

# 我が国及び主要国における小児医療政策の現状と課題

小 沼 里 子

## 目 次

### はじめに

- I 我が国及び主要国の小児医療提供体制
  - 1 我が国の小児医療提供体制の現状と問題点
  - 2 米国及びスウェーデンにおける小児医療提供体制の特徴
- II 我が国及び主要国における小児医療に係る公的負担
  - 1 我が国における小児医療に係る公的負担
  - 2 主要国における小児医療に係る公的負担
- III 我が国及び主要国の小児保健
  - 1 我が国の小児保健事業の現状と問題点
  - 2 主要国の小児保健の特徴

### おわりに

### はじめに

少子化社会においては、子どもの数が減り、小児科医の需要が減少してきたかのように思われている。しかし、現在、小児医療を取り巻く環境は危機的な状況にある。地域により、小児科医が不足し、小児救急医療体制が整備されておらず、社会問題として新聞やテレビで大きく取り上げられている。子育て中の親にとって、最大の心配事は子どもの病気やけがである。小児科医の需要が増しているのは、少ない子どもをより大切に育てたいという傾向が強まり、核家族化の下で親の育児不安が増えたことによる。また、専門的な知識や高度な医療技術を持ち、子どもの心の問題にも対応できる小児科医を望む親も増えてきた。小児科医には広汎な領

域に対応することが求められている。

一方で、少子化に伴う経営不安などから小児科医のなり手が不足している。政府の医療費抑制政策、診療報酬の実質的切り下げによって、医療機関全体としての経営が悪化し、不採算部門かつ医師確保の難しい部門である小児科を閉鎖・縮小する医療機関が増えている。その結果、自治体病院などの基幹小児科にしわ寄せがおよび、小児科医の過労を招いたり、地域の夜間小児救急医療体制が維持できなくなったりしている<sup>(1)</sup>。

本稿では、少子化の下で、小児医療体制がなぜニーズに対応できていないのかという問題点を明らかにする。その上で、主要国の事例を紹介しながら、医療提供体制、医療費の公的負担の両面から、また、小児保健の観点から、小児医療政策の目指すべき方向を探りたい。

## I 我が国及び主要国の小児医療提供体制

### 1 我が国の小児医療提供体制の現状と問題点

#### (1) 少子化と小児医療提供体制<sup>(2)</sup>の現状

厚生労働省の統計によると、平成14（2002）年12月現在、小児科を主たる診療科とする医師数は14,481人であり、医師総数の5.8%を占めている。その内訳は一般病院の医師が8,429人（全小児科医師数の58.2%）、一般診療所の医師が6,052人（同41.8%）である<sup>(3)</sup>。

我が国の小児医療は、小児科を標榜している一般診療所、一般病院（総合病院）の中にある小児科及び小児科を専門とする病院で提供され

(1) 眞鍋穰「小児医療の危機と小児科医の役割」『月刊保団連』785号, 2003.5, p.4.

(2) 医療制度は、医療機関や医療従事者によって提供される医療サービス等の提供体制と、経済・財政面の医療保障の両面から論じられる。ここでは、医療提供体制について述べる。

(3) 「表4 施設の種別・診療科名（主たる）別にみた医療施設に従事する医師数」『平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査』厚生労働省大臣官房統計情報部, 2004.3, p.21.

ている。小児科がある一般病院数は、平成2(1990)年は4,120施設で、全一般病院に占める割合は45.7%であったが、平成14年現在では3,359施設となり、全一般病院数に占める割合は41.4%に減少した。また、一般診療所の総数が、平成2年から平成14年までに80,852施設から94,819施設に増加したのに対し、小児科を標榜している一般診療所は、平成2年から平成14年までに27,747施設から25,862施設に減少した<sup>(4)</sup>。

15歳未満の小児人口は、昭和55(1980)年には2750.7万人(人口割合23.51%)であったが、その後減少の一途を辿り、平成12年には1847.2万人(同14.55%)、平成14年には推計で1810.2万人(同14.20%)に減少した<sup>(5)</sup>。平成16年6月に厚生労働省より発表された平成15年の合計特殊出生率は1.29にまで落ち込み<sup>(6)</sup>、今後も小児人口が減少し続けることが予想される。

15歳未満の小児患者数は、昭和48(1973)年の184.7万人(総患者数の23.65%)をピークに減少し、平成14年には推計で67.2万人(同8.48%)であった<sup>(7)</sup>。しかし、平日の夜間や休日に受診する小児患者のニーズが増加している。厚生労働省の研究班の調査によると、小児患者が受診した時間帯は、18:00から23:00までの準夜帯が60.4%と最も多かった。また、大都市では23:00から翌8:00までの深夜帯の受診が31.8%と、3割を超えていることが明らかにされた<sup>(8)</sup>。

また、次に述べるように、小児科医は地域により偏在している。

## (2) 小児科医を取り巻く諸問題

平日の夜間や休日に受診する小児患者のニ

ーズが増加し、また、小児科の専門医に診てもらいたいという要望が多いことが、少子化社会における小児科の需要の特徴であるが、小児医療体制がそれに十分対応できていないと指摘されている。小児科医を取り巻く主な問題として、下記の点が挙げられる。

### (i) 診療報酬上の不採算性

小児患者の場合、大人に比べて診察に手間がかかり、夜間の急患が多いなど激務の割に採算面で報われていないという不公平感が、小児科医の間で広がっている。特に病院小児科では、出来高払い制である現在の診療報酬制度が、検査や処置の少ない小児科に不利に働いている。中でも、専門性の高い技術と過酷な労働条件を強いられる小児の入院医療においては、他科に比べ収支率のマイナス幅が大きく、原価割れしていると言われる。実態に合わない算定基準等により病院経営が悪化し、その結果、不採算部門である病院小児科の閉鎖・統合が相次いでいる<sup>(9)</sup>。

### (ii) 地域間格差

小児科医は特定の地域に集中する傾向があり、地域間格差が激しい。15歳未満の小児人口1万対小児科医師数は、鳥取県が12.0人(平成14年現在)、京都府および東京都が11.7人(同)と高い数値を示しているのに対し、茨城県では5.1人(同)、埼玉県では5.6人(同)であり、2倍以上の格差がある<sup>(10)</sup>。

### (iii) 小児科医の高齢化

病院小児科医の平均年齢は39.8歳(平成14年12月現在)であるのに対して、診療所小児科医

(4) 平成14年現在、内科がある一般病院数は、全一般病院数の90.9%を占め、外科がある一般病院数は全一般病院数の67.1%を占めている(「第7表 一般病院数(重複計上)、年次・診療科目別」『平成14年 医療施設調査(静態調査・動態調査) 病院報告書 上巻(全国編)』厚生労働省大臣官房統計情報部, 2004.3, pp.108-109.)。

(5) 「表2-5 年齢(3区分) 別人口および増加率:1884~2002年」「表2-6 人口の年齢構造に関する指標:1884~2002年」『人口統計資料集 2004』国立社会保障・人口問題研究所, 2004.1, pp.29-30。

(6) 「出生率低下1.29 昨年、政府予測下回る」『日本経済新聞』2004.6.10, 夕刊。

(7) 「第2表 推計患者数の年次推移, 入院一外来×性・年齢階級別」『平成14年 患者調査(全国編) 上巻』厚生労働省大臣官房統計情報部, 2004.3, pp.92-93。

(8) 「小児救急外来 深夜帯に受診 大都市で3割」『日本経済新聞』2004.8.18。

(9) 松平隆光「小児医療の「採算性」」『患者のための医療』1巻3号, 2002.10, pp.516-519。

(10) 小児人口は平成14年10月1日現在、小児科医師数は平成14年12月31日現在の数値である。(「第41表 医療施設従事医師数、病院・診療所・診療科名(主たる)・従業地による都道府県—13大都市・中核市(再掲)別 総数」『平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査』p.148.; 「第11表 都道府県、年齢(3区分)、男女別人口—総人口(平成14年10月1日現在)」『人口推計年報 平成14年10月1日現在推計人口』総務省統計局, 75号, 2003.5, p.46.)

(11) 「第39表 医療施設従事医師数・平均年齢、病院・診療所・診療科名(主たる)・年齢階級・性別」『平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査』pp.124-127。

の平均年齢は58.4歳（同）であり、60歳以上が40.4%を占めている<sup>(11)</sup>。開業している小児科医が高齢化することにより、一次救急医療を担う夜間急患診療所や休日在宅当番医制への参加が可能な小児科医が減り、小児救急医療体制を維持するのが困難になってきている。

#### (iv) 過重労働

地域によって医師数や施設数の偏りが大きく、小児救急医療を担う一部の医療機関に患者が殺到する。また、医療機関によっては、経営効率の悪い小児科を縮小したり、小児科医を削減したりするため、小児科医は過酷な労働環境におかれている。

平成16年3月に長崎大病院が県内の小児救急を扱う20病院を対象に行なった調査によると、時間外労働が週平均21時間で、1割の医師が「月10回以上の当直」があると回答した。当直明けの勤務軽減が「ない」が9割を占め、「ひと月に休みがゼロ」が4割を占めた。労働基準法が空文化している実態が浮かび上がった。小児科医が過労からうつ病を患い、自殺したケースもある<sup>(12)</sup>。また、小児科医の疲弊は、医療事故や医療の質の低下を招くと指摘されている。

#### (v) 小児科医希望者の減少

小児科医不足の解消のためには、新しく医師となる学生が小児科医になることを希望することが必須となるが、小児科医不足による過重労働や小児科の不採算性等が大きく報じられ、小児科を希望する学生が他科に比べて少ない<sup>(13)</sup>。

(i) から (v) に挙げたように、小児科医の高齢化やなり手の減少等で、今後も小児科医が減ることが予想される。小児科を専門とする病院や診療所の閉鎖、病院小児科の削減等が進むと、残された小児科医の負担がさらに大きくなる、という悪循環となって、小児医療全体が

危機に陥ることが危惧されている。

### (3) 小児医療提供体制整備のための対策

小児医療提供体制の問題点、とりわけ深刻な小児科医不足を補うため、以下のような対応策がとられてきた。

#### (i) 臨床研修制度の改善

戦後から昭和42（1967）年までは、医師国家試験の受験資格を得るために1年間の実習訓練が義務づけられていたが（インターン制度）、昭和43（1968）年に廃止され、卒後の臨床研修が努力義務となっていた。医師の臨床研修は、医療技術の発展に伴い専門医志向に傾き、ほとんどの研修は特定の診療科のみを対象とするものであった。また、研修期間中、身分が不安定なため、他機関で当直医のアルバイトをすることなどに起因する過労死や医療事故が起り、社会問題となった。「病気を診て、人を診ず」と批判されるような、地域医療やプライマリケア<sup>(14)</sup>の基本がきちんと学ばれていなかったことが問題になっていた。

そこで、平成12年12月に臨床研修制度に関して医師法等が改正され、平成16年4月から、2年間の卒後臨床研修が義務付けられた。この研修では、プライマリケアを中心に、医師として必要とされる、幅広い基本的な診療能力を身に付けることが目標とされている。研修プログラムでは、原則として、当初の12か月は内科、外科、麻酔科を含む救急部門を研修し、その後小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（へき地・離島診療所、介護老人保健施設等での研修）を1か月以上研修することになった<sup>(15)</sup>。小児科は標準モデルとして3か月の研修が必要とされており<sup>(16)</sup>、他科の医師でも小児のプライマリケアに対応できるようになることが期待されている。

(12) 「500救急病院にメス」『読売新聞』2004.5.27, 夕刊。

(13) 田中哲郎ほか「小児救急医療における小児科医不足—医学部学生の小児科に対する考え方—」『日本医事新報』4017号, 2001.4.21, p.39.

(14) かかりつけ医や保健師、薬剤師などの連携によって、地域における患者やその家族の健康や福祉について包括的・持続的にケアを行なう医療体制。初期診療や疾病予防、健康教育などを主に行なう（医療事務協議会編著『最新・医療事務用語1600』医学通信社, 2002.9, p.74.）。

(15) 「専門医志向からプライマリ・ケアへ—今年4月に動き始めた新医師臨床研修制度（上）—」『週刊社会保障』2293号, 2004.7.26, pp.7-8.

(16) 厚生労働省「研修プログラムの基準（案）について（第6版）」<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/s0904-2b.html#2>> (last access 2004.11.14)

## (ii) 小児救急医療体制の整備

共働き世帯や核家族の増加に伴い、小児科においては時間外の救急医療の診療に加えて、軽症段階で受診する患者も増えている。

厚生労働省は平成11年度から小児救急医療支援事業<sup>(17)</sup>を始めたが、平成15年10月現在、全国406地区ある小児救急医療圏<sup>(18)</sup>のうち、小児救急医療体制を整備しているのは180地区(全体の44.3%)という状況であった<sup>(19)</sup>。このため、厚生労働省は、さらに小児救急医療体制の充実を図るために、平成16年度から国庫補助事業として「小児救急電話相談事業」「小児救急地域医師研修事業<sup>(20)</sup>」「小児救急遠隔医療設備整備事業<sup>(21)</sup>」を導入した。

「小児救急電話相談事業」は、急患センターへの患者集中を緩和するために始められたもので、全国同一の短縮小児救急電話番号(#8000)にかけると、小児科医が電話相談に応じてくれる<sup>(22)</sup>。軽症患者は電話でのアドバイスで対応できるケースが多いことから、医療機関への患者集中を抑制する効果が期待されており、すでに始まっている広島県の電話相談事業は、利用者から好評を得ている<sup>(23)</sup>。また、厚生労働省は、平成17年度予算概算要求で、小児救急に携わる医師の確保を二次医療圏<sup>(24)</sup>単位から都道府県単位に拡大し、離・退職小児科医の発掘、医師の再教育等を行うことにより、小児科医不足の解消を図ることとしている<sup>(25)</sup>。

## (iii) 女性医師が働きやすい環境作り

小児科では女性医師の占める割合が多いという特徴がある。小児科医総数に占める女性の割合は30.7%(平成14年12月現在)で、眼科36.8%(同)、皮膚科36.1%(同)に次いで多い<sup>(26)</sup>。日本小児科学会が行った医師の勤務実態調査によると、40%以上の女性医師は育児と仕事の両立が難しいと感じている<sup>(27)</sup>。今後、女性医師の占める割合が増加することが予想されるため、女性小児科医が安心して仕事と子育てを両立できるように、保育所・病児保育の整備や短時間勤務体制の整備、復帰後の研修等、支援体制の構築が求められる。東京都では、平成16年度中に、庁内に「小児科医人材情報センター」を設置し、出産などで離職した女性医師の情報をデータベース化し、復帰意思のある医師と医療機関をマッチングさせるシステムを導入する予定である。復帰のための短期研修制度も始める<sup>(28)</sup>。

## (4) 課題—小児救急医療体制の整備

小児医療の中でも特に救急医療体制の整備が重要な課題となっている。前述のように、厚生労働省では平成11年度から小児救急医療支援事業を始めたが、マンパワー不足から未整備の医療圏は半数以上の226地区という現状である。少ないマンパワーをいかに有効に活用するかが課題になっている。

小児救急医療体制を確立するためには、医師数の地域間格差、面積や地形などの地理的な問

(17) 二次医療圏(注18, 24を参照)単位で、休日・夜間の小児救急患者を常に小児科医で対応できる小児救急病院群輪番制を確保する都道府県に対し、財政的な支援を行う事業。実施主体は市町村で、国からは事業の補助金のうち3分の1が支給される。残りは、都道府県と市町村がそれぞれ3分の1ずつ負担する(厚生労働省医政局指導課「これからの小児救急医療」『厚生』57巻5号, 2002.5, pp.17-18.)。

(18) 医療圏とは、医療供給体制を整備する医療計画のための地域単位をいう(医療事務協議会 前掲書, p.6.)。

(19) WAM NET「全国小児救急医療関係主管課長会議資料」「資料6小児救急医療体制の整備促進に向けた今後の対応について」(2002.11.26作成) <<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb01Mhlw.nsf/0/21d6e9e38ed0464549256c7d001f1cbf?OpenDocument>> (last access 2004.11.14)

(20) 地域の小児科医、内科医等を対象とした小児救急に関する医師研修事業(厚生労働省「(2)小児救急医療の体制整備」(全国厚生労働関係部局長会議資料 医政局より) <<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/isei/jyuten.html#3-2>> (last access 2004.11.27))。

(21) ITを活用し、小児科以外の医師が小児科専門医の医療相談を受けることのできる遠隔医療施設を整備する事業(同上)。

(22) 「医療提供体制の改革ビジョン(第23講)小児救急医療②」『週刊社会保障』2288号, 2004.6.21, p.59.

(23) 「小児救急医療体制 半数以上の医療圏が事業未実施」『日本医事新報』4150号, 2003.11.8, p.74.

(24) プライマリ・ケア(一次医療)を支援し、比較的専門性の高い外来医療や一般的な入院医療などの充実を図る区域(医療事務協議会 前掲書, p.6.)。

(25) 厚生労働省「5子どもの健康の確保と母子保健医療体制等の充実」<<http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/05gaisan/syuyou2.html#2>> (last access 2004.11.16)

(26) 小児科に比べ、内科では医師総数に占める女性の割合は14.6%、外科では4.0%と少ない(「第39表 医療施設従事医師数・平均年齢、病院・診療所・診療科名(主たる)・年齢階級・性別」『平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査』pp.124-127.)。

(27) 「女医、「育児が支障」4割」『日本経済新聞』2004.6.5, 夕刊。

(28) 「小児科不足 ママが治す」『読売新聞』2004.3.15, 夕刊。

題、自治体の財政状況等と深く係わっているので、地域の実情に合わせた対策が必要である。関係団体の改革案等を見てみよう。

日本医師会は、「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」を立ち上げ、平成14年3月に報告書をまとめた。小児科医のみで小児救急医療システムを維持することが困難な状況では、小児科以外の診療科による協力・連携が不可欠であり、地域の医師会が小児科医と他科医のネットワークを築き、小児救急医療を支える地域医療の中心的役割を担うことが必要だとしている<sup>(29)</sup>。

また、日本小児科学会は、平成14年9月に「小児救急プロジェクトチーム」を設置し、平成16年4月に改革構想をまとめた。これは、休日や夜間を含め、24時間対応の救急拠点となる「地域小児科センター」を全国に設けるという構想である<sup>(30)</sup>。その後、さらに検討が進められ、小児科を小児科診療所、一般小児科（病院）、過疎小児科（病院）、地域小児科センター、中核病院という5つの型に機能分化することを提案した。小児救急・新生児集中治療の両方、またはいずれかの機能を備える「地域小児科センター」では、複数の医療機関に分散している小児科医を集約し、地域の小児科医が全体として共同参加して一次救急を担うほか、入院医療の必要な患者への対応も行なう。「一般小児科」では小児救急は担当しないが、その医師は「小児科診療所」と同様に「地域小児科センター」における一次救急の当番制に参加するなど、地域の病院小児医療をチームとして医師全体で維持する体制を築く。将来的に、「地域小児科センター」は子育て支援や小児保健活動等、子どものための総合的な保健・医療サービスの拠点としての役割も期待されるとしている<sup>(31)</sup>。

厚生労働省は、小児救急医療体制の整備を始めているが、これらの改革案も勘案し、より機

能的かつ効果的なシステムの構築が求められている。

## 2 米国及びスウェーデンにおける小児医療提供体制の特徴

小児医療提供体制に特徴のある米国及びスウェーデンの事例を概観する。

### (1) 米国の小児医療提供体制

米国では、通常、患者は近所で開業しているプライマリケア医に診てもらい、その後プライマリケア医に紹介された専門医にかかる。米国の専門医には、病院の勤務医である場合と、病院付近に自前の事務所を構えている場合がある。病院の多くは、オープン病院のシステム<sup>(32)</sup>をとるところが多い。

#### (i) 医療従事者

2001年12月31日現在、連邦管掌外施設に勤める現役医師は73.2万人おり、その内訳はプライマリケア医（一般家庭医）が7.0万人（9.6%）、開業している専門医が44.4万人（60.7%）、病院勤務医（専門医）が13.8万人（18.9%）となっており、開業している専門医の割合が多いという特徴がある。開業している専門医のうち小児科医は4.5万人であり、内科医（9.5万人）に次いで多い<sup>(33)</sup>。

医師を目指す学生は、通常4年制大学を卒業した後、医学部入学統一試験（The Medical College Admissions Test:MCAT）を受験し、医科大学に進学して4年間の医学教育を受ける<sup>(34)</sup>。卒業後医学教育に関しては、様々な関係団体、民間組織が係わっており、プログラム必要基準に沿った教育プログラムが数多く存在する。小児科医になるためには、小児科のレジデント（研修医）として通算3年間の研修を受けなければいけない。研修は、全レジデント共通の基礎研

(29) 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会『小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会（プロジェクト）報告書』2002.3, pp.7-9.

(30) 「子ども急病 夜も安心」『読売新聞』2004.4.17, 夕刊.

(31) 中澤誠ほか「小児医療提供体制の改革ビジョン—我が国の小児医療・小児救急医療体制の改革に向けて」『日本医事新報』4200号, 2004.10.23, pp.53-57.

(32) 専門医が契約している病院に行つて、機器や病床を使って手術などの治療を行い、退院後は自らの事務所に患者を通院させるか、その他のリハビリテーション施設に通わせるシステムのこと（『アメリカ医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構, 2004.3, p.99.）。

(33) "No.162. Physicians by Selected Activity: 1980 to 2001", *Statistical Abstract of the United States: 2003*, U.S. Census Bureau, 2003.12, p.118.

(34) Gordon L. Noel, 福原俊一「米国における医学教育、卒業研修および専門医の質の保証」『現代医療』35巻4号, 2003.4, pp.851-852.; 週刊社会保障編集部編「6医療従事者」『欧米諸国の医療保障』法研, 2000.5, pp.283-284.

修と各レジデントの将来計画に合わせた選択研修(サブスペシャリティ(下位専門分野)研修)がある。基礎研修では、救急医学・急性疾患、長期追跡外来、正常新生児、行動・発達小児科学、地域保健・医療、NICU(新生児集中治療)・PICU(周産期集中治療)<sup>(35)</sup>、思春期医学について学ぶ。サブスペシャリティ研修は通算4か月以上の研修期間が必要であり、1つの領域に配属される期間は連続で3か月が上限となっている。サブスペシャリティには、アレルギー・免疫、消化器、感染症、遺伝医学、心臓、血液・腫瘍、腎臓、呼吸器、内分泌・代謝、リウマチ、神経がある。研修後に認定試験を受け、多くの者は一般小児科専門医(pediatric generalist)として開業する。さらに、専門小児科(pediatric subspecialist)研修を受け、専門小児科医の認定試験を受ける者もいる<sup>(36)</sup>。

小児科医の研修は主に小児病院で行なわれる。独立型の小児病院では、全小児科医の30%と、全専門小児科医の半数および麻酔科、整形外科、耳鼻咽喉科、放射線科、外科、泌尿器科における全小児科レジデントの90%以上の研修を担っている。小児科医の卒後医学教育に要する費用の大半は、小児病院卒後医学教育(Children's Hospitals Graduate Medical Education:CHGME)プログラムにより、連邦政府の歳出で賄われている<sup>(37)</sup>。

## (ii) 医療施設

米國小児病院・関連施設協会(National Association of Children's Hospital and Related Institutions:NACHRI)の推計によると、全米に4,908ある病院の約5%に当るおよそ250から275施設が小児専門の病院である。その内訳は、独立型の一般急性期小児病院が50から55施設(20%)、系列型の一般急性期小児病院(大病院にある小児病院としても知られている)が110か

ら125施設(44%)、整形外科やリハビリテーション科、精神科などを専門とする小児病院が90から100施設(36%)である。

小児病院は地域に根づいたセンターであり、複雑で希少な罹病状態にある子どもに対して、高度に専門化された入院医療の大部分を提供している。独立型の急性期小児病院および大病院の中にある小児病棟では、小児心臓手術の総数の90%、小児移植の総数の94%及び小児進行ガンの入院医療の84%を提供している。小児病院は、小児医療に関する調査センターとしての役割を果たしており、また、けがの予防や児童虐待及びネグレクト、小児肥満などの問題に取り組むことにより、小児保健機関としての役割も担っている。

## (iii) 小児救急医療体制

小児病院を中心に、大人とは別に独立した小児専用の救急体制を構築している。患者は救急部門においてトリアージ<sup>(38)</sup>・ナースによる選別を受け、①危篤(Critical)、②危急(Emergency)、③緊急(Urgent)、④非緊急(Non-urgent)に分類され、容態に合った治療区分に移される。大きな施設に十分な医師、看護師、その他の医療従事者を配置して、トリアージ・ナースに代表される徹底したチーム医療により、救急医療に対応している。多くのマンパワーを配置することで、広域化に対応することが可能となっている<sup>(39)</sup>。

## (iv) 入院中の子どもに対するサポート

### (a) プレイセラピー(チャイルドライフ)

欧米諸国では、病院はただ医療技術による治療を行なっている場所ではないという認識の下に、精神的なケアや、子どもの発達に合わせた遊び(プレイセラピー)や教育が提供されており、米国でも充実したサービスが提

(35) 妊娠28週以降生後7日の周産期を中心に、妊娠の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に適切に対処するために専門の医療チームで集中管理治療を行う(『医学大辞典』南山堂1998.1, p.1714.)。

(36) 松尾宣武、鴨下重彦「米国における小児科医(general pediatrician)、専門小児科医(pediatric subspecialist)の研修プログラム:日米対比の視点から」『日本小児科学会雑誌』107巻3号, 2003.3, pp.536-542。

(37) "Top Ten Questions Asked about Children's Hospitals" *Child Health Trends Update*, 2004.4 <[http://www.childrenshospitals.net/Template.cfm?Section=Child\\_Health\\_Trends\\_Update&CONTENTID=8021&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm](http://www.childrenshospitals.net/Template.cfm?Section=Child_Health_Trends_Update&CONTENTID=8021&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm)> (last access 2004.10.28)

(38) 災害発生時など、多数の傷病者が同時に発生した場合に、限られた医療資源で、傷病者の重症度や治療の緊急度に応じて適切な処置や搬送を行なうために、治療優先順位を決定すること(医療事務協議会 前掲書 p.62.)。

(39) 山田至康ほか「北米における小児救急医療体制の現況調査」『少子化時代における小児救急医療のあり方に関する研究:平成12年度研究報告書(厚生科学研究費補助金:医療技術評価研究事業)』2001。

供されている。

米国では、プレイセラピーと同様の活動をチャイルドライフと呼んでいる。チャイルドライフの活動は1950年から1960年代に飛躍的に広がった。チャイルドライフスペシャリストの活動範囲は、外来診療、集中治療室、手術待合室などを含む小児の全科に及ぶ<sup>(40)</sup>。入院領域においては、15～20人の患者につき1人のチャイルドライフスペシャリストを配置するのがよいとされる。1988年の調査によると、回答があった一般及び小児病院を含む286施設の82%が専門のチャイルドライフスタッフを雇用していた。また、1998年の調査によると、米國小児病院・関連施設協会の会員施設のうち、回答があった112施設の97%がチャイルドライフスペシャリストを雇用していた<sup>(41)</sup>。なお、1995年にニュージャージー州では、小児ICU（集中治療部）におけるチャイルドライフスペシャリストの配置についての先進的な法律が制定されている<sup>(42)</sup>。

#### (b) 入院中の小児患者家族に対する援助

米国では、がんや白血病などの難病の治療のため、遠方から大都市の病院に来て、長期の入院を余儀なくされている子どもたちをサポートする目的で、1974年にロナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティが運営する「ドナルド・マクドナルド・ハウス」が誕生した。これは、家族の経済的、精神的な負担を少しでも軽減するため、低料金で泊まれる宿泊施設である。2003年現在、全米で150施設あ

る<sup>(43)</sup>。ロナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティの活動は世界に広がり、各国で「ドナルド・マクドナルド・ハウス」が建設されている。現在では25カ国におよそ240施設ある<sup>(44)</sup>。

## (2) スウェーデンの小児医療提供体制

スウェーデンでは、医療は主にランスティング<sup>(45)</sup>（県）によって提供されており、私立病院や民間開業医の割合はごくわずかである。保健医療従事者の約9割は公務員となっている。保健医療サービスは、その圏域及びレベルに応じて、三層構造で提供されている。すなわち、広域医療圏単位<sup>(46)</sup>、レーン単位<sup>(47)</sup>、プライマリケア地区単位<sup>(48)</sup>の医療が行なわれている。

### (i) 医療従事者

小児医療の中に様々なサブスペシャリティが存在する。スウェーデン小児学会（the Sweden Society of Paediatrics）には、アレルギー学、内分泌学、糖尿病、血液学、腫瘍学、保健、外来患者医療、心臓病学、新生児科学、神経病学、（心身障害者の）訓練、青少年に対する医療などの領域がある。

### (ii) 医療施設

#### (a) プライマリケア施設

小児医療はプライマリケアに、重要な位置づけがされている。プライマリケア地区には、必ず地区診療所、地区看護師診療室、妊産婦

(40) 夏路瑞穂「チャイルド・ライフ・スペシャリスト：子ども中心の医療を推進する」『子ども学』5号, 2003.3, p.5.

(41) American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care 'Child Life Services' *PEDIATRICS*, Vol.106, No.5, 2000.11, p.1156.

<<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;106/5/1156.pdf>> (last access 2004.11.1)

(42) 野村みどり「スウェーデンにおけるプレイセラピーの確立経緯とこどもの病院環境」『社会保険旬報』1997号, 1998.9.21, p.14.

(43) *Ronald McDonald House Charities 2003 Annual Report*, p.17.

<[http://www.rmhc.com/donate/corp\\_donations/report/media/RMHC\\_AR2003.pdf](http://www.rmhc.com/donate/corp_donations/report/media/RMHC_AR2003.pdf)> (last access 2004.12.3)

(44) Ronald McDonald House Charities 'Important Facts'

<[http://www.rmhc.com/mission/rmhs/rmhs\\_facts/index.html](http://www.rmhc.com/mission/rmhs/rmhs_facts/index.html)> (last access 2004.11.1)

(45) ランスティングは全国に20ある地方自治体で、人口規模は約13～185万人である。ランスティングは、保健医療サービス、社会活動（児童・青少年問題のカウンセリングなど）、広域地域・交通計画、文化政策、高等・専門教育（医師以外の保健・医療に関する学校教育、農業教育）など、広域的な視野からの施策展開を必要とする業務を所管している（スウェーデン医療保障制度に関する研究会編『スウェーデン医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構, 2004.3, pp.82-83.）。

(46) 全国を6地区（人口90～190万人）に分割し、9つの広域医療圏病院（各地区に1か所以上）により高度に特化された医療を行っている（同上, p.97.）。

(47) プライマリケアで対応できない患者を対象とし、レーン中央病院（各ランスティング等に1か所程度）では15～20の専門科による外来・入院・精神科医療が、レーン地区病院（人口6～10万人に1か所）では4科以上の専門科による外来・入院・精神科医療を行っている（同上, pp.97-98.）。

(48) 全国に約370地区のプライマリケア地区（人口1万人程度）が編成されている。当該地区住民に対して、外来診療、訪問看護、リハビリテーションなど保健医療の初期的責任を受け持っている（同上, pp.97-98.）。

保健センター、小児保健センターなどの施設が設置されている。地区診療所はプライマリケアを担う中心的施設であり、医師、地区看護師<sup>(49)</sup>、助産師及び小児科看護師等がいて、医療と保健予防事業等を行なっている<sup>(50)</sup>。

#### (b) 病院施設

子どものための病院医療は、大部分は全国の37機関の小児科（小児病棟）で提供されている。そのうち12機関は大学や地方の病院であり、22機関はランスタングの病院で、残り10機関はコミュン（市）の病院である<sup>(51)</sup>。それらのほとんどは広大な敷地を有する総合病院である。その中に日本の小児専門病院に近い規模の小児病棟がある<sup>(52)</sup>。このうち4つの病院では高度に専門化されたケアを提供する小児外科部門があり、30の病院では小児精神科診療所がある<sup>(53)</sup>。

#### (iii) 小児救急医療体制

小児救急医療は主に年少児童を対象としている。診療所では、異なる医療圏で緊急を要する病気の子どもを、素早く、効率よく対処できるように、広域の救急オンコールシステム（ポケットベルなどで医師を呼び出す体制）を備えなければならないことになっている。また、昼間のみ行っていた診療は、急速に24時間サービスに置き換わっている<sup>(54)</sup>。

#### (iv) 入院中の子どもに対するサポート

1977年に施行された児童保育法により、医療当局には、入院する子どもに幼稚園や学童保育、余暇センターと同様の活動（プレイセラピー）の機会を与えることが義務付けられた。これにより、小児科があるすべての医療施設にプレイセラピー科が設けられている。定員の基準は、プレイセラピスト1人当たり入院児20人となっている。1998年現在で約200～300人のプレイセ

ラピストがおり、保育または学童保育の資格を持っている。プレイセラピストの役割は、子どもの発達や病状に合わせて活動の機会を与えるだけでなく、両親や看護師への援助等、病院全体に及んでいる。また、子どもが入院すると転校せずに教育を受けられる制度が整っており、教師はプレイセラピストと連携・協力して、効果的な活動を行なっている<sup>(55)</sup>。

#### (3) 我が国への示唆

アメリカでは卒後研修制度が充実しており、小児科医になる場合、研修は主に小児病院で行われる。また、小児医療の専門化が進んでおり、規模の大きい小児病院や小児病棟においては、小児科の中でさらに細かい専門分野に分かれ、きめ細かいサービスが提供されている。

現在、我が国における小児を専門とする医療施設（県立こども病院や県立小児医療センター等の小児総合医療施設）は、日本小児総合医療施設協議会に認定されている施設として26か所ある<sup>(56)</sup>。医療技術が高度化し、子どもを持つ親が専門性を求めるようになってきており、難しい症例など専門診療に従事した小児科専門医へのニーズは大きい。しかし、現在の我が国の小児医療体制では十分と言えない。

一方、スウェーデンにおいては、プライマリケアを基本とした医療提供体制が構築されており、その中で小児医療も明確に位置づけられている。

また、主要国では、入院中の子どもに対する精神的サポートが重視されている。我が国でも、近年ファミリーハウスやプレイセラピーの重要性が認識されるようになってきた。平成13年12月に、国立成育医療センター（東京都世田谷区）の隣に日本第1号の「ドナルド・マクドナルド・ハウス せたがや」が建てられ、平成15年11月には第2号が仙台に開設した。平成17

(49) 地区看護師は、外来保健医療の現職教育を受けた看護師で、プライマリケアと学校保健の業務に従事する資格を持っている。地区診療所の医師が少ない過疎地域では、日常的な診療を行なうなど重要な役割を果たしている（同上、p.101.）。

(50) 同上、pp.97-98, 100-101.

(51) Socialstyrelsen 'Health care services for children and young people' *Sweden's Health Report 2001, 2002*, p.123. <<http://www.sos.se/fulltext/111/2002-111-3/2002-111-3.PDF>> (last access 2004.12.7)

(52) 木内妙子、大西文子「スウェーデンにおけるプレイセラピーの実際」『小児看護』21巻3号、1998.3、p.382.

(53) Socialstyrelsen *op. cit.*

(54) *Ibid.*

(55) 野村みどり編『プレイセラピー—子どもの病院&教育環境』建築技術、1998.11、pp.14-16、26.

(56) 日本小児総合医療施設協議会「日本の小児総合医療施設のご案内（平成16年4月1日現在）」<<http://www.crn.or.jp/~JaCHRI/contents/contents.html>> (last access 2004.10.28)



年には、高知（3月）や大阪（10月）でも同ハウスの建設が予定されている<sup>(57)</sup>。また、特定非営利活動法人ファミリーハウスの調査によると、市民団体や企業等の支援により、現在全国に約80の滞在施設（ファミリーハウス等）がある<sup>(58)</sup>。しかし、大都市周辺の宿泊施設の場合、病院から離れていることが多く、支援体制が十分でないなど、利便性の面で課題を抱えている。一泊数千円の宿泊料で親を受け入れているため、ファミリーハウスの運営を維持するのが困難なところも出てきており、国による運営費の助成を求める声も上がっている<sup>(59)</sup>。

プレイセラピーに関してはまだ一般的となっていないが、長期入院などで精神的な負担が大きい子どもにとって、治療効果を上げるのに有効な方法である。我が国でも、小児発達学や小児心理学等の教育を受けたプレイセラピストを各医療施設に配置して、きめ細かなケアを提供する体制が必要である。

## II 我が国及び主要国における小児医療に係る公的負担

### 1 我が国における小児医療に係る公的負担

#### (1) 診療報酬上の優遇措置

小児患者は大人に比べ診療や検査の手間がかかるが、それに見合った評価がなされていないなど、小児科の診療報酬は低いという見方が多かった。事実、不採算性を理由に病院小児科が閉鎖されることが多くなったため、小児医療に係る診療報酬について検討がなされ、平成14年4月の改定から徐々に改善されてきている。しかし、まだ十分と言えないとして、病院関係者等からさらに手厚い措置を望む声が上がっていた<sup>(60)</sup>。

平成16年4月の改定では、専門的な小児・新

生児入院医療や小児救急医療体制等の充実を図るため、さらに診療報酬が手厚くなった。主な改定内容は下記のとおりである<sup>(61)</sup>。

- ・小児入院医療管理料の在院日数要件や複数病棟での算定要件の見直し
- ・新生児入院医療管理加算の引上げ
- ・小児外来における時間外加算の評価の見直し
- ・地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の緩和

今回の改定は、夜間や休日診療を行なう小児科が増えることを期待したものである。また、小児入院医療管理料の算定要件が緩和されたことで、病院小児科には有利なものとなった。十分とは言い難いが、小児医療体制改善のための一歩前進ということで評価できるであろう。今後は診療報酬体系全般の見直しとともに、さらなる改善が望まれる。

#### (2) 医療費の助成

平成14年10月から、3歳未満の乳幼児については、少子化対策の一環として小児医療費の助成が行なわれることになった。この結果、小児患者の自己負担割合は、大人と同じく入院・外来とも3割負担であったものが、2割へ引き下げられた<sup>(62)</sup>。

#### (i) 各自治体の乳幼児医療費助成制度

今日、全ての自治体で乳幼児医療費助成制度を実施している。ただし、自治体によってばらつきが極端に大きく、医療費の助成対象年齢を1歳未満としている自治体から、18歳の年度末までとしている自治体まで様々である。平成16年4月1日現在、小学校卒業以上を対象としている市区町村は、通院に関しては68自治体（約3,100自治体あるうちの2.2%）、入院に関しては113自治体（同3.6%）ある<sup>(63)</sup>。今後の新たな政策として、次の例が挙げられる。品川区は平成17年1月から、小学6年までの医療費を所得制限なし

(57) 「今日は世界子どもの日」『読売新聞』2004.11.20.

(58) 特定非営利活動法人ファミリーハウス「全国滞在施設一覧（ファミリーハウス調べ）2004年2月」  
<<http://www.familyhouse.or.jp/stay/search/img/list-2004.pdf>> (last access 2004.11.1)

(59) 「難病児治療 親の宿泊安く」『日本経済新聞』2004.2.15.

(60) 小沼里子「小児救急医療の現状と課題—東北4県の事例—」『レファレンス』633号, 2003.10, pp.36-37.

(61) 「[概要] 改定の主要項目」『Phase3』236号, 2004.4, pp.23-24.

(62) 「健康保険法等の一部を改正する法律」(平成14年法律第102号)

(63) 乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワーク「乳幼児医療費助成制度（都道府県）の状況」<<http://www1.doc-net.or.jp/~babynet/todofuken.htm>>及び「乳幼児医療費助成制度（市区町村）の状況」<<http://www1.doc-net.or.jp/~babynet/city.htm>> (last access 2004.11.6)

表1 乳幼児を対象とする公費負担医療

	未熟児	慢性疾患児	障害児	結核
事業名	未熟児養育医療	小児慢性特定疾患治療研究事業	育成医療	結核児童養育給付
実施主体	都道府県・指定都市・その他の保健所設置市・特別区	都道府県・指定都市・中核市	都道府県・指定都市・中核市	都道府県・指定都市・中核市
事業の趣旨	未熟児に対する入院医療費に係る医療保険の自己負担分を給付	小児がん等小児慢性特定疾患に罹患している児童に対し、治療の普及促進を図り、併せて医療保険の自己負担分を給付	身体に障害のある児童に対し、必要な医療に係る医療保険の自己負担分を給付	結核の児童に対し、学習品、日用品を支給するとともに、医療保険の自己負担分を給付
対象者	出生時の体重が2000グラム以下の児童や生活力が特に薄弱な児童など	約500疾病の小児慢性特定疾患に罹患している児童	身体に障害がある児童または将来において障害児となるおそれのある児童のうち確実に治療効果が期待される児童	長期の入院治療を要する結核児童
対象年齢	1歳未満	18歳未満（一部20歳まで）	18歳未満	18歳未満
給付内容	・入院医療費について医療保険の自己負担分	・対象疾患の治療研究に係る医療費について医療保険の自己負担分	・対象の機能障害の除去、軽減のため必要な医療費について医療保険の自己負担分	・入院医療費について医療保険の自己負担分 ・学習品、日用品の支給
給付人員 (14年度)	27,613人	105,341人	57,802人	35人
予算* (16年度)	25億円	127億円	28億円	1千万円

(注) \*国は都道府県等に対して事業費の2分の1を負担または補助する。

(出典) 「表6 乳幼児を対象とする公費負担医療」『国民衛生の動向 2004年』厚生統計協会, 2004.8, p.95.

で無料化する予定であり<sup>(64)</sup>、台東区及び港区は平成17年4月から、中学3年までの医療費を所得制限なしで無料化する予定である<sup>(65)</sup>。

このように自治体によって大きな格差が生じていることから、全国一律の乳幼児医療費無料化制度の創設を国に求める請願等の活動が行なわれているが<sup>(66)</sup>、厚生労働省によると、財政難などの理由から実施の見込みが立っていない<sup>(67)</sup>。

#### (ii) 公費負担医療

乳幼児を対象とする公費負担医療として、「未熟児養育医療」「小児慢性特定疾患治療研究事業」「(障害児)育成医療」「結核児童養育給付」の4事業があり、医療費の補助を受けられる。事業の概要は表1のとおりである。

以上のうち、小児慢性特定疾患患者への医療補助については、その根拠を法定化するため、児童福祉法が一部改正された（平成16年11月26

(64) 「小学生以下の医療費 品川区が全面無料に」『読売新聞』2004.8.3.

(65) 「台東区来年度から 医療費小中学生も無料」『読売新聞』2004.9.28.; 「小中生医療無料へ 港区」『読売新聞』2004.11.23.

(66) 「請願名「乳幼児医療費無料制度の創設に関する請願」の情報」<[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_seigan.nsf/html/seigan/1590026.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_seigan.nsf/html/seigan/1590026.htm)> (last access 2004.11.29)

(67) 「乳幼児医療費助成 なぜ自治体で格差？」『朝日新聞』2004.10.27.

日成立、法律第153号)。改正により、新たな小児慢性特定疾患対策として、入院・通院患者の双方を補助対象とし、また、18歳未満までだった補助対象年齢を全疾患で20歳未満まで引上げることとなった(平成17年1月1日施行)<sup>(68)</sup>。

## 2 主要国における小児医療に係る公的負担

### (1) 小児医療に係る公的負担の種類

主要国の公的医療保障制度は、大きく分けて社会保険方式をとる国と、税を財源とする国民保健サービス方式をとる国がある。子どもに係る公的負担に特徴のある国について紹介する。

#### (i) 社会保険方式をとる国

ドイツの疾病保険には、一般労働者、職員等を対象とした一般疾病保険と自営農民等を対象とした農業者疾病保険がある。一定額以上の高額所得者や公務員、軍人等は任意加入となっている。成人では入院や薬剤に関しては一部自己負担があるが、18歳未満の子どもに関しては、入院、薬剤ともに無料で医療サービスを受けることができる。また、各年齢の検診やマッサージ等各種療法についても、18歳未満の子どもは無料で受けられる<sup>(69)</sup>。ドイツにおける小児患

者の医療費自己負担についてまとめると、表2のようになる。

アメリカは、先に見たように小児医療体制は充実しているが、公的医療保障に関しては国民皆保険制度がなく、原則として65歳以上の高齢者と障害者等を対象としたメディケア及び一部の低所得者を対象としたメディケイドが存在するだけである。現役世代は民間医療保険が中心となっている。子どもの医療保険については、親が加入する保険により異なる。貧困レベル以下の家庭の子どもは、メディケイドにより無料で医療サービスを受けることができる。メディケイドの対象者になっていない低所得者の家庭の子どもは、州児童健康保険プログラム(State Children's Health Insurance Program: SCHIP)の適用を受ける。給付内容は州によって異なる<sup>(70)</sup>。2002年現在、SCHIPに登録されている子どもは全米で531.5万人いる<sup>(71)</sup>。

#### (ii) 税を財源とする国民保健サービス方式をとる国

イギリスでは、医療保険制度の代わりに国民保健サービス(The National Health Service: NHS)と呼ばれる医療保障制度がある。原則として無料で、予防医療やリハビリテーション

表2 ドイツにおける医療費自己負担

	入院	外来	薬剤	歯科	その他
ドイツ	18歳未満は無料。	無料。 (大人と同じ)	18歳未満は無料。	義歯について50%負担。ただし、予防検診の受診状況により給付率が変 わる。 (大人と同じ)	6歳未満の幼児を対象とした幼児特定疾患検診、12歳未満の歯科集団検診、6~18歳未満の歯科個別検診(2年間で1回)については無料。 マッサージ等各種療法について、18歳未満は無料。

(出典) ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集2003年版』医療経済研究機構, 2004.3.; 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 2004年版』東洋経済新報社, 2004.5.; 『保険と年金の動向 2003年』厚生統計協会, 2003.11.をもとに作成。

(68) 「新たな小児疾患対策は重症に重点化」『国保実務』2400号, 2004.3.22, pp.20-21.

(69) 健康保険組合連合会編「4ドイツ」『社会保障年鑑 2004年版』東洋経済新報社, 2004.5, pp.309-311.

(70) 『アメリカ医療関連データ集 2003年版』pp.82,88,95-98.

(71) "No.148. State Children's Health Insurance Program (SCHIP) -Enrollment and Expenditures by State: 2000 and 2002", *Statistical Abstract of the United States: 2003.*, op.cit., p.112.

表3 イギリス及びスウェーデンにおける医療費自己負担

	入院	外来	薬剤	歯科	その他
イギリス	無料。 (大人と同じ)	無料。 (大人と同じ)	16歳（就学中は19歳）未満は無料。	16歳（就学中は19歳）未満は無料。	検眼、眼鏡代も16歳（就学中は19歳）未満は無料。
スウェーデン	1998年1月以降一部のランスタングでは、20歳未満は無料。	1998年1月以降一部のランスタングでは、20歳未満は無料。	12か月間に900クローナまで全額自己負担。それ以上は薬剤費の総額に応じて補助がある。 (大人と同じ)	20歳未満は無料。	一部のランスタングでは、小児保健センターでの診療や助言は無料。

(出典) スウェーデン医療保障制度に関する研究会編『スウェーデン医療関連データ集2003年版』医療経済研究機構, 2004.3.; 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑 2004年版』東洋経済新報社, 2004.5.; 週刊社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障』法研, 2000.5.; 『保険と年金の動向 2003年』厚生統計協会, 2003.11. をもとに作成。

サービスなども含めた包括的な保健医療サービスが提供される。歯科や薬剤に関しては自己負担があるが、16歳（就学中は19歳）未満は検眼、眼鏡代も含め、全て無料で医療サービスを受けられる<sup>(72)</sup>。

スウェーデンでは、イギリスと同様に、税を財源とする保健医療サービスが提供されている。自己負担額はランスタングにより異なるが、20歳未満は無料で歯科サービスを受けることができ、入院及び外来についても一部のランスタングでは、20歳未満は無料でサービスを受けられる<sup>(73)</sup>。

イギリス及びスウェーデンにおける小児患者の医療費自己負担についてまとめると、表3のようになる。

## (2) 我が国への示唆

国ごとに医療保障制度が異なるので一概には比較できないが、社会保険方式をとるドイツでは、18歳未満の子どもは入院・外来ともに無料となっている。税を財源とする国民保健サービス方式をとるイギリスでは、16歳（就学中は19歳）未満の医療費は無料であり、スウェーデンでも20歳未満の入院（一部のランスタング）および歯科については無料となっている。

日本で乳幼児医療費を無料化した場合、どれ

くらいの費用がかかるか、市立小樽病院の小児科医が推計を試みている。当時はまだ3歳未満の医療費自己負担が3割であったが、その時の推計では、6歳未満まで自己負担分を免除しても、国民医療費のわずか1.1%が公費負担として増加するにすぎないという結果であった<sup>(74)</sup>。医療費の助成対象年齢が、自治体によって1歳未満から18歳の年度末までばらつきがあるというのは、望ましいことではない。乳幼児の医療費については、既述のように医療費助成あるいは公的医療保険による給付の拡大により、全国一律の制度を創設する要望が出されている。

## III 我が国及び主要国の小児保健

### 1 我が国の小児保健事業の現状と問題点

従来の小児保健は、乳児死亡率の改善、障害や疾病の予防を目的に、保健指導や乳幼児健康診査を中心に事業を展開してきた。その結果、乳児死亡率が低下するなど保健水準が向上した<sup>(75)</sup>。一方で、少子化、核家族化、共働き家庭の増加等が進むにつれ、子どもを取り巻く環境は大きく変化し、新たな小児保健の課題が生じてきている。

(72) 健康保険組合連合会「2イギリス」前掲書, pp.292-293.

(73) スウェーデン医療保障制度に関する研究会「4.4. サービスの給付内容と利用時の自己負担」前掲書, pp.102-103.

(74) 江原朗ほか「乳幼児の医療費無料化費用を推計する」『社会保険旬報』2126号, 2002.2.21, p.15.

(75) 住友眞佐美「子育て支援—母子保健行政の立場から—」『保健の科学』45巻4号, 2003.4, p.241.

厚生省（現厚生労働省）の健やか親子21検討会（座長：平山宗宏母子愛育会日本子ども家庭総合研究所所長）が平成12年11月17日に公表した「健やか親子21検討会報告書」では、主要課題として、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子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減の4つが設定された<sup>(76)</sup>。育児不安やストレスを抱える親が安心して子育てをできるような支援や、児童虐待といった親子の心の問題に対する支援など、家族を支えていく支援が求められている。また、不登校やとじこもり、家庭内暴力などの子どもの心理的な問題、人工妊娠中絶や性感染症の増加など思春期の子どもの健康問題にも適切な対応が必要である。

母子保健事業は、住民により身近で、きめ細かい対応ができるように、平成9年の母子保健法一部改正によって市町村に移管された。改正後、健康診査や妊産婦・新生児の訪問指導等の基本的サービスは市町村の管轄になった<sup>(77)</sup>。しかし、各々の市町村の財政事情や保健医療従事者の充足度により、自治体によって格差が生じている。保健師数は、平成14年現在38,366人<sup>(78)</sup>、人口10万人当たりの数は全国平均で30.1人であるが、最も多いのは鳥根県の59.4人、最も少ないのは神奈川県<sup>(79)</sup>の17.6人である。保健医療従事者が不足している地域では、従来どおり、保健所や医療機関で乳幼児健康診査や育児相談を行なうことに重きが置かれ、保健師等の訪問事業がなかなか進んでいない。厚生労働省は、出産後間もない時期や、様々な原因で養育が困難になっている家庭に対して、養育上の諸問題の解決や軽減を図るため、平成16年度から

「育児支援家庭訪問事業」を始めた。957市町村分に相当する約20億円を平成16年度予算に計上したが、6月末までに実施した自治体は125市町村（13.1%）にとどまっている<sup>(80)</sup>。

## 2 主要国の小児保健の特徴

### (1) イギリス

イギリスにおいては訪問保健師（health visitor）が小児保健を担っている。訪問保健師は、2003年9月30日現在12,984人（常勤換算9,999人）いる。また、このほかに訪問看護師（または地区看護師）（district nurse）は13,292人（常勤換算10,496人）である<sup>(81)</sup>。

子どもは助産師の手から離れたら訪問保健師に引き継がれる。生後10日から15日までに訪問保健師が1回訪問する。その後は必要に応じて訪問を行なう。訪問保健師は健康な子どもの疾病予防や健康増進に関する活動を行い、病気の子どものケアは訪問看護師に委ねられる<sup>(82)</sup>。訪問保健師は地区保健当局に所属し、一般家庭医（GP）や訪問看護師、助産師と密接に連携して、地域保健サービスを行なっている<sup>(83)</sup>。訪問保健師の主な仕事は、子どもの健康状態の把握、食事の与え方や予防接種、家庭内の安全等の指導、育児不安に対する支援などである<sup>(84)</sup>。

2003年度に訪問保健師が訪問等を行なった件数（初回）は301万件である。その対象は5歳未満と、母親世代の25歳から34歳の割合が高い。5歳未満は全体の62%を占め、25歳から34歳は全体の16%を占めている<sup>(85)</sup>。

### (2) スウェーデン

住民のライフステージごとに保健サービスを提供する機関が異なり、誕生から学齢に達する

(76) 「健やか親子21検討会報告書—母子保健の2010年までの国民運動計画—」2000.12. <[http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1\\_c\\_18.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html)> (last access 2004.10.5)

(77) 財団法人母子衛生研究会編『わが国の母子保健—平成15年—』母子保健事業団, 2003.3, pp.86-87.

(78) 「第1表 就業保健師数、就業場所・都道府県別」『2003年 地域保健医療基礎統計』厚生労働省大臣官房統計情報部, 2004.3, p.368.

(79) 「第6表 人口10万対就業保健師・助産師・看護師等数、都道府県別」同上, p.386.

(80) 「児童虐待防止事業広まらず 市町村の家庭訪問、実施は想定13%」『朝日新聞』2004.10.1.

(81) Department of Health "NHS hospital and community health services non-medical staff in England: 1993-2003" *Statistical Bulletin 2004/05*, 2004.3, p.11.

(82) 天野歌子「デンマークとイギリスの小児在宅医療システムに学ぶ」『小児看護』18巻8号, 1995.8, p.991.

(83) イギリス医療保障制度に関する研究会編『イギリス医療関連データ集 2001年版』医療経済研究機構, 2002.3, pp.73,77.

(84) 天野 前掲論文, pp.991-992.

(85) Department of Health, *NHS health visiting - Professional advice and support in the community: summary information for 2003-04, England*, 2004.10, pp.5-6, pp.24-27.

6歳までは小児保健所、学齢期に達した7歳から25歳までの青少年の保健は青少年保健所が担当している。

小児保健所には、小児看護師、助産師、保健師が勤務している。健診の時は地域の医師が参加する。新生児への家庭訪問は、病院から小児保健所へ出生通知がいくと、5日以内に1回訪問し、1ヵ月目までは週1回訪問する。小児保健所の主な仕事は、乳幼児の家庭訪問のほか、乳幼児の定期健診、予防接種、育児指導、健康相談等である。医師が行なう2ヵ月児・1歳児・1歳6ヵ月児定期健診および4歳児総合健診以外は、保健師が育児相談を行なう。

青少年保健所では、学校看護師と連携を取りながら、主に中学生を対象とした健康管理を行なっており、思春期の問題全般を扱っている。保健情報はすべてコンピュータで管理されている。ライフステージごとにサービスの提供を受ける機関が異なっているが、出産後から成人まで記録を共通に利用できる<sup>(86)</sup>。

### (3) デンマーク

訪問保健師が小児保健を担っている。訪問保健師は、妊娠した母親から子どもまでをサービスの対象としている。助産師から社会福祉センターへ子どもが生まれたという連絡がくると、センターから訪問保健師が訪問するという仕組みになっている。訪問サービスを受けるかどうかは本人の希望によるが、ほとんどは訪問を受ける。コペンハーゲン市では、生後1週間以内に訪問保健師と訪問看護師と一緒に訪問し、1歳に達するまでに5回訪問する。栄養指導のほか、母乳の与え方や母子の理想的な環境の作り方など、両親によい親になるためのアドバイスをを行なっている。同じ年齢の子どもを持つ母親のグループを作る手助けもしている。学齢に達した子どもは学校保健師に引き継がれる。訪問保健師は、家庭医、ケース・ワーカー、歯科医、言語治療士等と連絡を取り合い、支援を必要とする子どもに合わせたサービスを提供している<sup>(87)</sup>。

### (4) 我が国への示唆

以上見てきた3か国は、いずれも訪問保健師を中心に小児保健が行なわれており、出産直後から訪問による手厚いサービスを受けている。

我が国においては、健康診査や育児相談は、一般的に保健所や医療機関で日時を定め、親が出かけていくことによって受ける仕組みになっている。しかし、健康診査等を受けに行かない家庭こそ子育ての問題を抱えている場合が多く、児童虐待を起こす危険性が高いことが北九州市と東京大学の研究チームの調査で明らかにされた<sup>(88)</sup>。全ての市町村で格差のない小児保健サービスを提供することが求められている。小児保健サービスの提供にあたっては、保健師らが、医療機関や地域の子育て支援グループ等と連携を取りながら、支援を必要とする家庭を適切に見極め、積極的に訪問するなど、予防に重点を置いて支援することが重要である。

### おわりに

主要国の事例を紹介しながら、我が国への示唆を述べてきた。主要国においては、小児独自の専門的な治療や心理的なケアなど、大人とは別立てで、きめ細かな小児医療・小児保健サービスが提供されている。また、公的医療保障制度についても、制度の種類にかかわらず、国が子どもの医療費をカバーしているなど、手厚い制度となっている国がいくつか見られた。アメリカにおける小児救急医療体制や小児科専門医の養成及び専門性、スウェーデンにおけるプライマリケアの中での小児医療の位置づけ、イギリスや北欧における訪問保健師による乳幼児訪問事業など、我が国における小児医療政策の検討にあたり、参考となる点が多い。

現在、我が国では、小児科や小児科医が抱える問題に対処するために、小児医療に係る診療報酬を手厚くし、医師の臨床研修を必修化し小児科での研修を受けるよう促すなど、小児医療を取り巻く環境は徐々に改善されつつある。しかし、緊急の整備を要する小児救急医療体制については、いずれも抜本的な解決策とはなりえ

(86) 海外保健活動調査研究小委員会編「スウェーデンの母子保健」『海外の母子保健事情』日本看護協会, 1998.3,

(87) 天野 前掲論文, pp.990-991.

(88) 「乳幼児健診 未受診の母 3割うつ状態」『日本経済新聞』2004.7.15, 夕刊.

ない。特に未整備の地域においては、少ない小児科医のマンパワーを効率よく活用していくことが課題である。日本医師会や日本小児科学会が提案しているように、小児科以外の診療科とのネットワークを築いて医師全体で支えたり、小児科医を「地域小児科センター」に集約して、小児医療体制の基盤をつくるなど、地域の実情に合わせた対策が必要であろう。

長期的には、若手の小児科医が増えるような改善策が求められる。医師を目指す学生に小児科医の魅力をアピールし、高度な医療技術の習得ばかりでなく、日常的なプライマリケアの段階で、きちんと治療できるようにするための研

修プログラムを構築し、労働環境、病院経営を改善することが必要である。また、今後は育児不安や児童虐待などのケースにも対応できるように、心の問題についての理解を深める教育も小児科医には必要となってくる。

少子化社会においては、安心して子どもを産み、育てることのできる環境を整備することが必要不可欠である。次世代を担う子どもたちを社会の財産として認識し、「いつでも、どこでも、安心して診療を受けたい」というニーズに応えられるよう、小児医療の充実を国政課題として取り組んでいくことが要請されている。

(こぬま さとこ 社会労働課)