

小児保健栃木

第25号 2008年3月

栃木県小児保健会

小児保健栃木 第25号

目 次

ご挨拶 栃木県小児保健会会長 白石 裕比湖	1
○ 平成19年度栃木県小児保健会総会・研修会 シンポジウム テーマ「学校保健・学校検診」	
1) 「学校における感染対策—インフルエンザ、ノロウイルスを中心に—」 自治医科大学感染制御部 助教 吉村 章	3
2) 「栃木県学校検尿での問題例」 獨協医科大学小児科 准教授 加納 健一	9
3) 「AD/HDならびに高機能広汎性発達障害—診断と対応について—」 自治医科大学とちぎ子ども医療センター 心の診療科 准教授 阿部 隆明	10
特別講演 「学校心臓検診における注意すべきポイント」 あいち小児保健医療総合センター センター長 長嶋 正實	14
○ 第31回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会 第19回とちぎ思春期研究会研修会 テーマ 「いじめと虐待」	
1) 「児童相談所からみた子どもへの虐待の現状」 県北児童相談所 所長 新井 重陽	22
2) 「「絵からわかる「いじめ」、「虐待」を受けた子どもの心」 国際医療福祉リハビリテーションセンターなす療育園 施設長 下泉 秀夫	27
3) 「看護職への暴力の実態」 獨協医科大学日光医療センター 看護部 部長 五十嵐トシ子	28
特別講演 「わが国における子ども虐待の現状と課題」 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授 宮本 信也	33
○ 平成19年度「こどもの健康週間」事業報告	40
○ 栃木県小児保健会役員名簿	41
○ 栃木県小児保健会規約	42
○ 栃木県小児保健会会員の加入状況	44
○ 編集後記	45

ご 挨拶

栃木県小児保健会 会長 白石 裕比湖

栃木県小児保健会会長を、前任の有阪 治会長から引継ぎ、小児保健会の運営と事業に2年間携わってまいりました。

今年度は、事業報告にございますように、2007年9月「いじめと虐待」をテーマに研修会を開催し、筑波大学宮本信也教授に「わが国における子ども虐待の現状と課題」と題して特別講演をいただきました。いじめ、虐待、不登校、ひきこもり、ニート（NEET）については、小児保健会が引続いて取り組むべき課題と考えています。

2006年の統計で、国内の合計特殊出生率は1.32、出生数は109万人で、2005年より若干増えたものの、少子高齢化と人口の減少に決定的な歯止めはかかっていません。この傾向は栃木県でも同様です（2006年の出生数は17,647人で、前年の17,363人より284人増加）。少子化に核家族化も手伝って、若い世代に子育てに自信のない割合が高く、小児の特に時間外の救急については、二次医療を担うべき中核病院に一次救急が集中しています。県内における病院小児科勤務医の不足と相まって、この問題の解決には各方面の時間と努力が必要です。例えば、お産と子育てを期に、現場から遠ざかった女性医師のための現場復帰支援体制、仕事環境の改善も急務と言えるでしょう。今後は、各医療機関の役割の明確化を図り、受診する患者・ご家族に不安を与えない環境を整備し、情報提供を心掛けることが大切だと思います。

全国的には、小児科医、麻酔科医とともに比較的高い診療科である、産科医が不足しています。分娩施設の減少で、お産できる施設が見つからない「お産難民」が発生しています。今まさに国の施策が国民の将来を左右する重大な分岐点に差し掛かっていると思います。私は、まだ生まれていない赤ちゃんの心疾患（胎児心臓病）の診療に従事し、妊婦さんとそのご家族に接する機会が多いのですが、心のケアも大切だと実感しています。

本会は医師、歯科医師、保健師、看護師、助産婦、栄養士、教諭、養護教諭、臨床検査技師、心理士、PT、研修研究員、主婦、行政の方々と構成されています。それぞれの立場で「子どもを安心して生み、健康に育てることができる環境作り」のため懸命に努力されていると思います。会員諸兄・諸姉皆様の力をお借りして「子どもと子どもを持つ家族が住み良い環境をどのように整えていくべきか」今後も、常に問題意識を持って臨みたいと思います。

皆様のご支援をいただき、不慣れながらもようやく任期を全うできました。ありがとうございました。

平成19年度栃木県小児保健会 栃木県小児保健会総会・研修会

栃木県小児保健会
会長 白石 裕比湖

日 時 : 平成19年6月30日(土) 午後1時 受付開始
会 場 : 自治医科大学地域医療研修センター中講堂
下野市薬師寺3311-1 Tel: 0285-44-2111

1. 受付 13:00~13:30

2. 総会 13:30~14:00

- 1) 会長あいさつ
- 2) 議事
 - (1) 議長選出
 - (2) 平成18年度事業報告
 - (3) 平成18年度決算報告・監査報告
 - (4) 平成19年度事業計画案
 - (5) 平成19年度予算案
 - (6) 役員選任

3. シンポジウム 「学校保健・学校検診」

14:00~15:20

司会: 獨協医科大学
教授 杉田 憲一

- 1) 「学校における感染対策—インフルエンザ、ノロウイルスを中心に—」

自治医科大学感染制御部

助教 吉村 章

- 2) 「栃木県学校検尿での問題例」

獨協医科大学小児科

准教授 加納 健一

- 3) 「AD/HDならびに高機能広汎性発達障害—診断と対応について—」

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 心の診療科

准教授 阿部 隆明

4. 特別講演 「学校心臓検診における注意すべきポイント」

15:30~16:30

座長: 自治医科大学小児科

教授 白石 裕比湖

あいち小児保健総合医療センター

センター長 長嶋 正實

連絡先
〒329-0498

自治医科大学小児科学
栃木県小児保健会事務局担当 高橋、蓬田
(Tel: 0285-58-7366/Fax: 0285-44-6123)

シンポジウム1

「学校における感染対策」 ーインフルエンザ、ノロウイルスを中心にー

自治医科大学感染制御部 助教 吉村 章

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

2007 年 6月30 日 (土)
栃木県小児保健会研修会

「学校における感染対策」
ーインフルエンザ・ノロウイルスを中心にー

吉村 章
自治医科大学附属病院・感染制御部
Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

ノロウイルス

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

ノロウイルス
norovirus 小型球形ウイルス (SRSV)、ノローオーク様ウイルス

秋から冬に多い。潜伏期間は12 時間から2 日間であり、一般に症状は軽く自然軽快する。悪心・嘔吐、下痢が主症状である。

腹痛、頭痛、発熱、筋痛、咽頭痛を伴うこともある ("stomach flu")ウイルスは症状が消失した後も3 日から1 週間は便に排出されるので、2 次感染拡大に注意が必要で多量ウイルス感染症の診断は、電子顕微鏡による観察または核酸増幅法によるが、一般医療機関では実施が困難である。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

河川へ排出され、カキなど二枚貝の中で濃縮される。

ヒト-ヒト感染伝播を生じる。

熱耐性がある。
食品では85℃、1分の中心温度加熱が推奨

消毒用エタノールの効果は不確実。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

環境では次亜塩素酸 (ハイター®、ミルトン®など) の使用が推奨されている。
* 強アルカリに注意 (皮膚障害)
0.1% (1,000ppm): pH 10.7 0.01% (100ppm): pH 9.6
[床などでは使用後の水拭きが必要]

感染対策には手指衛生が極めて重要である。

◎日頃から石鹸 (界面活性剤) 使用手洗いの励行は必要。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

ヨーロッパにおけるノロウイルス流行

No of outbreak isolates

year, month

Norovirus Outbreak Isolates Genotypes/Variants in Seasons 2004/5, 2005/6 and the Start of 2006/7 in Europe (FBVE Network)

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

感冒とインフルエンザ

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

感冒症候群

主としてウイルスの感染により
上気道（口腔・鼻腔・副鼻腔・咽頭・喉頭）に生じる
種類の急性炎症性疾患の総称。
通常成人は1年間に4-5回ぐらい罹患する。

ライノウイルス
コロナウイルス
RSウイルス
パラインフルエンザウイルス
アデノウイルス
ヒトメタニューモウイルス

→ 副鼻腔炎、中耳炎

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

かぜに対する抗生物質の有効性を評価した臨床研究の比較

治療率

文献	群別	抗生物質	患者数	治療率 (%)
Mackerrrow CB, et al. 1961 Lancet	3 歳日 治療群	TC, OTC, CTC	36	30 (83.3)
	3 歳日 対照群	Control	35	24 (68.6)
Wynn-Williams N 1961 BMJ	3 歳日 治療群	TC	210	199 (94.8)
	3 歳日 対照群	Control	186	167 (89.8)
Cronk GA, et al. 1954 AJM	3 歳日 治療群	PCG	845	758 (89.7)
	3 歳日 対照群	Control	899	832 (92.4)
Hoagland CR, et al. 1959 NEJM	24 時間後 治療群	AM	154	67 (43.5)
	24 時間後 対照群	Control	155	155 (100.0)
META-ANALYSIS	Antibiotics		1,245	1,054 (84.7)
	Control		1,275	1,095 (85.9)

0.1 1.0 10.0

0.74 2.29 7.09

0.95 2.05 4.44

0.47 0.66 0.93

0.61 0.95 1.50

0.72 0.91 1.13

無効 有効

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

かぜに対する抗生物質の有効性を評価した臨床研究の比較

2 次感染予防

文献	抗生物質	患者数	2 次感染発症率 (%)
Townsend EH, et al. 1962 NEJM	TC, CTC	423	57 (13.5)
	Control	358	53 (14.8)
Hardy ML, et al. 1976 J. Pediatr.	TC	149	22 (14.8)
	Control	68	10 (14.7)
Fraser PK, et al. 1962 Lancet	PCG	200	9 (4.5)
	Control	95	3 (3.2)
META-ANALYSIS	Antibiotics	772	88 (11.4)
	Control	521	66 (12.7)

0.1 1.0 10.0

0.59 0.81 1.31

0.44 1.00 2.25

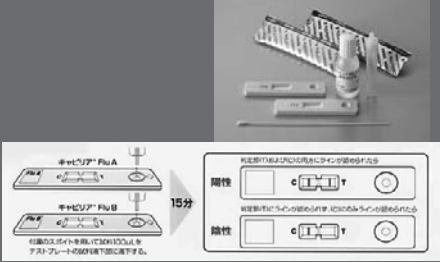
0.38 1.44 5.80

0.65 1.00 1.31

有効 無効

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp



15分

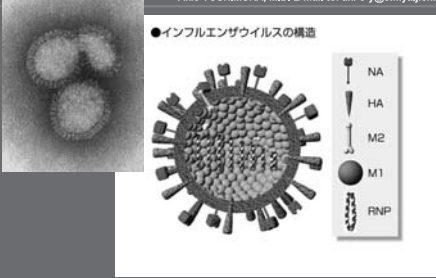
陽性

陰性

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

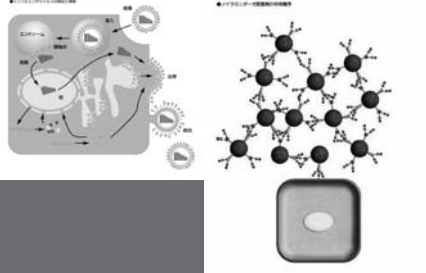
Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

●インフルエンザウイルスの構造



Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp



Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

オセルタミビルの治療を受けた子供における耐性インフルエンザAウイルス
Kiso M, Shiraishi K, Kawaoka Y, et al. *Lancet* 2004; 364: 759-65

オセルタミビルによる治療の前と治療中の50人の子供が対象
9人の患者でノイラミニダーゼの変異が確認された

6例: Arg292Lys	10 ⁴ ~10 ⁵ -fold resistant
2例: Glu119Val	500-fold resistant
1例: Asn294Ser	300-fold resistant

オセルタミビル耐性ウイルスは、治療4日目に初めて確認され研究終了まで毎日認められた。
オセルタミビル治療の5日目以降でも患者から10³ U/mL 以上のインフルエンザウイルスを検出した。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

フェレットにおけるインフルエンザA(H3N2) ウイルスに感染後の抗体価 (HI法: 赤血球凝集抑制反応)

抗体	A/Moscow/10/99	A/Panama/2007/99	A/Fujian/411/2002
A/Moscow/10/99	640	320	40
A/Panama/2007/99	320	640	80
A/Fujian/411/2002	160	160	1280



Weekly Epidemiological Record 2003; 78 (9): 58-62

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

IDSC Influenza Disease Surveillance Center
National Institute of Infectious Diseases



感染症情報センター
<http://idsc.nih.go.jp/>

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

不活化インフルエンザワクチンの効果
ワクチン後と流行後の感染類似性が十分な場合
CDC, MMWR 51 RR-03, 2002

対象者	効果
65才未満の健康者	発病防止効果 70-90%
市中で生活する高齢者	入院防止効果 30-70%
施設で生活する高齢者	発病防止効果 30-40%
	入院防止効果 50-60%
	死亡防止効果 80%

不活化インフルエンザワクチンは、WHO の選定に従って、A-H1N1、A-H3N2、B の3種類 (または4種類) の株を混合している。
重症の基礎アレルギーの患者はワクチン接種の禁忌。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

自治医大附属病院におけるインフルエンザワクチン接種率

	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
全職員	72.5% (= 1578/2177)	85.9% (= 1833/2133)	89.1% (= 1985/2228)	89.1% (= 2108/2365)
臨床医師	82.4% (= 563/683)	88.5% (= 531/600)	88.8% (= 502/565)	94.0% (= 544/579)
看護師	63.1% (= 553/877)	97.1% (= 724/746)	94.6% (= 775/819)	92.3% (= 888/962)

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

インフルエンザ対策のポイント

感染患者の咳やクシャミからウイルスが拡散して伝播される上に、さらに汚染された環境表面からも伝播する可能性がある。

インフルエンザが学校に持ち込まれると、他の生徒や教職員とくにワクチン未接種者を中心に急速に感染が拡大する。

インフルエンザに感染すると、発症の1日から4日後に症状が出現するケースが多く、発症の前日から発症後5日から7日間までウイルスを伝播する。小児ではさらに7日間を越えて感染力が持続する可能性がある。インフルエンザの診断が確定したか、またはインフルエンザを強く疑われる生徒は、登校を控える必要がある。

インフルエンザ流行期間には、学校医と相談し学年・学年閉鎖や休校を考慮する。

抗インフルエンザ治療薬を用いた感染予防

インフルエンザワクチンの予防接種がインフルエンザの感染予防における最も重要な手段である。

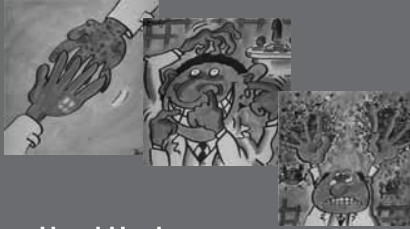
ただし、ワクチン接種を受けた場合でも、インフルエンザウイルスに感染する十分な抗体産生が認められるには、成人で約2週間、9才未満の小児では約6週間を要するとされている。

アマンタジンはインフルエンザAの予防として70%–80%の有効性がある。

発熱低下などの副作用が約10%の頻度で生じる。精神障害やけいれんも報告されている。

副性ウイルスが投与量の約30%に出現するため、アマンタジン投与後は投与中から投与後2日間はハイ・リスク患者との接触を避ける。

ノイラミニダーゼ阻害剤はインフルエンザの予防として80%以上の有効性がある。頻度は低いが、副性ウイルスが出現する。



Hand Hygiene

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE



清潔なケアこそ 安全なケアである

病院では、患者さんのケアをする 前後に必ず手指衛生を図る。



ベトナム クチ病院

アメリカの中学生

トイレに行った後に手を洗う人

⇒ 男子48%、女子58%

(その内、石鹸を使うのは男子8%、女子33%)

Guinan ME, McGuckin-Guinan M, Severeid A. Who washes hands after using the bathroom? American Journal of Infection Control. 1997;24(5):424-425.

デトロイトの小学校

1日最低4回手洗いをするようにした

⇒ 胃腸疾患で休む児童が50%減少した

Matser D, Longe SK, Dickson H. Scheduled hand washing in an elementary school population. Family Medicine. 1997;29(5):336-339.

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

小学校6080校で、クラスにアルコール手指衛生剤を配り、それを使う時間を特定の時間に特定に設け、通常の手洗い指導を行った

⇒ 発熱で休む子供が20%減少した。

15Hammond B, Ali Y, Fendler E, Dolan M, & Donovan S. Effect of hand sanitizer use on elementary school absenteeism. American Journal of Infection Control. 2000;28:340-346.

小学1年生に4週間の手洗い講習をした

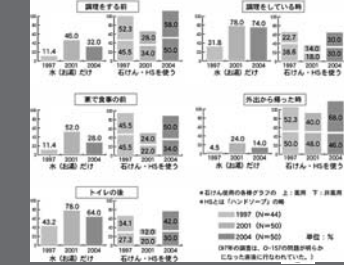
⇒ 前年に比べ学校の欠席者数と抗菌薬の処方量が減少した

Day R, St. Arnaud S, Monson M. Effectiveness of a handwashing program. Clinical Nursing Research. 1993;2(1):24-40.

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

首都圏に住む20～30代女性100名

●手洗いの仕方



感染成立に必要な要素

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

手洗いミスが発生しやすい部位

■手の甲側 ■手のひら側

■最も手洗いミスが発生しやすい部位
やや手洗いミスが発生しやすい部位

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

6つのポーズで、楽しく手洗い!

花王のホームページより

Prev. and Control
University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

花王のホームページより

control
chigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

Cover your Cough

咳をするにもエチケット

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

ご来院の皆様へのお願い

病院と診療所を治すための場所です。
咳やくしゃみが出る方はマスクの着用をお願いします!!
咳やくしゃみが出た場合は、必ずマスクを着用し、咳やくしゃみは肘の内側で抑え、マスクを交換してください。
マスクは着用し、咳やくしゃみが出た場合は、必ずマスクを着用し、咳やくしゃみは肘の内側で抑え、マスクを交換してください。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

Akio YOSHIMURA, M.D. E-mail to: aki-o-y@omiya.jichi.ac.jp

自治医科大学附属病院においては外来正面玄関および救命救急外来に近い東口の2か所にマスク自動販売機を設置した。

Dept. of Infect. Prev. and Control
Jichi Medical University, Tochigi

シンポジウム2

栃木県学校検尿での問題点

獨協医科大学小児科 准教授 加納 健一

学校検尿は4月から6月にかけて行われる。基本的には蛋白と糖とを試験紙法で1回実施するだけでよいとされているが、血尿検査、沈渣を含む二次検尿、検血を含めた精密検査まで実施する必要がある。栃木県は東京に比べて学校検尿制度は遅れていた。栃木市、宇都宮市の学校腎臓判定委員会が10年以上前から発足し、最近では栃木県立学校すべてで判定委員会による管理がなされるようになった。平成18年度の時点ではまだ判定委員会がないのは市では、佐野市、真岡市、那須塩原市だけとなった。その他の地域ではきちんとした検査機関で尿沈渣まで実施され、管理されている。

今回、学校検尿で問題となった個々の症例について具体的に呈示して、今後このようなことが起きないように注意を喚起したく報告する。

〔症例1〕学校検尿で血尿を指摘され、泌尿器科を受診し、一度も血液検査をされなかった。2年後蛋白尿も出現してきたため、初めて小児科を受診し、血液検査を実施され、補体の低下より膜性増殖性糸球体腎炎を疑われた。獨協医大で腎生検し、膜性増殖性糸球体腎炎と確定診断され、ステロイド治療を受け、改善した。

〔症例2〕学校検尿で蛋白尿と血尿とを指摘され、近医の血液検査での低補体血症より膜性増殖性糸球体腎炎を疑われ、腎生検をすすめられた。獨協医大を受診し、再検査で補体が近医よりも上昇していたことより、急性糸球体腎炎を考え、腎生検せずに経過をみて、良くなった。

〔症例3〕学校検尿で蛋白尿を指摘されたが、医療機関を受診しなかった。翌年また蛋白尿を指摘され、近医の血液検査でネフローゼ症候群とわかったが、何の治療もされずに放置されていた。浮腫が出現して、初めて入院加療となった。治療に反応しないため、獨協医大に転院となった。腎生検で膜性腎症と診断され、時間はかかったが、寛解となった。

〔症例4〕学校検尿で蛋白尿と血尿とを指摘され、近医の血液検査の結果、ネフローゼ症候群と診断された。しかし、浮腫がなかったため、実治療で経過観察された。蛋白尿が改善しないため、1年後獨協医大を紹介され、入院した。腎生検でIgA腎症と確定診断された。各種治療を行うも反応せず、腎不全となる。

〔症例5〕学校検尿で血尿を指摘され、獨協医大を受診し、経過観察されていた。蛋白尿も加わり、また下肢に紫斑も出現した。血尿指摘2年後に腎生検を実施した。糸球体6個中5個に全般性にメサンギウム細胞の増殖を認めた。蛋白尿は(3+)と次第に悪化してきたが、北海道の大学へいくというので、北海道の病院へ紹介状を書いた。しかし、本人は多忙という理由で一度も医療機関を受診しなかった。7年後に浮腫が出現し、血液検査した所、末期腎不全になっていた。

学校検尿で異常を指摘されたら、小児科医か内科医を受診し、しかるべき血液検査をしてもらう必要がある。腎生検が必要な時には実施可能な医療機関に速やかに紹介すべきである。大学や就職時に小児科から内科への連携をうまくする必要がある。学校検尿で異常がみつかった子どもは腎専門医、学校医、養護教諭とが連携しあって、管理していくことが大切である。

シンポジウム3

「AD/HDならびに高機能広汎性発達障害－診断と対応について－」

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 心の診療科 准教授 阿部 隆明

AD/HDならびに 高機能広汎性発達障害 －診断と対応について－

自治医科大学

医学部精神医学教室

子ども医療センター心の診療科

阿部隆明

軽度発達障害

- 発達障害のうち、知的障害の程度が軽く、適切な対応をとることによって改善する可能性があるもの
 - － ADHD(注意欠陥多動性障害)
 - － 広汎性発達障害
 - ・ 高機能自閉症
 - ・ アスペルガー障害
 - － LD(学習障害)

A. 注意欠陥多動性障害

- 20人から25人に一人
- 授業中歩き回る。じっとしていられない。姿勢が悪い。(多動性)
- 集中力がない。すぐ飽きてしまう。話を聴いていない。よく物をなくする。机の上が乱雑。後片付けができない。(不注意)
- すぐかっとなってしまふ。周りの子供にちょっかいを出す。(衝動性)

多動性、衝動性が強い

- 授業中に立ち歩く。自分勝手に話し出す。座る姿勢が悪い。座りながら手足を動かす。他の子にちょっかいを出す。順番を待てない。
- 対応
 - × 動くたびにしかりつける。「体を動かしてはだめでしょう」と子どもを否定する言葉を使う。
 - おとなしくしていられた時にほめる。「いつもより静かにしていられたね」と肯定する。

不注意と学習障害との合併

- 国語や算数など、一部の教科が苦手。長い文章をうまく書けない。興味のない問題には答えない。文字を正しく読めないことが多い。忘れ物が多い、宿題を忘れる。先生の話ノートにとれない。
- 対応
 - × 他の人と比べたり、同じことを求めたりする。反省して自分で考えることを要求する。
 - 道具を使って、読み書きや計算のやり方を教えていく。基礎から始める。図や色を使って工夫して教える。

行動のコントロールができない

- 争いごとがあると手が出る。危険を顧みずあちこち歩き回る。運動中のけがが多い。平らな道でも頻繁に転ぶ。
- 対応
 - × 危険を避け、安全な環境にさせせる。→危険を察知する能力や、それを避ける能力が育たない。
 - 道路への飛び出しや刃物の扱いなど、本当に危険なことは、きちんと教えておく。

行動の問題からくる2次的症状

- 大勢の中で浮いてしまう。一人で動き回る。集団行動をできない。友達に乱暴することがある。→周囲からつきあいを敬遠される。→失敗体験を重ねる。→人付き合いが苦手になる。不安や疎外感を招く。(本人は動き回ることが悪いこととはわからない。どこを直せばよいのか理解できていない。)
- 対応
 - ×「仲良くできて当たり前なのになぜできないの」と考えて、子どもの責任にする。
 - 不安感、疎外感を取り除く:「大丈夫」といって、子どもを安心させる。周囲の子や家族にも説明して理解を得る。「相手の気持ちを考えれば、みんな仲良くしてくれる」と教える。手をとって、友達の輪に入るきっかけをつくってあげる。

コミュニケーションの障害からくる2次的症状

- 話題がとびとびになる。自分だけ話して、人の話を聞かない。ときおり吃音がある。細かい説明ができない。気持ちを表現できず、誤解される。小学校に入ってから無口になった。
- 言いたいことをうまく表現できない→理解を得られないことから周囲に不満をぶつけてしまう。→問題児のレッテルを貼られ友達ができずに悩む。→一人ぼっちになり、学校に行きたくない。
- 対応:話しやすい環境を作る
 - － 周囲と衝突し始めた時点で、子どもの不満を受け止める。
 - － 話し方を変えれば誤解がとれることを説明する。
 - － 一方的な話し方をせず、ゆっくり少しずつ話すことを教える。

衝動性から発展する反抗挑戦性障害

- すぐに暴れてしまう。考えるより先に行動してしまう。かんしゃくもちと評価されている。周りと違うことをやりたがる。しかられると反発する。嫌なことがあると逃げ出す。
- 対応
 - × 反抗したことをとがめ、感情的にしかりつける。力づくで従わせようとする。→かえって反発を招く。
 - 子どもの態度自体は問題にせず、話を聞くのはよいこと、さげんで反抗するのは悪いことと、論理的に説明する。

身体的症状

- 運動が苦手:スポーツ全般を苦手とする。まっすぐ速く走れない。手先が不器用
 - － 体の一部を動かす単純なことから、徐々に動作を複雑にしていける。
- 原因不明の頭痛、腹痛
 - － 友達との関係や勉強への不安を取り除くことで解決する可能性がある。
- まばたきが多い、首を振る、肩を動かすなどの行為を繰り返す。
 - － 無意識の行動なのでしかない。無理に改善する必要はない。気にしない。

心理的症状

- 移り気、きれやすい、喜怒哀楽が激しい、劣等感、感情を見せない、頑固な考え方
- それまでの失敗体験、周囲からの孤立、生活上の困難→不安や精神的ストレス→「自分なんていないほうがいい」という悲観的な感情
- 対応
カウンセリング、薬物療法

B. 広汎性発達障害 (自閉症スペクトラム)

- 社会性の障害
- 言語コミュニケーションの障害
- 想像力の障害
- 微細運動の障害

高機能広汎性発達障害

- 200人から250人に一人（非定型のものを含めると1－2％）
- 言語発達の遅れが少なく知的には正常→アスペルガー症候群
- 言語の発達の遅れがあってもその後知的には追いつく→高機能自閉症

アスペルガー症候群の診断基準

- 以下のうち、少なくとも2つにより示される対人的相互作用の質的な障害
 - － 目と目で見つめ合う、顔の表情、身体の姿勢、身振りなど、対人的相互作用を調整する多彩な非言語性行動使用の著明な障害
 - － 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗。
 - － 楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有すること（例：興味のあるものを見せる、持ってくる、指差す）を、自発的に求めることの欠如
 - － 対人的、または情緒的相互性の欠如

アスペルガー症候群の診断基準（続き）

- 行動、興味および活動の、限定され、反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる。
 - － その強度または対象において、異常なほど常同的で、限定された型の1つまたはそれ以上の興味だけに熱中すること。
 - － 特定の、機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。
 - － 常同的で反復的な衝動的運動（例えば、手や指をばたばたさせたりねじ曲げる、または複雑な全身の動き）。
 - － 物体の一部に、持続的に熱中する。
- 臨床的に著しい言語の遅れがない

高機能広汎性発達障害の特徴

- 繰り返しやこだわり
- 映像的記憶、車や電車の種類、時刻表などのカタログ的知識
- ファンタジーにふける——一人で何役も演じてぶつぶつと独り言を繰り返す。
- 新しい場面、先を読むこと、文脈の理解、人に合わせること、気持ちを読むこと、二つのことを同時にすること、あいまいなまま全体を把握すること、が苦手
- 自分のルールにしたがって行動する→やりたいことが阻止されたときにパニックとなる。

他者の心理が読めない

- 集団行動の障害から激しいいじめの対象
- 小学校低学年ではいじめを受けても無関心な者が少なくない。
- 小学校高学年ではむしろ過度の反応：些細な働きかけに対して、いじめられたと大騒ぎをする。→追想的に迫害状況のフラッシュバックが生じて、パニックになる。

アスペルガー症候群の子どもたちへの対応

- 集団行動の援助
 - － 一斉の声かけを即座に理解することが困難→必要に応じて個別の声かけ
- 学業の援助
 - － 当たり前のことがわからない→具体的な指示
- 対人面の配慮
 - － 人の嫌がることを平気で言う→「相手の立場に立って考える習慣」を促す。

軽度発達障害は病院に行くべきか？

- 障害は一刻を争うものではない。
- 障害の強さには程度があり、異常と正常の線引きはできない。正常までの「連続体」。
- 治療が必要な場合もあるが、教育のしかたや生活環境の変化で十分に改善することもある。
- トラブルが続く場合には、周囲が対応を変えてみる。半年以上症状が続けば、受診。

全般的対応

- 子どもを肯定する。子どもの気持ちを認めて諭す。
- よい面をほめたり、用事を頼んだりして本人が長所を自覚できるようにする。
- 本当に悪いことをした時にのみ叱る。小さな失敗には目くじらを立てない。
- パニックを起こした時は収まるのを待つ。
- あいまいな言葉を使わない。指示は具体的にする。
- 他の子と比べない。
- 子どもの悔しさに共感する。

参考図書

- 市川宏伸(監修):AD/HD(注意欠陥/多動性障害)のすべてがわかる本. 講談社, 2006
- 杉山登志郎(編著):アスペルガー症候群と高機能自閉症の理解とサポート. 学研, 2002

特別講演

「学校心臓検診における注意すべきポイント」

あいち小児保健医療総合センター センター長 長嶋 正實



学校心臓検診における 注意すべきポイント

あいち小児保健医療総合センター
長嶋正實

- 学校心臓検診は日本だけで行われているもので、世界に誇るすばらしい検診である。
- 心臓検診の目的が時代とともに変化してきたが、新しく発見される心疾患は減っている。
→リウマチ性心疾患→先天性心疾患→術後の管理、川崎病の管理、不整脈の診断、管理、心筋症→生活習慣病
→心疾患の発見から生活指導に
- 検診方法やあるべき姿をかえていく必要がある。

心臓検診のシステムはほぼ完成したの(？)

精度はほんとうにいいの(？)

管理が適切におこなわれているの(？)

突然死は減っているの(？)

学校心臓検診のシステム

内容はともかく

- 検診のシステムはほぼ確立してきたように見える
→一次スクリーニングで問診、心電図、心音図(聴診)、理学的所見など
- 二次以降の検診システムもほぼ確立してきたように見える
検診機関
医師
病院

- ・発見されない(出来ない?)疾患がまだあるのでは?
- ・精度や検診方法はこれでよいか?

心臓検診で発見されない心疾患も
少なくない!!

例えば

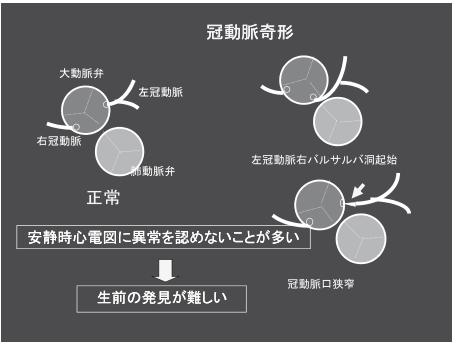
運動誘発性不整脈
発作性不整脈
冠動脈奇形
軽症の心筋症や先天性心疾患

心臓検診の不整脈診断の盲点

一次検診の心電図は安静時・短時間記録であるので常に出現している不整脈は診断されるが

- ・発作性不整脈
- ・運動誘発性不整脈
- ・睡眠時に顕著になる不整脈

は診断が困難であり、また重症度や変動性などもわかりにくい

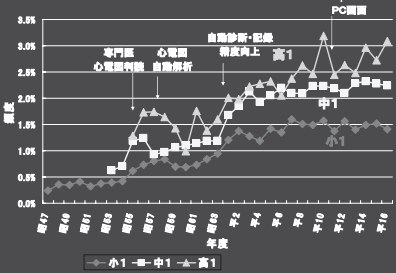


検診方法によって検診の結果が
違う

名古屋市の心臓検診の歴史

- 昭和41年心臓検診が始まる(小学校1年生)
アンケート、視診、聴診、胸部X線写真で校医がスクリーニング
最終診断は小児循環器専門医……心疾患頻度 0.07%
- 昭和47年度 心電図を全員に記録
V1、V6の2誘導 心電図判読は校医
最終診断は小児循環器専門医……心疾患頻度 0.27%
- 昭和53年度 中学校1年生心臓検診開始(4誘導)
- 昭和55年度 高校1年生心臓検診開始(4誘導)
- 昭和55年度 一次検診の心電図を専門医と学校医が判読
- 昭和57年度 心電図自動解析導入(4誘導)
専門医・学校医によるオーバーリード制を導入
- 平成1年度 自動解析の精度の向上と検査技師の技術向上
- 平成11年度 Paperlessでコンピュータ画面で心電図判読
- 平成12年度 高校生12誘導心電図

名古屋市中心臓検診心疾患頻度



先天性心疾患の総数と内訳
(名古屋市中心臓検診平成10年～16年)

	対象者数	先天性 心疾患 総数	VSD	ASD	PS	PDA	T/F	その他
小1	138,046	846	351	121	87	53	45	189
	対10万人	613	254	88	63	38	33	137
中1	128,109	754	310	120	66	54	32	166
	対10万人	589	242	98	52	42	25	130
高1	81,639	139	61	18	12	7	5	36
	対10万人	441	194	57	38	22	16	114

学校心臓検診における主な不整脈の頻度(対1万人)
10秒の心電図記録
(名古屋市中心臓検診 平成10年～16年)

	小学校1年生 (138046名)	中学校1年生 (128109名)	高校1年生 (22979名)
上室性外駆動	17.17	34.19	41.87
上室細動	0.58	1.33	2.54
心室性外駆動	36.51	65.63	89.76
心室細動	0.14	0.62	0.63
1度房室ブロック	2.54	13.11	26.96
2度房室ブロック	0.51	3.20	6.03
完全房室ブロック	0.22	0.23	0
完全右室ブロック	10.58	14.05	19.03
WPW症候群	8.26	15.22	23.79
QT延長(QTc>0.46)	1.23	5.15	7.29
その他	7.10	16.49	13.96
計	84.83	164.94	233.44

一次検診心電図の精度管理

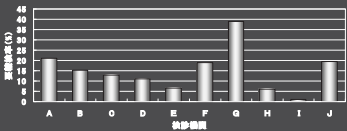
心電図は正しく記録され、正しく読まれているか？
適切に二次以降の検診に送られているか？



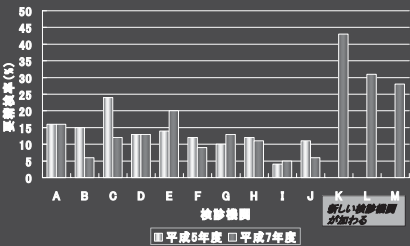
正しく判読されないと二次検診以降の
精度が低くなる

検診機関別要精検率(愛知県立高等学校)
(昭和61年度)

検診機関	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	合計
受診者数	4708	4888	8809	9484	4815	1874	1107	2797	815	88704	68778
要精検者数(人)	1884	704	487	1884	288	815	433	187	8	8884	18430
要精検率(%)	21.0	15.0	18.0	11.0	6.0	18.0	88.0	6.0	1.0	18.0	18.4

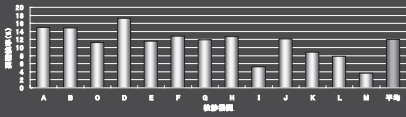


検診機関別要精検率(愛知県高等学校)



検診機関較差(愛知県立高等学校)

検診機関	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	合計
受診者数	8484	8514	881	788	888	648	1888	1888	1748	888	877	815	8888	48888
要精検者数(人)	815	888	88	187	888	888	287	288	178	2181	87	88	28	8488
要精検率(%)	18.0	14.8	11.8	17.8	11.8	18.8	11.8	18.7	8.8	18.8	8.8	7.8	8.8	18.8



主な偽陰性(県立高校)
(全体の約10%の心電図を再チェックしたもの)

	昭和61-63年	平成1-4年	平成5-7年	平成8年-11年
上室路外転位	4	2	1	1
心室路外転位	3	0	0	0
不完全右脚ブロック	4	4	3	14
1度房室ブロック	6	8	3	4
2度房室ブロック	2	1	0	0
完全房室ブロック	0	0	1	0
WPW症候群	2	0	5	0
QT延長	0	3	1	1
左室肥大	3	5	2	0
ST-T異常	0	6	1	3
異常Q波	3	5	2	0
右胸心	1	0	0	0

(愛知県医師会中学校部会心臓検診委員会)

心電図診断誤診の原因

- ・ 診断基準の違い
不完全右脚ブロック, 1度房室ブロック, 電気軸偏位, 心室肥大など
- ・ 自動診断の影響を受けるもの
洞性頻脈, 不完全右脚ブロック, QT延長, P波異常
!!自動診断には誤りが少なくない!!
- ・ ケアレスミス
- ・ 診断医の判読能力

管理の問題点

- ・ 以前に比較し、管理的確に行われるようになった。
→心疾患の予後や管理が明らかになった。
→運動制限すべき児童・生徒数が減った。
→全国一律の基準化が行われるようになった。
- ・ 家族や一部の学校関係者の疾患に対する理解が充分でなく、問題を起こしている場合がある。

学校心臓検診に関わる主な判定・管理基準

- 小児心電図心室肥大判定基準(1986)
- 小児心電図心室肥大判定基準のめやす(1989)
- 小児用標準12誘導心電図コードの改訂(1991)
- 小児不整脈の管理基準の改定(1988)
- 基礎心疾患を認めない児童・生徒の不整脈の治療のめやす―治療不要の不整脈について(1995)
- 心臓病に対する「学校生活管理指導案」の活用、運動部(クラブ)活動可と禁のめやす(2002)
- 基礎疾患を認めない不整脈の管理基準(2002年改訂)
- 学校心臓検診二次検診対象者抽出のガイドライン
――次検診の心電図所見から―(2006)
- 学校心臓検診二次検診対象者抽出のガイドライン
――次検診の4誘導心電図所見から―(2006)

児童・生徒の学校管理下の突然死
管理指導区分と死亡時運動強度との関係
1988-93年(n=169)

管理区分	A	B	C	D	E
		20例	3	6	1
	B				
	C	1	8	16	10
	D	8	9	21	7
	E	15	25	17	12
管理不要	4	2	1		13例
	かなり強い	強い	中等度	弱い	かなり弱い

日本体育・学校健康センター(伊藤三智による)

管理区分に比べ運動強度が過度であったと考えられた症例(1)

日本体育・学校健康センター(伊藤三智による)

学年	性別	基礎疾患	管理区分	運動強度	運動内容
小5	男	腎大血管狭窄症候、心臓病後	B	中等度	ハンクテラして小走り直走
高1	女	三尖弁閉鎖(closed)症候	B	中等度	運動で4階へ登降中
高2	女	肥厚性肥大性心臓病	B	中等度	自廊下で2kmの地点
小1	男	原形性肺動脈拡張症	C	強い	山道を走って下り、4kmの地点
小6	男	心臓中隔欠損症候	C	強い	100mジャンプで30m全力走のゴール直後
小6	男	腎大血管狭窄症候	C	強い	ドッジボール
高1	男	肥大型心臓病	C	強い	体育館で連続2試合直後
高1	女	大動脈弁狭窄症	C	強い	体育館で400m走と連続2試合
高1	女	肥大型心臓病	C	強い	徒歩3km、自廊下で3km直後
高2	女	肥大型心臓病	C	強い	徒歩3km、自廊下で3km直後
高2	女	肥大型心臓病	C	強い	より坂道を走って走って直後
高2	女	大動脈弁狭窄症候	C	強い	体育のソフトボールで急激直後

管理区分に比べ運動強度が過度であったと考えられた症例(2)

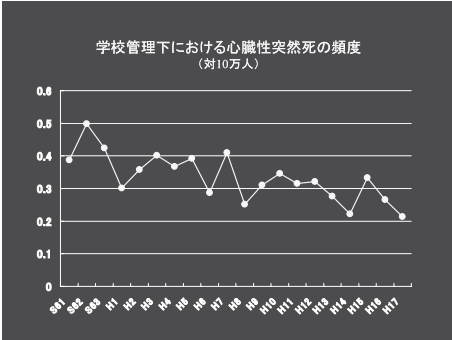
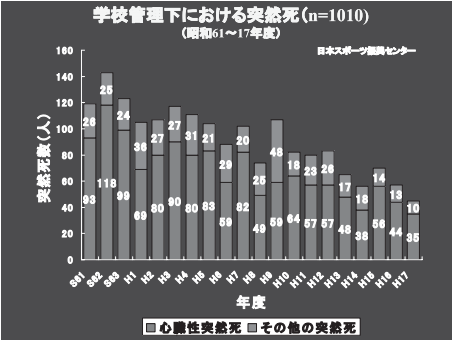
日本体育・学校健康センター(伊藤三智による)

学年	性別	基礎疾患	管理区分	運動強度	運動内容
中2	女	心臓病(心臓、異常)	C	かなり強い	400mジャンプ、体強、跳び、1学期、キープ、自廊下で3km
中1	男	肥大型心臓病	D	かなり強い	体育で100m×6回直後
中2	男	肥厚性肥大性心臓病	D	かなり強い	ジャンプ、3km地点で
中6	男	川崎病後遺症	D	かなり強い	体育で18kmロードレースのゴールから10m手前で
中6	男	QT延長症候群	D	かなり強い	スロープテストで60m走×4回直後
中6	女	川崎病後遺症	D	かなり強い	バスケットの試合にフル出場した10分後
高1	男	心室中隔欠損・三尖弁狭窄症候	D	かなり強い	体育でサッカー試合中
高1	男	川崎病後遺症	D	かなり強い	体育で1.5km持久走の1.5km地点で
高6	男	完全大血管転位直後	D	かなり強い	体育でセーリングボール試合中

管理区分の許容範囲内の運動強度であったと考えられた症例

日本体育・学校健康センター(伊藤三智による)

学年	性別	基礎疾患	管理区分	運動強度	運動内容
体育	男	肺動脈狭窄症候	E	弱い	体育館での遊び
小6	女	QT延長症候群	E	弱い	徒歩多歩行
小4	男	QT延長症候群	E	弱い	足カチストで2~3m速い
小4	男	完全大血管転位直後	E	弱い	下校中
中1	男	心臓病	E	弱い	徒歩多歩行
中2	女	QT延長症候群	E	弱い	廊下で休養中
中6	男	完全大血管転位直後	E	弱い	官能訓練で連続2試合
高1	男	大動脈狭窄症候	E	弱い	体育館で
高2	女	1度房室ブロック	E	弱い	家で勉強中
高2	男	アロート病候	E	弱い	試験中
高6	男	WPW症候群	E	弱い	家の部屋で勉強
高6	男	肺動脈狭窄症候・大動脈狭窄症候	E	弱い	スクールバスで登校中
高2	男	心臓病	管理不要	中等度	徒歩多歩行



突然死予防はどこまで可能か

- 心臓性突然死といわれているものがすべて心臓性か？
脳内出血、糖尿病、代謝疾患、自律神経系、不明なもの etc
- 心臓検診で突然死の可能性のある心疾患の診断は可能か？
冠動脈疾患、発作性不整脈、運動誘発性不整脈、急性心筋炎 etc
- 管理は適切に行われているか？
学校生活管理指導者が遵守されているか？
息児自身の生活管理は適切か？
保護者は息児の疾患をどの程度理解しているのか？

小児期に突然死の可能性のある主な心疾患

- 先天性心疾患
冠動脈奇形、大動脈弁狭窄症、テアノーゼ型心疾患、
僧帽心疾患(不整脈とも関連あり)
- 後天性心疾患
肥大型心筋症、拡張型心筋症、原発性肺高血圧症、
大動脈破裂(Marfan症候群)
- 不整脈
病不全症候群、心室頻拍(運動誘発性多形性)、特発性心室細動、
QT延長症候群、Brugada症候群、一部のWPW症候群
閉塞ブロックなど

30歳以下のスポーツマンの運動時の突然死原因(剖検)

先天性冠動脈奇形	30例(35%)
冠動脈硬化症	4例(5%)
肥大型心筋症	19例(22%)
解離性大動脈瘤破裂	3例(3%)
僧帽弁逸脱	4例(5%)
拡張型心筋症	1例(1%)
心筋炎	1例(1%)
外傷	1例(1%)
不明(10例の心肥大を含む)	24例(27%)
計	87例(100%)

小嶋悦孝 1989

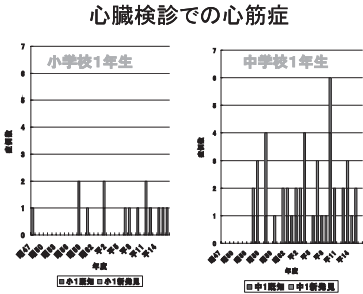
児童・生徒の学校管理下の突然死
生前に基礎心疾患が判明していたもの
1988-93年(n=209)

	例数	%
未手術先天性心疾患	32	15.3
術後先天性心疾患	69	33.0
心筋症	51	24.4
QT延長症候群	13	6.2
その他の不整脈	31	14.8
川崎病	5	2.4
心筋梗塞	5	2.4
原発性肺高血圧症	2	1.0
心筋炎	1	0.5

日本体育・学校医療センター(伊東三智による)

突然死した若年者スポーツ選手387人の死因					
原因	数	%	原因	数	%
肥大型心筋症	102	26.4	拡張型心筋症	9	2.3
心臓腫瘍	77	19.4	冠動脈粥状硬化性	9	2.3
冠動脈奇形	53	13.7	喘息または肺疾患	8	2.1
原因不明の左室肥大	29	7.5	熱中症	6	1.6
心筋炎	20	5.2	薬物中毒	4	1.0
大動脈瘤破裂(マルファン)	12	3.1	他の心血管疾患	4	1.0
不整脈性右室心筋症	11	2.8	QT延長症候群	3	0.8
冠動脈心筋内梗死	11	2.8	心サルコイドーシス	3	0.8
大動脈弁狭窄症	10	2.6	心外傷	3	0.8
冠動脈粥状硬化病変	10	2.6	脳血管障害	3	0.8

● ● 類似例が多いので不整脈がどの程度関与しているか不明
Maron BJ:Sudden death in young athletes. NEJM 2003;349:1064-75



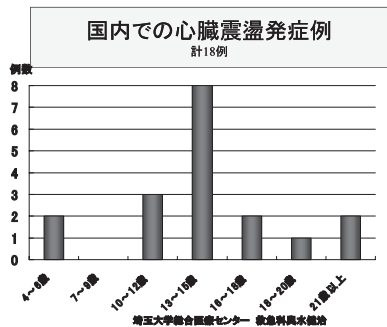
- ### 突然死の予防のために
- 心臓検診の充実
 - 運動負荷心電図、心エコー検査、検査データの診断の統一性
 - 学校での管理体制
 - 適切な学校生活管理指導表と指導、本人、家族、医療者、学校、社会などの共通理解・認識など
 - 救急処置
 - 救急処置の普及
 - AED(automated electrical defibrillator)の導入
 - 突然死の原因の究明
 - 突然死の機序、剖検
 - 遺伝性疾患の解明
 - 遺伝子異常の疾患が発見されている

- ### 心臓震盪診断基準
- 心停止直前に前胸部に非穿透性の衝撃を受けている
 - 発生の状況が詳細に判明している
 - 胸骨、肋骨、心臓に構造的損傷がない
 - 心血管系に既存の疾患がない

- ### 心臓震盪(Commotio cordis)
- 心臓震盪は前胸部の非穿透性の衝撃や打撲により心室細動を起こし失神または突然死することという。
 - 若年者(4〜18歳)に多い。
 - 剖検では心臓に構造的な異常は見られず、生前にも何らかの心疾患を思わせる症状もない。
 - Maronらの報告では野球に関連することがもっとも多く、ついでソフトボール、アイスホッケー、フットボール、サッカー、空手、あるいは手や肘などが当たったことも起こることがある。
 - 胸部への衝撃は野球では投げられたボール、打ったボールが前胸部にあたったことが多く、ほぼ30〜50マイル/時間のスピードと考えられる。
 - 危険な位置は左前胸部、心臓の陰影にあたる部位と考えられる。
 - 心室細動は自然に再開竇に回復することも考えられるが、今までの報告では救命率は10%〜20%くらいといわれ、予後は悪い。

心臓震盪の胸部打撲原因(128例)					
スポーツ用具		コンタクトスポーツ		日常生活(レクリエーション)	
野球硬球	53	膝または足	5	シャドーボクシング	6
野球(ソフトボール)	14	肘または前腕	5	親子の折檻	5
ホッケーバック	10	肩	4	ギャングごっこ	3
ラクロスボール	5	握りこぶし	2	掴み合いのけんか	1
クリケットボール	2	頭	2	プラスチック円盤	1
ホッケースティック	1	ゴールポスト	1	雪合戦	1
テニスボール	1			ブランコ	1
サッカーボール	1			強い犬の頭	1
				しゃっくりを止める	1
				遊び道具へ落下	1
				プラスチックのバット	1
計	86	計	19	計	22

Maron et al. JAMA 2005;293:1064-75



国内での心臓震盪発症例胸部への衝撃手段

胸部への衝撃	例数
硬式野球のボール	6
軟式野球のボール	2
ソフトボール	2
サッカーボール	1
バスケットボール	1
拳(少林寺拳法)	1
金属バット	1
手拳(兄弟喧嘩)	1
肘(夫婦喧嘩の仲継)	1
崖道投げ技	1
転倒による胸部打撲	1
計	18

埼玉大学総合医療センター 救急科 長瀬 健治による

まとめ

- 学校心臓検診は検診システムは普及し、一部では完成したかに見えるが問題点も多い。
- 一次検診の結果は地域、検診機関格差が大きく、検診の内容の精度管理が必要である。
- 発見された疾患の突然死を予防するためには本人、家族、医療者、学校、社会など関連するすべての人の共通認識が必要である。
- AEDの設置は中学、高校で考慮すべき突然死予防法である、

検診の方向性

- 目標疾患が時代とともに変化し、それに対応してきた
- 検診の目標が疾患の発見から生活指導に変化してきた
- 診断・管理にコンピュータが利用され、データ管理やデータベースの作成が容易になった
- 心電図や心音図の記録や診断だけでなく、身長、体重、血圧、体脂肪率、コレステロールなどのデータを一元管理する
- 心疾患だけでなく、肥満、高脂血症、血圧などの測定を心臓検診と同時にし、小児期から生活習慣病予防をめざす

第31回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会
第19回とちぎ思春期研究会研修会

主 催：栃木県母性衛生学会
栃木県小児保健会
とちぎ思春期研究会

後 援：下野新聞社

日 時：平成19年 9 月8日（土）

会 場：宇都宮市医師会館 5 階講堂

テーマ：「いじめと虐待」

開会挨拶	栃木県小児保健会会長	白石裕比湖
講 演Ⅰ	座長 上都賀総合病院・看護師長 「児童相談所からみた子どもへの虐待の現状」 県北児童相談所・所長	福田 環 新井 重陽
講 演Ⅱ	座長 星小児科医院 「絵からわかる「いじめ」、「虐待」を受けた子どもの心」 国際医療福祉リハビリテーションセンターなす療育園施設長	星 紀彦 下泉 秀夫
講 演Ⅲ	座長 獨協医科大学病院・看護部長 「看護職への暴力の実態」 獨協医科大学日光医療センター看護部・部長	佐山 静江 五十嵐トヨ子
特別講演	座長 国際医療福祉大学教授 「わが国における子ども虐待の現状と課題」 筑波大学大学院人間総合科学研究科教授	江口 光興 宮本 信也
閉会挨拶	栃木県母性衛生学会	渡辺 博

「児童相談所からみた子どもへの虐待の現状」

栃木県北児童相談所 所長 新井 重陽

はじめに

自分を愛し慈しみ守ってくれるはずの人からひどい扱いをされ、心も体も傷つき将来にも大きな影響を及ぼすおそれのある児童虐待については、平成18年度に全国の児童相談所が対応した件数が37,343件で過去最多となり、また親に命を奪われるという事件も後を絶たないという状況にあります。そうした虐待の背景には様々な要因が窺われますが、栃木県及び県北児童相談所におけるデータをもとに現状等をお伝えし、子どもの命と権利、そして安全・安心を守ることに結びつけることができれば幸いと考えています。

1 厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果」から

(1) この国では、週に1人のこどもの命が虐待により失われている。(平成17年1月～12月 心中以外の事例51例56人)

(2) 調査結果(心中以外の事例)からの考察

- ・0歳児の死亡が最も多く、死亡数に占める割合が約4割。3歳未満では約4分の1のケースでネグレクトが存在。望まない妊娠が低年齢児の死亡リスクの大きな要因。

- ・3歳児健診未受診者の割合が3分の1強。実親がそろっている事例は5割弱(一人親、内縁関係、子連れの再婚が多い)

- ・地域社会との接触が乏しい事例が約7割、経済的困難の家庭の割合が約4割、母親の育児不安又はうつ状態が約4割の事例に存在

2 本県の状況について

(1) 虐待対応件数の推移

- ・児童相談所の対応件数は別表のとおりであるが、児童虐待防止法が制定された平成12年度に大幅に増加し、さらに平成16年度には県内で虐待から幼児殺人につながる事件の発生と法改正による住

民の虐待への認識の高まりで一気に450件まで増え、その後は年500件を超えている状況にある。また、17年度からは市町村も相談支援機関となり、市町村においても年500件程度の相談受理があった。

(2) 平成18年度の本県の虐待対応状況

- ・相談経路別では、家族親戚が4分の1、近隣知人が4分の1と両方合わせると半数近くになり、次いで学校等が約16%となり教職員の認識が高まっていることが窺える。医療機関は、約6%だが身体的虐待などによる重症度の重いケースの通告が多い。

- ・虐待種別では、17年度までは身体的虐待が最も多かったが、18年度はネグレクトが43%を占め、県全体では初めて身体的虐待の割合を上回った。

- ・主な虐待者については、実母が最も多く6割を超えており、育児の中心を担い子どもと接する時間が多いということも理由の一つとして考えられる。

- ・被虐待児の年齢別では、乳幼児が45%を占めている。

～以下は県北児相のデータのみによる分析であり、参考までに紹介する。～

- ・虐待期間については、3ヶ月未満が約4分の1であり、比較的早期に発見されることもあるが、1年以上と不明を合わせると半数以上となり、長期に渡って家庭という密室で虐待が行われ、子どもたちの心身に悪影響を及ぼしているという深刻な状況が窺える。

- ・虐待につながるとされる被虐待児の状況は、ADHDなどによる多動など情緒行動の問題や盗みなどの問題行動などが合わせて約20%に見られ、精神発達の遅れや障害などが約10%となっている。反面、その他、不明が合わせて65%であり、児童側に直接的要因がなくても虐待が起きていることが窺える。

- ・家庭等の状況については、経済的困難が43%あり最も多い要因となっており、

一人親家庭も16%（県全体では未確定だが約3割）あり、親が定職についておらず、離婚等による収入減や賃金の高い夜間就労に従事するなどして、結果的にネグレクトにつながる状況にもある。また、夫婦間不和、周囲からの孤立、家族間の葛藤などが合わせて30%であり、育児疲れ・ストレスと育児への拒否感情なども合わせて30%近くあることから、育児について周囲の理解や支援を得られず負担感が大きくなって虐待が発生する状態も垣間見られる。

なお、育児能力の低さ、性格的な問題、精神疾患・アルコール依存などが合わせて40%以上となっており、DVを始めとした夫婦間不和なども含め、家族機能不全の状況に置かれているケースが多いことも窺える。また、虐待者自身に被虐待経験ありが12%という世代間連鎖の問題も見逃すことができない。

3 虐待事例について

(1) 虐待の重症度が重度の事例

- ①実父から身体的虐待、ネグレクト、その他の虐待を受けた女兒（受理時 小6）
- ②両親から重度のネグレクトを受けた女兒（受理時 就学前6歳）
- ③継父から身体的虐待を受けた男児（受理時 5歳）

(2) 事例を通して見えてくるもの

- ・3事例とも、緊急対応を迫られた事例で、一時保護又は委託一時保護を職権で行い、親子分離の方法をとったが、親はしつけと称して虐待を全く認めない、又は虐待認識が極めて低いケースであった。
- ・親自身も虐待的環境の中で養育されている。
- ・親自身に人格的な偏りや能力的な低さなどがある。
- ・地域との交流がほとんどない。
- ・父親が就労意欲に乏しく、経済的に問題がある。
- ・3事例以外でよくある事例では、身体的虐待を受けた児童が虐待者との同一化により他に対して暴力的になりやすいため、その結果、再びしつけという名のもとで虐待が行われ、思春期に暴力的な非

行に走ったり、性非行の背景に性的虐待があったりという負の連鎖につながっている事例もある。

また、被虐待児は、ネグレクト等が原因でいじめの対象になりやすいため、学校などの集団の場において、日頃から十分に観察してもらう必要もあると思われる。

・なお、虐待事例ではないが、10代（18歳未満）の妊娠出産などや若年夫婦による子育ての不安などに伴う養護相談なども寄せられている現状もあり、また、子どもの施設入所の相談をしてきた親自身も施設入所経験があるという事例も見られることもある。

4 発生予防、早期発見・早期対応、支援・治療について

(1) 要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）

・地域協議会は、地域における子どもの安全と幸せを守るために、情報や認識の共有化を図り、援助や施策の方向性を模索しあい、一体的に援助するための関係機関や民間団体等による有機的なつながりを実現するための組織的な取組であり、連携基盤である。本県の場合、地域協議会の事務局は市町の児童福祉主管課に置かれていることが多く、対象児童は、虐待を受けた児童に限らず非行児童など要保護児童全般となる。平成16年の児童福祉法改正の際は任意設置だったが、19年5月の法改正により努力義務が明示され、本県では、平成18年度までに全31市町のうち1箇所を除く30市町に設置されている。

・地域協議会では、虐待については全ケースの進行管理を行い、実務者会議等の場で定期的（3ヶ月に1回程度）に、状況確認、主担当機関の確認、援助方針の見直し等を行うようになっている。

(2) 市町の役割

・市町で受理する相談は多岐にわたるが、虐待は発見された時には重篤な状況に至っていることもあり、その後の子どもの発達障害や発達遅滞、情緒面や行動面の問題や、さらには世代間連鎖等を起こす

ことがあり、相当手厚い支援が必要となる。そこで、早期発見・早期対応のみならず、発生予防に向けた取り組みが重要であり、乳幼児健康診査・新生児訪問等の母子保健事業や育児支援家庭訪問事業等の子育て支援事業において、児童虐待防止の視点を持ってハイリスク家庭の早期発見を行い、また、保健・医療・福祉等がそれぞれの役割を明確化し連携を図りながら養育支援を行い、虐待の発生を未然に防止することが重要である。

また、虐待が起きてしまった場合も、要保護児童対策地域協議会の機能を十分に生かして支援を行い、再発防止などに取り組む必要がある。

・その他、地域住民に対して、子どもの人権尊重や児童虐待防止のための取り組みの必要性等について啓発していくことも併せて推進していくことが必要である。

(3) 児童相談所の役割

・児童虐待の早期対応については、本県では平成17年度に3箇所の児童相談所に「児童虐待対応チーム」が設置され、通告があった場合、速やかに緊急受理会議を開催し、緊急性の判断や情報収集の方法、安全確認の方法、介入の方法などを決定していくことになっている。特に児童の安全確認については、児相職員又は児相が依頼した公的機関等の職員により、48時間以内の目視による確認を行っている。

また、緊急性が高い場合は、直ちに一時保護等の対応を行っている。

・市町村への支援については、専門的な知識・技術を必要とする場合の技術的援助や助言を行ったり、専門的な判定を必要とするケースについて市町から送致を受けて対応するなどしている。援助の一例としては、要保護児童対策地域協議会の構成員として、市町の行う事例検討会等に参加して個別ケースの見立てをしたり、市町職員との困難ケースの同行訪問等による支援などがある。

・今後、児童相談所として、さらに力を入れていかなければならないことは、被虐待児のケアや再発防止のための虐待者に対する援助などであるが、特に、家族

再統合を図ったり、虐待の世代間連鎖を防ぐためには、十分な支援・治療体制が求められている。

また、施設入所児の再生産とならないよう、施設との十分な連携による子どもへの支援もたいへん重要であり、そのための体制整備も必要と考えている。

・19年5月改正の児童虐待防止法が20年4月に施行されるが、解錠を伴う強制的な立ち入り調査が可能になるなど、児相の権限が強化されることでその責任がますます重くなってくるが、今後も、保健・医療・福祉・教育・司法(特に警察)とのより強力な連携の中で地域ネットワークに積極的に関わり、子どもの心身の健やかな育成と権利・権益の擁護に務めていくという、児童福祉法及び児童虐待防止法の趣旨に沿って役割を担っていくことになる。

○ 栃木県における虐待対応状況

1 対応件数の年度別推移

年度	10	11	12	13	14	15	16	17	18
本県	129	155	285	312	255	284	450	542	521
児相別									
中央		42	92	126	99	109	161	231	218
県南		53	92	92	90	61	135	150	161
県北		60	101	94	66	114	154	161	142
全国	6,932	11,631	17,725	23,274	23,738	26,569	33,408	34,472	37,343

2 平成18年度の虐待対応件数

① 相談（通告）経路別 () 内は対応件数合計に対する比率%、以下の表同じ

家族	親戚	近隣・知人	児童本人	福祉事務所	児童委員	保健所
109(20.9)	19(3.6)	125(24.0)	2(0.4)	47(9.0)	2(0.4)	1(0.2)
医療機関	施設等	警察等	学校等	その他		合計
30(5.8)	11(2.1)	56(10.8)	82(15.7)	37(7.1)		521(100)

② 虐待種別

区分	身体的虐待	性的虐待	心理的虐待	ネグレクト	合計
本県	208(39.9)	9(1.7)	80(15.4)	224(43.0)	521(100)
児相別					
中央	69(31.6)	3(1.4)	51(23.4)	95(43.6)	218(100)
県南	83(51.6)	2(1.2)	13(8.1)	63(39.1)	161(100)
県北	56(39.4)	4(2.8)	15(10.6)	67(47.2)	142(100)

③ 主な虐待者

区分	実父	実父以外の父親	実母	実母以外の母親	その他	合計
本県	108(20.7)	37(7.1)	324(62.2)	7(1.3)	45(8.7)	521(100)
児相別						
中央	37(17.0)	16(7.3)	149(68.3)	3(1.4)	13(6.0)	218(100)
県南	51(31.7)	11(6.8)	89(55.3)	2(1.2)	8(5.0)	161(100)
県北	20(14.1)	10(7.0)	86(60.6)	2(1.4)	24(16.9)	142(100)

④ 被虐待児の年齢別

区分	0～3歳未満	3～学齢前児童	小学生	中学生	高校生・その他	合計
本県	88(16.9)	146(28.0)	203(39.0)	64(12.3)	20(3.8)	521(100)
児相別						
中央	42(19.3)	57(26.1)	87(39.9)	27(12.4)	5(2.3)	218(100)
県南	25(15.5)	42(26.1)	66(41.0)	21(13.0)	7(4.4)	161(100)
県北	20(14.1)	48(33.8)	50(35.2)	18(12.7)	6(4.2)	142(100)

※以下は県北児童相談所におけるデータ

⑤ 虐待の期間

1ヶ月未満	1ヶ月以上3ヶ月未満	3ヶ月以上6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上3年未満	3年以上	不明	合計
16 (11.3)	18 (12.7)	13 (9.1)	16 (11.3)	42 (29.6)	17 (11.9)	20 (14.1)	142 (100)

⑥ 虐待の重症度

生命の危機あり	重度虐待	中度虐待	軽度虐待	虐待の危機あり	合計
4 (2.8)	5 (3.5)	34 (23.9)	41 (28.9)	58 (40.9)	142 (100)

⑦ 虐待につながると思われる被虐待児の状況（重複ケースあり）

望まれずに出生	未熟児・低体重児	双胎児・多胎児	出生時の退院の遅れ	親との分離体験	身体発達の遅れや障害	精神発達の遅れや障害
8 (5.6)	()	()	()	11 (7.7)	6 (4.2)	14 (9.9)
病弱	問題行動あり	情緒行動問題あり	その他	不明		合計
2 (1.4)	22 (15.5)	7 (4.9)	22 (15.5)	71 (50.0)		163 (114.8)

⑧ 虐待につながると思われる家庭等の状況（重複ケースあり）

経済的困難	一人親家庭	夫婦間不和	親族・近隣等からの孤立	他の家族間の葛藤	育児疲れ・育児ストレス	育児に嫌悪感・拒否感情	子どもへの過大な期待	
61 (43.0)	23 (16.2)	22 (15.5)	15 (10.6)	5 (3.5)	4 (2.8)	36 (25.4)	28 (19.7)	
育児能力の低さ	性格の問題あり	精神疾患・アルコール依存等	劣悪な住環境	被虐待経験あり	乳幼児健診未受診	その他	不明	合計
21 (14.8)	17 (12.0)	21 (14.8)	17 (12.0)	18 (12.7)	1 (0.7)	16 (11.3)	4 (2.8)	310 (218.3)

⑨ 援助内容

児童福祉司指導	助言指導	継続指導	福祉事務所通知・送致	乳児院・児童養護施設入所
()	58 (40.9)	55 (38.7)	()	20 (14.1)
児童自立支援施設入所	その他の施設	里親委託	その他	合計
()	()	1 (0.7)	8 (5.6)	142 (100)

⑩ 一時保護の状況

一時保護所	委託一時保護				合計
	警察	児童福祉施設	里親	その他	
14		8		3	25

講演Ⅱ

絵からわかる「いじめ」、「虐待」を受けた子どもの心

国際医療福祉大学大学院

保健福祉分野 教授

国際医療福祉リハビリテーションセンターなす療育園 施設長

下泉 秀夫

絵を描くことは、子どもの好きな遊びのひとつであり、まだ言葉でうまく説明することができない子どもにとって、自分の気持ちを表現する手段として適当である。私が外来診療で、自由画、人物画テスト（DAM、簡単な知能検査として使用）、スクイグルゲーム（言葉で説明することの難しい子どもの面接に使用）、統合型のHTP（S-HTP、心理テストとして使用。Hはhouse＝家、Tはtree＝木、Pはperson＝人を示す）を絵画テストとして使用している。

今回、子どもたちが描いた絵（自由画、S-HTP）を紹介しながら7例の症例を示した。今回紹介した7例は、「いじめ」、「児童虐待」、「発達障害」のキーワードを2つ以上重なって持つ症例である。これらの症例から言えるこ

とは、①「児童虐待」は「いじめ」の原因になる。②「発達障害」があると「いじめ」、「いじめられ」の原因になる。③「いじめ」と「いじめられ」は表と裏。④「発達障害」は「児童虐待」の原因になる。以上の4点である。

また、外来診療から経験した以下のことを強調したい。①子どもに絵を描かせることで、「いじめ」、「児童虐待」を受けた子どもの心を理解することが出来る。②子どもの心の状態が改善すると、絵の内容も変化する。③「いじめ」、「児童虐待」を受けた子どもの心の改善のためには、子どもを理解し、長期間にわたり、子ども、家族を支える存在が必要である。

「看護職への暴力の実態」

獨協医科大学日光医療センター 看護部 部長 五十嵐トシ子

平成19年度
第31回栃木県女性衛生学会・栃木県小児保健学会合同研修会
第19回とちぎ県看護研究会研修会

看護職の暴力の実態

一看護師が職場において受けている暴力の
実態調査から一

獨協医科大学日光医療センター
五十嵐トシ子

暴力の種類と定義

身体的暴力	他の人や集団に対して身体的力を使って身体的、性的、精神的な危害を及ぼすものを言い、たとえば殴る、蹴る、叩く、撃つ、押す、噛む、つねる	
精神的暴力	言葉の暴力	個人の尊厳や価値を言葉によって傷つけたりおとしめたり、敬意の欠如を示す行為
	いじめ	個人や複数の職員を、悪意を持って集団に入れなかったり排除したりして孤立させる行為
	セクシュアルハラスメント	意に基かない性的関いかけや好意的態度の要求など性的嫌がらせ
	その他	人種や皮膚の色、言語、国籍、宗教、出生などに基いた一方的な嫌がらせ

保健医療分野における職場の暴力の定義：2003年「保健医療分野に於ける職場の暴力に関する実態調査」より



<調査目的>

看護師が職場において受けている暴力の実態を把握し、労働安全衛生の視点で職場環境や作業環境を見直す資料とする

<方法>

郵送によるアンケート調査

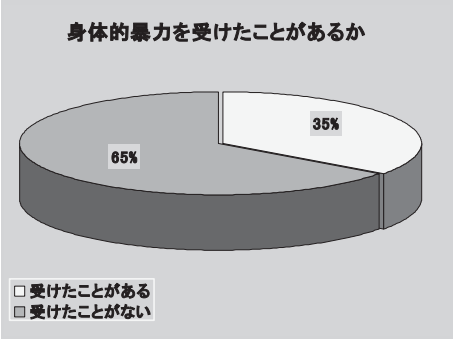
<対象>

栃木県看護協会に加入している病院・診療所・施設で勤務する看護師800名

<倫理的配慮>

回答やその内容に関して、統計処理の結果から個人や施設を特定することはしない

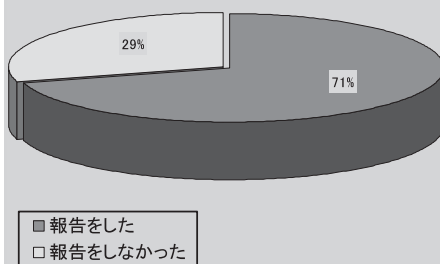
<有効回答率:83. 6%>



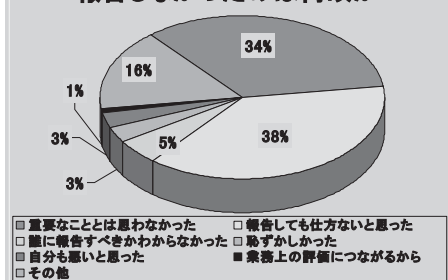
身体的暴力の具体的内容

1. 叩かれる
2. 爪を立てられる
3. つねられる
4. 引っかかる
5. 物を投げられる
6. PHS, ネームホルダーの紐で首を絞める
7. 介入の拒否
8. その他

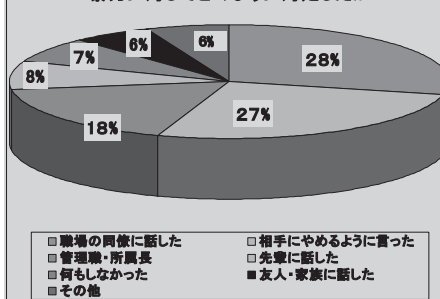
職場への報告



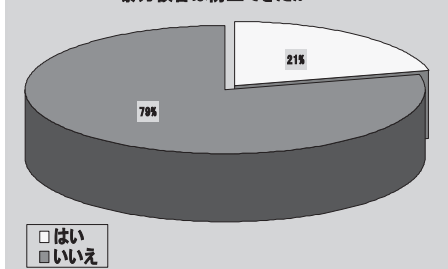
報告しなかったのは何故か



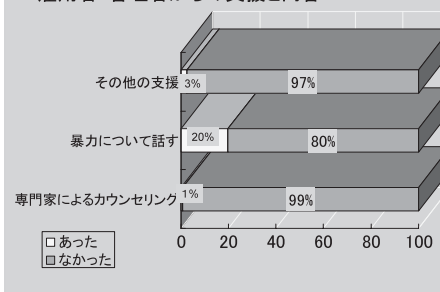
暴力に対してどのように対処したか

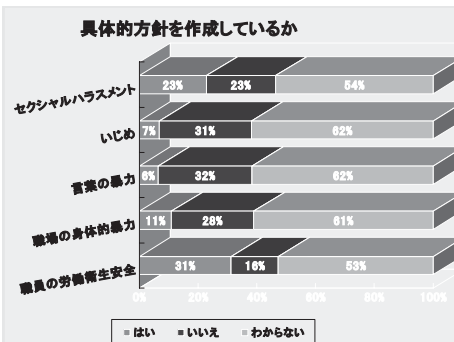
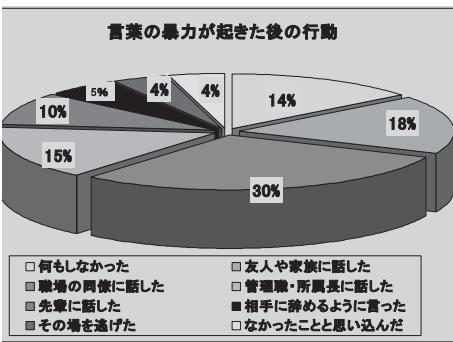
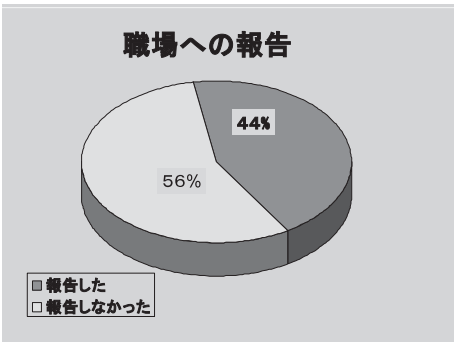
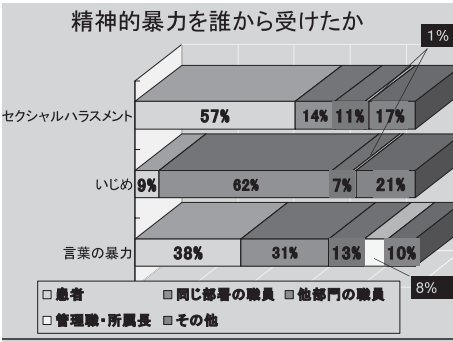
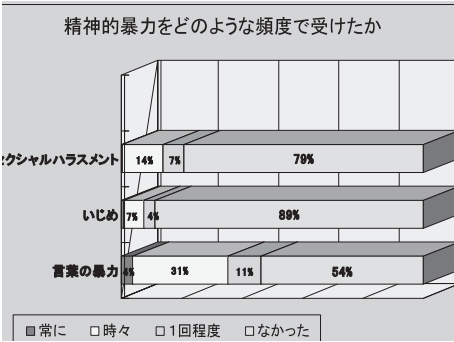
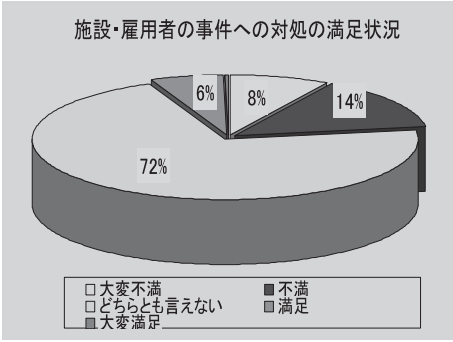


組織的取り組みがあれば暴力被害は防止できたか



雇用者・管理者からの支援と内容





身体的暴力の要因として考えられること

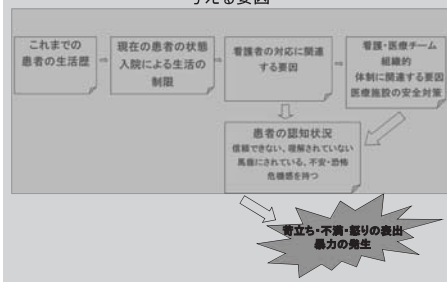
1. 認知症、脳疾患、精神疾患、不眠、妄想状態の患者、生活層
2. アルコール依存症
3. 待ち時間・治療に関する不満
4. 入院生活に対するストレス
5. 入院時の患者の状況が十分理解できていない
6. 職員の患者・家族に対する接し方
7. 職員のストレス・自己コントロール
8. 単独でのケアでしかも距離的に接近
9. 信頼関係ができていない
10. 職員の不足(夜勤の人数)・労働環境の悪さ
11. 複雑な勤務体制



まとめ

1. 患者の暴力発生に影響を与える要因
2. 暴力が職場にもたらす影響
3. 病院における暴力防止対策
4. 暴力についての組織的な取り組みについて

1. 患者の暴力発生に影響を与える要因



2. 暴力が職場にもたらす影響

- ☆ 職務の遂行に悪影響をおよぼし、そのために提供するケアの質を低下させかねない回避行動
- ☆ 対人関係への悪影響
- ☆ 仕事への満足感の喪失
- ☆ スタッフの勤労意欲と能率の低下
- ☆ 看護師の退職率の上昇

「看護の職場における労働安全衛生ガイドライン」

3. 病院における暴力防止対策

1) 暴力排除の方針・患者への対応方法に関する取り決め

- ① 院内に掲示(玄関掲示板)
- ② レベル(暴言/脅迫)等のレベル別対応
- ③ 当番者から上司へ報告
- ④ 部門・責任者の対応
- ⑤ 通報ルート

2) 暴力発生の際の排除

- ① 突進を把握

「わが国における子ども虐待の現状と課題」

筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授 宮本 信也

第31回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会
合同研修会／第19回とちぎ思春期研究会研修会

わが国における 子ども虐待の現状と課題

筑波大学大学院人間総合科学研究科
宮本信也

子ども虐待とは

- 親、または、親に代わる保護者による行為
- 子どもの人権を侵害する行為
- 反復される行為(性的虐待をのぞく)
- 故意の有無は関係しない
- 児童虐待の防止等に関する法律改正版
 - ・ 第一条 この法律は、児童虐待が児童の人権を著しく侵害し、その心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与える(以下、略)

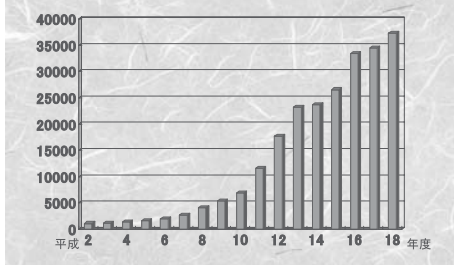
子ども虐待の種類

- 身体的虐待
 - ・ 子どもの身体に損傷を与える行為
- 心理的虐待
 - ・ 子どもの心に「外傷」を与える行為
- 性的虐待
 - ・ 子どもを性的対象として扱う行為
- ネグレクト
 - ・ 子どもの心身の成長・発達に必要なケアをしないという行為

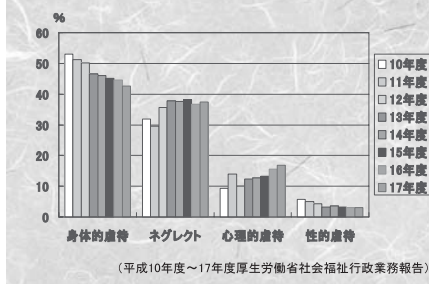
子ども虐待の頻度

- 小林登:児童虐待及び対策の実態把握に関する総合的研究(平成13年度厚生科学研究班)
- 年間発生推定数 35,000人／年
- 1.54人／小児1,000人

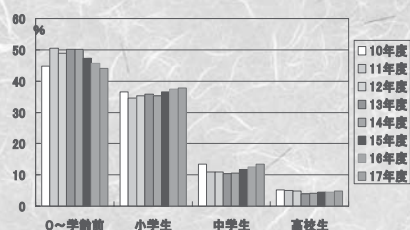
全国児童相談所
児童虐待に関する相談処理件数の推移



全国児童相談所での虐待の相談種別構成割合

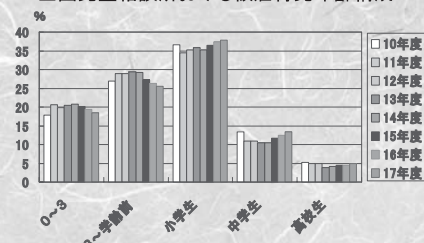


全国児童相談所における被虐待児年齢構成2



(平成10年度～17年度厚生労働省社会福祉行政業務報告)

全国児童相談所における被虐待児年齢構成1



(平成10年度～17年度厚生労働省社会福祉行政業務報告)

わが国の虐待死亡例

- 確認できている数:年間50～55人の死亡

- H12.11.20～15.6.30 127人
 - 0歳児:38%(4ヶ月未満 約5割)
 - 3歳以上:24%
- H16.1.1～12.31 58人
 - 0歳児:46%(4ヶ月未満 約7割)
 - 3歳以上:28%
- H17.1.1～12.31 56人
 - 0歳児:38.5%
 - 3歳以上:48.1%

(社会保障審議会児童部会)

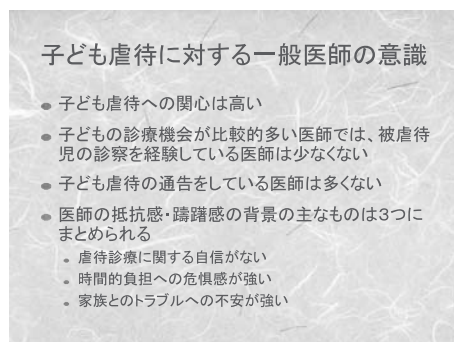
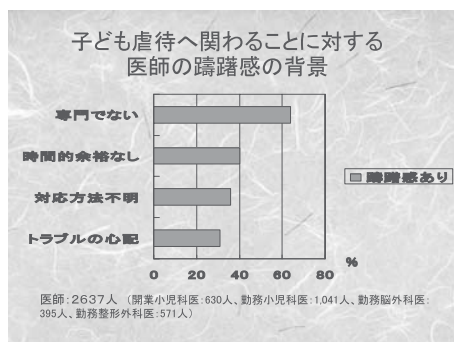
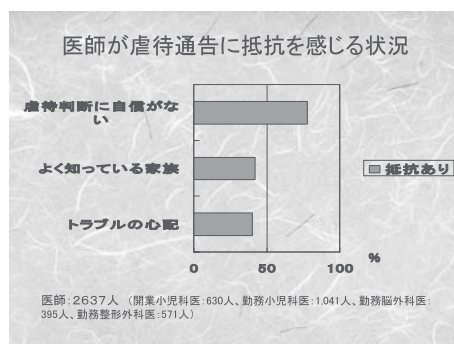
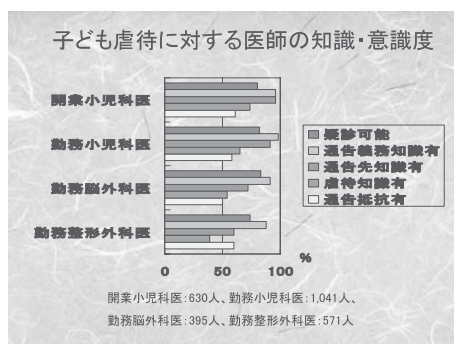
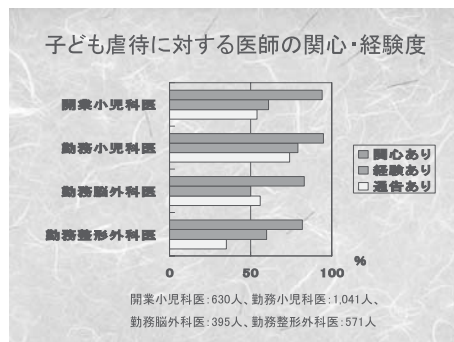
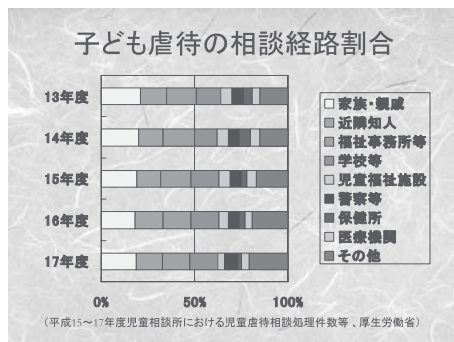
「児童虐待防止法」

- H12.5.4公布(12.11.20施行)
 - 児童虐待を明記した法律の再制定
- H16.4.14改正(16.10.1施行)
 - 虐待の定義の拡大:人権侵害行為
 - 通告対象の拡大:疑ったら通告
 - 市町村の役割の明確化:市町村も通告先
- H19.6.1改正(20.4.1施行)
 - 児童相談所の権限拡大:強制的立ち入り調査
 - 接近禁止命令

市町村における対応体制

- 相談窓口(家庭児童相談室)
 - 児童福祉主管課、児童福祉・母子保健統合課、福祉事務所、保健センター、母子保健主管課、教育委員会、保育所
- 要保護児童対策地域協議会
 - 改正児童福祉法で規定
 - 地域の関係機関が連携して、予防、早期発見、早期対応を協議
 - 平成17年度、全国の設置市町村割合は69%(ネットワークを含む)

医療における子ども虐待



子ども虐待の身体的影響

- 死亡
 - ・ 調査事例中の割合: 1.2 (栃木1993) ~ 5.4 (大阪1987) %
 - ・ 恒成: 法医学解剖例 64例/年 (1992~1996)
 - ・ 厚生労働省: H12.11.20 ~ 15.6.30 127例 (125件)
 - ・ H15.7.1 ~ 12.31 25例 (24件)
 - ・ H16.1.1 ~ 12.31 58例 (53件)
- 障害
 - ・ 知的障害: 頭蓋内出血、ネグレクトによる増悪
 - ・ 運動障害: 頭蓋内出血、骨折
 - ・ 視力障害: 外傷性網膜剥離
- 感染症
 - ・ 性的虐待の5~10%に性感染症
- 妊娠

子ども虐待の行動・精神への影響

- 幼児期: 個別的対人行動の問題
 - ・ 反応性愛着障害など
- 学童期: 集団行動の問題
 - ・ 破壊的行動障害など
- 青年期: 反社会的行動、神経症性障害
 - ・ 行為障害、乖離性障害、うつなど
- 成人期: 犯罪、人格障害、神経症性障害
 - ・ PTSD、嗜癖性障害など

医療における子ども虐待の位置づけ

- 医療の場を受診した場合
 - ・ 適切な対応が迅速に行われなければ
 - ・ 心身両面への重篤な後遺症、障害、死亡までに至る危険性の高い状態である
- 身体医療の視点からも
- 精神医療の視点からも
- 予後不良な緊急医療の対象である
- 全ての医療関係者が
 - ・ 疑診(発見)と初期対応に関する知識と技能を
 - ・ 持つ必要がある状態といえる

医療の専門性が必要とされる虐待

- 非器質性成長障害
 - ・ NOFTT、non-organic failure to thrive
- 乳幼児揺さぶられ症候群
 - ・ SBS、shaken baby syndrome
- 子どもを代理としたミュンヒハウゼン症候群
 - ・ MSBP、Munchausen syndrome by proxy
- 医療ネグレクト
 - ・ MN、medical neglect
- 性的虐待
 - ・ SA、sexual abuse

子どもを代理としたミュンヒハウゼン症候群 Munchausen syndrome by proxy (MSBP)

- 虚偽による訴え
 - ・ 子どもに実際に手を出さず、存在しない症状だけを訴え続ける
 - ・ 子どもの不利益: 不必要な検査や治療、保護者への不信感
- 捏造による訴え
 - ・ 検査所見の捏造
 - ・ 体温計を操作して高体温、子どもの尿に自分の血液を混じるなど、人為的に検査所見を捏造
 - ・ 子どもの不利益: 不必要な検査や治療、保護者への不信感
 - ・ 身体への人為的操作による症状捏造
 - ・ 子どもに薬物等を飲ませる、窒息させるなどの行為を行い、子どもに実際の身体不調や病的状態を作り出す
 - ・ 子どもの不利益: 身体的異常(最悪の場合、死亡)、不必要な検査、保護者への恐怖感・不信感

わが国における虐待医療の課題

- 医療側
 - ・ 子ども虐待に対する医療の役割に関する医師の認識不足
 - ・ 教育・研修体制の不備
 - ・ 「虐待診断学」の未確立
- 社会側
 - ・ 適切な診療費用の未確立
 - ・ 医師の危険点への対策の未確立
 - ・ 虐待対応における医療の役割の未整理

虐待と生命倫理

小児医療における 積極的医療拒否の実態

- 調査時期: 2003年
- 調査対象
 - ・ 小児科認定医研修指定病院小児科(566病院)
- 回答: 328病院(58%)
- 積極的医療拒否の経験
 - ・ 60病院(18%)

Fig.1 医療拒否事例の疾患の背景



Fig.2 医療拒否児例の疾患

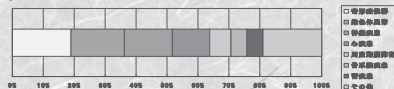


Fig.3 医療拒否児例の年齢

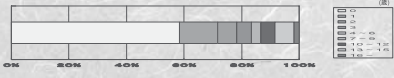


Fig.4
医療拒否の理由

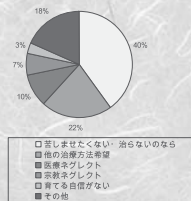


Fig.5
最終的な治療状況

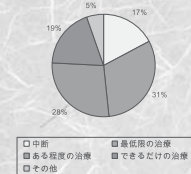


Fig.6

医療拒否時の児の状態に対する医師
の見通し

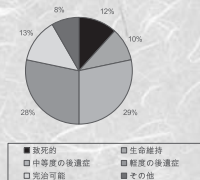
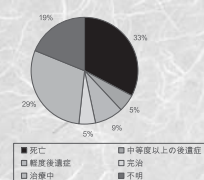


Fig.7

事例の最終状態



脳死と子ども虐待

- 1999年度厚生省研究班
 - ・ 10年間の6歳未満脳死140例中 虐待死4例
- 小児脳死診断基準検証会議調査(2004)
 - ・ 一次調査(過去5年間の症例)
 - ・ 15歳未満脳死事例163例 → 虐待明記8例(5%)
 - ・ 虐待事例1,452例 → 脳死(重度障害)129例(9%)
 - ・ 二次調査(脳死・重度障害129例中45回答)
 - ・ 心停止・呼吸停止状態で来院 16例
 - ・ 最終状態 死亡(脳死含む) 23例
 - ・ 頭蓋内出血 28例
- 田中他(2003): 小児科医へのアンケート
 - ・ 脳死を引き起こす可能性のある頭頸部外傷例において、その3割程度が虐待による可能性

虐待予防を意識した子育て支援

子育てはいつから始まる？

- ちょっと前
 - ・ 子どもを持ったときから始まる
 - ・ 子育てをしながら、親も親になっていく
- 今
 - ・ 女性：妊娠が分かったときから始まる
 - ・ 妊娠中
 - ・ 意識されない子育て：子宮内での栄養補給
 - ・ 意識される子育て
 - － 空想の中での「素敵な」子育て・・・理想の子ども像

妊娠中の子育てから実際の子育てへ

- 理想の子ども像と実際の子どものギャップ
 - ・ 「寝ているときが一番かわいい」
- ギャップの受け入れ→実際の子どもの受け入れ
 - ・ ←自己の育てられ経験の再確認
 - ・ ←子育てに関係する「報酬」
 - ・ 子どもからの愛着行動
 - ・ 周囲からの賞賛（子どもと自分へ）
 - ・ 大変さへの共感、支持
- 現実の子育ての受け入れ→親としての自己実現へ

子育てにおける妊娠中の精神保健の重要性

- 望ま(れ)ない妊娠
 - 妊娠中の精神不安定状態
 - 親になる事への不安
 - 被虐待体験
-
- 否定的な子ども像、不適切な子ども像の成立
-
- ・ 否定的な子ども像→子どもへの拒否の早期出現
 - ・ 不適切な子ども像→不適切な養育態度
-
- ・ 子育てに関係する「報酬」消失
- 子育て自体への拒否

虐待予防を意識した子育て支援 － 妊娠中1 －

- 妊娠に関する危険因子、特に、次の要因がある場合に要注意
 - ・ 10代、未婚
 - ・ 低い理解力、妊娠に配慮しない行動
 - ・ 過度の不安・涙もろさ・几帳面、攻撃的
 - ・ 性感感染症、性的逸脱行為
 - ・ 中等度以上の喫煙・飲酒、過度の薬物使用、薬物乱用、反社会的行動

虐待予防を意識した子育て支援 － 妊娠中2 －

- 妊娠中の配慮に対する啓発
 - ・ 知識と具体的行動の説明
- 出産に対する不安の軽減
 - ・ 出産に関する正しい知識の説明
- 情緒面の安定化
 - ・ 傾聴、共感
- 「子育て」過程の適正化支援
 - ・ 妊娠中の子育ての説明
 - ・ 子どもに対する妊婦の気持ち・イメージの傾聴
 - ・ 不適切なイメージへの対応
 - ・ 否定しない、受容、肯定的イメージの提示

虐待予防を意識した子育て支援 — 産褥期 —

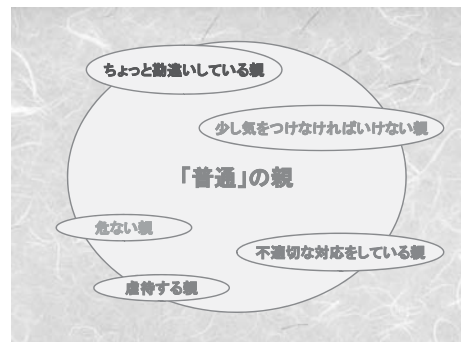
- 育児意欲の維持
 - ・ 育児苦勞への共感、賞賛
 - ・ 乳児の発育状況の言語化
- 情緒面の安定化
 - ・ 傾聴、共感
- 状況により産後ヘルパーの活用
- 産後うつ病の早期発見
 - ・ 児の1か月健診がチェックのよい時期
 - ・ 母親自身の不定愁訴、食欲低下、熟睡障害、疲労感、焦燥感、無気力感など

虐待予防を意識した子育て支援 — 産褥期以降 —

- 育児意欲の維持
 - ・ 育児苦勞への共感、賞賛
 - ・ 乳児の発育状況の言語化
- 情緒面の安定化
 - ・ 傾聴、共感
- 育児疲労の早期発見
 - ・ 児の乳幼児健診がチェックのよい時期
 - ・ 子どもに対するネガティブな発言
 - ・ 母親自身の不定愁訴、食欲低下、熟睡障害、疲労感、焦燥感、無気力感など

親のありよう

- 「普通」の親
 - ・ 子どもを愛し、ほめたり叱ったり、悩んだり
- ちょっと勘違いしている親
 - ・ 与えることで満足、自己の満足感を子どもの満足感と混同
- 少し気をつけなければいけない親
 - ・ 個人的自己実現が常に優先（仕事主義）
- 危ない親
 - ・ 自分の楽しみが子どもより優先
- 不適切な対応をしている親
 - ・ 自分の感情が全てに優先
- 虐待する親
 - ・ 自分のことしか考えない、体罰肯定



育児支援の段階

- 「普通」の親
- ちょっと勘違いしている親
 - 通常の育児相談
- 少し気をつけなければいけない親
- 危ない親
 - 育児相談＋経過観察
- 不適切な対応をしている親
- 虐待する親
 - 積極的介入

母子保健活動としての子ども虐待 への対応

- 日常の育児支援活動が、結局は、そのまま子ども虐待の予防・対応につながる。
- 通常の育児支援活動の一環として子ども虐待への対応を位置づける方向が望ましい。
- →
- 子ども虐待への対応は、特別のことではなく、子育て支援の一つであると認識することが重要。

19 年度子どもの健康週間実施報告

報告者(敬称略)	実施場所	実施日	実施内容	参加人数	その他・反省点
星紀彦 (星小児科医院)	星小児科医院	10月18日(木)	インフルエンザと新型インフルエンザについて	50	
飯岡毅 (飯岡小児科)	飯岡小児科	10月13日(土)	電話による健康相談	3	
郡司勇治 (自治医科大学)	自治医科大学 とちぎ子ども医療センター	10月14日(日)	子供の腎臓病と学校生活 小児における急性腹症	30	対象者: 小学校教諭, 養護教諭, 保育士
小林靖明 (足利赤十字病院)	足利保健センター	10月4日(木)	個別相談	6	来年度も保健センターの協力のもとに個別相談を行いたい
小澤武史 (おざわ小児科医院)	子育てサロン (市営保育園の隣り)	10月10日(水)	子どもを守ろう(病気、ワクチン、事故防止についての講話)	18	パワーポイントにて実際の写真などを見てもらった
坂入博 (篠原歯科医院)	篠原歯科医院	10月13日(土)	院内にて無料相談(要予約)	10	パンフレット, カレンダー配布
小宅一郎 (小宅歯科医院)	小宅歯科医院	10月11日(木)	虫歯予防について 歯並びに影響する悪習慣	3	参加人数が少ない。告知不足を解消するため今後NPO団体を通じて告知できるかもしれない。また、市の健康増進などの協力をお願いしてみようと思う
岩淵博史 (NHO 栃木病院歯科 歯科口腔外科小児 歯科外来)	NHO 栃木病院歯科 歯科口腔外科 小児歯科外来		無料歯科検診	1	子供医療があるので無料検診に魅力がない。告知不足、早めの告知。他県のようにまとまってイベントをやった方が良いのではないかと。小児学会と同時開催などが望ましいのでは
大塚啓子 (大塚歯科医院)	大塚歯科医院	9月12日(水)	個別相談	26	町主催の2歳児検診時に個別相談し、口腔衛生の習慣化の重要性を啓蒙した。歯科医師会規模で健康週間を行えば盛り上がるのではないかと
印出井由紀子 (印出井歯科医院)	ミニコンサート会場		お口の健康、出歯予防のお話	15	乳幼児向けのミニコンサートの際に話をした。短い時間でしたが色々質問が出た。今後も色々な場所に出向いてみようと思う
田村厚子 (田村歯科医院)	小山市立延島小学校		就学前検診に来校した小児に対し、検診を行いながら個別に実施	14	年々子供たちの口腔内の状況の変化が大きく見られてきたにもかかわらず、市の乳幼児検診の対応がかなり遅れているように思う

栃木県小児保健会役員名簿 （平成19年度）

職 名	氏 名	所 属	電話番号	ファックス番号
会 長	白石裕比湖	自治医科大学小児科学教授	0285-58-7365	0285-44-6123
副会長	布川武男	栃木県小児科医会会長・布川小児科院長	0289-64-2472	0289-65-4607
	鯉淵タツノ	栃木県看護協会会長	028-625-6141	028-625-8988
常任理事	桃井真里子	自治医科大学小児科学教授	0285-58-7365	0285-44-6123
	有阪 治	獨協医科大学小児科学教授	0282-86-1111	0282-86-7521
	江口光興	国際医療福祉大学教授	0287-39-3060	0287-39-3001
	梶田俊行	県西健康福祉センター長	0289-64-3125	0289-64-3919
	加藤一昭	栃木県保健衛生事業団小児保健部	028-623-8383	028-623-8585
	石井 徹	国立病院機構栃木病院小児科医長	028-622-5241	028-621-4553
	井原正博	済生会宇都宮病院小児科医長	028-626-5500	028-626-5594
	星 紀彦	星小児科院長	028-648-4166	028-647-1070
	吉野良寿	吉野小児科院長	028-622-0041	028-624-1980
	恩田淑子	栃木県栄養士会会長	028-634-3438	028-634-3467
	小川博子	県東健康福祉センター健康福祉課課長	0285-82-3321	0285-84-7438
	齋藤一郎	栃木県保健福祉部こども政策課長	028-623-3063	028-623-3070
	杉田憲一	獨協医科大学小児科学教授	0282-86-1111	0282-86-7521
理 事	野口忠男	栃木県母性衛生学会	028-625-3658	028-643-0915
	佐藤恵子	佐藤小児科院長	0282-86-0123	0282-86-0123
	名取喜久雄	栃木県歯科医師会	028-648-0471	028-648-8149
	三尾谷由美子	栃木県養護教育研究会副会長・下野市立古山小学校	0285-52-1132	0285-52-1162
	戸澤トシ子	市町村保健婦業務研究会副会長・栃木市健康増進課	0282-25-3511	0282-25-3513
	岩本眞砂枝	（社）栃木県幼稚園連合会	028-622-2821	028-622-2816
	風間嘉信	オリーブ保育園長	028-634-5879	028-637-9937
監 事	松岡久子	宇都宮市保健福祉部保健福祉総務課 総合相談担当	028-632-2294	028-639-8825
	五十嵐トヨ子	獨協大学日光医療センター	0288-76-1515	0288-76-1611

（順不同）

栃木県小児保健会規約

第1章 総 則

(名称)

第1条 本会は栃木県小児保健会と称する。

(目的)

第2条 本会は小児保健に関する調査研究、知識技術の普及向上をはかり、もって小児の保健及び福祉の増進に寄与することを目的とする。

(事業)

第3条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- 1 小児保健に関する調査研究
- 2 学会、講演会等の開催
- 3 機関誌等の発行
- 4 その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第2章 会 員

(組織)

第4条 本会員は正会員と賛助会員とをもって組織する。

- 2 正会員は本会の趣旨に賛同して入会したものとする。
- 3 賛助会員は本会の事業を賛助するため入会したものとする。

(会員)

第5条 正会員の年会費は1,000円とする。

- 2 賛助会員の年会費は1口10,000円とし、1口以上とする。

(入会)

第6条 本会に入会しようとするものは、別に定める入会申込書に会費を添えて、本会の事務所に申し込むものとする。

第3章 役 員 等

(役員)

第7条 本会に次の役員をおく。

- 会 長 1名
副会長 3名
理 事 若干名
(うち常任理事若干名)
監 事 2名

(選任)

第8条 理事及び監事は正会員の中から総会

において選任する。

- 2 常任理事は、理事の互選による。

(職務権限)

第9条 会長は、本会を代表し会務を総理する。

- 2 副会長は、会長を補佐し、会長に事故がある時は、あらかじめ会長が定めた順序によりその職務を代理する。
- 3 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- 4 常任理事は会務を分掌する。
- 5 監事は、会計を監査する。

(任期)

第10条 役員の任期は2年とする。ただし再任を妨げない。

- 2 役員に欠員を生じたときは、理事会においてこれを補充する。
- 3 補充により就任した役員の任期は、前任者の残任期間とする。

(顧問)

第11条 本会に、顧問をおくことができる。

- 2 顧問は、理事会の推薦により会長が委嘱する。
- 3 顧問は、会長の諮問に応じて意見を述べ、本会の事業を援助する。

第4章 会 議

(会議)

第12条 本会の会議は、総会及び理事会とする。

- 2 総会は毎年1回開催する。ただし、会長が特に必要と認める場合には、臨時総会を開くことができる。
- 3 理事会は必要に応じて開催する。

(議決事項)

第13条 総会は会員の半数以上の出席をもって構成し、次の各号に掲げる事項を決議する。

- 1 事業計画及び予算の決定
 - 2 事業報告及び決算の承認
 - 3 規約の変更
 - 4 前各号に掲げるもののほか会長または理事会が必要と認める事項
- 2 理事会は理事の半数以上の出席をもって

構成し、次の各号に掲げる事項を議決する。

- 1 総会の議決した事項の執行に関する事項
- 2 総会に付議すべき事項
- 3 総会から委任された事項
- 4 前各号に掲げるもののほか、総会の議決を要しない会務の執行に関する事項

(議長)

- 第14条 総会の議長は、会長又は、会長があらかじめ指定した者が総会の承認を得てこれにあたる。
- 2 理事会の議長は会長がこれにあたる。

(議決)

- 第15条 会議の議事は出席構成員の過半数の同意をもって可決し、可否同数の場合は議長の決するところによる。

第5章 事務所等

(事務所)

- 第16条 本会の事務所は、会長のもとに置く。

(事務局)

- 第17条 本会の事務を処理するため事務局を置く。
- 2 事務局の職員は会長が委嘱する。

第6章 会計

(費用負担)

- 第18条 本会の運営に要する費用は会費、寄附金及びその他の収入をもってあてる。

(会計年度)

- 第19条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

第7章 雑則

(規約外事項)

- 第20条 この規約に定めるもののほか、必要な事項については会長が別に定める。

附 則

- 1 この規約は昭和49年11月29日から適用する。

附 則

- 2 この規約は昭和53年6月24日から適用する。

附 則

- 3 この規約は昭和60年4月1日から適用する。

附 則

- 4 この規約は平成4年6月20日から適用する。

附 則

- 5 この規約は平成6年7月2日から適用する。

栃木県小児保健会会員の加入状況

(平成20年3月31日現在)

(1)正会員	338名
医師	125名
歯科医師	2名
保健師	90名
看護師	84名
助産師	5名
栄養士	3名
教諭・養護教諭	18名
その他	11名

謝 辞

本会の運営に対し多くの企業の補助，ご寄付，ご協力をいただきました．ここに社名を挙げて厚く御礼申し上げます．

小野薬品工業（株）

カテックス（株）

協和発酵工業（株）

杏林製薬（株）

グラクソ・スミスクライン（株）

興和創薬（株）

第一三共（株）

大日本住友製薬（株）

田辺三菱製薬（株）

中外製薬（株）

ノボノルディスクファーマ（株）

万有製薬（株）

ファイザー（株）

明治乳業（株）

（アイウエオ順）

小児保健後記

平成18・19年度と、白石裕比湖会長のもと、自治医科大学小児科が事務局として活躍させていただきました。会員の皆様にはご協力ありがとうございました。

この度、無事「小児保健栃木第25号」を完成することができました。本号には、平成19年度の「栃木県小児保健会総会及び研修会」と「第31回栃木県母性衛生学会、栃木県小児保健会合同研修会及び第19回とちぎ思春期研究会研修会」の内容を掲載させていただきました。ご発表いただきました先生方には、ご多忙中の中、編集にご協力いただきまして誠にありがとうございました。研修会に出席できなかった本会員の皆様にも広くご講演いただいた先生方のお考えが伝わるものと確信しております。

最後に、会員の皆様には今後ともよろしくお願い申し上げますとともに、ご寄付をいただきました各社に感謝申し上げます。

事務局

小児保健栃木 25号
平成20年 3月31日発行
発行 栃木県小児保健会
下野市薬師寺3311-1
自治医科大学 小児科学教室内
印刷 ㈱松井ピ・テ・オ・印刷