

母子保健検討委員会答申

平成 20 年 3 月

日本医師会母子保健検討委員会

平成 20 年 3 月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

母子保健検討委員会
委員長 前川 喜平

母子保健検討委員会答申

本委員会は、平成 18 年 8 月 3 日に開催された第 1 回委員会において、貴職から諮問のありました、「周産期医療の充実、特に産科医、小児科医の地域における確保・偏在対策の具体的な提言」については、平成 19 年 2 月に中間答申をとりまとめました。

その後、引き続き 4 回の委員会を開催し、併せて貴職より諮問のありました、「子ども支援日本医師会宣言を実行していくための具体的方策」について鋭意検討を行ってまいりました。

その結果を以下のとおり、とりまとめましたので答申いたします。

日本医師会母子保健検討委員会委員

委員長 前川 喜平（神奈川県立保健福祉大学大学院教授）

副委員長 柏井 洋臣（和歌山県医師会長）

〃 渡邊 信雄（福島県いわき市医師会理事
／福島県小児科医会会長）

委員 池田 琢哉（鹿児島県医師会副会長）

〃 池ノ上 克（宮崎大学医学部産婦人科学教授）

〃 石渡 勇（茨城県医師会常任理事）

〃 牛山 允（東京小児科医会副会長）

〃 内海 裕美（東京都小石川医師会理事）

〃 及川 馨（島根県出雲医師会理事）

〃 城 守（北海道医師会理事）

〃 鈴木 紀元（兵庫県医師会常任理事）

〃 西牟田敏之（国立病院機構下志津病院名誉院長
／千葉県小児科医会会長）

〃 原 正守（静岡県医師会理事）

〃 樋口 正俊（元東京都医師会理事）

〃 保科 清（日本小児科医会会長）

〃 和氣 徳夫（九州大学病院産婦人科教授）

目 次

. はじめに	1
. 妊娠を望む人たちへの支援	
1. 不妊治療に関する産婦人科医の育成	3
(1) 問題点	
(2) 方策	
2. 不妊治療を行う地域の産婦人科医と泌尿器科医の連携とネットワーク 形成	4
(1) 問題点	
(2) 方策	
3. 不妊治療公費助成制度の充実～助成額・回数・受診医療機関の地域枠	5
(1) 問題点	
(2) 方策	
4. 不妊カウンセリング窓口の充実～医師会・医会と行政の連携	7
(1) 問題点	
(2) 方策	
. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実	
1. 産科医、産科医療機関不足の現状とさらなる対応	9
(1) 産科医、産科医療機関不足の現状	
(2) さらなる対応	
1) 卒前・卒後教育を通して産科医療のやりがいと魅力を伝える	
2) 産婦人科医療体制の整備	

3) 産婦人科医師勤務体制の改善	
4) 医療訴訟の減少のための取り組み	
2 . 地域周産期医療ネットワーク構築の現状と具体的提言	13
(1) NICU のベッド不足	
(2) 地域周産期母子医療センター整備の遅れ	
(3) 長期入院患者の増加	
(4) 体制整備の地域格差	
(5) お産難民の出現	
3 . ハイリスク妊娠、不育治療に対応する地域医療体制の整備	14
4 . 産科救急医療供給体制の整備～隣接地域間の連携体制を含めて	15
5 . 脳性麻痺(Cerebral palsy)と無過失補償制度(No Fault Compensation)	17
(1) 無過失補償制度(NFC)創設の背景	
(2) 制度の仕組みと流れ(案)	
. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備	
1 . 妊婦健診に関する公費負担の充実	19
2 . 未受診妊婦をなくすために	20
3 . 適正な分娩費用	21
4 . 若年者における人工妊娠中絶の回避と妊婦への支援	22
5 . 就労妊婦の支援	24
. 子どもが育ちやすい医療環境の充実	
1 . 乳幼児・小児医療費助成制度の拡充と地域格差の撤廃	26
(1) 乳幼児・小児医療費助成制度について	
(2) 都道府県における乳幼児・小児医療費助成制度の適用状況	

1) 対象年齢の上限について	
2) 所得制限の有無について	
3) 自己負担金について	
4) 助成方法	
5) 自己負担金額の決め方について	
(3) 乳幼児・小児医療費助成制度の今後のあり方	
2 . 予防接種に関する体制、制度の充実と接種率の向上……………	29
(1) 予防接種率の向上	
(2) 予防接種体制と制度の充実	
3 . 慢性、難治性疾患治療と公費負担制度の充実……………	31
4 . 入院医療における医療保育士（病棟保育士）配置の促進……………	32
(1) 医療保育士（病棟保育士）とは	
(2) 医療保育士の役割	
(3) 医療保育士配置促進の必要性	
. 子育てに関する社会環境の整備	
1 . 病児・病後児保育体制の充実～入院施設のデイケア体制も含む……………	34
2 . 子育てサークルや NPO などとの積極的連携……………	35
3 . 児童虐待の早期発見・予防に関する地域体制の充実……………	36
(1) 児童虐待の早期発見と対応	
(2) 要支援家庭の早期発見と虐待の予防	
4 . 子どもの権利条約に基づく環境整備……………	38
. 障害児への支援	
1 . 小児の在宅医療体制の充実……………	41

2. 特別支援教育への協力と医療的ケアの充実	42
3. 障害児施設への公的支援の充実	43
. おわりに	45

参考資料 子ども支援日本医師会宣言

．はじめに

平成6年に公表した「エンゼルプラン」に始まり「健やか親子21」にいたる子育て支援政策は、厚生労働省、文部科学省の両省庁のイニシアティブで地方自治体におろされ、様々な形で施策として実現されている。しかし、すべての子どもが健やかに育つ環境を整えなければ真の子ども支援とはいえない。保護者が子育てを楽しく余裕を持ってできる環境がまず必要であり、どの子どもも自律・協調して生活ができ、地域全体が子どもを育むことに喜びを感じることができる社会を目指さなければならない。

現実には、子どもが現代社会に蔓延する市場原理の対象として扱われる一方、子育ての労力すら金銭で買うという感覚が広がったという意味で、子育ての市場化が進行している。財政至上主義の国策で、自然・教育・治安といった社会的共通資本がないがしろにされているが、社会的共通資本を充実することが子ども支援の中心となるべきである。

子どもを自然とめぐり合わせることで、人間が生命体として自然の一部であることを知れば、子どもは直感で、ことの善し悪しを判断できるようになる。子どもが自然や他の生命の営みについてそれが大切なものと実感して成長するなら、これはすばらしい方向を目指して育っていくであろう。現在の大人たちが今日明日に何ができるかと日常を右往左往するより、子どもを育てることとそれを支援することの重要性を理解することが大切である。

このような状況の中、日本医師会は子ども支援の先頭に立つべく、母と子に関する医療・保健・福祉環境の整備等を推進し、次世代を担う子どもたちが心身ともに健やかに育つよう、妊娠・出産・子育てに関する「子ども支援日本医師会宣言」を行った。その内容は私たちが課題としているものをほぼ網羅している。それを確実に克服するという意思が重要であり、今できることは、雨だれの一滴かもしれないが「雨だれ石を穿つ」の教訓にあるように、意ある人たちが自分の行いを通じて、社会に尽くしていかなければならないと考える。

母子保健検討委員会は、平成17年度に「母子保健、小児医療の充実のための

具体的環境整備」、平成 18 年度に「周産期医療の充実、特に産科医、小児科医の地域における確保・偏在対策の具体的な提言」の答申を含め、過去に母子保健・小児保健に関する提言を行ってきた経緯がある。従って、今回の答申「子ども支援日本医師会宣言を執行していくための具体的方策」の答申作成に際し、考慮した点は、過去のものと同様に重複しないように配慮し、今まさに喫緊の課題となっているものを重点的に取り出して提言した内容となっている。また、「子ども支援日本医師会宣言」は全 8 項目からなるが、そのうちの 2 項目、学校保健に関するものと行政政府への要望は当委員会の検討範囲外として省いている。

本答申が「子ども支援日本医師会宣言」を執行する具体的な方策として、母子保健・小児保健の充実に役立つことを念願する。

・妊娠を望む人たちへの支援

1. 不妊治療に関する産婦人科医の育成

(1) 問題点

晩婚・晩産が多くなりつつある現在、従来とは異なった不妊夫婦への支援が必要である。特に生殖補助医療(Assisted Reproductive Technologies：以下、ART)の進歩はめざましい。日本産科婦人科学会はART実施施設登録を義務化した。人口あたりにすると世界で最も多い施設数(651施設)となっている。多数あることは、患者の通院の便という点では望ましいが、一定の医療水準を担保するための精子・卵子・胚の培養・保存さらには機材機器などの良好な管理(以下、品質管理)が重要となってきた。平成16年度に出生したARTによる妊娠出生児は18,168人であり、当該年度のわが国の総出生児数の1.6%に相当する。欧米各国をはじめ全世界的にARTによる出産の割合が増加しており、出生率が上昇に転じつつあるデンマークやフランスなどで特にその割合が高いことから、わが国が少子化をこれ以上進行させないためにも、ART治療の必要性は益々増大する。

しかしARTの普及は、高齢出産、多胎等のハイリスク妊娠の増加、配偶子提供や代理懐胎、あるいは死後生殖などの倫理問題、あるいは不妊形質の遺伝など解決しなければならない多くの課題を生み出すことになった。また、健康保険が適用されないため高額な医療費、卵巣刺激にかかわる注射のために遠方の不妊治療施設への頻回の通院等が不妊患者の負担をさらに重くしている。またARTの安全管理・品質管理の基礎データとして、ARTで生まれた子どもの長期予後調査は、社会的に益々重要となる。このような現状を考慮して、生殖医療を担う産婦人科医の育成を、4つの面から進める必要がある。

(2) 方策

周産期リスクや遺伝的リスクも考慮して健康な子どもを得ることを第一の目標として、診療する不妊専門医を育成することである。妊娠率を低下させず

に多胎妊娠の増加を軽減するための選択的単一胚移植の促進、不妊専門医の遺伝・周産期リスクに対する知識の涵養、不妊治療機関での注意深い胎児発育や異常の早期発見のための教育を、継続的にする必要がある。

現在、不妊の最大の原因であり、かつ遺伝リスク増大の主因である母体年齢上昇を少しでも防ぐために、一般産婦人科医に対して(一般的な)不妊治療法の適応と限界を再教育し、患者にとって最良のタイミングでARTを含めた治療を行うことのできる専門医療機関へ紹介する体系を構築すべきである。

体外受精に関わる卵巣刺激剤・排卵誘発剤など薬物治療を中心に、不妊専門医療機関の依頼を受けてこれに協力できる産婦人科医を育成する。もし職場や自宅に近い、通院しやすいところで薬物注射や卵胞発育監視を行うことができれば、より多くの患者が仕事をしながら、不妊治療を受けることができる。

現在認められていない卵巣刺激剤等、ART治療で必要となるホルモン剤の自己注射を解禁することにより、患者の通院という治療負担を飛躍的に軽減することができる。これらのホルモン剤の自己注射を禁止している国はほとんどない。もちろん、卵巣過剰刺激に留意し、実施可能な患者の選別・適切な指導も必要である。また、指導できる産婦人科医を育成することが必要である。

2. 不妊治療を行う地域の産婦人科医と泌尿器科医の連携とネットワーク形成

(1) 問題点

ARTの急速な進歩は、極度の乏精子症、一部の無精子症患者にも光明をもたらした。男性不妊の病因には、精子に問題がある場合(無精子症・精子減少症・精子無力症)と性交障害・射精障害がある。男性不妊の原因を診断し、治療するためには、地域の産婦人科医と泌尿器科医の連携が益々重要となっている。学会が定めているARTの実施登録施設の条件の中でも、精巣内精子生検採取法(TESE)、精巣上体内精子吸引採取法(MESA)等を実施する施設では、泌尿器科医師との連携がとれるようにすることが望まれている。特に現在の男性不妊

診療において大きな役割を持っている精巣生検では、泌尿器科不妊専門医の果たす役割は非常に大きい。精子形成がなければ、本人自身の遺伝子を持つ子どもを得ることは不可能となり、場合によって非配偶者間人工授精の適応となる。また、妊孕性のある精子が少数でも見つければ、これを用いて不妊治療が可能であり、適当な手段で凍結保存する必要が出てくるからである。しかし、ART施設において泌尿器科不妊専門医と連携をとることは、時に困難である。産婦人科医に比べて泌尿器科不妊専門医数は圧倒的に少ないためである。産婦人科医療機関で男性不妊を発見した場合、たとえ泌尿器科的な診察や治療が必要だと判断したとしても、どこに泌尿器科不妊専門医が勤務しているかの情報すら得られない場合が多い。

一方、患者である男性(夫)はほとんどの場合仕事を持っているため、通院時間が限られる。射精・勃起障害など性交障害や、男性不妊の外科的治療の適応を決定する上でも、泌尿器科不妊専門医の診療はどうしても必要となる。このように地域の産婦人科医と泌尿器科医の連携は、益々重要となっている。

(2) 方策

地域における泌尿器科不妊専門医が勤務している医療機関を地域ごとのデータベースに整備、不妊専門医・一般産婦人科医へのホームページ等を介した情報提供(泌尿器科不妊専門医の診療日・時間等)が必要であり、産科婦人科学会、産婦人科医会、臨床泌尿器科医会、行政の協力が必要である。

泌尿器科担当医の女性不妊知識の向上が必要であり、これは、生殖医療指導医制度の充実により達成することができる。

3. 不妊治療公費助成制度の充実～助成額・回数・受診医療機関の地域枠

(1) 問題点

毎年、約28万4千人が何らかの不妊治療を受けていると推測される。一般不妊検査治療は原則保険医療の対象になるが、ARTには保険適用されていない検査・治療が多々あり、若いカップルの経済的負担は計り知れない。現在5～6

万人が ART を受け、総出生児の 1.6% が ART によって妊娠した児である。ART はもはや特殊な治療ではなく、一般的な治療として認知されている。しかも、登録医療機関も 600 を超える。従って、保険を適用すべきと思われるが、未だ保険対象外である。そこで、不妊治療費助成事業として、ART を受ける不妊夫婦に治療費の一部を公費負担(都道府県と国はそれぞれ 1/2)としている。その条件は 法的に結婚していること、 当該都道府県に住民票がある者、 夫婦の年収が 730 万円以下(平成 19 年度より)の場合である。助成を利用できる医療機関は学会に登録し、かつ都道府県と契約をしている医療機関である。

本助成制度は患者負担軽減という面では一定の成果を上げつつあるが、現在の ART 治療体系の問題点も明らかになりつつある。患者は自分が住んでいる自治体でなく、遠方の有名な不妊治療施設に通院する傾向がある。このことは、特に合併症をもっている患者が不妊治療を受ける際に問題となり、時に患者の原疾患の状態を考慮せずに不妊治療が行われる場合も起こりうる。連携がとれない結果、妊娠が成立しても合併症や年齢が高いこと、あるいは多胎等の理由から出産する医療機関を探すのに苦労したり、「せっかく妊娠したが、こんなにリスクがあるとは思わなかった」と患者が戸惑うケースも増えてきている。患者が自由に病院を選ぶことができることは望ましいが、どのような背景を持つ患者が妊娠を希望しているのかを不妊医療施設に伝達し、常に患者との連携をとりながら不妊治療を継続する必要がある。妊娠が成立したあと、ハイリスク妊娠として責任持って取り扱っていくためには、できれば患者が住んでいる地域、あるいはその近くの医療機関で不妊治療を受けることが望ましい。

(2) 方策

本助成制度を利用できない不妊夫婦(一般的に高年齢・高収入・共働き)が約 30% おり、利用可能な所得制限を緩める必要がある。

年間の助成回数を 3 回とし、チャンスを多くする必要がある。(単一胚移植や移植胚数低減によって)今後増加する凍結胚移植を視野に入れ、採卵と胚移植を分けるなどして助成回数を増やすなど、きめ細かい助成制度の検討が必要

となる。

最も重要なことであるが、周産期リスクが高いと考えられる症例では、きちんと連携のとれる地域の不妊医療機関への受診を無理なく薦めるように、特定不妊治療助成に一定の地域枠(例えば最初の数回は地域で受診することを薦めるなど)を設けることが、妊娠した不妊患者の産科的フォローアップの面でも、また崩壊の危機に瀕している現在の地方周産期医療体系の整備の面からも望ましい。

4. 不妊カウンセリング窓口の充実～医師会・医会と行政の連携

(1) 問題点

不妊カウンセリングには様々な段階・種類がある。まず、不妊夫婦は不妊の相談窓口を探すことから始まる。実際に治療が始まると、診療に忙しい医師以外に、今自分が受けている検査・治療がどのような診断的意義・治療効率があるのかを確認する窓口を必要とする。さらに治療が長くなると、ART も含めて現在かかっている医療機関での治療方針が唯一絶対のものなのか、セカンドオピニオンのような情報を必要とする場面が出てくる。さらに、この間に仕事・家庭あるいは夫婦関係を含めて、自分たちの人生の中で不妊治療をどのように行っていくべきなのか、医療者以外の誰かに相談する必要があることがある。

学会も厚生労働省も ART 実施機関にはカウンセラーを置くことが望ましいとしている。特に重要なものは、遺伝カウンセリングである。ART の進歩に伴い不妊カウンセリングは益々重要となってきたが不妊・遺伝カウンセラーは大変不足し、その相談窓口もほとんどない地域もある。

(2) 方策

不妊および遺伝カウンセラーの養成とカウンセリング窓口を地域で確保することである。平成 15 年に遺伝医学関連 8 学会が「遺伝学検査に関するガイドライン」を発表した。

窓口の設置場所は、不妊相談の初期であれば、不妊診療の必要性を説明し、

適当な医療機関を紹介する窓口を行政側(週1回開設;保健所あるいは市役所等)に設置することが望ましい。この窓口で対応する医師は生殖補助医療指導医クラスが望ましい。

実際に診療が始まってからの検査・治療の相談・セカンドオピニオンについては、不妊治療ばかりでなく患者の悩みを受け止める技術も必要である。また患者が受診している医療機関とは原則独立した場所で行う必要がある。この窓口を担当する医師は、最新の専門的知識を持つとともに人格的にも成熟していることが求められる。

もっとも重要である不妊夫婦への医療行為以外の心のケア、精神的サポートは、これを必要とする夫婦の状況が千差万別であるために、窓口も複数あることが望ましい。医療者の全くいない場で、カウンセラーと夫婦がゆっくり相談できる窓口が、行政の場にあることが望ましい。

遺伝カウンセリングは不妊診療を進める上でどうしても必要となってくる。ARTをはじめ不妊治療において遺伝に関する専門医、カウンセラーは不足している。医師会、医会・学会、関連学会の専門医あるいは不妊専門相談センター等に遺伝カウンセリング窓口を置くことが望まれる。

・より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実

1. 産科医、産科医療機関不足の現状とさらなる対応

(1) 産科医、産科医療機関不足の現状

平成 17 年度のわが国の周産期死亡率は 4.8 と報告されており、その医療水準は世界でもトップレベルにある。また妊産婦死亡数も昭和 25 年には年間 4,117 人であったが、平成 16 年では 49 人へと大幅に減少している。このような産婦人科医療の進歩を支えてきたのは、昭和 20 年代から 30 年代にかけて産婦人科医となった世代が中心である。全国に数多くの有床診療所を設け診療所の医師として母子の医療に携わってきた。しかし、時代の流れとともにその形態は変化し、産婦人科医の約 25% が 60 歳を超えている状況である。このことは、実働可能な産科医の絶対数そのものが著しく不足していることを示している。

わが国の少子化問題解決の重要な要因のひとつである産科医数の確保という面から考えると、決して無視することのできない深刻な問題である。産科医の養成は医療現場の問題のみに留まらず、わが国の将来を揺るがす大きな問題を秘めており、国を挙げて取り組まなければならない重要な事業である。

しかしながら、厚生労働省が 2 年に 1 度行っている医師・歯科医師・薬剤師数の調査によれば、平成 6 年から平成 16 年の間に、医療施設に従事する医師総数は 22 万 853 人から 25 万 6,668 人と、約 16% 増加したのにもかかわらず、産婦人科および産科医総数(婦人科を除く)は、11,391 人から 10,594 人へと 797 人の減少がみられる。小児科医不足が社会問題化していた同じ期間に小児科医は約 10% 増加しているのとは対照的である。

一方、日本産科婦人科学会の「全国周産期医療データベースに関する実態調査」(平成 17 年)によると、分娩取り扱い施設における常勤産婦人科医師数は、先の厚生労働省の調査結果を遥かに下回る 7,873 人であり、問題の深刻さを示している。

都道府県別にみた出生 1,000 人あたりの産婦人科医師数は全国平均が 9.5 人であるが、最も少ない県で 6.9 人、最も多い県では 14.9 人と地域による差がみ

られる。

産科医療施設についても産科医の不足や分娩施設の集約化等のため産科診療が維持できず、妊産婦が希望する近くの施設で健診を受けたり、出産したりすることができなくなる問題が生じている。産婦人科を標榜している施設の中で分娩を取り扱っているのは病院で 81.7%、診療所で 36.3%である。病院と診療所を合わせると分娩実施率は 48.9%となり、実に半数以下となってしまう。また、診療所での分娩実施率は 20 年間で約 30%減少している状況である。

日本産科婦人科学会は、平成 15 年 4 月から平成 17 年 4 月までの間に、大学医局からの医師派遣が中止された施設と分娩業務を停止した施設数とについて調査を行っている。それによると産婦人科医を派遣していた総病院数は 1,024 で、その内 78 施設で派遣が中止されていた。また、分娩を取り扱わなくなった施設は 111 施設に上る。

女性医師の増加と産科医療体制の構築と維持についても、前向きに積極的に検討していかなければならない問題である。平成 6 年から 10 年間で産婦人科医の中に占める女性の割合は約 1.5 倍増加し、平成 16 年には 21.7%になっている。国家試験合格者の中で、女性が占める割合は年々増加しており、平成 12 年以降は 30%を超えている。

平成 17 年度の卒後臨床研修医で専門科が決まっている 3,289 人のうち、産婦人科を志望するものは 163 人で 8 番目であり、その中で女性の占める割合は 68.1%と全診療科の中で最も高いものであった。

さらに、過去 10 年間の医師の平均年齢の推移をみると、産婦人科および産科の女性医師の平均年齢は、10 年間で 5.6 歳若くなっているのに対して、男性の産婦人科および産科医の平均年齢は年々高くなっており、平成 16 年には、全診療科の男性医師の平均年齢を 2.1 歳上回っている状況である。

さらに、最も危惧され対策を要するのは若手産婦人科医の減少である。日本産婦人科医会の調査では、産婦人科を臨床研修した初期研修医のうち 8 割が、研修後に「産婦人科に興味を持った」と回答したが、専攻したいかどうかについては 81.8%が「専攻したいとは思わない」と回答している。専攻を希望しな

い理由(複数回答)としては1番多いのは「他にやりたい科がある」であるが、2番目の理由は「医療訴訟が多い」であった。

(2)さらなる対応

これまで述べてきたように、産科医の偏在や不足、女性医師の増加、男性医師の高齢化が起こっていることが判った。これらの問題への対応として以下のことが考えられる。

1) 卒前・卒後教育を通して産科医療のやりがいと魅力を伝える

産科医療は人の誕生と児を育む母体に係る分野である。しかも出産時の母児の状況が、その人の一生のみならず、家族全体にも影響を与える極めて重要な医療分野である。このやりがいと魅力を卒前の短い期間に伝える必要がある。

例えば、卒前教育の中に産婦人科医と小児科医が連携した医師養成プログラムをつくり、胎児から新生児そして乳幼児へと成長発達していく過程を連続的にみることのできる教育の場を展開することが上げられる。宮崎大学では、文部科学省の補助事業として、産婦人科医小児科医が連携した医療養成プログラムを進行中である。この中の活動のひとつとして、「すくすくクラブ」と称する学生の自主的なクラブ活動を支援し、医学生が自分の好きな時間にいつでも、周産期医学を学べるように、大学付属病院の周産母子センターを開放している。また、このクラブの会員には周産期医学に関する情報、他施設での研修、他大学との交流、周産期関連講演会等への積極的な参加などを提供して、その魅力を伝える努力を続けている。

2) 産婦人科医療体制の整備

産婦人科医の労働量と医療上のリスクに見合った、効率のよい医療体制と処遇を整備する必要がある。産科医療施設の適正配置のための集約化、オープンシステムを導入した一次医療施設の積極的な産科医療への参入、産科施設の機能別医療分担、地域の中核施設を中心にした産科・新生児医療のネットワーク

作り等、それぞれの地域がもっている事情に即した体制の整備を図る必要がある。

3) 産婦人科医師勤務体制の改善

日医総研の調査によると分娩を実施している病院(n = 449)の常勤産科医の月平均当直回数は6.3回である。全体の7割超は平均5回以上であり、10回以上の当直を行っているものが15.8%もいる。当直明けの勤務体制が通常通りである病院は88.8%である。前夜に分娩や緊急手術などを行った当直明けの医師の疲労度は高く、労務上の問題のみならず、医療安全の面からもその危険性が指摘されている。フレックス制、ワークシェアリング、グループ診療制等を地域や施設の状況に応じて導入して、女性産科医も継続して働けるような就労支援について制度を整えていかなければならない。わが国の女性産婦人科医はほとんどが、自身の出産・育児に大きな不安を持っている。日本産婦人科医会の調査によれば、出産時に産休・育休ともに取得できたのはわずか46%であり、育休期間は1年間を希望するものが最も多いにも係らず、実際は6か月以内の取得に留まっている場合が多い。託児所の設置など育児後方支援体制の充実を目指して職場併設保育所、24時間保育、病児保育、学童保育等、柔軟性のある多様な勤務体制、休業中の身分保証、復職に際しての研修制度など専門職に従事するための再教育システムを充実させ整備していく必要がある。また、産婦人科医の潜在的労働力を活用する観点から、高齢医師のリクルートも検討課題のひとつである。

4) 医療訴訟の減少のための取り組み

医療事故による被害患者を補償し医療訴訟を減少させる目的から、医療訴訟に代わる新しい社会制度として、無過失補償制度が導入され効果をあげている先進国の例が報告されている。わが国においても平成17年度から日本医師会に、無過失補償プロジェクト委員会が発足して検討が続けられてきた。平成18年度には、分娩に関連する脳性麻痺に対する補償制度プロジェクト委員会として具

体的な施策実施にむけて活発な検討が行われ、平成 18 年末には政府・与党の調整を経て政策化された。現在、医療機能評価機構において、制度設立の準備委員会が設置されており、制度の早期立ち上げを目指して議論が交わされている。国民の理解を得てこの制度が効果的な運用がなされるよう期待したい。

2. 地域周産期医療ネットワーク構築の現状と具体的提言

平成 8 年 4 月から適用された周産期医療対策事業実施要綱に基づき、総合的な周産期医療体制の整備と安心して子どもを産み育てることのできる環境づくりが、都道府県が主体となって図られてきた。

しかしながら、現在ではいくつかの重要な問題が浮かび上がっている。列挙すると、

(1) NICU のベッド不足

ハイリスク妊婦・ハイリスク新生児に対する医療のニーズは急増しており、以前にも増して施設の整備や人員の配置が必要である。地域によっては NICU のベッド不足が続いており、産科医療の提供に影響がでている。

(2) 地域周産期母子医療センター整備の遅れ

地域周産期母子医療センターの整備が遅れているために、中等度のハイリスク症例が総合周産期母子医療センターに送られてきており、総合センターとしての機能が維持できなくなっている。

(3) 長期入院患児の増加

長期入院を余儀なくされる患児が NICU のベッドを占拠しており、急性期のハイリスク新生児の緊急入院に支障が出ている。

(4) 体制整備の地域間格差

周産期医療体制の整備状況に都道府県間の格差が出ており、社会的な問題として取り上げられている。

(5) お産難民の出現

産科医の不足のため、産科施設での分娩取り扱い中止を招き、いわゆる「お

産難民」を生みだす結果となっている。

以上のような状況を鑑みて、早急に効果的な地域周産期医療ネットワークを構築する必要がある。

具体策としてまず、一次、二次、三次の各施設の役割分担を明確にする。すなわち妊婦のリスクの程度を見極め、ローリスク妊婦の取り扱いは極力一次施設で行う。そしてリスクのレベルに応じて、二次、三次施設が対応する体制を作ることである。さらに、高次から低次施設への逆搬送も積極的に行い高次施設の病床確保を図る。このシステムを実践的に動かすためには、施設間の密接な連携と各施設の医療レベルを維持するために必要な生涯教育体制の確立が重要である。

また、周産期医療施設のオープン病院化構想も推進する必要がある。この構想は先に述べたシステムの有効活用に極めて有用な制度と考えられる。即ち、一次施設の産科医が診ていた妊産婦の救急搬送を行うとともに、搬送先の二次施設で自らも診療に参加して、継続的な患者・医師関係を維持できることになる。また、二次施設にとっても、産科救急を取り扱う場合の医師確保につながるものであり、少ない人材の有効な活用となりうる。地域周産期医療ネットワークが円滑に稼働するためには、地域周産期医療センターへの応分の補助金交付や後方病床管理料の設定等による財政的支援策を積極的に講じる必要がある。

3. ハイリスク妊娠、不育治療に対応する地域医療体制の整備

生殖医療技術の進歩と普及により、不妊に悩む多くの夫婦がその恩恵を受けるようになった。しかし、その一方で、多胎妊娠の増加や高年出産といったハイリスク妊娠の増加にもつながっている。また、糖尿病、心疾患、血液疾患、膠原病等の合併症をもつ女性が、妊娠し出産する機会も増えている。このような女性が妊娠し、無事健児を得ることは、生殖、周産期医療に携わる全ての医療者の願いであり、目的でもある。

この目的の達成のためには、地域の医療機関同士の緊密な連携が不可欠である。かかりつけの医師としての役割を担う一次施設や不妊・不育治療を担う施

設では、妊娠前の女性のもつリスク因子を正しく評価して見極め、高次施設との間に周到な妊娠前コンサルトを行う必要がある。また、妊娠後も引続き高次施設との情報交換を行い、ハイリスク妊婦を高次施設へ適宜スムーズに紹介できるシステムを構築する必要がある。具体的には、医療機関の相互の信頼関係を築くことから始まる。その上で情報ネットワークを構築し、医療情報の交換や教育に役に立てていく。そして、高次の医療機関は、常に地域の医療の現状を振り返る検討会を設け、そこから得られた情報を一次施設へも還元していくことが求められる。

以上のように妊娠前から出生後までの一連の医療に対して、連携体制を築くことで、地域周産期医療の向上を図っていくものである。

4. 産科救急医療供給体制の整備～隣接地域間の連携体制を含めて

平成 18 年に日医総研が行った調査では、病院における夜間の緊急帝王切開実施までにかかる時間は、平均 47.7 分であり、実施開始までに 1 時間以上かかる病院は 5 割近くに及んでいた。施設別にみると総合周産期センターでは 32.8 分であるが、総合病院では 52.9 分である。1 年間の他施設への搬送依頼件数は 1 病院あたり 10.1 件、診療所は 12.1 件であった。病院の 3 割以上は搬送を依頼した 1 軒目の医療機関では受け入れが決定しなかった経験があり、3 軒目以降の医療機関で受け入れ先が決定した病院も 2 割以上あった。診療所においては約 4 割が、搬送を依頼した 1 軒目の医療機関では受け入れ先が決定しなかった経験をもっていた。NICU 搬送の年平均依頼件数は、病院で 4.3 件、診療所で 4.9 件であり、NICU 搬送を依頼した件数が 10 件以上と回答した病院は 13.4%、診療所は 16.4%に上った。搬送の依頼を受けることができなかった理由で最も多かったのは、「NICU 不足」で約 7 割に上り、「満床」も半数以上を占めていた。「小児科医の不足」や「産科医の不足」を挙げた病院も約 2 割あった。

以上のような状況から現在の産科救急医療体制の問題点を列挙すると、産婦人科の問題点：(a)医師不足、(b)施設不足(NICU を含む)、(c)コミュニケーション不足(病院内、病院間、救急隊・病院間)。

システムの問題点：(a)医療機関の機能役割分担の不備、(b)一般救急医療体制と周産期ネットワークがリンクしていない、(c)周産期救急医療体制の地域格差、(d)行政の支援不足(救急搬送コントロールセンターの未整備、産婦人科医師への支援不足、産科救急に対する助成)の不備。

かかりつけの医師がない(妊婦健康診査未受診)などが上げられる。

次に具体的対策であるが、まず必要なことはこの分野に携わる人材の育成である。医学生から始まる卒前の医学教育で、周産期医学の魅力を医学教育に携わる全ての産科医が伝える必要がある。感動的な日々の臨床医学の現場に若い医学生を積極的に引き入れ、その感動を直接感じさせる努力を惜しまない指導者の確保を図らなければならない。そして、ひとりでも多くの若い医師が周産期医療に医療人としてやり甲斐を感じてもらうように導いていかなければならない。また、地域の中では病院間連携を図りながら、地域における施設間での医療上の基本的なコンセンサスを得ながら、それぞれの医学的な知識や医療のレベルを一定に保つ努力も必要である。

以上のような人材の育成の上に地域の救急システムを構築する必要がある。システムの構築においては、リスクの程度に応じた施設の役割分担を明確にすることが大切となる。これには、救急性が解決したハイリスク妊婦や褥婦を逆搬送できる施設間の協力も重要であり、地域の人々の理解を得ることも必要である。このようにハイリスク専用の病床の有効稼働を地域全体で考えるシステムを構築することで、地域内で突然発生する産科救急にも、常時対応できることになる。

定期的に地域中核施設が集まり、地域の周産期医療の現状を見直し、問題点を明らかにすることも忘れてはならない。そして、問題点の対策を地域全体で考え、地域の実情にあった効果的な対策を講じることで周産期ネットワークの充実を図ることに繋がるものと考えられる。

妊婦健康診査未受診の妊婦に対しては、現状の把握とその背景を早急に明らかにしなければならない。その上で財政支援を含めた対策を講じていく必要がある。

5. 脳性麻痺(Cerebral palsy)と無過失補償制度(No Fault Compensation)

(1) 無過失補償制度(NFC)創設の背景

医療は常に侵襲を伴うものである。分娩は母体・胎児双方の健康管理が求められる。患者側からみれば喜びから悲しみへと突き落とされる心境で、その落差が大きいだけに周産期医療はリスクの高い医療である。

脳性麻痺(以下、CP)児は分娩 1,000 に対し 2 例発生するといわれている。CP の原因が不明な症例が多い。CP に係る紛争・訴訟は深刻な問題であり、産科医療から撤退する原因にもなっている。また、医事紛争の心労から産婦人科を敬遠する若き医師・医学生が増加していることも事実である。この 10 年間、分娩数は約 3%、分娩機関は 20% 減少し、地域によっては分娩機関が確保できず住民に不安と不満の声があがっている。国是とする少子化対策に逆行する結果となっている。益々深刻となってきた少子社会を迎え、国は無過失補償制度(NFC)を早急に導入し、安心して分娩できる環境を整備すべきと考える。

日本医師会では、昭和 47 年に「医療事故の法的処理とその基礎理論」のなかで、「医師として過失がないのに不可避免的に生ずる重大被害に対しては、国家的規模での損失補償制度を創設しこれに対する救済を図ること」と提言している。平成 18 年、日医会長諮問「分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度」の検討による強い働きかけで、自民党政務調査会等で「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」が決定された。平成 19 年 2 月日本医療機能評価機構内に「産科医療補償制度運営組織準備室」が設置され、できるだけ早期の制度設立に向けての準備委員会の開催を重ね、本年 1 月に報告書が出された。

(2) 制度の仕組みと流れ(案)(図1)

A: 制度の目的: 通常の妊娠・分娩で脳性麻痺となった場合、患者・家族を速やかに救済する補償の機能と、原因分析・再発防止の機能を 2 本の柱とし、紛争の予防・早期解決と、産科医療の質の向上を図る、ことである。

B: 補償の流れ: 医療機関は本制度の加入を申請し、妊婦と標準約款を確認し、妊婦の登録をし、分娩後は分娩したことを通知し、保険料(分娩一時金

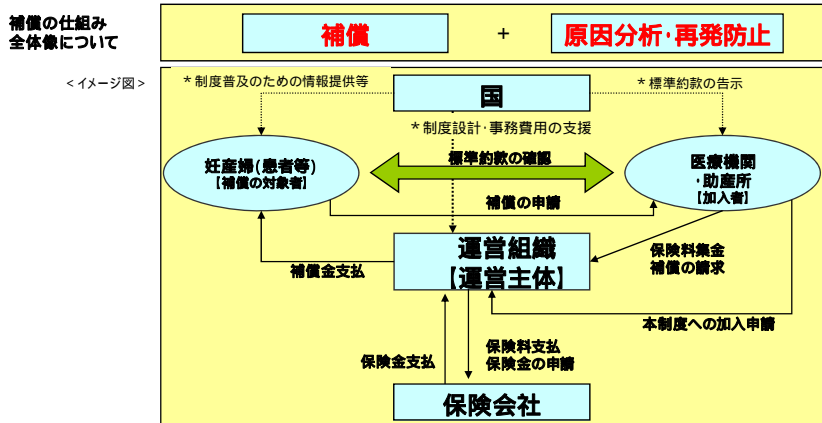
の上乗せにより財源を確保)を運営組織に支払い(銀行口座より自動引き落とし)、運営組織は一括して保険会社に保険料を支払う。脳性麻痺が発生した場合、患者側は小児神経専門医により作成された診断書を分娩機関に提出し、分娩機関は必要な資料を添えて運営組織に補償金の申請をする。運営組織では補償の対象であるか否かを審査し、その結果を保険会社に通知し、補償対象者(通常の妊娠分娩にもかかわらず妊娠週数が33週以降で生下時体重が2,000g以上のCP児)には、運営組織を介して、速やかに補償金が支払われる。一方、事例の調査・分析がなされ、医療上の問題があるか否かが検討され、その結果は医療側にも患者側にも通知される。集積されたデータは医療の質の向上・医療安全対策立案の資料となる。

最後に、この制度が医療側にも患者側にも双方に益するものとなるためには、すべての分娩機関の加入が必要である。

図1 産科医療補償制度の2本の柱

通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合に、患者及びその家族(以下「患者等」)をすみやかに救済する補償の機能と、原因分析・再発防止の機能を2本の柱として併せ持ち、これにより、紛争の予防・早期解決を図るとともに、産科医療の質の向上を図る。

- 産科医療補償制度**
- 妊産婦： 脳性麻痺になった場合補償を受ける
 - 医療機関・助産所： 補償の主体。加入者、保険料を負担
 - 運営組織(機構)： 運営主体。各種事務等
 - 保険会社： 保険商品の提供
 - 国： 標準約款の告示、制度設計・事務費用の支援



・満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備

1. 妊婦健診に関する公費負担の充実

厚生労働省は平成 19 年 1 月、妊娠分娩の安全・安心を確保するために、妊婦健診の公費負担について通知した。分娩まで 14 回ほどの健診がある。しかし、財源も乏しく、そのうちの 5 回を公費負担とするよう都道府県、市町村に求めるものである。平成 19 年 4 月頃より一部の市町村では導入されたが、ほとんどの市町村は平成 20 年 4 月より実施される。平成 17 年現在、わが国の出生数は 1,062,530、新生児死亡率(出生 1,000 対)は 1.4、周産期死亡率(出産 1,000 対)は 4.6、妊産婦死亡率(出産 10 万対)は 5.7 と世界トップの医療を国民に提供している。一方で、早産にともなう低出生体重児が増加、特に超低出生体重児は 50 年間で約 30 倍に激増している。また、高齢妊婦、合併妊娠、多胎妊娠など、ハイリスク妊娠が増加している。未熟性に起因する脳性麻痺等の発症も増加している。妊婦健診未受診者の増加および飛び込み分娩が社会的な問題となっている。従って、妊婦健診を受けやすい環境を整備する必要がある。健診における時期、目的、チェック項目を表 1 に示した。また、公費負担額は実施主体である市町村の財政にもよるが、都道府県内で統一することが望ましい。胎児の well-being、胎盤・頸管長のチェックなど超音波検査が必須となる。公費負担不足分は個人負担となる。

(表 1)

妊婦健診(公費負担)のポイント

回数	健診時期	目的	検査項目	最も重要な事項
1	妊娠8週前後	妊婦の健康状態及び現在の妊娠週数の確認	問診及び診察、血圧、体重測定、尿化学検査、子宮頸癌検診、血液検査(血液型ABO、Rh、不規則抗体)、梅毒、B型肝炎、C型肝炎、グルコース、貧血	超音波検査で、妊娠週数、卵性膜性、妊娠位置を診断
2	妊娠20週前後	胎児の発育状態異常の有無、胎盤の位置の確認	問診及び診察、血圧、体重測定、尿化学検査、血液検査(貧血)	超音波検査で、頸管長(流・早産予防)、奇形、胎児発育、胎盤の位置を診断
3	妊娠24週前後	胎児の発育状態切迫早産の有無子宮頸管の状態の確認	問診及び診察、血圧・体重測定、尿化学検査、血液検査(貧血)	早産の原因はCAM、と頸管無力症である。陰細菌検査、ファグノスエラスターゼ検査さらに、経膈超音波による頸管長の測定が重要
4	妊娠30週前後	胎児の発育状態の確認	問診及び診察、血圧、体重測定、尿化学検査、血液検査(グルコース、貧血)	超音波検査で胎児の発育、胎盤の位置を確認
5	妊娠36週前後	分娩時期・状態を確認	問診及び診察、血圧、体重測定、尿化学検査、血液検査(貧血)	超音波検査と胎児心拍数図NST

2. 未受診妊婦をなくすために

未受診妊婦の定義はない。ここでは、妊婦健診を受けないまま、出産のために突然医療機関を受診する妊婦とする。「かかりつけの医師のない妊婦」とも「飛び込み妊婦」とも呼ばれている。母子保健法で全ての妊婦は母子健康手帳が交付される。また、2回ほどは健診費用の補助を市町村が実施している。しかしながら、未受診妊婦は0.5%ほどいる。しかも年々増加傾向にある。若年者(初産婦、特に未婚者)と40歳以上の頻産婦に多い。自宅あるいは車中分娩が15%を占め、医療機関到着後1時間以内に分娩となる率が40%である。

未受診の理由は日本医科大学多摩永山病院の報告(平成9年～平成18年;34例)では、①経済的理由10例、②妊娠に気づかず7例、③家庭の事情5例、④妊娠に気づくも放置3例、⑤妊娠に対する不安2例、その他7例であった。周産期死亡が12%、低体重出生児35%、特に超低体重出生児が9%、NICU入院が30%、さらに養育施設への入所が12%であった。また、1/3に医療費の未払いがあった。未受診妊婦が出現する背景には、①経済的問題(貧困、保険証なし、児の引き取り困難)、②倫理的問題(踏み倒し、養育拒否)、③教育的問題(妊娠不認識、リスクの過少評価)がある。

未受診妊婦はハイリスクグループである。産科救急が発生したとき、未受診

妊婦の診察を受け入れる医療機関が少なく、診療を拒否され、たらい回し 10 回以上とマスコミ報道が社会的な不安を助長している。マスコミは、妊娠初期からの定期健診が母児の健康を守るために如何に重要か、分娩施設が激減し、定期的に健診を受けている妊婦でさえ受け入れが困難な地域がある状況下に、緊急に割り込み、超低体重出生児を出産し、NICU を占拠する現実や、分娩機関ばかりでなく、一般の妊婦にも多大な影響を与えている現実を、一般社会に報道する必要がある。そして、行政も早急に未受診妊婦の実態を大規模調査し、未受診が発生しないように啓発するとともに経済的支援も検討してほしい。

3. 適正な分娩費用

安全で安心な周産期医療を提供するためには、それなりの費用が必要である。適正な分娩費用についてはあまり論じられてこなかった。特に、従来、国公立病院での分娩費は低く抑えられてきた。それに伴い周辺の分娩機関(主に開業；40 万円程度)も安い分娩費を余儀なくされてきた。

分娩費用は疾患が無い限り原則自費である。地域の物価、医療機関の設備とスタンス(アメニティー、食事、サービス等)によって分娩費用は異なる。安心で安全な医療を提供するための設備・人材確保などのコストも必要である。また、保険料に相当な費用もかかる。「分娩・入院に必要な費用」については日本産婦人科医会や日医総研の試算が報告されている。

日本産婦人科医会の試算(平成 15 年)では、出産費用(40 万円)、妊娠中健康診査費用(16 万 2,500 円)、指導費用(2 万円)さらに、出産の安全確保と快適性のための費用を加算すると、正常な妊娠分娩では約 69 万円となる。

平成 11 年度の日本産婦人科医会の調査をもとに、平成 12 年に日医総研は試算(最多値 48 万 7,000 円、最高値 93 万 720 円)を報告している。また、保険者から支給される出産一時金は平均 30 万円(現在は 35 万円)である。分娩費用は地域、医療機関によって異なる。従来、国公立病院では補助金が支給されることから比較的安価であった。これが地域の分娩料の基準となり、私的医療機関(補助無し)への圧迫となっていた。まずは国公立病院の分娩費の適正化が必要

となる。公的医療機関勤務産科医の労働環境および給与は劣悪である。多くの公的病院は周産期医療システムでは二次・三次医療を担っているが、二次が機能しないことにより、三次に中等度リスクの症例が集中するばかりでなく、分娩機関の減少に伴うローリスク妊娠も多くなり機能麻痺を起し、周産期医療システムが崩壊してきている。二次・三次を維持するための方策として、分娩費の適正化と勤務医の労働に相応な給与を保障する必要がある。また、産科医療における無過失補償制度が創設されようとしているが、その原資は保険料として分娩機関が支払うこととなる。分娩費適正化に伴う費用の上昇分は妊婦が負担するのではなく、分娩一時金の上乗せあるいは国が補償することが望ましい。また、医療機関に対して分娩費用未払いの補償が必要である。

4. 若年者における人工妊娠中絶の回避と妊婦への支援

女性のライフスタイルが変化した現在は、次の世代を健やかに産み育て、生涯を通じて健全な生活を送るために、必ずしも最適な社会とは言えない。特に、生活基盤の不安定な若年者にとっては深刻な問題である。若年(19歳以下)妊婦の分娩数は平成17年16,573と全分娩数の1.6%であり、出生率は5.2(全年齢出生率38.8)である。また、人工妊娠中絶する若年者も多く、平成17年では30,119件(総数は289,127で11%)と分娩数の約2倍である。平成14年以降は減少してきており、減少してきた要因は、性教育、とりわけ避妊教育の効果が少してきたと思われるが、避妊をしていたとの回答が22%、避妊せずが78%であり、避妊法はコンドームが93.5%、ピルは1%、その他であった。安全で安心な低用量ピルの普及は、はかばかしくない。避妊教育は益々重要である。

わが国の若年者の出生率は諸外国に比べると低いのが特徴的である。社会福祉制度の整った欧米では若年者の出生率は高く、アメリカ43.7、フランス8.1、イタリア7.1、オーストラリア16.1である。このことは、わが国では若年妊婦が安心して出産育児ができる環境が整っていないことを示唆している。

そこで、茨城県産婦人科医会の調査報告を分析し、若年妊婦の心理的、社会的問題、特に母子をめぐる生活環境を明確化し、その対策(支援)を考えたい。

A：社会的特徴： 経済的基盤が弱い(66%は収入がほとんどない)、 最終学歴が低い(中学卒 50%、高校または高校卒 46%)、 未婚者が多い(42%)、複雑な家庭環境(母子・父子家庭が 18%)である。従って、社会的にも経済的にも自立できないカップルが多い。

B：医学的な問題： 骨盤などの医学的な問題は、16 歳以上ではない。 人工妊娠中絶が多い。人工妊娠中絶数は 30,119(総数 289,127)である。 妊娠分娩異常も全分娩に比べ有意に高いとは言えない。 初診時の遅れが多い(妊娠 12 週以降に受診しているものが 39%である)。 性感染症、特にクラミジア感染が多い。

C：母性意識の特徴： 母性意識が低い(子どもを褒めたり抱いたりすることが苦手、養育態度や育児行動が未熟)、 出生した児には高率(14.5%)にう蝕(むし歯)が多い。

これらの特徴を踏まえ、若年妊婦への支援を考えると

A：母性意識の教育：若年妊婦には、医療関係者、福祉関係者(行政)、学校関係者、家族らが一体となって取り組むべきである。倫理面のみで性教育を行うことは効果が薄い。正しい教育に妊娠、避妊、性感染症についての知識を提供することが大切である。

B：若年妊婦教室の開設：教室では、 母親としての自覚と健全な家庭づくりへの意欲を深める、 グループワークによる交流と相互啓発を深める、 育児、家族計画の知識と理解を深める、 ことを目標におき、父親・家族の参加も促すことが重要である。

C：医学的な対応： 妊娠の定期健診を受け、各種の母親学級、妊婦育児グループに参加するよう奨める、 妊娠中は分娩育児のイメージ化を促進し、母性意識の高揚を図り、継続的に実施する、 家族への援助としては、妊婦の現状と将来の可能性を説明し、安定感のある家庭を維持するように働きかける。妊娠中から地域との連携が必要である。

D：社会体制の確立：情報や医療福祉サービスが気軽に受けられる体制を整備

する必要がある。出産休暇の保証、学業の継続が可能な教育体制、若年カップル家庭への育児手当、保育所・託児所の整備など、特に社会福祉対策が重要である。保育に欠ける家庭への対策も重要である。

5. 就労妊婦の支援

「母子保健の主なる統計 2006」から平成 15 年度の摘出第 1 子の母（10,703 人）の就業変化パターンをみると、就業継続(1,811 人；17%)、一時離職(995 人；9%)、出産前離職(4,153 人；39%)、出産後離職(676 人；6%)、無職継続(2,389 人；22%)、就業開始(220 人；2%)、不明(459 人；4%)である。すなわち、不明を除くと、第 1 子妊娠中に就労している妊婦が 71%である。このことは、就労妊婦の支援の必要性を示唆している。

妊婦の就労環境の整備、労働時間の短縮、給与の保障等の支援、さらに、児を持つ妊婦は離職者が多いだけに、さらなる支援が必要である。

- A：就労環境の整備：母児の健康を害する恐れがある職場(例えば、有機溶媒、騒音、照明、室温、など)から負担の少ない職場への配置転換が必要である。
- B：労働時間の短縮：就業開始・終了時刻、休憩時刻の取り方などを考慮する。
- C：給与の保障：就業時間の短縮に伴う賃金減少はやむを得ない。雇用者に給与支払い義務を課すことができないので、社会で保障する必要がある。

妊婦の就労環境の整備、労働時間の短縮に関して、「母性健康管理指導基準」は勤労婦人福祉法の規定に基づいて昭和 48 年に策定され、社会情勢の変化とともに内容が改定され、平成 10 年 4 月から省令・指針として施行された。症状(10 疾患)別に指針が示されている。つまり、妊娠悪阻、妊娠貧血、子宮内胎児発育遅延、切迫流産、切迫早産、妊娠中の浮腫・蛋白尿・高血圧、妊娠前から持っている病気、妊娠中にかかりやすい病気、多胎妊娠の 10 疾患である。「母性健康管理指導事項連絡カード」があり、担当医は雇用主に対して、健康診査及び保健指導の結果、疾患別に標準的指導事項(例えば、勤務時間の短縮、負担の多い作業の軽減、休業等)、措置期間、その他の措置指導(妊娠中の通勤緩和、休憩に関する措置)などをカードに記載し、妊婦は指導事項を

守るための措置申請書を事業主に提出する。しかし、この制度はあまり周知されてなく利用者は少ない。また、妊婦健康診査(一部公費負担)と連携していることが重要である。

また、子育て中の妊婦のために、居住地域に公的・私的託児所、保育所、病児預かり施設などの設置と施設への行政からの経済的支援が必要である。

最後に、男女共同参画社会の実現を目指しているわが国において、子育ては女性の仕事であるとの認識が男性に多い。特に、就業妊婦の肉体的・精神的負担は大きく、負担軽減のために男性・社会の意識改革が必要であろう。

・子どもが育ちやすい医療環境の充実

1. 乳幼児・小児医療費助成制度の拡充と地域格差の撤廃

(1) 乳幼児・小児医療費助成制度について

乳幼児・小児医療費助成制度とは、乳幼児・小児が保険診療を受けることにより発生する一部負担金の一部、または全部を、公費により補填する制度で、実施主体は都道府県や市町村などの自治体である。

(2) 都道府県における乳幼児・小児医療費助成制度の適用状況

この制度の都道府県レベルでの実施状況(平成19年9月1日現在)を、兵庫県小児科医会が外来診療について調査した結果を参考にして、全国的にその現状を概観してみる。

1) 対象年齢の上限について

本会会長諮問に対する本委員会からの答申(平成18年3月)によれば、平成14年及び17年の調査結果では、未就学までを上限とする都道府県数は、それぞれ5(10.6%)及び12(25.5%)であったが、今回の平成19年の結果では20(42.5%)に増加している。しかも今回は、小学3年を上限とした県が2県(4.3%)見られた(表1)。

2) 所得制限の有無について

平成14年、17年に所得制限「あり」の自治体数は、それぞれ23(48.9%)、25(53.2%)であったが、平成19年では27(57.4%)となっており、僅かに増加してきている(表2)。

所得制限を設定するために準拠・準用されている法律等の種類別に都道府県数を集計すると表3のようになる。児童手当法が18(66.7%)で最も多い。

3) 自己負担金について

平成19年については、保険薬局での自己負担についてもまとめてみた(表4)。まず医療機関については、「上限あり」の都道府県数は、平成14年及び17年では、それぞれ21(44.7%)及び26(55.3%)であったが、今回の調査結果では、

28(59.6%)と増加している。「上限なし」では著変は認められない。自己負担「なし」の自治体数は当然減少してきており、平成14年及び17年ではそれぞれ22(46.8%)及び18(38.3%)であったが、平成19年では17(36.2%)となっている。

次いで保険薬局についてみると、今回の調査では自己負担「なし」の都道府県数が32(68.1%)となっており、半数以上の都道府県では保険薬局での自己負担は無い。

4) 助成方法

平成14年及び17年では、現物給付実施の自治体数は、それぞれ23(48.9%)及び21(44.7%)であり、平成19年では25(53.2%)となっている。償還払いについては平成14年及び17年で、それぞれ16(34.0%)及び15(31.9%)であり、平成19年では16(34.0%)となっており、あまり大きな変化は認められない(表5)。

5) 自己負担金額の決め方について

詳細な調査結果は省略するが、都道府県により、自己負担金額の決め方には著しい多様性がある。例えば、月当たりで一定総額や一定額×回数としたり、1日当たり一定額と定めたり、1レセプト当たり月に一定額としたりで、実にまちまちである。従って負担総額でも自治体間の格差が目立っている。

(3) 乳幼児・小児医療費助成制度の今後のあり方

「子ども支援日本医師会宣言」の中で、乳幼児医療費助成制度の拡充があげられており、「グランドデザイン2007」の各論編では、それを具現化すべきであるとされている。

現状のままでは、乳幼児・小児医療費助成制度における自己負担の対象年齢、負担金額、所得制限などについては、自治体ごとにより大きな格差が認められる。従って国はこの制度のために予算を増額したりして、居住地による自己負担の格差を無くし、国内のいずれの地域においても、負担の無い、あるいは一定のごく軽い負担での受診が可能となるような施策を講ずるべきである。

また、保険薬局においては、今回の調査結果によると、約3割の自治体で自己負担金額が定められている。院内処方医療機関受診を希望しても、近くに院外処方医療機関しかない場合など、親たちにとっては、より多くの負担を強いられることになる。保険薬局での自己負担をゼロにすれば、このような負担感や不公平感が解消されるはずである。

子育て中の世帯の所得は、一般的には低いので、この制度の拡充は早急に実現すべきである。それが、わが国における少子化阻止のための方策の中で、大きな柱の一つになるものと思われる。

表1 対象年齢の上限

対象年齢の上限	都道府県数(%)
小学3年	2 (4.3)
6歳、未就学	20 (42.5)
5歳	2 (4.3)
4歳	4 (8.5)
3歳	5 (10.6)
2歳	14 (29.8)
1歳	0
0歳	0
計	47 (100.0)

表2 所得制限の有無

所得制限の有無	都道府県数(%)
あり	27 (57.4)
なし	20 (42.6)

表3 所得制限設定のための法律等の種類

法律等の名称	都道府県数(%)
児童手当法	18 (66.7)
児童扶養手当法	4 (14.8)
児童福祉手当法	2 (7.4)
老齢福祉年金	2 (7.4)
市町村民税所得割	1 (3.7)
計	27 (100.0)

表4 自己負担の有無

自己負担の有無		都道府県数(%)	
		医療機関	保険薬局
あり	上限あり(注1)	28 (59.6)	11 (23.4)
	上限なし(注2)	2 (4.3)	4 (8.5)
なし(注3)		17 (36.2)	32 (68.1)
計		47 (100.0)	47 (100.0)

注1：医療機関と保険薬局との双方で限度を設定している9県を含む。

注2：対象年齢区分の一部で「負担なし」の県を含む。

注3：医療機関と保険薬局との双方で自己負担が決められているが、

実際には県内の全市町村が負担するため、「なし」とした1県を含む。

表5 助成方法

助成方法	都道府県数(%)
現物給付	25 (53.2)
償還払い	16 (34.0)
併 施	5 (10.6)
特別の定めなし	1 (2.1)
計	47 (100.0)

2. 予防接種に関する体制、制度の充実と接種率の向上

(1) 予防接種率の向上

わが国の予防接種体制は、学校におけるインフルエンザ集団接種による健康被害の多発などにより、平成7年度よりポリオとBCG以外は個別接種に切り替えられた。

その後、集団接種以外の定期予防接種は、麻しんなど一部を除き、接種率が低下したままである。接種率を社会的な防御効果が得られるもの(麻しんは95%、風しんは85%など)とするために市民の理解を得る努力は、本来は国が行うことである。それを現場の医師が行うには、かなり多くの労力と宣伝活動を必要とし、現場では非常に消耗している。

接種率向上のために、市町村からの問診票送付だけでなく、小児科受診時に適当と判断されれば接種できるシステムを作ることも必要である。日本医師会と日本小児科医会で実施している予防接種週間が、広く市民に認知されるための努力も必要となる。

(2) 予防接種体制と制度の充実

平成19年春に高校、大学で麻しんの流行があり、大学が休講せざるを得ない状況になったことは記憶に新しい。この原因としては、麻しんワクチン未接種者が多くいた、接種を受けたが免疫がつかなかった(primary vaccine failure)、接種を受けて免疫はついたが、その後に免疫力が低下した(secondary vaccine failure)、などが考えられる。

これらの現象を防ぐために、麻しんワクチン2回接種が必要なことは以前か

ら指摘されており、諸外国では2回から3回接種をしているのに、わが国では1回のみ接種が続けられていた。平成18年度から麻しん・風しん混合(MR)ワクチン2回接種となったが、同年度に小学校に入学した学童以上は1回接種のみであり、数年後には再度、麻しんの流行が予測されるため、急遽、中学1年と高校3年を対象に5年間にわたってMRワクチン接種が実施されることになった。実際に今回の麻しん流行で罹患した大学生と成人の約半数は、呼吸器症状の強さのために入院したと聞く。これでは医療費が嵩むばかりとなる。

今後問題となるのは、風しんワクチンを1歳で接種するようになった平成7年時に学童となっていた小児がそろそろ20歳代になり、ここで風しんの流行があれば、先天性風疹症候群が多発することになる。妊娠可能年齢になる前に風しんワクチン追加接種が望まれ、この際はMRワクチン接種により麻しんの抗体も上昇させておく必要があるだろう。

予防接種の接種時期や接種間隔についても、1日違いで法的な基準から除外される、などの実情を無視した基準で運用されている。

さらに、ワクチンの種類にしても、諸外国では一般的な単品ワクチンや多種混合ワクチンも、アジアで実施していないのは日本と、他に1国だけという貧困さである。

予防接種実施施策に関しても、現場から見るとあまりに場当たりので、これから新しいワクチンの開発や実施について、どのように展開させようとするのか、先が見えない。

日本にも、米国の「予防接種実施に関する諮問委員会」(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)に類する組織を国の機関として厚生労働省の外に置いて、これからの子ども達に国際水準の予防接種を実施すべきである。そこには厚生労働省、日本医師会、現場の小児科医、大学や国立感染症研究所など研究機関、ワクチン製造会社、市民などから委員を選出し、オブザーバーとして予防接種による健康被害への賠償を担当する保険会社の参加も加えて、公開で定期的に関催する機関を早急に設置し、現実的な予防接種体制のあり方を検討するとともに、これからの予防接種事業実施に関する長期展望を検討す

べきである。また、予防接種に不可避である健康被害も含めての啓発、住民の予防接種に対する認識の変革が必要である。

3. 慢性、難治性疾患治療と公費負担制度の充実

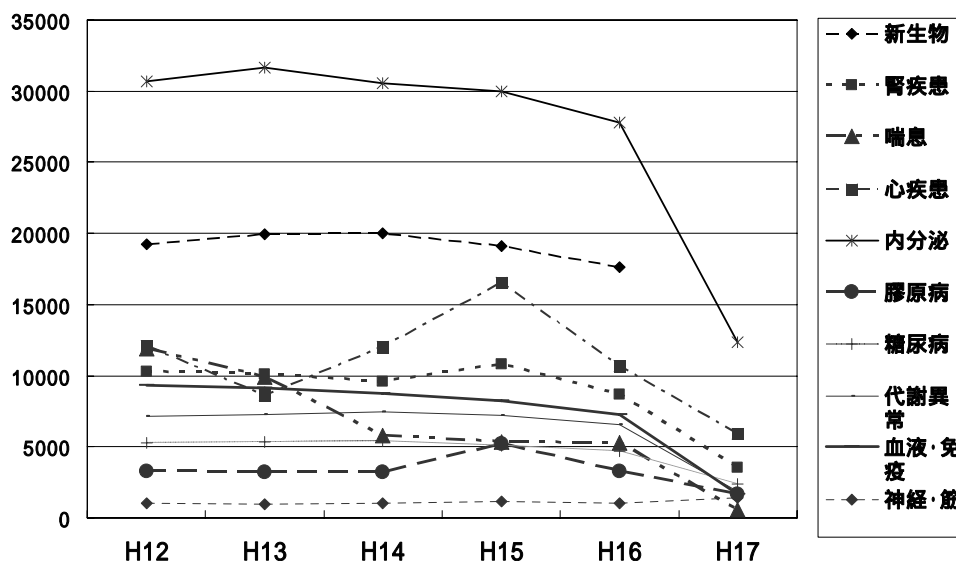
昭和 49 年以来実施されてきた小児慢性特定疾患治療研究事業が、平成 17 年 4 月に改訂された。この改訂において、疾患群の追加、外来への拡大ならびに対象年齢の拡大があったことは評価されるが、改訂の主旨は拡大する公費負担額を抑制することであり、その最大の改訂点は対象を重症者に絞ったことで、結果的には従来対象となっていた患者の多くが受給資格を失った。また、入院では 0 ～ 11,500 円/月、外来(通院)では 0 ～ 5,700 円/月という一部負担金が導入されたことも、家族の負担増になっている。

国立成育医療センター成育政策科学研究部の調査による本事業の登録患者数対象者の年次推移を図に示したが、平成 17 年 4 月の改訂後は、神経筋疾患を除き全疾患群において登録数は著しく減少している。この原因は各疾患毎の認定基準の定め方に起因している。例えば、小児慢性疾患の代表的疾患であるネフローゼ症候群では、半年間で 3 回以上再発した場合とか、気管支喘息では 3 か月に 3 回以上の大発作がある場合など、昨今の治療管理下では現実的でない縛りがある。すなわち、適切な治療管理の継続でコントロール良好な患者は自己負担を強いられ、患者が病気や治療の意義をきちんと理解して、患者自身が治療に積極的に参加するアドヒアランスが悪いなどの理由で症状コントロールが悪い患者は、公費負担が得られるという矛盾を生じている。また、認定基準に適合しないが疾病の改善、予後を考えると長期入院して学校教育を継続することが治療管理上望ましいと判断される患者が、自己負担が困難なため断念せざるを得ない状況も生じている。このような状況は、対象疾病以外でも、長期入院による対応が効果的であることが実証されている心身症に起因する不登校や高度肥満などにおいても同様である。

幼児医療費助成の地域格差対策の重要性に鑑み、当面就学前に拡大する努力が払われてはいるが、学童期以後の慢性疾患患者はこの医療費助成の

対象から外れるので、小児慢性疾患に対するこの事業による支援が期待されるところである。将来の担い手である子どもの健康回復・維持に対する投資は、当面の医療費抑制に惑わされず、将来の費用対効果等も見据えて充実されることを要望するものである。

小児慢性特定疾患治療研究事業の全国登録人数



(国立成育医療センター成育政策科学研究部資料より改変)

4. 入院医療における医療保育士(病棟保育士)配置の促進

(1) 医療保育士(病棟保育士)とは

小児医療において子どもの発達支援、日常生活支援、家族支援を主な業務とし、医療の場に医療職ではない、子どものための職業として位置づける保育の専門職を医療保育士(病棟保育士)という。

子どもに愛情を注ぐことのできる母親あるいはそれに代わる人の存在がない場合、子どもは、肉体・精神両面での発育に問題が生じやすいことが知られている。

1920年代から1930年代にかけてアメリカの小児病院で、入院中の乳幼児のために母親看護制度が導入された。いわゆるテンダー・ラビング・ケア(やさしい、愛情のこもった世話)の始まりである。わが国では、1954年(昭和29年)

聖路加病院で初めて小児病棟保育士が採用された。その後、少子化対策が論じられる中、2001年(平成13年)になって、ようやく診療報酬改定で、医療保育士が医療の場に必要であると認められた。

(2) 医療保育士の役割

子どもたちが病院に入院することで起こる突然の環境の変化や苦痛に対し、安らぎと楽しみを与え、日常と変わらない子どもらしい生活ができるよう支援することである。特に最近の高度化・煩雑化した小児医療・看護と協働する役割は、非常に大きいものになっている。また、検査や処置のためのプレパレーション(心の準備)もこれからの重要な業務として担っていく必要がある。

(3) 医療保育士配置促進の必要性

子どもたちが子どもらしい生活を維持し、かつ治療に積極的に参加できるようにするためには、医師、看護師、医療保育士が緊密な連携の下、対等に意見交換しながら、子どもたちの療養環境の改善のために努力していく必要がある。わが国の医療保育士もイギリスのHPS(Hospital Play Specialist)やアメリカのCLS(Child Life Specialist)などのように公的資格を持つことで、その地位を明確にし、さらに小児医療の現場で、重要な役割を担っていくべきだと考える。

．子育てに関する社会環境の整備

1．病児・病後児保育体制の充実～入院施設のデイケア体制も含む

本事業は展開されてすでに久しい。しかし、整備目標達成度は45.9%(平成18年度)と低調である。これは開設者が努力を上回る経営困難に直面していることを示唆する数値と読み取れる。そこで、国は保育所自園型を新たに示し、本年度、1,307箇所開設を目指している。実施要綱では病児緊急対応の拡充を示し、実施場所は保育所の医務室など既存のスペース、配置すべき職員は既に保育所に配置されている看護師、保健師等を活用できることとし、これまでの実施要綱に比べ要件が緩和された。しかし、規制緩和と安全確保には相矛盾する部分も少なくない。本件を協議した際、事故発生時の賠償責任に懸念が示され、「市町村に対し契約事務などの手続きで周知を図る」との一項が加えられた。新たな事業展開には地域医師会との緊密な連携が必要なことは当然のことである。地域医師会の理解と協力が重要である。

一方、入院施設でのデイケア体制については、病院小児科は病棟の稼働率の点で、季節変動が大きく、これが病院経営上での恒常的なマイナス要因にもなっている。この病棟閑散期に周年でない季節的デイケアとしての病児保育事業ができると、利用者、医療機関両者のメリットは大きい。国に要件緩和の検討を要望したい。

本事業は以前の補助金からソフト交付金に変わったことで地域格差は広がった。隅々まで届く支援を目指し地域医師会共々「すみずみ子育てサポート事業」を行政が応援し展開中の県もある一方で、消極的になっている県も少なくない。

既に定着している介護保険デイケアの運営と本事業を比べると、交付金を含む諸条件の開きは大きい。少子高齢化の名の下で同列に聞こえても、高齢者と子どもへの処遇には大きな隔たりがある。国は老若間に格差のない財政的支援を行う必要がある。

本事業はその基本的理念に示された如く、現状の労働・雇用環境の中で、やむをえず展開されている次善の策である。大人社会はこどもの犠牲の上に成り

立つものであってはならない。少子化対策を展望した時、長年懸案になっている、親が何時でも病児を看病できる環境を整えることができるようになれば、停滞している少子化対策の歯車が一斉に動き始め、少産、混雑する小児救急、子ども達のこころの問題までもが一挙に、解決に向って動き出すであろう。世論の喚起を促したい。

2. 子育てサークルや NPO などとの積極的連携

「子育てサロン」、「子育てサークル」、「子育てひろば」などという名称で子育て支援の活動が市民レベルで行われている。

インターネットで「子育てサークル」、「子育てサロン」を検索すれば数百万件がヒットし、その実数は把握しきれないほどである。

これらの多くは、地域の子育て中の(特に未就園の乳幼児の)保護者の自主的な集まりで情報交換や親子の交流を目的にしており、地域の中の当事者が草の根的に活動しているのが大きな特徴である。

つまり、多くは孤独な子育て、不慣れな子育て、溢れる育児情報の中で混迷する親たちのニーズに応えるというもので“親への支援”という今日的意義は大きい。

しかし、現在の子どもたちの状況を見ると愛着障害、体力低下、さまざまな心の問題、生活習慣病等々、乳幼児期から思春期にいたる子ども期全般にわたって心身ともに育ちの問題を抱えている。

すなわち、もうひとつ大事なことは子どもの育ちそのものを直接的に保障する社会的な仕組みが必要である。

これからの子育て支援には、常に子どもの権利条約に照らし合わせ、子どもに最善の利益をもたらす、子どもの発達保障という子どもそのものへの支援が不可欠なのである。

こうしたことを意識し、組織されているのが子ども支援 NPO である。例えば、18 歳未満の子どもの声を電話で受け止め子どもの心の居場所になっている“チャイルドライン”や、生活習慣を根底から崩している子どものメディア漬

けの問題に取り組んでいる“NPO子どもとメディア”などがその典型である。

教育学、社会学、心理学、医学など多方面の専門家たちが加わって“子どもの発達保障”という視点での活動を活発に展開させており、社会的意義は大きい。

子育ては私的な営みではあるが、次世代を育てるという社会的な営みでもあり、この“新しい公共”とも呼べるNPOによる子ども支援には大きな期待ができると考える。

各地で医療活動に取り組む医師会および医師もこうした状況を踏まえて、専門家としての知識や技術を活かし子育てサークルや子ども支援NPOなどを通じた子ども支援活動にリーダーシップを発揮し、同時に自らもそれに取り組むなどの新たな活動をすべき時代となってきた。

日本の未来のために次世代の育ちを保障する具体的で新たな活動が私たち医師にも期待されている。

3. 児童虐待の早期発見・予防に関する地域体制の充実

地域における児童虐待の早期発見は虐待の早期発見のみではなく、虐待を行う危険性がある要支援家庭を早期に発見し虐待が起こらないように予防することにある。

(1) 児童虐待の早期発見と対応

虐待の情報は地域の住民(民生委員、民生児童委員など)、保育所、幼稚園、診療所、学校、家庭訪問した保健師などから得られることが多い。的確な情報を得るためには関係機関や住民に虐待が疑われる症状や身体所見と通告方法を日頃から熟知させて置くことが重要である。

虐待の対応システムに関しては全国各地に地域の特性に応じた様々なシステムが構築されている(加藤曜子編集：市町村虐待防止ネットワーク。日本加除出版、2005)。全国市町村連合会の調査(市町村保健活動調査結果抜粋平成19年3月末調べ、平成19年10月)によると児童虐待(予防)ネットワークがあると回答

した市町村は 1,151 市町村で全体の 78.2%である。ブロック別では東海・北陸・近畿ブロックで 88.4%があると回答したのに対し、九州ブロックでは 68.8%と地域により差が見られた。人口規模別では、保健所を設置している政令都市が 96.9%であるのに対し、人口 5 千以下では 51.7%と低値であった。今後地域体制を充実するためには、地域によるネットワーク格差をなくすことと、人口 5 千未満の市町村におけるネットワークシステムの構築が課題であろう。さらに通報されるような家庭は容易に転居を反復することが多いので、地域のみでなく広域の市町村間の情報ネットワークの構築も必要である。なお、ネットワーク会議のメンバーは市町村保健部局 93.7%、市町村の福祉部局 91.6%、児童相談所 86.4%、民生委員 78.6%であるのに対し、医師・医師会は 44%であった。今後、会議メンバーとして医師並びに医師会が積極的に参加する姿勢が要求されるであろう。

(2) 要支援家庭の早期発見と虐待の予防

児童虐待が社会的に問題となり「児童虐待防止法」が施行され、児童相談所の充実や地域におけるネットワーク作りが全国規模で推進されているのに対し、要支援家庭の発見と防止のための支援システム作りは虐待ネットワークと乳幼児健診システムの狭間にあり、構築が遅れているのが現状である。その理由として市町村職員の人手不足、他の業務との兼務が多く十分に手が回らない、財政難などが挙げられている。結局、地域における子どもの健全育成に関することは身近な市町村に任せるといふ、政府の方針のしわ寄せが来ているためとも考えられる。実際の虐待件数と比較して要支援家庭の件数は定義にもよるが数倍はあると予測される。虐待防止のためには一例、一例のきめ細かい対応が必要であるので虐待より数倍の人手が必要である。このことが虐待と要支援家庭が同一システムで対応できない理由である。現在、虐待は児童相談所、要支援家庭は市町村の役割となっている。総ての点より同一システムにした方が遥かに効率的である。人員確保のための財源を市町村に賦与することがシステム充実のための条件であろう。

要支援家庭の発見時期としては次の時期が考えられる。

母子手帳交付時：事務員ではなく保健師などの専門職が対応し、例えば「妊娠おめでとう、嬉しい」、「赤ちゃんを産むことについて何か心配なことはないですか」などの会話より要支援が必要かどうかを判断する。

周産期：医師よりは助産師、看護師、職員が気づくことが多い。医師の役割は「周産期における要支援家庭の発見は、虐待を防止する上で、非常に大切なことなので、なにか気づいたことがあれば、師長か医師に直ちに知らせるように」と日頃から職員に徹底させて置くことと、連絡方法を市町村と前もって相談し決めておくことが必要である。親に話すときは「子育てが大変なようなので、私たちと市町村の保健師達と一緒に赤ちゃんを育てたい、そのために連絡してよいでしょうか」と了解を得る。心配だからそばに居たい、ただ親の気持ちを聞くようにする、いわゆる「傾聴ボランティア」の心構えである。これで許可が得られたら新生児訪問などを行い、支援体制を構築する。

3か月児健診：未受診者の確認を電話ではなく、できる限り家庭訪問により行う。

こんにちは赤ちゃん事業(生後4か月までの全戸訪問事業)：国において、平成19年度よりスタート。各市町村において、それぞれ取り組んでいる。

その他：地域住民や民生委員、保育所などの情報がある。常日頃から要支援家庭について、これらの人々と話し合い、なにかあったら遠慮なく連絡するようにと話しておく。そのときに通報者は安全が保護されていることと、守秘義務についても話す。

4. 子どもの権利条約に基づく環境整備

「子どもの権利条約」は、18歳未満のすべての人の保護と基本的人権の尊重を促進することを目的として、1989年(平成元年)秋の国連総会において全会一致で採択された。日本は、1990年(平成2年)9月21日にこの条約に署名し、1994年(平成6年)4月22日に批准し158番目の締約国となった。

また、2004年(平成16年)8月2日、日本が「武力紛争における児童の関与

に関する児童の権利に関する条約の選択議定書」を批准し、75 番目の締約国となった。

さらに、2005 年(平成 17 年)1 月 24 日には、日本が「児童の売買、児童買春及び児童ポルノに関する児童の権利に関する条約の選択議定書」を批准し、90 番目の締約国となった。

この条約は、今なお世界中に貧困、飢餓、武力紛争、虐待、性的搾取といった困難な状況におかれている児童がいるという現実に向け、児童の権利を国際的に保障、促進するため、国連人権委員会の下に設置された作業部会において、多くの国連加盟国政府、国連機関等が参加し、10 年間にわたって行われた審議の成果である。

この条約の内容は、特定の国の文化や法制度を偏重することなく、先進国であれ、開発途上国であれ、すべての国に受け入れられるべき「子どもの基本的人権の保障」を目指している。

前文と本文 54 条からなり、子どもの生存、発達、保護、参加という包括的な権利を子どもに保障したものとなっている。また子ども向けに条文をやさしく記述したものもあり、子どもにも理解しやすくなっている。

以下、子ども向けの記述より権利の基本を示す。

生きる権利

防げる病気などで命を奪われないこと。病気やけがをしたら治療を受けられることなど。

育つ権利

教育を受け、休んだり遊んだりできること。考えや信じることの自由が守られ、自分らしく育つことができることなど。

守られる権利

あらゆる種類の虐待や搾取などから守られること。障害のある子どもや少数民族の子どもなどは特別に守られることなど。

参加する権利

自由に意見を表したり、集まってグループを作ったり自由な活動を行ったりできることなど。

日本は批准の日時をみれば、子どもに対する対応はいかに消極的かがわかる。また市民との意見交換会の記録を見ると、市民側からこのような条約は破棄すべきなどという暴論も出されており、如何に子どもの権利を守ることが市民権を得ていないか物語っている。子育てし易い環境整備のためには、医療や教育への投資をもっと増やすべきである。本来なら北欧型に準じた高負担・高福祉の社会が望ましいと思われるが、政府への信頼がゆらいでいる今日では高負担・低福祉となりかねないため、中負担・中福祉が妥当なのかもしれない。

予防接種一つとってみてもとても先進国とはいえない消極的な接種状況で、子育てに関する社会環境の整備は遅れており、防げる病気などで命を奪われな
いたための積極的な施策への転換が必要である。

・障害児への支援

1. 小児の在宅医療体制の充実

平成 15 年 4 月に導入された支援費制度は、財源確保の困難性と地域格差により存続不能となり、平成 18 年 4 月から身体障害、知的障害、精神障害を一元化した障害者自立支援法とし施行開始となった。障害者も含めて「互いに支え合う」ことを前提として、応益負担により財源確保を図るこの制度では、財源の 1/2 を国が負担し、障害程度により定められたサービス費用の 1 割と、他に食費、光熱水量の実費負担が必要であり、20 歳未満で障害年金が支給されない年令では、保護者がこれを担うことになる。

重度障害児(者)が、医療を容易に受けられるために重度障害者(児)医療助成制度(マル障)があり、健康保険自己負担額の一部が助成される。この制度は居住する市町村により対象者や所得制限等に関する規定が異なり、居住地による助成の格差是正が必要である。また、入院に際し個室管理が適していても、健康保険で適応外である差額ベッド代はマル障でも適応外となり、病衣の貸し出し料等も適応外となるなど、在宅障害児の保護者負担は決して軽くなく、重度障害者の一般病棟入院に対する優遇措置を考える必要がある。さらに重要なのは、医療的ケアを要する重症児(者)を受け入れることできる施設が少ない上に、重症児(者)の外科的疾患、循環器疾患、透析等に対応可能な施設はさらに限定されるため、医療機関の受け入れ体制の整備が望まれる。

新生児医療を遂行している施設の小児病棟においては、人工呼吸器管理や重度重複障害のために退院の目処がたたないままに、長期間入院する超重症児が蓄積される傾向がある。その受皿になる医療的対応が可能な施設は極めて少数で、すでに多くの超重症児が入所しており、ハード、ソフト面の機能を強化しないと受け入れが困難な状況にある。市中の中核、センター病院の機能を害なわないようにするには、医療対応が充実した重症児施設の人的配置と機器設備を強化し、医療・福祉両面のサービスと医療事故安全対策の充実が必要である。かかる療養病床の診療報酬・介護報酬の

見直しが必要である。

2. 特別支援教育への協力と医療的ケアの充実

平成 19 年 4 月 1 日から、障害のある児童生徒一人一人に対してニーズに応じた指導・支援体制を整備することを目的に、特別支援教育が開始された。これに伴い、通常学級における障害のある児童生徒への対応、ことに自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害に対する通級指導が新たな役割となった。盲・聾・(病弱)養護は、特別支援学校として一本化されたが、病弱は従来より医療機関と併設の形態がとられており入院児童・生徒の対応が主であったが、昨今では通学生へ拡大がなされている。

こうした状況の変化と疾病構造の変化により、特別支援学校ならびに通常学級における発達障害、知的障害、肢体不自由、病弱児への対応は、益々重要になった。教育側は各小・中学校にコーディネーターを中心に校内委員会を組織し強化を図っているが、専門医による指導・相談体制が脆弱であり、連携強化が急務である。

また、通常学級においては食物アレルギー児への対応等、慢性疾患の学校における管理、いじめや自殺など子どもの心の問題、性教育、メタボリック症候群など、教員の医学的知識の必要性が益々増加している。さらに昨今では、特別支援校はもとより通常学級においても、ノーマライゼーションの視点から重度障害児や気管切開をしている子どもの受け入れもなされるようになり、学校における医療的ケアとそれを支援する医療機関の連携が益々重要課題となっている。

こうした状況に応じて、児童・生徒の健康状態の把握や、種々の疾病に対する対処法の指導など校医の役割は益々重要となるとともに、学校において実際に子どもの健康管理に携わる養護教諭のレベルアップを図る必要がある。医療的ケアを重視すると、学校に看護師を配置することが望ましく、主治医や校医の指示に基づいて、鼻口腔吸引、経管栄養などの日常生活上必要な医療行為、アナフィラキシーショック時のアドレナリン自己注射(エピペン[®])の使用も速やかに行われ、子どもの生命を守ることと保護者の負担軽減が可能である。学校関係者と児童・生徒ならびに保護者に

対する学校現場における健康教育、啓発活動は、疾病の予防、予後の改善、そして生活の質、生命の質の向上のために今後一層強化される必要があり、校医が中心となり学校と地域医療機関の連携を強化することが肝要である。

3. 障害児施設への公的支援の充実

障害児を療育する施設としては、知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設があり、入所あるいは通所により利用されている。障害児(者)に対する福祉サービスは、従来、行政が福祉施設などを決定し、公的責任のもとに公的費用で実施される措置制度で運用されてきた。しかし、「障害のある人もない人も、互いに支えあい、地域で生き生きと明るく豊かに暮らして行ける社会を目指す」というノーマライゼーションの理念の展開により、障害者の自己決定権やサービス事業者との対等関係に問題があるとされる措置制度から、利用者が自らの責任でサービスを選択し、事業者と直接に契約する受益者負担を伴う運用体制に変更され、平成 15 年度から「支援費制度」が、さらに平成 18 年度からは精神障害も一本化した「障害者自立支援法」が制定され運用されている。

障害者自立支援法では、自立支援給付としての介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具および自治体による地域生活支援事業が規定され、保護者の市町村への申請は審査会の 106 項目に及ぶ調査を経て支給が決定され、保護者が利用する施設と契約する体制になっている。医療型の施設では医療分・福祉分ともに 1 割負担で食費は入院時食事療養費の標準負担分を、福祉型施設では 1 割の定率負担の他、食事・光熱費は実費であり、ともに日常生活に掛かる費用は実費負担とされている。保護者の収入や資産による軽減措置はあるものの、きめ細かなサービス提供とされる反面、一物一価および日割りの利用料設定であり、負担増のため利用できない障害児も多く、障害児施設の経営難を招いている。

医療も提供している入所施設では、昨今の医師、看護師不足による運営困難

も深刻化しており、さらに、現在の医療保険制度では人手の掛かる重症児を扱う病棟も施設内同一看護基準料金とされ、看護師の夜勤時間の定義による制限から、日勤者の早出・遅番によるサービス提供に困難が生じており、ともに障害児施設の運営困難に拍車をかけている。

ノーマライゼーションの名の下に策定された制度は保護者や自治体の経済能力により障害児の療育に格差を生じさせており、現状に合わない医療保険制度とともに障害児施設の存続を危険に晒している。このような障害者自立支援法を小児に適用することは、日本国憲法および子どもの生きる権利、育つ権利、守られる権利等を保障している子どもの権利条約に違反しているとの指摘もある。濁流のように押し進められて来ている「聖域無き改革」は、未来を担う障害児のノーマライゼーションのためにも早急に改められるべきである。

．おわりに

わが国の子どもの養育環境は年々悪化している。いじめ、学級崩壊、家庭内・校内暴力、少年非行・犯罪、ひきこもり等の子どもたちの問題は背景が複雑に絡み合い解決が不可能とさえ思われている。子どもは社会の鏡といわれているので、子どもたちの問題は少子化を含め家庭のみでなく社会全体で考えなければ解決しないとの認識が深まっている。この時に当たり日本医師会が先頭に立って「子ども支援日本医師会宣言」を発表したことは非常に意義深いことである。地域の間関係が薄れている現在社会において、かかりつけの医師は地域における人間関係の唯一の拠点とさえ考えられている。日常診療や地域の医師会活動を通じて子育て支援に係ることは会員にとっては病気の診断・治療のミクロ的活動から、地域社会の子どもたちへのマクロ的活動へと視点が広がることと、地域住民にとってはかかりつけの医師を一層身近に感じ信頼が深まる可能性があるからである。母子保健検討委員会が行った「子ども支援日本医師会宣言に関する調査結果」(平成 19 年 10 月現在)でも 47 都道府県で子ども支援の活動を行っている地域医師会は数多く存在している。政策による市町村の具体的行動と住民の参画なしには宣言の具体的実現はあり得ないが、医師会が先頭に立って活動を行うことにより、地域の小さい流れが大河となり社会全体を動かし、日本の子どもの健全育成に繋がる可能性は大きくなるであろう。

会長よりの諮問「子ども支援日本医師会宣言を実行していくための具体的方策」に対する答申作成に当たり、母子保健検討委員会は委員会 4 回を開催した。全 8 項目のうち、学校保健に関するものと行政政府への要望は割愛し、その他の 6 項目について、問題点の提起、対策など具体的方策について主に検討を行い答申をまとめた。不妊治療に関する問題、安全な妊娠・出産に向けての医療整備の充実並びに社会環境の整備などの産科関係と子どもが育ちやすい医療環境の整備、子育てに関する社会環境の整備、障害児への支援などの小児科関係に大別してまとめた。この答申が実際の医師会活動の起点となり、日本全国に親子が輝いてみえる街づくりの基になることを心より願っている。

子ども支援

日本医師会宣言

日医は子ども支援の先頭に立ちます。

わが国では少子化が急速に進行し、
その対策はいまや21世紀における最重要課題になっています。

日本医師会は、母と子に関する医療・保健・福祉環境の
整備等を推進し、次世代を担う子どもたちが心身ともに
健やかに育つよう、ここに妊娠・出産・子育てに関する
「子ども支援日本医師会宣言」を行います。

2006年5月16日



社団法人日本医師会

日本医師会は子ども支援の先頭に立って、
以下の施策に積極的に取り組みます。

1. 妊娠を望む人たちへの支援

- ① 不妊・不育治療の充実
- ② カウンセリング機関の整備

2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実

- ① 妊産婦死亡、周産期死亡減少のための周産期ネットワークの構築
- ② ハイリスク妊娠の選別と対応する地域医療システムの構築
- ③ 分娩施設における周産期医療スタッフの充実
- ④ 母子感染予防対策の充実
- ⑤ 無過失補償制度の確立

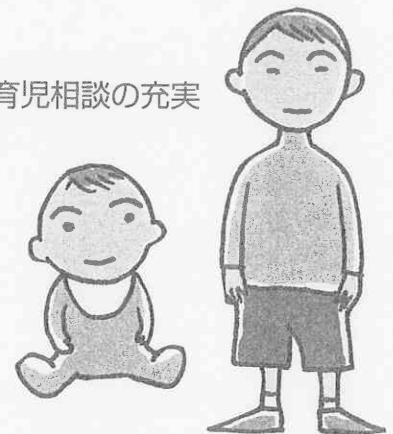


3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備

- ① 出産一時金増額の実現
- ② 若年妊婦と就労妊婦への支援

4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実

- ① 乳幼児医療費助成制度の拡充
- ② 15歳までの医療費1割負担の実現
- ③ 小児救急医療体制の整備
- ④ ペリネイタルビジット(周産期小児保健指導)、乳幼児健診、育児相談の充実
- ⑤ 予防接種の充実と接種率の向上
- ⑥ 子どもに関する難治性疾患治療及び先端医療の充実
- ⑦ 子どもに対する臓器移植の推進



5. 子育てに関する社会環境の整備

- ① 病児保育の充実
- ② 保育所、幼稚園への協力
- ③ 子育てサークルや子育てサロン等との連携と支援
- ④ 子育てをしている親の就労環境の整備
- ⑤ 子育てに専念している親への支援
- ⑥ 同じ年頃の子どもたち同士で遊べる環境の整備への支援
- ⑦ 虐待の予防と早期発見
- ⑧ 子どもの権利に関する条約に基づく環境整備



6. 学校保健の充実

- ① 生命を尊重する心を育む取り組み
- ② 性教育、性感染症予防対策の充実
- ③ 禁煙教育の推進
- ④ 生活習慣病対策
- ⑤ 心の問題への取り組み

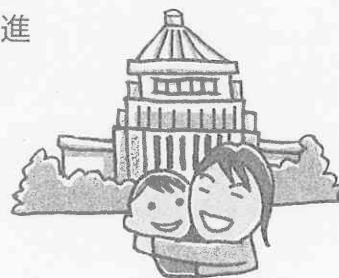


7. 障害児への支援

- ① 医療的ケアの充実
- ② 長期入院障害児の後方ベッド確保の推進
- ③ 特別支援教育への協力

8. 政府等関係各方面への協力と働きかけ

- ① 産科医、小児科医、助産師の不足と偏在を解消する施策の推進
- ② 子どもの心の診療医を育成するための施策の推進
- ③ 小児保健法の制定
- ④ 妊娠・出産・子育てに対する税制の優遇





子ども支援日本医師会宣言

1. 妊娠を望む人たちへの支援に取り組みます。
2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実を図ります。
3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備に取り組みます。
4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実を図ります。
5. 子育てに関する社会環境の整備に取り組みます。
6. 学校保健の充実を図ります。
7. 障害児などへの支援に取り組みます。
8. 子どもや子育て支援のための諸施策について政府等関係各方面への働きかけを行います。

社団法人 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL 03-3942-8181 (地域医療第三課直通) FAX 03-3946-2684 <http://www.med.or.jp/>

2006年 5月