

第63回日本小児保健協会学術集会 基調講演

わが国の小児保健・小児医療の課題

五十嵐 隆 (国立成育医療研究センター)

I. はじめに

近年の社会環境の変化は、わが国の子どもが置かれている環境を激変させた。さらに、医学・医療の進歩が子どもの難治性疾患の治療成績を向上させ、さまざまな感染症予防にも大きな貢献を果たしている。しかしながら、わが国では子ども一人ひとりのこころや社会面での問題に小児科医や子どもに接する仕事に関わる者がしっかりと向き合い、子どもが抱える問題に対応できていない。わが国の小児保健・小児医療の課題を明らかにし、今後のあるべき方向性について述べる。

II. わが国の子どもの保健・医療環境

1. 世界的に最低水準を示す新生児・乳児死亡率

平成26年のわが国の新生児死亡率は1,000人あたり0.9人、乳児死亡率は1,000人あたり2.1人で、3,000万人以上の人口を有する国々の中でいずれも世界的に最も低値となっている。その理由として、国民皆保険制度が高度に維持されていること、母子保健法に基づく妊娠中の女性や乳幼児の健診などの制度が充実していること、国民全体が高い教育環境にあることなどが挙げられている。新生児死亡の原因の多くは先天異常に基因するものが多く、今後これを更に低下させることにはどのような意味があるのかを考える必要がある。また、幼児死亡率が先進諸国に比べ高いとの指摘があるが、幼児死亡率は乳児死亡率に比べて1/10程度であるため、幼児死亡率が先進諸国に比べ高くても、出生から5歳までの子どもの死亡率には大きく影響しない。従って、わが国の出生から5歳までの子どもの死亡率は世界第2位に低い。

2. 世界一の The Child Development Index

子どもの成育環境の指標である The Child Development Index が2012年に報告され、わが国は世界141ヶ国の中で第1位と評価された。健康、教育、栄養の三大要素のほか、5歳未満の死亡率、就学率、低体重児童の比率などが比較の際の指標で、その総合評価が The Child Development Index である。西ヨーロッパの国々が以前から高位を占めているが、わが国は西ヨーロッパ諸国よりも小児の身体・健康、教育、栄養状態のいずれの面で良好な状況にある。

3. 子どものこころの健康度と幸せ度

UNICEF Innocenti Research Centre の2007年の報告によると、わが国では日常生活で寂しいと感じる15歳の子どもの割合が30%近くであり、他の先進諸国の5~10%に比べ突出して高いとされた¹⁾。しかしながら、この調査結果は誤りで、正確には他の先進諸国と同じ程度とされる²⁾。人間同士の有機的なつながりは成熟した人間として持つべき情報、規範、価値観、こころを次世代に伝えるシステムとして重要である。人間同士の有機的なつながりは、療育者を含む乳幼児期からの親子関係を通じて形成される。人間関係の希薄化は子どものこころにも大きな影響を与えることが推測されており、今後検討しなくてはならない重要な課題である。

4. 子どもの事故(傷害)とその防止

子どもの「事故」は、予測できない、避けられない事象と捉えられてきた。しかしながら、子どもの「事故」の多くは予測でき、予防可能な事象であることから、現在では「傷害」という言葉が世界的に使用され

てきている。わが国ではいわゆる「不慮の事故(傷害)」は子どもの死亡原因の高位を占める。

「事故(傷害)」の原因を究明し、具体的な改善に結びつく行動変容なしに、「不慮の事故(傷害)」を大幅に減らすことは難しい。行動変容とは、社会と家庭における子どもに危険な環境を減らすための具体的な行動である。即ち、子どもにとって危険な家庭内の製品、住環境、遊具などの具体的な改善が求められている。

国立成育医療研究センターの救急外来では、担当看護師が傷害患者の傷害時の状況を詳細に聞き取り、工学系専門家と一緒に作成しパソコンに組み込んだ「傷害情報収集シート」に記録している。その記録を定期的にチェックし、「重大な」、「多発している」、「早く社会に危険性を伝えるべき」、「重症になりかねない」傷害については、後日患者の家族に連絡し、詳細な聞き取り調査を行っている。このような地道な活動を通して、問題のある製品の具体的な改善という成果を上げることができている。今後も継続的な活動が必要である。

5. 子どもの貧困問題と小児虐待

貧困は子どもの健康に悪い影響を与える。わが国の17歳未満の子どもの相対的貧困率(保護者の年収が平均の半分以下)は16.3%で、毎年増加傾向にある。さらに、子どものための施策に用いられる公的支出が、わが国ではGDPの1.3%で、OECD35ヶ国中、下から7番目となっている。英国ではBlair元首相の主導により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、米国では高齢者の貧困減少に力を入れているため、高齢者の貧困率は1959年の35%から2010年には9%に減少したが、子どもの貧困率(22%程度)は減少していない。

子どもの貧困率を下げるには強力なリーダーシップを持つ政治家の力が必要とされる³⁾。わが国でも子どもの貧困率を低下させるために、平成25年に「子どもの貧困対策推進法」が制定され、平成33年における子どもの貧困率を10%未満にすることが目標に掲げられたが、予算的処置が不十分である。また、国からの予算不足を補うために、日本財団が中心となって「子供の未来応援プロジェクト」を立ち上げ、企業や個人からの寄付を集め、子どもの貧困対策に支出する活動を始めている。

わが国では一人親家庭の子どもの相対的貧困率が高

表 貧困が与える子どもの健康への影響

1. 基本的な生活習慣を身につけることができず、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できず、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できず、疾病を悪化させ得る。
4. 所得の低い家庭ほど、任意接種の接種率が低下する。
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多い。
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の形成が難しくなる。

く、特に母子家庭の相対的貧困率が高い。この背景として、わが国では未成年の子どもをもつ夫婦の離婚が「協議離婚」にて可能であることと無関係ではない。先進諸国の多くは未成年の子どもをもつ夫婦の離婚は離婚時の合意事項を遵守できない場合の罰則規定が強化されている「裁判離婚」が原則である。その結果、わが国では子どもの養育費を子どもが18歳になるまで支払う元夫は2割でしかないのに対して、米国では8割以上になっている。

貧困が子どもの健康に与える影響を表に示す。即ち、貧困は子ども時代だけでなく、大人になってからの健康にも悪影響を与える。このような事態に対して、私ども小児科医や子どもに接する仕事に関わる者には何ができるものであろうか？まず、小児科医や子どもに接する仕事に関わる者は貧困状態にある子どもに気づく最も最前線にある。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ことができる。また、NPOなどの貧困支援運動に自ら参画することも可能である。さらに、貧困による子どもへの影響を学術的に調査し、公表することで、効果的な政策を立案・実施することに繋がる。

貧困は子どものこころを破壊することが最も危惧される点である。社会のために働くことに生きがいを見出すことのできる子どもを支援し育てることなしに、わが国の未来はないであろう。子どもの貧困対策は早急に行わなくてはならない課題である。

小児虐待が毎年増加している。児童相談所での児童虐待相談対応件数が平成26年度には約8.9万件に及んだ。小児虐待の原因には、貧困だけでなく親のメンタルヘルスの問題や子どもに発達障害があること等が知られている。

6. 世界標準を満たす予防接種体制の構築

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, さらに不活化ポリオウイルスワクチンが導入され, 細菌性髄膜炎, 敗血症, 肺炎などの重症感染症が激減している。B型肝炎ウイルスワクチンも本年秋に定期接種化される予定である。わが国の予防接種がさらに充実化されることで, 小児科医の感染症への対応の機会は確実に減少することが予想される。

しかしながら, まだまだ解決しなくてはならない感染症対策が残っている。若年成人の百日咳患者が増え, 新生児の百日咳患者が散見される。さらに, 20~40歳の男性を中心とする風疹の流行が認められ, 先天性風疹症候群の新生児も発症している。これらは, 過去の予防接種体制の不備による結果であり, 今後対応しなくてはならない課題である。

7. 思春期医療の必要性と疾患をもって思春期・成人期に移行する子どもへの対応

わが国の小児科医はこれまで15歳までを守備範囲としてきた。一方, 先進諸国では思春期の子どもは10~21歳と定義され, 小児科医が担当している。思春期の子どもは心身には劇的な変化が生じる。日本小児科学会は10年以上前から思春期医学臨床講習会を開催し, 会員への啓発活動を行ってきたが, その効果は未だに不十分である。

先天性心疾患などの先天性疾患や小児期に発症する血液・悪性腫瘍, 腎疾患などの小児慢性疾患を含め, 慢性的に身体・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思春期の子どもが先進諸国で増加し, 共通の課題となっている⁴⁾。これらの子ども・青年が自己肯定感を持って社会で活躍できるように社会をあげて支援することが必要である。小児期発症の慢性疾患には成人への移行プログラムを作成し, 成人への医療提供者と協力して成人に達した患者を診療する体制を構築することが求められている。

重い病気をもつ子どもが現在では在宅で過ごすことが増えている。小児科医や子どもに接する仕事に関わる者は在宅医療を受ける子どもと家族への支援にこれまで以上に貢献することが期待されている。また, レスパイトケアなどの短期滞在型在宅医療支援施設を充実させることも重要な課題である。成育医療研究センターは豊かな遊びや学びがあり, 子どもと家族が楽し

く安心して過ごせる短期滞在型在宅医療支援施設として, 「もみじの家」を本年4月に開設した。家族が自宅で行っているケアを尊重した支援を行うことができる人材を育てることも目的としている。今後, このような施設が全国に展開することを願っている。

わが国では出生時体重が2,500g以下の子どもが2010年には9.6%を占め, その後ほぼそのままの状態が続いている。また, 子ども全体の出生時体重も平均で2,950gとなり, 36年前から250g減少している。女性の栄養状態の良い先進国の中でこの傾向はわが国だけにみられる。出産年齢の上昇, 生殖補助医療の増加, 女性のダイエット志向などが原因と推定される。成人病胎児期発症説から見ると, 将来のわが国では成人のメタボリック症候群だけでなく, 発達障害や統合失調症などの精神疾患も増加することが懸念されている⁵⁾。

8. 保育環境の整備

平成27年度は保育所・幼保連携型認定こども園を利用する子ども(247万人)が, 幼稚園を利用する子ども(約140万人)より多い。今や11時間保育は普通で, 子どもは1日に2食を保育施設でとっている。都市部では狭い環境の保育施設で過ごす乳幼児が増えている。そのため, 感染症やアレルギー対策が必要である。しかしながら, 看護師が配備されている保育所は約3割程度であることが問題である。

9. biopsychosocial な面から子どもを捉え, 子どもを守る

わが国の小児科医はこれまで子どもの病気だけでなく, 乳幼児健診・学校検診や予防接種などにも力を入れてきた。しかしながら, 健診の場などで生活習慣, 親子関係, 学校生活など子どもを取り巻く環境を聴取し, 心身の健康に影響を与えるリスクがないかを評価する機会は少なかった。今後, わが国の小児科医は子どもを biopsychosocial な面から子どもを評価し, 家族, 学校, 地域の中で子どもに起き得るリスクを検出し, 保護者が悩んでいる事象を具体化し, それらへの対応方法を説明し, 助言することが必要である(anticipatory guidance)。そのためには, 小児科医がそのようなスキルを持つことと, 日常診療でそのような健診行為が健康保険などで正当に評価される制度設計を図ることが不可欠である。米国ではこのような健

診（health supervision）を年一回受けることが3～21歳までの子どもの義務となっている。30年間以上前から米国で行われてきたこのシステムをわが国に導入することが、わが国の子どものこころと身体を正しく捉え、支援することに繋がるものと考ええる。

Ⅲ. 胎児から若年成人までの切れ目のない医療・保健・福祉を目指して：成育基本法の策定を目指して

わが国では昭和40年8月に母子保健法が制定され、妊娠中の女性や小学校入学までの子どもの健康を向上させるさまざまな施策が整備された。しかしながら、医療・福祉・保健・教育などを含め、子どものために使われる国からの支出額と高齢者のために使われる国からの支出額の比は1：18である。即ち、わが国では子どもや子育てのために使用される国からの予算が極めて少ない。将来を担う子どもの健全な育成のために、妊娠・出産・新生児・乳児・児童・学童・青年・若年成人の健康・医療・福祉を切れ目なく支援する新しい理念法が必要である。

これまで日本医師会周産期・乳幼児委員会や日本小児科医会が中心となって関連学会と協力して「成育基本法」の制定を目指した活動が行われてきた。「成育基本法」は子どもと親の安定した生活を保障するため、

成育医療に必要とされる制度改革を審議会で検討し、内閣府に答申するパイプラインを作ることを目指している。「成育基本法」が成立されることで、わが国の子どもから若年成人までの医療・保健・福祉の向上に繋がることをこころから願っている。

文 献

- 1) UNICEF Innocenti Research Centre. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. 2007.
- 2) 松下佳代. 日本の子どもは孤独？ UNICEF 子どもの幸福度調査のデータミス, 幸福感を紡ぐ人間関係と教育. 子安増生, 杉本 均編. ナカニシヤ出版, 2012：22-23.
- 3) Waldfogel J. Britain's war on poverty. Russell Sage Foundation, New York, 2010.
- 4) Greydanus DE. Adolescent Medicine：Pharmacotherapeutics in general, mental and sexual health. Berlin, De Gruyter, 2012.
- 5) Barker DJ, et al. The developmental origins of adult diseases hypothesis. BMJ 1990；301：259-262.