

研究の動向



保健・医療面から見た子どもの貧困

国立成育医療研究センター 五十嵐 隆

1. はじめに

2016年の国民生活基礎調査では、わが国の17歳以下の子どもの相対的貧困率（保護者の収入が国民全体の平均の半分以下の割合）は13.9%で、平成25年の調査に比べ少し低下しましたが、以前に比べると高い位置に留まっています。わが国では、国からの子育て世代への予算的配分が高齢者世代に比べ非常に少ないことがその主な原因です。国際的にみると、子どものための施策に用いられるわが国の公的支出はGDPの約1.3%で、OECD35ヶ国中下から8番目（2016年）になっています。さらに、わが国では母子家庭の母親の就労率が高いにもかかわらず、母子家庭の貧困率が極めて高い（約6割）ことが特徴です。これは、母子家庭の平均収入が父子家庭の平均収入よりもはるかに低いからです（表1）。また、2017年に公表された東京都による生活実態調査によると、5歳毎の年齢層別の相対的貧困率は20-25歳の層が高齢者の層

に比べて高く、世代層のうち最も低い状態です。若年成人の貧困は出生率の低下に繋がる要因の一つと考えられます。

わが国では医療の進歩や国民皆保険制度などにより、新生児死亡率（1,000出生あたり0.9）、乳児死亡率（1,000出生あたり1.9）共に世界で最も良い状態が続いています。また、子どもの育ちの環境を総合的に評価するThe Child Development Indexも西ヨーロッパの国々を押さえてわが国が世界一良い状況にあります（表2）。しかしながら、大きな流れとして貧困の子どもが増えてくることにより、わが国の子どもの健康状況に悪い影響を与えることが危惧されるだけでなく、子どもが成人になってからも様々な健康問題の原因となることが心配されています。わが国の政府は子どもの貧困の増加を重要な課題と認識しており、平成25年には「子どもの貧困対策推進法」を制定し、平成33年における子どもの貧困利率を10%未満にすることを目指しています¹⁾。施策とし

表1. 母子家庭と父子家庭の年収

	母子世帯	父子世帯
世帯数（推計）	123.8万世帯	22.3万世帯
ひとり親世帯になった理由	離婚80.8% 死別7.5%	離婚74.3% 死別16.8%
就業状況	80.6%	91.3%
（うち正規職員・自営）	(42.0%)	(82.8%)
平均年間収入	223万円	380万円
平均年間就労収入	181万円	360万円

平成23年度全国母子世帯調査より

Takashi IGARASHI

国立成育医療研究センター

〔著者紹介〕（略歴）1978年東京大学医学部医学科卒業。2000年より東京大学大学院医学系研究科小児医学講座小児科教授、副院長、東京大学教育研究評議員を歴任。2012年より国立成育医療研究センター理事。2013年東京大学名誉教授。2014年 American Pediatric Society 名誉会員、日本学術会議第二部会員、日本小児科学会会長、日本腎臓学会理事、日本小児腎臓病学会理事長、東京大学医師会会長を歴任。現在、日本小児科学会監事、日本小児保健協会理事、日本保育協会理事、子ども環境学会会長。

表2. The Child Development Index 2012

Rank	Country	Index
1	Japan	0.35
2	Spain	0.55
3	Germany	0.64
4	Italy	0.70
5	France	0.74
—	—	—
137	Congo	43.01
138	Burkina Faso	43.93
139	Chad	44.11
140	Niger	48.73
141	Somalia	54.50

健康、教育、栄養の三大要素のほか、5歳未満の死亡率、就労率、低体重児童の比率などで決定。今回のランキングで日本は「健康、教育、栄養状態のいずれも最高」と評価された。

て教育支援，生活支援，就労支援，経済的支援から成る4つの柱を立てました。しかしながら，現実には教育支援のための予算が計上されただけで，その他の支援には十分な対応が取られていません。

2. 貧困が子どもの健康等に与える影響

貧困による子どもの健康等への影響について，以下に示します。

(1) 朝食を食べない子どもが増加する。

「早寝，早起き，朝ご飯」運動の結果，朝食を食べない子どもの数は減少しています。2013年の厚生労働省国民健康・栄養調査によると，朝食を食べない子どもは，1-8歳は約5.0%，7-14歳は約5.4%，15-19歳は約14.2%でした。貧困家庭の子どもは朝食を食べない割合が高いことが指摘されています。さらに，貧困世帯の子どもの食事は米，麺類，パンなどの炭水化物の摂取量が多く，肉，魚などの蛋白，ビタミン，ミネラルの摂取不足傾向にあります。米国では，貧困家庭の子どもは野菜や果物の摂取が少なくなることも指摘されています。このような状況は子どもの身体形成，体力増進，そして集中力低下による学業などにも影響を与えることが危惧されます。

(2) 医療機関への受診を控える傾向がみられる。

子どもの健康状態に変化があるときに，子どもを医療機関に受診させたいと親が判断しても，「医療費の自己負担金を支払えない」ために受診できない事例が生じてきています。わが国は国民皆保険の恩恵を強く受け，世界的にも医療の均てん化が進んでいて，多くの国民が比較的質の高い医療を受けることができます。しかしながら，他の国よりも受診しやすい環境が整備されているはずのわが国で，貧困のために子どもの医療機関への受診行動が制限される事態が生じていることは大きな問題です。

(3) 子どもの任意予防接種を控える傾向がある。

わが国の子どもの予防接種は保護者が経済的負担をしなくてもすすむ「定期接種」が多いのですが，保護者の経済的負担の必要な「任意接種」とされる予防接種（ムンプスワクチン，ノロウイルスワクチンなど）が少なくありません。貧困層では家族の経済的負担を伴う「任意接種」を子どもに受けさせる事のできない割合が貧困ではない層に比較して高いことが知られています。

(4) 齲歯（虫歯）の割合が高い。

わが国の子どもの齲歯の保有率は以前に比べ低くなってきています。しかしながら，貧困家庭の子どもの齲歯の保有率は約19%で，非貧困家庭の子どもの保有率約17%に比べ高い結果になっています。

(5) 受動喫煙率が高い。

貧困家庭であるほど，両親の家庭内外での喫煙率が高く，子どもの受動喫煙率も高いことが知られています。

(6) 自閉症スペクトラム障害の疑いの子どもの割合が高い。

米国など国民皆保険制度が未整備の国では高収入の家庭ほど自閉症スペクトラム障害の子どもの割合が高いとされてきました。しかしながら，医療費が原則無料のスウェーデンや国民皆保険制度の導入されているわが国では逆の現象が見られています。

(7) 中枢神経の発達に影響しうる。

貧困は子どもの中枢神経の発達に影響を与える可能性があります。貧困家庭の子どもほど，負の感情を示す扁桃体の活動が強く，感情の抑制機能を司る内側前頭前皮質の制御が弱いことが指摘されています。また，学業成績にも影響し，学力テストによる評価では貧困の子どもは約2割正答率が低下するとされます。貧困家庭の子どもは学習面で不利な状況に置かれ，学力が身につかず，分数や九九ができない，漢字は読めるが書けない，アルファベットが書けないなどの結果に繋がりうることが指摘されています。その結果，高校を中退（高校生の中退率は年間約8%に及ぶ）したり，大学進学を諦めることが少なくありません。

(8) 虐待のリスクが高まる。

世帯収入が低い家庭ほど未就学児の虐待の割合が高くなることが知られています。

(9) 大人になってからの健康にも影響を与える。

子どもの頃に貧困だった人は大人になってからの虚血性心疾患の罹患率，脳卒中・肺がん・呼吸器疾患による死亡率が高くなります。その理由として，子どもの頃に基本的な生活習慣や健康な食生活習慣を作ることが出来ないためと理解されています。同様に，肥満，低身長・骨粗しょう症などの疾病に罹患しやすくなります（図1）。子どもの頃に健康な体と健康的な生活習慣を健康資本として獲得することは，大人になって社会で活躍するために有益な武器になります。このように，子ども時代に健康資本を培うことができないと，それが成人期の健康にも悪影響を与え，大人になってからの社会活動に支障となる事が心配されます。

3. 医療・保健面からの子どもの総合的評価の課題

人間はbiopsychosocial（生物学的，心理学的，社会的）な存在です。子どもも同様です。わが国では，子どもの病気への対応や予防（生物学的な面）が盛んに行わ

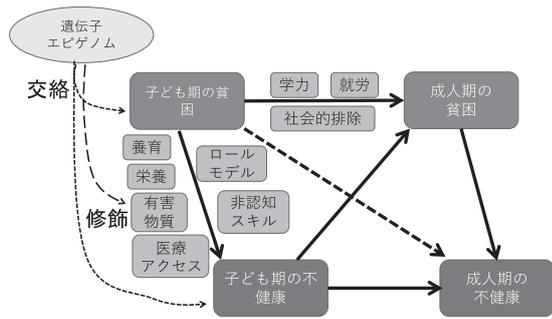


図1. 子どもの貧困と健康の関連に関する理論的ライフコースモデル

<元成育医療研究センター社会医学研究部長 藤原武男先生作図>

れ、立派な成果をあげてきました。しかしながら、子どもを心理学的・社会的な面から評価し、必要な場合には事態が悪化しないうちに適切な対応が取れるように子どもと保護者を支援することがほとんど出来ていません。米国では子どもの健診（health supervision：実施されている内容から総合的に判断すると、「個別健康相談」と日本語に翻訳するのが適切と考えます。）の際に、わが国と同様に身体的評価、成長・発達の評価、課題への指導、予防接種などが行われています。しかしながら更に重要な仕事として、i) 生活習慣、貧困、虐待、親子関係、学校生活など子どもを取り巻く環境を聴取し、心身の健康に影響を与えるリスクがないかを評価して、適切な助言・指導を行う、ii) 次の健診までに子どもに起きうる事象や保護者が悩んでいる事象を具体化し、それへの対応方法を説明し、助言すること（anticipatory guidance）が行われています。すなわち、子どもの身体の異常を評価するだけでなく、子どもの心理面・社会面での評価を行い、問題があった場合には問題が悪化する前あるいは事前に対応を行います。このような健診はかかりつけ医により乳児期に7回、生後12-30ヶ月に5回行われ、3-21歳までは年1回の健診が個別健診として行われています。21歳までこの個別健康相談を受ける子どもの割合は約7割とされます。

一方、わが国では乳幼児期の健診の回数は圧倒的に少ないのが現状です。また、集団健診として行われることが多いため、時間をかけて健診を実施できない事が少なくありません。さらに、小学校入学後は学校検診が行われています。ほとんどの場合、十分な時間をかけて行うことができない（実際には一人あたり1ないし2分程度の対応）ために、子どもの心理面・社会面での相談や評価ができません。特に、思春期以降の子どもの健診体制の点で日米には愕然とした差が見られます。子どもが親や学校の先生に健康面で相談したくてもできないことがあった場合、小さな時から診察を受け信頼関係のあるか

かりつけ医には相談できる可能性があります。子どもの健康面での相談相手として、「かかりつけ医」の存在が今後強く求められています。子どもの心理社会面における課題への対応の必要性から、わが国では学校にスクールカウンセラーが配備されつつあります。しかしながら、現状では一人のスクールカウンセラーが複数の学校を担当することが多く、学校に滞在する時間が限られています。このような状況においては、保護者にも先生にも相談できない悩みを、面識の少ないスクールカウンセラーに相談しようと子どもが考えること自体が難しいと思われる

ます。わが国ではこれまで、子どもを biopsychosocial に捉えることの重要性が必ずしも重要視されてきませんでした。その結果、子どもを biopsychosocial に捉えるスキルを獲得させる医学教育が行われていません。さらに、日常診療の現場で医師がこのスキルを持って、時間をかけて子どもを biopsychosocial に対応しようとしても、診療報酬面からの適切な経済的対価を得ることが出来ません。わが国の健康保険制度は、健診を保険診療の対象として認めていないからです。

ただし、そのような状況であっても医療・保健や教育の現場に携わる者は、子どもの取り巻く環境を把握し、貧困状態にある子どもに気づくことは可能です。その時に、失礼のないように養育者と話し合うことで貧困の実態を確認し、地域によって異なる支援（社会資源）につなげるための相談に乗ることは可能です。さらに、地域の児童相談所と相談する事も援助になり得えます。

4. 貧困が子どもの健康に与える影響の研究と行政の施策への影響

貧困が子どもの健康に与える影響について実態を調査し、それを公表することは医療関係者のできる仕事です。こうした研究成果は国や自治体の施策に影響を与える重要な基本的資料となり得ます。研究方法にはこれまでのハイリスク・アプローチだけでなく、ライフコース・アプローチ（ライフコース疫学）なども取り入れた研究手法が今後必要とされます²⁾。ライフコース・アプローチとは成人に発症する疾病の原因をその人たちが胎児期、幼少期、そしてその後経過してきた環境がどうであったのかを調査することにより解明しようとする研究方法のことです³⁾。

5. 「成育基本法」の成立を目指して

国からの社会保障費、年金、医療費、その他の支出（世代間格差）を比較すると、65歳以上の高齢者（3,277万人）への支出は20歳未満の小児（2,741万人）への支出よりも圧倒的に多いことが知られています。この様な状

表3. 「健康の不平等」を減らすための4つの領域とその取り組み

4つの領域	取り組み例
家族・母子への支援	母子保健, 子どもの発育, 青年期の教育機会の充実, 10代の子どもの妊娠防止, 妊娠した10代の子どもへの支援
地域社会と個人への対策	恵まれない地域への支援, 犯罪・薬物中毒対策, 弱者(高齢者, 精神障害者, ホームレス, 囚人, 難民など)への支援
疾病予防と効果的な治療・ケアの提供	リスク(喫煙, 低栄養, 肥満, 不慮の事故, インフルエンザなど)の予防, 早期発見・治療, 治療へのアクセスの改善
健康を決定する背景因子に対処する	子どもの貧困対策, 住居の提供, 公共交通の整備, 教育・職業訓練, 最低賃金の引き上げ, 子どものいる家庭の税控除

(Department of Health: Tackling health inequalities: a program for action. 2003)

況の中で、成育過程にある者の多様化し高度化する成育医療等に関する需要に的確に対応できるように、関連する教育、福祉に関する施策と連携を図り、総合的に推進すること、及び、成育過程にある者が居住する地域にかかわらず等しく適切な成育医療等を切れ目なく受けることができるように推進することを目指して、現在「成育医療等基本法」を制定する活動が日本小児科医会や日本医師会を中心に行われています。同法が成立されることで、国の機関として厚生労働省に「成育医療等協議会」を設置し、法定の計画として「成育基本計画」を定期的に策定し、具体的施策を内閣府、ひいては内閣総理大臣に答申することが可能となります。

健康の不平等に対して国を挙げて最も積極的な対策をとっているのが英国です⁴⁾。健康の不平等を削減するために必要な4つの領域の第一に家族・母子への支援が、第四に子どもの貧困対策を含めた健康を決定する背景因

子への対処があげられています(表3)。その結果、英国では子どもの相対的貧困率が30%以上であったのが、11%にまで減少しています。

6. まとめ

- 1) 医療・保健や教育に携わる者は貧困状態にある子どもに気づく最前線にいます。貧困やそれに伴う「うつ」などの困難を持つ人に気づき、相談に乗り、自己肯定感を高めるように支援することができます。
- 2) 地域の自治体の貧困家庭への援助の具体策を家族に紹介する事ができます(社会資源につなげることです)。
- 3) 貧困による子どもへの影響を調査・公表することで、効果的な政策を立案・実施することに繋がります。
- 4) 「成育医療等基本法」を通じて、医療・保健、教育に携わる者が国や社会に子どもの健康を守るための施策を提言することが可能です。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、貴重な資料を御提供下さいました東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科国際健康推進医学分野教授の藤原武男先生に深謝いたします。

参考文献

- 1) 子どもの貧困対策の推進に関する法律(平成25年6月26日法律第64号)。
- 2) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋. 医学書院, 2017.
- 3) 藤原武男. ライフコースアプローチによる胎児期・幼少期からの成人疾病の予防. *Journal of National Institute of Public Health*. 2007, Vol. 56, 9-98.
- 4) Department of Health. "Tackling health inequalities: a program for action." 2003. <http://www.nhshistory.net/tacklinginequalities.pdf#search=%271%29+Department+of+Health%3A+Tackling+health+inequalities%3A+a+program+for+action.+2003%27> (入手日: 2018.10.17).