

文 化 講 演

文化講演

寄り添いの在り方 — 仏教的観点から —

薬師寺 執事

大谷 徹晃

薬師寺での修行を始めさせて頂いて三十五年。その修行の中で「幸せとは何か」という究極の問題にできるだけ真正面から向き合うように努めてきました。

仏教では幸せの種を探すよりも、苦しみの種を探すことに重きを置いています。そして、人間の苦しみの種の中でも非常に力のあるものの一つに「人間関係」を見出しています。ですから経説では苦しみの種を大きく八つに分類しているのですが、そのうちの二つ、つまり苦しみの種の四分の一は、人間関係だと明確に説き示しています。

誰が「人間」という言葉を最初に使ったのかは知りませんが、実に素晴らしい言葉です。それは私たちが現状の人間関係から逃避しても、そこには新たな人間関係があることを端的に説いているからです。

その避けることが出来ない人間関係の中でも、相手とどのように寄り添った時に私たちは苦しみや幸せを感じるのかを、経説をもとに日々の生活の中で考察してきました。そこで本稿では、寄り添いの在り方の基本的な部分を紹介したいと思います。

「寄り添ってくれている」と感じた時に「幸せ」を感じる

東日本大震災発生から二十八日目、被災して苦しんでおられる方々のお手伝いをしたい、その一心で私は被災地に入りました。初めて体験した被災地（宮城県石巻市）は、この世のものとは思えぬものでした。

正直、その時の私にはうぬぼれがありました。今までの修行から得たものが、被災者に対してお役に立てると思っていたのです。しかし、被災地で思い知らされたことは、私の修行が平和な時の、机の上だけのものだったということでした。

今までの自分のすべてを否定されたような気持ちになりました。あまりにも情けない自分との出会いに「坊さん、辞めようかな」とまで思ったほどです。それでも「ここで逃げれば、次も逃げるぞ」と自分に言い聞かせながら、被災地を巡り続けました。

特に回を重ねて通った場所が、原発問題を抱える福島県富岡町です。そこに浄土宗浄林寺が在ります。住職の早川光明師とは古くからのご縁があり、被災当初から

お訪ねをさせて頂いてきました。

ある晩、早川住職に「何もできない私が何度もお訪ねすることは、かえって邪魔になっているのではありませんか」と正直に尋ねました。すると「こうやって何度も来て下さって、寄り添って下さることが何よりうれしいです。」との答えでした。

その時の私は自分が被災者と寄り添えていないと感じて苦しんでいたのですが、早川先生は私が近くにいるだけで寄り添いに幸せを感じて下さっていたのです。

そして、この時のやり取りから私は「寄り添い」という行為が、非常に重要だということを確信しました。

合掌で自分の寄り添いを測る

私は「合掌」こそ、理想の寄り添いの姿だと思っています。

それでは実際に胸の前で合掌(写真①)してみてください。次に合掌している右手と左手を離してみてください。すると実は右手も左手もそれぞれが自立(写真②)していることがわかんと思います。実は合掌は右手と左手がそれぞれ自立しながらも寄り添っているのです。

更に合掌した時にどちらかに傾いた合掌(写真③)は決して美しくは見えません。傾いた合掌は「寄り添い」ではなく、「寄りかかり」なのです。ですから合掌はまっすぐでなくてはならないのです。

自分の在り様を知ることが大切

それではここで、ご自身の寄り添いを確認してみましょう。

例として、右手を自分、左手を奥さん(ご主人)として、合掌してみてください。そしてじっくりとあなたと奥さんの寄り添いの現状を熟慮して欲しいのです。

すると、案外「あっ、まっすぐじゃない」と



写真①



写真②



写真③

気づかれた人もおられると思います。

実はこの曲がりに気が付くことが大切なのです。仏教は気づきの宗教と言われます。気づけば治せる。これが基本です。

ですから常に自分の相手との寄り添いも確認して、決してその出会いを苦しみの種にしないように心掛けねばならないのです。

略 歴

芝学園高等学校在学中17歳の時、
故・高田好胤薬師寺住職に師事、薬師寺の僧侶となる
龍谷大学文学部仏教学科卒業、同大学院修士課程修了
1999年春から全国各地で「心を耕そう」をスローガンに法話行脚
2003年8月16日 薬師寺執事 就任
奈良少年刑務所・大阪矯正管区篤志面接委員会

ランチョンセミナー 3

胆道閉鎖症に対する腹腔鏡下肝門部空腸吻合： 21例の経験

順天堂大学小児外科・小児泌尿生殖器外科

山高 篤行、中村 弘樹、古賀 寛之、Joel Cazares、
宮野 剛、岡和田 学、土井 崇

【目的】胆道閉鎖症(BA)に対する腹腔鏡下肝門部空腸吻合(Lap PE)の術式ならびに術後成績を報告する。

【対象・方法】Lap PEを施行した21例。Ⅱ型3例、Ⅲ型18例。Syndromic BA 1例。Cytomegalovirus陽性1例。術式に関しては、Trocarr position：Transection level：Roux loop作成方法：肝門部空腸吻合運針を供覧する。

【結果】Lap PE時の日齢は平均64.8日(29-119日)。平均術後経過観察期間は4.0年(0.7-7.4)。平均手術時間531分(240-662分)、平均出血量13.4g(3-21g)。減黄率は、術後3ヶ月で80.9%(17/21)、術後6ヶ月で90.5%(19/21)であった。自肝生存率は、術後6ヶ月：90.0%(18/20)、術後1年：78.9%(15/19)、術後2年：76.5%(13/17)、術後3年81.8%(9/11)であった。

3歳以上の11症例では、平均Lap PE日齢は66.6日(29-119)。平均術後経過観察期間は5.8年(3.8-7.4)。平均手術時間548分(414-662)、平均出血量12.4g(3-21)。減黄率(Total bilirubin < 1.2 mg/dL)は、術後3ヶ月で90.9%(10/11)、術後6ヶ月で100%(11/11)であった。術後6ヶ月、1年、2年、3年の自己肝生存率は、それぞれ90.9%(10/11)、81.8%(9/11)、81.8%(9/11)、81.8%(9/11)であった。

【結論】当科に於けるLap PE術後成績は比較的良好である。現段階では、Lap PEは標準術式になりうると考える。

名古屋大学での腹腔鏡下肝門部空腸吻合術

名古屋大学大学院医学系研究科 小児外科学

内田 広夫、田中 裕次郎、田井中 貴久、城田 千代栄、
住田 互、村瀬 成彦、大島 一夫、白月 遼、千馬 耕亮

諸外国の報告では、胆道閉鎖症に対する腹腔鏡下肝門部空腸吻合術は開腹手術より成績が悪いという報告も多いが、もともと開腹手術でも減黄率が50%に達しておらず、この原因として手術手技のみならず、術後管理などの違いも大きいと考えられる。我々は良好な視野のもと開腹手術に準じた腹腔鏡下手術を行うことができれば、同じ成績が出せると考え、2013年11月以降、胆道閉鎖症に対して腹腔鏡下肝門部空腸吻合術を標準術式として行ってきた。

腹腔鏡手術の特徴は

1. 良好な視野
2. 肝門部の拡大視
3. 繊細な手技
4. 手術手技を術者と術者以外が共有できる
5. 腹部切開傷が小さいため、治癒が早い

ことがあげられる。我々の手技は

1. 臍部 Benz 切開 (multi channel port) +3ポート (5mm 2本、3mm 1本)
2. 肝門部切離などは3mm鉗子で行う
3. バイポーラ (マイクロ鉗子) 使用
4. Roux-en-Y 吻合は臍部から腸管を体外に引き出して行う

ことからなる。

胸腔鏡下食道閉鎖症根治術、腹腔鏡下胆道拡張症根治術が保険収載されたが、これらの手術は肝門部空腸吻合術よりもある意味クリティカルであり、また複雑で難しい点も多く、腹腔鏡下肝門部空腸吻合術の方がより簡潔な手術だと考えている。我々の手術手技の詳細を提示しながら、腹腔鏡手術の利点、欠点についてお話をさせていただきたい。

Handwriting practice lines consisting of 25 horizontal dashed lines.

シンポジウム 1

〔 総排泄腔遺残症のトランジション 〕

S1-1 総排泄腔遺残症術後の遺残腔に伴う合併症

茨城県立こども病院 小児外科

○東間 未来、矢内 俊裕、佐々木 理人、吉田 志帆、
相吉 翼、田中 尚、連 利博

【はじめに】総排泄腔遺残症は Total urogenital mobilization (TUM) が報告されて以来、総排泄腔が短い病型では良好な長期成績が期待される一方で、従来の腔と尿道を切離する腔 pull-through 法に伴う後遺症が散見され、治療に難渋することがある。今回、尿失禁や発熱から遺残腔に伴う病態に対して追加手術を要した2症例を経験したので報告し、思春期以降に顕在化する生殖器系の問題と移行期医療について考察する。

【症例1】尿失禁を主訴に受診した総排泄腔遺残症術後の17歳の女性。他院で総排泄腔を尿道とする根治術が行われていたが、精査にて外陰部のスロープ状尿道における排尿時の抵抗が強いと総排泄腔に連なる遺残腔に尿が貯留して尿失禁を来していると考えられた。尿道 cut back による尿道形成術を施行し尿失禁は改善した。

【症例2】発熱を主訴に尿路感染の診断で入院した総排泄腔遺残症術後の11歳の女児。以前に結腸利用造腔術が行われていたが、代用腔の背側に接して骨盤内膿瘍が判明し、膿瘍ドレナージ後に組織生検を行ったところ扁平上皮であり、解剖学的には遺残腔と考えられた。経会陰的に代用腔と遺残腔とが接する壁を切開して一つの腔とした。両症例とも子宮や腔の奇形を伴っており、婦人科との連携やトランジションが必要である。

【考察】総排泄腔遺残症における長期的問題の一つは担当医師や担当科が変わることで通院が途絶えてしまうことである。特に生命予後を左右するわけではない生殖器の問題は比較的軽視されがちであり、相談する場がないとの訴えも多く聞かれる。この問題に対する婦人科との連携の在り方はなかなか解決をみない課題である。当面は小児外科医が主体となって積極的に長期フォローと治療介入をしながら、婦人科にもこの疾患に関する情報提供をしていくことが必要であろう。

S1-2 総排泄腔遺残症術後で成人期に到達した4症例の検討

鹿児島大学学術研究院 医歯学域医学系 小児外科学分野

○山田 耕嗣、山田 和歌、加治 建、杉田 光士郎、
森口 智江、大西 峻、川野 孝文、町頭 成朗、
中目 和彦、向井 基、家入 里志

【はじめに】総排泄腔遺残症は、根治術後も排尿・排便および性功能障害が持続することが多く、泌尿器科や小児科、婦人科との連携が必須である。当施設で根治術を行い、成人年齢に達した症例のフォローアップの現状について検討する。

【対象と方法】1984年以降、当施設で総排泄腔遺残症に対しフォローアップを行っている患者のうち、成人年齢に達した4例に対して、根治術式や術後合併症、生殖機能について検討した。

【結果】根治術時期は1歳～12歳、手術は腹仙骨会陰式アプローチによる腔・肛門形成術を行った。2例に対し術後腔狭窄のため再形成術を行った。2例に卵巣腫瘍が発生し摘出術を施行した。排便、排尿が自立している場合、外来受診の頻度が低い傾向にあった。

【まとめ】新生児期より診療の主体となっている小児外科医が積極的に医療従事者と連携し、適切な時期に個々に応じた医学的・心理的サポートが行えるよう治療計画を立てる必要がある。

S1-3 総排泄腔遺残の成人例診療の課題 —トランジションと患者ニーズの 点で症例から明らかになる 小児外科医の役割

1) 神戸大学医学部附属病院 小児外科、

2) 兵庫県立こども病院 小児外科

○尾藤 祐子¹⁾²⁾、會田 洋輔¹⁾、河原 仁守¹⁾、
中井 優美子¹⁾、橋木 由美子¹⁾、前田 貢作²⁾

小児病院と大学病院で診療中の20歳以上の総排泄腔遺残症例と診療上の問題点につき呈示する。患者には発表の同意を得た。

【症例1】39歳既婚。小児病院で肛門形成・陰形成術施行。21歳時大学病院で再PSARVP施行、小児外科（以後当科）で排便管理は継続、泌尿器科は終了。結婚後不妊治療中に尿路感染を反復。不妊治療と同病院内の成人泌尿器科へ紹介。膀胱結石が判明、切石術施行。大学当科外来通院中。

【症例2】38歳既婚。双角子宮、重複陰合併。1歳時、肛門形成・陰形成術。26歳まで当科外来通院、後一旦中断。結婚後36歳時に「自分の体のことが知りたい」と当科外来再受診。既にな妊治療中、右単角子宮・卵管閉塞の状態で見込困難との診断。MRI施行し内性器の状態を確認、排便管理に定期浣腸処置を導入、小児病院排泄外来通院中。

【症例3】32歳未婚。双角子宮合併。1歳時他院一般外科で肛門形成術のみ施行、尿道と陰の共通管残存。乳児期以降持続尿道カテーテル留置。排便管理は行われず失禁状態。12歳時にフォロー終了され便失禁で不登校、就職せず。排便管理のみ成人泌尿器科で定期的に透視下カテーテル交換のため通院中にWOC看護師に声をかけられ29歳時排便管理目的に当科受診。括約筋前方に肛門存在。排便管理は洗腸導入、泌尿器科にて間欠的自己導尿導入、ドライタイムが得られ外出可能となる。小児病院排泄外来通院中。

【症例4】20歳未婚。3歳時肛門形成・陰形成術。浣腸処置で排便管理良好だったが学費のための長時間アルバイトで処置が滞り遺糞症の状態となる。親の介入なく自立しており当科で浣腸・生活指導入院を経てQOL改善。大学当科外来通院中。

【考察】自己の病気に対する患者本人の理解、全体を相談できる医療者の存在、社会生活への自立支援が重要である。これらを包括的に診療できる小児外科医が中心となり時には架け橋の役割を果たすことが必要と考える。

S1-4 総排泄腔遺残症、泌尿生殖洞異常 症長期経過例における問題点

北里大学病院 小児外科

○田中 潔、武田 憲子、柿原 知

総排泄腔遺残症、泌尿生殖洞異常症では多彩な子宮・陰の形態異常を伴うが、幼小児期には排便排尿管理が中心となり、泌尿器科的・婦人科の問題点は思春期以降に表出することが多い。当科診療中の成人4症例について検討し、問題点について考察する。

【症例】症例は現在33歳、33歳、27歳、22歳。原疾患は直腸総排泄腔瘻3例、陰欠損直腸膀胱瘻直腸肛門狭窄（結腸間置による造陰ならびに結腸pull-throughによる造肛術後）1例。直腸総排泄腔瘻の3例は双角/重複子宮を伴っている。緩下剤使用例はあるが、排便管理はおおむね良好である。なお、33歳の2例は結婚している。

【泌尿器科的問題点】全例尿禁制は保たれているが、1例尿が陰に回り込むための尿漏れがあり、padを使用している。2例は膀胱炎を繰り返し、1例は膀胱炎予防のため自己導尿が必要である。

【婦人科的問題点】3例で複数回の骨盤腹膜炎の既往があり、入院加療を繰り返すとともに付属器切除、ドレナージなどの手術が必要であった。直腸総排泄腔瘻の3例は陰狭窄を合併しており、1例で陰形成術を要し、3例ともブジーを継続中である。全例婦人科診療を受けているが、まれな疾患であることや思春期以降からの関与であるため病態把握が困難であった。婦人科継続受診が途絶えがちな症例もある。

【考察】思春期以降には排泄や婦人科的悩みを打ち明けにくい。全例、児の転居や医師の異動により同一医が継続的にフォローできずにより、思春期以降の担当医は手術や術後早期の経過を知らないとともに婦人科的問題点の間診・診察に遠慮がある。婦人科医の早期からの関与、幼小児期から両親と患児を継続してサポートできる女性が必要である。患者会やネットなどを通じた患者同士や施設間の連絡網の構築も重要と考える。さらに、年齢が進むと子宮がんや間置結腸のがん発生についても目を配る必要がある。

S1-5 総排泄腔遺残症例の産婦人科へのトランジション

- 1) 昭和大学医学部外科学講座 小児外科学部門、
2) 昭和大学横浜市北部病院 小児外科、
3) 昭和大学江東豊洲病院 小児外科

○入江 理絵¹⁾、土岐 彰¹⁾、千葉 正博¹⁾、
杉山 彰英¹⁾、中山 智理¹⁾、大澤 俊亮¹⁾、
小嶋 智美¹⁾、渡井 有²⁾、鈴木 孝明³⁾

【背景】総排泄腔遺残（以下、本症）は、尿直腸中隔の形成異常により肛門部に正常肛門を認めず外陰部に尿道、膣、直腸の共通管のみが開口する疾患である。近年、術中および術後管理の工夫によって小児期のQOLは徐々に改善されてきている。一方、術後の生殖機能、性に関する問題あるいは排尿、排便障害に対する長期フォローにおいては未だ課題が多く、成長に応じて泌尿器や腎臓内科あるいは産婦人科など、他科との連携が必要となる。今回、当院で産婦人科とのトランジションを行った本症の臨床像について報告する。

【対象と方法】1980年から2015年までに当院で経験した本症8例の臨床像を後方視的に検討した。

【結果】現在8例中6例が産婦人科でフォローされており、1例は追跡不明、1例は低年齢のため当科のみのフォローとなっている。6例の産婦人科への依頼時年齢は11-16歳（中央値12.5歳）であった。依頼内容は未月経が2例、卵管瘤血腫が3例、繰り返す膣狭窄が1例であった。現在、全例当科でのフォローは継続している。

【考察】本症は子宮や膣などの内性器の形成異常を伴うことが多く、早期に付属器摘出を受けることがある。また思春期以降では経血のドレナージ不良や骨盤内炎症性疾患もみられ、生殖機能障害を引き起こしやすい。思春期以前では内外性器に関する症状は少なく、小児としての管理や対応が中心となるため小児外科でのフォローが重要であるが、思春期以降では産婦人科による専門的な検査や治療が必要となる。今回の6例も思春期時に症状が出現し、産婦人科に受診を依頼した症例が多くみられた。当科では、症状の有無を問わず、第二次性徴期を迎える時期に産婦人科への生殖機能評価の依頼を推奨している。本症では産婦人科とのトランジションを成人期ではなく、第二次性徴期に行うことが生殖器機能における良好な術後管理を可能にしていると考えられる。

S1-6 総排泄腔症術後患者のトランジション

獨協医科大学病院 第一外科

○荻野 恵、松寺 翔太郎、渡邊 峻、谷 有希子、
山口 岳史、土岡 丘、加藤 広行

【はじめに】総排泄腔症における治療の主体は、排便機能、排尿機能、生殖機能の向上である。思春期に達した症例においてもフォローの継続が必要になることがあり、成人診療科への移行の際の問題が危惧される。

【目的】当院で経験した総排泄腔症のうち15歳以上に達した症例において、トランジションの観点から排便、排尿、生殖機能における問題点を検討する。

【結果】1988年から2015年の28年間に当院で経験した症例は8例で、2例は新生児期あるいは乳児期に心不全で死亡した。生存6症例のうち15歳以上に達している症例は4例で年齢は18歳から29歳であった。4症例を示す。

《症例1》29歳。現在も小児外科で内服による排便コントロールを行なっている。排便排尿機能は良好で会社員としての社会生活において支障はないが成人診療科への移行のタイミングを失っていた。13歳にて月経初来あり、生殖機能に関しては婦人科に診療移行し、今後膣拡大を予定している。

《症例2》25歳。排便排尿機能は良好で、学童期に小児外科でのフォローを終了していたが、25歳時に左付属器膿瘍を合併した。看護師として当院に就職しており、当院婦人科で付属器切除術を施行した際に、小児外科における診療情報提供が求められていた。

《症例3》18歳。排便排尿機能は良好で、14歳にて小児外科フォロー終了、月経初来がなく婦人科へ診療移行した。

《症例4》排便排尿機能は良好で月経異常はなかった。18歳時にフォロー終了となり、その後の詳細は不明であった。

【考察】根治的手術後の排便排尿機能は良好で就学から就労期にかけてフォロー終了となった症例が3例あった。そのため生殖機能において十分な診療移行が行えていなかった症例があった。婦人科への依頼の要否や適切な時期について検討が必要である。

S1-7 総排泄腔遺残、総排泄腔外反のトランジションについて

1)九州大学 小児外科、2)同 産婦人科

○木下 義晶¹⁾、伊崎 智子¹⁾、宮田 潤子¹⁾、
三好 きな¹⁾、加藤 聖子²⁾、田口 智章¹⁾

【背景】総排泄腔遺残、総排泄腔外反は、排便・排尿機能に加えて生殖機能を考慮した治療を必要とし、長期間のフォローが必要である。また Variance が多く、個々の症例において治療方針を十分に検討する必要がある。当科の基本的な治療方針は、総排泄腔遺残に対しては新生児期～乳児期に人工肛門造設と必要ならば膀胱瘻、陰瘻を造設し、幼児期に肛門形成と可能ならば陰形成を行う。不可能な症例は月経発来前の学童期後半に行う。総排泄腔外反に対しては新生児期～乳児期に人工肛門造設、膀胱形成を行い、髄膜瘤による下肢麻痺などの合併症がなければその後肛門形成、陰形成を行う。いずれも二次性徴発来前後において産婦人科と連携する。

【対象】当施設でフォロー中の総排泄腔遺残13例中8例が二次性徴を迎え、6例が20歳以上の成人期を迎えている。また総排泄腔外反症7例中4例が二次性徴を迎え、1例が成人期を迎えている。二次性徴発来以降の機能的予後を検討した。

【結果】総排泄腔症では排尿・排便機能は自己管理は確立しているが、全例に便失禁と2例において尿失禁を認めている。生殖機能は卵巣機能が正常でも性交渉及び妊娠成立・維持の問題が全症例で認められた。総排泄腔外反は成人期に達した症例は1例であるが、排尿・排便における失禁を認め、また新生児期の性別変更にともなう思春期以降の問題を抱えていた。全ての症例において成人期以降も産婦人科と連携してfollowを継続する方針としているがdrop outしている症例もある。

【考察】総排泄腔遺残、総排泄腔外反は排尿・排便機能、生殖機能などの機能的予後に関する問題はトランジションにおいて重要な課題である。単一施設での経験症例数が限定されるため、適切な治療選択やフォローに関してガイドラインなどの標準的な治療指針をもとに検討していく必要がある。また多職種にわたる医療チームの編成も必要と思われる。

Handwriting practice lines consisting of 25 horizontal dashed lines.

セッション1

〔 各疾患におけるトランジション 〕

1-1 当科で管理を行っている成人期を迎えたヒルシュスプルング病類縁疾患患者の現況

兵庫県立 こども病院 小児外科

○中尾 真、前田 貢作、横井 暁子、福澤 宏明、
久松 千恵子、大片 祐一、森田 圭一、三浦 紫津、
山本 聡史、三島 泰彦、關根 沙知、矢部 清晃

ヒルシュスプルング病類縁疾患は国の指定難病にも選定されており、根本的な治療法はなく患者の一生にわたって厳重な管理が必要である。現在当科で管理を行っている成人期を迎えたヒルシュスプルング病類縁疾患患者は4人で、Hypoganglionosis が1人、CIIPS が3人である。

【症例1】31才女性 Hypoganglionosis 在胎40週2日2,900gで出生。出生後から嘔吐が出現し、5生日に回腸瘻を造設した。その後Hypoganglionosisと診断され、現在まで当院で82回のべ2,492日間の入院をし、47回の全身麻酔手術が行われている。

【症例2】31才女性 CIIPS 小脳萎縮のため在宅でほぼ寝たきり状態である。在胎36週1日2,100gで出生。頻回の腸閉塞を繰り返し、20才時に絞扼性イレウスのため大量小腸切除を行い残存小腸は15cmとなった。その後現在まで当院で84回のべ3,598日間の入院をし、34回の全身麻酔手術が行われている。

【症例3】26才男性 CIIPS 在胎38週2日3,520gで出生。出生後から腹満・嘔吐のため4生日に回腸瘻を造設した。その後現在まで当院で69回のべ2,217日間の入院をし、53回の全身麻酔手術が行われている。

【症例4】21才女性 CIIPS 脳性麻痺のため在宅でほぼ寝たきり状態である。在胎30週5日962gで出生。腹満・嘔吐のため37生日に回腸瘻を造設した。その後現在まで41回のべ851日間の入院をし、17回の全身麻酔手術が行われている。

全症例とも経口摂取が不十分なため在宅での高カロリー輸液を導入しており、CVカテーテル感染のため頻回の入院治療とカテーテルの抜去・挿入を要している。また、症例1は適応障害・不眠症、症例2は急性胆嚢炎、症例3は消化管出血のため他院に治療を依頼しているが、主たる管理は依然として当院で行っておりトランジションは進んでいない。

1-2 腸管不全症例におけるトランジションの検討

東北大学病院 小児外科

○工藤 博典、和田 基、中村 恵美、佐々木 英之、
風間 理郎、田中 弘、遠藤 悠紀、橋本 昌俊、
仁尾 正記

【目的】小児期発症の腸管不全(IF)症例は、長期的な診療を必要とし、小児期医療から成人期医療への移行(トランジション)を経験する例が少なくない。今回、当科で経験したIF症例におけるトランジションの状況と問題点を検討した。

【対象・方法】当科で小児期から診療を行ない成人期に達した3例と、成人期になってから当科に紹介された4例の計7例のIF症例を対象とした。7例の現在の年齢は、21-40歳(中央値:33歳)であった。発症時年齢は0-13歳(中央値:0歳)で、基礎疾患の内訳は短腸症3例、腸管運動機能障害4例であった。症例の治療状況、トランジションパターンについて、後方視的に検討した。

【結果】小児期から当科で診療していた3例は、成人期になっても全例が当科での診療を継続しており、主科の移行例は認めなかった。成人期に当科紹介となった4例のうち3例は、小児期から小児外科で診療を受けており、小腸移植を目的に当科紹介となっていた。残りの1例のみが成人外科へのトランジションが行われていた例で、やはり小腸移植を目的に当科紹介となった。現在、5例が成人科を併診しており、消化器内科・泌尿器科・婦人科・腎臓内科・精神科などが挙げられた。7例中5例に小腸移植が行われた。死亡例はなく、移植後の3例を含む4例が静脈栄養・補液から離脱し、移植後慢性拒絶でグラフトの摘出を施行した2例を含む3例はなお静脈栄養を継続中である。

【結語】当科のIF例におけるトランジションについて検討した。小児期発症のIFでは小児外科で継続的に診療されている例が多く、小児期発症IF例に対する小児外科が果たす役割は大きく、現時点では成人科へのトランジションはむしろ例外的と考えられた。今後、高齢化に伴う生活習慣病や発癌への対応等で成人科の受診率がさらに高まることが予想され、患者の立場にたった理想的なトランジション体制を構築することが急がれる。

1-3 二分脊椎症の幼児期後期以降における排便管理の見直しに関する検討

自治医科大学 小児外科

○薄井 佳子、小野 滋、柳澤 智彦、馬場 勝尚、
辻 由貴、堀内 俊男、山師 幸大

【はじめに】二分脊椎症の排便管理に関しては排尿管理ほど統一された指針が示されていない。問題が生じてから排便管理の方法を変更しようとしても、本人と家族の受け入れに苦労する場合も多い。青年期までに安定した排便管理を確立させておくことが、排泄管理の自立や将来のトランジションに向けて重要である。

【方法】2010年7月～2016年6月に当科が排便管理に関わった二分脊椎症を対象とし、幼児期後期以降の社会生活を考慮した排便管理の見直しに関して検討した。

【結果】対象患者は51名で、安定した自力排便の患者11名、直腸肛門奇形の合併やADL(日常生活動作)の制限などから排便や浣腸による管理がそのまま継続された16名、その他3名を除いた、21名に対して5～21歳(中央値11歳)の時に排便管理の見直しが行われた。初診から管理見直しまでの期間は0～9年(中央値5年)で、見直しの理由は便秘禁が最も多かった。8名に定期的な逆行性洗腸、2名に定期的な浣腸を新たに導入し、概ね有効であった。外科的療法は、5名に順行性洗腸路造設術、1名に結腸ストーマ造設術を施行し、概ね有効で重篤な合併症はなかった。1名は排便障害のフォロー中に脊髄係留と診断され、係留解除術が有効であった。いずれの症例も本人の意向に基づいた調整を重ね、安定した管理方法の獲得を目指した。4名は見直しの提案をしたが、受け入れ拒否もしくは患者死亡により実施されなかった。

【考察】二分脊椎症患者は日常的なケアが多く、排便管理は後回しになる傾向がある。また、便秘禁を恐れて便を硬めに貯留させる管理を選択しがちだが、根本的な問題解決のためには、便性を少し緩めて定期的に排出させるなど、大幅に変更する必要があり労力を要する。医療者が明確な目標を示して見直しの提案をすることが重要であり、ライフステージに合わせた排便管理の指針が必要と考えられた。

1-4 膀胱拡大術を施行され現在も通院継続している二分脊椎患者の要因について

1) 東京医科大学 消化器・小児外科学分野、

2) 順天堂大学 小児外科・小児泌尿生殖器外科

○林 豊¹⁾、西村 絵美¹⁾、四柳 聡子¹⁾、末吉 亮²⁾、
岡和田 学²⁾、長江 逸郎¹⁾、粕谷 和彦¹⁾、
勝又 健次¹⁾、山高 篤行²⁾、土田 明彦¹⁾

【はじめに】当科では二分脊椎患者に対して、反復性尿路感染症例や、尿失禁を有する症例に膀胱拡大術を行ってきた。また小児期から成人期まで継続して診療を行っている。今回我々は通院継続している膀胱拡大術後患者の要因について検討した。

【対象・方法】対象は膀胱拡大術を施行された15歳以上の症例。通院継続している群(通院群)と5年以上通院していない群(非通院群)に分け、性別、基礎疾患、手術施行時年齢、出身地(A地域:東京都および近隣県、B地域:1群以外の関東甲信越+静岡県、C地域:それ以外の県)、脳室シャントの有無、術前の膀胱尿管逆流の有無について比較した。統計学的検定はFisher's exact test および Mann-Whitney U test を用いた。

【結果】当院の膀胱拡大術施行例は114例であった。この中から死亡例3例と二分脊椎以外の症例6例を除外した105例を検討した。通院群は55例、非通院群は50例であった。性差は通院群:男31例・女24例、非通院群:男37例・女13例であった($p=n.s$)。基礎疾患は通院群:顕在性50例・潜在性5例、非通院群:顕在性49例・潜在性1例であった($p=n.s$)。平均手術時年齢は通院群:11.6歳、非通院群:11.7歳であった($p=n.s$)。出身地は通院群:A地域43例・B地域8例・C地域5例、非通院群:A地域15例・B地域13例・C地域22例であった(A及びC地域で $p<0.05$)。脳室シャントを有していた症例は通院群:13例、非通院群:19例であった($p=n.s$)。術前に膀胱尿管逆流を有した症例は通院群:34例、非通院群:19例($p<0.05$)であった。非通院群の平均外来中断時年齢は19.9歳で、膀胱拡大術から外来中断時までの平均期間は8.3年間であった。

【結語】病院から住居に近い症例や、術前に膀胱尿管逆流を有していた症例が通院を継続していた。また、非通院群の平均外来終了時年齢は丁度、新成人に移行する時期であった。非通院群では自己中断している例も多い為、定期的に外来通院するよう粘り強く訴えていく必要がある。

1-5 二分脊椎症に対する順行性洗腸法を用いた自己排便管理の確立

東京都立小児総合医療センター 外科

○加藤 源俊、小森 広嗣、内田 豪気、春松 敏夫、
藤村 匠、山本 裕輝、廣部 誠一

【目的】小児期では排泄のトラブルが精神発達や社会生活に影響することがあり、排泄が自立することで精神的自立、社会適応につながる。

当施設では、二分脊椎症などの排便管理に、浣腸、洗腸といった強制排便法を取り入れている。さらに、排便管理の自立を目的として、順行性洗腸(Malone antegrade continence enema: 以下、MACE)法を積極的に導入している。MACE法の適応として、①経肛門の洗腸管理が効果ある場合で、身体的理由で自立できない症例、より効率の良い洗腸管理を目指す症例、もしくは②経肛門の管理が効果ない症例に対する人工肛門の前段階を必要とする症例、を挙げている。具体的には、乳幼児で排便困難が出現した段階でグリセリン浣腸を導入。10歳頃より排便管理に関する自意識の向上を指導しながら、洗腸法に移行する。思春期に自立、QOLの向上のために、症例によりMACE法を選択する。

【対象】平成13年6月から平成28年6月までに、前身の東京都立清瀬小児病院および当院でMACE法を施行された二分脊椎症24例を対象とした。これらの治療経過、有効性について検討した。

【結果】MACE法の施行時年齢は、平均16.3歳(8-38歳)。男児15例、女児9例。10例はMACE造設のみで、13症例は膀胱拡大術時にあわせMACE造設が行われ、1例は術後1年時に膀胱拡大術を施行された。術後の合併症は、洗腸路の狭窄が4件、粘膜脱が1件みられた。MACE法を行った全ての症例で、自立した順行性洗腸管理を行うことができるようになり、内5件は成人施設への移行を行うことができた。

【結語】MACE法により、安全かつ自立した排便管理を確立することができた。

洗腸法やMACE法などの身体的管理を成功するためには、精神的ケアを含めた患児、家族と医療関係者のチーム医療が不可欠である。そして、洗腸法やMACE法は、患児自身が自分の障害を受け入れ、自分の生活、QOLをより良くしようという手段と位置づけられる。

1-6 重症心身障がい者の外科トランジション

神奈川県立こども医療センター 外科

○北河 徳彦、新開 真人、望月 響子、武 浩志、
臼井 秀仁、細川 崇、大澤 絵都子、吉澤 一貴

当院のような、隣接する成人医療施設がない孤立型の小児病院では、トランジションは大きな問題である。医療の進歩で、長期生存する重症心身障がい者(以下重心者)の数は確実に増加しており、成人に達した場合の外科的対応に苦慮することが多い。

1. 胃瘻・腸瘻管理: 胃瘻・腸瘻を有する重心者の増加による、カテーテル交換およびトラブル対応のニーズが飛躍的に増えている。成人に達した重心者は小児神経内科から成人神経内科に移行する症例が増えており、その際に胃瘻交換をお願いすることになるが、総合病院の成人神経内科、消化器内科、消化器外科は、自施設での手術症例以外の重心者には消極的なことが多い。近年、訪問診療医が重心者の胃瘻交換を引き受けるケースが出てきており、解決策になるかもしれない。我々も胃瘻についてのセミナーを開催するなど、啓蒙に務めている。

2. 手術: 内科主治医は成人内科に移行しても、外科主治医は決まっていないことが多い。このような場合にイレウスや噴門形成、胃瘻・腸瘻などの手術が必要になると、長年診療してきた小児外科医に依頼されることが多い。問題点としては、常に満床近い小児病院で小児の入院病床を成人が専有する問題、また成人に不慣れな病棟、成人特有の合併症の問題などである。実際に術後合併症の頻度は高く、手術がきっかけで死に至ったケースもある。成人診療科の受け入れがない限り解決しない問題であるが、通常の成人外科は重心者の管理に難があり、受け入れが難しい。解決策として、胃瘻・腸瘻・噴門形成等に対しては、成人病床が使用できる近隣の大学病院小児外科に依頼する道を作った。しかしながらイレウスなどの緊急手術には成人でも当科で対応しているのが現状であり、今後、緊急対応まで含めた成人外科への移行の道を開拓することが必要である。

1-7 重症心身障がい児のトランジション に対する当院の取り組みについて

熊本赤十字病院 小児外科

○吉元 和彦、比企 さおり、緒方 さつき、
杉本 卓哉

当院では小児外科で、県内外の施設からの依頼で重症心身障がい児に対する外科治療を積極的に行っている。外科的な介入により QOL が改善するのと同時に、成人期に達する患者が徐々に増えている。これらの青年期に達した重症心身障がい児達のかかりつけ施設や在宅での主治医は小児科医であることが多く、そのため、例えば通常の肺炎に罹患した際には当院の小児科に紹介されることが多かった。しかし原疾患に関連のない、肺炎などの通常の疾患に罹患した成人の治療を小児科で担当することは人的資源の面からも難しい場合があり、その対応に苦慮することもしばしばあった。そこで、当院では昨年になり、救急科、小児科、内科、循環器内科、小児外科、神経内科などの、成人となった重症心身障がい児の治療に関連する科で対応策を検討するに至った。具体的には、

- 1) 県内の重症心障がい児が救急搬送された場合には当院がまず引き受ける、
- 2) 当院の救命救急センターに搬送された時点の年齢で担当科を内科か小児科かを定める、
- 3) 入院後に特殊な原疾患についての治療や外科的な治療の必要がある場合には小児科、小児外科が共同で診療する、
- 4) 以上のことを日常的なかかりつけの小児科医に周知し、かかりつけが病院である場合には状態安定後に転院を引き受けてもらう、

という方針を決定し、現在もこれに沿って対応している。この方針の要点としては、対応策を一診療科が決めるのではなく、病院全体できめたこと、さらに院外にも周知して、医療圏として患者の行き場がなくなることを防ぐことを基本方針とした。今回、以上の取り組みを具体的な症例を提示して紹介し、重症心身障がい児を地域内でトランジションするための一つのモデルケースとして提示したい。

1-8 重症心身障害者の移行期医療に おける小児外科医の役割

大阪赤十字病院 小児外科

○大野 耕一、東尾 篤史

【緒言】本学会のトランジション検討委員会は、成人期以降の重症心身障害者（以下、障害者）では小児外科で対応不可能な成人期特有の疾患に遭遇することを指摘している。そこで当院における移行期の障害者と成人診療科（以下、成人科）との関わりおよび小児外科医の役割を考察した。

【方法】2004年1月から2015年11月までに小児病棟に入院した16歳以上の障害者の主科、成人科受診、外科疾患と手術、死因を検討した。

【結果】16歳以上の障害者は72人、最高年齢は43歳、最多入院回数は26回、主科は小児科69人、その他3人であった。47人が成人科を受診し、診療科は内科（結腸捻転、胃潰瘍、偽膜性腸炎、潰瘍性大腸炎、心不全、高血圧、脂質代謝異常、糖尿病、腎不全、腎盂腎炎、糸球体腎炎など）、外科（食道癌、腹膜炎、腸閉塞、虫垂炎、胆石症、気管腕頭動脈瘤など）、整形外科（大腿骨骨折、骨盤骨折、脛骨骨折など）、脳神経外科（くも膜下出血、水頭症）、産婦人科（月経困難、腔カンジダ症、性器出血、卵巣機能不全など）、泌尿器科（腎・膀胱結石、神経因性膀胱、水腎症など）、眼科（白内障、網膜剥離）であった。5人に緊急手術（腹膜炎手術、虫垂切除術、腕頭動脈結紮術、横隔膜縫縮術）が行われ、死亡した13人のうち4人の死因は外科疾患（食道癌、絞扼性腸閉塞、腕頭動脈出血）であった。

【考察】移行期医療とは小児科から成人科に転科することではなく、移行期の患者に良質でシームレスな医療を提供することである。障害者の96%は小児科を主科とし、65%は成人科の診療を受けていた。また食道癌、腹膜炎、腸閉塞、動脈出血など重篤な疾患に緊急手術が行われ、その中には死亡に至った患者もいた。加齢とともに変化する病態を小児科だけで治療することは困難である。外科専門医の資格を有する小児外科医は画像診断など移行期の障害者に積極的に関わり、治療だけでなく小児科と成人科との橋渡しの役目も期待される。

Handwriting practice lines consisting of 25 horizontal dashed lines.

シンポジウム 2

〔 トランジションの現状 〕

S2-1 疾患別にみた小児外科疾患の移行期患者の特徴についての検討

1) 国立成育医療研究センター 外科、
2) 同 小児がんセンター、3) 同 総合診療部

○渡辺 稔彦¹⁾、大野 通暢¹⁾、竹添 豊志子¹⁾、
田原 和典¹⁾、菱木 知郎²⁾、藤野 明浩¹⁾、
窪田 満³⁾、横谷 進³⁾、金森 豊¹⁾

【目的】小児外科疾患の移行期の患者において、疾患横断的にどの程度の医療ケアが必要となっているかを分析し、疾患毎に適切な移行期医療を検討することを目的とした。

【方法】当センター外科でフォローアップしている18歳以上の総排泄腔外反症、総排泄腔遺残症、腸管不全、胆道閉鎖症、胆道拡張症、について、年齢、外来受診回数、入院回数、受診している診療科数、について後方視的に検討した。

【結果】各々の疾患における患者数と年齢中央値(範囲)は、総排泄腔外反症(11名):27歳(18-42)、総排泄腔遺残症(5名):23歳(21-41)、腸管不全(4名):26歳(24-47)、胆道閉鎖症(25名):27歳(19-48)、胆道拡張症(22名):26歳(18-52)、であった。(以下の項目もこの疾患順に中央値(範囲)を記載)1年あたりの外来受診回数は4回(2-18)、3回(1-10)、11.5回(10-12)、2.5回(0.25-10)、1.8回(0.1-7.75)、入院回数は0.8回(0.14-1)、0.16回(0-3.3)、1.1回(0.2-2.3)、0.6回(0-5)、0回(0-5)、と外来・入院ともに腸管不全で著明に頻度が高く、次いで総排泄腔外反・遺残、胆道閉鎖症や胆道拡張症では頻度が少ない傾向を認めた。受診している診療科数は、3科(2-5)、3科(1-4)、2.5科(2-4)、2科(1-4)、1科(1-3)と、総排泄腔外反・遺残症では、多くの診療科受診を必要としていたが、胆道閉鎖症や胆道拡張症では、診療科が少ない傾向を認めた。

【結論】総排泄腔外反症や総排泄腔遺残症は、多臓器に渡る頻度の高い継続的な医療ケアが必要、腸管不全は静脈栄養の点で受診頻度は高いものの診療科は多くない、胆道閉鎖症、胆道拡張症は医療ケアの頻度が少なく状態が安定化している傾向が見られた。小児外科疾患の移行期患者の医療ケアの必要性は疾患ごとに特徴があり、適切な移行期医療のカウンターパートを検討する上で重要な情報となると思われる。

S2-2 トランジションに対する成人外科医の気持ち ～成人外科医へのアンケート調査～

あいち小児保健医療総合センター 小児外科

○横田 一樹、小野 靖之、高須 英見、仙石 由貴

【背景】近年小児医療においてトランジション(TS)に関しての議論が注目されている。しかし受け入れ先である成人医療従事者がどのようにこの問題を捉えているのかに着目した報告は少ない。今回我々は成人消化器外科医の現状と気持ちを調査した。

【対象と方法】対象疾患を自己肝生存の胆道閉鎖症(BA)、先天性胆道拡張症(CBD)、鎖肛(高位or中間位)、Hirschsprung病類縁疾患(pHD)、短腸症候群(SBS)に絞った。48人の成人消化器外科医にアンケートを行いTSに関しての意識調査を行った。4人は常勤小児外科医がいる施設で、11人は非常勤小児外科医がいる施設で勤務していた。8人がTS症例の主治医経験があった。

【結果】

〈総論〉「TSという言葉を知っている」は6.3%、「聞いたことがある」は16.7%であった。TS症例にふさわしい主科は「小児外科」54.2%、「成人外科」27.1%、「成人内科」12.5%。TS症例の主治医を「引き受けた」は50.0%で「引き受けたくない」は16.7%であり、成人外科疾患に罹患した場合は「自科で手術する」が77.1%であった。

〈各論〉各疾患の理解度自己評価は、5段階評価の平均値でBA2.3, CBD3.0, 鎖肛2.3, pHD2.5, SBS3.4であった。手術経験はCBDが最多でSBSが続いた。BAと鎖肛の執刀経験は0であった。ふさわしいTSの主科は、BA、鎖肛、pHDは「小児外科」が過半数、CBDは「一般外科」が最多で43%、SBSは「小児外科」「一般外科」「一般内科」がほぼ均等であった。主治医を「引き受ける」はCBDが、「引き受けたくない」はBAが最多であった。成人疾患に罹患した場合は「自科で手術する」がいずれも過半数であったが、BAとpHDでは「小児外科と合同」「小児外科依頼」の割合が他より高かった。

【結語】主科移行が可能そうな疾患が浮き彫りになってきたが、TSという概念はまだ浸透しておらず、TS症例の主治医経験者は少ない。小児医療従事者のみならず、成人医療従事者とも連携を深め議論していく必要がある。

S2-3 日本小児外科学会における 移行期患者支援への取り組み

日本小児外科学会 トランジション検討委員会

○尾花 和子、八木 實、木下 義晶、佐々木 英之、
杉山 正彦、曹 英樹、高見澤 滋、深堀 優、
星野 真由美、渡辺 稔彦

【背景】小児期発症疾患を有する患者の成人期に向かう診療について、個々の患者に相応しい成人医療への移り変わり、すなわち移行期医療：トランジションという概念が重要視されるようになってきている。小児外科疾患についても、施設の変更や、小児系診療科で継続するか、成人診療科に転科するか、などの問題点が懸念されているが、疾患・病態や、各学会・分科会により取り組みには温度差があり、未だ医療者、患者双方にわかりやすい道すじは示されていない。日本小児外科学会では2013年からトランジション検討委員会を運営し、移行期支援を検討してきた。その活動と現状を報告する。

【対象と方法】新生児期に手術を必要とする先天性疾患、栄養管理を必要とする消化管疾患、二分脊椎症を含めた泌尿器疾患、肝機能の悪化や晩期合併症のリスクのある肝胆道系疾患、在宅酸素などを要する呼吸器疾患、長期フォローを要する悪性腫瘍および難治性疾患、などが移行期支援を要する疾患と想定し、移行に関する情報ツールの作成を計画した。種々の疾患の中で、まずは直腸肛門奇形、腸管不全、二分脊椎症、胆道閉鎖症、胆道拡張症の5病態について、疾患名および病態。一般的な治療概略、合併症・後遺障害とその対応、社会支援、移行期、成人期の問題点について簡略にまとめ、疾患・病態別の移行支援ガイドブックを完成した。

【結果と考察】本ガイドブックは、各々の患者が他施設、他科での診療を考えたときに本人の病歴に沿って持参するツールとして、小児外科医以外が移行期医療として診療をする際に参考となることを目標とした。小児外科疾患のなかには、成人診療科での病態の把握や治療法の選択などがむずかしく、移行困難が予想されるものもあったが、他の慢性疾患同様、移行期の問題を患者、医療者ともに考えていくことで、患者への医療サービスの質を高めるとともに、医療者の負担を軽減していくことに取り組みたい。

S2-4 国立成育医療研究センターに おけるトランジション外来

国立成育医療研究センター総合診療部

○窪田 満

小児医療の進歩により多くの命が救われた一方で、慢性疾患を持ちつつ成人する患者さんが増えてきている。移行期＝トランジションとは小児医療から成人医療へと移り変わりが行われる段階のことを指し、そこでなされる医療を移行期医療＝トランジション医療と呼ぶ。転科＝トランスファーはあくまでもその中のイベントの一つである。

トランジション医療は10歳頃からと考えており、当院でも今年の夏に「子ども向けサマーフェスティバル2016」を開催し、大人になり、ヘルス・リテラシー（自分の健康に関する必要な情報を自分で手に入れ、理解し、効果的に意志決定を行う個人的能力）を獲得することの重要性を共有した。その患児達が大人になったときにスムーズに成人診療に移行できればと考えている。

一方で、当院には現実的に成人診療に移行できていない20歳以上の患者さんが多いのも事実である。そういった中で、小児医療にとどまる事による一番の問題は、患者さんの自立を妨げ、御両親の将来への不安を解決しないままにしているのではないかということである。その問題を解決するために、当院では昨年7月に移行期委員会を設置し、トランジション外来を開設した。

トランジション外来では、自立できる患者さんにはヘルス・リテラシーを獲得し、自己管理能力を身につけ、成人医療へ移行していただいている。自立が難しいような障害をお持ちの患者さんの場合には、御家族と何度も話し合い、その患者さんにとって一番良い医療を探している。主治医の退職、御両親の高齢化などに関して今から考えることも、トランジション医療である。担当医や専門医は患者家族と密接な繋がりを持ち、成人診療科では満足な医療ができないと考えていることが多い。当院のトランジション外来では、逆に今まで関わっていなかった私が介入することで、前述の方針を共有しやすくなっていると感じている。私たちの試みとこれまでの経験を報告する。

S2-5 小児腎臓病学会の トランジションに関する取り組み

名古屋第二赤十字病院 小児腎臓科
○後藤 芳充

腎疾患領域でトランジションが最初に話題になったのは、2000年のWatsonの報告からである。小児期に腎移植を行った患者を成人施設に転院させたところ、40%がnon Adherenceで腎機能が悪くなり、10%が腎廃絶になった。腎移植患者は免疫抑制剤を内服しないと拒絶反応が起きる。Watsonは論文の冒頭に思春期や青年期はノンコンプライアンス(non Adherence)や腎廃絶の特にハイリスクのグループと思われると記載している(Watson. Pediatr Nephrol 2000)。それから、non Adherenceやトランジションに関する報告が多くなった。

本邦の移行期にある小児慢性腎臓病(CKD)患者の現状は、20～24才に一番多く成人科へ転科(転院)しているが、その数は半数に満たず、依然として小児科に受診している。そして、20歳以上の20%以上が学生、主婦を除き未就職である(Hattori et al. CEN 2016 ahead of print)。

そのような現状から、腎疾患領域では2015年3月に厚労科研「難治性腎疾患に関する調査研究：トランジションワーキンググループ」が立ち上がり、日本腎臓学会、日本小児腎臓病学会が協力して、「小児慢性腎疾患患者における移行医療についての提言—思春期・若年成人に適切な医療を提供するために—」を発行した。現在は「思春期・青年期の患者のためのCKD診療ガイド」を作成しており、2016年6月に最終稿を作成、10月に出版し、以降に関する啓蒙、普及をはかっている。

それらの内容について紹介するとともに、移行を積極的に行っている施設について具体例を紹介できればと思っている。

S2-6 移行期医療への行政面からの対応

厚生労働省 健康局 難病対策課
○遠藤 明史

移行期医療の問題点は医療体制上のものと社会制度上のものに大きく分けられる。医療体制上の問題点として、小児期診療科医と成人診療科医との連携不足、小児慢性疾患に対する成人診療科医の知識・経験の不足、小児期診療科医を中心とした患者への教育不足などがある。また社会制度上の問題点としては20歳到達時点で小児慢性特定疾病医療費支給の対象から外れてしまうことがある。

厚生労働省としては、平成27年10月に組織再編をし、従来母子保健課で所掌していた小児慢性特定疾病業務と旧疾病対策課で所掌していた難病業務の両者を所掌する難病対策課を新設したことを踏まえ、より一層トランジションの問題点への対応を進めている。具体的には、医療体制上の問題点に対応するため、難治性疾患政策研究事業などで小児期診療科医と成人診療科医との連携を推進し、また小児慢性特定疾病児童成人移行期医療支援モデル事業を行い、上記問題点を改善する体制構築を進めている。

小児慢性特定疾病医療費支給の対象から外れてしまうという社会制度上の問題点に対しては、小児慢性特定疾病の一部は指定難病とも共通しているため、難病法に基づく指定難病やその他の制度等を利用して必要なサポートを継続できる体制構築に取り組んでまいりたい。

S2-7 トランジションを受けるか否かの 決断は患者の権利ではないのか？

アイオワ大学 外科

○木村 健

約半世紀まえ、ボストンで Dr. Fisher に師事し小児外科チーフレジデントに就任した。ある日鎖肛根治手術の最中、「小児外科医は患者を術後何年間にわたって診る義務があるのですか？」と尋ねたところ、師から「次世代の親になるまでだ」と即答が返ってきた。その後兵庫こども病院とアイオワ大学で若い小児外科医の指導にあたった30年間、同じ質問を数多くうけたが、師から授かった言葉を返すのを常としてきた。

1970年代の日本の法律で定めた保存期間を過ぎるとカルテは廃棄処分される決まりがあった。これでは次世代の親になるまで患者の治療は不可能だ。そこで各患者サマリーを疾患別台帳に記入し、科内に保存して将来の追跡に備えた。この台帳のお陰で数十年前に手術した患者からの問い合わせに対処できた例は数えきれない。法律が診療のニーズと整合性を欠く場合、医師は固有の職権で対処する必要がある。

1981年リスボンで開催された世界医師会で「患者の権利」宣言が採択されていらい米国医療界は、患者の知る、選ぶ、決める権利を優先するようになった。患者は術後何年が過ぎても自分が手術を受けた外科医に診てもらい権利を保有している。患者の意思に反して医療者の都合により他の医療機関や医師にその後の診療を委託することは患者の権利に背く。誰に診てもらうかを決めるのは患者の権利であるからだ。

ヒルシュスブルング氏病や腸管回転異常などの小児外科疾患が、まれに成人になったのちに発見されることがある。小児外科特有疾患の外科治療は、患者の年齢にかかわらず小児外科専門医の手にゆだねられる。これは患者の選ぶ権利の範疇である。

現在日本の小児外科医が悩んでいるトランジションの問題に明快な解決策はない。患者の権利が最優先される先進社会では、委託の時期を論ずるより患者の権利を守るための策を検討すべきであろう。

Handwriting practice lines consisting of 25 horizontal dashed lines.

セッション2

〔 トランジションでの様々な問題 〕

2-1 当施設における脊髄髄膜瘤術後症例のトランジションについて

筑波大学 臨床医学系 小児外科

○瓜田 泰久、増本 幸二、川上 肇、産本 陽平、
青山 統寛、藤井 俊輔、千葉 史子、小野 健太郎、
坂元 直哉、五藤 周、新開 統子、高安 肇、
田中 秀明

当施設において脊髄髄膜瘤症例は、手術は脳神経外科が施行し、導尿管は泌尿器科（泌尿器科）が行い、排便管理が必要な場合は小児外科が行っている。しかし2008年まで手術は小児外科が施行しており、術後、外来管理は小児外科がメインとなって行っていたため、それまでの症例は成人しても小児外科外来のみに定期的に通院している方が存在する。このような特殊な経緯があり、髄膜瘤術後の小児は泌尿器科が管理し、成人に達した方を小児外科が管理するという逆転現象が起きていた。

一方、2012年より小児泌尿器科手術は小児外科が一手に引き受けており、2015年、小児泌尿器を研鑽された泌尿器科医の異動に伴い、泌尿器科での小児の管理が困難となったため、2016年より小児神経性膀胱外来を小児外科が担当し開設することとなった。この際、中学卒業後は泌尿器科に移行することを条件とし、逆転現象の是正をはかった。

トランジション問題は古くより存在し、成人科に紹介しても小児外科に逆に戻されてしまう例がある。これは、胆道閉鎖症など成人科がほとんど経験しない疾患では、成人科の先生が診療に躊躇してしまう場合と、小児外科のドクターは概して対応が優しい人が多く、「小児外科の方がいい」と患児や患児の家族が希望する場合がある。しかし、成人期以降においては生活習慣病、原疾患と関連のない癌の発症など小児外科医が比較的不得手とする事柄も存在する。また症例を抱え込むことで紹介率、逆紹介率が低くなれば、院内での小児外科の立場を悪化させる要因ともなりかねない。

当科における脊髄髄膜瘤術後例のトランジションは医師の異動などで是正されたが、成人科との関係性が鍵となることは確かで、成人科が慣れるまでは併診期間をおくことが移行への障害を改善する可能性があると思われた。

2-2 全身性リンパ管腫症：23年の経過を通じ、様々な症候を呈した1例

1)さいたま市立病院 呼吸器外科、2)同 内科、

3)同 小児外科、4)慶應義塾大学医学部 小児外科

○堀之内 宏久¹⁾、米谷 文雄¹⁾、柿本 利春²⁾、
中野 美和子³⁾、黒田 達夫⁴⁾

新生児期（23Days）に腹部腫瘍、貧血、血小板減少症を呈し、後腹膜に及ぶ血管腫と診断で、放射線治療（5Gy/5fr）。腹部腫瘍は消失、12歳児まで追跡観察され、再発を認めず、終診。

15歳時（高校生）、左胸水を指摘、呼吸器外科を紹介。乳び胸であり、胸腔ドレナージが行われた。保存的治療に反応せず、両側乳び胸に進展、左胸腔鏡下漏出部縫合、右側より胸管結紮術を行うも効果なく、オクトレオチド持続投与と頻回の胸膜癒着術にて軽快退院。左側腹部にリンパ浮腫を認めたが、腫瘍性ではないと判断、大学卒業（22歳）時に終診。

23歳時（大学院学生）腹部膨満感を主訴に乳び胸診療に携わった呼吸器外科医を受診。

腹部エコー、CTより腹水貯留認め、試験穿刺にて血清腹水、細胞診Class II。当初は腹腔穿刺に伴い数百mlの腹水排除を行うと腹部症状の改善を認めたが、次第に速やかに腹水貯留が起こるようになり、腹腔穿刺の頻度と量が増加した。試験開腹は、適応無しと判断。腹腔内出血の進行を認め、腹部緊満による症状強く、腹水を経静脈的に輸注する処置を行ったが、次第に全身状態の悪化し死亡した。剖検では臓側胸膜、後腹膜上に散在性に赤色の米粒～小豆大の腫瘍塊が播種状に存在、これらの腫瘍からの出血であったと考えられた。病理診断はリンパ管腫であった。全経過から、全身性リンパ管腫症と診断した。リンパ管腫症は症状が多彩で、発現部位により異なる対応が必要である。新生児、小児期に診断が明らかとなった場合の診断情報の伝達が重要であると考えられた。リンパ管腫症については世界的な登録事業を通して自然経過の解析と治療法の蓄積による診療精度の向上が望まれる。

2-3 小児外科トランジション症例の小児病棟での入院看護について

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館

○俣野 朋美、水田 美紀、内田 春奈、伊東 美知代、
村守 克己、上杉 達、福田 篤久

当院では平成25年よりトランジション患者は小児病棟で看護している。当病棟はこれまで小児と成人女性との混合病棟であったが男性のトランジション患者が病衣で病棟内を歩いている姿やプレイルームで過ごす事で一般小児の家族からの苦情が発生し、患者同士や患者家族間で問題が起こった。従って以後、小児病棟でのトランジション患者の入院は個室管理が絶対条件となり、個室内だけの入院生活を余儀なくされるようになった。その結果、患者は入院前より制限が多い生活を強いられる状況となり、不要なストレスが加わるようになっていった。このように小児病棟でトランジション患者が制限のない療養生活を送ることと、一般小児患者の良好な療養環境を維持することの両立は困難な場面が生じてくる。疾患上小児科医・小児外科医が24時間対応できる病棟での入院管理が理想ではある。しかし今回さまざまな看護の場面で各症例の問題点を洗い出して検討した結果、診療する側の利便性だけで小児病棟を選択するのではなく、患者およびその家族の視点に立って考え、患者や家族の意思や希望も尊重された上で選択されるべきだと考えた。トランジション患者において患者・家族の主張や利益が軽視される傾向にあるが、患者や家族が適切な医療を受け、同時に安心して療養生活が送れるような入院や環境について看護の側面から考察する。

2-4 直腸肛門奇形のトランジションにおけるオストメイトの会の重要性和課題

和歌山県立医科大学 第二外科

○窪田 昭男

従来救命が困難であった重症先天性心奇形、超低出生体重児あるいは胆道閉鎖症などの救命率が飛躍的に向上したことに伴い、小児、成人の何れの領域の医師にとっても経験したことのない病態をもった膨大な数の成人患者が出現した。この病態に如何に対応するかという問題と共に、いかなる施設で誰がこれらの患者を診るか、医療保険は利くかなどの問題が出現した。症例数が多いために、移行期医療（トランジション）とよばれる社会的問題となった。

一方、直腸肛門奇形の内、外科的治療で完治できない後腸形成不全、総排泄腔遺残症あるいは総排泄腔外反症は排便・排尿障害に加え、性や生殖に係わる問題あるいは心理社会的問題などが小児期を越えても存在するために、従来より多くの小児外科・小児泌尿器科医はこれらの症例を成人期に至るまで診療してきた。これらの症例の絶対数が少ないため小児外科・泌尿器科医にトランジションという概念はなく、キャリアオーバーと称して成人期に至るまで自らの症例として診療してきたが、所謂“トランジション”とは異なった課題がある。

重症の直腸肛門奇形を有する症例が抱える心理社会的問題に対しては、キャリアオーバー症例として病院への来院を待っていても解決できないことがある。この解決を強く意図したわけではないが、我々は20数年前に永久的ストーマをもった小児オストメイトの会「たんぽぽの会」の結成を支援した。3年前、たんぽぽの会の結成20周年を祝ったのを機会に成人期に達した会員の声を聞いた。たんぽぽの会が「家族や友だち、病院で働く医療関係者には伝わりづらいことでもわかってもらえる仲間の会」として、心理社会的問題の解決あるいは緩和に極めて大きな役目を果たしてきたことが明らかとなった。

オストメイトの声を元に直腸肛門奇形のトランジションにおけるオストメイトの会の重要性和トランジションが抱える課題について検討する。

2-5 トランジションに見られる「親離れ」「子離れ」

旭川医科大学 外科学講座 小児外科

○宮本 和俊

小児外科疾患のトランジションでは、おもに疾患別病態別の検討、経済支援に対する検討などがなされている。その中で、小児期からかかわっていると医療側と患児家族側が強い信頼関係が結びついてしまい離れがたくなる、あるいはかえって強く離反するなどの事態が生じることがある。1例報告であるが検討を加えたい。

【症例】24歳女性。新生児期の腸回転異常症に伴う腸軸捻により広範囲小腸切除を余儀なくされ、残存小腸は6cmとなった、乳児期から在宅中心静脈栄養を続け現在に至っている。20歳まではリザーバーを用いたが感染は生じず、新生児期にカットダウンした右外頸静脈を現在に至るまで使い続けた。20歳になりネフローゼを発症しステロイド治療により初めてカテーテル感染を起こした。皮下トンネル型のカテーテルに移行した。以後1年に1～2度カテーテル感染を来しているが、エタノールロック療法が奏功し右外頸静脈を使い続けている。2週間に一度の外来通院を続け、中学生までは「親子関係」に近い状態であったが15歳時に医師側から「子離れ」のごとく一部診療を思春期科へ移行を図った。臨床心理士も介入したが患児からの拒絶により小児外科のみの診療に戻った。20歳時には逆に「親離れ」のごとく、患児側が小児外科、小児科から離れていった。現在は腎臓内科、消化器内科、心療内科に通院し、小児外科はカテーテル交換のみを受け持っている。将来検討が必要になる移植外科へのコンサルトは勧めているものの、まだなされていない。

【考察】トランジションが必要な患児には、大なり小なりこのような精神的結びつきに関する問題が存在する。このような時のキーワードは「親子関係」「子離れ」「親離れ」であり、時にそこには「自分探し」の問題も結びつく。田口らの提案するトランジションのイメージ図において成人対象・小児対象臨床心理士、思春期科、精神科の連携が必要とされる所以と考える。

2-6 膀胱拡大術後のトランジション—特に妊娠、分娩症例—

1) 埼玉県立小児医療センター 泌尿器科、2) 同 外科

○多田 実¹⁾、家崎 朱梨¹⁾、船越 大吾¹⁾、大橋 研介¹⁾、川嶋 寛²⁾、岩中 督²⁾

日本小児外科学会トランジション検討委員会から2016年4月に出された移行期支援ガイドブックによると、特に膀胱外反症では妊娠出産の報告は極めて希少であり、妊娠出産は可能であるものの非常に困難であると記載されている。小児期に膀胱拡大術を施行した女児症例を通して検討を加える。

【対象】過去20年間で腸管利用膀胱拡大術を行ったのは20例で、原因疾患は二分脊椎症13例、外反症7例（膀胱2、総排泄腔5）で、男児7例、女児13例であり、1例に21トリソミーが認められた。使用した臓器は小腸16例、大腸4例であった。妊娠・分娩に至ったのは1. 二分脊椎症例と2. 膀胱外反症で生下時に後方骨盤骨切りと骨盤修復、膀胱閉鎖術がなされた例であり、CHD手術歴を伴っていた。

【症例】

症例1：11歳時に小腸利用膀胱拡大術（Goodwin）施行。26歳時に自然妊娠し、帝王切開にて挙児を得た。帝切時、拡大膀胱存在のため子宮を縦切開した。

症例2：12歳時に小腸利用膀胱拡大術（Goodwin）＋両側尿管膀胱外操作式逆流防止術＋膀胱頸部閉鎖術＋小腸利用導尿管作成術（Monti）を行った。20歳時に自然妊娠。子宮増大に伴い妊娠中に水腎症が増悪してきたため、両側腎瘻造設。子宮底部横切開による帝王切開にて出産した。さらに22歳時に第2児を出産したが、腎瘻は造設していない。

【考察】膀胱拡大術後の妊娠、分娩時の問題点として妊娠中の1. 腎機能の推移、2. 尿路感染症対策、3. 増大子宮の圧排（尿管→水腎症、腸間膜血管→腸管壊死）、4. 膀胱機能の変化、5. 分娩方法、6. 帝王切開時の機械的阻害因子などと思われる。ただこれらは二分脊椎症例と膀胱外反症では微妙に異なるため、ケースバイケースに応じた分娩方法が取られる。今後はあらかじめ小児期にも妊娠、分娩を考慮した膀胱拡大術式を検討していくべきと思われる。

【結論】産科と小児期担当科の連携にて、安心して妊娠分娩に臨める環境整備を整えていく責務があると考ええる。

2-7 他院にて小児外科手術を受けた 女性患者4例の妊娠・分娩経過に ついて

埼玉医科大学総合医療センター 小児外科

○北川 大輝、小高 明雄、井上 成一郎、牟田 裕紀

小児期発症疾患を有する患者の成長発達に伴い、診療科の変更や連携等を含め、トランジションが重要な課題となってきた。今回、他院で小児外科のメジャー手術を受けて、当院で妊娠・分娩管理を経て出産した4症例を検討した。

【症例1】34歳女性、胆道閉鎖（葛西手術）術後、門脈圧亢進症、脾腎シャント。1経妊1経産（自然妊娠）。平成25年5月に自然妊娠。平成25年7月よりフォロー開始。平成26年2月に帝王切開で出産。妊娠中は門脈圧上昇・脾腫に伴う貧血・血小板減少を認めたが、その他には大きな問題なく経過した。

【症例2】30歳女性、臍帯ヘルニア（多段階的腹壁閉鎖）術後、肝部下大静脈欠損、腹壁癒着ヘルニア。2経妊0経産（自然妊娠、自然流産）。平成26年3月に自然妊娠。平成26年6月よりフォロー開始。平成26年11月に経膈分娩により出産。妊娠中に切迫早産で入院、出産直後に膈左側壁に6cm大の血腫形成を認め、膈壁血腫除去術施行して軽快した。

【症例3】28歳女性、胆道閉鎖（葛西手術）術後。2経妊1経産（自然妊娠、人工流産）。平成21年10月に自然妊娠。平成22年2月よりフォロー開始。平成22年7月に経膈分娩で出産した。喫煙を継続していたものの、妊娠中は特に大きな問題なく経過した。

【症例4】19歳女性、高位鎖肛・結腸限局性拡張症（拡張結腸切除・腹仙骨会陰式鎖肛根治）術後、永久回腸瘻、双角子宮。0経妊0経産。平成17年7月よりフォロー開始。平成23年4月に自然妊娠。平成23年12月に選択的帝王切開で出産。妊娠中にイレウスで2回入院、いずれも保存的治療で軽快した。

4症例とも出産前に産婦人科から当科にコンサルトがあった。いずれも初回手術施行時の情報が足りなかったが、関係各科（産婦人科、消化器外科、麻酔科、泌尿器科等）との連携によって無事出産に至った。経産婦については前医での妊娠分娩経過記録が特に有用であった。

Handwriting practice lines consisting of 25 horizontal dashed lines.

シンポジウム3

〔 各施設でのトランジション 〕

S3-1 最近6ヶ月間に当科外来受診した20才以上の症例に関して

県立広島病院 成育医療センター 小児外科
○大津 一弘、亀井 尚美、赤峰 翔

【はじめに】県立広島病院小児外科は昭和39年5月から広島市において約52年間継続して小児外科診療を行っている。少なくとも演者が関与した最近20年間は可能であれば成人診療科へのトランスファーを行うようにしてきたが、やはり当科で継続してトランジションされる症例も存在する。最近外来で管理している20才以上の症例に関して検討を行った。

【対象】2016年1月から6月までの6ヶ月間、当科外来を受診した症例を対象として総数と受診時20才以上の症例を抽出した。

【結果】外来受診のべ患者数は6ヶ月間で1,920例であった。うち、20才以上の症例は22例、のべ60回で、外来受診症例の3.13%をしめた。内訳は重症心身障がい者10例、汚溝外反2例、頸部リンパ管腫2例、膀胱外反1例、高位鎖肛1例、Hypoganglionosis 1例、短腸症候群1例、肝前性門脈閉塞症1例、先天性胆道拡張症1例、水腎症1例、両側卵巣奇形腫1例であった。このうち、重症心身障がい者は当院小児科受診と併せて胃瘻交換を行っている症例で小児外科疾患に伴うトランジションではなかった。また、先天性胆道拡張症、水腎症、両側卵巣奇形腫症例はトランスファーをすすめたものの患者の希望で当科受診を続けている症例であった。すなわち、小児外科特有の疾患に伴いトランジションとなっているのは、汚溝外反、頸部リンパ管腫各2例、膀胱外反、高位鎖肛、Hypoganglionosis、短腸症候群、肝前性門脈閉塞症各1例の合計9例であった。この9症例の現在までの経過と今後の問題点に関して考察したい。

S3-2 小児期術後晩期合併症への対応

1) 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 小児外科、
2) 聖マリアンナ医科大学病院 小児外科
○佐藤 英章¹⁾、古田 繁行¹⁾、田中 邦英¹⁾、
北川 博昭²⁾

【はじめに】小児期に手術を行い、外来経過観察終了後に発症する晩期合併症はわれわれ小児外科医が遭遇し治療にあたることは少ない。今回自験例を通じて晩期合併症に関する問題点と解決策を検討した。

【方法と対象】小児外科で手術を施行し、2001年より2015年までの15年間に成人後に他科を受診・治療を要した患者8例に対し①原疾患 ②他科受診診断名 ③他科における治療に関し診療録をもとに後方視的に検討した。脳性麻痺患者は対象から除外した。

【結果】原疾患の内訳は虫垂炎1例、ヒルシスプルング病1例、鎖肛1例、潰瘍性大腸炎2例、十二指腸閉鎖症1例、仙尾部奇形腫1例、胆道閉鎖症1例であった。他科受診診断名は、腸閉塞3例、痔瘻1例、直腸脱1例、十二指腸狭窄1例、Peritoneal Inclusion Cyst 1例、妊娠による肝不全1例であった。このうち肝不全を除いた7例は治療に手術を要した。成人期手術時に小児外科医が関与したものは十二指腸閉鎖症術後十二指腸狭窄と仙尾部奇形腫術後 Peritoneal Inclusion Cyst であり、いずれも成人外科医による病態把握が困難であり小児外科医が主に治療にあたった。手術はそれぞれ小児外科医が腹腔鏡補助下胃空腸バイパス術、腹腔鏡下嚢腫開窓術を施行した。

【考察】腸閉塞、痔瘻、直腸脱など成人外科領域においても一般的な晩期合併症に関しては成人外科医が対処可能であったが、病態に対する理解がより必要な原疾患による晩期合併症は小児外科医が率先して治療にあたる必要があった。

【結語】小児外科疾患に特有な病態の晩期合併症に関しては、その治療に率先してあたるべきである。

S3-3 大学病院における小児外科の在り方

1) 群馬大学医学部附属病院 小児外科、

2) 群馬大学大学院 病態総合外科学

○大竹 紗弥香¹⁾、内田 康幸¹⁾、大串 健二郎¹⁾、
鈴木 信¹⁾、桑野 博行²⁾

【緒言】近年の小児医療の進歩により、小児期に手術を経験した多くの患児が成人にまで達するようになってきた。それに伴い、トランジションが円滑に進まない現状が浮き彫りになり、これからの小児医療の課題となっている。

【目的】当科における20歳以上の長期フォローアップ中の小児外科疾患患児の現状をまとめ、今後の治療についての課題を検討した。

【対象】2016年現在、当科外来へ通院中の20歳以上の症例を対象とした。

【結果】男性10例、女性12例の計22例であった。疾患は胆道疾患(肝移植含む)7例、潰瘍性大腸炎5例、直腸肛門奇形4例、重症心身障害児2例、悪性腫瘍2例、リンパ管腫1例、結合双生児1例であった。年齢は20歳前半11例、20歳後半4例、30歳前半3例、30歳後半4例であった。併診の診療科が当院にある例は7例(小児科1、産婦人科4、泌尿器科2、整形外科2)、当院以外にある例は8例(小児科2、産科1、一般外科1、循環器外科1、成人内科2)であった。

【考察】当科におけるトランジション症例は胆道疾患・潰瘍性大腸炎症例が多かった。重症心身障害児の成人例は元々施設入所中であり、術後は施設でフォローされている例が多いため、症例数が少なかった。当科フォロー中の胆道疾患は女性が多く、妊娠適齢期になっているため、産婦人科にて妊娠管理・不妊治療を行っており、周産期管理を連携して行っている。また総排泄腔遺残など排尿障害を持つ症例も多いため、泌尿器科との連携は欠かせないと考える。このような横断的な連携は大学病院ならではのあり、当院ではその中心の軸としての役割を小児外科が担っていると考えている。

【結語】小児外科疾患における成人期への円滑な移行において、成人疾患を扱う他科との横断的な連携が重要であり、我々はその中心軸としての立場となるのが小児外科ではないかと考える。

S3-4 当科における transition 医療の現状と課題

千葉大学大学院 医学研究院 小児外科学

○齋藤 武、照井 慶太、中田 光政、小松 秀吾、
小原 由紀子、柴田 涼平、原田 和明、文田 貴志、
西村 雄宏、吉田 英生

【目的】小児外科領域においても transition が取り上げられ、とりわけ同時期における疾患毎の病態、治療と課題が明らかにされつつある。一方、現場では各々の患者・医療者・施設・地域特性が存在し、transition を実践する際は、現場に即した形でその理想型を妥容させる必要がある。現実的には当該施設に応じた transition が追求されることに鑑み、当科の同医療の現状を分析した。

【対象と方法】当該期間(①外来と②入院は最近5年間、③手術は最近11年間)における当科診療総数における transition 例(16歳以上)の占める割合、疾患群、診療頻度・理由・内容を検討し、当科 transition 診療の特徴と課題を考察した。

【結果】

① transition は外来総数4,617例中371例(8%)、受診回数は28,046件中4,526件(16%)で再診が多い。疾患別では悪性腫瘍74例(20%)、炎症性腸疾患(IBD)50例(14%)、胆道拡張症42例(11%)、胆道閉鎖症(BA)39例(11%)、泌尿器系疾患24例(7%)、直腸肛門奇形21例(6%)などで、重心と腸管機能不全は各3%と2%。

② 2,160例のべ3,392回の入院中 transition は70例(3%)247回(7%)を占め、反復入院が多い。疾患群と入院理由はIBD19例59回(病勢の評価と制御83%)、BA13例48回(胆管炎69%)、重心5例10回(手術40%)、Hirschsprung 類縁疾患4例35回(CV 関連・イレウス34%、腸瘻出血14%)、神経芽腫治療後2例24回(胃腸炎33%、電解質異常21%)などであった。

③ 全手術4,891件中 transition は62例139件(3%)。疾患別ではIBD32件(23%)、腸管機能不全29件(21%)、直腸肛門奇形17件(12%)、重心14件(10%)などで、術式別では44件32%がCV 関連、27件19%が内視鏡関連であった。

【まとめ】外来診療で扱う当科 transition 症例のうち、当科入院・手術に至る例は少ないが、その疾患特性は高く治療は特異的で、入院・手術を反復する傾向がある。今後併診科における transition の管理と治療、また患児満足度を吟味することで当院の transition 医療を包括的に評価し得る。

S3-5 当科におけるトランジション症例の検討

杏林大学 医学部 小児外科

○渡邊 佳子、浮山 越史、鮫島 由友、船田 敏子

【はじめに】小児期に手術をうけた患児が成人期に達しても小児外科医でないと対処できない病態があり、様々な観点からトランジションについて議論がなされている。

【対象】2005年3月から2016年6月までに当院外来を受診した16歳以上の症例を対象とし、年齢、性別、原疾患と治療、現在の問題点などを後方視的に検討した。

【結果】対象となった症例は92例で、性別は女性52例、男性40例であった。外来最終受診時の年齢は16歳～20歳未満が52例、20歳台が36例、30歳台が4例であった。疾患は胆道疾患15例、腫瘍11例、術後イレウス11例、便秘8例、腎泌尿生殖器疾患7例、直腸肛門奇形7例、脊髄疾患4例、ヒルシュスプルング病および類縁疾患4例、炎症性腸疾患3例、胃食道逆流症2例、十二指腸潰瘍2例、呼吸器疾患2例、家族性大腸ポリポース1例などであった。これらの症例の中で手術を受けていた症例は69例であった。成人の科へ移行もしくは併診となった症例は23例あった。胆道系疾患では胆管炎などの発生、肝移植の適否の判断が多く、消化管疾患に関しては排便異常が多かった。潰瘍性大腸炎、家族性大腸ポリポースといった成人の科とも共通する疾患についてはスムーズにトランジションが可能であったが、直腸肛門奇形に関しては引き続き小児外科がキャリーオーバーしている状況であった。妊娠、出産に至った症例は2例あった。

【考察】成人期に達した患児では疾患の種類に応じた医療体制の整備、医療費の支援などが必要である。これらの症例を通して成人期に抱える問題点を認識し診療にあたる必要があり、各科との連携、働きかけを確立していくことが肝要である。

S3-6 当科におけるトランジション症例に対する関わり

聖マリアンナ医科大学 小児外科

○脇坂 宗親、長江 秀樹、真鍋 周太郎、北川 博昭

【はじめに】小児期発症疾患の成人期への移行は、トランジションという概念が提唱されている。経験した代表的疾患症例から、その対応と問題点を検討・考察する。

【対象と方法】当科で診療した患児は、成人期以降も当科で診療を継続する。当科のみで治療困難な場合は、各科に依頼を行い、治療方針・主科を決定する。各疾患の診療状況と問題点を挙げる。

【結果】2015年度に当科を受診した16歳以上症例は115例で、内訳は脳性麻痺33例、鎖肛8例、胆道拡張症6例、食道疾患6例、胆道閉鎖症5例、Hirschsprung病5例などであった。疾患ごとに、その取り組みを提示する。

〈脳性麻痺〉他院での診療例が、入院不能で紹介される例が近年増えた。病棟と交渉の上、病床を確保し、外科手技は当科が施行した。

〈食道疾患〉食道拡張が必要な例は当科で処置を行った。食道閉鎖症で成人期以降に再手術が必要となったGrossA型の3例は当科で施行した。

〈胆道閉鎖症〉成人期以降も年数回の検査を継続し、妊娠例には周産期から関わった。転勤例は転地の小児外科医と連携し、入院治療が必要な場合は当院で受け入れた。

〈Hirschsprung病〉類縁疾患2例で短腸症候群となった。1例は肝炎、腎不全を合併し、成人内科と併診し治療している。カテ感染時は、当科管理で治療、合併症なければ当科継続受診する。

【考察】全症例が問題となるわけではなく、疾患により対応が異なったが、共通問題もあった。まず患者の小児外科への依存が強く、成人診療科医師を困惑させることがあった。次に患者への診療意欲の差である。小児外科医は強い思い入れがあるが成人科は多くの患者の中の一人という認識で、長期の病態の理解度は小児外科に対して乏しい。また患者が受診医より年齢が上という通常の小児外科診療ではない逆転現象もおき、次世代医療者への教育の必要性も認識させられた。更にトランジション症例は生活面・精神面まで留意し、各科連携が必須であった。

S3-7 大学病院における成人症例の検討： トランジションは可能か？

大阪大学 小児成育外科

○田附 裕子、上野 賢吾、山中 宏晃、高間 勇一、
阪 龍太、中島 賢吾、山道 拓、梅田 聡、
出口 幸一、松浦 玲、児玉 匡、野口 侑記、
和佐 勝史、奥山 宏臣

近年、小児医療の進歩により小児外科疾患における治療成績や長期予後も改善している。しかし大学病院で扱う疾患には、トランジションが困難なものも多い。

【目的】大学病院の小児外科外来における成人症例の基礎疾患とその理由について検討した。

【対象】大阪大学医学部附属病院において、過去2年以内に通院歴のある現在20歳以上で小児外科へ通院中の134例を対象とした。

【結果】男性は58例、女性は76例であった。多い疾患順では、腸管機能不全32例(23.9%)、胆道拡張症術後23例(17.2%)、移植後を含む胆道閉鎖症23例(17.2%)、小児科フォローの神経系疾患に伴う胃瘻管理17例(12.7%)、小児がん治療後14例(10%)であった。トランジションが困難な理由として、短腸症候群やヒルシュスプルング病類縁疾患や難治性下痢など在宅中心静脈栄養管理を要する腸管機能不全では、個々の病態の多様性から他施設での受け入れが困難であった。またこれらの症例の就業率は10%以下であった。胆道拡張症術後や移植後を含む胆道閉鎖症では、疾患特殊性から小児外科専門医による定期フォローが継続されていた。神経系疾患や小児がん治療後の症例は、小児科通院に伴い同病院でのフォローを強く希望され受診していた。一方、小児外科治療終了後も通院している成人症例は、直腸肛門奇形4例、食道閉鎖症2例、横隔膜ヘルニア1例、気管狭窄1例と少なく、多くの症例が成人期までに終診となっていた。

【まとめ】多くの小児外科疾患において、長期予後の改善によりトランジションの必要性が軽減されていた。一方、長期フォローの必要な腸管機能不全や胆道疾患では、トランジションを受け入れる総合病院として、大学病院の役割が高まっていた。小児外科疾患のトランジションにあたっては、成人各科だけでなく、小児科との連携や社会生活への就労支援なども重要な問題と思われた。

S3-8 当院におけるトランジションの 現状と課題

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

○加藤 愛香里、金城 僚、大城 清哲

【目的】当院は開設から10年を経ている。当院におけるトランジションの現状と問題点、今後の課題を検討する。

【対象と方法】対象は2016年5月の時点で小児外科受診歴があり、20歳を超える32名。うち20歳以前に終診や転院となった7名を除く25名を検討した。10年間のカルテをレビューし、性別、現在の年齢、基礎疾患に関し後方視的検討を行った。

【結果】性別は男13名、女12名、年齢は30代1名、25～29歳4名、20～24歳20名であった。疾患は、胆道閉鎖症5名、高位鎖肛4名、胆道拡張症2名、重症心身障害児の胃瘻造設2名、脾腫瘍2名、二分脊椎、食道閉鎖症、声門下狭窄、脾癒合不全、停留精巣、便秘症であった。死亡例2名、20歳以降の終診4名であった。

小児外科で外来フォローを続けている理由として、第一に小児特有の疾患が多く、例えば胆道閉鎖症や拡張症では移植適応を判断するなど、成人内科には馴染みがないこと。第二に、重症心身障害が基礎疾患にある患者の場合、小児内科で経過を見ていることが多く、胃瘻造設など成人外科でも可能な手術に関しても小児外科に紹介が来ること。第三に、患者・保護者が主治医を変更したくないという希望があることが挙げられた。成人科から拒否された症例はなかった。

トランジションが可能であった症例は、食道閉鎖症術後で血痰を伴う慢性閉塞性肺疾患の1例のみであり、本症例は18歳で成人呼吸器内科へ引き継ぎとなった。

【考察】今後トランジションを行うに当たり、特に内臓疾患および重症心身障害者の受け入れに関して、成人診療科に理解を求める必要がある。また小児科と共にトランジションする、即ち小児科医が小児外科ではなく、成人診療科に胃瘻造設や内視鏡検査のコンサルトを行うことができる素地を作ることが大切と考える。最後に患者・保護者に疾患の経過について早い段階から説明し、一定の年齢になれば成人診療科へ紹介する可能性についても説明する必要があると考えられた。

S3-9 総合病院において小児外科医が 関与するトランジション入院症例 について

1) 土浦協同病院 小児外科、2) 同 小児科

○堀 哲夫¹⁾、神保 教広¹⁾、牛山 綾¹⁾、渡辺 章充²⁾、
渡部 誠一²⁾

【はじめに】当院は1次から3次救急を担当し地域の中核となる総合病院である。最近のトランジション入院症例について現状を報告する。

【対象疾患と症例の内訳】当院に小児外科が開設された平成21年2月から平成28年7月までにおいて小児外科が関与し入院を要した16才以上のトランジション症例は19例(男9, 女10)であり、小児外科疾患が5例、脳性麻痺や染色体異常症例などの小児科疾患は14例であった。入院前の診療科は自科1、小児科11、自院内科1、他院内科2、他院小児外科・移植外科4であった。入院回数は延べ29回、入院時年齢は中央値23才(16～36)であった。各入院中の主科は小児外科11、小児科14、内科2、外科1、産婦人科1であった。また入院中に施行した手術21件(胃・腸瘻造設5、イレウス手術4、中心静脈カテ入れ3、気管切開、プロピアックカテ抜去、気管肉芽切除、気管切開孔拡大、腹腔鏡下噴門形成(+胃瘻)、喉頭気管分離、虫垂切除、腹腔ドレナージ、帝王切開、臍ヘルニア根治 各1)、検査12件(気管支ファイバー検査11、pHモニター1)、処置や保存的治療6件(肝機能低下2、胆管炎1、肺炎1、背部血腫1、糞便性イレウス1)であった。全19症例の退院先は自宅退院5、在宅医療11、転院1、入院中1、死亡1であった。入院中や入院前後は治療や環境の変化に伴い患者を含めた家族の負担が増えることが多く、小児外科、小児科、神経内科、消化器内科、消化器外科、呼吸器外科、リハビリ科、救急科、産婦人科、在宅医、看護師、ケースワーカー、臨床工学技士などを含めた病院や地域全体の協力体制が必要であった。

【まとめ】地域医療の中核となる総合病院は小児外科認定施設であることが多く、患者や親が希望する場合には、小児外科医が必要となるトランジション症例は経過観察中に合併する日常疾患を含めて他科の協力を得ることで十分対応できると思われた。