

子どもを身体・心理・社会的に捉え、支援する医療・保健を目指して

国立成育医療研究センター 理事長

五十嵐 隆

わが国の総人口数は現在の約1億2千万人から2050年代には1億人を切り、2050年以降には15歳までの小児人口は現在の12%から9%程度に減少すると予想されていました。しかし実際には、2024年のわが国のかつて特殊出生率（女性が一生の間に生む子どもの数）は1.15（1985年以前は1.8以上）に低下し、出生数は約68.6万人に減少しました。このままで、当初の予想以上に少子化が進行すると危惧されます。一方、わが国には解決しなくてはならない子どもの健康課題が数多く残されています。

1. 小児医療・小児保健の課題

(1) 低出生体重児の子どもと家族への支援

1975年のわが国の男女合わせたすべての子どもが出生時の平均体重は3,200gで、2,500g未満の低出生体重児は全体の5.1%でした。2023年には平均体重は3,010gに減少し、低出生体重児の割合も全体の9.2%と高い状態です。先進諸国の中ではわが国だけです。さらに、低出生体重児の割合もわが国は先進諸国の中で一番高い状態です。確かに、小さく産まれた赤ちゃんでも、現在の高度な医療により、無事に大きくなり育てることができるようになっています。しかしながら、小さく産まれた子ども程、成人になってからの脂質代謝異常症、高血圧、糖尿病、慢性腎臓病などの身体的疾患や注意欠陥多動、自閉スペクトラムなどの中枢神経系疾患の発症率が高いことが知られています。実際、特別支援学級に在籍する注意欠陥多動性障害や自閉スペクトラムの疑いを持つ学童の数がわが国では2008年頃から急増しています。

では、なぜわが国では生まれてくる赤ちゃんの体重が以前よりも小さくなつたのでしょうか。思春期の頃から若年女性が十分な栄養（エネルギー、ビタミンD、カルシウム、マグネシウム、鉄など）を摂取していくことや出産年齢の高年化による子宮や胎盤の（胎児に十分な栄養を与える）機能低下が、低出生体重児の原因



主な原因と考えられています。赤ちゃんの立場に立つと、胎児期に十分な栄養を母体からもらえる環境が望ましいことは言うまでもありません。女性の社会進出は当然のことですが、女性が20歳台・30歳台の初めに出産できる社会環境を作ることが赤ちゃんの利益のためにもなると考えます。経済面からの育児支援や、出産・子育てする女性へのキャリア支援なども同じように重要です。さらに、妊娠・出産前の若年女性とパートナーに対して、妊娠・出産を含めた自分たちの人生設計に関する健康教育（プレコンセプションケア）の重要性が増しています。

(2) 不登校の小中学生の増加に対応

2023年度は病気や経済的理由を除き、心理・社会的な要因などで小中学校に年30日以上登校しない不登校児童生徒数が346,482人を数えます。2022年度に比べ47,434人(15.9%)も増加しています。この様な状況に対応して文部科学省は「誰一人取り残さない学びの保障」に向けた不登校対策（COCOLOプラン）を示し、子どもの居場所づくりや不登校に関して相談できる環境を整備したり、「校内教育支援センター支援員」や「校内教育支援センター」

を充実しています。一方、小児科診療所に学校の問題に関して相談・助言等を行う「医療教育コーディネーター」（元小学校校長）を配置し、不登校・登校渋り、友人関係のトラブル、学習上の課題等に対応する取り組みも行われています。小児科医と家族の間に教師であつた専門家が介在することで、家族と学校との連携が深まり、不登校の原因究明とその対策がスムーズに行われ、良い成果が出ていることが報告されています。

(3) 増加する貧困と小児虐待に対応

子どもの貧困は心身の健康、教育、生活習慣にも大きな影響を与えます。特に、子どもが子ども時代に経験すべき機会が奪われてしまうこと（社会的排除）が大きな問題です。さらに、小児期に健康な生活習慣を作ることができず、成人期になつてからの健康や寿命までをも規定することが指摘されています（健康格差社会）。わが国では子育て世帯への国や自治体からの経済的支援が少なく、特に低所得者層の子育ての負担率は他の所得者層よりも相対的に高い状況です。わが国では、一人親世帯の半数以上が相対的貧困状態にあり、これはOECD諸国の中で最も高い水準です。従つて、多くの一人親世帯に経済的支援が必要です。さらに、孤立傾

向になる相対的貧困状態の保護者と子どもが周囲との社会的関係を構築するための支援も行われるべきです。少子化が進行しているのにわが国の児童虐待・相談件数は毎年増加し続け、2023年度は約22.5万件を数えました。子どもに日常的に接する者は、子どもの身体的所見等から子どもが悩んでいる心理・社会的問題に気付き、その改善に向け、地域での社会資源に繋げる対応が求められています。

査（対象者の平均年齢9.7歳）でも12.5%でした。CYSHCNの増加は先進諸国における共通の課題になっています。CYSHCNの上位10位疾患のうち8疾患が発達障害やこころの障害であることにも注意が必要です（表1）。

(4) Children and Youth with special health care needsの增加、発達障害児・医療的ケア児・者への支援

2023年のわが国の新生児死亡率は0.8（人口1,000人あたり）、乳児死亡率は1.8（人口1,000人あたり）でした。これは先進諸国の中でもトップクラスです。また、小児期発症の慢性疾患を有する20歳未満の子どもの死亡率は全体として50年前の約1/5に低下しています⁽¹⁾。米国ではChildren and youth with special health care needs (CYSHCN: 慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち何らかの医療や支援が必要な子どもや青年) の占める割合が18.8%を占めています。東京西部地区での同様の調

表1 Children and youth with special health care needsを構成する疾患

疾患名	全体の中の割合 (%)
アレルギー	42.0
注意欠陥多動性障害	33.8
行為障害	27.4
気管支喘息	27.3
不安症	26.8
学習障害	24.8
発達の遅れ	21.1
会話・言語の障害	17.5
自閉スペクトラム	13.2
うつ	12.5

Children and youth with special health care needs: a profile.

Pediatrics 149(Suppl 7) : e2021056150D. doi: 10.1542/peds.2021-056150D. 2022

医療的ケア児（重度または医学的脆弱性に関連する一つ以上の慢性的臨床症状を持ち、気管切開、経管栄養、車椅子など一般的に重度な支援を必要とする子ども）は2023年に約2万人、人工呼吸器による治療が必要な子どもは約5,4千人となり、毎年増加しています。医療的ケア児の多くは在宅で過ごしています。在宅で人工呼吸器や中心静脈栄養などの高度な医療対応を担う家族には多大な負担となります。多くの場合、母親が中心になつて対応しています。この負担を軽減するための子どもホスピスや医療型短期入所施設の運営が求められています。淀川キリスト教病院や成育医療研究センターでこのような取り組みが行われています。

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律により、この分野での様々な改善が期待されるところです⁽²⁾。

(5) 小児慢性特定疾患と難病医療制度の矛盾

わが国には小児慢性疾患治療研究事業による医療費助成があり、慢性疾患を持つ患者さんに対して、20歳になるまで医療費補助が行われています。小児慢性特定疾患治療研究事業が開始された50年前頃は、多くの患者さんが成人を迎えることができませんでした。

本制度のもとで小児慢性特定疾患として指定されている疾患のうち、特定疾患医療費助成制度による難病に指定されていない疾患が49%（418疾患）を占めます。特定疾患医療費助成制度では指定難病さんへの医療費助成に年齢制限がありません。現在、小児がんは100%、神経・筋疾患の30%が指定難病ではありません。その結果、それらの患者さんは20歳になると、医療費の補助が受けられません。

現在は小児慢性疾患の子どもの生命予後が改善し、成人を迎える者が増加しています。小児慢性特定疾病治療研究事業の対象となる疾患を持つ患者の年齢制限を撤廃することが求められます。

2. 小児医学研究の更なる推進

医学・医療が進歩し、現在では多くの難病の治療法に改善が見られ、治癒する患者さんが増えています。しかしながら、救命や症状を改善させることの出来ない難病も残されています。難病の病因・病態解明のための研究や、AI（人工知能）の医療への導入、難病に対する個別化医療や遺伝子治療・再生細胞医療などの先進的治療法の開発が今後も求められます。基礎研

究や臨床研究だけでなく、効果のある介入を正しく実施し、確実に広めるための実装研究の推進も求められます。特に、遺伝子治療などの高度先進医療は外国製の製品がほとんどで、極めて高価です。その理由は、製品化する上で必要な様々な技術が特許化されており、高額の使用料を支払わなくてはならないからです。良い製品を国産化するために、基盤技術の国産化も極めて重要な課題です。

医学的に効果のある診断法や治療法でも実際には広まっていなことがあります。なぜ広まらないのか、広めるために障害となるものが何なのか、障害を取り除くにはどうしたらよいかなどを解決するための実装研究を進めるため、成育医療研究センターでは昨年から「子どものシンクタンク」を設立し、活動を始めています。

3. わが国の子どもの身体・心理・社会的well-beingを高めるために

(1) 身体・心理・社会的well-beingを団指すわが国の変化

「Well-being」とは「健康」あるいは「幸せ」と日

本語に言い換えることができます。ユニセフが2000年に引き続いて2025年に公表したInnocenti Report Card 19では、わが国の子どもの身体的well-beingは36カ国中1位でしたが、心理的well-beingは32位と下位グループのままでした^(③)。人のwell-beingを身体・心理・社会的な面から捉えることが世界的趨勢になっています。米国小児科学会はbiopsychosocial well-beingという言葉を使っています。わが国では健康に関してこれまでこの様な考え方が定着していました。最近になってようやく「子どもの家庭庭序が作成した「就学前の子どもの育ちに係る基本的な指針」において、「子どものwell-beingを「身体」「心」「社会(環境)」の三つの視点で一体的・包括的に捉える考え方として示されました^(④)。すでに施行されている「成育基本法」^(⑤)、「子どもの大綱」^(⑥)や「子どもの基本法」^(⑦)などを根拠に、わが国の子どものwell-beingの向上に向けた取り組みが国全体で進むことを期待しています。

(2) わが国の乳幼児健診：特に5歳児健診について

わが国の乳幼児検診は1歳半検診と3歳児検診のみ国が実施責任を持つ法定健診で、その他の時期に行わ

れている乳幼児検診はこれまで地方自治体の判断に任せられていました。近年、1ヶ月健診と5歳健診に対しても国が支援することになりました。

5歳健診では、子どもの身体・心理・社会的な評価が行われます。特に、3歳児健診ではわからなかつた発達障害や学習障害の子どもに気づき、必要な支援を早期に始めることで、小学校入学後に生じる様々な問題を改善させることができます。国を挙げて5歳健診を実施するにあたり、小児科医や産婦人科医などの医師だけでなく、保健師など医療関係者が5歳健診に参画してくれるようになっています。今後の成果が大いに期待されます。

(3) わが国の学校健診の現状と今後

わが国の学校では毎年4～6月の時期に年1回の健康診断が行われ、学童期以降の子どもの健康管理に大きく貢献しています。わが国の子どもの身体的well-beingがユニセフから高く評価されているのは学校健診が貢献しているからです。しかしながら、学校健診で実施されている内科健診の子ども一人あたりにかけられる時間は短く、側溝を含めた身体の外見的評価、聴診による心音の異常・心拍の不整などの評価、呼吸音の異常などの評価に留まっています。つまり、現在行われているわが国の学校健診では子どもの身体的評価に主眼が置かれています。近年、現状の学校健診では足りない心理的評価を行うために、心理・社会的背景と身体症状に関する自記式質問表を用いた教育機関と医療機関とが連携した学校健診システムを構築する取り組みも始まっています。

米国では0～21歳までの子どもや思春期の子どもに健診が行われています。その費用は健康保険が負担します。子どもの健診は個別健診として行われ、3歳までに12回、3歳から21歳までは年1回の健診が保障されています。健診を受けていないと登校は認められません。米国が子どもの健診を無料で実施するのは、公衆衛生上の合理性、経済的メリット、法的要件に基づく確固とした戦略的な方針に基づいています（表2）。すなわち、21歳までの子どもの健診は米国社会全体の医療コストを可能な限り削減しながら、健康な次世代を育てるために必要な政策と判断されているのです。これから子どもの健診、特に思春期の子どもの健診では、子どもの発達を含めた身体的評価だけでなく、うつ、いじめ、貧困の有無などの心理・社会的評価を行い、家庭環境、生活習慣、親子関係、学校生活など

子どもを取り巻く環境を聴取し、子どもの心身の健康に影響を与えるリスクを評価し、必要な場合には適切な助言・指導を子どもや家族に行うことが求められます。子どもと家族のプライバシーにまで踏み込むため、個別健診とすることが望ましいと考えます。また、年一回の健診時には保護者の同席も必要です。保護者と面談する事なしに、子どもの社会環境を理解することはできません。

- 表2 子どもの健診を無料で実施する根拠（米国）
- 1) 健診にて子ども、思春期の子どもの病気を早期に発見し、重症化に伴う医療費の高額化を防ぎ、将来的なコストを削減する。
 - 2) 子ども・思春期の子どもは体調不良を自ら訴えることができないことがあるため、定期的な健診が必要である。
 - 3) 子どもの健診費用を保護者が負担しなくてはならないと、経済的な余裕のない保護者は子ども、思春期の子どもの健診を避けたり、受診させたいのに受診できなくなる恐れがある。
 - 4) 結核などの感染症の早期発見や麻疹などの予防接種の実施により、集団感染のリスクを減らす。
 - 5) 子ども、思春期の子どもの発達や行動面での問題を早期に発見し、適切な支援や教育を受けさせることで、将来的な社会的コストを抑制できる。
 - 6) オバマケアにより、米国の多くの健康保険プランは子ども、思春期の健診サービスを保護者の自己負担ゼロで実施することを義務づけている。

これから子どもの健診では、医療サイドが子ども^のbiopsychosocial well-beingを健診にて評価し、課題に対してもアドバイスするスキルを持つことが必要です。米国小児科学会のポケットブック「Bright Futures」や厚生労働省研究班による「日本版Bright Futures」が参考になります。

現在集団で実施されている学校健診のすべてをすぐ個別化することは現実的ではありません。特に、眼科検診、耳鼻科健診、歯科検診、学校心電図検査などは、集団で実施する方が効率的です。従って、内科検診のみを個別化健診とし、他の健診は集団健診のままとする（ハイブリッド健診）などの検討も必要です。子どもの biopsychosocial well-being を目指した個別健診を進める上で、現状では様々な課題があり、個別健診を進めるためには複数の条件を整えることも必要です。

最後に

小児科医を中心とした子どもの医療・子どもの保健の関係者はこれまで外来診療において、疾病への対応や予防接種などを中心に、子どもの健康向上に寄与し

しました。今後は子どものbiopsychosocial well-beingを目指すために、子どもの個別健診にあてる時間を見やすなどの行動変容が求められています。特に小児科医の外来業務の内容を身体・心理・社会的な見地に立った予防中心主義にシフトできるかが、これらのわが国的小児医療・小児保健に問われている大きな課題と考えます。

参考文献

- ① 盛一享徳、桑原絵里加、茂木成美：過去50年間におけるわが国的小児期慢性疾患の死亡率の推移、日本小児科学会雑誌127:577-585, 2023
- ② 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律: 令和3年9月
(<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=503AC0000000081>) 2)
- ③ Innocenti Report Card 19: child well-being in an unpredictable world. UNICEF, May, 2025
(<https://www.unicef.org/innocenti/media/11111/file/UNICEF-Innocenti-Report-Card-19-Child-Wellbeing-Unpredictable-World-2025.pdf>)
- ④ 「就学前のこどもの育ちに係る基本的な指針」に関する有識者懇談会：「就学前のこどもの育ちに係る基本的な指針」に関する有識者懇談会 報告—基本的な指針（仮称）の策定に向けた論点整理一、令和5年3月30日
(https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_sodachi_yushiki/pdf/houkoku.pdf)
- ⑤ 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（成育基本法）：平成三十年法律第百四号
(<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=430AC1000000104>)
- ⑥ こども大綱：令和5年12月22日
(https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/f3e5eca9-5081-4bc9-8d64-e7a61d8903d0/276f4f2c/20231222_policies_kodomo-taikou_21.pdf)
- ⑦ こども基本法：令和五年法律第七十七号
(https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=504AC1000000077_20230401_0000000000000000)

著者プロフィール

五十嵐 隆（いがらし たかし）

【現職】
国立成育医療研究センター 理事長

【経歴】

- 1978年 東京大学医学部医学科卒業
- 1978年 東京大学医学部附属病院小児科研修医
- 1979年 静岡厚生連遠州総合病院小児科医員
- 1982年 東京都立清瀬小児病院腎内科医員
- 1985年 Harvard University Boston 小児病院 研究員
- 1988年 東京大学医学部附属病院小児科助手
- 1989年 東京大学 医学博士
- 1991年 東京大学医学部附属病院分院小児科 講師
- 2000年 東京大学大学院医学系研究科小児医学講座 小児科 教授
- 2003年 東京大学医学部附属病院 副院長
- 2011年 東京大学教育研究評議会 評議員
- 2012年 独立行政法人国立成育医療研究センター 理事長
- 2014年 東京大学 名誉教授

【役職】

東京大学名誉教授