

「健やか親子 21 との連携」の進め方

山梨大学大学院総合研究部医学 域社会医学講座 山縣然太郎

1. はじめに

「健やか親子 21」は 2001 年に始まった 21 世紀初頭における母子保健の国民運動計画である。厚生労働省は 2014 年に最終評価と次期計画の策定を行い、2015 年から「健やか親子 21 (第二次)」が始まることになっている。本稿では「健康日本 21 (第二次)」の基本的な方向の 3 番目に掲げられた「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」の一つである「次世代の健康」と 4 番目の「ソーシャル・キャピタルの醸成」の次世代の健康に関連する項目、5 番目の食生活、運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善の子どもや妊婦に関連する項目の実践にあたって、健やか親子 21 との連携を中心にその実践マニュアルを記す。

2. 計画策定

1) 他の計画との整合性

健康増進法に基づく健康増進計画および食育推進基本法に基づく食育推進計画が健康日本 21 に関する計画となる。子どもや妊婦の肥満や喫煙・飲酒、運動、食育、歯・口腔の健康などに関しては健康増進計画や食育推進計画に盛り込まれる。一方で、母子保健関連では図 1 のように、市町村では子ども・子育て支援法に基づく子ども・子育て支援事業計画、次世代育成支援対策法に基づく行動計画の策定がある。従来、自治体で策定していた母子保健計画は次世代育成支援対策法の施行以来、それに基づく行動計画に吸収された形になっていた。しかし、行動計画を担当する部署によって、母子保健の項目に格差が見受けられた。この格差が市町村の母子保健サービスの格差にもつながっているのではないかと危惧された。そこで、健やか親子 21 (第二次) を推進するにあたって、あらためて母子保健計画の策定の重要性が確認され、何らかの形で健やか親子 21 計画の都道府県版、市町村版として母子保健計画の作成を自治体に促している。

母子保健計画は上記の計画と別に策定することが望ましいが、上記の計画の中に健やか親子 21 の内容を盛り込み、その部分を抜き出せば「母子保健計画」が出来上がるということでもよい。

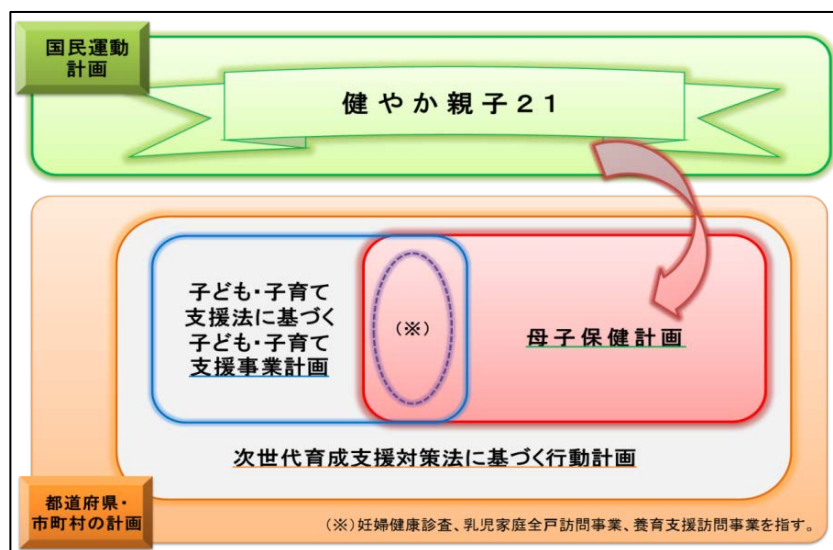


図 1 健やか親子 21、母子保健計画、子ども・子育て支援事業計画、行動計画の関係

2) 計画策定の実際

基本的に指標が設定されている項目を踏まえて計画を立てる（表1、表2）。

計画は、最終的な目標となる健康水準やQOLの指標（健やか親子21（第二次）では健康水準の指標）、個人の行動に関する指標（健康行動の指標）そして、行政や関連団体が個人の行動変容を支援するための環境整備に関する指標（環境整備の指標）の3つの水準で検討すると役割が明確になる（図2）。

表1 次世代の健康の目標項目

目標項目	現状	目標	データソース
朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合増加	小学5年生 89.4% (平成22年度)	100%に近づける (平成34年度)	(独)日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」
運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	1週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生 男子 10.5%、女子 24.2% (平成22年度)	減少傾向へ (平成34年度)	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」
全出生数中の低出生体重児の割合	低出生体重児 9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26年)	厚生労働省「人口動態統計」
肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子 4.60%、女子 3.39% (平成23年)	減少傾向へ (平成26年)	文部科学省「学校保健統計調査」

表2 子ども、妊婦に関連する目標項目

目標項目	現状	目標	データソース
未成年の飲酒をなくす	中学3年生 男子 10.5%、女子 11.7% 高校3年生 男子 21.7%、女子 19.9% (調査前30日間に1回でも飲酒した者の割合)	0%	厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査
妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成22年)	0% (平成26年)	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」
未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6%、 高校3年生 男子 8.6% (平成22年) (調査前30日間に1回でも飲酒した者の割合)	0% (平成34年度)	厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査
妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成22年)	0% (平成34年度)	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」
受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	家庭 10.7% (平成22年)	3% (平成34年度)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
3歳児でのう蝕がない者割合が80%以上である都道府県の増加	6都道府県 (平成21年)	23都道府県 (平成34年度)	厚生労働省実施状況調べ（3歳児歯科健康診査）
12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	7都道府県 (平成23年)	28都道府県 (平成34年度)	文部科学省「学校保健統計調査」

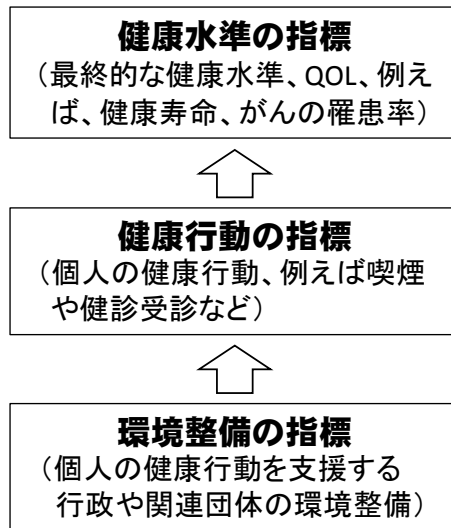


図2 計画策定にあたっての指標の考え方

計画策定にあたっては住民の参画が望ましい。策定委員会のメンバーとしての参加でもよいが、できれば、住民のグループワークを行い、意見を集約できるとよい。食生活改善推進委員や母子愛育会などの地域住民の活動を担っている人や医師会などの関連団体、学校関係者など幅広く子どもの健康に関連する住民に参加を呼びかける。その際に留意すべきは行政への要望ではなく、現状で何が自分たちの地域での健康問題か、健康増進にあたって自分たちが何をすべきなのか、何をしたいのかについて意見を述べてもらうことであり、その意見集約をして重点項目や住民の健康行動の指標を決める。

目標値の設定にあたっては国の目標値が参考になるが、人口動態統計や各種健診等の既存情報、住民健康調査等の情報を用いて地域診断をして、それをベースラインとして、実行可能性のある目標値を設定する。

評価は計画策定段階でその時期と方法を明記して、PDCA (Plan, Do, Check, Act) サイクル回せる仕組みを構築しておくことが重要である。

3. 次世代の健康増進の進め方

胎児期（妊娠期）から乳幼児期、学童期、思春期の健康増進対策の基本的な進め方として、2つの基本視点と5つの留意点をあげたい（表3）。

表3 次世代の健康増進の基本視点と留意点

基本視点	<ul style="list-style-type: none"> ① 幼少時からの健康的な生活習慣の確立 ② ハイリスク児の早期発見と早期対応
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ① 保護者の役割の重要性和家庭の多様性の認識 ② 現状の健康課題に対する生涯を通じた健康の視点からの対応 ③ 思春期以降は自らが積極的に取り組むピアサポートの促進 ④ 家庭を中心に地域、医療、学校の連携による一貫した支援（横断的連携） ⑤ 成長段階における家庭、地域、学校、医療機関等の連携（縦断的連携）

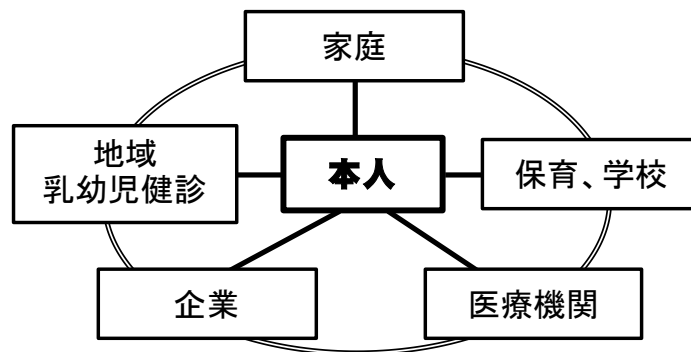
まず、基本視点としては、①幼少時からの健康的な生活習慣の確立と、②ハイリスク児の早期発見と早期対応である。健康的な生活習慣の確立は家庭の生活習慣に多大な影響を受けることは疑う余地がない。よって、乳幼児期からの食、運動、睡眠の習慣を家庭でしっかりと身に付けさせる必要があり、そのためには、子ども中心のライフスタイルと親の生活習慣の改善が鍵となる。また、乳幼児健康診査や学校の健康診断において、生活習慣病のハイリスクの早期発見、早期対応が十分にできる体制の構築が求められる。ハイリスク児の抽出にあたっては、その時点での身体状態や生活習慣だけでなく、後述するDOHaDの概念を踏まえて、妊娠中の喫煙や低栄養などによる影響も考慮したい。

健康増進対策として留意すべき点は次のようである。

- ①保護者の役割の重要性と家庭の多様性の認識
- ②現状の健康課題に対する生涯を通じた健康の視点からの対応
- ③自らが積極的に取り組むピアサポートの促進
- ④家庭を中心に地域、医療、学校関係者の連携による一貫した支援（横断的連携）
- ⑤成長段階における家庭、地域、学校、医療機関等の連携（縦断的連携）

家庭の役割の重要性とその家庭環境の多様性を踏まえて、子どもの健康問題は生涯ステージの一時点での課題であり、同時に将来にも続く可能性のある課題であることに留意して、対象児と家族の支援のための各職種の横断的連携と成長過程を見守る縦断的連携ができる環境整備を構築する(図3)。また、健康観や健康行動を押し付けるのではなく、子どもたち自らが考え行動できる力を涵養することが青年期以降の生活習慣の継続に繋がる。正しい知識を基盤にして当事者の問題をお互いにサポートするピアサポートを促進する取り組みが必要となる。例えば、講演会だけでなく、グループワークや座談会をしたり、高校生が中学生や小学生の健康学習や相談に関わることなどの取組を行っている自治体もある。

横断的連携: 本人を中心とした関係者の情報共有と協働による連携



縦断的連携: ライフステージを超えた情報の引き継ぎ及び精度管理のための連携



図3 連携のあり方：横断的連携と縦断的連携

4. 次世代の健康の各論

1) 食生活

指標は「朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加」であり、現状は小学校5年生の値が89.4%となっている。すなわち、1クラスで3、4人が問題であり、三食食べることの重要性を全生徒に啓発するとともに、課題を抱えた児童生徒へ家族とともに対応する必要がある。

食生活の改善については実技学習が有効である。例えば、食生活改善推進員と学校が連携した料理教室や保育園、幼稚園で野菜を園児が作りそれを食べるといった取り組みは子どもが楽しみながら食育を向上できる。また、学校における早寝・早起き・朝ごはん運動と連携した取り組みも可能である。

2) 運動

学童期の運動・身体活動は学校での体育や休み時間の身体活動と通学方法が重要であり、学校との連携が欠かせないが、地域の取組として参考になる提言が2011年に日本学術会議から出された。「子どもを元気にする運動・スポーツの適正実施のための基本指針」である。地域で子どもの運動促進の事業を企画するにあたって参考になる。この中で、多様な動きをつくる遊び・運動・スポーツを積極的に行わせることが留意点の一つとして挙げられている。様々な運動遊び・伝承遊びを自立的・自発的に行わせて、生活に必要な基本的動作を習得させること、学校・家庭において、さまざまな運動・スポーツを行わせ、スポーツ少年団等の教科体育外の運動・スポーツ活動に積極的に参加させること、運動部活動や総合型地域スポーツクラブ等への積極的な参加など、出来る限り多くのスポーツや身体活動・運動に参加できるよう指導することが望ましいとされており、家族や地域としての役割も見えてくる。一方で、傷害・疾病等の精神的・身体的健康障害の防止や障がいを持った子どもへの配慮が必要である。

3) 低出生体重児

健康日本21(第二次)に低出生体重児の割合の減少が指標になった背景には、若い女性の健康増進とDOHaD(Developmental Origin of Health and Disease)の2つの視点がある。よって、妊娠出産を希望する女性は低出生体重児の原因である低栄養や喫煙を避け、不健康な体重の改善が必要であり、それを支援する対策と、胎児期、新生児期の環境影響が将来の生活習慣病に関わるというDOHaDの概念をふまえた対策が必要となる。低出生体重の要因は胎児の疾病、妊婦の喫煙、低栄養、妊娠期間の短縮、妊娠期間中の体重増加不良などがある。妊娠中の喫煙、低栄養は妊娠届出時の指導に加えて、産婦人科と連携した取り組みや夫や同居家族の喫煙対策、食生活改善と連動した取り組みが考えられる。

4) 肥満とやせ

子どもの肥満は身体活動量の不足が原因であることは震災後の福島県の子どもの肥満が増加したことからも明らかであろう。肥満対策のポピュレーションアプローチとしては運動不足対策と連動した取り組みが有効である。一方で、高度肥満に対しては食生活を含めた生活全般に見直しに加えて、医療機関での治療も必要な場合があり、専門家との連携が必要である。学校での肥満対策の取組にあたっては、いじめや差別の対象とならないような配慮が必要である。

やせは子どもたちの不健康なボディイメージに起因することが多く、子どもたち自ら適正体重を維持することの重要性を学習する必要がある。重篤な健康問題である思春期やせ症については早期発見、早期対応できる体制を学校と家庭で構築する。

5) 喫煙対策

未成年の防煙教育が推進され、健康増進法による受動喫煙防止として学校での敷地内禁煙が当然のこととなり、その結果として、未成年の喫煙率は激減し、この15年で高校3年生男子の喫煙率は37%か

ら8%になった。0%に向けて、未成年へのタバコ販売禁止の徹底など、さらなる防煙、分煙対策とともに、未成年に対する禁煙治療も注目されている。

一方で、子どものいる世帯の喫煙率は大きな課題である。健やか親子 21 の最終評価では、3歳児のいる家庭で両親のいずれかが喫煙している世帯の割合は46.3%であり、3歳児の約半数が家庭で受動喫煙の影響を受けている可能性を示す結果で、子どものいる家庭での喫煙対策は喫緊の課題となっている。妊婦や子どものいる家庭の喫煙対策には、妊娠届出、乳幼児健診、学校保健委員会、特定健診、介護予防事業などあらゆる年代層の健康関連事業で一貫した取り組みをしたい。

6) 飲酒対策

未成年の飲酒防止には、子どもの神経発達や問題行動に飲酒が大きな影響を与えることの啓発とともに、行事食やお祭りの際の未成年の飲酒防止を徹底する。妊娠中の大量飲酒が先天性アルコール症候群を引き起こすことはよく知られているが、昨今、妊婦の低量飲酒は児の健康に影響がないとする報告の一方で、思春期の神経障害や気分障害と関連するとの報告があり、妊娠中の飲酒については注意を喚起する必要がある。

7) 子どもの歯、口腔の健康

3歳児のむし歯の有病率は2000年の35.2%から2010年には21.5%に減少しているが、都道府県格差は2.5倍を超えている。幼児期のむし歯予防は、フッ素塗布、親の仕上げ磨き、おやつ時間を決めること、ジュースを控えることなどであり、これらの対策とともに、乳歯は生え変わるから大丈夫という間違った意識の改善も必要である。思春期のむし歯予防は食生活と歯磨き習慣であるが、定期的な予防歯科受診による早期発見や歯周病を含めた予防手技の指導を受けることが効果的である。

むし歯については未治療と虐待との関連が多く報告されており、健やか親子 21 の課題である虐待防止との連携も必要である。

8) ソーシャル・キャピタルの醸成

ソーシャル・キャピタルは社会学、政治学、経済学などで使われる概念で、人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率を高めることができる「信頼」、「規範」、「ネットワーク」といった社会的くみの特徴という定義がよく引用される。健康分野ではソーシャル・キャピタルを人と人とのつながり (Social network, Bridging) と集団の団結力 (Social cohesion, Bonding) に整理することが多い。健康増進の基本戦略は地域の良好なソーシャル・キャピタルを基盤として個人の健康的な生活習慣や行動を促すことにある。これは従来から言われている「健康づくりはまちづくり」そのものである。そして、ソーシャル・キャピタルの醸成にはコミュニケーションのあり方がキーになる。ひととひととのつながりを形成する様々な手段によるコミュニケーション、NHKの「ご近所の底力」にみる地域住民の問題解決のためのコミュニケーション、健康弱者を孤立させないコミュニケーションなどを、市町村保健師をはじめとする地域のキーパーソンがコーディネートして構築することが必要である。住民同士のコミュニケーションのはじまりはあいさつである。住民同士があいさつをかわすことから始めてみてはどうだろうか。

5. 格差是正

わが国における子どもの健康格差は、乳幼児死亡率の都道府県格差のなどで知られていたが、健やか親子 21 の最終評価により母子保健に関連する多くの指標で地域格差が存在することが明らかになった。

地域格差を考えると、単なるばらつきなのか、固定化した差なのかを経年的なデータから判断する必要がある。地域格差という場合には後者の経年的に固定化した差を指す。

格差の是正にはその要因を明らかにして、その要因を取り除くことが必要であるが、格差の要因を明らかにすることは容易ではない。リスク因子や予防因子の同定とともに、集団寄与危険を算出して、要因の寄与の大きさに応じて、対策の優先順位を決める方法がある。集団寄与危険は地域の要因となる因子の頻度や相対危険によって異なるために、地域ごとに対策の優先順位は異なる。

格差是正に取り組むにあたってはまず、都道府県単位、保健所単位での市町村の健康格差の存在を明らかにすることから始める。そのために、都道府県、保健所の担当者は市町村の健康情報を収集する仕組みを構築し、分析技術を涵養するか専門家との連携により市町村の健康格差の現状を示す必要がある。

6. おわりに

健やか親子 21 は残念ながら、認知度が低い国民運動計画である。他の子育て支援の施策や、健康日本 21 と連動することにより、次世代を担う子どもの健康、家族の健康の視点からの健康増進の重要性を国民が周知し、具体的な行動を提案することが次世代の健康の戦略となる。