

病院小児科医師による障害児への障害福祉サービス紹介の実態

ウエダ キ ミ コ
植田紀美子*

目的 障害が判明した時の障害児家族支援, 就学前期の障害福祉サービスの紹介, および学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援の紹介, 障害福祉サービスの情報収集について, 病院小児科における実態を明らかにする。

方法 全国の日本小児科学会が認定する専門医研修施設518施設に対して無記名自記式質問票による調査を実施した。調査対象者は, 部長や医長など小児科の全貌を把握している医師とした。質問票は, 障害が判明した時の障害児家族の心理的反応に対する対応, 就学前期(障害が判明した時から就学まで)の障害児への障害福祉サービス(療育・医療費の助成・地域生活支援)等の紹介, 学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援における医療機関の役割などである。回答結果を記述的に集計した。

結果 278病院(回収率53.7%)から回答を得た。障害が判明した時, 主治医は家族の心理的反応に留意して対応していた。就学前期では, 障害児通園施設や児童サービス等の発達支援に関する障害福祉サービスについて, 97.9%が「紹介している」とした一方で, 相談支援, 移動支援, 日常生活用具給付, 地域活動支援等の地域生活支援に関するサービスについては, 13.3%で「紹介しない」と回答していた。学齢期・青年期では, 障害福祉サービス等の紹介など, 地域生活支援については50.0%が「役割を担っていない」と回答していた。療育や地域生活支援に関する障害福祉サービス等の最新情報の入手について, 「特に何もしていない」と回答した者は39.6%であった。情報収集していると回答した者でも受動的に情報が入手できる者は少なく, 医師が自ら情報収集していた。

結論 病院小児科は, 障害児に対して早期発見からフォローアップまで一貫した関わりができる。障害児のすべてのライフステージにおける障害福祉サービスの充実に向けては, 福祉・行政からのアプローチの重要性は言うまでもないが, 病院小児科においては, 障害が判明した時の家族へのきめ細かな心理社会的支援の提供, 障害福祉サービスを紹介できるようなシステムの構築, マンパワーの強化が必要である。

Key words : 障害児, 病院小児科, 療育, 障害福祉サービス, 地域生活支援

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(2): 93-99. doi:10.11236/jph.61.2_93

I はじめに

我が国の障害児・者に係る集中的な改革を行うため, 平成21年12月に「障がい者制度改革推進本部(本部長:内閣総理大臣)」が設置され, 平成22年1月より「障がい者制度改革推進会議」において, 障害児・者に係る制度の改革をはじめ, 障害児・者施策の推進に関する事項について検討されてきた。障害児支援については, 平成20年7月に発表された「障害児支援の見直しに関する検討会」報告書に概

ね添った改革が前提とされ, 福祉のみならず, 医療・保健・教育すべてにおいて, 家族を含めたトータルな支援, ライフステージに応じた一貫した支援の必要性が強調された¹⁾。それらを受け, 平成23年には障害者基本法, 平成24年には児童福祉法がそれぞれ改正され, 障害児支援の強化がうたわれている。中でも医療機関は, 障害児に対する医学的管理のみならず, 早期発見からフォローアップまで一貫した関わりができるため, 障害が判明した時には, 家族へきめ細かな対応ができ, 障害福祉サービスや母子保健サービスを紹介できる重要な立場にあるとされている。また, 米国小児科学会でも2003年にTask Force on the Familyを立ち上げ家族支援を行っており²⁾, 医療機関における家族支援は国際的にも

* 大阪府立母子保健総合医療センター企画調査部
連絡先: 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840
大阪府立母子保健総合医療センター企画調査部企画
調査室 植田紀美子

重要視されている。

障害児支援の課題としては、障害が判明した時に十分な相談支援がないために、サービス享受が遅れてしまい、適切な時期に療育やリハビリテーションが受けられない場合があることがあげられている。また、急性期の医療から長期的なケアである地域自立生活支援へのシフトが遅れるため、障害児や家族の地域での孤立を招き、生活や将来に対する不安をもたらす場合があること、障害のみに目を向けられ、子育て支援という生活支援からもれてしまうため、本来の子どもや家族の地域生活が担保されないことなどがあげられている^{3,4)}。

医療機関において、はじめて障害、あるいは障害を引き起こす可能性の高い疾患を指摘される時期は、就学前の乳幼児期が多いと考えられ、小児科医師は家族へのきめ細やかな対応が可能な立場にある。また、障害が判明した時から就学までは、障害児がはじめて障害福祉サービスを必要とする時期であり、医療機関による情報提供が非常に重要となってくる。障害児の将来的な自立に向けては、医療機関においても長期的なケアが重要になってくる。このような背景を踏まえ、本研究では病院小児科調査を実施した。1. 障害が判明した時の家族支援、2. 就学前期（障害が判明した時から就学まで）の障害福祉サービス（療育・医療費の助成・地域生活支援）等の紹介、3. 学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援の紹介、4. 障害福祉サービスの情報収集、に関して、病院小児科における実態を報告する。障害児に対して、医学的管理のみならず早期発見からフォローアップまで一貫した関わりができることとされる医療機関の役割を考察する。

II 研究方法

平成23年2月に全国の日本小児科学会が認定する専門医研修施設518施設に対して、無記名自記式質問票による実態調査「障害児・家族支援に関する病院小児科調査～障害が判明した時の家族支援、及び障害児地域生活支援の実態調査～」を実施した。調査における障害児は、「なんらかの機能の不全（障害）のため長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者（旧障害者基本法第2条）で、多種多様な臨床像で、原疾患の種類や原疾患の診断の有無に関係なく、全般性の発達の遅れを認める者、話すことや言語発達のみの遅れを認める者、運動発達の遅れを認める者、コミュニケーション能力や認知に問題を認める者、重度の難聴や視力低下などの発達初期の感覚器障害を認める者、一部臓器の機能不全を認める者など」とした。

調査対象者は、部長や医長など小児科の全貌を把握している医師とした。質問票は、障害が判明した時の障害児家族の心理的反応に対する対応、就学前期の障害児への障害福祉サービス等の紹介、学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援における医療機関の役割などである。なお、本調査は平成24年4月1日施行の児童福祉法の改正以前に実施したため、障害福祉サービス等の表現は旧法に準じて記載している。

本調査対象の日本小児科学会が認定する専門医研修施設は全国に存在し、医育機関附属病院、厚生労働大臣の指定する臨床研修病院、小児総合医療施設のいずれかの総合的医療施設である。小児科に関する設備、人員、病床数および症例数について、ある一定の定められた基準を満たしている施設で、常勤の小児科専門医が3人以上配置されている。本研究は「疫学研究に関する倫理指針」に基づき、大阪府立母子保健総合医療センター倫理委員会の承認（承認年月日：平成23年1月31日）を得て実施した。

III 研究結果

278病院（回収率53.7%）の小児科部長クラスから回答を得た。回答者の医師経験年数は平均24.6年で、所属診療科は、小児科261人、小児神経科8人、脳神経小児科2人、NICU、遺伝診療科、子どもの心の診療科、周産期センター新生児部門、小児腫瘍科、小児循環器科がそれぞれ1人、不明が1人であった。

1. 障害が判明した時の家族支援の実態

表1に、長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受けるような障害が判明した時の家族の心理的反応（とまどいや不安、抑うつなど）に対する対応状況を入院と外来別に示した。障害が判明した時、入院でも外来でも、回答者の約9割が「家族の心理的反応にも留意」、「家族が抱く不安や誤った認識に対して疾病や障害に対する正しい知識を提供するように心がける」、「家族のサポート状況も尋ねる」としていたが、外来の場合は、2割強が、「十分な時間を確保した相談ができない」としていた。入院では、「いつも」「家族の心理的反応にも留意」、「家族が抱く不安や誤った認識に対して疾病や障害に対する正しい知識を提供するように心がける」、「家族のサポート状況も尋ねる」と回答した者でも外来では「ときどきそう」と回答した者がいた。

回答者の7割が、外来でも入院でも「障害の患者会や家族会を紹介している」のに対し、「ピアカウンセリングを行っている」のは2割であった。また、「家族の精神的・心理的問題に対して、院内や

表1 障害が判明した時の障害児家族の心理的反応に対する対応（回答者278人）：回答者数（割合）

	外来の場合					入院の場合				
	いつも そう	ときどき そう	あまり ない	ぜんぜん ない	不明	いつも そう	ときどき そう	あまり ない	ぜんぜん ない	不明
障害を告知する時、片親だけにならないよう両親がそろった状況で説明するように心がけている	152 (54.7%)	102 (36.7%)	11 (4.0%)	0 (0.0%)	13 (4.7%)	219 (78.8%)	35 (12.6%)	3 (1.1%)	0 (0.0%)	21 (7.6%)
主治医が、家族の心理的反応にも留意して相談にのっている	170 (61.2%)	87 (31.3%)	8 (2.9%)	0 (0.0%)	13 (4.7%)	188 (67.6%)	65 (23.4%)	5 (1.8%)	0 (0.0%)	20 (7.2%)
主治医が家族の心理的反応に留意する際、十分な時間を確保した相談ができています	67 (24.1%)	133 (47.8%)	66 (23.7%)	1 (0.4%)	11 (4.0%)	114 (41.0%)	121 (43.5%)	21 (7.6%)	1 (0.4%)	21 (7.6%)
主治医が家族の心理的反応に留意する際、その家族の周囲（配偶者、親、親戚等）が育児に協力してくれるかを探っている	122 (43.9%)	135 (48.6%)	11 (4.0%)	1 (0.4%)	9 (3.2%)	141 (50.7%)	107 (38.5%)	8 (2.9%)	0 (0.0%)	22 (7.9%)
障害が判明した時、家族が抱く不安や誤った認識に対して正しい疾病や障害に対する知識を提供するように心がけている	199 (71.6%)	68 (24.5%)	2 (0.7%)	0 (0.0%)	9 (3.2%)	210 (75.5%)	47 (16.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	21 (7.6%)
同様な疾病、障害の患者会や家族会などを紹介している	29 (10.4%)	159 (57.2%)	68 (24.5%)	11 (4.0%)	11 (4.0%)	30 (10.8%)	160 (57.6%)	57 (20.5%)	12 (4.3%)	19 (6.8%)
子どもが同様な疾病・障害である家族を紹介し、ピアカウンセリングを行っている	1 (0.4%)	55 (19.8%)	113 (40.6%)	96 (34.5%)	13 (4.7%)	3 (1.1%)	56 (20.1%)	107 (38.5%)	92 (33.1%)	20 (7.2%)
家族の精神的・心理的問題に対して、院内や他院の心療内科・精神科の受診をすすめている	11 (4.0%)	90 (32.4%)	114 (41.0%)	51 (18.3%)	12 (4.3%)	9 (3.2%)	89 (32.0%)	110 (39.6%)	50 (18.0%)	20 (7.2%)
主治医だけで対応することには限界を感じているため、他職種と連携し、主な対応をお願いしている	74 (26.6%)	146 (52.5%)	40 (14.4%)	7 (2.5%)	11 (4.0%)	79 (28.4%)	142 (51.1%)	29 (10.4%)	7 (2.5%)	21 (7.6%)

表2 障害福祉サービスの紹介の状況（回答者278人）：就学前期

	回答者数（割合）			
	積極的に 紹介する	家族からの申し出が ある場合に紹介する	紹介しない	不明
療育（障害児通園施設や児童デイサービス等）	199(71.6%)	73(26.3%)	5(1.8%)	1(0.4%)
医療費の助成制度（自立支援医療、小児慢性疾患医療費助成、特定疾患医療費助成等）	215(77.3%)	56(20.1%)	6(2.2%)	1(0.4%)
相談支援、移動支援、日常生活用具給付、地域活動支援等の地域生活支援に関するサービス	110(39.6%)	127(45.7%)	37(13.3%)	4(1.4%)

他院の心療内科・精神科を紹介している」のは、外来でも入院でも回答者の約3割であった。

「主治医だけで対応することには限界を感じているため、他職種と連携し、主な対応をお願いしている」とした者は、回答者の約8割であった。主治医が対応を依頼する対応者は、入院・外来ともに、ソーシャルワーカー（入院81.4%、外来75.1%）、看護師（入院72.9%、外来74.1%）、心理士（入院60.6%、外来65.0%）の順に多かった（重複回答）。

2. 就学前期の障害福祉サービス（療育・医療費の助成・地域生活支援）等の紹介の実態

就学前期の障害福祉サービスの紹介の状況を表2に示した。障害児通園施設や児童サービス（現法の

児童発達支援センターの利用や児童発達支援）等の発達支援に関する障害福祉サービスについて、97.9%が「紹介する」と回答していた。紹介しない理由は、地域の保健師や市の健康診査から紹介してもらっているため（60.0%）、紹介先が分からないため（40.0%）であった。療育等の障害福祉サービスを「紹介する」と回答した272人のうち89.0%の者が紹介の際には、「診療情報提供書を記載する」と回答した（表3）。また、療育の紹介のタイミングは、76.5%の回答者が「原疾患の診断の有無にかかわらず、明らかな障害を認める場合に紹介する」とした一方、「明らかな障害を認めなくとも原疾患から判断して近い将来障害が生じることが予想され

る場合」にも59.6%が紹介していた(表4)。

医療費の助成制度についても、97.4%が「紹介する」と回答していた(表2)。「積極的に紹介する」と回答した者が多く、7割を占めていた。一方、相談支援、移動支援、日常生活用具給付、地域活動支援等の地域生活支援に関するサービスについては、85.3%が「紹介する」と回答していたが、「積極的に紹介する」と回答した者は療育や医療費の助成制度と比較して39.6%と少なかった(表2)。また、13.3%で「紹介しない」と回答していた。紹介しない理由は、サービスのことを知らない(70.3%)、時間がないこと(13.3%)が主な理由であった。

3. 学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援の紹介の実態

表5に学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援における医療機関の役割についての認識状況を、就学前期の療育等の障害福祉サービスの紹介の役割認識状況と比較して示した。医療機関が学齢期・青年期の障害児に対して医学的管理とは別に地域生活支援に関して何らかの役割を担っているかという問いである。回答者の95.6%が療育の紹介については「役割を担っている」と考える一方で、学齢期・青年期の地域生活支援については、48.2%が「役割を担っている」と回答し、50.0%が「役割を担っていない」と回答していた。「役割を担っていない」と回答した者の66.2%がサービスを知らない

い、もしくは時間がないことを理由としていた。学齢期・青年期の地域生活支援について「役割を担っていない」と回答した者が、就学前期の障害児へはどのように障害福祉サービスを紹介しているかをみるため、学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援についての医療機関の役割認識状況と就学前期の障害児に対する福祉サービスの紹介状況の関連性について表6に示した。就学前期の障害児に対する療育と地域生活支援の紹介状況と、学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援についての医療機関の役割認識状況とに有意に関連性を認めた。学齢期・青年期の地域生活支援に医療機関は何らかの「役割を担っている」と回答した者ほど、就学前期の障害児に対して療育や地域生活支援について積極的に紹介する傾向にあった。

4. 障害福祉サービスの情報収集の実態

病院小児科の医師が療育や地域生活支援に関する障害福祉サービス等の最新情報をどのように収集しているかという問いに対する回答状況を表7に示した。「特に何もしていない」と回答した者は39.6%であった。「情報収集している」と回答した者のうち、「院内のソーシャルワーカーなどの関係職種から自分で情報収集している」とした者が64.9%と多く、次に「市町村広報やインターネット、本などを使って自分で情報収集している」とした者が38.1%

表3 「療育等の障害福祉サービスを紹介する」と回答した272人の診療情報提供書記載状況

	回答者数 (割合)
サービスの紹介と同時に診療情報提供書も記載する	159(58.5%)
家族からの申し出がある場合に診療情報提供書を記載する	83(30.5%)
診療情報提供書を記載しない	7(2.6%)
不明	23(8.4%)

表5 就学前期と学齢期・青年期の障害福祉サービスにおける医療機関の役割認識状況(回答者278人)

	回答者数(割合)		
	役割を担っている と回答した者	役割を担っていない と回答した者	不明
就学前期の療育等の紹介	266(95.6%)	6(2.2%)	6(2.2%)
学齢期・青年期の地域生活支援	134(48.2%)	139(50.0%)	5(1.8%)

表4 療育等の障害福祉サービスを紹介するタイミング(回答者272人)

	回答者数(割合)		
	はい	いいえ	不明
現在、障害を認めていないが、原疾患から判断して、近い将来、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるような障害が生じることが予想され、早期療育が効果的と考えられる場合	162(59.6%)	106(39.0%)	4(1.5%)
原疾患の診断の有無にかかわらず、明らかな障害を認める場合	208(76.5%)	60(22.1%)	4(1.5%)
成長発達の観点から、一般の保育(幼稚園や保育園)よりも、療育が効果的と考えられる場合	193(71.0%)	75(27.6%)	4(1.5%)
家族から相談・紹介依頼があった場合	149(54.8%)	119(43.8%)	4(1.5%)

表6 学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援についての医療機関の役割認識状況と就学前期の障害児に対する福祉サービスの紹介状況の関連性

	学齢期・青年期の障害児に対する 地域生活支援 (医療機関の役割)		P値*
	役割を担っていると 回答した者 (131人)	役割を担っていないと 回答した者 (136人)	
就学前期の障害児に対する福祉サービスの紹介			
療育			<0.001
積極的に紹介	110(84.0%)	84(61.8%)	
家族の申し出がある場合に紹介	19(14.5%)	49(36.0%)	
紹介しない	2(1.5%)	3(2.2%)	
医療費の助成制度			0.168
積極的に紹介	108(82.5%)	99(72.8%)	
家族の申し出がある場合に紹介	21(16.0%)	34(25.0%)	
紹介しない	2(1.5%)	3(2.2%)	
地域生活支援			<0.001
積極的に紹介	69(52.7%)	41(30.1%)	
家族の申し出がある場合に紹介	55(42.0%)	66(48.5%)	
紹介しない	7(5.3%)	29(21.3%)	

※各質問項目に対する回答が不明であった者を除いて χ^2 二乗検定を実施

表7 病院小児科医の障害福祉サービス情報の入手方法

	回答者数 (割合)
特に情報収集していない	110(39.6%)
情報収集している	168(60.4%)
情報収集方法 (複数回答)	
市町村広報やインターネット, 本などを使って自分で情報収集している	64(38.1%)
院内で説明会や関連資料の配布があり, それらを活用して情報収集している	13(7.7%)
院内のソーシャルワーカーなどの関係職種から自分で情報収集している	109(64.9%)
院内のソーシャルワーカーなどの関係職種が最新情報をいつも知らせてくれる	33(19.6%)

であり, 医師が自ら情報を収集していた。「院内で説明会や関連資料の配布があり, それらを活用して情報収集している」, 「院内のソーシャルワーカーなどの関係職種が情報をいつも知らせてくれる」という者は, それぞれ7.7%, 19.6%であった。受動的に情報を入手できる者は少なかった。

IV 考 察

全国の日本小児科学会が認定する専門医研修施設518施設の小児科部長クラスの医師への調査を通じて, 障害が判明した時の家族支援, 就学前期の障害福祉サービス等の紹介, 学齢期・青年期の障害児に

対する地域生活支援の紹介, 障害福祉サービスの情報収集の実態をまとめた。平成22年厚生労働省医療施設調査によると我が国の小児科を標榜する病院は2,808箇所であり, 調査対象施設である日本小児科学会が認定する専門医研修施設は, その中でも質・規模が担保された約2割の病院である。専門医研修施設とそれ以外の病院とでは診療状況が異なるが, 専門医研修施設は, それ以外の病院に比べて, 障害児の診断から治療にいたるまで長期に関わる場合が多い。米国小児科学会のTask Force on the Familyでは, 家族環境は子どもの発達や行動に影響するため, 小児科医は積極的に家族支援を行うこと, 孤立することなく地域生活を充実して過ごすことが子どもの健やかな成長につながるため, 小児科医は子どもが地域で生活する際に何が必要かをしっかり見定めること等を薦めている²⁾。本調査により, 病院小児科における障害が判明した時の家族支援, 障害児への障害福祉サービス紹介の実態を把握できたと考える。

障害が判明した時, 主治医は家族に対して, 心理社会的支援の必要性を認識し, その対応を心掛けていた。また, 患者会や家族会などの紹介を行っており, セルフヘルプグループの効果を認識していたと推測できる。セルフヘルプグループとは, 共通する課題を抱えた者同士が, 自らすすんで自分の気持ちや体験などを分かち合い, 仲間を支援あうグループで, 抑うつ・不安などの改善, 疾病の受容, 対人関係の改善などの効果が指摘されている⁵⁾。また, 障

害児を育てていく上で必要な子育てや生活情報を得る上で役立つとされている⁶⁾。障害児家族の精神的健康は一般集団よりも良くないという報告があり、専門的な治療を要する場合もあるが⁷⁻⁹⁾、子どもに手がかかるなどの理由で治療する機会が少ない。病院小児科は、専門的なカウンセリングの提供や必要時に心療内科等への紹介をすることができる立場にある。たとえば、病院内での認識の向上、スタッフの充足や家族を診察しやすい診療体系の構築により、障害児家族への直接的な心理社会的支援の向上を促すことができると考える。

障害告知時に片親だけにならないように両親がそろった状況で説明するように心がけること、家族の心理的反応に留意する際、十分な時間を確保した相談をすることについては、同じ主治医でも外来と入院で対応が異なる場合もあり、とくに外来診療時間の制約があったり、入院が必要な子どもの病状等の説明により多くの時間を要するなどの背景があると考えられた。

障害児にとって地域サービスへの入口ともいえる療育の紹介は積極的に行われていた。主治医は、障害児に対する療育の紹介は医療機関の役割であると考え、必要な場合に、比較的早期に療育の紹介を行っている現状が明らかになった。一方、地域生活支援に関する障害福祉サービスの紹介になると、その数は減り、学齢期・青年期に至っては、約半数がその役割を担っていないと考えていた。背景には、“主治医が障害福祉サービスのことを知らない、時間がない”などの主治医側の側面、“家族がすでに知っている障害福祉サービスを頼りに、新たに必要サービス享受のために奔走している”などの家族側の側面があると考えられた。主治医は、成長発達の観点等から療育が効果的と考え、医療機関の役割として療育を紹介する一方、地域生活支援に関する障害福祉サービスについては、ソーシャルワーカーなどの他職種、行政の役割であると考えられる傾向にあった。学齢期・青年期の地域生活支援についても、医療機関から適切な機関につないたり、家族の相談に応じることも重要である。就学前期の障害児に対する療育と地域生活支援の紹介状況と、学齢期・青年期の障害児に対する地域生活支援についての医療機関の役割認識状況とに関連性があり、とくに学齢期・青年期での地域生活支援の医療機関の役割の重要性を医師が認識することで、障害児のすべてのライフステージにおける障害福祉サービスの充実、生活や将来に対する安心に少しでもつながると考える。

医療現場においては、ライフステージによる臨床像の変化に対応した医学的管理を行っている。同様

に、障害福祉サービスのニーズも変化し、医師にとって、その享受状況を確認することは、医学的管理を行う上でも重要であると考えられる。障害福祉サービスは市町村で異なったり、法改正によりたびたび変更したりすることが多く、常に新しい情報を得る必要がある。しかし、医師が障害福祉サービスに関する情報を得る機会は非常に少なく、医師自身が情報を収集している場合が多かった。病院内における医師とソーシャルワーカー等との職種間連携の強化とともに、福祉・行政からの医療機関や障害児家族への積極的な働きかけも重要である。

本研究では、小児科専門医研修施設における医師の特徴をまとめたものの、それら施設間の地域特異性の検討には至らず、今後の課題である。また、福祉や行政から医療機関への情報提供状況や、小児科専門医研修施設とそれ以外の小児科標榜医療施設との相違の分析なども必要である。医療機関は、障害児に対して早期発見からフォローアップまで一貫した関わりができる。医学的管理にとどまらず、障害が判明した時の家族へのきめ細かな心理社会的支援の提供、障害福祉や母子保健のサービスを紹介できるようなシステムの構築、マンパワーの強化が必要である。

本調査は、厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））「障害児をもつ家族に対するニーズアセスメント指標の開発と小児病院と地域が連携した包括的な支援方策に関する研究」（H22-身体・知的—一般-007）の分担研究「障害児家族への心理的ケア提供体制に関する研究」により実施した。

調査にご協力いただいた全国の小児科学会が認定する専門医研修施設の先生方、分担研究者の大府立母子保健総合医療センター岡本伸彦先生、調査票作成にあたってご指導下さった大府立母子保健総合医療センター位田忍先生、鳥邊泰久先生に深く感謝いたします。

（受付 2013. 5. 9）
採用 2013.11.30）

文 献

- 1) 厚生労働省. 障害児支援の見直しに関する検討会報告書. 2008. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/s0722-5.html> (2013年8月30日アクセス可能)
- 2) American Academy of Pediatrics. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics 2003; 111(6 Pt 2): 1541-1571.
- 3) 障がい者制度改革推進会議. 第29回障がい者制度改革推進会議（平成22年12月17日）資料1 障害者制度改革の推進のための第二次意見（案）. 2010. http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_29/

- index.html (2013年 8月30日アクセス可能)
- 4) 障がい者制度改革推進会議. 第6回障がい者制度改革推進会議(平成22年3月30日) 資料2 障害児支援に関する意見一覧. 2010. http://www8.cao.go.jp/shou-gai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_6/index.html (2013年 8月30日アクセス可能)
 - 5) Adamsen L, Rasmussen JM. Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social processes. *J Adv Nurs* 2001; 35(6): 909-917.
 - 6) 岡 知史. 保健・福祉分野におけるセルフヘルプ活動の意義と現状 セルフヘルプグループの歴史・概念・理論: 国際的な視野から. *作業療法ジャーナル* 2000; 34(7): 718-722.
 - 7) Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics* 2005; 115(6): e626-e636.
 - 8) Cadman D, Rosenbaum P, Boyle M, et al. Children with chronic illness: family and parent demographic characteristics and psychosocial adjustment. *Pediatrics* 1991; 87(6): 884-889.
 - 9) 植田紀美子, Mbumba Fifi Ngoma, 森臨太郎, 他. 精神健康調査票(短縮版)を用いた小児外来患者家族の精神健康状態の検討. *日本小児科学会雑誌* 2010; 114(9): 1419-1426.
-