



総合小児医療

小児科医の 役割と実践

ジェネラリストのプロになる

総編集／専門編集◎田原 卓浩 たはらクリニック

中山書店

Partnership in Pediatric Care

序

小児科医のアイデンティティと 3 ship —partnership, leadership, friendship

わが国は「人口減少時代」に突入した。この問題(国家の使命として是正策の見直し)は 20 世紀終盤から論議・実施されているものの、“子どもと子育て”への支援の実効性が不十分で合計特殊出生率の低下傾向から離脱できずにいる。2025 年には、かつて人類が経験したことのない超高齢社会と超少子社会を迎えることが明らかであり、今後加速度的に生ずるであろう地域社会でのさまざまな‘ひずみ’や‘亀裂’を想定した対策が喫緊の課題である。

子どもと家族をとりまく環境

「人口減少」に至った要因は多彩であり、長引く不況による不安定な雇用の拡大、女性の社会進出をはじめ、衣食住の変化(近代化・欧米化)、気質の変化・変容、男女共同参画の不徹底、情報伝達的高速化などが無意識下に影響し続けている。

2007 年のユニセフの調査では、「日本の 15 歳の子どもたちの 30% が“寂しさ”を感じている」ことがクローズアップされた。欧米の先進国が 10% 内外であったことと対照的である。また、2009 年の Simms の調査では社会的弱者への政策指向性の比較から小児家族関連財政規模(対 GDP 比)、政府開発援助(対 GNI 比)のいずれにおいても「日本の子どもたちの貧困層で暮らす割合」が高いことが示されている。ユニセフも‘子どもの貧困削減’を各国が国家の優先課題として取り組むべきであると明言している(2012 年 5 月)。

精神的・物質的な「貧困」は一例であり、国家としての‘子どもへの投資’を可及的速やかに増強する必要がある。

小児医療をとりまく諸問題

医師不足(偏在)、女性医師の就業環境、医療提供体制、緩和ケア・在宅医療への支援策・診療報酬など‘子どもへの投資’の観点から‘大人’が解決しなければならない課題が山積している。

医療提供体制の整備には多くの医師を必要とする。24 時間 365 日間、病院に医師を 1 名常駐させるためには法定週 40 時間勤務を基盤とすると 4.2 名の医師が必要となる。人口減少が早期に顕著となる地域(小都市・過疎地など)では経営基盤の強化が不可欠である。病院経営への公的資金投入あるいは地域のセンターとして機能する病院へのアクセス(交通網)の整備への投資のいずれかを早期に機能させる必要がある。医師の偏在と今後増加する女性医師の就業環境整備には同様な経済的援助が必要であり、新生児医療など診療報酬がプラス改定された分野においても勤務医の労働環境の整備はまだ不十分である。

さらには、長期生存が困難な子どもたちの抱える身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を的確に評価して緩和することが求められる小児在宅医療(小児緩和ケア)の展開にも医療連携・地域での支援などにリスクコミュニケーションを機能させなければならない。

小児科医のアイデンティティと「臨床の知」

‘子どもと家族’に寄り添う医療サービスを提供し、医療サービスを受ける方々の満足度(Consumer/Customer Satisfaction：CS)を高く維持することが小児医療に携わるスタッフが極めるべき課題の一つである。日本小児科学会からも「小児科医は子どもの総合診療医」という強いメッセージが発信されている。しかしながら、‘子どもと家族’の受診行動(症状によって「受診する科」を選択する)から拝察すると、小児科医の姿が「子どもの‘なんでも相談屋’」とは社会に映っていないことは明らかである。

「人口減少」を反映して地域社会が変容し始める今、‘子どもと家族’に寄り添う医療サービスをより進化させるためには多くの医師が「家族志向のプライマリ・ヘルス・ケア」を実践する必要がある。ジェネralistとして、またジェネralistを目指して日々研鑽を積み続ける医師が「他職種間のパートナーシップ」を豊潤にさせるための強いリーダーシップを発揮することが求められている。そのためには、小児科医が小児医学・小児医療の両者を俯瞰し、また‘人と人との間’のみならず‘人とある現象’との距離を考える「臨床の知」(中村雄二郎)の有用性を共有するための水先案内人としての役割(フレンドシップ)を演じなければならない。

ジェネralistとしてのプロフェッショナルリズムを担える人材を育成することこそが、減少する「人」の「質」を担保するための最も身近で最も希求される課題である。

田原卓浩
(たはらクリニック)

2013年7月

小児科医の役割と実践 —ジェネラリストのプロになる

総論

小児医療の針路

スペシャル・レビュー：医療は暖かく，医学は厳しく	川崎富作	2
小児医療の「質」—客観的評価と改善策	関場慶博	4
メディカル・ホーム	高山ジョニー郎	8
家族を支える—家族志向のプライマリ・ケア	藤沼康樹	15
医療経済と小児医療制度	宮田章子	21
アドボカシー—子どもの代弁者としての地域・行政への関わり	吉田ゆかり	25
子育てをめぐる環境の変化とその対策		
—「子ども・子育て関連新法」からみえてくること	山田奈生子	28
社会的現象と子ども	平岩幹男	34
子どものつらさ(トータルペイン)への対応	石田智美	41

各論

小児科医の役割と実践

人口密集地域の衣食住と小児医療	中谷正晴	48
過疎地域の衣食住と小児医療		
—岩手県山間部の肥満傾向児の背景とその対策	山口淑子	54
上海とシンガポールからみた日本の小児医療	林 啓一	59
園・学校との協働		
—学校保健安全法に関わる役割	岩田祥吾	64
ホームケアのスキルアップ	糸数智美	70
病児保育の現状と将来像	帆足英一	77
医学・医療を教える		
—To Teach is To Learn Twice	森田 潤	83
小児初期救急医療(時間外診療)ネットワーク	神川 晃	89
救急医療の現状と課題	井上信明	93
小児医療と電話	福井聖子	99
インターネット医療	吉永陽一郎	106
在宅医療の実践と将来像		
—病診連携の構築	土皇智幸	112
“子ども虐待”マネジメント	井上登生	118
慢性疾患(病診連携)		
小児慢性疾患のトランジションの課題と対策	稲毛康司	125
慢性疾患の長期管理—病診連携の構築と維持	藤田直人, 西 美和	131
診療所・クリニックでの慢性疾患長期管理の課題と対策	藤澤卓爾	137
思春期医療		
性感染症・妊娠	河野美代子	142

小児医療サービス 他科協働とヘルスケア

目	北市伸義, 大野重昭	150
耳・鼻	林 達哉	156
歯	西嶋奈緒美	164
運動器	亀ヶ谷真琴	170
皮膚	田中秀朋	175
外傷—湿潤療法	佐々木正人	183
腎・泌尿器	土屋正己	187

災害と小児医療 かかりつけ医が担うリスクコミュニケーション

医療体制の危機管理	永井幸夫	196
メディアの役割—安全と安心の確保	川村和久	200
カウンセリング—初期対応と中・長期対応	高田 修	208
外傷・感染症への対応	三浦義孝	217
放射性物質汚染への対応	佐久間秀人	223
原発事故の影響は深く永い	細矢光亮	235

ドルチェ

新型インフルエンザへの取り組み	永井幸夫	236
-----------------	------	-----

知恵の実

赤ちゃんが何かを訴えている	杉浦壽康	40	たたかう小児科医	安次嶺 馨	98
少子化	豊原清臣	82	分3で処方するということ	矢嶋茂裕	141

索引	239
----	-----

小児医療の針路

医療経済と小児医療制度

宮田章子 | さいわいこどもクリニック

医療供給の特殊性

- 医療供給は資本主義の自由競争社会のなかでも以下のような特殊性があり(①)、需要と供給の一致を自由市場の競争に委ねることはできないため、政府・自治体の関与が必要となる。
- **必需性**：医療の需要は人間の健康と生命に関わるものであり、きわめて必需性の高いものである。
- **価値評価の困難性**：人の健康や生命の価値は金銭に換算しがたく、医療サービスは非同質的なものであり、その対価を評価することは困難である。
- **需要の不確実性と結果の不確実性**：個人にとっていつ病気になるかは予測不可能なものであり、需要の不確実性があり、またサービスを提供しても疾病の悪化や死亡という予測しない治療の結果、予測できない医療費の額など、結果の不確実性が伴う。
- **情報の非対称**：市場では同等の品質であれば最も安価な商品を買うか、品質が高いと判断されれば高価でも購入する。商品の品質と価値についての情報は、多くの場合、提供者と消費者間で情報量にほとんど差異がないため購入に際しても判断材料となる。しかし、医療サービスの場合、提供者(医療側)は受給者(患者)よりも多くの情報をもっていて、またその情報は専門性が高く、すべてを提供し理解してもらうことは不可能に近いため、受給者がサービスの内容を正確に判断することは困難である。
- **保険契約の利用**：予測できない医療費の支払いを目的として計画的に貯蓄することは困難である。サービスが必要になったときに支払いできるような保険契約が望ましく、そのために医療保険制度が存在する。

医療経済学の視点がなぜ必要か

- 医療サービスは、どこから供給されるべきか。また、そのサービスの費用はどのように負担されるべきか。具体的には、供給は公的医療機関か私的医療機関からか、サービスの費用では医療保険の公的負担はどの程度なされるべきか、社会保障の対象としての医療に対する国の関与の程度はどの程度か、などのことが問題となる。複数の医療介入についての費用と効果の比較を行う「費用対効果」*1を論じなければ、いくらその医療介入が医学的に重要であっても国は公的資金を配分しない時代になっている*2。
- 各国の公的医療制度はそれぞれの国の政治的な背景や文化などの事情によって独自の制度を設けているが、その目的は国民の健康水準を向上させ生

① 医療供給の特殊性

- 必需性
- 価値評価の困難性
- 需要の不確実性と結果の不確実性
- 情報の非対称
- 保険契約の利用

*1

費用対効果

費用対効果とは、新しい薬や治療技術などに関し、生存期間や健康状態などの改善効果が費用に見合うか客観的に評価する方法の一つである。

医療・公衆衛生政策における費用対効果分析では、生命やその質の評価を組み入れるために2通りの方法がとられている。一つは、生命やその質を直接的に金銭評価する方法で費用対効果分析とよばれ、もう一つは金銭以外の単位で評価する方法がある。これは、効果を血圧や生存率といった物理単位で定義する場合で、費用対効果分析とよばれる。

*2

小児科領域での例では、ワクチン公費化への道のりも引き続き費用対効果の視点での提言が必要であり、医師も医療経済学の視点をもち検証していかなければ子どもの健康を守ることではない。

産人口を増大させることにより国力を上げることにあるといわれている。それにより経済成長がみられ二次的に国民は豊かになっていく。

- 日本は戦後まもなくから国民皆保険となり、乳児死亡の低下や平均寿命の伸びなど健康水準は高くなり、めざましい経済発展を遂げた。しかし近年の日本はある経済成長の後は頭打ちとなり、健康水準は高止まりになっているにもかかわらず医療費は増大し続け、社会は少子高齢化が急速に進み社会を支える基盤が危うくなりつつある。経済の停滞に伴い税収も減少し、限られた予算をいかに偏らないようにどのように公平に配分するのか、医療の質と安全のためのコストをどのように算定するのかなど、医療経営や医療政策の立案や実行は現場でのニーズの把握や専門性を強く求められるため、データとエビデンスに基づく分析・評価・提言していく医療経済学の理論がより必要になってきている。

*3

ランキング本は役立つか？

2003年に出版されたオリコンメディカル『患者が決めたいい病院ランキング』は病院だけでなく診療所のランキングも掲載され、当時は話題になった。治療経験のある患者にアンケートを行い、医師の説明のわかりやすさ、スタッフの対応、交通の便利さ、待ち時間、アメニティなどの項目を点数化してランクを決定している。一部のサービスの評価には有効であったが医療の質については評価されていないこと、インターネットを通じて調査対象が一定の層に偏位しているなどの問題もあった。ランキング本やインターネットの口コミを利用するとき、それだけで判断することに限界があることを利用者が知っておくことは重要である。

セカンドオピニオンで比較評価する

日本では受診のフリーアクセスを利用し医師の診断や治療方針に疑問が生じた場合、他の医師に意見を求めるセカンドオピニオン制度を利用することができる。セカンドオピニオン制度は、受診する患者がより正確に医療の内容を比較・評価することができるだけでなく、二次的に医療供給者を監視し、医療の質をモニタリングすることができる。

医療サービスと情報公開

広告規制はなぜあるのか

- 情報の非対称性が強い医療サービスでは、提供者側にとって都合のよい自由な広告を行うと、受給者側にとって内容の判断がさらに困難となり、最悪の場合には生死に関わる取り返しのつかない事態が起きるため、国が広告内容を厳しく規制している。そのために知りたい情報が十分な形で個人のもとに届かないという問題も生じる。

患者は医療機関をどのようにして選ぶのか

—信頼できる情報公開の必要性

- 広告規制のため国民は情報を少しでも多く得ようと民間のランキング本^{*3}やインターネット上で得られる口コミ情報などを参照する。患者が判断できる快適さや接遇の水準などは有効だが、治療効果や実際の医療水準などは単なる数の公開や個人の経験からの偏った情報で、情報の質や信頼性には限界がある。
- このような背景のなか、入院施設のある病院では日本医療機能評価機構による信頼性のある第三者評価を取り入れている病院が増加している。しかし小規模な診療所などではこのような評価機構がなく、もっぱら口コミのような不確実な情報を頼りにしており、利用者への信頼性のある情報公開が必要で、そのためのシステム構築が必要である。

医療サービスは、やはり自由競争でもある

- 公共性の高い医療供給は政府・自治体の関与する医療保険制度のもとでサービスが供給されているとはいえ、経営は医療というサービスに対する需要と供給のバランスで成り立っているし、受診はフリーアクセスであり、医療機関どうしの自由競争となっている。医療機関側も患者満足度を上げることが重要で、質の評価にたどり着く前に、患者側が判断できるアメニティの工夫や接遇向上などを無視することはできない。



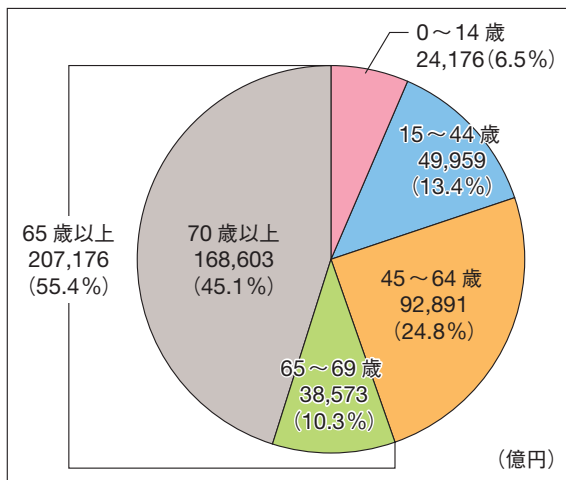
小児科と医療経営

医療・福祉の運営・経営は、国の政策の影響を大きく受ける領域であり、国で決められる診療報酬や公的援助率に左右される。

14歳以下の医療費は全国民医療費のわずか6.5%にすぎない⁽²⁾。今後、小児科医の数はあまり増加がないと見込まれるが、少子化がさらに進み2045年には14歳以下の子ども人口は現在の2/3の8.4%に減少すると予測されている。相対的医師過剰時代となったとき、小児は誰が診ていくのか。現在も子どもが初めて受診する先は必ずしも小児科医だけではないが、今後は政策上さらに総合内科医や総合診療医への受診が増える可能性や医療費の外来包括制などへの流れが現実視されている。待っていれば患者が受診する時代ではなくなり、小児科の医療経営は厳しくなるものと考えられる。

疾病の診療だけでなく、予防、保健業務を含めた小児科医の専門性のアピールや他科との差別化をどう工夫できるかが、経営の安定化につながる。

② 年齢階級別医療費



(資料：厚生労働省「平成 22 年度国民医療費」)



小児医療制度の問題点

- 現在の医療保険制度は急性期治療、高度医療を重視し、慢性期医療の抑制、予防医療を軽視する傾向が続いてきた。国は小児科医の減少に対して一次的に病院小児科への診療報酬の増加を行ったが、小児科外来の受診は感染症を中心とする急性身体疾患の減少、子どもの心の問題や発達障害の増加など疾病の分布に大きな変化がみられている。

小児科医の役割と実践

ホームケアのスキルアップ

糸数智美 | どんぐりこども診療所

*1

少子化のなか、子育てに関する情報は溢れているが、それに振り回され目の前の子ども自身をみていない。その結果、外来でのやりとりもちぐはぐとなり、病状を説明できないばかりか、非常識と思われる言動に驚かされることもしばしばある。昔ふつうに受け継がれていた子育ての伝承が困難な時代になったといえよう。

*2

「飽食の時代」といわれる今、食は豊かになった。しかし、本当の豊かさとは何なのだろうか。朝からシュークリームをご飯がわりとし、1歳児にチョコレートを与え、毎週のようにフライドポテトやハンバーガーといったファストフードを与えている親は決して少なくない。チョコレートには、チアミン、ニッケル、トランス脂肪酸、テオブロミンが含まれ、糖度も高く乳幼児にとっては「毒の塊」である。

*3

異種タンパクであるミルクは、消化が悪いので、「腹持ち」が悪い。そのため、たっぷりミルクを与えられた乳児は熟睡する→「やっぱり母乳が足りなかったのだ」と勘違い→毎日ミルクを足す→母乳の間隔が開く→吸啜刺激が減り母乳は出なくなる、といった悪循環となる。

*4

ニップルコンフュージョン

ニップルコンフュージョン(nipple confusion)ということばがある。母乳とミルクでは乳児の舌の使い方が異なるため、乳児が混乱してよく飲めなくなる状態をさす。この点からも安易にミルクを足すことは避けた方がいい。

- 核家族化が進み母親の就労率が上がっている昨今、子どもをしっかり観察し上手に対応できない親が増えている*1。私たち小児科臨床に関わる者は、「わからないからできない」親を丁寧に導かなければならない。
- 本項では、ホームケアを日常生活と体調不良時に分け、それぞれの衣食住の観点から保護者にどう伝えていくかを紹介する。



日常生活のホームケア

食の問題*2

- 「食」は子どもの健康を語るうえで非常に大切だが、便利な世の中になった分「食」の中身、質ははたして本当に上がっているのだろうか。乳幼児の基本的な「食の常識」を知らない世代(いわゆるジャンクフードで育った傾向が強い)には改めて伝えていく必要がある。「食」は大事である。子どもに「真の豊かな食」を教え、与えていくことが親の責務と考える。
- 母乳育児
 - ▶「ヒト」も動物である。児および母体の理由によって母乳育児ができない場合を除き、ヒトはヒトの乳で育てたい。
 - ▶よくある勘違いに、授乳を始めたころの「母乳不足」がある。母乳は消化が良いため、授乳の間隔が短くなる。初めての親にとっては、夜間の頻回な授乳は苦痛であり、理由を知らないと母乳不足だと間違った判断をすることになる。体重増加不良がないにもかかわらず、医師からも「ミルクを足すように」と誤った指導をされた結果、せっかく出ていた母乳が出なくなったという事例を少なからず筆者は経験してきた*3。
 - ▶初めての子どものときは、どちらも下手なのは当たり前である。根気強くお乳をくわえさせることで徐々に未開通だった乳管が開通し、どんどん乳汁が湧いてくることにつながる。母親には、「母乳が湧いてくる→赤ちゃんが空腹で起きる→授乳して眠るの一連の流れがきれいに同調して繰り返されるのが母乳育児である」ことを伝え、「また起きた」と落ち込むのではなく、「おっぱいはこういうもの」と開き直ることを伝える。
 - ▶2人目からは経験的に頑張れることも、初めてのときは、母乳育児の不安や疑問は大きいことを医療側も知り、安易にミルクを足したり切り替えることを勧めることは避けたい*4。
- 乳幼児の食事

- ▶アレルギー疾患が増えているなか、三大アレルギーといわれる「卵、牛乳、小麦」を摂りすぎないようにすることは大切だと思うが、アレルギー

ーを心配するあまりに、必要のない除去を継続している例がある。一方で、1歳前後の乳児にえびやイクラなどの魚卵を食べさせてじんま疹で来院する例があるなど、食品についての知識不足や無頓着さが目立つ。

▶乳幼児に与えたくない食品(①)、与える時期に注意が必要な食品(②)を

① 乳児に与えたくない食べもの一幼児期・学童期でも摂りすぎに注意

食品	特性	理由
ジュース、炭酸飲料	糖分の多さ、添加物の多さ	味覚形成の面
ファストフード	油分・塩分の多さ	消化機能の面
スナック菓子	塩分・油分の多さ、人工旨み添加物の使用	味覚形成の面
チョコレート	糖分、脂肪、トランス脂肪酸、チアミンなどを 含む高カロリー	味覚形成の面 食品の安全性
アイスクリーム	糖分が多く高カロリー	同上
コーヒー、紅茶、緑茶	カフェインが含まれる	食品の安全性
こんにゃくゼリー	弾力性が強く、のどに詰まらせる危険性あり	咀嚼く面
ナッツ類	奥歯が完全に生えていなければ、かみ砕けず、 誤嚥の危険性大 アレルギーの面からも要注意	咀嚼く面
香辛料	刺激性が強いので離乳期は不要	食品の安全性

② 与える時期に注意する食べもの

食品	特性	与える時期の目安
はちみつ	ボツリヌス菌による乳児ボツリヌス症の危険性	満1歳を過ぎてから
やまいも、さといも	仮性アレルギーとなる	ぬめりを落とし、よく加熱して離乳後期から
えび、かに、いか	消化が悪く、アレルギーとなる可能性がある	奥歯が生え、咀嚼くが完成する1歳半を過ぎてから
ハム、ソーセージ	市販品は、塩分や添加物が多い アレルギー児はつなぎ成分(卵・乳)に注意	1歳半以降で、なるべく添加物の少ないものを
練り製品(かまぼこ、ちくわ、はんぺんなど)	添加物が多く含まれており、咀嚼く面の面からも要注意 卵アレルギーの児は注意	奥歯が生える1歳過ぎてから、添加物の少ないものを
刺身、魚卵(イクラなど)	アレルギーを起こしやすく、食中毒や消化不良も問題	刺身は新鮮なものを選び、2歳以降から 魚卵は、幼児期以降でも注意が必要
マヨネーズ、ケチャップ	味が濃いのでつけすぎに注意。アレルギー児(卵・小麦)は要注意	直接使用は1歳半から調理に少量使用なら、加熱して離乳中期から
酒、みりん	アルコールを含んでいるので、調理に使用するときはよく加熱しアルコールを飛ばしてから	2歳以降から
市販の粉末だし	さまざまな調味料を含む添加物を使用されている	離乳完了期以降

離乳初期：5～6 か月， 離乳中期：7～8 か月， 離乳後期：9～11 か月， 離乳完了期：1～1歳3 か月

教え、食の正しい常識を伝えていかなければならない。

●水分補給¹⁾

- ▶子どもは熱中症を防ぐためにも日ごろから水分を多めに摂る習慣をつけることが大切である。
- ▶日ごろの水分補給には、水、ミネラルウォーター(軟水)や麦茶などで十分だが、運動するときは塩分補給も心がける。食事の妨げにならないように起床時、就寝時、運動の前後、入浴の前後または食事に付け加えるなど、1日に必要な量を数回に分けて与えるのが好ましいとされている。
- ▶乳児については、生後6か月ぐらまでは母乳やミルクのみが基本で、しっかり飲めている場合にはあえて他の飲み物は与える必要はない*5。

スキンケア

- 皮膚のバリア機能を保つことは重要である*6。アレルギーの面からも、経皮的な感作成立が判明したので、乳幼児期からの日常のスキンケアは非常に大切である。
- 皮膚の清潔と保湿は親子のスキンシップだけでなく、子どもの体調をチェックするといった面からも、ぜひ毎日続けたいケアである。



体調不良時のホームケア*7

気になる症状に対するホームケア

- 親が最も「気になる症状」の一つは、発熱である。筆者が指導している内容を③にまとめる。
- 嘔吐や下痢は、初期対応が非常に重要なので、最近の考え方をふまえたホームケアを④に示す。胃腸炎症状の際は、水分のみならず、塩分と糖分の補給が必須である。麦茶や水ばかり飲ませて低血糖や低Na血症を起こし、ぐったりして受診する例もあるので指導したい。
- 近年、経口補水療法による自宅でのケアが非常にしやすくなった。しかし、その使用法を含む食事の進め方については、外来での丁寧な指導が不可欠である。
- どの症状に対しても、親に「予測される経過を伝える」ことが安易なコンビニ受診を減らすことになる。

入浴・シャワーのタイミング

- 熱が高くぐったりしているときを除いて、さっと汗を流してさっぱりさせてあげたい*8。皮膚のトラブルを防ぎ、リフレッシュできる。時と場合により、さっとシャワーですませるなど、その程度を加減すれば問題はない。長湯や熱い温度は避け、冬場はふろ上りの湯冷めを避けるよう就寝前に入浴させるなどの工夫をする。洗髪した際は、すぐにドライヤーで乾かすことを忘れてはならない。
- 入浴できない場合のケア：ぬるま湯でぬらし、軽くしぼったタオルで、全身を1日1、2回は拭くように指導する。下痢をしている場合は、お尻だけでもふろ場でシャワー浴させてあげる。首のしわの間、わきの下や四肢の関節部、耳の後ろは垢がたまりやすい部分なので、とくに念入りに拭い

*5

ベビー用イオン飲料も、発熱や下痢などのない元気なときは飲ませすぎに注意が必要である。カフェイン入りのウーロン茶や煎茶、乳酸菌飲料や100%ジュースも糖分が多いので日常の水分補給としては乳児にはふさわしくない。

*6

最近、しっとりとしたきれいな肌をもつ子どもが少なく感じる。ドライスキンの子は、いわゆるとびひや水いぼを合併することが多くなる。

*7

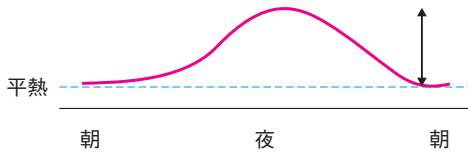
体調不良時のホームケアに関しては、代表著書に日本外来小児科学会編著の『お母さんに伝えたい子どもの病気ホームケアガイド』²⁾がある。小児科医にとっても、保護者にとっても大きな助けとなってきた。この本では、自宅で実践してほしい内容が丁寧にしかも簡潔に示されているので、各項目をそのままコピーして手渡せる便利さは、日常の外来でおおいに活用できる。さらなるスキルアップをめざそうと思えば、他の関係資料と一緒にとじたり、それをベースに各クリニックでオリジナルのホームケアパンフをつくったりするとよい。

*8

鼻水や咳が出るだけでふろに何日間も入っていない例を見かけるが、清潔の面からも好ましくない。子どもは新陳代謝が活発で、汗をかきやすく皮膚に垢がたまりやすいので、元気ならできるだけ入浴させるように指導する。

③ 発熱時のホームケア

発熱の判断と理解



「熱がある」と判断

- 平熱より 1°C 以上高い
- 1日の落差が 1°C 以上ある

正常
体温²⁾

乳児： $36.3 \sim 37.4^{\circ}\text{C}$
 幼児： $36.5 \sim 37.4^{\circ}\text{C}$
 学童： $36.5 \sim 37.3^{\circ}\text{C}$

- 体温は運動や食事の影響を受けやすく、環境温度に左右されやすいこと、発熱は生体反応であり、「熱」＝「悪いこと」「こわいこと」ではないことを伝える

解熱薬の使い方

- 38.5°C 以上で、かつ機嫌が悪い、眠れない、哺乳や水分補給が落ちているときに使用。頭痛や耳痛を訴えるときには高さにかかわらず使用することも考慮
- 1回使用したら、6時間以上はあけるように指導

衣服や部屋の環境

- 熱の上がり始めの悪寒を訴えるときには衣服や寝具で暖かめにするが、いったん高熱に達し本人が暑がり始めたら、うつ熱を防ぐため薄着にさせる
- 汗をかいたら、こまめに下着を着替えさせることも大切
- 部屋の温度と湿度は「快適に過ごせる」が基本

水分補給

- 乳児では乳やミルクの飲みがふだんより落ちている場合は、湯冷ましやベビー用の経口補水液などを少しずつ頻回に与えるように指導
- 排尿の回数や量をチェックすることも大切

食事

- 母乳やミルクは欲しがるだけ与える
- 食欲がないときは無理に食べさせる必要はない
- 離乳食の場合は、「1段階戻して」回数と軟らかさを調節する
- 冷たくてのと越しがよく、水分を多く含むものが食べやすい。口内炎などができたときは「酸っぱくなく、かまずに飲みこめるもの」がよい
- ビタミン、タンパク質が豊富な消化のよいものがよい

クーリング

- 氷枕、ジェルタイプの保冷枕、冷却シート^{*9}などで太い血管部位を冷やすことが提唱されているが、あくまでも本人が「気持ちいい」と感じるようなら利用すればよい。それよりも、薄着にして風通しがよければ本人はずっと楽である

入浴

- 明らかにぐったりしている場合を除き、さしつかえない(本文参照)

てあげたい。

- 清拭をするなか、子どもの皮膚の状態^{*10}の変化を観察できる利点があることも伝えたい。

家庭での過ごし方

- 快適な室温と湿度を保つ

▶ 温度は $20 \sim 28^{\circ}\text{C}$ 、湿度は約 50% を目安とする。本人が快適と感じる環境が最適。

^{*9}

2004年に生後4か月男児の重篤な窒息事故が起きた。シートにより使用部の接触皮膚炎を起こした例も筆者は経験している。使用には十分注意する。

^{*10}

紫斑や発疹、湿疹はできていないか、ツルゴールは下がっていないかなど。

かかりつけ医が担うリスクコミュニケーション

カウンセリング

— 初期対応と中・長期対応

高田 修 | たかだこども医院

日常を取り戻す 必要性

地域医療にあずかる一介の開業医がすべきことは、一刻も早い医院再開により少しでも「日常」を取り戻すことである。当院も震災3日後の月曜日である3月14日に断水でトイレも手洗いもできず、暖房も使えないままで救護所的に診療所を開けた。そうするとガソリン不足のなか、乳児健診の予約をしている方々はきちんと来院する。「医院を開けてくれてありがとうございます」と一言に被災者の「日常を取り戻したい」という心情を感じた。



2011年3月11日

- 筆者は宮城県のリ府町で開業医として暮らしている。2011年3月11日午後2時46分東日本大震災が発生した当時は、自院で乳幼児健診のまっ最中であった。目の前には生後2か月の赤ちゃんがオムツを付けただけの姿で横たわっており、何かにつかまらなければ立ってられないほどの揺れのなかで看護師とともにその子の上に覆いかぶさり、落下物に備えるのがやっとであった。
- このままでは地面が崩れ建物も倒壊してしまうと観念したところに(実際は3分ほど続いた)揺れが収まった。余震が繰り返されるなか、駐車場に避難すると雪まで降りだした。ラジオではすでに「大津波」「10m」とアナウンスが繰り返していた。しかし当院は内陸にあることもあり、大地震を乗り切ったことで「終わった。助かった」と変に高揚した気分であったことを覚えている。
- その後家に帰ると、停電で真っ暗ななかで灯油ストーブを囲み暖をとっている家族がいた。土鍋を使ってなんとかご飯を炊き、いつでも逃げられるようスキーウェアを着たままで玄関先で横になり、明日からどうやって生活をしていけばいいのか、医師として何をすればよいのか、眠れぬまぼんやりと考えていた記憶がある。



災害支援における「心のケア」

- 今回の震災では「想定外」という言葉が乱用された。しかし災害とはすべて想定外のものなのではないだろうか。危機管理というのは、想定外をできるだけ想定可能なものに変える取り組みを続けることであり、その積み重ねの先に想定外の事態に対応できる応用力が培われていくように思う。
- 筆者は、児童の7割である74名と教職員10名が津波の犠牲となった、石巻市立大川小学校遺族の支援活動に参加させていただいている。そこではこれまでさまざまな思いが語られてきた。そのなかで「この大震災は全く前例のない体験。とすれば、心のケアをする側にとっても前例がないことであり、道なき道を切り開いていく必要があるのではないか。支援する側とか、される側だとかそういうのではなく、それぞれの立場で一生懸命向かい合い、知恵を出し合わなきゃならないと思う」という発言が強く印象に残っている。



心的外傷体験と喪失体験

- 阪神・淡路大震災の際、神戸大学医学部の精神科教授だった中井久夫は、自らも被災者として支援にあたった経験から、心的外傷には「基本的信頼の喪失」が基底にあるようだと述べている。
- 確かに、人が日常の生活のなかで漠然と抱えている安心感や安全感に対する「基本的信頼」とは無根拠で曖昧なものである。それが、レイプ、虐待、通り魔的犯罪、重大な人身事故、突然死、そして自然災害などのトラウマと総称される出来事に出会うと、基本的信頼がもつ無根拠性、曖昧性に直面させられる。その意味では、心的外傷体験もまた、基本的信頼を「喪失」する体験であるというのはいへんにわかりやすい見立てである¹⁾。
- この「喪失体験」に対するケア(セルフケアも含む)が十分になされないと「複雑性悲嘆」とよばれる状況に陥る。そしてそれは、なにげなくかけられる心ない言葉、また仮設住宅や転出先での人間関係などによる「二次性ストレス」により増悪していくとされる。

避難所の二次性ストレス

敷いてある毛布のほんのほじっこを2歳の子が踏んだだけで、大声で叱責する老人がいた。そのような殺伐とした雰囲気の中で子どもたちは、「静かにしろ」「騒ぐな」「おとなしくしている」という「ダメ」という周囲からの圧力にじっと耐えなければならない状況に置かれる。避難所でゲームに没頭し静かにするしかない子どもたちの姿が目立つのはそのためである。



初期対応

被災者への敬意

- 被災直後から、その初期対応として「心のケア」ということがさかんに呼びかけられ、さまざまな心理職が被災地に乗り込んだ。しかし、露骨な拒絶にあったチームも多かったと聞く。ここで注意しておきたいのは、被災者とは、被災の前まで心は健康であり社会に適応していた、いわゆる「普通」の人々であるということである。カウンセリングなどというものに全く無縁の存在であったものが「心のケア」の必要性を声高に押しかけられても戸惑うのが普通であろう。
- 初期のメンタルヘルス支援のためのガイドラインとしては、WHO が作成した「心的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド:PFA)フィールド・ガイド」²⁾・*¹がある。「サイコロジカル」という言葉を使っているが、その対象は心理や医療の専門職に限るものではない。防災、教育、治安、行政、産業などの従事者、また NGO、NPO やボランティア関係者など被災地に入るすべての支援者に向けて、被災者の尊厳、文化、能力を尊重する包括的な枠組みを示す手引き書である。

PFA: Psychological First Aid

*1

心的応急処置フィールド・ガイド

東日本大震災直後、日本学校心理士会宮城県支部、日本臨床発達心理士会東北支部、宮城県臨床心理士会の有志が立ち上げた「ケア・宮城」がプラン・ジャパンとともに、WHO から発行されていた手引きを訳して日本語版を作成し、ネット上で公開したもの。小冊子版もネット上で公開されている。

的確なニーズの把握

- 実際に役に立つケアや支援を提供するには、とにかく被災地に赴きニーズを調査することから始まる。また、災害は「進化する」ものでもある。過去の体験を役立てるとしても、常に新しい事態が生じることを念頭に置く必要がある。

ストレス・マネジメントの必要性

- 震災直後の避難所では、まず衣食住という生きるための最低限の条件が破壊されてしまっている。これは生存そのものの危機である。そしてさらに子どもたちは、ストレスに晒された大人たちに取り囲まれるという二次性

石巻市立大川小学校

- ここねっとのサポートチームでは、学校管理下で最大規模の犠牲者を出した石巻市立大川小学校の遺族、生き残った子どもたち、また亡くなった子どもたちの兄弟姉妹を対象に継続的な関わりを展開している。
- 大川小学校には校庭のすぐ近く、走れば1分以内に登れる、親も子どもたちも慣れ親しんだ裏山がある。「学校だから安全」「裏山があるから大丈夫」。遺族のほとんどは震災直後にそう信じていたという。しかし津波到来までの51分もの長い時間、子どもたちは校庭に留め置かれた。そして避難行動すらほとんどとらぬまま(実際には1分も逃げていない事実が明らかになっている)津波に巻き込まれた。そしてさらには、その遺体のほとんどを親自身が搜索し発見するという想像を絶する悲劇が起っていた。

グリーフ・ケアの必要性

- 大川小学校の遺族は、震災後2か月経った2011年5月になっても心理的な支援が何一つなされていない状況にあった。ここねっとのサポートチームではその後約1年間にわたり2週に1回のペースで遺族が集まる場に同席した。その際サポートチームからは、車座になった遺族の真ん中に「子どもの存在」を常に意識しながら話すことを提案した。また、話し合いの最後には必ずその日に感じたことを「よさの観点」で振り返り、支援者も含めた参加者全員が一言ずつ話してから帰宅する、という枠組みを設定した。そうやって遺族同士、時に感情に流され、押しつぶされそうになりながらも、知りえた情報を伝えあいながら感情を表出する時間と空間を共有した。
- そうすると「過去を変えることはできないが、未来は変えることができる」そして「乗り越えるということは、忘れることではない。ちゃんと受け止めること」という言葉に出会う。また「最大の供養、そして最大の心のケアは、事実を明らかにすること」という遺族もいた。震災による外傷そして喪失の体験は、決して捨て去ることも消してしまうこともできない。自分の心の中におさめ、大切にしまっておける場所を必死で探す作業をしているのだと思う。
- 誰かに聞いてもらう。そのことだけで、気持ちに整理がつくのであり、そこには決して評価や否定をしない、そして安易に同情の言葉を吐くのではなく、なんとか共感できないものかと必死に耳を傾ける支援者の姿も必要である。一瞬でも伝わったという「共感的理解」が被災者の心を静めてくれ、体験したことを整理する力につながっていく。河合隼雄は、カウンセリングとは「何もしないことに全力を傾注する」ことだと言ったそうであるが、まさにそのとおりだと思う。
- 遺族の一人が「オレたちは一生背負っていく重い荷物を持たされた。その荷物をこうやって話し合うなかで整理してもらい、背負えるものにしている。これがカウンセリングということなんだと思う」と言ったのは、この取り組みがグリーフ・ケアの一つであったことを示すものだと考

注意したい残酷な一言

子どもを亡くした親にかけしてしまう言葉として最も残酷な一言は「早く次の子どもを作ったら」というのがある。ナイフのように胸に突き刺さったと表現した遺族がいた。また、きょうだいを亡くした子どもに対し「死んだきょうだいの分も生きなければいけないよ」と真剣な顔をして語りかけるものもいた。その子は黙って耐えていたが、非常につらかったと言う。

家族の再生

この取り組みでは「家族の前では泣けない」「泣くと子どもを思い出すから泣くなど家族に言われる」という祖父母にも出会った。悲しみを分かち合うべき家族のなかでさえ気持ちを伝えあうのがつらいほどの体験である。家族から離れ、安心・安全な場所で気持ちを素直に吐き出すことはストレス・マネジメントにもなり、そのエネルギーが家族の再生にもつながる。

える。震災で受けた心の傷は「共感的理解」という言葉がむなしくなるほど大きなものである。それでも、安心して安全な空間のなかで、自分たちの体験を言葉にしてみることで、なんとか胸の中にしまえるものに整理できてゆくのかもしない。



「あいまいな喪失」

- ト라우マ体験が「忘れたいのに忘れられない」外傷体験とすれば、喪失体験は「取り戻したいのに取り戻せない」大切な記憶や思い出である。これを同時に抱えることを想像すると、引き裂かれるような焦燥感、不安感に陥っている被災者の心情が理解できると思う。この状況を、ダブル・パンチという言葉で表現したところ、「まさにそうなんです!」と我が意を得たりとばかりに同意してくれた被災体験者もいた。
- 考えてみると、人生とは喪失体験の繰り返しである。自分の親が認知症にかかり、まるで違った人になってしまう。また自分自身の身体でさえ、歳をとるとともに、今までできていたことができなくなっていたり、あるいは思い出というその人がその人であるための大切なものでさえ、あいまいで漠然としたものになってしまう。
- それらを「あいまいな喪失」と名づけた Pauline Boss^{*4} は、福島と仙台で講演をした際、聴衆に、心の中にある言いようのないやりきれなさ、悲しみ、力を奪う存在に「あいまいな喪失」とまず名づけてみてくださいと話した。確かに被災地ではそれがあふれかえっている。「行方不明」の方を思うときの不安感、焦燥感だけではない。遺体が見つかったも火葬すらままならず「服喪」が儀式として成り立たなかった家族もいた。また変わり果て整地され消滅していく「ふるさとの変容」。そして今後の生活に対する「見通しの不確かさ」は仮設住宅に住む被災者の心を蝕み続けている。
- 被災者の心に満ちあふれる、この複雑な悲嘆反応に「あいまいな喪失」と言葉を与え「外在化」をすることでずいぶんと救われ、立ち直ることができた人がいたようである。これからの被災地支援には欠かせない視点と考える。

*4

Pauline Boss

米国ミネソタ大学名誉教授。「あいまいな喪失」(ambiguous loss)を提唱し、行方不明者家族などへの支援活動を行っている。



息の長い支援をお願いします

- 震災直後には全国の医師がDMAT, JMATの形で自身の仕事を休み支援に奮闘してくださったと聞く。宮城県に住む者として、いくら感謝しても言葉が足りないくらいである。それとともに早い段階から日本臨床心理士会と日本心理臨床学会とが共同で東日本大震災心理支援センターを開設して被災地の「心のケア」に取り組んでくれたようである。
- 2011年3月11日から早くも2年以上の月日が流れてしまった。しかしながら、被災地そのものの復興はまだまだ見通しが立っていない。阪神・淡路大震災においても、被災後18年を経過した今も震災は続いているという方がいる。今回の震災では、地震に加えて広範囲にわたる、近代日本が初めて経験する甚大な津波被害があり、さらに原発事故による放射性物質

DMAT : Disaster Medical Assistance Team

JMAT : Japan Medical Association Team

総合小児医療カンパニア
小児科医の役割と実践
ージェネラリストのプロになる

2013 年 8 月 30 日 初版第 1 刷発行 ©

〔検印省略〕

総編集 ——— た ほらたかひろ
田原卓浩

専門編集 ——— た ほらたかひろ
田原卓浩

発行者 ——— 平田 直

発行所 ——— 株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100(代表) 振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

装丁本文デザイン — ビーコム

カバー装画 ——— 富長敦也

印刷・製本 ——— 中央印刷株式会社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73681-5

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)
は株式会社中山書店が保有します。

JCOPY (株)出版者著作権管理機構 委託出版物

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。

複写される場合は、そのつど事前に、(株)出版者著作権管理機構

(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾
を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。
