

令和2年3月26日(木)
第2回成育医療等協議会

成育医療等基本方針の策定に向けた提言

日本医師会
平川 俊夫



成育基本計画に盛り込むべき事項（2020年）

①妊娠前から周産期を中心に

1. 妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携

2. 周産期医療体制の充実

3. 母子健診事業・保健指導の充実

4. 産後ケアの充実

5. 児童虐待の未然防止と対策



成育基本計画に盛り込むべき事項(2020年)

②新生児期から成人移行期までを中心に

6. 乳幼児期から児童期までの切れ目のない健診等の支援体制の構築

7. 医療的ケア児および介護者への支援体制の充実

8. 思春期の保健・医療体制の充実

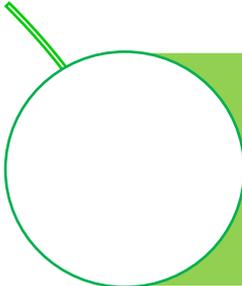
9. 国際標準を満たす予防接種などの疾病予防対策の強化

10. 「防げる死」を防ぐ体制の整備と支援の強化

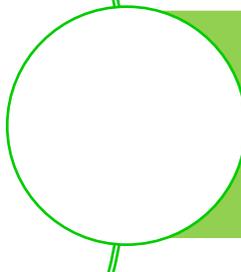


成育基本計画に盛り込むべき事項(2020年)

③ 健康教育・啓発、男女共同参画と関連した取り組みの視点



11. 次世代を担う成育過程にある者に対する生命・健康教育の充実



12. 養育者の育児への参画・子育て中のキャリア形成の支援体制の構築

1. 妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携

① 妊娠・出産・子育ての時期に、ワンストップで総合的かつ継続的な支援を切れ目なく受けられる「子育て世代包括支援センター」を全国の市区町村に隈なく配置する。

② 成育基本法の理念にもとづき、総合的な相談支援の拠点である「子育て世代包括支援センター」と、行政・医療・保健・福祉・教育とが緊密な連携の下、地域の支援体制を構築する。

③ 「子育て世代包括支援センター」の支援対象者は、原則全ての妊産婦(産婦:産後1年以内)、18歳までの子どもとその保護者とすることを基本とする。その中で妊娠期から子育て期、特に乳幼児(就学前)までの子育て期について重点を置き、就学後も継続して支援する。*

④ 母と子を中心として、家族全体が顔の見える関係で関係機関より支援を受けられる。

*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), p7を改変

子育て世代包括支援センターのイメージ

○既存の体制

- ・関係機関は多いが、個別の対応となっている。
- ・必要な支援が、必ずしも切れ目なく提供できていない。



○子育て世代包括支援センターの開始後

- ・関係機関の連絡調整
- ・全ての妊産婦の状況を継続的に把握し、必要な支援を切れ目なく提供。



資料 厚生労働省「国における母子保健対策～特に子育て世代包括支援センターについて」

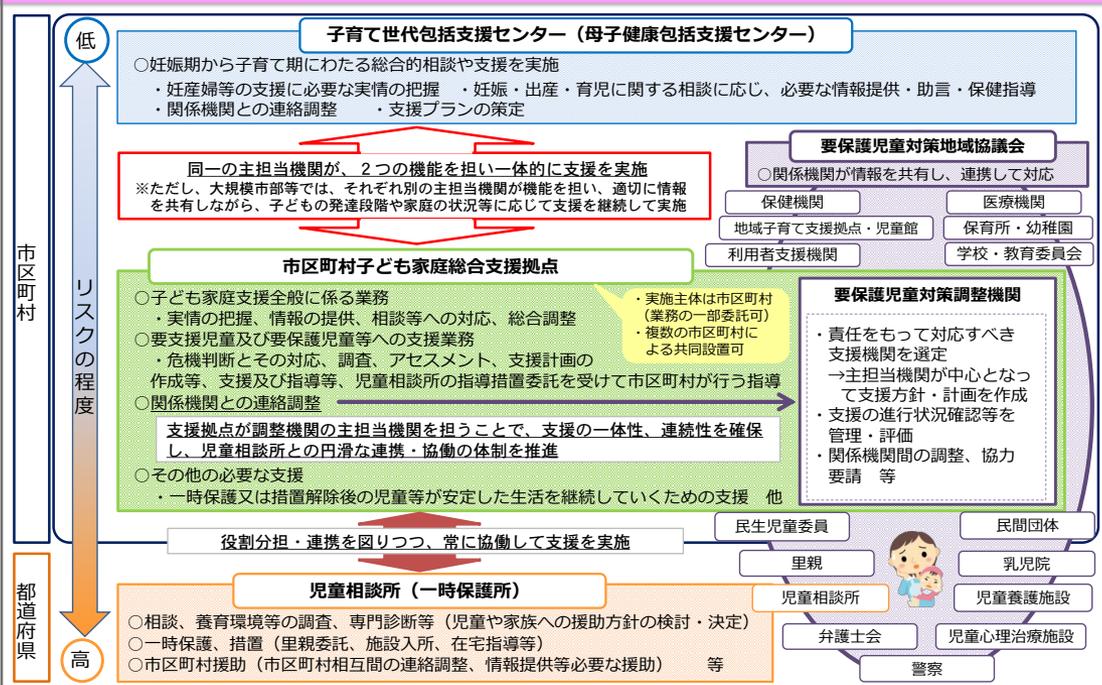


1. 妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携

⑤「子育て世代包括支援センター」は妊娠・出産・子育てに関するリスクの有無にかかわらず、予防的視点を中心とし、全ての妊産婦・子どもを対象とするポピュレーションアプローチを基本とする。

一方で、特により専門的な支援を必要とする対象者については、地区担当保健師、市区町村子ども家庭総合支援拠点や児童相談所との連携によって対応する。

市区町村における児童等に対する必要な支援を行う体制の関係整理（イメージ図）



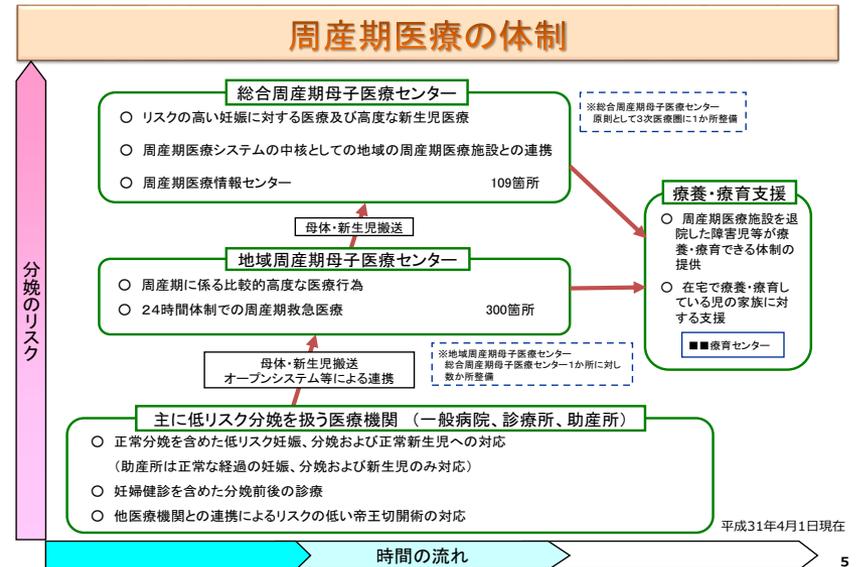
※子育て世代包括支援センターや市区町村子ども家庭総合支援拠点の設置に当たっては、同一機関が2つの機能を担うなどの設置方法を含め、各市区町村の母子保健及び子ども家庭相談の体制や実情に応じて検討すること。



2. 周産期医療体制の充実

① 将来にわたる地域の周産期医療体制確保

高齢妊娠などのハイリスク妊娠・分娩の増加、医師の診療科偏在・地域偏在の進展、医師の働き方改革などの社会情勢の変化に対応した新たな周産期医療体制の構築が求められる。(1)周産期医療施設の集約化、(2)総合周産期・地域周産期・一次医療施設の役割分担と連携、(3)周産期救急医療と関連する領域(脳血管障害・急性心疾患・産科危機的出血・精神疾患)並びに救急搬送体制との連携、等が課題である。地域の周産期医療協議会における地域の実情に即した議論と、十分な財政的支援が必要である。



② 産婦人科医師・新生児科医師の確保

③ 分娩取扱施設の産婦人科医師・新生児科医師の働き方改革にあたっては、地域の実情に応じて周産期医療体制を維持するための配慮が必要である。

④ NICUを退院した医療的ケア児が療養・療育できる小児在宅医療体制の確立

3. 母子保健事業・保健指導の充実

- ① 妊娠・出産・産後における地域での多職種の有機的連携による切れ目ない支援
- ② 妊婦健康診査・産婦健康診査の充実
- ③ 妊産婦のメンタルヘルスに対応する地域の保健・医療・福祉の体制づくり
 - ・ 妊娠初期における市町村による妊婦の全数把握と顔の見える関係づくり
 - ・ 特定妊婦についての医療機関と行政との情報の共有
 - ・ 質問票等を用いた妊産婦メンタルヘルスのスクリーニング
 - ・ 医療施設内での多職種連携によるハイリスク妊産婦支援
 - ・ 地域における多職種連携によるハイリスク妊産婦支援(市区町村、産婦人科・小児科・精神科、等を含めたネットワーク)
 - ・ 精神科医全般に対する周産期メンタルヘルスの啓発と、周産期に精通する精神科医の育成
 - ・ 産婦健康診査における母体の心身の状態の把握
 - ・ 若年妊産婦・多胎妊産婦への支援
- ④ プレコンセプションケア＝将来の妊娠に向けたヘルスケア
 - ・ 妊娠の時点からの問題としてとらえるだけでなく、妊娠の前の段階からの母性の保健対策を強化する
- ⑤ 新生児先天代謝異常等検査の体制の充実
- ⑥ 新生児聴覚障害に関する総合的な早期発見・早期療育の体制の整備
- ⑦ 母子健康手帳やヘルスデータなどを用いた電子化による情報の利活用
- ⑧ 子ども医療費助成制度・妊産婦医療費助成制度の充実・導入
- ⑨ 出産育児一時金の充実



4. 産後ケアの充実

○核家族化により、妊娠・出産・子育ての孤立化を家庭で抱え込む子育て世帯は多い。

○産後は、ホルモンの変化により母親の心身が最も不安定になりやすい時期であり、産後の体の回復だけではなく、メンタルヘルスケアの観点からも、産後の母親が地域で安心して子育てできるよう、母親の心身のケアや育児サポート等が強く求められる。

① 産後ケア施設の普及

産後ケア事業を全国に普及し、産後ケア施設設置の地域差をなくし、どこに住んでいても求めるときに産後ケアが受けられるように地域毎に体制の整備が必要。

② 産後ケア事業助成額の増額

産後ケア事業単体で経営が維持できるよう、産後ケア実施施設への助成額の増額に向けた検討が必要。

③ 1歳までの産後ケアの拡充

従来産後4ヶ月頃までが対象とされていたが、法制化に伴い産後1年までとなったことを受けて、乳児期の発達段階に応じた支援内容が新たに求められる。

5. 児童虐待の未然防止と対策

① 児童虐待の発生予防・早期発見

- 特定妊婦の把握(子育て世代包括支援センター)
- 市区町村と医療機関との情報共有
- 妊産婦メンタルヘルスケアの充実
- 妊婦健診未受診者・乳幼児健診未受診者への対策
- “育てにくさを感じる”子育てへの早期介入
- 家庭内暴力(DV)対策との連携

② 児童虐待発生時の対応

- 市町村における相談体制の強化(市区町村子ども家庭総合支援拠点)
- 児童相談所の体制強化
- 医療従事者への虐待初期対応に関する啓発・研修

③ 被虐待児童への自立支援

- 家庭への復帰支援
- 家庭養育の推進(里親委託・特別養子縁組制度・児童養護施設等の小規模かつ地域分散化)



6. 乳幼児期から児童期までの切れ目のない健診等の 支援体制の構築

① 乳幼児期から児童期までの切れ目のない健診

- 乳幼児健診事業は、事業計画に基づいて、対象者の把握、健診の実施、健診後のフォローアップ、未受診者対応、支援の実施を行う。
- 健診の実施にあたっては、医学的健康支援、育児環境支援、児童虐待予防の3つの視点より行う。
- 健康診査及び保健指導の回数は原則として以下の通りとし、必要に応じて指導回数を増やす。なお、この回数は市区町村が行うものと医療施設に任意に受診する場合を合わせたものとし、1歳までは市町村において2回以上の健康診査を実施するものとする。

1. 生後6ヶ月に達するまで(乳児期前期): 月1回
2. 6ヶ月から1歳に達するまで(乳児期後期): 2月に1回
3. 1~3歳(幼児期前期): 年2回以上
4. 4歳以降就学まで(幼児期後期): 年1回以上
5. 就学以降18歳になるまで: 年1回

(1.~4.は、平成8年11月20日児発第934号「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」による)

② 健診や予防接種に関する記録の一元的な収集および管理と活用

妊婦健診、乳幼児健診、学校健診から成人に至るまでの健診データや予防接種に関する記録を、電子データとしてPHR (Personal Health Record)の仕組みに基づいて一元的に収集、管理し、生涯にわたる予防、健康づくり等へ利活用できる体制を構築する。



7. 医療的ケア児および介護者への支援体制の充実

○ 小児・周産期医療の進歩により、子どもの死亡率が減少する一方、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引等の医療的ケアが日常的に必要な子どもの数は、平成29年に全国で18,951人、人工呼吸器管理が必要な子どもの数は3,834人であった。

○ 医療的ケアの必要な子どもたちやその家族への支援は、医療、福祉、保健、子育て支援、教育等の多職種連携が必要不可欠であり、高齢者と同様、地域包括ケアシステムにおける地域のネットワークに受け入れ、支援していく体制の充実が必要である。

○ 日本医師会では、小児在宅ケア検討委員会において、小児在宅医療をめぐる課題と対応について、検討を重ねている。右は令和元年度会長諮問「医療的ケア児を支える体制の整備について～医師会による取り組みのさらなる推進～」を受けての答申の骨子である。

医療的ケア児を支える体制として求められるもの

① 災害への対応

- 災害時の電源確保と医療材料・医薬品の備蓄
- 自治体の災害時要援護者情報登録制度への登録(自己申告制)と避難支援プランの作成
- EMIS(広域災害救急医療情報システム)への登録(登録機関として、病院だけでなく、在宅療養支援診療所等も含める)

② 教育・保育機会の確保

- 学校における医療的ケアの実施にあたっては、教育委員会や学校における検討の際に地域の医師会、看護団体その他の医療関係者の協力を得てその専門的知見を活用すること。

③ 医療的ケア児と家族を支えるシステムの構築

- 小児在宅医療提供体制の確保:小児科医と在宅医との連携
- 円滑なトランジション
- 医療的ケア児のための関係機関の協議の場の設置
- 定期予防接種、乳幼児健診の柔軟な実施

④ レスパイトの課題

- 医療型短期入所の実施体制の検討

⑤ 医療的ケア児等コーディネーターの専任化と基幹相談支援センターへの配置

8. 思春期の保健・医療体制の充実

- 学童期・思春期の子どもは、家庭・学校・地域社会での様々な人との関わりの中で成長・発達する大きな成長の時期であるが、不安定になりやすくこころの病気の始まりとなる場合もある。
- 精神の病気になる可能性が高まる段階において、早期に発見し、介入・治療を行えば6割以上の回復例があるとされる。また、発症後の2～5年間は臨界期と言われる間に適切な医療を受けることができれば予後が良好になることが知られる。未治療期間を短縮し、適切な診療が受けられるための体制の一層の整備が求められる。

- ① 思春期特有のこころや体について気軽に相談ができる窓口の設置／啓発・情報提供
 スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカーの活用
 面談・電話・SNSの活用
- ② 子どもの精神不調に対応できる保健・医療の体制の充実
 医療・保健と学校の地域ネットワークや、内科・小児科、精神科、学校（養護教諭など）間の連携などが有効。かかりつけ医・学校医を通じて、小児・思春期精神科などへ受診勧奨。

図表. 小児の精神科関連受療率(人口10万対)

①入院受療率

	0歳	1~4	5~9	10~14	15~19
V 精神及び行動の障害	2	2	2	19	26
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	-
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	-	-	0	-	0
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1	1	0	2	7
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	-	0	0	1	3
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	-	-	0	4	5
知的障害<精神遅滞>	1	1	0	1	2
その他の精神及び行動の障害	1	1	1	12	9

資料 厚生労働省「平成29年患者調査」

②通院受療率

	0歳	1~4	5~9	10~14	15~19
V 精神及び行動の障害	19	73	118	92	99
血管性及び詳細不明の認知症	-	-	-	-	-
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	-	-	-	-	0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	-	0	0	1	9
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	-	1	0	3	17
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0	3	5	18	33
知的障害<精神遅滞>	7	14	11	4	3
その他の精神及び行動の障害	12	55	101	66	36

資料 厚生労働省「平成29年患者調査」



9. 国際標準を満たす予防接種などの疾病予防対策の強化

① 予防接種率を高めるための啓発

<日本医師会の取組>

・子どもの予防接種週間による啓発

毎年3月1日から3月7日までの7日間、都道府県医師会、郡市区医師会、予防接種協力医療機関、各地域の予防接種センター等が実施。

・風しんワクチン接種の啓発

風しんは、妊娠初期の女性が罹患すると、出生児が先天性風しん症候群を発症する可能性があることから、日本医師会では妊娠を将来希望している女性またはその配偶者に向けて、啓発ポスターを作成し接種を呼びかけるなど広報活動をしている。

② HPVワクチンの接種率向上の取組の再開についての検討

2013年6月、HPVワクチンの希望者には定期接種として接種機会を確保しつつも、適切な情報提供ができるまでの間、積極的な接種勧奨の一時差し控えるべき(2013年6月)とされた。世界の多くの国において定期接種が進んでいる中、わが国でも接種率向上の取組の再開について検討すべき。

③ 残された課題

- ・ 必要なワクチンの定期接種化(おたふくかぜなど)
- ・ 感染症や予防接種に関する学校教育の充実
- ・ 予防接種の都道府県域を越えた全国的な広域化
- ・ 我が国の予防接種制度の政策を立案・推進する上で、公正かつ客観的な提言を行える専門家で構成された、外部諮問委員会(日本版ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices)の設置



10. 「防げる死」を防ぐ体制の整備と支援の強化

○子どもが死亡した場合における死因の検証(チャイルド・デス・レビュー:CDR)するための仕組みの構築

・ アメリカ、イギリスをはじめとする諸外国(42の国と地域,ISPCAN調べ)では、予防可能な子どもの死亡を減らす目的で、多職種専門家(医療機関・警察・消防・その他行政機関)が連携して系統的に死因調査を実施し、登録・検証し、効果的な予防策を講じて介入を行おうとする制度が構築されている。

・ わが国の子どもの死は、年間4,500程度発生。

・ 日本小児科学会のパイロット研究並びに名古屋大学の研究によれば、子どもの死亡のうち、予防の可能性があったものは、25～28%であり、子どもの死亡全体の約半数について、第三者を含む検証が必要(沼口,2020)と結論されている。

・ 子どもの死亡に関する検証を実現するための理念法制定(成育基本法(2018年)第15条第2項、死亡究明等推進基本法(2019年)附則第2条)→厚生労働省「都道府県チャイルド・デス・レビュー(CDR)体制整備モデル事業」の試行的実施(2020年度～)により、課題抽出と今後のCDRの制度化にむけた検討を行う。

○CDRの仕組みの構築に向けて、医療・福祉・司法、関係省庁等関係者の協力が不可欠

・ わが国のCDRの制度化にむけて、次年度に予定されているモデル事業の検証を通して課題を明らかにするとともに、医療・福祉・司法、関係省庁の協力のもとに検討を進める。



11. 次世代を担う成育過程にある者に対する生命・健康教育の充実

① 学校における「生命・人格・人権の尊重」の根底にある「人間教育」の一環としての性教育の推進

・学校においては、生命の尊厳、人格の尊重、性暴力の禁止、性自認・性的志向の多様性等への正しい理解など、保護者の理解を得ながら発達段階に応じた適切な人間教育を行う必要がある。学校医や産婦人科医師等の外部講師としての積極的な活用や、教材の開発が重要である。

② 成育過程にある者に対する、女性のライフステージを踏まえた、将来健やかな妊娠・出産を迎えるための健康教育としての性教育の推進

・成育過程にある男女が、ともに妊娠のしくみや不妊の原因、年齢と妊娠・出産のリスクの関係、避妊法、性感染症等について科学的知見を持つことは重要である。保護者の理解を得ながら発達段階に応じた適切な健康教育を、学校医や産婦人科医師を外部講師として広く展開することが望まれる。

③ 成育過程を通じた健康リテラシーの向上

・保育所・幼稚園では嘱託医・園医による健康管理と親への健康教育（受動喫煙の弊害や病気の時の対処法等を含む）・食育を実施、小学校・中学校・高等学校では学校関係者と学校医・協力医などによる発達段階に応じた健康教育を充実させ、子どもが自分自身や家族の健康について考え、科学的知見をもとに正しい判断と行動ができるよう健康リテラシーの向上を目指す。

④ 保育所・幼稚園・学校等における食物アレルギーに関する知識と対策の必要性を関係者が共有し、事故防止のための対策の徹底

・園及び学校生活において、食物アレルギーについて正しく理解し、給食の時間を楽しいものとするとともに、全職員等関係者の共通理解のもとで、保護者からの情報収集と相互理解・情報共有、「生活管理指導表」の運用のための主治医・学校医（医師会）との連携、緊急時対応に備えた消防機関との連携が重要。



12. 子育て中のキャリア形成の支援体制の構築

○医療現場においては、医療の高度化、ニーズの多様化、超高齢社会など医療環境は大きく変化し、さらには医師等医療従事者の働き方改革も求められている。

○一方で、医師全体に占める女性医師の割合は着実に増加しており、出産・育児・介護などの事情を抱えている女性の活躍を支援していくかという視点に加え、今後は、男女問わず、すべての医師等医療従事者がお互いの特性や能力を尊重しつつ、支えながら働ける職場環境の実現を目指し、安全で安心な医療の提供につなげていくということが重要である。

○日本医師会においては、平成17年より男女共同参画に取り組み、毎年の「男女共同参画フォーラム」の開催や、女性医師を中心に就労支援等の事業を進めてきた。

① 院内保育・病児保育・学童保育への支援の拡充

病児保育のうち、病児対応型と病後児対応型、特に前者は医療機関が中心となって実施しているが、不採算事業のまま非営利たる医療機関に委ねられている現状があるので、医療機関を中心とする病児保育が持続可能となるよう支援の強化を希望する。

② 職業紹介・復職支援・出産や育児等によるブランクからの再研修プログラムの充実

日本医師会の取組：日本医師会女性医師バンク※
※厚生労働省「女性医師支援センター事業」（旧：医師再就業支援事業）としての委託を受け、今後急増していくと予想される女性医師の、ライフステージに応じた就労を支援し、医師の確保を図ることを目的として、日本医師会が平成19年より開始。コーディネーターを配置し、職業紹介・復職支援、出産や育児等によるブランクからの臨床復帰のための、臨床再研修が可能な施設の紹介など令和2年現在、男性医師も対象として支援。

③ ライフステージに応じた柔軟な勤務形態

育児休暇の活用、フレックスタイム・時差出勤・時短勤務、常勤・非常勤・パートタイム などの柔軟な選択肢

④ 男女共同参画についての意識とその向上

⑤ 学術会議、学会講演会における託児所の設置



参考資料 1

3. 子育て世代包括支援センターの支援対象者

・センターはあらゆる課題や相談事項に単独で対応する場ではなく、関係機関の連携と支援のための連絡調整の中核である。センターへ行けばなんらかの支援につながる情報が得られるワンストップ拠点として地域に定着するよう、全ての来訪者を温かく迎えることが重要である。

・センターは、原則全ての妊産婦(産婦:産後1年以内)、乳幼児(就学前)とその保護者を対象とすることを基本とする。地域の実情に応じて18歳までの子どもとその保護者についても対象とする等、柔軟に運用する。その中で妊娠期から子育て期、特に3歳までの子育て期について重点を置く。また、子どもの保護者は多様であり、ひとり親、若年親、事実婚、里親も含まれることに留意する必要がある。障害の有無、心身の健康状態、世帯の経済状況、親の介護の有無、異文化の背景等の事情のために支援が必要になる場合もあるため、関連部署・関係機関との連携の下、柔軟な運用が期待される。

・さらに、学童期以降の児童やその保護者から相談があった場合には、就学前の支援との連続性も考慮しながら、学校保健や思春期保健等との連携も含め、適切な担当者・関係機関につなぐ等の対応を行う。

資料) 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」7頁より抜粋

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf>

○ 乳幼児期, 思春期の健診回数(旧厚生省通知 平成8年)

○ 乳幼児健診

- (1) 生後6か月に達するまで(乳児期前期): 月1回
- (2) 6か月から1歳に達するまで(乳児期後期): 2月に1回
- (3) 1~3歳(幼児期前期): 年2回以上
- (4) 4歳以降就学まで(幼児期後期): 年1回以上

○ 思春期の場合(女子に限り) 少なくとも年1回

資料) 厚生省通知(児発第933号 平成8年11月20日)「母子保健施策の実施について」の「別紙 都道府県及び市町村における母子保健事業指針」より、「Ⅱ乳幼児の健康診査および保健指導要領」及び「母性の健康診査及び保健指導要領」からの抜粋・改編

注) 乳幼児健診も思春期健診も、受けるべき回数は、市町村が行う事業の対象となる場合、任意に医療施設等で受診する場合を合わせたものとされる。乳幼児各期における健康診査及び保健指導については、地域内の医療施設、相談機関との連携を図り、必要に応じて指導回数を増加することが望ましいと記載されている。