

母子保健検討委員会答申

令和4年4月

日本医師会母子保健検討委員会

令和4年4月

日本医師会長

中川 俊男 殿

母子保健検討委員会

委員長 福田 稔

母 子 保 健 検 討 委 員 会 答 申

本委員会は、令和2年11月25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、「子どもを産み育てやすい社会の実現に向けて医師会はどう関わるべきか～成育基本法をもとに～」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 福田 稔（熊本県医師会会長）
- 副委員長 三牧 正和（帝京大学医学部附属病院主任教授）
- 赤堀 彰夫（静岡県医師会顧問）
- 石渡 勇（日本産婦人科医会副会長）
- 神川 晃（日本小児科医会会長）
- 川上 一恵（東京都医師会理事）
- 河村 一郎（山口県医師会常任理事）
- 佐々木悦子（宮城県医師会常任理事）
- 三條 典男（山形県医師会副会長）
- 杉原加壽子（兵庫県医師会常任理事）
- 立元 千帆（鹿児島県医師会理事）
- 田中 篤（新潟県医師会理事）
- 玉木 正治（広島県医師会副会長）
- 二井 栄（三重県医師会会長）
- 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

序文	1
1. 国レベル	1
1.1. 産婦人科	1
(1) 母子保健法と母子健康手帳	2
(2) 健康教育	2
(3) 児童虐待防止法	4
(4) 医師の働き方改革	5
1.2. 小児科	8
(1) 成育基本法の成立に至る期間の社会的背景と子どもと保護者の変化....	8
(2) 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針..	9
(3) 閣議決定された基本的な事項を踏まえて実現すべきこと.....	9
(4) こども家庭庁設置	12
(5) 日本医師会における成育医療等に関する検討について	12
2. 都道府県レベル.....	12
2.1. 産婦人科	12
(1) 周産期医療提供体制.....	12
① 現状と対策	13
② 集約化と重点化	13
③ 周産期医療協議会の活用と成育基本法	14
(2) 新生児スクリーニング（マススクリーニング）	14
(3) 災害・感染症等に対応する医療体制の整備.....	17
① 災害・パンデミックと都道府県医師会	17
② 災害と新興感染症等感染症蔓延時の周産期医療の特性	17
2.2. 小児科	19
(1) 平時における小児医療提供体制.....	19
(2) 有事の際の地域医療提供体制～新興感染症への対応～.....	21

(3) 有事の際の地域医療提供体制～災害時の小児医療体制の課題～.....	22
3. 市町村レベル.....	24
3.1. 産婦人科	24
(1) 妊婦健診	24
① 妊婦健診のあり方	24
② メンタルヘルスと産婦健診	25
③ 子育て世代包括支援センターと妊婦の関わり	25
(2) 産後ケア	25
① 産後ケアの現状について	26
② 産後ケアと医師会の関わり（多職種連携）	28
(3) 妊産婦メンタルヘルス.....	29
① 妊婦と周産期精神障害	29
② 自治体における妊産婦支援	30
③ 医師会と妊産婦支援	30
3.2. 小児科	31
(1) 子育て世代包括支援センターの現状と課題	31
(2) 乳幼児健診について	31
(3) 学童思春期の健診について	32
(4) 子どものこころのケア	32
(5) 母子保健と福祉の融合	32
(6) 発達障害児者への包括的支援体制	33
(7) 医療的ケア児への包括的支援体制	34
結語	35
(関連資料)	

序文

「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」（以下、成育基本法）は、2018年12月に成立、2019年12月より施行された。その目的は、次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んじられ、その心身の健やかな成育が確保されることである。そして、その理念のもとでの国、地方公共団体、保護者、医療関係者等の責務が明示されている。当然のことながら、医師は成育基本法を推進するために医療関係者として中核的な役割を担うべきであり、成育基本法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大きな責務である。

しかしながら、急速な少子高齢化が進行したわが国では、子どもの心身の健やかな育成を保证するための施策が立ち遅れ、子どもを産み育てやすい社会の実現が喫緊の国家的課題となっている。少子化はさらに進行し、妊産婦や子どものメンタルヘルス、思春期の健康教育や移行期医療の問題、医療的ケア児の増加や災害時の産科・小児科医療体制など、従来の医療・保健体制では解決困難な課題が増加し、地域間での健康格差の拡大も指摘されている。これらの課題に取り組むには、医療、保健のみならず、教育や福祉等の他領域、多機関の連携と、包括的で切れ目ない対策が必要となる。

そのような状況下で、2021年2月には「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（以下、成育医療等基本方針）が閣議決定され、理念法である成育基本法を施策実現に反映させる段階に進んだ。日本医師会は、日本中のどこにいても安心して子どもを産むことができ、全ての子どもが心身共に健やかに育つことができる社会の実現のための成育基本法の効果的な運用について、母子保健検討委員会において2年間にわたり検討を続けてきた。まず、厚生労働省の管轄下に設置されている「成育医療等協議会」や、創設が計画されている「こども家庭庁（仮称）」等の国レベルの施策、政策に対する日本医師会の役割について検討した。さらに、実際に施策を実行する地方公共団体との関わりについて、それぞれ都道府県や市町村レベルでの方策、地域の医師会の役割についても検討した。特に重要な課題については、施策の実現に繋がる具体的な提言を目指して考察した。その結果を本答申としてここに報告する。

1. 国レベル

1.1. 産婦人科

成育基本法について

成育基本法は、胎児期、新生児期、乳幼児期、学童期、思春期を経て大人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目な

く支援を行い、健やかな成長をはかるとともに、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である。2019年12月に施行され、厚生労働省内に設置される成育医療等協議会において、政府が今後進めるべき施策である成育医療等基本方針について議論を進め、2021年2月9日には成育医療等基本方針が閣議決定された。成育基本法をもとに、医師会がどうかかわるか、産婦人科の立場から考察する。主な項目は母子保健法からみた母子健康手帳について、健康教育からみた少子化対策としての健康教育とプレコンセプション、働き方改革が周産期医療にどのような影響をもたらすか、である。

(1) 母子保健法と母子健康手帳

法律の最も重要な趣旨は第一条に記載されている。母子保健法は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もつて国民保健の向上に寄与することを目的とする。わが国は世界に先駆けて母子健康手帳を発行した。

母子健康手帳は、妊娠中、出産、新生児、そして、乳幼児期に係わる医師・助産師・看護師・保健師等の多職種連携に活用される。新生児の頃は自宅に保健師・助産師の家庭訪問がある。予防接種は小児科で行われることが多い。各々の医療施設や保健センターには、個人の医療や健診の記録が保存されているが、母子健康手帳という形で医療や健診のデータを保護者が持つことによって、異なる場所で、異なる専門家によって行われた母子健康保健サービスが、一貫性を持つことができるようになる。これが母子健康手帳のすばらしい役割である。まさに、母子健康手帳は、切れ目のない継続ケアを保証するツールと言い換えることもできる。

(2) 健康教育

① 性に関する健康教育

学校における健康教育（妊孕性を考慮した）のための教材作成と実践が重要である。小中学校における健康教育は文部科学省が提示する「学習指導要領」の内容に準拠している。少子化対策を考えれば、従来の性交・避妊・性感染症予防に加えて、妊娠したいときに妊娠し出産・子育てができる性教育（将来の妊孕性を考慮した健康な体と心作り）を重視した教育が必要である。さらに踏み込めば、将来を担う世代が、結婚から妊娠・出産・子育てまでの過程や、子育てに対する自らの役割を、社会の一員として理解できるガイドブックを国が作成し、教育に導入する必要がある。

子宮頸がんにより、現在、年間、3,000人弱の女性が尊い命を奪われ、約10,000人弱が治療を受け、不自由な生活を余儀なくされている。約13,000人が前がん状態（高度異形成・上皮内癌）で円錐切除術をうけ、子宮は残存できたものの

不妊症と流・早産のリスクにさらされている。WHO は一次予防である HPV ワクチン接種と二次予防である子宮頸がん検診および適切な治療によって子宮頸がんは撲滅できるとの戦略を示し、子宮頸がん罹患率も死亡率も世界的に減少している。ワクチン接種の進まない、そして子宮頸がん検診受診率も 40%のわが国だけが増加している。HPV ワクチン接種の積極的勧奨が 2022 年 4 月から再開されることにより、改善が期待される。

② プレコンセプションケア（妊娠前のヘルスケア）：成育基本法を踏まえた産婦人科領域からの提案

日本産婦人科医会は、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、小児・思春期からヤングアダルト（AYA：Adolescent and young adult）世代（15～39 歳）へと成育する女性のライフステージごとのヘルスケア、プレコンセプションケア、不妊医療体制の充実、周産期医療体制の充実について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推進していくことを提案している。

成育基本法における産婦人科領域の重要項目として、以下の項目がある。

- (ア) 妊娠期から産後育児期における母と子の関係性を重視した母子の健全な成育過程形成の確保
- (イ) 子どもから思春期、AYA 世代へ向けたライフステージごとの女性ヘルスケアへの切れ目ない支援の確立
- (ウ) 妊娠前から妊娠を支える医療体制の充実（プレコンセプションケア、ペリコンセプションケアの推進）
- (エ) 周産期医療体制の向上を目指した医療・社会資源確保

日本でも、AYA 世代のがん患者のうち、20 歳以上では約 80%を女性が占め、近年では子宮頸がんと乳がんが増加している。AYA 世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で、患者が適切な治療を受けられないおそれがある。AYA 世代は、年代によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、患者視点での教育・就労・生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではないことも課題である。

AYA 世代のがん患者に対し卵子や精子、生殖組織などを凍結保存することで、将来、子どもを持てる可能性を残す手法等の情報提供を行うとともに、そのネットワーク体制づくりが重要である。

妊娠前のカップル、妊婦のパートナーへの風しん抗体検査助成事業、低抗体価者へのワクチン接種補助を行っている自治体は多いが、アクセスするカップルは少ない。また、抵抗抗体価者である 40・50 代男性への定期接種も 2019 年度から開始されたが、終了予定であった 2021 年度末に目標に達成していなかったため、3 年間延長とされた。

妊娠前からの葉酸摂取が神経管閉鎖障害の予防には重要であるが、2016 年の調査では、妊娠前に葉酸摂取をしている妊婦は 30%と増加傾向にあることがわ

かった。しかし二分脊椎の発生率をみると、食品での葉酸摂取を開始している米国やカナダが減少したのに対し日本は増加している。

非認証施設によって行われている NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査：Non Invasive Prenatal genetic Testing）についても、妊娠前から適切な情報提供を行うことで不適切な検査を避けることが可能となるかもしれない。先天異常は 20 人に 1 人と年間約 5 万児に発生するが、NIPT でわかる異常はわずかその 5 % にすぎない事実を知らない妊婦も多い。そして日本では先天異常について教育されず、生物の多様性・自然の摂理に関する教育が不十分であることも問題である。

このような問題を解決するには従来になかった枠組みが必要であり、成育基本法の枠組みの中で産婦人科医が行うプレコンセプションケアを強く提案する。

(3) 児童虐待防止法

この法律は、児童虐待が児童の心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与えることに鑑み、児童に対する虐待の禁止、児童虐待の防止に関する国及び地方公共団体の責務、児童虐待を受けた児童の保護のための措置等を定めることにより、児童虐待の防止等に関する施策を促進することを目的とする法律である。児童虐待の現状を把握するためには、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の報告が参考となる。

妊娠初期に支援の対象となる妊産婦のスクリーニングと、医療機関と行政等の間での特定妊婦等の情報提供が重要である。妊娠初期の妊婦に対する支援において必要なことは、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、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。

「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 17 次報告）」（令和 3 年 8 月）をみると、児童虐待死は心中以外 57 人（35 件）、心中 21 人（6 件）、合計 78 人（38 件）である。主たる加害者は実母・実父である。実母が抱える問題として、予期しない妊娠/計画してない妊娠が 1/3、妊婦健診未受診 1/3、若年（10 代）妊娠 1/10 である。（図 1）

図1 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第17次報告)より

第17次報告(令和3年8月)
○児童虐待死: 心中以外57人(35件)、心中21(6件)、合計78人(38件)
○虐待の種類: 身体的29.8%、ネグレクト22.8%
○主たる加害者: 実母52.6%、実父5.3%、実母と実父7.0%
○実母が抱える問題: 予期しない妊娠/計画していない妊娠35.1%、妊婦健診未受診35.1%、若年(10代)妊娠10.5%
○国への提言
虐待の発生予防及び発生時の的確な対応
①妊娠期から切れ目のない支援体制の整備
②精神疾患のある養育者等の支援を必要とする家庭に対する相談及び支援体制の強化
③虐待の早期発見及び早期対応の広報啓発

以上のことから、虐待の発生予防及び発生時の的確な対応として、本委員会では日本医師会から以下の点を国に対して提言いただきたい。

- ①妊娠期から切れ目のない支援体制の整備
- ②精神疾患のある養育者等の支援を必要とする家庭に対する相談及び支援体制の強化
- ③ 虐待の早期発見及び早期対応の広報・啓発

(4) 医師の働き方改革

「医師の働き方改革」は2024年に実施される。日本の分娩、周産期医療の特徴と「働き方改革」の問題点について考察する。

2014年に制度化された地域医療構想は、将来の人口を見据え効率的な医療提供体制を実現するための取り組みであり、周産期医療の向上にも寄与するものである。具体的には、各地の分娩機関の規模・能力によって、一次（中小産婦人科機関）、高次二次（地域周産期母子医療センター・公的病院）、高次三次（総合周産期母子医療センター）に分け、それらが連携し地域の妊産婦に安全な医療を提供するものである。機能分担と連携により日本の周産期医療は大幅に改善され、日本の妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率は世界トップクラスとなった。現在、分娩数は、産科診療所 47%、病院 53%であるものの、個人病院の分娩を含めると一次を担っている機関は70%ほどである。

「医師の働き方改革」は次のような枠組みで推進される。

- (1) 各医療機関で勤務医の労働時間短縮を進め、「時間外・休日の労働時間合計が年間960時間以内（A水準）」とすることを目指す。

（２）労働時間短縮を徹底してもなお「960 時間を超える時間外労働が必要な勤務医」がいる場合に B 水準指定（1,860 時間）等を受ける。

（３）研修医・専攻医を雇用する場合に C 水準指定（1,860 時間）等を受ける

【地域医療確保暫定特例水準】

▽B 水準（三次救急や救急搬送の多い二次救急、がん拠点病院など）

▽連携 B 水準（医師派遣を通じて、地域医療確保のために必要な役割を担う医療機関）

【集中的技能向上水準】

▽C1 水準（初期研修医、専門医資格を目指す専攻医を雇用する医療機関）

▽C2 水準（特定高度技能の獲得を目指す医師を雇用する医療機関）

働き方改革によって日本の周産期医療を支えてきたシステムが崩れようとしている。一次施設（中小の産婦人科機関）なくして、周産期医療は成り立たない。

地域の周産期医療を守るために、日本産婦人科医会は、産婦人科医療供給体制と在院時間を調査した（日本産婦人科医会施設情報調査 2021 年）。

調査結果を見ると、

- ・総合と地域の周産期母子医療センターでは、それぞれ 11.1%（12 施設）、13.7%（38 施設）が B 水準を超えており、いずれも医師数と、助産師数が少ないためと思われる。

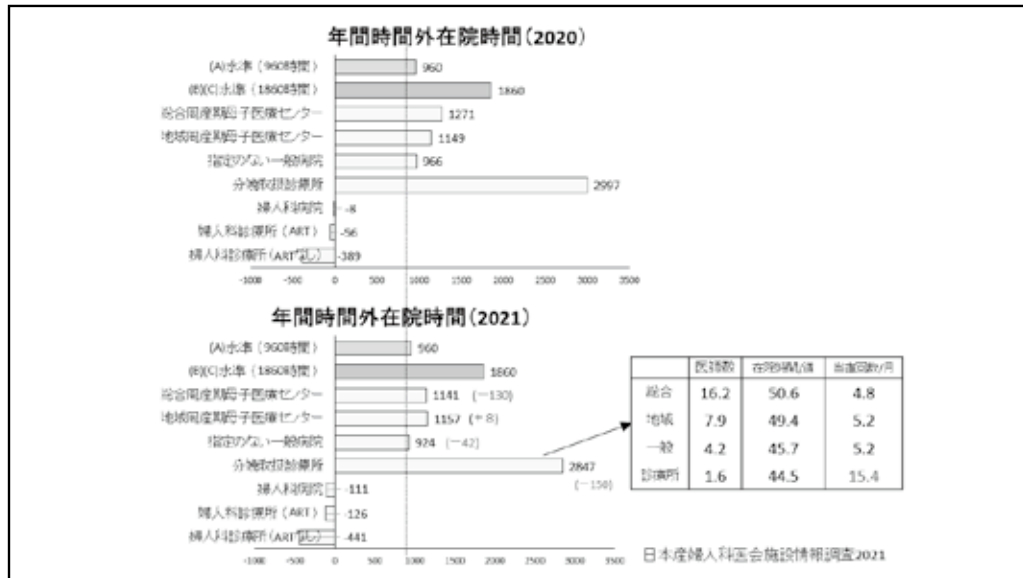
- ・一般病院では、12.7%（69 施設）が B 水準を超えており、医師数、助産師数が少なく、仕事量が多いためである。

このような規模の施設では、医師不足と経営上ゆとりがないため、新規雇用は不可能であり、派遣病院からの医師引き上げが起こる可能性がある。

自院のみで時間外労働時間が 1,860 時間を超える施設はもとより、1,860 時間に近い場合は、地域医療の支援のために他院へ非常勤医師として勤務することを依頼されても、休日勤務や夜の当直勤務が宿日直の許可がない施設へは不可能になる。

また、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、一般病院、産科診療所の医師数、在院時間/週、当直回数/月は（図 2）のごとくである。

図2 医師数、在院時間/週、当直回数/月



医師の不足している産科診療所は、外部（総合、地域、一般病院）の医師の外勤・当直で医療を成り立たせている。

産科診療所は全国全分娩の47%を担っている。しかもその平均常勤医師数は1.6人であり、2021年の年間時間外勤務時間は2,847時間と圧倒的に多い。これらの診療所は多くの外部からの外勤・当直で産科医療を継続している。

「経済財政運営と改革の基本方針2021」（骨太方針2021）では、2021年6月18日、「日本の未来を拓く4つの原動力～グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策～」が経済財政諮問会議での答申を経て、閣議決定された。その中に「引き続き、地域の産科医療施設の存続など安心・安全な産科医療の確保」が盛り込まれた。

地域医療の支援のためには、産科診療所へ非常勤医師として勤務できるよう、労働環境や待遇面を含めた体制整備が必要である。

参考 国の少子化対策について

1. がん患者等の妊孕性温存療法にかかる費用助成 21年度から予算20億円(国1/2) ・公的医療保険の対象外・研究事業と位置づけ実施医療機関の限定	
対象治療	助成上限額/1回
① 胚(受精卵)凍結	35 万円
② 未受精卵凍結	20 万円
③ 卵巣組織凍結	40 万円
④ 精子凍結	2.5万円
⑤ 精子凍結(精巣内精子採取)	35 万円

2. 不妊治療「22年度保険適用」不妊治療の保険適用に向けた工程表 ・それまでの助成制度の大幅拡充 初回もそれ以降も30万円 通算6回、40歳～42歳は上限3回 所得制限は撤廃 ・保険適用外とされた医療技術は、医療機関の申し出により先進医療として 保険診療との併用を可能とすることについて検討 ・不育症についても保険適用を含め支援策の検討 ・不妊治療を受けやすい職場環境の整備	
2020年12月	全世代型社会保障検討会議で工程表を提示
2020年12月	不妊治療の実態調査の中間報告
2021年1月から	診療報酬を拡充
2021年4月末	実態調査の最終報告
2021年夏ごろ	学会ガイドライン完成
2022年春前半	保険適用を決定
2022年4月	保険適用を開始

3. 出産育児一時金4万円以上増 自民議連提言 (日本産婦人科医会では自民党に100万円を要望)	
---	--

1.2. 小児科

(1) 成育基本法の成立に至る期間の社会的背景と子どもと保護者の変化

1990年に、成育基本法（当時は小児保健法）を成立させようと母子保健関係者が行動を起こしたが、同年、合計特殊出生率が丙午の年を下回り（1.57 ショック）、以降、ほぼ毎年出生数が減少し、2020年には出生数は82万人にまで低下した。当時の社会的背景として、バブルの崩壊が起き、さらにリーマンショックが追い打ちをかけ、日本経済は大打撃を受けた。政府は経済の回復を重要視し、雇用の確保、個人所得増加による購買力増加などにより経済を回し GDP 増加を期待した。しかし、雇用は非正規労働者の割合が増加し、女性では約半分以上が非正規労働者の状態になり、企業経営は回復したが、個人所得は伸びず経済状態により結婚できない未婚者が急増した。保育所増加、女性の働き方改革、男性育休取得向上などの欧米を見習った少子化対策の効果は限定的であった。ⁱ 実際、GDP に占める子ども関連支出が少ないため、子育ての経済的負担感を持つ保護者が多く、育児不安が増えた。

このような社会的背景が、子どもと保護者にどの程度影響を及ぼしたか断定できないが、子どもの心身の発達にも大きな問題が生じている。愛着障害や発達障害を疑われる子どもを保育所、幼稚園の定期健診で認めることが多くなった。乳幼児の虐待死数は変わらず、児童虐待相談対応件数は急増、子ども達の間でいじめは軽微なものも含め毎年増加し、不登校も同じく増えている。子どもの自尊心が低下し将来に希望を持てない若者が多くいてⁱⁱ、色々な原因で若者の自殺だけは減少傾向がなく、新型コロナウイルス感染症流行下、増加に転じた。医療の進歩に伴いハンディキャップを持つ子どもが増加し、医療的ケアが

十分に提供されていない場合がある。健康に及ぼす社会的決定要因の一つである相対的子どもの貧困は7人に1人認められ、女性のひとり親世帯では2人のうち1人が相対的貧困状態にある。

このような課題の解決のために、子どもを中心に置き、子どもの権利を保障し、子どもの健やかな成長を願って成育基本法が成立した。

(2) 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針

iii

2021年2月に閣議決定された成育医療等基本方針の基本的方向で、成育過程にある者等を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進することが求められている、とされている。

成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項は129項目あり、下記7項目に分類されている。

- (1) 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療
- (2) 成育過程にある者等に対する保健
- (3) 教育及び普及啓発
- (4) 記録の収集等に関する体制等
- (5) 調査研究
- (6) 災害時等における支援体制の整備
- (7) 成育医療等の提供に関する推進体制等

(3) 閣議決定された基本的な事項を踏まえて実現すべきこと

子どもが健やかに育つためには、母子保健から学校保健につながる心身の健全な発育・発達が求められる。子どもを取り巻く環境が大きく変化している状況では、身体的・心理的・社会的な背景に配慮した個別健康診査（健診）を乳児期から思春期まで継続して実施し、ポピュレーションアプローチで子どもと保護者を見守ることのできる体制を早急に構築する必要がある。

ポピュレーションアプローチとしてフィンランドのネウボラ^{iv}と米国でのヘルス・スーパービジョン^vが参考になる。

フィンランドのネウボラは出産・子育て世代包括支援センターであり、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を支援する制度である。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実施して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る。

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、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、健康増進につなげる定期診察を行っている^ⅴ。「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」を提供している^ⅴ。

これらは今後の小児保健・医療の方向性を示していて、これに関する主な基本的な事項を下記に示す。

- ・乳幼児期から成人期に至るまでの期間において身体的・心理的・社会的な観点から切れ目なく包括的に支援するため、個々人の成長特性に応じた健診の頻度や評価項目に関する課題抽出やガイドライン作成等の方策を検討する。
- ・乳幼児の発育及び健康の維持・増進や、疾病の予防の観点から、乳幼児健診を推進するとともに学童期及び思春期までの切れ目ない健診等の実施体制の整備に向けた検討を行う。
- ・妊娠期から子どもが大人になるまでの一連の成長の過程の様々なニーズに対してワンストップで総合的な相談支援を行うことができるよう、地域の実情に応じて対象年齢等を柔軟に運用するなど子育て世代包括支援センター等の機能の整備を図るとともに、地域の関係医療機関（産婦人科、小児科、精神科、歯科等の診療科及び助産所）等と連携しつつ、地域における相談支援体制の整備を推進する。
- ・学童期及び思春期を通し、生涯の健康づくりに資する栄養・食生活や運動等の生活習慣の形成のための健康教育を推進する。
- ・成育過程にある者等に対する保健を担う医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、保育士、公認心理師等の確保を図る。

また、以下の事項を日本医師会から国に要望していただきたい。

① 子育て世代包括支援センターの機能充実

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、妊産婦等の支援に必要な実情の把握、相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行い、必要ならば支援プランを策定し、関係機関との連絡調整を行う場で、妊婦健診や乳幼児健診（集団健診を除く）を行う実働の場所ではない。ポピュレーションアプローチで保護者と子どもに接する最前線は産婦人科医と子どものかかりつけ医である。それぞれが産科ネウボラ、小児科ネウボラとして機能し、子育て世代包括支援センターは両者と連携、協働して包括的に行政支援を行うことが望まれる。さらに、産婦人科医、子どものかかりつけ医を含めた多職種と連携して見守りを強化するためには、条例により市町村と地区医師会など関係者で合議体を設置することが不可避である。

また、発達障害児、医療的ケア児は成人に至るまで継続した行政の支援が必要である。子育て世代包括支援センターは母子保健法により設置されているの

で未就学児が対象年齢になるが、少なくとも思春期までは子ども達への対応が求められる。また、子育て世代包括支援センターは地域子育て支援拠点事業と一体的な連携を行う事とされているが、現状では分離していることが多いので、就学以降も含め、母子保健と児童福祉が合体して運営されるよう予算措置が必要である。

② 乳幼児健診回数増加

子どものかかりつけ医が小児科ネウボラとして機能するためには乳児期から思春期まで継続して個別健診を実施することが望まれる。健やかな子どもの発育を支援するには、乳児期から子どもと保護者に頻回にかかわることが必要で、子育てに不安を持つ保護者には特に頻回に会うことで関係性を深めることが重要になる。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、虐待の早期発見・早期対応、家族などへの支援につながる。ネウボラでは、乳幼児健診は1か月まで2回、6か月まで月1回、1歳まで2か月に1回、3歳まで6か月に1回、6歳まで年1回実施されている。新生児期からの健診の効果によって、新生児の虐待死⁰につながっている。「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」^{vi}にも同様な回数を実施することが推奨されており、乳児期早期から子どものかかりつけ医による身体的・心理的・社会的背景に配慮した乳幼児健診回数を増加し実施することが必要である。

③ 学童以降の個別健診導入

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、個別健診が行われることはない。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る。近年、学校保健の中で、がん教育、性教育などが取り扱われているが、年齢及び個人に応じた予防的な指導が繰り返し個別に実施されることが重要である。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による定期的な個別健診での保健指導の中で、子どもが自分で健康について理解し、自分自身で自らを守り育てる能力を身に付けられるよう健康教育を行い、必要とされる社会資源に子どもと家族をつなげる枠組みを構築すべきと考える。「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」の中でも思春期は年1回健診及び保健指導を行うべきと推奨されており、学童から思春期での個別健診を妊産婦健診と同じようなクーポン券による方式で導入すべきと考える。^{vii}

④ 母子健康手帳の改訂

前段に関連して、母子健康手帳の変更が必要になる。厚生労働省は「母子健康手帳等に関する意見を聴く会」^{viii}を開催して、母子健康手帳の見直しを実施しており、2022年度から母子健康手帳や妊婦健診、乳幼児健診等事業の改正に取り組む予定である。母子健康手帳は母子に限定するものではなく、今後は6

歳以後の記録も必要と考える。名称を成育健康手帳に変更し、現在の保護者記載欄に、2 か月、小学校低学年（7～9 歳）、高学年（10～12 歳）、中学生（13～15 歳）、高校生（16～18 歳）を加え妊娠期から思春期までの手帳に改定することが望ましい。

⑤ 保健を担う小児科医の確保

成育過程にある者に対する医療を担う医師の確保は医療計画の中で検討されてきたが、保健を担う医師数の検討はされてこなかった。小児科学会の小児医療提供体制は基幹病院、地域小児科センター、地域振興小児科の分類はあるが、地域医療を提供し母子保健、学校保健などを担う小児科開業医や子どものかかりつけ医については検討されていない。日本小児科医会では、地域総合小児医療を実践できる小児科医と小児外科医を地域総合小児医療認定医として登録してきた。日本医師会「日医かかりつけ医機能研修制度」のように診療報酬に反映され、取得した医師が評価される認定医制度に発展させ、小児保健を担う小児科医が小児科のシーリング対象になることが望ましい。

(4) こども家庭庁設置

2021 年 6 月、自由民主党は「こども・若者」輝く未来創造本部を設置し、「こどもまんなか」の実現に向けた強力な総合調整機能を有する行政組織として、こども家庭庁を創設することを緊急決議した。2021 年 12 月 21 日には、こども家庭庁の設置が閣議決定された。日本医師会にこども家庭庁の担当理事を決定しておくことが望ましい。

(5) 日本医師会における成育医療等に関する検討について

成育医療等協議会は開催され、成育医療等に関する施策の実施状況や今後の基本方針の評価方法について協議が行われる。そして、少なくとも 6 年ごとに基本方針に検討を加え、必要であれば変更しなくてはならないとされている。日本医師会は委員として成育医療等協議会に参画し成育医療等基本方針の策定に関与している。今後も主導的な役割を果たすためには、この法律が妊娠時期から次世代を育成するまでの幅の広い法律であることを勘案し、その理念に基づき、日本医師会母子保健検討委員会は母子保健のみならず母子保健から思春期までを包括的に取り扱うことを検討していただきたいと考える。

2. 都道府県レベル

2.1. 産婦人科

(1) 周産期医療提供体制

日本の出生数は明治時代に統計をとりはじめて以来、2016 年に初めて 100 万

人を切り、その3年後の2019年には90万人も割り2021年はさらに80万人をも下回ると推定されている。新型コロナウイルス感染症の影響により出生数の減少に拍車がかかっていることから、本来であれば新型コロナウイルス感染症を除けば、少子化対策が最も大切な喫緊の課題と思われる。2020年、2021年に生まれた子どもが80歳になる2100年には日本の人口が4,000万人と、現在の3分の1になるとの推計もなされており、国の存亡にも関わってくる問題と考えられる。したがって、新たに生まれてくる子どもは国にとって共通の宝物であるとの考えのもとに、周産期医療体制について考えてみたい。

① 現状と対策

2015年、厚生労働省周産期医療提供体制のあり方検討委員会における論点は、概ね以下の3点であった。まず一つ目として周産期医療の提供体制のあり方について、①地域における分娩取扱医師の確保・偏在と施設のあり方および周産期母子医療センターがこれまで以上に分娩の中心的な役割を果たしていくような対応についての方策と②周産期医療体制における多職種・他診療科間の連携についてどのような体制が必要であるか。2つ目に周産期医療体制と他分野（救急、災害）との連携については、①産科危機的出血への準備と搬送体制および②災害時の対応として、災害拠点病院との連携など周産期災害連絡体制をどのように確保すべきか。最後の3つ目は中長期的な視点から、今後の周産期医療体制が直面すると予測される問題は何か、またその対策について、であった。その他、無産科周産期医療圏が存在することから、分娩施設へのアクセスについても多く議論されてきた。しかしながら常に問題となるのは分娩を扱う産科医の不足が最も大きく、地域における分娩取り扱い医師の確保とその偏在および施設のあり方について論じられてきた。日本産科婦人科学会はグランドデザイン2010、2015と二度にわたり周産期医療提供体制について提起されたが、残念ながら問題の解決には至っておらず、産婦人科医の不足している地域では周産期母子医療センターの医師の不足は続いている。

2020年度は第7次医療計画の中間見直しが行われているが、第8次医療計画策定には、①さらなる周産期医療施設の集約化・重点化の必要性、②周産期医療を担う人材育成と周産期専門医の位置づけ、③一次施設と周産期センターとの有機的な連携がより重要と考えられている。そして④周産期医療から小児医療へのスムーズな連携について整備する必要がある。すなわち小児救急をはじめ障害者養育施設、さらには小児在宅医療に引き継いでいくための密な連携が望まれる。

② 集約化と重点化

特に周産期母子医療センターの機能的集約に関しては、ハイリスク妊婦の一次施設からの搬送をスムーズに受け入れると同時にリスクのなくなった妊婦についてはバックトランスファー（逆搬送）するなど、常に一次施設との連携を密にしていくことが大切である。多職種との連携については、周産期専門医を

中心に災害時小児周産期リエゾン研修履修者のみならず J-CIMELS（日本母体救命システム普及協議会：Japan Council for Implementation of Maternal Emergency Life Saving System）インストラクター数、NCPR（新生児蘇生法：The Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation）インストラクター数、助産師数、アドバンス助産師数、助産師 J-CIMELS インストラクター数、助産師 NCPR インストラクター数等を各地域で把握し協力体制を構築すべきと考える。

以上、第8次医療計画策定を控えた現在でも周産期医療施設のさらなる集約化・重点化の必要性に加え周産期医療を担う人材育成や周産期専門医の位置づけを考え、一次施設と周産期母子医療センターのより有機的な連携が期待される。

③ 周産期医療協議会の活用と成育基本法

今後の周産期医療提供体制については、これまでと比べ新型コロナウイルス感染症により社会的背景が大きく変化してきており、分娩数の減少のみならず周産期医療の地域格差も拡大してきていると思われる。このような中、妊産褥婦のメンタルヘルスについても十分な見守りを通じて行政や精神科医にも繋げていくことが望まれている。さらに医師の働き方改革は、産科医療、救急医療体制を直撃しかねない大きな問題と認識する必要がある。医療資源の不足している地域においては、医療崩壊が現実のものになってくる可能性があるかと危惧している。また、コロナ禍にあっても、検討が進んでいる地域医療構想では、周産期医療に関する記載は極めて乏しく、地域においては周産期医療協議会などを通じて活発な発言をし、地域の周産期医療提供体制を守っていくことが大切である。

最後に、厚生労働省による2015年の周産期医療のあり方検討委員会以来、数年が経つが人材不足を中心とした課題の本質は依然と解決されていないのが現状である。しかしながら妊産婦死亡数の減少や周産期死亡率の減少など周産期医療の質の向上は確実に図られており、成育基本法が成立した現在、こども家庭庁の新設を見据えて周産期医療をさらに発展させ国民の安心安全に資することが求められている。

(2) 新生児スクリーニング（マススクリーニング）

新生児マススクリーニングは、放置すると障害が起こるような先天性代謝疾患を発症前の新生児期に検査して発見し、治療介入によって障害を予防することを目的とした事業である。公費費用によって全ての新生児全員を対象に行われる。一方、新生児全員が対象ではないが新生児のユニバーサルスクリーニングとして有用なものに新生児聴覚スクリーニング検査がある。検査体制、治療、療育体制も充実しているが、検査の受検率が100%にならない理由が検査の費用負担であり国・県が公費補助を拡充し責任をもって対応すべきであり、医師会としてそれを求めていく責務がある。

① ガスリー法からタンデムマス法へ

ガスリー法は 1991 年以降、フェニールケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、ガラクトース血症、先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症の 6 疾患を対象に行われてきた。1997 年からは小児科医の要求により一部地域でタンデムマス法を用いたパイロットスタディが始まった。2011 年 3 月 31 日の厚生労働省雇用均等・児童家庭局（当時）母子保健課長通達を経て、2014 年から全国すべての自治体でタンデムマススクリーニングが運用されている。現在、厚生労働省が各自治体に勧奨している対象疾患は、タンデムマス法で検査する先天性代謝異常症の 17 疾患と、タンデムマス法によらない、従前から検査が行われている 3 疾患（ガラクトース血症、先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成症）の、計 20 疾患である。タンデムマス法が全国的に導入される前に、試験研究としてそれ以外の数疾患がいくつかの自治体でスクリーニングされていたという経緯から、この 20 疾患にいくつかの疾患を加えて対象としている自治体もある。各都道府県においてはパイロットスタディ研究に参加・注視し自県の全ての新生児が早期に新しい検査法を享受できるよう行政への働きかけが肝心である。

② 新規対象疾患の検討

画期的な小児の難病に対する治療法やスクリーニング検査法が開発され、次の世代の新規対象疾患が検討されている。現在地域によって検討されているものに、ライソゾーム病、脊髄性筋萎縮症、重症複合免疫不全症（SCID）、副腎白質ジストロフィーなどがある（図 3）。世界では対象疾患数が国により異なり、台湾、米国、イタリアなどでは発見される疾患全て約 40 疾患を積極的に取り入れている。一方、欧州諸国では新規対象疾患の採用については慎重で、例えば（2018 年時点で）英国は 6 疾患、ドイツは 12 疾患というように消極的な傾向である。

図3 これまでの対象疾患と新規対象疾患の特徴

	タンデムマス時代まで (現行スクリーニング)	検討されている新規対象疾患			
対象疾患	アミノ酸血症 有機酸血症 脂肪酸 β 酸化異常症 ガラクトース血症 先天性甲状腺機能低下症 先天性副腎過形成症	SCID	SMA	ALD	LSD Pomoe病 ムコ多糖症 Fabry病
主な治療	食事療法 薬物療法 カルニチン療法 ホルモン療法	骨髄移植 IVIG	遺伝子治療 遺伝子修飾	骨髄移植	酵素補充療法 骨髄移植

SCID:重症複合性免疫不全症, SMA:脊髄性筋萎縮症, ALD:副腎白質ジストロフィー,
LSD:ライソゾーム病, IVIG: intravenous immunoglobulin therapy (免疫グロブリン静注療法)

出典: 山口清次、「総論 新生児マススクリーニングの歴史と変遷」、周産期医学 51 巻 2 号、158 頁、2021 年

③ 新生児聴覚スクリーニングの現状

わが国の新生児聴覚検査への取り組みは、2000 年に国が新生児聴覚検査モデル事業を岡山県、神奈川県、栃木県、秋田県の 4 県を対象に年間 5 万人規模で開始したことにさかのぼる。長崎県では 2003 年 10 月以来政治（県会議員）、行政（県）、医療、教育関係者等多職種の方々と連携しながら 18 年間継続している。全新生児に対して県から公費補助を得てスタートし、その後市町からの補助に移行したこともあるが、長年の公費補助を受けて毎年 95～97%という高いスクリーニング実施率を維持している。国は 2007 年に新生児聴覚検査を一般財源化して全国の各自治体母子保健行政の中で実施できるように財源を交付することとした。この財政処置を行ったことで、この検査が公費負担のもとで全国に普及するものと考えられたが、現実には地方交付税措置のため財源の使途が特定されていないことから、自治体によっては公費補助が進まない状況となっている。

④ 自治体の役割・使命

新生児マススクリーニング事業の実施主体は、都道府県、政令指定都市である。具体的な施行に関しては、厚生労働省の通知に基づいて行われている。1977 年 7 月 12 日児発第 441 号厚生省児童家庭局長通知「先天性代謝異常検査等の実施について」の別紙として出された「先天性代謝異常検査等実施要綱」が最大の拠り所なのであるが、2001 年 3 月 28 日雇用均等・児童家庭局通知によって一般財源化され「先天性代謝異常検査等の実施について」は廃止された。その際、「今後とも事業内容に低下を来すことがないように願います」とされた。しかし、現在でも法的根拠が心許ない状況は続いており、2019 年に施行された成

育基本法によって、今後法制化することが望まれる。

(3) 災害・感染症等に対応する医療体制の整備

① 災害・パンデミックと都道府県医師会

新型コロナウイルス感染症で周産期医療は重大な危機になることが明らかになり、東日本大震災からは妊婦に対する的確な医療体制の整備が求められている。

周産期の災害時対応は、必要性は認識されているが、具体的整備が遅れている現状がある。^{ix}

また、新型コロナウイルス感染症では妊婦の不安を増加させ^x、第5波までの間、妊婦への具体的対応策は確立されていない。

安心して出産し、育児ができるために災害時あるいは感染蔓延時の医療提供体制と周産期医療の連携構築と維持には都道府県医師会の行動が不可欠である。

② 災害と新興感染症等感染症蔓延時の周産期医療の特性

周産期医療では平時の医療的対応量は一定であり、災害時・パンデミック時に大きく増減しない。また、周産期医療の最大の特性は限られた時間内に常時対応を要求される点である。そのうえで災害時、パンデミック時には非妊婦と同等の頻度で災害関連疾患、感染合併症の一定数が加わる。

また、精神疾患合併妊婦は平時においても一定数あり、有事には精神障害を発症する頻度は増加する。

③ 妊婦に対する新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症対策

(ア) 感染予防の徹底

感染予防対策の周知に努め、感染症対策にワクチン接種が有効であることから有効・安全なワクチン接種について妊婦の優先接種を勧め、都道府県間で格差が生じないように調整し、妊婦の感染を予防すると共に妊婦家族への接種も優先できる仕組みを構築する。

(イ) パンデミックの際の妊婦管理

在宅療養、宿泊療養中の妊婦管理には胎児機能を含むリモートシステムの導入を進めたうえで、切れ目なく妊婦の安全性を保持できるよう、周産期関係者と情報交換できる仕組みを構築し、感染症管理に関わる医療従事者に妊婦管理の基本的事項を教育、周知する。

分娩対応施設では常時感染対策を行い、感染妊婦に対応できる備えを有する様に努める。

また、妊婦の精神的不安が将来の母児育成に与える影響も考えられ、感染妊婦では肺炎による酸素飽和度の低下が児に与える影響も否定できないため適切に専門的ケアにつなげる。

NICU を有する総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに陰圧管理ができる分娩施設、LDR (Labor (陣痛)、Delivery (分娩)、Recovery (回復)) に対応できる個室の分娩室) などを設置するよう要望する。

(ウ) 妊婦のメンタルケアへの有効な相談窓口の設置と運用

都道府県における妊婦の方々への新型コロナウイルスに関する相談窓口は、全国的に保健所等の行政関連施設が示されており、対応時間は勤務時間内で夜間、休日等の対応は示されていない^{xi}。このため、メンタルケア全般に対する有効的運用が低下する可能性がある。

心のケアについて切れ目のない対応を行うために、カウンセラーや医療機関と相談できるメンタルヘルスケアシステムづくりと、自殺企図を含む緊急例には精神科救急医療協議会(仮称)を設置し、精神科救急医療患者の受け入れを行う。

(エ) 新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症対応施設

国は新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備え、増床すると共に医療従事者の大幅な確保を行ってきた。2022 年 2 月現在はさらに、自宅療養者の健康観察・診療を行う医療機関数の更なる拡大を行い、感染者急増に備えた体制整備を進めている。都道府県医師会はこれらの運用、従来通り自宅療養・宿泊療養への対応、PCR 検査等の検査体制について協力する。

さらに感染者数などの情報を収集し、周産期ベッドの確保を要請し、切迫早産などの症例に搬送の遅れによる不幸な事例を生じないように、切れ目のない周産期管理を行う。

(オ) 感染症対策協議会の設置と運用

新型コロナウイルス感染症のこれまでの感染拡大における感染妊婦の対応について検証を行い、今後の感染拡大に備えて災害時小児周産期リエゾンと行政の連携が的確に行われるよう確認し、相談、受け入れの機能停止が生じないよう人員配置を行う。

新興感染症においても医療提供体制の検討や感染症専門施設など感染病棟の整備を行い、周産期対応の不備が生じないよう感染症対策協議会を運用し協議する場を設置する。

④ 大規模災害時における周産期医療体制の整備

(ア) 医療救護に際しての周産期医療対策の構築

東日本大震災では、発災に伴い、ネットワークの機能不全、インフラの途絶による移動、搬送が機能不全に陥り、地域ごとに対応を必要とされた。このため母体搬送件数、病院前(外)分娩共に増加していた^{xii}。

ケアを必要とする妊婦の情報を関係機関に要請し、妊婦への支援策を構築する。特に避難所での妊婦については、連携を密にしてリスク管理や、迅速な入

院管理を行い、心のケアを含む切れ目ない支援と相談体制の整備につなげる。

(イ) 医療提供体制の確保及び情報の収集と共有化

東日本大震災のアンケートで、「妊婦に必要な支援は何か」では、1)受診していた施設の情報、2)受診可能施設の情報、3)緊急時の連絡方法、が上位を占める。「分娩に際し必要な支援は何か」についての質問では、1)分娩を予定していた施設の情報、2)分娩可能施設の情報、3)分娩施設に情報が通じない場合の対処法、が上位3項目を占める^{xii}。母児の安全のため妊婦の知りたい情報を収集し的確に提供する仕組みを構築する。

情報共有化のため、EMIS(広域災害救急医療情報システム:Emergency Medical Information System)、PEACE(日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システム:Perinatal Early Assessment and Communication systems for Emergencies)などを利用して対応する。

(ウ) 災害医療と周産期医療の統合

災害時の医療救護ではDMAT(災害派遣医療チーム:Disaster Medical Assistance Team)、JMAT(日本医師会災害医療チーム:Japan Medical Association Team)を含むあらゆる組織がそれぞれの指揮系統によって出動したため、一部では医療救護人材の過剰供給が生じた事実がある。災害時小児周産期リエゾンの役割を有効利用し、災害派遣医療チームの役割の明確化を行い、医療を必要とする妊婦の搬送を円滑に行えるよう協議会を設立し、有効な運用を行う。

大規模災害と新興感染症パンデミックに際して周産期医療を切り離すことなく災害医療、感染症医療と周産期医療を連携し、情報収集、患者搬送等について効率的に対応できるために各組織間の連携を統合する緊急時総合調整システム^{xiii}構築について要請する。

2.2. 小児科

(1) 平時における小児医療提供体制

① 小児医療

一般病院で小児科を標榜する病院数は、2008年の2,905から2019年には2,539まで減少している。診療所についても2008年には22,503であったものが2017年には19,647と減少している。

2018年12月時点で、わが国の医師数は31万人で、そのうちの5.6%に当たる1.7万人が小児科医で、病院勤務医が1万人、診療所で働く医師が6,700人である。病院に限れば、1病院あたりの小児人口は約5,000人で英国の25,000人より少なくなっているが、1病院あたりの小児科医の数は日本の2人に対し英国は20人であり、医師一人がカバーする小児の数はわが国の2,500人に対し英国は1,250人となる。これは全国平均値であり、医師の多くが都市部に集中

しているため、小児科医不在の地域の存在に配慮しなくてはならない。また都市部であっても、大学医学部附属病院に所属する医師については地方の関連病院へ派遣する医師数を都市部で計上していることから、決して医師が余っている状態とは言えない。

近年、小児科外来は呼吸器系の急性疾患に伴う受診が40%前後と圧倒的に多く、総受診者数の減少により、医療分野での活動に比べて、予防接種や健診、育児支援など保健分野での活動が占める割合が高くなっている。病院等における小児救急診療については、患者の多くが軽症者で、夕刻から準夜帯にかけて受診者が多いと報告されている。

施設として十分とは言えない小児科医数で数多くの病院小児科病棟や外来を維持することは医師の疲弊に繋がること、高度な医療の提供が困難になること等から、小児の医療提供体制は、三次医療を提供する中核病院小児科、二次医療を提供する地域小児科センターや地域振興小児科、一次医療を担う診療所という三層で構築されるという「小児医療の体制構築に係る指針」が厚生労働省より示された。これを受けて、都道府県は小児医療に関する各種協議会を設置し、都道府県医師会はその構成メンバーとして地区医師会等から集約した意見を伝える責を負う。そのため、日頃から地区医師会や各県の小児科学会、小児科医会とも連携し都道府県の実情の把握と対応について検討しておくことが必要である。

② 小児保健（健診、保育所嘱託医、園医、学校医）

少子化に伴い、わが子を得た時が赤ちゃんに接する初めての機会という保護者が増えている。1980年代から育児における「不安」が保育保健分野で研究として取り上げられるようになった。育児に関する相談や指導、保育所や学校等の嘱託医として健康診査や保健相談、保健指導など医師の活動は保健分野でも求められている。それにも関わらず、少子化と地方の過疎化の進行により、小児科医が常駐していない地域が生じている。これは地方に限ったことではなく、東京都でも山間部や島嶼部において小児科医の不足が認められる。小児科医のいない地域への専門医の派遣は、市区町村の医師会単位では担いきれないため、都道府県医師会が広域で医師の確保状況を把握し対応することが求められている。時によっては都道府県医師会同士の連携も必要になるかもしれない。

③ 医療的ケア児への支援

新生児医療の進歩により、早産児の生命予後は良くなった一方で人工呼吸器や経管栄養を要する状態で在宅での医療を継続する「医療的ケア児」は増加している。医療的ケア児の在宅医療について、都道府県と協働して医療提供体制を整えること、講習会を行い小児在宅医療を担う医師や訪問看護師のスキルアップを図ることも都道府県医師会に求められている。また、各種デバイスのついた児童・生徒は特別支援学校の通学バスに乗れず、学校に保護者が常時付き添うことが求められるなど、医療的ケア児の保護者は自身のキャリアを諦めざ

るを得ない状態に置かれている。こういった分野で、専門的知識を有する医師がアドバイスをしたり、緊急時に対応できる医療施設のリストを作成したりといったことも都道府県医師会が積極的に関わっていくことが望ましい。

④ 移行期医療

医学・医療の進歩により、重篤な基礎疾患を抱えた子どもが成人に達するようになってきた。そのため、小児期には小児科が患者を全面的に診ているが、成人期には小児特有の基礎疾患と生活習慣病のような成人期に発生する疾患の両方を診ていなくてはならず、誰がどのように患者を診ていくのか、いわゆる「移行期医療」が注目され、都道府県が協議会を設置して検討している段階である。医師会には多診療科の医師が在籍し、さらに病院勤務医と開業医が共に在籍していることから、この分野においても医師会がハブとなって患者を支えるシステムを構築していけると考える。

(2) 有事の際の地域医療提供体制～新興感染症への対応～

① 新興感染症発生前の準備

北海道においては医療計画を作成して、地域保健医療対策の推進の中で、感染症対策として「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」及び、これに基づいて策定した「感染症予防計画」により感染症対策を推進している。新興・再興感染症など発生時には、疫学調査や衛生指導等により感染の拡大防止に取り組み健康危機管理体制を強化する。一類感染症患者のための第一種感染症指定医療機関を一か所、結核を除く二類感染症患者のための第二種感染症指定医療機関を24か所整備している。第二種感染症指定医療機関は北海道の21第二次医療圏全てに整備している。感染症病床は、基準病床数の98床に対して現在4床不足している。新興感染症の拡大により、入院を要する患者が増大し、入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合には、一般病床等も含め、一定の感染予防策が講じられた病床を確保する。小児の感染症対策については現在見直し中であるが、13か所の小児地域医療センターと7か所の小児地域支援病院を感染症指定医療機関に指定している。

② 新型コロナウイルス感染症発生を振り返って

今回の新型コロナウイルス感染症の流行は、「さっぽろ雪まつり」に訪れた湖北省武漢市の女性から始まった。その後、北海道内全域に拡がり、「緊急事態宣言」を北海道独自で知事が発表して、学校に休校、道民に自粛を要請した。感染拡大を抑制するため発熱外来、入院医療機関、病床数等を検討する「新型コロナウイルス感染症対策専門会議」を医師会や病院団体と行政等の構成で設置した。新型コロナウイルス感染症患者は感染症指定医療機関に入院させた。感染患者が増え感染病床が不足になり、医療機関の協力により一般病床を感染病床に変える対策を取り、病床を確保した。無症状患者や軽症患者は医師と看

護師が配置されたホテルでの宿泊療養や保健所の監視のもと自宅療養となった。2021年7月から9月にかけての第5波においては、乳幼児の感染者は少なく、ほとんど家族内感染によるものであり、保育園等でのクラスターの発生は見られなかった。新型コロナウイルス感染症の流行抑制対策の検証は「新型コロナウイルス感染症対策有識者会議」で行った。新型コロナウイルスワクチン接種に関して、市町村によっては対応に差がありワクチン接種が思うように進まない地域も見られ、個別接種に加えて集団接種会場を設置した。様々な地域で多くの医療関連従事者の協力によりワクチン接種を強力に進めることができた。ワクチン接種が80%を超え、コロナウイルス感染患者が減少し、重症化して死亡する患者も減少した。新型コロナウイルス感染者数、感染病床数、重症者用病床数、宿泊療養者数、自宅療養者数等を行政と医師会で情報共有して感染対策に取り組んできた。

③ まとめ

新興感染症発生時の都道府県の対応は、医師会を中心に医療関係団体等で構成する「感染症対策専門会議」を設置して、感染状況、医療体制等を検討して感染症対策を行い、医療崩壊を起こさないようにしなければならない。その感染症対策の検証は都道府県の医師会、弁護士会、経済界、市町村、学識経験者等の委員で構成する「感染症対策有識者会議」を設置して検証を行い、変化する感染状況に対応した医療提供体制を作る必要がある。併せて、新型コロナウイルス感染症に対するワクチン接種等の対策を急ぐことが大切である。

(3) 有事の際の地域医療提供体制～災害時の小児医療体制の課題～

新潟県は中越大震災、中越沖地震を相次いで経験し、行政と医療との連携などの課題が顕在化し、災害時対応マニュアルの作成や災害コーディネーターの育成、災害拠点病院の整備を含めた体制作りなどを進めてきた。しかし、災害時における小児医療体制においてはまだ取り組むべき課題が多く、さらに災害時の対応を考慮した小児医療体制の構築といった新たな課題がある。

① 災害時小児周産期リエゾンを中心とした災害時小児医療体制の実効性ある整備

東日本大震災の頃から小児・周産期医療と災害医療との連携の必要性が指摘され、災害医療コーディネーターと連携して小児・周産期医療に関する災害時小児周産期リエゾンを活用した体制の検討が行われてきて、厚生労働省は災害時小児周産期リエゾンの養成を2016年度から開始しているが、まだ様々な課題がある。2018年5月1日時点の厚生労働省医政局地域医療計画課・DMAT事務局調べでは、災害時小児周産期リエゾンは、30自治体(64%)において計155名の任命にとどまっている^{xiv}。現在は改善していると推察されるが、すべての都道府県において小児科医及び新生児科医が複数名任命されることが必要である。

また、形式だけの任命ではなく実効性のある体制の構築が課題である。災害時小児周産期リエゾンに関する災害発生時の招集の方法（招集基準、自主参集基準、招集場所等）、具体的な業務内容（活動場所等）、活動費用や事故等への補償、任期、身分の取扱いなどについて、都道府県と災害時小児周産期リエゾンの医師との間での具合的な協定の締結が必要であり、未整備である都道府県では医師会として行政に要請したい。その上で医師会として、防災計画に災害時小児周産期リエゾンを具体的に組み込むことを都道府県に対して提案して早急に実現を図りたい。その計画に応じて、都道府県主催の研修や訓練に災害時小児周産期リエゾンが正式に参加することによって、災害医療コーディネーターやDMAT、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム：Disaster Health Emergency Assistance Team）との顔の見える関係作りを促進し、関係者に周産期や小児医療の特殊性に対する理解を図るよう支援する。行政や災害時小児周産期リエゾン、小児周産期医療従事者から構成される災害時小児周産期医療体制検討委員会（仮称）を各都道府県医師会において立ち上げ、現状の分析と課題を抽出しての体制作りを推進すると同時に、関係者間の顔の見える関係作りを推進することも一案である。

② 都道府県全体としての事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の作成と小児医療体制の整備

各医療機関のBCP作成だけでは大規模災害に対しては対応できないため、都道府県レベルの広域でのBCPの作成に取り組むことが必要である。さらには、小児医療体制は集約化が加速している傾向にあるため、都道府県単位だけでは対応できない場合を想定しての隣県と協同してのBCPの作成も必要になってきている。また、小児医療体制は、平時の観点のみから集約化を図るべきではなく、災害時の対応を見据えた小児医療体制の整備が必要であり、地域医療構想会議や小児医療協議会などで医師会として主張していくことが必要である。

③ 避難所、福祉避難所の整備（乳幼児、発達障害、医療的ケア児への配慮）への支援

子どもの夜泣きや夜間の授乳・おむつ替え、哺乳瓶の消毒、遊び場の確保などの配慮が必要であり、市町村の避難所の整備状況の確認と要請が必要である。また、発達障害児や医療的ケア児を抱えた家族に配慮した福祉避難所の整備が不十分であり、各市町村に対しての具体的な確認と要請が必要である。広域の災害では県レベルの対応を必要とするため、その備えの確認と要請を医師会として考えたい。さらには、液体ミルク及びアレルギー対応食品の十分な備蓄に対する確認が必要である。なお、日本小児神経学会が立ち上げている「災害時小児呼吸器地域ネットワーク」との連携も医師会として推進したい。

④ 子どものこころのケア活動に関する小児医療体制

新潟県は中越大震災後から被災地の乳幼児健診を利用した子どものこころの

ケア活動を実践してきて^{xv}、その後の災害の各被災地における子どものこころのケア活動に継承されている。都道府県医師会として郡市医師会と協力してこの活動を防災計画に組み込むように市町村に要請し迅速に実践できるように整備したい。また、災害時は身近な人たちからの支援が重要であり、平時からの災害対策活動として、子どものための心理的応急処置（PFA：Psychological First Aid）や子どもにやさしい空間（CFS：Child Friendly Spaces）に関する研修会を各地域で開催し関係機関や関係者との連携を深めるように支援したい。また、中越大震災の時の調査から、急性期のケア活動の場として一般小児科診療が重要な場所であることが分かっており^{xvi}、災害関連の問診票を活用した災害時の一般小児科診療の研修会を開催し災害時の小児医療体制の整備を進めたい。

3. 市町村レベル

3.1. 産婦人科

(1) 妊婦健診

① 妊婦健診のあり方

妊娠期から子どもが大人になるまでの一連の成長の過程の様々なニーズに対して総合的な相談支援を行うことができるよう、地域の実情に応じて対象年齢などを柔軟に運用するなどこれからの子育て世代包括支援センターの機能と役割はますます重要となる。そうした中、わが国の社会環境の変化から妊娠前や妊娠期の精神疾患、出産年齢の高齢化に伴う合併症妊娠、若年妊娠、貧困・シングルマザー家庭、妊産婦の摂取栄養の質と量のバランスなどの課題が生じており新たな妊婦健診のあり方を模索する必要がある。妊婦健診事業は地方交付税をもとに各市町村で運営されているが健診内容の基本的事項は定められており、公費負担に関しては健診料の一部業務委託を行う制度であり健診料を全額無料にする制度ではない。従って市町村によって委託料金は差があり定額とはなっていない。自治体によっては妊産婦の医療費の保険診療自己負担を公費で助成する自治体も存在し、若年妊娠、貧困・シングルマザー家庭に対する妊婦健診や保険診療自己負担を公的に補助する制度の確立が、妊婦健診の未受診や飛び込み分娩を減少させる一つの方法である。現在の妊婦健診の回数は適切に整備されており従来から合併症として重視されている感染症の項目も充実してきているが、わが国の社会変容に伴い増加している妊娠中のメンタルヘルスケアや貧困妊婦の対応が充分になされていない。これらの要因が分娩後の自殺や虐待につながる可能性があり、妊娠期からの情報収集とスクリーニングによる早期の医療と行政の介入、分娩後の医学的・社会的ケア並びにツールの検討が必要と考えられる。

② メンタルヘルスと産婦健診

分娩後の自殺者の増加が社会問題となり現在産褥期には分娩後の2週間、4週間の産婦健診が定められ、エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS:Edinburgh Postnatal Depression Scale)によるスクリーニングの制度が定着化しつつあるが、妊娠中のメンタルヘルスの医療介入制度は確立されていない。近年の社会状況から結婚、妊娠前のうつ・不安障害・適応障害等精神科疾患の罹患者が増えており、妊娠中にこれらのメンタルヘルスカケアを事前に管理し、妊娠期から精神科専門医療機関、行政機関との連携を密にし、分娩後の母親のメンタルヘルスカケアと子育ての支援を継続していく制度の確立を進めるべきである。そのためには産婦人科・精神科・小児科医師と地域の行政機関がハイリスク妊婦のチェックと対策についての協議が出来る体制を構築する必要がある。

③ 子育て世代包括支援センターと妊婦の関わり

子育て世代包括支援センターの理念は、乳幼児が保護者への信頼を実感し安定的な発達を享受できる環境を作ることであり、妊娠期から出産後のことを踏まえた対応が求められる。現在、母子保健法に基づく母子保健事業、子ども子育て支援法に基づく利用者支援事業、児童福祉法に基づく子育て支援事業などが運営されているが、多くの関係機関が関わることから関係機関同士の十分な情報共有や連携が難しく、制度や機関により支援が分断されてしまうという課題がある。さらに関係機関はそれぞれの支援に関わる情報のみ把握する傾向にあり、妊産婦と乳幼児の状況を継続的・包括的に把握できていないと指摘されている。加えて関係機関間の連携体制が確立できていない場合には、個別の機関が所管以外の支援ニーズを把握しても適切な関係機関や支援につなぐことが難しく、妊産婦・乳幼児等が直面する問題が深刻化する懸念がある。妊婦健診はただ単に周産期の管理を行うだけでなく、生まれた子どもが健やかに育ち発達する環境を構築していくための様々な障害を管理し、母親のネグレクトや虐待、子どもの精神発達などメンタル面のサポートも視野に入れた制度としての構築が重要である。

(2) 産後ケア

社会構造の変化や、家族観の急激な変化の中で子を抱え、孤立し戸惑い、育児不安に怯える産婦が多くなっている。その結果、子どもの虐待が増加し、産後1年以内の自死が出産に伴う死亡数を上回る状況となっている。さらに、新型コロナウイルス感染症の流行により、妊産婦が孤立する状況が一層深刻化している。

安心して子どもを産み育てられる社会の構築は、まさに喫緊の課題といえる。このような状況の中で、2017年母子保健法を改正し、子育て世代包括支援センターを法定化し、2018年には成育基本法が成立した。それに伴い2019年「母子保健法の一部を改正する法律」が定められ、産後も安心して子育てができる支

援体制を確保するため、「産後ケア事業」が法制化された。これによって、各市町村は2021年4月からは「産後ケア事業」実施の努力義務が規定され、2024年末までに全国展開することとなっている。

① 産後ケアの現状について

2020年9月、厚生労働省の「産後ケア事業の利用者の実態に関する調査研究事業報告書」によれば、産後ケア事業の実施率は、2020年6月時点で941市区町村、全出生数の77%をカバーする実施率であった。しかしながら報告書によると、利用者が希望するにもかかわらず自治体が断った例が少なからずあり（図4）、利用基準もそれぞれ異なり、委託料も利用者負担金も地区により差があり（図5）、各市区町村で利用日数や利用回数・予算に上限設定があるという状況であった。また、居住地以外での利用についての助成は、すべての自治体で認められていなかった。国からの補助率が1/2であるため、税金を納めていない地区での助成は出来ないとのことであった。支援を必要とする産婦は里帰り先でも、居住地以外の地で出産した産婦にも多くあり、改善すべき点が多い。2020年8月に厚生労働省より出された「産前産後サポート事業ガイドライン・産後ケア事業ガイドライン」に示されているように、どの市町村に住んでいても母子保健事業や保健・医療・福祉・教育等関係機関の連携によって、利用者目線に立った、一貫性・整合性のある支援の実現がもとめられている。短期入所型、デイサービス型、アウトリーチ型としては訪問に限らず、電話やSNSでのサポート体制も推奨されているが、子ども夜間安心コールや、性暴力被害相談支援のテレホンサービスのような、24時間365日をカバーする全国ネットワークシステムの構築が必要と思われる。特に、産後ケア事業は、自治体主導であるため、土曜日・日曜日・年末年始期間等の休日は空白状態となってしまう。出産した医療機関でそのまま継続してケアを望んでもかなえられないこともあり、対象者がいないためまだ稼働していない自治体もあるなど、法制化により設置はされたものの、未だ不十分・手探りの状態といえる。

図4 厚生労働省「産後ケア事業の利用者の実態に関する調査研究事業報告書」

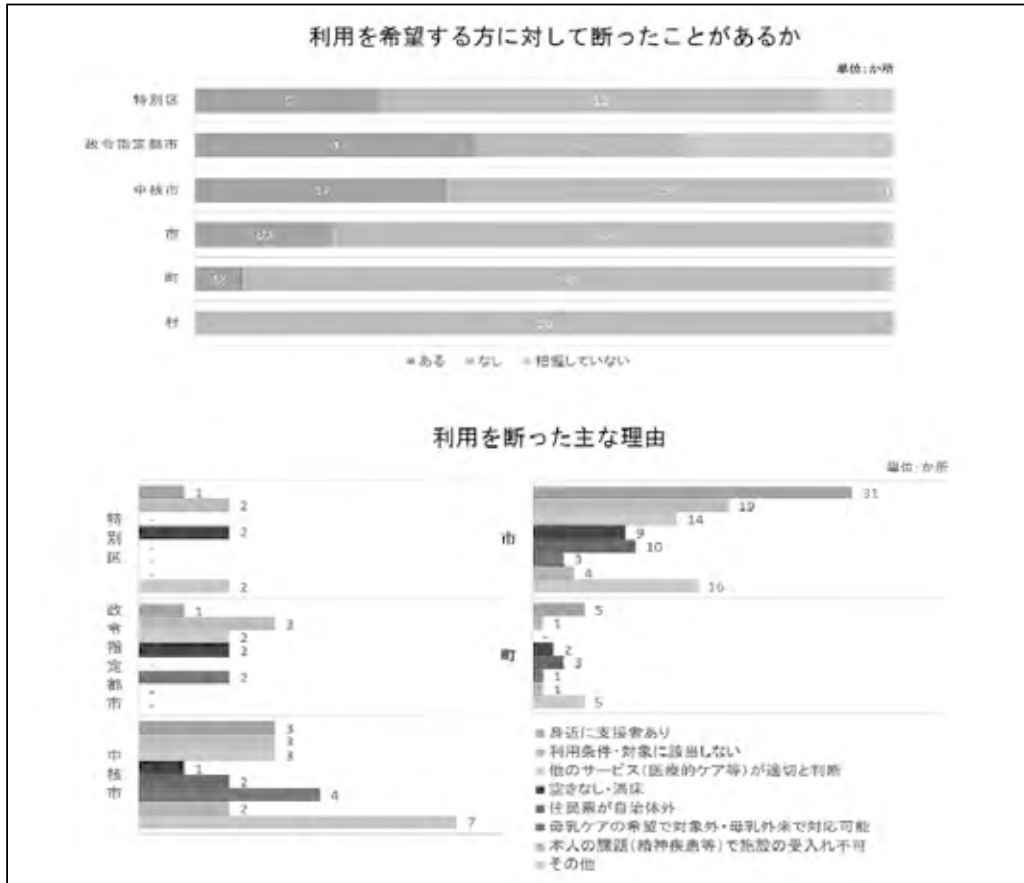
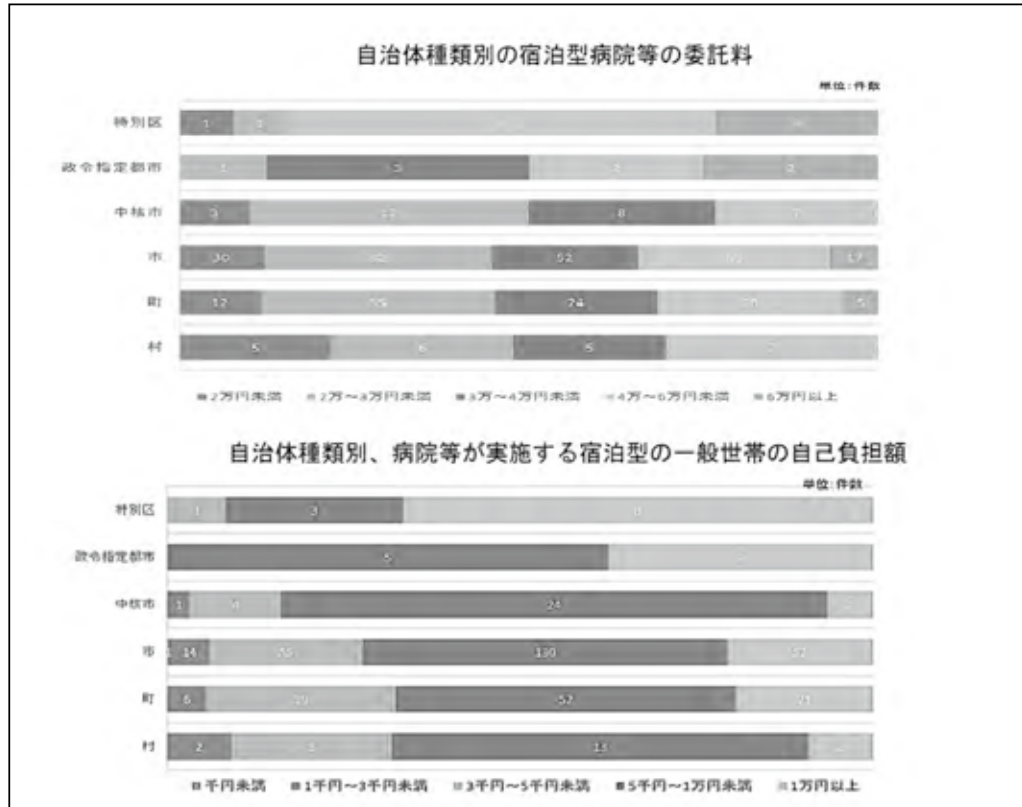


図5 厚生労働省「産後ケア事業の利用者の実態に関する調査研究事業報告書」

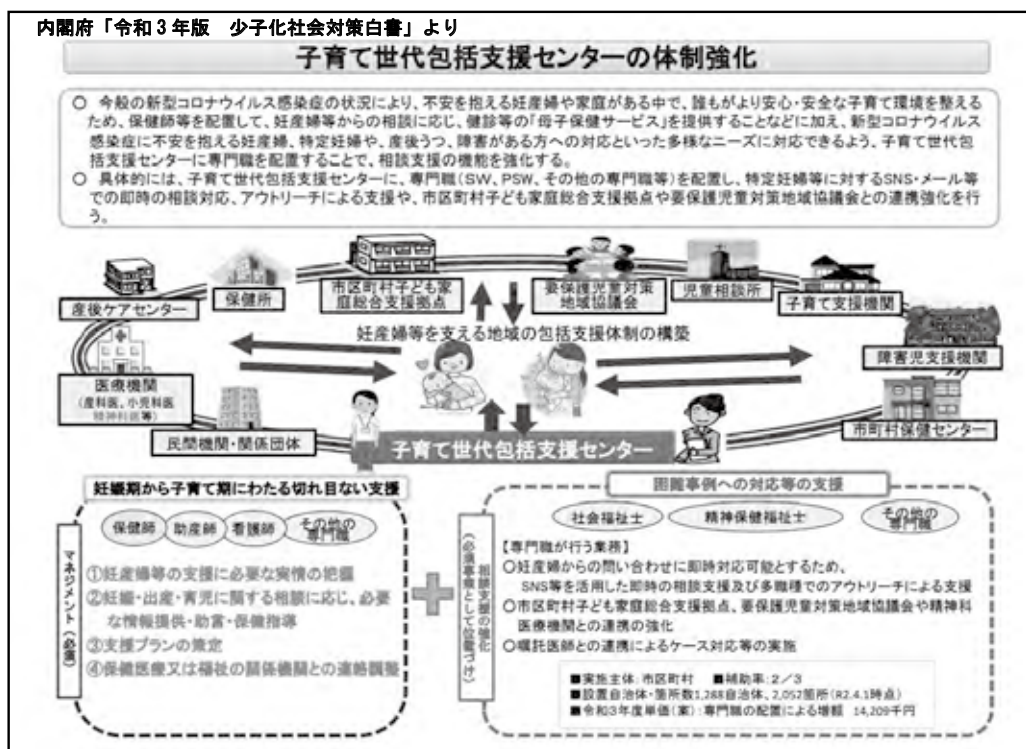


② 産後ケアと医師会の関わり（多職種連携）

厚生労働省の報告によると、2021年4月には1,603市区町村2,541ヶ所に子育て世代包括支援センターが配置されているが、そのマネジメント(必須)の項には、保健師・助産師・看護師・その他の専門職が主体的に関わるよう規定されている(図6)。医師はその中心的な役割を期待されていない。医療的アドバイスや治療行為を除く包括的サポートの提供がうたわれている。しかしながら、少子化大国日本の現状を鑑み、医師の使命感と、自ら強い危機感をもってこのシステムに介入していく必要がある。強いリーダーシップと実践力を発揮すべきである。ケアワーカーと産婦人科・小児科・精神科との連携、および産婦人科・小児科・精神科間の連携が必要と言われて久しいが、具体的な連携システムを構築している例は少ない。医師会はここで、その主導的な役割を果たすことが可能と考えられる。産婦人科医・小児科医・精神科医からなる”子育て世代包括支援サポートチーム(連絡協議会)”を立ち上げ、マネジメントの情報交換・相談・支援・指導を各県レベルで円滑に行えるモデルを提供することができると考える。これによって、自治体ごとのサービスや費用の平準化も可能となると思われる。妊産婦健診で行われている償還払いや各自治体との契約で、全国どこでもサービスをうけることが可能となると考えられる。

日々の診療や、思春期外来・妊婦健診・産婦健診・乳幼児健診等によって、すべての妊婦・産婦・子どもたちや母親と蜜に接するのは産婦人科医や小児科医や精神科医である。子育て世代包括支援センターの目指すものは、自ら援助を求めることができる対象者ばかりではない。ハイリスク妊産婦やケアを必要とする対象者をいち早く察知し、ケアにつなげることが医師の大きな使命のひとつであると認識するべきである。ここで医師会の果たすべき役割は、極めて大きい。

図6 子育て世代包括支援センターの体制強化



(3) 妊産婦メンタルヘルス

① 妊婦と周産期精神障害

産後うつの研究は1980年頃にロンドン大学で始まりやがて各国に広まっていたが、わが国においては妊産婦におけるメンタルヘルスの研究者は少なく、90年代に入ってエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の日本語訳が出来、この辺りが日本における妊産婦メンタルヘルス関連学問の夜明けと考えられる^{xvii}。一方で2000年頃より産後うつによる子育て中の女性の自殺は死亡統計の妊産婦死亡率に比べて非常に高いことが明らかとなってきた^{xviii}。

また、日本における周産期精神障害の頻度はうつ病で妊娠中 5.6%、産褥期 5.0%と報告されており^{xix}、一方でEPDS等のスクリーニングで鋭敏に抽出される

ことが知られている。

厚生労働省の「健やか親子 21（第二次）」の中間評価等に関する検討会報告書（令和元年 8 月）^{xx}によれば、妊産婦の死亡率については目標達成とされているが、一方で、2015 から 2016 年の 2 年間においては妊娠中から産後 1 年未満の女性の死亡のうち、死因として自殺が最も多いとの調査結果が明らかにされている。同時に 10 代の自殺率、特に 10 歳から 14 歳の自殺死亡率は増加していた。今後この世代の女性が出産適齢期となってくると妊産婦の自殺率にも何らかの影響が出る可能性が危惧される。

地方に目を向ければ、子育て世代包括支援センターにおいて種々の取り組みが為されており、千葉県鎌ケ谷市においては子育て世代包括支援センターと精神科医療との連携に取り組み成果を上げている^{xxi}。

② 自治体における妊産婦支援

しかしながら、国が示した子育て世代包括支援センターのガイドラインにかかわらず、地方は疲弊しており、分娩施設の集約化等により住居のある自治体での出産が行われないうえ、自治体単位の子育て世代包括支援センターに妊婦健診中、あるいは産後直ぐに関わることが出来ない事例も多数存在する。この傾向はここ 2 年ほどの新型コロナウイルス感染症の拡大により一層拍車が掛かっており、保健師の面談が出来ない、相談窓口にアクセスできない等は新聞やテレビの報道を待つまでも無く、一般化している。

自治体における妊産婦への支援のきっかけは、①母子健康手帳交付の際の妊婦の状態の把握、②妊婦健診中の本人（家族）からの申し出、③妊婦健診を行う医師、医療機関からの申し出、④分娩施設からの通報、などが挙げられる。しかし、前述のごとく分娩施設の集約化、コロナ禍などにより、十分に機能しない例が多い。さらに、地方にも例外なく核家族化が進行しているため、妊娠中、産後すぐに子育て世代包括支援センターからの関わりから漏れてしまった妊産婦は、子育て中に孤立することが多く、適切な支援・援助が受けられない可能性が大きい。

③ 医師会と妊産婦支援

そこで、地区医師会レベルで子育て世代包括支援センターと積極的に関わるよう委員会設置などを通して、①精神科と産婦人科の為の共通の講習会の設置、②子育て世代包括支援センター職員と委員会との合同の会議の設置、③これらを通した有所見者の早期の専門医へのアクセスの推進、さらには④里帰り出産、分娩集約施設との連携の推進などが行われていくべきであろう。この為には⑤子育て世代包括支援センターは地域のみにとらわれず二次医療圏を越えて連携する必要も有るとされる。日本医師会はこれらの事を踏まえ、妊産婦のメンタルヘルスクエアに特化したワークグループを設置して、積極的に県医師会、ひいては地区医師会との連携、事業の推進を図るよう検討いただきたい。

3.2. 小児科

(1) 子育て世代包括支援センターの現状と課題

子育て世代包括支援センターは、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供できることを目的とし、2021年4月1日現在1,603市区町村(2,541ヶ所)で設置されている。現在、産科医、保健師、助産師、看護師を中心として産前、産後の支援が行われているが、それ以降の乳幼児期、学童期、思春期にわたる親子への支援については小児科医、精神科医、心理士等多職種との連携をして十分に行えているとは言えない。また自治体によっては対象年齢が就学前までになっている所が多く、子どもの就学後のフォローができていない所は少ない。子育て世代包括支援センターには就学以降思春期までもワンストップでの相談機能を担っていただくことを要望したい。子育て世代包括支援センターが中心となり行政、医師会、関連機関が連携し、多職種による定期的な協議会が開かれ、情報交換や事例検討などが行えればなおよい支援ができるのではないかと考える。

(2) 乳幼児健診について

法的健診として1歳6か月、3歳児健診が実施されており、自治体によっては母子保健法第13条による乳幼児の一般健診を1～2か月、3～5か月、6～8か月、9～12か月、4～6歳児に実施している。2019年度の1歳6か月、3歳児健診の受診率は95%前後と高いが5%の乳幼児が各健診を受けていない^{xxii}。保健センターなどで行う集団健診と各医療機関で行う個別健診があり、自治体によって異なる。集団健診では多職種の専門家が配置され子どもと保護者の問題に気づきやすく、その後の保健師のフォローにつなげやすいという利点はあるが、時間調整が難しいという欠点もある。個別健診では子どもと家族との信頼関係を築きやすく継続して診ているので変化に気づきやすいという利点はあるが、疾病を見過ごした場合には後遺症など問題が大きい^{xxiii}。欧米では個別健康相談を受ける機会は乳児期に7回、12～30か月に5回、3歳から年1回あり、日本に比べると非常に多い。日本でも同程度の健診回数を定期健診とされるべきである。

現在、全国的に産婦の産後2週間、1か月の産婦健診は公費負担となり、産科医で行われつつあるが、小児の生後2週間児、1か月児の健診は公的に定められていない。山口県では1か月健診は全県で公費負担となっており、ほとんどの市町で小児科医が行っているが、母児との早期からの関わりを持てると共に、胆道閉鎖症、先天性心疾患、股関節脱臼など重症疾患の早期発見及び治療、予防接種早期開始の指導、虐待の予防及び防止、産後うつ病の早期発見などを円滑に行うことなどにつながる^{xxiv}。産婦健診と共に生後2週間児、1か月児を小児科医が公費で健診できる体制ができるよう望まれる。小児科医のマンパワーが足りない所には都道府県主導で隣接地域の小児科医が協力して行うような体制がよいと考える。

視力については3歳児での健診が重要であるが、現在の視力検査では信頼性に乏しく弱視を見逃す可能性もある。屈折検査の導入が望ましく、日本眼科医学会の「園医のための眼科健診マニュアル」を活用すべきである。

聴力については新生児聴覚スクリーニング検査が出生した産科医療機関で行われていることが多いが、公費で行われている所は少なく、多くは患者の自己負担となっている。例年1,000人に1～2人の割合で先天性難聴児が見つっている^{xxv}が、新生児聴覚スクリーニングで両側異常なしとされた子どもが3歳までに両側難聴と診断され、補聴器や人工内耳を装着している子どもも相当数いることが指摘されている。1歳6か月児健診は人工内耳を適応する臨界期が迫っており、高度難聴児を確実に発見する必要がある。

また、各市町で健診情報を標準化し予防接種の記録と共に電子的に記録し、就学以降への情報の引継ぎ、将来的な疾病リスクの関係分析などに活用できるようにしたい。

(3) 学童思春期の健診について

学校保健安全法で規定されている学校での健康診断は、疾病、感染症を見分けるためのスクリーニングが目的とされ集団で行われている。近年、学童思春期では、うつ、不登校、素行障害、自殺念慮、喫煙を含む薬物中毒、性問題など多くの問題が増加しており、現在の集団健診では対応は難しい。米国のBright Futuresでは毎年1回ずつの個別健診を行い、身体的・心理的・社会的な視点から家族全体を診て予期的ガイダンスを示すこととなっている。学童思春期においてはサイコソーシャルな問題も多く、子育て世代包括支援センターを中心として地域で多職種が関わっていける体制作りが必要と考える。

(4) 子どものこころのケア

子どもは発達過程にあるためトラウマに対し大人と異なる反応を示すことがある。乳幼児期にあっても不安定になり様々な反応を示すが、学童期では気持ちをうまく表現できず、不安や恐怖心が行動の変化やからだの反応として現れてくる。子どものこころのケアについて相談できる機関は、地域の保健センターや保健所などがあるが、学校医やかかりつけの小児科・内科に相談し、必要に応じて専門機関につないでもらうという方法もある。また、子育て世代包括支援センターを中心としたネットワークシステムは、どこにアクセスしても適切な機関につながることが重要である。地域の中で、子どもが安全に過ごせる居場所づくりや貧困家庭への支援など、保護者も子どもも十分な支援を受けることのできるシステムとなるためには、行政機関だけでなく地域の民間団体などともきめ細やかな連携が望まれる。

(5) 母子保健と福祉の融合

2008年に児童福祉法が一部改正され、乳児家庭全戸訪問事業と養育支援訪問事業が制定された。原則として4か月までの乳児がいるすべての家庭を訪問し、

地域社会とつないで家庭の孤立を防ぐことで、不適切な養育や児童虐待を予防することが目的である。また、医療機関は妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭を把握した場合、市町村に対し情報提供を行い、市町村が早期に家庭への養育支援を開始することにより家庭の養育力の向上を目指すとともに、ひいては児童虐待を未然に防止することに努めるように通知^{xxvi}が出ている。下記に兵庫県で行われている母子保健事業について示す^{xxvii}。

- ① 養育支援ネット：養育上支援を必要とする家庭を早期に把握しフォローしていくために、医療機関と地域保健が連携して早期から子育てを支援するための母子保健医療情報提供システムである。気になる親子を認めた医療機関は、医療情報提供書により市町村への情報提供を行う。
- ② こんにちは赤ちゃん事業：市町村は生後4か月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し様々な悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行う。
- ③ 養育支援訪問事業：育児ストレス・産後うつ病・育児ノイローゼなどで子育てに関して不安や孤立感等を抱える家庭や養育支援が必要な家庭に対して指導助言を訪問により実施することにより、個々の家庭の抱える養育上の問題の解決・軽減を図る。

これらの事業の実施主体は市町村であり、健診部門を担う保健所など母子保健事業窓口や児童家庭相談窓口へ医療機関から情報提供を行うことがとても重要となる。生後2か月からの予防接種を行う小児科等医療機関は、赤ちゃんの発育のみならず母親のメンタルヘルスにも注意し、保健師などと連携することにより適切な支援につなげることができる。また2019年に改正された母子保健法では、産後ケア事業が市町村の努力義務となったが、子どもを通して母親支援を小児科医が行うことも重要となり、医療と保健と福祉の連携がますます望まれるところとなる。

④ 要保護児童対策地域協議会

2004年に改正された児童福祉法で市町村は要保護児童対策地域協議会を設置することができることとなり、現在は大部分の市区町村が設置しており、児童虐待の防止や要保護児童の支援に重要な役割を担っている。この構成員は児童福祉関係として児童相談所・福祉事務所など、保健医療関係として保健所・保健センター・医師会や医療機関、教育関係として教育委員会・幼稚園や学校等関係者、警察・司法関係として地域の警察や弁護士会、その他人権擁護関係者などとなっている。しかしその協議会の中での医師会の役割は大きく、不適切な養育の発見に貢献できる小児科医・産婦人科医・精神科医など小児に係る医療機関関係者が構成員になることが望ましい。

これらの事業やネットワークを動かす基盤になるのは、やはり日ごろからの”顔の見える関係”というところに寄与する部分が大きく、双方向の情報提供を含め、日常業務の中に連携体制を構築するような体制を組むことが望まれる。

(6) 発達障害児者への包括的支援体制

国公立小学校、中学校及び高等学校の通級・特別支援学級や一般の学級に

通う発達障害の児童生徒数は年々増加傾向にあるが、地域ではそれらの児童に関係する小児科医や臨床心理士の不足が問題となっている。そのほか発達障害児の増加に伴い、児童発達支援事業所や放課後等デイサービスは行政の委託事業としてその数が急速に増加傾向にあるものの、行われている支援内容の質が問題となっており、地域の中で小児科医だけでなく専門的な支援員を教育していくことも重要となっている。今後は、子育て世代包括支援センターが中心となって、地域の発達障害児へ関わる支援員等の教育を行うとともに、発達障害児に関するワンストップ相談窓口となり、センターから小児科医や療育へつなげるなど、包括的に支援を行っていく体制構築が必要である。

(7) 医療的ケア児への包括的支援体制

医療的ケア児はこの10年間で2倍に増加し^{xxviii}、今後も増加することが予想される。医療的ケア児を取り巻く課題を以下のように考える。

① 災害への対応

医療的ケア児が救急時や、予想外の災害、事故に遭遇した際に、その対応に当たる医療機関（救急医）等が迅速に必要な患者情報を共有できるようにするためのツールとして、医療的ケア児等医療情報共有システム（MEIS：Medical Emergency Information Share）が開発され、2020年8月より運用を開始している。しかし、登録状況は現時点では十分とはいえず、さらなる周知が必要である。また、実際に災害等が起こった際にMEISがどのように機能するのか、市町村レベルで医療的ケア児の避難先や医療支援に関する具体的なシミュレーションを行う必要がある。

② 教育・保育の問題

医療的ケア児が通常の保育所・幼稚園・学校等へ通うためのハードルは高く、十分な環境が整っているとはいづらい。とくに、保育所・幼稚園については市町村レベルでの受け入れ体制の構築が必要である。2021年には保育所等における医療的ケア児への支援に関する研究会から「保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン」が出されており^{xxix}、その中でも地域での現状把握と受け入れ方針についての検討が必要であることが示されている。また、現状を踏まえ2021年6月には保育所や学校等において看護師等が常時配置されていないことが医療的ケア児の通園・通学の妨げとなることのないように、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が成立・公布された^{xxx}。この法律の中では医療的ケア児支援センターの設立についても言及され、支援措置として「医療的ケア児及びその家族の相談に応じ、又は情報の提供若しくは助言その他の支援を行うこと、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関等への情報の提供及び研修を行うこと」などが示されている。

③ 家族への影響

医療的ケア児の保護者は、キャリアがあっても離職せざるを得ない状況になることが多く、離婚率も高いと言われている。キャリアを維持するためには日中に医療的ケア児を受け入れできる施設の充実が必要であり、また、家族の負

担軽減のためレスパイト入院が可能な施設の充足も必要である。

医療的ケア児が利用する施設は多岐にわたるが、それらの施設での情報共有は保護者による情報提供によってなされている。しかし、子育て世代包括支援センターがそれらの施設からの情報を集約し、また、行政の窓口としてワンストップに医療的ケア児およびその保護者が困ったときに頼れる場所としての機能を有するべきと考える。

結語

今回の母子保健委員会に対する会長諮問は「子どもを産み育てやすい社会の実現に向けて医師会はどう関わるべきか～成育基本法をもとに～」と云うものである。成育基本法の理念は『序文』にある様に「次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んじられその心身の健やかな成育が確保される事」であり、今回の諮問はその理念のもと医師会はどの様に取り組むべきか問うたものである。

今回の答申では、医師会の取り組みを可能な限り具体的に明示する事に努めた。わが国の医師会は、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会の三層構造になっている。わが国の医療は国民皆保険制度のもと、国が中心となって医療政策を決定、都道府県や市町村がそれぞれの地域で、その政策を実行する。地域医療構想や保健医療計画に見られる通りである。そこで、今回は、三層構造である日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会のそれぞれの医師会が「何をなすべきか」「何が出来るか」さらに「行政に何を求めるべきか」を問い、出来るだけ『具体的な解』が出るように検討した。

世界的に新型コロナウイルス感染症が猛威を奮い、国の内外で大きな災害が起こる中、災害や新興感染症のパンデミックにおける医療についても検討を加えた。成育基本法の理念に沿い、わが国の医師会活動に資するところがあれば幸いである。

参考文献

- ⁱ 山田昌弘, 日本は少子化対策になぜ失敗したのか, 光文社新書, 2020
- ⁱⁱ 内閣府, 平成 26 年度子ども・若者白書, <https://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h26honpen/index.html> [閲覧: 2022. 2. 1]
- ⁱⁱⁱ 厚生労働省, 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について, <https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf> [閲覧: 2022. 2. 1]
- ^{iv} 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 [閲覧: 2020. 9. 22]
- ^v 阪下和美, 子どものヘルス・スーパービジョン, 東京医学社, 9～21, 2017
- ^{vi} 厚生労働省, 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(平成 8 年 11 月 20 日)(児発第 934 号)
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9658&dataType=1&pageNo=1
[閲覧: 2020. 9. 22]
- ^{vii} 神川晃, 成育基本法 小児保健ガイドブック, 診断と治療社: 2～6, 2021
- ^{viii} 厚生労働省, 母子健康手帳等に関する意見を聴く会,
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_129040_00006.html [閲覧: 2021. 11. 22]
- ^{ix} 菅原準一, 全国自治体における周産期領域災害対応の現状と課題, 小児保健研究, 2020 Vol. 79 No. 5、p442
- ^x 日本周産期メンタルヘルス学会, <https://pmh.jp/outline/20201001.pdf> [閲覧: 2022. 2. 1]
- ^{xi} 厚生労働省, 都道府県等における妊婦の方々への新型コロナウイルスに関する相談窓口, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11296.html [閲覧: 2022. 2. 1]
- ^{xii} 厚生労働省, 2016 年 2 月 3 日第 4 回周産期医療体制のあり方に関する検討会, p2、63、64
- ^{xiii} 日本医師会, 緊急時総合調整システム Incident Command System(ICS) 基本ガイドブック, 2014 年 6 月 20 日
- ^{xiv} 厚生労働省, 第 9 回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 【資料 2-2】 災害医療コーディネート体制について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000377340.pdf> [閲覧: 2022.2.18]
- ^{xv} 田中篤, 鳥谷部真一, 中越大震災「子どものこころのケア活動」報告書～「震災後こころのケア相談コーナー」のまとめ～, 新潟県精神保健福祉協会 こころのケアセンター, 2008
- ^{xvi} 五十嵐幸絵, 中村久乃, 田中 篤, 内山 聖, 新潟県中越大震災後の子どもの心のケアに対する小児科医の役割に関する検討, 小児科臨床 62, 321-328, 2009
- ^{xvii} 日本産婦人科医会, 妊産婦メンタルヘルスマニュアル,

- http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf
[閲覧：2022.2.1]
- ^{xviii} 竹田省, 妊産婦死亡”ゼロ “への挑戦, 日本産科婦人科学会雑誌 Vol. 68. No9, pp1815-1822, 2016
- ^{xix} Kitamura T., Yoshida K., et al, Multiple prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. Arch Women's Mental Health 9: 121-130, 2006
- ^{xx} 「健やか親子 21 (第2次)」の中間評価等に関する検討会報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000614300.pdf> [閲覧：2022.2.1]
- ^{xxi} 鎌ヶ谷市役所健康福祉部健康増進課母子保健係林恵利, 子育て世代包括支援センターと精神科医療との連携～鎌ヶ谷市の取り組み～, 2021,
<http://bosui.or.jp/koroseminar/document05.html> [閲覧：2022.2.1]
- ^{xxii} 厚生労働省, 令和元年度地域保健・健康増進事業報告の概況, 2021年6月29日, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/19/index.html> [閲覧：2022.2.1]
- ^{xxiii} 神川晃, 集団健診と個別健診－乳児期から思春期まで切れ目のない健診を構築する, 小児内科 53, 339-343, 2021
- ^{xxiv} 山口県小児科医会, 1か月健診ガイドブック改訂2版, 2017
- ^{xxv} 厚生労働省子ども家庭局母子保健課, 令和元年度「新生児聴覚検査の実施状況等について」, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17311.html [閲覧：2022.2.1]
- ^{xxvi} 厚生労働省, 妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について,
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb7525&dataType=1&pageNo=1
[閲覧：2022.2.2]
- ^{xxvii} 兵庫県医師会, 診療所における子ども虐待対応の手引き～子どものマルチリトメントを見逃さないために～, 2020年6月
- ^{xxviii} 厚生労働省, 平成30年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」報告
- ^{xxix} 保育所等における医療的ケア児への支援に関する研究会, 保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン, 2021
https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/r02kosodate2020_0103.pdf
[閲覧：2021.12.6]
- ^{xxx} 内閣府子ども・子育て本部統括官他, 令和3年6月18日医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の公布について,
https://www.mext.go.jp/content/20210621-mxt_tokubetu01-000007449_01.pdf [閲覧：2021.12.6]

関連資料

- ・ 都道府県医師会における成育基本法に係る取り組みアンケート
(令和3年6月29日～7月16日)
- ・ アンケート結果の概要

(健Ⅱ176F)

令和3年6月29日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
渡辺 弘司

日本医師会母子保健検討委員会
都道府県医師会における成育基本法等に係る取り組みアンケートについて

今期の日本医師会母子保健検討委員会（委員長：福田稗熊本県医師会長）では、会長諮問「子どもを産み育てやすい社会の実現に向けて医師会はどう関わるべきか～成育基本法をもとに～」について検討を行っています。

また、平成30年12月に成立した「成育基本法」については、その規程に基づき、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」が令和3年2月9日に閣議決定されたところであり、今後、成育基本法の理念を地域に反映させていくためには、都道府県医師会の協力が不可欠となります。

母子保健検討委員会では、答申とりまとめに資するため、都道府県医師会における成育基本法に関わる取り組み状況を把握したく、別紙の通りアンケート調査を行うことといたしました。

つきましては、会務ご多端の折誠に恐れ入りますが、本アンケートの趣旨をご了解いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

日本医師会母子保健検討委員会
都道府県医師会における成育基本法等に係る取り組みアンケート
実施要綱

調査の趣旨・目的

今期の母子保健検討委員会においては、会長諮問「子どもを産み育てやすい社会の実現に向けて医師会はどう関わるべきか～成育基本法をもとに～」について鋭意検討を行っています。

平成30年12月に成立した「成育基本法」については、その規程に基づき、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」が令和3年2月9日に閣議決定されたところであり、今後、成育基本法の理念を地域に反映させていくためには、都道府県医師会の協力が不可欠となります。

母子保健検討委員会答申とりまとめに資するため、都道府県医師会における成育基本法に関わる取り組み状況を把握したく、本アンケートを実施いたします。

調査対象：都道府県医師会

回答締切：令和3年7月16日（金）

回答方法：Web（Google フォーム スマホ対応）または FAX

<https://forms.gle/8FfcnByNPUDGLnm26>

（右記 QR コードからもアクセスできます。）

FAX：03-3946-2684



問い合わせ先：日本医師会健康医療第二課（03-3942-8181、k2@po.med.or.jp）

日本医師会母子保健検討委員会「都道府県医師会における成育基本法に係る取り組みアンケート」

対象：都道府県医師会 回答期限：7月16日（金）

*必須

回答者（都道府県医師会名）を選択してください。*

選択 ▼

都道府県医師会（以下、貴会）に下記の診療科の役員が就任されておられますか。（複数選択可）*

- ☐ 産婦人科医の役員が就任している
- ☐ 小児科医の役員が就任している
- ☐ 精神科医の役員が就任している
- ☐ 上記診療科の役員は就任していない

貴会に成育基本法を担当する担務（例：母子保健、学校保健）がありますか。（複数選択可）*

- ☐ 母子保健
- ☐ 学校保健
- ☐ ない
- ☐ その他: _____



貴会が都道府県の母子保健行政に関与しておられるのは以下のどの事業ですか。
(複数選択可) *

- ☐ 小児救急医療協議会
- ☐ 周産期医療協議会
- ☐ 地域医療構想
- ☐ 次世代育成委員会
- ☐ 子育て世代包括支援センター事業
- ☐ 発達障害支援
- ☐ 重症心身障害・医療的ケア児等の支援事業
- ☐ 聴覚障害支援事業
- ☐ 視覚障害支援事業
- ☐ 健やか親子21（第2次）事業
- ☐ 学校における健康教育
- ☐ 学校における性教育
- ☐ 予期せぬ妊娠などへの支援事業
- ☐ その他: _____



貴会が市町村事業に関与または支援されているのは以下のどの事業ですか。（複数選択可）＊

- ☐ 小児救急医療協議会
- ☐ 周産期医療協議会
- ☐ 地域医療構想
- ☐ 次世代育成委員会
- ☐ 子育て世代包括支援センター事業
- ☐ 発達障害支援
- ☐ 重症心身障害・医療的ケア児等の支援事業
- ☐ 聴覚障害支援事業
- ☐ 視覚障害支援事業
- ☐ 健やか親子21（第2次）事業
- ☐ 乳幼児健康診査
- ☐ 地域子育て支援拠点事業
- ☐ 産後ケア事業
- ☐ 要保護児童対策地域協議会
- ☐ 予防接種事業
- ☐ 学校における健康教育
- ☐ 学校における性教育
- ☐ その他: _____

送信

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム

都道府県医師会における成育基本法に係る取り組みアンケート

調査の趣旨・目的

- 今期の母子保健検討委員会においては、会長諮問「子どもを産み育てやすい社会の実現に向けて医師会はどう関わるべきか～成育基本法をもとに～」について鋭意検討を行っており、答申とりまとめに資するため、都道府県医師会における成育基本法に関わる取り組み状況を把握するためのアンケート調査。
- 平成30年12月に成立した「成育基本法」については、その規程に基づき、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」が令和3年2月9日に閣議決定されたところであり、今後、成育基本法の理念を地域に反映させていくためには、都道府県医師会の協力が不可欠となる。

調査対象

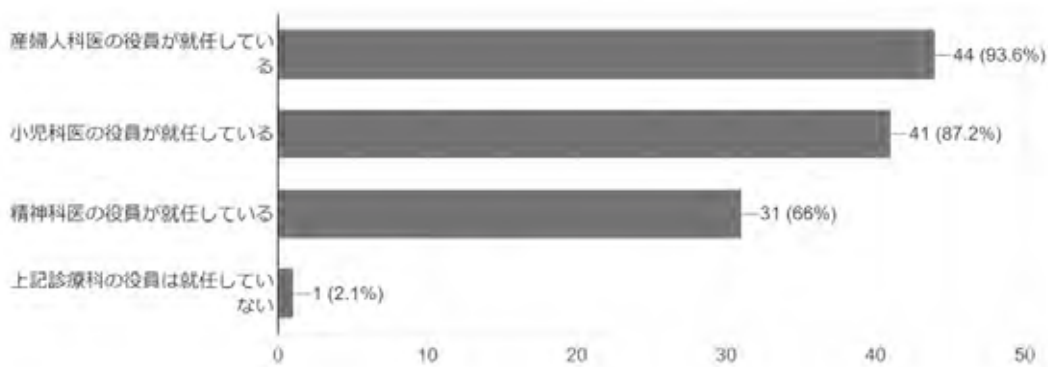
47都道府県医師会

調査期間

令和3年6月29日～7月16日

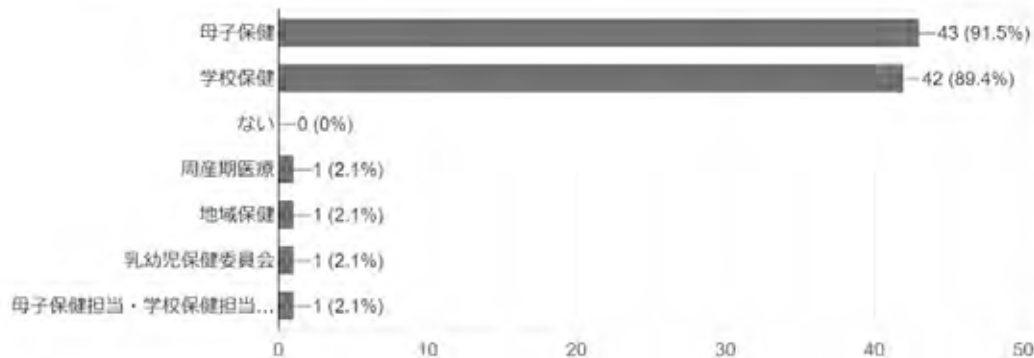
都道府県医師会（以下、貴会）に下記の診療科の役員が就任されておられますか。（複数選択可）

47件の回答

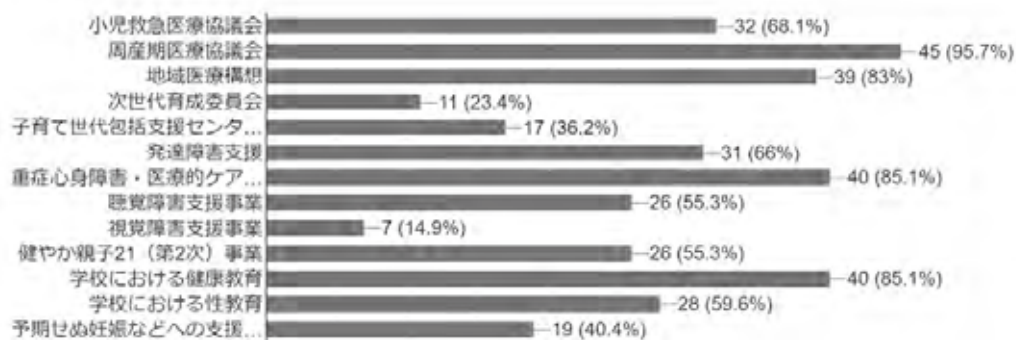


貴会に成育基本法を担当する担務（例：母子保健、学校保健）がありますか。（複数選択可）

47 件の回答



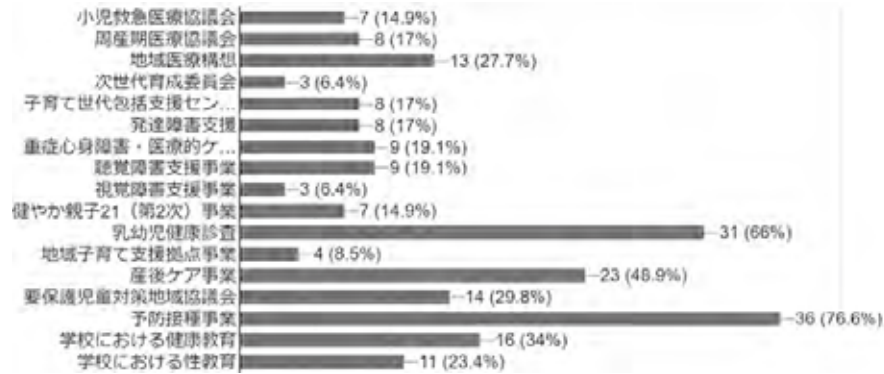
貴会が都道府県の母子保健行政に関与しておられるのは以下のどの事業ですか。（複数選択可）



その他

予防のための子どもの死亡検証体制整備事業、HTLV-1事業、児童虐待防止事業、産後ケアサービス体制検討事業、慢性疾患児童等地域支援事業、不妊に悩む方への特定治療支援事業、先天性代謝異常検査等事業、妊産婦メンタルヘルス支援事業、アレルギー対策事業、いじめ防止対策など

貴会が市町村事業に関与または支援されているのは以下のどの事業ですか。（複数選択可）



その他

妊婦健康診査、小児慢性特定疾病審査会、在宅・介護連携に関する市町村支援事業、がん検診充実促進事業など市町村事業には郡市区医師会が関与しているとの回答も複数あった。