

視 点

成育基本法について

五十嵐 隆

I. はじめに

先進諸国では年齢、性別、障害による差別をできるだけ少なくし、子育てのためにふさわしい環境を整えてきた。子育てを「次世代育成のための社会全体の問題」としてとらえ、社会的連帯の精神によって母子の保健から医療まで幅広くその権利を保証している。また、子どもの権利条約を遵守し、子どもを「人格を有する権利主体」として認めるとともに、良い環境で育てられる権利を子どもに保証してきた。本稿では、こうした先進諸国での取り組みに比べ次世代育成に力を注いでこなかったわが国の現状を指摘し、「成育基本法」の制定に向けた取り組みについて紹介する。

II. わが国における妊娠、出産、子育ての現状

わが国では急速に少子高齢化が進んだために、子どもの健全な育成を保証するための社会的施策が立ち遅れ、子どもを産みにくく育てにくい家庭、職場、社会環境になっている。子どものための施策に対する公的支出はGDPの1.3%でしかなく、OECD34ヶ国中下から7番目であり、合計特殊出生率が約2.0にまで回復しているフランスの3.0%にはるかに及ばない。

平成26年のわが国の出生数は100.4万人で、合計特殊出生率は1.42である。わが国ではずいぶん前から少子高齢化が指摘されてきたが、有効策がとられることはなく、この傾向は変わっていない。出生数減少と寿命の伸長により、わが国の2055年の高齢化率は

40.5%と予想されており、世界でも類をみない高齢化社会を迎えつつある。少子高齢化の影響は、経済や生活環境に大きな影響を与えることになるが、妊娠や子育ての環境が悪化することが最も懸念される。

さらに、現在では「地域格差の拡大」が課題となっている。景気や雇用、自治体の財政力という点において地域間の格差が大きくなり、同じ国に居住していても社会保障関連の施策についても地域ごとにさまざまな格差が生じてきている。子どもの保健・医療分野に限っても、1) 乳幼児医療費助成制度、2) 定期および任意の予防接種、3) 乳幼児の健康診査等で地域格差がみられている。このような状況を考慮して、第二次国民運動計画「健やか親子21」でも地域格差のない母子保健サービスの提供が重要な目標の一つとなった。

III. 人間関係の希薄化、子どもの貧困と小児虐待

2007年にUNICEF Innocenti Research CentreがOECD24ヶ国の15歳の子どもに「寂しいと感じることがあるか？」との質問を行ったが、わが国が最も高い数字であった。高齢者の孤独死が増加していること、自殺者がOECD24ヶ国中2位であったこと、第一次国民運動「健やか親子21」の評価項目の中で悪化した2項目の一つが「十代の子どもの自殺率」であったことなどは、人間関係が希薄化したわが国の状況を示唆する。うつは自殺の大きな要因であり、米国では小児科医による子どものうつに対するスクリーニングが行われている。しかしながら、わが国の小児科医にはそ

The Basic Law for Child and Maternal Health and Child Development

Takashi IGARASHI

国立成育医療研究センター

別刷請求先：五十嵐 隆 国立成育医療研究センター 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

Tel: 03-3416-0181 Fax: 03-3416-2222

のような姿勢やスクリーニングを実施するシステムがなく、ほとんど手つかずの状況にある。

2013年のわが国の17歳以下の子どもの相対的貧困率(平均の半分以下の群)は16.3%(6人に1人)で、毎年増加傾向にある。英国ではBlair首相の主導によるwar on childhood poverty運動の下でさまざまな施策がとられ、子どもの貧困率が26%(1999年)から11%(2010年)に減少した。一方、米国は高齢者の貧困対策に力を入れ、高齢者の貧困率は35%(1959年)から9%(2010年)に減少した。わが国のこれまでの施策も米国と類似していた。わが国もこの状況を認識し、平成33年における子どもの貧困率を10%未満とすることを目指して平成25年6月に「子どもの貧困対策推進法」を制定した。しかしながら、この活動を行うための民間からの資金の集まりが芳しくなく、具体的な成果は見えていない。貧困状態にある子どもはまずその健康維持に問題が生じるだけでなく、さまざまな社会活動への参画の機会が奪われることになる。即ち、社会的に排除される(social exclusion)ことが問題である。

子どもの貧困率が高いことは養育者の貧困率が高いことを意味する。貧困の増加が必ずしも児童虐待に直結する訳ではないが、児童相談所での児童虐待対応件数は毎年増加し、平成26年度は88,931件となった。貧困だけでなく親のメンタルヘルスの問題、子どもに発達障害があるなど、児童虐待にはさまざまな原因がある。子どもの養育を放棄する親も少なくない。こうした傾向は幼形成熟(neoteny)という人類の祖先が選択した生物学的な基本戦略を否定することにつながる進化上の重大な問題である。さらに、社会的養護の必要な子どもが増えている現状を認識し、社会に向けた取り組みが必要な時期となっている。また、児童虐待の防波堤として、児童相談所の家庭への介入の機能や法的権利を強めたり、救急外来で遭遇する子どもの死を検証するchild death review体制を構築することが求められている。

IV. 健康で安全な妊娠出産と子どもの健やかな成長を 保証する体制を目指して

安心して女性が妊娠・出産し、安心して養育者が子育てを行い、子どもが地域・社会の中で健やかに成長し、次の世代を生み出す健康な成人に育ってゆくことが保証される社会を形成することは重要な国家的課題である。周産期、小児期、思春期を経て次世代を育成

する成人期までのライフサイクルの中で、さまざまな医療、保健上の問題が生じる。これらの問題に適切に対処するためには、子ども、若者、養育者に対して、国からの多様な経済的、身体的、精神的な支援が必要である。

わが国では妊娠、出産と乳幼児の保健を支援する「母子保健法」と学童、生徒の保健を支援する「学校保健法」があり、これまでにさまざまな施策がとられ有効に機能してきた。医療界の努力もあり、確かに妊産婦死亡率は3.4(10万人あたり、2013年)、新生児死亡率は1.0(1,000出生あたり、2014年)、乳児死亡率は2.1(1,000出生あたり、2014年)であり、いずれも世界で最も良い水準を維持している。しかしながら、国が援助する乳幼児健診は3.4か月健診と1歳半健診、就学前健診のみであり、先進諸国に比べ極めて回数が少ない。米国ではわが国の健診を含みさらにさまざまな対応を個別健診として行うhealth supervisionが乳児期に7回、生後12~30か月に5回が保証されている。米国に比べるとわが国は、子育てに関する養育者のさまざまな疑問を医師や専門家に相談することができる機会を奪っている状況と言える。また、学校保健法により小学1年生、中学1年生、高校1年生を対象とする心臓検診、毎年1回の腎臓・糖尿病検診等の他に、毎年1回の健康診断が行われている。学校医・学校歯科医による検診では、眼科検診、耳鼻咽喉科検診、内科検診、歯科検診が行われる。しかしながら、内科検診では集団で診察が行われるが、主な検診項目は「栄養状態、脊柱・胸郭、皮膚疾患、結核、心臓の疾患および異常、その他の疾患および異常」であり、身体的異常の有無を主に調べることを目的としている¹⁾。しかも、学童・生徒一人に使われる時間は極めて短く、学童・生徒の体、こころ、学校生活、家庭生活、友人関係などの悩みや問題を抽出して対応することを目的としない。一方、米国では3~21歳までの子どもと養育者は年1回かかりつけ医にて個別健診にて約30分間のhealth supervisionを受けることが義務となっている。養育者の持つ子育てに関する疑問、子どもが抱えるこころと体の問題、家庭、学校、地域における子どもの問題、うつ、虐待などについて面談や問診により抽出し、しかるべき対応を行う(anticipatory guidance)のが米国の小児科医の重要な仕事で、保険会社からの支払いを受けるシステムとなっている。

平成26年度には保育所に入所する子ども(認可保育

所のみ：約225万人）が幼稚園に入園する子ども（約156万人）より多い状況にあるが、看護師が配置されている保育所は約3割でしかない。また、保育所の園医の活動については、東京都文京区のように月3回まで園医の保育所での活動に給与が支払われる自治体から、年2回までしか活動を認めない自治体までがあり、その差は大きい。

歴史的には世界のどの国でも子どもは長い間感染症の犠牲者であった。子どもに流行する感染症のうち、予防接種にて感染を予防あるいは発症したとしても軽症化させることができる感染症には、積極的に予防接種を導入することが世界的常識である。それによって、小児科医の仕事が減ったとしても予防接種の推進を図るのが小児科医の advocacy である。これまでわが国の予防接種体制は世界標準に遅れていたが、インフルエンザ菌 b, 小児用肺炎球菌, ヒトパピローマウイルス, 水痘などのワクチンが定期接種化され, 不活化ポリオウイルスワクチンが導入され, 改善の方向に向かっている。また, ロタウイルスワクチンも任意接種として使用できる。その結果, 重症感染症患児（細菌性髄膜炎, 敗血症, 細菌性肺炎, 細菌性股関節炎など）は確実に減少している。しかしながら, 若年成人の百日咳流行による新生児・乳児の百日咳の増加, 20~40歳の男性での風疹の流行による先天性風疹症候群の児の出生など, 過去の予防接種体制の不備による結果が現在も大きな問題として残されている。B型肝炎ウイルスワクチンは本年秋に定期接種化されることになったが, おたふくかぜワクチンの定期接種化やワクチンとワクチンの接種間隔に課されている非合理的なルールの改善も必要である。

医療の進歩は小児の生命予後を著しく改善した。小児期発症の急性リンパ性白血病患者の5年生存率は約9割となり, 約8割の患者が成人に到達する。左心低形成症候群患者の約6割は成人を迎えることができる。わが国の優れた国民皆保険制度, 小児慢性特定疾病患者支援事業による患者・家族への支援, 医療の進歩等により, 小児慢性特定疾病患者10万人あたりの1~19歳の死亡率は1974年には10.46であったが, 2006年には3.44に改善した²⁾。小児がんを除くと, 小児慢性特定疾病患児の95.7%が現在では成人に達する²⁾。しかしながら, それらの患者の中には疾患に基因する障害や治療による二次的障害など, さまざまな医療的ケアを長期間にわたって必要とする。慢性的に体・発

達・行動・精神状態に障害をもち何らかの医療や支援が必要な子どもや青年が増加していることが先進諸国における共通の課題である³⁾。その中には, 超低出生体重児のように, 中枢神経や肺などにさまざまな障害をもつ者も増加している。小児期発症の慢性疾患をもつ子どもが成人しても小児科医や小児外科医が診療を担当することがこれまで多かった。しかしながら, 小児科医だけで成人に移行した患者を担当することは困難で, 内科医などの成人医療を担当する医師と連携を図り, 協力してこれらの患者を診療することが求められている。日本小児科学会と厚生労働省研究班が協力して, 疾患群ごとの診療移行プログラムを作成中である⁴⁾が, これからやるべき仕事が増えている。

在宅医療によるケアが必要な子どもや青年はわが国には少なくとも1万人以上いることが推計されている。現在のわが国では高齢者の在宅医療に比べ, 子どもや青年の在宅医療に対する国や自治体からの支援は限定的であり, 制度面を含めたさまざまな対策が必要である。養育者が在宅医療を行ううえでの準備や開始した後の支援を行う中間移行施設や支援センター, レスパイトケア施設, 訪問看護ステーション, 一人暮らしやグループホームで暮らす青年への支援制度, 学業・就労の支援制度やそれらの継続のための支援制度などを構築することが求められている。

思春期の子どものこころと体には劇的な変化が生じる。この世代の子どもはおおむね健康で, 医療機関を受診することは少ないとされてきた。しかしながら, 起立性調節障害の罹患率が4~5割に及ぶこと, メンタルな問題を持つ子どもが少なくないこと, 性や妊娠に関する正しい知識を持たない子どもが少なくないことなど, この世代に属するいわゆる well child のこころと体の問題を拾い上げ, 適切に対応する体制がわが国には確立していない。また, 障害をもった子どもや青年への日常生活上の指導も不足している。思春期の子どものこころや体のデリケートな悩みを拾い上げるために現行の学校検診は有効でないことはすでに述べた通りである。

V. 何故今「成育基本法」か？

わが国の子どもや青年を取り巻く健康課題に対応し, 現行の支援制度の不備を改め, 子ども, 若者, 養育者のための保健・医療・福祉を包含した総合的な支援制度を構築することが必要とされる。日本小児科医

会は日本医師会と協力して20年以上前からこれらの問題を解決するための理念法である「小児基本法」の制定に向けて活動してきた。一方、日本医師会周産期・乳幼児保健検討委員会は、これまで周産期の女性や成育過程にある子どもの健康問題について検討してきた。本委員会はわが国の子どもの健やかな発育を目指すために、健やかな子どもの育成が国の責務であることを基本認識とし、「小児基本法」の基本的理念をさらに周産期から若年成人にまで拡大し、周産期から若年成人までの成育過程にある者とその養育者のために必要とされる諸事業を一層推進するための基本法（理念法）である「成育基本法」を制定することが必要と判断し、答申案を提出した⁵⁾。この方針に日本小児科医会や日本産婦人科医会の賛同を得るとともに、他の関連学会にも説明し、御協力を戴いた。

「成育基本法」は、わが国の次世代を担う子どもが心身ともに健やかに成長していくために養育者、国、地方公共団体および医療関係者の責務を明らかにし、子どもの健康を保持・増進するための施策に関する計画を策定し、総合的かつ計画的に推進することを目的とする理念法である。基本的理念の骨子は、1) 成育過程にある者の多様化し高度化する成育医療等に関する需要的確に対応できるように、関連する教育、福祉に関する施策と連携を図り、総合的に推進する、2) 成育過程にある者が居住する地域にかかわらず等しく適切な成育医療等の提供を切れ目なく受けることができるように推進する、の二点である。基本的施策には、1) 妊産婦と乳幼児の医療、保健、2) 小児医療、3) 小児保健、4) 健康教育、5) 関連する教育、福祉に関する施策との連携などを盛り込むことを検討している。なお、国会中心立法の原則により立法権は国会に属するのが原則で、国会で実質的審議を行うのが国会議員（政党）である。今後の調整により「成育基本法」の内容に変更が加わる可能性があることもここに記述する。

わが国の成育過程に関わる課題の多くは、これまで

の省庁の守備範囲を超えた国全体の施策決定と実行なしには改善が望めない課題が多い。そこで、本法案では、国の機関として厚生労働省に「成育医療等協議会」を設置し、法定の計画として「成育基本計画」を定期的に策定し、具体的施策を内閣府、ひいては内閣総理大臣に答申することを定めている。

VI. 終わりに

わが国の周産期・母子保健の向上、成育医療の推進のために、本法案が成立することをこころから願う。

謝 辞

本稿の執筆にあたり、御支援を戴いた松平隆光日本小児科医会会長、木下勝之日本産婦人科医会会長、今村定臣日本医師会常任理事に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 船川幡夫, 他. 児童生徒の健康診断マニュアル (改訂版). 東京: 財団法人日本学校保健会, 平成22年3月. http://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H220050/index.html#228
- 2) 原田正平. 治療管理の進歩と小児慢性疾患の予後について. 小児内科 2011; 43: 1434-1437.
- 3) Perrin JM. Children with special health care needs and changing policy. Acad Pediatr 2011; 11: 103-104.
- 4) 横谷 進, 他. 小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言. 日本小児科学会雑誌 2014; 118: 98-106. http://www.jpeds.or.jp/modules/news/index.php?content_id=83
- 5) 日本医師会周産期・乳幼児保健検討委員会. 周産期・乳幼児保健検討委員会答申—成育基本法の制定に向けて—. 平成25年10月. <http://jpa.umin.jp/download/update/shusankinyuyouji.pdf#search=%27%E6%88%90%E8%82%B2%E5%9F%BA%E6%9C%AC%E6%B3%95%27>