

医師の専門性の維持向上に関する研究

米国の子どもの心の診療関連専門医制度(11)の調査・翻訳



日本では広く浅くと深い専門性の2段階の制度が望ましいと提言

米国で専門性維持に
必要とされる領域
治療技術
医学知識
自己研鑽(実技研修)
コミュニケーション技術
職業意識
系統だった研修

e-learningの立ち上げ

5テーマ21単元のコンテンツ作成
公開してアンケートを集計中

維持の方法、コンテンツの改訂など、運営の課題が大きい

コメディカルスタッフの専門的育成に関する研究

医療412名へのCLS認識度に関するWebアンケート調査
医師(61名)、看護師(271名)16名、他の医療者(80名)、

↓
名前は知っていても内容を知らない
職種によって認識度が異なる

小児を対象とする心理士48名に資格およびトレーニングに関する調査

↓
国家資格ができるまえであっても
トレーニングや学会認定が役立つ

小児病院(31か所)でのコメディカルの配置とトレーニングに関する調査

入院患児とその親、嘗て入院を繰り返していた成人へのインタビュー調査

医療保育専門士、チャイルドライフスペシャリストに関する養成カリキュラムの検討

質の担保および定着の確保のためには資格化とポストが必要
資格に伴い、日本でのトレーニングシステム確立が必要
そのために、広く必要性が認知されるような活動が求められる

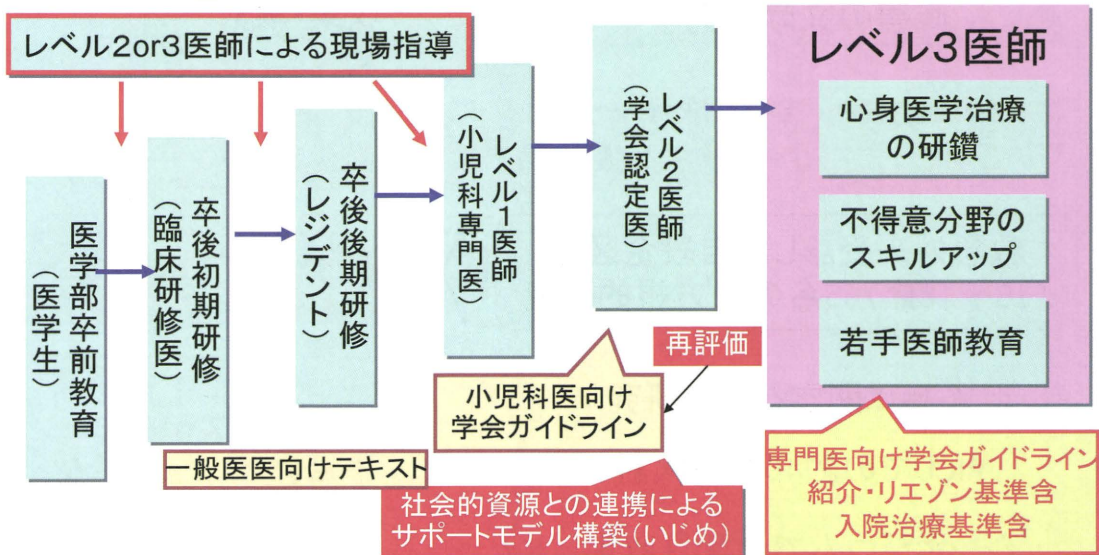
	心理士	医療保育士	CLS
資格の状況	国家資格はなく、学会認定 臨床心理士 （日本心理臨床学会） 臨床発達心理士 （発達心理学会） 医療心理士 （日本心身医学会）	国家資格はなく、学会認定 医療保育専門士 （日本医療保育学会）	海外の資格認定
有資格者	21,407名（臨床心理士）	57名	25名（海外で認定）
トレーニング	認定されたトレーニングはない	日本医療保育学会の 資格認定研修（延5日）	海外でのトレーニング（別紙）

子どもの心の診療 標準化に関する研究

小児心身医学的診療の標準化の研究

実態調査と全国行脚

各学会・合同研修会



専門医向け 小児起立性調節障害 診断・治療ガイドライン2010

【序文】

- ・作成の背景
- ・本ガイドラインの対象児
 1. 一般医向けODガイドライン2005の診療を4週以上続けて改善しない、または、4週以上の不登校
 2. 小児科医が不登校ガイドラインで対応を進めてきたが、経過中にODと診断された
 3. 精神科に通院中で体調不良が持続する
- ・小児心身症としてのOD 専門的診療のあり方

ワーキンググループメンバー

田中英高, 藤田之彦, 村上佳津美, 石崎優子, 数間紀夫, 飯山道郎
研究協力者
松島礼子, 梶浦貢, 竹中義人, 中尾亮太

【目次】

- I. 遷延するODの臨床経過
- II. ODが悪化し、不登校・ひきこもりを伴う機序
- III. 心身医学的評価の方法
- IV. 専門的治療の進め方(点滴を含める)
 1. 外来における診療の構造
 2. 初診時診療の実際
 - (1)子ども本人への診療概要
 - (2)保護者との面接と注意点
 3. 再診時診療の実際
 - (1)子ども本人への診療
 - (2)心理療法
 - (3)保護者との面接と注意点
- V. 学校との連携強化(高校進路選択を含む)
- VI. 入院治療の適応基準
- VII. 社会復帰への支援
- VIII. 家族への支援
- IX. 小児科から精神科への紹介やリエゾン
- X. 精神科から小児科への紹介やリエゾン
- XI. 治療終結について

子どもの気分障害診療、自殺・せん妄への 危機介入の標準化

児童・思春期のうつ・双極性
障害の文献研究

日本のエキスパートの意見
収集・検討

児童期のうつ、思春期のうつ、子どもの躁病・混合エピソード
の診断および治療アルゴリズム

救急外来受診した自殺企図児
(13～18歳)65名の後方視的研究

自殺介入アルゴリズム

せん妄に関する文献研究

PICUでの約40症例検討

シンポジウムでの意見収集

せん妄評価スケール
せん妄診断アルゴリズム
せん妄治療アルゴリズム

乳幼児精神医学の標準化

尺度間相関と有用性を検討(150症例)

育児ストレス尺度、抑うつ尺度、不安尺度
夫婦関係適応尺度
子どもの行動チェックリスト(CBCL)
背景因子



・養育者の被虐待歴と育児困難・子どものCBCLが相関
・夫婦関係の問題と虐待行動が相関

乳幼児一親関係性評価法の検討

親の乳幼児の表象評価法(WMCI)
相互交渉評価法(Crowell Procedure)
を米国で訓練された2人の評価者で検討(30例目標)



日本での信頼性・妥当性を示す

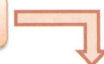
本邦における確実症例の確認

意図を知らない2人の医師が厳格に言診断基準に基づき診断



乳児PTSD

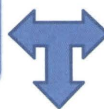
施設での愛着ケア前後の変化と里親で評価尺度で比較



愛着とトラウマの問題は施設群で愛着ケアで改善(通常ケアでは悪化)
愛着ケアと里親の差は明確ではなかった

子どものトラウマへの標準的診療

日本児童青年精神医学会医師会員
1723名への診療実態調査



欧米の子どものPTSD治療ガイドライン
米国児童青年精神医学会
英国国立医療技術評価機構
国際トラウマティックストレス学会

欧米でエビデンスがある診療と日本での診療は異なっていた



ガイドライン案作成



齊藤分担研究者の研修会で62名に講義して意見聴取



診療ガイドラインおよび心理教育パンフレットを完成



虐待への標準的診療

主虐待種	男性	女性	合計	%
身体的	323	146	469	45.2
ネグレクト	104	69	173	17.0
心理的	109	99	208	20.1
性的	55	124	179	17.2
MSBP	2	5	7	0.7
合計	593	443	1036	100

併存症 (N=1036)	合計	%
広汎性発達障害	300	29.0
注意欠陥多動性障害	162	15.6
その他の発達障害	91	8.8
反応性愛着障害	438	42.3
解離性障害	512	49.4
PTSD	339	32.7
反抗挑戦性障害	202	19.5
行為障害	279	26.9

虐待を受けた子どもの入院治療の特徴

- 入院3ヶ月頃に暴力的噴出が多い
- 背景に解離、易刺激性が多い
- 性的虐待を受けた子どもの行動の問題が大きい
- ⇒性的虐待対応チームを作る
- 自己の制御のためのコントロールルームの必要性と有用性検証

虐待を受けた子どもへの診療マニュアル

行為障害(CD)、反抗挑戦性障害(ODD)への標準的診療

海外の治療アルゴリズム
海外の治療トレーニング

児童自立支援施設でのSSTの試み

治療プログラム(親トレーニングとSST)の開発と6名の治療
↓
効果判定(ODBI、ODD-RS)

エキスパートオピニオン(11施設)の収集

効果判定できた5人中3人は改善2人は不変
親の自信度は全員増加していた

CD、ODDへの診療に対する提案を作成

支援情報システムの在り方に関する研究

HPの立ち上げ

拠点病院と研究の情報共有
Webアンケート等のツール
情報公開

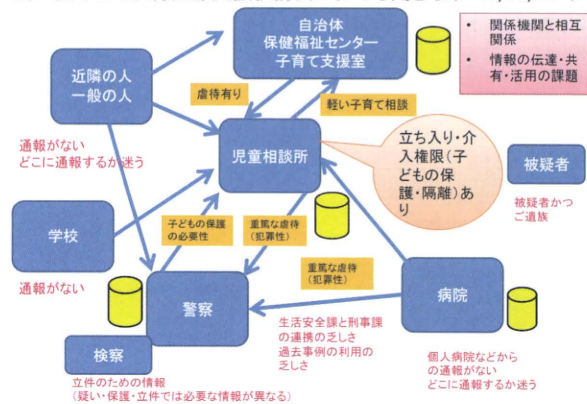
ステークホルダー分析
ソフトシステムズメソッド(SSM)
による連携システムの実態把握

N県でのネットの調査

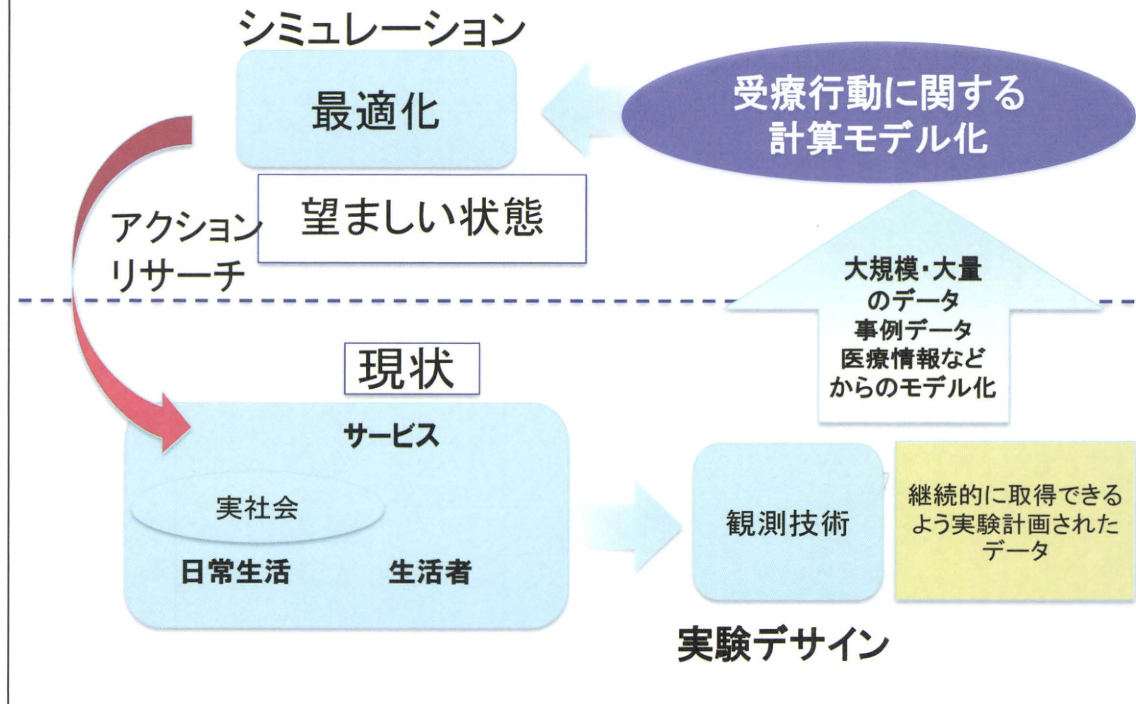
⇒拠点病院事業
における情報共有
基盤の提案

虐待のための社会システムの問題構造

(第5回子ども虐待医療支援検討会における聞き取り 09/08/21)



受療行動の「予測」から「制御」へ
生活行動の計算モデル化とアクションリサーチ



まとめ

子どもの心の診療ネットワーク

- 心の問題に気付いた親はどこに相談してよいかわからない
⇒しかし、拠点病院システムができてきているところではその率は有意に下がって来ている⇒このシステムの発展が必要
- 地域の相談機関・医療機関と専門病院の役割を明確にして、紹介・逆紹介のシステムを発展させることが必要
- 連携に関しては以下のことが必要であり、ツールを開発
 - ①教育機関にとって医療の敷居を下げること
 - ②福祉・警察等との複雑なケースの連携には情報を共有するツールが必要であり、開発を行った
 - ③虐待連携では医療・保健連携で要支援対応が必要でありそのモデルを提供するとともに、医療者が的確な判断を提供するための手引を作成した
 - ④災害などの特殊な連携では初期の介入は出来てきているが、中長期的な視点が欠けており、その対応を提言した

専門的人材の育成

- 医師の育成では系統講義の機会がなく、その提供が必要
⇒当研究班の成果を事業に載せることが出来た
- 医師の専門医制度に関しては、2段階の専門医制を考慮すべきと提言
- 専門性の維持のためのe-learningを試行した
- コメディカルスタッフの育成に関しては、資格の問題が大きいことが明らかになり、国家資格ではなくても何らかの資格と連動したトレーニングシステムが求められていた。同時に他職種の認識の向上が必要と考えられた

診療の標準化

- これまで比較的標準化が試みられてきた発達障害(PDD、ADHD)、強迫性障害、摂食障害以外で、日常診療で重要になって来ている以下の診療の標準化が行われた
 - ①難治不登校を伴う起立性調節障害
 - ②子どもの気分障害
 - ③子どもの自殺への危機介入
 - ④せん妄
 - ⑤愛着障害等乳幼児の精神的問題
 - ⑥子どものトラウマ
 - ⑦虐待
 - ⑧行為障害・反抗挑戦性障害

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担総合研究報告書

患者ニーズに合った子どもの心の診療体制の在り方 およびその効果判定の方法に関する研究

分担研究者 藤原武男 （独）国立成育医療研究センター研究所

成育社会医学研究部

研究協力者 舟橋敬一 （独）国立成育医療研究センター こころの診療部

研究要旨

目的：子どもが心の問題を持っていると思われた場合に、どこに相談してよいかわからない、また軽度の問題ながら専門病院を受診している、等の問題があることが指摘されている。そのために、「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」（以下、拠点病院事業）が実施された。本研究の目的は、拠点病院事業の効果を評価することである。

方法：拠点病院となった専門病院（N=8）とそうでない専門病院（N=8）において、医師の判断で協力可能と考えられた子どもの保護者を対象に、質問紙により受診経緯の実態を把握した。事業の実施前（平成20年9月～平成21年3月、初診および通院（9月のみ）、N=4,323）および実施後（平成22年1月～3月および10月～12月、初診および1年以内の通院、N=869）における①専門病院受診までの期間、②どこに相談すればよいかどの程度困ったか、について比較した。

結果：初診、再診を含めて評価した場合、症状に気づいてから受診するまでの時間は、事業実施前で拠点病院の場合、2.5年（SD:2.8）、非拠点病院で2.3年（SD:2.9）、実施後で拠点病院の場合、2.4年（SD:2.4）、非拠点病院の場合、2.1年（SD:2.3）であった。交互作用項は有意ではなく、これらの違いは拠点病院の実施とは関係がないと考えられた。一方、どこに相談すればよいか困ったか、については事業実施前で、拠点病院の場合69.5%、非拠点病院の場合66.4%、実施後では拠点病院の場合62.4%、非拠点病院の場合73.2%であり、交互作用項は $p < 0.001$ で有意であった。これは父親の教育歴を調整しても有意であった（ $p = 0.001$ ）。

考察：拠点病院事業により、症状に気づいてから受診にいたるまでの時間の短縮化はみられなかったが、どこに相談すればよいか困った人の割合は減少することが分かった。よって、拠点病院事業はどこに相談すればよいかわからない人を減らす効果があると考えられた。

A. 研究目的

子どもが心の問題を持っていると思われた場合に、どこに相談してよいかわからない、また軽度の問題ながら専門病院を受診している、等の問題があることが指摘されている。そのために、「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」（以下、拠点病院事業）が実施された。本研究の目的は、拠点病院事業の効果を評価することである。

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16の病院（Appendix 参照）を受診した患者である。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。うち8病院が拠点病院事業を実施し、その他8病院が拠点病院事業を実施しなかった。

上記研究対象の病院を拠点事業実施前の平成20年9月～平成21年2月に受診した初診・通院（9月のみ）および拠点事業実施後の平成22年1月～3月および10月～12月に受診した初診および1年以内の通院の患者に、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。実施前は9152名に配布し、4323名の回答を得た（回答率47%）。実施後は2301名に配布し、919名から回答を得た（回答率40%）。実施後の回答のうち、1年の通院している症例（N=50）は解析から除外した。つまり、解析の対象となったのは事業実施前は4323名、事業実施後は869名だった。

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

参加者の概要を表1に示す。調査時の年齢、症状に気づいた時の年齢、性別、専門病院の受診期間、母親の教育歴、年収、初診時の症状、生活上の困難度については、事業実施前後および拠点病院かどうかに関する交互作用項は有意ではなく、これらの要因が拠点病院事業の実施と関連しているとは考えられなかった。一方、父親の教育は関連がみられ、拠点病院において事業実施前は受診者の父親は高学歴の傾向があった。

初診、再診を含めて評価した場合、症状に気づいてから受診するまでの時間は、事業実施前で拠点病院の場合、2.5年 (SD:2.8)、非拠点病院で2.3年 (SD:2.9)、実施後で拠点病院の場合、2.4年 (SD:2.4)、非拠点病院の場合、2.1年 (SD:2.3) であった。交互作用項は有意ではなく、これらの違いは拠点病院の実施とは関係がないと考えられた。一方、どこに相談すればいいか困ったか、については事業実施前で、拠点病院の場合69.5%、非拠点病院の場合66.4%、実施後では拠点病院の場合62.4%、非拠点病院の場合73.2%であり、交互作用項は $p < 0.001$ で有意であった。これは父親の教育歴を調整しても有意であった ($p = 0.001$)。

D. 考察

拠点病院事業により、症状に気づいてから受診にいたるまでの時間の短縮化はみられなかったが、どこに相談すればいいか困った人の割合は減少することが分かった。よって、拠点病院事業はどこに相談すればいいかわからない人を減らす効果があると考えられた。

拠点病院事業がなぜどこに相談すればいいか困った人の割合を減らしたか、については今後の質的研究がまたれる。おそらく、拠点事業の広報活動によって子どものこころの問題に気づいた場合の窓口については周知されるようになるのだと考えられる。

一方、なぜ専門病院に到達するまでの期間が短くならなかったかについては、拠点病院事業自体が専門病院への直接の受診を促すものではなく、適切に地域の小児科や精神科、保健センター等でのフォロー体制が組まれるようになった可能性もある。この点も質的研究で明らかにしなければならないだろう。

E. 結論

拠点病院事業はこどもの心の問題に気づいた親がどこに相談したらよいか困る割合を減らす効果があることが分かった。よって、拠点病院事業は全国的に展開されるべきものと考えられる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究業績

論文発表

1. Desapriya E, [Fujiwara T](#), et al. Alcohol production and the sales deregulation policy and traffic fatalities in Japan. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. (in press)
2. [Fujiwara T](#), Barr RG, Brant R, Barr M. Infant distress at 5 weeks of age and caregiver frustration. *Journal of Pediatrics* (in press)
3. [Fujiwara T](#), Okuyama K, Izumi M. The impact of childhood abuse history, domestic violence, and mental symptoms on parenting behaviour among mothers in Japan. *Child: Care, Development and Health*. (in press)
4. [Fujiwara T](#), Kato N, Sanders MR. Effectiveness of

- group positive parenting program (Triple P) to change child behavior, parenting style and parental adjustment: An intervention study in Japan. *Journal of Child and Family Studies*. (in press)
5. Iwase T, Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, Doi H, Kawachi I. Do bonding and bridging social capital have differential effects on self-rated health? A community based study in Japan. *J Epidemiol Community Health* (in press)
 6. Fujiwara T, Okuyama M, Funahashi K. Factors influencing on the time lag between first parental concern and first visit to child psychiatric services among children with autism spectrum disorders in Japan. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011;5(1):584-91.
 7. Fujiwara T, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey Group. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: Results from the World Mental Health Japan, 2002–2004. *Journal of Psychiatric Research*. (in press)
 8. Akalanka, EC, Fujiwara T, Desapriya E, Peiris DC, Scime G, Pike I. Sociodemographic factors associated with aggressive driving behaviors of three wheeler taxi drivers in Sri Lanka. *Asia-Pacific Journal of Public Health* (in press)
 9. 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)
 10. Fujiwara T, Okuyama K, Izumi M. The cycle of violence: childhood abuse history, domestic violence and child maltreatment among Japanese mothers. *Psychologia* (in press)
 11. Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, Subramanian SV, Yamamoto E, Kawachi I. Workplace social capital and smoking among Japanese private sector employees: a multilevel study. *BMC Public Health*. 2010;10:489.
 12. Ueshima K, Fujiwara T, Takao S, Suzuki E, Iwase T, Doi H. Does Individual-level Social Capital Promote Physical Activity? A Population-based Study in Japan. *PLoS One*. 2010;5(8): e12135.
 13. Fujiwara T, Nagase H, Okuyama M, Hoshino T, Aoki K, Nagashima T, Nakamura H. Validity of caregivers' reports on head trauma due to falls in young children aged less than 2 years. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*. 2010;4 11-18
 14. 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*. 2010;34:267-74.
 15. 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*. 2010;39(2):588-97.
 16. 藤原武男. 新しい乳幼児揺さぶられ症候群の予防戦略:「パープルライニング期」教材による介入研究. 子どもの虐待とネグレクト. 2010;12(1):78-87.
 17. 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)
 18. 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, New York: McGraw-Hill; 2011.

19. 藤原武男、大澤万伊子. 喘息の環境要因. 保健医療科学 2011 (印刷中).
20. 藤原武男、高松育子. 自閉症の環境要因. 保健医療科学 2011 (印刷中).
21. 藤原武男. なぜ子どもへの環境影響が重要なのか?—エコチル調査の科学的背景. ビオフィリア 2011 (印刷中).
22. 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—. 東京:小児医事出版; 2010. p.1-316.
23. 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—. 東京:小児医事出版; 2010. p.1-41.
24. 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—. 東京:小児医事出版; 2010. p.154-216.
25. 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—. 東京:小児医事出版; 2010. p.260-272.
26. 藤原武男、須藤紀子. その他の小児期特有の疾患 結論. 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—. 東京:小児医事出版; 2010. p.282.
27. 藤原武男. 「人間の生命のはじまり」に関する一考察. 新たな生死観を求めて①—大乘仏教の挑戦 5. 東京:東洋哲学研究所, 2010. P69-105.
28. 藤原武男、福原陽子、斎藤博久、北川道弘. “

エコチル調査”とメディカルサポートセンターの役割. 医学のあゆみ 2010; 235(11): 1100-1103.

29. 藤原武男. 子どもの健康と環境に関する全国調査(エコチル調査)について. 小児保健研究 2010 (印刷中).

学会発表

1. Fujiwara T, Okuyama M. The Impact of Childhood Abuse History, Domestic Violence, and Mental Symptoms on Each Type of Child Maltreatment among Mothers in Japan. the 25th Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment. San Diego, CA, USA, Jan 23-27, 2011.
2. 藤原武男. 変化の時代における保健科教育内容の検討 —未来を生きる子どもたちに必要な保健の教養を問う— (2) 子ども時代の環境が一生の健康を決める: ライフコース疫学の視点から. 第57回日本学校保健学会: 2010年11月27-28日. 埼玉.
3. 藤原武男. 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会フォーラム-3. 社会格差が子どもの健康に与える影響と、それを回避する早期の社会的公平性確保について. 第69回日本公衆衛生学会総会: 2010年10月27-29日、東京. 第69回日本公衆衛生学会総会抄録集. p.109.
4. 藤原武男. 乳児の泣きへの対応に関する教材による虐待予防効果に関するランダム化比較試験. 第69回日本公衆衛生学会総会: 2010年10月27-29日、東京. 第69回日本公衆衛生学会総会抄録集. p.298.
5. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Rajabali F, Pike I. Incidence Estimates of Abusive Head Trauma (AHT) Determined by ICD-10

- Codes in Canada. 2010 PAS Annual Meeting, Vancouver, BC, Canada, May 1-4, 2010.
6. Fujiwara T, Barr RG, Brant R, Dias M, Rajabali F, Pike I. Inside of Dura” Injuries Due to Short Falls: Misclassifications of Abusive Head Trauma/Shaken Baby Syndrome? 2010 PAS Annual Meeting, Vancouver, BC, Canada, May 1-4, 2010.
7. Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, Subramanian SV, Yamamoto E, Kawachi I. Multilevel models from two distinctive definitions of ecological variables: self-inclusion and self-exclusion procedures. 43rd SER annual meeting, Seattle, USA, June, 2010.
- 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（うち、拠点病院事業を実施している病院は○を付記）
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（平成 23 年からは都立小児医療センター）○
 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 あすなる学園○
 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○

		Pre(N=4323)				Post (N=869)				p for interaction term
		IH (N=2558)		Non-IH (N=1765)		IH (N=536)		Non-IH (N=333)		
		Mean or N	SD or %	Mean or N	SD or %	Mean or N	SD or %	Mean or N	SD or %	
Current age of child		13.0	5.8	12.9	5.1	9.8	3.7	10	3.8	0.47
Age of child when recognized symptom		6.9	4.7	7.4	4.5	7	4.3	7.6	4.2	0.67
Sex	Boy	1,724	67.9	1140	65.2	334	62.4	184	55.6	0.30
	Girl	814	32.1	608	34.8	201	37.6	147	44.4	
Duration of follow-up at specialized hospital	First visit	369	14.6	128	7.3	483	90.1	284	85.3	0.37
	<3 month	214	8.4	132	7.5	46	8.6	42	12.6	
	3-12 month	414	16.3	295	16.8	7	1.3	7	2.1	
	1-2 year	335	13.2	291	16.6	0	0.0	0	0.0	
	2-4 year	443	17.5	378	21.6	0	0.0	0	0.0	
	4+ year	761	30.0	528	30.1	0	0.0	0	0.0	
Mother's education	<=HS	1,159	47.3	891	53.0	251	48.6	159	50.8	0.27
	some college	756	30.9	485	28.8	156	30.2	88	28.1	
	college+	533	21.8	306	18.2	109	21.1	66	21.1	
Father's education	<=HS	1,000	42.8	784	48.8	237	47.6	142	46.9	0.03
	some college	133	5.7	97	6.0	42	8.4	14	4.6	
	college+	1,202	51.5	726	45.2	219	44.0	147	48.5	
Income	<400	659	27.8	444	27.0	164	32.2	92	30.3	0.17
	400-<600	550	23.2	443	27.0	143	28.1	87	28.6	
	600-<800	502	21.2	334	20.3	112	22.0	53	17.4	
	800+	656	27.7	423	25.7	90	17.7	72	23.7	
Symptoms of children before visit hospital	Developmental delay	999	39.1	524	29.7	175	32.7	96	28.8	0.15
	Problem on interaction with peers	1,256	49.1	779	44.1	227	42.4	118	35.4	0.56
	Obsessiveness	814	31.8	464	26.3	118	22.0	45	13.5	0.11
	Behavior problem	1,184	46.3	752	42.6	191	35.6	100	30.0	0.52
	Not attending school	589	23.0	465	26.4	106	19.8	80	24.0	0.70
	Physical symptom due to mental health problem	332	13.0	317	18.0	68	12.7	63	18.9	0.67
	Excretory problem	155	6.1	98	5.6	31	5.8	16	4.8	0.76
	Eating behavior problem	212	8.3	158	9.0	34	6.3	26	7.8	0.63
	Mutism	76	3.0	65	3.7	20	3.7	15	4.5	0.95
	Problem on habit (eg tic)	184	7.2	152	8.6	37	6.9	31	9.3	0.64
	Extreme anxiety	346	13.5	287	16.3	64	11.9	38	11.4	0.25
	Depressive mood	407	15.9	291	16.5	45	8.4	36	10.8	0.97
	Delinquency	64	2.5	41	2.3	5	0.9	5	1.5	0.4
	Suicidal thought	267	10.4	193	10.9	34	6.3	19	5.7	0.6
	Sleep problem	201	7.9	106	6.0	26	4.9	15	4.5	0.55
	Child abuse	81	3.2	72	4.1	14	2.6	8	2.4	0.47
	Trauma	241	9.4	205	11.6	42	7.8	38	11.4	0.48
	Hallucination	117	4.6	91	5.2	13	2.4	11	3.3	0.66
	Delusion	107	4.2	68	3.9	18	3.4	4	1.2	0.096
	Drug abuse	5	0.2	8	0.5	1	0.2	0	0.0	N/A
	Other problem	213	8.3	149	8.4	47	8.8	22	6.6	0.27
Difficulty of daily living when first visit the specialized hospital	range 1(not difficult)-6(very difficult)	3.8	1.4	3.6	1.4	2.9	1.2	2.9	1.1	0.34

IH: intervention hospital (拠点事業病院)

		Pre(N=4323)				Post (N=869)				p for interaction term
		IH (N=2558)		Non-IH (N=1765)		IH (N=536)		Non-IH (N=333)		
		Mean or N	SD or %	Mean or N	SD or %	Mean or N	SD or %	Mean or N	SD or %	
Duration to visit the specialized hospital	unit: year	2.5	2.8	2.3	2.9	2.4	2.4	2.1	2.3	0.69
Difficulty to consult with when recognized the symptom (continuous)	range: 1(very)-5(not at all)	2.2	1.3	2.3	1.4	2.4	1.3	2.1	1.2	<0.001
Difficulty to consult with when recognized the symptom (category)	very-some difficult	1,739	69.5	1,142	66.4	329	62.4	240	73.2	<0.001
	not sure-not at all	764	30.5	578	33.6	198	37.6	88	26.8	

（研究代表者 奥山眞紀子）

分担総合研究報告書

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
（平成 22 年 4 月から子どもの虹情報研修センター）

3年間のまとめ（20－22年度）

医療機関における新しい虐待対応システムの確立を目標に 3 年間の研究を行った。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、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。さらに「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。

具体的な研究内容は、研究 1. 子ども虐待の予防的な観点での医療 - 保健連携に関する研究（柳川、山崎）、研究 2. 子ども虐待についての医療 - 教育機関連携に関する研究（市川）、および研究 3. 病院（母子センター）における「看護師」「心理士」の子ども虐待対応の役割に関する研究（小林）からなる。

3つの研究からの提言は、「虐待対応には、虐待予防システムを構築することであり、地域に根ざした実践活動を確立すること」である。すなわち、従来からわが国で培われてきた母子保健活動を再認識、再活用することであり、そこに「子どもの権利」を意識した子ども虐待の認識、概念を注入することである。具体的には、妊娠期から学童期、思春期という幅広い年齢に目を向けること、「何らかの援助が必要な子ども」という概念にある、慢性疾患や障害をもつ子どもにもしっかりと目を向け、家族を支援するという対応である。家庭支援、養育支援は家族のニーズに応えるという活動であることから、親との対立的な姿勢ではなく、親と一緒に歩むという子育ての協働活動である。虐待対応の困難性だけに眼を向けるのではなく、前向きに子ども、養育者のニーズを踏まえ、関わる機関の専門性を高める「子ども虐待医療」が期待される。

A. はじめに

本分担研究班では医療機関における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、に分けた研究をすすめてきた。平成20-22年度の3年間においては、「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」を目標とした。

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(柳川、山崎)、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(市川)、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(小林)、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(柳川)、を目的とした。

C. 研究内容

研究1: 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

柳川敏彦分担分

① 20年度研究概要:先進地域の取り組みから

児童虐待予防の観点に立ち、医療保健

従事者の役割を明確し、子どもと家族を支える地域連携のあり方を検討することを目的に、先進的に養育支援事業を実施していた2地域について、インタビュー調査を行った。インタビューを通して、育児不安、育児困難を持つ養育者をしっかりと把握し、支援につなげ、虐待を未然に防ぐこと、母子保健活動をしっかりと市町村で行うこと、さらに子どもの問題(低出生体重、疾病、障害等)及び、養育者、特に母親の問題に目を向けるといった視点の重要性が確認された。

② 21年度研究概要: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

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。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た。

③ 22年度研究概要:

③-1: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地域の医療-保健連携体制に関する調査研究

③-2: 大学病院における院内SCAN(Safety for Child Abuse and Neglect)委員会による4年間の虐待予防活動に関する研究

③-3: 大学病院勤務の看護師における子育て支援への積極的アプローチ--小児科病棟の患者家族からの分析