

## 子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ（案）

少子高齢化が進む中、子どもの医療分野においては、子育て支援、地方創生、地域包括ケア等に関して実効性のある施策の展開が求められており、こうした幅広い観点から今後の子どもの医療制度の在り方等についての検討を行うため、本検討会は設置された。本検討会では、平成27年9月から5回にわたって議論を重ねてきたところであり、以下のとおり議論の結果を取りまとめる。

### 1. 子どもの医療のかかり方

限られた小児医療の医療資源を適正に利用し、医療機関への受診の必要な子どもが適切な医療を受けられるようにするためには、子どもの急な体調の変化に対して、夜間・休日といった診療時間外や救急における医療のかかり方に対する保護者の理解を向上させることや、保護者の不安を解消することが重要である。こうした受療者に働きかける施策として、現在、地域の保健師等により行われている保護者への情報提供や啓発活動、小児救急電話相談事業（#8000）等の取組の一層の普及を図るとともに、診療の現場において医師から保護者に対して子どもの状態に応じた受診の在り方を説明することは有効であることから、小児科のかかりつけ医機能を充実することが重要である。

#### [検討会での主な意見]

##### (保護者に対する啓発)

- 子どもの保護者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療行動は変化し、必要な子どもが必要な医療を受けることにつながると考えられる。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、より適正な受診行動をとることが可能となると考えられる。
- 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推進すべきと考えられる。

- 夜間や休日などの診療時間外に病院を受診するかどうか、保護者が子どもの症状を自己判断できるように、(公社)日本小児科学会が「こどもの救急ホームページ」を開設しており、また、消防庁が「救急受診ガイド」を公表している。このようなツールが普及し、保護者が情報にアクセスできる力をつけていくことが重要であると考えられる。
- 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在り方を説明することで、保護者が適切な受診行動を学ぶことが可能になると考えられる。また、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、保護者がよりの確に子どもの健康状態を判断する能力が養われると考えられる。

(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考えられる。

## 2. 子どもの医療の提供体制

小児の医療提供体制については、重点化・集約化が進み、保護者への啓発等とあいまって、小児科医の勤務環境についての理解が進んできている。今後とも、小児医療へのアクセスに留意しつつ、特に高度先進医療を含めて更なる集約化を推進すべきである。同時に、地域包括ケアシステムのコンセプトを子どもの医療にも広げ、小児医療の中核を担う医療機関と地域の小児科のかかりつけ医等の連携をはじめ、医療・福祉・保健・教育等の多職種が連携しチームで対応していくことが重要である。

また、医療の進歩により小児の死亡率が減少し、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中で、小児の在宅医療の充実や親のレスパイト（親の一時的な休息のための援助）など、医療的ケアが必要な子どもを地域で支援する体制を構築することが必要である。

さらに、必要に応じて福祉事務所、児童相談所、子育て支援機関、医療機関等の関係機関と連携し、妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対して切れ目のない支援を行う子育て世代包括支援センター（日本版ネウボウ）の整備、医療提供側から児童虐待を防止する仕組みの導入等が重要である。

### [検討会での主な意見]

#### (小児科の医療提供体制について)

- 地域における小児科医の配置については、地方では人口が少なく、面積が広い地域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。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考えられる。
- 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考えられる。
- 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考えられる。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考えられる。一方、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なく、アクセスは低下していないと考えられる。

- 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であり、特に心臓手術や肝臓移植などの高度先進医療については集約化していく必要があると考えられる。
- 平成28年度診療報酬改定で新たに小児科のかかりつけ医に対する区分が設けられたが、保護者の方への啓発については、診療の現場において医師から保護者に対して子どもの状態に応じた受診の在り方を説明することが有効であることから、かかりつけ医等の医療提供側からの日頃の働きかけが重要である。

(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死亡率が減少し、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、地域差があると考えられる。
- 在宅医療に携わる医師が、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考えられる。
- 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考えられる。
- 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フケア（悲嘆ケア）が必要であると考えられる。

(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考えられる。
- 未就学児の健康診査のみならず、思春期の子どもを含め、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と考えられる。

- 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、整備が必要と考えられる。
- 小児のむし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考えられる。また、むし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考えられる。
- チャイルド・デス・レポートなど、重大事故や虐待を防止する仕組みを導入すべきと考えられる。
- 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。一方で、他の先進国との比較において、我が国の予防接種の助成の対象範囲を拡大する必要がある。

### 3. 子どもの医療に関わる制度

我が国は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が、こうした世界最高の保健医療水準を支えているのが子どもや妊産婦も対象となる国民皆保険制度である。

国民皆保険制度の下、子どもの医療費の窓口負担については、義務教育就学前は2割、就学後は3割とされているが、子どもと保護者が安心して医療機関を受診できるよう、地方自治体が少子化対策の一環として地方単独事業によりさらに軽減措置を講じている。現在、全ての自治体で何らかの形で実施されているが、対象となる子どもの年齢や医療費の範囲、所得制限や一部負担の有無など、その内容は自治体により様々であり、近年、自治体間で対象範囲の拡大に向けた競争が激しくなる傾向にあり、統一的な基準を示す必要があるとの声も高まっている。

一方、こうした減免措置により生ずる医療費の波及増分については、国により国民健康保険制度において国庫負担を減額する措置が講じられているが、これは、減免措置の実施の判断は地方自治体において独自に行われる形となっていることから、その波及増分については、限られた公費の公平な配分という観点から、当該自治体が負担すべきとの考え方に基づくものである。

この子どもの医療に関する国保の減額調整措置については、本検討会でも賛否両面から様々な意見があったが、「一億総活躍社会」に向けて政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体の取組を支援する観点から、早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。

その際には、

- ・ 医療費無償化による受診拡大等が医療保険制度全体の規律や医療提供体制に与える影響
- ・ 負担能力に応じた負担とする視点や過度な給付拡大競争の抑制
- ・ 小児科のかかりつけ医の普及、保護者等への啓発普及、他の子育て支援策の充実など併せて取り組むべき事項
- ・ 必要となる公費財源や財源の有効活用など財政再建計画との整合性等の観点を踏まえつつ、検討を行うべきである。

[検討会での主な意見]

(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進んでいる。国として地域における子どもの医療費負担の在り方に対して早急に一定の線を引くべきと考えられる。
- 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。
- その基準を考えるに当たっては、国と自治体とで調整する会議を設けることも考えられる。

(地方単独事業による子どもの医療費の負担減免を肯定する意見)

- 医療費無償化による過剰受診への懸念については、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せず、また小児科のかかりつけ医の普及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考えられる。
- 小児の貧困の問題が深刻になる中で、いざという時に躊躇なく医療機関にかかれる医療費無償化については子どもの命を守る仕組みになっている。長期の入院をしなければならない子どもの入院時食事療養費の負担について検討することも考えられる。
- 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。

(地方単独事業による子どもの医療費の負担減免に慎重な意見)

- 医療制度において無償化を行うと、基本的には後戻りできないため、地方自治体のサービス拡大競争の中で安易に決めるべきではなく、国が定める医療保険制度の中で、規律を持って決めるべきである。

○ 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、過剰受診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である。また、一部負担の一律の引下げではなく、マイナンバーの活用等により、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。

○ 医療費助成制度については、政策目的・成果が不明確であり、財源の裏打ちがない中で、少子化対策という名目のみで進めるべきではなく、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。子どもの健康改善効果は限定的であるという調査もある。

(地方単独事業に係る国保の公費減額調整措置を縮減・廃止すべきとの意見)

○ 国民健康保険の減額調整措置は、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、廃止すべきである。

○ 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や、廃止により各自治体では他の子育て支援策に財源を充当できることから、減額調整措置は廃止すべきである。

○ 各自治体では、医療費助成をするだけでなく、小児救急電話相談事業(#8000)等の適正受診のための取組を進めており、一定の効果が認められることから、国民健康保険の減額調整措置は廃止すべきである。

(現在の減額調整措置を肯定する意見)

○ 現在国民健康保険で行われている減額調整措置は、財政状況が厳しい中で限られた国庫負担金の公平な配分という観点から行われているものであり、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は、広く国民全体で賄うべきものではなく、費用を増加させたその自治体の負担で賄うべきものとするというこの制度の考え方は適切なものと考えられる。

○ 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。