

# 日医総研ワーキングペーパー

小児医療の現状と今後に向けての提言

No. 363

2016年4月26日

日本医師会総合政策研究機構  
野村真美 田中美穂 出口真弓

## 小児医療の現状と今後に向けての提言

日本医師会総合政策研究機構 野村真美 田中美穂 出口真弓  
研究協力者 日本小児科医会 会長 松平隆光

## キーワード

- ◆小児の受診動向
- ◆小児医療の提供体制
- ◆子ども医療費助成制度
- ◆予防接種
- ◆子育て世帯を取り巻く環境
- ◆子どもの貧困
- ◆児童虐待
- ◆日本版ネウボラ

## ポイント

- ◆日医総研では、少子高齢社会における子どもの健やかな成長を支えるための地域の小児医療提供体制の充実に資するため、2003年「小児医療のグランドデザイン（日本小児科医会からの受託により作成）」との比較も踏まえて、小児医療や子どもを取り巻く養育者の状況、子育て環境についての国内外の現状把握を行い検討した。
- ◆30年の間に、子どもがいる世帯や子供の数は大きく減少した。1986年には半数弱を占めていた子どもがいる世帯は、2014年には2割程度にまで減少していた。共働き世帯やひとり親世帯の増加、若い母親の地域との繋がりの希薄化、子育て等に関する情報も限られたソースに頼る傾向から来る育児不安、児童虐待の認知の高まりなど、様々な子育てにおける課題がみられた。
- ◆子どもの人口や子育て世帯数は減少しているものの、特に外来においては受療率が上昇傾向にある。小児科医の年齢上昇や、他科を主たる診療科としながら小児科も診療する医師の減少等により、小児科診療を行う医療機関に患者が集中する傾向もみられた。さらに、最近では共働き世帯の増加による時間外診療等のニーズの必要性は一定程度見込まれる。医療提供側も、こうした現状を織り込んだ上での時間外診療や初期救急・二次救急の対応、かかりつけ医と小児科専門医との連携の仕組みの構築など、地域の実情に合わせた対策を講じる必要がある。

- ◆子どもの医療費助成は全国の市区町村に普及し、2003年調査時と比べ、対象年齢も大きく引き上げられた。一方でその支給基準は、年齢や所得状況、さらには一部負担の有無などの点において、所在地によってばらつきがあり、さらなる標準化も必要であろう。最近の子育て世帯は、母子家庭を中心とするひとり親世帯の増加もあり、経済的に困窮している割合が増えている。子どもの貧困率が16.3%に達するなど、厳しい経済状況の家庭も一定数存在する。少子化対策の一環としても、家計の余力のなさに阻害されない普遍的な医療費助成制度は、今後も必要である。
- ◆予防接種は、これまでも様々な感染症の発生や流行から予防し、子どもや地域社会全体を守る重要な感染症対策の手段である。母子健康手帳の発行とともに、2013年の予防接種法の改正で新たに3つのワクチンが定期接種項目に位置づけられ、2016年10月からB型肝炎ワクチンも定期接種化される。一方で、他の先進国と比べ、定期接種項目が少ない「ワクチン・ギャップ」というわが国特有の問題があり、引き続き問題の解消に向けた十分な取り組みが必要である。
- ◆これからの小児医療に関わる「かかりつけ医」は、疾患の治療にとどまらず、子どもの生活習慣、成長とともに生じる健康に関する疑問や悩み、養育者の育児不安の解消のためのアドバイスなど、身近で頼れる存在としての役割が大きな比重を占めることになる。そのうえで、地域のかかりつけ医が後方支援する地域の子育て支援センターである「日本版ネウボラ」を整備することは、子どもの育ちを地域全体で見守ることのできる社会の実現に繋がると考えられる。

## 目次

1. 研究の目的と方法, 結果のまとめ	1
2. 小児医療の現状	5
2.1 少子化の現状	5
2.2 小児の受診動向	9
2.2.1 小児の受療率	9
2.2.2 小児の疾病構造	10
2.2.3 6歳未満患者の受診動向	17
2.3 提供体制	21
2.3.1 小児科医師数の状況	21
2.4 小児救急の現状	34
2.4.1 小児の救急医療体制	34
2.4.2 小児医療に関する救急電話相談（#8000、#7119）	36
2.4.3 小児の時間外・休日・深夜受診の動向	40
2.5 小児医療費	46
2.5.1 国民医療費における小児医療費の金額とシェア	46
2.5.2 小児の医療費助成制度	51
2.6 予防接種	53
2.7 妊婦健診・乳幼児健診	66
3. わが国の子どもを取り巻く環境—海外比較を交えて	75
3.1 わが国の子育て世帯の現状	75
3.1.1 子どものいる世帯の状況	75
3.1.2 養育環境の現状	79
3.1.3 ひとり親世帯の状況	84
3.1.4 子どもの貧困率と子どもがいる家庭の貧困率	89
3.1.5 児童虐待	92
3.1.6 子育て中の親の意識	101
3.2 フランス、スウェーデン、フィンランドの取り組み	104
3.2.1 出産環境における先進的な取り組み	105
3.2.2 養育環境における先進的な取り組み	107
3.2.3 フランス・スウェーデン・フィンランドにおける課題	111
4. 提言	113
5. (参考資料) 前回調査との比較	116

# 1. 研究の目的と方法, 結果のまとめ

## 経緯と目的

2003年に、日医総研が日本小児科医会からの受託で「小児医療のグランドデザイン」を作成した当時の喫緊の課題は、小児科医の偏在や地域の小児救急医療提供体制の崩壊であった。それから10年が経過し、わが国は本格的な人口減少に突入し、子ども人口の顕著な減少傾向に加えて、育児不安や母親の就労促進による保育所待機児童問題等が深刻化し、教育や福祉・保健だけでは対応できない状況が顕在化してきた。本研究は、こうした社会の変化を踏まえた今後対応すべき方策について、わが国における少子高齢社会における子どもの健やかな成長を支えるための諸課題を明らかにし、医療面からの提言を行うことを目的としている。

## 研究対象

### 1. 小児医療の現状把握

前回調査時期（2002年前後）から延伸した小児医療の提供体制・新たな検討項目として予防接種の現状等

※厚生労働省「患者調査」「医療施設調査」「社会医療診療行為別調査」ほか

### 2. 子どもを取り巻く養育者の状況や子育て環境についての国内外の現状

## 方法

### 1. 有識者からの聞き取り

公益社団法人日本小児科医会松平会長から、診療所を中心とした小児医療の喫緊の課題や、海外の先進的な取り組みなどの情報収集

### 2. 2003年「小児医療のグランドデザイン」で検討した項目についての新たな統計を取りその差異の検討

### 3. 文献調査や各種統計による追加的な分析

## **結果のまとめ**

本調査の主な結果を以下にまとめた。

### **1. 小児医療の現状**

#### **小児人口の推移**

- ・わが国は少子高齢化が進行している。1995年の0-14歳の人口は200.1万人（総人口の15.9%）であったが、2015年には158.3万人（総人口の12.5%）にまで減少している。

#### **小児の受療率の推移**

- ・入院受療率は、0歳の入院受療率は2002年以降横ばい、外来受療率はどの年齢階級でも微増している。

#### **小児の疾病構造**

- ・0歳の入院受療率は突出しており、「周産期に発生した病態」の割合が高い。1歳以上の入院、0-14歳の外来とも「呼吸器系」の病態が高い。
- ・小児の疾病構造は、入院・外来とも全国ほぼ共通した傾向である。

#### **小児の受診動向**

- ・最近では、6歳未満の患者は、入院では約15%、外来では約95%が診療所にかかっている。診療の外来受診先は、小児科、耳鼻咽喉科、内科（いずれも主たる）の順が多い。

#### **小児科医師数の推移**

- ・診療領域の専門化・細分化の流れを受けて、小児科を主とする医師は増加傾向にあるが、他科が主の医師は減少。平均年齢の上昇が主な原因であると推察される。
- ・2014年における小児科に従事する医師数は29,878人であり、総医師数の約1割であった。2000年との比較では、病院の小児科標榜が1,277人増加し診療所の小児科標榜が4,979人減少した結果、小児科全体（「標榜」）では約3,700人減少していた。これは、「他科が主」である医師数の減少が、「小児科が主」である医師数の増加を上回ったためである。

- ・小児科標榜の医師総数に占める女性医師の比率は、総医師数に占める割合を上回る25.0%、「小児科が主」である医師に占める割合は34.2%であり、いずれも女性医師の比率の高さがうかがえた。

### 都道府県別の小児科医師数

- ・2000年から2014年にかけて、小児科を標榜する医師数が減少したのは、大阪府、山口県、東京都、三重県、鹿児島県、京都府、高知県などの18の都道府県であった。また、小児人口10万人当たりの小児科を主とする医師数が減少したのは、奈良県のみであった。

### 小児救急医療の現状

- ・初期救急においては、小児科診療所の約9割が夜間救急に対応できない現状であること、二次救急においては、「小児救急医療支援事業」も「小児救急医療拠点病院」もともに、マンパワー不足により設置が進んでいないこと、救急搬送の際には、子ども（乳幼児・少年）の軽症者が7割を占めている現状など、以前から指摘されている課題が解消されていない状況であった。

### 小児医療費の現状

- ・小児医療費は、入院・外来とも、入院総医療費・外来総医療費の各々1割未満であった。
- ・一人当たり小児医療費は、入院・外来とも全年齢を下回っており、若干の微増があるものの低い水準で推移している。

### 小児医療費助成制度（一部負担金の免除や軽減）

- ・小児医療費助成制度については、すべての都道府県と市区町村において実施され、全国的に対象年齢を引き上げる傾向にある。
- ・適用年齢、所得制限の有無、支払い方法等については依然ばらつきがある。

### 予防接種

- ・日本では、他の先進国と比べて公的に接種できるワクチン数が少ない「ワクチン・ギャップ」と呼ばれるわが国特有の課題は徐々に解消されつつある。しかしながら、対象と

なっていないワクチンや、定期接種化が必要と思われるものもある。

- ・「定期接種」と異なり、予防接種法で規定されず、自治体補助もしくは受診者負担となる「任意接種」については、①第一に、受診者負担が原則であり、受診者の費用負担が大きい（助成を行っている市町村は一部にとどまっている）、②任意接種と定期接種の分類が、受診者に対して、任意接種が定期接種よりも重要ではないとみなす傾向がみられるなどの課題がある。

## 2. わが国の子どもを取り巻く環境

### 世帯構造、家族構成など

- ・わが国の少子高齢化の進展により、高齢者世帯の増加傾向と対照的に、児童のいる世帯は減少傾向が続いている。2014年時点の児童のいる世帯は22.6%、そのうち核家族が約8割、3世帯同居は2割未満であった。
- ・晩婚化、晩産化の影響により、父・母ともに年齢の上昇傾向がみられた。きょうだいは、児童のいる世帯の約5割が「1人」、4割が「2人」、約1割が「3人」以上であった。
- ・全国では、子育て世帯の半数が共働きで、父のみの就労を上回っている。母の就労率は、子どもの年齢が高くなるにつれて上昇する。そのため、日中を保育所等の集団生活で過ごす子どもが増えている。

### 最近の子育て世帯における課題

- ・子育て世帯におけるひとり親世帯が増加傾向にあり、2014年では1割弱にまで達している。ひとり親世帯の約9割が母子世帯である。母子世帯は、一般の子育て世帯と比べても平均年収が低く、その家計の厳しさが窺える。収入の低さについては、離婚や未婚の母を理由とするひとり親の比率が高いことも影響していると考えられる。
- ・子どもの貧困率・子どものいる家庭の貧困率の改善はみられていない。児童虐待の認知件数も急増していた。
- ・母親の子育て意識、育児不安などの実態を把握するための体系的な統計が十分に存在していない。現代の養育者の課題分析のためのデータも必要であろう。

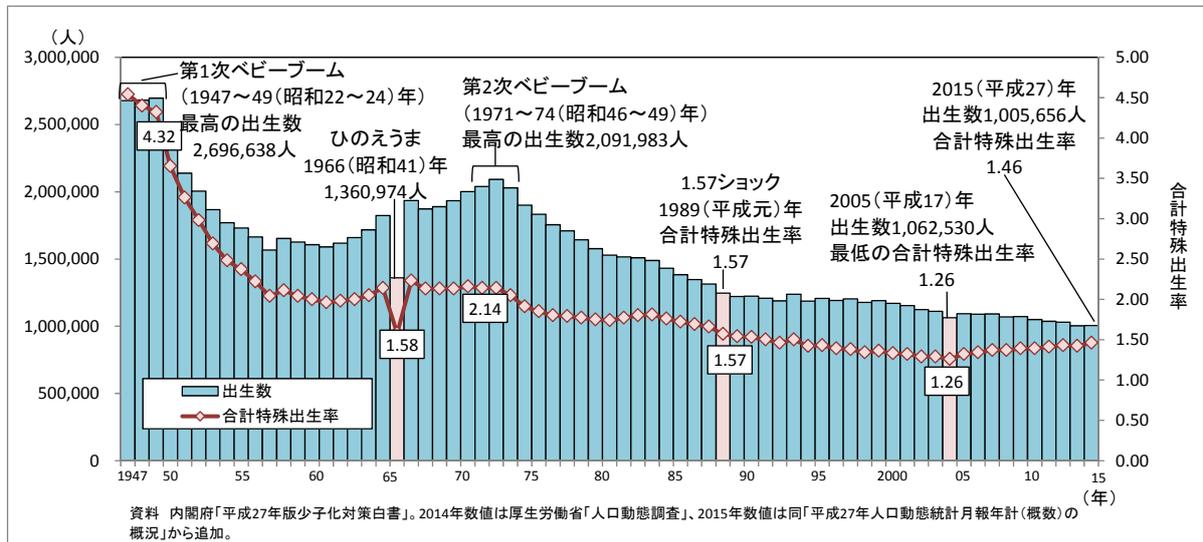
## 2. 小児医療の現状

### 2.1 少子化の現状

#### 出生数と合計特殊出生率

出生数は、2015年で100万5,656人であり、戦後過去最少となった2014年値を若干上回り、回復傾向となった。また、2016年5月に公表された2015年の合計特殊出生率は1.46であった。前年を0.04ポイント上回る結果となった。過去最低となった2005年の1.26を底に、近年では僅かな回復傾向がみられるものの、依然低い水準で推移している。

図1 出生数、合計特殊出生率の推移



## 子どもの人口の推移

図 2 は 20 歳未満の年齢 5 歳階級別の子どもの数の推移を示したものである。20 歳未満の人口は、1990 年で 3,249 万人、2005 年で 2,409 万人、2015 年で 2,176 万人と、25 年間で約 1,000 万人減少した。15 歳未満の人口は、1990 年で 2,249 万人、2005 年で 1,752 万人、2015 年で 1,583 万人と、25 年間で約 660 万人減少した。

20 歳未満の人口が総人口に占める割合は、2015 年で 17.2%、15 歳未満人口では 12.5% で、25 年間でそれぞれ 9.1 ポイント、5.7 ポイント減少した。

図 2 年齢階級別にみた人口と年齢階級別人口の総人口に占める割合の推移—20 歳未満

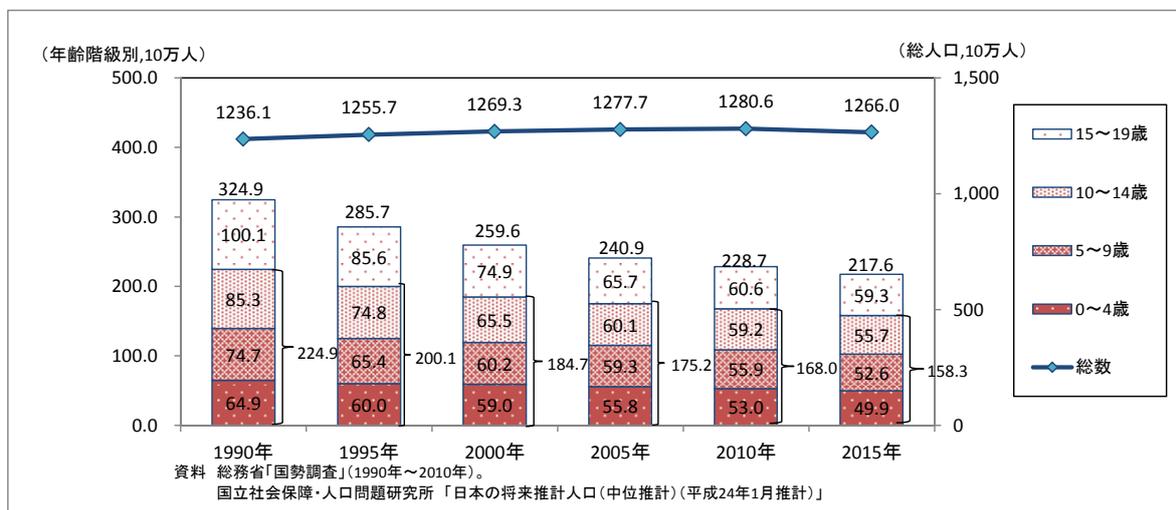
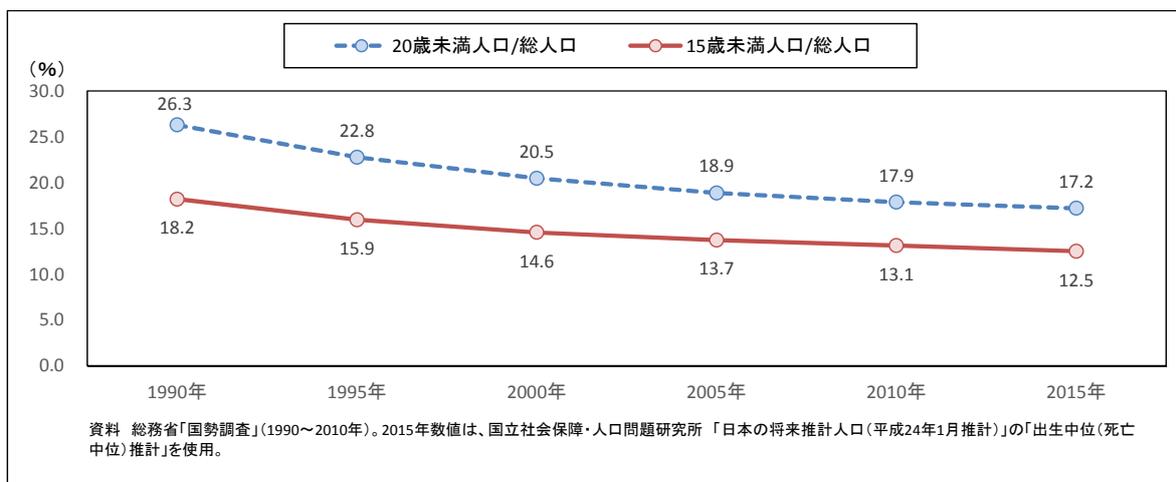


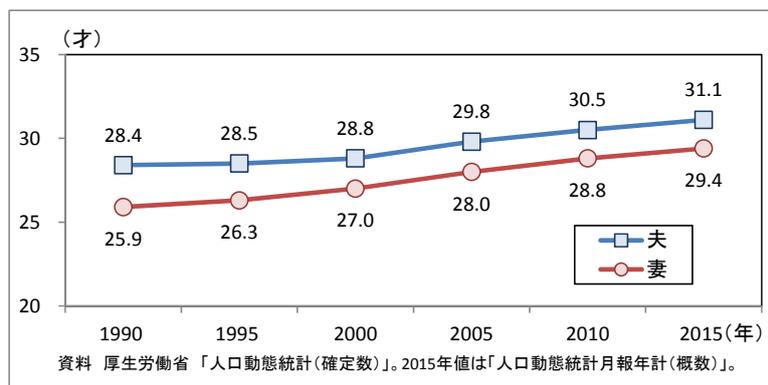
図 3 総人口に占める 20 歳未満人口と 15 歳未満人口の割合



## 出生数減少の主な要因

出生数減少の主な要因である晩婚化と晩産化についてみてみた。晩婚化の指標として初婚年齢の推移をみてみると、夫も妻ともに、初婚の平均年齢が一貫して上昇している。2015年は夫の平均初婚年齢が31.1歳、妻が平均29.4歳であり、両方ともほぼ30歳に達している。

図4 初婚年齢の推移



晩産化の指標として第1子出産時の母の年齢の推移をみてみると、1990年から一貫して上昇し、2015年では平均30.7歳に至った。1995年からみて3.2歳、2005年からみて1.6歳上昇している(図5)。さらに、高齢出産率(35歳以上で出産した割合)については、1990年から一貫して上昇し、2015年では28.1%であった。1995年からみて18.5ポイント、2005年からみて11.7ポイントの上昇であった(図6)。

図5 第一子出産時の母の平均年齢の推移

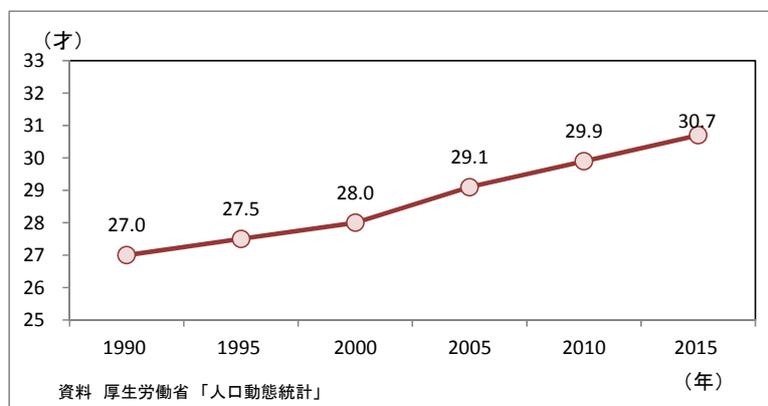
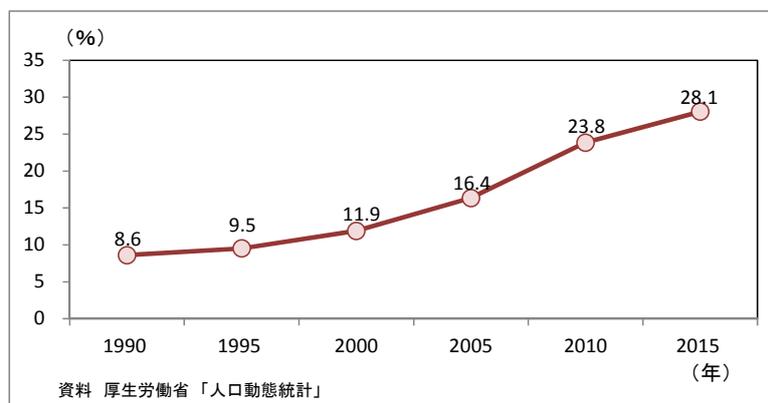


図 6 高齢出産率の推移

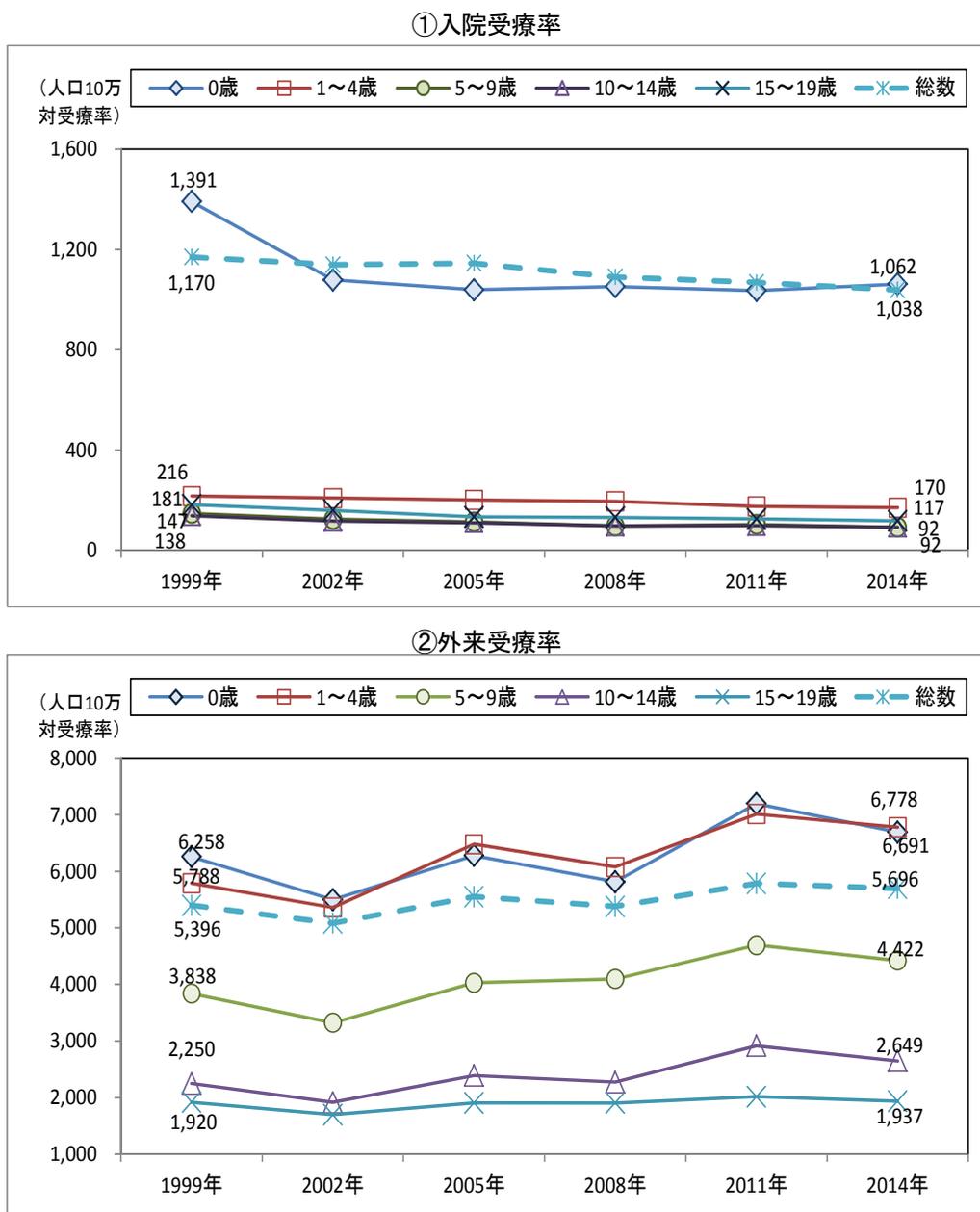


## 2.2 小児の受診動向

### 2.2.1 小児の受療率

図7は、小児の年齢階級別に入院受療率、外来受療率の推移を示したものである。0歳の入院受療率は他の小児の年齢層と比べて高い傾向で推移している。外来受療率は、増減を繰り返しながら年々上昇傾向で推移している。なかでも、0歳から4歳までの受療率が相対的に高い傾向にある。

図7 小児の年齢階級別入院受療率、外来受療率の年次推移

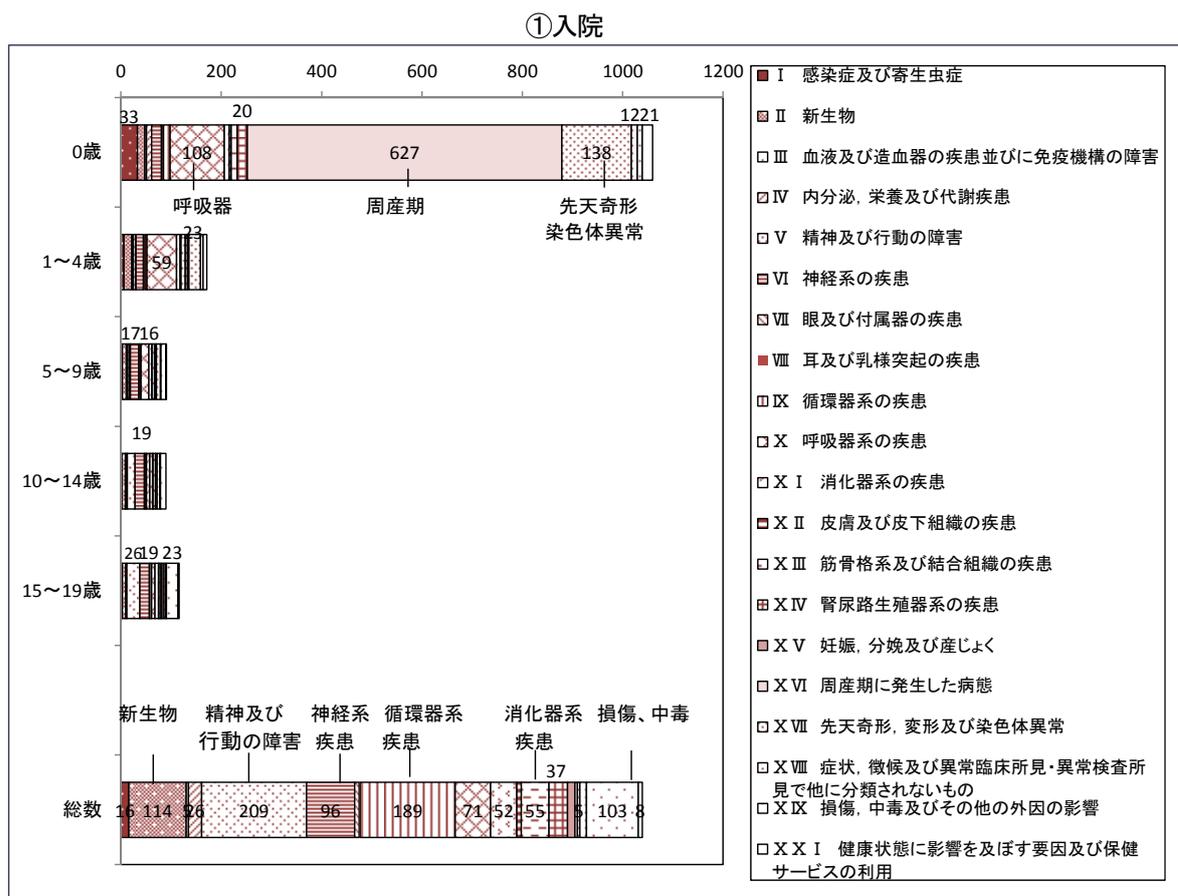


## 2.2.2 小児の疾病構造

図8は、小児の疾病構造を、厚生労働省「患者調査」の疾病分類により入院と外来に分けて年齢階級別の受療率でみたものである。小児の入院では、0歳では「周産期に発生した病態」が最も多く、次いで「先天奇形、染色体異常」などの順であった。1歳以上になると、1～4歳は「呼吸器系」、5～14歳では「神経系」、15～19歳では「精神及び行動の障害」が最も多かった。

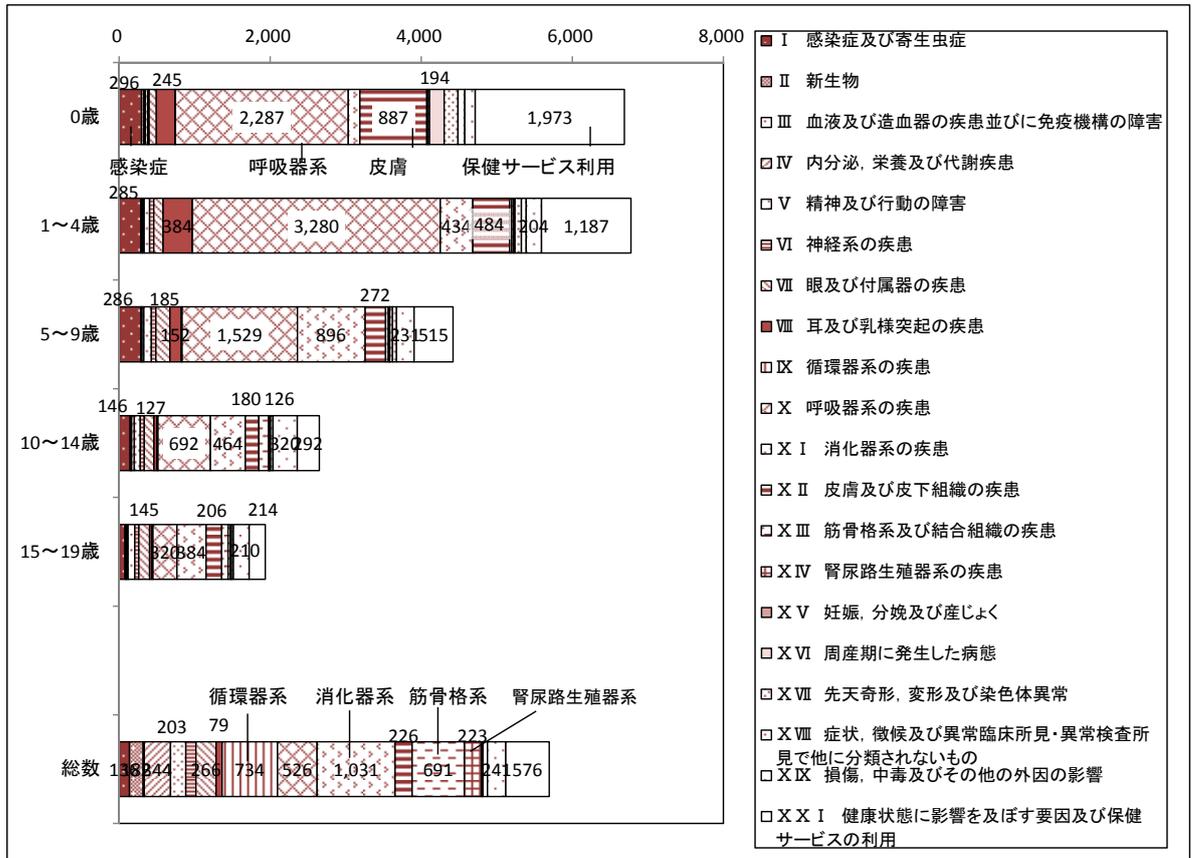
外来では、0～14歳では「呼吸器系」の疾患が最も多く、15～19歳では「消化器系」が最も多かった。「消化器系」は年齢が高くなるにつれて増加し、5～14歳では「呼吸器系」に次いで多い傾向がみられた。

図8 小児等の入院・外来別にみた疾病構造（2014年、在宅医療を含む）



資料 厚生労働省「平成26年患者調査」

## ②外来



資料 厚生労働省「平成26年患者調査」

表 1 は、0 歳、1～4 歳、5～9 歳、10～14 歳の外来受療率を傷病分類別にみたものである。「X 呼吸器系の疾患」はどの年齢層でも高い傾向にある。「X II 皮膚および皮下組織の疾患」は、年齢が上がるにつれて減少していた。

表 1 小児の外来傷病分類別受療率（人口 10 万対） 2014 年

	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳
総数	6,691	6,778	4,422	2,649
I 感染症及び寄生虫症	296	285	286	146
II 新生物	32	18	12	13
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	19	9	5	7
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	32	19	25	33
V 精神及び行動の障害	8	71	99	80
VI 神経系の疾患	10	56	59	54
VII 眼及び付属器の疾患	94	123	185	127
VIII 耳及び乳様突起の疾患	245	384	152	40
IX 循環器系の疾患	12	6	8	15
X 呼吸器系の疾患	2,287	3,280	1,529	692
X I 消化器系の疾患	153	434	896	464
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	887	484	272	180
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	12	30	36	126
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	23	23	17	12
X V 妊娠、分娩及び産じょく	-	-	-	-
X VI 周産期に発生した病態	194	18	2	1
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	184	85	37	14
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	89	63	55	33
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	140	204	231	320
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	1,973	1,187	515	292

資料 厚生労働省「平成26年患者調査」

表 2 は、疾病構造を年齢層別、都道府県別にみたものである。「0～4 歳・入院」の 1 位は「X VI 周産期に発生した病態」が 43 都道府県と大多数を占めていた。「5～14 歳・入院」の 1 位は、「VI 神経系の疾患」が 29 都府県で最も多かった。

「0～4 歳・外来」では、「X 呼吸器系の疾患」が全都道府県で 1 位で、「5～14 歳・外来」でも 44 都道府県で 1 位であった。これは、前回調査と変わらない傾向であった。

表 2 都道府県の疾病構造（受療率上位 3 位を提示）-2014 年

	0~4歳						5~14歳					
	入院			外来			入院			外来		
	1位	2位	3位	1位	2位	3位	1位	2位	3位	1位	2位	3位
全国	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	X	X IX	X	X I	XX I
北海道	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	X	X VII	X	X I	XX I
青森	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	X	X VII	X	X I	XX I
岩手	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	-	X I	X	I	X II
宮城	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	X IX	II	X	X I	XX I
秋田	X	X VI	X VII	X	XX I	X I	VI	X VII	X	X	X I	X II
山形	X VI	X VII	X	X	XX I	X II	VI	X I	X	X	X I	X IX
福島	X VI	X	VI	X	XX I	VIII	VI	V	-	X	X I	XX I
茨城	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	II	X	X I	X	XX I	X I
栃木	X VI	X VII	I	X	XX I	X II	X	VI	II	X	X I	X II
群馬	X VI	X VII	X	X	XX I	X II	VI	X IX	X VII	X	X I	XX I
埼玉	X VI	X	-	X	XX I	X I	VI	X	X IX	X	X I	XX I
千葉	X VI	X	X VII	X	XX I	VIII	VI	X	V	X	XX I	X I
東京	X VI	X	X VII	X	X II	XX I	VI	X IX	V	X	XX I	X I
神奈川	X VI	X	X VII	X	XX I	X I	VI	X	V	X I	X	XX I
新潟	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	V	VI	X	X I	XX I
富山	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	V	X I	X	X I	XX I
石川	X	I	X VI	X	XX I	X II	VI	X IX	X VII	X	X I	VIII
福井	X	X VI	X VII	X	XX I	X II	X	VI	V	X	X I	X II
山梨	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	VI	II	X	X I	X IX
長野	X VI	X VII	X	X	XX I	X I	VI	X	V	X	X I	XX I
岐阜	X VI	X	X VII	X	XX I	VIII	VI	V	-	X	X I	XX I
静岡	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	V	X IX	X	X I	XX I
愛知	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	X	X IX	X	X I	X II
三重	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	II	X IX	X	X I	XX I
滋賀	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	X VII	-	X	X I	XX I
京都	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	V	X	VI	X	XX I	X I
大阪	X VI	X	X VII	X	XX I	VIII	VI	X	X IX	X	X I	X IX
兵庫	X VI	X VII	X	X	XX I	VIII	VI	X	-	X	X I	X IX
奈良	X VI	X	X VII	X	XX I	X I	X IX	X	VI	X	XX I	X I
和歌山	X VI	X IX	VI	X	XX I	X II	VI	X IX	X III	X	X I	X IX
鳥取	X	X VI	X III	X	XX I	X II	X VII	X III	X IX	X	X I	XX I
島根	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	-	X IX	X	X I	XX I
岡山	X VI	X	X VII	X	XX I	VIII	V	II	VI	X	X I	X IX
広島	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	X	II	X	X I	XX I
山口	X VI	X	X VII	X	XX I	VIII	X	VI	V	X	XX I	X I
徳島	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X	V	X IX	X	XX I	X I
香川	X VI	X	X VII	X	XX I	VIII	VI	V	X IX	X	X I	V
愛媛	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X IV	VI	X III	X	X I	XX I
高知	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	VI	II	X	X I	X	X IX
福岡	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	X IX	VI	-	X	XX I	X I
佐賀	X VI	X	X VII	X	XX I	X II	II	V	X IV	X	X I	X IX
長崎	X VI	X	X IX	X	XX I	X II	V	X IX	VI	X I	X	V
熊本	X VI	X	I	X	XX I	X II	VI	-	II	X	X I	X IX
大分	X VI	X	X VII	X	X I	XX I	VI	X	X III	X	X IX	X I
宮崎	X VI	X VII	X	X	XX I	VIII	VI	X IX	II	X	X I	XX I
鹿児島	X VI	X	X VII	X	XX I	X I	VI	X	II	X	X I	XX I
沖縄	X VI	X	X VII	X	XX I	I	VI	-	X	X	X I	XX I

I	感染症及び寄生虫症
II	新生物
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患
V	精神及び行動の障害
VI	神経系の疾患
VII	眼及び付属器の疾患
VIII	耳及び乳様突起の疾患
IX	循環器系の疾患
X	呼吸器系の疾患
X I	消化器系の疾患
X II	皮膚及び皮下組織の疾患
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患
X IV	腎尿路生殖器系の疾患
X IX	損傷、中毒及びその他の外因の影響
X VI	周産期に発生した病態
XX I	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
X VII	先天奇形、変形及び染色体異常

資料 厚生労働省「平成26年患者調査」

表 3 入院における年齢別の主な疾患（受療率、構成比）—2014年10月, 降順

順位	0歳			1~4歳			5~9歳		
	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比
	受療率の合計			受療率の合計			受療率の合計		
1	妊産期間及び胎児発育に関連する障害	360	34%	喘息	19	11%	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	9	10%
2	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	125	12%	肺炎	17	10%	喘息	6	7%
3	その他の周産期に発生した病態	79	7%	急性気管支炎	8	5%	その他の神経系の疾患	5	5%
4	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	50	5%	その他の全身性結合組織障害	7	4%	肺炎	3	3%
5	心臓の先天奇形	50	5%	心臓の先天奇形	6	4%	その他の四肢の骨折	3	3%
6	急性細気管支炎	27	3%	その他の神経系の疾患	5	3%	白血病	3	3%
7	急性気管支炎	26	2%	白血病	5	3%	出血性の病態並びにその他の血液及び造血器の疾患	3	3%
8	新生児の検査・健診・管理	21	2%	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4	2%	その他の呼吸器系の疾患	2	2%
9	その他の消化器系の先天奇形	19	2%	てんかん	4	2%	てんかん	2	2%
10	肺炎	17	2%	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	4	2%	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	2	2%
11	その他の腎尿路系の疾患	14	1%	ネフローゼ症候群	3	2%	嵐径ヘルニア	2	2%
12	その他の循環器系の先天奇形	14	1%	その他の先天奇形	3	2%	扁桃及びアデノイドの慢性疾患	2	2%
13	その他の急性上気道感染症	13	1%	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	3	2%	大腿骨の骨折	1	1%
14	周産期に特異的な感染症	12	1%	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	3	2%	その他の精神及び行動の障害	1	1%
15	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	12	1%	その他及び詳細不明の外因の作用	3	2%	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	1	1%
16	その他の筋骨格系の先天奇形及び変形	12	1%	扁桃及びアデノイドの慢性疾患	2	1%	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	1	1%
17	喘息	11	1%	急性細気管支炎	2	1%	頭蓋内損傷	1	1%
18	その他の全身性結合組織障害	10	1%	その他の消化器系の先天奇形	2	1%	その他の新生物	1	1%
19	その他の細菌性疾患	10	1%	その他の急性上気道感染症	2	1%	その他の脳血管疾患	1	1%
20	てんかん	8	1%	その他の筋骨格系の先天奇形及び変形	2	1%	その他の悪性新生物	1	1%

順位	10~14歳			15~19歳			≪参考≫全年齢		
	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比
	受療率の合計			受療率の合計			受療率の合計		
1	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	11	12%	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	10	9%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	130	13%
2	その他の精神及び行動の障害	8	9%	その他の精神及び行動の障害	9	8%	脳梗塞	78	8%
3	その他の神経系の疾患	4	4%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8	7%	アルツハイマー病	37	4%
4	その他の四肢の骨折	4	4%	脱臼、捻挫及びストレイン	6	5%	脳内出血	32	3%
5	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	4	4%	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5	4%	大腿骨の骨折	31	3%
6	喘息	3	3%	その他の神経系の疾患	5	4%	肺炎	27	3%
7	白血病	2	2%	その他の四肢の骨折	5	4%	心不全	25	2%
8	てんかん	2	2%	白血病	2	2%	その他の呼吸器系の疾患	24	2%
9	虫垂の疾患	2	2%	頭蓋内損傷	2	2%	血管性及び詳細不明の認知症	23	2%
10	脱臼、捻挫及びストレイン	2	2%	虫垂の疾患	2	2%	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	23	2%
11	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2	2%	知的障害<精神遅滞>	2	2%	頸部、胸部及び骨盤の骨折(脊椎を含む)	21	2%
12	低血圧(症)	1	1%	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	2	2%	慢性腎不全	19	2%
13	潰瘍性大腸炎	1	1%	気胸	2	2%	その他の神経系の疾患	19	2%
14	肺炎	1	1%	てんかん	2	2%	その他の四肢の骨折	17	2%
15	出血性の病態並びにその他の血液及び造血器の疾患	1	1%	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	2	2%	脊椎障害(脊椎症を含む)	15	1%
16	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	1	1%	その他の胎児及び羊膜腔に関連する母体のケア並びに予想される分娩の問題	2	2%	気管、気管支及び肺の悪性新生物	15	1%
17	その他の呼吸器系の疾患	1	1%	肺炎	1	1%	パーキンソン病	15	1%
18	頭蓋内損傷	1	1%	頭蓋骨及び顔面骨の骨折	1	1%	関節症	12	1%
19	中枢神経系の悪性新生物	1	1%	潰瘍性大腸炎	1	1%	その他の精神及び行動の障害	12	1%
20	中枢神経系のその他の新生物	1	1%	椎間板障害	1	1%	胃の悪性新生物	11	1%

資料 厚生労働省「平成26年患者調査」から日医総研が作成

表 4 外来における年齢別の主な疾患（受療率、構成比）—2014年10月, 降順

順位	0歳			1～4歳			5～9歳		
	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比
	受療率の合計			受療率の合計			受療率の合計		
1	予防接種	1,502	22%	予防接種	1,098	16%	う蝕	498	11%
2	急性気管支炎	521	8%	喘息	677	10%	予防接種	387	9%
3	その他の急性上気道感染症	447	7%	急性気管支炎	650	10%	喘息	360	8%
4	乳幼児の検査・健診・管理	425	6%	その他の急性上気道感染症	470	7%	アレルギー性鼻炎	287	6%
5	急性鼻咽頭炎[かぜ]＜感冒＞	400	6%	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	388	6%	急性気管支炎	232	5%
6	その他の皮膚炎及び湿疹	383	6%	急性鼻咽頭炎[かぜ]＜感冒＞	351	5%	その他の歯及び歯の支持組織の障害	200	5%
7	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	313	5%	中耳炎	307	5%	その他の急性上気道感染症	184	4%
8	喘息	259	4%	う蝕	269	4%	歯肉炎及び歯周疾患	162	4%
9	アトピー性皮膚炎	227	3%	アレルギー性鼻炎	249	4%	皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス疾患	160	4%
10	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	162	2%	急性副鼻腔炎	200	3%	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	151	3%
11	中耳炎	136	2%	慢性副鼻腔炎	155	2%	急性副鼻腔炎	121	3%
12	アレルギー性鼻炎	109	2%	その他の皮膚炎及び湿疹	150	2%	中耳炎	108	2%
13	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	108	2%	アトピー性皮膚炎	143	2%	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	94	2%
14	接触皮膚炎	96	1%	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	106	2%	その他の精神及び行動の障害	86	2%
15	その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	89	1%	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	87	1%	慢性副鼻腔炎	85	2%
16	便秘	86	1%	皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス疾患	79	1%	屈折及び調節の障害	82	2%
17	急性又は慢性と明示されない気管支炎	63	1%	乳幼児の検査・健診・管理	77	1%	その他の保健サービス	81	2%
18	急性副鼻腔炎	57	1%	急性又は慢性と明示されない気管支炎	67	1%	アトピー性皮膚炎	79	2%
19	妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	56	1%	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	66	1%	その他の皮膚炎及び湿疹	73	2%
20	結膜炎	54	1%	その他の精神及び行動の障害	63	1%	急性鼻咽頭炎[かぜ]＜感冒＞	56	1%

順位	10～14歳			15～19歳			＜参考＞全年齢		
	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比	疾病小分類	受療率	構成比
	受療率の合計			受療率の合計			受療率の合計		
1	う蝕	198	7%	う蝕	162	8%	本態性(原発性)高血圧(症)	524	9%
2	歯肉炎及び歯周疾患	165	6%	その他の歯及び歯の支持組織の障害	101	5%	歯肉炎及び歯周疾患	350	6%
3	アレルギー性鼻炎	156	6%	屈折及び調節の障害	89	5%	歯の補てつ	241	4%
4	予防接種	148	6%	その他の保健サービス	86	4%	その他の歯及び歯の支持組織の障害	235	4%
5	その他の保健サービス	128	5%	脱臼、捻挫及びストレイン	76	4%	う蝕	223	4%
6	喘息	121	5%	歯肉炎及び歯周疾患	75	4%	脊椎障害(脊椎症を含む)	213	4%
7	その他の四肢の骨折	115	4%	予防接種	71	4%	関節症	153	3%
8	その他の急性上気道感染症	104	4%	アレルギー性鼻炎	68	4%	予防接種	143	3%
9	急性気管支炎	103	4%	その他の急性上気道感染症	67	3%	インスリン非依存性糖尿病	117	2%
10	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	99	4%	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	65	3%	高脂血症	113	2%
11	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	97	4%	ざ瘡＜アクネ＞	62	3%	喘息	100	2%
12	皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス疾患	87	3%	急性気管支炎	57	3%	それ以外の検査・健診・管理	93	2%
13	脱臼、捻挫及びストレイン	75	3%	急性咽喉炎及び急性扁桃炎	55	3%	慢性腎不全	84	1%
14	屈折及び調節の障害	70	3%	その他の四肢の骨折	53	3%	その他の急性上気道感染症	82	1%
15	その他の歯及び歯の支持組織の障害	62	2%	アトピー性皮膚炎	43	2%	急性気管支炎	79	1%
16	その他の精神及び行動の障害	53	2%	喘息	42	2%	その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	73	1%
17	急性副鼻腔炎	50	2%	その他の皮膚炎及び湿疹	35	2%	脱臼、捻挫及びストレイン	69	1%
18	ざ瘡＜アクネ＞	42	2%	その他の精神及び行動の障害	35	2%	アレルギー性鼻炎	67	1%
19	アトピー性皮膚炎	37	1%	それ以外の検査・健診・管理	34	2%	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	66	1%
20	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	36	1%	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	34	2%	椎間板障害	65	1%

資料 厚生労働省「平成26年患者調査」から日医総研が作成

表 5 感染症以外で医師により診断された病気

質問:感染症以外で、これまで医師により診断された病気がありますか。(複数選択)

	児の年齢区分						合計
	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	4歳	5-6歳	
アトピー性皮膚炎	56 (5.4%)	58 (5.4%)	48 (6.1%)	56 (9.0%)	55 (8.5%)	106 (11.4%)	379 (7.4%)
ぜんそく	36 (3.5%)	48 (4.5%)	51 (6.4%)	64 (10.3%)	89 (13.7%)	129 (13.9%)	417 (8.2%)
食物アレルギー	89 (8.7%)	110 (10.2%)	60 (7.6%)	61 (9.8%)	59 (9.1%)	67 (7.2%)	446 (8.8%)
熱性けいれん	22 (2.1%)	43 (4.0%)	56 (7.1%)	46 (7.4%)	54 (8.3%)	87 (9.3%)	308 (6.0%)
その他	63 (6.1%)	62 (5.8%)	42 (5.3%)	28 (4.5%)	52 (8.0%)	67 (7.2%)	314 (6.2%)
診断されたことはない	760 (73.9%)	753 (70.1%)	532 (67.2%)	386 (62.0%)	374 (57.6%)	507 (54.5%)	3312 (65.0%)
不明	49 (4.8%)	54 (5.0%)	44 (5.6%)	43 (6.9%)	35 (5.4%)	71 (7.6%)	296 (5.8%)
ケース合計	1028 (100.0%)	1074 (100.0%)	792 (100.0%)	623 (100.0%)	649 (100.0%)	931 (100.0%)	5097 (100.0%)

資料 平成22年度 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究「幼児健康度に関する継続的比較研究」(研究代表者: 衛藤 隆 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 日本子ども家庭総合研究所)

注: 実数は、設問に回答する対象者数 (回答者数)

## 2.2.3 6歳未満患者の受診動向

### 一般病院・診療所別

ここでは、6歳未満の患者がどの医療機関で受診しているかを、厚生労働省「社会医療診療行為別調査」における各年の月間診療回数を用いて把握した<sup>1</sup>。本調査は定点による調査でないことや、診療報酬点数の中身が改定ごとに变化するため、診療行為の推移を正確に把握することは難しいが、大まかな傾向をつかむことは可能である。

6歳未満の患者は、2004年以降約8割が一般病院に入院していたが、2010年からは9割近くに増えていた。継続的な有床診療所の減少の影響と考えられる。一方で、外来は診療所のシェアが着実に増加し、2014年には約95%にまで増加していた。

図9 一般病院・診療所別にみた受診回数の構成割合の推移-6歳未満入院患者

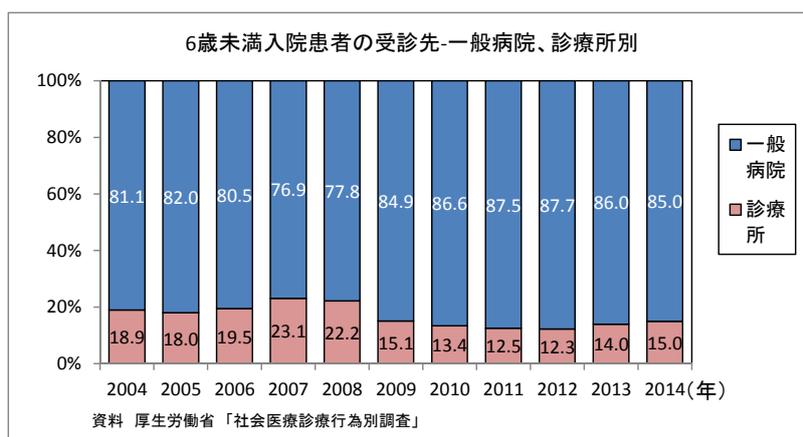
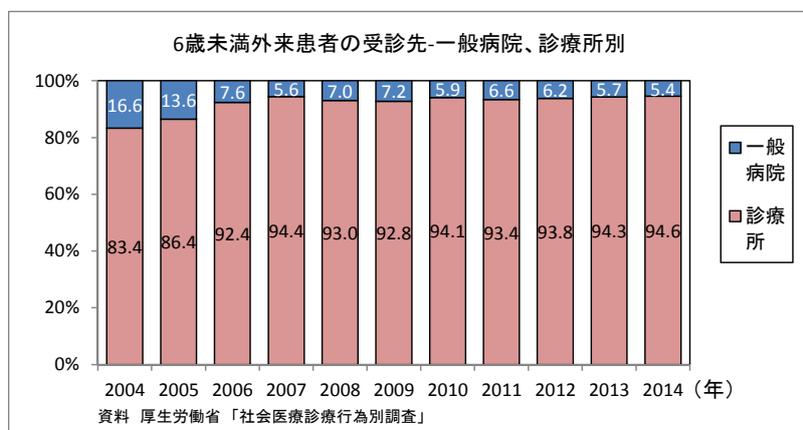


図10 6歳未満外来患者の受診先の推移-一般病院・診療所別



<sup>1</sup> 「社会医療診療行為別調査」データを用いた。6歳未満の患者の診療回数については、「乳幼児加算（初診、再診）」、「小児科外来診療料」の請求回数を合計して算出した。

## 診療所における診療科別受診傾向

次に、6歳未満の患者が診療所のどの診療科にかかっているかについて、一般病院・診療所別の分析と同様に、「社会医療診療行為別調査」データを用いて検討をした。本調査は定点による調査でないことや、診療報酬点数の中身が改定ごとに変化するため、診療行為の推移を正確に把握することは難しいが、大まかな傾向をつかむことは可能である。

具体的には6歳未満として把握できる加算（入院については、有床診療所の「乳幼児加算」の請求回数を、外来については「乳幼児加算（初診、再診）」および「小児科外来診療料」）について、診療所の主たる診療科<sup>2</sup>別の請求回数の合計を算出して、それらの推移をみた。

入院については、産婦人科がいずれの時期についても最多数であった（図 11）。外来については、小児科が最も多く、続いて内科、耳鼻咽喉科の順であり、これらの3つの診療科により、どの時期においても8割～9割弱を占めていた（図 12）。

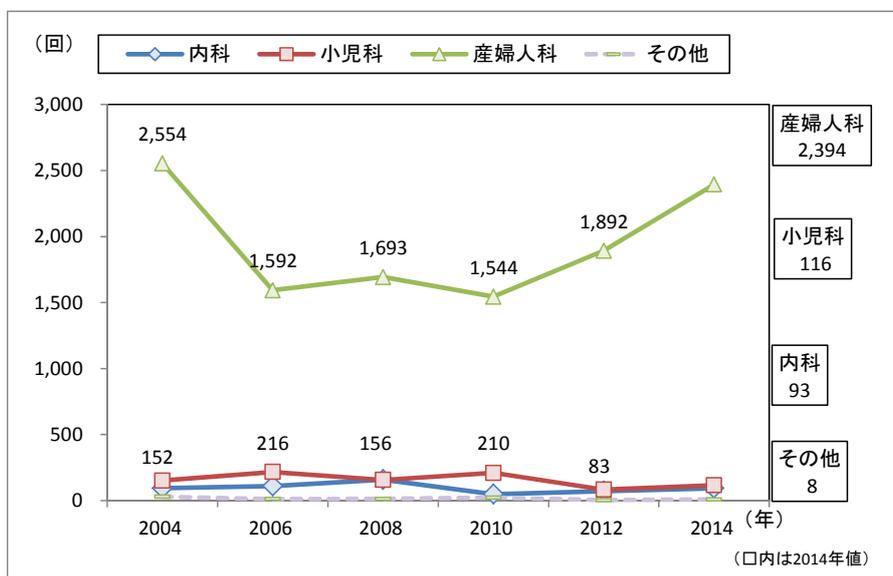
「小児科外来診療料」<sup>3</sup>の請求回数を主たる診療科別にみると、小児科が約6～7割を占め、最も高く、続いて内科、耳鼻咽喉科などの順であった。（図 13）

---

<sup>2</sup> 医療施設基本ファイル（医療施設台帳）に掲載されている情報に基づく。

<sup>3</sup> 小児科を標榜する保険医療機関であって地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

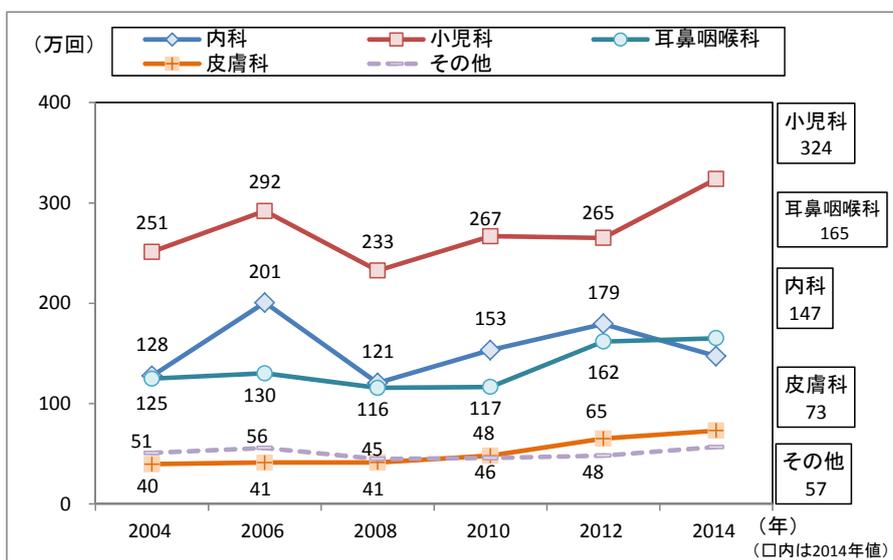
図 11 診療所における6歳未満の入院回数の推移-主たる診療科目別



資料 厚生労働省 「社会医療診療行為別調査」

入院回数=有床診療所の乳幼児加算の請求回数

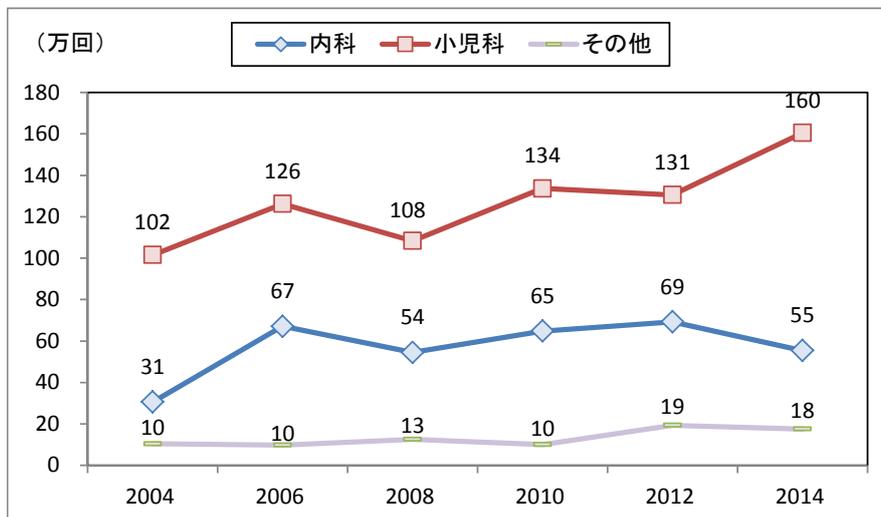
図 12 診療所における6歳未満の外来回数の推移-主たる診療科目別



資料 厚生労働省 「社会医療診療行為別調査」

外来回数=「乳幼児加算」および「小児科外来診療料」の請求回数の合計

図 13 「小児科外来診療料」請求回数-診療所の主たる診療科目別



資料 厚生労働省 「社会医療診療行為別調査」

## 2.3 提供体制

### 2.3.1 小児科医師数の状況

#### 小児科総医師数とその内訳<sup>4</sup>

2014年における小児科に従事する医師数は29,878人であり、総医師数の10.1%であった。2000年との比較では、病院の小児科標榜が1,277人増加し診療所の小児科標榜が4,979人減少した結果、小児科全体（「標榜」）では約3,700人減少していた。これは、「他科が主」である医師数の減少（▲6,304人）が、「小児科が主」である医師数の増加（+2,602人）を上回ったためである。

小児科標榜の医師総数に占める女性医師の比率は、総医師数に占める割合を上回る25.0%、「小児科が主」である医師に占める割合は34.2%であり、いずれも女性医師の比率の高さがうかがえた（表6）。

---

<sup>4</sup> 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2年毎実施）の統計を用いて、医療機関に従事する小児科医師数の動向をみている。

〈用語の定義〉小児科に従事していると回答している医師については、以降「標榜」と標記した。そのうち、主に従事している診療科が小児科の場合が「小児科が主」、主たる診療科が小児科ではない場合を「他科が主」とした。

表 6 小児科、内科医師数と割合の推移—標榜、小児科が主、他科が主

		2000	2006	2012	2014	2000	2006	2014
		(人)			(%)			
総医師数	総数	243,201	263,540	288,850	296,845	100.0	100.0	100.0
	病院	154,588	168,327	188,306	194,961	63.6	63.9	65.7
	診療所	88,613	95,213	100,544	101,884	36.4	36.1	34.3
	女性 合計 (再掲)	34,848	45,222	56,689	60,495	14.3	17.2	20.4
	病院	23,151	30,477	39,107	41,919	9.5	11.6	14.1
	診療所	11,697	14,745	17,582	18,576	4.8	5.6	6.3
小児科医	標榜総数	33,580	31,009	29,855	29,878	100.0	100.0	100.0
	病院	9,457	9,067	10,395	10,734	28.2	29.2	35.9
	診療所	24,123	21,942	19,460	19,144	71.8	70.8	64.1
	女性 合計 (再掲)	6,106	6,523	7,181	7,465	18.2	21.0	25.0
	病院	2,727	2,842	3,601	3,740	8.1	9.2	12.5
	診療所	3,379	3,681	3,580	3,725	10.1	11.9	12.5
	「小児科が主」総数(再掲)	14,156	14,700	16,340	16,758	100.0	100.0	100.0
	病院	8,158	8,228	9,744	10,108	57.6	56.0	60.3
	診療所	5,998	6,472	6,596	6,650	42.4	44.0	39.7
	女性 合計 (再掲)	4,155	4,582	5,508	5,731	29.4	31.2	34.2
	病院	2,499	2,670	3,435	3,584	17.7	18.2	21.4
	診療所	1,656	1,912	2,073	2,147	11.7	13.0	12.8
	「他科が主」総数(再掲)	19,424	16,309	13,515	13,120	100.0	100.0	100.0
	病院	1,299	839	651	626	6.7	5.1	4.8
	診療所	18,125	15,470	12,864	12,494	93.3	94.9	95.2
女性 合計 (再掲)	1,951	1,941	1,673	1,734	10.0	11.9	13.2	
病院	228	172	166	156	1.2	1.1	1.2	
診療所	1,723	1,769	1,507	1,578	8.9	10.8	12.0	
内科医	標榜総数	98,457	95,379	87,773	89,234	100.0	100.0	100.0
	病院	46,389	41,346	33,398	34,082	47.1	43.3	38.2
	診療所	52,068	54,033	54,375	55,152	52.9	56.7	61.8
	女性 合計 (再掲)	12,737	13,649	13,187	14,021	12.9	14.3	15.7
	病院	7,369	7,116	5,871	6,243	7.5	7.5	7.0
	診療所	5,368	6,533	7,316	7,778	5.5	6.8	8.7
	「内科が主」総数(再掲)	74,539	70,470	61,177	61,317	100.0	100.0	100.0
	病院	36,130	31,096	22,085	21,591	48.5	44.1	35.2
	診療所	38,409	39,374	39,092	39,726	51.5	55.9	64.8
	女性 合計 (再掲)	9,900	10,500	9,374	9,690	13.3	14.9	15.8
	病院	6,120	5,720	4,109	4,084	8.2	8.1	6.7
	診療所	3,780	4,780	5,265	5,606	5.1	6.8	9.1
	「他科が主」総数(再掲)	23,918	24,909	26,596	27,917	100.0	100.0	100.0
	病院	10,259	10,250	11,313	12,491	42.9	41.1	44.7
	診療所	13,659	14,659	15,283	15,426	57.1	58.9	55.3
女性 合計 (再掲)	2,837	3,149	3,813	4,331	11.9	12.6	15.5	
病院	1,249	1,396	1,762	2,159	5.2	5.6	7.7	
診療所	1,588	1,753	2,051	2,172	6.6	7.0	7.8	

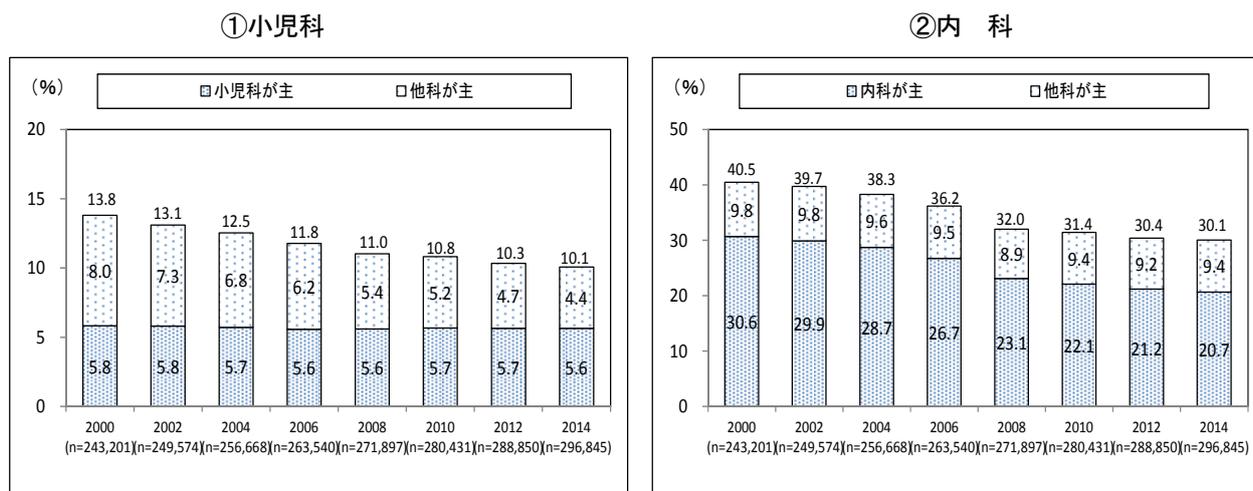
資料 厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」

## 総医師数に占める小児科医等の占める割合

図 14 は、総医師数に占める小児科医（標榜・小児科が主・他科が主）の割合の推移と、総医師数に占める内科医（標榜・小児科が主・他科が主）の割合の推移を示している。

総医師数に占める小児科医の割合は、「他科が主」が減少傾向で推移したため、2000 年から 2014 年にかけて 3.7 ポイント減少した。「小児科が主」の割合はほぼ横ばいであった（図 14①）。総医師数に占める内科医の割合は、「内科が主」が減少傾向で推移したため、2000 年から 2014 年にかけて約 10 ポイント減少していた。「他科が主」は、ほぼ横ばいで推移していた（図 14②）。

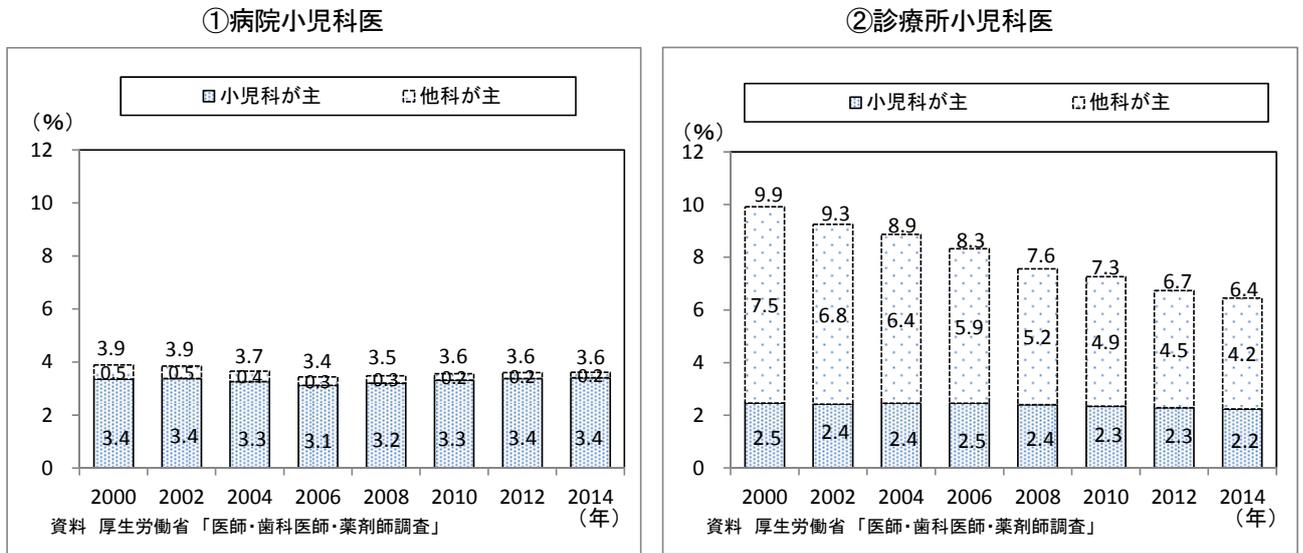
図 14 総医師数に占める小児科・内科医師の割合



資料 厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」2000～2014年

小児科医の総医師数に占める割合の推移を、小児科従事に関して「小児科が主」か「他科が主」に分けてみたところ、病院小児科医（主たる）は 3%台、診療所小児科医（主たる）は 2%台と一定の割合であるが、診療所小児科医（他科が主）は 2000 年には 7.5%を占めていたが、2014 年は 4.2%と、14 年間で 3.3 ポイント減少していた（図 15）。

図 15 総医師数に占める病院小児科医と診療所小児科医の割合の推移

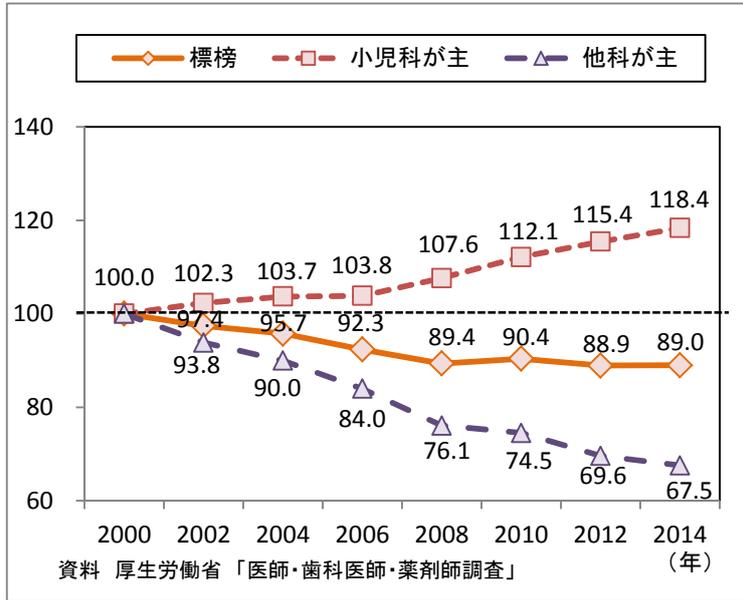


### 小児科医師数等の伸び率の推移

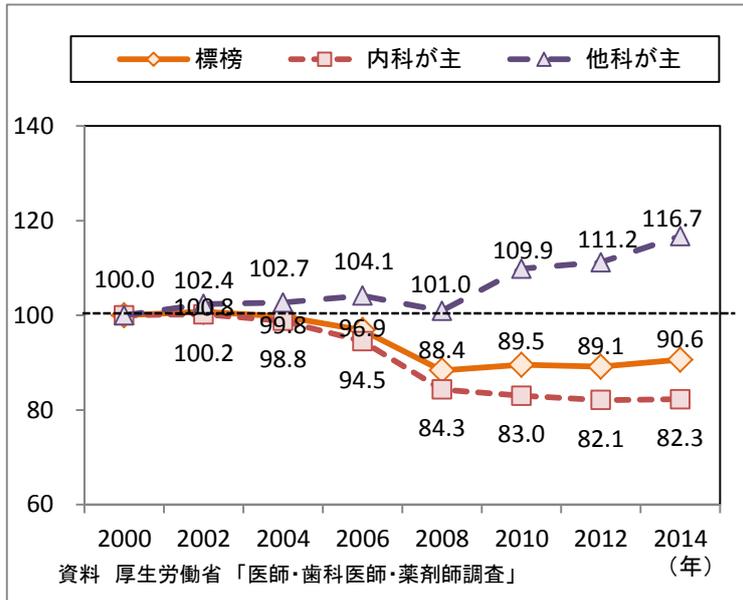
2000年を基点として2014年までの医師数の増減をみたところ、小児科「標榜」の医師は89.0に減少した。「小児科が主」の118.4に対して「他科が主」が67.5と大きく減少したためである。内科は「内科が主」が約2割、「標榜」が約1割減少したものの、「他科が主」は約1.17倍増加していた（図16）。

図 16 小児科医師数、内科医師数の伸び率の推移

①小児科医 (2000年=100)

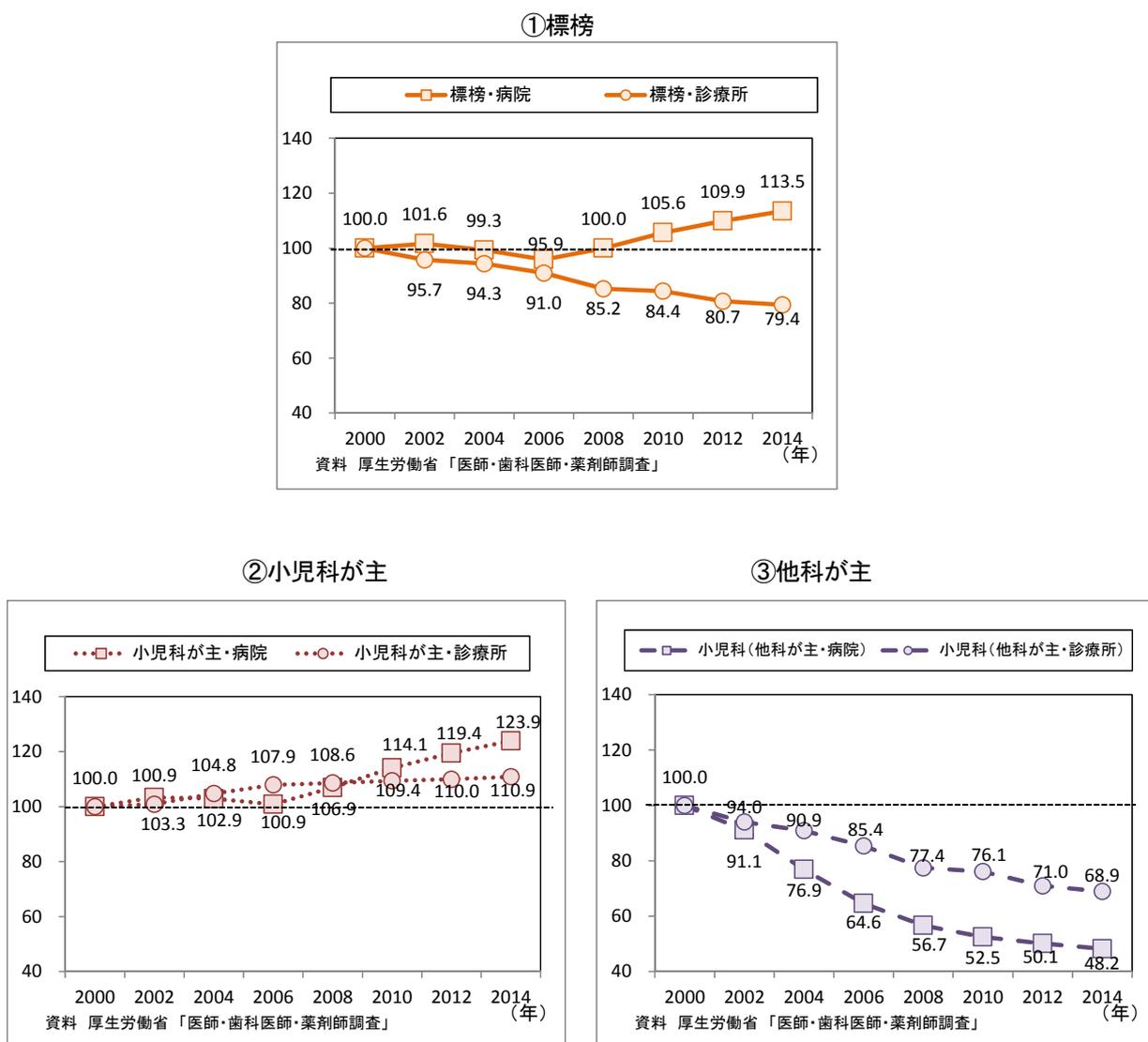


②内科医 (2000年=100)



小児科医の「病院・診療所」「主たる・標榜」別の推移をみると、「小児科が主」の医師では病院、診療所ともに増加傾向で推移しているが、「他科が主」では、病院、診療所ともに減少傾向にあり、診療所は約半数まで減少していた（図 17）。

図 17 小児科医師数の伸び率の推移 - 病院・診療所別、標榜、小児科が主、他科が主  
(2000年=100とする)



## (2) 小児科医の属性の推移

「主たる」「標榜」別に小児科医の平均年齢の推移をみた（図 18）。「主たる」は微増傾向にあり、2000 年の 47.6 歳から 2014 年は 49.8 歳と約 2 歳上昇した。これは医師全体の平均年齢の推移と同じ傾向であった。一方、「標榜」は 54.5～54.9 歳と一定の範囲で推移していた。

「男女別」、「標榜・小児科が主別」、「病院・診療所別」にみると、診療所は約 57～60 歳、病院は 30 代後半～40 代前半で推移しており、「男女別」や「標榜・小児科が主別」で大きな違いはみられなかった（図 19）。

また小児科医の年齢を「40 歳未満」、「40～69 歳」、「70 歳以上」の 3 段階に区分し、「標榜」「小児科が主」「他科が主」別に、2000 年の数値を「100」とした場合のこれらの年齢階級毎の増減をみた（図 20）。

「40～69 歳」の「小児科が主」の医師が最も伸び率が高く、2000 年時点から 1.31 倍増加した。「40 歳未満」の「小児科が主」の医師は、2004 年から 2006 年にかけて減少傾向にあったが、2008 年から再び増加に転じている。70 歳以上の「標榜」医師は減少傾向が著しく、2000 年の約半分まで減少した。「他科が主」も、どの年齢層でも 2000 年時点から半数近く減少し、40 歳未満は約 4 割程度まで減少していた。

さらに、2014 年のデータに基づき、病院・診療所別に小児科医師の年齢階級別の分布をみた。診療所の小児科標榜医は、「他科が主」が「小児科が主」の約 2 倍の医師数であった。「40～69 歳」では「他科が主」が約 75%を占め、他の診療科を主としながらも、小児科の診療を行っている医師がとりわけ多い年代であることが示された（図 21）。

図 18 小児科医師の平均年齢の推移

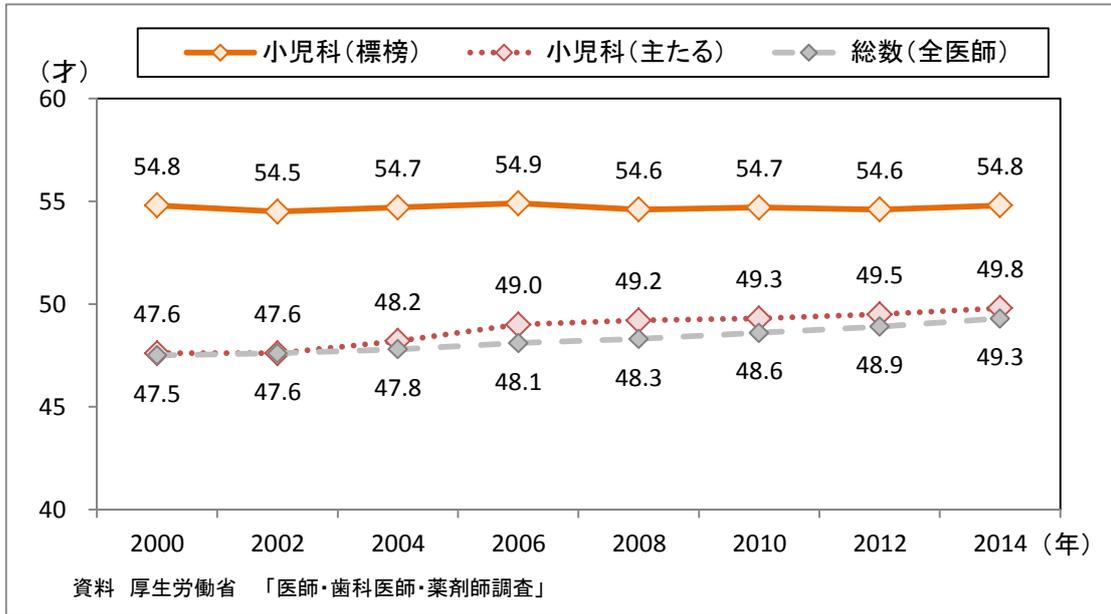


図 19 小児科医の平均年齢推移-病院、診療所別

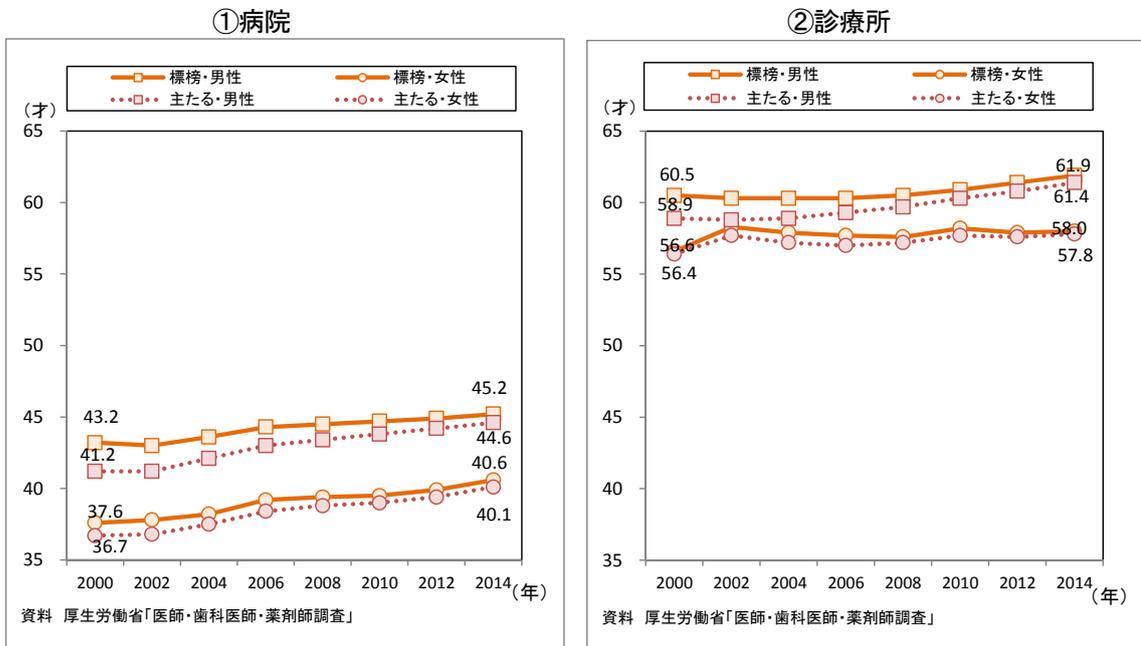
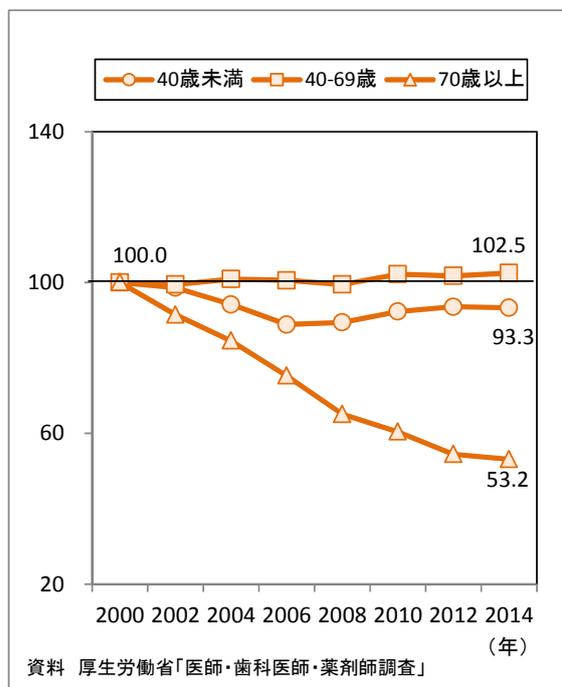
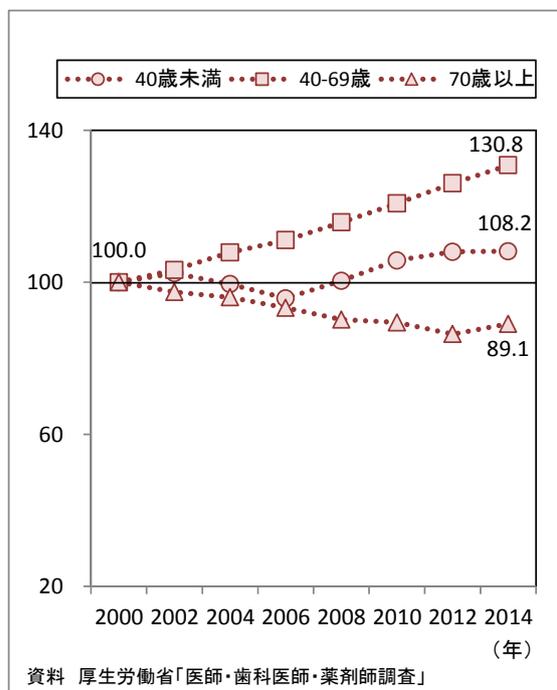


図 20 年齢階級別小児科医師数の増減-標榜・小児科が主・他科が主別

①標榜



②小児科が主



③他科が主

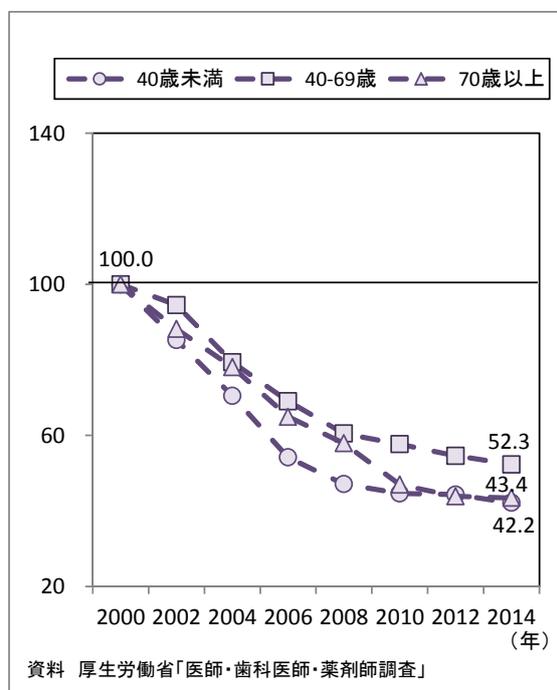
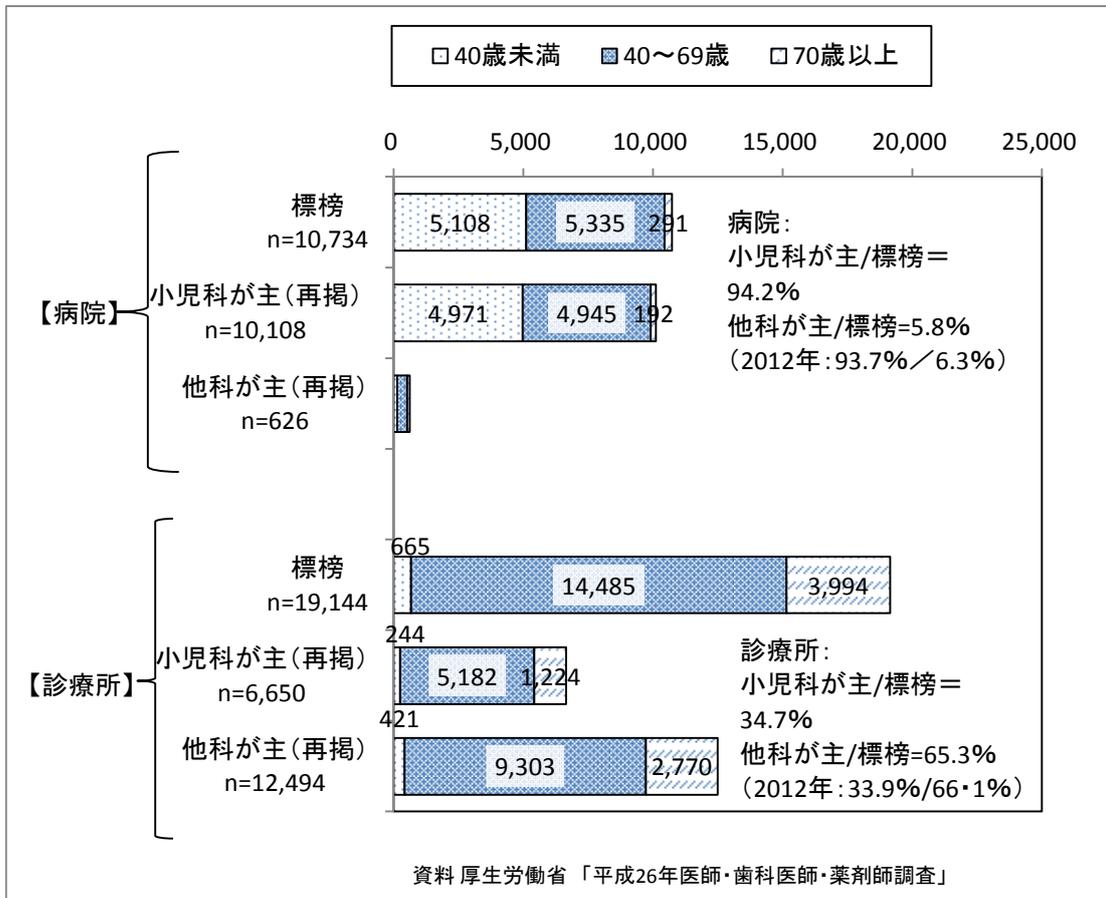


図 21 属性別にみた小児科医の年齢分布 (2014 年)



### (3) 都道府県の小児科医師数

表 7 は、2000 年と 2014 年の小児（15 歳未満）人口 10 万人あたりの「小児科が主」、「他科が主」、「標榜」の小児科医師数とその期間の増減を都道府県別に算出し、示したものである。

2000 年と 2014 年の期間の、小児人口 10 万人対「標榜」小児科総医師数の増減をみると、増加数の多い順に「鳥取県（38.8 人増）」「山梨県（36.9 人増）」「秋田県（33.3 人増）」、減少数の多い順に「大阪府（27.5 人減）」「山口県（21.0 人減）」「三重県（18.4 人減）」の順であった。

同期間の 2014 年の小児人口 10 万人対「小児科が主」の小児科医師数の上位 3 位は、「和歌山県（54.0 人増）」、「鳥取県（44.1 人増）」、「長崎県（39.3 人増）」、下位 3 位は「奈良県（2.2 人減）」、「愛知県（17.5 人増）」、「広島県（17.7 人増）」という結果であった。「標榜」から「主たる」を除いた、「他科が主である小児科医師数」の上位 3 位は、「岐阜県（8.5 人増）」、「山梨県（1.5 人増）」、「愛知県（1.2 人増）」と増加の幅が少なく、下位 3 位は「大阪府（50.7 人減）」、「東京都（49.6 人減）」、「京都府（47.8 人減）」と、特に大都市圏で減少の幅が大きかった。

2010 年から比べて小児科を標榜する医師は 29 県で増加したが、これは小児科を主たる診療科とする医師数が増えたことが大きく、小児科を主としない小児科医は各都道府県で減少傾向にあり、特に大都市圏では顕著であった。

表 7 都道府県別小児科医師数の増減（2000年～2014年）

	小児人口10万対 「標榜」小児科医師数(①)			小児人口10万対 「小児科が主」医師数(②)			小児人口10万対 「他科が主」である小児科医師数 (①-②)		
	2000医師数/ 2000人口	2014医師数/ 2014人口	2000-2014 増減	2000医師数 /2000人口	2014医師数/ 2014人口	2000-2014 増減	2000医師数/ 2000人口	2014医師数/ 2014人口	2000-2014 増減
全国	181.8	183.9	2.1	76.6	100.6	24.0	105.2	83.2	-21.9
北海道	166.8	161.2	-5.7	74.5	103.4	28.9	92.4	57.8	-34.6
青森	164.0	184.5	20.5	58.3	86.5	28.2	105.8	98.1	-7.7
岩手	119.1	132.1	13.0	63.1	90.4	27.3	56.0	41.7	-14.3
宮城	151.6	157.2	5.6	69.9	91.2	21.4	81.8	66.0	-15.8
秋田	143.5	176.8	33.3	79.1	112.5	33.4	64.4	64.3	-0.1
山形	132.7	149.6	17.0	67.7	98.6	30.9	65.0	51.1	-13.9
福島	174.8	178.4	3.7	61.3	85.9	24.6	113.5	92.5	-20.9
茨城	139.8	165.7	25.9	49.7	75.3	25.5	90.1	90.4	0.3
栃木	190.6	204.3	13.7	68.8	98.4	29.7	121.9	105.8	-16.0
群馬	195.8	206.6	10.8	85.7	114.3	28.6	110.1	92.2	-17.9
埼玉	146.5	156.0	9.5	53.5	77.1	23.6	93.0	78.9	-14.1
千葉	148.4	155.5	7.2	62.1	81.9	19.8	86.3	73.7	-12.6
東京	282.4	264.2	-18.1	121.9	153.4	31.5	160.5	110.8	-49.6
神奈川	152.8	147.9	-4.9	75.3	96.6	21.3	77.4	51.2	-26.2
新潟	151.2	147.5	-3.7	68.9	93.6	24.7	82.3	53.9	-28.4
富山	175.0	181.2	6.2	91.0	121.1	30.1	84.0	60.2	-23.8
石川	164.6	150.0	-14.6	86.6	109.2	22.6	78.0	40.8	-37.2
福井	208.2	213.2	5.0	79.1	110.4	31.2	129.1	102.8	-26.3
山梨	183.9	220.8	36.9	71.2	106.6	35.4	112.7	114.2	1.5
長野	180.4	200.4	20.0	67.3	103.2	35.9	113.1	97.1	-15.9
岐阜	212.2	244.9	32.7	62.0	86.1	24.2	150.3	158.8	8.5
静岡	147.5	156.8	9.3	70.8	97.5	26.7	76.6	59.2	-17.4
愛知	190.1	208.7	18.7	66.3	83.8	17.5	123.7	125.0	1.2
三重	181.9	163.5	-18.4	67.8	86.7	18.9	114.1	76.8	-37.3
滋賀	183.1	199.5	16.4	82.2	110.6	28.4	100.9	88.9	-12.0
京都	239.4	222.0	-17.3	109.6	140.1	30.5	129.8	82.0	-47.8
大阪	212.2	184.7	-27.5	82.7	105.9	23.2	129.4	78.8	-50.7
兵庫	164.9	161.3	-3.6	75.7	100.0	24.3	89.3	61.3	-27.9
奈良	188.5	186.1	-2.3	95.3	93.1	-2.2	117.4	93.1	-24.3
和歌山	222.6	233.6	11.0	63.6	117.6	54.0	137.3	116.0	-21.3
鳥取	226.5	265.3	38.8	107.9	152.0	44.1	118.6	113.3	-5.3
島根	225.9	247.7	21.8	92.9	123.9	31.0	133.1	123.9	-9.2
岡山	227.2	240.2	13.0	82.0	116.0	34.0	145.2	124.2	-21.0
広島	158.2	156.9	-1.3	79.7	97.4	17.7	78.5	59.5	-19.0
山口	177.9	156.9	-21.0	74.0	98.3	24.3	103.9	58.6	-45.3
徳島	311.4	300.0	-11.4	90.4	111.0	20.6	221.0	189.0	-31.9
香川	164.6	168.8	4.1	81.6	118.0	36.3	83.0	50.8	-32.2
愛媛	142.7	158.0	15.3	76.6	104.5	28.0	66.1	53.4	-12.7
高知	204.0	187.2	-16.8	87.7	118.6	30.9	116.3	68.6	-47.7
福岡	177.5	174.2	-3.2	91.0	115.1	24.1	86.4	59.1	-27.3
佐賀	183.3	188.1	4.8	64.6	95.8	31.2	118.7	92.4	-26.4
長崎	164.2	174.3	10.2	74.9	114.2	39.3	89.3	60.1	-29.2
熊本	197.5	184.0	-13.5	78.6	104.9	26.3	118.8	79.1	-39.7
大分	170.5	171.3	0.8	74.1	110.7	36.5	96.4	60.7	-35.7
宮崎	136.1	127.5	-8.6	60.8	85.0	24.1	75.2	42.5	-32.7
鹿児島	161.4	144.1	-17.3	54.1	80.6	26.5	107.2	63.4	-43.8
沖縄	130.5	136.1	5.6	64.3	88.4	24.0	66.2	47.8	-18.4

資料 総務省「国勢調査」（平成12年）。「人口推計」（2014年10月1日現在人口）。厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成12年、平成26年）。小児人口は15歳未満人口を使用。

《参考》 表 8 新生児科医師の推移

都道府県	新生児科医師数*			参考		②/①
	2004年	2008年	2012年 ①	出生数	2,500g未満 出生数②	
全国	2,712	2,809	2,968	1,037,231	99,311	33
北海道	103	103	104	38,686	3,764	36
青森県	32	21	24	9,168	871	36
岩手県	23	27	25	9,276	863	35
宮城県	39	38	42	18,707	1,786	43
秋田県	30	35	29	6,543	622	21
山形県	19	20	17	8,212	719	42
福島県	31	33	32	13,770	1,329	42
茨城県	44	35	40	22,896	2,233	56
栃木県	28	26	34	15,973	1,674	49
群馬県	39	42	40	14,914	1,459	36
埼玉県	108	120	126	56,943	5,421	43
千葉県	70	88	87	48,881	4,530	52
東京都	418	436	471	107,401	10,031	21
神奈川県	136	148	160	75,477	7,325	46
新潟県	24	26	28	17,476	1,623	58
富山県	18	24	22	7,880	700	32
石川県	37	30	27	9,544	823	30
福井県	19	17	20	6,712	592	30
山梨県	20	21	18	6,336	671	37
長野県	55	46	58	16,661	1,545	27
岐阜県	42	47	48	16,496	1,575	33
静岡県	75	78	84	30,810	3,131	37
愛知県	191	201	199	67,913	6,638	33
三重県	36	40	40	14,729	1,307	33
滋賀県	25	28	43	13,236	1,275	30
京都府	80	80	82	20,111	1,975	24
大阪府	244	248	280	73,012	6,920	25
兵庫県	135	131	148	46,436	4,392	30
奈良県	38	32	32	10,565	955	30
和歌山県	27	30	27	7,424	661	24
鳥取県	13	17	19	4,771	447	24
島根県	20	22	17	5,585	584	34
岡山県	54	56	56	16,279	1,482	26
広島県	61	65	69	24,846	2,391	35
山口県	34	28	27	10,797	1,060	39
徳島県	15	12	14	5,744	481	34
香川県	40	45	47	8,161	757	16
愛媛県	25	26	26	11,130	961	37
高知県	23	24	17	5,266	592	35
福岡県	91	112	119	45,815	4,521	38
佐賀県	4	5	9	7,440	676	75
長崎県	21	22	21	11,723	1,037	49
熊本県	19	18	27	15,996	1,545	57
大分県	23	27	25	9,650	880	35
宮崎県	24	26	28	9,858	997	36
鹿児島県	31	21	26	14,841	1,510	58
沖縄県	28	32	34	17,074	1,979	58
その他	46	37	71			

資料 日本未熟児学会 会員数(人) 推移 ※名誉会員・功労会員除く

## 2.4 小児救急の現状

### 2.4.1 小児の救急医療体制

図 22 は、わが国の小児医療救急体制の概要を図示したものである。

休日や夜間に発生した子どもの症状が急を要する場合において、入院を必要としない比較的軽症の場合（初期救急）には、「在宅当番医」、「休日夜間救急センター」、「小児初期救急センター」によって必要な医療が提供されている<sup>5</sup>。

二次救急体制では、入院を要する中等症患者（二次救急）では、「病院群輪番制病院」などが対応する。子どもの場合は、主に「小児救急医療支援事業」による二次医療圏単位で当番制等により小児救急対応が可能な病院を確保する事業<sup>6</sup>と、複数の二次医療圏ごとに小児救急患者を受け入れる病院を確保する<sup>7</sup>「小児救急医療拠点病院」などの体制が設置され、必要な医療が提供されている。

三次救急では、二次救急でも対応困難な重篤な救急患者を対応する。高度な医療を総合的に提供する医療体制として整備された「救命救急センター」、小児の重篤患者を受け入れ、小児集中治療室等での小児専門の高度医療を行う「小児救命救急センター」等によって、必要な医療が提供されている。

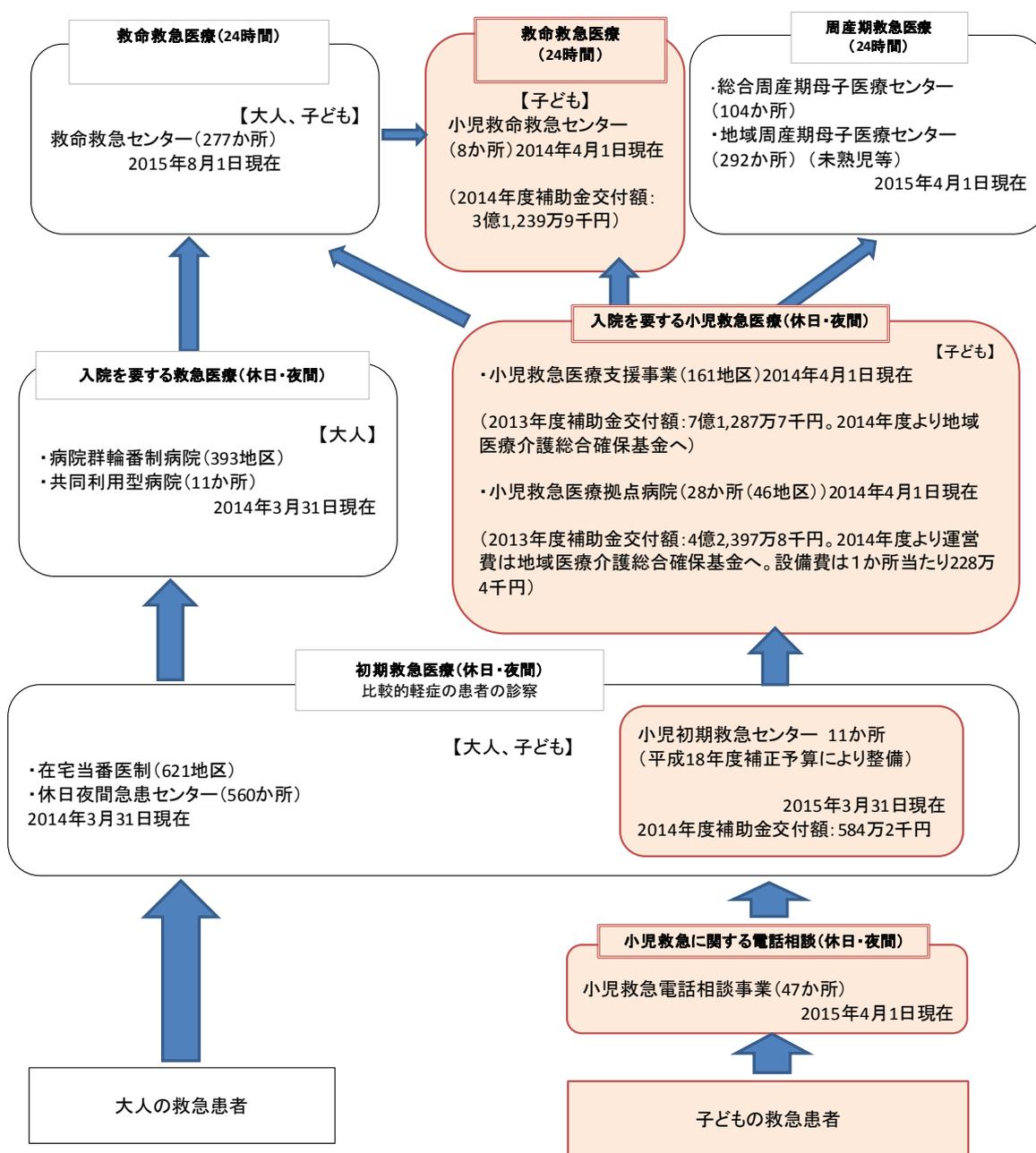
---

<sup>5</sup> 都道府県の補助金対象事業となる場合も多いことから、診療所の医師による当番制や休日夜間急患センターの設置される地域が広がってきている。（例：東京都の実施区市町村数 平成 14 年度 6 区市町村⇒平成 24 年度 32 区市町村）

<sup>6</sup> 内閣府「平成 26 年版少子化社会対策白書」p.89

<sup>7</sup> 同上

図 22 小児救急医療体制



資料 厚生労働省 「小児医療関連施策」 2015年9月2日「第1回子どもの医療制度のあり方に関する検討委員会」資料4

## 2.4.2 小児医療に関する救急電話相談（#8000、#7119）

小児救急の小児の救急電話相談は、子どもの病状変化について専門的な知識のない保護者の判断の一助となるとともに、逼迫する救急医療体制における救急車の適正使用にも資するものである。本項では、2004年（平成16年）度から国庫補助事業として開始された「小児救急電話相談事業（#8000）」と、救急車の適正利用を促進するために一部の自治体で実施されている「#7119」について述べる。これらの概要をまとめたものが、表9である。

表9 「#8000」と「#7119」の概要

	#8000	#7119
開始時期	2004年度	2007年6月
対象地域	全国	東京都、大阪府、奈良県、和歌山県田辺市、札幌市、横浜市
相談者の年齢層	小児	全年齢
管轄	厚生労働省 (各事業の実施主体は都道府県)	・東京消防庁 ・救急安心センター(大阪、奈良、札幌) ・田辺市消防本部 ・横浜市医療局
担っている機能	・休日や夜間に発生した子どものけがや病気に対する家族の判断を、電話相談により支援 ・緊急度の判定や医療機関案内の実施(東京都は子どもの健康上の相談、育児相談、妊娠中の健康や生活の相談にも対応) ・患者の症状に応じた適切な医療提供体制の構築	・救急相談(症状に基づく緊急性の有無、受診の必要性のアドバイス、医療機関案内) ・救急車の適正利用の促進
対応時間	概ね準夜帯(19時～23時)をカバー	24時間(横浜市の救急電話相談は除く)

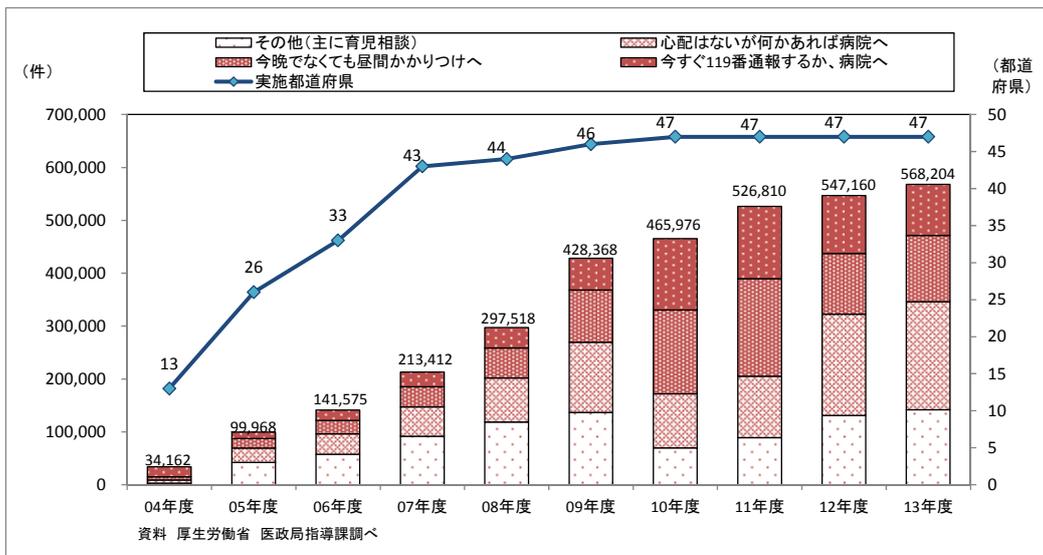
資料 厚生労働省 第1回子どもの医療制度の在り方等に関する検討委員会資料「小児医療関連施策」2015年9月2日に基づいて作成

## 「#8000」について

「小児救急電話相談事業（#8000）」は、2004年（平成16年）度から国庫補助事業として開始された事業である<sup>8</sup>。休日や夜間に発生した子どもの症状が急を要するものか否か、子どもの病状変化について専門的な知識のない保護者には判断がつかない場面もある。そのため、小児科医や看護師から、適切な対処の仕方や受診すべき医療機関についてのアドバイス等を得るためのもので、全国共通の短縮番号「#8000」に電話を掛けると、居住地の都道府県の相談窓口へ自動転送され、無料で相談が受けられる仕組みになっている。

2010年度以降、「#8000」は全都道府県で実施されるようになり、相談件数も600,000件弱に達している（図23）。

図23 「小児救急電話相談（#8000）」の相談実績と実施都道府県数（2004～2013年度）



<sup>8</sup> 同時期に、「小児救急地域医師研修事業（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）」「小児救急遠隔医療設備整備事業（ICTを活用して、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）」も開始。

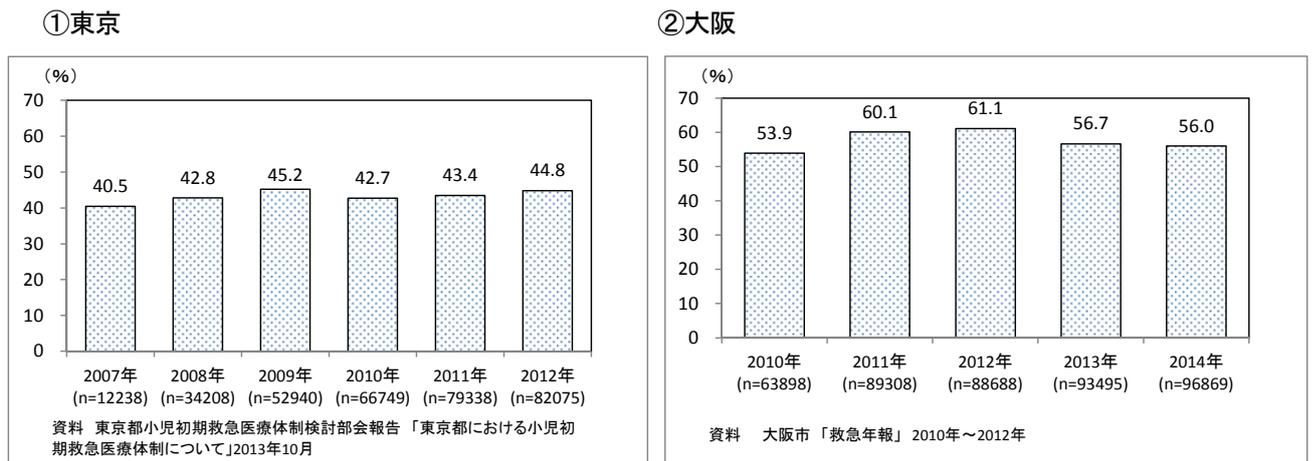
## 「#7119」について

「#8000」は、休日や夜間に小児に症状が発生した場合の相談窓口であるが、「#7119」は、全年齢層を対象とした病気や怪我の緊急性について、24時間365日電話相談を受け付けるものである。

「#7119」は、救急車の適正利用を促進するため、東京消防庁が2007年6月1日から開始した救急電話相談事業がさきがけである。医師、看護師、消防士の多職種連携体制をとり、24時間無休体制で、救急車の要請や医療機関の受診を行うべきかの緊急度の判断を行っている<sup>9</sup>。2009年度には、東京消防庁の活動を参考として、消防庁が愛知県、奈良県、大阪市を対象に救急電話相談事業のモデル事業を開始した<sup>10</sup>。2016年2月1日現在、東京都、大阪府、奈良県、田辺市、札幌市、横浜市<sup>11</sup>の6自治体が#7119事業を実施している。

2007年から2012年までの「#7119」相談者の年齢別推移をみた東京都の調査<sup>12</sup>では、15歳未満の小児が相談者の約40%から45%を占めている。大阪市消防局の調査<sup>13</sup>でも、#7119の相談者に占める小児の割合は2012年で61.1%と6割を超え、最新の2014年でも56.0%と半数を超えている（図24）。

図24 救急相談者に占める15歳未満の割合-東京、大阪



<sup>9</sup> 東久留米市「東京消防庁救急相談センター」

<http://www.city.higashikurume.lg.jp/kurashi/anken/shinryo/1000247.html> (2016年2月5日閲覧)

<sup>10</sup> 消防庁「「救急安心センターモデル事業」の実施地域の決定」2009年5月7日

<sup>11</sup> 救急電話相談は24時間体制をとっていない。

<sup>12</sup> 東京都小児初期救急医療体制検討部会報告「東京都における小児初期救急医療体制について」2013年10月

<sup>13</sup> 大阪市消防局「救急年報（救急安心センター）」2010年～2014年。#7119は府内全域を対象としている。

また、2014年に東京消防庁に寄せられた103,688件の相談件数<sup>14</sup>のうち、1位は「発熱（小児）8,494件」、2位は「頭部外傷（小児）6,163件」であり、8位に「嘔吐・吐き気（小児）2,671件」が入るなど、上位10項目に小児の症状が3項目入っている。

表 10 東京消防庁における救急相談の受付件数と内容

順位	内容	件数	順位	内容	件数
1	発熱(小児)	8,494	6	発熱	3,071
2	頭部外傷(小児)	6,163	7	四肢・顔面外傷	2,868
3	腹痛	4,516	8	嘔吐・吐き気(小児)	2,671
4	頭痛	3,468	9	固形異物誤飲	2,520
5	めまい・ふらつき	3,328	10	胸痛	2,397

資料 東京消防庁「平成27年 東京の救急」『平成26年中の受付状況』

<sup>14</sup> 東京消防庁「平成27年 東京の救急」<http://www.tfd.metro.tokyo.jp/ts/ems/page07.html>  
(2016年2月5日閲覧)

### 2.4.3 小児の時間外・休日・深夜受診の動向

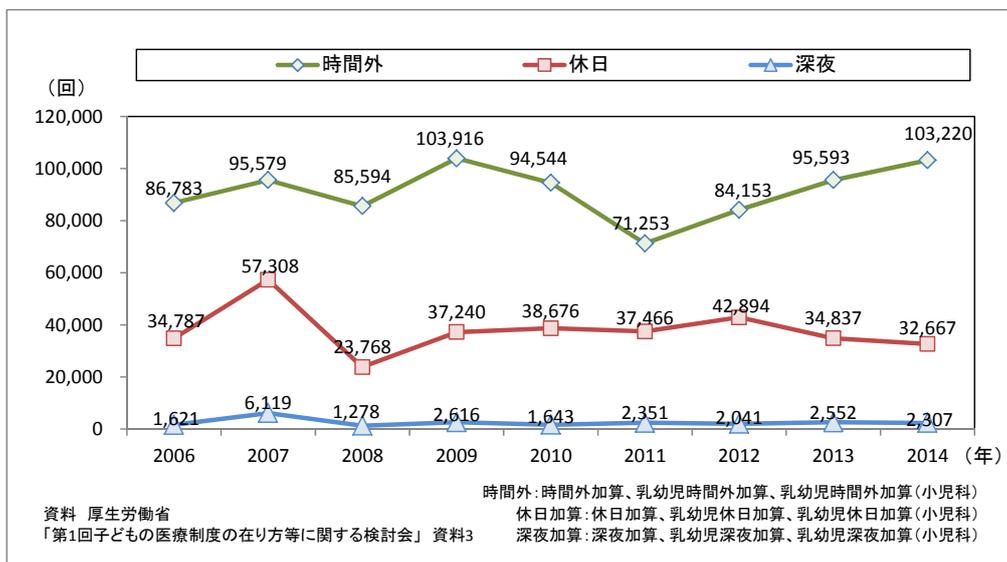
社会医療診療行為別調査の「初診」「再診」の算定回数から、15歳未満の「時間外」「休日」「深夜」における受診の動向をみた。

「初診」の「休日」は、2009年から2012年に掛けて増加傾向がみられたが、2013年以降は減少傾向にある。「時間外」「深夜」については一定の割合で推移しており、大きな変化はみられなかった。「再診」については、「時間外」が2011年以降、増加傾向にある。「休日」「深夜」は一定の割合で推移している（図25、図26）。

図25 時間外加算、休日加算、深夜加算の算定回数（初診・15歳未満）



図 26 時間外加算、休日加算、深夜加算の算定回数（再診・15歳未満）



「病院」・「診療所」別にみた6歳未満の「時間外」「休日」「深夜」の受診動向については、「病院」・「診療所」とも、「休日」「深夜」の受診回数に減少傾向がみられたが、「時間外」に関しては「診療所」で増加傾向がみられている。これは、市区町村がその委託により医師会等で実施している時間外・休日夜間診療所等の浸透によるものと考えられる（図 27、図 28、図 29）。

図 27 病院、診療所別時間外受診回数の推移（初診および再診・6歳未満）

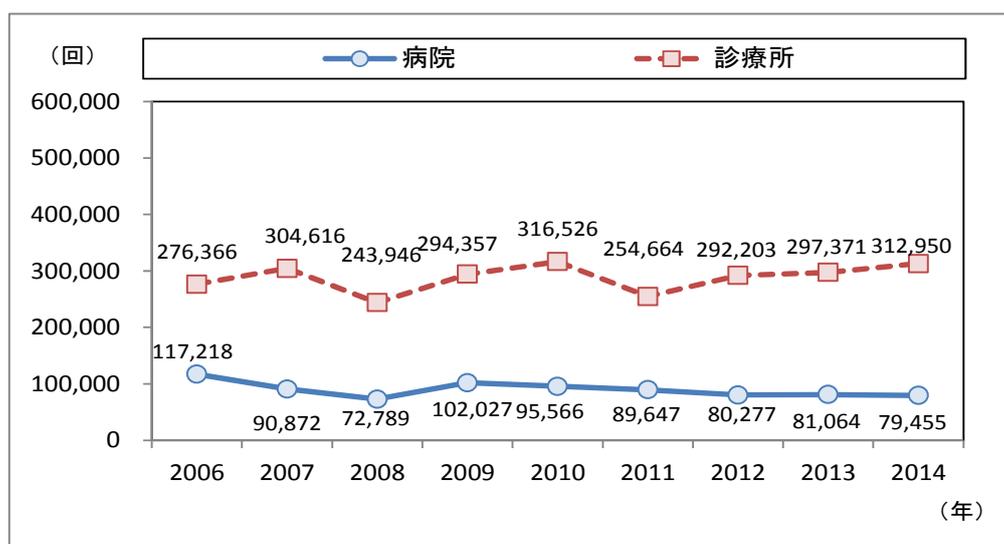


図 28 病院、診療所別の休日受診回数の推移- (初診および再診・6歳未満)

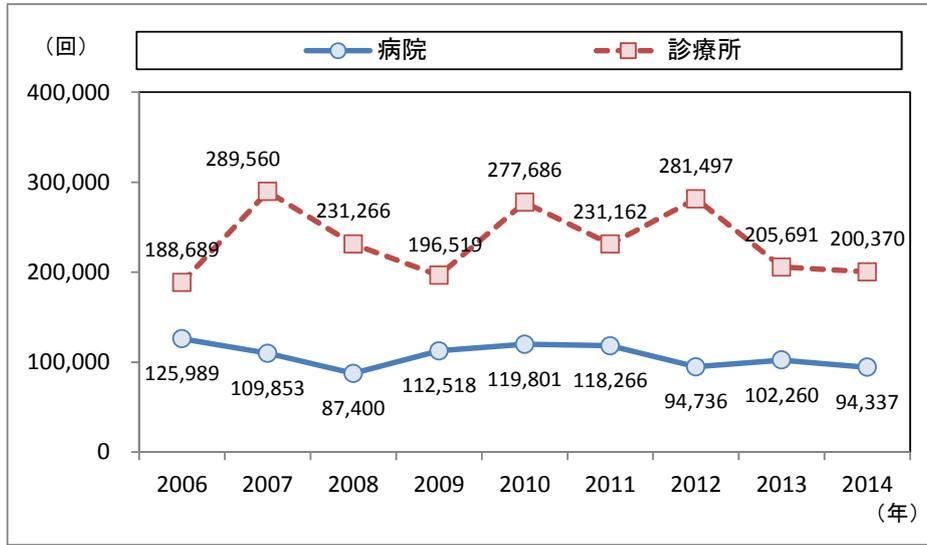
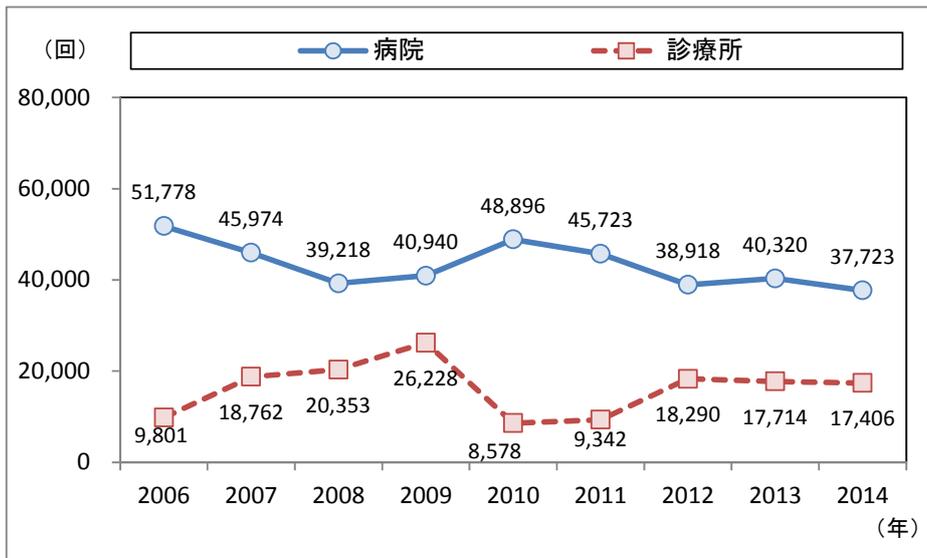


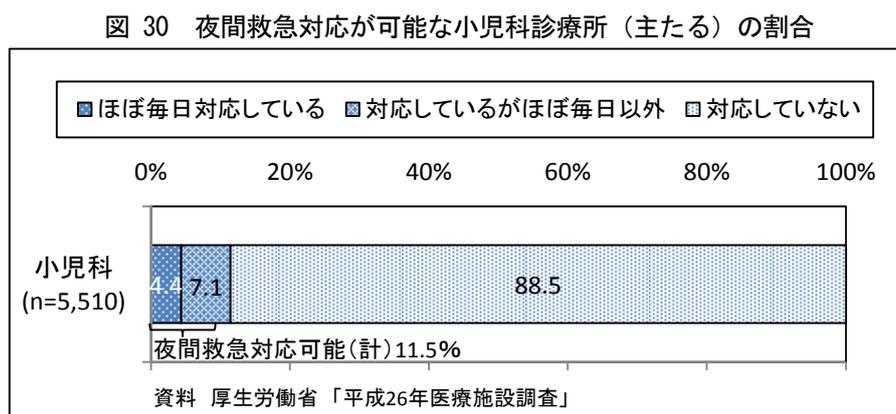
図 29 病院、診療所別の深夜受診回数の推移- (初診および再診・6歳未満)



資料 図 27～図 29 は、厚生労働省「社会医療診療行為別調査」に基づいて作成。  
乳幼児及び小児科の時間外、休日、深夜に関する加算を集計。

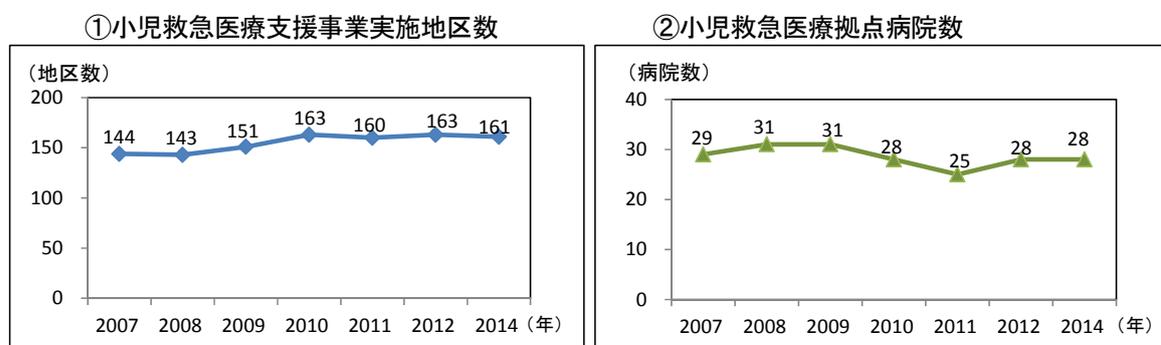
## 小児救急体制における課題

第一に、初期救急小児科診療所では、ほぼ夜間救急の対応が困難な状況である。2014年の厚生労働省の医療施設調査では、「対応していない」が88.5%と、約9割の小児科診療所で夜間救急の対応が困難な状況にある（図30）。在宅当番医制や休日夜間急患センターによる初期救急体制を補完する仕組みの充実が必要である。



第二に、二次救急体制において、二次医療圏単位で確保される「小児救急医療支援事業」も、複数の二次医療圏ごとに確保される「小児救急医療拠点病院」もともに、マンパワー不足により設置が進んでいない。1999年（平成11年）度からスタートした「小児救急医療支援事業」は、全国の358小児救急医療圏<sup>15</sup>のうち事業の実施地域は45.5%にとどまっている。2011年から2013年の間、事業数は横ばいで推移している。「小児救急医療拠点病院」の施設数も同様に、横ばいである（図31）。

図31 「小児救急医療支援事業」と「小児救急医療拠点病院」の推移<sup>16</sup>

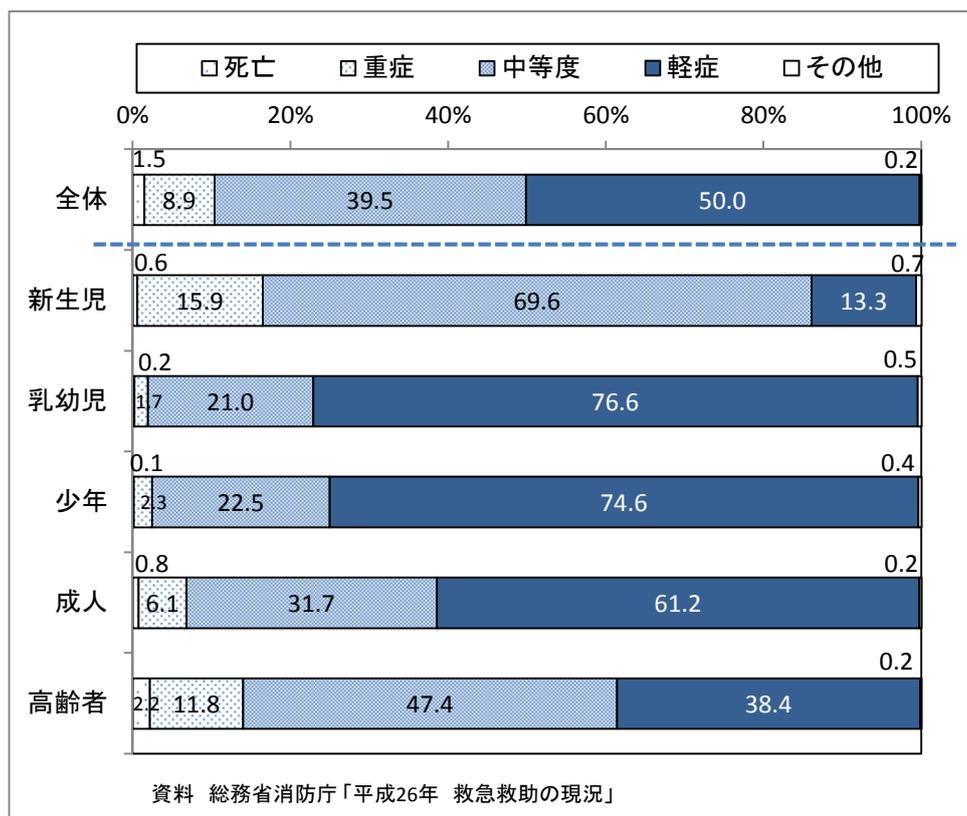


<sup>15</sup> 2013年時点値。出典は内閣府「少子化対策大綱 別添2 施策に関する数値目標」（2015年3月20日）。

<sup>16</sup> ①の地区数は小児救急医療圏数を指す。2007年～2011年は9月時点、2012年以降は4月時点の状況。

第三に救急車の適正利用である。図 32 は、総務省消防庁「平成 26 年版救急救助の現状」より、2013 年の傷病程度別の救急搬送割合を年齢別にみたものである。「乳幼児」<sup>17</sup>と「少年」<sup>18</sup>では、軽症者が 7 割を超え、利用者全体の半数を上回っていた。依然として、救急車の適正利用が課題となっている。

図 32 傷病程度別救急搬送割合-年齢別

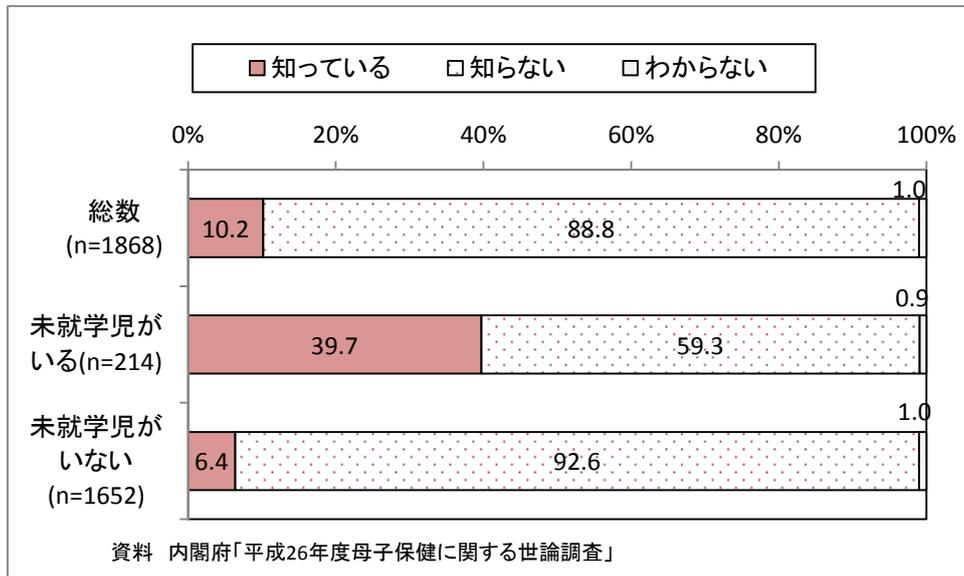


第四として、小児救急電話相談（#8000）の認知度についてである。内閣府が 2014 年に行った意識調査「平成 26 年母子保健に関する世論調査」からは、「小児救急電話相談（#8000）」についての国民の認知度が必ずしも高くないという結果が示されている。図 33 に示しているように、「小児救急電話相談（#8000）を知っている」という回答をした人は、全体では約 1 割、未就学児がいる人でも 4 割弱に留まっていた。また、#7119 については、一部の限られた地域での実施にとどまっている。

<sup>17</sup> 生後 28 日以上満 7 歳未満

<sup>18</sup> 満 7 歳以上 18 歳未満

図 33 小児救急電話相談（#8000）の認知度



## 2.5 小児医療費

### 2.5.1 国民医療費における小児医療費の金額とシェア

2002年度から2012年度まで5年毎の各年齢層別の国民医療費でみたところ、15歳未満の小児の国民医療費は6%台と一定の割合で推移しており、大きな変化はみられなかった（表11）。

表11 年齢層別国民医療費の推移

(億円)

	0～14歳 (計)			15～19歳	20～59歳	60～74歳	75歳以上	計	
	0～4歳	5～9歳	10～14歳						
2002年度	20,531	10,346	5,841	4,344	4,506	104,791	97,499	82,181	309,507
2007年度	21,986	11,318	6,189	4,479	3,898	103,082	106,915	105,479	341,360
2012年度	24,805	12,448	6,984	5,373	4,396	103,234	124,141	135,540	392,117

(%)

	0～14歳 (計)			15～19歳	20～59歳	60～74歳	75歳以上	計	
	0～4歳	5～9歳	10～14歳						
2002年度	6.6	3.3	1.9	1.4	1.5	33.9	31.5	26.6	100.0
2007年度	6.4	3.3	1.8	1.3	1.1	30.2	31.3	30.9	100.0
2012年度	6.3	3.2	1.8	1.4	1.1	26.3	31.7	34.6	100.0

資料 厚生労働省「国民医療費の概況」平成14年度、19年度、24年度。

入院医療費は4%弱（表 12,図 34）、外来医療費は9%弱（表 13,図 35）と、一定の割合で推移していた。一方、60歳以上の入院医療費は2005年度に7割を超え、外来医療費も6割を占め、前回調査時より入院、外来医療費共に増加傾向にある。

表 12 年齢階級別入院医療費と構成割合の推移

(億円)										
	0～14歳 (計)			15～19歳	20～59歳	60～74歳	75歳以上	計		
	0～4歳	5～9歳	10～14歳							
2002年度	4,862	3,181	869	812	1,109	35,688	35,615	38,261	115,535	
2007年度	4,879	3,492	755	632	921	31,264	39,294	49,774	126,132	
2012年度	6,409	4,409	1,013	987	1,123	30,670	45,519	63,844	147,565	

(%)										
	0～14歳 (計)			15～19歳	20～59歳	60～74歳	75歳以上	計		
	0～4歳	5～9歳	10～14歳							
2002年度	4.2	2.8	0.8	0.7	1.0	30.9	30.8	33.1	100.0	
2007年度	3.9	2.8	0.6	0.5	0.7	24.8	31.2	39.5	100.0	
2012年度	4.3	3.0	0.7	0.7	0.8	20.8	30.8	43.3	100.0	

資料 厚生労働省「国民医療費の概況」平成14年度、19年度、24年度。

表 13 年齢階級別入院外医療費と構成割合の推移

(億円)										
	0～14歳 (計)			15～19歳	20～59歳	60～74歳	75歳以上	計		
	0～4歳	5～9歳	10～14歳							
2002年度	10,748	5,373	3,006	2,369	2,169	41,384	39,930	28,392	122,623	
2007年度	11,183	5,546	3,141	2,496	1,916	43,287	41,362	32,539	130,287	
2012年度	11,062	5,405	3,114	2,543	1,847	39,390	44,366	38,967	135,632	

(%)										
	0～14歳 (計)			15～19歳	20～59歳	60～74歳	75歳以上	計		
	0～4歳	5～9歳	10～14歳							
2002年度	8.8	4.4	2.5	1.9	1.8	33.7	32.6	23.2	100.0	
2007年度	8.6	4.3	2.4	1.9	1.5	33.2	31.7	25.0	100.0	
2012年度	8.2	4.0	2.3	1.9	1.4	29.0	32.7	28.7	100.0	

資料 厚生労働省「国民医療費の概況」平成14年度、19年度、24年度。

図 34 入院医療費の年齢階級別内訳

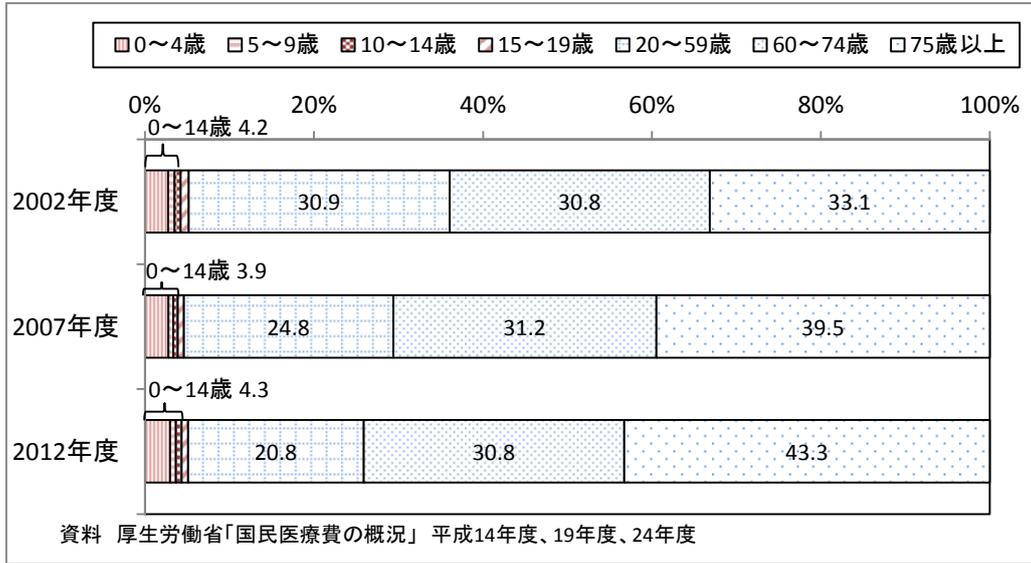
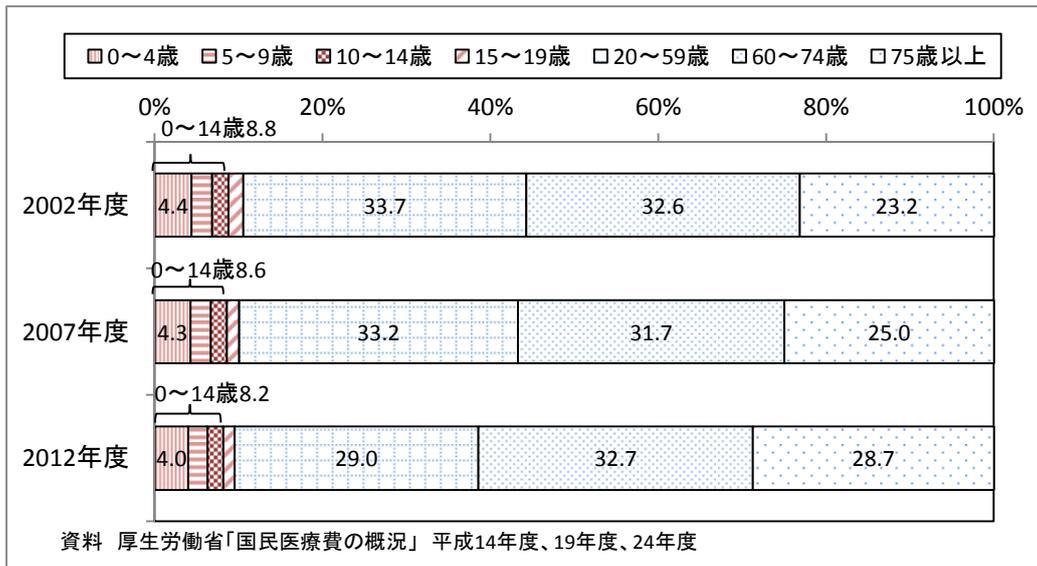


図 35 外来医療費の年齢階級別内訳



## 小児等の1人あたり医療費の推移

1人あたり入院医療費（年齢階級別医療費を当該年齢階級の人口で除した値）の推移を5年毎にみると、0～4歳では、2002年度から2012年度の10年間で入院医療費が1.5倍以上増加した。0～4歳の入院医療費は他の年齢層と比べて極めて高く、2012年度では5～9歳の入院医療費の約4.5倍、10～14歳の約5.0倍、15～19歳の約4.5倍であった。他の年齢層はほぼ横ばいの推移であった。一方外来医療費は、全ての年齢層でほぼ横ばいの推移であった。

総数（全年齢）の1人あたり医療費をみると、小児全体（0～14歳）と比較して、入院で約3.0倍、外来が約1.6倍で、前回調査と比べて、特段の変化はみられなかった（図36、図37）。

図 36 1人当たり入院医療費の推移（小児等年齢階級別および総数）

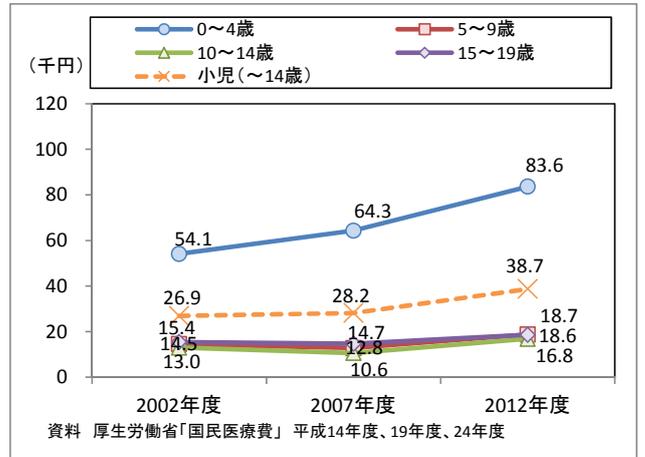
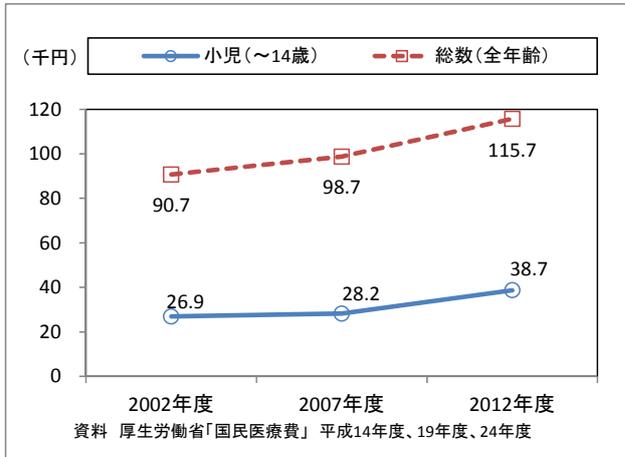
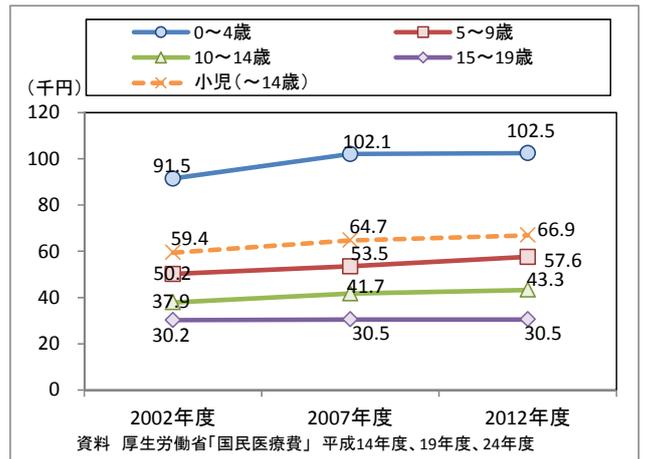
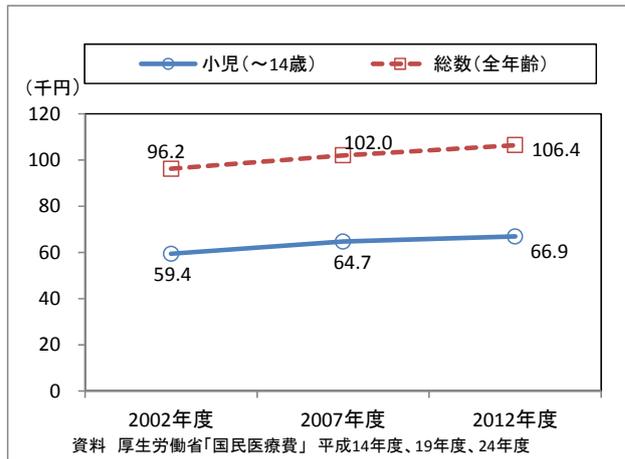


図 37 1人当たり外来医療費の推移（小児年齢階級別および総数）



## 2.5.2 小児の医療費助成制度

小児の医療費助成制度は、2014年現在、47都道府県の全てで実施されている。ただし、所得制限による支給の基準や上限とする年齢などの対象や一部負担の有無について、地域差が存在していることがわかる。

表 14 都道府県における乳幼児等医療費に対する援助の実施状況（2014年4月1日現在）

（都道府県）		
対象年齢	通院	入院
3歳未満	3	-
4歳未満	4	1
5歳未満	1	-
就学前	25	22
9歳年度末	3	3
12歳年度末	5	8
15歳年度末	5	12
18歳年度末	1	1
実施都道府県数計	47	47
	所得制限あり	所得制限なし
都道府県	17	30
	一部自己負担あり	一部自己負担なし
都道府県	8	39

※通院又は入院のどちらかに所得制限を設けていれば所得制限ありとしている

資料 厚生労働省「乳幼児等医療費に対する援助の実施状況」（2015年9月2日実施「第1回子どもの医療制度の在り方に関する検討会」資料）

市区町村では、都道府県事業に独自に上乗せして助成を実施しているところが多数ある。実施市区町村の乳幼児等医療費に対する援助状況をみると、年々対象年齢の引き上げを行う市区町村が増え、15歳未満までの自治体が大半を占めていた。ただし、所得制限を設けている自治体が1,373か所、一部負担を設けているのは986か所であった。年々対象年齢が引き上げられ対象者は拡大しているものの、依然として、所在地により、支給の基準が大きくばらついている状況には変わりはない。

表 15 市区町村における乳幼児等医療費に対する援助の実施状況（2014年4月1日現在）

(市区町村)		
対象年齢	通院	入院
4歳未満	15	-
5歳未満	1	-
就学前	337	103
7歳未満	1	-
7歳年度末	5	1
8歳年度末	2	-
9歳年度末	57	24
10歳未満	1	1
10歳年度末	4	-
12歳年度末	185	243
15歳年度末	930	1,152
16歳年度末	1	1
17歳年度末	1	1
18歳年度末	201	215
22歳年度末	1	1
実施市区町村数計	1,742	1,742
	所得制限あり	所得制限なし
市区町村	1,373	369
	一部自己負担あり	一部自己負担なし
市区町村	986	756

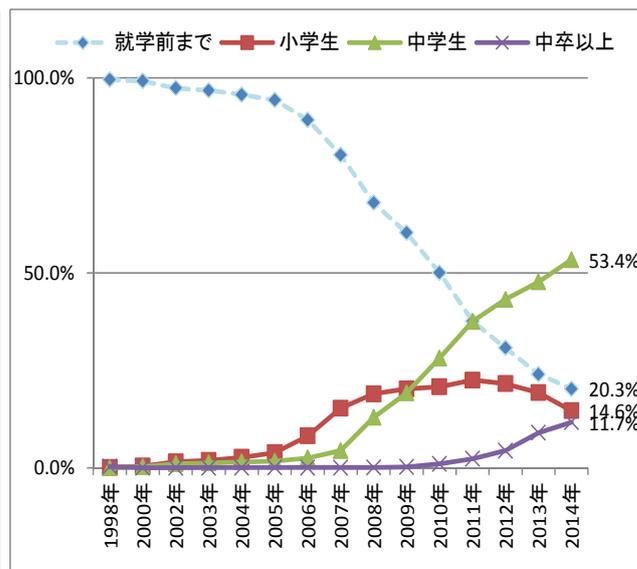
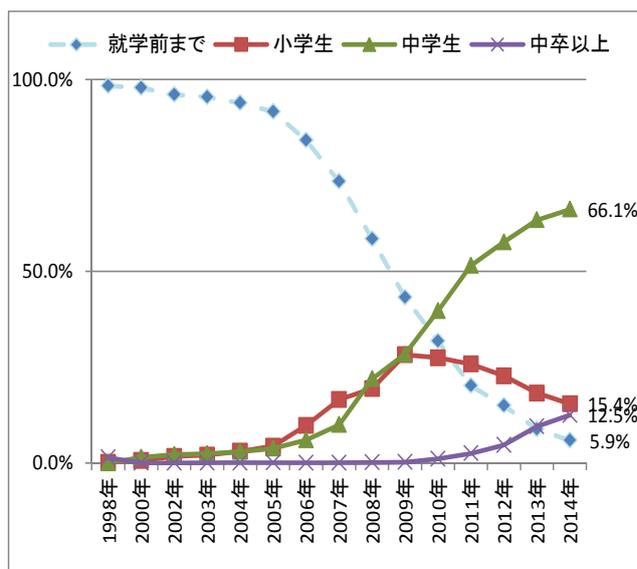
※通院又は入院のどちらかに所得制限を設けていれば所得制限ありとしている

資料 厚生労働省「乳幼児等医療費に対する援助の実施状況」(2015年9月2日実施「第1回子どもの医療制度の在り方に関する検討会」資料)

図 38 全国市区町村の子どもの医療費助成制度における助成対象年齢別構成割合の推移

① 入院

② 通院



資料 厚生労働省「乳幼児医療費に対する援助の実施状況」 各年の実績に基づいて日経総研が作成

## 2.6 予防接種

予防接種は、世界的に費用対効果のある公衆衛生的介入の一つであり、多くの子どもたちを疾患や障害から守っている<sup>19</sup>。予防・管理可能な 25 種類の病原菌・疾患ワクチンがあるものの<sup>20,21</sup>、推定 2,180 万人の乳児が、命を守るワクチンを受けられなかったとされる。背景には、不適切なワクチン供給、医療サービスへのアクセスの欠如、予防接種に関する正しい情報の不足、政策的・経済的な支援が不十分であることがあるとの指摘がなされている<sup>22</sup>。

日本の予防接種の特徴として、予防接種法に基づく公的接種である「定期接種」と、同法に基づかない「任意接種」とが併存していることがある<sup>23</sup>。これまでに、ワクチン接種後の副反応や有害事象が予防接種政策に影響を与えてきたこと<sup>23</sup>、先進諸国と比べて公的接種（定期接種）の対象となるワクチンの種類が少ないことなどが指摘されてきた<sup>24</sup>。新たな動きとして、2013 年 4 月に予防接種法が改正され、3 種類のワクチンが定期接種の対象に加わった<sup>25</sup>。予防接種法に基づく定期接種の対象となる感染症は 14 種類である<sup>26</sup>。

---

<sup>19</sup> UNICEF. Despite major progress, the full potential of immunization continues to elude many of the world's children. May 2015. <http://data.unicef.org/child-health/immunization.html>

<sup>20</sup> WHO. Global Vaccine Action Plan 2011–2020. 2013.

[http://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/GVAP\\_doc\\_2011\\_2020/en/](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/)

<sup>21</sup> Japan Institute for Global Health. Research ワクチンに関するレポート 「世界予防接種週間 (4/24-30)」に向けて—世界と日本のワクチンに係る現状と課題—。2014.

[http://jigh.org/wp/wp-content/uploads/2014/04/World-Immunization-Week\\_with-pics-SET.pdf](http://jigh.org/wp/wp-content/uploads/2014/04/World-Immunization-Week_with-pics-SET.pdf)

<sup>22</sup> WHO. WHO campaigns World Immunization Week 2015: Close the immunization gap.

<http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2015/event/en/>

<sup>23</sup> 週刊医学界新聞. 予防接種戦略 新たなステージに向けて. 2014 年 1 月 6 日.

<https://www.igaku-shoin.co.jp/nwspapr/pdf/3058.pdf>

<sup>24</sup> 厚生労働統計協会編「第 3 編 保健と医療の動向 第 3 章 感染症対策 5. 予防接種」『国民衛生の動向 2014 / 2015 年』（2014 年、厚生労働統計協会）pp165-172.

<sup>25</sup> 齋藤昭彦. 日本の予防接種制度-ワクチンギャップをどう埋めるか?- . 小児耳鼻咽喉科. 2013; 34(3): 295-300.

<sup>26</sup> 厚生労働省. 予防接種情報 病気について.

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/) および、東京都福祉保健局. 予防接種制度について.

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoo/kansen/yobousesshu.html>

## 制度の概要

日本の予防接種制度は、前述のとおり、予防接種法に基づく公的接種である定期接種と、任意接種が併存している。定期接種が公衆衛生予防を目的にし、市区町村が費用負担するのに対し、任意接種はあくまでも個人予防が目的で、費用負担は原則として個人負担（一部自治体助成、保険など）である<sup>27</sup>。定期接種の対象となる疾病は、ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、Hib 感染症、肺炎球菌感染症（小児がかかるものに限る。）、ヒト・パピローマウイルス感染症が含まれる「A 類疾病」と、インフルエンザ、肺炎球菌感染症が含まれる「B 類疾病」から成る。任意接種には、B 型肝炎、ロタウイルス、おたふくかぜ、A 型肝炎、破傷風トキソイド、髄膜炎菌、黄熱、狂犬病、成人用ジフテリアトキソイドが含まれる<sup>28</sup>。国立感染症研究所が、定期接種と任意接種に分けて接種スケジュールを作成・公表している<sup>28</sup>。

これに対し、日本小児科学会は、定期接種と任意接種にかかわらず、子どもへの接種が推奨されるワクチンを推奨接種年齢の早いワクチンから順に示したスケジュールを作成・公表している（図 39）。

また、日本の定期接種対象の予防接種率（対象人口に対する実施人数の割合）は比較的高いとされる。例えば、麻しん、風しんは、原則として混合ワクチンの接種であり、2006 年から 1 歳（1 期）、小学校入学前 1 年間（2 期）、2008 年から中学 1 年生（3 期）、高校 3 年生相当年齢（4 期）の接種が行われてきた<sup>29</sup>。2013 年 3 月に 3 期、4 期の定期接種は終了したが<sup>29</sup>、乳幼児期である 1 期、2 期の接種率は 90%以上と高い割合となっている<sup>30</sup>（表 16）。

<sup>27</sup> 国立感染症研究所. 平成 26 年度 感染症危機管理研修会資料. 2014 年 10 月 15 日.  
<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/kikikanri/H26/20141015-02.pdf>

<sup>28</sup> 国立感染症研究所. 日本の予防接種スケジュール. 2015 年 5 月 18 日以降.  
<http://www.nih.go.jp/niid/images/vaccine/schedule/2015/JP20150518.gif>

<sup>29</sup> 尾内一信. ワクチンで予防できる細菌・ウイルス感染症—わが国での発生状況. 別冊・医学のあゆみ 小児用ワクチン Update2015. 2014: 22-28.

<sup>30</sup> 厚生労働省. 定期の予防接種実施者数 平成 6 年法律改正後（実施率の推移）.  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html>

図 39 日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール<sup>31</sup>

日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール 2014年10月1日版 日本小児科学会

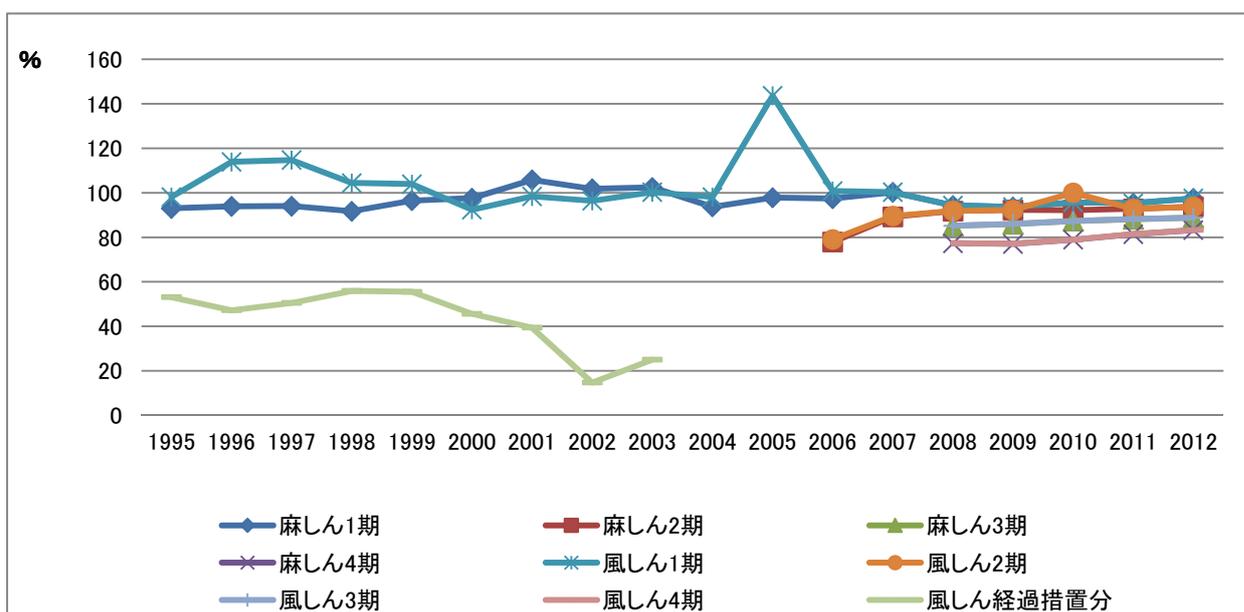


ワクチン	種類	乳児期								幼児期				学童期/思春期										
		生直後	6か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9-11か月	12-15か月	16-17か月	18-23か月	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳以上	
インフルエンザ菌b型 (ヒブ)	不活化		①	②	③						④ (注1)													
肺炎球菌 (PCV13) (注2)	不活化		①	②	③						④													
B型肝炎 (HBV) ユニバーサル母子感染予防	不活化	①	②				③																①②③ (注3)	
ロタウイルス 1価	生		①	②					④ (注4)															
ロタウイルス 5価	生		①	②	③				④ (注5)															
四種混合 (DPT-IPV)	不活化		①	②	③					④ (注6)								(7.5歳まで)						
三種混合 (DPT) (注7)	不活化		①	②	③					④ (注6)								(7.5歳まで)						
ポリオ (IPV) (注7)	不活化		①	②	③					④ (注6)								(7.5歳まで)						
BCG	生					①																		
麻疹、風しん (MR)	生									①								② (注8)						
水痘	生									①		②												③ (注9)
おたふくかぜ	生									①								② (注10)						
日本脳炎	不活化																	① ② ③ (7.5歳まで)			④ 9-12歳			
インフルエンザ	不活化																							① ② ③ (毎年(10月、11月などに) ①②)
二種混合 (DT)	不活化																							11歳 ① 12歳
ヒトパピローマウイルス (HPV)	不活化																							(注11) 小6 中1 ①②③ (注12) 中2-高1

定期接種の推奨期間
  任意接種の推奨期間
  定期接種の接種可能な期間
  任意接種の接種可能な期間
  添付文書には記載されていないが、小児科学会として推奨する期間

<sup>31</sup> 日本小児科学会. 日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール. 2014年10月1日更新.  
[https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/vaccine\\_schedule.pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/vaccine_schedule.pdf)

図 40 定期予防接種実施率の推移



注) 厚労省資料(脚注30)から抜粋して作成

表 16 定期予防接種実施率の推移

	麻しん1期	麻しん2期	麻しん3期	麻しん4期	風しん1期	風しん2期	風しん3期	風しん4期	風しん経過措置分
1995	93				98.1				53.1
1996	93.9				113.9				47.2
1997	94				114.7				50.5
1998	91.7				104.4				55.9
1999	96.5				103.9				55.5
2000	97.6				92.4				45.6
2001	105.8				98.4				39.4
2002	101.8				96.4				14.7
2003	102.4				100.3				25
2004	93.7				98.1				
2005	97.8				143.6				
2006	97.4	77.9			100.8	79.1			
2007	100.2	89.2			100.3	89.6			
2008	94.3	91.8	85.1	77.3	94.3	91.9	85.2	77.3	
2009	93.6	92.3	85.9	77	93.6	92.3	86	77.1	
2010	95.7	92.2	87.3	78.9	95.7	100	87.3	79	
2011	95.3	92.8	88.1	81.4	95.3	92.8	88.2	81.5	
2012	97.5	93.7	88.8	83.2	97.5	93.7	88.8	83.3	

注) 1995年および1996年は年統計でそれ以外は年度、単位は%

## 予防接種の効果

予防接種で防ぐことができる疾患を有する患者数の推移から、すでに多くの患者発生が減少傾向にあることがわかる（図 41、図 42）。

### <ゼロ～減少傾向>

すでに患者がほぼ発生していない感染症もある。全数把握対象の疾患では、天然痘は、感染症発生動向調査の対象疾患となった 2003 年 11 月から 2012 年まで、患者発生報告が無い。ジフテリアは 1999 年に 1 件、狂犬病は 2006 年に 2 件報告があったが、それ以外は 2012 年まで患者発生報告が無い。黄熱病は 1999 年から患者発生報告が無い。ポリオは 2007 年に 1 件、2008 年 2 件、2010 年 2 件、2011 年 1 件であったが、それ以外は患者発生報告が無い。日本脳炎も、1999 年からほぼ一桁台で推移し、2012 年は 2 件に抑えられている。麻疹は 2008 年から全数把握対象の疾患となった。2000 年に約 2 万 2,500 件、2001 年に 3 万 3,800 件という患者報告数を記録、2006 年度に 4 期の定期接種が導入された前後でいったん減少したかにみえたが、2008 年に 1 万件を超えた。その後は数百件に激減し、2012 年は 283 件であった。0 才の罹患率をみると、2009 年以降、大幅に減少していることがわかる（図 43）。

定点把握対象の疾患では、インフルエンザ菌 b 型による、乳児や小児の髄膜炎の罹患率（5 歳未満人口 10 万人当たり）は、定期接種が始まった 2013 年には 0.17 人で、2012 年の 0.6 人、2008～2010 年の 3 年間の平均 7.7 人と比べて減少したとの報告もある<sup>29</sup>。

### <件数が多く減少していない、あるいは増加>

予防接種の効果が一定程度みられる一方で、発生報告数が比較的多く、なかなか減らない、あるいは増加している疾患もある。全数把握対象の疾患では、風しんが 2004 年に 4,000 件超となり、その後は数百件で推移していたが、2012 年に約 2,400 件と急増した。結核は、2007 年 4 月 1 日から全数把握の対象となった。2007 年の約 2 万 1,900 件から微増傾向にあり、2012 年は約 2 万 9,300 件であった。

図 41 予防接種で予防可能な疾患の患者報告数（全数把握対象疾患）<sup>32</sup>

	1999年 (14週～)	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
天然痘（痘そう）*	...	...	...	...	0 (11/5～)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ポリオ（急性灰白髄炎・小児麻痺）**	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0
結核***	...	...	...	...	...	...	...	...	21,946 (4/1～)	28,467	27,002	26,906	31,483	29,317
ジフテリア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
コレラ	39	58	50	51	24	86	56	45	13	45	16	11	12	3
A型肝炎	763	381	491	502	303	139	170	320	157	169	115	347	176	157
黄熱	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
狂犬病	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
日本脳炎	5	7	5	8	1	5	7	7	10	3	3	4	9	2
B型肝炎	510	425	330	332	245	241	209	228	199	178	178	174	200	186
急性脳炎****	...	...	...	...	12 (11/5～)	167	188	167	228	192	526	242	258	371
髄膜炎菌性髄膜炎	10	15	8	9	18	21	10	14	17	10	10	7	12	15
先天性風疹症候群	0	1	1	1	1	10	2	0	0	0	2	0	1	4
破傷風	66	91	80	106	73	101	115	117	89	123	113	106	118	118
風疹****	...	...	...	...	...	...	...	...	...	294	147	87	378	2,386
麻疹****	...	...	...	...	...	...	...	...	...	11,013	732	447	439	283

図 42 予防接種で予防可能な疾患の患者報告数（定点把握対象疾患）<sup>33</sup>

	1999年 (14週～)	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
インフルエンザ	イ 65,471	769,964	305,441	747,010	1,162,290	770,063	1,563,662	900,181	1,212,042	621,447	3,068,062	268,932	1,363,793	1,676,374
感染性胃腸炎*	小 507,592	886,174	874,241	889,927	906,803	952,681	941,922	1,148,962	989,647	1,056,747	814,793	1,238,681	983,634	1,231,061
急性脳炎**	基 129	149	134	108	99 (～11/4)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
細菌性髄膜炎***	基 235	256	278	300	298	379	309	350	383	410	462	491	508	465
水痘	小 162,424	275,036	271,409	263,308	250,561	245,941	242,296	265,453	245,880	224,835	202,732	234,603	238,645	195,713
成人麻疹****	基 83	426	931	440	462	59	7	39	975	...	...	...	...	...
尖圭コンジローマ****	性 3,190	4,553	5,178	5,701	6,253	6,570	6,793	6,420	6,197	5,919	5,270	5,252	5,219	5,467
百日咳	小 2,653	3,804	1,760	1,458	1,544	2,189	1,358	1,504	2,932	6,753	5,208	5,388	4,395	4,087
風疹****	小 2,972	3,123	2,561	2,971	2,795	4,239	895	509	463	...	...	...	...	...
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	基 2,129	4,321	5,254	6,132	6,447	6,692	6,233	5,294	4,840	5,257	4,773	5,659	4,648	3,564
麻疹（成人麻疹を除く）****	小 5,875	22,552	33,812	12,473	8,285	1,547	537	516	3,133	...	...	...	...	...
無菌性髄膜炎****	基 1,126	1,873	1,254	2,985	1,625	1,028	773	1,140	797	744	644	811	1,060	931
流行性耳下腺炎（ムンプス、おたふくかぜ）	小 69,070	132,877	254,711	180,827	84,734	127,592	187,837	200,639	67,830	65,361	104,568	179,669	137,110	71,547

イ：インフルエンザ定点 全国約5,000（内科約2,000 および小児科約3,000）  
 小：小児科定点 小児科 全国約3,000  
 基：基幹定点 内科及び小児科医療を提供する300人以上収容する病院 全国約470  
 性：性感染症定点 全国約1,000

<sup>32</sup> 国立感染症研究所。予防接種で予防可能な疾患の患者報告数 年次累積報告数（全数把握対象疾患）。  
<http://www.nih.go.jp/niid/images/vaccine/freport/20131109/vac-zennsuu20131109.gif>

<sup>33</sup> 国立感染症研究所。予防接種で予防可能な疾患の患者報告数 年次累積報告数（定点把握対象疾患）。  
<http://www.nih.go.jp/niid/images/vaccine/freport/20131109/vac-teitenn20131109.gif>

表 17 年次別、年齢階級別結核罹患率

	昭和37年	45年	50年	55年	60年	平成2年	7年	10年*		12年	17年	21年	22年	23年	24年	25年	26年
								新分類	旧分類								
総数	403.2	172.3	96.6	60.7	48.4	41.9	34.3	32.4	34.8	31.0	22.2	19.0	18.2	17.7	16.7	16.1	15.4
0~4歳	184.4	75.3	20.0	7.9	5.4	3.1	2.5	2.0	2.0	1.8	1.0	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.3
5~9	261.3	96.8	19.9	6.5	3.5	1.8	1.2	1.1	1.1	0.7	0.4	0.2	0.5	0.4	0.2	0.3	0.3
10~14	143.4	47.0	13.7	6.3	3.9	2.1	1.5	1.3	1.3	1.1	0.6	0.4	0.6	0.5	0.4	0.4	0.3
15~19	218.7	65.4	32.8	18.5	12.6	9.9	7.0	6.5	6.5	5.7	4.4	3.4	4.2	2.6	2.7	2.7	2.8
20~29	409.9	130.7	70.2	38.0	28.1	25.1	20.8	20.7	20.9	20.1	15.4	11.8	10.9	10.4	9.7	9.1	9.2
30~39	504.5	162.9	78.5	44.9	29.9	24.5	20.3	19.4	19.8	19.6	14.9	11.5	10.7	9.6	8.9	7.9	7.7
40~49	536.4	217.6	115.3	63.1	42.7	32.7	26.0	23.5	24.8	21.6	14.0	11.3	10.6	10.5	9.1	8.3	7.8
50~59	618.6	294.1	175.5	107.6	78.3	56.5	41.3	35.3	37.7	31.3	18.9	14.7	13.4	12.8	11.5	10.8	9.8
60~69	733.3	413.3	252.6	161.0	122.7	96.2	66.5	56.3	61.3	46.1	26.2	20.5	19.9	17.5	16.3	15.4	14.3
70歳~	607.8	416.0	312.5	218.3	183.8	154.5	112.2	105.2	116.1	101.3	66.6	58.8	56.4	55.7	52.4	50.7	47.9

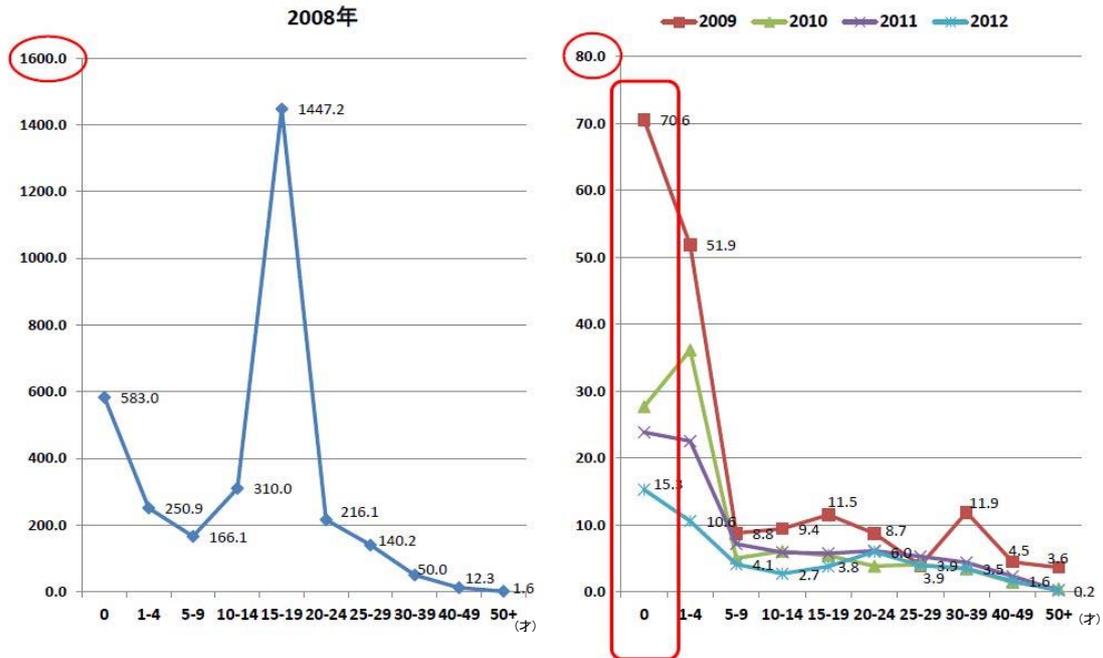
(人口10万対)

(~昭和61年 結核登録者に関する定期報告, 昭和62~平成7年 結核・感染症サーベイランス年報集計結果, 平成8~18年 結核発生動向調査年報集計結果, 平成19年~ 結核登録者情報調査年報集計結果)

\*平成10年以降は新活動性分類による数値となり、平成11年より新分類で報告。

資料 疫学情報センター「結核の統計」2014年

図 43 麻しん年齢群別罹患率（人口100万対）



資料 厚生労働省 第10回麻しん対策推進会議 「資料1 麻しん等の発生状況について」2013年3月8日

## 費用対効果

国外では、米国の予防接種諮問委員会 (Advisory Committee on Immunization Practice, ACIP) や、英国の予防接種に関する共同委員会 (Joint Committee on Vaccination and Immunization, JCVI) などによってワクチンの費用対効果に関する検討が行われ、有効性や安全性に加えて経済的なエビデンスに基づく政策提言が行われている<sup>34</sup>。

日本国内では、厚生労働省の厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会ワクチン評価に関する小委員会が、個人や社会に対する影響、予防接種の効果・目的・安全性、費用対効果など医学的・科学的観点から検討を行った<sup>35</sup>。同委員会の報告書によれば、検討において、ワクチンの医療経済的評価も行われており、原則としてワクチンごとに接種が想定される年齢を設定した上で、生産性損失<sup>36</sup>などを考慮した「費用比較分析」<sup>37</sup>を実施、生産性損失の推計が難しい場合は、「費用効果分析」<sup>38</sup>を実施する手法が取られた。検討対象となったワクチンは Hib、肺炎球菌、HPV、水痘、おたふくかぜ、B 型肝炎、ポリオ（今回は医療経済的評価が行われていない）、百日咳であった。2009 年出生コホート 107.8 万人を対象に、ワクチンを投与した場合と投与しなかった場合の費用推計の比較が行われ、社会的な視点からみた費用比較分析の結果が主に示された。その結果、Hib ワクチン以外は、肺炎球菌、水痘、おたふくかぜワクチンの定期接種化による費用の減少が推計された。

---

<sup>34</sup> 池田俊也. 総説 保健事業の経済的評価事例と活用の可能性—ワクチンを中心に—. 保健医療科学. 2013; 62(6): 599-604.

<sup>35</sup> 厚生労働省 厚生科学審議会 感染症分科会 予防接種部会 ワクチン評価に関する小委員会. ワクチン評価に関する小委員会 報告書. 2011 年 3 月.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000014wdd-att/2r98520000014weu.pdf>

<sup>36</sup> 注) 脚注 35 の報告書によれば、生産性損失とは、休業により発生する機会費用（実際には支出されていないが、病気でなかったり、治療を受けなかったりしたら得られたであろう利益）で、一般的に病気に罹患することにより失われる罹病費用と、死亡による経済性損失である死亡費用に分けられる。

<sup>37</sup> 注) 脚注 35 の報告書によれば、費用比較分析とは、「ワクチン接種により増加する費用と、ワクチン接種によって疾病の発症が減ることに伴う医療費削減額（当該ワクチンで予防される疾病に係る分のみを考慮）の双方を比較」するもので、「小児期に接種するワクチンについては、家族等の生産性損失の増減の社会影響の費用についても考慮」している。

<sup>38</sup> 注) 脚注 35 の報告書によれば、費用効果分析とは、「ワクチン接種による健康への影響（感染予防の効果や副反応による負の効果）を、QALY（質調整生存年：生活の質（QOL）で重み付けした生存年）に換算して推計し、1QALY（健康な寿命を 1 年延伸させる効果）を得るために必要な費用（ワクチン接種費用など）が 500 万円を下回っているかどうかにより、費用対効果として良好かどうかを評価」するもので、当該分析において、「支払者の視点（ワクチン総接種費用など保健医療費のみを考慮。接種のための交通費や生産性損失などの分は考慮していない）で推計し、割引率は年率 3 %」としている。割引率とは、「将来発生する費用や健康を現在の価値に換算する場合の係数（年率）」である。

## ■ 公的接種の対象となるワクチン—先進諸国との比較

WHO（世界保健機関）が推奨する予防接種に関して、先進諸国と日本の制度を比べると、公的接種の対象となる予防接種の種類が異なることがわかる（表 18）。

全ての地域に向けて推奨される予防接種のうち、B型肝炎については、日本と英国がハイリスク者に限定する一方で<sup>39</sup>、米国、独、仏は限定なく公的接種の対象としている。また、ロタウイルスについては、米国、英国、独が限定なく公的接種としているが、日本は対象としていない。

また、国ごとの予防接種計画に基づいて実施するよう推奨される予防接種のうち、おたふくかぜ（ムンプス）については、日本以外の米国、英国、独、仏が対象としている。ハイリスク集団に向けて推奨されるA型肝炎の予防接種については、日本と独は対象としていないが、英国がハイリスク者に限定、米国は特に限定なく対象としている。

---

<sup>39</sup> 注) ただし、日本国内の新たな動きとして、2016年10月に定期接種化されることとなった（日本経済新聞. B型肝炎ワクチン、10月から定期接種. 2016年2月5日.  
[http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG05H4O\\_V00C16A2000000/](http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG05H4O_V00C16A2000000/)などを参照のこと）。

表 18 WHO 推奨予防接種と世界の公的予防接種実施状況<sup>40, 41, 42, 43, 44, 45, 46</sup>

WHO推奨予防接種	日本	米国	英国	ドイツ	フランス
全ての地域に向けて推奨					
BCG	○	ハイリスク者のみ	ハイリスク者のみ	ハイリスク者のみ	ハイリスク者のみ
ポリオ	○	○	○	○	○
DTP	○	○	○	○	○
麻しん	○	○	○	○	○
風しん	○	○	○	○	○
B型肝炎	ハイリスク者のみ※1	○	ハイリスク者のみ	○	○
Hib	○	○	○	○	○
小児の肺炎球菌	○	○	○	○	○
HPV	○	○	○	○	○
ロタ	×	○	○	○	※2
限定された地域に向けて推奨					
日本脳炎	○	×	×	×	×
ハイリスク集団に向けて推奨					
A型肝炎	×	○	ハイリスク者のみ	×	※3
国ごとの予防接種計画に基づいて実施するよう推奨					
ムンプス	×	○	○	○	○
インフルエンザ	○	○	○	○	○
水痘	○	○	ハイリスク者のみ	○	ハイリスク者のみ
その他(WHOの推奨なし)					
成人の肺炎球菌	○	○	○	○	ハイリスク者のみ

注：

※1 2016年10月に定期接種化される

※2 厚労省資料には2014年6月開始予定とあるが、フランスの2015年ワクチンスケジュール ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier\\_vaccinal\\_2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf)) には掲載なし

※3 フランスの2015年ワクチンスケジュールによれば、Recommandations particulières とある

<sup>40</sup> 第4回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 参考資料集. 2014年1月15日.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000050005.pdf>

<sup>41</sup> WHO. summarizes recommended routine immunizations for all age groups. 27 February 2015.  
[http://www.who.int/immunization/policy/Immunization\\_routine\\_table1.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1)

<sup>42</sup> CDC. Immunization Schedules For Health Care Professionals: Birth-18 Years & "Catch-up" immunization Schedules United States, 2015.  
<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-schedule.pdf>

<sup>43</sup> Public Health England. The complete routine immunisation schedule from summer 2014. Updated 25 June 2014.  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/422787/8584\\_PHE\\_2015\\_Complete\\_Immunisation\\_Schedule\\_A4\\_13\\_accessible.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/422787/8584_PHE_2015_Complete_Immunisation_Schedule_A4_13_accessible.pdf)

<sup>44</sup> Screening and Immunisations team, Health and Social Care Information Centre. NHS Immunisation Statistics, England - 2014-15. 23 September 2015.  
<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB18472/nhs-immu-stat-eng-2014-15-rep.pdf>

<sup>45</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine Schedule France (2014/05/28), Germany (2014/08/26).

<sup>46</sup> 横浜市衛生研究所. 疾患別情報 各国の予防接種.  
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/eiken/idsc/disease/>

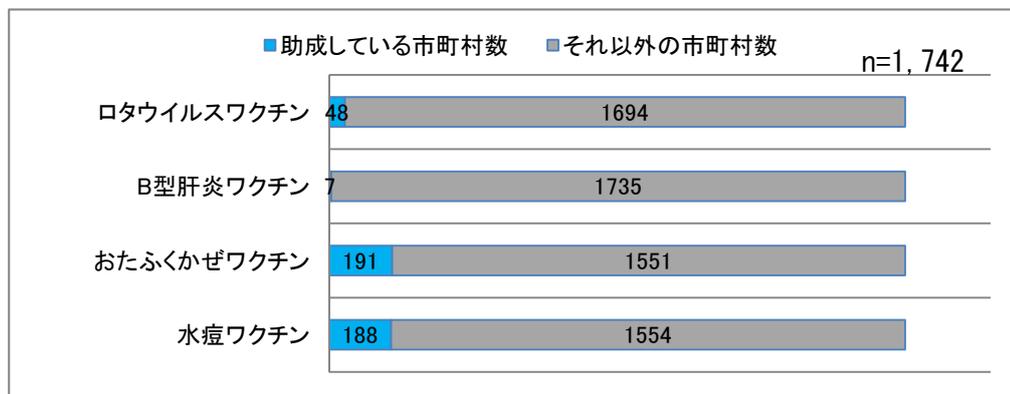
## ■ 予防接種制度の課題

### 任意接種という概念<sup>23,47</sup>

日本では、予防接種法に規定され、原則として接種費用が無料の「定期接種」と、同法で規定されず、自治体補助もしくは受診者負担となる「任意接種」の2種類がある<sup>48</sup>。予防接種を定期接種と任意接種に分ける方法は、日本独自の分類である<sup>48</sup>。後者の任意接種については、主に次に示す3点の課題が指摘されている。

第一に、受診者の費用負担が大きいことがある。任意接種の費用は、一回の接種で3000円～1万円である<sup>49</sup>。受診者負担が原則で、助成を行っている市町村は一部にとどまっている<sup>50</sup>（図44）。

図 44 1742 市町村中、任意接種への助成を行っている市町村数  
(2012年12月1日現在)



資料 厚生労働省. 第4回厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会 参考資料5「任意接種に係る公費負担の状況について（2012年12月1日現在）」. 2014年1月15日

<sup>47</sup> Akihiko Saitoh, Nobuhiko Okabe. Recent progress and concerns regarding the Japanese immunization program: Addressing the “vaccine gap”. *Vaccine*. 2014; 32: 4253-4258.

<sup>48</sup> 齋藤昭彦. 日本の予防接種制度-ワクチンギャップをどう埋めるか?-. *小児耳鼻咽喉科*. 2013; 34(3): 295-300

<sup>49</sup> Aiko Shono and Masahide Kondo. Factors that affect voluntary vaccination of children in Japan. *Vaccine*. 2015; 33: 1406-1411.

<sup>50</sup> 厚生労働省. 第4回厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会 参考資料5 任意接種に係る公費負担の状況について（2012年12月1日現在）. 2014年1月15日.  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000034770\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000034770_2.pdf)

第二に、保護者や接種者に対する情報提供が十分に行われていないことがある。母親を対象にしたオンライン調査によれば、子どもの任意接種に影響をおよぼす要因として、①家計への経済的負担、②ワクチン接種に関する情報のやりとり・伝達が挙げられた<sup>49</sup>。また、任意接種と定期接種の分類が受診者に対し、任意接種が定期接種よりも重要ではないとみなす要因となっているとの指摘もある<sup>47,49</sup>。

第三に、救済制度が異なることがある。定期接種では、同法 16 条に基づき、医療費・医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料などが給付される。これに対し、任意接種は独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく補償と自治体が加入している予防接種事故賠償保険による補償となっている。

これらの理由から、任意接種のワクチン接種率が低く、これらの疾患が蔓延しているとの指摘がある<sup>47</sup>。例えば、胃腸炎を起こすロタウイルスのワクチン接種率は、2012 年 7 月時点で約 35%、2013 年 4 月時点で 45%であり<sup>51</sup>、年間 80 万人程度が罹患しているという<sup>52</sup>。また、子どもの年齢区分ごとのおたふくかぜワクチンの接種状況で見ると、7~34%程度と比較的低く（表 19）、年間 10 万人~数万人の患者発生報告がある。水痘は 2014 年 10 月 1 日から定期接種化されたが、それ以前の表 4 の接種状況を見ると 8~32%程度と比較的低く、年間 16 万~27 万人程度の患者発生報告がある。

---

<sup>51</sup> 国立感染症研究所. ロタウイルスワクチンの導入とその影響の評価. IASR. 2014; 35: 73-74.  
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/allarticles/surveillance/2261-iasr/related-articles/related-articles-409/4483-dj4097.html>

<sup>52</sup> 厚生労働省. ロタウイルスに関する Q&A.  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/Rotavirus/>

表 19 子どもの年齢区分ごとの予防接種状況

質問: お子さんがこれまでに1回でも接種したことがある予防注射は。(複数選択)

	児の年齢区分						合計
	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	4歳	5-6歳	
ポリオ生ワクチン	924 ( 89.9%)	1027 ( 95.6%)	763 ( 96.3%)	610 ( 97.9%)	633 ( 97.5%)	899 ( 96.6%)	4856 ( 95.3%)
BCG	1019 ( 99.1%)	1056 ( 98.3%)	783 ( 98.9%)	610 ( 97.9%)	635 ( 97.8%)	897 ( 96.3%)	5000 ( 98.1%)
DPT3種混合ワクチン	966 ( 94.0%)	1023 ( 95.3%)	764 ( 96.5%)	598 ( 96.0%)	625 ( 96.3%)	878 ( 94.3%)	4854 ( 95.2%)
麻しん(はしか)	151 ( 14.7%)	260 ( 24.2%)	256 ( 32.3%)	209 ( 33.5%)	216 ( 33.3%)	568 ( 61.0%)	1660 ( 32.6%)
風しん(三日はしか)	112 ( 10.9%)	213 ( 19.8%)	215 ( 27.1%)	177 ( 28.4%)	180 ( 27.7%)	535 ( 57.5%)	1432 ( 28.1%)
MR混合ワクチン(麻しん・風しん)	610 ( 59.3%)	850 ( 79.1%)	645 ( 81.4%)	515 ( 82.7%)	554 ( 85.4%)	679 ( 72.9%)	3853 ( 75.6%)
日本脳炎	9 ( 0.9%)	26 ( 2.4%)	26 ( 3.3%)	245 ( 39.3%)	264 ( 40.7%)	384 ( 41.2%)	954 ( 18.7%)
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	80 ( 7.8%)	209 ( 19.5%)	184 ( 23.2%)	205 ( 32.9%)	222 ( 34.2%)	323 ( 34.7%)	1223 ( 24.0%)
水痘(みずぼうそう)	90 ( 8.8%)	231 ( 21.5%)	198 ( 25.0%)	190 ( 30.5%)	210 ( 32.4%)	287 ( 30.8%)	1206 ( 23.7%)
インフルエンザ	70 ( 6.8%)	461 ( 42.9%)	537 ( 67.8%)	463 ( 74.3%)	507 ( 78.1%)	729 ( 78.3%)	2767 ( 54.3%)
Hib(ヒブ、インフルエンザ菌)ワクチン	360 ( 35.0%)	397 ( 37.0%)	219 ( 27.7%)	103 ( 16.5%)	57 ( 8.8%)	30 ( 3.2%)	1166 ( 22.9%)
肺炎球菌ワクチン	174 ( 16.9%)	129 ( 12.0%)	62 ( 7.8%)	40 ( 6.4%)	30 ( 4.6%)	16 ( 1.7%)	451 ( 8.8%)
その他	19 ( 1.8%)	11 ( 1.0%)	11 ( 1.4%)	6 ( 1.0%)	6 ( 0.9%)	7 ( 0.8%)	60 ( 1.2%)
予防接種をしたことはない	1 ( 0.1%)	4 ( 0.4%)	0 ( 0.0%)	2 ( 0.3%)	0 ( 0.0%)	2 ( 0.2%)	9 ( 0.2%)
不明	3 ( 0.3%)	6 ( 0.6%)	2 ( 0.3%)	4 ( 0.6%)	6 ( 0.9%)	14 ( 1.5%)	35 ( 0.7%)
ケース合計	1028 ( 100.0%)	1074 ( 100.0%)	792 ( 100.0%)	623 ( 100.0%)	649 ( 100.0%)	931 ( 100.0%)	5097 ( 100.0%)

資料 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究

「幼児健康度に関する継続的比較研究」. 2011 年 3 月. [http://www.jschild.or.jp/book/pdf/2010\\_kenkochousa.pdf](http://www.jschild.or.jp/book/pdf/2010_kenkochousa.pdf)

\*2010 年 9 月 1 日～9 月 30 日までの調査日当日の年齢が 1 歳から就学前 7 歳未満の幼児を対象にした調査

## 2.7 妊婦健診・乳幼児健診

### ■妊婦健診

妊婦健診は、厚生労働省「平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告」によれば、全国 1,279,468 人の妊婦が受診した。妊婦 1 人当たりの平均受診回数は 10.0 回であった。これを都道府県別にみると、最も多い京都府が 17.7 回、最も少ない徳島県が 7.5 回であった。都市部の傾向では、東京特別区や多くの政令指定都市、県庁所在地では一人当たり受診回数が 11~12 回の都市が多数を占めているが、最も少ない那覇市では一人当たり 6.7 回などのように地域差がみられている。

表 20 妊婦健診の状況

	受診実人員	受診延人員
合計	1,279,468	12,774,973
医療機関	1,225,439	12,274,639
集団健診	54,029	500,334

資料 平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告

表 21 妊娠週（月）数別の妊娠届出者数の年次推移

	平成22年度 注1) (2010)		平成23年度 (2011)		平成24年度 (2012)		平成25年度 (2013)		平成26年度 (2014)		
		構成割合 (%)		構成割合 (%)		構成割合 (%)		構成割合 (%)		構成割合 (%)	
総数	1,161,542	100.0	1,105,863	100.0	1,080,193	100.0	1,073,964	100.0	1,076,109	100.0	
妊娠週 (月) 数	第11週以内 (第3月以内)	1,009,604	86.9	994,837	90.0	981,309	90.8	981,934	91.4	989,201	91.9
	第12~19週 (第4~5月)	124,832	10.7	88,024	8.0	78,388	7.3	70,853	6.6	67,022	6.2
	第20~27週 (第6~7月)	11,755	1.0	10,203	0.9	9,405	0.9	8,794	0.8	8,263	0.8
	第28週~分娩まで (第8月~分娩まで)	5,858	0.5	5,166	0.5	4,913	0.5	4,420	0.4	4,413	0.4
	分娩後	2,272	0.2	2,398	0.2	2,180	0.2	2,189	0.2	2,477	0.2
	不詳	7,221	0.6	5,235	0.5	3,998	0.4	5,774	0.5	4,733	0.4

資料 厚生労働省「平成26年度地域保健・健康増進事業報告」

注1: 2010年度は東日本大震災の影響により、岩手県の一部の市町村(釜石市、大槌町、宮古市、陸前高田市)、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県の一部の市町村(南相馬市、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、飯館村、会津若松市)が含まれていない。

## 未受診妊婦の問題

妊娠中は定期的に健診を受けることにより、母子の健康管理を行うことが基本である。妊婦が未受診であることは、主に①分娩時のリスクが高まること、②分娩後の新生児の健康状態にも重大な影響がおよぶ可能性が高まるという問題がある。

通常、妊婦は、妊娠が判明してから出産に至るまでに 14 回程度の妊婦健診を受けることになっており、多くの妊婦が受診している。その一方で、妊婦健診を受けない妊婦（以下、未受診妊婦という）も一定の割合で存在している<sup>53</sup>。大阪産婦人科医会が府内の全産婦人科医療機関を対象に行った調査によれば、2009 年から 2013 年の 5 年間で、1,146 例の未受診妊婦が確認された。これは府内の全分娩件数の約 0.3%に当たった。5 年間の平均年齢は 27.6 歳で、年齢構成は 13 歳から 46 歳と幅広く、未成年は 17.0%（193 例）を占めた。

未受診の理由としては、経済的理由、妊娠や社会制度などの知識の欠如、妊娠に対する認識の甘さなどが挙げられた。

未受診者は、血圧・尿検査・浮腫・体重・胸囲・子宮底長などのチェックに基づいた、産科医から分娩時のリスクを避けるための適切な保健指導を受けていないか十分でないため、母子の健康状態も不明で、分娩時のリスクが高くなる。

2009 年の東京都福祉保健局医療政策部の調査では<sup>54</sup>、未受診妊婦の分娩について、母体の 36 例に妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの合併症があったことが報告された。また、未受診妊婦が出産した新生児 123 例のうち 40.7%（50 例）が新生児集中治療室（NICU）または GCU を利用していた。新生児の 37.4%（46 例）が出生時に合併症を持っていた。その内容をみると、低出生体重児（2,500g 未満）が 30 例で最も多く、新生児仮死も 8 例あり、その他ダウン症候群や呼吸障害を併発している事例もみられた。

<sup>53</sup> 大阪産婦人科医会 「未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書」2014 年 3 月。

大阪府内で分娩を行う約 150～160 の施設すべてを対象とした 2009 年～2013 年に実施された実態調査。未受診妊婦を「妊婦健診を 1 回も受けずに分娩または入院に至った」「全妊娠経過を通じての妊婦健診受診回数が 3 回以下」「最終受診日から 3 か月以上の受診がない」のいずれかに該当する者と定義されている。

<sup>54</sup> 東京都福祉保健局「周産期母子医療センター等における妊婦健康診査未受診妊婦の状況について」2011 年 12 月。周産期搬送コーディネーターによって病院に搬送された妊婦を対象にし、そのうち未受診妊婦と判明した 130 例について詳細な調査。

## ■ 乳幼児健診

わが国では、母子保健法<sup>55</sup>第 12 条及び第 13 条により、全ての子どもが乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）を受けることができると明記されている。児の発達の遅れや偏りなどから、発達における問題や疾病を早期に発見し、早い段階から 2 次健診や療育支援の場に紹介し繋げ、乳児期<sup>56</sup>、1 歳 6 か月<sup>57</sup>、3 歳<sup>58</sup>の時期に行うことが定められている。法定外では、医療機関や市区町村では、key month として、1 か月、4 か月、7 か月、10 か月、2 歳児、5 歳児などに健診を実施している。これらの健診は、児の発達の遅れや偏りなどから、発達における問題や疾病を早期に発見し、早い段階から 2 次健診や療育支援の場に紹介し繋げる機能をもつものである。

乳幼児健診では、発達の問題や疾病を持つ乳幼児の早期発見が大きな目的であるが、これらのケースの多くは、すでに医療機関にかかっており、疾病の加療中であり、むしろ重要なのは、「①育児不安や不適切な育児に対する支援 ②精神発達や言語発達の状況の評価と支援、③視力、聴力の評価<sup>59</sup>」と言われている<sup>60</sup>。

---

<sup>55</sup> 昭和 40 年 8 月 18 日法律 第 141 号

<sup>56</sup> 健診の時期は、市町村が独自に設定している。

<sup>57</sup> ほとんどの児が、歩行し、意味のある単語が話せる。いずれもできていなければ、二次健診の対象となる。

<sup>58</sup> 言葉、食事のしかた、衣服の着脱、排せつなどの通常の発達からの遅れや偏り、「ごっこ遊び」など、他の子どもと会話をするようになるため、社会性の評価も可能となる時期。

<sup>59</sup> 聴覚については、新生児に対する新生児聴覚スクリーニングでの早期発見、3 歳児健診時の視聴覚健診を実施し、難聴への早期対応を図っている。視覚については、3 歳児健診時の視聴覚健診を実施し、視覚障害に対する早期対応を行っている。

<sup>60</sup> 下泉秀夫 これからの小児医療—小児科医はどこにむかうのかⅢ.小児科医としてどうかかわるか 11. 乳幼児健診 小児科臨床 vol.68 増刊号 2015 2295 (151)

表 22 子ども虐待に至るおそれのある要因・虐待のリスクとして留意すべき点

<p>子ども側のリスク要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳児期の子ども</li> <li>・未熟児</li> <li>・障害児</li> <li>・多胎児</li> <li>・保護者にとって何らかの育てにくさを持っている子ども 等</li> </ul>
<p>保護者側のリスク要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠そのものを受容することが困難(望まない妊娠)</li> <li>・若年の妊娠</li> <li>・子どもへの愛着形成が十分に行われていない(妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある。子どもの長期入院など)</li> <li>・マタニティーブルーや産後うつ病等精神的に不安定な状況</li> <li>・性格が攻撃的・衝動的、あるいはパーソナリティの障害</li> <li>・精神障害、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存等</li> <li>・保護者の被虐待経験</li> <li>・育児に対する不安(保護者が未熟等)、育児の知識や技術の不足</li> <li>・体罰容認などの暴力への親和性</li> <li>・特異な育児観、脅迫的な育児、子どもの発達を無視した過度な要求 等</li> </ul>
<p>養育環境のリスク要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的に不安定な家庭</li> <li>・親族や地域社会から孤立した家庭</li> <li>・未婚を含むひとり親家庭</li> <li>・内縁者や同居人がいる家庭</li> <li>・子連れのリ婚家庭</li> <li>・転居を繰り返す家庭</li> <li>・保護者の不安定な就労や転職の繰り返し</li> <li>・夫婦間不和、配偶者からの暴力(DV)等不安定な状況にある家庭 等</li> </ul>
<p>その他虐待のリスクが高いと想定される場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠の届出が遅い、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診、乳幼児健康診査未受診</li> <li>・飛び込み出産、医師や助産師の立ち会いがない自宅等での分娩</li> <li>・きょうだいへの虐待歴</li> <li>・関係機関からの支援の拒否 等</li> </ul>

資料 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班「乳幼児期の健康診査と保健指導に関する標準的な考え方」2014年3月 [http://sukoyaka21.jp/pdf/H26manyual\\_yamazaki.pdf](http://sukoyaka21.jp/pdf/H26manyual_yamazaki.pdf)

平成25年度の乳児期の集団健診では、3～5か月が最も多く98.5%、1歳6か月健診では96.3%、3歳児では93.7%であった。医療機関委託健診では、各々89.1%、86.5%、82.0%であり、集団健診と比べて受診率が低い傾向がみられた。また、いずれの健診においても、年齢が高くなると微減する傾向がみられた。

表 23 乳幼児健診の受診率-集団健診・医療機関での受診

	3～5か月児	1歳6か月児	3歳児
	受診率	受診率	受診率
集団健診	98.5%	96.3%	93.7%
医療機関委託健診 (個別健診)	89.1%	86.5%	82.0%

資料 厚生労働省「平成25年度地域保健・健康増進事業報告」

表 24 乳幼児健康診査の実施状況<sup>61</sup> 一般健康診査

対象月齢・年齢	一般健康診査							実施なし
	実施あり							
	公費負担		実施方法					
	あり	なし	集団	個別	両方	その他		
2週間児	23	21	2	3	19	0	1	1,714
1か月児	448	418	30	14	431	0	3	1,289
2か月児	34	33	1	0	34	0	0	0
3～4か月児	1,717	1,557	160	1,356	324	35	2	20
6～7か月児	816	741	75	528	282	5	1	921
9～10か月児	1,347	1,252	95	698	629	19	1	390
11～12か月児	1	1	0	1	0	0	0	0
1歳児	365	322	43	309	55	0	1	1,372
1歳6か月児				1,459	54	0	224	
2歳児	446	388	58	432	11	0	3	1,291
3歳児				1,479	29	0	229	
4歳児	50	43	7	42	3	0	5	1,687
5歳児	183	151	32	162	14	1	6	1,554
6歳児	16	14	2	16	0	0	0	1,721

資料 乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班(平成26年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き」

<sup>61</sup> [http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual\\_yamazaki.pdf](http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual_yamazaki.pdf)

表 25 歯科健康診査<sup>62</sup>

対象月齢・年齢	歯科健康診査							実施なし
	実施あり	公費負担		実施方法				
		あり	なし	集団	個別	両方	その他	
2週間児	3	2	1	2	0	0	1	1,734
1か月児	3	2	1	2	0	0	1	1,734
2か月児	0	0	0	0	0	0	0	
3～4か月児	85	74	11	82	3	0	0	1,652
6～7か月児	91	77	14	81	7	0	3	1,646
9～10か月児	166	133	33	149	12	0	5	1,571
11～12か月児	1	1	0	0	0	0	1	0
1歳児	201	178	23	180	17	0	4	1,536
1歳6か月児	1,563	1,406	157	1,500	54	2	7	174
2歳児	865	784	81	799	63	2	1	872
3歳児	1,562	1,409	153	1,500	51	4	7	175
4歳児	88	79	9	75	11	0	2	1,649
5歳児	120	100	20	103	11	0	6	1,617
6歳児	44	38	6	36	5	0	3	1,693

資料 乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班(平成26年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き」)

<sup>62</sup> [http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual\\_yamazaki.pdf](http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual_yamazaki.pdf)

## ■フィンランドの子育て支援「ネウボラ」からみた日本への示唆

日本では定期健診や予防接種、乳幼児健診についても、母親を中心に法定の項目をこなすことでせいっぱいというのが現状である。一方、フィンランドでは、全ての妊婦・母子・子育て家族が対象という普遍性の原則にもとづいて<sup>63</sup>、妊娠期から就学前までの子どもの健やかな成長・発達の支援とともに、母親、父親、きょうだいなどの家族全体の心身の健康サポートも目的としたネウボラ（neuvola）という助言の場が、地域の子育て支援に大きな役割を果たしている<sup>64</sup>。

ネウボラは、1944年に法制化された地域の子育て支援の拠点である。歴史的には、貧困問題、対ロシア戦争後の乳児死亡率悪化対策が背景として、1920年代に小児科医と助産師を中心とする医療モデルからスタートした。2013年現在、フィンランド国内に800カ所以上整備されている。妊娠中・出産から就学前の子どもとその家族は、ネウボラの提供する子育て支援サービスを無料<sup>65</sup>で利用することができる。

- 担当制になっているため、基本的には妊娠期から子どもが小学校にあがるまで、一つの窓口で同一の保健師が、子どもの「かかりつけ」のネウボラ専門職として相談業務を担い(通称「ネウボラおばさん」)、後方支援チームとして、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、ホームヘルパーなどが構成され<sup>66</sup>、必要に応じて専門的支援につながっている。
- 通常、ネウボラ保健師1名につき、妊娠期（出産ネウボラ）では、年間約50名の妊婦を担当、出産後（子どもネウボラ）は年間約400人を超える子ども（乳幼児から就学前）とその親・家族を担当する。
- 手厚い産後ケアや、乳幼児の定期健診の頻度が高く、生後1～2週目、2～4週目、4～6週目と生後1か月半までの時期にほぼ2週間おき、生後1か月半～8か月ま

<sup>63</sup> 高橋睦子. フィンランドの出産・子どもネウボラ（子ども家族のための切れ目ない支援）. 少子化危機突破タスクフォース（第2期・第6回）提出資料（資料3）. 平成26年7月9日.

<sup>64</sup> 注）フィンランドのネウボラについては、2014年12月17日に開催された日医総研内ディスカッションにて、日本小児科医会の松平隆光会長による講演から多くの示唆を得た。

<sup>65</sup> 高橋睦子. 海外の動向 フィンランドにおける子育て支援（ネウボラ）—リスク予防と多職種連携—. 社会福祉研究. 2014; (119): 113-118.

<sup>66</sup> 安藤節子. フィンランドにおける保育と子育て支援—保育と家族政策を中心に—. 聖園学園短期大学研究紀要. 2007; 37: 25-37.

では毎月である。

- 健診では母子の医療的なチェックだけでなく、個別に出産や育児、家庭に関する様々なことを相談でき、1回の面談は30分から1時間かけて、丁寧に行われる。
- 妊婦健診及び高頻度の乳幼児健診を通じて、家庭とネウボラとの強い繋がりを構築し、リスクの早期発見と早期対応や専門的支援に繋がっている。具体的には、父親への情報提供や啓発を含め、母親が過労や産後うつといった危機に瀕しやすい時期を支援する<sup>2</sup>。
- 医学的健診、発達保障、生活の安寧を目指した子だけでなく、親やきょうだいを含む家族全体の健康と幸福度を総合的にモニタリング<sup>67</sup>

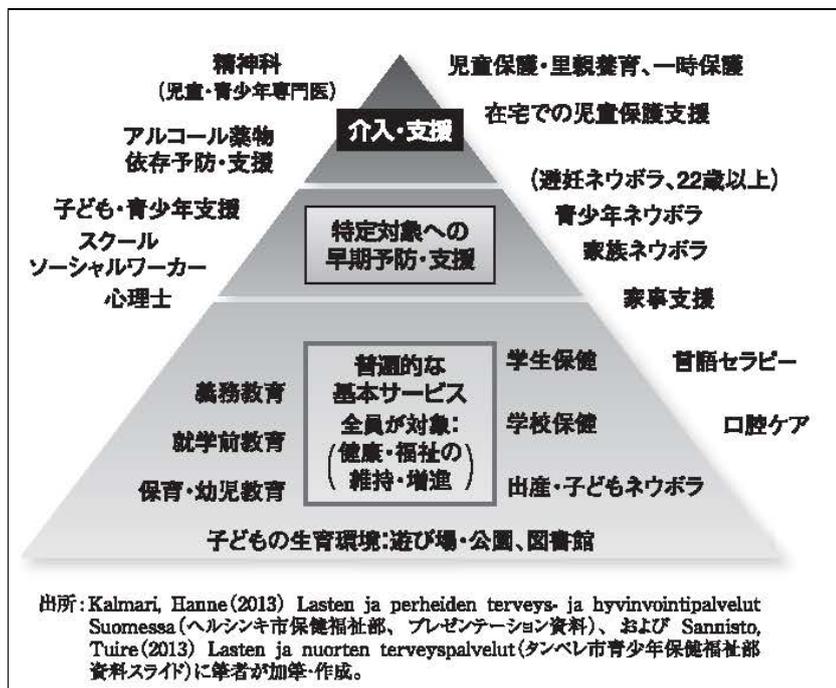
ネウボラ活用への導入である妊婦健診への動機付けの工夫として、育児パッケージ（母親手当）が支給されている。現金支給では140ユーロ、19,430円（1ユーロ=138.78円、2014年7月5日レート換算）であるが、現物支給もある。現物では、ベビーベッドになる箱に現金額以上のベビー服が多数詰められたセットでも受取ることができる。後者が好評となり、最近の妊婦健診率は100%近くに定着しているという。就学後は、学校保健・家族ネウボラ・青少年ネウボラなど、様々な場に引き継がれ、状況に応じた支援が継続される。

また、利用者のデータは50年間保存されるため、過去の履歴から親支援に役立てたり、医療機関との連携に活用したりし、効率的に子どもとその家族を支援するという。最近では親の精神的支援、父親の育児推進がネウボラの重要な役割となっている。また、児童の虐待や夫婦間DVの予防的支援の役割も担うまでになっているという。

---

<sup>67</sup> 高橋睦子. 妊娠期から就学前の子ども家族と予防的支援—フィンランドの「ネウボラ」を中心に. 世界の児童と母性. 2014; 76: 81-86.

図 45 フィンランドの子ども家族・青少年支援サービス概要（出典：高橋，2014）



### ネウボラのあるフィンランドと日本の比較と日本への示唆

- 第1子目について子育てが苦痛でない「ポジティブ・楽しい」経験となることは、母親が第2子以降への出産に前向きになれる可能性を高めやすい。
- 第1子目の子育てが「ポジティブ・楽しい」経験となり、両親ともに第2子以降への出産に前向きになれる可能性が高まりやすいことが想定される。
- 現在日本で設置が進んでいる地域子育て支援センターでは機能が限られている。現状行われている妊婦・乳幼児健診や小児科を中心とした「かかりつけ医」との連携など様々な既存のサービスや地域の資源をネウボラのような機能に統合し、妊婦や子どものいる家庭がアクセスしやすい環境に整備する必要があるのではないか。

### 3. わが国の子どもを取り巻く環境—海外比較を交えて

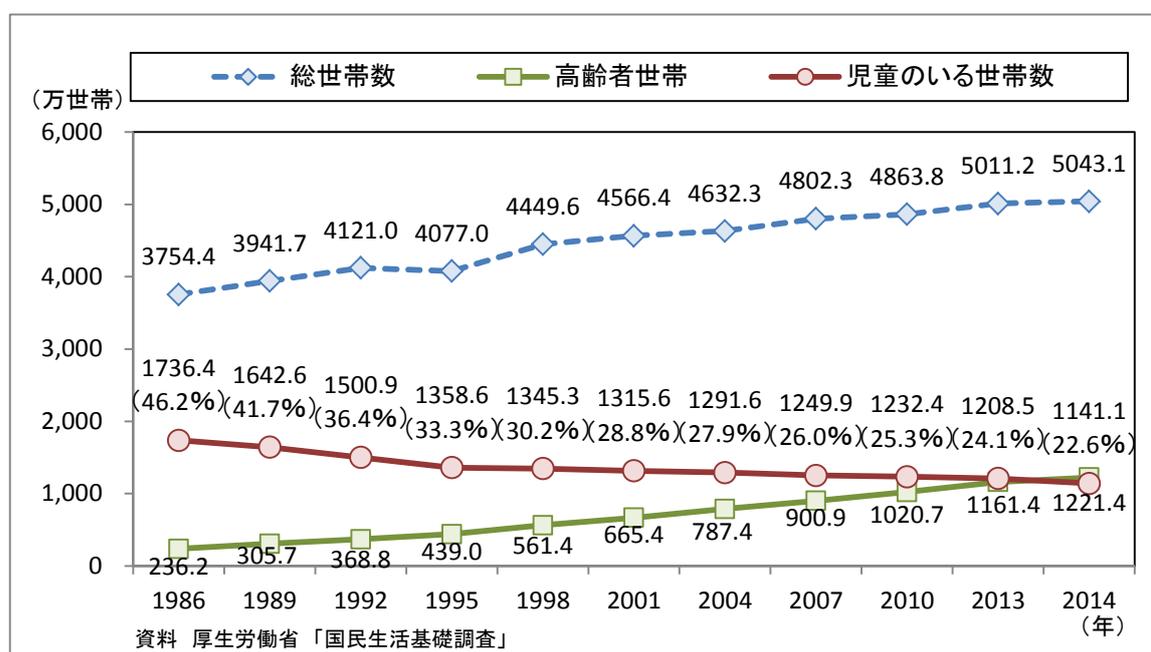
#### 3.1 わが国の子育て世帯の現状

##### 3.1.1 子どものいる世帯の状況

###### 世帯数

子どもの人口だけではなく、子どものいる世帯そのものの減少傾向も続いている。厚生労働省「国民生活基礎調査」によれば、1986年における児童がいる世帯は、総世帯数の46.2%を占めていたが、1998年に30.2%、2010年に25.3%と減少の一途をたどり、2014年には22.6%まで落ち込んでいる。その一方で、高齢者世帯数は、1986年から2014年まで一貫して増加傾向で推移しており、2014年には、児童のいる世帯数を上回る1221.4万世帯に達していた。

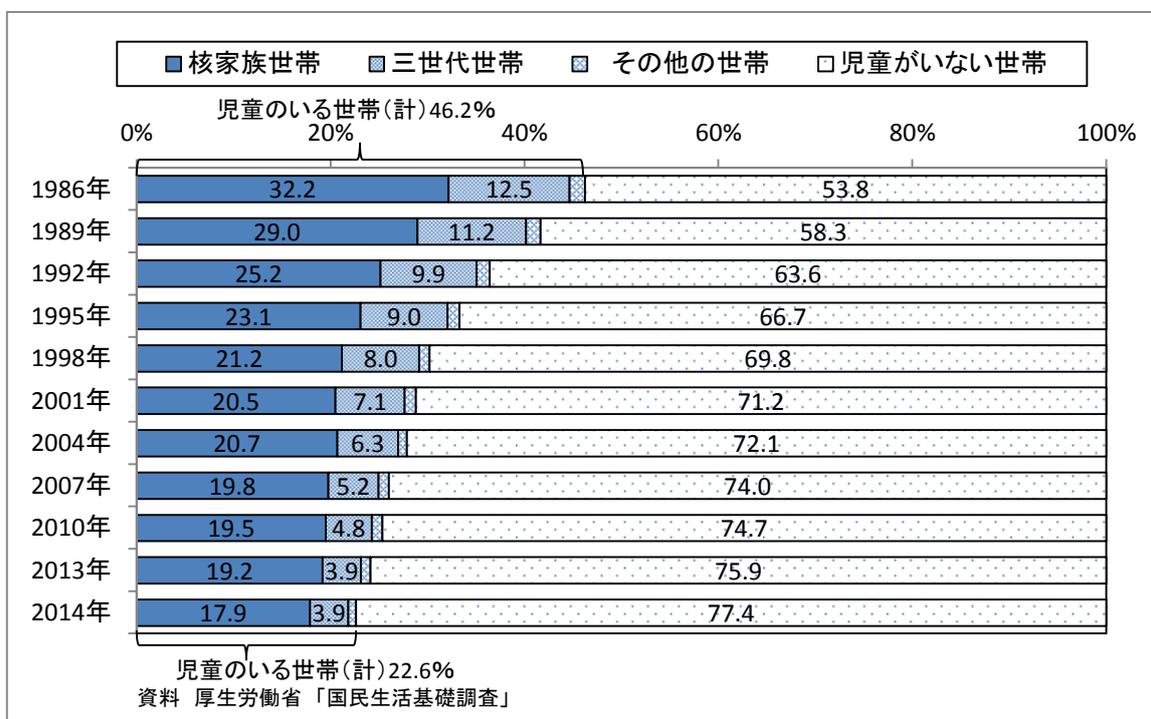
図 46 全国の総世帯数、児童のいる世帯数、高齢者世帯数の推移



## 世帯構造

図 47 は、全世帯数に占める児童の有無別、世帯構造別にみた世帯数の構成割合の推移を示している。2014 年の児童のいる世帯は、総世帯数の 22.6% とほぼ 5 分の 1 であり、1986 年の 46.2% から大きく減少していた。さらに内訳をみると、「核家族世帯」が 17.9%、「三世帯世帯」が 3.9% の順であった。1986 年と比べて、「核家族世帯」が 14.3 ポイント、「三世帯世帯」が 8.5 ポイント減少した。

図 47 児童の有無別、世帯構造別にみた世帯数の構成割合の推移



上述した 1986 年と 2014 年の全世帯に占める世帯構造別の構成割合を、児童のいる世帯に占める世帯構造別の構成割合に換算すると、1986 年から 2014 年にかけて「核家族世帯」は増加した（1986 年 69.6%⇒2014 年 79.0%）。一方で、「三世帯世帯」は減少した（1986 年 27.0%⇒2014 年 17.5%）。子育て世帯そのものが減少しているうえに、以前にも増して核家族化が進んでいることがわかる。

## 親の年齢

表 26 は、1990 年、2000 年、2010 年の満 1 歳から 7 歳未満（就学前児）までの幼児<sup>68</sup> がいる全国の父親と母親の年齢の構成割合の推移を示している。父も母も、高い年齢の割合が増える傾向が続いていた。

父の年齢構成の推移をみると、40 歳代および 50 歳代以上では、1990 年に 2 割に満たなかった状況が増加傾向で推移して 2010 年に 2 割を超え、10 歳代・20 歳代を上回る比率に上昇した。母の年齢構成の推移をみると、1990 年から 20 年の間に 10 歳代および 20 歳代では 13 ポイント減少した一方で、30 歳代では約 8 ポイント増加、40 歳代が約 7 ポイント増加、50 歳代も微増傾向で推移しているように、30 歳代以上の親の比率が一貫して高まっていた。

表 26 親の年齢の構成割合の推移—父・母

調査年	1990年	2000年	2010年	調査年	1990年	2000年	2010年
父の年齢				母の年齢			
10歳代・20歳代	16.2%	19.0%	13.3%	10歳代・20歳代	33.4%	30.0%	20.4%
30歳代	66.5%	60.2%	62.9%	30歳代	60.7%	64.1%	68.2%
40歳代	14.0%	15.9%	19.6%	40歳代	4.0%	4.9%	10.8%
50歳代以上	0.4%	1.1%	1.6%	50歳代以上	-	0.0%	0.1%
不明	3.0%	3.7%	2.6%	不明	1.8%	0.9%	0.5%

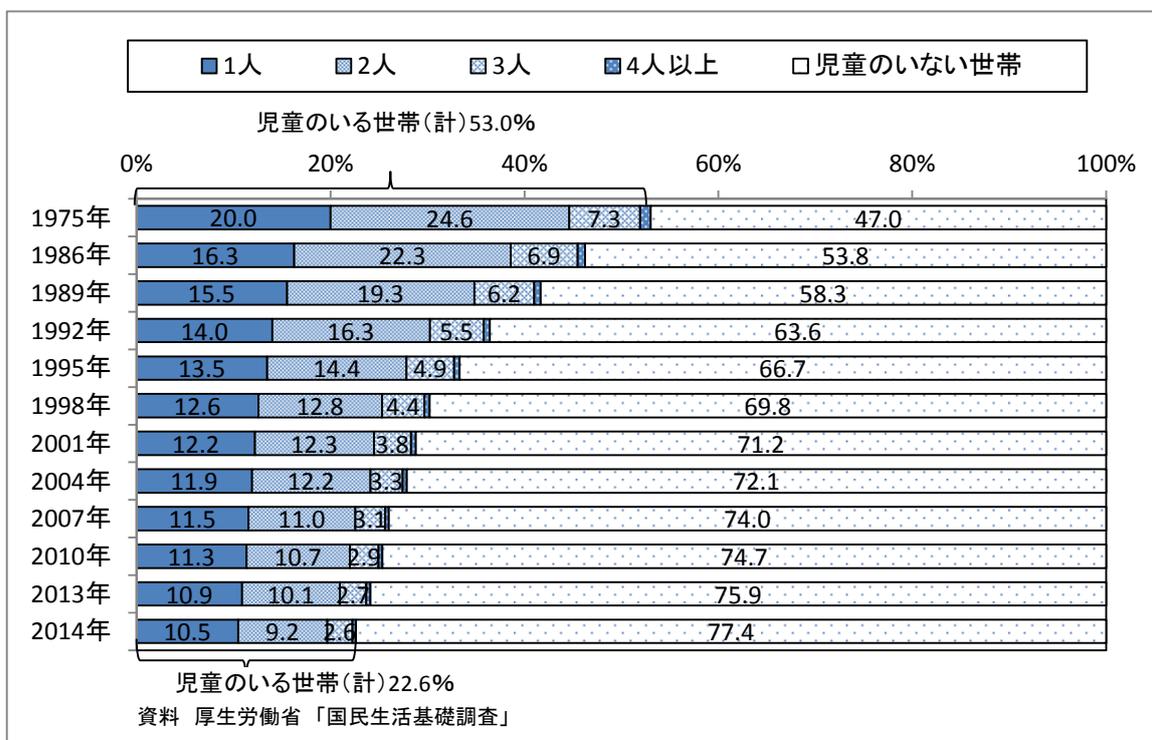
資料) 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「幼児健康度に関する継続的比較研究」から作成

## きょうだい

図 48 は、全世帯数に占める児童の有無及び児童数別にみた世帯数の構成割合の推移を示している。2014 年の内訳をみると、児童のいる世帯 22.6%のうち、「1 人」が 10.5%「2 人」9.2%「3 人」2.6%の順であった。1975 年と比べて、「1 人」が 9.5 ポイント減少、戦後のわが国の 1 世帯あたりの標準的な子どもの数であった「2 人」が 15.4 ポイント減少、「3 人」も 4.7 ポイント減少した。2007 年以降は、子ども 1 人の比率が、子ども 2 人の世帯の比率を上回っていた。

<sup>68</sup> 1990 年調査は 8,749 人、2000 年調査は 6,875 人、2010 年調査は 5,097 人が対象である。

図 48 児童の有無及び児童数別にみた世帯数の構成割合の推移



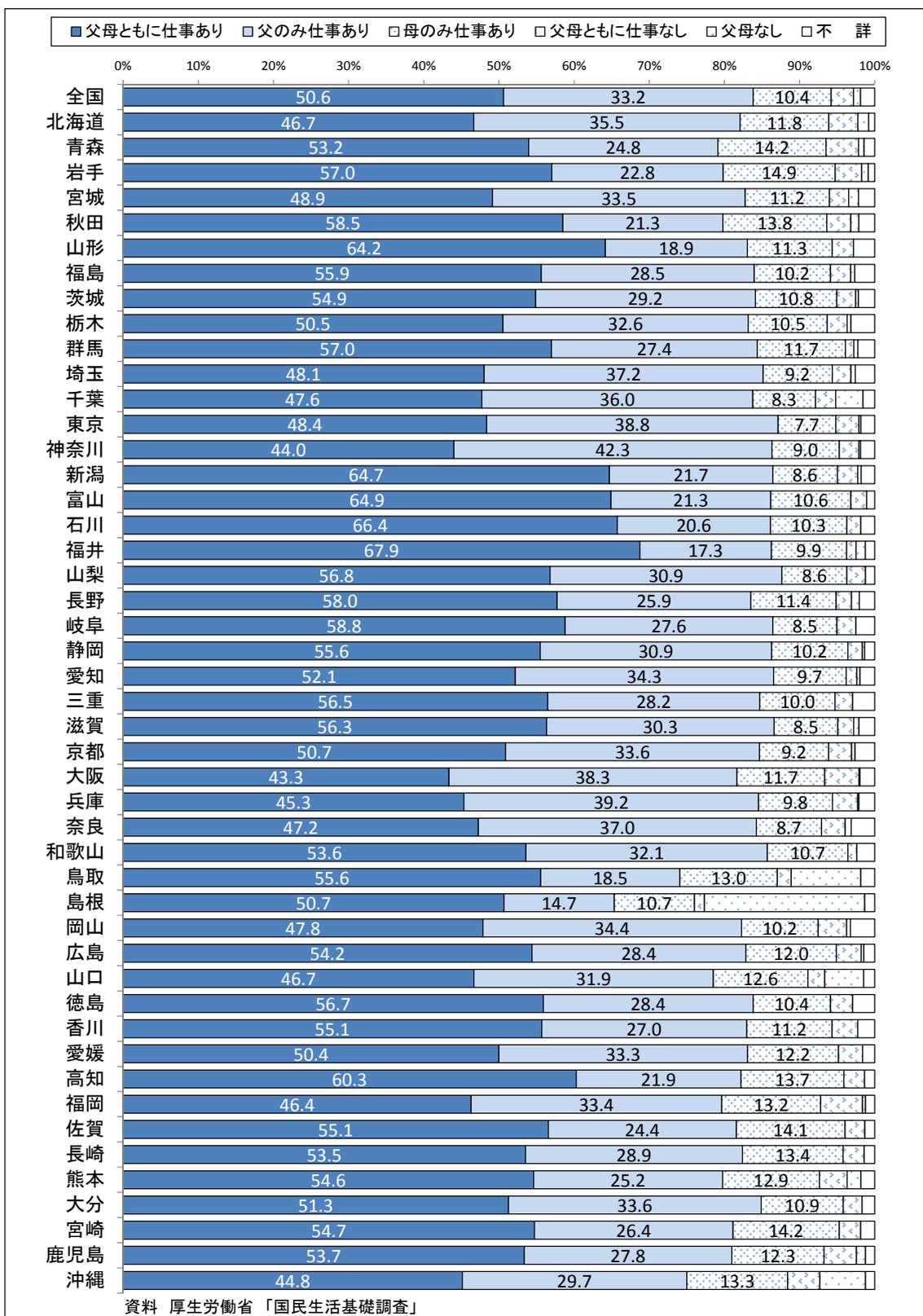
上述した1975年と2014年の全世帯に占める児童の人数別の構成割合を、児童のいる世帯に占める世帯構造別の構成割合として換算すると、1975年から2014年にかけて「1人」(1975年37.7%⇒2014年46.4%)「2人」(1975年46.4%⇒2014年40.5%)「3人」(1975年13.8%⇒2014年11.5%)であった。子育て世帯そのものの減少に加えて、子育て世帯における子ども1人世帯の比率が高まり、子どものいる世帯のほぼ半数に達する状況であった。

### 3.1.2 養育環境の現状

#### 親の就労

2014年現在、全国の子育て世帯における親の仕事の従事状況をみると、共働き（「父母ともに」）が最も多く、50.6%、「父のみ」が33.2%、「母のみ」が10.4%の順であった。都道府県別にみると、産業構造等により地域差があり、山形県、新潟県、富山県、石川県、福井県、高知県のように、共働きが6割を超えている地域もあれば、北海道、宮城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県、岡山県、山口県、福岡県、沖縄県など全国よりも共働きの割合が少ない地域も存在した。

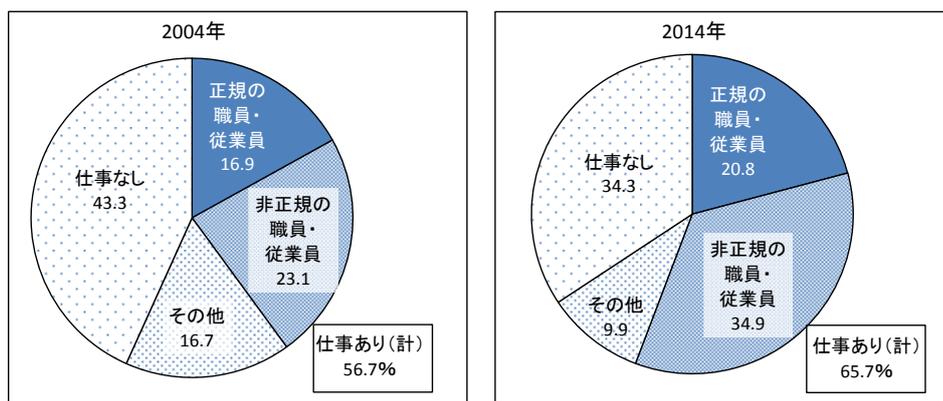
図 49 全国・都道府県別にみた児童のいる世帯数，末子の父母の就業状況



## 母の就業状況

母の就業状況を10年間で比較すると、「仕事あり（正規と非正規の合計）」が9.9ポイント増加した。内訳をみると、正規の勤務が20.8%（3.9ポイント増）、非正規が34.9%（11.8ポイント増）、その他（会社・団体の役員等、自営業、内職等）が9.9%（6.8ポイント減）であった。

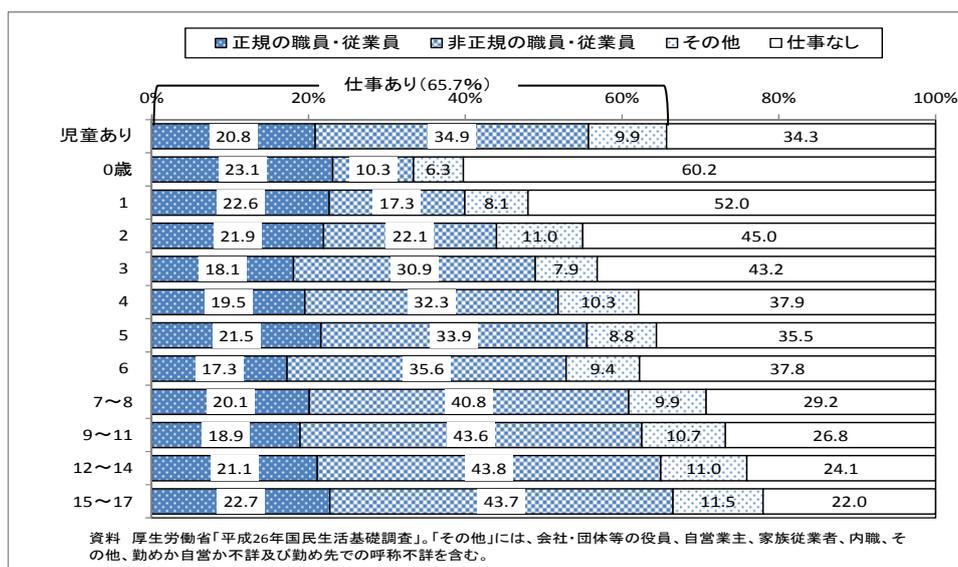
図 50 母の仕事の状況の構成割合—2004年と2014年の比較



資料 厚生労働省 「国民生活基礎調査」(2004年、2014年)から作成

末子の年齢階級別に仕事の状況を見ると、正規の勤務は、末子の年齢にかかわらず、ほぼ2割で推移していた。一方、非正規の勤務の割合は、末子の年齢があがるにつれて、顕著に増加していた。0歳では1割、1～2歳では約2割であったが、3歳を超えると3割を超え、子どもが就学後の7歳以降では4割を超えていた。

図 51 末子の年齢階級別にみた母の仕事の状況の構成割合



## 乳幼児が日中過ごす場所

母が働いている場合（「仕事あり」）では、末子が0歳の時期では、育児休暇等により、70.9%が「父母」による保育であった状況から、1歳以降は、母の職場復帰により、「認可保育園」等の集団生活の比率が増加する。母が働いていない場合（「仕事なし」）でも、3歳を過ぎると、約65%が「幼稚園」「認可保育園」「認可外保育園」と、集団生活の比率が増加する。就労する母親の数自体が近年急速に増加していることから、保育施設の新設や定員増などにより、保育所の入所者数も顕著に増加している。子どもの日中の生活の場は、保育園や幼稚園等の保育施設が主流となりつつある。

図 52 日中の保育の状況の構成割合-母の仕事の有無・末子の年齢別（複数回答）

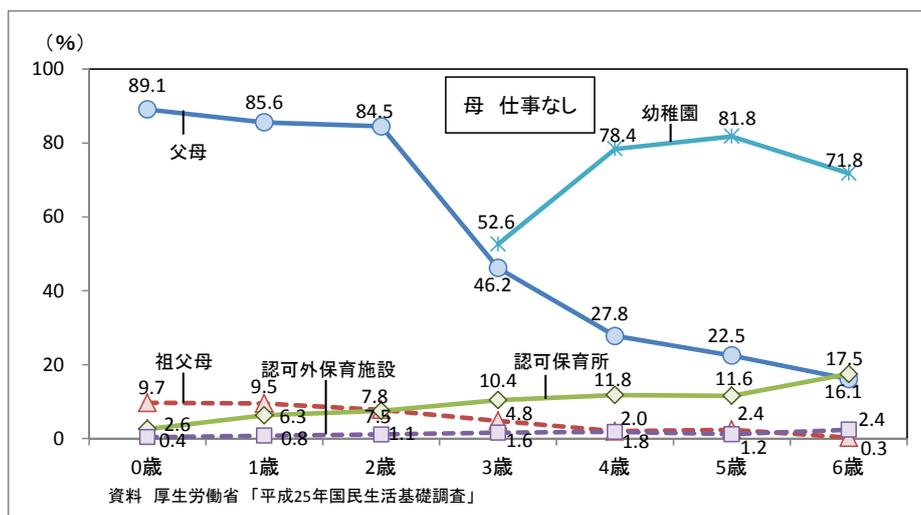
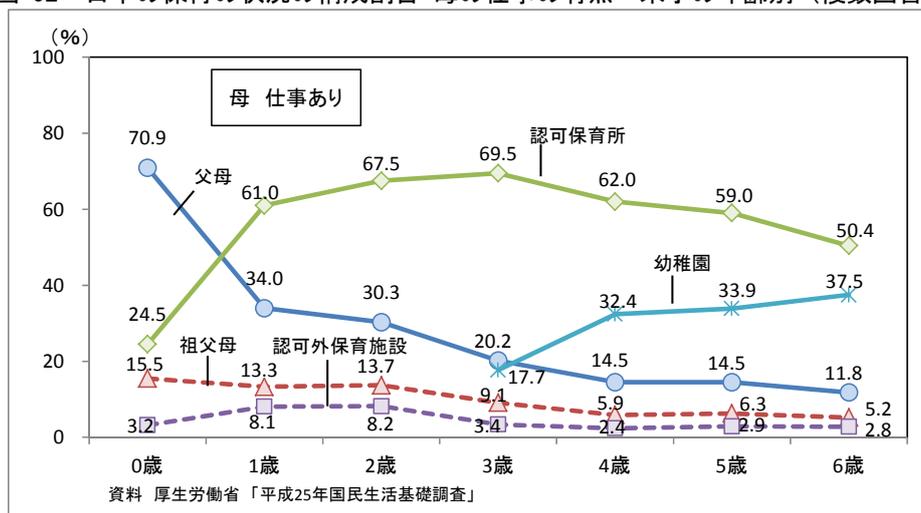
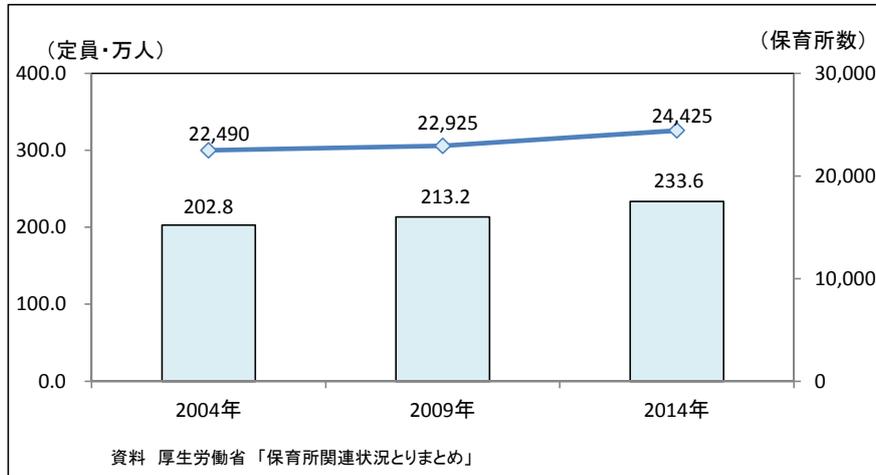


図 53 保育所の定員数と認可保育所施設数の推移

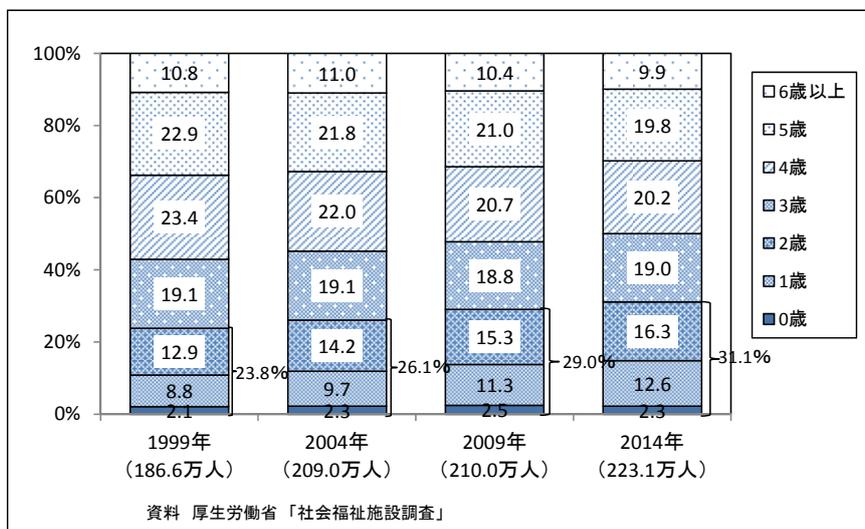


《参考》保育所の利用児童数の推移

保育所の利用児童数は増加している。厚生労働省「社会福祉施設調査」によれば、全年齢を合計した利用児童数は、1999年 186.6 万人、2009年 210 万人、2014年 223.1 万人で推移していた。

利用児童数を年齢別にみると、0歳から2歳までの低年齢児の増加が顕著である。1999年における利用児童に占める0歳から2歳までの割合(23.8%)は、2009年には29.0%、2014年には31.1%と約8ポイント増加していた。

図 54 年齢別保育所利用児童の割合の推移

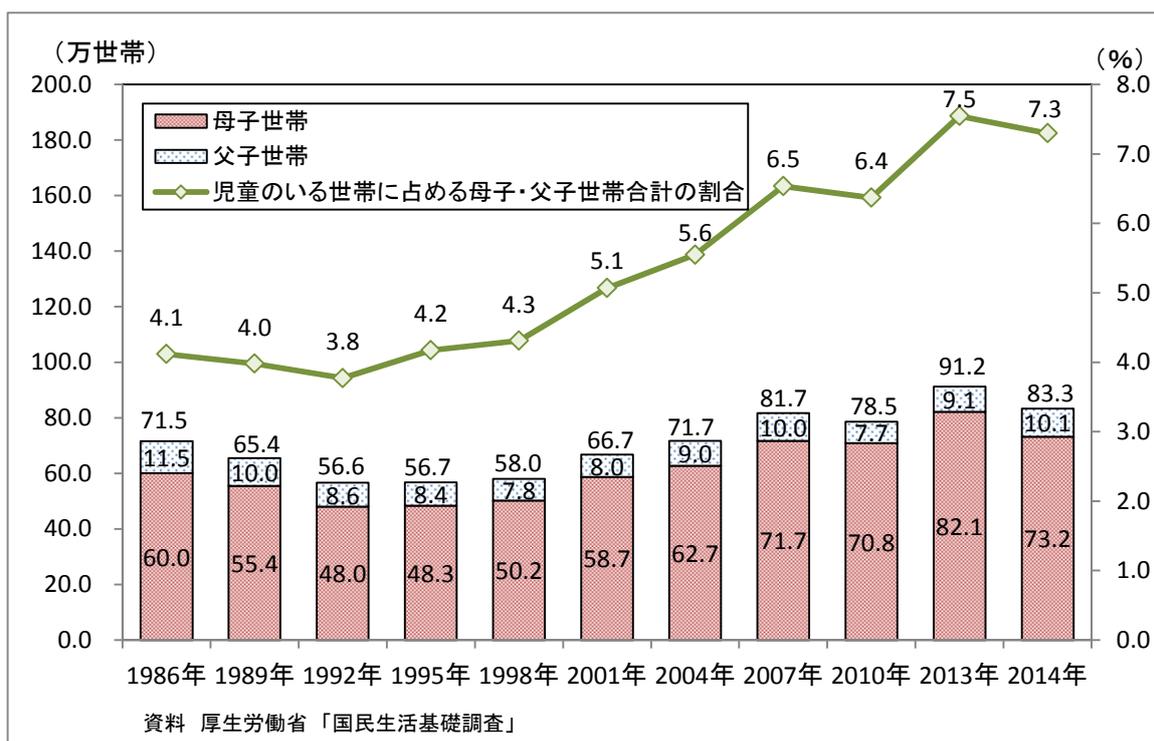


### 3.1.3 ひとり親世帯の状況

ひとり親世帯数（全国の母子世帯および父子世帯の合計）の推移をみると、1986年の71.5万世帯から徐々に減少し、1992年に56.6万世帯で底を打った後、再び増加に転じた。2013年には91.2万世帯にまで上昇し、直近の2014年でも83.3万世帯であった。児童のいる世帯に占めるひとり親世帯数の割合の推移をみると、1986年の4.1%から1992年の3.8%まで減少した後には増加傾向に転じ、2013年には7.5%に上昇していた。

2014年におけるひとり親世帯数は83.3万世帯で、児童のいる総世帯数の7.3%を占めていた。ひとり親世帯の内訳は、母子世帯が87.9%（73.2万世帯）、父子世帯が12.1%（10.1万世帯）であった。

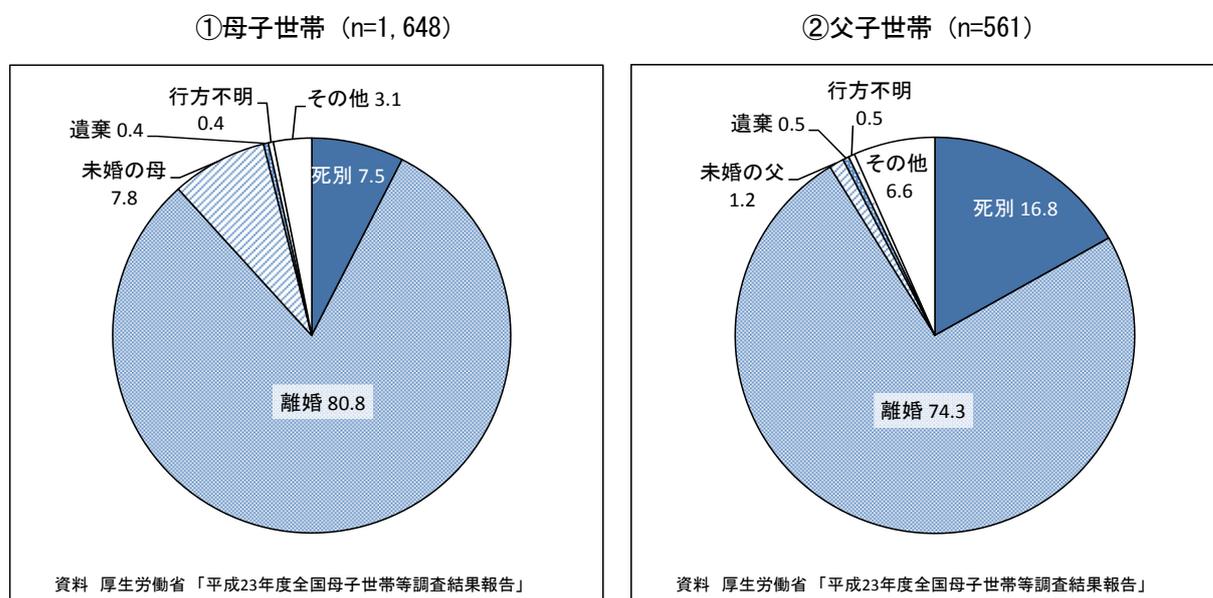
図 55 母子・父子世帯数、児童<sup>69</sup>のいる世帯数に占める割合の推移



<sup>69</sup> 18歳未満の未婚の子ども。

それでは何がきっかけでひとり親世帯になるか、その理由についてみてみた。ひとり親世帯になった理由のうち最も多かったのは、母子世帯か父子世帯かに関わらず「離婚」であった。2011年の厚生労働省「全国母子世帯等調査結果報告」<sup>70</sup>によれば、母子世帯では、「離婚(80.8%)」「未婚の母(7.8%)」「死別(7.5%)」の順、父子世帯では、「離婚(74.3%)」「死別(16.8%)」などの順であった。

図 56 ひとり親世帯になった理由—2011年



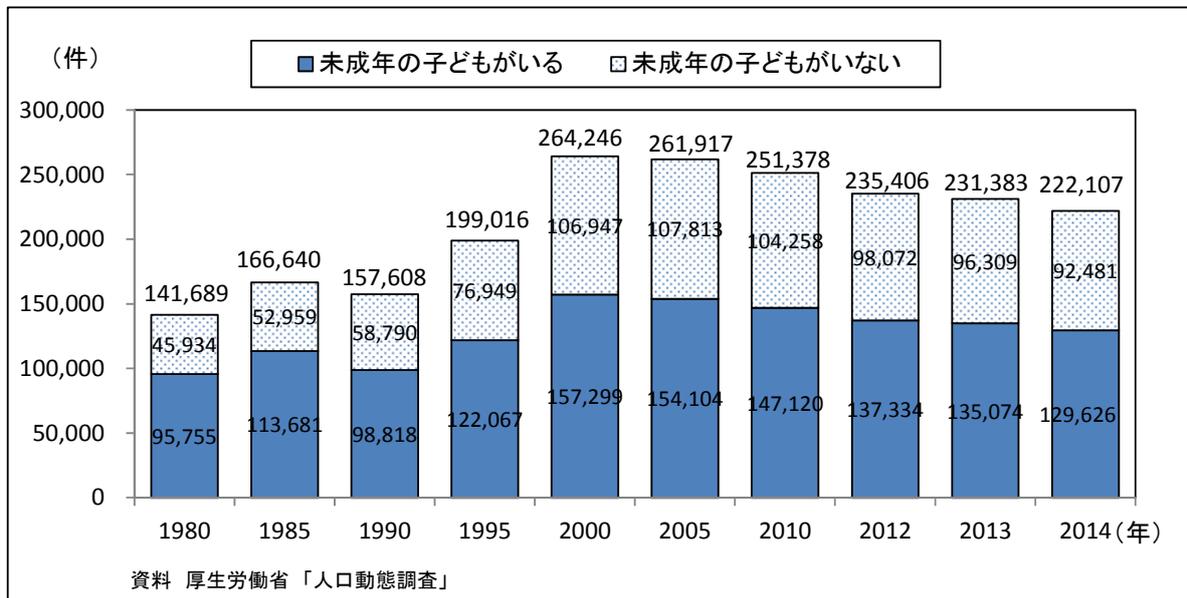
#### 《参考》近年の子どものいる夫婦の離婚の推移

2014年の離婚総数 222,107 件のうち、親権が必要な子ども<sup>71</sup>のいる夫婦の離婚件数は 129,626 件であり、58.4%を占めていた。子どものいる夫婦の離婚の件数は、2000年に 157,299 件まで増加した後に微減傾向に転じているものの 2014年現在でも約 13 万件という 1980年代を上回る水準である。

<sup>70</sup> 5年おきに実施。全戸調査は平成15年まで。平成18年から新たに抽出調査として再開された。調査規模は、平成18年が有効回答数1,517世帯、平成23年が1,648世帯。平成15年調査から、「遺棄」「行方不明」が追加されている。

<sup>71</sup> ここでの子どもの定義は未成年(20歳未満)。

図 57 離婚件数の推移-親権が必要な子ども（未成年）の有無別



## ひとり親世帯の人員と収入

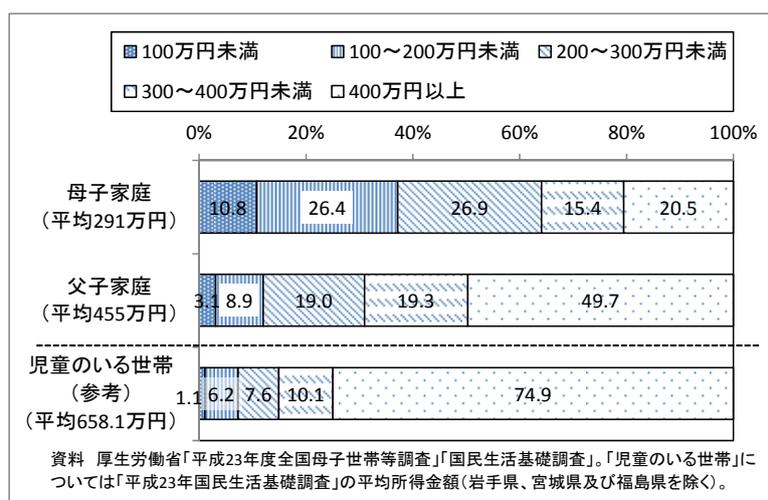
2010年の母子世帯の平均人員は3.42人、父子世帯は3.77人であり、平均的に多子世帯であることがわかる。また、2010年の母子世帯の平均年収は291万円、父子世帯では445万円であった。母子世帯の家計は、父子家庭以上に厳しく、年収300万円未満の世帯が6割を超えていた。なお、統計の制約から、参考値には、児童のいる世帯の平均所得を並べている。これには諸経費<sup>72</sup>が含まれていないことから、平均収入で比較した場合、ひとり親世帯との格差はより大きいことが推定される。

表 27 母子世帯、父子世帯の平均人員数と平均収入<sup>73</sup>

2010年		2010年	
母子世帯平均人員	3.42人	父子世帯平均人員	3.77人
母子世帯平均年間収入(円)	291万円	父子世帯平均年間収入(円)	455万円
母子世帯平均年間収入中央値(円)	240万円	父子世帯平均年間収入中央値(円)	390万円
母親自身の年間収入(円)	223万円	父親自身の年間収入(円)	380万円
母親自身の年間収入中央値(円)	200万円	父親自身の年間収入中央値(円)	323万円
母親の平均年間就労収入(円)	181万円	父親の平均年間就労収入(円)	360万円
母親の平均年間就労収入中央値(円)	150万円	父親の平均年間就労収入中央値(円)	300万円
(参考) 児童のいる世帯平均所得(円)	658.1万円	(参考) 児童のいる世帯平均所得(円)	658.1万円

資料 厚生労働省「全国母子世帯等調査」。児童のいる世帯については、世帯収入のデータがないため、「国民生活基礎調査」の平均所得金額(岩手県、宮城県及び福島県を除く)を使用。

図 58 母子世帯、父子世帯の年間収入の構成割合



<sup>72</sup> 所得税、住民税、社会保険料及び固定資産税など

<sup>73</sup> 「平均収入」は、「生活保護法に基づく給付」、「児童扶養手当等の社会保障給付金」、「就労収入」、「別れた配偶者からの養育費」、「親からの仕送り」、「家賃・地代」などを加えた全ての収入の額。

離婚後の親権は、「妻が全児の親権」をもつケースが全体の84.1%を占め、「夫が全児の親権」をもつケースは12.2%という低い割合にとどまっていた。また、調停離婚、協議離婚届出の調停成立又は調停に代わる審判による審判離婚の場合、父が支払う月額養育費・扶養料の半数以上が月額4万円以下で<sup>74</sup>、一時金については、「100万円以上」が約4割を占める一方で、「30万円以下」もほぼ同じ割合で、50万円以下が半数を占めていた。

子育て中の母親の就労の多くを非正規雇用が占めていることや、母子世帯の平均収入の低さを鑑みると、実家からの経済的援助など家計への支援が得られない母子世帯の生計の厳しさが窺える。

図 59 親権の状況 (2014年)

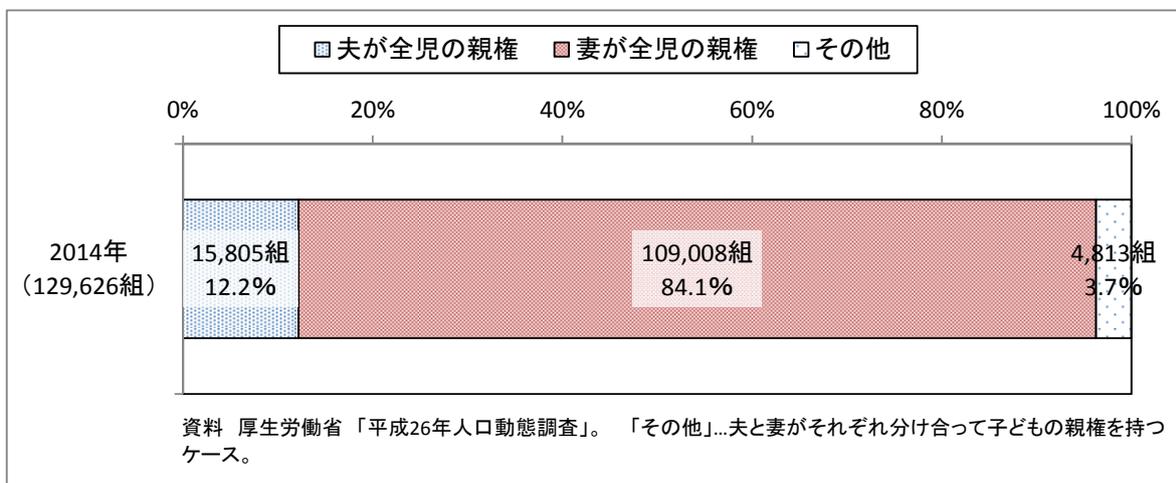
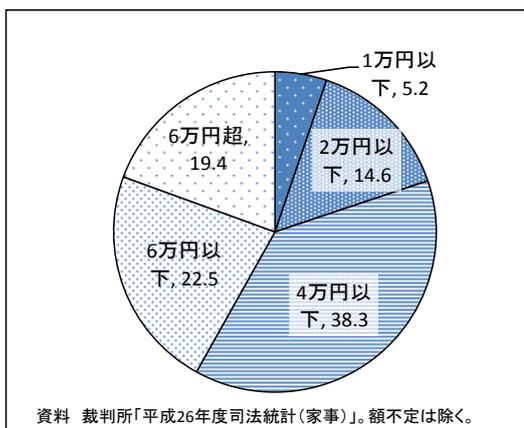
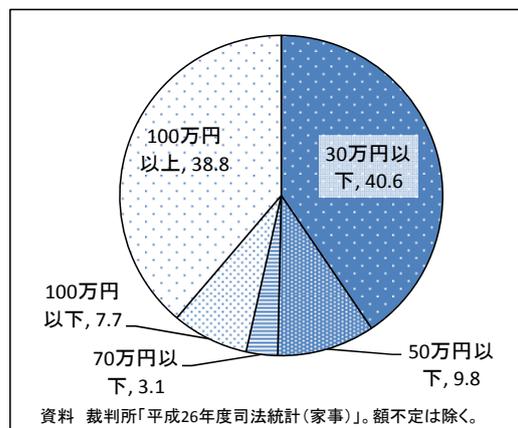


図 60 月額養育費・扶養料または一時金の支払額 (父が支払者) - 全家庭裁判所 (2014年)

①月額養育費・扶養料 (15,694件)



②一時金 (286件)

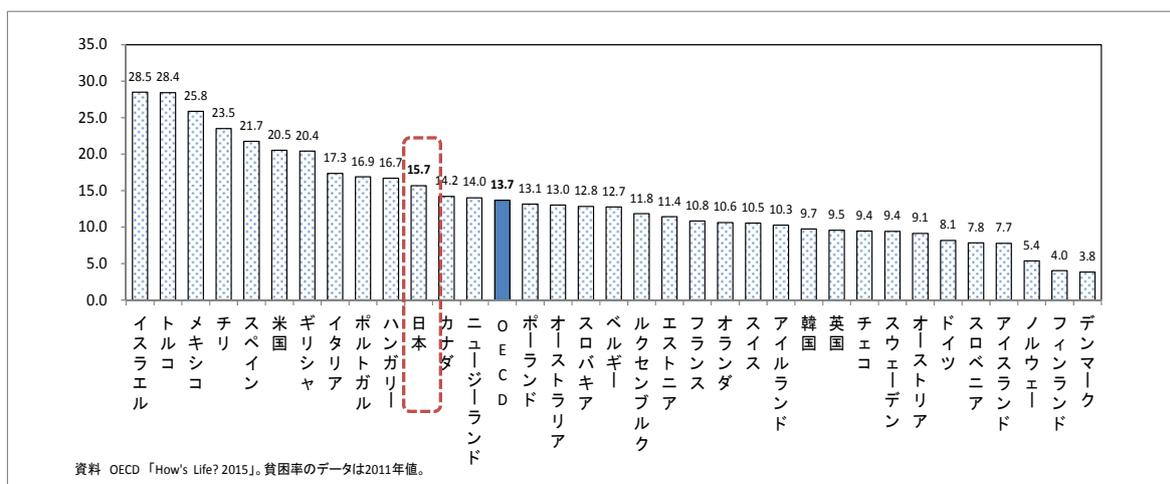


<sup>74</sup> 「平成23年度全国母子世帯等調査」では、母子世帯 (n=1,332) の6割、父子世帯 (n=417) の約9割が養育費を受け取っていない。平均受給額は母子世帯で1世帯平均43,482円、父子世帯で32,238円である。

### 3.1.4 子どもの貧困率と子どもがいる家庭の貧困率

2015年に発表されたOECDレポート<sup>75</sup>によれば、日本の子どもの貧困率は15.7%であり、34か国中11番目に子どもの貧困率が高く、OECD平均の13.7%より2.0ポイント高いことが明らかになっている（図61）。

図61 OECD加盟国の子どもの貧困率



2016年4月に発表されたユニセフの報告書<sup>76</sup>でも、わが国の所得格差は、国際的にみて厳しい状況にあることが指摘されている。同報告書は、EUまたはOECDに所属する41か国を対象に、0～17歳までの子どもを持つ世帯で可処分所得が下から10%の層と、中間層の所得格差について、最貧困層の子どもたちが平均層からどれほど取り残されているかを数値化している。日本の最貧困層の世帯所得は中間層の半分にも満たない4割程度の水準であり、この状況から所得格差の小さい順に数えると41か国中34位であることが公表されている。

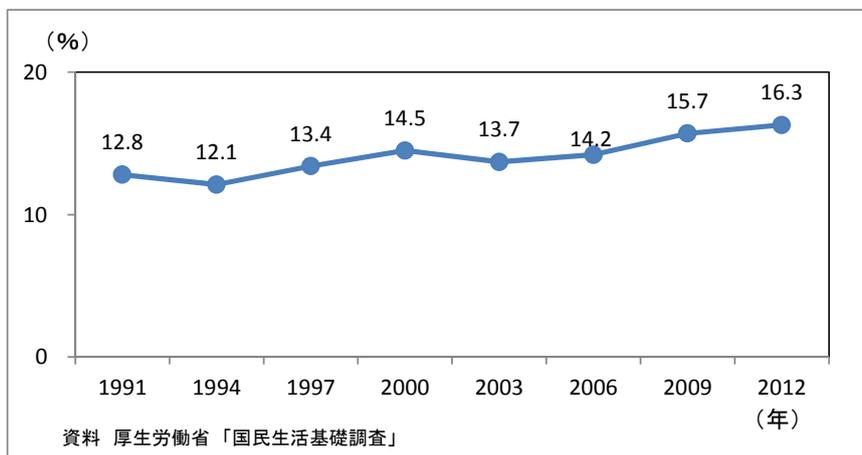
<sup>75</sup> OECD 「How's Life? 2015」 <http://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm>

<sup>76</sup> ユニセフ・イノチェンティ研究所 「レポートカード13 子どもたちのための公平性：先進諸国における子どもたちの幸福度の格差に関する順位表」。EU加盟国およびアイスランド、スイス、ノルウェーは2013年欧州所得・生活状況調査（EU-SILC）のマイクロデータに基づいて計算。日本は厚生労働省の「国民生活基礎調査」（2013年）に掲載された2012年数値に基づく。

<http://www.unicef.or.jp/jcu-cms/wp-content/uploads/2016/04/20e3c1dc2687bdea7e23d19d86426ab1.pdf>

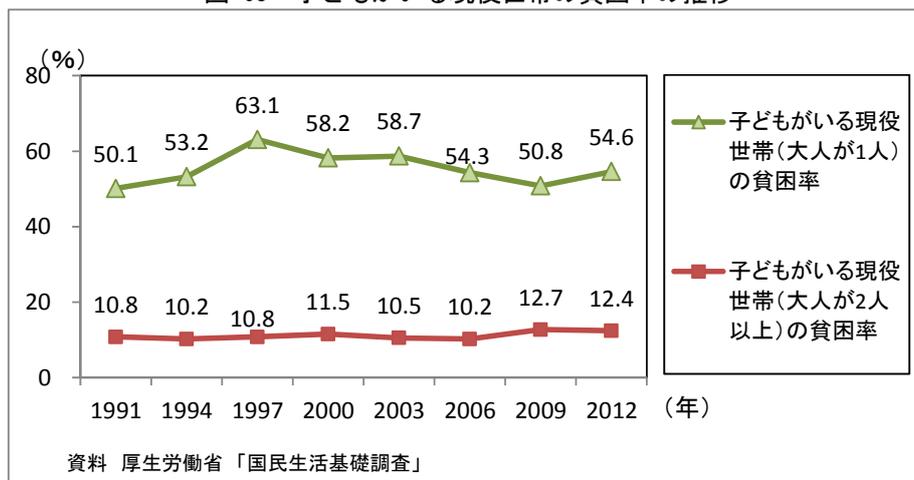
そこで、わが国の子どもの貧困率<sup>77</sup>の推移をみると、1990年代から増減を繰り返しながらも着実に増加し、2012年には16.3%に至った。子どもの約6人に1人が貧困に陥っている現状が明らかになっている（図62）。

図62 子どもの貧困率の年次推移



「子どもがいる現役世帯（大人が1人）」の世帯の貧困率<sup>78</sup>については、1997年の63.1%をピークとして、徐々に減少してきたものの、2009年の50.8%を底として再び増加に転じ、2012年時点で半数を超える54.6%と推計されている。「子どもがいる現役世帯（大人が2人以上）」は、1990年代から微増傾向で推移しており、12.4%が貧困の状態にある（図63）

図63 子どもがいる現役世帯の貧困率の推移

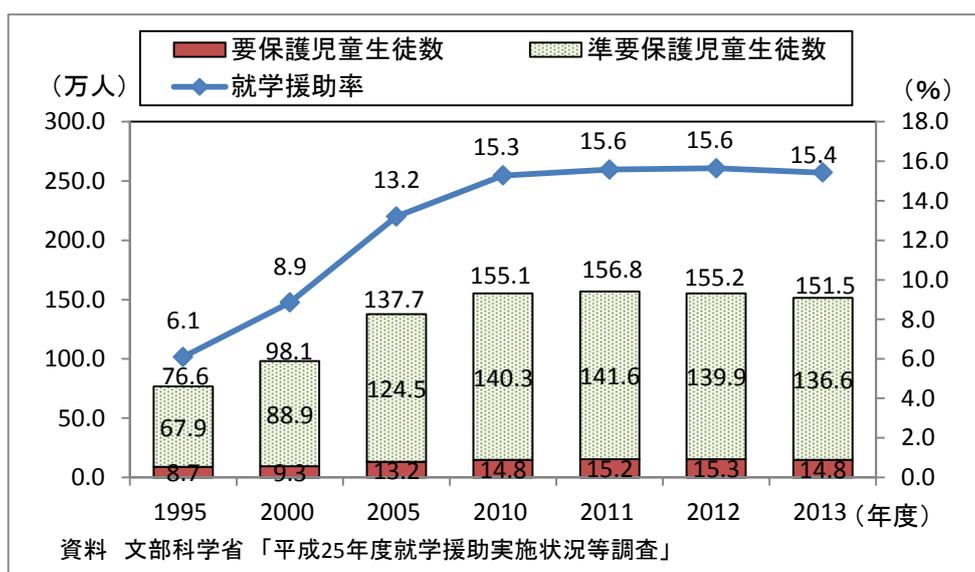


<sup>77</sup> 「子どもの貧困率」とは、子ども（18歳未満）全体に占める、等価可処分所得（世帯の可処分所得（収入から税金や社会保険料を引いた実質手取り分の収入）を世帯人数の平方根で割って調整した額）が、貧困線（統計上、生活に必要な物を購入できる最低限の収入を表す指標）に満たない子どもの割合。

<sup>78</sup> 「子どもがいる現役世帯の貧困率」とは、現役世帯（世帯主が18歳以上65歳未満で子どもがいる世帯）に属する世帯員全体に占める、等価可処分所得が貧困線に満たない世帯の世帯員の割合。

経済的理由により、就学援助を受けている児童・生徒数は2001年に初めて100万人を突破し、2010年以降は150万人台で高止まりして推移している。就学援助率も2002年に初めて10%を超えてからは、15%台で推移している（図64）。

図64 要保護・準要保護児童生徒数<sup>79</sup>と就学援助率の推移



<sup>79</sup> 「要保護児童生徒数」は、生活保護法に規定する要保護者の数。「準要保護児童生徒数」は、要保護児童生徒に準ずるものとして、市町村教育委員会がそれぞれの基準に基づき認定した者の数。「就学援助率」は、(要保護児童生徒数+準要保護児童生徒数) / 公立小中学校児童生徒総数で算出。

### 3.1.5 児童虐待

近年、児童虐待は社会的な認知が高まり、わが国の社会問題のひとつとされている。2014年度の児童相談所における相談対応件数は88,931件で、2004年度の33,408件から約2.7倍増加し、2014年度の相談対応件数のうち、最も多いのは「心理的虐待」であり、43.6%を占めた。「心理的虐待」の相談対応件数は、2004年度(5,216件)から2014年度(38,775件)にかけて、約7.4倍もの増加傾向を示している<sup>80</sup>。

図 65 児童虐待相談対応件数の推移

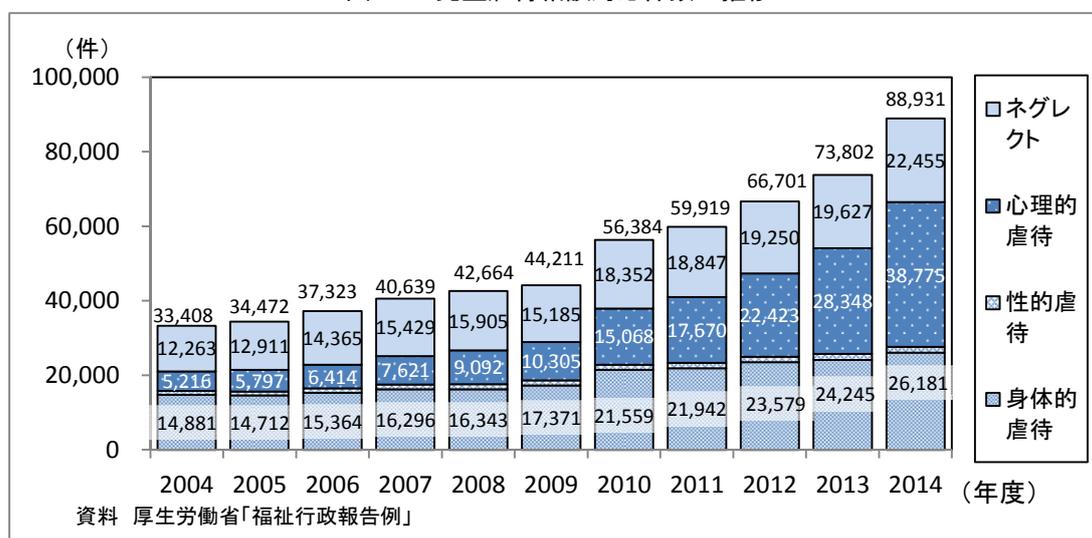
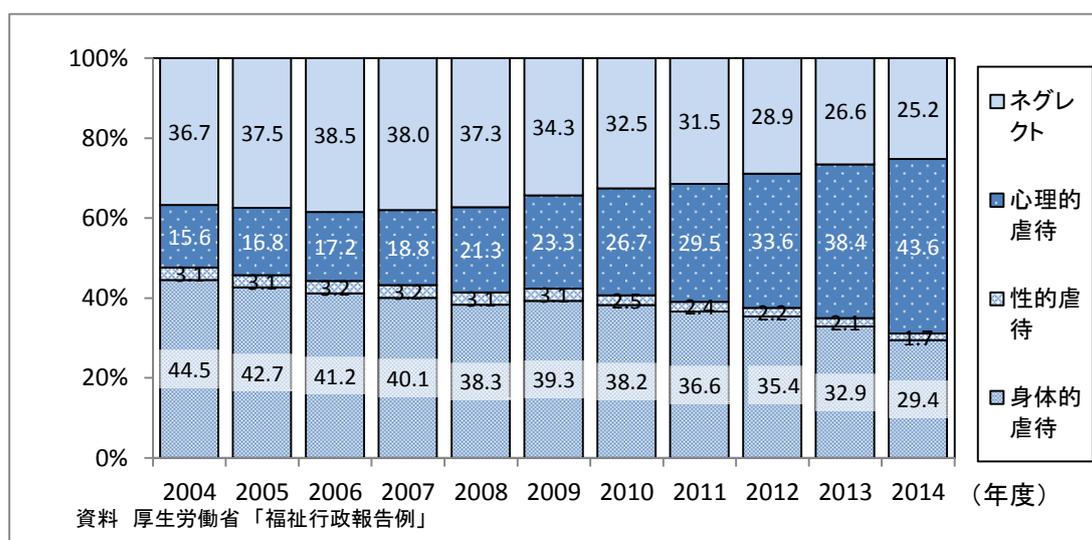


図 66 児童虐待相談対応の種類別割合の年次推移



<sup>80</sup> 心理的虐待の増加は、2013年8月23日付けで改正した「子ども虐待対応の手引き」（雇児総発0823第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）により、虐待通告があった子どものきょうだいも心理的虐待を受けた恐れがあるとみなして対応することが付け加えられたことも一因であるとみられている。

表 28 児童虐待の種類

虐待の種類	内容
身体的虐待	児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること (児童虐待の防止等に関する法律:第2条第1項)
性的虐待	児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること (児童虐待の防止等に関する法律:第2条第2項)
保護の怠慢・拒否(ネグレクト)	児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号(※身体的虐待、性的虐待)又は次号(※心理的虐待)に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。 (児童虐待の防止等に関する法律:第2条第3項)
心理的虐待	児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力(配偶者(婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。))の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。)その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。 (児童虐待の防止等に関する法律:第2条第4項)

資料「児童虐待の防止等に関する法律」

年齢別に相談対応件数をみると、2013年に「未就学児」が3万件を超え、2014年には4万件に迫っている。「小学生」も2014年に3万件を超えていた。年齢別の相談対応件数の構成割合は、「未就学児」と「小学生」の低年齢の子どもだけで全体の約8割を占めているが、「高校生・その他」の比率が年々高まっている。

図 67 児童虐待相談対応件数-年齢別

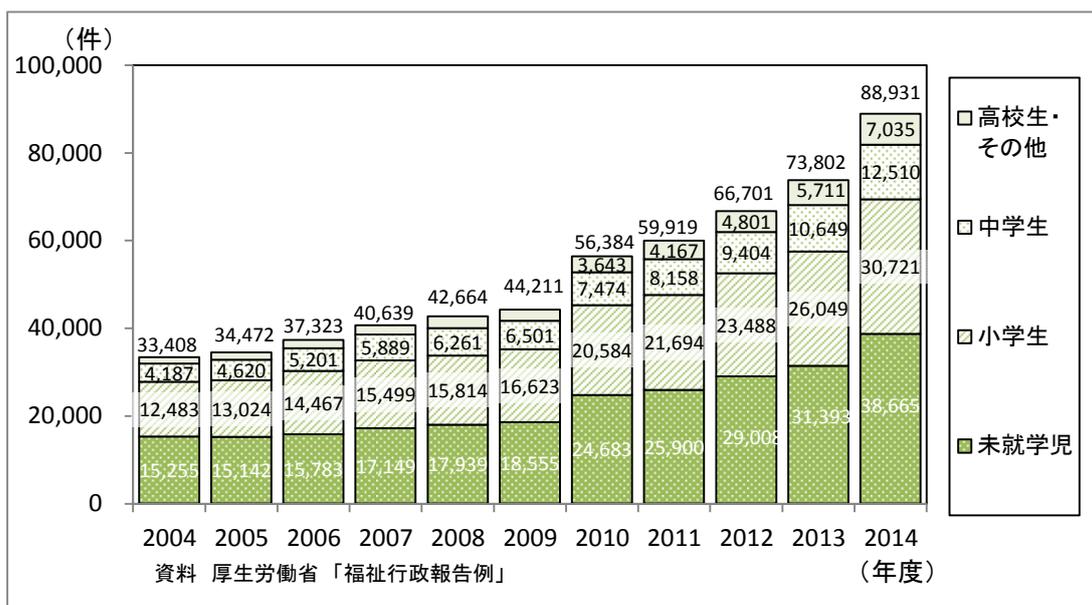
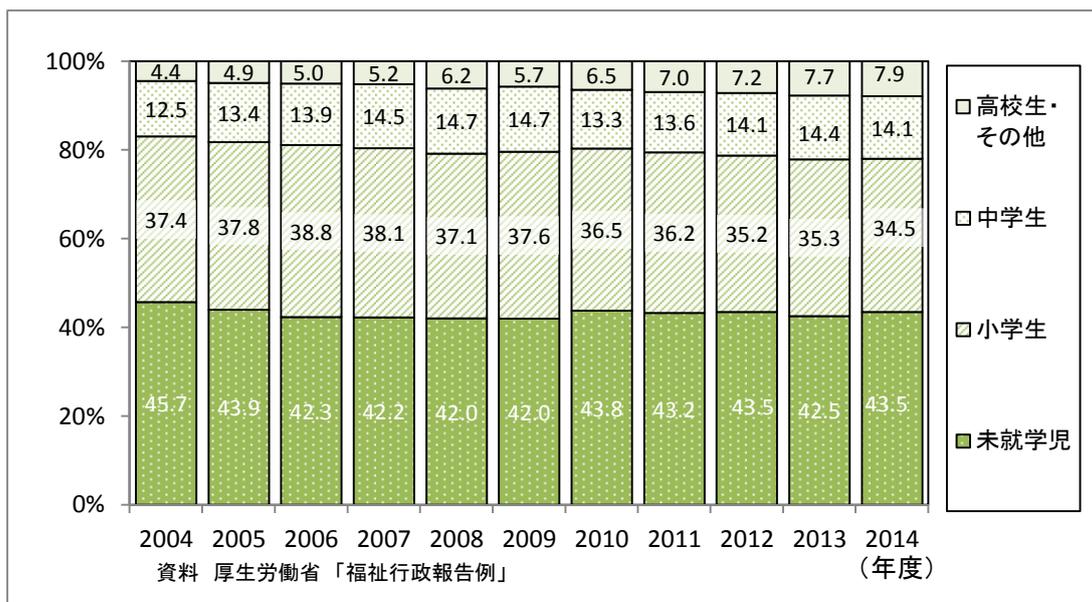


図 68 児童虐待相談対応件数割合-年齢別



## 主たる虐待者の推移

主たる虐待者として最も多いのは、どの年度をみても、「実母」、次いで「実父」の順である。2014年度では、虐待件数のうち「実母」が52.4%、「実父」が34.5%であった<sup>81</sup>。

図 69 主たる虐待者の推移

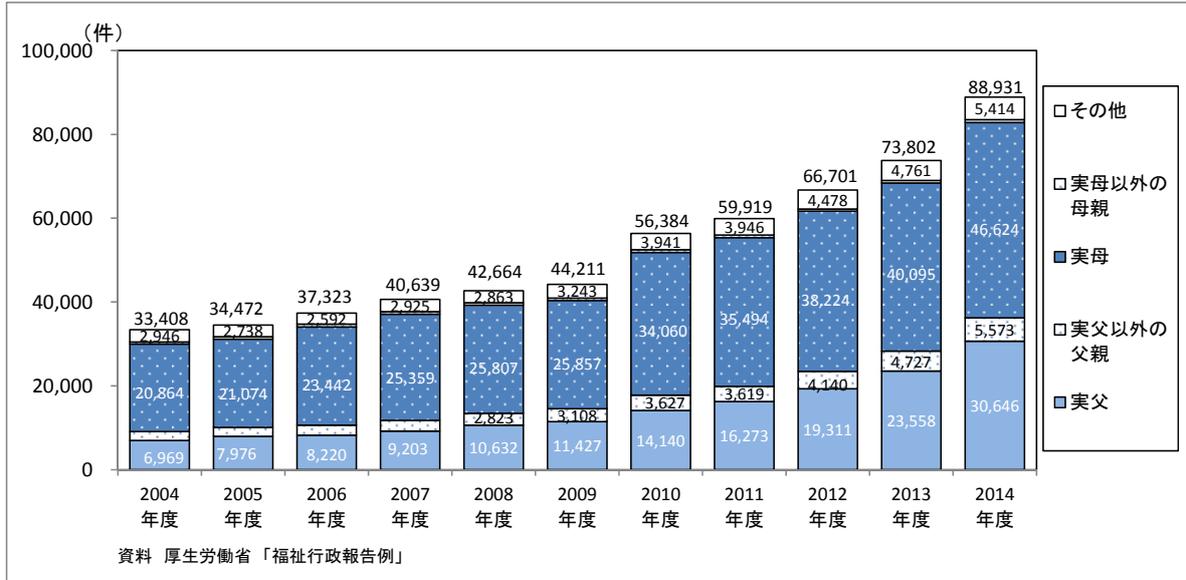


図 70 主たる虐待者の割合の推移



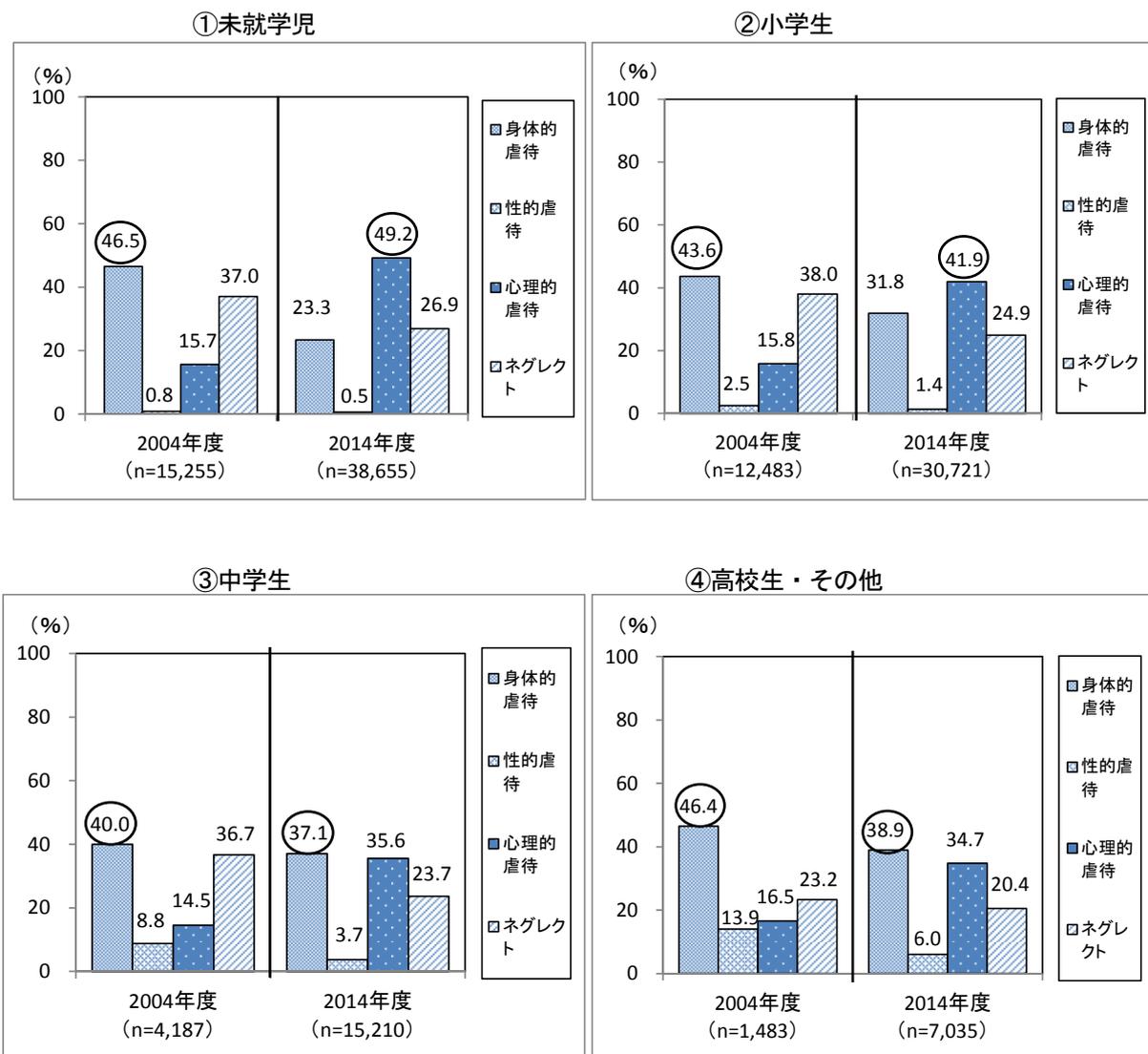
<sup>81</sup> 厚生労働省雇児総発 0930 第 2 号通知「虐待通告のあった児童の安全確認の手引き」（2010年9月30日）では、「同居人も（児童福祉）法第 6 条に規定する「児童を現に監護する者」に該当する場合は、（児童虐待の防止等に関する法律）法第 2 条の保護者に当たることから児童虐待の加害者として調査の対象とする。該当しないと思われる場合には、実親のネグレクトの疑いとして調査を行う」とある。

## 虐待の内容

子どもの年齢別に受けた虐待の内容をみると、未就学児では、「身体的虐待」の比率が約10年間で20ポイント減少したものの、「心理的虐待」が増加して半数近くを占めるようになった（図 71①）。小学生も同様に、「心理的虐待」の比率が「身体的虐待」を上回る傾向がみられた（図 71②）。

一方、中学生、高校生・その他では「身体的虐待」の比率が最も高く、「心理的虐待」をやや上回っている。また、小学生以下と比べると「性的虐待」の比率が高い（図 71③、④）。

図 71 年齢別にみた受けた虐待の内容の年次推移



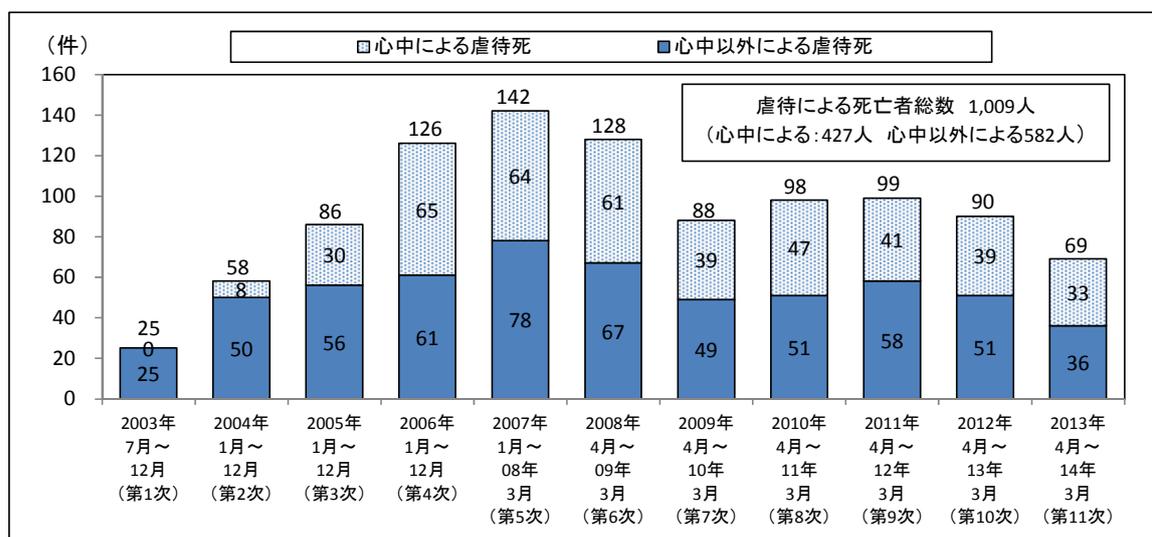
資料 各年の 厚生労働省「福祉行政報告例」から作成

## 虐待死

### 死亡者数

厚生労働省は2003年から「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」を公表し、虐待による児童の死亡例の分析を行っている。2003年から2013年までに、厚生労働省が把握した児童虐待による死亡者は、心中によるものが427人、心中以外によるものが582人で、これらを合算すると1,009人にのぼる。

図 72 虐待による死亡者数



資料 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第11次報告)」  
厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

虐待死に関しては、生前の生活歴や家族背景の把握困難な状況等から病死または不詳死として扱われることもあるなど、実際にはより多くの虐待死が潜在しているという指摘もある。例えば、公益社団法人日本小児科学会は、同会の「子どもの死亡登録・検証委員会」が4自治体に行った2011～2013年における調査結果<sup>82</sup>から、15歳未満の虐待死の可能性があると積極的に検証を行うことを考慮すべき事例が、毎年約350人と推計している。この推計値は、図72に示された厚生労働省の把握している虐待死の3～5倍に当たる。

<sup>82</sup> 公益社団法人日本小児科学会 「パイロット4地域における、2011年の小児死亡登録検証報告—検証から見えてきた、本邦における小児死亡の死因究明における課題について」日本小児科学会雑誌120巻3号662～672(2016年)。本稿の記述において、日本法医学会でも厚生労働省により把握されている虐待死の3～4倍存在する推察があることが述べられている。

## 死亡時の子どもの年齢と主な虐待の類型等

心中以外による虐待死のうち、死亡時の年齢は「0歳」が4割以上を占め、3歳以下が75.2%と、被害者の多数は低年齢層であり（図73）、死因は「身体的虐待」が6割以上と多数を占めていた（図74）。

図73 死亡時点の子どもの年齢(n=582)

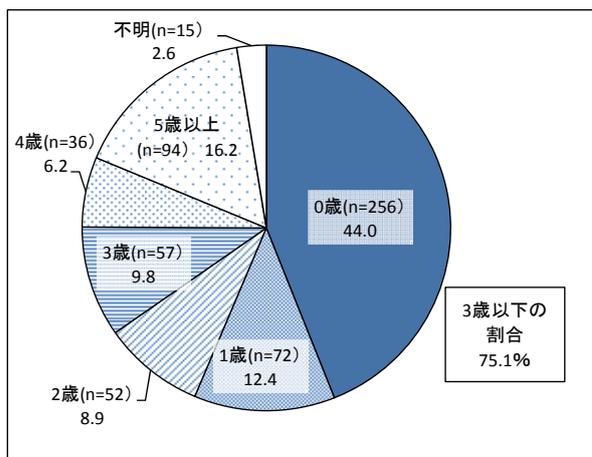
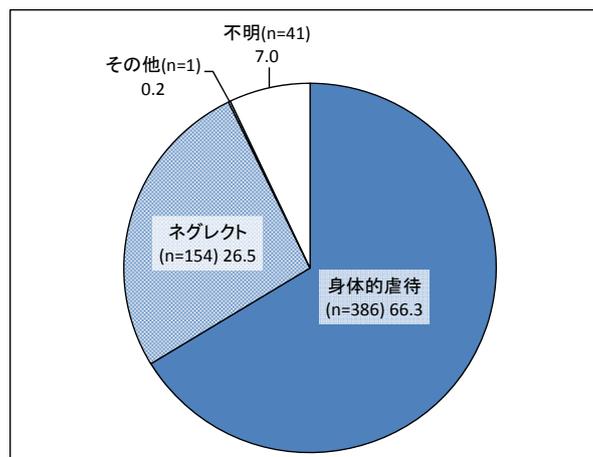


図74 死因となった主な虐待の類型(n=582)



資料 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第10次、11次報告）」厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

心中以外で虐待死した0歳児 256人のうち0日・0ヶ月児の事例が、0歳全体の約45%（115人）を占めていた（表29）。

表29 0日・0ヶ月児の死亡事例数の推移

	0日	0ヶ月	合計	構成割合	0歳全体
第1次(2003年7～12月)	1	1	2	18.2	11
第2次(2004年1～12月)	6	2	8	34.8	23
第3次(2005年1～12月)	8	0	8	40.0	20
第4次(2006年1～12月)	8	1	9	45.0	20
第5次(2007年1月～08年3月)	16	1	17	45.9	37
第6次(2008年4月～09年3月)	22	4	26	66.7	39
第7次(2009年4月～10年3月)	6	1	7	35.0	20
第8次(2010年4月～11年3月)	9	3	12	52.2	23
第9次(2011年4月～12年3月)	7	4	11	44.0	25
第10次(2012年4月～13年3月)	11	0	11	50.0	22
第11次(2013年4月～14年3月)	4	0	4	25.0	16
総数	98	17	115	44.9	256

資料 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第11次報告）」厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

第1次調査から第11次調査までの0日・0ヶ月児虐待死事例の実母の状況について、検証が行われている。これによると、「望まない妊娠」が6割以上、「若年出産経験あり」が4割弱と多数を占めている（表30）。

表30 0日・0ヶ月児虐待死事例の実母の状況（複数回答）（第1次～11次の累計）

	人数	構成割合
望まない妊娠	76	66.1
精神的問題あり	8	7.0
経済的問題あり	21	18.3
若年出産経験あり	44	38.3
過去の遺棄あり	14	12.2
全体	115	100.0

資料「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第10次、11次報告）」厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

さらに、第8次（2010年度）～第11次（2013年度）調査（38事例）では、実母が抱えていた妊娠期の問題に焦点を当てて検証を行っている。「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健康診査未受診」がいずれも8割近くと高い割合を占めていた（表31）。単なる知識のなさだけでなく、妊娠を周囲に知られたくないなどの事情から、通常の妊娠期に必要なとされる健診や出産に関する相談の未活用、市町村からの行政サービスの申請を意図的に行っていない可能性もある。

表31 0日・0ヶ月児虐待死事例の実母の妊娠期の問題（複数回答）（第8次～第11次の累計）

	人数	構成割合
望まない妊娠	17	44.7
若年(10代)妊娠	10	26.3
母子健康手帳の未発行	29	76.3
妊婦健康診査未受診	30	78.9
全体	38	100.0

資料「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第8次～11次報告）」厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

なお、0日児・0ヶ月児の虐待死115例のうち、加害者は「実母単独」が9割以上を占めていた（表32）。虐待死の加害者である実母の年齢分布をみると、19歳以下が25.2%で最も多く、続いて「35～39歳」が20.0%などの順であった（表33）。

表32 0日・0ヶ月児の虐待死事例の加害者

区分	0日児		0ヶ月児		合計	
	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合
実母	92	93.9	13	76.5	105	91.3
実父	1	1.0	2	11.8	3	2.6
実母・実父	4	4.1	2	11.8	6	5.2
不明	1	1.0	0	0.0	1	0.9
計	98	100.0	17	100.0	115	100.0

資料「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第11次報告)」  
厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

表33 0日・0ヶ月児虐待死事例の実母の年齢

区分	0日児		0ヶ月児		合計	
	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合
19歳以下	26	26.5	3	17.6	29	25.2
20～24歳	18	18.4	2	11.8	20	17.4
25～29歳	14	14.3	1	5.9	15	13.0
30～34歳	15	15.3	3	17.6	18	15.7
35～39歳	15	15.3	8	47.1	23	20.0
40歳以上	8	8.2	0	0.0	8	7.0
不明	2	2.0	0	0.0	2	1.7
合計	98	100.0	17	100.0	115	100.0

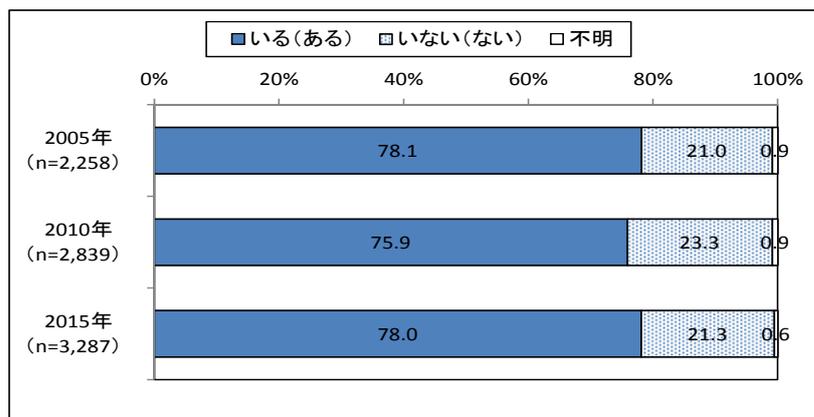
資料「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第11次報告)」  
厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

### 3.1.6 子育て中の親の意識

養育者である親の意識の現状を、教育産業のシンクタンクが行った調査（ベネッセ教育研究所「第5回幼児の生活アンケート」）から把握した。

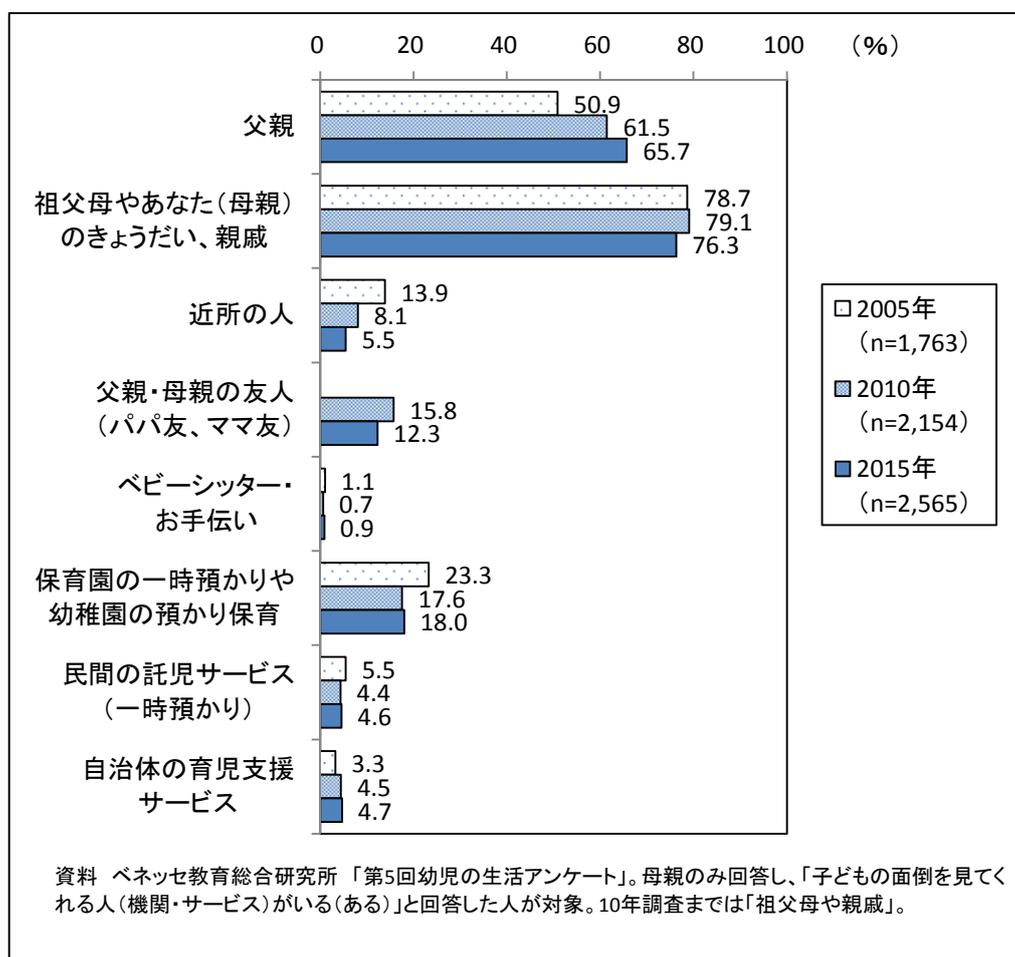
子どもの面倒を見てくれる人は、2005年から2015年までの5年おきにみてほぼ8割がいますと回答している。面倒を見てくれる人を具体的に尋ねたところ、子どもの祖父母や母親のきょうだいや親戚が最も多く、次いで父親の順で、これらの人が面倒をみる主要な存在となっている。保育所等や民間サービスも、父親・母親の友達も2割に届いていない。近所の人については、年々減少している。現在の子育ては、地域との繋がりが薄く、ほとんどが家族中心に行われている傾向が窺えた。

図 75 子どもの面倒を見てくれる人(機関・サービス)の有無



資料 ベネッセ教育総合研究所「第5回幼児の生活アンケート」  
<http://berd.benesse.jp/jisedai/research/detail1.php?id=4770>

図 76 子どもの面倒を見てくれる人（機関・サービス）の有無-いる（ある）場合



子どものしつけや教育の情報源については、「母親の友人・知人」が最も多く 72.0%、「インターネットやブログ」が 63.3%、「テレビ・ラジオ」が 54.9%の順であった。専門家や行政については「(保育園や幼稚園などの)園の先生」が最も多く 41.3%であったが、「保健師や栄養士」「市区町村の子育てサービスの窓口の人」など地域の専門家については5%台と低く、地域の専門家があまり活用されていないこともわかった。

年代別の特徴としては、30代以上では「母親の友人・知人」が最も多く、次いで「インターネットやブログ」であったが、20代では「インターネットやブログ」が最も多く、「母方の祖父母」の順であった。また20代ではSNSの活用度が38.1%であり、30代以上と比べて高かった。

表 34 しつけや教育の情報源 (2015年)

		全体 (n=3,187)	母親の年齢区分		
			20代 (n=219)	30代 (n=1,864)	40代 (n=826)
家族や親せき	(子どもの)父親	22.7	18.9	23.7	21.5
	(父方の)祖父母	18.8	22.4	21.4	12.3
	(母方の)祖父母	43.1	61.6	46.6	32.2
	母親のきょうだいや親戚	23.8	21.8	24.4	22.9
	父親のきょうだいや親戚	4.5	3.7	4.4	4.1
友人・知人	子育てサークルの仲間	12.4	15.5	13.5	9.4
	母親の友人・知人	72.0	56.0	72.4	73.0
	父親の友人・知人	3.8	4.1	4.0	3.0
専門家や行政	病院の医師や看護師	7.2	11.2	7.2	6.6
	保健師や栄養士	5.1	5.2	6.1	3.5
	市区町村の子育てサービスの窓口の人	5.6	6.3	6.1	4.5
	子どもの習い事や教室の先生	12.9	6.9	12.6	15.7
	園の先生	41.3	30.6	41.3	45.1
ウェブ、書籍などのメディア	SNS(Facebook、Twitter、LINEなどのソーシャルメディア)	22.1	38.1	24.9	14.8
	テレビ・ラジオ	54.9	52.0	54.8	54.7
	インターネットやブログ	63.3	71.7	65.4	56.8
	新聞	19.5	4.7	17.6	26.3
	育児・教育雑誌	38.2	38.9	39.4	35.1
	通信教育の親向け冊子	22.5	18.3	22.8	23.1
	育児書や教育書などの書籍	21.7	16.9	21.5	23.4
	メーカーカタログ・通信販売カタログ	3.6	2.2	3.8	3.4

資料 ベネッセ教育総合研究所「第5回幼児の生活アンケート」

### 3.2 フランス、スウェーデン、フィンランドの取り組み

近年、子どもとその家族を取り巻く環境は、社会情勢の変化とともに複雑化し、さまざまな問題をはらんでいる。例えば、17歳以下の子どもの相対的貧困率をみると、日本の子どもの貧困率はOECD加盟34カ国中11番目に高い<sup>83</sup>。日本の子どもの貧困率は上昇傾向にある。厚生労働省の調査では、2012年に16.3%となり6人に1人が貧困状態にある結果となった<sup>84</sup>。子どもがいる単親の世帯では、54.6%と半数以上を占めている<sup>84</sup>。また、子どものいる世帯の精神的、経済的な負担は少なくない。例えば、教育費をめぐっては、年収400万円未満の世帯における負担割合は4割に達しているとの調査結果もある<sup>85</sup>。子育てへの負担感も、出産等に伴う女性の雇用継続の困難さ、長時間労働、男性の育児休業取得率が極端に少ないといった労働環境と相まって、減じる気配を見せない。

さらに、子どもへの虐待も深刻で、2014年度に全国の児童相談所が対応した虐待相談件数は8万9000件近くと過去最高を記録した<sup>86</sup>。さらに、いじめや不登校など学校を取り巻くさまざまな問題に加え、子どもの「うつ」などメンタルヘルスも社会問題となっている。このような状況において、子どもとその家族が置かれている現状は決して楽観視できないものとなっている。

しかし、本来、子どもは社会の宝であり、当該家族の負担という側面のみならず、社会全体で子どもの健やかな成長を支えることに光を当てる必要がある。

本稿の目的は、子どもとその家族を支える家族政策を講じてきた欧米諸国の中で、特に、フランス、スウェーデン、フィンランドの3カ国の先進的な取り組みを概観したうえで、日本における子どもとその家族が置かれている現状と課題を整理することである。整理の枠組みとして、時系列に着目して①出産に関する環境、②養育に関する環境——の2つの柱に分けて先進的な諸外国の取り組みを整理し、③日本における社会情勢について検討することとする。

<sup>83</sup> 注) 厚労省によれば、相対的貧困率とは、OECDの作成基準に基づき、等価可処分所得(世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割って調整した所得)の中央値の半分の額である「貧困線」に満たない世帯員の割合をいう。子どもの貧困率は、17歳以下の子ども全体に占める、貧困線に満たない17歳以下の子どもの割合([http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h26honpen/b1\\_03\\_03.html](http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h26honpen/b1_03_03.html), <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/08.pdf>)

<sup>84</sup> 厚生労働省. 平成25年 国民生活基礎調査の概況 II 各種世帯の所得等の状況 7 貧困率の状況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/03.pdf>

<sup>85</sup> 日本政策金融金庫. 教育費負担の実態調査結果. 2015年2月20日. [http://www.jfc.go.jp/n/findings/pdf/kyouikuhi\\_chousa\\_k\\_h26.pdf](http://www.jfc.go.jp/n/findings/pdf/kyouikuhi_chousa_k_h26.pdf)

<sup>86</sup> 厚生労働省. 児童相談所での児童虐待相談対応件数. 2015年10月. [http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/img-X07223508\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/img-X07223508_2.pdf)

### 3.2.1 出産環境における先進的な取り組み

フランス、スウェーデン、フィンランドは、いずれも低迷した出生率を 2.0 近くまで回復させた国々である<sup>87</sup>。これらの国々が講じている家族政策の特徴として、妊娠した時から子どもとその親を包括的に支援する体制が整えられているという点がある。

具体的には、妊娠・出産費用が、フランス、スウェーデンでは無料、フィンランドにおいてもほぼ無料である点がある<sup>88,89,90,91</sup>。

こうした点に加え、フィンランドにおいては、「ネウボラ」という妊娠期から就学前（6歳）までの一貫した医療・福祉支援が行われている。ネウボラは 1920 年代、妊婦健診の促進を目的に民間の取り組みとして始まり、1944 年に法制化された<sup>92</sup>。地方自治体が設置するネウボラでは、妊婦健診や親教室のほか、家族全体をモニタリングする定期健診、予防接種、子育て相談サービスなどが提供される<sup>91,93,94</sup>。看護師、保健師、ソーシャルワーカー、心理士、医師らがかかわり、中心的な役割を担う保健師が、妊娠から子どもの就学前まで切れ目なくサポートする<sup>92</sup>。ネウボラの利用は無料であり、経済状況に関係なくすべての親子を対象とする「普遍性」の原則が特徴である<sup>94</sup>。子どもが誕生する前にも、所得制限のない母親手当の受給が可能で、掛ふとん、ベビー服、哺乳瓶やさまざまなケア用品を詰めあわせた「育児パッケージ」を無料で受給できる選択肢もある。

また、フランスでは、県の母子保健機関（Protection maternelle et infantile, PMI）が、妊産婦に対する心理社会的支援、誕生から 6 歳までの子どもの健康診断、家庭訪問、虐待などのリスクのある子どもの受け入れ、乳幼児の感染症対策、思春期相談といった医療・

---

<sup>87</sup> 注) Eueostat によれば、2012 年の合計特殊出生率は、それぞれフランス (2.01)、スウェーデン (1.91)、フィンランド (1.80)

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Total\\_fertility\\_rate,\\_1960%E2%80%932012\\_\(live\\_births\\_per\\_woman\)\\_YB14.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Total_fertility_rate,_1960%E2%80%932012_(live_births_per_woman)_YB14.png)

<sup>88</sup> 齋藤益子ほか、フランスでの妊娠、出産と子育て支援。助産雑誌。2010; 64(9): 834-839.

<sup>89</sup> 原田啓一郎。フランスにおける医療・出産保険と家族政策(2)出産支援の理念とその具体化の変遷。駒澤法学。2009; 8(4): 31-76.

<sup>90</sup> 高橋美恵子。スウェーデンの子育て支援-ワークライフ・バランスと子どもの権利の実現-。海外社会保障研究 2007; (160): 73-86.

<sup>91</sup> 社会保障制度改革国民会議。第 16 回会議資料 3 フィンランドにおける妊娠・出産期の支援について。2013 年 6 月 24 日。 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai16/siryoushu.pdf>

<sup>92</sup> 高橋睦子。妊娠期から就学前の子ども家族と予防的支援-フィンランドの「ネウボラ」を中心に。世界の児童と母性。2014; 76: 81-86.

<sup>93</sup> 高橋睦子。「Chater4 子どもを育む福祉社会 フィンランドの子ども・家族政策の今」。渡辺久子ほか編著。『子どもと家族にやさしい社会 フィンランド』。明石書店。2009。Pp103-120.

<sup>94</sup> 内閣府。少子化危機突破タスクフォース (第 2 期・第 6 回) 資料 3 フィンランドの出産・子どもネウボラ (子ども家族のための切れ目ない支援)。2014 年 7 月 9 日。

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taskforce\\_2nd/k\\_6/pdf/s3-1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taskforce_2nd/k_6/pdf/s3-1.pdf)

社会福祉サービスを無料で提供している<sup>95</sup>。PMIの特徴として、1. 妊娠期から出産後、就学前までの支援の提供、2. 児童虐待予防のための他機関との連携がある。具体的な継続支援として、所属する助産師が、医学的にハイリスクな妊婦の調査、妊婦の心理社会的リスクの評価、援助などを行い、必要に応じて父親に対する働きかけを行う点がある<sup>95,96</sup>。また、出産後、PMIと医療機関がミーティングを行い、家族ごとの連絡ファイルを作成、帰宅後に家庭訪問を行い、医師や看護師、助産師らが相談支援を行う<sup>95,96</sup>。さらに、虐待予防として、PMIチームや家庭医の要請を受けて、児童精神科医、助産師、保育士などが、虐待や虐待による子どもの発達障害などの問題を予防する教育活動を地域で行う<sup>96</sup>。問題を把握した子どものアセスメントなどにより、危険性が悪化していると判断した場合は、児童社会福祉扶助局（Aide sociale a l'enfance, ASE）につないでいる。

スウェーデンにおいては、生後8日間は、県や市区、各病院が独自のプログラムやサービスを提供する。例えば、ある病院は、再来の外来部門を設置、助産師を中心とする母親育てのプログラムを提供し、父親も交えた電話や面談による相談支援を行っている<sup>97</sup>。その後、小児ヘルスセンター（Barn Vards Central, BVC）が、生後8日目を過ぎてから5歳までの子どものヘルスケアを担う<sup>98</sup>。妊娠中から同センターのサービスに関する情報が周知され、担当保健師による出産後の親子面談は、1年間で20回以上にもなる<sup>98</sup>。また、出産後2ヶ月で、母親の産後うつに関するチェックを行っている地域もある。

---

<sup>95</sup> 公益財団法人 大阪府市町村振興協会 おおさか市町村職員研修研究センター. 平成22年度海外研修報告書「フランスにおける少子化対策」. 2011年2月.

[http://www.masse.or.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/17/22kaigai\\_all.pdf](http://www.masse.or.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/17/22kaigai_all.pdf)

<sup>96</sup> 社会福祉法人 横浜博萌会 子どもの虹情報研修センター. ドイツ・フランスの児童虐待防止制度の視察報告書 II フランス共和国編. 2004年3月. [http://www.crc-japan.net/contents/guidance/pdf\\_data/h15french.pdf](http://www.crc-japan.net/contents/guidance/pdf_data/h15french.pdf)

<sup>97</sup> 小野 尚香. スウェーデンの保健・医療・福祉制度 保健活動の視座から(1)母子保健活動 子どもの誕生に関わるヘルスケア. 保健師ジャーナル. 2011; 67(2): 148-152.

<sup>98</sup> 小野 尚香. スウェーデンの保健・医療・福祉制度 保健活動の視座から(3)母子保健活動 小児ヘルスセンターの役割. 保健師ジャーナル. 2011; 67(4): 338-343.

### 3.2.2 養育環境における先進的な取り組み

次に、子どもが生まれた後の養育、つまり、子育てする家族へのさまざまな支援策について概要を述べる。

3ヶ国に共通する点として、子供と家族を支援する包括的な家族政策を長期にわたって講じている点がある。家族政策は、主に、1. 子育て支援、2. 親の就労環境の整備、3. 家族・価値観の変容——の3つの枠組みで構成、多様で選択肢に富む家族給付制度、父親休暇の制度化など男女が取得しやすい出産・育児休業制度、ワーク・ライフ・バランスの推進や労働時間を調整する制度を有している。3カ国の主な家族政策を前述の3つの枠組みに沿ってまとめた（表 35、表 36、表 37）。

表 35 子育て支援（所得制限あり▲、所得制限なし○）

フランス <sup>99, 100, 101, 102</sup>	スウェーデン <sup>90, 103, 104</sup>	フィンランド <sup>93, 105, 106, 107</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 主な家族給付</li> <li>☞ 乳幼児受け入れ手当</li> <li>☞ 出産・養子手当▲、基礎手当▲、保育方法自由選択補足手当○、就業自由選択補足手当○</li> <li>☞ 新学期手当▲</li> <li>☞ 家族手当（第2子～）○</li> <li>☞ 家族補足手当（第3子～）▲</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 両親保険：</li> <li>☞ 育児休業手当：390日間の休業直前所得の8割補償、90日間は規定額</li> <li>☞ スピード・プレミアム：次児を2年6ヶ月以内に出生すれば以前の給与で給付額決定</li> <li>☞ 父親手当：出生後10日間、所得8割補償</li> <li>☞ 一時看護手当：12歳未満児1人60日間、所得8割補償</li> <li>• 児童手当○：16歳未満</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 主な手当</li> <li>☞ 母親手当：現金もしくは育児パッケージの現物給付○</li> <li>☞ 児童手当：17歳まで○</li> <li>☞ 母親給付金、父親給付金、親給付金：所得の7～8割補償</li> <li>☞ 在宅保育補助、民間保育補助</li> <li>☞ 部分保育休暇補助</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 出産・家族休暇制度</li> <li>☞ 出産休暇：普通出産では1人、2人目産前産後16週間、3人目以上26週間</li> <li>☞ 養子休暇：最大6週間</li> <li>☞ 父親休暇：最大11日間</li> <li>☞ 育児休暇：3歳まで、①完全休業1年間②部分労働</li> <li>☞ 病児看護休暇</li> <li>☞ 家族連帯休暇（看取り）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 育児休業：</li> <li>☞ 出産10日前～8歳、480日間</li> <li>☞ 390日間は両親保険保障</li> <li>☞ 60日間は各父母固有</li> <li>☞ 不連続、全日でなくても可</li> <li>• 父親休暇：出産時の10日間</li> <li>• 看護休暇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 出産・育児休暇</li> <li>☞ 母親休暇：産前産後105日間</li> <li>☞ 親休暇：158日間</li> <li>☞ 父親休暇：18～30日間</li> <li>☞ 臨時育児休業：10歳未満児、年間4日間</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保育サービス</li> <li>☞ 集団保育所、一時託児所、幼稚園、多機能施設、保育ママ、自宅保育、保育学校（無償）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保育サービス</li> <li>☞ 学校法で市区に保育提供義務規定</li> <li>☞ 就学前学校（負担上限額あり）、家庭保育所、オープン就学前学校など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保育サービス</li> <li>☞ デイケア法</li> <li>☞ 保育所、家庭保育、就学前学校</li> </ul>

99 一般財団法人自治体国際化協会. CLAIR REPORT No.374 フランスの子育て支援—家族政策を中心に— 2012年8月2日. <http://www.clair.or.jp/j/forum/pub/docs/374.pdf>

100 Caisses d'Allocations Familiales(CAF). Your Family Benefits 2013. <http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/international/pdf/GUIDE%20PF%202013%20ANGLAIS%20brochure%20A5%20agraf%C3%A9%20coupe%20de%20chasse%20avec%20compensation%20%C3%A9paisseur%20.pdf>

101 神尾真知子. フランスの子育て支援—家族政策と選択の自由—. 海外社会保障研究. 2007; (160): 33-72.

102 神尾真知子. フランスの企業と「少子化対策」. 日本労働研究雑誌. 2006; 553: 56-68.

103 林伴子. スウェーデンの家族と日本の少子化対策への含意. 経済分析. 2005; 176: 170-202.

<http://www.esri.go.jp/jp/archive/bun/bun176/bun176m.pdf>

104 谷沢英夫. 「第4章 スウェーデンの戦後の出生動向と家族政策」『スウェーデンの少子化対策』. 日本評論社. 2012. Pp59-92.

105 藪長千乃. 福祉国家と次世代育成政策：フィンランドにおける子ども・家庭への政策対応. 文京学院大学人間学部研究紀要. 2009; 11(1): 27-47.

[http://www.u-bunkyo.ac.jp/center/library/image/kyukiyo11\\_03%2027-47.pdf](http://www.u-bunkyo.ac.jp/center/library/image/kyukiyo11_03%2027-47.pdf)

106 高橋睦子. 「4 子育て支援と家族の変容—子どもの視点からの福祉社会の模索」. 藤井ニエメラみどり・高橋睦子著. 『安心・平等・社会の育み—フィンランドの子育てと保育』. 明石書店. 2007. Pp148-195.

107 安藤節子. フィンランドにおける保育と子育て支援：保育と家族政策を中心に. 聖園学園短期大学研究紀要. 2007; 37: 25-37.

[http://ci.nii.ac.jp/els/110007127904.pdf?id=ART0009066397&type=pdf&lang=jp&host=cinii&order\\_no=&ppv\\_type=0&lang\\_sw=&no=1429510925&cp=](http://ci.nii.ac.jp/els/110007127904.pdf?id=ART0009066397&type=pdf&lang=jp&host=cinii&order_no=&ppv_type=0&lang_sw=&no=1429510925&cp=)

表 36 親の就労環境の整備<sup>108, 109</sup>

フランス <sup>101, 102, 110</sup>	スウェーデン <sup>90, 111</sup>	フィンランド <sup>112</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 育児休業中の部分労働</li> <li>☞ 出勤時間を少なくとも 5 分の 1 削減、週 16 時間未満は不可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 育児休業中の労働時間短縮</li> <li>☞ 出勤時間を全日、8 分の 7 日、4 分の 3 日、2 分の 1 日、4 分の 1 日等で組み合わせ可</li> </ul>	<p>_____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 労働時間</li> <li>☞ 週 35 時間制</li> <li>☞ 平均 1489 時間 (2013 年)</li> <li>☞ 週 50 時間以上の長時間労働:被雇用者の 9.0%(2011 年)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 労働時間</li> <li>☞ 週 40 時間制</li> <li>☞ 平均 1607 時間 (2013 年)</li> <li>☞ 柔軟で選択肢多:フレックスタイム、テレワーク</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 労働時間の削減</li> <li>☞ 週 40 時間制</li> <li>☞ 平均 1666 時間 (2013 年)</li> <li>☞ 週 50 時間以上の長時間労働:被雇用者の 3.9%(2011 年)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• その他の特徴</li> <li>☞ 25 日間の法定休暇</li> <li>☞ 企業の取締役会等の男女割合各 4 割以上を義務化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• その他の特徴</li> <li>☞ 休業前と同レベルの復職保証</li> <li>☞ 25 日間の法定休暇と取得監視</li> <li>☞ オンブズマンの設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• その他の特徴</li> <li>☞ 公共部門で際立つ女性就労</li> <li>☞ 女性労働においてフルタイム就労が主流</li> <li>☞ 行政の政策決定機関に男女平等枠 (男女 4 割以上) 設定</li> <li>☞ オンブズマンの設置</li> </ul>

<sup>108</sup> OECD employment outlook 2014. September 03, 2014.

<sup>109</sup> 独立行政法人 労働政策研究・研修機構. データブック国際労働比較 2014. 2014 年 3 月.

<sup>110</sup> 服部有希. フランスにおける取締役会等へのクオータ制の導入—ポジティブ・アクションによる職業上の男女平等—. 外国の立法. 2013; 257: 3-19.

<sup>111</sup> 厚生労働省. 2014 年 海外情勢報告 第 3 章 欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 第 3 節 スウェーデン王国 (1)労働施策. 2015 年 3 月. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/15/dl/t3-05.pdf>

<sup>112</sup> 高橋睦子. フィンランドの福祉国家と女性労働—その到達点と課題—. 大原社会問題研究所雑誌. 1999; (485): 16-31. <http://oohara.mt.tama.hosei.ac.jp/oz/485/485-2.pdf>

表 37 家族・価値観の変容<sup>123, 124</sup>

フランス <sup>113, 114, 115, 116</sup>	スウェーデン <sup>103, 117, 118, 119, 120</sup>	フィンランド <sup>106, 112, 121, 122</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>多様なカップルの容認</li> <li>☞ 1999年 パックス法 (Pacte civil de solidarité, PACS) : 婚姻関係にないカップルに結婚に準じた社会保障、税制上の優遇措置を講じる</li> <li>☞ 法律婚、パックス、同棲</li> <li>☞ 婚外子率 55.8% (2011年)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多様なカップルの容認</li> <li>☞ 1988年 サムボ法 (Sambolagen) : 同じ登録住所、継続した共同生活を営むカップルへの保障</li> <li>☞ 1982年 姓名法 : 夫婦別姓、同姓選択の自由を法制化</li> <li>☞ 婚外子割合 54.5% (2012年)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多様なカップルの容認</li> <li>☞ Avotiitto (未婚同居カップル) : 既婚カップルとほぼ同等の社会保障</li> <li>☞ 婚外子割合 41.5% (2012年)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>男女平等施策</li> <li>☞ 1789年 人権宣言</li> <li>☞ 1946年 第四共和国憲法</li> <li>☞ 1958年 第五共和国憲法</li> <li>☞ 2014年 男女平等法 : シングルマザーの保護、両親の公平な育児責任分担、議員等の男女平等促進など</li> <li>☞ 男女平等教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>男女平等施策</li> <li>☞ 1972年 自己管理責任の明確化法 : 成人はすべて仕事を</li> <li>☞ 男女均等教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>男女平等施策</li> <li>☞ 1906年 欧州最初の男女平等普通選挙権</li> <li>☞ 1987年 男女間の平等に関する法律</li> <li>☞ 男女平等教育</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     北欧諸国の政府間共同プロジェクト : ジェンダー観の見直し                 </div>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>その他</li> <li>☞ レミス制度 : 審議会、法律案について利害関係者に意見を求め、使用者の声を制度に反映させる仕組み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>その他</li> <li>☞ 多様な民間団体の活動 : フィンランド再婚家族連合、セクシュアリティ平等協会、ひとり親家族連合等</li> </ul>

113 内閣府経済社会総合研究所. フランスとドイツの家庭生活調査-フランスの出生率はなぜ高いのか. 2005年4月. <http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou012/hou12.pdf>

114 石田久仁子ほか編著. フランスのワーク・ライフ・バランス 男女平等政策入門 : EU、フランスから日本へ. パド・ウィメンズ・オフィス. 2013.

115 服部有希. 立法情報【フランス】男女平等法. 外国の立法. 2014; 261(1). [http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo\\_8766462\\_po\\_02610105.pdf?contentNo=1](http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8766462_po_02610105.pdf?contentNo=1)

116 ロランス・ド・ベルサン著, 齊藤笑美子訳. パックス—新しいパートナーシップの形—. 緑風出版. 2004.

117 谷沢英夫. 「第6章 男女共同参画社会への挑戦」『スウェーデンの少子化対策』. 日本評論社. 2012. Pp117-150.

118 内閣府経済社会総合研究所. スウェーデンの家族と少子化対策への含意-スウェーデン家庭生活調査から. 2004年4月. <http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou011/hou11.pdf>

119 榊原裕美. 男女差別が国を滅ぼす—少子化社会の七〇年先輩スウェーデンと私たち (特集「少子化ニッポン」の子育て事情). アジェンダ. 2008; (20): 66-71.

120 岡光昇. スウェーデンの少子化問題と家族政策. 長寿社会研究所・家庭問題研究所研究年報. 1999; (5): 51-58.

121 高橋睦子. 女性労働と子どもの人権の視点からみた家族の変容と福祉国家 : フィンランドの事例研究. 島根県立大学総合政策論叢. 2001; 2: 137-151.

122 トゥーラ・タンミネン. 「2 フィンランドの子ども・家族福祉」. 渡辺久子ほか編著. 『子どもと家族にやさしい社会 フィンランド』. 明石書店. 2009. Pp41-84.

123 厚生労働省. 「第1部 若者の意識を探る 第2章 多様化するライフコース 第2節 結婚に関する意識」『平成25年版 厚生労働白書』. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/13/dl/1-02-2.pdf>

124 Eurostat. File:Live births outside marriage, selected years, 1960–2012 (share of total live births, %). [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Live\\_births\\_outside\\_marriage\\_selected\\_years\\_1960%E2%80%932012\\_\(share\\_of\\_total\\_live\\_births\\_%25\)\\_YB14.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Live_births_outside_marriage_selected_years_1960%E2%80%932012_(share_of_total_live_births_%25)_YB14.png)

### 3.2.3 フランス・スウェーデン・フィンランドにおける課題

3.2.1 および3.2.2において、子どもとその家族を支える家族政策を講じてきたフランス、スウェーデン、フィンランドの3カ国の先進的な取り組みを、出産及び養育環境にわけて概観した。ただ、先進的な家族政策を講じてきた3カ国においてもなお、課題は残っている。社会、教育、労働などの各分野で男女格差が依然として存在しているという点である。

第一に、子育てに関しては、女性が主に担っているとの指摘がある<sup>125,126</sup>。男性の育児休業取得率は、フランスでは1%程度、フィンランドでは全日の両親休暇を取得した男性は増えているものの、合計では女性の10分の1にとどまっており、スウェーデンでも15.5%であった<sup>126</sup>。

第二に、教育現場においては、職業選択、教育における男女の偏りがあるとの指摘もなされている。例えばフランスでは、職業教育課程における職種の選択や大学入学資格を得るための統一国家試験「バカロレア」の取得分野に男女差が顕著にみられること、学校の教科書にも依然として性別役割分担やステレオタイプがみられる<sup>127</sup>。フィンランドでも、教育科目、進路選択で男女の偏りが生じていると指摘され、技術・交通分野の職種での女性比率が低いという。

第三に、労働に関しては、男女の給与格差も依然として存在している。男性の給与に対する女性の給与割合は、フランスで81%（フルタイム、年間）<sup>128</sup>、フィンランド82%（フルタイム、月給）<sup>129</sup>、スウェーデン86%（月給）<sup>130</sup>であった。ただ、スウェーデンの調査では、学歴、経験、年齢等を考慮すると、女性の賃金は男性と比べて6.6%少ない程度にとどまっている。

---

<sup>125</sup> 伊奈川秀和. 社会保障見聞記 充実したフランスの保育サービス(3)イギリス・フランスの少子化対策を調査. 週刊社会保障. 1999; 53 (2048): 60-61.

<sup>126</sup> European Commission. Reconciliation of work and private life: A comparative review of thirty European countries. 2005.

<sup>127</sup> 井上たか子. フランスの学校教育における男女平等. 女性空間. 2000; (17): 21-33.

<sup>128</sup> 鈴木尊紘. フランスにおける男女給与平等法—男女給与格差の是正をめぐるフランスの試み—. 外国の立法. 2008; 236: 56-74. <http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/legis/236/023615.pdf>

<sup>129</sup> Statistic Finland. Statistical Yearbook of Finland 2014. 2014. [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti\\_stv\\_201400\\_2014\\_10374\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_stv_201400_2014_10374_net.pdf)

<sup>130</sup> Statistic Sweden. Statistical Yearbook of Sweden 2014. [http://www.scb.se/Statistik/\\_Publikationer/OV0904\\_2014A01\\_BR\\_00\\_A01BR1401.pdf](http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/OV0904_2014A01_BR_00_A01BR1401.pdf)

その他、フランスでは、移民への差別が根強く<sup>131</sup>、移民をはじめとする若年層への貧困対策が不明である点も課題となっている。スウェーデンのような手厚い社会福祉給付が労働意欲をそぐ可能性があるという点がある<sup>132</sup>。また、スウェーデンでは、母乳志向が強く、子どもが1歳になるまでは母親が育てるべきだとの風潮があるという<sup>133</sup>。フィンランドにおいても、離婚や離別によって、連れ子を伴う再婚カップル・家族にストレスがもたらされる点がある<sup>106</sup>。

#### <小括>

フランス、スウェーデン、フィンランドの3カ国で講じられている家族政策の共通点として、「子育て支援」「労働環境の整備」「男女平等意識の改革」を包括する手厚い「家族政策」が、長期にわたって継続して講じられてきた点がある。具体的な特徴として、1. 子どもと家族を支援するという視点の重視、2. 所得補償・保育料補填を目的にした多様な給付制度、3. 妊娠期から子育て期間中の切れ目ない親子支援、4. 父親休暇の制度化など男女が取得しやすい休業制度、5. 多様な働き方の容認と男女ともに働きやすい労働環境の整備、6. 男女平等の理念を掲げた法制度がある。

---

<sup>131</sup> フランス暴動「少子化」の時限爆弾--移民 ヨーロッパ各国で貧困層となった移民の不満がいま爆発した理由とは? ニューズウィーク. 2005; 20(45): 42-46.

<sup>132</sup> 持田譲二. 高齢化社会 歯止め掛かるスウェーデンの少子化--悩める福祉大国、「働きながら子育て」に活路. 世界週報. 2005; 86(5): 30-32.

<sup>133</sup> 荒井亮二. 「スウェーデンの家族と少子化対策への含意」概要. ESP Economy, Society, Policy. 2004; (466): 70-73.

## 4. 提言

### ① 小児医療に対応したかかりつけ医機能の充実を図るとともに、小児救急医療体制の整備もより一層進めていくべきである

子育て世帯が安心して生活できるためには、小児医療提供体制の基盤が不可欠である。本研究からも明らかなように、子どもの人口や子育て世帯数は減少しているものの、特に外来においては受療率が上昇傾向にある。小児科医の年齢上昇や他科を主たる診療科としながら小児科も診療する医師の減少等により、小児科診療を行う医療機関に患者が集中する傾向もみられた。さらに、最近では母親の就業の急速な増加により、今後は時間外・夜間・休日診療等のニーズも高まることが見込まれる。医療提供側も、こうしたニーズを織り込んだ上で、休日夜間診療の設置、初期救急対応の習得や小児科専門医と連携出来る仕組みの構築など、地域ごとに必要な対策を講じる必要がある。

小児救急医療体制については、小児救急の拠点が十分に整備されていない現状がある。医療者側が疲弊し、小児科の撤退を招かないよう、今後も患者側の救急受診の際の意識改革も併行して進めていかなくてはならない。また体制の基盤整備のために、国や都道府県による財政支援も不可欠である。

表 38 小児救急医療における救急医療機関との連携について

#### 4. 小児救急医療における救急医療機関との連携について

小児救急医療については、小児科だけでなく他科の医師の協力の下に行われている現状があり、その現状について国民の理解を求め必要がある。持続可能な小児救急医療体制を確保するために、行政機関や医療機関は、国民に対して救急医療体制を適正利用するために必要な知識を啓発することで、受診の必要性や緊急性を患者家族が自ら判断できる判断能力（家庭看護力）を地域において醸成し、継承していくべきである。行政機関はこれらに対して適切な支援をすべきである。一方、医療従事者の側も、共働きのため夜間しか子どもを受診させられないなど患者家族の努力だけでは対応できない社会環境も理解した上で、医療体制を構築する必要があることを理解するべきである。

また、小児の救急患者に対する医療提供体制を更に充実強化するためには、救命救急センター内に小児救命救急センターの機能を併設することや、小児救命救急センターと救命救急センターの連携等が必要である。加えて、小児科医と救急科専門医間の相互研修なども検討をすべきである。さらに、先天性疾患の急病など、患者数は少ないものの高度な小児医療や専門医療が求められる場合については、まず発生患者数や搬送理由、搬送先などの現状を把握し、求められる医療資源の分配方法を検討する必要がある。

資料 厚生労働省 救急医療体制に関する検討会報告書（平成26年2月）から抜粋

## ② 予防接種のさらなる充実を進めるべきである

感染症対策の一環である予防接種は、これまでも様々な感染症の発生や流行を予防し、子どもや地域社会全体を守る重要な手段であった。最近では、2013（平成25）年3月の予防接種法改正により、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒト・パピローマウイルス感染症の三つのワクチンが、新たに定期接種項目に位置付けられた。さらに、副反応報告の制度化、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の設置等の取り組みが進められ、2016年10月からはB型肝炎ワクチンの定期接種化も決定した。引き続き、他の先進国と比べて公的に接種できるワクチン数が少ない「ワクチン・ギャップ」と呼ばれるわが国特有の問題の解消に向けて、おたふくかぜ等の取扱いや、例えば、ロタウイルスなどのワクチンの定期接種化を、十分な検証のもとで進めていくべきである。

## ③ 子どもの医療費助成制度の充実及び標準化に向けた検討が必要である

わが国では、子どもの医療費助成が、全国の市区町村に普及している。一方でその支給基準は、年齢や所得状況、さらには一部負担有無などの点において、所在地にばらつきがある。所在地に関係なく安心して受けられる制度の質の充実を図るべきである。

本研究でも明らかなように、子育て世帯の家計は、相対的に厳しい状況に置かれている。子どもの健やかな成長を支えるために、家計の余力のなさに阻害されない助成制度の存在は必要と考える。

## ④ 小児科診療を担う地域のかかりつけ医の機能の一層の向上と、かかりつけ医が後方支援を行う、地域包括的な子育て支援の仕組みが必要である

わが国では育児不安や子育て環境が十分に整備されていない状況に対して、今後かかりつけ医がどうかかわっていくかが重要であろう。疾患の治療にとどまらず、子どもの生活習慣、成長とともに生じる健康に関する疑問や悩み、養育者の育児不安の解消のためのアドバイスなど、身近で頼れる「かかりつけ医」としての役割が大きな比重を占めることになる。今期の診療報酬改定において新設された「小児かかりつけ診療料」の同算定にあた

り、医師にとっては時間外の対応などこれまで以上に負担が大きくなるが、これを機に小児科を担うかかりつけ医自身が、子育てに対するかかりつけ医機能を育てていくことが今後重要である。そのうえで、地域のかかりつけ医が後方支援する地域の子育て支援センターである「日本版ネウボラ」の実現も急務であろう。これは、従来から行われている保健師や助産師等が中心の行政によるサービス機関ではなく、子どもを中心とした地域包括的子育て支援システムの拠点である。子どもの育ちを地域全体で見守ることのできる社会の実現に繋がると考えられる。

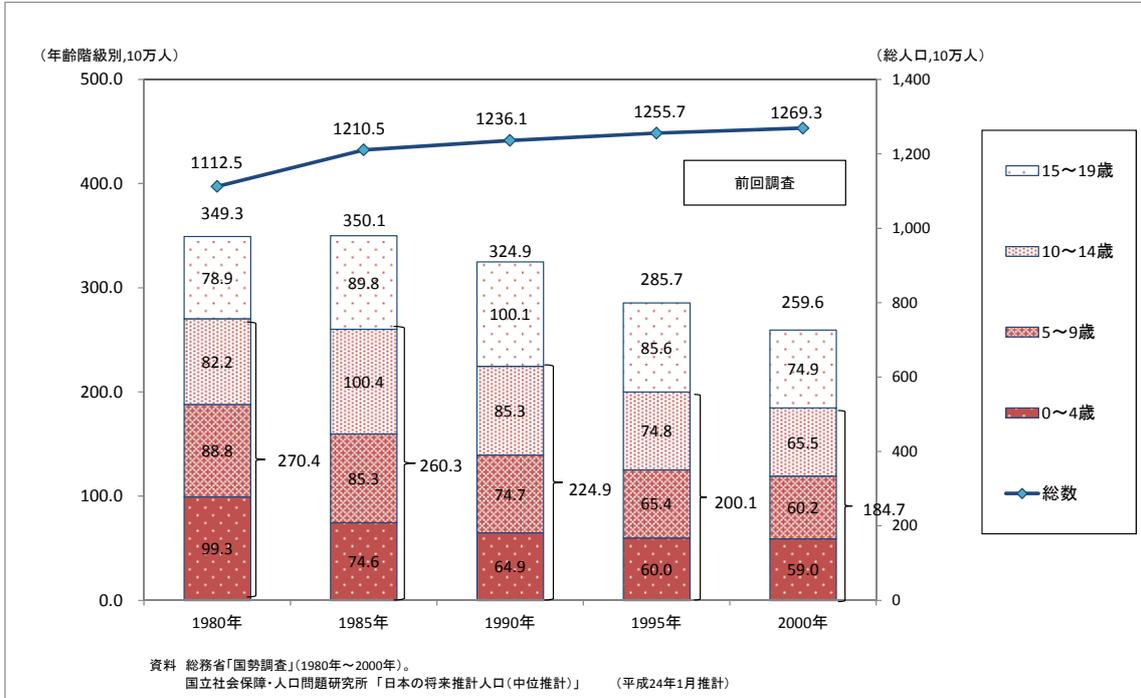
#### 参考文献・資料

1. 日本小児科医会「小児医療のグランドデザイン」2003年
2. 日本医師会母子保健検討委員会「少子化対策に関する政策提言書－中間答申－平成27年4月」2015年4月
3. 日本医師会総合政策研究機構「少子化に関する政策提言書 資料集」2015年4月
4. 厚生労働省「患者調査」「社会医療診療行為別調査」「医師・歯科医師・薬剤師調査」
5. (株) 社会保険出版社「全国市町村医療費助成制度一覧」平成16年,平成26年12月

## 5. (参考資料) 前回調査との比較

図 77 年齢階級別にみた人口と年齢階級別人口の総人口に占める割合の推移—20歳未満

### ①今回調査



### ②前回調査

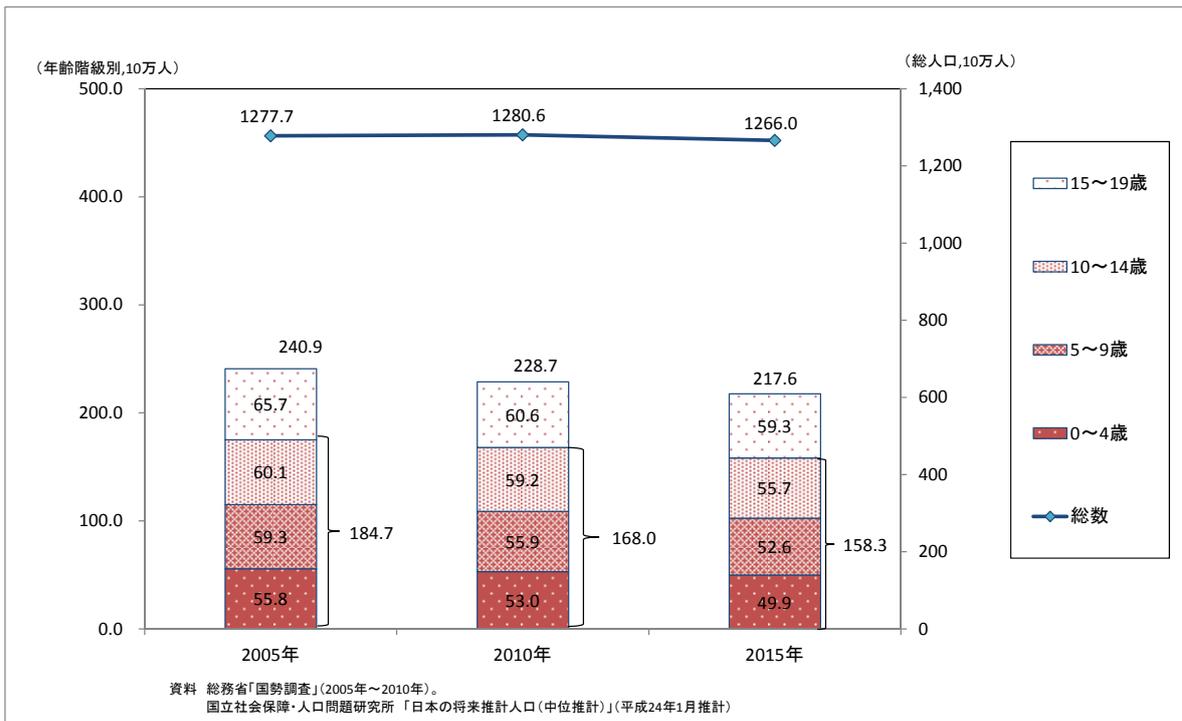


図 78 入院受療率

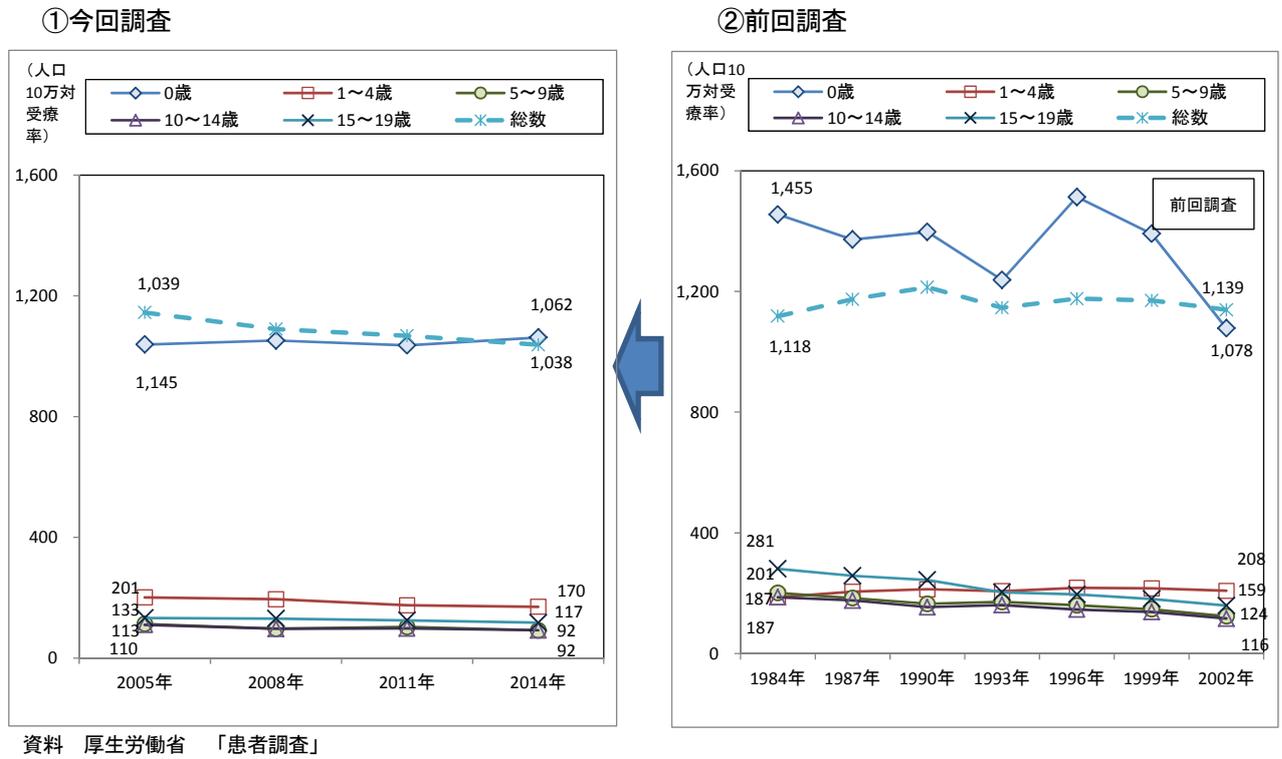


図 79 外来受療率

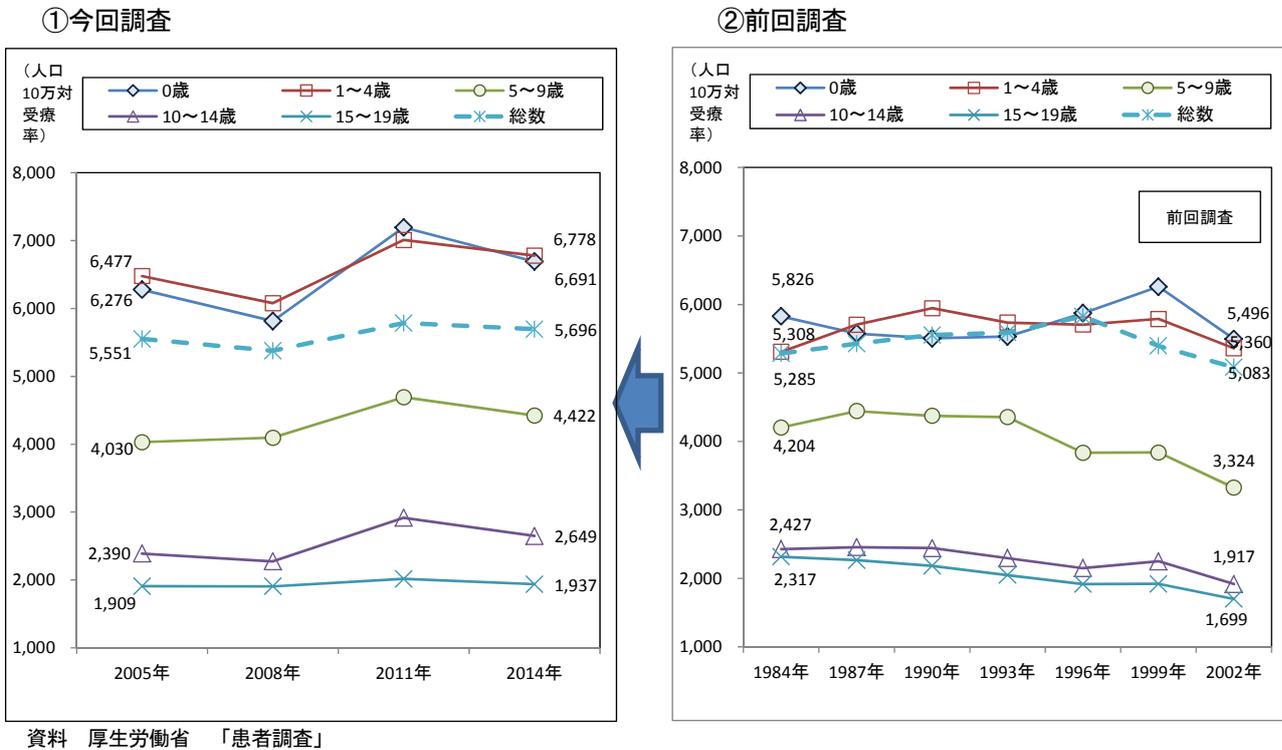
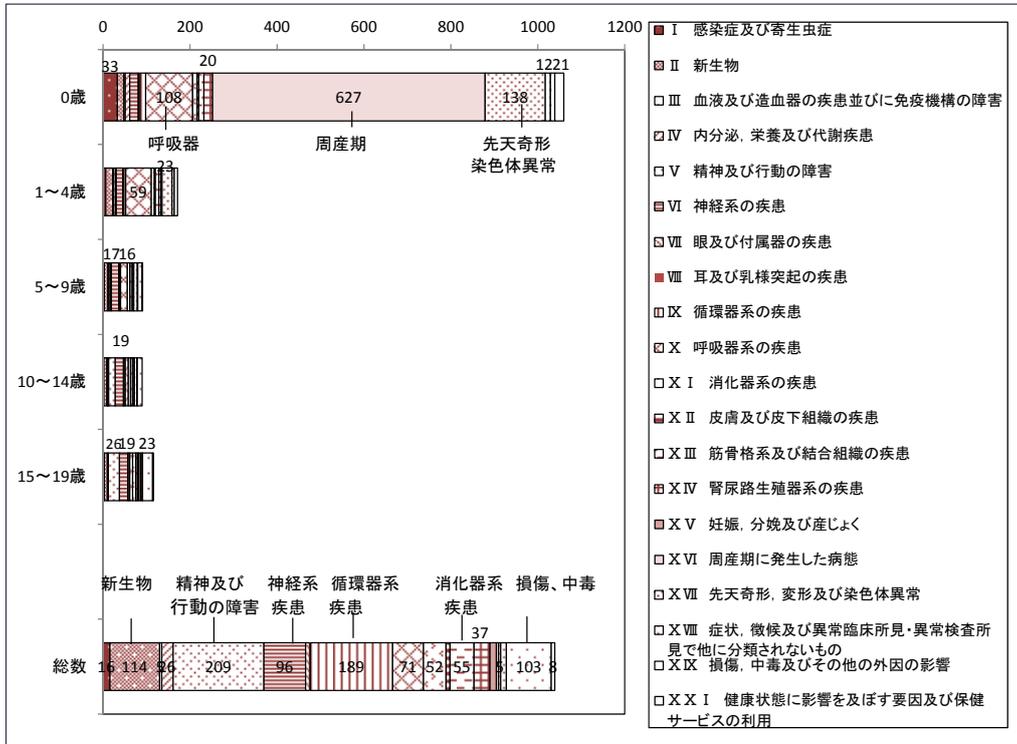


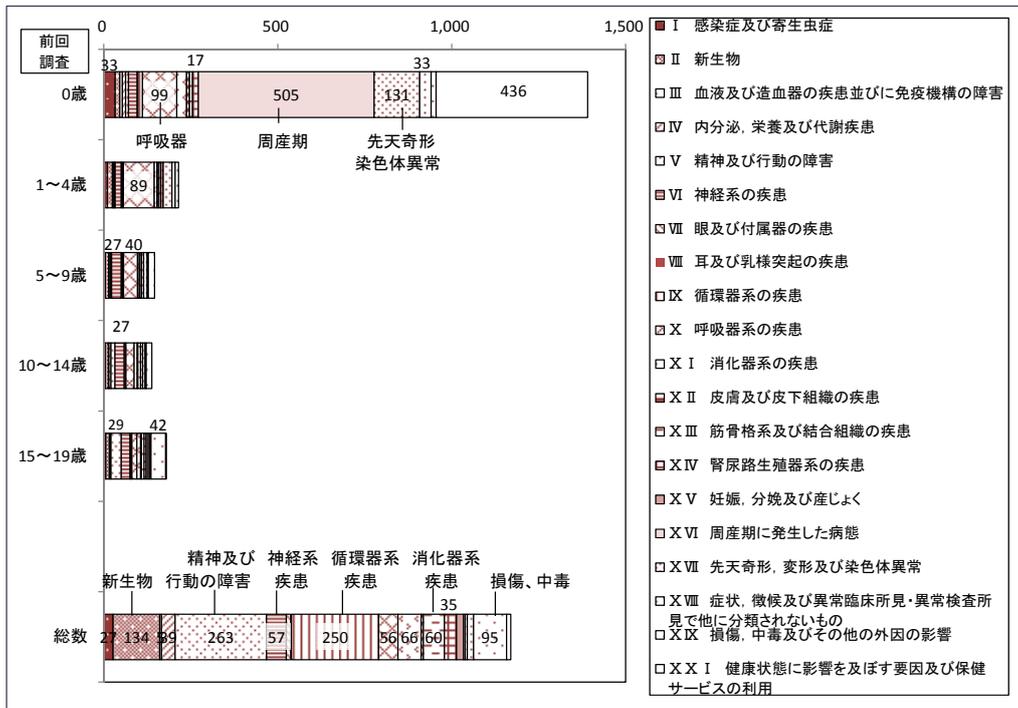
図 80 疾病構造 (入院)

①今回調査



資料 厚生労働省 「患者調査」2014年

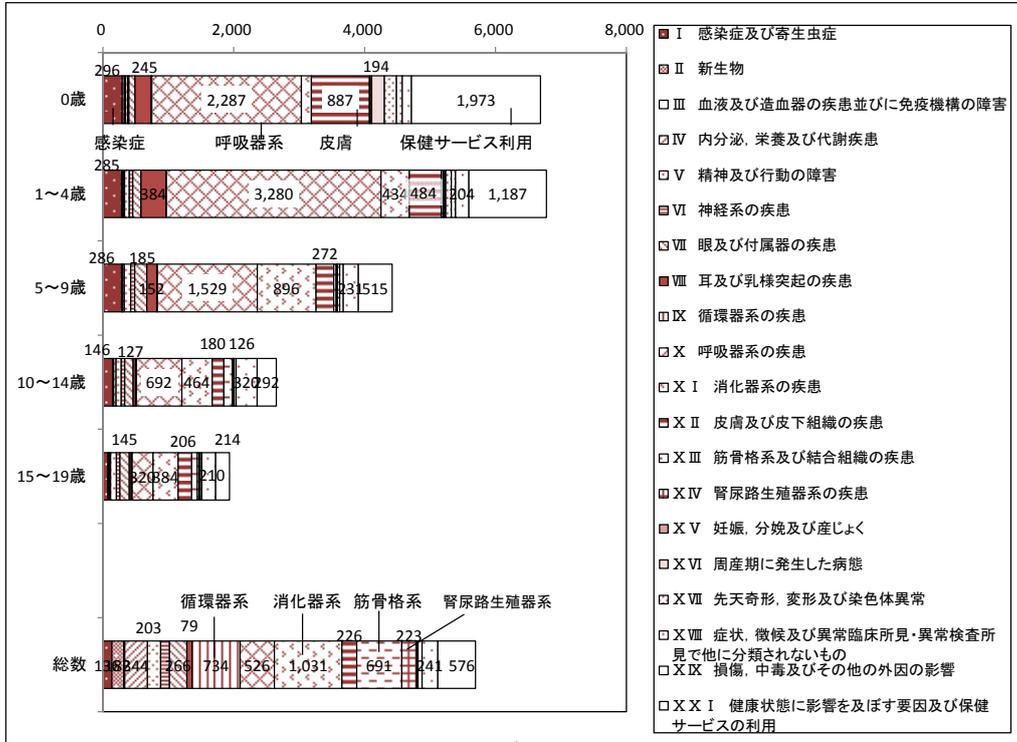
②前回調査



資料 厚生労働省 「患者調査」2002年

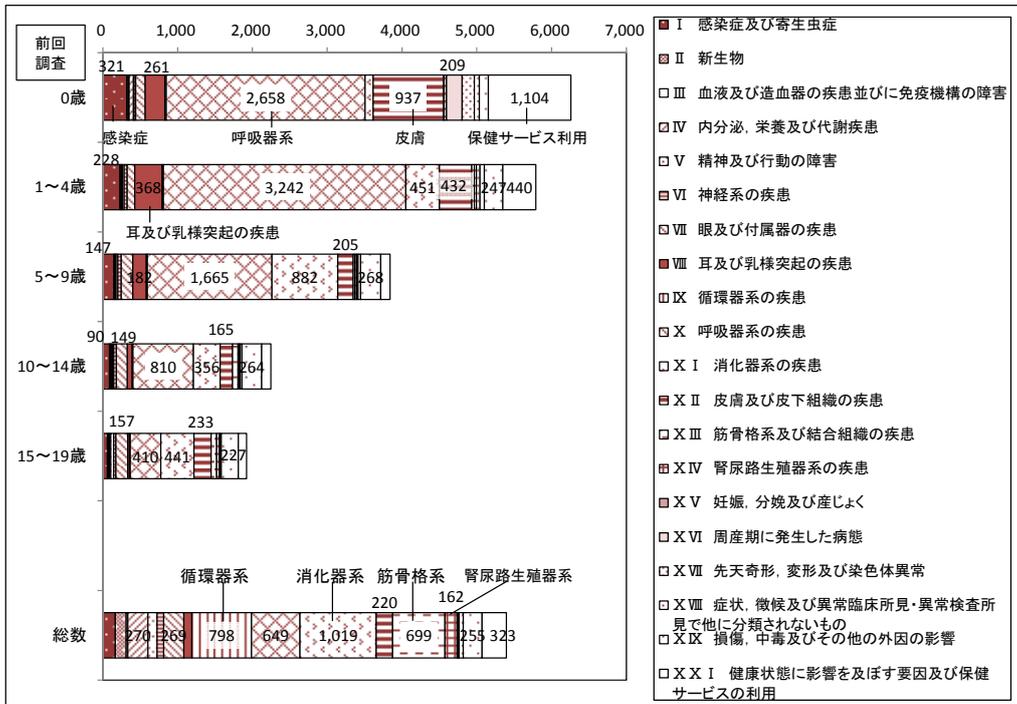
図 81 疾病構造 (外来)

①今回調査



資料 厚生労働省 「患者調査」2014年

②前回調査



資料 厚生労働省 「患者調査」2002年

表 39 都道府県別疾病構造

①今回調査

	0~4歳						5~14歳					
	入院			外来			入院			外来		
	1位	2位	3位	1位	2位	3位	1位	2位	3位	1位	2位	3位
全国	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	X	XIX	X	XI	XXI
北海道	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	X	XVII	X	XI	XXI
青森	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	X	XVII	X	XI	XXI
岩手	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	X	XI	X	I	XII
宮城	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	XIX	II	X	XI	XXI
秋田	X	XVI	XVII	X	XXI	XI	VI	XVII	X	X	XI	XII
山形	XVI	XVII	X	X	XXI	XII	VI	XI	X	X	XI	XIX
福島	XVI	X	VI	X	XXI	VII	VI	XIV	-	X	XI	XIX
茨城	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	II	X	XI	X	XXI	XI
栃木	XVI	XVII	I	X	XXI	XII	X	VI	II	X	XI	XII
群馬	XVI	XVII	X	X	XXI	XII	VI	XIX	XVII	X	XI	XXI
埼玉	XVI	XVII	-	X	XXI	XI	VI	X	XIX	X	XI	XXI
千葉	XVI	X	XVII	X	XXI	VII	VI	X	V	X	XXI	XI
東京	XVI	X	XVII	X	XII	XXI	VI	XIX	V	X	XXI	XI
神奈川	XVI	X	XVII	X	XXI	XI	VI	X	V	XI	X	XXI
新潟	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	V	VI	X	XI	XXI
富山	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	V	XI	X	XI	XXI
石川	X	I	XVI	X	XXI	XII	VI	XIX	XVII	X	XI	VII
福井	X	XVI	XVII	X	XXI	XII	X	VI	V	X	XI	XIX
山梨	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	VI	II	X	XI	XIX
長野	XVI	XVII	X	X	XXI	XI	VI	X	V	X	XI	XXI
岐阜	XVI	X	XVII	X	XXI	VII	VI	X	-	X	XI	XXI
静岡	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	V	XIX	X	XI	XXI
愛知	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	X	XIX	X	XI	XII
三重	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	II	XIX	X	XI	XXI
滋賀	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	-	X	XI	XXI	
京都	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	V	X	VI	X	XXI	XI
大阪	XVI	X	XVII	X	XXI	VII	VI	X	XIX	X	XI	XIX
兵庫	XVI	XVII	X	X	XXI	VII	VI	X	X	XI	XI	XIX
奈良	XVI	X	XVII	X	XXI	XI	XIX	X	XVII	X	XXI	XI
和歌山	XVI	XIX	VI	X	XXI	XII	VI	XIX	XIII	X	XI	XIX
鳥取	X	XVI	XIII	X	XXI	XII	XVII	XIX	X	XI	XXI	
島根	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	XVII	-	XIX	X	XI	XXI
岡山	XVI	X	XVII	X	XXI	VII	V	II	VI	X	XI	XIX
広島	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	X	XVII	X	XI	XXI
山口	XVI	X	XVII	X	XXI	VII	X	VI	V	X	XXI	XI
徳島	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	V	XIX	X	XXI	XI
香川	XVI	X	XVII	X	XXI	VII	VI	V	XIX	X	XI	V
愛媛	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	XIV	VI	XIII	X	XI	XXI
高知	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	VI	II	XVII	XI	X	XIX
福岡	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	XIX	-	-	X	XXI	XI
佐賀	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	II	V	XIX	X	XI	XIX
長崎	XVI	X	XIX	X	XXI	XII	V	XIX	VI	XI	X	V
熊本	XVI	X	I	X	XXI	XII	XVII	-	II	X	XI	XIX
大分	XVI	X	XVII	X	XI	XXI	VI	X	XIII	X	XIX	XI
宮崎	XVI	XVII	X	X	XXI	VII	VI	XIX	IV	X	XI	XXI
鹿児島	XVI	X	XVII	X	XXI	XI	VI	X	II	X	XI	XXI
沖縄	XVI	X	XVII	X	XXI	I	XVII	-	X	XI	XXI	

資料 厚生労働省「平成26年患者調査」。

②前回調査

	0~4歳						5~14歳					
	入院			外来			入院			外来		
	1位	2位	3位	1位	2位	3位	1位	2位	3位	1位	2位	3位
全国	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	VI	XIX	X	XI	XXI
北海道	X	XVI	XVII	X	XI	XII	X	VI	XI	X	XI	XXI
青森	X	XVI	XVII	X	XI	XII	VI	X	XIX	X	XI	XXI
岩手	X	XVI	XVII	X	XI	XII	VI	X	XIX	X	XI	XIX
宮城	XVI	X	XXI	X	XII	XXI	X	XIX	XVII	X	XI	XXI
秋田	XVI	X	XXI	X	XII	XI	VI	X	XIII	X	XI	XIX
山形	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	XIX	VI	X	XI	XII
福島	X	XVI	XVII	X	XI	XII	X	VI	XIX	X	XI	XII
茨城	X	XVI	XVII	X	XII	XXI	X	VI	XIX	X	XI	XII
栃木	XVI	X	XVII	X	XXI	XI	X	XIX	VI	X	XI	XII
群馬	X	XVI	XVII	X	XXI	XII	X	XIX	VI	X	XI	VII
埼玉	XVI	XXI	X	X	XXI	XII	X	XIX	VI	X	XIX	XI
千葉	XXI	XVI	X	X	XXI	XI	X	VI	XIX	X	XI	XIX
東京	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	VI	II	X	XI	VII
神奈川	XVI	X	XVII	X	XI	XXI	X	XIX	VI	X	XI	XIX
新潟	X	XVI	XXI	X	XXI	XII	X	XIX	VI	X	XI	XII
富山	XXI	X	XVI	X	XII	XXI	VI	X	XIX	X	XI	VII
石川	XXI	XVII	XVI	X	XXI	XII	VI	XIII	X	XI	VII	
福井	X	XVI	XXI	X	XXI	XII	VI	XIX	I	X	XI	XIX
山梨	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	XVII	XIX	X	XI	XIX
長野	XVI	XXI	X	X	XI	XII	VI	X	XVII	X	XI	XIX
岐阜	XXI	X	XVI	X	VII	XII	VI	X	II	X	XI	XIX
静岡	XVI	X	XVII	X	XXI	XII	X	VI	V	X	XI	XIX
愛知	XXI	XVI	X	X	XXI	XII	X	VI	XIX	X	XI	XII
三重	XXI	XVI	X	X	XXI	XII	V	X	VI	X	XI	XII
滋賀	XXI	XVI	X	X	XII	XI	X	XIX	VI	X	XI	XIX
京都	XVI	X	XVII	X	XI	XXI	X	XIX	VI	X	XI	XIX
大阪	XXI	X	XVI	X	VII	XI	VI	X	XIX	X	XI	VII
兵庫	XXI	XVI	X	X	XII	XXI	X	XIX	VI	X	XI	XXI
奈良	X	XXI	XVI	X	XI	XI	VI	X	XIX	X	XI	XIX
和歌山	XVI	XXI	X	X	VII	XII	VI	XIX	XI	X	XXI	XI
鳥取	XVI	X	XVII	X	XI	XXI	VI	X	XIX	X	XI	XIX
島根	XXI	X	XVI	X	XII	XXI	VI	X	XIX	X	XI	XIX
岡山	XVI	XXI	XVII	X	XXI	VII	VI	XIX	X	XI	XIX	
広島	XVI	X	XVII	X	XII	XXI	VI	XIX	X	XI	XIX	
山口	XXI	XVI	X	X	XII	XXI	X	XI	XIX	X	XI	XIX
徳島	X	XVI	XVII	X	XII	VII	VI	X	II	X	XI	XIX
香川	XXI	XVI	X	X	XXI	XII	XIX	X	VI	X	XIX	XI
愛媛	X	XVI	XXI	X	VII	XII	X	XIX	II	X	XI	XIX
高知	XXI	XVI	XVII	X	VII	XII	VI	X	XVIII	X	XI	XIX
福岡	XVI	X	XXI	X	XII	VII	X	VI	XIX	X	XI	XIX
佐賀	XXI	X	XVI	X	XXI	XII	VI	X	XIX	X	XI	XIX
長崎	XVI	X	XXI	X	XXI	XII	VI	X	XIX	X	XI	XIX
熊本	XXI	XVI	X	X	XII	XIX	VI	X	XIX	X	XIX	XI
大分	XXI	XVI	X	X	XXI	XII	X	VI	XIX	X	XI	XIX
宮崎	X	XVI	XXI	X	VII	XII	XIX	X	XI	X	XI	XIX
鹿児島	X	XVI	VI	X	XI	VII	VI	X	XIX	X	XI	XIX
沖縄	X	XVI	XXI	X	VII	XII	VI	II	X	XI	X	XIX

資料 厚生労働省「平成11年患者調査」。

I	感染症及び寄生虫症
II	新生物
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患
V	精神及び行動の障害
VI	神経系の疾患
VII	眼及び付属器の疾患
VIII	耳及び乳様突起の疾患
IX	循環器系の疾患
X	呼吸器系の疾患
XI	消化器系の疾患
XII	皮膚及び皮下組織の疾患
XIII	筋骨格系及び結合組織の疾患
XIV	腎尿路生殖器系の疾患
XIX	損傷、中毒及びその他の外因の影響
XVIII	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
XVI	周産期に発生した病態
XXI	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
XVII	先天奇形、変形及び染色体異常

図 82 6歳未満入院患者の受診先—一般病院、診療所別

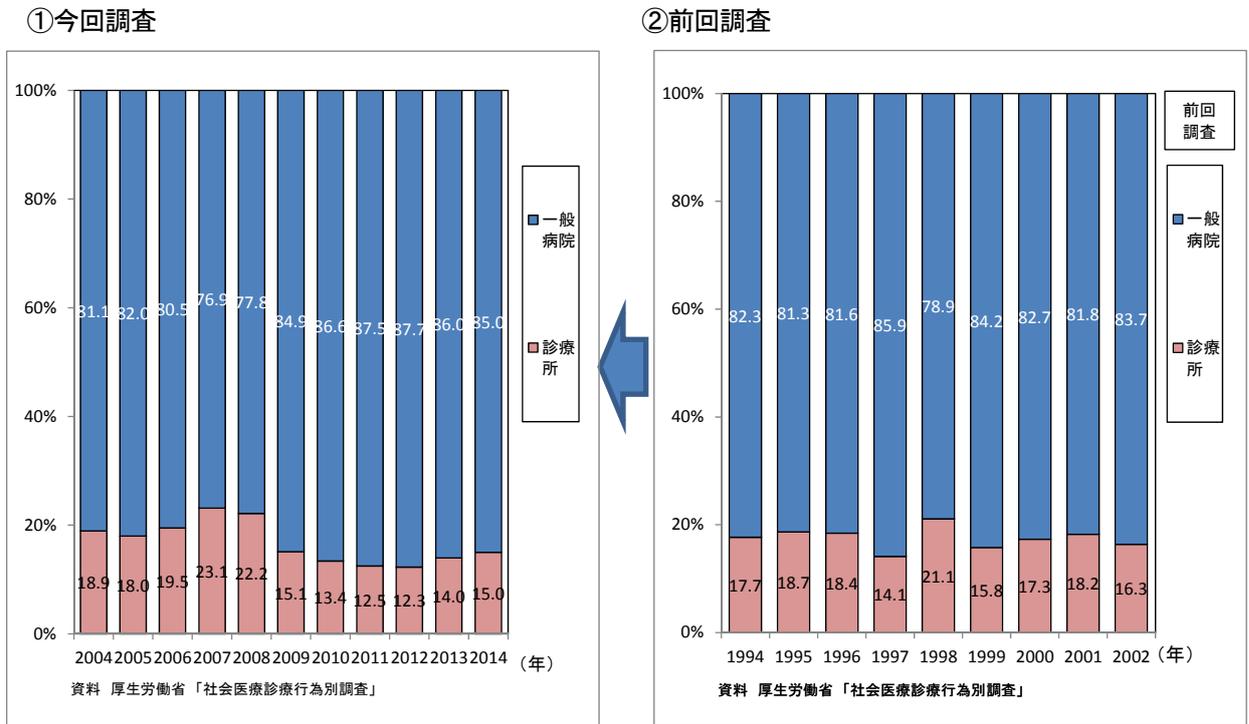


図 83 6歳未満外来患者の受診先—一般病院、診療所別

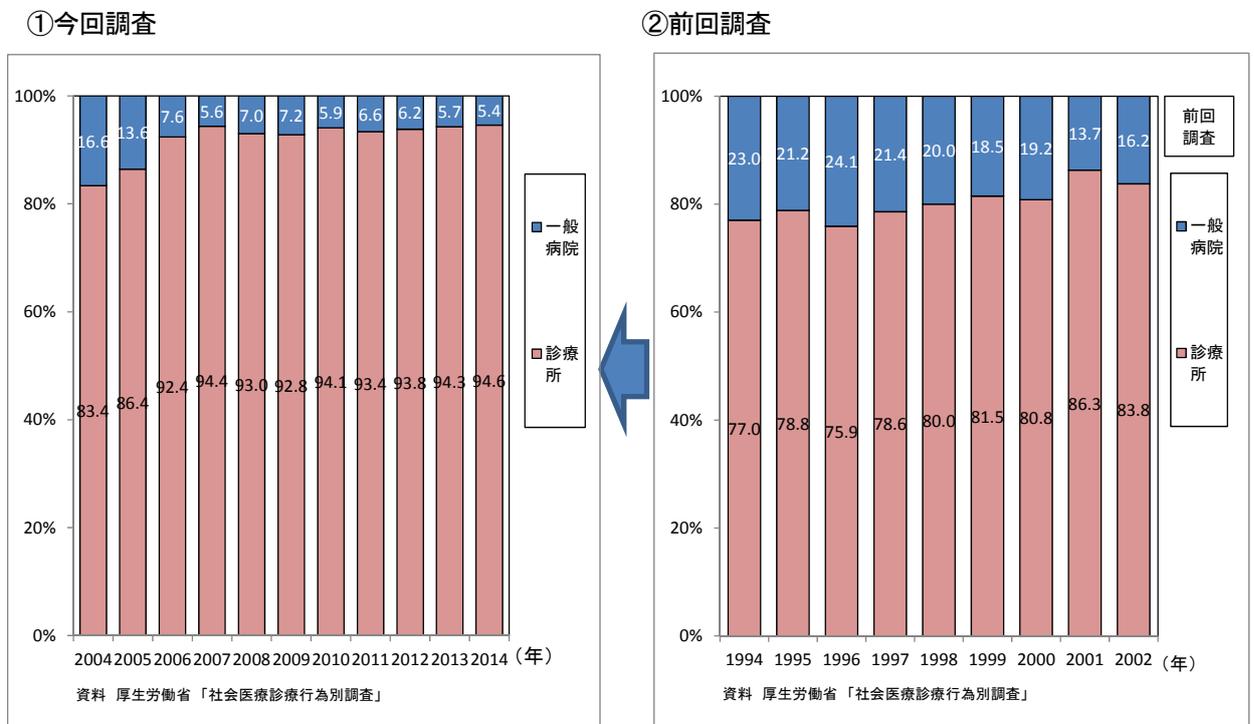


図 84 総医師数に占める小児科医の割合の推移

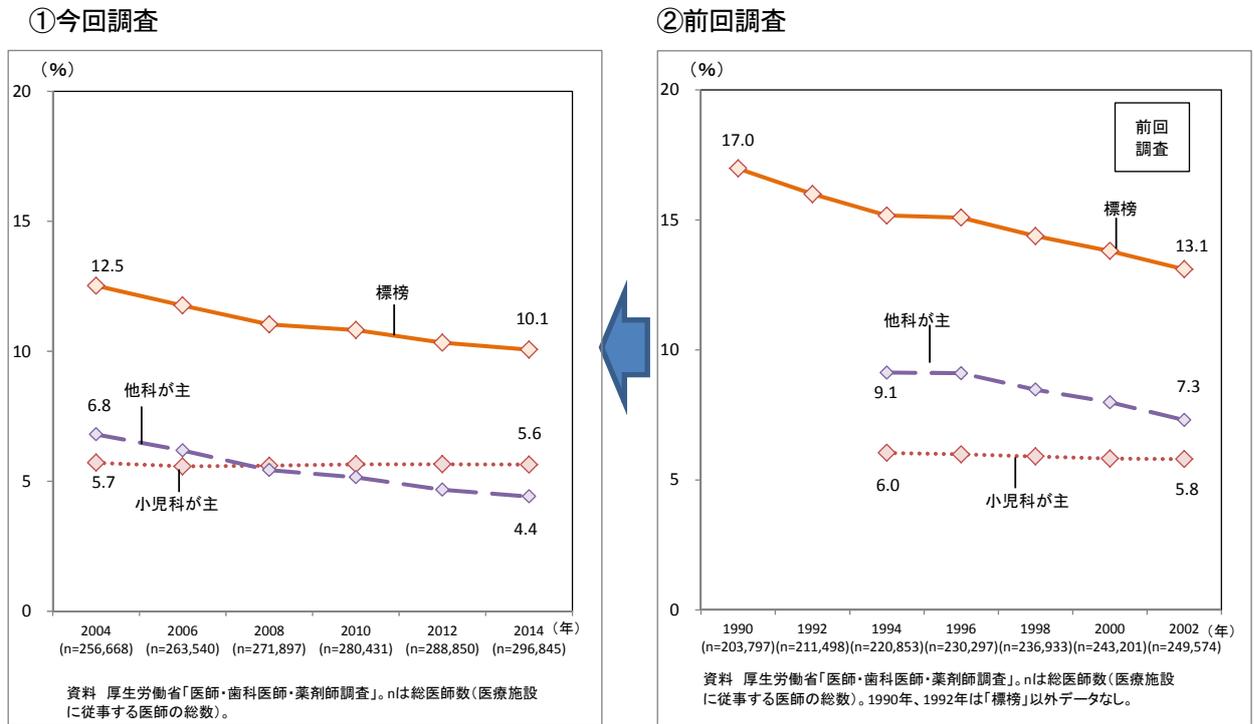


図 85 総医師数に占める内科医の割合の推移

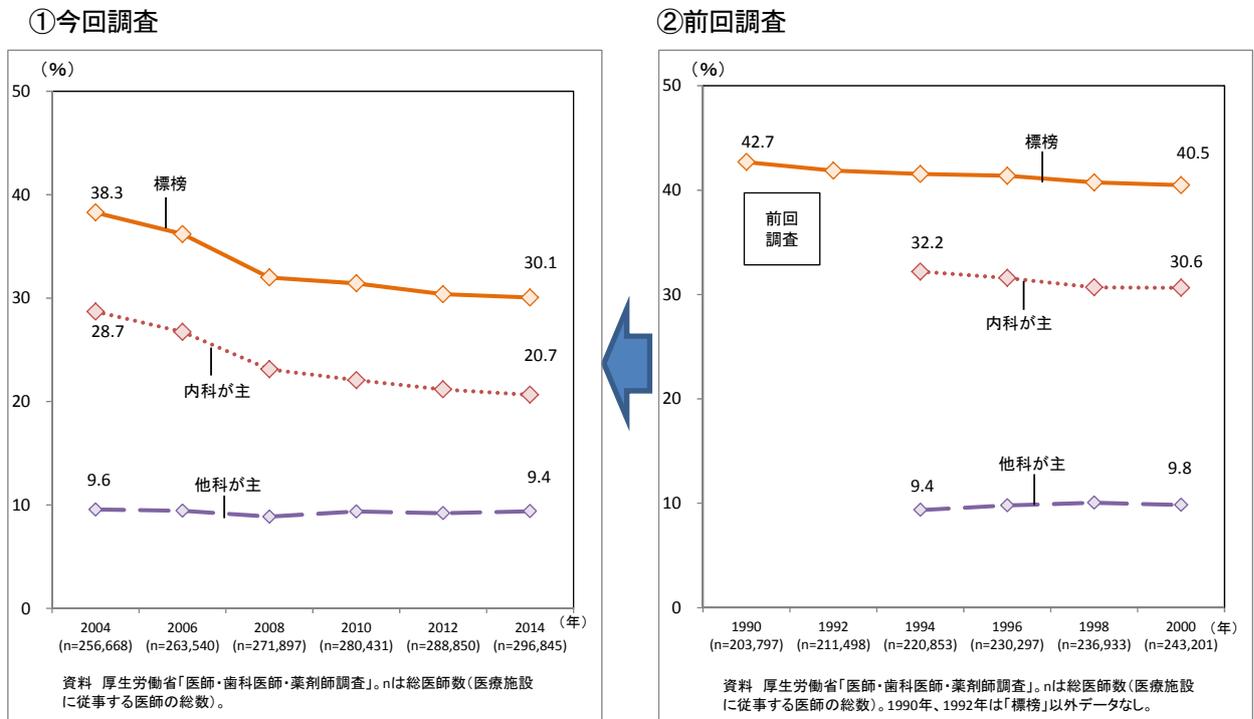
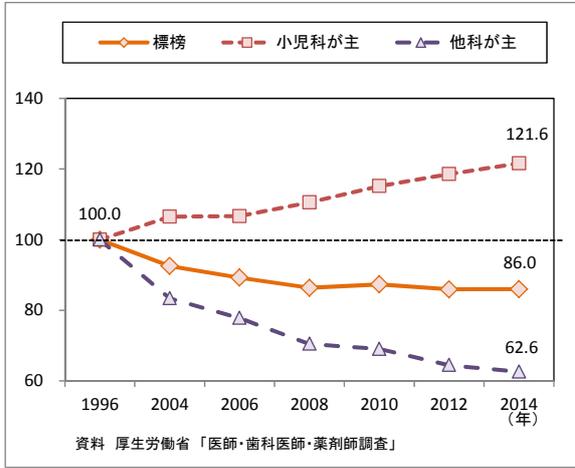


図 86 小児科医師の伸び率（1996年=100）

①今回調査



②前回調査

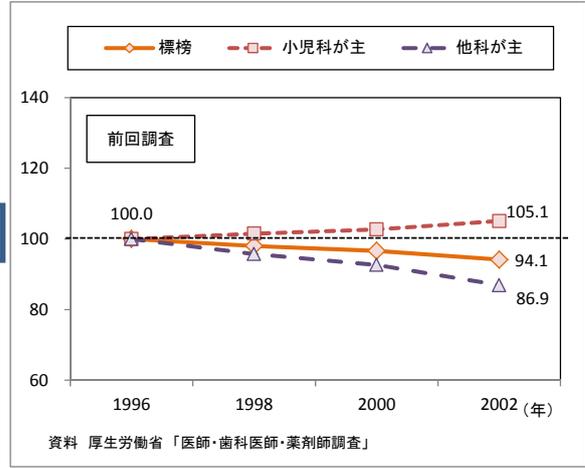
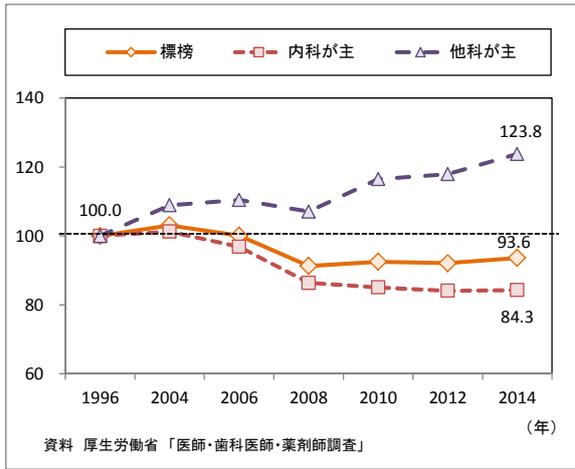


図 87 内科医師の伸び率（1996年=100）

①今回調査



②前回調査

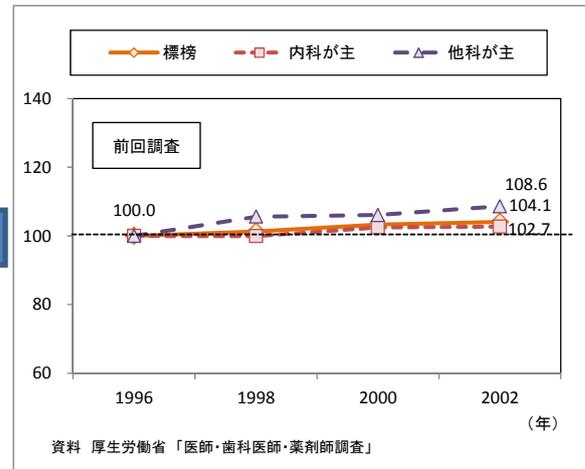
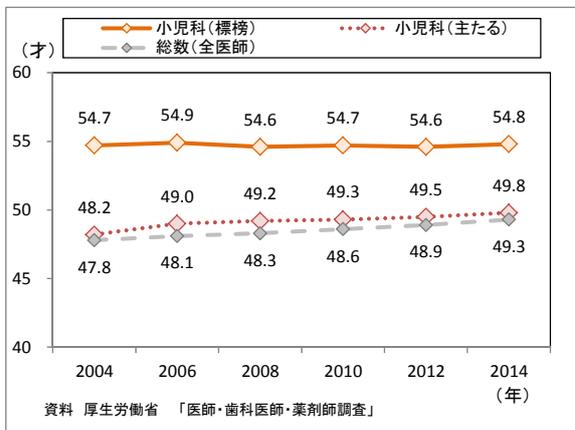


図 88 小児科医師の平均年齢の推移

①今回調査



②前回調査

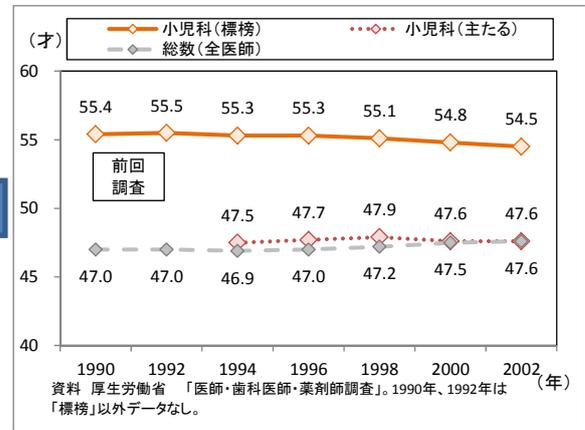
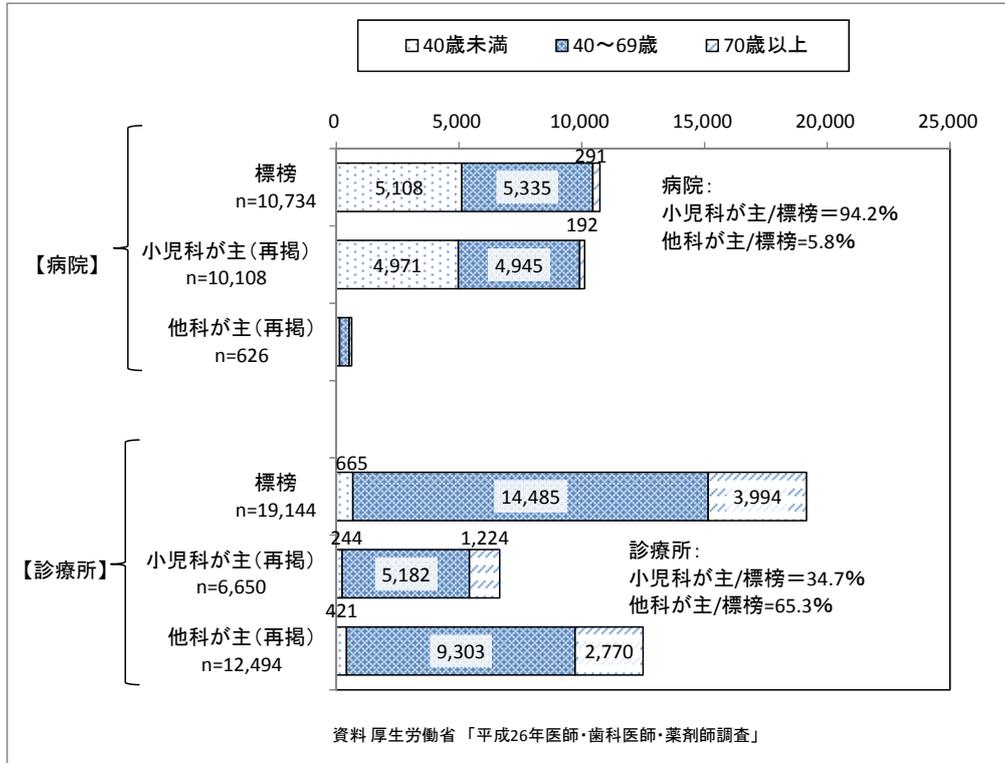
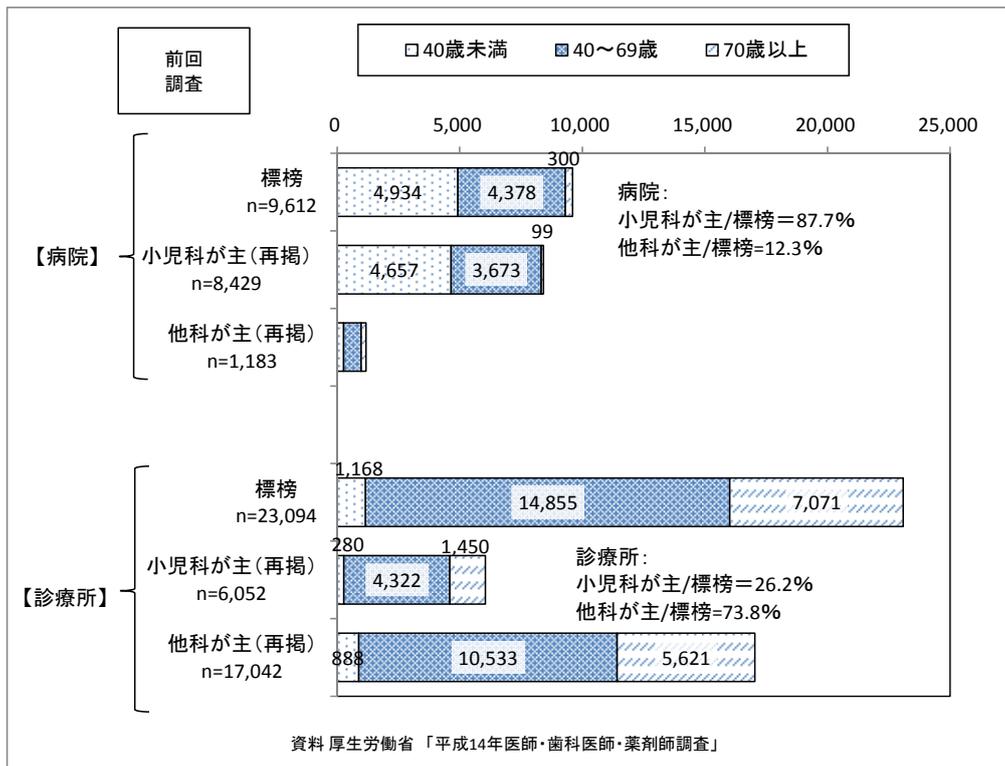


図 89 属性別にみた小児科医の年齢分布

①今回調査



②前回調査



## 小児科のある医療機関

図 90 小児科がある病院数と、一般病院に占める小児科がある病院の割合



図 91 小児科診療所数と一般診療所に占める小児科診療所の割合

(小児科標榜、小児科が主、小児科が主ではない)

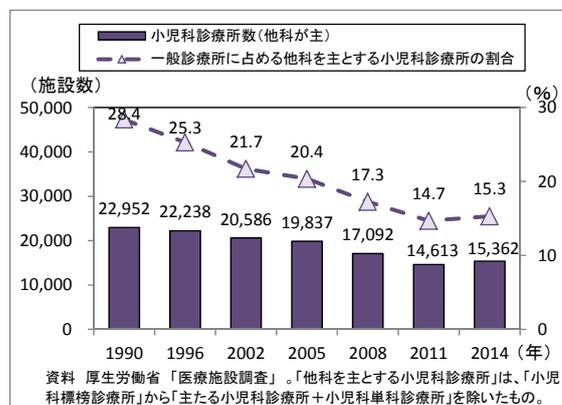
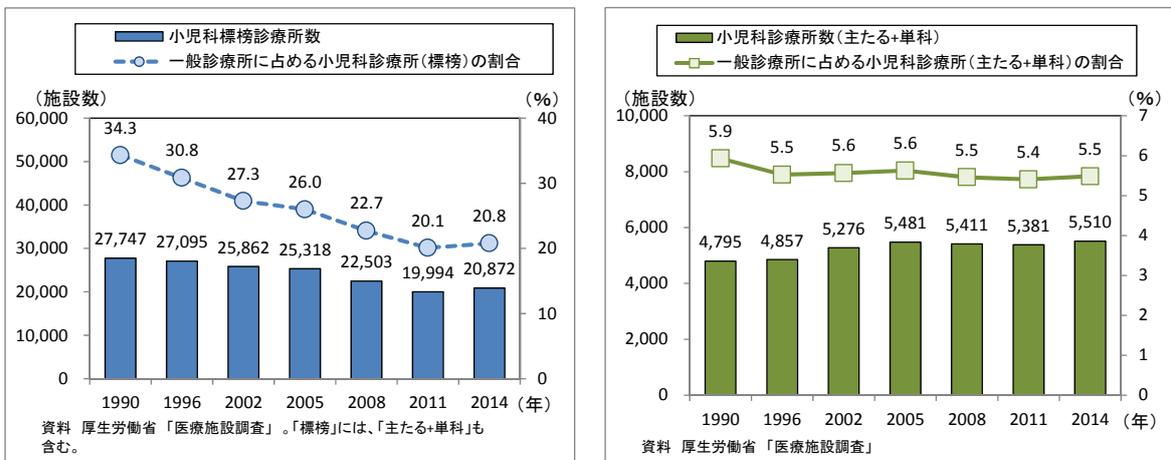
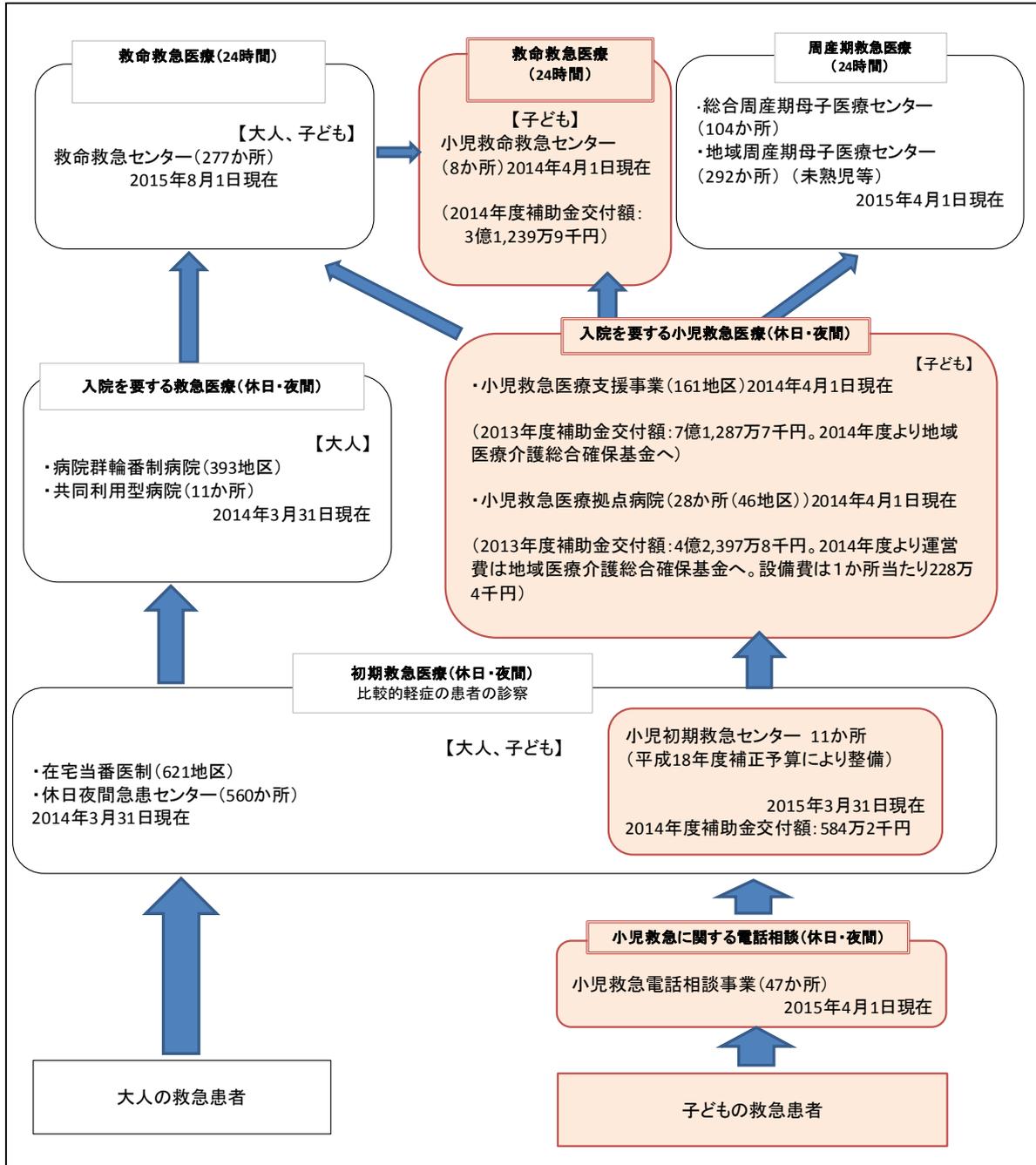


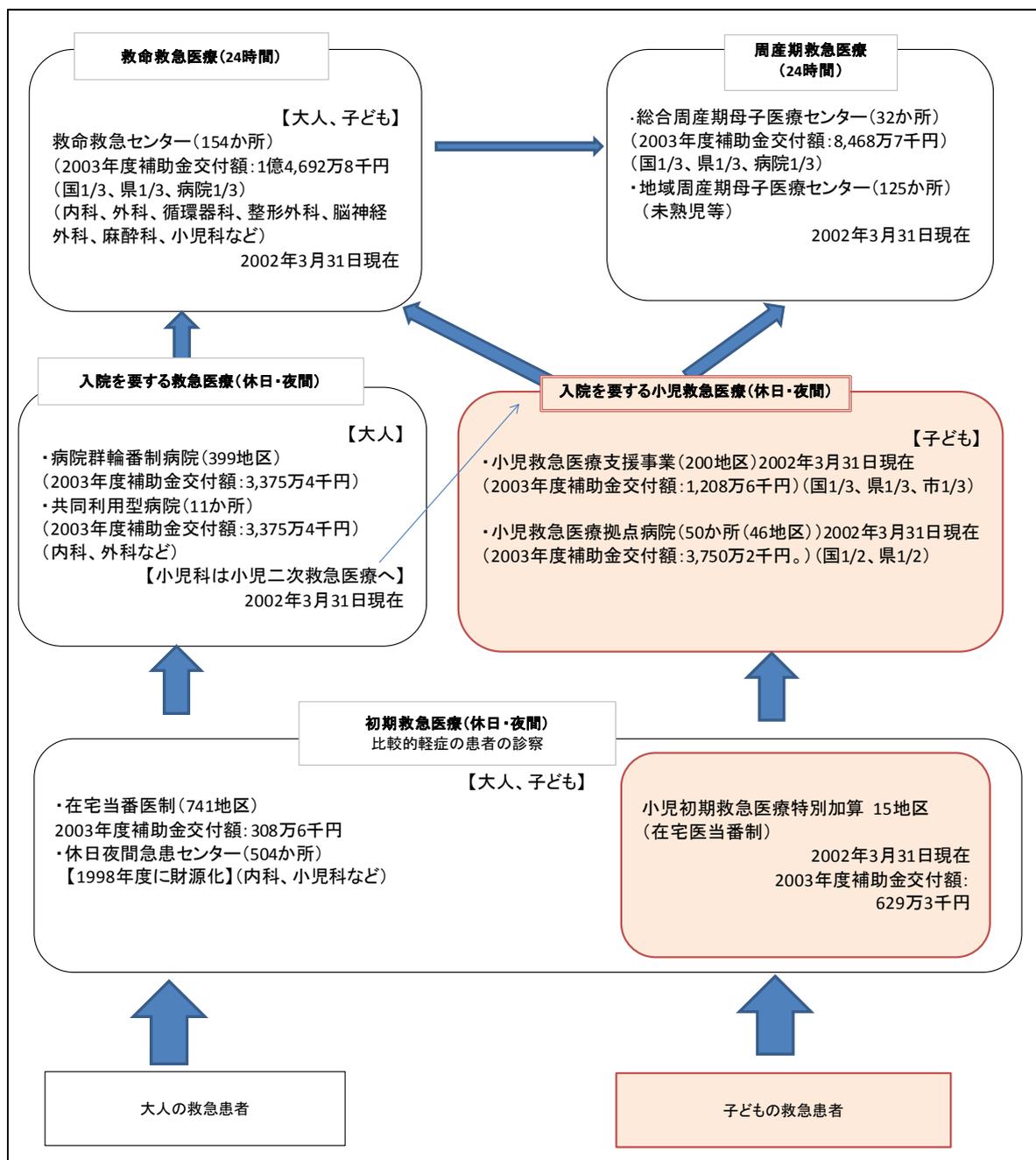
図 92 小児救急医療体制

①今回調査



資料 厚生労働省 「小児医療関連施策」2015年9月2日「第1回子どもの医療制度のあり方に関する検討委員会」資料4

②前回調査



資料 社団法人日本小児科医学会 「小児医療のグランドデザイン」 2003 年

図 93 入院医療費の年齢階級別内訳

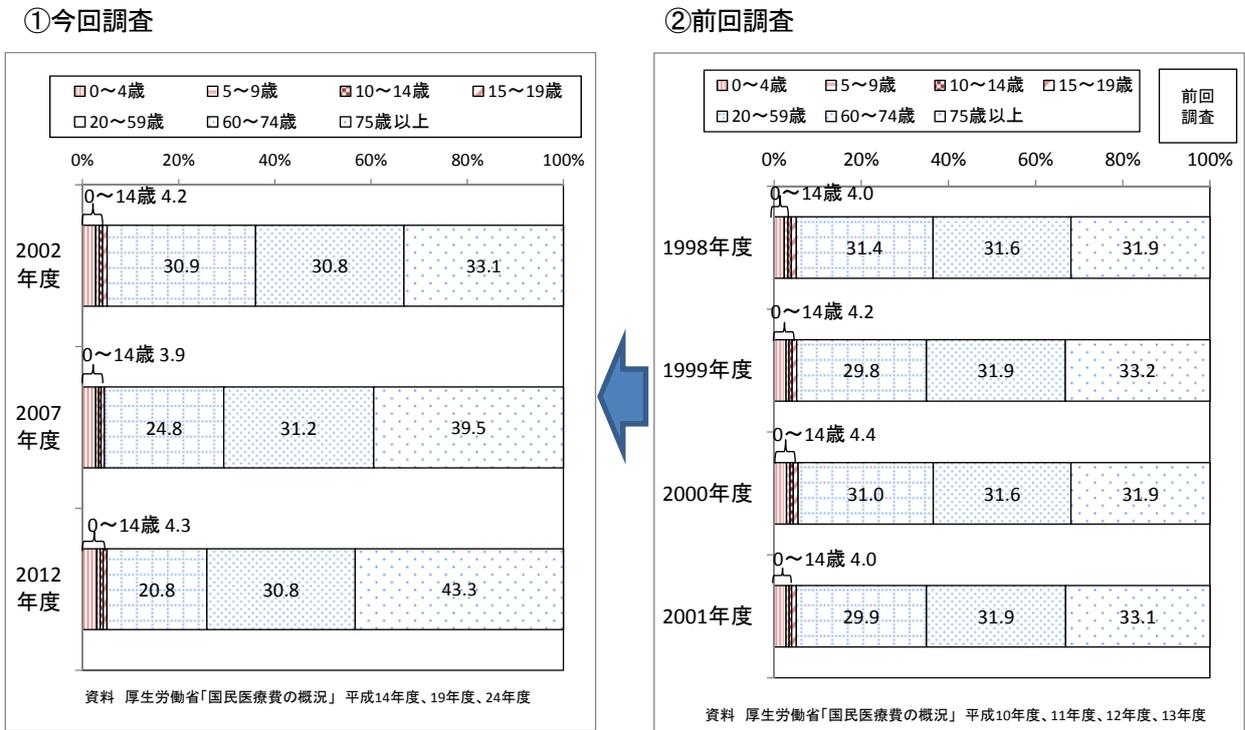


図 94 入院外医療費の年齢階級別内訳

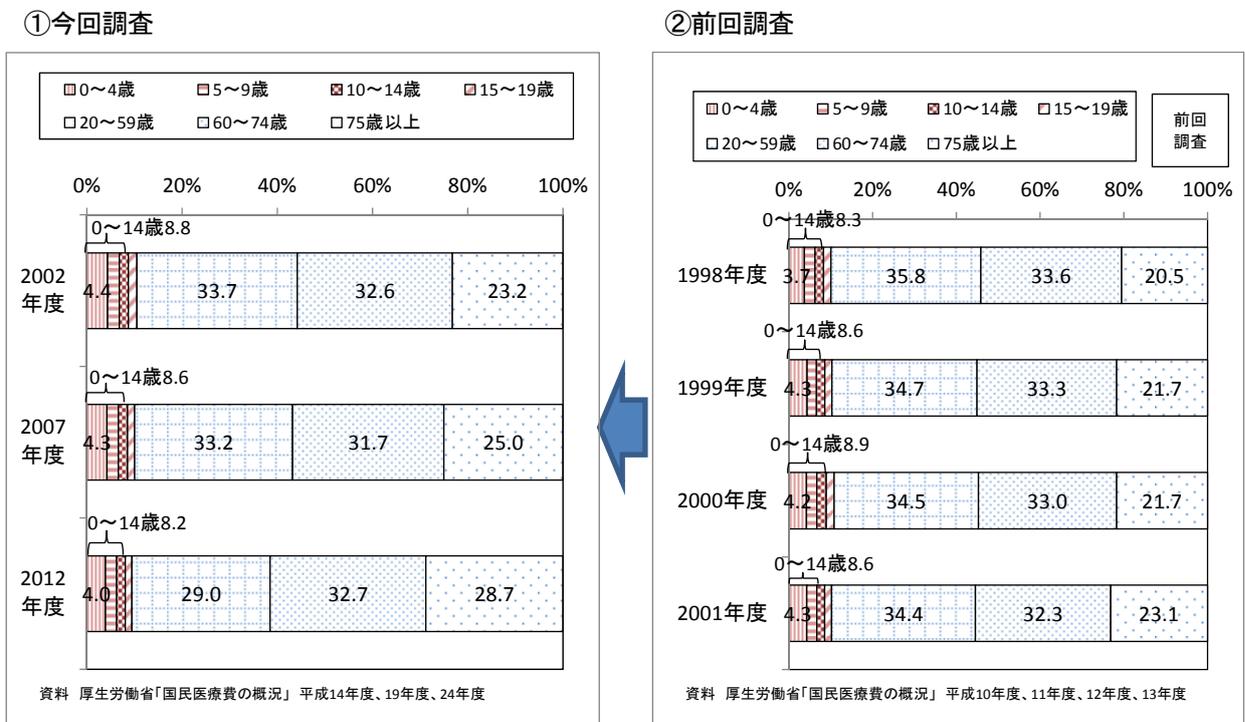
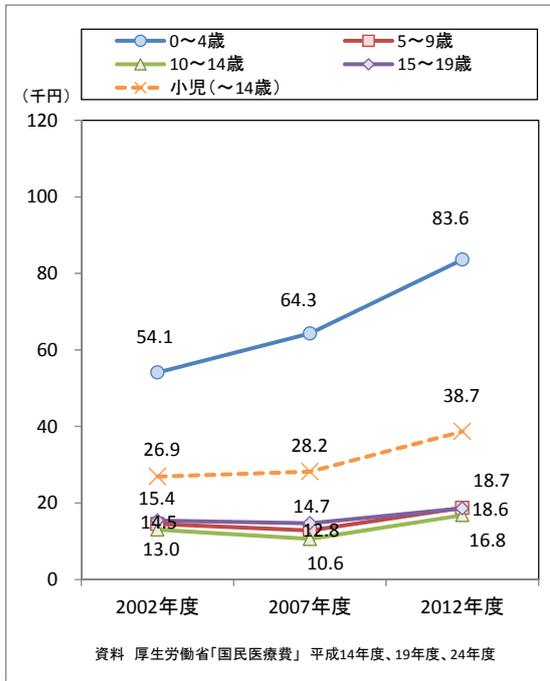


図 95 一人当たり入院医療費の推移（小児年齢階級別および小児総数）

①今回調査



②前回調査

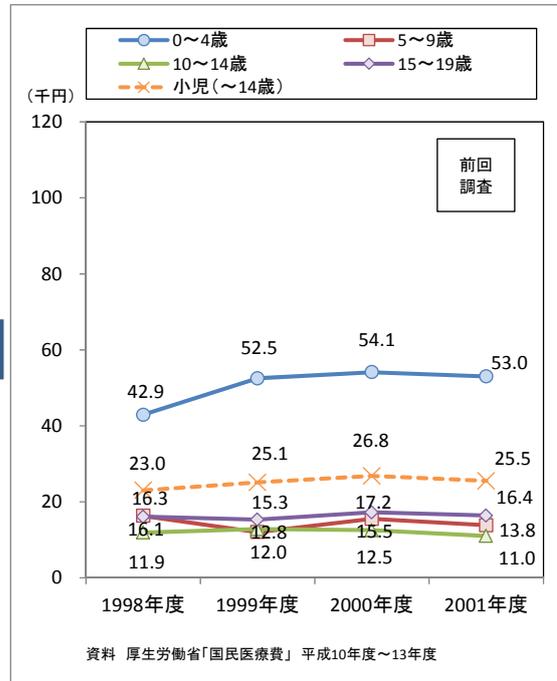
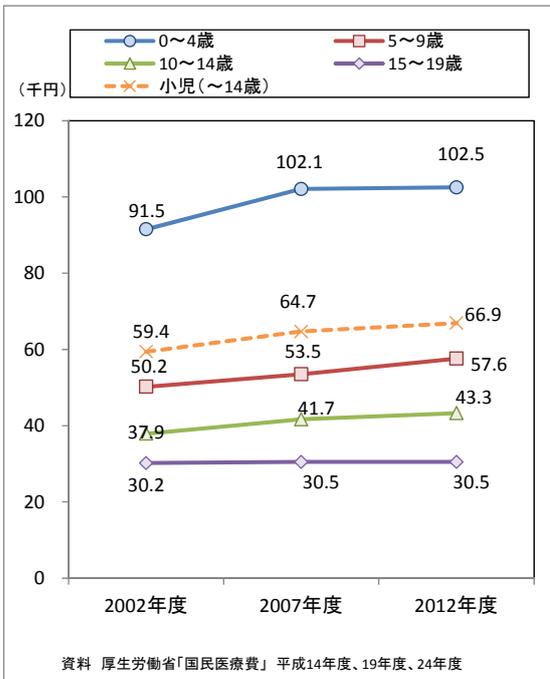


図 96 一人当たり入院外医療費の推移（小児年齢階級別および小児総数）

①今回調査



②前回調査

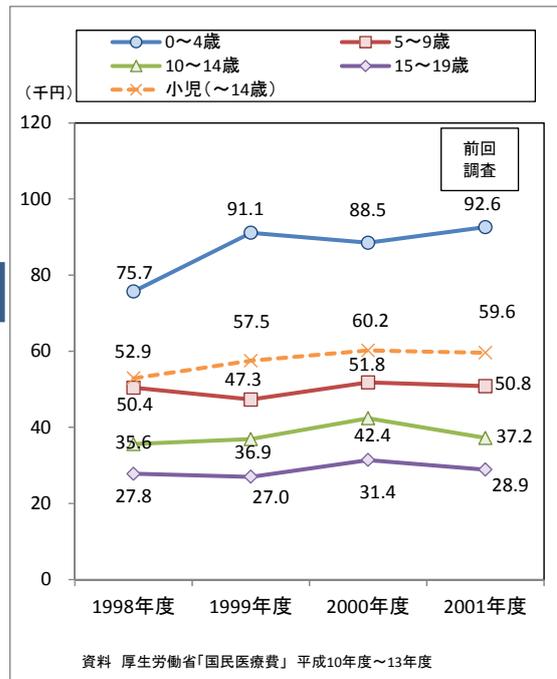


図 97 診療所の主たる診療科目別 6 歳未満受診回数-入院

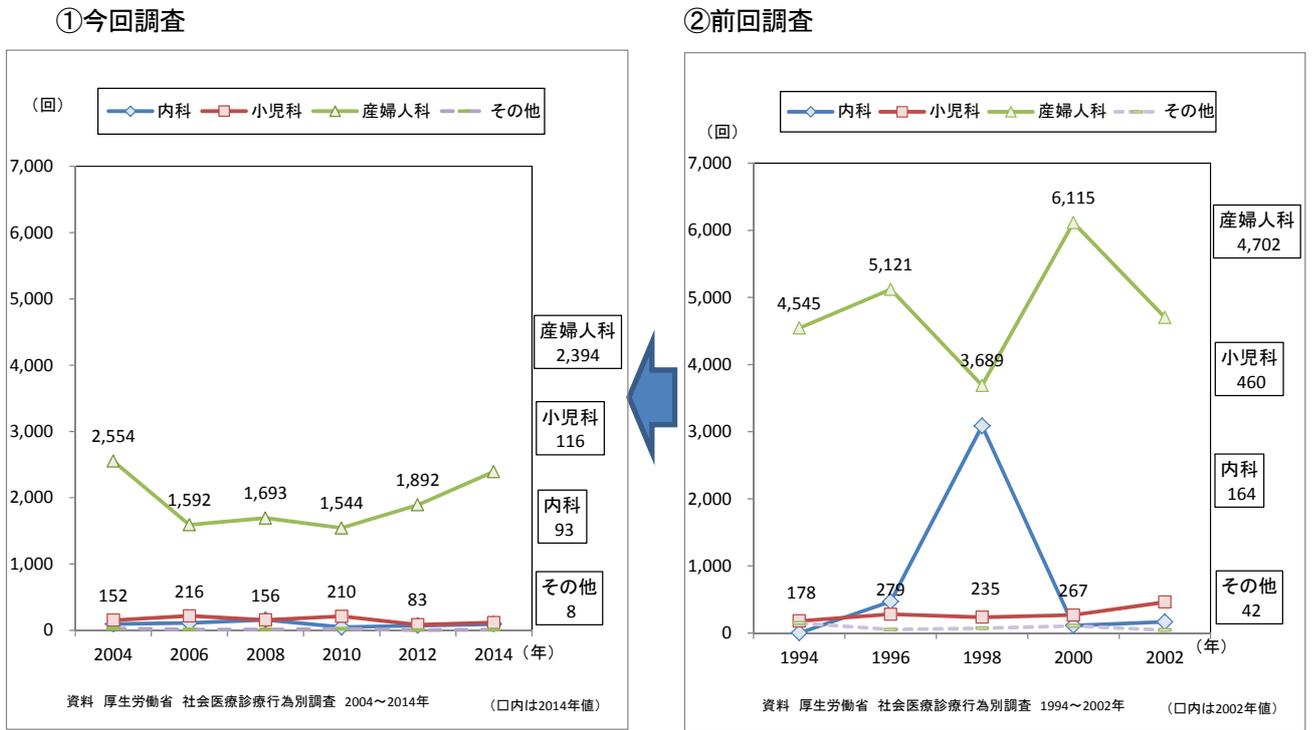


図 98 診療所の診療科目別 6 歳未満受診回数-外来

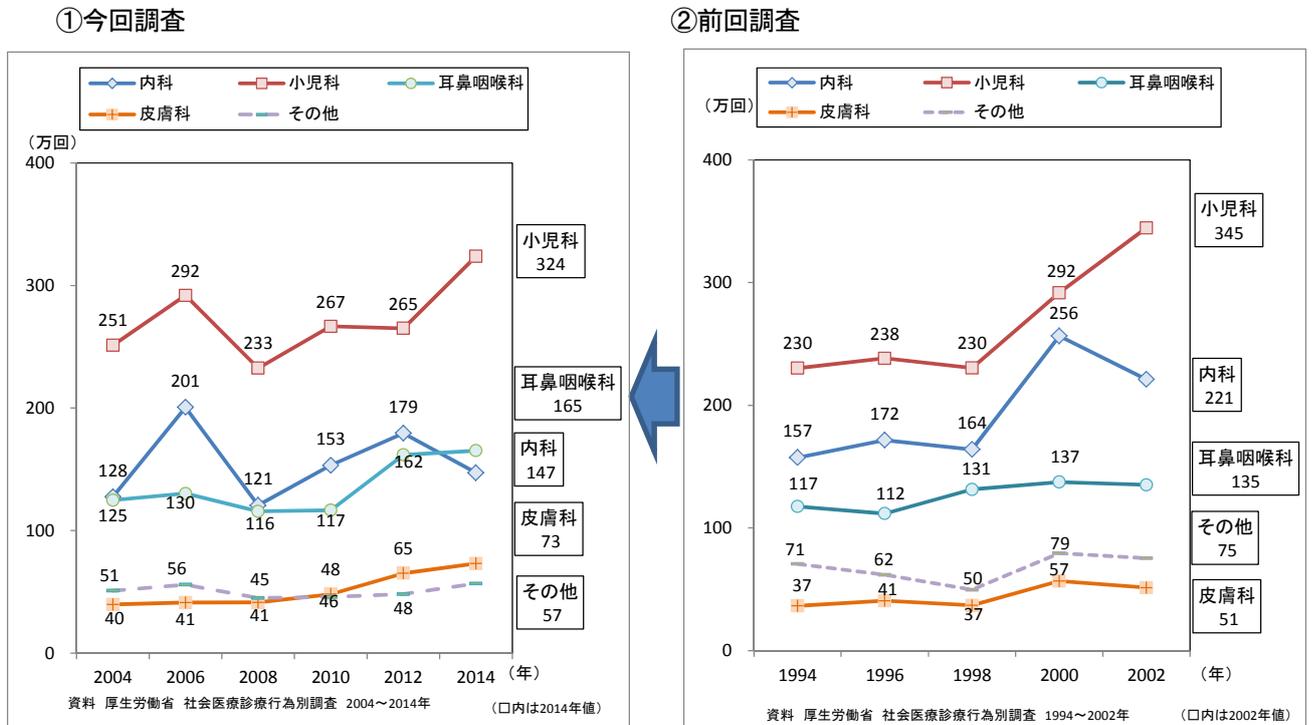
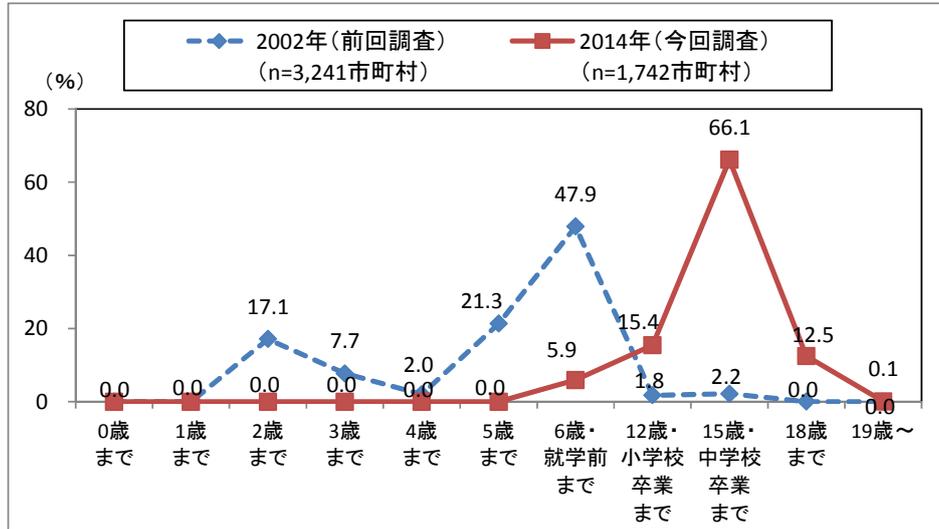
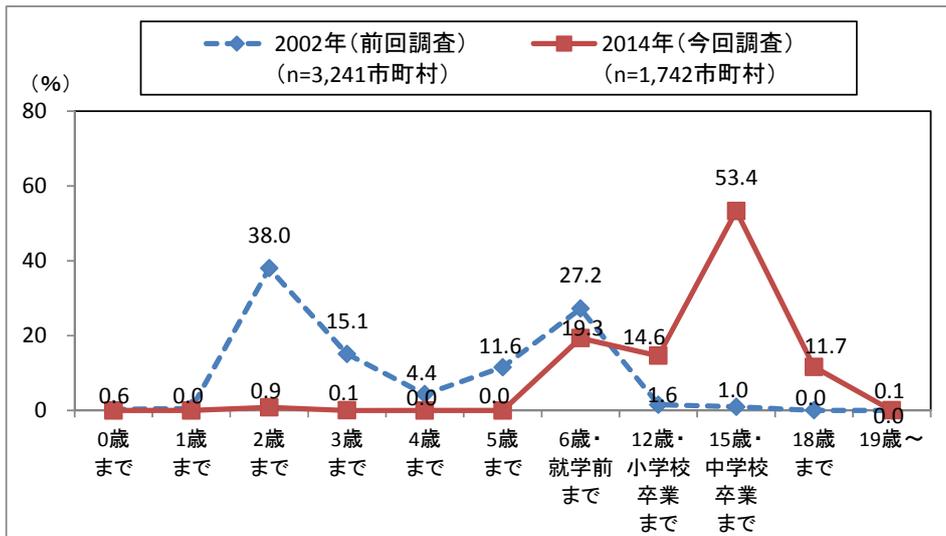


図 99 乳幼児医療費助成制度対象年齢の上限

①入院



②外来



資料 2002年の数値は社会保険研究所「全国市町村医療費助成制度一覧」から集計、2014年の数値は、厚生労働省「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」から集計し、作成した。