

第1回成育医療等協議会 議事録

○日 時 令和2年2月13日（木）16:00～18:00

○場 所 TKP虎ノ門駅前カンファレンスセンター ホール6A

○出席者

五十嵐委員、井本委員、奥山委員、神川委員、楠元委員、迫委員、末松委員、園田委員、中澤委員、中西委員、橋本委員、平川委員、平原委員、山縣委員、山田委員、山本委員、吉川委員

○議 題

- 1 開会
- 2 会長選任及び会長代理指名
- 3 成育医療等協議会運営について
- 4 成育医療等協議会のスケジュールについて
- 5 成育医療等を巡る状況について
- 6 その他

○小林母子保健課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第1回「成育医療等協議会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

私は、事務局を務めさせていただきます、厚生労働省子ども家庭局母子保健課長の小林と申します。協議会の会長が決まるまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

会の初めに当たりまして、当初、自見政務官から挨拶いただく予定でございましたけれども、公務の都合で、子ども家庭局長より挨拶を申し上げます。

○渡辺子ども家庭局長 子ども家庭局長の渡辺でございます。

本日は、お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

今、申し上げましたように、当初、自見政務官がここに参って皆様方に御挨拶をする予定でございました。御案内の方も多いと思いますが、自見政務官はまさにこの本法の成立に当たりまして奔走されて、全会一致でのこの成育基本法の成立を主導的にやられた方でございます。ただ、今、御案内のとおり、新型コロナウイルスの対策に奔走しておりますが、残念ながら、今日、この場に来ることができませんでしたが、皆様へのメッセージを預かっておりますので、私からの代読という形で御挨拶申し上げたいと思います。

御参集の皆様方には、お忙しい中、成育医療等協議会の委員をお引き受けいただき、誠にありがとうございます。

子供たちの健やかな成長を確保するためには、子供を真ん中においた社会づくり、特に妊娠期から子育て期に至るまでの切れ目のない支援が重要です。

成育基本法は、こうした成育過程を通じた切れ目のない支援も含め、科学的知見に基づく適切な成育医療等の提供、安心して子供を産み育てることができる環境の整備などを基本理念として、医療、保健、福祉といった様々な分野に成育医療等の横串を入れ、関係施策を総合的に推進することを目的としています。

本法は超党派により結成された議員連盟による議論を踏まえ、平成30年12月に議員立法として全会一致で成立し、昨年12月に施行されました。厚生労働省においては、これまで本法に基づく施策を横断的に推進する観点から、関係府省庁会議を開催するなど、関係府省庁とも連携しつつ、本年夏頃を目途として、成育医療等基本方針を策定するべく検討を進めています。

本協議会は、成育医療等に従事されている方、学識経験者等にお集まりいただき、本基本方針の策定に向けた御議論を頂く場であります。

委員の皆様方には、忌憚のない御意見と活発な御議論をお願いできればと思います。

本日は、どうぞよろしく願いいたします。

どうぞよろしく願いいたします。

○小林母子保健課長 マスコミの方には、この先のカメラでの撮影はお控えいただきます

ようお願いいたします。

続きまして、委員の皆様方を紹介させていただきます。なお、御所属等につきましては、名簿をもって代えさせていただきます。

順に申し上げます。

秋山千枝子委員でございます。なお、本日は御欠席と承っております。

奥山千鶴子委員でございます。

五十嵐隆委員でございます。

磯谷文明委員は、本日は御欠席と承っております。

井本寛子委員でございます。

神川晃委員でございます。

金森勝雄委員につきましては、欠席と承っております。

楠元洋子委員でございます。

末松則子委員でございます。

迫和子委員でございます。

園田正樹委員でございます。

中澤よう子委員でございます。

中西和代委員でございます。

橋本直也委員でございます。

平川俊夫委員でございます。

平原史樹委員でございますが、本日は欠席でございます。代理として宮崎亮一郎日本産婦人科医会常務理事に御出席いただいております。

山縣然太郎委員でございます。

山田直子委員でございます。

山本秀樹委員でございます。

吉川優子委員でございます。

また、本協議会のオブザーバーとして、日本医療研究開発機構、AMEDから鶴見様に御参加いただいております。

事務局の出席者につきましては、時間の都合上、座席表を御参照いただければと思います。

本日でございますけれども、委員20名のうち17名の方に御出席いただいております。定足数に達していることを御報告申し上げます。

続きまして、資料の御確認をお願いいたします。

議事次第、座席表、委員の名簿、資料1、資料2、資料3、参考資料1、参考資料2、参考資料3でございます。

不足等がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。

本日の会議は第1回目でございますので、初めに、成育基本法、成育医療等協議会の位

置づけ等について簡単に紹介をさせていただきます。

お手元の資料1の2枚目、成育基本法の概要を御覧いただければと思います。成育基本法は、先ほど自見政務官の挨拶の代読でもございましたとおり、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対して必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進する法律でございます。

参考資料1に記載がございますけれども、成育医療等協議会は、成育基本法第17条に基づきまして、厚生労働省に設置されたものでございます。

協議会の役割として、成育基本法第11条第4項におきまして、厚生労働大臣は、成育医療等基本方針の案を作成しようとするときは、成育医療等協議会の意見を聴くものとされております。

成育医療等協議会の組織及び運営に関して必要な事項につきましては、参考資料2、成育基本法の施行令に定められてございます。

その第2条におきまして、委員の任期は2年。

第3条におきまして、協議会に会長を置き、会長は委員の互選により選出すること。会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員がその職務を代理すること。

第5条におきまして、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができないことなどが定められております。

以上でございます。

次に、議題の2でございますけれども、「会長選任及び会長代理指名」に移りたいと思います。

今ほど御説明いたしましたとおり、本協議会の運用を定めた参考資料2の政令第3条におきまして、協議会に会長を置き委員の互選により選出すること、また、会長に事故があるときはあらかじめその指名する委員がその職務を代理することと定められております。

本日は、委員の皆様方が新たに選任され、最初の協議会となりますので、本規定に基づき、委員の互選により会長を選出していただきたいと思いますと考えてございます。

どなたか、会長につきまして御推薦いただけますでしょうか。

平川委員、よろしく願いいたします。

○平川委員 本会の会長につきましては、今までの実績等を勘案いたしまして、国立成育医療研究センターの理事長であります、五十嵐隆先生が適任かと存じますので、御協議をよろしく願い申し上げます。

○小林母子保健課長 ただいま、平川委員より、五十嵐委員を会長にということで推薦いただきましたけれども、ほかの委員の皆さん方はいかがでございますでしょうか。

(拍手起こる)

○小林母子保健課長 それでは、五十嵐委員に本協議会の会長をお願いできればと考えてございます。

五十嵐委員は、座長席にお移りいただきますようお願いいたします。

(五十嵐委員、座長席へ移動)

○五十嵐会長 会長に御指名いただきました、五十嵐です。どうぞよろしく願いいたします。

この法律は、皆さんは既に御存じかと思えますけれども、もともと日本小児科医会の、今日はおいでになっていませんけれども、松平元会長、今日おいでになっている神川会長が中心になりまして、日本医師会の母子保健検討委員会は平川先生も担当の理事でいらっしゃいますけれども、両者が小児基本法あるいは小児保健法という形で20年以上前からつくることを目指して活動され、成育基本法として成立しました。今日も既にお話しいただきましたけれども、子供、若年成人、この法律は胎児まで入っておりますが、これを守るためには、現行の医療や保健だけではカバーできない状況の中で出てきたものだと御理解いただきたいと思います。

がん対策基本法あるいは老人基本法の成立を契機に、日本のがん対策は非常に向上し、日本の高齢者のいろいろなケアも海外に比べますと大変手厚いものになっています。このように法律をつくることの意味が成育基本法にもこめられていると考えております。「成育医療等協議会」の、「等」に大変意味があるのではないかと考えています。つまり、保健、医療だけではなくて、教育、福祉、あるいはそれに関係している様々なものを包含した一つの大きな方向性をこの法律によって示していただきたい。そのためにこの成育医療等協議会があるのではないかと考えている次第です。

皆さんの活発な御意見を頂きたいと思えますので、どうぞよろしく願いいたします。

○小林母子保健課長 ありがとうございます。

この後の進行は、五十嵐会長、よろしく願いいたします。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

議題3の「成育医療等協議会運営について」に移りたいと思えます。

施行令第7条において、議事の手続その他協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定めるとされています。

これにつきまして、事務局が運営規程の案を用意してくださっておりますので、まず、これについて審議したいと思います。

事務局から、運営規程の案について御説明をお願いいたします。

○小林母子保健課長 会長、もしよろしければ、その前に会長に事故があった場合の代理について。

○五十嵐会長 会長代理を決めなければいけないのですね。大変失礼いたしました。

会長に事故があるときにあらかじめ指名する委員が職務を代理するとなっておりますので、私、会長が代理の方を指名したいと思いますけれどもよろしいでしょうか。

(委員首肯)

○五十嵐会長 それでは、山縣先生にお引き受けいただきたいと思えますけれども、いかがでしょうか。

(拍手起こる)

○五十嵐会長 先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

また戻りまして、「成育医療等協議会運営について」、この運営規程の案について御説明をお願いいたします。

○水野課長補佐 事務局でございます。

お手元の資料1を御覧いただきたいと思ひます。

成育医療等協議会の運営規程ということで御用意させていただいております。冒頭、事務局の小林より法律に基づく規定については御説明いたしました。その政令の第7条に基づきまして、細則につきましては本協議会において制定することになっておりまして、お諮りさせていただきたいと思ひます。

まず、第1条としましては、この会議については、会長が招集し、その上で、期日や場所等について皆様に通知をさせていただくということで規定をしてどうかと思ひます。

第2条で、会議の公開ということで、この会議につきましては、公開とすることにしてはどうかと思ひます。ただしということで、一定の正当な理由がある場合には非公開ということで規定を設けております。

第3条では、議事録ということで、本協議会の議事につきましては、日時、場所、委員、氏名、議事になった事項については議事録に記載することとして、議事録については公開することにしてはどうかと思ひます。

第4条として、委員会の設置ということで、会長は、必要があると認める場合には、協議会に諮った上で委員会を設置することができるかと書かれております。現時点で新たに委員会を設置ということではございませんけれども、この協議会の議論を踏まえまして委員会を設置する規定を設けてはどうかと思ひます。

以上でございます。

○五十嵐会長 御説明ありがとうございました。

何か御質問等がございますか。

よろしいですか。

この運営規程は、皆さんに承認をされたものとさせていただきたいと思ひます。ありがとうございました。

続きまして、議題の4です。「成育医療等協議会のスケジュールについて」、事務局でスケジュール案をおつくりいただきました。

御説明をお願いいたします。

○水野課長補佐 改めて、事務局でございます。

お手元の資料2を御覧いただければと思ひます。

「成育医療等協議会のスケジュール等について」ということで案を提示させていただいております。

こちらの協議会につきましては、冒頭の自見政務官からの御挨拶の中でもありましたとおり、基本方針を策定するという事で、おおむね夏頃をめどに策定ということとしてはどうかと考えております。

その上で、本日につきましては、追って御説明をいたします現状について協議会として共有させていただいた上で、第2回以降につきましては、夏の策定に向けて、第2回、第3回につきましては、委員の皆様方からプレゼンを頂ければと考えております。このプレゼンの順番や時間等につきましては、また事務的に改めて御相談をさせていただければと思います。第2回、第3回で委員の皆様方からの御意見を頂戴した上で、事務局において骨子案を策定させていただいて、それで議論をさせていただきたいと思います。最終的に、取りまとめに向けましては、国民からの意見募集、いわゆるパブリックコメントを実施した上で取りまとめをし、この協議会として取りまとめを行った後は、政府として法律にのっとりましてこの方針を閣議決定するという形で進めていくこととしてはどうかと考えております。

○五十嵐会長 御説明ありがとうございました。

今後の予定につきまして、何か御質問あるいは御意見はございますか。

よろしいですか。

それでは、基本的にはこの資料2にございますような基本的な方針でいきたいと思えます。これはあくまでも方針ですから、何かアクシデントがあるかもしれませんが、そのときには臨機応変に対応したいと思えます。どうぞよろしくお願ひします。

続きまして、議題5の「成育医療等を巡る現状について」につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○水野課長補佐 改めまして、事務局でございます。

お手元の資料3を御覧いただきたいと思えます。成育医療等をめぐる状況ということで、事務局で資料を御準備させていただいております。

本協議会については、まずは第1回ということでございますので、委員の皆様方と成育医療等をめぐる状況について共有させていただければと思えます。

その上で、参考資料3「成育医療等に関する施策」ということで御用意させていただいております。こちらは、これから私から御説明する状況と関係をする施策を御参考までに資料として御用意させていただいております。今日は第1回ということでありますので、こちらの施策については御説明いたしませんけれども、状況について共有することができればと考えております。

資料3に戻っていただきます。

2ページ、まず、平均初婚年齢・出生時の年齢の推移でございますけれども、こちらについては、皆様も御案内かと思えますが、晩婚化に伴いまして子供を産む母さんの平均年齢は上昇傾向にあるということでございます。

3ページ、夫婦の完結出生児の推移ということで、結婚した御夫婦の出生児数が減少と

いうことで、1960年代生まれ以降の世代ではお子さんが2人に達しない状況がございます。

4 ページ、一方、今度は、妊娠、出産、産後についてどのようなことを思われているかという調査でございますが、妊産婦の方については、妊娠、出産、産後の期間に、様々な不安や負担を抱えていることがこの調査の結果からも見てとれるかと思えます。

5 ページ、妊産婦死亡率・乳幼児死亡率が世界と比べてどういう状況かというものを整理したものでございますけれども、日本の妊産婦の死亡率・乳児の死亡率は、戦後、急速に改善いたしまして、世界有数の低率国になっております。

6 ページ、乳幼児の死亡率の推移ということで、人口10万人に対する年齢階級別の死亡率を年次ごとに示した図でございます。全体として減少傾向ということが資料として見てとれるかと思えます。特に0～4歳の年齢階級において大きく減少が見てとれるということでございます

7 ページ、年齢別・死因別の死亡割合ということで、左のオレンジ色の枠囲いのところでその死因が書かれておりますけれども、病死以外の他に分類されないものまたは外因死が赤と青で描かれておりますが、特に右側の大きなグラフとデータのところを御覧いただきますと、0歳のところにつきましては、他に分類されないものが27%、不慮の窒息が6.2%ということで、他の年齢に比べても特に高くなっている。また、15～19歳につきましては、自殺や交通事故が数字として大きくなっているところが資料を御覧いただいておりますかと思えます。

8 ページ、今ほど御説明した死因別の死亡数または死亡率の推移ということで、少し細かいデータがございますので、こちらは後で時間のあるときに御覧いただければと思えます。

9 ページ、0～19歳における年齢ごとの受診理由ということで整理しております。横が年齢になっておりまして、縦軸がその順位になっておりますけれども、御覧いただいておりますように、0歳では予防接種等の保健サービスの利用が多いということですが、全ての年齢で呼吸器の疾患やアトピーといった皮膚の疾患が多く見られ、5歳以降になってきますと精神や行動の障害が見られるということがお分かりになるかと思えます。

10 ページ、低出生体重児の総数と割合について資料として御準備しておりますが、近年、低下傾向であり、おおむね一貫して減少傾向であることを資料として御準備しております。

11 ページ、また、成育医療等をめぐる状況として、児童虐待が一つの課題としてございます。対応件数の推移、相談内容、相談経路でございますけれども、平成30年度において対応件数の速報値は約16万件、平成11年度と比べて約14倍ということで、増加傾向にあるということがございます。その内容としましても、心理的虐待の割合が多い。続いて、身体的虐待が多い。こういった虐待の問題が出ております。

12 ページ、児童の死亡事例もこういった形で推移をしてきているということで、特に青い点線で囲ってある下のところでございますけれども、0歳児の割合が47.9%、中でも0

日児の割合が20%になっているということでございます。

13ページ以降、まさに子供をめぐる状況を少し整理しております。朝食を欠食する子供の割合を平成19年から取ってきておりますけれども、特に近年微増傾向にあることがお分かりになられるのではないかと思います。

14ページ、痩せている傾向の子供の割合は横ばいになっているという資料でございます。

15ページ、一方、児童・生徒における肥満傾向の子供の割合ということで、全体として減少傾向になっておりますけれども、近年横ばいになっているということでございます。

16ページ、10代の喫煙率については、全体として減少していることがデータとして出ております。

17ページ、同じく10代の飲酒率の平成8年からのデータでございますが、全体としては減少傾向でございます。

18ページ、同じく10代の自殺の死亡率でございます。成年を含む自殺率については一時期と比べて改善傾向ではないかという指摘もあるところですが、一方、資料を見ていただきますと、青い▲のグラフ、10～14歳については近年増加傾向であることが資料としてお分かりになられるかと思えます。

19ページ、性感染症の率でございます。全体として減少傾向でございますけれども、10代の梅毒については増加しています。

20ページ、同じく10代の人工妊娠中絶率で、近年、全体としては減少傾向でございます。

21ページ、22ページ、今度は歯の関係でございますけれども、3歳児、12歳児の平均の虫歯の状況について、年次推移を御紹介しております。年々減少傾向でございます。

最後のページでございますけれども、今度は、子供の歯ではなくて、妊婦の疾患、妊娠中にかかりやすい疾患で、妊婦の方に関しての歯科治療についても資料として御用意させていただきます。

非常に駆け足になってしまいましたけれども、めぐる状況としての説明としては、以上でございます。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

この後、皆さんから御意見を頂きたいと思いますが、その前に、この資料3につきまして質問等はございますか。

よろしいですか。

今日は、第1回の会合で顔見せの回でもあります。胎児から若年成人に至るまでの人たちの医療、保健、あるいは福祉や教育についても関連があるとは思いますが、ふだん皆さんがお考えになっていることをぜひ御意見いただきまして、共有化をしたいと思えます。皆さんの視点や問題意識につきましてぜひここで御披露していただきたいと思えます。あまり堅く考えず、いろいろな方がいらっしゃいますので、ふだんお考えになっていることを本当に忌憚なくお話しいただきたいと思えます。

今日は全員からいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

どうぞ。

○園田委員 よろしく願いいたします。

私は産婦人科医で、その後、大学院で公衆衛生を学び、今は病児保育のICT化の事業をやっています。私が医師として課題に感じたことは、予防できる疾患を予防できずに、医療機関を訪れたときには手が尽くせない状況があることでした。子宮頸がんがその代表になりますが、自分が名医になってもこの方の予後を変えることができない、子宮頸がん検診を受診してもらえる仕組みづくりを実現できる方法はないかと考えておりました。先ほどの資料に人工妊娠中絶の話は出てきませんでした。本領域も性教育をきちんと行うことである程度予防可能なものだと考えております。医療や福祉だけでなく、今回の成育医療等協議会では、教育のこともぜひ取り入れて議論できればと思っております。

○五十嵐会長 どうもありがとうございます。

どうぞ、神川先生。

○神川委員 日本小児科医会の神川です。

我々はずっと子供の成育過程を見ているのですけれども、虐待があったり、そのバックグラウンドに貧困があったり、気がつかないでいて、その子供たちが、乳幼児期から、小学校に入り、中学に入ると、だんだん小児科の外来から離れていってしまう。そうすると、我々はその子供たちをずっときちんと見ていくことができない状況が結構多くあります。

我々が一番望むのは、子供を継続的にずっと成人になるまできちんと見ていける体制づくりで、これがどうしても必要だと思うのです。子供たちの中に、最初から問題を抱えている子がいて、行政が後ろについている子もいるし、ちょっと問題があるとみんながその子について少し経過観察をしている子もいるし、全く問題ないと思って見ている子供たちがいます。でも、その全く問題を起こしていない子が、突然小学校になって不登校になる、突然に自殺してしまう、理由が分からないという子供が出てきていて、これは何だといつも議論されているのですけれども、結局、原因が分からないことがあります。それは、ずっと継続して見ている誰か、パートナーがいないことが一番大きな問題ではないかと思うので、子供と保護者、それをきちんと見ていくパートナーとして子供のかかりつけ医が機能して、ずっと健常の子も問題がある子も全て含めて全部ポピュレーションアプローチで見ることが絶対に必要だと考えています。そういう仕組みづくりが今の日本にはないので、この仕組みをつくらないと、今の日本の子供たちをきちんと健やかに育てていくことが難しいのではないかと考えています。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

今のお話は、アメリカのBright Futuresという一つの健診の基本的なコンセプトに関係していることだと思います。米国では、乳幼児健診はもちろん回数が多いですけれども、2歳半から21歳になるまで、年1回、約30分間の個別健診が義務になっています。かかりつけ医でやります。日本のように学校健診はありませんので、基本的にその30分間の健診を受けないと学校には行けないのです。その30分間で何をやるかということ、身体の発育

や診療、いわゆる体のことを診るわけですが、そのほかに予防接種をします。しかし、それは大体10分ぐらいで終わってしまいますので、あとの20分間は先生がおっしゃったようなサイコソーシャルな問題ですね。家庭環境のことやいじめや心の問題をトータルに見ていって、リスクがあったらそれに対して介入していくという活動をやっているわけです。21歳まで健診を受けているアメリカの子供たちは70%以上とアメリカ小児科学会の方たちからは伺っています。広いアメリカで7割以上の子供たちが21歳までしっかり年1回の健診を受けている、しかもかかりつけ医で診ている、そういう体制ができているということをお話になったのではないかと思います。

ほかは、いかがでしょうか。

どうぞ。

○橋本委員 橋本と申します。

私は、小児科医をしております、かつ、その後に、公衆衛生の大学院で、医療格差や健康格差、健康の社会的決定要因を、研究、勉強しました。その後に、株式会社Kids Publicという会社をつくって、今、スマートフォンから、小児科医、産婦人科医、助産師に直接相談ができる事業を運営しているというバックグラウンドを持っております。

私が関わっているスマホから相談してもらおうという事業なのですが、発端は、虐待してしまったお母さんを外来で診たこと。小児科医として、なぜこの子がこうなる前にお母さんの孤立に気づき対応できなかったのかということにすごくやるせない気持ちを持ったことが発端にあります。

病院施設を造って、待っていて、治療してというのも大事な医療なのですが、いろいろなことが社会の中で起きていて、そこに、小児科医、産婦人科医、助産師、医療関係の人、もしくは、保育士さん、学校の先生方、そういう人たちが社会にどんどん出ていく、リーチアウトしていくような活動が必須ではないかと思っております。神川先生、五十嵐先生がおっしゃっていたような、そうした小児の保健活動に関して、しっかりとサステナブルに続くように社会的な投資がされて、社会がこれは重要な事業であると認識して、継続してできるような仕組みになっていくこと。自分は今も外来をやっていますが、なかなか健診に1時間かけるとするのは現実的ではない。鼻風邪の子が来たり、本当に怒濤のように忙しい外来の中で、本当はちょっと不安に思って、心がふさぎ込んでいるお母さんがいて、お話をじっくり聴きたいけれども、その時間を捻出できないということがありますので、そこが実現できるような仕組みづくりが本当に必要なことではないかと思っております。

ありがとうございました。

○五十嵐会長 どうもありがとうございます。

どうぞ、平川先生。

○平川委員 日本医師会の平川でございます。

今の御視点は大変重要と思えます。子供が孤立しない、ないしは、子育て中の母親が孤

立しないように、社会全体で支える仕組みをつくるべくこの成育基本法ができたと思いますので、しっかりそれを基本方針の中に書き込んでいきたいと考えております。

特に、妊娠期から出産や子育てをしていく母親が孤立しない、ないしは、育っていく子供が孤立しないという視点から、妊娠中から子育て期間に至る情報を共有する。医療機関、行政、様々な医療関係者で共有していく。ないしは、就学前の情報が就学期にスムーズに共有されていく。そういった視点が非常に重要だと思いますので、社会の中にそういった様々な連携の仕組みがつくられていく。そういった方針が立てられると非常によろしいと思っております。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

これは前から平川先生がずっとおっしゃっていることで、乳幼児健診のデータが学校健診のデータと連結していないという問題を御指摘いただきました。

どうぞ、山縣先生。

○山縣委員 今の平川先生のお話は、非常に重要だと本当に思います。

昨今、「データヘルス」という言葉があって、健康情報をいかに利活用して、予防や健康支援に役立てるかということが非常に重要なときに、いわゆるパーソナルヘルスレコードという物の考え方をしたときに、胎児期から、小児期、学童期、成人期といった情報をきちんとつなげていく仕組みの構築は不可欠だと思うのですが、これまで、そういう指摘は相当前から言われつつ、なかなか基盤整備ができなかったものが、最近やっと少しずつ動き出しているとは思っています。その中でハードルとなっているのが個人情報保護の問題ですが、何が重要なのかということ考えたときに、先ほど園田委員からもありましたが、予防できる、例えば、死ななくてよかった子供たちをどう救えるのか、そのためには何をしなければいけないのかという視点でこういった情報の共有をぜひ考えていき、そういう仕組みをこの中でつくれるようになればいいと思っております。

以上です。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。

どうぞ。

○吉川委員 吉川と申します。

私は、吉川慎之介記念基金という法人の代表をしております。慎之介は、私の子供なのですけれども、2012年7月に川遊びをしていた最中に溺水して亡くなりました。これは、幼稚園のお泊まり保育中の事故でしたので、いわゆる保育・学校事故に該当する事故になります。今年は8年目を迎えるのですけれども、息子の事故を通じまして、今、委員の先生方から「予防」という言葉がありましたけれども、私は、防げた事故、守れた命がこんなにたくさんあったのだなということ、事故後に、現状を知る、現状を目の当たりにするという状況に置かれました。

今回、この成育基本法が成立したことは本当に大きな前進だと思っています。この中で

これからChild Death Reviewの議論もされるかと思うのですけれども、子供たちをしっかり守っていくためには、仕組みが絶対に必要だと思います。事故の原因究明や情報共有の在り方につきましても、情報開示もそうなのですが、非常に壁が厚くて、何が起こったのか、なぜ亡くなってしまったのかということを経験しただけでも知ることができないという深刻な現状がございます。刑事裁判、民事裁判も経験しましたがけれども、責任追及の仕組みだけではなくて、再発防止や予防につながる仕組みが絶対に必要だと思って活動してまいりました。今は子どもの安全と事故予防に関する啓発活動をしています、情報共有の難しさも痛感しています。

昨日、保育園で1歳半のお子さんがお昼御飯を食べている最中に誤嚥で亡くなったというニュースや、この時期の慣例行事だと思いますが保育園で行われた豆まきで、その豆を園児さんが誤嚥して亡くなったというニュースと、特別支援学校で昼食中に食べ物を喉に詰まらせて亡くなってしまったというニュースを見たばかりなのですけれども、このように同様の事故が繰り返されるという状況をどうにか変えたいと思って今日まで活動してまいりました。

非常に重要な法律だと思っていますので、この法律をきっかけに、横串を刺していくというようなお話がありましたけれども、ぜひ多くの機関や人が連携して、子供たちが幸せに元気いっぱい育てられるように、成育基本法が、生きた法律として、制度も生きた形で社会に根差してほしいと思っています。

以上です。

○五十嵐会長 事故あるいは障害予防という点で、非常に重要な御指摘を頂いたと思いますけれども、これについては、成育医療等基本法の中にも、それに近い表現で記載がされております。母子保健課としてもChild Death Reviewに対する対応をすでにされています。少し御紹介いただけますか。

○知念課長補佐 事務局から失礼いたします。

Child Death Reviewにつきまして、参考資料3、82ページを御覧ください。

Child Death Reviewにつきましては、今、お2人、委員と座長からお話がありましたように、子供の死因究明を通して防げる死を予防しようということを大きな目標として掲げております。責任の追及といったことも大事な視点ではあるものの、防げる死をどう防ぐかについて、組織として県・国レベルでしっかり共有していくことを目指したものとして制度を考えております。

具体的には、来年度の新規事業としまして、都道府県が中心となりまして関係機関の連携のもとで予防のための子供の死因究明をしていくということで考えております。

具体的な事業内容につきましては、中ほどに書いてございますが、CDR関係機関連絡調整会議や多機関検証委員会等の様々な職種の方々が多様な視点の中で子供の死を検証していく中で、防げた部分がどこであったのか、また、それを改善するためにはどうしていったらいいのかといった予防策の提言をすることを最終的な目標とした取組をする予定でござ

います。

都道府県さんへの説明会等も開催しているところですが、想定していたよりもかなり多くの自治体さんに関心を持っていただいております。そういった状況も見ながら、片方で、研究班でもどういった体制がより望ましいのかといった検討も進めていただきながら取組をしていくところでございますので、またそういった状況についても情報が出次第御報告させていただきたいと思っております。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

それでは、また委員の先生方に戻りまして、御意見を頂きます。いかがでしょうか。どうぞ。

○井本委員 日本看護協会の井本でございます。よろしくお願いいたします。

私自身は、助産師職ですので、日頃、特に妊産婦さんと子育て中のお母さんを見ている立場として、思っていることを述べさせていただきたいと思っております。

神川先生もほかの多くの構成員の先生もおっしゃっていましたが、継続して見守る、伴走をしていく人が本当に必要な時代だと思っております。妊娠中にちょっとした不安をタイムリーにキャッチして「大丈夫だよ」と言ってあげる人が本当に必要な時代になっていると思っております。

そういった仕組みづくりとしては、たくさん母子保健施策があるのですがけれども、例えば、妊産婦さんが医療機関等で出産して地域へ戻るときにぶつと切れてしまうとか、病院側が地域にどのようにつなげばいいかという体制を強化し切れていないようなことがあります。切れ目ない支援が十分でない状況を私は全国から助産師職を通じて聴いています。成育基本法の中でぜひともしっかり仕組みづくりがつながっていければ、より不安が大きくなるお母さんが少なくなるのではないかなと考えております。

医療機関の話をしてますと、今、少子化で産科病棟は混合化が進んでいるので、ちょっとしたメンタルヘルスの変調を抱えたときに、助産師に手厚くケアを受けることがなかなか難しい状況がありました。ですが、産後ケア事業が少しずつ普及し始めると、お母さんからは、少しそういった不安を軽減できるというような声も聴いております。産後ケア事業のように、仕組みがしっかりつながって、地域に戻ってもしっかり伴走してくれる、仕組みが一緒についてくるという体制が、子育てをするお母さんにとっても、育っていく子供たちにとっても、本当に重要ではないかと考えております。

以上でございます。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○奥山委員 子育てひろば全国連絡協議会、奥山です。

今お話があったことに続けて、子育て支援のお話をさせていただこうと思っております。

参考資料 3、31ページに「地域子育て支援拠点事業」と書いてございます。

3歳未満児の在宅子育て、今は3分の1以上は育休中の御家庭の御利用となってきてお

りますけれども、おおむねお子さんが就園前の方で、必ず養育者が一緒に来るということですので、母親が多いですけれども、土曜日、日曜日に開催しておりますと、パパの参加も非常に多くなってきております。また、少し地方ですと、祖父母がお孫さんを連れてくるという形もございます。

今、全国に7,400か所ぐらい、こういった地域子育て支援拠点がございます。ただ、まだできて20年もたっていない事業ですので、今の大学生や高校生あたりは利用したことがないということで、今のお母さんやお父さんたちにこういう事業があるよということを伝えていかなければいけないと思っています。言わば、子育てをしている親同士の交流の場であり、敷居の低い相談場所でもございます。ちょうど、4か月健診、1歳半健診という健診が多い時期に並行して使っているような場所でもありますので、福祉保健センターでこんなことを言われたけれどもどうなのだろうかとか、そういう専門職ではないけれども、寄り添い型でお話を聴くような活動になっております。

私たちは、赤ちゃんが生まれて落ち着いてからではちょっと遅いなと思うようなこともあって、産前からの切れ目ない支援ということでいえば、助産師さんたちの活動や医療機関との活動なども連携していくことが必要だと思っています。例えば両親教室ですね。これは、土曜日にやってくださらないと、なかなかパパの参加が難しいのです。地元の役所にも掛け合って、土曜日の両親教室を区内6か所で40回以上やっているのです。そのことで、かなりパパも両親教室に参加してくださるようになりました。もちろん、助産師さん、区役所との連携のもとに開催をさせていただいております。

そういう意味で、私たちとしては、切れ目ないということであれば、妊娠期からの御夫婦をどう支えていくかということに着眼して活動しなければいけないと思っております。また、幼稚園や保育園に今度はずなぐわけなのですが、ちょっと発達に不安のあるお子さんの場合、幼稚園に入れないという課題が出てきております。そういう意味で、いろいろな職種の皆さんと連携をしないと課題が解決できないというようなことを感じておりました。今、産後ケアのお話がありましたが、地域では産後サポートも必要で、例えば、産前産後ヘルパー派遣事業を私どももさせていただいておりますが、早めに情報を提供して、何かあればそういった事業を使えるということをお伝えしなければいけませんし、このスライドの32ページの一時預かり事業、33ページのファミリー・サポート・センター事業、こういったところも私たちはさせていただいているのですが、そういう意味で、地域の方々をサポートにして、家族を丸ごとケアしていくような体制をつくっていかねばいけないと思っております。

地域との連携、医療、母子保健、教育、そういったところと一緒に話合いができるこの委員会に大変期待をしているところです。どうぞよろしく願いいたします。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○迫委員 日本栄養士会の迫でございます。

成育過程にある児の栄養問題というところでお話をさせていただきたいと思っております。

3点ほどあるのですが、1点は、低栄養がどうもサイクルになってきているのではないかと。つまり、若い女性の痩せの問題、妊娠前の女性の痩せの問題が受精から妊娠初期そして胎児期の低栄養に直結している。その結果として低出生体重児と併せて、出生体重平均値が年々下がってきているという問題が最初のスタートと、なり、その子供たちが成長して次の世代の親になるところまで含めて低栄養のサイクルになってきているのではないかと。それは若い女性の痩せから始まるのかどうか。そこが、気になっているところがございます。

もう一点は、食べられない子供たち。つまり、栄養不良の子供たちに対する栄養補給や栄養の指導をどういうふうにし組みとしていくのかということがございます。食べることができない子供と食事を与えられない子供と両方があるのだらうと思っております。食べることができない。これは、先天性代謝異常も含めて病気のお子さんであったり、障害があつて機能が十分満たされていない、または、離乳食が全く進んでいない、つまり、食べる機能を獲得していないお子さんたち、この子供たちは食べたいと思つても食べられないという状況に置かれている。また、食事を与えられない子供たち、特に被虐待児は、ネグレクトとして言われますけれども、心理的な虐待、身体的虐待等を含めて食事が与えられないという形で虐待されているのではないかと。守られた命を最後まで守り通す。それは、単に食事を与えるだけではなく、適切に栄養補給をしつつ、食べる機能を持っていない、または十分身につけていない子供たちにどういうふうにご指導していきながら機能を身につけていくのか。食べる機能とは獲得していくものでございますので、なかなか時間がかかる問題。ではあります、その辺の視点が今までちょっと不足をしていたのではないかと。さらに、食べることができない、与えられない子供たちには、貧困の問題があるかと思っております。子供の貧困問題では、主食だけは何とか与えられています。お金がないのでお金を安くすることだけが目的になってしまつて、主食のみを与えられている子供たちの栄養不良も心配される場所です。

朝食の欠食の問題を先ほどデータで出させていただいているのですが、子供の朝食欠食という問題には、親の朝食欠食があります。国民健康・栄養調査の結果では20代の男性・女性は、2割・3割の方々が朝食欠食をしている。つまり、そこで育つた子供たちは朝食を食べるという概念を持たずに育つてくるということで、基本的な食事の組み立てや食事のイメージもできないし、食べることによる訓練もできない。共食というコミュニケーションもできない。そういう問題点が出てくるのではないかと。

最後に、ユニセフやWHOが人生最初の1000日が重要だと言つていて、胎児期から2歳の誕生日を迎えるまでの1000日間、日本では「三つ子の魂」という言い方をしておりましたけれども、人生最初の1000日間、胎児期を含めて栄養不良という問題をきちんと問題点として捉えて対応を考えていく。これが成育基本法の理念の中で重要な問題だと思つておりま

す。

以上でございます。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○末松委員 三重県鈴鹿市から来ました。全国市長会から指名を受けて参りました、鈴鹿市長の末松則子と申します。

先ほど地域とともに子育てというお話もいただきまして、地方の現状でありますけれども、私どもは20万市民でありますので、都市ではまああの人口規模を持っているかなと思っておりますが、それでも産婦人科の医師が足りないあるいは小児科の医師が足りないということで、地域にあります総合病院でもお産ができないという状況がございます。里帰り出産をお勧めすることができずにお隣の市でお願いをすることもあります。自動車産業や製造業が結構盛んな街でありますので、そういった中で外国人の方々も非常に多く居住しています。そうすると、その外国人の方たちのハイリスクなお産もなかなか市の中では受け入れてあげることができないということがあり、普通の健康な皆様方のお産はそれぞれの産婦人科の先生や小児科の先生に診ていただいて十分に足りてはいるのですけれども、一方でそういったハイリスクを含めたお産が非常に厳しいという状況があります。

また、先ほど教育の話がありましたけれども、今の子供の性教育がしっかりこの小学校や中学校の中でできているかという、なかなかできていない状況があらうかと思えますし、だんだん子供たちは精神的には成長していくものの、自分の体と向き合っているかといったらそうではない状況が生まれてきています。先ほど若い女性の痩せということもありましたけれども、そのような自分の体を知るということを教育の中で教えていけない中で、晩産化、女性の働き方が多様化している中で、こちらの問題も重なってくる。そのような状況が、全国各地で、多分1,800以上ある自治体の中でそれぞれ大きな市も小さな市も抱えている問題だと思っております。

それが結局のところは少子化ということになっておりまして、私どもの自治体も数年前まで1.66ぐらい合計特殊出生率がありました。5年間ぐらいの中で1.43まで落ちてきました。そのような状況は多分私ども自治体以外の都市でも起きていると思っております。先日の90万人を切るというデータを新聞で見たときに随分ショックを受けたところではあります。女性活躍、男女共同参画の中でも、今、女性の痩せ、あるいは、オリンピック・パラリンピックが近づいておりますことから、アスリートについての体の問題など、女性、男女共同参画の中でもいろいろ計画には盛り込んでいただいておりますが、その女性について、胎児から出産まで、子供が生まれたとき、18歳、20歳までという中で、この成育基本法が持つ意味合いは非常に大きなことであると思っております。

私たち自治体、また行政といたしましても、児童福祉法、母子保健法、児童虐待、また、子ども・若者育成支援推進法という、それぞれの法律の中でそれぞれの事業を推進しております。しかしどうしても法律と法律の間にはさまができてしまう事業のような、そうい

う施策が、この成育基本法の中で切れ目なくできるものだと考えておりますので、基礎自治体、また地方といたしましても、この成育基本法でしっかり子供たちの途切れのない支援をしていけると期待をさせていただいております。

1つだけ御紹介させていただくと、平成28年から、早く子供たちの発達の障害あるいはコミュニケーション能力の不足するところを見つけてあげようというところで、今、大体1年間に1,600名ぐらい子供が本市で生まれますけれども、その1,600名全部に5歳児の適応健診をしています。これは、小児科の先生、産婦人科の先生、保育士、保健師、臨床心理士、全てがチームになって、100%の状況の中で、外国人の子供も在宅にいる子も全部この健診をさせていただいております。5年間させていただいておりますが、発達の問題を抱えるお子さんたちが非常に増えているという状況でありますので、そのフォロー体制もこの3年間で支援を厚くさせていただくことができました。結果、子ども家庭総合支援拠点事業という総合窓口になっていくと思います。この法律の中で、こういったことを目的としていく、理念としていくということでもありますので、地方といたしましても、専門の組織の皆様方と協力をする中で、ぜひ全国それぞれの市町村の市町村長さんにフィードバックをしていきたいと思っておりますので、また御指導いただければと思います。よろしくお願いいたします。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。

いかがでしょうか。

どうぞ。

○楠元委員 宮崎のキャンパスの会と申します。

私は、子供が43歳で、重度の障害の子供です。事業は、医療型の19床の短期入所と日中の通所の事業などを行っております。今、短期入所大体月に延250人から300人の受け入れを行っております。なかなか看護師など人材不足が大変なのですけれども、宮崎大学医学部小児科の先生方が協力してくださって何とか運営出来ているところです。

宮崎は、周産期医療は本当に先生方が頑張ってくださって、助かる子供さんたちが多いのですけれども、助かった分だけ、重い障害をお持ちの方、子供さんが出てくるわけなのです。

子供さんの受け皿は何か医療でもサポートをしてもらえているのですけれども、お母さんのメンタルの部分の部分が全くサポートなしで、一度医療的ケアの子供さんをお持ちのお母さんにお話を聞いたことがあるのです。お母さんはすごく若いのですけれども、一番最初に障害の子供さんを持たれたということで、2人目は産まない。うちは、2人目はこの犬でいいのよ。すごくもったいないなと思ったのと、このお母さんのメンタルの部分に寄り添うことができれば、お母さんにもう一度出産という勇気を与えられるのではないかなと思ったところだったのです。このお母さんは、今でも産まないとお話しされていますけれども、子供さんが7歳になられたのです。一番大変なとき、24時間体制で御主人と一緒に人工呼吸器やたん吸引をされていたということで、そこがすごく大変だったことと、転勤

族さんだったので地域に知り合いがいなかったという部分ですね。そういうところをもうちょっとケアができれば、次の子供さんを迎える気持ちができるのではないかなど。

そういう支援がキャンパスの会の制度事業にはございませんけれども、キャンパスの会を利用されている障害の子供のお母さんが、社会福祉士やPTの資格を持って、心理カウンセラーの資格も取られたお母さんですが、宮崎大学の産婦人科と小児科に相談をしまして、お母さんたちからこういう人にお話を聴いてみたいとか、ちょっと相談に乗ってもらいたいという話があればその先輩お母さんが相談に乗るという仕組みを、相談は無料なのですけれどもつくり出したところなのです。お母さんサポートとって、キャンパスの会のボランティア事業ですが当事者のお母さんが、後輩になられる、障害を持たれないかもしれないというお母さんもいらっしゃるのですけれども、今、そういうお母さんたちのメンタルの部分を支援していくということをやっているところなのです。

障害のある子供を持たれたお母さん方からは、災害時に、たくさんの機器を持って、どういうふうにして自分は避難するのだろうかということもお聞きします。そういうことも、市はどういうことが必要ですかと言われるようですけれども、避難した先で停電したときに、電気のこととか、いろいろなことがあるのですよね。そういうことが、宮崎では、まだなかなか地域ではちゃんと確立されていないというのがありますので、そういうものも支援ができればいいなと思っているところなのです。

先ほど吉川さんが言われたように、横串を入れてというのが今回のこの成育基本法の一歩のメリットかなと思うのですけれども、今まで行政のいろいろなことが縦割りであったと思うのです。でも、今度は、縦、横、斜めにいろいろな支援が入って、その専門の方たちと情報交換ができるようになれば、本当に生きた成育基本法になっていくのだなと思っております。このお母さんたちを、もう一度出産に向けられるような支援体制ができればいいかと思えます。

○五十嵐会長 大変な貴重なお話を頂きました。

いわゆる医療的ケア児は、最近の統計では、1万9000人以上、ほぼ2万人に達するようになってきました。人工呼吸器を装着している20歳未満の子供は、今、4,200人になってきて、人工呼吸器の患者さんは5年間で10倍ぐらいになったということで、非常に医療が進歩して、おっしゃったように、救命はするのだけれども、その後の対応の体制がまだ整備がされていないという御指摘を頂いたのだと思います。

そういう方たちはみんなの在宅医療に移るわけですけれども、在宅医療になると、その担い手は、御指摘になったように、ほぼ100%、お母さんなわけですね。どんな立派なキャリア持っている女性でも、障害のあるお子さんを持った途端に、自分のキャリアを捨てて、子供のために生きるという選択をせざるを得ないというのが今の状況ではないかと思えます。本当にどんなに有能な能力を持っていてもほとんどの方は自分のお子さんのために自分のキャリアを捨ててしまうわけですけれども、これが本当にいいのかどうか、メンタルなことだけではなくてフィジカルなことも含めてだと思えますけれども、支援する体制が

日本には非常に足りないということを御指摘いただいたのではないかと思います。この成育基本法が目指すところの、カバーしなくてはいけない大きな対象ではないかと思っております。

そのほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○山本委員 日本歯科医師会の山本でございます。

私からは、2点ほどお話ししたいと思います。

まず、1点目でございますけれども、妊婦の歯科検診の事業でございます。成育基本法第13条では、妊産婦に対してのいわゆる健康診査、健康診断を実施すると規定されているわけでございますが、実際に全国津々浦々で妊婦健診が行われているかという、まだそういう状態ではございません。先日、別の会議でございますけれども、全国の自治体でほとんど全てにアンケート調査を行ったところ、60.7%の実施率でございましたので、その辺がまだ我々にとっては問題ではないかと思っております。昨年、妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会が厚労省で行われまして、その取りまとめの中で私どもが言ったのは、妊娠中の産婦人科の健診以外では、内科に次いで歯科の受診が大変多いということ、特に口腔外科は多いということが言われております。こうしたことと、妊婦健診の内容等を含めた妊婦健康診査について望ましい基準という中に歯科の項目という記載がないということがございますので、今後、ぜひその辺の制度化を行っていただきたいということがまずは第1点でございます。

もう一点でございますけれども、児童虐待の話が幾つかございました。先ほど、お話の中で、平成30年は16万件というお話がありました。そういったところで、児童虐待防止に関する法律の5条には、歯科医師は虐待を発見しやすい立場であるということでございまして、早期発見に努めるということでございます。そういったことで、学校健診あるいは歯科の診療所でも発見されることがあるわけなのですが、一方で、虐待のいわゆる被虐待者が実母あるいは実父であることが大変多いということと、現在の虐待は非常に低年齢で行われるということでございますので、できれば、妊婦さんの健診だけではなくて、いわゆる産婦の健診、そのパートナーの方に対する健診といったものも少し制度化をしていって、なるだけ早い段階で介入ができ、しかもそれを多職種で見るという形の制度化ができれば大変いいなと思います。もう一点は、幾つかの自治体でございますけれども、児童養護施設といったところに地域の歯科医師会の先生方が入って、月1回程度の検診をやって実績を上げているということがございますが、そういったことが全国津々浦々のいわゆる養護施設で行われるようになれば非常にいいのではないかと思います。

この2点について、お願いしたいなと思っております。

以上でございます。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。歯科の立場から大変重要な御指摘を頂いたと思います。健やか親子21の中間評価でも、齲歯は減っているわけですがけれども、子

供の歯肉炎が増えているのですね。これも何とかしなくてはいけないという大きな課題ではないかと思えます。

米国では、健診のたびに歯科に行きなさいと。歯科の検診を受けなければいけないことになっていまして、例えば、フッ素を使うことを奨励しているわけで、フッ素を使っていない水道水の州では、歯科の先生が、親御さんにフッ素を与えて、うがいのときに使いなさいという指導をしたり、あるいは、デンタルフロスをしっかり1日1回はやりなさいとか、これも、Bright Futuresの指導、小児科医の指導の中にはちゃんと入っているわけですよ。ですから、予防歯科が子供にも行き渡っているということがアメリカの健診の特徴ではないかと思えます。ですから、もっと歯科の先生は小児の予防に入ってもいいのではないかとふだんから思っている次第です。

ほかは、いかがでしょうか。どうぞ。

○中澤委員 神奈川県の中澤でございます。

私どもは、先ほど末松委員から基礎自治体のお話が出ましたけれども、私は、全国衛生部長会という都道府県ごとにいる医系技官のトップが集まっている全国衛生部長会の代表として参っておるので、広域自治体としてのお話をさせていただきたいと思えます。

先ほどの資料1の3枚目のところに、政令で定める計画というところでずらっと1～19まで書かれております。ここも最初に「都道府県」と書かれておりますように、ほとんどが各都道府県でつくっている計画だと思います。今、ざっと見た感じでも、うちの自治体の中でもこれを所管している所属は10か所以上にわたるわけです。社会の情勢の変化に伴いまして、今、委員の皆様方からのお話をなるほどと伺っていたのですけれども、お子さんをめぐる、成育をめぐっての社会情勢の変化に伴う非常に大きな課題がたくさん幅広くあるということで、保健、医療、福祉、教育とか、いろいろな形のことが必要なのだと思えます。

私たちも、医療的ケア児の事業を行っていたりするとき、数々の本当に幅広い方々に委員に出ていただくと、そういうことの中でお話を伺って、さらにもっと広い、お子さんを育てていく、健やかに育てるということはこういうことなのだなということを学びながらやっているのですけれども、これだけお役所は本当に縦割り行政で、計画の一つ一つが違う所属でつくっていて、まさしく縦割りではあるのですけれども、このところにおいてある成育医療等の提供が確保されるように適切な配慮をするように努めるものということ、まさに横串を刺さなければいけないということを非常に感じております。

計画をつくったり、改定する際には、その視点をきちんと入れていけるような形で方針なども出てくると、役所の私たちはつい忘れがちになってしまいますので、そういうところを入れていただけるとありがたいなと思えますし、一方で、これだけ複数の部署が連携していかなくてはいけない、行政の中で連携していかなくてはいけないということは、カウンターパートになっている関係機関の皆さんと幅広く連携していけるような仕組みをつくっていかなくてはならないと思っています。

このことが、まさに横展開、横の串を刺すということなのですからけれども、一方で、さっき神川委員からお話がありましたように、お子さんのですので、時間軸の縦の軸のことも一緒に考え合わせていかなければいけない。そこでまたカウンターパートがそれぞれ変わってくるということもございますので、縦横両方の軸という視点を持ちながら、そういう形で示せるような形でやっていけたらいいなと感じております。

以上です。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。

ほかは、いかがでしょうか。

どうぞ。

○中西委員 たまごクラブ・ひよこクラブの中西と申します。よろしくお願いいたします。

今回の成育医療の協議会に当たって、大切だなと思っていることの一つとして、せっかく体制を整えても、当事者であるお母さんたちがそれを知らなかったら、結局、利用できない。また、周囲の人が知っていれば利用しなさいと教えてあげられるけれども、周囲の人も知らなければ、結局、孤立してしまっていて、いろいろな問題があっても発見が遅れてしまうことになると思うので、こういう活動をしている、こういうケアがあるということを知ってもらおうことがすごく大事なのではないかと考えております。そういったことも協議できたらいいなと考えております。

ただ、最近の妊婦さんは、私は23年ぐらいたまごクラブの妊娠の雑誌をやらせていただいているのですが、20年前ぐらいの妊婦さんと比べると、問題意識がちょっと薄いといえますか、昔の妊婦さんは、どんなことでも心配だから、勉強したい、知りたいという感じだったのですけれども、今の妊婦さんは、どちらかというと、自分は大丈夫ではないかなみたいな感じで始まって、ちょっとお医者さんからトラブルがあるよと指摘されたら、慌ててネットとかで調べまくるみたいな傾向があるように、個人的には感じています。

そういった興味がないことに対してあまり食いつきがよくない人々、情報への食いつきがよくない人々に対して、あらかじめ知っておいてもらうためにはどういう発信が必要なのか、どうやったら心に響いて本当の意味で全てのサイクルがうまく回るようにつながっていけるのかということも考えることが大事ではないかと考えております。

よろしくお願いいたします。

○五十嵐会長 ありがとうございました。

山田委員、お願いします。

○山田委員 山田でございます。よろしくお願いいたします。

学校現場から参りましたので、今回、初めはいろいろ勉強させていただきながらと思ったのですが、端々に「教育」という言葉が出てまいりましたので、私の思っているところを少し述べさせていただければと思います。

私は、現在、高校の校長でございますけれども、もともとは小学校の養護教諭でございました。小学校、中学校、特別支援学校にも参りました。今は高校ということで、先ほど

出ましたように、時間軸といえば、学校にいる児童・生徒の時間軸を縦に勤務してまいりましたので、その発達段階等はよく分かっているかなとは思っております。

現在、児童・生徒については、幾つかお話がありましたように、肥満、痩せ、生活習慣の乱れ、メンタルヘルスの問題、アレルギー疾患、性に関する問題など、多様な課題があります。本来ですと学校は学習指導要領にのっとった教科指導や特別活動や人格の形成をしていく場所ではあるのですけれども、それをやっていくための周りの課題が多くございまして、だんだんと複雑化してまいります。

こちらの参考資料3の75ページにもありますように、76ページ、77ページ、78ページとちょっと見ていただくとよく分かるかと思うのですけれども、それぞれの教育に関わるところが全部分野としてはそれぞればらばらで、一本これが解決すればいいというものがないのです。

まずは、家庭教育ということは、先ほど来あります御家庭の問題、お母様やお父様に関するいろいろな悩みも含めて教育に対する考え方も様々でございますので、そういう家庭に入っていくのはどのようにしていくのか。親教育、親学をやっていくという部分もございます。また、健康診断ですけれども、学校における健康診断は学校保健安全法ではスクリーニングという立場ですので、あくまでもそういうことがあるかもしれないという段階の短時間でのスクリーニングしかやられておりません。

私が経験した中では、保健調査票というものを入学時には出してもらうのですけれども、保健調査票の記入は保護者の申告しかありませんので、実際、本当にそうなのかということについては確かめようがないということです。また、病気やけがでかかりつけ医はありますかと聞くと、ほとんどの保護者の方がないと答えます。ですので、恐らく、出産をしてから、お子さんに熱が出たとか、けがをしたとか、そういうもろもろで病院に行っているはずなのですけれども、保護者の方々の中でうちのかかりつけ医はここですというものがいないというのも現状でございます。

また、小学校から中学校に上がるときは、情報交換はするのですけれども、特に小・中は市町村で学校をやっているのです、その連携は比較的あります。小学校から中学校は、中1ギャップとかもありますけれども、情動的なものについてはきちんと情報共有はできているのです。今、私は高校ですけれども、中学を卒業すると、高校入試は公立の場合はばらばらになってしまいます。そうしますと、そこからの情報は保護者の方の情報提供のみということで、実際、学校で倒れてからこの子はこういう病気だったのかということが起きる可能性もあります。

このところを、いろいろな委員さんがおっしゃっていたように、一本筋の通った情報の共有の仕方ができるかということがあります。また、この子をどこに診てもらったらいいのだろうかというときに、そういうところの情報もなかなか学校にはないので、今、学校の中では、チーム学校ということで、課題解決については学校全体で取り組もうとなっておりますが、どのぐらい外に頼っていいものかというのがまだ分からない状況で

います。この協議会を通して、成育基本法ということで横のつながりを大切にということがありましたので、そのつながりを学校現場がどのぐらい活用できるかということ、子どもが学校に向かってどれだけ発信できるかということにも関わってくるかと思っておりますので、ここでいい情報を頂きましたらぜひ広めていきたいなと思っております。

ここにありますように、自殺の問題や、食事の問題で栄養士さんが栄養教諭になって食育を熱心にやっていたとしても小・中までで、高校になるとスタイルを気にして食べないとか、そういうところの発達段階が学校としては途切れ途切れになっているというのが現状でございます。

ぜひいろいろなお力を頂きまして、この問題は学校にいる期間の長い子供たちの問題でもありますので、一緒に考えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。宮崎先生、お願いします。

○宮崎常務理事 正式な委員ではないのですけれども、一言。

1つは、産婦人科の医療としては、大変皆様方には御不便をおかけしているかもしれませんが、こちらも一生懸命頑張って増員を凶ろうと努力しているところなのですが、基本的には、皆さん方、特に学生の間ではなかなかたがらないというところがありますね。そこら辺は、大変心苦しく思っているのです。それに対して、医会は物心両面で学生をとにかく釣り上げてくれということをお各都道府県にお願いしているところでございます。

それが医会の現状でございまして、こちらの希望としては、まず、1つは妊婦さんになろうとするようなモチベーションを上げてもらいたい。先ほど来、1人お子さんが障害児だと、どうしても次の子をお持ちにならないというような状況に関しても、これはまた医会の別の部門なのですけれども、おぎゃー献金基金連絡会を有していて、援助するような形をつくっているのも事実でございます。ただ、本当に経済的な部分と精神的な部分をどう支えていったらいいのかということも、我々もまた逆に学んでいかななくてはいけないかなとは思っております。

先ほどお話がありましたように、私は下町の中規模病院の婦人科の部長をしておりますので、感じるのは、がん検診にしる、乳房検診にしる、これはナショナリズムを出してはいけないと思うのですけれども、インド人、中国人、他国籍の方が日本の健康に対する法律を上手く利用して大いに利用しているにもかかわらず、日本人と称される民族の方達があまり利用してくれないというのは、これは一体何なのだろうか、ふだん臨床の場においてよく感じるところでございます。学校の制度がいいのか悪いのかよく分かりませんが、ひょっとしたら一番欠落している部分ではないのかなと日頃感じてしまっているところでございますので、そこら辺もできれば何とかうまく改善していただければありがたいと思っておる次第でございます。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

産婦人科医会の先生方は、性教育あるいは女性の健康教育について地域の中学校や高校に出向いて教育をする活動をされています。全国レベルではそこまではしていないということですね。

どうぞ。

○園田委員

今回の法律で、妊娠期からの切れ目ない子育て支援という横串が実現すると思っています。もう一つの軸として、ぜひ産官学の連携をしていただきたいと強く思っています。

例えば、先ほど産婦人科医不足の話が出ました。私も産婦人科医が増えるようリクルート活動を学会でやっていましたが、近くにお産する場所がなく、分娩場所を確保するために病院に産婦人科を新規開設したという新聞やテレビで報道がたまにありますが、それはミクロの視点で考えると市民としては安心でき、うれしいことだと思います。しかし、数年後には閉室することも多いのが現状です。私は産婦人科医として若手の時には月200時間を超える時間外労働をしておりましたが、今後、2024年に開始する医師の時間外労働の上限規制に向かって、医師が頑張っって何とかするという時代は終わりを告げていきます。産科婦人科学会や産婦人科医会はこれまで分娩施設の重点化を進めてきました。分娩施設はもう増やすことはできない、絶対に減っていく、むしろ医療安全や医師の働き方改革の視点から減るべきであるという施策を、地理空間情報システムを活用しデータを用いて検討されてきました。妊婦さんの自宅からのアクセスを分析し、30分以内に分娩施設へアクセスできる割合や、有事の際に周産期母子医療センターなどの高次医療機関へ搬送する際のアクセスなどを試算しています。データを元に適切な医療資源を検討することは既に行われています。

ぜひ、厚生労働省のようにマクロの視点を持った機関や人々が、最適な周産期の二次医療圏の構築などを、官と学が連携して実現していただきたいと思っています。

もう一点、話させてください。わたしは、これまで少子化対策を何とかしたいと思い、ヒアリングをしてきました。すると、お子さんが風邪をよく引いて、結局、仕事を辞めてしまい、生活が壊れてしまうような方がいて、安心して産み育てられる社会にどうやったらなるのだろうかと考えた末、現在の病児保育ICT化事業やっています。

自分で事業をやる上で感じていることが、行政の子育て支援サービスは、素晴らしいものがあるけれど、なかなかうまく届いていない、非常に使いづらいという課題があって、橋本委員が提供されている、スマホから子育ての相談や子供の病気の相談ができる事業も大きな安心につながっているなど思っています。これは身近に、困ったらすぐに相談できる専門家が伴走してくれる事業であり、テクノロジーを活用することで実現しています。このように、民間と行政が連携することで本質的に正しい形を提供できるのではないかと考えております。

民と官が連携して事業を提供するときに大事なものが僕はエビデンスだと思っています。例えば、健やか親子21からデータは出てくるのですが、こういった施策をやったらこう

よくなりました、それを全国でやりましょうとPDCAを回すには必ずデータが必要であり、それをぜひ研究したいというアカデミアの方もいるわけですので、今回は国という大きな体制にて、産官学が連携し、どうやって安心して産み育てられる社会をつくるのかということ、ぜひここでディスカッションしてやっていけたらと思っております。

今、社会が変わる大きな転換期になってきていると本当に感動しています。実現に向けて、ぜひ皆さんとディスカッションしてつくっていけたらと思っております。

○五十嵐会長 大変貴重な御指摘です。

平川先生、どうぞ。

○平川委員 周産期医療提供体制の話が出ましたので、続けて一言申し上げたいのですが、お2人の委員から御指摘があったように、少子化が進む一方で高齢の出産等も増えまして、非常にリスクの高い分娩が増える中で、産科の医師は必ずしも増えていないという現状があります。また、産科医師がいても、地域によっては都市部に集中して離島・僻地には非常に少ないといった地域の偏在がある。

また、今般、医師の働き方改革の問題が大きな社会的な議論になっておりまして、これまで医師の長時間労働で支えられてきた現在の周産期医療の提供体制が将来的には今の形では維持できないことが明らかになっておりますので、地域のそれぞれの医療提供体制を踏まえて、地域の事情に応じた将来の周産期医療提供体制、将来像の議論を、基本方針の中でぜひ深めるように進めていただければと思っております。

以上です。

○五十嵐会長 どうもありがとうございます。

どうぞ。

○神川委員 小児科医会の神川です。

小児の医療提供体制も、同じことが言えると思うのです。集約化されてきて、一次、二次、三次という形で分類されて、きれいな小児医療のピラミッド構造ができつつあって、いい地域もあるのですけれども、都市部と地域で全く異なっていて、それができるところとできないところがある。二次医療圏で考えるには無理があるので、小児医療圏をきちんと考えて、産科と同じことで、子供は子供の医療圏をつくって、その中で本当にどれだけのものが必要であるかということは出さなくてはいけないと考えます。けれども、小児科というと、どちらかというと救急で見られてしまうのですね、救急という切り口で見られてしまうと、これから子供が減れば、どんどん小児医療が減ってしまう。そうではなくて、保健や医療や教育など生活も全部含めて子供をどうやって見るのかとなると、そこを全部やる小児科医がある程度の数でないと、これから先は回っていかないと思うのです。どこにいても、安心して産める、住んでいけるということは、状況としてなかなかむずかしいですが、そういうこともすごく考えていただきたい。小児も同じだと思います。

問題になった縦の軸ですね。ネウボラというものがあって、フィンランドのネウボラは、6歳まで妊娠中からずっとそこに行って1人の保健師がずっと見てくれるので、安心して

ネウボラに行けます。そこは6歳で終わっても、その後に小学校ネウボラがあって続いていくのです。情報は全部ずっと上に上がってくるのです。

ところが、今、日本の子育て世代包括支援センターは基本的には3歳までですね。3歳児健診が終わったら、その後は機能しなくなってしまう。縦軸がつかないわけです。子育て世代包括支援センターの相談や情報収集機能を、18歳まで、成人期までずっと延ばしていくことができれば、そこに全部ワンストップでずっと情報が集まる。情報を集めたので、何かあればそこから情報を出すことができる。

今、予防接種の電算化が進んできて、9割以上は電算化が進んでいるので、そこに色々な保健情報を集め、その情報をずっと積み重ねていただければ、そこがキーになってやっていただければ、情報の縦ができると思うのです。ですから、情報の縦をつくる時には、せつかく基礎ができるのだったら子育て世代包括支援センターを基盤軸して、それを縦までずっと延ばしていただければ、情報は一つに集まりやすいのだろうと思うのです。子育て世代包括支援センターは、確かに、情報収集、相談、支援といろいろな業務を持っていますけれども、そこだけでは子育て支援は無理だと思うのですね。地域子育て支援拠点事業は、先ほどお話がありましたけれども、すごく大切だと思うのです。あそこは、ポピュレーションアプローチなのです。でも、子育て世代包括支援センターはハイリスクアプローチになるので、その人には重点的に支援が回りますけれども、それ以外の人については何もないわけです。ハイリスクは全部支援シートができてそのまま継続されますけれども、それ以外の人にはただ単に点でいくしかないという状況なので、そこを補完するために、地域子育て拠点事業をしてポピュレーションアプローチで子供たちを絶えず見ていける仕組みづくりが必要だと思います。例えば、保育園も地域子育て支援拠点事業に参加できます。例えば、保育園にその地域の全部の妊婦さんが登録できるようにしてしまえば、完全なポピュレーションアプローチになって、妊娠中から保育園に行って、保育園の中で子育てを見て、自分の子育てのイメージをそこでつくることができる。産んだ後に、そのままそこで何かあったときに相談でき継続できると思うのです。ポピュレーションアプローチで、子供に接することがない親が子供に接することに慣れて、自分の子育てのイメージをつくる機会を持たせないと、これから先はなかなか難しいのではないかと思いますので、保育園を使って、子供の育つこと、育ちを肌で感じて、自分の将来を考えられる施策がないと難しいような気がします。そういうことをすることによって、いつでもそこに相談に行けるという気楽さがあるので、そのまま続けて、子育て世代包括支援センターの中でその情報を取り込んでいって、ずっと全員の子供をそこでまとめて見るという施策が必要ではないかと思います。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○山縣委員 山縣です。

本当に皆さんの言われることに全く同感で、例えば、そういうことを具体的にやってい

くときに、今、欠けているものは何かと考えると、例えば、先ほど健やか親子21の話が出ましたが、これは2001年から始まって、来年度で20年、この計画は国がつくり、でも、自治体でなかなかそれと同じような計画が出ていなかったり、それに代わる母子保健計画があるかという、なかなかそれもできていなかったり、それはどうしてなのかという、こういったものを推進していくときの法的根拠に欠けるからだと思います。

先ほど中澤委員からあったように、法的根拠に基づく様々な計画がこの中にあるのですが、母子保健法に基づく母子保健計画といったものがあるかという、それがいないために、自主的につくっているところはいいのですが、そうでないところはその優先順位が低くなってきてしまう。

本来、こういったものは、そういうグランドデザインとしての計画があって、そこに様々な実施計画があって、PDCAサイクルを回していく。そういうことそのものが少し欠けているのではないか。

ただ、欠けているけれども、今まで世界一の母子保健・小児保健の水準にあるのは、個々の担当者の努力に頼ってきた。優先順位が低くなっていくと、本当にこの先はどうなるのかといった不安がある中で、この成育基本法によって、そういう法的根拠に基づいた計画、ただ、それが、医療だけ、保健だけ、福祉だけではなくて、子供を取り巻く、まさに成育期にある対象者を基にした横串と縦串の計画をきちんと立てていくということを考えていく必要があるのではないか。

そのときに、まさに教育の現場が子供にとっては一番大切で、乳幼児のときに先ほどの発達障害の介入とかをしても、結局、どこでその成果を見るのかということ、学校生活や集団生活の中で子供たちが困っていないかというところがとても大切なのですが、その情報が連携できていなかったり、そういうPDCAサイクルを回す仕組みができていないと、結局、やったことは本当に成果があったのかどうか分からない。

そういう意味で、今回のこの成育基本法を基にして、これまでできなかったこともやっていくということが本当に必要ではないかと思いました。

以上です。

○五十嵐会長 大変重要な点を御指摘いただいたと思いますので、資料2にありますけれども、ここで取りまとめが行われますと、方針を閣議決定することになります。そうすると、日本全国に指令が行くと考えていいでしょうか。閣議決定することの意味はどういうことなのでしょう。

○小林母子保健課長 今、五十嵐先生から御指摘いただきましたけれども、閣議決定ということで日本国政府としての考え方を全国にお示しするというございますので、それを含めて、業界団体の皆さん、自治体、関係機関、産官学ということは園田委員からもございましたけれども、そういった関係者に、連携して取り組んでいただくという意思表示というのでしょうか、そういうメッセージになるものと考えております。

○五十嵐会長 これは、メッセージだけで終わってしまうのですか。例えば、閣議決定す

ると、もう少し何か強い力となるのでしょうか。

○小林母子保健課長 予算とか、先ほど担当からも御説明いたしました参考資料3も、今日は時間の都合があって個別の施策の紹介はございませんでしたけれども、国としてこれまでも既にいろいろな取組を各論的には取り組んできています。質的、量的に十分かと言われると、まだ抜けている部分や横串を刺す中で谷間になっている部分などといったものを、いま一度点検いただいて、いろいろ御意見を頂きながら、そういったところの充実、欠けているところの充実、それ以外のところについてはさらに充実を重ねていくといった意味でも、御点検いただいた上で、今後の施策、予算なり、またさらなる施策の充実を図っていくというところでの意味づけは非常に大きいかと考えております。

○五十嵐会長 ありがとうございます。

そのほか、何か。

どうぞ。

○平川委員 私は、妊産婦のメンタルヘルスケアと産後ケアの新しい仕組みを考えていく必要があるということをお話ししたいと思います。

御指摘がありましたように、乳児期は非常に人格の形成の上で重要な時期で、とりわけ母と子の関係性の中で、特に1歳までの乳児への働きかけが必要で、その中で愛着の形成をしっかりとつくる必要があるのだということで、そのために、お母さんの精神的な状態を、妊娠期から、早くから察知して、それに対する支援体制をつくり、また、産後も、お母さんたちで症状を訴える方だけではなくて、こちらから働きかけて異常を掘り起こして支援につなげるといったことが行われてきておると思います。

しかし、この仕組みは、産婦人科の目から見ますと、産後1か月までの健診で途切れておりますし、また、従来の産後ケア事業としても4か月未満の時期までを対象としておったわけですがけれども、今般、産後ケアの法案が成りまして、産後のケアを1年までという長いスパンで考えることになりました。ところが、4か月以降、1歳までの産後ケアの在り方はどうあるべきかという点についての社会の経験の蓄積は、まだ非常に少ないのではないか、乏しいのではないかと考えております。

親子の愛着の形成を正しく評価する、ないしは、愛着障害が正しく評価できる、どのような介入でそれを改善することができるか、しっかりと科学的な知識を持って我々が対応できる、そういった仕組みづくりを国全体で考えていく必要があるかなと考えております。

以上です。

○五十嵐会長 どうもありがとうございます。

○園田委員 今回、成育基本法は、子供、保護者、妊産婦さんに向けた法律と僕は理解しているのですが、この法律がしっかりと形になって社会に届くために大事なことは、周囲の方々のサポートが重要であり、地域を主体とした社会全体でどうやって子育て支援をしていくかがとても大事だと思っています。

今、私が妊婦健診をやっている施設は地域柄、8割ぐらい海外の妊婦さんなのですが、日本の方と異なる点は、御主人が高い確率で妊婦健診に同席されています。妊婦健診に来る御主人は産後の子育てに関わる率が高いという報告もありますが、御主人が妊娠期からかかわるかどうかはとても重要だと思います。

私も、実際に産後うつの方を診させていただいたときに、御主人の育児参加が非常に乏しいケースが多いと感じています。産後うつの患者さんと御主人もお呼びして地域の方と一緒に話をするとき、一緒に来た御主人がお子さんをだっこをしておらずお母さんがだっこをしていました。まず、担当者の方がご主人に対してそれをとても叱られました。そのような介入で御主人の意識が変わることによって、私が1週間、2週間とその方とお会いすると、少しずつ笑顔になってくることを経験しました。当事者への専門家のサポートも非常に大事だと思うのですが、周りの方のサポートが本当に大事になってくると思っています。

当事者に関わる方だけではなく、国として、子育てを社会全体でやっていこうよということを、風潮というか、風向きが変わっていけばいいなと思っています。先ほど中西委員から広報のことを触れていただきましたが、メディアともうまくリレーションを取って、今はこういう法律ができて大きく変わろうと国が動いている、ということが社会にどんどん届き、皆さんにとって子育てが自分事になって、当事者意識を持って、困っている方だけではなく、子育てしている方みんなに関わるような、温かい社会になればいいなと思っています。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○橋本委員 1つ、大事な点として、中西委員が先ほどおっしゃっていたのですけれども、今回は、お子さん、お母さん、お父さん、そういった方々を応援する法律ですけれども、そうしたまさに当事者の人たちに情報が届き、行動が変わる、誰かに守られていると感じるということが一番大事だと思うのですね、

そのときに、医療の中で、産婦人科・小児科というのは、患者やその家族が圧倒的に若いという特徴を持っていると思っています。そうなったときに、今のお母さんたちは何かから情報を得てどういうコミュニケーションを取っているのか、目線をその人たちに合わせて施策を考えていかないと、本当に机上の空論になってしまって、実際に動いてほしいという人たちに届かない。

どうかICTへのアレルギーなく、今の時代、電話相談がなかったら皆さんが違和感を覚えるのと同じぐらい、お母さんたちは電話すらしない。スマホで、ラインでやっています。そういう人たちと僕は対峙して行って、そういう人たちを動かす施策をやっていかないといけないので、その目線に立つ。そこに大きなギャップがあると、どうしてもひずみが生まれてしまう。

妊娠中のお母さんたちに「産後鬱」という言葉をどこで知りましたかというアンケート

を取ると、一番多いのはインターネットなのですね。医療機関ではなかったという結果があります。そうした情報があふれている中で、時にインターネットの中の情報に翻弄されて、間違っただけで逆に不安になってしまったりする方々が多く見受けられますので、そうしたICTをしっかりと活用して、今の僕らがターゲットにしている世代がどういうコミュニケーションを取っているかということ念頭に施策を練っていく必要があるのではないかと考えております。

○五十嵐会長 これも若い先生方からの御指摘ではないかと思えます。ありがとうございます。

大分時間もたってまいりまして、そろそろ今日はこれで終わりにしたいと思います。今までのお話を伺っていると、子育て、子育て支援、小児保健あるいは周産期の保健に関することが主だったのではないかと思えます。

「成育基本法」には研究についても推進することが記載されています。私の立場から一言申し上げさせていただきますと、子供の病気や妊娠・出産に関する研究あるいは薬剤開発は、今までされてきてはいるのですけれども、まだ足りないのではないかと思えます。

例えば、がんの治療になると、圧倒的に大人のがんの患者さんの数が多いですから、遺伝子パネルをつくるとか、新しい抗がん薬あるいは免疫調節薬等を作りますけれども、これらはほとんど大人に使われています。小児がんは、固形がんが1,000人ぐらい、血液がんも1,000人ぐらいで、大人の100分の1ぐらいしかいないというのもあるので、市場原理がありますので、小児がんの治療の研究・開発が後手になってしまうのだと思います。遺伝子治療も、最初は単一遺伝子病で行われましたけれども、現在は65%ぐらいは成人のがんの治療に使われています。結局、大人の治療に使われているわけで、研究や新しい薬の開発はまだ大人が中心であるという状況が存在しています。

新しい薬の開発の際に、ヨーロッパやアメリカでは、小児の治療をしないと国からの認可が基本的にできません。あるいは、小児での治療をするとインセンティブが付きまします。例えば、特許の期間が長くなることなどです。欧米の製薬企業のように、新薬の開発の際に小児での治療を義務付ける方向性に日本でも少しずつ向かっていますが、まだまだ不十分だと思います。

研究や薬剤の開発という点で成人優先という状況は簡単には変えられません。こうした状況をこの成育基本法の力で変えてゆくことも必要と考えております。一言追加させていただきました。

そろそろ時間になりました。何かございますか。追加したいことがあると思いますが、2回目以降の会議でお話し戴きたく存じます。

今日は、大変有意義な御意見を頂くことができました。活発な御議論をありがとうございました。

予定をしておりました議事は、これで終了になります。ありがとうございました。

最後に、事務局から連絡事項等をお願いしたいと思います。

○水野課長補佐 委員の皆様方、どうもありがとうございました。

次回の協議会の日程や場所、また、実施方法等につきましては、決定次第、御案内をさせていただきます。お忙しいところ、恐縮ですが、よろしく願いいたします。

事務局からは、以上でございます。

○五十嵐会長 どうもありがとうございました。