

提言

健やかな次世代育成に関する提言



平成26年（2014年）8月21日

日 本 学 術 会 議

臨床医学委員会

出生・発達分科会

この提言は、日本学術会議臨床医学委員会出生・発達分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議臨床医学委員会出生・発達分科会

委員長	桃井眞里子	(第二部会員)	国際医療福祉大学副学長
副委員長	岡田 知雄	(連携会員)	日本大学医学部小児科学系小児科学分野教授
幹 事	山中 龍宏	(連携会員)	緑園こどもクリニック院長
	五十嵐 隆	(第二部会員)	国立成育医療研究センター総長・理事長
	上田眞喜子	(連携会員)	大阪市立大学大学院医学研究科病理病態学教授
	内山 聖	(連携会員)	新潟県地域医療推進機構副理事長、魚沼基幹病院長
	神尾 陽子	(連携会員)	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部部长
	児玉 浩子	(連携会員)	帝京平成大学健康メディカル学部健康栄養学科教授・学科長
	水田 祥代	(連携会員)	学校法人福岡学園福岡歯科大学常務理事
	中畑 龍俊	(連携会員)	京都大学 iPS 細胞研究所副所長、特定拠点教授
	原 寿郎	(連携会員)	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授

本件の作成に当たっては、以下の職員が事務を担当した。

事務	中澤 貴生	参事官(審議第一担当)
	伊澤 誠資	参事官(審議第一担当)付参事官補佐(平成26年3月まで)
	渡邊 浩充	参事官(審議第一担当)付参事官補佐(平成26年4月から)
	草野 千香	参事官(審議第一担当)付審議専門職(平成26年4月まで)
	角田美知子	参事官(審議第一担当)付審議専門職(平成26年4月から)

要 旨

1 作成の背景

健やかな次世代育成は国家の最重要課題の一つである。成長発達期にある子どもは、少子高齢化社会と IT の進歩による社会環境の変化から心身に大きな影響を受け続けている。次世代育成に関する重大問題の解決には、医療、福祉、教育、行政など包括的な対応が不可欠であるため、ここに次世代の心身の健康に関する重要課題について国民的関心を惹起し、その解決に必要な戦略的対応につき提言し、迅速な対応を各方面に求めるものである。

2 現状及び問題点

平成22年3月26日に行われた外務省、ユニセフ東京事務所、公益財団法人日本ユニセフ協会の共催による「児童の権利条約に関するシンポジウム～今後の課題」において、子どもの権利の保証のためには、「総合的で統一された施策を行うことのできる横断的な政策調整機関を新設するべきである」との指摘がなされた。日本では、子どもに関する施策・行政などが横断的になされないために、子どもの心身の健康の重大課題の解決が迅速になされていない現状への警告でもあった。今回我々は、この視点から、日本の子どもの健康問題として、早急に取り組むべき課題を身体健康に関して5課題、心の健康に関して2課題を取り上げ、系統的・集学的・横断的・戦略的対応への提言を行うものである。

3 提言の内容

(1) 子どもの死亡登録・検証制度の構築

日本小児科学会はワーキンググループが中心となって2011年10月に「子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立に向けた提言書」を出し、我が国にどのような child death review体制を構築することが必要かについて提言を行った。この体制を全国的に整備し、子どもの死亡予防に関する対応を進めることを提言する。

(2) 子どもの重度傷害登録・検証制度の構築

0歳を除いた小児の死因の第一位は「不慮の事故」であり、小児の健康問題として重要な課題である。事故は死亡のみならず、重度傷害の危険が大であるが、事故原因によって管轄部署が異なり、予防への対策が遅滞している。これを解決するために、子どもの事故情報収集と解析を一本化する部署を設置し、迅速な事故予防を可能にすることを提言する。

(3) 子どもの虐待防止対策の充実

児童相談所における児童虐待相談対応件数は、毎年増加し、2012年には6万件以上となった。子どもの虐待を適切に判断できる行政専門職の育成、虐待リスクの高い親への育児支援と治療のための地域行政部署の創設、さらに、保護された子どもに適切な家庭環境を与えるための里親制度の普及のための行政部署の創設を提言する。

(4) 子どもの貧困を減らすための国の施策の実施

日本の子どもの貧困率は、1985年の10.9%から、2013年には15.7%に増加している。特に母子家庭の貧困率は53%と際だって高い。貧困家庭の子どもは、肥満率が高く、齲歯が多い、一般家庭よりも虐待を受けやすくネグレクトの結果の栄養上の問題等、健康状態の悪化が懸念される環境にある。また教育からの脱落も問題である。貧困の世代間連鎖を断つためには、貧困家庭における子どもの不安定で劣悪な成育環境改善のための総合的な支援が必要であり、就学前教育から高等教育までの機会の付与が不可欠である。早期からの見守りと教育のための無償就学前教育や、大学などの高等教育を受ける機会を得るための奨学金制度の充実等の支援を提言する。

(5) 子どもの在宅医療体制の構築

日本において小児の救急医療・集中医療の進歩により死亡率は格段に低減した。しかし、医療的ケア継続を必要とする患児が急増し、高度の呼吸管理などの介護を要するままの在宅療法は保護者に過酷な生活を強いている。国が小児の在宅医療への予算措置を創設し、地方自治体はその支援体制を充実させるためにレスパイトケアの充実、地域における往診体制の整備が図れるような医療政策を提言する。

(6) 子どもの心の健康対策の推進

心の問題に関する偏見を無くするために、小学校からメンタルヘルス教育を充実させ、子どもの心の問題に対応する専門職の人材育成、予防・治療法開発のための包括的研究体制を創設する。子どもの心の問題に対応できる一次対応から三次対応までの地域医療ネットワークの構築を推進することを提言する。

(7) 発達障害支援対策の推進

地域における発達障害児（者）の支援のためには、保健師、臨床心理士、保育士、教師など支援に関わる専門職の養成に発達障害関連科目を必修化し、保育所・幼稚園や学校に専門的知識・技能を習得した人材の配置、ニーズに合致した教育環境の整備、エビデンスに基づく教育法・治療法の開発を推進する必要がある。また、就労困難のために社会的に孤立するリスクの高い発達障害者の就労促進のために、地域において発達障害者の就労訓練、カウンセリング、就労後の職場内外における支援体制の整備、産業医の発達障害研修などを進める必要がある。発達障害児（者）が社会的再生産人口として有為に機能するために、教育、福祉、医学、医療、国民の認識の是正などに関する包括的領域架橋的研究事業の創設を提言する。

目 次

1	はじめに	1
2	健やかな次世代育成に関する提言の背景	2
	(1) 少子化時代に子どもの死亡の減少は重要課題である	
	(2) 子どもの事故による死亡・傷害を防ぐ必要がある	
	(3) 子どもの虐待が増加している	
	(4) 子どもの貧困率が増加している	
	(5) 医療体制の中で、子どもの在宅医療への視点が欠けている	
	(6) 子どもの心の健康問題が増加している	
	(7) 発達障害が増加している	
3	現状の問題と改善の方向	4
	(1) 子どもの死亡減少には科学的解析が不可欠である	
	(2) 子どもの傷害防止には包括的対応が不可欠である	
	(3) 子どもの虐待対策には、子ども、親、被虐待児の養育体制など 多面的対応が不可欠である	
	(4) 子どもの貧困は子どもから教育の機会を奪い、貧困の連鎖を招いている	
	(5) 子どもの在宅医療には医療・介護・福祉の包括的対応が不可欠である	
	(6) 子どもの心の問題への国民的関心の惹起と偏見の排除が不可欠である	
	(7) 発達障害支援には子どもから成人までの包括的支援体制が不可欠である	
4	提言	12
	(1) 子どもの死亡登録・検証制度の構築	
	(2) 子どもの重度傷害登録・検証制度の構築	
	(3) 子どもの虐待防止対策の充実	
	(4) 子どもの貧困を減らすための国の施策の実施	
	(5) 子どもの在宅医療体制の構築	
	(6) 子どもの心の健康対策の推進	
	(7) 発達障害支援対策の推進	
	<参考文献>	15
	<参考資料1>臨床医学委員会出生・発達分科会審議経過	18
	<参考資料2>子どもの心の健康に関する資料	20
	<参考資料3>発達障害に関する資料	20
	<用語の説明>	23

1. はじめに

日本の急速な都市化、産業構造の変化、少子高齢化、核家族化、地域社会における環境の変化はもとより、共同体としての絆や相互扶助機能、子育て支援・養育機能の低下、各々の家庭の孤立、匿名化が進み、共同社会の組織的な繋がりが大きく損なわれる傾向が、近年、明らかとなってきた。少子化は、都市部ほど進行が顕著であるが、地方においても大きな問題であり、国の今後にとって最大の課題でもある。少子化の背景には複合的な要因があるが、個人、あるいは家庭にとって、我が国が子どもを育てやすい環境を提供しているとはいえない現状があり、子育てのしにくさが、少子化のみならず、子どもの健康に関しても多くの問題を生み出している。

さらに、近年の貧困層の増大を伴う経済格差、教育格差の拡大は、子ども個人のレベルでも地域全体のレベルでも健康格差の拡大につながることで、強く指摘されている。このような状況において、我が国の子どもの人権に関する満足の行く基本的な対応のためには、「子どもの最善の利益」の視点に立つ予算配分をし、子どもの権利に関して総合的で統一された施策を行うことのできる横断的な政策調整機関の新設も必要である。

子どもの健康問題の一つとして、早急に取り組まねばならない身体の傷害に関しても、要因も対応もより複雑化しており、系統的かつ集学的に取り組まねば解決の困難な課題が、集積されている。

第21期日本学術会議では、2010年に「子どものヘルスプロモーション」と題して、日本における子どもの生活と健康問題を取り上げ、その改善のための推進策の重要性を報告した[1]。この内容をさらに検討しつつ、本分科会は、子ども、すなわち日本の次世代の健康に関する緊急課題を7項目取り上げ、その現状と問題点を指摘し、それぞれの解決策に関してここに提言するものである。そのうち、(1)から(5)までの5項目は子どもの身体の健康に関する諸問題への提言であり、(6)、(7)の2項目は子どもの心の健康に関する問題への提言である。提言の7項目は、以下である。(1) 子どもの死亡登録・検証制度の構築、(2) 子どもの重度傷害登録・検証制度の構築、(3) 子どもの虐待防止対策の充実、(4) 子どもの貧困を減らすための国の施策の実施、(5) 子どもの在宅医療体制の構築、(6) 子どもの心の健康対策の推進、(7) 発達障害支援対策の推進。

尚、この7項目以外にも、次世代の健康に関する重要課題として、低出生体重児の増加を含む周産期医療を取り巻く諸問題、生殖補助医療技術によって出生する子どもの権利保護のための諸問題、小児の健康を守るために必須であるが市場原理によって進まない子どものための治療用薬物・医療機器の開発に関する諸問題、小児期発症の稀な疾患に対する検査技術・治療薬・特殊栄養剤等の開発・認可の諸問題、などが挙げられ、今後の課題とすべきとした。

少子化の我が国において次世代の健康な育成のために、これらの提言が関係者に真摯に検討され、迅速な対応が実現することを期待する。

2 健やかな次世代育成に関する提言の背景

(1) 少子化時代に子どもの死亡の減少は重要課題である

少子化の改善は重要課題ではあるが、その急激な改善を期待することは現時点では現実的ではない一方で、出生した子どもの死亡を減らすことは、適切な情報とその解析によって可能である。これには子どもの死亡全体に関する情報の集積が不可欠であるが、現在用いられている死亡小票では子どもの死亡状況を正確に把握することが不可能である。子どもの死亡を減らすための要因解析と有効な対応策の策定のためには、子どもの死亡に関する全国的なデータベースの作成が不可欠である。

(2) 子どもの事故による死亡・傷害を防ぐ必要がある

2008年12月、世界保健機構(WHO)は、子どもの傷害予防に関するワールドレポートを初めて発表し、子どもの傷害は今後重点的に取り組むべき大きな健康問題であることを指摘した[2]。2008年8月、日本学術会議臨床医学委員会出生・発達分科会から『提言「事故による子どもの傷害」の予防体制を構築するために』が発表された[3]。その提言のうち、いくつかに関しては進展がみられたが、予防につながる傷害の情報基盤の整備、省庁間の壁をなくした傷害情報の共有、一元化、さらに情報の公開や活用など残された課題について検討することが必要である。これらの一部は法的な整備も必要である。

(3) 子どもの虐待が増加している

多くの対策の実施に関わらず、子どもの虐待報告数は増加している。子どもの虐待の防止のために、問題を抱える家庭の早期発見のための児童相談所の専門職の増加や、虐待ハイリスクである新生児・乳児期の虐待の防止、子育て困難な家庭が比較的容易に利用できる子どもを一時的に養育する施設・里親制度の構築、また虐待者への教育支援の整備を今まで以上に強く機能させる体制にする必要がある。同時に、虐待の結果、養育に適切な家庭がない子どもには、心身の育成に適した家庭的環境で養育されるよう、里親制度の普及、その支援体制の整備などが図られる必要がある。

(4) 子どもの貧困率が増加している

日本の子どもの貧困率は、1985年に10.9%であったものが、2013年には15.7%に増加している。子どもの貧困率が増加すると、子どもの健康状態を悪化させ、教育の機会が奪われ、貧困家庭内での子どもの虐待を増加させ、結果として、子どもは貧困から脱する能力と機会を得ることができず、貧困の世代間連鎖を来す。英国ではBlair首相の主導により子どもの貧困率を減少させるための行動として、1. 貧困層への雇用確保、2. 貧困層への職業訓練、3. 子どもが成人に達する期間の子育て家族の所得税・住民税の軽減など、がとられた。その結果、英国の子どもの貧困率は、26% (1999年) から11% (2010年)に減少したという実績がある[4]。日本においても子どもの貧困は注目され、解決されるべき重要課題であり、2013年には「子どもの貧困対策推進に関する法律」が公布され[5]、内閣府平成25年度版「子ども・若者白書」においても、子どもの貧困対

策の重要性が指摘された[6]。子どもの貧困は、次世代の健康問題としても重要であるため、本提言で取り上げた。

(5) 医療体制の中で、子どもの在宅医療への視点が欠けている

日本においては小児の救急医療・集中医療の進歩により死亡率は格段に低減した。同時に、医療の進歩により重度の医療を必要とする子どもの生存も増加し、急性期病床における入院長期化を招き、その本来の機能を果たせない急性期病床の増加を来している。また、医療的ケア継続を必要とする患児が急増し、急性期病床の入院長期化とあいまって、高度の呼吸管理などの介護を要するまま在宅療法へ移行せざるを得ない状況が増加している。さらに、十分な支援体制なく 24 時間の医療的ケアを在宅で行うことが保護者に過酷な生活実態を強いている現状があるにも関わらず、在宅医療に関する国、地方自治体の予算は、すべて高齢者対策である。また、介護といえは高齢者の問題と認識され、子どもへの視点が欠けている。家族に過酷な生活を強いることのない支援体制を伴った小児の在宅医療の構築は緊急の課題である。

(6) 子どもの心の健康問題が増加している

日本では、自殺やうつ病の増加など心の問題が社会問題化している（参考資料 2）。このため精神疾患は 5 重要課題疾病の一つとして、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）に基づいて平成 25 年度より実施される医療計画においてもその克服に向けた取り組みが着手されたところである。心の健康の重要性は国際的に認識され、WHO が提言する 2013 年から 2020 年までのアクションプランでは、予防に力点を置く姿勢を明確にし、すべての人々がその恩恵を受けられることを目標に置いている[7]。精神疾患の約半数は 14 歳までに発症し、子どもの 5 人に 1 人は情緒や行動の障害、摂食障害も含むなんらかの心の健康上の問題を抱えている[8]。また子どもは災害によっても心に損傷を被りやすい。しかしながら、心の問題の危機に直面した子どもたちは必ずしも適切な治療を受けておらず、多くは未治療のまま生活し、遅れて治療を受ける場合も発症から数年～10 年の未治療期間があると推定される。その理由の主なものに、①心の問題に対する誤解と偏見、②地域が提供する相談サービスの不在、③子どもの心の問題に特化した専門家の絶対的不足、④高度専門機関の待機時間の長さ、などが挙げられる。人格形成に大切な小児期に心の健康が阻害されると、身体の不健康のリスク因子となり、子どもや家族の QOL を下げるだけでなく、成人後も重篤な精神疾患の発症、自殺、薬物乱用、犯罪などにつながるリスクが高まり、社会にとっても大きな負担となる[9]。このように子どもの心の健康は社会全体の健康問題の根幹と言うことができ、その向上のためには小児期に遡って予防対策を講じる必要がある[9]。

(7) 発達障害が増加している

脳の発達の早期段階から始まる発達障害は、いまだ病態解明がなされず、根本的治療がない。知覚、運動、認知、情動、注意などに及ぶ広範な症状は小児期だけでな

く成人期まで持続し、対人関係、学習、就業、家族関係などの生活全般にわたって深刻な影響をもたらす。発達障害は、自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorders、ASD)、注意欠陥・多動性障害 (attention-deficit hyperactivity syndrome、ADHD)、そして言語、計算、運動協調などの領域に限定した種々の学習障害などを含む症候群の総称で、その病因や経過は多様で、対応には専門的な知識と経験を要する。さらに、かつては発達障害イコール知的障害と考えられ、出現は稀と考えられていたが、近年の報告では、ASD は2-3%、ADHD は数%、学習障害は数%と、従来考えられていたよりも高い有病率が報告され、その大半が知的障害を持たないことが明らかになってきた。中でも自閉症スペクトラム障害の頻度の増加は世界的に報告されており、各国で対策・研究等に財政が投入されている。この有病率の増加は、診断基準の変更による見かけ上の増加、障害に関する知識の普及に伴う診断数の増加、社会環境の変化と関連する顕在化等、多様な要因が関与すると推定されている。

日本でも、2002年に文部科学省が実施した「全国小・中学校通常学級に在籍する児童生徒を対象とする全国実態調査」[10]によると、知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を持っている、と担任教師が回答した児童生徒の割合 (ASD、ADHD、そして学習障害のある児童生徒の推定頻度とみなされている) は6.3%と報告され、2012年に行われた2回目の調査では6.5%とほぼ同値が確認されている[11] (参考資料3)。また6.5%の発達障害の可能性のある児童生徒の約半数は教育現場でなんら支援を受けていない現状が明らかになった。

対応の遅れは、学校では対人トラブルやいじめ、学習不振、不登校などの問題を引き起こし、職場では対人トラブルやパワーハラスメント、そして離職、ひきこもりなどの問題に発展する。さらに、うつ病、不安障害、適応障害、薬物関連障害、摂食障害、パーソナリティ障害などの併発リスクが高まる。このような社会問題化した事実から、今日では発達障害問題は社会全体の重要な課題だとする認識は、世界共通のものとなっている。2007年には、国連総会は、自閉症児がそれぞれの可能性を最大限に発揮できる社会の実現は世界規模で取り組むべきであると宣言し[12]、これに呼応した米国は自閉症の増加を国家的危機と位置付け、ただちに早期診断法、早期療育・治療法、ゲノム、脳病態、疫学、教育法、福祉体制などの研究に総額16億ドルを越す財政投入を行い、今も包括的な研究プログラムのいくつかは継続中である。

一方、子どもに対する支援体制の整備はまだ量、質とも不十分である。発達障害の子どもたちが持つ能力を最大限に伸ばし、社会に貢献する成人として社会参加を実現することは、個人、家庭、社会に多大な利益をもたらすと考えられる。そのために必要な方策を科学的に検証し、地域社会で実現するには、病態解明の研究、診断法や治療法の開発、教育システムの整備、育児支援などの整備、そして予防法の開発など、多面的な対応戦略を必要とし、克服すべき課題は多い[13, 14]。

3 現状の問題と改善の方向

(1) 子どもの死亡減少には科学的解析が不可欠である

少子高齢化の深刻な日本において、子どもの死亡を減少させる施策は極めて重要である。その前提として、日本の子どもがどのような原因で死亡しているかを把握することが不可欠である。成人の死亡の第一を占める癌に対しては、国により実態が把握され、様々なレベルで多くの施策がとられている。一方、乳児死亡率が示す様に、日本の子どもの死亡率は先進諸国の中で最も低いためか、これまで子どもの死亡に対して注意が払われることは少なかった。

日本では医療機関において死亡小票が用いられ、死亡小票は毎年厚生労働省に集められている。しかしながら、死亡小票の死亡原因などに関する記載が極めて簡単なために、これらを集計し解析しても日本の子どもの死亡の正確な原因を同定することは極めて難しい。従って、現状のままでは子どもの死亡の正確な状況を明らかにし、子どもの死亡に対する実効性のある根本的な対策を打ち出すことは不可能である。子どもの死亡事例についての各種データを集積・登録することは、真の死因特定に寄与すると共に、次なる小児の死亡の可能性を最大限低下せしめることにつながる基本である。

日本小児科学会はワーキンググループが中心になり 2011 年 10 月に「子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立に向けた提言書」を発出し、日本にどのような child death review 体制を構築することが必要かについて提言を行った[15]。この提言を受け、平成 24 年から東京都、京都府、群馬県、北九州市などで死亡症例の登録、情報収集、症例検討を行うパイロットスタディが開始されている [16]。

今後こうした体制が日本全体で構築されることにより、日本の子どもの死亡の原因が正確に把握され、予防可能な子どもの死亡を明らかにできると考えられる。オーストラリアにおいてみられるように、政府機関としての組織的で有機的な組織である Child Death and Serious Injury Review Committee が立ち上げられることにより[17]、子どもの死亡の減少を目的とした実効性のある根本的な対策を打ち出すことが期待される。今後、子どもの死亡を科学的に検証し、予防策を国に提言する為の第三者機関としての新たな制度を構築することが求められている。この制度に、以下(2)に示される子どもの傷害に関する登録・検証体制をも包括することで、予防可能な子どもの死亡の減少に最大の効果が期待できる。新たな制度の名称としては「子どもの死亡登録・検証制度」が適切である。

(2) 子どもの傷害防止には包括的対応が不可欠である

具体的な活動により、傷害の発生から予防までの包括的アプローチの概念が確立し[18]、いろいろな予防活動が展開された。キッズデザイン協議会は、子どもの安全を考慮した製品や環境を推進するためにキッズデザイン賞を設定し、子どもの安全への企業の取り組みを推進している。経済産業省は、2007～2012 年度まで傷害サーベイランスの整備や子どもの傷害予防に不可欠な子どもの身体寸法データや傷害シミュレーション技術の整備を行った。一方、2009 年 9 月には消費者庁が設置されたが、医療機関から傷害事例の情報があっても「注意喚起」に終始しており、予防につながる活動とはなっていない。

医学関係の動きとしては、日本小児科学会では、会員から臨床現場の貴重な事例が投稿され、2008年3月以降、ほぼ毎号、学会誌に傷害速報（Injury Alert）が掲載されている[19]。公的な雑誌に掲載され、発生状況が詳細に記載されているため、メーカー、業界団体、行政に伝わりやすく、メディアが取り上げて報道すると改善が進みやすい。衣服の紐やブラインドの紐による窒息の事例報告は、それぞれの製品のJIS化の推進に大きく寄与した。それぞれの活動は一定程度評価されるが、継続的、効率的事故防止策の推進には、管轄部門を一本化した情報収集、解析、改善勧告の体制の整備が必要である。

(3) 子どもの虐待対策には、子ども、親、被虐待児の養育体制など多面的対応が不可欠である

児童相談所での児童虐待相談対応件数は毎年増加し、2012年には66,807件（速報値）であった[20]。日本では子どもの虐待による死亡例の約6割は0歳児で、4歳未満の子どもが約75%を占めている[21]。子ども虐待による死亡事例は2011年4月1日から2012年3月31日までの1年間に99人で前年度の98人とほぼ同数であった[22]。なお、虐待により死亡した子ども99人のうち、親子心中以外の虐待による死亡が58人であった。

子ども虐待を防止するためには、早期発見、早期対応、子どもの保護・支援、保護者支援など、多方面からの対応が必要である。要保護児童対策地域協議会や児童相談所の機能をこれまで以上に強化し、問題を抱える家庭を早期に同定しその後に十分な支援を行うための体制を構築することが必要である。頻度の高い新生児・乳児期の虐待を防止するために、虐待ホットラインの啓発や妊娠・出産・育児期にある家庭への訪問活動などの支援を行うなどの社会的整備も重要である。さらに、子育て困難な家庭が比較的容易に利用できる子どもを一時的に療育する施設の増設や、家庭に戻れない被虐待児が家庭的環境で養育されるための里親制度の実効的運用、そのための支援体制の充実、が必要である。また、虐待を受けた子どもがいつでも無料で電話相談できるなどの事業を子どもに啓発することも重要である[23]。さらに、虐待の継続の予防には、虐待された子どもを守るための体制だけでなく、子どもを虐待する親に対する多様な側面からの支援体制を構築することが求められている。

(4) 子どもの貧困は子どもから教育の機会を奪い、貧困の連鎖を招いている

先進国の中で日本よりも子どもの貧困率が高い国は、米国、スペイン、イタリアのみである[24]。さらに、日本では子どものために施策として公的に支出される予算がGDPの1.3%でしかなく、OECD参加35カ国のうち下から7番目となっている。すなわち、日本では子どものために支出されている国からの公的予算が極めて少ない。その結果、OECD参加35カ国のうち、日本は9番目に子どもの貧困率が高い国となった。

子どもの貧困は、肥満率の上昇[25]、齲歯の多さ[26]、虐待を受け易く、中でもネグレクトとして適切な栄養を与えられない等[27, 28]、子どもの健康状態の悪化が懸念さ

れる環境である。

同時に、子どもの貧困は子どもの健康を阻害し、教育を受ける機会を奪い、その結果社会から阻害される（social deprivation）。このように子どもの貧困は重要な健康問題、および、社会問題である。

子どもの貧困率を減少させるには、強いリーダーシップの下で国全体として施策を実施することが必要である。かつて子どもの貧困率が高かった英国ではBlair 首相の主導による子どもの相対的貧困率を減少させるための行動が実施され、貧困層への1．雇用確保、2．その親や子どもへの職業訓練、3．子どもが成人に達する期間の子育て家族の所得税・住民税の軽減、教育費の補助など様々な施策がとられた。実際にこの施策により、2010 年までに子どもを養育する家庭の収入は年平均 2000 ポンド（3200 米ドル）増加し、特に5段階評価の最下層の子どもを養育する家庭の収入は年 4500 ポンド（7200 米ドル）増加した。その結果、英国の子どもの貧困率は26%（1999 年）から11%（2010 年）に減少した [4]。

一方、米国では子どもの相対的貧困率は22%であり、米国は先進諸国の中で子どもの貧困率が高い国となっている。英国におけるこれらの成果に影響された米国では、子どもの貧困率を下げることを重要な課題と認識し始め、17 の州と複数の市が子どもの貧困率を下げる目標を設定し、活動を開始している [29]。日本においても子どもの貧困の増加が深刻な問題であることを認識し、子どもの貧困率を低下させることを国家的課題として設定すると共に、子どもを養育する家庭への様々な施策を実施することが急務である。特に、日本では母子家庭の経済的困窮が高いことが特徴であり、母子家庭に対する経済的支援が強く求められている [30]。働く1人親家庭の子どもの適切な成育という見地からは、OECD 報告が示唆しているように、全ての子どもに無償就学前教育を与えることは、次世代の生涯の健康を守る見地からも重要であり、特別な支援のニーズを持つ子どもへの早期発見や、虐待防止等にも有効である [31]。教育費に関しては、高等学校まで授業料、教科書代は無償でも、教材費、給食費、制服、指定用品購入費、修学旅行費などにかかる費用は貧困家庭には大きな負担である。就学援助のシステムはあるが、十分な対応となっていない。さらに、高等教育の費用負担は大きなものとなっている。貧困家庭の子どもに夢を与え、貧困の世代間連鎖を防止するためにも、貧困家庭における不安定で劣悪な成育環境のための総合的政策が必要であり、就学前教育から高校までの教育の保証、高校卒業後の高等教育を受けるための教育費支援、生活費を含む多様な奨学金の整備を検討すべきである。

(5) 子どもの在宅医療には医療・介護・福祉の包括的対応が不可欠である

子どもの在宅医療については、支援体制が整備されておらず親の過酷な生活が実態としてあるにも関わらず、在宅医療に関する国、地方自治体の予算は、すべて高齢者対策である、また、介護といえは高齢者と認識され、子どもへの視点が欠けている。国の施策として在宅医療を進める方針である一方で、その支援体制は子どもについては全くなされていない現状である [32]。

日本において、救急医療・集中治療の進歩のため子どもの死亡率は格段に低減したが、その結果として医療的ケア継続を必要とする子どもが急増し、NICU や PICU などの急性期病床における入院長期化を招いている。このため、急性期病床の本来の機能が果たせず、一方では呼吸管理などの高度の医療を要するまま在宅療法へ移行せざるを得ない状況がある[33-35]。高度の医療的ケアを要する在宅医療には、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなどが関与するチーム医療としての子どもの在宅医療がシステムとして導入されねばならないというに、各々の専門職においてインセンティブが強く発揮されるように新たな連携体制、診療報酬体制、専門的研修が必要とされる[36]。また、急性期治療を終了し、かつ継続的医療的ケアを必要とする子どもたちの急性期医療機関からの退院促進のためには、受け入れのための家庭環境の整備、経済的支援、地域における往診体制の整備、訪問介護ステーションの整備、関連する医療機関、施設との調整、すなわち医療福祉の連携など、医学管理上の解決以外に、看護師への教育プロジェクトの新たな指導体制づくり、在宅医療を担う人的、社会的条件並びに法的補償を整えることが必須である[36]。

特に介護家族の過酷な現状の背景として、子どもの在宅医療に訪問診療や往診を提供できる医療機関が絶対的に少ないことが挙げられる。子どもの在宅医療経験のある看護師の支援を受けているのはわずか8.8%にすぎず、主な介護者は97.5%が母親であり、平均年齢が47歳、平均の睡眠時間が5.2時間であったとする報告もある[37]。家族に過度の負担をかけない子どもの在宅医療の支援体制の整備とそれを支えるレスパイトケアに関する診療報酬上の整備、制度化は、急を要する。

厚生労働省の提唱する平成25年の「地域包括ケアシステム」へ、子どもの在宅医療を組み込むことも新たに提言する。

(6) 子どもの心の問題への国民的関心の惹起と偏見の排除が不可欠である

① 子どもへのメンタルヘルス教育の導入推進

子どものおよそ5人に1人は心の問題を抱えている[8]。さらに、精神疾患の約半数は14歳未満で発症することがわかっており[8]、子どもの心の問題に適切な対応をすれば早い回復と社会適応の向上、そして成人期の予後の改善が期待できる。しかし、現実には、長期間、相談や受診に至らない例が大部分である。その要因として、心の病気に対する社会全体の根深い誤解と偏見があり、この克服はWHOが掲げる世界共通の課題である。特に、日本は育児文化の点で子どもの心の問題に対して母親が責めを負いやすい特徴があるので、国主導でより早期から心の病からより軽いものまで心の問題全体に対するメンタルヘルス教育に取り組み、国民の偏見をなくし、理解を促進させることが有用である。国民に向けたキャンペーンも今後一層なされる必要があるが、とりわけ小学校におけるメンタルヘルス授業の導入を図ることにより、高い教育効果が期待され、次世代に向けて正しい知識を持った社会人を育成することが可能になる。

② 子どもの心の問題への一次対応の専門家の人材育成

心の問題を抱えた子どもやその家族へ対応を改善するには、WHO[7]が目標として掲げているように、従来の医療モデルから脱却して、地域における医療、福祉、教育の多領域の統合的な一次対応（プライマリーケア）の充実が必要である。そのためには、プライマリーケアに携わる医師、保健師だけでなく、臨床心理士、保育士、教師など多職種の専門職が、子どもの心の発達やその病理について科学的根拠に基づく系統的理解を深める必要がある。職場研修ではカバーできない高い対応力を持った指導的人材の育成には、子どもの心の発達とその病理についての学習を国家資格認定の必須項目に含め、さらに関連諸学会が主導して系統的な研修を実施するなどして、多職種チームのリーダーとなる専門家の育成に努める。

③ 子どもの心の問題の予防・治療法開発のための包括的研究体制の創設

心の問題の苦痛から子どもたちを解放するための科学的な解決策は、子どもの心の問題の関連領域の研究を発展させ、一人一人の子どものニーズに応じた治療法や予防法を開発することである。心の問題は身体疾患と相互に密接に関連し、子どもの成長に大きな影響を及ぼし、成人期のQOLを左右する。心の問題を抱えた子どもたちに最良かつ安全な治療を行うには、有効な非薬物的心理社会的介入法や、安全で有効な治療薬の開発や検証が必要である。そうした研究を推進するためには、専門性（医学（小児科学、精神医学）、臨床心理学、教育学など）を超えた柔軟性に富むシステム設計のもとに、包括的な研究体制を創設し、高度な臨床教育研修を実施できる臨床基盤を整備する必要がある[38]。こうした体制整備がなされれば、研究推進と同時に、高度な専門性を有する人材育成が安定的に可能となり、慢性的な人材不足の解消が期待できる。

また、多数の子どもやその家族の理解と協力を得て実施される治療研究は通常よりも一層、高い倫理性が保証されてなくてはならない。国民全体の理解と積極的関与が得られるためには、社会全体での議論の上に立った共通認識と心の問題の克服への合意の形成が不可欠である（①を参照）。

④ 子どもの心の問題に対応した地域医療ネットワークの構築

厚生労働省の「子どもの心の診療医」養成構想は、一般小児科医・精神科医を一次レベルとし、二次レベルに子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医を挟み、三次レベルに子どもの心の診療に専門的に携わる医師を想定した三層構造を推奨し、研修を行っている[39]。実際に、このような各レベルの役割分担を明確にした医療機能が実行できれば、危機介入時に三次機関がスムーズに対応でき今日の長い待機リストの解消につながる。実際の拠点整備については、周産期医療や（小児）救急医療を参考にした全国各地域でのネットワーク化を進める必要がある。こうした機能連携をより実効的なものとするには、診療報酬の見直しなど（例えば時間を要する医療機関以外への紹介状やコンサルテーションを点数化するなど）改革を断行し、三次医療機関が地域の一次、二次機関に対して行うコンサルテーション活動を業務として位置づけるといっ

た推進策を実行する必要がある。

(7) 発達障害支援には子どもから成人までの包括的支援が不可欠である

① 発達障害児の教育（療育）支援の質の向上と人材育成

発達障害の最優先課題は早期支援である[12]。個別ニーズに見合った適切な支援を早期に開始するためには、地域で提供される発達障害児とその親への療育サービスの量と質のいずれも拡充する必要がある。また、発達障害児が通う地域の保育所・幼稚園や学校には、未支援の発達障害児が多数存在する[11]。発達障害児は学校生活での「いじめ」の被害者になるリスクが高い。こうした負の経験はメンタルヘルスや人格形成に負の影響を及ぼし、そのことがさらに社会性の発達に悪影響を及ぼすなどの悪循環は、できるだけ早期に断ち切る必要がある。

学校がこのような発達支援に加えて、メンタルヘルスも考慮した包括的な支援の場として機能するためには、発達障害児への支援内容の質の向上を図り、個別ニーズに対応できるように通級指導などの授業数を増やす必要がある。高校、大学など高等教育においても、まだ限られた学校でしか発達障害のある学生への対応がなされておらず、多数の学生のニーズは適切に対応されていない。個別ニーズに応じた教育上の配慮がなされれば、学習意欲や集中度が上がり、本来の能力に見合った学習の獲得や自己評価の向上が期待される。どの地域に暮らしていても、こうしたニーズに応じた支援が地域で受けられるためには、発達障害支援の技能を有する保健師、臨床心理士、保育士、教師など多職種の人材育成が必要である。こうした専門職の資格認定に際しては、発達障害に関する基礎知識を必須要件とし、技能を有する人材育成に努めるべきである。

② 発達障害者の就労支援の体制強化と人材育成

発達障害者の成人後の社会生活が厳しい状況に置かれているという問題は近年、社会問題化している。就労できても職場への適応困難が続きうつ病や様々な精神症状を併発し、離職や医療を受けるケースも少なくない[14]。就労の失敗や挫折は、発達障害者を社会的孤立という袋小路に追い込み、問題行動につながるリスクもある。また就労後も、職場内でのパワーハラスメントの被害、加害となるリスクが高い。現在の就労支援は就労それ自体が目標とされており、就労後、職場内で安定して職能を発揮するための支援サービスが極めて乏しい。就労後も支援を継続し、個別評価に基づいた職場配置や発達障害特性に応じた対応をとることで、発達障害者が持つ潜在的能力を最大限に活用することが可能となり、就労の成功、ひいては社会の活性化につながる。本来の能力に見合った就労促進のためには、発達障害者の就労訓練やカウンセリングを充実させ、就労後も職場内外における支援サービスを提供できる体制の整備が必要である。産業医の発達障害研修をすすめ、職域における支援者の人材育成を図る必要がある。

③ 発達障害児（者）の治療法・教育法の開発のための包括的研究体制の創設

今日は、発達障害児（者）の大多数は予後が悪く、社会参加に大きな困難を抱えている。適切な支援が早期からライフステージに応じて継続してなされれば、現状よりも良好な予後が期待されるはずである。発達障害の病態解明研究は着実に進んできたが、効果的な治療法や教育法の開発という社会のニーズとの間にはまだ大きなギャップが存在する。発達障害の多様性を考慮すると、それぞれの病態に対応した介入方略を確立するためには、医学、教育、福祉などの多領域に及ぶ包括的な研究拠点を整備し、多施設での大規模かつ長期的な臨床研究事業を断行する必要がある[13]。そうした研究事業に国民全体の支持は不可欠で、国が主導して社会全体の誤解や偏見をなくすような啓発の取組を今後も一層強化する必要がある。

4 提言

(1) 子どもの死亡登録・検証制度の構築

- ① 子どもの死亡例を全例登録し、それを検証する第三者機関を構築する。
- ② 現行の死亡小票を改め、データ解析に耐える小児死亡登録フォームを作成する。
- ③ 子どもの死亡登録・検証制度を学術的・実務的側面から支援する機関として、「子どもの死亡登録・検証委員会」を設置する。
- ④ 子どもの死亡登録・検証制度に以下、(2) の子どもの重度傷害登録・検証制度を包括し、子どもの死亡・重度傷害登録・検証制度とすることが予防可能な子どもの死亡の減少に最も有効である。

(2) 子どもの重度傷害登録・検証制度の構築

- ① 安全であることは人々の基本的な権利であり、子どもの安全も人権の一つであると認識する必要がある。また、事故は予防できる事象として取り組む必要がある。
- ② 傷害情報の収集の問題として、
 - ア 傷害情報の活用に関する法律を制定し、情報活用や共有を阻害する壁を取り払い、情報活用・共有を促進する仕組みと行動を普及させる必要がある。これが子どもの重度傷害登録・検証制度である。
 - イ 行政は、重症度が高い事例が受診する医療機関を定点として、事故予防につながる傷害の情報を一本化する体制整備を行う。
 - ウ 子どもの事故すべてに対応する組織「子どもの傷害対策部門」を例えば消費者庁のような行政内部に設置し、専門的知識を有する専門官を配置し、情報解析と情報提供、予防策の検討と実施を事故の種類にかかわらず実施する。医療機関からの情報提供も迅速になされる必要があり、関連学術団体は事故情報の収集と公開の体制を整えるべきである。
- ③ 傷害の疫学的分析や経済損失などの医療経済的分析、傷害予防法の開発、効果的な傷害予防啓発プログラムの開発などを行うためには、子どもの重度傷害登録・検証制度において、子どもの傷害予防のための研究部門、研究者の育成が不可欠である。
- ④ 現在、交通事故と労働災害は法的にシステムが構築されている。傷害の報告が義務付けられ、集まったデータの分析により予防策が示され、その予防策を実施して効果を検証するシステムが稼働している。その他の事故に対しても内容で管轄部門が異なる現状を改善し、情報と解析を一本化する同様なシステムを構築する必要がある。
- ⑤ 子どもの重度傷害登録・検証制度では、医療機関、消防庁、警察、日本スポーツ振興センターなどと連携して、傷害の情報を共有、統合する機能を果たすことが期待される。消費者庁にこの機能を設置する場合には、データ管理、解析などに関わる専門職を配置する必要がある。

(3) 子どもの虐待防止対策の充実

- ① 子どもを虐待する親の教育・支援体制を構築する。
- ② 要保護児童対策地域協議会や児童相談所の専門職を増加させその機能を強化し、問題を抱える家庭との連携・支援を強化する。
- ③ 子育て困難な家庭が利用できる子どもを一時的に療育する施設(里親施設)を増設する。

(4) 子どもの貧困を減らすための国の施策の実施

- ① 子どもの貧困率を半減することを国の重要な施策として明示する。
- ② 授業料は無償であっても、教科書代、教材費、給食費、制服などは支払う必要があり、貧困家庭では大きな負担となっている。これら教育に関する経費も無償化すべきである。
- ③ 貧困の世代間連鎖を防止し、貧困家庭の子どもが生涯に亘る健康の基盤を築き、将来への夢を描けるように、就学前教育の保証や多様な奨学金の設置を含む高等教育への支援を推進する。

(5) 子どもの在宅医療体制の構築

- ① 子どもの在宅医療においては、地域救急支援のようなサポート体制として国や医師会、および地方自治体による在宅医療ネットワークシステム作りが急務であり、モデル事業として推奨する必要がある。専門性の高い看護師の教育プロジェクトも構築する必要がある。
- ② ケアコーディネーションのシステムが未整備であり、適切なケアコーディネーターの育成と制度化が必要である。ヘルパーのニーズを表面化させ、レスパイトサービス、訪問介護、訪問リハビリ、訪問看護などの適正な組み合わせを実行できるようにする。
- ③ レスパイトケア体制の構築は、子どもの在宅医療のネットワーク事業の推進において急務である。現状では一部の病院・施設でしか行われておらず、全国にレスパイト可能施設を早期に増加させ、介護家族の加重負担を軽減せねばならない。このためには、急性期病院を含むレスパイトケア体制の構築病院に対し、保険制度のメリットとして包括点数や病院係数を引き上げるなどの優遇策を実施すべきである。
- ④ 英国などでみられるようなレスパイトケア専用施設における専門のケアラーの配置、アメニティーの充実など、家族と共に過ごすことも可能な専用施設の構築に関する国家的支援が必要である。
- ⑤ 介護家族の孤立を招かぬように、地域の医師、看護師、ソーシャル・ワーカーなど、専門職関係者が、可能な限り家族の声に耳を傾け常にフォローする体制を充実させる。
- ⑥ 急性期病院からの移床として、在宅医療を前提としたスタッフをそろえた後方病院・施設を充実させ、家族に安心してかつ前向きに在宅医療が施せるような支援体制を構築する。このような後方病院・施設を増設する。

- ⑦ 老人介護には介護保険があるが、子どもの介護家族の待遇改善となる法体系を見直す。また、厚労省が提唱する「地域包括ケアシステム」に子どもの在宅医療を組み込むことを提案する。

(6) 子どもの心の健康対策の推進

次の4項目について、同時進行しなくては解決できない。そしてそのような大事業は国主導で強力に進める必要がある。

- ① 心の危機から専門家対応までのタイムラグの要因の一つは、社会に根深い心の問題に対する誤解と偏見である。社会全体が心の問題について正しく理解し、適切なサービス利用ができるように、メンタルヘルス教育を徹底する必要がある。小学校にメンタルヘルス教育の授業を導入し、正しくメンタルヘルスの重要性和科学的知識を持つ次世代の社会人を育成する。
- ② 子どもの心の問題に対して地域で早期に対応するためには、プライマリーケアに携わる医師、保健師だけでなく、臨床心理士、保育士、教師など多職種の専門職の心の問題への対応力向上を図る。関連諸学会は系統的な研修を実施し、資格認定の要件として人材育成に努める。
- ③ 子どもの心の危機に際して、回復力を最大限に引き出せる安全で有効な予防・治療法が提供されなくてはならない。子どもの心の問題の予防・治療法の開発を可能とするような多領域を架橋する包括的研究体制を創設する。
- ④ 子どもの心の問題に対応できる一次対応から三次対応までの地域医療ネットワークの構築を推進する。

(7) 発達障害支援対策の推進

- ① 地域に暮らす発達障害児（者）のニーズに応じた支援をするためには、保健師、臨床心理士、保育士、教師など多職種の資格認定に際して発達障害に関する基礎知識を必須要件とし、技能を有する人材育成に努める必要がある。地域で提供する発達障害児とその親への療育サービスはエビデンスに基づいて、量の拡充と質の向上を図る。保育所・幼稚園や学校で発達障害児への支援内容の質の向上を図り、個別ニーズに応じた通級指導などの授業数を増やすことが求められている。
- ② 発達障害者の就労を促進する職場内外の支援体制を整備し、産業医の発達障害研修を行い職域での環境整備を進める。

発達障害児（者）が持てる能力を最大限に発揮して、社会の一員として参加を果たすには、安全で有効な教育法や治療法が提供されなくてはならない。多様な発達障害児（者）のニーズに応じた教育法や治療法の開発を可能とするような医学、教育、福祉などの多領域を架橋する包括的研究事業を創設する。

<参考文献>

- [1] 日本学術会議健康・生活科学委員会、子どもの健康分科会:報告「日本の子どものヘルスプロモーション」2010年7月12日
- [2] Margie Peden, et.al., World report on child injury prevention, World Health Organization (WHO), 2008
- [3] 日本学術会議臨床医学委員会 出生・発達分科会:提言「事故による子どもの傷害」の予防体制を構築するために。2008年8月28日
- [4] Minoff E: The UK Commitment: Ending child poverty by 2020, Center for Law and Social Policy, January 30, 2006
- [5] 子どもの貧困対策の推進に関する法律。平成25年6月26日法律第64号
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H25/H25H0064.html>
- [6] 内閣府 平成25年度版子ども・若者白書 第一部第三章第三節 子どもの貧困、2013
- [7] WHO (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. WHO. http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- [8] WHO. Child and adolescent mental health. http://www.who.int/mental_health/women_children/child_adolescent/en/
- [9] 神尾陽子(2011): 20年後を見据えた精神医学・心身医学研究の展望特集. 児童精神医学研究の将来展望. 学術の動向, 7, pp. 15-19
- [10] 文部科学省(2003). 「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」調査結果. 今後の特別支援教育のあり方について(最終報告)
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm
- [11] 文部科学省(2012). 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について.
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf
- [12] United Nations (2008). World Autism Awareness Day.
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/62/139
- [13] 日本学術会議 臨床医学委員会 脳とこころ分科会 提言: 脳とこころの10年 Decade of the Brain and Mind-セカンドステージへの提言-(準備中)
- [14] 神尾陽子: 発達障害の子どものさまざまな育ちを支える. 学術の動向, 2010;15: 58-63
- [15] 山中龍宏、溝口史剛、市川光太郎、木崎善郎、滝沢琢己、平岩敬一、森臨太郎、渡辺博、清沢伸幸、布井博幸(日本小児科学会小児死亡登録・検証委員会): 子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立に向けた提言書、2012年1月。
- [16] 森臨太郎、福永龍繁、米本尚裕、佐藤喜宣、椎間優子、森崎菜穂: 東京都チャイルドデスレビュー2012年パイロットスタディ研究計画書、子どもにおけるチャイルドデスレビューに関する研究、2012年7月
- [17] Welcome to the child death and serious injury review committee (CDSIRC) website.

<http://www.cdsirc.sa.gov.au/pages/default/home/>

- [18] 山中龍宏：傷害とヘルスプロモーション 小児内科 2012;44:13755-1379
- [19] 日本小児科学会雑誌：2008年3月号から傷害速報（Injury Alert）が掲載されている。日本小児科学会ホームページにも、同じものが掲載されている。
- [20] 厚生労働省雇用均など・児童家庭局総務課：子ども虐待による死亡事例などの検証結果（第9次報告の概要）及び児童虐待相談対応件数など、厚生労働省、別添2、平成25年7月25日、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000037b58.html>
- [21] 坂井聖二、奥山眞紀子、井上登生：子ども虐待の臨床-医学的診断と対応、南山堂、東京、2005
- [22] 厚生労働省雇用均など・児童家庭局総務課：子ども虐待による死亡事例などの検証結果（第9次報告の概要）及び児童虐待相談対応件数など、厚生労働省、別添1、2013年7月25日
- [23] 児童虐待防止協会 HP：<http://www.apca.jp/>
- [24] NHK 解説委員室：視点・論点「子どもの貧困 日本の状況は」2012年6月5日、<http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/400/122784.html>
- [25] Katherine Kaufer Christoffel, Xiaobin Wang, Helen J. Binns. Early Origins of Child Obesity: Bridging Disciplines and Phases of Development - September 30-October 1, 2010 Int J Environ Res Public Health. 2012 April; 9(4): 1227-1262. Published online 2012 April 16. doi: 10.3390/ijerph9041227
- [26] Donald L Chi, Katharine C Rossitch, Elizabeth M Beeles. Developmental delays and dental caries in low-income preschoolers in the USA: a pilot cross-sectional study and preliminary explanatory model. BMC Oral Health. 2013; 13: 53. Published online 2013 October 12. doi: 10.1186/1472-6831-13-53
- [27] Melissa Jonson-Reid, Brett Drake, Pan Zhou. Neglect Subtypes, Race, and Poverty: Individual, Family, and Service Characteristics. Child Maltreat. Author manuscript; available in PMC 2014 February 1. Published in final edited form as: Child Maltreat. 2013 February; 18(1): 30-41. Published online 2012 October 29. doi: 10.1177/107755951246245
- [28] 阿部彩、人口構造と社会経済状況の変容と社会保障制度（補足資料）厚労省、平成25年度都道府県等栄養施策担当者会議、2013年7月23日
- [29] Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin-Madison: Fighting child poverty in the United States and United Kingdom: An update. Fast Focus, No 8: 1-5, 2010、<http://www.irp.wisc.edu>
- [30] 厚労省（2011）、ひとり親世帯の貧困率の高さ。平成22年国民生活基礎調査の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>
- [31] OECD. 2006. Starting Strong II: Early Childhood Education and Care. <http://www.oecd.org/newsroom/37425999.pdf#search='OECD+starting+Strong+II'>
- [32] 厚生労働省 2011年10月27日、第22回社会保障審議会医療部会議事録、医政局総

務課 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001x0v4.html>

- [33] 田村正徳ら. 平成 21 年度厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」p 1-31
- [34] 前田浩利. 「長期 NICU 入院児の在宅医療移行における問題点とその解決」重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究. 平成 20~22 年度、150~153
- [35] 楠田聡. 分担研究報告書「NICU 長期入院児の動態調査」平成 20 年厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」p 1-9.
- [36] 杉本健郎ら.「超重症心身障がい児の医療的ケアの現状と問題点ー全国 8 府県のアンケート調査ー」日本小児科学会倫理委員会、2009
http://www.jpeds.or.jp/pdf/071121_rinri.pdf
- [37] 小沢浩ら. 東京多摩地区における超重症児・者の実態調査. 日児誌 2010, 114:1892-1895.
- [38] 日本学術会議 臨床医学委員会臨床研究分科会(2011). 提言 エビデンス創出を目指す検証的治療研究の推進・強化に向けて.
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t127-1.pdf>
- [39] 厚生労働省「子どもの心の診療医」テキスト.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>

＜参考資料 1＞臨床医学委員会出生・発達分科会審議経過

2011 年（平成 23 年）

12 月 28 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 1 回）

- (1) 委員長、副委員長、幹事の決定
- (2) 分科会方針の協議

2012 年（平成 24 年）

4 月 13 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 2 回）

- (1) 委員長、副委員長、幹事の承認
- (2) 平成 24 年度課題の協議
- (3) 作業日程

6 月 22 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 3 回）

- (1) 議題の決定
- (2) 身体に関する議題
- (3) 心に関する議題
- (4) 次回会合までの協議事項

12 月 21 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 4 回）

- (1) 前回分科会議事要旨の確認
- (2) 身体 WG からの資料説明と協議
- (3) 心 WG からの資料説明と協議
- (4) 報告書の方針
- (5) 今後の会議日程

2013 年（平成 25 年）

5 月 16 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 5 回）

- (1) 前回分科会議事要旨の確認
- (2) 身体 WG から資料説明
- (3) 心 WG から資料説明
- (4) 全体討論
- (5) 報告書基本方針の協議
- (6) 次回会議日程調整

11 月 26 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 6 回）

- (1) 前回分科会議事要旨の確認
- (2) 報告書の検討

2014 年（平成 26 年）

3 月 4 日 臨床医学委員会出生・発達分科会（第 7 回）

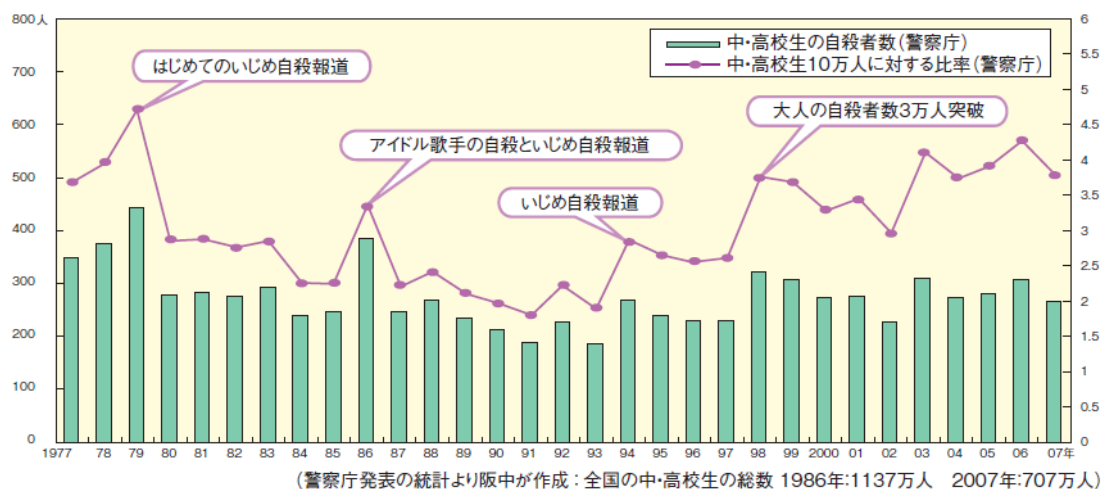
- (1) 前回議事要旨の確認
- (2) 報告書（提言）の検討

6月27日 日本学術会議幹事会（第195回）

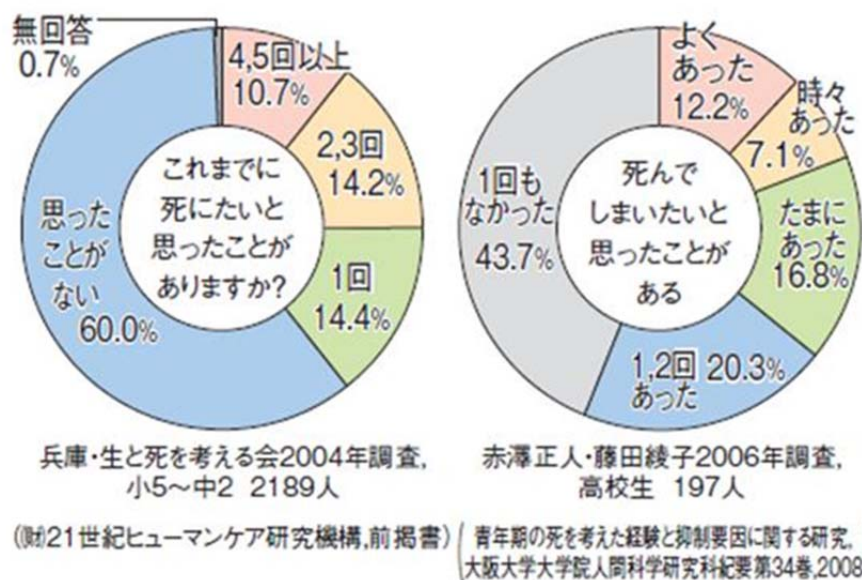
臨床医学委員会 出生・発達分科会 提言「健やかな次世代育成に関する提言」について承認

＜参考資料２＞ 子どもの心の健康に関する資料

(1) 中・高生の自殺者数と自殺率



(2) 「死にたい」と思ったことのある子どもの割合



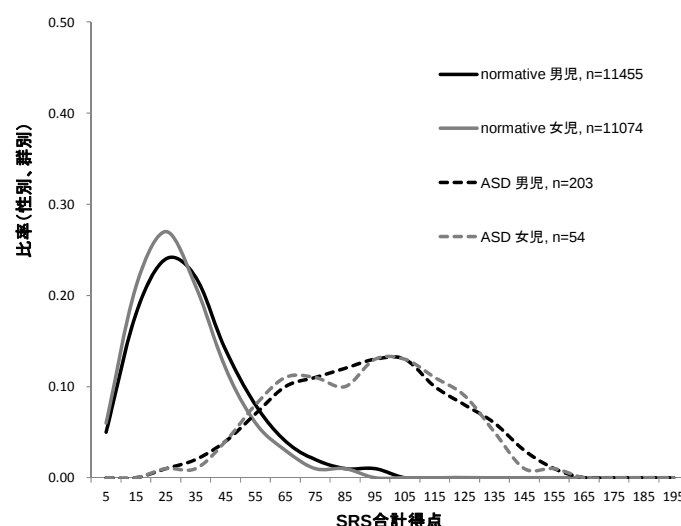
＜参考資料３＞発達障害に関する資料

(1) 全国の小中学校通常学級に通う一般児童集団(n=22,529)とASDと診断された児童(n=257)の自閉症的特性尺度(SRS: Social Responsiveness Scale)の得点分布

SRSは、自閉症的行動特性の程度を連続量で示す行動尺度で、高得点は強い自閉症的行動特性を示す。実線で示したのが一般児童、破線で示したのが、ASD児。いずれも男児は黒で、女児はグレーで示した。通常学級在籍の一般児童とASD児との得点の重なりが大きいことに注目していただきたい。男子で81点、女子で73点を超えると(児童全体の2.5%が相当)、最新の韓国の報告(Kim et al., 2011)と一致する。分布図が示すように、自閉症的行動特性は、知能、身長、体重のように一般集団内ではなめらかな連続的分布を示し、

恣意的なカットオフ値だけで障害の有無を区分しても、中程度の支援ニーズを有する多数の診断閾下ケースが存在することがわかる。

Kamio et al. (2013). Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22,529 Japanese schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica* より改変引用。



(2) 2012 年 文部科学省 「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について」

(http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf) より引用

通常の学級に在籍する知的発達に遅れはないものの発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒の実態を明らかにすることを目的に、平成 24 年に文部科学省が全国（岩手、宮城、福島を除く）の公立の小・中学校の児童生徒 52,882 人を対象として行った調査結果を以下の図 1～3 に示す。図 1 は①学習面（「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」）の困難を「LDI-R-LD 診断のための調査票」の得点を横軸に、図 2 は②行動面（「不注意」「多動性—衝動性」）の困難を「ADHD 評価スケール」の得点を横軸に、図 3 は③行動面（「対人関係やこだわり等」）の困難を「自閉スペクトラム・スクリーニング質問紙(ASQ)」の得点を横軸に、そして縦軸に児童生徒全体におけるそれぞれの頻度を示している。得点が高い方が困難度が強いことを意味し、図 1～3 に黒で示された児童生徒は特に担任教師が困難と判断した群を示す。

図1 学習面における児童生徒全体の分布状況

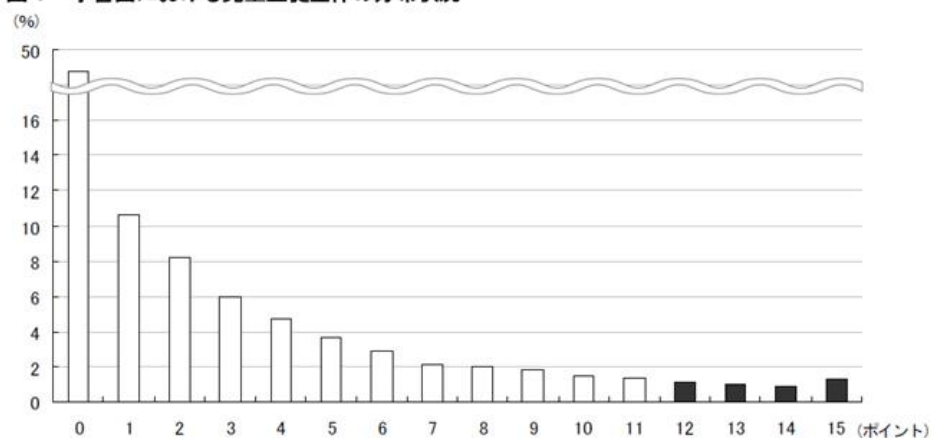


図2 「不注意」又は「多動性—衝動性」における児童生徒全体の分布状況

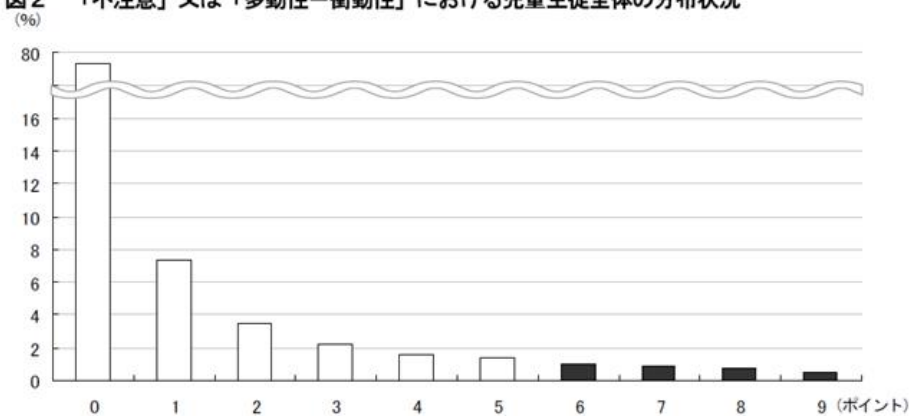
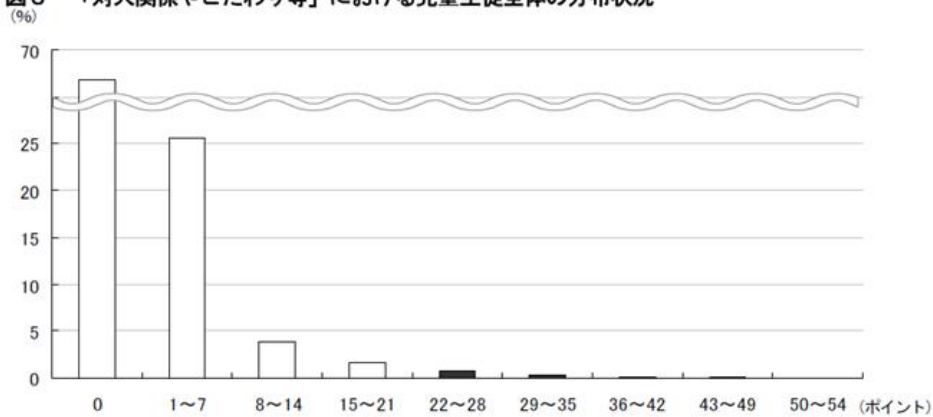


図3 「対人関係やこだわり等」における児童生徒全体の分布状況



＜用語の説明＞

レスパイトケア

休息、息抜きを意味する英語 **respite** を含む用語であり、障害児・者、高齢者などを在宅でケアしている家族の心身の疲労を軽減するため、一時的にケアを代替する在宅医療や介護に従事する家族の支援体制を意味する。1976年に「障害児（者）短期入所事業」として開始され、当初は介護者の病気、等の社会的自由に限定されていたが、現在では短期入所生活介護、短期入所療養介護は、介護者の心身の疲労等でも利用できるようになっている。2000年に介護保険法が制定され、高齢者介護の中でもレスパイトケアが広く実施されるようになったが、一方で、子どもの在宅医療に関しては、法的整備もなされておらず、地方自治体間で提供されるサービスの質、量にも大きな格差がある。

死亡小票

人口動態調査令に記載されている用語である。人口動態調査令によると、出生、死亡は届出人から市町村に届け出られ、市町村長は、これに基づき、人口動態調査票（出生票、死亡票、死産票など）を作成し、この人口動態票は、保健所長に提出される。保健所長は、これを審査し、厚生労働省令で定めるところにより、出生票に基づいて出生小票を、死亡票に基づいて死亡小票を作成し、これを3年間保存する。同時に、審査した調査票を都道府県知事に提出する。この保健所が作成するものを死亡小票という。正式には人口動態調査死亡小票という。個人情報保護の観点から目的外使用は厳格に制限されているが、2007年12月27日の総務省告示第704条により、人口動態調査死亡小票等を「保健医療行政に必要な基礎資料を得るため」利用できることとされた。この利用については、「行政機関等と同等の公益性を有する統計の作成等として総務省令で定めるものを行う者」と統計法において規定されている。

NICU

Neonatal Intensive Care Unit、新生児（特定）集中治療室 の略語である。低出生体重児、早産児、重症疾患罹患新生児を集中的に管理・治療する医療部門であり、厚生労働省が診療報酬算定のための施設基準を満たすものは、新生児特定集中治療室と呼ばれる。専任医師が常時勤務すること、看護師は患者2名に1名で配置されていること、1床あたり9平方メートル以上あり、専用の集中治療室を有すること、管理に必要な人工呼吸装置等の装置を整備していること、等の施設基準が定められている。24時間医療であり、高度の専門研修を要するため、専門とする医師、看護師の不足が大きな課題である。

PICU

Pediatric Intensive Care Unit、小児集中治療室 の略語である。生命が危険な状態にある重症小児患者をその罹患疾患や病態にかかわらず専門的、集中的に管理・治療する医療部門である、厚生労働省が診療報酬算定のための基準を満たすものは、小児特定集中管

理室と呼ばれる。治療室は8床以上、1床当たり15平方メートル以上、救急蘇生装置を始め必要な医療機器を有すること、等々の施設基準が設定されているが、日本ではこの基準を満たすPICUを有する医療施設はまだ少ない。高度の医療技術・知識を要する24時間医療であるため、専門とする医師・看護師の不足が大きな課題である。

子どもの死亡登録・検証制度

子どもの重度傷害登録・検証制度

米国、英国、オーストラリアでは、Child Death Review 体制、または Child Death and Serious Injury Review 体制が構築され、子どもの死亡原因に対する調査が行われ、その解析結果は予防できる子どもの死を減らすための提言、対策に活用されている。実施組織には、専任の職員が配置され、統計解析、報告、提言等が実施されている。

米国においては、National MCH Center for Child Death Review が設置され、データ収集、解析、提言等を実施している。歴史的には1978年にオレゴン州等の各地で、子どもの虐待死を把握する目的で開始され、1990年代に全州で実施するよう活動が行われ、2002年に米国保健福祉省に属するMaternal and Child Health Bureau (MCHB)がミシガン州のNational MCH Center for Child Death review の活動を財政支援したことから、全米に広がった。現在では50州にChild Death Review 体制が設置され、17歳以下の死亡全例の調査、解析が実施されている。内容は、銃器による事故、溺水、虐待、火事、他殺、交通事故、1歳未満の乳幼児突然死症候群以外の死亡（病死を含む）、1歳以上の自然死（病死）、交通事故以外の事故、乳幼児突然死症候群、窒息、自殺などが解析されている。

米国のChild Death Review 体制の目的は、子どもの死亡原因を把握することで、予防できる死を予防する社会体制を整備し、子どもの生活の健康と安全に寄与すること、子どもの死に対する包括的な把握と解析を実施することで、関係部署の情報共有と連携を強化すること、死亡原因によっては死亡した小児の兄弟姉妹を守ること、同時に、社会への注意喚起を促すとともに、子どもを守るために必要な法的整備についても提言する、としている。

オーストラリアでは、Child Death and Serious Injury Review Committee(CDSIRC)が組織され、この年次報告は直接、南オーストラリア州政府に報告され、議会に報告されている。目的は米国と同様である。