

国立精神・神経センター
精神保健研究所年報

第1号(通巻34号)

昭和62年度

National Institute of Mental Health
National Center of Neurology
and Psychiatry

— 1987 —

国立精神・神経センター
精神保健研究所年報

第1号(通巻34号)

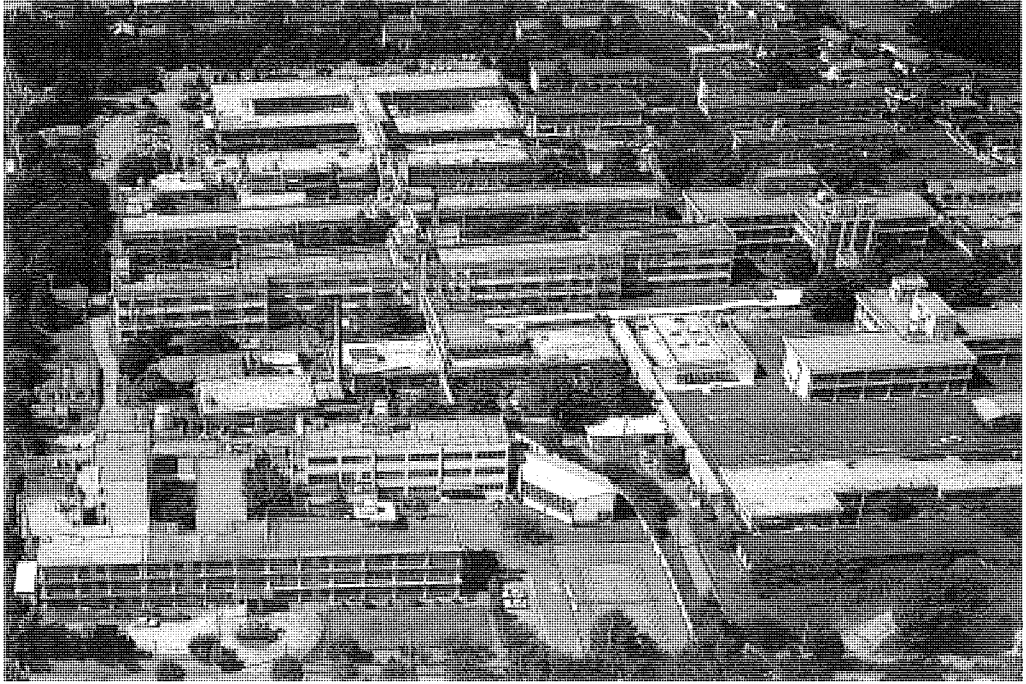
昭和62年度

National Institute of Mental Health
National Center of Neurology
and Psychiatry

—1987—

正 誤 表

		(誤)	(正)
7頁		精神保健研究室	精神保健研修室
16頁		社会の急建な	社会の急速な
39頁		桜井芳郎	櫻井芳郎
〃	〃	権谷	椎谷
64頁		昭和36年度	昭和35年度
70頁	左	The relatishipx between the emotional seal and physical actiorities for the	The relationships between the emotional status and physical activities of the
		14~15行	
72頁	左	Alzheimer 病	Alzheimer 病
75頁	右	宗像恒次	宗像恒次・椎谷淳二
78頁	右	全般的達障害	全般的発達障害
90頁	左	Outocome	Outcome
〃	〃	〃	〃
98頁	左	Collque franço-japonaise	Colloque franco-japonaise
99頁	右	共生幼児精神病 (Mahler) の症候学のおよび疾病分類学的検討	学会発表の欄へ
100頁	左	児童・思春期精神障害の疾患分類に関する研究 (第1報)	学会発表の欄へ
111頁	右	Arcbiv für Nervenkeiten	Archiv für Nervenkrankheiten
112頁	左	Français	Français
	右	Neur-ological	Neu-ological
113頁	右	Affectine Disorder	Affective Disorders
115頁	左	Pacific	Pacific
	右	Mendicine	Medicine
116頁	右	Statiscal	Statistical
141頁		National Statistics Mental	National Statistics of Mental



国立精神・神経センター国府台キャンパス
(左前面が精神保健研究所)

は し が き

昭和61年10月1日、国立精神衛生研究所として馴染まれていた本研究所は、国立精神・神経センターの一部門として再編成され、新しい一歩を踏み出した。そして国立精神・神経センター精神保健研究所と名も改まり、その年報第一号をここに発刊する運びとなった。昭和27年本研究所発足以来、「精神衛生研究」・「精神衛生資料」を発刊し、昭和57年より両誌を合本して「精神衛生研究」としてきたが、この度それぞれに新しい装いをもって編集され、再び「精神保健研究」と「精神保健研究所年報」となる。内容の割り振りはそれぞれの「あとがき」に編集委員会が説明することになっているが、本年報第1号は「精神衛生研究」33号を引き継ぐものとなる。従前に増して充実して行くよう所員一同張り切っているので、御期待願いたい。今日までの所員の努力に衷心からの感謝を捧げると共に、読者諸氏の御批判、御激励をお願いする次第である。

ご承知のように国立精神・神経センターは既設の2病院、2研究所からなる寄り合い所帯で、現在なお移行期にあり、ナショナルセンターとしての機能は十分に果たせていない。特に我々の研究所は今までの行政的研究と共に、精神・神経疾患の高度専門医療を目指す基礎的研究も担わなくてはならないこととなった。責務の重大さを真剣に受け止め、一層の努力を致す所存である。その努力の過程を暖かく見守って頂きたい。

何はともあれ、新しい意匠の年報を刊行できることを喜び、第一歩を印するものとして、記憶にとどめておきたいと思う。

昭和63年3月15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	13
3.	心身医学研究部	16
4.	児童・思春期精神保健部	17
5.	成人精神保健部	23
6.	老人精神保健部	26
7.	社会精神保健部	32
8.	精神生理部	37
9.	精神薄弱部	39
10.	社会復帰相談部	46
III	研修実績	51
IV	研究業績	65
V	雑誌目録	111
VI	精神保健に関する資料	119
1.	厚生省の統計から	119
2.	国際疾病分類第10回改訂の精神疾患に関する章について	131
3.	精神障害に関する統計 —昭和59年度—	141

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、千葉県市川市に国立精神衛生研究所が設置された。

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

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

精神薄弱に対する対策の確立の必要性が高まったことに伴い、昭和35年10月1日新たに精神薄弱部が設置されると同時に、既存の部の名称変更を伴う組織の再編成が行われた。この結果、組織は、総務課、精神衛生部、児童精神衛生部、社会精神衛生部、精神身体病理部、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一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一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、精神保健研修室を含め10部22室となった。

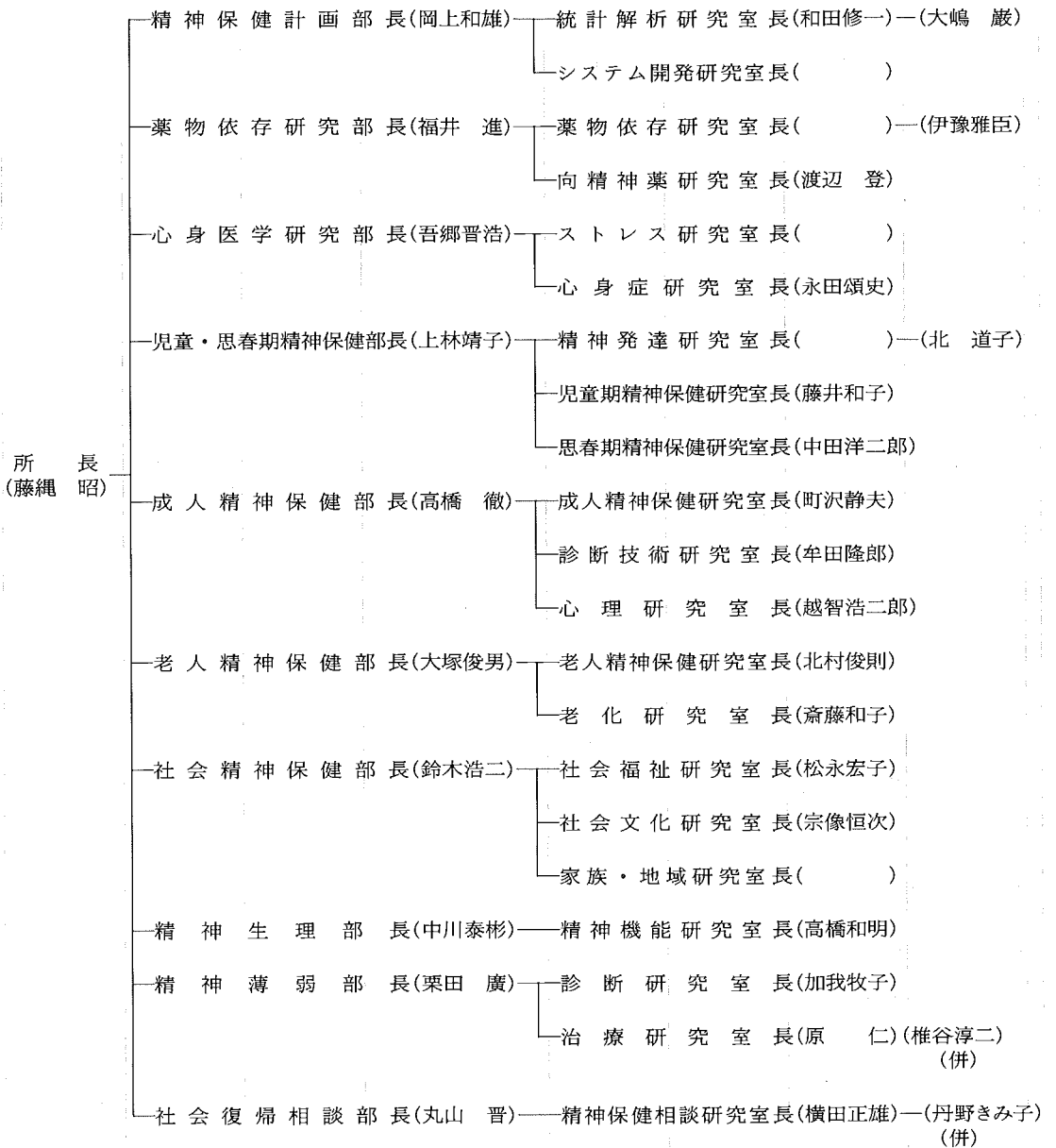
沿 革

年月	事項	所 長	組 織 等 経 過
昭和25年 5月			精神衛生法国会通過（精神衛生研究所設置の附帯決議採択）
26年 3月			厚生省公衆衛生局庶務課が設置の衝にあたる
27年 1月		黒 沢 良 臣 (国立国府台病院院長兼任)	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 6月 10月		内 村 祐 之	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 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
37年 4月		尾 村 偉 久 (公衆衛生局長事務取扱)	
38年 7月		若 松 栄 一 (公衆衛生局長事務取扱)	
39年 4月		村 松 常 雄	

I 精神保健研究所の概要

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

3. 職員配置及び事務分掌



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
総務課		総務課 精神衛生研修室					
心理学部	精神衛生部	精神衛生部 心理研究室 精神衛生相談室				精神衛生部 心理研究室	
児童精神衛生部			児童精神衛生部 精神発達研究室				
					老人精神衛生部	老人精神衛生部 老化度研究室	
社会学部	社会精神衛生部			社会精神衛生部 ソーシャルワーク研究室			
生理学形態学部	精神身体病理部	精神身体病理部 生理研究室					
優生学部	優生部						
	精神薄弱部						
			社会復帰部				社会復帰相談部 精神衛生相談室
研修課程		医学科 心理学科 社会福祉学科 精神衛生指導科					

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			
54	58	61年4月	61年10月	62年4月	62年10月
		総務課 精神衛生研修室	庶務課 精神保健研究室	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		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		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
	老人精神衛生部 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
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	医学課程 心理学課程 社会福祉学課程 精神衛生指導課程 精神科デイ・ケア課程	精神保健指導課程	医学課程 心理学課程 社会福祉課程 精神保健指導課程 精神科デイ・ケア課程

II 研究活動状況

1. 精神保健計画部

精神保健計画部は、昭和61年10月1日に発足後、わが国の精神保健医療・精神障害者福祉に関する当事者（本人、家族）のニーズ把握、それらを左右する地域社会・一般住民の意識、受療・診療動向、地域社会における当事者の生活実態・就労実態等について調査研究を実施してきた。保健医療・福祉の需要把握と関連条件の分析に課題がしばられ、精神保健計画というにはやや幅が狭い嫌いなしとしがないが、それは将来の課題である。

以下、研究補助費を受けている関連研究主題項目をあげる。

1. 慢性精神障害者の地域ケアと家族の役割、および家族支援のあり方に関する研究（厚）
2. 精神障害者本人からみた自立の課題と価値意識に関する研究（厚）
3. 精神障害者を包み込んだ保健と福祉のコミュニティづくりに関する研究（科）
4. 精神障害者が利用する作業所の実情と活動のあり方に関する調査研究（厚）
5. 精神障害者を対象とした地域社会資源・活動の動態分析および情報伝達のシステム化に関する研究（他）
6. 在宅ケアと入院ケアに関する医療効率等の比較検討（厚）
7. 精神障害者小規模作業所の実情・活動の共同調査（厚）
8. 心の健康についての国民意識に関する共同調査（所）
9. 家族会指導者の調査結果の分析及びインテンシブ調査に関する共同研究（厚）
10. 定年退職者・高齢者の生活適応に関する調査研究（他）
11. 県レベルの精神障害関係のマクロ共同調査（他）
12. 精神病院長期在院高齢者の退院を阻害する社会的条件に関する共同研究（厚）
13. 医療機関が行う病院外社会復帰活動の現状と問題点に関する共同研究（厚）
14. 精神障害者の就労に関する機能の特性の分析および評価モデルの作成に関する共同研究（他）
15. 広域レベルの在宅分裂病者の実態に関する共同調査（他）

以上のうち、部員の大嶋は、1から8と13、統計解析研究室長の和田は、7から11、岡上は、11から15、に取り組んだ。7については社会復帰相談部の丹野と、14については、同部の丸山、丹野と、8については社会精神保健部の宗像と協同している。各項について他機関と共に実施しているものには「共同」と付した。

それぞれの末尾の（厚）は厚生科学研究費関係、（科）は文部省科学研究費関係、（所）は所特研費、（他）はその他の公的研究費関係のものである。

（岡上和雄）

精神障害者との接触体験と社会的距離

——開放的な処遇をする精神病院の周辺住民を対象にした調査から——

大嶋 巖 他

I. はじめに

今日、身体障害者や精神薄弱者などの障害者が地域社会の中で生活して行くことは、ごく日常的事実として受け入れられている。しかし、精神障害を持つ人々は精神病院での生活を強いられていることが多く、地域ケアの理念は未だ実効あるものになっていない。このため、精神障害者と一般住民の接触機会は少なく、この障害に対する具体的なイメージがないまま、精神障害者は時に危険視され、排除の対象にさえされている。

これに対して、精神障害者との日常的な交流が行われている地域での、一般住民の精神障害者観はどうであろうか。本報告では、「開かれた精神病棟」で知られる三枚橋病院（群馬県太田市）の周辺住民を対象にした調査の結果から、日常的な交流が地域住民と精神障害者の社会的距離（Bogardus, ES）を縮小していることが観察されたので報告する。

II. 調査対象と方法

調査対象者は、三枚橋病院が位置する鳥ノ郷地区（旧村：人口11000人）の選挙人名簿から系統抽出法により抽出した500人である。これらの対象者に配票留置法による調査を実施し、回答の得られた397例に分析を施した。主要な調査項目は、精神障害者と一般住民間の社会的距離と両者の接触体験である。社会的距離については、社会復帰途上にある事例Aを提示し、この事例が回答者の具体的生活場面（社会復帰の際問題になる「アパート入居で隣人になる」「同じ職場で働く」など）での接触をどの程度受け入れる

かについて尋ねることにした。

III. 結果と考察

1) これらの対象者の「知人・身内との接触体験」については、「知人・身内に患者がいる」のは34%であった。一方、三枚橋病院の患者との接触体験は豊富で、「三枚橋病院を知っている」のは95%、「三枚橋病院に行ったことがある」のは45%、そして61%の住民が日常的に路上などで患者を見かけていた。そしてその半数近くが患者と会話を交わした経験を持っていた。また、病院の行事に参加したことがあるものは27%であった。このような接触を通して、精神障害者への印象が変わったという住民は4割近くいた。

2) 社会復帰事例の事例Aについて、回答者の隣りに転居した場合の受け入れでは、「他の人と同じような近所付き合い」を半数以上が、「困っているときには手を貸す」を26%が選択していた。これに対して、「拒否的」な回答は2割に満たない。

3) さまざまな条件にある事例の社会的距離をみると、「スタッフの指導がある場合」と「同じ職場で働く場合」に好意的な反応が多い。これに対して、「小規模作業所が近所にできる場合」には、好意的な回答が少なくなる。

4) 社会的距離に影響する要因としては、「性別＝男性」「年齢＝60歳以上」「地理的な距離＝近い」「ボランティア経験＝あり」「障害を持ったり長期療養をした経験＝あり」「思い悩んだ経験＝あり」などで、これらの場合社会的距離が小さい。そして、「接触体験」との関係では、精神障害者との接触体験があるほど、そして三枚橋病院をよく知っているほど、精神障害に対する具体的な知識があるほど、住民と精神障害者の間の社

会的距離が縮小されることが確認された。

IV. まとめ

三枚橋病院周辺住民の精神障害者との接触体験は豊富で、具体的な接触体験を積む中で住民の意識が徐々に変化していた。そして、精神障害者との接触体験が多いほど、精神障害者との社会的距離が小さくなる。このことから、精神障害回復者と一般住民の接触の機会を増やすことが、両者の社会的距離を短縮させる上で有効であり、一般住民が、一方的に精神障害者を危険視し排除の対象にすることを防止するのではないかと示唆された。

(第45回日本公衆衛生学会，長崎，1987)

精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と 家族支援のあり方に関する研究

大嶋 巖

1. はじめに

日常生活の一部を他者に依存せざるを得ない患者・障害者の地域ケアを考える際には、身近な援助者（特に家族）をも考慮に入れて彼らの生活上の問題を捉え、援助・施策のあり方を考究すべきである。本研究では、まず第一に援助者たる家族の側から見た精神障害者と家族の関わりを、①障害者の日常生活行動に対する家族の援助協力行動（協力度）、②障害者との共同生活に起因する家族の生活行動の障害（困難度）、③障害者を受容する心理状況（共感度）の三要素から捉え（協力態勢と呼ぶ）、第二に良好な協力態勢（高協力、低困難）を実現する条件を家族内外の資源的条件から明らかにし、家族支援のあり方を探ることとした。

2. 対象と方法

調査は、地域類型の異なる都市部（川崎市）と農村部（長野県東信地区）に組織された地域家族会員のうち、在宅障害者のいる家族全数を対象とし、それぞれ135例と106例に質問紙を用いた訪問面接調査を実施した。

3. 結果と考察

対象者は、男性6割、年齢は30歳代が5割、精神分裂病が確認されたもののうち93%であった。

協力度の個々の項目では「医療面の協力」や「精神面の支援」が多く、困難度の項目では「家族の将来設計に関する困難」「世話で心身ともに疲れる」が高率であった。

協力態勢に関連する要因について見ると、協

力度は代理の世話人の有無や経済力などの「家族内資源」、地域の支援者の状況を示す「地域資源」の多くの項目と正の相関関係を持ち、資源状況が良好な時に協力度が向上していた。他方、困難度は資源的条件と関連性を持たない。そして協力度との関係では、協力行動を行なうことが困難度を上昇させていた。この関係は、共感度に関連する項目によって抑制される。

4. まとめ

以上から、家族支援のためには、まず家族を取り巻く資源を整備すること、次に家族の共感度形成に向けて家族を孤立させず親身の援助を提供することが必要であると考察された。

（精神経誌89巻3号、1987年）

2. 薬物依存研究部

薬物依存研究部は昭和61年10月1日に創設されたものでその歴史は新しい。

薬物依存の研究はわが国ではアルコール依存に比べて10年遅れていると言われており、まだ組織化された研究体制は出来ていない。また、薬物依存の治療体制も不十分と認めざるを得ない状況にある。

そこで薬物依存研究部の昭和62年度の活動方針としてつぎの三点を考えた。

- 1) 研究室の今後の研究の基礎を作ること
- 2) わが国の薬物依存の研究体制を組織化すること
- 3) 医師を対象とした薬物依存の研修会を開催し、薬物依存の知識の普及と治療体制の確立に努めること

第一については情報の収集からスタートした。現在わが国で最も社会問題化している覚せい剤に関する文献をあつめ整理した。それを「覚せい剤乱用発生因子に関する研究」と題してまとめた。次に薬物依存の研究を進めるためにはわが国の薬物依存の実態を把握する必要があると考え、わが国の精神科医療施設を対象とした実態調査を施行した。現在「わが国の薬物依存の疫学的調査研究」と題してまとめているところである。

将来、当研究部がわが国の薬物依存の情報センター的役割が果たせるようにしたい。さらに国立精神・神経センター国府台病院と共同研究を進めている。聴感覚反応器を設置し、国府台病院精神科と精神疾患と事象関連電位との関係とくに薬物依存および向精神薬との関連につき計画を進めている。また高速液体クロマトグラフィーを設置し国府台病院薬剤科との共同研究が実行にうつりつつある。

第二の課題であるが、幸いなことに精神・神経委託研究の中で「薬物依存の発生と病態に関する研究」が認められ、研究班が組織された。福井は主任研究者と協力して班員の選考、研究内容の決定、研究班会議の運営など研究班の事務局を勤めてきた。わが国で初めて組織された薬物依存の研究体制を発展、充実させるように努力したい。

第三の研修会であるが、「薬物依存臨床研修会」として国立病院・療養所、自治体立病院の医師25名が参加して昭和62年9月10日から12日までの3日間国立精神・神経センター精神保健研究所にて行われた。講師は薬物依存の基礎、臨床に秀でた10名に依頼し、臨床研修の場として国立下総療養所に求め、好評裏に終わった。

薬物依存研修会はわが国では初めての試みであり、10年後の治療体制をつくるための種蒔きのようなものであって、今後も医師のみならず保健婦、精神衛生相談員などを対象に積極的に継続していく予定である。願わくばこの研修会が予算化されることを期待する。

以上、薬物依存研究部が昭和62年度に主に行ってきた活動である。

福井（部長）は全体の総括責任者として運営に努め、渡辺（室長）、伊藤（研究員）はそれぞれの立場から協力するとともに、渡辺は厚生省精神保健課に併任しながら主にアルコール、タバコ依存について優れた研究をまとめ、伊藤は放射線医学総合研究所に併任して主にポジトロンCTを駆使して精神薬理と薬物依存の研究をおこない核医学会その他の学会に優れた報告をしている。

昭和63年度はこれまでの経験をいかしてさらに充実、発展させていきたい。（福井 進）

睡眠薬等医療用薬物の依存形成について

福井 進

序 論

睡眠薬、抗不安薬を長年の間服薬し続けても処方量も増えず、生活の破綻も見られず、しかも薬なしではいられぬ、いわゆる「静かなる依存」といわれる患者は精神科のみならず各科の外来に多くいる。

一方、耐性が形成され、使用量の増加、退薬症状の発生、生活の破綻が著明で薬物摂取が生活の全てとなるような依存患者もいる。

長期服用患者と依存患者を比較することにより、睡眠薬等医療用薬物の薬物依存発生の因子を考察する。

方法および対象

国立精神・神経センター国府台病院精神科外来に通院中の睡眠薬、抗不安薬を5年以上服薬を続けている長期服薬患者21名、同病院の外来、入院で治療した睡眠薬、抗不安薬の依存患者12名を性別、初診時年齢、初診時診断、初回薬物使用年齢および薬物乱用歴、精神病理性を比較検討した。

結 果

①性別：長期服薬患者は男9名、女12名である。依存患者は男6名、女6名であって、長期服薬患者は女性がやや多いが、依存患者群は男女半々であった。

②初診時年齢：長期服薬患者は平均年齢53歳で、41歳から64歳の間で、多くは40歳代後半から50歳代であった。依存患者は平均年齢47歳で、32歳から62歳であった。初診時年齢は長期服薬患者が高く、依存患者は低い。

③初診時診断：長期服薬患者は神経症8名、抑うつ状態6名、不眠4名、心気症2名、不安状態1名であり、これ等の診断のもとに治療を開始している。依存患者は当然であるが睡眠薬依存7名、抗不安薬依存3名、非麻薬性鎮痛依存2名であった。

④薬物初回使用年齢および薬物乱用歴：長期服用患者は21名中17名が当院を受診して初めて睡眠薬、抗不安薬の投与を受けており、他の4名も40歳以降の初回使用であった。鎮痛薬などは時には服用することはあったが連用はない。依存患者は11名中2名が10代で鎮痛薬を常用、5名が20歳代で不眠のため睡眠薬を時々服用し以後抗不安薬、鎮痛薬も連用、5名が30歳代で睡眠薬、抗不安薬を初回使用し、以後常用しており、12名中6名が依存症による治療歴をもっていた。いずれも長期服用患者に比べて早期より睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬を使用していた。

⑤精神病理性：長期服薬患者は初診時に前記のような診断つけられたが、神経症的、抑うつ傾向は認めるも、治療により安定し社会生活、家庭生活をおくり、目立った性格の偏りはなかった。一方、依存患者は明らかに対人緊張感が強く、防衛的であり、あるいは弱々しく依存的で自己愛欲求をあらわにするタイプで明らかに若年より性格偏向が著しい。

考 察

報告の長期服薬患者は初めは不眠、不安、抑うつ、心気などの症状により抗不安薬、睡眠薬の投与を受け、その後安定した生活を送っているが、途中何らかの理由で中断すると不安、不眠を訴え、薬物の継続投与を求めるなど、薬物

に対する精神依存は形成されており、程度は軽いが薬物依存の範疇に入ろう。依存患者は精神依存のみならず、身体依存も形成され、退薬症状、強迫的な薬物探索行動など依存症状は重篤である。

両者とも中高年層で占められ、男女半々か女性やや多く、何らかの医療行為から薬物の連用が始まっており、Bejerotの言う個人型(医原性)薬物依存の特徴がでている。流行病型薬物依存と異なり不安、不眠、抑うつなど精神的問題や身体的苦痛(主に疼痛)の改善を求めて薬物を使用しており、それ等の精神的、身体的苦痛が依存発生の一の原因になっている。

長期服薬患者群は何らかの Life Crisis を契機に不眠、不安、抑うつが発生し精神科外来を初めて受診している。しかも人生で最も問題が顕在化しやすい40歳以降であることが特徴である。症状が改善することにより薬物の本来の薬理作用に依存し、安心して生活をしようとするところに依存発生のメカニズムがある。不安、心氣的、抑うつなどの神経症的性格の人であるが、その病理性は軽度である。それだけに薬物への依存の傾斜を自ら抑制出来たのであろう。

依存患者群は基本的には長期服薬群に共通した問題点を抱えているが、その半数が20代ですでに不眠その他の理由で睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬を常用しており、後は30代で薬を使用しているなど早い年代ですでに依存が形成されているのが特徴である。

性格偏向が強く、薬物を用いることにより自我の拡大を図るところに一つの発生メカニズムがある。服薬すると気が大きくなる、明るくなる、普段と違った自分になるなどである。対人緊張感の緩和や不安の軽減を目的としており、薬物への依存度が一層強まるものとする。長期乱用による性格変化でなく、元来の性格が依存形成に大きく関与している。

依存発生の原因は個人の性格によるが、長期服薬群では家庭的にも比較的めぐまれており、依存群では夫婦間の同一性の欠如や家庭内での

役割の欠如などの環境因子も関与する。

文 献

- 1) Bejero, N: Social Medical Classification of Addiction, I. J. Addiction, 4; 3, 1969
- 2) 福井 進, 他: 薬物依存の疫学的調査研究, 厚生省精神・神経疾患患者研究委託1987
- 3) 西岡昌久, 他: 薬物依存の臨床精神病理学的研究, 精神神経誌, 88; 175, 1966

3. 心身医学研究部

近年、社会の急激な変化に伴う心理・社会的ストレスの増加は、いわゆる心身症を急増させているといわれる。このような現代社会の趨勢に対応すべく、昭和62年10月1日当センターに心身医学研究部が創設された。

しかし、当研究部の体制はまだ整っておらず、本格的な研究活動を開始していないので、これからの研究計画について述べ、ご理解とご協力を仰ぎたい。

1. わが国における心身症の診断基準は、研究者により必ずしも一致しておらず、したがって正確な症例数はわかっていないのが実情である。そこで、まず臨床各科における心身症の診断基準の統一をはかるための研修会を開き、その後で全国的な実態調査を行いたいと考えている。その際、国公私立大学病院、県市町村立病院、個人病院・医院、都市・農村地域などによる差の有無についても明らかにしたいと考えている。さらに、できれば世界各国の協力を得て、国際的な心身症に関する実態調査を行いたいと考えている。
2. 心身症の病態・発症メカニズムを脳神経生理学・生化学、精神薬理学、精神神経免疫学、免疫薬理学、臨床心理学、社会心理学、精神分析学、行動医学などの研究方法を取り入れて解明する。できれば動物で心身症モデルを作製し、それを用いた基礎的研究により臨床的研究を裏づけ、さらに発展させていきたい。
3. 心身症に対する独自の治療法を自律訓練法、行動療法、精神分析療法(交流分析療法を含む)、家族療法、東洋医学的な治療法などの治療技法を取り入れて開発する。少なくとも代表的な心身症に関しては早期診断と治療法のガイドラインを作成したい。
4. 国府台病院を中心に関連病院の協力を得て、レジデント制を活用した研修カリキュラムを作成し、臨床各科に心身症の診断と治療ができる医師を配置できるように協力したい。できれば臨床心理士、メディカル・ケースワーカーなどのコ・メディカルスタッフの研修にも協力し、当研究所ならびに国府台病院が心身医学の研修センターとしての機能を発揮できるよう努力したいと考えている。
5. 予防医学における心身医学の役割を明確にし、その一翼を担いたい。

(吾郷晋浩)

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) 精神衛生相談の臨床活動 3) 児童思春期の精神健康に関する研究の3つを研究活動の柱としてきた。

1) については、北が乳幼児の発達過程を小児神経学的観点からの臨床症状の追跡や行動科学的方法を用い、prospectiveあるいはretrospectiveな記録を分析し、発達障害や情緒的問題の早期発見や発現要因についての検討を行なうべく資料収集中である。また中田は、思春期の自我機能の発達について文章完成法の記述から分析を進めており、日米の比較研究や臨床への応用をめざしている。藤井は親の生活価値観や子育て観・養育態度と思春期の子供のパーソナリティのとらえ方、子供の将来についての不安との関連について調査研究を行いその結果を日本教育心理学会にて報告した。

あらたに今年度は注意欠陥障害や学習障害の疫学的調査の基礎となる感覚統合機能の発達の研究にむけて神経心理学的研究を行なうべく準備を開始した。

2) 臨床活動として従来通り、医師・心理師・ソーシャルワーカーの臨床チームによる精神衛生相談を行なってきた。我々の臨床活動は来談者のニーズに応じた治療行為であることはもちろんであるが、医療や教育・福祉との連携をはかり、総合的な治療システムのモデルの確立を模索している。この点についてはセンター化に伴い国府台病院との有機的な共同がはかりやすくなり、思春期の適応障害をテーマに共同の臨床研究を検討している。我々の相談活動は単に臨床研究のフィールドとして利用されるだけではなく、そこからえられる刺激は精神発達・精神健康調査などの研究の基盤としても重要な位置を占めている。

中学生の不登校事例が多くなり、従来の学校恐怖症、登校拒否概念からはとらえきれない事例に注目して、その背景、状態像、経過、治療などについて検討中である。

3) 昨年度に実施した中学生調査をもとに欠席・仲間関係・家族状況と精神健康との関連について分析を行なった。

昨年に引続き中学生の欠席・欠席理由と日常生活・自己評価などとの関連を中心に分析を行なった。その結果欠席理由は中学生の精神衛生上の問題をとらえるうえでの重要な指標とすることができることが明らかになった。これについては第57回小児の精神神経研究会において発表した。

崩壊家庭と子どもの精神健康に関する研究は厚生省精神・神経疾患研究委託費によりなされた。この結果は第8回日本社会精神医学会にて報告し、家族崩壊が多様化する今日子どもの精神的安定を支える基盤が弱まり、情緒的障害をきたしやすくしていることを示唆した。この点についてはさらに調査検討を重ねる予定である。

いじめはこの数年子どもの世界で注目を集めた問題のひとつである。我々はこれを仲間関係の一つの出来事である点に注目して、仲間関係に対する感情と精神健康の関連についての分析を行なった。その結果仲間関係に否定的な感情を持つ群といじめ経験は心身の健康、自己評価、学校への適応の困難など共通の問題を持っていることを明らかにした。これについては第3回日本精神衛生学会において中田が報告した。

(上林靖子)

家族崩壊と子供の精神健康に関する研究

上林 靖子・河野洋二郎・藤井和子・北 道子

池田由子 (聖徳学園短期大学)

実父母との離別を経験した子どもは、両親の揃っている家庭の子どもに比べ、精神衛生上さまざまな問題をもっていることがこれまでの研究で指摘されてきた。また、法的には欠損がなくとも家庭内葛藤をはらんだなかで成長した子どもは、行動障害や情緒の問題を現わすことが多いと指摘されており、時には離婚等の崩壊家庭よりも有害な影響を与えるとさえ言われている。

我々は神経症的徴候に焦点を絞り一般の中学生を対象にした調査から次の4点について再検討を行なった。1) 家族状態により神経症的徴候の出現に違いがあるか 2) 男児と女児で離別の影響に相違がある。 3) 喪失した親が父親であるか母親であるかにより相違があるか。 4) 家族仲の良否により相違があるか。

方 法

この調査は我々の作製した質問票により協力の得られた首都圏の中学校10校の生徒約6000人を対象に、自記式で、昭和61年7～9月に実施された。

実父母との同居状況により、離婚群、死別群、実父母とも同居しているもの(Intact群)を区別した。全調査対象では、10.2%が実父又は実母と離別していた。これらのうち離別理由が明瞭な離婚と死別の2群を対象にIntact群と比較、検討を行った。家族仲については4段階評価で、子どもが「とてもよい」あるいは「まあよい」とするものを調和群、最も否定的な評価である「全くよくない」とするものを不和群とした(表1)。Intact 調和群は、Intact 不和群と性別・学校・家族構成をマッチさせた2例を抽出した

ものである。

精神健康の指標として、Kellnerらの作製したSelf Rating Test (SRT)を、中学生に用いるために若干の表現の修正を加え使用した。因子分析の結果3つの因子(抑鬱尺度・不安尺度・身体症状尺度)が抽出された。それぞれの群について各尺度別の平均点を求め、t-検定(両側)を行った。この際有意水準を5%とした。

結果(表2)

1) 家族状態(Home State)別の得点:離婚群は、抑鬱得点(D-score) 8.93, 不安得点(A-score) 5.49, 身体症状得点(S-score) 5.47, 総得点(Total Score) 19.63であり、いずれもIntact群より高得点でその差は有意であった。死別群とIntact群について比較すると、抑鬱得点が8.59 6.98, で両者の差は統計学的に有意であった。その他の得点では有意な差があるとはいえなかった。

2) 性別の得点:離婚群についてみると、女子の抑鬱得点が男子より高くその差は有意であった。その他には有意な差があるとはいえなかった。死別群に関しては、抑鬱得点・身体症状得点・総得点において男子の方が女子より高得点でその差は有意であった。Intact群は各得点とも性別による有意な差があるとはいえなかった。

3) 離別した親別の得点:離婚群・死別群とも父親と離別したか母親と離別したかによる差があるとは言えなかった。

4) 家族仲(調和群・不和群)別の得点:離婚群については調査群と不和群の間に有意な差があるとはいえなかった。死別群・Intact群とも不和群が高得点で、その差は有意であった。

考 察

SRTを指標として用いたこの調査結果は離婚家庭の中学生がIntactな家庭の中学生よりも多くの神経症的徴候を有していることを示している。離婚が神経症的徴の出現に影響していることは改めて確認されたが、どのような要因がその発現に関与しているかについては今後の課題である。

死別家庭の中学生は抑鬱得点においてIntactな家庭のものより高得点で、臨床例に基づく報告と一致するところである。Rutterは死別によ

る精神健康上のリスクは離婚や別居などの生別ほど小さくなく、両群の問題は類似していると指摘している。この結果はこの見解を裏付けるものである。またこの群は男子が女子よりも高得点であり、男子中学生にとって父親との死別は、神経症的徴候を出現させる要因となっているといえる。家族間の不和が神経症的徴候の出現に影響を与えていることを確認するものであった。しかし注目されるのはこの影響は離婚群では有意な差をもたらすほどではなかったことである。

表1 対象

対 象		性 別		離 別 親 別		家 族 中	
		男 子	女 子	父不在	母不在	調 和	不 和
離 婚 群	144人	64人	80人	115人	29人	100人	11人
死 別 群	112	52	60	82	30	84	8
INTACT 群	457	275	182	—	—	457	230

表2 結果

	SRT D-SCORE	A-SCORE	S-SCORE	TOTAL
HOME STATE	D>I** B>I*	D>I**	D>I**	D>I**
性 別	D:F>M* B:M>F*		B:M>F*	B:M>F*
離別親別	—	—	—	—
家族仲別	B:Dh>H*** I>Dh>H***	B:Dh>H** I:Dh>H***	B:Dh>H* I:Dh>H***	B:Dh>H*** I:Dh>H***

T検定(両側) ***p<0.01 **p<.01 *p<.05
 D:離婚群 M:男子 H:調査群
 B:死別群 F:女子 Dh:不和群 I:INTACT群

中学生の不登校に関する研究(2)

河野洋二郎・上林靖子・北 道子

池田由子・鈴木悦子 (聖徳学園短期大学)

登校拒否の予防のためには早期にその徴候を見つけ、援助することが大切である。我々は、生徒の欠席とその理由を客観的な指標とすることが有効ではないかと考えこの研究を実施した。

すでに第7回日本社会精神医学会において第1報として次の結果を報告した。1) 20日以上の高欠席病欠群は仲間・相談相手がいない、両親に理解されていないと感じており、抑鬱不適応感・不安感・身体症状も高率であった。2) なんとなくあるいははずる休みをした怠休群は、対人関係・家族関係・神経症的徴候を有するものが多く、欠損家庭のものが多い。3) これらより中学生の不登校の早期発見・早期対応のためには20日以上有病欠や、理由のハッキリしない欠席を手がかりとして接近することが有効である事を示唆した。

今年度はさらにこれを彼らの自己評価と日常生活について検討を加えた。

方 法

青少年の精神保健あるいはそれに関連する生活行動・意識を明らかにする目的で、当研究児童・思春期精神保健部において作成した調査票を用い、首都圏の公立中学校10校の生徒を対象(男子2,465人、女子2,303人、総計4,768人)に調査を実施した。調査期間は昭和61年7月から9月である。

調査結果の分析は、前年と同様に欠席日数と欠席理由をもとに、欠席日数1-9日を低欠席群、20日以上を高欠席群とし、病気・通院を理由とするものを病欠群、病気・通院の他に「はぼり」「なんとなく」を理由としたものを怠休群とし、無欠席群、低欠席病欠群、低欠席怠休群、

高欠席病欠群、高欠席怠休群の5群について比較検討した。

結果 (表)

学業成績については、自分の成績が下位の25%ないであるとするものは高欠席怠休群、低欠席怠休群、高欠席病欠群の順に多く、無欠席群、低欠席病欠群にはそれほど差がみられなかった。

「自分によいところがあると思う」「他人と同じ程度にやれる」という項目は、高欠席病欠群、低欠席怠休群は他群に比べて否定的な評価をしているものが多い。後者の項目では、高欠席怠休群にも「やれない」と感じているものが多かった。

また両怠休群は「生まれてこなければ良かった」「死んでしまいたいと思うことがある」と回答したものが他群に比べ多かった。

1週間の生活について、健康感を尋ねたところ、低欠席怠休群、高欠席病欠群、高欠席怠休群は健康でないと感じているものが多い。

就寝時間については、怠休群は低欠席、高欠席ともに他の3群と比べ午前0時以降という遅く就寝し、睡眠時間は極端に短い傾向がある。

食事については、朝食は高欠席怠休群、低欠席怠休群、高欠席病欠群の順に欠食者が多く、高欠席怠休群は昼食、夕食も他群と比べ欠食するものが多い。

学校での部活については、無欠席群、病欠群では約6割以上が参加しているのに対し、怠休群は低欠席、高欠席とも参加しているものが少なかった。

考察

欠席と精神健康

われわれは欠席日数が多いこと欠席理由があまりである事を指標にして精神衛生上の問題について検討をした。前述の5群について比較した結果、怠休群は欠席日数の長短にかかわらず自己に否定的であり、日常生活においては健康感を欠き、食生活は不規則であったり、睡眠に問題があるほか、部活に参加しないなどの特徴がみられた。高欠席病欠群は学業は困難で、人と同じようにやれないと感じているほか、食生活の不規則な傾向が認められた。

これらの調査所見より、中学生の登校拒否の

早期発見・早期対応のためには、理由のはっきりしない欠席に注意を払うと共に、年間20日を越えるような度々の病欠にも細かい配慮をすることが必要であると考えられる。実際これらの該当者は欠席日数からみると3%、欠席理由上では約10%であるので学級担任が把握するのに不可能な数ではないであろう。むしろ問題があるとすれば、欠席理由をいかに正確に把握できるかにある。生徒が伝える理由は、しばしば様々に修飾されている。その背後の生徒の気持ちに触れることの出来るような生徒教師関係が日常樹立されているかが問われることになるであろう。

表1 各群において有意差のあった項目

○自己評価についての項目

学業成績（下位25%） 自分に良いところがあると思う （ほとんどない・まったくない） 人と同じ程度にやれると思う （ほとんどやれない・まったくやれない） 生まれてこなければよかったと思う （よくある・ときどきある） 死んでしまいたいと思う （よくある・ときどきある）	高怠・高病・低怠>低病・無欠席 低怠・高病>低病・無欠*** 低怠・高怠>低病・無欠*** 高怠>低病・無欠* 高怠・低怠>低病・無欠*** 低怠>高病* 高怠・低怠>低病・無欠*** 高怠・低怠>高病*
---	--

1 週間の生活についての項目

健康感（あまりよくない・非常に悪い） 食事 朝食（時々とった・まったくとらなかった） 昼食（時々とった・まったくとらなかった） 夕食（時々とった・まったくとらなかった） 睡眠 0時以降の就寝 低怠>低病・無欠*** 低怠>高病* 高怠>低病* 病・無欠* 極端に短い睡眠時間（5時間以下）	高怠・低怠・高病>無欠*** 低怠・高怠>低病** 高怠>低病* 高怠・低怠・高病>低病・無欠*** 高怠>低病・無欠*** 高怠>高病** 高怠>低怠* 高怠>低病・無欠*** 高怠>高病** 高怠>低怠* 高怠>低病・無欠*** 高怠>高病** 低怠>低病** 低怠>無欠*
---	--

部活への参加（しなかった）

高怠・低怠>低病・無欠*** 高病>無欠*** 高病>低病**

無欠=無欠席群 低病=低欠席病欠群 低怠=低欠席怠休群 高病=高欠席病欠群
高欠席怠休群

***= $p < .001$ **= $p < .01$ *= $p < .05$

5. 成人精神保健部

青年期および成人期における精神保健にかかわる諸問題を対象にした研究を行っており、次の各研究室に分かれている。すなわち、成人精神保健研究室、診断技術研究室、心理研究室。

成人精神保健研究室では、青年期および成人期における適応障害、精神疾患についての精神病理学的研究を行ってきた。

昭和62年度になされたものとして、1) 青年期にみられる「境界人格障害」についての精神病理学的視点からの臨床研究、2) 若年成人期から成人期にかけて発病する「不安神経症」についての多数例の臨床的観察研究、3) 主として青年期における成人期にみられる精神障害についての診断分類基準に関する研究があげられる。

これらのうち、2)、3)に関しては、研究所内外の多くの研究者との協同のもとにおこなわれてきた。たとえば、3)の一部については、UCLA、NPIの研究者との協同でなされた。

診断技術研究室では、Rorschach Test に関する基礎的研究がすすめられており、Test の臨床的応用が欠かせない正常統制群についての Rorschach 反応の調査のための準備がすすめられてきた。

また、別に、青年期適応障害事例の臨床心理学的分析、および、そのような事例の一部についての小集団活動を通じての援助技法の研究がつつけられており、小集団活動の観察の分析が行われている。

心理研究室においては、青年期成人期の適応障害および精神障害の事例についての心理療法の研究がすすめられており、個人心理療法に関する研究とならんで、精神障害者の社会復帰活動についての臨床心理学的接近についての研究がすすめられている。

以上の諸研究の詳細は、所員業績の項にゆずる。

(高橋 徹)

日米の診断比較

— 1 症例の診断をめぐって —

町沢 静夫

1. はじめに

アメリカでは分裂病の概念が欧米特にイギリスと異なり、幅が広いことがわかり、大きな波紋を投げかけた。このことが診断基準の必要性を強く感じさせた。他方日本はいかなる状況であろうか。本症例はビデオを使ったものではないが、症例を記し、その診断を日米の精神科医に依頼し、その分析をおこなった。

2. 方法

日本の13の大学の精神科医と当研究所の5年以上の精神科経験医に症例要旨を配布した。得た回答は94通であった。

アメリカでは UCLA, UCSF の医学部精神科、ニューーク州立精神医学研究所に英訳した同じ症例を送り、50人の回答を得た。(この中に DSM-III を作った Spitzer が含まれている。)

この症例は典型的な診断困難例であり、分裂病、うつ病、神経症、さらに人格障害ともとれるものであった。このような診断困難例こそ、日米の診断の違いを明確にしてくれる可能性があるものと考えた。

3. 結果

日本で一番多い診断は分裂病で37%みられた。アメリカで一番多い診断は大うつ病で38%であった。日米が完全にこの異なる二つの精神病に分かれたといってもよい。なぜなら日本で次に多いのはぐっと率が下って境界例の14%であり、アメリカでは分裂病の22%であり、日米の診断の違いは明らかであった。しかしアメリカの大うつ病の診断にはほとんど下位分類がついてお

り、major depression with psychotic features とするものが多かった。従ってこの下位分類をしたものを分裂病の中に含めてみると分裂病診断率は44%となる。又日本でうつ病とした中に DSM-III 流の精神病像を含むものとした者がおり、それを分裂病群に含めると分裂病診断率は39%となり日米に差はないことになる。

従って精神病像を伴ううつ病、あるいは精神病性うつ病という概念が日本に余り普及していないことが日米の診断の差を生み出しているものと考えられた。

又日米の分類病診断率を経験年数で比較してみると日本で20年以上の経験医の分裂病診断率は63%という高さであった。次に5~9年の人は36%、10~19年が21%と低かった。20年以上の経験医はそれより下の経験医に比し、分裂病診断率は有意に高いものであった ($\chi^2=6.85$ $df=1$ $p<.01$)。アメリカでは分裂病、うつ病の診断についてこのようなことは全くなかった。

4. 考察

かくて日本では DSM-III でいうところの major depression with psychotic features という概念がアメリカ程みられないことがわかった。この診断は本来 delusional depression, psychotic depression として欧米にみられたものである。ドイツでは Kraepelin が「妄想を伴うメランコリー」という概念を出していた。又 delusional depression については英米圏ではかなり研究され、単相性うつ病の下位分類として成立し、予後や治療、遺伝性について多くの研究がみられている。つまり、delusional depression は抗うつ剤に反応が鈍く、抗精神病薬との併用が効果

があり、ECT 療法も効果があるとされている。又病相期が長く、同じ病像を示す家族負因も認められている。

アメリカでは一般にイギリスに比し分裂病概念が広いことが確認され、分裂病の診断基準について大きな論議がみられた。その成果の一つが DSM-III であったといってもよい。今回の調査ではアメリカの精神科医の診断は 100% DSM-III 診断であり、従って分裂病概念がかなりせばめられたはずである。従って今回の症例でも分裂病診断率が低いのもそのためと考えられる。

しかし、日本の分裂病診断率はアメリカより高い傾向にあり、特に日本の 20 年以上の経験医にあつてはさらに分裂病診断率は高い。従って日本の分裂病概念はアメリカよりきわめて広いということは今回の調査でわかった。

従って日本の分裂病概念とそれと関係があると思われる *delusional depression* の概念を改めて検討することが診断の国際比較に必要なことと考えられる。

6. 老人精神保健部

老人精神保健部では、主として以下の分野の研究を行なっている。

1. 医療施設内における痴呆性老人の出現率に関する研究（厚生科学研究補助金）の課題では、在宅の痴呆性老人に関しては、既に多くの都道府県市において有病率の調査が行なわれ、ほぼ明らかとなっているが、医療施設に入院中の痴呆性老人の有病率は不明である。そこで、10ヶ所の都道府県を選び、精神病院を除く医療施設（なかでも老人病院）に在院中の、40歳以上の患者を対象に一定の調査用紙を用い、脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆、その他の痴呆疾患について、その有病率やねたきり状態の出現頻度の調査を行なった。
2. 老年期痴呆の疫学的研究の課題では、滋賀県舞鶴市の一定地域の65歳以上の男女およそ1,200名を調査対象とし、第一次調査では保健婦による面接で個人情報の収集の調査票および当部で開発した国立精研式痴呆スクリーニング・テストを用い、痴呆の疑いのある老人をスクリーニングし、第二次調査では、精神科医の面接による診断を行ない、在宅の痴呆性老人の有病率を明らかにすることを目的に実施した。
3. 中高年の感情障害の基礎研究として昨年は、『感情病および精神分裂病面接基準（SADS）を検討した。ところで、多数を対象とする疫学的調査などでは、戸別の面接調査は困難なことが多い。そこで、本年は『疫学調査用自己記入式精神障害調査票』（CPQ）を独自に開発した。（CPQは、114の設問より構成された質問紙で、回答はすべて『はい』『いいえ』で応えるため、記入が容易である。CPQの結果からRDC診断を下せるフローチャートも作成した。診断可能なRDC診断は定型うつ病、内因性定型うつ病、準定型うつ病、断続型うつ病、恐慌発作症、全般型不安症、強迫症、広場恐怖、社会恐怖、単純恐怖である。CPQの妥当性検討を行なった。CPQデータから抑うつ状態に関連する諸症状のクラスター分析を試み、4つの主要なクラスターが生じることをみた。しかし、従来内因性といわれている症状が、必ずしもひとつのクラスターを構成しないことも同時に明らかとなった。
4. 老人のデイ・ケアの運営に関する研究（笹川医療研究助成）の課題では、痴呆やうつ状態など老年期精神障害老人のデイ・ケア活動を昭和59年10月より、社会復帰相談庁舎内の老人デイ・ケア施設において実施し、その効果を評価するとともに、モデル・プログラムの作成、指導技術の確立、家庭介護教室の有用性を検討した。
5. 痴呆性老人の総合診断およびスクリーニングの基準作成に関する研究（厚生科学研究補助金）の課題では、亀山正邦班長のもとで、各国で使用されている痴呆診断のためのスクリーニング・テストや診断基準を収集し、日本人に適した痴呆のスクリーニング・テストや診断基準を作成することを目的に研究を行なった。
6. 市町村における痴呆性老人の相談指導に関する研究（健康づくり等調査研究委託費）の課題では、老人保健法にもとづく市町村における保健事業や保健所の保健活動の中で、保健婦が実際に痴呆性老人の相談指導を行なった事例研究を通じて、地域での痴呆性老人のケアに役立つ具体的な技術の確立のための研究を行なった。
7. 高齢者の総合的生活機能関連研究の課題では、松浦十四郎研究者のもとで、研究協力者として参加高齢者の状態を的確に把握するための、総合的生活機能指標を開発するための研究を行っている。以上の研究は、当部の大塚俊男、斎藤和子、北村俊則および他の機関の研究者の協力のもとに行なわれた。

（大塚俊男）

痴呆スクリーニング・テストの開発

大塚俊男¹⁾・下仲順子²⁾・北村俊則¹⁾・中里克³⁾
丸山普¹⁾・谷口幸一³⁾・佐藤真一²⁾・池田央⁴⁾

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所
2) 東京都老人総合研究所
3) 国立鹿屋体育大学 4) 立教大学

地域の中で、痴呆性老人を早期に発見し、相談、指導、ケアなど各種保健活動を進める上で、保健婦などのコ・メディカルスタッフが容易に施行でき、かつ鑑別できる痴呆スクリーニング・テストの開発を試みた。

テストの作成条件

痴呆スクリーニング・テストの作成にあたっては、痴呆の診断基準として米国精神医学会のDSM-IIIを用いた。また、(1)既存のテストよりもやや難しい項目を含んでいるもの (2)対象者が老人であることを考慮し、少なくとも10分以内の短時間で実施できるもの (3)正誤が明瞭で採点が容易にできるもの (4)正常と痴呆の弁別が明確にできるもの (5)時代が変わっても質問項目の内容を変える必要のないもの (6)家族よりの情報がなくても本人のみで検査ができるもの、とした。

テストの作成手順

これまで開発された簡易痴呆評価スクリーニングのうち、わが国のもの3種類、欧米のもの6種類を取り上げ、それらのスケールのなかで使われている質問項目をすべて拾い出し、整理し、90項目を選び出した。その上に痴呆のスクリーニングに重要であると考えられる判断力、思考力問題を新たに追加し、選別し、52項目からなるテストを作成した。その後、5回の予備テストを行ない、妥当性、信頼性が低下しないように配慮しながら、最終的に16項目(20採点

項目)からなるテストを作成した。

テストの標準化のための信頼性妥当性の検討

正常老人と、軽度から重度にわたる痴呆と思われる老人を対象に203名(男性59名、女性144名)に本テストを施行した。痴呆の診断基準は、DSM-IIIによる基準および柄澤による老人のぼけの判定基準に従って、二人の精神科医が一組となり、個々の痴呆の有無と痴呆段階を判定した。更に、平行妥当性検討のためには、長谷川式スケールおよびMSQの痴呆テストも併せて施行した。

結果

信頼性の検討

信頼性を検討するために、Cronbachの α 係数を求めたところ、0.90であり、各項目とテスト総得点との相関も0.63~0.40($P < 0.01$)と十分な値を示し、本テストの項目が高い内的整合性と信頼性をもっていることが示された。

妥当性の検討

妥当性の検討にあたっては、DSM-IIIによる臨床診断で痴呆と判定されたものは53名で長谷川式スケールの平均得点は 7.0 ± 4.5 点であり、正常と判定されたのは147名で、平均得点 14.5 ± 3.8 点であり、両群間の平均得点の差は有意であり($t = 11.67$, $df = 198$, $p < .001$)、本テストが痴呆群と正常群をよく弁別するテストであることが示された。柄澤によるぼけの判定基準は、

5段階に分けてあるが、各群の平均得点と母平均の95%信頼限界をみたところ、各群の平均得点の差は有意であり ($F=47.225$, $df=3$, $p<.001$)各群間差も1%水準で、いずれも有意であった。各群の境界点は、正常と軽度のほけの間が14点と15点、軽度のほけと中等度のほけの間がほぼ10点と11点、中等度のほけと高度のほけの間はほぼ5点と6点であることが示された。

本テストの痴呆判定基準

DSM-IIIの痴呆診断による痴呆群と正常群の得点分布みると、10点と11点の間で痴呆と正常にほぼ2分割され、10点以下に柄澤のほけの判定基準の『中等度ほけ』と『高度のほけ』が含まれており、スクリーニングするのに妥当な区分点と考えられた。

その場合の sensitivity (84.9%) および specificity (84.5%) も高い値を示し、誤診率は15.5%と低い値を示した。以上の如く本テストは、0~10点の者を痴呆、11~15点の者を境界群、16点以上を正常と判定することにした。

文 献

- 1) Blessed G, Tomlinson BE, Roth M : The association between qualitative measures of dementia and senile change in the grey matter of elderly subjects. Br. J. Psychiatry 114 : 797, 1968
- 2) Fishbach D B : Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. J An Geriatric Soc 25 : 167, 1977
- 3) 長谷川和夫, 井上勝也ほか : 老人の痴呆診査スケールの一検討. 精神医学 6 : 33, 1974

うつ病の内因性・非内因性分類に関する考察 Validity of endogenous vs nonendogenous subcategories of depressive illness

北村俊¹⁾・千葉浩²⁾・藤原茂³⁾・生田憲⁴⁾
菅原健⁵⁾・宗像恒¹⁾次⁶⁾・仲尾唯⁶⁾治

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所
2) 早稲田大学文学部 3) 清和病院 4) 三恵病院
5) 東京都立大学 6) 山梨学院大学

従来、うつ病は内因性と非内因性の2群に亜型分類されてきており、さまざまな研究者がさまざまな名称を与えてきた。Kendell は用語上の混乱を避けるため前者をA型、後者をB型と呼称した。我々は内因性・非内因性の二分論についての検討を行った。

第一に、RDC定型うつ病の基準を満たす38名の患者について、RDC定型うつ病のそれぞれの亜型分類を適応し相互の重複について調査した。RDC定型うつ病の亜型の中で、いわゆる内因性うつ病の諸特徴を表わすものは、(症状による)内因性、非情況因性、非重症機能不全型、精神病性(妄想・幻覚を伴う)焦燥型、抑制型、原発性の各亜型である。もし内因性・非内因性の二分論が妥当であればこれらの亜型のそれぞれは広い範囲にわたって重複するはずである。しかし、今回の対象群については期待された程度の重複は認められなかった。次に、同じ定型うつ病群および非感情障害群の第1度親族の精神疾患の有無を家族歴研究診断基準(FH-RDC)にて調査した。定型うつ病群は非感情障害群に比して感情関連障害(うつ病、躁病、分裂感情病、気分変調を伴うその他の精神医学的障害、自殺)の発病危険率が高かった。しかし、親族に感情関連障害を持つ発端者の占める率は、RDC定型うつ病の各亜型ごとに検討しても有意の差を認めなかった。第3に、RDC定型うつ病の基準を構成する各症状および

RDC定型うつ病の内因性亜型の基準を構成する各症状を組み込んだ自己記入式調査票(Community Psychopathology Questionnaire)(CPQ)を新しく作成し、これを314人の大学生に施行した。このうち定型うつ病のA項(抑うつ気分もしくは広範囲の興味の喪失)を満たした83人について上記の項目のクラスター分析(group average method)を施行した。RDC上内因性亜型の症状とされた項目がいくつかのクラスターに分散されていることが認められた。

内因性・非内因性の二分論をうつ病の診断基準に組み入れるには、妥当性検討がさらに必要であると思われる。

老人の心の健康と福祉政策

齋藤和子

今日人生80年という時代を迎え、それ自体人類の叡智と努力のたまものであり喜ぶべきことであるが、個々人がいかにして充実した人生を送り、休息と慰安を得て天寿を全うするかは個人の問題であると同時に社会の課題でもある。そこでまずI. 我が国の老人問題の特徴を概観し、次いでII. 老人の心の問題を考察し、III. 福祉政策につき具体的に論じた。

I. 我が国の老人問題の特徴

1. 老年人口増加のスピードが速いこと。2. 老年人口の急激な増加が経済成長、技術革新とほぼ同時代に到来していること。3. 日本の老人にあっては老後をどこでだれと暮らすかが依然大きな問題であること。4. 勤勉であり、働き者である。

II. 老人の心の特徴

1. 自助自立をめぐる葛藤。2. 健康への欲求。3. 孤独感。

III. 福祉政策

1. 個人の意志の尊重。2. 家族の意志の尊重。3. 社会の責任。

具体的な施策であるが、現在では基礎的に必要とされるものは一通り実施されていると思われる。今後は個々の事業の充実、質の向上、普及、および地域特性や対象者の特性に応じた改良や運用の柔軟性が必要であろう。また個別に実施されているものを組織化し、全体として有機的に運用されるように調整していくことが必要であろう。その上で現在特に充実をはかりたい施策をいくつかあげてみると、以下の如く

である。1. 相談事業の充実。まず相談の窓口を増やすことが必要である。次に質の高い対応ができるように相談員の人材を得ることである。相談は単に話をきいて情報を与えることではない。それも大切であるが、ときには個人の心の葛藤に立ち入らざるをえない場合もある。そのような場合には、人間の心の働きに対する深い洞察や豊かな共感性が必要となってくる。相談員に適宜研修等の機会も必要である。また相談に関連して、現在の老人福祉センターなどでコーディネーターが配置されると特に初めて利用する者には便利であると思われる。2. 就労の実現。これには、一般の職場もしくは職種の開拓のみでなく、何かしたいという老人の意欲を評価することから出発する。福祉作業所や保護工場の開設も老人の生きがいや満足のために有効なことである。3. ケアつき住宅の普及。できるだけ子供や社会の世話にならないで暮らしたいという老人は多い。また核家族化は一層進行していくであろう。このような老人の不安は病弱になった時どうなるかということである。そのために不本意ながら子供家族に同居したりする。ケアつき住宅は個人の意志を尊重しまた不安に対応してくれるものである。4. 通所の介護施設の充実と普及。デイ・サービスやデイ・ケアの普及が、老人の健康保持、痴呆の進行防止、家族の介護負担の軽減等のために大いに普及してもらいたいものである。5. 短期保護事業の充実と利用の一般化。現在は利用事由も大幅に緩和され、家族の休養のためにも利用できるようになったがまだ円滑に運用されない面もある。むしろ、定期的に一定期間を計画的に利用できるように根本的に改めることが望まれる。

そして将来デイ・ケアと短期保護の組み合わせが、在宅の要介護老人対策の中心になっていくと考えられる。

文 献

「人口の動向，日本と世界，人口統計資料集」，986頁963頁厚生省人口問題研究所編，昭和52年2月。

「老後生活の心理面に関する調査の概要」，内閣総理大臣官房老人対策室，昭和57年。

「高齢者生活総合調査」，社会保障研究所，昭和60年。

「老人の生活と意識に関する国際比較調査結果の概要」，内閣総理大臣官房老人対策室，1986年。

「日本人の家族観」，総理府広報室編，昭和62年2月。

「浦安市老人就業意識調査」浦安市，昭和60年。

「老人保健法」，厚生省，昭和57年

「国民衛生の動向」，昭和62年。

「初老期，老年期のうつ病」，大森健一『躁うつ病の精神病理2』宮本忠雄編，弘文堂，1977年。

「老年期うつ病の発生要因について」，木戸又之他『臨床精神医学』15(4)，1986年。

「老人デイ・ケアの運営に関する研究」，齋藤和子『精神衛生研究』第33号。

(季刊 社会保障研究 第23巻第3号社会保障研究所 昭和62年12月刊)

7. 社会精神保健部

社会精神保健部は、昭和61年3月31日をもって、柏木 昭部長が定年退職し、鈴木浩二がその後任を努めることとなり、昭和62年度は、『精神保健活動の社会文化的研究』というテーマのもとに次のような研究が行われた。

1. チーム・アプローチによる家族療法に関する研究（鈴木）

5人編成の治療チームを構成して、週3日、家族療法を行ない、それぞれの疾患や問題に適した技法の開発、その効果および禁忌について研究した。特に、10回のセッションをもって治療を終了し、かつまた、再発や症状の再現を予防し得る Brief Therapy の研究に力をいれ、外来通院の精神科家族カウンセリンに應用しうる技法を案出した。また、米国の家族療法家も加わり、わが国独自の家族療法についても研究した。すでに、その成果は、Dr. Cathy Colman や Dr. Linda Bell によって米国にも紹介されている。本研究のチーム治療は家族療法家の養成訓練を兼ね、随時ライブ・スウパージョンを行ったものであり、本年度は23人がこの訓練を終了した。

2. 精神障害者の再発予防を意図した Psychoeducational Program の研究（鈴木、松永他）

諸外国では、すでに、家族ぐるみの『心理教育』を実施することによって、精神分裂病者の再発をかなりの程度抑えるのに成功している。そこで、Dr. Garol Anderson 他著『精神分裂病と家族』を翻訳するかたわら、我国に相応したプログラムとその実施方法を模索中である。なお、昭和63年11月には、Anderson のワークショップを予定している。

3. 日・米・伊三国の精神医療に関する比較研究 (Dr. Ira Glick, 鈴木)

日・米・伊三国におけるうつ病に対する精神医療の実態を、面接法によって調査し、家族への対応の違いを明確にした。(フルブライト基金研究費)

4. ライフストレスとメンタルヘルスにかんする調査研究（宗像）

これは文部省科学研究助成によるものであり、その成果は以下にまとめられている。

- a. 情報産業従事者のストレスに関する調査
- b. 高齢者をめぐる社会環境とストレスに関する研究（文部省科研費報告書）
- c. 医師、看護婦、教師の燃付き症状に関する研究

5. 精神健康の比較社会文化的研究（宗像）

『日米青少年の家庭環境と精神健康に関する研究』（厚生科研費助成）と『中国孤児の日本適応をめぐる精神健康に関する研究』（厚生援護局）を行った。

6. 精神保健医療体系および対策に関する研究（宗像）

『心の健康づくりあるいはストレス対策の研究』、『ストレス関連産業に関する研究』（厚生省研究助

成),『精神障害者およびエイズ患者に対する社会的偏見に関する研究(特別研究費),『90年代精神医療体系に関する研究』(経常研究)を行った。

7. 精神障害者の社会復帰促進に関する研究(松永)

デイケア活動を通じて、患者グループの問題や社会復帰促進の方法を研究した。その結果は『精神科デイケア』(岩崎学術出版)に掲載予定である。この他、家族会、家族のグループ、共同住居、作業所等に参加し、その運営についても研究している。

なお、人員削減等の事由により今なお、家族・地域研究室長の席を埋めることができず、この関係の報告が出来ないことは、誠に残念である。(鈴木浩二)

家族療法におけるチームアプローチに関する一考案

鈴木 浩二

I. はじめに

精神療法では、一対一の治療的な人間関係を重視し、その関係を通して治療は進められるが、昨今盛んになってきた家族療法では、ふたりの治療者や4～5人の治療者によるチームアプローチが採用されている。しかし、このチームアプローチがどのようなものであり、どのようなプラスの面とマイナスの面があるのか、その特有の技法は何か、などは明らかではない。本研究はこれを明確にするものである。

II. 結果

(1) チームアプローチとは：チームアプローチはミラノ派の家族療法から始まったと考えられる。その基本には「中立性」「円環性」「仮説の立案」がある。しかし、我が国のチームアプローチにはおおむね、次のようなバリエーションがある。

1) 治療チーム全員による共同治療で、面接担当者とはチームメンバーとの間に治療者としての意識の差がないもの。2) 面接担当者が主になって動き、他のチームメンバーが時折治療に介入するもの。3) 面接担当者が適宜交替して治療を行うもの。4) 面接担当者が主体的に動くのではなく、背後のチームメンバーからの指示どおりに治療を進めるもの。5) その他。

(2) チーム治療の利点：1) 家族の相互作用に巻込まれた面接者に打開の道を開く。2) チームメンバーの協力が得られることで、面接者は情緒的に余裕をもって家族に接することができ、その面接者個人の持てる力以上の力を発揮する可能性がある。3) 治療チームが面接中に時間をもって検討し合ったり、電話で交信する様子

を直に見ることによって、家族は自由に関わり合える横関係の対人様式に気づくことがある。問題を持つ家族は縦関係とか横関係に固執し柔軟性に欠けることが多い。4) チームによる集団討議を通して、問題を明らかにしその解決の為の具体的な治療的方策を編み出すことが容易である。5) このアプローチには単独の治療者による治療とは異なる数多くの技法を用いることが可能である。6) 治療のみならず教育・訓練の立場からライブ・スーパービジョンとしての利点がある。

(3) チーム治療の不利な点：1) チームで行う安堵感から面接者が依存的になり易い。2) 治療者チームが未熟である場合、メンバー間に対立・葛藤が生じ易い。3) 費用がかかる点に多くの問題がある。4) 緊急時の対応にチームとして即応できない場合が多い。5) 深い情緒障害のある家族はさい疑的になり易い。

(4) チームアプローチの特殊技法：1) 家族の援護技法：ふたりの治療者がそれぞれ分担して家族員の立場をとって家族全体のコミュニケーションの変化を促す。2) 鏡写しの技法：家族が新しい様式を身につけられるように治療者達が家族にかわってその家族の交流様式を演技してみせるもの。動的家族造形法、家族振付法に近いやり方である。3) 対決と支持の技法：面接者が観察室にいるチームに電話を入れてメンバーの入室を求めそして家族や面接状況について感想を述べてもらい、時には「後ろの同僚がこのように言っています」と伝えたりする。4) メタ・コンサルテーションの技法：治療が進展せず面接者が行き詰りを感じた時にスーパーバイザーが家族と面接者のくり広げるシステムに

入りこみ行き詰っている点を明確にし、事態の打解を計る。5) その他、面接時の治療効果促進のための強化技法、介入の効果促進のための逆説的技法、がある。

III. 考察

(1) チームアプローチでは治療主体が誰であるかを明確にしないといけない。(2) チームが未熟である場合は、家族の治療は進展しない場合が多い。(3) 面接者を背後のチームとの関係がうまくいかどうかによって治療の効果は左右される。(4) この種のアプローチはライブスーパービジョンとして最も有効である。

Burnout of Junion High Schhl Teachers and Their Psycho-Social Environment 中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景

宗像恒次
社会精神保健部
椎谷淳二
精神保健研修室

This paper attempts to examine the burnout syndrome and neurotic & depressive symptoms of teachers (N=204) in a junior high school of a Tokyo suburban city. It also explores the etiological relations between stressors, personal coping resources, and their mental health conditions. The main results of our survey are the following: First, the incidence rate of high burnout in the teachers is significantly more than is found in nationwide samples of medical doctors & nurses in large-size hospitals. Second, we find no significant difference in the estimated incidence rate of the neurosis & depression between the teachers and the general population of Tokyo or the nurses. The estimated rate of neurosis & depression of the teachers is higher than the incidence rate of the medical doctors. Third, the teacher groups with high burnout state are mainly divided into the following groups: (1) the teacher group with heavy responsibilities, such as guidance counselors charged with students' entrance to senior high school and classroom teachers with more than two delinquent and/or school refusal cases, (2) the group of inexperienced teachers with light responsibility such as an adviser or a non-sport club of a non-chief in students' health & security. In the latter group, we find the high incidence rate of neurosis & depression in related to not being in charge of a classroom or not wanting to be. Fourth, the junior high school teachers with high burnout state experience many daily hassles, a social environment leading to reduced work morale, a weakened emotional support network and much experienced helplessness. Fifth, the background that has a significant influence on the teachers' daily hassles and low work morale are such factors as: worse interrelationships with pupils, their parents, superiors & colleagues, nervous behavior patterns, and negative problem-solving skills.

8. 精神生理部

精神生理部では精神疾患者の病態生理研究を行ってきているが、主として睡眠障害の研究、生体リズムの機構とその病態生理、脳波の客観的評価法（脳波分析）の研究の三方向で研究を進めている。

1) 睡眠障害の脳波学的研究

睡眠障害は身体的、精神的、環境的諸要因によって出現するがその障害は極めて多様である。睡眠障害のモデルとして騒音下の睡眠障害を正常睡眠との比較において検討した。

その研究の成果は、Sleep (Vol. 10: 463-472, 1988.) に次の題で出版されている。Sleep disturbances due to exposure to tone pulses throughout the night.

またヒトの睡眠中の刺激に対して生体は種々の反応を示すが、その反応の特殊性について検討し、その研究成果は EEG Journal に次の題で投稿中である。

Auditory slow evoked responses during sleep in man (K-complex)

なお騒音にともなう睡眠障害の研究には環境庁から研究費の援助を受けている。

2) 生体リズム研究

ヒトの精神活動は昼夜というリズムに同調して活動、休息している。精神障害者ではこの生体リズムの異常が認められるのが普通である。この研究の第一歩として正常人の24時間の生理機構について検討した。その研究成果は Japanese Journal of Psychiatry and Neurology に受理された。次の題で近日中に出版される予定である。

1) Continuous observations of daytime EEG patterns in normal subjects under restrained conditions while sitting on an armchair or stool. Part 1, Sleep state.

2) Continuous observations of daytime EEG patterns in normal subjects under restrained conditions while sitting on an armchair or stool. Part 2, Awake state.

3) 脳波の客観的評価法（分析）研究

従来からの脳波分析法には長所短所があり、精神症状との相関が不十分なものがあつた。高橋は新しい独創的ともいえる脳波分析法（AR解析法）を開発し、その検討を行っている。近日中に発表予定である。

4) 部として活動の他、研究所全体のプロジェクトあるいは他省庁の研究プロジェクトに主たる役割分担あるいは参加している研究がある。それらは

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| 1) 「精神疾患の総合的診断基準の作成と診断の実施に関する研究」 | 厚生省精神保健課 |
| 2) 「中国孤児の適応障害に関する総合的研究」 | 厚生省援護局 |
| 3) 「騒音による生体の影響に対するハイリスク因子の解明に関する研究」 | 環境庁 |
| 4) 「宇宙開発における有人サポート技術」 | 宇宙開発事業団 |

(文責 中川泰彬)

Sleep Disturbances Due to Exposure to Tone Pulses throughout the Night

Yasuaki Nakagawa

Sleep electroencephalograms (EEGs) and subjective reports data were obtained from six subjects (male college students) during 2 nights of baseline observation and 5 experimental nights of exposure to a 90-100 dB, 25 ms, 1,000 c/s tone pulse with various interstimulus intervals. The first of the 5 experimental nights started with an intertone interval of 80 s. On each of the following 4 nights, the intertone interval was fixed at 40-, 10-, 2.5-, or 1-s intervals, respectively. With the intensification of noise stimulus by shortening the intervals of tone pulses, a progressive disruption of nightly EEG sleep patterns was observed as follows : (a) increased frequency of awakenings and sleep stage changes during the night, (b) prolonged sleep latency, and (c) increased percentage of time spent in stage 1 sleep. However, total sleep time, REM latency, inter-REM intervals, and the percentages of time in stages 2, 3, 4, and REM sleep did not change significantly. The degree of subjective sleep disturbance was highly associated with objective measures of nightly EEG sleep patterns.

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、精神保健研修室長が併任となっており、昭和63年3月1日現在で4名の常勤の研究者と1名の客員研究者の計5名の研究者より構成されている。昭和62年4月1日付をもって桜井芳郎部長が退官され、昭和62年10月1日に栗田廣が後任として着任するまでに半年間の期間があったが、その間も3名の常勤研究者と1名の客員研究者による活発な研究活動が行われたことにより、この1年間においても多様な研究業績が生み出された。すなわち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、それらの診断的意義などを明らかにし、治療研究室長の原は同じく小児神経学の立場より、てんかんや学習障害児の治療に関する研究を進展させた。併任の権谷は、社会福祉学の立場から、年長および老年の精神遅滞者の問題を検討している。栗田は小児精神医学の立場より、精神遅滞を含む発達障害に関する臨床的研究を開始した。

昨年、American Association on Mental Deficiency (従来、米国精神薄弱学会と邦訳されていた)が、自らの名称を American Association on Mental Retardation (したがって日本語では、米国精神遅滞学会)と変更し、その機関誌名も American Journal of Mental Deficiency より American Journal of Mental Retardation へと改名したことに示されるように、精神薄弱 (mental deficiency) の名称は既に古い適切さを欠いた言葉となり、それはすでに多くの領域で慣用されている精神遅滞 (mental retardation) に置き換えられていくことと思われる。また精神遅滞はさらに近年は、自閉症とその近縁の障害を総括する全般的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。それらの間には共通するいくつかの特徴が存在し、各々のグループで得られた知見をそれぞれに適用していくことによって、精神遅滞に関する研究を進展させていくことは、非常に重要な方向である。したがって当部は、今後、精神遅滞を発達障害としてより広い観点からとらえることをとおして、研究活動を推進していきたいと考えている。

(栗田 廣)

染色体異常児の聴性脳幹反応

加我 牧子・茂木富美子

染色体異常児の中には聴性脳幹反応 ABR の正常化を示す者があるなど、一般の精神運動発達遅滞児とは異なった反応特性がありうるのでその特性を明らかにしたいと考えた。

対象と方法

染色体異常を有する乳幼児31名にのべ45回の ABR 記録を行った。内訳は Down 症候群4名を除くとその他の疾患は名一名である。対照は聴覚学的、神経学的に正常と考えられる1歳までの乳児72名、5歳までの幼児30名と成人10名の計112名とした。ABRは原則として誘発睡眠下、高音圧クリック刺激による記録を行った。ABRの反応域値はV波を指標として85 dBnHL 刺激におけるV波とI波の潜時を測定し、この頂点潜時の差を脳幹伝導時間とした。各波形を明瞭に見られ、潜時、域値とも同年齢の健康児と比べて $\pm 2S. D.$ 以内にあるものを正常とした。

潜時の延長は末梢性と中枢性に分類した。両方の要素がある場合混合型とした。また90 dBnHL で反応が無い場合は多くは末梢性難聴とされるが、中枢性の場合もあるので無反応とした。

結果

ABRの検査時点で耳科学的異常を認めたものはなかった。各年齢の正常児と比べてABRの波型、各波潜時、各波間潜時のいずれも正常だったのは6名で、残りの25名(80.9%)は何等かの異常を示した。最終観察時点では高度の波形異常が認められたのは2名であったがいずれかの時点で高度の波形異常を示した者は無反応であった7名の他に7名あった。この他最終観

察時点で各波潜時及び各波間頂点潜時の延長が認められた者が16名(51.6%)ありこのうち末梢性の異常とした者10名(32.2%)、中枢性の異常とした者7名(22.6%)であり両方が混在していたのが1名であった。

継時的記録を行い得たのは9名でこのうち7名がABRの記録が正常化ないしは改善を示した。ABRが改善する場合は波形の異常の改善があり、潜時が短縮する場合は中枢型の異常ないし混合型の異常から末梢型の異常の形に変化することが多く域値の低下を示すことが多かった。

考案

染色体異常児のABRの異常は高頻度に認められたが、精神発達遅滞を示すような中枢神経系全般の非特異的な変化によるのか中耳内耳の奇形に原因を求めるべきかは問題がある。基礎疾患の明らかでない1歳から5歳までの精神発達遅滞児88名のABRを検討した結果では明らかなピークの消失を示した者はなかったがV-I中枢伝導時間の延長が13.6%に、いずれかの異常を示す者は40.9%に及んだ。しかしこの異常率は今回検討した染色体異常児に比べれば低く染色体異常児のABRの異常は非特異的な中枢神経の病理学的異常のみでなく奇形や同時に存在する中耳感染症の関与している可能性もある。継続的な記録でI波のみが短縮した場合や無反応だったのが正常に反応するようになった場合は常識的には中耳炎の改善など末梢聴器の変化を考えるが、これが証明されない場合が問題として残る。中枢潜時が継時的短縮を示す場合や、見えなかった波が出現してきた場合、髄鞘化の進展などによる、神経伝導速度の促進す

る状態を考えやすい。しかし、このような継時的改善を示すこれらの児の髄鞘化が実際に遅れているのかどうかについては調べられていない。今回継時的に記録を観察した9名のうち4例は即ち報告した例であるが、残りの5名のうち9P+症候群の1例とDown症候群の2名の計3名がやはり観察期間中にABRが正常化または改善した。継時的なABRの観察で正常化する例がかなり多いと推察されるので、これは本来正常なものなのかそれともかつて異常だった者が経過と共に正常になった時点を観察しているのかは不明である。

結 論

今回の症例は原疾患はまちまちであるがいずれもABRで示される脳幹の異常率が80.9%と著しく高く年齢相当の正常と考えられたのはわずか6名19.1%であった。また経過中にABRの改善を示す者が多い可能性が示された。

低酸素無酸状態後の聴覚誘発反応

加我牧子・杉浦正俊・内藤達男
河野寿夫・二瓶健次

低酸素状態はその程度、持続時間により異なる高度の中枢神経病変を生じる。低酸素状態を経験した児の聴覚誘発反応を記録し、低酸素状態に見られる病理学的変化に対応した、機能的な異常をとらえるかどうかについて検討した。

対象と方法

国立小児病院新生児科および神経科に入院した新生児仮死47例(1分後Apgar 4以下の重症仮死A群28例, 5-6の軽症仮死B群19例) 周生期以後の心肺停止により高度の無酸素症を経験したC群9例を対象とした。新生児重症仮死群と軽症仮死群の在胎週数, 生下時体重, 検査時年齢の平均には有意差がなかった。心肺停止群の検査時年齢は日齢14から14歳, 心肺停止からの経過日数は7日後から12ヶ月後, 平均4.1ヶ月であった。

全例, 急性期の症状を脱してから, 原則として誘発睡眠下, 高音圧クリック刺激による聴性脳幹反応ABR, 中間潜時反応 MLR, 頭頂部緩反応 SVR を記録した。継時記録を行ったものは最終観察時点の記録を検討した。

結果

低酸素状態後6日から2年3ヶ月後(平均5.2ヶ月)の最終記録時点でABRが異常な者はA群28例中15例(53.8%), B群19例中4例(21.1%), C群9例中6例(33.3%)であった。ABR無反応又は高度の域値上昇はA群7例, B群3例に認められた。A群の1例を除いて感音性難聴と考えられた。高度の波形異常はC群に3例, 継時記録でABRが正常化したものはA群に3例認められた。ABRの異常についてはその内容を

表に示した。(表1) MLRはA, B, C群で各20例中6例(30.0%), 9例中2例(22.2%) 4例中1例(25.0%)に, SVRは18例中10例(55.6%), 10例中1例(10.0%), 2例中6例(33.3%)で検出されなかった。重症仮死群では軽症仮死群に比べてABRの異常率が高く($P < 0.05$) SVRを得られないものが多かった($P < 0.05$)。MLRについては特別の関連が見られなかった。更に仮死群と心肺停止群の間にも関連が見られなかった。

考案

無酸素性脳症の病理学的変化は, 成人では選択的に脳実質の壊死が起こり頭側から尾側方向に向かって軽くなることが多いが乳児期早期では病変分布や性質が異なり, 低血圧性の脳幹壊死が成人に比べて比較的多いとされる。周生期仮死の低酸素性乏血性の脳病変としては大脳皮質, 視床, 脳幹の選択的神経細胞の壊死, 基底核, 視床の大理石状態, 傍矢状部の小脳損傷, periventricular leukomalacia, focal 又は multifocal な乏血性脳障害が知られており広範な病変を示す。今回の検討では低酸素状態には聴覚誘発反応の異常が高頻度, かつ長期間にわたって見られた。仮死群と心肺停止群には差がなく, 誘発反応の差からグループとして病理学的変化の差を見出せなかった。また新生児仮死をきたす児では純粋に仮死のみが問題という児ばかりではないが, 重症仮死群と軽症仮死群の間に在胎週数, 生下時体重, 検査時年齢には差がなく, 交換輸血が必要な高度の黄疸はなく, 聴器毒性薬剤の使用率にも差がなかった。両群共未熟児から満期産児までを含むため同様の低

酸素状態にあっても病理学的変化は異なる可能性がある。しかしグループ全体として重症仮死群では軽症仮死群に比べて ABR の異常率が高く、SVR を得られないものが多い結果であった。仮死群と心肺停止群の聴覚誘発反応の異常率には著明な差はなかったがいずれも聴覚誘発反応からは脳幹から大脳皮質に至る広範な病理学的変化の存在が示唆された。

表 1 聴覚脳幹反応の異常率

	聴性脳幹反応	中間潜時反応	頭頂部緩反応
重症仮死群	15/28 53.8%*	6/20 30.0%	10/18 55.6%**
軽症仮死群	4/19 21.1%*	2/9 22.2%	1/10 10.0%**
心肺停止群	6/9 33.3%	1/4 25.0%	2/6 33.3%

*** : $p < 0.05$

乳児の気質に対する周産期危険因子の影響について

原 仁・三石知左子^{1) 2)}・望月由美子²⁾
 福山幸夫²⁾・仁志田博司^{1) 2)}・山口規容子^{1) 2)}

1) 東京女子医科大学母子総合医療センター
 2) 東京女子医科大学小児科

生物学的要因あるいは環境要因のどちらがより乳児の気質の決定に関与するのかを検討した。

対象および方法

対象は東京女子医科大学小児科発達外来（ハイリスク児対象）と同母子総合医療センター小児保健外来（健康児対象）にてフォロー中の乳児である。これらの児が5～8ヶ月に達した時点で乳児用気質質問紙（Infant Temperament Questionnaire : Carey & McDevitt, 1978 佐藤俊昭訳 1982）を検診の際親に手渡し、次の検診のときに回収した。よって両外来受診者の親で質問紙の記入依頼に協力してくれた569（男300, 女269）例が対象である。

なお早期産児は出生予定日より8ヶ月までに回答を得られたものとした（修正月齢を使用）。全例、95項目の質問のうち80%以上の回答を得られたもののみを気質診断の対象とした。

周産期の危険因子をハイリスクとローリスクに二分した。前者を示すのは新生児科医が児の発達上十分な注意が必要と判断した児、および生後3～4ヶ月までに発達に問題を生じ、上記「発達外来」に紹介された児とした（H群）。後者を示すのは周産期危険因子は認めるものの児自体は健康と新生児科医が判断した児（L群）である。このローリスク群には、なんらかの理由で病児室に収容された児と、母体あるいは分娩時にリスクが存在した健康児が含まれる。第三群としてまったくリスクのない児をN群とした。N群は母体合併症はなく、正常分娩で、正期産相当体重児であり、気質調査の時点で発達上問題のない児である。LおよびN群は「小児

保健外来」にてフォローされることになる。

なお統計処理はカイ二乗検定を使用した。

表1は各群の構成を示した。三群間で男女比に有意差はないが、出生順位において、N群を基準とするとH群は第一子が少なく、L群では第一子が多かった（ $P < 0.001$ ）。

結果

表2に示したのは、各群の気質診断の結果である。比較のため日本人の標準分布も合わせて示した。Diff児の割合は、23.4%（H群）、18.0%（L群）、18.2%（N群）であった。日本人の気質類型の平均分布と各群を比較したが、いずれも統計学的に有意差が存在した（ $P < 0.02$ ）。しかし、H、L、N群の気質類型の分布の比較では有意差が存在しなかった。

考察

ハイリスク乳児あるいは未熟児にDiff児が多く認められることについては、Medoff-Cooperら（1982）あるいはWashingtonら（1986）も未熟児において同様の結果を報告している。これらの結果がなんらかの生物学的要因によるのか環境要因によるのか、ハイリスク児の養育に関係する者にとって重要と考える。

そこで十分な対象児においてもこの事実が存在するかを確認するのが、本研究の第一の目的である。ハイリスク児171名は上記結果を確認するに十分な数量であろう。結果は日本人乳児の平均的気質類型の分布として考えられている、仙台のコホート調査と比較して有意にDiff児が多い（Easy児が少ない）という結果が得られた。

しかし、予想に反して、我々の施設にてフォロー中の健康児（LおよびN群）においても同じく有意に Diff 児が多いという結果になった。つまり大学病院に通ってくる対象児の、特異的分布によるゆがみの影響を想定しなければならなくなった。健康児の場合、小児保健外来では東京女子医科大学母子総合医療センターにて出生した児のみを対象にしており、5～9ヶ月児においてはフォローアップ率は50%前後であるので、この結果に影響しているのが検診を希望する親の特性なのか、当センターでの分娩を希望する親の特性なのかは不明であるが、コホート調査と病院で収集するデータの違いを現して

いると思われる。

周産期危険因子そのものが気質の決定に関与しているとするならば、ハイリスクとノーリスクの中間にローリスク因子を想定し、その因子を持つ集団の気質類型の分布を調査することで危険因子の影響を明らかにできるのでは、と考えた。本研究の第二の目的である。統計学的にはH, L, N各群の気質類型の分布に有意差がなかったのでこの問題の結論は差し控えたい。ただし、ハイリスク因子の多様性を考えあわせると、特定の生物学的要因ではなくて「ハイリスク」児に分類されること自体が気質の決定に関与している可能性が高いと思われる。

表1 対象児の概要

	H 群	L 群	N 群
総数 (男:女)	171 (86:85)	244 (130:114)	154 (84:70)
出生順位 (第1子:第2子以上)	107:64	201:43	115:39

表2 気質類型の分布

	H 群	L 群	N 群	日本人平均
Diff	40(23.4%)	44(18.0%)	28(18.2%)	38(9.6%)
STWU	11(6.4%)	12(4.9%)	4(2.6%)	19(4.8%)
Int-H	24(14.0%)	33(13.5%)	27(17.5%)	53(13.4%)
Int-L	56(32.7%)	83(34.0%)	52(33.8%)	134(33.8%)
Easy	40(23.4%)	72(29.5%)	43(27.9%)	153(38.5%)
合計	171	244	154	397

10. 社会復帰相談部

社会復帰相談部は、時代の動向を全視野にいれ以下の研究活動を行なった。

丸山は、高臣武史主任研究者による「精神保健医療の現状把握と改善に関する研究(厚生科学研究)」に参加した。またわが国の社会精神医学会の研究動向を分析する中で社会復帰に関する研究の割合を明らかにした。さらにまた「ストレス・マネージメント」(健康づくり等調査研究委託費)や「プライマリ・ケア・レベルにおいてあつかわれる心身症」(精神・神経科学研究委託費)の研究を行なっている。

横田は、精神衛生相談室の相談業務に率先してかかわる一方、思春期のケースにグループアプローチをおこなったり、ロールシャッハ・マニュアルの編集に参画した。

丹野は、慢性分裂病者および老人のデイ・ケアに従事しながら、小規模作業所および援助活動に関する研究を行なった。

(丸山 晋)

全国のデイサービス施設の現状と課題

丸山 晋 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

大塚俊男 (同 上)

大原一興 (東京大学工学部)

はじめに

全国のデイサービス施設を対象に行った調査の結果から現状の問題点と今後の施設の課題について考察する。

この調査は、昭和61年3月31日現在の全国の全デイサービス施設96箇所と神奈川県の小規模デイサービス施設全4箇所、合計100箇所を対象に、昭和62年2月、郵送アンケートを行い、運営と利用の状況を把握したものである。なお回答は62施設から得られた。(回収率62%)

① 施設の概要

はじめに、施設のサービス日数の実態は、調査による2月下旬の例では施設により差があり、一週間のうち3日の施設もあれば7日の施設もある。全体の半数の施設は5日、3割以上の施設が6日としている。同じ6日開所施設の中でも、休みの日を平日にし、家族が付き添える日曜日を開設しているなどの試みも見られた。

立地条件は半数が住宅地であるが、農山村部にも2割の施設が立地している。また、最寄りの鉄道駅から徒歩で2,30分の位置にあるものが多い。老人ホーム同様、依然として、交通の便利な市街地中心部に敷地を確保し設置することが困難なのであろう。しかもデイサービス施設はその殆どが老人ホームに併設している。老人ホームに併設することの有用性は、その施設の設備や職員を効率よく使い得る点、また入所老人のためにデイケアセンターでの訓練が行える点などであらう。しかし、少なくとも職員の所属や軽費の処理は運営上別個の事業として明確

に区分する必要がある。その上、デイケア施設はあくまでも通所施設・地域施設であり、不便な遠隔地に設置されることは明らかに望ましくない。併設するか独立するかに関わらず、老人ホームとデイケアセンターとは地域において果たすべき役割が異なることを認識して、既存の併設施設の立地にとらわれない独自の配置計画が為されるべきであらう。

② 利用者層の属性

登録者数の平均は1施設当たり282人であり、45人から923人まで施設差は大きい。このうち実利用者は平均143人で、平均年齢77歳、男女比は5対9程度である。ひとりぐらしの者の割合は平均して13%、地域在住の障害老人一般に比べてやや大きい値と思われる。

次に、利用者の身体状況については、ADL自立の者ばかりの施設から、ほとんどがねたきり対象の施設まで様々である。歩行自立の者の割合が50%以上の施設は約半数を占めており、入浴自立の者の割合「50%以上の施設は約4割である。

身体状況からみて特に重度の介助を要するものが多い東京都では、デイサービス施設の役割はほぼねたきりを対象とした入浴サービスをおこなうものとして位置づけられており、現状では、地域のニーズに応じて対象層も多様に設定されている。

このように身体状況や過宮の全体をみてみると、実情としては身体のあまり不自由でない層からねたきりの層まで、利用者が一貫して求めているものが入浴サービスであるといえよう。

現在のデイサービス施設は、その内容が機械浴か自立老人の一般浴かの違いはあるにしても、何れの施設も地域入浴サービスセンター的な役割を果たしている。しかし諸外国には、あまりこのような入浴を重視した事例は見られない。これはあくまでも日本の生活風習の特徴であると思われるが、本来のデイケアセンターは入浴を主体とすべきかどうか、今後検討すべき課題であると言えよう。もしもデイケアの重要なサービス機能がおろそかになり、人手のかかる入浴サービスに終始してしまうのであれば問題であろう。

現在のデイサービス施設は各々の地域で固有の対象層をもち、地域における役割分担がなされていると思われる。利用対象層を限定すると施設機能を設定し安いが、デイケア本来の理念からは広範な中間層を対象とすべきであろう。単なる通過施設として、老化による心身条件の変化のある一時期だけに対して機能するのでは、新たな分類収容施設が増えるだけの意味しか持たない。一方で利用期間が長くなると常連層が発生し、排他的になりやすい。この点から、全くの自由利用施設としてではなく、個人に処方されたプログラムに従う利用形態を取るなど、運営側のコントロールが必要である。

③痴呆性老人の受け入れ

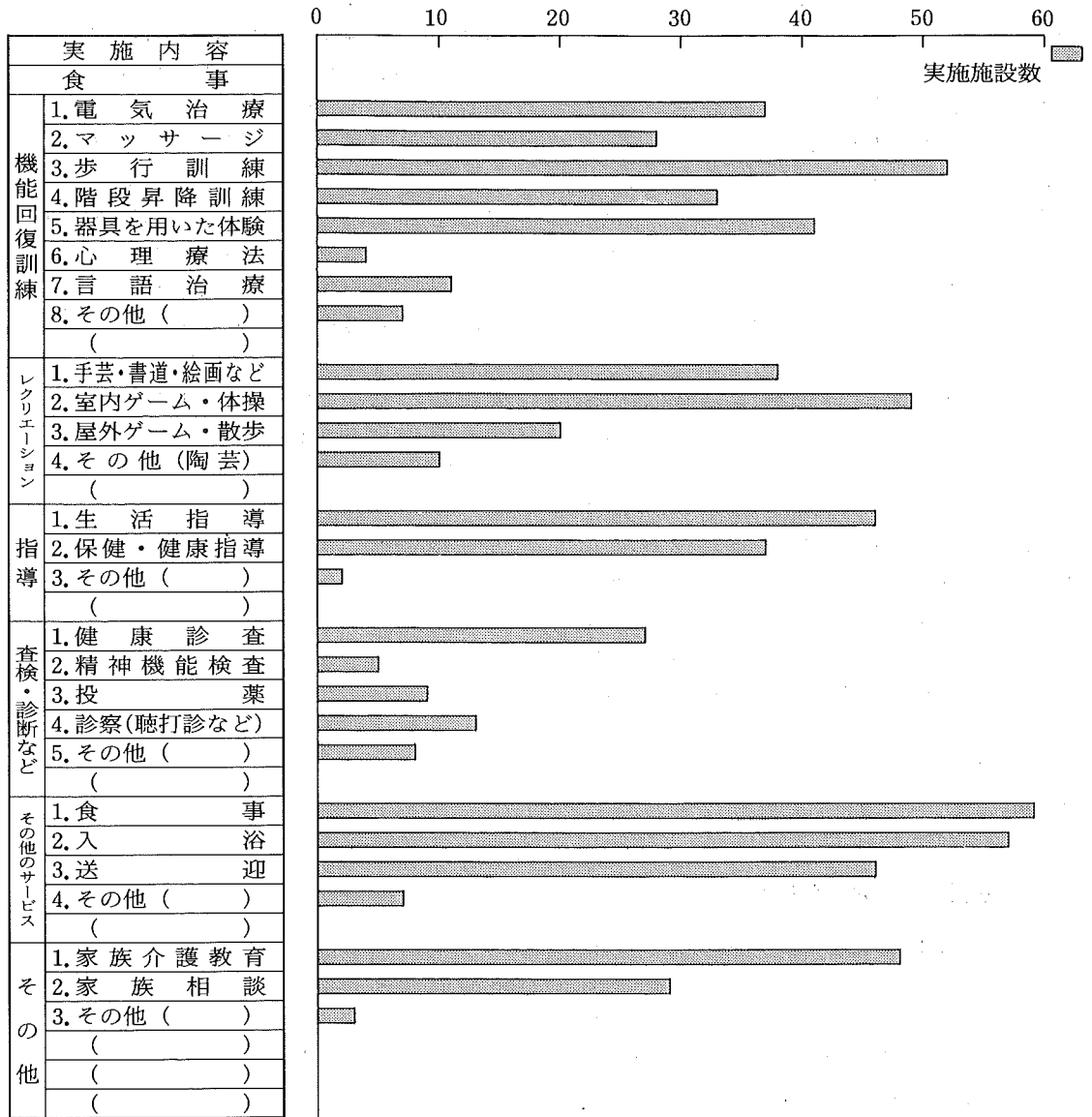
もともと精神科医療から生まれたデイケアサービスは、痴呆性老人に対するケアとして効果の期待されるものである。最近では特に治療的効果の面からも家族介護負担の軽減という観点からも、需要が高まっている。

実際の痴呆性老人の受け入れ状況については、まずその人数は、全く居ない施設から、90人近く受け入れている施設まで施設の実情により様々である。受け入れ側の意見としては、痴呆性老人は他の一般の老人と一緒に扱うことは、52施設(84%)が可能であるとしている。さらに受け入れてケアするためには、痴呆性老人のための特別のプログラムを35施設(56%)が必要で

あるとしている。原則としてはほとんどの施設で受け入れる方針ではあるが、職員配置上の問題などから、施設の処遇可能な範囲は限られているのが現状であろう。処遇可能な範囲は施設毎に設定されており、具体的には通所者に対し何らかの調査をした上で受け入れを判断することが多い。受け入れ判定の結果、痴呆性老人に限られないがケースによっては受け入れを断わることもある、とする施設が28例みられた。

痴呆性老人を含む今後の利用者層の多様化に応じて、医療機関の応援やショートステイなどとの一体化を図るなど柔軟な対応が必要であろう。他機関との人的・物的な連携も必要だが、地域における情報機関として判定機関などの存在も重要となろう。

図一 サービスの実施状況（サービス項目別実施施設数）



図二 痴呆性老人率（利用者に対する割合）

痴呆性老人率	施設数	構成比（％）
5％未満	20	（ 34）
5～10％	11	（ 19）
10～20％	10	（ 18）
20～30％	8	（ 13）
30％以上	9	（ 16）
合計	58	（100）

III 研 修 実 績

昭和62年度研修報告

1988・2・10 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、精神衛生法第5条の規定による指定病院等において、精神保健の業務に従事する者に対して、精神保健各般にわたり必要な知識及び技術の研修を行い、精神保健技術者として必要な資質の向上を図ることを目的として実施しており、昭和62年度には、次の5課程に分けて実施した。

《社会福祉学課程》

昭和62年5月22日から6月11日まで、第29回社会福祉学課程研修を実施し、「ソーシャルワークにおける家族療法的アプローチ」を主題に、精神衛生センター、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29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 (13:30~16:30)
5. 22	金	開講式 現代社会の家族と精神保健 (福原)	オリエンテーション
23	土	世界の家族 (I. グリック)	
25	月	日本の家族と精神保健 (高 臣)	ソーシャルワークと家族 (金子)
26	火	ソーシャルワークと家族 (金子)	グループ討議 (今後の進め方などについて)
27	水	家族療法の基本 (鈴 木)	家族療法の理論と実際 (鈴 木)
28	木	分裂病と家族 (牧 原)	分裂病と家族 (牧 原)
29	金	アルコール・薬物依存と家族 (福 井)	家族造形法 (リング・ベル)
30	土	うつ病と家族 (石 川)	
6. 1	月	神経症・心身症と家族 (下 坂)	家庭訪問による家族治療 (青 木)
2	火	登校拒否・家庭内暴力と家族 (上 林)	老人をとりまく家族 (斎 藤)
3	水	デイ・ケアと家族 (松 永)	非行と家族 (生 島)
4	木	家族療法の技法 (鈴 木)	家族療法の技法 (鈴 木)
5	金		

		施設見学	大須成学園 〒409-33 山梨県南巨摩郡中富町久成5005
6	土		
8	月	グループ演習	グループ演習
9	火	グループ演習	グループ演習
10	水	グループ演習	グループ演習
11	木	総括討論	閉講式

第29回社会福祉学課程研修講師名簿

氏名	所属	テーマ
福原 毅文	厚生省 保健医療局 精神保健課	現代社会の家族と精神保健
アイラ・グリック	国立精神・神経センター 精神保健研究所 客員研究員 (コーネル大学精神科教授)	世界の家族
高 臣 武 史	国立精神・神経センター 精神保健研究所 客員研究員 (前精神保健研究所長)	日本の家族関係と精神保健
金 子 寿 子	名古屋大学 医学部 精神科 講師	ソーシャルワークと家族
鈴木 浩二	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部長	家族療法の基本・理論と実際・技法
牧 原 浩	牧原病院 院長	分裂病と家族
福 井 進	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	アルコール・薬物依存と家族
リンダ・ベル	国立精神・神経センター 精神保健研究所 客員研究員 (ヒューストン大学助教授)	家族造形法
石 川 元	浜松医科大学 講師	うつ病と家族
下 坂 幸 三	下坂クリニック院長	神経症・心身症と家族
青 木 四 郎	向の岡青少年カウンセリング研修所長	家庭訪問による家族治療
上 林 靖 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健部長	登校拒否・家庭内暴力と家族
斎 藤 和 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人をとりまく家族

III 研 修 実 績

松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	デイ・ケアと家族
生 島 浩	法務省横浜保護観察所 主任保護観察官	非行と家族
石 井 千 賀 子	親業訓練協会 親業訓練シニア・インストラクター	アイラ・グリック通訳 リンダ・ベル通訳

課程主任 鈴木 浩 二
課程副主任 藤 井 和 子

《医学課程》

昭和62年10月20日から10月23日まで、第28回医学課程研修を実施し、「小児の発達障害と精神保健」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、26名に対して研修を行った。

第28回医学課程研修日程表

	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
10月20日 (火)	開講式 障害福祉行政の今日の問題・動向 厚生省児童家庭局 障害福祉課 専門官 中 沢 健	小児の言語障害をめぐる諸問題 帝京大学医学部 耳鼻咽喉科 教授 田 中 美 郷
10月21日 (水)	自閉症研究の最近の動向について 東京大学医学部 精神神経科 講師 太 田 昌 孝	最近の染色体異常研究の知見について 神奈川県立こども医療センター 遺伝科 医長 黒 木 良 和
10月22日 (木)	てんかんと発達障害をめぐる諸問題 国立療養所静岡東病院 てんかんセンター 医長 藤 原 建 樹	発達障害と児童虐待 聖徳学園短期大学 学生保健センター 教授 池 田 由 子
10月23日 (金)	今日の新生児医療の進歩 東京女子医科大学 母子総合医療センター 助教授 仁志田 博 司	閉 講 式

課程主任 上 林 靖 子
 課程副主任 加 我 牧 子
 課程副主任 原 仁
 企画係 秋 元 明

《精神保健指導課程》

昭和62年5月13日から5月15日まで、第24回精神保健指導課程研修を実施し、「精神衛生法の改正と社会復帰」を主題に、精神衛生センター所長、保健所長及び精神衛生センター等に勤務する医師、42名に対して研修を行った。

第24回精神保健指導課程研修日程表

テーマ：精神衛生法改正と社会復帰

	午 前 (10:00~12:00)	午 後 (13:00~16:00)
5月13日 (水)	10:00~10:15 開講式 オリエンテーション 10:15~12:00 精神衛生法改正に至る経過 精神衛生法改正案について (福原毅文・貝谷 伸)	13:00~14:30 公衆衛生審議会の審議経過 (島蘭安雄, 蜂矢英彦) 14:30~16:00 質 疑
5月14日 (木)	10:00~11:00 精神衛生法と人権 ——法律家の立場より—— (平野龍一) 11:00~12:00 精神衛生法と人権 ——医療関係者の立場より—— (高宮澄男)	13:00~14:30 今後の精神障害者の社会復帰システムの問 題点と展望 (蜂矢英彦, 岡上和雄) 14:30~16:00 質 疑
5月15日 (金)	10:00~12:00 今後の精神保健について ——病院の立場より—— (小林 茂) ——保健所の立場より—— (堀井富士子)	13:00~16:00 全体討論 閉講式

課程主任 大 塚 俊 男
 課程副主任 岡 上 和 雄
 課程副主任 和 田 修 一

III 研 修 実 績

第24回精神保健指導課程研修講師名簿

氏 名	所 属	テ ー マ
福 原 毅 文	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神衛生法改正に至る経過 精神衛生法改正案について
平 野 龍 一	東京大学法学部名誉教授	精神衛生法と人権 ～法律家の立場より～
高 宮 澄 男	高宮病院 院長	精神衛生法と人権 ～医療関係者の立場より～
岡 上 和 雄	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	今後の精神障害者の社会復帰システム の問題点と展望
小 林 茂	田代台病院 名誉院長	今後の精神保健について ～病院の立場より～
堀 井 富士子	寝屋川保健所 所長	今後の精神保健について ～保健所の立場より～

《心理学課程》

昭和63年2月17日から3月8日まで、第28回心理学課程研修を実施し、「臨床心理技法の新しい展開」を主題に、精神衛生センター、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28回心理学課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
2. 17	水	開講式 オリエンテーション	精神保健行政 (中 林)
18	木	全体討議	全体討議
19	金	ゲシュタルト療法 (篠 崎)	ゲシュタルト療法 (篠 崎)
20	土	全体討議	
22	月	小集団演習	小集団演習
23	火	フォーカシング (都 留)	フォーカシング (都 留)
24	水	小集団演習	小集団演習
25	木	心理劇 (増 野)	心理劇 (増 野)

26	金	26日 聖隷福祉事業団 聖隷三方原病院 ホスピス病棟 静岡県浜松市三方原3453	施設見学
27	土	27日 聖隷福祉事業団 特別養護老人ホーム 十字の園 静岡県引佐郡細江町中川7220-11	
29	月	小集団演習	小集団演習
3. 1	火	治療関係の変化 (近 藤)	小集団演習
2	水	自律訓練法 (長谷川)	自律訓練法 (長谷川)
3	木	コミュニティ心理学 (山 本)	小集団演習
4	金	小集団演習	小集団演習
5	土	小集団演習	
7	月	全体討議	全体討議
8	火	全体討議	全体討議 閉講式

第28回心理学課程研修講師名簿

講師名	所属・職名	講義とテーマ
中 林 圭 一	厚生省 保健医療局 精神保健課	精神保健行政
篠 崎 忠 男	武蔵心理研究所 所長	ゲシュタルト療法
都 留 春 光	(I. C. U) 国際基督教大学 教授	フォーカシング
増 野 肇	宇都宮大学 教育学部 教授	心理劇
近 藤 邦 夫	東京大学 教育学部 助教授	治療関係の変化
長谷川 浩 一	青山学院大学 文学部 教授	自律訓練法
山 本 和 郎	慶応義塾大学 文学部 教授	コミュニティ心理学

課程主任 越 智 浩二郎
 課程副主任 中 田 洋二郎
 企画第二係 秋 元 明

《精神科デイ・ケア課程》

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

Ⅲ 研 修 実 績

第34回 昭和62年 6月24日～7月14日

40名

第34回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30～12:30)	午 後 (13:30～16:30)
6. 24	水	開講式 精神保健行政 (福 原)	セミナー (オリエンテーション)
25	木	社会精神医学・デイケアの歴史 (岡 上)	グループ・ワーク (松 永)
26	金	デイケアにおけるかかわり (桑 名)	セミナー
27	土	作業療法 (丹 野)	
29	月	臨 地 研 修	
30	火		
7. 1	水		
2	木		
3	金		
4	土		
6	月		
7	火	セミナー	臨床チーム論 (谷 中)
8	水	デイケアの対象について (柏 木)	精神科リハビリテーション (吉 川)
9	木	家族のサポートシステム (大 嶋)	セミナー
10	金	老人のデイケア (斎 藤)	家族療法 (鈴 木)
11	土	面接技法 (牟 田)	
13	月	地域におけるサービスのネットワーク (椎 谷)	セミナー
14	火	カンファレンスの持ち方 (越 智)	総括討論 閉講式

第34回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

氏 名	所 属	テ ー マ
福 原 毅 文	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神保健行政
岡 上 和 雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部長	社会精神医学・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
桑 名 行 雄	国立精神・神経センター 国府台病院 神経科 看護師	デイケアにおけるかかわり
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 精神保健相談研究室	作業療法
宗 像 恒 次	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 社会文化研究室長	自己理解
谷 中 輝 雄	やどかりの里 理事長	臨床チーム論
柏 木 昭	杏林大学 医学部 客員教授	デイケアの対象について
吉 川 武 彦	東京都立中部総合精神衛生センター リハビリテーション部長	精神科リハビリテーション
大 嶋 巖	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 統計解析研究室	家族のサポートシステム
斎 藤 和 子	国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人のデイケア
鈴 木 浩 二	国立・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部長	家族療法
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	面接技法
椎 谷 淳 二	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健研修室長	地域におけるサービスのネットワーク
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	カンファレンスの持ち方

課程主任 松 永 宏 子
 課程副主任 大 嶋 巖
 企画係 秋 元 明

第35回 昭和62年9月17日～10月8日 37名

第35回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30～12:30)	午 後 (13:30～16:30)
9. 17	木	開講式 精神保健行政 (宮 本)	セミナー (オリエンテーション)

III 研 修 実 績

18	金	作業療法の理論とその展開 (丹 野)	デイ・ケアの歴史 (柏 木)
19	土	セミナー	
21	月	デイケアにおけるかかわり 働きかけの意味、スタッフの役割 (桑 名)	面接技法 (横 田)
22	火	社会精神医学概論 (藤 縄)	セミナー
24	木	自己理解 (宗 像)	地域ケアの実際 (菱 山)
25	金	老人のデイケア (斎 藤)	セミナー
26	土	デイケアプログラムの実際 グループワークの技法 (松 永)	
28	月	臨 地 研 修	
29	火		
30	水		
10. 1	木		
2	金		
3	土		
5	月	セミナー (実習報告)	家族のサポートシステム 家族との関係の実際 (大 嶋)
6	火	セミナー	臨床チーム論 (谷 中)
7	水	ケースカンファレンスの持ち方 デイケアの対象について (越 智)	セミナー
8	木	総括討論	総括討論 閉講式

第35回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

氏 名	所 属	テ ー マ
宮 本 政 於	厚生省 保健医療局 精神保健課	精神保健行政
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 精神保健相談研究室	作業療法の理論とその実際
柏 木 昭	杏林大学 医学部 客員教授	デイケアの歴史

桑 名 行 雄	国立精神・神経センター国府台病院 精神科 看護師	デイケアにおけるかかわり 働きかけの意味 スタッフの役割
横 田 正 雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部 精神保健相談研究室長	面接技法
藤 縄 昭	国立精神・神経センター精神保健研究所長	社会精神医学概論
宗 像 恒 次	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 社会文化研究室長	自己理解
菱 山 珠 夫	東京都立中部総合精神衛生センター所長	地域ケアの実際
斎 藤 和 子	国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人のデイケア
松 永 宏 子	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	デイケアプログラムの実際 グループワークの技法
大 嶋 巖	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 統計解析研究室	家族のサポートシステム 家族との関係の実際
谷 中 輝 雄	やどかりの里 理事長	臨床チーム論
越 智 浩二郎	国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部 心理研究室長	ケースカンファレンスの持 ち方 デイケアの対象について

課程主任 岡 上 和 雄
 課程副主任 椎 谷 淳 二
 企画係 秋 元 明

第36回 昭和62年11月11日～12月2日（大阪市） 39名

第36回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午 前 (9:30~12:30)	午 後 (13:30~16:30)
11. 11	水	開講式 精神保健行政 (曾 根)	治療的人間関係 (藤 縄)
12	木	社会精神医学概論 (浅 尾)	デイケア概論 (藤 川)
13	金	集団療法 (プログラムの実際) (松 永)	セミナー (1)
14	土	臨床チーム論 (宮 崎)	
16	月	作業療法理論と展開 (山 根)	セミナー (2)
17	火	老人デイケア (丸 山)	セミナー (3)

Ⅲ 研 修 実 績

18	水	働きかけの意味 (辻)	セミナー (4)
19	木	ケースカンファレンスの持ち方 (荒 川)	セミナー (5)
20	金	地域ケア (岡 上)	セミナー (6)
21	土	面接技法 (真 野)	
23	月	臨地訓練及びセミナー	
24	火		
25	水		
26	木		
27	金		
28	土	砂川厚生福祉センター見学実習	
30	月	デイケアの対象について (越 智)	セミナー (7)
12. 1	火	地域におけるサポートシステム (遠塚谷)	セミナー (8)
2	水	総括討論 (1) 【実習】	総括討論 (2) 【全般】 閉講式

第36回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

氏 名	所 属	講義・テーマ
曾 根 啓 一	厚生省 保健医療局 精神保健課 課長補佐	精神保健行政
藤 縄 昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所 所長	治療の人間関係
浅 尾 博 一	大阪府立中宮病院 院長	社会精神医学概論
藤 川 達 明	藍野病院デイケアセンター 所長	デイケア概論
松 永 宏 子	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健所 社会福祉研究室長	集団療法 (プログラムの実際)
宮 崎 眞一良	阪南病院 院長	臨床チーム論
山 根 寛	浅香山病院 リハビリテーション部 作業療法室 室長代行	作業療法理論と展開
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
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

荒川 義子	関西学院大学 社会学部 教授	ケースカンファレンスの持ち方
岡上 和雄	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
真野 元四郎	大阪府豊中保健所 主査	面接技法
越智 浩二郎	国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部 心理研究室長	デイケアの対象について
遠塚谷 富美子	大阪府精神衛生相談所 主査	地域におけるサポートシステム
乾 正	大阪府精神衛生相談所 所長	総括討論
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	総括討論 セミナー
筑紫 幸夫	大阪府精神衛生相談所 看護師	(研修担当)

課程主任 越智 浩二郎
 課程副主任 丸山 晋
 企画係 秋元 明

第37回 昭和63年1月20日～2月9日 22名

第37回精神科デイ・ケア課程研修日程表

月日	曜日	午前 (9:30～12:30)	午後 (13:30～16:30)
1. 20	水	開講式 精神保健行数 (中 林)	セミナー (オリエンテーション)
21	木	デイケアスタッフの役割 (桑 名)	デイ・ケアの歴史 (岡 上)
22	金	セミナー	社会精神医学概論 (加 藤)
23	土	作業療法の理論とその実際 (丹 野)	
25	月	臨 地 研 修	
26	火		
27	水		
28	木		
30	金		
31	土		
2. 1	月	セミナー (実習報告)	セミナー

III 研 修 実 績

2	火	治療的人間関係 (藤 縄)	セミナー
3	水	家族との関係の実際 (大 嶋)	デイケアプログラムの実験 グループワークの技法 (松 永)
4	木	対象論・働きかけの意味 (柏 木)	地域ケアの実際 (吉 川)
5	金	老人のデイケア (斎 藤)	セミナー
6	土	面接技術 (牟 田)	
8	月	ケースカンファレンスの持ち方 臨床チーム論 (越 智)	セミナー
9	火	セミナー (総括討論)	総括討論 閉講式

第37回精神科デイ・ケア課程研修講師名簿

氏 名	所 属	所 在 地
中 林 圭 一	厚生省保健医療局 精神保健課	精神保健行政
桑 名 行 雄	国立精神・神経センター 国府台病院 精神科 看護師	デイケアスタッフの役割
岡 上 和 雄	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
加 藤 正 明	東京医科大学 名誉教授	社会精神医学概論
丹 野 きみ子	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部 精神保健相談研究室	作業療法の理論とその実際
藤 縄 昭	国立精神・神経センター 精神保健研究所長	治療的人間関係
大 嶋 巖	国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部 統計解析研究室	家族との関係の実際
松 永 宏 子	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部 社会福祉研究室長	デイケアプログラムの実際 グループワークの技法
柏 木 昭	杏林大学 医学部 客員教授	対象論 働きかけの意味
吉 川 武 彦	東京都立中部総合精神衛生センター 地域保健部長	地域ケアの実際
斎 藤 和 子	国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部 老化研究室長	老人のデイケア

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
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	ケースカンファレンスの持ち方・臨床チーム論

課程主任 丹野 きみ子
 課程副主任 牟田 隆 郎
 企画第二係 秋 元 明

別表

課程別研修終了者数

(昭和63年3月迄)

課程	区分	県・市 本 庁	保健所	精神衛生 センター	精神 病院等	児 童 相談所	その他	計	59年度	60年度	61年度	62年度
医 学 課 程		17	329	37	69		32	484	20	12	20	26
心 理 学 課 程			15	77	122	250	108	572	20	21	23	25
社会福祉学課程		2	256	133	204	18	74	687	19	24	34	33
精神保健指導課程		46	230	240	4		10	530	25	19	36	42
精神科デイ・ケア課程		2	3	15	1,018		17	1,055	112	126	122	137
計		67	833	502	1,417	268	241	3,328	196	202	235	263

備 考 社会福祉学課程は昭和34年度から、医学課程及び心理学課程は昭和36年度から、精神保健指導課程は昭和39年度から、また、精神科デイ・ケア課程は昭和53年度から、それぞれ昭和62年度末までの延実人員である。

IV 研 究 業 績

原 著

寛解期分裂病者の責任能力

藤縄 昭

精神科 MOOK. No. 17 (法と精神医療) <125頁~133>
1987年

本論に於て筆者は「寛解期」概念を広く捉え、市民としての社会生活を営みうる程度とその持続から「寛解に準ずる状態」を規定し、人格欠陥の程度、社会生活における適応性とその持続、犯行と全人格との関連を考慮した上で、「寛解期」分裂病者の責任能力は人格障害に準ずるべきであろうことを論じた。

いわゆる「失踪」について
—遁走の臨床的考察—

藤縄 昭

藍野病院医学雑誌 <第6巻 第1号 8~13頁> 1987年

「失踪」(遁走)をきたした3例の軽うつ状態の患者を報告し、病前性格と生活史、「失踪」の状況の考察から、「失踪」の心的機制を論じた。

薬物依存にみる男女差

福井 進

メディコピア <17巻 160~166頁> 1987年

流行病型薬物依存では男性が圧倒的に多く、乱用の流行が進行するにつれて男性優位が徐々に緩和されていく。

個人型薬物依存(医療性)は男女差が縮少しているが、女性の方が多きこともある。特に中高年に集中しており、精神的、身体的苦痛を回避する目的で薬物依存におち入っていく。それが男女差の縮少している原因。

流行病型の場合、非行との関連が強く、それが男性の多い原因と考えられる。

薬物依存と家族

福井 進

メディカル・ヒューマニティ <3巻 1号 75~82頁>

1987年

高度経済成長は社会構造や国民生活に急激な変化をもたらした。その変化が薬物依存の発生に関係している。社会の変化とともに核家族化がすすみ、愛情を中心とした人間関係は形成されるが、家庭の機能としては縮小される。それだけに家庭機能の弱さが目立ち、問題を顕在化しやすく、さらに重症化へと導びかれやすく、そこに薬物依存、アルコール依存、非行をはぐむ現代の家族の病理性がある。

インスリン自己注射による作為的低血糖をくりかえした小児糖尿病の一例

池谷紀代子, 原 仁, 石渡昌子, 石場俊太郎, 丸山 博, 福山幸夫

東京女子医科大学雑誌<57巻 臨時増刊号630~634頁>

1987年

インスリン自己注射による作為的低血糖の18歳女子インスリン依存性糖尿病例の報告である。その心理機制と治療についても論じた。

胎内発育障害の臨床的研究 第1報
—極小未熟児におけるSFD児の予後に関する比較検討—

山口規容子, 原 仁, 能勢孝一郎, 新井敏彦, 山田多佳子, 仁志田博司, 中林正雄, 武田佳彦, 坂元正一, 福山幸夫

日本新生児学会雑誌 <23巻 3号 569~575頁> 1987年

極小未熟児の生存率および神経学的後障害に関して、SFD児とAFD児で比較検討した。生存率は2群間で差はなかったが、神経学的後障害は、SFD児群が有意に高率に発生した。IUGRおよび妊娠中期発症型の妊娠中毒症と神経学的後障害の強い相関が認められた。

Clinical Study on Intrauterine Growth-Retardation Part 1, Outcome for Small-for-Gestational-Age Infants with Very Low Birth Weight (<1,500 g)

Kiyoko Yamaguchi, Hitoshi Hara, Hiroshi Nishida, Takako Yamada, Toshihiko Arai, Koichiro Nose, Masao Nakabayashi, Yoshihiko, Takeda, Shouichi Sakamoto, Yukio Fukuyama

Acta Paediatr Jpn <29巻 5号 742~748頁> 1987年

極小未熟児の生存率は92%で、SGA群とAGA群とで差はなかった。神経学的後障害の発生率は12.8%で、SGA群の方がAGA群より有意に高率だった。(33%VS 3.3%)

Parental Perception of Behavioral Symptoms in Japanese Autistic Children

Masataka Ohta, Yoko Nagai, Hitoshi Hara, Masami Sasaki

J Autism Develop Dis <17巻 4号 549~563頁> 1987年

141例の自閉症児に関して、その親に質問紙に記入してもらう方法で、親が最初に異常に気付いた症状、年齢、および相談機関を受診した際の主訴について調査した。欧米の同様の調査研究と比較検討した。

男児の神経性食欲不振症に関する一考察

原 仁, 内海裕美, 石崎朝世, 石渡昌子, 福山幸夫, 山田多佳子

東京女子医科大学雑誌 <57巻 臨時増刊号 514~519頁> 1987年

著明な体重減少を認め、神経性食欲不振症を疑われた3児例で、DSM-IIIを用いて再診断を試みた。男児例あるいは年少例の「拒食」の心理機制は典型的神経性食欲不振症のそれと異なり、「過剰適応の破綻」として了解できることを論じた。

Kinetics of [CII] N, N-Dimethylphenylethylamine in Mice and Humans :

Potential for Measurement of Brain MAO-B Activity

篠遠 仁, 井上 修, 伊豫雅臣 et al

J Nucl Med <28巻 1006~1011頁> 1987年

[CII] DMKEA を用いて、in vitro での脳内 MAO-B 活性の測定についての報告。マウスについて、及び、生きた人の脳内の MAO-B 活性を測定した。

結節性硬化症のMRイメージ

児玉和宏, 佐藤甫夫, 伊豫雅臣 et al

臨床精神医学 <16巻 6号 859~865頁> 1987年

X線CT上高吸収域として描出される結節をMRIの反転回復像及びスピネエコー像で描出し、病理組織の違いによる描出の違いを報告した。

Auditory brainstem response in Leigh's syndrome

Makiko Kaga, Masanori Kume, Haruko Naitoh & Kenji Nihei

Acta Paediatr Jpn <29巻 2号 254頁> 1987年

臨床的に Leigh 症候群と診断した8症例(ミトコンドリア脳筋症で酵素診断をした6症例を含む)の聴性脳幹反応ABRについて報告した。病初期からABRの異常が観察され無呼吸や脳幹症状を示す症例では著しい波形異常や潜時延長が認められABRは高度異常を示したが、臨床症状の軽い者はABRの変化が少なかった。

低酸素無酸素状態の聴覚誘発反応

加我牧子, 杉浦正俊, 内藤達男, 河野寿夫, 二瓶健次

小児科診療 <50巻 5号 1041頁> 1987年

新生児仮死47名(1分後Apgar 4以下の重症仮死群28名, 5-5の軽症仮死群19名)および周生期以後の心肺停止により高度の無酸素症を経験した群9名を対象としてABR, MLR, SVRの聴覚誘発反応を記録した。低酸素状態後には聴覚誘発反応の異常が高頻度、かつ長期間にわたって見られグループ全体として特に重症仮死群では軽症仮死群に比べてABRの異常率が高く(P<0.05), SVRを得られないものが多い結果であった。(P<0.05)。

染色体異常児の聴覚誘発反応

加我牧子, 前田香織, 二瓶健次, 茂木富美子
精神衛生研究 <33巻 195頁> 1987年

染色体異常児31名の聴性脳幹反応 ABR, 中間潜明反応 MLR, SVR 頭頂部緩反応を記録した。ABR 正常は6名で残りの25名(80.9%)は何等かの異常を示した。いずれかの時点で高度波形異常を示した者は、無反応であった7名の他に7名あった。継時的記録を行った9名中7名の ABR は正常化ないし改善した。MLR は21名中18名で、SVR は19名中7名で反応が記録された。聴覚誘発反応から染色体異常児では大脳皮質の広範な病理学的変化の存在が示唆された。

乳幼児一次健診に使用されている機器と検査法の現状

加我牧子, 阿部敏明, 有馬正高, 鈴木康之, 平山義人
小児保健研究 <47巻 1号 74頁> 1988年

乳幼児健診に必要な機器および検査法の今後のあり方をさぐるため、現在乳幼児一次健診で使用中の機器(計測器, 診察用具, 玩具など)および検査法について昭和62年1月から2月にかけて22施設に対しアンケート調査を行ないその結果を報告した。

染色体異常児の聴性脳幹反応

加我牧子

日本小児科学会雑誌 <92巻 1号 15頁> 1988年

染色体異常児31名に45回の聴性脳幹反応を行った。25名(81%)が最終観察時に何等かの異常を示した。基礎疾患不明の精神遅滞児に比べて異常率が高かった。継時的記録を行った9名中7名が正常化ないし改善を示した。

Problems of trace elements and vitamins during long-term total parenteral nutrition: A case report of idiopathic intestinal pseudo-obstruction

Hiroko Kadowaki, Minami Ohuchi, Makiko Kaga, Tomiko Motegi, Yukishige Yanagawa, Hiroshi Hayakawa, Gotaro Hashimoto and Kiyokazu Furuya

J Parenteral Enteral Nutrition <11巻 3号 322頁>
1987年

慢性特発性偽腸閉塞の8歳女児例における6年間以上の長期中心静脈栄養(TPN)管理中に経験した亜鉛, 銅, ビタンA, B12, 葉酸, ビオチン欠乏症, ビタミンA過剰症について述べ、TPN管理中の微量元素, ビタミン類のモニター及び適切な治療の重要性について述べた。

VSDを合併した Smith-Lemli-Opitz 症候群と考えられる1例

中村こずえ, 薦田房子, 加我牧子, 茂木富美子
柳川幸重, 早川 浩

小児科臨床 <40巻 3号 663頁> 1987年

発育障害, 精神遅滞, 小頭症, 特異顔貌, 合指症, 男性外性器異常などを有する先天奇形症候群である Smith-Lemli-Opitz 症候群に室室中隔欠損症を合併した症例を報告し、本邦における報告例を総括、対比した。

聴性脳幹反応で1波のみを示す症例について(会)

加我牧子, 内藤春子, 二瓶健次

日本小児科学会雑誌 <91巻 2号 501頁> 1987年

星状膠細胞腫を合併した結節性硬化症の一例検例(会)

村上俊一, 遠藤久子, 早川 浩, 加我牧子, 森松義雄
神経病理学 <8巻 2号 198頁> 1987年

中学生の精神衛生に関する研究第5報: 中学生の飲酒と喫煙

上林靖子, 河野洋二郎, 池田由子, 西川祐一
精神衛生研究 <33号 1~15頁> 1987年

首都圏の公立中学校生徒6,611人を対象に行った飲酒喫煙の実態と精神健康に関する調査の結果を報告した。中学生の飲酒経験率は70.6%喫煙経験率は22.1%であり、喫煙経験者の90%は飲酒経験者であった。両者は家庭内の飲酒喫煙者の有無と関連し、学校生活への充足感に乏しく、神経症的徴候を有する割合が高いなどの特徴を示し、精神健康の面からのアプローチが必要であることを

示唆している。

Psychiatry Research <21巻 1号 49~53頁> 1987年

Liquid chromatography and radioimmunoassay compared for determination of cortisol and corticosterone in plasma after a dexamethasone suppression test.

Oka K., Noguchi M., Kitamura, T., Shima, S.
Clinical Chemistry, 33 (9) <1639~1642頁> 1987年

不安性障害の臨床的研究 —DSM-III Rの適用—

北村俊則, 越川法子, 島 悟, 藤原茂樹, 鈴木忠治,
宮岡 等, 片山信吾, 萩生田晃代, 伊藤 斉
精神医学 <29巻 10号 1073~1079頁> 1987年

妊娠・出産に伴う精神障害の疫学的研究 —妊娠初期の感情障害の罹患率と その発病危険因子—

北村俊則, 島 悟, 竹内ますみ, 青木まり
社会精神医学 <10巻 3号 255~263頁> 1987年

慢性精神分裂に対する臨床評価尺度の 信頼度

北村俊則, 島 悟, 加藤元一郎, 岩下 覚, 神庭重信
白土俊幸, 藤原茂樹, 市川洋子, 加藤雅高, 神庭靖子,
飯野利仁, 生田憲正, 宮岡 等, 武井茂樹, 樋山光教,
越川裕樹, 柘野雅之, 千葉忠吉
精神医学 <29巻 9号 933~940頁> 1987年

疫学調査用自己記入式精神害調査票 —Community Psychopathology Questionnaire (CPQ) の開発について

北村俊則, 千葉浩彦, 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤原茂樹
生田憲正, 菅原健介
精神衛生研究 <33巻 53~65頁> 1986年

Selective enlargement of the third ventricle found in chronic schizophrenia.

Kanbu, S., Shima, S., Masuda, Y., Tsukumo, T.,
Kitamura, T. and Asai, M.

操作的診断基準の信頼性とその問題点III 再試験法による研究用診断基準(RDC) ハミルトンうつ病評価尺度, 陰性症状評 価尺度の信頼度検定

北村俊則, 須賀良一, 森田昌宏, 伊藤順一郎
精神医学 <29巻 6号 579~585頁> 1987年

操作的診断基準の信頼性とその問題点II 症例要旨法による家族歴研究診断基準 (FH-RDC) の評定者間信頼度検定

伊藤順一郎, 森田昌宏, 須賀良一, 北村俊則
精神医学 <29巻 5号 475~480頁> 1987年

操作的診断基準の信頼性とその問題点I 症例要旨法による研究用診断基準(RDC) C) の評定者間信頼度検定

須賀良一, 森田昌宏, 伊藤順一郎, 北村俊則
精神医学 <29巻 4号 273~378頁> 1987年

RDC定型うつ病の症状論的研究

千葉浩彦, 佐藤達哉, 北村俊則
精神科治療学 <2巻 1号 77~86頁> 1987年

小児精神障害の国際診断基準に関する研究 (第3報)

山崎晃資, 栗田 広, 清水康夫, 阿部和彦, 太田昌孝,
北脇雅之, 佐藤喜一郎, 清水将之, 武貞昌志, 中根允文,
花田耕一, 花田雅憲, 林 雅次, 平田一成, 星野仁彦,
皆川邦直, 若林慎一郎

安田生命社会事業団研究助成論文集 <22巻 111~120
頁> 1986年

児童精神医学領域における診断の分類に関して, WHO
の ICD-10 草稿および DSM-III-R 草稿の検討を行い,
我が国での多施設での臨床診断の調査結果からみて, 重
要性が高い発達障害の分類と自閉症の診断基準について
試案を提出した。

境界型人格障害

町沢静夫

社会精神医学 <10巻 2号 113~118頁> 1987年
境界型人格障害の概念の検討と現代において増加しているという観点からその根拠を述べた。

操作的診断 (RDC, DSM-III) と従来診断の比較検討—症例研究を通じて—

町沢静夫

精神医学 <29巻 7号 697~704頁> 1987年
一症例を通じて操作的診断と従来診断の比較, 長所, 短所を論じ, 現段階ではこの両者の診断法の相補的あり方が望ましいことを論じた。

境界例と創造性—ヘルマン・ヘッセの場合—

町沢静夫

日本病跡学雑誌 <34号 30~37頁> 1987年
境界例の概念を整理し境界例は, 境界状態として考える方が妥当とし, その考えのもとにヘルマン・ヘッセの境界状態と創造性とのかかわりを論じた。

分裂病者の情報処理と作業療法

町沢静夫

作業療法 <6巻 2号 23~26頁> 1987年
分裂病者に情報処理プロセスに問題があることは既に多しの人に認められている。しかしそれをどう治療に結びつけてゆくかが困難であるが, Liberman らの social Skills Training の考えを取り入れた認知障害の是正のあり方を論じた。

不安神経症の今日的背景

丸山 晋, 児玉和宏

社会精神医学 <10巻 3号 173~179頁> 1987年
ある神経症治療施設で昭和15年~昭和60年にあつかわれた不安神経症例265例の分析を通じ, 不安のあり方, 対象, 経過の変遷について, 非定型化, 軽症化, 慢症化, といった変化があるのではないかという示唆を行った。

中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景

宗像恒次, 椎谷淳二

精神衛生研究 <33号 129~154頁> 1987年

1. 中学校教師の高い燃えつき状態および神経症群と地域, 属性, 職務上の背景との関連
2. 高い燃えつき状態と神経症群の多発する教師層
3. 燃えつき状態を生む背景, 防ぐ背景
4. 神経症・抑うつ症状を生みだす背景
5. 燃えつき予防策の提案

精神障害者と家族の福祉ニーズの所在—全国精神障害者家族連合会の全国調査の結果から

大嶋 巖, 荒井元博

社会福祉研究 <40号 97~102頁> 1987年

昭和60年度に全国規模において初めて実施した, 精神障害者と家族を対象にした家族福祉ニーズ調査を紹介するとともに, いくつかの家族類型ごとにその福祉ニーズの所在を分析した。

精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究

大嶋 巖

精神神経学雑誌 <89巻 3号 204~241頁> 1987年

本研究では, 地域類型の異なる都市部 (神奈川県川崎市) と農村部 (長野県東信地区) における, 精神障害者家族会の会員241例を対象にした個別面接調査の結果から, 在宅精神障害者・家族の生活の実態を把握し, 家族を取り巻く資源的条件との関係から家族支援のあり方を検討した。

精神科救急を求める行動

大嶋 巖

精神科治療学 <2巻 2号 209~217頁> 1987年

本研究では, 精神医療サービスの評価をサービスの受け手側から行う試みとして, 家族の求助行動の分析枠組みを提示し, その適用として精神科救急について分析を行った。

痴呆スクリーニング・テストの開発

大塚俊男, 中仲順子, 北村俊則, 丸山 晋, 中里克治, 谷口幸一, 佐藤真一, 池田 央

精神医学〈29巻 395～402頁〉1987年

地域の中の痴呆性老人を早期に発見し、相談、指導、ケアなどを行う上でコ・メディカルスタッフが容易に施行でき、かつ鑑別できる痴呆スクリーニング・テストを開発した。

テストは、20採点項目よりなり、203名の老人を対象・調査した結果、高い内的整合性と信頼性、かつ妥当性を有することが認められた。

痴呆スクリーニング・テストの開発に関する研究

大塚俊男, 丸山 晋, 北村俊則, 下仲順子, 中里克治
谷口幸一, 佐藤真一, 池田 央

精神衛生研究〈32巻 39～48頁〉1986年

The relationship between the emotional seal and physical activities for the Japanese elderly

Yaguchi, K., Otsuka, T., Fujita, T. and Hatano, S.

J of Human development〈23巻 42～47頁〉1987年

日本の大, 中, 小都市の3地域の高齢者を対象に(一地域1,320名)生きがいおよび精神衛生面の12項目の質問表を作成, その回答をもとに因子分析をした。その結果, 士気尺度(L, Mスケール), 満足度尺度(L, Sスケール)という抽出された2要因にもとづくスケールが構成された。そして, LMスケールは高齢者の日常生活の身体活動やADLのレベルを予測するのに有効な指導であることが実証された。

長期型ホステル入所者の実態・意識・特徴に関する一調査

岡上和雄, 丹野きみ子, 山田京子

財富士心身リハビリテーション研究所所報〈2巻 31頁～45頁〉1957年

老人の心の健康と福祉政策

齋藤和子

季刊社会保障研究

I. 我が国の老人問題の特徴, II. 老人の心の特徴, III. 福祉政策につき論じた。III. において, 1. 個人の

意志の尊重, 2. 家族の意志の尊重, 3. 社会の責任を論じ, 具体的施策として, 1. 相談事業の充実, 就労の実現, 3. ケアつき住宅の普及, 4. 通所の介護施設の充実と普及, 5. 短期保護事業の充実と利用の一般化の必要を論じた。

家族療法の適応と禁忌について

鈴木浩二, 辻 隆造

家族療法研究〈4巻 2号 171～179頁〉1987年

I. グリック博士の特別講演を抄訳したもの。

不安神経症者の配偶者との関係について

竹内龍雄, 高橋 徹ほか

精神医学〈29巻 8号 889～891頁〉1987年

不安神経症患者とその配偶者との関係を, 患者の経過・予後と関連させて考察した。配偶者との良好な安定した関係が, かえって神経症の経過を長期難治化にみちびく場合もあることを指摘した。

不安神経症の慢性期病像について

竹内龍雄, 林 董介, 富山学人, 岡田真一, 山内直人, 高橋 徹

精神医学〈30巻 1号 105～107頁〉1988年

不安神経症の経過を数年以上にわたって察した結果をまとめたもの。抑うつ, 心気, 恐怖症, の三病態が続発する例が多いことを指摘した。

中高年齢者の就労・引退

—その理由と老後生活への影響—

和田修一

社会老年学〈23号〉1987年

A Mathematical Formalization of the Nonvertical Dimension of the Psychological Effects of Social Statvses

Shuichi WADA

社会科学討究〈95号〉1987年

熟年者の就労が精神保健の上に及ぼす影響

和田修一
精神衛生研究 <33号> 1987年

病態生理 <6巻 7号 523~528頁> 1987年
PET 測定による in vivo におけるレセプター研究の
現況及び展望についての論文。

幼稚園児の仲間との係わり合い

渡辺 登, 大友八重子
Medical Way <4巻 7号 73~77頁> 1987年

乳児期の運動発達の遅れとして表われる 病態の発見と対策のために

加我牧子
周産期医学 <17巻 6号 901頁> 1987年
乳幼児期には運動面の発達と知的な面の発達が混然一
体となっていて種々の原因による遅れの大部分が運動の
発達の遅れという形をとって表われることが多い。

喫煙効果と禁煙対策

渡辺 登
日本医事新報 <3327号 29~34頁> 1988年

原因の多くは脳性麻痺, 精神発達遅滞であり区別を要
するものとして種々の原因によるフロッピーインファン
ト, 神経系以外の全身身体疾患, 視聴覚障害, 精神的・
環境要因などがありこれらにつき解説した。

V D T 技術者の視機能障害

増野 純, 原真由美, 渡辺 登
日本医事新報 <3291号 45~48頁> 1987年

思春期やせ症の身体症状と医学的管理

上林靖子
月刊生徒指導 <17巻 2号 34~39頁> 1987年

M. 私, そしてロールシャッハ

横田正雄
ロールシャッハ・モノローグ <第4集> 1987年

総 説

不安性障害の診断学・症状学

北村俊則
精神科治療学 <2巻 2号 303~305頁> 1987年

新生児 Follow up system における視覚 障害の早期診断と療育に関する検討

山口規容子, 仁志田博司, 新井敏彦, 山田多佳子, 坂元
正一, 福山幸夫, 三石知左子, 原 仁, 内田幸男, 加
藤有紀子

東京女子医科大学雑誌 <57巻 臨時増刊号 484~488
頁> 1987年

早期に診断し得た先天性白内障の2例の報告と, 早期
診断, 早期療育の重要性を検討した。

G H Q の成立過程と使用上の問題点

北村俊則
心理測定ジャーナル <23号 6~11> 1987年

精神科画像診断学の現況と展望

佐藤甫夫, 児玉和宏, 伊豫雅臣, 長谷川雅彦
臨床精神医学 <16巻 4号 573~580頁> 1987年
X線CT, PET, MRI という画像診断方法を用いた精
神科診断学の現況及び展望についての論文。

社会精神医学の今日的動向と展望

丸山 晋
臨床精神医学 <16巻 4号 597~603頁> 1987年
第1回から第7回までの日本社会精神医学会の講演お
よび演題を分類整理し, 表題のテーマを論じた。

心の科学とK J法

丸山 晋
K J法研究 <10号 66~76頁> 1987年
過去10年に亘る, K J法の活用経験を整理し, この領
域での活用の可能性を論じた。

PET によるレセプターマッピング

山崎統四郎, 伊豫雅臣, 伊藤高司, et al

高齢者と子どもの交流 —精神衛生の視点から

丸山 晋

子どもと家庭〈24巻 3号 12~16頁〉1987年

表題のテーマの研究概要を伝え、この領域は今後に期待すべき大切やものであることを指摘した。

デイ・ケア・プログラムの実際

松永宏子

グループ・ワークの技法 1988年

グループ活動をすすめる際の原則（自己決定の原理など）や、実際活動場面における技法について考察した。

また、グループ・ワークにおける援助媒介としてのプログラムについて、その効用および限界についても検討した。

保健行動学からみたセルフケア

宗像恒次

看護研究〈20巻 5号 20~29頁〉1987年

1. さまざまなセルフケア論
2. 保健行動モデルとセルフケア
3. 病气予防としてのセルフケア
4. 慢性疾患者のセルフケア行動

在宅患者のケア

大塚俊男

臨床と研究〈64巻 4号 1126~1131頁〉1987年

老年期痴呆患者のケアシステム

大塚俊男

治療〈70巻 115~121頁〉1988年

Alzheimer病はどの程度増えているか

大塚俊男

clinical neuroscience〈5巻 1103~1105頁〉1987年

保健所における老人精神保健活動の実態

大塚俊男, 丸山 晋, 北村俊則, 坂本 弘, 吉田健男
星 融

老年精神医学〈3巻 764~769頁〉1987年

わが国の在宅の痴呆性老人の実態 —有病率を中心として—

大塚俊男, 清水 博

精神衛生研究〈33巻 45~52頁〉1987年

在院老人精神障害の実態と問題点

大塚俊男

日精協雑誌〈6巻 9号 8~12頁〉1987年

精神障害に関する統計

大塚俊男

精神衛生研究〈33巻 29~43頁〉1987年

痴呆評価法の手引き

大塚俊男, 栖澤昭孝, 北村俊則, 丸山 晋他

老年精神医学〈4巻 1号 81~91頁〉1987年

精神衛生法におけるリハビリテーション の問題と将来の課題

岡上和雄

心と社会〈47号 67頁~47頁〉1987年

新精神保健法における社会復帰施設の問題及び今後の関連課題を論じた。

精神障害者の社会復帰とソーシャルサポートネットワークの課題

岡上和雄

医療'88〈4巻 4号〉1988年

戦略派家庭療法の代表 Jay Haley と cloé Madanes

鈴木浩二

家族療法研究〈4巻 2号 190~194頁〉1987年

J. ヘイリーとC. マダネスの人格、業績などを、対談形式で紹介したもの。

現代の恐怖症

高橋 徹

臨床精神医学〈29巻 8号 889~891頁〉1988年

恐怖症に関する近年の精神医学研究のトピックスを紹介したもので、とくに、広場恐怖症の生物学的な研究、対人恐怖症の精神病理学的研究を紹介し、さらに、近年注目されはじめた歯科関連の恐怖症についてもふれた。

原 仁

実践障害児教育 <167巻 36~37頁> 1987年

精神分裂病

高橋 徹

治療 <69巻 2号 452~456頁> 1987年

日常診療の最新情報を提供する「治療」の特別欄のための論文で、最近の分裂病研究、とくに生物学的身体的な側面からのものを紹介し、あわせて、DSM-IIIなどの操作的な診断における分裂病の扱いについて記した。

原 仁

実践障害児教育 <166巻 36~37頁> 1987年

職場におけるメンタルヘルスケアの試み

伊豫雅臣

新日本製鉄株式会社社君津製鉄所 1987年10月

職場における精神神経疾患患者の復帰・適応について、又、一般職業人のストレスマネジメントについての考察についての講演。

家庭婦人の健康づくり

増野 純, 渡辺 登

日本医事新報 <3274号 43~48頁> 1987年

Social Adjustment Scale II/Social Adjustment Scale-Self Report 社会適応尺度 (S A S)

Weismann, M. M., Schooler, N., Hogarty, G. 仲尾

唯治, 北村俊則 (訳)

精神衛生研究 <33巻 67~119頁> 1986年

幼児期と思春期

横田正雄

ほとけの子 <87年12月号> 1987年

入門診断基準

—DSM—III—Rの理解のために—

北村俊則

<21巻 30~31頁> 1987年

変わりゆく子供達

横田正雄

ほとけの子 <87年1月号> 1987年

1. 診断基準の必要性, 心の臨床ア・ラ・カルト

そ の 他

ねぼけ, 夜泣き, 夜驚

原 仁

まいんど <3巻 2号 2~10頁> 1987年

英国の精神科専門医と卒後研修

北村俊則, 池上直己

精神神経学雑誌 <89巻 10号 882~883頁> 1987

進路選択・医師の立場から

原 仁

波 (日本てんかん協会機関紙) <11巻 80号 259頁> 1987年

妊娠・出産と母子精神衛生 X アンケート群における検討(2) 産後5日目の母親の心理

菅原ますみ, 北村俊則, 島 悟, 青木まり, 佐藤達哉

日本心理学会第51回大会発表論文集 <495頁> 1987年

発作の誘因として気をつけたいこと

妊娠・出産と母子精神衛生 IX アンケート群における検討(1)

産後5日目の産婦の抑うつ度を中心として
佐藤達哉, 菅原ますみ, 北村俊則, 島 悟, 青木まり

日本心理学会第51回大会発表論文集〈494頁〉1987年

河野洋二郎

幼児と保育〈10号 62～63頁〉1987年

**妊娠・出産と母子精神衛生 VIII
性格特性との関連**

青木まり, 佐藤達哉, 菅原ますみ, 北村俊則, 島 悟

日本心理学会第51回大会発表論文集〈493頁〉1987年

言葉が出るまで

河野洋二郎

幼児と保育〈2号 96～97頁〉1987年

**妊娠・出産と母子精神衛生 VI
妊娠とRDC精神障害**

北村俊則, 島 悟, 青木まり, 菅原ますみ, 佐藤達哉

日本心理学会第51回大会発表論文集〈491頁〉1987年

精神発達障害をめぐって

1. 発達障害の概念

栗田 広

発達教育〈6巻 11号 24～25頁〉1987年

最近のDSM-III-R分類の動向なども含めて, 幼児自閉症およびその近縁の発達障害である全般的発達障害は, 精神遅滞および特異的発達障害とともに発達障害という大グループに一括されることと, 各グループでの下位類型の解説をとおして, 発達障害の概念について検討を行った。

**妊娠・出産と母子精神衛生 VII
出産とRDC精神障害**

島 悟, 青木まり, 菅原ますみ, 佐藤達哉, 北村俊則

日本心理学会第51回大会発表論文集〈492頁〉1987年

自閉症治療の動向

栗田 広

理学療法と作業療法〈22号 49頁〉1988年

近年の幼児自閉症(自閉症)の治療について解説し, 行動療法的な方法や教育的方法がその主体となること, 薬物療法は異常行動の治療には有用だが, 発達促進的な作用を狙った薬物の有効性は, まだ今後の検討課題として残されていることを述べた。

**「千葉浩彦・佐藤達哉・北村俊則：
RDEC定型うつ病の症状論的研究
精神科治療学2；77—86, 1987」における
統計学的推論の問題点について**

千葉浩彦, 佐藤達哉, 北村俊則

精神科治療学〈2巻 4号 652～654頁〉1987年

Japanese psychiatry.

Kitamura, T.

Bulletin of the Royal College of Psychiatrists.

〈12巻 1号 27頁〉1988年

**Factor analysis study on the positive
and negative symptoms of schizophrenia.**

Kitamura, T., Shima, S., Kato, M., Iwashita, S., Kanba, S., Shiratsuchi, T., Fujihara, S., Ichikawa, Y., Kato, M., Kanba, K., Iino, T., Ikuta, N., Miyaoka, H., Takei, S., Hiyama, M., Koshikawa, H., Tsugeno, M., Chiba, C

Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 〈41巻 1号 160頁〉1987年

精神発達障害をめぐって

2. 幼児自閉症の概念と診断

栗田 広

発達教育〈6巻 12号 24～25頁〉1987年

幼児自閉症概念の変遷を検討し, 発達障害としての幼児自閉症の臨床症状を説明し, 最近の幼児自閉症に関する概念とその診断基準を紹介した。

精神発達障害をめぐって

3. 幼児自閉症に関する医学的な問題

栗田 広

発達教育〈7巻 1号 24～25頁〉1988年

幼児自閉症には, てんかん発作が10～20%に, 脳波異

乳児と指さし

常が30%程度に、CT異常が10%程度に、そして脆弱X症候群が10数%に見られることなど、幼児自閉症の有する医学的な問題に関して解説した。

精神発達障害をめぐって

4. 幼児自閉症とその他の障害との関係

栗田 広

発達教育〈7巻 2号 24~25頁〉1988年

幼児自閉症と近縁の発達障害の臨床的な関連や、状態像が年齢的な変化を経て、他の近縁の障害と類似性を示す可能性などについて論じた。

精神発達障害をめぐって

5. 療育効果を検討するために大切なこと

栗田 広

発達教育〈7巻 3号 24~25頁〉1988年

幼児自閉症の治療に関しては、これまでに様々な混乱が生じていたが、その背後に存在すると思われる原則的な問題を、早期療育の効果が永続するの可否かの検討の必要性、および平行して生じた事象を因果関係と混同する危険性、などを述べることによって提示した。

精神医療のこれからをどうする

宗像恒次

新医療〈15巻 1号 84~88頁〉1988年1月

1. 精神医療を皆が考える時代へ
2. 精神病院への依存が生んだ社会問題の背景
3. 都市化は患者を解放させるか
4. 精神障害者は自立できるか
5. 増大する高齢入院患者、長期入院患者をどうする

精神障害者医療福祉の世界の動向と我が国の今後

宗像恒次

月刊福祉〈71巻 4号 51~57頁〉1988年

1. 家族ケアと病院ケアの限界
2. 欲しい医療福祉資源

Japan's Mental Health Care Delivery System in the Eighties

宗像恒次

精神衛生研究〈33号 155~194頁〉1987年

1. 80年代の統計にみる日本の精神医療の需要と供給の現状
2. 保健所および精神衛生センターにおける地域精神保健活動社会復帰資源

生活の変化と健康行動

宗像恒次

健康管理〈392号 19~23頁〉1987年

1. 日本は都市化推進民族
2. 産業化、都市化を支える価値観
3. タイプAの行動特性
4. 働き中毒も健康中毒もタイプA
5. ライフスタイル全体から健康をとらえる
6. 都市化が生む神経症症状
7. 人々が保健行動をとる背景

「つきあい」と「頑張り」の生活と健康

宗像恒次

Health Sciences〈3巻 2号 31~35頁〉1987年3月

1. 日本人のタイプA行動特性をつくる頑張りにつきあいの
2. つきあいと頑張りの弊害をどう避けるか
3. ストレスの逃避的対処と物質依存をどう回避するか

教師を蝕む

宗像恒次

月刊生徒指導〈17巻 5, 7, 8, 10号 66~72, 68~74, 80~87, 82~87頁〉1987年4~7月

中学校教師の精神健康と心理社会的背景について論じた。

教師の燃えつきを防ぐ自己理解と心のネットワーク

宗像恒次

青年心理〈64号 60~67頁〉1987年7月

1. 激増する教師の心身の疾患
2. 都市化された列島社会の教師の宿命
3. 燃えつき状態とは?
4. 燃えつき状態に落ち入る心理社会的背景
5. 燃えつき状態をどう防ぐか

大塚俊男

臨床のあゆみ <9巻 4~5頁> 1988年
精神障害の実態大塚俊男臨床のあゆみ <9巻 4~5頁>
1988年

心と健康

大塚俊男

月刊食糧 <37巻 7号 39頁, 8号 51頁, 9号 39
頁> 1987年

現代人のストレス

宗像恒次

月刊ナーシング <7巻 12号 49~53頁> 1987年11月

1. ライフステージとストレス源
2. 生活ストレス源への対処と疾病
3. 乳児期から学童期におけるストレス対処
4. 学童期から思春期におけるストレス対処
5. 成人期から向老期におけるストレス対処
6. 老齢期におけるストレス対処
7. 効果的なストレス対処と支援ネットワーク

精神保健法成立の経緯と課題

岡上和雄

月刊福祉 <71巻 4号 44~50頁> 1988年

MR Iの「短期集中療法」の実際 II

鈴木浩二, 鈴木和子

家族療法研究 <5巻 1号 30~48頁> 1988年

P. ヴラウウィックのワークショップの内容を抄記した
もの。

「精神障害者と家族の生活実態に関する調査—社会復帰を考える時、家族をどう見るか」

大嶋 巖

法学セミナー増刊・総合特集シリーズ37—これからの
精神医療 <310~320頁> 1987年

昭和60年度に全国規模において初めて実施した、精神
障害者と家族を対象にした家族福祉ニーズ調査の結果を
紹介するとともに、病歴の長期化にともない親の高齢化
と兄弟への世代交代が進行し、家族には扶養能力の限界
が訪れていることを実証した。

精神療法の巨匠“禅の老師”ウイテエカー

鈴木浩二

家族療法研究 <5巻 1号 58~62頁> 1988年

ウイテエカーの人となり、人格、業績、精神療法の技
法など、詳説したもの。

「精神障害者の地域生活における家族の位置—全国の精神障害回復者を対象にした全家連調査の結果から—」

大嶋 巖

心と社会 <136巻 51号 136~145頁> 1988年

地域で生活する精神障害者本人を対象にした、全国精
神障害回復者福祉ニーズ調査の結果から、障害者本人か
ら見た家族の位置を明らかにし、彼らが望む援助のあり
方を検討した。

家族ぐるみの処遇をどのように進めるか

鈴木浩二

更生保護 1988年

保護観察処遇における家族療法的アプローチの適用、
留意点などについて言及した。

患者の心と歯科：心身医学の実践

内田安信, 高橋 徹, 橋本真司, 西田絃一, 尾崎安彦
金子勝一

日本歯科医師会雑誌 <40巻 4号 43~57頁> 1987年
歯科関連の心身症病態についての座談会に、歯科との
リエゾン精神医学的活動の経験を述べたもの。

子どもたちの心の健康づくり(1)~(6)

渡辺 登

精神障害の実態

健康づくり <112~117頁> 1987~88年

著 書

精神療法とエロス

藤縄 昭

弘文堂 1987年

I 精神療法

- 1 精神療法とエロス 2 男性治療者と女性患者、——転移性恋愛をめぐって—— 3 宗教妄想の女性例 4 頻回再発をくり返しそれなりの人生を全うした例 5 精神分裂病者のリハビリテーションと精神療法との関連性について 6 精神分裂病の精神療法、——個人精神療法の治療構造—— 7 精神療法的治療態度 8 小精神療法

II 「病前性格」論二題

- 9 双極性躁うつ病の長期経過と病前性格についての予備調査 10 非定型精神病の病前性格

III 症候論、臨床類型など

- 11 非定型精神病にみられる臨床像 12 後半生にみられる妄想病態——そのパラノイド・スペクトルによる整理の試み—— 13 単純型分裂病の概念をめぐって 14 精神分裂性疾患類型の細分化について 15 耽溺、嗜癖、そして依存 16 精神分裂病の表現精神病理

IV 疾病分類学の問題、その他

- 17 精神医学における診断図式序説 18 寛解期分裂病者の責任能力

心理検査の基礎と臨床

藤縄 昭

藤土圭三他 星和書店 1987年

心理検査レポート（阪本病院 山下景子氏）に対するコメントを記した。

図説臨床精神医学講座・第1巻

藤縄 昭

島藺安雄他 メジカルビュー社 1988年

「性格の変化」の項目を分担した。

結婚の家族心理学（家族心理学年報6）

藤縄 昭

大塚義孝 金子書房

『「老い」をめぐる家族心理学の課題』というシンポジウムのテーマで、精神医学の立場から論じた。

大麻（依存性薬物情報シリーズNo.1）

福井 進

加藤伸勝 厚生省薬務局 <59~65頁> 1987年

大麻の薬理作用のうち、ヒトにおける作用について記す。

- 1) 身体におよぼす作用
- 2) 精神機能におよぼす作用
 - (1)使用方法と作用
 - (2)心理的状況的要因と作用
 - (3)摂取量と作用
 - (4)精神作用（特に急性効果）の特徴

市民の精神医療

福井 進

岡山和雄，清水順三郎，山角博 頸草書房 <26~32, 39~46, 72~97, 143~196, 311~317> 1988年

〔1〕薬物療法，①薬物療法が精神科医療にもたらしたもの，②向精神薬とはどんな薬か，③向精神薬の効果はどう考えられているか，④処方についての考え方，⑤副作用について，⑥薬物療法を続けている中で……

〔2〕入院治療，①変わりつつある精神病院，②入院治療の利点と配慮すべきこと，③入院への導入，④入院初期の治療，⑤入院中期の治療，⑥面会，外泊，⑦入院後期の治療，⑧開放病棟と閉鎖病棟……を記す。

青年期の自閉症、個人生活の確立

原 仁

E. ショブラー／G. B. メジボーフ編，中根 晃／太田昌孝監訳 岩崎学術出版社 共訳分担 第6章レクリエーションと余暇のニーズ 1987年

自閉症児の発達単元267

個別指導のアイデアと方法

原 仁

E・ショブラー／M・ランシング／L・ウォーターズ
編著 佐々木正美／青山均監訳 岩崎学術出版社 共訳
分担 第3章 粗大運動 1988年

母性剝脱

上林靖子

安藤春彦, 山崎晃資編 小児精取科治療ハンドブック
南山堂 1988年

マタernalデプレッションの概念, 状態像の特徴・
治療・予防について概説した。

思春期・多様化する心の問題子どもからの の訴えと相談から

上林靖子

江戸川区児童生徒精神衛生協議会機関誌「心の健康を
考える」 1987年

思春期の子どものみられる精神健康にかかわる問題の
現代的な特徴を登校拒否を中心に症例を通し概説した。

親子関係と心の健康 (子ども学研究 I)

上林靖子

森山, 安藤, 井上, 大場, 河合編 建帛社 1987年

親子関係と子どもの精神衛生に関する問題について望
ましいとされるマザリングの質・家庭保育と集団保育を
中心に概説した。情緒的障害をもつ臨床例を通じ, 親子
関係が子どもの心の健康にどのような影響を与えている
かを考察した。

Brockington, I. F. and Kumar, R. (eds.) Motherhood and mental illness

保崎秀夫 (監訳) 北村俊則, 菅原ますみ, 青木まり,
佐藤達哉 (共訳) 母性と精神疾患 学芸社 東京
1988年

痴呆性老人の早期発見の手引き 〈よき介護のために〉

厚生省保健医療局国立療養所課 (監修)

東京 新企画出版社 1987年 (分担執筆)

精神分裂病と全般的発達障害

栗田 広

土居健郎編 分裂病の精神病理16 東京大学出版会
東京 <27~47頁> 1987年

精神分裂病と全般的発達障害 (幼児自閉症およびその近
縁の発達障害) の関係を, 1) 従来の小児分裂病あるい
は小児精神病という幅広い概念の再検討, 2) 幼児自閉
症より発症の遅い全般的発達障害と最も発症年齢の低い
成人型の精神分裂病との関係の検討, 3) 年長の自閉症
児 (者) に生じる分裂病症状の検討, および4) 精神分
裂病患者の病前の発達特徴の検討, の4 側面より検討し,
両者の間にある差異について論じた。

母に密着し登校をいやがる

栗田 広

浅井昌弘, 皆川邦直, 今井五郎編 メンタルヘルス実
践大系 第4巻 日本図書センター 京都<128~134頁>
1988年

非定型全般的発達障害 (自閉症の診断基準を満たさな
い全般的発達障害) の年長児に生じた登校拒否を報告し,
このような子供たちでの登校拒否の発生の機制を考察し,
その治療的対応の原則などを論じた。

声を出したり, 手足をピクピクさせる中 学生

栗田 広

笠原洋勇, 児玉隆治, 長谷川義縁編 メンタルヘルス
実践大系 第6巻 日本図書センター 京都 <205~210
頁> 1988年

重症のトゥレット症候群の自験例を報告し, 薬物を主
体とした治療法, および症状形成に関係すると思われる
心理社会的要因について解説した。

傷をくり返しさわり悪化させる小学生

栗田 広

笠原洋勇, 児玉隆治, 長谷川義縁編 メンタルヘルス
実践大系 第6巻 日本図書センター 京都 211~216
頁 1988年

幼児自閉症に生じた重篤な自傷行為を報告し, そのと
らえ方と治療的対応について解説した。

自分の頭をたたく精神遅滞児

栗田 広

笠原洋勇, 児玉隆治, 長谷川義縁編 **メンタルヘルス
実践大系 第6巻** 日本図書センター 京都 217~222
頁 1988年

非定型全般的発達障害に生じた叩頭を報告し, その症
状出現の意味を考察し治療的対応の原則を述べた。

逃げ遅れたヒツジたち**—現代狂気の現象学—**

町沢静夫

光文社 1987年

最近の精神疾患の軽症慢性化傾向, 境界例, 人格障害,
うつ病の増加傾向を社会との関連で一般向きに論じたも
の。

「心に遊びをもっていますか」

町沢静夫

はつらつ10月号(保健同人社) 6~10頁 1987年
ストレスの発散の仕方及びGHQなどでストレスの強
さを知る方法を述べた。

分裂病者の心理

町沢静夫

雇用職業総合研究所 1987年
分裂病をプロセス型, 非プロセス型に分け最近の知見
をわかり易く紹介した。それと共にリハビリのあり方,
適性職業, 適性職場などを論じた。

境界線上のアリア**—ボーダーラインに生きる**

町沢静夫

IBM USERS <2巻 310号 16~19頁> 1988年
ボーダーラインの増加減少と現代情報社会との関連を
推察した。

記憶をコントロールする

町沢静夫

SANSAN 9頁 1987年

嫌な出来事ばかり記憶することから生じる神経症のメ
カニズムについて述べた。

人間の画一化, 疎外にどう処方をするか

町沢静夫

新医療 <8月号 30~32頁> 1987年

医療の専門医制が進む中で精神医学もその方向に向っ
ている。しかし人間全体をみる視点は特に精神医療に必
要であることを述べた。

ストレス反応のメカニズム

町沢静夫

「体づくり情報」(勤健康・体づくり事業団 <10~15
頁 No14> 1987年

ストレス反応の学説紹介と最近の生理心理的ストレス
反応の考え方を論じた。

心理療法における遊戯性

町沢静夫

土居健郎 「精神病理原の新次元」 3 61~79頁
1987年

心理療法においてユーモアや逆説的言い回しの重要性
と危険を述べたものである。特に分裂病者にあっては
いかに遊戯性を引き出すか, 又それが欠如しているかを
神経心理学的観点から述べた。

発達とストレス

町沢静夫

「青年心理」 金子書房 12~21頁 1987年
ストレスが有害である場合と有益である場合を発達プ
ロセスの問題と結びつけて論じた。

家族の病理 I —分裂病と家族

町沢静夫

島田一男編 プレーン出版 91~118頁 1987年
分裂病の家族研究の歴史と現状を述べたもので遺伝説
と家族因説の一方的主張の誤まりを具体的に指摘した。

企業の精神保健講座の手引

丸山 晋

高臣武史 善本社 23~41頁 1987年
第1章「日常時における精神衛生の指導を担当。日常生活におけるストレスとそのマネジメントにおける原則を解説した。」

メンタルヘルス解説事典

丸山 晋

大原健士郎 中央法規出版 1987年
「ナーシングホーム」(P498)「閉鎖病棟・開放病棟」(P499)「精神科作業療法」(P503)「社会精神医学」(P504)「産業精神医学」(P508)の項目を担当し、解説をした。

老年期精神障害

丸山 晋

島藺安雄, 保崎秀夫, 徳田良仁, 風祭元 図説臨床精神医学講座 7巻114~127頁 メジカルビュー社 1987年
老年期神経症の成因, 病理・治療について概説を試みた。

森田療法

丸山 晋

大原健士郎 金原出版 85~96頁 1987年
精神科 MOOK No.19 森田療法—理論と実際のうち, 比較精神療法学の立場から—森田療法とKJ法の章を担当。両者の類同と差異をケースを通じて論じた。

「医療社会学」『精神病理学の新次元3』

宗像恒次, 諏訪茂樹

土居健郎, 大平 健 金剛出版 225頁 1987年4月

1. 社会変動と心身の病理
2. 文化変容と心身の病理
3. 産業化としての医療化と日本文化の抵抗
4. 日本文化を踏まえた精神医学

「不安の社会心理学」『不安の科学と健康』

宗像恒次

河野友信, 風祭 元 朝倉書店 308頁 1987年10月

1. 産業化と不安の病理の増大

2. 不安を普遍化する文化変容としての産業化
3. 不安の病理の形成要因
4. 現代産業社会と不安の病理構造

「都市化に苦悩する保健医療」『都市の病』

宗像恒次

河野友信, 斉藤 昌, 山岡昌之, 山口 剛 医学書院 137頁 1987年11月

1. 「医療化」現象
2. 健康中毒
3. タイプA行動
4. 漢方療法, 民間療法
5. 社会的入院
6. 待合室に安らぐ老人
7. 保健室に逃避する子どもたち
8. 燃えつきる医療従事者

「日本人社会の病源と疾病予防」 『保健医療と行動科学』

宗像恒次

日本保健医療行動科学会 メジカルフレンド社 245頁 1987年6月

1. 日本人のタイプA行動特性をつくる頑張りにつきあい
2. つきあいと頑張りの弊害をどう避けるか
3. ストレスの逃避的対処と物質依存をどう回避するか
4. 家族の病源をどう断ち切るか
5. 列島都市社会と心身の疾患の激増
6. 進歩強迫性社会につくられる疾病
7. 多元化社会の病源をどう克服するか

「医療従事者と患者関係の心理と文化」 『保健医療と行動科学』

宗像恒次

保健医療と行動科学 メジカルフレンド社 245頁 1987年6月

治療関係の役割モデルと日本人の治療関係について論じる。

行動科学からみた健康と病気

宗像恒次
メヂカルフレンド社 1987年8月
序章 健康と病気の社会、心理、文化的背景
第1章 日本社会の病源と予防策
第2章 保健行動学入門
第3章 保健行動の諸相
第4章 日本人の生活ストレスと家族ネットワーク
第5章 日本人の患者と医療の世界

精神衛生学、医学基礎知識

大塚俊男
厚生省社会局、厚生省児童家庭局 老人福祉開発センター 1987年

老年期精神障害の医療施設と相談機関

大塚俊男
図説臨床精神医学講座 7巻老年精神医学 189~201頁
島藺安雄、保崎参夫、徳田良仁、風祭元 メジカルビュー社 東京 1987年

国立精研式痴呆スクリーニング・テスト 痴呆性老人の早期発見の手引き

大塚俊男、北村俊則、丸山 晋 他
厚生省保健医療局国立療養所課 新企画出版
1987年

心の健康のために、健康長寿ミニ百科

大塚俊男
福祉開発センター 1987年

今日の治療指針 (慢性分裂病のリハビリテーション)

岡上和雄
日野原重明他編 医学書院 1987年2月15日

メンタルヘルス解説事典

岡上和雄
大原健士郎編 中央法規出版 1987年3月20日
生活療法、精神病者の結婚、ホフビタリズム、コミュニケア、デイケア(精神科デイケア)、職親制度、家

族会、週末病院、各種身分法における欠格条項、絶対欠格条項、相対欠格条項を解説した。

精神障害者と就労問題

岡上和雄
身体障害者雇用促進協会(心身障害者雇用管理等講習資料シリーズNo61) 1987年10月1日

精神医療の福祉的課題 ~その現状と問題点

岡上和雄
日本福祉年鑑編纂委員会編 東洋館出版社 1987年12月1日

精神衛生(保健)法の制定、改正経過、今日までの状況を規定した諸要因、精神衛生(保健)行政の近年の推移と1982年改正(新精神保健法)、近年の特徴としての各自治体の取組、民間の取組、今後への視点について分析した。

精神障害者の就労援助

岡上和雄
岡上和雄編 牧野出版 1988年2月25日
主として慢性精神分裂病者の就労援助について、第一線の機関・資源のスタッフによる援助の実際、現状と現状認識、現在の技術等の水準を示すべく編集した。(本格的な職業リハビリテーションの前段階の作業と位置づけている)。

世界を読むキーワード2「家族療法」

鈴木浩二
岩波書店 1987年
家族療法を具体的に簡潔に説いたもの。

「家」と家族療法 家族療法における 「名付け」と「呼び方」の効用について

鈴木浩二
石川 元 金剛出版 1987年
わが国特自の家族療法の技法、「名付け」と「呼び方」の効用を詳説したもの。

青年心理63号「家族」ミラノ派家族療法

鈴木浩二

金子書房 1987年

ミラノ派家族療法の特徴を明示したもの

河野友信ほか編、朝倉書店 1987年

「不安と恐怖」異常心理学講座 4

高橋 徹

土居健郎ほか編、みすず書房 1988年

現代のエスプリ「家族は治療できるのか」

鈴木浩二

至文堂 1987年

佐藤悦子、平木典子の両氏と家族療法の実際について対談したもの

精神障害者の就労援助

丹野きみ子

岡上和雄 牧野出版 17頁 1988年

「職親からみた精神障害者の就労」

1. 職親の概念について
2. 「全国精神衛生職親会」結成の報告
3. 就労前訓練の実態
4. 職親からみた、働く回復途上者
5. 職親からの問題提起
6. 職親の実際例

不安の科学と健康「家族療法」

鈴木浩二

朝倉書店 1987年

家族療法の理論と実際を症例をまじえて具体的に概説した。

高学歴女性のライフコース

和田修一

青井和夫 勁草書房 1988年

現代のエスプリ

「日本における家族療法の展望」

鈴木浩二

至文堂 1987年

日本の家族療法の過去、現在、将来について論及した。

青年期のこころの健康

渡辺 登

新企画出版社 1987年

家族を考える

鈴木浩二

鈴木浩二 蒼穹社 メディカル・ヒューマニティ第9号 1988年

メディカル・ヒューマニティの特集として「家族」を取り上げ、各種の疾患や問題行動の出現による家族の変化とその家族の変化によってもたらされる新しい問題と、そこに展開される問題解決の円環的相互作用の過程を解明し、さらに具体的な治療や援助の方法を提示した。

報 告 書

現代社会における女性の生き方

藤井和子 奥平洋子 井上晶子 富岡富士子

自発的研究グループ調査研究報告抄録集 埼玉県民部自治文化課 10頁 1987年

母親の生活価値観、子育て観、養育態度に関する実態調査結果を基に、母親の生活価値観に関する調査を中心として、夫婦、子育て、母親自身の生活の充実感について考察した。更に女性の自己表現に向けて個人のしなければならぬことは何か、行政が出来ることは何か問題提起を行った。

神経症における自殺および自殺企図

「精神科 MOOK 16」

高橋 徹

島藺安難ほか編、金原書店 1987年

婚姻の破綻が児童に及ぼす影響について

「不安と治療関係」「不安の科学と健康」

高橋 徹

(第2報)

池田由子 矢花美美子 後藤多樹子 藤井和子ほか

研究助成論文集(健全育成関連分野) 通巻 第22号
No.2 (安田生命社会事業団) 10頁 1987年

婚姻の破綻が児童に及ぼす影響について、児童の精神衛生の立場から調査研究を行った。1. 離婚した母親の健康調査、2. 保育園児を離婚群・非離婚群の比較の中で離婚が幼児の行動にどのような影響があるか、3. 施設入所児の精神衛生調査、4. 臨床ケースにおける離婚の影響について調査を行ったものであるが、この中の養護施設入児童の精神衛生調査を分担報告した。

社会要員から見たストレスに関する研究

藤縄 昭

昭厚生科学研究費・特別研究報告書(昭和62年度)1988年

研究協力者

小此木啓吾, 桂戴作, 高橋徹, 西園昌久, 野崎貞彦, 宗像恒次, 山本七平

精神神経疾患の統合的診断基準の作成と診断の実施に関する研究

藤縄 昭

精神保健医療研究費報告書 (昭和62年度) 1988年

研究協力者

笠原 嘉, 高橋三郎, 高橋 良, 富井通雄, 中沢恒幸, 西園昌久, 保崎秀夫, 本多 裕, 森 温理, 山下 格, 中川泰彬, 高橋 徹, 栗田 広, 町澤静夫, 北村俊則

覚せい剤乱用発生因子に関する研究

福井 進

厚生科学研究費補助金 1987年

昭和20年以降の覚せい剤乱用、依存に関する文献を整理して、覚せい剤乱用発生因子について、社会環境、覚せい剤の薬理作用、乱用者の属性より検討した。

①急激な社会環境の変化、②その変化に順応できぬ人、③覚せい剤の社会への潤沢なる供給、④薬物の弊害に対する社会の認識の欠如、⑤覚せい剤の中樞効果を求めて乱用すること、⑥覚せい剤乱用所持者との接触により乱

用は発生、伝播する、⑦乱用者の生活と問題

乱用薬物原料の流通実態の調査に関する研究

福井 進

厚生科学研究費補助金 1987年

乱用薬物の化学前駆体と加工用の触媒と試薬について、外国の規制状況、流通情報システムに関する調査のため、①アメリカ合衆国薬物統制局が刊行したDrug and Chemical Natch Manualを翻訳し、②1984年5月イタリアで行なわれた必須原料の供給国の国際会議の経過と結果を分析した。

またわが国の乱用薬物の必須原料の流通の実態調査をおこなった。

薬物依存の疫学的調査研究

福井 進

精神・神経疾患研究委託費 1988年

大学病院精神科, 総合病院精神科, 単科精神病院1584, 施設にアンケートを送付し, 昭和62年9月1日より10月末日までの2ヶ月間に受診した薬物依存患者の実態調査を行う。回答率は48.9%で881例の依存例が報告された。覚せい剤, 有機溶剤乱用の頭打ちないし漸減傾向が認められ, 覚せい剤, 有機溶剤乱用の長期化が特徴としてあげられる。

新たな乱用薬物として市販液状鎮咳薬が5年前より目立ってきた。睡眠薬の増加も認められた。

ベンゾジアゼピン系薬剤服用によるC-11-Ro 15-1788の脳内動態への影響

伊豫雅臣, 福井 進 et al

精神神経系薬物治療研究基金 第19集

ベンゾジアゼピン系薬剤を内服した際の、その薬剤の脳内ベンゾジアゼピンレセプターの占拠率をPETを用いて算出し、自覚症状との関係を調べた。

ベンゾジアゼピンレセプターの定量解析

館野之男, 伊豫雅臣 et al

厚生省精神・神経疾患研究委託費 中枢神経障害の発症及び診断に関するサイクロロン核医学の応用の関

る研究

PETを用いて、生きた人の脳内のベンゾジアゼピンレセプターの Bmax, Kd を求める定量解析法を検討し、測定した。

神経受容体と依存の関する研究

山崎統四郎, 伊豫雅臣 et al

厚生省精神・神経疾患研究委託費 薬物依存の成因と病態に関する研究

マウスの脳内 D₂レセプターに対する 3H-N-Methyl-Spiropone の結合を、コントロール群とアンフェタミン負荷群で、in vivo にて調べた。又、生きた人の脳で、PETを用い、ベンゾジアゼピン系薬剤のレセプター占拠率を調べ、モニタリング方法を検討した。

健診機器の開発に関する研究

有馬正高, 阿部敏明, 加我牧子, 鈴木康之, 平山義人

昭和61年度厚生省心身障害研究 母子保健システムの充実・改善に関する研究報告書 (PP.83-93) (班長 平山宗宏教授) 83頁 1987年

乳児期の精神遅滞の判定に関する試案

有馬正高, 加我牧子

昭和61年度厚生省心身障害研究 心身障害の判定基準の開発に関する研究 (主任研究者 桜井芳郎) 最終年度報告書 (PP.15-23) (昭和62年3月) 15頁 1987年

乳幼児における精神遅滞MR判定の標準化により療育に役立てる目的で、判定基準と判定表を作成し全国の児童相談所及び発達障害を扱う医療機関に依頼して記入して頂き、その妥当性と問題点につき検討した。MRの重症度判定に心理発達以外の医学的ケア、日常の介護の難易度を組み込めるか、各種発達テストによる判定と今回の90%の通過率を指標とした重症度判定の差、基礎疾患や継時的検査による判定への影響に注目した。

聴覚・発達障害を有する乳児の聴性脳幹反応による診断の問題点

加我牧子

昭和61年度厚生省心身障害研究「身体障害児の療育に関する研究」(主任研究者 高橋孝文)「聴覚言語障害児

の療育に関する研究」ワークショップ報告書(PP.80-86) (研究分担者 高橋孝文) (研究協力者 田中美郷) (昭和62年3月) 80頁 1987年

聴性脳幹反応 (ABR) は聴覚学的、神経学的検査として小児科学領域で広く応用されるようになり特に新生児領域での応用には目をみはるものがある。しかし多数例の検索中に ABR 域値と聴覚の一致しない症例や ABR の正常化を示す症例の存在、新生児 ICU における記録時期や記録方法など多少の問題点が明らかになってきたので、乳児期及び新生児における ABR による診断上の問題点を検討した。

児童・思春期の精神衛生に関する研究

—中学生における不登校の疫学—

上林靖子, 有賀ゆう子, 藤井和子, 河野洋二郎, 北道子, 中田綾, 神田美紀, 百瀬香保利, 奥平洋子, 池田由子, 鈴木悦子

厚生科学研究補助金(特別研究事業)研究報告書 1987年

首都圏の中学生を対象に欠席の実態と欠席理由につき調査を行った。その結果、年間20日以上、理由のあいまいな(なんとなく、さぼり)欠席者は、家族の人間関係、相談相手、友人関係のいないとするものが多く、抑うつ不適応感・対人不安感・身体症状などを有するものが高率であった。これより中学生の精神衛生活動において、欠席日数や理由が重要な指標となりうることを指摘できる。

家族崩壊と子どもの精神健康に関する研究

上林靖子, 中田洋二郎, 藤井和子, 北道子, 有賀ゆう子, 奥平洋子, 神田美紀子, 池田由子

厚生省精神・神経疾患研究委託費 児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究 昭和62年度研究報告書 1988年

離婚家庭と死別家庭の中学生の神経症的徴候について両親が同居している Intact home 群と比較した。離婚群の神経症的徴候は Intact 群より高くその差は有意であるのに対し、死別群は抑うつ尺度でより高得点である他は差がみられなかった。死別群の男子は女子にくらべこれ

らが高得点であった。家庭内の不和の影響は死別群とIntact群で著明であった。これらの結果をもとに、離婚と死別が子どもの神経症的徴候の出現に与える影響について考察した。

妊娠・出産・育児に伴う母子精神衛生

北村俊則, 島 悟, 竹内ますみ, 青木まり, 坂倉啓一
トヨタ財団研究助成発表

地域特性と精神健康の保持, 増進活動 (心の健康づくり事業)の実施に関する研究

丸山 晋, 山上敏子, 大田省吾, 二村 昭, 岡上和雄,
大塚俊男

地域特性と精神健康の保持, 増進活動(心の健康づくり事業)の実施に関する研究 1987年

昭和61年度健康づくり等調査研究委託費による研究報告書の保健所・精神衛生センターにおけるストレス・マネジメントへのとりくみ状況, 一般企業におけるストレスとそのマネジメントのあり方について調査し, 若干の提言をした。

精神健康尺度の妥当性に関する研究

宗像恒次

第2回研究助成 研究報告要約集(健康科学振興財団)
54頁 1988年

日米青少年の家庭環境と精神健康に関する比較研究

宗像恒次

昭和61年度厚生科学研究費補助金(医療研究事業)実績報告書 24頁 1987年

精神健康障害のハイリスクグループにおけるコーピング行動と心理社会的環境に関する研究

一高齢者のストレスと健康管理

宗像恒次, 吉川武彦, 川野雅資, 仲尾唯治, 藤田和夫
文部省科学研究報告書 (No.60570266) 1987年

アメリカの医学校(部)における行動科学教育に関する研究

園田恭一, 米林喜男, 宗像恒次

昭和61年度医学教育振興財団研究事業成果報告書 37
頁 1987年

心身病理の社会学

宗像恒次

昭和61年度保健婦精神科ソーシャルワーカー心理臨床家合同研修録 58頁 1987年3月

精神障害者が利用する作業所の実状と活動のあり方に関する調査研究

菱山珠夫, 和田修一, 大嶋 巖, 丹野きみ子

昭和61年度厚生科学研究報告書, 全国精神障害者家族会連合会 1987年

近年, 急激な勢いで増加している精神障害者小規模作業所(昭和62年1月時点で306ヶ所)を対象に, その活動の実態と問題点, および活動の寄り所として目指している作業所像を明らかにしようとした。

精神障害者小規模作業所の現状と問題点 —アンケート調査の結果から—

中村江利子, 大嶋 巖, 滝沢武久

岡上和雄代表—精神障害回復途上者の就職状態に関する調査研究, 労働省・身体障害者雇用促進協会, 昭和61年度 研究調査報告書(4) 58~75頁 1987年

精神障害者小規模作業所を対象にした全国調査の結果から, 就労の場としての作業所の問題点を明らかにした。

職親を利用する精神障害回復者からみた職親制度の意義と問題点

—アンケート調査の結果から—

河野恭子, 大嶋 巖, 岡上和雄

岡上和雄代表—精神障害回復途上者の就職状態に関する調査研究, 労働省・身体障害者雇用促進協会, 昭和61年度研究調査報告書(4) 58~75頁 1987年

全国の職親利用者を対象にした事例調査の結果から, 職親制度の意義と問題点を明らかにしようとした。

施設の開放化と周辺地域住民 —開放的な処遇をする救護施設2施設の 地域事例調査の結果から—

小沢 温, 山崎喜比古, 大嶋 巖, 中村佐織, 三田優子,
中村江利子

地域社会での社会復帰施設の機能運営に関する研究,
昭和61年度厚生科学研究報告書 (山本昌知代表) 1987
年

精神病院にかかわる人々の開放への受け 入れ姿勢

中村佐織, 大嶋 巖, 山崎喜比古, 小沢 温, 三田優子,
中村江利子

地域社会での社会復帰施設の機能運営に関する研究,
昭和61年度 厚生科学研究報告書 (山本昌知代表) 1987
年

精薄者施設を包み込んだ福祉の町づくり に成功している地域事例

—秋田県合川町の調査—

山崎喜比古, 大嶋 巖, 中村佐織, 小沢 温, 三田優子,
中村江利子

地域社会での社会復帰施設の機能運営に関する研究,
昭和61年度厚生科学研究報告書 (山本昌知代表) 1987年

慢性精神分裂病患者に及ぼす家族の受け 入れ状況に関する研究—退院後の転帰に 及ぼす家族の条件と家族支援のあり方—

石原邦雄, 大嶋 巖, 前田信彦

精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究
(本間長吾代表) 59頁 1987年

長期入院を生み出す社会的条件と家族 —入院患者を対象にしたアンケート調査の 結果から—

大嶋 巖, 石原邦雄, 前田信彦

精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究
昭和61年度 厚生科学研究報告書 (本間長吾代表) 33頁
1987年

精神障害者を含む障害者を対象とした社 会福祉・社会復帰施設と周辺住民をめぐ る問題事例に関する調査

大嶋 巖, 和田修一, 滝沢武久

地域社会での社会復帰施設の機能運営に関する研究
昭和61年度 厚生科学研究報告書 (山本昌知代表) 14頁
1987年

精神障害者作業所周辺の地域状況と作業 所の運営

和田修一, 大嶋 巖, 滝沢武久

地域社会での社会復帰施設の機能運営に関する研究
昭和61年度 厚生科学研究報告書 (山本昌知代表) 21頁
1987年

精神障害者・回復者の生活実態とその生 活に関連する要因

佐藤久夫, 大嶋 巖, 須田木綿子, 荒井元傳

精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究,
昭和61年度 厚生科学研究報告書 (本間長吾代表) 66頁
1987年

障害者を包み込んだ保健と福祉のコミュ ニティづくりに関する調査研究

大嶋 巖, 山崎喜比古, 中村佐織, 小沢 温, 三田優子

保健と福祉のコミュニティづくりに関する調査研究 昭
和61年度 文部省科学研究報告書 (園田恭一代表) 34頁
1987年

精神障害者との接触体験と社会的距離 —開放的な処遇をする精神病院の周辺住 民を対象にした調査—

大嶋 巖, 山崎喜比古, 中村佐織, 小沢 温, 三田優子,
中村江利子

地域社会での社会復帰施設の機能運営に関する研究
昭和61年度厚生科学研究報告書 (山本昌知代表) 49頁
1987年

市町村における痴呆性老人のカウンセリ ング方策に関する研究

大塚俊男, 坂本 弘
健康づくり等調査研究委託費 1986年

老年期痴呆の疫学的研究

大塚俊男, 北村俊則, 丸山 晋, 山口 隆, 小野政宏,
稲熊俊広, 荻原宣久, 大藤富子, 三宅みつ子, 阪 充代,
坂本 弘

厚生省神経疾患研究委託費—老年期の痴呆の病因, 病態, 治療に関する総合的研究 1986年

痴呆性老人の総合診断及びスクリーニング基準作成に関する研究

亀山正邦, 長谷川和夫, 西村 健, 大塚俊男, 松浦俊子
厚生科学研究費補助金 1987年

医療施設内における痴呆性老人の出現率に関する研究

大塚俊男

厚生科学研究費補助金 1987年

市町村における痴呆性老人の相談指導に関する研究

大塚俊男, 坂本 弘

健康づくり等調査研究事業 1987年

精神病院長期在院高齢者の退院を阻害する社会的条件に関する研究

岡上和雄

昭和61年度社会福祉事業研究開発基金助成研究, 精神病院長期在院高齢者の退院を阻害する社会的条件に関する研究調査 全国精神障害者家族会連合会 1~57頁 1987年10月31日

精神病院長期在院高齢者について, 3 都県 5 病院の協力を得て, 退院阻害要因等を検討した。

精神障害回復途上者の就職状態に関する調査研究

岡上和雄, 山田京子, 丹野きみ子

精神障害者職業リハビリテーション研究会昭和61年度研究調査報告書—4, 精神障害回復途上者の就職状態に

関する調査研究, 労働省・身体障害者雇用促進協会 1~44頁, 91~125頁 1987年 6 月

施設外企業で就労する精神障害回復途上者について企業主側の意識調査, および, 職業リハビリテーション関連文献若干の紹介

在宅ケアと入院ケアに関する医療効率等の比較検討

岡上和雄, 飯塚徳次郎, 稲岡健嗣, 仙波恒雄, 谷本英喜, 二木 立, 平田豊明, 森 房夫, 滝沢武久, 大嶋 巖

昭和61年度厚生科学研究, 本間長吾: 在宅ケアに関する研究における分担研究報告書, 在宅ケアと入院ケアに関する医療効率等の比較検討 1~45頁 1987年 3 月 31 日

分裂病の高齢化状態の評価, 並びに高齢化が及ぼす処遇システムへの影響に関する研究

岡上和雄

昭和61年度厚生科学特別研究(主任研究) 印刷(-) 1987年 3 月

分裂病の高齢化をめぐる各種の条件, 実態について, マクロおよびインテンシブ調査とその結果に基づく検討を行う。

医療機関が行う病院外社会復帰活動の現状と問題点

岡上和雄, 飯塚徳次郎, 稲岡健嗣, 仙波恒雄, 谷本英喜, 二木 立, 平田豊明, 森 房夫, 滝沢武久, 大嶋 巖

主任研究 本間長吾: 精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究の分担研究 印刷(-) 1988年 3 月

協力 5 病院を同一で整理し, 社会復帰活動のコスト等を分析を行う。

精神障害者の就労に関する機能の特性の分析及び評価モデルの作成に関する調査研究

岡上和雄, 丸山 晋, 丹野きみ子 他10名, 10数施設

昭和62年度身体障害者雇用拡大等調査研究報告書 印

刷(未) 1988年3月

精神障害者の就労に関する機能の特性の分析、評価モデルの作成を各リハビリテーション施設等の協力を仰ぎながら実施し、かつ各種評価スケールのレビュー、並びに状況の紹介を試みる。

心身障害の判定指標の開発に関する研究

櫻井芳郎(編著)

昭和61年度厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」(最終年度報告書) 1987年

過去3ヶ年間にわたる研究の総括として、精神薄弱、幼児自閉症、重症心身障害などの定義とそれらの判定基準及び判定方法、さらに、精神薄弱者の職能判定の基準及び方法について、研究班として検討した結果を最終案としてまとめた。

精神薄弱者(児)の心身の健康増進・体力づくりに関する研究<第2年度報告> —健康増進・体力づくり対策の体系化をめざして—

櫻井芳郎, 小松せつ, 椎谷淳二, ほか6名

昭和61年度健康・体力づくり等調査研究委託報告書 1987年

精神薄弱者援護施設における保健・栄養面の健康状態の実態と問題点の分析をふまえて、精神薄弱者(児)の健康管理のあり方を検討し、保健・栄養指導マニュアル素案を作成した。

精神薄弱児・者施設における保健・栄養指導の手引作成の試み—精神薄弱者(児)の健康度追跡調査などを通して—

櫻井芳郎, 小松せつ, 椎谷淳二, ほか

昭和61年度長崎県愛の福祉基金助成事業報告書 1987年

長崎県・コロニー雲仙の在園者を対象とする健康度の調査ならびにエネルギー消費量の測定に基づき、精神薄弱児・者施設における健康管理のあり方について検討し、保健・栄養指導の手引(試案)を作成した。

精神薄弱者の社会参加の必要条件(性に

関するものを含む)に関する研究(最終年度)

小松せつ, 櫻井芳郎, 椎谷淳二, ほか7名

昭和61年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児・者の治療教育に関する研究」 183頁~192頁 1987年

過去3ヶ年間にわたって実施した精神薄弱者援護施設6施設を対象とする調査及び分析の結果をふまえ、精神薄弱者の社会参加をはかるための必要条件について検討し、それに基づいて、精神薄弱者の社会参加をはかるための条件整備に関するガイドラインとして、条件整備に関する指針と実施要領の試案を作成した。

精神薄弱者の就業条件に関する研究(最終年度)

田島良昭, 小松せつ, 櫻井芳郎, ほか

昭和61年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児・者の治療教育に関する研究」 193~200頁 1987年

過去3ヶ年間にわたるコロニー雲仙での実践活動に基づく分析をふまえて、精神薄弱者援護施設における就業指導上の問題点とその対応策について検討し、それに基づいて、精神薄弱者援護施設における就業指導要綱(試案)を作成した。

こころとからだ: Q & A 事例検討

楠 智一, 河野友信, 飯長喜一郎, 椎谷淳二, ほか5名

こころとからだの健康増進事業報告書(昭和61年度, 財団法人日本学校保健会) 87~114頁 1987年

こころとからだの両面にまたがる訴えや、それに基づくさまざまな悩みを持って保健室を訪れる児童や生徒が増えつつある現状をふまえて、小・中・高等学校の保健室において遭遇することの多い典型例15例について検討し、Q & A方法で記述し、養護教諭の参考に供した。

高齢社会に向けて福祉コミュニティの創造を

原田正二, 田端光美, 椎谷淳二

高齢社会に向けて福祉コミュニティの創造(文京区高齢化問題懇談会報告書) 1987年

高齢化社会における施策の基本的方向及び、高齢化のもたらす課題とその対応策について検討し、今後の推進す

べき高齢者保健福祉施策とそのための条件整備について
提言した。

家族会組織による在宅ケア活動実態調査

和田修一, 他 3 名

1987年

幼稚園児の係わりとそのゆがみ

渡辺 登

家庭保健と小児の成長・発達に関する総合的研究
197~201頁 1987年

係を検討した。ハイリスク因子は指さし行動の出現を遅
らせる。ローリスク因子はそれに影響を及ぼさないが、
指さし機能に影響を及ぼす可能性がある。

**胎児発育障害の臨床的研究 第3報
頭部発育と神経学的予後に関する検討**

三石知左子, 原 仁, 山口規容子, 新井敏彦, 仁志田
博司, 坂元正一, 福山幸夫

第90回日本小児科学会 東京 1987年4月

IUGR児の頭囲と神経学的予後との関連性について
検討した。出生時頭囲-1.5SD未満の群でも早期に頭部
発育が正常化する例は比較的予後が良好であることを指
摘した。

学会発表

**母親の生活価値観・子育て観・養育態度
に関する研究(その4)子どもの将来への不安**

(非行, 社会適応, 結婚生活)を中心として

藤井和子, 奥平洋子, 富岡富士子

日本教育心理学会 国立教育会館 1987年10月 前年度
の発表に引続き, 現在とらえている子どもの性格特徴を
踏まえて将来に視点をおいた子ども像を, 母親がどのよ
うに感じているか。思春期にさしかかった子どもを持つ
母親として, 非行, 社会生活への適応, 結婚後の家庭生
活の3側面へ抱く不安を軸として, それが家庭状況や,
親の養育態度とどのように関かわるか, また現在の性格
特徴のどの面と関連するかを考察した。

**胎内発育障害の臨床的研究 第2報
早産SFD児の予後に関する比較検討**

山口規容子, 三石知左子, 原 仁, 新井敏彦
山田多佳子, 仁志田博司, 村岡光恵, 中林正雄
武田佳彦, 坂元正一, 福山幸夫

第90回日本小児科学会 東京 1987年4月

SFD児を早産児群と正常産児群とにわけて各々の臨
床病態と予後を比較した。早産SFD児の予後がもつと
も劣り, 中期発症型妊娠中毒症とIUGRとの密接な関
連性を認めた。

**けいれん性疾患と Soft Neurological
Signs**

原 仁, 福山幸夫

第29回日本小児神経学会 東京 1987年7月

正常知能を持つけいれん性疾患児の示す, Soft Neuro-
logical Signs に関して検討した。部分模倣現象と一方刺
激無視現象がけいれん性疾患児に特徴的の所見であった。

**「老い」をめぐる家族心理学の課題
—精神医学の立場から—**

藤縄 昭

日本家族心理学会 京都女子大学(京都市) 1987年
6月

**ハイリスク乳児の言語発達, 周産期危険
因子が指さしに及ぼす影響(その1)**

原 仁, 三石知左子, 篠崎昌子, 福山幸夫, 山口規容
子, 仁志田博司, 坂元正一

第90回日本小児科学会 東京 1987年4月

1歳児および1歳半児の指さしと周産期危険因子の関

**ハイリスク乳児の言語発達, 周産期危険
因子が指さしに及ぼす影響(その2)**

原 仁, 三石知左子, 篠崎昌子, 福山幸夫
山口規容子, 仁志田博司, 坂元正一

第23回日本新生児学会 松江 1987年7月

健康児の指さしの発達においても, ローリスク因子は
18ヶ月時点での指さし機能に影響をおよぼしている可能

性を指摘した。中でも Hypoxic stress が重要な因子と考えられた。

胎内発育障害の臨床的研究 第4報 妊娠中毒症母体児の予後に関する検討

山口規容子, 三石知左子, 原 仁, 新井敏彦
山田多佳子, 仁志田博司, 村岡光恵, 中村正雄
武田佳彦, 坂元正一

第23回日本新生児学会 松江 1987年7月

母体に妊娠中毒症をもつ76例について, そのタイプと, IUGR発生, 新生児仮死, 神経学的後障害発生を比較した。中期発症型中毒症が他のタイプと比較して高率に異常を呈した。

Outcome for Small-for-Gestational-Age Infant with very low birth weight (< 1500 g)

Yamaguchi, K. Hara, H. Nishida, H. Yamada, T. Arai, T. Nose, K. Nnkabayashi, M. Takeda, Y. Sakamoto, S. Fukuyama, Y.

The third International Symposium. The fetus as a patient 松江 1987年7月

47例の極小未熟児の生存率と後障害発生率を報告した。生存率は92%であった。SGA群の方がAGA群と比較して後障害の発生率が有意に高率であった。

乳幼児の気質と母親の神経症傾向

原 仁, 山口規容子, 望月由美子, 福山幸夫
東京女子医科大学学会第269回例会 東京 1987年2月

1歳6ヶ月のハイリスク乳児とその母親の神経症傾向(CMIを使用)を調査した。気質的に「育てにくい子」とその母親のCMI(II~IV型)とは, 一定の関連性があることを指摘した。

てんかんと精神遅滞, 性格と行動の特徴を中心に

原 仁, 加我牧子, 椎谷淳二, 苗村育郎, 中川泰彬, 櫻井芳郎

第21回日本てんかん学会 高松 1987年10月

てんかんと診断されている6875名の施設入所精神遅滞児(者)に関して, アンケート調査を実施した。その中から性格と行動の特徴を中心に報告した。

フルジアゼパムの小児難治性てんかんに 対する使用経験—クロナゼパムとの比較 検討—

栗屋 豊, 小国弘量, 原 仁, 泉 達郎, 原美智子, 福山幸夫

第21回日本てんかん学会 高松 1987年10月

クロナゼパムを使用中の難治性てんかん児15例に対して, フルジアゼパムを置換し, その効果と副作用について検討した。二薬剤には大きな差は認められなかった。

小児心身症93例の臨床脳波学的検討

伊東ゆたか, 原 仁, 福山幸夫

第5回日本小児心身医学研究会 東京 1987年10月

小児心身症・心因反応の病態解明の一助として臨床脳波学的検討を行った。脳波異常率は43.5%であった。発症年齢, 性, 症状等と脳波所見を比較した。

胎内発育障害の臨床的研究 第5報 糖尿病母体児の予後に感ずる検討

山口規容子, 三石知左子, 原 仁, 仁志田博司, 新井敏彦, 加部一彦, 星 順, 中村正雄, 坂元正一

第23回新生児未熟児学会 名古屋 1987年10月

糖尿病母体児の胎内発育障害発症とその予後について検討した。胎内発育障害の発生率は14.5%であった。これらの群の中に奇形, 神経学的後障害の発症が他群より高率であることを指摘した。

乳児の気質に対する周産期危険因子の影響について

原 仁, 三石知左子, 仁志田博司, 山口規容子, 望月由美子, 福山幸夫

第34回日本小児保健学会 高知 1987年11月

ハイリスク乳児の気質は「手のかかる」児側へ傾くことが知られているが, その要因として生物的因子よりも環境的因子が果す役割が大きいことを推定した。

糖尿病母体から出生した児の身体発育と精神運動発達について

三石知左子, 原 仁, 仁志田博司, 山口規容子, 坂本正一, 篠崎昌子, 福山幸夫

第34回日本小児保健学会 高知 1987年11月

糖尿病母体児64例の身体的, 神経学的予後について検討した。不当軽量児が14.1%と高率であり, それらの児に奇形合併例と神経学的後障害例が多いことを指摘した。

当センターにおける予防接種の現状 —とくに極小未熟児に対する沈降精製百日咳ワクチン接種に関する検討—

山口規容子, 三石知左子, 原 仁, 仁志田博司, 坂本正一, 加藤達夫

第34回日本小児保健学会 高知 1987年11月

極小未熟児30例において三種混合ワクチン接種前後の百日咳防御抗体を測定した。健康児では二回接種で十分な抗体値の上昇があると報告されているが, 極小未熟児では不十分であり従来通りの三回法がのぞましいと思われた。

糖尿病母体児の予後に関する検討 とくに胎内発育障害について

三石知左子, 原 仁, 山口規容子, 星 順, 加部一彦, 新井敏彦, 仁志田博司, 中村正雄, 坂元正一, 大森安恵

第3回糖尿病と妊娠に関する研究会 東京 1987年12月

糖尿病母体児にはSFDの発生が多いことが知られているが, 妊娠早期より母体管理をした児においてはSFDの発生がそうでない群に比べて高率である。したがって十分な母体管理が糖尿病母体の予後を改善しうる点を強調した。

子宮内発育障害児の神経学的予後に関する比較検討

山口規容子, 原 仁, 三石知左子

厚生省精神・神経疾患研究委託費, 発育脳障害の発生予防と成因に関する研究班会議 東京 1988年1月

極小未熟児におけるIUGR児の予後と, 早産児にお

けるIUGR児の予後をそれぞれ検討した。早産SFD児の予後がもっとも劣っていた。早産児のIUGRは妊娠中期発症型の妊娠中毒症との強い相関が示唆された。

クロナゼパムの脳内ベンゾジアゼピンレセプターに対する影響のポジトロンCTによる評価

伊豫雅臣, 篠遠 仁, 井上 修, et al

日本神経精神薬理学会 ホリディ・イン横浜 1987年9月

クロナゼパムを内服した際の, 脳内ベンゾジアゼピンレセプターの占拠率を求め, 副作用に関する自覚症状との関係について報告した。

$^{11}\text{C-Ro 15-1788}$ の血漿中フリーガンド濃度の測定

伊豫雅臣, 伊藤高司, 入江遠俊章, et al

日本核医学会 長崎市公会堂 1987年10月

PETによる脳内レセプターの定量的解析には, 血漿中フリーガンド濃度の簡便な測定方法を確立する必要がある。その方法を報告した。

中枢 cholinesterase 阻害剤 phenylmethy sulfonyl fluoride のインビボ・トレーサーとしての評価

入江俊章, 福士 清, 伊豫雅臣, 山崎統四郎

日本核医学会 長崎市公会堂 1987年10月

AchEの不可逆的阻害剤であるPMSFのトレーサーとしての可能性について検討し, 報告した。

脊髄小脳変性症におけるベンゾジアゼピンレセプター [第二報]

篠遠 仁, 伊豫雅臣, 伊藤高司, et al

日本核医学会 長崎市公会堂 1987年10月

オリブ橋小脳変性症と晩発性皮質性小脳萎縮症, Holmes型遺伝性小脳性運動失調症及びピントロール群の小脳のベンゾジアゼピンレセプター結合能を調べた。オリブ橋小脳変性症で結合能が増加していた。

C-11-Ro 15-1788 ベンゾジアゼピン受

容体マッピングトレーサーの血中フリー濃度動態の推定とPETによる受容体活性の定量解析

伊藤高司, 田所裕之, 伊豫雅臣, et al

日本核医学会 長崎市公会堂 1987年10月 血中フリー濃度を求め, その値を用いて脳内ベンゾジアゼピンレセプターの定量解析を行なった。

乳幼児の判定試案

有馬正高, 加我牧子

昭和61年度厚生省心身障害研究 心身障害の判定基準の開発に関する研究(桜井班) 1987年2月23日 東京
乳幼児における精神遅滞MR判定の標準化により療育に役立てる目的で, 判定基準と判定表を作成し全国の児童相談所及び発達障害を扱う医療機関に依頼して記入して頂き, その妥当性と問題点につき検討した。MRの重症度判定に心理発達以外の医学的ケア, 日常の介護の難易度を組み込めるか, 各種発達テストによる判定と今回の90%の通過率を指標とした重症度判定の差, 基礎疾患や継時的検査による判定への影響に注目した。

聴覚・発達障害を有する乳児の聴性脳幹反応による診断の問題点

加我牧子

昭和61年度厚生省心身障害研究(高橋班) 聴覚言語障害児の療育に感ずる研究 ワークショップ 1987年2月 東京

聴性脳幹反応(ABR)は聴覚学的, 神経学的検査として小児科学領域で広く応用されるようになり特に新生児領域での応用には目をみはるものがある。しかし多数例の検索中にABR域値と聴覚の一致しない症例やABRの正常化を示す症例の存在, 新生児ICUにおける記録時期や記録方法など多少の問題点が明らかになってきたので, 乳児期及び新生児期におけるABRによる診断上の問題点を検討した。

発達障害児の視聴覚刺激に対する反応と誘発反応

加我牧子

昭和62年度精神・神経委託研究「発育期脳障害の成因

と発生予防に関する研究」 「脳障害鴨下班」62-指-5-34 1988年1月 東京

発達障害児181名に視覚誘発反応を行い, 健常児102名と比較した。聴性脳幹反応の異常率は40%で正常化6名, 臨床的聴覚と一致しない4例があった。中間潜時反応, 頭頂部緩反応, 視覚誘発反応, VERの出現率は, 難聴以外は81%, 52%, 64%で, 健常児91%, 75%, 87%であった。視覚反応の悪い重症児では網膜電図は記録されてもVERの悪い者が多かった。発達障害児の刺激に対する反応の鈍さは, 末梢感覚器より上位の中樞が関与する。

聴性脳幹反応でI波のみを示す症例について

加我牧子, 内藤春子, 二瓶健次

第90回日本小児科学会総会 1987年4月 東京

聴性脳幹反応がI波又はI・II波のみを示した小児11例を検討した。診断は無酸素脳症2例, 新生児重症仮死1例, 乳児型Caucher症1例, ミトコンドリア脳筋症1例, Pelizaeus-Merzbacher病疑い3例, 進行性核上性麻痺疑い1例, 歯状核赤核淡瘡球レイ体変性症疑い1例, 小脳虫部低形成, 先天性関節拘縮, 足根骨異常を伴う点頭てんかん1例であった。原疾患は異なるが臨床的に脳幹のみならず高度広範な病変を有するものと考えられた。

星状膠細胞腫を合併した結節性硬化症の一剖検例

村上俊一, 遠藤久子, 早川 浩, 加我牧子, 森松義雄

第28回日本神経病理学総会 1987年6月 神戸

13歳女児の結節性硬化症の剖検例。精神発達遅滞, てんかん, 顔面皮脂腺腫, 皮膚脱色素斑などあり。点頭てんかん, 側脳室近傍の星状膠細胞腫による脳圧亢進症状のため腫瘍部分切除, 放射線照射, 化学療法, V-Pシャントの既往あり。腎臓, 心臓, 脳に典型的な病変が認められた。中枢神経系の神経細胞及び膠細胞病変につき検討した。

染色体異常児の聴覚誘発反応

加我牧子, 前田香織, 内藤春子, 二瓶健次

第29回日本小児神経学会総会 1987年7月 東京

染色体異常児31名の聴性脳幹反応ABR, 中間潜時反応MLR, SVR頭頂部緩反応を記録した。ABR正常は6名で残りの25名(80.9%)は何等かの異常を示した。MLRは21名中18名, SVRは19名中7名で反応が記録された。ABRで示される脳幹の異常率が極めて高く, 経過中にABR改善を示す者が多い可能性が示された。聴覚誘発反応から染色体異常児において大脳皮質の広範な病理学的変化の存在が示唆された。

Rett 症候群の聴性脳幹反応

前田香織, 加我牧子, 内藤春子, 二瓶健次

第29回日本小児神経学会総会 1987年7月 東京

Rett 症候群14名の聴性脳幹反応ABRを原因不明の精神遅滞児MR88名及び健常児112名と比較検討した。波形異常はなく, いずれかの波の潜時延長を認めた者は6名(42.8%)であった。経時記録をした2例の疾患の進行度とABR異常の間に関連はなく, 潜時異常率はMRと同じで, 中枢性ABR異常は臨床的脳幹症状と相関がなく非特異的变化の可能性が強いことが示唆された。ABRの異常のより確実な責任病巣については今後に残された課題である。

Studies on pediatric diseases with only waves I or waves I and II of auditory brainstem response (ABR)

Makiko Kaga, Haruko Naitoh, Kenji Nihei and Toshiakazu Murakami

X th. biennial International Electric Response Audiometry Study Group Meeting Aug 26th 1987 Charlottesville, Virginia, U. S. A. 1987年8月シャーロットビル(アメリカ合衆国) 聴性脳幹反応がI波またはI・II波のみを示した小児11例につき検討した。臨床神経学的に, 全例に精神運動遅滞, 10例に痙攣, 8例に精神運動機能の退行, 7例に意識障害があり, 対光反射, 角膜反射, 呼吸, 嚥下反射の異常など延髄脳幹の症状を示す者が多かった。音への反応は4例がほぼ正常, 3例が域値上昇を示し, 無反応が4例あった。本来安定したABRの波形が消失する場合, 難聴以外では脳幹聴覚伝導路の高度の病変が推察され, 臨床的には脳幹のみならず更に広範な高度の病変を有するものと考えられた。

小児科領域における聴性脳幹反応 (ABR) 無反応症例の臨床的検討

加我牧子, 田中美郷, 内藤春子, 二瓶健次, 岩崎祐治, 須貝研二

第17回日本脳波筋電図学会 1987年11月 京都

高音圧クリニックによるABR無反応の小児147例を検討した。刺激音における感音難聴(HL)のある者111名, 伝音難聴合併10名, HLはないと考えたC群19名, HLの有無の判定不能のD群8名であった。C群の15名は重度脳障害, 変性疾患等基礎疾患があり, 一過性無反応が4名ありD群全員に重度精神遅滞があった。ABR無反応では原則的に難聴を考えるが新生児や, 脳障害等基礎疾患がある例は聴覚と別に評価する必要があった。

家庭崩壊と子どもの精神健康

上林靖子, 河野洋二郎, 藤井和子, 北 道子, 他

第8回日本社会精神医学会 長崎 1988年1月

離婚家庭と死別家庭の中学生の神経症的徴候について一般中学生を対象とした調査から, 次の結果をえた。1) 離婚群の中学生は広範囲な神経症的徴候について高得点であった。死別群の男児は女児よりも有意に高い有病率を示した。家庭内の不和はIntact群, 死別群で高い有病率を示したが, 離婚群では有意な差を示さなかった。

急性期にミトコンドリア代謝異常を伴った多発性筋炎の一例

北 道子, 鈴木秀典, 岩川善英, 埜中征哉

第29回日本小児神経学会総会 日本都市センター 1987年7月

ミトコンドリア代謝異常をきたし, ひきつづき細胞内自己崩壊機転がみられた多発性筋炎の症例報告。(13歳女児)

小児てんかん患児の脳脊髄液中ドーパミンβ水酸化酵素活性

鈴木秀典, 下平雅之, 神山 潤, 林 雅晴, 北 道子, 岩川善英

第29回日本小児神経学会総会 日本都市センター

1987年7月

てんかん患児の中樞ノルアドレナリン活動を検討するために、脳脊髄液中のドーパミンβ水酸化酵素(DBH)活性の測定を、6か月から12歳の難治性てんかん患児で施行した。髄液DBH活性を指標とした中樞ノルアドレナリン系活動は、小児では成人より低く、難治性てんかん患児ではより低下していた。服薬の影響も考慮し検討していく必要がある。

予後良好な年齢依存性てんかん性脳症(ADEE)の睡眠ポリグラフ

岩川善英, 鈴木秀典, 神山潤, 下平雅之, 北道子
第29回日本小児神経学会総会 日本都市センター
1987年7月

West症候群, Lennox症候群の予後良好群で学童期まで追跡できた症例に、睡眠ポリグラフを施行し検討した。予後良好群の睡眠時体動の障害は軽度であるが存在し、完全には回復しなかった。よって、持続性的カテコールアミン作動系の障害が示唆された。多動などの行動異常は一過性ではあったが、カテコールアミン系の異常の持続を考慮し経過を追う必要がある。

英国の精神科専門医と卒後研修(シンポジウム指定討論)

北村俊則, 池上直己
日本精神神経学会 1987年5月16日 東京

妊娠出産と母子精神衛生—産後の母親の抑うつと新生児に対する感情・認知との関連—

菅原ますみ, 北村俊則, 島悟, 青木まり, 佐藤達也
第1回母子精神保健研究会 1987年5月30日 東京

「育児の悩み」の研究

佐藤達也, 菅原ますみ, 青木まり, 北村俊則, 島悟
日本教育心理学会 1987年

妊娠・出産と母子精神衛生—VI 妊娠とRDC精神障害

北村俊則, 島悟, 青木まり, 菅原ますみ, 佐藤達也

日本心理学会第51回大会 1987年10月13日 東京

妊娠・出産と母子精神衛生—VII 出産とRDC精神障害

島悟, 青木まり, 菅原ますみ, 佐藤達也, 北村俊則
日本心理学会第51回大会 1987年10月13日 東京

妊娠・出産と母子精神衛生—VIII 性格特性との関連

青木まり, 佐藤達也, 菅原ますみ, 北村俊則, 島悟
日本心理学会第51回大会 1987年10月13日 東京

妊娠・出産と母子精神衛生—IX アンケート群における検討(1) 産後5日目の産婦の抑うつ

佐藤達也, 菅原ますみ, 北村俊則, 島悟, 青木まり
日本心理学会第51回大会 1987年10月13日 東京

妊娠・出産と母子精神衛生—X アンケート群における(2) 産後5日目の母親の心理

菅原ますみ, 佐藤達也, 北村俊則, 島悟, 青木まり
日本心理学会第51回大会 1987年10月13日 東京

うつ病の内因性・非内因性分類に関する考察

北村俊則, 千葉浩彦, 藤原茂樹, 生田憲正, 菅原健介
宗像恒次, 仲尾唯治
第7回精神科国際診断基準研究会 1987年11月7日
名古屋

妊産婦の性格と精神・神経症症状の経時的変化

青木まり, 北村俊則, 島悟, 菅原ますみ
第2回母子精神保健研究会 1987年11月28日 東京

Mental Health and mental illness related to pregnancy and child bearing I A longitudinal study of maternal

consciousness.

Takeuchi.M., Aoki.M., Sakakura.K., Shima.S.,
and Kitamura.T

International Society for the Study of Behavioural
Development,9th Biennial,14 July.1987,TOKYO,Japan

Mental Health and mental illness related
to pregnancy and child bearing II
Depressive disorders during pregnancy
and puerperium.

Kitamura.T., Shima.S., Sakakura.K., Aoki.M.,
and Takeuchi.M.

International Society for the Study of Behavioural
Development,9th Biennial Meeting,14 July,1987,
Tokyo,Japan

中学生の不登校に関する研究(2)

精神健康調査から

河野洋二郎, 上村靖子, 藤井和子, 北 道子, 奥平洋子,
中田 綾, 有賀ゆう子, 神田美紀, 百瀬香保利(国立精
神・神経センター精神保健研究所) 池田由子, 鈴木悦子
(聖徳学園短期大学)

第57回小児精神神経学研究会 東京医科大学 1987年
6月

中学生調査からみた仲間関係

—いじめをめぐる—

河野洋二郎, 上村靖子, 藤井和子, 北 道子, 奥平洋子,
中田 綾, 有賀ゆう子, 神田美紀, 百瀬香保利(国立精
神・神経センター精神保健研究所) 池田由子, 鈴木悦子
(聖徳学園短期大学)

第3回日本精神衛生学会 国立オリンピック記念・青
少年総合センター 1987年11月

症例研究指定討論

町沢静夫

心理臨床学会 名古屋大学 1987年11月

うつ病の症例について治療上の問題点を述べた。

「創造性とその媒介者」

町沢静夫

日本病跡学会 富山県民会館 1987年5月

高村光太郎と智恵子の関係を中心に創造性との関係を
論じた。又、創造の媒介者という概念を多くの天才達の
例を出して論じた。

境界例と創造性

—ヘルマン・ヘッセの場合—

町沢静夫

日本病跡学会 富山県民会館 1987年5月

境界例の心的特性を Splitting として扱え、それと創
造性との関係を論じた。特にヘルマン・ヘッセを中心に
述べた。

神経症の今日的背景—不安神経症—

丸山 晋

第7回日本社会精神医学会 東京 1987年1月

S.ヘンダーソンらの研究シェーマを参考にしながら、
ある神経症専門治療施設の患者の動向を昭和15年より10
年きざみに昭和60年までの各1年づつについて分析し、
非定型化、慢性化の傾向のあることを示した。

全国のデイサービス施設の運営と利用の
実態

丸山 晋, 大原一興, 大塚俊男

第29回日本老年社会科学会 大阪 1987年10月

老人デイサービスの運営の実状を、全国100施設につい
て調査分析し、痴呆老人がかなりうけ入れられているこ
と、しかし、ケアについてはまだ模索段階であることを
把握した。

多元化社会の性愛形態

宗像恒次

保健・医療社会学研究会大会 東京大学 1987年5月

多元化社会と心理産業のネットワーク

宗像恒次

第2回日本保健医療行動科学大会 順天堂大学 1987
年6月

Images of Family Networks in the United States and Japan

宗像恒次, David Bell

the 82nd Annual Meeting of the American Sociological Association, Dalmer House and Towers, Chicago, Illinois
1987年8月

コンピューター・ソフト技術者における燃えつき状態と心理社会的背景

宗像恒次, 仲尾唯治, 稲岡文昭

第3回日本精神衛生学会大会 青少年オリンピック記念センター 1987年11月

文化としての精神医療 —変動する時代の中で—

宗像恒次

国際シンポジウム「医療人類学の可能性」国立がんセンター 1987年12月

長期入院を生み出す社会的条件と家族

大嶋 巖

第83回日本精神神経学会 東京 1987年5月
全国の精神障害者・家族を対象に実施した家族福祉ニーズ調査の結果を用い、家族の受け入れの良否が直ちに長期入院の如何に結びつく現状を明らかにすると共に、家族が退院に否定的な意識を持つ背景には、家族を取り巻く劣悪な条件があることを実証し、長期入院に代わる選択肢として家族を考慮することには限界があることを示唆した。

精神障害者が利用する作業所のおかれている現状と、今後の展望—全国の作業所を対象とした調査の結果から—

大嶋 巖

第23回日本臨床心理学会 シンポジウム1—地域の中で生きることの模索—精神衛生法「改正」の波の中で 金沢 1987年10月

近年、急激な勢いで増加している精神障害者小規模作業所(昭和62年1月時点で306ヶ所)を対象に、その活動

の実態と問題点、および活動の寄り所として目指している作業所像を明らかにしようとした。

在宅精神障害者・回復者の日常生活自立度と援助ネットワークに関する研究

朝倉木綿子, 佐藤久夫, 大嶋 巖, 荒井元傳

第3回日本精神衛生学会 東京 1987年11月

精神障害者の医療・福祉施設開放化への受け入れ態勢—医療・福祉施設、係従事者への訪問面接調査より—

中村佐織, 大嶋 巖, 山崎喜比, 小沢 温

第35回日本社会福祉学会 名古屋 1987年10月

高齢者や障害者を包み込んだ地域社会作りを目指している先進的な障害者施設・精神病院の地域事例分析結果から、今後の発展の可能性や条件などを分析した。

精神障害者の地域生活と家族 —精神障害回復者を対象にした全国調査の結果から—

大嶋 巖

第35回日本社会福祉学会 名古屋 1987年10月

地域で生活する精神障害者本人を対象にした、全国精神障害者回復者福祉ニーズ調査の結果から、障害者本人から見た家族の位置を明らかにし、彼らが望む援助のあり方を検討した。

精神障害者との接触体験と社会的距離 —開放的な処遇をする精神病周辺住民を対象とした調査から—

大嶋 巖, 山崎喜比古, 小沢 温, 中村佐織

第46回日本公衆衛生学会 長崎 1987年11月

本研究では、「開かれた精神病棟」で知られ、精神障害者と一般住民の日常的な交流が行われている三枚橋病院の周辺住民を対象にした調査の結果から、具体的な接触体験が地域住民と精神障害者の社会的距離を縮小していることを明らかにした。

痴呆性老人のケアの将来、わが国におけるケアの現状と今後のあり方

大塚俊男

老人の痴呆に関する国際シンポジウム 笹川記念会館
1987年12月

The relationships between the emotional scale and physical activities of the Japanese elderly

Yaguchi,K., Otsuka,T., Fujita,T.,and Hatano,S.

International Society for the Study of behaviourcl
Development, 9th Biennal Meeting 東京 1987年 7
月

老薄者慢性疾患に体する国立療養所の在り方, 痴呆疾患に対する治療・ケアの立場より

大塚俊男

第42回国立病院療養所総合医学会 熊本 1987年10月

老人ボケの予防と対策

大塚俊男

第25回千葉県公衆衛生学会 千葉市 1987年 3月

精神障害の自殺

—外部状況の変化と予見可能性—

原 洋二, 大塚俊男, 和木祐一, 他

第38回日本精神神経学会 1987年 5月

FAMILY CARE FOR THE ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSION

齋藤和子

国際行動発達学会 第9回大会 (INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF BEHAVIOURAL DEVELOPMENT IXth BIENNIAL MEETINGS) 東京 (京王プラザホテル) 1982年7月 老人デイ, ケア通所者の中から事例を紹介し, 日本の老人の心の特徴を3つに要約した。すなわち1. 健康への強い関心, 2. 孤独感あるいは孤立感, 3. 自助自立への願望と葛藤。次いで老人問題は個人的な問題や家族内のやりくりで解決できる問題でなく, 地域社会が施策を講じ, 個人及び家族を援助しなければならないことを論じた。

高齢者の精神生活

齋藤和子

日本社会精神医学会 長崎厚生年金会館 1988年1月

I. 我が国の老人問題の特徴を1. 老年人口増加の速度の速いこと, 2. 老年人口増加が経済成長, 技術革新と同時期である。3. 老後どこでだれと暮らすかが問題, 4. 勤勉であると要約し, II. 社会生活状況を1. 近隣との交流, 2. グループ活動, 3. 就業の面から論じ, III. 老人の精神生活を1. 健康への関心, 2. 自助自立をめぐる葛藤, 3. 孤独について論じ, 社会生活充実のために個人の確立, 精神的自立の必要を論じた。

家族療法におけるチーム・アプローチに関する考察

鈴木浩二

日本家族研究・家族療法学会第4回大会 東京, 順大
1987年5月

家族療法におけるチーム治療の経験を通して得た, この種の治療構造の理論的根拠, 利点, 弊害等について報告した。

食事へのこだわりと家族関係

広瀬恭子, 鈴木浩二, 田頭寿子, 光元和憲, 村松 励

日本家族研究, 家族療法学会第4回大会 東京, 順大
1987年5月

事例報告

「名付け」と「呼び名」の家族療法的意味について

米国家族療法学会 シカゴ 1987年6月

米国家族療法学会において, 日本の家族療法の特殊技法, 「名付け」「呼び方」の効果について報告した。

心理療法の諸問題—家族療法—

鈴木浩二

日本心理臨床学会第6回大会 名古屋 1987年11月

心理臨床家族養成コースの一貫として企画されたもので, 家族療法の実際をシミュレーション・インタビュー

により例証した。

新聞報道にみる自殺—1986年度

高橋 徹

三大学精神病理研究集会 那須 1987年8月

1987年度の新聞記事から、自殺関連記事をあつめ、報道された自殺の件数を、警察庁統計と比較し、また、自殺者の特徴についての比較を行なった。この年には、人気のタレントの自殺に触発されたとみられる自殺が青少年のあいだに多くみられる。

ICD—10,ChV,1986年ドラフトについて

高橋 徹

精神科国際診断基準研究会 名古屋 1987年11月

1987年に出されたICD—10の精神障害の部のドラフトについて紹介し、フィールド・トライアルの実状にふれた。

Sur les phobies sociales

高橋 徹

Collque de la psychiatrie franco-japonaise 東京
1987年11月

日仏精神医学会第2回学会で、シンポジウムを行なったさいのシンポジストとして発表したもの。対人恐怖の病理と、日本語における第一人称の問題を扱っている。

精神障害者が利用する地域作業所の現状

丹野きみ子

日本精神衛生学会 第3回大会 国立オリンピック記念
青少年総合センター 1987年11月

昭和61年の時点の全国の作業所へのアンケート調査から、作業所の全般的な現況、従事している職員の状況、作業所の活動理念等を把握し、今後の発展の方向を探りながらの報告。

VDT技術者の視機能障害

増野 純, 原真由美, 渡辺 登

日本産業衛生学会 国立教育会館 東京 1987年4月

講演

今日の精神医療

藤縄 昭

兵庫県精神衛生センター 神戸市 1988年3月

この30年の精神科医療の変遷と展望

藤縄 昭

全国精神衛生相談員会 ホテルニューキョウト 京都
市 1988年2月

精神分裂病(1)症状と人間学的理解

藤縄 昭

神奈川県精神衛生センター 横浜市 1988年1月

境界性パーソナリティ障害をめぐって

藤縄 昭

河内総合病院 河内医師会館 東大阪市 1987年9月

覚せい剤乱用をめぐらる問題

福井 進

北里大学医学部 北里大学医学部 1987年1月

薬物依存内外の諸問題

福井 進

法務省 法務総合研究所 1987年1月

最近の薬物乱用の動向について

福井 進

山梨県精神病院協会 山梨県甲府市 精神病院協会
1987年3月

わが国の薬物依存の実態

福井 進

千葉県精神病院協会 千葉市 京成ホテル 1987年
4月

薬物依存をめぐらる内外の諸問題

福井 進

法務省 法務省総合研究所 1988年1月

薬物依存をめぐる内外の諸問題

福井 進

法務省 法務省総合研究所 1987年6月

薬物依存の実態と治療体制

福井 進

高知県精神病院協会 高知市 田辺病院内 1987年6月

感覚統合訓練の理論と実際

原 仁

第5回療育研究小児科医会 神戸 1987年4月

施設紹介：小児療育相談センター

原 仁

第6回療育研究小児科医会 犬山 1987年11月

**うつ病評価尺度の使用にあたっての功罪
をめぐって**

北村俊則

東京都精神医学総合研究所社会医学研究室 1987年6月

評価尺度と精神病理学

北村俊則

慶応義塾大学医学部精神神経科 1987年1月

症例研究のスーパーバイザー

町沢静夫

千葉県臨床心理研究会 千葉大学附属病院 1988年1月

境界例の症例について問題点を指摘。

遊びと精神医学

町 沢 静 夫

精神科作業療法協会 東京都立中部総合精神衛生センター 1987年10月

精神科リハビリテーションにおける遊びやレクのあり

方を考え、神経心理学的根拠を述べた。

精神科からみた教育のあり方

町沢静夫

新潟県小学校道徳教育研究会 青梅小学校 1987年11月

子供の精神健康を守るための教育のあり方を述べた。

遊びと精神医学—神経心理学の立場から

町沢静夫

旭川精神医学研究会 ニュー北海ホテル 1987年9月
分裂病の高危険児研究の現状と治療への方向づけを述べた。

知のパトグラフィー

町沢静夫

横浜市精神医学教室集談会 横浜市大病院 1987年9月

病跡学が臨床といかに結びつくのか、具体例を提示しながら述べ、病跡学はある面優れた症例研究となる点を述べた。

境界型人格障害について

町沢静夫

文京大学学生相談室、研修会 文京大学 1988年3月
境界例の歴史的経過と診断上の問題を述べ、治療上の要点を指摘した。

遊びからみた青年期心理

町沢静夫

千葉家庭裁判所研修会 千葉家庭裁判所 1988年3月
患者との接し方について精神医学の立場から述べる。特に患者の内面に踏み込む場合に遊戯性が重要な手段となることを述べた。

共生幼児精神病 (Mahler) の症候学のおよび疾病分類学的検討

栗田 広

第7回精神科国際診断基準研究会 1987年11月 名古屋

児童・思春期精神障害の疾患分類に関する研究 (第1報)

山崎晃資, 林 雅次, 松田文雄, 溝口健人, 篠原一之, 宇田川友子, 栗田 広, 皆川邦直, 中根 晃

昭和62年度 厚生省精神・神経疾患研究「児童・思春期精神障害の成因および治療に関する研究」研究班班会議発表会 昭和63年2月14日

健康と病気の行動科学

宗像恒次

(財)長尾厚生会健康管理研究会 飯野ビル 1987年2月

精神医療福祉従業者のストレス

宗像恒次

全国社会福祉協議会 新霞ヶ関ビル 1988年1月

日米の親子関係を比較する

宗像恒次

第22回津久井井学校保健安全給食体力づくり研究協議会津久井合同庁舎5階会議室 1987年12月

医療従事者のストレスと自己理解

宗像恒次

千葉県精神科医療センター 千葉県精神科医療センター 1987年11月

看護婦のストレスを考える —もえつき症候群について—

宗像恒次

国立がんセンター看護研究会 国立がんセンター 1987年10月

患者を知るために —行動科学からのアプローチ—

宗像恒次

医歯薬出版 私学会館 1987年9月

管理者としてのリーダーシップ能力の

育成

宗像恒次

富山県厚生部 富山県看護研修センター 1987年8月

日本人の心の問題をどうみるか —一日・亜・米の人と家族を比較する—

宗像恒次

全国家庭裁判所調査官研究協議会 みやこ荘 1987年6月

行動科学からみた患者の世界

宗像恒次

東京歯科大学卒特別委員会 東京歯科大学 1987年4月

痴呆患者の実態と社会対策の現状とあり方

大塚俊男

甲府医師会研修会 甲府市 1987年11月

地域で痴呆老人を支えるために

大塚俊男

富山保健所, 老人精神保健研修会 富山市 1987年12月

障害老人問題

大塚俊男

日精協, 通信教育上級コーススクーリング 東京 1987年12月

老人の精神衛生とボケについて

大塚俊男

埼玉県精神衛生センター 老人精神衛生研究会 浦和市 1988年1月

障害老人問題

大塚俊男

日精協 通信教育上級コース・スクリーニング 1988年1月

老人性痴呆の医療の現状

大塚俊男

愛知県精神衛生センター 名古屋市 精神保健業務従業者ブロック研修会 1988年

ター 水戸市 1987年 8月

心の問題

大塚俊男

全国国保組合協会、ヘルスケアリーダー育成研修会 神奈川県箱根町 1987年 7月

老いるとは—身体と心の変化—

大塚俊男

埼玉県精神衛生センター、老人の精神衛生研究会 埼玉県浦和市 1987年 1月

痴呆老人のケア

大塚俊男

厚生省、昭和62年度保健婦中央研修会 東京 1987年 7月

障害老人問題

大塚俊男

日精協通信教育上級コース研修会 東京 1987年 1月

老人の精神保健

大塚俊男

市町村保健婦研修会（岩手県国保団体連合会）盛岡市 1987年 6月

老人の精神衛生とデイケア

大塚俊男

国立精神衛生研究所 指導課程研修 岡山市 1987年 1月

老化と食生活

大塚俊男

日本栄養士会、昭和62年度健康づくり米食栄養学術講習会 東京 1987年 6月

痴呆患者の現状と地域でのスクリーニング—脳卒中と痴呆—

大塚俊男

大分県脳卒中懇話会 大分市 1987年 2月

老人精神衛生と医療の現状

大塚俊男

昭和62年度精神衛生相談員資格取得認定講習会 三重県 1987年 6月

老後の生きがい

大塚俊男

精神衛生普及会 産業精神衛生研究会 東京 1987年 2月

痴呆老人のケア

大塚俊男

昭和62年度保健婦中央研修会 1987年 7月

老人の痴呆性患者について

大塚俊男

千葉県衛生部老人保健研修会 千葉市 1987年 2月

痴呆性老人と家族への援助

齋藤和子

東京都中部精神衛生センター 東京都中部精神衛生センター 1987年11月

高齢化社会とぼけ老人

大塚俊男

新潟県厚生連頸南病院集談会 新井市 1987年 8月

現在の老人のおかれている一般的状況、老人の健康状況、老人の心の特徴、老人福祉における在宅障害者対策、精神衛生における老人対策、家族援助等につき講じ、事例を通して具体的な援助法を解説した。

老年期の精神衛生

大塚俊男

昭和62年度老年期精神衛生研修会 茨城精神衛生セン

老年期痴呆の看護と家族指導

齋藤和子

厚生省特定疾患「難病の治療と看護」調査研究班 日本都市センター 1987年7月

家族指導の要点として、1. 老年期痴呆という疾患を理解させること、2. 生活史を分析し理解すること。3. 家族の労苦、立場を理解する。4. 広く人間に対する関心、探求心が必要であること等をあげ、人間のつくりあげた歴史文化、生活のあり様、価値観等への洞察と尊重、愛が必要であると論じた。

ねたきり老人の訪問看護について

齋藤和子

浦安市 浦安地区保健センター 1987年1月

ねたきり老人及び在宅痴呆老人の訪問看護、家族指導、地域福祉施設におけるデイ・サービスの役割、ショートステイの役割等を事例を通して講じた。

在宅痴呆老人看護

齋藤和子

茨城県精神衛生センター 茨城県精神衛生センター 1987年1月

昭和61年老人精神衛生研修会において在宅痴呆老人の介護、老人デイ・ケアについて事例を通して講じた。

ぼけ老人の指導の実際

齋藤和子

東京都葛飾区 葛飾区役所 1988年2月

在宅療養者家族訪問事業にかかわる研修の講師として、在宅痴呆老人の家庭介護、技術、地域サービス等につき講じた。

老人のデア・ケア

齋藤和子

市川保健所老人精神保健連絡協議会 市川保健所 1988年2月

当研究所において実施している老人デイ・ケアの紹介、市川市在住事例の事例検討を行った。

高齢期のストレス

齋藤和子

埼玉県浦和市教育委員会 浦和市常盤公民館 1988年3月

婦人スクールに所属する一般婦人を対象に、高齢期の精神的ストレス、うつ状態の発生機序、痴呆のはじまりおよびこれらの予防策、地域における対策等を論じた。当研究所における老人デイ・ケアの実際を紹介し、デイ・ケアの役割、ここにおけるボランティアの役割と活動の様子等事例を通して講じ、地域における老人精神保健活動に対する一般婦人の責任と役割を啓蒙した。

老人と家族・その心理

齋藤和子

城山町社会福祉協議会 城山町公民館 1988年3月

「私たちの老後を考える講座」において、老人とその家族の心理特性、健全で和やかな同居生活を送るための双方の心講義等を講じた。

痴呆老人看護

齋藤和子

茨城県精神衛生センター 茨城県精神衛生センター 1987年12月

昭和62年度老人精神衛生研修会において在宅痴呆老人の介護および老人デイ・ケアについて事例を通して講じた。

社協活動としての在宅福祉サービスのあり方を考える

椎谷淳二

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会 神奈川県社会福祉会館 1987年9月

事例をふまえて、在宅福祉サービスのあり方と、社協活動として在宅福祉サービスと取り組む際の諸課題とについて論じた。

老人家庭訪問調査と面接技法

椎谷淳二

東京都社会福祉総合センター 東京都社会福祉総合センター 1987年10月

在宅老人の家庭訪問調査方法の実際と、特にその際の

面接技法について詳述した。

作業する場面における問題点

丹野きみ子

習志野保健所 習志野保健所 1988年1月

精神障害者の作業場面における行動特性を分析し、5群に分類し、その特性を具体的なレベルで説明し、その行動特性に対しての対処方法について提案した。

高齢者の生活満足度の測定方法について

和田修一

雇用職業研究所高齢研究部 雇用職業研究所 1987年8月

精神衛生法改正をめぐる

松永宏子

千葉県PSW研究協議会 市川保健所 1987年12月

精神保健法にもりこまれている社会復帰促進と精神障害者の人権養護推進等の内容について、社会福祉を専門とするPSWの立場から、その意義や問題について述べた。

飽食時代とこころの病い

藤井和子

大宮市立大宮公民館 大宮市立大宮公民館 1987年7月

「子どもの問題を考える講座」シリーズにおいて、食行動の異常を中心に講じた。

社会・経済・教育をはじめ様々な状況の変化により従来の「子どもの生活」が侵食されて来ている。家族が個人化し、食生活も孤食化しつつある中で、「共に食べる」ことの意味を問い直し、家庭における養育機能を参加者と討論した。

家庭児童相談員の役割について

藤井和子

埼玉県生活福祉部 埼玉県建設労働者研修センター 1988年2月

地域の福祉行政の第一線の機関である社会福祉事務所配置されている家庭児童相談員に対する研修である。

その大部分が非常勤であり身分上も又専門性、責任、権限において保障されていない。しかし持ち込まれる相談は多種多様である。こうした現実を踏まえ、相談を受ける者の基本的な態度、姿勢と若干の面接技術に触れ、述べた。

境界性パーソナリティについて

藤縄 昭

松下電器株式会社健保組合 松下記念病院 門真市 1987年11月

くすりの話 (薬物・アルコール依存とストレス)

福井 進

浦和市 浦和市常盤公民館 1988年3月

覚せい剤乱用・依存とその弊害

福井 進

長野県 長野県戸倉上山田市 1987年10月

恐ろしい覚せい剤

福井 進

東京都 東京都読売ホール 1987年11月

こどもの発達と心理

原 仁

神奈川県藤沢保健所 藤沢 1987年12月

精神薄弱について

原 仁

練馬区障害児保育研修 東京 1987年9月

第8回「精神薄弱福祉コース」母子保健・公衆衛生I

原 仁

日本精神薄弱者福祉連盟 東京 1987年8月

特殊学級・養護学校担任者研修会「障害に応じた児童・生徒の指導」

原 仁

名古屋市教育センター 名古屋 1987年7月

社会福祉事業従事者研修 「自閉症について」

原 仁

東京都福祉局 東京 1987年6月

第7回「精神薄弱福祉コース」母子保健 ・公衆衛生 I

原 仁

日本精神薄弱者福祉連盟 東京 1987年1月

学習障害児の診断と治療教育について

原 仁

浦和市長教育研究所 浦和 1987年2月

青少年相談の充実をどう図るか

上林靖子

文部省 国立オリンピック記念青少年総合センター
1987年10月

青少年に関する相談機関は、医療から教育・福祉・司法にわたる多様な窓口がある。これらは全く別個に活動をしており、各々の機関の専門職員ですら他機関の機能や特徴を理解していないのが現状である。これらの機関の有機的な連携を深め、それぞれの役割と技術的向上をめざすことが必要であることを述べ、討論に加わった。

青年期の心の危機—接近へのてがかり—

上林靖子

千葉県高等学校PTA連合会 県立清水高校 1987年
12月

県内高等学校PTA連合においてPTA会長・校長を対象に、高校生にみられる不登校について事例を呈示しながら、その理解と、接近の手がかりについて述べた。

特別講演「思春期—多様化する心の問題

上林靖子

三重県精神衛生協議会 三重県津市県庁講堂 1987年
11月

現代の思春期の精神障害の中心的問題である登校拒否

をとりあげ、今日的な特徴として未熟な人格、器質的背景・知的境界域などの問題をもつものが増加し、それにつれて処遇治療の再検討が必要となっていることについて述べた。

思春期の問題行動と相談

上林靖子

東京都母子保健サービスセンター 平山宗広 都立大塚病院講堂 1987年

思春期心性について解説し、彼らの問題行動をそれに基づいて理解し、治療的アプローチの基本的事項について概説した。

子どもの心の理解—そのてがかり—

上林靖子

市川市教育センター 市川市教育センター 1987年7
月

市内小中学校教師を対象に、学校でよくみられる不適応行動の理解について概説し、子どもの心をとらえるための観察、子どもとの交流の重要性を強調した。また不登校の調査結果から欠席についての理解すべき点にもふれた。

痴呆性老人の診断とスクリーニング

北村俊則

痴呆性老人臨床医等研修会（看護婦コーナー）東京都
立中部総合精神衛生センター 1988年2月15日

イギリスにおける医療制度と老人対策の 位置づけ

北村俊則

痴呆性老人臨床医等研修会（看護婦コース）東京都立
中部総合精神衛生センター 1988年2月15日

痴呆性老人の診断とスクリーニング

北村俊則

痴呆性老人臨床医等研修会（医師コース） 東京都立
中部総合精神衛生センター 1988年2月1日

イギリスにおける医療制度と老人対策の

位置づけ

栗田 広

北村俊則

練馬区研修室 1987年10月2日

痴呆性老人臨床医等研修会（医師コース）東京都立中部総合精神衛生センター 1988年2月1日

障害児保育の留意点 （精神遅滞、情緒障害、自閉症）

栗田 広

これからの精神保健医療とP S W 昭和62年度精神病院技術者研修会 （P S W部門）

特別区職員研修所 1987年11月4日

北村俊則

発達障害の療育

栗田 広

日本精神病院教会 甲府 1987年11月26日

川崎市心身障害センターしいの木学園 1988年2月26日

痴呆性老人の診断とスクリーニング

北村俊則

自閉症の診断と対応

栗田 広

痴呆性老人臨床医等研修会（ソーシャルワーカー等コース）東京都立中部総合精神衛生センター 1987年8月25日

第4回 精神遅滞医学セミナー 1988年2月27日

イギリスにおける医療制度と老人対策の位置づけ

北村俊則

成人病とストレス

町沢静夫

痴呆性老人臨床医等研修会（ソーシャルワーカー等コース）東京都立中部総合精神衛生センター 1987年8月25日

公民館健康講座 浦和市立仲町公民館 1988年2月
成人病、特に心疾患の増加とストレスの関係を説明した。

痴呆性老人の診断とスクリーニング

北村俊則

人間理解と遊び

町沢静夫

痴呆性老人臨床医等研修会（保健婦コース）東京都立中部総合精神衛生センター 1987年8月4日

新潟県医療社会事業協会 新潟市社会福祉センター 1988年1月
患者理解のあり方を精神科医の立場から述べた。

イギリスにおける医療制度と老人対策の位置づけ

北村俊則

勤労者のメンタルヘルス

町沢静夫

痴呆性老人臨床医等研修会（保健婦コース）東京都立中部総合精神衛生センター 1987年8月3日

（財）東京社会保険協会 国立オリンピック記念青少年総合センター 1987年11月
勤労者のうつ病、テクノストレスなどを中心に予防と治療について述べた。

心の健康管理について

北村俊則

看護者のストレス

町沢静夫

川崎市中原区役所 1987年3月10日

東京都看護協会東部地区足立分会 足立区青年館 1988年3月

子供の問題行動（情緒障害、自閉症）

医療従事者にあって何がストレスとなっているのかを明示し、その対策を考えた。

精神病と脳内物質

町沢静夫

青玄社 帝国ホテル 1987年12月

脳内アミンを中心とした脳内神経ホルモンと精神病の関係を述べた。

ストレス解消法

町沢静夫

東京社会保険協会 都立墨田養護学校 1987年7月

成人に多い精神疾患を述べ、その対応について述べた。

職場のストレス

町沢静夫

東京社会保険協会 東京実業健康保険会館 1987年7月

職場のストレスとその対応について述べた。

心の健康

町沢静夫

日本ケミコン健康、体力づくり推進懇話会 栃木厚生年金休暇センター 1987年7月

一般的精神疾患の解説とその予防について述べた。

勤労者のメンタルヘルス

町沢静夫

健康保険組合連合会 滋賀厚生年金休暇センター 1987年10月

うつ病及び神経症の一般的説明とその予防について述べた。

精神科リハビリテーションの理論と実際

松永宏子

福島県精神衛生相談員資格取得講習会 福島市 1962年2月

精神病者がおかれている医療および地域での現状や障害について考察し、次いで、リハビリテーションに向けての働きかけをいくつかの角度から検討した。

家族への支援

大嶋 巖

高知県保健環境部 高知 1987年10月

家族に関するいくつかの調査データを基に、地域の専門職として家族にどのように関わり、支援していったらよいのかを講演した。

中高年齢者のメンタルヘルス

和田 修一

精神衛生普及会 主婦の友会館 1987年9月

精神科リハビリテーションの理論と実際

松永宏子

秋田県精神衛生相談員資格取得講習会 秋田市 1963年2月

長期入院や社会の偏見など精神障害者が置かれている現状を分析し、そこから、個別性を重視した社会復帰へ向けてのかかわり、人間擁護の視点、地域で生きていくことを支えるデイ・ケアや地域作業所その他地域ネット・ワーク作りへ向けての種々の実践や今後の課題についてふれた。

心を病む人のやる気おこしを考える

松永宏子

習志野保健所および家族会共催 習志野保健所 1963年3月

入院時と比べるとよくなっているのだが、あと一歩元気の出ない人の問題について、医療従事者や家族会員と共に、人間の心のこだわりを見つめ、理解をもってかかわる際に留意すべき点やかかわりの具体的技法など、問題提起しつつ、検討した。

老人家族を理解する

宗像恒次

千葉県がんセンター 千葉県がんセンター 1987年2月6日

患者の種々相：行動科学からみた患者の世界

宗像恒次
東京歯科大学同窓会 経団連ホール 1988年3月19日

女性のメンタルヘルス

宗像恒次
千葉大学教員養成課程同窓会 日本出版クラブ会館
1988年3月12日

人間関係からくるストレス —自分の世界を知る

宗像恒次
浦和市立常盤公民館 常盤公民館 1988年3月4・8
日

ストレスを上手にのりこえるために

宗像恒次
大和保健所 綾瀬市大上自治会館 1988年2月24日

医療従事者のバーンアウト

宗像恒次
国立多磨全生園付属看護学校 全生園事務本館 1988
年2月22日

高齢者のストレスと生きがい

宗像恒次
大和保健所 大和保健所 1987年12月16日

社会文化体系と疾病体系

宗像恒次
東京大学医学部保健学科 東京大学 1987年12月5日

社会変化に伴う人間関係

宗像恒次
(財)ライフプランニングセンター ライフプランニング
センター 1987年12月2日

海外生活における精神保健

宗像恒次
東京大学医科学研究所 東京大学医科学研究所 1987
年11月19日

健康の自己管理

宗像恒次
浦和市立中央公民館 浦和市立中央公民館 1987年10
月29日

職場のストレスについて

宗像恒次
(財)神奈川県精神衛生協会
神奈川県労働福祉センター 1987年9月29日

ストレス社会と心の健康

宗像恒次
神奈川県立精神衛生センター 神奈川県立精神衛生セ
ンター 1987年7月23日

ストレスとは

宗像恒次
板橋保健所 板橋保健所 1987年5月13日

医療の場におけるコミュニケーション

宗像恒次
至誠会第二病院 至誠会第二病院 1987年2月26日

こころの健康づくりについて

宗像恒次
神奈川県衛生部保健予防課 神奈川県精神衛生センタ
ー 1987年2月18日

主婦のストレス

宗像恒次
浦和市立常盤公民館 浦和市立常盤公民館 1987年2
月13, 20日

すこやかな熟年時代

大塚俊男
石川県 第6回ねたきりにならない運動推進会 金沢
市 1987年9月

精神医学の基礎知識

大塚俊男

東京都痴呆性老人技術研修合同基礎講座 東京 1987年5月

老人精神医療と展望

大塚俊男

長南町教育委員会高齢者教養教室 長南町中央公民館
1987年2月

高齢期の理解

大塚俊男

文部省、昭和62年度高齢者教育研修講座 東京 1987年11月

ぼけとの戦い

大塚俊男

新発田市、痴呆性老人問題を考える講演会 新発田市
1987年10月

老化と食生活

大塚俊男

神奈川県栄養士会、栄養学術講習会 横浜市 1987年10月

人生80年時代をどう生きるか

大塚俊男

神奈川県、すこやか神奈川フェスティバル 相模原市
1987年10月

地域健康づくりをすすめるために —こころの健康づくり—

大塚俊男

滋賀県 大津市 1987年10月

痴呆(ボケ)を理解するために

大塚俊男

東京ぼけ老人を支える家族の会のつどい 東京都
1987年9月

高齢化社会を考える

齋藤和子

市川市 市川市民会館 1987年11月

「地域ぐるみ福祉推進月間」におけるシンポジウムにおいて、高齢化社会における中高年者の精神衛生、特に女性のあり方、痴呆を含む要介護老人対策の現状と将来への期待、ボランティア活動の必要とその重要性等を講演した。

ボランティア活動をすすめる上の諸課題

椎谷淳二

社会福祉法人練馬区社会福祉協議会 練馬区ボランティアセンター 1987年11月

『保健福祉』の捉え方とサービス供給の基本課題

椎谷淳二

神奈川県社会福祉協議会 社会福祉研修情報センター
神奈川県社会福祉会館 1987年11月

ボランティア活動の現状と展望

椎谷淳二

社会福祉法人白十字会白十字ホーム 白十字ホーム
1987年12月

地域医療・保健・福祉を支える地域実践

椎谷淳二

東京ボランティアセンター 東京都福祉総合センター
1988年1月

病院、保健所、市民グループなどによる地域医療・保健・福祉の実践活動をふまえて、専門職と非専門職との役割分担と協働、医療・保健・福祉サービスのネットワーク化について述べた。

在宅福祉におけるボランティア活動の役割

椎谷淳二

社会福祉法人小平市社会福祉協議会 小平市社会福祉会館 1988年1月

住み慣れた町で老いをすごすための在宅サービスを考える

椎谷淳二

渋谷区教育委員会 渋谷区役所 1988年2月

今日における老人福祉とりわけ在宅福祉の意義と必要性、老人の在宅生活を支える諸条件、在宅福祉における住民の役割等について論じた。

お年寄りと地域社会

椎谷淳二

相模原市社会福祉協議会 相模原市星ヶ丘公民館
1988年2月

離婚事例のケース研究

鈴木浩二

全国家庭裁判所調査官研究協議会 東京 1987年6月
全国の調査官を対象に、事例検討を行ない、家族システム・アプローチの視点を明示した。

家族病理

鈴木浩二

家庭裁判所調査官研修所 東京 1987年10月
調査官補を対象に、家族処遇に際して理解しておかなければならない家族様態について詳説した。

家族力動

鈴木浩二

家庭裁判所調査官研修所 東京 1987年10月
調査官補を対象に、諸種の家族力動について概説し、更にその処遇法について言及した。

夫婦の関係を变える子供の問題

鈴木浩二

千葉県調停協会婦人部研修会 千葉 1987年10月
家裁調停委員を対象に、夫婦関係と子どもの問題の関連性について詳説し、具体的援助技法を提示した。

システムとしての家族

鈴木浩二

石川県ソーシャルワーカー協会及社会福祉協議会 石川県金沢 1987年11月
石川県下のソーシャル・ワーカーのスーパービジョン

研修、ソーシャルワークにおける家族療法的アプローチを事例を通して教示した。

家族療法(1)(2)(3)(4)

鈴木浩二

法務総合研究所 東京 1987年12月
保護観察官を対象に非行臨床における家族理解と援助方法を具体的に提示した。

子供と家族

鈴木浩二

新宿区教育委員会 東京 1987年12月
小・中学校の保健指導担当者を対象に、子どもの症状行動の意味をシステム補の立場から詳説した。

家族を变える症状行動

鈴木浩二

登別市教育委員会 登別市 1987年12月
安田生命社会事業団の後援による特別講演。子どもの症状行動が家族を变える動因となり得ることを強調し、家族療法的視野より症状改善のための方策を提示した。

家族療法の実際

鈴木浩二

明治学院大学社会学部附属研究所 東京 1988年2月
明治学院大学OBのソーシャル・ワーカーを対象に、家族療法の技法を教示。

家族療法の実際III

—特にスーパー・バイスの事例として—

鈴木浩二

神奈川県児童相談所職員研修会 藤沢市 1988年3月
神奈川県下の児童のスーパーバイザーに対するスーパーバイズ研修。講義と実技演習。

最近よくみるノイローゼ

高橋 徹

精神衛生普及会 東京 1987年5月
青年期における神経症的諸病態についての解説。

精神障害者が利用する作業所の実情と活動のあり方に関する研究

和田修一

第35回日本社会福祉学会大会 日本福祉大学 1987年
10月

高年齢児の処遇をめぐって

横田正雄

東京都福祉局 東京都石神井学園 1987年7月
施設内の高年齢児の処遇について、主に対人関係の点
から述べた。

面接の技術

横田正雄

東京都福祉局 東京都福祉局福祉研修課 1987年5月
福祉事務所新任職員を対象に面接の原理、原則また技
術的側面を述べた。

これからの福祉

横田正雄

東京都福祉局 社会福祉セミナーハウス 安房もとな
荘 1987年10月

現代の子どもの様相と指導のあり方

横田正雄

草加市 草加市立中央公民館 1987年6月

仕事と人間関係

横田正雄

中野区 中野区文化会館 1987年7月

雑誌目録

購入雑誌

洋雑誌

- ……購入
- +……継続
- Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae
1952 Vol. 1-1957 Vol. 6
- Acta Paedopsychiatrica
1953 Vol. 20-1964 Vol. 31
- Acta Psychiatrica Scandinavica
1973 Vol. 49+
- Acta Psychiatrica Scandinavica - Supplementum
1973 Vol. 251+
- American Annals of the Deaf
1949 Vol. 94-1951 Vol. 96
- American Anthropological Association
Bulletin
1954 Vol. 2-1959 Vol. 7
- American Anthropologist
1956 Vol. 58-1960 Vol. 62
- American Journal of Human Genetics
1954 Vol. 6+
- American Journal of Mental Deficiency
1954 Vol. 58+
- American Journal of Orthopsychiatry
1940 Vol. 10+
- American Journal of Psychiatry
1942 Vol. 99, 1954 Vol. 110+
- American Journal of Psychology
1954 Vol. 67
- American Journal of Psychotherapy
1963 Vol. 17+
- American Journal of Public Health and the
Nations Health
1957 Vol. 47
- American Journal of Sociology
1954 Vol. 60+
- American Psychologist
1953 Vol. 8+
- American Sociological Review
1954 Vol. 19+
- Analytical Biochemistry
1970 Vol. 33-1983 Vol. 135
- Annals of Human Genetics
1952 Vol. 17-1961 Vol. 25
- Applied Psychological Measurement
1987 Vol. 11+
- Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten
1949 Vol. 183, 1951 Vol. 196-1984 Vol. 234
1985 Vol. 235ヨリ European Archives of
Psychiatry & Neurological Sciences トナ
ル
- Archives de Biologie
1962 Vol. 73-1963 Vol. 74
- Archives of Biochemistry and Biophysics
1963 Vol. 100-1964 Vol. 108
- Archives of General Psychiatry
1959 Vol. 1+
- Archives of Neurology
1987 Vol. 44+
- Archives of Neurology & Psychiatry
1954 Vol. 71, 1957 Vol. 78-80.
- Arztliche Wochenschrift
1957 Vol. 12
- Australian and New Zealand Journal of
Family Therapy
1987 Vol. 8+
- Behavior Research and Therapy
1987 Vol. 25+
- Behavioral 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 Vol. 80+
- British Journal of Medical Hypnotism
1952 Vol. 3-1953 Vol. 5
- British Journal of Medical Psychology
1987 Vol. 60+
- British Journal of Psychiatric Social Work
1965 Vol. 8-1969 Vol. 10
- British Journal of Psychiatry
1963 Vol. 109+
- British Journal of Social Work
1971 Vol. 1+
- British Journal 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 Study (A Quarterly Journal of Parent Education)
Vol. 34
- Children
1953-1957
- Chronicle of the World Health Organization
1957 Vol. 11-1958 Vol. 12
1959 Vol. 13ヨリ WHO Chronicle トナル
- Clinical Social Work Journal
1978 Vol. 6+
- Cognitive Psychology
1987 Vol. 19+
- Community Mental Health Journal
1965 Vol. 1+
- Comprehensive Psychiatry
1984 Vol. 25+
- Confinia Psychiatrica
1959 Vol. 2-1961 Vol. 4
- Contemporary Family Therapy
1987 Vol. 9+
- Contemporary Psychology
1958 Vol. 3, 1962 Vol. 7
- Culture Medicine & Psychiatry
1984 Vol. 8+
- Daedalus (Journal of American Academy of Arts and Sciences)
1960 Vol. 89-1983 Vol. 112
- Developmental Psychology
1987 Vol. 23+
- Digest of Neurology and Psychiatry
1947 Vol. 15-1955 Vol. 23
- Educational & Psychological Measurement
1954 Vol. 14+
- EEG. Journal
1963 Vol. 15+
- L'encephale
1954 Vol. 43-1973 Vol. 62, 1975 Vol. 1+
- Eugenical News
1952 Vol. 37-1953 Vol. 38
- Eugenics Quarterly
1954 Vol. 1-1966 Vol. 13
- Eugenics Review
1952 Vol. 44-1954 Vol. 45
- European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences
1985 Vol. 235+
- L'Evolution Psychiatrique
1970 Vol. 35+
- Excerpta Medica Neurology and Neurosurgery
1952 Vol. 5+
- Excerpta Medica Psychiatry

- 1966 Vol. 19+
- Experimental Brain Research
1973 Vol. 17+
- Experimental Brain Research Supplementum
1978 Vol. 7-16+
- 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
- Genetic Psychology Monographs
1954 Vol. 49-1955 Vol. 51
- Geriatrics
1987 Vol. 42+
- Gerontologist
1976 Vol. 16+
- Gerontology
1987 Vol. 33+
- Group Psychotherapy
1960 Vol. 13+
- Harvard Public Health Alumni Bulletin
1959 Vol. 16-1964 Vol. 21
- Harvard University School of Public Health
1957, 1960-63
- Human Organization
1965 Vol. 24+
- Human Psychopharmacology
1987 Vol. 2+
- Human Relations
1953 Vol. 6+
- L'Hygiene Mentale
1954 Vol. 43, 1957 Vol. 46-1973 Vol. 62
- L'Information Psychiatrique
1965 Vol. 45+
- International Journal of Psychiatry
1965 Vol. 1-1973 Vol. 11
Vol. 12ヨリ International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy トナル
- International Journal of Group Psychotherapy
1951 Vol. 1+
- International Journal of Psychoanalysis
1970 Vol. 51+
- International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy
1974 Vol. 3+
- International Journal of Social Psychiatry
1955 Vol. 1+
- Israel Journal of Medical Sciences
1966 Vol. 2
- Korean Scientific Abstracts
1979 Vol. 11+
- Journal of Abnormal Child Psychology
1987 Vol. 15+
- Journal of Abnormal Psychology
1947 Vol. 42+
- Journal of Affective Disorder
1987 Vol. 12+
- Journal of the All India Institute of Mental Health
1958 Vol. 2
- Journal of American Academy of Child Psychiatry
1965 Vol. 4+
- Journal of American Geriatrics Society
1987 Vol. 35+
- Journal of Applied Psychology
1953 Vol. 37-1959 Vol. 43
- Journal of Autism & Developmental Disorders
1971 Vol. 1+
- Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry
1975 Vol. 6+

- Journal of Biological Chemistry
1967 Vol. 242-1983 Vol. 258
Journal of Catholic Medical College
1975 Vol. 28+
- Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism
1984 Vol. 4+
- Journal of Child Psychology & Psychiatry
1960 Vol. 1+
- Journal of Clinical Psychiatry
1987 Vol. 48+
- Journal of Clinical Psychology
1946 Vol. 2+
- Journal of Community Psychology
1977 Vol. 5+
- Journal of Conflict Resolution
1975 Vol. 19+
- Journal of Consulting & Clinical Psychology
1946 Vol. 10+
- Journal of Counseling Psychology
1954 Vol. 1+
- Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics
1987 Vol. 8+
- Journal of Educational Psychology
1954 Vol. 45, 1957 Vol. 48-1959 Vol. 50
Journal of Educational Sociology
1953 Vol. 27-1955 Vol. 28 1957 Vol. 30-1959 Vol. 33
- Journal of Experimental Psychology
1953 Vol. 45-1966 Vol. 72
- Journal of Family Therapy
1987 Vol. 9+
- Journal of General Psychology
1954 Vol. 50-1955 Vol. 52
- Journal of Geriatric Psychiatry
1986 Vol. 19+
- Journal of Gerontology
1976 Vol. 31+
- Journal of Health & Social Behavior
1960 Vol. 1+
- Journal of Heredity
1953 Vol. 44-1956 Vol. 47
- Journal of Marital and Family Therapy
1987 Vol. 13+
- Journal of Marriage & Family
1968 Vol. 30+
- Journal of Mental Deficiency Research
1957 Vol. 1+
- Journal of Mental Science
1960 Vol. 106-1962 Vol. 108
Vol. 109ヨリ British Journal of Psychiatry トナル
- Journal of Nervous & Mental Disease
1963 Vol. 137+
- Journal of Neurochemistry
1964 Vol. 11+
- Journal of Neuropathology & Experimental Neurology
1953 Vol. 12-1959 Vol. 18
- Journal of Neurophysiology
1954 Vol. 17, 1957 Vol. 20-1959 Vol. 22,
1973 Vol. 36+
- Journal of Pediatric Psychology
1987 Vol. 12+
- Journal of Pediatrics
1987 Vol. 110+
- Journal of Personality
1952 Vol. 21+
- Journal of Personality and Social Psychology
1967 Vol. 5+
- Journal of Personality Assessment
1971 Vol. 35+
- Journal of Projective Techniques
1949 Vol. 3-1970 Vol. 34
1971ヨリ Journal of Personality Assessment トナル
- Journal of Psychiatric Social Work

- 1955 Vol. 24
- Journal de Psychologie Normale et Pathologique
1959 Vol. 56-1964 Vol. 61
- Journal of Psychosomatic Research
1957 Vol. 1+
- Journal of School Psychology
1987 Vol. 25+
- Journal of Social Psychology
1954 Vol. 34-1954 Vol. 40
- Journal of Social & Clinical Psychology
1984 Vol. 2+
- Journal of Social Psychology
1987 Vol. 127+
- Journal of Studies on Alcohol
1976 Vol. 37+
- Lancet
1987 No. 8523+
- Medical Abstracts Journal
1963 Vol. 9-1963 Vol. 10
- Medical Abstracts Korea
1974+
- Mental Hospital
1953 Vol. 4-1954 Vol.5
- Mental Hygiene
1950 Vol. 34-1972 Vol. 56
- Nature
1984 Vol. 307+
- Der Nervenarzt
1960 Vol. 31+
- Nervous Child
1953 Vol. 10-Vol. 11
- Neurology
1987 Vol. 37+
- Neuropediatrics
1987 Vol. 18+
- 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
- Philippine Journal of Psychiatry and Neurology
1961 Vol. 2-1962 Vol. 3
- Praxis der Psychotherapie
1959 Vol. 4+
- Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine
1963 Vol. 112-1966 Vol. 123
- Psychiatric Quarterly
1949 Vol. 23-1974 Vol. 48終刊
- Psychiatrie Neurologie & Medizinische Psychologie
1960 Vol. 12+
- Psychiatry
1954 Vol. 17+
- Psychiatry Research
1987 Vol. 20+
- Psychological Abstracts
1959 Vol. 33+
- Psychological Bulletin
1951 Vol. 48+
- Psychological Medicine
1984 Vol. 14+
- 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+
- Psychotherapie
1957 Vol. 2-1958 Vol. 3
- Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie

- 1974 Vol. 24+
- 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+
 - 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 Vol. 1-3
State of Ohio Department of Mental
Hygiene and Correction, Annual Report
1956-1964
Statiscal Report : State of Ohio Depart-
ment of Mental Hygiene and Correction
1965-1972
 - Transcultural Psychiatric Research
Review
1964 Vol. 1+
United Nations : Information Letter, Divi-
sion of Narcotic Drugs
1972-1980
World Federation for Mental Health
Annual Report
1950-1968
 - WHO Chronicle
1959 Vol. 13+
WHO Technical Report Series
Vol. 24-73
No. 177-741+
Word Mental Health
1953 Vol. 5-1963 Vol. 15
Yonsei Medical Journal
1969 Vol. 9+
Zeitschrift fur Psychotherapie und Med-
izinische Psychologie
1951 Vol. 1-1973 Vol. 23

Wyphar hebponatorornn n hcnxnatpn C.C. kopcakoba.58-59,61-62,63 和雑誌 (購入のみ) +……継続	1982 No. 3025+ 脳と神経 1957 Vol. 9+ Psychologia
アルコール医療研究 1987 Vol. 4+	1957 Vol. 1+ 臨床脳波
病院地域精神医学 1987 No. 87+	1973 Vol. 15+ 臨床精神病理
発達障害研究 1984 Vol. 6+	1987 Vol. 8+ 臨床精神医学
医学のあゆみ 1987 Vol. 142+	1978 Vol. 7+ 労働の科学
医用電子と生体工学 1963 Vol. 1+	1957 Vol. 12+ 老年精神医学
Japanese Journal of Psychiatry and Neu- rology 1949 Vol. 3+	1987 Vol. 4+ 精神医学 1959 Vol. 1+
Japanese Psychological Research 1955 Vol. 1+	精神医療 1987 Vol. 16+
児童青年精神医学とその近接領域 1960 Vol. 1+	精神科治療学 1987 Vol. 2+
人類遺伝学雑誌 1956 Vol. 1+	精神神経学雑誌 1902 Vol. 1+
からだの科学 1987 No. 136+	精神障害と社会復帰 1987 Vol. 7+
季刊精神療法 1975 Vol. 1+	社会学評論 1953 Vol. 3+
こころの科学 1987 No. 14+	社会精神医学 1987 Vol. 10+
こころの臨床アラカルト 1987 No. 19+	神経研究の進歩 1956 Vol. 1+
公衆衛生 1979 Vol. 43+	神経精神薬理 1987 Vol. 9+
教育心理学研究 1953 Vol. 1+	心理学研究 1949 Vol. 20+
教育心理学年報 1962 Vol. 1+	心理臨床研究 1987 Vol. 5+
人間性心理学研究 1987+	心身医学 1976 Vol. 16+
日本医事新報	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+
週刊保健衛生ニュース
1986 No. 306+
蛋白質核酸酵素
1961 Vol. 6+
都市問題
1958 Vol. 49+

VI 精神保健に関する資料

厚生省の統計から

精神保健計画部

表1-1 開設者別精神病院数、病床数、在院患者延数、入退院数、病床利用率および平均在院日数
〔昭和60年6月（月末および月間）、病院報告〕

	病 院 数			病 床 数			在 院 患 者 延 数		
	全 精 神	精神病院	精神病床を有する病院	全 精 神	精神病院	精神病床を有する病院	全 精 神	精神病院	精神病床を有する病院
総 数	1,604	1,022	582	333,570	246,467	87,103	10,231,167	7,663,157	2,568,010
国									
厚生省	38	3	35	6,967	1,267	5,700	180,284	34,315	145,969
文部省	40	—	40	1,867	—	1,867	44,961	—	44,961
労働福祉事業団	2	—	2	26	—	26	352	—	352
三 公 社	1	—	1	19	—	19	786	—	786
そ の 他	8	—	8	361	—	361	6,523	—	6,523
都 道 府 県	74	40	34	17,006	13,828	3,178	445,369	364,222	811,147
市 町 村	83	11	72	8,135	2,079	6,056	232,083	63,281	168,802
日 赤	19	—	19	1,802	—	1,802	48,367	—	48,367
済 生 会	2	1	1	400	350	50	12,023	10,713	1,310
北海道社会事業協会	2	—	2	138	—	138	2,663	—	2,663
厚生連	27	2	25	3,542	597	2,945	92,447	14,318	78,129
国民健康保険会 団体連合会	—	—	—	—	—	—	—	—	—
全国社会保険 協会連合会	2	—	2	50	—	50	1,294	—	1,294
厚生団	—	—	—	—	—	—	—	—	—
船員保険会	—	—	—	—	—	—	—	—	—
健康保険組合 およびその連合会	—	—	—	—	—	—	—	—	—
共 済 組 合	6	—	6	291	—	291	7,323	—	7,323
国民健康保険	—	—	—	—	—	—	—	—	—
公 益 法 人	88	64	24	27,658	20,695	6,963	838,385	640,552	197,833
医 療 法 人	769	584	185	194,635	152,228	42,407	6,098,305	4,779,048	1,319,257
学 校 法 人	26	1	25	2,068	470	1,598	57,186	15,606	41,580
会 社	5	—	5	308	—	308	8,418	—	8,418
そ の 他 の 法 人	27	13	14	6,066	3,858	2,208	178,470	114,943	63,527
個 人	385	303	82	62,231	51,095	11,136	1,975,928	1,626,159	349,769

表1-2

	新入院患者数			退院患者数			病床利用率				平均在院日数			
	全精神	精神病院	精神病床を有する病院	全精神	精神病院	精神病床を有する病院	全精神	精神病院	精神病床を有する病院		全精神	精神病院	精神病床を有する病院	
									一般病床あり	一般病床なし			一般病床あり	一般病床なし
総数	19,282	12,914	6,368	19,354	13,016	6,338	101.9	103.3	97.7	100.4	529.6	591.1	391.2	707.2
厚生省	547	37	510	537	45	492	86.0	90.1	85.9	76.4	332.6	837.0	283.2	463.8
文部省	384	—	384	385	—	385	79.0	—	79.0	—	116.9	—	116.9	—
国 労働福祉事業団	3	—	3	2	—	2	46.2	—	46.2	—	140.8	—	140.8	—
三 公 社	14	—	14	9	—	9	136.8	—	136.8	—	68.3	—	68.3	—
そ の 他	38	—	38	34	—	34	60.4	—	60.4	—	181.2	—	181.2	—
都 道 府 県	1,376	1,037	339	1,337	1,029	308	87.0	87.6	79.0	101.4	328.3	352.6	191.1	963.9
市 町 村	726	120	606	810	124	686	94.1	101.3	91.7	—	302.2	518.7	261.3	—
日 赤	211	—	211	212	—	212	88.9	—	88.9	—	228.7	—	228.7	—
済 生 会	34	26	8	47	36	11	97.2	99.1	84.0	—	296.9	345.6	137.9	—
北海道社会事業協会	7	—	7	7	—	7	65.9	—	65.9	—	380.4	—	380.4	—
厚生連	238	33	205	198	26	172	87.4	80.6	88.6	93.0	424.1	485.4	424.4	254.4
国民健康保険 団体連合会	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
全国社会保険 会連合会	5	—	5	4	—	4	86.0	—	86.0	—	287.6	—	287.6	—
厚生団	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
船員保険会	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
健康保険組合および その連合会	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
共 済 組 合	47	—	47	51	—	51	82.8	—	82.8	—	149.4	—	149.4	—
国民健康保険	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
公 益 法 人	1,324	902	422	1,443	987	456	100.7	102.9	93.8	99.2	606.0	678.2	442.8	573.1
医 療 法 人	9,830	7,464	2,366	9,749	7,431	2,318	104.2	104.4	103.6	101.2	622.9	641.7	556.8	684.8
学 校 法 人	351	23	328	342	20	322	91.3	110.9	85.6	—	165.0	725.9	127.9	—
会 社	58	—	58	55	—	55	90.3	—	90.3	—	149.0	—	149.0	—
その他の法人	248	139	109	292	175	117	97.5	98.7	91.5	102.6	661.0	732.1	387.6	2,180.9
個 人	3,841	3,133	708	3,840	3,143	697	105.5	105.7	103.9	110.3	514.5	518.2	492.3	577.9

VI 精神保健に関する資料

表 2-1 病床の規模別精神病院数, 病床数, 在院患者延数, 入・退院数等
〔昭和60年6月(月末および月間), 病院報告〕

全 精 神 病 院						
	施設数	病 床 数	在院患者延数	新入院患者数	通院患者数	病床利用率(%)
総 数	1,604	333,570	10,231,167	19,282	19,354	101.9
20~29床	2	42	1,332	5	9	100.0
30~39	3	110	3,350	5	8	99.1
40~49	6	237	6,285	62	33	90.3
50~99	81	5,426	167,575	528	576	101.5
100~149	218	24,972	797,993	1,670	1,507	106.6
150~199	246	40,565	1,298,628	2,228	2,198	106.5
200~299	449	97,272	3,010,195	5,094	5,289	102.8
300~399	248	70,809	2,175,957	3,806	3,925	102.2
400~499	110	34,910	1,062,648	1,832	1,768	101.3
500~699	137	35,493	1,044,820	2,163	2,278	97.4
700~899	56	14,205	411,233	999	957	96.2
900床以上	48	9,529	251,151	890	806	87.8

表 2-2 病床の規模別精神病院数, 病床数, 在院患者延数, 入・退院数等
〔昭和60年6月(月末および月間), 病院報告〕

単 科 精 神 病 院							
	施設数	病 床 数	在院患者延数	新入院患者数	退院患者数	病床利用率(%)	外来患者延数
総 数	1,022	246,467	7,663,157	12,914	13,016	103.3	707,288
20~29床	2	42	1,332	5	9	100.0	712
30~39	3	110	3,350	5	8	99.1	1,508
40~49	3	120	3,375	55	27	95.8	2,430
50~99	55	4,293	132,967	441	448	102.3	35,684
100~149	172	20,907	668,914	1,329	1,219	106.7	79,898
150~199	204	35,540	1,139,281	1,932	1,911	106.6	100,859
200~299	322	77,986	2,429,049	4,020	4,175	103.4	218,444
300~399	157	53,264	1,643,841	2,701	2,794	102.6	144,493
400~499	57	25,035	776,824	1,079	1,029	103.3	57,219
500~699	37	20,937	631,686	938	1,014	100.0	47,743
700~899	9	6,895	200,266	293	281	96.7	12,595
900床以上	1	1,338	32,272	116	101	81.1	5,703

表2-3 病床の規模別精神病院数、病床数、在院患者延数、入・退院数等
〔昭和60年6月（月末および月間）、病院報告〕

精神病床を有する病院							
	施設数	病床数	在院患者延数	新入院患者数	退院患者数	病床利用率(%)	
						一部一般病院を有する病院(注1)	一般病床のない病院(注2)
総数	582	87,103	2,508,010	6,368	6,338	97.7	100.4
20~29床	—	—	—	—	—	—	—
30~39	—	—	—	—	—	—	—
40~49	3	117	2,910	7	6	84.6	—
50~99	26	1,133	34,608	87	128	97.2	124.1
100~149	46	4,065	129,079	341	288	106.6	93.0
150~199	42	5,025	159,347	296	287	106.2	97.3
200~299	127	19,286	581,146	1,074	1,114	99.9	102.3
300~399	91	17,545	532,116	1,105	1,131	101.0	100.7
400~499	53	9,875	285,824	753	739	95.8	101.5
500~699	100	14,556	413,134	1,225	1,264	93.0	98.5
700~899	47	7,310	210,967	706	676	95.8	—
900床以上	47	8,191	218,879	774	705	88.9	—

注1, 2) ただし、複数の特殊病床を有する病院

表3 開設者別単科精神病院在院外来比
(昭和60年6月、病院報告)

	在院患者延数	外来患者延数	在院外来比
総数	7,663,157	707,288	0.09
国(厚生省)	34,315	2,824	0.08
都道府県	364,222	65,655	0.18
市町村	63,281	9,917	0.16
公的医療機関(注)	25,031	2,410	0.10
公益法人	640,552	57,811	0.09
医療法人	4,779,048	396,554	0.08
学校法人	15,606	2,622	0.17
会社	—	—	—
その他の法人	114,943	14,957	0.13
個人	1,626,159	154,538	0.10

注) 済生会および厚生連

VI 精神保健に関する資料

表4 特定傷病別医療扶助人員の年次推移（各年度1か月平均、社会福祉行政業務報告）

年度	総数	入 院								入 院 外									
		単 給				併 給				単 給				併 給					
		総 数	結 核	精神病	その他	総 数	結 核	精神病	その他	総 数	結 核	精神病	その他	総 数	結 核	精神病	その他		
昭和52年	818,654	199,390	139,248	3,545	95,955	39,748	60,142	1,979	20,207	37,956	619,264	21,749	512	1,711	19,527	597,514	16,462	21,849	559,213
53年	846,814	200,949	138,786	3,246	97,227	38,314	62,163	1,909	20,950	39,304	645,865	20,760	456	1,653	18,651	625,105	15,430	24,305	585,370
54年	854,509	199,270	137,037	2,896	96,697	37,444	62,233	1,652	20,996	39,585	655,240	19,055	399	1,536	17,120	636,185	14,020	26,107	596,059
55年	856,245	197,419	134,775	2,573	95,645	36,557	62,644	1,485	20,950	40,209	658,826	17,448	359	1,503	15,586	641,378	12,532	27,782	601,064
56年	870,019	197,148	132,573	2,282	94,498	35,794	64,575	1,399	21,331	41,845	672,871	15,870	294	1,523	14,054	657,001	11,122	30,295	615,584
57年	885,051	196,451	131,872	—	94,256	37,616	64,580	—	21,354	43,226	688,599	15,190	—	1,607	13,584	673,409	—	33,333	640,076
58年	897,102	196,580	131,292	—	93,826	37,466	65,288	—	21,795	43,493	700,522	14,572	—	1,484	13,086	685,951	—	35,979	649,973
59年	911,788	196,181	128,556	—	91,623	36,933	67,626	—	22,336	45,289	715,607	14,406	—	1,605	12,801	701,200	—	38,191	663,009
60年	909,581	191,439	122,975	—	87,200	35,775	68,465	—	22,078	46,386	718,142	13,370	—	1,561	11,808	704,772	—	41,771	663,001

注) 57年以降は結核はその他に含まれる。

表5 全病院の100床当たり医師・看護婦数の年次推移（病院報告）

年 次	医 師			看 護 婦	看 護 士	准看護婦	准看護士	看護業務 補助者
	総 数	常 勤	非常勤					
昭和52年末	9.3	5.4	3.9	13.9	0.2	11.6	0.5	6.6
53	9.6	5.5	4.1	14.7	0.2	11.9	0.5	6.7
54	10.0	5.6	4.3	15.4	0.2	12.0	0.6	6.7
55	10.3	5.8	4.5	15.8	0.2	12.2	0.6	6.7
56	10.6	5.9	4.7	16.4	0.2	12.2	0.6	6.6
57	10.9	6.0	4.9	16.8	0.3	12.3	0.7	6.7
58	11.2	6.1	5.1	17.2	0.3	12.4	0.7	6.8
59	11.5	6.3	5.2	17.9	0.3	12.6	0.7	6.8
60	11.8	6.5	5.3	18.5	0.4	12.7	0.7	6.7

表6 精神病院（単科）の100床当たり医師・看護婦数の年次推移（病院報告）

年 次	医 師			看 護 婦	看 護 士	准看護婦	准看護士	看護業務 補助者
	総 数	常 勤	非常勤					
昭和52年	3.2	1.4	1.8	7.9	0.5	5.2	1.6	6.9
53	3.3	1.4	1.8	8.0	0.5	5.6	1.8	6.8
54	3.3	1.4	1.9	8.1	0.5	5.9	2.0	6.6
55	3.4	1.5	2.0	8.1	0.6	6.0	2.1	6.4
56	3.4	1.5	2.0	8.0	0.7	6.2	2.2	6.3
57	3.5	1.5	2.0	8.0	0.8	6.5	2.3	6.2
58	3.6	1.5	2.1	8.0	0.8	6.6	2.4	6.1
59	3.6	1.5	2.1	8.0	0.9	6.8	2.5	5.9
60	3.7	1.6	2.1	8.3	1.1	7.1	2.5	5.7

注) 昭和58年以前は12月末日、昭和59年以降は10月1日現在。

表7 病院の従事者 (昭和60年10月1日, 病院報告)

	1施設当たり数		100床当たり数	
	精神病院	一般病院	精神病院	一般病院
総 数	98.3人	126.4人	40.7人	87.4人
医 師	9.0	19.5	3.7	13.5
常 勤 (再掲)	3.8	10.8	1.6	7.5
非常勤 (再掲)	5.1	8.7	2.1	6.0
歯 科 医 師	0.3	1.0	0.1	0.7
常 勤 (再掲)	0.0	0.7	0.0	0.5
非常勤 (再掲)	0.2	0.3	0.1	0.2
介 輔	—	0.0	—	0.0
歯 科 介 輔	—	—	—	—
薬 剤 師	1.9	3.0	0.8	2.1
助 産 婦	0.0	1.6	0.0	1.1
看 護 婦	19.9	29.9	8.3	20.7
看 護 士	2.6	0.3	1.1	0.2
准 看 護 婦	17.1	20.1	7.1	13.9
准 看 護 士	6.2	0.6	2.5	0.4
看護業務補助者	13.8	10.0	5.7	6.9
理学療法士(P T)	0.0	0.5	0.0	0.4
作業療法士(O T)	0.3	0.2	0.1	0.1
視 能 訓 練 士	—	0.1	—	0.1
歯 科 衛 生 士	0.0	0.3	0.0	0.2
歯 科 技 工 士	0.0	0.1	0.0	0.1
診療放射線技師	0.2	2.1	0.1	1.4
診療 X 線 技 師	0.2	0.2	0.1	0.2
臨 床 検 査				
臨床検査技師	0.7	4.0	0.3	2.8
衛生検査技師	0.0	0.1	0.0	0.1
そ の 他	0.2	0.6	0.1	0.4
マ ッ サ ー ジ 師	0.0	0.8	0.0	0.5
管 理 栄 養 士	0.3	0.4	0.1	0.3
栄 養 士	1.8	1.7	0.8	1.2
その他の技術員	1.5	2.0	0.6	1.3
医療社会事業従事者	0.9	0.3	0.4	0.2
事 務 職 員	7.9	13.7	3.3	9.5
そ の 他 の 職 員	13.5	13.3	5.6	9.2

VI 精神保健に関する資料

表 8-1 性・年齢階級別精神障害全国推計患者数 (注) の年次推移 (患者調査)

(単位:千人)

年次 (昭和)		総 数	0	1	5	10	15	20	25	35	45	55	65	70	75	80	不 詳
			歳	4	9	14	19	24	34	44	54	64	69	74	79	歳以上	
53年	精神障害	313.3	0.3	3.3	2.0	2.4	6.1	15.8	68.4	81.3	67.0	36.6	12.7	7.6	5.9	3.6	0.3
	男	173.0	0.3	1.6	1.5	1.0	3.3	9.2	41.1	48.3	38.0	16.4	5.6	3.1	2.3	1.1	0.2
	女	140.4	0.0	1.6	0.5	1.4	2.8	6.5	27.3	33.0	29.0	20.3	7.1	4.5	3.6	2.5	0.1
	(精神分裂病)	194.7	—	0.5	0.2	0.4	2.4	9.5	48.4	58.6	44.8	21.1	5.3	2.1	0.8	0.3	0.2
	男	109.6	—	0.3	0.1	0.2	1.4	5.9	29.4	34.9	24.9	8.9	2.2	0.9	0.3	0.2	0.1
	女	85.1	—	0.2	0.0	0.2	1.0	3.6	19.1	23.7	19.9	12.2	3.2	1.3	0.5	0.2	0.1
	(その他の精神病)	35.0	—	—	—	0.0	0.4	1.1	4.0	4.8	5.6	5.8	3.6	3.2	3.7	2.8	0.0
	男	15.7	—	—	—	0.0	0.2	0.5	2.1	2.7	3.0	2.4	1.5	1.2	1.3	0.7	—
	女	19.3	—	—	—	0.0	0.2	0.6	1.9	2.1	2.6	3.4	2.1	1.9	2.4	2.1	0.0
	54年	精神障害	325.9	0.0	0.8	0.7	1.3	4.9	13.6	67.4	84.1	72.3	41.4	14.5	11.3	7.3	5.8
男		181.8	0.0	0.4	0.4	0.6	2.4	7.8	41.3	50.4	42.9	19.3	6.4	4.8	2.8	1.9	0.2
女		144.1	0.0	0.4	0.2	0.7	2.5	5.8	26.1	33.7	29.4	22.1	8.1	6.5	4.5	3.9	0.2
(精神分裂病)		199.9	—	—	0.1	0.1	1.8	8.3	47.6	60.0	47.5	23.4	5.8	3.1	1.3	0.6	0.3
男		113.9	—	—	0.1	0.0	1.1	5.0	30.2	35.7	27.3	10.1	2.3	1.2	0.5	0.3	0.2
女		85.9	—	—	—	0.0	0.7	3.3	17.5	24.3	20.2	13.3	3.5	1.9	0.8	0.4	0.1
(神経症)		32.4	—	0.3	0.1	0.5	1.4	2.5	7.0	7.1	6.2	4.1	1.6	1.0	0.4	0.1	0.0
男		13.7	—	0.2	0.0	0.1	0.5	1.3	3.7	3.2	2.7	0.8	0.6	0.2	0.1	0.0	—
女		18.8	—	0.1	0.0	0.3	0.9	1.1	3.3	3.9	3.5	3.3	1.0	0.8	0.3	0.1	0.0

注: 推計患者数は、医療施設の一日調査である患者調査をもとに算出しているため、継続的に医療機関に受診しているものの総数を表わしていない。

表 8-2 性・年齢階級別精神障害全国推計患者数の年次推移 (患者調査)

(単位:千人)

年次 (昭和)		総 数	0	1	5	10	15	20	25	35	45	55	65	70	75	80	不 詳
			歳	4	9	14	19	24	34	44	54	64	69	74	79	歳以上	
55年	精神障害	339.1	0.1	0.5	0.5	1.6	6.3	13.6	69.3	83.7	75.1	43.6	15.4	11.8	8.7	8.6	0.5
	男	190.2	0.0	0.3	0.3	0.6	3.5	8.2	42.6	50.9	44.2	21.0	7.3	5.0	3.2	2.7	0.2
	女	148.9	0.0	0.2	0.2	0.9	2.8	5.4	26.7	32.8	30.9	22.6	8.1	6.7	5.5	5.9	0.2
	(精神分裂病)	201.2	—	—	—	0.1	2.2	7.5	47.1	58.7	49.3	24.8	6.2	3.1	1.2	0.6	0.3
	男	115.5	—	—	—	0.0	1.3	4.5	29.7	35.2	28.5	11.6	2.5	1.4	0.4	0.2	0.1
	女	85.7	—	—	—	0.0	0.9	3.0	17.5	23.4	20.7	13.3	3.7	1.8	0.8	0.4	0.1
	(神経症)	37.3	0.0	0.0	0.0	0.6	1.8	2.5	8.8	7.7	7.0	5.0	2.0	0.8	0.6	0.4	0.0
	男	17.7	—	0.0	0.0	0.2	1.0	1.5	4.9	3.9	2.8	1.8	0.9	0.2	0.2	0.1	—
	女	19.7	0.0	0.0	0.0	0.3	0.8	0.9	3.9	3.8	4.2	3.2	1.1	0.6	0.4	0.3	0.0
	56年	精神障害	353.1	0.1	0.6	0.6	1.0	5.0	13.3	69.4	85.4	81.9	48.1	15.9	12.9	8.6	10.1
男		197.0	0.1	0.4	0.3	0.5	2.6	8.0	42.4	50.6	49.3	23.3	7.2	5.8	2.9	3.3	0.1
女		156.2	0.0	0.2	0.2	0.5	2.4	5.3	26.9	34.8	32.5	24.8	8.7	7.2	5.7	6.8	0.1
(精神分裂病)		216.2	—	—	0.0	0.1	2.1	7.5	49.7	61.7	54.7	27.9	6.9	3.4	1.3	0.7	0.1
男		124.2	—	—	0.0	0.0	1.3	4.7	31.0	36.6	32.3	13.1	3.0	1.4	0.4	0.3	0.1
女		92.0	—	—	0.0	0.1	0.8	2.7	18.7	25.1	22.5	14.9	4.0	2.0	0.8	0.4	0.1
(神経症)		35.5	—	0.0	0.0	0.3	1.1	2.6	7.4	7.5	7.0	4.8	2.0	1.4	0.8	0.5	0.0
男		15.6	—	0.0	—	0.2	0.4	1.3	4.1	3.4	3.3	1.6	0.6	0.5	0.1	0.2	—
女		19.9	—	0.0	0.0	0.1	0.7	1.3	3.3	4.2	3.8	3.3	1.4	0.9	0.7	0.3	0.0

表8-3 性・年齢階級別精神障害全国推計患者数の年次推移 (患者調査)

(単位：千人)

年次 (昭和)	総数	0	1	5	10	15	20	25	35	45	55	65	70	75	80	不 詳	
		歳	4	9	14	19	24	34	44	54	64	69	74	79	80 歳以上		
57年	精神障害	370.2	0.2	0.5	0.5	1.5	5.1	12.4	69.9	87.0	88.7	53.3	17.2	13.7	10.1	9.4	0.4
	男	206.9	0.2	0.3	0.4	0.7	2.8	7.3	43.0	53.0	53.9	25.4	7.2	5.8	4.1	2.6	0.2
	女	163.3	0.0	0.2	0.1	0.9	2.4	5.1	26.9	34.0	34.8	27.9	10.1	7.9	6.0	6.8	0.2
	(精神分裂病)	214.5	—	—	—	0.1	1.7	6.2	47.2	60.6	57.0	29.0	7.0	3.6	1.4	0.5	0.2
	男	124.3	—	—	—	0.0	0.9	3.9	30.1	37.3	33.4	13.6	2.7	1.4	0.6	0.2	0.1
	女	90.2	—	—	—	0.1	0.7	2.3	17.1	23.3	23.6	15.4	4.3	2.2	0.9	0.3	0.1
	(神経症)	48.1	0.1	0.1	0.2	0.6	1.5	2.6	9.1	8.7	9.7	8.0	3.0	2.3	1.3	0.8	0.0
	男	20.9	0.1	0.1	0.2	0.2	0.7	1.2	4.9	4.0	4.7	2.6	0.7	0.8	0.6	0.2	0.0
女	27.2	—	—	0.0	0.4	0.8	1.4	4.3	4.7	5.0	5.5	2.3	1.5	0.8	0.6	0.0	
58年	精神障害	385.9	0.0	0.8	1.3	2.1	6.1	13.6	65.4	89.9	93.9	55.4	19.0	14.8	11.0	12.4	0.1
	男	212.3	0.0	0.5	0.8	1.1	3.7	8.2	39.8	54.0	57.6	26.9	6.9	5.4	3.9	3.4	0.1
	女	173.6	—	0.3	0.5	1.0	2.3	5.3	25.6	35.9	36.3	28.5	12.1	9.5	7.1	9.0	0.0
	(精神分裂病)	217.5	—	—	0.0	0.1	2.1	6.8	45.1	63.1	57.8	29.9	7.0	3.4	1.4	0.7	0.1
	男	126.6	—	—	—	0.0	1.4	4.3	28.3	38.6	35.0	14.4	2.6	1.2	0.6	0.2	0.0
	女	91.0	—	—	0.0	0.0	0.7	2.6	16.8	24.4	22.8	15.5	4.4	2.3	0.9	0.5	0.0
	(神経症)	45.4	—	0.0	0.2	0.5	1.4	3.4	8.3	8.5	9.3	7.0	3.0	2.3	1.0	0.4	—
	男	19.1	—	0.0	0.2	0.2	0.7	2.0	4.1	3.9	4.2	2.2	0.4	0.7	0.3	0.2	—
女	26.3	—	—	0.1	0.3	0.7	1.3	4.1	4.6	5.1	4.8	2.6	1.6	0.8	0.2	—	

表8-4 性・年齢階級別精神障害全国推計患者数の年次推移 (患者調査)

(単位：千人)

年次	総数	0	1	5	10	15	20	25	35	45	55	65	70	75	80	85	不 詳	
		歳	4	9	14	19	24	34	44	54	64	69	74	79	84	85 歳以上		
59年 精神 障害	入院	310.7	—	0.1	0.2	1.2	4.0	9.7	46.1	77.0	75.3	48.8	13.9	12.9	10.3	6.6	4.6	0.1
	男	176.3	—	0.0	0.1	0.7	2.3	6.0	29.1	47.9	46.7	25.9	6.1	4.6	3.8	1.8	1.3	0.1
	女	134.3	—	0.0	0.1	0.5	1.7	3.7	17.0	29.1	28.6	22.9	7.8	8.2	6.5	4.8	3.3	0.0
	外来(初診)	5.8	0.0	0.2	0.1	0.2	0.5	0.3	1.1	1.1	0.9	0.8	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0
	男	2.5	0.0	0.1	0.0	0.2	0.2	0.1	0.5	0.5	0.5	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	女	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.6	0.7	0.4	0.5	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0
	外来(再来)	62.2	—	0.4	0.8	0.8	1.7	2.7	10.5	13.1	12.1	10.0	2.9	3.4	2.1	0.9	0.7	0.1
	男	28.4	—	0.3	0.7	0.5	1.0	1.4	5.7	6.7	5.3	3.7	1.0	0.9	0.6	0.3	0.2	0.0
	女	33.7	—	0.1	0.1	0.3	0.7	1.3	4.9	6.4	6.8	6.2	1.8	2.4	1.5	0.6	0.5	0.0
	再来患者の 平均診療間隔	12.8	—	9.3	14.9	14.0	13.7	12.4	13.3	13.3	13.5	13.6	13.1	9.7	8.7	8.9	7.2	7.7
	男	13.3	—	8.9	15.0	14.7	12.9	12.4	13.4	13.7	13.6	14.2	13.4	11.7	8.9	9.6	6.3	6.7
	女	12.5	—	10.4	14.2	12.9	14.8	12.4	13.2	13.0	13.4	13.3	12.8	8.9	8.6	8.5	7.4	9.6

VI 精神保健に関する資料

表 8—5 性・年齢階級別精神障害全国推計患者数の年次推移 (患者調査)

(単位：千人)

年次		総数	0	1	5	10	15	20	25	35	45	55	65	70	75	80	85	不詳		
			歳	4	9	14	19	24	34	44	54	64	69	74	79	84	歳以上			
59年	精神分裂病	入院	202.7	—	—	—	0.1	1.5	5.5	33.6	59.8	54.6	33.2	7.5	4.5	1.8	0.5	0.2	0.0	
		男	117.3	—	—	—	0.1	0.9	3.5	21.6	36.7	32.5	16.6	3.0	1.5	0.8	0.1	0.1	0.0	
		女	85.4	—	—	—	0.1	0.6	2.0	11.9	23.1	22.2	16.6	4.5	3.0	1.1	0.3	0.1	—	
		外来(初診)	0.9	—	—	—	—	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.1	0.0	0.0	—	—	—	0.0	
		男	0.4	—	—	—	—	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	—	—	—	—	—	0.0	
		女	0.4	—	—	—	—	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—	—	0.0	
		外来(再来)	17.2	—	—	—	0.0	0.3	1.0	4.7	5.4	3.6	1.8	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—
		男	8.9	—	—	—	0.0	0.2	0.6	2.8	2.7	1.8	0.7	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—
		女	8.3	—	—	—	—	0.1	0.4	1.9	2.7	1.8	1.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	—	—
		再来患者の 平均診療間隔	14.4	—	—	—	19.1	20.1	13.3	14.0	14.0	15.0	15.5	14.5	17.5	10.0	15.2	4.9	—	—
		男	14.1	—	—	—	19.1	13.5	12.8	13.7	14.4	14.8	13.6	15.9	14.8	9.0	17.0	4.9	—	—
		女	14.8	—	—	—	—	25.8	14.0	14.4	13.5	15.2	16.7	13.8	18.8	14.0	14.2	—	—	—

表 8—6 性・年齢階級別精神障害全国推計患者数の年次推移 (患者調査)

(単位：千人)

年次		総数	0	1	5	10	15	20	25	35	45	55	65	70	75	80	85	不詳		
			歳	4	9	14	19	24	34	44	54	64	69	74	79	84	歳以上			
59年	神経症	入院	20.7	—	—	—	0.3	1.1	1.8	4.5	4.5	3.5	2.4	0.9	1.0	0.6	0.1	0.1	—	
		男	9.5	—	—	—	0.1	0.7	1.0	2.4	2.4	1.6	0.8	0.2	0.2	0.1	0.0	0.0	—	
		女	11.2	—	—	—	0.1	0.5	0.8	2.1	2.1	2.0	1.6	0.6	0.8	0.5	0.1	0.1	—	
		外来(初診)	1.8	—	—	0.0	—	0.2	0.2	0.3	0.4	0.2	0.3	0.1	0.1	0.0	—	0.0	—	
		男	0.7	—	—	0.0	—	0.1	0.0	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	—	—	—	
		女	1.1	—	—	—	—	0.0	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	—	0.0	—	
		外来(再来)	21.5	—	0.0	0.1	0.1	0.5	1.0	3.4	4.3	4.4	3.9	1.2	1.4	0.8	0.2	0.1	—	—
		男	9.3	—	0.0	0.0	0.1	0.3	0.6	1.6	2.2	1.8	1.4	0.4	0.4	0.2	0.1	0.1	—	—
		女	12.2	—	0.0	0.0	0.0	0.3	0.5	1.8	2.1	2.6	2.5	0.8	1.0	0.6	0.1	0.0	—	—
		再来患者の 平均診療間隔	12.9	—	5.0	15.0	13.8	13.7	11.8	12.6	13.2	13.8	13.4	13.2	9.5	10.0	14.7	10.4	—	—
		男	13.2	—	5.0	17.9	15.3	13.5	12.6	12.7	13.8	13.8	13.6	13.5	11.8	9.0	10.5	13.5	—	—
		女	12.6	—	5.0	9.2	11.1	13.8	11.1	12.5	12.7	13.9	13.2	13.0	8.4	10.5	19.1	8.6	—	—

表9-1 性・年齢階級別精神障害受療率(注)の年次推移(人口10万対)(患者調査)

年次 (昭和)		総数	1 歳 未 満	1 4	5 9	10 14	15 19	20 24	25 34	35 44	45 54	55 64	65 69	70 74	75 79	80 歳 以 上
昭和 53年	精神障害	272	18	43	20	28	76	196	343	467	457	387	333	275	312	250
	男	305	33	43	29	23	80	227	411	555	526	394	332	253	289	219
	女	240	1	44	10	34	73	164	275	379	390	382	333	292	328	268
	(精神分裂病)	169	—	7	2	4	30	117	243	336	306	223	140	77	43	24
	男	193	—	8	3	5	35	144	294	400	344	214	128	70	38	37
	女	146	—	6	0	4	26	90	192	272	268	230	149	82	47	16
	(その他の精神病)	30	—	—	—	0	5	14	20	27	38	61	93	115	195	195
	男	28	—	—	—	0	5	12	21	31	42	57	89	101	163	141
女	33	—	—	—	0	6	16	19	24	34	64	97	126	219	226	
54年	精神障害	281	2	11	7	14	61	170	343	475	481	426	370	391	369	382
	男	318	1	11	9	12	59	193	419	571	577	451	370	379	341	343
	女	244	3	11	5	17	64	147	266	380	388	406	371	401	389	404
	(精神分裂病)	172	—	—	1	1	22	103	242	339	316	241	149	106	65	42
	男	199	—	—	2	1	26	123	306	404	366	237	132	94	57	47
	女	146	—	—	—	1	17	84	178	274	267	244	162	116	71	39
	(神経症)	28	—	5	1	5	17	31	36	40	41	43	41	36	22	9
	男	24	—	6	1	3	13	33	37	37	36	19	35	15	17	2
女	32	—	3	1	8	22	29	34	44	46	61	46	52	26	12	

注：受療率は、医療施設の一日調査である患者調査をもとに算出しているため、継続的に医療機関に受診しているものの「受療率」を表わしていない。

表9-2

年次 (昭和)		総数	1 歳 未 満	1 4	5 9	10 14	15 19	20 24	25 34	35 44	45 54	55 64	65 69	70 74	75 79	80 歳 以 上
55年	精神障害	290	5	7	5	17	77	174	349	477	493	432	392	393	428	529
	男	331	5	10	6	13	83	208	427	583	585	471	422	385	380	458
	女	251	5	5	5	22	70	139	270	373	402	401	368	399	463	568
	(精神分裂病)	172	—	—	—	1	27	96	237	335	323	246	158	105	60	38
	男	201	—	—	—	1	31	114	297	403	377	259	146	104	52	34
	女	144	—	—	—	1	23	77	177	267	270	236	168	106	66	40
	(神経症)	32	1	0	0	7	21	31	44	44	46	50	50	27	31	26
	男	31	—	0	0	5	23	39	49	45	37	41	50	15	26	25
女	33	1	1	0	8	20	23	40	43	55	57	51	37	35	26	
56年	精神障害	300	8	9	6	11	62	170	348	495	525	459	394	406	418	583
	男	340	14	10	7	11	63	202	423	588	637	498	407	421	342	521
	女	261	1	7	5	11	60	138	272	402	414	427	384	396	472	618
	(精神分裂病)	183	—	—	0	1	25	96	249	358	351	266	172	108	62	39
	男	214	—	—	0	0	31	120	309	425	417	279	168	102	52	44
	女	154	—	—	0	1	20	71	189	290	286	256	175	111	68	36
	(神経症)	30	—	0	0	3	13	33	37	44	45	46	50	44	40	26
	男	27	—	0	—	4	9	34	40	39	42	34	34	37	14	29
女	33	—	0	0	2	17	33	33	48	48	56	63	49	59	25	

VI 精神保健に関する資料

表 9-3

年次 (昭和)		総 数	1 歳 未 満	1 〜 4	5 〜 9	10 〜 14	15 〜 19	20 〜 24	25 〜 34	35 〜 44	45 〜 54	55 〜 64	65 〜 69	70 〜 74	75 〜 79	80 歳 以 上
57年	精神障害	312	12	8	6	16	61	158	365	488	560	487	424	417	471	507
	男	354	22	9	8	13	65	184	446	595	684	513	405	409	461	391
	女	271	1	7	3	18	57	131	283	381	437	464	439	423	478	573
	(精神分裂病)	181	—	—	—	1	20	78	246	340	360	265	172	111	66	29
	男	213	—	—	—	0	22	97	313	418	424	276	153	100	62	36
	女	150	—	—	—	1	18	59	179	261	296	256	187	119	69	24
	(神経症)	41	7	2	2	6	18	33	48	49	61	73	73	71	62	41
	男	36	14	3	3	4	16	30	51	45	59	52	40	58	63	28
女	45	—	—	0	8	20	36	45	53	63	91	99	81	62	48	
58年	精神障害	323	1	14	14	21	70	170	358	484	587	483	467	437	493	626
	男	361	3	16	16	22	84	203	432	581	725	514	391	371	421	477
	女	286	—	11	11	21	56	136	282	387	451	458	526	487	543	710
	(精神分裂病)	182	—	—	0	1	25	86	247	339	361	261	172	101	64	34
	男	215	—	—	—	1	33	106	308	416	440	274	147	81	62	23
	女	150	—	—	0	1	16	65	185	263	284	250	191	116	66	41
	(神経症)	38	—	0	2	5	17	42	45	46	58	61	75	68	46	20
	男	32	—	0	3	4	16	50	45	42	53	41	24	48	28	24
女	43	—	—	1	7	17	34	46	49	64	78	114	82	58	18	

表 9-4

年 次		総 数	1 歳 未 満	1 〜 4	5 〜 9	10 〜 14	15 〜 19	20 〜 24	25 〜 34	35 〜 44	45 〜 54	55 〜 64	65 〜 69	70 〜 74	75 〜 79	80 〜 84	85 歳 以 上
59 年	精神障害	315	2	10	12	22	69	157	331	469	552	496	420	471	533	556	756
	男	350	3	16	17	26	76	182	401	566	661	540	410	379	461	417	633
	女	281	1	5	6	18	62	132	259	372	444	459	427	539	583	642	814
	(精神分裂病)	184	—	—	—	2	20	81	220	336	365	292	192	132	78	36	32
	男	214	—	—	—	2	23	101	280	405	432	313	177	106	80	28	38
	女	154	—	—	—	1	17	61	160	267	299	274	204	152	77	42	30
	(神経症)	37	—	0	1	4	21	37	47	47	51	55	53	71	58	26	24
	男	33	—	0	1	5	23	38	48	49	44	42	38	41	33	30	27
女	40	—	1	0	3	18	36	46	45	58	67	63	93	75	23	22	

表10 精神障害（傷病大分類）受療の種類別にみた全国推計患者数（注）（昭和59年，患者調査）
（単位：千人）

	傷病大分類	入 院	外 来	
			初 診	再 来
全 施 設	精 神 障 害	310.7	5.8	62.2
	精神分裂病(再掲)	202.7	0.9	17.2
	神 経 症(再掲)	20.7	1.8	21.5
病 院	精 神 障 害	309.9	3.2	45.3
	精神分裂病(再掲)	202.7	0.8	15.8
	神 経 症(再掲)	20.6	0.9	14.6
一般診療所	精 神 障 害	0.8	2.6	16.9
	精神分裂病(再掲)	0.0	0.1	1.3
	神 経 症(再掲)	0.2	0.8	6.9

注：推計患者数は，医療施設の一日調査である患者調査をもとに算出しているため，継続的に医療機関に受診しているものの総数を表わしていない。

表11 精神障害（傷病中分類）受療の種類別にみた全国推計患者数（注）（昭和59年，患者調査）
（単位：千人）

	入 院	外 来	
		初 診	再 来
精神障害	310.7	5.8	62.2
老年期及び初老期の器質性精神病	24.7	0.3	3.0
精神分裂病	202.7	0.9	17.2
躁うつ病	13.4	0.5	7.3
その他の精神病	13.7	0.1	2.8
神経症	20.7	1.8	21.5
アルコール依存	16.4	0.2	1.3
その他の非精神病性精神障害	5.4	1.8	6.5
精神薄弱	13.6	0.2	2.6

注：推計患者数は，医療施設の一日調査である患者調査をもとに算出しているため，継続的に医療機関に受診しているものの総数を表わしていない。

国際疾病分類第10回改訂の精神疾患に関する章について

高橋 徹・町沢 静夫・竹内 龍雄

はじめに

WHOは、国際疾病分類（ICD）の第10回改訂の準備をすすめており、精神疾患分類にかかわる第V章のドラフト(1986 Draft of Chapter V)を当研究所に昨年4月に送ってきて、同時に、実施試行を用いた検討を依頼してきた。

このICD-10の改訂のあらましを紹介し、当研究所が担当した実地試行の結果の一部をかいつまんで報告する。

改訂のあらまし

精神疾患分類における今回の改訂は、現行のICD-9の分類に比べると大変大幅なものになっている。まず、精神疾患分類に相当する第V章のタイトルがICD-9のものとはちがっていること、分類枠のサイズが非常に拡大されていること、分類内容にもかなり大きい変化がみられること、ICD-9では、分類指針として用語集がつけられているが、今回は一層くわしい診断指針になっていることが目につく。一つ一つについて、解説する。

1. Charter V. の名称

ICD-9では、「精神障害」となっているが、今回の改訂では、「精神、行動、発達の障害、(Mental, behavioural and developmental disorders)」と銘うっている。

しかし、ICD-9の「精神障害」の部が扱っている諸障害と比べて、その内容および範囲に関しては大差はない。

2. サイズが大きくなった点

ICD-9の「精神障害」は290.0から、319までのコードナンバーによって個々の障害項目が類別されており、大項目（コードナンバーが

3ケタ）の数は30であるのに対し、今回の改訂では、大項目に相当するものが一きよに100に増えている。またそれにしたがって、障害項目のコード表示のしかたが大きく変わった。

大項目は、今回は、F00-F99までのFを頭にした二ケタ数字によって表示されることになった。したがって、全体は100項目となる。

因みに、ICD-8における精神障害分類の大項目数は26である。

3. 分類枠について

ICD-9においては、精神障害は、器質性精神病状態（290-294）、その他の精神病（295-299）、神経症性障害、人格障害およびその他の非精神病性精神障害（300-316）、精神遅滞（317-319）の4つの枠ぐみで分類されているが、今回の改訂では、図1のようにF0からF9までの10の枠ぐみで分類がなされている。

また、分類枠の名称のみならず、個々の項目名にも、今回の改訂で新規に採用されたもののがかなり多い。それらは、DSM-IIIに使用されている用語に概ね由来している。

ICD-9とのちがいについて、ドラフトには次のように記されている。「まず第一に、ICD-9では存在していた神経症と精神病の間の伝統的な区別がICD-10では用いられなかった。しかしながら「神経症性」なる用語は、機会に応じての使用のため、なお保持されており、たとえば障害の大きな〔分類枠〕の項目において出て来ている。

F4；「神経症性、ストレス関連性ならびに身体表現型障害」。(・・・)

第二に、諸障害は、大きな共通の主題または記述上の類似性に従って配列されている。これ

は使用上の便宜を大きくする。たとえば、精神分裂病後抑うつは、「精神分裂病、精神分裂病後状態と妄想障害」(F2)の中に含まれ、精神作用物質の使用に関連するすべての障害はまとめてF1の中に位置づけられている。」

4. 診断ガイドライン

ICD-9の診断指針は、簡潔な用語集のかたちのものであるが、今回の改訂では、各項目について、主要な臨床像の記述、副次的症像の記述および鑑別診断のための註釈が叙述されている上に、適宜、診断ガイドラインが設けられている。確定診断に要する症状の数やその性状が明記されている。しかし、たとえばDSM-IIIの同様の指針に比べると比較的柔軟なものと思われる。

実地試行

われわれの実地試行はWHOの精神保健部が準備した試行のプログラムにそって、日本の一地区センターの活動のかたちで昨年6月から10月にかけて20週にわたって行なわれた。

実地試行の目的は、ICD-10のドラフトにそって実際に症例について診断を行なってみて、今回の改訂による診断項目が臨床上に使いやすいか否か、またその診断項目の記述が実際の症例の病像をどのくらいぴったりとおさえ得ているか(Goodness of fit)等について検討することである。

その方法の骨子は、同一症例を評定者が個々に診断した結果にもとづいて検討するもので、評定者のうちの一人が一症例を診断面接する場に、他の評定者も同席して評定を行なうやり方や、詳細な症例記述を用いる方法などが指定されている。

われわれの地区センターは、当研究所の所員2名と帝京大学医学部市原病院のスタッフ6名の計8名のメンバーからなり、また、試行にさいして採用した症例は、主として市原病院、国府台病院、東京医科歯科大学病院に受診した症例から選ばれている。

次の表1は、検討資料の一部である。

たとえば、コード228の症例については、7名が診断評定を行ない、全員が(アルコール使用に起因する障害、その離脱状態)と診断している。また、コード230の症例については、8名が評定し、7名がF20.0(妄想型分裂病)と診断し、1名はF20.3(鑑別不能型分裂病)としている。

以下に二、三、コメントを加える。コード番号225の症例は、7名中3名がF22.0(妄想性障害)と診断し、2名はF40.1(社会恐怖症)としている。この症例は、対人恐怖症の特徴のみられる例で、わが国で重症対人恐怖症としばしば診断される例は、妄想性障害の項に分類されることが示されている。また、F34.1(気分変調)の2例が著しい診断不一致を示しているが、この項目は、抑うつ神経症の概念に共通する点が多く、また他方では、諸種の慢性疾患に随伴してしばしばみられるゆるやかな消長を示すうつ状態の病像と一致する点の多い項目であり、それらが、不一致の内容に反映している。

コード220は、F60.8(その他の人格障害)に評定者の半数が分類しているが、DSM-IIIでは境界人格障害に相当する症例である。

われわれの実地試行と同様の試行が、わが国では、東京、札幌、福岡、長崎の各地区センターで行なわれ、その結果が、東京の地区センターで集計され、WHOの精神保健課に送られる手はずになっている。

付 記

ICD-10の精神障害のための第V章については、今回紹介した版のほかに、1) 研究のための診断基準のセット、2) 患者とその障害の記述のための多局面的システム、3) 短い用語集、の各別版がつくられる予定になっているとのことである。

また、ICD-10は、1990年に施行される予定であるという。

文 献

- 1) ICD-10, 1986 Draft of Chapter V ; Categories F00-F99, Mental, Behaviour-

al and Develomental Disorders.

Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines (1986 Draft for Field Trials), WHO 1987.

2) Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revi-

sion of the International Classification of Diseases. WHO 1987

3) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (The Third Edition) APA 1980

ICD-10 1986 DRAFT OF CHAPTER V (F)

F 0

器質性精神障害
(症候性精神障害を含む)

特殊でない痴呆
アルツハイマー病における痴呆

脳血管性疾患における痴呆

その他の障害に関連する痴呆

器質性健忘症 (コルサコフ症候群)

せん妄, 非アルコール症性
脳疾患, 脳損傷, または脳機能不全,
或は身体疾患によるその他の精神障害

脳疾患, 脳損傷, または脳機能不全,
或は身体疾患による人格・行動障害

その他の器質性または症候性精神障害
分類されない器質性または症候性精神障害

老年期発症
初老期発症
非定型あるいは混合型
急性発症
多発梗塞性 (皮質性)
その他 (皮質下性)
皮質-皮質下性混合
ピック病における痴呆
クロイツフェルト・ヤコブ病の痴呆
ハンチントン病の痴呆
パーキンソン病の痴呆
その他の特殊な状態における痴呆
非アルコール症性痴呆に重なるせん妄

器質性幻覚症
器質性緊張病状態
器質性妄想状態または分裂病様状態
器質性抑うつ状態
器質性躁状態
器質性不安状態
情動不安定または無力状態
その他のもの
分類されないもの

器質性人格障害
脳炎後症候群
その他のもの
分類されないもの

F 1

精神作用性物質使用による
精神・行動障害

アルコール
タバコ
アヘン
大麻
鎮静剤または睡眠剤
コカイン
その他の刺激剤
幻覚剤
多種の薬物
その他のもの/同定不能の物質

-TYPE

一急性中毒
一危険な使用
一有害な使用
一依存症候群
一離脱状態 (複雑でないもの, せん妄, けいれん)
一精神病状態
一痴呆
一コルサコフ
一残遺状態 (フラッシュバック, 人格/行動障害, 感情障害, 認知障害)
一分類されないもの

F 2

精神分裂病、分裂病型状態 および妄想性障害	精神分裂病	妄想型 破瓜型 緊張病型 鑑別不能型 分裂病後抑うつ 残遺型	経過パターン	—持続的 —進行性欠陥を伴うエピソード —固定した欠陥を伴うエピソード —反復エピソード —単一エピソード、不完全寛解 —単一エピソード、完全寛解
	分裂病型状態	分裂病型障害 単純型分裂病		
	持続性妄想性障害	妄想性障害 (パルノイア) その他		
	急性または —過性精神病性障害	急性妄想性エピソード (急性錯乱, 循環性精神病) 心因性精神病 分裂病—様エピソード その他		
	感応性妄想性障害	二人組精神病		
	その他の非器質性精神病			

F 3

気分 (感情) 障害	躁病エピソード うつ病エピソード	重症 軽症		
	双極性感情障害	躁状態 うつ状態 混合状態 寛解状態		
	反復性うつ病状態	重症 軽症 変動性		
	持続性感情障害状態	循環気質 気分変動		
	その他の気分 (感情) 障害エピソード	その他の感情障害エピソード その他の反復性感情障害 その他の持続性感情障害		
	分裂情動障害	分裂—躁病障害 分裂—うつ病障害		
	その他の特殊でない感情障害			

F 4

神経症性、ストレス関連性 及び身体表現性障害	恐怖性障害	空間恐怖 社会恐怖 特殊な (単一の) 恐怖		
	その他の不安性障害	恐慌性障害 全般性不安障害 混合性不安—抑うつ障害		
	脅迫性障害	脅迫思考 脅迫行為 混合性		
	重度ストレス反応と適応障害	急性ストレス反応 外傷後ストレス性障害 適応障害		
	解離性障害	心因性健忘 心因性遁走 心因性昏迷 トランス/憑依 多重人格 運動と感覚の解離障害 心因性痙攣 心因性知覚麻痺及び知覚脱失 その他の解離性障害 分類不能の解離性或は転換性障害		

VI 精神保健に関する資料

身体表現性障害	多形身体表現性障害 鑑別不能の身体表現性障害 心気症候群 心因性自律神経機能不全 器質的原因を欠く疼痛症候群 その他
その他の神経症性障害	神経衰弱 離人一現実感喪失症候群
分類不能	
F 5	
精神的行動的要因に関連した身体的機能不全	
摂食障害	神経性無食欲症 神経性大食症 正常体重大食症 心理学的障害と関連した肥満、嘔吐 その他 分類不能
睡眠・覚醒障害	不眠症 過眠症 睡眠—覚醒時間の障害 睡眠遊行 夜驚症 悪夢（夢不安） その他の心因性睡眠障害 分類不能の睡眠障害
性的機能不全	性的欲求の欠如或は減少 性的快楽の欠如 性器の反応減弱 オーガスム機能不全 早漏 陰莖學 性交疼痛症
月経周期に関連する心理的苦痛（月経前緊張症候群を含む）	
その他	
F 6	
成人の人格及び行動の異常	
人格障害	TYPE
顕著な人格傾向	妄想性 分裂病質 非社会性 衝動性 演技性 強迫性 不安（回避）性 依存性 その他、分類不能
粗大な脳損傷・脳疾患に起因しない	
持続的人格変化	破局的体験後の人格変化 精神疾患後の人格変化
性同一性の異常	性転換症 両性役割—服装倒錯
習慣／衝動障害	病的賭博 病的放火（放火癖） 病的窃盗（窃盗癖） その他
性的嗜好の異常	フェティシズム フェティシズム的服装倒錯 露出症 窃視症 小児愛 サド—マゾヒズム 多重的異常 その他

	性的発達／方向と関連した 心理的・行動的問題——— (異性愛的, 同性愛的, 両性愛的不確定 的或は前思春期的)	成熟危機 自我異質性的方向性 異性関係の問題 その他 分類不能
	その他 分類不能	
F 7 精神遅滞	軽度 中等度 重度 最重度 分類不能	
F 8 発達障害	発語／言語の特殊な発達障害——— 学業的技術の特殊な発達障害——— 運動機能の特殊な障害 混合性の特殊な障害 全般性発達障害——— その他の分類不能の発達障害	構音障害 表現性言語障害 感覚性言語障害 環境規定的言語障害 てんかんを伴う獲得性失語 その他 読書障害 書字障害 算数能力の障害 混合性障害 その他 小児期自閉症 非定型自閉症 小児期統合不全障害 常同運動に関連する多動性障害 小児期の分裂病質性障害 その他
F 9 通常, 小児期・青年期に発 症する行動及び情動の障害	多動性障害——— 行為障害——— 行為／情動の混合性障害——— 小児期に特異的に発症する情動障害——— 小児期または青年期に特異的に発症する社 会的機能の障害 チック障害———	活動性と注意の単純性障害 多動性行為障害 分類不能 家庭情況に限定 社会化されない行為障害 社会化された行為障害 分類不能 抑うつ性障害 その他 分離不安障害 恐怖症性障害 対人過敏性障害 同胞敵対性障害 その他 分類不能 選択性緘黙 反応性愛着障害 愛着障害, 抑制欠如型 その他 分類不能 一過性チック障害 慢性運動性／音声性 音声／多発運動結合性(トゥレット症候群) 分類不能

VI 精神保健に関する資料

その他	遺尿症 遺糞症 摂食障害 (異食症以外) 異食症 幼児/小児期の睡眠障害 常同運動障害 吃音症 速話症 過眠症と過食症 (クライン・レヴィン症候群)
分類不能	

図 1 (1)

This three-page chart is provided as a rapid visual guide to the structure and content of ICD-10 Chapter V (F). This chart does not contain code numbers, and it is not intended to be used alone. It should always be used in conjunction with the WHO Document entitled "Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines".

F 0		
ORGANIC, INCLUDING SYMPTOMATIC, MENTAL DISORDERS.	Dementia NOS	Senile onset
	Dementia in Alzheimer disease :	Presenile onset
		Atypical or mixed
		Other and unspecified
	Demetia in cerebrovascular disease :	Acute onset
		Multi-infarct
		Predominantly subcortical
		Mixed
		Other and unspecified
	Dementia other :	In Pick Disease
		in Creutzfeldt-Jacob disease
		in Huntington disease
		in Parkinson disease
		other
	Korsakov (non Alcoholic)	
	Delirium (non Alcoholic) in dementia	
	other organic states :	Organic hallucinosis
		Organic catatonic state
		Organic schizophrenic/delusional
		Organic depressive state
		Organic manic state
		Organic anxiety state
		Organic labila or asthenic state
		other
	Personality & behaviour disorder due to brain disease	Organic personality disorder
		Postencephalitic syndrome
		Postconcussional syndrome
		Other
	Other organic or symptomatic mental disorder	
	Unspecified	
F 1		
MENTAL AND BEHAVIOUR DISORDERS DUE TO PSYCHO - ACTIVE SUBSTANCE USE.	Alcohol	—Intoxication
	Tobacco	—Hazardous use
	Opiates	—Harmful use
	Cannabis	—Dependence syndorome
	Sedatives	—Withdrawal state (uncomplicated,delirium, convulsions)
	Cocaine	—Psychosis
	Stimulant	—Dementia
	Hallucinogen	—Korsakov
	Multiple drugs	—Reasidual (Flashback, Persouality/Behaviour, Affective, Cognitive impairment)
	Other and unidentified	—Unspecified
	—TYPE	

<p>F 2 SCHIZOPHRENIA, SCHIZOTYPAL STATES, AND DELUSIONAL DISORDERS.</p>	<p>Schizophrenia</p> <p>Schizotypal</p> <p>Peysistent delusional</p> <p>Transient psychotic</p> <p>Induced delusional</p> <p>Other non organic psychosis</p>	<p>Paranoid</p> <p>Hebephrenic</p> <p>Catatonic</p> <p>Utdifferentiated—COURSE—</p> <p>Post-schiz. depression</p> <p>Residual</p> <p>Schizotypal disorder</p> <p>Simple schizophrenia</p> <p>Delusional dis. (parnoia) other</p> <p>Cycloid psychosis, Psychogenic psychosis, Schizophrenia-like, other</p> <p>Folie a deux</p>	<p>Continuous</p> <p>Episodic-Deficit progressive</p> <p>Episodic-stable deficit</p> <p>Episodic remittent</p> <p>Single episode-Incomplete remission</p> <p>Single episode-complete remission</p>
---	--	---	--

☒ 1 (2)

<p>F 3 MOOD (AFFECTIVE) DISORDERS.</p>	<p>Manic episode</p> <p>Depressive episode</p> <p>Bipolar affective disorder</p> <p>Recurrent depressive</p> <p>Persistent affective</p> <p>Other</p> <p>Schizoaffective</p> <p>Other NOS</p>	<p>Severe</p> <p>Mild</p> <p>Manic</p> <p>Depressed</p> <p>Mixed</p> <p>Remission</p> <p>Severe</p> <p>Mild</p> <p>Variable</p> <p>Cyclothymia</p> <p>Dysthymia</p> <p>Other episode</p> <p>Recurrent</p> <p>Persistent</p> <p>Schizomanic</p> <p>Schizodepressive</p>
<p>F 4 NEUROTIC, STRESS-RELATED, AND SOMATOFORM DISORDERS.</p>	<p><u>Neurotic</u></p> <p><u>Phobic</u></p> <p>Other auxiety</p> <p>Obsessive compulsive</p> <p>Dissociative</p> <p>Unspecified</p> <p>Other</p> <p><u>Stress/Adjustment</u></p>	<p>Agoraphobia</p> <p>Social phobia</p> <p>Isolated</p> <p>Panic</p> <p>Generalised</p> <p>Mixed anxiety/depressive</p> <p>Obsessional thought</p> <p>Compulsive acts</p> <p>Mixed</p> <p>PG Amnesia, PG Fugue, PG Stupor, Trance/possession, Multiple personality, PG voluntary mvt. dis., PG convulsions, PG anesthesia or sensory loss, Other dissociative, Unspec. dissociative or conversion disorder</p> <p>Neurasthenia</p> <p>Depersonalisation</p> <p>Derealisation</p> <p>Acute stress reaction</p> <p>Post-traumatic stress disorder</p> <p>Adjustment disorder</p>

VI 精神保健に関する資料

	Somatoform disorders	—————	Multiple somatoform disorder Undiff. somatoform disorder Hypochondrial Syndrome PG Autonomic dysfunction Pain syn. W/O organic cause Other
F 5 PHYSIOLOGICAL DYSFUNCTION ASSO- CLATED WITH MEN- TAL AND BE- HAVIOURAL FAC- TORS.	Eating disorders	—————	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Normal weight bulimia Obesity with psychological disturbances Vomiting with psychological disturbances
	Sleep arousal disorders	—————	Insomnia, Hypersomnia, Sleep/wake schedule disorders, Sleep- walking, Sleep terrors, Nightmares, Osher PG sleep disorders, Un- specified PG sleep disorders.
	Sexual dysfunctions	—————	Lack or loss of sexual desire, Failure of genital response, Orgasmic dysfunction, Premature ejaculation, Vaginismus, Dyspareunia.
	Menstrual Psychological distress		
	Other		
☒ 1 (3)			
F 6 ABNORMALITIES OF ADULT PERSONALITY AND BEHAVIOUR	Personality disorders	—TYPE—	Paranoid, Schizoid, Dyssocial, Impulsive, Histrionic, Anankastic, Anxious, Dependent, Other, Uns.
	Personality trait accent		
	Personality change following	—————	Catastrophic experience Psychiatric illness
	Gender identity	—————	Transsexualism Dual role transvestism
	Habit/impulse dis.	—————	Gambling, Stealing, Fire setting, Other
	Sexual preference	—————	Fetishism, Fetishistic transvestism, Exhibitionism, Voyeurism, Paedophilia, Sado-masochism, Multiple, Other
	Other		
F 7 MENTAL RETARDA- TION	Unspecified		
	Mild		
	Moderate		
	Severe		
	Profound		
	Unspecified		
F 8 DEVELOPMENTAL DISORDERS	Speech/Language	—————	Articulation, Expressive, Receptive, Environmentally determined, Aphasial with epilepsy, Other
	Scholastic skills	—————	Reading, Spelling, Arithmetic, Mixed, Other
	Motor function		
	Mixed		
	Pervasive	—————	Childhood autism, Atypical autism, Disintegrative disorders, Hyper- kinetic with stereotyped movement, Schizoid disorders, Other
F 9 BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL DISORDERS WITH ON- SET USUALLY OCCURRING IN CHILD- HOOD OR ADOLESCENCE.	Hyperkinetic	—————	Simple, Conduct, Uns.
	Conduct	—————	Family related, Unsocialised, Socialised, Uns.
	Mixed conduct/emotion	—————	Depressive Other

Emotional ————— Separation anxiety, Phobic, Social sensitivity, Sibling rivalry, Other, Unspecified

Social Functioning ————— Elective mutism Reactive attachment Attachment (disinhibition) , Other, Unspecified

Tics ————— Transient, Chronic, Combined motor and vocal, Unspecified

Other ————— Enuresis, Encopresis, Eating disorder, Pica, Sleep disorders, stereotyped movement, Stuttering, Cluttering, Kleine-Levin Syndrome

Unspecified

表 1

FOR PATINTS WITH A MAJORITY MAIN DIAGNOSIS, NUMBER OF AGREEMENTS AND DISAGREEMENTS WITH THE MAJORITY MAIN DIAGNOSIS ;
for individual patients

MAJORITY MAIN DIAGNOSIS	CODE OF CASES	NUMBER OF AGREE	NUMBER OF DISAGREE	MINOR DISAGREE	MAJOR DISAGREE
F 10.4	228	7	0	0	0
F 20.0	230	7	1	1 1 F 20.3	0
F 20.0	231	3	5	3 2 F 20.1 F 20.3	2 F 36.0 1 F 23.2
F 20.1	232	6	2	2 2 F 20.5	0
F 20.3	209	5	3	0	3 2 F 21.0 1 F 48.1
F 22.0	222	8	0	0	0
F 22.0	225	3	4	0	4 2 F 40.1 1 F 40.1 1 F 34.1 1 F 42.0
F 22.0	229	7	0	0	0
F 23.2	216	7	1	1 1 F 23.8	0
F 23.8	227	5	2	0	2 2 F 06.2
F 31.0	208	5	0	0	0
F 31.0	212	8	0	0	0
F 31.0	214	7	0	0	0
F 31.0	215	7	1	0	1 1 F 33.0
F 31.0	223	8	0	0	0
F 33.0	219	6	2	2 2 F 33.2	0
F 33.2	207	7	1	1 1 F 33.1	0
F 34.1	210	2	4	0	4 1 F 31.0 1 F 42.0 1 F 21.0 1 F 33.2
F 34.1	224	3	5	0	5 1 F 02.3 1 F 06.3 1 F 06.8 1 F 33.0 1 F 41
F 35.1	213	6	2	0	2 1 F 31.0 1 F 33.2
F 36.1	221	4	4	0	4 3 F 23.8 1 F 23.0
F 40.2	211	6	0	0	0
F 43.2	218	6	2	0	2 1 F 48.0 1 F 33.1
F 44.5	226	7	0	0	0
F 45.2	217	3	5	0	5 2 F 40.2 2 F 42.2 1 F 21.0
F 60.8	220	4	4	4 3 F 60.3 1 F 60.9	0

精神障害に関する統計

—昭和59年度—

大塚 俊男
老人精神保健部

National Statistics Mental Disorders in 1984

Toshio Otsuka

I. はじめに

受療している精神障害の昭和59年度全国推計患者総数および入院、外来別の患者数については、厚生省大臣官房統計情報部より発表されている『患者調査』で、その概要を知ることができる。それは第9回修正国際疾病分類(ICD)に基づく3桁基本分類のうち精神障害に関しては『老年期および初老期の器質性精神障害』『精神分裂病』『躁うつ病』『その他の精神病』『神経症』『アルコール依存』『その他の非精神病性精神障害』『精神薄弱』の8傷病名についての入院、外来別の患者数が記載されている。しかし、3桁基本分類のすべての傷病名および4桁細分類の各傷病名別の性別、年齢段階別、入院外来別の患者数は記載されていない。

今回は、昭和59年度の『患者調査』の基礎資料である4桁細分類の資料を厚生省大臣官房統計情報部の好意により入手できたので、国際疾病分類番号290～319の精神障害の各傷病者について入院外来別、性別、年齢段階別に資料を整理し、受療患者数、受療率をまとめたので報告する。なお昭和59年度調査では地域別表を可能にするとともに、患者の居住地(都道府県名)、1患者につき2傷病(主及び副傷病)を把握する等の改正が行なわれ、調査周期も以後3年ごとの隔年となった。

II. 本資料を利用するにあたっての留意点

1) 厚生省統計情報部の統計の調査客体は、都

道府県別に層化無作為抽出した医療施設(病院2,377、一般診療所2,905、歯科診療所771)、調査日(10月16日～18日の3日間のうち、医療施設ごとに定める1日とする)に当該医療施設を利用した患者である。そして入院、外来の推計患者数は、県別に医療施設静態調査の患者数を補助変量とする比推定により求め全国の推計患者数は県別の推計患者数の合計とした。本資料に掲載の数値は四捨五入のため、内訳(年齢段階別、入院外来別、男女別など)の合計が総数に合わない場合もあるので注意されたい。

2) 『患者調査』の基礎資料では、年齢段階は16段階に区分されているが、本資料では0～19歳、20～44歳、45～64歳、65歳以上、不詳の五段階にまとめて区分してある。

本資料の集計では入院および外来別、性別に区分したが、この場合の入院患者数は、病院の入院患者数であり、外来患者数は、病院の外来患者数および一般診療所の全ての患者数(入院+外来)を含んでいる(一般診療所では大半が外来患者であるため)。

このため『患者調査』に記載されている患者数と本資料の入院患者数および外来患者数とが多少異なる部分もみられる。

3) 外来患者数は一日調査であるため、調査日に受療しなかった在宅患者は含まれないため、必ずしも全ての外来患者数を示していない。

4) 受療率は、推計人口をもとに算出したもので(推計患者数を推計人口数で割り、10万を

乗じた数値)、人口10万対の比である。

- 5) 推計人口は、国勢調査1%抽出結果によるもので、昭和59年度は120,235,000人である。

III. 傷病名別の統計資料の概説

精神障害の各傷病名別の入院・外来患者数の統計資料は、表1に示す如くである。

精神障害の患者数は、入院309,864人、外来68,390年で合計378,618人(男子207,110人、女子171,138人)で、性別比は男子：女子=1：0.83と男子の患者の割合がやや多く、受療率は314.9である。

- 1) 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)

この調査は、7項目に細分されている。患者数は27,951人(男子9,036人、女子18,915人)、性別比は男子：女子=1：2.09で女子の患者の割合は男子の約2倍である。受療率は23.2である。

『老年痴呆』(単純型、抑うつ型および妄想型、急性錯乱状態を伴うもの)の患者数は、18,698人(男子5,296人、女子13,405人)で、性別比では男子：女子=1：2.53で女子の患者の割合は男子の約2倍強である。年齢段階別では、65歳以上が最も多い。

『初老期痴呆』の患者は、1,324人(男子516人、女子808人)で、性別比では男子：女子=1：1.57で、女子の患者の割合は男子の約1.5倍である。年齢段階別では、45歳～64歳が最も多い。

『動脈硬化性痴呆』の患者は、7,890人(男子3,223人、女子4,667人)で、性別比では男子：女子=1：1.45で、女子の患者の割合が男子の患者の約1.5倍である。年齢段階別では65歳以上が最も多い。

『老年痴呆』と『脳動脈硬化性痴呆』の比は1：0.42の割合で、『老年痴呆』の割合が多い。

- 2) アルコール精神病

この項目は5項目に細分類されている。患

者数は、2,963人(男子2,849人、女子113人)で、性別比では、男子：女子=1：0.04で、圧倒的に男子の割合が多い。年齢段階別では、45歳～64歳が最も多く、受療率は2.4である。

- 3) 薬物精神病

この項目は5項目に細分類されている。患者数は、94人(男子31人、女子64人)で、患者数は少なく、受療率は0.1である。

- 4) 一過性器質精神病状態

この項目は4項目に細分類されている。患者数は90人(男子11人、女子79人)で、患者数は少なく、受療率は0.1である。

- 5) その他の器質性精神病状態(慢性)

この項目は4項目に細分類されている。患者数は、1,283人(男子845人、女子437人)で、性別比では男子：女子=1：0.52で、男子の患者の割合は女子の約2倍であり、受療率は1.1である。

- 6) 精神分裂病

この項目は10項目に細分類されている。患者数は220,778人(男子126,646人、女子94,132人)で、性別比では男子：女子=1：0.74で男子の患者の割合がやや多く、受療率は183.6である。年齢段階別では、20歳～44歳が最も多い。この項目の中では『詳細不明』に属するものが大部分を占め、病型分類されている患者は少なく、病型分類は統計上意味をもたない。

- 7) 躁うつ病

この項目は9項目に細分類されている。患者数は21,221人(男子9,133人、女子12,086人)で、性別比では男子：女子=1：1.32で女子の患者の割合がやや多い。受療率は17.6である。年齢段階別では20歳～44歳が最も多い。この項目では『躁うつ病、抑うつ型』が最も多く、ついで『その他および詳細不明の躁うつ病』『躁うつ病、躁病型』などの順である。

- 8) 妄想状態

この項目は6項目に細分類されている。患者数は1,731人(男子683人、女子1,047人)で、

性別比では男子：女子＝1：1.53で、女子の患者の割合が男子の約1.5倍である。受療率は1.4である。年齢段階別では45歳～64歳が最も多い。この項目の中では『詳細不明』が最も多く、ついで『パラフレニー』『その他』『妄想症』などの順である。

9) その他の非器質性精神病

この項目は7項目に細分類されている。患者数は10,108人(男子4,335人、女子5,774人)で、性別比では男子：女子＝1：1.33で女子の患者の割合がやや多い。受療率は8.4である。年齢段階別では20歳～44歳がもっとも多い。この項目の中では『詳細不明の精神病』が最も多く、ついで『その他』および『詳細不明の反応性精神病』などの順である。

10) 特に小児期におこる精神病

この項目は10項目に細分類されている。患者数は352人(男子220人、女子133人)で性別比では男子：女子＝1：0.60で、男子の割合が多く、受療率は0.29である。

11) 神経症

この項目は10項目に細分類されている。患者数は43,997人(男子19,550人、女子24,447人)で、性別比では男子：女子＝1：1.25で、女子の患者の割合が多く、受療率は36.6である。年齢段階別では20歳～44歳が最も多い。この項目の中では『詳細不明』が最も多く、ついで『神経症性抑うつ』『その他の神経症的障害』『不安状態(不安神経症)』『神経衰弱』『心気症』『ヒステリー』『強迫神経症』『恐怖症』の順である。

12) 人格異常

この項目は10項目に細分類されている。患者数は1,967人(男子1,554人、女子413人)で、性別比では男子：女子＝1：0.27で男子の患者の割合が圧倒的に多い。受療率は1.6である。年齢段階別では45歳～64歳が最も多い。

13) 性的偏倚と性的障害

この項目は10項目に細分類されている。患者数は52人(男子42人、女子9人)と少なく、

性別比では男子：女子＝1：0.21である。

14) アルコール依存(症候群)

この項目は3項目に分類されている。患者数は17,853人(男子16,866人、女子987人)で、性別比は男子：女子＝1：0.06で圧倒的に男子の割合が多く、受療率は14.8である。年齢段階別では45歳～64歳が最も多い。この項目の中では『慢性アルコール症』が最も多く、ついで『その他および詳細不明』『アルコール嗜癖』の順である。

15) 薬物依存

この項目は10項目に細分類されている。患者数は1,593人(男子1,385人、女子208人)で、性別比では男子：女子＝1：0.15で、圧倒的に男子の患者の割合が多く、受療率は1.3である。年齢段階別では20歳～44歳が最も多い。

16) 依存のない薬物乱用

この項目は10項目に細分類されている。患者数は160人(男子148人、女子12人)で、性別比では男子：女子＝1：0.08で圧倒的に男子の患者の割合が多い。受療率は0.1である。

17) 精神的諸要因による身体的病態

この項目は10項目に細分類されている。患者数は6,291人(男子1,986人、女子4,306人)で、性別比では男子：女子＝1：2.17で女子の患者の割合は男子の約2倍強である。受療率は5.2であり、年齢段階別では45歳～64歳が最も多い。この項目の中では『心血管』が最も多く、ついで『胃腸』『泌尿生殖器』『呼吸器』などの順である。

18) 他に分類されない特殊症状または症候群

この項目は10項目に細分類されている。患者数は1,927人(男子699人、女子1,227人)で、性別比では男子：女子＝1：1.76で、女子の患者の割合は男子の患者の割合の約2倍弱である。受療率は1.6であり、年齢段階別では45歳～64歳が最も多い。この項目の中では『神経性無食欲症』が最も多く、ついで『神経痛』『特殊な睡眠障害』などの順である。

19) 急性ストレス反応

この項目は5項目に細分類されている。患者数は53人(男子50人、女子3人)で、患者数は少ない。

20) 不適応反応

この項目は5項目に細分類されている。患者数は128人(男子82人、女子46人)で、患者数は少ない。受療率は0.1である。

21) 器質性障害に伴う特殊な非精神病性精神障害

この項目は5項目に細分類されている。患者数は170人(男子116人、女子54人)で、患者数は少ない。受療率は0.1である。

22) 他に分類されない抑うつ状態

この項目の患者数は51人(男子22人、女子30人)で、患者数は少ない。

23) 他に分類されない行為障害

この項目は6項目に細分類されている。患者数は178人(男子158人、女子39人)で、男子の患者の割合が多い。受療率は0.1である。

24) 児童期と青年期に特殊な感情障害

この項目は6項目に細分類されている。患者数は891人(男子458人、女子433人)で性別比では男子：女子=1：0.95とほぼ同じ割合であり、受療率は0.7である。年齢段階別では殆ど0歳～19歳である。

25) 児童期の過動症候群

この項目は5項目に細分類されている。患者数は66人(男子45人、女子21人)で少ない。

26) 特殊な発達遅延

この項目は8項目に細分類されている。患者数は255人(男子174人、女子81人)で、性別比では男子：女子=1：0.47であり、受療率は0.2である。年齢段階別では0歳～19歳が最も多い。

27) 他に分類される疾患に伴う精神的要因

患者は統計上一例もない。

28) 精神薄弱(精神遅滞)

この項目は『軽度精神薄弱』『中等度以上の精神薄弱』『詳細不明の精神薄弱』に分類され、『中等度以上の精神薄弱』は更に3項目に細

分類されている。患者数は16,394人(男子10,119人、女子6,275人)で、性別比では男子：女子=1：0.62であり、男子の患者の割合がやや多い。受療率は13.6である。年齢段階別では20歳～44歳が最も多い。この項目の中では『詳細不明』が最も多く、ついで『中等度以上』『軽度』の順である。

2) 精神障害(290～319)の中で占める各傷病名の割合

精神障害の中で占める各傷病(国際分類に基づく3桁基本分類)の患者数の割合を眺めてみると、表2、表3、表4の如くである。入院患者数は309,864人(男子176,091人、女子133,774人)で、性別比では男子：女子=1：0.76で、男子の患者の割合がやや多い。また入院患者では『精神分裂病』が202,710人で、全入院患者のうち、最も多い割合を占め(65.4%)、ついで『老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)(7.9%)』『神経症(6.6%)』『アルコール依存(症候群)(5.3%)』『精神薄弱(4.4%)』『躁うつ病(4.3%)』などの順である。

性別でみると男子では『精神分裂病』が最も多く(66.6%)、ついで『神経症(5.4%)』『精神薄弱(4.7%)』『老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)(4.6%)』の順である。女子では『精神分裂病』が最も多く63.3%を占め、ついで『老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)(12.2%)』『神経症(8.3%)』などの順である。

外来患者は、一日調査(one day survey)であるため、調査日にたまたま受療しなかった患者は統計に含まれていないため、全ての外来患者数を示しているとはいえない。そのため外来患者数は表4の如く、68,390人(男子31,019人、女子37,364人)と少く、性別比では男子：女子=1：1.20で、女子の患者の割合がやや多い。

患者のうちでは『神経症』が34.3%で最も多く、ついで『精神分裂病(26.4%)』『躁う

うつ病(11.5%)』などの順である。性別で見ると、男子では『神経症』が最も多く、32.4%を占め、ついで『精神分裂病(30.0%)』『躁うつ病(9.2%)』などの順である。女子では『神経症』が最も多く、35.8%を占め、ついで『精神分裂病(23.5%)』『躁うつ病(10.6%)』などの順である。

(稿を終えるにあたって、統計資料を御提出いただいた厚生省大臣官房統計情報部ならびに資料の整理、表の作成に御協力戴いた関敦子氏に深謝いたします。)

精神障害 290 ~ 319															
		男							女						
傷病名	全国推計患者数	受療率	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	0-19	20-44	45-64	65以上	不詳	計	
精神病 290 ~ 299															
器質精神病状態 290 ~ 294															
290 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)	27,951	23.2	0	19	1,161	7,742	39	9,136	0	8	1,039	17,836	29	18,915	
290-0 老年痴呆, 単純型	10,858 2,133 12,991		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	175 12 185	3,035 477 3,442	8 18 26	3,217 507 3,724	0 0 0	0 0 0	103 16 119	7,532 1,602 9,134	5 7 12	7,641 1,625 9,266
290-1 初老期痴呆	1,199 125 1,324		入院 外来 計	0 0 0	9 10 19	338 46 384	112 0 110	0 0 0	460 56 516	0 0 0	8 0 8	365 36 401	354 30 384	11 3 14	739 69 808
290-2 老年痴呆, 抑うつ型および妄想型	5,037 662 5,699		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	120 0 120	1,297 144 1,441	2 0 2	1,419 146 1,565	0 0 0	0 0 0	197 43 240	3,421 473 3,894	0 0 0	3,618 517 4,135
290-3 急性錯乱状態を伴う老年痴呆	8 0 8		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	4 0 4	0 0 0	4 0 4	0 0 0	0 0 0	4 0 4	0 0 0	0 0 0	4 0 4
290-4 動脈硬化性痴呆	7,342 549 7,890		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	455 17 472	2,581 160 2,741	11 0 11	3,047 176 3,223	0 0 0	0 0 0	196 79 275	4,096 293 4,389	3 0 3	4,295 372 4,667
290-8 その他	22 4 26		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 4 4	0 0 0	0 4 4	0 0 0	0 0 0	0 0 0	22 0 22	0 0 0	22 0 22
290-9 詳細不明	13 0 13		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	13 0 13	0 0 0	13 0 13
291 アルコール精神病	2,963	2.4		0	727	1,764	359	0	2,849	0	45	55	14	0	113
290-0 振戦せん妄	98 5 103		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	81 5 86	0 0 0	0 0 0	91 5 96	0 0 0	0 0 0	0 0 0	8 0 8	0 0 0	8 0 8
291-1 アルコール性 Korsakoff 精神病	4 0 4		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	4 0 4	0 0 0	0 0 0	4 0 4	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-2 その他のアルコール性痴呆	167 0 167		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	127 0 127	39 0 39	0 0 0	167 0 167	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
291-3 その他のアルコール幻覚症	877 32 909		入院 外来 計	0 0 0	316 8 324	499 25 524	46 0 46	0 0 0	860 32 892	0 0 0	0 0 0	11 0 11	6 0 6	0 0 0	16 0 16
291-4 精神病的アルコール特異体質反応	43 3 47		入院 外来 計	0 0 0	10 0 10	9 3 12	17 0 16	0 0 0	36 3 39	0 0 0	0 0 0	7 0 7	0 0 0	0 0 0	7 0 7

V 精神保健に関する資料

291-5 アルコール性嫉妬妄想	10 0 10		入院 外来 計	0 0 0	0 0 10	0 0 10	0 0 0	0 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
291-9 詳細不明	1,620 103 1,723		入院 外来 計	0 0 0	373 10 383	944 57 1,001	221 36 257	0 0 0	1,538 103 1,641	0 0 0	45 0 45	37 0 37	0 0 0	0 0 82	
292 薬物精神病	94	0.1		0	26	5	0	0	31	0	64	0	0	0	64
292-1 薬物によって誘発された妄想 状態および幻覚状態	24 0 24		入院 外来 計	0 0 0	15 0 15	0 0 0	0 0 0	0 0 0	15 0 15	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 10	
292-2 詳細不明	31 38 70		入院 外来 計	0 0 0	11 0 11	5 0 5	0 0 0	0 0 0	16 0 16	0 0 0	16 38 54	0 0 0	0 0 0	0 38 54	
293 一過性器質精神病状態	91	0.1		0	11	0	0	0	11	0	53	0	0	0	79
293-0 急性錯乱状態	17 30 47		入院 外来 計	0 0 0	11 0 11	0 0 0	0 0 0	0 0 0	11 0 11	0 0 0	6 14 20	0 16 16	0 0 0	0 30 36	
293-8 その他	29 14 44		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	18 15 33	11 0 11	0 0 0	0 14 43	
294 その他の器質精神病状態（慢 性）	1,283	1.1		23	268	371	183	0	845	0	70	163	202	0	437
294-0 コルサコフ精神病または症候 群（非アルコール性）	169 11 179		入院 外来 計	0 0 0	5 0 5	86 0 86	61 6 67	0 0 0	153 6 159	0 0 0	0 0 0	10 0 10	6 4 10	0 0 20	
294-8 その他	4 0 4		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	4 0 4	0 0 0	4 0 4	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
294-9 詳細不明	1,046 53 1,100		入院 外来 計	20 3 23	230 33 263	281 4 285	108 4 112	0 0 0	638 44 682	0 0 0	66 4 70	153 0 153	187 5 192	0 0 417	
その他の精神病 295 ~ 299															
295 精神分裂病	220,778	183.6		1,140	68,190	51,657	5,640	20	126,646	810	42,227	41,795	9,296	3	94,132
295-1 破爪型	8,924 518 9,442		入院 外来 計	24 11 35	2,593 192 2,785	2,012 89 2,101	185 4 189	0	4,814 296 5,110	26 0 26	2,174 183 2,357	1,640 40 1,680	269 0 269	0	4,109 223 4,332
295-2 緊張型	43 33 76		入院 外来 計	0 19 19	4 0 4	12 0 12	0 0 0	0	16 19 35	18 0 18	9 10 19	0 5 5	0 0 0	0	27 15 42
295-3 妄想型	90 0 90		入院 外来 計	0 0 0	13 0 13	7 0 7	13 0 13	0	32 0 32	0 0 0	10 0 10	22 0 22	26 0 26	0	57 0 57
295-5 潜伏分裂病	6 0 6		入院 外来 計	0 0 0	6 0 6	0 0 0	0 0 0	0	6 0 6	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0	0
295-6 残遺分裂病	56 0 56		入院 外来 計	0 0 0	16 0 16	35 0 35	0 0 0	0	50 0 50	0 0 0	0 0 0	5 0 5	0 0 0	0	5 0 5

精神保健研究所年報 第1号

295-7 分裂・情動型	248 5 253		入院 外来 計	0 0 0	24 5 29	44 0 44	55 0 55	0 0 128	123 5 128	0 0 17	17 0 17	27 0 27	80 0 80	0 0 0	125 0 125
295-8 その他	525 38 563		入院 外来 計	0 0 0	32 5 37	131 19 150	18 10 28	0 0 215	181 34 215	0 0 25	20 5 210	210 0 210	115 0 115	0 0 0	344 5 349
295-9 詳細不明	192,818 17,474 210,292		入院 外来 計	906 180 1,086	59,188 6,112 65,300	46,806 2,502 49,308	5,204 151 5,355	12 8 20	112,117 8,953 121,070	619 147 766	34,747 5,052 39,799	36,851 2,995 39,846	8,483 323 8,806	0 3 3	80,701 8,521 8,922
296 躁うつ病	21,221	17.6		227	3,411	4,027	1,467	0	9,133	217	3,353	5,326	3,178	7	12,086
296-0 躁うつ病, 躁病型	1904 455 2,360		入院 外来 計	42 29 71	369 52 421	304 79 383	313 27 340	0 0 1,214	1,028 186 1,214	21 0 21	392 135 527	261 71 332	201 62 263	0 0 0	877 269 1,146
296-1 躁うつ病, 抑うつ型	4,976 6,026 11,002		入院 外来 計	18 30 48	669 618 1,287	1,069 1,091 2,160	324 309 633	0 3 3	2,080 2,051 4,131	19 51 70	459 843 1,302	1,268 2,006 3,274	1,150 1,068 2,218	0 5 5	2,896 3,974 6,870
296-5 躁うつ病循環型, 現 状態が特に明示されていない もの	52 19 70		入院 外来 計	0 0 0	6 4 10	0 0 0	6 0 6	0 0 15	11 4 15	36 0 36	0 9 9	4 5 9	0 0 0	0 0 0	40 14 54
296-6 その他および詳細不明の躁う つ病	6,372 1,384 7,756		入院 外来 計	74 34 108	1,406 287 1,693	1,281 203 1,484	411 77 488	0 0 3,773	3,172 601 3,773	52 33 85	1,151 364 1,515	1,402 309 1,711	594 77 671	0 0 0	3,200 783 3,983
296-8 その他	0 5 5		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 5 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 5 5
296-9 詳細不明	20 8 28		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	18 8 26	2 0 2	20 8 28
297 妄想状態	1,731	1.4		6	260	268	150	0	683	4	277	450	313	0	1,047
297-1 妄想型 (パラノイア)	135 22 156		入院 外来 計	0 0 0	14 0 14	29 3 32	10 0 10	0 0 57	54 3 57	0 0 0	12 9 21	30 9 39	38 0 38	0 0 0	81 18 99
297-2 パラフレニー	304 34 338		入院 外来 計	0 0 0	21 0 21	55 0 55	45 0 45	0 0 122	122 0 122	0 0 0	0 0 125	94 31 125	88 3 91	0 0 0	182 34 216
297-3 感応精神病	13 0 13		入院 外来 計	0 0 0	5 0 5	0 0 0	0 0 0	0 0 5	5 0 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	8 0 8	0 0 0	8 0 8
297-8 その他	125 75 200		入院 外来 計	6 0 6	30 36 66	19 0 19	9 0 9	0 36 98	62 36 98	0 0 0	32 31 63	18 8 26	13 0 13	0 0 0	63 39 102
297-9 詳細不明	783 241 1,024		入院 外来 計	0 0 0	96 58 154	132 30 162	56 30 86	0 0 401	283 118 401	4 0 4	129 64 193	236 24 260	130 33 163	0 0 0	499 123 622
298 その他の非器質性精神 病	10,108	8.4		68	2,493	1,371	377	250	4,335	128	2,677	2,111	860	0	5,774
298-0 抑うつ型	110 454 564		入院 外来 計	0 0 0	34 216 250	33 76 109	0 0 0	0 292 358	66 292 358	0 5 5	15 0 15	17 92 109	13 65 78	0 0 0	44 162 206
298-2 反応性錯乱	13 8 21		入院 外来 計	2 0 2	0 8 8	0 0 0	0 0 0	0 8 10	2 8 10	0 0 0	0 0 6	6 0 6	6 0 6	0 0 0	11 0 11

V 精神保健に関する資料

298-3 急性妄想反応	17 0 17		入院 外来 計	0 0 0	17 0 17	0 0 0	0 0 0	0 0 0	17 0 17	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
298-8 その他および詳細不明の反応性精神病	713 125 838		入院 外来 計	17 0 17	60 0 60	137 36 173	47 0 47	0 0 0	262 36 298	12 0 12	65 29 94	199 60 259	176 0 176	0 0 0	451 89 540
298-9 詳細不明の精神病	7,092 1,576 8,668		入院 外来 計	41 8 49	1,734 424 2,158	1,015 74 1,089	252 78 330	0 25 25	3,042 610 3,652	55 56 111	2,045 523 2,568	1,471 266 1,737	479 121 600	0 0 0	4,051 966 5,017
299 特に小児期におこる精神病	352	0.3		125	70	0	0	25	220	78	43	0	0	13	133
299-0 幼児自閉症	171 132 303		入院 外来 計	47 74 121	54 4 58	0 0 0	0 0 0	19 79 198	119 43 198	15 43 58	37 0 37	0 0 0	0 0 0	0 10 10	52 54 106
299-8 その他	3 0 3		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 0 3	3 0 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0
299-9 詳細不明	46 0 46		入院 外来 計	4 0 4	12 0 12	0 0 0	0 0 0	3 0 3	19 0 19	20 0 20	6 0 6	0 0 0	0 0 0	3 0 3	27 0 27
神経症, 人格異常およびその他の非精神病性精神障害 300~316															
300 神経症	43,997	36.6		1,369	10,580	5,777	1,817	0	19,550	977	9,822	8,987	4,462	0	24,447
300-0 不安状態(不安神経症)	539 2,105 2,644		入院 外来 計	11 0 11	127 408 535	35 209 244	53 97 150	0 0 0	229 715 944	4 9 13	72 431 503	155 526 681	81 220 301	0 0 0	310 1,390 1,700
300-1 ヒステリー	312 359 671		入院 外来 計	11 18 29	27 21 48	38 90 128	0 5 5	0 0 0	76 134 210	6 33 39	136 74 210	78 67 145	17 48 65	0 0 0	237 225 462
300-2 恐怖状態<恐怖症>	38 85 123		入院 外来 計	0 0 0	15 44 59	0 19 19	0 0 0	0 0 0	15 64 79	23 16 39	0 0 0	0 0 0	0 6 6	0 0 0	23 21 44
300-3 強迫神経症	383 288 671		入院 外来 計	28 4 32	171 61 232	33 68 101	0 8 8	0 0 0	233 141 374	23 10 33	93 40 133	22 92 114	13 5 18	0 0 0	150 148 298
300-4 神経症性抑うつ	3,772 6,781 10,553		入院 外来 計	15 86 101	680 1,052 1,732	721 1,158 1,879	182 549 731	0 0 0	1,598 2,845 4,443	21 58 79	593 1,136 1,729	831 1,850 2,681	729 892 1,621	0 0 0	2,174 3,936 6,110
300-5 神経衰弱	1,414 866 2,279		入院 外来 計	26 19 45	578 305 883	119 122 241	39 5 44	0 0 1,212	761 451 1,212	13 7 20	363 243 606	243 145 388	33 18 51	0 0 0	652 413 1,065
300-6 離人症候群	32 0 32		入院 外来 計	0 0 0	26 0 26	0 0 0	0 0 0	0 0 26	26 0 26	0 0 6	6 0 6	0 0 0	0 0 0	0 0 0	6 0 6
300-7 心気症	271 872 1,143		入院 外来 計	4 0 4	24 141 165	22 109 131	19 47 66	0 0 0	69 299 368	0 0 0	22 145 167	72 322 394	110 106 216	0 0 0	202 573 775
300-8 その他の神経症的障害	2,002 727 2,728		入院 外来 計	50 38 88	935 311 1,246	165 97 262	0 9 9	0 0 1,605	1,150 455 1,605	0 49 49	531 132 663	284 46 330	37 45 82	0 0 0	852 271 1,123
300-9 詳細不明	11,792 11,361 23,153		入院 外来 計	671 388 1,059	3,159 2,495 5,654	1,262 1,510 2,772	241 563 804	0 0 0	5,332 4,957 10,289	487 218 705	3,159 2,646 5,805	1,819 2,435 4,254	995 1,107 2,102	0 0 0	6,460 6,404 12,864

精神保健研究所年報 第1号

301 人格異常	1,967	1.6		21	604	747	181	0	1,554	4	157	207	46	0	413
301-0 妄想性人格異常	14 0 14		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	6 0 6	0 0 0	0 0 0	6 0 6	0 0 0	0 0 0	8 0 8	0 0 0	0 0 0	8 0 8
301-2 分裂病質性人格異常	4 0 4		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	4 0 4	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	4 0 4
301-3 爆発性人格異常	17 13 29		入院 外来 計	5 0 5	0 12 12	6 0 6	0 0 0	0 0 0	11 12 23	0 0 0	7 0 7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	7 0 7
301-4 強迫性人格異常	0 6 6		入院 外来 計	0 0 0	0 6 6	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 6 6	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
301-8 その他の人格異常	77 4 81		入院 外来 計	0 0 0	15 4 19	21 0 21	4 0 4	0 0 0	40 4 44	0 0 0	22 0 22	15 0 15	0 0 0	0 0 0	37 0 37
301-9 詳細不明	1,722 110 1,833		入院 外来 計	16 0 16	500 67 567	672 42 714	177 0 177	0 0 0	1,365 110 1,475	0 0 0	128 0 128	184 0 184	46 0 46	0 0 0	357 0 357
302 性的偏倚と性的障害	52	0.0		0	23	12	0	0	42	0	9	0	0	0	9
302-6 精神・性的同一化の障害	0 7 7		入院 外来 計	0 0 0	0 7 7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 7 7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
302-7 冷感症と性的不能症 (インポテンス)	7 28 36		入院 外来 計	0 0 0	0 16 16	0 12 12	0 0 0	0 28 35	7 0 7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
302-9 詳細不明	0 9 9		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 9 9	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 9 9
303 アルコール依存 (症候群)	17,853	14.8		0	4,039	10,846	1,989	0	16,866	0	285	538	164	0	987
303-0 慢性アルコール症	8,619 617 9,236		入院 外来 計	0 0 0	1,911 186 2,097	5,342 314 5,656	961 54 1,015	0 0 0	8,214 553 8,767	0 0 0	83 24 107	235 36 271	87 4 91	0 0 0	404 64 468
303-1 アルコール嗜癖	628 131 758		入院 外来 計	0 0 0	86 54 140	401 85 486	89 0 89	0 0 0	577 131 708	0 0 0	33 0 33	18 0 18	0 0 0	0 0 0	51 0 51
303-2 その他および詳細不明	7,103 756 7,859		入院 外来 計	0 0 0	1,602 200 1,802	4,318 386 4,704	770 115 885	0 0 0	6,690 701 7,391	0 0 0	132 13 145	211 38 249	69 4 73	0 0 0	413 55 468
304 薬物依存	1,593	1.3		280	973	131	0	0	1,385	37	120	36	12	3	208
304-1 バルビタール酸型	5 29 34		入院 外来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	5 29 34	0 0 0	0 0 0	0 0 0	5 29 34
304-4 アンフェタミン型およびその 他の精神刺激薬	805 24 829		入院 外来 計	24 0 24	558 13 571	119 7 126	0 0 0	0 20 721	701 0 701	25 0 25	65 0 65	15 0 15	0 0 0	0 3 3	105 3 108
304-6 その他	443 130 573		入院 外来 計	146 110 256	274 20 294	0 0 0	0 0 0	0 130 550	420 0 420	12 0 12	11 0 11	0 0 0	0 0 0	0 0 0	23 0 23

V 精神保健に関する資料

304-9 詳細不明	104 53 157		入 院 外 来 計	0 0 0	55 53 108	5 0 5	0 0 0	0 0 0	61 53 114	0 0 0	10 0 10	21 0 21	12 0 12	0 0 0	43 0 43	
305 依存のない薬物乱用	160	0.1			19	88	38	0	0	148	0	12	0	0	0	12
305-0 アルコール	78 82 160		入 院 外 来 計	0 19 19	43 45 88	21 17 38	0 0 0	0 0 0	66 82 148	0 0 0	12 0 12	0 0 0	0 0 0	0 0 0	12 0 12	
306 精神的諸要因による身 体的病態	6,291	5.2			122	676	897	289	0	1,986	348	1,192	1,955	809	0	4,306
306-0 筋・骨格	10 24 34		入 院 外 来 計	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 0 10	0 0 0	0 0 0	0 24 24	0 0 0	0 0 0	0 24 24	
306-1 呼吸器	145 603 748		入 院 外 来 計	10 6 16	18 52 70	0 129 129	0 12 12	0 0 0	29 199 228	17 54 71	36 153 189	30 177 207	32 21 53	0 0 0	116 405 521	
306-2 心血管	130 2,335 2,465		入 院 外 来 計	5 0 5	16 228 244	15 386 401	28 100 128	0 0 0	63 716 779	0 9 9	17 596 613	38 834 872	12 180 192	0 0 0	67 1,619 1,686	
306-3 皮 膚	0 11 11		入 院 外 来 計	0 0 0	0 11 11	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 11 11	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
306-4 胃 腸	64 1,460 1,523		入 院 外 来 計	0 61 61	11 116 127	0 259 259	0 100 100	0 0 0	11 538 549	5 56 61	17 114 131	0 590 590	30 162 192	0 0 0	52 922 974	
306-5 泌尿生殖器	0 1,064 1,064		入 院 外 来 計	0 0 0	0 174 174	0 77 77	0 44 44	0 0 0	0 295 295	0 123 123	0 193 193	0 182 182	0 272 272	0 0 0	0 769 769	
306-7 特殊感覚器	5 0 5		入 院 外 来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 5	5 0 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	5 0 5	
306-9 詳細不明	137 305 442		入 院 外 来 計	11 19 30	14 36 50	10 21 31	0 5 5	0 0 0	34 80 114	35 49 84	17 44 61	3 77 80	48 52 100	0 0 0	103 224 327	
307 他に分類されない特殊症状ま たは症候群	1,927				340	70	233	57	0	699	207	482	335	202	0	1,227
307-0 どもり	0 5 5		入 院 外 来 計	0 5 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 5 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
307-1 神経性無食欲症	323 264 586		入 院 外 来 計	0 71 71	0 0 0	8 0 8	0 0 0	0 0 0	8 72 80	138 21 159	143 96 239	16 18 34	17 56 73	0 0 0	315 191 506	
307-2 チック	18 373 391		入 院 外 来 計	14 215 229	4 0 4	0 6 6	0 0 0	0 0 0	18 220 238	0 10 10	0 98 98	0 23 23	0 22 22	0 0 0	0 153 153	
307-4 特殊な睡眠障害	49 367 416		入 院 外 来 計	0 30 30	0 27 27	29 58 87	6 18 24	0 0 0	34 134 168	0 11 11	0 68 68	15 105 120	0 49 49	0 0 0	15 233 248	
307-8 神経痛 (Psychalgia)	35 489 524		入 院 外 来 計	0 5 5	0 39 39	13 119 132	0 33 33	0 0 0	13 195 208	22 0 22	0 77 77	0 158 158	0 58 58	0 0 0	22 293 315	
307-9 その他および詳細不明	0 5 5		入 院 外 来 計	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 5 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 5 5	

精神保健研究所年報 第1号

308 急性ストレス反応	53			50	0	0	0	0	50	3	0	0	0	0	3
308-2 主として精神運動障害	0		入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3		外来	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	3		計	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
308-9 詳細不明	0		入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	50		外来	50	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0
	50		計	50	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0
309 不応反応 (adjustment reaction)	128			23	38	11	5	6	82	0	19	23	4	0	46
308-8 その他	69		入院	0	15	11	5	0	31	0	15	23	0	0	38
	0		外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	69		計	0	15	11	5	0	31	0	15	23	0	0	38
309-9 詳細不明	33		入院	6	23	0	0	0	29	0	0	0	4	0	4
	26		外来	17	0	0	0	6	22	0	4	0	0	0	4
	59		計	23	23	0	0	6	51	0	4	0	4	0	8
310 器質障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	170			67	19	16	14	0	116	40	7	7	0	0	54
310-0 前頭葉症候群	11		入院	0	0	11	0	0	11	0	0	0	0	0	0
	0		外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	11		計	0	0	11	0	0	11	0	0	0	0	0	0
310-9 詳細不明	133		入院	67	19	0	0	0	86	40	7	0	0	0	47
	26		外来	0	0	5	14	0	19	0	0	7	0	0	7
	159		計	67	19	5	14	0	105	40	7	7	0	0	54
311 他に分類されない抑うつ状態	51			18	0	4	0	0	22	0	0	20	5	0	30
311-0 他に分類されない抑うつ状態	9		入院	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	5
	42		外来	18	0	0	0	0	18	0	0	20	5	0	25
	51		計	18	0	4	0	0	22	0	0	20	5	0	30
312 他に分類されない行為障害	198			86	69	0	3	0	158	5	34	0	0	0	39
312-8 その他	5		入院	0	5	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
	0		外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5		計	0	5	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
312-9 詳細不明	148		入院	42	64	0	3	0	109	5	34	0	0	0	39
	44		外来	44	0	0	0	0	44	0	0	0	0	0	0
	193		計	86	64	0	3	0	153	5	34	0	0	0	39
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	891	0.7		410	48	0	0	0	458	383	50	0	0	0	433
313-0 不安と恐怖を伴うもの	324		入院	216	0	0	0	0	216	108	0	0	0	0	108
	322		外来	145	0	0	0	0	145	177	0	0	0	0	177
	646		計	361	0	0	0	0	361	285	0	0	0	0	285
313-2 敏感、内気および社会的引きこもりを伴うもの	12		入院	0	12	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0
	0		外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	12		計	0	12	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0
313-9 詳細不明	184		入院	17	36	0	0	0	53	92	39	0	0	0	131
	49		外来	32	0	0	0	0	32	6	11	0	0	0	17
	233		計	49	36	0	0	0	85	98	50	0	0	0	148
314 児童期の過動症候群	66	0.1		45	0	0	0	0	45	10	0	0	0	11	21

V 精神保健に関する資料

314-2 過動性行為障害	9 0 9		入院 外来 計	7 0 7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	7 0 7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	2 0 2	2 0 2	
314-9 詳細不明	24 33 57		入院 外来 計	15 23 38	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	15 23 38	0 10 10	0 0 0	0 0 0	9 0 9	9 10 19	
315 特殊な発達遅延	255	0.2		124	22	18	0	10	174	81	0	0	0	81	
315-3 発達性の発語あるいは言語障害	0 215 215		入院 外来 計	0 124 124	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 10 10	0 134 134	0 81 81	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 81 81	
315-9 詳細不明	40 0 40		入院 外来 計	0 0 0	22 0 22	18 0 18	0 0 0	0 0 0	40 0 40	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
精神薄弱<精神遅滞> 317~319															
317~319 精神薄弱 <精神遅滞>	16,394	13.6		1,504	5,008	3,077	530	0	10,119	638	2,825	2,363	443	4	6,275
317 軽度精神薄弱	87	0.1		8	67	0	0	0	75	0	12	0	0	0	12
317-0 軽度精神薄弱	12 74 87		入院 外来 計	0 8 8	7 60 67	0 0 0	0 0 0	0 0 0	7 68 75	0 0 0	6 6 12	0 0 0	0 0 0	0 0 0	6 6 12
318 中等度以上の精神薄弱	950	0.8		34	412	127	21	0	594	24	201	111	18	0	356
318-0 中等度精神薄弱	120 0 120		入院 外来 計	0 0 0	79 0 79	9 0 9	11 0 11	0 0 0	99 0 99	0 0 0	0 0 0	21 0 21	0 0 0	0 0 0	22 0 22
318-1 重度精神薄弱	386 16 401		入院 外来 計	25 5 30	146 5 151	15 0 15	0 0 0	0 0 0	187 10 197	24 0 24	107 5 112	68 0 68	0 0 0	0 0 0	199 5 204
318-2 最重度精神薄弱	413 16 409		入院 外来 計	0 4 4	174 8 182	103 0 103	10 0 10	0 0 0	286 12 298	0 0 0	86 3 89	22 0 22	18 0 18	0 0 0	127 3 130
319 詳細不明の精神薄弱	15,357	12.7		1,462	4,529	2,950	509	0	9,450	614	2,612	2,252	425	4	5,907
319-0 詳細不明の精神薄弱	12,658 2,699 15,357		入院 外来 計	395 1,066 1,462	4,015 514 4,529	2,744 205 2,950	496 14 509	0 0 0	7,651 1,800 9,450	344 271 614	2,263 349 2,612	2,003 249 2,252	393 32 425	4 0 4	5,007 900 5,907
290~319 精神障害	309,864 68,390 378,618		入院 外来 計	3,048 3,018 6,066	82,859 14,873 97,732	72,551 9,881 82,432	17,567 3,309 20,876	58 70 128	176,091 31,019 207,110	2,345 1,626 3,971	49,764 14,067 63,831	51,305 14,132 65,437	30,315 7,531 37,846	39 31 70	133,774 37,364 171,138

表2 入院 傷病(小分類)・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	計	男		女	
	患者数	全国推計患者数	男子入院患者総数 の中で占める割合	全国推計患者数	女子入院患者総数 の中で占める割合
290-319 精神障害	309,864	176,091	100	133,774	100
290 老年期および初老期の器質(性) 精神病(状態)	24,479	8,147	4.6	16,332	12.2
291 アルコール精神病	2,819	2,706	1.5	113	0.1
292 薬物精神病	55	31	0.0	26	0.0
293 一過性器質精神病状態	46	11	0.0	35	0.0
294 その他の器質精神病状態(慢性)	1,219	795	0.5	424	0.3
295 精神分裂病	202,710	117,339	66.6	85,368	63.8
296 躁うつ病	13,324	6,291	3.6	7,033	5.3
297 妄想状態	1,360	526	0.3	833	0.6
298 その他の非器質性精神病	7,945	3,389	1.9	4,557	3.4
299 特に小児期におこる精神病	220	141	0.1	79	0.1
300 神経症	20,555	9,489	5.4	11,066	8.3
301 人格異常	1,834	1,422	0.8	413	0.3
302 性的偏倚と性的障害	7	7	0.0	0	0
303 アルコール依存(症候群)	16,350	15,481	8.8	868	0.6
304 薬物依存	1,357	1,182	0.7	176	0.1
305 依存のない薬物乱用	78	66	0.0	12	0.0
306 精神的諸要因による身体的病態	491	147	0.1	343	0.3
307 他に分類されない特殊症状または 症候群	425	73	0.0	352	0.3
308 急性ストレス反応	0	0	0	0	0
309 不適応反応	102	60	0.0	42	0.0
310 器質障害に伴う特殊な非精神病性 精神障害	144	97	0.1	47	0.0
311 他に分類されない抑うつ状態	9	4	0.0	5	0.0
312 他に分類されない行為障害	153	114	0.1	39	0.0
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	520	281	0.2	239	0.2
314 児童期の過動症候群	33	22	0.0	11	0.0
315 特殊な発達遅延	40	40	0.0	0	0
317 軽度精神薄弱	12	7	0.0	6	0.0
318 中等度以上の精神薄弱	919	572	0.3	348	0.3
319 詳細不明の精神薄弱	12,658	7,651	4.3	5,007	3.7

V 精神保健に関する資料

表3 外来 傷病（小分類）・性別推計患者数および各傷病患者の割合

	計	男		女	
	患者数	全国推計患者数	男子外来患者総数 の中で占める割合	全国推計患者数	女子外来患者総数 の中で占める割合
290—319 精神障害	68,390	31,019	100	37,364	100
290 老年期および初老期の器質（性） 精神病（状態）	3,473	889	2.9	2,583	6.9
291 アルコール精神病	143	143	0.5	0	0
292 薬物精神病	38	0	0	38	0.1
293 一過性器質精神病状態	44	0	0	44	0.1
294 その他の器質精神病状態（慢性）	64	50	0.2	13	0.0
295 精神分裂病	18,068	9,307	30.0	8,764	23.5
296 躁うつ病	7,897	2,842	9.2	5,053	13.5
297 妄想状態	372	157	0.5	214	0.6
298 その他の非器質性精神病	2,163	946	3.0	1,217	3.3
299 特に小児期におこる精神病	132	79	0.3	54	0.1
300 神経症	23,444	10,061	32.4	13,381	35.8
301 人格異常	133	132	0.4	0	0
302 性的偏倚と性的障害	44	35	0.1	9	0.0
303 アルコール依存（症候群）	1,504	1,385	4.5	119	0.3
304 薬物依存	236	203	0.7	32	0.1
305 依存のない薬物乱用	82	82	0.3	0	0
306 精神的諸要因による身体的病態	5,802	1,839	5.9	3,963	10.6
307 他に分類されない特殊症状または 症候群	1,503	626	2.0	875	2.3
308 急性ストレス反応	53	50	0.2	3	0.0
309 不適応反応	26	22	0.1	4	0.0
310 器質障害に伴う特殊な非精神病性 精神障害	26	19	0.1	7	0.0
311 他に分類されない抑うつ状態	42	18	0.1	25	0.1
312 他に分類されない行為障害	44	44	0.1	0	0
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	371	177	0.6	194	0.5
314 児童期の過動症候群	33	23	0.1	10	0.0
315 特殊な発達遅延	215	134	0.4	81	0.2
317 軽度精神薄弱	74	68	0.2	6	0.0
318 中等度以上の精神薄弱	32	22	0.1	8	0.0
319 詳細不明の精神薄弱	2,699	1,800	5.8	900	2.4

表4 傷病(小分類)・入院外来別推計患者数および各傷病患者の割合

	入 院		外 来		計	
	患 者 数	入院患者総数 の中で占める 割合	患 者 数	外来患者総数 の中で占める 割合	患 者 数	患者総数の中 で占める割合
290-319 精神障害	309,864	100	68,390	100	378,618	100
290 老年期および初老期の器質(性)精神病(状態)	24,479	7.9	3,473	5.1	27,951	7.4
291 アルコール精神病	2,819	0.9	143	0.2	2,963	0.8
292 薬物精神病	55	0.0	38	0.1	94	0.0
293 一過性器質精神病状態	46	0.0	44	0.1	91	0.0
294 その他の器質精神病状態(慢性)	1,219	0.4	64	0.1	1,283	0.3
295 精神分裂病	202,710	65.4	18,068	26.4	220,778	58.3
296 躁うつ病	13,324	4.3	7,897	11.5	21,221	5.6
297 妄想状態	1,360	0.4	372	0.5	1,731	0.5
298 その他の非器質性精神病	7,945	2.6	2,163	3.2	10,108	2.7
299 特に小児期におこる精神病	220	0.1	132	0.2	352	0.1
300 神経症	20,555	6.6	23,444	34.3	43,997	11.6
301 人格異常	1,834	0.6	133	0.2	1,967	0.5
302 性的偏倚と性的障害	7	0.0	44	0.1	52	0.0
303 アルコール依存(症候群)	16,350	5.3	1,504	2.2	17,853	4.7
304 薬物依存	1,357	0.4	236	0.3	1,593	0.4
305 依存のない薬物乱用	78	0.0	82	0.1	160	0.0
306 精神的諸要因による身体的病態	491	0.2	5,802	8.5	6,291	1.7
307 他に分類されない特殊症状または症候群	425	0.1	1,503	2.2	1,927	0.5
308 急性ストレス反応	0	0	53	0.1	53	0.0
309 不適応反応	102	0.0	26	0.0	128	0.0
310 器質障害に伴う特殊な非精神病性精神障害	144	0.0	26	0.0	170	0.0
311 他に分類されない抑うつ状態	9	0.0	42	0.1	51	0.0
312 他に分類されない行為障害	153	0.0	44	0.1	198	0.1
313 児童期と青年期に特殊な感情障害	520	0.2	371	0.5	891	0.2
314 児童期の過動症候群	33	0.0	33	0.0	66	0.0
315 特殊な発達遅延	40	0.0	215	0.3	255	0.1
317 軽度精神薄弱	12	0.0	74	0.1	87	0.0
318 中等度以上の精神薄弱	919	0.3	32	0.0	950	0.3
319 詳細不明の精神薄弱	12,658	4.1	2,699	3.9	15,357	4.1

あ と が き

本研究所で発刊していた『精神衛生研究』および『精神衛生資料』は、1982年(29号)より予算上の都合で『精神衛生研究』に一本化され、研究論文、研究報告および精神衛生に関する資料、各部の研究活動、研究業績等の内容を掲載してきました。

今回、国立精神・神経センターの一部門となったことで、神経研究所が発刊している『年報』と歩調を合わせるため当研究所としても『精神保健研究所年報』を発刊し、各研究部の研究活動内容、研究業績、研修実績、雑誌目録および精神保健に関する資料を掲載することにしました。

しかし一方で、精神保健に関する研究論文や報告を掲載する雑誌を存続させたいという所員の希望も強く『精神保健研究』と名称を変更し、発刊を継続することにしました。

初めての試みであったことと、時間的制約もあり十分な編集はできませんでしたが、編集委員会としては、今後『精神保健研究所年報』では精神保健に関する資料を充実してゆきたいと考えております。(大塚記)

編集委員

大塚 俊 男

高橋 徹

斎藤 和子

大嶋 巖

精神保健研究所年報 No. 1 (通号 No. 34) 1987

昭和63年3月31日 発行

編集責任者

大塚俊男 高橋 徹

大嶋 巖 齊藤和子

発行者

国立精神・神経センター
精神保健研究所

(非売品)

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

電話 市川 (0473) 72-0141

印刷：株式会社 弘文社

