火	老人のデイ・ケア (齋藤)	セミナー
24	水	デイ・ケア・スタッフの役割 (丸山)	セミナー (丸山)
25	木	地域ケアの実際 (窪田)	面接技術 (横田)
26	金	社会精神医学 (吉川)	セミナー
27	土	働きかけの意味 (末安)	
29	月	家族との関係の実際 (大嶋)	対象論 (柏木)
30	火	臨床チーム論・ケースカンファレンスの持ち方 (越智)	セミナー
31	水	総括討論	総括討論、閉講式

課程主任 丹野 きみ子

課程副主任 大嶋 巖

III 研 修 実 績

第45回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

講 師 名	所 属	講義テーマ
原 敏 弘	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神保健行政
岡 上 和 雄	日本社会事業大学 教授	デイケアの歴史
松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	デイケアプログラムの実際 グループワークの技法
藤 縄 昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所長	治療の人間関係
丹 野 きみ子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 作業療法士	作業療法の理論とその展開
齋 藤 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人のデイケア
丸 山 晋	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部長	デイ・ケア・スタッフの役割
窪 田 彰	クボタクリニック 院長	地域ケアの実際
横 田 正 雄	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 精神保健相談研究室長	面接技術
吉 川 武 彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長	社会精神医学
末 安 民 生	東京都立松沢病院 看護師	働きかけの意味
大 嶋 巖	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部 統計解析研究室 研究員	家族との関係の実際
柏 木 昭	淑徳大学 教授	対象論
越 智 浩二郎	国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部 心理研究室長	臨床チーム論 ケースカンファレンスの持ち方

第45回精神科デイ・ケア課程研修実習施設

施設名	実習担当者	所在地
財団法人復光会総武病院	デイケアセンター長 鈴木秋津	船橋市市場3-3-1 0474-22-2171
医療法人同和会千葉病院	社会復帰科長 柴田憲良	船橋市飯山満町2-508 0474-66-2176
医療法人式場病院	看護婦 大上好子	市川市国府台6-1-14 0473-72-3567
千葉県精神科医療センター	生活療法科長 赤沼民雄	千葉市豊砂 0472-76-1361
成増厚生病院	相談室主任 寺谷隆子	板橋区三園1-19-1 03-939-1191
東京都立松沢病院	看護士 末安民生	世田谷区上北沢2-1-1 03-303-7211
昭和大学附属烏山病院	臨床心理士 宇賀勇夫	世田谷区北烏山6-11-11 03-300-5231
社会福祉法人 博仁会なぎさ和楽苑	相談室長 宮森達夫	江戸川区西葛西8-1-1 03-675-1201
東京都立中部総合 精神保健センター	広報教育係 佐藤哲郎	世田谷区上北沢2-1-7 03-302-7575
国立精神・神経センター 国府台病院	看護婦 竹内依子	市川市国府台1-7-1 0473-72-3501

IV 研究業績

原著論文

藤縄昭：現在社会と家族，精神医学31：564-569，1989.

入江正幸，十川博，木原廣美，松浦達雄，森孝宏，中野博，久保千春，手嶋秀毅，永田頌史，吾郷晋浩：小児気管支喘息の遷延化に対する心身医学的治療の必要性について。呼吸器心身症研究会誌5：25-28，1989.

岡孝和，松浦達雄，三島徳雄，十川博，木原廣美，中川哲也，吾郷晋浩：気管支喘息患者に対するヨーガ療法の試み(第一報)。呼吸器心身症研究会誌5：17-20，1989.

三島徳雄，松岡洋一，中川哲也，吾郷晋浩：心療内科における病歴データベースの研究。心身医30：105-112，1990.

Garrick, T., Stephene, R.L., Ishikawa, T., Sierra, A., Yosefian, A., Weiner, H., Tache, Y.: TRH-analogue, RX77368, microinjected into the dorsal vagal complex and nucleus ambiguus stimulates gastric contractility in the rat. Am J Physiol 256: 1011-1015, 1989.

石川俊男，永田頌史，吾郷晋浩，高橋清久，苅部正紀：ストレス関連物質，インターロイキンIと胃酸分泌。精神保健研究35：139-142，1989.

Shinotoh, H., Iyo, M., Yamada, T., Inoue, O., Suzuki, K., Itoh, T., Fukuda, H., Yamasaki, T., Tateno, Y., Hirayama, K.: Detection of benzodiazepine receptor occupancy in the human brain by pos-itrone emission tomogra-

phy. Psychopharmacology99: 202-207, 1989.

大島巖，山崎喜比古，中村佐織，小沢温：日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観——開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から。社会精神医学12：286-297，1989.

竹島正，大島巖，岡上和雄：高知県の在宅分裂病患者の社会生活援助のニーズに関する分析。社会精神医学12：343-352，1989.

越智浩二郎：あたりまえのつき合いと専門性。臨床心理学研究，27巻別冊，1989

加我牧子，田中美郷，高見沢勝，内藤春子，二瓶健次：小児科領域における聴性脳幹反応(A B R)無反応症例の臨床的検討。脳と発達21：550-556，1989.

田中美郷，加我牧子：小児科領域における聴性脳幹反応無反応例の臨床的検討。臨床脳波31：321-324，1989.

吉川秀人，加我牧子，桜川宣男，加我君孝：Tay-Sachs病における驚愕反応の神経耳科学的検討—聴覚過敏という表現の不適當性について。脳と発達21：583-585，1989.

上林靖子：精神保健における女性の役割 思春期への関わりから。社会精神医学12：213-220，1989.

上林靖子：不登校と非行。社会精神医学13：11-18，1990.

Kitamura, T., Shima, S., Kano, S., Asai, M.: Hormonal changes in major depressive dis-

order. Keio J Med 38 : 40-52, 1989.

Kitamura, T., Sugawara, M., Aoki, M., Shima, S. : Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. Psychol Med 19 : 507-511, 1989.

竹内美香, 鈴木忠治, 北村俊則 : 両親の養育態度に関する因子分析的研究. 周産期医学19 : 852-856, 1989.

Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E., Kato, M. : Psychiatric diagnosis in Japan. I. A study on diagnostic labels used by practitioners. Psychopathology 22 : 239-249, 1989.

Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E., Kato, M. : Psychiatric diagnosis in Japan. II. Reliability of conventional diagnosis and discrepancies with RDC diagnosis. Psychopathology 22 : 250-259, 1989.

Kitamura, T., Takazawa, N., Moridaira, J. : Family history study of major psychiatric disorders and syndromes. Int J Soc Psychiat 35 : 333-342, 1989.

北村俊則, 島悟 : RDC定型うつ病患者における幼少期の喪失体験と臨床像の関連. 精神保健研究35 : 83-87, 1989.

竹内美香, 北村俊則 : Social desirability判断の形成に関する発達の研究—大学生とその両親の比較—. 精神保健研究35 : 133-137, 1989.

北村俊則, 杠岳文, 森田昌宏, 伊藤順一郎, 須賀良一, 中川泰彬 : オックスフォード大学版BPRSの下位尺度の作成とその妥当性. 精神科診断学1 : 101-197, 1990.

吉川武彦 : いわゆる中年自殺の動向とこれからの地域保健活動—目下の緊急課題として取り上げるべきことを探る—. こころの健康 (日本精神衛生学会機関誌) 4 : 53-66, 1989.

栗田広, 勝野薫, 三宅由子 : 小児自閉症評定尺度日本修正版(CARS-JM)—その信頼性および妥当性. 精神医学31 : 947-954, 1989.

Kurita, H., Miyake, Y., Katsuno, K. : Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale-Tokyo Version (CARS-TV). J Autism Dev Disord 19 : 389-396, 1989.

栗田広 : 広汎性発達障害としての Heller 症候群. 精神保健研究35 : 71-81, 1989.

三宅由子, 栗田広 : 「自閉傾向に関するチェックリスト」の信頼性と妥当性の検討. 発達障害研究11 : 291-302, 1990.

金吉晴 : 一破瓜病者の途絶における非分裂病的事態について. 臨床精神病理10 : 99-110, 1989.

斧出節子, 清水新二 : 老年野宿者と飲酒問題. 社会老年学31 : 52-58, 1989.

清水新二 : 家族ストレス論と結果変数—“家族適応”をめぐる. 家族社会学研究 創刊号103-112, 1989.

清水新二 : 精神障害と社会的態度仮説の実証的研究—アルコール症の場合—. 社会学評論 40 : 31-45, 1989.

Suzuki, K. : Life Cycles and the Family : Career-prime Fathers and Their Families. Newsletter, AFTA. No. 34 : 24-29, 1989.

Takahashi, T. : Phobie sociale et sympathie

ambigue. *Evolution Psych* 54 : 847-851, 1989.

赤松洋, 川上義, 関和男, 与田仁志, 西巻滋, 森千明, 森川寿子, 今泉岳雄, 白川公子, 中田洋二郎, 多田羅裕子, 村田光範, 服部光成, 鈴木和長: 多胎児の臨床—五つ子の成長発達記録—。未熟児新生児学会雑誌 1 : 2-18, 1989.

永田頌史, 吾郷晋浩: ストレスによる免疫反応の修飾—ストレス関連伝達物質の好中球活性酸素産生に及ぼす影響。精神保健研究35 : 101-106, 1989.

永田頌史: 思春期喘息の将来。喘息 3 : 93-99, 1990.

Hara, H., Fukuyama, Y.: Sustained attention during the interictal period of mentally normal children with epilepsy or febrile convulsions, and the influence of anticonvulsants and seizures on attention. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* 43 : 411-416, 1989.

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 仁志田博司, 坂元正一, 福山幸夫: 胎内発育障害の臨床的研究 第4報 頭部発育と神経学的予後に関する検討。日本新生児学会雑誌 25 : 524-530, 1989.

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 仁志田博司, 福山幸夫: 超未熟児における周産期管理の進歩とその予後。小児保健研究 49 : 86-90, 1990.

山口規容子, 三石知左子, 原仁, 新井敏彦, 福田雅文, 仁志田博司, 中林正雄, 武田佳彦, 坂元正一, 福山幸夫: 胎内発育障害の臨床的研究 第5報 出生時血小板減少症と神経学的予後。日本新生児学会雑誌 25 : 531-537, 1989.

福井進, 和田清, 伊豫雅臣: 最近の有機溶剤依

存の臨床的特徴…有機溶剤乱用の現状と問題点…。精神保健研究35 : 107-131, 1990.

町沢静夫, McDonald-Scott P, 沢村幸, 佐藤寛之: 精神科診断の告知をめぐるアンケート分析。精神保健研究35 : 89-99, 1989.

町沢静夫: ボーダーライン・スケールの日本人への適用—日本における境界型人格障害の診断妥当性の検討—。精神科治療学4 : 889-899, 1989.

丸山晋, 大原一興, 大塚俊男: 全国デイサービス施設における痴呆性老人の受け入れ状況とサービス内容に関する考察。老年社会科学11 : 50-63, 1989.

丸山晋: 心の問題解決とフィールド・ワーク。KJ法研究12 : 91-119, 1989.

宗像恒次: 医療従事者のストレスと燃えつき症候群。九州神経精神医学35 : 1-9, 1989.

Munakata, T.: The Socio-Cultural Significance of the Diagnostic Label "Neurasthenia" in Japan's Mental Health Care System, Culture. *Medicine and Psychiatry* 13 : 203-213, 1989.

宗像恒次: 社会変動と生活様式へのインパクト。ストレスと人間科学4 : 20-26, 1989.

宗像恒次: 病人のストレスと人生の質, 教育と医学37(8) : 785-791, 1989.

宗像恒次: セフルケアとソーシャルサポートネットワーク。日本保健医療行動科学会年報4 : 1-20, 1989.

宗像恒次: 医療従事者のストレスと燃えつき予

防. 精神保健34:1-9, 1989.

横田正雄:変化につまずいて—うつ状態を呈した—登校拒否少女のロールシャッハ反応—, ロールシャッハ・モノローグ6:1-11, 1989.

横田正雄:登校拒否論の批判的検討<その1>—母子分離不安論の登場まで—, 臨床心理学研究 Vol.27 No.2:56-61, 1989.

横田正雄:登校拒否論の批判的検討<その2>—登校拒否の社会的広がりに至るまで—, 臨床心理学研究 Vol.27 No.3, 2-8, 1990.

和田清, 沼沢聡, 黒岩幸雄, 福井進:陰毛から覚せい剤を検出し得た覚せい剤精神病の1鑑定例. 臨床精神医学18:1683-1691, 1989.

総 説

藤縄昭, 新宮一成:精神療法「分裂病の家族療法—ダブルバインドからE Eまで」土居健郎ほか編「異常心理学講座 第9巻」, みすず書房, 東京, pp. 195-227, 1989.

藤縄昭:最近の精神科の診断分類について. 精神経誌91:600-606, 1989.

藤縄昭:Personality Disorders (DSM-III). 現代精神医学大系 年刊版'89-A205-232, 1990.

藤縄昭:老年期の妄想の諸病態. 老年精神医学雑誌1:92-97, 1990.

吾郷晋浩:一般心理療法. 治療4:47-50, 1989.

吾郷晋浩:呼吸器疾患. 心身医療1:691-696, 1989.

吾郷晋浩:心理テストの活用法. 心身医29:449-456, 1989.

吾郷晋浩, 永田頌史:気管支喘息. 臨床と研究66:33-36, 1989.

吾郷晋浩:ライフサイクルと心身症. メディカル・ヒューマニティ15:27-31, 1989.

吾郷晋浩, 永田頌史:心理療法—そのアプローチ法と有効性. Medical Practice 6:1897-1901, 1989.

吾郷晋浩:コリン性蕁麻疹. Current Insights in Allergy5:10-11, 1989.

吾郷晋浩:アレルギーと心身症. アレルギー39:63-68, 1990.

Tache, Y., Ishikawa, T., Gunion, M., Raybould, H.E.: Central nervous system action of bombesin to influence gastric secretion and ulceration. Ann N Y Acad Sci547:183-193, 1989.

Tache, Y., Stephens, R.h., Ishikawa, T.: Central nervous system action of TRH to influence gastrointestinal function and ulceration. Ann NY Acad Sci 553:269-285, 1989.

石川俊男:ストレスのメカニズム. 臨床栄養76:129-135, 1990.

大島巖:精神保健法と社会的リハビリテーション—援護寮, 福祉ホームなどの福祉型施設を中心として. 社会精神医学12:123-130, 1989.

大塚俊男:病院内の痴呆の有病率に関する調査. 精神保健研究35:143-148, 1989.

- 大塚俊男：国立精研式痴呆スクリーニング。老年期臨床3：93-96, 1989.
- 大塚俊男：痴呆の臨床評価。Clinical Neuroscience7：57-60, 1989.
- 大塚俊男：精神障害，成人病の発見から管理。臨床成人病19：1081-1084, 1989.
- 加我牧子：感覚系の反応の発達：特に乳幼児の視聴覚系の反応の発達。脳と神経41：863-876, 1989.
- 加我牧子：後天性失語症・言語遅滞の病態生理。小児内科21：588-594, 1989. 小児内科21臨時増刊号：588-594, 1989.
- 加我牧子：Landau-Kleffner 症候群。精神保健研究35：25-38, 1989.
- 上林靖子：思春期の問題行動と周囲のかかわり方。心の健康37：12-9, 1989.
- 上林靖子：精神科医療からみた登校拒否。教育No.514：30-39, 1989.
- 吉川武彦：精神障害者の現状と問題点（I. これまでの精神障害者の実態と処遇—戦後史をたどりながら—, II. 精神障害者の治療とリハビリテーションの現状—地域ケアに向けて—, III. 精神障害者をとりまく今日的状況—新しい精神保健法がめざすもの—, IV. 精神障害者の問題の解決に向かって—いま私たちは何をなすべきか—。愛護, 379, 380, 381, 382, 1989.
- 吉川武彦：精神医学からみた疲労。疲労と休養の科学（日本体力学会疲労研究会機関誌）4：15-24, 1989.
- 吉川武彦：思春期のこころの健康。第17回母子保健夏期セミナーコース思春期セミナー抄録集（母子愛育会）：3-14, 1989.
- 吉川武彦：思春期の心の発達と障害—精神医学の見地から—。第17回母子保健夏期セミナーコース思春期セミナー抄録集（母子愛育会）：24-35, 1989.
- 吉川武彦：すこやかな心と身体を育てる教育の課題—こころの健康づくりをする立場から—。初等教育資料541：2-6, 1989.
- 吉川武彦：都市生活とメンタルヘルス—ストレス社会におけるメンタルヘルスを考える—。調査季報104：10-19, 1990.
- 吉川武彦：地域精神医療から地域精神保健へ—医療と保健の新たな統合を目指して—。日精協雑誌9：76-80, 1990.
- 吉川武彦：地域精神保健活動からみた思春期（思春期保健の地域活動IV—精神保健活動）。思春期学会誌8：18-22, 1990.
- 栗田広：広汎性発達障害の概念。発達障害研究11：1-6, 1989.
- 栗田広：登校拒否。発達障害研究11：44-48, 1989.
- Kurita, H. : Medical treatment of autism-- Present and future. Proceedings of the 16th World Congress of Rehabilitation International, pp. 594-597, Japanese Society for Rehabilitation of the Disabled, Tokyo, 1989.
- 栗田広：自閉症の医療—現在と将来。第16回リハビリテーション世界会議報告書, pp. 428-431, 1989.

栗田広：発達障害と乳幼児期の母子援助。別冊発達9：206-214, 1989.

栗田広：DSM-III-Rの幼児期, 児童期および青年期に通常最初に明らかになる障害について。精神科診断学1：57-63, 1990.

栗田広：発達障害の分類と診断。精神保健研究 35：1-8, 1989.

鈴木浩二：Milton Ericksonの家族療法への貢献。睡眠学研究33：00-00, 1990.

鈴木浩二：精神分裂病の家族療法—再発予防を目的とした家族ぐるみの各種心理教育的アプローチ。現代精神医学大系 年刊版'89-A pp.139-154, 1990.

高橋徹：強迫神経症。Pharma Medica 8：49-54, 1990.

永田頌史, 石川俊男：心身症基礎研究の現状。メディカルヒューマニティ4：65-70, 1989.

永田頌史：心身症を疑うための問診法—喘息。心身医療1：229-236, 1989.

原仁：注意欠陥多動障害。精神保健研究 35：51-62, 1989.

原仁：極小未熟児の長期追跡研究。発達の心理学と医学1：43-53, 1990.

町沢静夫：精神科における遊びの意味。作業療法8：588-593, 1989.

町沢静夫：遊びとQOL—精神医学的観点—。Health Sciences5：5-7, 1989.

町沢静夫：境界例のメカニズムと病像。精神科看護29：8-13, 1989.

町沢静夫：職場のストレスとその対応。心の健康3月号, 12-19, 1990.

Maruyama, S. : On the profile of psychiatric rehabilitation of 1988 in Japan. International congress on the development of mental health care (WHO proceedings) pp. 197-206, 1990.

宗像恒次：米国における予防医療時代の新しい職種との連携。ナースアイ13：85-90, 1989.

宗像恒次：教師のストレスを考える。青年心理76：82-88, 1989.

宗像恒次：心身の病理を生むもの。メディカル・ヒューマニティ 4：17-26, 1989.

宗像恒次：問われる医師—患者関係。からだの科学146：106-111.

宗像恒次：ストレス予防の生活指導—健康心理学の立場から。心身医療1：5, 1989.

その他

藤縄昭：治療覚書「友人のごとくに」。精神科治療学 4：1303-1306, 1989.

藤縄昭：精神科リハビリテーションのこと。学術通信(岩崎学術出版社) No. 40：2-5, 1989.

藤縄昭：わが旅「ラインの瀧」。日本医師会雑誌 102：1746, 1989.

藤縄昭：国立精神・神経センター精神保健研究所とは。生命の科学《現代精神医学大系》第63

- 回月報pp. 1-2, 1990.
- 藤縄昭：《書評》下坂幸三・秋谷たつ子編家族療法ケース研究1「摂食障害」家族療法研究6：89-90, 1989.
- 藤縄昭：多軸診断について，森温理・長谷川和夫編：精神科Q & A. 金原出版株式会社，東京，pp. 289-290, 1989.
- 藤縄昭：治療覚書「形とこころ—躁うつ病者との付き合い」. 精神科治療学4：905-909, 1989.
- 藤縄昭：治療覚書「いま一度「形」について—森田療法から学んだこと—」. 精神科治療学4：1175-1178, 1989.
- 藤縄昭：精神医学，心身医学におけるストレス概念について. ストレスと人間科学No. 4：7-10, 1989.
- 藤縄昭：躁うつ病の医療最前線. 厚生44：32-34, 1989.
- 藤縄昭：茶道と健康. 保健の科学31：572-576, 1989.
- 藤縄昭：精神分裂症と家族. 心と社会 No57：67-77, 1989.
- 笠原嘉，山下格，藤縄昭：座談会「神経症」をめぐって. PONS No. 6：1-8, 1990.
- 吾郷晋浩：医療QOL 呼吸器病. 毎日ライフ20（4）：41-43, 1989.
- 吾郷晋浩：アレルギーの心理学的側面. からだの科学147：87-91, 1989.
- 吾郷晋浩：心身症を治す—呼吸器系—. 暮らしと健康45：21-23, 1989.
- 石川俊男：欧米諸国のストレス研究事業，—ヨーロッパを中心に—. ストレスと人間科学4：124-126, 1989.
- 大島巖，河野恭子：精神障害者の価値意識と彼らの自己表現を妨げるもの—全国精神障害者福祉ニーズ調査の自由回答項目の分類と分析. 精神保健研究35：149-163, 1990.
- 大島巖：イギリスの家族支援プログラム—今，家族が注目されている. 月刊ぜんかれん（266）：23-23, 1989.
- 好ましくない対応を生みだすもの. 月刊ぜんかれん（267）：24-24, 1989.
- さまざまな家族支援の試み(1). 月刊ぜんかれん（268）：22-22, 1989.
- さまざまな家族支援の試み(2). 月刊ぜんかれん（269）：22-22, 1989.
- さまざまな家族支援の試み(3). 月刊ぜんかれん（270）：23-23, 1989.
- 家族会の動き，家族センター. 月刊ぜんかれん（271）：23-23, 1990.
- 家族支援プログラムの前提条件. 月刊ぜんかれん（272）：22-22, 1990.
- 大島巖：精神障害者社会復帰施設. OTジャーナル23：682-682, 1989.
- 大島巖：書評「患者・家族会の作り方と進め方」. 地域福祉研究(17)：117-119, 1989.
- 大塚俊男：お年寄りのQ&A ほけが始まる？NHKきょうの健康8：124-127, 1987.
- 大塚俊男：痴呆の評価スケールと重症度分類. 日本医師会報誌100：11-12, 1989.
- 大塚俊男：老人の心（上），健康づくり12-13,

1990.

大塚俊男：老人の心（下），健康づくり12-13，1990.

北道子：片麻痺型脳性小児麻痺に生じた登校拒否の一例，千葉大学教育相談事例集（印刷中）1990.

Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E., Kato, M.: Conventional classification of functional psychiatric disorders and the explanations for its low reliability. Jap J Psychiat Neurol 43, 309-310, 1989.

中村中，神庭重信，藤原茂樹，生田憲正，加野象次郎，八木剛平，保崎秀夫，北村俊則：感情病のリチウム治療においてその反応を決定する因子についての検討，東京都精神医学会誌 7：103，1989.

北村俊則：現代の古典(1) Tsung とアイオワ500計画，精神科診断学 1：120-122，1990.

吉川武彦：『精神分裂病の経過，予後，転帰』補遺，佐藤三教授退官記念誌：51-56，1989.

吉川武彦：精神障害者の社会復帰と社会参加—精神保健法制定の意義とこれからの実戦—，社会福祉広報 301：2-3，1989.

吉川武彦：母子保健指導者のための小児保健シリーズ（1. 『精神衛生』から『精神保健』へ—これからの母子保健を考える—，2. 心の発達とそのからくり—自我の誕生を追う—，3. 乳幼児期のこころの特徴—その発達過程と分化の方向—，4. 三歳児反抗の本態—社会化の過程を考える—，5. 学童期の子どもたち—学校へ行きたい子・学校へ行きたくない子—，6. 揺れ動く思春期のこころ—社会への飛翔を試みる

心理的羽ばたき），母子保健（母子衛生研究会機関紙）No.366-371（平成元年10月—平成2年3月），1989-1990.

吉川武彦：学校・家庭・地域の協力で出来るこれからの時代の心の健康指導（1. いじめといじめられ・その構造的理解—徒党を組むいじめはなぜ起こるのか—，2. いじめられる子どもたちの特徴，その子たちとのつきあい—いじめられへの対応を考える，3. ひとりぼっちになりやすい生徒には一心を大切にすつきあいを—，4. 学校ざらいの子どもたち—登校拒否と生徒指導—，5. 落ちこぼれなんてない—学業不振児と学習遅滞児—，6. 小学生の非行の背景を探る—マクロの視野をもちたい—，7. 体罰をする教師・される生徒—体罰の是非問題を越えて—，8. 子どもをとりまく社会環境—いま学校・家庭・地域は何をすべきか—），小学保健ニュース No.243-250：1989-1990.

吉川武彦：「完全参加と平等」をどうとらえ，どう実現するか—老後の問題—，第23回精神薄弱者育成会関東甲信越大会シンポジウム資料：3-4，1989.

吉川武彦：とうとうハワイへ来てしまった一翼をもった青年たち，手をつなぐ親たち（東京教育研究会機関紙）406：42-43，1989.

吉川武彦：「長谷川和夫監修：痴呆の百科—痴呆の対応をどうするか—」書評，地域保健 20：95-96，1989.

吉川武彦：保健所精神保健活動のこれからの展望・地域保健の視点から—心の健康づくりからサポートシステムづくりまで—，全国精神保健相談員会会報 13：2-13，1989.

吉川武彦：ストレスと精神不安，昭和63年社会教育心身障害講座記録誌（世田谷区）pp. 15-21，

1989.

吉川武彦：母子保健の向上を目指して全国の施設から15. 母子保健368：6-7, 1989.

吉川武彦：痴呆性老人を支える地域活動—痴呆をどう捉え、誰と誰とがどう連携したらいいのか—。生活教育(保健同人社) 34：49-59, 1990.

吉川武彦：老人の不眠—保健ゼミナール。生活教育 34：58-64, 1990.

吉川武彦：地域精神保健活動における家族の役割—相談活動の意義と作業所実践が持つ意味—。第1回全家連精神保健家族相談員四国ブロック研修会資料 pp.6-10, 1990.

吉川武彦：「寺谷隆子編：精神障害者の社会復帰」書評—実践の重みを伝えるもの—。社会精神医学 13：75-76, 1990.

吉川武彦：老後問題と余暇利用。東京手をつなぐ親たち(東京都育成会機関紙) 216：8, 1990.

吉川武彦：精神分裂病者と職場—どのように対応したらいいか—。第11回メンタルヘルス大会抄録集(メンタルヘルス研究所) pp：59-62, 1989.

Kurita, H., Miyake, Y., Katsuno, K. : Reliability and validity of the Childhood Autism Rating Scale Japanese Modification(CARS-JM). Jpn J Psychiatr Neurol 43：310-311, 1989.

栗田広：登校を嫌がる子。発達の遅れと教育377号88-89, 1989.

栗田広：睡眠に問題がある子。発達の遅れと教育378号90-91, 1989.

栗田広, 勝野薫, 三宅由子：小児自閉症評定尺度東京版(CARS-TV)—その信頼性及び妥当性。練馬区立心身障害者福祉センター十周年記念誌「いしずえ」pp. 83-91, 1989.

栗田広：小児自閉症評定尺度(CARS)を使って。学術通信41：5-6, 1990.

椎谷淳二：私たちの精神保健。ボランティアネットワーク91：1, 1989.

椎谷淳二：情報は両刃の剣。福祉展望9：82-83, 1990.

鈴木浩二, 鈴木和子：子どもにとっての家族とは何か—家族療法の夫婦の対活—。児童心理4月号臨時増刊555 189-199, 1980.

鈴木浩二：構造的家族療法の生みの親 Salvador Minuchin. 家族療法研究6：76-80, 1989.

鈴木浩二：分裂病の家族研究と家族療法の立役者 Lyman Wynne. 家族療法研究6：66-70, 1989.

中田洋二郎：親と子講座「心の育ち方」

(1)反抗期と自我。親と子第37巻第1号：6-9, 1989.

(2)社会性の発達とテレビ。親と子第37巻第2号：6-9, 1990.

(3)道徳判断としつけ。親と子第37巻第3号：6-9, 1990.

(4)罰について。親と子第37巻第4号：6-9, 1990.

原仁：自閉症の解明。小脳異常仮説。実践障害児教育 191：37, 1989.

原仁：脆弱X染色体のなぞ。実践障害児教育 193：37, 1989.

原仁：てんかんの外科治療は安全か。実践障害児教育 196：37, 1989.

原仁：最新・脳検査。その進歩とリスク。実践障害児教育 198：37, 1989.

原仁：てんかん発作の発達への影響。波（日本てんかん協会機関紙）13：113, 1989.

原仁：抗てんかん薬の発達への影響。波（日本てんかん協会機関紙）13：115, 1989.

原仁：安全な予防接種に近づくために。波（日本てんかん協会機関紙）14：79-81, 1990.

原仁：第21染色体がカギ。ダウン症とアルツハイマー痴呆症。実践障害児教育 201：37, 1990.

藤井和子：教室で背と給食を食べられなくなり、後に登校拒否を呈した事例。一母親面接を中心として— 千葉大学教育相談事例集（印刷中）

藤井和子：書評 池田由子著「引き裂かれた子どもたち：親の離婚と子どもの精神衛生」看護技術。1990, VOL.36 No.3 通巻515号.

松永宏子：グループ・ワークの技法。精神科デイ・ケア・テキスト pp. 148-50, 1989.

丸山晋：老年期うつ病気。看護技術35：1431, 1989.

宗像恒次：リーダーシップ能力の育成。心の健康37：4-11, 1989.

宗像恒次：医療行動科学。看護技術501：11, 1989.

各種研究報告書

吾郷晋浩：ストレス・マネジメントの在り方に関する研究平成元年度報告書1990.

吾郷晋浩, 永田頌史, 石川俊男, 町沢理子, 汐田まどか：内科領域の心身症に関する基礎的ならびに臨床的研究, 保崎秀夫：心身症の診断および治療予後に関する研究。厚生省精神・神経疾患研究委託費 平成元年度研究報告書。1990.

石川俊男：欧米諸国におけるストレスの研究と対策。昭和63年度健康づくり特別研究報告書, 諸外国における健康づくりに関する調査研究, pp. 81-142, 1989.

大島巖, 竹島正：高知県における在宅精神分裂病者の生活状況分析。昭和63年度高知県保健環境部委託研究報告書, pp. 1-50, 1989.

松下正明, 神戸悟, 谷中輝雄, 大島巖也：精神障害者社会復帰援助活動調査研究, 横浜市精神障害者社会復帰活動調査研究会報告書, pp. 1-124, 1989.

大島巖, 羽山由美子, 山田純子, 松永宏子, 伊藤順一郎, 坂野純子, 畠山弥生：精神科リハビリテーション領域における家族に関する研究的・実践的取り組み—欧米文献のデータベース作成とわが国への適用の検討—.

青野敏夫：精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究, 昭和63年度厚生科学研究報告書, pp. 1-218, 1989.

滝沢武久, 三代浩肆, 椎谷淳二, 大島巖他：全国市町村における精神障害（病）者の保健医療福祉施策の実態と展望に関する調査研究, 滝沢武久：精神障害者及び関連施策に関する市町村長の意識に関する調査, 昭和63年度厚生科学研究報告書。1989.

高畑隆, 伊藤秀幸, 大島巖, 三田優子, 加藤真規子: 回復者クラブの組織化。

青野敏夫: 精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究, 昭和63年度厚生科学研究報告書, 1989.

上田洋也, 大島巖, 山崎喜比古: 広範な精神障害者施設反対運動が展開された大都市近郊新興都市住民の精神障害者観—新しい地域作りと障害者施設—。

青野敏夫: 精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究, 昭和63年度厚生科学研究報告書, pp1-25, 1989.

松浦十四郎, 天本宏, 上畑鐵之助, 大塚俊男, 冷水豊, 松崎俊久, 宮崎礼子: 高齢者の総合的生活機能把握に関する研究, 平成元年度厚生科学研究研究費補助金(シルバーサイエンス研究) 1990.

大塚俊男: 臨床患者の病学と予防に関する研究, 平成元年度厚生科学研究費補助金(臨床患者施策調査研究) 1990.

加我牧子: 発達障害児の視聴覚刺激に対する反応と電気生理学的発達, 小児神経疾患にみられる聴性脳幹反応の異常波形, 鴨下重彦: 発育期脳障害の発生予防と成因に関する研究。

厚生省精神・神経疾患研究委託事業, 昭和62年度研究報告書, pp. 32-40, (62指-5-39)1989.

有馬正高, 平山義人, 阿部敏明, 加我牧子, 鈴木康之: 乳幼児検診の機器開発に関する研究, 平山宗宏: 昭和63年度厚生省心身障害者研究, 母子保健システムの充実・改善に関する研究研究報告書, pp. 215-225, 1989.

加我牧子, 曾根翠, 鈴木文晴: 重症心身障害児の聴覚機能と聴覚誘発反応—聴性脳幹反応と経

外耳道的蝸電図記録を中心に。

三吉野産治: 重度重複障害児の疾病構造と長期予後に関する研究, 昭和63年度厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書, pp. 147-152, 1989.

生地新, 森岡由起子, 十束支朗, 上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子他: ライフイベント法による児童・思春期精神障害の成因に関する研究(その2) 1) 中学生におけるライフイベントの評価方法に関する検討, 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3児童・思春期精神障害能勢委員・及び治療に関する研究 平成元年度報告書, pp97-104, 1990.

上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子他: ライフイベント法による児童・思春期精神障害の成因に関する研究(その2) 2) 児童・思春期におけるライフイベントと神経症圏の障害に関する研究, 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3. 児童・思春期精神障害能勢委員・及び治療に関する研究, 平成元年度報告書, pp. 105-119, 1990.

吉川武彦: 保健所における精神保健業務のあり方に関する研究 I, 昭和63年度厚生科学研究報告書(主任研究者吉川武彦), 1989.

吉川武彦: 保健所における精神保健業務のあり方に関する研究 II, 平成元年度厚生科学研究報告書(主任研究者吉川武彦), 1990.

吉川武彦: いわゆる中年自殺の動向とこれからの地域保健活動—目下の緊急課題として取り上げるべきことを探る—, 昭和63年度厚生科学研究報告書(主任研究者小林昭二: 自殺の疫学に関する研究), 1989.

吉川武彦: 精神障害者の職業指導の現状と職業指導の方法に関する研究, 昭和63年度メンタル

ヘルス岡本記念財団助成金研究報告書。1989.

吉川武彦：精神疾患の各種衛生統計指標の整備と評価に関する研究。平成元年厚生科学研究報告書（主任研究者藤田利治）。1990.

山崎晃資，栗田広，皆川邦直，中根晃，三宅由子，林雅次，猪俣丈二，松田文雄，加藤由起子，河合健彦，鈴木純子：児童・思春期精神障害の疾患分類に関する研究（第2報）。厚生省「精神・神経疾患研究依託費」62公-3児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究昭和63年度研究報告書。pp79-91, 1989.

栗田広：児童期と青年期の障害について。厚生省精神保健医療研究「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」昭和63年度研究報告書pp. 61-62, 1989.

椎谷淳二：対象老人別にみた在宅老人の生活上の問題点と課題。田端光美：東京都社会福祉総合センター在宅老人福祉研究委員会報告書。pp. 88-100, 1989.

椎谷淳二：コミュニティケア・ミニマムとチェック・リスト。田端光美：東京都社会福祉総合センター在宅老人福祉研究委員会報告書。pp. 13-18, 1989.

椎谷淳二：ボランティア活動の理念。竹井久弥：練馬区社会福祉協議会まちづくり推進計画委員会報告書。pp. 1-7, 1989.

椎谷淳二：ボランティアの登録・斡旋のシステム化。竹井久弥：練馬区社会福祉協議会まちづくり推進計画委員会報告書。pp. 29-33, 1989.

三代浩肆，助川征雄，田中英樹，藤野邦夫，椎谷淳二，岡上和雄：保健所における精神障害者の社会復帰支援に関する調査報告書。1990.

高畑隆，坂元信幸，上野容子，宗像利幸，小野浩，羽山由美子，松永宏子，丹野きみ子，滝沢武久：小規模作業所等の利用者に関する縦断的研究。岡上和雄：平成元年度厚生科学研究分担研究報告書。1990.

中川泰彬：中国帰国者（孤児）の適応状況に関する疫学研究。1990.

永田頌史，石川俊男，吾郷晋浩：内科領域における心身症の基礎的ならびに臨床的研究—気道反応に及ぼすストレスおよび神経ペプチドの影響。

保崎秀夫：心身症の診断および治療予後に関する研究平成元年度精神・神経疾患研究報告書。1990.

中川泰彬，丸山晋，高橋徹，町沢静夫，北村俊則，宗像恒次，渡辺登，大坊郁夫，G. C. PoonH：中国帰国者適応状況に関する疫学研究（中間報告）。1989.

Munakata, T.: AIDS Knowledge and Attitudes of Tokyo Metropolitan Citizen-Provisional Data from the Tokyo Health Randomized Survey, Presented at the Steering Committee of Behavioral Research, GPA, WHO, 1989.

著 書

藤縄昭：治療的コミュニケーション，中川米造・宗像恒次編「医療・健康心理学」，福村出版，東京，pp. 285-294, 1989.

吾郷晋浩：ストレス病の治療，河野友信，吾郷晋浩編，ストレス診療ハンドブック，メディカル・サイエンス・インターナショナル，東京，

pp108-133, 1989.

吾郷晋浩：呼吸器系のストレス病，河野友信，
吾郷晋浩編：ストレス診療ハンドブック，メデ
ィカル・サイエンス・インターナショナル東京，
pp209-222, 1989.

吾郷晋浩：心身一如，心身相関，自律訓練法，
エゴグラムなど医学大辞典，南山堂，東京，1990.

吾郷晋浩，十川博：情報収集と活用－医療と面
接，河野友信編：医療学，朝倉書店，東京，pp251
-257, 1990.

Tache, Y., Ishikawa, T.: Role of brain pe-
ptides in the ulcerogenic response to stress.
In: Tache Y, Morley J, Brown M (eds):
Symposia Hanse Selye: Neuropeptides and
Stress. New York, 146-158, 1989.

石川俊男：ストレスの概念，ライフスタイルと
ストレス，社会生活とストレス，環境ストレス，
河野友信，吾郷晋浩編：ストレス診療ハンドブ
ック，メデカル・サイエンス・インターナショ
ナル東京，3-4, 29-30, 31-37, 38-39, 1990.

高畑隆，伊藤秀幸，大島巖，三田優子，加藤真
規子：日本における精神障害者自助活動現状，
柏木昭監修：精神障害者地域生活ハンドブック，
くらしの知恵全国精神障害者家族会連合会，東
京，pp. 118-143, 1989.

大島巖：精神障害者の家族，滝沢武久，村田信
男編：精神保健実践講座 6 精神保健と家族問
題，中央法規出版，東京，pp.163-188, 1989.

越智浩二郎：働きかけとかかわりとつきあいと，
精研ディ・ケア研究会編「精神科ディ・ケア」
岩崎学術出版社，1989.

越智浩二郎：スタッフミーティングの活用，精

研ディ・ケア研究会編「精神科ディ・ケア」岩
崎学術出版社，1989.

大塚俊男：精神障害の項目，中央法規出版編集
部編，介護福祉用語辞典，1987.

大塚俊男：老人臨床医学，保崎秀夫編：新精神
医学，文光堂，東京，pp.447-479, 1990.

大塚俊男：社会対策，長谷川和夫，朝長正徳，
中村重信編：痴ほうの百科，平凡社，東京，pp.
294-303, 1989.

加我牧子：運動機能の不自由，栗田広編集：障
害児，親と教師のための思春期学，情報開発研
究所，東京，第七巻pp. 113-128, 1989.

加我牧子：精神遅滞児（者）のてんかんに関す
る研究，
精神薄弱部モノグラフ，1, p. 1-18, pp. 71-73,
1989.

加我牧子：言葉の障害，母子保健関係者講習テ
キスト，恩賜財団母子愛育会，東京，pp. 238-
243, 1989.

加我牧子：言語障害の養育・治療，乳幼児の発
達と建診セミナーテキスト，恩賜財団母子愛育
会，東京，pp. 55-82, 1989.

Kaga, M.: Periodic child health survey pro-
gram. Resumes for the group training course
on mental retardation.

Japan International Cooperation Agency
Japan League for the Mentally Retarded, pp.
22, 1989.

上林靖子：心の発達と健康 1. 心の発達 4.
危機状況と心の働き：佐藤壱三編 精神保健
PP. 34-58, 114-137 メジカルフレンド社 東

京1990.

北村俊則, 菅原ますみ, 島悟, 青木まり, 佐藤達哉: 妊娠・出産と母子精神衛生. 郷久鉞二編: マタニティー・ブルー. 同朋社, 京都, pp. 131-148, 1989.

青木まり, 北村俊則, 島悟, 菅原ますみ: ベイビー・ブルーズ・プロジェクト. 小此木啓吾, 渡辺久子編: 別冊発達9「乳幼児精神医学への手引き」, ミネルヴァ書房, 京都, pp. 74-79, 1989.

吉川武彦: 痴呆性老人—看護と介護を考える—. ユリシス出版部, 東京, 1989.

吉川武彦: 地域保健と精神保健. 加藤正明監修, 吉川武彦, 佐野光正編著: 精神保健の基礎理解(精神保健実践講座1). 中央法規出版, 東京, pp. 29-58, 1989.

吉川武彦: 社会の変化と心の健康. 加藤正明監修, 吉川武彦, 佐野光正編著: 精神保健の基礎理解(精神保健実践講座1). 中央法規出版, 東京, pp. 180-197, 1989.

吉川武彦: 精神保健. 朝日新聞社編: 朝日現代用語辞典「知恵蔵」. 朝日新聞社, 東京, pp. 187-194, 1989.

吉川武彦: 精神薄弱児・者の精神衛生について—てんかん, 自閉症にも触れて—. 東京都精神薄弱者育成会: 精神薄弱福祉講座(第21集). 東京, pp13-20, 1990.

吉川武彦: 心の病とは—精神障害者家族の心の健康—. ワークイン・たまがわ運営委員会, 1989.

吉川武彦: 精神障害者の処遇. 全国社会福祉協議会編: 「生活と福祉」別冊事例集(アルコール

ル依存及び精神障害特集. II—精神障害者の処遇). 東京, pp. 73-81, 1990.

栗田広: 注意欠陥障害(多動症候群). 埴嘉之, 三河春樹, 重田政信編: 今日の小児治療指針第8版. 医学書院, 東京, pp. 538, 1989.

勝沼英宇, 金兌貞, 今村敏治, 岩本俊彦, 小穴康助, 加地紀夫, 齋藤和子, 新弘一, 高崎優, 高山雅臣, 田村俊彦, 冬木寛義, 星旦二, 宮本佳則, 村松隆次: 医学一般, 介護福祉士選書12, 建帛社, 東京, 1990.

長谷川和夫, 齋藤和子, 鈴木裕子, 渡辺直樹: 精神保健, 介護福祉士選書13, 建帛社, 東京, 1990.

上記中

齋藤和子, 精神保健行政.

佐藤臺三, 岡上和雄, 上林靖子, 齋藤和子, 青木孝悦, 富川孝子, 塚田和美, 齊藤万比古, 武井麻子: 新版看護学全書12精神保健, メヂカルフレンド社, 東京, 1990.

椎谷淳二: 精神薄弱児・者施設(等)在園のてんかんを伴う精神薄弱児・者の実態—施設基本調査から—. 加我牧子, 原仁, 椎谷淳二, 櫻井芳郎: 精神遅滞児(者)のてんかんに関する調査研究(精神薄弱部モノグラフ平成元年度No. 1), 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, 1989.

椎谷淳二: コミュニティケア・ミニマムとチェックリスト. 東京都社会福祉総合センター編: 在宅福祉サービスのミニマム策定のために. 東京都社会福祉協議会, 東京, pp. 13-18, 1989.

椎谷淳二: 対象老人別にみた在宅老人の生活上の問題点と課題. 東京都社会福祉総合センター編: 在宅福祉サービスのミニマム策定のために.

東京都社会福祉協議会, 東京, pp. 88-100, 1989.

高橋徹: 不安神経症—パニック障害とその周辺, 金原出版, 東京, 1989.

丹野きみ子: 精神科デイ・ケア. 柏木昭, 栗原毅, 桑名行雄, 松永宏子, 越智浩二郎, 熊田正義, : スタッフ—その構成と役割, デイ・ケアでの活動, 岩崎学術出版社, 東京, pp. 65-73, 110-114, 1989.

永田頌史: ストレスの生理. 河野友信, 吾郷晋浩編: ストレス診療ハンドブック, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp. 5-13, 1990.

永田頌史: ストレスの心理. 河野友信, 吾郷晋浩編: ストレス診療ハンドブック, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp. 14-18, 1990.

永田頌史: ストレスの病理. 河野友信, 吾郷晋浩編: ストレス診療ハンドブック, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp. 19-23, 1990.

永田頌史: ライフサイクルとストレス. 河野友信, 吾郷晋浩編: ストレス診療ハンドブック, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp. 24-28, 1990.

Hara, H., : Sustained attention in mentally normal children with convulsive disorders. In: Suzuki J, Seino M, Fukuyama Y, Konami S (eds): Art and Science of Epilepsy, Elsevier Science Publishers B. V., Amsterdam, pp. 123-126, 1989.

原仁: 第4章 精神薄弱児・者施設(等)在園のてんかんを伴う精神薄弱児・者の実態. てん

かん発作, 薬剤, 性格・行動上の問題点. 櫻井芳郎編: 精神遅滞児(者)のてんかんに関する調査研究. 精神薄弱部モノグラフ, 平成元年度 No. 1, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 市川, pp. 45-69, 1989.

福井進: 薬物の依存と乱用, 佐藤光源編: 最新医学知識の整理—精神科各論, 医歯薬出版, 東京, pp. 71-82, 1989.

福井進, 和田清, 伊豫雅臣: 1. 薬物依存—最近の動向B. 臨床的立場. 懸田克, 島菌安雄, 大熊輝雄, 保崎秀夫, 高橋良責任編集: 現代精神医学大系年刊版'89-B薬物依存と中毒, 中山書店, 東京, pp. 40-65, 1989.

福井進: あへん系麻薬の疫学—各国における乱用状況, 依存性薬物情報研究班(加藤伸勝班長): あへん系麻薬, pp. 85-95, 1989.

福井進, 和田清, 伊豫雅臣: ベンゾジアゼピン系薬物—臨床編—長期服薬と乱用・依存の問題を中心に. 田所作太郎責任編集: ベンゾジアゼピン系薬物の基礎と臨床, 日本アップジョン株式会社, pp. 25-48, 1990.

町沢静夫: 精神症状と無意識. こころの科学. 日本評論社. 東京, pp. 70-75, 1989.

町沢静夫: 複雑な日本的対人関係が対人恐怖症の多発につながる. 暮しと健康, 保健同人社, 東京, pp. 22-23, 1989.

町沢静夫: 分裂症と性格. 福島章編: 性格心理学新講座. 金子書房, 東京, pp. 138-152, 1989.

町沢静夫: 境界例—現代人における中心の喪失. 青年心理. 金子書房. 東京, pp. 40-43, 1989.

町沢静夫, 箱庭療法へのコメント. こころの科

学。日本評論社，東京，pp. 102-109, 1990.

町沢静夫：「マインドスケイプ」クレイグ・ブロード著野田正彰監訳の書評。暮しと健康，保健同人社，東京，pp. 51-52, 1990.

柏木昭，越智浩二郎，栗原毅，熊田正義，桑名行雄，丹野きみ子，松永宏子：精神科デイ・ケア，岩崎学術出版，東京，1989.

中川米造，宗像恒次編：医療・健康心理学講座，福村出版，東京，1989.

宗像恒次：健康と病気のストレスモデル，中川米造，宗像恒次編：医療・健康心理学（応用心理学講座13），福村出版，東京，pp. 22-46, 1989.

宗像恒次：保健行動学からみたセルフケア，中川米造，宗像恒次編：医療・健康心理学（応用心理学講座13），福村出版，東京，pp. 117-131, 1989.

Munakata, T. : Stress-Coping and Traditional Health Care Utilization in Japan, S. R. Quah(ed.) The Triumph of Practicality - Tradition and Modernity in Health Care Utilization in Selected Asian Countries, pp. 75-100, Singapore : Institute of Southeast Asian Studies, 1989.

横田正雄；中学校の「性格テスト」に意義あり。婦人公論三月号，中央公論社，東京，pp. 328-334, 1990.

横田正雄；面接の技法。心の健康10月号。精神衛生普及会，東京，pp. 4-11, 1989.

和田清：シンナー等有機溶剤乱用による身体的・精神的障害のまとめ。青柳健太郎，石川哲也，小沼杏坪，斉藤惇，武田寧，田辺文夫，徳井達

司，山崎幹夫，和田清編：薬物乱用の事例に学ぶ。一健康に生きようPART-III。財麻薬・覚せい剤乱用防止センター，東京，pp. 41-50, 1990.

訳 書

Endicott, J., Spitzer, R. L. et al北村俊則（訳・編）崎尾秀子，高橋龍太郎，島悟，加藤元一郎，藤原茂樹（訳）精神科診断学ケースブック：RDCとDSM-III-Rの症例用紙・回答・解説，医学振興社，東京，1989.

栗田広訳：World Health Organization（厚生省精神保健医療研究「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」研究班訳）：ICD-10 1988Draft of Chapter V Categories F00-F99 : Mental, Behavioural and Developmental Disorders, F7精神遅滞. pp. 224-230, 1989.

栗田広訳：World Health Organization（厚生省精神保健医療研究「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」研究班訳）：ICD-10 1988Draft of Chapter V Categories F00-F99 : Mental, Behavioural and Developmental Disorders, F8発達障害. pp. 231-259, 1989.

栗田広訳：World Health Organization（厚生省精神保健医療研究「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」研究班訳）：ICD-10 1988Draft of Chapter V Categories F00-F99 : Mental, Behavioural and Developmental Disorders, F9発症が通常小児期か青年期の行動と情緒の障害及び特定不能の精神障害. pp. 260-292, 1989.

鈴木浩二監訳：逆説と対抗逆説，星和書店，東京，1989，(Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G.K Prata, G. : Paradox and Counterparadox. Jason Aronson, Inc., New York, 1978)

鈴木浩二, 鈴木和子: 再発予防と家族療法(1),
家族療法研究第6巻1号, 25-45, 1989.

藤縄昭: 最近の精神科の診断分類について. 第
85回日本精神神経学会総会《教育講演》, 金沢市,
1989年5月.

学 会 発 表

藤縄昭: 最近の精神科の診断分類について, 第
85回日本精神神経学会総会《教育講演》, 金沢市,
1989年5月

藤縄昭: 老年期の妄想の諸病態. 第2回日本老
年精神医学会《特別講演》, 神戸市, 1989年6月.

藤縄昭: シンポジウム「人格障害と精神病理」
(座長). 第1回日本精神病理学会, 名古屋市,
1989年9月.

藤縄昭: 人格障害(DSM-III-R)をめぐる. 神奈
川県精神医学会《特別講演》, 横浜市, 1989年11
月.

吾郷晋浩: 教育講演アレルギーと心身症, 第1
回日本アレルギー学会春季臨床集会, 東京, 1989.

Yang, H., Ishikawa, T., Tache, Y.:
Microinjection of TRH into the raphe pallidus
(RP) stimulates gastric acid and serotonin(5
-HT). American Gastroenterological Associa-
tion, Washington DC, May, 1989.

Ishikawa, T., Tache, Y.: α -CGRP
microinjected into the dorsal vagal complex
inhibit gastric acid secretion in the rat,
American Gastroenterological Association,
Washington, DC, May, 1989.

石川俊男, Tache Y: 胃分泌調節における TRH
analogue-Rx77368脳内微量注入による効果. 第
30回日本心身医学会総会, 名古屋, 1989年6月.

Ishikawa, T., Tache, Y.: Inhibitory effect of
 α -CGRP microinjected into the dorsal vagal
complex on gastric acid secretion in the rat.
International symposium on brain-gut interac-
tions, Cambridge England, July 1989.

石川俊男, 永田頌史, 吾郷晋浩, 高橋清久, 苅
部正紀: Interleukin I による中枢性胃酸分泌抑
制作用. 第31回日本消化器病学会大会, 旭川,
1989年10月.

石川俊男, 永田頌史, 吾郷晋浩, 宗像恒次, 諏
訪茂樹, 宮城薫: ストレス・マネジメントの
あり方に関する調査研究—第一報—. 第5回日
本ストレス学会学術総会, 東京, 1989年11月.

石川俊男, 吾郷晋浩, 小川一夫, 苅部正紀: 胃・
十二指腸潰瘍患者の Life Change Unit. 第58回
日本心身医学会関東地方会, 1990年3月.

伊豫雅臣, 和田清, 福井進: 有機溶剤依存の臨
床的特徴. 第814回千葉医学会例会. 第7回千葉
精神科集談会, 千葉, 1990年1月.

伊豫雅臣, 和田清, 福井進: 有機溶剤依存の臨
床的特徴(使用期間との関係から). 第10回日本
社会精神医学会, 金沢, 1990年3月.

大島巖: 精神障害者の家族. 第22回家族社会学
セミナー, 神奈川, 1989年7月.

大島巖: 精神障害者のリハビリテーションニー
ズと新精神保健法. 第30回社会医学研究会, 静
岡, 1989年7月.

大島巖：精神障害者の社会的リハビリテーションニーズと新精神保健法。第37回日本社会福祉学会，東京，1989年10月。

坂元信幸，大島巖，高畑隆：精神障害者が利用する小規模作業所の職員を対象とした調査—作業所の現状と今後の展望に関する意見—。第32回病院・地域精神医学会，岡山，1989年10月。

大島巖：セルフケアを支える家族的援助，健康社会学研究会記念講演，89年11月。

越智浩二郎：聴くことの意味。日本人間性心理学会，龍谷大学，1989年9月

越智浩二郎：「専門性，資格」問題深化のために。日本臨床心理学会，東京都中部総合保健センター，1989年11月。

Otsuka, T.: Social measures for coping with the demented elderly in Japan. The Fourth Congress of the International Psychogeriatric Association, Tokyo, Japan, September, 1989.

大塚俊男：老年期痴呆と社会的対応。日本衛生学会ワークショップ，福岡市，1990年3月。

加我牧子，田中美郷，河野寿夫，内藤春子，二瓶健次：小児科領域における聴性脳幹反応の継続的記録の実際と意義。第92回日本小児科学会総会，学術集会，新潟，1989年5月。

高梨愛子，桜川宣男，加我牧子，水戸敬，高嶋幸男：副腎白質ジストロフィーの長期生存例—神経生理と病理所見を中心に—。第30回日本小児神経学会総会，北海道札幌市，1989年7月。

加我牧子：聴性脳幹反応における異常波形の臨床的意義—形態学的にI・V波のみ示した小児例を中心に—。第19回日本聴覚医学会ERA研究

会，東京，1989年7月。

Kaga, M., Tanaka, Y.: Auditory brainstem response and behavioral audiometry in infants suspected of having hearing impairment. 19th International Congress of Pediatrics, at Paris, France, July 25th, 1989.

Naito, H., Kaga, M., Nihei, K.: A case of cerebellar hypoplasia showing only wave I in auditory brain-stem response. 19th. International Congress of Pediatrics, at Paris, France, July 26th, 1989.

Kaga, M., Nihei, K.: Abnormal configuration of ABR in Pediatrics—Comparison in neurological signs between patients with waves I and V only and patients with wave I and absent later components—

International Electric Response Audiometry Study Group 11th. Biennial International Symposium, Tokyo, Japan, Sep 28th, 1989.

森行子，名賀秀巳，岡部英幸，森耕一，加我牧子，杉田記代子：意識障害児の一例における聴性脳幹反応。第44回国立療養所総合医学会，仙台市，1989年10月。

加我牧子：聴力障害をめぐって(教育講演—園・校に必要な小児保健学)。第36回日本小児保健学会，広島，1989年11月。

加我牧子，荒木敦，鈴木文晴，平山義人：無酸素脳症に起因する重度脳障害児の聴覚機能と聴覚誘発反応。平成元年度厚生省精神・神経疾患委託研究，重症心身障害児の疾病構造と長期予後に関する研究。三吉野班班会議，東京，1989年12月。

加我牧子，鈴木文晴，曾根翠，加我君孝，荒木

敦, 平山義人: 重度脳障害児の聴性脳幹反応と経外耳道法蝸電図. 平成元年度文部省重点領域研究「コミュニケーション障害児の鑑別診断と教育に関する研究」(田中美郷班) 班会議, 東京, 1990年1月.

加我牧子: 重症心身障害児の聴覚機能と聴覚誘発反応. 1990年3月. 精神保健研究所所内研究会.

柏倉昌樹, 森岡由起子, 栗野美穂, 井原一成, 高橋誠一郎, 渡部由里, 生地新, 十束支朗, 上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子: 中学生の精神衛生に関する調査(その2) - 青少年健康調査から. 第61回小児精神神経学研究会, 福島, 1989年6月.

上林靖子, 佐藤至子: 青年期に性的偏倚をきたした自閉症の1例. 第61回小児精神神経学研究会, 福島, 1989年6月.

上林靖子, 藤井和子, 中田洋二郎, 北道子: 思春期の家族関係についての意識と精神健康に関する研究. 第62回小児精神神経学研究会, 神戸, 1989年10月.

上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子, 斎藤万比古他: ライフイベント法による児童・思春期精神障害の成因と治療に関する研究. 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3 児童・思春期精神障害能勢委員・及び治療に関する研究平成元年度研究報告会, 東京, 1989年12月.

上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子他: 児童・思春期におけるライフイベントと神経症圏の障害に関する研究. 第10回日本社会精神医学会, 石川県, 1990年3月.

中村中, 神庭重信, 藤原茂樹, 生田憲正、加野象次郎, 八木剛平, 保崎秀夫, 北村俊則: 感情

病のリチウム治療においてその反応を決定する因子についての検討. 東京精神医学会, 第24回学術集会, 東京, 1988年10月.

中村中, 神庭重信, 藤原茂樹, 生田憲正、加野象次郎, 八木剛平, 保崎秀夫, 北村俊則: 感情病のリチウム治療における反応性決定因子の研究. 第11回日本生物学的精神医学会, 東京, 1989年3月.

佐藤達哉, 青木まり, 菅原ますみ, 北村俊則, 島悟: 幼少期の離別体験と育児関連ストレス. 第30回社会心理学会, 東京, 1989年9月.

竹内美香, 北村俊則: 両親の養育態度と軽症精神症状 - 日本の大学生による両親の養育態度評価 -. 第53回日本心理学会大会, 筑波, 1989年10月.

宮岡等, 浅井昌弘, 北村俊則: セネストパチー(体感症)の診断について. 第9回精神科国際診断基準研究会, 東京, 1989年11月.

北村俊則: 指定討論 On the Development of ICD-10. 第9回精神科国際診断基準研究会, 東京, 1989年11月.

青木まり, 佐藤達哉, 菅原ますみ, 北村俊則, 島悟: 妊娠・出産と母子精神衛生 - X VI. 産後6ヶ月から18ヶ月にかけての母性意識の変化. 日本心理学会第53回大会, 筑波, 1988年11月.

佐藤達哉, 青木まり, 菅原ますみ, 北村俊則, 島悟: 育児関連ストレスについての概念的問題. 日本心理学会第53回大会, 筑波, 1988年11月.

坂倉啓一, 北村俊則, 島悟, 菅原ますみ, 戸田まり, 佐藤達哉: 妊娠の喫煙, 飲酒と新生児の評価. 母子精神保健研究会, 東京, 1989年12月.

佐藤達哉, 北村俊則, 島悟, 菅原ますみ, 戸田まり: マタニティー・ブルーズ発生率に関するいくつかの問題提起. 母子精神保健研究会, 東京, 1989年12月.

北村俊則: 妊娠期に発症する感情障害の発病機序. 母子精神保健研究会集談会, 東京, 1989年12月.

藤縄昭, 中谷和夫, 北村俊則: 精神分裂病の臨床像に関する評価尺度の検討. 厚生省精神・神経研究委託費. 精神分裂病の臨床像, 長期経過および治療に関する研究. 市川.

千葉達雄, 不破野誠一, 坂村雄, 山岡信明, 吉住昭, 金沢耕介, 豊田純三, 塚田和美, 北村俊則: SRS, WBRS, BPRSの粗集計結果. 厚生省精神・神経研究委託費. 精神分裂病の臨床像, 長期経過および治療に関する研究. 市川, 1990年2月.

吉川武彦: 精神分裂病と職場—どのように対応したらいいのか. 第11回メンタルヘルス大会, 池之端文化センター, 東京, 1989年5月.

吉川武彦: 地域精神保健からみた思春期—地域づくりを進める立場から—. 思春期学会(シンポジウム), パシフィックホテル沖繩, 那覇市, 1989年8月.

吉川武彦: 社会的自立と援助. 第7回九州リハビリテーション交流セミナー, 大分県総合福祉会館, 大分市, 1989年11月.

吉川武彦: 思春期精神保健と地域保健. 第11回大学精神衛生研究会, 中央大学駿河台記念館, 東京, 1990年2月.

吉川武彦: 心の健康と地域文化—健やかな子育て・健やかな老後—. 新ひむかシンポジウム(宮

崎県精神保健センター), 宮崎県綾町, 1990年2月.

金吉晴: Anorexia Nervosa の一治療過程. 京都精神病理懇話会, 京都, 1989年6月.

金吉晴: ADD-Psychosisの一例. 京都臨床精神医学会, 京都, 1989年7月.

金吉晴: 憑依状態を呈した delire dimagination の一例. 名古屋, 1989年9月.

Saito, K.: Mental Health and Welfare Services for the Demented Aged in Ichikawa City through the Cases, The Fourth Congress of the International Psychogeriatric Association, Tokyo, September, 1989.

斎藤和子: 老人デイ・ケア実施状況に関する調査研究. 日本老年社会科学第31回大会, 名古屋, 1989年11月.

田端光美, 太田貞司, 椎谷淳二, 五十嵐裕子, 山本美香, 森本佳樹: 「在宅老人の生活実態に関する調査」報告. 第3回日本地域福祉学会, 大阪, 1989年6月.

田端光美, 谷口政隆, 太田貞司, 椎谷淳二, 五十嵐裕子, 森本佳樹, 山本美香: コミュニティケア・ミニウム策定にむけての研究. 第3回日本地域福祉学会, 大阪, 1989年6月.

清水新二: 指定討論. 高齢者世帯の増加, 第22回家族社会学セミナー, 小田原1989年7月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二: アルコール依存症者への地域援助活動のあり方についての研究—その1: 医師についての調査—. 第24回アルコール医学会, 東京, 1989年9月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二: アルコール依存症者への地域援助活動のあり方についての研究—その2: 保健所, 福祉事務所職員についての調査—, 第24回アルコール医学会, 東京, 1989年9月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二: アルコール依存症者への地域援助活動のあり方についての研究—その3: 断酒会員についての調査—, 第24回アルコール医学会, 東京, 1989年9月.

鈴木浩二: milton Erickson の家族療法への貢献, 日本催眠医学心理学会第35回大会, 東京, 1989年9月.

Suzuki, K., Life Cycles and the Family: Career-Prime Fathers and Their Families. Am. Fam. Therapy Ass., Colorado, U. S. A. 1989.

高橋徹: Vコードについて, 三大学精神病理研究集会, 神奈川, 1989年9月.

中田洋二郎, 田頭寿子, リンダ・ベル, 中村紀子, 笹間いずみ, 川並かおる: 青少年の自我発達と家族の機能について, 第6回家族研究・家族療法学会, 東京, 1989年5月.

中田洋二郎, 上林靖子, 藤井和子, 北道子, 森岡由起子, 生地新: 子どものライフイベントが精神健康に与える影響度の評価について, 第5回日本精神衛生学会, 東京, 1989年11月.

永田頌史, 石川俊男, 吾郷晋浩: 喘息における自律神経および神経ペプチドの役割について—実験喘息における検討, 第30回, 日本心身医学会, 名古屋, 1989年6月.

永田頌史, 石川俊男, 吾郷晋浩: モルモット気

道反応と神経ペプチド—組織スペクトル分析装置を用いての検討, 第39回日本アレルギー学会, 東京, 1989年9月.

入江正洋, 中野博, 手嶋秀毅, 中川哲也, 永田頌史, 吾郷晋浩: 気管支喘息患者の夜間発作に関する研究(第2報) 重症度と睡眠障害との関係, 第39回 日本アレルギー学会, 東京, 1989年9月.

木原廣美, 手嶋秀毅, 中川哲也, 城智彦, 吾郷晋浩, 永田頌史: ホヤ喘息に関する心身医学的検討, 第39回日本アレルギー学会, 東京, 1989年9月.

永田頌史, 吾郷晋浩, 十川博: 思春期喘息の難治化要因について—卵性双生児, 難治例における検討, 第58回日本心身医学会関東地方会, 1990年3月.

原仁, 三石知左子, 仁志田博司, 山口規容子: 1歳6ヶ月健診における気質評価の意義. 夜泣きあるいは断乳未完了の訴えと気質類型, 第92回日本小児科学会, 新潟, 1989年5月.

原仁, 三石知左子, 山口規容子, 仁志田博司, 坂元正一: 指さしの発達と胎児仮死(第2報), 第25回日本新生児学会, 東京, 1989年7月.

原仁, 佐々木正美: 自閉症状群の臨床的脳波学的研究(第2報), 第31回日本小児神経学会, 札幌, 1989年7月.

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 新井敏彦, 福田雅文, 星順, 高橋尚人, 仁志田博司, 中林正雄, 坂元正一, 福山幸夫: 胎内発育障害の臨床的研究, 第11報 神経学的後障害の成因に関する検討, 第92回日本小児科学会, 新潟, 1989年5月.

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 仁志田博司,
坂元正一: 胎内發育障害の臨床的研究. 第12報
極小未熟児における SFD 児の身体發育に関する
検討. 第25回日本新生児学会, 東京, 1989年7
月.

望月由美子, 山内あけみ, 原仁, 福山幸夫:
Pseudoseizure の心理社会的背景因子. 第7回
小児心身医学会, 大阪, 1989年10月.

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 仁志田博司,
坂元正一: 母子センターにおける開設後5年間
の臨床データの解析. 一後障害の発生率とその周
産期要因に関する検討一. 第34回未熟児新生児
学会, 大宮, 1989年10月.

箆倫子, 島津智加代, 原仁, 三石知左子, 山口
規容子, 福山幸夫: 超未熟児(出生体重1,000g
未満)の精神運動発達: 1歳~3歳までの検討.
第36回日本小児保健学会, 広島, 1989年11月.

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 仁志田博司,
坂元正一, 福山幸夫: 超未熟児の NICU 退院後
の再入院について. 第36回日本小児保健学会,
広島, 1989年11月.

山口規容子, 三石知左子, 原仁, 仁志田博司,
星順, 新井敏彦, 中村正雄, 武田佳彦, 坂元正
一, 大森安恵: 糖尿病母体出生児の母体および
周産期管理と予後. 第5回糖尿病と妊娠に関す
る研究会, 東京, 1989年12月.

原仁: 自閉症状群の臨床的脳波学的研究 (第3
報). 第1回精神保健研究所研究報告会, 市川,
1990年3月.

町沢静夫: リルケ愛と創造性. 第36回日本病跡
学会総会, 浜松, 1989年4月.

町沢静夫: The Question of Diagnostic Com-

munication and : Stigma in Japan 第142回全
米精神医学会, サンフランシスコ, 1989年5月.

町沢静夫: 境界型人格障害の内的メカニズムの
検討. 第30回日本児童青年精神医学会総会, 浜
松, 1989年11月.

牧野田恵美子, 松永宏子: 「精神障害者」作業
所通所者の生活と意識. 第37回日本社会福祉学
会, 東京, 1989年11月.

Maruyama, S.: Present situation of psychi-
atric rehabilitation in Japan, WHO workshop
on future directions of mental health services
in the western pacific region, Manila, 1989.

大原一興, 丸山晋, 大塚俊男: デイサービス施
設の施設・設備・立地条件に関する考察. 日本
老年社会科学会第34回大会, 名古屋, 1989.

丸山晋: 森田療法の継承と発展. 第7回森田療
法学会, 東京, 1989.

宗像恒次: グローバル化する日本社会とエイズ
問題への対処. 保健医療社会学会大会, 東京,
1989年5月.

宗像恒次: ヘルスプロモーション. 第4回日本
保健医療行動科学会大会, 東京, 1989年6月.

宗像恒次: 保健行動. 第15回高知女子大学看護
学会, 高知, 1989年8月.

横田正雄: 学校での性格テストは生徒理解の手
がかりになり得るか (シンポジウム「いまふた
たび、性格テストを考える」). 第25回日本臨床
心理学会, 東京, 1989年

和田清, 伊豫雅臣, 福井進, 富山学人: 薬物依
存の疫学的調査研究一その3. 厚生省精神・神

経疾患研究委託費「薬物依存の成因と病態に関する研究」, 平成元年度研究報告会, 東京, 1990年2月.

和田清, 伊豫雅臣, 福井進: 覚せい剤精神病における覚せい剤乱用年数と症状との関係, 第10回日本社会精神医学会, 金沢, 1990年3月.

講 演

藤縄昭: 境界例について, 神奈川県精神保健相談員認定研修会, 横浜市, 1989年6月.

藤縄昭: 精神分裂病の家族研究, 三重大学精神科同門会, 津市, 1989年6月.

藤縄昭: 音楽てんかんの一例, 県下連合研究会(千葉県), 市川市, 1989年9月.

藤縄昭: 分裂病の治療経験から, 中信精神科医学会, 松本市, 1989年10月.

藤縄昭: シンポジウム「地域精神保健活動の展開, 一保健・医療・福祉の連携をめぐって」(司会), 第37回精神保健全国大会, 宮崎市, 1989年11月.

吾郷晋浩: 気管支喘息の難治化予防と心身医学的治療, 神奈川県医師会, 横浜市, 1989年5月.

吾郷晋浩: 気管支喘息の重症化・難治化の予防と治療, 鹿児島県吸入療法研究会, 鹿児島市, 1989年6月.

吾郷晋浩: “心身医学と心身症”, 船橋市医師会, 船橋市, 1989年7月.

吾郷晋浩: 日常診療における心身医学的アプローチ, 第10回山形心身医学研究会, 山形市, 1989

年9月.

吾郷晋浩: ストレス・マネージメント, 国立相模原病院婦長会, 相模原市, 1989年9月.

吾郷晋浩: アレルギー性疾患に対する心身医学的療法—主として心理療法, 本所医師会, 東京, 1989年10月.

吾郷晋浩: 心身症—最近のトピックス, 筑後市医師会, 筑後市, 1989年11月.

吾郷晋浩: 気管支喘息の心身医学的診断と治療, 一難治化予防—第28回神戸アレルギー研究会, 神戸市, 1989年12月.

吾郷晋浩: 心身症と神経症, 一その共通点と相違点第17回千葉県精神科臨床懇話会 千葉市, 1990年2月.

吾郷晋浩: 気管支喘息の病因と治療, 町田市保健所, 東京, 1990年3月.

大島巖: 社会復帰施設の現状, 心の健康を守る市川・浦安地域家族会, 千葉県市川保健所, 1989年5月.

大島巖: 家族とともに今考えていること, 長野県佐久保健所管内家族会連合会, 佐久市健康管理センター, 1989年7月.

大島巖: 精神障害者の家族, 秋元病院家族会, 医療法人秋元病院, 1989年11月.

大島巖: 精神障害者の社会復帰対策について, 高知県地方精神保健審議会行政推進専門委員会, 高知県中央保健所, 1989年11月.

大島巖: 家族に望まれるもの, 川崎市田島保健所, 川崎市田島保健所, 1990年2月.

大島巖：社会資源の種類とその利用の仕方。市川保健所，1990年3月。

大塚俊男：老年期における心身機能。静岡県健康長寿フォーラム，三島市，1989年6月。

大塚俊男：健やかに高齢化社会と生きる。栃木県民総スポーツ推進会議，宇都宮市，1989年6月。

大塚俊男：ホームヘルパー活動と精神保健について。中国ブロック家庭奉仕員研修会，1989年7月。

大塚俊男：老人の精神保健。民間社会福祉施設職員合宿研修会，東京，1989年7月。

大塚俊男：老人にみられる精神症状と対応。保健同人夏期セミナー，東京，1989年8月。

大塚俊男：老年期痴呆の病態と治療。東京都医療会医療講習会，東京，1989年9月。

Otsuka, T.: Mental health and aging in community based services The Fourth Congress of the International Psychogeriatric Association, September 1989.

大塚俊男：痴呆—その概念と診断及びスクリーニングについて。痴呆性老人保健医療指導者研修会，1989，9月，10月，11月。

大塚俊男：痴呆性老人の現状とこれからの市町村の対応について。主管課長 保健婦合同研修会，津市，1989年10月。

大塚俊男：老年期痴呆の診断とスクリーニング法へ。朝日実地医学セミナー，秋田市，1989年，10月。

大塚俊男：痴呆性老人のケアと社会対策。老人保健事業従事者研修会，鹿児島市，1989年10月。

大塚俊男：痴呆性老人の行動特性とケア。東北北陸ブロック別保健婦研修会・老人保健従事者地区別研修会，愛知県，1989年。

大塚俊男：現代社会と心の健康。島根県，県民づくり県民のつどい，鳥取市，1989年11月。

大塚俊男：痴呆性老人の基礎知識。神奈川県痴呆性老人処遇技術研修，療法。

大塚俊男：精神医学の基礎知識。神奈川県痴呆性老人処遇技術研修，横浜市，1989年11月。

大塚俊男：老人の精神衛生。訪問看護講習会，千葉県看護協会，1989年11月。

大塚俊男：痴呆性老人の特質，訪問者準備講習会，千葉県看護協会，1989年11月。

大塚俊男：痴呆—その概念と診断，スクリーニングについて。痴呆性老人保健医療指導者研修，京都府，1989年11月，12月，1990年1月。

大塚俊男：老年期の精神障害。千葉県老人保健研修会，千葉，1990年1月。

大塚俊男：高度情報化時代と健康づくり。大分県健康づくりシンポジウム，大分市，1990年，2月。

加茂牧子：言葉の障害，第170回母子保健関係者講習会総合母子保健センター，東京都港区，1989年6月。

加我牧子：言語障害の養育，治療第17回母子保健夏期セミナーAコース，乳幼児の発達と建診

セミナー—1歳6カ月検診を中心として—。総合母子保健センター東京都港区，1989年6月。

Kaga, M.: Comprehensive health screening system in infants and children. 国際協力事業団委託事業「精神薄弱福祉コース」医療部門，東京都国際交流会館 渋谷区，1989年9月。

加我牧子：聴性脳幹反応の小児科学領域の応用。療育研究小児科医会，大津市，1989年11月。

上林靖子：障害児の進路を考える。障害児教育研修会，市川市立二俣小学校，1989年4月。

上林靖子：登校に不安を示す子どもたち。浦安市学校保健会総会，浦安市美浜公民館，1989年5月。

上林靖子：思春期の問題行動と周囲のかかわり方。第130回メンタルヘルス研究会，お茶の水スクウェア，1989年5月。

上林靖子：自閉症児の問題行動を理解するために。流山市教育研究会障害児部会，流山市立北部中学校，1989年6月。

上林靖子：親と子の自立。江戸川区立大杉東小学校生活指導研究会，大杉第2小学校，1989年7月。

上林靖子：登校拒否児の最近の話題。小平市医師会学校医部，1989年7月。

上林靖子：心の健康を考える。埼玉県保健婦課長研修会，埼玉県浦和地方庁舎，1989年7月。

上林靖子：児童期精神保健。精神保健相談員資格取得講習会，沖縄市総合保健センター，1989年8月。

上林靖子：思春期精神保健。精神保健相談員資格取得講習会，沖縄市総合保健センター，1989年8月。

上林靖子：児童・思春期精神保健の現状。公衆衛生精神保健特論コース，国立公衆衛生院，1989年10月。

上林靖子：精神障害者の育児能力をめぐって。全国家庭裁判所医務室技官会議みやこ荘，1989年10月。

上林靖子：相談機関の連携と活性化のために。国立オリンピック記念青少年総合センター，1990年1月。

上林靖子：問題を持つ子どもの理解のために。江戸川区立大杉東小学校生活指導研究会，大杉第2小学校，1990年1月。

上林靖子：児童虐待への介入をめぐる諸問題。児童福祉施設連絡協議会，千葉県笠の森保養センター，1990年2月。

上林靖子：児童精神科からみた登校拒否。町田市家庭教育学級，町田市公民館，1990年2月。

上林靖子：学童期の心の健康。江戸川区立篠崎第2小学校生活指導研修会，江戸川区篠崎第2小学校，1990年2月。

上林靖子：不登校の子どもを理解し、問題を考えていくために。江戸川区立船堀第2小学校生活指導研究会，江戸川区立船堀第2小学校，1990年2月。

上林靖子：思春期事例の理解と治療をめぐって。栃木県精神保健センター事例研究会，栃木県精神保健センター，1990年3月。

北道子：自閉症児及び自閉的傾向のある児の発達と処遇に関して、柏児童相談所、千葉、1990年3月。

北村俊則：精神科領域における診断基準とICD-10およびDSM-III-Rの最近の動向、東京精神神経科診断所医会例会、東京、1989年5月。

北村俊則：いわゆる「内因性うつ病」の疾病学的位置づけについて、東京都精神医学総合研究所社会精神医学研究室、東京、1989年9月。

北村俊則：精神科領域における診断基準とICD-10およびDSM-III-Rの最近の動向、友部病院例会友部、1990年1月。

北村俊則：妊娠期に発症する軽症うつ病の心理・社会的発病機構、帝京大学医学部、東京、1990年1月。

吉川武彦：地域精神保健における保健所の役割—なにかから手がけるか—、精神保健担当者会議（長野県精神保健センター）、1989年6月。

吉川武彦：地域精神保健におけるデイケアの役割—地域ネットワークの要として—、仙台市精神保健関係職員研修会、仙台市、1989年7月。

吉川武彦：地域における障害者—その生きにくさと、生きにくさへの援助—、精神科訪問看護講習会（日本精神科看護技術協会）、八王子市、1989年10月。

吉川武彦：今後における精神保健活動の実践について—地域保健における精神保健—、地域精神保健活動研修会（山口県）、山口市、1989年11月。

吉川武彦：思春期の心理—その特性と社会状況との関連性について—、保健所保健婦専門研修

（山梨県）、甲府市、1989年11月。

吉川武彦：精神薄弱者の老後問題—どのような老いを迎えさせるか—、第27回茨城県手をつなぐ親の会福祉振興大会、水戸市、1989年12月。

吉川武彦：中高年の精神保健—これからの地域保健活動をにらんで—、精神保健市町村保健婦研修会（広島県）、広島市、1990年1月。

吉川武彦：これからの地域精神保健と家族の役割—地域保健を踏まえて—、第1回全家連精神保健家族相談員四国ブロック研修会（高知県精神障害者家族会連合会）、高知市、1990年2月。

吉川武彦：こころの健康づくりを考える、婦人民生委員研修会（小田原市・小田原市民生委員児童委員協議会婦人部）、小田原市、1990年3月。

吉川武彦：ストレスと心の健康—地域保健活動の礎—、平成元年度第2回精神保健研究会（埼玉県精神保健センター）、浦和市、1990年3月。

栗田広：第6回全国通園施設中堅職員研修会「発達障害児の早期療育—乳幼児精神医学的観点から」、神奈川県婦人総合センター、1989年6月22日。

栗田広：自閉症という診断名、精神発達障害指導教育協会'89実践セミナー「自閉症への更なる理解」、1989年7月。

栗田広：自閉症の病理、市川市障害児教育夏季研究会、1989年8月。

栗田広：精神薄弱の医学、東京都福祉局新任職員研修会、1989年9月。

栗田広：国際協力事業団精神薄弱福祉研修「Autism」、東京国際研修センター、1989年9月。

栗田広：平成元年度練馬区障害児保育研修「脳の働きと子どもの行動の障害」, 練馬区研修室, 1989年10月.

金吉晴：思春期の精神と危機へ, 福知山市教育委員会, 福知山, 1989年10月.

椎谷淳二：在宅福祉サービスの処遇における各関係機関・団体の連携のあり方, 神奈川県社会福祉協議会, 横浜, 1989年9月.

椎谷淳二：ボランティア活動の現状と課題, 中野区社会福祉協議会, 東京, 1989年10月.

椎谷淳二：老人の心, 渋谷区老人ケアセンター, 東京, 1989年12月.

椎谷淳二：ケースマネジメントの考え方と課題, 神奈川県社会福祉協議会研修情報センター, 横浜, 1990年1月.

椎谷淳二：地域におけるボランティアの機能と役割, 白十字ホーム, 東京, 1990年3月.

清水新二：アルコール症と家族, 大阪府断酒会, 大阪, 1989年5月.

鈴木浩二：家族療法の理解と実際, 安田生命社会事業団, 東京, 1989年4月.

鈴木浩二：家族にお願いしたいこと, みのり会, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, 1989年9月.

鈴木浩二：家族力動, 家庭裁判所調査官研修所, 東京都, 1989年10月.

鈴木浩二：家族関係における症状の意味, 東京都精神保健相談員資格取得講習会, 東京, 1989

年11月.

鈴木浩二：家族療法(1)(2)(3)(4), 第25回保護観察官高等科研修, 法務総合研究所, 東京, 1989年11月.

鈴木浩二：思春期精神保健, 安田生命社会事業団, 岡山, 1989, 11月.

鈴木浩二：家族療法の実際, 保護観察所研究会, 東京保健観察所, 東京都, 1989年.

鈴木浩二：家族力動論, 精神保健相談員資格取得講習会, 茨城県衛生部保健予防課, 茨城県, 1989年12月.

鈴木浩二：精神障害者の在宅ケアについて, 埼玉県精神保健総合センター, 埼玉県立文書館, 浦和市, 1990年1月.

鈴木浩二：ファミリー・カウンセリングの考え方, すずめ方, カウンセリング・センター育成講座, 群馬県生涯学習センター, 群馬県, 1990年12月.

鈴木浩二：家族について考える, 心理判定員研修, 千葉県総合福祉協議会, 千葉, 1990年2月.

鈴木浩二：家族療法の理論と実際, 三児童相談所特別合同研修会, 青森県, 1990年3月.

高橋徹：不安神経症の話, 大阪精神医学懇話会, 大阪, 1990年3月.

丹野きみ子：個性に応じた指導の工夫, 千葉県精神保健センター作業所勉強会, 千葉県, 1989年11月.

丹野きみ子：通院患者リハビリテーション事業(全国職親制度)調査報告, 精神障害者の社会

復帰と社会参加を推進する全国会議，東京都，1989年12月。

丹野きみ子：慢性分裂病者の作業遂行特性，国立作業療法史関東信越部会研修会，東京都，1990年3月。

中田洋二郎：第17回母子保健セミナー「思春期の心の発達と障害（心理）」，母子愛育会総合母子保健センター，東京，1989年8月。

永田頌史：気道反応に及ぼす中枢および抹消神経系の影響：福岡アレルギー心身医学研究会，福岡，1990年2月。

原仁：「てんかん」について，東京都福祉局精神薄弱者（児）施設職員現任研修会，東京，1989年6月。

原仁：発達障害児の医学的ケア，安田生命社会事業団子ども療育相談センター講演会，秩父，1989年8月。

原仁：発達障害・分類と診断，第10回精神薄弱福祉コース，東京，1989年9月。

原仁：睡眠障害について，練馬区心身障害者福祉センター講演会，東京，1989年10月。

原仁：精神遅滞について，練馬区障害児保育研修会，東京，1989年10月。

原仁：てんかんについて，練馬区障害児保育研修会，東京，1989年10月。

原仁：地域療育における医療，小児療育相談センター・コーディネーター養成講座，横浜，1990年2月。

福井進：薬物乱用・依存の概念と臨床，東京都

立中部総合精神保健センター，東京，1989年10月。

福井進：薬物乱用・依存の内外の諸問題，法務総合研究所，1989年10月。

福井進：シンナー等乱用の病理と治療，法務総合研究所，1990年3月。

藤井和子：「児童の福祉と地域社会」栃木県生活協同組合，小山市，1989年10月。

藤井和子：思春期の親子関係，埼玉県県内里親研修会，越谷児童相談所，1989年10月。

藤井和子：「児童の健全育成・地域の役割」講演及び事例研究，石川県七尾児童相談所職員研修会，七尾児童相談所，1990年3月。

町沢静夫：遊びと精神医学，全国地方銀行協会，東京，1989年6月。

町沢静夫：勤労者のストレスマネジメントと心の健康，東京社会保険協会，東京，1989年7月。

町沢静夫：勤労者の心の健康，東京社会保険協会，東京，1989年7月。

町沢静夫：青少年の心理とストレス，市立糸魚川中学校，新潟，1989年7月。

町沢静夫：勤労者の心の健康，東京社会保険協会，東京，1989年7月。

町沢静夫：勤労者のストレスマネジメント，東京社会保険協会，東京，1989年7月。

町沢静夫：分裂病の診断基準について—日米の分裂病概念の相違点—，分裂病治療予後研究会，横浜，1989年9月。

町沢静夫：職場のメンタルヘルス。東京社会保険協会，千葉，1989年10月。

町沢静夫：分裂病者への Social Skills Training。東京医科歯科大学精神科集談会，東京，1989年10月。

町沢静夫：高校生のストレス。県立松戸東高等学校，千葉1989年10月。

町沢静夫：高校生のストレス。私立不二女子高等学校，千葉，1989年11月。

町沢静夫：思春期の心理と病理。県立国府台高校，千葉，1989年11月。

町沢静夫：都市化と成熟。千葉県高校教育研究会社会部会，千葉，1989年11月。

町沢静夫：高校生のストレスとその対応。県立浦安高校，千葉，1989年12月。

町沢静夫：職場と健康管理。日本道路公団総合研修所，千葉，1989年12月。

町沢静夫：職場のストレスとその対応。精神衛生普及会，東京，1990年2月。

町沢静夫：心と体の健康管理。高速道路技術センター，東京，1990年2月。

町沢静夫：思春期の問題。新潟県環境保健部公衆衛生課，新潟，1990年3月。

町沢静夫：境界例について。文京大学保健センター相談室，埼玉，1990年3月。

松永宏子：地域におけるリハビリテーション。精神保健相談員認定講習会，沖縄，1989年8月。

松永宏子：精神障害者福祉論。国立公衆衛生院研修会，東京，1989年10月。

丸山晋：ほけを知る。東京都江戸川区鹿骨保健相談所，東京，1989年6月。

丸山晋：心とからだの健康づくり。東京都立川保健所，東京，1989年9月。

丸山晋：ケース・スタディの方法。家庭裁判所調査官研修所，東京，1990年3月。

宗像恒次：子供と家庭・環境社会。朝日カルチャーセンター，東京，1989年4月。

宗像恒次：『健康行動への効果的なサポート』—保健行動科学の視点から—。県歯科医師会，新潟市，1989年5月。

宗像恒次：ストレス病を予防する。朝日カルチャーセンター，横浜市，1989年5月，6月。

宗像恒次：リーダーシップ能力の育成。精神衛生普及会，東京，1989年6月。

宗像恒次：職場の精神保健・老人の理解。埼玉県看護協会，浦和市，1989年6月。

宗像恒次：看護婦のキャリア開発。東京都，東京，1989年6月。

宗像恒次：中・高生をもつ家族の精神衛生。市川開成会，市川市，1989年7月。

宗像恒次：「ストレスマネジメント」—看護職の自己成長の為に。神奈川県立看護教育大学校，横浜市，1989年7月。

宗像恒次：人間理解と自己理解。ライフプラン

ニングセンター，東京，1989年7月。

宗像恒次：医師・患者関係の心理(短波ラジオ)，
日本医師会，東京，1989年8月。

宗像恒次：看護におけるリーダーシップ，富山
県，富山市，1989年8月。

宗像恒次：ストレスマネジメント，朝日カル
チャーセンター，横浜市，1989年8月。

宗像恒次：自己発見の体験学習，朝日カルチャ
ーセンター，東京，1989年8月

宗像恒次：部下との効果的コミュニケーション，
恩賜財団母子愛育会，東京，1989年9月。

宗像恒次：Health and Illness of Japanese，マ
サチューセッツ大会医学部付属病院，ウォース
ター市，1989年10月。

宗像恒次：Lifestyle and Health of the
Japanese businessman，ハーバード大学医学部
社会医学科，ボストン市，1989年11月。

宗像恒次：ナースのメンタルヘルス，東京都衛
生局，東京，1989年12月。

宗像恒次：患者教育，みさと健和病院，三郷市，
1989年12月。

宗像恒次：エイズ差別の社会心理，NHKラジオ，
東京，1989年12月。

宗像恒次：コンプライアンス行動，東京都心身

障害者福祉センター，東京，1989年12月。

宗像恒次：ストレス社会と心の健康，神奈川県
厚木保健所，厚木市，1989年12月。

横田正雄：面接の技術(全2回)福祉事務所新
任職員研修，東京福祉局，東京，1989年6月。

横田正雄：心理学概論(全6回)，社会福祉主事
認定講習会，東京都福祉局，東京，1989年6月ー
7月。

横田正雄：性格テストについて，子供の健康を
考える会，東京，1989年7月。

横田正雄：面接の技術，精神衛生普及会，東京，
1989年9月。

横田正雄：面接の技術，栃木県福祉事務所職員
研修，栃木県，1989年10月。

横田正雄：中学校での「性格テスト」の諸問題，
明治大学プライバシー研究会，東京，1989年11
月。

横田正雄：思春期の諸問題，練馬区家庭教育学
級，練馬区，東京，1990年1月。

和田清：シンナーの害について，千葉県立君津
農林高等学校，君津市，1989年10月。

和田清：アルコール依存者の他剤乱用(指定討
論)，アルコール医療に関するシンポジウム，(財)
アルコール健康医学協会，東京，1990年3月。

V 雜誌目錄

洋雜誌

- 購入 無印
 寄贈 ○
 繼續 +
- Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae
 1952 Vol. 1-1957 Vol. 6
- Acta Paediatrica Scandinavica
 1990 Vol. 791
- Acta Paedopsychiatrica
 1953 Vol. 20-1964 Vol. 31
- Acta Psychiatrica Scandinavica
 1973 Vol. 49+
- Acta Psychiatrica Scandinavica Sup-
 plementum
 1973 Vol. 251+
- American Annals of the Deaf
 1949 Vol. 94-1951 Vol. 96
- American Anthropological Association
 Bulletin
 1954 Vol. 2-1959 Vol. 7
- American Anthropologist
 1956 Vol. 58-1960 Vol. 62
- American Journal of Diseases of Children
 1988 Vol. 142+
- American Journal of Human Genetics
 1954 Vol. 6+
- American Journal of Mental Deficiency
 1954 Vol. 58+
- American Journal of Orthopsychiatry
 1940 Vol. 10+
- American Journal of Psychiatry
 1942 Vol. 99, 1954 Vol. 110+
- American Journal of Psychology
 1954 Vol. 67
- American Journal of Psychotherapy
 1963 Vol. 17+
- American Journal of Public Health and the
 Nations Health
 1957 Vol. 47
- American Journal of Sociology
 1954 Vol. 60+
- American Psychologist
 1953 Vol. 8+
- American Sociological Review
 1954 Vol. 19+
- Analytical Biochemistry
 1970 Vol. 33-1983 Vol. 135
- Annals of Human Genetics
 1952 Vol. 17-1961 Vol. 25
- Annals of Neurology
 1988 Vol. 23+
- Applied Psychological Measurement
 1987 Vol. 11+
- Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrank-
 heiten
 1949 Vol. 183, 1951 Vol. 196-1984 Vol. 234
 1985 Vol. 235ヨリ European Archives of
 Psychiatry & Neurological Sciences トナ
 ル
- Archives de Biologie
 1962 Vol. 73-1963 Vol. 74
- Archives of Biochemistry and Biophysics
 1963 Vol. 100-1964 Vol. 108
- Archives of General Psychiatry
 1959 Vol. 1+
- Archives of Neurology
 1987 Vol. 44+
- Archives of Neurology & Psychiatry
 1954 Vol. 71, 1957 Vol. 78-80.
- Arztliche Wochenschrift
 1957 Vol. 12
- Australian and New Zealand Journal of
 Family Therapy
 1987 Vol. 8+
- Behavior Research and Therapy
 1987 Vol. 25+

- Behavioral Medicine
1988 Vol. 14+
- Behavioral Science
1970 Vol. 15+
- Biochemical Journal
1962 Vol. 82-1981 Vol. 200
- Biochemical Society Transactions
1973 Vol. 1-1981 Vol. 9
- Biological Psychiatry
1969 Vol. 1+
- Brain
1954 Vol. 77,1957 80+
- British Journal of Medical Hypnotism
1952 Vol. 3-1953 Vol. 5
- British J.of Medical Psychology
1987 Vol. 60+
- British Journal of Psychiatric Social Work
1965 Vol. 8-1969 Vol. 10
- British J.of Psychiatry
1963 Vol. 109+
- British J.of Social Work
1971 Vol. 1+
- British J.of Sociology
1987 Vol. 38+
- Bulletin du Groupment Francais du Rorschach
1962 No.13-1973 No.26
- Bulletin of Menninger Clinic
1953 Vol. 17+
- Canada's Mental Health
1961 Vol. 9-1967 Vol. 13
- Chemical Abstracts
1967 Vol. 66-1984 Vol. 100-1
- The Child
1951 Vol. 16-1953 Vol. 18
- Child Development
1954 Vol. 25+
- Child Psychiatry and Human Development
1970 Vol. 1+
- Child Study (A Quarterly Journal of Parent Education)
Vol. 34
- Children
1953-1957
- Chronicle of the World Health Organization
1957 Vol. 11-1958 Vol. 12
(Vol. 13ヨリ WHO Chronicle トナル)
- Clinical Social Work Journal
1978 Vol. 6+
- Cognitive Psychology
1987 Vol. 19+
- Cognitive Therapy and Research
1988 Vol. 12+
- Community Mental Health Journal
1965 Vol. 1+
- Comprehensive Psychiatry
1984 Vol. 25+
- Confinia Psychiatrica
1959 Vol. 2-1961 Vol. 4
- Contemporary Family Therapy
1987 Vol. 9+
- Contemporary psychology
1958 Vol. 3,1962 Vol. 7
- Culture Medicine & Psychiatry
1984 Vol. 8+
- Daedalus (Journal of American Academy of Arts and Sciences)
1960 Vol. 89-1983 Vol. 112
- Developmental Medicine & Child Neurology
1990 Vol. 32+
- Developmental Psychology
1987 Vol. 23+
- Digest of Neurology and Psychiatry
1947 Vol. 15-1955 Vol. 23
- Educational & Psychological Measurement
1954 Vol. 14+
- Electroencephalography and Clinical Neurophysiology

- 1963 Vol. 15+
- L'encephale
1954 Vol. 43-1973 Vol. 62, 1975 Vol. 1+
- Epilepsia
1990 Vol. 31+
- Eugenical News
1952 Vol. 37-1953 Vol. 38
- Eugenics Quarterly
1954 Vol. 1-1966 Vol. 13
- Eugenics Review
1952 Vol. 44-1954 Vol. 45
- European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences
1985 Vol. 235+
- L'Evolution Psychiatrique
1970 Vol. 35+
- Excerpta Medica Neurology and Neurosurgery
1952 Vol. 5+
- Excerpta Medica Psychiatry
1966 Vol. 19+
- Experimental Brain Research
1973 Vol. 17+
- Experimental Brain Research Supplementum
1978
- Experimental Cell Research
1964 Vol. 33-1966 Vol. 44
- Family Process
1962 Vol. 1+
- Family Systems Medicine
1986 Vol. 4+
- Fellow Newsletter Bulletin (American Anthropological Association)
1960 Vol. 1
- General Hospital Psychiatry
1988 Vol. 10+
- Genetic Psychology Monographs
1954 Vol. 49-1955 Vol. 51
- Geriatrics
1987 Vol. 42+
- Gerontologist
1976 Vol. 16+
- Gerontology
1987 Vol. 33+
- Group Psychotherapy
1960 Vol. 13+
- Harvard Public Health Alumni Bulletin
1959 Vol. 16-1964 Vol. 21
- Harvard University School of Public Health
1957, 1960-63
- Human Organization
1965 Vol. 24+
- Human Psychopharmacology
1987 Vol. 12+
- Human Relations
1953 Vol. 6+
- L'Hygiene Mentale
1954 Vol. 43, 1957 Vol. 46-1973 Vol. 62
- Infant Mental Health Journal
1988 Vol. 9+
- L'Information Psychiatrique
1965 Vol. 45+
- International Journal of Psychiatry
1965 Vol. 1-1973 Vol. 11
Vol. 112ヨリ International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy トナル
- International Journal of Group Psychotherapy
1951 Vol. 1+
- International Journal of Psychoanalysis
1970 Vol. 51+
- International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy
1974 Vol. 3+
- International Journal of Social Psychiatry
1955 Vol. 1+
- Israel Journal of Medical Sciences
1966 Vol. 2

- Korean Scientific Abstracts
 1979 Vol. 11+
 Journal of Abnormal Child Psychology
 1987 Vol. 15+
 Journal of Abnormal Psychology
 1947 Vol. 42+
 Journal of Affective Disorder
 1987 Vol. 12+
- Journal of the All India Institute of Mental Health
 1958 Vol. 2
 Journal of American Academy of Child Psychiatry
 1965 Vol. 4+
 Journal of American Geriatrics Society
 1987 Vol. 35+
- Journal of Applied Psychology
 1953 Vol. 37-1959 Vol. 43
 Journal of Autism & Developmental Disorders
 1971 Vol. 1+
 Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry
 1975 Vol. 6+
 Journal of Biological Chemistry
 1967 Vol. 242-1983 Vol. 258
- Journal of Catholic Medical College
 1975 Vol. 28+
 Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism
 1984 Vol. 4+
 Journal of Child Psychology & Psychiatry
 1960 Vol. 1+
 Journal of Clinical Epidemiology
 1988 Vol. 41+
 Journal of Clinical Psychiatry
 1987 Vol. 48+
 Journal of Clinical Psychology
 1946 Vol. 2+
 Journal of Community Psychology
 1977 Vol. 5+
 Journal of Conflict Resolution
 1975 Vol. 19+
 Journal of Consulting & Clinical Psychology
 1946 Vol. 10+
 Journal of Counseling Psychology
 1954 Vol. 1+
 Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics
 1987 Vol. 8+
- Journal of Educational Psychology
 1954 Vol. 45, 1957 Vol. 48-1959 Vol. 50
- Journal of Educational Sociology
 1953 Vol. 27-1955 Vol. 28 1957 Vol. 30-1959 Vol. 33
 Journal of Experimental Psychology
 1953 Vol. 45-1966 Vol. 72
 Journal of Family Therapy
 1987 Vol. 9+
- Journal of General Psychology
 1954 Vol. 50-1955 Vol. 52
 Journal of Geriatric Psychiatry
 1986 Vol. 19+
 Journal of Gerontology
 1976 Vol. 31+
 Journal of Health & Social Behavior
 1960 Vol. 1+
- Journal of Heredity
 1953 Vol. 44-1956 Vol. 47
 Journal of Marital and Family Therapy
 1987 Vol. 13+
 Journal of Marriage & Family
 1968 Vol. 30+
 Journal of Mental Deficiency Research
 1957 Vol. 1+
 Journal of Mental Science
 1960 Vol. 106-1962 Vol. 108
 Vol. 109ヨリ British Journal of Psychiatry トナル

- Journal of Nervous & Mental Disease
1963 Vol. 137+
- Journal of Neurochemistry
1964 Vol. 11+
- Journal of Neuropathology & Experimental Neurology
1953 Vol. 12-1959 Vol. 18
- Journal of Neurophysiology
1954 Vol. 17, 1957 Vol. 20-1959 Vol. 22,
1973 Vol. 36+
- Journal of Pediatric psychology
1987 Vol. 12+
- Journal of Pediatrics
1987 Vol. 110+
- Journal of Personality
1952 Vol. 21+
- Journal of Personality and Social Psychology
1967 Vol. 5+
- Journal of Personality Assessment
1971 Vol. 35+
- Journal of Projective Techniques
1949 Vol. 3-1970 Vol. 34
1971ヨリ Journal of Personality Assessment
トナル
- Journal of Psychiatric Social Work
1955 Vol. 24
- Journal de Psychologie Normale et Pathologique
1959 Vol. 59-1964 Vol. 61
- Journal of Psychosomatic Research
1957 Vol. 1+
- Journal of School Psychology
1987 Vol. 25+
- Journal of Social Psychology
1954 Vol. 34-1954 Vol. 40
- Journal of Social & Clinical Psychology
1984 Vol. 2+
- Journal of Social Psychology
1987 Vol. 127+
- Journal of Studies on Alcohol
1976 Vol. 37+
- Lancet
1987 No.8523+
- Medical Abstracts Journal
1963 Vol. 9-1963 Vol. 10
- Medical Abstracts Korea
1974+
- Mental Hospital
1953 Vol. 4-1954 Vol. 5
- Mental Hygiene
1950 Vol. 34-1972 Vol. 56
- Nature
1984 Vol. 307+
- Der Nervenarzt
1960 Vol. 31+
- Nervous Child
1953 Vol. 10-Vol. 11
- Neurology
1987 Vol. 37
- Neuropediatrics
1970 Vol. 2+
- New England Journal of Medicine
1987 Vol. 316+
- Newsletter: Culture and Mental Health in
Asia and the Pacific
1968 No.1-1969 No.2, 1971 No. 6
- Patients in Mental Institutions
1955-1956
- Pediatrics
1988 Vol. 81+
- Pharmacopsychiatry
1988 Vol. 21+
- Philippine Journal of Psychiatry and Neurology
1961 Vol. 2-1962 Vol. 3
- Postgraduate Medicine
1988 Vol. 83+
- Praxis der Psychotherapie
1959 Vol. 4+

- Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine
1963 Vol. 112-1966 Vol. 123
- Psychiatric Quarterly
1949 Vol. 23-1974 Vol. 48終刊
- Psychiatrie Neurologie & Medizinische Psychologie
1960 Vol. 12+
- Psychiatry
1954 Vol. 17+
- Psychiatry Research
1987 Vol. 20+
- Psychological Abstracts
1959 Vol. 33+
- Psychological Bulletin
1951 Vol. 48+
- Psychological Medicine
1970 Vol. 1+
- Psychological Monographs
1959 Vol. 73-1965 Vol. 80
- Psychological Review
1953 Vol. 60+
- Psychologische Forschung
1953 Vol. 24-1963 Vol. 27
- Psychopharmacology
1987 Vol. 91+
- Psychophysiology
1964 Vol. 1+
- Psychosomatic Medicine
1988+
- Psychosomatics
1990 Vol. 31+
- Psychotherapie
1957 Vol. 2-1958 Vol. 3
- Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie
1974 Vol. 24+
- Psychotherapy and Psychosomatics
1988 Vol. 49+
- Psychotherapy Theory Research & Practice
1967 Vol. 4-1969 Vol. 6, 1973 Vol. 10+
Quarterly Journal of Studies on Alcohol
1949 Vol. 10-1975 Vol. 36
Vol. 37ヨリ Journal of Studies on Alcohol
トナル
- La Revue de L'Alcoolisme
1959 Vol. 5
Revue de Neuropsychiatrie infantile et D'hygiene Mentale de L'enfance
1956 Vol. 4-1964 Vol. 12
- Rorschachiana
1947-1961
- Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency
No.23-No.31
- Schizophrenia Bulletin
1987 Vol. 13+
- Science
1953 Vol. 118-1954 Vol. 119, 1984 Vol. 223+
- Sleep
1984 Vol. 7+
- Social Casework
1954 Vol. 35+
- Social Forces
1957 Vol. 35-1958 Vol. 37
- Social Science and Medicine
1987 Vol. 24+
- Social Service Review
1957 Vol. 31+
- Social Work
1956 Vol. 1+
- Social Work Journal
1952 Vol. 33-1955 Vol. 36
- Sociological Abstracts
1978 Vol. 26+
- Sociological Methodology
1986 Vol. 16+
- Sociological Review

- | | |
|---|--|
| 1954 Vol. 2+ | 和雑誌 |
| ○Sociometry | 購入のみ |
| 1953 Vol. 16-1954 Vol. 18 | 継続 + |
| ○Soviet Neurology & Psychiatry | アルコール医療研究 |
| 1968 Vol. 1-1970 Vol. 3 | 1987 Vol. 4+ |
| ○Soviet Psychology | 病院地域精神医学 |
| 1967 Vol. 6-1969 Vol. 7 | 1987 No. 87+ |
| ○Soviet Sociology | 地域保健 |
| 1969 Vol. 7-8 | 1988 No. 88+ |
| ○Sowjetwissenschaft | 月刊障害者の福祉 |
| 1955 No.1-3 | 1988+ |
| ○State of Ohio Department of Mental Hygiene and Correction Annual Report 1956-1964 | 発達障害研究 |
| ○Statiscal Report:State of Ohio Department of Mental Hygiene and Correction 1965-1972 | 1984 Vol. 6+ |
| Transcultural Psychiatric Research Review | 保健婦雑誌 |
| 1964 Vol. 1+ | 1988 Vol. 44+ |
| ○United Nations: Information Letter, Division of Narcotic Drugs 1972-1980 | 医学のあゆみ |
| World Federation for Mental Health Annual Report 1950-1968 | 1987 Vol. 142+ |
| WHO Chronicle 1959 Vol. 13+ | 医用電子と生体工学 |
| ○WHO Technical Report Series Vol. 24-73 No.177-741 | 1963 Vol. 1+ |
| World Mental Health 1953 Vol. 5-1963 Vol. 15 | Japanese Journal of Psychiatry and Neurology |
| ○Yonsei Medical Journal 1969 Vol. 9+ | 1949.Vol. 3+ |
| ○Zeitschrift fur Psychotherapie und Medizinische Psychologie 1951 Vol. 1-1973 Vol. 23 | Japanese Psychological Research |
| | 1955 Vol. 1+ |
| | 児童青年精神医学とその近接領域 |
| | 1960 Vol. 1+ |
| | 人権と福祉 |
| | 1988+ |
| | 人類遺伝学雑誌 |
| | 1956 Vol. 1+ |
| | 海外社会保障情報 |
| | 1988 No. 83+ |
| | からだの科学 |
| | 1987 No. 136+ |
| | 健康教育 |
| | 1988+ |
| | 季刊精神療法 |
| | 1975 Vol. 1+ |
| | こころの科学 |
| | 1987 No. 14 |

- こころの臨床アラカルト
1987 No. 19+
- 公衆衛生
1979 Vol. 43+
- 公衆衛生情報
1988 Vol. 18+
- 教育心理学研究
1953 Vol. 1+
- 教育心理学年報
1962 Vol. 1+
- 人間性心理学研究
1987 No. 5+
- 日本医事新報
1982 No. 3025+
- 日本看護学会集録
1988 No. 19+
- 脳と神経
1957 Vol. 9+
- Psychologia
1957 Vol. 1+
- 臨床脳波
1973 Vol. 15+
- 臨床精神病理
1987 Vol. 8+
- 臨床精神医学
1978 Vol. 7+
- 労働の科学
1957 Vol. 12+
- 老年精神医学
1987 Vol. 4+
- 精神分析研究
1955 Vol. 2-1976 Vol. 20, 1988 Vol. 33+
- 精神医学
1959 Vol. 1+
- 精神医療
1987 Vol. 16+
- 精神科治療学
1987 Vol. 2+
- 精神科看護
1988 No. 26+
- 精神神経学雑誌
1902 Vol. 1+
- 精神障害と社会復帰
1987 Vol. 7+
- 社会学評論
1953 Vol. 3+
- 社会保障研究
1988 Vol. 23+
- 社会精神医学
1987 Vol. 10+
- 神経研究の進歩
1956 Vol. 1+
- 神経精神薬理
1987 Vol. 9+
- 心理学研究
1949 Vol. 20+
- 心理臨床研究
1987 Vol. 5+
- 心身医学
1976 Vol. 16+
- 障害者問題研究
1987 No. 826+
- 小児保健研究
1987 Vol. 47+
- 小児科臨床
1956 Vol. 9+
- 小児の精神と神経
1971 Vol. 11+
- 週間保健衛生ニュース
1986 No. 306+
- ストレスと人間科学
1988 No. 1+
- 蛋白質核酸酵素
1961 Vol. 6+
- 都市問題
1958 Vol. 49+

あ と が き

国立精神・神経センター精神保健研究所の活動の概要を紹介することを目的に発行されている『精神保健研究所年報』は、1987年度より形式を改めたが、その第3号となる本号になって新しいスタイルは定着したという感が深い。各部および各研究員の研究活動の紹介文や業績記載の様式などが統一されてきたためか、原稿の集りも良好で編集作業も前年に比べてはるかに順調に進行させることができた。当研究所の研究の特色である臨床研究は、実験研究に比べると、研究の条件の設定に制約があり、研究の完成に時間がかかりやすく、表面に表れる成果には華々しさに欠けるうらみがある。しかし各研究員のこの一年の努力には並々ならぬものがあり、研究活動の実態を示す業績の部分は、前年以上に充実していることがおわかりいただけるものと思う。また本誌の表紙の色も、従来よりも明るい色へと変更された。本研究所の今後も本誌の表紙同様に明るいことを希望したい。(栗田記)

編集委員

藤 縄	昭
大 塚 俊	男
高 橋	徹
鈴 木 浩	二
栗 田	廣

精神保健研究所年報 No. 3 (通号 No. 36) 1989

平成2年3月31日 発行

編集責任者

藤 縄 昭 大塚 俊 男
高 橋 徹 鈴木 浩 二
栗 田 廣

発 行 者

国立精神・神経センター
精神保健研究所

(非売品)

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3
電話 市川 (0473) 72-0 1 4 1

印刷：株式会社 弘文社

