

小児医療から成人医療への移行に関する医療者の意識 —小児医療者・成人医療者、医師・看護師の回答を比較して—

松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, 瀬戸美子*, 森田裕美*,
木多由里*, 毛利京子*, 貳方映子*, 井上ひろみ*

神戸市看護大学, *神戸市立中央市民病院

要 旨

医療の進歩により、小児期に発症した疾患をもちながら成人に達し、小児医療を継続して受けている青年期の患者が増えている。その中で、2001年に行った患者と家族への調査では、「移行を希望している」と回答した患者は約2割で、「移行の希望を言い出しにくい」と回答した患者もいた。そこで、今回は医療者に対して質問紙及び面接による小児医療から成人医療に関する意識調査を行った。対象としたのは、総合病院の医療者(医師34名, 看護師275名)309名(回収率64%)で、そのうち約9割が移行は必要であると回答し、情報交換を希望していた。さらに、慢性疾患をもつ青年期の患者とその家族に対する移行の援助として、まず、医療者側の十分な準備を行っておくことや移行後のフォローを小児医療者と成人医療者とが連携しながら行っていくことが重要であることがわかった。また、患者と家族の準備、事前の指導や引継ぎ、移行後の継続看護は移行における看護師の重要な役割であることが明らかになった。

キーワード：移行, 小児医療から成人医療, 医療者, 意識

I. はじめに

わが国では、医療の進歩により小児期に発症した疾患をもち成人に達しながらも、小児科での医療を継続している患者が増えている。それに伴い、生涯医療を必要とする小児慢性疾患患者の成人化(キャリアオーバー)、思春期の心の成長、ハイリスクの妊娠・出産などの課題が生じている。それらのニーズに応じるためこれまでの診療科の枠を越え、ライフサイクルという新しい概念に基づいた「成育医療」において小児期からキャリアオーバーした患者への包括的、継続的な医療が内科その他関係する他科と連携して行われてきている(柳澤, 2002; 山元他, 2002)。例えば、小児がんの治療成績の向上により、現在その約70%が治癒してきており、それに伴いキャリアオーバーする患者が年々増えてきている。彼らの約半数は原疾患を克服したものの晩期障害を抱え、就職や結婚、出産などそれに伴う様々な心理社会的問題に直面している。その患者たちを誰がどのように診て行くのが今大きな課題となっているとされている(石本他, 2002)。

また、小児病棟の設備の大きさや装飾が青年期の患者に合わないこと、また、小児医療従事者が、青年期の患者への対応に戸惑い、性や出産に関する問題、薬物乱用、危険行動、職業相談など青年期の重要な問題

に最善の準備をして対処することができないという意識をもっていることが言われている(Conway, S.P., 1998)。

さらにHauser(1999)は医療者に対する面接調査で、移行において障壁となることは、患者と家族が小児医療者に依存していること、その小児医療者が依存を助長していること、小児医療者と成人医療者との連携の不足、保障制度の欠如などをあげている。したがって、疾患及び治療、自己責任をもつことについての患者と家族への教育、成人病棟の受け入れ準備、小児医療チームが移行のための事前準備をすることなどを目的とした移行プログラムの実施を提案している。それに加えて、慢性疾患をもつ小児の数がここ10年で約2倍になったということをふまえ、患者・家族に成人病棟を紹介していくこと、情報提供や事前指導により自己管理や意思決定のスキルを育成していくことなどを看護実践への応用として示している。今後は、この実践の評価を行い、他の慢性疾患患者へ広く応用させていくことが課題であるとしている。

加藤ら(2001)は、国内の医療における移行の現状と課題について文献検索した結果、移行の必要性や実態を述べたものはなく、ほぼ医師によって記述された事例や調査報告であったと述べている。また、看護の現状や看護者の認識が不明確で小児から成人への移行

に焦点を当てた看護の文献はなく、個人の援助の視点で記述されており、転科や医療システムの問題に触れているものは見られなかったとしている。

1993～2003年までの医学中央雑誌刊行会による文献検索において、「移行」「慢性疾患」「キャリアオーバー」「小児医療から成人医療」「育成医療」のキーワードで該当した文献は8件のみで、4件が医師による症例報告や解説、3件が1型糖尿病に関する症例報告や雑誌の特集記事、1件が先の加藤ら(2001)の文献であった。

したがって、小児医療から成人医療への移行に関する調査や研究を行っていくことは、今後増え続けるであろう小児慢性疾患のキャリアオーバー患者に対する医療や看護において、また「育成医療」という分野においても重要な意義があると考えられる。

このような現状において、昨年度は、患者や家族がどのような思いで闘病しているのかについて小児医療から成人医療への移行に焦点をあて意識調査を行った。その結果、「小児医療を継続して受けていることに違和感をもっていない」や、「成人医療への移行を希望しない」と回答した患者や家族が約6割にみられた。一方、「移行を希望している」と回答した患者は約2割で、その中には「希望を自分からは言い出しにくい」と回答した患者もいた。また、「必要性に関してわからない」と回答した患者や家族が約3割に及んでいたことがわかり、成人医療への移行に関する情報提供を行っていくことの必要性も示唆された(松森他, 2003)。

そこで、前回の患者と家族への意識調査に引き続き、今回は、医療者に対する意識調査を行い、医療者側の現状における問題とその対応を明確化することを目的とした。ここでは、小児医療に従事している医療者(以下、小児医療者)と成人医療に従事している医療者(以下、成人医療者)のそれぞれが移行に関してどのような意識をもっているのか両者の回答の違いに焦点をあててまとめた。さらに、より具体的な示唆を得るため、成人医療者を医師(以下、成人医師)と看護師(以下、成人看護師)、小児医療者を医師(以下、小児科医師)と看護師(以下、小児看護師)に分け、それぞれの立場での回答の違いについても分析を行った。

II. 調査方法および対象

対象者：A 総合病院の小児病棟・混合病棟，外来，

成人を対象とする診療科に所属している医療者 483名
調査方法：無記名による質問紙調査及びさらに詳しい回答を得るために、同意が得られた場合にのみ半構成的面接を行った。

調査期間：平成14年11月～平成15年3月

調査内容：文献を参考に、小児医療から成人医療への移行の必要性、移行事例の経験の有無、移行の際に考えられる問題や必要な配慮、思春期病棟の設置などに関する質問項目を独自に作成した(Rettig, P. et al., 1991; Betz, C.L., 1998, 2000; Conway, S.P., 1998; Hauser, E.S., 1999; 駒瀬, 2000)。

分析方法：質問紙によって得られた数値的な回答に対しては χ^2 検定($p < 0.05$)を行い、記述回答や面接での回答は、内容分析を行った。

倫理的配慮：調査対象とする施設、病棟の代表者に研究内容および方法に関して説明し同意を得た。そして、調査への協力は所属長からの強制ではないことや匿名性の保持等を調査用紙に明記し実施した。

III. 結果

1. 質問紙調査の結果による移行に対する医療者の認識

配布数483に対し、回収した総数は309(看護師275名;成人看護師220名,小児看護師55名,医師34名;成人医師24名,小児科医師10名,図1)で、回収率は64.0%であった。年齢は20歳代が全体の5割以上を占めており、経験年数は5年未満が41.1%,5~10年19.1%,10~20年21.7%,20年以上16.8%,無回答1.3%であった(図2)。

また、それぞれの質問に対する回答を以下に記述した。

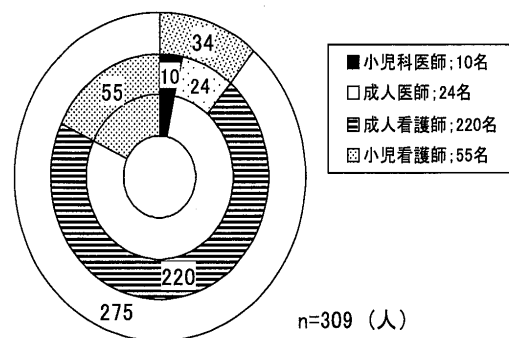


図1 回答者の属性

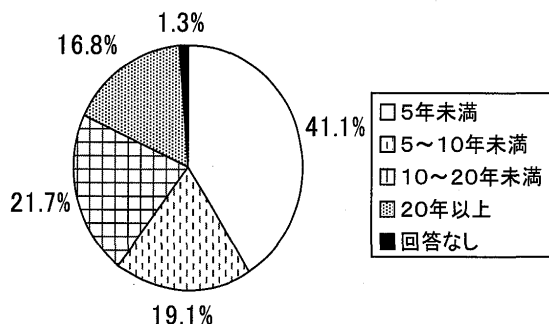


図2 回答者の医療者としての経験年数

1) 職場で移行を話題にすることがあるか

職場で話題にすることに関する回答は、「よくある」小児医療者 18.5%(以下 65 名に対する割合), 成人医療者 0%(以下 244 名に対する割合), 「たまにある」小児医療者 50.8%, 成人医療者 13.1%, 「あまりない」小児医療者 13.8%, 成人医療者 38.9%, 「全くない」小児医療者 10.8%, 成人医療者 36.1%, 「考えたことがないのでわからない」小児医療者 6.2%, 成人医療者 11.0%で, 小児医

療者の方が話題にすることが多かった(図3)。

2) 小児医療から成人医療への移行の必要性について

移行することは「必ず必要」と回答した小児医療者は 9.2%, 成人医療者は 9.4%と同じくらいであった。「状況に応じて必要」は, 小児医療者 84.6%, 成人医療者 65.6%であった。「考えたことがないのでわからない」小児医療者 4.6%, 成人医療者 22.1%で小児医療者を上回っていた。「全く必要がない」と回答した人は両者共にいなかった。

3) 移行の推奨度について

移行を「積極的に勧めたい」は小児医療者では 10.8%, 成人医療者では 3.3%, 「状況に応じて勧めたい」は小児医療者では 80.0%, 成人医療者では 64.3%と小児医療者の割合の方がいずれも多かった。さらに「考えたことがないのでわからない」は小児医療者 6.2%に比べ, 成人医療者 27.9%と多かった(図4)。また, 職場での話題に対す

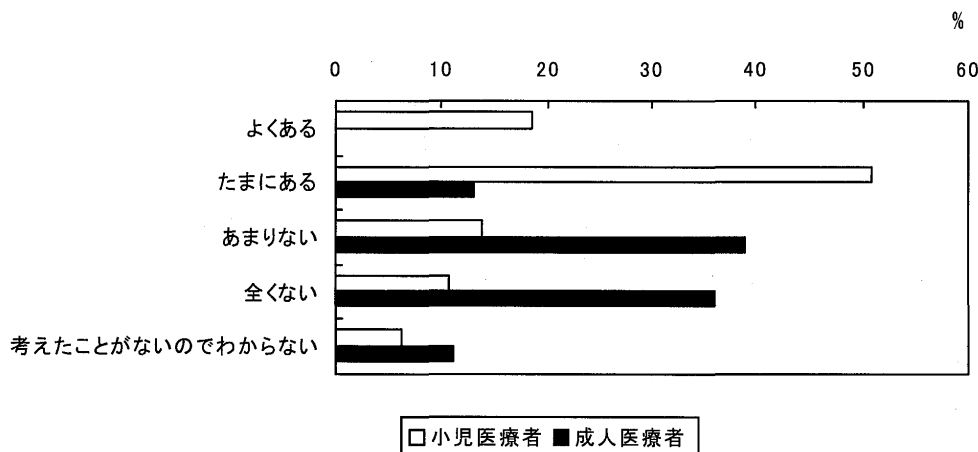


図3 職場での話題

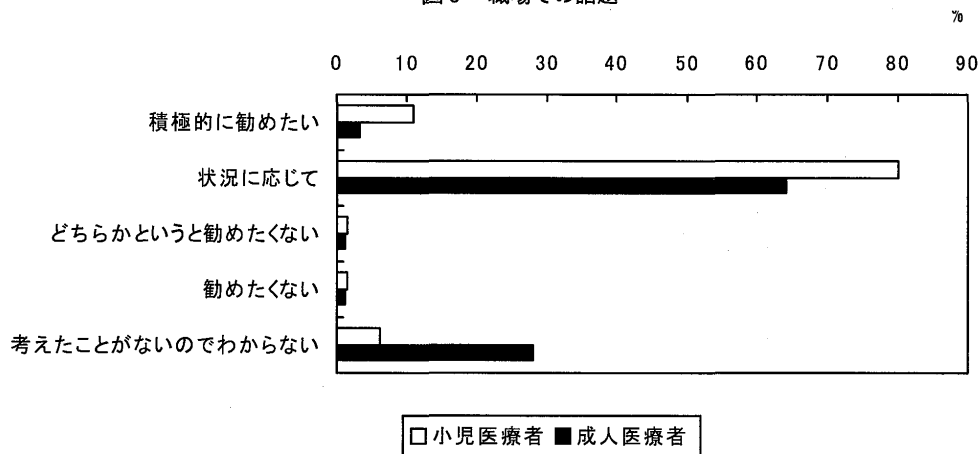


図4 移行の推奨度

る回答と移行の必要性や推奨度との間には有意差があり、職場での話題が多いと移行の必要性や推奨度は高かった。

4) 移行を勧めるかどうかを決定する際の要因

移行を勧めるかどうかを決定する際の要因に関する回答は、「患者の状況による」小児医療者 53.8%, 成人医療者 34.8%で最も多く、次いで「患者自身の自立が人生や治療上必要だから」小児医療者 41.5%, 成人医療者 19.7%, 「患者, 家族の要望による」小児医療者 32.3%, 成人医療者 20.9%, 「病棟の受け入れ体制による」小児医療者 35.4%, 成人医療者 20.5%で、いずれも小児医療者の割合の方が多かった(図5)。

また、移行の推奨度との関連では「幼少時から熟知しているから」や「継続的に診療したいから」「成人医療では難しいから」という回答をしても「状況に応じて移行を勧めたい」と回答した人が多かった。しかし、「幼少時から熟知しているから」や「継続的に診療したいから」という回答と同時に「積極的に移行を勧めたい」と回答した人はいなかった。(以上、複数回答)

5) 情報交換の希望

移行を行う際の準備や配慮として「情報交換をぜひしたい」という回答が小児医療者 52.3%, 成人医療者 45.9%で最も多かった。「状況によってはほしい」という回答は、小児医療者 38.5%, 成人医療者 38.5%で、「ぜひしたい」と「状況によってはほしい」の回答を合わせると約9割の人

が情報交換を希望していた。「全く必要ない」との回答は両者ともなかった。

6) 移行の準備

移行の準備として「病状の経過を引継ぐ」という回答が小児医療者 66.2%, 成人医療者 58.2%で最も回答が多かった。次いで「医療者の連携」で、小児医療者 64.6%, 成人医療者 39.8%と小児医療者の回答が多かったが、この項目を最も重要としていたのは、小児医療者 7.7%, 成人医療者 18.4%で成人医療者の回答が最も多かった。「思春期科の設置が必要」は、小児医療者 26.2%, 成人医療者 15.6%でその項目を最も重要としていたのは小児医療者 1.5%, 成人医療者 0.8%であった。(複数回答)(図6・7)

7) 1例以上の移行事例の経験

1例以上の移行事例の経験についての回答は、小児医療者が 21.5%, 成人医療者が 12.3%で小児医療者に経験者が多かった。「全く経験がない」は、小児医療者 36.9%, 成人医療者 71.7%であった。

8) 移行の年齢

何歳で移行をしたらよいかについては、「19-22歳」小児医療者 46.2%, 成人医療者 32.4%, 「16-18歳」小児医療者 29.2%, 成人医療者 36.5%で小児医療者と成人医療者の回答に有意差はなかった。「12-15歳」と回答したのは小児医療者 4.6%, 成人医療者 8.2%であった。また、「年齢には関係ない」小児医療者 7.7%, 成人医療者 4.5

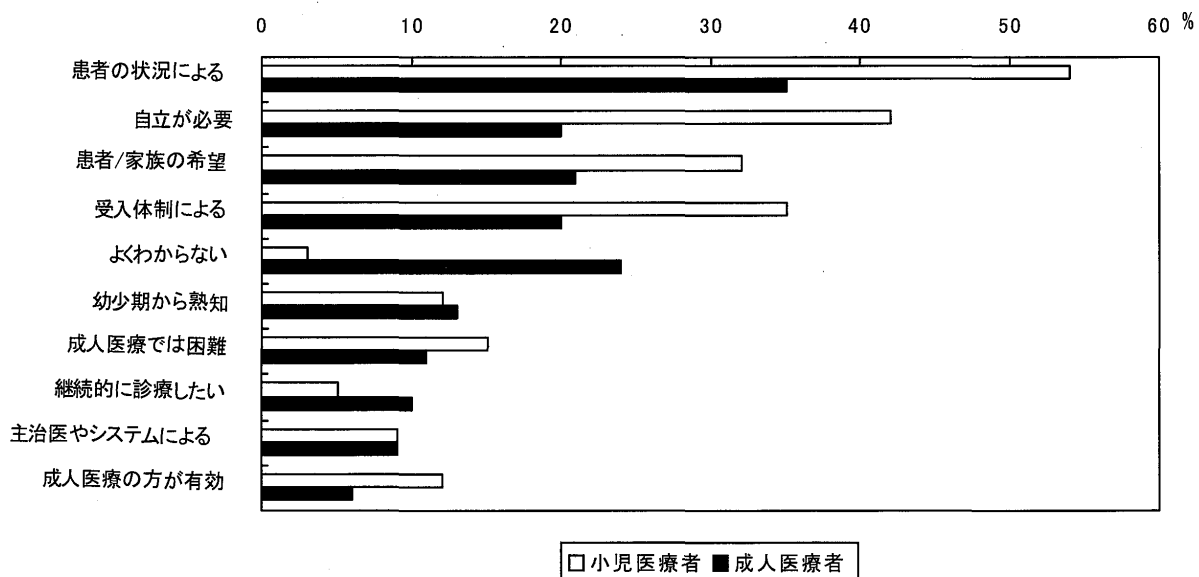


図5 移行を勧めるかどうかの理由(複数回答)

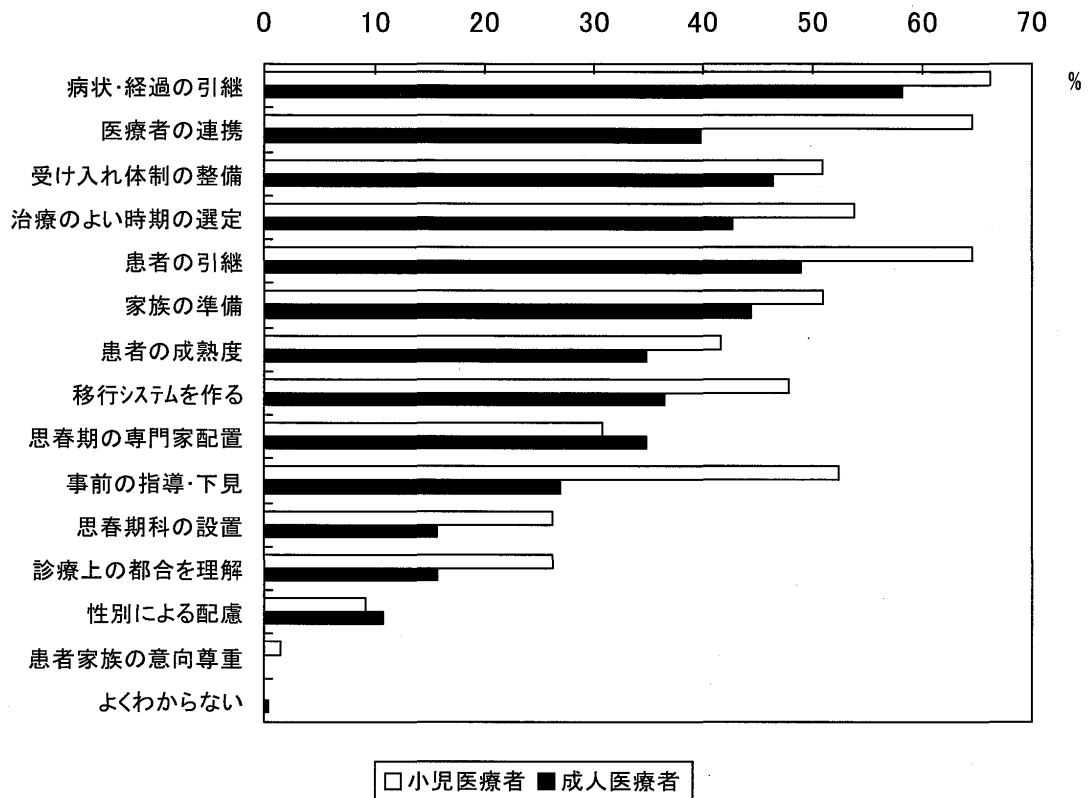


図6 移行の準備や配慮で必要なこと（複数回答）

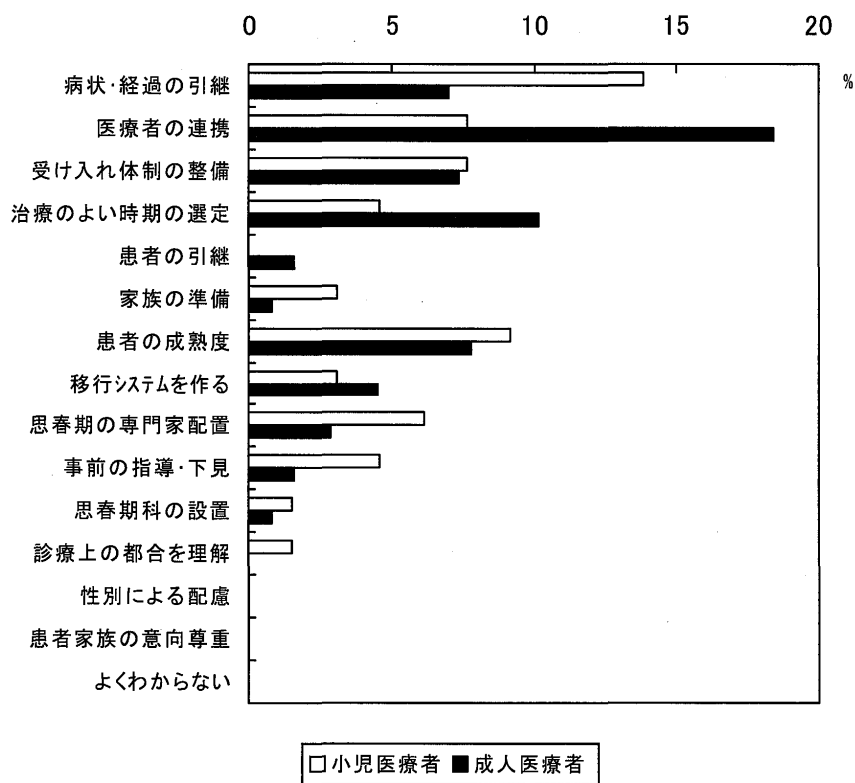


図7 移行の準備や配慮で最も重要と考えること（複数回答）

%, 「疾患によって違う」小児医療者 1.5%, 成人医療者 4.5%であった。(図8)

2. 質問紙調査の結果による医師・看護師の認識の比較

医師も看護師も、移行の必要性、推奨度に関する

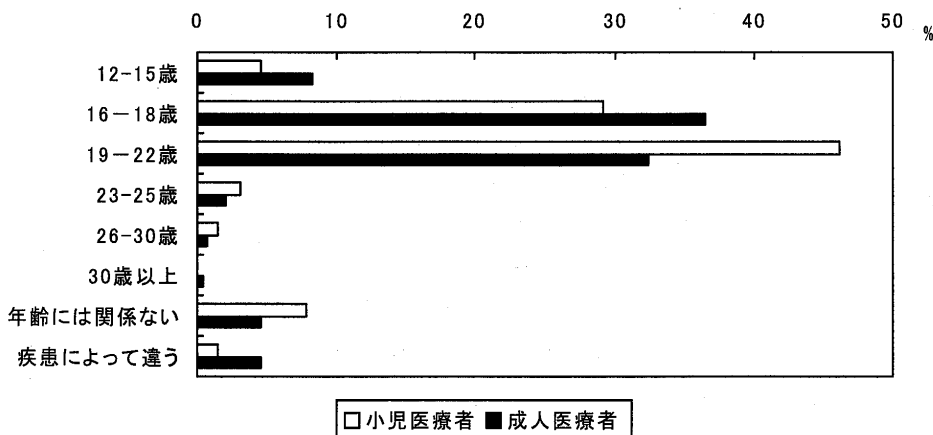


図8 移行の年齢

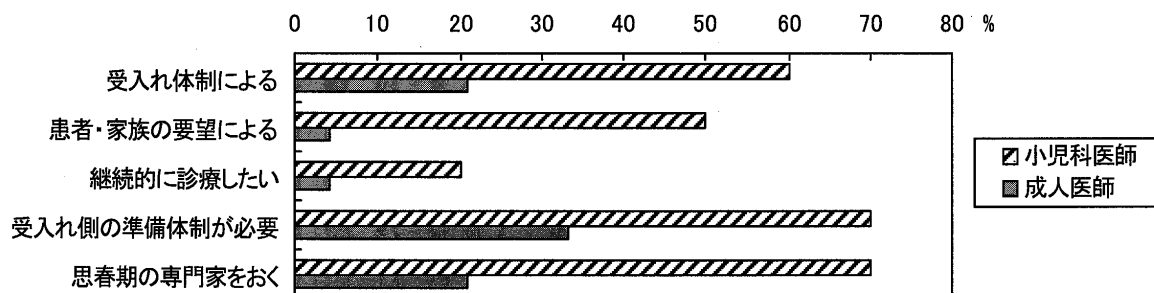


図9 移行の推奨度と準備に関して成人医師と小児科医師との比較で有意差のあったもの (χ^2 検定: $p < 0.05$)

回答に有意差はなかった。移行の必要性が「全くない」との回答は両者共にいなかったが、「どちらか」というと「不要」との回答は7名で、主に経験年数10年未満の医師と看護師であった。

情報交換の希望では、看護師の11.6%が「わからない」と回答しており、医師の2.9%より多かった。

職場での話題は、「よくある」医師14.7%、看護師2.5%で医師の方がよく話題にしていた。

移行事例の経験で、「全く経験がない」との回答は医師の20.6%に比べ、看護師69.8%と多かった。

移行の際の配慮として、「患者自身の引継ぎが必要」と回答したのは、医師の32.4%、看護師の56.0%で、看護師の方が多かった。

1) 成人医師と小児科医師の認識の比較

移行を勧めるかどうかは「受け入れ体制による」としていたのは、成人医師20.8%、小児科医師60.0%、「患者・家族の要望による」成人医師4.2%、小児科医師50.0%、「継続的に診療したい、責任を遂行したいから」成人医師4.2%、小児科医師20.0%でいずれも小児科医師の方が多かった。

移行の準備として必要なことを「受け入れ側の

準備体制」と回答したのは、成人医師33.4%、小児科医師70.0%「思春期の専門家をおく」との回答も、成人医師20.8%、小児科医師70.0%で小児科医師の方が多かった(図9)。

2) 成人看護師と小児看護師の認識の比較

移行を勧めるかどうかは「患者の身体的、精神的発達や社会的状況による」としていたのは、成人看護師58.5%、小児看護師74.5%、「患者自身の自立が人生や治療上必要だから」は、成人看護師30.5%、小児看護師65.5%、「幼少時を熟知しているから」は、成人看護師13.2%、小児看護師18.2%でいずれも小児看護師の方が多かった。

「継続的に診療したい、責任を遂行したいから」は成人看護師12.3%、小児看護師5.4%、「移行に関する情報をあまり知らない」は成人看護師31.5%、小児看護師3.6%でいずれも成人看護師の方が多かった。

移行が必要な疾患について、「内分泌代謝疾患」をあげたのは、成人看護師7.3%、小児看護師20.0%で小児看護師の方が多かった。

移行の準備で最も重要なことを「医療者の連携」と回答していたのは、成人看護師17.4%、小児

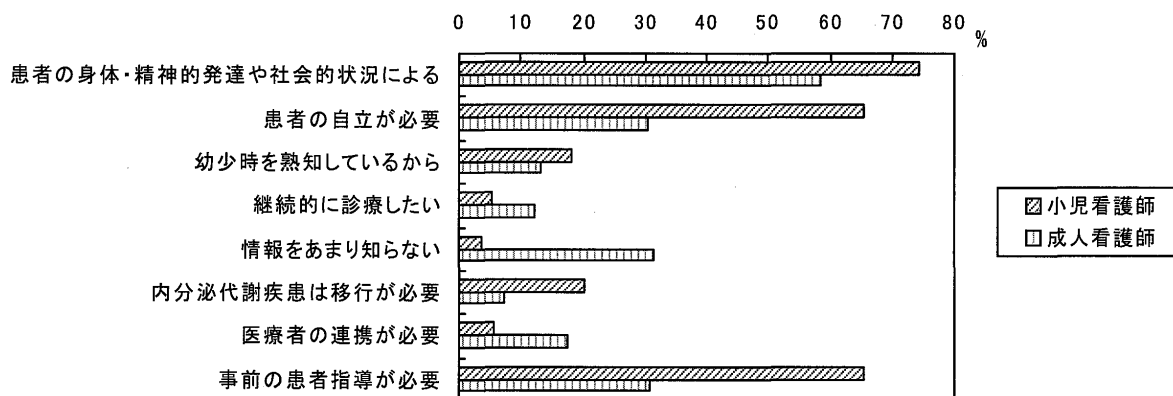


図10 成人看護師と小児看護師との比較で有意差のあったもの (χ²検定: p<0.05)

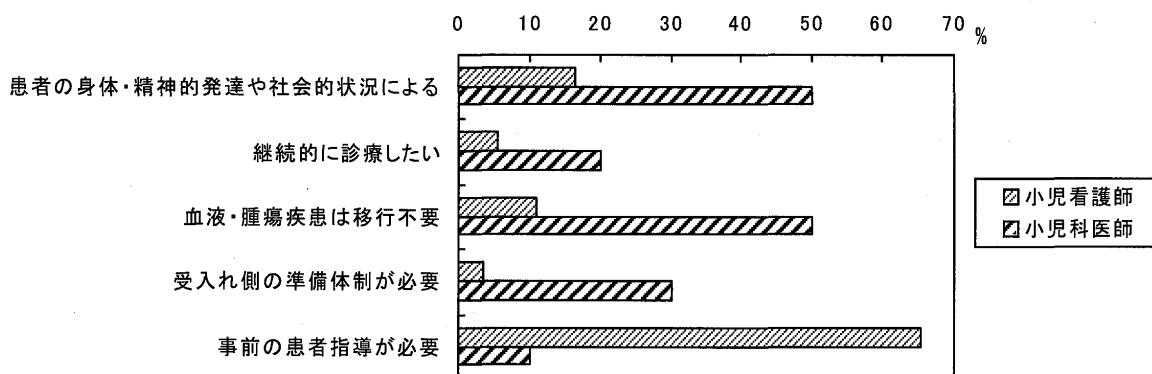


図11 小児科医師と小児看護師の比較で有意差のあったもの (χ²検定: p<0.05)

看護師 5.5%で成人看護師の方が多かった。「事前の指導・下見が必要」としていたのは、成人看護師 30.6%、小児看護師 65.5%で小児看護師の方が多かった(図10)。

3) 小児科医師と小児看護師の認識の比較

移行を勧める理由について「患者の身体的、精神的発達や社会的状況による」を最も重要としていたのは小児科医師 50%、小児看護師 16.4%で、「継続的に診療したい、責任を遂行したいから」を理由としていたのも小児科医師 20%、小児看護師 5.4%でいずれも小児科医師の方が多かった。

移行が必要でない疾患として「血液・腫瘍疾患」をあげたのは、小児科医師 50.0%、小児看護師 10.9%で小児科医師が多かった。

移行の準備として「受け入れ側の準備体制」を最も重要と回答したのは、小児科医師 30.0%、小児看護師 3.6%で小児科医師の方が多かった。「事前の指導・下見」を必要としていたのは、小児科医師 10.0%、小児看護師 65.5%で小児看護師の方が多かった(図11)。

4) 成人医師と成人看護師の認識の比較

移行を勧めるかどうかの理由で「小児特有の疾

患で成人医療での治療は難しい」と回答していたのは、成人医師 37.5%、成人看護師 8.2%で成人医師の方が多かった。「患者・家族の要望による」は成人医師 4.2%、成人看護師 28.6%で成人看護師の方が多かった。

移行を必要とする疾患として、「血液・腫瘍疾患」をあげたのは、成人医師 4.2%、成人看護師 18.2%で成人看護師が多かった。「心疾患」をあげたのは、成人医師 25.0%、成人看護師 14.5%で成人医師が多かった。

移行の準備として「家族の準備」をあげていたのは、成人医師 20.8%、成人看護師 47.0%、「医療者の連携」も成人医師 45.8%、成人看護師 59.8%で成人看護師の方が多かった(図12)。

3. 面接調査の結果

面接を実施したのは、小児科医師1名と内科医2名、小児病棟の看護師2名であった。(表1)

「血液・腫瘍疾患」を移行が必要ない疾患としてあげていたことに対して「小児科にも専門の医師がいるため」との理由を回答していた。「心疾患」に関しては、「生涯もっていく疾患なので成人の科へ

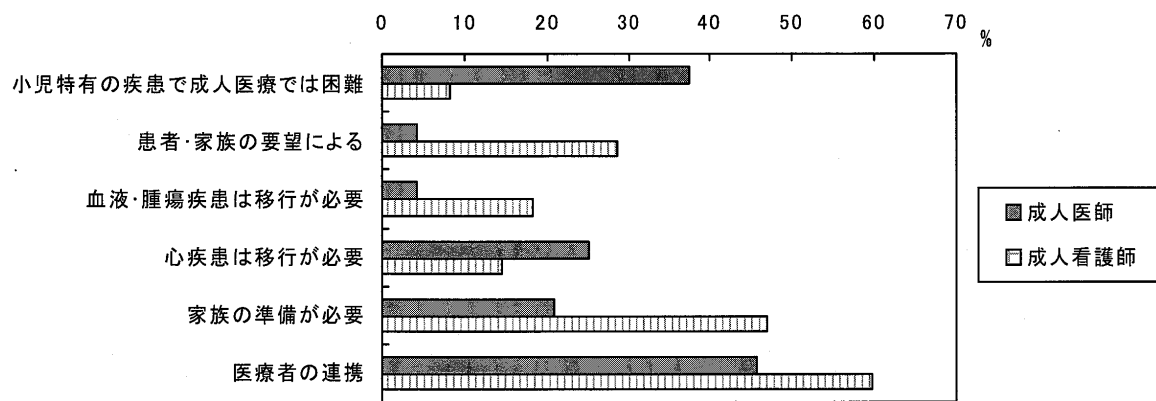


図 12 成人医師と成人看護師の比較で有意差のあったもの (χ^2 検定: $p < 0.05$)

移行した方がよい。先天的な疾患でも成人医師が勉強して診て行くことは必要」との回答があった。また「内分泌疾患」の中でも糖尿病などは移行しやすく「外来で移行して悪化した場合に入院することが可能」と回答していた。

小児科医師から移行の話を勧めるシステムが必要であること、入院は小児病棟でも主治医は内科医、逆に入院は成人病棟でも主治医は小児科医師など状況に応じた柔軟な対応が可能であること、患者や家族へ事前に情報提供しておくなど準備や指導が必要なこと、小児、成人の看護師、医師でカンファレンスをもつこと、移行した子どもの母親が内科の受診の際に不信や不安があり、移行の初期には小児科との診療の違いをふまえて丁寧な対応が必要であることなど移行事例からの具体的な連携の提案をしていた。また、入院中に移行する場合は、主に看護師間の引継が重要との回答や小児科でやっていることを大人の科の看護師は知らないため看護師同士の話し合いが必要という回答もあった。

IV. 考 察

1. 小児医療の継続と成人医療への移行における見解

「継続的に診療したい、責任を遂行したいから」との回答は小児科医師の方が成人医師や小児看護師よりも多かった。この回答と同時に移行を「積極的に勧めたい」との回答はなかったことから、このことが小児科医師の小児医療継続の理由であると考えられる。

また、「幼少時を熟知しているから」との回答は成人看護師より小児看護師に多かった。このことは、先行研究において患者が小児医療に違和感をもたな

い要素の一つとなっていた(松森他, 2003)。さらに、患者と家族が小児医療の継続を選択した場合など患児を長く診ている小児科医が継続して担当すべきといった意見もある(丸山, 1990; 白木, 2000)。

しかし、小児医療を継続している青年期の患者たちは、家族を中心に置いた小児医療で強い依存を身につけ、本人に焦点を当てた成人医療でより大きな個人的責任を引き受けられない、あるいは自己管理を行っていくなどの準備ができていない状況や小児医療従事者との密着が移行の障壁になっている場合があることが指摘されている(Rettig, P., et al. 1991; Betz, C.L., 1998; Conway, S.P., 1998; Hauser, E.S., 1999; 駒瀬, 2000)。また、質問紙調査において成人医師は移行が必要な疾患として「心疾患」をあげ、面接調査で内科医が「生涯もっていく疾患なので成人の科へ移行した方がよい。先天的な疾患でも成人医師が勉強して診て行くことは必要」と回答していた。赤木(2001)は、成人期に達した先天性心疾患患者の将来の人生設計をはじめとした心理的問題に対して、小児循環器専門医は必ずしも十分な知識や対処能力をもっているわけではないので、ケースワーカーやカウンセラーなどによる援助が必要と報告している。村上(2001)は、小児科の医師が慢性疾患を有する成人の治療を行う場合、成人独特の症状を見逃す恐れがあり、早い段階で内科への転科を考えるべきであると述べている。そのため、思春期に憎悪する傾向がある慢性の腎臓病をもつ子どもたちに対するケアとして最も大切なのは、子どもの時から病気に対する自己管理能力を身につけさせることであるとしている。一方、銚之原(2001, 2003)は幼児期から小児科医が診ている膠原病をもつ患者は、内科に転科しませんかと言ってもなかなか

表1 面接の概要(一部抜粋)

質問内容	小児科医	内科医1	内科医2	小児看護師1	小児看護師2
移行が必要 または不要 と考える疾 患とその理 由	疾患の特殊性がある。大人と同じように続いていく糖尿病は移行の必要性がある。乳幼児期に発症していても移行できる。血液疾患や神経疾患も小児科医に専門があるので、どこもいっばい小児科で診る。お母さんの意向で移行を考えない場合がある。	疾患によって全然違ってくる。バセドウ病はずっと送ってくれたらいい。拒食症の場合、人間関係の問題があるから非常に難しい。内分泌の大人でもあるような普通の疾患であれば送ってきてもらってもよい。I型糖尿病とか。小児科でないと診れない先天性の疾患は小児科の医師の方がよい場合が多い。内分泌、糖尿病は移行しやすい。	18歳の心カテを受けていた心疾患の患者が小児科医によって心カテを受けているのを経験し、疑問に思った。生涯もっていく疾患なので、いずれは成人の科へ移行していった方がよい。先天的な疾患でも成人の科の医師が勉強してみいくことは必要だと考える。移行が不要なのは、血液疾患など。小児科で完治または死亡する疾患なので成人の科に来ることは稀であるが、長期になる場合は診ます。	移行が必要なものは、年齢や慢性疾患で継続フォローが必要な時。例えば糖尿病、血液系疾患しかし、実際に入院してこなければ考えないかもしれない。移行が必要なのは、治癒できる場合。	糖尿病、心疾患、腎疾患、内分泌は疾患のコントロールを成人として自分が受け入れていくために親の管理から独立するため移行が必要。脳性マヒ、神経系疾患はその子自身で自己管理ができないから移行は不要。
移行に適した年齢について	19~22歳が移行しやすい。年齢による。16歳で移行した子もいる。心理身体社会面が整えば渡せる状況であればよい。高校とか大学とか節目なのでそれに向けて準備するという使い方はしてもよい。個人によって違う。	何歳で移行しなさいっていうのは言っていない。必要ない。本人が納得した時期。高校生が多いけど別にこだわらない。20歳になって内科医が診れる範囲内ではみせてもらう。移行の際にはまず電話があって説明があって経過表が入っている。	19~22歳 大学入学くらいで成人の科へ移行するのがよい。今の科では18歳が最年少。小児科に15歳過ぎて受診した場合、内科へ回されることが多い。小児科医が診れるのは18歳くらいまででは？16~18歳は、両方の科が診ていくことが必要な移行期	16歳~ 小児医療の上限年齢(15歳)を超えるから。	16~18歳 成人期にさしかかり、親からも自立しているから。
移行の準備として考えること や必要なシ ステムにつ いて	本来なら思春期は別にすべきだと思うが、大人は増える一方で、小児病棟は大人に比べると空床があることを考えると、小児科から延長した方がスムーズかもしれない。	入院していて移行したのは1人だけ。あとは全部外来患者。入院中に移行するのは難しい。外来で移行して、糖尿が悪かったらこちらで入院するということができる。入院は内科でも主治医は小児科でもよい。移行した場合、小児科では丁寧に診ていたので、母親がびっくりしていた。最初の日にものすごい不信、不安があったが最近では完全に理解して本人が3ヶ月に1回受診するだけになった。もう少し丁寧な説明が必要であった。	小児科から依頼があれば受けたい。小児科医から話をするシステムが必要。患者さんが言い難いことはよくわかる。病棟の下見をする、経過を引き継ぐ、思春期の専門家を置く、受け入れ体制を整える	一緒に考える。周りに相談する。疾患にかかわらず年齢が越えれば移行するシステムスタッフ教育の前にシステム作りが必要。家族に対して医師が変わることへの心づもりをしよう。	思春期や青年期の患者への対応に不安や戸惑いは感じない。(小児科の)主治医より適切な時期にその疾患の専門医に情報を与え、本人へ紹介するようなシステムが必要。
小児医療従事者と成人医療従事者との連携についての具体案について	受ける方は大変、実際には環境が違う、受け入れができていない、顔も見たこともない、何も無い状況で移る場合がある。小児科では受持ち看護師がついているが、大人ではどれだけ関わってもらえるかがわからない。小児科でやっていることを私たちはできないと言われてしまうのではないかと思う。看護師同士の話し合いが必要。小児科でどんなことをやっているかということを大人の科の看護師は知らない。特殊なことをやっていることが多い。思春期についても勉強が必要。	2つの疾患もっている場合、バセドウは内科で診て、心臓の方は小児科で診ている。小児病棟に入院して一緒に診ていた。事前の下見はしていると思う。イメージではいいと思っても実際に覗いてみたら嫌っていうこともある。平行して診ればいい場合とスパッと切った方がよい場合がある。本人の性格による。新しいところへ行く不安の強さを感じる。情報交換は今では医師だけでやっている。他の職種と話し合うことが絶対大事。入院病棟で移行する場合は看護師同士が話し合うことが90%以上大事。	ぜひ情報交換したい。何かあれば協力したい。	サマリーの活用等、情報の共有をする。一年くらい成人医療者と並行して受け持つ。大人の病棟に入院して小児科医も同時に受け持つ。小児、成人の看護師、医師でカンファレンスをもつ。	主治医、専門医、看護師とこれから関わるであろうスタッフにできればカンファレンス等開ければよいと思う。

か移ろうとしない。中でもリウマチは、患者の長い人生を常に考えた生涯医療の最も身近な疾患であると述べている。

以上のように、患者の小児医療に対する依存を助長し、自立を妨げている一方で、継続して関わり責任を遂行したいと考えながらも成人化した患者への対応が十分にできなくなっていることが小児医療者の大きな問題となっている。今回の調査でも、移行の必要性に関して「必ず必要」と回答したのは小児医療者、成人医療者共に1割弱であったが、「状況に応じて必要」は小児医療者が8割、成人医療者が7割弱で、「全く必要がない」と回答した人は両者共にいなかった。また移行を勧めたいという小児医療者は約9割で、その理由として「患者自身の自立が人生や治療上必要だから」を選択した人が4割にみられた。したがって、移行を視野に入れた継続的な医療を患者の状況に応じてどのように行っていくかを考えることが小児医療者自身に必要となっているのである。

2. 移行の時期

どの時期がよいのか、何歳で移行をしたらよいかという質問に対して小児医療者と成人医療者との回答に有意差はなかったが、小児医療者では「19-22歳」、成人医療者では「16-18歳」という回答がそれぞれ最も多かった。また、「年齢には関係ない」「疾患によって違う」との回答が少数にみられた。面接調査では小児科医、内科医共に「19-22歳」、小児看護師は「16-18歳」という年齢を回答していたが、「16-18歳」は両者で診ていくことが必要な移行期であることや、疾患による特殊性や違いを考えることが必要であることも述べられていた。

Pattersonら(1999)は、診断を受けた早期から移行の準備を始めることが必要だが、移行の時期を設定することは子どもたちの自立を促がすことになると述べている。また、年齢に関係した様々なプレッシャーが生じてくるため17歳までに移行を始めないことは移行の障壁となるとしている。そのため入学や卒業など大きな行事の時期と重ならないように、小児医療を受けている14-15歳の時に成人医療者を紹介するなどの移行の準備を始めることが役立つと報告している。したがって、診断後から自立を促がす関わりをしながら、自己管理の自覚をもち始

める16歳前後より本格的な準備を始め、19-22歳(高卒後の安定した時)に移行するという目安が考えられる。しかし、その目安をもちながらも、疾患による違いをふまえ、その子にとって適切な時期に必要な支援を取り入れていくという子どもの一生を見据えた柔軟な姿勢も重要である。

3. 移行が必要な疾患、不要な疾患に関する意識の相違

疾患による特殊性や違いをふまえた上で移行の時期を考えることが必要であることを先に述べたが、今回の調査では移行が必要な疾患とそうでない疾患に関する医療者間の意識の相違が明らかになった。

「血液・腫瘍疾患」については、小児科医師より小児看護師の方が移行は必要だと考えていた。面接調査でも、小児看護師は移行の必要な疾患として血液系疾患をあげていたのに対し、小児科医師は「血液疾患専門の小児科医がいるので小児医療でも継続的に診療できる」と話していた。また、成人医療者の中でも、成人医師より成人看護師の方が「血液・腫瘍疾患」は移行が必要な疾患であると回答していた。面接調査でも「血液疾患は小児科で完治または死亡する疾患なので成人の科に来ることは稀である」と移行が不要な理由として内科医が回答していた。

「心疾患」については、成人看護師より成人医師の方が移行は必要だと考えており、先の内科医の回答からも「心疾患は生涯もっていく疾患なので成人の科へ移行した方がよい」と話されていた。また、小児糖尿病などの「内分泌代謝疾患」は、成人看護師に比べ小児看護師の方が移行の必要な疾患としてあげていた。面接の回答でも小児科医師、小児看護師共に糖尿病は移行が必要な疾患であるとし、内科医も移行しやすい疾患であると話していた。それに加えて「小児科でないと診れない先天性の疾患は小児科の医師の方がよい場合が多い。」ということも話されていた。質問紙調査で「成人医療での治療では難しい」という回答が成人医師に多かったように、専門的な治療ができるかどうかは移行の重要な要素となることは看護師よりも医師の方に強く意識されていた。

このように、小児科医師・看護師、成人医師・看護師の間に移行が必要な疾患、不要な疾患における意識の差がみられた。したがって、医師-看護師、成

人医療者—小児医療者双方の意思疎通を図りながら統一した姿勢をもつことが移行を推進していく上では必要だと考える。

4. 情報交換の必要性

移行に関する職場での話題や移行の必要性、移行を勧めたいかどうかの質問に対して、「考えたことがないのでわからない」との回答をしたのは、小児医療者に比べ成人医療者に多かった。また、移行事例の経験が「全くない」との回答も成人医療者の7割を占めていた。しかし、情報交換の必要性が全くないという回答はなく、「ぜひしたい」「状況によってはしたい」という回答は全体の9割を占めていた。医師と看護師の比較では、「移行事例の経験がない」との回答は看護師に多かったが、情報交換が「全く必要ない」「どちらかというとしたくない」との回答は看護師にはなかった。職場で話題にする機会は医師の方に多かったが、移行の必要性や推奨度に関して医師と看護師の回答に有意差はなかった。しかし、職場での話題が多いと移行の必要性や推奨度は高いという結果から、情報交換によって話題にとりあげる機会が多くなれば、多職種の中での検討も実際の前向きなものになっていくと考える。

また、面接調査では小児科医師から移行の話を勧めるシステムが必要であることや小児看護師が「(小児科の)主治医より適切な時期にその疾患の専門医に情報を与え、本人へ紹介するようなシステムが必要。」と回答していた。アメリカ小児科学会においても、小児医療者が移行における中心的な役割を果たすことを推奨している(Patterson, D.L., et al., 1999)。Rettigら(1991)も、小児医療チームが患者と家族に成人医師を紹介する移行外来をリウマチの専門病院で3ヶ月ごとに開設していると報告している。移行後も数ヶ月は看護師とソーシャルワーカーが継続して関わることで見知らぬ医師に対する不安を最小限にできると述べている。したがって、小児医療者からの積極的なアプローチと成人医療者の柔軟な対応が移行を促進していく上では重要であると考えられる。

Pattersonら(1999)も、移行の障壁となるものとして、医療者が移行について考えたことがない、知らないといったような移行の計画自体がなかったことをあげており、今後、医療者間での情報交換を

実際の形で小児医療者が中心となって進めていくことが必要ではないかと考える。今回は医師と看護師のみを対象としたが、患者にとって移行が脅威や不安とならぬように小児医療者、成人医療者をはじめ、教師やソーシャルワーカー、理学療法士など多職種を交えた情報交換から具体的な配慮や準備を整えた上で患者への情報提供や援助を実現していくことが必要ではないだろうか。

5. 受け入れ体制の整備と医療者の連携

移行を勧めるかどうかは「受け入れ体制による」ことや、移行の準備として「受け入れ側の準備体制が必要」との回答が小児科医師に多かった。面接調査でも「実際には環境が違う、受け入れができていない、顔も見たこともない、何もなし状況で移る場合がある。」と小児科医師が話していた。このことは、受け入れ側の準備が移行を勧める上での重要な要素になることを示している。Pattersonら(1999)も小児医療と成人医療との違いが移行を困難にしていることを述べ、移行を成功させる要素として、患者の疾患を熟知した成人医療者を紹介すること、または疾患の経過や患者の情報について記述したものを引き継ぐことをあげている。

また、「事前の指導・下見が必要」との回答は小児看護師に多かったが、「移行に関する情報をあまり知らない」や移行の準備で最も重要なことを「医療者の連携」と回答していたのは、小児看護師より成人看護師の方が多かった。面接調査でも連携の具体案について「小児、成人の看護師、医師でカンファレンスをもつ」と小児看護師が回答していた。したがって、患者に対する移行前の準備や引継ぎ、受け入れ側の準備体制を整えることだけでなく、送り出した後においても連携を図っていくことは移行を勧める上で重要なことである。

Wojciechowski(2002)は、移行後の継続的なフォローが疾患の自己管理における患者の自己効力感に効果的であったと述べている。また、Sitlington(2000)も移行の前・中・後においてその時の状況を適切にアセスメントしていくことが満足のいく目標や結果に到達するための計画や準備、意思決定の上に必要なと述べている。Scalら(1999)の調査でも、移行プログラムの発展に障壁となるのは、患者や家族の問題ではなく、受け手となる成人医療

者の問題が最も多く、次いで小児医療者の問題であった。つまり、協働や調整など移行プログラムの目標達成に障壁となっているのは、医療システムそのものであるとしている。したがって、移行の前・中・後において、医療者間での連携を図っていくことにより、患者や家族は当然のことながら、受け手となる成人医療者にとっても送り手である小児医療者にとっても継続的な看護や医療が安心して遂行しやすいものとなっていくと考える。

6. 家族の準備の必要性

移行を勧めるかどうかの理由を「患者・家族の要望による」とし、移行の準備として「家族の準備」を回答していたのは成人看護師が多かった。このことから、患者の準備だけでなく、家族の準備も移行を成功裡に行う重要な要素であるということが出来る。Hauser (1999) は、慢性疾患をもつ思春期の子どもたちとその親に対する調査から、子ども側の関心事として、親元から離れることを許すことができない親もっていること、直接医師に親を通さず話をするなどあげていた。一方、親側の関心事は、子どもを擁護できないことや健康を管理できないことへの心配、役割の変化を理解すること、思春期の自立をいかに支援するか親が指導を受ける機会をもつことをあげ、新しい家族の役割を構築することに関して考えていた。Rettig ら (1991) も、過保護や精神的な依存、医療者への過度の要求や不信を家族の問題とし、移行プログラムの目標として、移行期間の家族への精神的サポートをあげている。Blum (1995) は、診断を受けた時、状態が変化した時、思春期から成人期への移行の時期が親にとって危機的な時期であるとし、患者・家族への指導と医療者と家族の協同作業的な訓練や指導を導入することを推奨している。

今回の面接調査でも、移行した子どもの母親が内科の受診の際に不信や不安があり、移行の初期には小児科との診療の違いをふまえて丁寧な対応が必要であるという内科医の回答があった。石本ら(2002)も、小児医療を受けてきた患者や親が内科医の対応に戸惑うことが多いのも現実であると述べている。そのため、思春期病棟の設置が不可能でも小児病棟において成人医師が主治医になることや成人病棟で小児科医師が主治医になるなど移行の猶予期間を設

ける工夫をしていくことも一案である。Blomquist ら (1998) も、家族の安定性が患者にも影響することを述べ、小児医療者と成人医療者が共に1年間関わるのが理想であるとしている。さらに、患者・家族へ移行の際に活用できる社会資源に関する情報を提供しながら、診断された後から移行の準備を始めることを推奨している。

実際には、情報提供をして患者、家族の意向を確認しながら身体的・精神的な準備を進めていくことは、短期間では難しいことと思われる。したがって、患者、家族の主体性を尊重し、患者に対してだけでなく家族に対しても移行を視野に入れた関わりを早期から成人期を通して行っていくことが必要であると考えられる。

7. 移行における看護師の役割

移行の際の配慮として「患者自身についての引継ぎが必要」との回答は看護師に多かった。また、面接調査においても、入院中に移行する場合は主に看護師間の引継ぎが重要との回答や小児科でやっていることを大人の科の看護師は知らないため看護師同士の話し合いが必要という回答もあった。つまり医師による治療や病状の引継ぎだけでなく、患者自身の生活全般を含めた引継ぎや話し合いは、移行における看護師の役割として重要であることを示している。

移行の準備として「事前の指導・下見が必要」との回答は成人看護師より小児看護師に多かった。このことは小児看護師が移行前の患者の不安がないように準備を行うことへの役割意識の高さを示している。一方、「医療者の連携」や、「継続的に診療したい、責任を遂行したいから」という回答は小児看護師よりも成人看護師の方が多かった。このことは小児医療者との連携の中で移行後の継続看護を責任もって行っていくという成人看護師の役割意識の高さを示している。

杉澤ら (2003) は、小児専門病院における調査で、キャリアオーバーの患者が自立できるように働きかけていくための方法や手段が小児医療者に問われていると報告している。Betz (2000) も、看護師は親と共に小児の自立や自己管理能力を育成する役割を担い、移行のガイドラインを作成し実践している。また、Wojciechowski ら (2002) は、慢性疾患をもつ青年期の患者に対する小児看護師と成人看護師の

役割を再構築していくことが必要であると述べている。その中で、青年期の患者が成人として疾患を総合的に管理できるよう準備する上で、看護師は情報を基に患者の代弁者となる総合的な役割を担い、家族や医師、医療施設や教育制度との連携を図る調整役となることを提言している。Rettigら(1991)は、事前に作成した心理社会面、職業や経済的な状況を含んだ質問紙を基に看護師がケースワーカーと共に患者・家族の面接を行って移行の準備性を把握する。それに加えて移行後に小児医療者がフォローする様々な方法についても患者・家族に示して不安を軽減していくことを看護師の役割として報告している。

したがって、移行前に患者の自立を考えた準備を行い、患者・家族の意見や要望を取り入れながら多職種との調整や成人医療者への引継ぎを行うといった看護師としての役割の実践的な方法を看護師間で検討していくことが近い将来において求められてくると考える。

V. まとめ

1. 医師、看護師ともに移行の必要性や推奨度に有意差はなかったが、小児医療の継続や移行の必要な疾患・治療に関する医師、看護師の意識に違いがあるため意思統一が必要である。
2. 移行前の準備だけでなく、情報交換を行いながら、受け入れ側の体制を整えることや移行後のフォローを行うなどの小児医療者と成人医療者との連携が重要である。
3. 患者の準備だけでなく、家族の準備が移行を成功裡に実現する重要な要素である。
4. 患者自身の生活全般にわたることを引継ぐこと、事前の指導、多職種との調整、移行後の継続看護は看護師の重要な役割である。

VI. おわりに

今回は1施設のみで対象者も限られていたため、一般化においては対象施設や在宅ケアに従事している医療者など様々な立場にある医療者に対してさらに調査が必要である。しかし、今後は本調査の結果を生かし、患者・家族の意思を反映した質の高い継続的な医療の

提供を実現していきたい。

文 献

- 赤木美智男 (2001) : 成人に達した小児疾患児・者のケア (その1)先天性心疾患, 保健の科学, 43(11), 837-841.
- Bets, C.L. (1998) : Facilitating the Transition of Adolescents with Chronic Conditions from Pediatric to Adult Health Care and Community Settings, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21, 97-115.
- Betz, C.L. (2000) : California healthy and ready to work transition health care guide: developmental guidelines for teaching health care self-care skills to children, 23(4), 203-44.
- Blomquist, K.B., Brown, G., Peersen, A., & Presler, E.P. (1998) : Transitioning to independence: challenges for young people with disabilities and their caregivers, *Orthopaedic Nursing*, 17(3), 27-35.
- Blum, R.W. (1995) : Transition to adult health care: setting the stage ... September 1994 ... Moving On: Transition from Pediatric to Adult Health Care, *Journal of Adolescent Health*, 17(1), 3-5.
- Conway, S.P. (1998) : Transition from paediatric to adult-oriented care for adolescents with cystic fibrosis, *DISABILITY AND REHABILITATION*, 20(6-7), 209-216.
- Hauser, E.S. & Dorn, L. (1999): Transitioning Adolescents with Sickle Cell Disease to Adult-Centered Care, *PEDIATRIC NURSING*, 25(5), 479-488.
- 銚之原昌 (2001) : リウマチと生涯医療, 臨床リウマチ, 13, 1-2.
- 銚之原昌 (2003) : 小児慢性疾患のキャリアオーバーと小児保健, 第50回日本小児保健学会講演集, 63.
- 今中啓之, 銚之原昌 (1999) : 長期経過例からみた自己免疫疾患の問題点, 若年性関節リウマチ, 小児内科, 31(11), 1577-1580.
- 石本浩市, 吉田雅子 (2002) : 小児期医療の継承 小児がんのキャリアオーバー, 小児看護, 25(12), 1619-1622.
- 加藤令子, 添田啓子, 片田範子 (2001) : 小児特有の疾患をもつ患者の成人を対象とする医療への移行の実態と看護の役割—文献検索を通して—, 日本小児看護学会誌, 10(1) : 50-58.

- 駒瀬裕子, 中川武正 (2000) : 思春期喘息の問題点とその対策—特に内科に移行する際の注意点—, アレルギーの臨床, 20(12), 41-47.
- 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, 森田裕美, 瀬戸美子, 竹内志津枝, 江本智尋, 木多由里, 井上ひろみ (2003) : 青年期の慢性疾患患者と家族の小児医療から成人医療への移行に対する意識, 神戸市看護大学紀要, Vol.7, 11-21.
- 村上睦美 (2001) : 成人に達した小児疾患児・者のケア(その1)慢性腎炎, 保健の科学, 43(11), 852-857.
- Patterson, D.L. & Lanier, C. (1999) : Adolescent Health Transitions: Focus Group Study of Teens and Young Adults with Special Health Care Needs, Family and Community Health, 22(2), 43-58.
- Rettig, P. & Athreya, B.H. (1991): Adolescents with chronic disease : transition to adult health care, Arthritis Care and Research, 4(4), 174-80.
- Scal, P. Evans, T., Blozis, S., Okinow, N., & Blum, R. (1999) : Trends in transition from pediatric to adult health care services for young adults with chronic conditions, Journal of adolescent Health, 24(4), 259-64.
- Sitlington, P.L., Clark, G.M. & Kolstoe, O.P. (2000): Transition Education and Services for Adolescents with Disabilities 3rd ed., Allyn & Bacon.
- 杉澤栄, 林洋子, 石渡裕子 (2003) : 小児病院に外来通院を続けるキャリアオーバー患者の思いと看護の役割2—成人医療施設への移行について—, 第50回日本小児保健学会講演集, 538-539.
- 高野政子, 山崎清男 (2002) : 療養児に対する教育の現状と関係者の意識, 保健の科学, 44(4), 305-311.
- Wojciechowski, E.A., Hurtig, A. & Dorn, L. (2002): A Natural History Study of Adolescents and Young Adults With Sickle Cell Disease as They Transfer to Adult Care : A Need for Case Management Services, Journal of Pediatric Nursing, 17(1), 18-27.
- 山元恵子, 地蔵愛子, 谷川睦子 (2002) : 成育医療における看護の役割—健やかな次世代を育む子どもと家族への支援—, 小児看護, 25(12), 1571-1577.
- 柳澤正義(2002) : 21世紀の小児医療—成育医療センターの開院を目前にして—, 小児保健研究, 61(1) : 3-8.

(受付 : 2003.12.1 ; 受理 : 2004.1.20)

Consciousness of Healthcare Providers for Transition from Pediatric to Adult Health Care: Comparison between Pediatric and Adult Health Care Providers, Physicians and Nurses

Naomi MATSUMORI, Keiko NINOMIYA, Michiko EBINA, Yoshiko SETO*,
Hiromi MORITA*, Yuri KIDA*, Kyoko MOURI*,
Eiko NINOKATA*, Hiromi INOUE*

Kobe City College of Nursing, *Kobe City General Hospital

Abstract

Medical progress has seen increasing numbers of young adults with chronic conditions develop, reach adulthood, and continue as adults undergoing pediatric medical treatment. Cognition of these patients was therefore investigated in 2001 regarding the transition from pediatric to adult health care, to clarify the dominant concerns of patients and families. About 20% of subjects reported desire for transition to adult health care. In some cases, patients experienced difficulty communicating their wishes to health care providers. The present investigation interviewed and received completed questionnaires from health-care providers regarding the transition from pediatric to adult health care. Subjects comprised 309 health-care providers in an urban general hospital. About 90% of subjects reported a need for transitions from pediatric to adult health care, and a desire for further information about such transitions. Health-care providers require preparation for changing patients from pediatric to adult health care, in addition to follow-up with patients after the transition to reassure young adults with chronic conditions and their families. Nurses play crucial roles in preparing both family members and patients, facilitating guidance and communications between health-care providers and patients before the transition, and providing continued care after the transition.

Key words: transition; pediatric to adult health care; health care providers; consciousness