

トピック2 集中治療下にある時に対する一時的な「カンガルーケア」(skin to skin の抱っこ)
 早産児・低出生体重児に対する生後早期のカンガルーケアの安全性と有効性
 ガイドライン作成の際に参考とした科学的根拠(文献3)で分析された概要)

著者 発表年	デザイン	実施国	対象	介入	割付	主な結果
Mori 2007年	23 文献のシステマティック・レビュー 1979-2005年に発表された RTC and コホート研究	10カ国 アメリカ・イギリス・ ドイツ・カナダ スペイン・ロシア・ス ウェーデン ナイジェリア・台湾・ コロンビア	日齢 28未 満	母児の接触 (SSC) (15-240min)	SSC実施前後におけ る 体温・心拍数・酸素飽 和度の変化	・体温 ケア前とケア中(WMD:0.22; 95%CI:0.18,0.27) ケア前とケア後(WMD:0.14; 95%CI:0.09,0.18) 寒冷環境での保温効果(WMD:0.18; 95%CI:0.13,0.23) ・酸素飽和度 ケア前とケア中(WMD:-0.60; 95%CI:- 1.05,-0.15) ケア前とケア後(WMD:-0.48; 95%CI:- 0.97,0.02)

トピック3 正期産児に生直後に行うカンガルーケア
 ガイドライン作成の際に参考とした科学的根拠で分析された研究の概要

著者 発表年	デザイン	実施国 設定	対象	介入	割付	主な結果
ER Moore 2007年	30のRCT	北米、アフリカ、欧州、アジア 中東、中南米を含む9カ国	母親と健康な正期産 34週から37週の後 期早産児	生後24時間以内の 早期皮膚接触 (SSC) の 開始	1925組の母 子 ・SSC実施群 ・従来ケア群	<ul style="list-style-type: none"> ・生後1~4ヶ月の母乳育児 (OR: 1.82; 95%CI: 1.08-3.07) ・母乳育児継続期間 (WMD)42.55; 95%CI -1.69-86.79) ・母乳育児中の母親の愛情接触行動 (SMD)0.52; 95%CI 0.31-0.72) ・母親の愛着行動 (SMD)0.52; 95%CI 0.07-0.98) ・後期早産児の呼吸循環安定性 (WMD)2.88; 95%CI 0.53-5.23) ・有害事象なし
R Mori 2007年	システマティック レビュー (RCT and コ ホート研究)	北米、アフリカ、欧州、アジア を含む10カ国	日齢28未満 心疾患、呼吸器疾患除外	母子の生後早期接触 (SSC)	・SSC実施群 実施前 実施後	<ul style="list-style-type: none"> ・体温上昇 (WMD 0.22°C, p<0.001) 中低所得国 (WMD 0.61°C, p<0.001) 高所得国 (WMD 0.20°C, p<0.001) 寒冷環境 (WMD 0.18°C, p<0.001) ・酸素飽和度低下 (WMD -0.60%, p=0.01) 寒冷環境 (WMD -0.82%, p=0.02)

付属資料2

パブリックコメント 一覧

(コメントの後の○数字が同じものは、同一の方より寄せられたコメントです。文末にいただいたコメントの原文があります。)

前提条件

- ・ 推奨と言うより前提条件にすべてがあるかと感じました。①

トピック1

- 1) topic1ではアウトカムには差がないですね。満足度などのエモーショナルなことにより働くことも科学的根拠の難しさでしょうか。①
- 2) 推奨1の「まず母子同室を行った上で」のところ:「継続的なKCできなくてもせめて母子同室くらいは…」という気持ちがかもっていることは理解したのですが、推奨文だけを見ると、母子同室をしてみてもよさそうだったらKCを、という印象を受けました。KCはできなくても母子同室くらいはがんばれ、というニュアンスを強く出しても良いのではないかと感じています。⑤

トピック2

- 3) topic2でもケア中、ケア後に酸素飽和度の低下が指摘されています。①
- 4) 推奨2: デルフィではまずまずな結果が出ているのですが、コメントを拝見した印象では、もう少し強気な推奨でもよいかと感じました。もうご検討されているかもしれませんが、「両親の気持ち」という部分は実際に多数のご家族からのヒヤリングを行うと医療者の考える「両親

の気持ち」とは違う答えが出るかもしれないな、と感じています。挿管中のKCは医療者も緊張するくらいなので、両親が緊張しないわけがなく、KC中ガチガチな親もよくいますが、KC後の感想はじわじわ温かいものになっていたり、KCの繰り返しによる馴れにより、次第にリラックスしてKCを行っている印象があります。今後の展開として、両親への調査をぜひ期待します。⑤

トピック3

- 5) topics1または2の集中管理下でのカンガルーは有害事象がないが、topics3の母児間でのカンガルーでは有害事象が起きているのが皮肉というか、厳しいですね。気になるのはtopics3の対象にnear termが入っているので、有害事象は、それらで起きているのでしょうか?①
- 6) 特にTopics3について個人産院など日本で普及するには、モニタリングやバイタルの監視を強調するよりは、分娩前にカンガルーケアの意義と危険性を説明、理解してもらい行うように推奨してはどうでしょうか?御両親で見守ってもらえるように…①
- 7) トピックス3. 正期産児に出生直後に行う「カンガルーケア」(言葉として妥当か否かはちょっと不明ですが)のところですが、論議となることは、機械によるモニタリングに関して、と思います。私どものところでは正常分娩であれば、末梢性のチアノーゼの回復が遅い場合はモニタリングをしますが、まったく元気な状態であれば、御家族にお話してそして、同時に助産師はいつも側にいて観察す

る、ということを前提にしたKCです。機械によるモニタリングをしてもスタッフが側にいなければ、全く意味がありませんので。また母子同室へスムーズに移行する事の方が大事な事かと思いました。

②

- 8) 文献について: トピック3であげられております参考文献2)は1998年出版で10年前のものになり、その後の社会情勢の変化、新しい知見、HIVの増加などでBFH認定内容や10か条に関する解釈が改訂されております。10か条のエビデンスと同じ本ではありませんが、新しい解釈のもとに作成された推奨の記載があると思いますので(ガイドラインではありませんが)どうぞ参考になさってください。
http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section_3.2.pdf ③
- 9) また参考文献3)も改訂されて内容が変わっております。(2005年改訂、2008年JALCより翻訳出版)新しいものは以下です。どうぞ参考になさってください。
<http://www.ilca.org/ClinicalGuidelines2005.pdf> ③
- 10) トピック3の「科学的根拠から推奨へ」の「できるだけ早期に、できるだけ長く」という記載について。「できるだけ早期にskin to skin contactを開始すること」は多くの研究によって裏付けられ異論がないところと思いますが、「どれくらい長く続けたらよいか」に関しては結論が出ておりませんので「できるだけ長く」は記載しない方がよいのではないかと思います。③
- 11) 正期産児の早期接触、skin to skin contactを「カンガルーケア」と記載するこ

とについて。トピック3の「健康で出生した正期産児の出生後早期のskin to skin contact(SSC)」は日本では「カンガルーケア」と呼ばれることも多いですが、これは一般的な呼び方ではないと思われます。少なくとも、参考文献にあげられております論文では「正期産児に行う出生直後のSSC、early contact, early attachment(肌と肌との触れ合い・早期接触)」をカンガルーケアと記載しているものはないのではないのでしょうか。つきましては、「生後早期のカンガルーケア(skin to skinの抱っこ)とは、生まれて間もない児を、母の素肌に胸と胸を合わせるように抱かせ、その上から暖かい掛け物で覆いをするをいいます。」は「生後早期のskin to skin contact(肌と肌との触れあい)とは、生まれて間もない児を、母の素肌に胸と胸を合わせるように抱かせ、その上から暖かい掛け物で覆いをするをいいます。日本ではこのことを「カンガルーケア」と呼ぶ場合があります。」というような記述にしていた方が適切ではないかと思いますがいかがでしょうか。と言いますのも、もともと「正期産児のSSC、早期接触」は岡山医療センターの山内芳忠先生が中心となって「カンガルーケア」という呼び名を日本で勤めてきたものと思います。山内先生が正期産児のSSCを「カンガルーケア」とした理由は、ご本人曰く「接触とするよりも温かみを感じられるようカンガルーケアと呼ぶようにした」ということのようにです。そして実際に日本では、SSCについては「出生直後の新生児の子宮外環境への適応過程で重要な行

動」というよりも愛着形成・ボンディングの面が強調される傾向にあると思います。こうした「カンガルーケア」という言葉の持つイメージや言葉の混同が、昨今問題になっている事故や児に対する不十分な観察等につながっている可能性もあるのではないかと個人的には思っております。そのため、ぜひ正期産児に行うSSCは低出生体重児に行うKCとは異なるphaseのものだということがわかるような記述にしていただけましたらありがたいです。③

- 12) 私は北海道の〇〇市で小児科医をしております。分娩件数は年間450件前後で、産婦人科医は常勤2名、小児科医は常勤3名です。小児科は新生児、NICU、小児科を3人で兼任しているためNICUは在胎30週以降を管理しています。助産師は15名で日勤は4名、夜勤は病棟で3名(うち、助産師の夜勤は2名)です。特に正期産児のカンガルーケアですが、施設規模によってパフォーマンスにかなりの差が出てきます。分娩直後は確かにハイリスクです。大方の意見の如くモニター管理は半ば必須ですが、現状では全ての分娩施設で実施することは不可能ではないかと思えます。当院は分娩後の会陰縫合もあるため、カンガルーケア中に縫合していると母親が縫合の痛みのために体動があつて赤ちゃんを分娩台で抱っこしているのが危ないこともあるので、時間をずらして行っています。色々な施設でさまざまな分娩様式が存在しているため、このガイドラインはどこまで言及していくのでしょうか。BFHを基準にガイドラインが作成され

ば追従できない施設はかなり多いのではないかと思います。様々な分娩施設の最大公約数的なガイドラインが出来上がればと思っておりますのでご検討の程宜しく願いいたします。④

そのほか

- 13) すべてのtopicsを通じて感じたのは、NICUはまだしも分娩室においても、多くのモニター管理、またはスタッフが離れないなどのことが必要となることで、かえって導入されにくくはないだろうかと思いました。①
- 14) もちろんカンガルーケア・ミーティングから社会への啓蒙もお願いします。①
- 15) 帝王切開時のカンガルーケアも当院では始めていますが、娩出後にアプガースコア5分を医師が判定してその後におペ室で術中カンガルーケア(SSC)をして帰室したりもします。多大なる産婦人科医と、麻酔科医の協力のおかげで何とか実施できていますが、縦抱きにするのがとても難しく今後の課題と思えます。こういった点でもガイドラインが作成されてくるのでしょうか?大いに期待する部分であります。④
- 16) カンガルーケア自体が妊婦さんにあまり認知されていない部分も多く、終日母子同室、頻回授乳についても理解があまりされていなくて、入院後にそういった点でトラブルになることも多々あります。妊婦健診での丁寧な説明以上に保健師からも地域の母子保健活動としてこの点についての妊産婦への十分な啓発活動が必要ではないかと思えます。やはり行政からの積極的な広報活動によって

認知度を高める必要があると思います。

④

- 17) ガイドラインが作成されるとなると、遵守していたか否かで係争時に問われかねない状況も発生してくる気がします。母子保健活動の一環とは思いますが、病院などの施設で行われることが多いのでどうしても医療背景が強くなってしまいます。できるだけ多くの分娩施設で安全でかつ有効的なカンガルーケアが行えるようにご検討の程、宜しくお願いいたします。作成委員も拝見しましたが、行政関係や看護、助産教育の教官、もっとパフォーマンスの異なる施設の方も召喚してはいかがでしょうか。④
- 18) ガイドライン全体として、配慮に富んだ素晴らしい記載だと感じました。⑤
- 19) ガイドラインを基にして、各施設で自分たちでワークショップを開けるような素材や開き方を提案していただくと良いかと希望します。⑤

以下、いただいたパブリックコメントの原文

パブリックコメント①

○○の○○と言います。

推奨と言うより前提条件にすべてがあるかと感じました。

カンガルーケアは母子関係と言ったようなエモーショナルな部分ですので、ガイドライン作成にあたり信頼性の高い科学的根拠を求めるのは難しかったと思います。すべてのtopicsを通じて感じたのは、NICU

はまだしも分娩室においても、多くのモニター管理、またはスタッフが離れないなどのことが必要となることで、かえって導入されにくくはないだろうかと思いました。

topics1または2の集中管理下でのカンガルーは有害事象がないが、topics3の母児間でのカンガルーでは有害事象が起きているのが皮肉というか、厳しいですね。

気になるのはtopics3の対象にnear termが入っているので、有害事象は、それらで起きているのでしょうか？

topics2でもケア中、ケア後に酸素飽和度の低下が指摘されています。

またtopis1ではアウトカムには差がないですね。満足度などのエモーショナルなことにより働くことも科学的根拠の難しさでしょうか。

特にTopics3について個人産院など日本で普及するには、モニタリングやバイタルの監視を強調するよりは、分娩前にカンガルーケアの意義と危険性を説明、理解してもらい行うように推奨してはどうでしょうか？

御両親で見守ってもらえるように・・・

もちろんカンガルーケア・ミーティングから社会への啓蒙もお願いします。

パブリックコメント②

カンガルーケア ミーティング ガイドライン 作成企画様

ガイドライン作成は大変な作業かと存じます。中々表現をしにくい事柄もあり、と思います。

トピックス3. 正期産児に出生直後に行う「カンガルーケア」(言葉として妥当か否かはちょっと不明ですが)のところですが、論議となることは、機械によるモニタリングに関して、と思います。私どものところでは正常分娩であれば、末梢性のチアノーゼの回復が遅い場合はモニタリングをしますが、まったく元気な状態であれば、御家族にお話してそして、同時に助産師はいつも側にいて観察する、ということをお前提にしたKCです。機械によるモニタリングをしてもスタッフが側にいなければ、全く意味がありませんので。また母子同室へスムーズに移行する事の方が大事なことかと思いました。

〇〇病院 小児科 〇〇〇〇

パブリックコメント③

カンガルーケアGL作成メンバーの皆様

はじめまして。〇〇医療センター新生児科(非常勤・現在産休中)の〇〇〇〇と申します。IBCLC(国際認定ラクテーション・コンサルタント)です。お忙しい中、このような意義深いガイドライン作りを進めていらっしゃるメンバーの皆様にご心より感謝申し上げます。さて、IBCLCとして翻訳に関わったJALC出版物を参考文献にいくつかあげてくださっておりますので、それに関する情報提供と僭越ながら以下に少しの提案をさせていただきます。

1. 文献について

・トピックス3であげられております参考文献2)は1998年出版で10年前のものになり、その後の社会情勢の変化、新しい知見、HIV

の増加などでBFH認定内容や10か条に関する解釈が改訂されております。10か条のエビデンスと同じ本ではありませんが、新しい解釈のもとで作成された推奨の記載があると思いますので(ガイドラインではありませんが)どうぞ参考にさせていただきます。

http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section_3.2.pdf

・また参考文献3)も改訂されて内容が変わっております。(2005年改訂、2008年JALCより翻訳出版)新しいものは以下です。どうぞ参考にさせていただきます。
<http://www.ilca.org/ClinicalGuidelines2005.pdf>

2. トピックス3の「科学的根拠から推奨へ」の「できるだけ早期に、できるだけ長く」という記載について。

・「できるだけ早期にskin to skin contactを開始すること」は多くの研究によって裏付けられ異論がないところと思いますが、「どれくらい長く続けたらよいか」に関しては結論が出ておりませんので、「できるだけ長く」は記載しない方がよいのではないかと思います。いかがでしょうか。

3. 正期産児の早期接触、skin to skin contactを「カンガルーケア」と記載することについて。

・トピックス3の「健康で出生した正期産児の出生後早期のskin to skin contact (SSC)」は日本では「カンガルーケア」と呼ばれることも多いですが、これは一般的な呼び方ではないと思われます。少なくとも、参考文献にあげられております論文では「正期産児に行う

出生直後のSSC、early contact, early attachment (肌と肌との触れ合い・早期接触)をカンガルーケアと記載しているものはないのではないのでしょうか。

つきましては、「生後早期のカンガルーケア (skin to skinの抱っこ)とは、生まれて間もない児を、母の素肌に胸と胸を合わせるように抱かせ、その上から暖かい掛け物で覆いをするをいいます。」は「生後早期のskin to skin contact (肌と肌との触れあい)とは、生まれて間もない児を、母の素肌に胸と胸を合わせるように抱かせ、その上から暖かい掛け物で覆いをするをいいます。日本ではこのことを「カンガルーケア」と呼ぶ場合があります。」というような記述にさせていただく方が適切ではないかと思いますがいかがでしょうか。

と言いますのも、もともと「正期産児のSSC、早期接触」は岡山医療センターの山内芳忠先生が中心となって「カンガルーケア」という呼び名で日本で勧めてきたものと思います。山内先生が正期産児のSSCを「カンガルーケア」とした理由は、ご本人曰く「接触とするよりも温かみを感じられるようカンガルーケアと呼ぶようにした」ということのようにです。そして実際に日本では、SSCについては「出生直後の新生児の子宮外環境への適応過程で重要な行動」というよりも愛着形成・ボンディングの面が強調される傾向にあると思います。こうした「カンガルーケア」という言葉の持つイメージや言葉の混同が、昨今問題になっている事故や児に対する不十分な観察等につながっている可能性もあるのではないかと個人的には思っております。そのため、ぜひ正期産児に行うSSCは低出生体重児に行うKCとは異なるphaseのものだと

ということがわかるような記述にさせていただいたらありがたいです。

以上、いくつか提案させていただきました。完成を楽しみにしております。何卒よろしくお願いたします。

最後になりましたが、ガイドライン作成メンバーの皆様のますますのご活躍を心よりお祈り申し上げます。

パブリックコメント④

カンガルーケアガイドライン作成委員会
御中

貴院ホームページを拝見させていただきました。私は北海道の〇〇市で小児科医をしております。分娩件数は年間450件前後で、産婦人科医は常勤2名、小児科医は常勤3名です。小児科は新生児、NICU、小児科を3人で兼任しているためNICUは在胎30週以降を管理しています。助産師は15名で日勤は4名、夜勤は病棟で3名のうち、助産師の夜勤は2名)です。特に正期産児のカンガルーケアですが、施設規模によってパフォーマンスにかなりの差が出てきます。分娩直後は確かにハイリスクです。大方の意見の如くモニター管理は半ば必須ですが、現状では全ての分娩施設で実施することは不可能ではないかと思えます。当院は分娩後の会陰縫合もあるため、カンガルーケア中に縫合していると母親が縫合の痛みのために体動があつて赤ちゃんを分娩台で抱っこしているのが危ないこともあるので、時間をずらして行っています。色々な施設でさまざまな分娩様式が存在しているため、このガイドラインはどこまで言及していくのでしょうか。BFHを基

準にガイドラインが作成されれば追従できない施設はかなり多いのではないかと思います。様々な分娩施設の最大公約数的なガイドラインが出来上がればと思っておりますのでご検討の程宜しく願いいたします。帝王切開時のカンガルーケアも当院では始めていますが、娩出後にアプガースコア5分を医師が判定してその後にオベ室で術中カンガルーケア(SSC)をして帰室したりもします。多大なる産婦人科医と、麻酔科医の協力のおかげで何とか実施できていますが、縦抱きにするのがとても難しく今後の課題と思います。こういった点でもガイドラインが作成されてくるのでしょうか？大いに期待する部分であります。

カンガルーケア自体が妊婦さんにあまり認知されていない部分も多く、終日母子同室、頻回授乳についても理解があまりされていなくて、入院後にそういった点でトラブルになることも多々あります。妊婦健診での丁寧な説明以上に保健師からも地域の母子保健活動としてこの点についての妊産婦への十分な啓発活動が必要ではないかと思えます。やはり行政からの積極的な広報活動によって認知度を高める必要があると思えます。

ガイドラインが作成されるとなると、遵守していたか否かで係争時に問われかねない状況も発生してくる気がします。母子保健活動の一環とは思いますが、病院などの施設で行われることが多いのでどうしても医療背景が強くなってしまいます。できるだけ多くの分娩施設で安全でかつ有効的なカンガルーケアが行えるようにご検討の程、宜しく願いいたします。作成委員も拝見しましたが、行政関係や看護、助産教育の教官、も

つとパフォーマンスの異なる施設の方も召喚してはいかがでしょうか。

パブリックコメント⑤

名前:○○○○ 職種:医師 年齢:29歳
性別:男性

コメント1:推奨1の「まず母子同室を行った上で」のところ

「継続的なKCできなくてもせめて母子同室くらいは・・・」という気持ちがこもっていることは理解したのですが、推奨文だけを見ると、母子同室をしてみて、よさそうだったらKC、という印象を受けました。KCはできなくても母子同室くらいはがんばれ、というニュアンスを強く出しても良いのではないかと感じています。

コメント2:推奨2

デルフィではまずまずな結果が出ているのですが、コメントを拝見した印象では、もう少し強気な推奨でもよいかと感じました。もうご検討されているかもしれませんが、「両親の気持ち」という部分は実際に多数の両親からのヒヤリングを行うと医療者の考える「両親の気持ち」とは違う答えが出るかもしれない、と感じています。挿管中のKCは医療者も緊張するくらいなので、両親が緊張しないわけがなく、KC中ガチガチな親もよくいますが、KC後の感想はじわじわ温かいものになっていたり、KCの繰り返しによる馴れにより、次第にリラックスしてKCを行っている印象があります。今後の展開として、両親への調査をぜひ期待します。

以上、ガイドライン全体として、配慮に富んだ素晴らしい記載だと感じました。

ガイドラインを基にして、各施設で自分たちでワークショップを開けるような素材や開き方を提案していただくと良いなと希望します。

完成までぜひがんばってください！！

地方公共団体設置病院における医療者を支援するための試み（2009年3月）

研究分担者 稲葉一人 中京大学法科大学院教授
久留米大学医学部医学科客員教授
熊本大学大学院客員教授
群馬県病院局顧問

1 総説

群馬県病院局と傘下の県立病院（4病院）をフィールドとして、2007年度に引き続き、2008年度も同局顧問としての立場を活用して、主として、医療者の不安や、コミュニケーションに焦点を置いて、医療者を支援するための活動（その内容は、後記「2008年度の活動」を参考）を行った。

以下、稲葉を研究者として表記する。

2 問題意識と目的

地方公共団体設置の病院は多くあるが、多くは、財政状態が悪く、人的物的資源配分が適切になすことが困難で、医療現場を担う医療者への与えるストレスが大きい。また、公共団体が熱心に行った医療行政が、傘下の病院に適切に伝わらず、また、各臨床の活動につながっていないことから、相互の不信を起すことも多くある。他方、各病院においては、GRM (General Risk Manager) (その多くは看護職) が医療安全のキーパーソンとして働いているが、GRM が病院内で適切な支援を受けるには、数々の問題があるため、自分で抱え込んでしまい、また、病院内で孤立してしまう。

また、(自治体病院に限らないが) 病院内には、医師間・看護師間をはじめ、医療者間のコミュニケーションが円滑に行っていない実態があり、そのことが、医療安全等の重大な障害となっている。また、事故が生じた場合の対応

に失敗すると、当然患者家族を傷つけるばかりか、事故関係者も傷つけている。

そこで、当該医療現場とは直接の関係のない法律家であり、コミュニケーションの専門家である研究者が、GRM 会議の進行を行い、各病院の実情を分析し、GRM の意向に添って病院で講演会や研修会を行い、

- a) GRM 間の情報交流をして、その活動を支援した
- b) 医療者が抱く法的な不安を取り除くために、法的な分析を行い
- c) 医師間・看護師間・医療者間という、職種を超えたコミュニケーションの問題に焦点を置き、多くの不安や困りごとを把握して、それへの対応のヒントを与えた。

これらの活動を通じて、2007年度に引き、2008年度にも、一貫して医療者の継続的な支援を行った。

また、本年度は、各病院での継続的な活動を通じて医療安全の意識を高めることが大事と考えたことから、次の3点の重点を置いた。

- ① 前年度4病院を病院局と訪問し、それぞれの病院が置かれている状況や、抱えている問題が異なっているため、各病院に沿った研究者の支援の方法を考えること
- ② がんセンターにおいては、事故後休職している事故関係者の支援を継続的に行うこと
- ③ これらの活動を行う中で、研究者を通じて、群馬県病院局ないし病院管理部が、各職員

への支援を行っているというメッセージを
伝えること

これらの作業により、各病院で働く労働者の
QWL (Quality of Working Life、労働者の働く
質) を高め、これらを行うために、GRM 会議に
おいて、各病院の実情を聴取し、GRM によって
顧問に求めるものについて主体的に計画を立て
てもらった。

3 具体的な活動

- (1) 病院局で開催される GRM 会議に参加して、
その会議内容を司会し、Facilitator とし
て、問題を集約し、解決の手順を考える。
- (2) 各病院に赴き、病院幹部・医師・看護職・
その他の医療職や休職中の事故関係者と対
話をする。
- (3) 各病院に赴き、医療安全の講演や具体的な
質問を受け、各医療者が抱く、主として、
法的問題について説明をする。

4 考察と提案

- (1) 継続的な医療者の支援活動の必要性—講
演・研修と質問への回答とその継続

各病院 (4 病院) は、自治体病院でありなが
ら、それぞれの職域を異にしていることもあり、
共通の課題もあるが、それぞれの固有の問題も
ある。また、同じ問題であっても、各病院での
温度差やそれへの解決の意欲やそれを支える
人的な資源も異なる。

2007 年度の成果を踏まえ、2008 年度は各病
院の要望に添って、研究者は各病院に赴いて講
演を行い、予め集めた質問への対応の時間を意
識的に作った。その結果、アンケート調査では、
概ね好評であり、また、今後もこのような企画
や支援を進める必要がある。

- (2) GRM 支援の重畳的な仕組み作りの必要性—

情報交換会の継続

GRM は、全員が看護職であるが、しばしば問
題を抱え易く、院内での権限も明確でない。GRM
を支えるためには、院内でも GRM 活動の理解を
促す活動、GRM の権限や役割を明確にすること、
GRM が看護職であることから、その活動を支え
る医師 (室長がこの任に当たることが適当であ
るが、忙しいことからその任を十二分に果たし
ているとは限らない) の存在、そして、院外で
の相談の乗れる仕組みが必要と考えられる。

2008 年度は、2007 年度の成果を踏まえて、
GRM 会議を 2 段階にして、まずは、研究者と GRM
との会議をして、GRM 会議の前に、情報交換を
して、お互いの作業を理解したり、悩みをうち
明けることで、普段のストレスを低減できると
ともに、他病院のやり方を学び、それを自病院
で実施することができた。今後も、このような
情報交換会を継続する必要がある。

(3) 事故関係者の支援の継続

2007 年度の経過を踏まえ、研究者は、がんセ
ンターで、2005 年に生じた事故の関係者の支援
を行った。

関係者のプライバシーを踏まえて報告する
ため、その詳細は記せないが、これまで事故に
より事故に関わった医療関係者も傷つくと報
告されてきたが、まさにその通りで、今後も、
事故関係者の支援を継続的に、かつ、事故関係
者の意向を踏まえて、行っていくことが必要で
ある。

現在、厚生労働省では、事故当事者支援のた
めの研究を行おうとしている (研究者への特別
研究の指示) が、これもこのような群馬県での
活動が評価されているものと考えられる。

- (4) 各病院での質問事項を集約してこれを医
療者に共有することと、今後個別の応答
のための仕組み作り

今回、研究者は、各病院での講演に先立ち、医師や看護師から質問を集め、また、講演会でも質問を受けた。この中には、病院を超えて共有できる問題や、職種に固有の問題や、各病院・職種・個人での固有の抱えている問題が明白になった。

ただ、定められた講演の時間内での回答の制約や、多くの者が同席するなかでセンシティブ

な質問がしにくかったという問題もある。そこで、2008年度は、共有できる問題について質問と当面の回答集を作り、これを医療者で共有することとしたい。

しかし、この後は、このような制約がない中で、医療者の質問に答えられる機会や、不満・不安に応える個別的な相談会等を作る必要があると考える。

2008年度の活動

回	日	会議名	議題と内容の概要
1	2008.5.1	病院局との協議	研究者と病院局幹部 この1年の課題を特定する
2	2008.5.23	第29回 GRM 会議	全員出席 今年度、研究者が病院訪問で実施する内容の検討
3	2008.6.13	第31回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
4	2008.7.18	がんセンター 講演と質問	「医療に関する法的問題に答える」 医師 29名参加
5	2008.7.25	小児医療センター 研修会	「メディエーションの基礎 (初歩) 研修」 看護職 30名参加
6	2008.8.26	第32回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
7	同日	がんセンター	当事者支援のための面接と関係者との会議
8	2008.9.30	第33回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
9	2008.10.3	心臓血管センター	「インフォームドコンセント講演会—医療者を元気にする法と説明と医療—」 全職員対象—67名参加
10	2008.10.14	がんセンター	当事者支援のための面接と関係者との会議
11	2008.11.6	第34回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
12	2008.11.13	精神医療センター	「医療者を元気にする法と説明と医療+精神科に関する諸問題」 全職員対象 60名出席
13	2008.12.18	がんセンター	当事者支援のための面接と関係者との会議

14	2008.12.24	第35回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
15	2008.1.8	小児医療センター	「医療者を元気にする法と説明と医療—小児を踏まえて」 対象全職員 出席95名
16	2009.1.22	第36回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
17	2009.1.30	がんセンター	当事者支援のための面接と関係者との会議
18	同日		医師向け医療安全研修会 (Part II) 「医療上の法的義務を学ぶ」 医師を対象 17名出席
19	2009.2.26	第37回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)
20	2009.3.16	第38回 GRM 会議	第1部 情報交換会 (研究者、GRM) 第2部 GRM会議 (全員出席)

患者・消費者の適切な医療参加に向けたテキストマイニングによる電話相談の内容分析
—「発熱」「インフルエンザ」「麻疹」等の感染症に関する相談内容の分析—

研究分担者 杉森 裕樹 (聖マリアンナ医科大学)
保田 明夫 (平和情報センター)
高橋 敏子 (保健同人社)
田辺 則子 (保健同人社)
栗山真理子 (NPO アラジーポット)
生崎 実 (医学中央雑誌)
研究代表者 中山 健夫 (京都大学大学院)

研究要旨: 患者・消費者の思いを客観的に傾聴する手法の開発目的で、テキストマイニングの応用を検討した。本研究では「発熱」、「インフルエンザ」、「麻疹」等の感染症に関する相談で抽出されたデータをテキストマイニングの手法により詳細分析した。電話医療相談会社の匿名化されたデータベースのうち有効回答データを対象にテキスト化を行い、日本語テキストマイニングツール (WordMiner ver.1.1) を利用して、医療相談者の相談内容について高頻度語や特徴語をマイニングした。[I] 05年4月~07年3月の2か年度の「発熱 (高熱、微熱等)」に関する相談 (23,203件) から「インフルエンザ」のキーワードを含む相談内容を抽出 (2,910件) し、I-1) 相談件数の推移、I-2) 相談内容、I-3) 相談/回答の関連性の3点について分析した。また、[II] 07年4~5月2か月間の「麻疹」に関する相談内容 (647件) を抽出し、共起頻度 (親近性の定量化) 分析を行った。「発熱」に関わる相談は夏に少なく冬に多い傾向があり、季節変動性を示した。そのうち「インフルエンザ」に関わる相談は11月から急増し、05年度は1~2月 (473~465件)、06年度は3月がピーク (708件) であった。相談内容は風邪の症状 (982件)、検査・受診 (475件)、タミフル、服薬・服用 (406件)、予防接種の副反応 (335件)、解熱剤の使用・種類 (319件) の順に多かった。相談/回答内容の関連性分析では、風邪の症状 (735件)、検査・受診 (311件)、予防接種の副反応 (258件) の相談と症状や受診の説明・助言の回答の組み合わせ解熱剤の使用・種類の相談 (184件)、タミフル、服薬・服用の相談 (152件) と薬の服用、成分・使用の説明の回答が目立った。電話医療相談データのテキストマイニング分析により、相談者 (患者・消費者) のニーズをくみ取り、また内容分析することが可能であった。今後さらにマイニング技術等を応用して患者・消費者の思いを客観的に傾聴する手法の開発が期待される。

A. 研究目的

「診療ガイドライン」への患者・消費者参加を進めるためには、対話的コミュニケーションの継続が必要である。医療消費者・患者団体とパートナーシップを構築し、医療関係者側が患者・消費者の思いを傾聴すると共に、医療情報を判断するためのEBMの知識や医療システムに関する知識獲得が重要である。そのためには、患者・消費者の医療へのニーズ分析が不可欠である。

以上の視点より、本研究では、データマイニング手法の一環であるテキストマイニングの応用を、患者・消費者の思いを客観的に傾聴する手法の開発目的で検討した。本研究では「発熱」、「インフルエンザ」、「麻疹」等の感染症に関する相談で抽出されたデータをテキストマイニングの手法により詳細分析した。

B. 研究方法

対象は、都内の電話医療相談会社のデータベースで、既に会社によって匿名化された情報である。

電話医療相談会社の匿名化されたデータベースのうち有効回答データを対象にテキスト化を行い、日本語テキストマイニングツール (WordMiner ver.1.1) およびその他のデータマイニングツール (Clementine など) を利用して、医療相談者の相談内容について高頻度語や特徴語をマイニングした。[I] 05年4月~07年3月の2か年度の「発熱 (高熱、微熱等)」に関する相談 (23,203件) から「インフルエンザ」のキーワードを含む相談内容を抽出 (2,910件) した。

I-1) 相談件数の推移

I-2) 相談内容

I-3) 相談/回答

の関連性の3点について分析した。

また、

[II] 07年4~5月2か月間の「麻疹」に関する相談内容 (647件) を抽出し、共起頻度 (親近性の定量化) 分析を行った。

なお、分かち書き/キーワード抽出機能はHappiness/AiBASEを利用している。

C. 研究結果およびD. 考察

「発熱」に関わる相談は夏に少なく冬に多い傾向があり、季節変動性を示した。そのうち「インフルエンザ」に関わる相談は11月から急増し、05年度は1～2月(473～465件)、06年度は3月がピーク(708件)であった。(表I-1「熱(発熱・微熱等)」と「インフルエンザ」に関する電話相談件数の推移)

相談内容は風邪の症状(982件)、検査・受診(475件)、タミフル、服薬・服用(406件)、予防接種の副反応(335件)、解熱剤の使用・種類(319件)の順に多かった。

相談/回答内容の関連性分析では、風邪の症状(735件)、検査・受診(311件)、予防接種の副反応(258件)の相談と症状や受診の説明・助言の回答の組み合わせ解熱剤の使用・種類の相談(184件)、タミフル、服薬・服用の相談(152件)と薬の服用、成分・使用の説明の回答が目立った。

(表I-2「インフルエンザ」に関する電話相談/回答内容の関連)

また、「麻疹」の共起頻度分析では、予防接種、症状、説明、効果、抗体、ワクチン、情報、接種、免疫の順で距離尺度が近かった。(図. 麻疹に関連した共起頻度分析)

E. 結論

電話医療相談データのテキストマイニング分析により、相談者(患者・消費者)のニーズをくみ取り、また内容分析することが可能であった。データベースの偏り(selection bias)も配慮する必要があるが、大量の匿名データを処理し、患者・消費者の「思い」を抽出する手法としては、feasibilityの観点からも、重要な技術である。さらにマイニング技術等を応用して患者・消費者の思いを客観的に傾聴する手法の開発が期待される。

F. 健康危害情報

なし

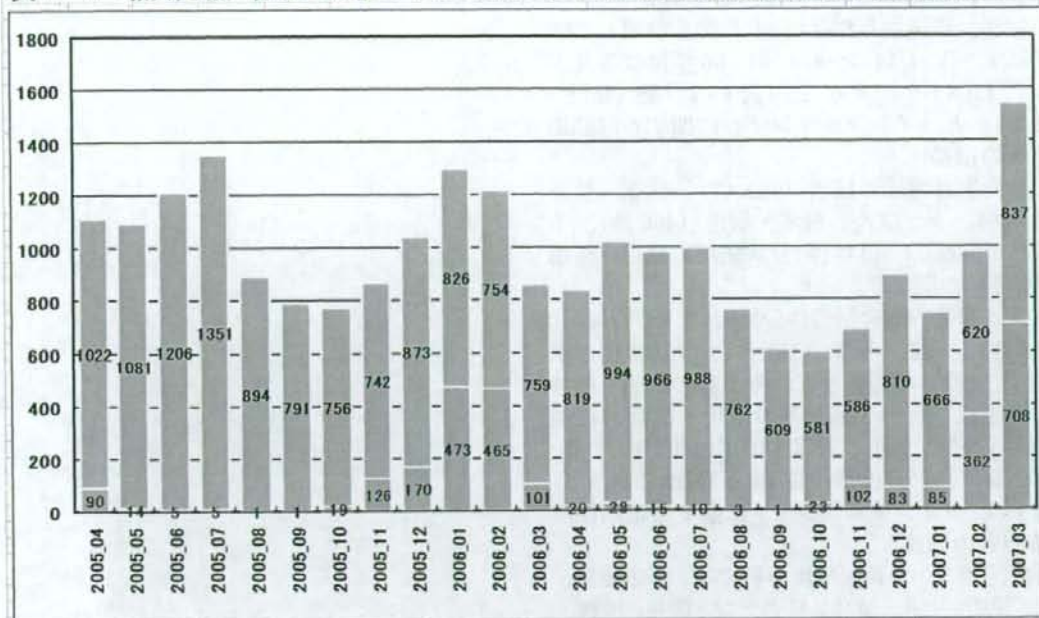
G. 研究業績

1. 杉森裕樹、中山健夫、他(分担翻訳). 米国立がん研究所(編集), 中山健夫(監修), 高橋吾郎, 杉森裕樹, 別府文隆(監訳). ヘルスコミュニケーション実践ガイド. 東京: 日本評論社. 2008.
2. 杉森裕樹、他(分担執筆). 臨床検査技師、ポケットレビュー帳上巻・下巻、第6章 公衆衛生学、東京: 医歯薬出版、2009.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし.

表 I-1 「熱(発熱・微熱等)」と「インフルエンザ」に関する電話相談件数の推移



「熱」にかかわる相談 総件数: 23,203件
 「インフルエンザ」に関わる相談 総件数: 2,910件
 その他件数: 20,293件

表 I-2 「インフルエンザ」に関する電話相談/回答内容の関連

問合せ	回答	総計	説明・助言	症状や受診の 説明・助言	薬の服用、成分・ 使用の説明	安静、水分補給等の 予防法のお勧め	感染・潜伏期間の 説明	発症後の検査・服用	疾病の特性・ケア上 の注意	副反応の症状・対処 の説明	出席停止のお知らせ の回答	指導医の相談手配・ 排泄対策	セルフケア、 セルフレイ	無理しないように 助言	内服と異常行動の 説明	服用(飲みみる)の 情報提供	医療機関・服用の 情報提供	専門医へのつなぎ	痒み・痛み・腫れ・ 熱感	受診・予防の助言	経過説明	流行性耳下腺炎の 経過説明	消化の相談	厚労省の情報提供
総計		2,752	1,639	521	213	189	57	37	21	19	18	10	6	5	4	3	3	2	2	1	1	1	1	
風邪の症状		934	735	73	75	25	4	11	1		3	2			2		1			1			1	
検査、受診		451	311	41	36	8	37	9	1	5	2	1												
タミフル、服薬・服用		381	120	152	26	43	5	10		4	6	3	2	3	4		3							
予防接種の副反応		318	258	20	15	5	2		13			1	1						2		1			
解熱剤の使用・種類		299	77	184	27	3				3	2	2			1									
子ども、家族の感染		155	67	19	21	35	7	3	1			1											1	
潜伏・感染期間		56	13	1	1	39	1			1														
出勤、登校・登園		43	9	4		16	1	3		8			1								1			
熱性痙攣、予防接種		27	14	6	3	2		1			1													
授乳、子どもとの感染		26	7	12	3	4																		
感染の有無、症状、受診		21	18			1						1					1							
鼻閉、咳		11	4	3	4																			
感染能力、感染防止		6	2	1		3																		
赤ちゃんにうつる		5	1		2	2																		
ボルタレン、鎮痛解熱剤		5	2	3																				
予防接種による腫れ、痛み		5							5															
出社、海外出張		4	1			2				1														
シメトレル予防薬		2		2								2												
タミフルの服用期間		2																						
鳥インフルエンザの影響		1				1																		

関連性 大 > 中 > 小 > 弱 関連性の尺度=(Aij * Aij) / (Aj * Ai), Aij >= 5

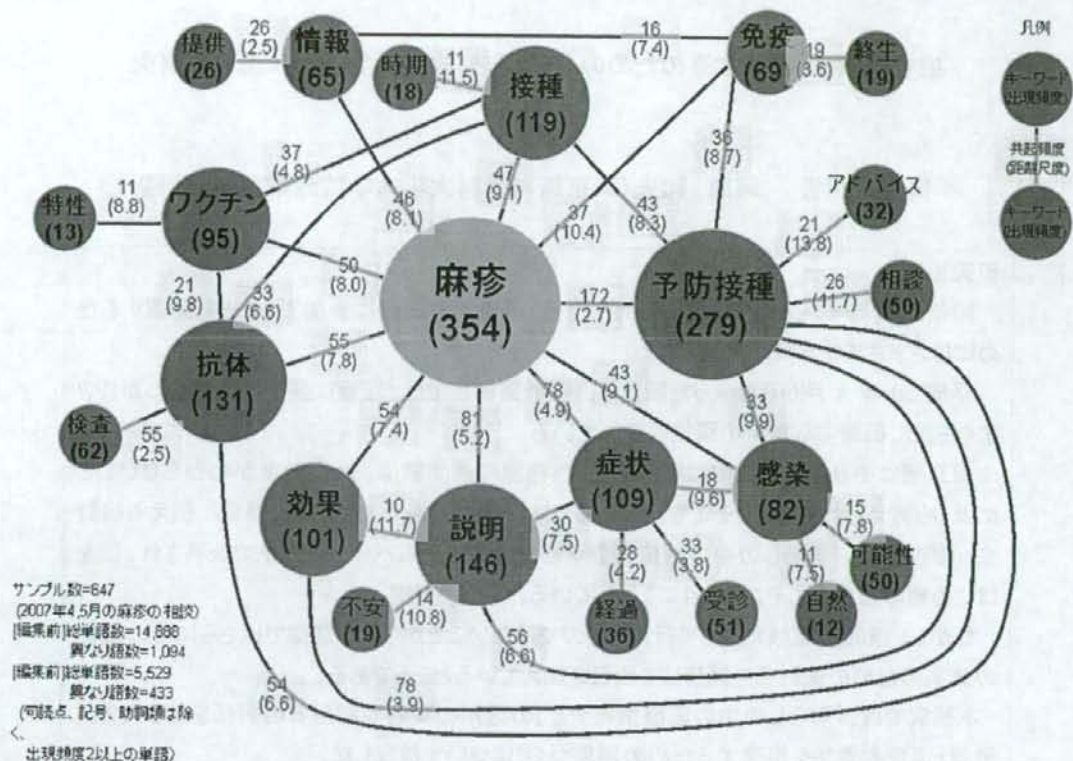


図. 麻疹に関連した共起頻度分析

患者・消費者参加推進のための公的・非公的な制度づくりに関する研究

研究分担者 河原 和夫(東京医科歯科大学大学院政策科学分野)

研究要旨

診療ガイドラインの作成なども含めて患者・消費者が医療に参加することを促進するためにはさまざまな方策が考えられる。

平成 20 年 4 月から始まった新たな医療計画制度では、医療に関する情報をわかりやすく住民に伝達する方策の構築を求めている。

東京都に寄せられる医療に関する苦情・相談の過半数は、医療制度がわからないことによると考えられている。そこで、東京都では医療制度をわかりやすく都民に伝える検討会が開催され、「暮らしの中の医療情報ナビ」としてホームページと冊子で公表され、国をはじめ他の道府県もその機能に注目している。

しかし、情報伝達はたやすく行えるものではないことから、東京都ではさらにその機能の充実のための検討会を開催して改良を加えているところである。

本研究では、「暮らしの中の医療情報ナビ」の活用の実態や利用者の評価を踏まえて、患者・消費者参加を推進するための制度づくりについて検証した。

A. 目的

東京都では、都民(患者)の皆様が医療に関する情報を正しく理解し、活用できるよう支援するため、平成 18 年度に「医療情報に関する理解を促進する会」を設置し、医療情報の効果的な提供方法や都民と医療機関の情報の共有化等について検討している。

インターネットの普及や広告規制の緩和など医療に関する情報量が拡大する中で、都民の皆様が複雑、難解な医療に関する情報(医療制度・医療保険制度)を正しく理解し、適切な受療行動の促進に繋がるために必要な情報を入手する際の参考として、医療制度をわかりやすく都民に伝えていく

ための媒体として「知って安心暮らしの中の医療情報ナビ」を作成するとともに、これらをホームページ上で公開している。

本研究では、この事業がいかなる特色を持ちまた問題点を抱えているかなどを検証し、患者・消費者参加推進のための仕組みを構築するための基礎資料を収集することが目的である。

B. 方法

平成 18 年度に「医療情報に関する理解を促進する会」が設置されて以来現時点に至るまでの会議の議事録や資料を収集して制度の概要を明らかにし、特徴並びに問題点を分析するという、文献考察的な手法で研究を行った。

C. 結果

過去に実施した各種のアンケート調査結果から、東京都は図1に示すように医療制度について都民に情報が十分に行き渡っていないという認識の下、制度等を中心とした医療情報を提供するサイトを立ち上げるとともに、同様の内容を記した冊子を作成した。冊子は、「中高生編」、「子育て編」、「シニア編」、さらに「指導者編」があるが、サイトについては図2、3に、冊子編のうち「シニア編」については図4に示している。さらに、「シニア編」の本文は後述の資料2に示している。

D. 考察

医療機関・医療提供者そして行政は、都民である「患者及び家族」に対して、提供する医療に関する、情報を説明し理解を促す役割がある。具体的には、「患者に提供する治療や検査、服薬等に関する情報」、「治療や療養生活に必要な費用や保険、医療制度に関する情報」、「疾病予防や健康管理等のための疾病・医療に関する一般的情報」、「医療機関の機能に関する情報」、「地域の医療機関に関する情報」を提供しなければならない。特にその中でも、医療制度紹介などに関する情報は極端に不足していると言えよう。

「暮らしの中の医療情報ナビ」は、この点を補うべく作成されたものである。

作成に当たっては、学識経験者、保険者、各種団体、消費者、行政、教育機関などの関係者を交えて、事例を用いてわかりやすく医療制度などを説明することに腐心した。

概ね良好な結果が得られ、この冊子やサイトが広がり利用される可能性が大きいこと

が判明した。それを支えているのはこの冊子等が自己学習の場に多く用いられていることによると考えられる。

患者・消費者参加を推進するためには、国民に提供されるべき医療情報の不足領域を特定し、行政や医師会、消費者団体、地域サークル活動の指導者などの協力のもと、自己学習方式による知識の習得、周囲への伝播、利活用が最も効率的であると考えられる。

平成20年4月より、新たな医療計画制度がスタートし、「医療機能情報提供制度」が始まった。この制度の目的は、医療機関の医療機能に関する情報(医療機能情報)の提供体制を整備することにより、住民・患者による医療機関の適切な選択を支援することであり、「暮らしの中の医療情報ナビ」の作成目的とも一致するものである(図5)。

医療機能情報提供制度も同様の制度で運用することにより、所期の目的を達成することと考えられる。

E. まとめ

医療情報の流通を良くするためには、行政や関係団体側からの一方向の流れだけではだめである。行政や医療関係者などは引き続き医療情報の提供推進に向けた施策を進めるとともに、国民は医療情報を正しく理解し活用するために、日頃から医療に関心を持ち、かかりつけ医やかかりつけ歯科医への質問、自らの情報収集等を通して学習するといった、自分の健康を自分で守るための積極的な姿勢を示すことが重要である。

こうすることにより「情報の非対称性」が解消され、国民が自ら選択し主体的に医療