令和2年2月1日（年6回、4・6・8・10・12・2月の1日発行）
ISSN 2185-8179

～健口と輝く笑顔のために～

歯科衛生だより

発行人／武井 典子
発　行／公益社団法人 日本歯科衛生士会
〒169-0072 東京都新宿区大久保2-11-19
TEL.03(3209)8020　FAX.03(3209)8023
http://www.jdha.or.jp/

2020 February vol.55

日本子ども虐待防止歯科研究会の活動から見えてきたこと
ー国民の生活環境を守る番人としての歯科衛生士の役割ー

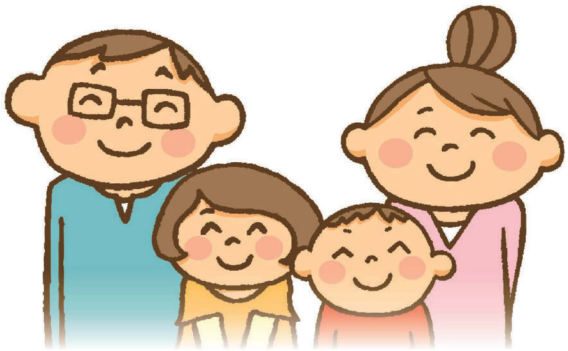
明海大学保健医療学部口腔保健学科　教授
（日本子ども虐待防止歯科研究会会長）　渡部（わたなべ）　茂（しげる）

はじめに

日本子ども虐待防止歯科研究会は2015年6月に設立されました。きっかけはその前年、子ども虐待防止世界会議・名古屋2014での、公募シンポジウムでした。そこに集まった、当時子ども虐待を正面からとらえ個人的な活動を起こしていた数名の歯科医が、このとてつもなく大きい砂漠のような問題に対抗するためには、「わずかな人々の熱い志だけでは無力だ。皆で結集してダムを作ろう」と呼びかけたのが発端でした。研究会設立以降、毎年学術大会（第1回：東京都歯科医師会担当、第2回：神奈川県歯科医師会担当、第3回：広島県歯科医師会担当）を開催し、そして第4回大会は去る2019年11月23日、千葉県歯科医師会砂川稔会長を大会長として、明海大学にて開催しました。大会テーマは「今私たちにできる何か－Small start with BIG picture－」でした。（これらの学術大会の記録は同研究会ホームページ（https://jdspcan.org）参照）。学術大会の会を重ねるたびに、子ども虐待は我々歯科医療従事者が積極的に取り組まなければならない問題であり、その防止のためには我々の力を結集させる必要があるとの認識を高めています。本稿では子ども虐待防止に対する本研究会の取り組みから見えてきたこと、そしてそれが今後の歯科医療の変革に大きく影響していくであろう可能性を考えてみたいと思います。

児童虐待の現状

この世に生まれてきた子どもたちにはみな平等に、健康に、幸せに成長していける環境が保証されなければなりません。



1989年国連総会で「子どもの権利条約」が採択され、その第19条には国際条約の中に初めて虐待や育児放棄から子どもを保護する内容が盛り込まれました。これを背景に日本では翌1990年に「児童相談所運営指針」が出され、全国の児童相談所が報告すべき統計項目に、児童虐待相談対応件数が加えられました。その後2000年に児童虐待防止法が制定され、要保護児童対策地域協議会が整備され、児童相談所等、子どもの虐待防止に関わる機関の連携が促進強化されることになりました。そして、対応件数は1,101件（1990年）から、2018年度には15万件を超えました。これは今まで見えなかった児童虐待が周囲の状況整備により次々に露呈し、経済大国、先進国日本の恥部が表面化してきたことを意味しています。2003年7月から2014年3月の11年間で虐待による死亡累計は1,000人に達し、2018年度の統計では虐待による死亡者数は65名、ほぼ1週間に1.2人の割合に達しています。数の上からも悲惨な状況からも、虐待は今、子ども世界で最も大きな社会問題となってきています。

貧困と生活習慣

虐待の現状把握が進む一方で防止対策が遅々として進んでいないことは、虐待対応件数が常に上昇し続けていることからも明らかです。一体子ども虐待の原因・本質は何なのか？ 以下に挙げる2つの報告からも、「貧困」が子どもの生活に重くのしかかっていることが明らかとなっています。

そのひとつ、ユニセフの先進国31か国における子どもたちの幸福度調査による「物質的豊かさ（貧困）（2013）」によると、日本は21位。同年6月、「子どもの貧困対策の推進に関する法律」が制定され、いわゆる貧困家庭の割合は16.1％。17歳未満の子どもの7人に1人（2014年では2,100万人中350万人、30人クラスに5人）が貧困にあることが報じられています。このような貧困家庭にある子とそうでない家庭の子とでは、教育・生活・健康面で大きな格差が生じていることは言うまでもありません。そして貧困は育児放棄、虐待にも大きく関連していることが明らかになってきました。

二つ目は、2017年3月、内閣府よりリリースされた「子どもの貧困に関する新たな指標の開発に向けた調査研究 報告書」です。それによれば、貧困により被る子どもの不利益の調査で、幼稚園や保育園等での幼児教育、学力、中学校卒業後の進路の状況などが挙げられており、10項目中9つについては貧困から生じる経済的困難が原因で、いわば必然的な関連とも考えられました。しかし驚くべきことはそこに「う歯の状況」という、他とは趣の異なる項目が取り上げられていることです。う蝕（しょく）とは単なる歯の病気ではなく、貧困により生じる諸々の生活状況のひとつとして扱われるほど「社会的な意味を持つ疾患」であるということが示されています。この疾患の予防にはもはや医学領域の枠では対応できない新たな予防方法、社会的対応が必要であることを我々に知らしめています。以下2項目について詳述します。

貧困による食の乱れと生活崩壊

朝食の摂取状況は所得や世帯類型の影響を受けていることが示されており、平成25年度「全国学力・学習状況調査（きめ細かい調査）」（文部科学省）の分析では、貧困世帯やひとり親世帯では、朝食を毎日食べている割合が低いことが示されています（表1）。それにとどまらず朝食欠食者は、夕食時刻が不規則、夜食をたくさん取る、歯みがきを毎日しない、排便を毎日しない等、他の生活習慣にも望ましくない習慣が多くみられることも指摘されています。また起床時刻、就寝時刻共に朝食欠食者で遅く、統計的に有意な差が認められています。そして貧困世帯の子どもに摂取量が少なかった栄養素はたんぱく質、ビタミン、ミネラル類、不溶性食物繊維、食品群は魚介類、乳類などと偏った食事が指摘されています。これらは学力や学習時間、学習効率、体力レベル、自尊心（self-esteem）、自己効力感（self-efficacy）にも影響が及ぶことが報告されています。

表1 世帯種、経済状況別にみた子供の朝食摂取の状況

小6

	全世帯	非貧困世帯	貧困世帯	ふたり親世帯	母子世帯	父子世帯	親不在世帯
朝食を毎日食べている(%)							
している	90.4	91.3	83.8	91.6	83.0	87.7	75.0
	(0.3)	(0.4)	(1.1)	(0.3)	(1.1)	(2.2)	(9.4)
どちらかといえばしている	6.4	5.9	9.9	5.7	10.4	8.7	16.5
	(0.3)	(0.3)	(0.9)	(0.3)	(0.9)	(1.9)	(8.4)
あまりしていない／全くしていない	3.2	2.8	6.3	2.7	6.6	3.5	8.5
	(0.2)	(0.2)	(0.8)	(0.2)	(0.7)	(1.2)	(5.9)

中2

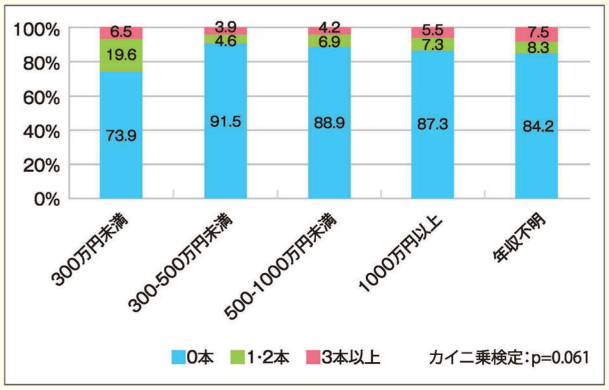
	全世帯	非貧困世帯	貧困世帯	ふたり親世帯	母子世帯	父子世帯	親不在世帯
朝食を毎日食べている(%)							
している	86.3	87.6	78.1	88.0	78.7	78.7	86.6
	(0.3)	(0.3)	(0.9)	(0.3)	(0.8)	(1.9)	(4.1)
どちらかといえばしている	8.8	8.0	14.0	7.9	12.8	13.4	11.2
	(0.2)	(0.2)	(0.8)	(0.2)	(0.7)	(1.7)	(3.9)
あまりしていない／全くしていない	4.9	4.4	7.9	4.1	8.5	7.9	2.2
	(0.2)	(0.2)	(0.6)	(0.2)	(0.6)	(1.2)	(1.2)

注1：ウエイト調整後の推定値。（　　）内の数値は標準誤差。
注2：等価可処分世帯所得が、平成24年度「国民生活基礎調査」による等価可処分所得の中央値の半分未満の世帯を「貧困世帯」、半分以上の世帯を「非貧困世帯」としている。
出典：卯月・末冨（2015）
卯月由佳・末冨芳（2015）「子どもの貧困と学力・学習状況：相対的貧困とひとり親の影響に着目して」国立教育政策研究所紀要、144,125-140.

貧困と齲蝕

生活習慣病であるう蝕、歯周病がこれら生活崩壊の子どもたちに直接影響してくることはごく自然な現象として考えられます。世帯所得と子どものう歯の割合には関連のあることが示されており、学齢期の永久歯う蝕経験は、等価家計支出が低いほど多いとの指摘がなされています。また、世帯収入と未就学児のう歯の関連を調べた結果では、1本以上のう歯がある割合は、年収が300万円以上では約10％、未満では26％になり、年収が300万円未満になると急激にう歯の本数が上がる傾向が示されています（表2）。

表2 「まちと家族の健康調査」における世帯収入と未就学児の虫歯との関連



出典：藤原（2015）
藤原武男（2015）「子どもの貧困をモニタリングできる健康指標の検討」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業（政策科学推進研究事業）『子どもの貧困の実態と指標の構築に関する研究』平成26年度総括研究報告書（研究代表者 阿部彩）、143-154.

今私たちにできる何か

子どもの口の中を診ていると、今、その子がどのような生活をしているかといったことがおぼろげながら浮かび上がってきます。生活のにおいのする口の中には、疾患の背景にある色々な情報が隠れていることに気づかされます。選択の余地なく保護者の生活環境の下で生活する子どもたちの口腔(こうくう)から、いわば臨床検査所見ともいえる情報を得て、それを基に彼らの生活環境をうかがい知り、一歩踏み込んだ総合的な子育て支援の枠の中で専門性を発揮できる歯科医療体系の確立が望まれています。貧困・育児放棄は「人間の生活の垢(あか)」としてなくならないと言う人もいます。子どもの養育支援の環境を抜本的に整え、たとえ小さなことからでも(Small start)現場での口腔保健の確立、発展の先に、この「生活の垢」が取り除かれた世界(BIG picture)を創造することは、今我々に課せられた最大のミッションと思われます。

日本のネウボラ、保健センターの役割

北欧の一隅を占める小国フィンランド。そこでは今、妊娠後から育児が始まる取り組み、切れ目ない家族支援「ネウボラ」(フィンランド語でアドバイスする場所という意味)が実践されています。生まれてくる赤ちゃんを「国を挙げて歓迎する」長期的かつ総体的な育児支援を提供する制度です。ネウボラでの健診は保健師や歯科衛生士が行い、親は不安があればすぐに立ち寄って相談できます。対話を大事にするネウボラは、人のつながりの本質を見、血の通った対応がなされ、生活の中身を充実させるための努力が惜しみなく溢(あふ)れています。そこには、親の社会的孤立、保護者の就労状況の悪さ、ひとり親家庭の離婚後の収入等の保障が保たれます。「子どもは放っておいても自然に育つ」といった風潮の日本ではこのネウボラの様な制度は望むべくもありませんが、最近になってようやく市町村に配置されている保健センターが、その役割の一端を担う努力を始めています。この保健センターに歯科衛生士が多く配置されるようになり、歯科衛生士の仕事の領域が徐々に拡大されてきました。このことは保健センターでの地域住民へのサービスに歯科衛生士の仕事が必要になってきたことを意味しているに他なりません。保健センターは各市町村管轄となるため、その保健活動には地域によって予算的、経済的な差が生じ、国民の健康格差や、虐待防止対策の点でも課題が多いことが指摘されています。しかし歯科衛生士が加わることにより、それらの問題にきめ細かく対応することで、住民との関係がより密接なものになることが求められています。虐待は突き詰めるところ育児の問題です。母と子のアタッチメントの育ちを歯科衛生士が支援する役割が期待されています。

歯科衛生士の役割

最近、口腔保健学部、学科を持つ大学がいくつか設立されてきました。「口腔」といういわば器官名に「保健」がついた不思議な名称ではありますが、それが「学」をつけて学ぶに値するほど、広がり、奥深さをもつ領域として一般に認知され始めました。それは国民の多くが、「口腔の健康は体全体の健康の基礎となっていること」に気づき、その価値を認めてきたことを意味しています。その理論と実践に関わる研究を専門とする歯科衛生士が多職種の一員として活躍できる日々の来ることが期待されます。子どもを取り巻く教育、医療、保健、福祉等、各領域の専門家が一つとなり、境界や隙間のない世界にすることが、子どもの環境を良くするために必要です。

歯科衛生士は、口腔の保健を守るスペシャリストとしての自覚を持ち、国民の生活環境を守る番人としての役割を果たすことが今、求められています。

参考文献

渡部　茂:小児歯科と子ども学 第7回子ども学会議大会長講演. チャイルド・サイエンス　7:32-43、2011.

渡部　茂:小児歯科医が知っておきたい子ども学 子どもサポートの統合 小児歯科臨床　17(1):61-64、2012.

阿部彩・竹沢純子:ユニセフイノチェンティ研究所「イノチェンティレポートカード11 先進国における子供の幸福度ー日本との比較 特別編集版」、公益財団法人日本ユニセフ協会(東京)、2013.

渡部　茂:子どもの健康と口腔保健ー歯科治療から歯科保健へー、第63回日本小児保健協会学術集会会頭講演、小児歯科臨床、21:6-10、2016.

渡部　茂:提言 小児歯科医療で根付いた定期健診制度ー子どもたちの番人としての役割ー　小児保健研究、76(1):1、2017

S. Watanabe:Children in Today's Japan. Dent Oral Craniofac Res, 3(1):1-2, 2017.

子供の貧困に関する新たな指標の開発に向けた調査研究 報告書
平成29年3月 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)
https://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/chousa/h28_kaihatsu/index.html