

体的および心理的検査結果の十分な説明と病名の告知を行う。また、今後の治療について、とくに体重と栄養状態を回復させる方法について提示し、よく話し合ったうえで合意を得る。時に、経管栄養や中心静脈栄養 (IVH) を必要とするが、その場合、本人および親からの合意を得られるかどうか、「強制的」処置になるか否かを決定するものとする。

② 体重回復期と③ 心理的回復期は、最初から並行して行われるが、治療前半では体重回復に重点があり、後半では心理的回復がより重要な課題となる。また、極端な低栄養状態自体が、思考の偏りや食へのこだわりを強め、抑うつなどの心理的变化をひき起こすといわれている。栄養状態の回復初期には、浮腫や心不全、肝機能障害、および refeeding syndrome の出現に注意する。また、体重増加に伴って、心理的に「太ることへの恐怖」が強まり、さまざまな治療抵抗が生じる結果、体重は「増加と停滞」をくり返すようになる。とくに、数百 g の体重変動にこだわったり、周囲からの食事の内容や量を変化させる働きかけが「交渉事」や「争い事」になることは多い。陰性感情の行動化を防ぐためには、良好な治療関係の維持に努めながら、内面に抱く感情の言語化を促進することが重要である。

心理的問題としては、すでに述べた治療に伴う不安の乗り越えに加えて、社会的孤立の改善、家族関係の改善、および自己イメージの修復が課題となる。

入院の適応としては、急速な体重低下、生命に危険性のある異常検査所見の存在、希死念慮・自殺企図の存在、および外来治療の失敗があげられる。これらの項目は、あくまでも目安であり、個々の症例に応じて慎重な判断が必要になる。

薬物療法に関して、米国精神医学会が作成した摂食障害の治療ガイドライン³⁾では、低栄養状態が最大の問題になる AN の初期治療には単独で用いられるべきではないこと、BN においては、抗うつ薬の SSRI (選択的セロトニン再取りこみ阻害薬: selective serotonin reuptake inhibitor) が、過食・嘔吐症状の軽減に有効であるが、他の認知行動療法などの心理社会的治療法と組み合わせること

とが推奨されている。ただし、わが国では、摂食障害が SSRI の保険適応とはなっていない。経験的に少量の抗精神病薬を用いたり、抑うつや強迫症状に対して SSRI を処方することがある。

VI. 教育的配慮

AN においては、不登校が問題となることは少なく、ぎりぎりの体力になっても学校は通い続けることが多い。むしろ、身体的状態や栄養状態に応じて、運動や登校を制限する必要が生じる。運動の制限は、過活動性を抑制する目的にも役立つ。また、昼食時間に長くかかるなど、学校側への配慮を求める必要も生じる。入院治療を終えた後に、クラスに暖かく迎えてもらえるかどうかは、社会的孤立を改善するうえで重要である。

VII. 家族に対する指導

家族は、やせが目立つようになると、食事量を増やすことを本人に求めるようになる。そのような働きかけは、「争い事」をひき起こす結果になることも多い。まず、親に対しては、摂食障害の症状理解を進め、症状を巡る争いが最小限になるように働きかける。また、心理的退行も相まって、母親に対して依存と反発の両極端な感情を強めることもある。このため、母親が心身ともに疲れ切ることもある。母親との関係が行き詰まった場合、父親の有効な介入が必要となる。両親が「足並みを揃えて」対応していくことが重要である。

VIII. 精神科医へ紹介するタイミング

摂食障害、とくに AN では体重減少が進むにつれて、さまざまな身体的合併症を伴い、生命の危険性が生じてくる。摂食障害の診断評価と治療には、身体的管理・治療と心理的アプローチの両方が不可欠である。

抑うつなどの精神症状が強まった場合や、陰性感情などの治療抵抗が強まり、自傷行為や無断離院などの行動化がくり返される場合には、一般小児科外来・病棟での治療は困難となる。

IX. 治療効果の判定と治療終了

ANでは、体重が標準から-15%以内まで回復し、無月経が改善することが治療終了の目標になる。BNでは、過食の頻度が診断基準に示される頻度以下に減ることが目安となる。一般健常人においても、年数回程度の過食行為は認められるといわれている。

また、体型や体重に対するこだわりや「太ることへの恐怖」が少なくなり、やせていた時期の自分に対して「病識」をもつようになることも重要である。身体的には回復しても、「完璧主義」などの性格傾向は残ることが多いといわれる。

X. 予 後³⁾

ANの転帰としては、4年後の追跡調査で治癒率は44%、10~15年後の治癒率は76%であった。治癒するまでに要する期間は、平均57か月から79か

月までと治癒の定義によってまちまちであるが、平均で4、5年かかると考えてよい。ANの死亡率に関するメタアナリシス⁴⁾によれば、累積死亡率は10年間で5.6%となる。死亡原因は、自殺と身体合併症によるものが半々である。

BNの転帰としては、6年後の追跡調査で良好60%、中間29%、不良10%、および死亡1%という報告がある。また、一度治癒しても、半年から6年後の間に、30~50%が再発するという報告もある。

文 献

- 1) 米国精神医学会：DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京、1996
- 2) 国立成育医療センター総合診療部、こころの診療部、看護部編：摂食障害の入院チーム医療、未刊行マニュアル、2004
- 3) Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2000, American Psychiatric Association, 2000
- 4) Sullivan PF : Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 152 : 1073-1074, 1995

* * *

摂食障害治療における 「向精神薬療法の限界」

最近出版された成書⁶⁾によれば、摂食障害の治療における薬物療法の果たす役割に関して、以下のように述べられている。

(1) 薬物療法は、摂食障害患者の一部においては役立つが、唯一の治療法となることはない。その使用については、栄養学的な回復や教育、また精神療法と併用すべきである。

(2) 摂食障害患者における向精神薬による薬物療法の働きのメカニズムは、まだよくわかっていない。

(3) ある薬物療法の一群に対する患者の反応のよさやその薬物療法の機能についての知識を基に、摂食障害の精神病理を定義してしまうのは間違っている。すべての向精神薬は多くの系に作用する。

筆者は、一〇数年前に、摂食障害と感情障害との関係について調べ、その中で向精神薬の効果とそのメカニズムについて検討したことがある。その当時、BNにおいていくつもの抗うつ薬が効果を示すことが明らかになっていった。この抗うつ薬による抗過食効果のメカニズムに関して、一つの仮説としては、合併する感情障害への効果によるものと考えられていた。一方で、感情障害を合併しない場合でも有効であるという報告もなされ、抗うつ効果とは別のメカ

ニズムによるという議論も出ていた。この点に関して、現在もまだ不明なままであることが、今回調べてわかった。

また、SSRIの有効性を根拠として、BNとBN以外のさまざまな精神疾患を一つのスペクトラム障害としてまとめることを提唱した研究者もいた。これは、摂食障害の精神病理を、中枢セロトニン系伝達物質の生物学的異常だけに還元していく極端な例であったと思う。

その当時、すでに薬物療法単独でBNの治療を行った場合、その長期的効果や再発率が問題になることは指摘されだしていた。この点については、やはりその後の研究で明らかになり、薬物療法単独での治療は推奨されず、むしろ心理社会的治療に対して薬物療法が付加的効果を与えるというのが、現在の共通認識になっていると思う。

一方、ANにおいては、一〇数年前と状況はあまり変わらず、対照化試験で有効とされる向精神薬は出てきていない。しかしながら、実際の臨床場面では、長い治療経過の中で、身体的にも心理的にも危機的状況になり、また、親子関係や治療者との関係も暗礁に乗り上げるといって、膠着状況に陥った時に、ある薬物の処方を受け入れるところから打開の糸口がつかめたという経験をしたことがある。この場合、薬物はその本来の薬理作用を越えた効果を示したことになる。

本論では、摂食障害治療における薬物療法の有効性について検討してきたが、決して薬物療法の限界を主張することが目的ではない。むしろ、今回のテーマである「向精神薬の限界」を問題にする背景に、薬物療法と精神療法のどちらが有効かという発想が潜んでおり、そのような二者択一的な考え自体が問題であることを述べて終わりにしたい。

【参考文献】

- (1) 切池信夫「抗うつ薬、SSRIの摂食障害に対する有効性」『臨床精神薬理』五巻、五三七―五四四頁、二〇〇二年
- (2) 日本精神神経学会監訳「米國精神医学会治療ガイドライン―摂食障害」医学書院、二〇〇〇年
- (3) 下坂幸三「拒食と過食の心理―治療者のまなざし」岩波書店、一九九九年
- (4) Attia, E, Haiman, C, Walsh, B.T., et al.: Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am. J. Psychiatry*, 155: 548-551, 1998.
- (5) Hudson, J. I, McElroy, S. L, Raymond, N. C., et al.: Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: a multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am. J. Psychiatry*, 155: 1756-1762, 1998.
- (6) D. M. ガーナー, P. E. ガーフィンケル編(小牧元監訳)『摂食障害治療ハンドブック』金剛出版、二〇〇四年

(ほそがね・なな／精神医学)
(いくた・のりまさ／精神医学)

クス、デプロメール)とサートラリン(五〇〜二〇〇mg/日:商品名ゾロフト、日本では未発売)は主に過食の減少に効果的であるという結果であった。たとえば、ハドソンら⁵⁾は三施設共同研究において、フルボキサミンの対照化二重盲検試験を行った。八五名の非排出型(自己誘発嘔吐などの浄化行動をとまなわない)BN患者のうち、四二名にフルボキサミンを五〇〜三〇〇mg、九週間にわたって投与し、残りの四三名にプラセボを投与した。フルボキサミン群のうち、五名は嘔気・眠気・ふらつきなど副作用のため中断し、他の理由のため八名が脱落した。フルボキサミン群は、プラセボ群に比べて、過食症状の頻度と臨床全般的印象尺度(CGI)が有意に改善していたが、抑うつ症状尺度(ハミルトン抑うつ尺度)における差は認められなかった。このため彼らは、過食症状に直接改善の効果をもたらしたと結論づけている(他の研究については文献(1)を参照されたい)。

わが国で使用可能かつ効果の示されているSRIがフルボキサミンであるため、現時点のBNの治療では第一選択薬になると言える。また、報告からは比較的高用量が必要となる。服用初期には消化器症状が多く、そのために中断せざるを得ないBN患者も少なくないが、経験的には消化管機能改善剤との併用で軽減される場合がある。BN患者の多くは衝動性の問題を抱えており、薬物の乱用の可能性も高いが、SRIは他の抗うつ薬に比べると安全性にも優れている。

APAの摂食障害治療ガイドラインでは、抑うつ症状の併存の有無にかかわらず、過食と嘔吐に対して抗うつ薬の使用が有効であるとしている。しかし、包括的治療の一部に過ぎず、薬物療法単独で行うべきではないとしている。

当センターにおける 摂食障害の薬物治療

筆者らの勤務するセンターでは、摂食障害の入院治療を、主に思春期年代の患者が入院する内科系・外科系混合の思春期(一般小児科)病棟で行っている。過去二年間に思春期病棟で入院治療を行った摂食障害患者は、二二名(入院時の年齢範囲一一〜一九歳、平均一四・九歳。女児一九名、男児三名)であった。入院症例は全例がANであり、BNの患者はいなかった。このうち薬物治療を用いているものは一名であり、フルボキサミン五名(一〇〜七五mg/日)、スルピリド四名(五〇〜二〇〇mg/日)、パロキセチン一名(一〇〜三〇mg/日)、トラゾドン一名(二五〜五〇mg/日)、リスペリド一名(〇・一mg/日)、エチゾラム一名(一mg/日)、プロマゼパム一名(一〜二mg/日)(重複あり)であった。これらの薬物の使用目的は、直接食行動異常の改善を目指したと考えられるケースは少なく、いずれも併存する不安症状や抑うつ症状を標的としていた。随伴する精神症状への効果により、結果的に治療全体を促進させた可能性があると考えられた。

当センターにおいて入院治療を行う摂食障害患者の特徴として、児童思春期年代が多いため、平均年齢が低くBNの患者の割合が少ないこと、成長途上にあることにくわえて、低体重を呈しているため副作用出現の懸念から薬物の使用が困難であること、一般小児科病棟で開放病棟であるため著しい衝動性や精神病症状を認める患者が少ないこと、などがあげられる。このような特徴がありながら、約半数の患者が薬物療法を用いていたことは予想より多く、その必要性についてはあらためて検討を要すると思われる。また、この年代における向精神薬の使用上の安全性・有効性についてはエビデンスも乏しく、同様に検討を要する分野と思われる。今回は紙面の都合上議論ができないため、改めて考察し、報告したい。

療法における限界はあるものの、臨床的に使用頻度は決して低くなく、前記②や③の目的で用いられる薬物は治療そのものの経過を促進する効果があると思われる。

次に、摂食障害をANとBNに分けて今までに行われてきた対照化試験を中心に解説し、その有効性について述べた後で、当センターで用いられている薬物療法について簡単に紹介する。

ANの薬物療法

AN患者は、強迫症状や抑うつ症状をとまなうことが多いため、以前より抗うつ薬の効果が期待され、用いられてきた。しかし、ANの薬物療法に関する対照化試験はいくつか行われているが、いずれもANへの効果は期待できないという結論であった。たとえばアッティアラ⁽¹⁾は、入院中で個人精神療法を受けている低体重のAN患者を無作為に割り付け、一名にフルオキセチン（選択的セロトニン再取り込み阻害薬 [selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI]）の一種。日本では未発売）六〇mg/日を、一六名にプラセボを七週間服用させた。その結果、両群において体重の増加、抑うつ症状および強迫症状の減少を認めたが、両群間に差は認められなかったため、フルオキセチンは無効であったと結論づけている。先に紹介した、

APAの摂食障害の治療ガイドラインでも有効な薬剤はないとしている。

このように、ANに対して直接働きかける有効な薬剤はないものの、著しい強迫観念、食事への不安、精神病的な思考、長引くうつ状態など、随伴する精神症状に対しては、向精神薬が経験的に用いられているのが現状であると思われる。抗コリン作用を持つ抗精神病薬や抗うつ薬の使用に際しては、低体重のAN患者は栄養障害による心機能の低下がみられることが多く、低血圧や不整脈の危険が高いため、慎重に投与する必要がある。この点、SSRIは心血管系への副作用が少ないため、用いやすいが、低体重の患者のうつ状態は一般に薬剤に反応しにくいとされている。また、体重の増加とともにうつ状態や強迫傾向が改善することが臨床的には観察されるため、体重が回復してもこれらの状態が長引く場合は有用である可能性がある。経験的には、極期にはごく少量の抗精神病薬の使用が、治療初期の抵抗や強固な頑固さを和らげる作用を持ち、精神療法などの導入に促進的に働くことが多い印象がある。

栄養障害にともなう骨粗鬆症の改善の目的で、カルシウム製剤やエストロゲンの補充を用いる治療や、食後の膨満感を減少させ食事摂取量を増加させる目的で消化管運動促進剤を用いる治療が行われることもあるが、これらに対するエビデンスも現時点では乏しい。他の治療法

によって、できる限り早期に栄養状態の改善や体重を増加させるほうが効果的であると思われる。

BNの薬物療法

BNはANに比べて、一般的に身体的な危険が少なく（ただし、自己誘発性嘔吐や下剤乱用などのパーキング行為が激しい場合には、注意を要する）、外来治療が可能であることから、BNに関する向精神薬療法の研究は多い。また、ANと異なりBNにはいくつかが有効とされる薬剤が存在し、日本ではBNの治療薬として承認されている薬剤はないが、諸外国では、フルオキセチンが承認されている。

プラセボを用いた対照化試験では、イミプラミン（二〇〇〜三〇〇mg/日：商品名トフラニールなど）、アミトリプチリン（一五〇mg/日：商品名トリプタノール）、トラゾドン（二〇〇〜四〇〇mg/日：商品名デジレルなど）が、過食と嘔吐の減少に有効であったとしている⁽¹⁾。また、BN患者はAN患者と同様にうつ状態や強迫症状を呈することが多く、より副作用の少ないSSRIがこれらに有効であることから、積極的に用いられてきた。プラセボを用いた対照化試験では、フルオキセチン（二〇〜六〇mg/日）は過食と嘔吐の両方に、フルボキサミン（五〇〜三〇〇mg/日：商品名ルボツ

摂食障害の薬物療法

細金奈奈

国立成育医療センター
こころの診療部思春期心理科

生田憲正

国立成育医療センター
こころの診療部思春期心理科

摂食障害の診断分類は、いわゆる「やせ症」「拒食症」に相当する神経性無食欲症（アノレキシア・ネルボザ、以下ANと略記する）と、「過食症」に相当する神経性大食症（プリミア・ネルボザ、以下BNと略記する）の二つに分かれる。摂食障害における向精神薬療法について、まず、その効果に関する現状での知見を述べ、その「限界」問題に関して私見を述べる。

摂食障害治療における薬物療法の位置づけ

摂食障害治療の第一の目標は、食行動異常の改善を図り、栄養不良にもなってみられる低体重、徐脈、無月経、脱毛、歯牙の障害、骨密

度低下などの生物学的変化や、食へのこだわり、強迫観念、抑うつ、過活動性などの心理学的変化の改善を目指すことである。また、再発を予防するためには、摂食障害にもなうさまざまな心理的・社会的障害や、家族の問題を取り扱い、その援助を同時にまたは食行動異常がある程度改善されてから行う必要がある。

摂食障害の病態のメカニズムには、社会的、心理的、生物学的要因が複雑に絡まって発症する多元的モデルが有力と言われているが、今までのところ十分に科学的には解明されていない。このため、摂食障害は薬物療法だけで治療することが困難であり、適切な栄養補充療法や身体合併症の治療、および精神療法や家族療法など心身両面からのいくつかの治療法が組み合

わされて用いられることが多い。

摂食障害に対して薬物療法を用いる場合、以下の目的に応じた効果が期待される。¹⁾ ① 摂食障害の症状そのもの、つまりANに対しては摂食量を増加させ体重を正常範囲内に回復させる、BNに対しては過食のエピソードをなくすなど、食行動に直接働きかける、② 不眠、不安、抑うつ気分、強迫症状などの精神的な随伴症状や合併症を改善させる、③ 治療関係を促進し、精神療法や行動療法への導入を容易にする、などである。摂食障害において①の目的において日本で承認されている薬物はなく、主に②と③の目的で薬物療法が行われているのが現状である。

一九九三年に出版されて、二〇〇〇年に和訳された米国精神医学会 (American Psychiatric Association, APA)²⁾ が作成した摂食障害の治療ガイドラインでは、摂食障害に対する薬物治療は、低栄養状態が最大の問題になるANの初期治療には単独で用いられるべきではないこと、BNにおいては抗うつ薬を用いる場合、他の心理社会的治療法と組み合わせることが推奨されている。

わが国において、下坂は薬物療法について、一定した効果が期待できないとするものの、³⁾ 「薬物は抑うつ気分を軽くし、強迫的構えをゆるめ、感情の振幅をいささか小さいものとする」としている。このように、摂食障害の薬物

Ⅱ・臨床の実際

摂食障害の薬物療法

細金奈奈

生田憲正

特別企画＝向精神薬療法の限界（宮岡 等／編）

『こころの科学』116号、64—67頁、2004年7月1日発行

プレネイタルビジット

東邦大学医学部第1産婦人科

たなか まさのぶ たけした なおき まえむら としみつ くぼ はるみ
田中 政信・竹下 直樹・前村 俊満・久保 春海

はじめに

プレネイタルビジット（出産前小児保健指導）事業（以下、本事業と略す）は、妊産婦の育児不安を解消するため、厚生省（当時）児童家庭局長の私的懇談会である「これからの母子医療に関する検討会」で提言され、平成4年5月11日、児童家庭局長および母子衛生課長通知として実施要綱が通達された（表1, 2）。

本事業の目的は、妊産婦等に産婦人科医が小児科医を紹介し、小児科医等の育児に関する保健指導を受ける機会を提供することにより、育児不安の解消を図るとともに健全な親子関係を育成し、生まれてくる子のかかりつけ医師の確保を図ることである。

子育て支援の一環として開始された事業であり、平成13年度からは、日本医師会も少子化対策の重要施策として普及を呼びかけているが、進捗状況は決してよいとはいえない。

プレネイタルビジットの狙い

近年、社会問題の一つに児童虐待、家庭内暴力など荒廃する子どもの成育環境に対応した「子どもと親の心の問題」がある。一因として、出生率の低下や核家族化に伴う育児体験（経験）の不足、地域連帯意識の希薄化に伴う孤立化や妊娠・出産・育児などに関する情報の多様化など、妊産婦にとっては不安要素が氾濫していることなどがあげられる。

このような状況を解消する一施策として、産婦人科医が妊娠中に出産後の小児科のかかりつけ医を紹介し、悩み相談を行うことで育児不安などを軽減し、妊産婦の心のケアが促進され、結果として母親などの安定した心理状態が子どもの心の安らかな発達に寄与すると推察し、施行されたモデル事業である。

厚生労働省の2001年から10年間の母子保健のビジョンであり、国民運動である「健やか親子21」の4つの主要課題のうち、「妊娠・

表1 「これからの母子医療に関する検討会」最終報告（平成4年5月）より抜粋

3. 子育てを支援する体制整備のために

(2) 母親の育児不安への対応

育児不安は、出産後1か月にピークが見られるが、その解消のためには、妊産婦と小児の担当医師とが密接な連携を保つことが重要である。このため、妊娠後期の妊婦を対象に、その主治医が生まれてくる子の主治医となる医師を紹介し、出産後の育児に関する保健指導を受ける機会を確保する出産前小児保健指導事業（プレネイタルビジット）を推進することなどにより、母子への支援に努めていく必要がある。

表2 「出産前小児保健指導事業実施要綱」抜粋要約（平成15年度改正）

1. 対象者：医師または市町村長が、育児不安が高いなど保健指導を必要と認めた妊産婦、配偶者等の家族とする。
2. 医療機関への委託：市町村長が、地域の関連団体と協議して委託契約を締結する。
3. 受診票の交付：母子健康手帳交付時のほか必要に応じ随時交付する。しかし、1人1回限りである。
4. 小児科医等の紹介：産婦人科医は、指導を必要と認めた場合には、既往症および家族歴、妊娠の経過等を記入した紹介状を妊産婦等に交付するとともに、市町村に当該妊産婦の状況を報告する。なお、紹介にあたり妊産婦等の地理的便宜等を考慮し決定する。
5. 保健師等による保健指導：市町村は、産婦人科医の報告に基づいて、早急に保健師等による保健指導を実施し、その状況について小児科医に情報を提供する。
6. 小児科医等による保健指導：小児科医は、紹介状を持参した妊産婦等に対して、育児不安の解消に努めるとともに育児に関し指導する。指導結果を市町村長（および原則として紹介元の産婦人科医）に報告する。指導に際しては個人のプライバシーに関し十分留意し、指導内容を母子健康手帳に記載するなど、その活用を図る。なお、産婦人科医の紹介のない場合でも指導は可能であり、その場合でも、指導結果を市町村長に報告し、産婦人科医と十分な連携を図る。
7. 市町村による継続的な保健指導：市町村長は、指導結果について連絡を受けた場合には、必要に応じ継続的な保健指導を行う。

出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」および「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」の達成に本事業は寄与することが期待される。

社会全体で子育てに対する意識改革を行い、次世代を担う子どもたちが健全に育つ環境を整備することは、行政や医療関係者および親のみではなく国民すべてが協力し、こころして取り組むべき問題である。

なぜペリネイタルビジットなのか

本事業は当初、育児不安が強い妊娠後期の初産婦を対象として、産婦人科医の紹介に基づいた出産前の育児指導を前提とした市町村におけるモデル事業であった。しかし、子どもや家族を取り巻く社会環境などの変化を踏まえて、対象の拡大など多様な形態の求めを余儀なくされ、平成15年度からは実施要綱が一部改正された（表2）。

対象が経産婦にも拡大されたが、経産婦は育児経験があり、悩みの種はすでに存在する

児の疾病や保育など、問題点は比較的明確である。しかし、実際に育児に携わったことのない初産婦にとっての育児不安は現実的な問題ではない。本事業が「子どもと親の心の問題」を課題とするならば、対象を褥婦や新生児・乳幼児などに関しても範疇に入れる必要がある。したがって、本事業は妊娠・分娩・産褥・新生児・乳幼児などすべてにわたることになり「ポストネイタル」も含まれる。このような観点から「プレ…」「ポスト…」ではなく、「ペリネイタルビジット：Perinatal Visit」とすべきである。

小児科医の役割

小児科医等は、紹介された妊婦等に対し、育児の心構え、栄養、保温、皮膚の清潔・沐浴、よくみられる症状・状態、一般生活（寝かせ方、おむつのあて方、住宅環境、旅行や外出）などについて保健指導を行い、不安内容の解消に努める²⁷⁾。さらに、保健指導を行った場合は速やかにその結果を市町村長や

紹介元の産婦人科医へ連絡するなど、小児科・産婦人科・行政の連携が事業成功への鍵を握る。

実施にあたっての注意点を中村³⁾、新津⁴⁾や門井⁵⁾は、「妊婦の感染予防に配慮して、一般診療とは別な時間帯に予約を入れ、父親も同席してもらい、産科医の行った処置等にはコメントしない。そうすることで紹介元の産科医は安心して小児科医を紹介でき、また、両医間で意見の相違があった場合、妊婦の不安をより一層募らせる恐れがある。」などと述べている。

将来の展望

本事業を実施した医師や利用した妊産婦等の意見は、「育児不安の解消に役立った」「産婦人科、小児科の連携が大事だと思う」「子どもに対する愛情の向上に役立った」「児童虐待の防止に役立った」など、よい結果を得ているという報告が多い⁶⁾。

しかし、本事業を普及させるうえでの障害は、いわゆる手上げ方式による市町村単位の補助金モデル事業ということである。全国の市町村が参加しているのであればよいが、実施している市町村は極めて少ない。妊産婦等は、必ず居住する市町村の医療機関に通院しているとは限らない。最近では小児科医・産婦人科医の激減で、これらの医師が不在の市町村も存在しはじめた。本事業を行いたくても当該医師不在の地域では実現は不可能である。この状況は妊産婦にとり、居住する市町村により不公平が生じる。しかし、大分県における本事業の取り組みは県内全域で施行されており、参考になる⁷⁾。

そこで、本事業の名称を前記の理由で「ペリネイタルビジット」に変更し、さらにモデル事業ではなく義務化（法制化）すべきである。なぜなら、一昨年法制化された「少子化社会対策基本法」や「次世代育成支援対策推進法」および本年6月に内閣府から提出され

た「少子化社会対策大綱」等々を考慮すると、これらには行政として「子育て支援体制の整備」「母子保健医療体制の整備」等々、親子の心の問題や少子化克服のための項目が多種にわたり記載されている。虐待をはじめ、子どもと親の心の医療が社会問題化され、合計特殊出生率が1.29となった危機的現状を踏まえ、妊産婦や子どもの医療の保健対策には包括的かつきめ細かな対応が求められる。本事業を強力に推進し、より質の高い効果的な医療サービスを提供するためには、本事業を義務化する必要がある。義務化され全国で実施されるとなれば、妊産婦の居住地の違いによる差は解消され、受診権利は平等化する。そのうえで育児等に関する悩み相談の窓口が妊婦健診や小児健診の場に存在することは、妊産婦のみならずその家族や医療関係者にとってもわかりやすい。さらに医療関係者の意識改革にも繋がり、妊産婦や子どもの心の悩み等に関し、現在よりもさらに早期発見に至る可能性が高くなる。そのうえ医療連携の強化にも繋がり母子医療のみならず国民全体で合意できる有効かつ効果的な母子医療供給体制になると推測する。

文 献

- 1) 藤崎清道：出産前小児保健指導事業を中心として一行政の立場から。日医雑誌 125：1533～1536, 2001
- 2) 奥山和男：出産前小児保健指導のガイドライン。周産期医学 24：661～678, 1994
- 3) 中村 肇：「健やか親子21」とこれからの育児支援—出産前小児保健指導のもつ意味—。周産期医学 32：389～394, 2002
- 4) 新津直樹：プレネイタルビジットの実際。小児科診療 65：369～374, 2002
- 5) 門井伸暁：プレネイタルビジット。小児科臨床 56：481～488, 2003
- 6) 雪下國雄：出産前小児保健指導（プレネイタル・ビジット）モデル事業報告。日医雑誌 130：571～575, 2003
- 7) 平成15年度大分県における育児等保健指導（ペリネイタルビジット）事業実施報告書

教育検討委員会のページ 4

特集：卒後臨床研修必修化と小児プライマリ・ケア教育

- I. 卒後臨床研修必修化と小児プライマリ・ケア教育 ……武谷 茂
- II. 卒後外来小児科学教育の方向性 ……関口進一郎
- III. 私の研修医実習受け入れの実際，今後の問題点 ……森田 潤
- IV. 藤本小児病院における研修医実習の実際 ……藤本 保

特集：卒後臨床研修必修化と小児プライマリ・ケア教育

1. 卒後臨床研修必修化と小児プライマリ・ケア教育

武谷 茂 (たけや小児科/福岡県久留米市)

はじめに、最近、わが国でマスメディアの話題になる初期医療の不幸なできごとが増え、“専門医だけでは国民の健康は守れない、優れたプライマリ・ケア医が必要”という一般社会の意識の高まりをうけて、2004年から卒後臨床研修必修化が実施されることになった。現状の大学小児科ではプライマリ・ケアの教育は困難のようで、それを得意とする人たちが先頭になって進めるしかない。当然、つぎの課題は大学がきちんとした general pediatrics の研修コースをつくることであり、その際、プライマリ・ケア医の役割はさらに重要になってくる。

1. プライマリ・ケア教育の仕掛け人

当学会設立の立役者である五十嵐正紘氏は、プライマリ・ケアの発祥について「プライマリ・ケアの哲学や学問は、診療所から最初に始まって、それが病院に押しかけ、さらに大学に押しかけていくというのが本来の姿だと思う」と述べ、教育の“場”と“人”に関して「プライマリ・ケアと総合医療というものを統合する場所は、患者個人あるいは家庭そのものであって、そこ最も密接な関係にある現場で仕事をしないと良い研修は

できないだろう。そういう意味で、診療所の医師が研修統括責任者になれる」としている。

さらに、「それを実現できるようにする作業を、外来医療に関わる学会や研究会が共同で作業を進めるほうが効率はよい」と訴えている。おそらく10数年前から同氏が持ちつづけてきた思想であり、彼が深く関わった4つの学会（日本総合診療医学会、日本プライマリ・ケア学会、外来小児科学会、家庭医療研究会）では今でも貫かれているはずである。

2. 外来医療関連学会・研究会の研修医教育共同検討会

上述のような背景のもと、研修医教育グループの山中龍宏氏の提案で、本年2月、第10回日本総合診療医学会のナイトセッション「臨床研修ニュービジョン—卒後臨床研修必修化と総合診療」が開かれ、懇親会直後の夜9時から和やかな雰囲気の中に前述の4つの学会から約100名が参加した。司会是小泉俊三氏（佐賀医科大学総合診療部教授、日本総合診療医学会運営委員長）で、はじめに学会や研究会を代表して箕輪良行氏（日本プライマリ・ケア学会）、田坂佳千氏（家庭医

Educational Committee Report 4

- I. Pediatric Primary Care Training for Residents : A perspective.
- II. The Prospects for the Postgraduate Education on Ambulatory Pediatrics.
- III. Resident Training at My Office.
- IV. Resident Training at Fujimoto Children's Hospital.



写真1 第10回日本総合診療医学会での武谷氏
(左)と関口氏(教育検討会メンバー)

療学研究会), 当学会から関口進一郎氏と武谷が, 各学会の教育活動状況を発表し自由討論に移った。

その要旨を述べ, 教育検討委員会のつぎの活動目標を示すことにする。

a. 日本プライマリ・ケア学会(箕輪氏)

平成13年, 学会は厚生労働省に「臨床研修制度についての要望書」を提出しており, その内容は1) プライマリ・ケア教育の必要性, 2) プライマリ・ケア施設での研修の義務化, 3) 指導医の国からの指名(国家認定), 4) 研修施設の経済的, 社会的優遇処置の実施など, きめの細かい指導体制を盛り込んだ提案である。立場がちがう学会や会議からもいろんな提案が出されている。

この学会は30年の歴史があり, 会員3,800名, 学会認定医927名(入会から4年間研修の後試験による), 指導認定医299名(認定医資格取得後さらに3年間の臨床経験報告書診査による), 研修施設415から成っている。1993年には小児科研修2か月以上を含むカリキュラムを用意し, 本年は第2回研修セミナーおよび第5回指導者養成ワークショップが計画されるなど, 学会の資質を維持する体制は整備されている。

最後に同氏は, 参加した関連学会は「generalな臨床能力をもった医師を育てる」という共通のゴールをもっているのであり, 年次集会やワーク

ショップを同時に開催するなどの活動を展開しようではないかと呼びかけた。

b. 日本外来小児科学会(武谷)

当学会の教育事業「小児プライマリ・ケア実習」の3年間の経過を資料(実習のてびき, 指導医案内, 実習報告書)を用いて紹介し, 自由討論では学生の評価は良いという声が聞かれた。さらに研修医を対象とした指導が個別に実施されていることを述べた。

関口氏は, 慶応大学小児科での教育経験から, 大学における外来・総合小児科学の存在と独自の研修医教育を示した。また, 第11回当学会年次集会におけるワークショップ「研修医教育の項目で緊急度と重要度」の結果を紹介した。

c. 家庭医療学研究会(田坂氏)

「プライマリ・ケア, 家庭医療の見学実習・研修を受け入れる診療所医師のネットワーク(PCFM)」があり, 44施設が登録されていて, 大学から学生の研修で問合せがあるという。外来小児科学会の実習体制を参考にしたいと報告した。同氏は家庭医療学を, アメリカ流の教育モデルにみたてた川崎医大サテライトクリニック(奈義ファミリークリニック)での経験を経て, 現在は広島で内科・小児科診療所を開業しており, 当学会主催の実習指導医でもある。同氏も外来関連学会が連携して活動することを訴えた。

d. 日本総合診療医学会(小泉氏, 山城氏)

1981年に創設され, 大学と大きな総合病院の総合診療部が中心の学会である。2001年3月までに35余の大学が参加している。現在会員数600名。学会活動の中心はgeneral internal medicineと地域包括医療, 医学教育の3つである。小泉氏は「これからは, 研究は分化する方向にあるが, 教育と診療はまとまる方向に進めるべきだ」。そのために, 関連がある他学会のことはあまり知らないのが実情であり, 協力や連携が必要だと述べた。

3. 当学会の研修医教育活動方針

平成14年3月の研修医教育のグループ会議に

は大学教官が3名、総合病院勤務医2名、開業医6名が集まり以下のことを確認した。当面の目標は2年後の臨床研修必修化に向けて、指導受け入れ体制と研修プログラムをつくること。4月、5月、8月、11月の集まりを計画し、本年11月までに第一案を、平成15年11月に最終版を発表す

る。指導医の資格は当学会会員であること以外は制限せず、最初は柔軟に始め、将来は大学との兼合い、指導医の数と経験量、地域差、他の学会との連携などを考慮しながら内容をより良いものにする事とした。諸氏のご意見や計画、経験をお聞かせいただきたい。

II. 卒後外来小児科学教育の方向性

関口進一郎 (慶應義塾大学医学部小児科学教室)

2004年度から卒後臨床研修が必修化される。必修化の主目的はプライマリ・ケアの習得である。研修医は内科系・外科系を2年間かけてローテート形式で研修することが大枠で決まっている。小児科は必修科として少なくとも3か月以上の研修期間が確保されるようである。このような制度改変にともない、小児科学教育は大きな変革の時期にある。

本学会で1999年から始まった、医学生の小児プライマリ・ケア実習に参加する学生数は増加の一途を辿っている。実習は学生から高い評価を受けているとともに、指導医にも「よい刺激になる」と好評である¹⁾。一方、大学医学部の卒前教育でも外来小児科学の重要性が認識されつつあり、医学教育カリキュラムに外来小児科学の講義やクリニック実習を組み入れる大学が増加している。このように医学生の外來小児科学教育はクリニック、病院、大学のそれぞれで発展しつつある。

これに対して、卒後教育における外来小児科学教育は未開拓分野である。実際、教育研修病院で系統的な外来小児科学教育を行っている施設は多くないようである。研修制度の変わるこの時期は、新しい卒後臨床研修カリキュラムを視野に入れ、研修医の外来小児科学教育を検討する恰好の時ではなかろうか。

1. 大学病院での外来小児科研修

慶應義塾大学小児科では1999年9月から大学病院での外来研修を始め、外来症例を研修医教育に活用している²⁾。小児科研修医は2年の研修期間に①大学病院内の研修(一般病棟・NICU・外来)、②教育関連病院での研修(小児科・麻酔科)、③自主選択研修、を行う。1か月間にすぎない外来研修だが、研修医にとっての意義は以下の4点と考えている。

第一に、外来診療と入院診療の違いを知ることができる点。外来研修は、病棟では診ることのない、外来で診断され経過観察される疾患を経験しながら、外来診療の流れを知る機会である。

第二に、病歴聴取から診断・治療、説明に至る一連の過程を学べる点。病棟で経験する症例の多くは、入院時すでに診断がついている。外来初診症例は、研修医自身が診断や治療、説明を計画する訓練の教材として適している。

第三に、発達行動小児科学や思春期医学の症例を経験できる点。発達障害、チック、夜尿、不登校などの発達・行動の問題や、無月経、低身長、外性器異常など思春期小児の健康問題を経験し、学習する機会である。

第四に、外来小児科学の視点を学べる点。外来

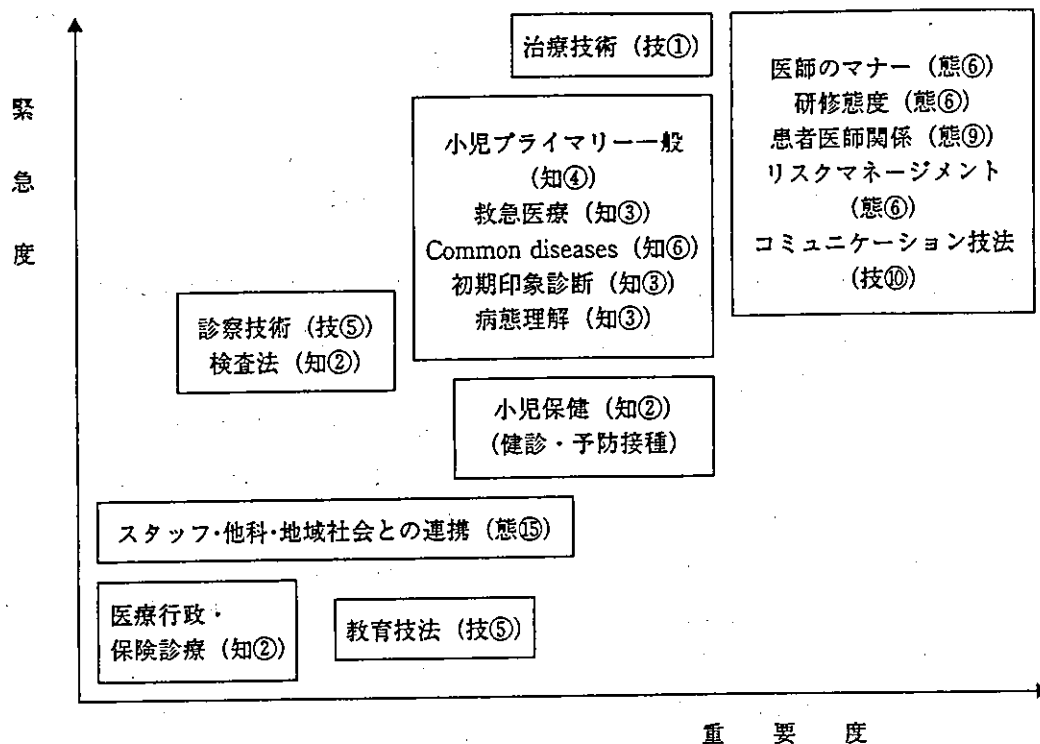


図1 「研修医対象の外来小児科学教育で、緊急かつ重要な課題とは？」

注：(知)(態)(技)は教育目標の領域を示す。(知)：知識，(態)：態度・習慣，(技)：技能。丸の中の数字は項目ごとにK-J法で集められたカードの枚数を示す。

表1 教育課題と方略

教育課題	教育方略(案)
・医師のマナー・研修態度 ・患者医師関係 ・リスクマネジメント ・コミュニケーション技法	1) 講義(事例を示しながら) *マナー教育のできる人材は? *研修開始後早期でなければ無意味
・小児プライマリ・ケア ・Common diseasesの診療	1) 講義・示説と実習の組み合わせ 2) 開業医が講師として大学のカンファレンスに参加
・診断・治療技術	1) 講義・示説と実習の組み合わせ *まず実践的な診療技術を教育すべき *研修医が診療した症例を見直し、検討するフィードバックのシステムが必要

(注：*印は教育方略の討論中に挙げられた意見)

総合診療を実践している場面を見学しながら、その重要性を研修医が感じ取ってくれることを期待している。

このような外来研修をさらに充実したものに発

展させるためのアイデアを得ようと、第11回日本外来小児科学会年次集会(2001年9月、宇部)でワークショップ(WS)「卒後臨床研修における外来小児科」を企画した。

2. ワークショップ「卒後臨床研修における外来小児科」の成果

1) WSの目的と方法

WSの目的は研修医対象の外来小児科学教育のありかたを考えることである。参加者は8名(開業小児科医4名, 病院小児科医2名, 病院内科系医師1名, 大学小児科医1名)であった。到達目標を①研修医対象の外来小児科学教育の目標設定, ②教育目標ごとの教育方略の考案, とした。

WSの前半では, 参加者各人が研修医に教育すべきだと思うことを, カード1枚につき1項目書いた。集まった130枚余のカードをその内容から①知識, ②態度・習慣, ③技能の3領域に分類, 整理し, 同様な意見のカードを集めて見出しをつけた(K-J法)。こうして17の見出し(教育目標)ができた。

WSの後半は, 17の教育目標を, 横軸に重要度, 縦軸に緊急度をとったグラフに配置(二次元展開法)することにより「緊急かつ重要な課題は何か」を考えた。優先される課題に関して「いかに教育するか」を話し合った。

2) 結果と討論

17の教育目標を緊急度と重要度の観点から二次元に展開したグラフを図1に示す。優先度の高い, 一部の教育目標に限って教育方略を討論した結果を表1に示す。

教育目標を研修医の立場という観点から整理してみる。研修医には二つの側面, すなわち教育スタッフによる指導を必要とする「学習者」としての側面と, 患者に対して医療サービスを提供する仕事に従事する「医療提供者」としての側面がある³⁾。

図1のグラフはほぼ中央に位置する課題(治療技術, プライマリ・ケア一般, 小児保健など)は, 「学習者」としての研修医が身につけるべき知識, 技術, 問題解決能力である。一方, グラフ右上に位置する課題のうち医師のマナー, 研修態度, 患者医師関係は, 「医療提供者」としての研修医が

職業人, 社会人として身につけるべき常識や社会性に関することである。

教育目標の優先順位については参加者の間で意見が分かれ, 以下のものであった。

「研修初日に何より先にマナー教育を徹底すべきである」

「知識より前に医療行為を身につけさせて, まず第一に医師としての仕事ができるようにトレーニングすべきである」

「外来小児科学としての特徴のある教育課題は, マナー教育よりもむしろ小児保健(健診や予防接種)ではないか」

3) 問題点と課題

研修医対象の外来小児科学教育の問題点が挙げられた。

①研修施設ごとに教育課題の優先順位が異なる部分があること。

②クリニックでの研修医教育の問題点として,

1) 研修医に診察させる実習は, 院長の診察を求める患者の期待を裏切ることになりかねない点,

2) 学生教育に比べ研修医教育では, 教育のための時間的負担が大きくなること。

③研修医教育に問題意識を抱く大学スタッフが必ずしも多くない現実。

④臨床教授(clinician-teacher)が医学教育で活躍する場が確保されるべきこと。

今後の課題として, 研修医の外来小児科学教育を発展させていくためには, ①実行可能な外来小児科学の研修カリキュラムを作成すること, ②研修カリキュラム実現のための教育スタッフの確保, が必要と考えられた。

3. 卒後臨床研修における外来小児科学教育の展望

臨床研修必修化に合わせて, 初期研修中と初期研修終了後の二つの外来小児科学研修カリキュラムが必要である。初期研修の教育対象はすべての研修医であり, 必ずしも将来小児科を専門とする医師とはかぎらない。前者の教育目標はすべての

研修医に伝えるべき外来小児科学のエッセンスということになる。一方、後者は小児科専門医のための外来小児科学研修カリキュラムである。先に紹介した大学病院での外来研修は後者の一例になるだろう。

教育検討委員会・研修医教育グループでは外来小児科学の研修カリキュラム作成のための活動が始まった。卒後臨床研修必修化に間に合うように、研修カリキュラムを作成し実行に移す計画である。卒後臨床研修制度の変わる今こそ、新しい研修カリキュラムの中に外来小児科学研修を組み入

れるチャンスである。今後もグループ活動やワークショップを通して、外来小児科学教育のありかたを具体的に検討していく所存である。

文 献

- 1) 大成 滋. 小児プライマリ・ケア実習—過去3年間の集計結果—. 外来小児科 2001;4:352-354
- 2) 関口進一郎. 研修医の外来小児科学教育—慶應義塾大学小児科の取り組みと今後の課題—. 外来小児科 2001;4:358-360
- 3) 松尾宣武, 高橋孝雄. 卒後臨床研修必修化と小児科研修カリキュラム. 日医雑誌 2001;126:945-948

Ⅲ. 私の研修医実習受け入れの実際, 今後の問題点

森田 潤 (こどもクリニックもりた/福岡県飯塚市)

1. 研修医実習受け入れの発端

診療所開設(開業)する時にもっとも懸念していた、あるいは恐れていたことは、先輩の一言“3年経てば、新規開業した若手医師の医学知識も古くなる”でした。

私は開業前7年間を総合病院、といっても入院

患者ベッドが1,157、31診療科、24時間体制の救急救命センターを有し、小児科医が8名(総医師数166名)いる巨大病院に勤務していました。そこでは毎週カンファランスが開かれ、図書館もあり、講演依頼もくる、豊富な症例と発表の機会等々、居ながらにして自然に学ぶことができました。さらに、全国公募の研修医達が2月毎に小児



写真1



写真2

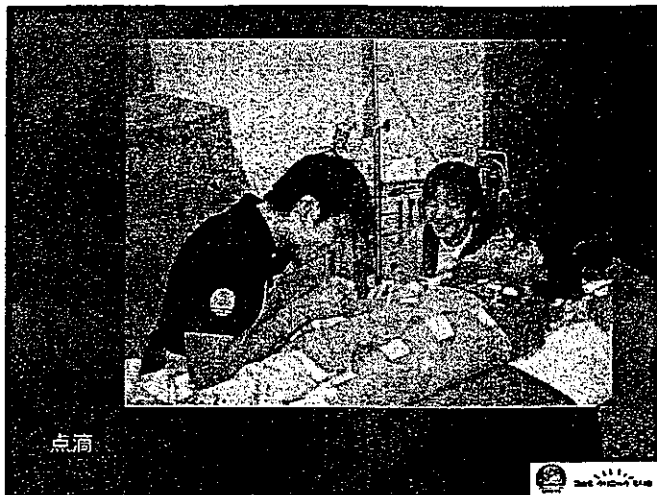


写真3



写真4



写真5



写真6



写真7

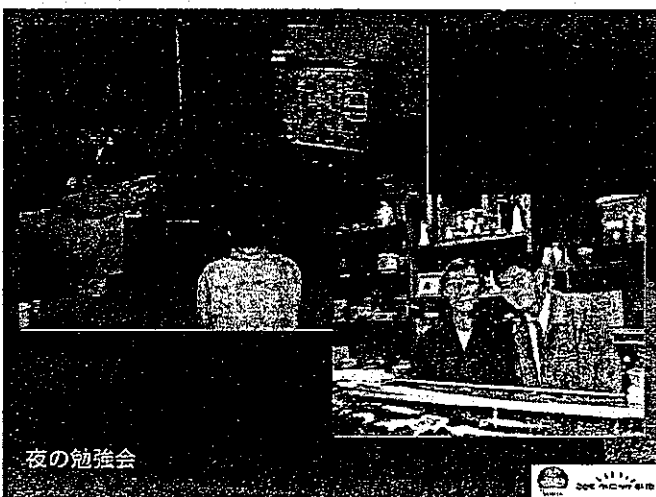


写真8



写真9

医局で暮らします。まさに、一緒に暮らすわけで(病院内宿舎に住んでいる)、患者の治療方針や医療手技を考え、病状説明の同席と“尻ぬぐい”のみならず昼夜の食事から夜間救急、文献検索、学会発表のスライド作りまでを手取り足取り教えます。中にはわが家で夕食をごちそうになり、子どものゲーム相手をし、風呂までいただく者も。若い彼らを教えることは喜びでもあり自らの診療の見直しだと気づいたのは、研修医を心身症の患者の主治医とした時でした。心理士、病棟看護師、専門医の間に立ち、最後まで患者の傍(そば)についてこられたのが彼らだったからです。

そういった研修医とのつながりがあり、開業前に外来小児科学会が行っていた“医学生のための小児プライマリーケア実習”の存在を知り、これだ、と感じました。自分の勉強のためには教えることが最も近道だと思ったからです。そうすれば3年でさびつく知識も10年くらいは更新できるかもしれない。しかし、筑豊のいなかに来る学生はそういないだろう、と容易に想像できました。それなら自分で調達しよう。さっそくクリニック実習内容の作成を行い(ほとんど「医学生のための小児科クリニック実習、指導のてびき」の受け売り)、もっともらしく病診連携とトータルケア

をお題目に唱え、研修医のボスである総合診療科部長にかけあいました。小児科研修期間中の選択の1つとして希望者は責任者である小児科部長の許可を得ること、期間は3日から6日間と幅をもたせました。また、私は現在も病院の非常勤医師ですが、実習に関しては無給のボランティアとなります。こうして開業翌月の2000年11月よりいまままでに研修医を計12名受け入れてきました。

実際のおもな実習内容は以下ようになります(写真1~9参照)。

1. 受付・医療事務(必ず費用の請求と受け取りをやる)
2. 看護(問診、診察介助を含む)
3. 外来迅速検査、腹部エコー、レントゲン
4. 病後児保育(保育士に学ぶ)
5. 診療のアート
6. 調剤薬局
7. 保健業務(乳健、ワクチン)

調剤薬局の協力も得られました。長くやるコツは、医師だけが教えるのではなく、事務職員、看護師、保母、薬剤師を巻き込み、時には受診した母親にも一定時間“まかせて教育させる”ことだと思います。生まれて初めて赤ちゃんを抱っこする研修医もいるのです。誰でも必ず教える素材を

持っています。さらに副産物として、職員がよい意味での緊張感をもって仕事をすることができます。事務職員や看護師にとっては、某大学医学部卒業の秀才に彼女らが教えるものがあるという誇りが生まれます。

医師にとっても、われわれ開業医ならではの強みの1つは、患者の社会的あるいは心理的背景を知っていること。兄弟の病歴や養育者の仕事と性格、通っている幼稚園の流行疾患など。もう1つは地域医療に密着していること。予防接種や健康診断、園医・学校医としての仕事、医師会活動、患者教育等があります。これらを教えることによって大学や中核病院での研修との違いがはっきりときわだつことになり、自らも意識を新たにできます。もちろん、Common Disease に対しての、五感を駆使した診療の“アート”を見せつけることも大事です。

2. インターネットの活用

開業時に、無線を含むコンピューターの院内ネットワーク (LAN) を構築しました。インターネット常時接続、ホームページの作成による発言と学習記録の場作り、文献、資料、画像のデジタル化、小児科メーリングリストの利用等、インターネットは教育に関しても欠かせないものになっています。これらの身近になった無限ともいえる最新情報を選択し、自己学習の方法論を確立しておきたいものです。

3. 今後の課題

これまでの研修医受け入れの経験から、地域完結型の研修医教育システム (Community Based Learning) 作りが必要だと思われます。入院による高度専門医療を中心とする病院群があり、その前後のサポートを行う診療所群がある。お互いに患者を中心として交流し、学びあるいは教えるチャンスを逃さないようにする。このシステムにより、これから最も重要となる医療システム、すなわち患者を上流とし、下流の病院へ流れる自然な病診連携ならぬ患診病連携を研修医が学ぶことができます。

その他の課題として、

- 1) 小児救急医療における開業医の立場を教育の視点から考える
- 2) 地域医療の研修を含める (保健、福祉、予防医療等)
- 3) Infection Control, Risk Management を教える
- 4) 研修医が行える医療行為のわく作り
- 5) 指導医の立場と義務を明確にし、
- 6) 達成度の評価と指導医の評価を加える
- 7) いかにして自らの教育への熱意を保つか

最後に、もっとも印象に残った研修医の言葉をお伝えします。「また来ます。ここ (クリニック) に来ると、子ども達の元気の“気”をもらった感じがします。」

IV. 藤本小児病院における研修医実習の実際

藤本 保 (藤本小児病院/大分市)

1. 病院の概要

当院は人口 43 万人の中核市である大分市中央

部に位置し、大分市と周辺市町村の広範囲を診療圏としている。小児科、小児外科、皮膚科を標榜する 40 床の小児病院で、大分保健医療圏二次救