

総説

近年の保健・医療の進歩と小児保健の課題

加藤 忠 明

I. はじめに

「小児保健研究」の編集委員長をさせていただいて5年目になる。その間、会員の皆様のおかげで投稿論文数、掲載論文数ともに増えてきた。お忙しい中、査読を引き受けていただいた先生方、また、総説等を御執筆いただいた先生方、そして、編集委員の先生方に、この場を借りてお礼を述べたい。

その間、小児保健の一層の普及を図るため、ことに「小児保健研究」が届いていない日本小児保健協会の地方会員もその内容を見られるようにするため、2004年以降発刊の「小児保健研究」の内容はインターネットで閲覧可能となった。そして、毎年開催される小児保健セミナーの内容を載せた「小児保健シリーズ」も、2005年から全国会員には無料で配布できるようになった。これらは、村上睦美前会長の御提案ではあったものの、関係各位のご努力、また会員の方々のご理解ご協力のおかげであると感謝申し上げます。小児保健のますますのご発展を願っているところである。

今回その一助となることを願って、総説を書かせていただく。通常の総説は、各専門領域に関する内容が多い。しかし、今回は子どもの死亡率の低下と行政施策の視点から小児保健全般を概観し、近年の保健・医療の進歩と今後の小児保健の課題について私見を述べ、会員のご批判を仰ぎたい。

II. 死亡率の低下から見た小児保健の現状と課題

近年の保健・医療の進歩は、以下のような子どもの死亡率の低下に示されているが、さらな

る改善も望まれる。

1. 乳児死亡率の低下

各年代や各地域に関する一般的な保健指標である乳児死亡率を、第二次世界大戦直後の1947年、後述する小児慢性特定疾患治療研究事業(以下、小慢事業)が整備された翌年の1975年、公表された最新の人口動態統計である2006年で比較すると、出生千対の乳児死亡率は各年76.7→10.0→2.6、また、新生児死亡率は各年31.4→6.8→1.3であり、59年間に1/30近くに激減した¹⁾。

大戦後は、衛生環境の向上や栄養状態の改善によって減少し、また、近年は周産期医療の進歩、新生児集中治療管理室の設置、そして、総合周産期母子医療センター設置等の周産期医療ネットワークの整備によって減少した。それらの医療現場で働く医療関係者の献身的な努力のおかげであり、健康保険点数の増加等による社会からのさらなる評価が望まれる。

しかし、生後1か月以上の乳児の死亡率は45.3→3.2→1.3であり、1975年から2006年の減少は比較的少なかった。この理由の一つは、不慮の事故による乳児死亡率が日本では0.14(2006年)であり、スウェーデン0.04(2001年)、ノルウェー0.07(2001年)に比べて高かったことである¹⁾。乳児期の窒息対策とともに、幼児期等も考慮して、交通事故対策、ことに自動車乗車中のチャイルドシートの正しい装着の徹底、また、溺水対策、ことに風呂場での溺水防止が望まれる。

日本の乳幼児突然死症候群(SIDS)は1980年代、窒息とは別の疾患として一般に知られるようになったため、統計上は毎年増加した。し

国立成育医療センター成育政策科学研究部

別刷請求先: 加藤忠明 〒157-8535 世田谷区大蔵2-10-1

Tel: 03-3416-0181 (内4250) Fax: 03-3417-2694

かし、欧米諸国が予防対策を実施し始めた1995年（乳児のSIDSでの死亡率0.44）をピークに頭打ちとなった。さらに「うつ伏せ」は「仰向け」に比して3.0倍程度、「人工栄養」は「母乳栄養」に比して4.8倍程度、「父母共に習慣的喫煙あり」は「父母共に習慣的喫煙なし」に比して4.7倍程度、SIDS発症のリスクが高いことを厚生省（当時）が1998年に公表し、SIDS防止のキャンペーンを実施したこと等により、2006年には0.16まで減少した¹⁾。しかし、保育所等による集団保育を開始した乳児は、保育開始後1週間以内にSIDSを比較的多く発症していたので、SIDS防止対策をさらに強化したい²⁾。

2. 1歳以降の子どもの慢性疾患による死亡率の低下

i. 全体的な状況と課題

1975年と2006年の子どもの慢性疾患による死亡者数と死亡率に関して、主として小慢事業の疾患群別に表1と表2に示す³⁾。小慢事業対象疾患による死亡者数は、全体として3,458人から777人に、また、1～19歳の人口10万対の死亡率は10.46から3.44に減少した。0歳児は、未熟児養育医療など小慢事業以外を利用中に亡くなることが多いので、除外した数値である。

表中の1975年はICD8（第8回国際疾病分類）、2006年はICD10（第10回国際疾病分類）による分類であるので、厳密な比較はできない。しかし、近年の保健・医療の進歩に伴い、悪性新生物や先天性心疾患を除けば、たとえ慢性疾患に罹っていても子どもはほとんど亡くならなくなったことが示されている。治療が必要な患児に対しては、小慢事業による医療費助成のおかげで、必要な医療を原則無料で受けられるようになった効果も大きい。

慢性疾患のある子どもたちは、近年の医療の向上によって生命の危機は防ぎやすくなった反面、その療養が長期になり、心身面での負担は増している。その子どもたちがより良く育ていくためには、保健、医療、福祉、教育の統合的なアプローチが必要であり、個々の子どもの成長と発達に応じた適切なケアがなされなければならない。

さらに、20歳を超えて小慢事業の対象から外れたキャリアオーバー患者の多くは、罹病期間

表1 小児慢性特定疾患治療研究事業開始後の死亡者数の推移（1～19歳児）

疾病分類	1975年	2006年
悪性新生物	1,824人	524人
循環器系の先天奇形 （主として慢性心疾患）	937	146
血液・免疫疾患	207	35
喘息（主として慢性呼吸器疾患）	176	18
慢性腎疾患	153	9
代謝疾患（体液異常を除く代謝障害、 主として先天性代謝異常）	64	30
糖尿病	36	6
その他の小慢事業対象疾患	61	9
合計	3,458人	777人

表2 小児慢性特定疾患治療研究事業開始後の死亡率の推移（1～19歳の人口10万対）

疾病分類	1975年	2006年
悪性新生物	5.52	2.32
循環器系の先天奇形 （主として慢性心疾患）	2.84	0.65
血液・免疫疾患	0.63	0.16
喘息（主として慢性呼吸器疾患）	0.53	0.08
慢性腎疾患	0.46	0.04
代謝疾患（体液異常を除く代謝障害、 主として先天性代謝異常）	0.19	0.13
糖尿病	0.11	0.03
その他の小慢事業対象疾患	0.18	0.04
合計	10.46	3.44

が長引くにつれて、進行する病態の悪化や障害・後遺症の累積といった医学的問題のみでなく、そのために生じるさまざまな社会経済的問題も抱えていた⁴⁾。その患者に対する医療費助成など社会的支援が急務である。

慢性疾患のある子どもとその家族には、社会全体での支援が必要である。一般的に多くの方たちは、健康、安定した家族、社会参加を求めている。慢性疾患に罹ることは、本人の責任ではなく、さまざまな負担を自らですべて負うことも困難である。慢性疾患のある子どもとその家族が社会の構成員として、社会と関わりながら生活できるように、一般の人々がその存在を正しく認知し、社会全体で支援するという気持ちをもつことが大切である。

ii. 悪性新生物の状況と課題

表1中, 死亡者数が最も多い悪性新生物も1975年から2006年にかけて死亡者数が減少していた。その理由の1つは, 同一疾患の患児に対して異なる治療法を実施しながら, 予後がより良くなる治療法を開発してきたことによる。しかし, 頻度の低い悪性新生物は, 従来, その手法での治療法の開発が困難であり, 死亡者数はあまり減少していなかった。今後は, 小慢事業の医療意見書を記載した医療機関名が中央で把握できるようになったことを利活用して, 頻度が低い疾患に関しても, 医療機関どうしが連携し合ってより良い治療法を開発し, さらに死亡者数を減少させることが望まれる。

多くの情報源によってがん患者のほぼ全数が把握されている大阪府地域がん登録資料によれば, 小児がん患者の74.6%は, (法制化前の)小慢事業で把握されていた⁵⁾。また, 対象基準が設定される前の(法制化前の)2004年度小慢事業の悪性新生物に関する給付人数は24,226人であった¹⁾。そこで, 小児がん患者は全国で $24,226 \div 0.746 = 32,475$ 人いると推計される。表1によれば, 2006年に1~19歳で亡くなった悪性新生物患児は524人であったので, 19年間では $524 \times 19 = 9,956$ 人(30.7%)が亡くなると推計される。悪性新生物に罹患した患児は, 小慢事業が整備された1974年頃, その多くが小児期に亡くなっていたが, 現在では推計69.3%の患児が成人に達するので, その対策が急務である。

iii. 悪性新生物以外の疾患群の状況と課題

悪性新生物以外の疾患群の患児に関しては, 2004年度小慢事業での給付人数は83,480人であった¹⁾。小慢事業での登録率が小児がんと同様と仮定すると, 全国の患児数は $83,480 \div 0.746 = 111,903$ 人と算出される。表1によれば, 2006年に亡くなった患児は253人であり, 19年間で $253 \times 19 = 4,807$ 人(4.3%)が亡くなると推計される。悪性新生物以外, 慢性疾患のある1歳以上の子どもは, 推計95.7%が成人になる。

先天性心疾患の死亡者数の減少は胸部外科手術成績の向上, また, 気管支喘息は吸入ステロイド等による治療法の向上によるところが大きい。そして, 慢性腎疾患による死亡者数の激減

は, 学校検尿の一般化や病理診断等によって, 早期から適切な生活指導や治療が可能になったこと, また, 部屋全体を暖める暖房器具の一般化によって腎血流量が増加したこと等が要因として推測される。

しかし, 先天性代謝異常は, 死亡者数の減少が比較的少ない。1977年以降の全国的な新生児マススクリーニングによって予後の著しい改善が見られる一部の疾患はある。しかし, 一般的に個々の先天性代謝異常の疾患の頻度は低く, 日本にどのくらいの患児がいるかも不明であった疾患が多かった。今後は, 小慢事業によってその状況が少しずつ明らかとなり, その利活用による医療機関の連携が望まれる。さらにタンデムマスを導入した新生児スクリーニングによって, より多くの疾患の患児を発見して, 適切な治療や生活指導を行い, 発症予防, また死亡者数の減少を図ることが望まれる⁶⁾。

III. 行政から見た小児保健の現状と課題

前述のように子どもの死亡率の低下に伴って, 昔に比べれば, はるかに安心して子育てできる状況になっているはずである。しかし, 小児科医師不足や救急医療体制の不備, 児童虐待の報告数の増加, 保育所待機児童等が問題となっていることもあり, 子育て環境が良くなったとは実感できないことが多い。それらを解決するためには, 小児保健に関して発生している新たなさまざまな問題に対して, 適切な施策の実行とともに, 一人ひとりがその解決に向けて努力することが大切である。

1. 健やか親子21(厚生労働省関係)

厚生省(当時)の健やか親子21検討会は, 2000年11月に, 報告書「健やか親子21—母子保健の2010年までの国民運動計画—」をまとめ, 報告書の提言等を市町村における母子保健計画の見直しに反映させることとした。具体的には, ①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進, ②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援, ③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備, ④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減, という4つの主要課題を柱として, 地域の実情に応

じた母子保健計画を策定するよう各自治体に求めた¹⁾。

この計画は2001年から2010年までの母子保健の国民運動計画で、国を挙げて取り組むというものであり、「健康日本21」の一翼を担う。国民一人ひとりが自主的に健康維持や疾病の予防、慢性疾患等のコントロールをする能力を高めること、また、そのための環境整備などを図るという「ヘルスプロモーション」の基本理念に基づいており、国民、自治体、国、専門家、民間団体などの連携が期待されている。

親にとってより生きがいのある育児、そして子どものより健やかな成長のためには、子ども子育て応援プランなどさまざまな施策により多様な保育サービスなど子育て支援の充実、地域で子どもを育てる環境の整備、職場優先の企業風土の是正などが必要である。また、環境汚染防止や食品汚染防止のためには、一人ひとりのゴミやエネルギー消費を減らさなければならない。そして、生殖医療や遺伝子解析技術の進歩を社会の人々が享受するためには、それらの進歩が及ぼす危険性を解析しながら、今後の人間としてのあり方を模索しなければならない。

育児には不安や悩みがつきものであるが、多様な生き方をお互い認めあい、尊重しあう社会、そしてそれぞれの地域社会の実情に応じた育児支援が望まれる。虐待している親自身は、虐待しないで良い育児を行いたいと思っている気持ちを、周囲の人たちがくみ取れると良い。出産を希望し、子育てしているさまざまな家族に対して、専業主婦の場合も、共働き家庭の場合も、社会からの温かいまなざしが期待される。一人ひとりが希望をもてる社会をつくりたい。

2. 特別支援教育（文部科学省関係）

文部科学省の学校基本調査によれば、2004年度の義務教育での長期欠席児童生徒総数は、193,327人で、その内、病気を理由とするものは全国で48,823人であった。しかし、病弱教育を受けていた児童生徒数は、病弱養護学校で3,907人、特殊学級1,737人、通級指導6人、猶予・免除者56人であった。病弱教育が必要と考えられる48,823人に対して実際に病弱教育のサービスを受けている比率は11.6%であり、多くは通

常学級に在籍していると推測された⁷⁾。

また、小・中学校の通常学級に、学習障害や注意欠陥多動性障害等の子どもが約6%存在する可能性も示されている。教育現場でも子どもの特性としての発達障害に気づき、支援するという体制が進行している。しかし、できれば幼児期に幼稚園等で集団生活するようになってから、「集団行動が取れない、自分勝手な行動が多い、指示が入りにくい、一人遊びが多い」等で気づき、支援できる体制作りが望まれる。3歳児健診で気づかれなかった注意欠陥多動性障害、高機能広汎性発達障害、軽度の精神遅滞、学習障害等が約9%の頻度で気づかれると言われている⁸⁾。

以上のようにいろいろな慢性疾患のある子どもの多くが通常学級に在籍している。これらの子どもたちに対して、2007年度に整備された特別支援学校（旧病弱養護学校等）が通常学級へ支援を行うセンター的機能を強化することにより、通常学級でも特別支援学校と同様のサービスを受けられるように配慮したい。その教育保障は、学校保健と病弱教育の両者をいかに連携、機能させるかにかかっている。支援が必要な子どもに関して、その担任1人に悩ませないで、校内支援や専門家チームからの支援、そして、医療関係者等の助けを借りながら、子どもの教育を充実させることが望まれる。また、慢性疾患や障害のある子どもと、それらのない子どもとの交流および共同学習について、一層の促進を図りたい。

特別支援学校卒業者の企業等への就職は依然として厳しい状況であり、慢性疾患や障害のある者の自立と社会参加を促進するため、特別支援教育では企業や労働関係機関等との連携を図った職業教育や進路指導の一層の改善が望まれる。特別支援学校では、福祉、医療、保健、労働等との連携を図り、子ども一人ひとりのニーズに対応して適切な支援を行う計画（個別的教育支援計画）を策定することとされており、その効果的な活用が課題である。

IV. おわりに

小児保健に関する幅広い分野を概観させていただいた。日本小児保健協会の会員は、いろいろ

ろな職種の専門家から構成されている。「小児保健研究」等を通じて正しい情報に関して職種を超えて共有し合い、時には行政に働きかけて小児保健のさらなる向上を目指していきたい。

文 献

- 1) 母子衛生研究会編. 母子保健の主なる統計. 2008.
- 2) 伊東和雄, 中村徳子. 保育預かり初期のストレスとSIDS危険因子の関係について. 小児保健研究 2006; 65 (6): 836-839.
- 3) 厚生労働省統計情報部. 人口動態統計下巻. 1977及び2008.
- 4) 武井修治, 白水美保, 佐藤ゆき, 他. 小児慢性疾患におけるキャリアオーバー患者の現状と対策. 小児保健研究 2007; 66 (5): 623-631.
- 5) 味木和喜子. 登録における疫学的問題の解析に関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究「小児難治性疾患登録システムの構築に関する研究」報告書. 2003: 518-520.
- 6) 山口清次. タンデムマスを導入した新生児スクリーニングの新時代. 小児保健研究 2006; 65 (6): 725-732.
- 7) 西牧謙吾. 学校生活における慢性疾患の子どもの教育. 小児慢性疾患支援マニュアル. 東京書籍. 2005: 11-16.
- 8) 小枝達也. 軽度発達障害児について. 小児保健研究 2007; 66 (6): 733-738.