

これまでの議論の整理（案）

※本検討会における第1回から第3回までの委員の主な御意見を項目ごとにまとめたものであり、今後の御議論により変更があり得る。

1. 子どもの医療のかかり方

（子どもの医療のかかり方の現状について）

- 約1割の子どもたちが時間外等に受診しており、また救急車を利用することも増えてきている。これに対しては、過剰な受診が行われている可能性があり重症の子どもが後回しになっているという意見があった。一方で、極端な例はそれほど多くないという意見もあった。
- また、共働きの増加など、夜間受診が必要となる環境の変化があるのではないかという指摘があった。保護者が不安を感じたときに結果として軽症だったとしても、受診できることは大切なことなのではないかとの意見があった。

（保護者に対する啓発）

- 保護者の方が子どもの医療のかかり方について理解を深めることで受診行動は変化し、必要な人が必要な医療を受けることにつながり、子どもの健康を守ることに繋がるとの指摘があった。また、こうした理解を深めることで、将来、子どもや保護者が高齢になった際にも、適正な受診行動をとることが可能となるとの意見があった。
- 保護者の方が、子どもの病気のかかり方を学ぶことが重要であり、地域の中で市民教室や保護者への情報提供、保健所や市町村保健センターの保健師による育児・子どもの病気に関する知識の提供等の取組が行われているが、地域によってばらつきがあるため、行政主導で地域の子育てを支える体制を構築すべきとの意見があった。

（かかりつけ医機能）

- 小児科のかかりつけ医機能を充実させたり、受診時や健診時に保護者に対し子どもの状態に応じた受診のありかたを説明することで、保護者が適切な受診行動を学ぶことが可能になるのではないかと指摘があった。特定のか

かりつけ医を持ち、日頃のコミュニケーションを確保することで、的確に子どもの健康状態を判断する能力が養われるとの意見があった。

(小児救急電話相談)

- 平成 16 年度から開始された小児救急電話相談事業（#8000）により、保護者が休日・夜間に地域の小児科医等に相談できる体制が整備され、不安解消に貢献しており、深夜受診や救急医療の適正な利用につながっているとの意見があった。

2. 子どもの医療の提供体制

(小児科の医療提供体制について)

- 1 施設当たりの小児科医が少ない場合には、時間外・休日夜間の対応により小児科医が疲弊しやすい環境となっていたが、不要不急の受診を減らす啓発や小児救急電話相談事業（#8000）等の実施で改善されてきたとの意見があった。
- 経済的誘因により、小児医療提供体制の重点化・集約化が進み、1 次、2 次、3 次救急についての小児医療の棲み分けがなされ、小児科医の勤務環境が向上したとの意見があった。また、時間外受診の選定療養の導入も棲み分けに一定の役割を果たしているとの意見があった。
- 集約化に対し、小児の救急搬送においては、管轄地域以外への搬送比率に大きな変化は無く、アクセスが低下しているわけではないとの指摘があった。
- 小児医療へのアクセスに留意しつつ、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用するための体制整備を進めていくべきとの指摘があった。また、特に高度先進医療については集約化していく必要があるとの意見があった。
- 人口10万人当たりで見ると、地域によって小児科医の配分は大きな差がないように見えるが、実際には地方では人口が少ない町村に小児科医が点在しており、一人の小児科医に時間外受診などの負担がかかっている場合があるとの指摘があった。こうした医師への負担や採算の問題から、地域から小児科が撤退するケースもあるとの指摘があった。

(障害や慢性疾患を持つ子ども等への在宅医療支援について)

- 医療の進歩により小児の生存率が上昇し、障害や慢性疾患を持って成人に移行する子どもが増えているとの指摘があった。また、重症心身障害児を在宅で支援する医療体制の整備状況について、地域差があるとの指摘があった。
- 在宅医療に関心がある医師が、小児医療センターなどの医師に直接指導を受ける機会を設けることで、再び入院が必要になった場合の受け入れ連携が円滑に進むとの指摘があった。
- また、「地域包括ケアシステム」のコンセプトを小児にも拡大し、児童相談所や教育機関、保健所や保健センター等の行政と連携を図ることが重要であること、また、病院や訪問看護ステーション等に小児を専門とする看護師を配置する必要があるとの意見があった。
- さらに、小児ホスピスの設置等により、医療的ケアが必要な子どもの親のレスパイト、さらには亡くなった子どもの家族へのグリーブケアが必要であるとの意見があった。

(切れ目のない小児保健・医療の支援)

- 子育て世代包括支援センター（日本版ネウボラ）の取り組みが拡大しており、保健所や保健センターを巻き込んだ全てのライフステージにおける子育て支援を効果的に進めていくことが重要との意見があった。
- 日本では15歳までを小児としているが、先進諸国では21歳までが小児・青年と一括りにされ、小児科医が対応している。日本では、思春期の子どもの心身の問題について医師が相談を受ける体制が手薄であり、健診制度や医療提供体制、人工妊娠中絶・性感染症、発達障害への対応も含め、整備が必要であるとの意見があった。
- 小児の虫歯はかなり減少しており、疾病構造が変化してきていることから、このような変化に対応した歯科医療提供体制を構築する必要があるとの意見があった。また、虫歯からネグレクトのような児童虐待の拾い出しをすべきとの意見があった。
- チャイルド・デス・レポートが、日本では整備されておらず、重大事故や虐待を防止する仕組みを導入すべきとの意見があった。

3. 子どもの医療に関わる制度

(総論)

- 我が国は子どもや妊産婦も対象となる国民皆保険制度を確保することにより、世界で見ても乳児死亡率や新生児死亡率が最も低い国となっているとの指摘があった。

(予防接種)

- 予防接種体制の充実により、インフルエンザ菌B・肺炎球菌等による細菌性髄膜炎、敗血症、肺炎、細菌性股関節炎等の重症感染症が着実に減少しているとの指摘があった。一方で、他の先進国と比べ、予防接種の助成の対象範囲を拡大する必要があるとの意見があった。

(子どもの健康を守る仕組みについて)

- 未就学児の健康診査のみならず、子どもが病気になる前から心身の状態を把握し健康を守る仕組みを充実させることが、子どもたちの将来に寄与するのではないかと意見があった。

(子どもの医療費の負担減免に関する地方単独事業について)

- 医療保険各法における自己負担割合は、義務教育就学前は2割、義務教育就学以降は3割とされているが、全ての地方自治体において医療費助成制度が実施されており、自治体間で拡大競争がなされているとの指摘があった。国として子どもの医療費負担の在り方に対して一定の線を引くべきではないかと意見があった。
- 医療費助成制度については、社会保障制度の一環としてナショナル・ミニマムを基本とした国の制度設計に基づき実施されるべきであり、せめて未就学児については全国一律の制度としてどこに住んでいても同じであるべきであるとの意見があった。
- 一部の地方自治体においては、医療費無償化が実施されているが、この点について、過剰診断などモラルハザードを生じうるために基本的に好ましくなく、一部負担を徴収したり、償還払いにしたりすべきだという意見があった。また、一律の引下げではなく、低所得者や資産を有しない者など、真に支援が必要な者に限って負担割合を引き下げることが適当であるとの意見もあった。

- 一方、医療費無償化が過剰受診を招くのではないかという点については、保護者は子どもが感染症に罹患するリスクがあることなどから安易に病院を受診しないという意見や、保護者への啓発や教育によって過剰受診を一定程度防げるのではないかという意見があった。
- 子どもの医療費を減免する地方単独事業は、地域に子育て世帯を呼び込む、または流出させないための人口減少対策となっているとの意見があった。
- 子ども医療費助成措置について、他の代替的な手段と比べて費用に見合った政策効果が上がっているのか、よく考慮する必要があるとの意見があった。

(地方単独事業にかかる国保の公費の減額調整措置について)

- 現在、地方単独事業で医療費助成がなされる場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、地方自治体が負担するものとされ、国保の国庫負担金の公平な配分という観点から、減額調整をしている。地方単独事業による自己負担の減免に伴い増加する医療費分について、広く国民全体で賄うのではなく、その自治体の負担で賄うというこの制度の考え方は適切なものと考えたとの意見があった。
- 一方、この制度の前提となる波及増は子どもの医療に関しては生じないのではないかとの意見があった。国として推し進める少子化対策に逆行した施策であり、地方の取り組みに二重の負担を強いるものであるため、減額調整措置を廃止すべきとの意見があった。
- 財政力の有無にかかわらず全国的に子どもの医療費助成が行われていることから、減額調整措置を廃止すべきとの意見があった。
- 減額調整措置の在り方については、国が進めている財政再建計画全体との整合性の中で考えていく必要があるとの意見があった。