

母子保健検討委員会答申

平成 30 年 3 月

日本医師会母子保健検討委員会

平成 30 年 3 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 28 年 10 月 26 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、「新しい子育て支援の在り方について—日本医師会の立場から—」について、7 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 稔（熊本県医師会会長）

神川 晃（日本小児科医会副会長）

川上 一恵（東京都医師会理事 平成29年7月11日～）

佐々木伸彦（東京都医師会理事 平成29年7月10日まで）

高井 昌彦（神奈川県医師会理事 平成29年7月11日～）

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）

野村 哲哉（滋賀県産婦人科医会副会長）

濱本 史明（山口県医師会副会長）

古井民一郎（神奈川県医師会理事 平成29年7月10日まで）

三戸 和昭（北海道医師会常任理事）

森崎 正幸（長崎県医師会副会長）

渡辺 志伸（兵庫県医師会常任理事）

目 次

はじめに	1
1. 産科的アプローチ	
(1)産科的ポピュレーションアプローチ	3
(2)産科的ハイリスクアプローチ	5
(3)産科的ポピュレーションアプローチにおけるハイリスク妊産婦の抽出	8
(4)妊産婦メンタルヘルスケアの実際	10
(5)ハイリスク妊産婦の予防に向けた産科的アプローチ	13
(6)小児科へつなぐ	18
2. 小児科的アプローチ	
(1) すべての子ども・青少年を身体的・心理的・社会的 (biopsychosocial) に捉え・支援するために	
1) わが国の乳幼児健診・学校健診の現状と課題	
(i) 乳幼児健診の現状と課題	21
(ii) 学校健診の現状と課題	23
2) 日本版ネウボラの導入と子育て世代包括支援センターの設立に対して	25
3) すべての子どもを身体的・心理的・社会的 (biopsychosocial) に捉え・支援するしくみを構築するために：「成人するまでの子どもの日本版個別健康相談体制」の構築	27
4) 発達障害児・者への支援	30
(2) 健康を決定する社会的要因への対応	31
(3) 慢性疾患や障害を持つ子どもと家族に寄り添うこと	34
おわりに	37
参考文献	38

はじめに

「アベノミクスの新・三本の矢」の第二の矢である「夢をつむぐ子育て支援」の実現に向けて、親の未熟性によると思われる虐待や、不妊相談、産後うつ病等に対するメンタルヘルスケアを含めた妊娠・出産・子育てへと切れ目ない支援を繋いでいこうとする「子育て世代包括支援センター」の整備が、2020年度末の全国展開を目標に始まっている。

子育て支援をするためには、まずは「親のメンタルヘルス」、言い換えれば「親育て支援」が必要となり、更には、「子どものメンタルヘルス」ともいえる、レジリエンス（復元力）獲得に向けた家庭・家族の在り方を再認識させる子どもの地域包括ケアシステムすなわち地域共生社会（あらゆる住民が役割をもち、支え合うという「健康な家族」が「健康な地域」をつくるという地域づくりへのパラダイム転換）も提案されている。それに加え、学童期から思春期にかけての「成熟した親になるための性教育等」を充実させることにより、「親育て支援」から「子育て支援」へと循環する支援体制が構築されたいと考える。

このまさに「新しい子育て支援」の実現のためには、産科・小児科・精神科等の医療機関の医師・助産師・保健師・看護師・保育士等と行政等による多職種連携を強固なものにしていかなければならない。ポピュレーションアプローチに加えて、ハイリスク妊産婦を抽出し支援することにより、虐待やうつ病による自殺のない「健康な地域」をつくり、もう1人子どもを産み育てたいと思えるようになるための子育て支援が望まれる。

そもそも妊産婦のメンタルヘルスとは、精神疾患の有無ではなく、妊産婦が安心して生活を営み、ほどよく十分な愛情をもって子どもと向き合うことので

きる心の状態を意味している。言い換えれば、日本は世界で一番安全にお産のできる国でありながら、日本の少子化は止まっていない。それは妊娠・出産・育児に喜びを見出すことができないことが少子化の一因となっているとも考えられる。また、子どもの虐待・周産期の精神障害などという心理社会的問題の解決も重要な課題となっており、未熟な親による不適当な子育てや教育環境がボンディング障害（母親から子どもへの情緒的絆を築くことへの障害）、ネグレクトなどにつながり、子どもの発達不全から児童虐待に発展していく可能性もあるといわれているⁱ。

また、近年は核家族化し、自分の親等の親族から距離的に離れたところで妊娠・出産することが稀ではなくなっている。さらに社会心理的背景から親と子の関係に様々な事情を抱え、親を頼れない妊産婦が少なからずいる。妊娠・出産・子育てを家庭のみに任せるのではなく、生活している地域で様々な関係機関や人が支援し、孤立から防ぐことが重要であるⁱⁱ。

1. 産科的アプローチ

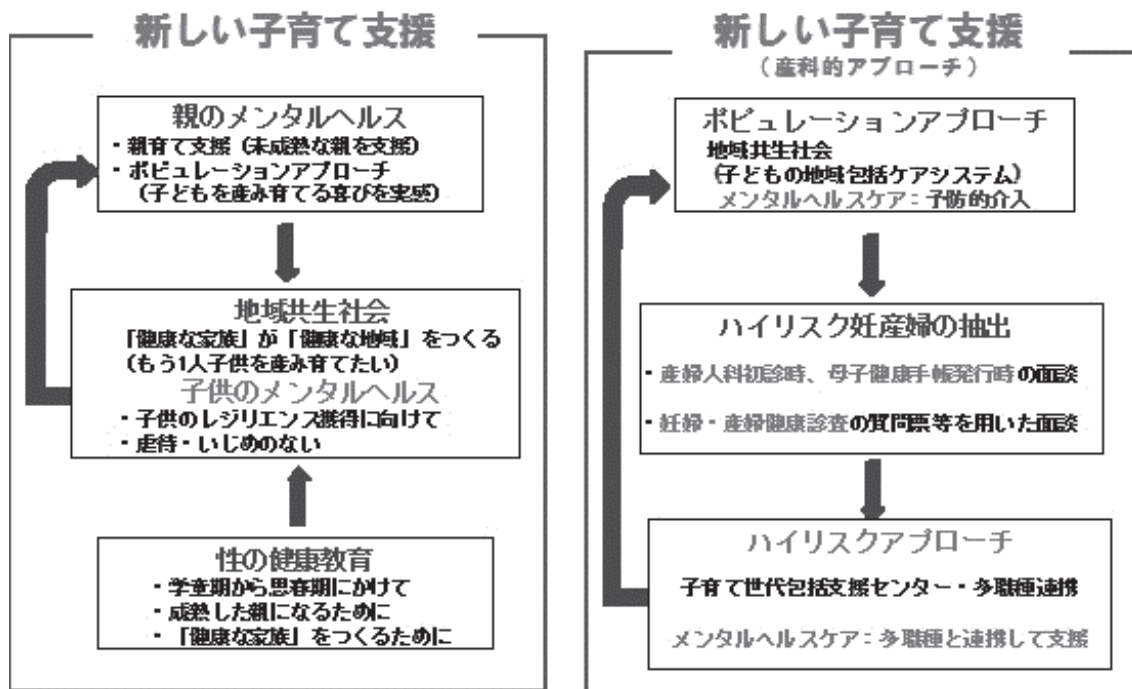
(1) 産科的ポピュレーションアプローチ

内閣府の男女共同参画白書には、「1985年に男女雇用機会均等法が制定されて以降、女子の大学進学率や就業率が上昇し、女性の社会的役割が変化したため、妊娠・出産適齢期の位置づけが困難となった。そのために現代の家庭の形態や社会の価値観は、妊産婦や乳幼児にとって安心・安全な環境を与えているとは言えない。」と記載されているⁱⁱⁱ。具体的には、2015年には生産年齢の女性の就業率は70%を超え、2016年を迎えると女性の初婚年齢29.4歳、第1子出生時の平均年齢30.6歳と晩婚化・晩産化が顕著となり、そして「子どもができて仕事も続けるほうがよい」と考える女性は50%近くとなったが、出産後も就業を継続した女性は40%にとどまり、仕事を辞めた女性の40%以上が、仕事と育児の両立が困難・解雇や退職勧奨・仕事の内容の変化によるやりがいの喪失により不本意な理由で退職したと報告している。また、「結婚したカップルは平均的に2人以上の子どもを望んでいるが、実際には経済的理由や年齢、心身の疲労などの理由で希望通りには子どもを持っていないのが現状である。」^{iv}つまり、経済的理由・年齢、心身の疲労、マタニティハラスメント（職場では、妊娠・出産が喜ばしくない）、仕事と育児の両立などによる心身の負担は大きく、慢性的な疲労や抑うつの原因となり、加えて保育所などの育児支援施設の不足もあり、仕事を断念しなければならないケースが少なくない。そのことで子どもの存在が負担に感じられてしまう可能性もあり、核家族化のために乳児とふたりきりの時間が続くと情緒不安定にいたることも充分考慮しなければならないⁱ。少子化対策に向けて、安心して妊娠・出産・子育てができる「地域作り」とも

いえる「2人以上の子どもを産み育てるための（言い換えれば、もう1人子どもがほしいと思えるようになれるための）子育て支援」に向けて、妊産婦を相談・支援の入り口へ導き、正しい知識や情報を提供し、寄り添って切れ目のない支援をすることが、まずは重要である。

また、妊産婦への支援においては、ある時点では特に支援を必要としない妊産婦や保護者も、不安を抱え地域から孤立することがあるので、支援ニーズが顕在化していない者について十分な関心を継続的に向けるため、妊娠・出産・子育てに関するリスクの有無に関わらず、予防的な視点を中心とし、全ての妊産婦・乳幼児等を対象とするポピュレーションアプローチを基本としなければならない^v。（図1）

図1：新しい子育て支援の在り方（産科的アプローチ）



(2) 産科的ハイリスクアプローチ

周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017 には、「妊産婦の精神障害を早期に発見することと適切なケアは、産後うつ病に伴う自殺やボンディング障害、ネグレクトなどの不適切な養育環境が原因の子どもの虐待などを排除するために必要であり、妊娠中のうつ病のスクリーニング法として Whooley の 2 項目質問法をまず考慮することを推奨する。」とある。(1 項目でも陽性であれば、うつ病の可能性ありと判断するが、ハイリスクの妊娠女性を抽出することを目的とし、確定診断を目的としない。)そして、「産後うつ病のスクリーニング法は？」という CQ に対して、「すべての産後女性を対象として、エジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale) を施行する。」(I : 強い推奨)とある。またその解説には「9 点以上の場合にはうつ病の可能性が高いと判断し、必要に応じて精神科医に相談するとともに、医療・行政が連携の上で継続的に支援する体制の構築が必要である。また、産後うつ病に伴う自殺やボンディング障害、ネグレクトなどの不適切な養育環境も問題であり、早期発見と適切なケアが必要となる。さらに自責感が強い場合は自殺念慮をきたしやすいため、精神科受診支援を含む十分な支援が必要である。また、平成 29 年度より助成対象となる産後 2 週間健診・1 ヶ月健診においての実施も早期発症群の抽出につながる可能性がある。産後うつ病の時点有病率は 3 ヶ月が最も高く、発症は産後 3 ヶ月以内が多いと報告されているため、産後 1 ヶ月以降も地域保健と連携して定期的にスクリーニングを実施することが望ましいと考えられる。また産後うつ病は、母乳への強いこだわりや、子どもに関する悲観的思考など産後特有の訴えもみられ、リスク因子としては、過去のうつ病の既往、妊娠中

のうつ症状や不安、パートナーからのサポートの不足、妊娠中や産後早期のライフイベントなどがあげられる。」と記載されている^{vi}。

また、メンタルヘルス不調の妊産婦に対する、緊急度（図2）、育児・家庭環境、児の安全確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方については、「緊急性がある場合は、自治体・県内の精神科救急情報センターに連絡する。あるいは、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者や市町村自治体の精神福祉、母子保健担当部署・者に連絡する。緊急性はないが、精神科専門治療の必要がある場合、精神科受診を勧奨する。その際、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者との連携をはかる。育児・家庭環境の問題があり、母子保健関係者が介入したほうが良い場合、まず医療機関スタッフが相談にのった上で居住地自治体の母子保健担当部署の保健師等に連絡し、DVがあればそれらに加え女性相談センターへの相談を勧める。出生した乳児の安全性確保の必要性がある場合、児童相談所・子ども家庭支援センター、または保健師に連絡する。」と解説されている。また、「妊娠中の重症の精神障害およびその既往や疑いのある場合は、特定妊婦として管理する。」と記載されている^{vi}。特定妊婦に関し

図2

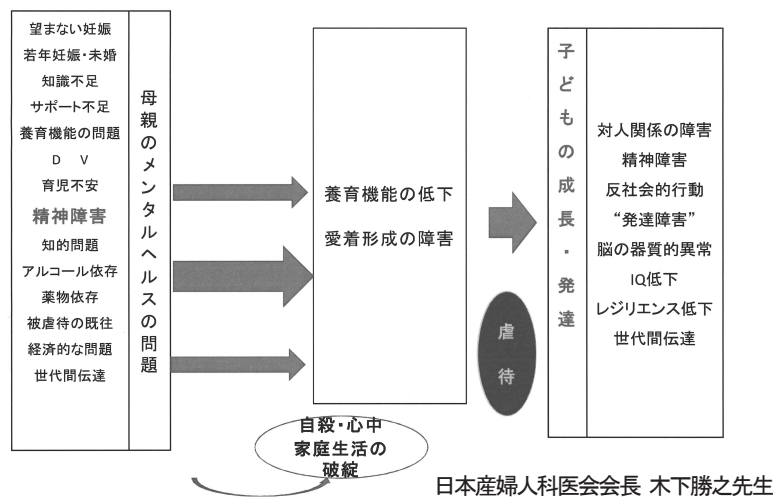
***メンタルヘルス不調の妊産婦に対する緊急度**

- ・下記の症状や事例性が切迫している場合は、緊急性ありとして対応
 - 1) 自殺念慮・希死念慮があり、本人がその気持ちを自分で抑えることができない場合
 - 2) 精神病症状（幻覚・妄想など）が急に出現または悪化した場合
 - 3) 自分やまわりの家族・他人を傷つけてしまう危険性がある場合
- ・精神症状はあるが、緊急性がない場合
 - 1) 緊急性はないが、精神症状が顕在しており、精神科専門医の治療が必要な場合
 - 2) 精神症状がないが、双極性障害や産褥精神病の家族歴がある場合
精神症状はあるが、自施設での支援、経過観察も可能と判断する
目安としては、日常生活に支障をきたしていないこと、精神症状が周りの家族や他人の日常生活に多大な悪影響を及ぼしていないこと。

では、次項で詳しく取り上げるがその対応は、特定妊婦を確実に把握し、地域行政機関と情報共有し、速やかに継続的な支援をして、妊産婦の自殺、心中、児童虐待などを防止していかなければならないということである。

次にボンディング障害への対応に関してガイドラインには、「ボンディング障害は子どもの愛着障害を含め発達不全に繋がるのみならず、児童虐待に発展する恐れもあり、子どもが健康・健全に育つために必要とされる母親への愛着形成が、我が子を愛おしく思い、親として守ってあげたいと思うといった、親が子どもに抱く情緒的絆の欠如が要因となり愛着形成不全に陥ってしまうことになる。また、乳幼児が親の信頼を実感し安定的な発達を享受できることは、健全な心身根幹を育み、幼少期だけでなく成人後の健康リスクを下げるが、乳幼児期に不適切な環境で過ごした場合、子へのダメージにとどまらず、虐待などの世代間連鎖のリスクにもつながりやすいとの指摘もあり、負の連鎖や延いては世代間連鎖を回避するためにも予防的介入や治療が必要である。」と解説されている（図3）。また、そのスクリーニングのための「赤ちゃんの気持ち質問票」の有用性にもふれている^{vi}。

図 3



(3)産科的ポピュレーションアプローチにおけるハイリスク妊産婦の抽出

産婦人科初診時あるいは母子健康手帳発行時、妊婦健康診査、産婦健康診査において質問票等を用いて面談を行い、ハイリスク妊産婦を抽出するⁱ。(図4、5、6)日本はほぼ100%施設分娩であり、分娩の数日間の入院中に産後うつ病のリスク因子(図7)を再チェックして産後うつ病の予備群をできる限り拾い上げ、支援する体制を確立させることでかなりの効果は期待できる。その前に、特に産科医療機関の初診時の面談と市区町村の母子健康手帳発行時の面談で特定妊婦を含むハイリスク予備群を抽出することが重要である。そして妊婦健診時に、うつ病に関するWhooleyの2項目質問票と育児支援チェックリスト、分娩後はそれに加えて赤ちゃんの気持ち質問票を駆使して産後2週間・1カ月と患者に寄り添いながらポピュレーションアプローチとして早期にハイリスク予備群を抽出し支援につなげていかなければならない。ここで未受診妊婦等が問題となるが、その件については、(5)ハイリスク妊産婦の予防に向けた産科的アプローチの項で触れることにする。

図4

* スクリーニングの時期	
(1) 妊娠初期 産婦人科受診時 妊娠初期の問診・面談 母子健康手帳発行時 市区町村での面談	
妊娠初期のスクリーニングの目的 特に特定妊婦の抽出を初めとし、精神疾患の既往や、うつ病・不安障害のリスク因子について、また予期せぬ妊娠・望まない妊娠・夫や実母などからの情緒的サポートがないなどの情報収集も行う。	1) 初診時(妊娠初期)問診票(モデル案) 2) アセスメントシート (要支援妊婦のスクリーニング)
(2) 妊娠中期 安心して妊娠を継続し分娩に臨むための相談・支援 妊娠中期(25~28週)のスクリーニングの目的 妊婦の心理状態と背景要因を把握	1) 育児支援チェックリスト(質問8・9を除く) 2) うつ病に関するWhooleyの2項目質問票
(3) 出産 分娩入院中のスクリーニングの目的 出産や児に対する気持ちを把握	1) 育児支援チェックリスト 2) エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) 3) 赤ちゃんへの気持ち質問票
(4) 産後2週間 産後2週間のスクリーニングの目的 母親の心理状態や生活状態および児に対する気持ちを把握	1) エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) 2) 赤ちゃんへの気持ち質問票
(5) 産後1か月 産後1か月のスクリーニングの目的 母親の心理状態や生活状態および児に対する気持ちを把握	1) エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) 2) 赤ちゃんへの気持ち質問票

☒ 5

*** 妊産婦メンタルヘルスケアにおける、面談のためのツール**

- 1) 妊娠初期の間診票・面談（アセスメントシート）
- 2) うつ病に関するWhooleyの2項目質問票
- 3) 育児支援チェックリスト7項目（出産前の育児環境要因）
- 4) 育児支援チェックリスト9項目（出産後の育児環境要因）
- 5) EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）
- 6) 赤ちゃんの気持ち質問票

☒ 6

*** 特定妊婦について**

1. 特定妊婦とは：特定妊婦等の定義（児童福祉法）
出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦
2. 特定妊婦の例示：国の示す特定妊婦の例（子ども虐待の手引きより）
 - (1) すでに養育の問題がある妊婦
要保護児童、要支援児童を養育している。
 - (2) 支援者がいない妊婦
未婚またはひとり親で親族など身近な支援者がいない、夫の協力が得られない妊婦
 - (3) 妊娠の自覚がない・知識がない、出産の準備をしていない妊婦
 - (4) 望まない妊娠をした妊婦
育てられないもしくはその思い込みがあり、婚外で妊娠した
すでに多くの子供を養育して経済的に困窮している状態
 - (5) 若年妊婦
 - (6) こころの問題がある妊婦、知的な課題がある妊婦、アルコール・薬物依存症
 - (7) 経済的に困窮している妊婦
 - (8) 妊娠届の未提出、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診または受診回数の少ない妊婦

☒ 7

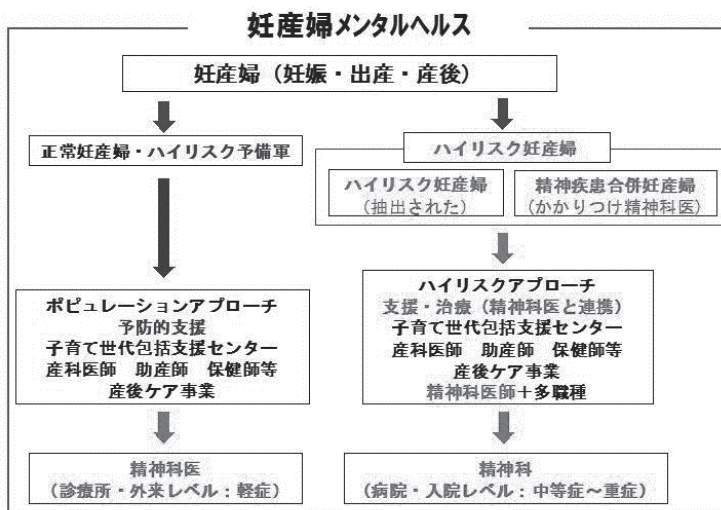
産後うつ病のリスク因子

- ・ 過去のうつ病の既往（受診歴）、現在精神科通院中
- ・ 妊娠中のうつ症状や不安
- ・ 望まない妊娠や結婚、パートナーからのサポートの不足
- ・ 経済的な問題、知的障害
- ・ 妊娠中、産後早期のライフイベント

(4)妊産婦メンタルヘルスケアの実際

産科的ポピュレーションアプローチの項でも述べたが、妊産婦への支援においては、妊娠・出産・子育てに関するリスクの有無に関わらず、予防的な視点で、全ての妊産婦・乳幼児等を対象とするポピュレーションアプローチを基本としたうえで、ハイリスク妊産婦を抽出し、評価、支援の立案、実施、再評価、支援の改善へと定期的な相談の場や症例検討会等を繰り返し、よりよい子育て支援を目指して多職種と連携し支援を継続しなければならない^v。機能的役割分担として、子育て世代包括支援センター・診療所・病院では、ハイリスクとまでは判断されなかった妊産婦の予防的支援を行う。(図8) また、総合周産期センター・大学病院・産科の併設された精神科入院施設のある病院では、ハイリスク妊産婦へ多職種と連携し、治療および支援を行うことが望ましいと考えるⁱ。それには、適切な妊産婦メンタルヘルスケアができる助産師・保健師・看護師等の育成が不可欠である。昨今、助産師と保健師とのダブルライセンスを取っている方も多く、そういった方々が、将来この問題に関わることが良いのではないか。

図 8



メンタルヘルスケアが必要と思われる妊産婦を全て精神科医に紹介することは現実的ではなく、その必要もないⁱ。東京のある区で2006年に191名の産褥婦に新生児訪問しEPDSを行ったところ、9点以上が48名だった。そのうち担当保健師が継続してフォローしたものが52%程度であった。3ヵ月後にはその継続支援を受けているのが30%程度となった。12%程度はほかの相談機関に紹介し、191名中に精神科を受診したのは0であった。アメリカのデータでも400名程度の産褥婦の約35%がEPDSの高得点者であったが、二次面接に至ったのはその60%程度で、実際にケアを受けたものは30%程度であった。日本だけでなくアメリカでも実際のケアを受ける人は少ないということが報告されている^{vii}。

(図9、10)

図9

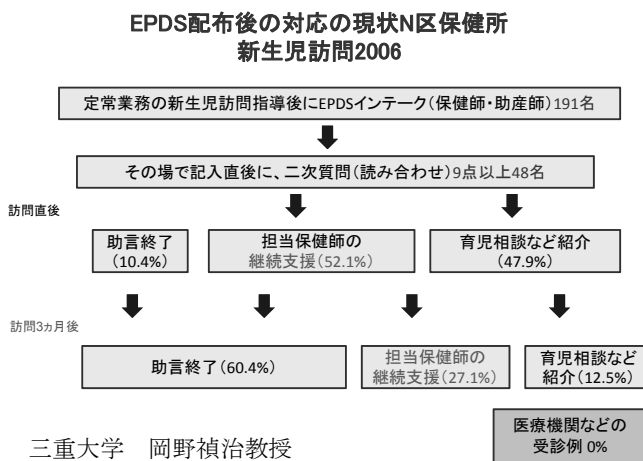
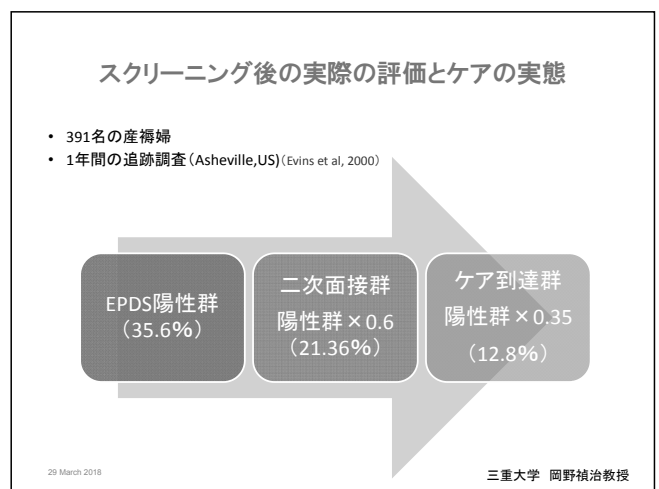


図10



しかし、EPDS が生まれたイギリスの背景には、GP (General Practitioner : かかりつけ医) が中核にいる。GP は精神科について3年キャリアの精神科医と同等レベルの能力を持ち、出産に立ち会うことができるため、軽症・中等度の精神科症状であれば対応できる。助産師・保健師に相当する医療関係職種からのサポートがあり、専門医を受診せずとも受け皿がある環境において、EPDS は使

いやすかったのだとも思われる。

また、現在の産科と精神科等との連携の問題点にも次のように言及している。

(図 11、12) 周産期メンタルヘルスの連携がなぜ困難なのかという点、1つは多職種連携の課題である。人事交流の少ない医療、行政、福祉、また、精神科と産科、精神保健と母子保健など、特に縦割り行政を例として大きな壁があると思われる。もう1つは、支援のリレーにおいてバトンタッチがしにくい環境にあるということ。A のメンタルクリニックで診ていた人が、今度は B の総合病院の精神科に行く、あるいは実家へ戻って地元の C のメンタルクリニックに行く場合における引継ぎがうまく行かない場合が多い。また、院内リエゾンはある程度期間が限られているとして、退院後には自治体絡みで母子保健と精神保健、あるいは児童相談所など、院外の多機能連携に課題がある。今後の課題として、妊産婦のメンタルヘルスの評価に基づいた精神症状や重症度の把握、問題の内容や重症度に応じた各領域での役割分担と連携の方法を明確にし、継続的な研修会等による多職種スタッフのスキルアップと連携の維持を図り、問題を抱えた妊産婦を地域全体で見守る姿勢が重要である^{vii}。(図 13、14)

図 11

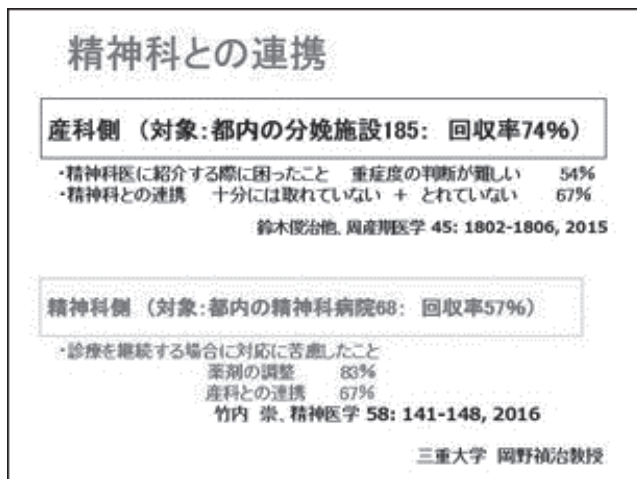


図 12

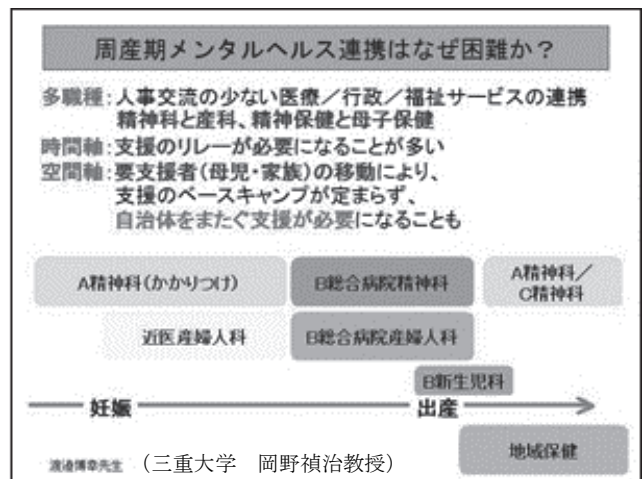


図 13

精神科との連携について

- 1) 精神科クリニック・精神科病院の外来に患者を迅速に受け入れてもらえる体制の構築
- 2) 重度パニック症状を呈する妊産婦の緊急対応に関する精神科病院の受入れ体制の構築
- 3) 今後の課題
 - 産婦人科医と精神科医の十分な連携の強化とこの分野の周知、教育、体制の構築
 - ① 産科医、助産師および精神科医との合同勉強会（精神科への紹介を減少）
 - ② 妊産婦メンタルヘルス研修会、事例検討会、多職種間の連絡会議の定期的開催

図 14

*** 多職種と協議し、支援を継続する。
(定期的な協議会・症例検討会等)**

- ・産科医・小児科医・精神科医等
- ・助産師・保健師・看護師・臨床心理士・保育士等
- ・行政スタッフ
 - ・子育て世代包括支援センター
 - ・母子保健担当課・児童福祉担当課
 - ・福祉事務所・児童相談所・女性相談所・保健所
 - ・配偶者暴力相談支援センター・女性健康支援センター
 - ・要保護児童対策地域協議会・養育支援訪問事業
 - ・助産施設・乳児院・母子生活支援施設・里親等

(5)ハイリスク妊産婦の予防に向けた産科的アプローチ（図 15、16）

学童期から思春期の子どもたちに対して、産婦人科医は、成熟した親になるための、また健康（健全）な家族を将来作るための妊娠適齢期を含め、思いやりや寄り添う気持ちを育んでもらうための「性の健康教育」を学校医あるいは講師という立場で現場に出向いている。そして、産婦人科受診のハードルを下げ、いつでも、どんなことでも気軽に相談できる環境をつくるように心がけている。

また、妊娠適齢期を社会に啓発して不妊症になるリスクを下げ、適切な不妊治療を理解してもらい不妊期間を少しでも短くする。そして、妊娠かどうかと想ったらまず産婦人科を受診し、妊娠すると受けられる支援を広く認知していただくといった広報活動をすることも大切である。さらに、「にんしん SOS」といったセイフティーネットともいえる相談窓口である「一般社団法人全国妊娠 SOS ネットワーク」^{viii}（図 15）が全国展開され、広く認知されることが早急に望まれる。

図 15^{viii}



2017年より、日本産婦人科医会の児童虐待予防対策プロジェクト委員会において、予期せぬ妊娠・計画されていない妊娠・思いがけない妊娠・望まない妊娠・未受診妊婦・新生児遺棄に至る可能性がある、困難な状況におかれた女性が必要としていること、支援のための社会システムの不具合などについてその問題を抽出してみたところ、「妊娠検査薬を買う費用がない」、「妊娠を知ることが怖い」、「妊娠検査薬で陽性が出たものの医療機関への初回受診の費用がない」などの実態が見えてきた。それに対して、たとえば「保健所や若者が集まる拠点などに妊娠検査が無料でできる場所を作る」、「無料での妊娠検査を呼び水にして、妊娠や子育ての相談や支援の情報提供につなげる」、「妊娠検査陽性者に対して、初回の医療機関受診補助券（公費負担）を交付する」などといった提案も出ている。具体的に、予期せぬ妊娠は「産み捨て」のような赤ちゃんの虐待死を招きかねないことも考えて、匿名で妊娠相談に乗り、1回目

の診察を無料で行うなどの「妊娠ワンストップサービス」を各地域の医療機関で行うことなども検討している。

つまり、すでに平成 28 年に日本医師会母子保健検討委員会が答申したが、妊娠した女性が出来るだけ早く医療機関を受診できるシステムを構築する必要があるということである。妊娠の診断は、出産するカップルへの早期支援につながり、また、出産できない状況の女性・悩んでいる女性への早期支援にもつなぐことが出来る。すべての女性について、妊娠したかどうかの判定に公費支援を導入すること、具体的に言えば、産婦人科医療機関での妊娠の診断に係る初診料・妊娠診断料を公費負担とすることを提案する。貧困や若年者にとっては、最初の一步を踏み出すための診察料が高いハードルとなっており、これを取り除くことでさまざまな課題が解消あるいは減少することが見込まれる。妊婦健診未受診者の減少、いわゆる飛び込み分娩の減少、合併症妊婦への早期からの妊娠・周産期管理、妊娠・出産・育児環境の整わない妊婦への早期介入支援、出産するかどうか悩んでいる場合は、出産への動機付けに必要な支援の提供が可能となり、中期中絶を減少させることにもなる。

この妊娠の診断に係る初診料・妊娠診断料を公費負担とすることは、「日本版ネウボラ」を目指す「子育て世代包括支援センター」としては、フィンランドの育児パッケージ（妊婦健診への動機付けにもなっているベビーベッドになる箱にベビー服などが詰められたセット：現金を希望されれば 140 ユーロ）^{ix}に相当するものとなり、是非実現させたい。また、育児パッケージについては、その地域で子どもを産み、育てるということがその地域での消費を増加させることにもつながり、地域の企業からの寄付を募ることにより実現可能になるの

ではないか。(図 16)

図 16

ハイリスク妊産婦の予防

- ・産婦人科医師による学校医・出前講師としての「性の健康教育」
- ・妊娠適齢期・適切な不妊治療を社会に啓発
- ・「にんしんSOS」といった相談窓口の全国展開とその認知
- ・初回の妊娠診断に係わる医療機関受診補助券（公費負担）の配布
- ・「妊娠ワンストップサービス」匿名相談を各地域の医療機関に設置

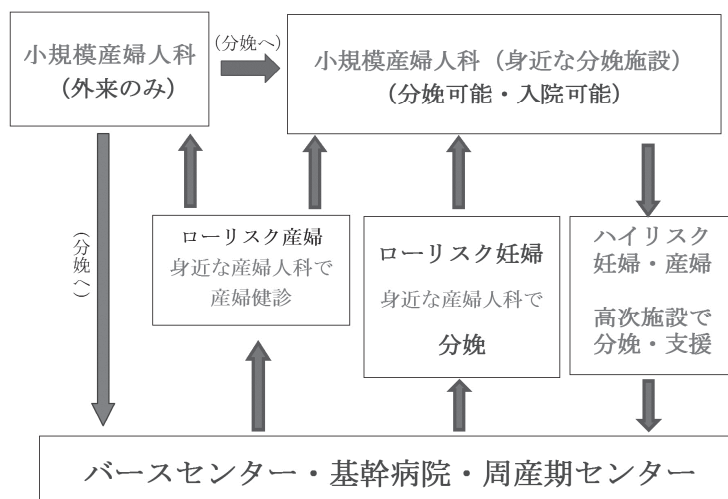
さて、ハイリスク妊産婦の予防はもちろん重要な課題であるが、産科的ポピュレーションアプローチの前段階として、低リスク妊娠・出産を取り扱う「身近な分娩施設」の確保、言い換えれば、子育て支援の出発点である「全国どこでも安心して妊娠・出産のできる体制」を当然確保していかなければならない。

日本産婦人科医会の研修ノート No.100「産婦人科医療の近未来」において、「分娩取り扱い施設ごとの施設数、常勤医師数では、一般病院で減少が著しく、周産期母子医療センター（総合、地域）で増加していた。2016年調査（2015年実績）で、取扱い分娩数の割合は診療所 48%、一般病院 27%、周産期母子医療センター 25%（総合 8%、地域 17%）となり、診療所と周産期センターへの二極化が進んでいた。つまり、出生数の減少と歩調を合わせ、医師数、施設数が減少し、診療所と周産期センターへの二極化が進んでいるのである。少子・高齢化はハイリスク妊婦の増加につながり、施設数の減少は、妊婦の施設へのアクセスに影響し、受診困難者を増加させる。医療過疎地域で役割を増すのが診療所である。近年増加している複数名の医師による診療に加え、助産師の活用など診療機能の確保・拡充が鍵で、自治体による診療所への支援強化も重要になる。具体的に地域でローリスク分娩を担う分娩取扱診療所などについては、維持や新設に対して支援を行うなど地域の実情に合わせた検討をすることが必要である。」と周産期医療の近未来構想が記載されている^x。つまり、子育て支

援に対する産科的ポピュレーションアプローチを行ううえで、機能的役割分担という視点からも「身近な分娩施設」は欠かせないものである。その理由は、安全に分娩を取り扱うために、圏域内での基幹病院との適正な連携体制をこれまで以上に充実させてその周産期医療体制を維持しつつ、現在の日本の分娩を過半数取り扱っている産科診療所に妊産婦メンタルヘルスのポピュレーションアプローチとハイリスク妊産婦の抽出という役割を分担してもらわなければならないからである。しかしながら、その診療所の医師も高齢化し、後継者が見つからない施設もあり、産科医・新生児科医の確保が喫緊の課題である。そこで、臨床研修医の研修は平成32年度から産婦人科、小児科が必須として復活予定であるが、専門研修の中に産科診療所「身近な分娩施設」での3～6ヶ月研修を提案する。そして、妊娠中・子育て中の女性医師の派遣（時間短縮の勤務）も提案する。診療所で低リスクの分娩を行うことは基幹病院の負担を軽減させ、医師の派遣はその連携を強化させることにもつながる。また、派遣医師には、妊産婦メンタルヘルスの分野を現場で経験することにより、患者に寄り添うと

図17 妊産婦メンタルヘルスケアのための機能的役割分担

「新しい子育て支援」のための「身近な分娩施設」と「基幹病院」との連携を強化



いう医療、ポピュレーションアプローチという考え方が身につくのではないかと考える。

(6)小児科へつなぐ (図 18)

妊娠中から始まった母と子のメンタルヘルスの取り組みの最終目標は、妊娠・出産・育児を通して母親に適切な支援を行い、次世代の子どもの健やかな発育を支えることである。

図 18

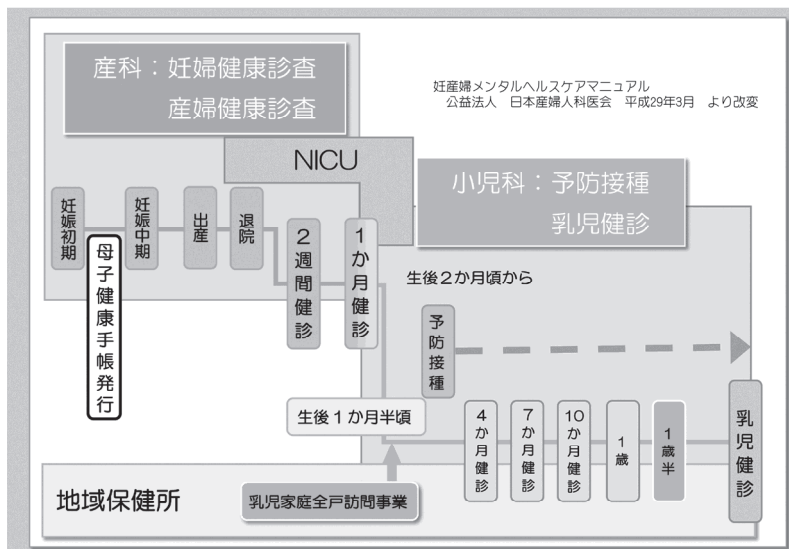
妊産婦メンタルヘルスケア (産科から小児科につなぐ)

- ・退院後 生後2週間健診・1ヶ月健診 → 産後ケア事業
- ・生後1ヶ月半に、乳児家庭全戸訪問事業 → 産後ケア事業
- ・生後2ヶ月・3ヶ月・4ヶ月に：乳児の予防接種 → 産後ケア事業
- ・乳児の予防接種の時に、小児科で産婦のメンタルヘルスケアを行う。
- ・生後4ヶ月・7ヶ月・10ヶ月・1歳・1歳半健診：乳児健診

その過程においてわが国では、生後 1 ヶ月を境に医療機関は産科から小児科へのリレーをしているが、それには一定の仕組みはない。乳幼児健診が義務付けられているのは、1 歳半健診であるが、ほとんどの市町村が生後 3~4 ヶ月に最初の健診を行っている。この生後 1 ヶ月から生後 3~4 ヶ月の母子への支援を切れ目なく引き継ぐための試みが日本各地域で行われている^{xi}。

子どもが始めて小児科を受診するのが予防接種であることは多く、生後 2 ヶ月頃から行われる予防接種率は 100%に近く高率である。この 2 ヶ月から始まる予防接種 (2~4 ヶ月) の際に助産師・保健師・看護師等が母親に面談する機会を設け、母親のメンタルヘルスのスクリーニングと支援を組み込むことによって、母子への援助を切れ目なく引き継ぐことができ、産科から小児科により円滑にバトンタッチができるのではないかとⁱ。(図 19)

図 19



また、自宅の状態を把握することもできる乳児家庭全戸訪問が平成21年度から児童福祉法により行われるようになった。この新生児訪問の時期は1ヶ月健診の前後であることが多い。この訪問を1ヶ月健診から2ヶ月のワクチン接種の間である、1ヵ月半頃とすることでより切れ目の無い支援が行われるのではないか。

最後に、子育て支援の大きな受け皿のひとつである「産後ケア事業」^{xii}も全国的にはまだ始まったばかりであるが、今後の充実と拡大を期待するところである。

2. 小児科的アプローチ

2015年のわが国の乳児死亡率(1,000人あたり)は1.9で、世界的にも最も低い^{xiii}。また、子どもの健康、教育、栄養を総合的に評価するThe Child Development Index 2012では、わが国は世界で最も子どもの成育にとって良好な環境が整備された国とされた^{xiv}。しかしながら、育児に不安を持つ母親が増えていることや「気になる子ども」への適切な対応が不十分であることが課題となっている。さらに、思春期の子どもや青少年の健康問題についてはこれまでに実態が明らかにされておらず、小児科や内科からのこれらの問題に対する適切な取り組みも十分には行われていない。母子保健検討委員会ではこの様なわが国の子どもの健康状況を踏まえ、以下に答申する。

(1) すべての子ども・青少年を身体的・心理的・社会的 (biopsychosocial) に捉え・支援するために

1) わが国の乳幼児健診・学校健診の現状と課題

(i) 乳幼児健診の現状と課題

妊産婦に関わる公費負担制度が、現在の妊婦健康診査の14回に産婦健康診査(産後2週間・産後1ヶ月)の2回を加え16回の公費負担へと改善されようとしている。一方乳幼児健診は、母子保健法上は1歳半健診と3歳児健診の2回しか国によって義務付けられていない状況が長く続いている。市町村によっては3・4か月健診をはじめ乳幼児健診の充実が図られているが、1か月児健診を実施している市区町村は必ずしも多くなく、産婦人科で母親の1ヶ月健診と同時に行われているのが現状である。医療現場では、母子共の健診の費用負担が困難な母子に育児上の問題が発生しやすい傾向が見られる。子どもの虐待防止

や予防接種の理解と着実な実施のためにも、子どもの1か月健診は極めて重要な意味を持つ。さらに、全国どこでも平等で適切な乳幼児健診が受診できるよう、1か月、3・4か月、6・7か月、9・10か月、1歳、1歳6か月、2歳、3歳、5歳児への健診を法定化すべきである。こうした乳幼児健診の充実は子どもの虐待への気づきとなることから、虐待防止の観点からも重要である。

一般に乳幼児健診は栄養相談を含む育児相談と発達相談が中心で、幼児後期になるとそれに加えて教育相談の必要性が出てくる。わが国の乳幼児健診の多くは、歯科健診や眼科健診のための歯科医師・眼科医師の他に保健師、栄養士などの各分野の専門家が参加し、集団健診として行われることが多い。そのため、健診を受ける側が健診の現場で専門家に相談し、専門家から指導を受ける事が出来る大きな利点がある。しかしながら、幼児期の後半になると子どもの社会性の問題が生じてくる。子どもの共感性や対人関係、言語発達、落ち着きや衝動性・自己抑制などの脳の成熟度を推測することも健診における重要な評価項目となる。この様な課題に対応するためには集団健診の場であっても十分な時間をかけた丁寧な指導が必要となる。特に5歳児健診は発達障害児の診断にとって極めて有効なことが証明されている^{xv}。5歳児健診にて発達障害と診断された子どもと家族が適切な指導と支援を受けると、不登校などの学校不適応が減ることも報告されている。従って、健診後の事後相談にも十分な時間をかけた5歳児健診の実施体制を確保することは喫緊の課題である^{xvi}。

これまでわが国の子どもの健診では、標準化が不十分であった。近年、日本小児科学会は乳幼児健診の均一化を保障するために、同学会のホームページ上で乳幼児健診の実施の仕方を学べる e-learning が公開されている。

米國小児科学会 (American Academy of Pediatrics : AAP) では乳児期に 7 回 (わが国では 4 回)、12 - 30 ヶ月までに 5 回 (わが国では 3 回)、3 - 21 歳までは年 1 回 (わが国では 3 - 5 歳までは 2 回) のかかりつけ医による健診を義務としている^{xvii}。全ての健診は個別健診が基本で、一人あたり約 30 分程度の時間をかけている。米国では健診を受けていないと保育園や学校に入園・入校できないため、21 歳までの健診の受診率は 7 割以上とされる。小学校入学までの子どもの健診回数が米国ではわが国よりも多いことも特徴である。

(ii) 学校健診の現状と課題

学校健診は学校保健安全法により幼稚園から小中高校、大学までの各段階で、設置者や教育委員会に児童生徒の健康診断を義務づけており、わが国では子どもの健康の向上にこれまでに大きな役割を果たしてきた。内科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科などの医師が学校医として健診業務にあたっている。わが国の学校保健の歴史は古く、1897 年に「学校清潔方法」や「学生生徒身体検査規定」が定められ、1898 年にドイツの制度を範とした学校医が設置された。学校医は当時頻度の多かったトラコーマや皮膚病の予防、徴兵検査と連動した身体検査、子どもの清潔維持や衛生訓練などを実施していた。

現在の学校健診は学校教育法や学校保健安全法の規定に基づき、学校における児童生徒や職員の健康の保持増進を図るため、学校における保健管理の中核的事業として学校における健康診断が教育活動として行われている。保健調査、身長、体重、栄養状態、脊柱・胸郭・四肢・骨・関節、視力、聴力、目の疾病と異常、耳鼻咽喉頭疾患、歯及び口腔の疾患と異常、結核、心臓の疾患と異常、尿、その他の疾病と異常について定期健康診断において毎年評価が行われる^{xviii}。

しかしながら、学校健診については実施方法や異常を指摘された児童生徒への対応などの点で問題が指摘されている。最も大きな問題は限られた時間内で多数の児童生徒に対応しなくてはならない現状である。内科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科の医師の一人あたりの児童生徒の健診にかける時間は極めて短く、実際には1分間程度であるとの指摘もされている^{xix}。学校健診は学校生活という集団生活を行う上で問題になる児童生徒が持つ健康問題をスクリーニングすることを主たる目的としており、児童生徒が罹患している疾患や健康問題を指摘したり、診断治療に導くことを目的とはしていない。疾患や健康問題を指摘された児童生徒とその保護者への指導は可能であるが、大きな問題が見出されなかった児童生徒とその保護者には児童生徒の年齢や発達段階に応じた保健指導は行われていない。こころの問題について担当するスクールカウンセラーも学校には整備されている。しかしながら、一人のカウンセラーが複数の学校を担当するため、児童生徒と必ずしも顔見知りの関係にはなく、子どものこころの悩みなどを相談する相手になりにくいという状況になっている。

健康保険制度が充実しているわが国では他の先進諸国に比べても疾病に対する対応は医療レベルや国レベルでの均てん化の点で充実している。さらに小児医療費助成制度の対象年齢の拡大も図られており、保護者の所得に応じた助成制限はあるものの多くの自治体において小学6年生までの小児医療費が事実上無料化されている地域が拡大している。

思春期を迎える子どもや青少年は認知機能、心理、性などの面で劇的な変化を遂げる。健康な児童生徒であっても様々な心理社会的な問題が生じる。具体的には、学業、友人関係、親子関係、性、貧困、うつなどに関する件や、酒、

タバコ、薬物、オートバイや車、妊娠などに関する件である。一方、日本小児科学会が実施したアンケートによると、1) 思春期の子どもの医療的対応を要した課題は、不登校、肥満、発達障害、月経異常、虐待、性感染・避妊・中絶などの性関連課題の順に多く、2) 親子の間に話し合う思春期関連の課題は、二次性徴、喫煙・飲酒・薬物などの依存、出産、育児、性関連課題の順に多かった^{xx}。このような児童生徒の心理・社会的な問題を評価し、問題に対して一緒に考え適切な指導を行うことは、現在の学校保健の場では十分に実施されていない。

わが国の優れた学校保健制度があるにもかかわらず、子どもが学齢期になると、かかりつけ医が子どもを身体的・心理的・社会的に捉え支援してゆくことができていないことが現在のわが国における大きな課題である。現在検討中の「成育基本法」はわが国の出生から成人にいたるまでの子どもや青少年の身体的・心理的・社会的課題を改善させることを目指す理念法である。

2) 日本版ネウボラの導入と子育て世代包括支援センターの設立に対して

フィンランドでは「助言の場」という意味を持つ「ネウボラ neuvola（出産・子育て家族サポートセンター）」が子ども・家族・青少年を支援するサービスとして1944年に法制化され、現在全土にて着実に運用されている^{xxi}。ネウボラは子どもと家族に対する子育てサービスの中核であり、一つの窓口で同一の保健師が子どもの「かかりつけ」ネウボラ専門職として相談業務を担い、後方支援チームとして医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、ホームヘルパーなどの専門職が配備され、必要に応じた支援を行っている。妊婦、子ども、家族の健康問題の相談と福祉や医療支援をワンストップで受けられる点で画期的な仕組みである。「出産ネウボラ」では、保健師1名が年間50人ほどの妊婦を担当

し、出産後は「子どもネウボラ」担当の保健師が年間 400 - 430 人の子どもと家族を子どもが就学するまで担当する。子どもが生後 1 ヶ月半になるまでは 2 週間毎に、それ以後生後 8 ヶ月までは毎月、出産後の母親への手厚い産後ケアと定期健診が実施される。これにより出産後の母親はネウボラ専門職との強いつながりが形成され、父親への情報提供や啓発も行われ、母親が過労やうつなどにならないような配慮がされる。わが国では妊娠・出産期（医療機関が担当）と出産後 1 ヶ月以降（保健所や小児科などのかかりつけ医）でこれまで母子支援を担う機関が分断されており、さらに、出産施設での健診は母子のみが対象で医療的な視点が中心となり、夫（父親）を含めた家族全体を視野に入れることが少ない状況となっている。

現在、ネウボラはフィンランド全体で 800 カ所以上に配備されている。子どもが就学すると、「家族ネウボラ」が子どもを担当する。この様なシステムは妊娠・出産・子育て期を通じた切れ目のない支援であり、対話と信頼の形成を通じて子育てを担う家族全体への強力な支援となっている。わが国では虐待により死亡した子どもの約 58%が 0 歳児で、月齢 0 ヶ月児が約 43%を占めた。さらに、加害者の 50%が実母であった^{xxii}。わが国に「ネウボラ」が導入されて高い利用率が実現できることにより、虐待などのリスクの早期発見や対応に繋がることも期待される。

平成 29 年 4 月施行の改正母子保健法により子育て世代包括支援センターが法定化され、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援をする事を目的に、子育て世代包括支援センターに保健師等を配置して母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供する試みが始まった。厚生労働省は平成 32 年度末

までに全国展開することを目指している。子育て世代包括支援センターは妊産婦等の状況の継続的把握、妊娠・出産・育児に関する相談に応じ、必要な情報提供・助言、保健・医療・福祉・教育の関係機関との連絡調整、支援プランの策定などの役割を担うとされる^v。その中には、「日本版ネウボラ」事業を展開する自治体も見られる^{xxiii}。これらの支援内容の充実は子育て世代にとって有益であり、今後の拡大が望まれるところである。

しかしながら、多職種連携による子どもへの見守りをする場合、中心となる保健師が広い見地から子どもを見守ることができないと包括的な支援にはならず、継続的な支援となりえない。今後、日本版ネウボラの中心となって活躍する保健師の育成が不可欠である。さらに、日本版ネウボラが広まった場合でも、高い利用率を獲得できないと全ての子どもとその家族を把握する事になりえない。高い利用率にするための施策が必要とされる。さらに、これまでに明確化された子育て世代包括支援センターの具体的取り組みは現状では主として周産期の母子の支援に偏っている。「子育て支援」の「子育て」とは就学までの子育てに限定されるべきではなく、子どもが年長になった場合をも含む内容に今後改善されることを期待したい。

3) すべての子どもを身体的・心理的・社会的 (biopsychosocial) に捉え・支援するしくみを構築するために：「成人するまでの子どもの日本版個別健康相談体制」の構築

米国では3歳から21歳までの子ども・青少年はかかりつけ医による個別健診を受けることが義務である。この約30分の健診を米国では health supervision (個別健康相談) と呼び、子どもと家族を biopsychosocial に評価し、支援する事を

目的としている。

米国の health supervision では、子どもの身体の健診、発達の評価、予防接種などに 10 分ほどかけ、残りの 20 分間を子どもの生活習慣や親子関係・学校生活などの子どもを取り巻く環境の状況を聴取し、子どもの心身の健康に影響を与えるリスクがないかを評価する。その上で、必要に応じて適切な助言・指導を行う。特に重要な点は、次の健診までに子どもに起きうる問題となる事象、保護者が悩んでいる事象を具体化し、それへの対応方法を説明し、助言することである。これを anticipatory guidance (先制的ガイダンス) と呼び、健診における小児医療・保健従事者の重要な仕事と認識されている。つまり、米国における健診は、子どもが幼いときには子育て全般に関する保護者へのアドバイザーとしての、子どもが大きくなった場合にはその他に、子どもの生活・健康に関する子どもの為のアドバイザーとしての機能を担う。11 歳から 14 歳の子どもに実施される health supervision での基本的姿勢を表 1 に、anticipatory guidance の具体例を表 2 に示す。

米国における健診とは、病気の有無にかかわらず biopsychosocial の面から子どもと家族を支援し、子どものリスクに対応することを目的としている。わが国にも同様の仕組みとして、「成人するまでの子どものための日本版個別健康相談」体制を構築することが強く望まれる。そのためには、例えば 6 - 20 歳までの子どもや青少年は年 1 回の個別健康診査を義務とし、小児科医や内科医が子どもや青少年の psychosocial な面を評価し支援する skill を持つことがまず必要である。今後、health supervision のわが国への紹介、健診での psychosocial な評価・支援を強化するためのガイドラインの作成と啓発活動が必要である。さらに、

この健診を実施する医療者に対して適切な対価が支給されることが必要である。健康保険から費用が医療者に支給されることが理想ではあるが、それが難しい場合には、妊娠した女性に受診券が発行され、自治体が受診費用の一部を負担する制度などが参考になると思われる。

表1 Health supervision（個別健康相談）での基本的姿勢：11-14歳に

この健診での最も重要な目的は思春期の子どもと保護者が心配している点に対処することである。その他に、以下の点についても保護者や子どもと話し合う。

1. 身体の成長発達（身体と口腔の健康、身体イメージ、健康な食事、身体活動）
2. 社会的活動や通学（家族・仲間・地域社会との関係性、人間関係、学業成績）
3. 健全な情動 emotional well-being（友達とうまくやっているか、気分を平静に落ち着かせることができるか、精神的健康、性行動）
4. 危険行為を避けているか（喫煙、アルコール、薬物はしていないか、妊娠していないか、性感染症はないか）
5. 暴力や傷害の予防（シートベルトや自転車用のヘルメットの使用、薬物中毒、自動車・オートバイの運転、銃、個人間の暴力（けんか）、いじめ）

表2 Anticipatory guidance の具体例：11-14歳に

<保護者に>

- ・問題を解決し判断する経験をお子さんに持たせるために、お子さんと一緒に家庭で討議をしましょう。
- ・保護者が答えを言う前に、お子さん自身で問題を解決するように、お子さんに考えさせましょう。

<子どもに>

- ・どんな人も皆生きている上でストレスを持ちます。宿題の提出期限、友達と

のいざこざなどもそうです。ストレスとどう向き合って、それにどう対処するかについて考えてみることは重要です。そのことで、もし私に何かお手伝いできることがあったら話して下さい。私も一緒に考えてみます。

4) 発達障害児・者への支援

発達障害には、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、Tourette 症候群、発達性協調運動障害、表出性言語発達遅滞を中心に、選択制緘黙症が類似した状態として含まれる。2005 年に発達障害者支援法が施行され、「障害者自立支援法」から「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に至るさまざまな法整備の中で発達障害への理解が進み、支援の裾野が広がると共にその枠組みも大きく変化した。しかしながら、発達障害を有する児童生徒数は、文部科学省の調査でも増加しており、学校や職場における対応が課題となっている。

発達に問題を抱えていることに気づかれず支援に結びつかないケースや、正確な診断がなされないまま不適切な支援を受けているケースも多く、未だに診断・治療・支援のネットワークが十分に整備されているとは言いがたい。さらに、専門医療機関の不足、支援する組織や個人による専門性や支援レベルの違い、地域による支援体制の差異などの解決すべき課題が残されている。また、自閉症スペクトラム障害の子どもや青少年は障害特性を抱えていても自立して社会生活を送っている人もいるが、自閉症特性としてのこだわりやコミュニケーションがうまくいかないために社会生活に困難を抱えていたり、特に思春期以降になって不登校やうつ病、パニック障害などの二次障害によって社会生活に支障をきたす場合も少なくない。

発達障害児・者が適切な人間関係を構築し、二次的障害の発生予防や自立・

社会参加を可能にしていくためには、1) 5歳児健診を含めた乳幼児健診や家庭・保育・教育の場での気になる子どもに気づき、身体面を含めた総合的な評価をし、丁寧な経過観察を行う、2) 必要な時期に診断や今後の個別的支援計画を立てるための専門医療機関に繋げる体制を作る、3) 専門医療機関からの情報をもとにした関係機関（医療・保健・福祉・教育・労働など）での切れ目のないライフステージにあった適正な支援を行うことが必要である^{xxiv}。そのためには、それぞれの役割に応じた研修の機会を提供する等の発達障害に関わるさまざまな人材を重層的に育成することが求められる。また、全国的な支援レベルを一定にするためには国が客観的に検証した支援のメニューを整備し、普及させることが必要である。さらに、専門医療機関の充実とかかりつけ医との役割分担、発達障害児・者への life skills training (LST)などの個別サービスの充実、就学・就労に必要な支援と就学・就労後の支援のための学校・会社等への公的支援体制の構築が不可欠である。発達障害に関わるさまざまな職種の役割が明確化され、それぞれが共通の視点に立って連携を深め協力して活動し、全国で同レベルの支援が受けられることが求められている。

(2) 健康を決定する社会的要因への対応

健康を決定するのは個人の生まれつきの体質や個人の生活習慣だけでなく、教育や経済的状态などの社会的要因も無視できない。特に子どもの健康に子どもの貧困が大きな影響力を持つことの認識が世界的に深まっている。2015年のわが国の17歳以下の子どもの相対的貧困率（収入が平均の半分以下の家庭の割合）は13.9%で、2013年の16.3%に比べやや低下したが、英国よりも高い。貧困の子どもは表3に示すようなところと体の健康に影響を受ける。

英国では「健康の不平等」を減らすために家族・母子への支援、地域社会と個人への対策、疾病予防と効果的な治療・ケアの提供、健康を決定する背景因子に対処する活動を2003年から開始された^{xxv}。その中で、母子保健、子どもの発育、青年期の教育の機会を充実させる事や、子どもの貧困対策などが行われ、子どもの相対的貧困率を30%から11%に減らした。わが国も子どもの貧困の増加を認識しており、平成25年には「子どもの貧困対策の推進に関する法律」を制定し、平成33年における子どもの貧困率を10%未満にすることを目指している^{xxvi}。子どもの貧困率が22%と高い米国では、小児科医は日常診療の場で子どもの健康に影響を与える貧困などの社会的要因に取り組み、社会からの支援の必要な子どもを見極め、社会からの支援を受けられるように援助することが小児科医の重要な役割であるとしている。わが国では子どもの貧困に対する小児医療・保健従事者の認識が最近になってようやく高まってきている。このような状況の中で、わが国の小児医療・保健従事者は表4に示す様な活動を行うことが可能である。

医療に携わる者は日常診療の場で、貧困状態にある子どもに気づくことができる。その時に、失礼のないように養育者と話し合うことで貧困の実態を確認し、地域によって異なる支援（社会資源）につなげるための相談に乗ることが求められる。さらに、地域の児童相談所と相談する事も援助となる。特に、学業面や友人関係での問題や家庭の貧困に伴って二次的に生じる「うつ」などの困難を持つ人に気づき、相談に乗り、自己肯定感を高めるように支援することができるのは医療関係者である。

医療関係者は貧困が子どもの健康に与える影響について実態を調査し、それ

を公表することができる。こうした研究成果は国や自治体の施策に影響を与える重要な基本的資料となり得る。研究方法にはこれまでのハイリスク・アプローチだけでなく、ライフコース・アプローチ（ライフコース疫学）なども取り入れた研究手法が今後必要とされる。ライフコース・アプローチとは成人に発症する疾病の原因をその人たちが胎児期、幼少期、そしてその後に過ごしてきた環境がどうであったか調査することにより解明しようとする研究方法である。

小児虐待は今後も増加することが予想される。貧困は小児の虐待の原因として無視することのできない大きな要因である。医療機関における虐待対応チームの充実を図ると共に、児童相談所との連携を強化し、児童相談所の機能強化を今後さらに求めてゆくことが必要とされる。

表3 貧困が子どもの心と体に及ぼす影響

1. 基本的な生活習慣を身につけることが出来ず、齲歯、成人病などの疾病に罹患しやすくなる。
2. 健康な食生活習慣を作ることが出来ず、肥満、低身長・骨粗しょう症などの疾病に罹患しやすくなる。
3. 疾病罹患時に適切な受診が出来ず、疾病が進行する。
4. 所得の低い家庭ほど、任意接種の接種率が低い。
5. 所得が低い家庭ほど自閉症スペクトラム障害の疑いの子どもが高い。
6. 自己肯定感に乏しく、社会の一員として社会に貢献しようとする志を形成することが難しくなる。

表4 子どもの貧困に対して小児医療・保健従事者が貢献出来ること

1. 小児医療・保健従事者は貧困状態にある子どもに気づく最前線にある。貧困やそれに伴う「うつ」などの困難を持つ人に気づき、相談に乗り、自己肯定感を高めるように支持する。

2. 地域の自治体の貧困家庭への援助の具体策を家族に紹介する（社会資源につなげる）。
 3. 効果的な政策を立案・実施することを目的に、貧困による子どもへの影響を調査し公表する（学会からの声明）。
 4. NPO などの貧困支援運動に自ら参画する。
 5. 「成育基本法」を成立させ、小児医療・保健関係者が国や社会に子どもの健康を守るための施策を提言する。
-

(3) 慢性疾患や障害を持つ子どもと家族に寄り添うこと

医療の進歩により、慢性疾患や障害を持って思春期・成人期に移行する子どもが増加している。こうした子どもや青少年は **children and youth with special health care needs (CYSHCN)** と呼ばれ、彼らを家庭や社会で支援する体制を構築することが先進諸国における共通の課題となっている^{xxvii}。2010年の米国での調査では、CYSHCNは12-17歳の子どもの18.4%を占めており、わが国でも東京都西部地区を対象とした調査にて同様の結果が出ている。既にわが国では、先天性心疾患や小児期の川崎病の罹患による冠動脈病変を持って成人に移行した患者が約50万人、小児期に悪性腫瘍に罹患し治療にて寛解し成人に移行した患者が約11万人に及んでいる。

障害を持って成長し、成人に移行する患者には疾患に応じた様々な課題が残されている。疾患の種類や患者個人に応じた課題に対応し、内科医などの成人への医療提供者と協力して患者を治療（移行医療）・支援する体制を作り上げることはこれからの小児医療・保健従事者の重要な仕事である。慢性疾患に長く罹患することによって生じる新たな病態、薬剤による二次障害などを明らかにし、対応マニュアルを作成することも今後の課題である。また、これらの患者は在

宅にて過ごすことが多く、小児医療・保健従事者は在宅医療への参画が求められている。現在、表 5 に示すような項目が在宅医療支援を行う上で現在のわが国で不足している。2016 年 4 月から国立成育医療研究センターは、子どもと家族に必要な短期滞在ケアの提供を開始した。単に子どもを施設に預かるのではなく、豊かな遊びや学びを子どもに提供し、子どもにとって楽しく、子どもと家族がリラックスして安心して過ごせる「家」を目指して活動している。今後、多くの地域に同じような理念を持つ施設が増える事を願っている。

わが国では小児慢性特定疾病対策事業が整備され、2017 年 4 月からは 722 疾患が登録され、医療費助成や自立支援対策などの支援が行われている。しかしながら、医療費助成は基本的には 18 歳未満までの児童等が対象である。ただし、18 歳到達時点で本事業の対象であり、18 歳到達後も引き続き治療が必要な場合には 20 歳未満まで支援の対象となる^{xxviii}。一方、成人においては治療方法の確立等に資するため、難病患者データの収集を効率的に行い、治療研究を推進することに加え、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期の療養による医療費の経済的な負担が大きい患者を支援する制度として難病対策事業が運営されている。2017 年 4 月からは 330 疾患が指定難病として登録されている^{xxix}。近年の医学・医療の進歩により小児期に発症した小児慢性特定疾患の患者が成人を迎える事ができる様になった。しかしながら、成人になってからも医療の必要な患者が少なくない。小児期発症のがんなどは、小児慢性特定疾患として認定されている小児患者が成人になると、指定難病として認定されていないために医療費助成を受ける事ができない。今後、これらの患者に対する支援についても検討する事が必要である。

表5 子どもの在宅医療支援に求められるもの

- ・小児・青少年の在宅医療に取り組む医師
- ・中間移行施設（在宅医療準備・支援施設）
- ・医療依存児・者の支援センター
- ・子どもホスピス
- ・小児訪問看護ステーション
- ・ひとり暮らし、グループホームでの支援
- ・学業・就労支援、学業・就労継続支援

おわりに

わが国の母子保健対策を充実させるため、日本医師会母子保健検討委員会ではこれまで様々な活動を行うと共に、母子保健対策の現状をしっかりと把握し、今後のあるべき方向性を提示してきた。今回の答申では、初めに周産期の親のメンタルヘルスを含めた包括的な支援の重要性を指摘した。周産期の母親の健診が地域によっては14回から16回に増やされており、妊娠中から出産後の母親のメンタルヘルスを中心とした総合的な評価・支援をさらに充実させることが今後の課題である。また、地域共生社会を目指した母子保健面での活動や、子どもに対する性の健康教育を充実させることも大きな目標である。

一方、小児については、成人に至るまですべての子どもを途切れることなく身体的・心理的・社会的に捉え・支援するしくみを構築することや、発達障害児・者や障害を有する子どもや青少年と家族への支援、貧困など子どもの健康に大きな影響を与える社会的決定因子への対策の重要性を指摘した。産科・小児科・精神科等の医師・助産師・保健師・看護師・保育士等や行政職等による多職種連携をさらに強固にすると共に、「成育基本法」を成立させることで、本委員会が目指す「新しい子育て支援」を社会実装させることが望まれる。

参考文献

- ⁱ 妊産婦メンタルヘルスマニュアル ～産後ケアの切れ目のない支援に向けて～ 公益社団法人 日本産婦人科医会 平成 29 年 3 月
- ⁱⁱ 厚生労働省：産前・産後サポート事業ガイドライン 平成 29 年 8 月
- ⁱⁱⁱ 内閣府男女共同参画局：男女共同参画白書 平成 27 年版
http://www.gender.go.jp/about_danjyo/whitepaper/h27/gaiyou/index.html
- ^{iv} 内閣府：少子化社会対策白書 平成 28 年版
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/>
- ^v 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平成 29 年 8 月
- ^{vi} 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017 日本周産期メンタルヘルス学会 http://pmhguideline.com/consensus_guide.html
- ^{vii} 周産期のこころの医療の課題 2016 年 8 月 24 日 厚生労働省 「周産期医療体制のあり方に関する検討会」三重大学 保健管理センター 岡野禎治
- ^{viii} 一般社団法人全国妊娠 SOS ネットワーク zenninnet-sos.org/
- ^{ix} 高橋睦子. 妊娠期から就学前の子ども家族と予防的支援—フィンランドの「ネウボラ」を中心に. 世界の児童と母性. 2014
- ^x 日本産婦人科医会：研修ノート No.100 産婦人科医療の近未来
日本医科大学 中井章人 公益社団法人 日本産婦人科医会 平成 30 年 1 月
- ^{xi} 標準的な乳幼児の健康診査と保健指導に関する手引き 平成 27 年 3 月
- ^{xii} 厚生労働省：産後ケア事業ガイドライン 平成 29 年 8 月
- ^{xiii} 厚生労働省：人口動態統計、2017
- ^{xiv} Save the Children: The Child Development index 2012: Progress, challenges and inequality.2012
(<http://ifsw.org/news/the-child-development-index-2012-progress-challenges-and-inequality/>)
- ^{xv} 小枝達也：5 歳児健診 発達障害の診療・指導エッセンス、診断と治療社、東京、2008
- ^{xvi} 社団法人東京都医師会次世代育成支援委員会：5 歳児健診事業-東京方式-
(https://www.tokyo.med.or.jp/old_inf/gosaiji.toukyouhousiki.pdf#search=%275歳健診+小枝%27)
- ^{xvii} American Academy of Pediatrics: Bright Futures, Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th edition, 2016, USA
- ^{xviii} 公益財団法人日本学校保健会：自動生徒等の健康診断マニュアル、文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課監修、平成 27 年度改訂、2015
(http://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H270030/index_h5.html#123)
- ^{xix} 公益財団法人日本学校保健会：学校保健 第 310 号、2015 年
(http://www.hokenkai.or.jp/kaiho/pdf/0097_310.pdf#search=%27学校健診+実際%27)
- ^{xx} 永光進一郎他：思春期医療の現状と課題-日本小児科学会会員および保護者へのアンケート-、日本小児科学会雑誌 121: 891-899, 2017

