

日本医療政策機構 子どもの健康 推進プロジェクト

緊急提言：成育基本法・成育基本計画の実施と運用に向けた課題と展望

緊急提言の背景

少子高齢化が喫緊の課題となっている我が国においては、今後如何に出生数を増やしていくかと同時に、子どもに対して妊娠中から成人するまでの間に切れ目ない支援を提供することで、子どもの成長にとって安心できる環境を整備していくことが必要である。2018 年には子ども・子育てのサポートを一層推進するための理念法である成育基本法（正式名称「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」）が成立した。さらに、2021 年には政府が今後進めるべき施策である成育医療等基本方針が閣議決定されている。画期的な進展であるものの、成育基本方針の記載内容は、現状では基本的な方針部分のみであり、今後国及び各自治体の具体的な施策の実施内容や、政策評価を行う上でのモニタリング指標のあり方については議論の途上であり、マルチステークホルダーによる課題や論点の抽出が希求されている。そこで、日本医療政策機構では、子どもの健康推進プロジェクトを立ち上げ、今後進められる国や自治体での取り組みにも反映されることを目的とし、各分野の有識者に対するヒアリングなどをもとに、以下の通り緊急提言を策定した。

提言 1：成育基本法の基本理念を広く市民社会に浸透させるとともに、成育基本法の重要な要素である「包括性・網羅性」が保たれ続ける必要がある

すべての子どもがより一層健康となり、子育てをする保育者もより一層楽しく子育てができるということが成育基本法の基本理念である。疾患や障害の有無、出生地などの背景に関わらず互いに支え合い、地域で生き生きと明るく豊かに暮らしていける社会を目指すノーマライゼーションや、多様性を尊重し包摂するダイバーシティ & インクルージョンの考え方に基づき、子ども自身が自らの能力を生かし、働き、生活できる環境を構築することが期待される。成育基本法・成育基本方針は、子どもの健康や、健全な発達のために必要な政策や課題について包括的・網羅的に記載がされている。各自治体が政策を実施していく過程において、この包括性・網羅性が保たれ続けるようモニタリングを通じて留意することが必要である。また、成育基本法やその基本理念の意義は、専門家には広く知られつつあるが、実際の子育て家庭や保育者には伝えきれていないケースがある。国や専門家の関連団体には、実際の子育てをしている保育者に、成育基本法やその理念について周知する活動が求められている。

提言 2：成育基本法に基づく各政策が全国偏りなく、広く実効性をもって展開されるために、省庁間・自治体間の連携を強化する必要がある

子ども家庭庁に子育てに関する政策の権限が移管されるにあたり、政策の実効性を担保するために、同庁における十分な人材や予算の確保、権限の明確化が求められる。子どもの健やかな成育のためには、貧困等家庭の経済的問題、親の障害等による養育能力の問題、子どもの社会心理的発達に関する問題など、子ども自身に関する事象のみならず社会に存在する複合的な課題に対応する必要がある。各法律や所管官庁、対応する専門家間などの縦割り構造を原因として効果的に提供できていなかった一連の支援を、子ども家庭庁を中心として分野横断的に連携し、効果的な行政的介入を行うことが求められる。また、具体的な計画を策定するのは都道府県であり、その実施は市町村であることが多いこともあり、自治体による実施施策の差が出やすい構造となっている。例えば、母親に精神疾患がある場合の子どものショートステイ先など、子育て支援が充実している自治体であれば対応可能である場合でも、他の自治体では対応できていない事例などがある。自治体間格差を前提とせず、誰も取りこぼさないという理念で、全国均てん化を目指す必要がある。そのためにも、各自治体同士が相互に意見交換できる相互参照機会の拡充が求められる。

提言 3：子どもの健康に関連するバイオサイコソーシャルな視点での政策評価・モニタリングを官民連携で行うべきであり、その指標の標準化を行い、全国での比較評価を可能とするべき

子どもの健康に関連して、政策の評価指標として用いられているものは、現状では主に乳幼児死亡率など身体的な指標が中心であるが、より幅広いバイオサイコソーシャル（身体的・心理的・社会的）な視点での評価が求められる。子どもの身体・心理・社会的別健康状況について、経済協力開発機構（OECD）加盟国 38 か国中、日本は身体的健康が 1 位である一方で、心理的健康は 37 位、総合順位は 20 位となっている。特に、学童期から思春期における子どもの健康に関するバイオサイコソーシャルな指標は不足しており拡充が期待される。また、個人の健康状態に関する指標のみではなく、人材育成等社会の体制整備に関する指標や健康の社会的決定要因（SDH: Social Determinants of Health）に関する指標も重要であり、公的資源のみだけでなく、地域の NPO 法人等民間資源も含めて評価する必要がある。今後の政策評価を適切に実施するためには、自治体の比較評価が重要であり、全国の自治体間比較を行うべく、指標の標準化を行うとともに、オープンデータ化することが求められる。また、自治体が各計画をモニタリングし、適切な政策評価を行うための人材や資源は不足しがちであり、外部組織（大学やシンクタンク）との連携も期待される。

提言 4：子どもの健康に関連する研究結果の速やかな社会的実装を行うべく、研究体制の構築、財政的な支援の拡充、官学間連携の継続的な推進が求められる

環境省が実施するエコチル調査（子どもの健康と環境に関する全国調査）は、10 万組以上が参加する大規模な疫学調査である。年間 50 億円以上の予算が割り当てられており、大学等に研究役職を設置し、モニタリング専門の職員を自治体にも配置するなど、人的・物的コストをかけて現場に負担をかけない体制を作っている。その結果、300 以上の論文が発表されており、一定の成果が生まれている。こうした、出生コホートは子どもの健康に関する政策評価をする上で有用であり、環境分野に限らない子ども政策全般に関して、同規模の実施が直近で難しい場合であっても、一部の地域でモデル事業として実施することは可能である。また、エビデンスが蓄積され、有用と判断された施策や事業は、よりスピード感をもって助成の対象とするべきである。一例として、拡大マスキングの導入と助成については、2001 年以降は、自治体事業として行われているため、学会等で議論され、最終的に各自治体の判断となっている。一方で各自治体からは、判断が困難であり全国统一規格にすべきという声も多いため（2018 年度 地域保健総合推進事業「自治体と協力した新生児スクリーニングの全国ネットワーク化の推進に関する研究」）、今後は政府の方針が明確に示されることが期待される。また、官学間連携を推進していくためには、厚生労働省と保健医療関係者の間のみならず、学童期の子どもの健康に関して、文部科学省と保健医療関係者の間での意見交換も求められる。今後、子ども家庭庁が設置されることにより、学童期の子どもの健康に関する官学間での連携が促進されることが期待される。

提言 5：デジタルヘルス等を活用し医療提供体制を集約するとともに、医療と福祉や行政の連携を推進する必要がある

居住する地域により、活用できる資源には限りがあり、医療資源の均てん化と集約化に関しては今後も継続的な検討が必要である。デジタルヘルスを利活用することによって、医療施設、研究施設、就労支援など資源が近くになりながらも、支援やサービスを一定程度受けられるようになる可能性があり、子どもの健康施策や母子保健領域においても今後導入が求められる。また、医療サービス全体や保健医療システム全体のなかでデジタルヘルスを活用していくための総括的なグランドデザインに関する議論も進展している。保健医療システム全体におけるデジタルヘルスの整備を見据えたうえで、子どもの健康や母子保健領域でのデジタルヘルスの利活用や整備を進める必要がある。子どもの健康や母子保健領域においては、デジタルテクノロジーを重視しすぎることで、顔の見える関係性がなくなってしまうことへの危惧もあるが、医療と福祉や行政をつなぐ人材を確保し、顔の見える関係を構築する時間を作るために、デジタルテクノロジーを活用しデジタルヘルスを推進するという発想の転換が期待される。

提言 6：家族全員を支援対象としてとらえ、子育て支援を切れ目なく実施するための、官民を含めた複合的な体制を構築する必要がある

病気を持つ子どもについては、養育や医療・福祉に関連して、親の時間的および精神的な負担が非常に大きく、親が自身の人生を犠牲にして子どもの生活、成長を支えている状況にある。医療的側面、社会的側面、経済的側面など様々な点で、子どものみならず親に対する支援環境を充実させる必要がある。また、現状の保育者支援施策では、父親を含めず母親のみが支援対象となっているケースが非常に多い。父親が抱える育児における心身上の負担のケアなど、父親も支援を受ける側であるという認識を、社会的にも政策的にも拡充していく必要がある。一般的な文脈においても、保育者が必ずしも自ら支援を求められるわけではないことから、保育者に対する行政側からのプッシュ型支援が期待されている。特に、妊娠・出産・養育過程において、ハイリスクでなく支援の必要がないと一旦は判断された一般家庭において、状況の変化によって途中から支援が必要になった場合、支援が滞るケースがある。そのために、例えば保健師を地区担当制とし、アウトリーチ型支援を充実させるなど、妊娠時から出生後まで継続的に関係性を構築するなどの好事例の横展開が求められている。人員体制整備について、児童相談所は政府が配置目標を立て、先行的に進められている状況にあるが、保健センターや児童家庭支援センターの人員体制整備も急務である。保健師や児童福祉司など専門性を持った職員の不足、過重労働が課題となっており、人員不足による支援の遅れが発生しないよう、予算の増強が必要である。また、行政機関による公的支援のみではなく、非営利団体など民間団体が迅速に政策を直接ユーザーに届けられる政策の流れ（政策セカンドトラック）も検討すべきである。非営利団体同士の行政区を超えた連携や、非営利団体と医療機関の連携事例も存在しており、施策や支援体制の一部として活用していくことが期待される。さらには、このような子ども支援策の拡充にあたっては、当事者の声を反映させるべく、保育者のみならず子ども自身からも意見聴取する機会の創出が期待されている。

提言 7：周産期から学童期にかけて、支援・対策が不足している課題については、重点的に支援を充実させる必要がある（以下詳細）

無痛分娩：フランスでは、2016 年の無痛分娩実施率が 8 割以上と非常に高く（Enquête Nationale Périnatale 2016 : les premiers résultats – EPOPé（2016 年フランス全国周産期調査））、「無痛分娩を行わないことは女性に対する虐待である」という意見も見られる。しかしながら、日本の 2020 年の無痛分娩実施率は、8.6%と他国と比較して低く（厚生労働省「2020 年医療施設（静態・動態）調査（確定数）・病院報告の概況」）、分娩の痛みは我慢するものという考えが一般的である。日本国内においても、先進的な医療機関は女性の負担を軽減する目的で無痛分娩を推進し始めている。今後、無痛分娩を広めるために、標準化と安全性の向上が求められる。無痛分娩関係学会・団体連絡協議会も立ち上がっており、事例の蓄積と研究の推進が期待される。

産後ケア：妊娠出産に伴う女性への身体的負担は非常に大きく、諸外国では産後の女性の母体回復を目的とした産後ケア施設が広まりつつあるが、日本ではその整備状況はまだ限定的である。産後ケア施設の需要が年々高まっているものの、現状は整備が追いついていない。また、すでに整備されている産後ケア施設においても、ほとんどは妊婦と新生児のみが滞在する形式となっており、夫や長子など家族と一緒に滞在ができない場合も多い。台湾や韓国では、産後ケア施設が充実しつつあり、家族全体へのケアを目的に、家族も含めて滞在できる宿泊施設が整備されている場合がある。日本においても、家族全体へのケアを目的とした施設の拡充が期待される。また、こうした施設は金銭的負担が大きいと、広く一般の人が利用できるよう、費用負担面の検討が求められる。さらには、産後ケア施設の拡充については、自治体の関心が高いものの、中身や質に格差が見られ、当事者である保育者側のニーズではなく、施設運営者側の意向が働き、独自規制が存在しているケースも見られる。完全母乳でないと産後ケアに入れない、提供される食事でなければ滞在できないなどの事例がある。産後ケア施設の本来の趣旨は、保育者が休息でき、子どもの安全が守られることであるが、休息の場所や楽しめる場所ではなく、一部でエビデンスに基づかない独自の指導の場所になっている事例がある。本来の趣旨に則った運営に改善していく必要がある。

母乳育児：母乳育児について、科学的エビデンスに基づかない言説がわが国ではまだ散見されている。理由として、直接的な子どもの健康課題ではないため小児科領域の所掌ではなく、産婦人科領域も原則としては母体の出産までに関わることが多いため、出産後の母乳に関連する領域において、医療提供体制として科学的議論が蓄積されづらいことも挙げられる。保育者の心理的負担を減少させるためにも、専門家による関係団体には、専門領域横断的に科学的エビデンスを提示し、社会全体に発信していくことが期待される。

新生児マススクリーニング：希少疾患は発症してから診断されるまでに時間がかかるうえに重症化するリスクも大きい点が社会的課題である。マススクリーニングの実施により疾患の早期発見が早期治療に結び付くため、検査対象を拡大して実施する意義は大きい。科学的根拠が証明されているスクリーニングが迅速に導入されているとは言えない。新生児マススクリーニングの拡大を制度として社会的に実装するためにも、エビデンスの蓄積、財政的有限性のなかで費用対効果の議論が重要である。既に多くの自治体において実施されている重症複合免疫不全症（SCID: Severe Combined Immunodeficiency）、脊髄性筋萎縮症（SMA: Spinal Muscular Atrophy）、ライソゾーム病（LSD: lysosomal storage disease）については、早期発見・早期治療をする意義が高く、エビデンスも蓄積されてきているため、自己負担の下という制約が出る可能性はあるが、公的補助も念頭に日本全国で検査に対応できる医療体制を整え、機会の平等を担保することが期待される。

0 歳児虐待：児童虐待は大きな課題の一つであるが、他の年齢での虐待に比べてケースの把握、対応が、0 歳児虐待では一層困難である。専門委員会の報告によると、虐待死亡は 0 歳児が 65.3%と最も多く、0 歳児の中でも 0 か月児が 50.0%を占めており、最も多い（「社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第 18 次報告」）。乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）では、原則生後 4 か月までに訪問することとなっており、0 か月児の虐待死が多いことを鑑みると現状の対策が十分とは言い難い。特に人口が多い地域では、妊娠届の把握、追跡、妊婦検診の確実な実施が十分にできていない場合がある。0 歳児虐待を防ぐためには、周産期からの定期的な関係構築、地域との連携が必要である。山梨県をはじめ、周産期、新生児期に切れ目なく複数回保健師が自宅を訪問する事業を実施している自治体もあり、産前から地域の中で顔の見える関係を構築する事業実施が求められる。

心理・社会的健康に関する診療・健康診査：日本の乳幼児健康診査、学校検診は、実施回数、実施内容ともに拡充させる必要がある。日本の法定健診は、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診の 2 回のみ、学校検診は集団検診の実施という現状がある。例えば、米国では米国小児科学会が主導し、「Bright Futures」活動という名称で、乳幼児期に 7 回、12-30 か月の間に 5 回、3-21 歳までは年に 1 回健診が推奨されている。健診は個別での実施であり、1 人当たり 30 分以上の時間が推奨されている。また、実施内容については、日本は身体的（バイオロジカル）な内容が大部分を占める一方で、米国では、身体的・心理的・社会的（バイオサイコソーシャル）の視座で健診を行っている。生活習慣、親子関係、学校生活など周囲の環境に関する聴取と評価や、子どもに予想される事象への対応方法のロールプレイングによる指導など、幅広くかかりつけ医が実施している。日本においても、バイオサイコソーシャルの視点での健診の実施、拡充が求められる。このような心理・社会的健康に関する診療等に対する診療報酬は十分とは言えず、医療機関が取り組みを行う一つの障壁となっている。米国においても、心理的・社会的健康に関する取り組みへの医療費は不足していると言われているが、寄付金を活用し医療費で賄いきれない分を補い診療を提供するなど工夫も見られ、日本においても診療報酬の上乗せのみならず、医療を提供するための様々な資金獲得の方法論を議論することが期待されている。

学童期スクリーニングによる家族性疾患の早期発見・早期治療：家族性疾患（家族性高コレステロール血症等）の早期発見・早期治療の有用性について、研究が進められてきている。しかしながら、現在新生児スクリーニングを通過した後、血液検査を受ける機会は基本的には存在しない。一例として香川県では、小児生活習慣病予防健診事業を実施している。小学 4 年生、中学 1 年生に対して全員血液検査と生活習慣調査を行い、生活習慣病のスクリーニングを独自に実施している。このような好事例は横展開が期待される。横展開に際しては、予防接種券のように行政が配布し近隣の医療機関で検査をできる体制の構築が期待される。また、制度として社会的に実装するためにも、香川県の事例等のようなエビデンスの蓄積、財政的有限性のなかでの費用対効果の議論も検討する必要がある。

包括的性教育や健康医療に関連する倫理教育の実施：子どもの健康、健全な発達のためには、包括的性教育や健康医療に関する倫理教育を実施する必要がある。包括的性教育は、身体や性行為に関してだけでなく、子どもを授かり生命を紡ぎ出すという一連の営みに関して、医学的、社会的、倫理的な様々なテーマを含む。科学技術の発展に伴い、新しい社会的テーマ（ゲノム検査等）も生じており、出生前診断の倫理的な意味合いなど、広く国民が若年時から理解することが求められる。そのためには、包括的性教育が不可欠であり、文部科学省の関与や通知が期待され、各自治体において着実に実行される必要がある。

謝辞

本提言の作成にあたっては、以下のアドバイザリーボードご参加の有識者から、ヒアリングを実施しました。深く御礼申し上げます。本提言は、ヒアリングをもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、アドバイザリーボードメンバー参加者などの関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

「子どもの健康 推進プロジェクト」アドバイザリーボード（敬称略・五十音順）

阿真 京子	（「子どもと医療」プロジェクト 代表／日本医療政策機構 フェロー）
五十嵐 隆	（国立成育医療センター 理事長）
遠藤 文夫	（熊本大学 名誉教授／くまもと江津湖療育医療センター 総院長）
千先 園子	（国立成育医療研究センター こどもシンクタンク企画調整室 副室長）
中村 公俊	（熊本大学大学院 生命科学研究部 小児科学講座 教授）
羽田 明	（ちば県民保健予防財団 調査研究センター長／千葉大学 予防医学センター 特任教授）
平原 史樹	（横浜市病院経営本部長／横浜市立大学 名誉教授）
堀内 清華	（山梨大学大学院 総合研究部医学域 社会医学講座 特任助教）
山縣 然太朗	（山梨大学大学院 総合研究部医学域 社会医学講座 教授）

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004 年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界 2 位、「国際保健政策」部門で世界 3 位に選出されています（2021 年 1 月時点（最新データ））。