

平成 28 年度 母子保健講習会

と き 平成 29 年 2 月 19 日（日）13：00～17：00

ところ 日本医師会 1 階大講堂

〔報告：理事 前川 恭子〕

基調講演

（1）母子保健対策 10 年の歩み

日本医師会常任理事 今村 定臣

○子ども支援日本医師会宣言

日本医師会の母子保健対策事業の 10 年間を、2006 年 5 月の「子ども支援日本医師会宣言」の項目に沿って総括された。

1. 妊娠を望む人たちへの支援

不妊・不育治療の充実、カウンセリング機関の整備

2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実

周産期ネットワークの構築、ハイリスク妊婦への対応システム、母子感染予防

3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備

出産一時金の増額、若年妊婦・就労妊婦への支援

4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実

小児救急医療体制整備、ペリネイタルビジット・乳幼児健診の充実、予防接種の充実、子どもの難治性疾患治療の充実、子ども同士の臓器移植

5. 子育てに関する社会環境の整備

病児保育の充実、子育て世代の就労環境の整備、子育て中の事故防止、虐待予防・早期発見、子どもの権利に関する条約に基づく環境整備

6. 学校保健の充実

性教育、禁煙教育、生活習慣病対策、心の問題への取り組み

7. 障害児への支援

医療的ケアの充実、長期入院障害児の後方ベッド確保

8. 政府等関係各方面への協力と働きかけ

医師・助産師不足と偏在の解消、小児保健法（成育基本法）の制定、妊娠・出産・子育てに

対する税制優遇

○虐待予防に関連して

・子育てフォーラム

児童相談所への児童虐待に関する相談件数は、この 25 年で 100 倍に増え、約 10 万件となった。子ども虐待による死亡事例で心中以外の数は、この 10 年で大きくは変わらない。が、その中で 0 歳児死亡の割合は増加、特に日齢 0 日児死亡の割合が 1997 年には既に高くなっていった。母親が児を殺すのだが、望まない妊娠ゆえ妊婦健診未受診・母子手帳未発行の母親が多く、児童相談所レベルの問題ではないと認識された。妊娠初期から医療が介入することが重要と考え、子育て支援フォーラムを各地で開催することとなった。

・里親制度

養育機能の破綻した家庭から子どもを保護し、元の家庭の機能が回復するまで一時的に別の家庭での安定した生活を供する、代替家庭養育制度である。要保護児童の中で里親委託される児は全体の 13% である。10 年前は 7% であり確実に増えてはいるが、日本の里親委託件数は OECD 諸国と比較し極端に低い。日本国内でも地域差がある。

里親制度に関連し、子どもの成育には施設よりも家庭が適しており、人間の発育の臨界点は 2 歳程度であると示した「ブカレスト初期養育プロジェクト」が紹介された。

チャウシェスク時代のルーマニアにおいては、人工妊娠中絶が法で禁止された。養育できない子はストリート・チルドレンとなり、1989 年には遺棄児童「チャウシェスクの落とし子」が 17 万人を超えた。保護された遺棄児童たちは施設入所又は里子となった。彼らの発育の様子を 10 年以上追跡したのがこのプロジェクトであった。

施設入所群・里子群・普通群で検討され、2 歳未満で里子に出された児は、脳の活動電位も

8 歳時の social skill も普通群と有意差がなかったのである。

・特別養子縁組

子どもを養育できない親との親子関係を解消し、子どもの養育を望む者と新たな親子関係を作るシステムである。望まぬ妊娠から養育の目途がたたぬまま出生した日齢 0 日児にとって、虐待死以外の選択肢といえる。

2016 年 12 月に「特別養子縁組あっせん法」が成立したが、それ以前から、産婦人科医療機関による特別養子縁組あっせん事業が展開されている。今後、日医はこれを支援する予定である。

○成育基本法

2004 年、医療・保健・福祉を包含した子どものための総合的社会支援制度が必要であると、日本医師会乳幼児保健検討委員会が小児保健法を提案した。2008 年、日医に答申として「小児保健法（仮称）」を提出した。日医が政権与党にロビーイングを開始するも、政権交代により活動継続を断念した。

2013 年、名称を「成育基本法（仮称）」とし横倉会長に答申として提出、改めてロビー活動を展開し、次期国会での法案提出を望んでいる。

(2) 思春期女性アスリートの健康管理

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科

能瀬 さやか

○アンチドーピング

・ドーピング検査

ドーピング検査はすべてのアスリートが対象となる。アスリートは世界大会や全国大会に出場する競技者だけではない。いわゆる競技会に参加する競技者すべてがアスリートである。目の前の患者さんが、ドーピング検査の対象となり得る。

ドーピング検査には競技会検査と競技会外検査がある。競技会検査は試合終了後すぐに行われる。競技会外検査は抜き打ちで、いきなり家にやってくることもある。検査実施機関は日本では JADA（日本アンチ・ドーピング機構）である。

・禁止物質・禁止行為

正当な理由がない限りは、薬剤の静脈内投与は

禁止行為にあたる。

ステロイドの関節内注射は認められている。ポステリザン軟膏の肛門周囲への塗布も許されているが、肛門内注入は禁止対象である。どうしても必要であれば TUE（治療使用特例）申請が必要である。漢方は体内動態がわからないため、基本的には投与しないこととなっている。

禁止物質を決めているのは WADA（世界アンチ・ドーピング機関）である。禁止表は年 1 回以上改訂される。通常 1 月 1 日に改訂されるが、年途中の変更もある。例えば知らずに禁止薬物を処方していても、服用するかどうかは選手の責任と定められ、医師の責任は問われない。が、目の前のアスリートのためのひと手間かけることはできる。JADA のホームページで、禁止物質や公認スポーツファーマシストの検索が可能である。

○スポーツにおける相対的エネルギー不足 (Relative Energy Deficiency in Sports : RED-S)

男性にも女性にも起こり得る。長期間続けば競技パフォーマンスを落とす。

基礎病態は低エネルギー・アベイラビリティ (Low Energy Availability : LEA) である。その状態でホルモン分泌が低下し、女性は無月経となる。エストロゲン分泌が低下することと、相対的エネルギー不足により造骨が落ち骨粗鬆症となる。無月経の出現で女性の RED-S は気づかれやすいが、これを放置すると疲労骨折を起こしやすくなる。

・女性アスリートの三主徴 (Female Athlete Triad : FAT)

以前は、摂食障害・無月経・骨粗鬆症を三主徴としていた。現在は LEA・無月経・骨粗鬆症である。

三主徴の中の骨粗鬆症からの疲労骨折は競技レベルに関係なく起こる。好発年齢は 16 ～ 17 歳である。骨折を起こしやすい因子として、トレーニング量の増加、低体重、低骨量が挙げられる。低骨量に至る因子は、20 歳以上の女性アスリートを対象とした調査で、10 歳代に 1 年以上の無月経を経験したことであった。

無月経のアスリートに対し、体重とトレーニング量の変化を確認する。採血で FSH・LH が低下していればエネルギー不足と判断する。治療指標

は LH 値である。

・治療

無月経の原因がエネルギー不足であれば、アスリートの無月経にピルを使用しても意味はない。ピルによりゴナドトロピン分泌が抑制され、LH 値を治療の指標とできなくなる。骨粗鬆症に対するビスフォスフォネートの使用は若年女性への安全性が確立されていない。テストステロンも禁止物質となっている。

治療の基本はエネルギー不足の改善である。食事を増やす、かつ又は運動量を減らすことである。運動量を減らす方がホルモン値は改善するが、トレーニングと並行して行うことが難しい。食事量を増やすことが治療と認識できない対象者も多く、本人と競技指導者の啓発が必要である。

低骨量への治療は体重を増やすことである。が、これも競技中には難しい。ホルモン治療の有効性ははっきりとしていないが、エネルギー不足の改善を行っても骨量に変化がなければ適応となる。

・10 代で失った骨量は戻らない。

女性は 20 歳代に最大骨量を獲得する。その後三主徴を治療しても間に合わない。予防である。エネルギー不足のスクリーニングとして、思春期には標準体重 85% 以下、成人は BMI 17.5% 以下のアスリートにアプローチすることが提示された。

講演「思春期の子どものころとからだを健やかに育むために」

(1) 思春期の子どもたち～子どもを Bio Psycho Social に捉え支援する 米國小児科学会の Bright Futures を参考に～

国立成育医療研究センターこころの診療部

思春期メンタルヘルス科医長 田中 恭子

○心を何にたとえよう

映画「ゲド戦記」の「テルーの唄」に、思春期の相反する心性特徴を見る。放っておいて欲しいが関心は持って欲しい。承認が欲しいが本当にその評価に値するか自信はない。依存と自立の二重拘束に本人も周囲も振り回される。自分の感情を表現し得る言葉を見つけきれず、伝わらぬ言葉など誰が口にするものか、と頑なに見える。しかし

繊細。だからこそ変化を期待できる時期でもある。

○小児心身症

心身の関係が未熟であるため、精神・社会的ストレスが身体症状化しやすい。心理防衛機制で心理の問題が身体で SOS を出す。心の問題が行動の問題として出現する。

その中でも、解離性障害は心理的関与の強い心身症である。

過去の自分との継続性、現在の自分の意識と身体の同一性・統合感覚が失われるような状態である。しかもその自分をコントロールしている感覚が時間・日単位で損なわれていく。統合失調症とは異なり内因性ではない。心因性で、その発症は外傷的な出来事と時間的に関連する。感覚症状(見えない、聞こえない)、運動症状(麻痺)、内臓症状が出現する。成人の解離性障害は、症状があっても困った表情は少ない(上機嫌な無関心)。子どもは「自分が自分でない。」「いろいろな人格が出てくる。」と訴える。

○子どもの抑うつ

成人の抑うつは動きが少ない。子どもは動く。沈んでいたのに急に壁をぶち破る。家庭内で暴力や暴言が見られることがある。

対応としてまず、ケアが必要な気持ちのつらさがあるかどうかを見る。気持ちのつらさや希死念慮があればコンサルテーションを考慮する。ケアの第一選択は環境調整と心理カウンセリングである。叱咤激励はしない。

○自傷・自殺

自傷は自殺と同じスペクトラムと考える。そして、リストカットには目的がある。自分の耐え難いつらさを、自分を傷つける痛みで緩和する。自傷で解離性麻痺を軽くする。だから簡単に自傷行為をやめろとは言えない。言えないが、「自傷しなくてもよくなるよう、自分のつらさをコントロールできる方法を一緒に考えよう。」と言って欲しい。

希死念慮はストレートに問う。死ぬ手段を自分で調べていたら、危機的介入が必要である。「あ

なたの存在が大切なのだ。」と伝えながら専門機関に繋げて欲しい。

○ Bright Futures

米国小児科学会が出している子どもの健康管理のためのガイドラインで、エビデンスに基づいて作られている。すべての子どもは健康であるべきことを理念とし、出生前から 21 歳を対象とする。

・カウンセリングの流れ

予防接種、通常の診察などの後、医師と子ども・医師と親でカウンセリングを行う。生活習慣や親子関係、学校・学校外生活を問いながら、発達に影響するリスクをアセスメントする。

5～6 歳ごろから心の問題に関係する質問を入れる。思春期の子どもは親と別に面接する。悲しい時はどんな時か、どんな風にコントロールできるか、何かあれば信頼できる大人に相談できるか、などを問う。心理社会的アセスメントを行い、予想されることへのガイダンスを行う。

子どもともディカッションすることで、子ども自身が自分の健康に向き合う意識を生み出すことも目的の一つである。

○プラスひと言・プラスひと観察・プラスひと評価

子どもが心身症を発症する前に何とかしたい。予防できることを予防したい。そのために Bright Futures から応用できることである。これらの「プラス」で子どもや親の行動が変わる可能性があり、その積み重ねが子どもの心身の健康に繋がる。

心の問題でも、子どもたちが最初に訪れるのはかかりつけ小児科医である。かかりつけ医がカウンセラーとして相応であるとする研究もある。短期解決焦点づけ療法が効果的であり、解決志向ブリーフセラピーを薦めたい。

○「誰も聞いてくれなかった」

講演の冒頭、虐待の患者さんの言葉として紹介された。

日本では 1994 年に「子どもの権利条約」が批准された。子どもの権利条約の中には子どもの意思表明権がある。子どもに影響を与えるあらゆる

事柄について、子どもの意見が聴かれ、子どもの意見が正当に重視される権利が、子どもにはある。

(2) 思春期の子どもに必要な性の健康教育

富山県医師会常任理事

女性クリニック We!TOYAMA 院長

種部 恭子

○愛があれば性交しても良いか？

年間 40～50 校の性教育の話の前に、子どもたちのニーズを調べるために必ずアンケートを取る。この質問は子どもの性的発達をみるためである。年齢が上がるにつれ yes が増える。女子の方が性的発達が早く、中学生では女子に yes が多い。高校生になると男子がキャッチアップする。これが正常の発達と考える。

性交経験率は高校生に関しては減少している（高校 3 年：2008 年 5 割弱、2014 年 2～3 割）。中学 1 年生では 1% 弱である。中学 1 年生で性交経験があるということは、相手は大人で性的に搾取されている可能性を示す。

10 代の人工妊娠中絶件数も減少している。18～19 歳の中絶件数が大きく減少しているが、14 歳以下はあまり減っていない。10 代の母からの出生数も減少している。これも 15～19 歳の出産が減少しているのだが、14 歳以下の出産数は変わらない。

リスクの高い性行動や依存の行為から起きている、14 歳以下の妊娠・出産・中絶は減っていないということである。

○性犯罪

強姦被害者の 40% が 19 歳以下である。強姦の被害届を出しているのは、実際の件数の 1～2 割といわれている中で、である。内閣府の調査では、性暴力の加害者の約 77% は被害者の面識者であり、その 1 割以上が性虐待である。

年少児の児童ポルノのほとんどは性虐待である。昔の児童ポルノの動画は人身売買によるもので、東ヨーロッパやアジアのケースが多かった。が、最近の動画は日本のものが多い。これが世界中に拡散している状況は先進国として恥ずかしい。親権者によると思われるものが多く、本人が

被害を受けていると認識できていない。教師や保育士など指導者的立場の者が盗撮していることもある。

○三次元に堪えられる子を育てられるか？

若年者の性交経験率が減っていることは望ましいが、未婚率が増加していることに危機感を抱く。性教育に訪れた中学校の生徒から、「二次元と結婚できないのか？」と質問された。ゲーム内の二次元の彼女で十分なのである。失敗が怖く、人間関係の修復力がない。勉強優先で痛みを伴う友達とのやりとりが十分でない。コミュニケーション力が不足している。中学生以降の性教育では遅いと感じる。

○シアワセな性を享受できるように

性の健康教育の目的は、まず、性のトラブルを回避することである。そのため、望まない妊娠・性感染症の予防、性暴力・性虐待被害の予防と対応、性産業・ネットの性に関する正確な情報を伝える。

そして、DV、デートDV、ストーカーを防ぐ。性暴力加害者にもならないようにする。健康に人を愛することができるようになるためである。

○ UNESCO International Technical Guidance On Sexuality Education

ユネスコは、2009 年にエビデンスに基づいた性教育ガイダンスを提示した。多くの国が、このガイダンスを取り入れたプログラムを進めている。

このガイダンスには、4 つの発達段階に応じた健康教育の到達目標が設定されている。対象は 5 歳からである。

キーコンセプトとして 6 つのカテゴリーがあり（下表）、日本で一般的に考えられている性教育は、ガイダンスのキーコンセプト 4 から始まる。その前のキーコンセプト 1～3 で関係性や価値観、コミュニケーションスキル、文化、人権について自分たちで考えさせる。これらすべてのコンセプトに裏づけがある。

例えば、家族の関係性について、5～8 歳には多様な家族形態があること、9～12 歳には性による役割分担はあるが性による優劣はないことを教え、15～18 歳では自分が望まない妊娠をしたり、同性愛者だった場合、家族にどう伝えるかを考えさせる。

スキルとして、12～15 歳は、嫌な行為に対し上手に「嫌だ。」と伝える方法を学ぶ。

人権のコンセプトの中では性虐待を避けるた

Key Concept 1: Relationships Topics: 1.1 Families 1.2 Friendship, Love and Romantic Relationships 1.3 Tolerance and Respect 1.4 Long-term Commitment, Marriage and Parenting	Key Concept 2: Values, Attitudes and Skills Topics: 2.1 Values, Attitudes and Sources of Sexual Learning 2.2 Norms and Peer Influence on Sexual Behaviour 2.3 Decision-making 2.4 Communication, Refusal and Negotiation Skills 2.5 Finding Help and Support	Key Concept 3: Culture, Society and Human Rights Topics: 3.1 Sexuality, Culture and Human Rights 3.2 Sexuality and the Media 3.3 The Social Construction of Gender 3.4 Gender-Based Violence including Sexual Abuse, Exploitation and Harmful Practices
Key Concept 4: Human Development Topics: 4.1 Sexual and Reproductive Anatomy and Physiology 4.2 Reproduction 4.3 Puberty 4.4 Body Image 4.5 Privacy and Bodily Integrity	Key Concept 5: Sexual Behaviour Topics: 5.1 Sex, Sexuality and the Sexual Life Cycle 5.2 Sexual Behaviour and Sexual Response	Key Concept 6: Sexual and Reproductive Health Topics: 6.1 Pregnancy Prevention 6.2 Understanding, Recognising and Reducing the Risk of STIs, including HIV 6.3 HIV and AIDS Stigma, Care, Treatment and Support

UNESCO International Technical Guidance On Sexuality Education p.73

め、どのような行為が性虐待なのかを 5～8 歳に教える。

性教育として、5～8 歳にはカップルすべてが子どもを作るわけではないこと、12～15 歳にはデート DV は古典的な性役割の刷り込みで起こりやすいこと、15～18 歳には安全な性行動のためにコミュニケーションがうまくとれることや意思決定が大切であることを教える。

具体的にコンドームの使い方を教えても、ピルの服用の仕方を教えても、それ以前の人間性にアプローチできていなければ意味がない。

○日本の性教育に切り込む

日本での性の健康教育には制限が多い。

小学校で「性交」は教えてはならず、中学校では「性的接触」と表現する。精子は射精した後の状態からしか教科書に現れない。性感染症予防は扱うが避妊は扱わない。そして、高校を卒業した途端、手のひらを返したように彼らは婚活・妊活の対象となる。

性交・避妊を教えられない日本でも、ユネスコのガイダンスのキーコンセプト 1～3 を、義務教育の中で教えることができる。が、本音は学習指導要領を変えて欲しい。

婚活・妊活で出生数は増えない。日本の性の健康教育のパラダイムシフトが必要である。

(3) 思春期の心に向き合うプライマリケア

東京大学医学部附属病院小児科科長 岡 明

○こじれる前のプライマリケア

いじめは世界的な問題となっている。ソーシャルメディアによるいじめ (Cyberbullying) は、24 時間 365 日いつでも起こり得る。どこまでも拡散し、いつまでも消えない。メディアだけでなく従来の方法でもいじめられるため、深刻な様相を呈する。10 歳代の自殺率も増加している。

思春期の心理背景は「狭間」だ。小児と成人の狭間、自立と依存の狭間、自分と他人との狭間、である。疾患は少なく医療機関との縁が薄くなるが、小児期から解決されていない課題が存在すればそれが噴き出す。こじれて引きこもってしまうと、医療機関に結びつけるのに大変苦勞する。早

めに環境調整に介入できる場・手段が大切である。

プライマリケアは、これから気をつけたら良いことを保健教育として伝える Anticipatory Guidance、病気のスクリーニング、病気の初期対応、日常生活の支援ができる場である (米国では Bright Futures の枠組みの中で、年に 1 回はプライマリケア医の診察を受けることができる)。

○診療で意識して欲しいこと

・面接

親は同席せず、子どもとだけの面接の時間を持つ。

面接内容で親に知らせたくないことは秘密として守る約束をする。しかし、本人又は周囲の深刻な状況を認知した場合、先の約束を反故にし親などに知らせる、という契約もする。

面接情報を整理し、本当の問題がどこにあるのかを探る。子どもが問題なのか、子どもにとって問題なのか、親にとって問題なのか。

本人の発達段階を考慮し、本人の表現しない隠された意図を汲み取る。

社会歴を聴き、身体診察をし、まとめを本人と共有する。フィードバックの中から本人の心配事に応え、親に話して良いことは親とも共有する。

・態度

説教はしない。決めつけない。ステレオタイプを押しつけない。行動を批判しても本人を批判しない。

面接者である自分が、相手の話を聞くことのできる精神的な状態である客観視する。

○プライマリケア医の立ち位置

医師は親の代理ではない。本人の仲間でもない。が、本人がいじめを受け動けない状態であれば、代弁者になれる。

診察では、広い視野で子どもの身体と心理を評価して欲しい。特徴的な精神症状を知った上で、精神科的疾患は専門医に紹介する。そして、そこで終わりにせず、環境調整に繋げるのである。

時間がかかっても、本人が自分で考え、自分で結論を出せるよう支援して欲しい。