

国立精神・神経センター

# 精神保健研究所年報

第4号(通巻37号)

平成2年度

National Institute of Mental Health  
National Center of Neurology  
and Psychiatry

— 1990 —

国立精神・神経センター

# 精神保健研究所年報

第4号(通巻37号)

平成2年度

National Institute of Mental Health  
National Center of Neurology  
and Psychiatry

— 1990 —



## は し が き

平成2年度の「精神保健研究所年報」を纏め、発刊することができた。

昨年度の年報の「はしがき」には、東西両ドイツを隔てる『ベルリンの壁』が崩れ、急速に歴史が変転していることを、感慨深く書いた。その後本年初頭からはイラクをめぐる『湾岸危機』が発生し、8月になってソ連では、『Red Monday』（1991年8月19日）に政変が起こり、ついにはソ連共産党の終焉とバルト三国の独立という結末を来し、さらにソ連の政治体制も流動的である。1905年1月22日『Bloody Sunday』にロシア第1次革命が始まってからソ連共産党支配は1世紀を経ずして消え去った。また規模は違うが、わが国ではいわゆる『バブル経済の崩壊』によって、金融界の信用が根底から揺るがされている。

人間の作り上げた一つの体制が、政治の世界であれ経済の世界であれ、無限に続くものでないことは歴史の教えるところである。それにしても20世紀を生きた一人の人間の生涯のなかで、このように歴史の転回期を幾度となく経験するとは、歴史の流れが加速されているとしか思えない。精神保健のありようも、時代の流れの外にありうる筈はない。しかし、このような時代であればこそ、われわれ研究の職人は時流に流されることなく、真理の探求に専念すべきであろう。内村鑑三の有名な言葉「真理を保存して国家は亡ぶるもまた起こり、真理を放棄して国家は栄えてついに死す」を、あらためて心に刻みたいと思う。

本年度も、所員諸君の努力に衷心からの感謝を捧げると共に、ますますの研鑽を期待し、また例年のごとく読者諸氏のご批判、ご激励をお願いして止まない。

平成3年8月30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	23
4.	児童・思春期精神保健部	33
5.	成人精神保健部	38
6.	老人精神保健部	41
7.	社会精神保健部	43
8.	精神生理部	46
9.	精神薄弱部	51
10.	社会復帰相談部	61
III	研修実績	65
IV	平成2年度委託および受託研究課題	85
V	研究業績	89
VI	雑誌目録	119



# 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つたため、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社会的に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月に社会復帰相談部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。

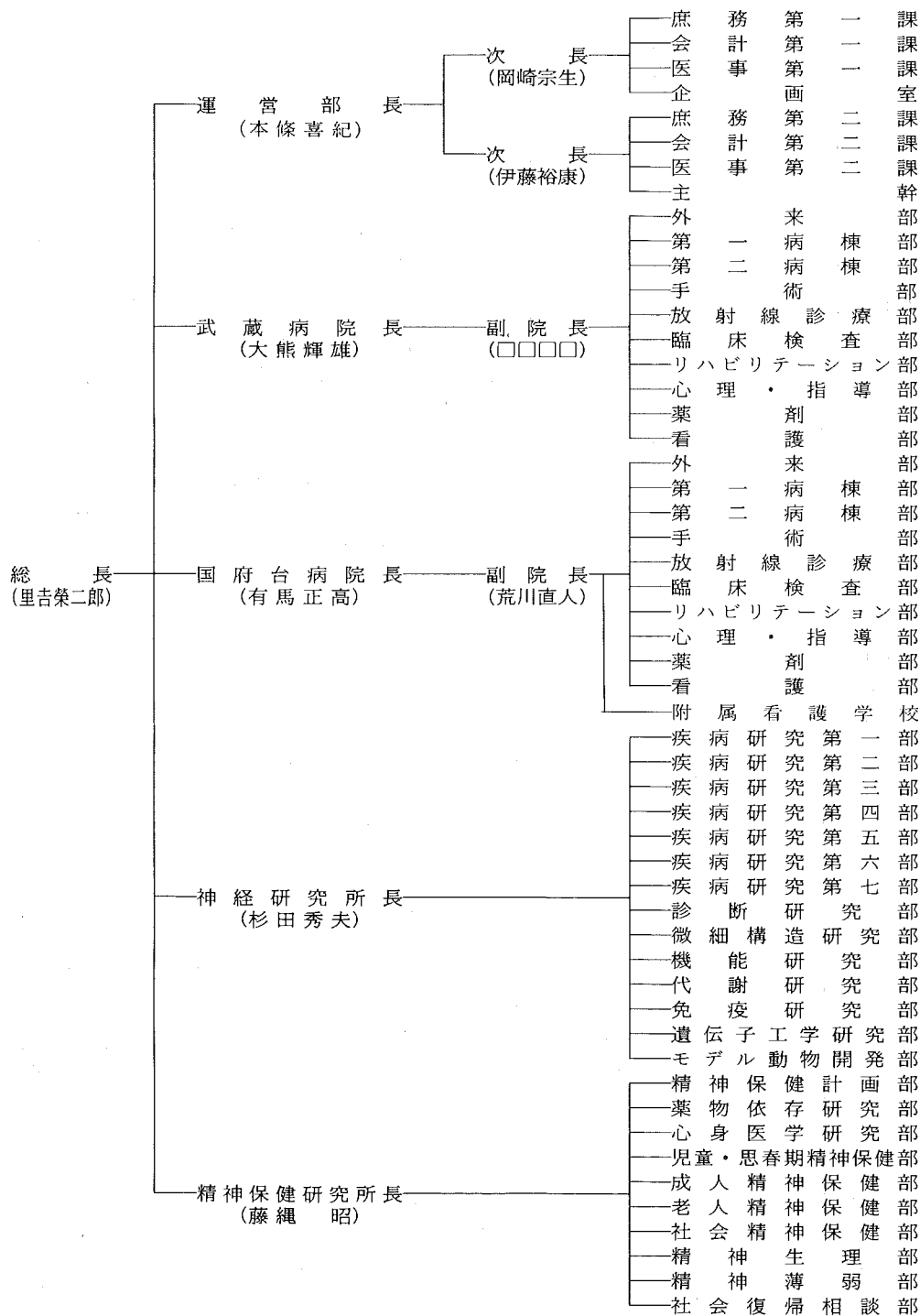
沿 革

事項 年月	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)	

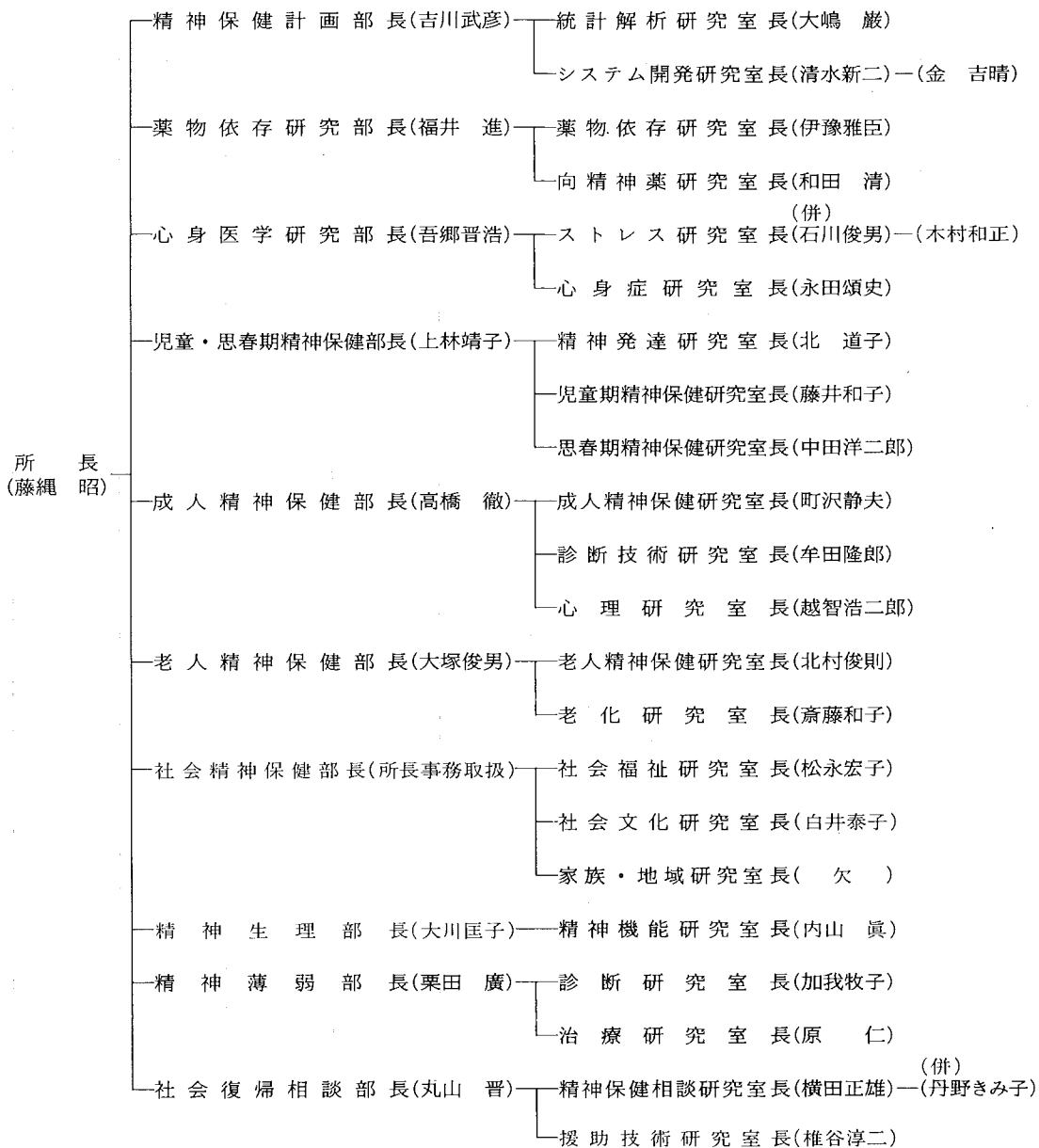
I 精神保健研究所の概要

事項 年月	所 長	組 織 等 経 過
昭和39年4月	村 松 常 雄	
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）
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改正により，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	島 薊 安 雄 (総長が所長事務取扱)	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
62年6月 10月	藤 縄 昭	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
平成元年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3. 8. 1現在)



3. 職員配置及び事務分掌 (平成3. 8. 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
組	総務課	総務課 精神衛生研修室						
	心理学部	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				
縦	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 社会福祉学化 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	
		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	
		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	
	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	
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	
	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	
	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	
	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	
	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 社会福祉学課程 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

平成2年度は、精神保健計画部としてここ数年来もっとも安定した状況のなかで研究を進めることができた。

精神保健計画部における研究の基礎的部分を担う家族研究は、研究スタッフ全員が取り組んでいる研究である。なかでも最も基礎的な部分を担っているのが清水による“現代家族の集束と分散”に関する一連の研究で、私事化が個別化に向きつつある状況を抜き出している。大島は、精神障害者の家族に対する支援にあり方を探りながら「精神科リハビリテーションと家族の新しい動向」をまとめ、さらに、とくにEE研究に関する調査プロジェクトをスタートさせた。金は、家族が家人の精神分裂病症状を認知していく過程を追いながら家族研究を行っている。吉川は、思春期問題をもつ家族や老年期問題をもつ家族の精神保健の研究から、介護する家族の家族教育研究を行っている。

大島は、精神障害者の地域ケアとリハビリテーションに関する研究から保健と福祉のコミュニティづくりに関する研究を進めている。清水は、アルコール依存に関する研究を通じて家族研究を広げるほか、地域ケアに関するシステムづくりに関する研究を行っている。金は、国府台病院精神科（児童病棟・児童外来）と研究協力を行い、児童・思春期精神保健の研究を進めているほか、シンナー等の有機溶剤依存の精神症状に関する研究を進めている。吉川は、保健所を足場にした地域精神保健研究を進めるとともに、厚生科学研究（精神保健医療研究事業）で「社会復帰援助体制のありかたに関する研究（主任研究者・吉川武彦）」のなかで、地域精神保健行政サービスに関する研究を担当し、保健所精神保健業務のマニュアル作成を行ってきた。

吉川は、国立公衆衛生院との共同研究によって、引続き「精神疾患の各種統計指標の整備と評価に関する研究」を継続中であり、大島は、日本精神神経学社会復帰問題委員会委員として「精神保健サービス提供システムに関する政策科学的研究」を行っている。清水は、昨年に引続き日本学術振興会から特定国派遣事業候補となり、ハンガリー社会における老人問題やアルコール問題、あるいは自殺問題に関する国際的研究を行っている。

なお、精神保健計画部モノグラフ第1号として、「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」を刊行（1990年3月31日付）した。（吉川武彦）



# 保健所における精神保健業務の在り方に関する研究

吉川 武彦

## 1. はじめに

本報告は、保健所における精神保健事業を一層推進するために「保健所精神保健事業マニュアル(仮称)」を作成することを最終目標を置いている、精神保健医療システムに関する研究(保健所における精神保健業務の在り方に関する研究)の中間年に当たる研究の報告である。この報告は、

- 1) 保健所における精神保健活動に何が期待されているかという聞き取り調査
- 2) 保健所における新しいタイプの地域精神保健活動の分析
- 3) 保健所に勤務する医師の意見聴取とその分析
- 4) 総合精神保健センターの機能と保健所精神保健業務との関連性の分析
- 5) 高知県における在宅精神障害者の社会生活援助のニード分析から得たものである。

## 2. 調査及び検討による研究結果

- 1) マニュアルに盛るべき基本的な考え方に関する意見

実践に役立つもので“事業実施のための手引書”という期待がある。とくに新たに精神保健業務を展開しようとするならば、業務推進のためのマニュアルづくりは必要であるという意見が多かった。実態把握、精神保健相談、訪問指導など基本的な事業の充実を図るためのマニュアルが求められており、各保健所が共通した対応が出来るようにするという意見が強いが、地域の特性を発揮できるマニュアルに対する期待

も大きい。

マニュアルに盛られるべきものは、(1)精神保健の理念(抽象論でない「序論」の展開。「実態把握」とプライバシー問題。公衆衛生と地域保健、精神衛生と精神保健の思想)、(2)適切な内部システム、(3)地域保健活動の歴史、(4)公衆衛生活動の進め方(老人保健法を参照。①啓発活動〈手帳交付〉、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導)、(5)関連機関との連携、(6)緊急ケースや救急ケースに対する対応と処遇困難ケースへの対応、(7)事例検討会、(8)精神保健連絡協議会などについて詳しい記載が必要であると判断された。

- 2) マニュアルに盛るべき事柄の具体的提示  
具体的には、1) どのライフステージにある住民に対しても行える精神保健サービス、2) 子どもの精神保健問題、3) 「ストレス対策」、4) 精神保健教育の方法(従来の「衛生教育」は、いわば脅し教育で、地域住民の行動変容を引き出すためには必ずしもふさわしい教育方法とはいえない)、5) 協力組織の育成とボランティア養成、6) 社会復帰相談指導事業の目的及び方法、そして評価について、7) 通院リハビリテーション事業、8) 地域家族会づくり、9) 地域共同作業所づくりや回復者クラブ活動への援助方法、10) 精神保健センターと保健所の関係を明示、などである。

精神保健活動実施上の問題点に関する記述は、(1)アルコール依存症関連問題、(2)老人保健・福祉関連問題等、(3)事務系職員が精神保健業務実施に際して参考になるもの、が必要とされた。

- 3) マニュアルに関する保健所医師の意見  
保健所に勤務する医師が求めるマニュアルは、

精神障害者に対する直接的サービスである精神保健相談と社会復帰サービスをどのように進めるかというものであることがわかった。(1)ケース・マネジメント(ケースレジスレーション, ケースデレジスレーション, ドロップアウトケースの追跡など, 保健所における直接サービスの限界), (2)地域の社会資源の活用方法, (3)ネットワークづくりの方法, (4)地域精神保健業務の評価方法(A.行なっているサービスの量的側面と質的側面を測定する。イ.住民側からみたサービスの利用状況を量的にも質的にも測定する, ウ.サービスを利用していない地域住民の利用しなかった理由を分析する, エ.サービスの内容や方法に関する見直しに地域住民の参加を求め, 意見を求める), (5)チームワークに関する評価, (6)地域サポートシステムの評価, (7)精神障害者や回復者の状況把握に関する評価などを盛り込むことが検討された。

### 3. おわりに

本研究は、平成元年を初年度とする3年度計画で出発したもので、地域精神保健活動を推進するために保健所はどのような目標を持ち、具体的にはどのようなことを行わなければならないのかということを検討した上で、保健所における精神保健事業を一層推進するために「保健所精神保健事業マニュアル(仮称)」を作成することに最終目標を置いている研究の、中間年度に行われたものである。3年計画の最終年度である平成3年度は、「保健所精神保健事業マニ

アル(仮称)試案」を作成する考えである。

### 参考文献

1. 石原邦雄：都市生活と生活ストレス。調査季報, 104; 2-9, 1989。
2. 大島 巖, 山崎喜比古ら：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一。社会精神医学, 12; 286—297, 1989。
3. 吉川武彦：これからの公衆衛生活動と健康づくり—保健所活動とこころの健康づくり—。こころの健康, 10; 8-, 1984。
4. 窪田 彰：医療施設での実践(精神病院, 総合病院, 診療所)—医療としての地域精神保健活動(精神保健実践講座 第5巻 地域精神保健活動の理解と実際, 中央法規出版)。1990。
5. 佐々木昭子, 元永拓郎：精神保健事業—文京区における5年間の全ケースの分析を通して(特集・保健予防活動—保健所の戦術と戦略)。公衆衛生, 53; 243-247, 1989。
6. 仲本晴男, 山本和儀：市町村を母体とした「地域型デイケア」の現状とコミュニティーケアにおける役割。精神神経学雑誌, 91; 897-902, 1989。
7. 本藤久雄：精神保健の現状と問題点<その1>。公衆衛生情報1989年6月; 9-13, 1989。
8. 宮城島一明：精神保健の現状と問題点<その2>。公衆衛生情報1989年7月; 6-10, 1989。

# 精神障害者の高齢化にともなう家族協力態勢の変化に関する実証的研究

— 5年間の経時変化について —

大島 巖

## 1. はじめに：

慢性精神分裂病者を中心とする精神障害者の地域ケアでは、洋の東西を問わず、身近な援助者としての家族の実質的な位置が大きくなる。このため、特にわが国では精神医療関係者や行政などからは、家族に対して、時に過大な期待が寄せられてきた。しかし、この問題の発生時期や経過の特質から、家族の側では親の高齢化や兄弟への世代交代が進行していることも知られており、家族ケアの限界が指摘されている。

本研究ではまず、このような時期にある精神障害者・家族の社会生活面の経時変化を5年前に行った家族面接調査の追跡調査によって明らかにする。次に、障害者の経過の良否を再入院予後の面から明らかにし、経過に影響する家族の構造的・機能的特徴を検討したい。

## 2. 対象と方法：

対象者は、1984年に訪問面接調査を行った精神障害者・家族の全数である。すなわち、都市部（川崎地区）と農村部（長野県東信地区）の家族会員がケアする精神障害者、およびその家族247例である。これらの対象者のうち、家族が死亡した事例などを除いて、全数に家族調査を依頼した。家族調査は、原則として質問紙を用いた訪問面接法によって行い235例の回答を得た。それ以外の事例には、電話での家族への問い合わせや専門職等から経過に関する情報収集を行った。

## 3. 結果と考察

1) 対象者は、男性62.8%、平均年齢42.5歳、診断名は92%が精神分裂病だった。主たる世話人である回答者は「父・母」が75.7%であった。

2) 障害者本人の現在の主な役割状況では、最近1年間継続入院である「入院」が9.7%「死亡等」が4%など、約14%が地域生活を中断し、全般的には適応レベルは低下していた。特に、84年に「家事・家業の補助」をしていたものが10%程度減少しているのが目だつ。

3) 家族構成の変化は33.6%にあり、その変化の半数を占める17%は親の死亡であった。兄弟世代では、この5年間に同居するものが7%あったが、その多くは親の病気や死亡にともなっていた。前回面接した主たる世話人に交代があったのは24例9.7%ある。このうち、16例は死亡によるもの、8例は健康等の理由からであった。

4) この5年間に再入院したのは、84年調査時点で在宅だった220例中66例30%である。このうち、2回以上再入院したものは14%、5年の半分に当たる30カ月以上入院していたのは7.7%ある。累積入院率は比較的単調に増加している。また、今回の調査時点で入院中は26例11.8%あるが、18例8.2%は1年以上前から入院を継続していた。

5) つぎに、再入院予後に影響する要因を見て行く。84年の主な役割別に5年間の入院状況を見ると、「勤め」の再入院率が低く、入院しても長期化しない傾向が認められるが、その他の役割間に大きな差異はない。

6) 84年の家族構成や家族構成の変化別に見た最近1年の入院期間では、5年度目の地域生活の継続という視点から「全期間入院」「死亡等」と「入院なし」「11カ月以下の入院」を比較すると、84年時点の家族類型に「兄弟夫婦」が含まれる場合、追跡期間中に親が死亡している場合、それに十分な統計的な関係性は認められなかったが、主たる世話人である回答者が変化した場合に、地域生活が中断する傾向が認められる。

7) 筆者らは、「家族の協力態勢」という生活レベルで家族機能を捉えるための枠組みを提示してきたが、84年調査における、この家族の協力態勢と再入院予後との関連を見て行く。表1には5年間の延べ入院期間を示したが、困難度、すなわち患者との共同生活による家族の生活行動障害について、それが高い場合に入院率が高く、しかも入院期間が長期化していることが示唆される。協力度、すなわち自立していない患者の生活行動に対する、家族の協力行動の実施程度については延べ入院期間との有意の関連性は認められなかった。しかし、困難度と組み合わせると、困難度が高くて協力度が高い場合には経過は悪くない。これに対して、協力度が低くかつ困難度の高い「低協力高困難群」

では44例中22例が入院し、しかも11例25%が30カ月以上にわたる入院を経験していた。

協力度は、最近1年の入院期間と直接的な関連性を持っている。すなわち、協力度が低い場合には、5年度目に地域生活を中断するものが多くなっている。これに対して、困難度はこの項目との関連性を認めなかった。

4. まとめ：

5年間に於ける障害者側の変化として、社会的役割が減少し、1年以上の継続入院が約1割を占めるなど好ましくない経過が認められた。また、追跡期間内に入院したものは約3割に達していた。

本研究では、これらの経過に関連する要因として、家族の機能的・構造的条件の双方の重要性が示唆されたと考える。ただし、経過への影響の仕方には異なった型があり、そのような違いを生む要因を今後検討していく必要があると考える。また、家族構成に変化があった場合、それを直接本人の処遇低下に結び付けられないための地域の援助ネットワークなどの影響を検討して行く必要があると考える。

表1 家族の機能(1984年)別 5年間の延べ入院期間

	入院なし	29カ月以下	30カ月以上	死亡等	合計 (%)	検 定
協力度3区分別						全体：
低	49(64.5)	16(21.1)	9(11.8)	2( 2.6)	76(100.0)	$\chi^2=7.637, P=.27$
中	51(68.9)	16(21.6)	6( 8.1)	1( 1.4)	74(100.0)	
高	47(67.1)	16(22.9)	2( 2.9)	5( 7.1)	70(100.0)	
困難度3区分別						全体：
低	60(70.6)	19(22.4)	3( 3.5)	3( 3.5)	85(100.0)	① $\chi^2=12.484, P=.052$ ①×②： ② $\chi^2=11.979, P=.007$
中	50(74.6)	12(17.9)	3( 4.5)	2( 3.0)	67(100.0)	
高	37(54.4)	17(25.0)	11(16.2)	3( 4.4)	68(100.0)	
協力度困難度で区分した4群別						全体：
高協力低困難	35(70.0)	12(24.0)	1( 2.0)	2( 4.0)	51(100.0)	① $\chi^2=26.047, P=.002$ ①×②： $\chi^2=24.772, P<.001$ ②
高協力高困難	40(70.2)	11(19.3)	3( 5.3)	3( 5.3)	73(100.0)	
低協力低困難	51(73.9)	14(20.3)	2( 2.9)	2( 2.9)	69(100.0)	
低協力高困難	21(47.7)	11(25.0)	11(25.0)	1( 2.3)	44(100.0)	
全体	147(66.8)	48(21.8)	17( 7.7)	8( 3.6)	220(100.0)	

## 寄せ場野宿者とアルコール

清水 新二

### はじめに

通称“釜ヶ崎”（行政名は愛隣地区）は、明治末年に現在の天王寺の“新世界”を中心に開催された第5回内国勸業博覧会を最初の契機として形づくられてきた、わが国屈指のドヤ街である。幾多の歴史の変遷を有して、現在も0.72km<sup>2</sup>の小さな地区に通時推定1万8千人（時季により変動あり）の単身日雇い労働者がエネルギーに密集している地域である。しかし他方で、毎年百人前後の路上死亡者を数えるという厳しい現実のあることも事実である。この路上死亡者の予備群が衰弱した野宿者であり、既報<sup>2)</sup>ではあまりの傷病の多さ故にこれら野宿者達を「傷病者集団」とも形容したほどである。野宿者たちの傷病を構成する大きな問題の一つが、とりまおさずアルコール問題であることは周知のところである。

野宿者の実態については、これまでも断片的には語られることはあった。しかしそれらは多分に個人的経験に基づく印象や評論であり、それはそれで的を得た主張で貴重ではあるものの、他方でいまま少し大勢的な傾向を見据えるレポートがあつてしかるべきであろう。そこで以下に、釜ヶ崎における野宿者たちのアルコール問題を中心に、野宿の実態、定住家族体験なども含め順次調査の結果を報告してみたい。面接調査をしえた総野宿者は753名であつたが、この種の調査の性質上いくつかの制約をともなつたため、データとして本論に用いるケース数は574ケースである。

### 1. 対象者の属性

1年間の夜間巡回で出会い、応急保護に応じた野宿者の年齢は、50歳代と40歳代を中心に双方で全体の7割を占め、次いで60歳代も15%ほどみられる。若干ながら70歳以上の野宿者が認められたのは、改めて特記しておくべき事実であろう。

学歴は義務教育が圧倒的に多く7割に達する一方、4人に1人は旧制中学・新制高校卒であつた。出身地は近畿圏と九州がそれぞれ約3割を占め、次いで中国が1割と続くが、地元の近畿圏はともかく九州出身者の多さが注目される。炭鉱生活とアルコールの親和性、炭鉱離職とその後の生活編成上の困難性、あるいは農業の低生産性ならびに末子相続等の家族形態の地方的特徴などが絡み合つての過剰労働力問題、などが想起される。

### 2. 野宿者とドヤ生活

～略～

### 3. 野宿者と飲酒

#### 1) 飲酒頻度

この1年間にアルコールを何回ぐらい飲みましたかという質問で、最も多かったのは「1日1回」で、約3割を占めていた。ついで「週に3～6回」が17.6%となっている。連日飲酒を数回繰り返す「毎日頻回」飲酒は約1割強（12.2%）の野宿者にみられた。他方、「全く飲まなかった」と年に数回という「機会的」を合わせると全体の約4分の1となり、飲酒とはあまり縁のない者が4人に1人の割合でいること

が分かった。しかし、全く飲まなかった者89名中、「飲めたが身体をこわしてやめている」が20.2%、「飲めたが経済的にやめている」が4.5%おり、また「機会的」と答えた者49名中「飲みたくてもお金がない」が32.7%みられた。したがって、現在飲酒していないものの、飲める条件さえ整えば飲酒するという「潜在的飲酒者」の存在も少なくなく、野宿者の飲酒問題理解にあたっては、きちんと視野に収めておくべき点と思われる。

また釜が崎へ来る以前（来住前1年間）と現在の飲酒頻度とを比べた結果は、一方で「全く飲まない」非飲酒者の増加と、他方で「1日1回」「1日1回以上」の連日・高頻度飲酒者の増加傾向が同時に認められ、ドヤ移住後の飲酒頻度パターンが2極化傾向にあることも知られている。

## 2) 問題飲酒

調査時点より以前1年間という期間に限定した上で、現在飲酒している者に、以下のようなアルコール依存症と関連の深い6つの問題飲酒行動の有無を尋ねた。「しばしば」「ときどき」と回答した者を合わせて問題飲酒「あり」の回答率とすると、「寝汗」が48.9%と約半数の者に、「食事抜いても飲酒」もほぼ同率で44.9%、「深酔いまでやめられぬ」「記憶脱落」はそれぞれ38.4%、34.8%と3人に1人は「あり」と答えている。「手足のふるえ」「警察世話」も各々28.7%、19.0%と、上述の4項目より若干「あり」の率は低いが、それでもこれらの問題飲酒行動は各々3割弱、2割弱の者にみられるのである。仮に「手足のふるえ」をアルコール依存症判定の簡便なインデックスとすれば、約3割がアルコール依存症者とも疑われ、愛隣野宿者の飲酒問題の深刻さを思わせる。

表3はこれらの問題飲酒行動が愛隣来住前と比較すると、どのように変化しているかを見たものである。各々の問題飲酒項目ごとに、愛隣来住直前（ $T_1$ ）と調査時点（ $T_2$ ）との問題飲酒行動をクロスした結果が簡便に記されている。

$T_1$ 時に「記憶脱落」が「あり」の者が15.7%から $T_2$ 時には35.9%に増加している。同様に「寝汗」が24.8%から52.7%、「手足のふるえ」が10.7%から30.0%、「食事抜いても飲酒」が23.8%から47.8%、「深酔いまでやめられぬ」が21.1%から37.4%、「警察世話」が16.4%から20.9%に増えている。これらの結果は、微増といえる「警察世話」を除いて、明らかに愛隣地区に住み始めてから問題飲酒行動が増加している事実を端的に示している。したがって、ここでもまた愛隣と飲酒の深い関わりを読み取ることができよう。

## まとめ

野宿者の一般的イメージのひとつに、“アル中”イメージがある。他方こうした一般的イメージが内包するステレオタイプ性を警戒する意図からか、野宿者には「飲む人は多いが、アル中は少ない」とする主張もある。しかし本論文でも明かな通り、一般的イメージにせよ野宿者サイドに立つ主張にせよ、決して釜が崎における野宿者の事実を反映するものではなかった。飲酒頻度、問題飲酒度、あるいはまた野宿の頻度などからみても、野宿者を単一のイメージで捉えることは不可能であり、さしあたっては少なくとも二極分解的状況として理解しておくことが必要であろう。

そのような問題の一つに、飲酒頻度が相対的に低い一群のある事実があげられる。ちなみに野宿者の15%ほどが現在全く飲酒せず、かつ飲酒者のうち4人に1人は問題飲酒スコアがゼロであった。その理由として見逃せないのは、野宿者の間で明白にみとれる疾病の多さであろう。以前はいざ知らず、少なくとも現在は飲むに飲めない身体の方が多くのである。さらにはまたエネルギーな単身ドヤ街であるからこそ、疾病による労働力の欠陥はたちどころにアブレ（失業）に見まわれざるを得ない。このことは当然、酒代にも事欠くことが多い結果となる。

見逃され易いこのような複層的な飲酒状況を再度強調した上で言えば、やはり累積問題飲酒度からみて釜が崎の野宿者の飲酒問題は相当に深刻であり、飲酒者のうち「手足のふるえ」を報告する野宿者はほぼ3割に達したのであった。さらに釜が崎への来往前と現在を比較すれば、明らかな問題飲酒の進行状況が認められた。

今回のわれわれの野宿者調査の結果を要約すれば、ドヤでの生活が問題飲酒に与える影響は疑うべくもなく明らかである、との結論である。

表3 愛隣来往前と現在の問題飲酒率 (%)

問題飲酒行動	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
記憶脱落	15.7	35.9
寝汗	24.8	52.7
手足のふるえ	10.7	30.0
食事抜いても飲酒	23.8	47.8
深酔までやめられぬ	21.1	37.4
警察世話	16.4	20.9

## 妄想と興奮を呈したADD成人例

金 吉晴

幼児期に注意障害を有したと思われ、未治療のまま経過し、前思春期より強迫症状、固執傾向、成人した後に妄想を呈し、不穏興奮によって受診した症例を経験した。このような症例についてはBellak (1985) らの報告があるが、詳しいものは少ない。

また注意attentionを集中concentrationに対比させる説明図式では、ADDにおいて「不足deficit」しているものは後者であることになり、ADDの症候論にはそぐわない。これを解消するために注意機能の図式を改めて考察した。

症例は21歳男性で、幼児期に注意欠陥多動障害を有したと思われ、強迫症状を経て成人後に一過性の幻覚妄想を呈し、不穏興奮状態を呈して精神科入院となった。向精神薬を中心とした治療は無効であったが約1年後に多弁、多動、攻撃的となり、Bellakらの先行研究を参考としてmethylphenidateを投与したところ著明に落ちつき、関係念慮も消失した。この効果は2回にわたって観察された。

患者は回顧的にDSM-IIIの注意欠陥性障害ADD(多動を伴う)の診断基準を満たしており、中学期の広範性不安障害と強迫性障害を経て成人後はschizophreniform disorderを呈したものと考えられる。

いわゆる多動児の長期経過についての研究は多く行われてきたが、精神病への転帰を含めて悲観的な報告が多かった1960年代のものとは比べて、方法論的により整備された近年の研究では適応上の問題は多いものの、精神病への新和性が特に高いとの結論は得られていない。しかし多動もしくはADD児に精神障害の合併自体が否定されたわけではなく、最近の追跡調査の中

でも、そのような合併例の報告はみられている。

近年Bellakは、ADD-psychosisという概念を提唱しており、これはADDの既往を持ち、衝動性、興奮、自殺企図、多弁、思考障害、妄想を生じるというもので、しばしば精神分裂病と誤診されるが、haloperidolは無効であり、上述の賦活剤が有効であるという。これらの症例と本例とを比較すると、多動もしくはADDの既往があり、強迫観念、妄想、優格観念を持ち、不穏興奮状態を呈した点が共通しており、類似の状態と考えられる。

これらの症例では強迫観念、妄想、優格観念などの広義の固執傾向の存在が見られているが、一般に「気が散る」状態であるADDの中に、特定観念に「気が奪われる」状態である固執傾向が存在することを、どのように概念的に説明できるかということを考えてみる。

Sims (1988) によればattentionとはある体験(外的でも内的でも良い)の上に意識の焦点を合わせる機能である。この焦点を合わせ続ける機能がconcentrationである。主体の方からattentionをある出来事に向ける場合をvoluntary、逆に何らかの出来事が主体の努力なしにattentionをとらえる場合をinvoluntaryと呼ぶ(図1)。Kräupl Taylor (1983) はvoluntary attentionの活発な状態をvigilance、低下した状態をabsorptionと名づけた。absorptionの代表は宗教的瞑想とトランス状態である。

この言い方に従えばADDにおいて不足(deficit)しているものはattentionではなくconcentrationということになり、attentionはinvoluntaryに亢進している。またpoor concentrationとshort attention spanとは同義的に用いられ



ており、ここでは明らかにattentionとconcentrationとが混同されている。

こうした混乱を避けるために以下の図式を考案した(図1)。

ADDでみられる注意障害は、この図によればdistractionの亢進とconcentrationの低下である。ADDでのdistractionの亢進は自由なsurveillanceや有意義な情報の増加をもたらさないから、vigilanceは低下していると考えられる。ADDの注意機能は以下の状態にあると思われる(図2)。

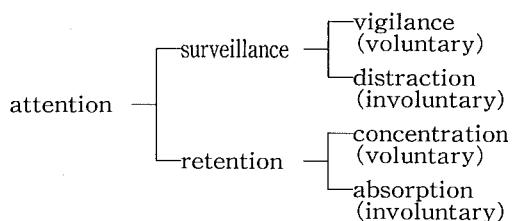


図1 注意機能の分類試案

本例ではこれに加え、強迫観念、妄想、優格観念といった広義の固執傾向が生じていることが特徴であった。これらは注意機能からみればabsorptionである。従って本例では図2の注意障害にabsorptionが加わったものと見なすことが出来る。この状態を全体的にみれば、注意機能のvoluntaryな成分が低下し、involuntaryな成分が亢進した状態である。

すなわち注意機能に対するvoluntaryなコントロールの失調状態であり、このように一元的に解釈すれば概念上の混乱は生じない。

	voluntary	involuntary
surveillance	vigilance ↓	distraction ↑
retention	concentration ↓	absorption ?

図2 ADDにおける注意機能

## 2. 薬物依存研究部

薬物依存研究部では、1) 薬物依存の疫学的調査研究、2) 薬物依存の発生メカニズムに関する生物学的研究、3) 薬物依存の臨床(治療)に関する研究、などを主な研究課題としている。

薬物依存の疫学的調査研究は、創部以来、全国の医療施設を中心に実施し、わが国の薬物依存の動向と特徴を解明してきた。平成2年度は20年以上にわたり未成年を中心に乱用されてきた有機溶剤を取り上げ、和田が千葉県下の12の中学校、5240人の中学生を対象に「シンナー遊び」に関する意識・実態調査を行い、潜在的使用経験者率を確認し、経験者と非経験者の家庭生活及び日常生活、学校生活、友人関係の差より有機溶剤発生の誘因を明らかにした。初回使用の場である中学校を対象としたこの種の研究はほとんどなく意義あることと思う(平成2年度厚生省精神・神経疾患委託研究費)。

福井は、2年前より同じ依存性物質であるが嗜好品として社会で広く受け入れられているたばこ依存問題を取りあげ、県内の某一流企業の従業員を対象に喫煙習慣の調査を行い、喫煙と年齢、職種、健康状態、性格との関連より研究を行った(喫煙科学研究報告会1990年)。

薬物依存発生メカニズムの生物学的研究は、伊豫が昨年を引き続いて放射線医学総合研究所にて、覚せい剤精神病患者についてポジトロンCT検査を行った。その結果ドーパミンD2受容体数の変化はなく、また、再燃予防量の抗精神病薬は約20%D2受容体を占拠して作用していることが示唆された。(ポジトロンCT等を用いる薬物依存メカニズム解明に関する研究班平成2年度)

向精神薬が事象関連電位におよぼす影響に関する研究は国府台病院精神科との共同研究で進めていたが、本年度はベンゾジアゼピン系薬物との関連において研究が行われた(平成2年度厚生科学研究一医薬品等開発研究事業報告書)。

臨床部門を持たぬ当研究部にとり、薬物依存の臨床研究を如何に行うかが当面の課題であった。幸い2年前より、薬物依存の治療を積極的に行っている10施設の精神病院との協力体制ができつつある。本年度は薬物依存症の治療プログラムに関する研究(専門病院の実態と問題点)としてまとめた(石川研究事業研究報告書1990年)。また、薬物依存症の治療体制はアルコール依存症に比べて遅れているが、研究協力病院を増やししながら、薬物療法、治療の地域ネットワーク作りなど治療に関する研究を進めていきたい。

今年度の当研究部は、1990年9月に開催した日米薬物依存シンポジウムの事実上の事務局として準備に追われた。1989年10月より計画し、覚せい剤とコカインを主なテーマとして計画をすすめ、一応の成功を収めた。現在議事録及び報告書を作成中である。このシンポジウムはNational Institute on Drug Abuse (NIDA) の協力で行われたが、その結果NIDAとの協力関係もでき、NIDAのAddiction Research Centerへの和田の留学が決まり、さらに将来米国との共同研究の足がかりができた事は収穫であった。

その他、1991年10月に40名の臨床医を迎え第四回薬物依存研修会を開催した。今回は薬物依存のみならず、BZD系薬物の使い方など臨床薬理学を取入れた。この研修会は研究活動とは直接関係はないが、薬物依存症の医療の現状を考えると薬物依存症に関心をもつ臨床医を育成することは意義あることと考える。(福井進)

## 薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究

### ——中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景——

和田 清, 福井 進

#### はじめに

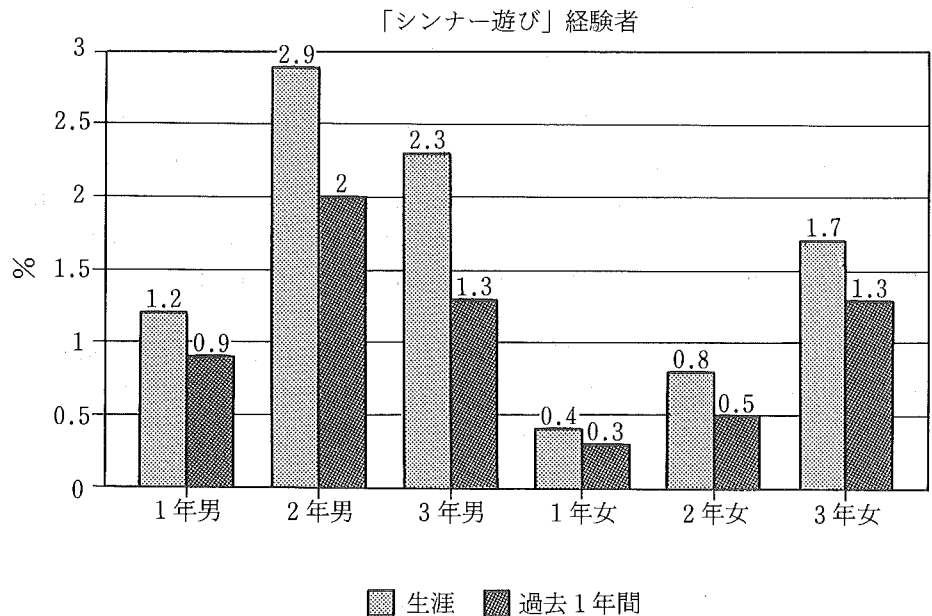
筆者らは、今日わが国では精神病院受診者を対象にした際には、1) その約40%が覚せい剤依存症者であり、約40%弱が有機溶剤依存症者であること、2) 両薬物依存症者では人間(交友)関係・家庭環境に特徴が見られること、3) 覚せい剤依存症者の中で、有機溶剤乱用経験者の率が高いことを明らかにしてきた<sup>1)</sup>。この事実はわが国の薬物依存問題の約80%を占める覚せい剤・有機溶剤依存の根底に有機溶剤乱用問題が重要な役割を演じていることを示唆している。

そのため、本年度は有機溶剤依存症者の初回吸引年齢として重要な中学生<sup>2)</sup>を対象に、今日

の中学生の中での有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)経験者の割合、「シンナー」遊び経験者と非経験者における睡眠・食事等生活リズム、家庭環境、喫煙歴、飲食歴等の違いの把握を試みた。

#### 調査方法

「シンナー遊び」の流行は地域格差の大きい問題であると想定されたため、某県下の県都中心部1校、県都周辺部1校、大都市中心部1校、大都市周辺部1校、地方都市中心部1校、地方都市周辺部1校、新興住宅地1校、純農村部1校、山間部1校、漁村部2校、首都圏近郊1校の計12校の協力を得て、生徒に対するアンケート調査を実施した。



調査項目は性別、学年、起床時間・就床時間・食事の規則性、クラブ活動への参加状況、家族との食事頻度、家庭内の不和、友人の有無、喫煙歴、喫煙に対する意識、飲酒歴、飲酒に対する意識、「シンナー遊び」の経験の有無、「シンナー遊び」に対する意識、「シンナー遊び」の害についての知識等計39項目から成っている。

調査法は生徒自身によるアンケート用紙への回答であるが、匿名性保持に最大限の配慮をし、個人を特定できそうな項目は設定せず、アンケート用紙は記載後生徒自身が封筒に入れて封をし、それを用意した大きな袋に投函し、監督者の教師は所定の位置から必要以上に動かないこととし、開封は筆者らがを行い、アンケート用紙は筆者らの研究室で保管管理した。

### 結果と考察

以上の手続きによって得られた結果から、「これまでに『シンナー遊び』の経験のある者(生涯経験者)」および「過去1年間に『シンナー遊び』をしたことのある者」の割合を学年・性別に示したものが図1である。生涯経験者は女子より男子に多く、男子では中学2年生で急増し、女子では学年が進むに連れて増加することがわかる。学年を無視すると、男子では2.1%、女子では0.9%、全体では1.5%が生涯経験者ということになる。

わが国では医療機関・矯正施設受診者を対象とした有機溶剤乱用者の調査はあるものの、本来の「疫学」と呼べる生徒全員を対象とした有機溶剤乱用者の疫学調査はほとんどないのが現状である。わずかにあるのは、北村ら<sup>2)</sup>が行なった、一公立中学校に1968年度から1981年度に入学した計4416人について、生徒事例検討会記録、面接記録・電話連絡・手紙連絡・観察記録、生徒指導主事の業務記録を資料として学校側が確認した有機溶剤吸引生徒の頻度調査と、松下ら<sup>3)</sup>が1970年頃に2中学の3年生計685人に対して尿中馬尿酸濃度から有機溶剤乱用被疑者の割合を推定した調査、野見山ら<sup>4)</sup>が1968年に中

学・高校4校21クラスの男子642名を対象に尿中馬尿酸濃度から有機溶剤乱用被疑者の割合を推定し、同時に同学校の33クラスの男子生徒1161人を対象にアンケートによる疫学調査を実施したものであるのみである。北村ら<sup>2)</sup>の結果では、有機溶剤乱用確認生徒は年度によって0%から2.6%までのばらつきがあるが、14年間での平均は1.4%である。また、松下ら<sup>3)</sup>の結果では、乱用被疑者(尿中馬尿酸濃度1.0mg/ml以上の者)は男子で3.2%、女子で5.8%、全体で4.4%であった。野見山ら<sup>4)</sup>の結果では、中学・高校の別は不明であるが、尿中馬尿酸濃度からの推定(1.0mg/ml以上の者を異常と判定)では、12歳で5~6%、13歳で3~4%、14歳で2~3%、15歳で1%弱であり、アンケート調査では、それぞれ3%弱、1%強、1%強、4%弱であった。

尿中馬尿酸濃度による有機溶剤乱用者の割合の推定は、基準値とすべき尿中馬尿酸濃度を幾つにするかという根本問題を孕んでいるが、前述の調査からみると、生徒記録あるいはアンケート調査の結果よりは幾分高い結果がでるようである。

ただし、野見山ら<sup>4)</sup>が有機溶剤乱用の広がりには学校間の差・クラス集積性があると述べているように、今回の我々の調査でも予想通り学校間の差・学年の差が顕著であった。

本来、この種の調査では、個人情報の秘密保持・結果の利用され方等に対する抵抗が強く、「疫学」的調査が不可能なことが挙げられる。また、有機溶剤乱用は非行・不登校とも関連が強く、生徒の自己申告性によるアンケート調査では、重篤な乱用者・依存症者は対象から漏れてしまう可能性もある。今回の我々の結果でも、理論的には学年が進むにしたがって「生涯経験者」の割合は増加するはずであるが、そのようにはならなかった。

その原因として、対象学校の選び方もさることながら、もともと率の低い経験者を調べるために、peer groupが存在するとその学年での経

験者率が著しく高くなるという有機溶剤ならではの特徴もある。

このように、対象の選び方・調査への協力の得方等、今後に残された問題は依然大きいですが、今回の結果は一指標としては大いに活用できるものと考えている。

## 文 献

- 1) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣, 他: 薬物依存の疫学的調査研究——その3 (乱用・依存の発生因子をめぐって)。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62指—13. 薬物依存の成因及び病態に関する研究。平成元年度研究成果報告書: 171-181, 1990.
- 2) 北村陽英, 北村栄一, 福永知子, 他: 中学生の有機溶剤吸引——17年間の学校精神衛生活動より。児童青年精神医学とその近接領域 26: 183-200, 1985.
- 3) 松下敏夫, 上田忠子, 三角順一: 中学生の有機溶剤乱用に関する研究。日衛誌 28: 276-283, 1973.
- 4) 野見山一生, 野見山紘子: 有機溶剤乱用の疫学。日衛誌 24: 454-458, 1969.

### 3. 心身医学研究部

当部は、新設されて実質的研究活動に入った昭和63年より、基礎的研究は当センター武蔵地区の神経研究所（疾病研究第三部、第六部）に、また臨床研究は当センター国府台地区の国府台病院（内科）にそれぞれ室長、部長が併任するかたちで進められてきた。

平成2年10月国府台病院に心身総合診療料が新設され、その医長に当部ストレス研究室の石川俊男室長が転出してより、専用の病床を持つことができるようになり、内科領域における心身医学の臨床研究の場ができ、国府台病院との交流も活発に行われるようになってきた。

当部の平成2年度の研究は、前年度の研究をさらに発展させるかたちで進められた。

#### 1. 内科領域における心身症の発症機序と病態に関する基礎的ならびに臨床的研究

1) 基礎的研究は代表的な心身症とされている胃・十二指腸潰瘍と気管支喘息の発症機序と病態の解明をテーマに厚生省精神・神経疾患研究委託費を分担するかたち（吾郷、永田、石川ら）で進められている。胃・十二指腸潰瘍については、本年度は生後間もなく親子を分離して飼育した群とそうしなかった群に成長後ストレス負荷を加えると、前者に胃酸分泌の変化や胃病変が起こりやすいなどの興味ある成績を得つつある。

また、気管支喘息についてはすでに、ストレスによってアレルギー反応による動物の喘息様発作が増強することなどを明らかにしてきたが、本年度はその過程が神経ペプチドの遊離、迷走神経一前視床下部の機能などの関与を受けることを明らかにした。そして、永田、石川らは、これらの研究成果を国際臨床免疫・アレルギー学会、国際喘息学会議、国際自律神経学会、日本アレルギー学会、日本心身医学会、日本自律神経学会、呼吸器心身症研究会、ストレス学会などのシンポジウムならびに一般演題で発表した。

なお、これらの研究は文部省科学研究費（永田ら）ならびに公害健康被害補償予防協会委託費（吾郷、永田ら）の援助も受けて進められた。

2) 臨床的研究は、心身医学的に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をテーマに公害健康被害補償予防協会委託費業務「慢性閉塞性呼吸器疾患の臨床心理学的研究」を分担するかたち（吾郷ら）で進められた。本年度は心身医学的な治療による軽快・治癒の過程を検討して気管支喘息の発症の経過に関与する心理・社会的因子の役割について考察し、その結果を報告した。

#### 2. 心の健康度測定に関する研究

本研究は厚生省科学研究費補助金による「心の健康づくりの方法と評価に関する研究」を分担するかたち（吾郷、石川ら）で進められている。本年度は共同研究者の宗像が発案した“ストレス日誌”を用いて、健康者を対象に一定期間の日常生活における心理・社会的ストレスの強度・頻度とそれに対する対処行動などの実態を調査し、今後の心の健康度の基準づくりの基礎資料の収集を行い、その結果を報告した。

当部は、臨床的研究と診療を国府台病院を中心に2、3の関連病院で行ってきたが、先にも述べたごとく昨年10月に国府台病院に心身総合診療料が新設され、専任の医長が認められて臨床研修体制が少しづつ充実してきている。来年度はレジデント2名、研修医1名の希望がある。今後、臨床各科の心身症の研修センターとして、ますます充実したものになることを願っている。

なお、昨年9月に心身症の正しい診断と治療指針の普及をはかるべく、第一回心身症研修会を行った。来年度も行う予定であるので各方面のご協力をお願いしたい。（吾郷晋浩）

## 心身医学的にみた気管支喘息の治癒のメカニズムについて

吾郷晋浩，永田頌史，石川俊男（国立精神・神経センター精神保健研究所心身医学研究部）  
手嶋秀毅，木原廣美，久保千春，十川 博，中川哲也（九州大学医学部心療内科）  
遠山尚孝（東京都精神医学総合研究所）

### 目 的

現在，気管支喘息（以下喘息と略す）は代表的なアレルギー性疾患とされ，専らアレルギー学の立場から治療が行われている。そして，近年次々に開発されている抗アレルギー薬の投与によって重症化する症例が少なくなっていると言われている。しかし，臨床経過を長期に観察していると，抗アレルギー薬の投与によっても難治化する症例が必ずしも減っているとは云えないように思われる。

抗アレルギー薬の投与によっても難治化する症例を心身両面より再検討してみると，アレルギー性因子の関与の有無によらず，その発症と経過に心理・社会的因子の関与が明らかとなる場合が多い。その場合その心理・社会的因子に対する治療を含む適切な心身医学的な治療を行うと，アレルギー学的な治療だけでは考えられないような臨床症状の改善をみ，症例によっては寛解させることもできる。

本研究は，そのような症例の発症と経過に，心理・社会的因子がどのように関与しているかを臨床的に明らかにすることを目的としている。

### 対象と方法

対象は，昭和61年以降に九州大学医学部附属病院心療内科ならびに国立精神・神経センター国府台病院に従来のアレルギー学的な治療だけでは軽快しないという理由で訪れた喘息患者のうち，心身医学的治療を継続し，1年以上経過の追跡できた45例（男性20例，女性25例）である。受診年齢は男性16～71歳（平均32.2歳），女性16～67歳（平均34.1歳）である。発症年齢は19歳未満が14例，20～39歳が13例，40才以上が18例で，従来の病型別分類では，アトピー型8例，混合型24例，感染型13例，また重症度別分類では軽症2例，中等症19例，重症24例である。

方法は，全症例に心理・社会的因子に関する調査用紙を用い，その回答をもとに診断的面接を行って個々の喘息の発症と経過に関与している心理・社会的因子を明らかにし，その関与因子の処理にもっとも適当な心身医学的な治療を選んで行うこととした。

心身医学的な治療の進め方としては，1）患者の生育史やパーソナリティなどの問題よりも現実の心理・社会的ストレスの影響の方が大きい現実心身症型，2）現実の心理・社会的ストレスの影響も認められるが，患者のパーソナリティが神経症的でその受けとめ方や対処行動の問題の方が大きいいわゆる神経症型，さらに3）表面的には適応的に見えるが，生育史に問題があり，治療的な信頼関係が結びにくく，基本的な安定が得られず，また内的なものの言語化がうまく出来ず（Alexithymia），心身両面からの治療に困難が予想される性格心身症型に分け，それぞれの型に対応した治療法（図1）の中から，個々の症例の問題点の解決にもっとも適切な治療技法を選んで行う方針をとった。

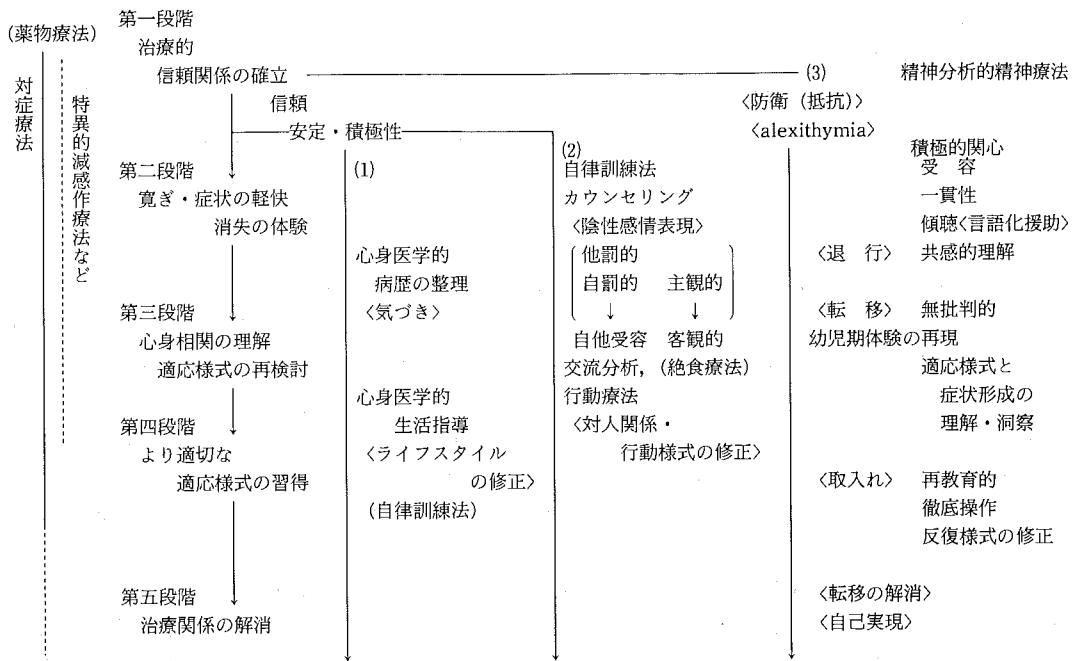


図 心身医学的治療の流れ

なお、治療効果の判定は、著効：治療効果がみられるようになって1年以上臨床経過を追跡し、その間ほとんど喘息発作をみず、治療前より投薬量が50%以上減量できたもの、とくに副腎皮質ホルモン薬については離脱のできたもの、有効：前述の期間中にときどき喘息発作をみたが、その頻度・程度が治療前の30~50%軽減または投薬量が30~50%減量できたもの、とくに副腎皮質ホルモン薬については、ほぼ50%減量できたもの、やや有効：前述の期間中にまだ喘息発作をみたが、その頻度・程度が治療前の10~30%軽減または投薬量が10~30%減量できたもの、無効：治療前に比べてほとんど喘息発作の頻度・程度が軽減せず、投薬量もほとんど減量できなかったもの、の基準により行った。

### 結果

対象45例の発症と経過を心身医学的に診断した結果は、現実心身症型9例、いわゆる神経症型15例、性格心身症型21例であった。

現実心身症型には、現実の心理・社会的ストレスが中枢性に末梢の気管支の変化をひき起こし、それによって喘息発作が起りやすくなるという心身相関のメカニズムを理解させ、仕事の仕方や量を適宜調整させたり、休息や気分転換などライフ・スタイルを修正させるなどの生活指導を薬物療法に併用した。その結果、治療を6カ月以上継続し、その後1年以上経過を追跡した時点で著効3例、有効4例、やや有効2例であった。

いわゆる神経症型には、発作に対する予期恐怖を和らげ、予後に対する悲観的な構えを修正するように心身相関の理解を深めさせ、行動療法的にアプローチしたり、不安、緊張を生み出している対人関係の問題を修正させるために交流分析を行ったりして、心理・社会的ストレスの受け止め方や対処行動を修正する治療を薬物療法に併用した。その結果、治療を9カ月以上継続し、その後1年以



上経過を追跡した時点で著効5例、有効6例、やや有効3例であった

性格心身症型には、まず治療的退行<sup>4)</sup>を許容して治療的な信頼関係を築き、基本的な安定を得させ、治療への積極性を引き出し、その後は前二者の治療に準じた治療法を併用した結果、治療を1年以上継続し、その後1年以上経過を追跡した時点で著効6例、有効8例、やや有効4例、無効3例であった。

## 考 察

近年、喘息は主としてアレルギー学の立場から治療が行われているが、それにより臨床的にかなりコントロールされるようになった。しかし、それでもなおそのような治療ではコントロールできず、しばしば重症化し、副腎皮質ホルモン薬の投与を余儀なくされ、それからの離脱が困難となる症例も少なくない。

そのような難治化傾向を示していることを理由に、昭和61年以降筆者らのところに紹介されてきた症例の中から、心身医学的治療を6カ月以上継続し、その後1年以上経過を追うことのできた45例を選び、心身医学的治療に対する反応から、喘息の発症と経過に関与している心理・社会的因子についての検討を行った。

現実心身症型の治療に対する反応から、現実の社会生活における仕事の過重による過労やその過労の回復を遅らせるようなライフ・スタイルが引き起こす身体的変化によって喘息発作が起りやすくなる場合があることを理解していないこと、またいわゆる神経症型の治療に対する反応から、喘息発作に対する予期不安や対人関係における葛藤に基づく不安が引き起こす身体的変化が喘息発作を起こしやすくしていることならびにそのような心身相関のメカニズムを理解していないこと、したがってそれに対する適切な対処をすることができず、そのために発作が起り続けることになり、その結果予後に対する悲観的な構えができ、そのような構えに基づく生活のあり方が引き起こす身体的変化がまた喘息発作をひき起こしやすくするという悪循環を形成している場合があること、さらに性格心身症型の治療に対する反応から幼小児期の親子関係に問題があり、基本的な信頼関係が結ばず、心身が不安定な状態で加わる諸種の刺激に対して防御的な対応が十分にできないことによって喘息発作が起りやすくなっていること、また自己の欲求の実現や感情の表現が適切に行えないために、内的な緊張を持続させ、生体の防御的な反応を弱めて喘息が起りやすくなっている場合があること、などが考えられた。

このような見方・考え方は、心身医学的治療によって喘息発作が起りにくくなってくると同時にそれに先行してみられることが多かった呼吸器感染を起こしにくくなることから支持されたが、今後はこのような臨床的な観察を裏付ける基礎的研究を進める必要がある。

## 文 献

- 1) 吾郷晋浩、他：気管支喘息、臨床と研究、65：1440-1466、1988。
- 2) 吾郷晋浩：いわゆる難治性喘息に対する心身医学的研究、福岡医誌、70：340-359、1979。
- 3) 吾郷晋浩、他：気管支喘息、Clinical Neuroscience、5：1264-1266、1987。
- 4) Michael Balint: The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression, Tavistock, London, 1968 (中井久夫訳：治療論からみた退行—基底欠損の精神分析金剛出版、東京、1978。)
- 5) 木原廣美、他：治療的退行を許容した、気管支喘息患者における心身医学的アプローチ。呼吸器心身症研究会誌、3：59-63、1986。

## 拘束による胃潰瘍の発症と胃分泌に及ぼす授乳期親子分離の影響

石川俊男

### はじめに

心身症の病態を臨床的に考えていく際に多くのケースで問題視されることはその患者の対人関係での問題である。特に患者の幼少時期における親子関係で問題のある症例に遭遇することは希ではないし、治療上でもとりあげられることが多い。またその解決が症状の経過に及ぼす影響が大きいことはよく経験されることである。しかしながら生物学的に、幼少時期の親子関係が成人後の身体機能にどのような影響を及ぼさうのかを基礎的に検討した成績は少い。そこで成人後になんらかの身体機能異常や疾病を発症し易い親子関係モデルがあるのかを動物を用いて胃分泌機能を指標として基礎的な検討を試みた。

### 方法

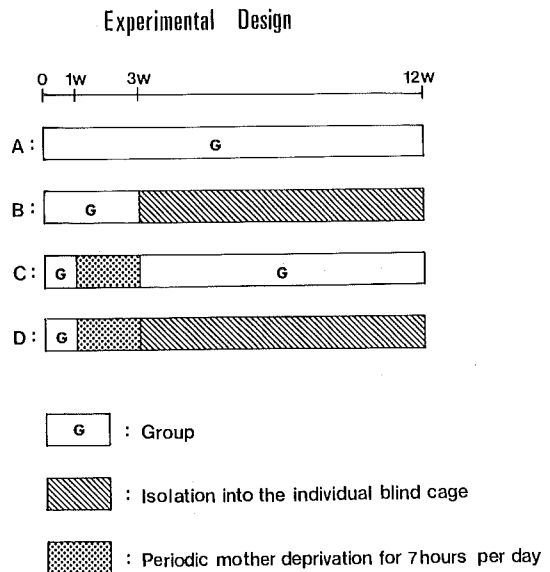
実験には雄性SDラットを用いて実験を行った。実験動物の飼育は24°C、明期(6:00—18:00)の一定条件下で行われた。飼育条件は4つのグループ(G)にわけて行った。一般に実験用ラットは生後3週間の授乳期間後に数匹の集団で飼育されるが、GA:コントロール群として常に同一集団で飼育された群とする。GB:授乳期間後すぐに分離され個別にblind cageにて飼育した。GC:生後1wは母親ラット(ma)のそばで飼育させたが第2週令より明期に7時間/日maより分離し、blind cageにいた。そして授乳期間後は集団にもどし飼育した。GD:GCと同条件で授乳期分離飼育後続けてblind cageで個別分離飼育をおこなった(Table 1)。なおblind cageとは、お互いに他の動物を見る

ことができないが、遮音や遮臭は行われていないcageである。

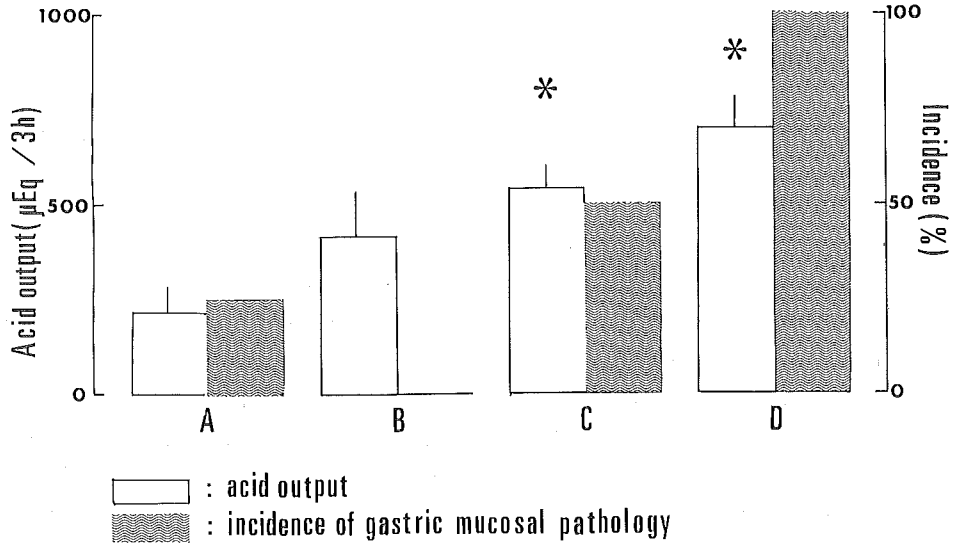
全群12週令が終了後に24時間(h)絶食してエーテル麻酔下に開腹し幽門を結さつした。それぞれのグループを2群にわけ一方を金網で固定し拘束ストレスを負荷し、他方は無拘束で放置した。両群をストレス負荷3時間後に断頭、採血したのち胃を摘出し胃液を採液したのち、胃を切開し胃粘膜病変の有無を病変の長さを基準に測定した。胃酸濃度の測定は自動滴定装置を用いて行い総胃酸分泌量で表した。またplasma ACTHをRIAにて測定した。

### 結果及び考察

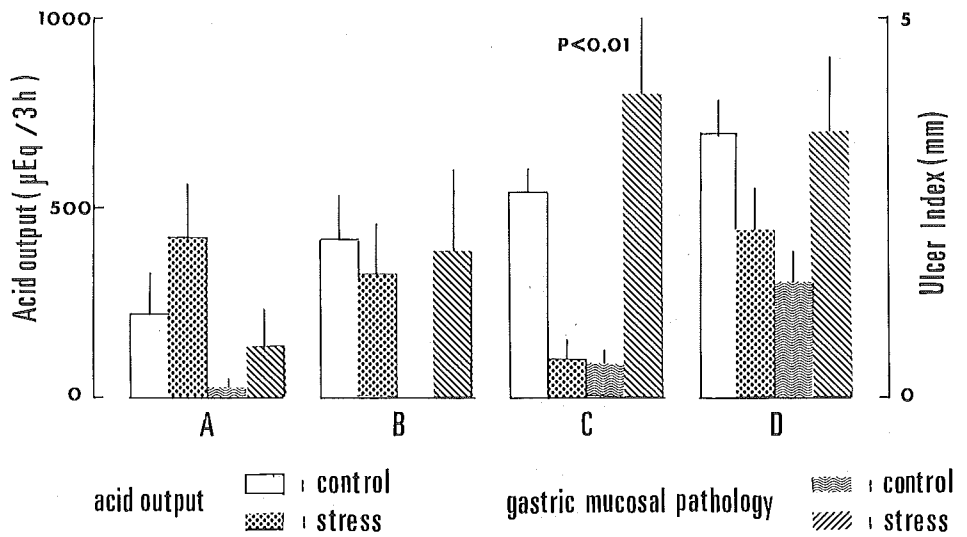
各グループの生後12週令後、24h絶食した後の体重は各群間で有意差はないが、分離飼育を



Effect of isolation on gastric acid secretion in 3h pylorus-ligated rats



Effect of 3h restraint stress



続けたGD群は体重増加傾向が見られるようであった。

3時間の幽門結さつ後の胃酸分泌量と胃粘膜病変の出現頻度をFig. 1に示した。授乳期に一定時間母子分離隔離飼育したGC, GDでは普通授乳集団飼育したコントロール群 (GA) と比べると有意に基礎胃酸分泌が亢進しており、Dでは全例に胃粘膜病変が確認された。Fig. 2は各群の動物に3時間の拘束ストレスを負荷した結果を現したものである。GAでは拘束ストレスを負荷しても総胃酸分泌量、胃粘膜病変には無拘束群との間に差は認められませんでした。GBでは胃粘膜病変が増悪しますが病変の大きさはそんなに強くはなく総胃酸分泌量の変化も拘束の影響はみられませんでした。しかし授乳期母子分離隔離飼育したGC, GDのグループでは拘束ストレスにおいて総胃酸分泌量が抑制され胃粘膜病変も明らかに増悪傾向が認められました。これらの傾向は授乳期以後はグループ飼育したGCで強く無拘束群との間に有意差が認められました。これらのことから、授乳期に母子分離隔離飼育した動物群のほうが拘束ストレスに対して病的反応を起こしやすいことが示唆されました。これまでの報告ではマウスでは授乳期以降に分離飼育されたマウスはグループ飼育した群に比して胃粘膜病変が出来易いと言った報告がみられますが、私達の今回の実験ではラットを用いていますが授乳期以後の隔離飼育だけで

は胃機能には影響を与えない様でした。授乳期の母子分離による影響については、Ackermanらは早期離乳母子分離したラットでは生後30日の時点では普通飼育した動物に比べて胃酸分泌の亢進と拘束ストレスによる胃粘膜病変の増悪が見られたとしておりそれらの変化が体温調節機能異常に基づくと報告しています。私達の成績では授乳期母子分離隔離飼育された動物では成長後も基礎胃酸分泌の増大がみられ、さらに拘束ストレスの負荷では胃酸分泌の低下と胃粘膜病変の増悪が認められました。これらの事から授乳期の母子分離は実験動物では大人に成長後も胃病変や胃分泌機能障害を起こし易い状態が持続しているものと思われました。一方、Rockmanらの成績では早期離乳母子分離したラットを成人後(体重190g前後)に寒冷ストレスにさらしても胃粘膜病変は増悪しなかった<sup>5)</sup>としており、授乳期の母子関係の異常が成人後の胃機能に及ぼす影響については今後さらに詳細な機構の検討が求められる。

今回の結果から、ラットでは授乳期母子分離隔離飼育が、成人後の基礎胃酸分泌機能に影響を与えることや、成人後に加えられた簡単な拘束ストレスにたいしても病的な反応が発現しやすいことが示唆され、授乳期の飼育条件が成長後の身体機能になんらかの影響をあたえることが示唆されました。

# 気道反応に対する中枢神経系および 神経ペプチドの関与

永田 頌史

## はじめに

気管支喘息の発症や経過に心理・社会的要因が関与することは、臨床的にはよく知られている<sup>1)2)</sup>。われわれは、喘息発作に対する中枢神経系の関与の仕方や機序について検討するために、喘息モデルとして感作モルモットを使い、種々の条件下で実験を行い、拘束ストレス後に抗原吸入性気道反応が亢進し、致死率が増加することや拘束中にヒスタミン等の化学伝達物質の血中濃度が上昇すること、またsubstance P (SP) 静注やSP, calcitonin gene related peptide (CGRP) 遊離作用のあるカプサイシン投与により気道反応が誘発されることなどを明かにしてきた<sup>3)</sup>。

今回は、これらの研究をさらに進め、頸部迷走神経の電気刺激をおこなった時の血漿ヒスタミン値や気道粘膜の血管透過性の変動などを調べる事によって副交感神経や神経ペプチドの気道反応における役割について検討を加えた。また、気道反応に対する中枢神経系の関与を調べるために、前視床下部を破壊した動物をもちいて、抗原やヒスタミンの吸入誘発試験を行った。

## 方法

ハートレイ系SPF雄性モルモット (250~600 g) に抗卵白アルブミン (OA) IgE抗体で感作後に、1 mg/mlのOA溶液を1分間吸入させて気道反応を誘発し、発作強度、持続時間を調べた。

気道反応は、呼吸抵抗測定装置 (シズメ・メディカル) と非観血的に組織内の酸化ヘモグロビン量 (Iso<sub>2</sub>) を連続的に測定できる組織スペクトル分析装置TS-200 (住友電工) によって計測

した。

頸部迷走神経電気刺激は、Belvisiら<sup>4)</sup>の方法をmodifyして行った。内頸動脈に留置したカニューレより電気刺激の前後に採血し、血漿ヒスタミン、SP値の変動を調べた。

気管および大気管支粘膜の血管透過性は電気刺激を加える1分前に2%エバンスブルー液0.5ml/kgを静脈内投与し、電気刺激終了後に脱血して気管、大気管支を摘出し、中に含まれるエバンスブルーを抽出して吸光度計で定量し指標とした。

前視床下部の破壊実験は、Steinら<sup>5)</sup>の方法を参考にして行い、術後7日目にOA吸入誘発を行った。なお、ヒスタミン (250 $\mu$ g/ml) 吸入誘発試験は、手術の2日前と6日後に行った。脳の破壊部位の同定は、脳切片をつくり鏡検により行った。

血漿ヒスタミン値や血漿SP値の測定はRadioimmunoassay法で行った。

## 結果

### 1. 両側頸部迷走神経刺激時の血漿ヒスタミン値およびSP値の変動

両側頸部迷走神経の電気刺激により、5分後の血漿ヒスタミン値は有意 ( $P < 0.01$ ) に上昇し、中止後30分では、減少傾向を示した。アトロピンとプロプラノロールを前投与して、電気刺激を行ったnonadrenergic noncholinergic (NANC) 神経刺激群でも、前者よりやや上昇の程度は低いが、有意 ( $P < 0.01$ ) の上昇が認められた。しかし、血漿SP値は特に一定の変動を示さなかった。

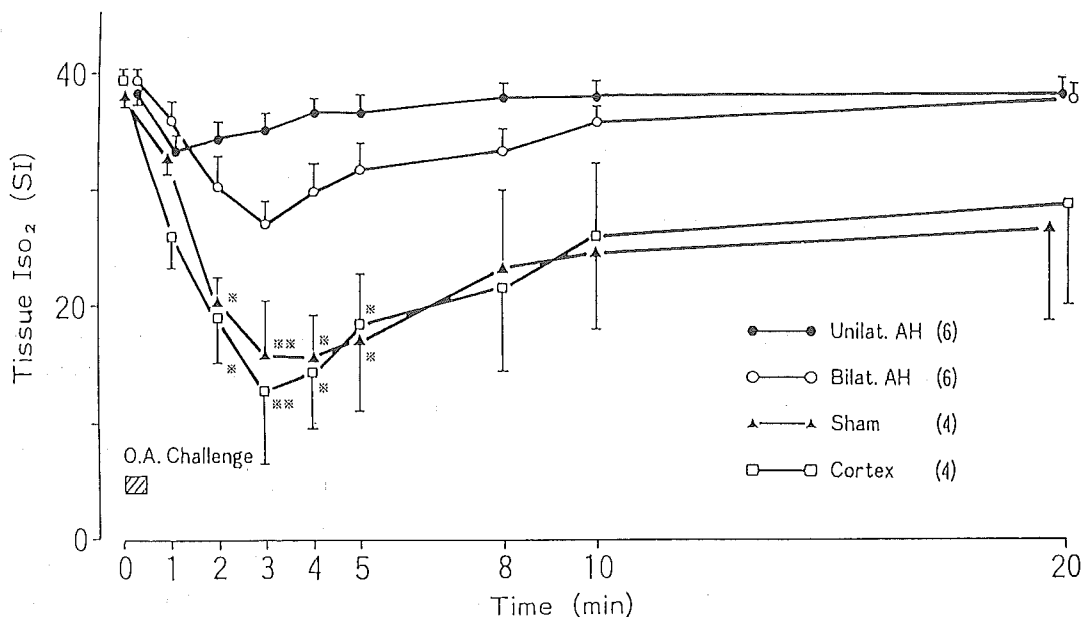


図1 気道反応に及ぼす前視床下部破壊の影響

## 2. 両側頸部迷走神経電気刺激による気道粘膜血管透過性の変化

両側頸部迷走神経の電気刺激により、気管、大気管支粘膜に漏出したエバンスブルー色素は偽手術群に比較して有意 ( $P < 0.05$ ) に増加し、NANC神経刺激群でも増加が認められた。

## 3. 前視床下部破壊による気道反応の抑制

両側及び片側前視床下部破壊群は大脳皮質局所破壊群、両側視床下部に電極を挿入するだけで電気破壊を行わなかった偽手術群に比較して、OA抗原吸入時のIso<sub>2</sub>の低下が有意に少なかった(図1)。

また、両側前視床下部破壊群では、破壊前に比較して、破壊後にヒスタミン吸入時の気道反応が有意 ( $P < 0.05$ ) に減弱していた。

片側前視床下部破壊群でも同様の結果がみられたのに対し、大脳皮質破壊群や偽手術群では、術前、術後とも気道反応の強さに有意差は認められなかった。

## 考 察

頸部迷走神経刺激によって、アトロピン、プロプラノロール前処置群でも血漿ヒスタミン値が上昇し、気道粘膜の血管透過性が亢進することから、電気刺激によって迷走神経中の知覚神経末端からSP, CGRPなどのヒスタミン遊離作用のある神経ペプチドが遊離され、知覚神経末端と密接に接触していると報告<sup>3)</sup>されている粘膜肥満細胞を刺激して、ヒスタミン遊離を惹起したものと考えられる。このことは、抗原刺激がなくても気道反応が起こりうることを示している。また、アトロピン、プロプラノロールを前投与しなかった群の方が血漿ヒスタミン値の上昇が大きい傾向 ( $P < 0.1$ ) にあったことから、遠心性のコリン作動性神経もヒスタミン遊離に関与している可能性がある。臨床的にはストレス-中枢神経-迷走神経-局所粘膜、平滑筋反応という遠心性経路も局所の知覚神経系のaxon reflexと共に喘息の病態に関与する重要

な系路と考えられる。

Steinら<sup>5)</sup>によって、モルモットの両側前視床下部を破壊すると能動感作したモルモットのアナフィラキシーによる死亡率が低下することが報告されているが、彼等は前視床下部が自律神経の緊張に関与する部分で、ここが破壊されたことによって、交感神経優位の状態が引き起こされた結果であることを推測している。今回の実験により、両側または片側前視床下部破壊群では皮質局所破壊群や偽手術群に比較して気道反応そのものが減弱していることが明らかになった。このことは、ストレス実験の結果も含め、中枢神経系が気道反応にも影響を及ぼしていることを示唆している。

#### 参考文献

- 1) Ago Y., Nagata S. et al: Environmental stress factors and bronchial asthma. *Psychiatry* 4, 415-418. 1985.
- 2) Knapp P.H.: Psychophysiological aspects of bronchial asthma, In "Bronchial Asthma" (ed. by E.B. Weiss et al) Little Brown Comp. Boston. PP 914-931. 1985.
- 3) 吾郷晋浩ほか: 内科領域における心身症の基礎的ならびに臨床的研究, 厚生省精神・神経疾患研究委託費, 心身症の診断および治療予後に関する研究, 平成元年度報告書
- 4) Belvisi M.G. et al: Neurogenic plasma extravasation inhibition by morphine in guinea pig airways in vivo. *J. Appl physiol* 66 (1): 268-272. 1989.
- 5) Stein, M. et al: Influence of brain and behavior on the immune system. *Science* 191: 435-440, 1976.
- 7) Bienenstock J.: The role of mast cells in inflammatory processes, *Int Arch Allergy Appl Immun* 82: 238-234. 1989.

#### 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、中田が思春期の子どもがいる一般家庭を対象に子どもの自我発達と家族の関係について、家族の健康さの諸要因を分析している。その結果は「思春期の子どもを持つ家族の家族機能について一家族の健康度の評価の試み」として家族療法研究に投稿受理された。

北は、DSMIIIRの診断基準を満たす幼児自閉症およびその類縁疾患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。また、言語や認知の発達に関して電気整理学的な検討を試みている。その端緒として、後述の発声の獲得に関する知見をえた。

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。われわれはこれと並行して職種間の評価の違いを検討している。日・中・ハワイの子ども8人を収録したビデオテープを精神科医・小児科医・心理士ケースワーカー・教師に評価を求めた。その結果、臨床家に比べ教師の評価が若干高いことが示された。なおこの研究は、文部省科学研究費によるものである。

ライフイベントについては一般児童における1年間の体験数と情緒と行動の問題についての検討を行った。この研究は精神・神経疾患研究委託費により行われている。

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欠席の実態と精神健康に関する分析を行なった。その結果は「中学生の欠席に関する研究」として小児精神神経に掲載された。

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。一般学齡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。臨床群と比較しながら分析をおこなった。この結果は「ライフイベントと児童・思春期の情緒の障害に関する研究」として社会精神医学に投稿受理された。

上林は総務庁青少年対策本部における「精神的な不適応問題と相談機関の相談活動に関する研究会の委員の委嘱を受けた。この研究会では、「青少年にみる性格および行動問題に関する相談の実態調査」を行った。(上林靖子)



# 思春期の子どもを持つ家族の家族機能について

## —家族の健康度の評価の試み—

中田洋二郎 他

### はじめに

家族の健康とはどのようなものか。そう問われて、ひとはどのくらいの確に答えられるだろうか。ひとりの身体の健康について定義することさえ難しいことであるのに、人が寄り集まって構成している家族というものの健康を論じることはさらに難しいことであろう。

たとえば、家族を構成するひとりひとりのメンバーの健康度を測り、それを総計したものが家族の健康だというように単純に定義できるならこれほど簡単なことはない。だが、誰もそのような愚は犯さないしまた許されないことだろう。

そもそも家族という集団の健康度を測ること自体が無理なこと無意味なことなのかもしれない。しかし、「健康な家族」という概念は、「あの家族は健康でいいね」などという私たちの日常の会話のなかにもあらわれる。やはり、家族はひとつのシステムとして機能しており、その健康さを暗黙のなかで評価していることを私たちは認めざるをえない。

家族についてのこれまでの臨床的研究によって、二重拘束(double bind)、絡み合った関係・かい離した関係(enmeshment and disengagement)、分裂した歪んだ家族(schismatic and skewed family)など家族の病理を理解するための洞察に富んだ鍵概念が提供された。しかし、これらの考えをもってしても「家族の健康」については十分に理解できない。

そこで、我々は一般の家庭を対象に家族機能についての調査を行った。本調査は、評価者が調査対象となった家族を観察し家族機能を評価

するという方法を用いており、次に、健康度の評価が家族機能や家族の交流のどのような面を重視しているかを調べ、私たちがもつ「家族の健康さ」について考察することを目的としている。本論ではそのなかで健康度の評価方法について検討した結果を報告する。

### 方法

対象は、13—18歳の思春期・青年期の子どもがいる60家族である。これらの家族のメンバーには精神的な問題や病気の既往歴はない。

調査員が対象家庭を訪問して、調査質問紙や自我発達SCTの記入を家族の各メンバーに依頼した。また、調査質問紙の中で家族のメンバー間で意見が異なった項目を夫婦や家族全員で討議する場面、また家族画の一種である家族造形法(family paper sculpture)を家族が共同で行う場面をVTRに記録した。

これらのVTR記録を複数の評価者が観察し、家族機能に関する40項目の評価尺度にもとづいて5—6段階尺度で測定し評価した。各家族の健康度の評価は、これらの評価の総合的評価として、「(健康度が)非常によく機能している」(1点)から「ほとんど機能していない」(6点)の6段階尺度で評価された。なお、評価者は日頃、精神科あるいは精神保健の医療・相談機関で仕事をしている医師、臨床心理士などである。

### 結果

#### ① 健康度の評価の信頼性

評価の信頼性を検討するために、異なる複数の評価者によって10家族のVTR記録を再評価した。健康度の項目の両方の評価が完全に一致

したのは1家族であり、7家族の評価が1点ずれ、2家族の評価が2点ずれた。健康と非健康の2段階に再得点化した場合の一致率は80% (カッパ係数0.37) であった。

## ② 健康度の評価の妥当性

健康度の評価の妥当性を検討するために、家族の各メンバーが記入した自分たちの家族に関する質問項目および自我発達SCTの結果と評価との相関を調べた。その結果、家族環境認知スケールのサブスケールのうち、父親の「家族の凝集性」( $r = -.335 P < .01$ ) 母親の「家族の感情の表出」( $r = -.231 P < .05$ )、第3子の「家族の凝集性」( $r = -.430 P < .05$ ) 「家族の感情の表出」( $r = -.430 P < .05$ ) 「家族の葛藤」( $r = .351 P < .05$ ) と有意な相関が認められた。他に父親の逃避的対処行動尺度( $r = .224 P < .05$ )、日常苛立ち事尺度( $r = .285 P < .05$ )、夫婦関係尺度( $r = -.285 P < .05$ ) と有意な相関が認められた。自我発達SCTの結果では、父親( $r = -.444 P < .001$ )、母親( $r = -.220 P < .001$ )、第3子( $r = -.529 P < .05$ )の自我発達のレベルと有意な相関が認められた。

## 考 察

VTRの記録を観察し、家族を評価する過程で、それぞれの評価者の個人的な経験や家族観が評価に強い影響を与える可能性がある。このような評価者個人の判断のかたよりを是正するために、我々は評価者全員の話し合いと合意による評価法を採用した。この方法で評価者の個人的なかたよりの問題は解決できた。しかし、評価の信頼性の検討の結果は、再評価との間で評価が完全に一致することが困難であることを示した。

評価者による健康度の評価の妥当性を検証するために、各家族メンバーが記入した質問紙やSCTと行動観察の評価との相関を調べた。その結果、健康度の評価と独立して測定されたこれ

らの項目の一部と健康度の評価に相関が認められ、健康度の評価の妥当性が示唆された。

相関が認められた質問項目の内容から次のことがいえる。健康度の評価として、お互いに関心を持ち協力的で支持的であるという家族の凝集性、互いに気持ちを開放的に直載に表現する家族の感情の交流という側面が重視されている。父親がつけた尺度が他のメンバーに比べ健康度との相関が多く認められた。健康度の評価には、家族のメンバーのうち父親の要因の影響が大きいようだ。その結果をみると、父親の精神的なストレスの度合、その対処方法の有効さ、夫婦関係に対する満足の度合など家族の健康度に影響を与えているといえる。

また、自我発達については、このSCTテストの開発者であるLoevinger, J.が、自我発達とは自分自身やまわりの世界を見る枠組みの発達であると考えているところから、心理的な因果関係や相互関係など広範な社会的な物事を認識する能力の高さがこのテストに反映すると考えられる。自我発達の高さは、本調査のような家族が共同で課題を解決しなければならない場面で、自分の意見を主張したり、また相手の意見を聞き受け入れ自分の考えを修正したりなど適切な相互的な関わりが持てるか否かに影響を与えるといえる。健康度の評価は家族のメンバーのこの能力がこの家族の交流の場で機能しているか否かを評価している。

しかし、第1子・第2子の自我発達のレベルについては健康度の評価と関連しなかった。それはこの子らの自我発達の高さがそのまま家族の健康度を高める関係にはないことを示している。これらの子どもたちは思春期・青年期の年齢にあたり、一般のこの時期の親子関係は難しいといわれる。この子らの自我発達の高さは、出生順位や性別などの要素が加わると家族関係に微妙な影響を与え、家族の健康度とは単純な相関関係を生じないのであろう。結果はまさに思春期の親子関係の複雑さと難しさを反映したものと考えられる。

## 発声関連電位に関する基礎検討

北 道子 (児童・思春期精神保健部)

菊池吉晃 (東京医科歯科大学 難治疾患研究所)

ヒトの言語認知発達に関して電気生理学的な検討の端緒として、発声の獲得についての知見の検討を試みている。

ヒトの運動関連電位(MRCP: motor-related cortical potential)は、KornhuberやDeecke以来研究され、多くの事実が明かにされてきた。その中で、発話に伴って発生するとおもわれる、いわゆるspeech-related potentialの特に準備電位の記録が試みられてきた。これによれば、発声の開始数100msec前に指の運動と同様に、準備電位様の緩徐な直流成分が発生するといわれた。しかし、発声に伴う筋電、皮膚電位などがspeech-related potentialの記録に極めて大きな障害となることが指摘されて以来、この領域に関する研究の進展はほとんど認められなくなった。このため、speech-related potentialの構成要素の同定、左右差を含む頭皮上電位分布及びその動態などの知見は今日に至っても得られていない。ここでは、発声に伴って生じる発声関連電位の記録可能性を検討し、その反応様式についてMRCPとの比較を行った。

まず、発声に伴う筋電、眼球運動などの動態について検討した。その結果、舌や口の運動が、指摘されてきたように電位記録に障害となり得、これを除去するため多くの試行を実施し、工夫した。今回はGSRやR-waveなどの低周波数成分の影響を除くため、特に帯域の異なる運動開始後の電位に着目した。また、比較のため右手

人指し指によるスイッチ押しを行った。

脳波の導出部位は、基準を両耳垂連結とし、Czを中心として、左右の側頭部T3, T4を通る平面上を3cm間隔で、正中前後方向にも同様に3cm間隔で測定した。これを便宜上、それぞれCzから左外側へL1, L2, L3, L4, L5; 右外側へR1, R2, R3, R4, R5; 正中前方へA1, A2, A3, A4, A5; 正中後方へP1, P2, P3, P4, P5とした。脳波のフィルターは0.5Hz~30Hzとし、加算回数を100回とした。およそ2~3秒間隔で発声させ、疲労を感じたらしばらく休止した。

今回検討したのは、顕著な成分として観測されたトリガー点からおおよそ50~70msecの陰性成分である。図1にkey-pressに伴うMRCPと発声関連電位との比較を示す。いずれの部位でも発声関連電位の方が大きかった。頭皮上左右方向の分布については、key-press、発声いずれも左半球で大となった。key-pressの場合、L1~L2にかけて極大を示す一方、発声ではL2に加えL4においても極大を示した。発声では更に右半球のR4においても際だった電位の成長を観測することができた(a)。

正中前後方向における分布については、key-pressと発声とは異なっていた。key-pressでは後頭部が大となるのに対して、発声では前頭~後頭にかけて広く分布した(b)。

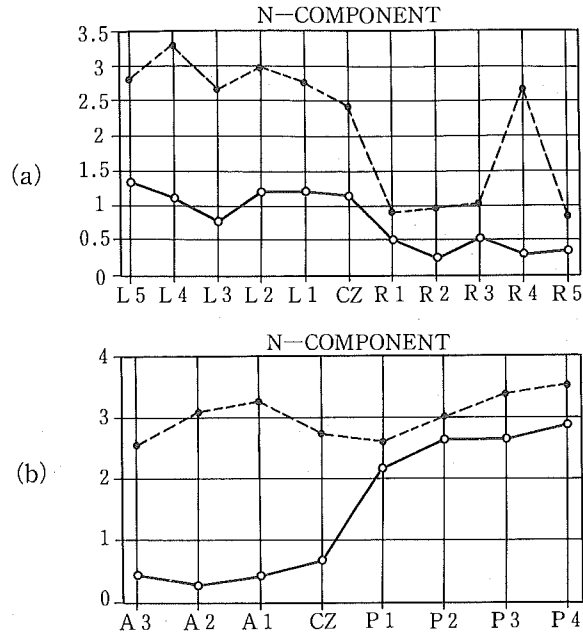


図1 発声関連電位と右手人指し指によるkey-pressに伴うMRCPとの比較  
 (a) 陰性電位変動における左右の比較  
 (b) 陰性電位変動における前後の比較

## 5. 成人精神保健部

当部は、成人精神保健研究室、診断技術研究室、心理研究室の三室をもち、青年期・若年成人期および成人期における、精神保健に関わる調査研究、とりわけ、青年期における不適応事例や、若年成人期および成人期における神経症性障害についての、精神医学的、臨床心理学的、ならびに社会精神医学的な視点からの調査研究をつづけている。主要な研究主題は、次ぎのとおりである。

1) 青年期における不適応事例に対する援助技法の研究。

牟田室長を主任とし、青年期の不適応事例について、グループ活動をつうじてその不適応の分析ならびに適応の変化に促進させる要因の分析をつづけている。

2) 境界人格障害の診断ならびに成因に関する精神医学的研究。

境界人格障害は、青年期精神医学におけるトピックスのひとつであり、この障害は、青年期における社会適応を著しく阻害する障害で、精神保健の観点からも重要な障害でありしかもその成因も未知な点が多く、有効な治療法もまだ確立されていない。町沢室長は、DSM-IIIRにおけるBPI診断基準によって診断された50例を越す事例についての調査研究をもとに、他の精神障害との鑑別の問題、成因に関する考察を行ってきたが、さらに、これらの事例の一部についての詳しい臨床観察をつづけている。

3) パニック障害に関する臨床的研究

不安神経症は、若年成人期から成人期にかけて好発する神経症的障害のなかでも代表的なものであり、プライマリケアの観点からも、大変重要な神経症である。高橋部長は、不安神経症について施設との共同研究を行なっているが、DSM-IIIおよびDSM-IIIRにおけるパニック障害の診断基準をもとに、従来の不安神経症の臨床的概念の再検討を、これまでの研究資料をもとにすすめている。

その他、当部で行なわれた研究の主なものとして、次ぎのものがある。

1) 正常人のロールシャッハ反応についての再検討の試み。

ロールシャッハ・テストは、投影法心理検査の代表的なもので、精神保健、臨床心理、精神医学、心身医学、文化人類学、等の各領域において広く用いられているが、わが国において、その標準化が行なわれてから、かなりの年月がたち、再標準化の必要性がたかまってきた。当部では、牟田室長を中心に、他施設の協力を得て、この再標準化への準備がすすめられている。

2) ICD-10は、1993年に施行される計画であるが、高橋部長はそのCh. V(精神および行動の障害)の翻訳作業に参加するとともに、WHO精神保健部の要請を受けて、日本における、ICD-10, Ch. Vに関するフィールド・トライアルに参加して、そのDCR版のトライアルに従事している。

3) 社会精神医学的研究として、対人恐怖症の概念についての検討(客員研究員クロードジュゴン氏との共同)、日本の自殺についての統計の再検討(客員研究員ウィリアム・ウェザロール氏との共同)、日本における「神経衰弱症」概念の検討(UCLA Joe Yamamoto氏との共同)などが行なわれた。(高橋徹)

Tooru TAKAHASHI, Shizuo AIZAWA, Tatsuo TAKEUCHI and William WETHERALL: Personality traits of patients with chronic anxiety state or anxiety neurosis.

(Abstract)

Premorbid and after-onset personality traits were studied in 104 out-patients with chronic anxiety state (anxiety neurosis) concomitant with panic disorder. Seven items on a specific trait checklist were cross-tabulated: readily concerned, strong sense of responsibility, social, considerate, impatient, dependent, introspective. The most significant change in premorbid and after-onset personality was an increase in dependence, which has long been associated with anxiety neurosis (Table 1). This suggests that there are personality traits that undergo remarkable change in conjunction with anxiety states. Moreover, the 27 patients who showed poor prognosis tended to be more impatient and less considerate than those who recovered more quickly (Table 2). Hence patients who recover slowly may not display typical anxiety neurosis traits before onset. (March 1991)

Table 1 Personality traits, before and after onset

Trait	Before onset		After onset		N=104 *P<
	Frequency	Percent	Frequency	Percent	
1 Readily concerned	58	55.8	69	66.3	
2 Sense of responsibility	66	63.5	46	44.2	.05
3 Social	44	42.3	11	10.6	.001
4 Considerate	36	34.6	31	29.8	
5 Impatient	22	21.2	11	10.6	
6 Dependent	11	10.6	40	38.5	.001
7 Introspective	39	37.5	40	38.5	

\*Significance levels determined by Bonferroni procedure.

Table 2 Personality traits, before onset, of good/fair and poor recovery groups

Trait	Recovery group		POOR Frequency	N=27 Percent	*P<
	GOOD/FAIR Frequency	N=77 Percent			
1 Readily concerned	42	54.5	16	59.3	
2 Sense of responsibility	50	64.9	16	59.3	
3 Social	30	39.0	14	51.9	
4 Considerate	31	40.3	5	18.5	
5 Impatient	11	14.3	11	40.7	.01
6 Dependent	7	9.1	4	14.8	
7 Introspective	32	41.6	7	25.9	

\*Significance levels determined by Bonferroni procedure.

## AN EXAMINATION OF THE CONCEPT OF NEURASTHENIA IN JAPAN

Shizuo Machizawa

The concept of neurasthenia is puzzling as a diagnosis in Japan. The psychiatric community does not seem to be in agreement regarding this issue. Within the Morita school, neurasthenia has been transformed into common nervousness. I doubt, though, that Moriart's common nervousness is the same concept which was originally advocated by Beard. Because in Moriart's nervousness fatigue was not emphasized and in contrary obsessive tendency was very important. However, the idea of neurasthenia does exist within this culture-bound form. Further, it must be said that the Moriart school has a limited influence on Japanese psychiatry. In general, Japanese psychiatrists are reluctant to accept neurasthenia as a neurosis. In fact, they employ this diagnosis merely as a substitute for severe schizophrenia in diagnostic communication with schizophrenic patients, considering the diagnosis "schizophrenia" to be extremely stigmatic. Thus neurasthenia is a rather popular, though euphemistic, diagnosis, lacking in stigma, and therefore, for this main reason, remains a psychiatric diagnosis in Japan. On the other hand, when we analyzed depression diagnosed according to RDC and subdepression found by means of IDD in the general population, through factor analysis we found two factors which were quite similar to each other: (1) retardation or fatigue, and (2) anxiety and somatic complaints. These two factors may correspond to two types of neurasthenia defined in the ICD-10 draft. So, in conclusion, it may be possible and reasonable from a scientific point of view that neurasthenia should be classified as major depression as mild form or dysthymic disorder, remainings being as somatization disorder, hypochondriasis, or panic disorder as A. Kleinman showed from the results of his survey in China. At the same time, it may be possible that neurasthenia is an initial stage of some depressive or anxiety disorder, including schizophrenia. If the diagnosis of neurasthenia is to be retained, contributing influences such as pure fatigue (exhaustion) following difficult work, or recovering from some other chronic medical disease, must be considered prior to reaching a conclusive diagnosis. Hence, in contemporary Japanese psychiatry, the classical diagnosis of neurasthenia as proposed by Beard has been almost completely abandoned in ordinary and academic psychiatric practice.

## 6. 老人精神保健部

老人精神保健部では、主として以下の課題の研究を行った。

1. 「痴呆疾患の疫学と危険因子に関する研究」の課題の中で、「痴呆疾患の発症年齢および予後に関する研究」(長寿科学総合研究費)で、精神病院で死亡した痴呆患者について18病院, 515名を対象に調査を行い、脳血管性痴呆およびアルツハイマー型痴呆の発症年齢, 罹病期間, 死因, 初発症状を明らかにした。(大塚)
2. 千葉県医師会「高齢者の健康に関する専門調査」の委員として協力し、千葉県下の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5,000人の老人を対象にし調査を行い、その実態を明らかにした。(大塚)
3. 「老人性痴呆疾患対策, 疫学と専門病棟整備に関する研究」(長寿科学総合研究)の中で疫学班として、わが国の痴呆患者の有病率(在宅および施設)をこれ迄の調査結果をもとに算出し、明らかにし、痴呆患者の現在数と将来推計を行った。(大塚)
4. 「米国日系老人における痴呆の疫学的研究」を行った。日米痴呆共同研究の一部として、主として米国ロスアンジェルス市において研究を行った。すなわち、施設調査として日系人を収容する Board and Care Home (ケアつきアパート, 107床), Intermediate Care Facility (老人保健施設に準ずる, 86床), 及びNursing Home (特別養護老人ホームにあたる, 96床)において、精神機能臨床的評価, 認識能評価テスト(CASI), 日常生活動作評価, ライフ・イベント調査等を行った。結果は平成3年10月末, 横浜にて開催予定の第4回アジア・オセアニア国際老年学会議において発表する。

地域の在宅者痴呆老人及びその家族に関する現在の状況は、1990年に「アルツハイマー病家族を支える会」が発足し、日米文化会館内の日系人サービスセンターでは、痴呆老人のデイ・ケア開始に向けて州の補助金を申請している。

9月には日本の「老人の日」と前後して、ロスアンジェルスでは第2回、サンフランシスコでは第1回「日系高齢者問題シンポジウム」が開かれ、両者で基調講演を行った。

このように日系社会全体として、高齢化問題, 痴呆老人対策への関心が高まり、共同研究への要請も大きい。(斎藤)

5. 「老人デイ・ケアの運営に関する研究」の課題で、昭和59年10月より当研究所で老人デイ・ケアを行い、デイ・ケアのあり方について検討を行っている。(斎藤)
6. 精神分裂病長期追跡研究用のため新しく構造化面接を作成した。(北村)
7. WHOで発表した国際疾病分類のうち、精神障害の部分の日本語版(ICD-10JCM)について、構造化面接を試作した。またICD-10JCM(案)に関して多くの精神科医に意見を求め、それをもとにICD-10JCMの改訂を行った。(北村)
8. 精神保健法における「精神障害」の定義について、現在の問題を検討した。諸外国の精神保健法における精神障害の定義について調査した。(北村)
9. 精神分裂病を主とする機能性精神障害において認められる陰性症状と抑うつ症状の関連について、多変量解析手法による研究を行った。(北村)
10. 新しく人格調査票(TPQ)の信頼性検定を行った。(北村)



## Depressive and Negative Symptoms in Major Psychiatric Disorders

北村俊則 他

Although depressive and negative symptoms are usually thought to constitute distinct syndromes seen mainly among patients with depression and schizophrenia, respectively, the two sets of symptoms have recently been recognised to appear frequently among patients with the opposite condition. For example, Barnes et al. found a 13% prevalence of depressive mood among chronic schizophrenic in-patients and in a seven-year follow-up study of schizophrenics, Curson et al observed occurrence rates of 24%, 23% and 27% of the PSE syndromes 'simple depression', 'special features of depression' and 'somatic symptoms of depression', respectively. Other studies have also reported a high incidence of depressive symptoms during the course of schizophrenia. Kulhara and Wig reported a rate of depression of 18% among 100 newly admitted schizophrenics in India. On the other hand, Chaturvedi and Sarmukaddam reported that negative symptoms are a common feature of depressive disorder, ranging from 32% for affective non-responsivity to 77% for inability to enjoy recreational activities and interest.

The association between the two sets of symptoms is, however, still unclear. Some investigators have studied the association among schizophrenic populations, whereas a few have done so among depressive populations. However, the psychopathological importance of the two symptom sets may differ between schizophrenics and depressives. Patients with schizoaffective disorder form another population which should receive more attention. Therefore, it seems imperative to study the association of depressive and negative symptoms among patients with a wide range of major functional psychiatric disorders using instruments specially designed for measuring them separately. We present such an attempt.

Among 193 in-patients with Research Diagnostic Criteria (RDC) major psychiatric disorders, the scores in Hamilton's Rating Scale for Depression (HRS) were higher among those patients with RDC schizoaffective disorder depressed type and major depressive disorder ( $F(4,188) = 22.66, P=0.0000$ ), whereas the scores in the Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) were higher among patients with these two disorders as well as those with RDC non-affective psychoses (schizophrenia and unspecified functional psychosis) ( $F(4,188) = 14.05, P=0.0000$ ). The HRS and SANS items were factor-analysed, yielding nine factors which discriminated depressive and negative symptoms. These findings suggest that, although depressive and negative symptoms coexist frequently, they constitute discrete syndromes.

Extracted from Kitamura T, Suga R: Depressive and negative symptoms in major psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 32; 88-94, 1991.

## 7. 社会精神保健部

社会精神保健部は家族地域研究室長の欠員と社会文化研究室長の後任白井泰子氏の就任が平成3年1月となったため、鈴木と松永の2名で研究を進めなければならなかったが、幸い他の部との協力が得られそれなりの成果を上げることができた。

鈴木部長は平成3年3月定年退職する予定であるため、在職30年の研究の総括や事務整理に終われながらも、松永、白井、清水他と協力して次のような研究を行った。

### 1. 精神障害の再発予防と社会復帰に関する家族機能の総合的研究（特別研究）

この研究は平成2～4年度にわたる当研究所の特別研究であり、社会精神保健部を中心に、所内では精神保健計画部、社会復帰部、成人精神保健部が、所外では新潟大学その他が加わって行われたものである。

平成2年度では、(1)家族介入法の開発と効果に関する研究(鈴木、丸山、松永、藤井、清水他)、(2)分裂病者に対する心理教育的家族療法の方法と効果の判定に関する研究(町沢)、(3)精神分裂病の予後・経過に与える社会・心理的環境としての家族及び支持的ネットワークの影響に関する研究(大島)、(4)家族療法全国調査(鈴木、清水)のテーマについて研究した。テーマ(1)では、家族療法、心理教育的アプローチ、多家族によるグループ指導などを通して各種の介入を試み、その成果を第8回日本家族研究・家族療法学会、鈴木浩二編『家族療法ケースブックI』(金剛出版1991)、牧原浩編『分裂病』(金剛出版1991)他で報告した。テーマ(2)の研究は、佐々木病院、東京武蔵野病院、小田原市民病院、平塚病院、横浜国立病院、新潟大学付属病院の5施設において、実験群25家族と統制群25家族をランダムに選んでおこなわれた。まず、心理教育の開始する前に、BPRS、SANSを用いて症状を把握し、そのうえで作成した心理教育プログラムを実施する。そして、家族療法終了時の9カ月目と追跡期間九カ月後のBPRS、SANSの変化を検討して心理教育の効果を判定するという方法を採用した。現在、成果を検討中である。テーマ(3)の研究では、面接調査140例中、入院時87例、退院時42例、退院9カ月後1例の調査を終了し、その結果を検討中である。テーマ(4)については、日本家族研究・家族療法学会員650名を対象にアンケート調査を実施し、その結果は第8回日本家族研究・家族療法学会、『家族療法研究』第8巻第2号(1991)、『精神保健研究』第37号(1991)で報告した。

### 2. 家族療法の開発研究

この研究は最終年度のため、これまでに行った諸研究を総括する目的で行われた。本研究に携わった研究員との討論などを通して得た知見の一部を、米国家族・夫婦療法学会(1990年11月ワシントン)および『鈴木浩二先生を囲んで——家族療法家の集い』(1991年4月)において、特別講演のかたちで発表した。なお、総括論文は『家族研究から家族療法、そして家族援助への道』と題し、『家族療法』(金剛出版、近刊)に掲載した。

### 3. グループ・アプローチによる社会復帰援助の研究

デイ・ケアや地域作業所やセルフ・ヘルプ・グループ等にかかわりながら、グループによる社会復帰援助について、ひき続き研究した。

### 4. 地域サポート・システムに関する研究

ボランティアや民生委員等の研修会への参加、保健所や精神保健センター及び援護寮職員との共同研究を通して、地域での生活の支援の現実について検討を行った。(鈴木浩二)

# 精神科医療におけるインフォームド・コンセントおよび人工生殖に関する社会的態度

白井 泰子

## 1. 精神科医療におけるインフォームド・コンセント

患者・家族の視点から近年、特に先進諸国においては、医療をめぐる様々な要因—疾病構造の変化、医療技術の高度化・先端化、高齢化など—に変化が生じてきている。こうした状況及び価値相対主義への志向は、医療における医師—患者関係のあり方の変容をせまるものとなった。従来の医師—患者関係は、“ヒポクラテスの誓い”以来の医プロフェッションの専門性と職業倫理を基盤としたパターナリズムに貫かれたものであった。しかし前述のような社会的諸要因の変化により、患者にとって最善の医療を行ってゆく上でこのようなメディカル・パターナリズムが必ずしもプラスにならないということが次第に明らかになってきている。新しい医師—患者関係を形成してゆくためには、患者も通常健康人と同じく独立した一人の人格を有する行動主体として尊重されること、すなわち患者の自律性 (Autonomy) を尊重することが大前提となるのである。インフォームド・コンセントの原理とは、“医療の場における患者の自律性の尊重”ということの具体的表現にほかならない。それ故、インフォームド・コンセントの原理には、“情報の開示”と“開示情報に基づく決定” (拒否権を含む) の2つの要素が含まれると Annas, G. J. (1989) は指摘している。

精神科医療を一般医療の連続線上にあるものと位置づけるのであれば、精神科医療においてもインフォームド・コンセントの原理をどのように実体化してゆくかという問題は焦眉の課題であるといえよう。インフォームド・コンセン

トは、自律した判断主体としての患者の能力—了解能力、同意能力—を前提としている。まさにこの点が、精神科医療において同原理を実体化する上での阻害要因となると考える者も多い。しかし、“限定的同意能力”、“不連続的(一時的)同意能力”などという考え方の導入や、“代理決定”という概念を再検討することにより、こうした阻害要因を除去する方途を見出すことも決して不可能ではないであろう。こうした視点に立つことが社会復帰というプロセスを含めた患者の治療にとってどのような意味を持つのかということについて、次年度は、患者の視点からさらに検討を加えてゆく予定である。

なお、本研究は、厚生省科学研究費「精神障害の範囲と判定に関する研究 (精神科医療における告知同意のあり方に関する研究班)」の一環として行われた。

## 2. 人工生殖に関する社会的態度

人工授精の実用化の歴史と共に広まった不妊に対する“代替的治療法”の開発という考え方は、体外受精という新たな技術を生み出すに至った。また、受精卵や未受精の卵子の凍結保存などのような関連諸技術の加速度的な進歩は、“不妊の代替治療”という消極的表現を超え、ハックスリー (1932) の「すばらしい新世界 (Brave New World)」につながるステップを準備しているようにも思われる。新しい生殖技術の技術革新のスピードと臨床応用への多大な期待に比べると、当該技術の利用によって惹起される諸問題の整理・分析、技術利用のガイドライン作成等の準備は遅れすぎていると言わざるをえない。何故なら、先端技術の医療への応

用は、これまでの医の倫理では律しきれない多くの問題をはらんでいるからである。Capron (1984)は“生物医学の発展が、一禁止すべきものでもなく、また、ある人達にとっては益となるものであったとしても一、われわれの社会の基本的な価値を傷つけたり、あるいはその重要な役割を弱めたりする危険性がある場合は、招来される望ましくない影響を明らかにし、それを中和するような努力を行うために、一時的なモラトリアムが必要である”として、“建設的留保”という立場をとることを提唱している。体外受精という技術の登場によって性と生殖の分離に拍車がかけられた人工生殖の問題についても、建設的留保という立場に立って、家族、親子関係、自己の生物学的アイデンティティ等の問題について改めて検討を加える必要がある。

本研究においては、生殖年齢にある既婚男女と不妊クリニックに通院しているカップルの2グループを対象として当該問題に関する意識調査を行った。調査は1990年11月—1991年1月にかけて自己記入式郵送法によって行い、前者のグループについては224名(回収率20.3%)、後者のグループについては31名(回収率41.5%)から回答を得た。結果の詳細については、1991年6月に行われる比較法学会シンポジウム：「人工生殖の比較法的研究」において、「日本の実状と社会意識」として報告する予定である。

## 8. 精神生理部

精神生理部では平成2年6月に中川泰彬部長が退官された後、平成3年1月より筆者が後任として勤務することになった。これまでの研究活動を、今後の計画を含めて紹介する。

1) 老年期痴呆の時間生物学的研究：痴呆老年者にみられる睡眠障害、異常行動の背景に生体リズムの障害が推定される。痴呆老年者および健康老年者の睡眠・覚醒状態、体温などの自律神経系、コルチゾール、メラトニンなどの内分泌系リズムを長期にわたり観察した。さらに睡眠障害と異常行動の治療のために時間生物学的治療法（社会的接触の強化、高照度光療法など）を試みた。

2) 季節性感情障害の疫学的研究：毎年冬季に抑うつ症状を発症する季節性うつ病患者の日本における実態の把握は未だ十分ではない。本研究では全国の主要病院に対して患者の調査に協力を依頼すると共に、病院などに受診していない軽症の患者を発見するために会社員や公務員、主婦、学生などについて季節性感情障害に関するアンケート調査を行う。

3) 感情障害の生体リズムに関する研究：旧くから感情障害の成因の一つに生体リズムの異常説がある。季節性感情障害を含めて感情障害患者について睡眠脳波、睡眠・覚醒リズム、自律神経系、内分泌系リズムを総合的に検査する。また季節性感情障害患者については高照度光に対する感受性の検査を行う。

4) 睡眠・覚醒リズム障害患者の成因と治療に関する研究：一般の成人や学生、学童のなかには睡眠時間帯が通常の社会生活を行っている人々の睡眠時間帯と異なるため、社会適応がうまく行われぬ人々がいる。これらの睡眠障害は睡眠相遅延症候群や非24時間睡眠・覚醒リズムとよばれている。これらの疾患の成因解明と治療のために調査班を組み、全国に協力を依頼し、現在までに約300人がその対象となっている。また治療的にはビタミンB<sub>12</sub>、光療法などの時間療法が試みられている。

### 5) 日本人の睡眠基準値作成

一日の睡眠量および睡眠変数についての日本人の基準値については、これまで統一されたものはない。さまざまな睡眠障害を検索するにあたり基準値との比較が必要である。全国多施設との共同研究としてこの課題を遂行している。(大川匡子)

## 痴呆老年者における睡眠・覚醒リズム障害に対する高照度光療法(2)

### ——照射時刻に関する検討——

大川匡子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

三島和夫, 菱川泰夫 (秋田大学精神科学教室)

穂積 慧, 堀 浩 (協和病院 秋田)

#### <はじめに>

高齢者の睡眠の特徴として夜間に覚醒することが多く、昼間にはしばしば午睡をとるなど多相性の睡眠・覚醒リズムがみられるようになる。さらに痴呆老年者では昼間に眠り、夜間に覚醒して徘徊するなどの昼夜が逆転したような不規則な睡眠・覚醒リズムがみられる。このような老年者の睡眠・覚醒リズムの障害の要因としては、生体リズムを制御する機構のうちで同調因子が不十分であること、生体時計に器質的障害あるいは老化現象が生じることが考えられる。

さまざまな同調因子のなかで、ヒトにとって昼夜の外界の明暗リズムの重要性が認識されるようになったのは最近のことである。痴呆老年者では、日常生活において高照度光に暴露される比率が有意に低下しているとの報告がある<sup>1)</sup>。このことから、痴呆老年者では生体リズムのさまざまな同調因子が希薄になってゆくなかで、高照度光の重要性が示唆される。

これまで、筆者らは痴呆老年者における睡眠・覚醒リズム、体温リズム、内分泌リズムについて検討し、それらのリズムの障害の背景に同調因子の減弱があるのではないかとの仮説のもとに、同調因子を強化するための方法として、時間生物学を応用したさまざまな治療法を試みた<sup>2,3,4)</sup>。そのなかで、高照度光療法についての有効性を報告し<sup>3,4)</sup>、その作用機序についての検討を行ってきた。ここではその作用機序解明の手がかりとなる照射時刻に関する検討を行った。

#### <対象と方法>

対象とした患者はさまざまな痴呆症状に加えて、睡眠障害と異常行動を示したために精神病院老人科病棟に入院した患者22名 (男13名, 女9名)、年齢56—89歳 (平均 $76.6 \pm 4.2$ )、診断は、多発硬塞型痴呆18名、アルツハイマー型痴呆4名である。痴呆の程度は長谷川式あるいは鈴木ビネー式知能テストにより、中等度あるいは重度痴呆と判定された。以下、この対象患者群を重度痴呆群と呼ぶ。対照は、同病院の内科病棟に入院中で、介助なしに自らの身辺処理を行うことができ、しかも睡眠障害を呈していない患者8名である。以下この対照患者群を対照群と呼ぶ。対照患者の年齢は65—81歳 (平均 $75 \pm 5.4$ 歳)であり、痴呆症状はないか、あってもごく軽度であった。すべての患者について1—2ヶ月間にわたり毎日、看護者が1時間ごとに患者を観察して、その睡眠・覚醒リズムを記録した。血清メラトニン測定は、重度痴呆群21名と、対照群5名について行った。重度痴呆患者では高照度光療法4週目にもメラトニン測定を行った。採血は0時と12時に行った。

高照度光療法は、21名については午前9時から2時間(朝照射)、5名については午後6時から2時間(夕照射)にわたり施行した。これらの患者のうち4名については一方の照射時間帯での効果がみられない場合に約2週間の間隔をおいてもう一方の照射時間帯での治療を試みた。光療法器は光電メディカル製で照射面より1m離れた位置で3000ルクスの照度が得られるよう

考案されたものである。患者は一人で、あるいは看護者の介助のもとにこの照明器具の前に坐り、時々光源を見るよう指導した。

〈結果〉

高照度光療法の効果：治療を施行した代表的な患者の治療経過を図1に示した。

朝照射は施行した患者21名中10名（47.6%）に、睡眠・覚醒リズム障害と異常行動の改善に有効であったが、夕照射は施行した5名については、1名では異常行動がやや軽減したが、残りの4名では効果がみられなかった。

メラトニン分泌リズム：図2は重度痴呆群と対照群における0時と12時での血清メラトニン値の成績をまとめたものである。また表1は重度痴呆患者の高照度光療法前と4週目の血清メラトニン値をまとめたものである。

重度痴呆群では治療前に、対照群に比較して0時、12時のメラトニン値が有意に低下しており、メラトニンの分泌リズムの振幅が低下していることを示唆している。

高照度光療法のメラトニン分泌パターンに及ぼす影響をみると、光療法4週目の血清メラトニン値の平均値は治療前の平均値との有意差はみられなかった。また、光療法が有効であった群と無効であった群についても、血清メラトニン値の平均に有意差はみられなかった。

表1 重度痴呆群と対照群の血清メラトニン値

N		0時 (pg/ml)	12時 (pg/ml)
重度痴呆群 21	光療法前	33.9±27.6*	16.3±6.7*
	光療法中 (4週目)	31.7±23.5	17.0±10.1
対照群 5		89.6±28.4	30.9±8.8

\*対照群の成績と有意差あり (P<0.01) t-検定

〈考察〉

高照度光の生体に対する作用機序の一つに光パルスが生体リズムの位相を決定する要素、すなわち位相決定因子としての作用があげられる。

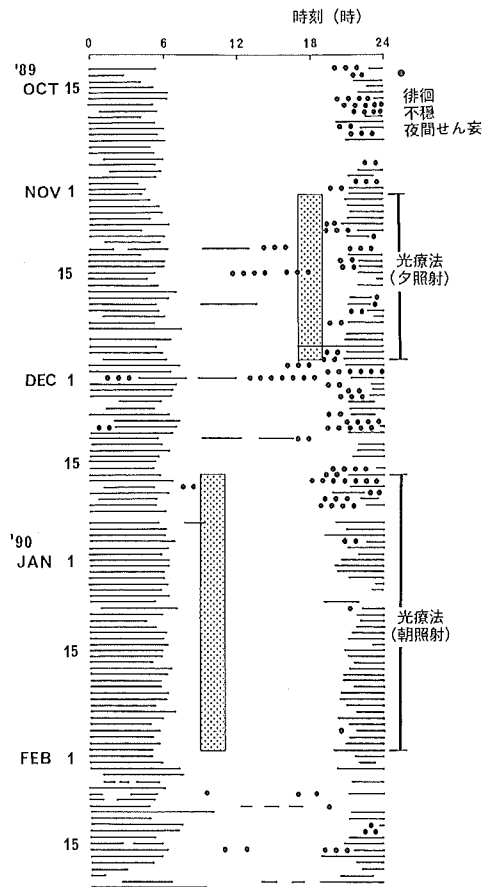


図1 重度痴呆群の症例（81歳，男性）にみられた睡眠・覚醒リズムと高照度光による治療の経過。

横軸は1日の時刻，縦軸は日の経緯を示す。黒い横棒は睡眠，白くぬけたところは覚醒を表わす。陰影柱は光療法を施行した期間を表わす。

10月の中・下旬には、患者は夜間なかなか入眠せず、徘徊、不穏、せん妄に伴う異常行動が頻回にみられた。このため、11月初旬より、毎日夕方に2時間の光療法（夕照射）を行ったところ、異常行動は昼間にもみられるようになり、また長い午睡があらわれるなど、睡眠・覚醒リズムと異常行動にほとんど改善がみられなかった。夕照射光療法を中止してから後にも不規則な睡眠・覚醒リズムと異常行動は相変わらず続いていたため、12月

下旬より朝9時から2時間の光療法（朝照射）を行ったところ、異常行動は少しずつ減少し、1月中旬以後には、20時頃には入睡できるようになり、睡眠・覚醒リズムにも改善がみられた。

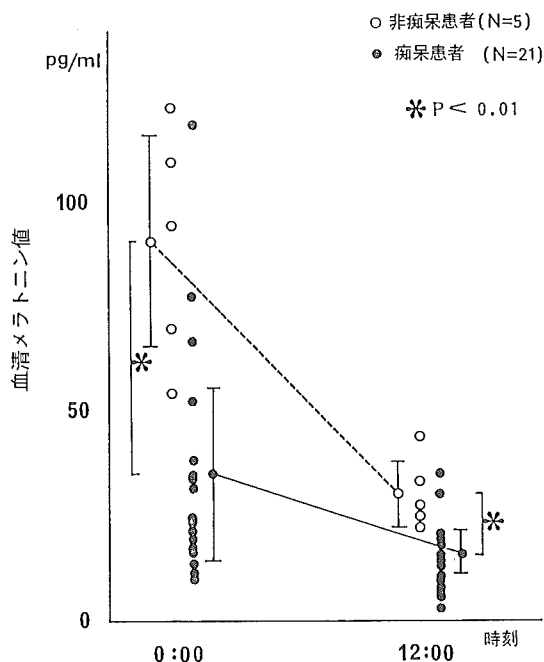


図2 痴呆患者および非痴呆患者（対照群）の昼夜の血清メラトニン値の変動。

痴呆患者のメラトニン値は光療法施行前の値を表示した。痴呆患者の血清メラトニン値は0時、12時とも対照群に比較して有意に低下していた。

このことは、光パルスを与える1日の時刻により活動リズムの位相が前進したり、後退したりすることから推定された。本研究の成績では夕方照射よりも朝照射の方が睡眠・覚醒リズム障害の改善に有効であった。このことは午前中の高照度光が、夜間なかなか入眠できなかった痴呆老年者の遅れた睡眠位相を前進させ、夜の早い時間帯における入眠を容易にさせたことが考えられる。さらに、朝照射が有効であった症例について、時期を変えて夕照射を施行したとこ

ろ、睡眠障害や異常行動が悪化した場合があった。これは夕照射により、睡眠・覚醒リズムが後退し、一そう入眠を困難にしたとも考えられる。

一方で、高照度光が一日の活動開始の指標、すなわち覚醒刺激として作用することが考えられる。すなわち、痴呆老年者で、さまざまな覚醒刺激が無効である場合にも高照度光が効果的である可能性がある。

さて、血清メラトニン健康な成人では夜間に高値を示し、昼間には抑制されるサーカディアンリズムを示す。さらにメラトニンが夜間睡眠と関連しているとの説もある<sup>9)</sup>。多くの動物ではメラトニン分泌は低照度光により抑制されることが知られている。しかし、ヒトでは200ルクス以上の高照度光により初めて抑制されることが明らかにされた<sup>10)</sup>。このことから、高照度光療法の効果がメラトニンを介することが推定される。しかし、本研究において睡眠障害が改善した症例においても血清メラトニン値にはほとんど変化がみられないことから、光療法の作用がメラトニンを介したものではないことが示唆される。

以上のべたように、痴呆老年者の睡眠・覚醒リズムの障害に対する高照度光療法の作用機序についてはなお不明なところが多い。しかし、ヒトの生体リズムにとって光の重要性が認識されていることから、痴呆老年者の日常生活に高照度光に暴露される機会を増やしたり、病院の設備に採光を考慮するなどさらに検討すべき課題がある。

#### 〈文献〉

- 1) Campbell SS, Kripke DF, Gillin JC, et al.: Exposure to light in healthy elderly subjects and Alzheimer's patients. *Physiol Behav*, 42: 141-144, 1988.
- 2) 大川匡子, 三島和夫, 菱川泰夫ら: 痴呆老年者における睡眠・覚醒リズム. *臨床脳波*, 30: 646-654, 1988.



- 3) Okawa M, Mishima K, Shimizu T, et al: Sleep-waking rhythm disorders and their phototherapy in elderly patients with dementia. *Jap J Psychiat Neurol*, 43: 293-295, 1989.
- 4) 大川匡子, 三島和夫, 菱川泰夫ら: 痴呆老年者の睡眠・覚醒リズム障害に対する高照度光療法. *精神科治療学*, 5; 345-355, 1990.
- 5) Redman J, Armstrong S, Ng KT.: Free-running activity rhythm in the rats: Entrainment by melatonin. *Science*, 219: 1089-1091, 1983.
- 6) Lewy AJ, Wehr TA, Goodwin FK, et al.: Light supresses melatonin secretion in humans. *Science* 210: 1267-1269, 1980.

## 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2年4月1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、文部省科学研究費補助金(一般B)「幼児自閉症近縁の発達障害の診断学および疾病分類学的研究」最終年度報告書をまとめ、また精神・神経疾患委託費「児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究」(若林班)の分担研究者として、広汎性発達障害児にみられる登校拒否に関する研究を論文発表した。さらに共同研究者と開発した自閉傾向の評価尺度である「東京自閉行動尺度(Tokyo Autistic Behavior Scale)」の信頼性・妥当性研究などを論文発表した。

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、聴性脳幹反応の無反応例に関する研究、乳幼児健診で使用される聴覚障害スクリーニング用音源の周波数分析の研究、および重度脳障害児の聴性脳幹反応と経外耳道法蝸電図に関する研究などを論文発表した。また1990年5月には、UCLAの小児神経学部門から招請され1カ月間にわたって渡米し、UCLAを中心としたアメリカの専門家と学術的交流を行った。

治療研究室長の原は同じく小児神経学の立場より、てんかんを有する自閉症とてんかん性脳波異常のみを有する自閉症に関する研究を遂行し、極小未熟児の気質に関する研究および自閉症の感覚統合訓練による治療に関する研究などを論文発表した。さらに平成2年度厚生科学研究費補助金(厚生行政科学研究事業)を受けて、学習障害児の発生予防に関するパイロット・スタディーを行なった。

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、当部に関係した課題として、前年度に遂行した全国の精神遅滞児(者)の施設職員の“燃えつき現象”の調査データにもとづいて、精神薄弱関係施設職員の精神健康とその社会的背景に関する研究の第一報を論文発表し、引続き第二報の準備を行っている。

例年ふれていることであるが、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。この精神薄弱という名称は、近年、教育、福祉、医学の関連領域より、再検討の機運が盛り上がっている。とくに精神遅滞を対象とする学際的な学会である日本精神薄弱研究協会でもその動きは活発であり、平成3年度以降には、具体的な改正案などが提案されるような状況も生じている。

また精神遅滞は精神医学領域では、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きている。さらに小児神経学領域の障害もそれに含めて考えられるなどの方向も当然のことながら示されている。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)

## 発達障害における登校拒否

栗田 広 (国立精神・神経センター精神保健研究所精神薄弱部)

金 吉晴 (国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部)

勝野 薫 (練馬区立心身障害者福祉センター)

### I. はじめに

発達に障害のある子どもの一部では、学校に行きたがらないことが問題となることがある。しかしそのような現象については、これまで少数の症例報告を除いて、体系的な研究は存在しない。我々は、今回、広汎性発達障害における登校拒否を、多数例において検討したので報告する。

### II. 対象と方法

#### 1. 登校拒否の定義

本研究のために我々は、障害児での調査に使用可能なように、Bergらの登校拒否の診断基準を以下のように改変した。①病気や事故などの正当な理由がなく、学校に行きたがらず(言葉や態度で示される)休むこと。②学校にいないてはいけない時間に家にいて、そのことを親が知っている。③休んでいる間には、明白な反社会的行動はない。

#### 2. 対象

対象は、某療育相談機関に1987年から1989年に受診した135人(男111;女24)の自閉的あるいは精神遅滞のある児童及び青年であり、平均年齢は13.5歳(標準偏差=4.9)である。

DSM-IIIにしたがって、135人の子どもたちは2群に分けられた。第1群は、精神遅滞の合併の有無にはかかわらない広汎性発達障害(以下PDDと略)の群で、その残遺状態も含んでいる。第2群は、広汎性発達障害の合併のない精神遅滞(以下MRと略)の群である。PDD群は110人(男97;女13)よりなり、平均年齢は13.2歳(標準偏差=4.3)で、そのうち75人が幼児自閉症(以下IAと略)と、35人がその他の広汎性発達障害(小児期発症の広汎性発達障害および非定型広汎性発達障害を合せたもので、以下OPDDと略)と診断された。MR群は、25人(男14;女11)からなり、平均年齢は14.9歳(標準偏差=6.9)である。年齢は両群で有意差はなかった。

135人のうちIQの測定された110人とDQの測定された2人では、IQとDQによって、精神遅滞の水準を、軽度以上( $IQ \geq 50$ )、中度( $50 > IA \geq 35$ )および重度以下( $35 > IQ$ )に分けた。IQおよびDQの測定されなかった23名では、精神遅滞の水準は、心理士によって臨床的に推定された。この精神遅滞の水準には、PDD群とMR群の間およびIA群とOPDD群の間に有意差はなかった。

#### 3. 方法

135人の各々について、定義された登校拒否の既往と、その他の臨床的情報を調査表により親から系統的に聴取した。

### III. 結果

#### 1. 診断別の登校拒否の頻度

135人の対象児のうち32人(23.7%)に登校拒否の既往が存在した。登校拒否の頻度は、OPDD群(40.0%)でMR群(8.0%)よりも有意に高かった(Fisher's test,  $p < .01$ )。登校拒否の頻度は、PDD群全体(27.3%)ではMR群(8.0%)でよりも高い傾向があった(Fisher's test,  $p < .10$ )。学齢前教育と学校教育の期間は、登校拒否のある群とない群の間で有意差はなかった。

17人のPDDと6人のMRを有する学校を卒業あるいは中退したことで終了した青年で、登校拒否の頻度は、PDD(47.1%)ではMR(16.7%)より高い傾向があった。

#### 2. PDDの登校拒否の特徴

登校拒否の既往のあるPDDの30例での登校拒否の初発年齢は平均10.6歳(標準偏差=3.9)であった。

30例のうち19例(63.3%)では、最初の登校拒否の際に誘因があった。それらの大部分は学校に関係したもので、最も多いものはいじめであった。同じ因子は、もしあればその後の登校拒否のエピソードの際にも作用する傾向があった。

学校に行かせようとする親の努力に対する抵抗の強さは、子どもごとに異なっていた。18人(60.0%)の子どもは、親ないし級友が伴っていれば、なんとか登校することができた。登校拒否を呈するPDDでの学校を休んだ期間の総計は、それほど長くはない。それは、18例(60.0%)では3週間以内であり、11例(36.7%)で4週間から6カ月の間で、6カ月を越える者は、1例のみであった。さらに、登校拒否の治療のために入院した例はなかった。これらのことは、PDDの登校拒否は、概して軽症なことを示していると思われる。

#### 3. 登校拒否に関連する変数

精神遅滞の水準は、軽度遅滞以上、中度遅滞、重度遅滞以下は、登校拒否を呈したPDD児では、各々50%、33.3%および16.7%であり、登校拒否を示さないPDD児では、各々、32.5%、22.5%および45.0%であり、前者で精神遅滞の水準は有意に高かった( $\chi^2=7.50$ ,  $p < 0.05$ )。両群で年齢と教育期間には有意差はなかった。

17人の学校教育を終えたPDDの青年での精神発達水準は、8人の登校拒否の既往のあるものでは、9人のそれのないものよりも、高い傾向があった。

### IV. 考察

登校拒否を呈したPDD児のすべてで、登校拒否の詳細な機構を知ることは不可能であるが、学校に関係した誘因がある16例については、以下のような説明が可能と思われる。すなわち、級友によるいじめや学習の困難などの学校でのストレスを情緒的および知的に理解することが、PDD児が登校拒否を呈するためには必要である。彼らは、級友と親しい関係を持ったり、よい成績をあげるほどには知的能力は十分ではないが、学校での不快な出来事を感知できないほどに、自閉的であったり発達が遅れてはいないのである。

しかしある程度の精神発達だけでは、PDDの登校拒否を説明するには十分ではない。なぜなら本研究でのMR児は、PDD児と知能水準に有意差はなかったにもかかわらず、登校拒否を呈する頻度はより低かったからである。もう1つの重要な因子は、一過性の現象を長期化させることのあるPDDの強迫

的傾向と思われる。これは精神発達の結果として、子どもが学校でのストレスを認識できるようになったことから由来する登校への嫌気を固定化する可能性がある。これらの因子の組み合わせが重要なことは、登校拒否が、強迫的であり自閉症よりも知的に高く、より自閉的でないOPDDで、より頻度が高い傾向があったことにも示されている。

発達に遅れのない子どもでは、登校拒否の子どもをできる限りすみやかに学校にもどすという原則は、主に幼い子どもに適用され、青年には厳格には適用されない。しかし多くのPDDはMRでもあり、登校拒否を呈するPDD児には、遅れのない若年の登校拒否児に主として用いられる方法が適用可能である。また障害児をいじめから守り、厳格なしつけを弛める教師の努力は、登校拒否を呈しかねないPDD児の登校をより容易とするであろう。

## STUDIES ON PEDIATRIC PATIENTS WITH ABSENT AUDITORY BRAINSTEM RESPONSE (ABR) LATER COMPONENTS.

Makiko Kaga, M.D.<sup>(1)</sup>, Toshikazu Murakami, M.D.<sup>(2)</sup>, Haruko Naitoh, M.D. and Kenji Nihei, M.D.<sup>(3)</sup>

- 1) National Institute of Mental Health  
National Center of Neurology and Psychiatry.
- 2) Department of Pathology, The University of Tokyo, School of  
Medicine Mejirodai Campus
- 3) Department of Neurology, National Children's Hospital

Eleven pediatric patients with only wave I or waves I and II of their ABR were clinically analyzed. The clinical diagnoses of these patients were as follows: 1) anoxic encephalopathy in two cases; 2) neonatal asphyxia in one; 3) infantile Gaucher's disease in one; 4) mitochondrial encephalomyopathy in one; 5) suspected Pelizaeus-Merzbacher disease in three; 6) degenerative disease of unknown etiology in two (presumptive diagnoses were progressive supranuclear palsy and dentate-rubro-pallido-Luysian atrophy); and 7) infantile spasms with congenital malformation of the brain and bones in one.

The incidence of the patients with this type of ABR abnormality was 0.67% among 1,650 of our pediatric patients whose ABRs were examined because of audiological or neurological problems. All eleven patients showed severe mental retardation. Nine of the eleven had convulsions and likewise, eight of eleven showed deterioration in mental and/or motor activities. Furthermore seven of eleven had disturbed consciousness and four of these seven were in deep coma. Other brainstem and bulbar signs and symptoms were frequently found in these patients.

In summary, patients without the later components of ABR manifested marked neurological abnormalities inside and outside the brainstem.

## AUTISTIC SYNDROME AND EPILEPSY: A COMPARISON BETWEEN THE CHILDREN WITH EPILEPTIC SEIZURES AND ONLY WITH EPILEPTIFORM EEG ABNORMALITIES.

Hitoshi Hara<sup>1</sup>, Masami Sasaki<sup>2</sup>

1. National Institute of Mental Health, NCNP, Ichikawa.

2. Kanagawa Day Treatment and Guidance Center for Children, Yokohama.

Past studies<sup>2)3)6)7)8)</sup> on autistic children have reached almost the same conclusion that they show higher frequency of abnormal EEG and higher risk for developing epilepsy, as compared to the normal population. The purpose of this study is to examine the difference between the autistic children with epileptic seizures and those only with epileptiform EEG abnormalities (EEA).

### 《Subjects》

The subjects were selected from 134 nonstructural brain damaged children with autistic syndrome referred to Kanagawa Day Treatment and Guidance Center for Children. Autistic syndrome is defined as infantile autism or atypical pervasive developmental disorder diagnosed by DSM-III criteria<sup>1)</sup>. Of the 134 children, 107 conformed to the long term follow-up criteria; (1) more than 3 years of follow-up period, (2) more than 3 annual EEG examinations, (3) less than 8 years of age at the first visit, and (4) more than 10 years of age at the last visit. Actually, 67 cases were followed up in accordance with the criteria and the rest (40) were dropped. Figure shows a sample selection of the follow-up children with autistic syndrome.

There were no statistically significant differences between the follow-up and the drop-out cases in comparison with sex ratio, percentages of infantile autism, of severe or moderate

Autistic Syndrome (N=134)

↓

- |  |
|--|
| 1) Follow-up Period: more than 3 years<br>2) Annual Examinations: more than 3 EEGs<br>3) First Visit: less than 8 years of age<br>4) Last Visit: more than 10 years of age |
|--|

↓

107 → Drop-out: 40

↓

Follow-up: 67 (Follow-up rate: 62.6%)

(♂ ; 56 ♀ ; 11)

(IA; 48 APDD; 19)

Figure: Sample Selection of the Follow-up Children with Autistic Syndrome

Table 1 Comparison of Subjects between Follow-up and Drop-out

	Follow-up (N=67)	Drop-out (N=40)
Male/Female (% Male)	56/11 (83.6%)	37/3 (92.5%)
Infantile Autism Diagnosed by DSM-III (%)	48 (71.6%)	27 (67.5%)
Severe or Moderate Mental Retardation (%)	36 (53.7%)	22 (55.0%)
Family History of Seizures (%)	23 (34.3%)	13 (32.5%)
Epileptiform EEG Abnormalities on the First Tracing (%)	8 (11.9%)	4 (10.0%)
Average Age at the First Visit [Range of Years]	4.2±1.5 [2~7yrs]	3.8±1.2 [2~6yrs]

mental retardation, of family history of seizures, of EEA on the first tracing and average age at the first visit (Table 1).

Of the 67 follow-up cases, 8 were found (E group) with at least one or more seizures, and 16 (A group) only with EEA.

#### 《Method》

For a comparison several factors were examined between the two groups, relating to sex, DSM-III criteria<sup>1)</sup> (typical or atypical autism), refracted course, or speech loss episode defined by Kurita<sup>5)</sup>, mental ability, administration of neuroleptics, characteristics of EEA, age of the first appearance of EEA, prophylactic use of anticonvulsants and family history of seizures.

#### 《Results》

Refracted course was more common in A, (11/16), than in E which had 2 single seizure cases out of the 8 ( $P=0.0551$ , one-tailed). There was significant difference between the two for the incidence rate of the first appearance of EEA at 8 years of age and over (3 in A, 6 in E;  $P=0.0254$ , two-tailed). Other comparisons did not reach statistically significant differences (Table 2 and 3).

Even though the autistic children with refracted course easily show EEA during the annual EEG examinations, they are unlikely to develop definite epilepsy. The first appearance of EEA at 8 years of age and over is one of the high risk factors connected with developing epilepsy in autistic syndrome.

Table 4 shows EEG findings and onset of epilepsy among the autistic children with seizures. Cases 3, 5 and 6 were diagnosed as having probable epilepsy because their attack episodes were



Table 2 Comparison between A and E group (1)

	A group (N=16)	E group (N=8)	P values
Male/Female	12/14	6/2	n.s.
IA/APDD	12/4	6/2	n.s.
Refracted course (+)/(-)	11/5	2/6	0.0551*
Mental Retardation			
Mild	4	3	
Moderate	8	3	n.s.
Severe	4	2	
Neuroleptics (+)/(-)	4/12	4/4	n.s.

IA: Infantile Autism, APDD: Atypical Pervasive Developmental Disorder

\*: Fisher's Exact Probability Test, One-tailed

Table 3 Comparison between A and E group (2)

	A group (N=16)	E group (N=8)	P values
Focal EEG Abnormalities			
C-P Areas	11	4	
T	11	4	n.s.
O	7	2	
Fp-F	6	1	
Diffuse EEG Abnormalities (+)/(-)	2/14	1/7	n.s.
Age of First Appearance of EEA 7 and less/more than 8	13/3	1/6	0.0254*
Prophylactic Use of Anticonvulsants (+)/(-)	9/7	2/6	n.s.
Family History of Seizures (+)/(-)	4/12	3/5	n.s.

\*: Fisher's Exact Probability Test, Two-tailed

only once. Moreover, the details of the attack were obscure in cases 3 and 6. The seizure type of cases 1, 2, 5, 7 and 8 was the same complex partial seizures secondarily generalized. Case 4 only exhibited generalized tonic-clonic seizures transferred from several febrile seizures before age 4. The onset of epilepsy ranged from 9 to 12 years of age. All the cases except 8 revealed EEA before the onset. Case 8, however, failed in the annual EEG examinations during ages from 7 to 11.

Table 4 EEG Findings and Onset of Epilepsy among Autistic Syndrome with Seizures

Subject	Years of Age											
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1			N	N	N	N	N	A	A	◆	N	
2 ♀			N	N	N	N	N	A	A	◆	A	N
3 § (?) ♀			N	N	N	A	N	◆				N
4 (FC)		N	N	N	N	A	A	A	A	◆	A	
5 § (?)	N	A		A	A	A	A	◆	A			
6 (?)		N	N	N	N		N	A	A	◆	N	
7		N			N		N	A	◆	A	A	
8				N				◆			N	N

A: EEA(+), N: EEA(-), ◆: Onset of Epilepsy, ?: Probable Epilepsy  
 FC: Febrile Convulsions, §: Refracted Course

#### 《Discussion and Conclusion》

Generally, EEA are closely related to developing epilepsy<sup>3)6)8)</sup>. It is also true, however, that there are children only with EEA but no clinical seizures. Therefore, it is important to examine the diagnostic validity of EEA in autistic syndrome.

The result of this study emphasizes the significance of age of the first appearance of EEA. EEG examinations at around 8 years of age could have a predictive value in detecting developing epilepsy in autistic syndrome<sup>4)</sup>. Another factors relating to developing epilepsy were not found in the comparison between A and E group.

Interestingly, the autistic children with refracted course tended to show EEA but not having definite epilepsy. The EEA in autistic children with refracted course might differ from EEA in those without refracted course.

*This paper was presented at Satellite Meeting of the 5th International Child Neurology Congress, Neurobiology of Infantile Autism, Tokyo, November, 1990.*

#### References

- 1) American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington, D.C.: APA Press.
- 2) Deykin EY, MacMahon B (1979): The incidence of seizures among children with autistic symptoms. *Am J Psychiatry* 136 (10), 1310-1312.
- 3) Gillberg C, Steffenburg S (1987): Outcome and Prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population-based study of 46 cases followed through puberty. *J Autism Dev Disord* 17 (2), 273-287.
- 4) Hara H, Sasaki M (1990): Autistic syndrome and epilepsy: Significance of the annual

- electroencephalographical examination. *Brain Dev* 12 (5), 708.
- 5) Kurita H (1985): Infantile autism with speech loss before the age of thirty months. *J Am Acad Child Psychiat* 24 (2), 191-196.
- 6) Olsson, I, Steffenburg S, Gillberg C (1988): Epilepsy in autism and autisticlike conditions. A population-based study. *Arch Neurol* 45 (6), 666-668.
- 7) Rutter M, Greenfield D, Lockyer L (1967): A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *Brit J Psychiat* 113 (11), 1183-1199.
- 8) Volkmar FR, Nelson DS (1990): Seizure disorders in autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 (1), 127-129.

## 10. 社会復帰相談部

1988年の精神保健法の施行に伴い、精神障害者の社会復帰に関する関心は年毎にたかまってきている。そうした機運の中で、わが部は以下のような活動を行なった。

丸山は、1990年5月、浜松における第1回国際森田療法学会において「サイコリハビリテーションと森田療法」と題して発表を行なった。また同年10月には、松山における第32回老年社会科学会に出席し「施設職員のバーンアウト」について共同発表を行なった。同年10月、東京における第6回日本精神衛生学会では、東京都江戸川区における老人精神保健相談の実情を、久留米における第8回森田療法学会では、KJ法による治療例を報告した。また1991年1月には、精神保健計画部との協力のもとに、WHOのDAS(精神医学的能力障害面接基準)を翻訳した。そのほかに日本精神神経学会社会復帰問題委員会委員として、精神保健法下における精神障害者社会復帰施設の調査に参画した。

横田は、成人精神衛生部との協力のもとに、ロールシャッハ・テストの反応における現代的再考についてのプロジェクト研究に従事した。また青年期の適応困難事例に対するグループアプローチ的研究・登校拒否児の社会復帰に関する研究・精神保健相談室来所者の事例研究などを行なった。さらにまた心理学課程研修において指導的役割を果たした。

椎谷は、精神薄弱関係施設職員の精神健康に関する研究を、精神薄弱部との共同で行ない、その成果を精神保健研究誌に発表した。また地域ケアのネット・ワークづくりに関する研究・地域ケアにおけるボランティア活動の機能と役割に関する研究を継続した。また研修室長(併任)として、当研究所の研修業務万端にわたりかかわった。

丹野は、社会復帰相談庁舎におけるデイケア活動に従事する一方、作業療法・職親制度・社会生活技能訓練について、研究活動を行なった。また精神科デイケア課程研修において、中心的な役割を果たした。(丸山晋)

# 精神薄弱関係施設職員 の 精神健康 と その社会的背景 (第一報)

## —GHQによる神経症群の出現頻度—

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)

栗田 広 (国立精神・神経センター精神保健研究所, 精神薄弱部)

宗像恒次 (筑波大学体育科学系健康管理学)

### I. はじめに

保健, 医療, 福祉, 教育など主に対人サービスを基本とする諸領域で仕事をする専門従事者に対する, “燃えつき状態”をはじめとする精神健康に関する調査研究は, 我が国ではこれまでに宗像らを中心として, 一般医師 (精神科医以外), 精神科医, 看護婦 (士), 中学校教員, これらのコントロール群として都市一般住民人口についての報告がある。しかし, 社会福祉領域の専門従事者を対象としたこの種の研究は, これまでに我が国で報告されたものはなく, 海外でも研究は少ない。本研究は, 精神薄弱関係施設職員についてはもちろんのこと, 社会福祉領域の専門従事者を対象とする精神健康調査としては, 我が国で初めての試みである。

### II. 目的

本研究は, 日本全国 の 精神薄弱関係施設職員 の 精神健康状態 の 実態 を 明らかにし, それらの精神健康状態に関連するさまざまな心理社会的背景の影響力について数量的に推定・分析するとともに, 領域は異なるが同じ対人サービスを担う専門職である医師, 看護婦 (士), 中学校教員の場合と比較することを目的とする。本稿は本研究の第一報として, 日本語版一般健康調査30項目短縮版 (GHQ 30項目版) に基づいて推定された神経症群の出現頻度と, いくつかの社会的背景による出現頻度の差について, 明らかにしようとするものである。

### III. 対象と方法

財団法人日本精神薄弱者愛護協会発行の全国精神薄弱関係施設名簿 (1988年版) に基づく, 全国の精神薄弱関係施設 (精神薄弱児施設, 精神薄弱児通園施設, 精神薄弱者更生施設 (入所, 通所), 精神薄弱者授産施設 (入所, 通所), 精神薄弱者通勤寮, 精神薄弱者福祉ホーム) 全2,092施設のうち, あらかじめ各施設長に対するアンケート調査を行った結果, 本調査への協力の意志を表明した1,028施設 (49.1%) の中から, さらに確率比例抽出法によって抽出した216施設 (10.3%) について, そこに常勤正職員として勤務する職員全員4,523名を, 本調査の対象とした。

調査は無記名自記式アンケート調査であり, 郵送法に基づき, 対象施設ごとに職員の人数分の調査票を郵送し, 記入済みの調査票はプライバシーを確保するため回答者が各自の返信用封筒に入れて封をした上で, 各自であるいは施設ごとにまとめて返送してもらう方法で実施した。調査時期は, 1989年の8月から9月までの2ヶ月間である。

有効回収サンプル数は3,013名, 有効回収率は66.6%であった。

## IV. 結果

GHQ 30項目版により神経症・抑うつ症圏にあると推定される神経症群の比率（出現頻度）は、分析対象となった精神薄弱関係施設職員全体の34.7%（N=3013）であった。この比率は、中学校教員の32.8%、病院に勤務する看護婦（士）の36.6%と比べると差はみられないが、都市一般人口（千葉県市川市）の20.8%、同じく都市一般人口（東京都杉並区・北区）の28.6%、精神科医師を除く大きな病院の一般医師の16.0%、精神科医師の21.5%と比べると、有意（一般人口（千葉県市川市） $p < 0.01$ 、一般人口（東京都杉並区・北区） $p < 0.05$ 、一般医師 $p < 0.001$ 、精神科医師 $p < 0.01$ ）に高いものである。

性別では、女性（38.0%）が男性（30.2%）に比べて推定された神経症群の割合が有意（ $p < 0.001$ ）に高い。さまざまな調査結果から一般に女性のほうが高い出現頻度を示す傾向があるとはいえ、精神薄弱関係施設職員の場合でも、特に女性職員に精神健康問題がより大きいことをうかがわせている。

年齢階級別では、年齢の低い層ほど推定された神経症群の割合が高く、年齢の高い層ほどその割合が低くなる傾向が顕著にみられる（ $\chi^2 = 86.514$ ,  $p < 0.001$ ）。一般的に年齢が低い層ほど推定された神経症群の出現頻度は高い傾向があるが、本調査結果でも同様の結果を示している。

精神薄弱関係施設職員としての通算経験年数別では、全般に経験年数の短い層ほど推定された神経症群の割合が高く、経験年数の長いいわばベテラン層ほど、割合が低くなっている（ $\chi^2 = 21.234$ ,  $p < 0.001$ ）。

職位別では、管理職など職位の高いクラスほど推定された神経症群の割合が低い傾向がみられる（ $\chi^2 = 26.599$ ,  $p < 0.001$ ）。

職種別では、指導員・保母・療法士（37.7%）および保健婦・看護婦（35.9%）で推定された神経症群が高い割合を示している。これら2群以外の職種の平均出現頻度は25.6%に止まることから、精神薄弱関係施設職員全体の水準（34.7%）を高いものにしてしているのは、直接園生の療育に携わる職種であるこれら指導員・保母・療法士および保健婦・看護婦であることは明らかである。

## V. 考察

### 1. 精神薄弱関係施設職員における推定された神経症群の出現頻度

GHQ 30項目版によって推定された神経症群が、精神薄弱関係施設職員全体の34.7%という、都市一般住民人口と比較して有意に高い出現頻度を示したことで、精神薄弱関係施設職員の精神健康状態が決して良好とはいえないことが明らかになった。社会福祉領域に属する精神薄弱関係施設職員が、領域の異なる専門職従事者である中学校教員や看護婦（士）などと比較して同程度に神経症群の出現頻度が高いという事実は、社会福祉領域で仕事をする従事者たちの中に、ストレスの強さなど、同じ対人サービスを担う専門職従事者として共通する精神健康上の課題が存在することを示唆するものといえよう。

### 2. 推定された神経症群の多発する層

推定された神経症群が多発しやすいハイリスク層として出現頻度が37.0%以上の項目を列挙してみると、女性、年齢30歳未満、通算経験年数6年未満、一般職員クラス（非管理職）、指導員・保母・療法士の5項目が抽出できる。これらの項目は、精神薄弱関係施設職員全体ならびに一般住民人口（東京都杉並区・北区）と比較して、いずれも神経症群の比率が有意に高い値を示している。精神

薄弱関係施設職員の精神健康についての対策を検討する際には、これらのハイリスク層に対して特に注目する必要があると考えられる。

### 3. 神経症群が多発する経験の浅い職員

経験年数が短い職員の中に推定された神経症群が多発するのは、中学校教員や看護婦（士）など、医師を除く他領域の専門職従事者の場合と同様である。これらの現象の背景には、アイデンティティの未確立など青年期特有の精神発達上の課題、知識や技術の未熟さ、新しい職場環境への適応困難性などに加えて、新入職員のいわゆるリアリティ・ショックの問題、それと関連して新入職員に対する研修や職場内でのスーパービジョンのあり方の問題、人手不足による時間外勤務などの荷重な勤務体制の問題などが、大きな要素として存在することは間違いなからう。

## III 研 修 実 績

## 平成 2 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、医師、保健婦、看護婦(士)、作業療法士、臨床心理従事者、精神科ソーシャルワーカー等を対象に、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、精神保健各般にわたり必要な知識及び技術の研修を行うものである。平成 2 年度には、社会福祉学課程、医学課程、精神保健指導課程、心理学課程、精神科デイ・ケア課程の 5 課程、計 8 回の研修を実施した。

なお、これら正規の課程のほか、地域精神保健医師課程、薬物依存臨床医師研修会、心身症研修会の 3 つの研修を、それぞれ関連研究部が中心となって実施した。

## 《社会福祉学課程》

平成 2 年 7 月 6 日から 7 月 26 日まで、第 32 回社会福祉学課程研修を実施し、「精神障害者の地域ケアネットワーク」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、34 名に対して研修を行った。

第 32 回社会福祉学課程研修日程表

月 日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (1:30~4:30)
7/6	金	開講式 精神保健行政 (緒形)	オリエンテーション
7	土	精神障害者の社会復帰 (最近の動向) (丸山)	
9	月	ネットワークづくりとケースマネジメント (椎谷)	精神科医療と人権 (大野)
10	火	福祉行政の立場から (小林)	セミナー
11	水	児童相談所における現状と課題 (藤井和)	地域精神保健活動と精神保健センター (三代)
12	木	分裂病の治療について (外来・入院・リハビリテーション) (計見)	社会復帰と家族 (大嶋)
13	金	見学 (小平地区の社会復帰施設等)	
14	土	セミナー (自主研修)	
16	月	地域ケアにおける家族会の機能 (春島)	保健所精神保健活動(コミュニティワークを中心に) (田中)
17	火	セミナー	今日の地域福祉実践の課題と社協の役割 (梅田)



18	水	精神科医療機関における現状と課題 (石井)	PSW論 (柏木)
19	木	精神障害者の当事者の活動について (西沢)	セミナー
20	金	精神科デイ・ケアについて (松永)	小規模作業所における現状と課題 (藤井克)
21	土	セミナー (自主研修)	
23	月	地域ケアの現状と課題 (吉川)	精神障害者の就労援助について (富山)
24	火	地域住民の理解と受容 (中村)	精神障害者の住居問題をめぐって (大江)
25	水	セミナー	危機介入としての電話相談 (斎藤)
26	木	総括討論	総括討論, 閉講式

課程主任 椎谷 淳二

課程副主任 大島 巖

第32回社会福祉学課程研修講師名簿

講師名	所属・職名	講義テーマ
緒方 剛	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	精神障害者の社会復帰 (最近の動向)
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	ネットワークづくりと ケースマネジメント
大野 和男	神奈川県精神保健センター副主幹	精神科医療と人権
小林 浄子	習志野市役所障害福祉課ケースワーカー	福祉行政の立場から
藤井 和子	国立精神・神経センター精神保健研究所 児童期精神保健研究室長	児童相談所における 現状と課題
三代 浩肆	神奈川県立精神保健センター 調査指導課長	地域精神保健活動と 精神保健センター
計見 一雄	千葉県精神科医療センター長	分裂病の治療について (外 来・入院・リハビリテーショ ン)
大島 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長	社会復帰と家族
春島 伸一	全国精神障害者家族会連合会事務局次長	地域ケアにおける 家族会の機能

### Ⅲ 研 修 実 績

田中英樹	川崎市幸保健所精神保健相談員	保健所精神保健活動（コミュニティワークを中心に）
梅田和彦	神奈川県社会福祉協議会地域福祉部	今日の地域福祉実践の課題と社協の役割（精神保健ボランティア育成事業の取組みから）
石井敏之	医療法人光洋会三芳病院PSW	精神科医療機関における現状と課題
柏木昭	淑徳大学教授	PSW論
西沢利朗	川崎市精神保健相談センター主任	精神障害者の当事者活動について
藤井克徳	共同作業所全国連絡会事務局長	小規模作業所における現状と課題
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・ケアについて
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	地域ケアの現状と課題
富山之子	東京都中部総合精神保健センター 地域保健部広報援助課援助係主任	精神障害者の就労援助について
中村佐織	日本女子大学文学部社会福祉学科助手	地域住民の理解と受容
大江基	川崎市リハビリテーション医療センター 社会復帰棟棟長	精神障害者の住居問題をめぐって
斉藤友紀雄	社会福祉法人いのちの電話事務局長	危機介入としての電話相談

#### 《医学課程》

平成2年10月16日から10月19日まで、第31回医学課程研修を実施し、「ストレスと健康障害」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、19名に対して研修を行った。

#### 第31回医学課程研修日程表

月 日	曜日	午 前（9：30～12：30）	午 後（1：30～4：30）
10/16	火	開講式 精神保健行政 厚生省保健医療局精神保健課長 広 瀬 省	ストレスと薬物依存 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

10/17	水	家族をめぐるストレスの問題 国立精神・神経センター精神保健研 究所長  藤 縄 昭	児童・思春期におけるストレス関連疾患 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
10/18	木	老年期におけるストレス関連疾患 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	異文化社会における適応障害 国立精神・神経センター 精神保健研究所精神生理部前部長 中 川 泰 彬
10/19	金	ストレスと神経症・心身症 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 高 橋 徹 心身医学研究部長 吾 郷 晋 浩	閉講式

課程主任 吾 郷 晋 浩  
 課程副主任 永 田 頌 史  
 ” 石 川 俊 男  
 ” 高 橋 徹

《精神保健指導課程》

平成2年6月6日から6月8日まで、第27回精神保健指導課程研修を実施し、「心の健康づくり」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、30名に対して研修を行った。

第27回精神保健指導課程研修日程表

月 日	曜日	午 前 (10:00~12:00)	午 後 (1:00~4:00)
6 / 6	水	10:00 開講式・オリエンテーション 10:15 精神保健の現状 厚生省保健医療局 精神保健課長  篠 崎 英 夫	1:00 心の健康づくり事業について 厚生省保健医療局 精神保健課課長補佐  近 藤 俊 之
6 / 7	木	10:00 ストレスマネジメント 筑波大学体育科学系 健康管理学教室助教授  宗 像 恒 次	1:00 職場のメンタルヘルス 財団法人日本生産性本部 メンタルヘルス研究所長  久保田 浩 也

### III 研 修 実 績

6 / 8	金	10:00 学校保健に対するメンタルヘルス 東京学芸大学 保健管理センター助教授 児 玉 隆 治	1:00 全体討論 閉講式
-------	---	--	---------------------

課程主任 高橋 徹

課程副主任 横田 正雄

#### 《心理学課程》

平成3年2月6日から3月13日まで、第31回心理学課程研修を実施し、「社会変動のなかの心理臨床」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。

#### 第31回心理学課程研修日程表

月 日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (1:30~4:30)
2 / 6	水	開講式 オリエンテーション	精神保健行政 (加藤)
7	木	全体討議	全体討議
8	金	全体討議	全体討議
9	土	クライアントセントードセラピー (佐治)	
12	火	小集団演習	体験的ロールシャッハ法 (田頭)
13	水	サイコドラマ (増野)	サイコドラマ (増野)
14	木	グループセラピー (鈴木, 純)	グループセラピー (鈴木, 純)
15	金	小集団演習	小集団演習
16	土	登校拒否児の処遇① (奥地)	
18	月	日本社会とロジャース (久能)	小集団演習
19	火	小集団演習	社会変化と性の臨床 (金子)
20	水	小集団演習	社会変化と心の問題 (清水)
21	木	施設見学 吉原林間学校	
22	金	施設見学 静岡東病院	
23	土	小集団演習	
25	月	精神科診断をめぐって (藤縄)	小集団演習
26	火	ファミリーセラピー (鈴木, 浩)	ファミリーセラピー (鈴木, 浩)
27	水	登校拒否論 (横田)	登校拒否児の処遇② (中園)
28	木	小集団演習	小集団演習

3/1	金	小集団演習	現代社会と森田療法 (丸山)
2	土	小集団演習	
4	月	地域精神保健 (吉川)	小集団演習
5	火	小集団演習	小集団演習
6	水	フェミニストセラピー (河野)	社会変化と病院臨床 (手林)
7	木	小集団演習	小集団演習
8	金	小集団演習	社会変化と心身症 (吾郷)
9	土	小集団演習	
11	月	小集団演習	全体討議
12	火	全体討議	全体討議
13	水	全体討議	閉講式

課程主任 横田正雄

課程副主任 越智浩二郎

## 第31回心理学課程研修講師名簿

講師名	所 属	講義テーマ
加藤誠実	厚生省保健医療局精神保健課主査	精神保健行政
佐治守夫	日精研心理臨床センター所長	クライアント・セントアドセラピー
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
奥地圭子	東京シューレ主宰	登校拒否児の処遇①
久能徹	産能大学総合研究所研究員	日本社会とロジャース
金子和子	日赤医療センター臨床心理士	社会変化と性の臨床
中園正身	東京都児童相談センター心理技術主査	登校拒否児の処遇②
河野喜代美	フェミニストセラピー“なかま”主宰	フェミニストセラピー
手林佳正	三枚橋病院臨床心理士	社会変化と病院臨床
清水新二	国立精神・神経センター精神保健研究所システム開発研究室長	社会変化と心の問題
藤縄昭	国立精神・神経センター精神保健研究所所長	精神科診断をめぐる
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

Ⅲ 研 修 実 績

横 田 正 雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健相談研究室長	登校拒否論
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	現代社会と森田療法
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	地域精神保健
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	社会変化と心身症

施設見学 静岡県立吉原林間学園 ☎0545-35-0076

国立療養所静岡東病院 ☎0542-45-5446

《精神科デイ・ケア課程》

精神病院等において精神科看護（集団療法，作業指導，レクリエーション活動，生活指導等）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。なお，第47回の研修は，受講生の便宜をはかるため大阪市において実施した。

第46回	平成2年5月9日～5月29日	24名
第47回	平成2年6月14日～7月4日（大阪市）	23名
第48回	平成2年11月7日～11月28日	25名
第49回	平成3年1月9日～1月30日	23名

第46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（1：30～4：30）
5 / 9	水	開講式・精神保健行政（近藤）	セミナー（オリエンテーション）
10	木	デイ・ケアの歴史（吉川）	グループ・ワーク デイ・ケアプログラムの実際（松永）
11	金	セミナー	スタッフの役割（宮崎）
12	土	働きかけの意味（末安）	
14	月	実習およびセミナー	
15	火	実習およびセミナー	
16	水	実習およびセミナー	
17	木	実習およびセミナー	
18	金	実習およびセミナー	
19	土	実習およびセミナー	
21	月	セミナー（実習報告）	対象論（柏木）

22	火	セミナー	地域ケアの実際 (谷中)
23	水	面接技術 (牟田)	セミナー
24	木	家族ぐるみの心理教育 (鈴木)	セミナー
25	金	老人精神保健 (大塚)	精神科看護の現状と課題 (釜井)
26	土	作業療法の理論と展開 (丹野)	
28	月	セミナー	臨床チーム論 ケースカンファレンスの持ち方 (越智)
29	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 牟 田 隆 郎

## 第46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
近 藤 俊 之	厚生省保健医療局精神保健課課長補佐	精神保健行政
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
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 デイ・ケアプログラムの実際
宮 崎 和 子	東京都立中部総合精神保健センター 宿泊訓練課主任技術員	スタッフの役割
末 安 民 雄	元東京都立松沢病院看護士	働きかけの意味
柏 木 昭	淑徳大学教授	対象論
谷 中 輝 郎	やどかりの里理事長	地域ケアの実際
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
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
大 塚 俊 男	国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部長	老人精神保健
釜 井 晃 二	成増厚生病院看護課長	精神科看護の現状と課題
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	作業療法の理論と展開
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

Ⅲ 研 修 実 績

第46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
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	ソーシャルワーカー 平 野 宗 洋	板橋区三園1-19-1 ☎03-3939-1191
都立松沢病院	看護婦 佐 藤 朝 子	世田谷区上北沢2-1-1 ☎03-3303-7211
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 ☎03-3302-7575
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	看護婦 竹 内 依 子	市川市国府台1-7-1 ☎0473-72-3501

第47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 (1:30~4:30)
6/14	木	開講式 精神保健行政 (近藤)	スタッフの役割 (丸山)
15	金	社会精神医学概論 (浅尾)	デイ・ケアの歴史 (山本)
16	土	面接技術 (牟田)	
18	月	作業療法の理論と展開 (山出)	セミナー(1)
19	火	対象論 (越智)	セミナー(2)
20	水	臨床チーム論 (越智)	セミナー(3)
21	木	働きかけの意味 (辻)	セミナー(4)
22	金	グループワーク (松永)	セミナー(5)
23	土	実習打合せ	
25	月	デイ・ケア臨地実習	
26	火		
27	水		
28	木		



29	金		
30	土	実習報告	
7/2	月	地域サポートシステム (遠塚谷)	セミナー(6)
3	火	老人デイ・ケア (丸山)	治療の人間関係 (藤縄)
4	水	総括討論(1)	総括討論(2) 閉講式

研修会場 大精協看護専門学校 大阪府堺市船堂町217

TEL (0722) -53-3223

課程主任 越 智 浩二郎

課程副主任 丸 山 晋

#### 第47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
近 藤 俊 之	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所長	治療の人間関係
浅 尾 博 一	大阪府精神衛生相談所所長	社会精神医学概論
山 本 昌 知	岡山県精神保健センター所長	デイケアの歴史
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
山 出 美 鈴	浅香山病院精神科リハビリテーション部 作業療法室長代行	作業療法の理論と展開
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	対象論 臨床チーム論
辻 悟	榎坂病院付属治療精神医学研究所所長	働きかけの意味
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
遠藤谷 富美子	大阪府吹田保健所保健福祉推進室長	地域サポートシステム
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	老人デイケア スタッフの役割
岡 田 清	大阪府精神衛生相談所主幹	総括討論
坂 中 照 二	大阪府精神衛生相談所主幹	セミナー 総括討論
筑 紫 幸 夫	大阪府精神衛生相談所看護師	セミナー 研修担当

III 研 修 実 績

第47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
浅香山病院	付属診療所長 仲野 実	堺市今池町3-3-16 ☎0722-29-4882
藍野病院	社会復帰センター所長 藤川 建明	茨木市高田町11-18 ☎0726-27-7611
小坂病院	デイケアセンター長 東 司	東大阪市永和2-7-30 ☎06-722-5151
さわ病院	デイケアセンター長 澤 温	豊中市城山町1-9-1 ☎06-863-2001
寝屋川サナトリウム	デイケアセンター長 長尾 喜八郎	寝屋川市寝屋2370-6 ☎0720-22-3561
阪南病院	施設長 池内 慶公	堺市八田南之町277 ☎0722-78-0381

第48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 (1:30~4:30)
11/7	水	開講式 精神保健行政 (加藤)	オリエンテーション (吉川)
8	木	デイ・ケアの歴史 (吉川)	グループワークの技法 デイ・ケア・プログラムの実際 (松永)
9	金	セミナー	作業療法の理論とその展開 (丹野)
10	土	社会精神医学概論 (丸山)	
13	火	臨地研修 (実習およびセミナー)	
14	水	臨地研修 (実習およびセミナー)	
15	木	臨地研修 (実習およびセミナー)	
16	金	臨地研修 (実習およびセミナー)	
17	土	臨地研修 (実習およびセミナー)	
19	月	セミナー (実習報告)	働きかけの意味 (八代)
20	火	スタッフの役割 (尾崎)	セミナー
21	水	面接技術 (横田)	対象論 (柏木)
22	木	老人精神保健 (大塚)	セミナー
23	金		
24	土	セミナー	
26	月	家族と問題対処 (清水)	地域ケアの実際 (谷中)

27	火	臨床チーム論 カンファレンスの持ち方 (越智)	セミナー
28	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 清水 新二  
 課程副主任 松永 宏子

第48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
加藤 誠 実	厚生省保健医療局精神保健課主査	精神保健行政
八代 悠紀子	国立公衆衛生院公衆衛生看護学部看護技術室長	働きかけの意味
尾崎 新	日本社会事業大学社会福祉学部助教授	スタッフの役割
柏木 昭	淑徳大学教授	対象論
谷中 輝 雄	やどかりの里理事長	地域ケアの実際
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・神経センター国府台病院 リハビリテーション部作業療法士, 精神保健研究所社会復帰相談部併任	作業療法の理論とその展開
横田 正 雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健相談研究室長	面接技術
大塚 俊 男	国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部長	老人精神保健
松永 宏子	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会福祉研究室長	グループワークの技法 デイ・ケアプログラムの実際
清水 新二	国立精神・神経センター精神保健研究所 システム開発研究室長	家族と問題対処
越智 浩二郎	国立精神・神経センター精神保健研究所 心理研究室長	臨床チーム論 カンファレンスの持ち方

第48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
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

Ⅲ 研 修 実 績

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
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
成増厚生病院	ソーシャルワーカー 平 野 宗 洋	板橋区三園 1-19-1 ☎03-3939-1191
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 ☎03-3883-6331
都立松沢病院	看護婦 佐 藤 朝 子	世田谷区上北沢 2-1-1 ☎03-3303-7211
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	看護婦 竹 内 依 子	市川市国府台 1-7-1 ☎0473-72-3501

第49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 (1:30~4:30)
1/9	水	開講式 精神保健行政 (加藤)	オリエンテーション
10	木	デイ・ケアの歴史 (吉川)	ブルーワークの技法 デイ・ケア・プログラムの実際 (松永)
11	金	社会精神医学概論 (丸山)	リハビリテーション看護 (森)
12	土	セミナー	
14	月	臨 地 研 修 (実習およびセミナー)	
16	水	臨 地 研 修 (実習およびセミナー)	
17	木	臨 地 研 修 (実習およびセミナー)	
18	金	臨 地 研 修 (実習およびセミナー)	
19	土	臨地研修 (実習およびセミナー)	
21	月	セミナー (実習報告)	セミナー (実習報告)
22	火	家族とのかかわりの実際 (大嶋)	セミナー
23	水	面接技術 (牟田)	作業療法 (丹野)
24	木	老人精神保健 (大塚)	家族への在宅ケア (鈴木)

25	金	臨床チーム論 カンファレンスの持ち方 (越智)	セミナー
26	土	救急病院とデイ・ホスピタルの役割 (地域 ケアの実際) (赤沼)	
28	月	セミナー	対象論 (柏木)
29	火	セミナー	治療の人間関係 (藤縄)
30	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 大島 巖

## 第49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
加藤 誠実	厚生省保健医療局精神保健課主査	精神保健行政
赤沼 民雄	千葉県精神科医療センター生活療法科長	救急病院とデイ・ホスピタルの役割(地域ケアの実際)
柏木 昭	淑徳大学教授	対象論
森 千鶴	東京都立医療技術短期大学(看護学部)	リハビリテーション看護
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
松永 宏子	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会福祉研究室長	グループワークの技法 デイ・ケアプログラムの実際
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
大嶋 巖	国立精神・神経センター精神保健研究所 統計解析研究室長	家族とのかかわりの実際
牟田 隆郎	国立精神・神経センター精神保健研究所 診断技術研究室長	面接技術
丹野 きみ子	国立精神・神経センター国府台病院 リハビリテーション部作業療法士, 精神保健研究所社会復帰相談部併任	作業療法
大塚 俊男	国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部長	老人精神保健
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	家族への在宅ケア
越智 浩二郎	国立精神・神経センター精神保健研究所 心理研究室長	臨床チーム論 カンファレンスの持ち方

III 研 修 実 績

藤 縄 昭 | 国立精神・神経センター精神保健研究所所長 | 治療の人間関係

第49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
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
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
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 ☎03-3300-5231
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 ☎03-3302-7575
都立松沢病院	看護婦 佐 藤 朝 子	世田谷区上北沢2-1-1 ☎03-3303-7211
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	看護婦 竹 内 依 子	市川市国府台1-7-1 ☎0473-72-3501

《地域精神保健医師課程》

平成2年10月1日から10月15日まで、第1回地域精神保健医師課程研修を実施し、「保健所における地域精神保健活動の進め方」を主題に、保健所に勤務している医師10名に対して研修を行った。

第1回地域精神保健医師課程研修日程表

開講式 10月1日9:30より

月 日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (1:30~4:30)
10/1	月	地域精神保健行政における精神保健 (緒方 剛)	精神保健行政の現況と今後 (緒方 剛)
2	火	各地域における精神保健事情の分析—I (桑原治雄)	各地域における精神保健事情の分析—II (吉川武彦)
3	水	精神医学概論 I—疾病総論 (藤縄昭)	国府台病院実習・精神医学概論 II—疾病各論 (清水順三郎)

4	木	国府台病院実習	国府台病院実習
5	金	国府台病院実習	国府台病院実習
6	土	精神保健ネットワーク (岡上和雄)	
8	月	精神障害者社会復帰施設の現状と将来 (菱山珠夫)	精神保健活動と健康教育 (村田信男)
9	火	わが国の精神病院の現状と将来 (式場聡)	精神医学概論III—疾病治療論 (竹内龍雄)
11	木	ワークインたまがわ実習	精神保健活動の組織化と進め方 (住友真佐美)
12	金	世田谷区梅丘保健所実習	世田谷区梅丘保健所実習
13	土	精神障害者社会復帰援助活動論—入所 (寺田一郎)	
15	月	精神障害者社会復帰援助活動論—通所 (松永宏子)	保健所精神保健事業のすすめ方に関する 全体討議 (吉川武彦)

閉講式 10月15日 16:30より

## 第1回地域精神保健医師課程研修講師名簿

研修主題：「保健所における地域精神保健活動の進め方」

講 師 名	所 属	講義テーマ
緒 方 剛	厚生省保健医療局精神保健課課長補佐	①地域精神保健行政における精神保健 ②精神保健行政の現況と今後
桑 原 治 雄	国立公衆衛生院衛生統計学部精神衛生室長	各地域における精神保健事情の分析— I
岡 上 和 雄	日本社会事業大学教授	精神保健ネットワーク
菱 山 珠 夫	東京都立中部総合精神保健センター所長	精神障害者社会復帰施設の現状と将来
村 田 信 夫	東京都立中部総合精神保健センター地域保健部長	精神保健活動と健康教育
式 場 聡	医療法人式場病院院長	わが国の精神病院の現状と将来
竹 内 龍 雄	帝京大学医学部教授	精神医学概論III—疾病治療論
住 友 真 佐 美	東京都武蔵調布保健所粕江保健相談所長	精神保健活動の組織化と進め方
寺 田 一 郎	ワーナーホーム理事長	精神障害者社会復帰援助活動論—入所

III 研 修 実 績

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	①各地域における精神保健 事情の分析－II ②保健所精神保健事業のす すめ方に関する全体討議
藤 縄 昭	国立精神・神経センター精神保健研究所長	精神医学概論 I－疾病総論
清 水 順三郎	国立精神・神経センター国府台病院第一病棟部長	国府台病院実習・精神医学 概論 II－疾病各論
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	精神障害者社会復帰援助活 動論－一通所

第 1 回地域精神保健医師課程研修実習施設

施 設 名	実習担当者名	所 在 地
ワークインたまがわ	所長 三 島 瑞 子	東京都狛江市緒方 4-10-2 ☎03-3480-8187
世田谷区梅丘保健所	所長 工 村 房 二	東京都世田谷区松原 6-26-22 ☎03-3323-1731
国立精神・神経センター国府台病院	副院長 荒 川 直 人	千葉県市川市国府台 1-7-1 ☎0473-72-3501
東京都立中部総合精神保健センター	所長 菱 山 珠 夫	東京都世田谷区上北沢 2-1-7 ☎03-3302-7575

《薬物依存臨床医師研修会》

平成 2 年 10 月 23 日から 10 月 27 日まで、第 4 回薬物依存臨床医師研修会を実施し、精神科医療施設および精神保健センターならびにこれに準ずる施設に勤務している医師、39 名に対して研修を行った。

第 4 回薬物依存臨床医師研修会日程表

月 日	曜日	午 前 ( 9 : 30 ~ 12 : 30 )		午 後 ( 1 : 30 ~ 4 : 30 )	
10/23	火	開講式 オリエンテーショ ン  薬物依存と法規 (木村)	薬物乱用・依存の現 状と問題点  (福井)	耐性・身体依存及び その形成機序(オピ エイト, 多剤乱用を 含む)  (金戸)	覚せい剤・コカイン 精神疾患の生物学  (佐藤)



24	水	BZD系薬物の依存をめぐる諸問題 (福井)	BZDと睡眠障害(その使い方) (中沢)	精神依存及びその形成機序(有機溶剤の基礎を含む) (田所)	覚せい剤依存の臨床 (小沼)
25	木	有機溶剤依存の臨床 (洲脇)	薬物依存の発生因子 (和田)	八王子医療刑務所見学	
26	金	大麻の基礎と臨床 (藤原)	青年と薬物依存(社会での治療) (斉藤)	矯正施設における薬物依存の治療(医療少年院の実態) (杉本)	医療施設における薬物依存の治療 (小沼)
27	土	薬物依存の過去と現在 (加藤)	薬物乱用・依存をめぐる討論 (加藤, 福井, 小沼, 和田) 閉講式		

第4回薬物依存臨床医師研修会講師名簿

講師名	所 属	講義テーマ
藤 縄 昭	国立精神・神経センター精神保健研究所所長	総括責任者
鈴 木 淳	国立下総療養所所長	総括責任者
木 村 和 子	厚生省薬務局麻薬課課長補佐	薬物依存と法規
加 藤 伸 勝	都立松沢病院前院長	薬物依存の過去と現在
田 所 作 太 郎	群馬大学医学部教授	精神依存及びその形成機序(有機溶剤・向精神薬の基礎を含む)
金 戸 洋	長崎大学薬学部教授	耐性・身体依存及びその形成機序(オピエイト, 多剤乱用の基礎を含む)
中 沢 洋 一	久留米大学医学部教授	BZDと睡眠障害(その使い方)
佐 藤 光 源	東北大学医学部教授	覚せい剤・コカイン精神疾患の生物学
杉 本 研 士	関東医療少年院医務課長	矯正施設での薬物依存の治療(医療少年院の実態)
斎 藤 学	東京都精神医学総合研究所部長	青年と薬物依存(社会での治療)
洲 脇 寛	香川医科大学教授	有機溶剤依存の臨床

III 研 修 実 績

藤原道弘	福岡大学薬学部教授	大麻の基礎と臨床
小沼杏坪	国立下総療養所医長	医療施設での薬物依存の治療 覚せい剤依存の臨床
福井進	国立精神・神経センター精神保健研究所部長	わが国の薬物依存の現状と 問題点 BZD系薬物の依存をめぐる 諸問題
和田清	国立精神・神経センター精神保健研究所室長	薬物依存の発生因子

《心身症研修会》

平成2年9月20日から9月22日まで、第1回心身症研修会を実施し、病院（国公立、大学病院等）および保健所に勤務している医師、42名に対して研修を行った。

第1回心身症研修会日程表

月 日	曜日	午 前（9：30～12：30）		午 後（1：30～4：30）	
9/20	木	開講式 「心身医学」と私 （藤縄） 心身医学に期待するもの （福原）	心身医学の歴史と 展望 （池見）	心身症の薬物療法 （含 漢方療法） （筒井）	交流分析療法 （含 保険診療） （桂）
9/21	金	心身症の発症メカ ニズム （含む ストレス 評価法） （石川）	中年期以後の心身 症 （含 心身医学的 診療とQOL） （河野）	心身症の診断の進 め方 （含 心身症の疫 学） （吾郷）	呼吸器系心身症 （含 ストレスと 免疫機能） （永田）
9/22	土	内分泌系心身症 （含 行動療法） （末竹）	消化器系心身症 （日本的な心理療 法） （樋口）	循環器系心身症 （含 自律訓練法、 ヨーガ） （菊池）	閉講式

第1回心身症研修会講師名簿

講 師 名	所 属	講義テーマ
福原毅文	国立精神・神経センター運営部長	心身医学に期待するもの
藤縄昭	国立精神・神経センター精神保健研究所長	「心身医学」と私

池見 酉次郎	九州大学名誉教授 (日本心身医学会理事長)	心身医学の歴史と展望
筒井 末春	東邦大学医学部心療内科教授 (日本心身医学会関東支部長)	心身症の薬物療法 (含 漢方療法)
桂 戴作	豊島中央病院心療内科部長 (日本大学前教授)	交流分析療法 (含 保険診療について)
河野 友信	都立駒込病院心身医療科医長 (東京大学医学部非常勤講師)	中年期以後の心身症 (含 心身医学的診療と QOL)
末竹 弘行	東京大学医学部心療内科教授	内分泌系心身症 (含 行動療法)
樋口 正元	慈恵会医科大学前助教授	消化器系心身症 (含 日本的な心理療法)
菊池 長徳	東京女子医科大学内科教授	循環器系心身症 (含 自立訓練法, ヨーガ)
石川 俊男	国立精神・神経センター精神保健研究所 心身医学研究部ストレス研究室長	心身症の発症メカニズム (含 ストレス評価法)
永田 頌史	国立精神・神経センター精神保健研究所 心身医学研究部心身症研究室長	呼吸器系心身症 (含 ストレスと免疫機能)
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	心身症の診断の進め方 (含 心身症の疫学)

## IV 平成2年度委託および受託研究課題

	研究者氏名(主任研究者、研究代表者、分担研究者、研究協力の別)	研究課題名	研究費の区分	研究費交付機関
所 長	藤縄 昭 (主任研究者)	精神障害者の定義及び入院・保護に関する研究	厚生科学研究	文部省
	藤縄 昭 (主任研究者)	高齢患者の心理特性に関する研究	厚生科学研究	長寿科学振興財団
	藤縄 昭 (主任研究者)	高齢患者の心理特性に関する研究	平成2年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)	厚生省
	藤縄 昭 (分担研究者)	リハビリテーション施設における脳血管障害患者にみられる抑うつ状態に関する臨床的研究	平成2年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)	厚生省
	藤縄 昭 (主任研究者)	精神障害者の定義及び入院・制度に関する研究	平成2年度厚生科学研究費補助金(精神保健医療研究事業)	厚生省
	藤縄 昭 (分担研究者)	精神障害の範囲と判定に関する研究	平成2年度厚生科学研究費補助金(精神保健医療研究事業)	厚生省
精神保健 計画部	吉川武彦 (主任研究者)	社会復帰体制のあり方に関する研究	厚生科学研究	厚生省
	吉川武彦 (分担研究者)	地域精神保健行政サービスに関する研究	厚生科学研究	厚生省
	吉川武彦 (研究協力者)	社会復帰相談のあり方に関する研究	厚生科学研究	厚生省
	吉川武彦 (研究協力者)	保健所における精神保健業務の在り方に関する研究	厚生科学研究	厚生省
	吉川武彦 (分担研究者)	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	厚生科学研究	厚生省
	大島 巖 (主任研究者)	精神障害者家族支援のあり方に関する研究	高知県委託研究費	高知県

	大島 巖 (分担)	精神分裂症の予後・経過に与える社会心理環境としての家族および支持ネットワークの影響	文部省科学研究費総合A	文部省
	大島 巖 (分担)	精神障害者の居住問題に関する調査研究	社会福祉費等研究開発基金	全国社会福祉協議会
	大島 巖 (分担)	精神障害者の就労リハビリテーションの援護システムに関する研究	労働省・日本障害者雇用促進協会	労働省
薬物依存研究部	福井 進 (分担研究者)	薬物乱用・実態と動向に関する研究	精神・神経疾患研究委託費	厚生省
	福井 進 (研究代表者)	向精神薬と認知障害に関する研究	厚生科学研究事業 (医薬品等開発研究)	厚生省
	福井 進 (主任研究者)	薬物依存の治療プログラムに関する研究	石川研究助成事業	麻薬・覚せい剤乱用防止センター
	伊豫雅臣 (分担研究者)	ポジトロンCT等を用いる薬物依存メカニズム解明に関する研究	科学技術振興調整費	科学技術庁
	伊豫雅臣 (研究協力者)	ポジトロンCTによるヒト線条体ドーパミン受容体に及ぼすハロペリドールの影響の測定	厚生省精神・神経疾患研究委託費	厚生省
心身医学研究部	吾郷晋浩 (主任研究者)	心身症の発症機序と病態に関する研究	厚生省精神・神経疾患委託研究	厚生省
	永田頌史 (研究協力者)			
	石川俊男 (研究協力者)			
	吾郷晋浩 (主任研究者)	心の健康づくりの方法と評価に関する研究	厚生省科学研究費補助金	厚生省
	石川俊男 (研究協力者)			
	永田頌史 (研究協力者)			
	吾郷晋浩 (分担研究者)	慢性閉塞性呼吸器疾患の臨床心理学的研究	公害健康被害補償予防協会委託業務	公害健康被害補償予防協会
	永田頌史 (研究協力者)			
	石川俊男 (研究協力者)			
	永田頌史 (研究代表者)	気道過敏性に関する中枢神経系の役割	文部科研費一般C	厚生省
石川俊男 (研究分担者)				
吾郷晋浩 (研究分担者)				
児童・思春期精神保健部	上林靖子 (研究代表者)	多動および注意欠陥障害の医学心理学的診断に関する研究	文部科研費一般(C)	文部省
	北 道子 (研究分担者)			
	中田洋二郎 (研究分担者)			
	藤井和子 (研究分担者)			

IV 平成2年度委託および受託研究課題

	上林靖子 (研究代表者) 中田洋二郎(研究協力者) 藤井和子 (研究協力者) 北 道子 (研究協力者)	ライフイベントと児童思春期の情緒の障害に関する研究	厚生省精神・神経疾患研究委託費	厚生省
老人精神保健部	大塚俊男 (主任研究者)  大塚俊男 (研究協力者)  北村俊則 (分担研究者)  北村俊則 (研究協力者)	痴呆疾患の疫学および危険因子に関する研究  老人性痴呆疾患対策、疫学と専門治療病棟整備に関する研究  精神分裂病の長期予後研究のための総合的構造化面接の開発に関する研究  精神障害の範囲と判定に関する研究	厚生科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 厚生科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 精神神経研究委託費  厚生科学研究費補助金 (精神保健医療研究事業)	厚生省  厚生省  厚生省  厚生省
社会精神保健部	鈴木浩二 (主任研究者) 松永宏子 (分担研究者)  白井泰子 (研究協力者)	精神障害の再発予防と社会復帰に関する家族機能の総合的研究  精神障害の範囲と判定に関する研究	特別研究  厚生科学研究費補助金 (精神保健医療研究事業)	厚生省  厚生省
精神生理部	大川匡子 (分担研究者)  大川匡子 (分担研究者)	時計機構の障害と関連した精神疾患の発現機構とその治療生体リズム異常による精神神経疾患の同定と新しい治療の試み	文部科学研究費総合研究A 厚生科学研究	文部省  厚生省
精神薄弱部	栗田 広 (研究代表者)  栗田 広 (分担研究者)  栗田 広 (研究協力者)	幼児自閉症近縁の発達障害の診断学的および疾病分類学的研究  発達障害にみられる気分(感情)障害および神経症的状态の臨床精神医学的研究  児童における機能評価法	文部科研費一般B  精神・神経疾患委託費  厚生科学研究費	文部省  厚生省  厚生省

栗田 広 (研究協力者)	発達障害児の療育における評価方法の研究	厚生省心身障害研究	厚生省
栗田 広 (研究代表者)	小児崩壊性障害の臨床的研究	安田生命社会事業団研究助成	安田生命社会事業団
加我牧子 (分担研究者)	重度重複障害児の臨床神経生理学的研究 (重複障害三吉野班)	精神・神経疾患研究委託費	厚生省
加我牧子 (分担研究者)	コミュニケーション障害児の診断と教育に関する研究：コミュニケーション障害児の鑑別診断に関する研究 (田中班)	文部省科研費 重点領域研究	文部省
原 仁 (研究代表者)	てんかん発症のハイリスク群としての自閉症の前方視的追跡研究 —てんかん発症を予測しかつその予防は可能か?—	てんかん治療研究振興財団 研究助成	てんかん治療研究振興財団
原 仁 (研究代表者)	学習障害児の発生予防に関する研究	厚生科学研究費補助金 (厚生行政科学研究事業)	厚生省

## V 研究業績

### 原著論文

- 吾郷晋浩, 永田頌史: 気管支喘息患者への心身医学的治療の進め方. 一とくに配慮すべき点について. 呼吸器心身症研究会誌 7 : 39-42, 1990.
- 手嶋秀毅, 木原廣美, 川村治子, 安藤哲也, 山村享子, 中川哲也, 吾郷晋浩: 喘息患者への biopsychosocialアプローチ (BPSA) の応用. 心身医学31 : 202-205, 1991.
- 藤尾裕宣, 大升宏一, 夏目高明, 荒木登茂子, 手嶋秀毅, 中川哲也, 永田頌史, 吾郷晋浩: 気胸・気腹と, 多彩な症状を呈した Factitious disorder の 1 例. 心身医30 : 567-570, 1990.
- Ishikawa T, Nagata S, Ago Y, Takahasi K, Karibe M: The central inhibitory effect of interleukin 1 on gastric acid secretion. *Neuroscience letters* 119: 114-117, 1990.
- 高橋進, 鳴門弘, 松岡洋一, 関育子, 渡辺啓子, 小原博, 石川俊男: 海外派遣邦人の心身医学的研究 (第一報) — その疾病形態の検討 —. 心身医学30 : 523-530, 1990.
- 中川薫, 宗像恒次, 相磯富士雄, 石川俊男, 川野雅資, 諏訪茂樹: 精神健康の因子構造と心理社会的影響要因に関する研究. *ヘルスプロモーションと行動科学 (日本保健医療行動科学会年報)* 5 : 168-184, 1990.
- Yang H, Ishikawa T, Tache Y: Microinjection of TRH analogs into the raphe pallidus stimulates gastric acid secretion in the rat. *Brain Research* 531: 280-285, 1990.
- Iyo M, Itoh T, Yamasaki T, Fukui S. D2 receptor occupancy and plasma concentration of antipsychotics. *Biol Psychiatry* 28: 1067-1068, 1990.
- Iyo M, Itoh H, Yamasaki T, Fukuda H, Inoue O, Shinotoh H, Suzuki K, Fukui S and Tateno Y. Quantitative in vivo analysis of benzodiazepine binding sites in the human brain using positron emission tomography. *Neuropharmacology* 30 (3): 207-215, 1991.
- 米沢久司, 伊豫雅臣, 伊藤高司, 福田寛, 山崎統四郎, 井上修, 須原哲也, 篠遠仁, 西尾正人, 東儀英夫, 館野之男. ヒト前頭葉における C-N-methylspiperone の結合能の加齢による変化. *核医学* 28 : 63-69, 1991.
- 大川匡子: “うつ” と “痴呆” を呈する老年者の睡眠. *精神医学* 32 : 1359-1366, 1990.
- Takahashi K, Asano Y, Kohsaka M, Okawa M, Sasaki M, Honda Y et al.: Multi-center study of seasonal affective disorders in Japan. A preliminary report. *J Affect Disord* 21: 57-65, 1991.
- 大島巖, 荒井元傳, 寺田一郎: 精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設の実態と課題 (第 1 報) — 施設運営開始 1 年の全国調査による現状と運営上の問題点の把握. *病院地域精神医学* 99 : 158-169, 1991.
- 大島巖, 上田洋也: 精神障害者施設と地域住民間に生じたコンフリクト (地域紛争) の発生状



況とその要因. 精神保健研究36:101-112, 1990.

大島巖: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. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部モノグラフ1:1-8, 1990.

大島巖:海外の精神障害者・家族会運動の動向. 精神医療75:37-44, 1990.

大塚俊男:身体疾患をかかえた自殺. 社会精神医学13:302-307, 1990.

秋山千枝子, 菅野徹夫, 正林陽高, 鈴木文晴, 吉川秀人, 加我牧子, 桜川宣男:急性脳症と両側線条体の低吸収域について. 小児科診療54(2):49-51, 1991.

加我牧子, 新井幸男, 進藤美津子:著しい構音障害を示し, 書字能力との解離を示した軽度精神遅滞, 広汎性発達障害を伴うKlippel-Feil症候群の一例. 精神保健研究36:147-155, 1990.

加我牧子, 有馬正高:乳幼児健診における聴覚障害スクリーニング用音源の周波数分析. 小児保健研究49:350-353, 1990.

坂井香織, 加我牧子, 内藤春子, 二瓶健次, 平山義人: Rett症候群の臨床症状(ステージ)と聴性脳幹反応. 小児科臨床44:105-109, 1991.

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. 脳と発達23(1):9-14, 1991.

Makiko Kaga, Toshikazu Murakami, Haruko Naitoh, Kenji Nihei.: Studies on pediatric patients with absent auditory brainstem

response (ABR) later components. Brain and Development. 12: 380-384, 1990.

吉川秀人, 鈴木文晴, 加我牧子, 桜川宣男: Rett症候群の体性感覚誘発電位(SEP), 特にgiant SEPについて. 脳と発達22:186-188, 1990.

上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子, 池田由子:中学生の欠席に関する研究—不登校の早期対応のために—小児の精神と神経30, 15-23, 1990.

菅原ますみ, 北村俊則, 戸田まり, 島悟, 佐藤達哉:発達初期における母親の精神的健康と乳児の気質の特徴との関連. 発達の医学と心理学, 1:249-256, 1990.

北村俊則:構造化面接の効用と限界. 精神科診断学, 1:473-478, 1990.

北村俊則, 島悟, 戸田まり, 菅原ますみ:軽症感情障害の家族内発症危険率. 脳と精神の医学, 2:273-277, 1991.

Kitamura T, Suga R: Depressive and negative symptoms in major psychiatric disorders. Comprehensive Psychiatry, 32: 88-94, 1991.

加藤知佳子, 渡辺さちや, 永田俊明, 北村俊則:心理学専攻者による操作的診断基準の信頼度検定. 教育心理学, 38:413-447, 1990.

吉川武彦:精神薄弱と老い—これからの精神薄弱者の二大問題を考える. 手つなぎ, 38:1-7, 1990年6月.

吉川武彦:思春期精神保健と地域保健—地域保健の新たなる展開として. 第11回大学精神衛生研究会報告書(大学精神衛生研究会), 107-110, 1990年6月.

栗田広, 加我牧子, 三宅由子: 特定不能の広汎性発達障害と自閉症の症状評価尺度による比較研究. 発達心理学と医学 1: 395-401, 1990.

Kurita, H. and Miyake, Y.: The reliability and validity of the Tokyo Autistic Behavior Scale. Jpn J Psychiatr Neurol 44: 25-32, 1990.

Kurita, H.: School refusal in pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 21: 1-15, 1991.

栗田広, 三宅由子: セクシャル・ハラスメントにより精神身体症状を呈した1例とその精神科カウンセリング. 精神科治療学 5: 533-539, 1990.

椎谷淳二, 栗田広, 宗像恒次: 精神薄弱関係施設職員の精神健康とその社会的背景(第一報) —GHQによる神経症群の出現頻度—. 精神保健研究 36: 113-121, 1990.

清水新二, 斧出節子: 愛隣地区単身高齢ホームレスと飲酒問題. 老年精神医学雑誌 Vol. 1 No. 5: 574-579, 1990.

清水新二: 家族ストレス論の臨床的適用. 家族研究年報 15: 36-49, 1990.

清水新二: 精神科入院と社会的コストに関するPHILLIPS命題の検討—アルコール症の場合—. 精神保健研究 36: 69-77, 1990.

清水新二: 寄せ場野宿者とアルコール. アルコール医療研究 Vol. 8 No. 1: 31-35, 1990.

清水新二, 高梨薫: アルコール依存症の家族システムとその変化. 家族療法研究 Vol. 7 No. 1: 3-13, 1990.

高橋 徹: 説得療法によるパニック障害の治療の二つの古い報告についての私見. 精神保健研究, 3: 3-10, 1990.

高橋 徹: 対人恐怖症の小精神療法, 6: 3, 283-289, 1991.

原仁: 幼児自閉症の感覚統合訓練による治療. 療育研究小児科医会 5周年記念号 124-134, 1990.

原仁, 三石知左子, 山口規容子: 極小未熟児の気質. 精神保健研究 36: 79-84, 1990.

三石知左子, 山口規容子, 仁志田博司, 中林正雄, 坂元正一, 原仁, 大森安恵: 糖尿病母体出生児の神経学的予後—糖尿病母体および周産期管理に関する検討—. 日本新生児学会雑誌 26: 1014-1018, 1990.

町沢静夫, 佐藤寛之, 沢村幸: 精神障害に対する態度. 測定—患者群, 患者家族群, 一般群の比較—. 臨床精神医学 19: 511-520, 1990.

町沢静夫: 境界例患者内的世界. こころの科学 36: 43-49, 1991.

町沢静夫: リルケの愛と創造性. 日本病跡学雑誌 39: 4-9, 1990.

町沢静夫: 思想家と政治家の病跡学. 日本病跡学雑誌, 40: 21-26, 1990.

町沢静夫: 治療は失敗?あるいは成功か?—行動化と転院を契機に急速に治癒に向かったボーダーラインケース—. 季刊精神療法 16: 106-112, 1990.

Maruyama S.: Morita-Psychotherapy and psychiatric-rehabilitation. Journal of Morita

Therapy 1: 284-286, 1990.

横田正雄：他人と付き合う大変さ—対人緊張を訴える—専門学校女生徒のロールシャッパ反応—ロールシャッパ・モノログ第7集61-70, 1990. 国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部・社会復帰相談部

横田正雄：登校拒否論の批判的検討〈その3〉—分離不安論の新たな展開とその反作用—臨床心理学研究Vol. 28 No. 1, 2-11, 1990.

横田正雄：登校拒否論の批判的研究〈その4〉—分離不安論から自己像脅威論へ—臨床心理学研究Vol. 28 No. 3, 2-10, 1991.

森本浩司, 昆 浩之, 和田 清：Rhabdomyolysisから腎不全を来した急性覚せい剤中毒の1例. 臨床精神医学19: 1389-1395, 1990.

和田 清, 福井 進：覚せい剤精神病の臨床症状—覚せい剤使用年数との関係—。アルコール研究と薬物依存25: 143-158, 1990.

総 説

吾郷晋浩：アレルギー性疾患と心理反応. Current Insights in Allergy 6: 3-5, 1990.

吾郷晋浩：気管支喘息と心身医学. Excerpta Medica Newsletter 1: 1-3, 1990.

吾郷晋浩：気管支喘息発作の要因としての家庭における心理的な問題. 看護技術36: 358-361, 1990.

吾郷晋浩：呼吸器（アレルギー）系. 臨床医学の展望—心身医学（代表 末松弘行）日本医事

新報—3487: 44-45, 1991.

吾郷晋浩：Cough Variant asthmaの診断・治療・予後. 日本医事新報3480: 165, 1991.

吾郷晋浩：心身医療における病歴のとり方（生活歴・家族歴を含む）. 心身医療2: 833-839, 1990.

吾郷晋浩：心身症としての気管支喘息. 日本医師会誌. 105: PK9-12, 1991.

吾郷晋浩：ストレスと社会アレルギー性疾患あいまつく12: 23-30, 1991.

吾郷晋浩：慢性呼吸不全と精神心理. 一特別発言—Therapeutic. Research 12: 75-80, 1991.

吾郷晋浩, 永田頌史：気管支喘息における心理的因子のみつけ方—面接において—。心身医療2: 1203-1209, 1990.

吾郷晋浩, 永田頌史：喘息の随伴症状—精神症状・心身症的な症状. 喘息3(3): 57-61, 1990.

吾郷晋浩：アレルギー性疾患患者に対する心理療法—アプローチの仕方とその有効性—. medicina 28: 288-290, 1991.

吾郷晋浩, 三島修一：心身医療の最近の動向—診断法の最近の動向. 心身医療3: 48-55, 1991.

石川俊男：ストレスの研究と現状（臨床医学の展望；心身医学）. 日本医事新報3437: 55-56, 1990.

石川俊男：心身医療における臨床検査. 心身医療2: 847-852, 1990.

- 石川俊男, 吾郷晋浩: ストレス症状を検索するための検査. 看護技術36: 18-21, 1990.
- 伊豫雅臣: CTからみた加齢と疾患: PETによるレセプター測定. 臨床画像6: 32-41, 1990.
- 大島巖: リハビリテーション課題と家族測定法. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部モノグラフ1: 45-56, 1990.
- 大島巖: 精神障害者の福祉を考える. 精神保健2(2): 5-10, 1991.
- 大島巖, 畠山弥生: EE研究の問題意識と研究方法. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部モノグラフ1: 9-23, 1990.
- 大塚俊男: 評価の尺度—病気の診断と重症度の判定. medicina 27: 2043-2046, 1990.
- 加我牧子: 言語障害. medicina 27(8): 1382-1385, 1990.
- 加我牧子: 新生児期・乳幼児期の感覚機能の発達の評価法—聴覚—周産期医学臨時増刊号20: 371-375, 1990.
- 加我牧子: 精神遅滞児の早期診断と早期療育. 小児科31(13): 1741-1748, 1990.
- 加我牧子: 発達障害と発達の退行. Landau-Kleffner症候群. 発達障害研究12(1): 25-35, 1990.
- 加我牧子: 聴性脳幹反応(ABR)の小児神経学的応用. 療育研究小児科医会報5周年記念号, pp. 163-179. 療育研究小児科医会, 大阪, 1990.
- 加我牧子: 聴覚誘発電位(聴性脳幹反応)小児科Mook増刊(小児脳波と誘発電位の臨床)2: 329-341, 1990.
- 上林靖子: ライフイベントと児童・思春期精神障害. 精神科治療学5, 1337-1347, 1990.
- 北村俊則: 精神障害の亜型分類について——笠原敏彦ら「心気症の分類と臨床的特徴」に対する批判的考察. 精神神経学雑誌, 92: 242-244, 1990.
- 北村俊則: 精神症状測定・評価の問題点. 老年精神医学雑誌, 1: 396-402, 1990.
- 北村俊則, 栗田広, 藤縄昭: ICD-10を中心とした精神疾患診断基準の動向. 精神医学, 32: 686-694, 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報告書, 26-31, 1990年6月.
- 吉川武彦: メンタルヘルスと人間関係—心はどのように育つのか. 教育心理, 38: 600-603, 1990年8月.
- 吉川武彦: ライフサイクルと精神保健. えひめの精神保健, 30: 46-52, 1990年10月.
- 吉川武彦: これからの精神保健を考える. こころの健康5: 2: 82-88, 1990年10月.
- 栗田広: 自閉症概念の変遷. 発達の心理学と医学1: 429-438, 1990.
- 栗田広: 多動症候群(総論). 発達の心理学と医学1: 151-159, 1990.
- 栗田広: 崩壊性障害. 発達障害研究12: 17-24,

1990.

清水新二：An Alcoholic Social System: Drinking Culture and Drinking Behaviors in Japan. 精神保健研究36：85-100, 1990.

清水新二：海外動向；ハンガリーの自殺について：精神保健研究36：171-179, 1990.

清水新二：老人とアルコール問題. アルコール医療研究Vol. 7 No. 3：193-197, 1990.

白井泰子：偏見の心理. 三隅二不二編：人間関係論（改訂版）. 放送大学教育振興会，東京，pp.94-102, 1991.

高橋 徹：神経症的病態の現代的病像—不安神経症・対人恐怖等—精神医学，32：8，839-843, 1990.

高橋 徹：不安神経症，北野紀要，35：5-18, 1990.

永田頌史，吾郷晋浩：アレルギー疾患に対する心身医学的治療. アレルギーの臨床10：16-19, 1990.

福井 進：睡眠薬・抗不安薬依存. 臨床と薬物治療54：75-79, 1990.

福井 進：薬物依存症. CLINICAL NEUROSCIENCE 8: 78-80, 1990.

福井 進：薬物乱用の最近の動向—世界とわが国—. こころの臨床ア・ラ・カルト10：6-8.

町沢静夫：アメリカNIMH診断面接法(DIS). 精神科診断学1：509-517, 1990.

町沢静夫，佐藤寛之，沢村幸：不安障害の疫学.

精神保健研究2：17-23, 1990.

町沢静夫：疾患別の治療終結の仕方. 季刊精神療法16：231-237, 1990.

丸山 晋，大塚俊男：老人の睡眠・不眠，精神科看護35，20-24, 1990.

丸山 晋：老年期神経症の症状と診断，老年精神医学雑誌，1，269-278, 1990.

和田 清，福井 進：薬物依存と人格障害—性格特性の観点から—. 臨床精神医学19：1493-1500, 1990.

和田 清：「シンナー」による身体的・精神的障害. こころの臨床ア・ラ・カルト10，21-25, 1991.

和田 清：痙攣発作の救急治療—痙攣重積状態の処置を中心に—. 医学のあゆみ156：366-369, 1991.

その他

藤縄昭：「特集人格障害と精神病理」，特集にあたって. 臨床精神病理，11：5-6, 1990.

藤縄昭：人格障害(DSM-III-R)をめぐって，神奈川県精神医学会雑誌，40：3-8, 1990.

藤縄昭：〈随想〉東京にきて思うこと，「京大広報」，No. 394：957, 1990.

藤縄昭：精神疾患の新しい分類法について，IYDP情報，VOL. 10-8 (11月号)：11, 1990.

藤縄昭：私と精神療法Wynne教授と再会して，家族療法研究，7：148-154, 1990.

藤縄昭：家族療法とは，家庭科教育，65巻1号（1月号）：6-9，1991.

藤縄昭：メンタルヘルスに思う，精神衛生普及会：「心の健康」，第39巻，第418号（2月号）：4-11，1991.

大島巖：イギリスの家族支援プログラム—今後の展望，月刊ぜんかれん（276）：20，1990.

大塚俊男：老人保健施設の痴呆の有病率，精神保健研究36，167-170，1990.

大塚俊男：行動異常に対する対策，clinical Neuroscience，19；98-99，1991.

上林靖子：親の精神障害が子どもに及ぼす影響について，第25回全国家庭裁判所医務室技官会議の記録37-44，1990. 11.

上林靖子，北道子：児童精神科医療と教育の連携—国立精神・神経センター国府台病院での実践—MINDIX 3，3-6，1990.

北村俊則：精神分裂病における陰性症状と抑うつ症状，精神医学，33：58，1991.

Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA: Stress and puerperal psychosis. British Journal of Psychiatry, 158; 290-291, 1991.

Miyaoka H, Katayama Y, Kitamura T, Asai M, Hosaki H, Terada H, Miyaoka Y, Nakayama M: A validation study of the SSPS-R. 4th Congress of Asian Chapter of the International College of Psychosomatic Medicine. Programme and Abstract. 48; 1990.

Miyaoka H, Asai M, Hosaki H, Shima S, Kanba S, Miyaoka Y, Kitamura T: Long

-term outcome of cenestopathy. World Psychiatric Association Regional Symposium: Psychiatric Treatment in the 21st Century. Book of Abstract. 62, 1990.

寺田久子，宮岡等，片山義郎，宮岡佳子，浅井昌弘，保崎秀夫，矢吹篤，北村俊則，片山信吾，永井哲夫：Alexithymia概念の臨床的意義について：第2報：心身症とその周辺概念におけるMMPI Alexithymia Scaleの検討，心身医学，30（抄録号），47，1990.

宮岡等，中山雅子，浅井昌弘，保崎秀夫，片山義郎，北村俊則，矢吹篤：Alexithymia概念の臨床的意義について：第3報：Toronto Alexithymia Scalの有用性について，心身医学，30（抄録号），47，1990.

宮岡等，浅井昌弘，保崎秀夫，片山義郎，北村俊則，萩生田晃代，宮岡佳子，矢吹篤：Alexithymia概念の臨床的意義について：第4報：多発性円形脱毛症と消化性潰瘍の症候移動を呈した1症例の治療課程から見たAlexithymiaの精神病理，心身医学，30（抄録号），48，1990.

宮岡等，萩生田晃代，宮岡佳子，成田秀章，浜田秀伯，仲村禎夫，浅井昌弘，保崎秀夫，北村俊則：セネストパシーの予後に関する研究，精神神経学雑誌，90；1133-1134，1988.

Kitamura T: The Japanese clinical modification of the ICD-10. International Conference on Psychiatric Diagnosis '90 Program & Abstracts, 1990.

Miyaoka H, Asai A, Kitamura T, Akama M, Abe H, Terada H, Hatakeyama H, Watanabe K, Miyaoka Y, Hamada H, Nakamura S, Hosaki H: Cenestopathy and hypochondriasis: the diagnostic issues. Inter-

national Conference on Psychiatric Diagnosis '90 Program & Abstracts, 1990.

Asai M, Miyaoka H, Kitamura T, Kanba S, Abe H, Akama M, Natrita H, Miyaoka Y, Hagiuda T, Hamada H, Nakamura S, Hosaki H: Diagnostic issue of the fear of emitting odor (olfactory reference syndrome). International Conference on Psychiatric Diagnosis '90 Program & Abstracts, 1990.

Takeuchi M, Yoshino A, Kato M, Ono Y, Kitamura T: Reliability and validity of the Japanese version of the Tri-dimensional Personality Questionnaire (TPQ) among university students. International Conference on Psychiatric Diagnosis '90 . Program & Abstracts, 1990.

阿部裕美, 宮岡等, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 大野裕, 赤真正恵, 成田秀章, 北村俊則: 非定型精神病の病前性格について. 日本精神病理学会第13回大会抄録集, 1990.

赤真正恵, 宮岡等, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 北村俊則, 畠山秀丸, 寺田久子, 阿部裕美, 渡辺衡一郎: 身体の異常感を訴える症例について. 日本精神病理学会第13回大会抄録集, 1990.

Kitamura T, Chiba H, Fujihara S, Ikuta N, Sugawara K, Munakata T, Nakao T: Validity of endogenous vs. nonendogenous sub-categories of depressive illness. Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 42: 401, 1988.

北村俊則, 島悟, 戸田まり, 菅原ますみ: 妊娠中に発症した軽症うつ病の家族負因. 第8回母子精神保健研究会発表論文抄録集, 1990.

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

北村俊則: 書評 Thomas Ben 著 Composite Diagnostic Evaluation of Depressive Disorders (CODE DO), 1990, SM Productions: Brentworth, USA, 精神科診断学, 1: 155-155, 1990.

北村俊則: 学会報告: 精神科診断に関する国際会議. 老年精神医学, 1: 1040, 1990.

北村俊則: 現代の古典(5)Brownと社会学的精神医学. 精神科診断学, 2: 134-136, 1991.

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報告書, 230-237, 1990年7月.

吉川武彦: 心の健康と地域文化. 精神保健みやぎ (創立30周年記念特別号), 42-51, 1990年10月.

吉川武彦: 書評「心病める人たち—開かれた病棟へ(石川信義著, 岩波新書)」。生活教育, 34: 9: 78-79, 1990年11月.

吉川武彦: 障害児教育に精神医学は何ができるか(上). 教育と医学, 38: 1119-1136, 1990年12月.

吉川武彦: 障害児教育に精神医学は何ができるか(下). 教育と医学, 39: 83-94, 1991年1月.

金吉晴: The instruments of psychiatric research (Chris Thompson編) を評して. 精神科診断学1990; 1: 491.

栗田広: 自閉症. からだの科学153: 65-69, 1990.

栗田広：自閉症周辺の症候群について。精薄教育31：22-28, 1990.

栗田広：多動の子。発達の違いと教育No. 395：90-91, 1990.

栗田広：発達障害としての精神遅滞。愛護No. 400(11)：44-51, 1990.

栗田広：発達の障害とてんかんの診断を有する患者での抗てんかん薬の中止。精神科治療学5：1349-1351, 1990.

栗田広：用語事典「広汎性発達障害」。愛護No. 399(10)：53, 1990.

栗田広：私の考えるメンタルヘルス。保健の科学32：418-421, 1990.

小林登, 栗田広, たけながかずこ, 柳沢慧：座談会「子育ての本質」。小児科診療, 53：2628-2646, 1990.

栗田広, 島藺安雄：精神医学関連学会の最近の活動 (No. 5)：日本精神薄弱研究協会。精神医学, 32：440, 1990.

栗田広, 島藺安雄：精神医学関連学会の最近の活動 (No. 6)：日本精神薄弱研究協会。精神医学, 33：437, 1991.

椎谷淳二：私の考えるセルフケア—当事者活動とその支援について—。保健の科学32：337-340, 1990.

鈴木浩二：“家族療法界の妖精” Bunny Duhlとその家族造形法。『家族療法研究』第7巻第1号, pp. 60~65, 1990. Bunny Duhlのプロフィールを描いたもの。

鈴木浩二：Monica McGoldrick—その人柄と業績McGoldrickのプロフィールを描いたもの。

高橋 徹：入社時・配転時に見られる適応障害—若年層の自己不確実傾向—, 心の健康, 38：416, 4-10, 1990.

高橋 徹：対人恐怖のはなし, 青少年問題, 38：2, 4-11, 1991.

中田洋二郎：親と子講座「心の育ち方」

(5) 思いやりと共感性。親と子第37巻5号：6-9, 1990.

(6) きょうだい関係。親と子第37巻6号：6-9, 1990.

(7) 家族関係と性同一性の発達。親と子第37巻7号：6-9, 1990.

(8) 子ども同士の遊び。親と子第37巻8号：6-9, 1990.

(9) 自尊心について。親と子第37巻9号：6-9, 1990.

(10) 言葉と心の発達。親と子第37巻10号：6-9, 1990.

(11) 環境としての親。親と子第37巻11号：6-9, 1990.

(12) 子どもの発達と家族の発達。親と子第37巻12号：6-9, 1990.

永田頌史, 吾郷晋浩：心身医学からみた気管支喘息。喘息シリーズ (科研製薬) 1-15, 1990.

永田頌史：第5回思春期喘息研究会発表討論会記録。思春期喘息研究会誌pp. 1~15, 1990.

永田頌史：気道反応に及ぼすストレスおよび神経ペプチドの影響。アレルギー心身医学研究誌2：5-11, 1990.

Hara H, Sasaki M: Autistic syndrome and epilepsy: Significance of the annual electroen-



cephalographical examination (Abstract).  
Brain Dev 12: 708, 1990.

原仁：質疑応答。気質と性格形成。日本医事新報3457：167, 1990.

原仁：児童精神科医療と教育の連携。はじめに。システムとしての連携の模索とイメージづくりを。MINDIX 3：2, 1990.

原仁：てんかん最前線—30. 精神遅滞児（者）のてんかんに関する調査研究。波（日本てんかん協会機関誌）14：240-243, 1990.

原仁：質疑応答。注意散漫・多動障害の診断・治療。日本医事新報3488：139-140, 1991.

原仁：Letters to the editor. 「知能喪失」あるいは「知能停滞」? 脳と発達23：110, 1991.

藤井和子：「家族のなかの障害児」ハイスラー著。家族療法研究Vol. 8 No. 1

松永宏子：精神障害者とのかかわりの中で。れいろう 8月号：72-75, 1990.

丸山 晋：老年期の危機。日本精神衛生連盟広報No. 17, 18-25, 1990.

横田正雄：人とつきあう仕事巻頭随筆キャリアガイダンス7。リクルート社, 1990.

横田正雄：子供の発達と親の役割。心の健康12月号, 11-19, 精神衛生普及会, 1990.

横田正雄：中学校での性格テストは生徒理解の手掛かりになり得るか。臨床心理学研究Vol 27, No. 4, 11-15, 1990.

横田正雄：はじめについて。桜風85号大泉第二

中学校1990.

横田正雄：受験生の精神保健。桜風86号大泉第二中学校1990.

横田正雄：思春期の子供と親。桜風87号大泉第二中学校1991.

横田正雄：ケースの心をとらえる面接（教育研修用ビデオ）第一巻面接の基本。ジェムコ出版1990.

横田正雄：ケースの心をとらえる面接（教育研修用ビデオ）第二巻面接技術の向上をめざして。ジェムコ出版1990.

和田 清：米国における薬物乱用とその治療—第3回。米国における薬物依存症者の病院治療。NEWS LETTER（財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センター）第14号, 21-27, 1990年12月.

福井 進, 石郷岡 純, 岩下 寛, 斉藤 惇, 和田 清：コカインと依存性物質；座談会「最近の傾向と今後の展望」。こころの臨床ア・ラ・カルト10：49-58, 1991.

和田 清：コカインと覚せい剤をめぐる歴史的裏話。こころの臨床ア・ラ・カルト10, 45-48, 1991.

## 各種研究報告書

藤縄昭：精神疾患の診断基準に関する研究。厚生省精神保健医療研究平成元年度報告書, 1990.

吾郷晋浩, 石川俊男, 永田頌史：心の健康度測定に関する研究。吾郷晋浩：心の健康づくりの方法と評価に関する研究。平成2年度報告。

1991.

吾郷晋浩, 永田頌史, 石川俊男: 心身医学的にみた気管支喘息の治癒のメカニズムについて.

牧野莊平: 慢性閉塞性呼吸器疾患の臨床, 心理学的研究, 1990年度研究報告書.

吾郷晋浩, 永田頌史, 石川俊男: 内科領域における心身症の発症機序と病態に関する基礎的研究, 厚生省精神・神経疾患研究委託費. 吾郷晋浩: 心身症の発症機序と病態に関する研究. 平成2年度研究報告書. pp. 52-59, 1991.

伊豫雅臣, 山崎統四郎, 西尾正人, 福田寛: 覚せい剤精神病脆弱性における線条体ドーパミンD2受容体: 佐藤光源: ポジトロンCT等を用いる薬物依存メカニズム解明に関する研究班. pp. 69-73, 1991.

大川匡子, 菱川泰夫: 睡眠リズム異常の新しい治療. 東京都神経科学総合研究所「研究紀要19巻(1990)」pp. 35-48, 1990.

Okawa M, Mishima K, Hishikawa Y.: Vitamin B12 treatment for sleep-wake rhythm disorders. Jap J Psychait Neurol 45: 165-166, 1991.

大島巖: 精神障害者の地域ケアに果たす家族の役割に関する実証的研究—家族の協力態勢における5年間の経時変化と地域類型別にみた援助ネットワークの影響, トヨタ財団研究助成報告書, 1989.

岡上和雄, 大島巖他: 精神障害者の高齢化にともなう家族ケア力の変化と家族に対する福祉的援助の方策, 富士記念財団社会福祉助成報告書, pp. 1-49, 1990.

岡上和雄, 吉住昭, 大島巖他: 精神障害者の就

労りハビリテーションと援護システムに関する研究, 労働省・日本障害者雇用促進協会, pp. 1-59, 1990.

大島巖: 高知県における長期入院患者の社会復帰資源に関するニーズ調査, 平成元年度高知県委託研究, 1990.

大塚俊男, 丸山晋, 道下忠蔵, 長瀬輝誼: 痴呆疾患の発病年齢および予後に関する研究. 厚生省厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究, 平成2年度研究報告. Vol I. 274~276, 1991.

栗田正文, 大島巖, 椎谷淳二他: 精神障害者の居住問題に関する調査研究報告書, 社会福祉事業研究開発基金調査研究助成報告書, pp. 1-121, 1990.

高畑隆, 大島巖他: 回復者クラブの組織化. 青野敏夫: 精神障害回復途上者のリハビリテーション活動に関する研究, 平成元年度厚生科学研究報告書, 1990.

大島巖, 松永宏子, 島山弥生: 海外の精神障害者家族会の動向と相互支援の取り組み. 青野敏夫: 精神障害回復途上者のリハビリテーション活動に関する研究, 平成元年度厚生科学研究報告書, 1-21, 1990.

道下忠蔵, 大塚俊男, 柄淵昭秀他: 老人性痴呆疾患対策: 疫学と専門病棟整備に関する研究. 平成2年度長寿科学総合研究報告書, 1991.

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. 平成元年度文部省科学研究重点領域研究「コミュニケーション障害児の診断と教育に関する研究」, AO1: 「コミュニケーション障害児の鑑別診断に関する研究」(田中美郷班) 研究報告書, p. 85-88, 1990年3月.

加我牧子：広汎性発達障害児のコミュニケーション障害。平成2年度文部省科学研究重点領域研究「コミュニケーション障害児の診断と教育に関する研究」AO1：「コミュニケーション障害児の鑑別診断に関する研究」（田中美郷班）研究報告書，p. 47-51，1991年3月

加我牧子，新井幸男，進藤美津子：広汎性発達障害児にみられたコミュニケーション障害——Klippel-Feil症候群の一例。平成2年度文部省科学研究重点領域研究「コミュニケーション障害児の診断と教育に関する研究」AO1：「コミュニケーション障害児の鑑別診断に関する研究」（田中美郷班）研究報告書p. 52-57，1991年3月

上林靖子，中田洋二郎，藤井和子，北道子，生地新，斎藤万比古，梶山有二他：ライフイベントと児童・思春期の情緒の障害に関する研究（その1）。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2指-15。児童・思春期における行動情緒障害の成因と病態に関する研究。平成2年度報告書55-65，1991. 3.

藤縄昭，中谷和夫，北村俊則：精神分裂病の臨床像記載に関する評価尺度の研究。鈴木淳，厚生省精神・神経研究委託費事業精神分裂病の臨床像，長期経過及び治療に関する研究平成元年度研究報告書，p. 115-127，1990.

北村俊則：ICD-10精神障害部門の全国多施設実施試行とその結果。藤縄昭，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平成元年度報告書，p. 3-83，1990.

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Ⅲ。平成2年度厚生科学研究研究協力者報告書（主任研究者 吉川武彦），1991.

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2年度厚生科学研究報告書（主任研究者 藤田利治），1991.

吉川武彦：社会復帰援助体制のあり方に関する研究。平成2年度厚生科学研究総括研究報告書（主任研究者 吉川武彦），1991.

吉川武彦：地域精神保健行政サービスに関する研究。平成2年度厚生科学研究分担研究報告書（主任研究者 吉川武彦），1991.

吉川武彦：社会復帰相談のあり方に関する研究。平成2年度厚生科学研究分担研究報告書（主任研究者 吉川武彦），1991年.

鈴木淳，北村俊則，金吉晴他：元指3：精神分裂病の臨床像，長期経過及び治療に関する研究。平成2年度報告書

栗田広：川崎市における障害児療育システム化調査研究報告。1990.

栗田広：児童期の精神障害。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」平成元年度研究報告書pp. 111-114，1990.

栗田広，金吉晴，勝野薫：発達障害における登校拒否。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究平成2年度研究報告書pp. 119-124，1991.

山崎晃資，栗田広，皆川邦直，中根晃，三宅由子，林雅次，猪股文二，松田文雄，溝口健介：児童・思春期精神障害の疾患分類に関する研究（第3報）。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究平成元年度研究報告書pp. 75-87，1990.

山崎晃資, 松田文雄, 中根晃, 皆川邦直, 三宅由子, 栗田広, 渡辺登: 児童・思春期精神障害の診断マニュアル作成に関する研究. 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公-3 児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究平成2年度研究報告書 pp. 147-164, 1991.

栗田広: 平成2年度科学研究費補助金(一般B)「幼児自閉症近縁の発達障害の診断学および疾病分類学的研究」研究成果報告書, 1991.

大島 巖, 椎谷淳二: 単身生活者の居住問題の実情とニーズに関する調査. 精神障害者居住問題研究会: 精神障害者の居住問題に関する調査研究報告書(社会福祉事業研究開発基金助成研究報告書), pp. 27-61, 1990.

椎谷淳二, 渡戸一郎, 椿 康宏: 登録ボランティアの実態と意識に関する調査報告書(練馬区社会福祉協議会平成元年度調査研究報告書), 1990.

宗像恒次, 中田洋二郎, 椎谷淳二, 柏木 昭, 佐伯洋一郎: 暴力性の高いTV番組視聴が子どもと家族に及ぼす影響の5年後追跡調査報告書(放送文化基金助成研究報告書), 1990.

永田頌史, 吾郷晋浩, 石川俊男, 岡田宏基: 気道反応性に及ぼすストレスの影響と中枢神経系の関与.

吾郷晋浩: 心身医学的に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. 環境長公害健康補償予防協会委託業務平成2年度報告書, 1990.

永田頌史: 気道反応における中枢神経系の役割. 文部省科学研究費平成2年度報告書, 1990.

福井 進: 薬物依存の治療プログラムに関する

研究—薬物依存症治療病院の実態と問題点—, 麻薬・覚せい剤乱用防止センターKNOW, pp. 18-20, 1991.

福井進, 和田清, 伊豫雅臣: 薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究—中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景—: 佐藤光源: 薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究班, 印刷中, 1991.

松永宏子: 当事者側からの取り組み, 大島巖編: 精神科リハビリテーションと家族の新しい動向, pp. 72-75, 1990.

著 書

藤縄昭(編集顧問): 「精神分裂病研究の進歩」, VOL. 1, NO. 1, 星和書店, 東京, 1990.

藤縄昭: 表現病理学と「形の世界」, 家族画研究会編: 「臨床描画研究Annex 2, 私の表現病理学」, 金剛出版, 東京, pp. 52-66, 1990.

河合隼雄・藤縄昭(司会) 山中康裕: 対談「日本人論」をどう見るか, 馬場謙一ほか編: 「日本人の深層」, 有斐閣, 東京, pp. 1-39, 1990.

宇野正威・西村康・藤縄昭: 高齢者のうつ状態, 祖父江逸郎編「高齢者の生活と長寿科学」, 長寿科学振興財団, 東京, pp. 234-244, 1991.

島菌安雄・藤縄昭編: 「今日の分裂病治療」, 金剛出版, 東京, 1990.

藤縄昭: 分裂病の診断をめぐる, 島菌安雄・藤縄昭編「今日の分裂病治療」, 金剛出版, 東京, pp. 3-15, 1990.

大川匡子: 生体リズムは病気とどのように関係

するか。高橋三郎，高橋清久，本間研一編，臨床時間生物学，朝倉書店，東京，pp. 143-164, 1991.

大川匡子：痴呆老人における不眠症および睡眠障害。中沢洋一編：睡眠・覚醒障害。診断と治療ハンドブック・メディカルレビュー社，大阪，pp. 137-148, 1991.

大島巖：精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設の実態と課題—施設運営開始1年の全国調査から—。全国精神障害者家族連合会編：地域生活最前線。全家連，東京，pp. 354-371, 1990.

大島巖編：精神科リハビリテーションと家族の新しい動向。悠久書房，埼玉，1990.

大塚俊男：痴呆の社会対策はどうするか。長谷川和夫編痴呆の対応をどうするか。医薬ジャーナル社，大阪，pp. 109-121, 1990.

大塚俊男：わが国の痴呆性老人の現状と将来。健康づくりガイド39集痴呆性老人の看護，健康・体力づくり事業財団。pp. 2-4, 1990.

大塚俊男：一過性全健忘の2症例。大友英一，平井俊集編：高齢者の症例と治療。医薬ジャーナル社，東京，pp. 38~40, 1990.

大塚俊男：老年期痴呆，高久史廣，森岡恭彦他編，臨床看護事典，メディカルフレンド社，東京，pp. 1501-1507, 1990.

Toshio Otsuka: Social measures for coping with the demented elderly in Japan. In: Hasegawa K, Honma A (eds): Psychogeriatrics Biomedical and Social Advances, Excerpta Medica, Tokyo, pp. 236-239, 1990.

大塚俊男，宮伏君士，道下忠藏，長谷川恒雄他：老人性痴呆疾患診断・治療マニュアル。日本精神病院協会，東京，1991.

大塚俊男，宮伏君士，菱山珠夫他：痴呆性老人相談マニュアル，日本公衆衛生会，東京，1991.

加我牧子：難聴。前川喜平，白木和夫，土屋裕編集：今日の小児診断指針第2版pp. 176-181, 医学書院，東京，1990.

加我牧子

5章臨床各科における「誘発電位」の応用  
II. 神経疾患における誘発電位の臨床応用  
B. 聴覚誘発電位 (Auditory brainstem evoked potentials: ABR) について.

佐藤謙助，平井富雄，山岡淳監修：誘発電位の基礎と臨床，pp. 282-327. 創造出版，東京，1990.

加我牧子：知恵が遅れている，落ち着きがない，言葉が遅い，どもりがある。小林登，早川浩監修：医師が答えるお母さんの心配事—知っておきたい子どものからだと心，pp. 94-111, 企画室，東京，1991.

上林靖子：母性剝奪。今日の小児科治療指針，第9版，医学書院，1990.

上林靖子：いじめ・体罰との関係。梅垣弘編，医師のための登校拒否119番，ヒューマンティワイ，1990. 東京.

上林靖子：子どもからの法外な要求やこだわりはどう答えるか。梅垣弘編，医師のための登校拒否119番，ヒューマンティワイ，1990. 東京.

上林靖子：不登校児にみられる精神医学的問題：精神薄弱問題白書，1990. 日本文化科学社

保崎秀夫(編著)新精神医学. 第2版. 文光堂, 東京, 1990. (共同執筆)宮岡等, 寺田久子, 北村俊則:アレキシサイミア・スケール (alexithymia scale). 心身症診療Q&A, pp. 311/8-311/11, 1990. 六法出版社, 名古屋

北村俊則:精神症状測定法. 懸田克躬, 島藺安雄, 大熊輝雄, 保崎秀夫, 高橋良(編)現代精神医学体系年刊版'90, pp. 87-112, 中山書店, 東京.

北村俊則:精神分裂病・うつ病とまばたき. 田多英興, 山田富美雄, 福田恭介(編)まばたきの心理学, pp. 232-238, 北大路書房, 京都.

北村俊則:まばたきとドパミン仮説. 田多英興, 山田富美雄, 福田恭介(編)まばたきの心理学, pp. 242, 北大路書房, 京都.

吉川武彦:ボケの理解と看護の実際. 竹内孝仁・吉川武彦著:老人看護・介護実践講座(カセットテープ講座). 関西看護出版, 大阪, 1990.

吉川武彦:分裂病の社会復帰と社会参加一地域の中でいかに生きるか. 島藺安雄・藤縄昭編:今日の分裂病治療. 金剛出版, 東京, 1990.

吉川武彦:人はなぜボケるのかーボケの原因とケア. 新星出版, 東京, 1990.

吉川武彦:精神保健教育の理論と実際. 加藤正明監修, 吉川武彦, 佐野光正編著:精神保健教育のあり方(精神保健実践講座7). 中央法規出版, 東京, pp. 1-30, 1990.

吉川武彦:精神保健関係者に求められている資質. 加藤正明監修, 吉川武彦, 佐野光正編著:精神保健教育のあり方(精神保健実践講座7). 中央法規出版, 東京, pp. 317-334, 1990.

吉川武彦:精神薄弱児・者のための精神保健法理解—5年後の見直しを控えて—. 東京都育成会編:精神薄弱福祉講座(第22集), 東京都育成会, 東京, pp. 2-8, 1991.

吉川武彦:精神医学における最近の新症候群. 岡博・和田攻編:『医学大事典』補遺巻8<最新の医学情報1991>. 講談社, 東京, pp. 89-92, 1991.

栗田広:広汎性発達障害. 全国心身障害児福祉財団, 東京, 1990.

栗田広:小児のうつ病. 上島国利編:今日のうつ病治療. 金剛出版, 東京, pp. 111-120, 1990.

栗田広:児童期と精神分裂病. 木村敏, 松下正明, 岸本英爾編:精神分裂病—基礎と臨床, 朝倉書店, 東京, pp. 663-672, 1990.

栗田広:児童分裂病の治療. 島藺安雄, 藤縄昭編:今日の分裂病治療. 金剛出版, 東京, pp. 188-199, 1990.

栗田広:自閉症. 大国真彦, 山崎晃資編:小児診療のための心理的アプローチ. 中外医学社, 東京, pp. 200-214, 1990.

栗田広:自閉症の薬物療法. 鴨下重彦, 鈴木義之, 早川浩編:新小児医学体系年刊版:小児医学の進歩'90C. 中山書店, 東京, pp. 239-244, 1990.

栗田広:幼児自閉症. 日野原重明, 阿部正和監修:今日の治療指針ポケット版. 医学書院, 東京, pp. 249-250, 1991.

栗田広:幼児自閉症. 日野原重明, 阿部正和監修:今日の治療指針. 医学書院, 東京, pp.

249-250, 1991.

椎谷淳二, 石川到覚, 阪上裕子: てい談「当事者活動の歩みと今後の課題」, 神奈川県社会福祉協議会編: もうひとつの主役—地域をつくる当事者活動—(かながわの当事者活動〔老人編〕), 神奈川県社会福祉協議会, 横浜, pp. 10-13, 1990.

鈴木浩二: 分裂病の家族療法—再発予防を目的とした家族ぐるみの心理教育的アプローチとその経験。(島藺安雄, 藤縄 明編『今日の分裂病治療』, 334-363, 1990)

分裂病者に対する家族療法の限界を示し, 家族への心理教育的アプローチの実際および技法を事例を通して提示した.

鈴木浩二, 鈴木和子: 分裂病の在宅ケアについて, (牧会心理学研究会編『心の病とその救い』新教出版社, 近刊)

分裂病者を抱えた家族に対する在宅ケアの実際を具体的な例を挙げて説明した.

原仁: てんかんの認知機能に関する研究(2)—小児てんかんの場合—, 秋元波留夫, 山内俊雄編: てんかん学の進歩2, 岩崎学術出版, 東京, pp. 284-296, 1991.

原仁(共著): 高松鶴吉, 佐々木正美監修: 保育者・教師のための医学ケア相談事典2. 保育・教育活動の中の医学ケア, 学習研究社, 東京, 1991.

原仁(共著): 高松鶴吉, 佐々木正美監修: 保育者・教師のための医学ケア相談事典1. 病名別・症状別にみる医学ケア, 学習研究社, 東京, 1991.

福井 進: 薬物依存, 日野原重明, 阿部正和監修; 1991今日の治療指針, 医学書院, 東京, pp.

239-240.

福井 進: コカイン乱用の疫学. 依存性薬物情報研究班編(班長; 加藤仲勝); コカイン, 京文社, 千葉, pp. 71~81.

町沢静夫: 行動科学による協調関係確立のために. 本明寛編: こころの科学, 日本評論社, 東京, pp. 2-7, 1990.

町沢静夫: うつ病と自殺. 内山喜久雄, 筒井未春, 上里一郎編: うつ病. 同明社, 東京, pp. 219-240, 1990.

町沢静夫: ボーダーラインの心の病理. 創元社, 東京, 1990.

町沢静夫: 「作家とイメージ」「神話とイメージ」「イメージの西洋思想史」, 水島恵一, 藤岡喜愛, 土沼雅子編: イメージの人間学. 誠信書房, 東京, pp. 159-177, pp. 201-215, 1990.

町沢静夫: 分裂病と性格. 福島章編: 性格心理学, 金子書房, 東京, pp. 138-152, 1990.

町沢静夫: 性と性格. 小川捷之, 詫摩武俊, 三好暁光編: 臨床心理学体系. 金子書房, 東京, pp. 211-226, 1990.

町沢静夫: 登校拒否児の箱庭療法. 河合隼雄編: 事例に学ぶ心理療法. 日本評論社, 東京, pp. 110-114, 1990.

町沢静夫: 分裂病の生活療法と行動療法. 島藺安雄, 藤縄昭編: 今日の分裂病治療. 金剛出版, 東京, pp. 308-320, 1990.

町沢静夫・小田晋: 戦争指導者の心理, Imago. 青土社, 東京, pp. 166-185, Vol 2-1, 1990.

町沢静夫：育児ノイローゼの処方箋，婦人公論  
1月号，東京，pp. 322-329，1991.

町沢静夫・佐藤寛之：イメージの思想史。現代  
のエスプリ，至文堂，東京，pp. 210-220，  
1990.

松永宏子：卒後教育としての精神保健教育。吉  
川武彦，佐野光正編：精神保健実践講座7。精  
神保健教育のあり方。中央法規出版，東京，pp.  
305-315，1990.

松永宏子：精神障害者家族研究の動向と家族療  
法。浜野一郎，小野哲郎編著：現代社会福祉の  
課題。相川書房，東京，pp. 199-216，1991.

横田正雄：性格テストが映しだす閉鎖社会・学  
校。世界5月号(教育問題特集号)106-109，岩  
波書店，1990.

青柳健太郎，石川哲也，小沼杏坪，武田 寧，  
徳井達司，山崎幹夫，和田 清編：ことわる勇  
気—健康に生きようpart 4—，(働麻薬・覚せい剤  
乱用防止センター，東京，1991.

訳 書

藤縄昭(監修)・葵橘ファミリー・クリニック  
訳：オーガスタス・Y・ナピア，カール・A・  
ウイテカー共著「ブライス家の人々—家族療法  
の記録—」，家政教育社，東京，1990。(Augustus  
Y. Napier with Carl A. Whitaker: The Family  
Crucible. Harper & Row, 1978).

金吉晴：The Self and Schizophrenia: A cul-  
tural Perspectve. Fabrega H. Schizophrenia  
bulletin 1989; 15: 277-290.

自己と分裂病：文化的展望。「精神分裂病研究の  
進歩」所収，1990，星和書店

金吉晴：Schedule for Affective Disorders and  
Schizophrenia: Basis for the assessment pro-  
cedures. Hasin DS

感情病および精神分裂病面接基準—評価手続  
きの基礎—精神科診断学，1990；1：479-491.

鈴木浩二：Carol Anderson再発予防と家族療  
法(II)『家族療法研究』第7巻第1号pp.  
30-48，1990.

心理教育に関する講演を抄訳したもの。

鈴木浩二：Lyman Wynne精神分裂病に対する  
家族コンサルテーション：心理教育的アプ  
ローチとシステムミック・アプローチの統合。『家族療  
法研究』第7巻第2号，pp. 87-96，1990.

家族コンサルテーションの実際を提示したもの。

松永宏子：社会的職業的リハビリテーション。

鈴木浩二・鈴木和子監訳：分裂病と家族——心  
理教育とその実践の手引き——(下)。金剛出版，  
東京，pp. 289-356，1990.

(C.M. Anderson, D.J. Reiss, G.E. Hogarty:  
Schizophrenia and the Family—A Practi-  
tioner's guide to psychoeducation and man-  
agement New York, 1986)

丸山晋，金吉晴，大島巖，加藤正明：精神医学  
的能力障害評価面接基準，国立精神神経セン  
ター精神保健研究所，1991 (WHO Psychiatric  
disability Assessment Schedule, Geneva,  
1988).

和田 清，小沼杏坪，永野 潔，平井慎二，伊  
豫雅臣，中村真一，笠原麻里訳：コカイン。星  
和書店，東京，1991 (Roger D. Weiss, Steven  
M. Mirin: COCAINE. American Psychiatric  
Press, Inc, Washington, DC, 1987.).



学会発表

石川俊男, 永田頌史, 吾郷晋浩, 高橋清久, 苅部正巳: 胃分泌機能におけるInterleukin 1の役割. 第31回心身医学会総会, 福岡1990年6月

苅部正己, 賀古真, 古江尚, 石川俊男: APAP法によるラットにおける胃排出能の検討. 第32回日本消化器病学会大会, 奈良1990年10月

石川俊男, 永田頌史, 吾郷晋浩, 杉江征: ストレスマネージメントのあり方に関する調査研究—第2報—. 第6回日本ストレス学会学術総会, 東京1990年11月

大川匡子, 三島和夫, 菱川泰夫: 秋田における季節性感情障害患者の追跡調査. 第3回季節性感情障害多施設共同研究報告会, 前橋, 1991年3月

大川匡子, 三島和夫, 菱川泰夫, 穂積慧, 沼倉堅一, 堀浩: 老年期うつ状態と痴呆の生体リズム. 第13回日本生物学的精神医学会, 前橋, 1991年3月

大島巖: 精神障害者の高齢化にともなう家族協力態勢の変化に関する実証的研究——5年間の経時変化について, 第86回日本精神神経学会総会, 鹿児島, 1990. 5.

大島巖, 上田洋也: 精神障害者施設と地域住民間に生じたコンフリクトの発生状況とその要因. 日本社会福祉学会第38回全国大会, 神戸, 1990. 10.

大島巖: 精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設の実態と課題—施設運営開始1年の全国調査から. 第33回病院地域精神医学会総会, 東京, 1990. 10.

坂野純子, 山崎喜比古, 園田恭一, 大島巖: 精神障害者の家族を見る視点と支援のあり方. 日本社会福祉学会第38回全国大会, 神戸, 1990. 10.

大島巖: 社会復帰施設の実情と今後の展望. 第5回精神障害者リハビリテーション研究会議, 東京, 1990. 12.

井上新平, 横田修, 山本道雄, 吉川賢一, 吉岡隆興, 大島巖: 長期入院の分裂病患者の重傷度判定と入院理由の関連性. 第11回日本社会精神医学会総会, 新潟, 1991. 3.

加我牧子, 鈴木文晴, 曾根翠, 荒木敦, 平山義人: 重度脳障害児の聴覚機能と聴覚誘発反応—経外耳道的蝸電図記録を中心に—第93回日本小児科学会総会, 1990年5月, 東京.

小林立子, 高梨愛子, 笛木昇, 岩崎裕治, 加我牧子, 桜川宣男: 聴性脳幹反応無反応から回復した低酸素性脳症例の脳波と誘発電位の経時的観察. 第32回日本小児神経学会総会, 1990年6月, 千葉県浦安市.

昆かおり, 加我牧子, 野田泰子, 吉川秀人, 鈴木文晴, 平山義人, 有馬正高: CT上広範に脳脊髄液領域を示す症例の神経生理学的検討. 第32回日本小児神経学会総会, 1990年6月, 千葉県浦安市.

加我牧子, 鈴木文晴, 曾根翠, 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. 第1回小児誘発脳波談話会, 1990年10月, 東京.

Makiko Kaga, Hisaharu Suzuki, Sone Sui, Atsushi Araki and Yoshito Hirayama: Auditory brainstem response and extratympanic recorded electrocochleography in patients

with multiple and severe handicaps. The joint convention of the 5th international child neurology congress and the 3rd Asian and Oceanian congress of child neurology, 1990年11月, Tokyo.

柏倉昌樹, 森岡由起子, 粟野美穂, 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

生地新, 森岡由起子, 渡部由里, 高橋誠一郎, 井原一成, 粟野美穂, 柏倉昌樹, 十束支朗, 上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子: 中学生の精神保健に関する社会精神医学的研究 — 精神症状とライフイベントおよび養育環境の関連について — 第11回日本社会精神医学会1991. 3.

上林靖子, 藤井和子, 中田洋二郎, 北道子, 齊藤万比古, 森岡由起子: 中学生における精神症状の自己評価尺度の妥当性の検討. 第63回小児精神神経学研究会, 岐阜, 1990年6月.

菊池吉晃, 北道子: 聴覚情報の選別処理機構について. 第20回脳波筋電図学会, 東京, 1990年10月

寺田久子, 宮岡等, 矢吹篤, 片山義郎, 宮岡佳子, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 北村俊則, 片山信吾, 永井哲夫: Alexithymy概念の臨床的意義について. 第2報: 心身症とその周辺疾患におけるMMPI alexithymia Scaleの検討. 第31回日本心身医学会総会, 1990年6月1—2日, 福岡.

宮岡等, 中山雅子, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 片山義郎, 北村俊則, 矢吹篤: Alexithymy概念の臨床的意義について. 第3報: Toronto Alexithymia Scaleの有用性について. 第31回日本心身医学会

総会, 1990年6月1—2日, 福岡.

宮岡等, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 片山義郎, 北村俊則, 萩生田晃代, 宮岡佳子, 矢吹篤: Alexithymy概念の臨床的意義について. 第4報: 多発性円形脱毛症と消化性潰瘍の症状移動を呈した1症例の治療過程からみたalexithymiaの精神病理. 第31回日本心身医学会総会, 1990年6月1—2日, 福岡.

阿部裕美, 宮岡等, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 大野裕, 赤真正恵, 成田秀章, 北村俊則: 非定型精神病の病前性格について. 日本精神病理学会第13回大会, 1990年9月28日, 名古屋

赤真正恵, 宮岡等, 浅井昌弘, 保崎秀夫, 北村俊則, 畠山秀丸, 寺田久子, 阿部裕美, 渡辺衛一郎: 身体の異常感を訴える症例について. 日本精神病理学会第13回大会, 1990年9月28日, 名古屋

北村俊則, 島悟, 戸田まり, 菅原ますみ: 妊娠中に発症した軽症うつ病の家族負因. 第8回母子精神保健研究会, 1990年12月1日, 東京

北村俊則: 慢性精神分裂病の欠陥状態について — 他精神障害との比較 —. 第2回国立精神・神経センター精神保健研究所研究報告会, 1991年3月27日, 市川

Miyaoka H, Katayama Y, Kitamura T, Asai M, Hosaki H, Terada H, Miyaoka Y, Nakayama M: A validation study of the SSPS-R. Fourth Congress of Asian Chapter of the International Congress of Psychosomatic Medicine. 21 April, 1990, Sendai, Japan

Miyaoka H, Asai M, Hosaki H, Shima S, Kanba S, Miyaoka Y, Kitamura T: Long-term outcome of cenestopathy. World Psy-

chiatric Association Regional Symposium, 22-25, May, 1990, Hong Kong

Kitamura T: The Japanese clinical modification of the ICD-10. International Conference on Psychiatric Diagnosis '90. 6 September, 1990, Tokyo.

Miyaoka H, Asai A, Kitamura T, Akama M, Abe H, Terada H, Hatakeyama, H, Watanabe K, Miyaoka Y, Hamada H, Nakamura S, Hosaki H.: Cenestopathy and hypochondriasis: the diagnostic issues. International conference on Psychiatric Diagnosis '90. 6 September, 1990, Tokyo.

Asai M, Miyaoka H, Kitamura T, Kanba S, Abe H, Akama M, Narita H, Miyaoka Y, Hagiuda T, Hamada H, Nakamura S, Hosaki H: Diagnostic issue of the fear of emitting odor (olfactory reference syndrome). International Conference on Psychiatric Diagnosis '90. 6 September, 1990, Tokyo.

Takeuchi M, Yoshino A, Kato M, Ono Y, Kitamura T: Reliability and validity of the Japanese version of the Tri-dimensional Personality Questionnaire (TPQ) among university students. International Conference on Psychiatric Diagnosis '90. 6 September, 1990, Tokyo.

吉川武彦: 大学精神保健と精神保健法. 第12回大学精神衛生研究会, 福岡, 1991年2月

Kurita, H., Kita, M., Katsuno, K. and Yabe, E.: A comparative study of early development of disintegrative psychosis with that of age- and sex-matched infantile autism.

The 12th Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Kyoto, July 20, 1990.

Kurita, H.: Demarcation and classification of infantile Autism. International Symposium on Neurobiology of Infantile autism, Tokyo, November 10, 1990.

栗田広, 金吉晴, 勝野薫: 発達障害における登校拒否について. 厚生省精神・神経疾患研究委託費2指-15「児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究」平成2年度中間研究報告会, 1990年11月24日, 東京.

栗田広, 金吉晴, 勝野薫: 発達障害における登校拒否について. 厚生省精神・神経疾患研究委託費2指-15「児童・思春期における行動・情緒障害の成因と病態に関する研究」平成2年度研究報告会, 1991年1月26日, 東京.

清水新二: 現代家族と私事化状況. 第41回関西社会学会, 神戸, 1990年6月.

高梨薫, 清水新二, 小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道: アルコール依存症家族における夫と妻の問題認知のズレ. 第25回アルコール医学会, 京都, 1990年10月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二, 高梨薫: 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 保健所勤務医師についての調査. 第25回アルコール医学会, 京都, 1990年10月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二, 高梨薫: 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 保健所精神保健相談員についての調査. 第25回アルコール医学会, 京都, 1990年10月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二, 高梨薫: 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 保健婦についての調査. 第25回アルコール医学会, 京都, 1990年10月.

小杉好弘, 辻本土郎, 植松直道, 清水新二, 高梨薫: 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4 福祉事務所生活保護担当者についての調査. 第25回アルコール医学会, 京都, 1990年10月.

清水新二: 現代家族の集束と分散: 個別化する私事化: 第63回日本社会学会, 京都, 1990年11月.

高橋 徹: パニック障害と説得療法, 三大学精神病理研究集会, 川治, 1990年8月

中田洋二郎, 田頭寿子, 中村紀子, 中村伸一, リンダ・ベル, 笹間いずみ, 川並かおる: 課題解決場面での家族機能の評価について. 第7回日本家族研究・家族療法学会, 東京, 1990年6月.

永田頌史, 石川俊男, 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能に及ぼす影響. 第31回日本心身学会総会, 福岡, 1990年6月

永田頌史, 石川俊男, 吾郷晋浩: 気道反応に及ぼす中枢及び末梢神経系の影響(第2報). 第31回日本心身医学会総会, 福岡, 1990年6月

永田頌史, 石川俊男, 吾郷晋浩: 気道反応に及ぼすストレス及び神経ペプチドの影響. 第25回臨床アレルギー研究会, 東京, 1990年7月

Nagata S, Ishikawa T, Ago Y: Stress, neuropeptides, autonomic nervous system and

immediate hypersensitivity The 20th International Congress of Neuro-Vesitative Research (Symposium). Tokyo, September, 1990.

永田頌史: ストレスと免疫アレルギー. 第43回日本自律神経学会(シンポジウム), 旭川, 1990年10月.

Nagata S, Ishikawa T, Ago Y: The effect of stress and neuropeptides on Bronchial sensitivity. The 13th World Congress of Asthmology (Work shop), Maebashi, October, 1990.

永田頌史: Psychosocialな側面からみた気管支喘息の難治化要因とその予防. 第40回日本アレルギー学会総会(パネルディスカッション), 長崎, 1990年11月.

岡田宏基, 永田頌史, 吾郷晋浩: 好酸球機能に及ぼす各種薬剤の影響に関する検討. 第40回日本アレルギー学会総会, 長崎, 1990年11月

永田頌史: 気道反応におけるストレス, 神経ペプチド中枢神経系の関与. 第3回千葉呼吸器カンファレンス, 千葉, 1990年12月

永田頌史, 石川俊男, 吾郷晋浩: 気道反応に及ぼす中枢神経系の影響. 第26回臨床アレルギー研究会, 東京, 1990年12月

永田頌史, 石川俊男, 吾郷晋浩: 気道反応における中枢神経系及び神経ペプチドの関与. 第35回呼吸器心身症研究会, 大阪, 1990年12月

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 山田多佳子, 仁志田博司, 坂元正一: 胎内発育障害の臨床的研究. 第13報 正期産SFD児の身体発育に関する検討. 第26回日本新生児学会, 福岡, 1990年

7月

原仁, 三石知左子, 山口規容子, 仁志田博司,  
坂元正一: 極小未熟児の指さしの発達. 第26回  
日本新生児学会. 福岡, 1990年7月

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 山田多佳子,  
篁倫子, 仁志田博司, 坂元正一, 福山幸夫: 極  
小未熟児の利き手について. 第37回小児保健学  
会. 東京, 1990年10月

原仁, 佐々木正美: 自閉症状群とてんかん一  
てんかん発症例とてんかん性脳波異常のみ例の比  
較一. 第24回日本てんかん学会. 那覇, 1990年  
11月

Hara H, Sasaki M: Autistic syndrome and  
epilepsy: A comparison between the children  
with epileptic seizures and only with epilep-  
tiform EEG abnormalities. Satellite Meeting  
of The 5th International Child Neurology  
Congress, Tokyo, November, 1990.

Hara H, Sasaki M: Autistic syndrome and  
epilepsy: Significance of the annual electroen-  
cephalographical examination. The Joint  
Convention of the 5th International Child  
Neurology Congress and The 3rd Asian and  
Oceanian Congress of Child Neurology.  
Tokyo, November, 1990.

篁倫子, 原仁, 三石知左子, 山口規容子, 福山  
幸夫: 極小未熟児の精神運動発達一週産期要因  
の影響に関する検討一. 第35回未熟児新生児学  
会. 神戸, 1990年11月

三石知左子, 原仁, 山口規容子, 山田多佳子,  
仁志田博司, 坂元正一: 極小未熟児, 超未熟児  
の身体発育に関する検討. 第35回未熟児新生児  
学会. 神戸, 1990年11月

原仁: ラウンド・テーブル: 気質について. 第  
8回母子精神保健研究会. 東京, 1990年12月

原仁: 乳児の気質と行動の偏りについて. 第2  
回精神保健研究所研究報告会. 市川, 1991年3  
月

FUKUI S.: EPIDEMIOLOGY ON METHAM-  
PHETAMINE ABUSE IN JAPAN. IN JAPAN  
-US SCIENTIFIC SYMPOSIUM ON DRUG  
DEPENDENCE AND ABUSE, TOKYO,  
1990. 9.

町沢静夫: シンポジウム「歴史, 政治, 病跡一歴  
史を動かすもの」. 第37回日本病跡学会, 東京,  
1990年4月

Machizawa S: The characteristics of Depres-  
sion Symptoms in Japan. The 143th Annual  
Congress of American Psychiatric Associa-  
tion. New York, May, 1990.

Machizawa S: Clinical and Psychometric  
Analysis of Borderline Mechanism. world Psy-  
chiatric Association Regional Symposium.  
Hong Kong, May, 1990.

Machizawa S: An Analysis of Borderline  
Mechanism. The 12th International Congress  
of International Association for child and  
Adolescent Psychiatry and Allied Profes-  
sions, Kyoto, July, 1990.

町沢静夫: 指定討論症例研究. 第8回日本心理  
臨床学会, 大阪, 1990年9月.

町沢静夫: シンポジウム「心理療法家に問われ  
ているもの」. 第9回日本心理臨床学会, 東京,  
1990年9月.

町沢静夫：「イメージの臨床的意義」，第9回日本心理臨床学会，東京，1990年9月。

(代読) Machizawa S: Decreasing Patriarchal Power in Japanese Family. The 12th world Congress of Social Psychiatry. Washington D. C., October, 1990.

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，浜松，1990年11月

町沢静夫：心理臨床から見た中年期の発達とその危機。第2回発達心理学会，シンポジウム「生涯発達心理学における成人・老人の今日的課題」東京，1991年3月

Maruyama S: Morita-Psychotherapy and psychiatric-rehabilitation, The 1st International Congress of Morita Therapy, Hamamatsu, May, 1990.

荒木喜久枝，丸山晋：保健相談所における痴呆相談の現状と分析—第1報，第6回日本精神衛生学会，東京，1990年10月

大原一興，丸山晋，椎谷淳二，大塚俊男：特別養護老人ホームにおける職員の精神的健康に関する研究—燃えつき症候群について，第32回日本老年社会科学会，松山，1990年10月。

丸山晋，山口裕子：外来森田療法における「場」づくりの効用—KJ法の活用を通して，第8回森田療法学会，久留米，1990年10月。

和田清，伊豫雅臣，福井進：薬物依存の発生因子。第25回日本アルコール医学会，京都，1990年10月。

和田清，福井進，伊豫雅臣：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究——中学生における

「シンナー遊び」の実態とその背景。厚生省精神・神経疾患研究委託費「薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究」平成2年度研究報告会，東京，1991年2月。

福井進，和田清，伊豫雅臣：薬物依存の最近の動向と特徴。第11回日本社会精神医学会，新潟，1991年3月。

和田清，宮本克己，岡田純一，森本浩司，浅野誠，川島道美，平田豊明，橘川清人，昆浩之：精神科救急施設にみる覚せい剤精神病と精神分裂病・心因反応ケースとの比較——来院時の状況を中心に——。第11回日本社会精神医学会，新潟，1991年3月。

講 演

藤縄昭：うつ病の精神病理。宮城県精神科医会，仙台，1990年5月19日。

藤縄昭：精神疾患の国際分類をめぐって。愛知県精神科医会，名古屋，1990年6月16日。

藤縄昭：Overview of the Japanese experience on diagnostic classification—Past and Present use of the classification system of mental disorders in Japan. 精神科診断に関する国際会議 (ICPO '90)，東京，1990年9月5日。

藤縄昭：ストレスと心の健康。仙台市精神保健講演会，仙台，1990年10月29日。

藤縄昭：シンポジウム「グローバルな視野からのストレス」(司会)，第6回日本ストレス学会，東京，1990年11月17日。

藤縄昭：最近の精神科診断分類について。東京精神科診療所医会，東京，1990年11月22日。

藤縄昭：ストレスと共に生きる。滋賀県「心の健康づくり」シンポジウム（講演・司会），八日市市，1990年11月29日。

藤縄昭：東京都精神医学総合研究所・第19回シンポジウム「境界例の診断と治療」（司会），東京，1990年12月。

藤縄昭：メンタルヘルスに思う。精神衛生普及会，東京，1991年1月23日。

藤縄昭：精神保健概論，兵庫県精神保健相談員資格取得認定講習会，神戸，1991年1月24日。

藤縄昭：高齢患者の心理特性に関する研究，平成2年度厚生省長寿科学総合研究費研究発表会，東京，1991年3月9日。

藤縄昭：「老年期痴呆の疫学に関する国際シンポジウム」（司会），神戸，1991年3月16日。

吾郷晋浩：ストレスと心身症。メンタルヘルス研究会，東京，1990年6月。

吾郷晋浩：不安と心身症。心身症・神経症講演会，千葉，1990年11月。

吾郷晋浩：ストレスとアレルギー。IMIC公開セミナー，東京，1990年11月。

吾郷晋浩：心身症の診断と治療。和歌山市医師会内科部会，和歌山，1990年11月。

吾郷晋浩：気管支喘息の心身医学的な見方と対応。実地医療のための小児の喘息とアレルギー・ゼミナール，東京，1990年12月。

大島巖：これからの精神保健活動。横浜市磯子区家族会総会記念講演，横浜，1990年5月。

大島巖：海外における家族会活動の現状とその援助プログラムについて。川崎市メンタルヘルス研究会，1990年6月。

大島巖：家族とともに今考えていること。川崎市家族会連合会記念講演，川崎，1990年6月。

大島巖：くじけない家族，頑張る家族会。千葉県松戸保健所，1990年6月。

大島巖：家族会活動と作業所作り。東京都中央保健所，1990年7月。

大島巖：精神障害者とボランティアの関わり。川崎市ボランティアセンター・ボランティア大学講座，1990年7月。

大島巖：精神障害者と家族のあり方。第12回宮崎県精神障害者地域家族会連合会大会講演，1990年9月。

大島巖：精神障害者の住宅ニーズ。川崎市障害者自立生活セミナー'90。「住まいから始まる自立生活」，1990年10月。

大島巖：精神病院の開放化と地域住民の受け入れ姿勢。三枚橋病院，1990年11月。

大島巖：精神科リハビリテーション領域における保健学研究者としての立場から。精神保健・精神医療を語る会，1991年1月。

大島巖：精神障害者の地域生活基盤一住居問題を中心に。高知県精神保健センター，1991年3月。

大島巖：精神障害者に対する家族の接し方。京都府精神保健センター，1991年3月。

大塚俊男：老人精神保健の現状と今後の課題。

日本精神神経科診療所医会総会，横浜市，1990年6月。

大塚俊男：痴呆性老人の病理と治療。精神保健専門研修，埼玉県，1990年8月。

大塚俊男：精神医学の基礎知識，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，横浜市，1990年9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，千葉市，1990年9月，10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，兵庫県，1990年10月，1991年3月。

大塚俊男：痴呆性老人のケアと対策。平成2年度北海道・東北ブロック保健所カウンセリング技術短期研修及び老人保健事業従事者地区別研修会，秋田市，1990年10月。

大塚俊男：老人の精神保健，痴呆性老人の特質。平成2年度訪問看護婦講習会，千葉市，1990年10月。

大塚俊男：ぼけにどう取り組むか。いきいき富山・第3回健康と長寿の祭典，富山市，1990年10月。

大塚俊男：高齢者ケアの展開・日本の将来像。第1回高齢者ケア国際シンポジウム，東京，1990年11月。

大塚俊男：みんなで進める健康づくり。県民福祉ふれあいのつどいにおけるシンポジウム，倉吉市，1990年11月。

大塚俊男：みんなでトライ健康づくり。宮城県県民健康づくりフォーラム，仙台市，1990年11

月。

大塚俊男：老人の精神保健。民間社会福祉施設職員会議研修会，東京，1990年11月。

大塚俊男：ボケ老人の在宅看護。在宅老人訪問保健指導員研修会，1990年11月。

大塚俊男：高齢化社会を迎えてこれからどう対処すべきか。第14回福岡県健康づくり県民大会シンポジウム，福岡県，1990年12月。

大塚俊男：地域における痴呆性老人のケアシステムについて。県民健康セミナー，七尾市，1991年2月。

大塚俊男：老人精神保健・福祉の現状と今後のあり方。日本精神保健会議，東京，1991年2月。

大塚俊男：痴呆性老人対策の現状と課題。群馬県精神保健嘱託医研修会，前橋市，1991年3月。

大塚俊男：痴呆症治療の展望について。痴呆性老人を考える集い，山口市，1991年3月。

大塚俊男：痴呆性老人と家族を地域で支えていくために。老人精神保健講演会，福井県，1991年3月。

加我牧子：言語障害の養育・治療。第18回母子保健夏期セミナーAコース，乳幼児の発達と健診セミナー—1歳6カ月健診を中心として—1990年6月，東京。

加我牧子：大脳誘発反応の小児神経学への応用。誘発反応技術研修会，1990年6月，東京。

上林靖子：相談活動からみた青少年問題の現状・動向について。第186回青少年問題審議会(参考人報告)



上林靖子：青少年相談の充実をどうはかるか、相談機関の連携の課題と展望。全国青少年相談研究集会，文部省，1991年1月。

北道子：自閉症の症例検討。千葉県児童相談所連絡会，千葉，1990年5月。

北道子：学習障害児に関する小児神経学的知見に関して。蕨市学校保健会，埼玉，1991年2月。

北村俊則，藤縄昭，金吉晴，中谷和夫：精神分裂病の長期予後研究のための総合的構造化面接に関する研究——基礎的情報システムとしてのコンピューター・ネットワーク——。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，1991年1月18日。

千葉達雄，不破野誠一，坂村雄，山岡信明，吉住昭，金沢耕介，塚田和美，小石川比良来，豊田純三，北村俊則，金吉晴：精神分裂病の症状学的研究——国立精神療養所全施設研究の結果から——。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，1991年1月18日。

北村俊則：精神症状評価。第2回青森県精神科医会，青森，1991年3月9日。

吉川武彦：精神保健と保健所活動。神奈川県精神保健相談員資格取得講習会（認定講習会），神奈川県衛生部，横浜市，1990年6月。

吉川武彦：これからの地域精神保健活動—保健所と市町村の役割を考える。千葉県保健所精神保健担当者研修会，千葉県衛生部，千葉市，1990年6月。

吉川武彦：精神薄弱者の高齢化問題と施設の対応について。茨城県施設入所者高齢化対策検討

協議会，水戸市，1990年7月。

吉川武彦：痴呆性老人を支える地域活動の展開—地域ケアの基礎概念とその実践。石川県県民セミナー（石川県厚生部），金沢市，1990年9月。

吉川武彦：精神障害者のリハビリテーション。平成2年度精神保健従事者関東甲信越ブロック研修会，新潟市，1990年11月。

吉川武彦：地域精神保健活動について—支持的な精神保健活動とサポートネットワーク。北海道帯広保健所，帯広市，1990年12月。

吉川武彦：精神保健各論—中高年の精神医学。香川県精神保健相談員資格取得講習会，高松市，1991年2月。

吉川武彦：精神保健各論—ストレスマネジメント。香川県精神保健相談員資格取得講習会，高松市，1991年2月。

吉川武彦：これからの保健所精神保健活動—老人保健と精神保健の接点をめぐって。高知県保健婦技術研修会，高知市，1991年2月。

吉川武彦：わが国の老人対策と痴呆老人の看護。北里大学東病院老人性痴呆疾患研修会，相模大野市，1991年2月。

吉川武彦：精神障害者に対する苦情にどのように対応するか。長野県精神保健相談員資格取得講習会，長野市，1991年3月。

吉川武彦：精神障害者のリハビリテーションのあり方・具体的すすめ方。長野県精神保健相談員資格取得講習会，長野市，1991年3月。

栗田広：発達障害児の医学。長野県精神保健開

係者談話会，長野県高校会館，1990年5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'90実践セミナー「働く力を生きる力を」，1990年8月5日。

栗田広：精神遅滞についての基礎知識—医学。東京都福祉局新任職員研修会，1990年9月12日。

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，1990年9月14日。

栗田広：精神薄弱教育研究会10月例会「自閉症の周辺の症候群」，東洋大学教育学科，1990年10月20日。

栗田広：平成2年度練馬区障害児保育研修「精神遅滞について」，練馬区研修室，1990年10月23日。

栗田広：第178回精神研セミナー「発達障害における登校拒否」，東京都精神医学総合研究所，1990年12月5日。

栗田広：1990年度発達障害医学セミナー3「自閉症の指導」，野口英世記念会館，1991年2月2日。

齋藤和子：明るい老後を築くために，南加日系高齢者連盟，米国ロスアンゼルス，1990年9月。

齋藤和子：安心した老後，老後問題を考える会，米国サンフランシスコ，1990年9月。

椎谷淳二：①個別処遇の展開について（ケースマネジメント），②対象者の処遇計画づくりとマンパワーの連携。支庁地区市町村社協専門員研究協議会，北海道社会福祉協議会，札幌市，1990年6月。

椎谷淳二：コーディネーターの役割とその専門性。第39回神奈川県社会福祉大会研究部会，神奈川県社会福祉協議会，横浜市，1990年9月。

椎谷淳二：変革期のボランティア活動。葛飾区社会福祉協議会，1990年11月。

椎谷淳二：住民主体としての当事者活動と社会福祉協議会の役割。神奈川県社会福祉協議会，横浜市，1990年12月。

椎谷淳二：老人のこころ。渋谷区老人ケアセンター，1990年11月・12月。

椎谷淳二：ボランティア活動の理念と意義。練馬区社会福祉協議会，1990年10月，1991年1月。

椎谷淳二：今後ボランティア・センターに求められるもの。ボランタリー・アクション研究会，東京，1991年3月。

椎谷淳二：今日的状況下におけるボランティア活動の諸問題。日野市社会福祉協議会，1991年3月。

椎谷淳二：老人と家族・地域社会。相模原市社会福祉協議会，1990年10月，1991年3月。

清水新二：アルコール症と家族。大阪府断酒会，大阪，1990年5月。

白井泰子：人工生殖における倫理的問題。ACE研究会，東京，1991年3月。

鈴木浩二：Family Therapy in Japan. The 45th Annual Conference of American Association for Marriage and Family Therapy, Washington, DC, October, 1990.

鈴木浩二：分裂病者に対する家族ぐるみの在宅

ケア。安田生命社会事業団，11月，北海道

鈴木浩二：働きざかりの父親と家庭。高知県精神衛生大会，3月，1990。

高橋徹：ストレスと精神健康。林野庁林業講習所，八王子，1990年5月。

高橋徹：職場の精神健康。食糧庁，東京，1990年7月。

高橋徹：燃えつき症候群。岩手県教育委員会，盛岡，1991年2月。

中田洋二郎：子育てとよりよい親子関係。千葉ベタニアホーム国府台母子ホーム，市川，1990年6月。

中田洋二郎：心理臨床の基本的観点。埼玉県心理判定員研修会，埼玉県所沢児童相談所，1990年11月。

中田洋二郎：1歳6カ月児健診における心理相談の役割。柏市1歳6カ月児健康診査検討会，柏市，12月。

中田洋二郎：困難事例の処遇をめぐって。千葉ベタニアホーム国府台母子ホーム，市川，1991年3月。

永田頌史：気管支喘息と心理的因子。公害健康被害補償予防協会，東京，1991年1月。

原仁：学業不振と「登校拒否」。第1回てんかん制圧「社会参加実践講座」，東京，1990年5月。

原仁：発達障害者とてんかん発作。社会福祉法人横浜やまびこの里職員研修会，横浜，1990年5月。

原仁：自閉症や発達障害の理解と早期からの療育。安田生命社会事業団・精神発達障害児療育講演会，金沢，1990年6月。

原仁：自閉症と薬物療法。社会福祉法人横浜やまびこの里職員研修会，横浜，1990年6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，東京，1990年6月。

原仁：Battered Child Syndromeについて。東京女子医科大学障害児医療研究会セミナー。東京，1990年10月。

原仁：てんかんについて。練馬区障害児保育研修会，東京，1990年10月。

原仁：学習障害児の発見とその対応を中心に。日本でんかん協会千葉県支部母親相談会，千葉，1990年11月。

原仁：けいれん性疾患児の認知機能について。武蔵病院小児神経科カンファレンス，東京，1990年11月。

原仁：学習障害，注意欠陥・多動障害。日本精神薄弱者福祉連盟・発達障害医学セミナー，東京，1991年2月。

原仁：乳幼児期の子どもの発達。東京都母子保健サービスセンター「発達を学ぶ」研修会，1991年3月。

藤井和子：「児童相談所における家族療法の導入について」埼玉県児童相談所職員研修・越谷児童相談所，平成2年12月7日

藤井和子：「虐待ママはなぜ増える？」婦人公論 平成2年 新年号

町沢静夫：思春期の心理と病理。千葉県高等学校教育研究会，教育相談部会，千葉縣市川市市川工業高校，1990年2月。

町沢静夫：精神医学からみた中年期。リクルート人材センター，東京，1990年2月。

町沢静夫：「遊び・ゆとり・公園」フォーラム。財団法人埼玉県公園緑地協会，埼玉県，1990年10月。

町沢静夫：現代日本の組織とメンタルヘルスの諸問題。健康・体力づくり事業財団，東京，1990年11月。

町沢静夫：思春期のこころの健康。船橋市精神保健推進協議会，千葉県船橋市，1990年11月。

町沢静夫：ボーダーラインの心の病理。東京都衛生局研修センター，東京，1990年11月。

町沢静夫：思春期の子ども心の心と体。千葉県総合教育センター，千葉，1991年2月。

町沢静夫：思春期の心の病い。練馬保健所，東京，1991年3月。

町沢静夫：境界例の概念と治療。中央心理研究所，東京，1991年3月。

松永宏子：グループ・ワークの理論と実際。埼玉県総合精神保健センター，埼玉，1990年9月。

松永宏子：精神障害者の現状と相談業務。市川市社会福祉協議会，市川，1990年11月。

松永宏子：精神障害者に対する相談活動をネットワークの中で展開するために。民生・児童委員研修，東京，1991年2月。

横田正雄：学校を拒否した子供たち。練馬・東京拒否を考える会，1990年2月，東京。

横田正雄：知能テストとその周辺。日精研心理臨床センター，1990年2月，東京。

横田正雄：面接の技術（全3回）福祉事務所新任職員研修，東京都福祉局，1990年5月～6月，東京。

横田正雄：心理学概論（全6回）社会福祉主事資格認定講習会，東京福祉局，1990年6月～7月，東京。

横田正雄：中学校での性格テストについて。「子供の人権を考える全国シンポジウム」，「父母の教育権とPTA」研究会，1990年8月，東京。

横田正雄：子供の発達と親の役割。精神衛生普及会，1990年10月，東京。



## VI 雜 誌 目 録

## 洋雜誌

購入 無印

寄贈 ○

継続 +

○Acta Geneticae Medicae et Gemel-  
logiae

1952 Vol. 1-1957 Vol. 6

Acta Paediatrica Scandinavica

1990 Vol. 79+

Acta Paediatrica Scandinavica Sup-  
plementum

1989 No. 357+

○Acta Paedopsychiatria

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 Associa-  
tion Bulletin

1954 Vol. 2-1959 Vol. 7

○American Anthropologist

1956 Vol. 58-1960 Vol. 62

American Journal of Diseases of Chil-  
dren

1988 Vol. 142+

American Journal of Human Genetics

1954 Vol. 6+

American Journal of Mental Defi-  
ciency

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 Nerven-  
krankheiten1949 Vol. 183, 1951 Vol. 196-1984  
Vol. 2341985 Vol. 235ヨリ European Archives  
of Psychiatry & Neurological Sci-  
encesトナル

Archives de Biologie

1962 Vol. 73-1963 Vol. 74

Archives of Biochemistry and Bio-  
physics

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 Develop-  
ment  
1970 Vol. 1+
- Child Study (A Quarterly Journal of  
Parent Education)  
Vol. 34
- Children  
1953-1957
- Chronicle of the World Health Organi-  
zation  
1957 Vol. 11-1958 Vol. 12  
Vol. 13ヨリWHO Chronicleトナル
- Clicical Social Work Journal  
1987 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 Acad-  
emy of Arts and Sciences)

- 1960 Vol. 89-1983 Vol. 112  
 Developmental Medicine & Child  
 Neurology  
 1961 Vol. 3+  
 Developmental Psychology  
 1987 Vol. 23+
- Digest of Neurology and Psychiatry  
 1947 Vol. 15-1955 Vol. 23
- Educational & Psychological Measure-  
 ment  
 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+
- European Journal of Pediatrics  
 1990 Vol. 150+
- L'Evolution Psychiatrique  
 1970 Vol. 35+
- Excerpta Medica Neurology and Neur-  
 osurgery  
 1952 Vol. 5-1990 Vol. 87
- Excerpta Medica Psychiatry  
 1966 Vol. 19-1990 Vol. 62
- Experimental Brain Research  
 1973 Vol. 17+
- Experimental Brain Research Sup-  
 plementum  
 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 Psychodrama &  
 Sociometry  
 1960 Vol. 13+
- Harvard Public Health Alumni Bulle-  
 tin  
 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
- 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 Clinical Psychopharmacology
- 1988 Vol. 8+
- 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  
1987No. 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 Nuerology  
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. 33-1990 Vol. 77
- 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 Vol. 50+
- 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
- Rorshachiana

- 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. 26-1990 Vol. 38  
Sociological Methodology  
1986 Vol. 16+  
Sociological Review  
1954 Vol. 2+
- Sociometry  
1953 Vol. 16-1954 Vol. 18
- Soviet Neurology & Psychiatry  
1968 Vol. 1-1970 Vol. 3
- Soviet Psychology  
1967 Vol. 6-1969 Vol. 7
- Soviet Sociology  
1969 Vol. 7-8
- Sowjetwissenschaft  
1955 No. 1-3
- State of Ohio Department of Mental Hygiene and Correction Annual Report  
1956-1964
- Statiscal Report: State of Ohio Department of Mental Hygiene and Correction  
1965-1972  
Transcultural Psychiatric Research Review  
1964 Vol. 1+
- United Nations: Information Leter, Division of Narcotic Drugs  
1972-1980  
World Federation for Mental Health Annual Report  
1950-1968  
WHO Chronicle  
1959 Vol. 13-1986 Vol. 40終刊
- WHO Technical Report Series  
Vol. 24-73  
No. 177-741  
World Health Forum  
1980 Vol. 1+  
World Mental Health  
1953 Vol. 5-1963 Vol. 15
- Yonsei Medical Journal  
1969 Vol. 9+
- Zeitchrift fur Psychotherapie und Medizinische Psychologie  
1951 Vol. 1-1973 Vol. 23

和雑誌

購入のみ  
 継続+  
 アルコール医療研究  
 1987 Vol. 4+  
 病院地域精神医学  
 1987 No. 87+  
 地域保健  
 1988 No. 88+  
 月刊障害者の福祉  
 1988+  
 発達障害研究  
 1984 Vol. 6+  
 保健婦雑誌  
 1988 Vol. 44+  
 医学のあゆみ  
 1987 Vol. 142+  
 医用電子と生体工学  
 1963 Vol. 1+  
 Japanese Journal of Psychiatry and Neurology  
 1949. Vol. 3+  
 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

精神保健研究所年報の主たる目的は、所員の1年間の研究活動の実態を示すことである。とくに研究業績の項をご覧いただくとおわかりと思うが、年々、英文での業績発表が、少しずつ増加してきている。まだ同じセンターの神経研究所での英文論文の数に比べると、一桁少ないという現実はあるが、着実に増加していることは喜ばしいことである。

もちろん将来、様々な言語の間の相互の翻訳がコンピューターなどによって、簡単に行えるようになれば、何語で書いたものであれ、すぐれた論文は、外国人を含めて多くの読者の目にふれることはいうまでもない。しかし現在のように、英語が国際語として不動の地位を占めており、この事態が変りそうもない限りは、如何に困難ではあっても、研究成果が国際的に共有され得るためには、英文で発表するという努力が、研究を職業とする者にとっては、避けられないこととなっているのではないだろうか。

当研究所での研究のような臨床に密着した研究は、動物実験を主とする研究にくらべて、成果がまとめられるには、はるかに時間がかかり、その限りでは、論文生産量が低くなることは、いたしかたないところである。しかしその発表のスタイルに関しては、精神保健研究にたずさわる研究者も、基礎医学はもとより神経学あるいは生物学的精神医学領域の研究者の努力を見習わなくてはならないのではないだろうか。(栗田 廣 記)

編集委員

藤 縄 昭

大 塚 俊 男

高 橋 徹

栗 田 廣



精神保健研究所年報 No. 4 (通号 No.37) 1990

---

平成3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

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

(非売品)

電話 市川 (0473) 72-0141

---

印刷：(株)東京アート印刷

