

「成育基本法」制定に向けて

一般社団法人日本小児科医会会長 松平隆光

2012年12月、国立社会保障・人口問題研究所より、2060年までの新しい人口統計が発表された。それによると、2060年の合計特殊出生率は1.35で、現状より下回ることになった。

この原因は、女性の晩婚化だけでなく、新たに夫婦出生力の低下という要因が加わったためである。出生数減少と寿命の伸長により、2050年の高齢化率は、旧推計の32.3%から新推計では35.7%となり、わが国は世界最高の高齢社会を迎えることになる。

少子高齢化の影響は、経済や生活環境に大きな影響を与えることになるが、子育て・子育ての状況悪化が最も心配される。

従来からヨーロッパ先進諸国では、年齢、性別や障害での差別を改善して女性の就労と子育て環境を整えてきた。そして子育てを次世代育成のための社会全体の問題としてとらえ、母子保健から医療まで広くその権利を親に保障している。さらに子どもを1人の人格をもった権利主体として認めるとともに、よりよい環境で育てられる権利を保障してきた。

しかし、わが国では急激な少子化のため社会的施策が立ち遅れ、女性が産みにくく育てにくい家庭、職場、社会環境を作ってしまった。

今後は親にとっても育つ子どもにとっても安定した生活を保障するために多様な経済的、身体的、精神的な支援が必要となっている。

このため、現行の医療保険制度、母子保健法、学校保健安全法、児童福祉法などの関連法を参考にし、少なくとも保健・医療・福祉を包含した子どものための総合的社会的支援制度を検討すべきである。

1991年以来、日本小児科医会では「小児保健法」制定に向けて継続的な運動をしてきた。小児保健法は、老人保健法の子ども版として名称された経緯がある。

平成20年1月に「小児保健法の具体的あり方」についての答申が日本医師会小児保健法検討委員会（委員長 師 研也元日本小児科医会会長）から出された。これを受けて超党派国会議員による連絡協議会が発足し、国会で審議される直前まで進展したことがあった。しかし、その後の政治情勢の変動により国会での具体的な審議が無いまま今日に至った。

現在検討されている「成育基本法」とは、胎児期から新生児期、乳幼児期、学童期、思春期を経て次世代を育成する成人期まで至る「人のライフサイクル」の過程に生じるさまざまな健康問題を包括的に捉え、これに適切に対応するために必要な法律と位置づけている。

成育過程にある者の保健、医療、福祉の提供を支援するための施策を国、地方公共

団体に求めている。さらに基本理念として、多様化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に的確に対応するために国、地方公共団体、関連施設の有機的な連携の必要性が記載されている。これを具体化するために、国の財政的措置の必要性、健康の増進及び福祉の向上を図るための「成育基本計画」の作成とそれを審議する「成育医療等協議会」の設置が成育基本法総則に記述されている。

高齢者にあっては、昭和57年老人保健法が制定され、老人の生活全般にわたる広範な保健・医療・福祉サービスが展開されている。小児にあっても老人保健法を参考にして、子ども自身が健全に成長していけるような環境作りと、子育てを社会全体で支えていくシステムを早急に作る必要がある。

I. 今の子どもたちが抱える問題

日本小児科医会常任理事：内海裕美

医療の進歩に伴い、感染症の克服、先天性疾患の早期診断・治療、周産期医療の進歩はめざましく、生存率も高くなりました。しかしながら、子どもたちの体力・運動能力の低迷、視力低下、自律神経疾患、AIDSなど性感染症の増加などのあらたな身体問題および児童虐待、不登校、いじめ、ネット依存、うつ病などの精神疾患、自殺など子どもたちの行動や発達、養育環境の問題が重要課題となっています。以下のような例をみても、我が国の現代社会で子どもが健やかに育つ環境を保証していないことが読み取れると思います。

身体の問題

1) 体力・運動能力の低迷および進む視力低下

小中高生の運動能力はピーク時の1985年頃に比べ依然低水準となっています（文部科学省、2013年10月）視力低下も進んでおり、裸眼視力1.0以下の生徒が7、8割にのぼっています。

2) 性感染症の増加

性交経験率は15歳女性で1割強、18歳女性で約5割と増加傾向です。それに伴うように不妊症の原因ともなるクラミジア感染症の増加や先進国で唯一HIV感染症が増加し続けているのが日本の現状です。

心の問題

1) 増え続ける児童虐待

児童相談所の児童虐待対応件数は毎年増え続け平成24年度には66、807件と過去最高になりました。市町村窓口での対応件数や通告されていないケースを考えるとこれでも氷山の一角に過ぎないと考えられています。虐待による死亡数は毎年およそ100例で、その7割が2歳以下です。重篤な後遺症を残して生きている子どもたちや、保護後も十分なケアを受けずにいる子どもたち、さらに継続している虐待のもとで暮らし

ている子どもたちがいます。特に発見しにくく生命の危険も伴うネグレクトの増加、より専門的なケアの必要な性的虐待への対策（司法面接など）が不十分です。

2) 不登校

義務教育期間に「学校に行かない／行けない」不登校児は平成13年度に13万5、900人と過去最高でした。その後、減少傾向にはありますが12万人前後で、総生徒数は常に減少しているので実質的には横ばいか増加と考えられます。不登校は「行かない／行けない」という状態を表しているに過ぎず原因は多岐にわたりますが、2万人もの児童生徒が義務教育の機会を逸しています。

3) ネット依存

厚生労働省の研究班の調査では、児童生徒のうち51万8千人がネット依存状態であることがわかりました。さまざまな調査でも、児童生徒の約1割はテレビ、ビデオ、ケータイ、パソコンなどの電子映像メディアに4時間以上の長時間を費やしている事がわかっています。体を動かすことなく、仲間と過ごすこともない時間に費やしています。一方、スマートフォン（スマホ）の普及で子育ての様子が変化してきています。特に乳幼児期は、子どもに適切にかかわってくれる大人の存在が不可欠です。

乳児とアイコンタクトもせず、あやすこともスマホの子守り機能に任せている姿が多く見られるようになり子どもたちの愛着形成をはじめとする情緒や言葉の発達に歪む危険性が否定できません。

4) 自殺

1998年に自殺者総数が3万人を越えました。以後そのまま推移していますが、特に20～30代で増加しています。自殺の若年化が起きています。小学生・中学生・高校生の自殺は毎年およそ300名ですが少子化で児童生徒の実数が減少していますので人口10万あたりの自殺死亡率は確実に増加していると考えられます。

10歳から14歳の死因の第3位、15歳から19歳の死因の第2位となっています。

II. 乳幼児保健

日本小児科医会乳幼児学校保健委員長：川上一恵

我が国の合計特殊出生率は1948年の4.3をピークに、1985年に1.76、バブル崩壊を経て2005年には1.26となりました。今年発表された合計特殊出生率は1.41と上昇傾向をみせていますが、出生数は過去最低となっています。「日本の将来推計人口（2012年1月推計）」によると、我が国は今後一層少子高齢化が進行し、高齢者数の増加と生産人口の減少という人口構造の変化をきたすと推測されています。一方で国民の9割が結婚を希望し、2人以上の子どもを産み育てたいと希望しているという報告もあります。

産みたいけど産めない、産んでも子育てに自信がなく、支えてくれるはずの祖父母世代も育児不安を解消してくれる存在としてあてにならないというのが乳幼児をとりまく現状です。

育児不安

親が子の育児に際して感じる不安を総称して「育児不安」といい、生後1ヶ月以上の子供を持つ人の7割がなんらかの育児不安を感じているという調査結果もあります。育児不安の背景には、経済的な不安、子育てへの不安、仕事と家事・育児の両立に関する不安が要因としてあげられています。具体的には、乳幼児の発達と行動、かかりやすい疾患について病態や家庭における対処法などの知識が不足していること、また父親の育児参加の不足、相談相手がないことなどが大きく影響していると見られています。その一方で、先進国では、一般に育児に関する情報が書籍からインターネットに至るまで溢れている面もあり、あれこれと情報を得た結果として、それらに一貫性が無かったり幾つもの可能性が考えられたりして、混乱し不安を覚える場合もあります。

育児不安の強い人は、子育て支援（預かり保育、子育て相談、未就園児事業等）や子育てサークルへの関心が高く、利用率も高いという報告もあります。

乳幼児健診

現在、母子保健法に基づく乳幼児健康診査は1歳6ヶ月児健診と3歳児健診のみです。多くの自治体で0歳児の間に2回の健診を公費で実施していますが、実施時期は一定ではありません。さらに日本小児科医会が行った調査では、生後1ヶ月健診を公費で行っている自治体は1割程度にすぎませんでした。また、健診で医師や保健師によって子どもが良好な状態で育っていると確認してもらうことで安心して育児できるという感想が得られました。法律に基づく1歳6ヶ月健診と3歳児健診やBCG接種と同期させた4ヶ月健診の受診率が90%を超えていること、未受診者の中に被虐待児をはじめとする社会的擁護を必要とする児が含まれている可能性があることから、0歳児の公費による健診の機会を増やすことは、子どもの健康状態の評価および保護者の育児不安の解消に有効と考えます。

さらに発達障害の早期発見と就学に向けた対応も重要な課題となっており、公的な5歳児健診の実施が求められています。

仕事と育児の両立

かつて三種の神器といわれた洗濯機等の家電製品の開発普及により女性の家事労働が軽減されたこと、核家族化により子育て中の孤立感が強くなったことから女性が社会とのつながりを求めているところに、少子高齢化に伴う生産人口の減少は女性の社会参加を加速することになりました。

常勤の母親は自分のことができないと焦る一方、一人で子育てをしているという孤立感は少ないという結果が出ています。母親の就労状況と保育所の利用は相関することから、育児支援は育児不安の軽減に役立つものと考えられます。

女性の社会参加を促すためには、子どもを安心して安全に預けられる場、すなわち保育施設の拡充が求められています。単に保育施設を増やすのではなく、保育内容や保育士の技能向上も必要な状況です。

男性の育児参加

男性の64.3%が妻の産後8週間中に育児休業を取得したいと考えていますが、実際に仕事と育児を両立できていると評価している人は3割にとどまっています。そして子どもの看護のために仕事を休んだ人の割合は男性7割で女性の9割に比較して低い比率にとどまっています。男性の育児参加と母親の育児不安の関係をみると、父親から母親への情緒的なサポートは、育児や家事への直接的な関与より育児不安を解消するという報告もあり、男性の就労と家庭生活・育児参加についての調査・研究および制度の拡充も必要とされています。

Ⅲ. 学校保健（いじめ、不登校、発達障害、食物アレルギー等）

日本小児科医会常任理事：河野幸治

近年、少子化、情報のICT化、核家族化、国際化などによる社会環境や生活環境の急激な変化は、子どもの心身の健康にも大きな影響を与えており、学校生活においてもいじめや不登校などの心の健康問題、発達障害、アレルギー疾患などの大きな課題が顕在化してきています。

いじめ

近年、いじめの問題を背景として生徒が自ら命を絶つという痛ましい事案により、いじめの問題が大きな社会問題となっています。

平成23年度の文科省の調査では、全国の国公私立の小中高等学校及び特別支援学校におけるいじめの認知件数は約7万件、いじめを認知した学校数は約1万5,000校で、学校総数に占める割合は約38.0%に上っています。また、同じ文科省の調査では、平成24年4月からの6か月間でのいじめの認知件数は14万4,000件に上り、このうち、重大な事態に至るおそれがある件数は278件と明らかに増加傾向にあります。

さらに、近年、インターネット上の掲示板などを利用した特定の児童生徒に対する誹謗中傷など「ネット上のいじめ」も深刻な問題となってきています。

いじめの問題について具体的には、①学校・家庭・地域が一丸となって子どもの生命を守ること、②学校・教育委員会等との連携を強化すること、③いじめの早期発見と適切な対応を促進すること、

④学校と関係機関の連携を促進することなどの国の積極的な取組が必要です。

不登校

不登校とは、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しないあるいはしたくともできない状況にあること(ただし、病気や経済的理由を除く)ものと定義されていますが、平成22年度の全国の国公私立の小・中学校の不登校児童生徒数は約12万人、高等学校は約5万6千人と、依然として相当の数に上っています。

その対応に当たっては、①将来の社会的自立に向けた支援、②連携ネットワークによる支援、③将来の社会的自立のための学校教育の意義・役割、④働きかけることや関わりを持つことの重要性、⑤保護者の役割と家庭への支援などの5つの視点に立った支援が必要です。

発達障害

発達障害には、①自分の世界に入り込んで周りの様子を気にしない自閉症やアスペルガー症候群などの広汎性発達障害、②長時間じっとしていられなかったり、不注意や衝動性などの行動がある注意欠陥多動性障害(ADHD)、③知的発達には問題ないが、特定の分野の科目が苦手であったり、字が読めないなどの学習障害(LD)などがあります。

文科省の小・中学校における全国調査では、このような発達障害の子どもは平成4年が6.3%、平成24年では6.5%でした。全体の頻度は、ほとんど変化はありませんが、注意欠陥多動性障害や知的障害のない広汎性発達障害などに類似した児童生徒数は、少しずつ増加してきています。発達障害を持った子が、普通学校の普通学級に通えるよう二次障害によって将来、不登校などにならないように支援することが大切です。

食物アレルギー

最近では食物アレルギーと診断される子どもたちが増え、平成24年12月20日に調布市で起きた学校給食でのアナフィラキシーによる小学生の死亡事故に見られるように、全国的にも食物アレルギーによる学校現場での事故は増加傾向にあります。

小・中学生の食物アレルギーを持った子どもの数は、文科省による平成9年の調査では2.6%、平成24年の西日本アレルギー研究会による調査では3.6%と増加傾向にあります。このような食物アレルギーを持った子どもたちが学校生活の中で、アレルギー症状が起らないように事前の予防対策を考えることが必要ですが、もし症状が出現した場合の対応について、特にエピペン注射を誰が行うのかなどあらかじめ決めておくことにより、食物アレルギーの子どもも安心して学校生活を送れるようになります。そのための支援が必要です。

IV. 小児救急医療

日本小児科医会常任理事：山中樹

女性が一生涯に産む子どもの数を示す合計特殊出生数は、昭和48年の2.16から平成22年には1.41にまで減少し、15歳以下の小児人口は全体の13%にまで低下しました。国は様々な子育て支援策により少子化をくい止めようとしていますが、未だ安定的な出生数の増加に結びつけることは出来ていません。

国の財政を再建し経済を再活性化するには、どうしても少子化を克服する必要があります。そのためにはこれまで以上に子育て支援体制を充実し、安心して子どもを産み育てる環境を整備する必要があります。子育て中の一番の不安は子供の急病であり、多くの保護者は必要な時に何時でも安心して小児科医に診てもらえる救急体制が整備されていることが、最も重

要な育児支援策と考えています。

小児救急医療の課題

日本の小児救急体制は、小児救急電話相談事業（#8000）、軽症患者に対する初期救急体制、入院を要する重症患者に対処する二次救急体制、救命処置を要する重篤患者への三次救急体制で構成されています。この小児救急体制には、①小児科医のマンパワー不足と地域格差、②小児医療の不採算性、③非効率的な小児救急体制の存在という解決すべき3つの課題があります。

1) 小児科医のマンパワー不足と地域格差

小児科を主たる診療科目とする小児科医は毎年僅かずつ増加していますが、初期救急に従事する内科小児科標榜医は高齢化により毎年500~600名程度減少しています。今後小児科医の高齢化が初期救急医療のマンパワー不足にますます拍車をかけるものと予測されます。

また二次救急に関わる病院小児科の動向をみても、大学病院小児科教室への入局者数が昭和58年から平成7年までの12年間に7%も減少し、また全国の大学医学部学生の志望調査によっても小児科を志望する学生数は10%程度と低率であります。少子化社会、小児医療の不採算性、小児医療現場の労働環境が過酷であるということが、小児科を敬遠する要因になっていると考えます。

一方小児科医師数を都道府県別にみますと大きな地域格差が認められます。また同時に同じ都道府県内においても都市部と郡部では配置状況に大きな差があり、どの都道府県においても都市部へ医師が偏在しています。医師の多い大都市では、小児科医による通年体制の初期及び二次救急体制が確保されていますが、小児科医の少ない中小都市や郡部では、他科医師の支援のもとに、はじめて平日準夜帯や休日日勤帯に限った時間外診療が提供されています。

2) 小児医療の不採算性

全国自治体病院協議会・全国公私病院連盟による共同調査によると、平成11年の小児科医師1人1日あたりの診療収入は内科医の58%(26.6万円対45.9万円)、外科医の79%(26.6万円対33.6万円)にしか達せず、皮膚科医に次いで低収入でした。また看護業務実態調査では、小児科診療は他科より多くの看護要員を必要とし、患者1人当たりの総看護時間も成人の2倍も必要とし、非常に手間がかかることが示されています。経費が嵩む上に低収入で手間がかかるという小児医療の不採算性は、当然病院経営を圧迫し、経営者に小児科の縮小や廃止を考えさせる要因となり、全国的な病院小児科の削減傾向につながり、小児科救急医療体制の混乱に更なる拍車をかけています。

3) 非効率的な小児救急体制

効率的な小児救急体制は、「軽症患者は初期救急施設で、入院を要する重症患者は二次救急

施設で対応する」という役割分担が守られていることであります。しかし実際にはそのような体制が確保されているわけではありません。初期救急施設である急患センターが同じ地域に整備されていても、約 7 割もの二次救急医療機関は急患センターと同じ時間帯に時間外診療を行っています。保護者は、設備が整い小児科医が診療してくれる二次救急医療機関へ集中しますので、勤務医には大きな負担がかかるとともに、急患センターの医療経営は圧迫されます。勤務小児科医の負担をあえて承知で病院小児科が時間外診療を行うのは、病院小児科の不採算性を時間外診療でカバーするためであります。

小児救急体制の課題解決

小児科医のマンパワー不足、小児医療の不採算性、非効率な小児救急医療体制の現状を小児科医の努力だけで解決することはとても困難であり、国の施策により改革すべき課題と考えます。成育基本法の整備を糸口に、更に踏み込んだ国の支援が必要と考えます。

1) 効率的な小児救急体制への転換

初期と二次救急の役割分担を明確化するには、両施設の合意のもとに急患センターと病院小児科の時間外診療機能を一体化させる必要があります。設備の整った病院へ初期救急を担う時間外診療部門を併設し、診療所医師の出務によって病院小児科医の負担を軽減するという地域連携方式による初期救急体制へ改革していく必要があります。既に幾つかの地域では、地域連携方式による初期救急診療体制が整備されていますが、今後地域連携方式導入条件の整った地域では、国の指導で積極的に導入していく必要性があると考えます。

2) 小児救急電話相談事業（#8000）の実施体制の拡充

子どもの傷病に保護者がどの様に対処すべきか、またどの様な症状の際に、どの救急医療機関を受診すべきか、小児医療の経験のある看護師や小児科医が電話でアドバイスする事業です。トリアージ（傷病時の危急度判定）機能や育児支援機能も兼ね備えているため子育て支援ツールとして重要であります。

平成 22 年から 47 都道府県で実施されるようになりましたが、未だ相談対応が準夜帯に限られている地域が多く、相談体制を深夜帯へ拡充し必要な際には何時でも相談出来る体制へ機能を充実していく必要があります。また電話相談業務に必要な救急医療情報を収集し提供するための全国情報支援センター等のシステム整備も必要と考えます。

3) 小児救急地域医師研修事業の普及

小児科医不足地域で小児患者を診療する他科医師の診療技能を向上し、過疎地域の小児初期救急診療体制を補完・強化するための重要な事業であります。現在 13 の道や県で継続的に研修が開催されていますが、更に広い地域に拡大する必要があります。

4) 家庭・家族看護力の養成と継承

上記1)～3)を踏まえて、今後、中長期視点にたち小児初期救急医療を医療側と受療側が充実したものにしていく必要があります。そのためには急な傷病時の家庭対応はもとより、どのような場合に救急受診すべきかなど、家庭・家族の看護力を醸成するトリアージスキル（傷病時の危急度評価術）を用いて診療所医師等が保護者を指導していく体制を確立し、診療点数化することが望まれます。このための小児科診療所医師を中心にその指導要領の策定と講習が今後必要と考えます。

V. 予防接種

日本小児科医会常任理事：及川馨

VPD から子どもを守る

子どもは日本の未来であり、子どもを大切にしない国に未来はない。多くの問題があるが、中でも予防接種問題はその象徴的なものである。

日本では欧米など他の先進国に比して多くの子どもたちが VPD（ワクチンで防げる疾患）にかかって、健康を損ねたり命を落としたりしている。これは決して保護者の責任ではない。原因としては VPD の恐ろしさを含めたワクチンの必要性が啓発されていないことが上げられる。有料の任意接種ワクチンが多く、水痘、流行性耳下腺炎、B 型肝炎、ロタウイルス、各ワクチンは未だに定期接種化されていない。

これらはみな WHO がわが国では定期接種にすべきとしているものである。高齢者用肺炎球菌ワクチンも定期接種化すべきである。ワクチンの安全性に対しても啓発がなく、副作用神話がはびこっていることを容認していることも問題である。予防接種法の立法の精神（目的）は国民を VPD から守るために接種率を高めることであるのに、接種を妨げる多くの非科学的で、不合理な制度があることなどである。

世界標準の予防接種体制

世界標準と比較して日本の予防接種体制は独自のローカルルールにより実施されている。本来は接種率を高めるために、定期接種の期間を長くとることが大切であるにもかかわらず、標準的接種期間を少しでも外れたものを定期接種として認めないことは、まさにこの表れである。他のワクチンとの接種間隔も、世界の科学的な接種間隔ではない。接種方法では、世界では不活化ワクチンはアジュバントの有無にかかわらず、筋肉内接種である。筋肉内接種は皮下接種に比して、効果も高いか同等で、痛みも含めた局所反応が少ない。昭和30年代の筋注による大腿四頭筋拘縮問題のトラウマから、本来関係のなかったワクチンまでも何でも皮下注で実施されている。

また、接種部位も BCG を除き、乳児では筋肉層の少ない上腕より大腿前外側部が先進国の常識である。肺炎球菌、HPV など輸入ワクチンが増えて、海外のメーカーから皮下注にこだわる日本への苦情や提言がよせられている。また、DPT ワクチンの接種開始時期は世界では生後2カ月であるが、未だに生後3カ月である。2カ月に開始すれば免疫

が早くできるだけでなくワクチンスケジュールも立てやすい。またこれだけワクチンの種類が増えたので世界標準の同時接種をもっと啓発すべきなのにそれも少ない。接種回数に関して世界標準に比して少なくその検討も行われていない。その他多くのことがある。

実施主体を国へ

現在は予防接種の実施主体は地方自治体である。これは良い面もあるが現時点では悪い面が多い。例えば広域化とって、全国どこでも無料接種がかのうであるべきなのに、道一つ挟んで、できないこともある。また、国の姿勢が明確でないことも原因であるが、予防接種の必要性を理解してない地方自治体の関係者が、国が決めた上位の法律を、下位の法令を作って制限することも多い。また、啓発に関しても極めて不十分である。

この際、一度実施主体を国に戻してしっかりとした体制づくりが極めて大切と思われる。そして最大の問題は、国の指導者が日本の未来である子どもたちのために予防接種の推進に関心が少ないことである。米国では大統領が予防接種を推進したためにこれだけ国民の命と健康が守られて、直接及び間接医療費がこれだけ減少させることができたと言演説する。すなわち、専門家を集めた予防接種諮問委員会のもとで、国民のたえの良いい制度作りを行って、それを国が支援するのでこのようなことが可能である。繰り返すが日本の将来は子どもたちにかかっている。過ちをただすのに早すぎることはない。国の英断が望まれる。