

# 第2回成育医療等協議会 議事録

○日 時 令和2年3月26日（木）13:00～16:00

○場 所 経済産業省別館104各省庁共用会議室

○出席者

秋山委員、五十嵐委員、井本委員、奥山委員、神川委員、楠元委員、園田委員、中西委員、橋本委員、平川委員、平原委員、山縣委員、山本委員、吉川委員

○議 題

- 1 開会
- 2 成育医療等の今後のあり方について
- 3 その他

○五十嵐座長 それでは、ほぼ定刻になりましたので、これから第2回「成育医療等協議会」を開催したいと思います。

お忙しいところを、また、新型コロナウイルスで世の中が騒がしいところを、本日は委員の先生方にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

会を始める前に、皆さんに少し注意していただきたいのは、窓が開いていますので、室温が普通よりも低くなっていますので、冷え性の方はコートなどをあらかじめ用意していただき、膝の上にでもかけていただきまして防御をしていただきたいと思います。

では、今日の委員の出欠状況の報告を事務局からお願いいたします。

○水野課長補佐 事務局でございます。

本日は、磯谷委員、金森委員、迫委員、末松委員、中澤委員、山田委員が御欠席との御連絡をいただいております。

また、奥山委員につきましては、10分程度遅れるということで御連絡をいただいております。

本日は、委員20名のうち、後ほどいらっしゃる奥山委員を含めまして14名ということですので、定数に達していることを御報告申し上げます。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

では、今日の進行、配付資料の説明をお願いいたします。

○水野課長補佐 それでは、本日の進行につきまして、御説明をさせていただきたいと思っております。

本日は、前回御説明をさせていただいたとおり、今回と次回の2回としまして、「成育医療等の今後の在り方」と題しまして、委員の皆様方からの御提言をいただきたいと考えております。

その委員の御提言をいただいた後に、また、本日、関係団体からのヒアリングを実施したいと考えておまして、今回、日本薬剤師会さんと助産師会さんに御出席をいただく予定としております。

次に、資料の御確認をお願いいたします。

資料につきましては、お手元、議事次第、座席表、委員名簿、資料は右上に資料番号が書いてあります。資料1～8、参考資料1～5ということになります。過不足等ございましたら、事務局までお申しつけください。

本日は、マスコミの皆様のみ傍聴ということにさせていただいておりますけれども、会議冒頭のカメラ撮影は、ここまでとさせていただきますので、御協力をお願いいたします。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

では、早速ですが、議事に入りたいと思います。

事務局から御説明いただきましたように、「成育医療等の今後の在り方」ということで、委員からいろいろ御意見をいただきたいと思っております。順番につきましては、今日は、まず平川委員、次に平原委員、3番目に神川委員、4番目に山本委員、5番目に山縣委員、そ

して、最後に楠元委員から御意見を拝聴したいと思います。それぞれの先生方からは、大体10～15分ぐらいのお時間を使っていただいて御説明をいただきたいと思います。それが終わってから、最後に皆さんで意見交換をしたいと思います。

では、早速ですが、平川先生から御説明をお願いいたします。

○平川委員 御指名をいただきました日本医師会の常任理事平川俊夫でございます。資料1を基にして、日本医師会よりの提言を述べさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

日本医師会では、「成育医療等基本計画に盛り込むべき事項」として、全部で12項目を提言いたします。

スライドの1を御覧ください。妊娠前から周産期を中心に、オレンジ色の5項目でございます。

次におめぐりいただいて、スライド2、新生児期から成人移行期までを中心にして、青色の5項目。

そして、スライド3、健康教育・啓発、男女共同参画と関連した取り組みの視点から、緑色の2項目でございます。項目ごとに説明をさせていただきます。

スライド4をお願いします。「妊娠・出産・子育てへの継続的支援のための拠点整備及び連携」では、

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

②「子育て世代包括支援センター」と、行政・医療・保健・福祉・教育とが緊密な連携をとって、地域の支援体制を構築すること。

③「子育て世代包括支援センター」の支援対象者は、原則全ての妊産婦並びに18歳までの子どもとその保護者とするを基本とすると提言いたします。その中で妊娠期から子育て期、特に乳幼児期（就学前）までの子育て期について重点を置いて、就学後も継続して支援すること。

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

スライド5をお願いします。

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

一方で、特により専門的な支援を必要とする対象者については、右図の緑色のところで示しています市区町村子ども家庭総合支援拠点や、あるいはオレンジ色の児童相談所との連携によって対応します。

スライド6をお願いいたします。「周産期医療体制の充実」でございます。

①将来にわたる地域の周産期医療体制の確保については、ハイリスク妊娠分娩の増加、医師の診療科偏在・地域偏在の進展、医師の働き方改革などの社会情勢の変化への対応が

必要で、(1)周産期医療施設の集約化、(2)総合周産期・地域周産期・一時医療施設の役割分担と連携、(3)周産期救急医療と関連する領域（脳血管障害・急性心疾患・産科危機的出血・精神科疾患）並びに救急搬送体制との連携が課題で、地域の周産期医療協議会における地域の実情に即した議論と十分な財政的支援が必要でございます。

②産婦人科医師・新生児科医師の確保が必要。

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

④NICUを退院した医療的ケア児が安心して療養・療育できる小児在宅医療体制の確立も重要でございます。

スライド7をお願いします。「母子保健事業・保健指導の充実」でございます。

①妊娠・出産・産後における地域での多職種の有機的連携による切れ目ない支援が必要でございます。

②妊婦健康診査・産婦健康診査の充実。

③妊産婦メンタルヘルスに対応する地域の保健・医療・福祉の体制づくり。

④プレコンセプションケア。これは将来の妊娠に向けたヘルスケアという意味ですが、母子保健事業を妊娠の時点からの問題として捉えるだけでなく、妊娠の前の段階からの母性の保健対策を強化することも重要でございます。

⑤新生児先天代謝異常等検査の体制の充実。

⑥新生児聴覚障害に関する総合的な早期発見・早期療育の体制。

⑦母子健康手帳やヘルスデータなどを用いた電子化による情報の利活用も重要でございます。

⑧子ども医療費助成制度・妊産婦医療費助成制度の充実・導入。

⑨出産育児一時金の充実など、一層の財政面の支援も重要でございます。

スライド8をお願いいたします。「産後ケアの充実」です。

①産後ケア施設をまずは全国に普及・整備し、そして、地域差をなくすことが必要でございます。

②事業の安定を図るためには、助成額についても検討が必要です。

③従来は、産後ケアは産後4か月頃までが対象とされていたものが、法制化に伴って産後1年までとなったことを受けて、乳幼児の発達段階に応じた愛着形成を基本とした支援内容が新たに求められます。

スライド9をお願いします。「児童虐待の未然防止と対策」でございます。

①児童虐待の発生予防・早期発見。

②児童虐待発生時の対応の強化。

③被虐待児童への自立支援が求められます。

スライド10をお願いします。「乳幼児期から児童期までの切れ目のない健診等の支援体制の構築」でございます。

- ①「乳幼児期から児童期までの健診」の3つ目のポツでございますが、健診の間隔は、  
生後6か月に達するまで月1回  
6か月から1歳に達するまで2か月に1回  
1～3歳は年2回以上  
4歳以降就学まで年1回以上  
就学以降18歳になるまで年1回

とすることを提案いたします。

②健診や予防接種に関する記録の一元的な収集及び管理と活用が重要でございます。  
スライド11をお願いします。「医療的ケア児及び介護者への支援体制の充実」でございます。

近年増加している医療的ケア児への支援は、多職種連携が必要不可欠でございます。高齢者と同様に、地域包括ケアシステムに受け入れて支援していくことが必要でございます。特に、

- ①災害への対応
  - ②教育・保育機会の確保
  - ③医療的ケア児と家族を支えるシステムの構築
  - ④レスパイト
  - ⑤医療的ケア児とコーディネーターの専任化と基幹相談支援センターへの配置
- などが課題でございます。

スライド12をお願いします。「思春期の保健・医療体制の充実」でございます。

- ①思春期特有のこころや体について気軽に相談ができる窓口の設置
  - ②子どもの精神不調に対応できる保健・医療の体制の充実
- を提案いたします。

スライド13をお願いいたします。予防接種の問題です。

- ①予防接種率を高めるためのケアです。
- ②HPVワクチンについては、接種率向上の取組の再開についての検討。
- ③その他の残された課題がございます。

スライド14をお願いします。「防げる死を防ぐ体制、すなわち、チャイルド・デス・レビューの体制にも、整備と支援の強化でございます。

スライド15をお願いいたします。「次世代を担う成育過程にある者に対する生命・健康教育の充実」でございます。

- ①学校における人間教育としての性教育の推進。
- ②将来、健やかな妊娠・出産を迎えるための健康教育としての性教育。
- ③健康リテラシーの向上。
- ④学びの場での食物アレルギーに関する教育と事故防止対策の徹底が重要と考えます。

最後に、スライド16をお願いします。「子育て中のキャリア形成の支援体制」ござい

ます。

- ①院内保育・病児保育・学童保育への支援の拡充。
- ②様々な復職支援の体制。
- ③柔軟な勤務体制の在り方

等々が重要と考えます。

以上でございます。

末尾に、参考資料を2つつけておりますので、御参照いただければと思います。

御静聴ありがとうございました。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。幅広い立場からの御提言をいただきました。

それでは、続きまして、平原委員から御説明をお願いいたします。

○平原委員 日本産婦人科医会の平原と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

資料は、資料2でございますが、資料2と資料2-2がございます。資料2-2は文字ばかりで、非常に煩雑で読みにくいかもしれませんが、ここにコンテンツが全て入ってございまして、ここから抜粋した話を、今日はスライドのほうにして説明を申し上げようと思います。ちなみに、資料2-2は、私は産婦人科医会でございますけれども、学会と医会両方が共同して作成したものでございます。

では、資料2に戻っていただきます。資料2の1から説明を申し上げます。

産婦人科医会としましては、一応これは産婦人科ですので、母親という視点とか女性という視点で、成育過程は男女両方あるわけですけれども、女性の視点からということをおろかじめおことわりして申し上げます。

黄色の枠で書かれたところは、これは妊娠中から出産後の育児期までを中心とした話題。それから、茶色っぽくなっているところは、小児期からさらにいわゆるAYA世代と言われるような30代後半までを指したような辺りで課題になっている話題ということで、多少話題の毛色が違うので、2つの話題にしてございます。

上のほうの黄色いところを書いてあるのは、私ども、今、産婦人科医会としましては、特に大きく主張しているところは、母と子の関係性を重視して妊娠期から育児期まで、お母さんを守っていく、支えていく、寄り添っていくというような辺りを一応中心に考えようというふうなことで、こういったことを大きな話題としてございます。

それから、茶色っぽいところは、小児期から様々な課題がございます。取り上げますと、先ほど申し上げた資料2-2に山ほど書いてあるのですが、いろいろな話題が実際に取り組みされていることもございますし、これから取り組むべきことも書かれております。そういったことを対象として、様々な話題に対して、今回の成育基本法の中で整理し直していこうということで考えていこうと。いずれにしても、切れ目ない支援をしていく。次に安心した次世代の健康を引き継ぐということを皆で協力してやっていこうということを考えているのが基本的な部分でございます。

スライドの2番目の下のほうでございます。これもポンチ絵で、今のようなのを少し流れとして書いているところで、基本的には同じような内容で書いてございます。妊娠期からずっと切れ目なく、いわゆるAYA世代というところまで、様々な課題に産婦人科としての視点から切り込んだ話を書いております。

次のページめくっていただきまして、スライド3でございます。ここで、先ほどの黄色い色で書きました妊娠期から妊娠・出産・育児期のところまでの話を少し踏み込んだことが書いてございますけれども、今まで産婦人科医は、いかに母体死亡を減らそうというようなこととか、様々な医学的なことに取り組んできたわけですが、取り残されているのは心の問題というような大きな話題が残っているわけでございます。

したがって、その心の問題とか、社会的な支援の問題、そういったことを改めて見直して、様々な取り組んでいくべきであろうと。心豊かに妊娠して、出産し、それから、心豊かに育てていくということが、ひいては、子どもの発育にどれだけ大事なことがあるということが科学的にも証明されておりますし、それがひいては次世代への継承へとつながっていく話だということで、成育の理念が失われないようにしていきたいということでございます。

父親のことが全然書いてございませぬけれども、提言の中には父親のことも書いてございますけれども、父と母は、それぞれ生物学的にやはり役割が違うだろうと思っております。とりわけ、母と子の関係性のつつがない育みの部分を、父親もサポートしてやっていくという形での取り組み方で書いてございます。

様々な支援につきましては、その次のスライドの4でございますけれども、これもあちらこちらで資料は今回も出ているようでございますけれども、妊娠・出産に関わる様々な支援が、今、法制度とかあるいは事業として存在してございます。そもそも、例えば母子手帳を受けるところが、妊娠したときに行政との接点になるわけですが、ここで、例えば特定妊婦というような、大きな問題があるような妊婦さんはそこでピックアップされて、さらに、それが行政のサポートの仕組みにつながっていくわけですが、この母子手帳交付のところでも様々な接点を持った行政との部分が、実を言うと、医療というところに、また、その妊婦さんが行くわけですが、行政の部分と医療の部分は、必ずしも完全に両輪として同時に進行していくということではないというのが、正直な臨床医の立場としての感想でございます。

行政の立場、法制度、事業は、ある意味点の事業ですね。それぞれの時点での点のサポートというか、点のいろいろな仕組みの集合体が、全体的には確かにいろいろな仕組みがあって、大変優れた仕組みだなど思うのですが、行政の支援は点の集合体に我々からすると見えるような気がいたしております。もちろん大きな問題のある特定妊婦さんのような特に大きな問題があったりすると、これは、行政は行政で次々とバトンリレーしてまいりますけれども、本来は、もうちょっと敷居を低くした妊婦さんに寄り添う形の何かサポートをしていくべきが、今回の大きな取り組みなのではないかなと思うのです。

から、例えば、警察署に行って、大きな問題を警察署で、これを扱ってくださいと言って相談するよりも、町や村の駐在さんがふだんから、どうしている、元気と言って、何か問題があったらこちらに相談しなさいというふうな、ある意味ピアサポート的な非常に敷居の低い形での寄り添った、しかも、一直線に全部つながった、医療と同時に進行するようなサポート体制に組み替えていただけるような考え方をリセットできれば、一番よいのではないかなと考えています。薄くピンクで大きな矢印が書いてございますけれども、これは、医療と行政支援とが実は行ったり来たりしてほしいなど。

これはちょっと余談ですけども、昔、助産師学校の学生さんなどが、受け持ちのお産をする人を診ると、お産の前からずっと寄り添って、絶え間なくいろいろなことで相談を受けながら、最後のお産までついていくというような、あれは助産師学校の学生さんは看護師さんの資格を持っていますから、いろいろな意味でサポートをしているというのがございましたけれども、これも、最近は、個人情報の問題からなかなかうまくいってないようですけれども、ああいったのは、ある意味、医療者が妊娠中からずっとサポートして、何かあったらと。大家族がどんどんなくなっている時代でございます。妊婦さんは職場とか家庭とかあちらこちらで取り残されて独りぼっちで悩んでいるというようなことが実は多いというのを、改めて、考え直す必要があるのではないかなと思います。

それから、次のスライド5でございます。これは、今回の中で、プレコンセプションとか、話が後で出ます。これは例えば妊娠してから、今、風疹が話題になっていますけれども、風疹の抗体検査とかワクチンとか、知っていればよかったのに、知っていたらそれ検査して受けていたのにとというふうなことで、妊娠してから大慌てしているようなこととか。あるいは、出生前に相談できたらよかったのにとというのは、これは、例えば出生前診断の問題などもそうですが、遺伝的な問題とか様々な問題を、実は妊娠して、慌ててインターネットで見るとすぐに動くというようなことでなしに、もうちょっとじっくりときちんとした話で知っていればよかったのにと。

妊娠前から準備できていればよかったのにとというのは、例えば、これは飲み薬を飲んでおられる、あるいは、内服薬で治療しておられるという方とか、あるいは婦人科ですと、子宮内膜症とか子宮筋腫とか、妊娠に直接影響が及ぶことがあり得る婦人科疾患などもありますけれども、こういったことに関しても様々なことで知っていればよかった、準備していればよかったというふうなことがあろうかと思えます。

これら辺りのところは、ある意味教育的な部分という、言い方はよくないですけども、リテラシーとか啓発とかそういった問題が実は大きく横たわっているのだらうと思っておりますけれども、ある意味、これは私の個人的な感想かもしれませんが、様々な生物学的な多様性を認めなければ、妊娠する人もいれば、妊娠しない人もいる、子どもを持つと思う人もいれば、持たない人もいる。妊娠したときに、子どもさんが授かったときに様々な子どもさんが授かる可能性があるといったような、ある意味生物学的な多様性を、我々は学校でよく教わっていたのだらうかというようなことを考えると、非常に寂しい部

分がございます。

今回の制度設計は、その辺りのところまで切り込んでいただけると非常によいのではないかなと考えます。ある意味、非常に成熟した個人主義が欧米ではございます。日本は独特な家族観とか親子観とか死生観とか、独特なものがある中で、どこまでそういったところに切り込めるのかというふうなことを話題にしたいと考えてございます。

6番目のところを見ていただきますと、これは先ほど申しあげました資料2-2を、さらに、ちょっとかいつまんで説明している部分でございますから、これはちょっとスキップしながら行きます。

スライドの7は、資料2-2に様々な文章で書いてあるのをちょっとピックアップしてございますので、これは後で御覧いただければよろしいかなと思いますけれども、1番目は、心の問題をもうちょっと妊婦さんから我が子に向けての寄り添う心をいかに育ていくかということを考えたいということ。

スライドの8は、子どもさんのときから思春期、ヤングアダルトへ向けての様々な支援。スライドの8は、特に就労とか就学とか様々な支障の起き得るような婦人科疾患がいろいろございます。あるいはがんのこともございます。そういったことに対しての制度設計を必要とするであろうと。

9番に行きますと、これは、風疹とか感染症のこと。それから、運動とかアスリートの問題も、産婦人科の視点からは、いろいろな意味で成育に支障を来す、問題が起こっていることもわかっております。

スライドの10に行きますと、これは教育的な環境ですね。これは性教育とかリプロダクション。今回も、2020年の学習指導要領では、がんのことは大幅に入れられたのですが、実を言うと、妊娠とか、性の多様性とか、遺伝的な多様性とか、様々なことに関しては全く触れられてない。これは厚生労働省だけの問題ではなくて、もっと大きな社会的な仕組みの中で考えるべきことかなと思いますけれども、これも提言の中に入れてございます。

それから、資料の11でございます。これは、女性への性暴力の問題とか性犯罪の問題、この辺りとかも提言してございます。

それから、がんを抱えている、がんを合併したAYA世代の方々へのいかにしたサポートが必要かということですね。

それから、12に行きますと、これがプレコンセプション、ペリコンセプションと書いてございます。ペリコンセプションはちょっと分かりにくいかもしれませんが、いわゆる妊娠してから妊娠初期までの話です。例えば、葉酸の接種は妊娠前から取っていてねと言っても、妊娠4か月まで取ってくださいということで、妊娠初期まで必要です。食育の問題なども、実は、ペリコンセプションケアという形で、妊娠前から妊娠初期まで関わるサポートが必要だということになります。そういったことをここにいる書いてございます。これも時間の関係でちょっと割愛しながら、後で読んでいただければ幸いです。

す。

資料の13、14も同じような話でいろいろ書いてございます。様々な形でプレコンセプション、ペリコンセプションは、今回、我々としても、妊娠してから妊婦健診が始まるのではなくて、マイナス1年目の妊婦健診として必要だということを提言したいと思います。

資料の15、16は、社会的な制度設計の中での提言でございますけれども、資料の15の上のほうに書いてございますように、個々の症例に寄り添いながら一貫してサポートをするような行政の様々な仕組みと有機的につながった仕組みが、今、一番必要ではないかなと。それも敷居の低い、ピアサポート的なものがあるような世の中がこれから先は必要ではないかなと。これは少子化であったり、大家族がなくなってきた、そういったようなことを含めて考えてございます。

それから、資料の16は、今、制度設計の中で、様々法制度、行政制度、事業制度の中で、凸凹がちょっと生じているということは、ぜひ整えていただきたいということでございます。

ちょっと長くなって申し訳ございませんでした。以上でございます。ありがとうございます。

○五十嵐座長 ありがとうございます。主として産婦人科のお立場からの御提言をいただきました。

続きまして、神川委員から御説明をお願いいたします。

○神川委員 日本小児科医会の神川です。

資料3と3-2がございまして。3-2は、施行に向けた1年の間、子どもに関係する団体、日本小児科学会、日本小児保健協会、小児期外科系学会協議会、それから、我々、そういう形の中で、子どもにとって何が重要かという、成育基本法で何をを目指したいかということを1年間ぐらいつつと協議しました。出てきたのが、ここに参考資料という形でつけてあります。細かなことがここにいっぱい書き込まれてあります。後ろを御覧いただきますと、最後のところに外科系の団体名も記載してありますけれども、全ての子どもに関係する人たちが成育基本法にかける思いを出してしまったので、ボリュームが多過ぎて、今日、これをスライドで幾つか説明しようと思ってもちょっと難しいなと思ったので、文章として今回は出させていただきました。

成育基本法が成立するまで25年ぐらい前から小児保健法にかかわっていて、その間に子どもの数は減り、本来、子どもの数は減って、養育にかけるものが深く子どもに関わっているかと思ったら、そんなことはなくて、生まれてくると、すぐに虐待が起こることがあります。それ以外に子育てに不安を感じる親がいて、うまく子育てできないこともあります。そして、子どもが少し大きくなると、発達障害を呈したり、愛着障害を起こしてることがあります。そして、学校に行けばいじめがあり、不登校もあります。思春期になると、鬱を感じる子どもたちが増えてきて、若者の自殺数が変わらないなど、子どもたちがずっと成長する過程の中でいろいろな問題が絶えず繰り返し起きていて、それは必ずし

も全部もともとその子が何か特別なものがあるって行政が後ろについている子たちではなくて、それほど問題はないけれども、ちょっと気になるなという子たちが突然悪くなります。もしくは、全く何も無い子が突然変わってしまうということもあります。全ての子どもにずっとポピュレーションアプローチで付き添っていく、付き合っていくことがどうしても必要だと思うのです。

今回は、妊娠期から生まれてから乳幼児期、特に3歳ぐらいまでの間の子どもの育ちをどうやってみんなが見てあげるか。そして、子どもと係る人がたちの成長を、継続して、成人するまで、みんなで見えていくというシステムを作っていく。そういう体制づくりをしていかないと、子どもはどこかで、ドロップしてしまうのではないかとということを強く危惧して、今回、いろいろな形の提言をさせていただきました。

1. として「乳幼児期の子育て支援と見守り」で、子育て世代包括支援センターという話が先ほどから出ています。産婦人科の先生方は、先ほどから行政と結びついていないというお話でしたけれども、我々から見ると、10か月間で14回の健診があって、その後に産婦健診が2回あって、その向こうには産前・産後のサポートがあって、生まれれば産後ケアがあるという、逆に言うと、妊娠に関してはすごく満たされているというか、ある程度重点的にされています。

お母様方のアンケートでは、妊娠・分娩までは、かなりいいというイメージを持っていても、生まれてからが、そこからイメージが下がる。子育てに関してはすごくイメージが下がるというのが、今の保護者の感覚なので、これから先もそのところをきっちりサポートすることがすごく必要だと思うのです。制度として、子育て世代包括支援センターはありますけれども、健診をしたデータをもらい、そのデータで何か問題があったらサポートをする。そこで問題がなければ、あまりサポートされることがない。その健診も、三、四か月でやっているところが多いですけれども、3歳になるまで1歳半が1回、3歳から6歳になるまでに、3歳児健診が1回、基本的にはそれぐらいしか健診数がない。子どもたちをこの回数ポピュレーションアプローチできっちり見ているかと言われたら、そんなことは絶対ないだろうと感じるわけです。

2)のところで書きましたけれども、乳幼児健診の回数を増やしてほしいということはもちろんですけれども、フィンランドのネウボラのように、一つのところで、きちんとそこで妊婦から子どもの育ちをずっと見ていくというシステムを、子育て世代包括支援センターに補完するような形で何とか作り上げることができないかということをすごく感じるわけです。

先ほどから出ていっている中で、地域子育て世代拠点事業というのがあって、妊娠期から3歳ぐらいのどこかの主体に属するまでの、どちらかと言えば家庭にいる子どもたちに、どこか近くの児童館でも保育園でも小児科のところでもいいのですけれども、もっと簡単に相談するような場所を作って、そこへ行って、実際の子育てを見たりとか、不安を相談したりとかという、すごい敷居の低いところでの接点を地域に作ってあげること。それも一つ

すごく大切ではないかと考えています。

そういう形で子育て世代包括支援センターをサポートしてあげることによって、子どもたちが重層的に一つではなくて幾つか面でも点でもいろいろな形でフォローをする。集団生活をしていない子どもは少なくとも3歳まで、妊婦を含め何かあったら相談しに行けばいい。保育園に入れば、そのまま継続して見てもらえるという形で、かなり地域に密着した形の支援ができるので、学校区に1個ぐらいそういう拠点があってもいいのかなと思います。

2)のところの乳幼児健診の回数の増加については、先ほど平川先生がお示しいただきましたので、省かせていただきます。

それから、3)ですけれども、今までの乳幼児健診はどちらかというと子どもの病気があるかどうかを見つけることに主眼が置かれていましたけれども、これからの子育ては、お母さん方がどんな不安を感じているのか。本当にお母さん方の状態はどうなのかとか、社会的な基盤がどうなのだろうか。要するに、生活に困っていないかどうかとか。今、7人に1人ぐらい子どもの相対的貧困があるわけですが、それに我々が気づくことがあまりない状況です。身なりも比較的よくて、比較的安価でいろいろなものを提供されていますので、そんなに小汚い格好をしているとかということがない子どもたちがほとんどです。この子が本当に困っているかどうかというのはなかなか見えてこないというのが現実で、そのときに、今大丈夫ですかとか、食べたりすることにどうですか、朝食欠食がありますかとか、夜はちゃんと食べますかとか質問すること、保育園に行って、昼はたくさん食べる子どもたちがいたら、本当にその子は朝とか晩食べているのかなという、そういうおそれがあるわけですが、そういう社会的な状況をかなり見ていってあげないといけないという感じがして、心理的・社会的・生物学的な、きちんとしたフォローが必要ではないかという感じがします。

アメリカでは、ヘルス・スーパービジョンと言って、予期的なアドバイスをしてあげるという健診があるわけですが、日本にこういう健診がないので、ぜひ、そういう形の健診を日本でも参考にして、今の日本の子どもに取り入れたらいいのかなという感じがします。

2番に行きますけれども、「学童から思春期での個別健診」が、今は何もないのです。学校は集団で健診が行われています。要するに、マスで見ている、医学的にはすごく分かりやすい、トリアージしやすい。病気があったら、腎臓の病気があったり、心臓の病気があったりとかいうことがぱっと見てわかるような形の健診ですが、その子その子がどうかという健診ではない。ですので、学童期の子どもたちについても個別健診をずっと継続して成人に至るまで入れていくのがいいのではないかと考えています。

それから、子どもの地域包括ケア。高齢者はその地域に住んでいて、生活・医療・福祉・介護・生活支援、いろいろなことをまとめてその地域で安心して暮らせるようにという制度設計がなされています。ところが、今の子どもはどうかというと、そういう設計がない

状態です。子育て世代包括支援センターが基盤となって、その地域の医療・保健・福祉・生活、そういうのを全部含めて見られるような医療連携会議のような大きな会議を作って、その中で子どもを見ていく。そして、問題になったことについては、介護保険では部分的な会議、ケース会議をいっぱい、持っています。それと同じようなケース会議を、学校区に1カ所設置してそこを中心にして、個々の子どもの面倒をきちんと見ていけるというような、そういうふうな細かく子どもを見るシステムが必要だと思います。

特に、これからは医療的ケアの子がかなり増えてきます。その医療的ケアの子が増えてくるのに対して、高度機能病院からいきなり在宅に下りるのではなくて、在宅を支援する中間病院があって、一旦そこで親御さんも近くのところで子どもと一緒に生活をする。場合によってはその病院と一緒に泊まって、何日か介護をやって、在宅がどんな感じのものなのかというのを自分で体験し、それを何回か繰り返しながら徐々に自宅に帰っていく。自宅に帰って、何かあって急変したら、また、そこに戻るといような、地域で還流するような形の医療システムがどうしても必要だと思いますし、全員が全部在宅に帰れるという事情はないのだろうと思うのです。そこはやはり無理があると思うので、療育施設、療養型の施設も併存しないと、親御さんたちが安心して子どもを産んで育てることはなかなか難しいかなという感じがします。

それから、4番目として、今の子どもたちは、経済的な状態とか、親御さんの就業形態と経済状態、それから、婚姻の有無、住む場所によってかなり地域格差があり、格差がすごく大きく存在しています。少子化対策として、現物給付と現金給付の2つあるわけですが、現物給付はかなり優れていると思いますし、欧米でも現物給付が主で、それに現金給付を加えるという形ですので、現物給付を主にして、幼稚園の無償化なども典型的だと思いますけれども、そういうものをベースにして、本当に必要なところに現金給付を配るという形で、その人その人によって個々に必要な形の提供をきちんとできるような制度が必要ではないかという感じがします。

それから、健康診査とか予防接種などのいろいろな情報があるわけですが、平川先生も言われましたけれども、Personal Health Recordをちゃんと取っておいて、自分の健康は自分で守る。それから、何かあったらそのデータを医療機関に提出できる。それから、それを使って大規模な疫学調査ができるというような形のものでどうしても必要かなと思います。

それから、6番目ですけれども、「感染症と予防接種対策」です。小児科をやっていると、毎年のようにワクチン不足に悩まされます。このワクチンがなくなりました、これがなくなりましたという話はよく聞くわけです。何とかこういうことがなくならないように安定した供給体制をぜひ取っていただきたいというのが希望です。もちろん世界水準の予防接種の実施を希望します。かなりよくはなってきましたけれども、まだ足りないものがあると思います。アメリカではCDCというような疾病予防管理センターがあって、それから、ACIPというような予防接種の諮問する委員会があって、必要なワクチンは必ずそこを

通すことによって、どんどん積極的に接種するようになっていきます。そういうシステムは日本にも必要でしょうし、今回の新型コロナウイルス感染症もそうですけれども、現場の我々から見ると、一体どこがどういうふうに動いているのかよくわからない。実際に現場はどうすればいいのかよくわからないというところがあって、アメリカだとCDCが報道官としてずっと前に出て話すし、中国ではChina CDCが、韓国ではコリアンCDCが前に出て、かなりそういうことをしていますので、日本もそういうものがある、表に出る機関があってもいいのかなという感じがします。

7番目として、「成育医療保健の進歩のための小児医学・医療研究の推進」ですけれども、医学研究なくして医学は絶対進歩しませんので、ここの部分は積極的に投資をしていただきたい。AMEDもそうだと思いますけれども、今の子どもたちに必要なものを、積極的に研究費を出して、子どものためにお金を使っていたらいいと思います。

それから、DOHaDのような、乳児期の成育環境が引き金になって、小児の生活習慣病が発症するわけですけれども、どの時期にどういう介入をしたら本当に子どもたちがきちんとうまく育つのかというデータがないので、社会養護が必要な子どもの養育とか教育とか医療、保健などの環境整備を目指した研究とか、子どもから若年成人に至るまで、身体・心理・社会性を総合的に評価する仕組みの構築に向けた調査研究が必要です。成長する過程でどういう施策を提供すると、本当に施策によってどんな利益がある、メリットがある、エビデンスがあるということもきちんと出していったらいいなと思っています。

Child death reviewは先ほどありましたので、飛ばさせていただきます。

それから、3)に「環境が生体に及ぼす影響についての調査」があります。環境省が今、エコチル調査をやっていて、10万人を対象に、中学になるぐらいまでの子どもたちを中心になんと疫学調査をしています。環境因子が子どもたちにどんな影響を及ぼすかというのを今調べています。こういう疫学調査は今まで過去なくて、大規模調査は本当はないので、今、そこが12歳で終わっていいのか。もっと思春期まで延長していただき全部いってもらって、思春期のところまでデータをさらに取ったほうがいいのではないかと考えます。この調査を、また、ゼロからもう一回やり直すのはすごい費用負担で、システムを作るのは大変だと思うので、ぜひとも、二十歳ぐらいまでその調査を継続していただいて、環境因子が与える影響、いろいろなことがどれぐらい子どもたちに、特に思春期の子どもたちに影響を及ぼしているかということもきちんと出していただけたらいいとすごく思います。ぜひとも、今のやっているエコチル調査が法的な裏づけがあって継続できるようにしていただきたいなと思います。

あとは、「子ども家庭庁の新設」です。今まで子育て支援がいろいろなところでいっぱい出てきて、それがいろいろな省庁でみんなやられています。自治体でも、子ども家庭部と保健所が全く同じような調査を子どもにすることがあります。この調査をやったのに、また、やるのですかみたいなことがあります。もちろん、事業計画も予算も全部縦割りです。子どもたちに良かれと実施しているのでしょうけれども、どうも、そういうとこ

ろは関連性ができてないことがいっぱいあります。これからも、医療・保健・福祉・教育・生活とかといういろいろな広範囲にやるとなると、子どもをちゃんと一箇所で見て、全部旗を振るような省庁が、厚生労働省の中に子ども家庭庁というような形で作っていただいて、ぜひともそこが旗を振って全部をまとめて、いろいろな施策に横串を通していただきたいというのが願いです。

以上です。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。小児科医の立場からのお話をいただきました。

次に、歯科の立場から、山本委員から御説明をお願いいたします。

○山本委員 日本歯科医師会の山本でございます。本日、このような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。成育医療等の在り方について、現在の日本歯科医師会としての立場から、考え方をお話ししたいと思います。資料No.の2を御覧いただきたいと思っております。

歯科健康診査の現状についてでございますが、まず初めに、この中央の表を御覧いただきたいと思っております。現行のいわゆる歯科の健診体制は、乳幼児の歯科健診としましては1歳半の健診、それから、3歳児の健診がございます。続きまして、学校歯科健診として、幼稚園から高等学校までがカバーをされているという状況でございます。次に、成人期でございますが、これは健康増進法に基づく歯周疾患健診が40歳、50歳、60歳、70歳という節目に設定をされております。また、労働安全衛生法に基づく定期健診がございますが、これは一般的な歯科健診はございません。あくまでも、塩酸・硫酸・亜硝酸といったものを取り扱う労働者だけが対象となるような特殊健康診査ということになります。さらに、75歳以上でございますが、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診がございます。

このように歯科の健診制度でございますけれども、高校生までのいわゆる児童あるいは生徒は法制化をされているものの、乳幼児では1歳半と3歳児のみということで、妊産婦については、法定化そのものがされていないというような現状がございます。現実の市区町村におけるいわゆる歯科口腔保健事業の健診の実施率は大体おおよそ6割弱と聞いております。

続きまして、資料3と4の部分を御覧いただきたいと思っております。これは前回の第1回の「成育医療等協議会」の資料でございますが、先ほどからもずっとお話にあります、子育て世代包括支援センターが2020年度の末までに全国展開がされる。そして、妊産婦から子育て期にわたる切れ目のない支援が可能になるということでございますが、資料4の中央部分を御覧いただきたいのですが、全国の基礎自治体の子育て世代包括支援センターの協議会がございますが、こちらにぜひとも地域の歯科医師会の参画ができるように御配慮いただけるとありがたいなと思っております。この図を見ますと、歯科医師は外部の専門職というようなカテゴリーになっているようでございます。

続きまして、資料5を御覧いただきたいと思います。こちらは、妊婦の歯科健診の特徴について述べられたものでございます。特に妊娠性の歯肉炎が見られることがございます。赤枠でお示しをしていますけれども、妊娠中は、口腔内が不潔になりやすいということがあるので、炎症の増悪に影響をすることによってございます。

特に臨床医としてよく相談を受けることは、親知らずの炎症。これが妊娠中に増悪をするという場合が多くございます。また、近年は、高齢出産のケースが多くなっているということによってございまして、中等度以上に進行した歯周病を持つ母親の場合には、早期低体重児の出産リスクが高まるとされております。

こうしたことから、妊婦に対する歯科治療でございますけれども、妊娠中の歯科治療は、妊娠安定期の大体5～7か月ぐらいに行っていただきたいというふうに情報発信をしているところでございます。また、歯科医院では歯科用のエックス線撮影は必要最低限にしていますし、あるいは、妊娠中の薬物投与といったようなものにはかなり気を使っているというような配慮をしているところでございます。

次に、資料6～10までのところでございます。これは2019年の6月に取りまとめられました「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」の資料でございます。

まず資料6の左の図を御覧いただきたいと思うのですが、妊娠中、産婦人科以外の受診先でございまして、内科が50.5%、続いて、歯科・歯科口腔外科が34.1%というところでございます。

次に資料7を御覧いただきたいと思います。こちらは出産1年以内の産婦人科以外の受診先でございまして、左のほうを御覧いただくと、内科がやはり45.8%、次は歯科・歯科口腔外科が28.3%でございます。その理由ですが、右の図にありますように、受診の理由としては、感染症状が最も多い。そして、続いて、歯が痛い、あるいは、歯茎が腫れる、出血といったような口の中の症状が多いのだということによって、32%でございます。

資料8には、今御説明をした内容が文章化されているところでございます。

続きまして、資料9、10を御覧いただきたいと思います。妊産婦の口腔健康管理についての現状と課題でございまして、妊婦健康診査については、公費の負担回数として、全ての市区町村で14回以上実施をされており、妊婦健診の内容等を定めた「妊婦健康診査についての望ましい基準」を告示していますが、歯科の項目については記載がないということによってございます。妊産婦に対する歯科健診については、妊娠の届出を行った妊婦のうち、保健センター等において集団健診を受診している方が7.5%、個別健診を受けている方が23.6%にとどまっているという報告がございまして。

今後の取り組みといたしましては、下のほうにございますが、両親学級等を通じまして、口腔の健康の推進を図ることの重要性、虫歯・歯周病の治療に関する歯科医師への早めの相談を妊婦に対して普及啓発をしていくことが必要とされております。また、安心・安全な歯科医療が提供できるように、産婦人科との情報共有が大変重要というような提言が出されているところでございます。

次に、資料11～13を御覧いただきたいと思います。ここからは小児の口腔機能の問題についての資料となります。

まず、資料11を御覧いただきたいと思います。乳歯の萌出前の乳幼児の口腔、食事の指導性の必要性でございます。こちらは平成27年度の乳幼児の栄養調査からの資料になります。乳歯列が完成をする前の0～2歳の乳幼児の保護者74.1%が何らかの離乳食についての困り事を抱えているということでございます。内容としては、丸のみをしてしまう、食べる量が少ない、離乳食がなかなか進まないといったようなことでございます。

こうしたことから、右のほうにございますが、乳幼児の口腔機能の育成には、歯が萌出する前から口腔や食事の指導が重要であるということが提言をされているところでございます。

資料12、下のほうを御覧いただきたいと思います。こうした背景から、平成30年度の診療報酬会計におきまして、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要とする者の評価が新設をされまして、小児口腔機能管理加算が報酬に加えられているところでございます。こちらは15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者さんのうち、そしゃく機能を含んだ3項目以上がここに該当すると、口腔機能の発達不全症と診断をされるというものでございます。

資料13を御覧いただきたいと思います。左側のグラフを御覧いただきたいと思います。この口腔機能発達不全症が診断されるわけですが、口腔機能管理加算を算定する場合に、どういった内容が多かったかということ、機能的因子による歯列・咬合の異常がある、あるいは、口呼吸が多いというようなことございました。

続きまして、資料14～16を御覧いただきたいと思います。これらの資料はリスクの程度の高い子どもたち、要保護児の口腔の問題についてでございます。

資料14を御覧になると分かりますように、虐待あるいは養育困難児の要保護児の口腔内を観察しましたところ、要保護児のう蝕の経験率、虫歯の経験率、それから、未処置になっている歯の保有者率は、これは共に対照群よりも高い傾向にあるということでございます。

こうしたことから、資料15でございますが、児童福祉法、児童虐待防止法において、歯科医師等ということの例示の追加ということで拡充をされているところでございます。

真ん中のところでございますが、児童虐待防止法第5条(児童虐待の早期発見等)には、歯科医師が児童虐待を発見しやすい立場であるということで、児童虐待の早期発見に努めなければならないとあります。また、児童虐待防止法第13条の4には、情報または情報の提供というところで、求められたときには、そうした資料あるいは情報の提供をすることになっております。

また、児童福祉法第21条の10の5でございますが、こちらにも歯科医師が追加されまして、要支援児童等と思われる者を把握した際には、当事者の情報を所在地の市町村に提供するように努めなければならないとされているところでございます。

資料16を御覧いただきたいと思います。前回の参考資料でございますが、この児童虐待防止策に関する現状と課題でございますが、日本歯科医師会といたしましては、まず左枠の部分でございます。児童虐待の発生予防・早期発見において、1歳半、3歳児健診あるいは学校健診とともに、何とか産婦の健診の法定化、あるいは、パートナーの健診といったものができれば、こうしたところからお手伝いができると考えているところでございます。

また、右枠のほうの被虐待児への自立支援におきましては、全国の児童養護施設等で一時保護されているような子どもたちの歯科健診事業、あるいは、歯科口腔保健指導、こういったものが展開されるようになることができると思いますので、こうした養護施設に対して、地域の歯科医師会を通じてかかりつけの歯科医を配置させていただければありがたいと思っているところでございます。

続きまして、資料17を御覧いただきたいと思います。こちら先ほど出てきた図でございますけれども、中央右枠にございます要保護児童対策の調整機関でございますが、こうしたところの協議会へも、地域の歯科医師会をぜひ参画をさせていただければ、顔の見える連携の関係が構築できるのではないかと考えているところでございます。

最後、18、19に、今までお話をした内容がまとめてございます。一番下でございます。日本歯科医師会では、妊娠4か月頃をめぐりに歯科健診を受けること、必要な歯科治療を受けることを勧めております。妊産婦歯科健康診査は、市町村の任意で実施をされているのが現状でございますので、実施率・受診率とも低いことから、健診事業の実施率の向上、健診内容の充実が必要ということでございます。また、妊娠期間中に1回は歯科健診を行う制度と併せて、妊産婦の方あるいはパートナーの健診といったものを行っていただくと大変ありがたいと考えているところでございます。

どうも、御静聴ありがとうございました。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。歯科医の立場からのお話をいただきました。

続きまして、山縣委員からお話をいただきたいと思います。

○山縣委員 山梨大学の山縣でございます。資料5でございます。

今日のお話しいたしますことは、これまで健やか親子21の評価や推進のための厚労科研の研究班を担当してきた者といたしましての健やか親子21に関する事、それから、環境省が行っておりますエコチル調査とこの成育基本法との関係、そして、WHOが最近行っておりますWell Child Care調査などについて、そして、成育基本法に期待することということで、主に調査研究、それから、公衆衛生の立場からお話をさせていただきたいと思っております。

スライドの3を御覧ください。第1回目に母子保健課から出されました「成育基本法と健やか親子21の関係」のところに、それぞれ何条に当たるのかというものを記載したものでありまして。スライドの4にありますように、今日お話しするのは、まず4条に関

して、地方公共団体の責務として、母子保健計画などの法制化をしたほうがいいのではないかと。それから、第13条は、健やか親子の話になりますが、14条を含めて、その話をさせていただくこと。それから、第15条に関しては、記録の収集等に関する体制の整備で、データヘルス時代の母子保健情報の利活用の現状について、そして、第16条について、調査研究につきましては、エコチル調査の推進と延長について、少しお話をさせていただきたいと思います。

スライドの5、6であります。健やか親子につきましては、小林課長から詳細な御説明がありましたので、割愛いたしますが、健やか親子21は今年で20年目を迎え、様々な取り組みをやってきたところであります。

少し飛ばしまして、スライドの9を御覧ください。第1次の最終評価で示されたものとして、ここに挙げております6項目。特に、4番目の「安心した育児と子どもの健やかな成長を支える地域の支援体制」ということで、健康格差が明らかになり、それを支えるための地域で子どもを育てる、いわゆる母子保健領域におけるソーシャル・キャピタルの重要性が示されたところであります。その下の図にありますように、基盤課題A・Bという切れ目のない母子保健の推進と、それを支える地域での子育て支援、そして、特に重点課題としての育てにくさを感じる親に寄り添う支援、特に発達障害等の課題と虐待問題を取り組みながら、子育て・健康支援を行っていくという、子どもたち、親の命を守っていくということが、健やか親子21ということになります。

スライドの11、12は、第2次で、10年後に目指す姿ということで挙げられたものであります。全国どこで生まれても、同じような支援が受けられること。それから、家庭にどんな状況があろうが、それから、疾病や障害を持って生まれたとしても、そういう多様性を認識した母子保健のサービスを行うということで、全ての子どもたちが健やかに育つ社会を目指しているものであります。

指標と目標の組み立てとして、スライドの12にありますように、基盤整備の指標によって、それぞれの行動の変容を支え、そして、最終目標、健康水準に向かっていくという、その3つの層からこの指標が成り立っており、それに基づいてそれぞれが推進を行っていくということであります。

スライドの13です。健やか親子21（第2次）のポイントといたしましては、格差の是正といったようなもの、そのためには、情報の利活用、母子保健計画の策定など、標準化された仕組みといったものをしていく必要があると思います。それから、その下にありますように、地域で子どもを育てる。様々な子育て環境の変化があるわけですが、少子化は育児過疎でもありまして、地域がそれを支えていくという意味で、孤立・孤独を防止していくという、そのための子育て世代包括支援センターや産後ケアセンターといったものの活用が重要になってくるのだらうと思います。

昨年、五十嵐本協議会会長を座長として、中間評価が行われましたが、全体の65%が改善したということでしたが、時間がありませんので、後で御覧いただければと思っております。

ます。

スライド29を御覧ください。その中間評価と今後に向けてということで、十代の自殺死亡率、それから、虐待による死亡数に関して課題が残っているということ。それから、妊産婦のメンタルケア、さらには、児童虐待といったようなことに対してのポピュレーションアプローチの継続が必要だということ。そして、最後に、成育基本法の理念に基づき、健やか親子21計画と成育基本法が連動し、一体的に展開していくことを期待というふうに、報告書の中で記載をされています。

すなわち、健やか親子21や現在の母子保健計画は法的根拠がなく、一方で、健康日本21は健康増進法による法的根拠に基づいて、国・自治体はその計画を立て推進していくということが行われているわけで、ぜひ、今回、この法律によって法的根拠を作っていくことができると思っております。

次のページ、スライドの31であります。ここは第14条、16条にあります、国民への教育・啓発、それから、調査研究ということでエコチル調査を取り上げたいと思います。

エコチル調査は環境省が行っております10万人の妊婦と生まれてくる子ども、家族を、13歳になるまで追跡していくという国家プロジェクトであります。ライフコース・ヘルスケアの視点から、先ほど神川先生からもありましたが、さらに継続し、できれば成人期まで継続していくといったことが望まれます。

それから、科学的根拠に基づく健康教育や啓発の資料もこの中で作ることができるわけで、ぜひ、この第14条にある教育・啓発の中で、エコチル調査の成果を活用する仕組みを作っていくことができると思っております。

私はエコチル調査の運営委員であり、甲信ユニットセンターのセンター長をやっておりますが、今年でちょうど10年目を迎えて、それでも、まだ、全体の9割以上の方がフォローをできているという状態で、非常に協力体制がよくできています。昨年、小学校2年生に一番上の子がなりましたが、その子たちに対して対面の調査を行っております。その参加率も非常に高い状況です。アメリカやイギリスでは同じような調査が途中で頓挫してしまっておりますが、我が国ではこの貴重な出生コホート研究をきちんと推進していくという意味で、これが継続され、さらに、この成果が活用されることを期待しているところでもあります。その成果等に関しましては、スライドの37以降に記しております。

スライドの43を御覧ください。成育期、成育のサイクルから成熟のステップへ向かっていく様々な健康課題に対して、それを研究調査の面からしっかりと科学的根拠を作っていく、それに基づいた実践をしていくという意味で、こういったライフコース・アプローチという視点での研究を行っていくことが重要だと思います。そういう中の一つのキーワードが、このDOHaDの概念でありまして、妊娠中、それから、新生児期の環境が、将来の生活習慣病等に関わってくるといったようなことについて、しっかりと科学的根拠に基づいた健康支援を行っていく、そのスタートがまさに成育期であるということで、その重要性を示したいと思っております。

また、エコチル調査では、戦略広報委員会、参加者コミュニケーション委員会、いずれも私が委員長をやっているのですが、ここでいろいろなフォローアップを上げるための戦略や、それから、出てきた成果を皆さんにお伝えするという事で、シンポジウムや全国の科学館での展示資料、そういったものを作ることに加えて、昨年から、地域子育て世代との対話事業を行って、地域の方々と環境問題を中心に子育てについての具体的なお話を伺いながら、どんなことが課題になっているのかということに対話形式で行っていくということも始めているところであります。

次に、第15条に記録収集に関する体制の整備があります。私、健やか親子21評価推進のための研究をこれまで担ってきましたが、その中で、常に、データヘルスということで、母子保健情報をいかに活用するかということにつきまして調査研究、啓発を行ってきましたが、一昨年、「データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討委員会」でその枠組みを決め、今年の6月から実際にマイナンバーを使った妊婦健診、それから、乳幼児健診の情報の当事者がそれを活用できる仕組み、さらには、転居した際に、各自治体がそれを共有して早期に対応できるという仕組みが実際に稼働するというに至っております。

スライドの49を御覧ください。第3条（基本理念）の中に、「成育医療等の提供に関する施策は、成育過程にある者の心身の健やかな成育が図られることを保障される権利を尊重して推進されなければならない」と書かれておりますが、これはまさに、権利主体としての子どもを重視した、子どもの健康リテラシーの向上を図るとともに、子どもが自ら選択できる権利を保障するといったような、子ども目線からの推進といったものをする必要があると思います。

そういう意味で、スライドの50にあります。WHOの西太平洋地域事務所におきまして、今年度から、Well Child Care調査が始まりました。日本の調査メンバーは若手が行っておりまして、私のところの堀内助教が研究代表として、成育医療研究センターの先生方等々、若手が中心になって検討をしております。

「死なせない」から、「いかにより良く生きるか」といった視点で、特にモニタリングの指標を中心に検討をしています。成育基本法の中での評価等を行っていくときに、こういう指標もぜひ組み込みながらやっていくということで、スライドの51にその概要、これは暫定版であります。関係の皆さんと協議しながら、Well Child Care調査の成果としてWHOに提出することになります。

最後になりますが、これまで皆さんのお話があったように、経済格差、健康格差といったようなものが世の中で出てきたときに、子どもたちにとってはそういった希望格差といったようなものが健康に非常に大きな影響を与えているのではないかとということがありまして、格差のない子どもの支援といったものを中心に行っていくと。

そのためには、最後のページになります。スライドの55に、川の絵がありますが、現場の先生方、それから、関係者の方は、毎日溺れている人を見つけては、それを救い、次の

日に行くと、また、溺れている人がいて、毎日そういう人を救って行って、一体上流で何が起きているのか。まさに、その上流で起きていることが予防をしなければいけない課題でありまして、個別の対応だけではなく、問題が起きる背景・要因を明らかにするために情報の利活用が必要ですし、こういった成育期における包括的医療の推進のために、成育基本法の理念を共有し、それを基にした実践を関係者、それから、関係団体が行っていくということが必要であろうと思っております。

以上で、少し長くなりましたが、私からのプレゼンを終わりにさせていただきます。どうもありがとうございました。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。健やか親子21、エコチル、それから、最近始まったWell Child Careの研究についてお話をいただきました。

それでは最後に、楠元委員からお話をいただきたいと思えます。

○楠元委員 重症心身障害の子どもたちの在宅支援事業と19床の医療型短期入所事業を行っております社会福祉法人です。

今回、協議のテーマになっております成育基本法の理念にあります「成育過程にある者等に対する情報の適切な提供、社会的・経済的状況に関わらず安心して子どもを産み育てることのできる環境整備」ここの部分に、福祉・生活の面からの提案をしたいと思えます。

私から出した資料は1～11ページまで、これは表・裏書いてあったので、本当は半分ですけれども、色もあんまりよくないですけれども、現在、取組みをしております「おかさんサポートひなた」というリーフレットが2番目のオレンジ色のところに入っております。ちょっと順番どおりにはちょっといかないかと思えますけれども、こういう調査研究の資料を御覧になりながら、お聞きいただきたいと思えます。

まずは、提案の動機になりました多職種セミナー。1ページ目の薄いグリーンの部分で、1年間で5回という形で開催をいたしました。この色分けしている薄いグリーンの部分のところで、なぜ、これをやったかということは、重症児医療的ケアの必要な子どもたちの存在がまだまだ周知をされていないという点から、いろいろな方にお声がけをし、多職種セミナーを開催いたしました。

まず重症児を抱える家族の悩み、その子どもたちを取り巻く環境、地域との関わりを専門的な立場の講師や当事者の家族からお話を聞き、学生、主婦、教師、議員、当事者家族を含めての意見交換、アンケート等を取りました。そこからたくさんの課題が見えてきました。

まず、このグリーンのところは赤字で書いてあります。ここから始めることにいたしました。この多職種セミナーからいろいろなことが見えてきまして、次の薄いピンク、黄色、薄い紫、この3年間にかけてやってきたのですけれども、「なんでも困りごと相談のワンストップ化」に取り組みました。制度にはないですけれども、すぐに仕組みを作らなければならない問題・課題が次から次へと噴出してきました。

2ページ目のオレンジ色の「おかあさんサポートひなた」は、前回にもちょっとお話を

しましたけれども、「おかあさんサポートひなた」、この「ひなた」というのは、宮崎は「日本のひなた」と言われておりますので、この言葉で表現をしました。宮崎ということ強調してみたいという感じですが、これが表でありまして、この裏に、今あるいはこれからの悩みや不安を、宮崎大学小児科と産婦人科の集中治療室とかに置いてもらっております。

これは、先輩のお母さんがピアサポートとして、不安を抱えるお母さんのお話を聞いてさしあげたり、何らかの相談相手になればという思いから、制度にはないのですが、ボランティアで受けております。この中には、赤ちゃんを病院から連れて帰るときにどうしたらいいの。これは障害の子どもさんに特化しておりますので、なかなか深刻な問題が多いのですけれども、家族が受け付けないとか、いろいろな御相談があるので、今までの中では、たくさんないほうがいいのですけれども、2件ほど相談がありましたけれども、この相談を受けるときには、もうお母さんの答えが決まっていたみたいで、一度も家に帰らずに入所施設に入れるというお話が、お二人受けたのですけれども、お二人ともそうでした。家族が崩壊してしまうということと、離婚になってしまうというので、お母さんがまだ一人では食べていられないということと、もう一人の方は、お兄ちゃんがいるということで、この子どもを連れて帰ると離婚ということなので、離婚には持っていられないのでということで、お話を聞くときにはもうそういう答えが決まっていたので、ただお話を聞くだけになってしまったのです。

本当は、生まれてからだけではなくて、産後の子育て不安、困りごとだけではなく、産前、ここでは集中治療室に数週間、数か月入院されている赤ちゃんが、おなかの中で障害が分かり、そして、生まれてくるということで、産科のドクターもお話を聞くときには暗い重い気持ちになりながらお聞きをしております。看護師さんたちが一生懸命サポートして、アドバイスしてくださるのですけれども、お母さんの口から出てくるのは、持っていないあなたに何が分かるという言葉で、看護師さんも何も話せない状況でした。

そして、私たちサポーターもそういう形で、なかなか思うような結果が出せなかったのですけれども、この1年間の経過を、6～7ページの「ピアサポーターによる困りごと相談のワンストップ化」という部分でこの1年間のまとめを書いておりますので、もし、興味をお持ちの方は御覧になっていただければと思います。

そして、この仕組みづくりに取り組んでいるときに、アンケートをたくさんいただいたのですけれども、アンケートの中にあつた、働きたいを強く願うお母さん、子育てが難しい、虐待しそうというお母さん、そして、他の子どもたちとの時間が取れない、地域で孤立しているような気がすると嘆くお母さん、病気になっても病院にも行けてない、いろいろな困りごと。そして、参加者からは、そんな大変な家族が地域にいることを知らなかった、こんな苦しみを毎日送っているお母さんがいることが分かり、もっと公民館の絆を深めたいと言ってくれる民生委員さん、いろいろなうれしい御意見もいただきました。この仕組みづくりを強化し、相談をそれぞれの各市町村の1か所で受け入れ、相談窓口をス

スピーディにつながり、早い段階での支援につながるような、何でも困りごと相談ワンストップ化の提案をしたいと思っております。

その具体的なイメージとして、「おかあさんサポート」のリーフレットの中身をちょっと広げてといいますか、「ひなた」のリーフレットは障害の子どもに特化していますので、ここの部分を妊婦さん、そして、子育てママに適するようにちょっと手を加えてみましたのが4ページ、5ページ。4ページがワンストップ化で、こういう包括支援ケアシステム全てが、働きたいと思われる方たちはハローワークにつないだり、子どもをちょっと見られないなとか、ずっと手元に置くのが不安と言われたときは、児童相談所にすぐに連絡をしてとか、スピーディにやっていけるようなシステムができるといいなということで、これはうちの職員と書いてみたのです。

今、次に作ってみたいなのというのが、8ページ、9ページですね。これは、障害の子どもさんたちの部分から、普通に仕事を続けたいけれども、就労の場にすぐ就きたいですとか、私の健康管理もしてもらえないのだろうかとか、産後孤立しないように集える場所が欲しいですとか、いろいろなお母さんたちの声を、また、ここの中にまとめてみました。これは、まだ案でございますので、改善すべき点、削除する部分、プラスしていく部分出てくるかと思いますが、こういうものが作れたらいいなと思っております。これを妊娠初期の産婦人科に初診時に診察に来ますね。そのときに、産む産まないに関係なく、このような持ち帰り用のリーフレットを、分かりやすく説明を入れた制度やサービスを知るという機会を、心も体もまだ余裕のある時期に目にすることで、早めの相談ができるのではないかと思います。ぎりぎり子どもが生まれて、そういうことを見ることもできない、今生きることが大変というお母さんたちになってからこういう制度をお渡しするのではなくて、もっと早い段階でお渡ししていければ、ゆっくりと、出産への経済的不安も、ママになることを素直に喜べない妊婦さんも、もしかすると、喜びと期待のほうが大きくなっていくのではないかなと考えております。

前回お話ししました、私には重い障害のある娘がおりますけれども、子どもは、娘が3人おりまして、年子に双子に、1人が障害ですけれども、この3人の子どもたちを育てるときに、私は、今は宮崎ですけれども、主人と結婚して、子どもを産み、育てたのが、30年近く大阪でした。誰も知らない土地で最初の出産は本当に大変ではありましたが、一人目は元気な子だったので、何とか夫婦でしたけれども、1年後に双子が生まれて、一人が障害となったときに、本当に大変なことが起きまして。今、体重は相当ありますけれども、その頃、子育てをしている四、五年は40キロ台になりまして、その分、今、十分に振り返っておりますけれども、季節が変わるといのが分からなかったのです。ただ、間違いなく冬はセーターを着ているのです。本当に季節が分からないほどの大変さでありまして、もしかしたら、あのときに虐待に走ったかもしれなかったと思うのですけれども、主人の協力が、本当に主婦と同じぐらの協力をしてくれましたので、何とか育ち切りました。

最近、特に多胎児の出産も増えてきておりますけれども、誰にも相談できない、頼れ

ない、不安ばかりが大きくなっていく、そのような方たちもいらっしゃるかと思います。もちろん、喜びを募らせ、そして、家族で出産を待ち望んでおられる方のほうが多いのですけれども、でも、何か起きてから制度を知るということは、限られた人でも十分に使うこともできませんし、また、その制度を知らないまま苦しむ方も多いと思いますので、必要な制度、支援体制不足、情報の共有をつなぎ、少しでも不安を取り除き、社会生活を送れるためには、ワンストップ化の提言をいたしたいと思います。

そして、このワンストップ化の中に特に感じていることは母親の健診、特に歯科健診。先ほど山本先生がおっしゃっていましたが、本当に歯の治療は何回も行きたいのですけれども、子どもがいますと、なかなか連れていくこともできなくて、私は3人連れて行きまして、1人は一番うるさい子をおなかの上に載せて治療をしていただきました。その子らも、今から四十何年前ですので、今だったらそういうことはしてもらえないのかもしれないのですけれども、そういう形で治療をしていただきました。母親の健康管理が家族の安心にも結びつけられますし、母親の安心にもつながるのではないかなと思います。

そして、ここが一番最後のほうに、「生きるを支える」というのがあるのですけれども、これまで3年間にわたり、地域の方々とセミナー、調査研究、特に大学生と一緒にやったのですけれども、その子ども、母親、家族を支える大きな環境は、今住んでいる地域と連携がとても重要と再認識をいたしました。特に、最近、水害、風害、地震、これらもしっかり踏まえた形で取り組んでいく必要があるかと思います。健やかな子どもの成長は、家族・地域に幸せをもたらすと思います。成育基本法の閣議決定後の発信は、国内同時に、自治体で温度差のないように、その評価をしっかりとどこの部署が評価していくかもお願いをしたいと思います。

ちょっと言葉足らずではございますが、終わります。ありがとうございます。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。

それでは、今日は6人の委員の先生から御提言をいただきました。これら全体を通して、委員の先生方から御意見・御質問を受けたいと思います。いかがでしょうか。挙手をして、御発言をお願いしたいと思います。

どうぞ。

○橋本委員 小児科オンラインというオンライン相談をやっています橋本です。

いろいろな先生方の貴重な御意見、大変勉強になりました。一つの話題というよりは全体を通してなのですけれども、今回、せっかくこういう基本法の基本方針を決める大変貴重な機会であると。これが概念だけで終わらずに、具体的な施策として実施されることは非常に大事だと思っています。

その中で、前回ありましたががん対策基本法などを参照しますと、基本計画の中に、例えば、国民の50%ががん検診を受けていることとか、それが5年以内に達成されることといったような具体的な数字を示して、それが基本計画に明記されているというような基本方針もありました。今回、例えば、中学生まで、18歳までに健診を受ける子どもが国民の50%

に5年以内になることとか、そうした具体的な追うべき指標、数字が記載されてもいいのかなと考えました。そちら、記載できる部分とできない部分があるとは思うのですけれども、そうした具体的な書き込みができるようなものになることを望んでおります。

○五十嵐座長 どうもありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

どうぞ。

○秋山委員 秋山といいます。よろしく申し上げます。

平川委員、神川委員、山本委員が御発言のありました健診回数が増えることはとても重要なことだと思いますし、私も賛成したいと思っています。

ただし、今現在、健診を受けない未受診者という人たちに課題があります。健診が増えれば、また、未受診者も増えるというようなことも起こってきますので、成育基本法には、第4条か7条に、国・自治体の保護者の責務というところがありますので、そこをしっかりリンクをさせていただいて、未受診者が出ないような仕組みを作っていただきたいと思っております。

また、これは別の角度から、健診が増えることは、健診に連れて行く保護者が休まなくてはいけないという状況も生まれてきます。そこで、保護者が健診を受けやすい職場環境等も一緒に考えていただく必要があるかと思っております。

○五十嵐座長 どうもありがとうございます。大変具体的な御提言をいただきましたけれども、ほかはいかがでしょうか。

どうぞ。

○山縣委員 今回の秋山先生のご指摘はまさにそのとおりで、働くお母さんの話は、これまでもいろいろな支援とかありながら、なかなか現場でうまくいってないところもあるかとは思っています。一方で、お父さんの問題も今すごく出てきていて、乳幼児健診にお父さんも一緒に来られるのですが、企業は、母親であればいろいろな対応をしてくれるのですけれども、父親にはなかなかそういう配慮がなかったりして、それで、父親がうつ傾向になったりとかということも現実には起きているわけで、まさに、この成育基本法の中では、父親というか、親という視点の支援をしっかりと方向づけがあってほしいと思いました。

○五十嵐座長 ありがとうございます。今まで忘れられたというか、足りなかったところですね。乳幼児健診、昔は、お母さんとそのお母さん（おばあちゃん）と3人で来るが多かったのですけれども、最近は御両親で来る方が大変増えてきております。以前に比べると、男性、特に父親の参画が非常に目に見えていい方向にいつているのだとは思いますが、それに対する支援も必要であろうということで、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。

○平川委員 今回の健診の両親の受け止め方は、妊婦健診も同様でして、妊婦健診の場でも、御主人も共にいらっしゃるということも多く感じております。資料の中でも、両親教室と

いうお言葉を使っておられる先生がおられましたけれども、母親だけではなくて、両親に対する視点は非常に重要なかなと思います。

また、分娩で見ましても、立会の分娩が非常に多くなっております。分娩も、お母さんだけじゃなくて、夫婦でこれに臨もうという今の夫婦の形だと思います。そういったことに十分配慮しながら施策を進める必要があるかなと思います。

○五十嵐座長 ありがとうございます。産科についてもそうです。

どうぞ。

○奥山委員 それでは関連しまして、地域で子育て支援をしております子育てひろば全国連絡協議会の奥山です。

両親教室につきましては、出産する病院での教室、これが立会い出産の条件になっている病院も多いのかなと思います。ただ、子育てする地域が同じ市区町村でない場合もございますので、病院での両親教室にプラスして、これから子育てをする地域での両親教室が大変重要で、それが地域の行政による主催になると思うのですが、まだまだ土曜日の開催が十分ではないと思っております。両親そろって両親教室に参加しようと思えば、土曜日・日曜日の開催が求められるわけですが、その辺りの調査もしていただきつつ、そういった機会を増やしていただけないかと、今、皆様がおっしゃっているような就労をしながら子育てをしている家庭への支援、それから、男性も巻き込んだ、父親も巻き込んだ支援になかなかつながってこないという点があるかなと思いますので、ぜひ、新たな今度の成育基本法の方針にも入れていただければと思っております。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○園田委員 病児保育の「あずかるこちゃん」というサービスをやっております産婦人科医の園田です。

少し話を戻させていただいて、私は今、「お子さんが急に病気になったときに、どうされていますか」というヒアリングを週に何人かさせていただいていて、感じるのは”いざというときには女性が何とかする”といったマインドが、夫側にもまだまだあることです。一方、保育園の送迎に関しては夫婦で分担されている世帯が非常に多くなっているなと感じております。

有事の際に、育児を分担できるような体制は、企業側がどれだけ準備をできるのかという視点も大切かなと思います。今は、リモートワークや、働き方改革を、積極的に進めている企業がある訳ですが、ここで感じるのは、取り組みの格差が広がっているのではないかなという点です。勤めている企業によって働き方が大きく異なります。IT企業と言われるようなところであれば、在宅で仕事をしたり、急なときでもテレビ会議で対応ができる、その一方そのような対応が全くされていない企業と大きく格差を広げてしまっているのではないかなと思っております。所得の格差によるお子さんへの影響はこれまでも言われていますが、企業がどれだけ福利厚生を準備できるのかが大切になってくるかなと思います。代表的

なものの一つに看護休暇があり、日本は5日間と非常に短いのですが、企業側がどれだけ準備できるのかによると考えます。それは平時も有事の際も、また、男女平等にそれは権利としてきちんと提供される体制が実現されることが、成育基本法からのアプローチ、成育医療等協議会でも議論できればと思っております。ありがとうございます。

○五十嵐座長 どうぞ。

○神川委員 神川ですけれども、今は、乳幼児健診も予防接種も、生後1歳までがすごく立て込んでいて、そこはすごく大変です。確かに働いているお母さんがそこでやりたくてもなかなかできないので、予防接種を土曜日に回したりなんかしてやっているのですけれども、1歳まで育休が取れば、そこでゆっくり予防接種を、乳幼児健診もきっちり受けられるぐらいの余裕があってもいいのかなと思います。できたら、望む親御さんに関してはみんな、1歳まできちんと育休を取れるようなシステムが必要ではないかなと思います。

○五十嵐座長 どうぞ。

○井本委員 労働をしながら両立しているお父さんお母さんたちへの支援というところと、あと、医療と福祉をつなぐ連携について意見を申し上げたいと思います。

まず労働のところについては、このたび、私もこの基本法に提案するために様々調べたところ、育児の両立支援等を行っている企業はまだまだ少ない実態があるようです。そういった状況を改善するべく内容を、ぜひとも、この成育基本法に盛り込んでいただきたいということが1点。

先ほど各先生方にプレゼンしていただいて、健診回数のこととか、妊娠期は手厚いですねという話もございましたが、私は助産師で妊婦健診等に携わっていますが、先ほど秋山先生のお話にもあったように、未受診の方も存在しますし、住んでいる地域と妊婦健診を受けている病院が離れている、そういった方もいます。それを連携する仕組みがどちらかの積極的な姿勢がないと続いていないという今の状況は改善し、どの自治体もできる支援が続くような仕組みにするべきだと思っておりますので、その点も、ぜひ、今回のプレゼンも含め盛り込んでいただけたらと感じています。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

どうぞ、吉川委員。

○吉川委員 吉川です。改めまして、私は、息子の事故を教訓に、事故予防の活動をしております。

これは全体的なことかなということなのですが、教育の重要性について、全ての先生方からご意見が出ていますが、切れ目ない支援というところで、幼保から小中高への学校の接続と連携というところはずっと問題と課題が続いている状況かと思えます。先ほど、学習指導要領に、多様性のことであったり性教育について入っていないというご指摘がございましたが、非常に重要な問題だと思います。教育の必要があるということは言われ続けている状況だと思いますので、この法律をもってきちんと文科省とも建設的な議論ができるようにすることが重要かなと思っております。

楠元委員の話を前回からも聞いていて思ったのですけれども、障害に対する理解については社会的な問題だと思います。お母さんたち一人一人とか、御家庭の問題というよりも、障害に対して社会がどう向き合っているかという状況に目を向ける必要があると思います。お母さんたちが妊娠してお子さんが生まれたときに障害があることを知ったときにショックを受けてしまうのは、個人の問題ではなくて社会的な問題だと思いますので、そうした理解をきちんと共有していくという面でも、学校との連携・接続は非常に重要な課題だと思います。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○秋山委員 秋山です。吉川委員の御意見に私も賛同します。楠元委員が重心のお話をしてくださいましたが、成育基本法の中に医療的ケアのことはよく書かれています。重心に対する、障害に対する理解はまだちょっと少ないかなと思っています。

というのは、重症心身障害児の子どもたちは、今、医療から療育、そして、特別支援教育とそのシステム、流れがきちんとできています。そのために、地域に重心の子どもたちがいないという現状があります。そうすると、地域は重心の子どもたちを知らずに、障害の子どもたちを知らずに成人になっていくという現状が今あるのではないかと思います。

そこで、多様性を学んでいくため、あるいは、障害の子どもたちが地域で生きていくためにも、インクルーシブ保育、インクルーシブ教育を推進していく必要があると思います。これを、この成育基本法の中のどこに落とし込んでいくかという検討をする必要があると思います。

○五十嵐座長 どうもありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

どうぞ。

○中西委員 「たまひよ」の中西です。

私も吉川さんの御意見を聞いて、学校がこの制度には関わらなければいけないと思うので、文科省の協力は絶対に取らないといけない、ここにいてもらわなければいけないのではないかなと強く思いました。

また、ほかにも、「子ども食堂」みたいなNPOの活動とかもここの中には入っていないといけないと思いますし、楠元さんの発表を見て、いいなと思ったのですけれども、包括センターができたときの最初の窓口は、この「ひなた」のワンストップの相談所みたいな感じのものが入っているべきなのだろうなど。それが敷居の低い相談ができるセンターなのではないかなと考えました。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

どうぞ。

○奥山委員 今、子育て世代包括支援センターのお話が出ましたので、神川先生からも御

紹介いただいたのですが、子育て世代包括支援センターと地域子育て支援拠点事業、通称では「子育てひろば」と私たちは呼んでいるのですけれども、なるべく敷居の低い相談を受けるといふ、そういう場所となっております。今、全国に7,400か所程度あります。中学校区に1つという目標でやっておりますけれども、実施場所が多様です。神川先生からもお話がありましたように、児童館でやっていたり、保育所に併設されていたり、私たちは単館型実施しています。また、地域子育て支援拠点には、利用者支援事業という、相談を受けながら必要な地域資源につなぐコーディネーターが配置され始めています。

先ほどお話を聞いたら、内容的には利用者支援事業をやっているという事です。それはもっと広めなければいけないのですが、基本型は全国に720か所しかまだありません。できれば、子育て世代包括支援センターの母子保健型の専門職の方と、それから、地域で地域子育て支援拠点などでオールラウンドにまずはお話を聞くという、敷居の低い相談を受けられる、そういう人たちがもっと増えないといけないし、実際にやられている方が全国に実はたくさんいらっしゃるのではないかなと思っております。子育て世代包括支援センターの中では、地域子育て支援拠点事業といわゆる産前・産後の専門職の方と連携よくやっていく体制を構築していかなければいけないということを、改めて、楠元先生のお話を聞きながら感じた次第です。ぜひ、そういったことを盛り込んでいけたらなと感じた次第です。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

どうぞ。

○平原委員 先ほども教育の話が出てきて私もちよつと触れさせていただきましたけれども、今は、コミュニティがすごく希薄になっているのだと思うのですね。頼りにするのだったら役所とかそんな形になっていて、今は、例えば高齢者についても老老介護とか、独居老人の問題とか、世代間で協力し合わなくなってきている社会がどんどん出てきていて、今までは、核家族ではない大家族的な中で親もいて、おじいちゃんおばあちゃんもいて、何だかんだと言ってもみんなが支え合っていたというのがどんどん希薄化されている中で、では、一体どうするのだという話があります。そこで、この成育基本法というのを理念的に何か社会がそれを支える仕組みをやっていけることにならないかなというふうなことを考えているのだと思うのですね。

その中で、教育は大変重要な部分で、そもそも生きて、社会の中でどういうふうにしていくかということをお教える中に、実は、生物学も、生物のための生物学はあっても、人が生きるためとか、人が困ったときにどうするという、例えば病気なら病気でどうするとか、遺伝の病気とかいろいろなものがあるわけですけれども、そういうことに対する基本的なことが触れられてないまま子どもが育ってくると。

先ほども秋山先生から御指摘がありましたけれども、特別支援学級では、子どもさんはいろいろ行事では一緒になるのですね。なぜ、子どもたちはこういう障害を持っているの

かということを知る先生がいないのですよね。先生たちが教えられないのですよ。だから、例えば、何となく遠目で見ると、ああ、そういう人たちがいるのだというだけで子どもたちは育っていくという、これも何かいびつな形の育ち方だと僕は思っています。ぜひ、これは本当に教育、文科省がなかなかハードルが低くならないというところも、この法律でどこか切り崩していただきたいなというのは、私の切なる願いでございます。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

○橋本委員 自省の念も含めてなのですけれども、今回、バイオ・サイコ・ソーシャル、3つの側面を支えるべきだという中で、特に、今、医師に多いのですけれども、そもそも対医師はサイコ・ソーシャルなものを相談するものではないと思っているお母さんが結構多い。バイオリジカルに、お熱が出ましたとか、鼻水が出ましたということを経験しに行く場がクリニックであると実は多くの方が思っていると。私たちがオンラインで相談を受けると、「あ、そんなことを聞いていいのですか」と言われるようなことが多くありました。

世間に対して、医療者であったり子育てを支援している人たちはみんなサイコ・ソーシャルに支える存在だよということのメッセージの発信と、あとは、その受け入れる医師側もそういったものを診るものだとすることを強く認識する。これはアイデアとしては、例えば、医学教育の中にそういったものを取り入れるとかですね。

ある自治体で、ペリネイタルビジットを小児科医がやったときに、思わず「何で来たの」と言ってしまう小児科医がいるので、なかなか進まないということを現場で聞いたことがありますので、自省の念も含めて、特にMDですけれども、サイコ・ソーシャルに相談していい場なのであるということを当事者も認識するべきだし、利用するお母さんたちにも認識していただくことが非常に重要なのではないかなと思っております。

○五十嵐座長 ありがとうございます。WHOの健康の定義が、バイオ・サイコ・ソーシャルに健康であるべきであるというのが基本です。一時期、バイオ・サイコ・ソーシャルの間に、スピリチュアルにも健康であるべきだという提言もあったのですけれども、それは残念ながらまだそこまではいってなくて、バイオ・サイコ・ソーシャル、少なくともこの3つはちゃんと押さえていこうというのが、世界的な健康の定義になっているということなのですけれども、日本の医療は小児だけでなく成人も恐らくそうだと思いますけれども、サイコ・ソーシャルなところは大変弱い面があるのではないかと思います。それだけバイオリジカルなことの対応が忙しくて、そこまではなかなか医学教育も含めて、医師のほうもそういう知識があったとしても、なかなか実行できなかったという、そういう状況があるのではないかと思います。大変重要な指摘ではないかと思います。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、10分ぐらい休憩いたします。後半は3時からスタートでよろしいですか。では、

少し休憩をさせていただきたいと思います。

(休 憩)

○五十嵐座長 それでは、3時になりましたので、次のヒアリングに移ります。

本日は、2つの学会、日本薬剤師会と日本助産師会の方から御意見をいただきたいと思  
います。初めに、日本薬剤師会、それから、日本助産師会の順で、お話を承りたいと思  
います。時間は10～15分ぐらいで御説明を御願います。お二つの会の御説明が終わってか  
ら、皆さんで、また、ディスカッションをしたいと思います。

では初めに、日本薬剤師会から、御説明をお願いいたします。

○安部副会長（日本薬剤師会） 皆さんこんにちは。日本薬剤師会の安部でございます。  
今日は、成育医療の協議会でお話をさせていただく機会をいただきまして、ありがとうご  
ざいます。

本日のプレゼンテーションであります。お手元の資料7に基づいて進めたいと思っ  
ております。今日伺いましたメンバーは、資料7の1ページに所属と名前が書いてございま  
すが、今日のプレゼン自体は、川名三知代さんをお願いしたいと思っております。

それでは、早速プレゼンテーションを始めたいと思います。よろしくをお願いいたします。

○川名薬剤師（日本薬剤師会） こんにちは。私は、世田谷区にある成育医療研究センタ  
ーから1kmほど離れた場所にある保険薬局の薬剤師です。

スライド2をお願いします。本日は、地域の薬局薬剤師の立場から、成育医療への薬剤  
師の関わりの現状と課題を御説明させていただきます。

スライド3をお願いします。成育医療を支える薬剤師としては、このような制度がありま  
す。私は、この中で、小児薬物療法認定薬剤師です。ふだんは、小児から高齢者まで在宅  
医療に関わっています。

4番をお願いします。これは一般的な薬剤師の業務の流れですが、通常大人の処方であ  
れば、この図の上の処方箋受付から、下の薬剤の交付まで、平均12分でこの作業を終えて  
いるそうです。

スライド5をお願いします。お子さんの場合はもう少し時間がかかり、薬を嫌がらずに  
きちんと服用できるようなアドバイスをします。例えば、抗菌薬のクラリスロマイシンド  
ライシロップは、オレンジジュースの酸で表面の甘いコーティングが溶けて、薬本来の苦  
さが増すので、冷たいアイスクリームにくるんで服用するよう提案することもあります。  
一方で、同じ抗菌薬でも、トスフロキサシンは、乳製品の中のカルシウムの影響で吸収が  
低下します。一つ一つの製剤で効果を維持しながら飲む方法を、保護者と一緒に考えて  
います。

6番をお願いします。ほとんどのお子さんはお口から薬を服用しますが、最近は、地域で  
も、お鼻や胃のチューブから薬を注入したり、注射薬を使うお子さんも増えてきました。

特に、小児用のチューブはとても細くて、最も細いもので3Fr. 外径1mmしかありません。全ての薬が水に溶けるとは限らず、でも、すり潰すと効き目がなくなる薬もあります。また、小児の注射薬は、成長や疾患に応じて組成まで調節する必要があります。

7番お願いします。在宅医療の推進は、小児科の患者さんでも同じで、地域でも重症の子どもの慢性期や療養期を支えるようになってきました。

8番お願いします。その子たちの処方箋は複数の枚数になったり、受け取る薬が台車2～3台分になることもあります。内服薬を介護の合間に1週間かけて使うタイミングごとに仕分けていたそうです。御家族がとても大変そうだったので、薬局のほうから訪問薬剤管理指導を御提案しました。

9番お願いいたします。訪問するようになって驚いたのは、その子たちの医療的ケアの重さです。これは、当薬局で、ある1か月間に訪問した小児科の患者と要介護5の高齢者、がんターミナルの患者の医療的ケアの重さと訪問期間などを比較した表です。医療的ケア度として、超重症児の判定スコアを用いました。小児科患者では、重いケアが年単位で続いていることがお分かりいただけだと思います。

そして、高齢者を介護する世代が50歳代であるのに対し、世田谷区の調査では、小児の介護者の9割以上が母親で、6割が児の出生時からこのケアを続けており、妊娠・出産可能な年齢の挙児希望のあった女性が、厳しい健康状態と睡眠状況にさらされていることも見えてきました。

スライド10お願いします。御家族の負担を少しでも軽くしたくて、このようなたくさんのお薬を、混ぜられるものは一包化して、混ぜられないものは別包にして、薬局で、使うタイミングごとにホッチキス留めしてお渡しするようになりました。その結果、私たちの薬局内での調剤には6時間ほどかかるようになりましたが、御家族が介護の合間に1週間かけて行っていた作業が不要になりました。

11番お願いします。お薬を作るときに医師の口頭指示を薬包に印字しておくことで、薬の注入をほかの方にお願ひできるようになりますし、薬が効く仕組みを分かりやすく説明すると、薬物療法への不安感が和らぐこともあります。

12番お願いします。これは一般的な高齢者の在宅医療の地域医療介護連携のイメージを表した図ですが、小児の在宅医療では、高度医療機関の医師が主治医のまま在宅移行するのが一般的で、連携はスライド13のようになります。高齢者の医療介護連携の要となるケアマネジャーと訪問診療なしに、地域の多職種が連携していかなければなりませんでした。

スライド14移ります。小児の在宅医療で連携する職種は、高齢者とは違い、しかも、複雑です。世田谷区では、療養・療育の場を超えて制度の切れ目をつなぐ連携が広がりつつありますが、難病のお子さんには高度医療機関に広い地域から集まってきて、それぞれの地域に帰っていかれます。高齢者の制度の外挿ではなく、小児のための在宅医療の仕組みがあれば、より多くのお子さんがお家で家族と過ごせるようになります。

15番お願いいたします。ぜひ、その仕組みを作って、その中で、どうか、薬剤師を位置

づけてください。子どもたちが成長して大人になる過程で、主治医や病院が替わる際に、どの医師が処方箋を書いても、私たちがやることは変わらないと言える立場が実際に大きな役割を担っております。そして、これが間接的ではありますが、日本の小児周産期医療を支えることにつながると思っています。また、この機能で疾患を抱えながら成長する子どもや自立支援の若者の薬物療法を途切れさせることがないように見守ります。

スライド16お願いいたします。本年、薬機法が改正され、薬局も地域連携薬局と専門医療機関連携薬局の機能別に進化していきます。専門医療機関連携薬局は、まず、がん領域から運用が開始されますが、小児難病なども今後位置づけていくことを考えなければならぬと思っています。

スライド17お願いいたします。そして、もう一つぜひとも協議していただきたい課題が、小児用製剤がないことです。在宅医療に限らず、小児用製剤が必要な難病のお子さんに、大人用の錠剤を加工して使用することは少なくありません。日本では、子どもに使用できる医薬品がとても限られているからです。その場合は、本や計算式から小児用量を推定し、大人用の製剤を粉砕、脱カプセルして、1回分を正確に服用できるよう分包しております。

スライド18に移ります。メーカーでは、原薬から安全に薬効を引き出すよう製剤化して薬を世に送り出しますが、この製剤の力で処方された量は拒否なく服用でき、体内での広がりやコントロールされます。その後、薬そのものが持つ力で作用部位に到達して効果が発揮されますが、狙った部位で副作用が起きないちょうどよい濃度にぴたりとコントロールするのが製剤の力です。大人用の薬を潰して加工するという行為は、安全に飲みやすく設計された製剤を一旦原薬のレベルに戻して、現場の薬剤師が製剤化をやり直すことになります。味や服用感だけでなく、薬効や安全性にも気を配っています。

スライド19に移ります。小児用製剤の開発が制度化されている欧米であっても、実際開発はあまり進んでいないそうです。小児の薬物動態がよく分かっていない中で、安全性を確認できない医薬品を世に送り出すわけにはいかないという作る側の倫理も理解できません。小児用製剤開発はとても難しく、新しい薬を生み出すのと同じくらい評価されてよいのではないかと私は思います。

このような開発と医療現場のニーズの乖離は簡単に解決するものではなく、だからこそ、私たちはどのような薬でも薬剤師の助けがあれば飲めるようになるはずと信じて知恵を絞るのですが、大人用の薬を粉砕した場合には、どのように工夫をしても飲みやすくなるとは思えないものもあります。ある小児がんのお子さんは、家族と過ごす残された貴重な時間の多くを、苦い薬を吐かずに飲み込むことに費やされてしまわれたそうです。大人には飲みやすい薬があるのに、子どもは苦さや口の中の痛みを我慢しながら薬を飲む。理不尽だなと思います。

スライド20に移ります。最後に、妊娠期前後への関わりについて、この協議会の資料を拝見し、私たちは適切な情報への橋渡し役になれると思いました。4年前に薬局は地域住民の健康サポートを担うことが薬機法で位置づけられ、地域でのファーストアクセスの場

として、健康に関する相談を幅広く受け付けています。排卵検査薬、妊娠検査薬、衛生用品、育児用品の供給を通じて、子育て前後の世代との接点が日常的にあります。気軽に相談できる窓口から適切な情報へと橋渡しいたします。

スライド21、22については、お手元の資料を御覧ください。子どもの医薬品誤飲防止の啓発活動を続けています。24時間の電話対応も行っております。

スライド23に移らせていただきます。まだまだ私たち少数派ではありますが、薬剤師にも成育医療を支えるお手伝いをさせてください。

「まとめ」に移ります。以上、成育医療への薬剤師の関わりについて述べてまいりましたが、私たち薬剤師としては、本協議会において検討をされる成育医療等基本方針に、この「まとめ」に記載した内容を盛り込むことをお願いしたいと思います。御検討よろしくお願いたします。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。川名先生は、小児薬物療法の認定薬剤師さんでいらっしゃるしまして、今、日本には何人ぐらい講習を受けた方がいらっしゃるのですか。

○川名薬剤師 講習を受けた方は2000人を超えると思うのですが、認定の更新をして継続できている人は863名、病院が575名、薬局が279名という状況で、もっと増やしていきたいと思います。

○五十嵐座長 薬剤師さん全体の何%ぐらいが。突然すみません。

○安部副会長 今、保険薬局で働いている薬剤師の数は18万人、病院の中で働いている薬剤師の数は5万人でありますので、全体からすれば、まだまだ少数派でありますけれども、こういった研修制度とか、先ほど申し上げました連携薬局とかサポート薬局という機能の中で、当然、地域には小児の患者さんがいらっしゃいますので、そういったこともこれから十分進めていくべきことだと薬剤師会としても考えてございます。

○五十嵐座長 どうもありがとうございます。

後ほど、また、詳しく御質問等をさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

では、続きまして、日本助産師会からお話をいただきたいと思います。

○島田会長（日本助産師会） 日本助産師会です。このたびは、発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。本日は、私、島田会長です。副会長の安達と参りました。

当初、七、八分でまとめろという御指示がありましたので、本当にこれはということ2点に凝集させていただき、その資料を作成してまいりました。

まず、こちらは、1枚目の下のところですが、「成育基本法に係る次世代および女性の健康課題」ということで、こちらにいらっしゃる皆様御存知のとおり、思春期・青年期、並びに、女性がその後、妊娠・出産・子育て期に至るというようなプロセスの中で、こちらにお示ししたような様々な課題があるかと思えます。今、その課題に関して、所轄省庁・部署、様々取組みをしていただいているとは思いますが、その課題に対してそれぞれの

対応がなされている場合があります。また、その方針も異なることがあるかと思ひます。

それから、母子保健事業はいわゆる市町村事業でございますし、学校教育もそれぞれの行政の考え方で進められているかと思ひます。ですので、それぞれの地域で課題に関する施策が異なることも周知のとおりかと思ひます。

次の2ページ目に行きたいと思ひます。その中で、地域において生じている状況としましては、学校教育・社会・各家庭が、女性あるいは思春期から若い世代に至るまでの男女に対して、健康的に生活することや自らのリプロダクティブヘルスについて考え、意思決定できるような教育及び関わりがまだまだ十分できていない状況かと思ひます。

それから、妊娠・出産・子育て期の女性や家族に対するサービスに格差があります。どうしても、今、いろいろな社会格差・状況等が複雑化しておりますので、特定妊婦も各地域で対応が非常に大変だということを知っております。そちらで、地域においては、その対応に視点が置かれておまして、個々の状況に応じた対応がなされていないというような現状があるかなと思ひます。

私たち助産師として解決すべき課題で2つ挙げさせていただきました。課題1としましては、「すべての女性とその家族が快適な妊娠・出産・子育て期を過ごすための切れ目ない支援の実現」ということで、こちらは、健やか親子21（第2次）等でうたわれていて、取組みがなされているのですが、さらに、それを推進していく必要があると考えております。

2番目としましては、「次世代に対する成長発達段階に応じたセルフケア能力の向上・リプロダクティブヘルス向上を目指す健康教育の推進」が必要かと思ひます。

続きまして、下にまいりますが、課題1につきましては、非常に僭越な物の書き方で申し訳ないのですが、母子保健に係る支援施策の考え方をシフトする必要があるのではないかと考えています。

1つとしては、母子とその家族がどこに住んでいても、一定の質・量が確保された支援が受けられるというのが、皆様同じ目標かと思ひます。これに関しては、市町村事業ではあるのですが、母子保健事業の平準化をぜひお願いしたいと思ひます。そうしないと、市町村による格差の是正がなかなかなされていかないのではないかと思ひます。特に、私たち助産師が積極的に行っていくべき産後ケア事業ですが、こちらに関しましては、今、地域の助産所がかなり力を入れて、委託されたものに関しては全て受けて頑張っております。ただし、受ければ受けるほど赤字になっているというのが現状でございます。では、どのように経営しているかというところ、分娩で取り扱って得た収入を産後ケア事業の赤字に補てんしているというような現状でございます。ただし、助産所の分娩も、妊婦さんの高齢化、ハイリスク化で、助産所分娩自体が非常に減っておりますので、非常に助産所としては立ち行かなくなりまして、実は、助産所が昨年物すごい数閉鎖に追い込まれております。

私たちとしては、本当に産前・産後ケアは助産師が中心となってやっていく事業と思ひ

ていますので、頑張っていきたいと思ひますし、産後ケア施設などもどんどん助産師会を受けていきたいと思うのですが、今そういう形で非常に苦しい状態です。ですので、それぞれの市町村の首長さんの考え方によって、産後ケアの捉え方とか、その補助もかなり違ってきていますので、そこら辺の平準化はぜひお願いしたいと思ひております。

それから、これも様々な団体の委員の方々がおっしゃっていたとおり、次に、支援を必要とする対象へのアプローチが今までなされていったかと思ひます。ここにも書きましたが、ハイリスクだからとか、何かあったら支援というような形で、これも財源に限りがありますので、致し方がない状況かと思ひます。しかし、少子化、それから、様々な家庭環境の多様化というようなことを解決して、それぞれの家族が快適な妊娠・出産・子育て期を過ごすためには、ポピュレーションアプローチへの転換が非常に必要だと思ひます。ですので、ポピュレーションアプローチに転換し、誰もが継続的に地域の中で支援を受けることができる体制づくりをぜひお願いしたいと思ひています。

こちらは助産師の立場からでございますが、妊産婦とその家族が日頃からかかりつけチームですね。これは助産師だけではありませんが、（かかりつけ助産師）というような名前も入れさせていただきましたが、それと、顔見知りになれるための支援体制の構築も検討をしていただきたいと思ひます。子育て世代包括支援センターの活用が先ほどから委員の先生方もおっしゃっておりますが、助産師を中心とした地域のかかりつけチームが、母子手帳交付から継続的な個別支援を実施し、妊産婦とその家族が、妊娠・出産・子育て期の不安を軽減でき、自ら積極的な支援の要請ができる関係性を作る。先ほどから、敷居の低い相談施設というのがございましたが、そういったシステムがぜひ必要だと思ひております。

次のスライドに行きたいと思ひます。次、課題2として、「次世代に対する成長発達段階に応じたセルフケア能力の向上・リプロダクティブヘルス向上を目指す健康教育の推進」でございます。こちらも、自分ごととして、リプロダクティブヘルスに関わる健康向上をきちんと考えられ、意思決定できるような次世代教育がぜひ必要だと思ひています。

こちらは今取り組まれているところではございますが、いわゆる性教育を中心とした健康教育プログラムですが、こちらに関しまして、性教育だけではありませんで、例えば、月経教育等、きちんと健康に生きていくというような考え方、健康教育がきちんと継続的に伝えられる必要があると思ひます。ですので、健康教育推進チームによって、各発達段階に応じた健康教育プログラムを学校教育の中で展開できたらと思ひております。医師の先生方は、例えば、性教育に関しては、性感染症とかいろいろな病態に関しては非常にきちんと教育をなされているかと思ひます。それに加えて私たち助産師は、生活の中でそういった知識をどう生かしていくか、そういったことに関わっていきたいと思ひています。

それから、こちら先ほど来、若い世代へのプレコンセプションケアに関する情報提供も、ぜひ推進していくようなシステムをお願いしたいと思ひています。

それから、その教育システム等だけではなくて、地域で気軽にリプロダクティブヘルス

について相談できる場ということで、こちらは敷居が低い相談ということ、さらに、若い世代まで広げるという形で、こちらとしましては、「町のリプロダクティブサポーター」という名称をつけましたが、そういった相談を、思春期から若い青年期までできるようなシステムをぜひ検討していただけたらと思っています。

○五十嵐座長 どうもありがとうございました。

それでは、2つの団体から御意見をいただきましたので、全体を通しまして、委員の先生方から、御意見あるいは御質問をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

○平原委員 産婦人科医会の平原と申しますけれども、薬剤師の先生方から先ほどお話がございましたけれども、数からすると、薬剤師会の先生方のスライド3でございますけれども、日本病院薬剤師会の妊婦授乳婦薬物療法認定薬剤師は非常に少ないのですけれども、174名です。今回、小児の話にフォーカスされていますけれども、実際には、今日の座長の五十嵐先生のところでも妊娠と薬の情報センターとか、私どもが前に勤めていたところも、妊娠と薬の情報外来をやっている、随分大勢の方が来られて、実際には妊娠する前の方よりも妊娠してからの人たちが結構大勢来られて、4割か5割弱ぐらいは妊娠してから、どうして誰も面倒を見てあげないのかなというような、産科医も面倒を見なければ、担当科の先生たちも誰が面倒を見ているのだよというような感じになっているのが多いのですよね。

ですから、こういうところも少し切り込んでいただいたお話にさせていただいて、総力を挙げて、薬剤師の先生方からのサポートがあるべきかなと考えておりますので、ぜひ、御検討をよろしくお願ひしたいと思います。

○安部副会長 ありがとうございます。先生がおっしゃられたとおり、専門薬剤師とかそういったところまで、認定制度とかそういったところはなかなかハードルが高いところはあるのですが、私も町の薬局で仕事をしておりますと、妊娠と薬、授乳の相談は、非常によく受けます。薬局で答えられるレベルのまだ未然のものとか、これは飲めますか、飲めませんかというときは、これは飲まないでくださいというような指示ができることと。既に妊娠していて、この薬を飲んでしまったけれども、どうするかというのは、そこは薬剤師が本を見て答えられる範囲ではないので、専門のその機関につなぐという、2つの機能があって、そういったことも踏まえながら、とは言え、全ての薬局に基本的な妊娠と授乳の情報はあると認識しておりますので、レベルによって使い分けながら、その地域の中でしっかりと役割を果たしていくことが必要かと思っておりますので、先生の御指摘も踏まえて、専門の薬剤師も増えるように一生懸命頑張っていきたいと思っております。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

○橋本委員 小児科医の橋本と申します。

薬剤師さんのお立場でのお話、非常に勉強になりました。途中で、お子さん用の医薬品の開発というところが後回しになりがちであるということの御指摘はもっともだなと思っ

ておりまして。私自身も、成育医療センターの寄附を考える協議会の委員をやっているのですが、子ども病院が寄附が必要な背景の1つに、これは創薬ともつながると思うのですが、医療機器で例えば胃カメラを購入して使うとなっても、実際にそれをやる疾患の適用は少なく、病院で大きな負担をかけて器械を買って、使う機会が少ないから全然ペイをしないと。ただ、大人の病院ですと毎日のように胃カメラをやるのでそれがペイするというので、ちゃんと収益も上げられて継続ができるということが起きています。

なので、子どもさんにとっては必要だけれども、回数が少ないから、どうしても社会的な優先度を下げられてしまうと。そこを補うためには、ある程度の基金であったりとか、海外ですと、本当に子ども病院に毎年何十億と寄附が集まるような文化がありますので、こうした優先順位が低くなりがちなところに対して、既に創薬の部分で、その開発に関して、子どもには何か金銭的なサポートがあるのか。もし、あるのであれば教えていただきたいのと。もし、ないのであれば、そうした医療機器や創薬に関して、この成育基本法の中である程度サポートするような文言があってもいいのかなと思いました。

○安部副会長 私、つい最近まで中医協で薬価の問題もやっておりましたので、小児につきましては、小児の薬剤の製剤の開発については評価は一定されていて、有用性加算がついてありますので、製剤化して小児で唯一飲む製剤を作った場合には評価があるのですが、開発費を根こそぎペイできるような、それほど大きな評価ではないなという認識がありますので、そういった意味では、日本の中の創薬の基金、そういったものと併せて小児に対するフォーカスをして、どんどんそういうものを開発するようなことをやっていただくというのは、日本の子育てを大切にするという政策もあるわけですから、そういったところに基金なり、AMEDさんなりでしっかりと対応していくことが非常に大切かと思っております。

○川名薬剤師 私、今、保険薬局にいますけれども、前はメーカーの研究職をしておりました。今日スライドでお示しさせていただいたのですけれども、薬の効くまでの仕組みをスライド18に書かせていただいているのですけれども、薬効が発現されるのは、薬そのものが持つ力と薬を投与したときに体から返ってくる反応の両方で決まるのですね。作っているときに、子どもは体から返ってくる反応が全然違うので、毒性とか副作用を回避するというときに、全く新しいお薬を使うような感覚が必要だと思うのですね。

本当に新しいお薬が開発されるのにどんどんお金がかけられていく現状で、小児のお薬は大人のもののお下がりだからみたいなイメージがある現状でなかなか開発がされないのかなと思っているので、その制度だけというよりは、もうちょっとみんな理解を深めるような場が欲しいなと思っています。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○平原委員 たびたびすみません。日本産婦人科医会の平原でございます。

助産師会から今お話しいただきまして、産後ケア事業をやればやるほど赤字というのは、これは私も産婦人科医会でもその議論が出ていて、この事業はなかなかスムーズにいきにくいところもあるなということを感じているのは同感でございます。

助産師の方は、実は病院にももちろんいますし、助産所でお産を取り上げておられる助産師の方々もおられますし、あとは、行政の中に入っておられる助産師の方も非常に多くおられて、様々なところで様々な役割を果たしておられるように私は認識しておりますので、ぜひ、そういった視点で様々な助産師職がいろいろなところで活躍できる部分のところで、今回の成育基本法の中での助産師職としての役割を、また、知らせていただければ幸いですと思います。

○平川委員 今の産後ケア事業の助成のことについて、私の資料1のスライド8を御覧いただきまして、先ほど触れたところでございますけれども、②に「産後ケア事業助成額の増額」とありまして、産後ケア事業単体で経営が維持できるよう、助成額の増額に向けた検討が必要ということで、島田会長がおっしゃったとおりでございます。経営を単体でやれるような、まずは実態調査をしていただいて、今後、さらに、この事業が発展する経営的な保証をするというような視点で施策を進めていただければと思いますので、よろしくお願いたします。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○奥山委員 今のお話に関連しまして、助産師会の皆さんに、地域子育て支援でも大変お世話になっております。この課題1にあるように、どこに住んでいても、一定の質と量が確保された支援が受けられるというのは非常に重要だと思っております。

といいますのも、今は本当に核家族で、初めて子育てする家庭が実家の支援がない中でスタートを切ると。今、里帰り出産のところも、また、調査をしていただきたいのですが、第1子ですと5～6割ぐらい里帰りということですが、それがあまり長過ぎても、多分、御夫婦のスタートにはあまりよろしくないということで、1か月ぐらいで帰って来られる方が多いのですけれども、そのときの本当にうまく地域での子育てに軟着陸するために、ここで言うところの産後すぐのケア事業と、それから、その後の専門職でなくてもいい産後サポート事業ですね。それから、産後のヘルパー派遣事業ですね。こういったものがまだまだ地域に点在しておりまして、全ての機能が各自自治体にそろっているかということ、そうでもないということで、これだけ核家族ということですから、家族のサポートだけではなくて、しっかり社会的に存在するということが、介護保険ができたときと一緒に、この新しい基本法が、家族だけに担わせるのではない、社会がしっかりと準備するのだということにつながっていくことがとても大事だなと思って話を聞いておりました。ポピュレーションアプローチが全ての地域でできますように、ぜひ、盛り込んでいけたらなど、改めて、話を聞いて思ったところです。ありがとうございます。

○五十嵐座長 ありがとうございました。

何かほかにございますか。

どうぞ。

○山縣委員 薬剤師会の発表で、最後のところにもきちんと書かれていますのですが、薬剤師の目指すところということで、患者・家族を含めた全人的なという部分と、健康サポートということで、健康日本21などでも、地域の身近な専門家としての薬剤師さんの位置づけは非常に大きくて、いろいろな健康相談とか、禁煙の相談のようなことも含めて、かなりしっかりした位置づけがされていると思うのですが、成育期におけるそういう予防だとか健康相談の面で、具体的に何かこういうふうなことが特に実践できるかというようなことはありますでしょうか。

○川名薬剤師 成育期というと、15歳から25歳ぐらいと考えてよろしいでしょうか。

○山縣委員 生まれるところからです。

○川名薬剤師 生まれるところからですね。

資料にあったのは、医薬品誤飲防止の活動、24時間の対応ですけれども、資料にないところで、健康な方との接点があるということがすごくいいポジションにいるなと思うのですね。妊娠検査薬とかを買いに来られたときに、望んだ妊娠なのかなとちょっと思うこともあったりもします。買われたときに、2本入りを買うか1本入りを買うか悩まれたりするときに、2本入りが何で2本入っているかということの説明を含めてして、プラスに出てもマイナスに出ても、産婦人科の先生に行きたいよねということで、そこで、近所の産婦人科の先生、こちらは女医の先生とか、こちらはどういうところの専門の先生とか、生理困難とかでも気軽に相談できるのだよということを中心に説明するようにはしているのです。ただ、それが全員の薬剤師ができるかということ、まだまだでありますし、一部の薬剤師ができればいいというものでもないのです。基本教育のところとか、大学での薬剤師教育のところとかも含めて、これからどんどん入れていってもらえるようにしたいなと思っています。ありがとうございます。

○五十嵐座長 どうぞ。

○園田委員 産婦人科の園田です。

日本助産師会からの提案はすばらしいと思っております。僕は産婦人科医であり、妻が助産師ということもあり、助産師のすばらしい役割がもっと広がっていくといいのではないかなと思っている一人です。今回、御提案があったように、特定妊婦の対応のようなハイリスク・アプローチだけではなく、どうやってポピュレーションアプローチにシフトして、できるだけつながっていくか。それをコミュニティで支えるかということが非常に重要だと認識しています。橋本先生がやられている小児科オンライン、産婦人科オンラインのような、ICTをどのように活用していくかという点が重要だと感じています。

自分が、病児保育という事業をやっている中でヒアリングをしていくと、事前に登録している方が5～25%ぐらい、事前登録がされていない場合、病児保育は利用できないこともあります。したがって、そもそも使える状態になっていない方がすごく多いというところ

ろに私は課題感を持っております。「なぜ、それを登録できないのですか」とお聞きすると、平時の忙しいときに、役所に紙書類を出しに行く。これが非常に負担が大きいと。「スマホから簡単にできれば、すぐに使うのですが」という声があって、ポピュレーションアプローチに重点をシフトした場合には、よりすぐにつながるような、精神的に敷居が高くない形でぜひ実現していただければと思っているのが、まず1点あります。

最近、産後のドゥーラさんを見させていただきました。これは助産師の役割と、また、違うところかもしれないのですが、実際に、そのお家でレスパイトのような、一旦心身を休めて、しかも、子育て経験のある方から習ったり、そういったリアルの部分とICTの部分が両輪でうまく回ることで、本当につながり続けながらサポートする。それがICTだと、コミュニティを超えて日本全国どこでもサポートができるよさがあるかなと思うので、そういったところを助産師さんのようにスペシャリティ、専門性を持った方がICT化を利用して全国どこにいても支援が受けることができる世界になればいいと思っています。そういったことを指導できるのが学会のいいところでもあると思います。また、助産師とドゥーラは違う職種ですが、助産師とシナジーは大きいと思います。そういったところもコラボレーションをしていただくといいのではないかなと、最近、現場を見ながらすごく感じたところです。ありがとうございます。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

どうぞ。

○秋山委員 秋山です。薬剤師会の方がおっしゃった議論の場が欲しいと言われたところは、まさに、議論の場をたくさん持っていただきたいと思います。1つは、児童虐待の視点で、0日、0か月、遺棄も含めてですけれども、乳児死亡が非常に多いというところが問題で、妊産婦のメンタルヘルスで取り組んでいただいています。この予期せぬ妊娠のところにはどうしても間に合わないというところがあります。

そこで、アフターピルの導入等是一个の手段として必要かと思いますが、私たち小児科医は、それが薬剤としてどうなのか。そして、産科助産師さんたちの性教育の中にどんなふうに入れられるのか、また、そこが分からないままになっています。そこを透明性のある議論の場にしていただければ助かると思います。

○安部副会長 その件は、オンラインでの話がございまして、今、産婦人科学会の先生方と連携をさせていただいて、まずは、薬局でも研修を受ける。よりたくさんところで拠点にならないと、72時間に間に合わないということでは困りますので、そういった準備も進めておりますけれども、オンラインではない供給もあるわけでありまして、そういった面も含めて、今回の起点に薬局がどのように関わっていくかということについては、国民のためにしっかりと議論を進めていきたいと思っております。

○五十嵐座長 ありがとうございます。

そのほか、よろしいでしょうか。

それでは、今日は二つの団体から貴重なお話をいただきました。ありがとうございました。

これで、本日予定をしておりました議事は全て終了したことになります。委員の先生方におかれましては、大変活発な意見をいただきまして、ありがとうございました。

それから、二つの団体の先生方にもおいでいただきまして、ありがとうございました。

では最後に、事務局から何か連絡事項はございますでしょうか。

○水野課長補佐 委員の皆様方、そして、今日ヒアリングに来ていただいた団体の皆様、どうもありがとうございました。

次回の協議会の日程と場所ですが、決定次第、委員の皆様方に、また、御案内をさせていただきます。

事務局からは以上でございます。

○五十嵐座長 ありがとうございました。

それでは、これで本日の第2回の協議会を終了したいと思います。

御協力、どうもありがとうございました。