

令和 6 年度 児童虐待の発生予防等に関する研修会

と き 令和 6 年 11 月 17 日（日）10:00～12:00

ところ 山口県医師会 6 階会議室

（Zoom「ウェビナー」を使用した Web 方式併用）

〔報告：常任理事 河村 一郎〕
〔常任理事 縄田 修吾〕

令和 3 年度から本会主催で開催している標記研修会について、今年度も山口県産婦人科医会、山口県小児科医会並びに山口県の共催で、Web での視聴も可能としたハイブリッド開催にしたところ、当日は会場 29 名、Web 78 名、計 107 名の参加があった。

特別講演 1

アタッチメントが拓く子どもの未来 —不適切な養育との関連も含め—

東京大学大学院教育学研究科・教授

同附属発達保育実践政策学センター長 遠藤 利彦

子どもが最もよく育つのは子どもの一番近くにいる人との関係が「ほどよい関係」にあることで、一番近くにいる人は乳幼児のころは、多くの場合は母親であり、養育には個人差があり、それが発達にも作用する。その基本の一つが「アタッチメント＝愛着」である。こども家庭庁でも胎児期から含めて小学 1 年生ごろまでの「はじめの 100 か月」が心と体の基盤を作るのに重要な時期としている。乳幼児の育ちには、「安心」と「挑戦」の繰り返しが大切で、「挑戦」とは興味・関心に応じた「遊びと体験」をすることで、外の世界に「挑戦」する。そのためには子どもが不安な時にそばに寄り添うことや安心感をもたらす経験を繰り返すことでできる「安心」という土台が必要である。以前、乳児院に入所している子どもを調査研究したことがある。入所の理由としては虐待、母未婚、家族の精神疾患、経済的困難が多かった。虐待を受けた子は、アタッチメントが形成されず、誰かれ構わずくっつく脱抑制型対人交流障害傾向にあり、担当養育者との関わりで安心の基盤ができて改善していった子もいる。

ルーマニアで深刻な環境剥奪（経験するべきものが経験できなかった）にさらされた遺棄児の心身発達を調査した研究がある。20 人の子どもに対して 1 人の保育者で、怖い時に声をあげても無視されアタッチメントが未経験だった子どもは脳の成長が悪く、乳幼児期のアタッチメントの剥奪は自己と社会性の発達に深い傷をもたらした。「自己」に関わる心の性質は、自分を大切にし、適切にコントロールし、もっと高めようとする力（自尊心／自己肯定感、自立心／自律性など）、「社会性」に関わる心の性質は、集団の中に溶け込み、人との関係を作り維持していくための力（コミュニケーション力、共感性／思いやり、協調性／協同性など）で、そういった力（＝非認知）ができていないと大きくなってから非行に走ったりする。世界的にも、乳幼児期の重要性、非認知の大切さが見直されつつあり、それを育むものがアタッチメントであり、それは単なるスキンシップとは異なる。子どもが怖くて不安な時、抱っこしなくても声をかけてあげる、目を向けるだけでもよい。安心感を与えることがアタッチメントである。

アタッチメントは何らかの危急時あるいは危機が予期された時に生じる恐れや不安等のネガティブな情動を特定他者への近接性の確保を通して制御・調整しようとする行為傾向である。物理的にくっついていてそのものよりも、いざとなったらいつでも戻ってくっつけるという感覚が重要であり、子どもの安全な避難所、安心の基地となる大人がいれば、探索、冒険ができ、感情の調律、制御ができるようになり、安心感の輪ができる。

アタッチメントには個人差があり、温かい受容的養育ができていると安心感の輪を安定して回れ

る安定型、やや拒絶的養育だと怖くて不安でも親にあまりくっつかない回避型、親の都合、感情で、ややきまぐれな養育になっていると後追いやしがみつきが強くなるアンビヴァレント型、不適切な養育で、養育者にくっつきたいのか離れたいのかよくわからず、どっちつかずの行動を占める無秩序・無方向型とある。虐待は、養育者は安全な避難場所であると同時に迫害者となり、一番怖い所となり、無秩序・無方向型となる。親以外の人との間で安定したアタッチメントを経験すると修復できる可能性も十分にあるが、一方で、年齢が経つと不信感が徐々に強くなり、修復が難しくなる傾向があることも確かである。

[文責：河村 一郎]

特別講演 2

精神疾患合併妊婦から出生した児と退院支援について

山口県立総合医療センター

新生児科診療部長 長谷川恵子

精神疾患合併妊婦の合併疾患としては、うつ病、双極性障害、統合失調症、不安症・強迫症、摂食障害、アルコール使用症、薬物使用症、パーソナリティ症、発達障害（神経発達症）、てんかん、不眠障害があり、疾患そのものによる影響及び抗てんかん薬、抗うつ薬、抗不安薬などの薬剤による影響を認識しておくことが大切である。例えば、周産期のそれぞれの時期に起こりうる問題として、妊娠前～妊娠中には疾患による神経症状、強い不安、周産期合併症など、胎児期には薬剤の催奇形性、胎児毒性など、新生児期には新生児薬物離脱症候群、母乳栄養の可否、NICU入院による母子分離など、産後には母親の産後うつ、育児不安、母乳栄養継続困難などや、児の発育不良、虐待、発達の遅れ、自閉症スペクトラム症などが挙げられる。具体的には、妊娠に伴う精神疾患の悪化（うつや不安障害などの症状が増悪しやすい、治療の自己中断）、周産期合併症の発症リスク（妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病の頻度が上昇、早産・低出生体重出生のリスクや児の発達への影響）、児に対する影響（新生児薬物離脱症候群、断乳や児のNICU入院などによる母子愛着形成不良、発達

遅延・自閉症スペクトラム症のリスク上昇）、育児困難・虐待（精神疾患が不適切な養育のリスクを上昇させる、若年妊娠や未受診、虐待の要因）、自殺や母子心中（妊娠中や産褥期の精神疾患を背景とした自殺リスク）が問題となる。

精神疾患合併妊婦への対応については、社会的支援が少ないことはうつ状態のリスク上昇と回復の悪さに関連していると報告されていることから、妊産婦の精神的不調の把握と医療面での対応が鍵であり、医療・保健・福祉機関で連携して速やかにサポートすることこそが、虐待や妊産婦の自殺などの予防につながる。

精神疾患合併妊婦の合併疾患について述べる。

周産期うつ病とは、妊娠から産後4週間以内に発症するうつ病（抑うつとは、気分・思考・行動のいずれもが低下する状態）とされ、産後うつ病の約5割は妊娠中に発症し、周産期うつ病の有病率は約15%である。経産婦より初産婦に多いことから、家族が気づいたり、産科で疑われることがある。例えば、妊産婦自殺について東京都23区内での調査結果（2005～2014）では、妊娠中の自殺（23例）の原因として、うつ病は39%（4%は統合失調症合併）で、妊娠終了後死亡（40例）の原因で、うつ病又は産後うつ病は43%と報告されており、妊娠中からの早期介入が必要である。

双極性障害とは、躁状態とうつ状態のエピソードが反復するもの（軽躁で数日間、躁状態で1週間以上、うつ状態は2週間以上続く）とされ、20歳前後の発症が多く、有病率は約0.2%である。産後は再発リスクが高く、ほとんどが抑うつエピソードで、80%は産後4週以内に起こり、褥婦自身と児への育児能力の低下が認められるため、自殺などのリスクが上昇する。

不安症とは、差し迫った出来事に対する恐怖や、将来に対する不安が過剰となり、行動や社会生活に影響を与える状態が6か月続いている状態とされ、有病率は、妊娠期15.2%、産後9.9%、周産期全体で20.7%（一般女性5.2～8.7%）である。不安症に含まれる疾患としては、パニック症（予兆しないパニック発作に対する不安）、全般不安症（病的に過度な不安や心配が6か月以上持続）、

社会不安症（社交場面における強い不安や恐れが 6 か月以上持続）、広場不安症（強い不安が生じた場合、すぐに逃げられない場所にいることへの強い不安や恐怖を抱く）、限局性恐怖症（特定の状況、環境、対象に対する持続的な強い恐怖や不安）がある。

強迫症（強迫性障害）とは、自分にとって無意味ないし不合理と判断される考えや行動を制御できなくなるという症状を特徴とする疾患とされ、有病率は、妊娠中 2.07%、産後 2.43%（一般女性 1.08%）である。「刃物で子供を傷つけてしまうのではないか」、「誤って子供を落としてしまうのではないか」、「自分の親のように叩いてしまうのではないか」と育児不安につながりやすい。

統合失調症とは、①幻覚や妄想などの陽性症状、②感情鈍麻や自発性の低下などの陰性症状、③認知機能障害に大別され、日常生活に支障をきたす疾患である。有病率は約 1% で、思春期から青年期の発症が多い。妊娠判明後の服薬中断、妊婦健診受診率低下、セルフケア低下につながり、産科合併症リスクが高い（検診受診率低下、喫煙、高齢出産など）ことや、産後精神症状の増悪をきたしやすいことに留意が必要である。

てんかんは、合併頻度は全妊婦の約 1% であり、最も合併頻度の高い精神疾患で、発作頻度については大部分（54 ～ 80%）は妊娠前と比較し変わらない。妊娠に及ぼす影響としては、妊娠高血

圧腎症、早産のリスク上昇（odds 比はそれぞれ 1.6 ～ 1.7 倍、1.5 ～ 1.6 倍）が挙げられる。帝王切開率、分娩後出血等のリスク増加も指摘される。一方、胎児に及ぼす影響としては、FGR（胎児発育遅延）、死産のリスク上昇が挙げられる。抗てんかん薬の催奇形性、発達への影響が問題となるが、バルプロ酸は最も催奇形性が高く、妊娠初期の単剤療法における大奇形発症率は 4.7 ～ 13.8% であり、二分脊椎、頭蓋縫合早期癒合、口蓋裂、尿道下裂、心房中隔欠損、多指症の他、児の認知機能障害、自閉スペクトラム症との関連性が明らかである。一方、ラモトリギン、レベチラセタムは安全性が高い薬剤として妊婦に多用される。

新生児への影響について述べる。新生児薬物離脱症候群とは、妊娠中の母体が薬物を摂取することで、胎児期からその薬物に曝露された児に出生後に生じる一連の症候とされ、薬物による出生直後の症状及び胎盤を介した薬物の供給が途絶えることによる離脱症状である。新生児薬物離脱症候群の原因となりうる薬剤は下図のとおりである。新生児薬物離脱症候群の症状は、出生後にみられる薬物による直接の症状及び離脱症状としては、中枢神経症状として易刺激性、興奮時の振戦、安静時の振戦、不安興奮状態、筋緊張増加、筋緊張低下、無呼吸発作、痙攣、傾眠の順で多くみられ、消化器症状として哺乳力不良、嘔吐、自律

新生児薬物離脱症候群の原因となりうる薬剤	
オピオイド	
①オピオイド（麻薬性鎮痛薬）	モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン、ジヒドロコデイン、トラマドール、メサドン、タベンタドール
②非麻薬性オピオイド（鎮痛薬など）	ブプレノルフィン、ペンタゾシン、エブタゾシン
主な非オピオイド薬など	
①催眠・鎮痛剤	・バルビツール系：セコバルビタール他 ・ベンゾジアゼピン受容体作用薬：ゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロン ・その他：ラメルテオン、スボレキサント
②抗うつ薬、抗不安薬	・ベンゾジアゼピン系：アルプラゾラム、プロマゼパム、ジアゼパム、クロルジアゼポキシド、ロフラゼパ酸エチルほか ・SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）、SNRI、NaSSA：パロキセチン、フルボキサミン、セルトラリン、デュロキセチンほか ・三環系・四環系抗うつ薬：クロミプラミン、アミトリプチリンほか
③抗精神病薬	（1）第一世代：クロルプロマジン、ハロペリドールほか （2）第二世代：リスペリドン、オランザピン、クエチアピンほか
④抗てんかん薬	フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン、バルプロ酸、ゾニサミドほか
⑤その他	テオフィリン、カフェイン、アルコール、喫煙（ニコチン）、メタンフェミンほか
SNRI:serotonin norepinephrine reuptake inhibitor, NaSSA:noradrenergic specific serotnergic antidepressant	

図

神経症状では多呼吸、多汗、発熱、徐脈が現れることがある。一般的に48時間以内に症状が現れることが多く、また、一旦症状が消失したのちも生後1か月ごろまでは離脱症状が出現することがあり、注意が必要である。母親が妊娠中に薬物などがあり新生児薬物離脱症候群発症リスクがある場合は、磯部スコアを用いたスコアリングを行い、治療の要否を判断することになる。具体的には、スコアリング評価を3～4時間ごとに行い、治療介入基準は磯部スコアで8点以上であるが、それ以下でも痙攣、無呼吸の頻発や母親の育児困難をきたす症状等により治療を適応することとなる。治療はフェノバルビタール（原因薬剤がオピオイド系の場合はモルヒネ）を使用し、母乳育児は継続を図る。2014年1月～2019年9月に当院で管理を行ったてんかんを除く精神疾患合併妊婦46人及び新生児47人についての後方視的検討では、NICU入院新生児17人のうち12人が新生児薬物離脱症候群（疑い含む）の診断に至った。

精神疾患合併産婦の退院支援については、当院の場合は入院中に両親への育児指導（授乳、沐浴等）、家族背景の確認（キーパーソン、育児サポートの有無など）、必要があれば祖父母などへの指導も考慮している。また、他職種との連携も重要と捉え、家庭環境の情報共有、退院後の自宅訪問依頼、訪問看護依頼、行政手続き、福祉サポートなどについて、多職種ケースカンファレンス開催の取組みを行っている。母乳育児の支援については、薬剤の母乳移行についての不安感から自己判断での治療中止あるいは医師からの断乳指示などによって、精神症状の増悪や母子愛着（ボンディング）形成障害をきたし、自殺、虐待のリスク増大にもつながるリスクがあるため、母親、家族、医療スタッフ間での授乳についての正しい知識の共有に努めるようにしている。つまり、授乳中の向精神薬に対する不安による断乳や母乳育児による心身の疲労・睡眠障害が母の精神症状悪化をきたし、母の希死念慮、育児能力・自己管理能力低下、児への虐待などのリスク増大につながることから、母の精神状態の安定が母子の安全につながることを最優先と考えている。母乳育児や人工栄養については、あくまでリスク・ベネフィッ

トを考慮した個別の対応が重要であり、十分な情報提供をした上で、授乳方法を母親及び家族が決定できるようにすることが重要である。また、プレコンセプションケアを含めた妊産婦のメンタルヘルスへの対応については、厚生労働省『授乳・離乳の支援ガイド』（2019年改訂）を参考にしていきたい。

ハイリスク児としての外来フォローアップについては、退院後1～2週間の時点で、児の発育及び養育状況の確認、母親の不安感や困り感を把握、虐待を疑う所見のチェック（必要時は母子保健担当部署、児童相談所などに情報提供、通告を考慮）、その後は、生後1・4・7・10・12か月、1歳半、3歳、6歳での検診で、発達検査による評価（新版K式発達検査:1歳半、3歳、WISC-V:6歳）を行う。精神疾患を抱えた母と子の適切な育児支援とは、母の精神症状を安定させることが最優先である。妊娠時より関わってきた多職種の連携ネットワークを維持していくことが重要となる。個別対応として、母子ともに危険を伴うような養育困難環境であれば、乳児院へ預けることも含めた対応を考慮する必要性が出てくることもある。

てんかんと統合失調症の二つの合併妊婦事例を提示したが、妊娠前、妊娠中、産後及び乳児期までの医療関係者を含め保健師や行政のサポートはそれぞれできていることが多い。一方、児が成長し就学年齢近くになると、親子、家庭に対しての多職種が連携したサポート体制は薄れてくるといふ現状がある。精神疾患合併妊婦に対し、適切な育児支援を行うためには、父、祖父母などの母以外の養育者へも母同様に細かなサポートを行うことも重要である。

〔文責：縄田 修吾〕

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。