あきた小児保健

—あきたの小児保健を考える—

あきたの子どもに希望と未来を

夏祭のひととき

撮影　池田和子

会員の皆様へご案内

(1) 令和２年度総会並びに講演会の**一般演題募集**

日ごろの調査研究を発表して、お互いの知識の啓発と向上のために、広く皆様からの参加を希望します。

日　　時　　令和２年10月を予定しています。

会　　場　　未　定

演題申込み　　**令和２年５月末日まで**

(2) 研究助成並びに研修参加助成の申込み

令和元年度研究助成の希望者(個人、団体)と、令和２年研修助成を希望する方は、秋田県小児保健会事務局へお申し込み下さい。

秋田県小児保健会会員募集及び年会費納入のお願い

次代を担う子供の健全な育成のために関係者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、保育士、栄養士、養護教諭、臨床心理士、歯科衛生士等）の入会を期待しております。

入　会　方　法

年会費（医師会員5,000円、一般会員2,000円、賛助会員一口10,000円）を下記の金融機関へ振込みでお願いします。

会員の方は、本年度の会費納入をお願いします。

●郵便振替番号　　02580-5-987
　　加入者名　　秋田県小児保健会
●銀行振替口座　　秋田銀行　広面支店
　普通預金口座　　137-1016356
　　加入者名　　秋田県小児保健会　会長　高橋勉

表紙写真「夏祭のひととき」

ひる時おいしそうに食事をしている子供がいた。カメラをかまえたが気が付いていない。４人の子供の楽しそうな表情に魅力を感じませんか。

池田小児医院　池　田　和　子

令和の時代を迎えて ―時代の移り変わりと変わらないもの―

秋田県小児保健会
会長　高　橋　　勉

皆様、ごくろうさまです。今年５月１日、「令和」の時代が幕を開けました。秋田県小児保健会は昭和38年９月８日に菊池清彦初代会長により第1回総会が開催されました。それから昭和の26年間、平成の30年間を経て、本会は新たに令和の時代を迎えたことになります。

私事ですがこの令和元年、還暦を迎え６月に中学校同窓会に出席しました。約50名の皆様との45年ぶりの再会でした。誰が誰か認識できない不安めいた不思議な感じを経験しましたが、懇親会で語るうち僅かに残る昔の面影と記憶が徐々に繋がり、最後は45年経っても皆変わってないじゃないか、との確信となりました。

さて、半世紀を越した秋田県小児保健会の歩みの中で世の中は大きく変わりました。一番の大きな変化は全国的な少子化と、それによる人口減少と高齢化です。秋田県の出生数を数字で見ると昭和40年19,872人、昭和60年13,663人、平成９年9,700人、平成19年7,502人、平成29年は5,396人と直線的に減じています。私の中学の県南の町でも昭和54年の中学生徒965名･中学校5校から平成30年の中学生徒334名･中学校１校へ、と大きな変化が起きています。母数が小さいと、迫るものがより大きく感じられます。

平成の終わりに際し平成の世を振り返る報道では、この時代のコンピューター／ネット/SNSの隆盛が取り上げられました。勿論、子供達にとって、これらの魅力は最大であり子供達はSNSを使いこなすことになりました。

以上の大きな社会変化を背景として小児保健の課題も変わってきました。過去の秋田県小児保健会の特別講演会のタイトルを振り返りますと、平成10年に大阪府立病院納谷保子先生「子ども虐待の現状と小児保健での課題」、平成14年子供の虹情報研究センター松井一郎先生「子ども虐待の現状と予防活動」、平成15年青山学院大学庄司順一先生「子育ての背景― ３歳児神話・母親神話、そして児童虐待の心理的要因―」と「子ども虐待」が取り上げられることが多くなりました。

直近となりますが平成30年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数が159,850件と速報されました。平成29年度が133,778件ですので前年度比+19.5％となります。この児童虐待対応件数の増加は劇的であり、平成２年1,101件、平成12年17,725件、平成22年56,384件、の数字をみると、過去27年間で145倍となっています。少子化の中ですので、複雑な背景を考慮しても驚くべき数字と言えます。相談対応件数全体の中で医療機関からの通告は２％（平成29年度）ですが、我々も実数の増加を実感しております。

そして平成30年度の特別講演会では新たに「子ども虐待」をテーマとして、福井大学子どものこころ発達研究センター杉山登志郎先生「発達障害と、発達性トラウマ障害」、シンポジウム「児童虐待について：予防と早期発見のための支援」として、市立秋田総合病院米山法子先生「医療機関向け虐待プログラム：BEAMSについて」、日本歯科医師会高野久直先生「子育て支援と子ども虐待防止について」、秋田市子ども未来センター加藤　斉先生「秋田市より虐待に関する報告」の講演を頂きました。この講演会では多くの小児保健関係者の参加があり、また質疑も活発で皆様の関心の高さが伺えました。本誌では当日の内容を掲載しておりますのでご覧頂ければと思います。

世の中の移り変わりにつれて、それを背景にした新たな小児保健の課題は沢山出てまいります。一方、いつの世でも変わらない普遍的な小児保健の課題は何なのでしょうか。皆様で改めて考えてみたいと思います。

「がん予防教育」について
日本・秋田県におけるがんの現状と「がん教育」

医療法人　光智会
介護老人保健施設　大館園
高　橋　義　博

日本は、２人に１人が「がん」になり、３人に１人が、「がん」で亡くなっている国です。この死亡率は世界のトップレベルで、その理由は、日本が世界的な長寿国であることによります。今の日本は、「世界一の長寿国」であると同時に「世界有数のがん大国」であることを認識しなければなりません。

2020年度（令和２年度）からの使用に向けての教科書が公表されました（例年６月に各市町村公民館などに閲覧の場が設けられていますが）。小児保健関係に関係する新しい点は、小学校の保健体育の一部の教科書で性的少数者、いわゆるLGBTについての記載が載ったことと、「がん」について中学・高校の新学習指導要領に新しく加わるとともに、小学生の保健体育の教科書では、以前よりは詳しく扱われるようになりました。

これまでは、喫煙関連の病気の一つとして「がん・心臓病」を紹介し、「がんを防ぐための新12カ条」で生活習慣への注意を与えていましたが、新しくなる教科書では生活習慣だけではなく感染症や体質にも言及されています。さらに「がん」ついては、もし身近な人ががんになったらあなたはどうするかという問いかけもされているようです。

秋田県のがん死亡率（粗死亡率）は、平成９年から平成29年まで21年連続全国ワースト１です。年齢構成の異なる地域間で死亡状況を比較するため、年齢構成を調整して計算し、75歳以上の死亡を除くことで高齢化の影響を除去した、壮年期死亡を評価する「75歳未満年齢調整死亡率」の比較では、青森県が１位で、秋田県の調整死亡率は、平成23年７位、平成24年３位、平成25年４位ですが、やはりがん死亡が多い地域になっています。

日本対がん協会ではがん教育の必要性を指摘していますが、秋田県では、がん予防への正しい知識や好ましい生活習慣の確立、命の大切さを考え、生きる力を育むことを目指す、がん予防教育事業を、平成25年度から開始しています。当初は中学・高校生を対象でしたが、平成26年度からは対象を小学生まで拡大してがん教育を行うようになり、筆者は、2014年（平成26年）から秋田県内の小・中学校、高校でがん体験者とともに講話とグループワークからなる「がん教室」を担当しています。

秋田県におけるがん予防教育事業概要

（１）趣旨：がん予防に関する正しい知識や好ましい生活習慣を身につけるとともに、命の大切さを考え、生きる力を育むことを目指す、がんに関する特別授業を実施する。
（２）事業年度：平成25年度～27年度（24年度モデル実施）
（３）実施主体：28年度から県教育庁主催（当初は県がん対策室、27年度から県教育庁と共催）
（４）対 象 者：県内小学生（高学年）、中学生、高校生

この事業で平成24年度はモデル事業として３校、平成25から27年の３年間にプロジェクト事業として57校、以降は毎年10校枠の手上げ方式で、主に中学校において行われています。

がん教育講話の内容

ア．がんとは（がんの要因等）：体中で、異常細胞が際限なく増えてしまう病気であり、加齢に伴いがんにかかる人が増える。がんになる危険因子として、たばこ、細菌･ウイルス、過量飲酒、偏食、運動不足、遺伝要因などがある。
イ．がんの種類とその経過：胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、前立腺がん等、様々な種類があり、治り方や悪化の状況もさまざまである。

ウ．我が国のがんの状況:日本人の死因の第１位で、年間約36万人以上の国民が、がんを原因として亡くなっており、亡くなる方の三人に一人に相当していて、二人に一人ががんになっている。
エ．がんの予防:まずは危険性を減らすためタバコを吸わない、他人の煙を避ける、バランスのとれた食事、適度な運動、定期的な健康診断が大切。
オ．がんの早期発見･がん検診：症状がなくても、がん検診を定期的に受ける。
カ．がんの治療法：三つの柱は手術治療、放射線治療、薬物治療で、がんの種類と進行度に応じて、組み合わせた治療を、医師等と相談しながら主体的に選択することが重要。
キ．がん治療における緩和ケア：痛みや心のつらさなどの症状を和らげる治療も大事。
ク．がん患者の生活の質：単に治すだけではなく、治療後の「生活の質」を大切にする。
ケ．がん患者の理解・共生：がん患者は増加しているが、生存率が高まり、治る人、社会復帰する人、病気を抱えながら生きる人など、偏見をなくし、支えあいながら生活することが大切。

がん予防教育を行うにあたっての留意点

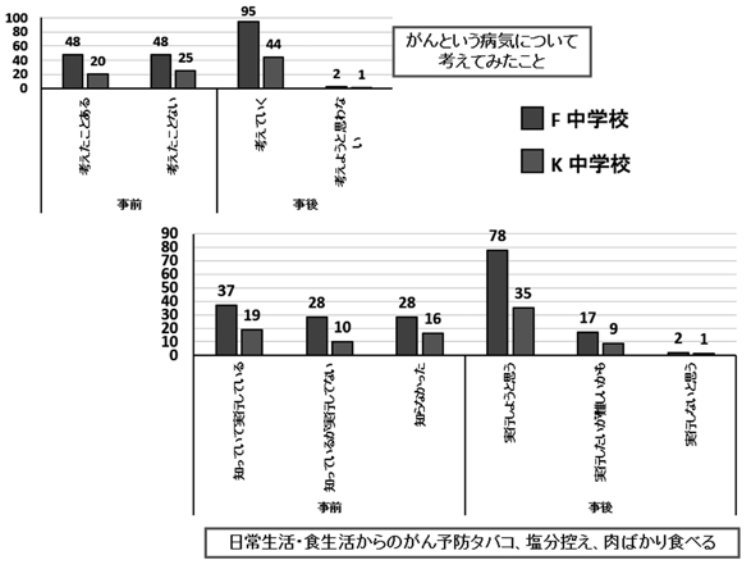
１．学校教育活動全体での推進
２．発達の段階を踏まえた指導
３．外部講師の参加・協力などの関係諸機関との連携

がん教育の実施に当たっては、事前に以下のような事例に該当する児童生徒等の存在が把握できない場合についても、授業での配慮が求められる。

・小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒がいる場合。
・家族にがん患者がいる児童生徒や家族をがんで亡くした児童生徒がいる場合。
・生活習慣が主な原因とならないがんもあることから、特に、これらのがん患者が身近にいる場合。
・がんに限らず、重病･難病等にかかったことのある児童生徒や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒がいる場合。

まとめ

この５年間の秋田県がん教育に携わってみて、授業後アンケートでは、がんについて、生活習慣が原因の一つ、予防可能、早期発見で治る、２人に１人ががんになる、がん検診の大切さ等の理解が得られた結果でした。問題点として、小児がん体験者や家族内のがん患者の有無を事前把握する必要があり、理科学習指導要領を参考にがん予防授業を行いましたが、増殖・細胞分裂はコピー、突然変異はコピーミスなど、理解し易い言葉への置き換えが必要でした。なお講話時に配布した小冊子「がん検診のススメ」は理解に役立ち、がん予防授業により、がんへの理解が進み、大人になった時の自身・周囲のがん早期発見・早期治療への取り組み進展が期待されました（下図)。



参考資料

１．がん検診のススメ　2009年、2013年、2015年、2016年版

２．文科省の資料：がん教育

http：//www.mext.go.jp/a__menu/kenko/hoken/ １３７０００５.htm

・がん教育推進のための教材（平成29年6月 一部改訂）

・がん教育推進のための教材 指導参考資料

・学校におけるがん教育の在り方について（報告）

・外部講師を用いたがん教育ガイドライン

www.mext.go.jp/component/a_menu/.../1413420_7.pdf

・学校におけるがん教育の推進について - 文部科学省（Adobe PDF）

子どものできた！がふえる
生活動作・学習動作　指導アラカルト

神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科
学科長・教授　笹　田　　哲

学校でのある出来事

私は作業療法士として小中学校に訪問し、発達障害の子どもの体・指先の使い方に関わってきました。４年生の男児と個別指導中でのある出来事です。リラックスさせようとキャッチボールしようと提案しました。ボールを投げたら彼はボールを落としました。すると次の瞬間「すみません！ごめんなさい」と頭をさげ謝りました。衝撃的な光景でした。おどおどした感じで自信がないように見えました。彼のような子どもが多いことに大変驚かされました。

「できる体」をつくる

体の動きは目に見え成功と失敗がはっきりわかります。本人も「自分はできない」と気づきます。苦手な子にとっては、運動すればするほど失敗をみんなに知らしめることになり自己効力感の低下につながります。当然意欲もなくなります。体を動かすことは自分にとってマイナスなこと、つまり負の自己イメージをつくりだします。やらない、授業に参加しないなどの負のスパイラルに陥ります。

どのように行ったのか、その過程をみていく

できているからといって良いとは限りません。教師やお母さんに質問しますと「それはできます」と返ってきます。子どもと運動してみるととてもよいレベルと言えないことがあります。「サッカーは得意なので運動は問題ありません」ということもよく聞きます。小さい頃から積み重ねてきた運動は上手になっていくものです。しかし野球やサッカーができるのに転びやすい、相手にあわせて集団の中で上手にできない、力加減ができない、自分のペースではできるが、相手にあわせながら運動をすることが苦手という子を見かけます。やっとできたのかスムーズに丁寧にできたのか、質的な差をきちんと見極めることが重要です。今できていたとしても就学、就労を見据えて今しているやり方でよいのかを判断しなければなりません。やった結果だけにとらわれず子どもがどのように行ったのか、その過程（プロセス）をみていくことがとても大切です。

体を賢くする

子どもは、意欲がないから、やらないのではありません。その子の体のレベルにあった挑戦できる運動課題をいかに発見してあげられるかによります。この時、口頭での指示だけでなく、適度な補助をしてあげれば、できるようになっていく子どもたちに、私は多く出会ってきました。大人が適切な身体のサポートを行えば、子どもは、できる手掛かりをつかんでいきます。こういう指導過程を通して、「できる体」がつくられていきます。

子どもができたときに「もう１回やってみたい！」「やるから見て！」など、満面の笑顔の瞬間は、まさに、プラスの身体表現です。自分の身体を思うように操り、コントロールできたとき、楽しいというプラスの感情が生まれます。そういう子どもたちの微笑んでいる姿をたくさん見たいものです。不器用な子どもが次第にできるようになっていくと、いきいきとして、自らの意志で体を使って運動していきます。このとき「体が楽しんでいる」「体が笑っている」と呼んでいます。「できる体」があってこそ、意欲がでてチャレンジしようとします。学習やコミュニケーションが向上するのも「できる体」があってこそだと感じています。このように学習の土台となる体にも目を向け、賢い体を作ってほしいと切に願います。

この講演では、座位姿勢、生活動作、学用品の操作をどういうステップで高めていけばよいのか、具体的な遊びプログラムを紹介したいと思います。

＜プロフィール＞
笹　田　　哲（ささだ　さとし）

神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科　学科長　作業療法学専攻教授
神奈川県立保健福祉大学大学院 保健福祉学研究科　教授

作業療法士。
広島大学大学院医学系研究科修了　博士（保健学）。
明治学院大学大学院文学研究科修了　修士（心理学）。

筆記具、食具、学用品と体を研究テーマとし、これまで学校・園を数多く訪問して、体の使い方が気になる子どもたちの支援に取り組んでいる。横須賀市支援教育推進委員会委員、横須賀市障害程度区分認定審査会委員､NHK Ｅテレ特別支援教育番組「ストレッチマンＶ」「ストレッチマン･ゴールド」の番組委員も務める。

（主な書籍）
発達が気になる子どもの「苦手」を「できる」に変える！生活動作の指導＆サポート法（DVD版）.ジャパンライム.
書字動作が苦手な子に対するピラミッド法による指導プログラム～字を書く“動き”に焦点をあてた指導法～（DVD版）.ジャパンライム.
気になる子どものできた！が増える　書字指導アラカルト.中央法規.
気になる子どものでき！たが増える　体育指導アラカルト.中央法規.

大館市における母子保健事業について
～妊娠期から切れ目ない支援「さんまぁる」の活動紹介～

大館市福祉部健康課
母子保健担当　　小　畑　恭　子

【はじめに】

大館市は、秋田県北東部出羽山地を縫って流れる米代川と長木川の清流沿いに開けた大館盆地にあります。平成17年に、比内町、田代町を編入し、現在の市域を形成するに至りました。

人口は約７万２千人（Ｒ元）、出生数は年間約342人（Ｈ30）であり、高齢化率は38.4％（Ｒ元）と、年々少子高齢化が進んでおります。忠犬ハチ公のふるさとでもあり、令和元年５月８日に観光交流施設「秋田犬の里」がグランドオープンしました。７月までに約12万人と多くのかたがたが市を訪れ、秋田犬とのふれあいを楽しんでいただいております。

大館市では、平成28年７月１日、保健センター内に妊娠・出産・子育て期をとおした子育て家族の応援拠点として､「大館市子育て世代包括支援センター」を設置しました。愛称を「子育てサポート　さんまぁる」とし、子育て家族を太陽（ＳＵＮ）のようにあたたかく「まぁるく」包み込むように支援する場所でありたいとの思いを込めました。利用者の声を大切にし、設置から３年が経過したところです。

【事業内容】

「さんまぁる」では、現在、専任スタッフとして、助産師１名、保健師１名が交替で常勤しているほか、健康課母子保健係との兼任で保健師３名が対応しています。必要に応じて、臨床心理士、管理栄養士など専門職と連携しながら事業の充実に努めています。

平成30年度の「さんまぁる」における相談件数は、1,622件、28年度に開設してから延べ4,300件と大変多くの子育て家庭に寄り添ってきました。

さんまぁる主催事業　ちょっと紹介！！

○妊娠34週電話訪問・生後２週電話訪問

妊娠34週と生後２週の時期に市内の妊産婦に電話をかけ体調等確認し、相談に応じる「電話訪問」を展開しています。いずれも９割以上の実施率となっています。

○市立総合病院産科病棟訪問

市内の多くの妊婦が市立総合病院で出産することから、「産科病棟訪問」を実施しています。週２回の退院指導に併せて病院へ出向き、母親へ「さんまぁる」の紹介や情報提供を行っています。「エジンバラ産後うつ質問票」の記入をお願いし、その後の支援に活用しています。

○電話de相談（さんまぁる直通電話を開設）

ちょっとしたことでも気軽に電話してもらえるように、直通の電話を開設しています。保健師・助産師がすぐ対応しており、継続した支援にもつながっています。

○さんまぁるde相談

来所でお子さんの体重測定や相談に対応しています。出かけ先の一つとして気軽に利用していただいています。「○か月記念の計測」と毎月来所されるかたもいます。

○あなたのお家de相談

産後間もなくなど、外出が大変な時期に利用されるかたが多いです。母乳が足りているか気になるかたには、自宅や里帰り先に訪問し、体重測定を行いながら相談支援しています。

○臨床心理士による相談（予約制）

産前産後の気分の不調や子育て中のイライラや葛藤など、自分一人では解消できない心の不調がある場合に利用いただいています。

○子育て支援講座（フレッシュママクラス）

初めての出産を迎える妊婦を対象にした少人数制の相談会を月に1回開催しています。

○産前・産後スケジュールシートの配布

妊娠届出時に配布し、産前・産後の見通しが持てるようにしています。

○妊産婦支援プランの作成

安心して妊娠出産を迎え、順調に子育てをスタートできるように、妊産婦の状況に応じた支援プランを作成し、支援を行っています。

【相談内容】

初産婦や若年者からの相談が多く、主な相談内容として、妊娠・出産・育児に対する不安や、授乳・発育に関すること、育児と家事の両立の悩みなど多岐にわたります。

【設置しての良い変化】

産科病棟訪問や電話訪問で言葉を交わすなどしてお母さんと「さんまぁる」スタッフが顔の見える関係性を築くことができ、必要なかたに早期に介入し、継続的な支援につなげることができるようになりました。

来所相談の利用者が増加傾向にあり、「身近で」「気軽な」相談役として、「さんまぁる」の存在が受けとめられつつあると考えられます。

【おわりに】

今年度は、新規事業として、自宅を訪問して悩みを傾聴する「産前・産後ママサポート事業」や家事支援を行う「養育支援訪問事業　産前・産後の家事支援」を開始し、妊娠期から切れ目ない「さんまぁる」の機能を充実していきます。子育て支援機関や関係機関・団体との連携を図りながら、次代を担う子どもを安心して産み育てるための環境づくりに努めてまいりたいと思います。

東成瀬村における母子保健事業について
～むし歯ゼロの村を目指して～

東成瀬村民生課
主任保健師　　黒　沢　紗恵子

（はじめに）

東成瀬村は、秋田県の東南端に位置し、積雪は多いときで３から４ｍに達し、積雪期間は５ヶ月にも及ぶ特別豪雪地帯です。村の中央部を成瀬川が縦断しており、この川に沿って、大小21の集落が点在しています。

令和元年６月末現在で人口は2,563人、909世帯です。年間出生数は平均１５人で少子高齢化が進んでいますが、おむつ購入費の助成、子育て支援金（出生時、小中高入学時の祝い金）の支給、給食費の全額助成、バス通学費の助成など、子育て支援に力を入れています。

（村の保健事業について）

村の保健師は２名で、新生児から高齢者まで幅広い世代に対応しています。担当保健師不在時でもケースに対応できるよう、普段から情報共有を大切にしています。

小さい村であることから、家庭環境なども総合的に把握でき、その分保健師の責任は大きいですが、やりがいも感じます。村民との距離が近く、お互いの顔が見える関係なので、信頼関係を大切にしています。

（村の母子保健におけるう歯予防の取組について）

村では、永久歯のう歯予防のため、県内に先駆けて、平成16年度からフッ素洗口を開始しました。保育園の４、５歳児から中学生までを対象としており、その効果は下表のとおりです。

・小中学生のDMF歯数の変化

	小１	小２	小３	小４	小５	小６	中１	中２	中３
H16	0.4	0.8	0.1	1.6	2.5	3.2	3.6	3.6	4.6
H30	0.1	0.0	0.3	0.2	0.3	0.2	0.1	0.4	0.5

小中学生のう歯の本数は、着実に減少しています。

一方、一人で複数本のう歯をもつ幼児がいるなどなかなか効果が見られず、乳歯のう歯予防が課題でした。１歳６ヶ月児健診や３歳児健診等の機会に歯科指導を実施してきましたが、１歳６ヶ月児健診ですでに複数本のう歯をもつ幼児もおり、萌出期からの対策が大切と考え、平成30年度からは、乳児健診において歯科衛生士による個別の歯科指導を開始しました。

４、7、10ヶ月の乳児健診対象児のうち、７ヶ月児には唾液の分泌を促すお口のマッサージ、10ヶ月では、歯が生えているお子さんについては仕上げ磨きを実演し、保護者の方に口腔内を確認してもらっています。

平成30年度に歯科指導を実施した乳児の口腔には次のような特徴が見られました。

	受診者	特徴	
７ヶ月児	15人	上皮真珠	１人
		上唇小体肥大	１人
10ヶ月児	19人	上唇小体肥大・長め	８人
		開口	１人
		癒着歯	１人
		歯ぎしり	１人

お子さんの口腔の特徴に、保護者の方々が気づいていない場合があるので、説明しながら、磨き方などを説明しています。

乳児健診では、栄養士による離乳食指導の時間も設けており、実際に離乳食を準備し、試食しながら指導しています。この離乳食の指導にも、歯科指導の結果も反映させています。終了後はカンファレンスを行い、対象児の様子や、歯科衛生士、栄養士が個別に指導した結果などを共有するとともに、私たちも保健指導に生かしています。

（個別歯科指導の様子）

口腔の状態を踏まえて、保育園と、離乳食の進め方などを共有したケースもあります。

歯が生え始めたばかりのお子さんでも、口腔の状態にはそれぞれ特徴があり、個々人に合わせた仕上げ磨き方法や離乳食指導を行う必要があるので、個別の指導の大切さを実感しています。

乳児健診後は、１歳６ヶ月児健診、２歳児歯科健診、３歳児歯科健診、５歳児育児相談の機会に個別の歯科指導の機会を設けています。歯が生え始める乳児期から段階を踏んで個別指導を行うことにより、う歯予防の大切さを保護者もお子さんも認識し、それぞれの家庭で、お口の健康を守る生活習慣が定着していってほしいと思います。

（おわりに）

現代の生活習慣は多様化しており、私たちから見ると心配なことでも、そう感じていない保護者もおり、いかに気づきを促し、改善する気持ちを持ってもらうかが課題です。一般的な保健指導ではなく、その方のライフスタイルを重視し、気持ちに響くアドバイスができるか、毎回試行錯誤しています。

個々の家族が安心して子育てできるよう、それぞれの家族に寄り添い、参加してよかった、と思っていただける母子保健事業を今後も実施していきたいと思います。

しなやかな心と体の発達を育むために
～子どもの心身の健康を考える～

社会福祉法人　同心会　沼館保育園
保育マネージャー　　髙　橋　奈保子

１．はじめに

当園は横手盆地の南西部、横手市雄物川町の中心部にあり、園の三方を田んぼに囲まれ、東には奥羽山脈、西には鳥海山などの出羽丘陵を望む自然豊かな場所にあります。園庭は広く遊具や砂場・畑・坂・大きなどんぐりの木もあり、起伏のある坂を活かしたかけっこ、キャタピラ、スキー、木登りや虫採りなど自然に触れ開放感を味わいながら、十分に体を動かして遊ぶことができる田舎ならではの豊かな環境にあります。
この豊かな環境の中、単に体を健康に保つだけでなく、心と体の健康は相互に密接な関連をもち一体となって形成されていくことを踏まえ、子ども一人一人の実情を捉え家庭と連携を図りながら、しなやかな心と体の発達を培っている本園の取り組みを紹介いたします。

２．取り組み

（1）しなやかな心と体の育ち　　～子ども主体の保育より～

自分の体に関心を持つ　～どうなっているのかな？　体って不思議で面白いよ！～

「たべものはどうなるの？」という一枚のポスターが、「体の中っていろいろな物があってびっくりした」など子ども達が自分の体や健康を考えるきっかけとなりました。そしてそこから、体の大きは身長や体重を測ると分かるけど、自分の体の大きさを目で見てすぐ分かるようにしたいという意欲が喚起されました。

壁に掲示した「たべものはどうなるの？」のポスターと身長計

子ども達が感じたこと
①体の中にはいろいろなものがあって面白いよ。
②食べたものはどうなるの？
③栄養ってなんだろう？
④なんでお腹が空くの？
⑤胃って動いているんだ。
⑥腸ってすごく長いんだね。
⑦うんちはなぜ出るの？
⑧うんちの形はいろいろだね。
⑨うんちで体の調子が分かる。

そして

模造紙の上にＲさんが寝転んで、みんなで協力して等身大の人の形をクレヨンで描き始めました。

模造紙に体の形を描いてみよう

「Ｒさんと同じ大きさの人の形ができたよ。食べ物が通る口や食道・胃も描いてみようよ」などと言いながら描き進めるうちに、体って不思議だな、もっと知りたいという思いがどんどん膨らんできました。保育士が本のコーナーに健康図鑑があることを伝えると、早速、図鑑を探し出し自分達で調べ始めました。口から入った食べ物は食道を通って胃に運ばれ胃液で溶かし小さくなった後に、十二指腸に運ばれドロドロに溶かされて、小腸に送られて体に必要な栄養を吸いとる。そして最後に大腸に行き肛門からうんちになって出てくる。食べ物は一日くらいかけて体の中を旅をする等、次々にいろいろなことが分かり面白さが増してきました。すると、今度はその面白さを家族にも伝えたいという思いが溢れ出し、子ども達がみんなで意見を出し合い、発表会で伝えると決めました。

みんなの発表会　～体のしくみ「僕らはみんな生きている」～

ここは病院です。　患者さんどうされましたか？
私たちお腹がきりきり痛いんです。それは大変ですね。

私たちの体には心臓・胃・小腸・大腸など様々なものがあり、それを臓器といいます。

食べたご飯は、口から入り食道を通って胃に行きます。そして十二指腸に行き、次に小腸に行きます。そして最後に大腸に行き、肛門からうんちになって出てきます。

小腸はびっくりするほど長いです。
あやとり用の毛糸でどれくらい長いか見てみましょう。　まだまだ伸びますよ。

バナナうんち・びちびちうんち・ころころうんち・もこもこうんちなど、いろいろな形のうんちがあります。みなさんクイズですよ、健康なうんちの形はどれでしょうか？　正解はバナナうんちです。

【いろいろなことが分かったよ　～体って不思議で面白いね～　】
・食べ物は命の源、体が動くためには栄養（食べ物）が大切。
・野菜にはうんちを出やすくする食物繊維がはいっている。
・食物繊維はうんちの通る腸のお掃除役だよ。
・うんちが出やすくなるには運動も大切。
・うんちを我慢すると腸の運動が弱くなり、便秘になってお腹が痛くなることもある。
・機嫌が悪いと食べ物を胃で溶かすのに時間がかかる。
・子どもの時の健康は、大人になった時の健康に大きく影響する。

友だちと一緒に調べたい・遣ってみたい・伝えたいという意欲を受け止め、満足する経験を重ねられる環境を整えることが大切。

（2）しなやかな心と体　　～健やかな育ちをはぐくむために～

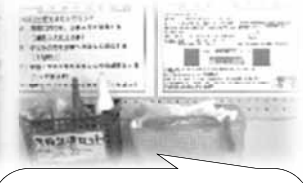
健康管理・衛生管理のマニュアルと救急救命講座等について

職員の行動指針としてマニュアルを作成し共通認識を図るため全職員に配布すると共に、行動マニュアルを図式化して掲示し、心肺蘇生法訓練や嘔吐処理等の演習を定期的に行っています。

〇マニュアルの内容

・健康管理
・保健衛生
・衛生管理
・感染症予防
・未満児衛生管理
・給食衛生管理
・食中毒事故発生時
・アレルギー対応
・アレルギー対応食調理
・誤食事故防止
・緊急対応
・疾病別対応

嘔吐物の処理や緊急対応を掲示して、新任の職員でも冷静に行動できるようにしている。



嘔吐物処理セットを壁に備え付け、迅速に処理を行い感染症の拡大を防ぐ。

ＡＥＤの操作演習

【感染症予防マニュアル】

Ⅰ．子どもの健康管理
　1）健康観察　　観察ポイント
　2）保護者とのコミュニケーション
　3）園児全体の健康状態を把握する
　4）手洗い・うがい
　5）予防接種状況の把握
　6）職員の健康管理
Ⅱ．保育園の環境整備
　1）温度・湿度の調整換気
　2）エアコン・加湿器の使用について
　3）清掃
Ⅲ．胃腸炎流行時の消毒について
　1）嘔吐物の処理方法
　2）下痢便の処理方法
　3）子ども対処方法
　4）消毒薬の作り方
Ⅳ．感染症が発生した場合
　1）発生状況の把握、記録の確認
　2）感染拡大の防止
　3）嘱託医への相談
　4）行政への報告
　5）保護者への説明・協力

感染症の拡大の防止

職員は感染症が発生した時、または疑われるような状況が生じた時は、拡大させないよう速やかに対応する。

1．感染経路には①空気感染②飛沫感染③接触感染などがあるので、それぞれに対する予防策を徹底させる。
2．感染症が発生している時は職員全体で情報を共有し、手洗い、便等の排泄物や嘔吐物の適切な処理を徹底する。診断前で感染症が疑われる場合も予防策をとって対応することで、職員が媒体して感染を拡大させることがないよう特に注意する。
3．必要時には嘱託医や保健所などへ対応について相談し、施設の消毒なども検討する。
4．感染症と診断された園児の保育については、必要時嘱託医と相談し、登園を見合わせたり、当園可能となる目安を決める。
5．以上のことを感染症（または感染症が疑われる）園児の保護者に説明する。必要に応じて全園児またはクラス毎などに分けて「感染症情報」としてメール配信での、情報提供･感染症予防策への協力を得る。

健康についての保護者への情報発信・子育て支援

①一斉メール配信での情報提供
②玄関掲示板での情報提供
　・感染症を含めた園児欠席状況の掲示
　・健康情報の掲示
③健康チェック表と戸外遊び確認チェック表への記入と対応
④看護師による保健だより「のびのび」の発行
⑤栄養士・調理師・保育士による食育だより「元気ッズ」の発行
⑥新年度の「園のしおり」配布による説明
⑦嘱託医による育児講座「子どもの健康について」を開催
⑧一日保育士体験・個人面談時の相談
⑨給食献立写真集ミールフォリオ「元気のみなもと」の展示
⑩園だより・クラス便り・ドキュメンテーションで育ちを伝える
⑪子育て支援だより「すくすく」の掲示

毎日の給食の写真と、子ども達が食べている時の様子を、分かり易いコメントで紹介しています。

健康だより「のびのび」年４回発行

食育だより「元気ッズ」年４回発行

３．おわりに

子ども一人一人が開放感を感じ、主体的に環境に関わってほしいという主旨から、ゾーンによる保育を始めて４年目となりました。ゾーンによる保育を行ってから子ども達は一層、いろいろなことを感じ、自分で考え、自分で行動するようになり、遊びの中でしなやかな心と体が育まれてきていると感じています。心身ともに健康で安全な生活をつくり出す力の基礎を培うために、これからも子ども主体の保育をしていきたいと思っています。また、保護者には子どもを深く理解する視点を伝え、子どもの成長に気付き子育ての喜びが感じられるような支援をこれからも大切にしていきたいと思っています。

～子ども達の健康な生活のために～

社会福祉法人こばと会　小坂マリア園
主任保育士　　瀬　川　涼　子

１、はじめに

小坂マリア園は秋田県の北東部に位置し、十和田湖を有した町にあります。人口は5000人ほどで、昔は東洋一の銅山として栄えた町です。

小坂マリア園の歴史は長く、昭和７年に鉱山従業員の子どもの保育を目的として「聖園天使園」として開所しました。社会福祉法人の経営となり、キリスト教に基づいた保育はしていませんが、異年齢保育を特色として０歳児から５歳児までの102名が入所しています。近年は０歳児からの保育が増加しており、保健衛生や食事には細心の注意をはらって保育をしています。

本稿では、「子ども達の健康な生活のために」というテーマで、衛生を守るための取り組みやアレルギーの食事対応、健康に関する取り組みなどについてご紹介いたします。

２、園内の取り組み

（１）強酸性水の使用

本園では、強酸性水生成装置があり、強酸性水をポリタンクに入れて各保育室で使用したり、０歳児の調乳場所や､トイレの手洗い場に装置を設置し手洗いの後の消毒に使用しています。強酸性水は、消毒殺菌作用があり、水と食塩で作るので子ども達へも安心安全です。

手洗いの他、おもちゃの消毒、子ども達の食事用の「おしぼり」の洗浄や、擦り傷などの怪我の際の消毒に使用しています。

（２）感染症予防対策について

①子どもの健康観察

未満児は毎朝登園前に家庭で検温していただき、健康観察の一つの目安としています。検温の記録は毎日連絡帳に記入していただいています。園においても未満児クラスは、午睡後検温し、連絡帳に記入して保護者に伝えています。

②感染症の病気の情報発信

地域の小・中学校、高等学校と連携し、感染症の病気が発生した時は、互いに連絡を取り合い、兄弟関係などで感染が拡大しないよう努めています。

また、家族の中で病気に感染した方がいたときには家庭から園に連絡をいただくようにお願いしており、園での子どもの体調の変化に早めに気付き対処できるようにしています。家族が病気に感染しても送迎が可能な場合は、家族は園内に入らず車で待機していただき、駐車場までお子さんを送迎するなどの対応をしています。

保護者への情報発信はお便りや園内での貼り紙にてお知らせしています。皆さんに関心を持っていただくことで、体調に変化があった場合や、通院時医師に伝える等の対処ができ、病気の早期発見につながっています。

また蕁麻疹や下痢などの場合は、写真に撮ることで病院受診の際役立っているようです。

③園内、保育室の掃除

感染症を防いで清潔に遊べるように、床や棚など園内は毎日次亜塩素酸ナトリウム溶液を使用して消毒しています。

④空気洗浄機、加湿器の使用

各保育室には空気洗浄機・加湿器を設置し、感染症の流行しやすい時期の室内の環境を整えています。

⑤嘔吐、下痢の対応

排便のオムツ交換には、使い捨て手袋を使用しています。

嘔吐・下痢の際は、汚物処理用キッド（使い捨て手袋、エプロン、マスク、ポリエチシューズカバー）を使用し、感染が拡大しないようにしています。

（3）アレルギー食の対応について

①食物除去が必要となった場合の対応

保護者からアレルギーの除去食の要望があった場合は、病院にてアレルギー検査をしていただき、医師からの「診断書」と、保護者の方からの「アレルギー対応届出書」を提出していただいています。

その後、保護者と園長・主任保育士・給食担当者・クラス担任と共に給食について面談を行っています。

面談後は職員会議等で全職員に食物アレルギーによる除去対応について報告し、周知徹底、共通理解を図っています。

②食物アレルギー対応について

給食室の調理段階においては、包丁、鍋、ザル等調理器具は、除去食対応専用の物を使用しています。

配膳時はお盆（トレー）の色を替え、名札をつけるなど一目で除去食とわかるようにしています。給食担当者は、作業過程や配膳に声を掛け合い、繰り返し確認し間違いの無いようにしています。保育室においても、担当保育士同士で目視や声がけで確認し合い、細心の注意をはらって子ども達に提供しています。（アレルギー除去食の子は、必ず担任が責任をもち配膳をしています。）

保護者には、代替食材等についてアレルギー対応用紙に記入したのち、その都度保護者に渡して、どのような食材が提供されたのかわかるようにしています。

③食物除去解除の対応について

アレルギーの反応が改善し、食物の除去の必要がなくなった場合は、医師の診断をうけ保護者から「アレルギー解除届」を提出していただいています。

（4）その他

①投薬について

様々な疾患で保護者から園内での生活において、投薬等が必要になった場合は、園長に報告し、保護者から「与薬（座薬）指示書」を提出していただいています。この与薬（座薬）指示書については、医師の証明が必要です。

発熱による「熱性けいれん」の対応等については、保護者から依頼があった場合、医師からの「指示書」の提出と共に保護者と対応について話し合い、園においても座薬を保管し、急な体調の変化にも対応できるようにしています。また熱性けいれんを頻繁に起こす子どもについては、緊急時の対応が迅速にできるように、職員室に連絡先や緊急対応のマニュアルを貼ったりしています。

また、消防署に緊急時の対応について（救急車をお願いする事があるなど）保護者から届け出たりしています。

②ＳＩＤＳ（乳幼児突然死症候群）予防について

午睡時の睡眠チェックを行い子ども達の安全を見守っています。

・０歳児は５分ごとにお腹に触れたり口元に手を置き、呼吸の有無を確認する。

・うつ伏せになっている時には仰向けに直す。

・身体に触れて軽い刺激を与える事で、直後に起きる可能性のあるＳＩＤＳを予防する。

・全身症状（顔色、咳や鼻水で呼吸が荒くないか等）を確認する。

③職員による救命救急講習の実施

年１回全職員対象に、地域の消防署に協力していただき「救命救急講習」を実施しています。

３、おわりに

毎日の保育の中で、子ども達が元気に登園し、変わらぬ姿で降園していく姿を見て私達はホッと安堵し１日の仕事を終えます。

地域の人口減少に伴い園児数が少なくなってきていますが、家庭環境の変化によって乳幼児期からの３歳未満児の保育人数の割合は年々増加しているのが現状です。抵抗力の低い子ども達は集団生活で様々な感染症にもかかりやすいため、感染症の予防や蔓延を防ぐよう努めています。またアレルギーによる除去食の対応数も増え、保育環境や対応については気をつけなければならない事が多くなっています。

安心安全な園生活の中で、子ども達も保護者の方達も私達保育士も笑顔の多い毎日を送れるよう、今後も園内の環境を整え、保護者・関係機関と連携をとり、最善の保育を提供していきたいと思っております。

第56回（平成30年度）秋田県小児保健会
総会並びに特別講演会プログラム

日　時　平成30年10月20日（土）
13:00 ～
場　所　秋田県総合保健センター　大会議室

1．開　　会

会長挨拶　　秋田県小児保健会会長　　高橋　　勉
来賓挨拶　　秋田県健康福祉部長　　保坂　　学

2．総　　会

1）平成30年度役員の改選について
2）平成29年度事業報告並びに収支決算について
3）会計監査報告
4）平成30年度事業計画並びに収支予算について
5）その他

3．研究助成報告

「秋田県内小児アレルギー診療に関する実態調査」
中通総合病院　小児科　千葉剛史

4．特別講演会（秋田県小児保健従事者研修事業）

第一部　特別講演　　座長：秋田県小児保健会会長　　高橋　　勉
『発達障害と、発達性トラウマ障害』
福井大学子どものこころ発達研究センター客員教授　杉山　登志郎　先生

第二部　シンポジウム　　座長：秋田県小児保健会副会長　　小泉　ひろみ
テーマ『児童虐待について：予防と早期発見のための支援』
「医療機関向け虐待対応プログラム　BEAMSについて」
市立秋田総合病院　小児科　　米山法子
「子育て支援と子ども虐待防止について」
日本歯科医師会　常務理事　　髙野直久
「秋田市より虐待に関する報告」
秋田市子ども未来センター　副参事　加藤　　斉

5．閉　　会

閉会挨拶　　秋田県小児保健会副会長　　小泉　ひろみ

6．情報交換会　（懇親会）

発達障害と発達性トラウマ障害

福井大学子どものこころ発達研究センター
杉　山　登志郎

１，ある児童精神科医の外来風景

筆者の外来は難治性の子どもが大集合する状況になっていて、発達障害への対応のみでは解決が困難な紹介症例が大半を占める。この子ども達は、要するに発達障害と子ども虐待が掛け算になった症例であり、発達障害と同時に重度の愛着障害を併存している。難治性の理由は、子どもの親の抱える病理にある。そこでその親のカルテを作り、親子併行治療を行っている。その頻度は、受診してきた児童患者の約３分の１に相当する。その親とは、もと被虐待児で自らが子どもに加虐をしている親か、ドメスティック・バイオレンスの被害を受け、離婚をして単身で子どもを育てている親であるが、後者にしてももと被虐待の既往があるものが大半である。そしてこの両者とも発達の凸凹を抱えるものが多い。

筆者はこの数年、発達障害と子ども虐待との複雑な絡み合いに関する臨床研究を継続して行ってきた。ちなみに、筆者の立場は精神科臨床のフィールドワーカーである。科学的検証に基づく医療（EBM）の重要さは良く理解しているつもりである。しかしながらその科学的検証を可能にするためには、様々な雑多な情報を絞り込む必要があり、究極の複雑系である精神科臨床において、その過程で重要な要因が抜け落ちてしまう危険性がある。フィールドワークはEBMを補完するものと勝手に考えているのであるが。

概要としては次のような諸問題が認められる（杉山、2017）。発達障害は子ども虐待の高リスク因子であり、子育て困難を招き寄せやすい。これは特に知的な遅れのない自閉症スペクトラム障害（ASD）および、注意欠如多動性障害（ADHD）において、診断が遅れたときに子どもへの誤った対応のリスクが高くなってしまうからである。子ども虐待は発達障害の最大の増悪因子になる。既に素行障害を呈した発達障害について臨床的な調査をしてみると、子ども虐待が最大の寄与因子として浮上するのである。

しかしこの議論が複雑になるのは、子ども虐待の後遺症として生じる愛着障害の臨床像は発達障害に類似した臨床像を示すからである。しかも両者ともに世代を超える。そうして世代間連鎖が生じ、何代かにわたったときには、どちらが一義的であったのか全く分からない状況が生じる。この様な症例において親子共々、発達障害と複雑性PTSDの両方の臨床像が認められ、社会性や共感性の障害つまりASD症状、（解離も加算された）不注意および転導性の高進、衝動傾向、がまんのできなさなどのADHD症状、および激しいフラッシュバックや気分変動、時には解離性幻覚などの、複雑性PTSDの臨床像を同時に呈するようになる。これが筆者の外来に集まる親子の臨床像であり、実は、このような子と親の組み合わせは今日、保育園や学校の現場で保育士や教師をいたく困らせているのである。

元々発達障害があってそれに子ども虐待が加わっているのか、愛着障害から発達障害の臨床像が生じてきたのかという鑑別について、筆者は非常に悩まされてきた。しかし多因子モデルおよびepigeneticsの関与という前提に立てば、この鑑別を行うこと自体が無意味ではないかと考えるようになった。愛着障害は発達障害を引き起こす。さらに症状が現れる上で素因が完全にゼロということはないだろうし、また発達凸凹の素因は極めて普遍的に存在するものだからである。

この親の側は精神科の未受診者はほとんどいない。既に何年も精神科を受診しているのにちっとも治療が進んでいなかったりする。それだからこそ、親子の併行治療を児童精神科が行わなくてはならないのである。最近、祖父母のカルテまで作って、三代併行治療を行う症例もポツポツ出てきたのだが。一般的に親の側の発達障害の存在は受診していた精神科で気付かれていないことが多い。複合的なトラウマについて、さすがに気付かれないということはないが、それに対応した治療が行われていない。正直なところ筆者は、このような症例ばかり診療する内に被害的になって来て、敵は精神科医かという感慨すら浮かぶことがある。良くなっていないだけならまだしも、誤った対応によって悪化させていることも実にしばしば見るからである。代表は、このような親に双極Ⅱ型類似の気分変動が一般的に生じるが、これに抗うつ薬が処方され気分変動

が非常に悪化をし、場合によっては子どもへの激しい加虐を引き起こしているといった例である。解離性幻覚を統合失調症と診断し、大量の抗精神病薬が処方され、ぼおっとなって家事や育児に支障を来しているという例もある。これは逆に余りに薬物抵抗性が強い幻覚は解離性ではないかと疑ってみることが重要なのであるが。

２，発達性トラウマ障害と複雑性ＰＴＳＤ

子ども虐待によって引き起こされる病理は、圧縮すれば愛着障害と複雑性のトラウマである。慢性反復性のトラウマは単回性のものとは全く異なった臨床像を呈するが、さらにそこに重症の愛着障害が重なり合う。このような子ども虐待の臨床像をファン・デア・コルクは発達精神病理学の立場から「発達性トラウマ障害」としてまとめた（2005，2015）。筆者はかつて、子ども虐待に認められる異型連続性（発達につれて、１人の子どもが診断カテゴリーを渡り歩く現象）を第四の発達障害と呼んだが、全く同じ臨床像を述べたものである。図１は2014年国際子ども虐待防止会議においてファン・デア・コルクが教育講演で提示した発達性トラウマ障害である。ここで重要なのは子ども虐待の後遺症が診断カテゴリーを超えて広い臨床像を作るということである。その一部は愛着障害によってもたらされる発達障害の臨床像であり、一部は複雑性トラウマによってもたらされる複雑性PTSDの臨床像である。

これから公表されるICD-11においてようやく日の目を見ることになる複雑性PTSDの主要項目を表１に示す。従来のPTSDの３症状に加えて、気分変動と他者との関係の障害および、自己価値の障害の三者が加わっている（Brewin et al.,2017）。筆者として気になるのは、子ども虐待の臨床ではフラッシュバックはきわめて広汎な現象であり、行動的にも生理的にもさらには解離性幻覚としても起きてくるが、このICD-11ではフラッシュバックの想起の部分のみとらえていて、行動的、生理的、思考的フラッシュバックなど、それ以外のフラッシュバックを別のものとして扱っていることである。このような事情のために、ICD-11の診断基準は臨床的に使い勝手が良くない。そこで治療を行う上で重要となる項目という視点からまとめ直したのが表２である。これらの項目は親子共々子ども虐待の症例に普遍的に見られるものである。友田（友田、2011、友田ら，2018）による一連の研究は、このような子ども虐待の後遺症が脳に器質的な機能的な変化を引き起こすことを示した。それは一般的な発達障害に認められるものよりも甚大である。図1に示される臨床像は何でもありであり、診断カテゴリーをまた

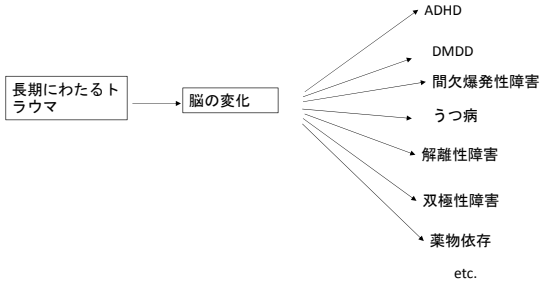


図１　発達性トラウマ障害　(van der Kolk, 2005)

図１

表1　ICD-11 ドラフト　B21 複雑性心的外傷後ストレス障害　(概要)

診断に必須の特徴:

極度の脅威や恐怖を伴い、逃れることが難しいか不可能と感じられる、強烈かつ長期間にわたる、または反復的な出来事に曝露された既往がある。

・次の3つの心的外傷後ストレス障害の中核要素を体験している。

１，心的外傷となった体験後の再体験。

２，心的外傷となった出来事の再体験を引き起こしそうなものの入念な回避。

３，現在でも大きな脅威が存在しているかのような持続的な知覚。驚愕反応の亢進でなく減弱がみられる場合がある。

・感情のコントロールに関する重度で広汎な問題。さまざまなストレス因への情動的反応性の亢進、暴力的な(情動と行動面の)爆発、無謀なまたは自己破壊的な行動、ストレス下での解離性症状、情動の麻痺、特に楽しみやポジティブな情動を体験できないこと。

・自分は取るに足らない、打ち負かされた、または価値がないという持続的な思い込み。これには、ストレス因に関する、深く広汎な恥辱感、罪責感、または挫折感が伴う。

・人間関係を維持し、他の人を親密に感じることへの持続的な困難。人との関わりや対人交流の場を常に避ける、軽蔑する、またはほとんど関心を示さない。

・障害は、個人生活、家族生活、社会生活、学業、職業あるいは他の重要な機能領域において有意な機能障害をもたらしている。

表１

表２　複雑性PTSDの特徴となる症状

身体的、心理的、性的、教育的虐待、ネグレクト、配偶者暴力の既往を持つ子ども、成人の次の症状

１，気分変動　子どもの場合には癇癪の爆発、成人女性の場合には月経前の制御困難なイライラを含む

２，記憶の断裂　１日以内の食事内容を想起できない、記憶の断片化の常在

３，時間感覚の混乱　日内リズムの慢性的混乱、眠気の消失を含む

４，フラッシュバックの常在化

５，生理的症状と心理的症状が相互に区別ができない、その結果として生じる慢性疼痛

６，希死念慮　他者への恒常的不信、自傷、その一方で非現実的な救済願望これは対人的に限らない

表２

ぐ。恐らくこれこそが複雑性PTSDがこれまで国際的診断基準に取り上げられなかった理由なのではないかと思う。だが、なぜ親の側の誤診が多いのか考えてみると、やはりその大きな理由は、複雑性PTSDがこれまで国際的診断基準に取り上げられていなかったからだろう。診断基準がなければ診断が出来ない。しかしICD-11の公表と同時に、専門家は複雑性PTSDの治療を求められることになる。

３，複雑性ＰＴＳＤへの治療パッケージ

１）なぜ治療パッケージを考えるようになったのか

トラウマ処理の様々な技法は、ある種のライセンス制をとっているものが多い。トラウマの蓋を開けるということの危険性を考慮すれば、それは当然であり、少なくとも最初の治療において、治療の全過程をスーパーバイザーが存在する中で実施することが好ましいことは言うまでも無い。しかしながら現在のわが国において生じているのは次の様な事情である。トラウマ処理の必要性、臨床的に認識して、医師ないし、心理士がそのトレーニングに応募しようとする。すると、応募者が溢れていて、１回分まるまる埋まるくらいの待機者が出てきてしまう。その結果､何度か続けて応募を繰り返す以外に技法を学ぶチャンスが得られない。さらには大変に重要な処理技法でも、最低のライセンスを得るだけの基本の習得に非常に時間とお金を要するものがある。代表はSomatic Experiencing（SE）で、６泊７日の研修を数回行って、初めて基本的なライセンスに辿り着く。このような事情があるので、徐々にモチベーションが下がってしまって、多忙な臨床に追われ、きちんとしたトレーニングを受けられないままに経過してしまう。

これもトレーニングをする側からすると、当然の部分がある。たとえば、眼球運動による脱感作と再処理療法（EMDR）で言えば、２つに分けられたトレーニングの両方のパートとも、２泊３日の講習が義務づけられている｡その講習は､講義→直ちに実習､講義→実習と８時半から５時までびっしりと詰められている。このような実践的な講習をおこなうとなると、いくつかのグループに分かれて、全ての参加者が十分な実習体験を得られるようにする必要があり、そのグループの数だけ、グループのスーパーバイズを行うファシリテーターの存在が必要になる。当然ながら、このファシリテーターになるためには、そのための条件を満たす研修を取得して、そのためのライセンスが必要になる。例えばトラウマ処理技法の代表であるEMDRの講習の１回の人数は､わが国でかき集めることができるこのファシリテーターの数によって決まるのである。さらにEMDRにおいては、最初の基本編の講習を受けた後、実際の症例で実施し、そのスーパーバイズを規定の数こなした上で、次の講習に参加することができるという仕組みになっている。これがまた結構大変な作業になることはご理解頂けると思う。

他のトラウマ処理技法の習得も似たりよったりである。SEが大変に時間がかかることに触れたが、ボトムアップの技法の場合、そのもっとも古く、もっとも基本的なもの、例えばヨガとか座禅の修練にどのくらいの時間が必要なのかということを考えてみれば、６泊７日×数回などという講習も、むしろ短時間である程度のレベルまで持って行くのであるから奇跡のようなものである。

繰り返すが、トラウマの蓋を開けるというその重大さを考慮すれば、このような各技法に習得に課せられた枠は当然である。しかしながら､このような枠の存在は､その治療法の普及においては著しい障壁になる。何よりも、現在のわが国の臨床の現場で、溢れかえるトラウマ関連の症例に対し、一般的な精神科医や心理士が対応できず、見過ごすことができない治療におけるマイナスを引き起こしている。

筆者はこのような講習を抜きにして、少なくとも初期のトラウマへの対応が可能で安全な技法がないものか、あれこれ考えるようになった。１つの候補は思考場療法（TFT）である。これは副作用がほとんど見当たらないことから、十分に候補になり得るものであるが、この技法に対する治療を行う側（受ける側）の抵抗もまた十分に予想ができる。

２）少量処方

複雑性ＰＴＳＤの治療アルゴリズムを図２に示す。この図の説明に入る前に、少量処方について述べる。

不安定な臨床像を呈する愛着障害や慢性のトラウマに対して根本治療薬は存在しない。逆に精神医学の治療に用いられる通常量の処方を行った場合、例えば抗うつ薬の処方によって気分変動が悪化する、抗不安薬の処方によって、意識水準が下がり行動化傾向が促進されるなど、副作用ばかりが目立つ状況となる。少量

処方の取り組みの最初は、複雑性PTSDに見られる難治性の気分変動に対して微量の炭酸リチウム（Ohgimi et al.,2009; Kapusta et al., 2011）とごく少量の抗精神病薬の組み合わせが著効するという知見である。具体的には、炭酸リチウムの１mgから３mgと、アリピプラゾール（エビリファイ）の0.1mgから0.4mgといった組み合わせが最も多い。不眠に対して、睡眠導入薬として用いるのは、ラメルテオン（ロゼレム）0.8mg（10分の1錠）である。この薬物はこの量で用いると、睡眠位相を前にずらすという働きをする。向精神薬は直線的なモデルが当てはまらない薬理効果を示すものが少なくない。フラッシュバックへの特効薬は、われわれが神田橋処方（神田橋、2007, 2009）と呼ぶ組み合わせである。これは、桂枝加芍薬湯（もしくは小健中湯または桂枝加竜骨牡蛎湯）２包、四物湯（もしくは十全大補湯）２包を分２で服用してもらう。桂枝加芍薬湯と四物湯は、クラシエから錠剤が出ており、粉の漢方薬の服用が難しい場合に用いることができる。子どもの場合には、小学校低学年において、1包を分２に分けて服用してもらうことが多い。筆者は用意した漢方薬を患者に少量なめてもらって、一番飲みやすい組み合わせを処方するようにしている。それ以外の漢方薬でよく用いるものは、抑肝散および抑肝散加陳皮半夏と甘麦大棗湯である。表３はそれをパッケージ化したものである（Traumatic Stress 処方）。基本はフラシュバックに対する漢方薬の服用と、極少量の気分調整剤および抗精神病薬、睡眠導入剤の組み合わせである。治療効果も重要であるが、如何に副作用の少ない薬物治療を行うかが、複雑性PTSDにおいてはより重要である。筆者の外来には重症の発達障害と愛着障害が掛け算になった症例が大集合しているが、この少量処方と漢方薬と簡易トラウマ処理によって、大多数の症例に対して困難を覚えず治療が出来ている（杉山、2018a）。先に述べたように複雑性PTSDは希死念慮が常にあり、大量服薬による事故が非常に多い病態である。少量処方と漢方薬の組み合わせは、この点においても安全性が高い。

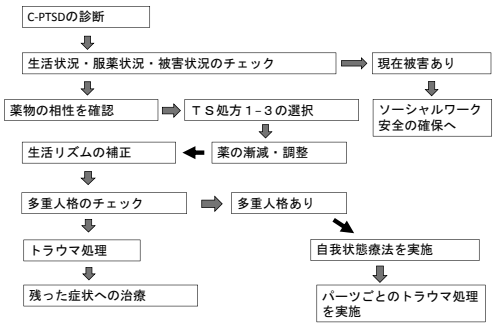


図2　診断と治療のアルゴリズム

図２

表３　ＴＳ処方パッケージ

ＴＳ処方１　気分変動が中心（双極Ⅱ型）：アリピプラゾール（エビリファイ）0.2mg、炭酸リチウム（リーマス）2mg、ラメルテオン（ロゼレム）0.8mg分１、寝る2時間前に（注1）

桂枝加芍薬湯2包、四物湯2包、分2（注2）

ＴＳ処方２、攻撃的な言動が問題：リスペリドン（リスパダール）0.3mg、炭酸リチウム（リーマス）2mg、ラメルテオン（ロゼレム）0.8mg分１、寝る2時間前に

桂枝加芍薬湯2包、四物湯2包、分2

ＴＳ処方３、被害念慮が中心の問題：オランザピン（ジプレキサ）0.5mg、炭酸リチウム（リーマス）2mg、ラメルテオン（ロゼレム）0.8mg分１、寝る2時間前に

桂枝加芍薬湯2包、四物湯2包、分2

注1：不眠が強い場合　ブロチゾラム（レンドルミン）0.125mg頓服
注2：漢方薬は、服用後４か月目から四物湯を十全大補湯に変える
注３：漢方薬について小学生以下は　同処方　1包ずつ分２で

表３

３）トラウマ処理

トラウマ処理という特殊な精神療法は近年、様々なものが開発されて来た。筆者の複雑性PTSDへのトラウマ処理は試行錯誤を経て、ようやく比較的安全な治療技法に辿り着いた（杉山、2017）。この過程を飛ばして結論だけ提示すると非常に奇異な印象を与えるに違いないが、なぜこのような形になったのかについて、ここでの詳述は避け手動の処理法についてのみ述べる。

最初に呼吸法の練習をする。これは胸郭呼吸によって、地面から呼気を吸い、頭頂から吐き出すという強い呼吸であり、座禅・ヨガの腹式呼吸と異なることに注意が必要である。次いで、日常的に悩まされているフラッシュバック・苦痛なフラッシュバックの体感部位を確認し、その部位を患者の両手を用いて左右交互にパタパタと叩く。複雑性PTSDにおいては、身体の不快感、違和感をターゲットとして記憶の想起をさせない方が安全である。20回程度の交互刺激を２－３セット実施し、１回目のセッションは、これで終了する。たかだかこれだけの治療でもその当日に悪夢を見たり、数日間フラッシュバックに悩まされたりするのであ

る。そのような副作用が生じるかもしれないことをあらかじめ告げ、患者を励まし、１回で止めないように説得を行って1回目の治療を終了する。２回目以後、身体の４つの部位に手動の両側叩きと、先ほど紹介した呼吸法による深呼吸を行い、身体的不快感を上に上げる。腹（肋骨の下縁）、鎖骨下、後頸部の両側叩きは両手でパタパタと交互に30回程度を叩き、その後深呼吸をして、もやもやを身体の上部に上げる。次いで４セット目の頭は、両手を用いて、頭頂から下に向けて左右交互に頭をなで下ろす。もやもやした身体感覚を、両側叩きと深呼吸によって、最終的に頭から上に抜くというイメージで行う。ちなみに、この手動による４セットを繰り返し実施し行く中で、鎖骨と頭に関しては、両手を交差させ、対側の両側叩きおよび頭なでを行う方が有効さが増す事に気付いた。なぜ交差をさせた方が効果が上がるのか筆者は説明が出来ない。４セットが終わった後、モヤモヤが残る身体部位を再度確認し、そこに両側叩きあるいは頭なでをさらに数セット加え、もやもやが軽減するまで繰り返す。全体の処理時間は数分で終わる。

この一連の処理をできるだけ２週間以内に４－５回実施することが出来れば、フラッシュバックの圧力が軽減し、日常的に悩まされることが減ってくる。つまり２－３ヶ月間の治療期間で、フラッシュバックに振り回されなくなってくる。もちろん季節の変わり目や、記念日症候群などの著しく不調になる時期が定期的に回ってくるので、重症なものほど継続的なフォローアップが必要となる症例が多いのであるが。

チェックが必要な病態について述べる。第一は双極性障害である。ここで問題となるのは双極Ⅰ型で、躁の時にいろいろなトラブルが起き、うつの時に自殺未遂が起きる。複雑性PTSDで一般的なのは双極Ⅱ型類似の気分変動で、こちらはTS処方とトラウマ処理で治療ができるが、双極Ⅰ型の場合は、双極性障害としての治療が必要になる。双極Ⅰ型は発達障害と同様、遺伝素因が強い病態であり、周囲の親族に躁うつ病の人が存在することが多いので鑑別の参考になる。複雑性PTSDに認められる双極Ⅱ型類似の気分変動は双極性障害ではないと筆者は考える。双極性障害としての治療が無効だからである。おそらく、被虐待児に認められる激しい気分の変化や癇癪が発展したものではないだろうか。

次が解離性同一性障害の併存である。これは、スイッチングが余りに強い場合に考慮する必要がある。解離性同一性障害がある場合には、自我状態療法によって、部分人格間のコミュニケーションをはかることと、部分人格のそれぞれに対応するトラウマを個別に治療するというトラウマ処理が必要になる。詳細は文献を参照して欲しい。（杉山、2018b）

ADHDもチェックが必要な項目である。元々あったのか、愛着障害から生じた不注意多動かという鑑別はほとんど不可能だが、衝動行為によってトラブルが加算されるので、抗ADHD薬の服用が必要な症例が少なくない。抗ADHD薬はそれなりに多動性行動障害には有効であることが多く、特にグアンファシン（インチュニブ）は愛着障害が併存したADHDにもある程度有効である。

もっとも大事なものが日内リズム障害の是正である。こころはからだの一部なので健康な生活を送らないと治療が出来ないのは当然である。さらに夜になって意識レベルが下がると様々な問題行動が頻発する。不安定な人たちは、端境（はざかい）に弱く、夕方と深夜にトラブルが集中する。過量の眠剤に頼るのではなく、夜に寝て朝起きるという生活を丹念に指導する必要があるが、不眠の理由が悪夢である場合も多く、このような場合にはトラウマ処理を速やかに行うことが唯一の治療になる。

筆者はこのような治療が唯一のものとはもちろんのこと考えていない。ここに示したのは子ども虐待の親子に対する安全な治療技法の1つに過ぎない。わが国の精神科臨床の混乱ぶりをみると、誰でも安全に取り組める、子とその親への治療技法が数多く工夫され、普及することを願うものである。

文献

Brewin CR, Cloitre M, Hyland O, et al.,（2017）: A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clinical Psychological Review, 58,1-15.

神田橋條治（2007）：PTSDの治療.臨床精神医学36,417-433.

神田橋條治（2009）：難治例に潜む発達障害.臨床精神医学38,349-365.

Kapusta ND, Mossaheb N, Etzersdorfer E, Hlavin G, Thau K, Willeit M, Praschak-Rieder N, Sonneck G, Leithner-Dziubas K.（2011）: Lithium in drinking water and suicide mortality. Br J Psychiatry,198（5）:346-350.

Ohgami H, Terao T, Shiotsuki I, Ishii N, Iwata N.（2009）: Lithium levels in drinking water and risk of suicide. British Journal of Psychiatry, 194（5）:464-465.

杉山登志郎（2015）：発達障害の薬物療法. 岩崎学術出版社、東京.

杉山登志郎（2017）：発達障害とトラウマ. そだちの科学, 29, 8-17.

杉山登志郎（2018a）：発達障害および複雑性PTSDを呈する患者に対する、新たな簡易型トラウマ処理の開発と治療実践. EMDR研究,10,41-55.

杉山登志郎（2018b）：自我状態療法―多重人格のための精神療法. 日本衛生学雑誌,73,62-66.

友田明美（2011）：癒やされない傷.診断と治療社、東京.

友田明美、藤澤玲子（2018）：虐待が脳を変える. 新曜社、東京.

van der Kolk B（2005）: Developmental trauma disorder. Psychiatric Annals, 35, 401-408.

van der Kolk B（1015）: The body keeps the score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Penguin Books, London.（柴田裕之訳（2016）：身体はトラウマを記憶する。紀伊國屋書店、東京）

BEAMSについて
児童虐待：予防と早期発見のための支援

市立秋田総合病院小児科
米　山　法　子

子どもの虐待は相談・対応件数ともに年々増加の一途をたどっており、2016年の対応件数は12万件を超えた。小児科外来や救急外来等に、日々多くのお子さんが来院する医療機関は、虐待早期発見・対応の重要な役割を担っているといえる。日本小児科学会が示している小児科専門医取得の到達目標では、小児保健の領域で、「児童虐待の早期診断・応急措置ができ、児童相談所と相談して専門施設へ送ることができる」という目標があげられている。また、初期研修医の臨床研修の到達目標の特定の医療現場の経験で、「虐待について説明できる」という目標があげられており、虐待の早期発見や対応を経験・習得することが望ましいとされている。しかし、医学生の卒前教育で、虐待の講義があるのは、2010年に調査した48大学中24校（50.0%）で、2000年の調査と横ばい、また、１コマ以上の講義があるのは、48大学中わずか６校（12.5%）であった。虐待の相談・対応件数が年々増加をしているのに対し、虐待に関する医師の卒前教育は増えていないのが現状である。そのため、臨床現場に出ても、「どのように虐待に対応したらよいのか」「どのようなお子さんで虐待を疑うのか」分からず、虐待事例を経験した際に、手探りで対応を進めている医師も多い。そのような状況を改善し、子ども虐待の対応方法を学ぶために2014年に誕生したのが「医療機関向け虐待対応プログラム　BEAMS」である。

＜BEAMSについて＞

BEAMSは、日本子ども虐待医学会（JaMSCAN）が虐待対応の均霑化に向け開発したプログラムである。BEAMには「光の束」の他、「屋根の梁」「心からの笑顔」という意味があり、「虐待の問題に光をあて、崩れゆく家庭を支え、子ども本来の笑顔を取り戻してほしい」という意味が込められている。

BEAMSプログラムは、Stage １から３の３つのプログラムで構成されている。各Stageについて以下に述べる。

１）Stage1

Stage1のBEAMSは、“Be a Medical Sentinel on Child Abuse”の略である。すべての医療者が対象となり、「虐待を早期に発見・通告する意義を理解し、育児支援の視点でSentinel（見張り番）になる」ことが目標である。約45分の講義で、「一般向けマニュアル」を資料として用いる。このガイドは、①虐待の可能性が高い身体所見　②虐待を疑うべき、児の周辺状況　③虐待の可能性を検討しその重症度を判断　④重症度に応じて、どのような対応をし、どのような機関に連絡すべきかのフローチャートがＡ３の見開きにまとめられている。

２）Stage2

Stage2のBEAMSは、“Be a Medical Safe-hub on Child Abuse”の略で、小児科医や各医療機関の虐待対応チーム（Child Protection Team CPT）のメンバーが対象となる。Stage2の目標は「虐待の可能性のある子ども・親との接し方を学び、適切に地域と家庭をつなげる（安全の架け橋Safe-hubとなる）ことができる」である。１時間半程度の講義で行っている。Stage2の医療者は、「虐待」というキーワードを用い、直接親と接する立場にある。「必要な医学的検査を実施すること・医学的カテゴリー診断を行い、関係機関と連携をとる」という虐待医学的診断の責務が加わる。

３）Stage3

Stage3は、“Be a Medical Specialist on Child Abuse”の略で、より専門性を身につけたい医療者が対象となっている。このStageを修了した医療者は、各医療機関CPTのリーダーや地域の虐待対応の推進役として活動することが期待される。Stage3は、講義だけでなく、ロールプレイやディスカッションを行う１日半のプログラムである。

BEAMSのStage1・2は、学会主催型でJaMSCAN会期中に開催されているもの以外に、各医療機関に講師が出向いて講義を行う招聘型でも開催されている。招聘型の開催が年々増加しており、そのため、Stage1･2の受講者数は、2014年は各100程度だったものが、2016年にはStage1･2ともに増加している（2016年Stage1 2237名、Stage2 938名）。Stage3は、１回20－25名程度で年２回開催されている。秋田県では、当院の子ども虐待対策委員会の勉強会として、2016年にStage1・2を開催した。また、当院では、初期研修医に対し、毎年、Stage1を開催している。今後、秋田県内の多くの医療機関でBEAMSが開催されることがのぞまれる。

＜まとめ＞

医療機関向け虐待対応プログラムBEAMSを紹介した。多くの医療者がBEAMSを受講することで、Stage1から3それぞれのStageの医療者が連携をとり、地域の虐待対応のレベルアップが期待される。

子育て支援と子ども虐待防止について

公益社団法人　日本歯科医師会常務理事
髙　野　直　久

○　はじめに

子どもをめぐる問題は、虐待、非行、傷害、心の問題など多岐に亘り、地域の関係機関との連携やサービスも多様であるため、地域ネットワークの一員としての歯科医療機関も適切に連携して対応することが必要である。とくに児童虐待に関して早期発見は確かに重要であるが、それにましても児童虐待の予防および防止対策もまた必要である。

子育て家庭に向けて知識・情報の提供、理解促進など、歯科保健や子育て支援につながる教育およびサービスについての周知への努力は常日頃より行うべき事柄である。

地域社会での役割を考えた場合、今日のかかりつけ歯科医といわれる地域における歯科開業医においては、日常の歯科診療における臨床での貢献だけでなく、歯科医師法にもある公衆衛生活動としての地域社会への参画を担いたいものである。

○　成育環境の変化

赤ちゃんを取り巻く状況の変化により、きめ細やかな対応が望まれている。

具体的には、生まれる赤ちゃんの数が減っているが、低出生体重児の数は増えている。さらに、極低出生体重児の救命率が改善したこともあり、多胎児は増えていることも事実である。この背景として、40歳以上の出産が増えていることや、生殖補助技術による子どもが増えていることも、もちろん関係しているのであろうとも推測される。いずれにしても、結果的に、子どもを育てづらい状況であることになる。

○　児童虐待

頭頚部の外傷について、児童虐待と関連があるとの認識はほとんどの医師にはあるが、歯科医師での認識は十分ではないようである。身体的虐待とネグレクトは歯科との関連が深いとされている。そこで、歯科健診や治療において、う蝕や治療痕跡などの他に顎顔面、口腔の非偶発的損傷の存在などを調べる習慣を日頃より実践していただきたいと考える。口腔内だけでなく、顎顔面、頚部をはじめとして、手足の露出されている部分の観察など全体を見る習慣が必要である。保護者の説明と症状が一致しない口腔や口唇の傷、歯牙破折だけでなく歯牙の移動による歯列の変化や、広範囲にわたるう蝕などはネグレクトによることもあるので細心の注意が必要である。

児童虐待には、身体的虐待、ネグレクト（養育の放棄または怠慢）、性虐待、心理的虐待、家庭内暴力（DV）の目撃、遺棄・置き去り、登校禁止（家への閉じ込み）など様々がある。児童虐待の中で、一番多いのは身体的虐待（44％）であり、殴る、蹴るなどの暴力、タバコの火などを押し付ける、逆さ吊りにする、冬戸外に長時間締め出すなどが含まれる。推定では20％近いと言われている性虐待（３％）には、性的いたずら、性行為の強要、性器や性交を見せる、子どもをポルノなどの被写体として強要などがあるが、この場合、反復する行為である必要はないとされていることに注意が必要である。次に、心理的虐待（16％）には、無視、拒否的な態度、罵声を浴びせる、言葉による脅かし（脅迫）、兄弟間での極端な差別的扱い等が含まれる。

このほか、比較的多いのが、ネグレクト（養育放棄または怠慢）（37％）であり、これには、適切な衣食住の世話をせず放置、病気なのに医師に診せない、乳幼児を家に残こしたまま度々外出、乳幼児を車の中に放置、家に閉じ込める（学校に行かせない）などが含まれる。

○　ネグレクト

ネグレクトの分類 としては、①栄養ネグレクト（非器質性成長障害:NOFTT)、②衣服ネグレクト、③衛生ネグレクト、④環境ネグレクト、⑤監督ネグレクト（安全のネグレクト)、⑥保健ネグレクト、⑦医療ネグレクト、⑧情緒ネグレクト、⑨教育ネグレクト
⑩遺棄（究極のネグレクト？）が示されている（図１-９)。

① 栄養ネグレクト

子どもにとって必要な栄養が与えられないことを指す。極度に偏った栄養や一日一食など極端な形の栄養の与え方も含まれる。

親が「お仕置き」として子どもに食事を与えない場合、身体的虐待や心理的虐待の結果として、子どもが親の提供する食事を拒食する場合、親が生活習慣として食事を作らない、作れないために、食事が偏ってしまう場合などがある。

図１

② 衣服ネグレクト

子どもに気候や天候に適した衣服を着せないこと。

③ 衛生ネグレクト

入浴させない、おむつを替えない、不潔な環境にするなど、衛生状態が保たれないこと。

④ 環境ネグレクト

子どもにとって危険な環境におかれること。

図２

④環境ネグレクト

熱傷の危険がある状態を放置すること。

タバコ、ピーナツなど口に入れては危険な物を子どもの手の届く所に置くこと。誤飲事故は指でつかめる生後6ヵ月頃からおこり、**タバコが最も多く45%、硬貨などの固形異物は2歳以降に多くなる**。ホウ酸だんご（ゴキブリ殺し）は少量でも致死量になる。

図３

④環境ネグレクト

家の構造や家具の配置などが子どもにとって危険な状態を放置すること。

ベビーベットや階段より転落し、頭部外傷を生じることもある。また小児の不慮の事故による死亡の中で、1歳代に家庭内の風呂場における溺死が他因に比較して一番多いのがわが国における特徴であり、風呂場の高さが約30～40cmで、70～80cmの身長である1歳台では湯だめした浴槽内に転落してしまう危険があると指摘されている。

母親がシンナーを吸っている間に、1歳の幼児が水を入れたままで蓋をしていない浴槽内に転落し、溺水による無酸素性脳症をきたし重度の脳障害を負い四肢麻痺になった。母親は育児能力に乏しく次子も炊飯ジャーの蒸気で熱傷するなど外傷を繰り返した。

図４

⑤保健ネグレクト

必要な予防接種を受けさせない、必要な健診を受けさせないなど、子どもにとって必要な保健上のケアが与えられないこと。

最近、子どもの病気に対する知識に乏しく、また予防接種の副反応、効果について正しい知識を持っていない親が増えている。

⑥医療ネグレクト

子どもにとって必要な医療や療育を受けさせないこと、必要な医師の指示に従わないこと。命に関わることも少なくないので要注意。

図５

⑦ **監督ネグレクト（安全のネグレクト）**

子どもを安全に守るための必要な監督を怠ることで、年少の子どもだけを家に置いたまま外出することや刃物を持って遊んでいるのを放置することが含まれる。

年少の子どもを駐車場の車の中に置いたまま、自分はパチンコをしていたというのはこの形のネグレクトである。

図６

⑦ **監督ネグレクト（安全のネグレクト）**

事例：

6月の晴天の日中に両親がパチンコをしている間、1歳11ヵ月の兄と6ヵ月の妹が駐車場の窓を少し開けた車内に寝かされていた。1時間後に母親が戻ると熱中症のため兄が痙攣発作を起こし、妹はぐったりしていたため、すぐに近くの総合病院へ入院するも、**兄は6ヵ月後に死亡し、妹は重度の脳障害を残し四肢麻痺で寝たきり**となった。

同様の天候であった事件翌日に警察署が、車内温の検証を行い、気温は30℃を上回ることはなかったが、1時間後に車中温は最高47.4℃に達した。

図７

⑧ 情緒ネグレクト

子どもにとって必要な情緒的係わりをしないこと。

愛情剥奪症候群deprivation syndromeと同義語であり、愛着障害などの精神的危険が高いのみならず、栄養が与えられていても低身長や体重増加不良などの成長障害になること等が知られている。

⑨ 教育ネグレクト

子どもを学校に行かせないことである。親が自分のそばに置きたいことや家で手伝いをさせるために学校へ行かせないことがある。不登校のように、子どもが何らかの心理的理由から学校に行かない状態とは異なる。

図８

⑩ **遺棄**

子どもを遺棄することであり、究極のネグレクトである。

1973年にコインロッカーに乳児の遺体が放置された事件が頻発し話題になったが、毎年、デパートのトイレに乳児の遺体が放置されていたり、病院の玄関に新生児が置き去りにされている事件などが報道されている。

2008年には中国の中学校の校舎二階の女子便所でこの学校に通う生徒が出産。そのことを知った教師がもみ消しのため嬰児を化糞池(浄化槽)に投げ込んだとのことです。

フィリピンのマニラ国際空港で2010年9月、バーレーンから到着した旅客機のトイレのごみ箱から、生まれたばかりの男の赤ちゃんが見つかった。乗客の女性が産み、そのまま捨てたと見られている。

図９

○　ネグレクトは身体虐待の前段階という認識

ネグレクトを早期に気づき、関係者の間で情報を共有できれば、効果は高くなり、 虐待防止、予防に直結することにもなるし、その子の将来により効果的に働くことにもなる。被虐児に相対した場合に、目の前の子が、10年後どうなっているかを、みんなが共通に予想をつける努力をすればいい解決につながるのではないか。見通せる力、想像する力を育てることの着眼が意味をなすと思われる。

○　「むし歯がある」ということは

十分なケアを子どもが受けていないと捉えることもできる。母親に守られていない可能性（家庭内に問題？）が高いとの認識が必要であると思われる。生活全般に問題がある場合が多い、DVは？、アルコール（飲酒）は？、ギャンブルは？　と観察を広めることは良いきっかけになることである。単に、むし歯（歯科治療の必要性など）だけの問題ではないことに、関係者に認識してもらう必要性があると考える。

○　歯科検診・治療時における注意点

図10あるように、注意点としては、小帯裂傷（上唇小帯、下唇小帯、舌小帯など）、歯牙外傷（歯冠破折、歯根破折、脱臼　脱落）、未就学児の性虐待では、生活に何らかの問題があるケースにおいて、むし歯が多く認められるが、生活に特段の問題がないか、あるいは、高収入、高学歴等では、むし歯が多く認められることはない（家庭内状況により異なることもあるが、例外的で少ない）。

歯科検診・治療時における注意点

- 小帯裂傷（上唇小帯、下唇小帯、舌小帯など）
- 歯牙外傷（歯冠破折、歯根破折、脱臼　脱落）
- **未就学児の性虐待では、生活に何らかの問題があるケースにおいて、むし歯が多く認められるが、生活に特段の問題がないか、あるいは、高収入、高学歴等では、むし歯が多く認められることはない（家庭内状況により異なる）。**
- 日頃から体全体に観察の範囲を広げ、子どもと真摯に接して子どもから真実を聞き出す努力。

図10

観察においては、図11のようなステップにて検討することも、状況を整理して捉えることにもなるので、対面する際には念頭に置いて観察する必要がある。このように日頃から体全体に観察の範囲を広げ、子どもと真摯に接して子どもから真実を聞き出す努力も、スキルも必要であると考える。

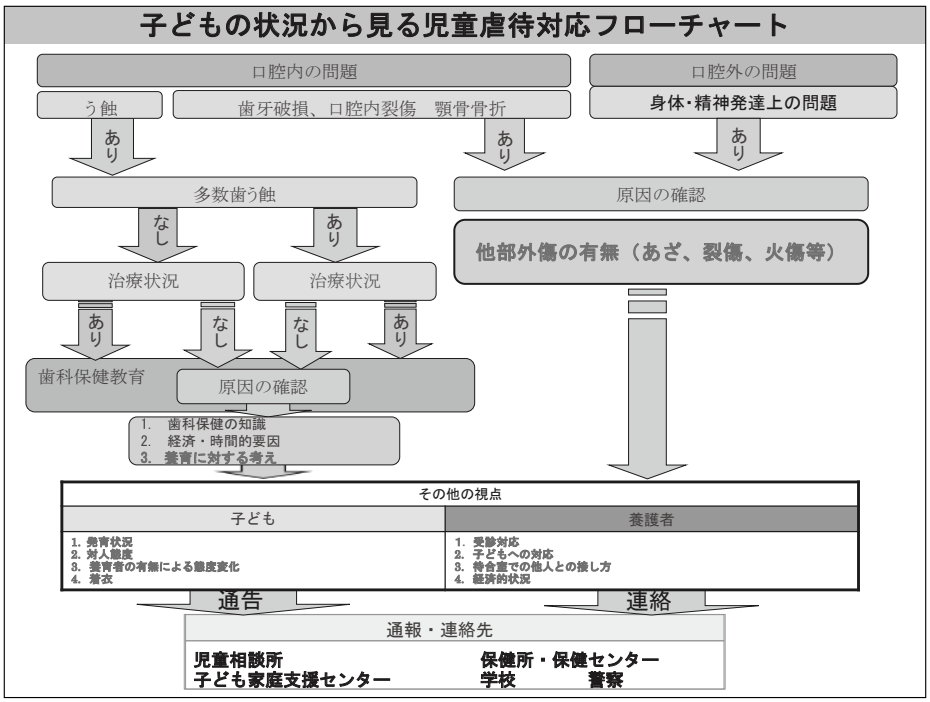


図 11

○　処遇困難になりやすい要因

要因として、経済的な理由、家庭内不和、超低出生体重児の親子、障害をもった親子、発達遅滞のある親子、大人になりきれていない養育者、子どもの発達や能力に理解のない方　など様々ではあるが、基本的に、見守られていない、見守ることができないということから発生するとの認識が必要であるように思われる。

見守りを必要のあるグループを把握することは、第一歩であり、要支援家庭として捉えて、社会で見守る必要性もある（図12,13）。

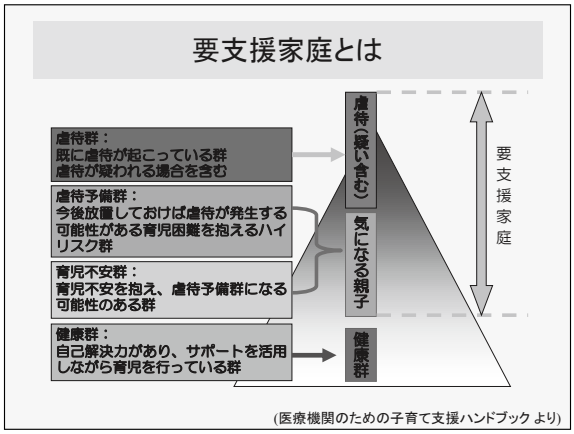


図 12

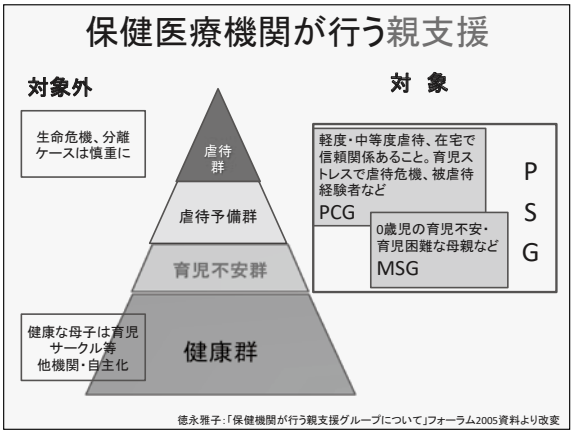


図 13

家庭における虐待は、遺伝的要因だけでなく成育環境等の影響が高いのではと思われるケースもあると認識されつつあり、家庭における虐待は連鎖するとの視点で、介入や対応を議論する時期になっていると思われる（図14,15）。

図 14

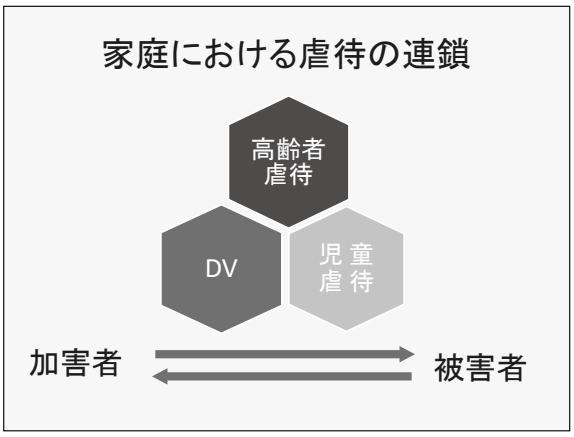


図 15

○児童虐待へ対応する際の原則

虐待を疑ったら、明らかに否定できない限り、虐待として対応を検討するという基本的スタンスは守られるべきである。そこで、対応においては一人で抱え込まないこと、先ず、関係者間の情報共有と理解を恒常的におこなうこと、対応で迷ったときには、子どもにとってよいと思われる方、あるいは、子どもの人権がより尊重されると思われる方を選ぶことを原則に行動する。もし、連携がうまくいかないときは会って話し合いを行い、そうした中で重症度に関する共通理解を図ることを忘れてはならないと思われる。

○通告についての認識

通告は加害者を糾弾するためのものでなく、子どもを守るために児童福祉システムを起動するためにする行為であると考えて実践を行う。躊躇することなく、迅速に関係機関に連絡、通報、通告を行うには、勇気が必要な場合と理解し、行動に移ることが必要である。

○　おわりに

児童福祉法の一部改正により、子育て世代の包括支援センターの設置が進められているところである。地域包括支援センターの児童養護版のような切れ目のない支援を､特に妊娠期から就学前の親子を対象として、継続的把握、相談・情報提供・助言ならびに支援プランの策定などに関わるセンターとして各機関・団体などと連絡調整する体制整備を目指すことになる。平成30年12月には､「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（成育基本法)」の制定されたことを受けて、ドーハッド説だけでなく、また産科医からも提案されているように、妊娠する前から歯科からの保健医療の提供が、妊産婦、生まれ育つ子どもにとっても、将来の生活習慣病等の疾病リスクを軽減するためにも有効である。この様な状況から、周産期における歯科からの児童虐待防止ならびに健康な成育を支援する活動等を広める必要性もあると思われる。関係職種、団体等との緊密な連携にて進めていきたいと考える。

秋田市より虐待に関する報告

秋田市子ども未来センター
相談担当　　加　藤　　斉

【はじめに】

秋田市子ども未来センターは、秋田駅東口に隣接する秋田拠点センターアルヴェの公共棟５階に設置しております。地域で親子が孤立することがないよう、子育ての関係機関と連携を図りながら、子育て家庭の支援を行うとともに、子育てをしやすい環境を市民協働で行うことを目的としております。また、相談業務の充実を図り、遊び場（当センターの施設）、地域の施設等を活用しながら、子育て支援事業を総合的に実施しております。

【主な事業内容】

子育て支援担当：子育て家庭が育児に自信を持ち、地域の協力で子育てができるよう支援しています。

■地域の子育て支援、子育て情報の提供
■ファミリー・サポート・センター
■在宅子育てサポート事業

相談担当：子どもおよびその家族の相談に応じ、保護者も含めた支援により、子どもの福祉向上を図るほか、女性に関する相談に応じ、自ら問題を解決できるように支援しています。また、児童虐待を含む要保護児童等の通告先としての役割も担っています。

■要保護児童対策地域協議会（事務局）
■養育支援訪問事業
■家庭児童相談、女性相談
相談時間／午前９時～午後６時
（日曜日と12月29日～１月３日を除く）

【児童虐待相談対応状況】

児童虐待件数の増加を受けて児童福祉法改正により平成17年から市町村も虐待相談を受け付けています。下表は平成25年度から平成29年度までの当センターが受けた児童虐待相談対応件数の推移を表しています。

昨年度は、新規受理が49件、継続ケースが45件合計94件に対応してきました。全国的に対応件数が増加しつづけている中で、当センターの新規受理件数の傾向としては、27年度より微増となっています。虐待内容については心理的虐待の割合が高く、虐待者については過去５年実母の割合が高くなっています。虐待を受けた子どもの年齢構成については、就学前までが５割弱、小学校まで含めると８割となっています。

【児童虐待相談対応件数】

区分	H25	H26	H27	H28	H29
新規受理ケース	77	73	41	43	49
継続ケース	20	33	34	29	45
合計	97	106	75	72	94

【虐待内容別件数】

区分	H25	H26	H27	H28	H29
心理的虐待	22	23	22	22	21
保護の怠慢（ネグレクト）	28	32	7	11	15
身体的虐待	27	18	12	10	13
性的虐待	0	0	0	0	0
合計	77	73	41	43	49

【虐待者別件数】

区分	H25	H26	H27	H28	H29
実母	63	43	24	28	31
実父	4	13	12	3	15
実父以外の父	1	3	2	4	2
実母以外の母	0	0	0	0	0
実父・母	8	10	0	6	0
その他	1	4	3	2	1
合計	77	73	41	43	49

【虐待を受けた子どもの年齢構成】

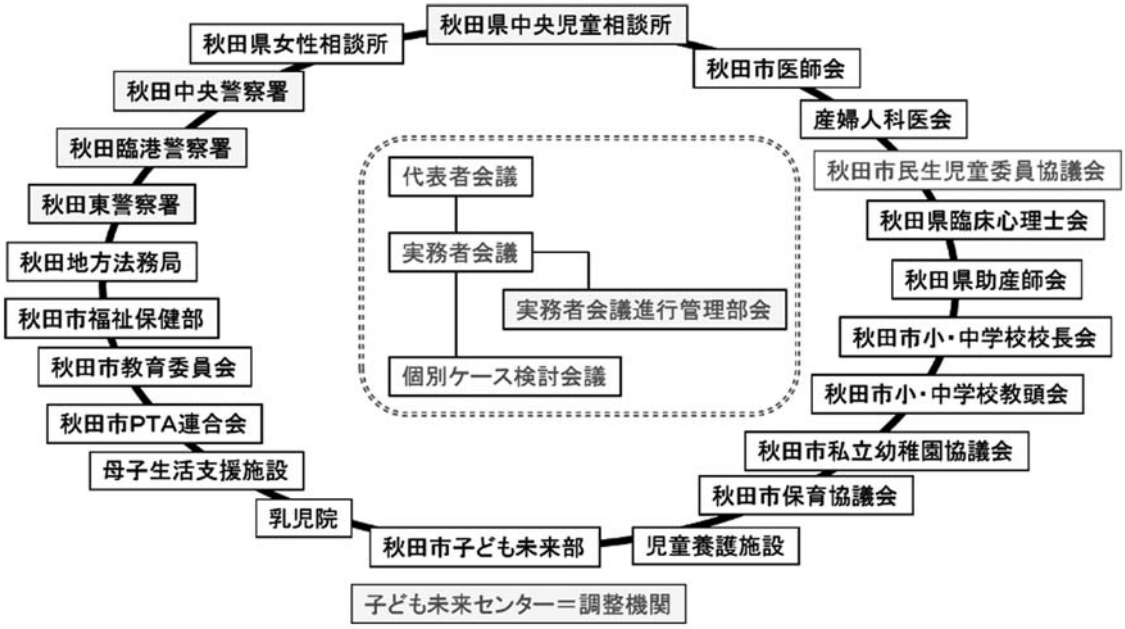
区分	H25	H26	H27	H28	H29
0～2歳	18	18	11	16	14
3～6歳	21	19	13	8	10
小学校（低学年）	21	11	9	7	6
小学校（高学年）	12	16	2	3	10
中学生	3	8	5	7	5
高校生	2	0	1	1	3
不明	0	1	0	1	1
合計	77	73	41	43	49

【秋田市要保護児童対策地域協議会】

要保護児童対策地域協議会は、市町村が設置主体となっており、本市では当センターが調整機関として、多くの関係機関と連携をしながら、要保護児童等の早期発見・早期対応、啓発活動などを行っています。

会議としては、それぞれの機関や組織の代表が集まる代表者会議、実際に虐待に対応している実務者が集まる実務者会議のほか、個別ケースについては、必要に応じて必要な機関が集まって役割分担や支援策を検討する個別ケース検討会議があります。

また、実務者会議の中には、進行管理部会を設け、児童相談所、警察、当センターが３か月に一度集まって、本市のケースについて、現状を報告し合い、情報共有や支援策を確認しています。



【おわりに】

平成28年児童福祉法等改正により、市町村の役割として、児童及び妊産婦の福祉に関し、実情の把握、情報の提供、相談、調査、指導、関係機関との連絡調整その他の必要な支援を行うための拠点の整備に努めなければならないと規定されました。本市では､31年４月に｢秋田市子ども家庭総合支援拠点｣を当センター内に設置予定としております。職員配置については、子ども家庭支援員、虐待対応専門員、心理担当支援員というそれぞれ専門的資格を有した職員を配置し、引き続き、市民への啓発活動を図りながら、関係機関等との連携のもと虐待の発生予防、早期発見・早期対応に取り組み、妊娠期から切れ目のない支援を充実させてまいります。

医療機関における単語検索課題を用いた音読トレーニングの指導効果の検討

市立秋田総合病院小児科　○成　田　ま　い
小　泉　ひろみ

１．目的　ひらがなの読みは学習の基盤となるものであり、小学低学年段階でほぼすべての児童が獲得するといわれているが、流暢な読みに困難をもつLD児が存在する。読み困難児の音読支援については、ひらがな単語検索課題が効果的であることが報告されている（大山ら,2016）。しかしながら、教育機関での実践に留まるのが現状である。本研究では、医療機関のなかでの音読トレーニングの有効性を検討するともに、半年後の支援効果の維持について検討することを目的とする。

２．方法　**対象**：小児神経科医によりLDと診断された小学中学年の児童（WISCのFIQは70以上、PVT-Rは評価点７以上であった）。対象児と保護者に研究の趣旨と内容を説明し成果発表の同意を得た。　**学習課題**：ひらがな検索課題および単音フラッシュカードを実施した。　**手続き**：平成30年３月～平成30年４月、週１回のトレーニング（全６回）を行い、稲垣ら（2010）のガイドライン検査課題を用いて指導前後および半年後に音読時間と誤読数の評価を行った。

３．結果　稲垣ら（2010）の基準値に基づき、指導前後の評価課題の結果を音読時間と誤読数に分けて標準化得点を算出した。音読時間については、指導前には全課題（単音連続読み課題・有意味単語速読課題・無意味単語速読課題・短文音読課題）で＋２SD以上を示していたことから読み困難と評価されていたが、指導後には無意味単語速読課題以外は＋２SD未満と改善した。誤読数については、短文音読課題を除く全課題で＋２SD以上を示していたが、指導後にはその全課題で誤読の減少がみられた。特に単音連続読み課題では、+12.42SDが－0.94SDまで改善した。さらに、指導半年後に再評価を行った結果、音読速度は指導後の状態を維持することが可能であったことが認められた。また、誤読数についてはさらなる減少が認められ、語頭音の繰り返しは完全に消去したことが示された。

４．考察　医療機関においても単語検索課題によって、素早く単語を認識できる読み処理が促進され、読みの流暢性の改善と誤読の減少が認められた。よって、単語検索課題は音読困難の改善に有効であることを指摘できる。さらに指導効果は半年後においても維持されることから、多くの医療機関・教育機関での導入を期待する結果を得られた。今後院内では、同トレーニングを継続するとともに、教育機関との連携を行いながら、就学前段階からひらがな習得を促進する取り組みを強化していく。

学童期・思春期にある小児がん経験者の運動習慣の実態

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻　○齋　藤　雅　世
平　元　　泉
大　高　麻衣子

【目的】平成30 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査結果によると、１週間の運動時間が60分未満の男子児童は7.2％、生徒は6.9％で、過去５年間の割合は横ばい状態であり、継続的な運動習慣を身に付けることが課題とされている。小児がん経験者は、体力・筋力低下によって退院後の生活に支障をきたしていることが指摘されている。学童期・思春期にある小児がん経験者の運動習慣の実態を明らかにすることを目的に調査を行った。

【方法】１．調査期間：2018年３月～ 2019年２月。２．対象：小児がんの治療終了後１年以上経過している８歳～ 18歳の子どもと保護者。３．データ収集：質問紙を用いた面接調査。質問項目は、属性（現在の年齢、性別、学年、身長、体重）、学校の部活動における運動：部活動所属の有無、１週間の運動回数と時間。治療状況については許可を得て診療記録から情報収集した。４．分析方法：運動時間について対象の背景別に割合を比較した。体格は身長、体重からBMIを算出し、年齢・性別を考慮したBMI-SDSを算出した。５．倫理的配慮：主治医の許可を得た対象に定期受診の際に依頼し、同意を得たものを対象とした。所属機関の倫理審査委員会の承認を受けた。

【結果】46名を対象とした。男子26名、女子20名、現在の平均年齢（標準偏差）は、13.6（ 3.1）歳、小学生18名（ 39.1％）、中学生14名（ 30.4％）、高校生14名（ 30.4％）であった。BMI-SDSの第３四分位0.7以上は11名（ 23.9％）であった。学校の部活動に所属しているのは21名（ 45.7％）、1週間の運動時間の平均（標準偏差）は341.7（ 496.8）分で、0分が25名（ 54.3％）と半数以上であった。背景別では、BMI-SDSが0.7以上の子どもの運動時間０分は９名（ 81.8％）で、0.7未満の16名（ 45.7％）より割合が高かった（$p < 0.05$）。性別、現在の年齢、学年別、診断時年齢、診断後経過期間、放射線照射・移植実施の有無別の差は認められなかった。

【考察】小中学生を対象とした全国調査では、１週間の運動時間が60分未満の割合が高いと報告されている。本調査においても体格が影響している可能性もあるが、運動時間が少ない原因として、疲労感が影響していることも考えられる。今後は、小児がん経験者の疲労感と運動習慣との関連を明らかにするとともに、学校生活における運動習慣に対する支援を検討する必要がある。

目　　次

〈巻頭言〉巻頭言……（1）
秋田県小児保健会　会長　高　橋　　勉

特別寄稿　「がん予防教育」について
日本・秋田県におけるがんの現状と「がん教育」……（2）
医療法人　光智会　介護老人保健施設　大館園
高　橋　義　博

令和元年度　特別講演抄録　子どものできた！がふえる　生活動作・学習動作　指導アラカルト…（5）
神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科
学科長・教授　笹　田　　哲

ちょっと紹介　あきたの母子保健
大館市における母子保健事業について
～妊娠期から切れ目ない支援「さんまぁる」の活動紹介～ ……（7）
大館市福祉部健康課　母子保健担当　小　畑　恭　子

東成瀬村における母子保健事業について ～むし歯ゼロの村を目指して～ ……（9）
東成瀬村民生課　主任保健師　黒　沢　紗恵子

保育園だより　しなやかな心と体の発達を育むために　～子どもの心身の健康を考える～ ……（11）
社会福祉法人　同心会　沼館保育園
保育マネージャー　髙　橋　奈保子

～子ども達の健康な生活のために～……（15）
社会福祉法人こばと会　小坂マリア園
主任保育士　瀬　川　涼　子

第56回（平成30年度）秋田県小児保健会　総会並びに特別講演会プログラム……（18）

30年度　特別講演二次抄録
発達障害と発達性トラウマ障害……（19）
福井大学子どものこころ発達研究センター　杉　山　登志郎

30年度　シンポジウム抄録
BEAMSについて
児童虐待：予防と早期発見のための支援 ……（25）
市立秋田総合病院小児科　米　山　法　子

子育て支援と子ども虐待防止について……（27）
公益社団法人　日本歯科医師会常務理事　髙　野　直　久

秋田市より虐待に関する報告 ……（32）
秋田市子ども未来センター　相談担当　加　藤　　斉

日本小児保健協会学術集会参加抄録

医療機関における単語検索課題を用いた音読トレーニングの指導効果の検討……（35）
市立秋田総合病院小児科　成　田　ま　い
小　泉　ひろみ

学童期・思春期にある小児がん経験者の運動習慣の実態 ……（36）
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻　齋　藤　雅　世
平　元　　泉
大　高　麻衣子

発行日　令和元年９月１日
発行所　秋田県小児保健会
発行人　高　橋　　勉
印　刷　秋田印刷製本株式会社

秋田県小児保健会事務局
〒010-8543 秋田市本道１－１－１
秋田大学大学院医学系研究科
小児科学講座
TEL　018-884-6159
FAX　018-836-2620
秋田県小児保健会ホームページ
http://www.med.akita-u.ac.jp/~akhoken/