

脳死下臓器提供者から
被虐待児を除外する診
断を開始

Yes

乳幼児突然死症候群
(SIDS)が疑われる。

No

Yes

原疾患の診断未確定

No

第三者目撃のある家庭
外事故で受傷機転に不
審な点がない。

Yes

No

乗り物乗車中の交通事
故

Yes

No

誤嚥による窒息事故で
第三者目撃あり。

Yes

No

原疾患が先天奇形ある
いは明らかな疾患で不
審なところがない。

Yes

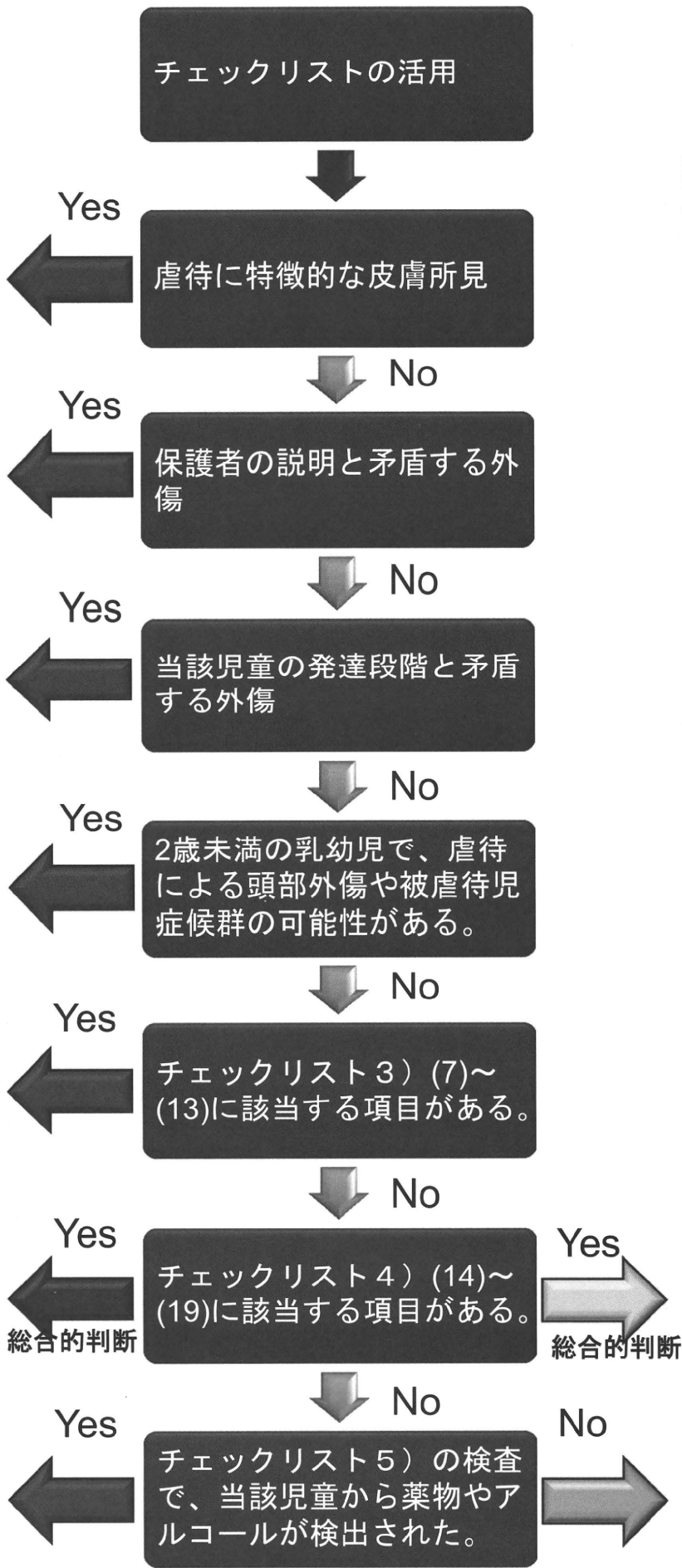
No

チェックリストの活用

脳死状態となった原疾患は虐待・ネグレクトではないと診断
できるが、原疾患以外の虐待・ネグレクトや過去の虐待・ネ
グレクトの可能性についてはチェックリストで確認する。

脳死状態となった原疾患が明らかでないため、法
的脳死判定の対象にできない。従って、その児童
は臓器提供者から除外される。

当該児童が被虐待児である可能性があるため、その児童を臓器提供者から除外する。



当該児童は被虐待児でないと確実に診断できる場合は、その児童から臓器提供することができる。

第2部：CPTの運営

第2章：定例会議の運営

I : 定例会議の開催

CPTの活動をふり返り、今後の方向性を検討する上で、定例会議を行うことは非常に重要です。また、長期の経過観察を行うべきケースを見直す機会ともなります。

1: 定例会議を開催する意義と目的

以下のようなものが考えられます。

- ① より効率的なCPTシステムを検討します。
- ② 院内への虐待ケースに対する感度をあげるために、どのような啓発活動が必要か検討します。
- ③ データベースを作成・管理し、よく効率的な運用に役立てます。
- ④ 定期的に会議をもつことで、メンバーの結束を固め、虐待対応を行うためのモチベーションを維持します。
- ⑤ メンバー自身の研修や情報交換の機会となります。
- ⑥ 長期の経過観察を必要とするケースの見直しを行います。
- ⑦ 病院内管理職に存在感をアピールするとともに、活動を承認してもらう機会となります。
- ⑧ 他の医療機関や児童相談所や市町村管轄部署、乳児院など関わりの深い機関との連携のあり方を検討します。

2: 会議の頻度

月1回1時間程度が推奨されますが、困難な場合でも、最低3ヶ月に1回は行うこととします。定期会議の頻度が少ないと、チームとしての結束力が低下し、形骸化する恐れがあります。

3: 開催方法

CPTメンバーからの議題提供を中心とするのが原則です。

長期の経過の個別ケースについては、CPT窓口や小児科アドバイザーの医師等から、経過報告及び検討事項をリストにまとめ、会議に提出します。

複雑なケースなど、サマリー化が必要なケースはサマリーを作成します。

II：データベース管理／院内啓発／院外機関との連携

1:データベースの作成

各医療機関の特性にあわせ、CPT で取り扱ったケースに対するデータベースをもつことは、今までの活動をふり返る上で非常に重要な者となります。

データベース管理は、CPT の中で行い、定例会議で確認します。

2:院内啓発の方法

CPT の活動を円滑にするために、院内スタッフの協力は不可欠です。院内啓発を行い、院内スタッフの虐待対応への意識を向上させることで、より早期対応が可能となり、支援的関わりが増加します。

院内啓発には、以下のような取り組みがあります。

- ① ニュースレターの発行
- ② 事例検討会の開催
- ③ 院内研修会の企画
- ④ 座談会の開催 など

3:院外機関との連携

虐待対応は、どの機関も余裕をもった対応ができるわけではありません。

ケースに真剣に取り組めば取り組むほど、こちらの想定した動きを相手の機関がとれない場合に不信感が生じます。

児童相談所・警察・市町村・保健機関・乳児院などの各機関との交流を深めるための研修会や、現状報告会を行うことは、顔のみえる連携を行い、お互いの活動を円滑にする上で重要となります。

4:CPTメンバーの研修の保障と学会発表

我が国の虐待対応は、日々進歩しており、新たな知見が積み重ねられています。

CPTメンバーにも日々あらたな知識を取り入れることが必要であり、特に対応の要となるCPTコアメンバーは先端知識が必要とされます。学会や研究会の参加費援助や休暇の保障など、CPTメンバーの研修を保障するとともに、積極的に関連学会に発表し自らの知見を深めましょう。

第3部 医療機関連携

医療機関連携のあり方

すべての医療機関で、高度な虐待対応や、不適切養育への支援ができるわけではありません。また、現在我が国には、虐待対応に特化した医療機関もありません。

各医療機関がもつ本来の特性を活かしながら、互いに連携や役割分担を行い、ストレスを軽減してゆくことが必要となります。

1: 通常の医療連携システムを基本とする

「マルトリートメント症候群」であっても、他の疾患と同様の医療機関連携システムに従い、お互いの連携をとるのが基本です。

身体的に重症な疾患が疑われれば、より高度な機能をもつ医療機関を紹介する必要があるでしょうし、地域における健康管理や発達支援が必要となれば一次医療機関の役割が重要となるでしょう。

例えば、乳児の顔面のあざのように軽微な外傷であっても、「マルトリートメント症候群」として、硬膜下出血の可能性を疑えば、より高度な機能を持つ医療機関を紹介する必要となり、その際は、「硬膜下出血の疑いによる精査加療」を目的に紹介することになります。また一方で、在宅支援の方針が決まり、栄養状態や体重管理、予防接種の必要性について保健センターと連携しながら家族を支援することとなれば一次医療機関に現在までの治療経過と、地域連携システムについて情報提供し、支援を移行させてゆくことができます。このことを前提に、各医療機関の特徴を下記に整理します。

2: 医療機関の特性に対し望まれる機能

一次医療(診療所)・二次医療(一般病院)・三次医療(高度医療・特定機能病院)それぞれ特性ごとに地域から期待される機能を果たすことが重要です。

(1) 一次医療機関 ～診療所・入院病床を持たない総合病院小児科など

子どもが数多く来院する場であり、虐待・不適切な養育環境の子どもの発見が責務となります。ただし、通告は診療所の場合、個人責任となることから、負担が大きいという実情もあります。これらの負担を、医療機関同士の連携で軽減することが望めます。身体的な問題が軽度でも二次医療機関に紹介し精査加療を求めるとともに、地域関連機関と連携するよう依頼することが必要となります。

また、一方で在宅支援方針が望まれる子どもの健康管理を行い、保健センターなどの地域にある支援機関と連携して、支援の一端を担うことも期待されます。

(2) 二次医療機関 ～一般総合病院小児科など

入院できるという機能を活かし、子どもの安全確保のため入院を行うことが一番重要な責務となります。特に一次医療機関から紹介をうけたケースについては、身体的な症状が

軽微でも積極的に入院を検討して下さい。

子どもの安全が確保されたら、「マルトリートメント症候群」の診断に向け精査し、疑いのある場合は、紹介元の医療機関との協議の上、児童相談所もしくは市町村に通告を行います。

病状等によって、医療的に、もしくは社会的に対応が困難となった場合は三次医療機関に紹介・転院を行います。一方、三次医療機関で、病状が安定したケースの社会的入院を引き受けることもあります。

(3)三次医療機関 ～小児専門病院 大学病院 などの特定機能病院

虐待による重篤な健康被害への治療が第一義的に期待されます。同時に児童相談所や警察との連携を密に行い、通告から保護まで円滑に行うシステムの構築が必要です。

周産期センター等をもつ病院については、ハイリスク家庭への支援等も行うことがあります。

病状が安定した後は、二次医療機関や一次医療機関に継続的な健康管理を依頼することもあります。

3:得意とする分野の把握

救急疾患への対応や、周産期予防への機能強化等、各医療機関ごとに、得意とする分野、経験の不足している分野を把握し、各医療機関ごとにケースの相談や紹介を行うことも有効と考えられます。

4:専門的分野に通じた人材の共有

虐待に精通した放射線科医、法医学医、精神科医などをすべての病院で確保することが現状では困難です。

各地域において、医療機関の垣根を越え、人材を共有するシステム構築が望まれます。

5:社会的入院に対する対応

現状の医療制度において、入院の長期化は病院経営を悪化させ、虐待対応への士気を鈍らせます。子どもの病状とソーシャルワーク方針がある程度安定していれば、各医療機関において、社会的入院の期間を分割するシステムを構築している地域もあります。

ただし、同時に入院中の家族支援を行うことも重要であり、家族の意向を考慮して行う必要があります。

6:医療機関を含めた研修会の開催

事例検討会や意見交換など、医療機関を対象にした研修会を企画することで、上記のような連携を円滑にし、虐待対応へのストレスを軽減できる可能性があります。

資料編

虐待事例通告フォーマット

年 月 日
様 (通告先機関の長)
病院長名
通 告 書
児童福祉法第25条及び、児童虐待の防止等に関する法律第6条第1項により、下記のとおり通告します。
記
1. 子どもの氏名 ()
2. 生年月日
3. 住 所
4. 保護者氏名 () ()
5. 虐待の状況 (誰から・いつから・頻度・どのような・児童の過去と現在の状況)
6. 家庭の状況 (家族構成 (同居人含む。)、親の就労状況など)
7. 診察・検査上の所見
8. 対応意見 (病院内虐待対応組織等での現在と今後の対応と意見)

※1. 通告については、基本的には、児童虐待防止法第6条に規定されているとおり、発見した者が電話等に対応することは可能であり、緊急の場合などは、この様式にこだわるものではないこと。
2. この書面で通告する場合、通告先1機関を記入すること。
3. 通告をした後も、通告先をはじめとする関係機関との連携を図り、対応すること。

取扱注意

適切な養育支援のためのアセスメントシート

記入者：入院時 _____：入院後 14 日目 _____：退院前日 _____

記入日： _____： _____： _____

出生前	1	<input type="checkbox"/> 未入籍	未入籍である 内縁関係である
	2	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	一人親家庭である
	3	<input type="checkbox"/> 経済的問題がある	経済的基盤が不安定である お金の使い方の計画性がない 医療費の未払いがある 失業中である 借金癖がある 家人から経済的不安の訴えがある
	4	<input type="checkbox"/> 夫婦の不和	父の協力がいない 夫婦間の不満がある 夫婦の対立がある 不仲のため別居している
	5	<input type="checkbox"/> 親族との不和・疎遠	親族との不和 祖父母との対立
	6	<input type="checkbox"/> 子連れ再婚	子連れ再婚である
	7	<input type="checkbox"/> 両親の年齢	父が 10 代 である 母が 10 代 である 母が 40 代 以上である
	8	<input type="checkbox"/> 両親が低学歴	両親いずれかの学歴が中卒である
	9	<input type="checkbox"/> 妊娠中の飲酒・喫煙	妊娠中の飲酒がある 母の喫煙歴がある
	10	<input type="checkbox"/> 両親が精神疾患	シンナー、薬物、覚せい剤などの乱用がある アルコール依存がある 強いうつがある 摂食障害がある 精神疾患または既往歴がある
	11	<input type="checkbox"/> 不妊治療	不妊治療を受けたことがある
	12	<input type="checkbox"/> 中絶歴	人工中絶回数 2 回以上
	13	<input type="checkbox"/> 同胞養育歴の問題	きょうだいの不審死している きょうだいに対する虐待歴がある 他家に預けている 施設に預けている
	14	<input type="checkbox"/> 同胞が多い	きょうだいが 5 人以上いる
	15	<input type="checkbox"/> 出産に伴う母の退職	母が働いていた時期の妊娠である 出産により母が退職した
出生時	16	<input type="checkbox"/> 出産状況	墜落分娩である 飛び込み出産である 定期健診未受診である
	17	<input type="checkbox"/> 児の身体的問題	体表奇形がある 機能障害を有する難病や障害がある 極低出生体重児 (1500g 以下) である
	18	<input type="checkbox"/> 両親の強い不安感	同じ質問を繰り返し聞く
	19	<input type="checkbox"/> 面会が少ない	母が退院した後の面会回数が平均 2/7 以下
	20	<input type="checkbox"/> 育児支援者がいない	相談者、援助者が少ない
	21	<input type="checkbox"/> 母の気分の落ち込み	マタニティーブルーズ/産後うつ
特別	22	<input type="checkbox"/> DV	夫婦間暴力がある
	23	<input type="checkbox"/> スタッフの違和感	スタッフが「なんとなくおかしい」と感じる

※ 入院時・入院後 14 日目・退院前日に評価・記入すること
※ 本枠は入院時にできるだけ評価・記入できるようにすること

※ 退院前日評価時には、特別評価項目を除く
項目のチェックの合計を算出する

点

事故再発防止プログラムチェックシート



お子様について



1. 性別：男 女
2. 生年月日：(20)年()月生まれ
3. 身長：()cm
4. 体重：()g
5. 利き手：右手 左手 両利き わからない
6. どのような行動ができますか？
 - 寝返りができない
 - 伝い歩きができる
 - 寝返りができる
 - よちよち歩きができる
 - おすわりができる
 - 転ばずに歩行ができる
 - はいはいができる
 - 走ることができる
 - つかまり立ちができる
 - わからない



事故の状況



1. 事故が起きたのはいつですか？
()月()日 午前 午後()時()分頃
2. 事故の種類
 - 転落 転倒 衝突 やけど 誤飲 窒息 おぼれる
 - その他()
3. 事故をおこした直前にお子様が行っていた行動は？
() わからない
4. 事故に関連があったモノは？
()
5. そのモノは子どもが日常よく使うモノですか？
 - よく使う たまに使う ぜんぜん使わない
 - おもちゃとして使っている 初めて使った
6. そのモノは親が日常よく使うモノですか？
 - よく使う たまに使う ぜんぜん使わない 初めて使った
7. モノの詳細
 - ① 2で“転落”の場合
落ちた高さは？ ()m()cm
落ちた場所は？ 床 椅子 机 その他()
落ちた場所の材質は？ コンクリート 木製 鉄製 その他()
 - ② 2で“転倒”“衝突”の場合
ぶつかった場所は？ 床 椅子 机 その他()
ぶつかった場所の材質は？ コンクリート 木製 鉄製 その他()
 - ③ 2で“やけど”“誤飲”の場合
物が置いてあった高さは？ ()m()cm
普段もそこに置いてあるか？ いつも置いている たまに置いている
まったく置いていない

8. 事故が起きた場所

- 家庭（自宅 実家 その他）
保育園・幼稚園・小学校 店舗など 公園 その他（ ）

9. 場所の詳細 ※8で“家庭”を選択の場合に記入をお願いいたします

- 階段 浴室 台所 食堂 玄関 居間 洗面所 トイレ
ベランダ 寝室 縁側 その他（ ）

10. 一緒にいた人は？

- なし 母親 父親 祖父 祖母 その他の大人 兄弟
兄弟以外の子ども 教師（担任・養護教諭・保育士）
その他（ ）

※“兄弟”“兄弟以外の子ども”を答えた場合に記入をお願いいたします

怪我をしたお子さんとの年齢差は（ ）歳（上 下）

11. 一緒にいた人は事故が起こった時に何をしていましたか？

（ ）

12. 一緒にいた人は事故を目撃しましたか？

- 見ていた 見ていない わからない



養育環境について



1. 主な保育者はどなたですか？ 父 母 その他（ ）
2. 世帯・家族構成を教えてください
- ①世帯構成 核家族 母の親と同居 父の親と同居 その他（ ）
- ②家族構成 母親（ 歳） 父親（ 歳） 父方祖父（ 歳）
父方祖母（ 歳） 母方祖母（ 歳） 母方祖父（ 歳） その他の大人
姉（ 歳）（ 歳） 兄（ 歳）（ 歳） 妹（ 歳）（ 歳）
弟（ 歳）（ 歳）
3. パートナーや家族の育児への協力はありますか？
- とてもある まあまあある あまりない まったくない
- ①子どもの世話をしてくれますか？
- とてもよくする まあまあする あまりしない まったくしない
- ②精神的な支えがありますか？
- とてもある まあまあある あまりない まったくない
4. お仕事はされていますか？
- 父：はい いいえ 母：はい いいえ
5. 身近に育児のことを相談できる人はいますか？
- いる（それは誰ですか？ ） いない
6. 育児サービス、ベビーシッター等を利用したことはありますか？
- ある ない
7. 保健師の新生児（母子）訪問指導を受けましたか？
- 受けた 受けていない

脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するためのチェックリスト

このチェックリストは、臓器移植に係る業務とは異なる日常診療においても、子ども虐待・ネグレクトが疑われたときのチェックリストとして活用することができる。

1) 次に挙げる項目(1)～(3)のうち1つでも該当するものがある場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。

(1) 虐待に特徴的な皮膚所見 ¹³⁻¹⁶⁾	①体幹・頸部・上腕・大腿・性器周辺に認められる複数の外傷 ②同じ形をした複数の外傷 ③新旧織り交ざった複数の外傷 ④境界鮮明な熱傷・火傷 ⑤スラップ・マーク(平手打ち痕)、バイト・マーク(噛み痕)
(2) 保護者の説明と矛盾する外傷 ¹³⁻¹⁶⁾	①外傷の発生機序に関する保護者の説明が医学的所見に矛盾している。
(3) 当該児童の発達段階と矛盾する外傷 ¹³⁻¹⁵⁾	①外傷の発生機序として保護者が説明した内容や外傷所見が当該児童の発達段階に矛盾する。

2) 当該児童が2歳未満の乳幼児の場合、(4)～(6)の検査を施行し、虐待を疑う所見が1つでも認められた場合は“乳幼児揺さぶられ症候群: SBS^{9, 10)} / 虐待による頭部外傷: ATH¹¹⁾” や “被虐待児症候群: The Battered Child Syndrome¹⁶⁾”の可能性があるため、慎重な判断を要する^{9-11, 16-19)}。

乳幼児揺さぶられ症候群(SBS) ^{9, 10)} / 虐待による頭部外傷(AHT) ¹¹⁾ の疑い	(4) 頭部CT (必要に応じて頭部MRI・頸椎MRIを併用する。)	①交通事故以外で発生した硬膜下血腫 ②交通事故以外の原因による外傷性びまん性軸索損傷や灰白質-白質剪断といったSBSやAHTを疑うべき脳実質損傷 ③原因不明の頸髄損傷 ²⁰⁾
	(5) 倒像鏡もしくは乳幼児用デジタル眼底カメラによる眼底検査 ²¹⁾ (眼科医にコンサルトすることが望ましい。)	①広汎で、多発性・多層性の眼底出血 ②網膜分離症 ③網膜ひだ
被虐待児症候群 ¹⁶⁾ の疑い、もしくは、SBS/AHT ⁹⁻¹¹⁾ の疑い	(6) 全身骨撮影 ^{23, 24)} (放射線科医にコンサルトすることが望ましい。) 必要に応じて胸部CTを施行する。当該児童の病状により全身骨撮影が困難な場合は、これを骨条件全身CTで代用してもよい。ただし、CTの場合、骨幹端病変を見逃すことがあるので注意する。	①肋骨骨折 ②長管骨の骨幹端骨折 (バケツの柄骨折、骨幹端角骨折) ③保護者の説明と矛盾する骨折 ¹⁶⁾ ④ (原因不明の) 骨折の既往

3) 次に挙げる項目(7)～(13)の中に該当するものがある場合、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できないなら、その児童から臓器提供をしないこととする。

<p>(7) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会</p>	<p>①照会先から当該児童について子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。 ②照会先から、当該児童のきょうだいに関する子ども虐待・ネグレクト情報が得られた。 ③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者²⁵⁾やSIDS³⁾ (疑) がいるという情報が得られた。 ④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。</p>
<p>(8) 小児科医による成長状態の確認</p>	<p>①医学的に相応の理由がないのに、成長曲線(身長・体重)のカーブが標準から大きく下方にずれている²⁷⁾。(非器質性発育障害(NOFTT)²⁶⁾の疑い) ②医学的に相応の理由がないのに、頭囲の成長曲線がある時点から急に上方にずれている。(虐待による頭部外傷¹⁾の後遺症としての頭囲拡大の疑い)</p>
<p>(9) ネグレクトが疑われる状況²⁶⁾</p>	<p>①当該児童が乳幼児(障害児の場合は発達段階として6歳未満と考えられるとき)であるのに乳幼児だけで外遊びをさせる、危険物を放置し安全管理をしないなど、保護者が適切な監督をしていないことが明確である。 ②飢餓状態が疑われる。 ③嘔吐や下痢など相応の理由がないのに、脱水状態となっている。</p>
<p>(10) 性虐待が疑われる状況²⁸⁾</p>	<p>①思春期前の児童の処女膜裂傷等、性器そのものの外傷 ②性感染症を疑うべき臨床症状 ③膣内異物 ④妊娠</p>
<p>(11) きょうだいの不審死²⁵⁾およびSIDS³⁾ (疑)</p>	<p>①家族歴の聴取および児童相談所・保健所・保健センター・市区町村・警察への照会によって、きょうだい(異母・異父きょうだいも含む)の中に、死因が明らかでない死亡者やSIDS³⁾ (疑) がいるという情報が得られた。</p>
<p>(12) 代理によるミュンヒハウゼン症候群(MSBP)^{25, 29)}の疑い</p>	<p>①医療機関からの紹介状を持たずに、当該児童の病気を訴えてドクターショッピングを繰り返していた。 ②当該児童は、医学的に説明のできない症状を繰り返し呈していた。 ③保護者の訴える症状と臨床所見との間に矛盾がある。</p>
<p>(13) 受診の遅れ</p>	<p>①当該児童の症状に気づいてから受診行動に移るまでに長時間¹³⁻¹⁵⁾を要していて、その理由を合理的に説明できない。</p>

4) 次に挙げる項目(14)～(19)の中に該当するものがあるときは、総合的に判断し、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できる場合のみ、その児童から臓器提供することができる。

(14) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	①紹介先から当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)がある ^{30, 31)} という情報が得られた。
(15) 警察への照会(照会しても情報が得られない場合は「該当なし」と判断してよい。)	①警察から当該児童やそのきょうだいについて子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。 ②当該児童は乳幼児で、徘徊等で警察に保護されたことがある。 ③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者 ²⁵⁾ やSIDS ³⁾ (疑)がいるという情報が得られた。 ④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。 ⑤当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)がある ^{30, 31)} という情報が得られた。
(16) 小児科医による母子健康手帳の確認	①母親は必要な妊婦健診を受けていなかった。 ②出産に際して、医師もしくは助産師など信頼に足る大人の立ち会いがなかった。 ③出生届や出生連絡票が提出されていない。 ④当該児童は、妥当な理由がないにもかかわらず、先天性代謝異常の検査、乳幼児健診、予防接種等の必要な保健医療サービスを受けていない。
(17) ネグレクトの可能性が否定できない状況	①皮膚の衛生が保たれていない ³²⁾ 。 ②未処置の多発性齲歯 ³³⁾ 。
(18) 医療ネグレクト ^{34, 35)} の疑い	①必要な医療を拒否したことがある。 ②必要だったにもかかわらず、医療が中断されたことがある。 ③受診の遅れを疑わせる記録が残っている。(医療ネグレクトのほか、虐待の隠蔽を示唆する場合もある。)
(19) 教育のネグレクト ³²⁾ の疑い	①保護者の都合で不登校となっていた既往がある。

5) 通常検査では原因が推定できない神経学的症状を認めた場合は、「トライエージ(Triage[®])」等の検査キットを使って、尿・血液・胃内容物等の薬物検査^{15, 24)}を行う。必要に応じて、アルコール血中濃度も測定する。薬物が検出された場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。

なお、「トライエージ」で検出できる薬物は、フェンシクリジン(PCP)、ベンゾジアゼピン類(BZO)、コカイン類(COC)、アンフェタミン類(AMP)、大麻類(THC)、オピエート類(OPI)、バルビツール酸類(BAR)、三環系抗うつ薬類(TCA)の8類である

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

発達障害を中心とした医療と教育との連携の在り方に関する研究

分担研究者	市川宏伸	東京都立小児総合医療センター
研究協力者	菊地祐子	東京都立小児総合医療センター
	中山淑子	東京都立小児総合医療センター

研究要旨

発達障害を中心とした子どもたちに関して、医療現場と教育現場が治療や対応についての情報を共有し、子どもたちによりよい環境を提供する必要があるのは言うまでもない。しかし、医療と教育の連携がスムーズには行われていない現状がある。

平成20年度は、教育現場の現状から医療へのニーズを把握するためのアンケート調査を実施し、平成21年度は、子どものこころの診療に関わる医師に教育現場との連携についてアンケート調査を実施した。

これらの結果をもとに、実際的な医療と教育の連携の方法考えるにあたり、教育関係機関で医療機関への受診を勧めるかどうかの判断も含めて、発達障害についての理解や対応方法を知る手段が十分でないこともひとつの要因であると考えられた。そのため、発達障害の特性だけでなく現場で使える具体的な援助方法を伝えるためのパンフレットを作成した。

このツールが発達障害を持つ子どもが安心して適切な医療・教育を受けるために、医療と教育に携わる専門家の相互理解と連携が深まるための一助となれば幸いである。

A. 研究目的

子どものこころの診療の現場での現状を知り、教育現場との連携の実際、子どもたちにより良い医療を提供するために望ましい医療と教育の連携システムの構築を考えることを目的とした。

B. 研究方法

平成21年度は都内4地区に勤務する小・中学校の教師、および当院主催の教職員セミナーに会場した教育関係者にアンケート調査を施行した。

平成22年度は日本児童青年精神科医学会会員、および日本小児神経学会専門医を対象にアンケート調査を行った。

[倫理面への配慮]

アンケートは無記名であり、回答者のプライバシーは特定できない。また、自由返送となっているため、回答者の不利益も生じない。

C. 研究結果

「医療機関と連携を取るの難しい」と回答した教育関係者は79%、「教育機関と連携を取るの難しい」と回答した医師は62%であり、教育の現場では発達障害を持つ子どもの対応について強い困難感を抱えていることが明らかとなった。

実際に医療につなげる前の段階での具体的な対応や、医療につなげるかどうかの判断に困難を感じている教育現場の現状が明らかとなったため、教育関係者向けの発達障害のパンフレットを作製した。「診断のための」ツールとならないよう、実際に学校現場で具体的な対応方法に主眼を置いた内容とした。

D. 考察

医療と教育の連携を阻む要因として、業務の繁忙さや個人情報の問題、診療報酬の問題など、システムや法律上の課題も多く認められた。しかし、双方の連携が発達障害を抱える子どもへの支援にとって重要であるということは医療・教育双方共通の認識である。

特に教育現場では、保護者の拒否や医療資源の少なさから発達障害が疑われる子どもを医療につなげることが困難であるという実態が明らかになった。発達障害を持つ子どもが安心して適切な医療・教育を受けられるためには、子ど

もの心の診療を専門とする医師へのアクセスのしやすさと教育機関へアウトリーチが求められているが、実際にはその人材の少なさから十分にはなされていない。子どもの心の診療に携わる医師を育成し、よりよい環境を提供できるように制度・人材の充実を図るべきであろう。

E. 結果

本研究では医療機関と教育機関の連携についての実態調査を行った。その結果に基づいて学校現場で有用と思われるパンフレットを作製した。

このツールが発達障害を持つ子どもが安心して適切な医療・教育を受けるために、医療と教育に携わる専門家の相互理解と連携が深まるための一助となれば幸いである。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

中山淑子・菊地祐子・市川宏伸:教育と医療の連携Ⅰ～教育現場の原状～(口演), 第50回日本児童青年精神医学会総会(2009. 10)

菊地祐子・中山淑子・市川宏伸:教育と医療の連携Ⅱ～連携のニーズ～(口演), 第50回日本児童青年精神医学会総会(2009. 10)

中山淑子・菊地祐子・市川宏伸:教育と医療の連携Ⅰ～連携の現状について～(口演), 第51回日本児童青年精神医学会総

会 (2010. 10)

菊地祐子・中山淑子・市川宏伸:教育と医療の連携Ⅱ～よりよい連携にむけて～
(口演), 第51回日本児童青年精神医学学会総会 (2010. 10)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし