

母体の自己免疫疾患と小児疾患

村島 温子 山口 晃史

母体の自己免疫疾患と小児疾患

村島温子* 山口晃史*

自己免疫疾患患者から出生する児の問題としては、母体を持つ自己抗体が胎盤をとおして児に移行した結果生ずるものと長期的な影響の2つがある。母体を持つ自己抗体が児に移行し、母体と同様の臨床症状を起こすのがバセドウ病、血小板減少性紫斑病、重症筋無力症である。これらの症状はIgGのクリアランスとともに消退する。一方、SLE、シェーグレン症候群患者が持つ抗SS-A抗体による新生児ループスは母体にはみられない症状が新生児に現れ、なかでも心ブロックは不可逆性のことが多く重篤な病変である。NLE児出産のハイリスク群を予知し、発生を予防する方法は確立されていない。

はじめに

自己免疫疾患は若年女性に好発するものが多く、妊娠・出産は大きなテーマである。母体が自己免疫疾患のとき児にはどのような影響があるのか、これはわれわれのみならず患者およびその家族がもっとも心配する事柄である。ここでは自己免疫疾患の代表的存在である全身性エリテマトーデスを中心に母体の疾患と児の予後について概説する。

I. 自己免疫疾患の母体から出生した児にはどのような病態が生ずるか？(表1)

自己免疫疾患の特徴として自己抗体の産生が挙げられる。バセドウ病におけるTSHレセプター抗体、特発性血小板減少性紫斑病における抗血小板抗体、重症筋無力症における抗アセチルコリン抗体などである。これらの多くはIgGに属す免疫グロブリンであり、胎盤を通過して胎児に移行し、新生児に異常をもたらすことがある。

表1 児へ影響を与える主な自己抗体

自己抗体	母体疾患名
抗SS-A抗体	SLE, シェーグレン症候群
TSHレセプター抗体	バセドウ病(特発性粘液水腫)
抗血小板抗体	血小板減少性紫斑病
抗アセチルコリン受容体抗体	重症筋無力症

*Atsuko MURASHIMA, Koushi YAMAGUCHI

国立成育医療センター母性内科

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

TSH レセプターが高値のバセドウ病母体から出生した児では新生児バセドウという病態を呈する。母体の TSH レセプター抗体は胎児へ移行しても抗甲状腺薬も胎児へ移行するため母体が内服することによって妊娠中は胎児の治療もなされていることになる。しかし、母体の TSH レセプター抗体が高値のまま分娩を迎えると母体からの薬が途絶える生後数日から甲状腺機能亢進状態があらわれる。また、手術治療しているバセドウ病は機能が正常であっても TSH レセプター抗体が陽性のことがあり、抗甲状腺剤の投与がないだけに新生児バセドウのリスクが高い。またまれではあるがブロッキング型 TSH レセプター抗体による新生児甲状腺機能低下症もみられる。甲状腺機能低下症の女性では一度は TSH レセプター抗体をチェックしておくべきであろう。

特発性血小板減少性紫斑病は抗血小板抗体が結合することによって血小板の破壊が起こって減少する。血小板表面に血小板自己抗体が結合すると、Fc レセプターや補体受容体を介して脾などの網内系細胞に貪食される、補体活性化により直接破壊される、T リンパ球を介して破壊されるなどの機序により血小板の減少が起こると考えられている。血小板は5万/ μ l あれば出血傾向がでないため、妊娠してからの血液検査で初めてみつかることがある。保険適応の抗血小板抗体測定よりも保険適応になっていない血小板関連 IgG 抗体 (PAIgG) 測定のほうが診断に有用である。母体からの血小板に対する抗体が胎盤をとおして胎児に移行し児に血小板減少をもたらすことがあるが母親の血小板数、PAIgG の力価から胎児の血小板数の予想はむずかしいとされている。

重症筋無力症の母体から抗アセチルコリン受容体抗体が移行し、新生児に筋無力症症状が出現することがある。ほとんどの例では数日で症状が消失する。母体の抗体の力価と新生児の症状との間には正の相関があるため¹⁾、抗体価を極力下げておく必要がある。ステロイド剤の投与および血漿交換療法などが考えられる。

表 2 新生児ループスの主な臨床症状

心ブロック
環状紅斑
血小板減少
顆粒球減少
溶血性貧血
肝機能異常

II. 新生児ループス

以上にのべた母体の自己免疫疾患から招来される児の病態は可逆性であり、母体からの免疫グロブリンの消退にともなって完全に回復する。このようななかにあつて抗 SS-A 抗体によって生ずる新生児ループスの一症状である心ブロックは不可逆性の場合が多く特殊な存在である。

<新生児ループスとはなにか?> (表 2)

新生児ループス (NLE) とは SS-A 抗体を有する母体から出生した児に房室ブロックや特徴的な皮疹などが生ずる症候群として位置づけられている²⁾。抗 SS-A 抗体は全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群をはじめとする膠原病患者の血清中に認められるものであるが、無症候で一見健常な女性の血清中にも認められることがある。NLE 様の症候を呈する児の母親の検査をしてみればじめて抗 SS-A 抗体を保有していたことがわかる場合もある。NLE の症状のほとんどは一過性のもので母体から移行した IgG の消退する 6 カ月ごろまでには消失するが、房室ブロックは不可逆性のものが多い。

先天性完全房室ブロックの発症率は 20,000 出生あたり 1 人 (0.005%) といわれている³⁾。抗 SS-A 抗体陽性の女性から生まれた児における発生率の報告がいくつかあるがこれらをまとめると 7.2% ということになる。女兒に多い傾向がある。ブロックのほかに動脈管開存、心室中隔欠損などの先天性奇形や心膜炎や心筋炎をとまなうことがある。心ブロックは通常妊娠

表 3 各膠原病における抗核抗体, 抗 SS-A 抗体, 抗 SS-B 抗体の出現率

	RA	SLE	MCTD	シェーグレン症候群	強皮症	多発・皮膚筋炎
抗核抗体	40~60	>95	100	75~90	70~90	40~60
抗 SS-A 抗体	15~25	40~50	10~15	60~70	<5	<15
抗 SS-B 抗体	<5	<10	<5	40	<5	<5

22 週くらいから分娩予定日の数週前に突然起こることが多いが, まれに誕生後発症することもある。心ブロックを起こした児の死亡率は約 2 割とされる。約 1/3 でペースメーカーが必要となるが装着時期は出生直後から成人までさまざまである⁴⁾。

皮疹の多くは環状紅斑で, 顔面, 頭皮, 体幹, 四肢に認められる。紫外線に当たることがきっかけであることを支持するように出産後しばらくして出現してくる。例外として生まれてくる時点で重症な紅斑を呈する症例もある。皮疹は 2~6 カ月続き例外を除いて跡形なく消失する。

心ブロック, 皮疹という主症状のほかに白血球や血小板の減少, 溶血性貧血など SLE で見られるような血球異常のほかに, 肝機能異常が認められることがある。

III. 抗 SS-A 抗体について

抗 SS-A 抗体は抗 Ro 抗体ともよばれ SLE, シェーグレン症候群をはじめとする膠原病患者血清中に認められる⁵⁾(表 3)。無症候の女性においても免疫沈降法で 0.1~2.3%, ELISA で 2.3~11% の頻度で認められる⁴⁾。抗 SS-A 抗体は抗核抗体の一種であるがこの抗体の対応抗原は核内よりも細胞質に多く分布している。抗 SS-A 抗体は通常, 免疫沈降法か ELISA 法で測定される。前者は歴史が長く種々のデータが蓄積されているが, 後者のほうが定量性にたけていることと一度に多数の検体を測定できるため普及しつつある。この抗体の対応抗原である SS-A 蛋白は 60 kD, 52 kD の 2 種類が存在する。Western blot 法, ELISA 法によってそれぞれの対応抗原に対する抗体を測定できるが

保険適応になっていない。抗 SS-A 抗体陽性者の 1/3 は抗 SS-B 抗体が陽性であり, 抗 SS-B 抗体陽性者のすべてが抗 SS-A 抗体陽性であるという関係にある。抗 SS-B 抗体の対応抗原は 48 kD 蛋白である。新生児ループスを考えるうえで抗 SS-A 抗体のみならず抗 SS-B 抗体の関与も論じられることが多くこのような背景を知っているほうが理解しやすい。

IV. 新生児ループスはどのような母体から出生するか?

一部の例外を除いて新生児ループス児の母親に共通するのは抗 SS-A 抗体陽性であるということである。なかでも抗 52 kD SS-A 抗体および抗 SS-B (48 kD) 抗体がともに陽性の母親から新生児ループスが出生しやすいという報告が多い⁶⁾。しかし, 抗 SS-A 抗体陽性の母親から出生した児のうち新生児ループスを発症するのは 1 割以下である。したがって母親の抗体のプロフィールだけで新生児ループスの説明は不可能である。兄弟で NLE を発症する例は少ないことや 2 卵性双生児での不一致例の報告があることから母体からの抗 SS-A 抗体の要因だけでなく胎児側の因子も考えなくてはならない。胎児側の要因として注目されてきたのが HLA であるが NLE との関連は明らかになっておらず, 一卵性双生児で片方にだけ CHB が発症した例の報告⁷⁾があることから免疫遺伝学的機序で説明することはむずかしい。

V. 新生児ループスはなぜ生ずるか?

皮膚病変は出生後まもなくからみられ数カ月で消退することは母親から由来した抗体がその

発症に関わっていることを示唆している。また、顔や四肢などの露出部に出現しやすいことから紫外線との関係が考えられている。培養ケラチノサイトやファイブプロラストに紫外線をあてることによってSS-A抗原が細胞表面に表出することがわかっており⁹⁾、これが抗SS-A抗体保有者の光線過敏症の説明に使われてきた。

胎生18週から24週の胎児の心組織に52 kD蛋白、48 kD蛋白が発現してくる。なんらかの原因でこれらの抗原蛋白が細胞表面に表出し、母体から移行してきた抗52 kDSS-A抗体や抗48 kDSS-B抗体と反応するため組織が障害を受けるのではないかと考えられてきた。実際にマウスに52 kDSS-A、48 kD抗原蛋白を投与し、抗体産生を誘導した結果心筋炎を発生させることができる。アポトーシスに陥った細胞の表面に出現するsurface blebsにSS-A抗原、SS-B抗原が認められるという報告⁹⁾があり、これら抗原蛋白が細胞表面にでてくる機序のひとつとしてアポトーシスが注目されてきている。胎児の発生過程で生ずるアポトーシスに陥った細胞が母体から移行した自己抗体のターゲットになっている可能性がある。Tranら¹⁰⁾は最近妊娠BALB/cマウスにヒト血清から精製した抗SS-A/SS-B抗体を投与し、胎盤を経由して胎児にこれらの抗体を移行させることに成功した。この実験系を用いて胎児の各組織においてこれら抗体がどのような動向を示すかに注目した。その結果抗SS-B抗体を注射した仔マウスの心、皮膚、肝組織でヒト抗SS-B抗体とアポトーシス細胞の複合体が検出された。このことは先に示した仮説を強く支持するものである。しかし、母体の抗体が移行しながらもNLEを発症しない例も多く、この違いがどこからくるのかこれからの研究成果を待つしかない。

VI. 新生児ループスの長期予後

NLEの長期予後に関する報告はいくつかあ

る。CHBの児が20歳前後でSLEや強皮症、シェーグレン症候群などになった例の報告や、CNLEの児が10代でSLEになった例の報告がある。一方、Brukatoら¹¹⁾は16例のCHB児の予後についての報告で1例が胎内および出産直後の死亡例を除くと生命予後は良好であり、自己免疫疾患を発症したものはなかったと報告している。最近Martinら¹²⁾はNLE児を出産した女性を登録し8年以上の追跡調査を行い報告した。49例のNLE児のうち6人が自己免疫疾患(小児リウマチ2例、橋本病1例、その他3例)を発病していた。一方NLE児の兄弟で自己免疫疾患を発病しているものはなかった。これらの結果からNLE児では長期フォローアップが必要であると結論している。

VII. 新生児ループス発症の予知・予防は可能か?

前述したように抗SS-A抗体陽性の母親からNLE児が生まれることはわかっているがその確率は低く全例に対処する必要はないことになる。どのような母体からNLE児が生まれやすいかを正確に予測することは不可能である。経験的に抗SS-A抗体価が高い症例、抗52 kDSS-A抗体と抗SS-B抗体がともに陽性の症例がハイリスク群と考えられている。NLE出産の既往のある症例が次の出産で必ずNLE児を産むとは限らないが、そうでない症例に比べやはり確率は高くなる。最近、出産した子ども3人全員がNLE(皮膚病変)であった女性が4回目の妊娠で受診した。この女性に予防治療という介入をしたことによって第4子がNLEを回避できるかどうか興味深いところだが夫婦ともに治療を希望しないため経過観察としている。

予防対策として現在行われているのはステロイド治療、血漿交換療法¹³⁾などである。ステロイド治療については母体の抗体産生を抑えるためにプレドニゾロンを投与する方法や胎児へ移行するベタメタゾンを投与することによって

胎児の心組織での病変を抑えようという方法がとられている。Saleebら¹⁴⁾は抗SS-A抗体、抗SS-B抗体陽性およびCHB児出産の既往のある母親へベタメタゾン投与した症例を検討し、児の胸腹水、浮腫の治療には有効であったがCHBについては進行を阻止できなかったと報告している。NLE発症の正確な予測ができないうえに予防の効果も不確かな現状ではあるが、私個人の意見としては過去にCHD児を出産している症例および抗体の力価の高い症例にはなんらかの予防措置をとるべきだと考える。以前、妊娠中期に環状紅斑の増悪がみられた直後に胎児のCHDが出現したシェーグレン症候群症例を経験している。この抗体の陽性例では母体の臨床症状および抗体価のフォローと胎児心拍数、心エコーの定期的な観察が必要である。

VIII SLE患者から出生した児の長期予後

SLEは遺伝的要因に環境的要因が加わり発症すると考えられている。一卵性双生児での一致率が69%であるのに対し二卵性双生児では3%であるという事実からもこの説明は容易であろう。SLE患者を含めた自己免疫疾患患者から妊娠の相談を受ける際、必ず尋ねられるのは生まれる子が自分と同じ病気にならないでしょうかということである。これらの疑問にこたえることをひとつの目的として10年前から順天堂大学でSLEから出生した児の身体測定、問診、血液検査を追跡している¹⁵⁾。1991年の調査でアレルギー性疾患が多い傾向を認めた。初回調査時すでにSLEを発症している子供が2人いたがその後新たに発症したものはいない。血清学的検査として抗核抗体、抗DNA抗体、抗ENA抗体、抗カルジオライピン抗体を測定したが抗核抗体以外は有意な結果が得られなかった。抗核抗体について私がまとめた時点での結果を表4に示す。3回の調査、延べ157人のこどものうち43人が抗核抗体陽性であり、健常人から出生した児に比べ有意に効率であっ

表4 SLE患者から出生した児と健常人から出生した児の抗核抗体出現率の比較

	例数	陽性数	陽性率(%)
SLE児	157	43	27.4
健常人児	54	4	7.4

* $p < 0.05$

た。また、複数回の調査に参加できた児38例の抗核抗体の動きをみると8例(男1例、女7例)が4~9歳で陽性化している。また3例(男2例:8, 12歳、女1例:8歳)が追跡中に陰性化した。これらの事実はSLE患者の子供が抗核抗体陽性であったとしてもそれが今後必ずしも発症につながるものではないこと、陰性化する可能性もあることなど、患者への説明に有用な情報を与えてくれる。また、4~12歳の時期に免疫学的環境に大きな変化が生じていることを示唆するもので自己免疫疾患の病因解明のヒントになるかもしれない。

文 献

- 1) Halsey JH: Neurology of Pregnancy. In Rowland LP(ed): Merritt's Textbook of Neurology. 9th ed, p962, Williams & Wilkins, Baltimore, 1995.
- 2) Buyon JP: Neonatal lupus syndromes. Curr Opin Rheumatol, 6: 523-529, 1994.
- 3) Michaelson M, Engle MA: Congenital complete heart block: an international study of the natural history. Cardiovasc Clin North Am, 4: 85-101, 1972
- 4) Kitridou RC: The neonatal lupus syndrome. In: Wallace DJ, Hahn BW, editors. Dubois' lupus erythematosus: 5th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, pp1023-1026, 1997.
- 5) 高崎芳成: 各種膠原病における抗核抗体の出現率, 柏崎禎夫, 橋本博史編, ここが知りたいリウマチ病, 東京, 南山堂, p94, 1995.
- 6) Hashimoto H, et al: Systemic lupus erythematosus and congenital anomalies, focusing

- on neonatal lupus erythematosus and anti-SS-A/SS-B antibodies. *Cong anom*, 32: 301-307, 1992.
- 7) Cooley HM, et al: Monozygotic twins discordant for congenital complete heart block. *Arthritis Rheum*, 40: 381-384, 1997.
 - 8) LeFeber WP, et al: Stress-induced cell surface expression and antigenic alteration of the Ro/SSA antigen. *Autoimmunity*, 22: 33-42, 1995.
 - 9) Casciola-Rosen LA, et al: Autoantigens targeted in systemic lupus erythematosus are clustered in two populations of surface structures on apoptotic keratinocytes. *J Exp Med*, 179: 1317-1330, 1994.
 - 10) Tran HB, Macardle PJ, Gordon TP, et al: Anti-La/SSB antibodies transported across the placenta bind apoptotic cells in fetal organs targeted in neonatal lupus. *Arthritis Rheum*, 46: 1572-1579, 2002.
 - 11) Brucato A, Doria A, Tincari A, et al: Pregnancy outcome in 100 women with autoimmune diseases and anti-Ro/SSA antibodies: a prospective controlled study. *Lupus*, 11: 716-721, 2002.
 - 12) Martin V, Lee LA, Buyon JP, et al: Long-term followup of children with neonatal lupus and their unaffected siblings. *Arthritis Rheum*, 46: 2377-2383, 2002.
 - 13) 宮方 了, 他: 抗SS-A/Ro抗体・抗SS-B/La抗体陽性患者に対する妊娠経過中の血漿交換療法. *リウマチ*, 41: 726~735, 2001.
 - 14) Saleeb S, Copel J, Buyon JP, et al: Comparison of treatment with fluorinated glucocorticoids to the natural history of autoantibody-associated congenital heart block: retrospective review of the research registry for neonatal lupus. *Arthritis Rheum* 42: 2335-2345, 1998.
 - 15) 村島温子: SLEより出生した児の長期予後. *リウマチ科*, 23: 91-94, 2000.

* * * * *

* * * * *

力動的療法に関する研究 (2)

——子どもの精神療法の効果——

生田 憲正 守屋 直樹

● 卒後教育

力動的療法に関する研究 (2)

—— 子どもの精神療法の効果 ——

生田 憲正* 守屋 直樹**

はじめに

英国と米国における疫学研究⁶⁾によれば、児童青年期における精神疾患の有病率は、およそ20%に達するものと思われる。しかしながら、実際に精神科的サービスを求めるものは、そのうちの10~20%に満たないものと言われている。疾患別に一般の児童青年期人口(4~20歳)における有病率を見ると、不安障害が約12%、行動障害が約10%、うつ病、特異的発達障害、夜尿、および薬物依存が6%以内であり、精神病および広汎性発達障害(自閉性障害など)は1%未満であると推定される。また、最近の疫学研究では、複数の精神疾患を合併することが多いことも知られている。

児童青年期における精神疾患の自然経過については、これまで成長とともに自然治癒する可能性があるという誤った考えが見られた。最も予後不良と思われる疾患は、広汎性発達障害、小児期統合失調症、および注意欠陥/多動性障害(AD/HD)である。小児期の行動障害は、成人期における反社会的行動の危険性を高める

と言われ、4~5年後に何らかの精神疾患の診断が見つからない者は約1/3以下にすぎない。全般性不安障害(GAD)や強迫性障害(OCD)では、その約2/3から約3/4のケースにおいて症状が持続し、他の精神疾患を合併したり、社会不適応を引き起こすことが明らかになっている。分離不安障害(SAD)と小児期恐怖症は、最も予後が良いと考えられるが、精神疾患を持たない子どもに比べると、将来他の精神疾患を引き起こす可能性は高いことが明らかになっている。

これまでのところ、児童青年期の精神疾患を対象とした、力動的療法に関する実証研究はきわめて少ない。表1は、実証研究における「エビデンスのレベル」分類を示している。小児だけでなく成人を対象とした場合も含めて、

表1 「エビデンスのレベル」分類

I	システマティック・レビュー/メタ分析
II	1つ以上の無作為化比較試験による
III	非無作為化比較試験による
IV	分析疫学的研究(コホート研究や症例対象研究による)
V	記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による
VI	患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見

Research on psychodynamic psychotherapy, part2: Effectiveness of psychotherapy for children and adolescents

* 国立成育医療センターこころの診療部
〒157-8535 世田谷区大蔵2-10-1

Norimasa Ikuta: Department of Psychosocial Medicine, National Center for Child Health and Development

** 昭和大学藤が丘病院精神神経科
〒227-8501 横浜市青葉区藤が丘1-30

Naoki Moriya: Department of Psychiatry, Showa University Fujioka Hospital

診療ガイドラインの作成手順 [ver.4.3] より
「EBNの普及のためのシラバス作成と教育方法およびEBMの有効性評価に対する研究」(研究代表者: 福井次矢)

「日本におけるEBMのためのデータベース構築及び提供利用に関する調査研究」(研究代表者: 丹後俊郎)

力動的的精神療法に関するエビデンスのレベルIに相当するメタ分析は、短期力動的療法についてのもが2, 3発表されているにとどまり、特定の精神疾患についてはまだ報告されるに至っていない。今回は、成人の摂食障害や境界パーソナリティ障害についての、力動的療法に関するレベルIIの研究（無作為化比較試験）を紹介した。子どもの力動的療法において、このレベルのエビデンスが存在しないことは、その効果がないことを意味するものではない。実際の臨床場面では、子どもの力動的療法は精力的に行われており、今回はその最も代表的な施設における研究を紹介する。

I. アンナ・フロイト・センターにおける精神分析および力動的療法研究^{2)~5)}

アンナ・フロイト・センターは、Freud, S.の娘であるAnna Freudの指導のもと、1952年から彼女の死に至るまでの間、子どもの精神分析および力動的療法を行ってきた施設である。そこでは、極めて詳細な症例研究の積み重ねが行われており、その記録は、精神性的発達診断プロフィールやハムステッド・インデックスなどの形でまとめられている。

本研究は、この膨大な資料を基にした回顧的研究であり、エビデンスのレベルIVに相当する研究である。本研究を行ったFonagy, P.は、米国のメニンガー・ファウンデーションや英国のアンナ・フロイト・センターにおけるリサーチ部門の責任者や、国際精神分析協会におけるリサーチ委員会の議長を務めている。

1. 対象

アンナ・フロイト・センターで、40年間に精神分析および力動的療法を受けた763例が対象であり、これは同期間にセンターで治療を受けた全症例の90%に相当する。このうち、76%は週4~5回の精神分析を受け、残りの24%が週1~3回の力動的療法を受けた。

2. 方法

200を超える変数が集められた。大きく、記述的、診断的、および臨床的変数に分けられる。診断は、すべての症例について、DSM-III-RのI軸およびII軸診断が下された。総合的な適応機能レベルは、Hampsted Child Adaptation Measure (HCAM)によって評価された。これは、0~100点の尺度で、Children's Global Assessment Scale (CGAS)¹⁾の尺度構成に基づいて、Freud, A.の発達ラインの概念を取り入れて作成したものである。従って、CGASとHCAMは高い相関を示した。

治療終了時の転帰に関する評価は、3つの評価基準を用いた。1つ目（以下、「診断評価」と呼ぶ）は、治療終了時においても「診断可能なケース」か否かの判定であり、「診断可能」とは、何らかの精神疾患の診断基準を満たし、適応レベルが70点未満の場合を意味する。2つ目（以下、「改善度評価」と呼ぶ）は、「統計学的に信頼性のある変化」であり、治療開始時と終了時のHCAM尺度において、8点から10点以上の差（診断サブグループによって異なる）が認められることを意味する。3つ目（以下、「適応度評価」と呼ぶ）は、臨床（非機能）群と正常（機能）群を区別するカット・オフ点数を算出する方法によるもので、HCAM尺度68点以下が「非機能」と判定される。

3. 結果

全症例の中で、6か月以上治療を受けた者のうち、精神分析を受けた者の56%、力動的療法を受けた者の44%が、「適応度評価」で正常機能の範囲に達していた。「改善度評価」では、精神分析の62%、力動的療法の49%が改善と判定された。

表2に、明らかになった予後予測因子を示す。

1) 発達レベル（年齢）の影響について

年齢と診断分類の影響を確かめるために、それぞれの変数について、性別、社会経済階層、

表2 予後予測因子 (寄与度の高い順)

- 1) 治療期間 (長いほど良好)
- 2) 診断分類 (情緒障害群*が良好)
- 3) 家族状況 (intact familyが良好)
- 4) 精神分析的診断分類 (atypical personality/
borderline childは不良)
- 5) 母親が精神分析を受けている (良好)
- 6) 年齢がより若い (良好)
- 7) 親が平行して精神分析的ガイダンスを受けて
いる (良好)
- 8) 社会経済階層 (高いほど良好)

* : 診断分類を、大きく情緒障害/行動障害/
発達障害に分けた場合

家族構造、最初のHCAM尺度レベル、および治療の密度 (1週間当たりの面接回数) をマッチさせた群分けをして解析した。

前学童期 (6歳未満)、潜伏期 (6~12歳)、および思春期 (12~18歳) に群分けした場合、「改善度評価」で改善と判定されるものの割合は、前学童期群63%、潜伏期群53%、および思春期群47%と有意な差を認めた。また、思春期群では、週1~3回の力動的療法が、週4~5回の精神分析に匹敵する効果を挙げている。

2) 情緒障害の治療結果について

診断分類は、大きく情緒障害/行動障害/発達障害に群分けした。その結果、352名が情緒障害と診断された (136名がGAD, 93名が大うつ病または気分変調症, 64名がSAD, 49名が単一恐怖症, 24名が回避性障害, および37名がOCD)。情緒障害群の改善度は高く、少なくとも6か月以上治療した者のうち改善した者の割合は、「診断評価」で53%、「適応度評価」で58%、および「改善度評価」では72%に達した。また、重篤な症例ほど、週4~5回の精神分析が週1~3回の力動的療法に比べて有効であった。

3) 行動障害の治療結果について

135名が行動障害と診断された (58%が反抗挑戦性障害, 23%が行為障害, 8%がAD/HD, および10%がその他の反社会的行動)。この行

動障害群のうち、3つの転帰に関する指標で、改善と認められる者の割合は約30~40%であり、いずれの指標においても情緒障害群より有意に低い割合であった。行動障害群における予後良好の予測因子としては、長期の治療期間、情緒障害 (特に不安障害) の合併、および他の精神疾患 (特に特異的な発達障害) の非合併が挙げられた。

4) 中断および非改善症例について

全症例の中で、18%が6か月以内に治療を中断した。中断率は、年齢では思春期群において最も高く、診断分類では行動障害群において最も高かった。また、週1~3回の力動的療法の方が、週4~5回の精神分析に比べて、中断率は高かった。

中断症例を除いた上で、改善を示さないか悪化した症例の割合は、週1~3回の力動的療法で28%、週4~5回の精神分析では18%であった。これらの症例に多く見られる診断は、精神遅滞、広汎性発達障害、AD/HD、および行為障害であった。

4. 結 論

1) 力動的療法の効果は、3つの診断分類、すなわち情緒障害/行動障害/発達障害と比較すると、情緒障害、次いで行動障害の順に効果が高い。

2) 行動障害の場合、特に不安症状や不安障害を合併する場合の方が、力動的療法の効果は高くなる。また、治療期間が長くなるほど、効果は高くなる。

3) 3つの発達段階、すなわち前学童期、潜伏期、および思春期で比較すると、前学童期、次いで潜伏期の順に効果が高い。前学童期および潜伏期では、面接頻度が多い程、治療効果が高くなるが、思春期では、その所見は見られなくなり、治療中断の可能性も高くなる。

II. 考 察

子どもの力動的療法に関して、エビデン

スのレベルIのメタ分析に相当する研究報告はない。しかしながら行動療法あるいは認知-行動療法を中心としたメタ分析は存在する。たとえば、Weiszら (1999)⁷⁾ のメタ分析によれば、子どもの精神療法のEffect Size (ES)^{*} は、成人で報告されているESに匹敵する0.80前後の結果を示している。また、治療対象者の平均して3/4が、対照群に比較して良い効果を上げている。その一方で、メタ分析で浮かび上がった問題点として、前回述べた、有効性 efficacy と効果 effectiveness の間のギャップが大きいことが指摘されている。

すなわち、先ほど述べたES=0.80という数値は、理想的な実験室的状況においての数字であり、臨床場面に基づく研究を集めると、そのES値のばらつきは大きく、平均すると0.00を少し上回る程度にしかならない。今回紹介したアンナ・フロイト・センターにおける研究は、調査対象となった期間に同施設で治療された症例の90%をカバーしており、日常臨床場面における効果を判定している。その中で、情緒障害群において、高い改善率が報告されたことは注目に値すると考えられる。

この研究で、予後予測因子として、治療期間の長さが筆頭にきたことも注目に値する。また、情緒障害群や一部の行動障害群では、面接頻度が多くなるほど、あるいは治療期間が長くなるほど、効果が大きくなることが示された。先に述べたメタ分析の対象になった治療の期間は、ほとんどが短期のものであり、そこで生じている変化と治療期間が長期になるほど生じる変化とは別のものであると考えるのが妥当であろう。したがって、もう1つの問題点としては、これまでの精神療法研究で用いられる効果判定

の尺度が、行動レベルや症状レベルにおける変化を測定している場合が多く、社会適応のレベル、さらにはパーソナリティの発達レベルにおける変化を測定していないことが挙げられる。

情緒障害や不安（特に不安障害）を合併した行動障害が、力動的精神療法の適応になるという所見は、力動的精神医学が、そもそも不安の精神病理を理解すること（たとえば、分離不安、去勢不安、超自我不安などのパーソナリティの発達段階に応じた不安の理解など）に端を発していることと関係しているものと思われる。その基礎となる精神分析理論が、ヒステリー研究などの神経症理論から始まり、後にはパーソナリティの発達理論へと発展していった歴史とも無関係ではない。アンナ・フロイト・センターにおけるインテンシブな治療には、大きく分けて、洞察-指向的治療と発達促進的治療の2本柱があると述べられている。したがって、力動的精神療法の効果判定では、本来目指しているパーソナリティの発達レベルやその変化を測定する有用な尺度を開発することが必要である。

謝辞：本稿について、貴重なご指摘を頂きました国立精神・神経センター精神保健研究所三宅由子氏に感謝いたします。

文 献

- 1) Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. : A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 40; 1228-1231, 1983
- 2) Fonagy P, Target M : The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders. *J Amer Acad Child Adol Psychiatry*, 33 ; 45-55, 1994
- 3) Target M, Fonagy P : The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Emotional Disorders. *J Amer Acad Child Adol Psychiatry*, 33 ; 361-371, 1994
- 4) Target M, Fonagy P : The Efficacy of Psychoanalysis for Children, Prediction of Outcome in a Developmental Context. *J Amer Acad Child Adol Psychiatry*, 33 ; 1134-1144, 1994

* このメタ分析研究⁷⁾におけるEffect Size (ES)とは、ある尺度について、対象群と対照群の平均値の差を標準化したもので、目安として、ES=0.20は「小さな」効果、0.50は「中等度」効果、0.80は「大きな」効果を意味する。

- 5) Fonagy P, Target M : Predictors of Outcome in Child Psychoanalysis, A Retrospective Study of 763 Cases at the Anna Freud Center. *J Am Psychoanal Assoc*, 44 ; 27-77, 1996
- 6) Target M, Fonagy P : The Psychological Treatment of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. In Roth A, Fonagy P, *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, 263-320, Guilford Press, New York, 1996
- 7) Weisz JR, Weersing VR : Psychotherapy with Children and Adolescents, Efficacy, Effectiveness, and Developmental Concerns. In Cicchetti D, Toth SL, *Developmental Approaches to Prevention and Intervention, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, 9 ; 341-386, University of Rochester Press, New York, 1999

そのため東京都では、小児科医以外の開業医が都内の指定病院の小児科で1年間30単位(半日を1単位とする)の実習研修する制度を平成14年度から始めている。これにはすでに開業している内科系医師たち(年間24名)が参加し、指定医療機関の小児科で研修を行っている。しかし、すべての都道府県でこのような、すでに開業した医師を対象にした小児科研修制度を構築することができるとは、未知数であるし、本当にこれが小児初期救急診療体制の充実に役立つかはわからない。

また、平成16年度からは医学部卒業後の最初の2年間は、主要な科(内科、外科、麻酔科、救急科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療・保健科など)をローテーション研修しなければならないように、臨床研修制度が変わり、小児科や救急科での研修が必修化される。これにより、すべての医師が基本的な小児初期救急に対応する能力を持つようになることが期待される。しかし、来年度から始まる研修制度を経験した医師が、実際の地域医療の現場に出て来るまでには、まだまだ時間がかかる。

小児初期救急診療ガイドブック

そこで、現状で他科の医師に小児初期救急体制を担ってもらうためには、小児科医と協働して救急を担う体制の整備や救急に携わる意志を持つ他科の医師が、小児初期救急の対処方法を学ぶための手引書などが必要になる。もちろんすでに多くの初期救急マニュアルが出版され、それぞれすばらしい内容である

が、残念ながらほとんどのマニュアルは、小児科医もしくは研修医を対象にした知識提供型のマニュアルである。そのため、ある程度の経験を持つ他科の医師にとっては簡単にすぎたり、逆に専門的すぎる場合も少なくない。

そこで我々は、平成15年度厚生労働科学研究補助金(医療技術評価総合研究事業)「小児初期救急診療ガイドブック(仮称)作成に関する研究班(主任研究者:柳澤正義)」として、他科の医師が、救急診療所で小児救急患者が来院した場合にどう対応すべきかを、症例を通して学ぶガイドブックを作成することにした。

このガイドブックの構成は、表1のようになっており、最低限必要な救急疾患および症候に対してどう対応すべきかを、小児科医と他科の医師が共同で執筆している。これがこのガイドブックのもっとも大きな特徴で、症例を通して他科の医師が救急の現場でどう考え、どう行動するかを、まず他科の医師が考え、それについて小児科医が解説を加え、小児科医としての考え方やポイントを述べるという形式となっている(表2)。この形式は、他科の医師が小児初期救急の現場で発揮すべき問題解決能力を高めるために大変役に立つと考えている。

いままでの多くのマニュアルは、理想的な対処について書いてはあるが、現場で他科の医師が困ることについてはあまり詳しく書いていない。実際の現場でどう考え、どう行動するかがもっとも重要なことであり、他科の医師が使用することができるとは、なければならぬ。

まとめ

現在我々は、今秋中に小児初期救急診療ガイドブックを完成させるべく大車輪で作業を進めている。小児救急は小児科医だけでは解決できない問題であり、他科医師との協働が必要不可欠である。そして、他科医師が参画する小児救急の現場に必要なガイドブックは、小児科医と他科医師の共同作業により、よりグレードアップされる。このガイドブックが小児初期救急の現場で働く他科医師の助けとなり、少しでも多くの他科医師に小児初期救急の現場を支援していただけるようになれば幸いである。

<参考文献>

- 1) 日本小児科学会: 特集 小児救急医療。日本小児科学会雑誌, 107 (3): 511-535, 2003
- 2) 日本医師会: 小児救急医療—危機を乗り越えるために。128 (5), 703-766, 2003
- 3) 日本小児科医会: 特集 小児救急医療のあり方、特に小児初期救急医療体制の整備に向けて。日本小児科医学会報, 23: 5-84, 2002
- 4) 東京都: 小児初期救急医療体制整備支援事業(東京都ホームページより)
- 5) 兵庫県: 小児救急(災害)医療システムの整備に関する基本方針(兵庫県ホームページより)
- 6) 市川光太郎編著: 小児救急インシヤルマネジメント—北九州市立八幡病院小児救急医療実践マニュアル。中外医学社, 2003
- 7) 小児救急医療の実践—重症化の予知とその対策。小児科診療(特大号), 64 (11): 1647-2048, 2001
- 8) 特集 小児救急疾患と初期対応。小児科, 42(9): 1349-1405, 2001

表2 小児初期救急診療ガイドブックの執筆例

1. 症例：
 10か月の男児。
 今朝から頻回の下痢があり来院した。体温38℃。機嫌が悪く、嘔吐が2回みられた。便は水様でクリーム色をしている。

2. 非小児科医の対応：
 まず下痢の回数を確認する。5回以下なら軽いが、それ以上ならば脱水も考える。発熱と嘔吐もあるため、下痢の程度とともに脱水を最も注意すべきである。病歴では、兄弟や家族内での同一症状の有無、特別な薬物の服用、水分など口からの摂取状況などを確かめる。便の性状は既に水様であるため、下痢としては既にかなり悪いものと判断する。血性ではないので病原菌大腸菌や食中毒は否定的である。
 次に診察する。全身状態が軽いのか、ぐったりしていないか、元気に四肢を動かしているか、脱水を評価するのに、口唇の乾き、よだれの有無、排尿（オムツの濡れ具合）を診る。これらを診て、脱水により意識レベルの低下をみたら、直ちに小児科で入院・点滴の可能なところへ連絡する。
 もし、脱水が軽く、元気が良く、水分摂取が可能であるならば、さらに胸部聴診、腹部触診（柔らかいかどうか）、皮膚の発疹、のどの粘膜炎、扁桃所見を診る。これらに異常がなければ、とりあえず経口から電解質液（ソリタ顆粒）を飲ませる（ゆっくりと少量、頻回に）ように指示する。そして、明朝に小児科受診を勧める。

3. 小児科医からのアドバイス：
 対処方法、緊急性の評価も適切で、救急対応として十分である。
 できれば、保健所で、保育園に預けているかどうか、1週以内に同様の症状の子どもと接触した可能性なども聞いておくともっと良かった。また、下痢便の性状（臭い、色、粘液の有無、血液の混入の有無など）を詳細に聞くことが大切である。また、便がでるときに痛がって泣くかどうかなども良い情報になる。
 脱水の評価は大変重要であり、適切に行われているが、吐いてからどのくらい経っているかを聞くことと経口摂取が可能かどうかのおおよその推測がつく（嘔吐から6時間以上経っていれば経口摂取ができる可能性が高い）。

4. 小児科医の対応：
 下痢を主訴に来院した患者を診る場合に最も重要なことは、脱水の評価である。元気がなく、舌と皮膚の乾燥を認めれば、二次医療機関へ紹介する。
 次に診断であるが、この症例の場合は便の色が大きなポイントとなる。この年齢で便の色がクリーム色、そして発熱と嘔吐を伴う場合はロタウイルス感染が最も疑われる。ロタウイルス感染の場合、便は最初は黄色でクリーム色を経て白色になってくることが多く、必ずしも最初から白色になるわけではない。米のとぎ汁のような白色水様便では、コレラ菌の感染も疑うべきである。
 対処の方法は、水分の補給が最も重要である。経口補液を行う場合、電解質液（ソリタ3顆粒やスポーツ飲料）を1回30ml以下を30分以上あけて与える。親には、水分をしっかりと与えることを伝え、食べ物とは与えず、母乳もしくはミルクは可として翌日小児科を受診するように伝える。

5. 症例の転帰
 診断は、ロタウイルス感染による乳幼児下痢症。
 転帰は、翌日小児科を受診し、経口からの水分補給および止痢薬の投与により、1週間で治癒した。

6. 初期救急対応のポイント
 ・下痢を主訴に来院する初期救急患者は脱水の評価が最も重要である。
 ・下痢の回数と便の性状、色、臭いなどは診断の大きな助けとなる。

表1 小児初期救急診療ガイドブックの構成

序 「小児初期救急診療ガイドブック」作成にあたって

症候と疾患

1. 不機嫌（年齢別アプローチ、髄膜炎、腸重積、夜泣き、夜驚症、他）
2. 発熱（年齢別アプローチ）
3. 発疹（麻疹、風疹、突発性発疹、水痘、川崎病、薬疹、他）
4. 咳そう（気道感染症、百日咳、他）
5. 喘鳴・呼吸困難（細気管支炎、喘息性気管支炎、気道異物、過換気症候群、他）
6. 頭痛（髄膜炎・脳炎、脳腫瘍、気道感染症、他）
7. 胸痛（自然気胸、打撲、他）
8. 腹痛（感染症腸炎、便秘、過敏性腸症候群、急性虫垂炎、他）
9. 悪心・嘔吐（感染症腸炎、腸重積、心因反応、妊娠、他）
10. 下痢（年齢別アプローチ、感染症腸炎、尿路感染症、他）
11. 血便（年齢別アプローチ、感染症腸炎、腸重積、裂肛、他）
12. 脱水（年齢別アプローチ、種類・程度を分けて症例提示）
13. 便秘（習慣性便秘、裂肛、肛門周囲膿瘍、他）
14. 尿閉・排尿時痛（尿路感染症、電頭包皮炎、他）
15. けいれん（熱性けいれん、てんかん、髄膜炎、脳炎・脳症、他）
16. 意識障害（脳炎・脳症、頭部外傷）
17. 歩行障害（薬物中毒、筋炎、外傷、関節炎、他）
18. 誤飲（タバコ、液体洗剤、灯油、他）
19. 熱傷（重症度に分けて症例提示）
20. 耳下腺腫脹、リンパ節腫脹（流行性耳下腺炎、伝染性単核球症、悪性腫瘍、他）
21. 頭部外傷（意識障害のある頭部外傷、意識障害のない頭部外傷、他）
22. アナフィラキシーショック（食物、蜂、薬物、他）
23. 浮腫（心不全、腎疾患、血管神経性浮腫、他）
24. 紫斑、出血傾向（アレルギー性紫斑病、血小板減少症、他）
25. 蕁麻疹
26. 耳痛（中耳炎、乳様突起炎、外耳道炎、外耳道異物、他）
27. 鼻出血
28. インフルエンザ
29. クループ症候群
30. 気管支喘息（重症度に分けて症例提示）
31. 肺炎（細菌性肺炎、異型肺炎、他）
32. 急性腸炎（細菌性腸炎、ウイルス性腸炎、他）
33. そけいヘルニア（嵌頓も含む）、陰嚢水腫
34. 動物咬傷、昆虫刺傷（犬咬傷、蜂、クラゲ、他）
35. 溺水（真水・海水に分けて）
36. 骨折・脱臼（肘内障、若木骨折、他）

虐待を疑う症候と虐待を疑った時の対応

二次・三次医療機関との連携（搬送方法、紹介状の書き方、他）

診断・治療に必要なこと

検査方法・検査手技
 治療手技
 頻用薬品・備品
 モニタリング

ているということである。

また、地方では、大人をみる内科医は増加しているが、小児をみる小児科医は増加しているが、小児をみる小児科医は逆に少なくなっており、小児科医の不足と相まって、小児救急体制の危機が叫ばれている所以である。へき地ではさらに状況は深刻であり、小児科医がへき地に勤務することとはまずないし、へき地勤務医の必須条件として、小児科での研修が要求されてもいないので、中には小児をみる小児科医がへき地の診療所に勤務している例も少なくない。

そのほか、日本小児科学会や日本医師会からもさまざまな問題提起や提言が行われているが、問題は山積している。

小児初期救急診療体制の充実に向けて

しかし、現在、各地域で小児救急医療体制の充実のためにいろいろな施策が行われている。数少ない小児科医を集中的に基幹病院に配置し、二次・三次救急医療体制を充実させ、初期救急は、地域の医師会の力を借

りた体制を構築するなどの工夫をしているところもある。

また、熊本方式として有名であるが、地域の開業医が病院の小児科医と協働で小児初期救急医療を担う方式は、患者さんの安心感と一般内科系開業医でも安心して小児初期救急に携わることができると、大変有効な方法として全国に広がりつつある。また東京都は、東京ER構想のもとに、救急専門医が小児初期救急を担う体制も構築しようとしている。しかし、東京都内でも、小児科医だけで小児救急を担うことはできないし、まして

やへき地では不可能に近い。このような現状では、やはり、小児科医以外の医師が小児救急に参加せざるを得ないし、それも単独で小児をみる場合も想定される。そこで重要になるのが、他科の医師でも小児をみる小児科医になるための教育および体制づくりである。スーパーローテーション研修を経験し、ある程度小児をみる訓練を積んでいる医師は、多くの若い世代の医師は、ストリート研修で専門医になっており、小児をみる訓練をまったく積んでいないことも少なくない。

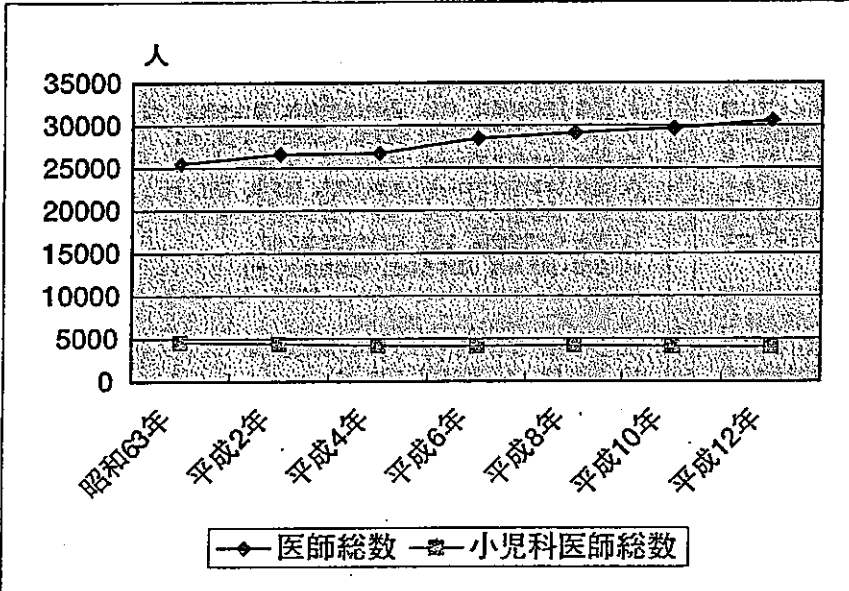


図1 東京都の医師および小児科医数の推移

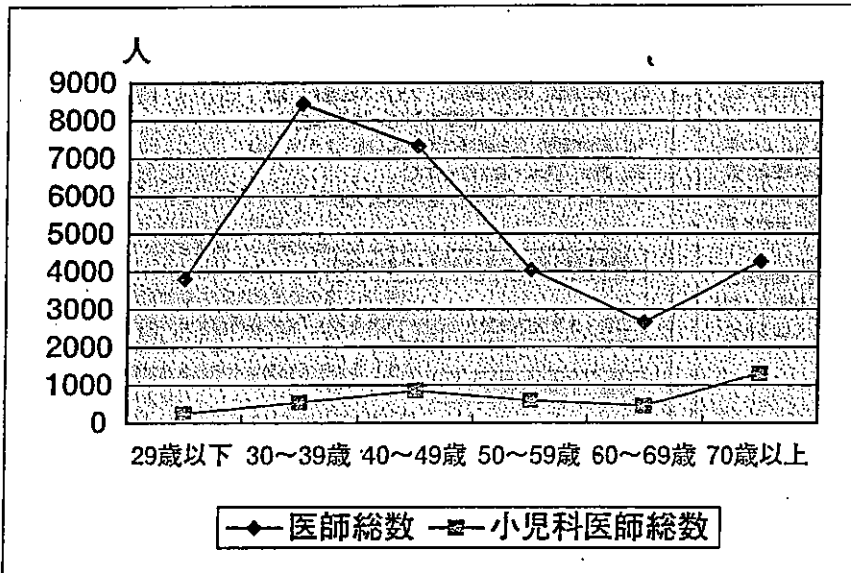


図2 平成12年度末における東京都の医師および小児科医の年齢構成

他科の医師に向けた

小児初期救急診療ガイドブック

石橋幸滋 (石橋クリニック院長)

柳澤正義 (国立成育医療センター病院長)

はじめに

小児救急の問題は、連日マスコミを騒がせているほど喫緊の課題となっている。先日も都内の小児救急対応病院での不幸な出来事が報道されていたが、これは当直医自身に大きな問題があったことはもちろんであるが、小児夜間救急を担う小児科医が疲弊していることも関連しているのではなからうか。

交代制の救命救急センターは別として、小児救急を担う小児専門医療機関の当直医は、ほとんど寝る間もない当直の翌日外来や、病棟などの通常業務をこなしている。もちろん、他の科の当直医も同様ではあるが、それにしても1日平均30名近くの夜間救急患者と、そのほかに入院患者をみるという業務が週1回以上回ってくるのが、多大なストレスを及ぼしていることは間違いない。この危機的状

況を改善することなくして、小児救急の充実
はあり得ない。

小児初期救急診療 ガイドブック作成の背景

この小児科医が疲弊していく状況をどのようにしたら改善していくことができるかという点であるが、根本的な解決策は小児科医を増やしていくことであろう。

現在、厚生労働省でも、この危機的な状況を改善するためにどうすべきかを研究するため、「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班(主任研究者・鴨下重彦)」を設置して検討している。

この研究班は、小児科医や産科医に過重な労働が強いられている実態を明らかにし、その改善のため、人材をいかに確保育成していくか、さらに限られた人材、財源などの資源

をいかに効率よく配備するか、などの課題について調査研究を進め、21世紀の小児・周産期医療のあるべき姿として幅広く提言することを目的として、平成14年度から研究活動を行っている。正式報告書が出るのは3年後であるが、その中間報告でも、小児科医および産科医の不足は深刻な問題であることが明らかになっている。

たとえば、東京都内の医師と小児科医の割合の推移をみると、医師全体は増加しているにもかかわらず、小児科医はほとんど増えていない(図1)。子どもの数が減少しているの
でよいのではないかという意見もあろうが、
医師の年齢を見てみると、若手の小児科医が
圧倒的に少ないことがわかる(図2)。これが
意味するところは、開業の小児科医はある程
度いるが、病院の小児救急を担っている若手
が少なく、一部の医師に大きな負担がかかっ

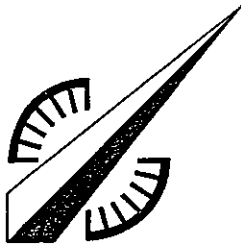
綜合臨牀 第52巻第8号
(平成15年8月1日発行 別刷)

成育医療への期待

*Opening of national center for child health and development :
Its impact on the pediatric medicine in Japan*

柳澤 正義
YANAGISAWA Masayoshi

永 井 書 店



診断の指針
治療の指針

成育医療への期待

*Opening of national center for child health and development :
Its impact on the pediatric medicine in Japan*

柳澤 正義

YANAGISAWA Masayoshi

はじめに

平成14年3月1日、国立成育医療センターが開院した。旧国立小児病院と旧国立大蔵病院とが統合して、大蔵病院の地に建設された500床を有するわが国で5番目の国立高度専門医療センター(ナショナルセンター)である。国立病院・療養所の統合・再編成計画の一環として、昭和60年代から行われてきた大蔵病院と小児病院の統合の議論の中で、平成7年、「国立成育医療センター(仮称)整備基本計画検討会」報告がなされ、これが「成育医療」という言葉が公にされた最初といわれている。その報告書に、「急激な少子高齢化等の社会におけるさまざまな状況から、小児医療、母性医療、父性医療ならびに関連・境界領域を包括する医療(成育医療)が必要である。この成育医療の基幹となるべき先導的施設が必要である。」とあり、したがってこれが成育医療のいわば公的な定義ということになる。

成育医療センターが開院して1年3ヵ月が経過し、成育医療という言葉も次第に社会に受け入れられつつある。

1. 成育医療の概念と背景

現在、多くの人抱えている「成育医療」の概念は、「ライフサイクル」あるいは「リプロダクションサイクル」として捉えた医療体系、すなわち、受精卵から出発して、胎児、新生児、乳児・幼児・学童という小児期から思春期を経て、生殖世代となって次の世代を産み育てるという人生のサイクルにおける心身の病態を包括的・連続的に診る医療ということである。つまり、次の世代、あるいは次の次の世代まで視野に入れた医療ということもできる。

ここで、このような概念が生れた背景を考えてみたい。現在、社会のさまざまな仕組が改革を迫られており、医療改革も最重要の課題であるが、その中で小児医療も多くの課題を抱え、転換の方向を模索しているといつてよい。少子化がますます進行し、疾病構造が

大きく変化し、子ども達の心と行動が問題となっている状況を背景として、従来の小児医療は転換を余儀なくされている。転換の方向として、医療・保健分野に限られた活動から福祉や教育との連携を強めていく必要性、小児科医の日常の診療や健診を育児支援の場としていくこと、今まで医学の進歩とともに細分化してきた小児医療を再統合し、全人的・包括的医療を重視していくこと、などとともに「小児医療から成育医療へ」ということも転換の方向性の一つである。

思春期の心と体の健康は重要な問題でありながら、従来、小児科と内科、精神科あるいは産婦人科のはざまにあつて必ずしも適切な医療が提供されなかった。また、中年・高齢となって顕在化する生活習慣病も萌芽は若年にあり、若年発症の生活習慣病も増加している。さらに、小児期に罹患した慢性難治性疾患をもって思春期となり、さらに成人に達する患者が急増しているが、これらの患者は従来の内科医療のなかでは適切なケアがなされないことが多い。

一方、新生児医療が着実に進歩し、さらに出生前診断、胎児医療まで現実のものとなっている。このように年齢の枠を越えた小児医療が求められており、小児科と他のさまざまな科とのシームレスな連続性が求められる時代となっている。従来の小児科診療の枠に納まらない状況が明らかであり、このような状況のもとで「成育医療」が構想され、国立成育医療センターが開院したといえよう。

2. 成育医療の実践

ナショナルセンターの役割は、高度先駆的医療とともにモデル的医療の推進である。成育医療センターは、前述のような考え方のもとに医療を推進しようとしており、実際、従来の小児医療、周産期医療に加えて生殖医療、思春期医療、小児慢性疾患をもった成人の医療、さらに生殖世代における心身の病態を診る医療まで幅広く、包括的な医療が行われている。図は、「成

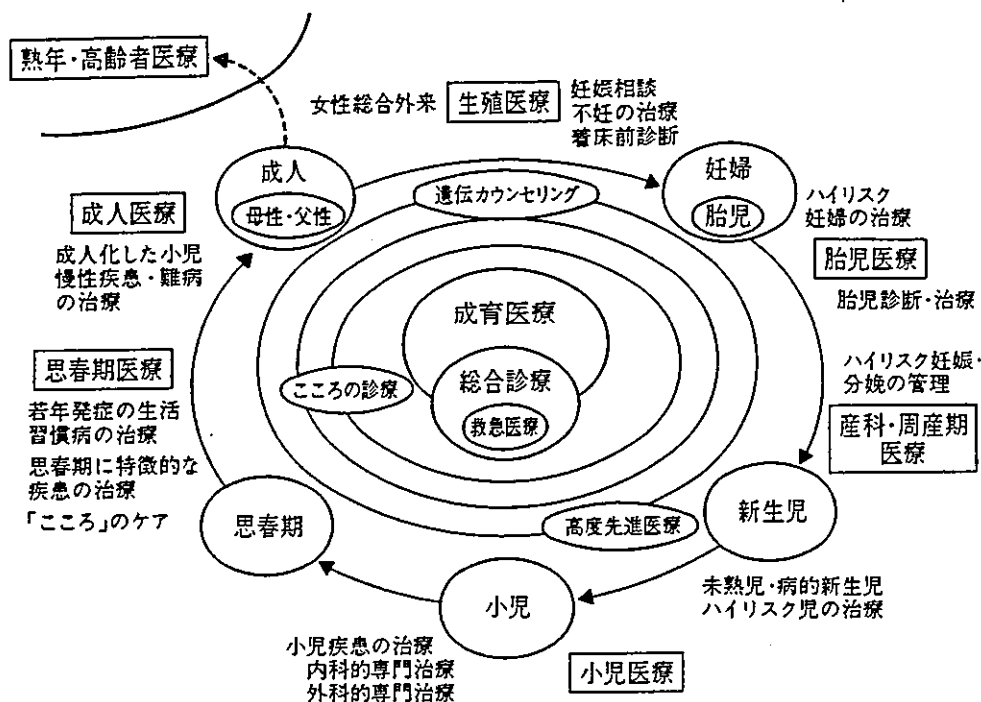


図1 成育医療の概念と国立成育医療センターの診療機能

育医療」の概念と成育医療センターの診療機能を模式図で示したものである(図1)。ひとりひとりの患者とその家族まで含めて、最適な医療・ケアを提供するのは総合診療医と専門診療医のチームであり、さらに看護師をはじめとするコメディカルも含めたチーム医療である。成育医療センターでは、救急医療を全面的に展開しているが、救急医療は総合的医療の中核とみることができよう。また、成育医療にとって非常に重要な視点は心の問題への対応であろう。患者のみならずその家族も含めて、心の問題に配慮する体制がとられている。

3. 成育医療の推進

成育医療をこれから幅広く展開していくうえで必要なのは、基盤となる研究の推進と情報を集積・発信するためのネットワークの構築である。研究面については、病院における日常の診療を通じての臨床研究や治験も重要であるが、基盤研究の主体を担うのは成育医療センター研究所である。基礎的・臨床的研究とともに社会医学的研究が重視されており、今後のわが国の

小児保健、母子保健などに関する政策的提言を行うことが期待されている。現在計画されている胎児期から始まるコホート研究である成育長期診療データベースの構築は、完全電子カルテ運用の成育医療センターならではの研究であり、今後の発展が期待されているところである。

成育医療に関する情報の集積と発信については、他のナショナルセンター、国立病院・療養所、大学病院、小児病院、周産期施設、地域の医療機関からさらに福祉・教育施設、自治体などを結ぶネットワークを構築することが計画されている。小児保健・母子保健に関するデータの全国的な登録・集計・解析に関するセンター的な役割も担うことが期待されている。

おわりに

以上、成育医療が現在の医学・医療、特に小児医療の方向を転換させ、新たな方向へ前進させる推進力となり、成育医療センターがその先導役となることが期待されている。そのためには社会的支援が欠かせないものであることはいうまでもない。