

## 内科学と行動科学

野添 新一\*

### Usefulness of Behavioral Sciences in Internal Medicine

Shin'ichi Nozoe, M. D. : Medical College of Kagoshima University

Internal Medicine has been remarkably specialized and subdivided with a rapid progress of basic sciences and technology. Recently, chronic diseases and functional diseases has progressively increased and we have encountered new problem in diagnosis and care of those diseases.

In the management of those chronic or functional disease we have to consider a psychological aspect as well as a somatic one. Those psychological and behavioral aspects must be scientifically and objectively understood by patients themselves as well as therapists and their co-workers.

In such understanding behavioral sciences (or behavioral medicine) is very valuable. In this paper, I discussed some major theories in behavioral sciences and some unappropriate behaviors often observed in management of chronic or functional diseases.

#### キー・ワード

行動科学と内科学   レスポンド条件づけ   オペラント条件づけ   モデリング学習   バイオフィードバック法   タイプA行動パターン   行動医学   自己コントロール法   シェイピング法   断行訓練法   脱感作法   自律訓練法

\* 鹿児島大学医学部第一内科助教授 連絡先：(〒890) 鹿児島市宇宿町1208-1

## I 科学技術の革新と医療の細分化

臨床医学の基礎である内科学は、医療技術の急速な進歩と専門細分化によって大きな変容を遂げつつある。最近の科学技術の革新によって医療の専門化がもたらされ、内科では消化器科・循環器科・内分泌科・血液科・呼吸器科・心療内科・腎臓科・肝臓科などの subspeciality に細分化されている。このように分科された各科を専攻する医師は、自分の専門分野における疾患の診断と治療をますます得意とするが、客観的・科学的に偏らないようにしようと心掛けるから、病人を見ないで病気にばかり気を奪われやすくなる。そのため、専門外の患者には全くお手上げの状態で、早速適切な専門医へ紹介しようということになる。これらが全診療科のある大学病院などで行われるのならまだしも、中小病院の場合、患者にとっては二重の負担となる。実際、今日では CT（コンピュータ断層写真）や MRI（磁気共鳴画像）など、科学的医学のおかげで、ある臓器の病変や損傷を見つけ出す手間は極端に短縮され、その原因が突き止められると、疾患によっては自動的に処置や治療が施せる場合もある。しかし一方ではこのような高度な診断・治療技術の恩恵に浴することのできない患者が増加するといった皮肉な現象も見られる。それは高度医療技術の分析によっても病因を証明できないいわゆる機能的障害か、あるいは診断できても慢性に経過する変性疾患（動脈硬化症、糖尿病など）に対する治療欲求をもつ患者の増加である。

このように、臨床医学の進歩とともにクローズアップされてきたのが、「医師は病気を治して、病人を癒さず」といった日常診療における歪みである。ここでは病人は個々別々の人間であるから、その苦しみや病気もその人特異なものであるのに、医師は病変を実証しようとひたむきになり、かつ科学的に偏らないようにとの気持から高度の手技を要する検査が次々と繰り返される。日常診療で見られるこれらの弊害を改革していくための医学教育や卒後教育は現在なされていないし、ほとんどは卒後即入局に近いかたちをとるので、専門細分

化は今後さらに進むことが予想される。

現在の臨床医学でもっとも求められているのは、個々の臓器の障害に関する医学とは別に、全体の臓器の調和・不調和に関する医学、つまりその人固有の精神活動を重くみ、また社会的因子・社会への適応・不適応をも心身の失調を来す大切な原因<sup>1)</sup>と考える全人的医療である。その場合、患者は臓器障害をもつもたないにかかわらず、心理・社会的問題をもつ存在としてとらえ、それを科学的医療にとり入れればよいのである。この心理・社会的問題の理解や対処法には科学的・客観的に解明しうる行動科学(行動医学)が有力な手段となる。

行動医学<sup>2)</sup>とは医学と健康と疾病の領域に対して、行動心理学の原理と技法を体系的に応用していくことを意味する。行動心理学ではもっぱら観察しうる事実を取扱い、経験により知りうる事実を重視するが、一方これらの事実と密接な関連を有し、その働きが明らかではあるが観察できない事象、すなわち潜在過程をも認めている。それらの利点は、複雑な精神身体的障害の治療に関与する医師やコ・メディカルスタッフ、さらには患者自身が問題行動を行動科学的視点に立ってとらえて、同じような治療目標にそって対処してゆけることにある。

## II 疾病構造の変化に伴う診断・治療上の問題

近年、感染症をはじめとする急性疾患は、予防医学の普及・診断・治療法の急速な進歩によりコントロールはほぼ可能となった。代わりに動脈硬化症や糖尿病などに伴う種々の問題行動と、心身の不調や軽い病気の症状を診てもらいたいと願う患者が急増している。

図1は、昭和47年と昭和60年に鹿児島大学第一内科外来を受診した後に専門再来に廻され、経過を観察することになった患者の内訳である。昭和47年に当科を受診した患者総数は3416名であるが、そのうち心身症外来に廻されたのが259名(7.6%)であった。ところが昭和60年にはこれが4302名中1107名(26.1%)と約3.4倍に増加し、他疾患の患者の増加に比べて際立っている。このう

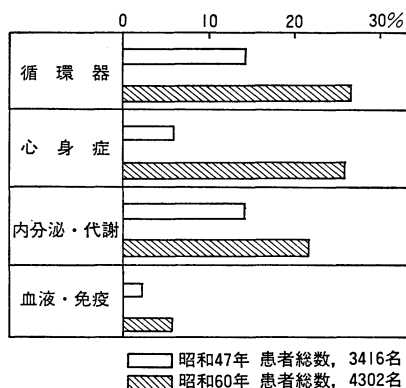


図1 鹿児島大学第一内科専門外来受診患者の疾患別頻度の推移

ち60年にはじめて当科を受診した650名中の6割は他科、他院からの紹介患者であった。おおかたは、各病院で1回から数回の血液検査・心電図・脳波・CTといった検査を一通り受けていた。また血圧上昇・頻脈・全身倦怠感・頭痛・腹痛・下痢・不眠といった症状に合わせて投薬も受けているが、思わしくないために紹介されたのである。現在このような心理、生理的障害による症状を訴える患者は年々確実に増加しており、外国の報告でも医療を求める患者の30~50%を占めるであろうと言われている。

最新の設備をもつ医療施設が最近増加し、医療技術や医療についての情報も目覚ましく進歩したにもかかわらず、有病率は低下するどころかむしろ増加傾向にある。それらは慢性疾患に対する患者の認知の誤りと他者依存的行動、ストレス対処力の貧弱さにも関係があろう。身体的な不調を訴えて来院した患者は、まずそれらに相応する検査が優先されて、その心理・社会的な背景因子についての配慮を十分に受けられていない。また器質的障害が明らかにされないと、どこも悪くないと言って見放されるか、あるいは高度の検査が繰り返されていくことにも一因がある。訴えの多くは、日常の心理・社会的問題に起因する機能的障害か、あるいは変性疾患に随伴する症状である場合が多い。彼らは健康問題について不安を募らせることはあっても、自ら行動を自己管理したり

変容することで、症状が改善されることにはあまり気づいていない。おそらく自分が心配し不安を抱えている症状の原因は、高度な医療技術を駆使することで診断され、自動的に治療の処置を決めてもらえることを期待しているのかもしれない。医療者側によって明らかにされた心理的・社会的・身体的問題は多面的に検討されて患者側にフィードバックされ、それを患者が自らの問題としてとらえて、あるいは医療者の支援を得ながら“健康増進行動”“予防的健康行動”“病気回避行動”“病気対応行動”<sup>12)</sup>をとれるようにならなければならない。

### Ⅲ 行動医学（科学）の理論とその応用

われわれは日常、様々な行動をなすが、これらの行動は大きく2つのカテゴリーに分類できる。1つはわれわれの意図に関係なく、環境刺激によって受動的に引き起こされる行動（レスポナント行動）であり、もう1つはわれわれが自らの意志によって環境へ働きかける能動的行動（オペラント行動）である。これらの行動に対応した条件づけはそれぞれレスポナント（古典的）条件づけ、オペラント（道具的）条件づけと呼ぶ。

#### 1. レスポナント（古典的）条件づけ<sup>2,3)</sup>

レスポナント（respondent）はなんらかの刺激（誘発刺激）によって誘発される反応である。それらは生活体が遺伝的に受け継いでいる生得的な反応、主に自律神経系が関係する不随意反応である。例をあげると、恐れや不安などの情動反応と唾液腺分泌・咳・くしゃみ・発汗・脈拍・血圧・胃や腸の活動など自律神経支配下にある反応である。レスポナント条件づけにより身につけた問題行動は、この刺激－反応分析（行動分析）により、その反応を誘発している刺激を見つけ出すことで明らかにできる。それらは普通、その人物以外から与えられる一定の状況や他人の行動などの刺激である場合が多い。けれどもその人物の内部から出てくる思想・考え・感覚などが刺激になっていることも

ある。例をあげると“階段を登る”→“息ぎれ”，“恐怖場面を見る”→“口渇”，“摂食”→“インスリン分泌”，“怒りを想像する”→“頻脈”などのようなものである。したがってレスポナント条件づけで生起する問題行動は環境刺激を操作したり，誤った認知をカウンセリング・薬物・筋弛緩法などによって変容・調整することになる。

## 2. オペラント条件づけ<sup>2)</sup>

オペラント（道具的）はある結果（ほうびを与えられたり，罰せられずにすむこと）を得るための行動が行われるから，そのように呼ばれる。オペラント条件づけの機制によると，人の行動とその結果または随件事象との間には，ある関係が存在している。この関係は随伴性と呼ばれる。症状（問題行動）の治療にあたっては，まずこの随伴関係を明らかにし，それらを持続させている強化因子を分析し明確にできなければならない。強化因子には食物などの生理的なものから，親や他人からの注目・賞賛といった社会的な正のものと，体罰などの身体的なものや，叱責などの社会的な負のものがある。

行動（たとえば節食）の結果（体重の減少）がその人にとってポジティブ（正）であるとき（正の結果）これを正の強化因子という。また行動（頭痛）の結果（学校を休む），いやに思う学校から回避できたとき，負の強化が得られたという。負の強化とは負の刺激を回避することによって，ある反応の頻度と強度が増大することである。慢性疾患患者は，ストレス刺激に対して回避的・消極的な行動をとるか，心氣的訴えをすることで周囲からのオペラント強化を得ていることが多い。

オペラント条件づけ療法の目標は，互いに諸技法を組み合わせながら望ましくない反応（症状）を除去しつつ，これに代わる望ましい反応を再形成することである。治療技法としては強化撤去法，積極的強化法他に社会的技術訓練法・嫌悪療法・バイオフィードバック法・自己コントロール法などがある。われわれが日常とる行動は，オペラント行動が中心となっており，それが適応的であるか不適応的であるかは，疾病の発現や病気の管理・治療にも強い影響を

及ぼすのである。

### 3. モデリング学習

人では自分で直接経験しなくても、自分以外の人や行動の結果を観察することで新たな行動様式を獲得したり、反応パターンを変容することも可能である。この過程で学習された行動はそこに強化が与えられ、その人が動機づけられるとさらに促進される。またモデルの行動を現実には直接見聞きする場合と同様に、映画・TV・写真などで間接的に見ることで、観察者の行動に影響を与えるものである。人は癌・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病の怖さを知らされたり、交通事故の悲惨な現場や写真を見ることによって自ら行動を変容したり、また不安や恐怖などの情動反応を示すようになる。このようにモデリング法によって、行動は始発されたり強められたりする。これは社会性を身につけたり、リハビリテーション医学でよく応用される。治療技法には、たとえばモデルの恐怖場面に漸次接近させながら、不安や恐怖を段階的に脱感作する脱感作法があり、他にフィードバック法・シェイピング法・断行訓練法などがある。

## IV 内科疾患に関連のある主なる問題行動

### 1. 不適切な食行動パターンとその変容

現代は飽食の時代と言われ、誰でも望みの食品を簡単に手に入れることができる。それだけに適量の食事をとるといった食習慣の形成は難しく、次のような3つのエネルギー供給についての問題<sup>9)</sup>が生じてくる。

- ① いわゆるデラックス消費、つまりカロリー過剰。
- ② 栄養成分の過誤と脂肪・炭水化物・蛋白質の不適當な割合。
- ③ 質的に劣る変性食品つまり文明食品の氾濫。

このような誤った食行動の持続が現代の主要な疾患である心・循環器系疾

患、動脈硬化症、糖尿病、痛風、胆石症、十二指腸潰瘍などの原因や病状悪化の促進因子として作用する。適切な食習慣は疾病の予防・治療にきわめて重要であり、その形成に際しては、最近、行動科学的手法が有用とされている。

食行動は、日常生活で直面する情動ストレスに対するレスポナント行動として、また職場・学校・家庭におけるストレス刺激を軽減・解消するためのオペラント行動として生起され持続してゆく。前者の食行動は思春期や青年期の患者に、気晴らし食い・衝動食い・過食としてよく見られる。この場合は不安・恐怖を惹起する先行要因をいかにうまく調整していけるかがポイントになる。治療技法には不安の系統的脱感作法・環境調整法、自律訓練法・ヨーガなどの弛緩訓練法がある。後者の食行動は、ストレスの多い毎日をお過ごしているか夜間にアルコールとともに過食する傾向の人に見られる。当人はそのような食行動が昼間のストレスを軽減・解消し、習慣化していることにはあまり気づいていない。適切な食行動を長期に維持していけない理由は、摂食による情動の安定化作用の力（即時効果）が強力で、長期的に自制的行動をとった後に獲

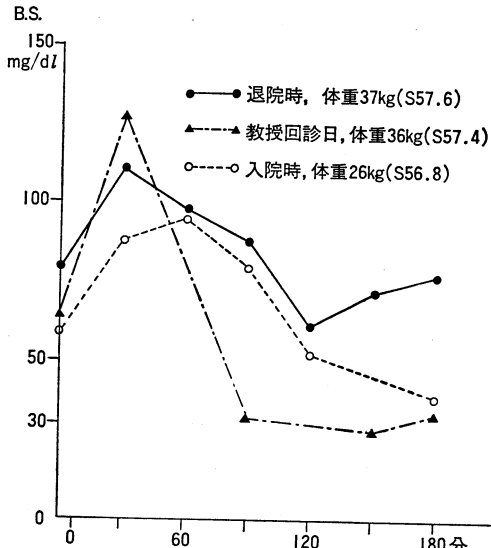


図2 神経性食思不振症患者の75g糖負荷試験による血糖曲線の変化(U. E. 24歳 女性)



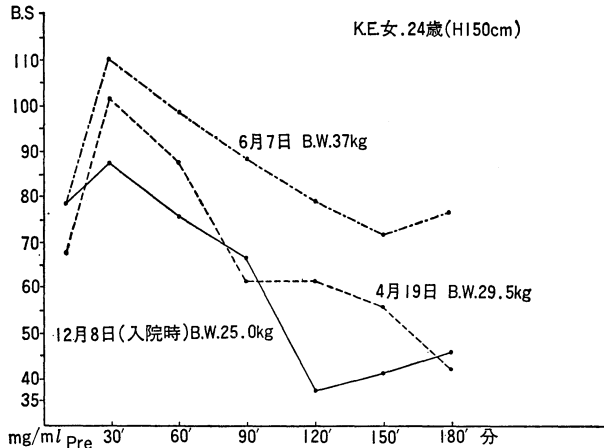


図3 体重増加に伴って改善した摂食障害患者の血糖曲線(75gO-GTT)

得できる健康の喜び（遅延効果）を凌駕しているからと思う。食行動は多くの因子によって惹起され、かつ強化が得られるので、高度肥満例の治療は特に困難である。まずは刺激統制下で一定期間徹底して適切な食行動と運動習慣を形成し、それを長期的に維持していけるような自己コントロール法<sup>4)</sup>を習得させることが大切である。

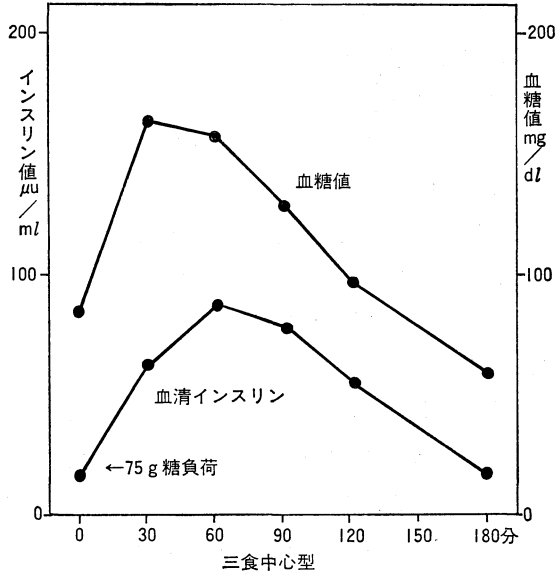
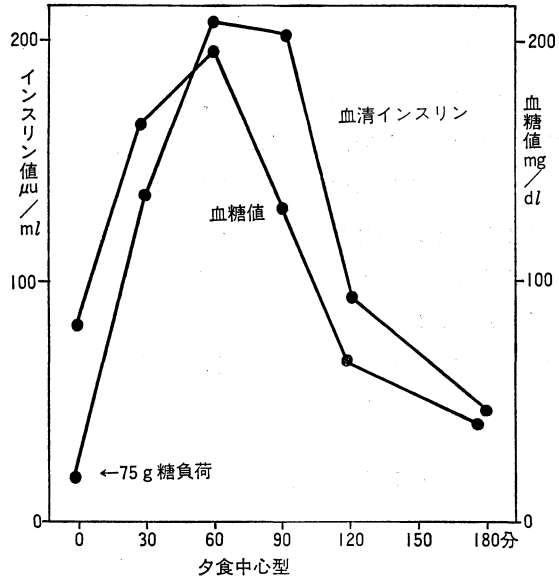
行動科学的な立場から見ると、食行動<sup>11)</sup>は図2に見られるように心身相互作用の影響を受けやすく、オペラント原理による強化を受けて心理的にも、生理的にも容易に習慣化した反応パターンが形成されやすいのが特徴である。図3は摂食障害患者（24歳の女性）が、厳しい食事制限を続けて体重が減少して入院した時と治療中、退院前に施行した糖負荷試験の成績である。

## 2. 過剰適応の行動パターンとその変容

内科を受診する慢性疾患患者に見られる問題行動は、多くの病気においてなんらかの役割を演じており、このような行動の変容をもたらすことが治療上必要であるか、少なくとも望ましいものであるということには多くの治療者は気づいているに違いない。普通過度の仕事・飲酒・服薬行動や生活様式（ライフ

サイクル) すなわち生活環境と行動様式・生活習慣は病気の発生や持続と密接な関係を有している。1959年 Friedman, Rosenman らはAタイプ行動パターンと狭心症との関係を指摘した。これは冠動脈疾患におけるもっとも大きな危険因子 (risk factor) の1つとして prospective にも証明されている。A型<sup>8)</sup>とは競争心が強いこと、自らをわざわざ窮地に追い込む傾向、周囲からの高い評価を常に望んでいること、肉体的にも精神的にも(刺激の感受性が)鋭敏であること、精神的機能・肉体的機能の両面で敏捷な反応性をもつこと、また物事へのせっかちと同時に、いくつものことを欲張って考えたり活動したりする傾向、くつろぐことへの漠然とした罪悪感や不安感を抱くこと、何かをするにも遂行ばかりを目指し余裕をもって体験したり楽しんだりしないこと、などの特徴をもつ行動様式をいう。つまりタイプAの人は内外の刺激に敏捷に反応する性格を有し、それらを基盤に自らをストレス状況に追い込むような、あるいはストレスをますます抱え込むような行動をとることに特徴がある。彼らは自分の行動様式を介して自己強化を得るだけでなく、周囲の人々に賞賛・注目されることで他者強化を獲得できる。しかし、行動の結果については何も考える余裕をもてないでいるし、無知ともいえるほどに健康問題については関心をもっていない。毎日は慢性的緊張状態にあっても、それらはあまり意識されることもなく行動という形で発散・軽減されるか、あるいは過食・過飲・過喫煙といった不適切な行動を通して軽減されやすい。図4はタイプA行動パターンをとる人の夜食中心の頃の食事パターンと三食中心とした3か月後の血糖とインスリン分泌を示す。

従来わが国では、就職すると定年まで勤められるといった終身雇用制が多かったが、最近では企業間の競争が激しく能力主義が重視され、会社にとって期待される人の引き抜きも頻繁に行われているので、今後タイプAの人はさらに増加することが予想される。ただ、現代の厳しい競争社会では、タイプAの人をモデルに自らを鞭打ってタイプA類似の行動を取らざるを得ない人も多い。身体的には予想以上に適応力を発揮できる人でも、対人関係に悩まされるか、希望をもてない状況にある人では、冠動脈に限らずその他の成人病や消化性潰



症例：30歳男子，体重92kg

図4 食事パターンによる血糖とインスリン分泌の動き

瘍・気管支喘息・うつ病などの発症が容易に促進される。

タイプAの人は周囲の人々にはむしろ注目・賞賛されるので、出世のためには必要なパーソナリティであるかもしれない。それだけにタイプA行動を変容・修正していくことは難しい。しかし、最近の30歳、40歳代の働き盛りの心・循環器系疾患患者が急増している現実を目前にするとき、座視できぬ大きな問題があるように思う。ひとたび高血圧・狭心症と診断を受けた人は、以後長期に心身両面からの自己調整を続けねばならず、その際医療者側の支援が必要とされる。そのためには、患者や家族に、急増しつつある行動関連性疾患は予期できぬ形で突然に発生するものではなく、長期にわたる誤った習慣行動と生活様式の積み重ねによることを繰り返し伝えるべきだと思う。

### 3. 不適切な思考パターンとその変容

人間は皆それぞれ走性<sup>6)</sup>に支配されて行動している。正の走性とは、好ましく思う事物や状況に向かう衝動であり、負の走性は人間であれ事物であれ、あらゆるいやなものから逃げ去ろうとする衝動である。人が苦痛や危機を逃れようとする衝動は自然であるが、これが過度に行われると問題になる。たとえばアルコールを飲んでひどい喘息発作を起こした人が、その後飲酒だけでなくアルコール臭を嗅ぐだけでも発作を起こすようになったとしよう。この場合はアルコール臭を嗅ぐ（条件刺激）ことで発作が誘発されるようになっているから、ここに条件づけが成立したことになる。患者は条件づけによる錯連想<sup>9)</sup>（経験からの間違いを連想すること）を引出して負の走性をとるようになったのである。錯連想は日常生活の中でいろんな体験を契機に引き出されるようになり、それは症状の持続・慢性化に強い影響を及ぼしている。

次にストレスを受けてうまく克服していけないか、どうにもできないと気づいた場合を考えてみよう。人はまず知らず知らずの間に心身を緊張させること（身構える）で反応し、しだいに頭痛・肩こり・不眠・疲労・痛みを訴えるようになる。この生理系のストレスによる反応を維持するために働く心のメカニズムに反芻思考<sup>10)</sup>（必ずしも強迫とはいえない）がある。これは直面している

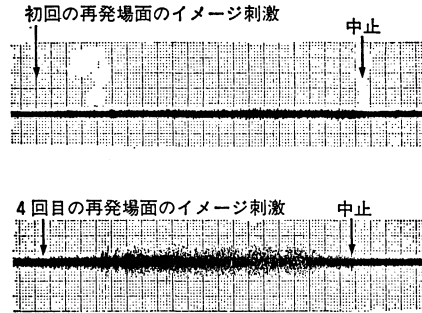


図5 潰瘍性大腸炎患者の筋電図バイオフィードバック

ストレス事象を繰り返し思い出したり、ストレスについて何度も考えたり、気をとられたり、くよくよ考えたりする意識的・無意識的な精神の働きであり、それがまたストレスそのものを増強する。反芻思考の結果、ストレスの問題にはさらに注意が向けられるが、ストレスと関係のない知覚にはほとんど注意を向けられないので、生理的緊張はいつそう高められることになる。

図5は再発を繰り返す潰瘍性大腸炎患者（39歳）の筋電図バイオフィードバックである。彼に再発時の下痢や血便についてイメージしてもらったところ、最も症状のひどかった4回目のイメージでは、異常な筋緊張反応が見られた。症状はカウンセリングと筋弛緩訓練法の併用により改善した。このような不適切な心理・生理反応はカウンセリングやバイオフィードバック法を用いて変容・改善が可能である。

#### 4. 不適切な生理反応パターンとその変容

ストレス反応を持続させるメカニズムとして生理系の内的フィードバック<sup>10)</sup>がある。これは緊張した筋肉や内臓についての知覚情報が求心的に脳に送られてそこで解釈され、それがまた情動感覚やストレスに対する意識的反応を強化することをいう。発作性血圧上昇・重症の喘息発作・冠動脈攣縮による胸痛を体験した患者の一部には、以前中性だった環境刺激によっても症状が起こるようになる。発作がまた起こるのではないかといった予期が生理的な過緊張をき

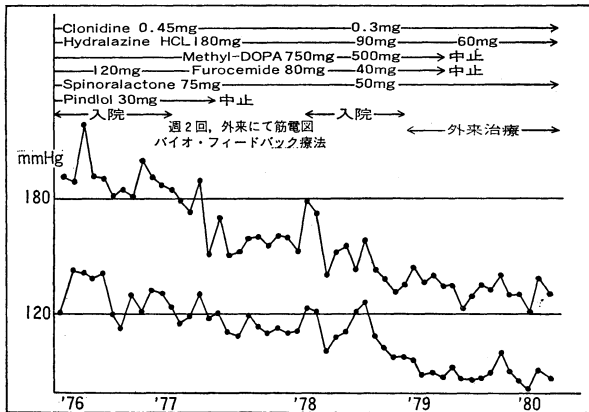
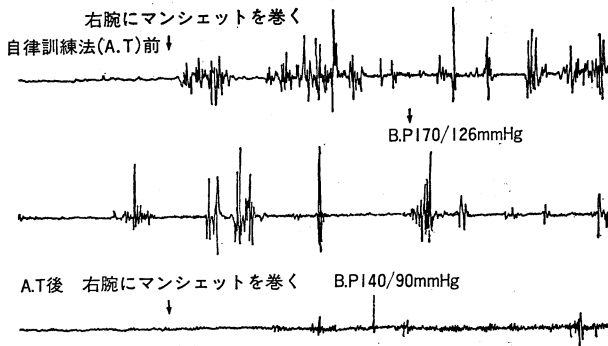


図6 筋電図バイオフィードバック法と治療経過(29歳男性)

たし<sup>5)</sup>、反応性を高めてしまうのである。このような状態を軽減するには、まず筋電図バイオフィードバック法などにより生理学的状態に関する情報、すなわち筋肉や内臓活動についての情報を提供することである。

本態性高血圧症による臓器障害を併発した29歳の男性は、図6に示すような筋電図バイオフィードバック法による筋弛緩訓練を続けたところ図に見られるような改善を示した。筋弛緩訓練によって中枢神経系へ送られる筋緊張のインパルスは減少し、そのため皮質を警戒状態に保つような刺激も減少した心身のホメオスタシスが維持される。

## まとめ

最近の疾病構造の変化と医療技術の進歩，さらにそれらに伴う医療費の増大は，患者のみならず医療者にも医学に対する意識の変革を求めていると思う。現在急増し低年齢化しつつある変性疾患と心理・行動的問題が関与する機能的疾患患者の多くははじめに内科を受診する。彼らは高度に発達した医療技術や薬物によって，昔なら無視されていた心身の不調や軽い病気の症状も扱ってもらえることを期待しているように思う。しかしそれらは身体医学的検査だけでは解決できないものもあり，心理・社会的因子を考慮した対応がなされない限り持続しやすい。患者に心身相関について十分説明がなされない場合，さらに高度の検査を受けたくなるのは当然であろう。症状出現の背景を見ると知人や近親者の急死，癌の告知などが引き金となっていたり，家庭や職場における対人関係や仕事に関連した問題を明らかにできる。また喫煙・飲酒・ワーカホリック（仕事中毒）などの誤った行動や生活様式などがあり，内科的問題というよりむしろ心理・社会的問題が誘因となっているか，あるいはそれらの結果であることが多い。このような患者の問題を理解するための方法は，これまでの医療にはあまり取り入れられていなかった。おそらく関係する人々が問題行動を同じ立場から理解するための理論がなかったことによるかもしれない。内科領域で伝統的に医学の問題と考えられていたいろいろな症状の中には，病態生理学だけでなく行動科学的立場から多面的にアプローチすることで，改善を期待できるものが多い。今後行動科学が内科領域にも取り入れられ治療やその補助的手段としていっそう応用され発展していくことを期待する。

## 文 献

- 1) P・ショシャル，吉倉範光訳：精神身体医学，白水社，1956。
- 2) 園田順一，高山巖：子どもの臨床行動療法—その技法と実際，川島書店，1978。
- 3) N・ホフマン・フレーゼ，京都国際社会福祉センター訳：行動療法の理論と演習，ルガル社，1978。
- 4) S・J・ラックマン，C・フィリップス，平井富雄，橋口英俊訳：心理学と医学のあいだ，紀伊國屋書店，1978。

- 5) A・バンデュラ, 原野広太郎監訳: 社会的学習理論, 金子書房, 1979.
- 6) L・コース, 巽孝之訳: 想像力を活用しよう, 中央出版社, 1981.
- 7) 日野原重明, 篠田知璋監訳: 新しい治療法としての行動医学 (E・B・ブランチャード, 金久卓也訳: 行動医学—その展望—), 医学書院, 1981.
- 8) 日野原重明, 篠田知璋監訳: 新しい治療法としての行動医学 (R・M・スウィン, 木村登紀子, 篠田知璋訳: A型行動パターン), 医学書院, 1981.
- 9) M・ケーンレヒナー, 中村耕三訳: 健康は幻想か, 紀伊國屋書店, 1982.
- 10) パーバラ・B・ブラウン, 石川中, 矢野繚訳: 心と身体の医療—ストレス病とバイオフィードバック—, 紀伊國屋書店, 1982.
- 11) 菅原功一郎, 野添新一, 他: 神経性食思不振症患者の耐糖能異常, 厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班, 昭和57年度研究報告書, 1983年.
- 12) 日本保健医療行動科学会編: 健康と病気の行動科学, メヂカルフレンド社, 1986.

#### 投稿規定

1. 本誌への保健医療行動科学に関する論文, 資料, 短報等の投稿を歓迎いたします。
2. 投稿は原則として本学会会員で, 原稿は未発表のものに限ります。
3. 論文は, 400字詰め原稿用紙30枚以内, 図表類は原則として8点以内とし, 資料や短報等は原則として10枚以内とし, 横書きで「である」調でお書き下さい。
  - a. 論文については, 表題, 著者, 所属は英訳をつけ, 400字以内の英文抄録を添付して下さい。
  - b. 論文については, 日本語及びそれに対応する英語のキー・ワードを5個以内でつけて下さい。
  - c. 参考・引用文献については, 本文中に著者名と発表年次を括弧表示し, 論末に著者名, タイトル(単行本は書名), 誌名(単行本は出版社名), 巻・号, 頁数の初めと終わり, 発行年次の順に表示して下さい。なお, 文献の配列については, 著者名が英文の場合はアルファベット順, 和文の場合は五十音順に配置して下さい。
4. 原稿の採否等は本会の編集委員によって決定されます。
5. 本誌は当面, 年報という形で刊行され, 毎年6月に発行されます。原稿の締切は3月末となります。
6. 原稿送付先:
 

〒272 市川市国府台1-7-3  
 国立精神衛生研究所内 日本保健医療行動科学会事務局 (TEL 0473-72-0141)