

為抽出約 1 万か所の保育園・学校調査で、何らかの対応が必要な程度の精神的問題の頻度とその医療機関受診率(カッコ内)は保育園 4.57%(15.9%)、小学校 2.90%(12.3%)、中学校 4.21%(12.3%)であり(奥山, 2007)、子どもが心の問題を持ちながら、受診に至っていない場合が少なくないことがわかった。また、どこに相談していいかわからない状態で、症状の軽重にかかわらず専門病院を受診するなど、適切な機関を選べないケースがあることなどの問題が指摘されてきている。

欧米においても小児の精神保健の潜在的ニーズの大きさに対処するための児童精神科医の育成とネットワーク構築の必要性に関して議論されてきている(Grant NR, 1989)。例えば、児童思春期の精神的問題を小児科医がどこまで診て、どのように精神科医と役割分担をするかという問題(Menahems, 1987)、小児科医が gatekeeper として精神保健領域の問題を振り分けることのできるトレーニングの必要性が指摘されている(Dulcan MK et al., 1990)。さらに、最近の試験的な取り組みとして、多忙な小児科医に代わって、Behavioral Outreach Worker が小児科医に代わって学校や児童相談所等との連携をする取り組みが行われ、一定の効果をあげている(Fujiwara & Chen, 2009)。

こうした議論を踏まえ、我が国において子どもの心の診療体制を整備するためには、まず現状の子どもの心の診療システムの実態と問題点を把握すること、子

どもの心の問題をケアする機関との関連機関とのネットワークの中において、医療機関、とりわけ子どもの心の診療における専門機関の果たす役割を明確化する必要がある。つまり、小児がどのように心の問題に関する症状に気づき、どのように専門病院の受診に至り、そこまでにどの程度の期間がかかっているのかを明らかにする必要がある。そこで、本研究の目的は、心の問題を持っていると思われる子どもがどのような過程で心の専門病院の診療にたどり着いているのかを把握し、どこに問題点があるかを探ることである。

## B. 研究方法

研究対象は、子どもの心の診療に関して専門的治療が必要と考えられる病院(Appendix 参照)を受診した患者とする。高度な治療が必要と考えられた患者がどのような経路で受診したかを調べることにより、発症から適切な受診までの時間や患者の不便さを明らかにすることができる。

上記研究対象の病院を平成 20 年 9 月から平成 21 年 3 月までの間に受診した初診・再診(再診は 9 月のみ)の患者に、診察を担当した医師から研究への参加を依頼し、参加を募った。具体的には、質問紙の入った封筒を直接手渡し、謝礼としてボールペンを同封した。質問紙は無記名であり、返送先は国立成育医療センターとした。ただし、病院の特定は質問の紙の色分けで行った。11,577 名に配布し、4,323 名の回答を得た(回答率 34%)。

調査内容として、患者の属性、受診までの経緯、症状とその相談経緯、専門病院での診療の現状、Children's Global Assessment Scale (C-GAS)に基づいて作成した生活上の困難度について調査した。

倫理面への配慮として、個人の特定は連結可能匿名化された ID によって行われ、要約データのみ学会・学術雑誌において公表するものとした。国立成育医療センター倫理委員会によって承認された。

### C. 研究結果

表 1 に参加者の属性を示した。男性がほぼ 2/3 (66.8%)。平均年齢は 13.0 歳で小学生 38.3%と中学生 26.7%を合わせて全体の 2/3 程度となる。問題ありながらも通園、通級、養護学校の利用にはいたらないものが 74.9%。家庭で生活している者がほとんどで (96.2%)、回答者は 84.9%が実母である。

表 2 に主訴となる症状を示した。多岐にわたるが、行動の問題 (21.15%)、発達の遅れ (18.38%)、他人とのかかわりの問題 (16.47%)、不登校 (11.74%)が多い。症状に気づいた年齢は平均 7.1 歳で、どの機関に相談すればいいか非常に困った人が 40.5%、やや困ったという人が 26.7%も見られた。

表 3 に症状に気づいてはじめて相談した機関を示した。小児科クリニック・病院小児科 (26.0%)、教育相談所・教育

センター (12.7%)、保健センター・保健所 (18.7%) が主な入口になっていることが分かるが、初めから子どもの心の専門病院を受診している人が 13.7%も見られる。

表 4 に子どもの心の専門病院以外で初めに相談し、その後専門病院を受診するにいたった経緯を示した。前相談機関からの紹介は半数で (49.94%) で、前相談機関に不満を持つ者 (12.06%)、セカンドオピニオン目的 (8.83%) も少なくなかった。

表 5 にはじめて受診した機関が専門病院である場合の受診を勧めた人の内訳を示した。親自らの判断が 34.9%、学校の先生に勧められた人が 28.7%であり、直接かかわっている人のみの判断が過半数となる。

表 6 に前相談機関で専門病院を紹介されなかったのに専門病院を受診した人の受診を勧めた人の内訳を示した。ここでも、親自らの判断が 42.7%と学校の先生 16.9%が多いことは同様であるが、知人 17.1%や、前の医療機関 16.5%からの勧めも見られる。

図 1 に症状に気付いてから受診するまでの期間の分布を示した。受診までの期間は平均値で 2.4 年 (標準偏差=2.8 年)であった。4 年以上かかっていたものが 22%に上った。

表 7 に親自ら受診した人が専門病院を知ったルートを示した。もともと知って

いた人が 41.4%と多く、インターネットで調べたという人 22.9%がそれに次ぐ。

#### D. 考察

症状に気づいた後、どの機関に相談すればいいか非常に困った人が 40.5%、やや困ったという人が 26.7%も見られた。また、専門機関への受診は直接行くにしろ、他機関を経由するにしろ親自身の判断によるところが多かった。そして、症状に気付いてから専門病院を受診するまでの期間は平均で 2.4 年であり、症状に気付いてから受診までに長期間かかっていることがわかった。

子どもに何かしら症状が見られたときに、周りに相談することが出来ず、どこに相談すればいいか困った親が結果的には独自の選択、判断を余儀なくされて、子どもを受診させているということがうかがえる。専門機関への直接の受診も部分的にはその現れかもしれない。

Cloutier らの報告でも、こころの問題で救急外来を受診した若年者とその養育者に何を期待してきたかなどの質問をした結果、養育者が期待していたのは子どもへの指導と評価・診断、専門家診療であり、精神保健サービスと紹介のシステムに関する知識がないことを明らかにしていた。

子どもの心の問題は急性疾患のような緊急性はないが、症状が起きている初期に適切な治療・対応がなされなかったために、悪化して、手のかかる長期の治療を必要とする可能性がある。また、相談

・受診前に見通しのつかない不安を抱えた状態で本人と家族が過ごす状態はなるべく短い方がよいであろう。

そのためには、幅広い間口を持って子どもの問題を広く受け付け、適切に振り分ける機関があること、あるいは、複数の機関でその役割を果たすためには、それぞれの機関が案内したり、振り分けていく役割としては同等の能力を持っていることが必要であろう。小児科クリニック・病院小児科 (26.0%)、教育相談所・教育センター (12.7%)、保健センター・保健所 (18.7%) が主な入口になっているところから見ても、この入口の機能として、一般小児科に期待される役割は大きい。

アメリカ小児科学会<sup>2)</sup>は精神保健と物質乱用に関してプライマリケアの小児科医がやるべきことと、それを習得する段階を提案している。そこでは、健康的なライフスタイルの確立から、精神保健や物質乱用の問題の予防と改善、そして、精神保健への敷居の高さの緩和が期待されており、日本においても同様の期待が持たれるところである。

Guo らは、school-based health centers 方式を用いたところ、精神保健ケアサービスに行きついた学生の割合が増加し、また医療費全体も、精神保健にかかる医療費が低下したと報告している。本邦に同様の精神保健としてのシステムはないが、教育機関は入口の相談機関の一つであり、専門機関への紹介機関でもある。この連携は強めていく必要があるだ

ろう。

親自ら受診した人が専門病院を知ったルートに関してインターネットで調べたという人 22.9%もおり、インターネットによる情報提供も有用な案内やサポートになりうるということが考えられる。Oh6)らが年齢12-25歳の3746人と同居している親 2005 を対象にした調査でも、71%が website と書籍を有用であると評価していると報告されている。

症状に気づいてから専門病院を受診するまでの期間は平均 2.4 年であった。この長さは何によるのだろうか？専門機関受診までの期間のばらつきと、紹介なしで受診に至った人が少なくないことから、紹介に至るための関係機関のネットワークの不備があるのかもしれない。フィンランドでは児童精神科専門機関受診の必要性をみるため、インターネットでアクセス可能な国の基準 (Finnish Child Psychiatric Criteria Tool) を作っており、その試行結果、感度 82%、特異度 74%であったことと、その開発過程で、多機関を組織化する議論が生まれ、政策も計画化されたことが Kaukonen らによって報告されている。日本においても、このような基準が役に立つかもしれないが、さらに必要なのはこのような基準を囲んで関係機関が議論していくことであろう。どのあたりを基準にするかは各機関にどの程度のキャパシティがあるかによるからである。

また、アメリカのマサチューセッツ州にあるリビア市では Behavioral Outreach

Worker が小児科医と精神保健サービスと間をつなぐ役割を担っており、その有用性が評価されている (Fujiwara T, Chan MH, 2009)。また、同様のシステムはイギリスでも用いられている。

さらに、精神科受診に対する気持ちの上での抵抗感などもこの平均 2.4 年の長さを説明するものとして考えられる。しかし、現状はこの期間があるために自然経過で落ち着いてくるものは除外され、また、いきなり専門病院を受診する者が少なくなっているという状況があるかもしれない。その場合、上記の問題が改善されたときには潜在する患者集団の多くが顕在化し、その中の多くの割合が専門病院の受診を希望することが考えられる。もともとそのことを目的としたシステムの整備であり、望ましいことであるが、このシステムが機能するためには、それぞれのレベルで治療が出来るように必要な研修が行き届いていることと、専門病院でしか行えない評価や治療が終了した段階で、紹介元に戻る流れも出来ていることが必要である。

主訴となる症状は多岐にわたったが、行動の問題 (21.15%)、発達の遅れ (18.38%)、他人とのかかわりの問題 (16.47%) と発達障害をうかがわせるものが多かった。男子に多い性差もその表れかもしれない。疾患・障害の内訳がはっきりした段階で、そのことに沿ったシステムを作るときの工夫が考えられるであろう。

今後は、子どもの心の診療拠点病院がス

ターゲットし、子どものニーズにあった診療サービスを提供できるような体制が組まれる。その際、上記あったような受診までの困難度の改善等が期待される。

#### E. 結論

子どもに心の問題があると思われたときに、専門病院を受診するまで困難を感じている保護者が約 6 割に上ることがわかった。また、受診まで平均 2 年かかっていた。しかしながら、専門病院を受診した場合には大半がその診療に満足していることがわかった。今後展開される拠点事業により子どもが心の問題を呈した際にスムーズに受診できるシステムの構築が待たれる。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究業績

##### 論文発表

1. 加藤則子、瀧本秀美、藤原武男、須藤紀子編. 子どもをとりまく環境と食生活—妊娠期からのすこやかな出産・発達のために—. 小児医事出版、東京(印刷中)
2. 藤原武男. 総論. 加藤則子、瀧本秀美、藤原武男、須藤紀子編. 子どもをとりまく環境と食生活—妊娠期からのすこやかな出産・発達のために—. 小児医事出版、東京(印刷中)
3. 藤原武男、児玉知子. 各論 精神・神経発達. 加藤則子、瀧本秀美、藤原武男、須藤紀子編. 子どもをとりまく環境と食生活—妊娠期からのすこやかな出産・発達のために—. 小児医事出版、東京(印刷中)
4. 藤原武男. その他の小児期特有の疾患喘息. 加藤則子、瀧本秀美、藤原武男、須藤紀子編. 子どもをとりまく環境と食生活—妊娠期からのすこやかな出産・発達のために—. 小児医事出版、東京(印刷中)
5. 藤原武男. 新しい乳幼児揺さぶられ症候群の予防戦略:「パープルクライング期」教材による介入研究. 子どもの虐待とネグレクト. 2010(印刷中)。
6. Desapriya E, Fujiwara T, Verma P, Pike I. Comparison of on-reserve road versus off-reserve road motor vehicle crashes in Saskatchewan, Canada: a case control study. *Asia-Pacific Journal of Public Health* (in press)
7. Fujiwara T, Okuyama M, Takahashi K. Paternal involvement in childcare and unintentional injury of young children: a population-based cohort study in Japan. *Int J Epidemiol* (in press).
8. Desapriya E, Fujiwara T, Scime G, Sasges D, Pike I, Shimizu S. Did 1994 alcohol production and the sales deregulation policy in Japan increase the road traffic fatalities among adult and teenage males and females in Japan? *Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence*. (in press)
9. Chen G, Fujiwara T. Impact of one-year methadone maintenance treatment in heroin users in Jiangsu Province, China.

- Substance Abuse: Research and Treatment. 2009;3:61-70.
10. Andrew Pickles (藤原武男訳). 統計に関する問題と手法について臨床医が知っておくべきこと. Michael Rutter, Dorothy Bishop, Daniel Pine, Steven Scott, Jim S. Stevenson, Eric A. Taylor, Anita Thapar 編、長尾圭造、小野善郎、氏家武、吉田敬子監訳. 児童青年精神医学 第5編. 明石書店、東京 (印刷中)
  11. 藤原武男. 揺さぶられ症候群. 月刊地域保健 2009 ; 40 (7) : 48-51.
  12. 藤原武男. お母さん、子どもは泣くのが「仕事」です. 潮 2009; 7月号 (通号 605) : 226-231.
  13. Fujiwara T, Okuyama M, Izumi M, Osada Y. The impact of childhood abuse history and domestic violence on the mental health of women in Japan. Child Abuse & Neglect. (in press)
  14. Fujiwara T, Kawachi, I. Is education causally related to better health? A twin fixed effects study in the United States. Int J Epidemiol. 2009 ;38(5):1310-22.
  15. Fujiwara T, Barber C, Schaechter J, Hemenway D. Characteristics of Infant Homicide in the U.S.: Findings from a multi-reporting system. Pediatrics. 2009;124(2):e210-7.
  16. Fujiwara T. Is Altruistic Behavior Associated with Major Depression Onset? PLoS One 2009;4(2):e5557.
  17. Fujiwara T, Kawachi I. Response. Am J Prev Med 2009;36(2):282.
  18. Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviors regarding crying and shaken baby syndrome in mothers of newborns when delivered by public health home visitor nurses? A randomized controlled trial. CMAJ 2009;180(7):727-33.
  19. Fujiwara T, Chan MH. The role of Behavioral Outreach Worker in increasing mental health service utilization for children. Pediatr Int 2009;51:167-8.
  20. Barr RG, Fujiwara T. Crying in Infants: Fussiness to Colic. In : Rudolph, CD, Rudolph, AM, Hostetter, MK, Lister, GE, Siegel, NJ. (Eds), *Rudolph's Pediatrics, 22nd Edition*, McGraw-Hill, New York. (in press)
  21. Desapriya, E., Scime, G., Cripton, P., Babul, S., Fujiwara, T., Subzwari, S., Pike, I. Misuse of child restraint seats: What can be done to reduce misuse of this life saving safety device? In: Columbus, F., editor. *Consumer Product Safety*, Nova publishers, New York (in press)

学会発表

1. Fujiwara T, Kato N. Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in changing child behavior, parenting style, and parental

- adjustment: An intervention study in Japan. The Joint Scientific Meeting of IEA Western Pacific Region and Japan Epidemiological Association, Saitama, Japan, Jan 9-10, 2010. Supplement to Journal of Epidemiology 2010;20 (Supplement 1):S255.
2. 藤原武男、山田不二子、工藤久美子、林節子. 乳幼児揺さぶられ症候群 (Shaken Baby Syndrome, SBS) のメカニズムとその予防. 日本子ども虐待防止学会 第 15 回学術集会埼玉大会 ; 2009 年 11 月 27-28 日 ; 埼玉. 日本子ども虐待防止学会 第 15 回学術集会埼玉大会 プログラム・抄録集. p60-61.
  3. 藤原武男. 子どもの心の診療システムにおける受診バリアに関する研究. 第 68 回日本公衆衛生学会総会 ; 2009 年 10 月 21-23 日 ; 奈良. 第 68 回日本公衆衛生学会総会抄録集. p. 253.
  4. Fujiwara T, Okuyama M, Yamada F, Barr RG. Changing Knowledge and Behavior Concerning Infant Crying and Shaken Baby Syndrome in Japan: A Randomized Controlled Trial. 50<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Society for Paediatric Research, Hamburg, Germany, Oct 9-12, 2009. Acta Paediatr. 2009;98(Suppl.460):20.
  5. Fujiwara T, Barr RG, Rajabali F, Pike I, Jivani K. Determining Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma Incidence using ICD-10 Codes in Canadian Provinces: A Proposal. 2nd International Conference on Pediatric Abusive Head Trauma, Jackson Hole, Wyoming, USA, June 25, 2009.
  6. Fujiwara T, Barr RG, Rajabali F, Pike I, Jivani K. The case for determining the incidence of conditional shaken baby syndrome/abusive head trauma incidence. 2nd International Conference on Pediatric Abusive Head Trauma, Jackson Hole, Wyoming, USA, June 25, 2009.
  7. Fujiwara T. Causal inference in social capital and health: twin studies. International symposium on social capital and health: cross-national comparative perspective, Boston, MA, USA, June 19-20, 2009 (Invited oral presentation)
  8. 藤原武男. 代理によるミュンヒハウゼン症候群 (MSbP : Munchausen Syndrome by Proxy). 第 112 回小児科学会学術集会 イブニングセミナー ; 2009.4.17-19 ; 奈良. 日本小児科学会雑誌 2009 ; 113 (2) : 227.
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
該当なし
- I. 参考文献  
Appendix. 参加病院のリスト
1. 宮城県こども総合センター
  2. 国立国際医療センター国府台病院
  3. 埼玉県立小児医療センター
  4. 東京都立梅ヶ丘病院

5. 国立成育医療センター
6. 神奈川県立こども医療センター
7. 静岡県立こども病院
8. 信州大学医学部附属病院
9. あいち小児保健医療総合センター
10. 三重県立小児心療センター あすなろ学  
園
11. 大阪府立精神医療センター 松心園
12. 神戸大学医学部附属病院
13. 香川小児病院
14. 医療法人 翠星会 松田病院
15. 国立病院機構鳥取医療センター
16. 肥前精神医療センター



表1. 研究参加者の属性

		平均またはN	SDまたは%
年齢		13.0	5.5
性別	男	2864	66.8
	女	1422	33.2
主に住んでいる場所	家庭	4144	96.2
	里親委託	7	0.2
	障害児施設	25	0.6
	その他の児童福祉施設	65	1.5
	その他	69	1.6
在籍機関	保育園	190	4.4
	幼稚園	163	3.8
	小学校	1640	38.3
	中学校	1144	26.7
	高等学校	573	13.4
	専門学校	21	0.5
	大学	49	1.1
	その他	501	11.7
利用制度	通園障害児施設	137	3.3
	通級制度	539	13.0
	養護学校	369	8.9
	利用せず	3113	74.9
回答者	実母	3832	89.4
	実父	290	6.8
	義理の母	10	0.2
	義理の父	3	0.1
	祖母	42	1.0
	祖父	9	0.2
	里母	7	0.2
	里父	0	0.0
	施設担当職員	70	1.6
	施設長	1	0.0
	その他	23	0.5

表2. 主訴となる症状について

		平均または N	SD または %
症状に気付いた年齢		7.1	4.6
主訴	発達の遅れ	742	18.38
	他人との関わりの問題	665	16.47
	こだわりの問題	208	5.15
	行動の問題	854	21.15
	不登校(園)	474	11.74
	心の問題が原因と思われる身 体症状	156	3.86
	排泄の問題	22	0.54
	食行動の問題	94	2.33
	かん黙	37	0.92
	習癖の問題	83	2.06
	過度の不安	68	1.68
	抑うつ状態	120	2.97
	非行の問題	21	0.52
	自殺念慮・自傷行為	105	2.6
	睡眠の問題	26	0.64
	虐待の問題	31	0.77
	トラウマの問題	80	1.98
	幻覚(幻聴、幻視等)	37	0.92
	妄想	13	0.32
	薬物依存	0	0
	その他	202	5
症状に気付いた時、どの機関 に相談すればいいか困ったか	非常に困った	1,735	40.5
	やや困った	1,146	26.7
	どちらともいえない	295	6.9
	あまり困らなかった	749	17.5
	全く困らなかった	298	7.0
	わからない	62	1.5

表3. 症状に気付いて初めて相談した機関

	N	%
子どもの心の専門病院	585	13.7
子どもの心の専門病院以外	3696	86.3
医療機関	1475	41.5
(内訳) 小児科クリニック	423	11.9
病院小児科	501	14.1
精神科クリニック	270	7.6
病院精神科	169	4.8
内科クリニック	112	3.2
教育相談所・教育センター	450	12.7
児童相談所	311	8.8
保健センター、保健所	663	18.7
家庭児童相談所、福祉事務所	144	4.1
児童家庭センター	39	1.1
警察の心理相談	6	0.2
司法関係	1	0.0
その他	465	13.1

表4. 子どもの心の専門病院以外ではじめに相談し、その後専門病院を受診するに至った経緯(理由)

	N	%
前相談機関からの紹介	1,781	49.94
前相談機関に不満	430	12.06
セカンドオピニオン目的	315	8.83
その他	1,040	29.16

表5. 初めて受診した機関が専門病院である場合の受診を勧めた人の内訳  
(n=585)

	N	%
親自ら受診	204	34.9
学校の先生	168	28.7
保健センター、家庭児童相談所、児童家庭センター	27	4.6
児童相談所	11	1.9
民生委員・児童委員	0	0.0
同居している他の家族	14	2.4
同居していない祖父母や親せき	28	4.8
知人	52	8.9
インターネット上のコミュニケーション	4	0.7
その他	102	17.4

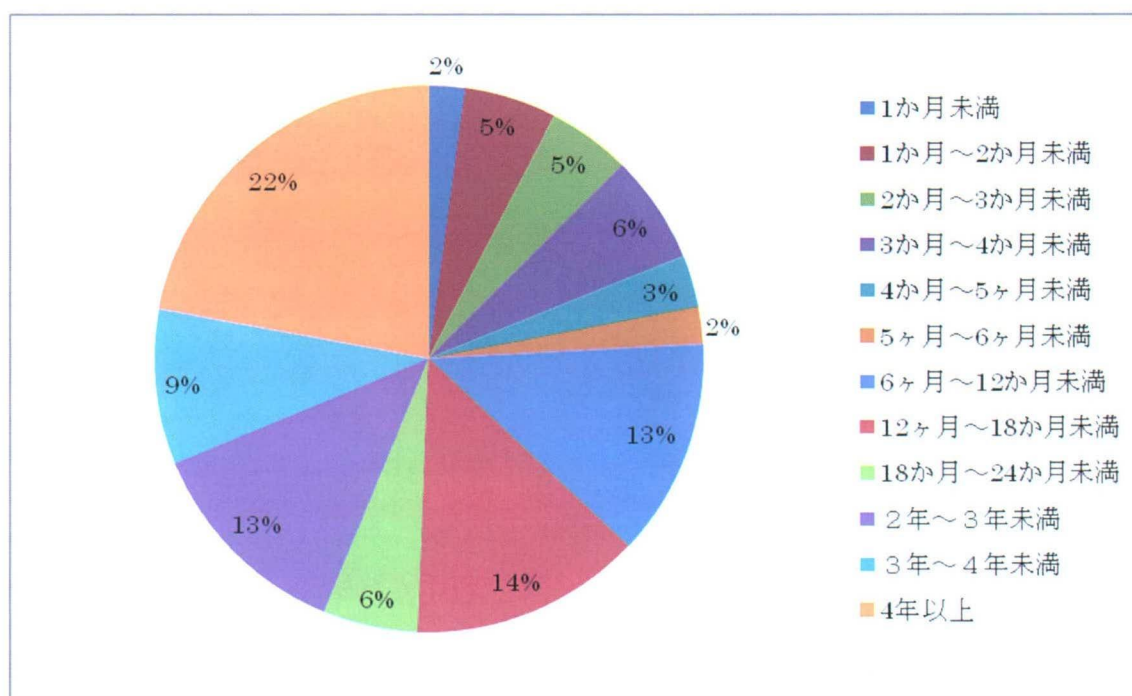
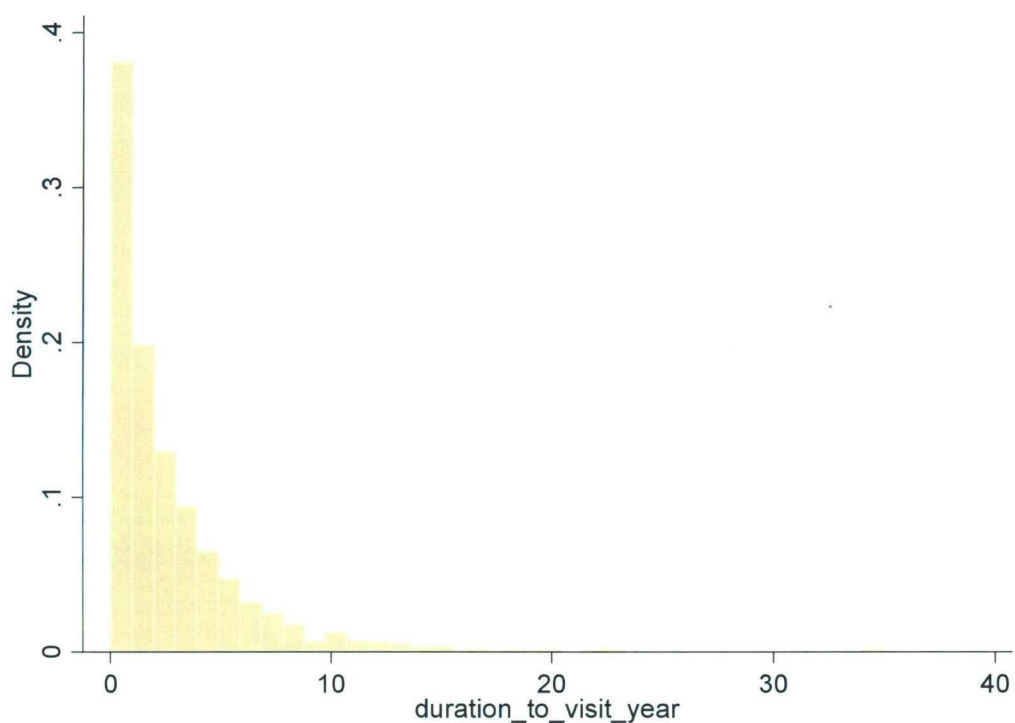
表6. 前相談機関で専門病院を紹介されなかったのに専門病院を受診した人の受診を勧めた人の内訳(n=1785)

	N	%
親自ら受診	762	42.7
前の医療機関(同じ病院の他の診療科含む)	295	16.5
学校の先生	301	16.9
保健センター、家庭児童相談所、児童家庭センター	133	7.5
児童相談所	67	3.8
民生委員・児童委員	4	0.2
同居している他の家族	26	1.5
同居していない祖父母や親せき	70	3.9
知人	306	17.1
インターネット上のコミュニケーション	26	1.5
その他	321	18.0

表7. 親自ら受診した人が専門病院を知ったルート(n=966)

	N	%
もともと知っていた	400	41.4
前の医療機関	88	9.1
専門病院を受診している人	111	11.5
インターネットで調べた	221	22.9
親の会	55	5.7
学校の先生	71	7.3
保健所・保健センター・福祉事務所	69	7.1
児童相談所	36	3.7
親戚や知人に調べてもらった	56	5.8
その他	211	21.8

図1. 症状に気付いてから受診するまでの期間の分布と割合



厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

虐待に関する医療間および他機関との連携の在り方に関する研究

分担研究者 柳川 敏彦 和歌山県立医科大学 保健看護学部  
研究協力者 山崎 嘉久 あいち小児保健医療総合センター  
市川 光太郎 北九州市立八幡病院  
小林 美智子 大阪府立母子保健総合医療センター

研究要旨(21年度)

医療機関における虐待対応システムの確立を目標とするこれまでの厚生労働科学研究を継続した。15-17 年度の厚生労働科学研究で提言された、①院内システム、②医療間連携システム、③医療 - 保健連携システム、④福祉・教育等の多くの機関を含む地域関係機関ネットワークシステムの4つの虐待医療システムを念頭に、18-19 年度で①日常診察や健康場面での子育て支援の視点での関わりが虐待予防につながること、②日常診療の中で病気や障害を持つ子どもやその家族への支援の2つの医師の基本的な診療姿勢が、通告や連携を促進する重要な要素であるという、日常での関わりの重要性を提唱した。20 年度から「何らかの援助が必要な子ども」に対する家族支援という

虐待対応の枠組みを再認識した研究を展開した。

研究1は医療-保健所連携における養育支援体制のあり方に関する研究として、わが国が従来から培ってきた母子保健活動の重要性を改めて検証するものとして、①日常診療における診療所医師の保健機関との連携に関する状況調査、②要保護家庭を早期に支援するシステムにおける県型保健所の役割の検討を行った。研究2は医療間、および医療-教育・保健等連携強化の有り方に関する研究として、特に園医・校医の児童虐待相談活動の支援体制事業の展開を行い、地域医師会を中心とした虐待防止医療ネットワークシステムの整備を行った。研究3では、小児病院におけるMSW・保健師・心理士・看護師の役割を検討する目的で、①周産期・小児3次医療センターにおける虐待発生子予防のための看護師の役割に関する検討、②周産期・小児3次医療センターCAPS活動にみえる心理士の役割の研究を展開した。

今後、虐待予防という幅広い関わりを踏まえ、院内の現場機能中心の虐待対応チームの検討、海外の院内システムの調査を加え、新しい子ども虐待防止医療システムの確立を目指す。

## A. はじめに

本分担研究班では厚生労働科学研究として、平成 15 - 17 年度に、医療機関における 4 つの虐待対応システム、すなわち①院内システム、②医療間連携システム、③医療 - 保健連携システム、④福祉・教育等の多くの機関を含む地域関係機関ネットワークシステムを提唱した。平成 18-19 年度では、①日常診察や健康場面での子育て支援の視点での関わりが虐待予防につながること、②日常診療の中で病気や障害を持つ子どもやその家族への支援の 2 つの医師の基本的な診療姿勢が、通告や連携を促進する重要な要素であるという、日常での関わりの重要性を指摘した。そして、平成 20 年度からは、「虐待に関する医療間および他機関との連携の在り方に関する研究」として、4 つの医療システムを再度見直し、虐待予防の観点を踏襲し、さらに対応の枠組みを広げ検証を行い、「新しい医療機関における虐待対応システム構築」を目指す。

## B. 目的

①専門家による特殊な対応のみではなく、日常診療における通常の業務に組み込みこむための医療 - 保健機関連携のシステムを検討すること、②医療 - 保健連携だけでなく、医療 - 教育機関連携を検討すること、③医師を中心とした対応以外に、看護師、臨床心理士の虐待対応の役割を検討すること、④医療機関における代表者を中心とした対策委員会から、現場機能中心の虐待対応チームの検討を行うこと、⑤日本だけでなく、海外の病院に設置されている虐待対応ユニットの検証すること、など多岐にわたる。

## C. 研究内容

### 研究 1. 医療-保健所連携における養育支援体制のあり方に関する研究

#### ①日常診療における診療所医師の保健機関との連携に関する状況調査（柳川敏彦）

1. 目的：日常診療上の診療所医師と保健機関の連携の現状を明らかにすること。
2. 方法：和歌山県で主として診療所に勤務する医師会・会員 1,000 名を対象にアンケート調査した。
3. 結果と考案：日常診療で「何らかの支援が必要な子ども」に対する家族支援の必要性は、約 8 割の小児科医で認識され、保健所連絡は 6 割、連携活動は 4 割で経験されていた。小児科以外では、3 割の産科医が家族支援の必要性を認識し、保健所連絡は 3 割、連携活動で 2 割の経験がなされていた。しかし、いずれも「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制について（雇児総発第 0331003 号）」の周知は低く、医療から保健所へ連絡文書が診療情報提供料算定の対象になることの周知も低いものであった。医療 - 保健連携に関する研修会は、必要である、わからないがほぼ同数の 4 割程度であった。今後、都道府県、市町村は、行政の役割として管内の医療 - 保健連携システムを一層、具体的な検討を示すことが望まれる。

#### ②要保護家庭を早期に支援するシステムにおける県型保健所の役割要保護家庭を早期に支援するシステムにおける県型保健所の役割（山崎嘉久）

1. 目的：医療機関と保健機関の連携システムにおける県型保健所の役割についての状況を検討することである。
2. 方法：愛知県保健所 12 か所において、



周産期医療機関との会議の開催状況と連携状況等に関する記述式のアンケート調査を行い、「周産期からの子育て支援推進会議」を実施し、具体的な内容について検討した。

3. 結果と考案：県型保健所が開催する連携会議は、関係機関の信頼関係の構築や支援に対する共通理解、連絡票などの共有化、継続的な支援を促進する点で必要性が高く、周産期の医療機関との連絡やケース会議の開催、保健所保健師が医療機関を訪問するなど、管内の保健センターなどと共同して密に行っていることが明らかとなった。また、数か所の保健所で進められているカードというツールを使った活動は、関係機関のスタッフが連携の重要性を認識し地域の機関がいっしょに支援しているという一体感につながり、機関連携の課題である機関ごとの対応の違いを埋めるために有用である可能性も示唆された。周産期から早期に要保護家庭とその子どもを支援するために医療保健機関の連携を促進する県型保健所の役割は、地域の母子保健活動の中で重要な位置を占めていることが判明した。

#### 研究 2. 医療間、および医療-教育・保健等連携強化の有り方に関する研究 - 特に園医・校医の児童虐待相談活動の支援体制事業の展開 - (市川光太郎)

1. 目的：北九州市児童虐待防止医療連携ネットワーク委員会（以後虐待委員会）において、園医・校医の医療活動の児童虐待相談機能の充実と教育機関への啓発を行うため、教育委員会の参画、相談の実施開始と事後検証作業実施を目的に体制作りを検討した。

2. 方法：園医会・校医会に保育園・幼稚園・学校に対する実際の対応表や受診呼び

かけの方便集などの説明会を行い、教育委員会には各保育園・幼稚園・学校担当者への説明を行い、同意を得た。教育委員会を通して、各教育機関に漏れなくマルチリトメント相談書を配布する方法の検討を依頼した。また、医師会虐待防委員会により、各園医会・校医会の会員（診療所）へのマルチリトメント意見書の配布などを実施した。

3. 結果と考案：児童虐待に関する医療-教育連携強化、すなわち、園医・校医による児童虐待相談事業の開始を医師会にて取り纏める体制と教育機関における児童虐待の早期発見早期支援につながる医療機関への相談体制を教育委員会で取り纏める体制の実現を行えた。これにより、医療機関のボトムアップと、地域ぐるみの児童虐待早期発見・保護・支援という体制の構築が期待された。このような体制を構築維持することにより、永続的な体制として児童虐待相談事業が定着することは地域における児童虐待防止の意識が広がり、子どもの健全育成の大きな柱となることが期待された。

#### 研究 3. 小児病院における MSW・保健師・心理士・看護師の役割 (小林美智子ら) ①周産期・小児 3 次医療センターにおける虐待発生予防のための看護師の役割に関する検討 一第 2 報一 (森山浩子ら)

1. 目的：医療機関において虐待の予防的観点からみた活動や対応の実際について、①院内組織に位置づけられた CAP 小委員会 (Child Abuse Preventetion) に提出された事例から背景要因を明らかにすること、②虐待に至らないための予防的な看護の詳細について母性・新生児・小児部門別の看護師の具体的な実践活動を明らかにすることの 2 点である。

2. 方法：平成18年6月から平成20年3月のCAP小委員会に新規提出された160例について虐待背景等を分析し、看護師の役割の詳細について検討した。

3. 結果と考案：家族側要因は、経済不安77例(48.1%)、課題な育児負担71例(44.4%)、育児能力の問題57例(35.6%)の順で、子ども側の要因は、基礎疾患がある65例(40.6%)、新生児期の入院62例(38.8%)、低出生体重児52例(32.5%)であった。予防と早期発見に着目し、事例報告より、看護師の行った対応についての分析では、「親子関係の観察」148例(92.5%)、直接援助の「養育者と信頼関係を築きストレスの緩和を図る」147例(91.9%)、「育児能力のアセスメント」133例(83.1%)であった。なお、母性、新生児、小児部門毎に、看護師の具体的な行動や役割に違いが見られた。

#### ②周産期・小児三次医療センターCAPS活動にみえる心理士の役割 その2(山本悦代、山川咲子ら)

1. 目的：CAP小委員会に提出された事例から、①心理士によってどのような評価および助言がなされているか、その特徴を明らかにすること、②乳幼児虐待の予防における心理士の役割について検討することである。

2. 方法：CAPSに報告された166名から発達検査と発達相談を中心とした心理的関与を1回から10回まで行われた児67例について、発達障害と診断された子どもを診断あり群、なし群の2群に分けて、記述データを分析した。

3. 結果と考案：子どもの情動コントロールのまずさについて記述されることが多く、診断あり群の7割近くの子どもの指摘され、多動、落ち着きのなさ、集中力の短さ

が中心的内容であった。しかし、この情動コントロールのまずさについては、診断なし群においても記述された者が多く、4割近くの子どもの指摘され、診断の有無に関わらずCAPS事例における一つの顕著な特徴として考えられた。

このほか、外界への不安(警戒の強さ、緊張の強さ、自信のなさなど)、反応の乏しさ(情動表出の乏しさ、関係の希薄さなど)、問題行動(マイペースさ、私の強さなど)発達障害の診断の有無で異なるものの、CAPS事例の共通特徴としてとらえることができた。養育者の特徴については受容の困難さを指摘され、親子関係の特徴については、関わりのまずさ(子どものサインと養育者の行動とのズレ)と、関わりの少なさを指摘された。診断あり群、診断なし群、それぞれに特徴的に見られる項目もあり、それらは、発達障害と診断されなかつ虐待を危惧される環境にある事例の特徴と、発達障害と診断はされないが虐待を危惧される環境に置かれた事例の特徴として、重要な意味を持つと考えられた。

心理士は子どもへの関わり方のアドバイスと、集団参加・個別支援等のサービス利用の提案といった、養育者が具体的に実行可能な内容の助言を中心に行なっていることが明らかとなった。

#### D. 平成22年度以降にむけて

目的で述べた、院内の現場機能中心の虐待対応チームの検討、海外の病院に設置されている虐待対応ユニットの検証を加え、3年間のまとめとして新しい子ども虐待医療の提言を行う。

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

虐待に関する医療間および他機関との連携の在り方に関する研究

研究 1. 医療-保健所連携における養育支援体制のあり方に関する研究

①日常診療における診療所医師の保健機関との連携に関する状況調査

分担研究者 柳川 敏彦 和歌山県立医科大学 保健看護学部

児童虐待の対応の枠組みを、①被虐待児に対する子ども保護、②要援助・要支援児を取り巻く家族の養育支援、そして③すべての人に対する啓発・教育の3層構造としてとらえ、特に家族の養育支援に焦点をあて、日常診療上の医療-保健機関の連携の現状を明らかにすることを目的とした。地域（県域）医師会の一般診療所会員 1,000 名を対象にアンケート調査実施した。「何らかの支援が必要な子ども」に対しての家族支援に関する認識は全体として2割であるが、小児科医は約8割であった。小児科医は保健所連絡が6割、連携活動が4割で経験されていた。産科医、内科・小児科医なども認識、連絡、連携活動の経験がなされていた。しかし、本研究のきっかけとなった「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制について（雇児総発第 0331003 号）」の周知は低く、医療から保健所へ連絡文書が診療情報提供料算定の対象になることの周知も低いものであった。要援助・要支援の概念での医療機関の研修会は、必要である、わからないがほぼ同数の4割程度であった。今後、都道府県、市町村は、行政の役割として管内の医療機関及び保健機関の連携システムを具体的に検討する行動を示すことが望まれる。

A. はじめに

児童虐待に対する取り組みは、虐待事象発生後(事後)の修復の困難性から、虐待事象発生前(事前)に防ぐという予防的概念の重要性が提唱されている。

すなわち、被虐待児に対する「子ども保護」というシステムの外に、「援助がなければ、健康や発達が達成できない、あるいは維持できない可能性がある子ども」に対

する「家族支援」というシステムをしっかりと認識し、その上でこの「家族支援」のシステムを整備することが必要である。

「援助がなければ、健康や発達が達成できない、あるいは維持できない可能性がある子ども」は、1989年の英国児童法に、「children in need(チルドレン・イン・ニード)」として紹介されている用語である。「要援助児、要支援児」という意味から、

「障害のある子ども」、「慢性疾患をもつ子ども」を持つ家族の養育支援が代表的な対応概念である(図1)。

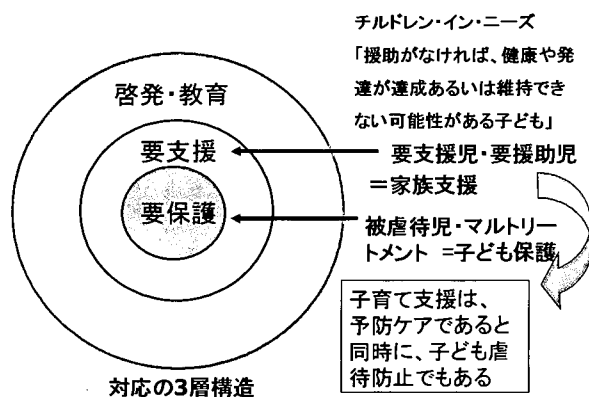


図1. 虐待対応の枠組み

平成20年3月31日付で厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長から「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制について(雇児総発第0331003号)」が出され、この通知において①医療機関から保健機関への連絡として医療情報提供書の活用、②市町村の要保護児童対策地域協議会(子どもを守る地域ネットワーク)の利用が強調されている。

本研究班では平成20年2月に、医療機関から保健機関に要支援家庭に関する情報提供と、適切な支援の早期の開始を促進し、医療機関と保健機関の連携を強化する地域システムの構築、運用するための具体的な方法を示したガイドラインを作成した。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金による研究では、「医療-保健連携における養育支援体制のあり方に関する研究」において①医療機関と保健機関の連携状況に対する調査結果(山崎)と②先進地域の取り組み(柳川)の報告を行い、共に保健機関の現状を調査した。

本稿では、地域診療所医師の日常診療における保健機関との連携について現状を明らかにする。

## B. 目的

医療-保健連携における養育支援体制のあり方について、日常診療上の診療所医師の保健機関との連携の現状を明らかにすることを目的とする。

## C. 方法

平成21年11月の時点で、診療所に勤務する和歌山県医師会の会員を対象にアンケートを用い調査した。アンケートの配布、返信は郵送で行った。

質問内容は、日常診療において、「何らかの支援が必要な子ども」に対しての家族支援に関する経験、課題、意見などの項目、平成20年3月31日付の厚生労働省雇用均等・児童家庭局課長通知(雇児総発0331003号)、平成16年2月27日付の診療情報提供料算定に関する通知(保医発0227004号)、平成20年2月発行の「妊娠・出産・育児期に支援を必要とする家庭の地域における保健医療連携システム構築のガイドライン(以後、保健医療連携システム構築ガイドラインと略す)」の周知に関する項目など計10項目である。

(倫理的配慮)

対象者属性は、性別、年齢、勤務場所、診療科で無記名とし、アンケート記入に関して個人情報保護に留意すること、研究への参加は自由意志であること、発表は個人の記録でなく集団の結果のみを扱うことなどを文書で説明の上、返信をもって同意とした。

## D. 結果