

母子保健検討委員会答申

令和2年6月

日本医師会母子保健検討委員会

令和2年6月

日本医師会長

横倉 義武 殿

母子保健検討委員会

委員長 五十嵐 隆

母 子 保 健 検 討 委 員 会 答 申

本委員会は、平成30年10月18日に開催された第1回委員会において、貴職から諮問のありました、「次世代を見据えた母子保健の充実強化に向けて（妊産婦健診の在り方、乳幼児健診の標準化等）」について、6回の委員会を開催して鋭意検討を行ってまいりました。

その結果を以下のとおり、とりまとめましたので答申いたします。

母子保健検討委員会委員

委員長 五十嵐 隆（国立成育医療研究センター理事長）

副委員長 福田 稠（熊本県医師会会長）

石渡 勇（日本産婦人科医会副会長）

今村 孝子（山口県医師会副会長）

神川 晃（日本小児科医会会長）

川上 一恵（東京都医師会理事）

杉原加壽子（兵庫県医師会常任理事）

田中 篤（新潟県医師会理事）

二井 栄（三重県医師会副会長）

新妻 和雄（福島県医師会常任理事）

三戸 和昭（北海道医師会常任理事）

森崎 正幸（長崎県医師会会長）

目 次

1.	はじめに-----	1
2.1	妊産婦の総合的健康支援に向けて	
	1) 身体的・心理的・社会的視点から見る妊娠・出産・子育て-----	2
	2) 妊産婦のメンタルヘルスの具体的対応（成育基本法を踏まえて）-----	4
	3) 早期からの妊娠前教育（プレコンセプションケアの重要性を含め）--	12
2.2	妊産婦への支援の一層の向上を目指して-----	15
3.1	切れ目のない子どもと家族の健康支援に向けて	
	1) 親子関係を把握することの重要性（social determinants of child health の 立場から）-----	21
	2) 身体的・心理的・社会的視点から見る乳幼児健診の現状と課題-----	25
	3) 妊娠・出産期から始まる継続した子どもと家族への支援-----	28
3.2	乳幼児健診の一層の向上を目指して-----	33
4.	終わりに-----	35
	参考文献	

1. はじめに

妊産婦死亡率や新生児・乳児死亡率の低さから、わが国の妊産婦や子どもの医療・保健環境は世界的にも高く評価されている。しかしながら、わが国の社会環境の変化により、産前産後のうつ、出産年齢の高齢化に伴う合併症妊娠、若年女性や妊産婦の摂取栄養の質と量の不足などの課題が生じてきている。さらに、わが国では妊娠や子育てを支援する社会的施策が少なく、女性の就労や子育てのための環境整備が遅れている。その結果、わが国では女性が子どもを産みにくく、保護者が子どもを育てにくい社会となっている。一方、わが国では乳幼児の健康診査の回数が先進諸国に比較して極めて少なく、股関節形成不全や弱視などの早期診断についても課題が残されている。また、学校健診が広く実施されているものの、子どものこころの問題に対する適切なスクリーニングのしくみや支援制度が極めて少ないことも課題であり、国民運動計画「健やか親子 21」で解決すべき課題と指摘されている 10 代の子どもの自殺死亡者数が減少しないことに繋がっていることが危惧されている。また、ひとり親世帯の相対的貧困率が OECD（経済協力開発機構: Organisation for Economic Cooperation and Development）参加 36 ヶ国の中でわが国が最も高い事も、子育てに大きな悪影響を与えている。

日本医師会は、子育てに夢を持ち、次世代の社会を担う子どもを安心して生み育てることができ、子どもが心身共に健やかに育ち、子どもを生み育てる者のこころと身体を健康を増進し、子育てを通じて人間としての成長を自覚でき、子育てに誇りと喜びを実感できる社会を具現化するため、妊娠・出産・子育て・子どもの発育発達評価と支援に関するわが国の現状・課題・解決策について母

子保健検討委員会にて 2 年間にわたり検討を続けてきた。特に、今回は biopsychosocial model に立脚した母子保健のあり方について深く考察した。その結果を本答申としてここに報告する。

2.1 妊産婦の総合的健康支援に向けて

1) 身体的・心理的・社会的 (biopsychosocial) 視点から見る妊娠・出産・子育て

竹田らは 2005～2014 年の 10 年間に東京 23 区で発生した妊産婦の異状死の分析の結果、63 例が自殺であったことを発表したⁱ。自殺した妊産婦のうち、妊娠中の約 4 割がうつ病または統合失調症であり、産後の 6 割が産後うつ病をはじめとした精神疾患に罹患していたとする報告は産婦人科医にとって大きな衝撃であった。その後、厚生労働省もその重要性に鑑み産後 2 週間、4 週間健診の実施を制度化し、この際にはエジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale) を用いてチェックすることを義務付けている。しかしながら妊娠前からの情報も重要であり、母子健康手帳を受け取りに来た妊婦に対して単に機械的に母子健康手帳や付属の資料を渡すのではなく、妊娠アンケートなどを通じて妊婦の置かれている状況を把握するとともに、市町村の担当者 (保健師、助産師等) が十分な時間を取り妊娠各期における注意事項について詳細に説明を行うことが大切である。一方、今なお未受診妊婦のいることも考慮に入れなければならない。未受診妊婦には若年妊娠、貧困家庭、ひとり親家庭などの背景があり、母子健康手帳を交付されていないことも多く、妊婦健診を受けていないため妊娠女性としての把握が難しく、妊産婦としての支援をより困難にしている。妊娠前から妊娠中および出産前後にむけての親子支援を

切れ目なく行っていくためには、成育基本法（成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律；胎児期、新生児期、乳幼児期、学童期、思春期を経ておとなに至るまでの成育過程にある者に、医療、保健、教育、福祉が連携して切れ間なく支援を行い、健やかな成長を図るとともに、安心して子どもを産み、育てる環境を整備することを狙いとする法律）が立法化された今こそ、より充実した制度を確実に整備していくことが求められている。

そこで今後の妊産婦健診のあり方として以下の事項が考慮されるべきである。

① 早期からの妊娠前教育については、以前から「性教育」という名のもとに学校教育のなかで取り上げられてきたが、今後は、適切な妊娠年齢、妊娠の生理的な現象、生まれた子を育む方法、家庭環境や社会への関与なども教育カリキュラムに含めるべきである。また、思春期における正しい知識の普及のため、地域社会が産婦人科医を中心としたチームによって広く進めることが望まれる。そのためには、初経があれば母とともに産婦人科を受診する「メナーキチェック（menarche check）」を慣習化することも有効であろう。また、子宮頸がん予防と妊孕性の保持の観点から、児童とその保護者に HPV ワクチンと子宮頸がん検診に関する正しい情報を提供し、啓発に努める必要がある。

② 妊娠前ケア（プレコンセプションケア）

近年、妊娠の高齢化に伴って、循環器病や代謝疾患などの合併症を持つ妊娠が増加してきた。また、高度生殖医療による妊娠も 18 人に 1 人と高い頻度である。したがって、妊娠前に女性の生活習慣、健康状態、ワクチン接種歴や疾患の有無をチェックし、より妊娠がうまくいくように治療し管理していくことが

肝要である。このプレコンセプションケアをルーチン化していくことが望まれる。

③ 妊産婦を管理する産婦人科の充実

妊娠数の減少幅に比べ、実際の妊娠を管理する産婦人科医の減少幅および偏在化が著しい。産婦人科医の中でも特に周産期医療の専門医を養成することが急務である。これには関連する学会が行なっている専門医制度の充実等によって、これら専門医が周産期センターに適切に配置されることが望まれる。

④ 出産前後からの親子支援の強化

都道府県医師会を中心として、産婦人科医会・小児科医会に加え精神科医会等の協力のもと母子を見守っていく体制の整備が喫緊の課題である。さらに行政との連携を密にして、個別の事例についても双方向で情報を共有しながら母子を地域で支えていく体制を強化し、産後ケア事業など切れ目のない支援に繋げていくことが重要である。

2) 妊産婦のメンタルヘルスの具体的対応（成育基本法を踏まえて）

IT (information technology) 革命は、19 世紀の産業革命に匹敵するほどの革命である。SNS (social networking service) 等の普及は人間のコミュニケーションを促進し、不特定多数の交流は瞬時に可能にするが、「ヒト」と「ヒト」との個々の密なつながりは希薄となってしまう。また、AI (artificial intelligence) の普及も恩恵は大きいものの、「ヒト」として心の通わない、思いやりのない社会へと変化していくのではなかろうか。子どもの健全な育成を保障するための社会的施策が立ち遅れており、母子保健医療体制の充実や子育て支援のための社会環境の整備の必要性が叫ばれてきた。飛び込み出産（全分娩の 0.3%）が多く、妊

産婦の自殺事案ⁱは年間 60～80 あり、児童虐待については児童相談所への相談件数が年間 15 万件を超え、しかも年々増加している。

このような背景のなか、成育基本法が成立した。

近年の脳科学の発展から、児童虐待が幼児の脳に及ぼす影響が明らかになってきた。妊産褥婦の自殺、児童虐待等を防止するためには、妊産婦のメンタルヘルスケアと母子の愛着形成、母と子の関係性を育てることが重要である。

① 妊産婦のメンタルヘルスへの考え方

i) 周産期（妊産婦）メンタルヘルスケアの確立

妊産婦のメンタルヘルス状況を適切に評価し、寄り添うことで両親の育児不安、乳幼児虐待の予防につなげるケアを行うとともに、健全な母子関係を成立させる。また育児不安に寄り添い、社会資源とともに子育ての楽しさ、充実感を実感できるよう産前から産後にわたる継続的なメンタルヘルスケア体制を検討し、その体制の構築および整備を推進する。

ii) 産後保育から育児へ向けた切れ目ない適切な親子関係の構築

産後の保育から育児における母と子の関係性を重視した健全な母子関係の確立への支援を出産施設や地域関係諸機関、行政等を中心にして推進する。

男性の育児への参画を推進するために、妊娠期間中の両親教室や出産施設での積極的な活動を通して啓発の機会を設け、孤独な母親化の予防をはじめ、ゆたかな親子関係の推進に努める。

iii) 前述2項目の確立のために既存の各支援制度を統括し有機的な連携のとれる

妊婦・母児に対する包括的な支援センターを設け、産科、小児科、精神科並びに関係する連携職務者、行政による産前から産後、育児期にわたる包括支援を

行う。

日本産婦人科医会では、このような背景から周産期メンタルヘルスの重要性を認識し、「妊産婦のメンタルヘルスケアマニュアル」ⁱⁱを作成するとともに、すべての医療機関で、すべての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングとケアを行うための教育・研修システムの構築、妊産婦に必要な支援につなげるための多職種連携の構築が検討されている。教育プログラム（入門編；周産期メンタルヘルスの基礎知識、質問票の使い方、基礎編；実践的知識と精神療法の基礎、応用編；多職種連携と症例検討）が作成され、研修会では周産期医療に携わるすべてのスタッフを対象としている。地域で研修会を開催していく人材育成のための指導者講習会も開催することとしている。また、母子の愛着形成の重要性に鑑み、啓発用動画「赤ちゃんのふしぎな世界」ⁱⁱⁱを作成し、日本産婦人科医会の Web サイトで公開されている。Center on the Developing Child at Harvard University 作成の教育動画が You Tube 上で公開されているが、この動画の日本語版を作成し、配信ⁱⁱⁱしている。養育者が適切な理解のもと子育てを行うことで、子どもの脳の発達が促進されることが実証された動画である。

産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図るため、産後 2 週間、産後 1 カ月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（以下「産婦健康診査」）に係る費用を助成することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備する。本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む）である。

子育て世代包括支援センターについては、妊娠期から子育て期にわたる様々なニーズに対して総合的相談支援を提供するワンストップ拠点と捉えることが

コンセプトであり、その要は関係機関（医療機関；産科・小児科・精神科等、保健所、児童相談所、子育て支援機関、利用者支援実施施設、民間機関、等）の連携である。しかし現状では、精神科との連携が不十分のようである。日本周産期メンタルヘルス学会の「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド」^{iv}を参照されたい。

切れ目ない支援を通して次世代に健康を引き継ぐことを関係専門職等と連携して推進する。

② 妊産婦のメンタルヘルスへの具体的な対応

i) 産科医療機関におけるスクリーニングの時期と評価方法

産科医療機関においては、妊娠初期、妊娠中期、出産時、産後 2 週、産後 1 カ月に主に助産師・看護師による面接（問診票等によるアセスメント）を行い、院内スタッフ（医師・助産師・看護師、心理士等）による支援と評価を行い、また症例によっては、小児科医や精神科医とも連携するとともに、子育て世代包括支援センターと連携する（図 1）。いまだ整備されていない地域では保健センター等と連携する。アセスメントには質問票 I（育児支援チェックリスト）（図 3）、質問票 II（エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS）（図 4）、質問票 III（赤ちゃんへの気持ち質問票）（図 5）を用いている産科医療機関が多い。

a) 妊娠初期：支援の対象となる妊産婦のスクリーニングと特定妊婦等の情報提供

妊娠初期に必要なことは、母子健康手帳交付時に市町村の窓口で丁寧にハイリスクか否かのスクリーニングをすること、産科医療機関においては身体的・心理的・社会的（Biopsychosocial）視点で、精神科・行政、子育て世代包括支援

センターと情報共有することである。

b) 妊娠中期（25～28 週）：妊婦の心理状態と背景要因の把握

（1）質問票Ⅰ（図 3）を用いる。

・精神症状があり、生活機能障害（サポートをする人がいない、相談相手がいない）や望まない妊娠の場合は、精神科と連携をとる、子育て世代包括支援センターと情報共有する。

（2）質問票Ⅱ（図 4）を用いる

- ・ EPDS の点数が 9 点以上
- ・ EPDS の質問項目「10」の点数が 1 点以上
- ・ EPDS の点数と面接時の印象が異なる

上記の場合は精神科と連携をとり、子育て世代包括支援センターと情報共有する。また、保健師などの訪問により支援する。

c) 出産時（入院中）：出産や児に対する気持ちを把握

質問票Ⅰ、質問票Ⅱに加え質問票Ⅲ（図 5）を実施する。

質問票Ⅲの合計点数 3 点以上で、他の質問票と総合して特に支援が必要と判断された場合は、小児科・精神科と連携をとり、子育て世代包括支援センターと情報共有する。

d) 産後 2 週間：母親の心理状態と対児感情の把握

主に質問票Ⅱ、質問票Ⅲを用いる。

e) 産後 1 カ月：母親の心理状態・生活状態と対児感情の把握

初回面接から産後 11 カ月までの期間に、3 つの質問票でチェックされた状況が持続し、その後も継続した支援が必要と判断される場合は、産科機関がその

後に深くかかわる期間ではないだけに、小児科・精神科と連携をとり、子育て世代包括支援センターと情報を共有するとともに、その後の支援を要請する。また、保健センターあるいは保健所からの全戸訪問の際に、要支援対象の母親・児がいると判断された場合は、医療機関につなげる必要がある。

③ 母体安全への提言から

日本産婦人科医会の妊産婦死亡症例評価委員会では、妊産褥婦の自殺予防対策を行っている。特に精神科専門医からの提言として紹介する。

- i) 希死念慮の有無を確認^vすることは、自殺予防の第一歩である
- ii) 精神科治療歴のある妊産婦や精神症状を認める妊産婦は、精神科医療につなげた後も経過を見守り、積極的な関わりを続ける。

医療従事者が自殺についての話題から逃げないことが重要であり、具体的には、**TALK**の原則を念頭におく。すなわち、**Tell**：はっきりと言葉にして「あなたのことを心配している」と伝え、誠実に対応する。**Ask**：死にたいと思っているか素直に尋ねる。**Listen**：相手の絶望的な気持ちを徹底的に受け止める。**Keep safe**：危ないと思ったら、まず本人の安全を確保して周囲の人々の協力を得るなど留意しながら対応する、これらのことも重要である^{vi}。

成育基本法と日本産婦人科医会が重点事業と考えている妊産褥婦のメンタルヘルスケアとそれを円滑に実施できるための教育システム・研修システムについて言及した。

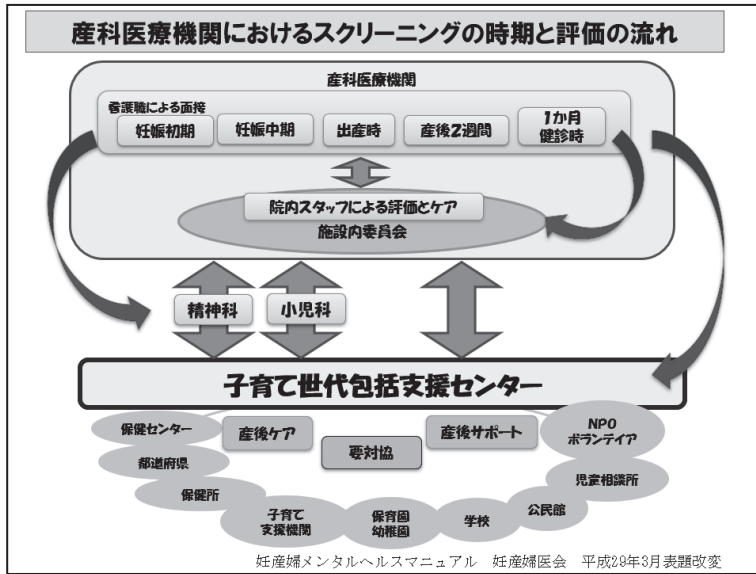


図1 産科医療機関におけるスクリーニングの時期と評価の流れ

産科医療機関からセンターへの情報提供チェックリスト(該当項目にレ点)					
出生歴・ 健診歴	1 <input type="checkbox"/> 若年出産(10代)	状況種 その他	16 <input type="checkbox"/> 不法滞在者	リスク	10 <input type="checkbox"/> 地域の中で孤立している
	2 <input type="checkbox"/> 望まない妊娠		17 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産・子育てが経済的に困難である		11 <input type="checkbox"/> 胎児の受入れが悪い
家族関係	3 <input type="checkbox"/> 妊娠届出・初回健診時期が妊娠中期(20週)以降	妊娠・妊婦のリスク	18 <input type="checkbox"/> 児の1か月健診が未受診(受診予定日から連絡がなく1週間以上経過)	経済的問題	12 <input type="checkbox"/> 多胎または胎児に疾患や障がいがある
	4 <input type="checkbox"/> 分娩時が初診(飛び込み出産)		19 <input type="checkbox"/> 子育てに問題があり支援が必要		13 <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している
疾患・障害	5 <input type="checkbox"/> 初診(妊娠判定)から分娩まで未受診	状況種 その他	20 <input type="checkbox"/> 今のところ問題はないが、今後の子育てに懸念があり支援が必要	養育状況の問題	14 <input type="checkbox"/> 未払金がある
	6 <input type="checkbox"/> 受診行動に問題あり(予約をとらない、守らない等)		21 <input type="checkbox"/> その他()		15 <input type="checkbox"/> 両親が無職
状況種	7 <input type="checkbox"/> 虐待歴がある	妊娠・妊婦のリスク	1 <input type="checkbox"/> 妊娠と妊娠の間隔が1年未満(人工中絶も含む)	経済的問題	16 <input type="checkbox"/> 不安定な就労状況
	8 <input type="checkbox"/> DV歴がある		2 <input type="checkbox"/> 頻回中絶		17 <input type="checkbox"/> 住居不定
状況種	9 <input type="checkbox"/> 精神疾患	妊娠・妊婦のリスク	3 <input type="checkbox"/> 45歳以上で初産	養育状況の問題	18 <input type="checkbox"/> 保険未加入(短期)
	10 <input type="checkbox"/> アルコール薬物依存		4 <input type="checkbox"/> 不妊治療をしていた		19 <input type="checkbox"/> 子どもを拒否する言動がある
状況種	11 <input type="checkbox"/> 精神的に不安定な状態	妊娠・妊婦のリスク	5 <input type="checkbox"/> 一人親	養育状況の問題	20 <input type="checkbox"/> 育児知識や姿勢に偏りがある
	12 <input type="checkbox"/> 産後、出産が原因で不調		6 <input type="checkbox"/> 未婚		21 <input type="checkbox"/> 育児不安が強い
状況種	13 <input type="checkbox"/> その他の養育に負担のかかる疾患がある(難病、がん難病中等)	妊娠・妊婦のリスク	7 <input type="checkbox"/> パートナーがわからない	養育状況の問題	22 <input type="checkbox"/> 子供の不審死があった
	14 <input type="checkbox"/> 知的障がい、身体障がいがある		8 <input type="checkbox"/> 被虐待歴がある		23 <input type="checkbox"/> 子どもの受診行動に問題がある
状況種	15 <input type="checkbox"/> 外国人でコミュニケーションがとれない	9 <input type="checkbox"/> 身近な人に支援者がいない			

出典: 茨城県マニュアル

図2 産科医療機関からセンターへの情報提供チェックリスト

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)
 あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
 あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、
 またはお産の時に医師から何が問題があると言われていましたか？
 はい いいえ
2. これまでに流産や死産、出産後1年間に
 お子さんを亡くされたことがありますか？
 はい いいえ
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、
 カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師
 などに相談したことがありますか？
 はい いいえ
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
 ①夫には何でも打ち明けることができますか？
 はい いいえ 夫がいない
 ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？
 はい いいえ 実母がいない
 ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？
 はい いいえ
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？
 はい いいえ
6. 子育てをしていく上で、今の住まいや環境に満足していますか？
 はい いいえ
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や
 親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありますか？
 はい いいえ
8. 赤ちゃんが、なせむすぶったり、泣いたり
 しているのかわからないことがありますか？
 はい いいえ
9. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？
 はい いいえ

(九州大学病院児童精神医学教室—福岡市保健所使用版)

図3 育児チェックリスト (妊娠中試用版は8, 9を除く)

母氏名 _____ 実施日 年 月 日 (産後 日目)
 産後の気分についてお答え下さい。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。
 最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い
 答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

- 1) 笑うことができたり、物事のおもしろい面もわかった。
 いつもと同様にできた。
 あまりできなかった。
 明らかにできなかった。
 全くできなかった。
- 2) 物事を楽しみにして待った。
 いつもと同様にできた。
 あまりできなかった。
 明らかにできなかった。
 ほとんどできなかった。
- 3) 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。
 はい、たいていそうだった。
 はい、時々そうだった。
 いいえ、あまり度々ではなかった。
 いいえ、全くなかった。
- 4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
 いいえ、そうではなかった。
 ほとんどそうではなかった。
 はい、時々あった。
 はい、しょっちゅうあった。
- 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
 はい、しょっちゅうあった。
 はい、時々あった。
 いいえ、めったになかった。
 いいえ、全くなかった。
- 6) することがたくさんあって大変だった。
 はい、たいてい対処できなかった。
 はい、いつものようにうまく対処できなかった。
 いいえ、たいていうまく対処した。
 いいえ、普段通りに対処した。
- 7) 不幸せなので、眠りにつかなくなった。
 はい、ほとんどいつもそうだった。
 はい、時々そうだった。
 いいえ、あまり度々ではなかった。
 いいえ、全くなかった。
- 8) 悲しくなったり、悔みになったりした。
 はい、たいていそうだった。
 はい、かなりしばしばそうだった。
 いいえ、あまり度々ではなかった。
 いいえ、全くそうではなかった。
- 9) 不幸せなので、泣いてきた。
 はい、たいていそうだった。
 はい、かなりしばしばそうだった。
 ほんの時々あった。
 いいえ、全くそうではなかった。
- 10) 自分を傷つけるという考えが浮かんできた。
 はい、かなりしばしばそうだった。
 時々そうだった。
 めったになかった。
 全くなかった。

(原野ら (1996) による日本語版)

図4 エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

母氏名	実施日	年	月	日 (産後)	日目
あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？ 下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん <u>近い</u> と感じられる表現に○をつけて下さい。					
	ほんぶんいりや 深くそう感じる	たまたま そう感じる	たまたま少し そう感じる	全然 そう感じない	
1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。	()	()	()	()	
2) 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	()	()	()	()	
3) 赤ちゃんのことが獨立たしくいやになる。	()	()	()	()	
4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。	()	()	()	()	
5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる	()	()	()	()	
6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	()	()	()	()	
7) こんな子でなかったらなあと思う。	()	()	()	()	
8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	()	()	()	()	
9) この子がいなかったらなあと思う。	()	()	()	()	
10) 赤ちゃんをとても身近に感じる。	()	()	()	()	

(西田ら (2003) による日本語版)

図 5 赤ちゃんへの気持ち質問票

3) 早期からの妊娠前教育 (プレコンセプションケアの重要性を含め)

妊娠時の体重や栄養状態などが周産期予後に影響を与えることはわが国でも周知の事実である。将来の妊娠及び生まれてくる児の健康に備えるため、生殖年齢にある男女のケアと子どもを宿す前のカップルに提供するケアとしてプレコンセプションケアがある。プレコンセプションケアは、妊娠前のライフスタイルの改善やサプリメント、予防接種などにより、周産期予後の改善を目的としている。

① 適正体重

BMI (body mass index) $< 18.5\text{kg}/\text{m}^2$ のやせは在胎不当過小児 (SGA: small-for-gestational-age)、低出生体重児、早産のリスクが高まる。女性のやせの割合は 1980 年代前半に比べ大幅に増加しており、過度のスポーツやダイエットによる低栄養状態は月経異常や無月経を引き起こし不妊の原因にもなる。一

方 BMI>25kg/m²の肥満では、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、帝王切開、巨大児、死産、低出生体重児、母体死亡のリスクが高まる。また肥満は不妊の原因にもなり、男性肥満も不妊や児の将来の肥満リスクを上昇させることが指摘されている^{vii}。カナダの肥満女性を対象とした報告^{viii}によると妊娠前の10%の減量が妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、早産、巨大児、死産を有意に減少させており、今すぐからの適正体重の維持が重要である。

② 栄養状態

妊娠前のビタミンや特定の栄養素の不足が妊娠予後に影響することが指摘されている。特に葉酸、ビタミン D、カルシウム、マグネシウムなどの重要な栄養素の不足が先進国では問題となっており、「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」^{viii}では二分脊椎の既往のある女性には1日4~5mgの葉酸摂取が推奨されている。また厚生労働省は、妊娠している人や妊娠を計画している人には食品からの摂取に加え、栄養補助食品から1日当たり400μgの葉酸摂取を推奨している。さらに、日本では若い女性においてビタミン D 不足が指摘されており、ビタミン D は骨形成を促すだけでなく免疫調整機能を通して着床・妊娠維持に重要であり、葉酸やその他のビタミンも含まれたサプリメントなどの情報提供は妊娠前のケアとして重要である。

③ 喫煙・アルコール

妊娠中の喫煙、アルコール摂取、違法薬物の使用は周産期予後に悪影響を及ぼすことが広く知られている。妊娠が発覚した時点での喫煙（受動喫煙、電子タバコを含む）や飲酒は、既に胎児への暴露が考えられることから、妊娠前からの禁煙・禁酒を勧めるべきだと思われる。飲酒による胎児性アルコール症候

群や喫煙による児の突然死症候群（SIDS：sudden infant death syndrome）が予防出来る可能性をしっかりと啓発する必要がある。

④ 合併症（高血圧、糖尿病、喘息、甲状腺、慢性腎疾患など）

合併症がある場合、病状安定後の妊娠が周産期予後の改善につながる。高血圧合併妊娠では妊娠高血圧症候群、早産、胎児発育不全、常位胎盤早期剥離のリスクが高まり、糖尿病合併妊娠では、胎児死亡、流・早産、先天奇形、妊娠高血圧症候群、糖尿病合併症の悪化などのリスクが高まる。喘息のコントロールが不十分な場合は周産期死亡率の増加、妊娠高血圧症候群、早産、低出生体重児などのリスクが高まる。甲状腺機能低下症は流・早産、妊娠高血圧症候群のリスクとなり、腎機能障害のある女性では妊娠高血圧症候群、母体死亡、早産、胎児発育不全、死産、出産後の腎機能の低下のリスクが高まる。

また、悪性腫瘍などで抗がん剤投与、放射線治療、手術を受けた既往のある女性では卵巣予備能の低下による早発閉経や流・早産のリスクが高まるので、検査で卵巣予備能を評価することは妊娠計画を立てる上で有用である。

その他、心疾患、精神疾患、てんかん、膠原病などの既往のある女性では病状によっては妊娠が許容できない場合がある為、将来の妊娠について予め主治医や産婦人科医に相談するよう勧めるべきである。

⑤ ワクチン接種・性感染症

麻しん、風しん、性感染症などは周産期予後に影響を与える。妊娠前のワクチン接種や治療介入によって周産期予後の改善が期待できる。風しん感染による先天性風しん症候群や、麻しんによる流・早産、死産、胎児発育不全、新生児麻しん、また水痘感染による先天性水痘症候群があり、妊婦自身も感染によ

り重症化する。妊娠中にはこれらのワクチン接種はできないので、これから妊娠したいと思っている人にとっては、感染症のチェックと必要なワクチン接種は、自分の為にも、そして生まれてくる子どもの為にも大切である。

また、梅毒やエイズ、クラミジア感染、B型肝炎、C型肝炎、HTLV-1などは、妊娠初期にスクリーニング検査を行うものである。しかしながら、感染予防の観点からも、妊娠前からの検査・治療は重要であり、妊娠前の検査で異常がない際は予防（コンドームやワクチン接種など）を勧める。

近年、晩婚化による高齢妊娠や合併症を持った妊婦が増加している。また、移植などの医療の進歩により合併症を持つ子どもが元気に成長し結婚・出産を考えることができるようになった。これからは、妊娠前の早い時期からそのような相談ができるプレコンセプション相談外来の設置と、旧来型の性教育から脱却した妊娠前教育を実施することが必要である。

1.1 妊産婦への支援の一層の向上を目指して

① 若者の貧困と児童虐待

橋本・浦河によれば、貧困のラインを可処分所得の中央値 50%に設定し、所得再分配調査を基に計算した、1995年から2001年までの世帯類型別、世帯主年齢階級別の貧困ライン以下の指標の推移をみると、29歳以下の若年世帯、単身世帯が共に上昇している。2001年の若年世帯の貧困率は25.9%であり、若年世帯の4分の1が貧困であるという事は大変大きな問題である^{ix}。また、岩田の調査では、9年間の調査中、35%の女性が一度は貧困を経験しているという結果もあり、より女性の方が貧困に陥りやすい^x。乾の報告によると、日本教育学会が実施した若年パネル調査では、正規雇用の比率は学歴と比例し、男性の正規雇

用比率は、普通高校卒で 50%、高卒未満では 32%であった。女性の場合はそれぞれ 26%、7%であり、男性の場合と比べかなり低い^{xi}。女性の正規雇用者を国際比較すると、スウェーデン 88.4%、ノルウェー 86.8%、フランス 86.6%であるのに対し、日本は 42.5%である^{xii}。学歴による正規・非正規割合の差は、そのまま社会的格差を意味することになり、貧困に陥るリスクもそれに比例する。若者の貧困は、家庭内や学校教育段階から始まっており、若者の貧困の世代間連鎖も起きつつある。

経済的要因と児童虐待との関連について、アメリカでは以前より広く認知されていたが、日本においても、東京都福祉局の 2003 年度調査報告では、児童虐待と認識された家庭のうち、経済的困難を抱える家庭は 30.8%、栃木県の児童虐待事例分析では、家庭の経済状態が苦しいと回答したのは 50.6%、青森県内の児童相談所に寄せられた相談事例でも、約 60%に経済的困窮があると報告されている^{xiii}。北海道の同様な調査でも貧困・低所得世帯は 74.6%であり、経済的困窮と児童虐待との関連は地方でより深刻である^{xiii}。貧困は子育て世代の若者に多く、特に女性の場合、妊娠により、働くこともできなくなり、更に貧困が加速する。貧困女性が、子に対する養育負担が高いと、不安感、抑うつ感、睡眠障害や育児の意欲の低下を招き、孤立化し、人生の否定感も増し、精神疾患に陥るリスクが高くなり、個人の性格や責任に帰すことのできない「虐待」に繋がる可能性もある^{xiv}。最近では、父親の育児参加も叫ばれているが、貧困の父親が育児参加しても、育児に対する認識不足から虐待に繋がる場合も少なくない。

「健やか親子 21 (第 2 次)」の中間評価等に関する検討会の報告書においても、父親の育児への取組が大きく変化していることから、父親の育児支援や心身の

健康に関する現状の把握を進める必要があると指摘されている。

② 特定妊婦への対応としての妊産婦健診の活用

虐待による死亡事例は、日齢 0 日は 34%であり、加害者は実母が 78%を占める^{xv}。背景としては、母親が一人で悩みを抱えている場合、若年出産や望まない妊娠、母親自身の疾患のためにサポートが必要な場合など家庭環境に問題がある特定妊婦である事例が多いが、その出発点は若者の貧困である。前述したように、若者の貧困は、家庭内や学校教育段階から始まっており、虐待予防のためには、関係機関が、リスクのある妊婦に対して出産前から関わる必要があり、そのために妊産婦健診の活用は有用である。

平成 28 年の児童福祉法改正で「支援を必要とする特定妊婦等を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供することに努めること」と明記された。また、市町村への情報提供が刑法の秘密漏示罪の規定など様々な守秘義務に関する法律の規定に反しないことも合わせて条文に記載された。特定妊婦の情報提供は努力義務ではあるが児童福祉法に明記されたことは、児童虐待予防対策を図る上で前進である。しかし、経済的困窮にある妊産婦が妊産婦健診を受ける可能性は低い。このため、妊産婦健診での特定妊婦の早期発見が期待できず、特定妊婦に対する多職種連携も機能しない。虐待防止の観点からは、若者の貧困の根絶が大事であるが、教育、就労、保育、財政支援の 4 つの支援のうち、妊産婦への支援は財政支援しかない。妊産婦健診公費負担制度と妊産婦医療費助成制度の両輪の財政支援で、全ての妊産婦を健診の場に拾い上げることが虐待防止のスタートになる。

③ 妊産婦健診への補助並びに当該妊娠期中の診察時に生じる医療費負担への

補助

i) 妊産婦健診公費負担制度

- a) 市区町村が医療機関に対して、妊産婦健診の一部業務委託をする制度である。
- b) 本来、妊産婦が医療機関に対して支払うべき全額自己負担である妊産婦健診料を、市区町村が一部負担する制度で、医療機関で行われる健診料を無料にする制度ではない。
- c) 市区町村は、医療機関に対し助成金を支給しているのではなく、妊産婦に対し助成をしている。
- d) 委託料金は、医療機関における妊産婦健診料を設定するものではなく、行政から助成（一部負担）額を取決めてしているものである。
- e) 医療機関での健診料金設定と助成額（＝委託料金）に差があれば、差額は妊産婦本人から徴収をすることになる。

a) から e) を、あらためて市町村担当者や妊産婦に理解させることが、「妊産婦健診公費」と「妊産婦医療費助成制度」の違いを周知させるために大事である。

ii) 妊産婦医療費助成制度

妊産婦医療費助成制度は、妊産婦の医療費の保険診療自己負担を自治体が公費で助成するもので、妊産婦への経済的支援の一つである。本制度は全国では4県にて全県下で行われ、その他の都道府県ではいくつかの市町村の自治体事業として実施されている。地方自治体の単独事業であり、国の補助（交付金等）はない。

昭和 48 年に栃木県、富山県、岩手県の 3 県で、平成 10 年に茨城県全県下で

開始された。栃木県の妊産婦医療費助成制度は、対象者は全妊産婦、対象者の所得制限はなし、給付対象は医療保険適用すべての疾病（母子健康手帳交付後の流産および死産を含む）、自己負担なし、給付方式は償還払い（口座振り込み）である。妊産婦の経済的負担を軽減しており、特に帝王切開や切迫早産、長期入院など高額医療費となった妊産婦から高く評価されている。栃木県の出生数は年間約 14,000 件で、本制度申請数は年間約 10 万件である。県の助成総額は年間約 2 億 3 千万円で、県と各市町村がそれぞれ 5 割ずつ負担していることから、助成総額（県と各市町村の合計額）は年間約 4 億 6 千万円と推定される。単純な計算では、妊産婦 1 人当たりの助成費用は約 3 万 3 千円と試算される。妊産婦健診公費負担制度の約 5 分の 1、子どもの医療費助成制度の約 10 分の 1 の財政支出で済んでおり、市町村における財政負担は軽微であると考えられる。

子どもの医療費助成制度の全国での普及が得られた現在、成育基本法における大きな方針である「妊娠・出産・子育ての切れ目のない包括的支援」において、児童虐待防止の根絶には、妊娠・出産への支援（妊産婦への支援）がなされるべきである。かつて子どもの医療費助成制度は地方の少数の自治体にて開始され、それがまたたく間に周辺の市区町村へと拡大し、今や全国すべての自治体で設置された。前述したように、経済的困窮と児童虐待との関連は地方ではより深刻である。平成 28 年度の対 15 歳未満人口比率でみた児童相談所相談受付件数によると、妊産婦医療費助成制度を全県下で実施している 4 県は、平均 1.7%で、全国平均の 2.9%を大きく下回っている。児童虐待防止のために、妊産婦医療費助成制度が地方の各都道府県内の大きな市で開始されれば、それが契機となり都道府県内のすべての市区町村に設置され、児童虐待の減少効果

が期待できる。

④ 母子健康手帳の別冊による新たな項目の必要性

妊産婦が健診を受けた記録が母子健康手帳であるが、時代とともに母子健康手帳のあるべき姿が変わってきている。母子健康手帳については、自分が子どもの時に読み、また、自分が育児をする時に自分の母子健康手帳をもう一度読み返し、親が自分をどういう気持ちで育ててくれたかというのを考えることで親になっていく過程があった。医療従事者が細かく書き過ぎると、子どもの視点に立った時に、逆に親が自分の事をどこまでみていたのか分からなくなるというケースにつながり兼ねない。母子健康手帳そのものがどういう意味付けであるのかを念頭において、今後、検討してゆく必要がある。母子健康手帳をカルテのような形で情報交換するツールとすると、医療従事者としては情報が見やすいが、次世代に対するメッセージという意味合いも考えると、育児を応援するような書き方に努めるべきである。

妊産婦健診そのものは正確に回数が特定されて行われてきているが、健診の中身は昔と変わっていない。特に **psychosocial** の **social** の部分は、従来の健診を踏襲しているだけでは決して十分ではない。母子健康手帳を中心に健診を行うが、システムとして **psychosocial** な部分を取り込まないといけない。個人情報の保護の観点から、母子健康手帳に記載する項目に、精神的に問題がある妊婦の情報を記載しないという制約があり、産婦人科から小児科にうまく連携できていない。今後は母子健康手帳の書き方を変えてゆくよりも、個人情報の観点から、別冊によるメンタルチェックの検討も必要である。さらに、外国人の妊産婦が増えていることから、外国語別冊などの対応の必要性についても検討すべ

きである。加えて、これからは母子健康手帳以外の方法で虐待防止につながるような情報発信もすべきである。

⑤ 成育基本法に基づいた、信頼性の高い情報発信の在り方

成育基本法に基づき、改めて妊娠中の母児の健康管理、出産後の母児愛着形成、母と子の関係性を重視した母子の健全なメンタルヘルスの維持、また小児・思春期からヤングアダルトへと成育する女性のライフステージごとのヘルスケア、さらにプレコンセプションケアへと切れ目のない支援に対しての信頼性の高い情報発信を図るべきである。

虐待防止のために、貧困に基づく特定妊婦などへの妊娠期からの支援を、社会全体で共有するため、妊産婦健診情報の多職種共有や、困っている妊婦と生まれてくる子に対する究極の支援である「特別養子縁組制度」の拡充といった情報の共有や発信を図る。また、子どもの貧困は若者の貧困と関連があり、虐待防止のため、その情報を社会全体で共有するためには、小児科・産科の外来診療の中では把握しきれない「子ども食堂」（地域のボランティアによる、子どもたちに対し無料又は安価で栄養のある食事や温かな団らんを提供する取組）に代表されるような、子どもの困りごとを早期に見つけ出すための仕組づくりや、情報の共有や発信も必要である。

3.1 切れ目のない子どもと家族の健康支援に向けて

1) 親子関係を把握することの重要性（social determinants of child health の立場から）

所得・学歴などの社会経済的状況や労働環境などによって、健康行動や健康状態が異なるということは、今や「確固たる事実」であると言われている^{xvi}。当

然のことながら、子育てにおいても社会経済的状況を反映した家庭環境が親子関係に影響を及ぼすこととなり、子どもの健康格差を生むという現実がある。biopsychosocial model で子どもの成長を考える上で、それは単に貧困やひとり親などといった社会的弱者であるということだけにとどまらず、高等教育を受けていたとしても適切な養育環境を整えることができない場合もあり、これを意識しつつ日常診療に取り組む必要があると言える。例えば虐待に関しても、親の教育や経済状況などはリスクファクターとして捉えられているが、健診の場で、親子関係を把握するということはとても重要な視点であり、どのような視点に立って親子関係を把握するかということについて検討してみたい。

① 貧困・教育

子どもの健康に影響を与える要因として挙げられるのは、まず「貧困」と「教育」である。貧困と教育は相互的に影響を及ぼしあい、負の連鎖に陥りやすい^{xvii}。

貧困の背景にあるものとして「ひとり親家庭」（特に母子家庭）があるが、仕事をしながら子どもを一人で育てるのは難しいため、経済的に窮地に立たされることが多い。その中で貧困に陥るわけであるが、その際に同時に十分な教育を受けていないという状況があればさらに育児環境は苦しくなる。十分な教育という意味は、単に高等教育を受けていないということにとどまらず、生活をしていくための知恵ともいえるべき知識の欠如であったり、周りに支援を求めるためになすべき術を持っていなかったりということも含まれる。

そして、それは生活習慣の乱れに繋がり、朝ご飯を食べないといったことや食事がお菓子であったりするという栄養環境の悪化につながる。朝食を欠食する子どもの割合は、「健やか親子 21（第 2 次）」の中間評価等に関する検討会

の中間報告書における 52 指標のなかで悪化している 4 指標の一つである。朝食摂取は、保護者の朝食欠食、さらに保護者の心身の健康や経済的な問題等、家庭の要因も大きく影響していることから、啓発と教育にとどまらず、家庭への支援が求められるとされている。またネグレクトなどの虐待といった状況を産むことや、う歯が多発すること、受動喫煙の影響をうけることなど子どもの成長に良い影響を与えないということは言うまでもない。教育とは人が社会で生きていくうえで身につけるべき健康教育や社会教育を含んでいるという意味でとても大切である。

ただ日本においては、相対的貧困に陥っている家庭が多く、貧困家庭であってもスマホを持ち、身なりも一見貧困とは見受けられない生活をしているため、貧困に気づかれないという問題もあり、支援の仕方は多様であるともいえる。

② 両親の特性や生育環境

子どもが育つのは親のもとであるので、当然のことながら両親のもつ特性の影響を受ける。幼少期に十分な愛情をかけられないまま育つと愛着の形成がなされず、発達の問題が表れてくることもある。成育環境によって反応性愛着障害をきたす場合も、不注意や多動の症状を呈することもあり、発達障害との鑑別が必要なものもある。

若年妊婦や高齢出産などもリスクファクターとなり、虐待やネグレクトなどを産む場合もあるが、子どもの発達を阻害するのは不適切な養育であり、過干渉や過保護といった状況も含まれる。高齢で出産し、ひとりっ子などで過度な期待を持って子育てをし、親の意のままに子どもを支配しようとするなど“教育虐待”といった状況を産むこともある。これはどちらかといえば教育レベル

の高い家庭でみられることが多く、両親の生育歴とも関係するため、問題は見えにくく複雑である。

本来幼少期に身につけるべき社会性や自立性を育てながら、子どもの自尊心を育み、失敗を恐れず完璧を求めすぎないというのも子育てには大切かと思われる。

③ インターネットやスマホなどバーチャルな世界が及ぼす影響について

スマートフォンやインターネット、ソーシャルメディアなどのデジタルメディアは、子どもたちの周りのいたるところに存在し、身体的にも精神的にも子どもたちの成長に大きな影響を与えているのは確実である。言葉の発達が遅れる、近視になる、運動機能の低下を引き起こす、睡眠不足になるなどといった影響はよく言われているが、幼少期にデジタルメディアに長時間さらされることにより、子どもの認知機能の発達は大きく阻害されると思われる^{xviii}。

子どもの発達にとって大切なことは、視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚といった五感を働かせることであり、それに加えて固有受容覚（自分の身体の位置や動き、力の入れ具合を感じる感覚）や前庭覚（自分の身体の傾きやスピード、回転を感じる感覚、受容器は耳の奥にある耳石器と三半規管）を働かせることによって感覚統合を進めていくことである。子どもたちの実体験を通して発達すべき機能が、このような現代のデジタル環境によって大きく変化していく可能性があることについて、**biopsychosocial model** として十分に注視していかなければならない。

親子関係の中でデジタルメディアを上手に用いて、実体験を通した子育てができていれば問題はないが、管理されずにそのようなバーチャルな世界に触れる時間が増えると、将来的にコミュニケーションの問題やデジタル依存の問題などを引き起こす可能性がある。

なお、日本小児科医会では以下のような具体的提言がなされている。

1. 2歳までのテレビ・ビデオ視聴は控えましょう。
2. 授乳中、食事時のテレビ・ビデオの視聴は止めましょう。
3. すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要です。1日2時間までを目安と考えます。テレビゲームは1日30分までを目安と考えます。
4. 子ども部屋にはテレビ、ビデオ、パーソナルコンピューターを置かないようにしましょう。
5. 保護者と子どもでメディアを上手に利用するルールをつくりましょう。

「子どもとメディアの問題に対する提言」^{xix}

以上のように社会経済的状況や親子関係を把握することは、子どもと家族の健康支援に重要である。biopsychosocial modelとして子供の成長をとらえることは、多面的な支援を行い、子どもだけでなく家族全体を支えることにつながる。今後、小児科医が家族全体を見ていくという姿勢はますます重要になると思われる。

2) 身体的・心理的・社会的視点から見る乳幼児健診の現状と課題

母子保健法第12条では、市町村は1歳6か月を超え満2歳に達しない幼児と満3歳を超え満4歳に達しない幼児に対し健康診査を行うよう定められ、それぞれ1歳6か月健診、3歳児健診として実施されている。さらに母子保健法第13条において、「市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い……」と記されていることに基づき、乳児期に2～3回程度

の健康診査が実施されているが、実施時期については市町村により様々である。厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調査によると、3～4 か月健診と 9～10 か月健診が多く地域で行われている（表 1）^{xx}。

児童相談所における児童虐待相談件数は年々増加し、平成 30 年度は 1,598,050 件となった。健やか親子 21 最終評価の全国調査によると、育児に自信を持ってない親は 2 割を超える^{xxi}。何に育児不安を感じるのかという調査では、経済的な問題、保護者自身の体力や心の状態、子どもの成長や食事の問題などに不安を感じるという結果が出ている。「健やか親子 21（第 2 次）」では、すべての子どもが健やかに育つ社会が全体目標であり、「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」と「妊娠期からの児童虐待防止対策」を重点課題としている。健診では、身体発育状況、栄養状態、脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無、皮膚の疾病及び異常の有無、歯及び口腔の疾病及び異常の有無、四肢運動障害の有無、精神発達の有無、予防接種の実施状況、育児上問題となる事項、その他の疾病及び異常の有無を、3 歳児検診では言語障害の有無も診ることとされている。先に記した健やか親子 21 最終評価の全国調査によると、育児不安の相談相手として医師の存在は保健師や助産師より低い評価であった。従来、大学医学部において乳幼児健診の診察手技や保健指導について十分な教育がなされなかったことが原因の一つとして考えられ、近年、診察手技の均てん化を図るため日本小児科学会をはじめとする小児科関連団体において研修会が多数開催されている。一方、アメリカ小児科学会から出版されている Bright Futures と題する健康診査と保健指導のためのガイドブックでは、0 歳から 21 歳までの子どもと保護者を対象として身体的・心理的・社会的（biopsychosocial）な視点に立ち子どもの発達

段階に応じた予期的課題について指導の目的や方法が具体的に記されている^{xxii}。我が国においても今後 **biopsychosocial** な視点に立った育児指導を行うことが望まれる。また、**Bright Futures** によると、乳児期の育児指導は毎月、幼児期は年1回、学童期以後は2~3年に1回程度行うとされている。表1に示したように、我が国の乳幼児健診は1歳6か月と3歳以外は自治体毎に異なる上に、乳児期には1か月、3~4か月、9~10か月の3回ないし6~7か月を加えた4回しか行われていない。2歳、4~6歳については公的な健康審査は行われていない。就学前に発達障害のスクリーニングとして5歳児健診が提唱されているが、未だ公費による5歳児健診を実施している自治体は少ない。育児不安の解消及び児童虐待の予防という観点からも、公的な乳幼児期の健康診査回数の増加が望まれる。

近年、健診の具体的な内容として発育性股関節形成不全、弱視のスクリーニングが注目されている。発育性股関節形成不全のスクリーニングについては、日本整形外科学会と日本小児整形外科学会から「乳児健康診査における股関節脱臼二次検診の手引き」が出されている^{xxiii}。この中で二次健診としてX線検査や超音波検査が示されている。超音波検査は放射線被曝がないこと、ベッドサイドで行えることから普及が望まれる。弱視のスクリーニングについては、生後6か月から使用可能な手持ち自動判定機能付きフォトスクリーナー装置(**Spot Vision Screener : SVS**)の出現により、従来3歳児健診まで待たなければ検出できなかった弱視を早期に発見できるようになった。SVSの運用については、日本弱視斜視学会と日本小児眼科学会から「小児科医向け**Spot Vision Screener** 運用マニュアル」が作成されている^{xxiv}。SVSによるスクリーニングで異常が発見

された後の二次健診すなわち眼科医や視能訓練士による詳細な屈折検査等のシステムの構築も望まれる。

健診を行う医師については、診察手技の研鑽に加え、biopsychosocial な観点からの予期的課題の理解と指導法の習熟、さらに子育て世代包括支援センター（通称、日本版ネウボラ）など地域で連携可能な社会資源との協働など新たな課題を有すると考える。

表 1-1 乳幼児健診の実施状況（平成 27 年度（1741 市町村））

健診	一般健康診査				歯科健康診査			
	実施あり	公費負担あり	集団健診	個別健診	実施あり	公費負担あり	集団健診	個別健診
2 週間児健診	16	13	2	14	0	0	0	0
1 か月児健診	456	432	9	447	0	0	0	0
2 か月児健診	119	116	48	71	6	6	6	0
3～4 か月児健診	1,702	1,658	1,371	331	50	50	47	3
5 か月児健診	193	188	134	59	23	22	23	0
6～7 か月児健診	766	751 [○]	481	285	53	52	52	1
8 か月児健診	225	222	3	135	29	27	29	0
9～10 か月児健診	1,261	1,233	664	593	108	103	103	5
11 か月児健診	239	234	124	115	36	34	36	0
1 歳児健診	331	314	288	43	180	173	166	14
1 歳 6 か月児健診	1,741	1,741	1,676	52	1,741	1,741	1,664	51
2 歳児健診	441	421	434	7	874	849	800	74
3 歳児健診	1,741	1,741	1,708	23	1,741	1,741	1,678	44
4 歳児健診	42	39	40	2	74	72	67	7
5 歳児健診	209	205	201	8	117	113	105	12
6 歳児健診	16	16	15	1	39	38	36	3

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調査（一部改編）

表 1 乳幼児健診の実施状況

3) 妊娠・出産期から始まる継続した子どもと家族への支援

社会全体で子育てし、子ども達が健やかに成育するためには、乳幼児期からの子育て支援を、ネウボラ^{xxv}を参考にポピュレーションアプローチで実施し、すべての子どもと保護者に継続的に成育医療(医療、保健、療育そして教育)を提

供できる体制を構築し、妊娠期から継続的に思春期まで支援することが求められる。

ネウボラはフィンランドの出産・子育て支援センターで、登録制で妊娠期から就学前までの子どもと家族の心身の健康を支援する。ネウボラでは同じ保健師が、8～11回の妊婦健診、出産後の新生児健診、16回の乳幼児健診と必要な予防接種と保健指導などを一人で実施し、家族全員のスクリーニングで問題の早期発見、予防、早期支援につなげている。厚生労働省はネウボラを参考に子育て世代包括支援センターを全国の自治体に設置しようとしているが課題は多い。子育て世代包括支援センターの役割を考慮し、ポピュレーションアプローチで継続して見守る体制を検討したい。

① 子育て世代包括支援センターの役割 (図6)^{xxvi}

子育て世代包括支援センターは妊娠・出産から子育てまでワンストップで、保健師などが中心となり、子どもを安心して生み、子どもが健やかに育つように子どもとその家族を多職種で支援する拠点で、基本的な目的は、子どもと家族の情報を把握しハイリスクな妊婦および家族への支援策を検討し、多職種と連携して実行する拠点である。

妊娠から出産までは、妊婦の全数面接で情報を把握し、産婦人科医による14回の妊婦健診と2回の産婦健診で産前産後サポート事業及び産後ケア事業につなげるポピュレーションアプローチが実施されている。

一方乳幼児は、新生児全戸訪問事業（および健やか赤ちゃん訪問事業）が4か月までの乳児、それ以後は3、4か月健診、法定健診の1歳6か月健診、3歳健診がポピュレーションアプローチで実施され、情報が子育て世代包括支援セ

ンターに集積されるが、同センターが直接入手できるのはおおよそ 3 歳健診までである。これら以外の情報は、小児科医、保育所、幼稚園（認定子ども園）、児童館そして地域子ども・子育て支援事業実施者などからの自主的な報告になる。異なる情報収集先と連携して継続的に情報を得るのには大変な努力を要する。自治体がポピュレーションアプローチで確実に未就学児の情報を得られるのは乳幼児健診で、実施回数が少なくはなはだ脆弱である。

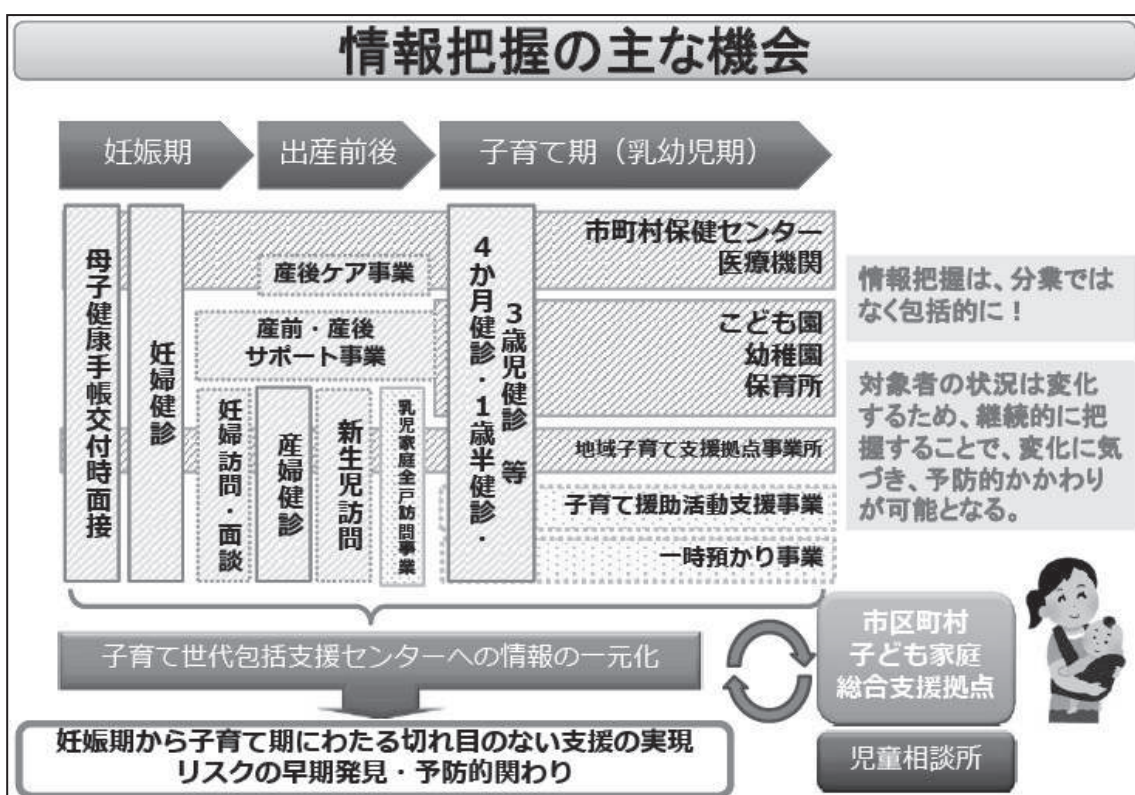


図 6 子育て世代包括支援センターの役割

② ポピュレーションアプローチで継続して見守る体制

i) 地域子育て支援拠点事業

妊娠期から就学前まで継続して関与できる事業に、地域子育て支援拠点事業がある。家庭や地域における子育て機能の低下や、子育て中の親の孤独感や負担感の増大等に対応するため、地域の子育て中の親子の交流促進や育児相談等

を行う事業で、児童館、保育園や小児科医療機関でも実施できる。保育園で実施するとマイ保育園、小児科医療機関の場合はマイ小児科と呼ばれている。

妊婦や子育て中の保護者が、保育の現場で乳幼児と保育士のかかわりを数多く見学し、実際に子どもに触れ育児を体験することで出産後の育児をイメージできるようになり、産後の不安を軽減することにつながる。また学校区に1つマイ保育園、マイ小児科を指定できれば、育児の疑問など相談しやすい環境を近隣に提供できる上、全妊婦の登録制で実施できればポピュレーションアプローチになる。マイ小児科として施設基準を満たすことが難しい場合、マイ保育園と連携し医療的見地から支援し、地域の多職種との連携に寄与すべきと考える。得られた情報は子育て世代包括支援センターと共有する。

ii) 乳幼児健診回数の増加

乳幼児健診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る定期健診は1歳6ヶ月と3歳の2回で、それ以外3、4か月健診が全国でほぼ実施され、更に実施している自治体もあるが乳幼児期6年間に4、5回では貧弱である。

1997年厚生省児童家庭局長通知「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」児発第九三四号（平成8年11月20日）では、健診の回数については原則として生後6か月に達するまで：月1回、6か月から1歳に達するまで：2か月に1回、1歳～3歳：年2回以上、4歳以降就学まで：年1回以上することが望ましいことを示された。この健診回数はネウボラでの健診回数と同程度で、定期健診にすることが望まれる。

iii) 予防接種時の子育てチェック

予防接種はおおむね生後2, 3, 4, 5, 8か月、1歳、1歳6か月、3歳、4歳、6歳で実施されている。予防接種時、全国で統一された月例別調査票を用いて保護者の状態、発育発達や社会環境などを聞き取り、予防接種請求時に結果を自治体に提出する。望まれる乳幼児健診の回数が実施できない場合の次善策として検討する。

iv) 子どものかかりつけ医から小学校への情報提供

就学時健診は集団で実施されおり、身体所見を中心にスクリーニングを実施している。幼稚園・保育所から支援シートが小学校へ提出されているが、子どものかかりつけ医も就学支援シートのような情報提供を行い子どもの成育を継続して支援することも検討課題と考える。

③ まとめ

継続的な支援を実施するためには情報の一元化が必須である。子育て世代包括支援センターに健常児はもとより、ハイリスク児、医療ケア児、発達障がい児などのすべての子どもの情報を要保護児童対策地域協議会と同じ枠組みで集積し、ワンストップで対応する体制を構築する。情報を検討するために医療連携会議を設置することが重要で、保健師をコーディネーターに小児科、産科、可能であれば精神科の医師や助産師、福祉部、子ども家庭部、保健所、地域医療部そして教育委員会などの行政の関係者が一堂に会して、地域での顔の見える関係を作り、子どもと保護者の状況を把握し課題を共有し、切れ目ない支援体制を構築することが大切である。

子育て世代包括支援センターは母子保健法によるもので未就学児が対象となる。しかし、就学後も関与することが継続的な子育て支援に重要と思われる。

子どもの健全な発育を保証する児童福祉法の理念により、すくなくとも18歳まで医療、保健、福祉及び教育をサポートする支援拠点として、子どもと保護者への関与が求められる。

3.2 乳幼児健診の一層の向上を目指して

① 定期健康診断の回数と評価項目

前述の通り、現在の定期健康診断は1歳6ヶ月と3歳児に実施されているが、回数は少なく、次のようなきめ細かい健康診断が必要である。妊娠中の胎児、出産直後、1ヶ月から6ヶ月までの毎月、10ヶ月、12ヶ月、1歳6ヶ月、2歳からは毎年きめ細かな健康診断を行う。妊娠中の胎児に関して、発育不良で先天性心疾患等が疑われる場合には出産前に治療が可能になり、定期健康診断による早期診断は有効である。出産直後の定期健康診断は早期治療により、仮死、重症黄疸や感染症等の致死的な疾患の子どもを救命可能にする。1ヶ月児の定期健康診断では代謝異常や胆道閉鎖症等の発見が可能である。2ヶ月より定期予防接種を始めるため、医療機関を訪れる時に定期健康診断を行い、栄養状態や運動の発達状況等の観察により、保護者の心配事の相談を受ける。2歳以降は毎年子どもの言葉の遅れや運動発達状況を確認する。特に、5歳時は社会性が身につく時期のため、保育園の状況や保護者の対応等にも注意を払う。入学後は学校において健康診断を行われるが、個別健康診断が必要な場合もある。自己肯定感、薬物依存、いじめや虐待等の心の問題はほとんど取り込まれていない。社会の変化と子どもを取り巻く環境の変化が起こっており、定期健康診断を行う時期の必須項目の見直しが必要である。また、一人ひとり子どもの状況が異なるため、各々に適応した項目で定期健康診断を行うことが大切である。

② 定期健康診断の精度

健康診断は、かかりつけ医が中心に行うが、看護師、保健師、栄養士やソーシャルワーカー等の多職種と連携して質の向上を図る。健康診断で1次スクリーニングした後、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、児童精神科や歯科医等、多職種の専門家から違う目線で観察して、総合的な討論を行い、地域を巻き込んで子どもの健康管理に最善の対策を尽くす。新生児聴覚検査は地域により温度差があり、負担金も様々である。全ての新生児が出生直後に検査が可能になり、難聴児を早期に発見して早期療養することにより生活向上を図ることが可能になる。

③ 母子健康手帳等の利用

転居等の理由でかかりつけ医以外の他の医師による定期健康診断を受けた場合に母子健康手帳等に記載して子どもの発育の継続性を図る。また、小児科医がいない、あるいは少ない地域では小児科医以外のかかりつけ医が定期健康診断を行い、問題のありそうな子どもに関しては、後見の小児科医に母子健康手帳等を利用して依頼し、経過を見ることとする。母子健康手帳は定期健康診断データを繋いで個人のデータを残し、自分の健康配慮を生かす PHR (Personal Health Record) として、個別の学校健康診断の記録に繋げる。

④ 市町村の役割

妊娠した際に発行される母子健康手帳に予防接種の間診票と同様の定期健康診断の受診券（クーポン券）を入れて保護者に渡す。健康診断後にかかりつけ医は受け取った受診券を市町村へ送り、健康診断料を請求し、市町村はかかりつけ医に料金を支払う。回収した受診券より未受診者を検索して、未受診者の保

護者に対して、全ての子ども達が定期健康診断を受けるよう推奨する。

⑤ 定期健康診断の標準化

小児科医が減少してきて、地域で定期健康診断を受けられなくなる現状を打破するため、より多くの医師が質の高い健康診断を可能にするために、研修医や小児科以外の医師等が健康診断を行うための研修制度の確立が必要である。また、切れ目のない定期健康診断が行われるためには、看護師や保健師やソーシャルワーカー等の多職種の協力が必要である。定期健康診断に係わる多職種の方々に健康診断の質の向上を図る研修を定期的に行う。

4. 終わりに

本答申に記載した妊娠・出産・子育て・子どもの発育発達評価と支援に関する課題を解決するためには、地域での多職種による連携を強化し、地方公共団体からの支援策を引き出すことが必要である。さらに、2019年12月に施行された成育基本法にて定められた「成育医療等協議会」が示す国と地方公共団体が行うべき施策について認識し、その実施が円滑に行われるように協力し、国が毎年公表する進捗状況を注視してゆくことが求められる。本法律を妊産婦や子どものために効果的に運用することが周産期の女性と小児の医療・保健に従事する者のこれからの大きな責務である。

参考文献

- i 竹田 省：妊産婦の自殺予防. 周産期医学 2017 ; 47:623-627.
- ii 日本産婦人科医会:妊産婦のメンタルヘルスケアマニュアル—産後ケアへの切れ目のない支援に向けて.
http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf
- iii <https://www.jaog.or.jp/>
- iv 日本周産期メンタルヘルス学会：周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017. http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html
- v 日本産婦人科医会妊産婦死亡症例検討評価委員会、2009、「母体安全への提言 2018 Vol.9」
- vi 日本臨床救急医学会、2018、「救急現場における精神症状評価と初期診療 PEEC(Psychiatric Evaluation in Emergency Care)ガイドブック 多職種で切れ目のない標準的ケアを目指して」改訂第2版 へるす出版
- vii Stephenson J et al: Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health . Lancet 391:1830-1841,2018
- viii 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、2017、「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」 http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2017.pdf
- ix 橋本俊昭・浦河邦夫、2006、「日本の貧困研究」 東京大学出版
- x 岩田正美、2007、「現代の貧困」 筑摩書房
- xi 乾彰夫、2008「若者の教育とキャリア形成に関する調査について」 「中央調査報」
- xii 山野良一、2011、「貧困と子どもの虐待--「救済対応」から家族の「生活支援」へ」 「世界」 813 p.183-190
- xiii 松本伊智朗、大澤真平、2009、「子ども虐待問題と被虐待児の自立過程における複合的困難の構造と社会的支援のあり方に関する実証的研究」総合報告(平成20年度、平成21年度厚生労働科学研究報告書)
- xiv 後藤武則、池本喜代正、2008、「栃木県の児童養護施設における発達障害の実態と処遇」 「宇都宮大学教育学部教育実践総合センター紀要」 31号、p.357-363
- xv 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会、2019、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第15次報告)」
- xvi 日本プライマリケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針 平成30年3月25日
- xvii 小児内科第51巻11号、2019、特集「バイオサイコソーシャルモデルで行う小児科診療」 斎藤均：子どもの健康に影響を与える社会的要因、小児内科 51、1740-1745
- xviii American Academy of Pediatrics, Council on Communications and Media. Media and Young Minds. Pediatrics 2016 ; 138 : e20162591.
- xix 社団法人 日本小児科医会、「子どもとメディア」対策委員会、2004、「子どもとメディアの問題に対する提言」
- xx 乳幼児健康診査事業実践ガイド
<http://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520614.pdf> (2019年12月10日閲覧)

-
- ^{xxi} 山崎さやか 他、2018、乳幼児を持つ母親の育児不安と日常の育児相談相手との関連：健やか親子 21 最終評価の全国調査より 日本公衛誌 2018;65:334-346
- ^{xxii} American Academy of Pediatrics. Bright Futures 4th ed. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents
- ^{xxiii} 乳児健康診査における股関節脱臼二次検診の手引き
<http://www.jpoa.org/公開資料/> (2019年12月10日閲覧)
- ^{xxiv} 日本弱視斜視学会, 日本小児眼科学会、2018、「小児科医向け Spot Vision Screener 運用マニュアル」
<https://www.jasa-web.jp/wp/wp-content/uploads/c5558d166af88c14173a1f5e24a2771e.pdf>
- ^{xxv} 堀内 都喜子：ネウボラとフィンランドの切れ目のない家族支援
http://www.jpa-web.org/dcms_media/other/20170610toyama%20slides_Tokiko.pdf
(2019年3月29日閲覧)
- ^{xxvi} 厚生労働省:子育て世代包括支援センター業務ガイドライン、2018年8月、
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/senta-gaidorain.pdf> (2019年3月29日閲覧)