

公益社団法人 日本小児科医会の提案

日本小児科医会では、25年前小児科医会セミナーで「子どもの体が健康に育っていくために、社会は、そして国は何をすべきか」についてシンポジウムを開催しました。その後、議論を重ね、新生児から思春期に至るまで一貫して子どもの医療、保健、福祉を包含し施策を提供する法律「小児保健法」の成立を目指しました。多くの関係者のおかげをもちまして、対応する範囲のより広い「成育基本法」として2年前に成立することができました。

成立までの25年間で、養育者の子育てする力が低下しています。子どもの数が減少し、十分に養育できる状況にもかかわらず、児童相談所の虐待相談件数は増加し続け、子どもの事故死は一定数発生しています。健康に影響を及ぼす社会的要因である貧困が7人に一人認められ、愛着障害、発達障害が心配な子どもが増えています。いじめの報告件数は軽微なものを含め急増し、不登校も同じく増えています。子どもの自尊心が低下し、思春期に憂うつであると感じる子どもが増加し、いろいろな原因で若者の自殺は改善していません。医療の進歩に伴いハンディキャップを持った子どもも増加して、医療的ケアが十分提供されていない状態です。

子どもの成長の過程では先ほど述べたようなさまざまな問題が生じています。その発生を予防できるものもありますが、対応が十分とは言えません。子ども達は特段の配慮を要し行政の支援を受けている子ども、そこまではないものの経過観察が必要な子ども、特段の配慮を要さない子どもがいます。しかし、子どもたちすべてに、その子どもにとって必要な支援があります。子どもたちが健やかに成育するためには、各々の子どもにとって必要な支援を提供することが不可欠です。

このためには、妊娠時からポピュレーションアプローチで新生児、乳幼児、学童生徒、思春期に至るまで成育過程を継続して支援する体制の構築が必要だと考えます。とりわけ、乳児期に子どもと保護者との愛着がしっかり形成されることが人生の出発点で、そこから子どもを生物学的、心理学的、社会的(biopsychosocial)な見地から見守ることが要求されます。また、高齢者の地域包括ケアと同じように、地域で子どもと家族を医療、保健、福祉、教育そして生活を多職種で見守る体制、すなわち子どもの地域包括ケアを実現することも必要になります。子どもを中心に、多職種で連携して子どもと保護者を支援し、子どもの健やかな育ちを成育基本法により守っていくことが大切と考えいくつか提案させていただきます。

1、乳幼児期の子育て支援と見守り

1) 子育て世代包括支援センターと地域子育て支援拠点事業

フィンランドのネウボラは出産・子育て支援センターで、登録制による妊娠期から就学前までの子どもと家族の心身の健康支援制度です。同じ保健師が妊婦健診と乳幼児健診を定期的にワンストップで家族の相談支援を行うので、お互いに信頼関係が築きやすく、全員対象のスクリーニングで問題の早期発見、予防、早期支援につながっています。子育て世代包括支援センターはネウボラを参考にした、子どもと家族の情報を収集し相談支援するワンストップの窓口で、全国の自治体に設置されつつあります。母子保健法により設置されますので対象は妊産婦から未就学児になります。

日本の子育て世代包括支援センターは、実際にセンターで妊婦健診やすべての乳幼児健康診査を実施していません。役割は妊婦の全数面接で情報を把握し、産科妊婦健診からの情報などから産前産後サポート事業、産後ケア事業によりハイリスク家族の早期発見・早期支援で虐待予防につなげています。一方、生まれた子どもは、0歳児は88%、1歳児は68%、2歳児は62%自宅で養育されています。この時期に実施される乳幼児健診は3、4か月健診、1歳6か月健診と自治体によっては1~3回の健診が追加実施されているのみで妊婦健診のように継続的に子どもを見守っていません。

地域子育て支援拠点事業は妊娠時期から3歳まで継続して子どもと保護者にかかわる事業で、実際の子育て体験、子育て不安の解消、孤立させない子育てなどに役立ち、子育て世代包括支援センターの機能を補完するものです。妊娠時から乳幼児期の子育て支援が重要で、実施主体により名称は変わりますが、マイ保育園、マイ小児科などを学校区に1つ設置し身近な相談場所として全妊婦の登録制で導入することが重要と思われま

2) 乳幼児健康診査回数の増加

安心して妊娠・出産することから始まり、健やかな子どもの発育を支援するには子どもと保護者に頻回に係ることが要求されます。乳幼児健康診査はポピュレーションアプローチで子育て支援に役立ち、発達の促し、虐待早期発見・早期対応などの支援につながります。ネウボラでは、乳幼児健康診査は1か月まで2回、6か月まで月1回、1歳まで2カ月に1回、3歳まで6か月に1回、6歳まで年1回実施されていて、その効果が新生児の虐待死ゼロにつながっています。

わが国の定期健康診査は1歳6ヶ月と3歳の2回で、それ以外3、4か月が全国でほぼ実施されていて、更に6、7か月、9、10か月や5歳で実施している自治体がありますが、乳幼児期6年間に4、5回ではとても貧弱で、ネウボラと同程度の健康診査回数を実施すべきと思います。

3) Biopsychosocial な健康診査の実施

今まで乳幼児健康診査は医学的な評価に重点が置かれてきました。今後は、保護者の育児不安や心理状態の把握のために、保護者へのうつ病評価の2質問法、生活が苦しくないですかなど

導、予防接種の推進などの啓発が健康診査に不可欠です。

米国においては子どものかかりつけ医がヘルス・スーパービジョンを新生児から 21 歳に至るまで実施しています。これは、子どもの健康を「最大限にする」ために、子どもを取り巻く環境（家庭、学校、地域など）への介入を通じて、疾病・外傷を予防し、健康増進につながる定期診察です。子どものかかりつけ医が、「病気を治す」疾病の対応のみを行う「点の医療」から、新生児期から子どもや家族とその地域社会に継続的に介入し「心身の健康を損なうリスク」を未然に防ぎ、疾病対応に加え「健康の見守り」をする線の医療を提供しています。（阪下和美著：正常ですで終わらせない！子どものヘルス・スーパービジョンから）日本の健康診査もこのような、生物学、心理学、社会学を基盤とした予防的観点からの指導の実施が必要です。

2、学童から思春期での個別健康診査

乳幼児期を過ぎると、児童・生徒への学校健診は集団で実施され個別健康診査は行われることはありません。学童から思春期には、いじめ、不登校、うつ、自尊心の低下、自殺、性感染症、飲酒喫煙、生活習慣病などが認められます。近年、学校保健の中で、がん教育、性教育などが実施されつつあります。しかし、1回授業を受けただけで身につくとは思えません。乳幼児期から学童・思春期まで継続した子どものかかりつけ医での定期個別健康診査を通じ医療・保健・社会問題の支援をすることが不可欠と考えます。精神科と連携した抗うつ薬投与、産婦人科と連携した緊急避妊薬投与等も検討課題と考えます。学童から思春期での個別健康診査は妊産婦健診と同じようなクーポン券による実施を提案します。

3、子どもの地域包括ケアと小児医療体制

どこに住んでいても必要な場合には、適切な医療機関への受診機会が確保できるように周産期を含めた地域小児医療を維持することが必要です。一般病院と開業医を底辺とする、2次病院から高度急性期病院へと病態に応じたピラミッドを形成し、急性期のみならず慢性期疾患（医療的ケア児、小児慢性疾患患者など）を有する子どもと保護者を支援する医療提供体制の構築が必要です。医療的ケア児が急激に増えている現状では在宅医療に移行する子どもにとって在宅医療を支援する小児在宅等支援病院や療養型施設の整備を早急に実施すべきと考えます。また小児科医が少ない地域では開業医を含めて地域振興小児科を指定し地域医療を守ることが必要と考えます。地域差のある問題に、各地の現状に合わせて地域小児医療を計画できるように、都道府県で策定される医療計画に小児医療の充実を図るため会議への小児科医の参加を求めます。

地域医療は医療提供体制と地域包括ケア、両者の存在の下で実施されます。子どもの地域包括ケアは、子どもと保護者を真ん中に置いて、自治体、医療機関（医師会）、教育機関、幼稚園・保育所、NPO 法人など民間機関等が医療連携協議会を組織し、医療、保健、福祉そして教育と、できれば生活を一緒に考え対応することが必要です。乳幼児期であれば子育て

て世代包括支援センターが窓口となり担当できますが、それ以降になると法的根拠がなく組織することが出来ません。継続的な支援を実施するためには、子育て世代包括支援センターが成人に至るまでの情報を継続的に収集し、状況把握し多職種と連携できるよう法律に規定しておくべきと考えます。また、介護保険のようなケアマネージャー制度を子どもにも導入し、円滑な医療、保健、福祉、教育と生活支援できる制度設定を望みます。

4、社会的背景因子によらない健やかな育ちの保障

保護者の経済状態、就業形態、婚姻の有無そして住む場所等の社会的背景によらず、子どもたちが健やかに育つことが重要です。少子化対策効果が優れている現物給付を主体に現金給付をバランスよく実施し、成育過程で生じる健康格差、学力格差、生活格差、地域格差等を生じないように是正解消し、自分の将来、ひいては日本の未来に希望を持てるように配慮を希望します。

5、健康診査、予防接種などの個人の公衆衛生情報の活用

全ての乳幼児健診などの保健データは、就学時に小学校に移管されることはなく、一定期間が過ぎれば抹消されてしまいます。公立小学校から公立中学校には情報が伝達されますが、公立から私立に進学すれば情報は途絶えることとなります。乳幼児期、学童期を通じた健康情報（健康診査、予防接種）が電子的に記録されつつあります。個人の医療・保健データを電子記録でクラウド保存し、本人の同意の下 PHR（Personal Health Record）として利活用する基盤が整備され、本人が自分の医療サービスに利用したり、膨大なデータを疫学研究したり、健診内容の評価に役立てることを実用化すべきと考えます。

6、感染症と予防接種対策

MR ワクチン、B 型肝炎ワクチン、ヒブワクチンなどの不足が繰り返し問題になっています。子どもの健康を守ることが困難な状況に陥らないよう供給体制を整備していただくとともに、世界水準の予防接種の実施を希望します。感染症と予防接種は厚生労働省健康局の所管で、国立感染症研究所が感染症の研究とワクチン等の検定などを実施しています。米国でここに相当するのは疾病予防管理センター(CDC)で感染症対策などを担っていて、予防接種に関することは米国予防接種諮問委員会 (ACIP) が取り決め、CDC に助言指導しています。新型コロナウイルス感染症対策では米国では CDC が公報し主導していますが、中国でも ChinaCDC が SARS の頃から設立され活動しています。日本でも国立感染症研究所の公衆衛生や予防接種における権限と予算を拡大し、地方衛生研究所を法的に位置づける法改正を望みます。

7 成育医療保健の進歩のための小児医学・医療研究の推進

1) 小児医学保健研究の推進

医学研究なくして医学は進歩しません。小児がん、慢性肉芽腫症や血友病などの遺伝性疾患の子どもを救う遺伝子治療の研究開発と治療研究が実施されその有効性が認められてきました。今後さらなる研究開発が求められます。

また我が国の保健状況の調査研究も重要で、母子保健施策決定に寄与するものと考えます。胎児期～幼小児期の環境が、成人期の慢性疾患リスクに影響を与えるとする概念（DOHaD）への介入効果、社会的擁護の必要な子どもの療育・教育・医療・保健などの環境整備を目指した研究、子どもから若年成人にいたるまで身体・心理・社会性を総合的に評価する仕組みの構築に向けた調査研究など多くの研究課題があり、実態を把握することにより良い医療・保健・福祉を子どもと保護者に提供できると考えます。

2) 小児死亡登録検証 Child death review 制度の導入

虐待件数が増加しているにもかかわらず、虐待死は横ばいです。子どもの死因の中に虐待死が含まれている可能性があります。あらゆる子どもの死亡症例の原因を明らかにするため小児死亡登録検証 Child death review 制度の導入が求められます。

3) 環境が生体に及ぼす影響についての調査

社会決定因子が健康に及ぼす影響について警告が出されています。小児の生活習慣病は、妊娠中から乳幼児期の環境要因、遺伝的要因と生後の生活習慣が発症に大きく影響しています。環境省では、日本中で10万組の子どもと保護者が参加して大規模な疫学調査「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」を2011年より実施し妊娠中から13歳になるまで、定期的に健康状態を確認し、環境要因が子どもたちの成長・発達にどのような影響を与えるのかを明らかにし、子どもたちが健やかに成長できる環境、安心して子育てができる環境の実現を目指す調査を実施しています。この調査は13歳までで思春期の子どもの調査はありません。これ程の大規模調査なので継続して思春期まで実施し日本にはほとんどない思春期のデータを集積するべきと考え、継続できるよう法的位置づけを望みます。

8、子ども家庭庁の新設

今までの子育て支援施策が十分ではなかったため少子化は加速度的に進み、近い将来年間出生数は70万人程度になると予測されています。この小児人口減少の危機的状況に対応するため、一元的に医療、保健、福祉そして教育を所管する子ども家庭庁の創設を希望します。成育基本法は子どもと保護者に成育医療等を切れ目なく、総合的に実施されることが明記されています。より実効性のあるものにするために厚生労働省に子ども家庭庁を設け、施策を横断的に実施できる体制を望みます。