

ら<sup>1)</sup>)、②「Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program」(Beidas ら<sup>2)</sup>) を紹介し、不安障害のために不登校・ひきこもりに陥った子どもへの治療プログラムを検討した。2年目は、不安障害、および不安障害を中心とする不登校の子どもに対して行われた無作為二重盲検試験 (RCT) デザインの薬物療法の臨床試験、そして薬物療法に精神療法 (主に認知行動療法 : CBT) を併用して行われた臨床試験のレビューを行った。不安障害、不登校と関連が深い選択性缄黙児を対象にしたグループ・プレイセラピー『国府台シャイネス』を開始し、その経過について報告した。

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った結果を報告する。

## B. 研究方法

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。質問紙調査は、診療の実態、診断のために使用しているアセスメントツール、診断基準、実際に行われている治療についての質問項目から構成されている。

## C. 研究結果および考察

### 1) 質問紙調査の結果

88名から回答が得られた。

調査対象の専門領域は、児童精神科 43名、児童精神科・精神科 13名、児童精神科・精神科・内科 1名、児童精神科・小兒科 3名、精神科 27名、記入なし 1名であった。

調査対象の主な診療機関（回答に重複あり）

は、総合病院 15名、大学附属病院 26名、単科精神病院 19名、診療所・クリニック 3名、保健所・精神保健福祉センター 5名、療育センター 3名だった。

調査対象の臨床経験については、88名のうち4名は未記入であった。84名の臨床経験年数は5年から50年に分布し、平均臨床経験年数（土標準偏差）24.2（±10.0）年だった。

①不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの診断をめぐって

#### i) 評価尺度・スクリーニング：

評価尺度・スクリーニングについては、使用しないという対象は43名（48.8%）だった。子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Checklist : CBCL)、Teacher's Report Form (TRF)、Youth Self Report (YSR)、Depression Self Rating Scale for Children (DSRS-C)、Spence Children's Anxiety Scale (スペンス児童用不安尺度 : SCAS) が用いられているという結果だった。DSRS-Cは、子どもの抑うつ状態のアセスメントで、国際的によく用いられている自記式評価尺度である。SCASは、DSM-IVの不安障害の診断基準をもとに、児童期の不安障害を分類・整理し、児童期の不安障害の症状を正確に査定する質問紙である。

#### ii) 診断面接フォーム

診断面接フォームについては、使用しないと回答した対象は77名（87.5%）だった。M.I.N.I.KID（精神疾患簡易構造化面接法（小児・青年用））を行うという対象は5名、K-SAD-PLを行うという対象は2名だった。

#### iii) 診断基準

診断基準については、DSM-IV-TR、ICD-10を用いると回答した対象は52名（59.1%）だった。

#### iv) 心理検査

知能検査、描画テスト、PF スタディ、文章完成テスト (SCT) が多く行われていたという結果だった。

## v) 医学的検査

脳波検査、頭部画像検査（CT や MRI）、血圧や脈拍の測定、血液検査、心電図検査、微細神経学検査などが行われているという結果だった。

②不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもの治療をめぐって

### i) 心理社会的治療

実際に行われている心理社会的治療について、表 1、2 に示した。

本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、認知行動療法（CBT）、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、デイケア、ソーシャルスキル・トレーニング（SST）の順で多かった。

これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団 CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順で多かった。

#### a) 本人への対応（通常の診療）について

本人への対応（通常の診療）は、2 週間に 1 回 30 分という頻度で行っているという回答が 23 名でいちばん多く、4 週に 1 回 30 分という回答が 9 名だった。本人への対応（通常の診療）は、およそ 2 週間から 4 週間に 1 回 30 分という枠組みで行われていた。

#### b) 個人精神療法について

年齢によって選択される個人精神療法は、小学生低学年ではプレイセラピーが選択され、年齢が高くなると言葉を媒介とした個人精神療法が選択されるようになっていた。

小学生低学年では、2 週間に 1 回 30 分という頻度が 11 名、1・2 週間に 1 回 30・60 分が 7 名、2・4 週に 1 回 60 分が 6 名、2 週間に 1 回 30・60 分が 5 名だった。小学校高学年では、2 週間に 1 回 30 分という頻度が 10 名、2 週間に 1 回 30・60 分が 8 名、1・2 週間に 1 回 30・60 分が 6 名、1・4 週に 1 回 30 分が 5 名、2・4 週間に 1 回 30・60 分が 5 名だった。中学生では、1・2 週間に 1 回 30・60 分という頻度が 9 名、

2 週間に 1 回 30 分が 7 名、2 週間に 1 回 30・60 分が 6 名、2・4 週に 1 回 30 分が 6 名、1・4 週間に 1 回 30 分が 5 名だった。15・18 歳では、2・4 週に 1 回 30 分という頻度が 7 名、2 週間に 1 回 30 分が 6 名、1・2 週間に 1 回 30・60 分という頻度が 6 名、1・2 週間に 1 回 30 分が 5 名、2 週間に 1 回 30・60 分が 5 名だった。プレイセラピーの適応については、言葉によるコミュニケーションが難しい年齢が低い（幼稚園～小学校低学年）症例、神経症水準の症例、心理的な問題（トラウマや母子関係の問題）が背景にある症例といった回答があった。プレイセラピーを行う際のアセスメントとして、診療における見立て（病態水準や親子関係の評価、発達障害の評価）をしっかりと行うこと、そして心理検査や描画テストが活用されていた。

精神分析的精神療法の適応については、神経症水準の症例、中学生以降の症例、平均以上の知的機能を持っている症例、治療意欲がある症例、内省力がある症例、言語化能力がある症例といった回答があった。

精神分析的精神療法を行う際のアセスメントとして、丁寧なインテイクを行ったり数回のアセスメント面接を行い病態水準の評価や見立てを行うこと、知能検査、ロールシャッハ・テストといった投影法検査、描画テストが活用されていた。

#### c) 認知行動療法（CBT）

88 名のうち 26 名（29.5%）が CBT を行っているという回答だった。トラウマ・フォーカスト認知行動療法（TF-CBT）を行っているという回答は 1 名、暴露妨害法を行っているという回答は 1 名、出版されている CBT のテキストに沿って行っているという回答が 3 名だった。

#### d) 集団療法

集団療法としては、レクリエーション、スポーツなどのプログラムを取り入れた活動集団療法、SST や心理教育のプログラムを集団で行っているという回答があった。

#### e) 他機関に紹介して行っている治療

学習困難への支援、開業心理士へ紹介し心理療法を提供する、教育相談機関を紹介する、発達障害者支援センターや発達障害の親の会への紹介、言語療法や療育施設に紹介する、メンタルフレンドの派遣を依頼する、フリースクールについての情報を提供するといった回答があつた。

#### ii) 薬物療法

薬物療法を行わないと回答した対象は 88 名のうち 4 名 (4.5%) だった。表 3 に実際に投薬されている薬物を示した。抗うつ薬（選択的セロトニン再取り込み阻害薬 : SSRI）、抗不安薬、睡眠導入薬、抗精神病薬の順で多かつた。それぞれの薬物については、抗精神病薬ではリスペリドン (26 名)、アリピプラゾール (14 名)、オランザピン (8 名) の順で多かつた。SSRI は、フルボキサミン (39 名)、サルトラリン (19 名)、パロキセチン (7 名) の順で多かつた。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) は、デュロキセチン (12 名)、ミルナシプラン (7 名) の順で多かつた。その他の抗うつ薬は、クロミプラミン (5 名)、ミルタザピン (5 名)、トラゾドン (3 名) の順で多かつた。抗不安薬は、アルプラゾラム (15)、ロラゼパム (10)、エチゾラム (10) の順で多かつた。感情調整薬は、バルプロ酸 (14 名)、カルバマゼピン (4 名)、炭酸リチウム (4 名) の順で多かつた。睡眠導入薬は、ラメルテオン (16 名)、プロチゾラム (13 名)、ゾルピデム (10 名) の順で多かつた。漢方薬は、抑肝散 (15 名) が多かつた。

抗不安薬の投薬については、抗不安薬を投薬しないという回答は 88 名のうち 17 名 (19.3%) だった。不安発作時の頓服として投薬するという回答が 16 名、対人緊張が強い場合や身体化が強い場合に投薬するという回答が 6 名、不安症状が強い場合に投薬するという回答が 5 名、恐怖症状が強い場合に投薬するという回答が 3 名、心理社会的治療を十分に行つ

た上で不安症状が強い場合に投薬するという回答が 2 名、SSRI の効果が出現するまでの間投薬するという回答が 1 名だった。

#### ④学校との連携

学校との連携については、積極的に行っていと回答したのは 24 名、必要な症例には行うと回答したのは 47 名だった。学校との連携を実際にどのようなやり方で行うのかという質問項目の回答の結果は表 4 に示した（複数回答可）。

#### 2) 考察

##### ①不安障害を中心とする不登校・ひきこもりへの診断・評価をめぐって

調査結果からは、60%が ICD-10 や DSM-IV-TR といった診断基準を用いて診断しているが、診断面接フォームを用いて診断するというのは 12.5% だった。使用しないと回答した対象は 77 名 (87.5%) だった。子どもの精神症状を広く評価するための半構造化面接には K-SADS と M.I.N.I. KID があるが、このような半構造化面接によって併存障害を評価することができ、治療計画を立てる際には有用であると考えられる。半構造化面接は時間もかかることから、診療場面ではあまり使用されていないのが現状のようである。

##### ②不安障害を中心とする不登校・ひきこもりへの治療をめぐって

調査結果では、本人への対応（通常の診療）、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、認知行動療法 (CBT)、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、デイケア、ソーシャルスキル・トレーニング (SST) の順で多かつた。米国児童青年精神医学会の臨床指針では、親への心理教育を十分に行うこと、軽症では薬物療法よりも CBT を推奨している<sup>3)</sup>。子どもの不安障害に対する CBT の有効性については、ランダム化比較試験を含めて多くのデータが集積している<sup>4)</sup>。CBT の治療が成功した子どもの 80~90% が追跡時に不安障害を示していないといった報告がなされてい

る。Flannery-Schroeder と Kendall<sup>5)</sup> は、個人 CBT と集団 CBT を受けた子どもを比較検討しているが、個人 CBT 群の 73% と集団 CBT 群の 50% は主要な不安障害の臨床的診断基準を満たしていなかったのに対して、待機中の対照群は 8 % のみだった。個人 CBT 群と集団 CBT 群の間での治療効果には有意差はなく、治療効果は 3 ヶ月後も継続していたと報告されている。今回の調査では、88 名のうち 26 名 (29.5%) が CBT を行っているという回答だった。最近では子どもの CBT が数多く紹介されるようになってきている。子どもへの CBT が広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

一方、薬物療法については、薬物療法を行わない回答した対象は 88 名のうち 4 名 (4.5%) で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われていた。SSRI を中心に SNRI、抗精神病薬、抗不安薬、感情調整薬といったさまざまな薬物が投薬されていた。ベンゾジアゼピン系薬物を長期にわたって使用すると、耐性の変化、精神依存、身体依存が形成される特に力価が高く、作用時間が短い(半減期が短い)薬物の乱用や依存形成の危険性が高いと考えられている。Bernstein ら<sup>6)</sup> は、子どもではベンゾジアゼピン系薬物の容忍性や依存について十分な研究は行われていないのが現状であり不安の強い子どもに対しては、ベンゾジアゼピン系薬物を短期間単独で投薬するか、あるいは SSRI や三環系抗うつ薬と併用しその治療用量に到達するまで投薬をするとしている。抗不安薬の投薬については、抗不安薬を投薬しないという回答は 88 名のうち 17 名 (19.3%) だった。不眠に対する睡眠導入薬においてもいちばん多く投薬されていたのはベンゾジアゼピン系薬物ではなく、メラトニン受容体作動薬であるラメルテオノンだった。不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法では SSRI が first-line の薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は

慎重に投薬されていることが明らかになった。

#### E. 結論

不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの診断、治療の実態を調査するために、日本児童青年精神医学会の認定医および評議員、児童精神科専門診療部がある大学附属病院、全国児童青年精神科医療施設協議会に加盟している病院を対象に質問紙調査を行った。本調査では、18 歳未満に発症した不登校を示している不安障害を想定して回答を依頼した。不安障害は、分離不安障害、全般性不安障害、社交恐怖、特定の恐怖症と定義し、強迫性障害は除くこととした。88 名から回答が得られた。調査結果から、①評価尺度として CBCL、TRF)、YSR、DSRS-C、SCAS が用いられていること、②構造化面接はあまり行われていないこと、③ ICD-10 や DSM-IV- TR といった診断基準に沿って診断がなされていること、④医学的検査として脳波検査、頭部画像検査 (CT や MRI) が多く行われていること、⑤心理検査として知能検査、描画テスト、PF スタディ、文章完成テスト (SCT) が多く行われていることが示された。実際に行われている治療は、本人への対応 (通常の診療)、学校との連携、家族への心理教育、構造化された個人精神療法、CBT、訪問支援、自助グループへの紹介、集団療法、SST の順で多かった。子どもの不安障害の治療技法として CBT が注目を集めているが、今回の調査では 29.5% が CBT を行っているという回答だった。薬物療法を行わない回答した対象は 4.5% で、不登校を示している不安障害の子どもへの薬物療法は広く行われており、SSRI が first-line の薬物と考えられており、ベンゾジアゼピン系薬物は慎重に投薬されていることが明らかになった。これからできたらいいと思う治療技法は、デイケア、集団療法、集団 CBT、CBT、SST、家族への心理教育、訪問支援、自助グループへの紹介の順で多かった。最近では子どもの CBT が数多く紹介されるようになり、新たな薬物も使用可能になって

きている。子どもへの CBT が広く普及し、臨床家が十分に使いこなせるようになることが現時点での課題と思われる。

F. 研究発表

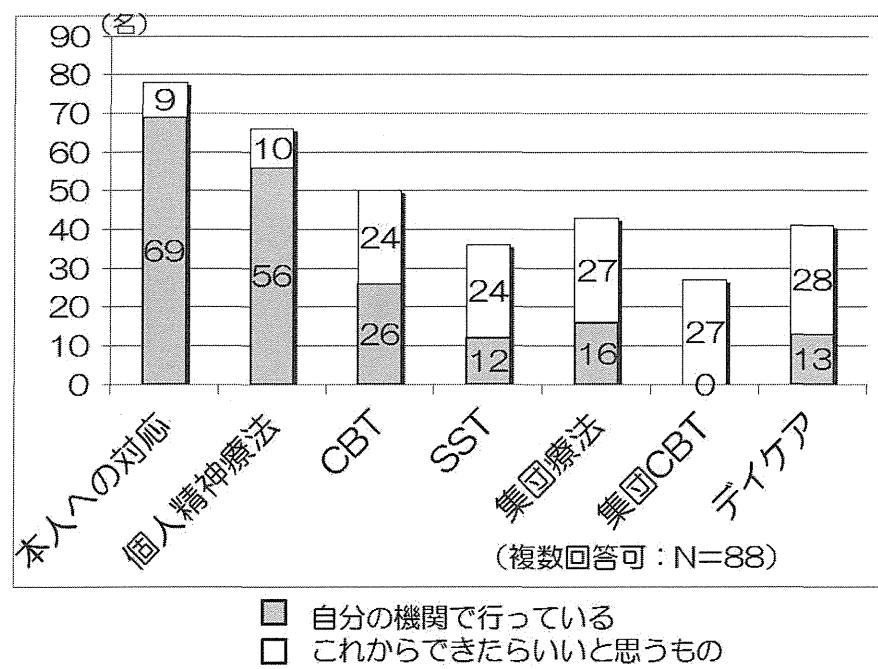
なし

文献

- 1 ) Kearney CA, et al : Manualized Treatment for Anxiety-Based School Refusal Behavior in Youth . Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents (Lecroy CW) . Oxford University Press, New York, 286-313, 2008
- 2 ) Beidas RS, et al : Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety : The Coping Cat Program . Handbook of Evidence-Based Treatment Manuals for Children and Adolescents . (Lecroy CW) . Oxford University Press, New York, 405-430, 2008
- 3 ) Connolly,SD., Bernstein,GA.; Work Group on Quality Issues.(2007) : Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder.,46,267-283.
- 4) Reynolds,S., Wilson,C., Austin, J.,et al.(2012):Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review.ClinPsychol Rev. ,32,251-62.
- 5 ) Flannery-Schroeder,E.,Kendall,PC. (2000):Group and individual cognitive-behavioral treatment for youth with anxiety disorders:A randomized clinical trial.Cognitive Therapy and Reseach,24,251-278.
- 6 ) Bernstein,GA.,Layne,AE. (2004) :Separation Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. Textbook of

Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Press,Washington DC,557-573.

表1 不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている心理社会的治療（1）



CBT：認知行動療法 SST：ソーシャルスキル・トレーニング

表2 不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている心理社会的治療（2）

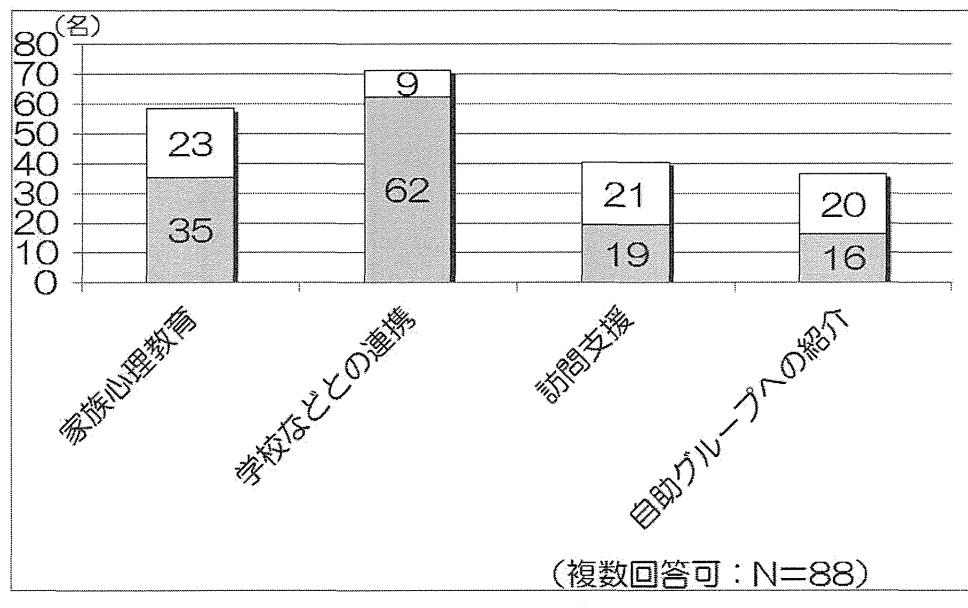


表3 不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている薬物療法

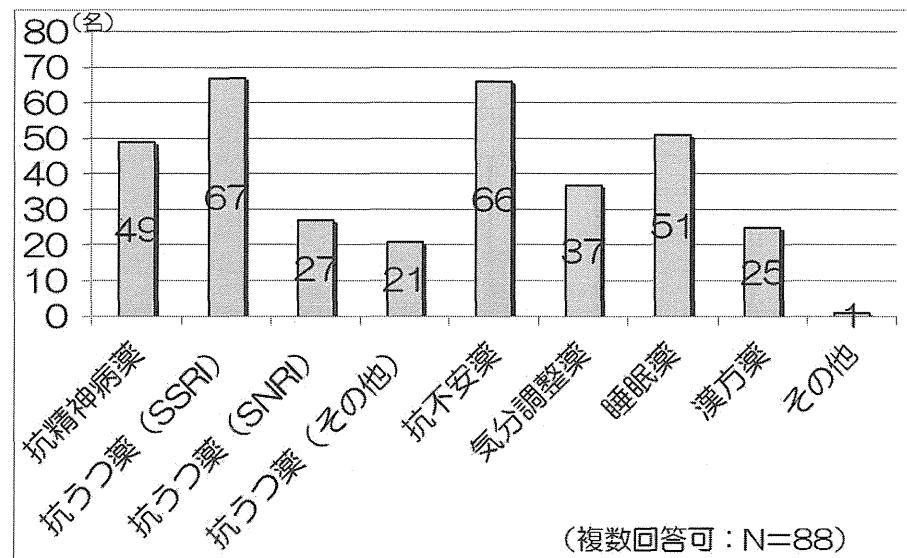
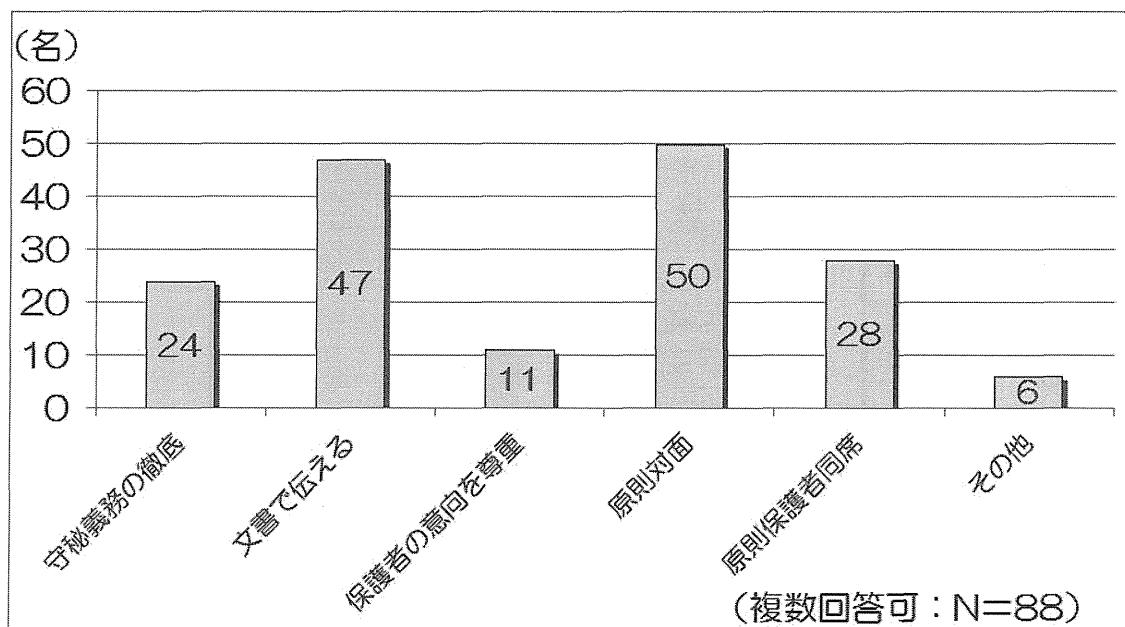


表4 不安障害を中心とする不登校・ひきこもりの子どもに行われている学校との連携のやり方



その他：保護者を媒介として交渉。  
 電話やメールで済むものは済ませる。  
 本人の意思も尊重。  
 保護者とは別に面接する。

## 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

### 分担研究報告書

# 素行障害をはじめとする外在化障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 桝屋二郎<sup>1)</sup>

研究協力者 奥村雄介<sup>2)</sup> 吉永千恵子<sup>3)</sup> 富田拓<sup>4)</sup> 飯森眞喜雄<sup>5)</sup> 丸田敏雅<sup>5)</sup> 松本ちひろ<sup>5)</sup> 宮川香織<sup>5)</sup>

- 1) 関東医療少年院 2) 府中刑務所 3) 東京少年鑑別所  
4) 国立きぬ川学院 5) 東京医科大学

研究要旨：子どもの外在化障害の診断・治療の標準化を行うために、子どもの外在化障害の中核障害である素行障害の診断・治療の現状について、操作的診断基準改訂の動向を調査すると共に、その結果と昨年度実施した児童青年期精神科臨床に携わる医師に対するアンケート調査結果を勘案して標準的ガイドライン案の作成を試みた。その標準的ガイドライン案には現在、教育分野で問題行動修正に用いられるようになってきている Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities (COMPAS) や世界的に加害矯正の潮流の一つとなりつつある Good Lives Model (GLM) の考え方を盛り込んだ。

#### A. 研究目的

障害の診断・治療の標準化を行うためには障害が現状において、どのように診断され、どのように治療されているかを知ることが必要である。前年度の研究で指摘したように、子どもの外在化障害においては、世界保健機関 (World Health Organization : 以下、WHO) が作成した I C D ( International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) と米国精神医学会の作成した D S M (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) という世界的に有力な二つの操作的診断基準で障害概念や下位分類が乖離している。歴史的にも両診断基準における子どもの外在化障害の障害概念は診断基準の改定ごとに変遷しており、現在公表されている次期 D S M の改定草案を検討すると、今後、数年以内に改定される両診断基準においても障害概

念が変わる可能性が非常に高いと考えられる。このことは本邦における外在化障害概念の定着や活用の阻害になっているとともに外在化障害の診断・治療の標準化への阻害にもなっていることが予想される。そのため、本研究では引き続き操作的診断基準改訂の動向を調査した。また我々は、昨年度に児童青年期精神科臨床に携わる医師が子どもの外在化障害の現状をどう捉え、どう扱っているのかをアンケートに手調査した。本年度は操作的診断基準改定の動向とアンケート調査から示唆された現状を踏まえ、現状の本邦で有効に使用できるような素行障害の標準的ガイドライン案の作成を試みることを目的とした。

#### B. 研究方法

① WHO およびアメリカ精神医学会が発表しているプレスリリース、草稿、文献のレビュー

一により、操作的診断基準改定の動向を引き続き調査した。

②外在化障害や素行障害の治療技法や犯罪矯正における最近の動向を文献よりレビューし、調査を行った。

③昨年度に調査した素行障害についてのアンケート結果と上記①, ②の結果を検討して、現状の本邦で有効に使用できるような素行障害の標準的ガイドライン案の作成を試みた。

### C. 研究結果

1) アメリカ精神医学会は2013年5月に現在のDSM-IVTRをDSM-5に改定する予定である。WHOはそれに引き続き、2015年に現在のICD-10をICD-11に改定することを目指している。アメリカ精神医学会は2010年2月9日からDSM-5の草案をウェブ上にて発表開始した。その後、2010年4月までパブリックコメントを募集し、2013年3月現在はフィールドトライアル結果を基にした最終調整段階となっている。対してICDの改訂については草案の発表もいまだない状態である。現時点で確定または検討されている事項は以下の通り。

- ・2013年5月のDSM改訂は決定。ICDの改訂時期については数年内の改定は予定されているものの時期の詳細は未定。

- ・反抗挑戦性障害については現行と変わらず、DSMでは独立診断、ICDでは素行障害の下位分類とされる予定。

- ・反抗挑戦性障害についてDSMでは「怒りと苛立ち」、「挑戦的で頑固」、「執念深さ」の3つの観点から症状や行動が整理された。

- ・素行障害の下位分類についてはDSMが現行通り、発症年齢での分類を予定。ICDの下位分類法の詳細は現時点では不明。

- ・DSMに素行障害の冷淡情緒欠如スペシファイアと呼ばれる半独立診断が登場。このことで、素行障害に一律的にサイコパスの要素が含まれることは避けられた。

- ・DSMでは「破壊的、行動制御および行為の障害」からADHDは除外。ICDでも同様の検討をしているが未定。

- ・DSMではDMDD(Disruptive Mood Dysregulation Disorder: 破壊的気分調節不全障害)が気分障害の一つとして採用。この診断は小児や思春期の双極性障害診断の増加が背景に有り、その中には反抗挑戦性障害との併存や誤診も多かったことから整理の必要性が叫ばれていたものである。不機嫌や爆発的かんしゃくを特徴とする障害であるが、反抗挑戦性障害との鑑別が問題となる状況に変わりは無いとの指摘もある。

- 2) 昨年度行ったアンケート調査の結果、示唆されたことは以下のようのことであった。

- ・日常診療において、素行障害に接する機会は多いものの、素行障害と診断することが医療的にプラスになっていないと見なされている可能性がある。

- ・ICDとDSMのように診断概念や分類概念が違う診断基準が併用されていることで混乱を生じている可能性がある。

- ・日常診療の中で、素行障害と診断している症例の過半数は併存障害を持っている可能性があり、対応に当たり併存障害を意識すべきである。

- ・素行障害に適した評価尺度の普及を目指す必要がある。

- ・器質的な検査の重要性も強調すべきである。

- ・警察や矯正施設などの司法機関との連携も深めていく必要がある。

- ・地域連携は素行障害の対応にあたっては必須であるが、不十分な現況である。

- ・地域医療機関にとって有用なガイドラインのニーズは有り、策定の意義は十分に有る。

臨床現場において有用なガイドラインがあれば活用するとの過半数の回答も得られており、これらの示唆を尊重しながらガイド来院案の策定を行った。

☆地域医療機関における素行障害の診断・治療のガイドライン案の概要(雑誌矯正医学に投稿中)

I. 素行障害の概念

- ①非行概念と本邦における非行の現状
- ②本邦で外在化症状に現時点を利用できる枠組み(医療・福祉・矯正)
- ③疾患概念としての素行障害とその歴史的変遷

II. 素行障害の診断・評価

①医学的診断基準

→どの操作的診断基準を用いるかについては、現時点でメジャーな操作的診断基準(DSMとICD)が両方とも数年内の改訂を予定している現状では、改訂された診断基準を用いるべきと考えるが、ICDに関してはいまだ草案すら発表されておらず、改訂内容がより明らかとなっているDSMを用いることが現時点では賢明と考えられる。そのため本ガイドライン案では判明している限りのDSM-5の診断基準を使用することとした。

②鑑別すべき疾患について

→いわゆる破壊的行動障害とよばれる反抗挑戦性障害、素行障害、反社会性パーソナリティ障害について論じた他、上述したDMDD(Disruptive Mood Dysregulation Disorder:破壊的気分調節不全障害)などにも言及した。

③検討すべき環境要因

→非行や犯罪、外在化の要因としてエビデンスが得られているリスクファクターには環境要因が多く含まれている。このことから、環境要因には特段の意識を持つべきであり、その重要性や意義について言及した。

④アセスメント(評価尺度と検査)

→上記Ⅱ-③の環境要因を探るために参考として、法務省等で使用されている犯罪や非行に用いるリスクアセスメントツール

を紹介した。また、素行障害診断に用いられている診断ツールとして平成16年度から平成18年度にかけて齊藤万比古を主任研究者として厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」において開発され、妥当性・有効性が認められた行為障害チェックリスト(Conduct Disorder Check List:CDCL)も紹介した。

III. 医療機関における外在化障害の治療・介入

①基本的な考え方

→素行障害等の外在化障害に関しては地域の医療機関のみが抱えていても根本的な解決や治療的な援助に至らないことが多いため、基本的には如何に関係機関や関係者で連携をしていくべきかについて言及した。

②薬物療法

③心理/社会的療法

→現在、世界的に外在化症状の一種とも考えられる非行や犯罪などの修正には治療技法として認知行動療法が世界的にも取り入れられているが、この流れは1980年代のリラプス・プリベンション・モデルの導入にさかのぼる。リラプス・プリベンションは物質依存の治療技法であったが性加害修正に応用され、その有効性から加害修正全般にも広く採用されるようになった。リラプス・プリベンションでは繰り返される問題行動の中で加害者のリスク要因を徹底的に分析し、そのリスクへのコーピングスキルを学び、再犯防止を図る。例えば幼児わいせつの加害少年が「再度の性非行を決意する前から小学校周辺を徘徊する」といった高リスク状況を無意識に選択するような状況はよく認められる。そんな状況を起こさぬよう、起こしても再度の性加害に至らぬよう、コーピングスキル

を身につけていく。このアプローチは大きな成果を挙げ、再犯率の低下に貢献したが、徐々に「実施しても十分に効果の上がらない者も居る」との指摘が起こるようになつた。これはリラプス・プリベンションが多様な性加害者に対応しきれていないことや、禁止事項が多いリスクマネジメント偏重で性加害者の更正意欲を保ちにくいためといったことが原因とされている。現在は加害の多様性に対応したセルフ・レギュレーション・モデルや対象者の自己実現や幸福追求の支援の重要性を説いたグッド・ライブス・モデルなど、複数のアプローチが提唱され、注目されている。また、教育分野では行動障害のある子供と関わる先生や親への支援を目的とした協働モデル Collaboration Model with Teachers and Parents for Support to Children with Disabilities : COMPAS が注目されており、その理念は以下のようなものである。

- ・子どもに関わる可能な限り全ての人で、指導チームを作る。
- ・教師と保護者と共に教育や心理等の専門家もチームを入れる。
- ・チームメンバーは互いを尊重する。
- ・子どもの問題行動が改善することにより、子どものよりよい生活を保障し、メンバー全員の生活の質の向上を目指す。
- ・指導に関する教育のビジョンを共有する。
- ・メンバーの専門性や特性を尊重する。
- ・指導とその指導による結果について責任を共有する。
- ・子どもの生活の場で指導する。
- ・個人およびチームの説明責任を全員で果たす。
- ・適切な指導が行われるよう、研修などで指導技術を向上させていく。

これらの新しい概念は本来は外在化障害のために作成されたものではないが、外

在化症状に対処していく上でも非常に重要なと考えられる。そのため、本ガイドライン案では紹介・言及することとした。

#### ④外来治療と入院治療

#### ⑤利用可能な社会的資源と関係機関との連携

→警察の青少年センターや少年鑑別所、地域生活定着支援センター、保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターなど、利用できる公的機関を網羅して紹介・言及した。また地域連携がしやすくなることも改正の主眼の一つである少年院法や少年鑑別所法の改正についても言及した。

### D. 考察と結論

外在化障害のように診断基準が改定される度に基準や範囲や対象者にずれが生じる、障害概念すら固まっていない障害の標準化は難しい。確かに難しいのであるが、標準化の難しさ以上に臨床現場での困難さが昨年度のアンケート調査では浮き彫りとなった。そのことから、地域医療機関が少しでも有効に使用できるガイドラインは大いに有意義なものとなることは明白である。そして外在化障害を治療・対応していくためには医療機関の力だけでは難しいことが過半であるため、利用できる地域機関と如何に連携体制を築いていくことが有用と考えられた。また医療分野以外で外在化治療に応用できる治療概念や治療技法が提案されてきており、それらをガイドラインに盛り込むことはガイドラインの有用化に非常に死すると考えられた。本年5月(平成25年5月)にはいよいよDSM-5の正式リリースが行われる。その障害概念や新しい正式な診断基準を盛り込んで本ガイドライン案を洗練させ、使用フィールドトライアルを実施していきたいと考える。

## F. 研究発表

### ・論文

- 1) 植屋二郎:最近の反社会的な青少年たち. 精神療法, 38(2):187-194, 2012○植屋二郎:少年院での性非行への治療・対処の現状. 性教育研究会第2回学術大会, 2012/3/4

### ・学会発表

- 1) Jiro Masuya, Tokio Uchiyama, Mayumi Horie, Kazuhiro Nozawa, Goichiro Oishi, Kumiko Ando, Masako Suzuki, Haruna Takahashi : Current Situation of Forensic Mental Health Concerning Offenders with Autism Spectrum Disorder in Japan(About Relation with a stigma). 6th International Meeting of WPA Anti-stigma Section, 2013
- 2) 植屋二郎:発達障害を抱えた非行少年への医療少年院における矯正の現状, 第13回日本司法福祉学会総会, 2012/8/5
- 3) 植屋二郎:少年非行と発達障害. 日本心理学会第76回大会, 2012/9/13
- 4) 植屋二郎:発達障害と矯正医療. 第53回日本児童青年精神医学会, 2012/11/2
- 5) 植屋二郎:時代性と子どもの非行. 児童分析臨床研究会第9回研究会, 2012/11/17

### 参考文献

- 1) DSM-5 : The Future of Psychiatric Diagnosis [http://www.dsm5.org (cited on March 16, 2010)]
- 2) American Psychiatric and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision.: American Psychiatric Association; 2000
- 3) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992
- 4) Marlatt, G. A. : Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds) : Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. 3-70, Guilford, New York, 1985
- 5) Ward, T., & Hudson, S. M. : The construction and development of theory in sexual offending area:A Metatheoretical framework. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10; 47-63, 1988
- 6) Ward, T., & Stewart, C. : The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. Professional Psychology: Research and Practice, 34; 353-360, 2003
- 7) 長澤正樹、松岡勝彦:大学教員の行動コンサルテーションによる地域の障害児教育支援モデル:COMPAS-障害のある子どもを持つ保護者・担任教師・周辺市町村の教師を対象に-. 新潟大学教育人間科学部紀要, 1: 11-22, 2003

8) 齊藤万比古（研究代表者）：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成16-18年度総合研究報告書. 2007.

9) 齊藤万比古：行為障害概念の歴史的展望と精神療法. 精神療法 34 : 265-274, 2008

10) 桦屋二郎：外在化障害の展開と人格発達.  
齊藤万比古(総編集)笠原麻里(責任編集)  
子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達の障害, 216-240、中山書店, 東京, 2011

## 児童青年精神科医療における エビデンスに基づく医療（EBM）のあり方に関する研究

分担研究者 岡田 俊<sup>1)</sup>

研究協力者 大沢佑輝<sup>2)</sup>

1) 名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科

2) 名古屋大学大学院医学系研究科 障害児（者）医療学寄附講座

### 研究要旨：

初年度と次年度の成果からエビデンスに基づく医療（EBM）の成立要件とその課題が明らかになった。本年度はさらに EBM を実践するに当たって留意すべきポイントについてまとめた。さらに昨年度に引き続き、自閉症スペクトラム障害とその併存障害の関係について、統合失調症や强迫性障害に加え、不安障害、パーソナリティ障害の関係について明らかにした。その結果、操作的診断基準例では併存例と見なされる例であっても、併存障害との関係に症状形成あるいは表現上の密接なつながりがあり、併存障害も含めたみたてが治療介入には重要であることが示唆された。

### A. 研究目的

医療者の経験的な判断を排し、エビデンスに基づく治療（EBM）を実践することが推奨されるようになり、精神科医療にも普及しつつある。しかし、児童青年精神科医療に関しては、EBM の普及が必ずしも十分ではない。この背景には、成人精神科医療に比べ、児童青年精神科医療に関しての方が総じてエビデンスが少ないと、とりわけ日本では児童青年医療のエビデンスが極端に不足していること、その背景には発達過程にある児童・青年期の病理が多様性に富みエビデンスを適用しにくく、エビデンスが蓄積されにくいことに加え、薬剤の臨床試験などに際しては児童青年期に対して臨床試験を行うインセンティブがなかったこと、そもそも児童精神科医の人数が少なく研究者人口が少ないことなど、診療に際しての医師の慣習など、多様な要因が関与していると思われる。

本分担研究の目的は、児童青年精神科医療において EBM の普及状況と阻害要因を明らかにするとともに、それを促進するためには、どのような取り組みが必要であるか、児童青年期精神医学に特有の EBM のあり方があるとすればそれはどのようなものか、検討を加えることである。

初年度と次年度を通して、これまでの EBM のありかたについて問題点を整理し、EBM の定義、EBM の扱い、EBM 普及の阻害要因について検討した。

その結果、EBM が成立するためには

- (1) すべての研究者と臨床医が診断を共有できること
- (2) 介入をすべての研究者と臨床医が再現できること
- (3) 介入の効果が妥当性のある尺度で示されること
- (4) 統制された対照群が設定され、介入群

との間に効果の統計学的に有意な差を認める  
こと

(5) 実臨床においてエビデンスの妥当性を  
検証できること  
が求められ、その扱いにおいては、エビデン  
スの強弱を意識することが重要なことを述べ  
た。

しかし、EBM が以下のような問題点も抽出  
された。

(1) 操作的診断基準は変わりうるものであ  
るし、臨床医間の一致率も確認されておらず、  
診断の妥当性が十分に保証されていない

(2) エビデンスに基づいて判断できる状況  
はごくわずかである

(3) エビデンスは、比較検証が容易な領域  
に偏在し、治療に利用されているすべての技  
法について十分な検証がなされていない

(4) エビデンスの内容は必ずしも一致して  
おらず、そこにはスポンサーバイアスやパブ  
リケーションバイアスなどの種々の要因が関  
与する

(5) エビデンスへのアクセスは、抄録につ  
いては PubMed(無料)も利用できるものの、  
論文自身はフリーアクセスのジャーナルをの  
ぞいて有料であり、研究機関に所属する医師  
でないとアクセスしにくい

(6) 治療ガイドラインは EBM と同一では  
なく、エキスパートによる協議により埋め合  
わされている。そのため、エキスパートの経  
験・信念・力動の影響を受ける。

そこで本年度は、これらの検討をもとに  
EBM を実践するにあたり、どのような方  
が求められるのか、特に薬物療法を念頭に置  
いてを考察した。加えて、昨年度に引き続き、  
自閉症スペクトラムと併存障害の関係を中心  
にエビデンスをまとめた。

## B. 研究方法

文献的検討をもとに考察を加えた。

## C. 研究結果

エビデンスに基づく薬物療法を実施する胃  
に当たっては以下の諸点が重要である。

### (1) 客観性の担保された診断と評価

児童青年期においては、素因、生育歴、  
家族・仲間関係などを含めて、個別的かつ  
多面的な見立てを必要とするが、同時に操  
作的診断基準における診断、標準化された  
尺度における症状評価を実施する。また、  
診断と評価の妥当性を担保するため、カン  
ファレンスでの協議や一致度の確認を必要  
に応じて行う。

### (2) エビデンスを調べる

エビデンスを根拠とするに当たっては、  
エビデンスの信頼度を理解するとともに、  
エビデンスの結果が一致しない場合にあつ  
ては、その諸条件を比較し、その理由を推  
測する。ガイドラインの使用も差し支えな  
いが、種々のガイドラインもその内容が必  
ずしも一致しないこと、すべてがエビデン  
スに裏付けられているわけではなく、経験  
的要素を含むことをふまえる。

### (3) エビデンスの提示と治療方針の決定

EBM が推奨された背景には、根拠に基づ  
く患者との意志決定があることに留意し、  
エビデンスを患者にわかりやすく提示する  
とともに、個別的な見立てを提示し、それ  
らをすりあわせて患者とともに意志決定を  
行う。海外においてエビデンスがあつても、  
日本においてはエビデンスが検証されてお  
らず、適応外処方になることも考えられる。  
その場合には、その旨を含めた説明と同意  
が求められる。

### (4) 介入の効果を評価する

介入の効果は、重症度評価に用いた評価尺度を用いて客観的に把握する。同時に、その他の精神面、身体面に対するモニタリングも適切に実施する。介入後に出現したすべての有害事象が、介入の副作用であるとは限らない。介入との時間的な関係だけでなく、想定しうる機序、過去の報告などを検証する。予期せぬ副作用については情報発信を積極的に行い、他者からの検証を得る。臨床試験で検証された介入の効果は、比較的短期間のものに限られる。実臨床にあたっては、介入の心理的な影響も含めた長期的な効果と副作用について意識しておく必要がある。

#### (5) エビデンスをまとめる

エビデンスを参照し、それに基づく shared decision making を行うことがエビデンスに基づく臨床実践であるとするならば、その介入の効果と副作用をフィードバックすることが EBM の実践には不可欠であり、それが新たなエビデンスとなる。

小児に使用される薬剤の多くに「小児に対する有効性と安全性は確立されていない」と添付文書に書かれ、それを適応外処方するのが慣例として許容される時代は終わりつつある。小児に対するプラセボ対照二重盲検比較試験を含む臨床試験が積極的に実施され、それに基づく薬剤の承認や適応拡大が目指されている。また、学会からの開発要望を積極的に取り入れる「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」も作成され、インセンティブも整いつつある。そのようななか臨床も EBM へとシフトすることが求められているし、その背景には、医師の経験主義やパトーナリズムを廃し、患者とともに意志決定を行うという治療感の変革があ

ることに留意しなければならない。小児に対する薬物療法にあたっては、期待がある一方、不安も少なくない。そのなかには誤解に基づくものや十分な根拠のない懸念もあるが、十分な安心を得るだけの根拠と説明が医療側になかったことも反省する必要がある。そのような意味からも、EBM を適切な手順に元に実施することが肝要である。

自閉症スペクトラムにおける精神病状態の関連については昨年度の報告書に言及したが、その成果を日本児童青年精神医学会、日本精神保健・予防学会において講演にて発表した。

また、不安障害との関連については、日本不安障害学会において教育講演「自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害の病態と治療」ならびにシンポジウム「児童青年期における強迫性障害の多様性とサブタイプ」において発表した。

不安は 40% を超える児童の情緒的問題であり (Masky et al., 2012)、不安障害の併存率は 50%、強迫性障害の併存率は 24% に及ぶ (Hofvander et al., 2009)。メタ解析の結果では、39.6% が不安障害を併存し、その内訳は、単一恐怖 29.8%、強迫性障害 17.4%、社交不安障害 16.6%、広場恐怖 16.6%、全般性不安障害 15.4%、分離不安障害 9.0%、パニック障害 1.8% とされる (Van Steesel et al., 2011)。

自閉症スペクトラム障害に併存する不安には、その特性に付随する不安と、その特性を有しながら育つことで生じやすい不安、自閉症スペクトラム障害と病態上の関連をなす不安に大別される。例えば、社会的情報の読みなさは対人緊張/恐怖、被害念慮に

つながりやすく、想像力・臨機応変さの欠如は、恐慌状態を招きやすい、記憶の卓越は、整理されないまま情緒的反応として記憶されやすく、フラッシュバックなどのトラウマティックな体験と結びつきやすい。また、身体像が統一性をもってとらえがたいことは、思春期の身体的発達と二次性徴のなかで危機反応（混乱）をもたらしやすい。自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害への介入については、まだエビデンスが乏しく、少數例の検討において、抗うつ薬、認知行動療法の有効性が示唆されている。

また、パーソナリティ障害との関連についても考察を行った。パーソナリティ障害の中には失調質パーソナリティ障害のように共通性が示唆されている障害もあれば、境界パーソナリティ障害のように自閉症スペクトラム障害との鑑別が求められる障害もある。そもそも対象関係との構築が困難な自閉症スペクトラム障害にあっては、古典的な精神分析が想定する対象関係の病理が生じるわけではなく、境界パーソナリティ構造を有しがたい。しかし、操作的診断基準に照らせば、両者の併存例は少なくなく、その背景には軽度の気分障害の存在が発達障害に伴う衝動性の発露の原動力となり、行動化に至らしめている可能性について言及した。この治療においては、気分障害の薬物療法とともに、発達障害特性に応じた支援が有効である。

さらに、小児期精神障害の診断と治療に関するエビデンス、ならびに、医療的対応については、それぞれの成書にまとめた。

#### E. 結論

EBM は、ただエビデンスどおりの治療を行

うわけではなく、客観的な診断と評価と患者と協働での治療の意志決定をつなぐものであり、その効果は客観的に評価され、臨床からのフィードバックを受けなければならない。実臨床は、エビデンスの構築された状況よりはるかに複雑であり、併存障害の評価にあたってはその病理の関連を踏まえた見立てが求められる。

#### F. 研究成果

##### 1. 論文発表

岡田俊：児童・思春期のうつ病と行動上の問題、分子精神医学 12(3): 233-235, 2012

岡田俊：ADHD の神経心理学とテラーメイド治療、臨床精神医学 15(6): 911-915, 2012

岡田俊：発達障害に対する薬物療法の意義と留意点 PharmaMedica30(4): 41-43, 2012

##### 2. 学会発表

Takashi Okada : Clinical Characteristics and Neuropsychology of Autism Spectrum Disorders (Symposium). Neuroscience, Nagoya, 2012

岡田俊：児童青年期における精神病状態：発達障害や気分障害との関連性も含めて、第53回日本児童青年精神医学会総会（セミナー）、東京、2012

岡田俊：児童精神科医から見た ARMS 研究の現状と課題、第16回日本精神保健・予防学会学術集会（シンポジウム）、東京、2012

岡田俊：自閉症スペクトラム障害に併存する不安障害の病像と治療（教育講演）、旭川、2013

岡田俊：児童青年期における強迫性障害の位置づけと治療選択（シンポジウム）、日本不安障害学会、旭川、2013

##### 2. 書籍

岡田俊：薬物療法、現代児童青年精神医学（改

訂第2版)、南山堂、東京、2012

岡田俊、十一元三；小児の精神障害、Text 精神医学改訂第4版、東京、2012

岡田俊：児童精神医学の臨床—発達障害を中心に、精神医学へのいざない、創元社、大阪、2012

岡田俊：パーソナリティ障害と広汎性発達障害、今日の精神疾患治療指針、医学書院、東京、2012

岡田俊：高機能広汎性発達障害・アスペルガ一障害、今日の小児治療指針第15版、医学書院、東京、2012

岡田俊（訳）自閉性障害、児童青年精神医学大事典、西村書店、東京、2012

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
分担研究報告書

## 大学医学部における専門的医師等の養成システムに関する研究

### — 専門的看護研修内容と研修形態 —

分担研究者 西村良二<sup>1)</sup>

研究協力者 清田晃生<sup>2)</sup> 上別府圭子<sup>3)</sup> 森岡由起子<sup>4)</sup> 吉田敬子<sup>5)</sup> 青木省三<sup>6)</sup>  
傳田健三<sup>7)</sup> 原田 謙<sup>8)</sup> 本城秀次<sup>9)</sup> 松本英夫<sup>10)</sup>

- 1) 福岡大学医学部精神医学教室 2) 大分大学医学部小児科・児童精神科 3) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野 4) 大正大学人間学部臨床心理学科 5) 九州大学病院子どものこころの診療部 6) 川崎医科大学精神科学教室 7) 北海道大学大学院保健科学研究院生活機能学分野 8) 信州大学医学部付属病院子どものこころの診療部  
9) 名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター 10) 東海大学医学部精神科学教室

#### 研究要旨

児童青年精神科医療の充実のためには精神科看護の役割は大きいが、専門的な看護スタッフの養成は難しい状況にある。こうしたなか、医学教育、臨床、研究、地域貢献が求められる大学病院精神科の役割は大きい。今回、児童青年精神医学の領域において、実際に精神科看護に携わっている看護スタッフを対象にして、受けたい児童青年精神科看護の研修内容と、どのような形態の研修を求めているかを調べるために、全国の大学病院80病院の看護部に質問紙を送り、アンケート調査を行った。36の大学病院の看護部から回答を得た（回収率45.0%）。受けたい研修内容としては、子どもの心の症状に関する研修、子どもの自傷・他害に関する研修、看護スタッフの子どもへのかかわり方の研修、家族介入に関する研修の希望が多かった。また、研修の形態としては、体系的な講義、病棟カンファレンスでの研修、個別の対応のロールプレイの希望が多かった。

以上のことから、子どもの心の入院看護には、体系的な講義を受け、知識・技術を持って、症例の検討や病棟カンファレンスの実施、方針、かかわり方、対応のシステムづくりが求められていることがうかがわれた。

## A. 研究の目的

心のケアを要する子どもは増加の状態が続いている、入院治療を必要とする子どもも少なくない。しかし、多くの大学病院では、児童青年精神科の専門病棟をもたず、成人の精神科病棟を借りたり、小児科の病棟を借りたりして子どもの心の入院治療を行っているのが現状である。看護系大学などの教育機関においても、児童青年精神科看護学は必修科目ではなく、精神看護ないしは小児看護学のなかで一部として取り上げられるにとどまっている。児童青年精神科医療の充実の為には、精神科看護の役割は非常に大きいが、児童青年精神科看護の専門的スタッフの養成は難しい状況にある。こうしたなか、医学教育、臨床、研究、地域貢献が求められる大学病院精神科の役割は大きく、子どもの心の入院診療にあたる専門的な精神科看護師の養成プランニングは重要と思われる。今回、大学病院で子どもの心の入院ケアを実践する看護スタッフはどのような研修内容、どのような研修形態を求めているかの予備的調査を行った。

## B. 研究方法

全国の大学病院 80 施設の看護部に質問用紙を配達し、アンケート方式と自由記載による方法で回答を求め、子どもの心の入院看護に携わる看護スタッフが受けたいと思う研修内容と、希望する研修の形態を聞いた。研修を受けたい項目に関しては、独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院編「児童青年精神科看護ガイドライン」を参考にしてアンケート用紙を作成した。<sup>1)</sup>

1. 症状に関する 12 項目；その内訳は、記憶喪失、心因性感觉麻痺・運動まひ、過度の手洗い、その他の過度の繰り返し行動、過度に食べる、極端に食べない、不眠、幻覚・妄想、精神的興奮、身体的な不定愁訴、退行的な赤ちゃん返り、多動、である。

2. 病棟内での子どもの対人関係に関する 5 項目；内訳は病棟での子ども間の盜み、病棟での子どもの孤立、病棟での子どものいじめ、異性の子どもとの交流、病棟でのその他の仲間関係の問題、である。

3. 自傷・他害に関する 7 項目；内訳は暴言・暴力、自殺念慮、リストカットなどの自傷行為、自殺企図、離院、退院要求、隔離・身体拘束などの行動制限、である。

4. スタッフのかかわりかたに関する 5 項目；内訳は子どもからの苦情；子どもが他の子どもからの苦情の対象となるとき、受け持ちナースとして子どもとのかかわり方、受け持ちでない子どもへのかかわりかた、子どもの巻き込み、である。

5. 病棟ルールに関する 2 項目；内訳は、病棟ルールを守らない、ゲーム・携帯の取り扱い。

6. 家族への介入は、家族に関する 1 項目から成っている。

以上、全 32 項目である。

これらの項目の 1 つひとつについて、体系的な講義、時間をかけた症例検討会、看護師間での勉強会、対応のロールプレイ、文献抄読会、病棟カンファレンス、外部の講習会のうち、どのような研修形態を望むかを複数回答可で、回答してもらった。

アンケート用紙は、全国 80 の大学病院看護部へ配達し、36 大学病院看護部から回答を得、回収率は 45.0% であった。