

小児科診療 UP-to-DATE

2021年1月5日放送

Biopsychosocial に子どもを捉え、支援する医療・保健を目指して

国立成育医療研究センター
理事長 五十嵐 隆

はじめに

疾病構造の変化、障害を持つ子ども、心の問題を持つ子ども、相対的貧困など、従来の小児医療や保健の枠組みでは対応出来ない課題がわが国では増加しています。

1. わが国の少子化傾向

わが国の少子化傾向は一段と顕著となっています。令和1年の合計特殊出生率は1.36、出生数は約85.5万人でした。わが国の総人口数は2050年代に1億人を切り、15歳までの小児人口は全体の10%程度(約1,000万人程度)に減少すると予測されています。さらに、新型コロナウイルス感染症の流行により、出生数は更に大きく減少することが危惧されています。

2. 世界で最も低い新生児・乳児死亡率

わが国の新生児死亡率は0.9、乳児死亡率は1.9で、世界で最も低いグループに属します。WHO(1988年)は「健康とは身体、心理、社会的ないずれの面からも良い状態であること」と定義しています。昨年ユニセフ・イノチェンティ・リサーチセンターの報告では、

健康の定義 (WHO, 1988年)

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

OECD 38カ国中わが国の子どもは身体面での健康は世界一位でしたが、心理面での健康は37位でした。新型コロナウイルス感染症の流行後、わが国の子どもの心理面での健康が更に悪化していることが私どもの施設の調査で明らかになっています。

3. わが国の子どもの平均出生時体重の低下と低出生体重児の増加

1975年のわが国の男女合わせた出生時の平均体重は3,200g、低出生体重児は5.1%でした。2017年には、それらは3,010g、9.4%となっています。妊婦の栄養状況が良好な国の中でわが国は低出生体重児の割合が最も高く、出生時体重が以前よりも約200g低下したままです。体重が小さく産まれた子どもほど、成人になってから生活習慣病や中枢神経系疾患の発症が増加します。わが国では、思春期の頃から女性が十分な栄養を取っていないこと、出産年齢の高齢化は胎盤機能の低下して

いる女性からの出産が多くなっていることなどが、低出生体重児の多い原因とされます。学校教育を通じて子ども達に、食育の重要性や妊孕性の年齢的限界などについて教えると共に、子育てに対する国や公共団体からの経済的支援を充実させることが必要です。

4. 増加する子どもの貧困と小児虐待

わが国は米国、英国に比べ社会の経済格差は少ない国ですが、17歳以下の子どもの相対的貧困率が2018年には13.5%で、OECD36カ国中13番目に子どもの相対的貧困率が高くなっています。子どもの貧困は心身の健康を損なうと共に、社会問題を起こす原因にもなります。

児童虐待・相談対応件数も毎年増加し、2018年度は約16万件に達しました。貧困が直接小児虐待の原因となるわけではありませんが、年収300万円以下の家庭の18%が虐待の経験があり、28%の保護者に虐待傾向があることが報告されています。

これからの小児科医は日々の診療の中で、子どもの心理・社会的問題に気付き、その改善に向け、地域での社会資源に繋げる対応を取ることが必要です。さらに、病院外で起きた子どもの死を検証するシステム（Child death review）の構築も求められており、成育基本法においてもそれが指摘されています。幸いに、今年度から複数の自治体の協力を得てChild Death Review事業が都道府県単位で始まっています。

OECD加盟38カ国の子どもの健康評価順位

Innocenti Report Card 16: Unicef, 2020

全体順位	国名	心理的健康	身体的健康	社会性の獲得#
1	Netherlands	1	9	3
2	Denmark	5	4	7
3	Norway	11	8	1
20	JAPAN	37	1	27
38	Chile	27	36	38

社会性の獲得とは、学校や社会で友人を作ったり、地域の人と協力して活動出来る環境を意味する。

わが国の低出生体重児の割合と出生時平均体重の変化

年次	昭和50年	平成18年	平成26年	平成29年
総数(100%)	100%	100%	100%	100%
2,500g未満	5.1%	9.6%	9.5%	9.4%
1,500g未満	0.3%	0.8%	0.8%	0.7%
1,000g未満	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%
出生児の平均体重	昭和50年	平成18年	平成26年	平成29年
男児	3,240g	3,050g	3,040g	3,050g
女児	3,150g	2,960g	2,950g	2,960g
男女総計	3,200g	3,010g	3,000g	3,010g

5. 慢性疾患（障害）を持って思春期・成人期に移行する子どもと医療的ケア児

医療の進歩は結果として、慢性疾患や障害を持って思春期・成人期に移行する子どもを増やしています。言語障害、自閉症、注意欠陥多動性障害、学習障害、情緒障害の子どもが増加していることが文部科学省の調査からも明らかになっています。

慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち、何らかの医療や支援が必要な子どもや青年は **children and youth with special health care needs** と呼ばれます。最新の米国の調査ではこの状態の子どもが全体の 18.8% を占め、わが国でも同様の調査結果が出ています。

在宅にて医療的ケアを受けている子どもは全国で現在約 2 万人、人工呼吸器による管理が必要な子どもは約 4 千人で、いずれも毎年増加しています。医療的ケア児は高齢者に比べ、専門性の高い医療を受けていることが特徴です。

障害を持つ子どもと御家族は疾患の種類や重症度に応じた様々な課題に直面しています。今後、小児科医は障害を持つ子どもと御家族の医療・保健に参画し、成人への移行医療にも寄与することが求められています。その際、子どもと御家族の身体面だけでなく、心理・社会面からの支援も重要です。

6. 子どものこころや社会性を評価し支援するために

わが国で実施されてきた乳幼児健診や学校検診は子どもの健康管理に大きく貢献しています。しかしながら、欧米に比べると乳幼児期の健診回数は少なく、学校検診で行われている内科検診の一人あたりの時間は 1 ないし 2 分程度です。米国では、子どもの健診はかかりつけ医による個別健診で、その機会は 3 歳までに 12 回、3 歳から 21 歳までは年 1 回が保障されています。一人に要する時間は約 30 分で、最大 150 ドルが健康保険から医療者側に支払われます。米国での健診では、身体的診察、成長・発達の評価・指導、予防接種などの他に、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、子どもの心身の健康に影響を与えるリスクがないかを評価します。そして、必要な場合には、適切な助言・指導を子どもや御家族に行います。つまり、米国の健診は、子どもが幼いときには子育て全般に関する保護者へのアドバイザーとしての、子どもが大きくなった場合にはその他に、子どもに寄り添い子どもの生活・健康に関するアドバイザーとしての機能を担います。

Children and youth with special health care needs : 慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち 何らかの医療や支援が必要な子どもや青年

米国における children and youth with special health care needs の割合

年齢 (歳)	2001年	2005/ 2006年	2009/ 2010年	2016/ 2017年
全体	12.8%	13.9%	15.1%	18.8%
0-5	7.8%	8.8%	9.3%	
6-11	14.6%	16.0%	17.7%	
12-17	15.8%	16.8%	18.4%	

小児期に発症し成人に移行する慢性疾患やメンタルヘル스에障害をきたす注意欠陥多動性障害・自閉症スペクトラム障害・うつ病等を有する子どもや青年が先進諸国で増加し、共通の課題となっている。

子どものこころや社会性 を評価し、問題を解決するために： 米国小児科学会の個別健診

<制度的側面>

1. 乳児期に7回、12-30ヶ月に5回、3-21歳まで年1回の健診。
2. 健診は個別健診。
3. 21歳になるまでかかりつけ医による健診は義務。
4. 一人あたりの健診に要する時間は30分以上。
5. 費用は患者の入っている保険によって、すべて保険会社が支払う場合(150ドル程度)と、一部患者が支払う場合がある。

<健診の内容>

1. 身体的診察(健康状態の評価:口腔内を含む)
2. 成長・発達の評価、指導
3. 予防接種
4. 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。その上で、適切な助言・指導を行う。
4. 次の健診までに子どもに起きうる事象、保護者が悩んでいる事象を具体化し、それへの対応方法を説明し、助言する(anticipatory guidance)。

子どもの調査で、わが国においても、10歳以後にこころの問題と薬物依存の問題が増大することが明らかとなりました。小児科医の守備範囲が15歳まででは、思春期から若年成人に移行する者に小児科医は対応出来ません。一方、内科医はこの年齢の子どもの診療や保健を主体的に担当しているわけではありません。この様なことから、欧米のように小児科医の守備範囲を20歳頃までに延長する必要があります。将来は、わが国においても、6～20歳までは年1回のかかりつけ医による個別健康診査を義務とし、それに対する適切な対価が医療側に支給される制度を構築することが求められています。

7. これからのわが国の小児保健・医療を活性化するために

優れた保健・医療を行うには、優れた研究が不可欠です。これまでに解決出来なかった様々な子どもの健康課題を解決するために、基礎研究や臨床研究をさらに活性化するだけでなく、子どもを取り巻く社会環境が子どもの病気・保健状況と密接に関係することを視野に入れた社会医学研究を推進することが求められています。また、エビデンスに基づく重要な政策提言を社会に向けて発信する事も重要です。子どもの健全な育成を目指す上で必要な保健・医療政策を立案し検証するためのシンクタンクの設定とその継続的な活動も求められています。

8. 成育基本法への期待

2019年から施行された「成育基本法」は、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に切れ目なく的確に対応できるように、関連する保健、教育、福祉に関する施策と連携を図り、総合的に推進することを目指しています。2020年12月に第一次「成育医療等協議会」が基本施策を公表しました。子どもの成育に必要とされる施策が、今後具体化されることが期待されます。

9. 新型コロナウイルス感染症を経験した小児保健と小児医医療

新型コロナウイルス感染症の流行により、子ども病気の際の受診や健診・予防接種を保護者が控える姿勢が顕著になっています。しかしながら、子どもの健診・予防接種は不要不急案件ではありません。さらに、社会的活動が制限されている今こそ、身体・心理・社会面から子どもと家族を捉え、支援する保健・医療体制の構築が求められています。小児人口の減少に伴う医療機関の再編・集約化が予測される中で、オンライン等の新しく開発されたツールにはまだまだ改善の余地はあるものの、患者と医療提供者の間の垣根を取り払い、身体・心理・社会面での対応を可能にさせるパラダイムシフトになることも期待されます。

わが国の小児科医は知恵と勇気と子どもへの優しさを持って、これから進みつつある世の中の劇多岐な変化に立ち向かいましょう。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>