

本邦における子育て支援策バンドルと医療の関わり

京都第二赤十字病院 小児科

加納 原

要旨：少子化は程度の差こそあれ先進国共通の課題であり，対策として多側面から包括的に子育て世代を支援するバンドル施策が各国で試みられている．保健医療との関わりに着目してそのいくつかを紹介するとともに，成育基本法など本邦における同様の試みを概説し，一般市中病院の果たすべき役割についても考察する．

Key words：少子化対策，包括的子育て支援，成育基本法

1. はじめに

我が国の総人口は2004年より減少に転じており，少子化が大きな課題となっている．生産年齢人口比の低下により，経済的活力の低下，高齢者福祉への負担増加がすでに顕在化しつつある．その対策として，子どもを産みやすく育てやすい環境の整備により出生率の増加を促すことが必要であることは自明である．少子化は程度の差こそあれ先進国共通の課題であり，各国がこのような視点から種々の子育て支援策を講じている．その中では，社会全体で切れ目ない支援を目指すという発想が共通認識となりつつあり，福祉・教育のみならず医療の関与も模索されている．いわば子育て支援『バンドル』の導入であり，これまでは長寿社会の実現であった医療の存在意義に，子育て支援・人口増加への目配りも求められているといえる．

本稿では，本邦を含めた各国の子育て支援策と医療との関わりを概観するとともに，これから当院のような地域中核病院が担うべき役割について展望を述べたい．

2. 欧米先進国の状況

世界史的な潮流から見た人口動態の変化は，経済社会の発展に伴い，①多産多死，②多産少死，③少産少死と移行していくことが知られている．人口変動のこのような捉え方を，人口転換（demographic transition）理論と呼ぶ¹⁾．

- ① 多産多死とは，近代化以前で飢饉，疫病，戦争等のために死亡率が高く，また人口動態も不安定であり，社会を支えていくために大家族を必要とするため高出生率が維持される段階である．変動する高死亡率と普遍的な高出生率により，人口増加の変動は大きく，平均的には人口増加率は低いまま推移する．
- ② 多産少死は，産業革命以降に見られ出した現象で，都市化・工業化と並行して公衆衛生・医療水準が改善し，まず死亡率の低下がみられた．しかし出生率は，死亡率のように外的変化によって直ちに反応することはないため，高水準のまま維持される．これにより爆発的な人口増加がもたらされる．
- ③ その後，出生率が死亡率を追従して急速に低下し，出生率，死亡率とも低水準に達して安定化する時期を迎える（少産少死）．出生率が低下する理由については，乳幼児死亡率の低下により出生数を減らしても家族・社会の存続が可能となること，都市化による子供の養育コストの増大，女性の

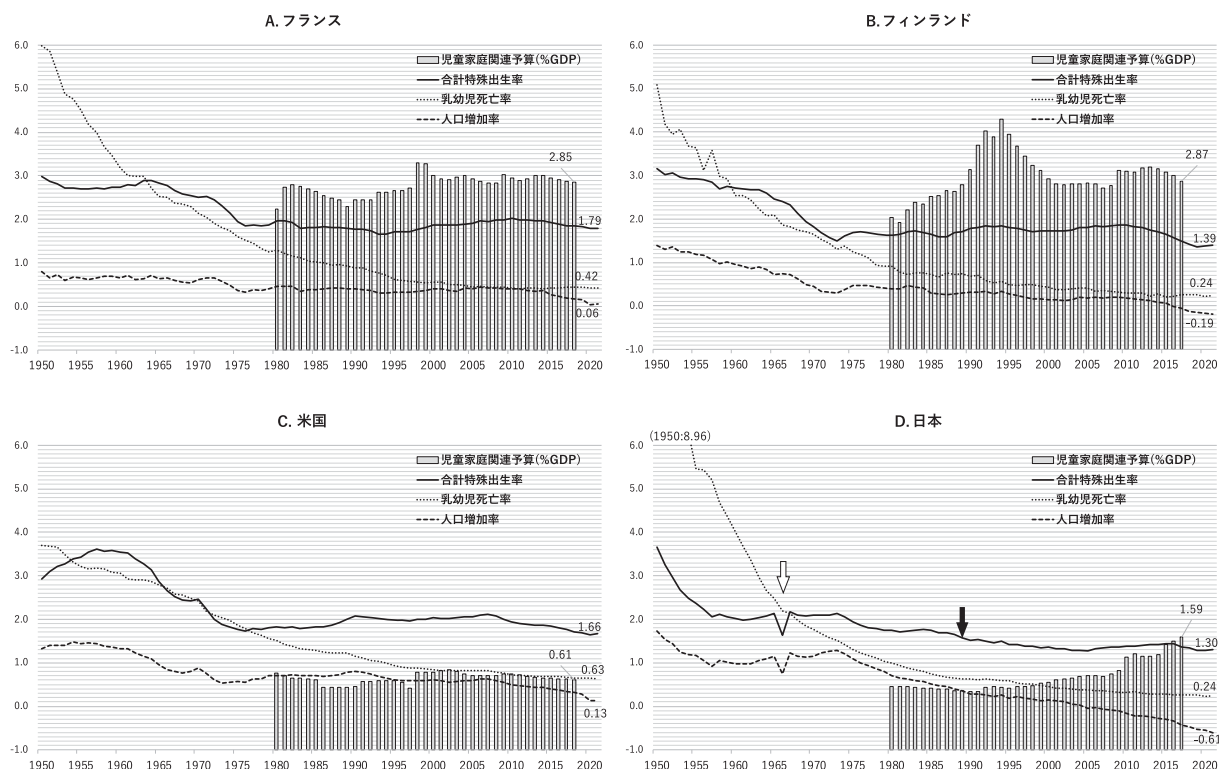


図 1

各国の合計特殊出生率，乳幼児 [0～4 歳]，死亡率，人口増加率の年次推移（1950～2021 年；いずれもデータは Our World in Data より）および GDP に占める児童家庭関連予算の比（1980～2017 年；データは世界協力開発機構 [OECD] の Web サイトより）。A. フランス，B. フィンランド，C. 米国，D. 日本。1966 年（白矢印）は日本で丙午の迷信により出生率が特異的に減少した年であり，自然経過でこの年を下回った 1989 年（黒矢印）は「1.57 ショック」と呼ばれた。

経済的自立化，などが挙げられる。少産と少死のバランスが均衡することはまれであり，多くの国では出生数が死亡数を下回って人口減少に傾く。これが少子化（below replacement fertility）をもたらす機序である。

このように，少子化は近代化による多産少死の時代から数世代をおいた少産少死期にみられる現象であるため，経済的先進国から経験していくこととなった。そこでまず，先進国としてフランス，フィンランド，米国における，少子化時代の子育て支援策の現状と医療との関わりについて紹介する²⁾。比較のため，これら各国と本邦の合計特殊出生率，乳幼児死亡率（0～4 歳），人口増加率，および経済協力開発機構（OECD）統計における GDP に占める児童家庭関連予算の比率（OECD 平均は 2.12%：2017 年）を図 1 に示しておく^{3,4)}。

2-1 フランス

・全体像

フランスの母子保健制度としては，母子保健センター（Centre de protection maternelle et infantile: PMI）がよく知られている。フランスでは 19 世紀後半から，医師らによる加熱人工乳の導入や産前産後の妊産婦ケアの取り組みがなされており，これによる新生児死亡率低減と平行して，他の欧州諸国より早くに出生率も低下傾向が見られていた。そして 20 世紀初頭には，第一次大戦で大幅な人口減少も経験したことから，人口増加主義者（pronatalist）による活動が盛んになり，家族手当や母親手当などの公費補助が導入されていった⁵⁾。第二次世界大戦後の 1945 年には，妊婦の定期健診や乳幼児の予防医療，看護師による訪問医療の提供の必要性も認識され，国内のすべての妊婦と 6 歳までの乳幼児を対象

とした健康問題の予防的支援を無料で提供する主要機関として PMI の設置が法制化された。

このように、早期から福祉と医療の両面から公的に子育て支援を行う制度が発展していったのが同国の特徴であり、図 1 A に示すように先進国の中では比較的高い出生率を維持できている理由がそこに求められることも少なくない。

現在の PMI は、各県の所轄において地域毎に設置されており、助産師、医師のほか、追加研修を受けた助産師・看護師に与えられる国家資格である保育士（les puéricultrices）が専門職として在職することも特色となっている⁶⁾。

・ 出産前支援

現在の PMI は、母子の医療健診だけでなく、家族全体及び幼年期の子どもの心理的サポートや保育・教育支援など、医療的かつ社会福祉的な幅広い保健サービスを提供するようになっている。2020 年からは、すべての妊婦（とパートナー）は、妊娠 4 ヶ月頃に担当医師又は助産師と出産前早期面談を行うことが義務付けられた。この面談では、これから親になる妊婦及びそのパートナーが出産を控えて抱える健康・心理・社会的なリスク要因を担当医または助産師が特定し、必要に応じて心理療法士などの専門医へ紹介される。また、定期健診とは別に、妊婦及びカップルは妊娠 4 か月以降、助産師による出産に備えた全 7 回の特別講習を任意で受けることができる。これらの講習は主に、初めて親になる妊婦（とパートナー）に出産に向けての最低限の知識を授けるとともに、妊娠中および出産後における医療／社会／心理的困難に対応し、適切な支援を受けられるようにすることを目的としている。

・ 出生後の支援

出産後は、6～8 週間後に産後健診があり、会陰の傷の確認のほか、母乳育児の方法、心身疲労、避妊等に関する相談を行うことができる。また、妊娠出産により骨盤底筋の筋力低下が確認された場合、将来的な尿漏れ防止などを目的に、計 10 回の骨盤底筋群のトレーニングセッションを任意で受けることができ、費用は全額保険で賄われる。

子どもに対しては、0～2 歳までに計 13 回、16 歳までにさらに 7 回の健診が義務付けられており、これらは無料で提供される。この健診では、必要な定期予防接種を行うとともに、子どもの正常な身体的発育及び認知・感情面での発達状況を確認する。このうち PMI では、6 歳までの定期健診・予防接種を担当するとともに、専門の医師・保健師などが、誕生後間もない赤ちゃんへの母乳の与え方や発育状況、睡眠、泣き方など、初めて子どもを持つ親がしばしば直面する不安や問題などを解消するために情報提供やサポートを行う。

・ 課題

このような制度がいずれも医療保険により基本的に無償で提供されることは、フランスが世界でも妊婦と子どもにやさしい医療制度を持つ国の一つといわれる所以である。これは、OECD 平均と比較しても高い児童家庭関連支出にも現れている。しかし全ての制度は万能ではなく、例えば、フランスの乳幼児死亡率は現代の基準からするとやや高い（図 1 A）。フランス国立統計経済研究所による全国の妊婦を対象とした調査では、社会的に恵まれない環境にいる妊婦ほど妊婦健診を重要と考えず、妊娠後ある程度時期が経過してから健診に訪れる傾向にあり、これが無職及び工場労働者の妊婦の出産前入院率や低体重児を出産する割合が高い傾向に繋がっている⁷⁾。これらの妊婦はフランス外出生の移民であることも多く、医療制度や予防・治療を含む健康に関する理解が十分でないことのほか、定期的に健診を受ける習慣がないことが指摘されており、乳幼児死亡率のさらなる改善にはこうした層へのより有効な働きかけが模索されている⁸⁾。

2-2 フィンランド

・全体像

フィンランドは世界的にも低い乳幼児死亡率を誇っており、妊産婦および子ども向けのワンストップ保健サービスである母子保健クリニック「ネウボラ Neuvola」をその原動力として自負している。歴史的には20世紀初頭のフィンランドは、乳幼児死亡率が高く、出産時の妊産婦死亡率が高い貧しい国であり、1920年代に慈善団体が母子保健クリニックの原型となるものを開始していたが、1930年代後半には生後1歳までの乳児死亡率が10%に達したため、これ以降、公的資金で運営される産科・小児科という変革をもたらされた。当初は恵まれない女性がおもに対象であったが、1938年、すべての妊婦に産科診療所での健康診断を奨励するため出産に最低限必要な物品を現物支給する「育児パッケージ」が考案された。育児パッケージと出産手当金を受け取るには、妊娠5カ月までに産科に通い始めることが要件とされたのである。第二次世界大戦後、出生率の低下と乳幼児死亡率の高さへの懸念が高まり、フィンランド政府は人口を増やす必要性を認識し、1944年にネウボラを公的サービスとして正式に制度化した⁹⁾。ネウボラは助産師と保健師が運営するが、必要に応じて医師に相談できるものとし、1960年代には心理学的トレーニング、1970年代には父親を対象とした出産前教室も開始された。現在、ネウボラは社会経済的な地位に関係なく、すべての家庭を対象としている。北欧福祉国家モデルの精神を受け継いだ全国的なサービスとして支持を得ており、ほぼすべての妊婦(99.6%)がサービスを利用している。また、育児パッケージも出産に際し、フィンランド社会保険庁から支給される母親手当のひとつとして継続している。母親手当そのものは、1子170ユーロの現金支給または育児パッケージの二つの選択肢があるが、ほとんどの家庭、特に第1子を迎える家庭は育児パッケージを選択するという。2022年における育児パッケージの中身はベビーケアアイテムやベビー服、親が使用するアイテムなど43点となっている¹⁰⁾。

・出産前支援

ネウボラでの妊婦サービスの内容としては、まず妊娠中に11~15回ほどの健診が無料で受けられる。その大半は看護師によるもので、医師は数回のみである。健診では、妊娠の経過を観察し、問題があれば専門機関に紹介し、フォローアップ治療を行う。胎児の染色体異常や成長異常のスクリーニング検査を受けることもできる。父親もネウボラでの検診や病院での出産に参加することが推奨されている。医学的なこと以外にも、個々の家族の状況を踏まえながら、両親の健康状態と心の状態、持病等の病気の状態、健康に関わる行動、夫婦関係、出産や親となることに対する期待感、家族をサポートするネットワークや財政状況などについて相談することができる。

・出生後支援

生まれた児の健診については、学校に入学するまでネウボラを通じて行われる。乳児は出産から1年間の間に最低9回、1歳から6歳までは最低6回、ネウボラで健診を受ける。同じ保健師が妊娠初期から子どもが学校に通うまで家族をフォローアップするのが特徴である。健診では、保健師や医師が保護者と面会し、子どもの健康、家族全員の状況、親子関係やライフスタイルについても話し合うことで、子どもだけでなく、家族全員の健康状態と幸福度(ウェルビーイング)についても評価される。

フィンランドにおいても、両親の離婚やアルコール中毒、うつ病や失業など、さまざまな問題を抱える家庭が増えており、それらの早期発見もネウボラにとっての大きな課題となっている。このため2009年に、子どもや妊婦だけでなく家族全体を国が支援する法律ができ、2011年からネウボラでの家族全体への早期支援が始められた。したがって現在のネウボラのフォローの対象は母親と子どもに限らず、父親も含む「子育てをする家族」である。これ以外にもフィンランドでは出産後に父親用の部屋、又は家族全員で寝泊まりできる特別な部屋が用意され、赤ちゃんと家族がゆっくり対面できる時間と空

間が保障されるなど、子育ては両親で行うものという考えが社会に浸透しており、父親休業（父親だけが取得できる育児休業）の取得率は8割に達しているとされる。

・課題

このように理想的な子育て支援施策を積極的に推進してきたフィンランドであるが、これには多大なコストもかかっており、その持続性について懸念の声もあるという⁹⁾。また、高い水準で維持されてきた出生率が、2010年以降は下落傾向にあることにも関係者は頭を悩ませている（図1B）¹¹⁾。この理由としては都市化による住宅事情の悪化、雇用の流動性、晩婚化といったライフスタイルの変化、など様々なものが挙げられているが、特定はできていない。

2-3 米国

・全体像

米国は連邦制であり、歴史的に中央政府による統一的な健康保険制度の導入には慎重であった。1872年に設立された米国公衆衛生協会が実施した全国調査では、各自治体の役人が、裁判所が個人の自由や財産の侵害を恐れて保健関係法令の執行に消極的であることを嘆いていた。同協会はこの状況を憂い、当時のヘイズ大統領に全国的な保健機関の設立を要望し、1879年にこれは黄熱の流行という奇貨も得て成立に至った。しかし、全国を7名の医師で担当という貧弱な態勢であり、感染に対して全国統一の隔離基準を設けようとしたところ州政治家の反対に遭い、1883年にわずか4年で解散に追い込まれたという。妊産婦への手当に関しても、1897年に発足した米国母親会議がルーズベルト大統領にも巻き込んで子育てをする未亡人への手当の実現を呼びかけた。全国単位での手当導入にはやはり抵抗があったため、州ごとに働きかけを行ったところ、1920年までに48中40州で母親手当が採択された。しかし受給資格者に適格性を求めたので黒人などは排除された、低額のため目に見えた効果がなかった、慈善事業とみなされたため世情に流されやすかった、受給資格者に政治力がなかった、などの理由で定着せず、いずれも10年以内に廃止となった。

一方、1912年に設立された児童局（US Children's Bureau）は、当初単なる調査機関であったが、1921年のShepard-Towner法により児童の健康と福祉を実現するための組織として拡充された。児童局は幾千もの行事を企画し、「児童福祉特別便」と名付けたトラックを医療後進地区へと差し向け、集会、相談事業、教育的資料、予防的医療といった医療ケアを、はじめて黒人を含めた全国民を対象として実施した。1935年に成立した社会保障法第5章では、出産、乳幼児、育児及び子どものための医療サービスに関するプログラムを提供することが定められ、これを元に連邦政府の支援により各州における母子保健施策関連の様々な取り組みが促進されることになった。現在では、同法に基づき Maternal and Child Health Services Block Grant（MCHB）と呼ばれる各州に対する助成金が活用されている。同プログラムは、全米の妊婦の91%、乳児の99%、子どもの54%をサポートしているとされる¹²⁾。

・出産前支援

以上のように米国では統一した母子保健のバンドルが実施されているわけではないが、一般的には妊娠8週目頃からの出産前健診（12回程度）、感染症・糖尿病・ダウン症候群のスクリーニングなどが提供される。出産後は6週間後に産後健診が行われることが一般的であるが、米国産科婦人科学会の調査によれば、出産後約4割の女性が、産後健診を受けていない¹³⁾。

・出生後支援

生後の児についても、米国の乳幼児健診は州別に実施されており、全米で統一した実施時期や頻度が定められているわけではない。しかし、米小児科学会が主導し、MCHBが部分的に支援している

「Bright Futures」が、予防ケアスクリーニングや乳幼児・小児科健診向けのガイドラインを作成しており、多くの州・地方自治体が同ガイドラインを参考として乳幼児健診を行っている。これによれば、4歳までに12回、以後21歳まで毎年の健診が推奨されており、乳幼児期の一般的な疾患・発育発達のスクリーニングに加え、12歳からは抑うつスクリーニングも含まれていることが特徴である。

・課題

これらのプログラムはいずれも、費用負担は各個人の民間保険加入状況に応じて異なる。一般的に米国の医療は予防よりも難病の治療に資金が流れやすいことが以前から指摘されており、西欧諸国で見られる全国民を対象とした予防医療の仕組みは現在に至るまで確立されていない。1965年に成立したメディケイド法は少なくとも貧困層向けの母子医療として予防的ケアを提供するものとなった。しかし、他の母子保健制度（新生児・小児保健センター、育児手当など）との融合には限りがあり、例えば、メディケイドの生後21ヶ月までの乳幼児を対象とした早期スクリーニングプログラムは、アクセスの問題で多くの受給者が恩恵に与れなかった¹⁴⁾。2010年の医療保険改革（いわゆるオバマケア）では、メディケイドの受給資格者が大幅に拡大され、妊娠出産・母乳育児の支援、避妊、メンタルケア、薬物中毒のスクリーニング、小児医療、慢性疾患の管理もサポートされるようになった。オバマケア採用前後の2014年と2016年で比較すると、非採用州では乳児死亡率が0.64から0.65に上がったところ、採用州では0.59から0.56へと低下したことが確認されている¹⁵⁾。しかし、図1Cに示したように乳幼児死亡率は先進国としては依然として高い水準であり、人種差も大きいことが指摘されており、今後ユニバーサルケアをどこまで広げていくのかは注目される。一方で、移民の流入なども背景として出生率は極端な落ち込みなく推移しており、国を挙げて少子化対策をするという機運は醸成されていないようにも見受けられる。

3. 本邦の歴史と現状

3-1 少子化の始まり

本邦は第二次大戦直後の1950年には乳幼児死亡率が8.96と極めて高かったが、児童福祉法（1947年）、予防接種法（1948年）、母子保健法（1965年）等の関係法令に示される各種施策を推進し、周産期医療や小児医療等の体制整備等の取り組みを進めた結果、諸外国と比較しても極めて質の高い周産期医療や小児医療の提供を実現するに至り、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率は世界有数の低率を達成している。一方で、これらの成果が目に見えるようになった1970年代後半より出生率の減少が始まり、諸外国と比しても急速なペースで少子化へと転換するに至った。

3-2 エンゼルプランと健やか親子21

1989年には出生率が1.57（図1D黒矢印）となり、丙午であった1966年の1.58（図1D白矢印）をも下回ったことで「1.57ショック」が訪れ、出生率の低下と子どもの数が減少傾向にあることが喫緊の課題として認識された。以後、仕事と子育ての両立支援など子どもを生み育てやすい環境づくりに向けての対策の検討が始められ、1994年に保育サービスの充実などを柱とした『エンゼルプラン』が策定、2000年からは雇用、母子保健・相談、教育等の事業も加えた『新エンゼルプラン』へと改訂された¹⁶⁾。そして2000年に発表された『健やか親子21』は、21世紀の母子保健の取り組みの方向性を呈示し2010年に向けた目標値を設定して関係機関・団体が一体となり推進する国民運動計画であり、その内容は新エンゼルプランの母子保健分野と呼応するよう策定されたものであった。この中では、21世紀の母子保健の主たる課題として①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持向上させるための環境整備、④育児不

安の解消と子どもの心の安らかな発達の促進、の4点が提示された¹⁷⁾。

2003年には少子化社会対策基本法が制定され、内閣府に少子化社会対策会議が設置された。しかし2005年には、出生数は106万人、合計特殊出生率は1.26と、いずれも過去最低を記録し、1899年に人口統計をとり始めて以来、初めて本邦の総人口が減少に転じた。こうした予想以上の少子化の進行に対処し、少子化対策の抜本的な拡充、強化、転換を図るため、翌年少子化社会対策会議において『新しい少子化対策について』が決定された。具体的な施策としては、児童手当制度における乳幼児加算の創設、生後4か月までの全戸訪問事業『こんにちは赤ちゃん事業』の実施、育児休業給付率の引き上げ、放課後子どもプランの推進、企業が一定要件を満たす事業所内託児施設を設置した場合における税制上の優遇措置、などが講じられた。

2015年、『健やか親子21』の総括に基づき、『健やか親子21（第二次）』が開始された。ここでは3つの基盤課題として、A：切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策、B：学童期・思春期から成人期に向けた保健対策、C：子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり、さらに重点課題として①育てにくさを感じる親に寄り添う支援、②妊娠期からの児童虐待防止対策、が挙げられ、これらの課題における達成度評価として52の目標指標と28の参考指標が設定されている。

このうち課題Aに関連して、2017年には母子保健法が改正され、保健師等を配置して母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供できる『子育て世代包括支援センター』の設置や、産後ケア事業の実施が、各自治体の努力目標とされた。また、②に関連して児童虐待防止の観点からは、2019年に児童虐待防止法および児童福祉法が改正され、親権者などによる体罰の禁止が明確化された。さらに2022年の児童福祉法改正では、子ども家庭総合支援拠点と子育て支援センターを統合し、児童福祉と母子保健を一体化した『子ども家庭センター』へと見直されることとなり、『日本版ネウボラ』により近づく動きとなった。

3-3 成育基本法

2018年には、母子保健行政の縦割りを解消し、妊婦への支援から出産後の子ども成長加療における切れ目のない支援が保障される社会を形成するため、「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」、通称『成育基本法』が制定された。これは、健やか親子21の理念を保健医療の法制度から裏付けするものといえる（図2）¹⁸⁾。

3-4 一般市中病院との関わり

当院のような一般市中病院においても、診療内容をこのような制度改定に即したものとすることが求められている。2018年の診療報酬改定では、うつ病など精神疾患を合併するリスクが高い妊産婦が、地域において安心して妊娠・出産を行えるよう『ハイリスク妊産婦連携指導料』が新設された。これにより、産科（必要に応じて小児科）・精神科・地域保健担当者がハイリスク妊産婦について連携を行った場合、月1回1000点が加算されることになった。また、2022年の改定では、小児入院医療管理料に虐待等が疑われる子どもの早期発見や支援を評価する『養育支援体制加算』が新設され、院内多職種チームが虐待対応や未然防止に向けて定期的に活動する場合に、小児入院全例に対し300点が加算されるようになった。これを受けて当院でも、同4月より小児科医、産科医、救急科医、看護師、医療ソーシャルワーカー、事務職員からなる養育支援チームを発足させ、活動を開始している。

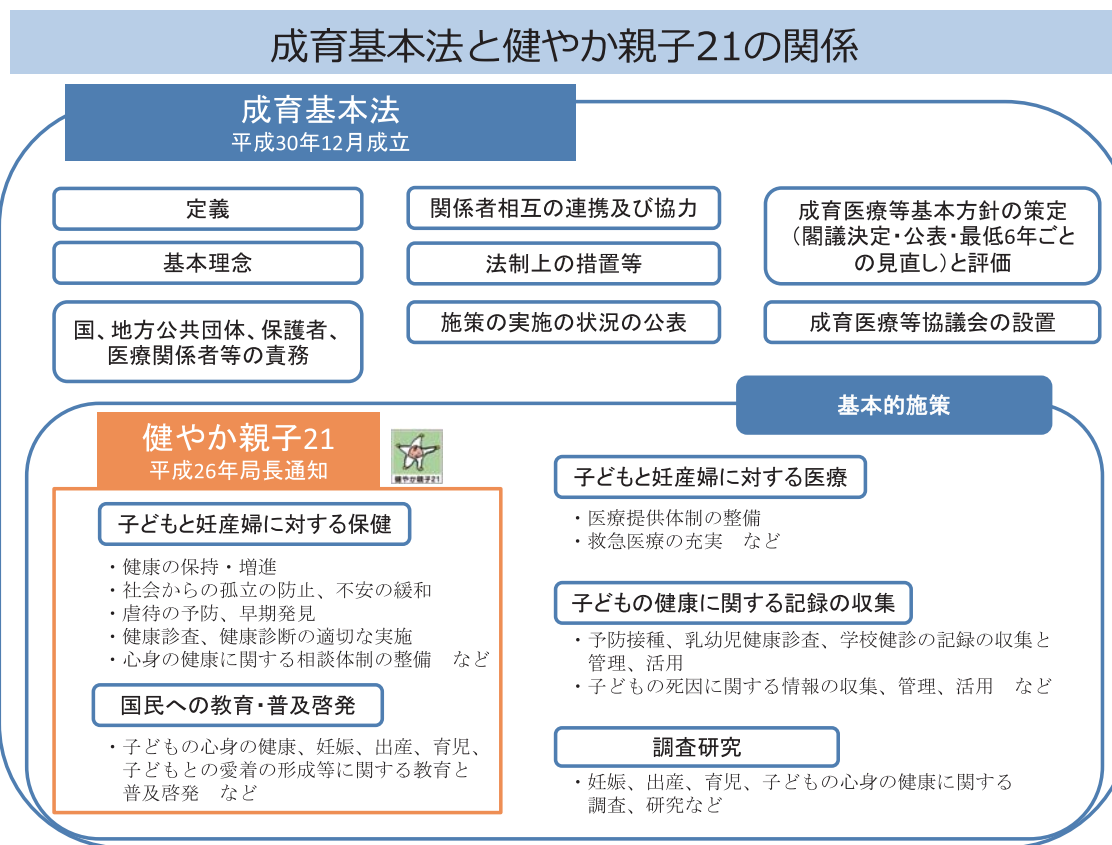


図2

健やか親子21と成育基本法の概念図（厚生労働省ホームページより）

4. おわりに

以上、先進各国を代表してフランス、フィンランド、米国、および本邦における少子化時代の子育て支援策と医療との関わりについて述べた。それぞれの国の制度には一長一短があり、単純に他国に応用できるものではない。本邦は西欧諸国に比べると少子化に本格的に取り組みだしたのはごく最近だが、成育基本法の制定はその取り組みを国益にかなう事業として定義し永続化させる目的で一步前進と言えよう。本邦では一時期、フィンランドモデル（ネウボラ）が理想とされたこともあったが、当のフィンランドも少子化に困惑しており、万能の単一解は存在しない。重要なことは、冒頭に述べたように長寿社会のみならず「持続可能な少産少死社会」の実現も医療者の責務であると考え、個々が知恵を絞って出来ることを実行していくことであろう。当院であれば、隣接する京都市子ども保健医療相談・事故防止センター（京あんしん子ども館）とのさらなる連携など、ハイボリューム救急病院だからこそ説得力を持ちうる事故病氣予防の取り組みもあると考えられ、引き続き各方面と協力してこれらに努めていきたい。

本稿の出版に際し、開示すべき利益相反はない。

参 考 文 献

- 1) 国土交通省編, 平成14年度国土交通白書. 2002: 14
- 2) PwC コンサルティング合同会社. 令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 諸外国における母子保

- 健制度の仕組みと他制度との連携やリスクアセスメント方法に関する実態調査 事業報告書 2022
- 3) Our World in Data. <https://ourworldindata.org/fertility-rate> (2022年9月20日アクセス)
 - 4) 世界協力開発機構 ホームページ. Family benefits public spending. <https://data.oecd.org/social/exp/family-benefits-public-spending.htm> (2022年9月20日アクセス)
 - 5) Dutton, Paul V. *Beyond Medicine (The Culture and Politics of Health Care Work)*. Ithaca: ILR Press. 2021.
 - 6) 奥井菜穂子. フランスにおける妊娠・出産・子育て期を通じた切れ目ない支援—La Protection Maternelle et Infantile (PMI) の役割に着目して—. *子ども研究* 2020; **11**; 11-21
 - 7) Institut national de la statistique et des études économiques. France. *portrait social, édition 2020—Insee Références (2020)*. a
 - 8) Trinh NTH, de Visme S, Cohen JF, et al. Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. *Lancet Reg Health Eur*. 2022; **16**; 100339.
 - 9) Anna Leppo. Maternity clinics and child health clinics in Finland: Historical roots and contemporary developments. 宮城学院女子大学国際ワークショップ「グローバル・ダイアログ：北欧とつなぐ・地域子ども学の視点」. 2021年12月10日, 仙台
 - 10) 在日本フィンランド大使館公式ホームページ. <https://finlandabroad.fi/web/jpn/ja-finnish-childcare-system>. (2022年8月31日アクセス)
 - 11) Heikki Hiilamo. Why fertility has been declining in Finland after the Global Recession? A theoretical approach. *Finnish Yearbook of Population Research* 2019; **54**; 29-51
 - 12) 米国保健福祉省公式ホームページ. Title V Federal-State Partnership FY 2020 Percentage Served - National. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov> (2022年9月21日アクセス)
 - 13) ACOG Committee Opinion No.736. *Obstetrics Gynecol* 2018; **131**; e140-e150.
 - 14) Daniel R. Levinson and US Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, Most Medicaid Children in Nine States Are Not Receiving All Required Preventive Screening Services, OEI 05-08-00520 (Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, 2010)
 - 15) Chintan B. Bhatt and Consuelo M. Beck-Sagué. “Medicaid Expansion and Infant Mortality in the United States,” *Am J Public Health* 2018; **108**; 565-67.
 - 16) 内閣府. これまでの少子化対策『1.57 ショック』から「『子どもと家族を応援する日本』重点戦略」まで. 平成21年度少子化社会対策白書. 28-41.
 - 17) 藤崎清道. ヘルスプロモーション・新エンゼルプラン・健やか親子21. *公衆衛生* 2000; **64**; 694-696
 - 18) 厚生労働省子ども家庭局母子保健課. 成育基本法を踏まえた『健やか親子21 (第2次)』及び関連施策について (2021). <https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000757438.pdf> (2022年9月20日アクセス)

Parenting support bundles in Japan and the involvement of the medical services in their implementation

Department of Pediatrics, Japanese Red Cross Kyoto Daini Hospital
Gen Kano

Abstract

The declining birthrate is an issue common to all industrialized countries to varying degrees, and many countries are attempting to implement bundled measures to comprehensively support the child-rearing generation from multiple perspectives. This paper introduces some of these measures, focusing on their relationship with healthcare, and outlines similar attempts in Japan, such as the Basic Law for Child and Maternal Health and Child Development, as well as the potential contributions that local community hospitals in Japan should make.

Key words: Strategies against decreasing childbirth, Comprehensive parenting support, The Basic Law for Child and Maternal Health and Child Development