

月

小田 慈:鉄芽球性貧血. 小児内科 35(6):1021-

1024, 2003 2003 年 6 月

山下信子、小田 慈:血液型検査・交差試験. 小児

科臨床 増刊号 56:1215-1221, 2003 2003 年 7

小田 慈:血液疾患-フォローアップ外来の重要

性、白血病を中心に-. 治療 85(9):2521-

2525, 2003 2003 年 9 月

産科リスクを軽減する体制

【分担研究者】	朝倉 啓文	日本医科大学産婦人科助教授
【研究協力者】	清川 尚	船橋市立医療センター院長
	田中 政信	東邦大学産婦人科講師
	前田 眞	県西部浜松医療センター副所長
	谷昭 博	北里大学産婦人科講師
	竹内 正人	葛飾赤十字産院産科部長

■研究要旨

日本における妊産婦死亡を減少させるシステムとして、産科オープンシステムの実態を調査した。調査した開放型病床群のある病院の 55%に産科オープンシステムがあったが、規模は小さいものが多く、周産期救急を担うためには不十分である。しかし、診療所にとっては有意義な点が多く、医師の QOL 向上は明らかで、時間の余裕から自己研修も可能になる。

一方、産科診療ではヒヤリハット事例が日常的である実態が把握された。とくに、産科は夜間業務が多く、分娩室、新生児室では重篤な事故の起きる可能性があることが認識され、マンパワーの不足を改善する必要があると考えられた。この観点からも、産科オープンシステム病院を中心としたシステムを推進し、日本の医療の再編成を考えることを提言する。

また、パースセンターは、日本において今後考える価値ある分娩場所である。

A. 研究目的

日本における妊産婦死亡のリスクを減少させるための具体的な政策提言を行なうことが目的である。

本年度は日本における、産科オープンシステムの実態を把握するとともに、諸外国におけるパースセンターを文献的に調査し、日本に導入が可能か否かの検討の基礎的データとする。

さらに、産科診療から医療事故を減少させるため、産科一般診療の中でどれだけのリスクがあるかを把握しようとした。

B. 研究方法

(1) 現在の日本の産科における産科オープンシステムの実態調査:

日本の開放型病床群を持つオープンシステム病院は 416 施設である。病院のリストは閲覧方式であるため、全国のオープンシステム病院を一同にリストアップすることは非常に困難である。

そこで、日本産婦人科医学会の各都道府県支部長に聞き取り調査を行い 328 件のオープンシステム病院をリストアップし、この病院に対して、産科オープンシステムの実態を調査した。

(2) 「静岡県在住の産科医師に対する QOL 調査」;

浜松市は全国で、最も産科オープンシステム化が進んでいる市と思われる。

そこで、静岡県全域の産科医を対象として、産科オープンシステムを利用する医師の QOL が

どのようなものであるか調査を行った。対象 130 診療所。

(3)産科日常診療におけるヒヤリハット事故の実態調査;

日本産婦人科医会会員の日常診療における事故のリスクを把握するため、2003 年 2 月 1 日から 3 カ月間におきたインシデント・アクシデント(ヒヤリハット)事例の集積を行った。各都道府県支部の推薦医療機関 237 施設を対象に行った。

(4)バースセンターの実際についての文献的研究;

バースセンターのイメージを把握するため、外国文献の検討を行った。

C. 研究結果

(1)産科オープンシステムの実態調査;

調査票をオープンシステム病院 227 医療施設に送付した(回答率;56.8%)。

①ベッド数

調査病院のベッド数は平均 381.3 (100-1000)であったが、その内 28.9 ベッドがオープンシステムとして用いられている。産婦人科専用のベッドは 27 ベッドで、産科オープンシステムを行っている病院は 55.1%でしかなかった。

産科オープンシステム用のベッドは平均 6.7 で、最頻値が 2 で、ほとんどの病院では 1-7 ベッドであった。

②登録医数

登録医数は 10 人以上が 26.5% (13/49)であったが、その他の病院では登録医数が 1-10 人にまで満遍なく分布しており、登録医が 1-3 名である病院が 37%にみられた。

③母体、新生児搬送に関する環境

産科オープンシステムである病院の 98%は

正期産妊婦を受け入れ、早産妊婦の受け入れは 83%であった。しかし、NICU のある病院は 36.2%で、その他の病院には NICU はなかった。

新生児医は平均で 3.09 人(最頻数は 2 人)であった。

④分娩数、当直医、助産師数

分娩数は平均で一カ月 32 例。うち産科オープンシステムとして行った分娩は 4.61 人程度であった。

産科医師数は平均 3.09 名である。

麻酔医の当直は 30.5%のみであった。

産科看護師は平均で 55.7 人いるが、50 人以上いる施設が 7 施設あり、16-25 人までが 48 施設であった。11-20 人が 25 施設で最も多かった。

助産師数も、21 人以上が 8 施設あったが、残り 50 施設は 20 人以下で、7-10 人が最多で 19 施設あった。

⑤登録医とのトラブル

産科オープンシステムの 94.6%でトラブルはなく、登録医との関係も非常に良好が 37.3%、おおむね良好が 60.8%であった。

⑥助産所との連携

助産所分娩との連携は 39%で、助産所も利用可能であるが、43.1%の病院では今後とも助産所との連携を考えていないと答えた。

⑦産科オープンシステムの重要性

さらに、91.2%の産科オープンシステムは分娩の安全性向上のために必要であると考えていた。

まとめ;

1)日本の開放型病床群を有する病院で、産科を含めたオープンシステムをとっている病院は 55%程度である。

2)産科オープンをしていても、その規模は大きい

ものと、小さなものに分かれる。NICU を有する病院はわずか 36%しか存在しない。麻酔医の当直も約 30%の施設でしか無く、現状の産科オープンシステムは妊産婦死亡を半減できるほどの機能を持ったシステムではない。

3) 産科オープンシステムは分娩の安全性向上に必要と考えられているが、助産所分娩をもそのシステム内においた整備が今後必要である。

結論;現時点では、日本の産科オープンシステムは未だ貧弱なもので、今後、拡充する必要がある。

(2)「静岡県在住の産科医師に対する QOL 調査」

静岡県の 75 歳以下の会員がいる 130 診療所に調査票を送った(60%の回収率)。

21 名(27%)の医師がオープン病院の登録医であり、非登録医の 57 名との比較になった。非登録医師中 47%(27 名)は分娩を取り扱っていなかった。

解析をこの 3 群間で行った。

登録医の年齢は平均で 58.9 歳、非登録医で分娩を扱うものは 54 歳、分娩を扱わない非登録医師は 65 歳で、分娩を扱わない非登録医が有意に年長であった($p < 0.05$)。

オープン病院と契約している医師は、非契約医で分娩を行っている医師と同等の外来患者をもち、病床、常勤医、看護師などソフト、ハードとも設備投資が少なくすみ、経済的にも余裕がある。研修の余裕もあり、自分の生きがいを持ちやすい傾向があり、QOL の面でも有利な点が多い。

将来的には、女性医師の可能な仕事パターンであると考えられる。

しかし、意義については地域による差が大きく、同県内といってもオープンシステムに興味をもてない医師や、経済的問題から分娩を中止す

ることができない医師も多く、存在する。

結論;産科オープンシステムは、診療所にとっては有意義である点が多い。実際に妊産婦死亡のリスクをどれだけ軽減させられるかは今後の課題であるが、時間の余裕ができ、自己研修に励むことができる。今後は地域性を考慮しながらではあるが、全国的に産科オープンシステムの構築を考えるべきと考えられる。

(3) インシデント、アクシデント調査;

日本産婦人科医学会医事紛争対策委員会平成 14 年度 2 月 1 日から 4 月 30 日の 3 カ月間、分娩を扱う中小医療機関でインシデント、アクシデントレポート(ヒヤリハット事例)を集積した。延べ 267 施設から総計 405 レポートがあった。調査期間内の外来患者数は 386,479 人、入院患者は 52,562 人、分娩数は 10,947 例であった。

看護師が 53.1%、助産師 19.4%、医師 8.9%、事務員 7.9%、検査技師 3.8%がインシデント、アクシデントを経験した。

経験した年齢は平均 9.8 年であるがほぼ半数(46%)が 5 年以下であった。

発生場所は病棟(41.6%)、外来 20.1%、受付 8.1%、ついで新生児室 6.0%、分娩室 5.5%、手術室 4.8%、薬局 3.3%の順であった。とくに、新生児室、分娩室で起きたヒヤリハット事例は準夜、深夜の勤務時間帯に起きており注意すべきである。

内容は、診療に関するものが 61%、観察、評価、情報伝達に関するものが 31%、療養に関するものが 4%、環境に関するものが 4%であった。診療に関するものでは、注射、点滴が多く、ついで、与薬、検査、分娩の順であった。

体験した危険度を、レベル 0(ミスがあったが最終的に実施なし)、レベル 1(実害なし)、レベル 2(実害低い)、レベル 3(後遺症を残す可能性

高い)、レベル4(実害高く、後遺症を残す可能性高い)、レベル5(事故が死因となる可能性高い)と分類して検討した。

危険度が増加するとともに医師や助産師の体験する頻度も増した。また、レベルが高いほど、発生する時間帯が準夜、深夜が多くなった。

体験した時の精神状態には、ほとんど問題のないことが多く、おもにウッカリミスが多い傾向であった。

結論;

ヒヤリハット事例では、日常診療に関して、ついウッカリミスが多い。確認の重要性が示された。分娩を扱う医療機関では、準夜、深夜帯でのヒヤリハット事例が多く、しかもレベルの高い事故が生じる可能性がある。マンパワー不足が関与している可能性もあり、この点はハード、ソフトとも改善に向けた努力が早急に必要である。

(4) バースセンターに関する文献学的調査;

バースセンターの安全性、快適性などについて、文献的な調査を行った(41 文献)。

バースセンターとは健康モデルの視点から、生む女性と、家族を中心にケアを提供する家庭的な雰囲気をもつ出産取り扱いセンターで、病院併設型(院内バースセンター)と独立型バースセンターがある。

安全性;

従来は、バースセンターで出産した初産婦では新生児の罹病率が高くなる傾向が報告されている。しかし、サンディエゴのバースセンターで行われた大規模プロスペクティブスタディー(2003 年)では、バースセンターと従来の医師による分娩では母体、新生児の予後に有意さは認められなかった。

快適性;

バースセンターでの出産の満足度が高い。正常分娩率は高く、鉗子、吸引分娩、陣痛促進

剤使用などの産科的な介入が少なく、バースセンターでは、産婦の自然のリズムを尊重することで、より主体的な出産が可能であることが、満足度、達成感を高めるに役立っている。

費用効果;

経済効率が病院での出産よりよいという報告もあるが、一般には大規模な数を扱う病院出産であれば経済性は良好である。

結論;

バースセンターはバックアップ体制が確立され、適正な妊産婦の選択が行われれば、安全性は病院出産に劣るものではない。

周辺のヘルスケアシステムと連携し、分娩数も確保されれば、安全性、快適性、経済的にも秀でた出産の場となりうる。

D. 考察

健やか親子 21 運動の、課題 2「妊娠・出産の安全性と快適性の確保」では、今後の日本の妊産婦死亡率を 1/2 とすることが求められている。このような、妊産婦にとって安全な環境を整備し、多くの医師に産科を選択してもらおう。このことが最終目的である。

日本では分娩の 45%が産科診療所、1%が助産所で行われている。安全性を増すためには、救急搬送システムを整備するとともに、分娩を病院で行うオープンシステムをも考える必要がある。

そこで、産科オープンシステムの実態調査を行った。

調査した開放型病床群のある病院の 55%に産科オープンシステムがあったが、規模は小さいものが多く、周産期救急を担うためには不十分である。

しかし、診療所にとっては有意義な点が多く、医師の QOL 向上は明らかで、時間の余裕から自己研修も可能になる。

一方、産科診療ではヒヤリハット事例が日常的である実態が把握された。

特に、産科は夜間業務が多く、分娩室、新生児室では重篤な事故の起きる可能性があることが認識され、マンパワーの不足を改善する必要があると考えられた。この観点からも、産科オープンシステム病院を中心としたシステムを推進し、日本の医療の再編成を考えることを提言する。

また、助産所分娩の発展のために、バースセンター構築も今後検討される価値があると考えられた。

E. 結論

分娩を扱う医療機関では、準夜、深夜帯でのヒヤリハット事例が多く、しかもレベルの高い事故が生じる可能性がある。このような潜在的なリスクを減ずるために、また、産科医のQOL向上のためにも産科オープンシステムの整備が全国的な産科救急システムの中の一つの選択肢になりうる。バースセンターもそのシステムの中で今後その実

現が考えられてよい。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表;

- (1) 朝倉啓文「妊産婦死亡の推移と現在の問題点」産婦人科の実際、vol.52、p1519-1527、9.2003
- (2) 清川 尚、田中政信、宮崎亮一郎「わが国の母体搬送体制の問題点」産婦人科の実際、vol.52、p1529-1534、9.2003
- (3) 谷 昭博「産婦人科診療所におけるヒヤリ、ハット事例の解析」リスクマネジメントの実際・産婦人科領域ー医療安全管理のポイントー」p34-42、9.2003
- (4) 日本産婦人科医会医療安全・紛争対策部「インシデント・アクシデントレポート調査結果」3.2004

救急医療に従事する若手小児科医のための相談電話対応手法の開発

【分担研究者】	桑原 正彦	広島県地域保健対策協議会・小児救急医療支援部会長
【研究協力者】	上田 一博	前広島大学医学部大学院医歯薬学総合研究科小児科学教授 広島市立安佐市民病院院長
	清水 凡生	前呉大学看護学部教授・学長補佐
	三浦 公嗣	前広島県福祉保健部部長
	川本 功一	川本小児科医院長
	藤井 肇	広島市立舟入病院長
	新田 康郎	広島県医師会常任理事
	西村真一郎	広島大学医学部付属病院小児科学講師

■研究要旨

小児時間外診療の提供体制に対する国民の不満は、日増しに大きくなってきている。

休日・夜間診療所が少なく、長時間待たされるという不満である。

本事業は、平成 14 年度の試行的取組みを受けて、平成 15 年度には、年間を通じての「小児救急電話相談事業・広島」が定着するための努力を重ねた。

本事業のキャッチフレーズは「いま行くべきか、明日までまってよいか？」である。

現場の混乱を解消し、保護者の育児不安を少なくする目的で、緊急に受診する必要があるのか、様子を見てよいのか、翌朝まで待って受診すればよいのか等の判断に迷う小児患者の保護者に対応するために、休日夜間であっても気軽に相談ができる窓口を開設して、適切な指導・助言をする。

相談を担当する医師は、県内の熟練小児科開業医であり、相談により得られた知見から、聞き取り手法、重症・軽症の鑑別、比較的軽症の救急患児に対する初期対応の方法等、小児救急の現場における電話相談に必要な手法を開発して「小児救急電話相談対応マニュアル」を作成した¹。本マニュアルは若手小児科医師にとって有益なものとなるであろう。

A. 研究目的

日本医師会の「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」報告書によると、小児夜間休日急患センターに来院した患者・保護者の不安は大きく、50.2%はあまり重くないと自覚して受診している。²

少子化と核家族化の波は、保護者の育児経験の貧弱さを生み出し、育児技術の伝承教育がおろそかになってしまった。また、医学知識に関する

メディアからの情報は多過ぎて、自分の大切な子どもにどの情報を利用するか判断に迷っている。このように、小児医療提供体制の整備の遅れと相俟って、小児救急の現場での混乱は、日増しに増大している。

このような社会背景の中で、とりあえず、地域の小児救急システムが円滑に運営できるための補助手段として「小児救急電話相談事業」を試験的に立ち上げ、その効果を検討することを本事業の目

的とする。

B. 研究方法と結果

医療機関が休診日となる土曜・日曜・祝祭日及び年末・年始(年間135日程度)に、協力頂ける小児科医55名程度が順番で、電話相談窓口(18時～23時)を設置し、県民からの相談を受けつける。電話は広島県内でひとつの固定番号(082-235-1399)を広報しておき、受信した電話は携帯電話を持った相談医に転送する。相談医はあらかじめ入力したメッセージのあと、名前を名乗って相談に応じる。相談医は電話で相談内容を聞きながら、相談内容を聴き取り票(「小児救急電話相談聞き取り票」)に書き入れるとともに軽度・重度を推定して、必要と判断した場合受診を勧める。本事業を始めた平成14年9月8日から平成15年12月末までの相談件数は2,883件である。(図1)。

相談者の80.7%は母親である。相談内容は、ひきつけや外傷などの明らかに急を要する病気の相談が11.8%、一般の病気の相談が74.7%、薬に関する相談が

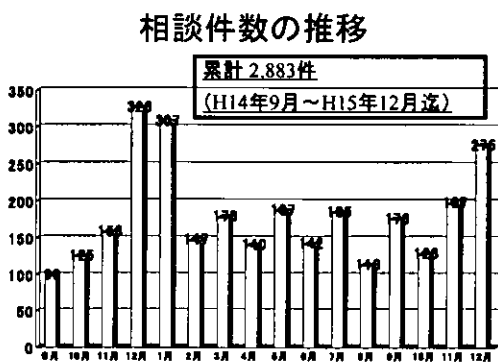


図1 相談件数の推移

(平成14年9月8日～平成15年12月末)
6.0%であり、医療機関の間合わせは1.2%で意外に少ない。

結果分類

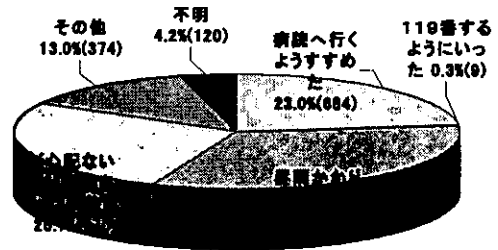


図2 相談の結果指導した内容

(平成14年9月～平成15年12月)

相談医の指導内容については、図2に示してある。心配ないので昼間かかりつけ医へ行くようすすめた32.8%、心配ないが何かあれば病院へ行きなさい26.7%であった。一方、病院へ行きなさい23.0%、119番してすぐ病院へ0.3%(9件)であった。

相談小児科医から見て、相談した事例の59.5%は、今晚自宅でようすを見てよいと判断している。

相談の結果、どのように行動されましたか？

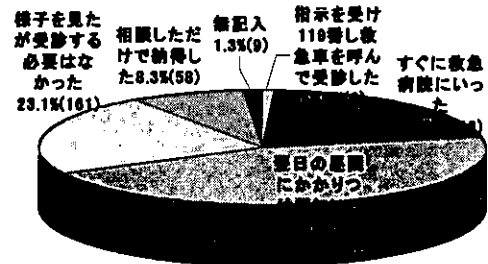


図3 電話相談後の受療行動

(平成14年9月～平成15年9月)

相談を受けた患者に対しては、その後、この相談によってどのような受療行動等をとったか、満足度はどうだったかの追跡調査を定期的に行っている。第2回目の追跡調査の結果は図3のとおりである。

アンケート用紙の郵送が可能なもの2,284件のう

ち、696 件(43.2%)の回答があった。
 相談医が指示したとおりに翌日の昼間かかりつけ
 医を受診した 45.4%、指示通り様子を見たが受診
 する必要がなかった 23.1%であった。一方、す
 ぐに救急車病院に行った 21.0%、指示を受けて
 救急車で受診した 0.9%(6 件)であり、電話相談
 者は、相談小児科医の指示をかなり忠実に守っ
 て行動している。

「今後、本事業を利用したいと思いますか?」の
 問いに対し、大いに利用したい 50.3%、利用した
 い 39.7%であり、別の設問の「本事業に満足され
 ましたか?」に対して、満足 43.5%、ほぼ満足
 37.1%と合わせてみると、相談者の本事業に対す
 る期待は大きいものとする。(図4)

今後も「小児救急電話相談」を利用 したいと思われますか?

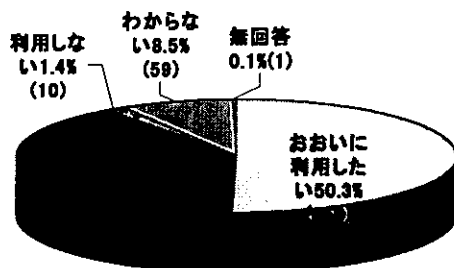


図4 相談者の満足度
 (平成 14 年 9 月～平成 15 年 9 月)

倫理面については、特に個人情報に関する点に
 ついて、その取り扱いに十分に配慮して聞き取り
 を行なっている。

また、「小児救急電話相談事業評価委員会」を設
 置し、委員には、大学教授、マスコミ代表、NPO
 子育てグループ代表、弁護士、医療情報専門家を
 委嘱している。

C. 考察

小児救急、特に小児時間外診療の提供体制に対
 する国民の不満は、日増しに大きくなってきてい

る。その一つは長く待たされるということであり、2
 つ目は夜間・休日小児急患センターが少ないとい
 うことである。その解決には、マンパワーの確保
 が最も有効な方策であるが、小児科医が全国の2
 次医療圏の小児救急拠点病院に十分に配備でき
 るには、なお4半世紀かかるであろう。

では、短期的な解決策はあるのか。その一つは、
 女性医師も含めて休眠小児科医の有効活用であ
 る。2つ目に患者・保護者の教育である。医療提
 供側から見て緊急性のない患者が小児時間外診
 療所に集中しないような方策を見つけなければなら
 ない。3つ目に患者・保護者の不安を解消するた
 めの教育と具体的な働きかけである。

「小児救急電話相談事業・広島」は、2つ目と3つ
 目の解決のための取り組みとして始まった。相談
 者がすべて小児科医であるということも、本事業
 の特色である。「この電話の向こうに、いつでも
 話せる小児科医がいる」ということは、患者・保
 護者にとって、大きな安心となっている。このこ
 とは、患者・保護者に対する満足度調査の自由記
 載欄に数多く書かれている。(表1)

保護者の反応

- ・ 子育てではじめて不安ばかり 安心です
- ・ 平日も 夜間もお願いします
- ・ 電話が聞こえにくかった
- ・ いらいらしている時に住所は? 困る
- ・ 先生が早口で聞き取りづらかった
- ・ 医学用語や専門用語が多く理解不能
- ・ 総合病院がかかりつけ医 助かる
- ・ 結果よりも すぐ受け止めてもらえる
- ・ なかなかつながらない 回線を増やして
- ・ やはり先生に聞いて安心した
- ・ 今後とも 続けてください

表1 電話相談した保護者の反応の一部
 (平成 14 年 9 月～平成 15 年 9 月)

他方、相談小児科医の反応については、当番
 に当たった相談医の日報で推察すると

相談小児科医の反応

- 電話が聞きづらい
- 時々 携帯がとぎれることあり
- 5時間 話せばなしはつらい
- 横柄な相談者がいて 気分を害した
- 記録用紙を簡素化したら
- 住所を聞くと 怒られた
- 現場の混乱が解消するとは思えない

表2 相談小児科医の反応の一部

(平成 14 年 9 月～平成 15 年 12 月)

表2のように、苦勞の多い事業である。

E. 結論

本事業は、15 ヶ月の試行を終えた。その結果、小児救急医療体制の補完事業(0.5 次救急)として重要であると結論した。

しかし、「小児救急電話相談事業・広島」のみで、小児時間外救急の現場の混雑を緩和することはできない。

今後、同様の事業が全国各地に立ち上がり、全国どこからでも、どこかの電話にかかるというような体制が取れば、非常に有益な事業となるであろう。

広島でのボランティアの相談小児科医ほか、多くの関係者のご理解とご協力に感謝する。

1. 広島県地域保健対策協議会: 小児救急相談対応マニュアル、小児救急医療支援専門委員会、2003.10.
2. 日本医師会: 小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会(プロジェクト)報告書、報告書別冊、2002.3

F. その他の発表論文

1. 桑原正彦: 小児救急医療における学会の役割を探る—医師会の立場から、日本小児科学会雑誌、第 107 巻、第 5 号、p796—799, 2003
2. 桑原正彦: 小児救急電話相談事業—0.5 次救急は保護者の不安解消に役立つか? 特集小児救急医療を考える、救急医療ジャーナル、第 11 巻、第 5 号、p18—22、2003.
3. 桑原正彦: 小児救急の初期対応と社会的背景—本当に小児科医はたりないのか—、日本小児科医会会報、第 26 号、p103—106、2003

他科との協働のあり方に関する研究

【分担研究者】	柳澤 正義	国立成育医療センター院長
【研究協力者】	田中 政信	東邦大学医学部第 1 産科婦人科学講師
	石橋 幸滋	石橋クリニック院長
	生田 憲正	国立成育医療センター思春期心理科医長
	村島 温子	国立成育医療センター母性内科医長

研究要旨

小児科と他のさまざまな診療科との接点において、小児科医と他科医師との連携・協働は、従来のわが国の医療提供体制のなかでは必ずしもうまく行っていないが、今後の小児医療のあり方を考えるうえで極めて重要な課題である。また、専門分化の進行した現在の医療において、患者を全人的、包括的に診ることが重要であり、チーム医療が求められている。さらに小児救急医療、特に初期救急において、地域によっては小児科医の確保が困難で、他科医師の応援を頼まなければならない。これら小児科医と他科医師との連携・協働を必要とする分野は数多いが、本研究においては、以下の4課題を設定し、研究協力が分担して調査・研究にあたり、今後のあり方、新しいシステムを模索した。

①プレネイタル・ビジットの推進(田中政信)

すでに平成 13 年度から、厚生労働省あるいは日本医師会の補助により、市町村単位でモデル事業として実施されている出産前小児保健指導(プレネイタルビジット)事業の実施状況を調査し、小児科医と産科医の連携の視点から問題点を把握し、今後のあり方を模索する。本年度は、特に事業が順調に施行されている大分県について聞き取り調査を行った。

②地域における小児初期救急への対応(石橋幸滋)

小児科以外の医師(非小児科医)が、小児の初期救急の一部を担っている現状の中で、非小児科医の知識・経験・技能がどのように生かされ、今後どのような知識・技能の習得が求められるかを分析評価するためのアンケート調査を行った。それに基づいて今後の小児初期救急診療体制構築のために必要な研修やシステム作りを考察する。

③思春期のこころと体の医療(生田憲正)

思春期のこころと体の問題を的確に診断・治療するうえで必要な関係各科の連携・協働のあり方を成育医療センターでの思春期外来の実践を通じて検討した。本年度は、思春期診療科、婦人科および思春期心理科が協働して運営している思春期外来の活動を通じて、「摂食障害の入院チーム医療(第1版)」を作成し、また、思春期医療・医学に関して病院内スタッフに教育の場を提供するため定期的な思春期診療勉強会を実施した。

④小児慢性疾患を有する成人患者の医療(村島温子)

小児慢性疾患キャリアオーバー成人患者の継続的、総合的医療に必要な関係各科の連携・協働のあり方を検討するため、昨年度は、成育医療センターにおけるキャリアオーバー患者の担当医に対してアン

ケート調査を行った。本年度は、患者と家族がどのような診療を希望しているかを明らかにする目的で、キャリアオーバー患者に対してアンケート調査を行った。患者の多くは現在の主治医に続けてみてもらいたいと答えているが、一方で少ないながらも他院へ紹介されてもよいと答えている患者もいた。この違いを生じる要因を検討したところ、有意差を認めたのは入院頻度すなわち重症度であった。

A. 研究目的

従来の医療提供体制のなかでは、診療科の枠組を越えた連携、協働は必ずしもうまく行っておらず、この点は小児科と他科との関係においても同様であろう。しかし、新生児医療や思春期医療を例に挙げるまでもなく、小児科と他のさまざまな診療科との接点において、小児科医と他科医師の連携、協働は、今後の小児医療のあり方を考えるうえで極めて重要な課題である。また、医学・医療の進歩とともに専門分化が進行しているが、その一方で、患者を全人的、包括的に診ることの重要性が強調され、このような観点から小児科のサブスペシャリティのみならず、他科、さらには、コメディカルなど他職種も含めたチーム医療が求められている。また、現在、社会問題化している小児救急医療について、地域によっては小児科医の確保が困難で、他科医師の応援を頼まなければならない。本研究においては、以下の4課題を設定し、それぞれ研究協力者が分担して調査・研究に当り、以て、小児科と他科との協働のあり方を模索する。

- ①プレネイタルビジットの推進
- ②地域における小児初期救急への対応
- ③思春期のこころと体の医療
- ④小児慢性疾患を有する成人患者の医療

本研究の成果は、今後の小児医療のあり方、特に他科との連携、協働によってよりよい小児医療を展開するうえで、非常に有用なものとなることが期待される。さらにここに掲げた課題は④を除いて「健やか親子21」で取組が求められているものであり、本研究の成果は「健やか親子21」に掲げ

られた目標の達成に寄与することが期待される。また、これらの課題はいずれも「成育医療」の観点からも重要なものであり、今後の「成育医療」の推進に資するものである。

B. 研究方法

1. プレネイタル・ビジットの推進(田中政信)

平成 13 年度から、厚生労働省あるいは日本医師会の補助により、市町村単位のモデル事業として実施されている出産前小児保健指導(プレネイタルビジット)事業について、昨年度は、日本産婦人科医会全国 47 支部に対してアンケート調査を行ったが、本年度は県全域を対象として事業が順調に施行されている大分県に対し、聞き取り調査を行った。質問の項目は以下の通り。

- ①事業推進システムを行う組織について
- ②独自の方式とは
- ③県全域を対象地域にできた理由は
- ④事業推進委員会の行ったことは
- ⑤実施要綱の概要は
- ⑥指導受診妊婦数は
- ⑦費用は
- ⑧事業の成果は
- ⑨事業推進の問題点は
- ⑩今後の方向性は

2. 地域における小児初期救急への対応(石橋幸滋)

地域の小児初期救急の現場において非小児科医の経験・知識・技能がどのように生かされ、今後どのような知識・技術の習得が求められているの

かを分析評価するためにアンケート調査を行った。北多摩北部地域(西東京市、小平市、東久留米市、東村山市、清瀬市)の小児初期救急に携わる開業の非小児科医(220名)を対象に、日常診療における小児医療の有無および休日夜間診療への協力の有無、今後の小児初期救急への協力に関する意見などを書いてもらうアンケート調査用紙をそれぞれの市の医師会の許可を得て郵送した。

3. 思春期のこころと体の医療(生田憲正)

1) 思春期外来の合同運営と摂食障害の入院チーム医療

総合診療部思春期診療科、こころの診療部思春期心理科、および婦人科が協働して、毎週1回思春期外来を運営してきた。また、その対象となる疾患の中で、入院治療が必要となる頻度の高い摂食障害、特に神経性無食欲症に関して、過去2年間のチーム医療経験をまとめ、「摂食障害の入院チーム医療(第1版)」を作成した。

2) 思春期診療に関する教育と情報発信

思春期診療と思春期医学に関して、病院内スタッフに対する教育の場を提供するために、月2回ないし3回(現在までに15回)の思春期診療勉強会を実施した。

4. 小児慢性疾患を有する成人患者の医療(村島温子)

キャリアオーバー患者と家族はどのような診療を希望しているのかを明らかにする目的で、国立成育医療センターの小児内科系診療科およびこころの診療部に通院している16歳以上の患者のうち小児慢性疾患のキャリアオーバー患者を選出し、担当医からアンケート記入を依頼した。アンケートの内容は以下の通り。

現在の年齢、診療科、病名、発病年齢、通院期間、現在の主治医に掛っている期間、通院時間、受診頻度、入院回数、治療内容、在宅医療、日常生活、今後掛りたい医師とその理由、今までの紹介の有無など。

C. 研究結果と考察

プレネイタル・ビジットの推進(田中政信)

県全域を対象として事業が順調に施行されている大分県支部に対し、質問した項目と回答は以下の通り。

① 事業推進システムを行う組織について

大分県産婦人科医会と大分県小児科医会で協議し、独自の方式をとった。

② 独自の方式とは

市町村単位ではなく県全域を対象とした。

③ 県全域を対象地域にできた理由は

県健康対策課、県医師会、県小児科医会、日産婦大分県支部の協議による「事業推進委員会」を設置できたためだと思う。

④ 事業推進委員会の行ったことは

a 産科医が安心して小児科医を紹介できるようにするため、また、指導内容を統一して母親や家族に不安・混乱が生じないようにするために、共通した「指導マニュアル」を作成した。

b 小児科医・産婦人科医を対象に、13年度は本事業のための研修会を4回施行した。

⑤ 実施要綱の概要は

a 対象は原則として初産婦(経産婦でも育児不安があれば可)

b 時期は妊娠26週から30週に、産婦人科医が「かかりつけ小児科医」の話をする。

c 次回健診時(妊娠28週から36週)に紹介する。

d 次々回健診時(妊娠30週から32週)に小

児科医を受診したか否かを確認する。

- e 産後1か月健診時に母親へのアンケートをその場で記載してもらう。
- f 回収したアンケートと紹介状を県医師会に送付する。

⑥指導受診妊婦数は

- a 産婦人科から小児科への紹介:平成 13 年度は 357 件。平成 14 年度は 456 件であった。平成 15 年度は集計中。
- b 小児科医による指導:平成 13 年度は 290 件。平成 14 年度は 337 件となった。平成 15 年度は集計中。

⑦費用は

無料

⑧事業の成果は

- a 全県下で実施したことにより短期間(9月1日から翌年3月31日)である程度の実績が得られた。
- b 実施件数の約1割が他市町村への紹介であった。県境近くの他県から県内への紹介も数件あった。
- c 県健康対策課、県医師会、県小児科医会、日産婦大分県支部の協議による「事業推進委員会」を設置したことで、お互いの協力と協調意識が醸成された。
- d 共通した指導マニュアルを作成したことで、産科医と小児科医の意思の疎通が図れた。
- e 研修会を行うことで産科医・小児科医のみならず、保健師・助産師・看護師等の質の向上が得られた。
- f アンケート結果から、本事業の継続の必要性が窺えた。

⑨事業推進の問題点は

- a 資金不足:補助金事業であり、不足は県医師会、小児科・産婦人科医会で確保した。
- b 実施主体を市町村単位ではなく、県単位

に。可能な限り全国とする。

- c 平成 15 年度からは初産・経産婦とも対象になったが、今後もこれを継続する。

⑩今後の方向性は

- a 行政と連携し、継続・発展させるべき事業である。
- b 産婦人科医のみならず小児科医の間にも理解と熱意に温度差がある。さらなる啓発が必要。

本研究の背景として、

- 1)プレネイタル・ビジットは、妊婦を産婦人科医が小児科医に紹介し、妊婦の育児指導を行うことである。「健やか親子 21」の中での推進事業の一つであり、本事業をとおして児童虐待をはじめとする母親の育児不安等に対応する。
- 2)本事業を推進するために産婦人科と小児科の関係を一層よくし連携すること。
- 3)本事業を産婦人科と小児科が協働して行うことで、当該地域の医療従事者が如何に不足しているか、さらに本領域の医療が如何に必要不可欠かを社会に対し啓発することで、小児科産科若手医師の確保・育成に繋がることを期待する。

本研究では、事業の実施状況を調査し、産科医・小児科医の連携の視点から本事業の今後のあり方を模索する。少子化や核家族化などの社会の変化から、子育ての不安や虐待など多くの問題が生じており、特に育児不安への支援システムが必要となっている状況で、時宜を得た行政の事業である。現に本事業を受診した妊婦の声は、9割が役に立ったと応えている。しかし、本事業は実施主体が市町村であり、行政・日本医師会・小児科医会・産婦人科医会等、目に見えない大きな壁がある。

本事業は、精力的に行って有用な成果が得られつつある所と、全く行っていない所とはっきり二分

している。妊婦の住所により恩恵が異なるのは好ましくない。本格的に行うには、全国的に、しかも補助金事業ではなく行うべきである。平成 16 年度は本研究の最終年と考え、悩める妊婦の不安を解消できる最良の方法を模索し、本事業の継続・発展を視野に検討したい。

2. 地域における小児初期救急への対応(石橋幸滋)

アンケート送付 220 名で回収数 114 名(有効回答数 112 名)、回答率 52%であった。このアンケート結果から、日常診療では東京都多摩地区でさえも 66%の非小児科医が小児の診療をしているし、74%の非小児科医が休日・夜間診療に協力して小児の診察を行っているということがわかった。確かに、小児救急の現場では小児科専門医に診てもらいたいという親の要求が高いことは多くの調査、報道でも明らかであるが、実際には正規の診療時間内でも多くの小児が非小児科医の診療を受けているし、64%の非小児科医も小児初期救急には十分対応できると考えている。

ただし、地域の開業医は高齢化のため、救急診療に携わる医師が少なくなってきている。また、研修医時代に小児科や救急の研修をしないうで開業している内科や外科の医師も少なくない(小児科研修率 20%、救急診療科研修率 17%)。そのため、「自信がない」、「臨床経験が乏しいのに休日診療に参加するのはリスクがありストレスになる」、「小児は大人と違い、特有の疾病があり、診断が難しい」、「訴訟が多くなり、万が一のときに対応ができない」などの消極的意見が出てくる。また、実際に小児救急診療に携わっている非小児科医でも 63%は、「病状の変化が早い」、「薬の使用法が難しい」など何らかの困難に遭遇している。これらの問題を解決するためには、非小児科医が安心して診療できるバックアップ体制と研修体制が不

可欠である。

上記のような結果から、小児初期救急体制を充実させるためには非小児科医の協力が不可欠であるし、そのための支援体制作りが望まれる。そこで、以下のような支援体制作りを提案する。

1) 非小児科医に対する小児救急医療研修

最新の小児救急医療に関する知識と技術を習得するために以下のような研修を行う。

- ①初期救急から三次救急まで行っている小児救急医療機関における7～14 日間の実地体験研修
- ②小児救急専門医による研修会(1泊2日程度)への参加
- ③地域医師会ごとの小児初期救急研修会への参加
- ④eラーニング方式の小児救急ガイドブックによる自己学習

2) 高次小児救急医療機関の整備

小児初期救急診療をサポートするための二次小児救急医療機関を二次医療圏ごとに 5 か所以上、三次小児救急医療機関に1か所以上設置または整備する。

3) 小児科専門医による電話相談事業

小児科専門医が、夜間・休日に小児初期救急を担当する医師からの相談を随時受ける事業。各都道府県1か所以上が望ましい。

4) 小児救急電話相談事業

一般国民を対象に小児救急電話相談を行う。相談は、訓練された救急隊員もしくは小児科を経験した看護師が担当する。

5) 国民(特に 6 歳以下の子どもを持つ親と祖父母や保育担当者)への教育

行政およびマスコミ等を通じて、小児の緊急時の対応方法を指導するとともに、小児初期救急は小児科専門医でなくても対応できることを啓発していく。

6) 在宅輪番制による休日診療体制の整備

地区医師会を通して、小児科を標榜する医療機関に休日または準夜間診療を輪番制で行う体制を整備する。

7) 共同利用型小児救急医療専用電子カルテの開発・普及

小児救急医療専用のネットを利用した共同利用型電子カルテを開発し、普及させる。

3. 思春期のこころと体の医療(生田憲正)

1) 思春期外来の合同運営と摂食障害の入院チーム医療

総合診療部思春期診療科、こころの診療部思春期心理科、および婦人科が協働して運営してきた思春期外来の活動を通じて、入院治療が必要となる頻度の高い摂食障害に関して、過去2年間のチーム医療経験をまとめ、「摂食障害の入院チーム医療(第1版)」を作成した。この治療マニュアルは、各部門に共通の基盤を提供する意味がある。また、チーム医療を円滑に運営するために、合同カンファレンス(月2回の心理カンファレンスと随時必要に応じて行う個別カンファレンス)を実施してきた。また、本人・親への治療に関する説明と同意についても、できるかぎり総合診療部とこころの診療部が合同した形で面接を行ってきた。

摂食障害チーム医療では、各部門の役割を、以下のように定義した。

総合診療部は、るいそう及び身体的合併症に関する評価・治療を行う。

総合診療部は、体重・安静度・栄養摂取方法に関するプロトコルを作成し、実施する。

こころの診療部は、精神症状及び行動化に関する評価・治療を行う。

こころの診療部は、「体重・安静度・栄養」プロトコル実施を推し進めるために、治療抵抗への

介入と、患者—スタッフ間における良好な治療関係の維持に努める。

こころの診療部は、親への心理教育的ガイダンスを行い、家族からの治療協力を得る。また、家族関係の調整を行い、発達段階に応じた自律と個性化の達成をはかる。

看護部は、体重測定、病棟内での摂食行動とパージング行動と過活動性、および行動化の危険性について観察・報告を行う。

看護部は、患者同士の対人交流や親子関係の特徴・問題点をつかみ、良好な関係を築くためのサポートを行う。

現在までの貴重な治療経験の積み重ねから、「体重・安静度・栄養」プロトコルを入院治療の中心に据える治療法が確立してきている。この方法は、体重の増加に従って、安静度を段階的にゆるめていくという、比較的緩やかな行動療法的アプローチと、それに伴って生じる不安や陰性感情などの治療抵抗に関する心理療法的アプローチを両輪と考え、心身相関しながらの改善を目指すものになっている。

【参考文献】

1) 国立成育医療センター編:「摂食障害の入院チーム医療」第1版、2004年1月(未発表原稿)

2) 思春期診療に関する教育と情報発信

思春期診療と思春期医学に関して、病院内スタッフに対する教育の場を提供するために、月2回ないし3回の思春期診療勉強会を実施した。

扱われたテーマ:

- ① 思春期の身体発達
- ② 思春期の心の発達
- ③ 思春期発達の異常(早発症、遅発症)
- ④ 月経異常とその治療
- ⑤ 食行動の異常

- ⑥肥満
- ⑦夜尿
- ⑧思春期の避妊、STD、若年妊娠
- ⑨頭痛
- ⑩皮膚の問題:ざそうなど
- ⑪思春期の性同一性の発達
- ⑫慢性疲労症候群
- ⑬自殺
- ⑭思春期の家族
- ⑮思春期の喫煙と禁煙指導

これらのテーマに示されるように、思春期には小児期には認められない新たな課題が生じるとともに、この課題をどのように乗り越えるかが、続く成人期に大きな影響を及ぼす。思春期における発達課題の中で、最も重要なものは、「性の成熟とそれに伴う心理発達、特に性同一性の確立」にあるといえる。この課題の達成により、次世代を産み育てるといふ基盤ができあがることになる。従って、このテーマに関するこれまでの医学・医療の知見を集約し、今後の指針を作成することが必要であり、この点を次年度の研究課題としたい。

3)小児慢性疾患を有する成人患者の医療(村島温子)

3 週間の調査期間で 238 名からアンケート回答があった。

男性患者は年齢が高くなるにしたがって患者数が減るが、女性では 26-30 歳で再び増える傾向がみられた。発病年齢は 1 歳以下のものが一番多かった。通院年数は 16-20 年が最も多く、最長年数は 37 年であった。

今後かかりたい医師についての質問に対しては、74%の患者が現在の医師に続けてかかりたいと回答した。場合によっては他の医師へ紹介されてもよいという回答は 9%、他院へ紹介されてもよいという回答も 13%あった。他院へ紹介されてもよ

いと答えた患者の内訳を診療科別にみると、科ごとに大きな差はないが、アレルギー科、内分泌科、膠原病・感染症科の順で多かった。

紹介されてもよいと答えた中で紹介先が成人診療科の医師を希望したものは 6 例、小児科、成人科どちらでもかまわないが専門医がよいと答えたのは 21 例であった。開業医を希望している例もあった。

キャリアオーバー患者が主治医を決める因子は何かを知るために、現在の主治医を変えたくないという患者の群(A)と他院に紹介されても良いという患者の群(B)とにわけ、両者の間に現在の年齢、発病年齢、通院年数、受診の頻度、入院頻度、治療内容、在宅治療の有無、ADL の程度に差があるかどうか検討した。A 群 171 名のうち入院頻度が年に 2 か月以上は 52 名(30%)であるのに対し、B 群では 30 名のうち 3 名(10%)であり、有意差(χ^2 検定、 $p < 0.05$)を認めた。入院頻度以外は両群に有意な差はなかった。

主治医に他院を紹介されたことがあるかとの問いに対して、紹介の話が出たが断ったと答えたのが 7 名、紹介されていていったが自分の意思で戻ってきたのが 5 名、それ以外は紹介の話が出たことがないと答えていた。紹介先に断られたとの答えはなかった。

キャリアオーバー患者の多くは現在の主治医に続けてみてもらいたいと答えている。その理由として今までの経過を知っているから、信頼できるからをあげている。一方で少ないながらも他院へ紹介されてもよいと答えている患者もいる。この違いを生ずる要因として入院頻度を除いて有意差は認めなかった。通院年数や外来受診頻度といった物理的な接触時間の長さには関係なく、入院頻度が高い、すなわち重症度が高い場合に現在の主治医を変えたくないという思いが強いということがわかった。

他院にかかってもよいと考えている患者 30 名のうち、紹介先は主治医から紹介の話が出たのは 1 名のみであった。昨年の当院の医師を対象とした調査結果と比べてみての感想であるが、他院へ紹介してもよいと考えている割には実際に紹介の話を持ち出していないことがわかった。キャリアオーバー患者や家族が今後の受診先をどのように考えているのかを打診することも状況によっては必要なのではないかと考える。

女性のキャリアオーバー患者の中に現在受診している科以外に婦人科、産科、母性内科など母性医療に関わる診療科の受診を希望するものが目立った。これらの多くは 20 代前半で未婚であるが妊娠のことまで視野に入れての要望である。女

性キャリアオーバー診療において主治医が配慮すべき点であろう。

今回はデータとしては提示していないが、10 か所の総合病院の小児科医師に対して電話で、成人内科に対しては内科専門医会のメーリングリスト(登録数 1444 名)を利用してキャリアオーバー患者の診療に関するアンケートを行った。後者は 11 名と回答が少なく、回答してきた医師は元々関心が高い可能性があり全体を表すものとは言い難いが、両者に共通していたのは、医療情報の継続がしっかりできることを前提とするならば先天性疾患の特殊な例を除けば小児科から成人内科への移行は可能であるということであった。

住民の理解促進方策

【分担研究者】

保科 清 東京通信病院小児科部長

■研究要旨

小児科医にとって加重労働となる時間外・夜間の診療を少しでも減少させるために、来院した患者様に読んでもらう「お子さんの急病対応ガイドブック」を作成した。これを時間外に受診した保護者に手渡して、その後の同じ症状による再受診を減少させることができるか検討することとして、札幌の手稲溪仁会病院、自治医科大学、さいたま市小児救急医療センター、東京女子医科大学第二病院の4施設に協力を依頼した。

A. 研究目的

小児科における時間外診療の多さが、小児科医にとって非常な重労働となっている。少しでも時間外診療の患者数を減らすことも、考慮しなければならぬ。

そこで「お子さんの急病対応ガイドブック」を作成、配布して、その後の同症状で来院する患者数を減少させることができるかどうか検討することを目的とした。

B. 研究方法

昨年度は、救急外来に受診する主訴で、多いものを検討した。

今年度は、その症状に対してどう対応するか、日本小児科医会こどもの心対策部委員に依頼して、検討した結果をパンフレットにまとめ、救急診療に受診した患者様の保護者に手渡して、その後のリピーターが減少するかどうか検討を開始した。

研究に協力してくれる施設は、札幌の手稲溪仁会病院小児科、自治医科大学小児科、さいたま市小児救急医療センター、東京女子医科大学第二病院小児科の4施設である。

4か月間の配布後、4か月間における受診患者

数を前年同月と比較検討する。

C. 研究結果

「お子さんの急病対応ガイドブック」の作成に時間をかけ、さらに読みやすくするために絵を入れて、カラー印刷とした。また、小さいと捨てられる可能性があるためにA4版とし、横見出しも付けた。

問題は、ガイドブックに準じて対応した患者が、もっと早く受診していたら、という苦情も考慮して文面を検討したために、原稿そのものの作成に時間がかかってしまった。

カラーも、できるだけ目に付きやすいように明るい色を主体にして印刷することとした。

本報告書には、ガイドブックに記載の内容を後に添付する。

D. 考察

「お子さんの急病対応ガイドブック」は、小児の初期対応をどのようにするか、市民にもわかりやすく記載したつもりである。

小児が元気な時に渡されても、読まないか、捨ててしまうのが多いと考えて、救急で受診時に渡すことと、A4版の大きいサイズに作成した。

これで少しは目を通してくれる保護者が増える
と考えている。

初めての症状がでたお子さんの受診を少なく
することは、困難であると共に危険性が伴うこ
とになる。

やはり、同じ症状ないし他の症状出現による
時間外受診を少しでも抑制する方向に動か
なければ

ならない。

そのために、時間外で受診した患者様の保
護者にガイドブックを渡して、再受診数を抑
制するのが現実的であると考えた。

このガイドブックを4か月間配布して、そ
の後の4か月間の受診者数を前年度と比較
検討することで、その効果判定を次年度で
行うこととした。