

小児医療に関する 行政評価・監視結果報告書

平成19年9月

総務省行政評価局

前 書 き

近年、少子化、核家族化、女性の社会進出の増加など社会環境が大きく変化しており、これらの変化に適切に対応し、国民が安心して子どもを産み、健やかに育てるためには、母子保健対策や小児医療対策を推進していくことがますます重要な課題となっている。

これまで、政府は、母子保健対策として、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）等に基づき、母子に対する保健指導や乳幼児期の健康診査等の措置を講ずるとともに、小児医療対策として、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）等に基づき、小児救急医療体制の整備等の措置を講じてきており、その結果、最近の乳児及び新生児の死亡率（出生 1,000 人当たりの死亡数）は世界最高水準の低さとなっている等の成果を上げている。また、平成 12 年 11 月に、母子保健の 2010 年（平成 22 年）までの国民運動計画である「健やか親子 21」（平成 12 年 11 月健やか親子 21 検討会）が策定され、小児保健医療水準を維持・向上させるための環境の整備等が進められているほか、16 年 12 月に策定された『少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について』（子ども・子育て応援プラン）」（平成 16 年 12 月 24 日少子化社会対策会議決定）においても、いつでも安心して小児医療、母子保健医療が受けられる体制の整備に向けて、政府を挙げて取組を強力に進めていくこととされている。さらに、平成 18 年 6 月に、良質な医療を提供する体制を確立するための医療法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 84 号）が制定され、都道府県は、現行の医療計画を見直し、平成 20 年度から、がん対策、小児救急医療対策等の主要な疾病・事業ごとの医療連携体制等を明示した新たな医療計画に基づき医療提供体制の整備を推進していくこととされている。

しかし、近年、地方公共団体においては高齢者対策や介護保険等の業務に重点が移行し母子保健の活動が低下している、小児科医が不足し地域における小児医療水準が低下している、小児救急医療体制が十分整備されていない等の指摘があり、今後、母子保健サービスや小児救急医療を含む小児医療の水準の維持・向上に向けた取組を更に充実していくことが必要となっている。

この行政評価・監視は、少子化や女性の社会進出等が進む中で、安心して子どもを産み、健やかに育てる環境の整備を推進する観点から、母子保健対策と小児医療対策の実施状況を調査し、関係行政の改善に資するため実施したものである。

なお、小児科医の不足問題については、医師確保対策に関する政府・与党協議会等で精力的な検討が行われ、平成 19 年 5 月に緊急医師確保対策が取りまとめられて間もないことから、当面その状況を注視することとした。

目 次

第1	行政評価・監視の目的等	1
第2	小児医療に関する対策の概況	2
第3	行政評価・監視結果	
1	母子保健対策等の推進	35
(1)	乳児及び新生児の死亡率の改善対策の推進	35
(2)	訪問指導及び健康診査の充実	45
(3)	児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一等	71
2	小児の救急医療対策の推進	82
(1)	小児救急医療の提供体制の整備の推進	82
(2)	救急搬送時における救急救命処置の的確かつ効果的な実施	113
3	国庫補助事業の適正化	129
資料	(小児医療対策に関するアンケート調査結果)	177

目 次

1 母子保健対策等の推進

(1) 乳児及び新生児の死亡率の改善対策の推進

表 1-(1)-① 母子保健法（抜粋）	40
表 1-(1)-② 乳児及び新生児の死亡数・死亡率の推移	40
表 1-(1)-③ 都道府県別の乳児死亡率（出生 1,000 人当たりの乳児死亡数）の推移等	41
表 1-(1)-④ 都道府県別の新生児死亡率（出生 1,000 人当たりの新生児死亡数）の推移等	42
表 1-(1)-⑤ 都道府県における乳児や新生児の死亡率に関する原因分析等の実施概要	43
表 1-(1)-⑥ 有識者の意見	44

(2) 訪問指導及び健康診査の充実

表 1-(2)-① 母の年齢別、出生数及び出生率の推移	49
表 1-(2)-② 複産児数の出生割合の推移	50
表 1-(2)-③ 妊産婦や乳幼児に対する保健指導及び健康診査に関する法令	50
表 1-(2)-④ 妊婦に対する訪問指導、健康診査の実施に関する通達等	52
表 1-(2)-⑤ 「健やか親子 21」（平成 12 年 11 月健やか親子 21 検討会）（抜粋）	53
表 1-(2)-⑥ 「次世代育成支援に関する当面の取組方針」（平成 15 年 3 月 14 日少子化対策推進関係閣僚会議決定）（抜粋）	53
表 1-(2)-⑦ ハイリスク妊婦を把握するための仕組み	54
表 1-(2)-⑧ 妊産婦、未熟児に対する訪問指導の実施状況	55
表 1-(2)-⑨ ハイリスク妊婦に対する保健指導に関する有識者の意見	56
表 1-(2)-⑩ 小児医療対策に関するアンケート調査結果（妊産婦訪問指導）（抜粋）	57
表 1-(2)-⑪ 調査対象市区における幼児の健康診査の受診状況（平成 12 年度から 16 年度までの平均受診率）〈総括表〉	57
表 1-(2)-⑫ 調査対象市区における 1 歳 6 か月児健診の受診率の推移〈個表〉	58
表 1-(2)-⑬ 調査対象市区における 3 歳児健診の受診率の推移〈個表〉	61

表 1 - (2) - ⑭	休日健診実施市区における実施に至った経緯・背景事情、実績等	64
表 1 - (2) - ⑮	休日健診実施前後における受診率の状況	65
表 1 - (2) - ⑯	健康診査時における特別な検査の実施状況	66
表 1 - (2) - ⑰	健康診査時における発達障害検査の実施状況	69
表 1 - (2) - ⑱	小児医療対策に関するアンケート調査結果 (1歳6か月児健診及び3歳児健診) (抜粋)	70

(3) 児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一等

表 1 - (3) - ①	「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」 (平成12年2月健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会) (抜粋)	74
表 1 - (3) - ②	学校における健康診断に係る法令	74
表 1 - (3) - ③	日比式による肥満度の算定方法	75
表 1 - (3) - ④	「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の取扱いについて(通知)」(平成6年12月8日付け文体学第168号文部省体育局長通知) (抜粋)	75
表 1 - (3) - ⑤	平成17年度学校保健統計調査報告書における肥満傾向児の出現率(全国・男女計)	76
表 1 - (3) - ⑥	「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」(平成18年3月財団法人日本学校保健会(文部科学省監修))で示された肥満度の算定方法	76
表 1 - (3) - ⑦	平成17年度の小学校6年生及び中学校3年生における各算定方法による肥満傾向児数	77
表 1 - (3) - ⑧	厚生労働省及び文部科学省の方式による身長145cmの女子の標準体重	77
表 1 - (3) - ⑨	肥満傾向児を把握する際の指標等の利用状況	77
表 1 - (3) - ⑩	各算定方法により把握される肥満傾向児数	78
表 1 - (3) - ⑪	「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」で示された肥満度の算定方法の周知・利用状況	78
表 1 - (3) - ⑫	学校における肥満傾向児に対する指導の実施状況	79
事例表 1 - (3) - ①	学校における肥満傾向児に対する指導の効果的な取組事例	79
表 1 - (3) - ⑬	小児医療対策に関するアンケート調査結果(抜粋)	81

2 小児の救急医療対策の推進

(1) 小児救急医療の提供体制の整備の推進

表2-(1)-① 「医療計画について」(平成10年6月1日付け健政発第689号厚生省健康政策局長通知)(抜粋)……………	86
表2-(1)-② 主として軽症患者に対し24時間365日の対応が可能な医療圏の整備状況(平成19年2月)……………	87
表2-(1)-③ 「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」(子ども・子育て応援プラン。平成16年12月24日少子化社会対策会議決定)(抜粋)……………	88
表2-(1)-④ 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」(平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知)(抜粋)……………	89
表2-(1)-⑤ 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の概要……………	90
表2-(1)-⑥ 小児救急医療支援事業及び小児救急医療拠点病院運営事業の概要……………	91
表2-(1)-⑦ 入院を要する小児救急医療体制の整備状況(全国計)……………	93
表2-(1)-⑧ 小児救急医療圏の都道府県別整備状況……………	94
表2-(1)-⑨ 小児救急医療圏別の小児救急医療提供体制の整備状況(平成18年9月1日現在)……………	95
表2-(1)-⑩ 小児救急医療圏の整備率に関する都道府県の分布状況(平成18年9月1日現在)……………	105
表2-(1)-⑪ 小児救急医療体制(二次救急医療)の確立に係る事業の未実施地区(平成17年9月1日現在)の理由等別の状況……………	105
表2-(1)-⑫ 小児救急医療圏の整備に係る補助事業未実施の理由(都道府県の意見)……………	105
表2-(1)-⑬ 調査対象24都道府県の228小児救急医療圏における受診時間帯の状況……………	106
事例表2-(1)-① 調査対象小児救急医療圏の整備に関する効果的な取組事例……………	107
表2-(1)-⑭ 小児医療対策に関するアンケート調査結果(抜粋)……………	110

(2) 救急搬送時における救急救命処置の的確かつ効果的な実施

表 2 - (2) - ① 救急救命士が実施する救急救命処置の範囲に関する 法令等	117
表 2 - (2) - ② 救急救命士が実施する特定行為に関する法令等	118
表 2 - (2) - ③ 総務省(消防庁)・厚生労働省共同「救急救命士の業務の あり方等に関する検討会」報告書(平成 14 年 12 月 11 日) (抜粋)	120
表 2 - (2) - ④ 総務省(消防庁)及び厚生労働省から各都道府県等に対す る地域メディカルコントロール協議会の設置、事後検証体 制の整備、業務プロトコルの作成等の要請通知	121
表 2 - (2) - ⑤ 気管内チューブによる気道確保及び薬剤投与に係る業務 プロトコルの通知	123
表 2 - (2) - ⑥ 特定行為等について適応年齢を示している通知	125
表 2 - (2) - ⑦ MC 協議会における特定行為等の適応範囲の設定状況	126
表 2 - (2) - ⑧ 調査した 24 都道府県 84MC 協議会の意見等	127
表 2 - (2) - ⑨ 救急救命士が行う特定行為等に関する有識者の意見	128

3 国庫補助事業の適正化

表 3 - ① 小児医療及び周産期医療に関する国庫補助金の交付額の推移 (全国)	132
表 3 - ② 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(抜粋)	133
表 3 - ③ 平成 17 年度及び 18 年度の交付金化・統合補助金化による調査 対象補助事業の対比表	134
表 3 - ④ 24 都道府県で調査した小児医療及び周産期医療に関する国庫 補助金の交付額の推移	135
事例表 3 - ① 補助金の採択審査等の事前チェックが不十分	136
事例表 3 - ② 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分	144
事例表 3 - ③ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていな いもの	156

第1 行政評価・監視の目的等

1 目的

この行政評価・監視は、少子化や女性の社会進出等が進む中で、安心して子どもを産み、健やかに育てる環境の整備を推進する観点から、母子保健対策と小児医療対策の実施状況を調査し、関係行政の改善に資するため実施したものである。

2 調査対象機関

(1) 行政評価・監視対象機関

総務省（消防庁）、文部科学省、厚生労働省

(2) 関連調査等対象機関

都道府県、市町村、小学校、中学校、医療機関、関係団体等

3 担当部局

行政評価局

管区行政評価局 全局（北海道（旭川行政評価分室を含む。）、東北、関東、中部、近畿、中国四国、九州）

四国行政評価支局

行政評価事務所 16 事務所（岩手、茨城、栃木、群馬、千葉、東京、神奈川、石川、岐阜、福井、兵庫、奈良、島根、徳島、大分、宮崎）

4 実施時期

平成 17 年 12 月～19 年 9 月

第2 小児医療に関する対策の概況

国は、小児の病気の予防と早期発見、治療(入院)を要する小児患者に迅速・適切な医療を提供するため、母子保健法(昭和40年法律第141号)や医療法(昭和23年法律第205号)等に基づき、地方公共団体や医療関係者(団体)と連携して各種対策を実施している。小児の病気の予防と早期発見のための対策としては、母子保健法や学校保健法(昭和23年法律第56号)等に基づき、母子保健対策、学校保健対策、予防接種等の取組が行われている。また、治療(入院)を要する小児患者に迅速・適切な医療を提供するための対策としては、医療法等に基づき、小児救急医療対策、小児科医の確保対策、小児医療提供体制の整備等の取組が行われている。現在行われている小児医療に関する対策の概況は、以下のとおりである。

なお、今回の「小児医療に関する行政評価・監視」は、少子化や女性の社会進出等が進む中で、安心して子供を産み、健やかに育てられる環境の整備を推進する観点から、これらの対策について、母子保健・学校保健対策及び小児救急医療対策を中心にその実態を調査し必要な改善方策を検討したものである。平成18年6月に行われた医療法の改正等を踏まえ、現在、政府・与党が推進している医療制度改革の取組の中で、新たな対策が示され現在実施中の事項や更なる対策を検討中の事項(小児科医の確保(偏在)対策、小児医療診療報酬の改定等)については、関係施策の概況把握にとどめ、当面その状況を注視し一定の取組実績が上がった段階で調査の必要性を検討することとした。

1 母子保健対策

(1) 母子保健対策の最近の動向

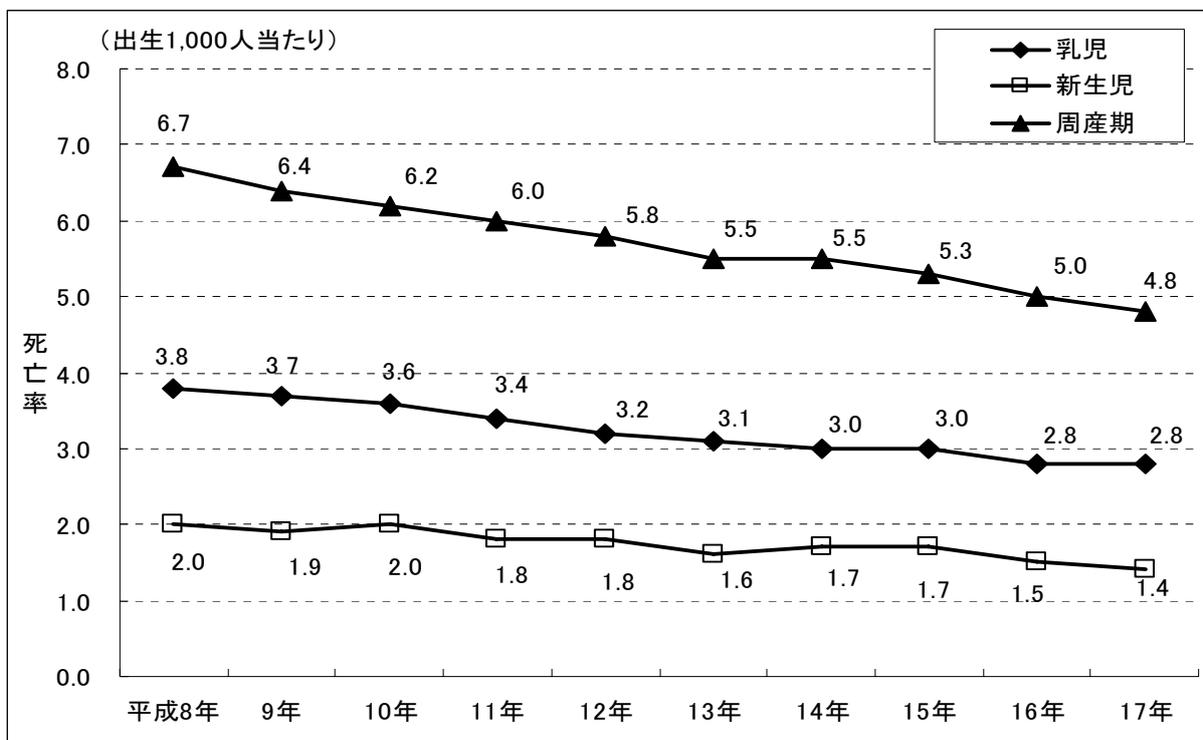
戦後の母子保健対策は、当初、昭和23年に施行された児童福祉法(昭和22年法律第164号)に基づき、児童の健全育成を主たる目的として実施されていたが、昭和40年に母子保健法が制定され、以降、乳幼児や妊産婦の死亡率の改善や疾病の予防を主たる目標に、保健所が中心となって保健指導や健康診査を中心とする施策が展開されてきた。その結果、わが国の母子保健水準は飛躍的に向上し、乳児、新生児及び周産期死亡率は減少傾向にある(図表2)。特に、乳児死亡率(出生1,000人当たりの1歳未満の死亡数)は、昭和25年に60.1であったものが、45年には13.1、55年には7.5と改善が進み、平成17年には2.8と世界最高水準の低い値となっている(図表1)。

図表1 乳児死亡率(出生1,000人当たり)の国際比較

区分	昭和25年	35年	45年	55年	平成17年
日本	60.1	30.7	13.1	7.5	2.8
アメリカ合衆国	29.2	26.0	20.1	12.6	7.0
フランス	47.1	27.4	15.1	10.0	4.5
ドイツ	55.5	33.8	23.6	12.6	4.3
スウェーデン	21.0	16.6	11.0	6.9	3.3
イギリス	31.2	22.5	18.5	12.1	5.2

- (注) 1 2006年「国民衛生の動向」(財団法人厚生統計協会)の資料に基づき、当省が作成した。
 2 平成17年の日本以外の国の数値は、アメリカ合衆国が14年の数値(暫定値)、フランス及びドイツが13年の数値、スウェーデンとイギリスが14年の数値である。
 3 ドイツの昭和55年までの数値は、旧西ドイツのものである。

図表2 乳児、新生児及び周産期死亡率の推移



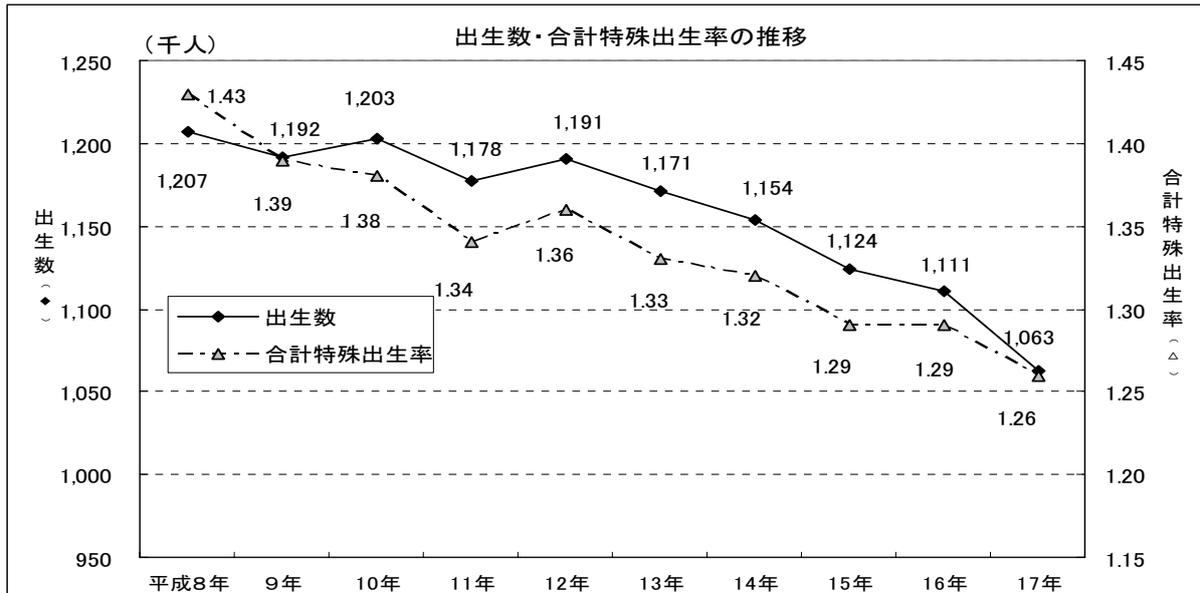
(注) 「人口動態統計」に基づき、当省が作成した。

しかし、一方では、少子化、核家族化、都市化、女性の社会進出の増加など社会環境が大きく変化しており、これらの変化に対応し、住民により身近な母子保健サービスを提供する観点から、平成6年6月に母子保健法が改正され、9年4月からは3歳児健診などの基本的な母子保健サービスは、市町村が新たに母子保健計画を策定するなどして行うこととされた(出生数及び合計特殊出生率の推移等は、参考1及び参考2参照)。

また、少子化対策の中にも母子保健関係施策が盛り込まれており、平成6年12月に策定された「今後の子育ての支援のための施策の基本的方向について」(エンゼルプラン。平成6年12月16日文部・厚生・労働・建設4大臣合意)では、乳幼児健康支援一時預かり事業や周産期医療ネットワークの整備等の推進が掲げられた。最新の少子化対策である「少子化社会対策大綱」(平成16年6月4日閣議決定)及び「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」(子ども・子育て応援プラン(いわゆる新エンゼルプラン)。平成16年12月24日少子化社会対策会議決定)においては、いつでも安心して小児医療、母子保健医療が受けられる体制を整備し、周産期、乳幼児期の安全が確保される(周産期、新生児、乳児・幼児死亡率の世界最高水準を維持・向上する)社会を目指すとされている(資料1)。

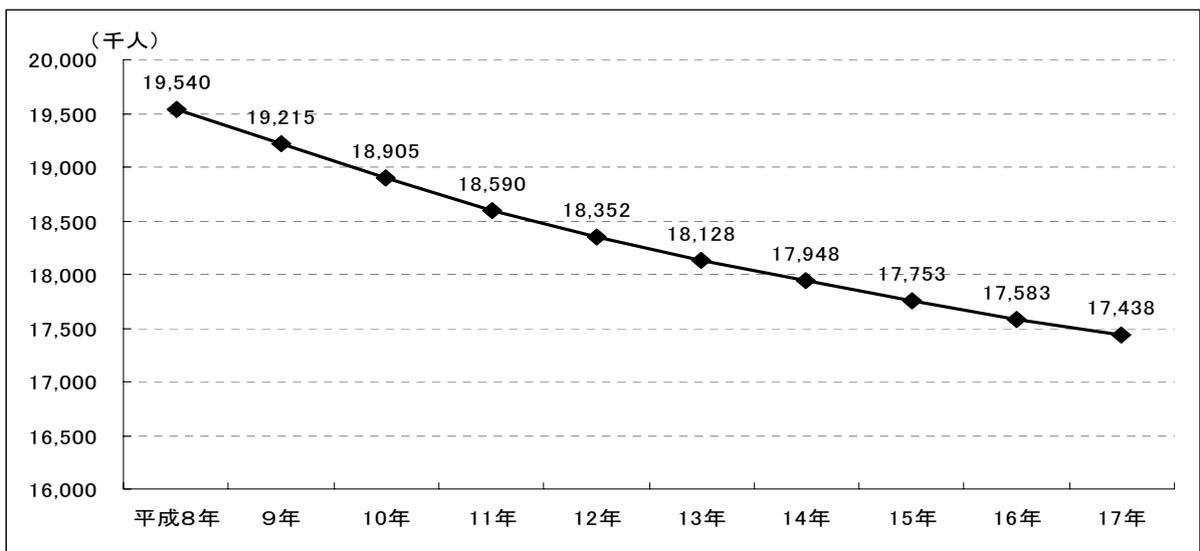
さらに、21世紀の母子保健の取組の方向性を提示し2010年(平成22年)までの目標を設定した「健やか親子21」(平成12年11月健やか親子21検討会)においては、4つの主要課題(①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減)について、関係者、関係機関・団体が一体となって国民運動を展開していくこととされている(資料2)。

参考1 出生数及び合計特殊出生率の推移 (単位：千人)



(注) 「人口動態統計」に基づき、当省が作成した。

参考2 小児人口の推移 (単位：千人)



(注) 1 平成8年から11年まで及び13年から16年までは「総務省(総務庁)統計局推計」、12年及び17年は「国勢調査」に基づき、当省が作成した。

2 小児人口とは、15歳未満をいう。

(2) 現在行われている母子保健対策の概要

わが国の母子保健対策は、母子保健法等に基づき、思春期から妊娠、出産、育児期、新生児期（出生後 28 日未満）、乳幼児期を通じて総合的に進めることとされており、①保健指導、②健康診査、③医療援護（妊産婦や小児に対する医療援護、小児慢性特定疾患治療研究事業、周産期医療対策）、④母子保健の基盤整備等の施策が講じられている。これらの施策の概要は、以下のとおりである。

なお、妊産婦や小児に対する医療援護、小児慢性特定疾患治療研究事業及び母子保健の基盤整備については、例えば、妊産婦や小児に対する医療援護は専ら公費負担による医療給付に関するものであり、母子保健の基盤整備は人工妊娠中絶の抑制に関する知識の普及や不妊治療に対する医療給付に関するものであるなど、今回の調査目的である小児の病気の予防や早期発見対策との関係が希薄であることから、調査対象としていない。

ア 保健指導

① 妊娠届と母子健康手帳の交付

妊娠した者は、速やかに、市区町村長に妊娠の届出をし（母子保健法第 15 条）、市町村は母子健康手帳を交付することとされている（同法第 16 条）。この届出は、妊婦から乳幼児まで一貫した母子保健対策を実施するための出発点となるものであり、また、母子健康手帳は、妊娠、出産、育児に関する一貫した健康記録であるとともに、妊娠と乳幼児に関する行政情報、保健・育児情報を提供するものである。

② 妊産婦と乳幼児の保健指導

妊娠、出産、育児に関する保健指導は、主に市町村で行われており、市町村長等は、妊産婦、新生児、未熟児に対し、必要に応じて、医師、助産師、保健師がその家庭を訪問して保健指導を行うこととされている（母子保健法第 11 条、17 条、19 条）。妊産婦に対する訪問指導は、市町村による健康診査の結果に基づき、妊産婦の健康状態に応じて、健康の保持、増進に関する日常生活全般にわたる指導・助言が行われている。新生児や未熟児に対する訪問指導は、新生児が第 1 子で保護者が育児経験に乏しい場合や、未熟児を家庭で養育している場合などに、保健師や助産師などにより行われている。

③ 保健所における母子保健事業

保健所は、低出生体重児（2,500 グラム未満）の届出（母子保健法第 18 条）がなされ、出生児の状況、家庭環境等からみて必要な場合に、保健師等による訪問指導を行っている。

④ 市町村における母子保健事業

市町村は、母子保健に関する多くのサービスを、「市町村母子保健計画」に沿って実施している。具体的には、前述の①及び②の業務のほか、両（母）親学級、出生届の受理、妊婦、新生児、乳児、幼児（1 歳 6 か月児及び 3 歳児）の健康診査、育児学級等のほか、母子保健推進員等のボランティア活動の支援なども実施している。

イ 健康診査

① 妊産婦及び乳児の健康診査

市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児に対して、健康診査を行うこととされている（母子保健法第13条）。妊産婦及び乳児は、市町村が定めた健康診査の方法に従って健康診査を受けることができ、必要に応じ精密検査が行われる。また、市町村は、先天性代謝異常（フェニルケトン尿症等）や先天性甲状腺機能低下症（クレチン症）を早期に発見するため、新生児を対象として、血液や尿を用いてのマス・スクリーニング検査を行っている。

② 幼児の健康診査

市町村は、1歳6か月を超え満2歳に達しない幼児及び満3歳を超え満4歳に達しない幼児に対し健康診査を行うこととされている（母子保健法第12条）。

i 1歳6か月児健康診査

1歳6か月児を対象とした健康診査は、市町村が行っている。健康診査は、心身障害の早期発見、むし歯の予防、栄養状態等を目的として行われ、診査結果に基づき、保護者に対し、栄養、心理、育児などの指導も行われる。健康診査の結果、異常が認められる場合には、専門医等による精密検査が行われる。平成13年度から、心理相談員や保育士による育児不安等に対する心理相談や親子のグループワーク等の育児支援対策が強化されている。

ii 3歳児健康診査

3歳児を対象とした健康診査は、市町村が行っている。健康診査は、身体の発育、精神発達面や視聴覚障害の早期発見等を目的として行われる。健康診査の結果、異常が認められる場合には、専門医等による精密検査が行われる。平成13年度から、心理相談員や保育士による育児不安等に対する心理相談や親子のグループワーク等の育児支援対策が強化されている。平成17年度の実診率は、88.9%となっている。

ウ 医療援護

① 妊産婦と小児に対する医療援護

i 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）の療養の援護等

妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）や妊産婦の糖尿病、貧血、心疾患等の合併症は、妊産婦死亡や周産期死亡の原因となるほか、未熟児や心身障害の発生原因となる場合があるため、訪問指導のほか、入院して治療する必要のある妊産婦のうち低所得の者に対し、医療援助を行っている（母子保健法第17条）。なお、本事業は、都道府県の事業として定着していることから、平成9年度に一般財源化（地方交付税措置）されている。

ii 未熟児養育医療

都道府県等は、出生時の体重が極めて少ない場合等の養育のために医療が必要な未熟児に対し、医療機関に収容して医療給付（世帯の所得税額に応じて費用を徴収）を行っている（母子保健法第20条）。

iii 自立支援医療（育成医療）等

身体にかなりの障害がある児童等で、手術などの治療により確実な治療効果が期待できる場合、指定自立支援医療機関（育成医療）において医療を受けたときは、自立支援医療費の給付が行われている（障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）第 58 条）。また、身体に障害のある児童の保護者に対しては補装具費の支給（同法第 76 条）等が行われている。

② 小児慢性特定疾患治療研究事業

先天性代謝異常、膠原病、糖尿病等の小児の慢性疾患に対する医療給付や治療研究事業は、従来いくつかの制度の下で行われてきたが、平成 17 年 11 月に児童福祉法が改正され、平成 17 年度からは同法に基づく安定的な制度として運用されている。

③ 周産期医療対策

妊娠、出産時の突発的な緊急事態に対応するため、周産期医療対策として、新生児集中治療管理室（NICU）、母体・胎児集中治療管理室（MFICU）、ドクターカーの整備補助が行われている。平成 8 年度からは、周産期医療情報センターの設置、関係者の研修、搬送体制の確立に向けた調査研究からなる周産期医療ネットワークを整備し、その中核となる総合周産期母子医療センターへの運営費補助金が設けられている。

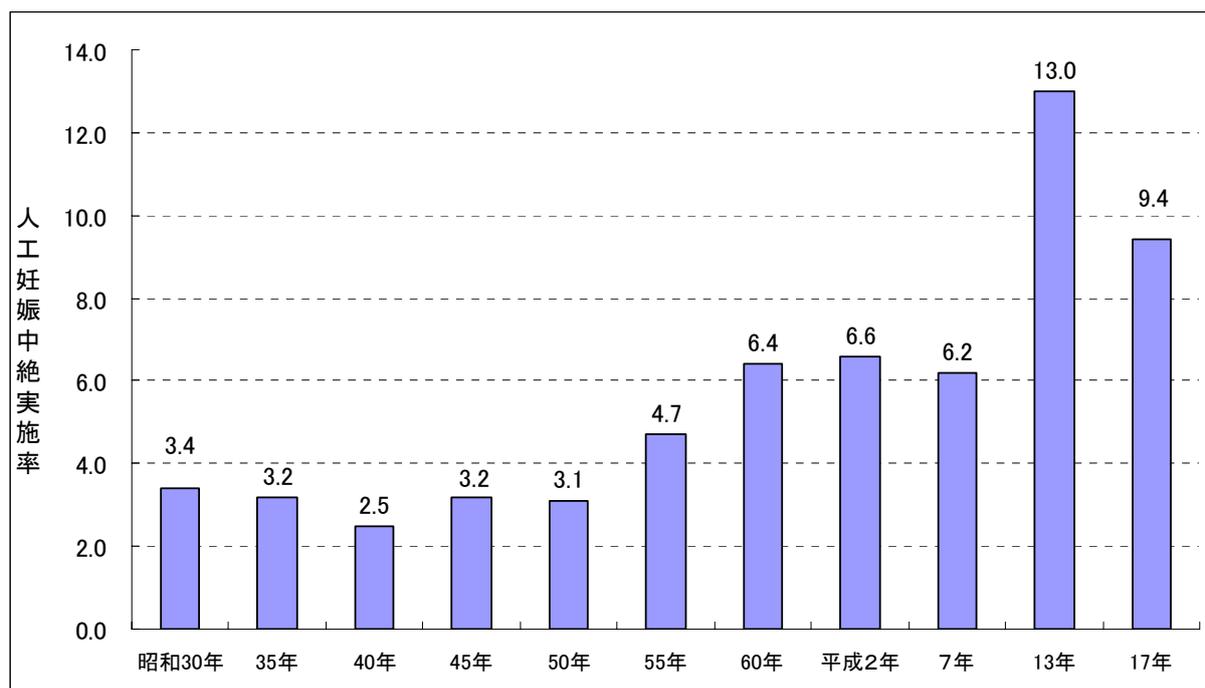
国は、平成 17 年度において、従来の周産期医療ネットワークの整備事業や不妊治療支援事業等を再編・整理するとともに補助基準の緩和等を図り、新たに「母子保健医療対策等総合補助事業」（平成 17 年度予算額：約 36 億円）を創設している。当該事業のメニューとしては、都道府県等が妊産婦や乳幼児死亡率の改善事業等を行う「母子保健強化推進特別事業」、一般の産科病院と高次の医療機関と連携体制を整備する「周産期医療対策事業」、高次の総合周産期医療を提供する総合周産期母子医療センターの安定的な運営を支援する「総合周産期母子医療センター運営事業」及び都道府県等が妊産婦や乳幼児死亡率の改善事業等を行う「母子保健強化推進特別事業」等がある。

エ 母子保健の基盤整備

① 家族計画、思春期保健

人工妊娠中絶は、昭和 30 年の 117 万件（届出数）をピークに年々減少し、平成 15 年は約 32 万件となっているが、近年、20 歳未満の者の人工妊娠中絶が増加しており、避妊方法や人工妊娠中絶が心身に及ぼす影響等の知識の普及等が課題となっている（図表 3）。

図表3 20歳未満の人工妊娠中絶実施率（15～19歳の女子人口1,000人当たり）の推移



(注) 1 「保健・衛生行政業務報告」に基づき、当省が作成した。
 2 「母体保護統計報告」により報告を求めていた平成13年までは暦年の数値であり、「衛生行政報告例」に統合された平成14年からは年度の数値である。

② 不妊治療に対する経済的支援

不妊治療のうち、体外授精と顕微授精は、1回の治療費が30万円から40万円と高額で保険が適用されず経済的負担が大きいことから、国は、平成16年度から、これらの費用の一部を助成する「特定不妊治療費助成事業」を実施している。

③ 食育の推進等

近年、朝食の欠食や思春期やせなどにみられる心と身体の健康の問題が生じており、食を通じた子どもの健全育成、すなわち「食育」の推進が課題となっている。また、肥満予防は疾病発症の予防につながる幼少期からの課題である。

このため、平成16年12月に策定された「子ども・子育て応援プラン」において、市町村、学校、保育所等の関係機関が連携した取組の推進を図ることとされている（資料1）ほか、12年2月に策定された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（平成12年2月健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会）において、児童、生徒の肥満（日比式による標準体重の20%以上）割合の増加傾向を止め、22年度までに7%以下にすることが目標とされている（資料3）。さらに、平成17年6月には食育基本法（平成17年法律第63号）が制定され、国及び地方公共団体は、家庭における食育の推進を支援するために必要な措置を講ずるとともに、学校、保育所等において、子どもの食に関する理解の促進、過度のそう身又は肥満の心身の健康に及ぼす影響等についての知識の啓発その他必要な施策を講ずるものとされている（食育基本法第19条、20条）（資料4）。

2 学校保健対策

【現在行われている学校保健対策の概要】

学校保健とは、「学校における保健教育及び保健管理」のことであり（文部科学省設置法（平成11年法律第96号）第4条第12項）、学校保健法等に基づき、関係施策が実施されている。学校保健法では、「この法律は、学校における保健管理及び安全管理に関し必要な事項を定め、児童、生徒、学生及び幼児並びに職員の健康の保持増進を図り、もって学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資することを目的とする。」とされている（学校保健法第1条）。

児童・生徒等の保健管理に関し、①市町村の教育委員会は、就学時の健康診断と診断結果に基づく治療の勧告等（学校保健法第4条、第5条）を行うこととされ、②学校においては、毎学年定期の健康診断と診断結果に基づく疾病の予防処置又は治療の指示等（同法第6条、第7条）や健康相談（同法第11条）等を行うこととされている。また、文部科学省は、健康診断の方法及び技術的基準等を定めることとされており（同法第10条）、平成18年3月には「児童生徒の健康診断マニュアル（改訂版）」（平成18年3月財団法人日本学校保健会作成、文部科学省監修）を策定している。このほか、文部科学省は、児童・生徒の発育状態及び健康状態を把握するために、「学校保健統計調査」を毎年度実施・公表している。

また、学校における健康診断等は、これまで、保健主事と養護教諭、学校医等によって行われてきたが、平成18年からは栄養教諭の制度が導入され、当該教諭は、児童生徒が望ましい食習慣を身につけるために必要な食に関する指導を行っている。このほか、近年の児童生徒の肥満や体力の低下、心に悩みを持つ児童生徒の増加に対応するため、学校における健康診断の充実が推進されている。

3 小児医療対策

(1) 小児救急医療対策

ア 医療計画制度における小児救急医療の位置付け

医療提供体制の整備は、医療法に基づき、都道府県が当該都道府県における医療提供体制の整備に関する計画（以下「医療計画」という。）を作成し、国及び地方公共団体が当該計画の達成を推進し、地域医療を体系的に整備することとされている。国は、国全体の医療の質を確保する観点から、医師、看護師等の資格試験の実施、臨床研修制度等を推進している。このような仕組み（以下「医療計画制度」という。）は、昭和60年に創設され、以後、制度の充実を図る観点から、数次にわたり、医療計画への必要的記載事項等の見直しが行われている（平成17年の医療計画制度の見直しの内容については、後述3(2)ア i 参照）。

医療計画への記載事項は、医療法第30条の4第2項に定められているほか、厚生労働省が都道府県に参考送付した「医療計画作成指針」に具体例が示されており、平成15年5月に改正された同指針においては、医療計画には、医療圏の設定や基準病床数、医療提供体制の整備に関する事項等を記載することとされている。

具体的には、医療圏については、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的単位として、二次医療圏（原則として一般の入院医療の需要に対応

するために設定する区域)及び三次医療圏(複数の二次医療圏を併せた区域であって、主として腎移植等の先進的な技術を必要とする医療などの特殊な医療需要に対応するために設定する区域)を設定することとされている。また、医療提供体制の整備については、医療関係施設相互の機能分担と業務連携、地域医療支援病院の整備目標、救急医療の確保等に関する事項を記載することとされている。

小児救急医療は、医療計画制度において、救急医療の確保に関する事項の中に位置付けられており、その体制整備の方針は、一般の救急医療の場合と同様に(注)、地域の実状を踏まえ、初期(主として外来医療(かかりつけ医))、二次(入院が必要な重症患者に対応)、三次(救命救急センター)の救急医療体制を体系的に整備することとされている。

(注) 一般の救急医療体制については、初期救急医療機関(外来診療によって救急患者の医療を担当する機関(例:在宅当番医、休日・夜間急患センター))、第二次救急医療機関(入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する機関(例:24時間体制の救急病院、病院群輪番制病院))、第三次救急医療機関(第二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し高度な医療を総合的に提供する機関(医療計画で第三次医療機関に位置付けられたものを救命救急センターという))並びに救急医療情報センターを体系的に整備することとし、原則として第二次救急医療機関は二次医療圏単位で、第三次救急医療機関はおおむね人口100万人単位で整備を図ることとされている。

イ 現在行われている小児救急医療対策の概要

① 小児救急医療体制の整備・充実

厚生労働省は、上記の小児救急医療体制の整備方針の下で、現在、小児救急医療の確保については、すべての救急医療圏において、24時間の受診体制を確立することを目指し、地方公共団体や地域の医師会が中心となって運営する休日夜間急患センターの整備、当番制により小児救急対応が可能な病院を確保する「小児救急医療支援事業」の実施、広域的な対応を行うための「小児救急医療拠点病院」の整備を推進するとともに、平成18年度からは新たに救命救急センターに小児専門治療室の設置等を推進している。現在の入院を要する小児の救急医療体制の整備目標は、「平成21年度までにすべての小児救急医療圏(404地区)で、小児の病気の緊急時に夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供できる体制を整備する」となっている(子ども・子育て応援プラン)(資料1)。

また、保護者の育児経験の不足による小児の病気やけがに対する不安に対応する等のため、保護者が夜間等に小児救急医療について相談できる窓口を設ける「小児救急電話相談事業」(全国共通番号)等を行うほか、医療関係者が広く小児救急の業務に従事できるよう、地域の内科医等を対象とした小児救急医療に関する研修の実施等の取組が進められている。

国は、これらの小児救急医療体制の整備・充実を推進するため、地方公共団体等に対する各種の補助事業を実施している(資料5)。

② 小児医療に係る診療報酬の改定

小児医療については、近年の診療報酬の改定において重点的な評価が行われており、全体としてはマイナス 3.16%の改定であった平成 18 年度の診療報酬改定においても、地域における小児医療の集約化及び重点化を図る観点から、地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の緩和や 24 時間診療体制に係る評価の充実等の措置が講じられている（資料 6）。

(2) 最近の医療提供体制の改革と小児科医の確保対策

前述のとおり、本項については、平成18年6月に成立した良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(平成18年法律第84号)等に基づき、現在、政府・与党が推進している医療制度改革の中で新たな対策が講じられ、実施中であることから、当面その状況を注視することとし、本行政評価・監視においては、都道府県段階での現地調査の対象とはしなかったところであるが、小児医療に関する行政を理解する上での重要な情報の一つであるので、関係施策の最近の動向と医療制度改革の概要を把握し、以下に記述した。

ア 最近の医療提供体制の改革の概要

(医療法等の改正)

我が国の医療提供体制（小児医療を含む。）は、近年の少子高齢化の進行、医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境の変化に対応するため、より質の高い効率的な医療サービスを提供する体制に改革していくことが課題となっている。

このような状況を踏まえ、平成17年2月に厚生労働省社会保障審議会において「医療提供体制に関する意見」が、また、同年12月には政府・与党医療改革協議会において「医療制度改革大綱」が取りまとめられ、政府は、当該意見や改革大綱に沿って、18年2月に「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」を国会に提出し、同法案は同年6月に成立した。

この法律による主な医療提供体制の改革事項は、①患者等への医療に関する情報提供の推進（医療機関等の医療機能に関する情報の都道府県への報告と住民への公表制度の創設等）、②医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、③地域や診療科による医師不足問題への対応、④医療安全対策の推進、⑤医療従事者の資質の向上、⑥医療法人制度改革等である。このうち、小児医療に関する事項は、主に②と③に盛り込まれており、その概要は次のとおりである（資料 7）。

i 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進

急性期から回復期、在宅医療に至るまでの適切な医療サービスが切れ目なく提供できるよう、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別の医療連携体制を構築するとともに、分かりやすい指標と数値目標を住民・患者に明示し、事後評価できる仕組みにする等の医療制度の見直しを実施する。具体的には次の措置を講ずるとともに、都道府県は、平成20年度から新たな医療計画に基づいて関係施策を推進していくこととされている。

i) 国は、全国共通で把握すべき指標や国としての数値目標などを定めた「医療に

- 関する基本方針」を策定し、都道府県は当該基本方針に即して医療計画を策定
- ii) 都道府県は、医療計画に、脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病等の主要疾病ごとに、また、小児救急医療、周産期医療、救急医療、へき地医療、災害医療等の主要事業ごとに、構築する地域における具体的な医療連携体制を明示。医療連携体制の構築は、都道府県が中心となり、住民、医療関係者等が協議しながら実施
 - iii) 将来の望ましい都道府県内の医療提供体制の実現に向けた数値目標を医療計画に明示し、事後評価を可能化
- ii 地域や診療科における医師不足問題への対応
- へき地等の特定の地域や小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保対策を強化する。具体的には、次の措置を講ずることとされている。
- i) 都道府県は、地域の大学病院、公的医療機関、医師会等の医療関係者と、医師確保の具体策について協議を行う場である「医療対策協議会」を設け対策を推進
 - ii) 公的医療機関、病院等の開設者・管理者や医師等に、医師確保等の施策に協力すべき責務を位置付け
 - iii) へき地医療、小児救急医療、周産期医療など、地域において特に確保の必要性の高い医療について、医療計画に「救急医療等確保事業」として位置付け
- なお、小児科医の確保対策については、上記の法律改正等の事項のほかにも各種対策が講じられており、その内容については、次項イを参照

イ 小児科医の確保対策

小児救急医療の確保を図るためには、上記3(1)の医療機関の連携等による小児救急医療提供体制の整備を推進するとともに、近年生じている小児科医の偏在問題に対応し地域の小児科医を確保するための対策を推進していくことが重要な課題となっている(資料8~12)。

この課題に対応するため、国は、医療資源の集約化・重点化の推進を当面の基本的な方針として、上記3(2)アの医療提供体制の改革の一環として、次のような対策を決定し、その実現に向けた取組を進めてきている。

- ① 平成17年8月、厚生労働省、総務省及び文部科学省から成る「地域医療に関する関係省庁連絡会議」は、医師の偏在による特定の地域や小児科、産科等の特定の診療科における医師不足の課題に対応するため、「医師確保総合対策」(平成17年8月11日地域医療に関する関係省庁連絡会議決定)を取りまとめている。この中で、小児科医の確保対策として、小児科医等の配置が少ない病院が多く存在している地域では、病院相互の連携体制を構築することを前提として、医療資源の集約化・重点化を推進すること等が提言されている(資料13)。
- ② 上記①の連絡会議の検討結果等を受けて、当該連絡会議の下に設置された「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」において、平成17年12月に、「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応につ

いて「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進」（以下、本項において「報告書」という。）が取りまとめられている。

報告書では、小児部門を有する病院の医師の確保が困難な地域においては、当面の対策として、医療資源の集約化・重点化を推進すべきであるとされ、また、この集約化・重点化については、都道府県が中心となって検討し、実施の適否を決定した上で、遅くとも平成20年度までに具体策を取りまとめ、新たな医療計画にも盛り込むこととされている（資料14）。

国は、この報告書を受けて、平成17年12月、都道府県知事に対し医療資源の集約化・重点化の検討を要請している。

- ③ 平成18年8月、「地域医療に関する関係省庁連絡会議」は、医師確保のために緊急に取り組む対策等に関する「新医師確保総合対策」（平成18年8月31日地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）を取りまとめている。

この対策においては、病院への小児科医の広く薄い配置を改善し、病院勤務医の勤務環境の改善、医療安全の確保を図るため、国は、都道府県での医療資源の集約化・重点化の進捗状況のフォローアップ調査の実施、集約化・重点化計画策定の手順の都道府県への提示等都道府県の取組を支援するとともに、病棟の転換整備に対する補助金や融資等の支援措置等を推進することとされている（資料15）。

- ④ 平成19年3月、厚生労働省は、医療法第30条の3に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号）を策定している。同基本方針では、都道府県の定める医療計画に、小児医療（小児救急医療を含む。以下本項において同じ。）に関し、次の事項を定めることとされている（資料16）。

- i 小児医療の医療連携体制のあり方については、小児の健康状態の相談を行う機能、在宅当番医制、休日急患センターや24時間対応する診療所等初期の小児救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする小児救急患者に医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な小児救急患者に救命医療を提供する機能を明示する必要がある。

（明示する事項の例）

- ・発症から外来での通院や入院から居宅等に戻るまでの医療の流れ
 - ・病態・医療機能に着目した診療実施施設
 - ・小児救急医療の提供施設（在宅当番医制又は休日夜間急患センター、入院を要する救急医療機関、救命救急センター、病院間搬送、電話相談事業等）の状況
 - ・自治体立病院等の小児科に関する医療資源の集約化・重点化
- ii 小児医療については、小児科医や看護師等による小児救急電話相談事業等による健康相談を支援する機能を充実させるとともに、診療所が当番制等により初期の小児救急医療を24時間体制で担うことを通じて、拠点となる病院が重症の小児救急患者に重点的に対応することが可能とする体制を構築することが必要である。

(緊急医師確保対策)

平成 19 年 5 月、医師確保対策に関する政府・与党協議会で、次の 6 事項からなる「緊急医師確保対策について」（平成 19 年 5 月 31 日医師確保対策に関する政府・与党協議会決定）が決定された。これを受けて、政府は「経済財政改革の基本方針 2007」（平成 19 年 6 月 19 日閣議決定）において、当該対策に基づき、医師確保のための緊急対策に取り組むとしている（資料 17、18）。

- ① 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築
- ② 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備
- ③ 女性医師等の働きやすい職場環境の整備
- ④ 研修医の都市への集中是正のための臨床研修病院の定員の見直し
- ⑤ 医療リスクに対する支援体制の整備
- ⑥ 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

(3) 救急救命士による救急救命処置

小児を含む重度傷病者（その症状が著しく悪化するおそれがあり、またはその生命が危険な状態にある傷病者をいう。以下同じ。）が病院等に搬送されるまでの間に行われる気道の確保等の救急救命処置は、平成 3 年に制定された救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）に基づき、医師の指示の下に、救急救命士がこれを行うこととされている。

救急救命士が行う救急救命処置の具体的な範囲については、「救急救命処置の範囲等について」（平成 4 年 3 月 13 日付け指第 17 号厚生省健康政策局指導課長通知）において定められているが、次第に拡大されており、現在は、①除細動、②静脈路確保のための輸液、③気道確保、④薬剤の投与、⑤精神科領域の処置、⑥小児科領域の処置などに関し 21 事項が定められている。このうち、小児科領域の処置の内容は、「基本的には成人に準ずる。新生児については、専門医の同乗を原則とする」とされている。また、救急救命士法第 44 条第 1 項により、医師の具体的な指示を受けなければ行ってはならない救急救命処置として、重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者に対するものであって、①厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた静脈路確保のための輸液、②厚生労働大臣の指定する器具による気道確保、③厚生労働大臣の指定する薬剤の投与に係るものが定められており（救急救命士法施行規則（平成 3 年厚生省令第 44 号）第 21 条）、これらの行為は「特定行為」と称されている（資料 19）。

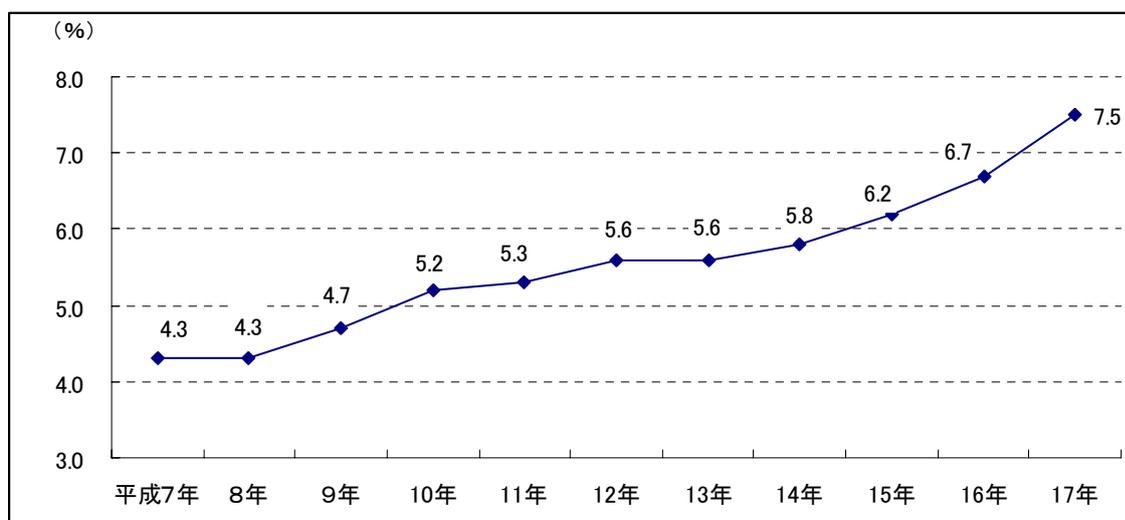
救急救命士の救急救命処置の範囲の拡大については、厚生労働省と総務省（消防庁）が共同で検討しており、医師から救急隊員（救急救命士）に対する常時かつ迅速・適切な指示・助言、救急活動の事後検証、救急救命士の再教育などの体制が整備（メディカルコントロール体制の整備）されていることを前提に、最近では、心肺機能停止状態の傷病者に対し、次のような処置が行えるようになっている。

- i 医師の包括的指示の下での（具体的指示は不要）除細動（平成 15 年 4 月）
- ii 医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保（16 年 7 月）
- iii 医師の具体的指示の下での薬剤（アドレナリン）投与（18 年 4 月）

このような取組の結果、次図表のとおり、救命率は向上してきている。

図表4 最近の心肺停止状態の傷病者の救命率の推移

(単位：%)



- (注) 1 平成18年度消防白書に基づき、当省が作成した。
2 当該救命率は、心肺停止の時点が目撃され、救急隊によって処置された傷病者に占める1か月後の生存者の割合をいう。

資料1 「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」（子ども・子育て応援プラン。平成16年12月24日少子化社会対策会議決定）（抜粋）

4. 子育ての新たな支え合いと連帯

(5) いつでも安心して小児医療、母子保健医療が受けられる体制の整備

○ どこでも、子どもの病気や出産の緊急時に適切に対応できる体制を整備し、妊娠、出産、育児の安心・安全を確保するとともに、子どもの健やかな育ちを支援する。

① 子どもの病気に対し適切に対応できる体制整備

(具体的施策)

(平成16年度)

(平成21年度)

□小児救急医療体制の推進

221地区

→

404地区

子どもの病気の緊急時に、夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供するため、小児救急医療圏(404地区)をカバーする体制を全国に整備するとともに、保護者向けの夜間電話相談体制などの整備を進める。

(今後5年間の目標)

□小児科医師等の確保・育成

小児科医師数が適正に配置された医療施設数の増加

かかりつけ医を持っている子どもの割合81.7%(12年)→100%

子どもが地域において、いつでも安心して医療サービスを受けられるよう、小児科医療施設の役割分担と連携を推進し、小児科医師の適正な配置を図る。また、産科医師数の減少傾向に歯止めをかける。さらに、子どもが入院中も「子どもらしく生活」できるように小児医療を支える保育士の十分な確保を図る。

□小児医療の診療報酬上の適切な評価

平成15年3月に閣議決定された「医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針」に沿って、医療の特性、患者の心身の特性、生活の質の重視等を踏まえた適切な評価について引き続き検討を進める。

② 子どもの健やかな成長の促進

(具体的施策)

(今後5年間の目標)

□予防接種の推進

予防接種の接種率向上

定期の予防接種を円滑に受けられるような環境の確保に努め、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延の予防を図る。

□「食育」の推進

取組を推進している市町村・保育所の割合100%

家庭はもとより、地域においては食育推進連絡会を設置するなど保健センター、保育所、学校、農林漁業者団体、食品関連事業者団体等関係機関の連携による取組の推進を図る。また、すべての保育所において、給食その他保育活動を通して「食育」を推進する。さらに、児童生徒が望ましい食習慣を身に付け、将来にわたって健康な生活を送ることができるよう、小・中学校等で栄養教諭を活用した指導体制の整備や家庭と連携した取組の推進を図る。

□子どもの生活習慣の改善

肥満児の割合を減少傾向に〔14年度 10.6%〕

幼児健康診査等の機会や学校における定期健康診断等の機会を通じて、健康状態の把握や個別栄養指導等の実施により、肥満等健康課題を有する子どもに対する生活習慣の改善を図る。

- 喫煙防止対策の推進 妊娠・育児中の両親の喫煙率の低下〔13年度父親 35.9% 母親 12.2%〕
喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及を図るなど、10代や妊婦などの喫煙防止対策を推進する。
- 母乳育児の推進 母乳育児の割合を増加傾向に〔12年度 44.8%〕
妊産婦健康診査や新生児訪問指導等において、助産師等と連携を図りつつ、母乳についての保健指導を実施すること等により、母乳育児を推進する。また、デパート等での授乳室の設置を進めるなど、授乳しやすい環境づくりを促進する。
- 家庭内等における子どもの事故防止対策の推進 対策に取り組んでいる市町村の割合 100%
乳幼児が家庭の浴槽で溺死する事故なども多いことから、家庭内における子どもの事故防止のための取組を推進する。

③ 子どもの心と身体の問題への対応

(具体的施策)

(今後5年間の目標)

- 子どものこころの健康支援の推進 子どものこころの健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医(子どもの診療に関わる医師)の割合 100%

児童思春期における心の問題に対応できる小児神経科、児童精神科等の医師、保健師等の養成を図るとともに、精神保健福祉センター、児童相談所等における専門相談の充実を図る。

- 学校における心身の健康相談等の充実

児童生徒が学校生活を心身ともに健康で安全に送ることができるよう、養護教諭を活用しながら、地域保健と学校とが連携しつつ、児童生徒の心身の健康相談や健康教育を充実する。

- 思春期保健対策等の推進 思春期保健対策に取り組んでいる地方自治体の割合 100%
10代の人工妊娠中絶率の低下〔12年度 12.1(人口千対)〕
10代の性感染症罹患率の低下〔12年度 性器クラミジア感染症 男子 196.0、女子 968.0(人口10万対)〕

思春期の人工妊娠中絶やH I V感染症を含む性感染症、薬物乱用問題に対応するため、学校や保健所等において、健康教育や電話相談等を行うことにより、性やH I V感染症を含む性感染症に関する正しい知識の普及及び薬物乱用対策の推進を図る。

④ 妊娠・出産の安全・安心の確保

(具体的施策)

(今後5年間の目標)

- 「いいお産」の普及 妊娠・出産について満足している者の割合84.4%(12年度) → 100%

安全で快適な出産環境により、妊娠・出産に満足し、その後の子育てが楽しいと感じられるような「いいお産」の普及を図る。

(平成 16 年度) (平成 21 年度)

□周産期医療ネットワークの整備 28 都道府県 → 全都道府県(平成 19 年度までに達成)

母胎が危険な妊産婦や低出生体重児に適切な医療を提供するため、一般の産科病院等と高次の医療機関との連携体制を確保する。

□ 周産期医療の診療報酬上の適切な評価

平成 15 年 3 月に閣議決定された「医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針」に沿って、医療の特性、患者の心身の特性、生活の質の重視等を踏まえた適切な評価について引き続き検討を進める。

⑤ 不妊に悩む者への支援

(具体的施策) (平成 16 年度) (平成 21 年度)

□不妊専門相談センターの整備 51 都道府県市 → 95 都道府県市
(全都道府県・指定都市・中核市で設置)

不妊に悩む夫婦に関する医学的・専門的な相談や不妊による心の悩み等について相談できる体制整備を図る。

□特定不妊治療費助成事業の推進 87 都道府県市 → 95 都道府県市
(全都道府県・指定都市・中核市で実施)

不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額の治療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成する。

⑥ 成育医療の推進

(具体的施策)

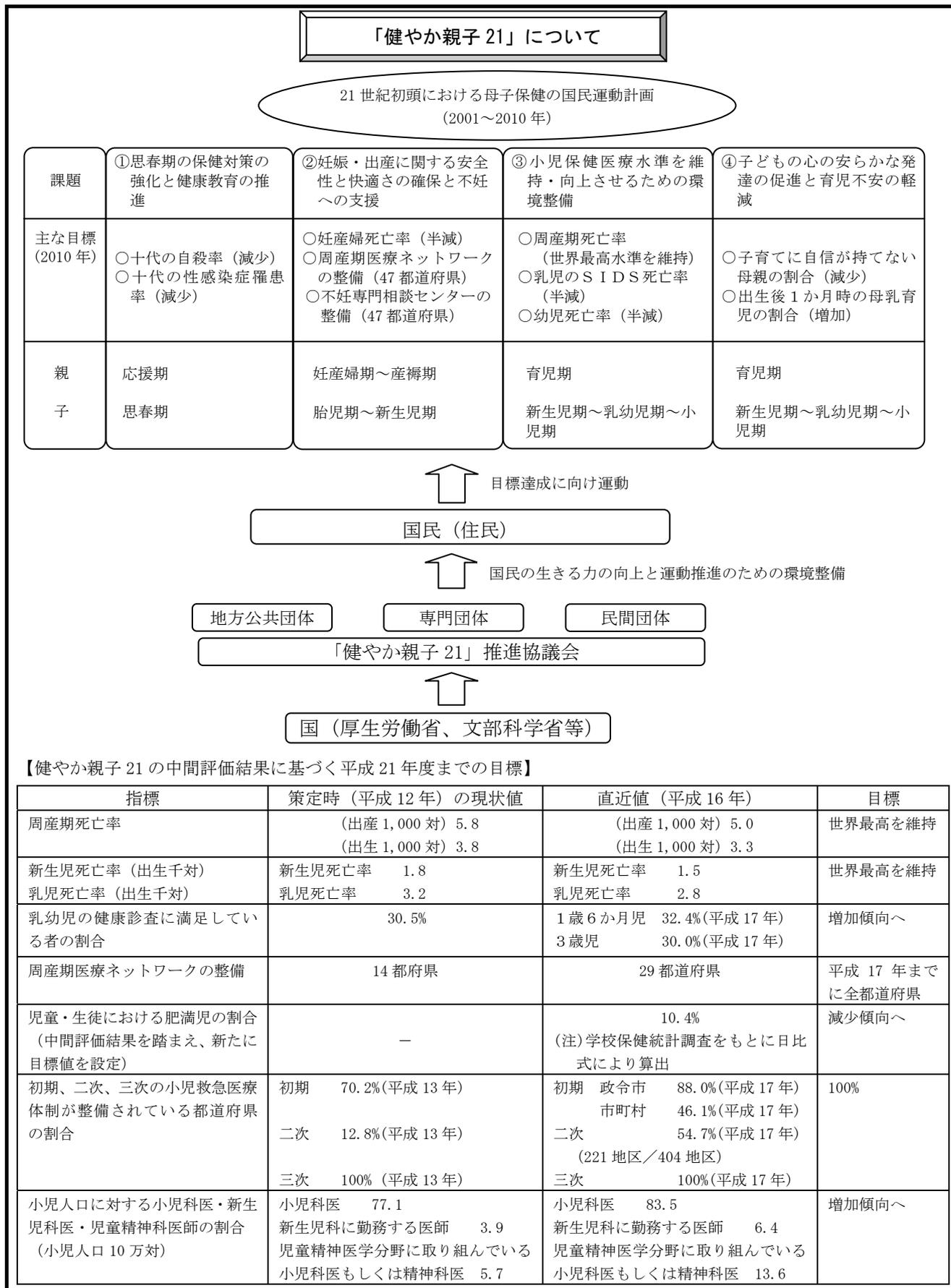
□成育医療に関する全国的なネットワークの構築

成育医療を推進するため、小児・母子保健医療機関の全国的なネットワークを構築し、国立成育医療センターを拠点として、臨床・研究・情報発信等において、これら医療機関と連携・協力することによって、地域において質の高い成育医療を受けられる体制を整備する。

目指すべき社会の姿

- ◇ 周産期、乳幼児期の安全が確保される (周産期、新生児、乳児・幼児死亡率の世界最高水準を維持・向上する)
- ◇ 全国どこでも子どもが病気の際に適切に対応できるようになる (すべての小児救急医療圏で小児救急医療体制が整備されるなど、小児医療体制が充実している)

資料2 「健やか親子21」(平成12年11月健やか親子21検討会)の概要



(注)「健やか親子21検討会報告書」及び「健やか親子21」中間評価報告書に基づき、当省が作成した。

資料3 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（平成12年2月健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会）－児童、生徒の肥満予防関係－（抜粋）

3. 現状と目標

(1) 疾病・健康との関連－栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル－

栄養・食生活との関連が深いとされる疾病には高血圧、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中、一部のがん（大腸がん、乳がん、胃がん）、糖尿病、骨粗鬆症などがある。これら疾病と関連のある栄養素摂取レベルについては、エネルギー（消費とのバランスとして）、脂肪、ナトリウム、カリウム、食物繊維、抗酸化ビタミン、カルシウムなどがあげられる。

エネルギーの摂取過剰について、消費とのバランスで評価する必要があるが、そのバランスの評価をエネルギー量で行うことは難しいので、エネルギー摂取と消費のバランスが反映された栄養状態として「肥満」を指標とする。成人の肥満（BMI \geq 25.0）は、特に男性では20～60歳代で20年前の15.8%から平成9年で24.3%に増加しており、女性では40～60歳代で平成9年で25.2%を占めている。肥満は各種疾病のリスクファクターであり、肥満予防が疾病発症の予防につながることから、肥満者の割合は20～60歳代男性で15%以下に、40～60歳代女性で20%以下にすることを目標とする。また肥満予防は幼少期からの課題でもあり、児童、生徒の肥満（日比式による標準体重の20%以上）の割合は、20年前の7.2%から、平成9年で10.7%に増加していることから、この増加傾向をとめ、7%以下にすることを目標とする。一方、若い女性ではやせ（BMI $<$ 18.5）の増加が著しく、20歳代女性で20年前の14.2%から23.3%に増加していることから、15%以下にすることを目標とする。

(注) 下線は、当省が付した。

資料4 食育基本法（平成17年法律第63号）（抜粋）

（家庭における食育の推進）

第19条 国及び地方公共団体は、父母その他の保護者及び子どもの食に対する関心及び理解を深め、健全な食習慣の確立に資するよう、親子で参加する料理教室その他の食事についての望ましい習慣を学びながら食を楽しむ機会の提供、健康美に関する知識の啓発その他の適切な栄養管理に関する知識の普及及び情報の提供、妊産婦に対する栄養指導又は乳幼児をはじめとする子どもを対象とする発達段階に応じた栄養指導その他の家庭における食育の推進を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

（学校、保育所等における食育の推進）

第20条 国及び地方公共団体は、学校、保育所等において魅力ある食育の推進に関する活動を効果的に促進することにより子どもの健全な食生活の実現及び健全な心身の成長が図られるよう、学校、保育所等における食育の推進のための指針の作成に関する支援、食育の指導にふさわしい教職員の設置及び指導的立場にある者の食育の推進において果たすべき役割についての意識の啓発その他の食育に関する指導体制の整備、学校、保育所等又は地域の特色を生かした学校給食等の実施、教育の一環として行われる農場等における実習、食品の調理、食品廃棄物の再生利用等様々な体験活動を通じた子どもの食に関する理解の促進、過度の痩身又は肥満の心身の健康に及ぼす影響等についての知識の啓発その他必要な施策を講ずるものとする。

資料5 小児救急医療に関する各種補助事業の概要

区分	補助事業名	事業概要	平成17年度予算額
小児救急医療体制の整備	小児救急医療支援事業	二次医療圏内の小児科を標榜する病院が当番制により休日・夜間の小児救急患者を受入(平成11年度から実施)	48,400万円
	小児救急医療拠点病院運営事業	二次医療圏単位での小児救急医療体制の確保が困難な地域において、広域(複数の二次医療圏)を対象に小児救急患者を受入(平成14年度から実施)	72,000万円
小児救急医療体制の充実	小児救急電話相談事業	地域の小児科医により夜間における小児患者の保護者等向けの電話相談体制を整備し、地域の小児救急医療体制の補強を推進(全国同一短縮番号(#8000)で実施することにより、どこでも患者の症状に応じた適切な医療を受けられる。)(平成16年度から実施)	49,900万円
	小児救急地域医師研修事業	地域の内科医等を対象に小児救急に関する研修を実施し、地域の小児救急医療体制の補強及び質の向上を図る。(平成16年度から実施)	19,900万円
	小児救急医師確保等調整事業	都道府県において小児救急医師を確保するための協議会を設置し、離・退職小児科医師の発掘、再教育を行うことにより、小児救急医療等に対応する医師の確保を図る。(平成17年度から実施)	8,200万円
	小児救急遠隔医療設備整備事業	ITを活用し、小児救急患者の肉眼的映像、病理映像、X線画像等を小児科専門医の所在する医療機関に伝送し、診療支援を受けるための設備整備(平成16年度から実施)	100万円

(注) 当省の調査結果による。

資料6 小児医療及び小児救急医療に係る平成18年度診療報酬改定の概要

区分	改定の概要
① 乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬体系を簡素化する観点から、初再診料の時間外加算等について、乳幼児を対象とする新点数を創設 例：乳幼児休日加算 365 点を創設（平成 18 年 3 月までは、乳幼児加算 72 点、休日加算 250 点、乳幼児加算の時間外による評価分 43 点、計 365 点に細分化） ・ 深夜における小児救急医療の対応体制に係る評価を充実。具体的には、乳幼児深夜加算について、595 点から 695 点に評価を引上げ
② 小児入院医療に係る評価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児入院医療管理料の評価を引上げ 例：現行の小児入院医療管理料 1 は 3,000 点、これを 3,600 点に引上げ ・ 小児入院医療管理料の算定要件となっている小児科医の医師の常勤要件について、複数の小児科の医師が協同して常勤の場合と同等の時間数を勤務できている場合には、常勤として取り扱うこととする。
③ 地域連携小児夜間・休日診療料の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における小児医療の集約化及び重点化を図る観点から、地域連携小児夜間・休日診療料の算定要件の緩和や 24 時間診療体制に係る評価を充実 例：地域連携小児夜間・休日診療料 1 については、平成 18 年 3 月まで、近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する医師が 3 名以上いることを算定要件の一つとしていたが、同年 4 月より、近隣の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科を担当する医師が 3 名以上おり、うち 2 名は専ら小児科を担当する医師であることに、当該要件を緩和した。
④ 小児医療における手術の通則加算の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新生児及び乳幼児に対する手術に係る評価を引上げ ・ 極低体重出生児（1,500 グラム未満の児）に対して手術を行う場合の加算を創設
⑤ 小児医療における検査、処置等の技術に係る評価の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の検査及び処置の新生児加算と乳幼児加算について評価を充実 ・ 注射の乳幼児加算について評価を充実
⑥ 小児食物アレルギー患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児食物アレルギー負荷検査（1,000 点）を新設し、栄養食事指導について新たに評価する。

(注) 当省の調査結果による。

資料7 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）の概要

政府・与党医療改革協議会により、平成17年12月1日に取りまとめられた「医療制度改革大綱」に沿って、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等の措置を講ずる。

I 概要

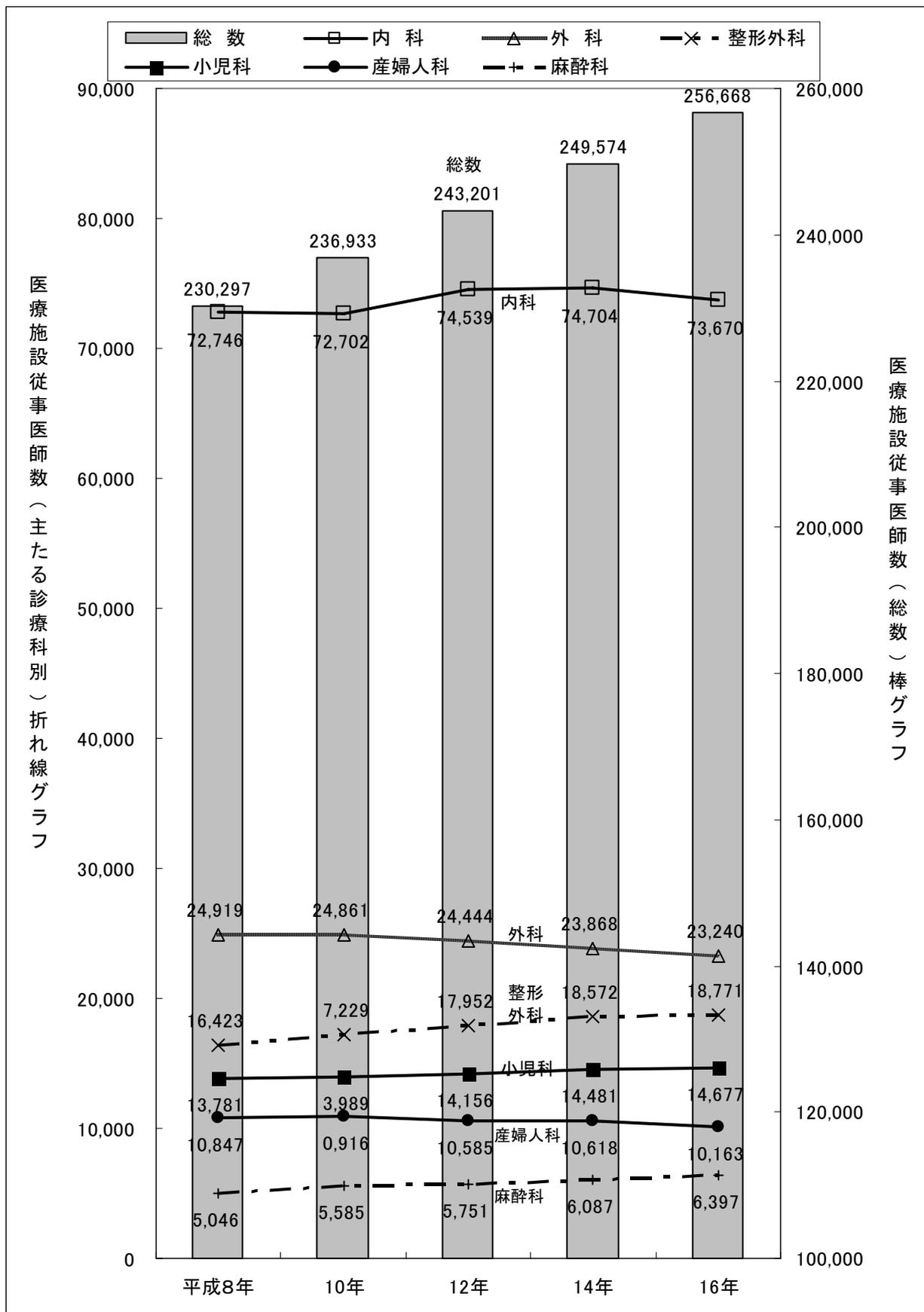
- 1 患者等への医療に関する情報提供の推進
患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する。
 - 都道府県が医療機関等に関する情報を集約し、分かりやすく住民に情報提供し、住民からの相談等に適切に応じる仕組みの制度化〔医療法、薬事法〕
 - 入退院時における治療計画等の文書による説明の位置付け
 - 広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大〔以上 医療法〕
- 2 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。
早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図る。
 - 医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け
 - 医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとすること〔以上医療法〕
 - 退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備〔医療法、薬剤師法〕
- 3 地域や診療科による医師不足問題への対応
へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する。
 - 都道府県の「医療対策協議会」を制度化し、関係者協議による対策を推進
 - 医療従事者への地域医療確保への協力の位置付け〔以上 医療法〕
- 4 医療安全の確保
 - 医療安全支援センターの制度化、医療安全確保の体制確保の義務付け等〔医療法〕
 - 行政処分を受けた医師、歯科医師、薬剤師及び看護師等に対する再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等〔医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法〕
- 5 医療従事者の資質の向上
 - 行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等（再掲）
 - 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え名称独占規定を設けること〔保健師助産師看護師法〕
 - 外国人看護師、救急救命士等について、臨床修練制度の対象とすること〔外国医師等の臨床修練法〕
- 6 医療法人制度改革
医療経営の透明性や効率性の向上を目指す。
公立病院等が担ってきた分野を扱う医療法人制度を創設する。
 - 解散時の残余財産の帰属先の制限等医療法人の非営利性の徹底
 - 医療計画に位置づけられたへき地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（「社会医療法人」）の創設等〔以上 医療法〕
- 7 その他
 - 施設規制法の性格が強い現行の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び全体的な構造の見直し
 - 有床診療所に対する規制の見直しその他所要の改正〔以上 医療法〕

II 施行期日

- ◎ 平成19年4月1日を基本
- * 有床診療所の見直しは、平成19年1月1日
 - * 薬剤師、看護師等の再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等は、平成20年4月1日

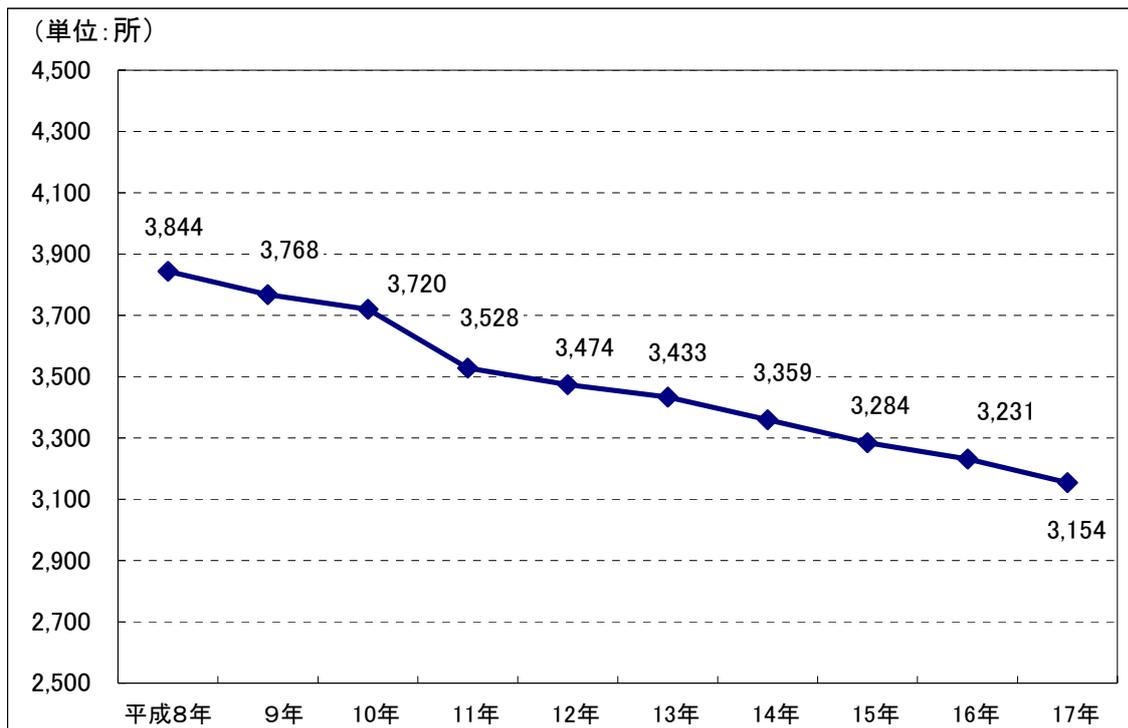
(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

資料8 医療施設に従事する医師数の推移（総数及び主たる診療科別）



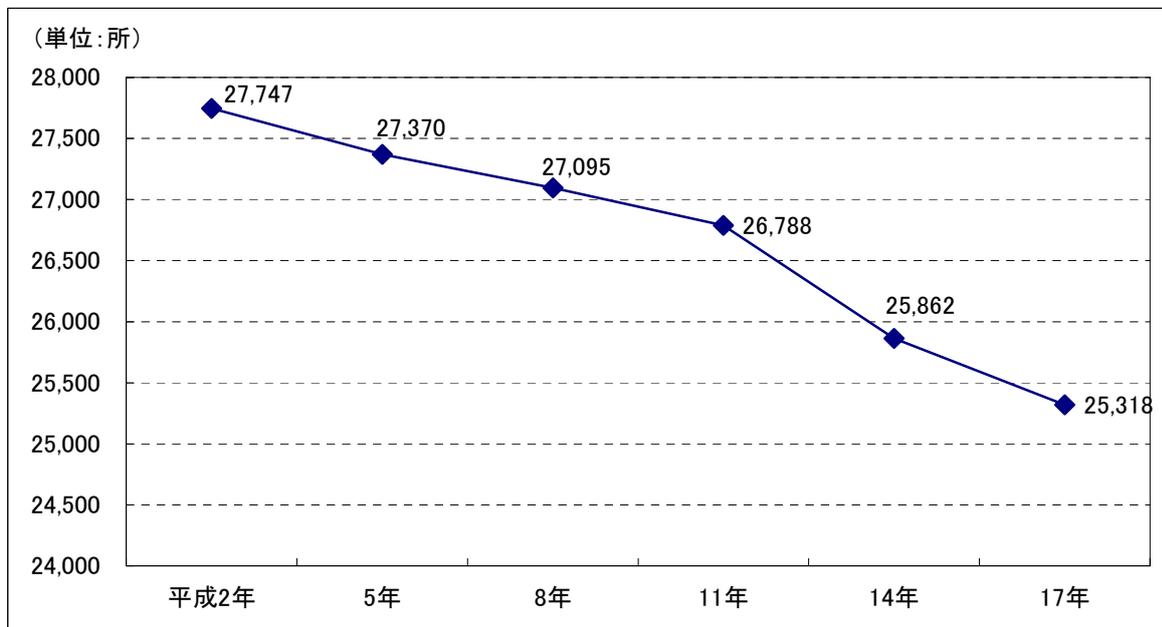
(注) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」に基づき、当省が作成した。

資料9 小児科を標ぼうする一般病院数の推移



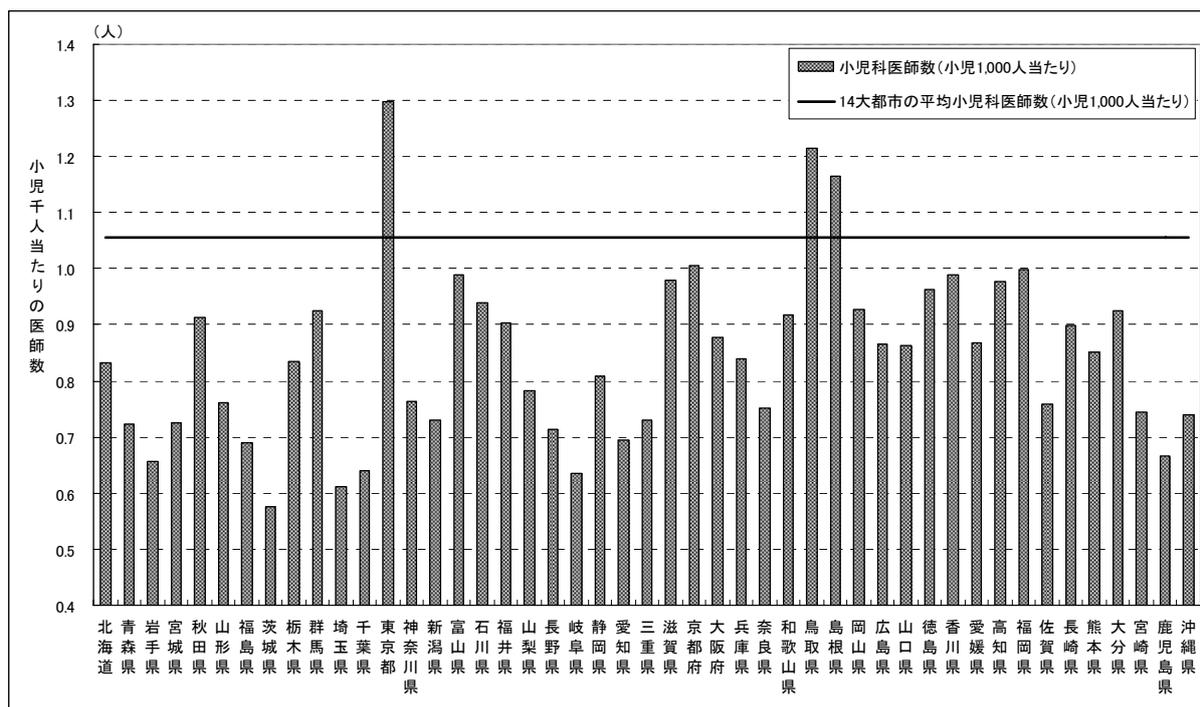
(注)「医療施設調査」に基づき、当省が作成した。

資料10 小児科を標ぼうする診療所数の推移



(注)「医療施設調査」に基づき、当省が作成した。

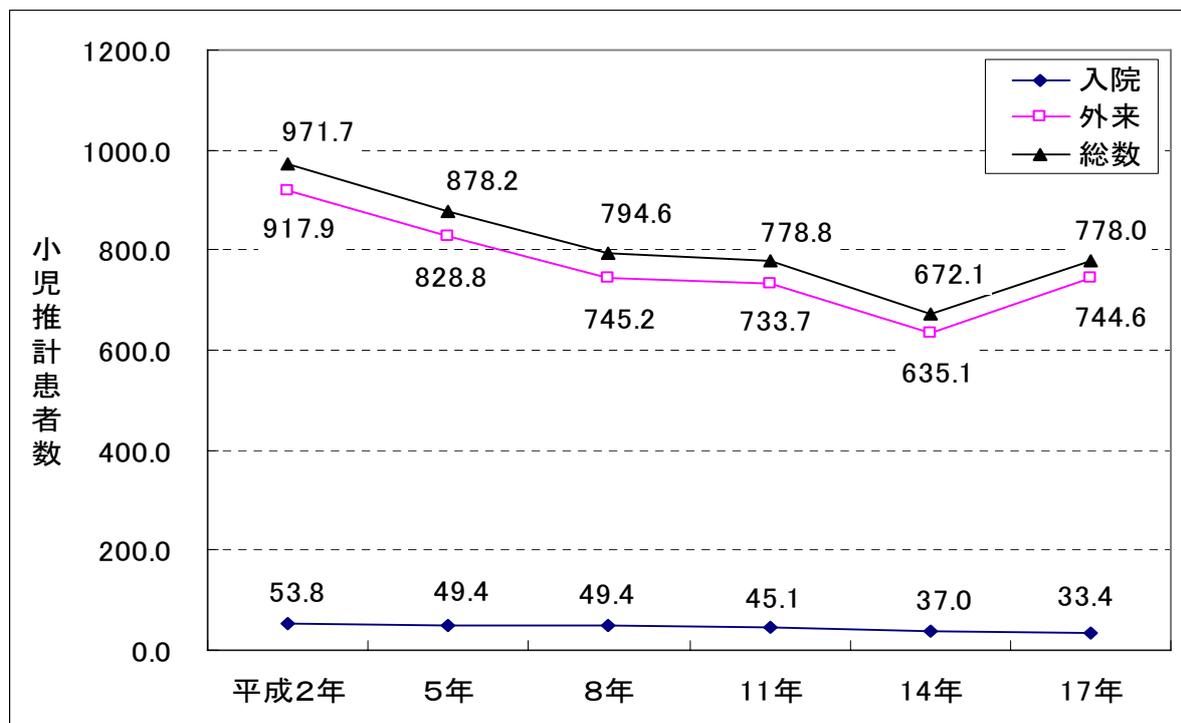
資料 11 都道府県別等の小児科医師数



- (注) 1 「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成16年)」及び「国勢調査(平成17年)」に基づき、当省が作成した。
- 2 14大都市とは、東京都特別区(23区)及び13政令指定都市(平成16年当時)である。

資料 12 小児推計患者数の推移

(単位：千人)



(注) 「患者調査」に基づき、当省が作成した。

資料 13 「医師確保総合対策」(平成 17 年 8 月 11 日地域医療に関する関係省庁連絡会議決定)(抜粋)

2 確保対策

(2) 医療計画制度の見直しを通じた医療連携体制の構築等

① 医療計画による実効性ある地域医療の確保・医療連携体制の構築(共通)

- 医療計画について、地域における医療機能の把握、数値目標の設定等を通じて実効性ある計画に見直すこととし、その中に、へき地医療・小児医療・周産期医療等の確保を具体的に位置づける。
- 新たな医療計画制度を通じ、医療機関間の連携・協力体制の具体化や、医療提供者の役割の明確化を図るなど、へき地医療対策・小児医療・周産期医療・救急医療対策といった主要な事業ごとに医療連携体制を構築する。
- (略)

② 医療資源の集約化・重点化の推進と地域内協力体制の整備(診療科)

- 地域において、医療機関や診療科の再編成・集約化を検討し、例えば小児科、産科など特定の診療科について、少人数で診療を行っている医療機関が散在している地域においては、医療対策協議会を活用することなどにより、地域における連携体制を構築した上で、効率的に診療機能をまとめるなど、医療資源の集約化・重点化を推進する。
- 夜間救急、小児医療など、病院の医師不足が深刻な診療分野に関し、診療所の医師の積極的参加による地域の連携・協力体制を構築する。

(4) 養成・研修課程における医師確保対策

④ 臨床研修における幅広い基礎的診療能力を持つ医師の養成(診療科)

- 卒後臨床研修制度において、すべての医師がプライマリ・ケアを中心に幅広く基本的な診療能力を身につけることにより、小児科・産婦人科、救急等での初期対応が可能となる医師の養成を推進する。

(7) 需給調整機能の強化と働き方の多様化への対応

④ 仕事と育児を両立できる就労環境の整備(共通・特に診療科)

- 医療従事者の子育てを理由とした退職の減少や、子育てを理由に退職した医師の復帰支援を図るため、子育てしながら働くことができる環境を整備(産休、育休代替要員の確保、保育の充実等)することを事業者働きかけるなどにより、小児科・産科等における診療に従事する医師の増加を図る。

(8) 医師の業務の効率化

③ 小児科医師以外の医師による小児の初期救急医療への参加(診療科)

- 小児初期救急診療ガイドブックの活用等により、小児科医師以外の医師に小児の初期救急医療への参加を促す。

(注) 下線は、当省が付した。

資料 14 「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について—小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進—」（平成 17 年 12 月 2 日地域医療に関する関係省庁連絡会議小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ取りまとめ）（抜粋）

II 小児科部門を有する病院の集約化・重点化について

1. 集約化・重点化に向けての基本的な考え方

(1) 取組の主体

小児部門を有する病院の医師の確保が困難な地域においては、前述の集約化・重点化に取り組む必要がある。その場合、地域医療の確保という観点から、都道府県が中心にならなければならない。具体的な検討や実行に当たっては、既存の地域医療対策協議会等を中長期的な検討や評価を含めて活用し、市町村、住民代表はもちろん、医師会、日本小児科学会、日本小児科医会、大学医学部等の関係者を加えるものとする。

(2) 対象病院

集約化・重点化の計画を策定するに当たっては、原則として公立病院を中心として、地域の実情に応じて他の公的な病院も対象とし、民間病院についても希望があれば、その対象とする。

(3) スケジュール

国は、平成 17 年末までに、新たな医療計画の作成指針に、地域の小児救急体制の確保を踏まえた、小児科部門を有する病院の集約化・重点化の考え方を示す。

都道府県は、この考え方に基づいて、地域の実情を十分に踏まえながら、集約化・重点化の必要性を検討し、当該都道府県としての実施の適否を決定の上、平成 18 年度末を目途に、その具体策を取りまとめるものとする。この具体策は、遅くとも平成 20 年度までに取りまとめる全体の医療計画の中に盛り込む。

2. 集約化・重点化計画の策定

前述のとおり、都道府県は、関係者の意見を踏まえて集約化・重点化の是非について検討を行い、その必要性が認められた場合には、集約化・重点化計画を策定するものとする。

都道府県が、集約化・重点化計画を策定するに当たっては、後述のように入院を必要とするレベルの医療が完結する圏域を設定した上で、「診療機能を集約化・重点化して分野別に特化した小児医療を含めた診療を担う病院」（以下 II において「連携強化病院」という。）と「必要に応じ連携強化病院に一定の機能を移転する病院」（以下 II において「連携病院」という。）とを設定することとする。

なお、都道府県内において高次機能を有し高度な小児医療を行うことのできる、「こども医療センター等の小児科に特化した病院や大学医学部附属病院クラスの病院」（以下「高次機能病院」という。）は、原則的には集約化・重点化の対象とはならないが、地域の小児医療を担う医療施設に対する支援を行う。

(1) 圏域における小児科の診療状況

当該都道府県内の医師確保が困難な地域について、小児医療の現状を把握し、集約化・重点化計画を策定するために入院を必要とするレベルの小児医療がおおむね完結するエリアとして、小児科の診療を行っている医療施設を中心とした診療状況を勘案した圏域を設

定する。

圏域は、関係者の協議の下、地域の人口や小児人口、地理的な要因、小児科医師数等の地域の実情を総合的に勘案して設定する。その際、必ずしも既存の医療圏にとられる必要はなく、例えば複数の二次医療圏から成る独自の圏域を設定してもよい。

(2) 連携強化病院

都道府県は、当該圏域において、連携病院と連携し特定の分野の小児医療も提供できる病院を設定する。

(略)

(3) 連携病院

都道府県は、当該圏域において、連携強化病院へ必要に応じて一定の機能を移転し、連携体制を構築する病院を設定する。

(略)

(4) 病院の集約化・重点化が実施された地域での医療機関相互の連携の在り方

① 小児救急医療

a) 休日夜間の初期救急

既存の休日夜間急患センター等を活用し、地域の診療所医師を中心に、連携病院の協力を得ながら、24時間体制で初期の小児救急を実施

b) 初期救急の後方支援

連携強化病院又は高次機能病院において24時間体制で後方病院としての機能が発揮できるよう、医療機関間の搬送について、ドクターカー、病院救急車、民間救急車、ドクターヘリ等のヘリコプターによる搬送体制を確保

② 医師派遣

高次機能病院は、連携強化病院、連携病院及び診療所へ医師を派遣

③ 研修・共同診療

高次機能病院は、連携強化病院、連携病院及び診療所の医師のための研修や共同診療の場を提供

資料 15 新医師確保総合対策(平成 18 年 8 月 31 日地域医療に関する関係省庁連絡会議決定)
のポイント

【医師数に関する全体状況】

- ① 日本全体の需給の見通し
平成 34 年(2022 年)に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要医師数が充足
* 医療施設従事の医師数の推移：平成 10 年 23.7 万人→平成 16 年 25.7 万人
(毎年 3,500~4,000 人程度純増)
医療施設従事の医師数の推計：平成 34 年 30.5 万人……バランス
- ② 地域間・診療科間あるいは病院・診療所間の問題状況
- ・ 地域間・診療科間の偏在問題がある。
 - * 地域間偏在：西高東低の傾向(対人口 10 万人)……東北地方平均 187.6 人
最高 徳島県 282.4 人 最低 埼玉県 134.2 人 全国平均 211.7 人
 - * 診療科間偏在：
 - ① 小児科：総数は増加【平成 10 年 13,989 人 平成 16 年 14,677 人】
小児 1 万人当たり数も増加【平成 10 年 7.3 人 平成 16 年 8.3 人】
 - ② 産科：総数は減少【平成 10 年 11,269 人 平成 16 年 10,594 人】
出生 1,000 人当たり数は横ばい【平成 10 年 9.4 人 平成 16 年 9.5 人】
 - ・ 病院勤務医の繁忙感が深刻化し、病院・診療所間で医師の偏在がある(今後偏在が拡大する可能性あり)
(例) 小児科医数の推移 [平成 10 年→平成 16 年]

勤務医	4.6%増	*ただし、[平成 14 年→平成 16 年]： <u>0.4%減</u>
開業医	5.3%増	
総数	4.9%増	

【近年の医師不足に関する指摘の背景(主なもの)】

医師の意識に起因

- 病院を辞め開業医が増加、さらに、特徴や魅力の乏しい病院の医師不足
特定の病院の診療科の激務や訴訟リスクに耐え難い
魅力あるキャリアパスを示す医療機関の選択が増加 など

大学を取り巻く環境の変化に起因

- ◆ 卒後臨床研修制度の実施(平成 16 年度～)
大学病院における若手医師の減少
(例)大学病院における研修医数
：H13(71.2%)→H18(44.7%)
- ◆ 大学における体制確保(平成 16 年度～)
国立大学の法人化や研修医への指導体制の確保のため、中堅医師等の確保

大学が従来のように地域の医療機関等からの医師紹介の要請に応じることが困難

【対 策】

短期的対応

19年度概算要求への反映

- 医局からの紹介に代わって、都道府県が中心となった医師派遣体制の構築
 - * 県中心に、大学、公的医療機関、地域の医療機関等が参画する協議会
 - * 取組例：県あるいは関係機関に医師をプールし、不足病院に派遣（長崎県）
- 国レベルでの病院関係者からなる中央会議設置により都道府県の医師派遣などの取組をサポート
 - * 主要メンバー：自治医大、公的医療機関（日赤、済生会 等）、大学病院
 - * 助言・指導→改善対策の提示→〔医師確保が極めて困難な場合〕緊急避難的医師派遣
- 小児救急電話相談事業（短縮ダイヤル「#8000」）の普及と充実
 - ①携帯電話からも、②深夜帯も
 - * 保護者から、子どもの容態が心配なときいつでも、電話相談を受け付け、医師や看護師が助言を行う→軽症患者の不安解消・病院への集中緩和
 - * 各県で実施（平成18年7月1日現在 31都道府県）
- 小児科・産科をはじめ急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり
集約化・重点化を都道府県中心に推進
（現状把握→平成18年内目標に集約化計画→医療計画に反映）
- 開業医の役割の明確化と評価
往診や夜間対応など、開業医の役割の明確化とそれに応じた評価の見直し
→軽症患者の不安解消・病院への集中緩和
- 分娩時に医療事故に遭った患者に対する救済制度の検討

長期的対応

- 医学部卒業生の地域定着
 - ① 都道府県による地域定着を条件とした奨学金の積極的活用（医学部における地域枠）
 - ② 医師不足深刻県における暫定的な定員増（医師養成の前倒しという趣旨から、地域定着が図られない場合の見直しを条件）
 - ③ 医師不足の都道府県への自治医科大学の暫定的な定員増

（注）厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

資料 16 医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号）－小児
医療関係－（抜粋）

第 4 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

四疾病及び五事業に係る医療連携体制については、それぞれ以下の機能に即して、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することが必要である。これにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

9 小児医療

小児の健康状態の相談を行う機能、在宅当番医制、休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等初期の小児救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする小児救急患者に医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な小児救急患者に救命医療を提供する機能（発症から外来での通院や入院を経て居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、小児救急医療の提供体制（在宅当番医制又は休日夜間急患センター・入院を要する救急医療機関・救命救急センター・病院間搬送・電話相談事業等）の状況、自治体立病院等の小児科に関する医療資源の集約化・重点化等）

（略）

小児医療については、小児科医師や看護師等による小児救急電話相談事業等による健康相談を支援する機能を充実させるとともに、診療所が当番制等により初期の小児救急医療を二十四時間体制で担うことを通じて、拠点となる病院が重症の小児救急患者に重点的に対応することを可能とする体制を構築することが必要である。

資料 17 「緊急医師確保対策について」（平成 19 年 5 月 31 日医師確保対策に関する政府・与党協議会決定）

医師確保対策については、平成 19 年度予算においても、その拡充を図り、新たな対策を進めている。しかしながら、全国各地の医師不足を訴える声は日増しに大きくなっている。その声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していかなければならない。

医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療に従事する方々が働きがいのある医療現場をつくっていけるよう、万全を期したい。

このため、「地域の医療が改善されたと実感できる」実効性のある更なる以下の緊急対策を講じる。

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。

4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。

5. 医療リスクに対する支援体制の整備

産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。

6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域卒の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

資料 18 「経済財政改革の基本方針 2007」（平成 19 年 6 月 19 日閣議決定）（抜粋）

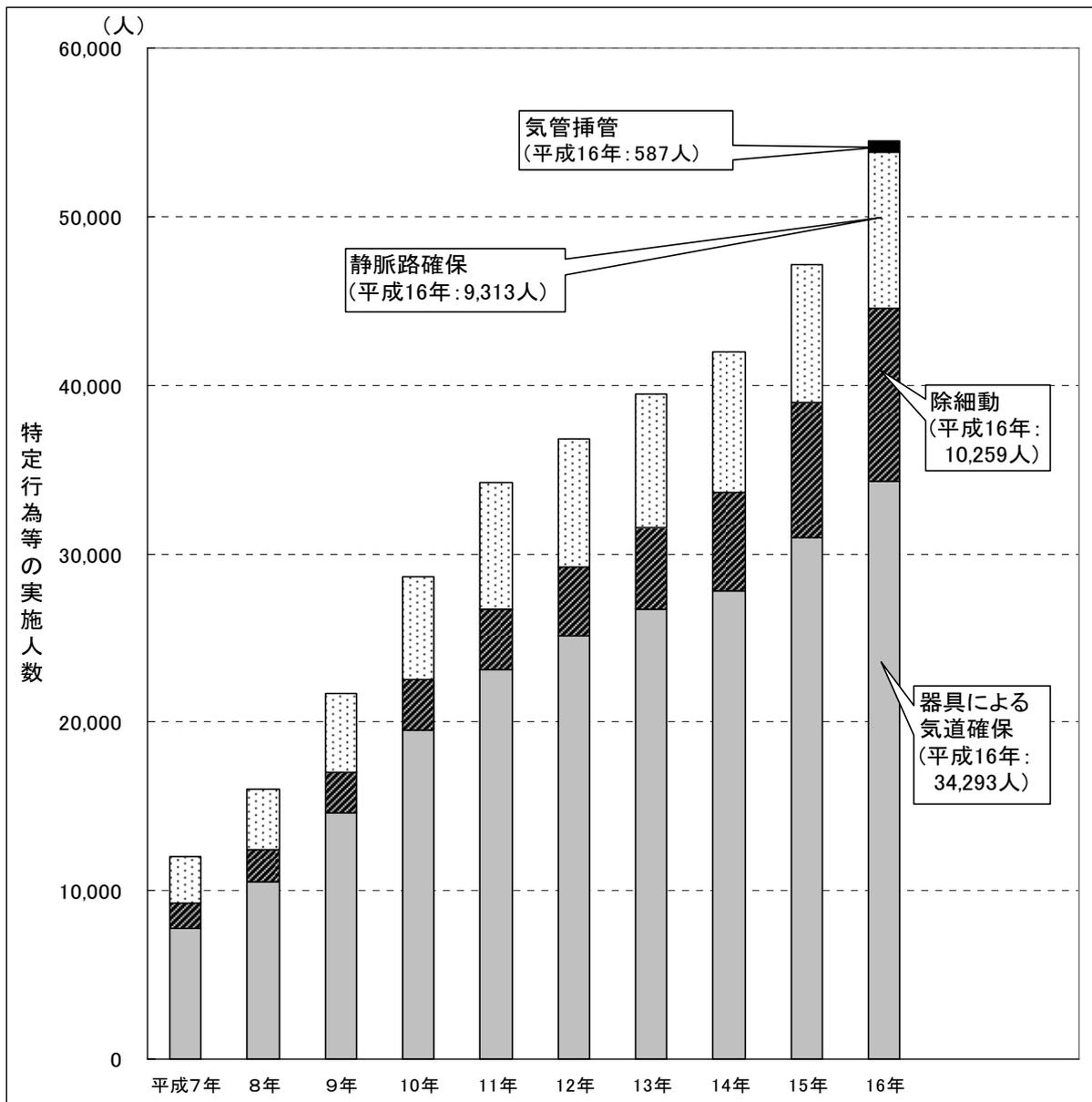
4 質の高い社会保障サービスの構築

【具体的手段】

(1) 医療・福祉等

- ・ 「緊急医師確保対策について」に基づき、医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備、女性医師等の働きやすい職場環境の整備、研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し、医療リスクに対する支援体制の整備、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進など、医師確保のための緊急対策に取り組む。

資料 19 特定行為等の実施状況



(注) 「救急・救助の現況」（総務省(消防庁)）に基づき、当省が作成した。

第3 行政評価・監視結果

1 母子保健対策等の推進

(1) 乳児及び新生児の死亡率の改善対策の推進

勸告	説明図表番号
<p>(制度の概要)</p> <p>少子化の進展、女性の社会進出による共働き世帯の増加など、近年、母子を取り巻く家庭環境や社会環境が大きく変化している中で、妊娠・出産から乳幼児期にわたり保健サービスを提供する母子保健対策は、子供を安心して産み育てるためにますます重要となっている。</p> <p>我が国の母子保健対策は、母子保健法（昭和40年法律第141号）等に基づき、思春期から妊娠、出産、育児期等を通じて一貫した総合的な取組が進められることを目指して、国及び地方公共団体によって各種施策が講じられてきているが、近年は、住民により身近なサービスを実現する観点から、市町村が中心となって行われている。同法では、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与することを目的とし（第1条）、国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に努めなければならないとされている（第5条）。また、同法に基づき、母子保健の向上に関する措置として、市町村による、妊産婦、乳幼児等に対する保健指導（第10条）、健康診査（第12条及び第13条）、訪問指導（第11条及び第17条）、国による調査研究の推進（第20条の3）等が実施されている。</p> <p>こうした取組等により、近年の我が国における乳児及び新生児の死亡率（いずれも出生1,000人当たりの死亡数。以下同じ。）は、世界最高水準の低さとなっているが、この水準を維持することの重要性が指摘されている。</p> <p>このようなことから、平成12年11月に、思春期における健康問題や親子の心の問題の拡大などの新たな課題や、小児医療、健康診査等の地域母子保健活動の水準の低下を防止する等、保健医療環境の確保についても対応すべき課題が存在していることを踏まえ、これらの課題について、21世紀の母子保健の取組の方向性を提示し、乳児及び新生児の死亡率の世界最高水準の維持等2010年までの目標を設定した「健やか親子21」（平成12年11月健やか親子21検討会）が策定され、その達成に向けて、関係者、関係機関・団体が一体となった国民運動が展開されている。</p> <p>(調査結果)</p> <p>今回、厚生労働省の「人口動態統計」を基に、乳児(注1)及び新生児(注2)の死亡率等について、平成8年から17年までの10年間における国全体及び47都道府県別の状況を調査した結果、次のとおり、国全体の死亡率は減少傾向となっているが、都道府県別では地域差が生じている。また、乳児及び新生児の死亡率が高いことが常態化している都道府県があるが、その原因分析等の対策が十分行われていない状況がみられた。</p> <p>なお、本調査においては、後述ウの母子保健に関する専門家の意見を踏まえ、平成8年から17年までの10年間の平均死亡率が国全体の平均死亡率よりも高く、かつ、毎年の死亡率も10年中7年以上国全体の死亡率を上回っている場合、これを「死亡率が高いことが常態化している」とみなすこととした。</p>	<p>表1-(1)-①</p>

(注1) 乳児とは、1歳に満たない者をいう（母子保健法第6条第2項）。
 (注2) 新生児とは、出生後28日を経過しない乳児をいう（母子保健法第6条第5項）。

ア 国全体の乳児及び新生児の死亡数（死亡率）の推移

国全体の乳児死亡数は、平成8年が4,546人であったが、以後減少傾向にあり、17年には2,958人となっている。また、乳児死亡率も乳児死亡数と同様に減少傾向にあり、平成8年の3.8から17年は2.8となっている。

また、乳児死亡数の約50%を占めている新生児死亡数は、国全体では、平成8年が2,438人であったが、以後は減少傾向にあり、17年には1,510人となっている。また、新生児死亡率も、新生児死亡数と同様に減少傾向にあり、平成8年の2.0から17年は1.4となっている。

表1-(1)-②

イ 都道府県別の乳児及び新生児の死亡率の状況

都道府県別の乳児及び新生児の死亡率について、平成17年における状況と平成8年から17年までの10年間の推移を調査した結果は、次のとおりである。

(ア) 平成17年における状況

平成17年における乳児及び新生児の死亡率をみると、次のとおり、地域差が生じており、最も高い都道府県は、最も低い都道府県と比べ、乳児死亡率で約2倍、新生児死亡率で約3倍となっている。

i) 乳児死亡率

乳児死亡率を都道府県別にみると、平成17年のデータでは、次表のとおり、国全体の死亡率（2.8）を上回っているのは19都道府県で、最も高いのは滋賀県（3.5）、次いで奈良県（3.4）等となっている。他方、国全体の死亡率以下となっているのは28都道府県で、佐賀県（1.7）が最も低く、次いで山形県（1.9）等となっている。滋賀県は佐賀県の約2倍となっている。

表1-(1)-③

表1 平成17年における都道府県別の乳児死亡率

区分	国全体の死亡率を上回っている都道府県の状況			国全体の死亡率以下となっている都道府県の状況			
	3.5～3.3	3.2～2.9	計	2.8	2.7～2.1	2.0～1.7	計
乳児死亡率							
都道府県数等	5都道府県 滋賀県 3.5 奈良県 3.4 栃木県 3.3 和歌山県 3.3 宮崎県 3.3	14都道府県	19都道府県	9都道府県	17都道府県	2都道府県 佐賀県 1.7 山形県 1.9	28都道府県

(注) 1 「人口動態統計」（厚生労働省大臣官房統計情報部）に基づき、本省が作成した。
 2 平成17年の国全体の乳児死亡率は2.8である。

ii) 新生児死亡率

新生児死亡率を都道府県別にみると、平成17年のデータでは、次表のとおり、国全体の死亡率（1.4）を上回っているのは19都道府県で、最も高いのは滋賀県（2.1）、次いで青森県（1.9）、岐阜県（1.9）及び徳島県（1.9）等となっている。他方、国全体の死亡率以下となっているのは28都道府県で、佐賀県（0.7）が最も低く、次いで和歌山県（0.9）等となっている。滋賀県は佐賀県の約3倍となっている。

表1-(1)-④

表2 平成17年における都道府県別の新生児死亡率

区分	国全体の死亡率を上回っている都道府県の状況			国全体の死亡率以下となっている都道府県の状況			
	2.1~1.8	1.7~1.5	計	1.4	1.3~1.0	0.9~0.7	計
新生児死亡率	2.1~1.8	1.7~1.5	計	1.4	1.3~1.0	0.9~0.7	計
都道府県数等	6都道府県 滋賀県 2.1 青森県 1.9 岐阜県 1.9 徳島県 1.9 栃木県 1.8 静岡県 1.8	13都道府県	19都道府県	8都道府県	18都道府県	2都道府県 佐賀県 0.7 和歌山県 0.9	28都道府県

(注) 1 「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき、当省が作成した。
2 平成17年の国全体の新生児死亡率は1.4である。

(イ) 平成8年から17年までの10年間における推移

平成8年から17年までの10年間における推移をみると、次のとおり、地域差が生じており、乳児及び新生児ともに死亡率が高いことが常態化している都道府県が8都道府県あり、そのうち4都道府県では乳児及び新生児の死亡率が高いことの原因分析等が行われていない。

i) 乳児死亡率の推移

乳児死亡率の推移を都道府県別にみると、10年間の平均死亡率が国全体の平均死亡率(3.3)を上回っているのは22都道府県で、最も高いのは沖縄県(4.0)、次いで徳島県(3.9)及び福井県(3.9)等となっている。他方、国全体の平均死亡率以下となっているのは25都道府県で、長野県(2.4)が最も低くなっている。沖縄県は長野県の約1.7倍となっている。

また、乳児死亡率が高いことが常態化している都道府県は、13都道府県ある。

表1-(1)-③

表3 平成8年から17年までの10年間における乳児死亡率

区分	国全体の10年間の平均死亡率を上回っている都道府県の状況				国全体の10年間の平均死亡率以下となっている都道府県の状況				
	3.8以上	3.7~3.6	3.5~3.4	計	3.3	3.2~3.1	3.0~2.9	2.8以下	計
都道府県数等	6都道府県 沖縄県 4.0 徳島県 3.9 福井県 3.9 栃木県 3.8 青森県 3.8 高知県 3.8	6都道府県	10都道府県	22都道府県	3都道府県	13都道府県	8都道府県	1都道府県 長野県 2.4	25都道府県
上記のうち、毎年 の死亡率が7 年以上その年の 国全体の死亡率 を上回っている ところ又は下回 っているところ	(10年) 栃木県 (9年) 滋賀県 (8年) 富山県、島根県、徳島県、福岡県、 宮崎県、鹿児島県、沖縄県 (7年) 石川県、福井県、佐賀県、長崎県 計13都道府県				(10年) 長野県、広島県 (9年) - (8年) 岩手県、静岡県 (7年) 宮城県、秋田県、茨城県、鳥取県、岡山県、 香川県 計10都道府県				

(注) 1 「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき、当省が作成した。
2 乳児の国全体の10年間の平均死亡率は3.3である。
3 ()内の年数は、国全体の死亡率を上回った年数又は下回った年数を表す。

ii) 新生児死亡率の推移

新生児死亡率の推移を都道府県別にみると、10年間の平均死亡率が国全体の平均死亡率(1.7)を上回っているのは26都道府県で、最も高いのは青森県(2.4)、次いで福井県(2.3)等となっている。他方、国全体の平均死亡率以下となっているのは21都道府県で、長野県(1.2)が最も低くなっている。青森県は長野県の約2倍となっている。

また、新生児死亡率が高いことが常態化している都道府県は、11都道府県ある。

表1-(1)-④

表4 平成8年から17年までの10年間における新生児死亡率

区分	国全体の10年間の平均死亡率を上回っている都道府県の状況				国全体の10年間の平均死亡率以下となっている都道府県の状況				
	2.3以上	2.2~2.0	1.9~1.8	計	1.7	1.6~1.5	1.4~1.3	1.2以下	計
新生児死亡率									
都道府県数等	2都道府県 青森県2.4 福井県2.3	7都道府県	17都道府県	26都道府県	10都道府県	8都道府県	2都道府県	1都道府県 長野県1.2	21都道府県
上記のうち、毎 年の死亡率が7 年以上その年の 国全体の死亡率 を上回っている ところ又は下回 っているところ	(10年) - (9年) 栃木県、富山県、長崎県 (8年) 青森県、滋賀県、徳島県、熊本県 (7年) 福井県、山梨県、福岡県、沖縄県 計11都道府県				(10年) 長野県 (9年) 岩手県、広島県 (8年) 茨城県、岡山県 (7年) 静岡県、大阪府、鹿児島県 計8都道府県				

(注) 1 「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき、当省が作成した。

2 新生児の国全体の10年間の平均死亡率は1.7である。

3 () 内の年数は、国全体の死亡率を上回った年数又は下回った年数を表す。

iii) 乳児及び新生児ともに死亡率が高いことが常態化している都道府県は8都道府県(栃木県、富山県、福井県、滋賀県、徳島県、福岡県、長崎県及び沖縄県)あるが、死亡率が高いことについて原因分析等が行われているのは4都道府県(富山県、滋賀県、徳島県及び沖縄県)である。

原因分析等を行っている4都道府県のうち、3都道府県(富山県、徳島県及び沖縄県)では、原因分析の結果に基づく所要の改善措置が講じられた結果、その後の乳児や新生児の死亡率の減少率は、国全体の減少率を上回っている。例えば、沖縄県の場合、平成9年度以降3年間にわたって乳児の死亡原因等の調査・分析と周産期(妊娠満22週から生後7日未満までの期間)に係る医療体制の在り方の検討を行っており、その結果、乳児死亡率は平成8年の5.1から17年の2.5へと減少し、減少率は51%、また、新生児死亡率は8年の3.0から17年の1.6へと減少し、減少率は47%となっている。ちなみに、同時期の国全体の乳児死亡率は、平成8年3.8、17年2.8で、減少率は26%、また、新生児死亡率は、8年2.0、17年1.4で、減少率は30%となっており、沖縄県の乳児死亡率及び新生児死亡率の減少率は、国全体の減少率を大きく上回っている。なお、滋賀県は、平成18年8月に周産期医療の実態調査を実施しているが、現時点では、調査を行って間もないことから、その効果の把握は困難である。

他方、死亡率が高いことについて原因分析等を行っていない4都道府県(栃木県、福井県、福岡県及び長崎県)では、行っていない理由について、分析・研究の手法が分からない、1都道府県だけのデータでの分析・研究には限界が

表1-(1)-⑤

ある、医療機関の協力が得られない等としている。

なお、鹿児島県では、乳児の死亡率が高いことが常態化しているが新生児の死亡率は高くないこと等から、乳児の死亡率が高い原因を分析し、所要の改善措置を講じた結果、その後の乳児死亡率の減少率は、国全体の減少率を上回っている。

ウ 上記のように乳児及び新生児の死亡率に都道府県で差がある等の状況について、当省が母子保健に関する複数の専門家（母子保健に関する研究所の研究者及び大学教授（小児科））の意見を聴取したところ、次のような指摘があった。

- ・ 乳児及び新生児の死亡率が、10年のうち7年以上国全体の死亡率よりも低い都道府県がある一方、7年以上国全体の死亡率よりも高い都道府県があるという状況は、乳児及び新生児の死亡率に都道府県間の差があると考えてよい。
- ・ 乳児及び新生児の死亡の原因を分析・研究し、その結果を医療機関等の現場で活用することにより死亡率を減少させることは非常に意味がある。
- ・ 死亡票（注3）を調査すれば、死亡した医療施設、死因、出生時体重等がわかるので、それを分析することにより、医療施設間のレベルを比較することも可能であり、改善対策を講ずることができる。

（注3） 死亡票とは、戸籍法（昭和22年法律第224号）による届出に基づき、市町村長が作成する人口動態調査票であり、死亡の原因や死亡した施設等が記載されている。

エ 厚生労働省は、乳児及び新生児の死亡率が都道府県の間で差があり、死亡率が高いことが常態化している都道府県があること等について、その原因分析等を行っていない。ただし、周産期の死亡率については、平成18年度から原因分析に着手している。

（所見）

したがって、厚生労働省は、乳児及び新生児の死亡率の改善対策を推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 乳児及び新生児の死亡率が高いことが常態化している都道府県があることを踏まえ、都道府県や医療機関等と連携してその原因分析等を行い、その結果を関係機関に情報提供するとともに、死亡率を改善させるための対応方策について検討すること。
- ② 乳児及び新生児の死亡率に係る原因分析等に関する効果的な取組事例を把握し、都道府県等に情報提供すること。

表1-(1)-⑥

(説明)

表 1 - (1) - ① 母子保健法 (昭和 40 年法律第 141 号) (抜粋)

(目的)
第 1 条 この法律は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与することを目的とする。
(国及び地方公共団体の責務)
第 5 条 国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に努めなければならない。
(保健指導)
第 10 条 市町村は、妊産婦若しくはその配偶者又は乳児若しくは幼児の保護者に対して、妊娠、出産又は育児に関し、必要な保健指導を行い、又は医師、歯科医師、助産師若しくは保健師について保健指導を受けることを勧奨しなければならない。
(新生児の訪問指導)
第 11 条 市町村長は、前条の場合において、当該乳児が新生児であつて、育児上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師又はその他の職員をして当該新生児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする。ただし、当該新生児につき、第 19 条の規定による指導が行われるときは、この限りでない。
2 前項の規定による新生児に対する訪問指導は、当該新生児が新生児でなくなった後においても、継続することができる。
(健康診査)
第 12 条 市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。
一 満 1 歳 6 か月を超え満 2 歳に達しない幼児
二 満 3 歳を超え満 4 歳に達しない幼児
2 前項の厚生労働省令は、健康増進法 (平成 14 年法律第 103 号) 第 9 条第 1 項に規定する健康診査等指針 (第 16 条第 4 項において単に「健康診査等指針」という。) と調和が保たれたものでなければならない。
第 13 条 前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。
(妊産婦の訪問指導等)
第 17 条 第 13 条の規定による健康診査を行った市町村の長は、その結果に基づき、当該妊産婦の健康状態に応じ、保健指導を要する者については、医師、助産師、保健師又はその他の職員をして、その妊産婦を訪問させて必要な指導を行わせ、妊娠又は出産に支障を及ぼすおそれがある疾病にかかっている疑いのある者については、医師又は歯科医師の診療を受けることを勧奨するものとする。
2 市町村は、妊産婦が前項の勧奨に基づいて妊娠又は出産に支障を及ぼすおそれがある疾病につき医師又は歯科医師の診療を受けるために必要な援助を与えるように努めなければならない。
(調査研究の推進)
第 20 条の 3 国は、乳児及び幼児の障害の予防のための研究その他母性並びに乳児及び幼児の健康保持及び増進のため必要な調査研究の推進に努めなければならない。

表 1 - (1) - ② 乳児及び新生児の死亡数・死亡率の推移

区分	年	平成 8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
乳児死亡数 (人)		4,546	4,403	4,380	4,010	3,830	3,599	3,497	3,364	3,122	2,958
乳児死亡率 (出生 1,000 人当たり)		3.8	3.7	3.6	3.4	3.2	3.1	3.0	3.0	2.8	2.8
新生児死亡数 (人)		2,438	2,307	2,353	2,137	2,106	1,909	1,937	1,879	1,622	1,510
新生児死亡率 (出生 1,000 人当たり)		2.0	1.9	2.0	1.8	1.8	1.6	1.7	1.7	1.5	1.4

(注) 当省が「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき作成した。

表 1 - (1) - ③ 都道府県別の乳児死亡率（出生 1,000 人当たりの乳児死亡数）の推移等

区分	平成 8年	9	10	11	12	13	14	15	16	17	10年 間の 平均	全国値よ り高い年	全国値と 同じ年	全国値よ り低い年
全 国	3.8	3.7	3.6	3.4	3.2	3.1	3.0	3.0	2.8	2.8	3.3	—	—	—
北 海 道	3.7	3.2	3.1	2.9	2.5	3.3	2.5	3.0	3.2	2.8	3.0	2	2	6
青 森 県	4.3	3.2	3.6	5.1	5.0	3.7	3.7	3.8	2.3	2.8	3.8	6	2	2
岩 手 県	3.1	3.1	3.1	3.3	2.3	2.4	3.9	2.9	2.6	3.2	3.0	2	0	8
宮 城 県	3.2	3.4	3.2	3.0	2.6	2.7	3.1	3.3	2.6	2.8	3.0	2	1	7
秋 田 県	3.4	2.6	3.6	3.5	2.6	3.0	2.4	4.0	2.4	2.2	3.0	2	1	7
山 形 県	3.7	2.9	3.7	3.4	4.3	2.9	3.1	2.9	2.7	1.9	3.2	3	1	6
福 島 県	4.8	4.2	3.2	2.8	4.3	3.2	2.9	3.5	2.9	2.4	3.5	6	0	4
茨 城 県	4.1	3.4	3.4	3.1	3.1	2.9	3.1	2.9	2.5	2.8	3.2	2	1	7
栃 木 県	4.5	3.8	3.9	4.5	3.9	3.3	3.3	3.5	3.6	3.3	3.8	10	0	0
群 馬 県	3.5	3.1	4.0	3.9	3.1	3.0	3.6	3.7	2.7	3.2	3.4	5	0	5
埼 玉 県	3.8	4.4	3.5	3.0	3.2	3.1	3.4	2.8	3.2	2.3	3.3	3	3	4
千 葉 県	3.3	3.7	3.6	3.0	3.2	3.0	2.8	2.9	2.7	2.9	3.1	1	3	6
東 京 都	3.8	3.9	3.6	3.3	3.5	3.0	2.9	3.0	2.6	2.7	3.2	2	3	5
神 奈 川 県	3.7	3.3	3.6	3.8	3.4	3.0	3.3	3.2	2.6	3.1	3.3	5	1	4
新 潟 県	4.2	3.8	3.9	3.4	2.8	3.5	3.3	2.8	2.9	2.7	3.4	6	1	3
富 山 県	4.7	4.0	4.3	3.5	4.1	3.1	3.2	3.1	2.8	3.2	3.6	8	2	0
石 川 県	3.7	3.4	5.1	4.1	2.8	3.5	3.9	3.7	3.1	3.0	3.6	7	0	3
福 井 県	4.9	6.1	2.9	3.4	3.7	4.6	3.9	3.4	3.3	2.8	3.9	7	2	1
山 梨 県	4.5	4.5	4.1	4.6	3.9	2.8	2.5	3.5	2.8	2.5	3.6	6	1	3
長 野 県	2.7	2.7	3.3	2.6	2.5	2.0	1.8	2.3	2.1	2.3	2.4	0	0	10
岐 阜 県	3.7	3.9	3.9	3.4	2.6	3.1	3.2	2.7	2.6	3.0	3.2	4	2	4
静 岡 県	3.3	3.3	3.0	3.1	2.7	2.4	2.7	3.2	2.5	3.1	2.9	2	0	8
愛 知 県	3.7	3.7	3.2	3.5	3.2	2.6	2.8	2.7	2.7	3.0	3.1	2	2	6
三 重 県	4.1	2.9	4.9	3.9	3.2	3.7	3.4	3.0	2.3	2.2	3.4	5	2	3
滋 賀 県	4.2	3.9	4.2	3.7	3.6	3.5	3.0	3.7	3.3	3.5	3.7	9	1	0
京 都 府	4.0	3.9	3.2	4.0	3.3	2.6	3.0	3.0	2.9	2.5	3.2	5	2	3
大 阪 府	3.6	3.2	3.6	2.9	2.9	3.2	3.1	2.7	3.1	2.6	3.1	3	1	6
兵 庫 県	4.0	3.5	3.6	3.2	3.5	3.3	2.6	2.9	2.6	2.8	3.2	3	2	5
奈 良 県	4.4	3.3	3.8	2.1	2.3	3.4	2.6	2.7	3.5	3.4	3.1	5	0	5
和 歌 山 県	2.7	4.4	3.4	2.9	2.7	3.4	2.6	3.0	2.6	3.3	3.1	3	1	6
鳥 取 県	3.6	5.0	2.8	2.2	2.3	3.2	1.9	2.0	2.7	3.0	2.9	3	0	7
島 根 県	5.0	3.5	4.2	4.1	2.5	3.5	3.2	3.4	2.9	3.2	3.6	8	0	2
岡 山 県	3.2	3.6	4.2	3.8	3.0	3.0	2.9	2.8	2.3	3.2	3.2	3	0	7
広 島 県	3.2	3.0	3.3	3.0	2.8	2.9	2.6	2.6	2.6	2.6	2.9	0	0	10
山 口 県	3.9	3.9	4.1	4.7	3.4	2.8	2.5	2.2	3.0	2.8	3.4	6	1	3
徳 島 県	3.4	5.4	4.5	4.8	3.6	4.4	3.5	2.9	3.1	3.0	3.9	8	0	2
香 川 県	3.2	4.2	2.6	2.5	3.2	2.4	2.5	2.6	2.5	2.8	2.9	1	2	7
愛 媛 県	4.4	4.2	4.4	3.7	2.9	2.3	2.6	2.9	2.8	2.8	3.3	4	2	4
高 知 県	3.5	5.0	3.7	4.1	4.6	4.8	2.5	2.2	4.9	2.5	3.8	6	0	4
福 岡 県	3.9	4.0	4.0	3.7	3.4	2.9	3.5	3.5	3.0	2.5	3.4	8	0	2
佐 賀 県	4.9	4.6	3.8	4.0	2.9	3.5	3.3	2.3	3.2	1.7	3.5	7	0	3
長 崎 県	3.6	3.9	3.7	3.8	3.2	3.3	3.2	3.7	3.3	2.7	3.5	7	1	2
熊 本 県	4.8	3.6	3.4	3.4	3.1	3.2	4.6	3.1	2.6	2.7	3.5	4	1	5
大 分 県	2.7	3.6	3.3	2.9	3.4	2.7	3.5	3.0	2.9	2.4	3.1	3	1	6
宮 崎 県	3.9	5.4	3.9	3.9	3.7	4.1	3.1	2.8	2.3	3.3	3.7	8	0	2
鹿 児 島 県	2.8	3.7	4.5	3.5	3.3	4.0	3.1	3.5	3.0	3.1	3.5	8	1	1
沖 縄 県	5.1	5.4	5.6	4.5	4.5	3.8	3.2	2.6	2.9	2.5	4.0	8	0	2

(注) 1 当省が「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき作成した。
 2 「10年間の平均」は、平成8年から17年までの乳児死亡数及び出生数を基に算出した。
 「10年間の平均」=10年間の乳児死亡数/10年間の出生数×1,000

表 1 - (1) - ④ 都道府県別の新生児死亡率（出生 1,000 人当たりの新生児死亡数）の推移等

区分	平成 8年	9	10	11	12	13	14	15	16	17	10年 間の 平均	全国値よ り高い年	全国値と 同じ年	全国値よ り低い年
全 国	2.0	1.9	2.0	1.8	1.8	1.6	1.7	1.7	1.5	1.4	1.7	—	—	—
北 海 道	1.9	1.8	1.8	1.6	1.4	1.8	1.3	1.7	1.8	1.6	1.7	3	1	6
青 森 県	2.6	1.5	2.1	3.5	3.6	2.2	2.5	2.6	1.5	1.9	2.4	8	1	1
岩 手 県	0.9	1.3	1.6	1.5	1.5	1.3	1.6	0.6	1.1	1.6	1.3	1	0	9
宮 城 県	1.7	1.8	1.6	1.8	1.4	1.5	1.8	1.8	1.5	1.2	1.6	2	2	6
秋 田 県	2.2	1.3	2.5	2.3	1.1	1.9	1.5	2.1	1.9	1.0	1.8	6	0	4
山 形 県	2.2	1.5	1.9	1.9	2.6	1.8	1.8	1.6	1.7	1.1	1.8	6	0	4
福 島 県	2.4	1.6	1.6	1.3	2.4	1.6	1.4	1.5	1.6	1.1	1.7	3	1	6
茨 城 県	2.2	1.6	1.6	1.3	1.4	1.5	1.6	1.6	1.0	1.4	1.5	1	1	8
栃 木 県	2.6	2.0	2.3	2.4	2.1	1.5	2.1	2.2	2.3	1.8	2.1	9	0	1
群 馬 県	1.5	1.4	2.2	1.6	1.8	1.7	2.3	2.4	1.5	1.7	1.8	5	2	3
埼 玉 県	1.9	2.3	1.8	1.5	1.6	1.6	2.0	1.6	1.5	1.0	1.7	2	2	6
千 葉 県	1.6	1.9	1.9	1.5	1.8	1.6	1.7	1.6	1.4	1.5	1.6	1	4	5
東 京 都	1.9	2.0	2.0	1.8	2.0	1.6	1.7	1.4	1.2	1.3	1.7	2	4	4
神 奈 川 県	2.3	1.8	2.0	2.2	2.1	1.5	1.8	1.8	1.3	1.7	1.9	6	1	3
新 潟 県	2.1	2.1	2.3	1.7	1.6	1.9	2.1	1.7	1.8	1.2	1.9	6	1	3
富 山 県	2.6	2.7	2.8	1.7	2.5	1.7	2.4	1.9	1.8	1.6	2.2	9	0	1
石 川 県	1.7	1.7	2.3	1.9	1.5	2.1	2.5	2.0	1.6	1.4	1.9	6	1	3
福 井 県	3.2	3.6	1.7	2.0	2.6	2.3	1.7	2.1	2.1	1.3	2.3	7	1	2
山 梨 県	2.7	2.5	2.3	3.0	1.9	1.1	1.9	1.9	1.2	1.0	2.0	7	0	3
長 野 県	1.2	1.5	1.7	1.3	1.5	1.1	0.7	1.1	1.2	1.1	1.2	0	0	10
岐 阜 県	1.6	2.1	2.4	2.3	1.5	1.5	1.4	1.5	1.6	1.9	1.8	5	0	5
静 岡 県	1.7	1.8	1.6	1.8	1.5	1.2	1.6	2.0	1.4	1.8	1.6	2	1	7
愛 知 県	2.0	2.0	1.7	1.8	1.9	1.5	1.4	1.4	1.3	1.5	1.6	3	2	5
三 重 県	2.7	1.4	2.7	2.1	1.6	1.8	2.0	1.6	1.0	1.2	1.8	5	0	5
滋 賀 県	2.3	2.0	2.6	2.6	1.6	2.1	1.3	2.1	2.2	2.1	2.1	8	0	2
京 都 府	2.3	2.2	1.9	2.3	1.9	1.2	1.5	1.8	1.4	1.7	1.8	6	0	4
大 阪 府	1.9	1.6	1.7	1.6	1.5	1.6	1.6	1.6	1.7	1.4	1.6	1	2	7
兵 庫 県	2.1	1.9	1.9	1.6	2.1	1.8	1.5	1.7	1.4	1.4	1.7	3	3	4
奈 良 県	2.6	1.9	2.1	0.9	1.4	2.0	1.5	1.2	1.5	1.4	1.7	3	3	4
和 歌 山 県	1.8	2.1	2.0	1.5	1.8	1.6	1.3	1.8	1.7	0.9	1.7	3	3	4
鳥 取 県	2.0	3.2	2.0	1.5	0.4	2.1	0.7	1.3	1.9	1.6	1.7	4	2	4
島 根 県	2.3	1.5	2.2	2.5	1.1	2.3	1.6	1.5	1.6	1.2	1.8	5	0	5
岡 山 県	1.6	1.7	2.0	1.9	1.1	1.5	1.4	1.2	0.7	1.2	1.4	1	1	8
広 島 県	1.6	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.4	1.5	0	1	9
山 口 県	1.7	2.4	2.4	2.3	1.8	1.5	1.6	1.6	1.2	1.3	1.8	3	1	6
徳 島 県	1.6	2.8	2.9	2.2	1.9	2.6	1.6	1.8	2.0	1.9	2.1	8	0	2
香 川 県	1.9	2.6	1.4	1.6	1.5	1.4	1.4	1.5	1.7	1.5	1.7	3	0	7
愛 媛 県	2.3	1.9	2.1	1.8	1.5	1.0	1.3	1.8	1.2	1.6	1.7	4	2	4
高 知 県	1.3	2.2	2.1	2.1	1.8	2.4	1.4	1.4	2.6	1.2	1.8	5	1	4
福 岡 県	2.5	2.1	2.2	2.1	1.7	1.8	1.8	2.1	1.4	1.3	1.9	7	0	3
佐 賀 県	3.1	3.3	2.3	2.0	1.5	1.6	1.7	0.8	1.3	0.7	1.9	4	2	4
長 崎 県	2.1	2.0	2.1	2.1	2.1	2.0	1.8	1.9	1.9	1.2	1.9	9	0	1
熊 本 県	2.8	1.5	2.0	2.0	1.9	2.1	3.0	2.0	1.7	1.5	2.0	8	1	1
大 分 県	1.9	2.3	1.6	1.2	1.8	1.6	2.5	2.1	1.5	1.4	1.8	3	4	3
宮 崎 県	2.0	3.3	2.1	2.1	1.6	1.9	1.6	1.6	1.2	1.4	1.9	4	2	4
鹿 児 島 県	1.1	1.4	2.2	1.5	1.1	1.6	1.3	2.0	1.4	1.1	1.5	2	1	7
沖 縄 県	3.0	2.9	2.6	2.3	2.4	2.2	1.5	1.5	1.0	1.6	2.1	7	0	3

(注) 1 当省が「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき作成した。
 2 「10年間の平均」は、平成8年から17年までの新生児死亡数及び出生数を基に算出した。
 「10年間の平均」=10年間の新生児死亡数/10年間の出生数×1,000

表 1 - (1) - ⑤ 都道府県における乳児や新生児の死亡率に関する原因分析等の実施概要

県名	実施時期、実施方法等	原因分析等結果の活用状況等	乳児や新生児の死亡率の改善状況
富山県	平成8年度から、新生児の死亡事例の原因分析等を、富山県周産期医療対策協議会（年1回）及び新生児死亡改善検討会（年2回）を開催して実施	<ul style="list-style-type: none"> 周産期保健医療報告書を作成し関係機関に配布 新生児の死亡事例の分析結果は、医療現場の活動に反映されるほか、母体や新生児の搬送に係る消防機関との連携体制の構築を推進 	<p>（平成8年→17年（減少率））</p> <p>乳児死亡率 4.7 → 3.2 (31.9%) （全国平均 3.8 → 2.8 (26.3%)）</p> <p>新生児死亡率 2.6 → 1.6 (38.5%) （全国平均 2.0 → 1.4 (30.0%)）</p>
滋賀県	平成18年度に、滋賀県の周産期、新生児及び乳児の死亡率が全国平均と比べ高いことから、その原因を究明し対策を講じるため、周産期救急医療機関の協力を得て、後期死産と乳児死亡状況を調査	原因分析のための調査が平成18年8月に行われたばかりであり、現時点ではその効果等は不明	
徳島県	平成10年度から、徳島県周産期医療検討会を開催し、周産期及び新生児の死亡率を始めとする周産期医療の現状と課題及び今後の在り方を検討	<ul style="list-style-type: none"> 平成12年3月に、報告書「徳島県における周産期医療体制のあり方について」が取りまとめられ、関係機関に配布 当該報告書では、基幹となる周産期母子医療センターの整備、母体と新生児の24時間搬送体制の構築等を提言 	<p>（平成12年→17年（減少率））</p> <p>乳児死亡率 3.6 → 3.0 (16.7%) （全国平均 3.2 → 2.8 (12.5%)）</p> <p>新生児死亡率 1.9 → 1.9 (0%) （全国平均 1.8 → 1.4 (22.2%)）</p>
沖縄県	<p>① 平成9年度 沖縄県母子保健医療実態調査を実施し、乳児・妊産婦死亡、周産期死亡・死産等の状況と産婦人科及び小児科病院等の施設設備の整備状況を調査分析</p> <p>② 平成10年度から11年度 次の調査を実施し、沖縄県周産期保健医療協議会で、乳児死亡率や低体重児出生率の高さを改善する方策を検討</p> <p>i) 総合的な周産期医療システムの整備に関する調査</p> <p>ii) 周産期医療に関する乳児死亡調査</p> <p>iii) 低体重児等出生要因調査</p>	<p>① 乳児及び新生児死亡率が高い原因（主な死因は呼吸障害、血管障害、感染症等）と、産科施設当たりの出生数の地域差や、医師の配置、NICUの不足等の問題を明らかにするとともに、それらへの対策の必要性を指摘</p> <p>② 平成11年度に、調査結果を「沖縄県における周産期医療体制のあり方について」として取りまとめ、関係機関に配布</p>	<p>（平成8年→17年（減少率））</p> <p>乳児死亡率 5.1 → 2.5 (51.0%) （全国平均 3.8 → 2.8 (26.3%)）</p> <p>新生児死亡率 3.0 → 1.6 (46.7%) （全国平均 2.0 → 1.4 (30.0%)）</p>
鹿児島県	<p>乳児死亡の要因となる小児事故防止及び低体重児出生に関する調査研究を次のとおり実施</p> <p>① 平成8年度から11年度に、小児の事故防止への介入研究（事故発生予防対策の検討）を実施</p> <p>② 平成12年度から13年度に、低体重児出生に関する調査を実施し、低体重児出生を減少させるための対応策や保健指導の重点内容等を検討</p>	<p>① 研究結果は「こんなにあった子どもの事故例」としてまとめ、関係機関や乳幼児のいる世帯に配布</p> <p>② 検討結果は小冊子「すてきな赤ちゃん」としてまとめ、保健所、産科医療機関に配備し低体重児が出生した家庭に配布</p>	<p>（平成13年→17年（減少率））</p> <p>乳児死亡率 4.0 → 3.1 (22.5%) （全国平均 3.1 → 2.8 (9.7%)）</p> <p>新生児死亡率 1.6 → 1.1 (31.3%) （全国平均 1.6 → 1.4 (12.5%)）</p>

（注）当省の調査結果による。

表 1 - (1) - ⑥ 有識者の意見

【母子保健に関する研究所の研究者】

- 乳児死亡率、新生児死亡率ともに、10年のうち、7年以上国全体の死亡率よりも低い都道府県がある一方、7年以上国全体の死亡率よりも高い都道府県があるといったような状況は、これらの率に都道府県間の差があると考えてよい。

【東京女子医科大学母子総合医療センター教授】

- 人口動態統計は、居住地統計であるため、妊婦が居住地である都道府県でなく、実家があるなどの別の都道府県で出産する場合があります、都道府県の状況を正確に反映していないというマイナス面もあるが、それを差し引いても信頼性がある。

10年間の平均死亡率で1番良い都道府県と1番悪い都道府県の格差が乳児死亡率で1.7倍、新生児死亡率で2倍というのは、大きな格差である。

また、新生児死亡は生後28日までの間だけで1年に約1,500人も存在しており多いと言える。乳児死亡率や新生児死亡の原因を分析・研究し、これらの減少につなげることは非常に意味がある。

特に乳児死亡及び新生児死亡のうち、「周産期に発生した病態」を死因とする死亡については、限りなくゼロに近づけることが可能だと考えている。

- 死亡票を調査すれば、死亡した医療施設、死因、出生児体重等が分かるので、それらを分析することにより、医療施設間のレベルを比較することも可能であり、改善対策を講ずることができる。

(注) 当省の調査結果による。

(2) 訪問指導及び健康診査の充実

勸告	説明図表番号
<p>(制度の概要)</p>	
<p>① 妊産婦の訪問指導</p>	
<p>近年、多胎児の増加や若年出産・高齢出産の増加に伴い、妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）や多胎妊娠など出産に当たり高いリスクが予想される妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。）が増加してきており、安心して子供を産み育てられる環境づくりの一環として、ハイリスク妊婦の早期把握と適切な母胎管理が重要となっている。</p>	<p>表1-(2)-① 表1-(2)-②</p>
<p>母子保健法では、妊産婦の健康診査を行った市町村の長は、その健康状態に応じ、保健指導を要する者については、医師、助産師、保健師等を訪問させて必要な指導を行わせるものとされている（第17条）。このため、厚生労働省は、都道府県知事等に対する「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」（平成8年11月20日付け児発第934号厚生省児童家庭局長通知）において、妊婦の健康診査の結果については、医療機関から市町村への連絡を密にするよう協力を求めるとともに、有所見者（健康診査の結果、保健指導等の所見が示された者）への保健指導の徹底を図ることを要請している。</p>	<p>表1-(2)-③ 表1-(2)-④</p>
<p>また、母子保健に関する平成22年までの国民運動の計画である「健やか親子21」において、保健所が中心となり、二次医療圏（注1）において医療機関と連携し、ハイリスク妊婦等について周産期から退院後のケアシステムの構築を行うことや、妊婦の出産や育児への不安を軽減するために母子健康手帳交付時からハイリスク妊婦等のケアを実施することとされている。</p>	<p>表1-(2)-⑤</p>
<p>（注1） 医療圏とは、地域の医療需要に対応して包括的な医療を提供していくための場であり、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るために都道府県が設定する地域的単位。類型として、二次医療圏（一般の入院医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位）及び三次医療圏（特殊な医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位）のほか、事業の種類ごとに設定された医療圏（小児救急医療圏等）がある。</p>	
<p>② 健康診査</p>	
<p>幼児の健康診査について、母子保健法では、市町村は、満1歳6か月を超え満2歳に達しない幼児（いわゆる1歳6か月児）及び満3歳を超え満4歳に達しない幼児（いわゆる3歳児）に対し、健康診査を行わなければならないとされている（第12条）。この健康診査の内容は、母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号）第2条により、1歳6か月児の健康診査（以下「1歳6か月児健診」という。）は身体発育状況、栄養状態、脊柱・胸郭・皮膚・歯・口腔の疾病及び異常の有無等の11項目について行い、3歳児の健康診査（以下「3歳児健診」という。）は1歳6か月児健診の11項目に2項目（眼の疾病及び異常の有無と、耳、鼻及び咽頭の疾病並びに異常の有無）を加えた13項目について行うこととされている。また、この健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならないとされている（第13条）。</p>	<p>表1-(2)-③</p>
<p>厚生労働省は、健康診査の適切な実施を推進する観点から、平成8年5月に都道府県等に対し、市町村の母子保健計画策定指針を定めた「母子保健計画の策定について」（平成8年5月1日付け児母発第20号厚生省児童家庭局母子保健課長通知）を発出し、市町村が定める母子保健計画（注2）において、1歳6か月児健診及び3歳児健診の標準受診率を90%以上とすることを要請している（注3）。</p>	<p>表1-(2)-④</p>

(注2) 「母子保健計画」は、平成17年度以降、次世代育成支援対策推進法(平成15年法律第120号)に基づき、市町村が策定する「市町村行動計画」の一部に組み込まれて運用されている。

(注3) 標準受診率を90%以上とする理由について、厚生労働省は、対象児が病気等により既に医療機関の診察を受けていること等から健診を受診しない者が約10%存在すると推定されるとの研究会での検討結果によるとしている。

また、厚生労働省は、特別な検査として、昭和52年以降、都道府県に対し、新生児に対する先天性代謝異常検査の実施を要請している。さらに、発達障害者支援法(平成16年法律第167号)第5条において、市町村は、母子保健法第12条及び第13条の健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならないとされたことから、厚生労働省は、平成17年4月に、都道府県等に対し「発達障害者支援法の施行について」(平成17年4月1日付け雇児母発第0401001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知)を发出し、母子保健法に規定される健康診査を行うに当たり、児童の発達障害の早期発見に十分留意するよう、市町村へ周知徹底することを要請している。

表1-(2)-④

このほか、上記「健やか親子21」や次世代を担う子供を育成する家庭を社会全体で支援するための「次世代育成支援に関する当面の取組方針」(平成15年3月14日少子化対策推進関係閣僚会議決定)においても、健康診査の充実方策として、妊産婦、乳児及び幼児の健康診査を休日に受けられる体制の整備、健康診査の精度や事後措置等の質の維持・向上、乳幼児に対する健康診査等の推進を図ることとされている。

表1-(2)-⑤

表1-(2)-⑥

(調査結果)

今回、妊産婦に対する訪問指導を効果的に行うためのハイリスク妊婦に対する訪問指導及び妊産婦や乳幼児に対する健康診査の実施状況について、24都道府県及び91市区を調査した結果、次のとおり、①ハイリスク妊婦を的確に把握する仕組みが整備されているのは一部の都道府県にとどまっている状況や、②ほとんどの市区において休日健診(休日に受けられる妊産婦、乳児及び幼児の健康診査のこと。以下同じ。)が実施されていない状況がみられた。

ア ハイリスク妊婦に対する訪問指導

(ア) 保健師がハイリスク妊婦に対する効果的な訪問指導を行うためには、妊婦の健康診査の結果について、医療機関から市町村への連絡の緊密化を図る必要がある。

しかし、ハイリスク妊婦を的確に把握するための医療機関から市町村への連絡体制の整備状況をみると、調査対象24都道府県中、3都道府県(石川県、香川県及び徳島県)では、医療機関と連携してハイリスク妊婦を把握し、訪問による保健指導を行う仕組みを整備し、訪問指導の実績を上げているが、21都道府県(88%)ではそのような仕組みは整備されていない。

表1-(2)-⑦

表1-(2)-⑧

当該仕組みを整備している3都道府県では、いずれも、多胎児の増加などによりハイリスク妊婦等が多くみられたことや、医師会や市町村からの要請があったことから当該仕組みを導入しており、その内容は、県内すべての市町村と産科・産婦人科医療機関の参加の下に、医師から連絡のあったハイリスク妊婦に対して保健福祉センターや保健所等の職員が訪問指導を行い、その結果を主治医に報告するものである。平成17年度のハイリスク妊婦の訪問指導実績は、石川県が36人、香川県が45人、徳島県が42人となっている。

ハイリスク妊婦に対する訪問指導について、厚生労働省は、妊婦の母胎管理は主として医療機関(産婦人科等)で行われているとして、都道府県又は市町村に対し、

<p>ハイリスク妊婦を的確に把握するための方策について特段の措置を講じていない。</p> <p>(イ) ハイリスク妊婦に対する訪問指導について、当省が母子保健に関する複数の専門家（母子保健に関する研究所の研究者及び大学教授（小児科医））の意見を聴取したところ、次のような指摘があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 分娩のほとんどが医療機関で行われている昨今の状況から、妊婦への指導は医療機関が行うことで十分といった風潮があるが、妊娠中に起こりやすい異常を予防し、妊婦自身と胎児の健康を維持していくためには、訪問指導が重要である。 ・ ハイリスク妊婦、例えば妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）の妊婦については、安静保持、適時の血圧測定、正しい生活習慣・栄養摂取など日常生活の過ごし方について保健師が適切に指導を行うことが重要である。 ・ ハイリスク妊婦に対する適時・的確な指導を行うためには、ハイリスク妊婦に必要な指導事項を医師が保健所等に情報提供するだけでなく、ハイリスク妊婦が保健所等との連絡を密にし、必要な指導を受けるよう医師が助言することも必要である。 	<p>表1－(2)－⑨</p>
<p>また、当省が実施した24都道府県の91市区の母子保健担当者に対するアンケート調査結果では、回答のあった168人のうち約4割の者（複数回答）が、妊産婦の訪問指導を行う上で期待する国の役割として、「都道府県や市町村の先進的取組事例や訪問指導の方法に関する情報提供」と「国立大学附属病院や国立病院の助産師等の訪問指導への参加の促進」を挙げている。</p>	<p>表1－(2)－⑩</p>
<p>イ 妊産婦及び乳幼児の健康診査</p> <p>母子保健法第12条では、市町村に対し1歳6か月児健診及び3歳児健診の実施義務が課されており、共働き世帯の増加や核家族化の進展を踏まえ、受診率を向上させるため、政府の方針として、休日健診の体制の整備が推進されている。また、妊産婦及び乳幼児に対する乳児の先天性股関節脱臼検査等の特別な検査の実施などにより、健康診査の質の維持・向上を図っていくことも重要である。</p>	
<p>今回、24都道府県及び91市区における休日健診及び特別な検査の実施状況を調査した結果、次のような状況がみられた。</p>	<p>表1－(2)－⑪ 表1－(2)－⑫</p>
<p>(ア) 1歳6か月児健診及び3歳児健診の実施状況（受診率）について、平成12年度から16年度までの間の平均を比較してみると、1歳6か月児健診の受診率は最高が97%、最低が76%でその差は21%、3歳児健診の受診率は最高が96%、最低が71%でその差は25%となっている。また、1歳6か月児健診で25市区（約27%）、3歳児健診で58市区（約64%）が90%未満の受診率となっている。</p>	<p>表1－(2)－⑬</p>
<p>(イ) 幼児の休日健診の実施状況をみると、休日健診が行われているのは1市（船橋市）で、90市区では実施されていない。</p> <p>また、幼児の休日健診の実施内容について、厚生労働省が行った調査研究の報告書（注4）で幼児の休日健診を行っているとして紹介された5市区（平日の健康診査に加えて休日健診を行っているものに限る。）及び船橋市の計6市区の状況を調査した結果は、次のとおりである。</p>	
<p>（注4） 「新しい時代に即応した乳幼児健診のあり方に関する研究」（平成18年3月。厚生労働省科学研究費補助金による子ども家庭総合研究事業の結果に基づく報告書）</p>	
<p>i) 1歳6か月児健診及び3歳児健診の両方について休日健診を行っているのは5市区（船橋市、荒川区、横須賀市、四日市市及び岡山市）で、3歳児健診の</p>	<p>表1－(2)－⑭</p>

<p>み休日健診を行っているのは1市（下松市）である。</p>	
<p>ii) 休日健診の導入前後の受診率を比較すると、1歳6か月児健診は6市区すべてで上昇しており、その上昇率は最低でも0.5%、最高で5.8%となっている。3歳児健診は3市区（荒川区、横須賀市及び岡山市）で上昇しており、その上昇率は最低でも0.9%、最高で2.7%となっている。</p>	表1-(2)-⑮
<p>iii) 休日健診の実施に要する経費や小児科医等の確保などの問題については、平日の健診実施回数を減らし、その分を休日健診に振り替えて対応したり（荒川区）、保健所の内科医を研修して対応させる（横須賀市）などの工夫が行われている。</p>	表1-(2)-⑭
<p>(ウ) 91市区における妊婦や乳幼児に対する健康診査の実施内容をみると、次のとおり、健康診査の質の維持・向上を図る観点から、県や市が独自に特別な検査を行っている市区がある。</p>	
<p>i) 特別な検査として、妊婦の甲状腺機能検査1市（札幌市）、乳児の胆道閉鎖症検査3県1市（茨城県、岐阜県、石川県及び札幌市）、乳児の先天性股関節脱臼検査10市（千葉市、松戸市、宇都宮市、小山市、鹿沼市、前橋市、高崎市、吉野川市、鳴門市及び阿南市）、乳児の神経芽細胞腫検査1市（札幌市）、5か月児腎臓検診1市（延岡市）の5種類が行われている。</p>	表1-(2)-⑯
<p>ii) 発達障害者支援法の施行に伴い行うこととされた幼児の健康診査時の発達障害検査について、臨床心理士等の専門家に依頼して精神発達診査を行っているところが4市（徳島市、鳴門市、阿南市及び吉野川市）ある。</p>	表1-(2)-⑰
<p>(エ) 1歳6か月児健診及び3歳児健診について、厚生労働省は、都道府県又は市町村に対し、当該健診の受診率を向上させるための方策等について特段の措置を講じていない。ただし、厚生労働省は、休日健診を行った結果受診率が向上した等のデータがあれば、市町村に情報提供することも検討するとしている。また、特別な検査として都道府県や市町村等に情報提供した実績は、1件（新生児マスキューニングの手法の研究結果）あるとしている。</p>	
<p>(オ) 当省が実施した24都道府県の91市区の母子保健担当者に対するアンケート調査結果では、1歳6か月児健診について回答のあった163人及び3歳児健診について回答のあった168人のうち、いずれも約4割の者（複数回答）が、1歳6か月児健診や3歳児健診を行う上で期待する国の役割として、「国立大学附属病院や国立病院の小児科医の乳児健診への参加の促進」と「都道府県や市町村の先進的取組事例や健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」を挙げている。</p>	表1-(2)-⑱
<p>（所見）</p>	
<p>したがって、厚生労働省は、妊産婦に対する訪問指導や妊産婦及び乳幼児に対する健康診査の充実を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p>	
<p>① 都道府県等に対し、医療機関との連携を進め、医師が把握したハイリスク妊婦の情報を保健所等に連絡したり、医師からハイリスク妊婦に保健所等の指導を受けるよう助言するなど、ハイリスク妊婦を的確に把握・指導する仕組みの整備を推進するよう助言すること。</p>	
<p>② 休日健診の実施など幼児健診の受診率の向上に資する効果的な取組事例や妊産婦や乳幼児に対する健康診査の内容の充実に資する多様な検査の実施事例等を収集・分析し、市町村に提供すること。</p>	

(説明)

表 1 - (2) - ① 母の年齢別、出生数及び出生率の推移

(単位：人、%)

年 年齢		平成 7	12	15	16	17
		15～19 歳	出生数	16,075	19,729	19,532
	出生率	3.9	5.4	5.8	5.7	5.2
	指数	100	138.5	148.7	146.2	133.3
20～24 歳	出生数	193,514	161,361	142,068	136,486	128,135
	出生率	40.4	39.9	38.2	37.4	36.6
	指数	100	98.8	94.6	92.6	90.6
25～29 歳	出生数	492,714	470,833	395,975	370,220	339,328
	出生率	116.1	99.5	90.7	88.5	85.3
	指数	100	85.7	78.1	76.2	73.5
30～34 歳	出生数	371,773	396,901	408,585	415,903	404,700
	出生率	94.5	93.5	87.1	87.5	85.6
	指数	100	98.9	92.2	92.6	90.6
35～39 歳	出生数	100,053	126,409	139,489	150,222	153,440
	出生率	26.2	32.1	33.9	35.7	36.1
	指数	100	122.5	129.4	136.3	137.8
40～44 歳	出生数	12,472	14,848	17,478	18,790	19,750
	出生率	2.8	3.9	4.6	4.9	5.0
	指数	100	139.3	164.3	175.0	178.6
45～49 歳	出生数	414	396	402	483	564
	出生率	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	指数	100	100	100	100	100

(注) 1 当省が厚生労働省「人口動態統計」に基づき作成した。

2 「指数」は、平成 7 年の出生率を 100 とした場合の各年の数値である。

3 出生率とは、女子人口 1,000 人当たりの出生数である。

表 1 - (2) - ② 複産児数の出生割合の推移

(単位：人、%)

区分	年	平成 7	12	15	16	17
出生総数		1, 187, 064	1, 190, 547	1, 123, 610	1, 110, 721	1, 062, 530
複産児数		20, 468	23, 621	24, 810	25, 157	24, 130
出生総数に占める割合		1. 7	2. 0	2. 2	2. 3	2. 3
指数		100	117. 6	129. 4	135. 3	135. 3

(注) 1 厚生労働省「人口動態統計」に基づき、当省が作成した。

2 「指数」は、平成 7 年の出生総数に占める割合を 100 とした場合の各年の数値である。

表 1 - (2) - ③ 妊産婦や乳幼児に対する保健指導及び健康診査に関する法令

<p>○ 母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）（抜粋）</p> <p>（国及び地方公共団体の責務）</p> <p>第 5 条 国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に努めなければならない。</p> <p>（健康診査）</p> <p>第 12 条 市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。</p> <p>一 満 1 歳 6 か月を超え満 2 歳に達しない幼児</p> <p>二 満 3 歳を超え満 4 歳に達しない幼児</p> <p>2 前項の厚生労働省令は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 9 条第 1 項に規定する健康診査等指針（第 16 条第 4 項において単に「健康診査等指針」という。）と調和が保たれたものでなければならない。</p> <p>第 13 条 前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。</p> <p>（妊産婦の訪問指導等）</p> <p>第 17 条 第 13 条の規定による健康診査を行った市町村の長は、その結果に基づき、当該妊産婦の健康状態に応じ、保健指導を要する者については、医師、助産師、保健師又はその他の職員をして、その妊産婦を訪問させて必要な指導を行わせ、妊娠又は出産に支障を及ぼすおそれがある疾病にかかっている疑いのある者については、医師又は歯科医師の診療を受けることを勧奨するものとする。</p> <p>2 市町村は、妊産婦が前項の勧奨に基づいて妊娠又は出産に支障を及ぼすおそれがある疾病につき医師又は歯科医師の診療を受けるために必要な援助を与えるように努めなければならない。</p> <p>（調査研究の推進）</p> <p>第 20 条の 3 国は、乳児及び幼児の障害の予防のための研究その他母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進のため必要な調査研究の推進に努めなければならない。</p>

○ 母子保健法施行規則（昭和 40 年厚生省令第 55 号）（抜粋）

（健康診査）

第 2 条 母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号。以下「法」という。）第 12 条の規定による満 1 歳 6 か月を超え満 2 歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に掲げる項目について行うものとする。

- 一 身体発育状況
- 二 栄養状態
- 三 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- 四 皮膚の疾病の有無
- 五 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
- 六 四肢運動障害の有無
- 七 精神発達の状況
- 八 言語障害の有無
- 九 予防接種の実施状況
- 十 育児上問題となる事項
- 十一 その他の疾病及び異常の有無

2 法第 12 条の規定による満 3 歳を超え満 4 歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に掲げる項目について行うものとする。

- 一 身体発育状況
- 二 栄養状態
- 三 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- 四 皮膚の疾病の有無
- 五 眼の疾病及び異常の有無
- 六 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
- 七 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
- 八 四肢運動障害の有無
- 九 精神発達の状況
- 十 言語障害の有無
- 十一 予防接種の実施状況
- 十二 育児上問題となる事項
- 十三 その他の疾病及び異常の有無

○ 発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）（抜粋）

（児童の発達障害の早期発見等）

第 5 条 市町村は、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。

表 1 - (2) - ④ 妊婦に対する訪問指導、健康診査の実施に関する通達等

- 「母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について」（平成 8 年 11 月 20 日付け児発第 934 号厚生省児童家庭局長通知）（抜粋）

別添 母性、乳幼児の健康診査及び保健指導に関する実施要領

- I 母性の健康診査及び保健指導要領

- 第 4 妊娠時の母性保健

- 3 保健指導

- (10) 健康診査の結果については、医療機関から市町村への連絡を密にするよう協力を求めるとともに、有所見者への保健指導の徹底を図ること。

- 「母子保健計画の策定について」（平成 8 年 5 月 1 日付け児母第 20 号厚生省児童家庭局母子保健課長通知）（抜粋）

(別添) 市町村における母子保健計画策定指針

- 7 母子保健計画の内容

- (3) サービスの目標

- ウ 各事業の標準の設定

- 各事業の標準事業量については、以下の内容によるほか、別紙「市町村における母子保健事業に係る実施回数等の標準値の算定について」を参考として定められたい。

- (別紙) 市町村における母子保健事業にかかる実施回数等の標準値の算定について

- 3 健康診査

- (3) 1 歳 6 か月児健康診査及び 3 歳児健康診査

- ア 標準健康診査受診率

- 標準健康診査受診率は 90%以上とする。

- 「先天性代謝異常検査等の実施について」の廃止について（平成 13 年 3 月 28 日付け雇児発第 170 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）

標記の「先天性代謝異常検査等の実施について」（昭和 52 年 7 月 12 日児発第 441 号厚生省児童家庭局長通知）については、平成 12 年度限りで廃止する。

なお、この廃止は、先天性代謝異常検査費が平成 13 年度に一般財源化され、所要の財源について地方交付税措置されることに伴うものであるが、この事業の意義と重要性は従前のおりであるので、今後とも事業内容に低下を来たすことがないようお願いする。

- 「発達障害者支援法の施行について」（平成 17 年 4 月 1 日付け雇児母発第 0401001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知）

「母子保健法」（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する健康診査を行うに当たり、児童の発達障害の早期発見に十分留意するよう、管内市町村に周知徹底するとともに、引き続き適切な健康診査の実施を図っていただくようお願いいたします。

表 1 - (2) - ⑤ 「健やか親子 21」(平成 12 年 11 月健やか親子 21 検討会)(抜粋)

<p>第 2 章 主要課題</p> <p>第 2 節 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援</p> <p>3 具体的な取組</p> <p>(1) 妊娠・出産の安全性と快適さの確保</p> <p>イ 地域保健・産業保健</p> <p>(ア) 地域保健</p> <p><u>妊婦の出産・育児の不安を軽減するために、母子健康手帳交付時からのハイリスク者のケアを実施する。</u></p> <p>第 3 節 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備</p> <p>3 具体的な取組</p> <p>(1) 地域保健</p> <p>ア 健康診査等</p> <p>乳幼児期の健康診査は、精度や事後措置などについて、住民のニーズを踏まえ、質の維持・向上を図っていく。</p> <p>第 4 節 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減</p> <p>3 具体的な取組</p> <p>(1) 子どもの心と育児不安対策</p> <p>ア 地域保健</p> <p>乳幼児の集団健康診査は、疾患や障害の発見だけでなく親子関係、親子の心の状態の把握ができるように、そして育児の交流の場として、話を聞いてもらえる安心の場として活用するように健康診査のあり方を見直す。また、<u>共働き夫婦や父親が参加しやすいよう休日に健康診査を受けられるような体制の整備を図る。</u></p> <p>育児不安や子どもの心の問題がある場合の身近な相談の場として小児科医や心理職による個別相談の実施や、親同士や親子等のグループ活動に対する支援を保健所や市町村において行う。</p> <p><u>さらに保健所が中心となり、二次医療圏において医療機関と連携し、ハイリスク集団に対する周産期から退院後に向けてケアシステムの構築を行う。</u></p>
--

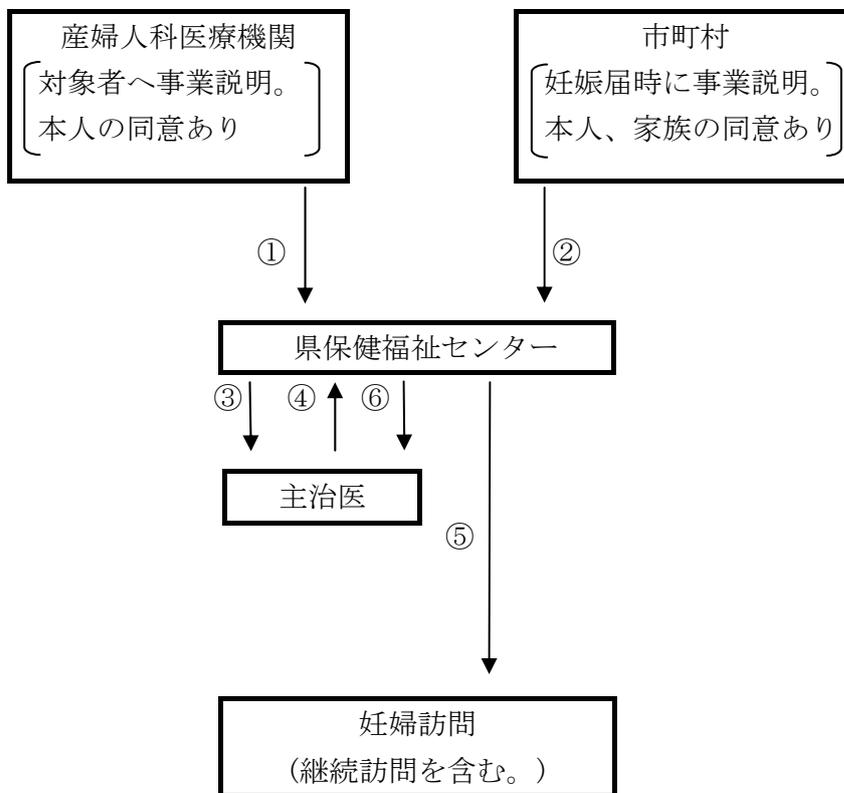
(注) 下線は、当省が付した。

表 1 - (2) - ⑥ 「次世代育成支援に関する当面の取組方針」(平成 15 年 3 月 14 日少子化対策推進関係閣僚会議決定)(抜粋)

<p>4 基本的な施策</p> <p>(2) 子育てしているすべての家庭のために</p> <p>ア 地域の様々な子育て支援サービスの充実とネットワークづくり等の推進</p> <p>(カ) 障害の原因となる疾病の予防等を図るとともに、障害児及びその家族への支援を推進する。</p> <p>障害の原因となる疾病等の適切な予防及び早期発見・治療の推進を図るため、妊産婦、乳幼児に対する健康診査や学校における健康診断等を推進する。</p>

表 1 - (2) - ⑦ ハイリスク妊婦を把握するための仕組み

健やか妊娠育児支援強化事業フローチャート（抜粋）
（石川県の例）



(説明)

- ① 県保健福祉センターは、多胎、若年、慢性疾患等を抱えている妊婦について、医療機関から情報提供を受ける。
- ② 県保健福祉センターは、多胎、若年、慢性疾患等を抱えている妊婦について、市町村から情報提供を受ける。
- ③ 県保健福祉センターは、主治医の同意を得て、報告の協力を依頼する。
- ④ 県保健福祉センターは、主治医からの報告により、妊娠経過や疾病の有無等を把握する。
- ⑤ 県保健福祉センターは、市町村と連携しながら、家庭訪問等による保健指導を実施する。
- ⑥ 県保健福祉センターは、主治医へ訪問結果の報告を行う。

(注) 石川県の資料により、当省が作成した。

表 1 - (2) - ⑧ 妊産婦、未熟児に対する訪問指導の実施状況

都道府県	事業の概要				
石川県	事業名	健やか妊娠育児支援強化事業（ハイリスク妊娠等支援事業）			
	開始年度	平成 13 年度			
	経緯等	<p>（経緯）多胎児の増加などにより、ハイリスク妊婦が多くみられるため（あい路と対応方策）新たな費用負担が発生。医療機関からの協力が得られなかった。 → 新たな予算措置を講じた。地元医師会や医療機関などに対し積極的に協力を要請した。</p>			
	目的・実施内容	<p>多胎妊婦や若年妊婦等は、妊娠中の健康管理のみならず、出産後の育児においても困難が伴いやすい。そこで、これらの妊婦に対し、医療機関、市町、保健福祉センターの連携により、妊娠の早期から出産後の育児に至る経過を支援することにより、保護者の育児不安の軽減と子供の健やかな成長を促すことを目的に、保健指導及び家庭訪問指導を実施する。</p>			
	対象者	産婦人科医、保健福祉センターの相互連携のもと多胎妊婦、若年妊婦等ハイリスク妊婦及び、新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と判定された乳児			
	実施状況	（単位：人、％）			
		区分	平成 15 年度	16 年度	17 年度
ハイリスク妊婦数		26	24	36	
訪問指導実施数		26	24	36	
訪問指導率	100	100	100		
(注) 県内すべての市町と産科・産婦人科医療機関が参加 (19 市町：52 医療機関)					
香川県	事業名	ハイリスク妊婦・産婦（ ^{じょく} 褥婦）・ハイリスク新生児継続看護			
	開始年度	平成 16 年度			
	経緯等	<p>（経緯）多胎児の増加などにより、ハイリスク妊婦が多くみられるため。周産期医療協議会からの要請があったため。 （あい路と対応方策）特になし</p>			
	目的・実施内容	<p>医療機関と地域が連携をとり、ハイリスク妊産婦・新生児・未熟児に対して、母子関係成立のための支援が行えるよう、また、長期療養児等の疾患の状態及び療育の状況を把握し、その状況に応じた適切な療育指導が行えるよう、継続看護体制の充実、強化を図る。</p>			
	対象者	ハイリスク妊婦・産婦（褥婦）・ハイリスク新生児			
	実施状況	（単位：人、％）			
		区分	平成 16 年度	17 年度	
ハイリスク妊婦数		41	45		
訪問指導実施数		41	45		
訪問指導率	100	100			
(注) 1 ハイリスク妊婦数には、産婦も含んでいる。 2 県内すべての市町村と産科・産婦人科医療機関が参加 (17 市町村：50 医療機関)					

徳島県	事業名	周産期における医療と保健・福祉が連携した子育て支援	
	開始年度	平成 16 年度	
	経緯等	(経緯) 市町村や保健所からの要望があったため (あい路と対応方策) 新たな費用負担が発生。医療機関からの協力が得られなかった。 → 新たな予算措置を講じた。地元医師会や医療機関などに対し積極的に協力を要請した。	
	目的・実施内容	妊娠・出産・育児期を通して、未熟児や養育上支援を必要とする親子を早期に把握し、フォローしていくために、医療機関等と地域保健が連携し、早期から子育てを支援する母子保健医療情報提供システムを構築する。	
	対象者	医療機関、助産所が「養育上問題があり、地域での早期支援が必要なハイリスク親子」とみなした者	
	実施状況	(単位：人、%)	
	区分	平成 16 年度	17 年度
	ハイリスク妊婦数	73	45
	訪問指導実施数	68	42
	訪問指導率	93.2	93.3
	(注) 1 ハイリスク妊婦数には、産婦も含んでいる。 2 県内すべての市町村と産科・産婦人科医療機関が参加 (24 市町村：32 医療機関)		

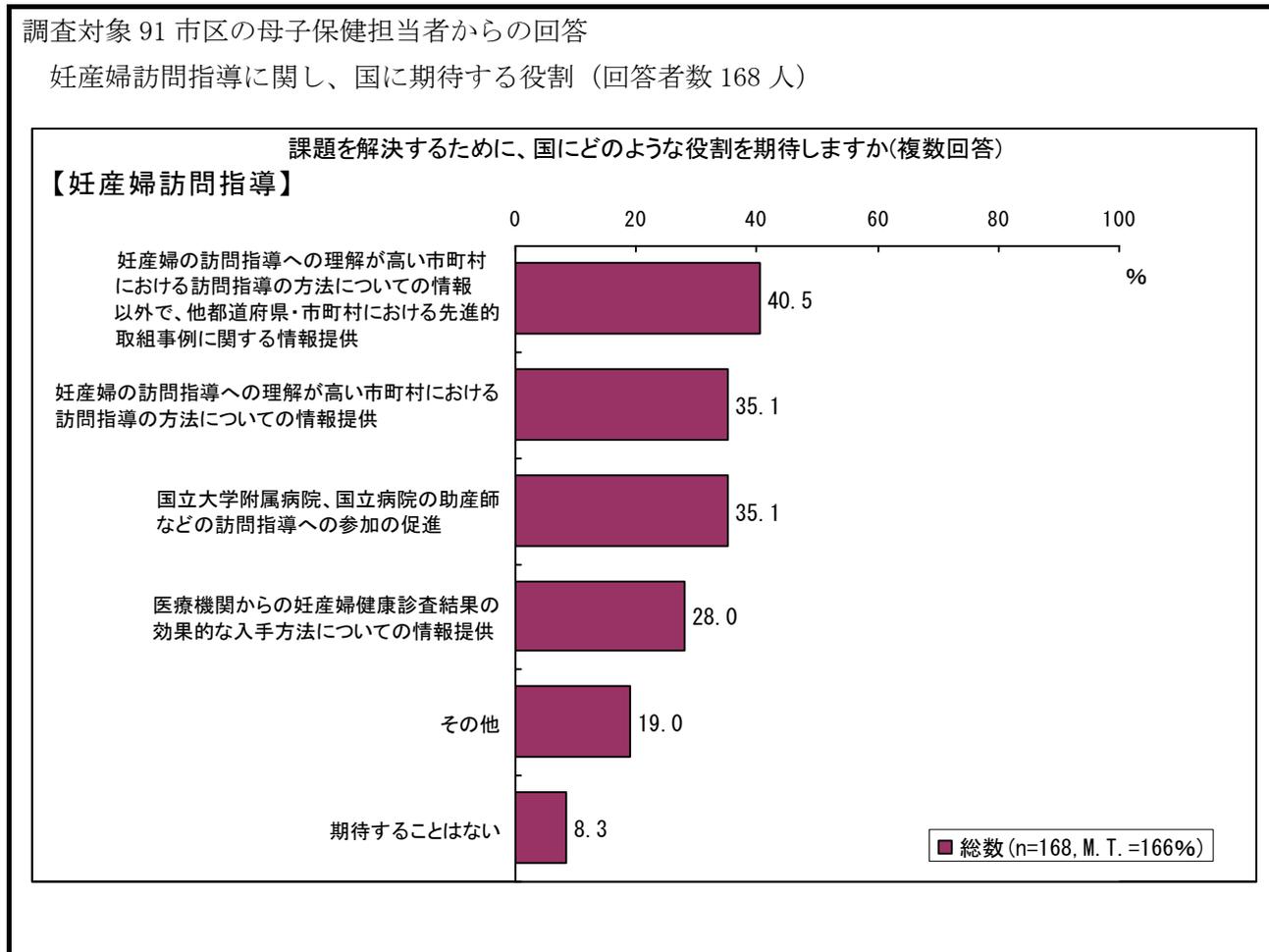
(注) 当省の調査結果による。

表 1- (2) - ⑨ ハイリスク妊婦に対する保健指導に関する有識者の意見

<p>【母子保健に関する研究所の研究者】</p> <p>○ 現在、医療機関での分娩が 99.8%であり、医療機関からの指導のみで十分といった風潮が医療機関側、市町村側双方で強まっており、また、新生児への訪問指導が中心となっているのが現状であるが、妊婦に対する訪問指導は大事。市町村のマンパワーの問題もあるので、開業助産師や勤務していない保健師・助産師等に委託して妊婦に対する訪問指導を実施することも一つの方法である。</p> <p>【実践女子大学生生活科学部教授】</p> <p>○ 重要なものとしては、多胎のコントロールと妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）など母体のコントロールが上げられる。妊娠中毒症の場合は、安静にすること、適時の血圧測定、正しい生活習慣、正しい栄養摂取などが重要。これらについての保健師の妊婦に対する指導は重要で、より一層充実してほしい。</p> <p>○ ハイリスク妊婦に対する適時・的確な指導を行うためには、医師がハイリスク妊婦に必要な指導事項を保健所等に情報提供するだけでなく、医師がハイリスク妊婦に対し保健所等との連絡を密にし、必要な指導を受けるよう助言することも必要である。</p>
--

(注) 当省の調査結果による。

表 1 - (2) - ⑩ 小児医療対策に関するアンケート調査結果（妊産婦訪問指導）（抜粋）



(注) 1 当省の調査結果による。

2 「n」は回答者数を、「M. T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数 (n) で割った比率をそれぞれ表す。

表 1 - (2) - ⑪ 調査対象市区における幼児の健康診査の受診状況（平成 12 年度から 16 年度までの平均受診率）〈総括表〉

区分	調査対象市区数	左のうち、受診率 90%未満の市区数	受診率が最も高い市区の受診率 a	受診率が最も低い市区の受診率 b	差 (a - b)
1 歳 6 か月児健診	91 市区	25 市区 (27.4%)	97.3%	75.9%	21.4%
3 歳児健診	91 市区	58 市区 (63.7%)	96.1%	71.1%	25.0%

(注) 当省が 24 都道府県の 91 市区を調査した結果による。

表 1 - (2) - ⑫ 調査対象市区における 1 歳 6 か月児健診の受診率の推移〈個表〉

(単位：%)

調査対象市区	平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	平均値
a 1 市区	89.8	89.4	91.3	89.1	87.1	89.3
a 2 市区	93.5	94.4	93.0	95.0	96.8	94.5
a 3 市区	89.5	88.6	90.3	92.3	93.0	90.7
a 4 市区	75.6	78.1	79.1	78.9	83.4	79.0
b 1 市区	92.8	93.4	93.4	94.0	94.2	93.6
b 2 市区	91.4	95.3	91.3	94.9	93.9	93.4
b 3 市区	91.3	94.0	89.3	91.3	89.4	91.1
b 4 市区	91.6	92.4	92.9	93.7	87.1	91.5
c 1 市区	97.0	96.4	96.0	96.4	97.2	96.6
c 2 市区	94.8	95.4	96.0	96.5	95.4	95.6
c 3 市区	97.4	96.3	98.6	99.1	93.4	97.0
c 4 市区	89.9	91.3	93.0	93.9	94.7	92.6
d 1 市区	—	—	90.1	91.2	89.9	90.4
d 2 市区	93.4	93.8	94.0	93.1	92.1	93.3
d 3 市区	91.8	92.0	92.6	92.5	93.1	92.4
d 4 市区	93.3	92.8	94.3	94.5	91.8	93.3
e 1 市区	87.0	85.3	89.5	86.7	82.8	86.3
e 2 市区	86.0	86.8	89.1	89.4	89.3	88.1
f 1 市区	—	92.8	94.2	95.9	92.4	93.8
f 2 市区	—	—	93.7	94.8	95.2	94.6
f 3 市区	—	—	93.5	94.1	94.0	93.9
f 4 市区	—	—	94.2	94.4	94.4	94.3
g 1 市区	92.6	92.7	91.1	93.6	—	92.5
g 2 市区	94.8	98.1	95.8	96.9	96.3	96.4
g 3 市区	84.3	83.4	83.1	85.6	90.2	85.3
g 4 市区	93.9	97.0	96.0	96.3	95.8	95.8
h 1 市区	90.3	91.2	91.2	91.4	91.0	91.0
h 2 市区	95.7	94.6	95.9	94.8	97.2	95.6
h 3 市区	91.7	91.6	94.5	92.8	92.0	92.5
h 4 市区	88.4	88.6	91.8	89.9	92.2	90.2
i 1 市区	—	—	—	89.3	91.9	90.6
i 2 市区	—	83.3	82.9	82.5	80.3	82.3
i 3 市区	92.9	93.1	91.4	94.2	93.5	93.0
i 4 市区	88.1	88.8	88.7	87.5	88.5	88.3
j 1 市区	92.8	93.0	93.8	94.1	94.3	93.6
j 2 市区	92.3	91.9	93.8	94.3	93.0	93.1
j 3 市区	90.7	91.9	93.7	93.1	92.8	92.4
j 4 市区	85.9	87.3	87.4	87.4	90.6	87.7

k 1 市区	92.8	94.6	95.6	96.0	95.2	94.8
k 2 市区	96.6	96.9	97.8	96.8	95.8	96.8
k 3 市区	—	—	92.6	92.5	93.5	92.9
k 4 市区	92.8	94.0	94.2	95.7	95.4	94.4
l 1 市区	94.9	95.4	96.4	95.2	95.5	95.5
l 2 市区	97.5	95.3	96.2	94.9	94.6	95.7
m 1 市区	79.8	78.6	80.6	81.9	83.7	80.9
m 2 市区	92.1	90.7	91.9	92.1	93.3	92.0
m 3 市区	94.3	97.7	95.1	96.2	94.5	95.6
m 4 市区	88.1	91.4	91.9	88.9	91.1	90.3
n 1 市区	79.6	81.8	83.5	86.3	87.7	83.8
n 2 市区	—	—	94.2	95.2	94.7	94.7
n 3 市区	89.8	90.0	90.8	91.2	90.1	90.4
n 4 市区	91.1	93.7	95.3	93.5	93.3	93.4
o 1 市区	94.8	98.4	96.3	97.1	93.1	95.9
o 2 市区	93.7	95.7	97.3	94.5	95.2	95.3
o 3 市区	97.0	98.6	97.8	96.9	96.4	最高值 97.3
p 1 市区	93.5	94.2	95.4	96.6	96.8	95.3
p 2 市区	89.6	90.0	91.6	91.8	92.2	91.0
p 3 市区	92.3	92.6	95.7	94.2	93.8	93.7
p 4 市区	96.0	97.8	95.9	97.2	95.2	96.4
q 1 市区	80.9	89.1	89.5	88.1	89.9	87.5
q 2 市区	91.4	91.1	92.0	93.5	93.0	92.2
q 3 市区	93.5	92.7	93.3	93.1	91.5	92.8
q 4 市区	90.3	88.3	92.7	91.4	86.5	89.8
r 1 市区	87.2	89.1	89.8	90.5	90.3	89.4
r 2 市区	89.4	89.0	89.5	89.3	89.8	89.4
r 3 市区	92.2	91.5	95.5	93.5	95.2	93.6
r 4 市区	82.4	83.5	81.9	79.6	83.9	82.3
s 1 市区	90.0	91.6	95.1	94.2	93.8	92.9
s 2 市区	94.0	93.9	93.0	96.4	96.0	94.7
s 3 市区	95.9	97.6	92.6	94.5	98.9	95.9
s 4 市区	92.9	91.5	92.9	92.0	94.5	92.8
t 1 市区	87.5	86.6	87.5	88.9	87.8	87.7
t 2 市区	—	91.0	93.3	92.6	93.1	92.5
t 3 市区	87.8	90.5	84.4	91.4	87.7	88.4
t 4 市区	—	—	93.4	91.7	93.6	92.9
u 1 市区	94.1	92.3	93.5	94.0	93.4	93.5
u 2 市区	91.8	96.3	91.5	93.9	96.1	93.9
u 3 市区	92.8	95.9	94.8	97.1	92.2	94.6

u 4 市区	86.0	90.9	86.6	88.6	92.6	88.9
v 1 市区	90.0	92.6	93.9	93.3	92.8	92.6
v 2 市区	84.2	88.2	86.9	87.2	91.3	87.6
v 3 市区	80.2	83.5	84.0	87.8	88.8	84.9
v 4 市区	90.6	91.7	89.2	95.8	92.0	91.9
w 1 市区	90.4	93.0	93.6	93.4	93.1	92.7
w 2 市区	76.8	79.6	82.5	85.9	89.4	82.8
w 3 市区	86.9	88.1	85.8	90.2	94.9	89.2
w 4 市区	81.1	85.1	79.9	83.8	84.2	82.8
x 1 市区	92.4	90.8	89.4	92.0	91.4	91.2
x 2 市区	75.2	77.3	76.6	72.7	78.1	最低値 76.0
x 3 市区	89.6	93.4	93.4	94.0	92.6	92.6
x 4 市区	87.5	86.9	87.2	83.2	86.2	86.2
受診率 90%以上の市区数						66 市区
受診率 90%未満の市区数						25 市区

- (注) 1 当省の調査結果による。
- 2 表中の「-」は、実績を把握できなかったものである。
- 3 「平均値」は、平成 12 年度から 16 年度までの 5 年間の受診率の平均である。
- 4 網掛けは、「平均値」が 90%以上であることを表す。

表 1 - (2) - ⑬ 調査対象市区における3歳児健診の受診率の推移〈個表〉

(単位：%)

調査対象市区	平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	平均値
a 1 市区	86.0	87.9	87.6	86.7	87.1	87.1
a 2 市区	91.1	90.9	89.8	91.6	91.1	90.9
a 3 市区	87.5	84.1	85.9	87.2	87.5	86.4
a 4 市区	77.4	83.5	80.8	80.9	81.7	80.9
b 1 市区	84.1	84.6	85.6	86.6	85.9	85.4
b 2 市区	87.2	85.5	89.2	91.0	88.6	88.3
b 3 市区	91.5	94.1	91.9	91.5	89.8	91.8
b 4 市区	95.6	91.8	93.6	97.6	94.6	94.6
c 1 市区	93.0	94.0	94.3	93.0	95.6	94.0
c 2 市区	92.4	92.2	91.5	91.2	91.8	91.8
c 3 市区	95.0	94.8	94.9	94.7	96.9	95.3
c 4 市区	88.1	85.3	87.8	89.8	90.2	88.2
d 1 市区	—	—	79.4	80.1	79.3	79.6
d 2 市区	87.9	89.4	89.6	90.0	89.9	89.4
d 3 市区	87.7	89.0	87.2	88.9	87.1	88.0
d 4 市区	89.0	90.9	91.1	89.5	88.2	89.7
e 1 市区	78.0	83.9	78.6	82.3	86.0	81.8
e 2 市区	84.2	84.9	86.8	85.7	85.2	85.4
f 1 市区	—	88.0	91.9	88.6	85.5	88.5
f 2 市区	—	—	91.1	90.8	89.6	90.5
f 3 市区	—	—	91.3	93.1	90.6	91.7
f 4 市区	—	—	92.3	90.3	92.8	91.8
g 1 市区	92.9	92.7	90.8	94.5	—	92.7
g 2 市区	91.1	93.2	94.4	94.8	95.1	93.7
g 3 市区	72.5	68.0	67.5	67.2	80.4	最低値 71.1
g 4 市区	95.0	96.2	94.6	95.1	94.6	95.1
h 1 市区	87.4	87.8	87.8	87.9	88.2	87.8
h 2 市区	87.3	86.6	88.0	88.7	87.2	87.6
h 3 市区	86.8	87.9	86.9	89.1	88.9	87.9
h 4 市区	80.9	80.8	81.1	83.1	81.6	81.5
i 1 市区	—	—	—	87.2	88.7	88.0
i 2 市区	—	91.5	90.8	89.7	89.0	90.3
i 3 市区	89.5	91.7	91.7	91.7	93.5	91.6
i 4 市区	85.9	84.7	85.8	87.4	83.9	85.5
j 1 市区	89.8	91.2	91.8	92.5	93.2	91.7
j 2 市区	87.8	88.6	88.7	88.2	89.5	88.6
j 3 市区	90.6	86.6	84.9	86.1	86.0	86.8

j 4 市区	84.1	84.9	88.2	86.6	86.2	86.0
k 1 市区	89.4	88.7	89.4	90.2	89.5	89.4
k 2 市区	95.1	94.9	96.8	95.5	94.1	95.3
k 3 市区	—	—	90.5	89.6	89.2	89.8
k 4 市区	87.4	88.9	89.5	91.5	91.4	89.7
l 1 市区	93.4	94.6	93.4	95.0	94.0	94.1
l 2 市区	94.2	93.6	95.1	95.2	95.2	94.7
m 1 市区	89.3	88.9	89.4	87.3	89.2	88.8
m 2 市区	92.1	91.6	92.0	91.3	91.3	91.7
m 3 市区	92.8	95.4	94.2	96.2	98.2	95.4
m 4 市区	88.8	92.3	89.7	91.1	89.2	90.2
n 1 市区	68.6	71.9	73.4	76.1	78.9	73.8
n 2 市区	—	—	87.1	86.9	87.4	87.1
n 3 市区	69.7	71.7	75.4	78.1	75.4	74.1
n 4 市区	85.7	86.5	86.7	85.8	89.3	86.8
o 1 市区	94.4	94.8	93.9	97.8	91.3	94.4
o 2 市区	93.1	96.6	94.8	95.2	96.6	95.3
o 3 市区	92.9	96.7	96.6	97.5	96.4	96.0
p 1 市区	87.8	87.9	89.7	90.6	89.1	89.0
p 2 市区	89.9	91.7	92.9	92.7	92.4	91.9
p 3 市区	85.2	88.1	87.9	88.0	89.3	87.7
p 4 市区	96.4	94.0	95.9	96.7	95.5	95.7
q 1 市区	82.3	82.6	82.6	82.5	82.1	82.4
q 2 市区	89.5	83.5	84.1	84.7	81.6	84.7
q 3 市区	88.2	91.0	89.7	91.1	88.4	89.7
q 4 市区	81.5	80.6	81.3	83.5	82.0	81.8
r 1 市区	71.3	74.5	76.1	76.4	77.1	75.1
r 2 市区	84.0	82.4	83.6	83.4	83.5	83.4
r 3 市区	88.8	86.9	87.0	88.3	89.0	88.0
r 4 市区	73.5	72.3	77.1	74.2	71.3	73.7
s 1 市区	86.5	89.4	90.3	93.9	95.0	91.0
s 2 市区	91.1	92.0	93.0	91.4	93.9	92.3
s 3 市区	97.1	92.0	96.4	98.8	96.2	最高值 96.1
s 4 市区	93.3	93.5	82.9	88.0	86.8	88.9
t 1 市区	77.9	76.2	80.2	80.2	82.6	79.4
t 2 市区	—	86.0	86.1	87.3	89.3	87.2
t 3 市区	80.2	78.1	79.0	84.4	82.1	80.8
t 4 市区	—	—	90.9	90.4	92.7	91.3
u 1 市区	90.7	89.9	90.6	89.8	91.4	90.5
u 2 市区	90.7	89.4	89.3	88.2	87.7	89.1

u 3 市区	89.3	86.8	87.6	91.6	85.4	88.1
u 4 市区	88.6	86.7	84.9	88.8	91.5	88.1
v 1 市区	87.9	89.8	90.3	91.9	91.3	90.2
v 2 市区	76.0	81.7	78.5	85.4	80.3	80.4
v 3 市区	83.3	81.5	82.1	84.0	84.8	83.1
v 4 市区	90.4	90.9	91.2	92.2	91.7	91.3
w 1 市区	87.4	86.9	85.9	87.6	89.6	87.5
w 2 市区	74.2	76.6	74.6	80.1	80.6	77.2
w 3 市区	77.8	80.3	83.0	82.0	79.3	80.5
w 4 市区	74.6	82.8	81.2	77.6	73.7	78.0
x 1 市区	84.8	82.1	82.4	86.5	84.9	84.1
x 2 市区	79.8	77.7	76.8	77.0	75.9	77.4
x 3 市区	90.8	91.0	88.3	88.4	90.8	89.9
x 4 市区	84.0	86.1	86.6	80.2	85.0	84.4
受診率 90%以上の市区数						33 市区
受診率 90%未満の市区数						58 市区

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表中の「-」は、実績を把握できなかったものである。

3 「平均値」は、平成 12 年度から 16 年度までの 5 年間の受診率の平均である。

4 網掛けは、「平均値」が 90%以上であることを表す。

表 1 - (2) - ⑭ 休日健診実施市区における実施に至った経緯・背景事情、実績等

東京都荒川区	健診の種類	1歳6か月児健診、3歳児健診
	導入年度	平成14年度
	経緯等	(経緯) 市民からの要望が多くなり、利便性を図るために実施した。 (あい路と対応方策) 新たな費用負担が発生。休日に出勤するため、職員の協力が必要 → 新たに予算措置を講じた。平日の実施分を休日に振り替えたため、全体の実施回数は変更しなかった。
	実施状況	土曜日 (年4回)
	実施対象	特に制限はなし
神奈川県横須賀市	健診の種類	1歳6か月児健診、3歳児健診
	導入年度	平成13年度
	経緯等	(経緯) 共働き世帯が増加しており、それら世帯に対応する必要性が生じた。 (あい路と対応方策) 臨時職員が対応していた心理相談が実施できない。小児科医の確保が困難 → 新たに予算措置を講じた。常勤内科医に研修を実施し対応
	実施状況	土曜日 (年6回)
	実施対象	平日の受診が困難な保護者を対象
その他	母親1人では来所困難な家庭の受診ができるようになった。	
千葉県船橋市	健診の種類	1歳6か月児健診 3歳児健診
	導入年度	平成17年度
	経緯等	(経緯) 共働き世帯が増加しており、それら世帯に対応する必要性が生じた。 双子等で、受診意志はあるものの諸般の事情からやむを得ず受診できない状況がみられた。 (あい路と対応方策) 特になし
	実施状況	日曜日 (年3回)
	実施対象	平日の受診が困難な保護者を対象
その他	障害や疾患をもつ保護者及び多胎児で付き添いのない保護者等の特別な配慮を必要とするケースに対して、十分な個別対応をすることができた。	
三重県四日市市	健診の種類	1歳6か月児健診、3歳児健診
	導入年度	平成12年度
	経緯等	(経緯) 共働き世帯が増加しており、それら世帯に対応する必要性が生じた。 (あい路と対応方策) 新たな費用負担が発生。休日に出勤するため、職員の協力が必要 → 新たに予算措置を講じた。初年度は、平日実施の一部を休日に振替え、年度内の実施回数は変更しない。
	実施状況	日曜日 (年9回)
	実施対象	平日の受診が困難な保護者を対象
岡山県岡山	健診の種類	1歳6か月児健診、3歳児健診
	導入年度	1歳6か月児健診 (平成15年度) 3歳児健診 (平成17年度)
	経緯等	(経緯) 市民からの要望が多くなり、利便性を図るために実施した。共働き世帯が増加しており、それら世帯に対応する必要性が生じた。受診率が低下傾向にあるため、受診率の向上を図るために実施

市		(あい路と対応方策) 新たな費用負担が発生。健診を行う小児科医が確保できない。休日に出勤するため、職員の協力が必要 → 新たに予算措置を講じた。医療機関等に対し、小児科医の派遣を積極的に要請し協力を得た。
	実施状況	日曜日 (1歳6か月児健診: 年6回、3歳児健診: 年4回)
	実施対象	1歳6か月児健診及び3歳児健診の未受診児
山口県下松市	健診の種類	3歳児健診
	導入年度	平成14年度
	経緯等	(経緯) 共働き世帯が増加しており、それら世帯に対応する必要性が生じた。住民サービスの拡充のために実施 (あい路と対応方策) 健診を行う小児科医が確保できない。 → 医療機関等に対し、小児科医の派遣を積極的に要請し協力を得た。
	実施状況	土曜日 (年2回)
	実施対象	平日の受診が困難な保護者 休日の健診を希望する保護者を対象

(注) 当省の調査結果による。

表1-(2)-⑮ 休日健診実施前後における受診率の状況

(単位: %)

健診名	市区名	受診率		増減
		休日健診実施前	休日健診実施後	
1歳6か月児健診	荒川区	87.9 (平成13年)	93.0 (平成14年)	5.1
	横須賀市	91.5 (平成12年)	97.3 (平成13年)	5.8
	船橋市	97.2 (平成16年)	97.7 (平成17年)	0.5
	四日市市	94.3 (平成11年)	95.3 (平成12年)	1.0
	岡山市	84.4 (平成14年)	86.8 (平成15年)	2.4
3歳児健診	荒川区	86.1 (平成13年)	87.0 (平成14年)	0.9
	横須賀市	92.3 (平成12年)	94.5 (平成13年)	2.2
	岡山市	81.9 (平成16年)	84.6 (平成17年)	2.7
	船橋市	87.2 (平成16年)	86.5 (平成17年)	▲0.7
	四日市市	90.4 (平成11年)	89.6 (平成12年)	▲0.8
	下松市	97.8 (平成13年)	96.3 (平成14年)	▲1.5

(注) 当省の調査結果による。

表 1 - (2) - ⑯ 健康診査時における特別な検査の実施状況

検査名	妊婦の甲状腺機能検査					
実施縣市	札幌市					
開始年度	昭和 61 年度					
実施に至った経緯等	妊娠中の甲状腺機能異常は、流産、早産及び妊娠中毒症の発生、新生児甲状腺機能異常の原因となることから、妊婦の甲状腺機能異常を早期に発見し、妊娠中の健康管理と健全な子どもの出産を目的として実施					
費用負担等	自己負担あり（検査料 1,000 円）。希望者を対象に実施					
実施時期	妊娠期間中に 1 回					
検査の実施状況	(単位: 人、%)					
	区分	平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
	受診者数	9,474	9,270	8,653	8,492	8,022
	患者数	32	29	21	21	17
発見率	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	

(注) 当省の調査結果による。

検査名	乳児の胆道閉鎖症検査						
実施縣市	茨城県、岐阜県、石川県、札幌市						
開始年度	茨城県（平成 6 年度）、岐阜県（平成 16 年度）、石川県（平成 17 年度）、札幌市（平成 13 年度）						
実施に至った経緯等	胆道閉鎖症は、乳児期の疾患の中でも致命率の高い疾患であるが、早期発見することにより治療効果は極めて高いため。						
費用負担等	自己負担なし。希望者を対象に実施						
実施時期	1 か月健診時						
検査の実施状況	(単位: 人、%)						
	区分	平成 12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	
	茨城県	受診者数	11,422	13,133	14,666	15,432	16,856
		患者数	2	2	0	0	1
		発見率	0.02	0.02	0	0	0.01
	岐阜県	受診者数	—	—	—	—	1,860
		患者数	—	—	—	—	0
		発見率	—	—	—	—	0
	札幌市	受診者数	—	11,265	14,908	15,205	15,279
		患者数	—	1	2	1	1
発見率		—	0.01	0.01	0.01	0.01	

(注) 石川県については、平成 17 年 9 月に開始しており、実績は把握していない。

(参考)
 栃木県は、自治医科大学と筑波大学が実施している厚生労働科学研究事業に協力し、平成 15 年度から乳児の胆道閉鎖症検査を実施している。平成 15 年度は受診者数 15,804 人、患者数 2 人（発見率：0.01%）、16 年度は受診者数 15,374 人、患者数 0 人となっている。

(注) 当省の調査結果による。

検査名	乳児の先天性股関節脱臼検査						
実施区市	千葉県千葉市、松戸市、栃木県宇都宮市、小山市、鹿沼市、群馬県前橋市、高崎市 徳島県吉野川市、鳴門市、阿南市						
開始年度	千葉県千葉市（昭和47年度）、松戸市（昭和46年度） 栃木県宇都宮市（昭和53年度）、小山市（平成4年度）、鹿沼市（昭和61年度） 群馬県前橋市（昭和48年度）、高崎市（平成11年度） 徳島県吉野川市（昭和40年代）、鳴門市（昭和40年代）、阿南市（平成9年度）						
経緯等	先天性股関節脱臼を早期に発見し、適切な療育指導を行うことを目的として実施						
費用負担等	自己負担なし。希望者を対象に実施						
実施時期	3～7か月児健診時に1回。徳島県鳴門市は、6か月児健診時と9か月児健診時にも実施						
検査の実施状況	(単位：人、%)						
	区分	平成12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	
	千葉市	受診児数	683	729	695	701	614
		異常児数	54	34	50	57	81
		発見率	7.9	4.7	7.2	8.1	13.2
	松戸市	受診児数	4,374	4,223	4,122	4,067	3,923
		異常児数	99	63	73	139	116
		発見率	2.3	1.5	1.8	3.4	3.0
	宇都宮市	受診児数	4,361	4,521	4,245	4,194	4,296
		異常児数	48	29	28	34	30
		発見率	1.1	0.6	0.7	0.8	0.7
	小山市	受診児数	1,428	1,540	1,377	1,398	1,430
		異常児数	23	38	27	28	22
		発見率	1.6	2.5	2.0	2.0	1.5
	鹿沼市	受診児数	895	836	805	811	752
		異常児数	20	18	6	20	9
		発見率	2.2	2.2	0.7	2.5	1.2
	前橋市	受診児数	2,326	2,322	2,378	2,274	2,338
		異常児数	115	119	98	115	79
		発見率	4.9	5.1	4.1	5.1	3.4
	高崎市	受診児数	2,202	2,296	2,258	2,156	2,149
		異常児数	24	15	5	2	3
		発見率	1.1	0.7	0.2	0.1	0.1
	吉野川市	受診児数	310	337	322	333	365
		異常児数	12	19	21	23	24
		発見率	3.9	5.6	6.5	6.9	6.6
	鳴門市	受診児数	464	464	478	422	525
異常児数		13	9	7	3	11	
発見率		2.8	1.9	1.5	0.7	2.1	
阿南市	受診児数	369	378	366	357	315	
	異常児数	7	14	8	13	7	
	発見率	1.9	3.7	2.2	3.6	2.2	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「異常児数」は、整形外科医によって股関節に何らかの異常が発見され、要治療、要経過観察された人数を記載した。

検査名	乳児の神経芽細胞腫検査					
実施縣市	札幌市					
開始年度	平成3年度					
実施に至った経緯等	<p>神経芽細胞腫とは、小児がんの一つで、主に副腎や交感神経から発生する固形の悪性腫瘍で、身体の深部にできるため早期発見の難しい病気とされており、発見が遅れると肝臓や骨など全身に転移し、手遅れになることが多い病気とされている。神経芽細胞腫検査は、「神経芽細胞腫検査の実施について」（昭和59年7月10日付け児発第573号厚生省児童家庭局長通知）等に基づき、乳児（生後6か月児）を対象として全国的に実施されてきたが、生後6か月の検査で異常がなかったにもかかわらず、その後に発病する子どもが多いことから、札幌市では、同検査に加え、平成3年度から、「神経芽細胞腫スクリーニング検査実施要綱」に基づき、幼児（1歳2か月児）を対象とした検査も実施することとしたものである。</p> <p>（注）乳児（生後6か月児）を対象とした検査については、平成15年度に、厚生労働省が、乳児（生後6か月）の検査により神経芽細胞腫で死亡する子どもが少なくなるかどうかは議論が分かれる一方で、神経芽細胞腫でないのに神経芽細胞腫と診断され、本来必要のなかった治療を受けることになる者がかなりいるという専門家の検討結果を受け、乳児（生後6か月）の検査事業の休止の通知を出しており、この経緯を踏まえ、札幌市でも、平成16年度から、生後6か月の検査を休止することとした。</p>					
費用負担等	自己負担なし。希望者を対象に実施					
実施対象	生後1歳2か月以降の幼児					
検査の実施状況	（単位：人、％）					
	区分	平成12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
	受診者数	11,458	11,400	11,639	11,690	11,041
	患者数	2	4	4	0	2
	発見率	0.02	0.04	0.03	0	0.02

（注）当省の調査結果による。

検査名	5か月児腎臓検診					
実施縣市	宮城県延岡市					
実施時期	平成9年度					
実施に至った経緯等	<p>延岡市の腎臓疾患専門医から、先天性腎尿路奇形を主とする泌尿器科的疾患は、小児慢性腎不全の原疾患の35%を占め、その多くは、早期発見・早期治療により治療可能な疾患であり、腎臓超音波によるスクリーニングが有用であるとの提案を受け、実施</p>					
費用負担等	自己負担なし。希望者を対象に実施					
実施対象	5か月児健康相談時					
検査の実施状況	（単位：人、％）					
	区分	平成12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
	受診者数	1,212	1,219	1,223	1,119	1,079
	要指導児数	18	35	39	32	40
	指導率	1.5	2.9	3.2	2.9	3.7

（注）当省の調査結果による。

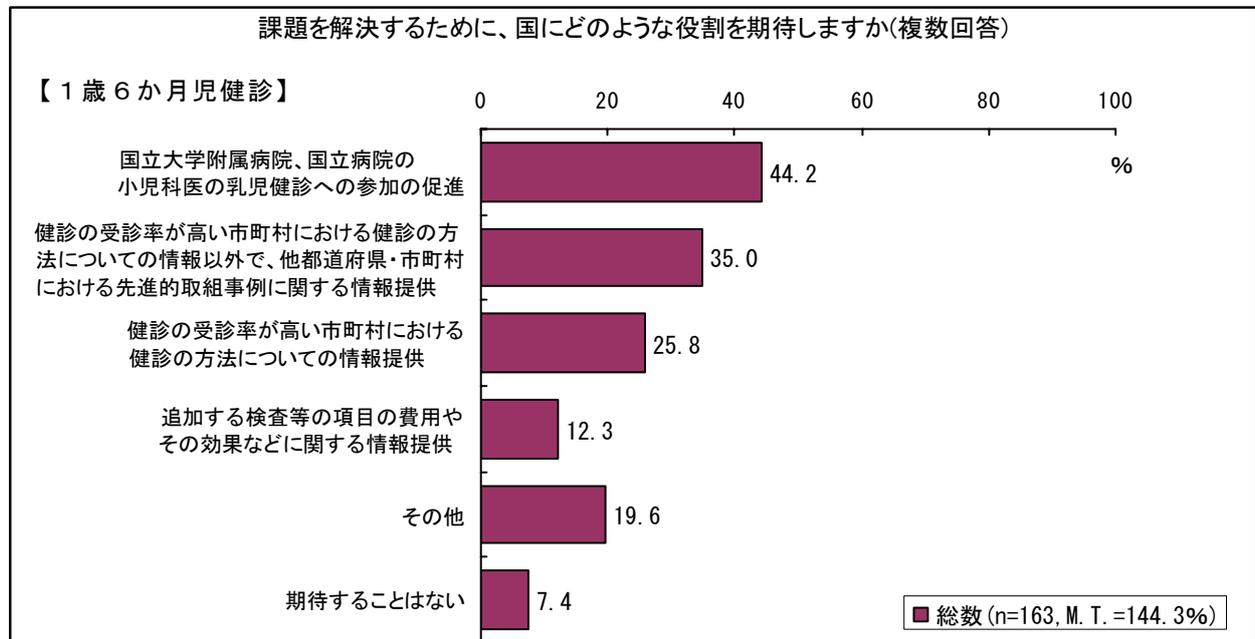
表 1 - (2) - ⑰ 健康診査時における発達障害検査の実施状況

検査名	3歳児健康診査時の専門家（臨床心理士等）による精神発達診査									
実施縣市	徳島県徳島市、鳴門市、阿南市、吉野川市									
実施時期	徳島市（平成9年度）、鳴門市（平成9年度）、阿南市（平成15年度）、吉野川市（平成15年度）									
実施に至った経緯等	<p>○ 徳島市及び鳴門市 両市は、県の保健所の事業移管を受けた平成9年度から精神発達上の異常をより確実に発見するため、徳島市は臨床心理士に、鳴門市は鳴門教育大学の幼児教育学教授に依頼して、同検査を実施している。</p> <p>○ 阿南市及び吉野川市 両市は、近年自閉性障害などの精神発達に異常を持つ児童が増加し、これを心配する保護者からの相談に対応するとともに、同異常をより確実に発見するため、平成15年度から、阿南市は臨床心理士に、吉野川市は特別支援教育士（日本LD（学習障害）学会が認定する民間資格）に依頼して同検査を実施している。</p>									
費用負担等	自己負担なし。希望者を対象に実施									
実施時期	3歳児健康診査時									
検査の実施状況	要精密検査児童に対する精密検査結果（平成16年度） (単位：人、%)									
	区分	受検者	異常あり						計	異常なし
			言語発達遅滞	自閉性障害	精神発達遅滞	ADHD	吃音、構音障害	その他		
	徳島市	98	54	20	10	10	1	0	95	3
	鳴門市	52	5	30	7	0	1	2	45	7
	阿南市	77	43	24	4	0	0	0	71	6
	計	227 (100)	102 (44.9)	74 (32.6)	21 (9.3)	10 (4.4)	2 (0.9)	2 (0.9)	211 (93.0)	16 (7.0)
	<p>(注) 1 当省の調査結果による。 2 検査対象は、要精密検査とされた幼児及び要経過観察とされた幼児のうち、事後指導により精密検査を受けたもの等である。 3 吉野川市は、要精密検査児童に対する精密検査結果を集計していない。</p>									
	(注) 当省の調査結果による。									

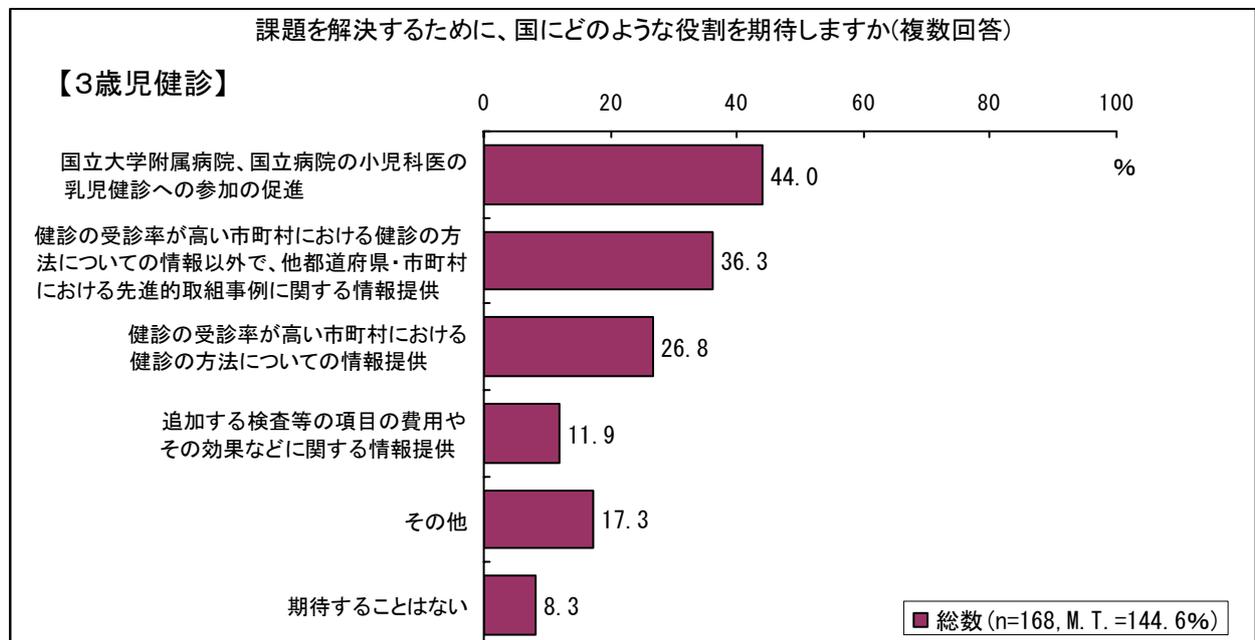
表 1 - (2) - ⑩ 小児医療対策に関するアンケート調査結果（1歳6か月児健診及び3歳児健診）
（抜粋）

調査対象 91 市区の母子保健担当者からの回答

(1) 1歳6か月児健診に関し、国に期待する役割（回答者数 163 人）



(2) 3歳児健診に関し、国に期待する役割（回答者数 168 人）



(注) 1 当省の調査結果による。

2 「n」は回答者数を、「M. T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数 (n) で割った比率をそれぞれ表す。

(3) 児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一等

勸	告	説明図表番号									
<p>(制度の概要)</p> <p>肥満予防は疾病発症の予防につながる重要な課題であり、成人のみならず幼少期からの課題でもある。</p> <p>このため、厚生労働省は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（平成12年2月健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会。以下「健康日本21」という。）において、肥満傾向にある児童・生徒の割合を平成22年度までに7%以下にするとの目標を掲げ、その達成に向けて、国及び地方の関係行政機関や関係団体等と連携して総合的な取組を進めている。また、文部科学省は、学校保健法（昭和33年法律第56号）等に基づき、学校においては、毎学年定期に行う健康診断で児童・生徒の肥満傾向を発見し、その結果に基づき適切な措置をとるよう指導している。</p> <p>児童・生徒の肥満傾向の判定方法については、一定の方法が定まっているわけではなく、次表のとおり、代表的なものとして、日比式、ローレル指数、BMI、身長別標準体重がある。</p>		<p>表1-(3)-①</p> <p>表1-(3)-②</p>									
<p>表5 児童・生徒の肥満傾向の判定方法</p>											
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">区分</th> <th style="width: 90%;">児童・生徒の肥満傾向の判定方法の概要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①日比式</td> <td> $\text{肥満度} = (\text{実測体重 (kg)} - \text{標準体重 (kg)}) / \text{標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば肥満とされる。 ※ 標準体重は、性別・身長別に設定されている。 </td> </tr> <tr> <td>②ローレル指数</td> <td> $\text{ローレル指数} = \text{体重 (kg)} / (\text{身長 (cm)})^3 \times 10^7$ 一般的に、この数値が160以上であれば肥満とされる。 </td> </tr> <tr> <td>③BMI</td> <td> $\text{BMI} = \text{体重 (kg)} / (\text{身長 (m)})^2$ 一般的に、この数値が25以上であれば肥満とされる。 </td> </tr> <tr> <td>④身長別標準体重</td> <td> i 肥満傾向 = $(\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}) / \text{身長別標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば、肥満傾向とされる。 ※ 身長別標準体重は、学校保健統計調査による身長別平均体重で代用して差し支えないとされている。 ----- ii 肥満度（過体重度） = $(\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}) / \text{身長別標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば肥満傾向とされる。20%以上30%未満は軽度、30%以上50%未満は中程度、50%以上は高度の肥満と判定される。 ※ 身長別標準体重は、平成12年乳幼児身体発育調査（厚生労働省。10年ごとに実施）の結果に基づき設定された性別・年齢別・身長別の係数を元に、一定の計算式によるものとされている。 </td> </tr> </tbody> </table>	区分	児童・生徒の肥満傾向の判定方法の概要	①日比式	$\text{肥満度} = (\text{実測体重 (kg)} - \text{標準体重 (kg)}) / \text{標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば肥満とされる。 ※ 標準体重は、性別・身長別に設定されている。	②ローレル指数	$\text{ローレル指数} = \text{体重 (kg)} / (\text{身長 (cm)})^3 \times 10^7$ 一般的に、この数値が160以上であれば肥満とされる。	③BMI	$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} / (\text{身長 (m)})^2$ 一般的に、この数値が25以上であれば肥満とされる。	④身長別標準体重	i 肥満傾向 = $(\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}) / \text{身長別標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば、肥満傾向とされる。 ※ 身長別標準体重は、学校保健統計調査による身長別平均体重で代用して差し支えないとされている。 ----- ii 肥満度（過体重度） = $(\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}) / \text{身長別標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば肥満傾向とされる。20%以上30%未満は軽度、30%以上50%未満は中程度、50%以上は高度の肥満と判定される。 ※ 身長別標準体重は、平成12年乳幼児身体発育調査（厚生労働省。10年ごとに実施）の結果に基づき設定された性別・年齢別・身長別の係数を元に、一定の計算式によるものとされている。	
区分	児童・生徒の肥満傾向の判定方法の概要										
①日比式	$\text{肥満度} = (\text{実測体重 (kg)} - \text{標準体重 (kg)}) / \text{標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば肥満とされる。 ※ 標準体重は、性別・身長別に設定されている。										
②ローレル指数	$\text{ローレル指数} = \text{体重 (kg)} / (\text{身長 (cm)})^3 \times 10^7$ 一般的に、この数値が160以上であれば肥満とされる。										
③BMI	$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} / (\text{身長 (m)})^2$ 一般的に、この数値が25以上であれば肥満とされる。										
④身長別標準体重	i 肥満傾向 = $(\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}) / \text{身長別標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば、肥満傾向とされる。 ※ 身長別標準体重は、学校保健統計調査による身長別平均体重で代用して差し支えないとされている。 ----- ii 肥満度（過体重度） = $(\text{実測体重 (kg)} - \text{身長別標準体重 (kg)}) / \text{身長別標準体重 (kg)} \times 100$ この数値が20%以上であれば肥満傾向とされる。20%以上30%未満は軽度、30%以上50%未満は中程度、50%以上は高度の肥満と判定される。 ※ 身長別標準体重は、平成12年乳幼児身体発育調査（厚生労働省。10年ごとに実施）の結果に基づき設定された性別・年齢別・身長別の係数を元に、一定の計算式によるものとされている。										
<p>(注) 1 文部科学省及び厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。 2 ①日比式：日比逸郎によって昭和43年に示された判定方法 ②ローレル指数：スイスのF. Rohrerによって1908年(明治41年)に示された判定方法 ③BMI：「Body Mass Index」の略。世界保健機関(WHO)が用いるなど、肥満の判定方法として国際的に使用されている。 ④身長別標準体重 i：平成6年に「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の取扱いについて(通知)」(平成6年12月8日付け文体学第168号文部省体育局長通知)により示された判定方法 ii：平成18年に「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」(平成18年3月財団法人日本学校保健会作成、文部科学省監修)により示された判定方法</p>											
<p>(調査結果)</p> <p>今回、24都道府県の99小中学校（小学校50校、中学校49校）について、平成17年度における児童・生徒の肥満傾向の判定方法と、肥満傾向にあるとされた児童・生徒（以下「肥満傾向児」という。）に対する指導状況等を調査した結果、次のとおり、厚生労働省と文部科学省とで採用している肥満傾向の判定方法が異なっており、当省の試算によれば、肥満</p>											

<p>傾向児数は、小学6年生では厚生労働省が採用している方式の方が約0.7%多く、中学3年生では文部科学省が採用している方式の方が約0.4%多い等の状況がみられた。</p>	
<p>ア 児童・生徒の肥満傾向の判定方法のうち、現在、厚生労働省は「日比式」を用い、文部科学省は身長別標準体重を基に肥満度を計算する方法を用いている。具体的には、厚生労働省は、「健康日本21」において、「児童・生徒の肥満（日比式による肥満度が20%以上）の割合は、20年前（昭和52年）の7.2%から平成9年で10.7%に増加していることから、この増加傾向を止め、7%以下にすることを目標とする」とし、毎年実施する「国民健康・栄養調査」によって全国的な児童・生徒の肥満傾向を把握している（以下「厚生労働省方式」という。）。</p>	表1-(3)-③
<p>一方、文部科学省は、平成17年度までは、学校における肥満傾向の判定方法の統一を図っておらず、i) 健康診断において、肥満傾向を発見するために必要な場合にはローレル指数(表5②)や身長別標準体重等(表5④-i)を参考とするよう指導(「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の取扱いについて」(平成6年12月8日付け文体学第168号文部省体育局長通知))するとともに、ii) 全国的な児童・生徒の肥満傾向は、毎年実施する「学校保健統計調査」によって得られた性別・年齢別・身長別平均体重(表5④-i)を基に肥満傾向児数を算出していた。しかし、同省は、平成18年度からは、新たに、「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」(平成18年3月財団法人日本学校保健会作成、文部科学省監修。以下「健診マニュアル」という。)に定められた方法(表5④-ii。以下「文部科学省方式」という。)を児童・生徒の肥満傾向を判定する全国統一の方法とし、以後、学校においては、文部科学省方式により児童・生徒の肥満傾向を判定するよう、都道府県等に対し周知・徹底している。</p>	表1-(3)-①
<p>イ 99小中学校の中から、小学6年生3,790人、中学3年生4,739人の計8,529人を抽出し、それらの身長と体重のデータ(平成17年度の健康診断結果)を基に、当省において、厚生労働省方式及び文部科学省方式により肥満度を試算したところ、次のとおり、肥満(肥満度が20%以上。以下同じ。)とされる者の人数が相違している。</p>	表1-(3)-④
<p>肥満とされる者は、厚生労働省方式では、小学6年生が474人(12.5%)、中学3年生が450人(9.5%)であるのに対し、文部科学省方式では、小学校6年生が446人(11.8%)、中学3年生が467人(9.9%)であった。両者を比較すると、小学6年生の場合は厚生労働省方式の方が0.7%高いが、中学3年生の場合は文部科学省方式の方が0.4%高い。</p>	表1-(3)-⑤
<p>なお、文部科学省は、両省の判定方法の共通点及び相違点について、次のように分析している。</p>	表1-(3)-⑥
<p>ある個人について、その実測体重を標準体重と比較し20%以上の場合を肥満傾向とすることは共通しているが、標準体重の算出方法が異なっている。すなわち、文部科学省方式では性別・年齢別・身長別の標準体重を用いているのに対し、厚生労働省方式では性別・身長別の標準体重を用いており、年齢の要素を加味していない。例えば、身長145cmの女子生徒の標準体重をみると、厚生労働省方式では年齢に関係なく37.5kgであるのに対し、文部科学省方式では11歳は37.6kg、13歳は40.7kg、15歳は44.2kg、17歳は44.3kgと、年齢が上がるにしたがって標準体重が増加している。人間の正常な発育・発達の観点からは、女性においては女性ホルモンの影響などにより年齢とともに脂肪が蓄積されるのは生理的な現象であり、標準体重も年齢により変わることは当然であると考えられる。</p>	表1-(3)-⑦
	表1-(3)-⑧

ウ 学校における児童・生徒の肥満傾向の判定方法等	
<p>(ア) 肥満傾向の判定に当たり、学校医の診断だけでなく、身体測定結果から一定の計算式を用いて肥満度を算定したり、体格指数等から肥満傾向を判定している小中学校が99校中77校（小学校41校、中学校36校。78%）ある。ただし、肥満度等の判定方法は様々であり、ローレル指数を用いているものが29校（38%）、性別・年齢別・身長別平均体重（表5④-i）を用いているものが18校（23%）等、99小中学校で採用されている判定方法は、9種類に及んでいる。</p>	表1-(3)-⑨
<p>このうち、代表的なもの4種類（ローレル指数、性別・年齢別・身長別平均体重、日比式及びBMI）について、当省において、上記イで使用した、小学6年生3,790人、中学3年生4,739人の計8,529人の身長と体重のデータを基に、それぞれの判定方法に従って肥満度を算出した結果、肥満傾向にある者の割合は、小学校6年生、中学3年生のいずれの場合も、最も高いのは日比式（小学6年生12.5%、中学3年生9.5%）で、最も低いのはBMI（小学6年生2.8%、中学3年生5.0%）である。両者の差は、小学6年生で9.7%、中学3年生で4.5%となっている。</p>	表1-(3)-⑩
<p>(イ) 平成18年3月に文部科学省が示した健診マニュアルについて、小中学校ではその内容等を承知しているか否かを調査したところ、平成19年1月現在、99小中学校（小学校50校、中学校49校）中、15小学校（30%）及び14中学校（29%）では、健診マニュアルに新たな肥満度の判定方法が示されていること等を承知していない。また、この新たな判定方法によって肥満度を判定しているところは、18小学校（36%）、11中学校（22%）となっている。</p>	表1-(3)-⑪
<p>エ 99小中学校（小学校50校、中学校49校）における、健康診断等で肥満傾向と判定された児童・生徒に対する指導の実施状況をみると、養護教諭による食生活の改善や運動等に関する個人指導、保護者に対する医療機関での受診の推奨、各種の肥満傾向児を対象とした教室への参加案内等の措置が講じられているところが36小学校（72%）、29中学校（59%）、他方、特段の指導が行われていないところが14小学校（28%）、20中学校（41%）となっている。</p>	表1-(3)-⑫
<p>また、A小学校では、健康診断の結果に基づきローレル指数及び日比式により肥満度を算出し、1年生から3年生はローレル指数160以上かつ日比式による肥満度が20%以上の者、4年生から6年生はローレル指数146以上かつ日比式による肥満度が20%以上の者に対して、1年間に6回の身長・体重測定と3回の個別指導（食事、間食、運動等の記録の提出を求め養護教諭が指導）を実施している。その結果、肥満傾向児と判定された児童9人のうち5人が3年後には日比式による肥満度が20%未満となり肥満を解消している。同様に児童の肥満解消に取り組み、効果を上げている小学校が2校みられた。</p>	事例表1-(3)-①
<p>オ 当省が実施した24都道府県の91市区の教育関係者に対するアンケート調査結果では、回答のあった254人のうち約5割の者（複数回答）が、児童・生徒の肥満防止対策を行う上で期待する国の役割として、「児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」を挙げている。</p>	表1-(3)-⑬
<p>（所見）</p> <p>したがって、文部科学省及び厚生労働省は、肥満傾向児の減少を推進する観点から、速やかに児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一を図るとともに、肥満傾向児の減少に関する効果的な取組事例の収集と関係者への情報提供を推進する必要がある。</p>	

(説明)

表 1 - (3) - ① 「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」（平成 12 年 2 月健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会）（抜粋）

各論
1 栄養・食生活
3. 現状と目標
(1) 疾病・健康との関連－栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル
栄養・食生活との関連が深いとされる疾病には高血圧、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中、一部のがん（大腸がん、乳がん、胃がん）、糖尿病、骨粗鬆症などがある。これら疾病と関連のある栄養素摂取レベルについては、エネルギー（消費とのバランスとして）、脂肪、ナトリウム、カリウム、食物繊維、抗酸化ビタミン、カルシウムなどがあげられる。
エネルギーの摂取過剰について、消費とのバランスで評価する必要があるが、そのバランスの評価をエネルギー量で行うことは難しいので、エネルギー摂取と消費のバランスが反映された栄養状態として「肥満」を指標とする。成人の肥満（BMI \geq 25.0）は、特に男性では 20～60 歳代で 20 年前の 15.8%から平成 9 年で 24.3%に増加しており、女性では 40～60 歳代で平成 9 年で 25.2%を占めている。肥満は各種疾病のリスクファクターであり、肥満予防が疾病発症の予防につながることから、肥満者の割合は 20～60 歳代男性で 15%以下に、40～60 歳代女性で 20%以下にすることを目標とする。 <u>また肥満予防は幼少期からの課題でもあり、児童、生徒の肥満（日比式による標準体重の 20%以上）の割合は、20 年前の 7.2%から、平成 9 年で 10.7%に増加していることから、この増加傾向をとめ、7%以下にすることを目標とする。</u> 一方、若い女性ではやせ（BMI $<$ 18.5）の増加が著しく、20 歳代女性で 20 年前の 14.2%から 23.3%に増加していることから、15%以下にすることを目標とする。

(注) 下線は、当省が付した。

表 1 - (3) - ② 学校における健康診断に係る法令

○ 学校保健法（昭和33年法律第56号）（抜粋） （児童、生徒、学生及び幼児の健康診断） 第 6 条 学校においては、毎学年定期に、児童、生徒、学生（通信による教育を受ける学生を除く。）又は幼児の健康診断を行わなければならない。 2 学校においては、必要があるときは、臨時に、児童、生徒、学生又は幼児の健康診断を行うものとする。 第 7 条 学校においては、前条の健康診断の結果に基き、疾病の予防処置を行い、又は治療を指示し、並びに運動及び作業を軽減する等適切な措置をとらなければならない。
○ 学校保健法施行規則（昭和33年文部省令第18号）（抜粋） （方法及び技術的基準） 第 1 条 学校保健法（昭和 33 年法律第 56 号。以下「法」という。）第 4 条の健康診断の方法及び技術的基準は、次の各号に掲げる検査の項目につき、当該各号に定めるとおりとする。 一 栄養状態は、皮膚の色沢、皮下脂肪の充実、筋骨の発達、貧血の有無等について検査し、栄養不良又は肥満傾向で特に注意を要する者の発見につとめる。 二 脊柱の疾病及び異常の有無は、形態等について検査し、側わん症等に注意する。 三 胸郭の異常の有無は、形態及び発育について検査する。

表 1 - (3) - ③ 日比式による肥満度の算定方法

日比式では、次の算式により、肥満度を算出し、一般的に肥満度が+20%以上の場合「肥満」、-20%以下の場合「痩せ」とされる。

$$\text{肥満度 (\%)} = (\text{実測体重(kg)} - \text{標準体重(kg)}) / \text{標準体重(kg)} \times 100$$

標準体重は次の算式によることとされている。

- ・ 男性 標準体重(kg) = $0.0000641424 \times (\text{身長(cm)})^3 + (-0.0182083 \times (\text{身長(cm)})^2) + (2.01339 \times (\text{身長(cm)})) + (-67.9488)$
- ・ 女性 標準体重(kg) = $0.0000312278 \times (\text{身長(cm)})^3 + (-0.00517476 \times (\text{身長(cm)})^2) + (0.34215 \times (\text{身長(cm)})) + 1.66406$

(注) 当省の調査結果による。

表 1 - (3) - ④ 「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の取扱いについて（通知）」（平成6年12月8日付け文体学第168号文部省体育局長通知）（抜粋）

(別紙)

「児童、生徒、学生、幼児及び職員の健康診断の方法及び技術的基準の捕捉的事項について」

学校保健法（昭和33年法律第56号）第6条第1項及び同法第8条第1項の健康診断の方法及び技術的基準については、同法第10条第1項の規定に基づき学校保健法施行規則（昭和33年文部省令第18号）に定められたもの以外は、この「児童、生徒、学生、幼児及び職員の健康診断の方法及び技術的基準の捕捉的事項について」により実施するものとする。

5 栄養状態の検査は、下記に留意して実施すること。

(1) 栄養状態の検査は、視診によって行い、貧血の有無なども含めて総合的に判定するものとするが、栄養不良又は肥満傾向を発見するため必要な場合には、次のような観点も参考にすることも考慮すること。

- ローレル指数
= 「体重(kg)」 / 「身長(cm)」 × 「身長(cm)」 × 「身長(cm)」 × 10の7乗
- 身長別標準体重から算出される肥満及びやせ傾向
= 「実測体重(kg)」 - 「身長別標準体重(kg)」 / 「身長別標準体重(kg)」 × 100
- 皮下脂肪厚

なお、身長別標準体重は、学校保健統計調査による身長別平均体重で代用して差し支えないこと。

表 1 - (3) - ⑤ 平成17年度学校保健統計調査報告書における肥満傾向児の出現率（全国・男女計）
（単位：％）

区分	疾病・異常として栄養状態が肥満傾向である旨健康診断表に記載のあった者	性別・年齢別に身長別平均体重を求め、その平均体重の120%以上の者
6歳（小学校1年）	1. 4 5	4. 6 8
7歳	1. 5 7	5. 5 2
8歳	2. 2 3	7. 3 6
9歳	2. 6 7	8. 8 3
10歳	2. 8 4	9. 4 8
11歳	<u>2. 9 3</u>	10. 2 3
12歳（中学1年）	1. 8 4	<u>10. 4 2</u>
13歳	1. 4 4	9. 2 5
14歳	1. 6 1	8. 6 4

- (注) 1 平成17年度学校保健統計調査報告書による。
2 下線部は、肥満傾向児の出現率が最も高いものを示す。

表 1 - (3) - ⑥ 「児童生徒の健康診断マニュアル（改訂版）」（平成18年3月財団法人日本学校保健会（文部科学省監修））で示された肥満度の算定方法

肥満度(過体重度)(%) = (実測体重(kg) - 身長別標準体重(kg)) / 身長別標準体重(kg) × 100

※肥満度が、20%以上であれば肥満傾向とし、20%以上30%未満を軽度、30%以上50%未満を中等度、50%以上を高度の肥満と判定する。

○ 身長別標準体重を求める計算式： 身長別標準体重(kg) = a × 実測身長(cm) - b

年齢（歳）	男子の係数		年齢（歳）	女子の係数	
	a	b		a	b
5	0.386	23.699	5	0.377	22.75
6	0.461	32.382	6	0.458	32.079
7	0.513	38.876	7	0.508	38.367
8	0.592	48.804	8	0.561	45.006
9	0.687	61.390	9	0.652	56.992
10	0.752	70.461	10	0.730	68.091
11	0.782	75.106	11	0.803	78.846
12	0.783	75.642	12	0.796	76.934
13	0.815	81.348	13	0.655	54.234
14	0.832	83.695	14	0.594	43.264
15	0.766	70.989	15	0.560	37.002
16	0.656	51.822	16	0.578	39.057
17	0.672	53.642	17	0.598	42.339

(注) 文部科学省の資料に基づき、当省が作成した。

表 1 - (3) - ⑦ 平成17年度の小学6年生及び中学3年生における各算定方法による肥満傾向児数

(単位：人、%)

区 分		調査対象者数	厚生労働省方式	文部科学省方式
肥満傾向児数	小学6年生	3,790 (100)	474 (12.5)	446 (11.8)
	中学3年生	4,739 (100)	450 (9.5)	467 (9.9)

- (注) 1 調査対象99校における平成17年度の小学6年生及び中学3年生について、合計8,529名(小学6年生3,790名、中学3年生4,739名)を抽出し、当省で試算した結果による。
2 ()内は、「調査対象者数」に占める割合である。

表 1 - (3) - ⑧ 厚生労働省及び文部科学省の方式による身長145cmの女子の標準体重

(単位：kg)

区 分	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳
厚生労働省方式(日比式)による標準体重	37.5									
文部科学省方式による標準体重	36.3	37.6	37.8	37.6	38.5	40.7	42.9	44.2	44.8	44.3
(参考)平成18年度学校保健統計調査に基づく平均体重	38.2	38.1	37.5	37.6	38.3	39.3	43.3	44.6	45.6	47.8

- (注) 文部科学省の資料に基づき、当省が作成した。

表 1 - (3) - ⑨ 肥満傾向児を把握する際の指標等の利用状況

(単位：校、%)

算 定 方 法	学 校 数	内 訳	
		小学校	中学校
指標等を利用している学校数(実数)	77 (100)	41	36
統計調査結果や計算式により算出された標準体重と実測体重とを比較する方式	性別・年齢別・身長別平均体重	18 (23.4)	8
	県・市独自の方式	6 (7.8)	3
	日比式	8 (10.4)	2
	大田式(注2)	3 (3.9)	1
	村田式(注3)	14 (18.2)	6
体格指数等により判断する方式	加藤式(注4)	4 (5.2)	2
	ローレル指数	29 (37.7)	15
	BMI	4 (5.2)	4
	体脂肪率	4 (5.2)	2
指標等を利用していない学校数(実数)	22	9	13
計	99	50	49

- (注) 1 当省の調査結果による。なお、複数の指標等を採用する学校があるため、利用する指標等の合計と、学校数の実数とは異なる。
2 大田式：東京都大田区が採用している小・中学生の肥満判定の方式。男女別・身長別に標準体重を示し、肥満度を算出する。
3 村田式：学校保健統計調査報告書を分析し、男女別・年齢別に身長から標準体重を算出する計算式を示し、肥満度を算出する方式
4 加藤式：男女別・身長別に示された肥満度判定基準表により、肥満度を算出する方式
5 ()内は、「指標等を利用している学校数(実数)」に占める割合である。

表 1 - (3) - ⑩ 各算定方法により把握される肥満傾向児数

(単位：人、%)

区 分	調査対象者数	各算定方法により肥満度を試算した場合の肥満傾向児数				(参考) 健康診断 で肥満傾向とされ た者の出現率
		ローレル指数 [160以上]	性別・年齢別・ 身長別平均体 重 [20%以上]	日比式 [20%以上]	BMI [26以上]	
小学6年生	3,790(100)	244 (6.4)	438 (11.6)	474 (12.5)	108 (2.8)	2.93%
中学3年生	4,739(100)	269 (5.7)	402 (8.5)	450 (9.5)	236 (5.0)	1.61%
計	8,529(100)	513 (6.0)	840 (9.8)	924 (10.8)	344 (4.0)	

- (注) 1 調査対象99校における平成17年度の小学6年生及び中学3年生について、合計8,529人(小学6年生3,790人、中学3年生4,739人)を抽出し、当省で試算した結果による。ただし、「健康診断で肥満傾向とされた者の出現率」については、平成17年度学校保健統計調査報告書による(表1-(3)-⑤参照)。
- 2 []内は、各算定方法において肥満傾向にあると判定する場合の基準となる数値である。
なお、BMIについては、一般的には25以上が肥満傾向とされるが、今回調査対象とした99校の中に26以上を肥満傾向としている学校がみられたため、本表では、BMI 26以上の児童・生徒を肥満傾向児とした。
- 3 ()内は、「調査対象者数」に占める割合である。

表 1 - (3) - ⑪ 「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」で示された肥満度の算定方法の周知・利用状況

(単位：校、%)

区 分		マニュアルで新しい 肥満度の算定方法が 示されていることを 知っていた学校	マニュアルで新しい 肥満度の算定方法が 示されていないことを 知らなかった学校	合 計
マニュアルで新しい肥満度の算定方法が示されていることの周知状況	小学校	35 (70.0)	15 (30.0)	50 (100)
	中学校	35 [71.4]	14 [28.6]	49 [100]
	計	70	29	99
うち、実際にマニュアルで示された方法により肥満傾向児を把握している学校	小学校	17	1 (注2)	18 (36.0)
	中学校	11	0	11 [22.4]
	計	28	1	29

- (注) 1 当省が調査対象99校について調査した結果による。
- 2 当該小学校は、マニュアルで肥満度の算定方法が示されたことは知らなかったが、実際の肥満度の算定に当たっては同方式を用いている。
- 3 ()内は、調査した小学校50校に占める割合である。
[]内は、調査した中学校49校に占める割合である。

表 1 - (3) - ⑫ 学校における肥満傾向児に対する指導の実施状況

(単位：校、%)

指導の内容 (重複あり)	実施している学校			実施していない学校			合 計		
	計	小学校	中学校	計	小学校	中学校	計	小学校	中学校
肥満傾向児を対象とした指導教室を校内で開催	5	5	0	94	45	49	99	50	49
個別に適宜個人指導を実施	43	25	18	56	25	31	99	50	49
保護者に対し、医療機関での受診を推奨	24	10	14	75	40	35	99	50	49
教育委員会等が校外で実施する肥満傾向児を対象とした教室を紹介	11	10	1	88	40	48	99	50	49
合 計 (延べ数)	83	50	33	313	150	163	-	-	-
合 計 (実数)	65	36 (72.0)	29 [59.2]	34	14 (28.0)	20 [40.8]	99	50 (100)	49 [100]

- (注) 1 当省の調査結果による
 2 複数の指導内容を組み合わせて実施する学校があり、延べ数と実数が異なる。
 3 ()内は、調査した小学校 50 校に占める割合である。
 []内は、調査した中学校 49 校に占める割合である。

事例表 1 - (3) - ① 学校における肥満傾向児に対する指導の効果的な取組事例

A小学校	<p>健康診断結果に基づき、①ローレル指数 160 以上かつ日比式肥満度 20%以上の 1 年生から 3 年生、②ローレル指数 146 以上かつ日比式肥満度 20%以上の 4 年生から 6 年生に対して、年 6 回の身長・体重測定と 3 回の食事、運動等に関する個別指導（食事、間食等を児童本人が記録等して、保健室へ呼出し又は来室時に指導）を実施している。</p> <p>個別指導を 3 年間継続した平成 17 年 3 月卒業の児童 9 人については、下表のとおり、うち 5 人が卒業までに肥満を解消（日比式肥満度 20%未満）できたとの結果を得ている。</p> <p>表 個別指導対象児童における肥満度の推移 (単位：日比式肥満度%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>児童名 測定年月</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>G</th> <th>H</th> <th>I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 14 年 4 月</td> <td>41.6</td> <td>27.2</td> <td>34.7</td> <td>33.3</td> <td>29.0</td> <td>24.1</td> <td>26.5</td> <td>42.5</td> <td>40.9</td> </tr> <tr> <td>15 年 4 月</td> <td>35.1</td> <td>24.2</td> <td>32.5</td> <td>32.4</td> <td>33.4</td> <td>19.5</td> <td>13.1</td> <td>45.0</td> <td>25.9</td> </tr> <tr> <td>16 年 4 月</td> <td>34.5</td> <td>28.9</td> <td>23.1</td> <td>19.2</td> <td>28.6</td> <td>14.7</td> <td>7.2</td> <td>34.3</td> <td>20.1</td> </tr> <tr> <td>16 年 9 月</td> <td>41.5</td> <td>29.3</td> <td>13.4</td> <td>13.4</td> <td>27.8</td> <td>17.9</td> <td>9.3</td> <td>40.5</td> <td>12.3</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 太字は、肥満を解消（日比式肥満度 20%未満）できた児童を表す。</p> <p>また、個別指導しても成果が上がらなかった児童の保護者には医師の受診を勧めている。</p>	児童名 測定年月	A	B	C	D	E	F	G	H	I	平成 14 年 4 月	41.6	27.2	34.7	33.3	29.0	24.1	26.5	42.5	40.9	15 年 4 月	35.1	24.2	32.5	32.4	33.4	19.5	13.1	45.0	25.9	16 年 4 月	34.5	28.9	23.1	19.2	28.6	14.7	7.2	34.3	20.1	16 年 9 月	41.5	29.3	13.4	13.4	27.8	17.9	9.3	40.5	12.3
児童名 測定年月	A	B	C	D	E	F	G	H	I																																										
平成 14 年 4 月	41.6	27.2	34.7	33.3	29.0	24.1	26.5	42.5	40.9																																										
15 年 4 月	35.1	24.2	32.5	32.4	33.4	19.5	13.1	45.0	25.9																																										
16 年 4 月	34.5	28.9	23.1	19.2	28.6	14.7	7.2	34.3	20.1																																										
16 年 9 月	41.5	29.3	13.4	13.4	27.8	17.9	9.3	40.5	12.3																																										

B小学校

4月に実施する体位測定の結果により、村田式肥満度 30.1%以上の児童の家庭に対し、養護教諭が実施する肥満の解消を目的とした指導教室への参加を促している。

指導を希望する児童については、6月に標準体重を超過している体重と同じ重さの重りを持たせ、どの程度不必要な脂肪があるのかを実感させる。その後、毎月1回の体位測定と同時に、ゲームや体験活動を通じ、食事面の指導を実施し、また、万歩計を貸し出す等、体を動かすことを奨励している。これらの指導内容については、保健室から保護者に伝えている。

また、夏休み及び冬休みには、一日の生活を振り返るチェック表に記入させている。

平成16年度の実績をみると、当該指導教室に参加した児童は、教室に参加していない児童と比べ、年度内に肥満度を改善した者の割合が多い。

表 平成16年度の指導教室参加者と実績

(単位：人、%)

区 分	人 数	うち、肥満度が改善した者	うち、肥満度が現状維持だった者	うち、肥満度が増加した者
4月に村田式肥満度 30.1%以上だった者	37 (100)	20 (54)	3 (8)	14 (38)
うち、指導教室に参加した者	23 (100)	15 (65)	2 (9)	6 (26)
うち、指導教室に参加しなかった者	14 (100)	5 (36)	1 (7)	8 (57)

(注) ()内は、「人数」に占める割合である。

C小学校

文部科学省方式による肥満度 20%以上の希望児童を対象に、毎月1回、休み時間に肥満度を測定し、養護教諭が正しい栄養の摂り方、おやつ、運動、生活習慣について指導している。測定結果については、連絡カードで保護者に知らせ、必要に応じて保護者との面接も実施している。

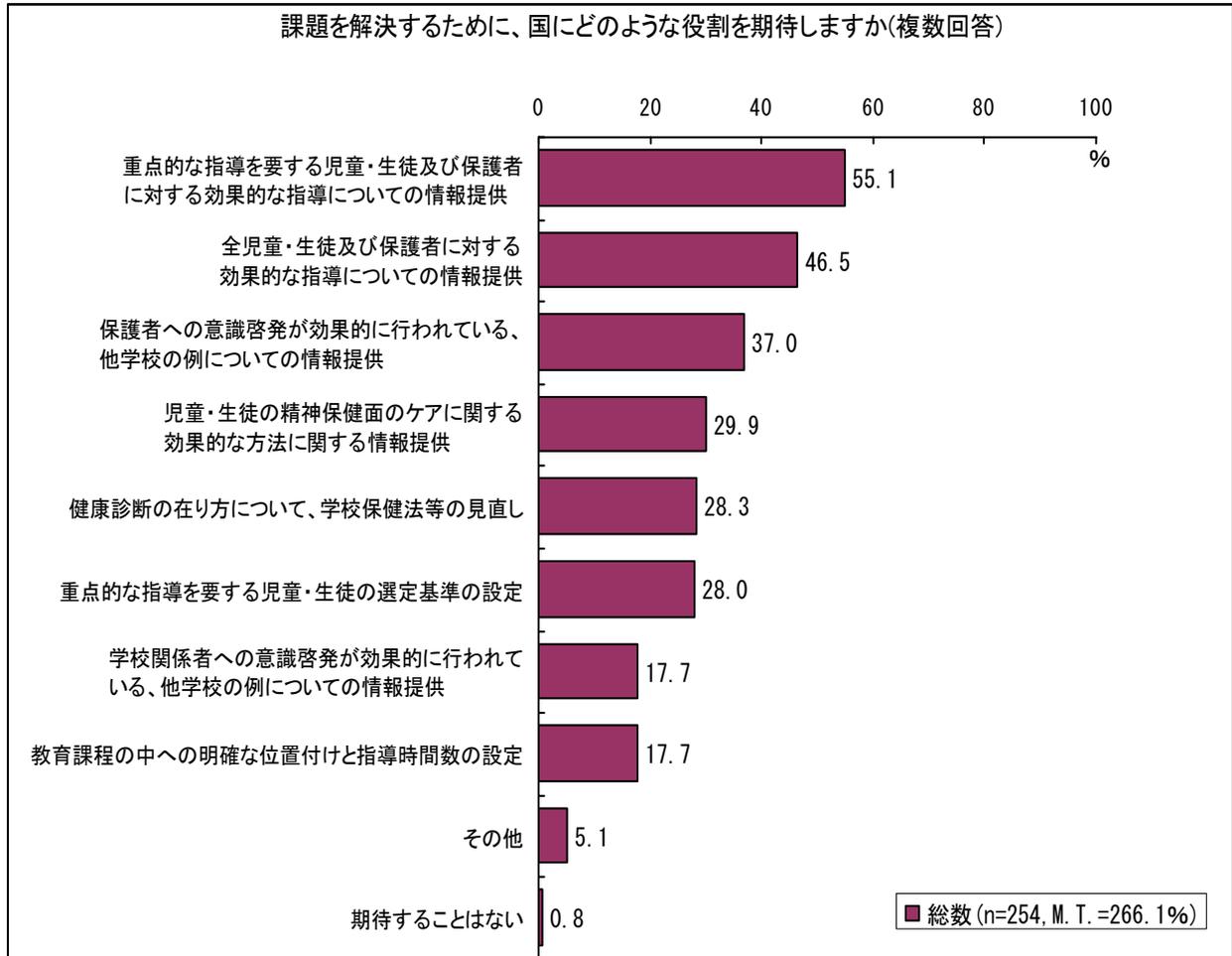
指導を行う児童に対しては、体重が大きく増えやすい長期の休業の前に、「夕食後は寝るまで何も食べない」、「ジュース類は飲まない」等、日々の生活上の目標が守れたかをチェックし、体重が記入できる表を配布し、学期初めの登校日に提出させている。夏休みの初めの一週間については、「おやつ日記」として、おやつの内容や食べた時間を記入させている。

また、保護者に対しても、外食の際の注意点、清涼飲料水やスナック菓子についての情報を提供し、肥満の解消に向けての啓発を行っている。

表 1 - (3) - ⑬ 小児医療対策に関するアンケート調査結果（抜粋）

調査対象 91 市区の小中学校・教育委員会の教育関係者からの回答

児童生徒の肥満防止に関し、国に期待する役割（回答者数 254 人）



(注) 1 当省の調査結果による。

2 「n」は回答者数を、「M. T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数（n）で割った比率をそれぞれ表す。

2 小児の救急医療対策の推進

(1) 小児救急医療の提供体制の整備の推進

勸告	説明図表番号
<p>(制度の概要)</p> <p>小児救急医療の提供体制の整備は、安心して子供を産み健やかに育てるための重要な課題である。このため、厚生労働省は、小児の病状に応じた医療が地域で迅速かつ適切に提供されるよう、初期救急医療（注1）、入院を要する救急医療（注2）、救命救急医療（注3）の機能別に、地域の実情を踏まえ、体系的な医療提供体制の整備を推進してきている。</p> <p>（注1） 初期救急医療とは、救急患者に対し外来診療により提供する医療をいう。 （注2） 入院を要する救急医療とは、いわゆる二次救急医療のこと。入院治療を必要とする重症救急患者に提供する医療をいう。 （注3） 救命救急医療とは、いわゆる三次救急医療のこと。入院を要する救急医療（二次救急医療）では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する医療をいう。</p>	<p>表2-(1)-①</p>
<p>具体的には、初期救急医療体制の整備については、市町村等における休日夜間急患センターの整備や在宅当番医制の実施等に係る支援を行っている。また、都道府県が行う、入院を要する小児救急患者に対応する小児救急医療拠点病院の整備等や救命救急医療を担う救命救急センターの整備を支援し、平成18年度からは新たに救命救急センターにおける小児専門集中治療室の設置等を推進している。この結果、厚生労働省が平成19年2月に行った調査によると、主として軽症患者に対する救急医療について、24時間365日の対応が可能であると回答した小児救急医療圏（注4）は、94.4%（全396小児救急医療圏中374小児救急医療圏）に上っている。</p> <p>（注4） 小児救急医療圏とは、小児救急医療の提供体制の体系化を図るために都道府県が設定する地域的単位。二次医療圏と同じ区域に設定される場合、二次医療圏を分割して設定される場合、複数の二次医療圏を大きくして設定される場合等がある。</p>	<p>表2-(1)-②</p>
<p>一方、入院を要する小児救急医療の提供体制の整備については、『「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」（子ども・子育て応援プラン）」（平成16年12月24日少子化社会対策会議決定。以下「子ども・子育て応援プラン」という。）において、平成21年度までにすべての小児救急医療圏（平成16年12月当時404地区）で、夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供できる体制を整備するとの目標が掲げられている（注5）。</p> <p>（注5） 当該目標の設定時点である平成16年12月当時、小児救急医療圏は404地区あり、そのうち小児救急医療を提供できる体制が整備済みとされている地区は221地区（整備率55%）であった。</p>	<p>表2-(1)-③</p>
<p>このため、厚生労働省は、夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供できる体制を構築するため、地域の実情に応じて、小児科医の確保が困難な地域について圏域を設定し、医療機関と連携して小児科における医療資源の機能の集約化・重点化（注6）を進めるための計画を策定するよう、都道府県に要請している（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知等）。さらに、平成18年6月に制定された良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）にお</p>	<p>表2-(1)-④</p> <p>表2-(1)-⑤</p>

いて、都道府県は、救急医療体制を含む地域の医療提供体制の整備のための医療計画を見直し、小児救急医療対策等事業の目標等を定めるとともに、地域の医療関係者との協議の場を設け医療従事者の確保等について必要な施策を定めることとされており、平成18年度及び19年度に必要な調査・準備を行った上で、20年度から新しい医療計画に基づき実施する予定となっている。

(注6) 医師の偏在が指摘されている小児科領域において、限られた医療資源を重点的かつ効率的に配置し、医療機関相互の連携体制(入院医療を中心とする「連携強化病院」と外来医療を中心とする「連携病院」との連携)を構築するもの。これにより、病院勤務医の勤務環境の改善や医療の安全性の確保を図る。

(調査結果)

今回、小児救急医療の提供体制の整備状況を調査した結果、入院を要する小児救急医療の提供体制の整備に関し、①全国47都道府県における整備状況は、平成18年9月現在、未整備の小児救急医療圏が全396地区中151地区(38%)あり、この未整備の地区の中には、小児科医が少ないことなどから、整備の見通しが立たないものが多いこと、②今回調査した24都道府県の228小児救急医療圏の中には、整備済みとされている地区において、24時間365日対応可能なものとなっておらず、空白時間帯が生じているものがあるなど、小児救急医療の提供体制の整備が目標どおりに推進されていない状況がみられた。なお、調査対象とした24都道府県の中には、地域の実情に応じ、複数の医療圏を大ぐくりして小児救急医療圏を設定し、24時間365日の対応体制を確保しているなど効果的な取組を行っている例もみられた。

ア 厚生労働省は、入院を要する小児救急医療の提供体制の整備を推進するため、都道府県等に対する補助事業として、i)原則として二次医療圏ごとに、複数の病院が輪番制を採ることにより小児救急医療を確保する体制(病院群輪番制)を整備する小児救急医療支援事業(平成11年度から実施)、ii)複数の二次医療圏において小児救急医療の拠点となる病院を1か所指定し、24時間365日、小児救急医療を確保する小児救急医療拠点病院運営事業(平成14年度から実施)を推進している。このような取組のほか、都道府県の単独事業による整備なども行われている。

全国47都道府県における小児救急医療の提供体制の整備済地区数及び整備率は、平成15年が180地区で44%、16年が221地区で55%、17年が234地区で57%、18年が245地区で62%と増加傾向にある。

しかし、最近3年間(平成16年から18年まで)の整備済地区の推移をみると、新たに整備済みとなった地区数は、全国で平成16年が41地区、17年が13地区、18年が11地区と減少しており、整備率の伸びも16年が11%、17年が2%、18年が5%と鈍化している。また、小児救急医療支援事業の実施地区数は、全国で平成16年が139地区、17年が136地区、18年が144地区であり、小児救急医療拠点病院運営事業の実施地区数も、16年が46地区(事業実施病院数21か所)、17年が58地区(同27か所)、18年が59地区(同27か所)となっており、いずれの事業も実施地区数は横ばい状態となっている。

また、都道府県別の小児救急医療の提供体制の整備状況をみると、平成18年9月

表2-1-⑥

表2-1-⑦

表2-1-⑧

<p>現在、都道府県内に設定された小児救急医療圏のすべてにおいて整備済み（整備率100%）となっているものが13都道府県（28%）あるが、他方、整備率が50%未満のものが19県（40%）あり、そのうち7県（15%）は整備率が20%未満となっている。さらに、最近3年間（平成16年から18年まで）の整備状況をみると、整備率が50%未満の19県のうち12県では、新規整備実績は皆無となっている。</p>	<p>表2-(1)-⑨ 表2-(1)-⑩</p>
<p>小児救急医療圏における小児救急医療の提供体制が未整備となっている理由について、平成17年において、厚生労働省が当該年に未整備地区となっている173地区を調査した結果によれば、i) 一般の病院群輪番制病院、共同利用型病院（地方公共団体が整備する入院を要する救急（二次救急）医療体制のうち、医師会立病院等が休日・夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により診療を行う体制）又は救命救急センターで対応等するため、小児救急医療に特化した体制を採る必要がないとしているものが28地区（16%）みられる一方、ii) 小児救急医療の提供体制は必要だが、小児科医が少ない等のため体制整備に困難を来しているとしているものが145地区（84%）を占めている。</p>	<p>表2-(1)-⑪</p>
<p>このうち、上記i) については、既存の小児救急医療に特化しない一般の救急医療体制の中で対応しているものとみられ、この理由を述べている28地区に対しては、厚生労働省が推進している小児救急独自の体制整備のための国庫補助事業等を行う必要性は希薄であるものとみられる。なお、今回の当省の調査によれば、愛知県は、「現在未整備地区とされているが、救命救急医療機関として整備した救命救急センターが地域の小児救急医療を担っており、特段の支障は生じていない」としている。一方、ii) については、小児科医の増加及び偏在是正のための抜本的な対策が求められているものと考えられる。</p>	<p>表2-(1)-⑫</p>
<p>このようなことから、現状では、入院を要する小児救急医療の提供体制の整備に関し、「子ども・子育て応援プラン」で掲げた目標（平成21年度までにすべての小児救急医療圏で小児の救急医療を提供できる体制を整備）の達成は、困難なものと思われる。</p>	
<p>イ 今回調査した24都道府県の228小児救急医療圏について、24時間365日、入院を要する小児の救急医療を提供できる体制が整備されているかどうかを調査した結果、次のとおり、整備済みとされている地区（159地区）でも、24時間365日の対応ができず、受診の空白時間帯がある地区が35地区（22%）みられる。</p>	<p>表2-(1)-⑬</p>
<p>228小児救急医療圏のうち、厚生労働省が整備済みとしているものは159地区（70%）で、未整備としているものは69地区（30%）である。しかし、整備済みとされている159地区のうち、入院を要する小児の救急医療の提供について、24時間365日の対応が可能となっているのは124地区（78%）で、35地区（22%）は深夜、休日の全部又は一部において対応できない状況となっている。具体的には、病院群輪番制は設けているが365日をカバーしていないものが13地区、平日及び休日の夜間は対応していないものが4地区等となっている。</p>	
<p>ウ 今回調査した24都道府県の中には、次のように、小児救急医療の提供体制の整備に関し効果的な取組を行っているものがある。</p> <p>(ア) 複数の二次医療圏を大ぐくりして新たな小児救急医療圏を設定し、病院群輪番</p>	<p>事例表2-(1)-①</p>

制への参加病院を増やすことにより、24時間365日の対応が可能な小児救急医療の提供体制を整備しているものが2県（群馬県及び奈良県）

(イ) 24時間365日対応可能な体制を整備するに当たり、当直体制を採らず、常勤7人の小児科医による2交代勤務制を採ることにより、24時間体制でありながら、小児科医1人当たり1週間の労働時間が40時間以内となるよう1か月単位のシフトを組み、個々の小児科医の労働負担を軽減することを明らかにして、大学医局から必要な小児科医の派遣を受けることにより小児科医を確保しているものが1県（徳島県）

エ 当省が24都道府県の小児医療対策従事者に対して実施したアンケート調査結果では、回答のあった78人のうち、i) 小児救急医療圏を設定する上での課題については、「小児救急医療圏は、地域の医療資源（医療機関数、医師数等）の実情にそぐわなくなっている」と回答した者（複数回答）が約4割と最も多く、ii) 小児救急患者の受入対策を実施する上での課題については、「救急医療に参加している開業医が少ないなど、休日・夜間の診療のために必要な小児科医の確保がされていない」と回答した者が約7割と最も多くなっている。

表2-(1)-⑭

また、当省が調査対象24都道府県内の医療関係者（産婦人科医及び小児科医）に対して実施したアンケート調査結果では、回答のあった小児科医198人のうち、i) 地域における小児救急医療圏の設定状況については、「小児救急医療圏は、地域の医療資源（医療機関数、医師数等）の実情を踏まえた設定が行われていない」と回答した者（複数回答）が約5割と最も多く、ii) 地域の小児救急患者の受入対策の内容については、「休日・夜間の診療のために必要な小児科医が確保されていない」と回答した者が約7割と最も多くなっている。

（所見）

したがって、厚生労働省は、入院を要する小児救急医療の提供体制の整備を推進する観点から、「子ども・子育て応援プラン」で掲げた平成21年度までにすべての小児救急医療圏で、夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供できる体制を整備するとの目標が達成できるよう、当省のアンケート調査結果を参考に、一層効果的な対策を検討し、実施するとともに、都道府県に対し、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 厚生労働省が整備済みとしている地区における小児救急医療の空白時間帯の状況を的確に把握し、都道府県が地域の実情に応じ、その解消に向けた取組を推進するよう助言すること。
- ② 小児救急医療の提供体制の整備に関する効果的な取組事例を収集し、都道府県に情報提供すること。

(説明)

表2-(1)-① 「医療計画について」(平成10年6月1日付け健政発第689号厚生省健康政策局長通知)(抜粋)

1 医療計画の作成について

(1) 医療計画の作成に当たっては、別紙「医療計画作成指針」を参考として、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の実情を十分勘案しつつ、関係者の意見を十分踏まえた上で行われたいこと。

(別紙) 医療計画作成指針

第三 医療計画の内容

5 医療提供体制の整備

(3) 救急医療の確保

1) 救急医療体制

救急医療体制については、初期救急医療機関(在宅当番医、休日・夜間急患センター)、第二次救急医療機関(精神科救急を含む24時間体制の救急病院、病院群輪番制病院及び有床診療所)、第三次救急医療機関(救命救急センター)並びに救急医療情報センターを体系的に整備することとするが、原則として第二次救急医療機関は二次医療圏単位で、第三次救急医療機関は概ね人口100万人単位で整備を図るものとする。(略) なお、初期、第二次、第三次救急医療機関の機能区分及び基準等は、次のとおりとする。

(ア) 初期救急医療機関とは、外来診療によって救急患者の医療を担当する医療機関であり、救急医療に携わることを表明する医療機関とする。

(イ) 第二次救急医療機関とは、入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する医療機関とし、次の基準を満たすものとする。

- ① 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。
- ② エックス線装置、心電計、輸血及び輸液などのための設備、その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。
- ③ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床または専用病床を有すること。
- ④ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること。

(ウ) 第三次救急医療機関とは、第二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する医療機関とし、その要件は次のとおりとする。なお、医療計画において第三次救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。

- ① 重篤な救急患者を、常に必ず受け入れることができる診療体制をとること。
- ② ICU、CCU等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと。

2) 小児救急医療体制

小児医療をとりまく環境の変化に留意し、通常の救急医療体制に加えて、特に休日・夜間などにおける小児救急医療について、地域の実状を踏まえた体系的な初期、二次、三次の救急医療体制を整備し、これを記載することが望ましい。なお、二次医療圏内において、小児救急医療体制整備が困難な地域にあっては、複数の二次医療圏を単位として整備計画を記載しても差し支えない。

また、地域における事故防止対策などの母子保健活動との連携を積極的に図り、救急医療情報センターや保健所、市町村保健センターなどの活用や、インターネット、IT等の電子媒体等の活用等により、子供を持つ親をはじめとする地域住民や関係者に対して、小児救急医療体制に関する情報を提供するための方策を検討し、記載することが望ましい。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (1) - ② 主として軽症患者に対し24時間365日の対応が可能な医療圏の整備状況(平成19年2月)

都道府県名	小児救急医療圏数	左のうち、24時間365日診療可能な小児救急医療圏数
北海道	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	9
宮城県	10	7
秋田県	7	7
山形県	7	7
福島県	7	6
茨城県	12	12
栃木県	10	10
群馬県	5	4
埼玉県	16	16
千葉県	15	15
東京都	13	13
神奈川県	14	14
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	5	5
福井県	2	2
山梨県	2	2
長野県	10	10
岐阜県	5	5
静岡県	12	12
愛知県	11	10
三重県	11	11
滋賀県	7	7
京都府	6	6
大阪府	11	10
兵庫県	12	12
奈良県	2	2
和歌山県	7	7
鳥取県	3	0
島根県	7	7
岡山県	6	6
広島県	14	13
山口県	8	6
徳島県	3	3
香川県	5	5
愛媛県	6	6
高知県	4	3
福岡県	15	15
佐賀県	5	5
長崎県	9	9
熊本県	11	11
大分県	10	6
宮崎県	7	3
鹿児島県	12	12
沖縄県	5	5
合計	396	374 (94.4%)

(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

表 2 - (1) - ③ 「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」(子ども・子育て応援プラン。平成16年12月24日少子化社会対策会議決定)(抜粋)

I 策定の趣旨

少子化社会対策基本法に基づき、国の基本施策として、「少子化社会対策大綱」(平成 16 年 6 月 4 日閣議決定)を策定し、少子化の流れを変えるための施策を強力に推進することとしているが、本大綱に盛り込まれた施策について、その効果的な推進を図るため、重点施策の具体的実施計画として、この「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」を策定する。

本計画では、大綱に盛り込まれた施策のうち、地方公共団体や企業等とともに計画的に取り組む必要があるものについて、平成 21 年度までの 5 年間に講ずる具体的な施策内容と目標を掲げるとともに、施策の実施によって子どもが健康に育つ社会、子どもを生子、育てることに喜びを感じることができる社会への転換がどのように進んでいるのかが分かるよう、概ね 10 年後を展望した、目指すべき社会の姿を掲げ、それに向けて、この 5 年間に施策を重点的に取り組んでいくこととする。

II 施策の内容・目標

4 子育ての新たな支え合いと連帯

(5) いつでも安心して小児医療、母子保健医療が受けられる体制の整備

どこでも、子どもの病気や出産の緊急時に適切に対応できる体制を整備し、妊娠、出産、育児の安心・安全を確保するとともに、子どもの健やかな育ちを支援する。

(1) 子どもの病気に対し適切に対応できる体制整備

(具体的施策)	(平成 16 年度)	(平成 21 年度)
<input type="checkbox"/> 小児救急医療体制の推進	221 地区	→ 404 地区

子どもの病気の緊急時に、夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供するため、小児救急医療圏(404 地区)をカバーする体制を全国に整備するとともに、保護者向けの夜間電話相談体制などの整備を進める。

(今後 5 年間の目標)

- 小児科医師等の確保・育成 小児科医師数が適正に配置された医療施設数の増加
かかりつけ医を持っている子どもの割合 81.7%(平成 12 年)→100%

子どもが地域において、いつでも安心して医療サービスを受けられるよう、小児科医療施設の役割分担と連携を推進し、小児科医師の適正な配置を図る。また、産科医師数の減少傾向に歯止めをかける。さらに、子どもが入院中も「子どもらしく生活」できるように小児医療を支える保育士の十分な確保を図る。

- 小児医療の診療報酬上の適切な評価

平成 15 年 3 月に閣議決定された「医療保険制度及び診療報酬体系に関する基本方針」に沿って、医療の特性、患者の心身の特性、生活の質の重視等を踏まえた適切な評価について引き続き検討を進める。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (1) - ④ 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」(平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知)(抜粋)

小児科、産科等の特定の診療科における医師の偏在問題については、平成17年12月1日に取りまとめられた「医療制度改革大綱」(政府・与党医療改革協議会)においても、地域の実情に応じた医師確保策を総合的に講じていくべきことが指摘されるなど、早急な対応が求められている大きな課題である。

厚生労働省、総務省及び文部科学省から成る「地域医療に関する関係省庁連絡会議」においては、平成17年8月に「医師確保総合対策」(参考資料)を取りまとめ、標記の集約化・重点化の推進を含め、積極的に取り組んでいくこととしている。

その中で、小児科・産科の医師偏在の問題については、医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられることから、関係の学会や医会、関係団体の有識者の参画を得たワーキンググループを設けて検討を重ね、別添の「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について」(以下「本報告書」という。)を取りまとめ、平成17年12月2日に公表したところである。

については、各都道府県におかれては、関係の学会や医会、関係団体の参画を得て取りまとめられた本報告書の内容に従って検討を行い、必要性が認められた場合には、都道府県において集約化・重点化計画を策定し、関係者の協力の下でこれを実施していくことが望ましいと考えるので、その趣旨を十分御理解の上、下記の点に御留意いただきつつ、積極的に取り組んでいただくようお願いする。

記

1 主体

地域医療の確保という観点から、都道府県が主体となり、基本的に、関係者から成る地域医療対策協議会(平成16年3月31日付け医政発第0331002号・総経第89号・15文科高第918号厚生労働省医政局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知参照)を活用すること。

2 対象

公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象とすること。

3 スケジュール

平成18年度末を目途に、集約化・重点化の必要性の検討を行い、その実施の適否を決定した上で、具体策を取りまとめること。

また、平成20年度までに取りまとめられる医療計画において、当該具体策を記載すること。

4 集約化・重点化計画の策定

集約化・重点化計画の策定に当たっては、小児科・産科医師の確保が困難な地域について圏域を設定し、当該圏域ごとに、診療機能を集約化・重点化して分野別に特化した小児医療又はハイリスク分娩を中心とした産科医療を担う病院として「連携強化病院」と、必要に応じ連携強化病院に一定の機能を移転する病院として「連携病院」とを設定すること。

なお、圏域においては、集約化・重点化計画において設定した連携強化病院と連携病院にとどまらず、診療所を含めた地域の連携体制を構築するものとする。

5 関係者

国、都道府県はもとより、市町村や関係団体についても、本報告書を踏まえた役割を果たせるようにするため、都道府県においても、本報告書の周知を行った上で、関係者との協議を進められたいこと。

6 その他

- (1) 集約化・重点化については、全国一律に実施するものではなく、当該地域における必要性を勘案して、都道府県において検討の上、実施の適否を含めて検討するものであるとともに、小児科・産科医師の確保が困難な地域において当面の小児科・産科の医療確保を行うための緊急避難的な対策であること。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (1) - ⑤ 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律
(平成18年法律第84号)の概要

第 1 改正の趣旨

良質な医療を提供する体制を確立するため、都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の導入等医療に関する選択に資する情報の提供の推進、医療の安全を確保するための体制の整備、医療計画制度の拡充・強化等を通じた医療提供体制の確保の推進、地域における医療従事者の確保の推進、非営利性の強化等医療法人に関する制度の見直し、行政処分を受けた医師等に対する再教育制度の創設等医療従事者の資質の向上等の措置を講ずること。

第 2 医療法の一部改正

5 医療提供体制の確保に関する事項

(1) 基本方針

イ 厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保 (以下「医療提供体制の確保」という。) を図るための基本方針を定めるものとすること。(第 30 条の 3 第一項関係)

ロ 基本方針は、医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項、医療提供体制の確保に係る目標に関する事項等について定めるものとする。 (第 30 条の 3 第二項関係)

ハ 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。 (第 30 条の 3 第三項関係)

(2) 医療計画

イ 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画 (以下「医療計画」という。) を定めるものとすること。(第 30 条の 4 第一項関係)

ロ 医療計画においては、厚生労働省令で定める疾病の治療又は予防に係る事業及び救急医療、へき地の医療、小児医療等の確保に必要な事業 (以下「救急医療等確保事業」という。) に関する事項、医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項等を定めるものとする。 (第 30 条の 4 第二項関係)

ハ 都道府県は、地域の関係者による協議を経て、ロの医療ごとに医療連携体制 (医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。) が構築されるよう配慮するとともに、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることが確保されるように、並びに医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービス等との連携が確保されるように、配慮しなければならないものとすること。(第 30 条の 4 第三項関係)

ニ 都道府県は、医療計画の作成又は医療計画に基づく事業の実施のために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができるものとする。 (第 30 条の 5 関係)

ホ 都道府県は、医療計画に達成すべき目標を定めるとともに、少なくとも 5 年ごとに、目標の達成状況等の調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、医療計画を変更するものとすること。(第 30 条の 4 第二項及び第 30 条の 6 関係)

ヘ 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。 (第 30 条の 7 第一項関係)

ト 病院又は診療所の管理者は、居宅等において医療を提供し、又は居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うよう努めるものとする。 (第 30 条の 7 第二項関係)

チ 国は、都道府県に対し、予算の範囲内で、医療計画に基づく事業に要する費用の一部を補助することができるものとすること。(第 30 条の 9 関係)

表 2 - (1) - ⑥ 小児救急医療支援事業及び小児救急医療拠点病院運営事業の概要

「救急医療対策事業実施要綱」（平成 15 年 5 月 27 日付け医政発第 0527008 号厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

第 6 第二次救急医療体制

1 目的

- (1) 病院群輪番制病院等運営事業（当省注：小児救急の場合の病院群輪番制病院等運営事業を「小児救急医療支援事業」という。）は、地方公共団体が地域の実情に応じて病院群輪番制方式、共同利用型病院方式等による第二次救急医療施設を整備し、休日夜間急患センター、在宅当番医制等の初期救急医療施設及び救急患者の搬送機関との円滑な連携体制のもとに、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の医療を確保することを目的とする。
- (2) 小児救急医療拠点病院運営事業は、都道府県が地域の実情に応じて小児救急医療拠点病院を整備し、休日夜間急患センター、在宅当番医制等の初期救急医療施設及び小児救急患者の搬送機関との円滑な連携体制のもとに、休日及び夜間における入院治療を必要とする小児の重症救急患者の医療を確保することを目的とする。

2 補助対象

(1) 病院群輪番制病院等運営事業

ア 地域設定

地域設定は、原則として二次医療圏単位とする。ただし、二次医療圏単位によりがたい地域については都道府県知事が設定する地域で厚生労働大臣が適当と認めたものとする。

イ 病院

地方公共団体又は地方公共団体の長の要請を受けた病院の開設者が整備、運営する病院で相当数の病床を有し、医師等の医療従事者の確保及び救急専用病床の確保等、第二次病院としての診療機能を有する病院とする。

(2) 小児救急医療拠点病院運営事業

ア 地域設定

地域設定は、複数の二次医療圏単位とする。

イ 病院

都道府県又は都道府県知事の要請を受けた病院の開設者が整備、運営する病院で相当数の病床を有し、小児科医師、看護師等の医療従事者の確保及び小児の救急専用病床の確保並びに研修施設を有する等、第二次病院として診療機能を有する病院とする。

3 運営方針

(1) 病院群輪番制病院等運営事業

ア 病院群輪番制病院及び共同利用型病院運営事業地域の実情に応じた次の方式により休日夜間の診療体制を整えるものとし、原則として、初期救急医療施設からの転送患者を受け入れるものとする。

(ア) 病院群輪番制方式

地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により実施するものとする。

(イ) 共同利用型病院方式

医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を解放し、地域医師会の協力により実施するものとする。

イ 小児救急医療支援事業

(ア) 小児救急医療支援実施事業

地域の小児科を標榜する病院群又は病院が病院群輪番制方式又は共同利用型病院方式により、小児救急医療に係る休日夜間の診療体制を整えるものとし、原則として、初期救急医療施設からの転送患者を受け入れるものとする。

(イ) 小児救急医確保調整事業

小児救急医療体制の確保を図るため、小児科医を含む地域の関係者からなる協議会を設置し、地域における小児救急医の確保のための検討・調整及び小児救急医療関係施設間の調整等、小児救急医療体制の確保に必要な事項の調整等を行うものとする。

(2) 小児救急医療拠点病院運営事業

ア 小児救急医療拠点病院は、小児救急医療に係る休日夜間の診療体制を常時整えるものとし、原則として、初期救急医療施設及び救急搬送機関から転送された小児重症救急患者を必ず受け入れるものとする。

イ 小児救急医療拠点病院は、地域の小児科医師等を対象とした小児救急医療分野の研修を定期的に行い、地域の小児救急医療の充実に努めるものとする。

4 整備基準

(1) 病院群輪番制方式

ア 当番日における第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するものとする。

イ 当番日における病院の診療体制は、通常の当直体制の外に重症救急患者の受け入れに対応できる医師等医療従事者を確保するものとする。

(2) 共同利用型病院方式

ア 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するものとする。

イ 病院の診療体制は、通常の当直体制の外に重症救急患者の受け入れに対応できる医師等医療従事者を確保するものとする。

(3) 小児医療拠点病院

ア 小児重症救急患者の第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するものとする。

イ 病院の診療体制は、休日夜間に小児重症救急患者の受け入れに常時対応できる小児科医師及び看護師等医療従事者を確保するものとする。

(4) ヘリコプター等添乗医師等確保事業(略)

(5) 施設及び設備

ア 病院群輪番制病院及び共同利用型病院運営事業

(ア) 施設

第二次救急医療施設として必要な診療部門(診療室、処置室、手術室、薬剤室、エックス線室、検査室等)及び専用病室等を設けるものとする。

また、必要に応じ、心臓病及び脳卒中の重症救急患者を受け入れるため、心臓病専用病室(CCU)及び脳卒中専用病室(SCU)を設けるものとする。

(イ) 設備

第二次救急医療施設の診療機能として必要な医療機械を備えるものとする。

また、必要に応じ、心臓病及び脳卒中の重症救急患者の治療等に必要な専用医療機器を備えるものとする。

このほか、必要に応じて、搬送途上の患者の様態を正確に把握し、医師の具体的指示を搬送途上に送るため、地域の中心的な第二次救急医療施設に心電図受信装置を備えるものとする。

イ 小児救急医療拠点病院

(ア) 施設

小児重症救急患者の第二次救急医療施設として必要な小児科診療部門(診療室、処置室、手術室、薬剤室、エックス線室、検査室等)、小児専用病室及び研修室等を設けるものとする。

(イ) 設備

小児重症救急患者の第二次救急医療施設として必要な医療機械等を備えるものとする。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (1) - ⑦ 入院を要する小児救急医療体制の整備状況（全国計）

（単位：地区、％）

時点等		平成 15 年 9 月 1 日現在	16 年 9 月 1 日現在	対前年 増加数	17 年 9 月 1 日現在	対前年 増加数	18 年 9 月 1 日現在	対前年 増加数
区分								
小児救急医療圏総数		406 [100]	404 [100]	△2	407 [100]	3	396 [100]	△11
うち、整備済地区数		180 [44]	221 [55]	41	234 [57]	13	245 [62]	11
内 訳	小児救急医療支援事業 の実施による整備済地 区	124	139	15	136	△3	144	8
	小児救急医療拠点病 院運営事業の実施に よる整備済地区 (事業実施箇所数)	31 (14)	46 (21)	15	58 (27)	12	59 (27)	1
	その他(県単独事業等 による整備済地区)	25	36	11	40	4	42	2

(注) 1 厚生労働省の「全国小児救急医療関係主管課長会議資料」に基づき、当省が作成した。
2 []内は、各年の小児救急医療圏総数を 100 とした場合の整備済地区の割合である。

表 2 - (1) - ⑧ 小児救急医療圏の都道府県別整備状況

(単位：地区、%)

区分 都道府県	二次医療圏数	小児救急医療圏数				整備済地区数									整備済地区の内訳		
		平成15年	16年	17年	18年	平成15年9月1日現在 a		平成16年9月1日現在		平成17年9月1日現在		平成18年9月1日現在 b		増加率 (b/a)	小児救急医療支援事業	小児救急医療拠点病院運営事業	県単独事業等整備地区
						8	38%	13	62%	15	71%	20	95%				
北海道	21	21	21	21	21	8	38%	13	62%	15	71%	20	95%	2.5	7	13	
青森県	6	6	6	6	6	0	0%	0	0%	1	17%	1	17%	—	1		
岩手県	9	9	9	9	9	1	11%	1	11%	1	11%	1	11%	1.0	1		
宮城県	10	10	10	10	10	1	10%	1	10%	1	10%	1	10%	1.0	1		
秋田県	8	8	8	8	7	2	25%	2	25%	2	25%	2	29%	1.0	2		
山形県	4	7	7	7	7	0	0%	1	14%	1	14%	1	14%	—	1		
福島県	7	11	11	8	7	2	18%	2	18%	2	25%	2	29%	1.0	1		1
茨城県	9	11	11	12	12	7	64%	10	91%	11	92%	11	92%	1.6	2	6	3
栃木県	5	10	10	10	10	1	10%	3	30%	3	30%	3	30%	3.0	3		
群馬県	10	5	5	5	5	4	80%	4	80%	4	80%	4	80%	1.0	4		
埼玉県	9	16	16	16	16	9	56%	13	81%	15	94%	16	100%		12	4	
千葉県	9	15	15	15	15	11	73%	12	80%	12	80%	15	100%		4	6	5
東京都	13	13	13	13	13	12	92%	12	92%	12	92%	12	92%	1.0	12		
神奈川県	11	14	14	14	14	14	100%	14	100%	14	100%	14	100%		12	2	
新潟県	7	12	12	13	7	1	8%	1	8%	2	15%	2	29%	2.0	1		1
富山県	4	4	4	4	4	2	50%	3	75%	3	75%	4	100%		1		3
石川県	4	5	5	5	5	1	20%	1	20%	1	20%	1	20%	1.0			1
福井県	4	4	4	2	2	3	75%	4	100%	2	100%	2	100%		2		
山梨県	4	8	8	3	2	1	13%	7	88%	2	67%	2	100%		2		
長野県	10	10	10	10	10	1	10%	1	10%	1	10%	1	10%	1.0			1
岐阜県	5	5	5	5	5	1	20%	1	20%	3	60%	3	60%	3.0		3	
静岡県	8	12	12	12	12	12	100%	12	100%	11	92%	9	75%	0.8	9		
愛知県	11	11	11	12	11	2	18%	2	18%	2	17%	2	18%	1.0	2		
三重県	4	4	4	11	11	2	50%	2	50%	7	64%	8	73%	4.0	2		6
滋賀県	7	7	7	7	7	4	57%	5	71%	6	86%	6	86%	1.5	6		
京都府	6	6	6	6	6	1	17%	1	17%	1	17%	4	67%	4.0	3		1
大阪府	8	11	11	11	11	11	100%	11	100%	11	100%	11	100%		11		
兵庫県	10	10	10	10	12	9	90%	10	100%	10	100%	12	100%		11		1
奈良県	5	2	2	2	2	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%		2		
和歌山県	7	7	7	7	7	3	43%	3	43%	3	43%	3	43%	1.0	3		
鳥取県	3	3	3	3	3	2	67%	3	100%	3	100%	3	100%		2		1
島根県	7	7	7	7	7	0	0%	2	29%	2	29%	2	29%	—			2
岡山県	5	6	6	6	6	3	50%	3	50%	3	50%	3	50%	1.0	2		1
広島県	7	14	14	14	14	11	79%	12	86%	12	86%	12	86%	1.1	3	8	1
山口県	8	9	9	9	8	5	56%	5	56%	6	67%	6	75%	1.2	1	4	1
徳島県	6	3	3	3	3	3	100%	3	100%	3	100%	3	100%		2	1	
香川県	5	5	5	5	5	5	100%	5	100%	5	100%	5	100%		3		2
愛媛県	6	6	6	6	6	2	33%	2	33%	2	33%	2	33%	1.0	2		
高知県	4	4	4	4	4	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	1.0	1		
福岡県	13	15	13	15	15	0	0%	5	38%	6	40%	6	40%	—	2		4
佐賀県	5	5	5	5	5	4	80%	4	80%	4	80%	5	100%				5
長崎県	9	9	9	9	9	2	22%	2	22%	2	22%	2	22%	1.0	1		1
熊本県	11	11	11	11	11	3	27%	6	55%	6	55%	6	55%	2.0		6	
大分県	10	10	10	10	10	3	30%	3	30%	7	70%	6	60%	2.0	3	3	
宮崎県	7	7	7	7	7	1	14%	1	14%	0	0%	1	14%	1.0			1
鹿児島県	12	12	12	13	12	2	17%	5	42%	6	46%	3	25%	1.5		3	
沖縄県	5	6	6	6	5	5	83%	5	83%	5	83%	4	80%	0.8	4		
計	358	406	404	407	396	180	44%	221	55%	234	57%	245	62%	1.4	144	59	42

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

2 「国庫補助事業整備地区」及び「県単独事業等整備地区」は、平成18年度までの整備地区(予定を含む)を集計した。「小児救急医療支援事業」と「小児救急医療拠点病院」の重複地区については、「小児救急医療拠点病院」の重複地区を除く。また「県単独事業等整備地区」は、国庫補助事業との重複地区を除く。

3 網掛けした都道府県は、平成18年9月1日現在の整備率が50%未満で、16年から18年までの3年間の新規整備実績が皆無のものである。

表 2 - (1) - ⑨ 小児救急医療圏別の小児救急医療提供体制の整備状況 (平成 18 年 9 月 1 日現在)

都道府県名	二次医療圏地区名	小児救急医療圏 a	整備済地区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療支援事業実施地区 (国庫補助対象)	小児救急医療支援事業実施地区 (県単等国庫補助対象外)	小児救急医療拠点病院運営事業 (国庫補助対象)	小児救急医療拠点病院運営事業 (県単等国庫補助対象外)	小児救急医療支援事業・小児救急医療拠点病院運営事業以外の小児救急医療事業実施地区
北海道	南渡島	南渡島	○					
	南檜山	南檜山	○			○		
	北渡島檜山	北渡島檜山	○					
	札幌	札幌	○	○				
	後志	後志	○	○				
	南空知	南空知						
	中空知	中空知	○	○				
	北空知	北空知	○					
	上川中部	上川中部	○			○		
	富良野	富良野	○					
	留萌	留萌	○					
	西胆振	西胆振	○	○				
	東胆振	東胆振	○			○		
	日高	日高	○					
	上川北部	上川北部	○	○				
	宗谷	宗谷	○	○				
	北網	北網	○			○		
	遠紋	遠紋	○					
	十勝	十勝	○	○				
	釧路	釧路	○			○		
	根室	根室	○					
21	21	20(95%)						
青森県	青森地域	青森地域						
	津軽地域	津軽地域	○	○	○			
	八戸地域	八戸地域						
	西北五地域	西北五地域						
	上十三地域	上十三地域						
	下北地域	下北地域						
	6	6	1(17%)					
岩手県	盛岡	盛岡	○	○				
	岩手中部	岩手中部						
	胆江	胆江						
	両磐	両磐						
	気仙	気仙						
	釜石	釜石						
	宮古	宮古						
	久慈	久慈						
	二戸	二戸						
9	9	1(11%)						
宮城県	仙南医療圏	仙南医療圏						
	岩沼医療圏	岩沼医療圏						
	仙台医療圏	仙台医療圏	○	○				
	塩釜医療圏	塩釜医療圏						
	黒川医療圏	黒川医療圏						
	大崎医療圏	大崎医療圏						
	栗原医療圏	栗原医療圏						
	登米医療圏	登米医療圏						
	石巻医療圏	石巻医療圏						
	気仙沼医療圏	気仙沼医療圏						
10	10	1(10%)						

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
秋田県	大館・鹿角	大館鹿角・ 鷹巣阿仁						
	鷹巣・阿仁							
	能代・山本	能代・山本						
	秋田周辺	秋田周辺	○	○				
	本荘・由利	本荘・由利	○	○				
	大曲・仙北	大曲・仙北						
	横手・平鹿	横手・平鹿						
	湯沢・雄勝	湯沢・雄勝						
8	7	2(29%)						
山形県	村山	山形地区 西村山地区 北村山地区						
	最上	最上						
	置賜	置賜	○	○				
	庄内	鶴岡地区 酒田地区						
	4	7	1(14%)					
福島県	県北	福島・安達	○		○			
	県中	郡山・須賀川	○	○				
	県南	白河						
	会津	会津・喜多方・両 沼地方						
	南会津	南会津						
	相双	相馬・双葉						
	いわき	いわき						
7	7	2(29%)						
茨城県	日立	日立	○		○			
	鹿行	鉾田 鹿行南部	○			○		
	常陸太田・ひたちなか	県北	○			○		
	水戸	県央	○					
	土浦	石岡	○			○		
	土浦	土浦・阿見	○					
	取手・竜ヶ崎	稲敷	○		○			
		常総	○	○				
	つくば	つくば	○			○		
	筑西・下妻	筑西	○				○	
	古河・坂東	茨城西南	○	○				
9	12	11(92%)						
栃木県	県北	那須医療圏 塩谷医療圏	○	○				
	県西	鹿沼医療圏 日光医療圏						
	県東・中央	宇都宮医療圏 芳賀医療圏 南那須医療圏	○ ○ ○	○ ○ ○	○			
	県南	栃木医療圏 小山医療圏						
	両毛	両毛医療圏						
	5	10	3(30%)					

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
群馬県	前橋	中毛地区	○	○				
	伊勢崎	伊勢崎地区	○	○				
	高崎・安中	西毛地区	○	○				
	藤岡							
	富岡							
	渋川	北毛地区	○	○				
	吾妻							
	沼田							
	桐生	東毛地区						
	太田・館林							
	10	5	4(80%)					
埼玉県	中央	川口地区	○	○				
		戸田・蕨地区	○	○				
		さいたま市地区	○	○				
		中央地区	○	○				
	西部第一	朝霞地区	○	○				
		所沢地区	○	○				
	比企	川越地区	○			○		
		比企地区	○					
	西部第二	坂戸・飯能地区	○			○		
	秩父	秩父地区	○					
	児玉	児玉地区	○	○				
	大里	深谷地区	○	○				
		熊谷地区	○	○				
	利根	東部第一地区	○	○				
		東部第二地区	○	○				
	東部	東部第三地区	○	○				
			9	16	16(100%)			
千葉県	千葉	千葉	○					○
	東葛南部	船橋・鎌ヶ谷	○	○				
		市川・浦安	○		○			
		習志野・八千代	○	○				
	東葛北部	松戸	○					○
		柏	○				○	
		野田	○					○
	印旛山武	印旛	○	○				
		山武	○			○		
	香取海匝	香取海匝	○					
	夷隅長生	夷隅	○			○		
		長生	○			○		
	安房	安房	○			○		
君津	君津	○			○			
市原	市原	○	○					
	9	15	15(100%)					

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
東京都	区中央部	区中央部	○	○				○
	区南部	区南部	○	○				○
	区西南部	区西南部	○	○				○
	区西部	区西部	○	○				○
	区西北部	区西北部	○	○				○
	区東北部	区東北部	○	○				○
	区東部	区東部	○	○				○
	西多摩	西多摩	○	○				
	南多摩	南多摩	○	○				○
	北多摩西部	北多摩西部	○	○				○
	北多摩南部	北多摩南部	○	○				○
	北多摩北部	北多摩北部	○	○				○
	島しょ	島しょ						
	13	13	12(92%)					
神奈川県	横浜北部	横浜北部地区	○	○				
	横浜西部	横浜西部地区	○	○				
	横浜南部	横浜南部地区	○	○				
	川崎北部	川崎北部地区	○	○				
	川崎南部	川崎南部地区	○	○				
	横須賀・三浦	三浦半島地区	○	○				
		鎌倉地区	○			○		
	湘南東部	東湘地区	○					
	湘南西部	平塚・中郡地区	○	○				
		秦野・伊勢原地区	○	○				
	県央	厚木地区	○	○				
県央地区		○	○					
県北	相模原・津久井地区	○	○					
県西	西湘地区	○	○					
11	14	14(100%)						
新潟県	下越	下越						
	新潟	新潟	○	○				
	県央	県央						
	中越	中越						
	魚沼	魚沼						
	上越	上越	○					○
	佐渡	佐渡						
7	7	2(29%)						

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
富山県	新川	新川	○	○				
	富山	富山	○					○
	高岡	高岡	○					○
	砺波	砺波	○					○
	4	4	4(100%)					
石川県	南加賀	南加賀						
	石川中央	金沢地区	○					○
		金沢地区以外						
	能登中部	能登中部						
	能登北部	能登北部						
4	5	1(20%)						
福井県	福井・坂井	嶺北地区	○	○				
	奥越							
	丹南							
	嶺南	嶺南地区	○	○				
4	2	2(100%)						
山梨県	中北医療圏	富士・東部を除く 全地区	○	○				
	峡東医療圏							
	峡南医療圏							
	富士・東部医療圏	富士・東部地区	○	○				
4	2	2(100%)						
長野県	佐久	佐久						
	上小	上小						
	諏訪	諏訪						
	上伊那	上伊那						
	飯伊	飯伊						
	木曾	木曾						
	松本	松本	○					○
	大北	大北						
	長野	長野						
	北信	北信						
10	10	1(10%)						
岐阜県	岐阜医療圏	岐阜医療圏	○			○		
	中濃医療圏	中濃医療圏	○					
	西濃医療圏	西濃医療圏	○			○		
	東濃医療圏	東濃医療圏						
	飛騨医療圏	飛騨医療圏						
	5	5	3(60%)					
静岡県	賀茂	賀茂	○	○				
	熱海伊東	熱海	○	○				
		伊東	○	○				
	駿東田方	駿豆	○	○				
		御殿場						
	富士	富士	○	○				
	静岡	清水	○	○				
		静岡	○	○				
	志太榛原	志太榛原	○	○				
	中東遠	中東遠						
西部	北遠							
	西遠	○	○					
8	12	9(75%)						

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
愛知県	名古屋	名古屋	○	○				
	海部	海部						
	尾張中部	尾張中部						
	尾張西部	尾張西部						
	尾張東部	尾張東部						
	尾張北部	尾張北部						
	知多半島	知多半島						
	西三河北部	西三河北部	○	○				
	西三河南部	西三河南部						
	東三河北部	東三河北部						
	東三河南部	東三河南部						
11	11	2(18%)						
三重県	北勢	桑名	○					
		四日市	○					
		鈴鹿	○	○	○			
	中勢伊賀	津	○				○	○
		久居・一志	○					
		伊賀	○					
	南勢志摩	松阪	○	○	○			
		伊勢	○					○
		志摩						
	東紀州	尾鷲						
熊野								
4	11	8(73%)						
滋賀県	大津	大津	○	○				
	湖南	湖南	○	○				
	甲賀	甲賀	○	○				
	東近江	東近江	○	○				
	湖東	湖東	○	○				
	湖北	湖北	○	○				
	湖西	湖西						
7	7	6(86%)						
京都府	丹後	丹後						
	中丹	中丹						
	南丹	南丹	○	○		○		
	京都・乙訓	京都・乙訓	○				○	
	山城北	山城北	○	○	○			
	山城南	山城南	○	○				
6	6	4(67%)						
大阪府	豊能	豊能	○	○				
	三島	三島	○	○				
	北河内	北河内	○	○				
	中河内	中河内	○	○				
	南河内	南河内	○	○				
	堺市	堺市	○	○				
	泉州	泉州	○	○				
	大阪市	北部		○	○			
		西部		○	○			
		東部		○	○			
南部			○	○				
8	11	11(100%)						

都道府県名	二次医療圏地区名	小児救急医療圏 a	整備済地区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療支援事業実施地区 (国庫補助対象)	小児救急医療支援事業実施地区 (県単等国庫補助対象外)	小児救急医療拠点病院運営事業 (国庫補助対象)	小児救急医療拠点病院運営事業 (県単等国庫補助対象外)	小児救急医療支援事業・小児救急医療拠点病院運営事業以外 の小児救急医療事業実施地区
兵庫県	神戸	神戸	○	○				
	阪神南	東阪神	○	○				
		西阪神	○		○			
	阪神北	阪神北	○	○			○	
		三田	○	○				
	東播磨	東播磨	○	○		○		
	北播磨	北播磨	○	○		○		
	中播磨	中播磨	○	○				
	西播磨	西播磨	○	○				
	但馬	但馬	○	○		○		
	丹波	丹波	○	○				
	淡路	淡路	○	○				
	10	12	12(100%)					
奈良県	奈良	北和地区	○	○				
	東和(一部)							
	西和(一部)							
	中和	中南和地区	○	○				
	南和							
	東和(一部)							
西和(一部)	5	2	2(100%)					
和歌山県	和歌山	和歌山						
	那賀	那賀	○	○				
	橋本	橋本	○	○				
	有田	有田						
	御坊	御坊						
	田辺	田辺	○	○				
	新宮	新宮						
7	7	3(43%)						
鳥取県	東部保健医療圏	東部保健医療圏	○	○				
	中部保健医療圏	中部保健医療圏	○		○			
	西部保健医療圏	西部保健医療圏	○	○				
3	3	3(100%)						
島根県	松江	松江	○		○			
	雲南	雲南						
	出雲	出雲	○				○	
	大田	大田						
	浜田	浜田						
	益田	益田						
	隠岐	隠岐						
7	7	2(29%)						
岡山県	県南東部	県南東部	○					○
	県南西部	県南西部	○	○				
	高梁・新見	高梁 新見						
	真庭	真庭						
	津山・英田	津山・英田	○	○				
5	6	3(50%)						

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
広島県	広島	広島地区	○					
		安佐山県高田地区	○			○		
	広島西	佐伯大竹地区	○					
	呉	呉地区	○		○			
	広島中央	東広島地区						
		竹原地区						
	尾三	三原地区	○					
		因島地区	○			○		
		尾道地区	○					
		世羅地区	○					
	福山・府中	福山地区	○	○				
		府中地区	○	○				
備北	三次地区	○				○		
	庄原地区	○	○					
7	14	12(86%)						
山口県	岩国	岩国						
	柳井	柳井	○		○			
	周南	周南	○	○				
	山口・防府	山口・防府	○			○		
	宇部小野田	宇部小野田						
	下関	下関	○			○		
	長門	長門	○		○	○		
	萩	萩	○			○		
8	8	6(75%)						
徳島県	東部Ⅰ	東部	○	○				
	東部Ⅱ							
	南部Ⅰ	南部	○			○		
	南部Ⅱ							
	西部Ⅰ	西部	○	○				
	西部Ⅱ							
6	3	3(100%)						
香川県	大川	大川	○	○				
	小豆	小豆	○	○				
	高松	高松	○					○
	中讃	中讃	○				○	
	三豊	三豊	○	○				
5	5	5(100%)						
愛媛県	宇摩	宇摩						
	新居浜・西条	新居浜・西条						
	今治	今治						
	松山	松山	○	○				
	八幡浜・大洲	八幡浜・大洲						
	宇和島	宇和島	○	○				
6	6	2(33%)						
高知県	安芸保健医療圏	安芸保健医療圏						
	中央保健医療圏	中央保健医療圏	○	○				
	高幡保健医療圏	高幡保健医療圏						
	幡多保健医療圏	幡多保健医療圏						
4	4	1(25%)						

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 a	整備済地 区数 b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
福岡県	福岡・糸島	福岡Ⅰ	○					○
		福岡Ⅱ	○					
	粕屋	粕屋						
	宗像	宗像						
	筑紫	筑紫	○	○				
	甘木・朝倉	甘木・朝倉						
	久留米	久留米地区	○	○				○
		大川柳川地区						
	有明	大牟田地区						
	八女・筑後	八女・筑後						
	飯塚	飯塚	○					○
	直方・鞍手	直方・鞍手						
	田川	田川						
	北九州	北九州	○					○
京築	京築							
	13	15	6(40%)					
佐賀県	中部保健医療圏	中部保健医療圏	○					○
	東部保健医療圏	東部保健医療圏	○					○
	北部保健医療圏	北部保健医療圏	○					○
	西部保健医療圏	西部保健医療圏	○					○
	南部保健医療圏	南部保健医療圏	○					○
		5	5	5(100%)				
長崎県	長崎	長崎	○				○	
	佐世保	佐世保	○	○				
	県央	県央						
	県南	県南						
	県北	県北						
	五島	五島						
	上五島	上五島						
	壱岐	壱岐						
	対馬	対馬						
	9	9	2(22%)					
熊本県	熊本	熊本	○					
	宇城	宇城	○			○		
	上益城	上益城	○					
	有明	有明						
	鹿本	鹿本						
	菊池	菊池	○			○		
	阿蘇	阿蘇	○					
	八代	八代						
	芦北	芦北						
	球磨	球磨						
天草	天草	○			○			
	11	11	6(55%)					
大分県	東国東	東国東						
	別杵速見	別杵速見	○	○				
	大分	大分	○	○				
	臼津	臼津	○			○		
	佐伯	佐伯						
	大野	大野	○			○		
	竹田直入	竹田直入	○			○		
	日田玖珠	日田玖珠						
	中津下毛	中津下毛	○	○				
	宇佐高田	宇佐高田						
	10	10	6(60%)					

都道府県名	二次医療圏 地区名	小児救急医療圏 ^a	整備済地 区数 ^b (b/a)	整備事業内訳				
				小児救急医療 支援事業実施 地区 (国庫補助対象)	小児救急医療 支援事業実施 地区 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (国庫補助対象)	小児救急医療 拠点病院運営 事業 (県単等国庫補 助対象外)	小児救急医療支 援事業・小児救 急医療拠点病院 運営事業以外の 小児救急医療事 業実施地区
宮崎県	宮崎東諸県	宮崎東諸県	○					○
	日南串間	日南串間						
	都城北諸県	都城北諸県						
	西諸	西諸						
	西都児湯	西都児湯						
	日向入郷	日向入郷						
	宮崎県北部	宮崎県北部						
	7	7	1(14%)					
鹿児島県	鹿児島	鹿児島	○			○		
	日置	日置						
	指宿	指宿	○					
	南薩	南薩	○					
	川薩	川内 宮之城						
	出水	出水						
	伊佐	伊佐						
	始良	始良						
	曾於	曾於						
	肝属	肝属						
	熊毛	熊毛						
	奄美	奄美						
12	12	3(25%)						
沖縄県	北部	北部	○	○				
	中部	中部						
	南部	南部	○	○				
	宮古	宮古	○	○				
	八重山	八重山	○	○				
	5	5	4(80%)					
全国計	358	396	245(62%)					

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

2 整備済地区数欄の「○」は、小児救急医療提供体制が整備済みの地区を表す。

表 2 - (1) - ⑩ 小児救急医療圏の整備率に関する都道府県の分布状況 (平成 18 年 9 月 1 日現在)

整備率	都道府県数
100%整備済み	13 (28%)
90%台	3
80%台	4
70%台	3
60%台	3
50%台	2
40%台	2
30%台	2
20%台	8
10%台	7
10%未満	0
計	47 (100%)

} 50%未満
19 県 (40%)

(注) 当省の調査結果による。

表 2 - (1) - ⑪ 小児救急医療体制 (二次救急医療) の確立に係る事業の未実施地区 (平成 17 年 9 月 1 日現在) の理由等別の状況

(1) 未実施地区数 173 地区 (小児救急医療圏数 407 - 事業の実施地区数 234 = 173)	
(2) 未実施の理由等別の状況	
① 小児救急に特化した体制を採る必要がない。	28 地区
a. (一般の) 病院群輪番制病院又は共同利用型病院で対応	2 地区
b. 救命救急センター (三次救急医療機関) で対応等	26 地区
② 小児救急医療体制が必要だが、体制整備に困難を来している。	145 地区
a. 小児科医が少ないため。	144 地区
b. 医療機関の理解が得られないため。	1 地区

(注) 厚生労働省の「平成 17 年全国小児救急医療関係主管課長会議資料」による。

表 2 - (1) - ⑫ 小児救急医療圏の整備に係る補助事業未実施の理由 (都道府県の意見)

【愛知県】

- ① 小児救急医療圏の整備については、小児科医不足から困難な状況である。
- ② したがって、救命救急センター (三次救急) を優先的に設置しており、24 時間 365 日小児患者にも対応可能な体制を整備している。
- ③ 救命救急センターは、本来人口 100 万人に対し 1 か所の設置基準となっているが、本県では、小児救急医療圏 11 医療圏のうち、5 医療圏に設置されており、残る 4 医療圏では他の医療圏へ搬送して対応しており、小児の救急患者に十分対応していると考えている。整備済みか、未整備かどうかはあまり意識していない。

(注) 当省の調査結果による。

表 2 - (1) - ⑬ 調査対象 24 都道府県の 228 小児救急医療圏における受診時間帯の状況

(単位：地区、%)

夜間、休日における診療の実施状況						地区数	整備済地区数	未整備地区数
ア 24 時間 365 日小児科医が対応可能な地区						127	124[78.0]	3
イ 24 時間 365 日小児科医が対応できず、受診の空白時間帯がある地区						38	35 [22.0]	3
通常の診療時間帯以外で小児科医が対応可能な時間帯	小児科医の対応が困難な時間帯							
	平日		休日					
	準夜	深夜	昼間	準夜	深夜			
・休日昼間	×	×		×	×	6	4	2
・休日深夜	×	×	×	×		1	1	0
・平日夜間			×	×	×	3	3	0
・平日準夜、休日昼間		×		×	×	3	3	0
・平日準夜、休日準夜		×	×		×	1	1	0
・平日深夜、休日深夜	×		×	×		2	2	0
・休日昼間・夜間	×	×				4	4	0
・平日夜間、休日昼間				×	×	2	2	0
・平日準夜、休日昼間・準夜		×			×	1	1	0
・平日準夜、休日夜間		×	×			1	0	1
・平日夜間、休日夜間			×			1	1	0
・当番日	当番日以外の休日、夜間					13	13	0
ウ 通常の診療時間帯以外には小児科医の対応が困難な地区						63	0[-]	63
合 計						228(100)	159(69.7) [100]	69(30.3)

(注) 1 当省の調査(平成 18 年 10 月現在)結果による。

2 「夜間」はおおむね 18:00~翌日 8:00 を、「準夜」はおおむね 18:00~22:00 を、「深夜」はおおむね 22:00~翌日 8:00 をいう。

3 ()内は、「地区数」の合計(228 地区)に占める割合である。

[]内は、「整備済地区数」の合計(159 地区)に占める割合である。

4 太字の数値は、勧告本文で、24 時間 365 日小児科医が対応できない地区数として引用したものである。

事例表 2-(1)-① 調査対象小児救急医療圏の整備に関する効果的な取組事例

事例名	複数の二次医療圏を大ぐくりにした小児救急医療圏の設定により、24時間 365 日小児科医が対応可能になった事例		
都道府県等	群馬県		
事 例 内 容			
1 二次医療圏及び小児救急医療圏の設定状況			
群馬県においては、平成 13 年から、次表のとおり、10 の二次医療圏を 5 つの小児救急医療圏に大ぐくり再編し、24 時間の小児救急医療体制の整備を行っている。			
二次医療圏名	小児救急医療圏名	圏内の小児科標ぼう病院・有床診療所数	小児救急医療圏の診療体制
前橋	中毛	病院：7 診療所：7	24 時間 365 日小児科医が対応
伊勢崎	伊勢崎	病院：2 診療所：不明	平日：24 時間小児科医対応 休日：9～18 時小児科医対応
高崎・安中 藤岡 富岡	西毛	病院：11 診療所：不明	ほぼ 24 時間 365 日小児科医が対応
渋川 吾妻 沼田	北毛	病院：21 診療所：不明	24 時間 365 日小児科医が対応
桐生 太田・館林	東毛	病院：12 診療所：不明	すべての空白日・空白時間帯に小児科医がオンコール（注 2）で対応
<p>（注） 1 群馬県医療計画及び当省の調査結果に基づき作成した。</p> <p>2 「オンコール」とは、医師等が緊急時に備えて自宅などで待機すること。</p>			
<p>小児救急医療圏 3 地区が複数の二次医療圏で構成されているが、うち、1 地区（北毛地区）では小児科を標ぼうする病院による輪番制によって 24 時間 365 日小児科医が対応できるようになり、1 地区（西毛地区）でも小児科を標ぼうする病院による輪番制によってほぼ 24 時間 365 日小児科医が対応できるようになった。残りの 1 地区（東毛地区）では、小児科を標ぼうする病院による輪番制を目指し、複数の二次医療から構成する小児救急医療圏を設定したが、実現には至っていない。</p>			
2 小児救急医療圏設定の考え方			
24 時間 365 日の小児救急医療の提供体制の整備を目指し、単独の小児救急医療圏において病院群輪番制等によっても 24 時間体制が実現できない地区については、複数の二次医療圏を 1 つの小児救急医療圏に集約することにより、その実現を図る。			
3 その他			
厚生労働省では、5 小児救急医療圏のうち、4 医療圏が「整備済地区」であり、1 医療圏（東毛小児救急医療圏）が「未整備地区」と整理している。			
当省の調査では、4 整備済地区のうち、①中毛及び北毛地区は、24 時間 365 日、常時小児科医が対応しており、②伊勢崎及び西毛地区では、若干の空白日・空白時間帯が生じているが、小児科医へのオンコール体制を整備して対応している。また、未整備の東毛地区では、すべての空白日・空白時間帯で小児科医によるオンコール体制が確立している。			

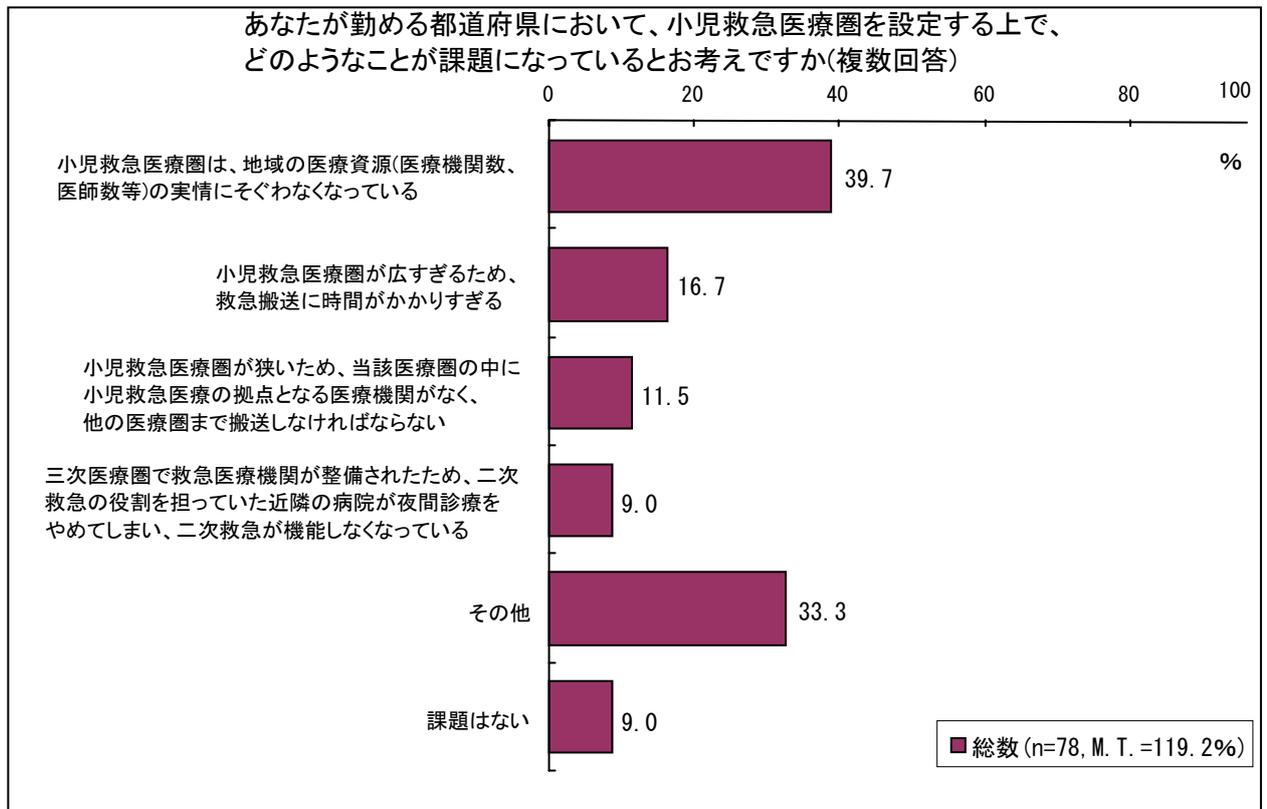
事例名	複数の二次医療圏を大ぐくりにした小児救急医療圏の設定により、24時間 365 日小児科医が対応可能になった事例		
都道府県等	奈良県		
事 例 内 容			
1 二次医療圏及び小児救急医療圏の設定状況			
奈良県においては、小児救急医療について、二次医療圏（奈良、東和、西和、中和、南和の 5 地区）とは別に、平成 9 年 1 月から小児二次輪番病院体制（北和、中南和の 2 地区）を組み 24 時間の小児救急医療体制の整備を行っている。			
二次医療圏名	小児救急医療圏名	圏内の小児科標ぼう病院・有床診療所数	小児救急医療圏の診療体制
奈良	北 和	病 院：16 診療所：15 (平成 17 年)	24 時間 365 日対応 (8 病院による病院群輪番制)
東 和 (一部)			
西 和 (一部)			
中 和	中南和	病 院：16 診療所：6 (平成 17 年)	24 時間 365 日対応 (9 病院による病院群輪番制)
南 和			
東 和 (一部)			
西 和 (一部)			
(注) 奈良県医療計画及び当省の調査結果に基づき作成した。			
2 小児救急医療圏設定の考え方			
小児科医が 24 時間 365 日対応することが望ましいとの考え方の下、病院群輪番制で小児科医が 24 時間 365 日対応できる体制を組むため、小児科医の数、小児人口を勘案して、県内を 2 つの小児救急医療圏に大ぐくりにし、対応している。			
3 小児救急医療圏設定による効果			
24 時間 365 日対応可能な小児救急医療圏を実現する体制を地域の実情に合わせた単位で構築しており、常時小児科が対応することで住民に安心感を与えているとしている。			

事例名	個々の医師の労働負担の軽減を図ることにより、24 時間 365 日対応可能な小児科医の確保に成功している事例
都道府県等	A 1 病院小児科（徳島県）
事 例 内 容	
<p>1 24 時間 365 日対応可能な体制の整備状況等</p> <p>① 24 時間 365 日対応可能な体制を整備するに当たり、当直体制をとらず、常勤 7 人の小児科医による 2 交代勤務制（平日日勤 3 人、休日日勤 2 人、夜勤 1 人。日勤は 8:30 から 17:10 までの 8 時間、夜勤は 17:20 から翌朝 9:20 までの 16 時間勤務）をとることにより、24 時間体制でありながら、1 人当たり 1 週間の労働時間が 40 時間以内となるよう 1 か月単位のシフトを組み、個々の小児科医の労働負担を軽減することを明らかにして、大学医局から必要な小児科医の派遣を受けている。</p> <p>② また、当該病院では、24 時間体制を維持するため、外来・入院患者に対する主治医制を廃止し、運営方法を以下のとおり改善することによって、医療の質の維持と専門外来機能の発揮を図っている。</p> <p>i) 毎日、勤務交代時の朝夕 2 回、勤務者全員で申し送り（ミニ・カンファレンス）を行うことにより、病棟回診医が毎日変わることによるデメリットをなくす。</p> <p>ii) 入院患者の診療に係る医師の負担を軽減するため、入院患者の平均在院日数を少なくするように努める（平成 13 年度の 5.8 日から 16 年度は 3.0 日に減少）。</p> <p>iii) 「かかりつけ医」としての機能を極力減少させ、救急患者、紹介患者、専門外来を中心に運営する。また、労働時間短縮の関係で、専門外来日を医師 1 人当たり 1 週間に 1 日とする。</p> <p>2 上記 1 の措置を執ったことによる効果</p> <p>24 時間体制を開始した平成 14 年を境に、平日昼間の外来患者数は、平成 13 年度の 13,478 人から 16 年度の 9,451 人へと約 30%減少。一方、小児科の時間外受診患者数は大幅に増加（3.8 倍）し、時間外入院患者数の推移も同様の傾向にある。</p> <p>3 必要な医師の確保の成功要因</p> <p>当該病院は、平成 13 年に、徳島県から小児救急医療拠点病院（以下「拠点病院」という。）となるよう要請を受けている。当該病院は、当時、小児科医 4 人体制であったが、24 時間 365 日小児救急患者を受け入れ、かつ、交代勤務制により過重労働とならないよう運営するためには最低 7 人の小児科医が必要であると判断し、地元の徳島大学に派遣医の数を 2 人から 5 人に増員するよう協力を要請した。これに対し最初は難色を示されたが、派遣される医師の待遇について保証することで協力が得られ、小児科医 7 人の確保に成功している。</p> <p>なお、徳島県では、平成 14 年から、「南部Ⅰ地区」と「南部Ⅱ地区」の 2 つの二次医療圏をカバーする拠点病院として同病院を位置付け、両地区を「徳島南部地区」という一つの小児救急医療圏に再編している。</p>	

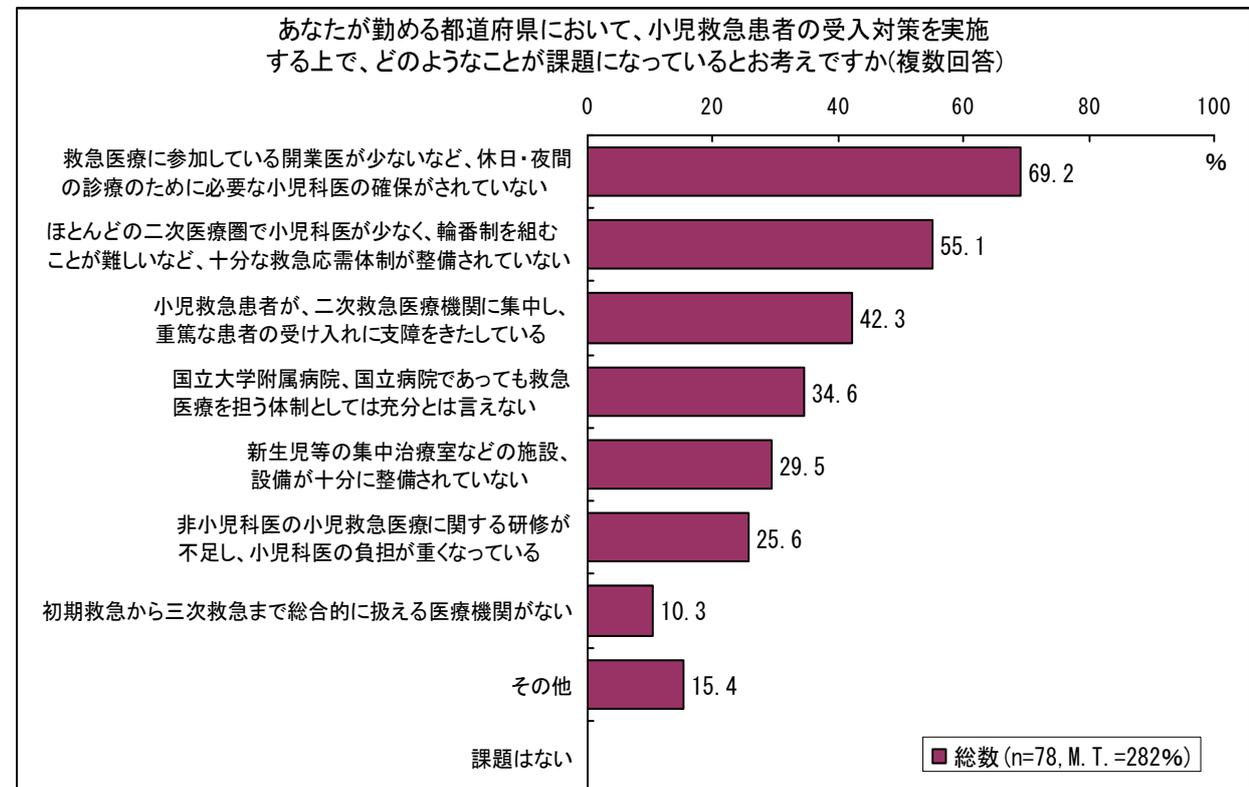
表 2 - (1) - ⑭ 小児医療対策に関するアンケート調査結果（抜粋）

1 調査対象 24 都道府県の小児医療対策従事者からの回答

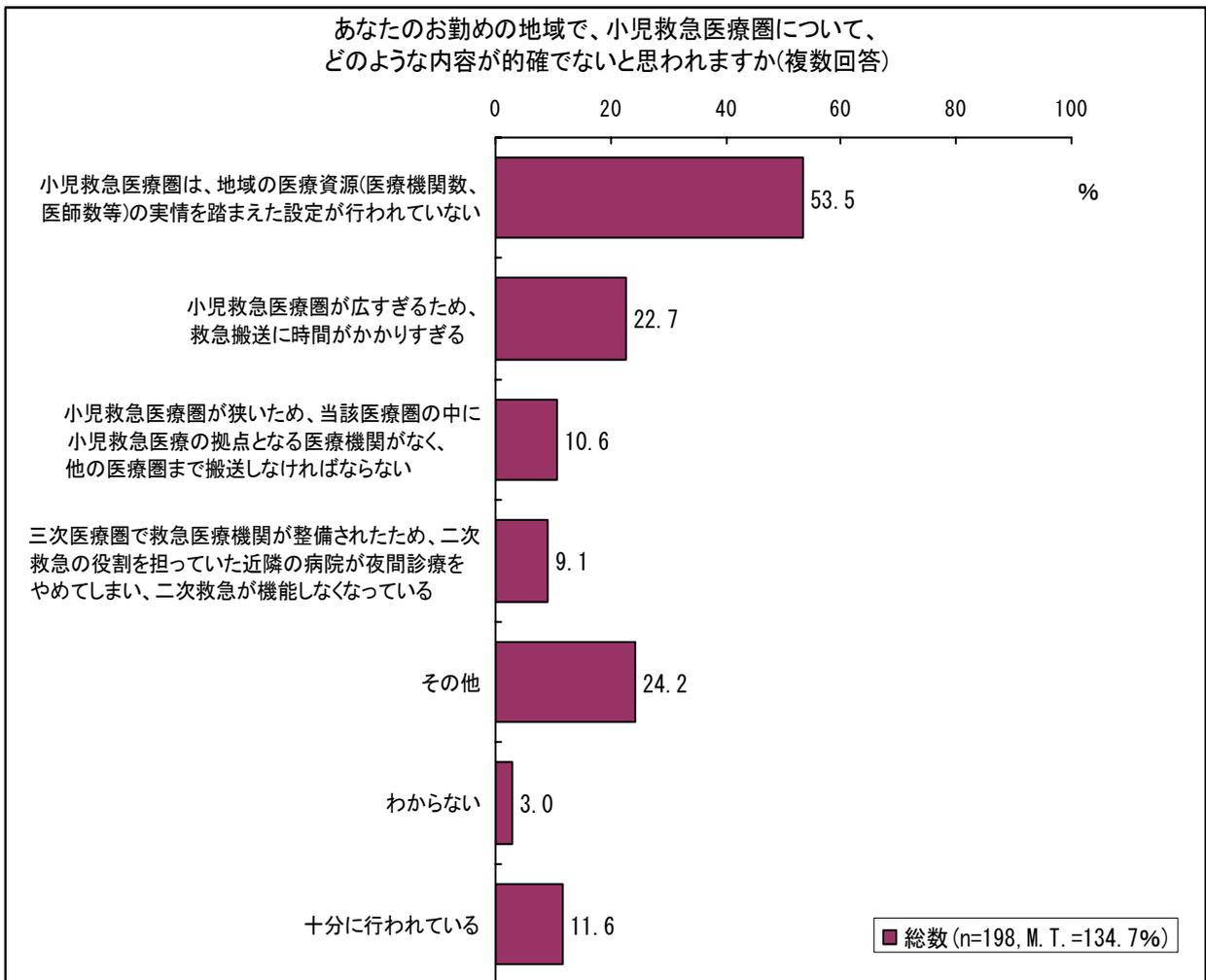
(1) 都道府県で小児救急医療圏を設定する上での課題（回答者数 78 人）



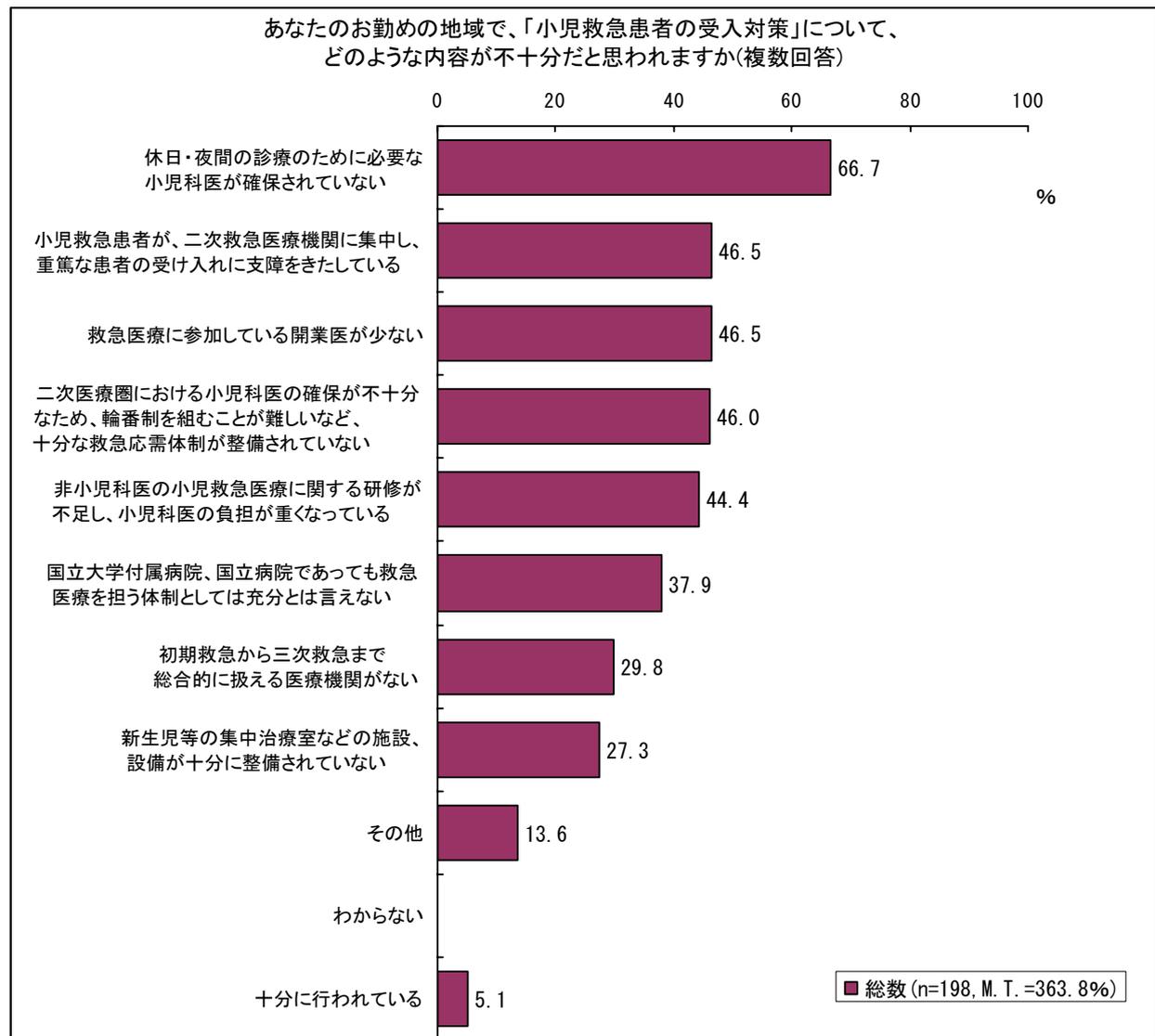
(2) 都道府県で小児救急患者の受入対策を実施する上での課題（回答者数 78 人）



2 調査対象 24 都道府県内の医療関係者（小児科医）からの回答
 (1) 地域の小児救急医療圏の内容の的確でない点（回答者数 198 人）



(2) 地域の小児救急患者受入対策の内容の不十分な点 (回答者数 198 人)



(注) 1 当省の調査結果による。

2 「n」は回答者数を、「M. T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数 (n) で割った比率をそれぞれ表す。

(2) 救急搬送時における救急救命処置の的確かつ効果的な実施

勸告	説明図表番号
<p>(制度の概要)</p> <p>小児が傷病し救急治療を必要とする場合、病院等の医療体制の確保のみならず、病院等に救急搬送されるまでの間に救急救命処置(注1)が適切に講じられることが重要である。</p> <p>小児を含む救急救命処置の実施については、救急救命士法(平成3年法律第36号)第2条第2項において、医師の指示の下に、救急救命士がこれを行うことができるとされている。</p> <p>救急救命士の行う救急救命処置の具体的な範囲については、「救急救命処置の範囲等について」(平成4年3月13日付け指発第17号厚生省健康政策局指導課長通知。平成15年3月26日、16年3月23日及び17年3月10日一部改正)において、①除細動(注2)、②静脈路確保のための輸液(注3)、③気道確保(注4)、④エピネフリンを用いた薬剤の投与(以下「薬剤投与」という。)(注5)、⑤精神科領域の処置、⑥小児科領域の処置などに関し21事項が定められている。このうち、小児科領域の処置については、基本的に成人に準ずるが、新生児については、専門医の救急自動車への同乗を原則とすることとされている。また、重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者に対する、静脈路確保のための輸液、気道確保及び薬剤投与については、救急救命士法第44条及び救急救命士法施行規則(平成3年厚生省令第44号)第21条の規定により、医師の具体的な指示を受けなければ行ってはならない行為(以下「特定行為」という。)とされている。</p> <p>(注1) 救急救命処置： 「その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者(以下「重度傷病者」という。)が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なもの」をいう(救急救命士法第2条)。</p> <p>(注2) 除細動： 重症の不整脈である心室細動、無脈性心室頻拍が原因で心停止に陥った心臓に、自動体外式除細動器により電流を流すことで細動や頻拍をなくす処置。平成3年当初は、医師の具体的指示が必要な特定行為とされていたが、より操作の簡単な自動体外式除細動器であるAEDの普及等に伴い、15年4月より医師の具体的指示を必要とする特定行為から外されている。なお、平成16年7月より医療従事者以外の者によるAEDの使用が可能となっている。</p> <p>(注3) 静脈路確保のための輸液： 留置針を利用して上肢又は下肢の静脈に乳酸リンゲル液を輸液し、静脈路を確保する処置</p> <p>(注4) 気道確保： i) 食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクにより、舌根(舌の咽頭壁に面している部分)や喉頭蓋(喉頭の入り口にある弁のようなもの)を持ち上げ、気道と食道を分離したりすることにより、窒息を予防し呼吸管理を行う処置、又は、ii) 気管内チューブにより、肺への空気の通り道である気管に口を経由してチューブを挿入し換気を行う処置。使用される器具のうち、食道閉鎖式エアウェイ及びラリングアルマスクは平成3年当初から認められていたが、気管内チューブは16年7月から使用が認められている。</p> <p>(注5) エピネフリン： 副腎髄質から分泌されるホルモンで、心臓の働きを強めて血圧を上げる、気管を拡張させる等の作用がある。アドレナリンともいう。ちなみに、日本薬局方(平成18年厚生労働省告示第285号)では、日本名をアドレナリン、日本名別名をエピネフリンとしている。</p>	<p>表2-(2)-①</p> <p>表2-(2)-②</p>
<p>また、平成14年12月に総務省(消防庁)と厚生労働省とが共同して取りまとめた、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」報告書において、救急救命士の業務の適正化と向上を図るためには、メディカルコントロール体制(注6)の確立が必要で</p>	<p>表2-(2)-③</p>

<p>あり、特に除細動や特定行為の対象となる心肺機能停止患者への処置に対する事前及び事後のメディカルコントロール体制の整備が早急に必要とされている。これを受けて、総務省（消防庁）及び厚生労働省は、各都道府県等に対し、消防主管部局・衛生主管部局、医師会、救急医療に精通した医師、消防機関等から成る地域メディカルコントロール協議会（以下「MC協議会」という。）の設置、事後検証体制の整備、除細動や特定行為の業務プロトコールの作成等を要請している。また、厚生労働省は、MC協議会のプロトコール作成に資するため、特定行為の業務プロトコール等に関する研究を行っており、これまで、研究結果が取りまとまった二つの特定行為（気管内チューブによる気道確保（以下「気管挿管」という。）及び薬剤投与）の業務プロトコールについて、総務省（消防庁）と連名で、都道府県の主管部局に参考通知している。このうち、薬剤投与の業務プロトコールにおいては、適応年齢の目安（注7）も示している。さらに、厚生労働省は、除細動の実施要領においても、適応年齢の目安（注8）を示している。</p>	<p>表2-(2)-④</p>
<p>（注6） メディカルコントロール体制とは、消防機関と医療機関との連携によって、①救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導、助言が要請でき、②実施した救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証を行い、その結果を再教育に活用し、③救急救命士の資格取得後の再教育として、医療機関において定期的に病院実習を行うことにより、応急処置等の質が保障される体制をいう。</p> <p>（注7） 薬剤投与については、「救急救命士の薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」（平成17年3月10日付け消防救第70号・医政指発第0310003号総務省消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知）において、以下を参考にしつつ、MC協議会でプロトコールを作成することとしている。</p>	<p>表2-(2)-⑤</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤投与の適応は、8歳以上の心肺機能停止傷病者のうち、以下のいずれかに該当するものとする。 <ul style="list-style-type: none"> ① 心電計モニター波形で心室細動・無脈性心室頻拍を呈する例（目撃者の有無は問わない。） ② 心電計モニター波形で無脈性電気活動を呈する例（目撃者の有無は問わない。） ③ 心電計モニター波形で心静止を呈し、且つ目撃者のある例 <p>（注8） 除細動の適応は、「救急隊員の行う心肺蘇生法について」（平成18年8月15日付け消防救第111号総務省消防庁救急企画室長通知）において、電氣的除細動の実施要領として、成人及びおおむね1歳以上の小児とするとされている。</p>	<p>表2-(2)-⑥</p>
<p>（調査結果）</p> <p>救急救命士が行う除細動及び特定行為に関する業務プロトコールの作成状況（内容）について、24都道府県の84MC協議会を調査した結果、次のとおり、薬剤投与及び除細動については、業務プロトコールにおいて、国の示した目安（適応年齢）と異なる適応年齢を設定しているものや年齢以外の目安を設けているものなど、MC協議会によって適応範囲が区々となっている状況がみられ、また、国が適応の目安を示していない特定行為について、その明示を望む意見が多数みられた。</p>	
<p>ア 除細動及び特定行為（以下「特定行為等」という。）の業務プロトコールの作成状況（内容）について、24都道府県の84MC協議会を調査したところ、次のとおり、特定行為等の適応範囲の設定が区々となっている。</p>	<p>表2-(2)-⑦</p>
<p>（ア）気管挿管</p> <p>気管挿管について、適応範囲を設定しているのは66MC協議会（79%）、設定していないのは18MC協議会（21%）となっている。適応範囲を設定している66MC協議会における設定内容は、8歳以上としているのが32MC協議会（48%）、15歳以上としているのが12MC協議会（18%）、年齢条件と体重又は身長条件を組み合わせているのが8MC協議会（12%）、その他の適応範囲を設定しているのが14</p>	

MC協議会（21％）となっている。

(イ) 薬剤投与

薬剤投与について、適応範囲を設定しているのは80MC協議会（95％）、設定していないのは4MC協議会（5％）となっている。適応範囲を設定している80MC協議会における設定内容は、8歳以上としているのが61MC協議会（76％）、15歳以上としているのが1MC協議会（1％）、年齢と体重の条件を組み合わせているのが18MC協議会（23％）となっている。

(ウ) 除細動

除細動について、適応範囲を設定しているのは82MC協議会（98％）、設定していないのは2MC協議会（2％）となっている。適応範囲を設定している82MC協議会における設定内容は、1歳以上としているのが76MC協議会（93％）、8歳以上としているのが1MC協議会（1％）、16歳以上としているのが1MC協議会（1％）、年齢と体重の条件を組み合わせているのが4MC協議会（5％）となっている。

(エ) 気道確保

気道確保について、適応範囲を設定しているのは2MC協議会（2％）、設定していないのは82MC協議会（98％）となっている。適応範囲を設定している2MC協議会における設定内容は、8歳以上としているのが1MC協議会、15歳以上としているのが1MC協議会となっている。

(オ) 静脈路確保のための輸液

静脈路確保について、適応範囲を設定しているのは6MC協議会（7％）、設定していないのは78MC協議会（93％）となっている。適応範囲を設定している6MC協議会における設定内容は、8歳以上としているのが5MC協議会（83％）、8歳以上又は体重25kg以上としているのが1MC協議会（17％）となっている。

イ 総務省（消防庁）及び厚生労働省は、救急救命士の行う特定行為等は、医師の指示の下に行われる行為であることから、その適応範囲の設定については、各MC協議会の決定にゆだねているとし、上記のとおり、薬剤投与及び除細動以外の行為については適応年齢の目安（標準）を示していない。また、MC協議会における特定行為等の適応範囲の設定状況を把握していない。

ウ 特定行為等の適応範囲について、調査した24都道府県の84MC協議会では、次のような意見を有している。

(ア) 気管挿管の適応については、63MC協議会（75％）が、国から医学的知見に基づいた目安を示した方が良いとしている。

(イ) 薬剤投与及び除細動の適応については、国が示している適応年齢の目安（薬剤投与は8歳以上、除細動は1歳以上）とは異なる目安を定めているMC協議会が6MC協議会みられるが、このうち5MC協議会が、国の示す目安に合わせても支障はないとしている。ただし、1MC協議会は今より適応年齢を下げると薬剤の投与量を少なくする必要があるが、この調整が難しいとしている。

(ウ) 気道確保の適応について、適応年齢の目安を定めている2MC協議会は、いずれも目安を廃止しても支障はないとしている。

(エ) 静脈路確保のための輸液について、適応年齢又は体重の目安を定めている6MC協議会のうち3MC協議会では、小児に対して「静脈路確保」を実施するのは、

表2-(2)-⑧

<p>現状の救急救命士の技術では困難であるなどとして、一定の目安が必要であると している。</p> <p>エ 救急救命士が行う特定行為等について、当省が救急救命医療に関する複数の専門 家（大学教授）から意見を聴取したところ、次のような指摘があった。</p> <p>(ア) 特定行為等について、適応年齢にこれだけばらつきがあるのは驚きだ。医学的 にみて、都道府県や地域で年齢の差を設ける意味はなく、各地域でこれだけ違え ば混乱を招くだけであり、国は適応年齢の目安を示すことが必要である。</p> <p>(イ) 体重や身長を目安とするのは、救急現場の状況を考えると実際的ではない。</p> <p>(ウ) 病院前救護における気管挿管の適応年齢は財団法人日本救急医療財団心肺蘇生 法委員会の現時点の見解では、原則として思春期（およそ15歳）以上である。た だし、この基準は成熟した地域メディカルコントロール下の病院前救護活動を規 制するものではなく、8歳以上15歳未満については、病院までの搬送時間が長い こと、救急救命士の教育実習体制が十分に整備されていること、メディカルコン トロール下の事後検証体制が適切に働いていること等を条件として気管挿管を例 外的に認めることができる。</p> <p>（所見）</p> <p>したがって、総務省（消防庁）及び厚生労働省は、小児の救急搬送時における救急 救命処置の的確かつ効果的な実施を推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p> <p>① 救急救命士が行う特定行為等に関する業務プロトコールについて、全国のMC協 議会における作成状況（内容）の実態を把握すること。</p> <p>② 実態把握の結果、i)既に適応の目安が示されている薬剤投与及び除細動につい て、国の示した目安（適応年齢）以外の目安が設定されている場合は、その理由を 調査し、合理的なものとなるよう都道府県及びMC協議会に助言すること、ii)適応 の目安が示されていないものについては、救急救命士の特定行為等の適応範囲に関 する研究を推進し、その結果を踏まえて、特定行為等に関する適応の目安を定めて、 都道府県及びMC協議会に情報提供をすること。</p>	<p>表2-(2)-⑨</p>
--	-----------------

(説明)

表2-(2)-① 救急救命士が実施する救急救命処置の範囲に関する法令等

○ 救急救命士法（平成3年法律第36号）（抜粋）

（定義）

第2条 この法律で「救急救命処置」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者（以下この項及び第44条第2項において「重度傷病者」という。）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものをいう。

○ 「救急救命処置の範囲等について」（平成4年3月13日付け指第17号厚生省健康政策局指導課長通知。平成15年3月26日、16年3月23日及び17年3月10日一部改正）（抜粋）

救急救命士法（以下「法」という。）の施行については、平成3年8月15日健政発第496号をもって通知したところであるが、今般、法第2条第1項に規定する救急救命処置の範囲等を左記のとおり定めることとしたので、関係方面への周知徹底及び指導方よろしく願いたい。

記

1 法第2条第1項に規定する救急救命処置とは、「その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者（以下「重度傷病者」という。）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なもの」であり、その具体的範囲は、別紙1のとおりであること。

（別紙1）

救急救命処置の範囲

(1) 自動体外式除細動器による除細動

- ・ 処置の対象となる患者が心臓機能停止の状態であること。

(2) 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液（別紙2参照）

(3) 食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク又は気管内チューブによる気道確保（別紙2参照）

- ・ 気管内チューブによる気道確保については、その処置の対象となる患者が心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態であること。

(4) エピネフリンを用いた薬剤の投与（別紙2参照）

- ・ エピネフリンを用いた薬剤の投与については、その処置の対象となる患者が心臓機能停止の状態であること。

(5) 精神科領域の処置

- ・ 精神障害者で身体的疾患を伴う者及び身体的疾患に伴い精神的な不安定状態に陥っている者に対しては、必要な救急救命処置を実施するとともに、適切な対応をする必要がある。

(6) 小児科領域の処置

- ・ 基本的には成人に準ずる。
- ・ 新生児については、専門医の同乗を原則とする。

(7) ～(21) 略

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (2) - ② 救急救命士が実施する特定行為に関する法令等

○ 救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）（抜粋）

（特定行為等の制限）

第 44 条 救急救命士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。

2 （略）

○ 救急救命士法施行規則（平成 3 年厚生省令第 44 号）（抜粋）

（法第 44 条第 1 項の厚生労働省令で定める救急救命処置）

第 21 条 法第 44 条第 1 項の厚生労働省令で定める救急救命処置は、重度傷病者（その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者をいう。以下次条において同じ。）のうち心肺機能停止状態の患者に対するものであって、次に掲げるものとする。

- 一 厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた静脈路確保のための輸液
- 二 厚生労働大臣の指定する器具による気道確保
- 三 厚生労働大臣の指定する薬剤の投与

○ 「救急救命処置の範囲等について」（平成 4 年 3 月 13 日付け指第 17 号厚生省健康政策局指導課長通知。平成 15 年 3 月 26 日、16 年 3 月 23 日及び 17 年 3 月 10 日一部改正）（抜粋）

記

2 法第 44 条第 1 項及び救急救命士法施行規則第 21 条の規定により、心肺機能停止状態の患者に対する別紙 1 の (2)、(3) 及び (4) に掲げる救急救命処置は、医師の具体的な指示を受けなければ、行ってはならないものであること。

なお、これらの救急救命処置の具体的内容及び医師の具体的な指示の例については、別紙 2 を参照されたい。

（別紙 2）

医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置

項目	処置の具体的内容	医師の具体的な指示の例
(1) 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液	・留置針を利用して、上肢においては①手背静脈、②橈側皮静脈、③尺側皮静脈、④肘正中皮静脈、下肢においては①大伏在静脈、②足背静脈を穿刺し、乳酸リンゲル液を用い、静脈路を確保するために輸液を行う。	・静脈路確保の適否、静脈路確保の方法、輸液速度等
(2) 食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク又は気管内チューブによる気道確保	・食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク又は気管内チューブを用い、気道確保を行う。	・気道確保の方法の選定、(酸素投与を含む)呼吸管理の方法等
(3) エピネフリンを用いた薬剤の投与	・エピネフリンを用いた薬剤の投与を行う。	・薬剤の投与量、回数等

○ 「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に向けた「救急救命処置の範囲等について」の一部改正について」（平成16年3月23日付け医政指発第0323027号厚生労働省医政局指導課長通知）（抜粋）

「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具(平成16年3月23日厚生労働省告示第121号)」の改正等については、平成16年3月23日医政発第0323001号をもって通知したところであるが、今般、平成16年7月1日(以下「実施期日」という。)からの救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に向け、「救急救命処置の範囲等について(平成4年3月13日指発第17号厚生省健康政策局指導課長通知)」の一部を下記のとおり改正し、実施期日以降これによるものとしたので、関係方面への周知徹底及び指導方よろしくお願いしたい。

なお、実施期日以降、救急救命処置の範囲に追加される気管内チューブによる気道確保については、その対象は心臓機能停止及び呼吸機能停止の状態の患者であることについて、特に留意されたい。

記

- 1 「救急救命処置の範囲等について(平成4年3月13日指発第17号厚生省健康政策局指導課長通知)」別紙1(2)中「乳酸加リンゲル液」を「乳酸リンゲル液」に改める。
- 2 同通知別紙1(3)を次のように改める。

食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲアルマスク又は気管内チューブによる気道確保

- ・ 気管内チューブによる気道確保については、その処置の対象となる患者が心臓機能停止状態及び呼吸機能停止状態であること。

- 3 (略)

○ 「救急救命士の薬剤(エピネフリン)投与の実施について」（平成17年3月10日付け医政発第0310001号厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

標記に関し、今般、「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」（平成17年3月10日厚生労働省令第26号）及び「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する薬剤」（平成17年3月10日厚生労働省告示第65号）等が公布(別紙(官報写))され、平成18年4月1日より施行されることとなった。

については、本件の趣旨、内容及び留意点について御了知のうえ、消防主管部局とも連携し、所定の講習、実習を修了する等の諸条件を満たした救急救命士が薬剤投与を適切に実施できるよう取組をお願いするとともに、医療機関等関係方面への周知徹底及び指導方よろしくお願いしたい。

記

第1 改正の趣旨及び内容

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」(座長 松田博青 日本救急医療財団理事長)の報告書(平成15年12月26日。以下「報告書」という。)を踏まえ、重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者を対象として、救急救命士法施行規則(平成3年厚生省令第44号)第21条第3号として、「厚生労働大臣の指定する薬剤の投与」を規定し、新たに「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき、厚生労働大臣の指定する薬剤(平成17年3月10日厚生労働省告示第65号)」として「エピネフリン」を定めるものである。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (2) - ③ 総務省（消防庁）・厚生労働省共同「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」
報告書（平成14年12月11日）（抜粋）

I 総論

- メディカルコントロール体制の確立が、救急救命士の業務拡大を行っていく上での前提であり、24時間の医師からの指示・指導体制、教育・研修体制、少なくとも、除細動及び特定行為等の対象となる心肺機能停止患者への処置に対する検証票を用いた事後検証等を含めた事前事後のメディカルコントロール体制の整備を早急に図る必要がある。その際、メディカルコントロールは、救急救命士の業務の適正化と向上を図るための協同作業であるという認識を関係者が共有した上で、医療行政と消防行政の緊密な連携によって必要な体制整備を図っていくことが必要である。
- メディカルコントロール体制の構築には、地域における医療関係者の幅広い参画と協力が不可欠であり、病院実習の受け入れ体制や指示・指導体制の充実を図る必要がある。

II 各論

1 除細動

- 除細動は心室細動の第一選択治療として迅速性が強く求められる処置であり、「包括的指示下での除細動に関する研究会」中間報告を踏まえ、プロトコルの作成、普及を図るとともに、講習カリキュラムに沿った必要な講習が行われるようにするほか、実施後の医師への報告様式の普及など事後検証の仕組みの具体化を図るなど、事前・事後のメディカルコントロール体制を早急に整備する等の準備を尽くした上で、平成15年4月を目途に、広く救急救命士に対し包括的指示による除細動の実施を認めるべきである。

2 気管挿管

- 救急救命士に限定的に気管挿管を認める上で必要となる条件は、別紙のとおりと考えられるが、特に、病院における実習の成否が、救急救命士による気管挿管の制度化に当たって最も重要な課題である。したがって、病院実習については「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」の研究結果を踏まえた実習ガイドラインの作成、普及を図り、専門医の指導の下に患者のインフォームドコンセントを得ること等、当該ガイドラインに沿って適切に実習が行われるよう、関連団体、受入れ医療機関等と十分協議する必要がある。

3 薬剤投与

- これらのことを踏まえれば、救急救命士に薬剤投与を認めることについて、直ちに結論を出すことは困難であるが、救急救命士が医療機関において必要な技術を日常的に習得できる体制や、実習、業務、事後検証、再教育が一貫して行える体制整備を含め、担当医と救急救命士が日頃から顔の見える関係を築き、相互の連携と信頼の下にメディカルコントロール体制が構築されることを前提とした上で、次のような検証等を行い、これらの結果を踏まえて、本検討会において早期に結論を得るべきである。

(別紙)

気管挿管を認める上で必要な条件

1 知識・技能の十分な習得

2 事前・事後の十分なメディカルコントロール

(1) プロトコル等の作成

「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告を踏まえ、対象となる症例、手順等に関するプロトコル等を作成、普及し、救急救命士はそれを遵守すること

(2) 医師の具体的指示

実施の際における個別ケースごとの医師の具体的指示を受けること指示した医師は、指示内容を記録し保管すること

(3) 事後検証

救急救命士は、搬送直後に、初診医に必要な報告を行うこと地域のメディカルコントロール体制の下で、検証票を用いた事後検証を受けることその際、検証票に初診医の意見が反映できるようにすること

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (2) - ④ 総務省（消防庁）及び厚生労働省から各都道府県等に対する地域メディカルコントロール協議会の設置、事後検証体制の整備、業務プロトコルの作成等の要請通知

○ 「メディカルコントロール協議会の設置促進について」（平成 14 年 7 月 23 日付け消防救第 159 号・医政発第 0723009 号消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知）（抜粋）

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において、7 月 22 日付けで別添のとおり中間報告が取りまとめられました。この中間報告においても、改めてメディカルコントロール体制の整備が重要であることが指摘され、本年度中に各都道府県及び各地域におけるメディカルコントロール協議会の設置を完了することが求められています。

については、貴職におかれては、こうした趣旨を踏まえて、メディカルコントロール協議会の設置の促進について格段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

なお、このことに関する実施上の留意点については、別途、両省庁の担当課長からそれぞれ各都道府県消防主管部長及び各都道府県衛生主管（部）局長あてに通知が発出されることを申し添えます。

○ 「メディカルコントロール体制の充実強化について」（平成 15 年 3 月 26 日付け消防救第 73 号・医政指発第 0326002 号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知）（抜粋）

標記については、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」（平成 14 年 7 月 23 日付け消防庁次長、厚生労働省医政局長通知）等においてお願いしたところです。

本年 3 月 26 日付けの救急救命士法施行規則の改正により、平成 15 年 4 月 1 日から、救急救命士の行う救急救命処置として包括的指示下での除細動の実施を認めることとなったところ、こうした処置範囲拡大の前提として、事後検証の実施を含めたメディカルコントロール体制の充実強化が不可欠となっております。

加えて、今後、平成 16 年 7 月を目途として、必要な講習、実習を受けた救急救命士に医師の具体的指示の下で気管挿管の実施を限定的に認める方向で準備作業を進めているところであり、将来に向けて、常時指示体制の充実、救急救命士の資質向上に向けた研修体制の確保等、メディカルコントロール体制の更なる充実が求められることとなります。

については、下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いいたします。

また、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）及び関係団体等に対しこの旨周知願います。

記

1 メディカルコントロール体制の構築

救急業務の更なる高度化を図るためには、メディカルコントロール体制を構築することが必要であり、都道府県メディカルコントロール協議会及び地域メディカルコントロール協議会の適切な運用を図り、常時指示体制、事後検証体制及び再教育体制の一層の充実等に努めること。

(1) 都道府県メディカルコントロール協議会

都道府県メディカルコントロール協議会は、都道府県消防主管部局・衛生主管部局、都道府県医師会、都道府県内の救命救急センターの代表者、都道府県内の消防機関等で構成され、地域のメディカルコントロール体制間の調整や、地域メディカルコントロール協議会からの報告に基づき指導、助言等の役割を担うこと。

(2) 地域メディカルコントロール協議会

地域メディカルコントロール協議会は、救命救急センター等中核となる救急医療機関を中心に、常時指示体制が包括している地域を単位として設置することが望ましい。

地域メディカルコントロール協議会は、都道府県消防主管部局・衛生主管部局、消防機関、郡市区医師会、救急医療に精通した医師等で構成され、病院前救護にかかる消防機関と医療機関の連絡調整、業務のプロトコール、マニュアル等の作成、常時指示体制の整備、検証医の選定及び事後検証票の作成等を含めた事後検証体制の確保、並びに救急救命士の資質向上のための研修機会の確保に関する支援等の役割を担うこと。

2 事後検証体制の整備

包括的指示下での除細動及び医師の具体的指示を必要とする救急救命処置等を実施した場合には、メディカルコントロール体制の下で事後検証を実施すること。

(1) 事後検証票の活用

(略)

(2) 事後検証結果の活用等

(略)

メディカルコントロール協議会は、検証結果等の協議内容を踏まえ、業務プロトコール、マニュアル等について適宜、見直しを行うこととするとともに、各消防機関においては協議結果について救急業務の高度化のため活用を図ること。

3 包括的指示下での除細動の実施に当たっての留意事項

平成 15 年 4 月 1 日から、救急救命士における包括的指示による除細動の実施を認めることとなったところであるが、実施に当たっては次の事項に留意すること。

(1) プロトコールに沿った実施

プロトコールについては、「包括的指示下での除細動に関する研究会」において検討されたものを十分に活用するとともに（別添 2 参照）、必要に応じて地域メディカルコントロール協議会で見直し等を行うよう努めること。

救急救命士は、プロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って早期除細動に努め、救命効果の向上を図ること。

(2) 所要の知識の習得

包括的指示下で除細動を実施する救急救命士は、救急救命士の国家試験に合格した者であって、包括的指示下での除細動に関する講習（4 時間以上）を修了している者として、今後の養成課程の見直しにより、包括的指示下での除細動の実施に関する教育を修了することとなる者を除き、同様であること。

(3) 事後検証体制の確立

包括的指示下での除細動については、地域メディカルコントロール協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、こうした条件の成就した地域において実施されるものであること。

なお、地域メディカルコントロール協議会が未設置の地域において、都道府県メディカルコントロール協議会が事後検証を実施する場合については、包括的指示下での除細動を行うこととして差し支えないが、こうした地域においてもできるだけ早期に地域メディカルコントロール協議会を設置するよう努めること。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (2) - ⑤ 気管内チューブによる気道確保及び薬剤投与に係る業務プロトコールの通知

○ 「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」（平成16年 3 月23日付け消防救第58号・医政指発第0323071号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知）（抜粋）

従前より、「メディカルコントロール体制の充実強化について（平成15年 3 月26日付消防庁次長、厚生労働省医政局長通知」（以下「平成15年通知」という。）等でも周知していたところ、気管内チューブによる気道確保の実施については、特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

記

2 プロトコールに沿った実施

気管内チューブによる気道確保のプロトコール（以下「プロトコール」という。）については、平成14年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「気管挿管の業務プロトコール」（別添1）を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会で作成すること。

救急救命士は、プロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って医師の具体的指示に基づき、気管内チューブによる気道確保を適切に実施することにより、救命効果の向上を図ること。

（別添1） 気管挿管の業務プロトコール

- ・ 対象者 心肺機能停止状態の症例（心停止かつ呼吸停止のもの）

【気管挿管の適応と考えられるケース】

下記の状態の心肺機能停止患者のうち、ラリングアルマスク、食道閉鎖式エアウェイで気道確保ができないもの

- ① 異物による窒息の心肺機能停止事例
- ② その他、指導医が必要と判断したもの

【気管挿管の適応外となるケース】

- ① 状況から頸髄損傷が強く疑われる事例
- ② 頭部後屈困難例
- ③ 開口困難と考えられる例
- ④ 喉頭鏡挿入困難例
- ⑤ 喉頭鏡挿入後喉頭展開困難例
- ⑥ その他の理由で声帯確認困難例
- ⑦ 時間を要する、もしくは要すると考えられる例
- ⑧ その他担当救急救命士が気管挿管不相当と考えた例

以上より、気管挿管の対象者は、【気管挿管の適応と考えられるケース】から【気管挿管の適応外となるケース】を引いたものとする。

- ・ 対象者として適合した場合、on line medical controlを受ける。
- ・ 挿管の類別は喉頭鏡を用いた直視下経口挿管に限定する。
- ・ 挿入には迅速性が要求される。挿入に要する時間は、1回30秒以内として、挿入試行は原則1回として3回以上を禁ずる。
- ・ 挿入は安全に静かに行い、強い抵抗のある場合は中止し、無理な挿入は避ける。
- ・ 日本人の場合、挿入の深さは気管チューブカフが声帯を2cm越える位置、あるいは成人男性で門歯21cm、女性で門歯19cmを目安とする。

○ 「救急救命士の薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」（平成17年3月10日付け消防救第70号・医政指発第0310003号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知）（抜粋）

従前より、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について（平成16年3月23日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知）」等でも周知しているところであるが、薬剤投与の実施については、特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

記

2 プロトコールに沿った実施

薬剤投与のプロトコール（以下「プロトコール」という。）については、平成16年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「薬剤投与の適応と業務プロトコール」（別添1）を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会（以下、「地域MC協議会」）で作成すること。

救急救命士は、プロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って医師の具体的指示に基づき、薬剤投与を適切に実施することにより、救命効果の向上を図ること。

○ 別添1 薬剤投与の適応と業務プロトコール

【対象者】

心臓機能停止の傷病者

【適応】

8歳以上の心臓機能停止傷病者のうち、以下のいずれかに該当するもの

- ① 心電計モニター波形で心室細動／無脈性心室頻拍を呈する例（目撃者の有無は問わない）
- ② 心電計モニター波形で無脈性電気活動を呈する例（目撃者の有無は問わない）
- ③ 心電計モニター波形で心静止を呈し、且つ目撃者のある例

【薬剤投与の業務プロトコール】

- 1 傷病者を観察し、心臓機能停止及び薬剤投与の適応について確認する。
- 2 薬剤投与を実施する場合、その都度直接医師の具体的指示を受ける。
- 3 感染に対するスタンダードプレコーション及び針刺し事故対策に努める。
- 4 静脈路の確保方法は、特定行為としての静脈路確保方法に準ずる。
- 5 静脈路確保に要する時間は1回90秒以内として、試行は原則1回とし、3回以上を禁ずる。
- 6 薬剤はエピネフリンに限定する。
- 7 エピネフリン1mg/1mlに調整したプレフィルドシリンジのものとし、エピネフリンの投与量は年齢、体重にかかわらず1回1mgとする。
- 8 薬剤投与経路は経静脈とする。
- 9 エピネフリンを投与する直前に、再度頸動脈で拍動が触れないことを確認する。
- 10 薬剤を静脈注射した際は、その都度乳酸リンゲル液20ml程度を一時全開で滴下もしくは後押しで投与するなどし、さらに薬剤を投与した肢を10～20秒挙上する。
- 11 薬剤を投与した際は、毎回静脈路を確保した血管を入念に観察し、薬液の漏れを意味する腫脹などがないかどうかを確認する。

（注）下線は、当省が付した。

表 2 - (2) - ⑥ 特定行為等について適応年齢を示している通知

- 「救急救命士の薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」(平成17年3月10日付け消防救第70号・医政指発第0310003号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知)(抜粋)

従前より、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について(平成16年3月23日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知)」等でも周知しているところであるが、薬剤投与の実施については、特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

記

2 プロトコールに沿った実施

薬剤投与のプロトコール(以下「プロトコール」という。)については、平成16年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「薬剤投与の適応と業務プロトコール」(別添1)を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会(以下、「地域MC協議会」)で作成すること。

- 別添1 薬剤投与の適応と業務プロトコール

【適応】

8歳以上の心臓機能停止傷病者のうち、以下のいずれかに該当するもの

- ① 心電計モニター波形で心室細動/無脈性心室頻拍を呈する例(目撃者の有無は問わない)
- ② 心電計モニター波形で無脈性電気活動を呈する例(目撃者の有無は問わない)
- ③ 心電計モニター波形で心静止を呈し、且つ目撃者のある例

- 「救急隊員の行う心肺蘇生法について」(平成18年8月15日付け消防救第111号消防庁救急企画室長通知)(抜粋)

平成16年通知に加え、下記事項に十分留意の上、円滑な実施が図られるよう貴都道府県内市町村(消防の事務を処理する一部事務組合を含む。)にも、この旨周知願います。

記

1 改正後の「救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」は、別紙のとおりであり、各消防本部における新しい一次救命処置等に準拠した救急活動については、地域のメディカルコントロール協議会等と十分に連携を図りながら、救急隊員等に対する十分な教育等を行った上で、救急現場等で不都合が生じることがないように準備が整い次第、速やかに移行されたいこと。

2 (略)

(別紙) 救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領

8 電氣的除細動の実施要領【自動体外式除細動器を使用】

【適応】

- (1) 成人及び概ね1歳以上の小児に対して除細動を実施すること。

※成人用パッドと小児用パッドの適応年齢が成人、小児の年齢区分と異なることに注意すること。

【操作等】

- (13) 概ね1歳以上8歳未満の小児に対する除細動については、除細動器が小児用パッド(除細動エネルギー減衰機能を有するパッド)を備えている場合は、それを使用する。ない場合は、成人用パッドを代用する。

(注) 下線は、当省が付した。

表 2 - (2) - ⑦ MC協議会における特定行為等の適応範囲の設定状況

(単位：MC協議会、%)

特定行為等の種類と 国が示す適応範囲の 目安		調 査 結 果			
		調査対 象MC 協議会	適 応 範 囲 の 設 定 状 況		
種 類	適 応 範 囲 の 目 安			設 定 し て い る	設 定 し て い ない
気管挿管	特になし	84 (100)	66 (79) [100]		18 (21)
			年齢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上：32[48] ・ 15歳以上：12[18] 計44[67]	
			年齢と体重 又は 年齢と身長	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上又は体重25kg以上：4[6] ・ 8歳以上かつ体重25kg以上：2[3] ・ 15歳以上又は身長140cm以上：1[2] ・ 15歳以上又は身長150cm以上：1[2] 計8[12]	
			その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児を除く：1[2] ・ 小児を除く：5[8] ・ 成人のみ：7[11] ・ 6mmの気管チューブの適応者：1[2] 計14[21]	
薬剤投与	8歳以上	84 (100)	80 (95) [100]		4 (5)
			年齢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上：61[76] ・ 15歳以上：1[1] 計62[78]	
			年齢と体重	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上又は体重25kg以上：11[14] ・ 8歳以上かつ体重25kg以上：7[9] 計18[23]	
除細動	1歳以上	84 (100)	82 (98) [100]		2 (2)
			年齢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1歳以上：76[93] ・ 8歳以上：1[1] ・ 16歳以上：1[1] 計78[95]	
			年齢と体重	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上又は体重25kg以上：2[2] ・ 8歳以上かつ体重25kg以上：2[2] 計4[5]	
気道確保	特になし	84 (100)	2 (2) [100]		82 (98)
			年齢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上：1[50] ・ 15歳以上：1[50] 	
静脈路確 保のため の輸液	特になし	84 (100)	6 (7) [100]		78 (93)
			年齢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上：5[83] 	
			年齢と体重	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8歳以上又は体重25kg以上：1[17] 	

(注) 1 当省の調査(平成18年10月現在)結果による。

2 ()内は、調査対象MC協議会に占める割合である。

[]内は、特定行為等の種類ごとの適応範囲を設定しているMC協議会に占める割合である。

表 2 - (2) - ⑧ 調査した24都道府県84MC協議会の意見等

ア 気管挿管

① 適応年齢が区々となっている実態についての意見

- ・ 国から医学的知見に基づいた目安を示してもらった方がよい 63MC協議会
- ・ 特定行為を行う時は医師の指示を仰ぐことになっており、目安となる年齢制限を示してもらう必要はない 15MC協議会

② 8歳からを適応年齢の目安とすることによる支障の有無

支障はない 63MC協議会、支障がある 21MC協議会

【考えられる支障の内容（複数回答）】

小児用チューブの整備（10MC協議会）、救命士の技術の向上（6MC協議会）、小児での訓練機会が確保できない（病院実習では成人のみ）（5MC協議会）

イ 薬剤投与・除細動

① 国の適応年齢の目安に合わせることによる支障の有無（薬剤投与・除細動の適応が国の目安と異なる6MC協議会）

支障はない 5MC協議会、支障がある 1MC協議会

【具体的に挙げられた支障】

年齢の低い者に対しては、薬剤の投与量を少なくする必要があるが、この調整が難しいため。

② 現在制限をしていないが、新たに適応年齢の目安を設定することによる支障の有無（薬剤投与・除細動について適応を示していない5MC協議会）

支障はない 5MC協議会、支障がある なし

ウ 気管挿管、薬剤投与、除細動

○ 身長・体重による適応の目安を廃止することによる支障の有無等（気管挿管、薬剤投与、除細動について、体重、身長により適応の目安示している23MC協議会）

支障はない 19MC協議会、支障がある 4MC協議会

【具体的に挙げられた支障】

- ・ 乳幼児に対し、気管挿管静脈路確保困難等の問題発生が考えられる。
- ・ 小児の気管挿管と成人の気管挿管は難易度が異なる。
- ・ あくまで成人対象の教育実習であったため、困惑する。
- ・ 小児についての訓練不足であり、安全な処置が実施できるか疑問である。

エ 食道閉鎖式エアウェイ、ラリngeアルマスクによる気道確保

○ 気道確保の適応の目安を廃止することによる支障の有無（気道確保について年齢の適応を示している2MC協議会）： 支障はない 2MC協議会

オ 静脈路確保のための輸液

○ 静脈路確保の適応の目安を廃止することによる支障の有無（静脈路確保について年齢の適応を示している6MC協議会）

支障はない 3MC協議会、支障がある 3MC協議会

【具体的に挙げられた支障】

- ・ 小児に対して「静脈路確保」を実施するのは、現状の救急救命士の技術では困難である。実施するためには、更に小児病棟などでの実習を行い、技術向上を図る必要がある。
- ・ 現在の病院実習体制の見直しがなければ、安全な救急活動が保障されない。
- ・ 目安が廃止されても、なおかつ技術的に実施できないという不合理な事態が生じる。研修方法の確立が優先されるべきだと思う。

(注) 当省の調査結果による。

表 2 - (2) - ⑨ 救急救命士が行う特定行為等に関する有識者の意見

【日本医科大学高度救命救急センター教授】

- 特定行為等の年齢・体重による適応について
 特定行為等について、適応とされる年齢にこれだけばらつきがあるのは驚きだ。医学的にみて、各県や地域で年齢の差を設ける意味はなく、各地域でこれだけ違えば混乱を招くだけであり、厚生労働省が目安を示すことが必要だと考える。体重を適応の目安とすることについては現場で体重を量れるわけがなく、意味をなしていない。
- 気管挿管
 気管挿管について、乳幼児の口腔容積に占める舌の割合は大人に比べ大きく、口腔が狭いため挿管が難しく、適応するサイズのチューブを救急車に搭載していないことも考えられるが、アメリカでは8歳以上を大人と同様に扱っており、15歳や、「成人」という表現で適応を示しているところを、8歳以上での適応としても支障があるとは思えない。
- 薬剤投与
 現在のすう勢として、アドレナリンは小児でも成人と同様1mg打っていいという流れもあり、小児に特別の取扱いが必要ということはないが、現行の厚生労働省通知では8歳以上の実施となっており、体重での制限を加えているところについては、8歳に徹底する必要がある。
- 除細動
 現在「1歳以上」以外で適応の目安を示しているところは、「日本版救急蘇生ガイドライン」が策定される前に示されたプロトコールがそのままになっている為であり、今後は総務省消防庁が示した基準に合わせる方向にあり、1歳以上の制限にまとまっていくと考えられる。

【帝京大学救命救急センター教授】

- 気管挿管の年齢制限について
 - ・ 病院前救護における気管挿管の適応基準年齢は日本救急医療財団心肺蘇生法委員会の現時点の見解では、原則として思春期（およそ15歳）以上である。ただし、この基準は成熟した地域メディカルコントロール下の病院前救護活動を規制するものではなく、8歳以上15歳未満については、病院までの搬送時間が長いこと、救急救命士の教育実習体制が十分に整備されていること、メディカルコントロール下の事後検証体制が適切に働いていること等を条件として気管挿管を例外的に認めることができるとしている。
- 年齢制限のばらつきについて
 - ・ 適応年齢のみならず各地域のMC協議会のプロトコールには多少のばらつきがある。医師の具体的指示の下で実施する処置であるという趣旨にかんがみて、指示を出す医師により多少のばらつきがあること自体は大きな問題とは言えない。しかし、地域によりプロトコールの考え方に大きな差異があると混乱を生じる可能性があるため、MC協議会が作成する救急業務活動マニュアルの基本となる見解を厚生労働省が示す必要があると考える。
- 年齢以外の制限について
 - ・ 年齢以外の体重や身長による適応基準を示しているものは、適応基準年齢を判断する際の補助的なものであり、例えば、プロトコールで年齢8歳（推定25kg）と表記しているMC協議会が多い。救急救命士が特定行為等の実施の判断をする際には年齢によることを原則とし、体重や身長は年齢を推定するための参考値に過ぎない。
- 薬剤投与、除細動の年齢制限について
 - ・ 薬剤投与について、アドレナリンは静脈内に投与することが必要であり、医学的な見解からおよそ8歳以上の子どもとする現行の厚生労働省が示した適応基準年齢が妥当であると考えられる。8歳未満の小児の場合、体重当たりの薬の量が過剰となる問題もある上、静脈の確保が難しい場合が多い。
 除細動の適応基準年齢については、およそ1歳以上というのは医学的に妥当な目安だと考える。

(注) 当省の調査結果による。

3 国庫補助事業の適正化

勸	告	説明図表番号																					
<p>(制度の概要)</p> <p>厚生労働省は、小児医療及び周産期医療の充実・強化等を図るため、次表のとおり、大別して5種類の国庫補助事業を実施しており、平成16年度の交付実績は、合計約125億円となっている。</p> <p>表6 小児医療及び周産期医療に係る補助事業（平成16年度） (単位：千円)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">補助金名（目）</th> <th style="width: 50%;">メニュー</th> <th style="width: 30%;">交付額（平成16年度）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療施設等施設整備費補助金</td> <td>救命救急センター施設整備事業、小児救急医療拠点病院施設整備事業、小児医療施設施設整備事業 等</td> <td style="text-align: right;">1,513,106</td> </tr> <tr> <td>医療施設等設備整備費補助金</td> <td>救命救急センター設備整備事業、病院群輪番制病院設備整備事業、小児救急医療設備整備事業 等</td> <td style="text-align: right;">750,451</td> </tr> <tr> <td>医療施設運営費等補助金</td> <td>救命救急センター運営事業、救急医療情報センター運営事業、小児救急医療支援事業、小児救急医療拠点病院運営事業 等</td> <td style="text-align: right;">9,151,555</td> </tr> <tr> <td>地域医療対策費等補助金</td> <td>公的病院特殊診療部門運営事業、総合周産期母子医療センター運営事業</td> <td style="text-align: right;">1,020,833</td> </tr> <tr> <td>母子保健衛生費補助金</td> <td>周産期医療対策事業</td> <td style="text-align: right;">84,525</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">合 計</td> <td style="text-align: right;">12,520,470</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。</p>		補助金名（目）	メニュー	交付額（平成16年度）	医療施設等施設整備費補助金	救命救急センター施設整備事業、小児救急医療拠点病院施設整備事業、小児医療施設施設整備事業 等	1,513,106	医療施設等設備整備費補助金	救命救急センター設備整備事業、病院群輪番制病院設備整備事業、小児救急医療設備整備事業 等	750,451	医療施設運営費等補助金	救命救急センター運営事業、救急医療情報センター運営事業、小児救急医療支援事業、小児救急医療拠点病院運営事業 等	9,151,555	地域医療対策費等補助金	公的病院特殊診療部門運営事業、総合周産期母子医療センター運営事業	1,020,833	母子保健衛生費補助金	周産期医療対策事業	84,525	合 計		12,520,470	<p>表3-①</p>
補助金名（目）	メニュー	交付額（平成16年度）																					
医療施設等施設整備費補助金	救命救急センター施設整備事業、小児救急医療拠点病院施設整備事業、小児医療施設施設整備事業 等	1,513,106																					
医療施設等設備整備費補助金	救命救急センター設備整備事業、病院群輪番制病院設備整備事業、小児救急医療設備整備事業 等	750,451																					
医療施設運営費等補助金	救命救急センター運営事業、救急医療情報センター運営事業、小児救急医療支援事業、小児救急医療拠点病院運営事業 等	9,151,555																					
地域医療対策費等補助金	公的病院特殊診療部門運営事業、総合周産期母子医療センター運営事業	1,020,833																					
母子保健衛生費補助金	周産期医療対策事業	84,525																					
合 計		12,520,470																					
<p>これらの国庫補助事業の実施に当たっては、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）に基づき、同法に規定されている補助金等の申請、決定等に関する事項その他補助金等に係る予算の執行に関する基本的な事項を遵守し、補助金等の交付の不正申請及び不正使用の防止その他補助金等に係る予算の執行並びに補助金等の交付の決定の適正化を図ることが求められている。同法に規定されている主な遵守事項の概要は、次のとおりである。</p> <p>① 補助金等の採択審査の適正化</p> <p>各省各庁の長は、補助事業等の目的及び内容が適正であるかどうか、金額の算定に誤りがないかどうか等を調査し、補助金等を交付すべきものと認めるときは、速やかに補助金等の交付の決定をしなければならないとされている（第6条第1項）。</p> <p>このため、各省各庁の長は、補助金等の交付に当たり、補助対象事業の範囲、補助金等の交付資格要件、補助金等の算定基準などの補助要件を定め、それに従って補助金等の採択の審査、確認を行うこととされている。</p> <p>② 補助金等の実績報告、監査等の徹底</p> <p>補助事業者等は、補助事業等が完了したときは、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならないとされている（第14条）。</p> <p>また、補助事業者等は、補助事業等により取得した財産を各省各庁の長の承認を受けずに、補助金等の交付の目的に反して使用・譲渡・交換・貸し付け・担保に供することが禁止されている（第22条）。このため、各省各庁の長は、必要があるときは、補助事業者等又は間接補助事業者等に対して立入検査等（以下「補助金監査」という。）を行うことができることとされている（第23条第1項）。間接補助金の場合は、交付要綱等により、補助事業で整備した施設等の財産を補助目的以外に使用する場合の承</p>		<p>表3-②</p>																					

<p>認の権限が都道府県等に委任されており、都道府県等では、補助金監査の実施に関する規則を定めてこれを行っている。</p> <p>③ 補助金等の返還</p> <p>各省各庁の長は、間接補助事業者等が、補助金等の他の用途への使用等をしたときは、補助事業者等に対し、当該間接補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができることとされている（第17条第2項）。また、各省各庁の長は、補助金等の交付の決定を取り消した場合、既に補助金等が交付されているときは、期限を定めて、その返還を命じなければならないとされている（第18条第1項）。</p> <p>なお、国庫補助負担金については、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003」（平成15年6月27日閣議決定）の別紙2「国庫補助負担金等整理合理化方針」において、地方の自主性を高める観点から、「国の義務付けの縮減、交付金化、統合メニュー化、統合補助金化、運用の弾力化等の改革を進めること」とされており、上表の補助金については、平成17年度及び18年度に、交付金化又は統合補助金化されている。</p>	<p>表3-③</p>
<p>（調査結果）</p> <p>小児医療及び周産期医療に係る補助金のうち、24都道府県における平成14年度から17年度の間には交付された補助金、計375件（総額約97億円）を調査した結果、次のような状況がみられた。</p>	<p>表3-④</p>
<p>① 補助金の採択審査等の事前チェックが不十分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療及び周産期医療に係る情報システムの運営補助事業（継続事業）の採択時に、これまでの利用実績や今後の利用見込み等を十分把握していないため、採択後の医療情報システムの利用実績が低調となっているものがある（直接補助事業（医療施設運営費等補助金及び母子保健衛生費補助金）4事例）。 	<p>事例表3-①</p>
<p>② 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助金の実績報告書の審査や補助金監査等の事後チェックが十分行われていないため、補助金の交付額の算定誤りや整備した施設設備の利用が低調なもの等が生じており、中には、補助金が過大に交付されているものもある（直接補助事業（医療施設等設備整備費補助金及び医療施設運営費等補助金）2事例、直接・間接補助事業（医療施設運営費等補助金）1事例、間接補助事業（医療施設等設備整備費補助金及び医療施設運営費等補助金）3事例）。 	<p>事例表3-②</p>
<p>③ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助事業者が補助金交付要綱等の内容を十分理解していない等のため、厚生労働大臣の承認を得ずに抵当権を設定しているものや、証拠書類や管理台帳等の保存・作成が行われていないものなどがある（直接補助事業（医療施設運営費等補助金及び母子保健衛生費補助金）4事例、間接補助事業（医療施設等施設整備費補助金、医療施設等設備整備費補助金及び医療施設運営費等補助金）6事例）。 	<p>事例表3-③</p>
<p>④ 補助金の返還を要するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助対象となる診療日数の算定を誤り、補助金が過大に交付されているものがある（直接・間接補助事業（医療施設運営費等補助金）1事例、要返還額約83万円。上記②の事例の再掲）。 ・ 補助対象業務以外の業務を兼務している者の人件費について按分せずに算出したため、補助金が過大に交付されているものがある（直接補助事業（医療施設運営費 	

等補助金) 1事例、要返還額約32万円。上記③の事例の再掲)。

- ・ 補助の対象外とされている経費(講師車代、役職員旅費、人件費及び超過勤務手当)に補助金が交付されているものがある(直接補助事業(医療施設運営費等補助金) 1事例、要返還額約12万円。上記②の事例の再掲)。

(所見)

したがって、厚生労働省は、小児医療及び周産期医療に係る補助金の適正な執行を確保する観点から、直接補助金に関し次の措置を講ずるとともに、補助金が過大に交付されている案件について、適正な実績報告等に基づき、速やかに返還させること。また、都道府県に対し、間接補助金に関し次の②及び③の措置を講ずるよう指導する必要がある。

- ① 医療情報システムの整備・運営に係る補助金の採択審査に当たっては、システムの利用実績や利用見込み等を十分把握するなど、システムが効果的に利活用されるよう、事前チェックを十分に行うこと。
- ② 補助事業者に対し適正な実績報告の提出を徹底するよう指導するとともに、実績報告の審査や補助金監査等の事後チェックを的確に行うこと。
- ③ 補助事業者に対し、補助対象経費の範囲や補助金の算定方法など、補助条件の遵守と適切な事務処理の励行を徹底するよう指導すること。

(説 明)

表 3—① 小児医療及び周産期医療に関する国庫補助金の交付額の推移（全国）

（単位：千円、件）

補助金等名 (目)	メニュー	平成 14 年度		15 年度		16 年度	
		金額	件数	金額	件数	金額	件数
医療施設等施設整備費補助金	休日夜間急患センター施設整備事業	19,255	3	27,560	4	12,510	2
	病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業	38,820	4	114,899	15	117,328	14
	救命救急センター施設整備事業	430,901	5	707,342	5	386,628	5
	小児救急医療拠点病院施設整備事業	0	0	0	0	5,000	1
	小児医療施設施設整備事業	186,217	8	844,483	15	846,658	18
	周産期医療施設施設整備事業	69,455	3	62,244	5	144,982	8
	救急救命士養成所施設整備事業	137,969	1	104,243	1	0	0
医療施設等設備整備費補助金	休日夜間急患センター設備整備事業	7,323	9	25,075	13	7,138	1
	病院群輪番制病院及び共同利用型病院設備整備事業	368,796	70	282,023	56	190,503	39
	救命救急センター設備整備事業	382,464	24	1,075,654	35	367,781	16
	高度救急救命センター設備整備事業	0	0	8,447	3	0	0
	小児救急医療拠点病院設備整備	0	0	13,408	2	7,485	2
	小児医療施設設備整備事業	126,224	23	136,337	22	100,813	15
	周産期医療施設設備整備事業	52,955	5	50,259	5	76,731	9
	救急救命士養成所初度設備整備事業	33,136	1	24,106	2	0	0
医療施設運営費等補助金	救命救急センター運営事業	5,716,911		5,792,715		5,664,081	
	救急医療情報センター運営事業	2,161,649		2,119,782		2,040,891	
	小児救急医療支援事業	288,653		346,068		360,310	
	小児救急医療拠点病院運営事業	82,700		198,392		353,051	
	小児救急電話相談事業	0		0		40,553	
	小児救急地域医師研修事業	0		0		3,847	
	ヘリコプター等添乗医師等確保事業	1,365		1,491		1,736	
	第二次救急医療施設勤務医師研修事業	1,207		1,131		634	
	ドクターヘリ導入促進事業	648,887		621,125		653,192	
	救急救命士病院実習受入促進事業	0		23,169		33,260	
地域医療対策費等補助金	公的病院特殊診療部門運営事業	902,992		742,442		505,938	
	総合周産期母子医療センター運営事業	436,666		469,270		514,895	
母子保健衛生費補助金	周産期医療対策事業	66,003	25	70,640	29	84,525	34
合 計		12,160,548	181	13,862,305	212	12,520,470	164

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

2 平成 14 年度から 16 年度までのデータは実績値である。医療施設運営費等補助金及び地域医療対策費等補助金の「件数」は、厚生労働省本省が把握していないため、空欄とした。

表 3-② 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和 30 年法律第 179 号）（抜粋）

（補助金等の交付決定）

第 6 条 各省各庁の長は、補助金等の交付の申請があつた時は、当該申請に係る書類等の審査及び必要に応じて現地調査等により、当該申請に係る補助金等の交付が法令及び予算で定めるところに違反しないかどうか、補助事業等の目的及び内容が適正であるかどうか、金額の算定に誤がないかどうか等を調査し、補助金等を交付すべきものと認めるときは、すみやかに補助金等の交付の決定（契約の承諾の決定を含む。以下同じ。）をしなければならない。

（実績報告）

第 14 条 補助事業者等は、各省各庁の長の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする。

（決定の取消）

第 17 条 各省各庁の長は、補助事業者等が、補助金等の他の用途への使用をし、その他補助事業等に関して補助金等の交付の決定の内容又はこれに附した条件その他法令又はこれに基づく各省各庁の長の処分に違反したときは、補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 各省各庁の長は、間接補助事業者等が、間接補助金等の他の用途への使用をし、その他間接補助事業等に関して法令に違反したときは、補助事業者等に対し、当該間接補助金等に係る補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（補助金等の返還）

第 18 条 各省各庁の長は、補助金等の交付の決定を取り消した場合において、補助事業等の当該取消に係る部分に関し、すでに補助金等が交付されているときは、期限を定めて、その返還を命じなければならない。

2 各省各庁の長は、補助事業者等に交付すべき補助金等の額を確定した場合において、すでにその額をこえる補助金等が交付されているときは、期限を定めて、その返還を命じなければならない。

3 各省各庁の長は、第 1 項の返還の命令に係る補助金等の交付の決定の取消が前条第 2 項の規定によるものである場合において、やむをえない事情があると認めるときは、政令で定めるところにより、返還の期間を延長し、又は返還の命令の全部又は一部を取り消すことができる。

（財産の処分の制限）

第 22 条 補助事業者等は、補助事業等により取得し、又は効用の増加した政令で定める財産を、各省各庁の長の承認を受けずに、補助金等の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。ただし、政令で定める場合は、この限りでない。

（立入検査等）

第 23 条 各省各庁の長は、補助金等に係る予算の執行の適正を期するため必要があるときは、補助事業者等若しくは間接補助事業者等に対して報告をさせ、又は当該職員にその事務所、事業場等に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

表3—③ 平成17年度及び18年度の交付金化・統合補助金化による調査対象補助事業の対比表

(新：平成17年度及び18年度の
交付金化・統合補助金化後の事業名)

(旧：平成14年度から16年度までの事業名)

補助金等名(目)	メニュー	補助金等名(目)	メニュー
医療提供体制施設整備交付金 (平成18年度～)	休日夜間急患センター施設整備事業	医療施設等施設整備費補助金	休日夜間急患センター施設整備事業
	病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業		病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業
	救命救急センター施設整備事業		救命救急センター施設整備事業
	小児救急医療拠点病院施設整備事業		小児救急医療拠点病院施設整備事業
	小児医療施設施設整備事業		小児医療施設施設整備事業
	周産期医療施設施設整備事業		周産期医療施設施設整備事業
	— (廃止)		救急救命士養成所施設整備事業
医療提供体制推進事業費補助金 (平成18年度～)	(設備整備関係)	休日夜間急患センター設備整備事業	休日夜間急患センター設備整備事業
		病院群輪番制病院及び共同利用型病院設備整備事業	病院群輪番制病院及び共同利用型病院設備整備事業
		救命救急センター設備整備事業	救命救急センター設備整備事業
		高度救命救急センター設備整備事業	高度救命救急センター設備整備事業
		小児救急医療拠点病院設備整備事業	小児救急医療拠点病院設備整備事業
		小児医療施設設備整備事業	小児医療施設設備整備事業
		周産期医療施設設備整備事業	周産期医療施設設備整備事業
		— (廃止)	救急救命士養成所初度設備整備事業
	(運営費関係)	救命救急センター運営事業	救命救急センター運営事業
		救急医療情報センター(広域災害・救急医療情報システム)運営事業	救急医療情報センター運営事業
		小児救急医療支援事業	小児救急医療支援事業
		小児救急医療拠点病院運営事業	小児救急医療拠点病院運営事業
		小児救急電話相談事業	小児救急電話相談事業
		小児救急地域医師研修事業	小児救急地域医師研修事業
		ヘリコプター等添乗医師等確保事業	ヘリコプター等添乗医師等確保事業
		第二次救急医療施設勤務医師研修事業	第二次救急医療施設勤務医師研修事業
		ドクターヘリ導入促進事業	ドクターヘリ導入促進事業
		救急救命士病院実習受入促進事業	救急救命士病院実習受入促進事業
		公的病院特殊診療部門運営事業	公的病院特殊診療部門運営事業
母子保健医療対策等総合支援事業 (統合補助金) (平成17年度～)	総合周産期母子医療センター運営事業	地域医療対策費等補助金	総合周産期母子医療センター運営事業
	周産期医療対策事業	母子保健衛生費補助金	周産期医療対策事業

(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

表3—④ 24都道府県で調査した小児医療及び周産期医療に関する国庫補助金の交付額の推移

(単位：千円、件)

補助金等名 (目)	メニュー	平成14年度		15年度		16年度		17年度	
		金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	件数
医療施設等 設備整備 費補助 金	休日夜間急患センター施設整備	13,100	2	13,635	2	0	0	0	0
	病院群輪番制病院及び共同利 用型病院施設整備	19,410	2	13,202	2	39,979	5	(5,460)	(1)
	救命救急センター施設整備	526,625	4	291,321	3	271,362	3	(76,241)	(2)
	小児医療施設施設整備	67,238	2	629,931	7	573,905	7	(41,893)	(1)
	周産期医療施設施設整備	30,383	1	0	0	102,379	6	(15,710)	(1)
	救急救命士養成所施設整備	137,969	1	104,243	1	0	0	0	0
医療施設等 設備整備 費補助 金	休日夜間急患センター設備整備	1,400	1	3,640	3	0	0	0	0
	病院群輪番制病院及び共同利 用型病院設備整備事業	57,475	9	27,912	4	33,239	6	0	0
	救命救急センター設備整備	152,085	10	521,782	12	137,180	5	(222,400)	(8)
	小児救急医療拠点病院設備整備	0	0	6,821	1	12,368	2	(7,000)	(1)
	小児医療施設設備整備	45,944	5	43,691	7	45,350	5	(8,313)	(2)
	周産期医療施設設備整備	0	0	5,087	1	35,146	4	(10,194)	(1)
医療施設 運営 費等補 助金	救命救急センター運営事業	982,277	22	1,086,511	24	1,049,540	24	0	0
	救急医療情報センター運営費等	304,011	8	317,843	8	285,176	8	109,994	1
	小児救急医療支援事業	13,700	11	27,496	14	28,072	17	0	0
	小児救急医療拠点病院運営事業	21,121	3	57,735	5	75,336	6	0	0
	小児救急電話相談事業	0	0	0	0	6,785	3	0	0
	小児救急地域医師研修事業	0	0	0	0	341	2	456	2
	第二次救急医療施設勤務医師研 修事業	166	1	166	1	158	1	0	0
	ドクターヘリ導入促進事業	109,201	1	84,172	1	167,610	2	0	0
地域医 療対策 費等補 助金	救急救命士病院実習受入促進事 業	0	0	0	0	715	3	0	0
	公的病院特殊診療部門運営事業	13,717	3	12,725	3	7,130	3	0	0
母子保健衛生 費補助金	総合周産期母子医療センター運 営事業	195,328	6	115,560	6	113,207	6	0	0
	周産期医療対策事業	38,692	11	28,952	12	58,522	14	0	0
合 計		2,762,978	104	3,416,531	119	3,043,500	132	497,661 (387,211)	20 (17)
総 計		平成14年度から17年度までの総件数375、総金額9,720,670							

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき、本省が作成した。

2 平成14年度、15年度及び16年度の金額並びに17年度の「救急医療情報センター運営費等」及び「小児救急地域医師研修事業」の金額は実績額で、17年度の()内は予算額である。合計欄の平成17年度の「497,661」は、実績額と予算額の合計である。

事例表 3-① 補助金の採択審査等の事前チェックが不十分

事例 1																				
補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金（救急医療情報センター運営事業）																		
補助事業の実施主体		宮城県																		
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業																		
補助金額等 (千円)	年度	平成 14	15	16																
	実支出額（基準額）	126,667（107,667）	127,338（120,845）	132,700（132,680）																
	補助額	107,667	120,845	132,680																
	国庫補助額	35,889	40,281	44,226																
	国庫返還額	—	—	—																
事例の概要	要約	救急医療情報システムの利用が低調																		
	発生原因	<p>○ 補助金の採択時審査等の事前チェックが不十分</p> <ul style="list-style-type: none"> 補助事業者は、これまでの利用実績を踏まえた補助申請を行っていない。 本補助事業は継続事業であり、補助金の採択時に本件システムのこれまでの利用実績や今後の利用見込み等についてチェックすることが必要と考えられるが、それが十分行われていない（国）。 																		
<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設運営費等補助金、地域医療対策費等補助金、中毒情報基盤整備事業費補助金及び第三者病院機能評価支援事業費補助金交付要綱」（以下、補助金の事例表において「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」という。）により、救急医療情報センターの運営に必要な給料、職員手当、備品購入費（システム機器）等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>宮城県では、本補助事業により、平成 11 年 4 月から、救急医療情報システムの運営を、B 1 財団法人に委託して行っている。</p> <p>当該システムは、平成 18 年 3 月現在、県内 157 の医療機関と 12 の消防本部及び県に情報交換のための端末機（タッチパネル方式）を設置し、医療機関が入力した二次及び三次救急医療の診療の可否、手術の可否、男女別空床の有無等の救急医療応需情報を、電話回線を介して提供している。そのアクセス実績は下記表 1 のとおりである。</p> <p>表 1 救急医療情報システムへのアクセス件数 (単位：件)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>医療施設</th> <th>消防本部</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 14 年度</td> <td>49,472</td> <td>9,330</td> <td>58,802</td> </tr> <tr> <td>15 年度</td> <td>38,069</td> <td>10,202</td> <td>48,271</td> </tr> <tr> <td>16 年度</td> <td>33,976</td> <td>7,586</td> <td>41,562</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 1 当省の調査結果による。</p>					区 分	医療施設	消防本部	計	平成 14 年度	49,472	9,330	58,802	15 年度	38,069	10,202	48,271	16 年度	33,976	7,586	41,562
区 分	医療施設	消防本部	計																	
平成 14 年度	49,472	9,330	58,802																	
15 年度	38,069	10,202	48,271																	
16 年度	33,976	7,586	41,562																	

2 アクセス件数の数え方は、以下のとおりとなっているため、実際のアクセス件数より多い件数となっている。

- ① 「県全圏」を指定すると県を13区・地区に分けているため13件とカウント
- ② 「仙台圏」を指定すると市を4区に分けているため4件とカウント
- ③ 特定の「区」又は「地区」を指定すると1件とカウント

しかしながら、当省の調査結果によれば、下記表2及び表3のとおり、医療機関における最新の救急医療情報の入力に適時・適切に行われていない状況があり、また、救急搬送時において当該システムをほとんど利用していないとするものが12消防本部等のうち7消防本部等ある。

表2 医療機関において最新の救急医療情報の入力に適時適切に行われていない状況

医療機関名	救急医療情報の入力を適時適切に行っていない理由等
① B2病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報入力用の端末機は各医療機関に1台しかないため、端末機が設置されている部屋まで出向いて入力するのが面倒 ・ 業務が忙しいときは、情報の入力作業に手が回らない。 ・ B2病院では、平成17年7月以降半年間入力作業を行っていない。
② B3病院	

(注) 当省の調査結果による。

表3 救急搬送時において当該システムをほとんど利用していないとする消防本部等の状況

消防本部等名	救急医療応需情報の把握方法
① B4消防局	患者受入の可否を病院に電話確認。また、空床数・当直医師の診療科目について、毎夕方、利用頻度の高い救急医療機関に電話照会し、その結果を救急医療機関の体制一覧表として整理し、救急隊に交付
② B5消防本部	
③ B6消防本部	患者受入の可否を病院に電話確認。また、当直医師の診療科目について、定期的に、利用頻度の高い救急医療機関に電話照会し、その結果を救急隊に連絡
④ B7消防本部	
⑤ B8消防本部	
⑥ B9消防本部	患者受入の可否を病院に電話確認
⑦ B10消防本部	

(注) 当省の調査結果による。

このほか、宮城県が平成15年度に12消防本部等を対象に実施した救急医療情報システムに関するアンケート調査結果においても、「端末器を利用していますか」という質問に対し、「全く利用していない」としているものが3消防本部等、「ほとんど利用していない」としているものが7消防本部等あり、利用していない理由としては、「情報内容が信ぴょう性に欠ける」、「リアルタイムの情報に更新されていない」等が挙げられている。

(関係者の意見：宮城県保健福祉部医療整備課地域医療班)

現在、関係機関の意見を踏まえ、救急医療情報システムの応需情報等をインターネットで提供する新システムの導入を検討中である。これにより、アクセスの容易化(インターネット接続パソコンからの入力及び閲覧を可能とする。)、提供情報の充実(空床数や担当医師数等)等を図ることとしている。しかし、本システムは医療機関の協力(任意)が不可欠であり、その実現のため、救急医療機関における救急医療情報の定期的な(1日2回程度)入力作業を行うための経費を、例えば、診療報酬から出せるようにする等の支援方策を検討してもらいたい。

(注) 当省の調査結果による。

事例 2

補助金名（目細・メニュー）		母子保健衛生費補助金（周産期医療対策事業）								
補助事業の実施主体		北海道								
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業								
補助金 額等 (千円)	年度	平成 14	15	16						
	実支出額（基準額）	2,139 (2,867)	2,136 (2,836)	1,696 (3,405)						
	補助額	2,139	2,136	1,696						
	国庫補助額	713	712	565						
	国庫返還額	—	—	—						
事例の 概要	要約	周産期救急情報システムの利用（情報入力）が低調								
	発生 原因	○ 補助金の採択時審査等の事前チェックが不十分 本補助事業は継続事業であり、補助金の採択時に本件システムのこれまでの 情報入力実績や今後の見込み等の提出を求め、チェックすることが必要と考え られるが、それが十分行われていない（国）。								
<p>（制度の概要）</p> <p>「母子保健衛生費国庫負担金及び国庫補助金交付要綱」により、周産期医療対策事業に必要な報酬、賃金、報償費、旅費、需用費（消耗品費、食料費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、広告料）等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額から寄付金等その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>北海道では、本補助事業により、平成 13 年 9 月から、周産期救急情報システムの運営を、C 1 財団法人に委託して行っている。</p> <p>当該システムを利用することができる医療機関は、周産期救急医療の受入医療機関（総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、大学病院等、産科 34 機関及び小児科 35 機関）と北海道内の一般の周産期医療機関であり、システムを利用する際に必要なパスワードの取得機関数は合計で 3,881 機関となっている。提供される情報は、下記表 1 のとおり、病床の空床状況、手術・検査及び処置の可否等となっており、受入医療機関は、これらの最新情報を 1 日 1 回以上入力することとされている。</p> <p>表 1 受入医療機関における主な入力項目</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>入力項目（複数可：複数受入可、可：受入可、不可：受入不可）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>新生児科</td> <td>重症児受入（複数可/可/不可）、軽症児受入（複数可/可/不可）、稼働数/呼吸器数、院外分娩立会（可/不可）、院外転送（可/不可）、小児外科手術（可/不可）、心臓外科手術（可/不可）、脳外科手術（可/不可）、入院数/ベッド数、出生 1,000 g 未満児数、現在 1,000 g 未満児数</td> </tr> <tr> <td>産科</td> <td>緊急母体搬送（複数可/可/不可）、非緊急母体搬送（複数可/可/不可）、受入可能合併症妊婦、入院数/ベッド数、重症妊婦数</td> </tr> </tbody> </table> <p>（注）1 当省が北海道の資料に基づき作成した。 2 「複数受入可」とは、複数の患者受入が可能、「受入可」とは患者の受入が可能、「受入不可」とは患者の受入が不可能のことである。</p>					区分	入力項目（複数可：複数受入可、可：受入可、不可：受入不可）	新生児科	重症児受入（複数可/可/不可）、軽症児受入（複数可/可/不可）、稼働数/呼吸器数、院外分娩立会（可/不可）、院外転送（可/不可）、小児外科手術（可/不可）、心臓外科手術（可/不可）、脳外科手術（可/不可）、入院数/ベッド数、出生 1,000 g 未満児数、現在 1,000 g 未満児数	産科	緊急母体搬送（複数可/可/不可）、非緊急母体搬送（複数可/可/不可）、受入可能合併症妊婦、入院数/ベッド数、重症妊婦数
区分	入力項目（複数可：複数受入可、可：受入可、不可：受入不可）									
新生児科	重症児受入（複数可/可/不可）、軽症児受入（複数可/可/不可）、稼働数/呼吸器数、院外分娩立会（可/不可）、院外転送（可/不可）、小児外科手術（可/不可）、心臓外科手術（可/不可）、脳外科手術（可/不可）、入院数/ベッド数、出生 1,000 g 未満児数、現在 1,000 g 未満児数									
産科	緊急母体搬送（複数可/可/不可）、非緊急母体搬送（複数可/可/不可）、受入可能合併症妊婦、入院数/ベッド数、重症妊婦数									

しかしながら、受入医療機関における受入可・不可情報の入力状況について、年間の入力日数の割合を全受入医療機関の平均でみると、下記表2のとおり、新生児科が平成14年度42.0%、15年度45.4%、16年度30.6%、産科が14年度34.9%、15年度33.7%、16年度24.9%と低調である。

表2 受入医療機関における年間の入力日数の割合（全受入医療機関の平均）

（単位：％）

年度 区分	平成14			15			16		
	年間	平日	休日	年間	平日	休日	年間	平日	休日
新生児科	42.0	55.3	14.6	45.4	60.2	15.1	30.6	41.6	8.9
産科	34.9	48.1	8.0	33.7	47.3	5.8	24.9	35.6	3.7

（注）当省が北海道の資料に基づき作成した。

（関係者の意見：北海道保健福祉部子ども未来づくり推進室）

受入可・不可情報の入力は、病院によっては、受入状況に変化がなければ毎日更新していない場合もあり、上記表2のデータに現れていないものもある。

しかしながら、当該システムの入力事項は、統計情報用として活用するための受入患者の諸情報が含まれているなど、その数も多く煩雑なため、最新情報の入力を行っていない医療機関も多いことから、今後、他県の状況を把握した上で関係機関にアンケート調査を行い、対応方策を検討することとしている。

（注）当省の調査結果による。

事例3

補助金名(目細・メニュー)		母子保健衛生費補助金(周産期医療対策事業)		
補助事業の実施主体		宮城県		
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業		
補助金額等 (千円)	年度	平成 14	15	16
	実支出額(基準額)	1,864(1,845)	951(1,845)	8,895(9,810)
	補助額	1,845	951	8,895
	国庫補助額	615	317	2,965
	国庫返還額	—	—	—
事例の概要	要約	周産期医療情報システムの参加機関(情報を閲覧できる医療機関)が少なく、その拡大方策の検討も不十分		
	発生原因	○ 補助金の採択時審査等の事前チェックが不十分 本補助事業は継続事業であり、補助金の採択時に本件システムのこれまでの参加機関数や今後の参加機関の見込み数等の提出を求めてチェックすることが必要と考えられるが、それが十分行われていない(国)。		
<p>(制度の概要)</p> <p>「母子保健衛生費国庫負担金及び国庫補助金交付要綱」により、周産期医療対策事業に必要な報酬、賃金、報償費、旅費、需用費(消耗品費、食料費、印刷製本費)、役務費(通信運搬費、広告料)等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額から寄付金等その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に1/3を乗じた額としている。</p> <p>(事例の内容)</p> <p>宮城県では、本補助事業により、平成16年11月から、周産期医療情報システムの運営を、B1財団法人に委託して行っている。同システムは、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの空床情報(産科については、在胎日数に応じた受入の可否、新生児科については、受入可能数及び症例に応じた受入の可否)を、医療機関や消防機関にインターネットを通じて提供している。</p> <p>当該システムの参加機関やアクセスの状況は、下記表1のとおりとなっており、同システムが更に多くの医療機関等で利用されるようにするためには、現在9機関にとどまっている空床情報の閲覧が可能な医療機関(空床情報閲覧医療機関)について、例えば、宮城県内の分娩可能な病院や診療所などを対象に参加機関を拡大していく必要があると考えられるが、宮城県ではそのための特段の方策が講じられていない。</p>				

表1 周産期医療情報システムの参加機関及びアクセスの状況（平成18年3月現在）

区 分	内 容
参加機関	34 機関 （内訳） ・空床情報提供医療機関：12 機関 総合周産期母子医療センター(1)、地域周産期母子医療センター(10)、 B11 病院(1) ・消防本部：12 機関 ・空床情報閲覧医療機関：9 機関 ・宮城県
システムへの アクセス状況	平成16年度（下半期）：4,106 件 平成17年度（上半期）：4,238 件

（注）1 当省の調査結果による。

2 アクセス件数は、B1財団法人のホームページ上の「宮城県周産期医療情報システム」の初期画面にアクセスされた件数であり、空床情報以外の周産期医療統計等の情報を検索するためにアクセスした件数も含まれている。

（関係者の意見：宮城県保健福祉部医療整備課）

周産期医療情報システムへの参加機関（空床情報閲覧医療機関）募集は、同システムの運営委託先（B1財団法人）のホームページで行っており、その手続（ID・パスワードの発行）も同ホームページで行えるようにしている。

今後、当該システムへの参加機関の拡大を図るため、未把握となっている宮城県内の分娩可能な診療所の実態を調査するとともに、県内すべての婦人科及び産科医療機関に対し、同システムの紹介と参加募集の通知を発出することを検討したい。

（注）当省の調査結果による。

事例4

補助金名(目細・メニュー)		医療施設運営費等補助金(救急医療情報センター運営事業)		
補助事業の実施主体		大分県		
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業		
補助金額等 (千円)	年度	平成 14	15	16
	実支出額(基準額)	67,280 (67,280)	67,154 (67,154)	63,321 (60,974)
	補助額	67,280	67,154	60,974
	国庫補助額	22,426	22,384	20,324
	国庫返還額	—	—	—
事例の概要	要約	広域災害・救急医療システムの専用端末機 65 台のうち 16 台は利用が低調		
	発生原因	<p>○ 補助金の採択時審査等の事前チェックが不十分</p> <ul style="list-style-type: none"> 補助事業者は、既存端末機の利用可能性の検討を踏まえた補助申請を行っていない。 本補助事業は継続事業であり、システムの更新のための補助金の採択時に新たな専用端末機の必要性、既存端末機の利用見込み等の利用計画等についてチェックすることが必要と考えられるが、それが十分行われていない(国)。 		
<p>(制度の概要)</p> <p>「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、救急医療情報センターの運営に必要な給料、職員手当、備品購入費(システム機器)等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に1/3を乗じた額としている。</p> <p>(事例の内容)</p> <p>大分県では、本補助事業により、平成11年1月から、大分県広域災害・救急医療システムを運営している。同システムは、平成17年1月に、それまでの電話網を利用したシステムから、ホームページに関係機関等がアクセスし情報収集・提供等を行うインターネットを利用したシステム(以下「新システム」という。)に更新している。</p> <p>新システムは、インターネット検索が可能な端末機であればアクセスが可能なものであり、新たに専用端末機を設置することが必須ではないが、大分県では、参加した全機関(65機関)に専用端末機を各1台設置している。その結果、下記表1のとおり、専用端末機を利用していないものが2機関(2台)、既存の端末機と併用しているものが14機関(14台)あり、合計16機関16台の専用端末機は低調な利用状況となっている。</p>				

表1 専用端末機の利用が低調な状況

区分	機関数 (台数)	機関名	備考
専用端末機を利用していない (既存の端末機を活用)	2機関 (2台)	D2病院	専用端末機は、病院内の図書室に配置し、医師の論文執筆等に利用
		D3消防本部	専用端末機は、置き場所がないため、箱詰めしたまま倉庫に保管
既存の端末機と併用している	14機関 (14台)	県民保健福祉センター・保健所(9機関)、D1病院、D4病院、D5消防局、D6消防本部、D7消防本部	
合計	16機関 (16台)		

(注) 当省の調査結果による。

専用端末機16台の使用料等を基に行った当省の試算によると、下記表2のとおり、平成16年度の国庫補助額(新システムに更新した平成17年1月から3月までの3か月分)について、約12万円の節減が可能であったと考えられる。

表2 補助金の節減可能見込みの試算

(単位：円、台)

設備名	1か月の使用料 a	節減可能台数 b	平成17年1月から3月までの使用料 (a × b × 3か月)	節減可能見込み額 (合計 × 1 / 3 × 0.95)
PC 端末	6,810	16	326,880	
Web カメラ	350	7	7,350	
ルータ	1,030	6	18,540	
IP 電話機	140	6	2,520	
UTP ケーブル	20	6	360	
計			355,650	
消費税 (5%)			17,782	
合計 (税込)			373,432	118,253

(注) 1 当省の調査結果による。

2 平成16年度の補助金内示額は補助対象経費の総額の95%であるため、「節減可能見込み額」は合計に3分の1を乗じた額にさらに0.95を掛けた額とした。

(関係者の意見：大分県福祉保健部医務課地域医療班)

新システムへの移行時に参加全機関に新たな専用端末機を設置することとした理由の詳細は不明であるが、新システムに移行するので新たな端末機を設置することを前提とし、既存の端末機の活用可能性を十分検討しなかったものと思われる。なお、インターネット検索が可能な端末機を保有している場合、専用端末機を設置しなくても特に支障はない。

(注) 当省の調査結果による。

事例表 3-② 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分

事例 1								
補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金（小児救急医療支援事業）						
補助事業の実施主体		徳島県及び 33 市町村						
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業及び間接補助事業（補助事業者：徳島県）						
補助金 額等 (千円)	年度	平成 14	15	16				
	実支出額（基準額）	42,492（15,211）	39,707（16,545）	39,714（18,181）				
	補助額	11,135	12,130	13,220				
	国庫補助額	5,064	5,503	6,049				
	国庫返還額	373	228	225				
事例の 概要	要約	補助対象となる診療日数の算定に誤りがあり、当省の試算によれば、平成 14 年度から 16 年度までの 3 年間で、補助金 82 万 6,000 円が過大に交付されている。						
	発生 原因	○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 補助金の実績報告の審査が的確に行われていない（国、県）。						
<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、小児救急医療支援事業の実施に必要な給与費及び報償費を補助対象経費とし、補助金交付額は、次の方法により算定することとされている。</p> <p>① 都道府県が行う事業（直接補助事業）</p> <p>下記表 1 に定める基準額と対象経費の実支出額とを地区ごとに比較して少ない方の額を選定し、選定した額の合計額に 1 / 3 を乗じて得た額を補助金交付額とする。</p> <p>② 市町村が行う事業、又は病院の開設者が行う事業に対し市町村が行う補助事業に対して都道府県が補助する事業（間接補助事業）</p> <p>下記表 1 に定める基準額と対象経費の実支出額とを地区ごとに比較して少ない方の額を選定し、選定した額の合計額に 2 / 3 を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じて得た額を補助金交付額とする。</p> <p>表 1 基準額の算出方法及び対象経費の範囲</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>基準額</th> <th>対象経費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 地区当たり次により算出された額の合算額 単価×休日 A、休日 B 及び夜間の診療日数</td> <td>小児救急医療支援実施事業に必要な次に掲げる経費 1 給与費(常勤職員給与費、非常勤職員給与費、法定福利費等) 2 報償費(医師雇上謝金)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 1 当省の調査結果による。 2 「休日 A」とは、日祝日の午前 8 時～午後 6 時、「休日 B」とは、土曜日の午前 8 時～午後 6 時、「夜間」とは、午後 6 時～翌日午前 8 時の時間帯に診療を行うことである。 3 単価は、平成 14 年度 26,970 円、15 年度 26,430 円、16 年度 26,160 円である。 4 診療日数は、地区における事業日数である。</p>					基準額	対象経費	1 地区当たり次により算出された額の合算額 単価×休日 A、休日 B 及び夜間の診療日数	小児救急医療支援実施事業に必要な次に掲げる経費 1 給与費(常勤職員給与費、非常勤職員給与費、法定福利費等) 2 報償費(医師雇上謝金)
基準額	対象経費							
1 地区当たり次により算出された額の合算額 単価×休日 A、休日 B 及び夜間の診療日数	小児救急医療支援実施事業に必要な次に掲げる経費 1 給与費(常勤職員給与費、非常勤職員給与費、法定福利費等) 2 報償費(医師雇上謝金)							

(事例の内容)

徳島県は、本補助事業により、複数の病院による休日・夜間の輪番制を実施している。このうち、東部地区及び西部地区の7病院における、平成14年度から16年度までの本補助事業の実施状況を調査したところ、下記表2のとおり、実績報告書で報告されている休日及び夜間の診療日数は、実際の診療日数(当番実績)よりも3年間で合計96日過大となっている。このため、当省の試算によれば、平成14年度から16年度までの3年間で、補助金82万6,000円が過大に交付されている。

これは祝日(月曜日から金曜日までの間に限る。)の診療日数について、夜間当番しか行っておらず診療日数1日とすべきところ、昼間(休日A)の分もカウントし診療日数2日とするなど、算定方法を誤っていることによるものである。

表2 補助金の過大交付状況 (単位:日、千円)

年度	地区	病院数	補助実績				当省の調査結果					
			診療日数			国庫補助額 b	実際の診療日数 (当番実績)			国庫補助額 d	誤ってカウントした診療日数 (a-c)	過大交付額 (b-d)
			休日A	夜間	計 a		休日A	夜間	計 c			
平成14	東部	5	58	261	319	2,865	44	259	303	2,723	16	142
	西部	2	65	180	245	2,199	44	175	219	1,968	26	231
	計	7	123	441	564	5,064	88	434	522	4,691	42	373
15	東部	5	64	288	352	3,094	52	286	338	2,977	14	117
	西部	2	67	207	274	2,409	52	209	261	2,298	13	111
	計	7	131	495	626	5,503	104	495	599	5,275	27	228
16	東部	5	67	304	371	3,229	52	304	356	3,104	15	125
	西部	2	64	260	324	2,820	52	260	312	2,720	12	100
	計	7	131	564	695	6,049	104	564	668	5,824	27	225
合計			385	1,500	1,885	16,616	296	1,493	1,789	15,790	96	826

(注) 当省の調査結果による。

(関係者の意見: 徳島県医療政策課)

平成14年度から当該補助金を受けているが、当初から診療日数の算定方法を誤り、平日の夜間当番日が祝日に当たる場合は2倍する方法をとっていたようである。誤った算定方法が担当者間で引き継がれていたが、交付事務に関する厚生労働省の審査でも特段の指摘がなされなかったことからその誤りに気づかなかった。今回の指摘に基づき、現在手続中の平成17年度の当該補助事業の診療日数の算定方法を改める。また、過年度分の取扱いについては厚生労働省と協議する。

(注) 当省の調査結果による。

事例 2

補助金名（目細・メニュー）		医療施設等設備整備費補助金（小児医療施設設備整備事業）
補助事業の実施主体		群馬県
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業
補助金 額等 (千円)	年度	平成 16 年度
	実支出額（基準額）	63,525 (25,200)
	補助額	25,200
	国庫補助額	8,400
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	整備した P I C U（小児集中治療室）8床のうち4床が稼働していない。
	発生 原因	○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 整備した設備の稼働状況について、補助金監査等による事後チェックが十分 行われていない（県）。
<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設等設備整備費補助金交付要綱」により、小児医療施設として必要な医療機械（新生児集中治療管理室に必要な医療機械を含む。）の備品購入費を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額のうち少ない方の額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>群馬県は、平成 16 年度に、本補助事業により、小児医療センターに P I C U 8床及びその運営に必要な 8床分の P I C U モニタリングシステムを整備している。</p> <p>しかし、当省の調査時点（平成 18 年 12 月）では、医師及び看護師の人材不足のため、4床（国庫補助額 420 万円分に相当）が稼働していない。</p> <p>（関係者の意見：群馬県保健・福祉食品局医務課）</p> <p>全国的な医療関係者不足のため、医師及び看護師の確保ができず、4床までしか稼働できない状況にある。将来的には 8床稼働できるようにしたい。</p>		

（注）当省の調査結果による。

事例 3

補助金名(目細・メニュー)		医療施設運営費等補助金(第二次救急医療施設勤務医師研修事業)		
補助事業の実施主体		石川県		
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業		
補助金 額等 (千円)	年度	平成 14	15	16
	実支出額(基準額)	500 (1,464)	500 (1,464)	475 (1,428)
	補助額	500	500	475
	国庫補助額	166	166	158
	国庫返還額	57	33	28
事例の 概要	要約	<p>① 補助の対象外とされている講師車代、役職員旅費、人件費及び超過勤務手当に対し、補助金が交付されている。当省の試算によれば、平成 14 年度から 16 年度までの 3 年間で、補助金 11 万 8,000 円が過大に交付されている。</p> <p>② 県が実施主体となっている補助事業(研修事業、運営は E 1 協会に委託)であるにもかかわらず、県職員(県立病院の医師)に対して講師謝金を支払っている。また、委託先の講師謝金単価は、県の講師謝金単価よりも高額となっている。</p>		
	発生 原因	<p>○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 補助金の実績報告の審査が的確に行われていない(国)。</p> <p>○ その他、事業主体において、適切な事務処理が行われていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助事業者における法令や補助金交付要綱等の理解等が不十分(補助事業者は講師車代、役職員旅費等が補助対象外であることを承知していない。) ・ 委託した事業(研修事業)の講師を県職員が務める場合の謝金について、支払の必要性及び金額の妥当性の検討が十分行われていない(県)。 		
<p>(制度の概要)</p> <p>「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、第二次救急医療施設勤務医師研修事業に必要な報償費(謝金)、需用費(消耗品費、印刷製本費)、材料費(実習材料費)及びこれらに該当する委託費を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定し、選定された額の合計額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1/3 を乗じて得た額としている。</p> <p>(事例の内容)</p> <p>1 補助金の過大交付</p> <p>① 石川県は、本補助事業により、第二次救急医療施設勤務医師研修事業を、E 1 協会に委託して行っている。当該研修事業の平成 14 年度から 16 年度までの実績報告書を見ると、下記表 1 のとおり、補助金交付要綱上、補助対象経費とされていない講師車代、役職員旅費、人件費及び超過勤務手当が報償費として算入されている。</p>				

表1 第二次救急医療施設勤務医師研修事業実績額明細

(単位：円)

区 分	平成14年度	15年度	16年度
報償費	393,927	422,364	273,179
講師謝金	222,220	322,219	188,887
講師車代	77,777	40,000	50,000
役職員旅費	45,840	49,840	25,580
人件費	40,920	0	0
超過勤務手当	7,170	10,305	8,712
需用費	76,073	47,636	107,321
印刷製本費	8,400	10,500	24,817
消耗品費	67,673	37,136	82,504
材料費	30,000	30,000	94,500
計	500,000	500,000	475,000

(注) 1 心臓病研修、脳卒中研修の合計額である。

2 役職員旅費は、E1協会の役員、職員の研修会場までの旅費である。

3 平成14年度は、当該事業に係るE1協会職員の人件費として、1,023円×8時間×5日間分を積算している。

- ② 当省が、実績報告書の補助対象額から、補助金交付要綱上、補助対象経費とされていない経費を除外して試算した結果は下記表2のとおりで、平成14年度から16年度までの3年間で、補助金11万8,000円が過大に交付されている。

表2 国庫補助金の過払い額(試算)

(単位：円)

区 分	平成14年度	15年度	16年度	計
委託費 a	500,000	500,000	475,000	1,475,000
うち補助対象外経費 b	171,707	100,145	84,292	356,144
国庫補助額(実績) c(a×1/3)	166,000	166,000	158,000	490,000
補助対象外経費を差し引いた場合の国庫補助額 d((a-b)×1/3)	109,000	133,000	130,000	372,000
差額 (c-d)	57,000	33,000	28,000	118,000

(注) 1 当省の試算結果による。

2 「国庫補助額(実績)」及び「補助対象外経費を差し引いた場合の国庫補助額」は、千円未満の端数を切り捨てている。

- ③ 関係者の意見

- i E1協会事務局

当該事業を実施するためには、この事務を担当する職員の人件費や旅費等が必要であり、当然、委託費により支払われるべきである。

このように必要不可欠な費用が国庫補助対象外経費であるとすれば、そのよう

な補助金の規定自体を見直す必要があると考える。

ii 石川県医療対策課

指摘のとおり、現状の国の補助金交付要綱上、役職員旅費、人件費等は補助対象経費とされていない。

ただ、当該事業を実施する上で通常必要となる人件費、手当などの経費は、国の補助対象とするよう制度を改めていただきたい。

2 研修事業における講師謝金の支払状況

- ① 第二次救急医療施設勤務医師研修事業における講師謝金の支払状況を調査した結果、下記表3のとおり、石川県の職員であるE2病院の医師に対しても講師謝金を支払っているが、本事業は石川県が事業主体であることから、その必要性は乏しいものと考えられる。

表3 第二次救急医療施設勤務医師研修事業講師謝金支払状況

講師所属等	平成14年度	15年度	16年度
E2病院医師	111,110円 (55,555円×2人)	111,110円 (55,555円×2人)	111,110円 (55,555円×2人)
E3病院医師	55,555円(1人)	55,555円(1人)	
その他(県外講師)	55,555円(1人)	155,554円(2人)	77,777円(1人)
計	222,220円	322,219円	188,887円

(注) 当省の調査結果による。

また、講師謝金の額に関する基準について、E1協会は明文規定を定めずに、県内所在の講師は5万円/時間(税抜き)、県外所在の講師は7万円/時間(税抜き)としているが、当該金額は、石川県の予算単価(大学教授級の講師の謝金単価:6,200円/時間(平成17年度))と比較して高額となっている。

② 関係者の意見: E1協会事務局

県が直接実施する事業では、安い謝金でも講師を依頼できるかもしれないが、民間では講演料の相場があり、それなりの額の謝金を支払わなければ良い講師は依頼できない。したがって、現状程度の謝金額は必要である。

(注) 当省の調査結果による。

事例 4		
補助金名（目細・メニュー）	医療施設等設備整備費補助金（小児医療施設設備整備事業）	
補助事業の実施主体	F 1 病院	
直接又は間接補助事業の別	間接補助事業（補助事業者：栃木県）	
補助金 額等 （千円）	年度	平成 15 年度
	実支出額（基準額）	5,607（25,200）
	補助額	3,738
	国庫補助額	1,869
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	小児医療機器の購入に関し、事実と異なる実績報告が行われている。
	発生 原因	○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 補助金の実績報告の審査が的確に行われていない（県）。
<p>（制度の概要）</p> <p>① 「医療施設等設備整備費補助金交付要綱」により、小児医療施設として必要な医療機械（新生児集中治療管理室に必要な医療機械を含む。）の備品購入費を補助対象経費とし、小児医療施設の設備整備事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定し、選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 2 / 3 を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>② 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和 30 年法律第 179 号。以下「補助金等適正化法」という。）第 14 条において、「補助事業者等は、各省各庁の長の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「医療施設等設備整備費補助金交付要綱」では、都道府県知事は、事業実績報告書を厚生労働大臣に提出しなければならないと定め、当該報告は経費所要額精算書、事業実績報告書及び添付書類（歳入歳出決算書、その他参考となる書類）等の関係書類を添えて行うこととされている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>F 1 病院は、本補助事業により、保育器（型式番号 V-85）を 2 台購入するとして、補助金の交付申請を行っている。しかし、実際には、申請した上記保育器が製造中止となったため、上位機種 of 保育器（型式番号 V-2100G 及び V-505 各 1 台）を購入しているにもかかわらず、実績報告書では、申請どおりの保育器（V-85）を 2 台購入したとする事実と異なる報告を行っている。</p>		

なお、F 1 病院は、実際に購入したものの方が上位機種であるため、購入価格が当初購入予定の機種（V-85）の購入価格を下回っていることはないと思うが、価格交渉等をしていないため、当初購入予定の機種がいくらで購入できたかは不明としている。

（関係者の意見）

- ① 当該医療機器は、平成 14 年度周産期医療施設設備補助金を活用して整備するために申請していたものの不採択であったため、15 年度に再申請したものである。平成 15 年度の申請時において、整備希望機種は前年度と同じであったために申請書等必要書類は前年度のものを活用したが、最初の申請から時間が経過していたため、実際に購入する際には当該機種は製造中止になっていた。しかし、代わりの上位機種が納入されるまで製造中止になっていることを知らず、また、納入業者が当初注文した機種で契約書を作成し金額の変更なく上位機種を納入したため、購入機器の変更を届け出ることなく、当初予定のと通りの機器を整備した旨の実績報告を行った（F 1 病院 調度管理課）。
- ② 実績報告を受けた際の確認が不十分であったために見落としと思われるが、事実と異なる実績報告を行ったことについては、問題である旨を指摘し改善を指導した（栃木県医事厚生課）。

（注）当省の調査結果による。

事例 5

補助金名(目細・メニュー)		医療施設等設備整備費補助金(救急救命士養成所初度設備整備事業) (患者輸送用自動車)
補助事業の実施主体		G 1 学校法人
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業 (補助事業者：群馬県)
補助金 額等 (千円)	年度	平成 14 年度
	実支出額(基準額)	45,885 (56,068)
	補助額	25,810
	国庫補助額	22,942
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	補助金により整備した患者輸送用自動車 (以下「救急車」という。) の利用が 低調であるほか、目的外使用も行われている。
	発生 原因	○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 補助金監査等による事後チェックが十分行われていない (県)。
<p>(制度の概要)</p> <p>「医療施設等設備整備補助金交付要綱」により、救急救命士養成所の設備整備に必要な臨床実習用の救急車及び当該救急車に搭載する医療機器等の備品購入費を補助対象経費とし、救急救命士養成所の新設に係る初度設備整備事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と実支出額を比較して少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じた額と都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額を補助金交付額としている。</p> <p>(事例の内容)</p> <p>G 1 学校法人は、平成 14 年度に、本補助事業により、経営する医療専門学校に、救急救命士の養成に必要な臨床実習用の救急車を購入している。</p> <p>当該医療専門学校では、カリキュラムに「シミュレーション」の科目を設け、その中で、実際に救急車を走行させて行う救命実習等を行うこととしているが、本補助事業により購入した救急車の利用状況を調査したところ、次のとおり、利用が低調であるほか、救急実習以外の目的での使用もみられる。</p> <p>① 救急車の運行記録簿によれば、救急車の年間の走行日数は、下記表 1 のとおり、開校初年度の平成 15 年度が 6 日、16 年度が 21 日、17 年度 (11 月まで) が 4 日であり、年間授業計画表に記載されたシミュレーション実施日数に比較しても低調となっている。また、「シミュレーション」に使用している日数は、走行日数の多い 16 年度の場合でも 21 日中 9 日となっている。</p> <p>② 救急車を、下記表 1 のとおり、体育祭や球技大会における参加者や資材の搬送、急患職員の病院搬送等救命実習以外の目的に使用している例もみられる。</p>		

表1 シミュレーション実施日数及び救急車走行日数

(単位：日)

区分	年度	平成 15	16	17
シミュレーション実施日数		56	128	218
救急車走行日数		6	21	4
	うち、シミュレーションに使用した日数	0	9	3
	救急実習以外の目的での使用日数	1 (資材搬送)	4 (体育祭、球技大会、急患職員搬送等)	1 (体育祭)

(注) 1 医療専門学校の間計画表、時間割及び救急車運行記録簿から作成した。

2 救命救急学科は平成 15 年度から新設された。

3 平成 17 年度は、11 月までの実績である。

(関係者の意見)

- ① 実習の大半は停車状態の救急車を使用して行っており、実際に救急車を走行させて行う実習は、実習の総仕上げの段階と位置付けている。そのため、走行実績が少ないとしても救急車自体は有効に活用させてもらっていると考えている (G 1 学校法人)。
- ② 指摘のとおり、現在の走行実績では、利用が低調であると言わざるを得ない (群馬県保健・福祉食品局医務課)。

(注) 当省の調査結果による。

事例6

補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金(救命救急センター運営事業)		
補助事業の実施主体		D1病院		
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業（補助事業者：大分県）		
補助金 額等 (千円)	年度	平成 14	15	16
	実支出額（基準額）	240,191（147,768）	256,382（146,925）	320,045（139,509）
	補助額	96,053	95,582	90,606
	国庫補助額	48,026	47,791	45,303
	国庫返還額	—	—	—
事例の 概要	要約	救命救急センターのドクターカーの運転手の確保に係る経費の算定方法は、ドクターカーの稼働実態が十分反映されたものとなっていない。また、人件費の算定に用いる按分率の適用誤りや補助対象外の経費を算入しているなど補助対象経費の算出が適切に行われていない。その結果、補助対象経費の算出が過大となっている。ただし、実支出額から過大に算出されている補助対象経費の額を差し引いてもなお基準額を上回っているため、補助金交付額の変更には至らない。		
	発生原因	○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 補助金の実績報告の審査が的確に行われていない（県）。		
<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、救命救急センターの運営に必要な給与費、材料費、諸経費等を補助対象経費とし、救命救急センターの運営事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に2/3を乗じて得た額と都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に1/2を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>D1病院の救命救急センター運営事業に係る実績報告書を見ると、次のとおり、ドクターカーの運転手の確保に係る経費やその他の経費の算定が適切に行われておらず、その結果、補助対象経費の算出が過大となっている。ただし、実支出額から過大に算定されている補助対象経費の額を差し引いてもなお基準額を上回っているため、補助金交付額の変更には至らない。</p> <p>1 ドクターカーの運転手の確保に係る経費の算定が不適切</p> <p>救命救急センターにおけるドクターカーの運転手の確保に係る経費は、「医療施設運営費等補助金（救命救急センター運営事業）に係る事務処理について」（平成11年9月30日付け指第68号厚生省健康政策局指導課長通知）により、運転手の給与総額を病院の患者数（入院患者延べ数と外来患者延べ数の合計）に占めるセンターの患者数の割合により按分して算定することとされている。</p> <p>しかし、D1病院の救命救急センターについて、平成14年度から16年度までの実績報告書を見ると、同病院では、運転手の給与総額を病院全体の収入に占めるセンターの収入の割合により按分して当該経費を算定している。</p> <p>患者数の割合によりドクターカーの運転手の確保に係る経費を適切に算定するために</p>				

は、同病院ではドクターカーによる外来患者の搬送実績がないことから、病院及びセンターの患者数から外来患者数を除いた入院患者数により按分することが適当と考えられる。

これらを踏まえ、当省が、入院患者数による按分によりドクターカーの運転手の確保に係る経費を試算したところ、下記表1のとおり、平成14年度から16年度の各年度とも、実績報告書に記載された金額よりも約93万円から98万円低くなる。

表1 入院患者数按分により試算したドクターカー運転手の確保に係る経費(単位:円)

区 分	平成14年度	15年度	16年度
実績報告書に記載されたドクターカー運転手の確保に係る経費 a	1,212,483	1,262,018	1,256,763
入院患者数按分により試算したドクターカー運転手の確保に係る経費 b	282,634	294,181	276,488
差 額 (a - b)	929,849	967,837	980,275

(注) 当省の調査結果による。

2 その他の補助対象経費の算出方法が不適切

D1病院は、平成16年度の実績報告書で、センターの運営に係る実支出額(ドクターカーの運転手の確保に係る経費を除く。)を318,788千円としているが、次のとおり、そのうち18,010千円は過大となっている。

- ① 救命救急センターの医師の給与費から控除すべき経費(他の医療施設への往診手当、兼務している他の医療施設の施設長手当、医師が本病院で治療を受けた場合の経費等)が控除されていない(計4,317千円)。
- ② 退職給与引当、企業年金掛金等の算定に用いる職員数按分率は、専任職員数と兼任職員の常勤換算数とを合計し、全職員数又は常勤職員数で除して算出することとされている。しかし、当該按分率の算出に際し、兼任職員ではない看護師長・主任の常勤換算数を算入し、逆に、兼任職員として算入すべき非常勤医師の常勤換算数を算入していない。この結果、退職給与引当等が過大に計上されている(計1,763千円)。
- ③ 常勤医師、外来看護師、外来看護助手等の給与費(いずれも兼任職員)は、各給与総額に収入按分率(0.0688)を乗じて算出することとされているが、これとは異なる按分率を乗じて算出している。この結果、給与費が過大に計上されている(計11千円)。
- ④ 手術看護師、薬剤師、栄養課職員等の給与費(いずれも兼任職員)は、各給与総額に按分率(手術件数按分率(0.1098)、患者件数按分率(0.0507)、食事件数按分率(0.0508)のいずれか)を乗じて算出することとされているが、これとは異なる収入按分率(0.0688)を乗じて算出している。この結果、給与費が過大に計上されている(計10,661千円)。
- ⑤ 救急車運転職員の給与費がドクターカーの運転手の確保に係る経費と兼任職員の給与費に重複して計上されている(計1,256千円)。

(関係者の意見)

- ① 経費の算入方法、按分率の適用方法等は基本的にD1病院に任せていた(大分県福祉保健部医務課)。
- ② 上記2の①及び②は単純なミスである。また、③、④及び⑤は、前任の担当者の算出方法に従ったもので、これまで、実績報告書に記載されている計算方法のとおり計算されているか等の精査をしていなかった。今後は、当該経費の算出方法を実情に合わせるよう按分率等について精査していきたい(D1病院総務部総務課)。

(注) 当省の調査結果による。

事例表 3-③ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの

事例 1		
補助金名（目細・メニュー）	医療施設運営費等補助金(救命救急センター運営事業)	
補助事業の実施主体	奈良県	
直接又は間接補助事業の別	直接補助事業	
補助金 額等 (千円)	年度	平成 15 年度
	実支出額（基準額）	1,255,570（155,536）
	補助額	155,536
	国庫補助額	51,845
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	<p>実績報告の内容が不正確</p> <ul style="list-style-type: none"> 補助額の算定に用いる選定額には、基準額と差引事業費（総事業費から診察収入、寄付金等の収入を差し引いた額。以下同じ。）とを比較して少ない方の額を選定することとされているが、それによらず、額の多い方を選定額としている。
	発生 原因	<ul style="list-style-type: none"> ○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 補助事業者は補助金算定方法を十分理解していない。 ○ 補助金の実績報告審査、監査等の事後チェックが不十分 補助金の実績報告の審査が的確に行われていない（国）。
<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、救命救急センターの運営に必要な給与費、材料費、諸経費等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>① 奈良県が設置する救命救急センター（以下「センター」という。）に係る平成 15 年度の本補助事業の実績報告書を見ると、国庫補助額の算定において、基準額 155,536 千円（基準額は実支出額より少ない。）、差引事業費 151,229 千円で、選定額を 155,536 千円とし、国庫補助額は選定額の 1 / 3 の 51,845 千円と算定している。</p> <p>しかし、補助金交付要綱では、基準額と差引事業費の少ない方の額を選定額とすることとされており、本件の場合、基準額（155,536 千円）より差引事業費（151,229 千円）の方が少ないことから、差引事業費の額を選定額とすべきであったところ、誤って、基準額を選定額としている。</p> <p>② 一方、総事業費については、医業費用及び医業外費用の合計額とすべきところ、誤って、医業費用のみを計上している。未計上の医業外費用の額は 17,810 千円（企業債</p>		

利息及び雑損失)である。

- ③ 以上を踏まえ、当省で国庫補助額を試算した結果は、下記表1のとおりであり、選定額の選定に誤りはみられるものの、差引事業費が基準額を上回ることであり、補助金の過大交付とはなっていない。

表1 総事業費に医業外費用を計上した場合の試算(平成15年度)

(単位:千円)

区分	総事業費 a	診療等収入額 b	差引事業費 (a-b)	対象経費の 実支出額	基準額	選定額	国庫補助額
平成15年度 実績報告書	1,255,570	1,104,341	151,229	1,255,570	155,536	155,536	51,845
当省の試算	1,273,381	1,104,341	169,039	1,237,792	155,536	155,536	51,845

(注) 1 対象経費の実支出額については、平成15年度実績報告書において、誤って減価償却費と資産を含めており、当省の試算では、これを除いている。

2 基準額及び国庫補助額以外の金額は、それぞれ千円未満を四捨五入している。

なお、センターでは、平成14年度及び16年度についても、医業外費用を総事業費に加えていないが、両年度とも差引事業費が基準額を上回っているため、補助金の過大交付とはなっていない。

(関係者の意見)

- ① 補助金交付要綱を十分熟知していなかったことや、報告書の様式が基準額と対象経費を比較するようにはなっているが、さらに、その低い方の額と差引事業費とを比較するようにはなっていないことから、誤ってしまったものである。また、総事業費の算出に企業債利息等を含めていなかったのは、これまで特に問題がなかったため前年と同様に考えていたことによる(救命救急センター総務課)。
- ② 業務が多忙なこともあり、十分な審査が行えなかったものと思われる。今後は、十分内容の確認を行う必要がある(奈良県医務課)。

(注) 当省の調査結果による。

事例 2

補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金（救急医療情報センター運営事業）				
補助事業の実施主体		愛知県（H1 社団法人に委託）				
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業				
補助金 額等 (千円)	年度	平成 16	17			
	実支出額（基準額）	352,649 (342,144)	335,815 (329,983)			
	補助額	342,144	329,983			
	国庫補助額	114,048	109,994			
	国庫返還額	—	317			
事例の 概要	要約	補助対象業務以外の業務を兼務している者の人件費について兼務分を按分せずに補助対象経費を算出している。その結果、当省の試算によれば、平成 17 年度は補助金 31 万 7,000 円が過大に交付されている。				
	発生原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 補助事業者は、兼務者の人件費は業務量に応じて按分する必要があるということをも十分理解していない。委託事業者に対する指導・監督が不十分（県）				
	<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、救急医療情報センターの運営に必要な給料、職員手当、備品購入費（システム機器）等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>愛知県は、本補助事業により、救急医療情報センター（以下「情報センター」という。）の運営を、H1 社団法人に委託して行っており、下記表 1 のとおり、国は、委託契約書の委託事業計画に規定されている経費のうち、情報センターの要員の人件費（給与及び諸手当）等に対する補助を行っている。</p> <p>表 1 委託契約書の委託事業計画の概要</p> <table border="1"> <tr> <td>委託業務</td> <td>①情報収集業務 ②情報提供業務 ③統計資料作成業務 ④委託業務に関する研究・開発業務 ⑤救急医療情報センター及び愛知県が共有する部分の管理に関する業務</td> </tr> <tr> <td>補助対象経費</td> <td>○ 人件費（情報センター要員の人件費） ①給与、※②雇用保険、※③労災保険、※④健康保険、※⑤厚生年金、※⑥特別保険及び退職準備金、⑦賃金、※⑧夜勤者車借上料、※⑨福利厚生費 ○ 事業費（情報センター要員の事業費） ※①旅費、②需用費（消耗品等）、※③会議開催経費、④備品購入費 ○ 維持管理費（清掃費を除く光熱水費等） ※=県が委託者として負担しているもの</td> </tr> </table> <p>（注）当省が委託契約書の委託事業計画を基に作成した。</p>			委託業務	①情報収集業務 ②情報提供業務 ③統計資料作成業務 ④委託業務に関する研究・開発業務 ⑤救急医療情報センター及び愛知県が共有する部分の管理に関する業務	補助対象経費
委託業務	①情報収集業務 ②情報提供業務 ③統計資料作成業務 ④委託業務に関する研究・開発業務 ⑤救急医療情報センター及び愛知県が共有する部分の管理に関する業務					
補助対象経費	○ 人件費（情報センター要員の人件費） ①給与、※②雇用保険、※③労災保険、※④健康保険、※⑤厚生年金、※⑥特別保険及び退職準備金、⑦賃金、※⑧夜勤者車借上料、※⑨福利厚生費 ○ 事業費（情報センター要員の事業費） ※①旅費、②需用費（消耗品等）、※③会議開催経費、④備品購入費 ○ 維持管理費（清掃費を除く光熱水費等） ※=県が委託者として負担しているもの					

補助対象となる情報センターの要員は、下記表2のとおり、センター長とセンター職員22人、計23人である。しかし、平成16年度から17年度までの補助金交付実績をみると、センター長及びセンター職員21人（職員1人は補助対象から除外している。）のほかに次長（業務第一課長を兼務）1人の計23人分の人件費の全額について補助金の交付申請がなされ、そのまま認められている。なお、次長の人件費は、下記表3のとおり、平成16年度約1,098万円、17年度約875万円である。

しかし、当省の調査結果によれば、次長は本件委託業務のほかにH1社団法人の業務を兼務しており、このような場合は、補助金交付要綱により、人件費を補助対象業務とそれ以外の業務（兼務業務）の従事時間等を基に按分し、兼務業務分は補助対象経費に含めないこととされているにもかかわらず、それが遵守されていない。

ちなみに、愛知県がH2病院に委託して実施している周産期医療対策事業（国庫補助事業）では、病院業務を兼務している職員の給与について、補助事業に従事した時間と病院業務に従事した時間により按分し、補助対象経費としている（下記表4参照）。

当省が、平成16年度と17年度の次長の人件費について、情報センター業務相当分を按分して試算した結果、下記表5のとおり、16年度は、実支出額よりも基準額の方が少額であったことから、補助金の過大交付とはなっていないが、17年度は、実支出額の方が基準額よりも少額であったことから、31万7,000円が過大に交付されている。

なお、愛知県では、平成18年度からは、次長の人件費を補助対象から除外するとともに、これまで、補助対象から除外していた情報センター職員（課員）1名分の人件費を補助対象としている。

表2 情報センターの職員等の状況 (単位：人)

区分	センター長	次長	副長	係長	主任・班長	課員	計
情報センターの職員数	1	—	3	4	3	12	23
平成16年度から17年度補助金(人件費)交付対象者	1	1	3	4	3	11	23

(注) 1 当省の調査結果による。

2 次長は、H1社団法人の業務第一課長が兼務している。

表3 平成16年度から17年度における次長に係る人件費 (単位：円)

区分	給与	諸手当	賞与	計(年間)
16年度	5,622,000	2,542,120	2,816,900	10,981,020
17年度	4,357,200	2,192,440	2,197,500	8,747,140

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「諸手当」は、職務手当、扶養家族手当、調整手当、通勤手当の合計である。

表4 周産期医療対策事業費でのH2病院の按分方法（平成16年度）

対象	按分方法
企画課 事務職員	① 1日の勤務時間（7.9時間）を本補助事業に携わった頻度に応じ、本補助事業に従事した時間を4時間/日と3.5時間/日の月に分ける。 ② 「①×勤務日数」により本補助事業に従事した全労働時間を算出する。 （4時間×182日）＋（3.5時間×61日）＝941.5時間 ③ 「職員の給与額（本俸＋調整）÷年間勤務時間数」で職員の時間単位での給与額を算出する。 （3,141,600円÷1,919.7時間）＝1,637円 ④ 「③×②」により本補助事業に従事した分の職員給与を算出 1,637円×941.5時間＝1,541,236円

（注）当省がH2病院の資料により作成した。

表5 次長の人件費を按分した場合の国庫補助額の試算

（単位：千円）

区分	16年度			17年度		
	国庫補助額の算定（実績） a	次長の人件費を按分した場合の国庫補助額の算定 b	差額 (a-b)	国庫補助額の算定（実績） c	次長の人件費を按分した場合の国庫補助額の算定 d	差額 (c-d)
基準額	342,144	342,144	/	329,983	329,983	/
対象経費の実支出額	352,649	344,135 （注2）		335,815	329,033 （注2）	
差引事業費	372,896	364,383		369,746	362,964	
選定額	342,144	342,144		329,983	329,033	
国庫補助額	114,048	114,048	0	109,994	109,677	317

（注）1 当省の調査結果による。

2 次長の人件費の按分比率は、16年度及び17年度ともに22.47%（総労働時間（1,680時間）に占める情報センターの業務従事時間（377.5時間）の割合）である。

次長の人件費を按分した場合の対象経費の実支出額は、次長の人件費（平成16年度及び17年度）のうち、情報センター以外の業務比率（77.53%）に相当する額を除外した額である。

3 「差引事業費」とは、総事業費から診療収入等の収入額を控除した額である。

4 太字の値は、選定額を表す。

（関係者の意見：愛知県医務国保課）

次長は、本補助事業に係る県との連絡調整を行っていることから、その給与等を補助対象としている。

補助申請は、前年を踏襲するような形で次長の人件費全額について行っていた。H1社団法人は、情報センター職員1名分の人件費（平成16年度約450万円）を負担しているので、実質的には次長の人件費の全額を補助対象としているものではないという思いもあった。

（注）当省の調査結果による。

事例 3

補助金名（目細・メニュー）		母子保健衛生費補助金（周産期医療対策事業）
補助事業の実施主体		広島県
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業
補助金 額等 (千円)	年度	平成 16 年度
	実支出額（基準額）	10,903（12,758）
	補助額	10,261
	国庫補助額	3,420
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	補助金実績報告書に記載された周産期医療対策費の支出実績を確認するために必要な支出明細書が作成されていないものや、証拠書類がないものなどがあり、適正に支出されたか否か確認できない経費が 138 万 4,000 円ある。
	発生原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 支出明細書や証拠書類の作成・保存が適切に行われていない（県）。
	<p>（制度の概要）</p> <p>① 「母子保健衛生費国庫負担金及び国庫補助金交付要綱」により、周産期医療対策事業に必要な報酬、賃金、報償費、旅費、需用費（消耗品費、食料費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、広告料）等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額から寄付金等その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>② 補助金等適正化法第 14 条において、「補助事業者等は、各省各庁の長の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「母子保健衛生費国庫負担金及び国庫補助金交付要綱」では、都道府県知事は、事業実績報告書を厚生労働大臣に提出しなければならないと定め、当該報告は、経費所要額精算書、事業実績報告書及び添付書類（歳入歳出決算書、その他参考資料）等の関係書類を添えて行うこととされている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>広島県が平成 16 年度に実施した本補助事業の実績報告書をみると、次のとおり、本補助事業で実施した周産期医療協議会の開催や研修事業等について、支出明細書類を作成していないものや支出を裏付ける証拠書類を保存していないため適正に支出されたかどうか確認できないものがある。</p>	

① 支出明細書類を作成していないもの	
・広島県周産期医療協議会関係経費（旅費等）	167 千円
・育成研修関係経費（旅費等）	313 千円
・調査・研究関係経費（旅費、消耗品代等）	482 千円
	小計 962 千円
② 支出を裏付ける証拠書類を保存していないもの	
・育成研修関係経費（通信運搬費、印刷代）	254 千円
・調査・研究関係経費（需用費（調査関係）等）	168 千円
	小計 422 千円
	合計 1,384 千円
 (関係者の意見)	
① 職員の連絡等旅費や需用費、役務費については、県福祉保健部と県立病院を合算して支出しているため、詳細な明細を作成していない。補助金交付要綱では、これらの詳細な明細の作成保存や提出が義務付けられてはおらず、また、厚生労働省からも作成保存・提出を求められたことは今までないため、これら経費についての詳細な明細は作成していない（広島県医療対策室）。	
② 補助金交付要綱における添付書類は、必要最小限度の記載にとどめており、自治体において必要があると判断すれば、実施主体である自治体が、自らの会計規則等により証拠書類を追加するなど、適切に実施されることが望ましい（厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課）。	

(注) 当省の調査結果による。

事例 4

補助金名（目細・メニュー）		母子保健衛生費補助金（周産期医療対策事業）
補助事業の実施主体		徳島県
直接又は間接補助事業の別		直接補助事業
補助金 額等 （千円）	年度	平成 16 年度
	実支出額（基準額）	4,786（5,052）
	補助額	4,786
	国庫補助額	1,533
	国庫返還額	145
事例の 概要	要約	実績報告書において支出内訳が明らかにされておらず、適正に支出されたか否か確認できない経費が約 277 万円ある。
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 支出内訳の作成が適切に行われていない（県）。
<p>（制度の概要）</p> <p>① 「母子保健衛生費国庫負担金及び国庫補助金交付要綱」により、周産期医療対策事業に必要な報酬、賃金、報償費、旅費、需用費（消耗品費、食料費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、広告料）等を補助対象経費とし、補助金交付額は、基準額と実支出額から寄付金等その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 1 / 3 を乗じた額としている。</p> <p>② 補助金等適正化法第 14 条において、「補助事業者等は、各省各庁の長の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「母子保健衛生費国庫負担金及び国庫補助金交付要綱」では、都道府県知事は、事業実績報告書を厚生労働大臣に提出しなければならないと定め、当該報告は経費所要額精算書、事業実績報告書及び添付書類（歳入歳出決算書、その他参考資料）等の関係書類を添えて行うこととされている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>① 徳島県は、平成 16 年度に、本補助事業により、周産期医療情報ネットワーク事業、調査・研究事業等を行っているが、その実績報告書に記載された支出額は、同県が実施する母子保健対策事業に要した諸経費から按分したもので、支出の内訳が明記されていない。</p>		

- ② このため、当省において、委託契約書、報償費支給調書、費用弁償金請求書、経費支出伺等により事業費の支出状況を調査した結果、下記表1のとおり、支出されたか否か確認できなかったものが276万5,000円ある。

表1 周産期医療対策事業における経費等支出状況（16年度）（単位：千円）

区 分	周産期医療情報ネットワーク事業	周産期医療システム調査・研究事業	周産期医療協議会	計
実績報告書における支出額	2,810 (内訳記載なし)	1,349 (内訳記載なし)	627 (内訳記載なし)	4,786
支出状況の調査結果	支出が確認できたもの	1,200 (A2病院への情報ネットワーク調査研究委託費)	121 (協議会1回の開催経費)	2,021
	支出が確認できなかったもの	1,610	506	2,765

(注) 当省の調査結果による。

(関係者の意見)

- ① 支出内訳については、厚生労働省から報告を求められていないこともあって詳細な記録を残しておらず、実績報告書に記載した支出額は、所管する母子保健関係事業に要した諸経費から按分したものである（徳島県健康増進課・地域保健担当課）。
- ② 補助金交付要綱における添付書類は、必要最小限度の記載にとどめており、自治体において必要があると判断すれば、実施主体である自治体が、自らの会計規則等により証拠書類を追加するなど、適切に実施されることが望ましい（厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課）。

(注) 当省の調査結果による。

事例 5

補助金名(目細・メニュー)		医療施設等施設整備費補助金 (病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業)
補助事業の実施主体		H3病院
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業(補助事業者:愛知県)
補助金 額等 (千円)	年度	平成16年度
	実支出額(基準額)	30,600(23,305)
	補助額	15,536
	国庫補助額	7,768
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	厚生労働大臣の承認を得ずに補助事業により整備した医療施設に抵当権及び 根抵当権を設定
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 補助事業者における法令の理解が不十分(事業者は、補助事業により取得し た不動産については、厚生労働大臣の承認を受けなければ担保に供してはなら ないということを承知していない。)
(制度の概要)		
<p>① 「医療施設等施設整備費補助金交付要綱」により、病院群輪番制病院等として必要な施設(診察室、処置室、手術室等)の新築、増改築に要する工事費又は工事請負費を補助対象経費とし、病院群輪番制病院等の施設整備事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に2/3を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない額の方の額に1/2を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>② 補助金等適正化法第22条において、「補助事業者等は、補助事業等により取得し、又は効用の増加した政令で定める財産を、各省各庁の長の承認を受けないで、補助金等の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「医療施設等施設整備費補助金交付要綱」では、「事業により取得した(略)不動産(略)については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、厚生労働大臣の承認を受けないで(略)担保に供してはならない」とされている。</p>		

(事例の内容)

H3病院は、平成15年度及び16年度に病棟の新築（鉄筋コンクリート造6階建。延べ21,845.88㎡）を行っており、これに併せて、16年度に、本補助事業（病院群輪番制病院施設整備事業）により、救急受入れのための診察室等（177.74㎡。補助対象は150㎡）の整備を行っている。

整備した診察室等は病院建物の一部であり、このため、病院建物に抵当権等を設定する場合は、厚生労働大臣の承認が必要となるが、H3病院は、その手続を行わずに、平成17年3月15日（注）、本補助事業により整備した診察室等を含む病院建物に総額88億円の抵当権及び根抵当権を設定している。なお、このことについて、愛知県は事実を把握していない。

（注）補助金の交付決定は平成17年3月30日であり、その前に抵当権を設定している。

表 H3病院の抵当権等の設定状況

建物所在地	H4市			
表題部登記	平成17年1月24日新築			
所有権保存	平成17年3月4日			
担保設定状況	種類	設定年月日	原因	金額・極度額
	抵当権	平成17年3月15日	平成15年10月15日金 銭消費貸借	26億円
	根抵当権	同上	—	62億円

（注）当省の調査結果による。

(関係者の意見)

- ① 補助事業により取得した病院施設については、一定期間を経過するまで、厚生労働大臣の承認を受けないと担保に供してはならないということを知らなかった。県等からの指導があれば、適正な承認手続を行っていた（H3病院事務局）。
- ② 補助事業により取得した医療施設を担保に供する場合に厚生労働大臣の承認を必要とすることは承知しており、承認をとっているケースもある。今後、励行を図りたい（愛知県医務国保課）。

（注）当省の調査結果による。

事例 6			
補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金（小児救急地域医師研修事業）	
補助事業の実施主体		I 1 市（I 2 社団法人に委託）	
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業（補助事業者：宮崎県）	
補助金 額等 (千円)	年度	平成 16	17
	実支出額（基準額）	523	563
	補助額	523	563
	国庫補助額	176	187
	国庫返還額	—	—
事例の 概要	要約	補助対象経費（委託費）の支出を裏付ける証拠書類が残されていない。なお、証拠書類は、委託契約により、5 年間保存することとされている。	
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 証拠書類の保存が励行されていない。	
<p>（制度の概要）</p> <p>① 「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、小児救急地域医師研修事業に必要な報償費（謝金）、旅費、需用費等を補助対象経費とし、市町村が行う小児救急地域医師研修事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に 2 / 3 を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>② 補助金等適正化法第 14 条において、「補助事業者等は、各省各庁の長の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」では、都道府県知事は、事業実績報告書を厚生労働大臣に提出しなければならないと定め、当該報告は経費所要額精算書、事業実績報告書及び添付書類（歳入歳出決算書、委託契約書の写し等）等の関係書類を添えて行うこととされている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>I 1 市は、本補助事業により小児救急地域医師研修事業を、I 2 社団法人に委託して実施している。</p> <p>当該委託事業の適切な実施を確保するため、I 1 市が I 2 社団法人との間で締結した「小児救急研修業務に関する委託契約書」第 4 条及び第 5 条において、I 2 社団法人は、</p>			

委託業務終了後、委託業務に関する実績報告書及び経理書類その他同市が必要と認める書類（以下「関係書類」という。）を提出しなければならないとされ、同市は、関係書類を受理審査した後、委託料を支払うこととされている。また、I 2 社団法人は、関係書類を5年間保存することとされている。

しかしながら、当省の調査結果によれば、I 1 市においては、補助事業に係る支出経費の経理書類や支出証拠書類が保存されておらず、また、同市がこれらの書類の提出を求めたか否かについても不明となっている。

（関係者の意見）

- ① 本事業の経理書類及び支出証拠書を確認した記録や、支出証拠書の写し等を保存していない理由は判明しない（I 1 市健康管理課）。
- ② 今後、事業実施主体に対し、受託者から経理書類及び支出証拠書類の提出を求めた上で支出額の適正性を確認するとともに、記録を保存するよう指導したい（宮崎県地域医療担当）。

（注）当省の調査結果による。

事例 7		
補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金（小児救急地域医師研修事業）
補助事業の実施主体		I 3 広域市町村圏事務組合（I 4 社団法人に委託）
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業（補助事業者：宮崎県）
補助金 額等 （千円）	年度	平成 16 年度
	実支出額（基準額）	495
	補助額	495
	国庫補助額	165
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	補助対象経費（委託費）の支出を裏付ける証拠書類が残されていない。なお、証拠書類は、委託契約により、5年間保存することとされている。
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 証拠書類の保存が励行されていない。
	<p>（制度の概要）</p> <p>① 「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、小児救急地域医師研修事業に必要な報償費（謝金）、旅費、需用費等を補助対象経費とし、市町村が行う小児救急地域医師研修事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に2/3を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に1/2を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>② 補助金等適正化法第 14 条において、「補助事業者等は、各省各庁の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」では、都道府県知事は、事業実績報告書を厚生労働大臣に提出しなければならないと定め、当該報告は経費所要額精算書、事業実績報告書及び添付書類（歳入歳出決算書、委託契約書の写し等）等の関係書類を添えて行うこととされている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>I 3 広域市町村圏事務組合（以下「広域事務組合」という。）は、本補助事業により、小児救急地域医師研修事業を I 4 社団法人に委託して実施している。</p> <p>当該委託事業の適切な実施を確保するため、広域事務組合が I 4 社団法人との間で締結した「小児救急研修業務に関する委託契約書」第 4 条及び第 5 条において、I 4 社団</p>	

法人は、委託業務終了後、委託業務に関する実績報告書及び経理書類その他広域事務組合が必要と認める書類（以下「関係書類」という。）を提出しなければならないとされ、広域事務組合は、関係書類を受理審査した後、委託料を支払うこととされている。また、I 4 社団法人は、関係書類を5年間保存することとされている。

しかしながら、当省の調査結果によれば、広域事務組合においては、補助事業に係る支出経費の経理書類や支出証拠書類が保存されておらず、また、広域事務組合がこれらの書類の提出を求めたか否かについても不明となっている。

（関係者の意見）

- ① 平成16年当時のことであり詳細は不明。なお、広域事務組合が実施していた本補助事業の記録は、構成市町の合併により広域事務組合が解散したことに伴い、合併後の市に引き継がれたとされているが、事務担当者の交代等により資料の散逸等が生じている（I 5 市健康長寿課）。
- ② 今後、事業実施主体に対し、受託者から経理書類及び支出証拠書類の提出を求めた上で支出額の適正性を確認するとともに、記録を保存するよう指導したい（宮崎県地域医療担当）。

（注）当省の調査結果による。

事例 8		
補助金名（目細・メニュー）		医療施設運営費等補助金（小児救急地域医師研修事業）
補助事業の実施主体		I 6 市（I 7 社団法人に委託）
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業（補助事業者：宮崎県）
補助金 額等 （千円）	年度	平成 17 年度
	実支出額（基準額）	807
	補助額	807
	国庫補助額	269
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	補助対象経費（委託費）の支出を裏付ける証拠書類が残されていない。なお、証拠書類は、委託契約により、5 年間保存することとされている。
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 証拠書類の保存が励行されていない。
<p>（制度の概要）</p> <p>① 「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」により、小児救急地域医師研修事業に必要な報償費（謝金）、旅費、需用費等を補助対象経費とし、市町村が行う小児救急地域医師研修事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と実支出額の少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に 2 / 3 を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>② 補助金等適正化法第 14 条において、「補助事業者等は、各省各庁の定めるところにより、補助事業等が完了したとき（補助事業等の廃止の承認を受けたときを含む。）は、補助事業等の成果を記載した補助事業等実績報告書に各省各庁の長の定める書類を添えて各省各庁の長に報告しなければならない。補助金等の交付の決定に係る国の会計年度が終了した場合も、また同様とする」と規定されている。</p> <p>この規定を受け、「医療施設運営費等補助金等に係る交付要綱」では、都道府県知事は、事業実績報告書を厚生労働大臣に提出しなければならないと定め、当該報告は経費所要額精算書、事業実績報告書及び添付書類（歳入歳出決算書、委託契約書の写し等）等の関係書類を添えて行うこととされている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>I 6 市は、本補助事業により、小児救急地域医師研修事業を、I 7 社団法人に委託して実施している。</p> <p>当該委託事業の適切な実施を確保するため、I 6 市が I 7 社団法人との間で締結した「小児救急研修業務に関する委託契約書」第 4 条及び第 5 条において、I 7 社団法人は、</p>		

委託業務終了後、委託業務に関する実績報告書及び経理書類その他同市が必要と認める書類（以下「関係書類」という。）を提出しなければならないとされ、同市は、関係書類を受理審査した後、委託料を支払うこととされている。また、I7 社団法人は、関係書類を5年間保存することとされている。

しかしながら、当省の調査結果によれば、I6 市においては、本補助事業に係る支出経費の経理書類や支出証拠書類が保存されておらず、また、同市がこれらの書類の提出を求めたか否かについても不明となっている。

（関係者の意見）

- ① 受託者から報告のあった「小児救急地域医師研修事業実績明細書」（補助金実績報告書添付書類）の記載を信用し支払った可能性があり、I7 社団法人の支出関係書類を確認していない可能性もある（I6 市健康予防課）。
- ② 今後、事業実施主体に対し、受託者から経理書類及び支出証拠書類の提出を求めた上で支出額の適正性を確認するとともに、記録を保存するよう指導したい（宮崎県地域医療担当）。

（注）当省の調査結果による。

事例 9

補助金名（目細・メニュー）		医療施設等設備整備費補助金(休日夜間急患センター設備整備事業)
補助事業の実施主体		J 1 市
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業（補助事業者：埼玉県）
補助金 額等 (千円)	年度	平成 14 年度
	実支出額（基準額）	4,763（4,200）
	補助額	2,800
	国庫補助額	1,400
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	事業主体において、補助金で整備した設備（X線一般撮影装置、X線フィルム自動現像機）の管理台帳が作成されていない。
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 管理台帳の作成が励行されていない。
	<p>（制度の概要）</p> <p>① 「医療施設等設備整備費補助金交付要綱」により、休日夜間急患センター設備整備事業に必要な医療機器等の備品購入費を補助対象経費としており、市町村が行う休日夜間急患センター設備整備事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定し、選定された額の合計額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 2 / 3 を乗じて得た額と、都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じた額を補助金交付額としている。</p> <p>② 上記補助金交付要綱では、「事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともにその効率的な運営を図らなければならない」とされており、また、補助事業者が地方公共団体の場合、「補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした調書を作成し、これを事業完了後 5 年間保管しておかなければならない」とされている。</p> <p>③ 間接補助事業の実施主体である J 1 市では、「J 1 市財産管理規則」第 11 条で、公有財産の管理に関しては、必要事項（公有財産の種類及び種目、得喪及び変更の年月日並びにその原因など）を記載した財産管理台帳を備えて管理することと定めている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>J 1 市は、下記表 1 のとおり、平成 14 年度に、本補助事業により、同市小児夜間急患診療所に X 線一般撮影装置及び X 線フィルム自動現像機を整備している。しかし、同市は、これらの設備について、適切な管理を行うために必要な管理台帳を作成していない。</p>	

表1 補助金で整備した機器一覧

品名	金額(落札額)
X線一般撮影装置	3,137,400円
X線フィルム自動現像機	1,626,450円
合計	4,763,850円

- (注) 1 当該補助事業の実績報告書により作成した。
 2 金額は、指名競争入札の結果に基づく落札額である。

(関係者の意見)

- ① 市の財産の管理については、市財産規則や市物品管理規則に基づき管理することとなっている。個々の物品については、統一的に「備品カード」を調整しているので、適正な管理に努めたい（J1市健康福祉部市民健康課）。
- ② 国庫補助の交付を受けた設備について、管理台帳等が未整備である場合、将来の用途廃止等において管理上支障が生じるおそれがあるため、管理台帳の作成等その整備の経緯を示す措置を講ずる必要がある。指摘の点については、管理台帳の作成等により適切な管理を行うよう改めて指導したい（埼玉県保健医療部医療整備課）。

(注) 当省の調査結果による。

事例 10

補助金名（目細・メニュー）		医療施設等施設整備費補助金(救急救命士養成所施設整備事業)
補助事業の実施主体		K 1 学校法人
直接又は間接補助事業の別		間接補助事業（補助事業者：福岡県）
補助金 額等 (千円)	年度	平成 15 年度
	実支出額（基準額）	229, 175（208, 486）
	補助額	208, 486
	国庫補助額	104, 243
	国庫返還額	—
事例の 概要	要約	救急救命士養成所の増築工事及び既存部分の改築工事に対する補助金交付額の算出は、両工事を一括して契約した金額を基に行っているが、当省の試算によれば、両工事を分割して算出すると 1, 212 万 9, 000 円安価となる。
	発生 原因	○ その他、事業主体において適切な事務処理が行われていないもの 増築工事と改築工事を同時に行う際に、一括発注方式と分割発注方式のどちらの工事費が安価となるか十分検討されていない（県）。
	<p>（制度の概要）</p> <p>「医療施設等施設整備費補助金交付要綱」により、救急救命士養成所の施設整備に必要な養成所等（寄宿舍を含む。）の新築、増改築に要する工事費又は工事請負費を補助対象経費とし、救急救命士養成所の施設整備事業に対して都道府県が補助する事業については、基準額と実支出額を比較して少ない方の額を選定し、その額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額と比較して少ない方の額に 1 / 2 を乗じた額と都道府県が補助した額とを比較して少ない方の額を補助金交付額としている。</p> <p>（事例の内容）</p> <p>K 1 学校法人は、平成 15 年度に、本補助事業により、救急救命士養成所 1, 695. 01 m²の増改築工事を行っている。</p> <p>本件の補助金交付額は、支出予定額（増築工事の経費と既存部分の改築工事の経費の合計額）と基準額（両工事の合計対象面積に 1 m²当たりの基準単価を乗じた額）とを比較して少ない方の額（県補助基本額）に 1 / 2 を乗じて算出されている。</p> <p>しかし、当省において、支出予定額を増築工事に係る経費と既存部分の改築工事に係る経費とに分割して補助金交付額を試算してみると、下記表 1 のとおり、交付実績額よりも 1, 212 万 9, 000 円少なくなる。</p>	

表1 当省の試算結果

(単位：千円)

区 分		支出予定額	基準額	選定額	国庫補助額 (1/2補助)
補助金交付実績額 a		229,175	208,486	208,486	104,243
試 算	増築工事 b	203,450	158,505	158,505	79,252
	既存部分の改築工事 c	25,725	49,981	25,725	12,862
	計 d				92,114
差額 (a - d)					12,129

(注) 1 当省の調査結果による。

2 増築工事の対象面積は1,288.66㎡、既存部分の改築工事の対象面積は406.35㎡である。

3 基準額は、工事対象面積に基準単価123千円を乗じた額である。

(関係者の意見)

① 増築工事と既存部分の増改築工事に分けて補助金額を検討した場合、総務省の考え方は理解できる (K1学校法人総務部)。

② 本件工事は、救命救急科の新設に伴い、既存施設の増築・改築を一体的に行った工事であり、補助金の申請者と請負業者との契約も一本でなされている。

補助金の算定に際し、工事に要した費用の確認は、見積書によることなく実際に行われた工事請負契約によることが相当と考える。また、増改築が一体的に行われる工事について、それぞれ別個の案件として、設計や施工管理などについても明確に区分させ、入札等による業者の選定、請負契約の締結、施工させることを求めるような考え方については合理的な理由がないものとする (福岡県保健福祉部医療指導課)。

(注) 当省の調査結果による。

(資料)

小児医療対策に関する アンケート調査結果

目 次

第1 調査の概要	
1 調査の目的	183
2 調査客体	183
3 調査事項	183
4 調査方法	183
5 調査時期	183
6 有効回答数	183
第2 調査結果	
1 調査結果の概要	184
2 調査結果	
「A. 市母子保健担当者調査」	
(1) 回答者の属性	196
ア 年 齢	196
イ 母子保健対策に従事する活動内容	196
ウ 母子保健対策の従事年数	196
(2) 母子保健対策の「健康診査」について	197
ア 市が妊産婦健診を行う上での課題と課題解決に必要なこと	197
イ 市が妊産婦健診を行う上での課題解決のために国に期待する役割	198
ウ 市が乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を行う上での課題と 課題解決に必要なこと	199
エ 市が乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を行う上での 課題解決のために国に期待する役割	202
(3) 母子保健対策の「保健指導」について	205
ア 市が母親（両親）学級を行う上での課題と課題解決に必要なこと	205
イ 市が母親（両親）学級を行う上での課題解決のために国に期待する役割	206
ウ 市が育児学級を行う上での課題と課題解決に必要なこと	207
エ 市が育児学級を行う上での課題解決のために国に期待する役割	208
オ 市が面接・電話による健康相談を行う上での課題と課題解決に必要なこと	209
カ 市が面接・電話による健康相談を行う上での課題解決のために 国に期待する役割	210

(4) 母子保健対策の「訪問指導」について……………	211
ア 市が妊産婦訪問指導を行う上での課題と課題解決に必要なこと……………	211
イ 市が妊産婦訪問指導を行う上での課題解決のために国に期待する役割……………	212
ウ 市が新生児訪問指導、未熟児訪問指導を行う上での課題と 課題解決に必要なこと……………	213
エ 市が新生児訪問指導、未熟児訪問指導を行う上での課題解決のために 国に期待する役割……………	215
(5) 母子保健対策全般についての意見……………	217

「B. 小中学校・教育委員会調査」

(1) 回答者の属性……………	219
ア 所属先……………	219
イ 年 齢……………	219
ウ 現在の職種……………	219
エ 児童・生徒の健康増進対策に従事する活動内容……………	219
オ 児童・生徒の健康増進対策の従事年数……………	219
(2) 児童・生徒の健康増進対策の「肥満防止対策」について……………	220
ア 市・学校で児童・生徒の肥満防止対策を行う上での課題と 課題解決に必要なこと……………	220
イ 市・学校で児童・生徒の肥満防止対策を行う上での課題解決のために 国に期待する役割……………	222
(3) 児童・生徒の健康増進対策の「痩身防止対策」について……………	224
ア 市・学校で児童・生徒の痩身防止対策を行う上での課題と 課題解決に必要なこと……………	224
イ 市・学校で児童・生徒の痩身防止対策を行う上での課題解決のために 国に期待する役割……………	226
(4) 児童・生徒の健康増進対策の「アレルギー対策」について……………	228
ア 市・学校で児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題と 課題解決に必要なこと……………	228
イ 市・学校で児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題解決のために 国に期待する役割……………	230
(5) 児童・生徒の健康増進対策全般についての意見……………	232

「C. 都道府県調査」

(1) 回答者の属性	234
ア 年齢	234
イ 小児医療対策に従事する活動内容	234
ウ 小児医療対策の従事年数	234
(2) 小児医療対策の「小児科医の確保対策」について	235
ア 都道府県で小児科医の確保対策を行う上での課題	235
イ 都道府県で小児科医の確保対策を行う上での課題解決のために 国に期待する役割	236
(3) 小児医療対策の「小児救急医療圏の設定」について	237
ア 都道府県で小児救急医療圏を設定する上での課題	237
イ 都道府県で小児救急医療圏を設定する上での課題解決のために 国に期待する役割	238
(4) 小児医療対策の「小児救急患者の受入対策」について	239
ア 都道府県で小児救急患者の受入対策を実施する上での課題	239
イ 都道府県で小児救急患者の受入対策を実施する上での課題解決のために 国に期待する役割	240
(5) 小児医療対策の「小児救急患者の救急搬送対策」について	241
ア 都道府県で小児救急患者の救急搬送対策を実施する上での課題	241
イ 都道府県で小児救急患者の救急搬送対策を実施する上での課題解決のために 国に期待する役割	242
(6) 小児医療対策の「小児救急電話相談事業」について	243
ア 都道府県で小児救急電話相談事業を実施する上での課題	243
イ 都道府県で小児救急電話相談事業を実施する上での課題解決のために 国に期待する役割	244
(7) 小児医療対策全般についての意見	245

「D. 医療関係者調査」

(1) 回答者の属性	246
ア 所属先	246
イ 性別	246
ウ 年齢	246
エ 妊産婦や新生児、乳幼児健診の従事経験	246
オ 学校医としての従事経験	247

カ 小児救急医療への従事経験	247
(2) 母子保健対策の「健康診査」について	248
ア 市が行う妊産婦健診の内容の不十分な点	248
イ 市が行う乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診の内容の不十分な点	250
(3) 母子保健対策の「保健指導」について	256
ア 市が行う母親（両親）学級の内容の不十分な点	256
イ 市が行う育児学級の内容の不十分な点	257
ウ 市が行う面接・電話による健康相談の内容の不十分な点	258
(4) 母子保健対策の「訪問指導」について	259
ア 市が行う妊産婦訪問指導の内容の不十分な点	259
イ 市や保健所が行う新生児訪問指導、未熟児訪問指導の内容の不十分な点	261
(5) 母子保健対策について国、都道府県、市町村に求めること	265
(6) 児童・生徒の心身の健康増進対策について	266
ア 地域の児童・生徒の肥満防止対策の内容の不十分な点	266
イ 地域の児童・生徒の痩身防止対策の内容の不十分な点	267
ウ 地域の児童・生徒のアレルギー対策の内容の不十分な点	268
(7) 児童・生徒の健康増進対策について国、都道府県、市町村に求めること	269
(8) 小児医療対策について	270
ア 地域の小児科医確保対策の内容の的確でない点	270
イ 地域の小児救急医療圏の内容の的確でない点	271
ウ 地域の小児救急患者受入対策の内容の不十分な点	272
エ 地域の小児救急患者救急搬送対策の内容の不十分な点	273
オ 地域の小児救急電話相談事業の内容の不十分な点	274
(9) 小児医療対策について国、都道府県、市町村に求めること	275
(10) 小児医療対策全般についての意見	276
調査票（単純集計結果表）	278
○ 市母子保健担当者用	278
○ 小中学校・教育委員会用	288
○ 都道府県用	293
○ 医療関係者用	299

第1 調査の概要

1 調査の目的

本調査は、「小児医療に関する行政評価・監視」における調査の一環として、小児医療対策に従事している地方公共団体の担当者及び医療関係者から、①妊産婦、新生児や乳幼児のための母子保健対策、②児童・生徒のための健康増進対策、及び③小児救急医療対策に関する意見を聴取し、それらの見直し・改善に資することを目的として実施

2 調査客体

本行政評価・監視の調査担当局所の所在する24都道府県（注）の小児医療対策に従事している担当者（約1,200人）を対象に、4種類の調査表（①市母子保健担当者用、②小中学校・教育委員会用、③都道府県用、④医療関係者用）を配布し実施

（注）24都道府県の内訳は、次のとおり。

北海道、岩手県、宮城県、埼玉県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、石川県、岐阜県、大阪府、福井県、兵庫県、奈良県、広島県、島根県、香川県、徳島県、福岡県、大分県、宮崎県

3 調査事項

① 市母子保健担当者用

- ・ 健康診査に関する事項
- ・ 保健指導に関する事項
- ・ 訪問指導に関する事項

② 小中学校・教育委員会用

- ・ 児童・生徒の肥満防止対策に関する事項
- ・ 児童・生徒の痩身防止対策に関する事項
- ・ 児童・生徒のアレルギー対策に関する事項

③ 都道府県用

- ・ 小児科医の確保対策に関する事項
- ・ 小児救急医療圏の設定に関する事項
- ・ 小児救急患者の受入対策に関する事項
- ・ 小児救急患者の救急搬送対策に関する事項
- ・ 小児救急電話相談事業に関する事項

④ 医療関係者用

- ・ 妊産婦や新生児、乳幼児の母子保健対策に関する事項
- ・ 児童・生徒の心身の健康増進対策に関する事項
- ・ 小児救急医療対策に関する事項

4 調査方法

調査は、調査員（職員）・郵送自計申告方式（調査票の配布を管区行政評価（支）局・行政評価事務所の職員が行い、調査票の記入・投函を調査客体が行う方式）により実施

5 調査時期

平成18年3月中旬～4月中旬

6 有効回答数

913人（有効回答率 76%）

【内訳】① 小児医療対策に関するアンケート調査票（市母子保健担当者用） 回答者数 198人
② 小児医療対策に関するアンケート調査票（小中学校・教育委員会用） " 266人
③ 小児医療対策に関するアンケート調査票（都道府県用） " 78人
④ 小児医療対策に関するアンケート調査票（医療関係者用） " 371人
（うち、小児科医198人）

第2 調査結果

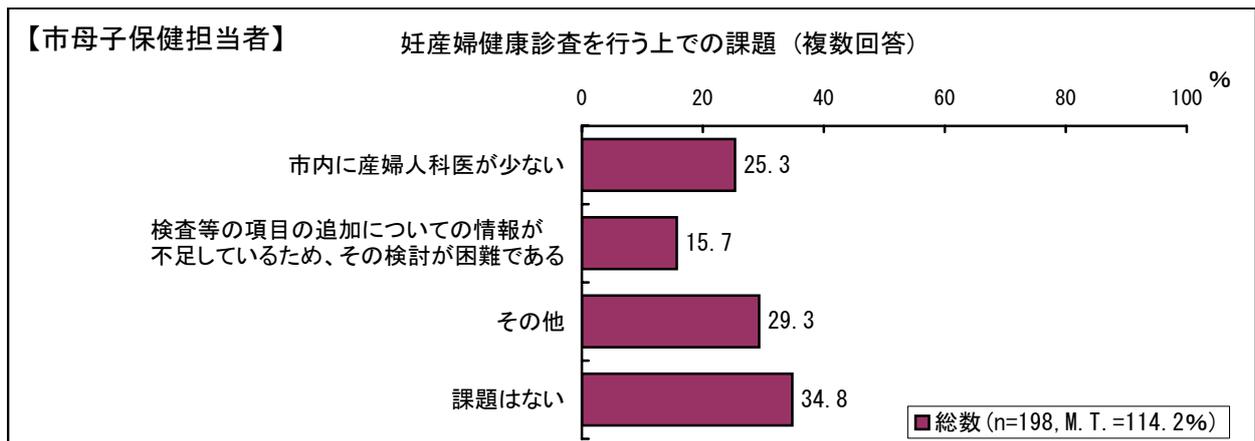
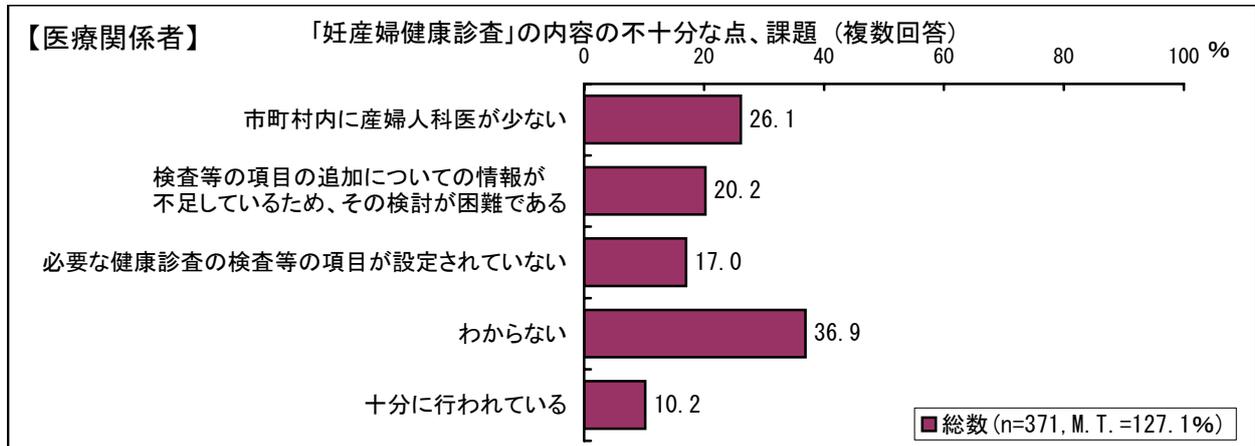
1 調査結果の概要

(1) 母子保健対策

① 妊産婦健診

(妊産婦健診の課題等)

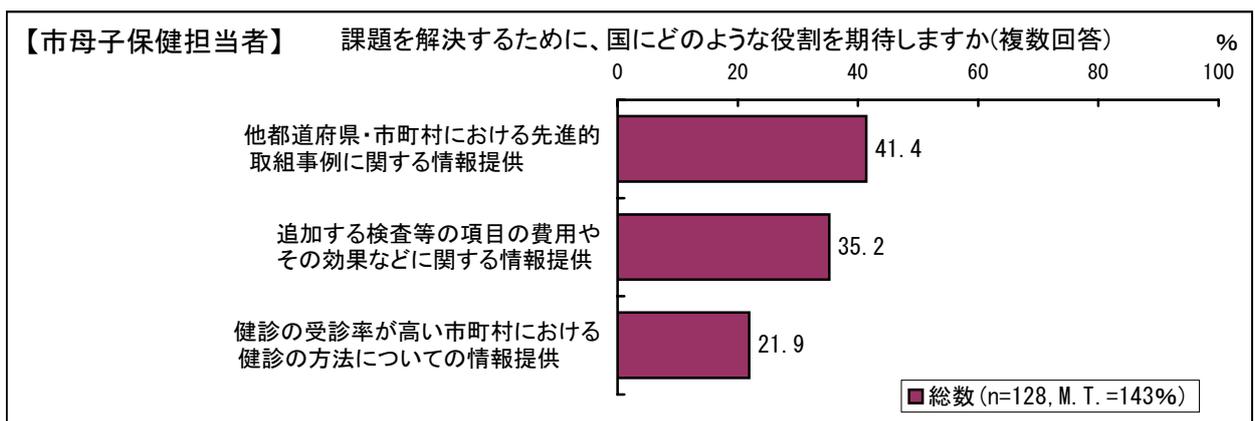
市が行っている妊産婦健康診査の課題等について、医療関係者と市の母子保健担当者は、いずれも、「市町村内(市内)に産婦人科医が少ない」(26.1%及び25.3%)、「検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である」(20.2%及び15.7%)等を挙げている。なお、医療関係者の36.9%は「わからない」とし、「十分に行われている」としているのは10.2%となっている。



(注) 「n」は回答者数を、「M.T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数(n)で割った比率をそれぞれ表す(以下同じ)。

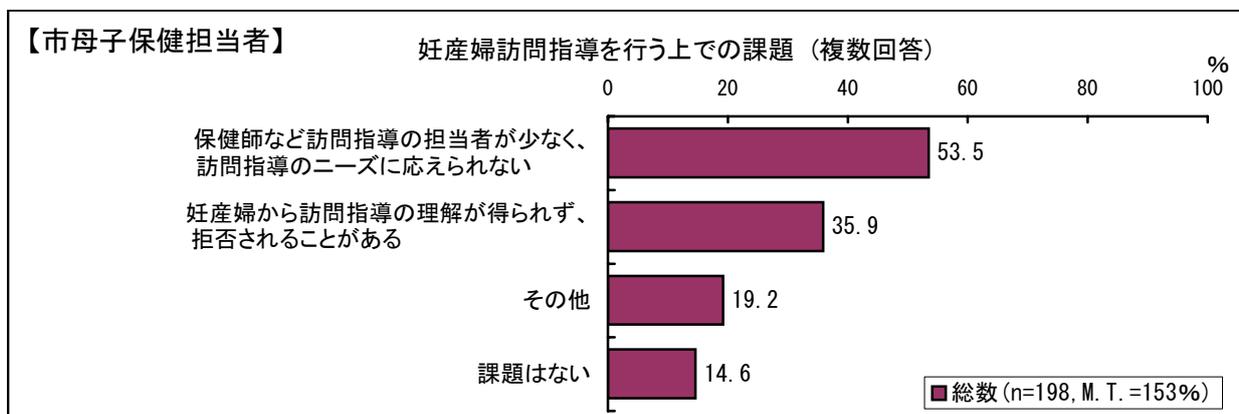
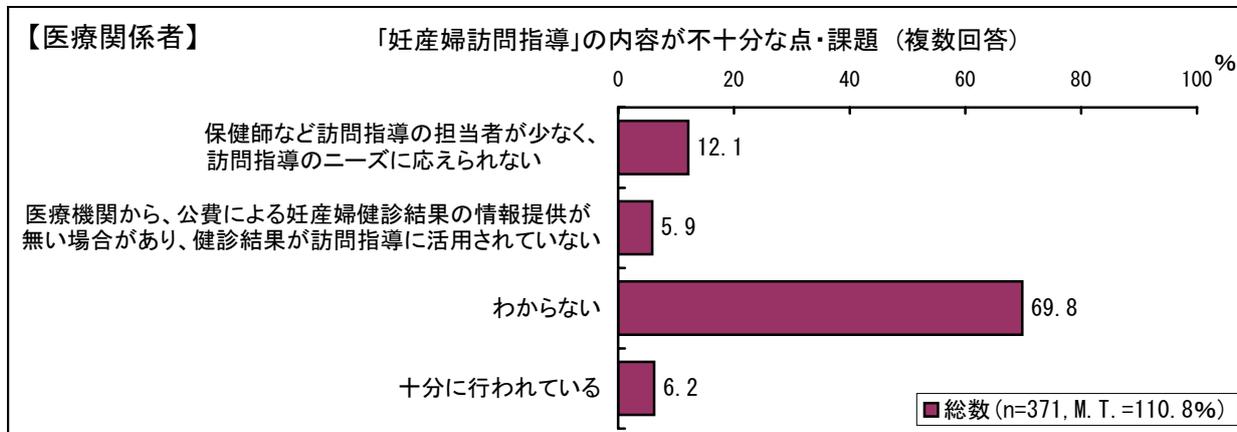
(妊産婦健診に関し国に期待する役割)

妊産婦健診に関し国に期待する役割について、市の母子保健担当者は、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」(41.4%)、「追加する検査等の項目の費用やその効果などに関する情報提供」(35.2%)、「健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」(21.9%)等、効果的な取組等に関する情報提供を挙げている。



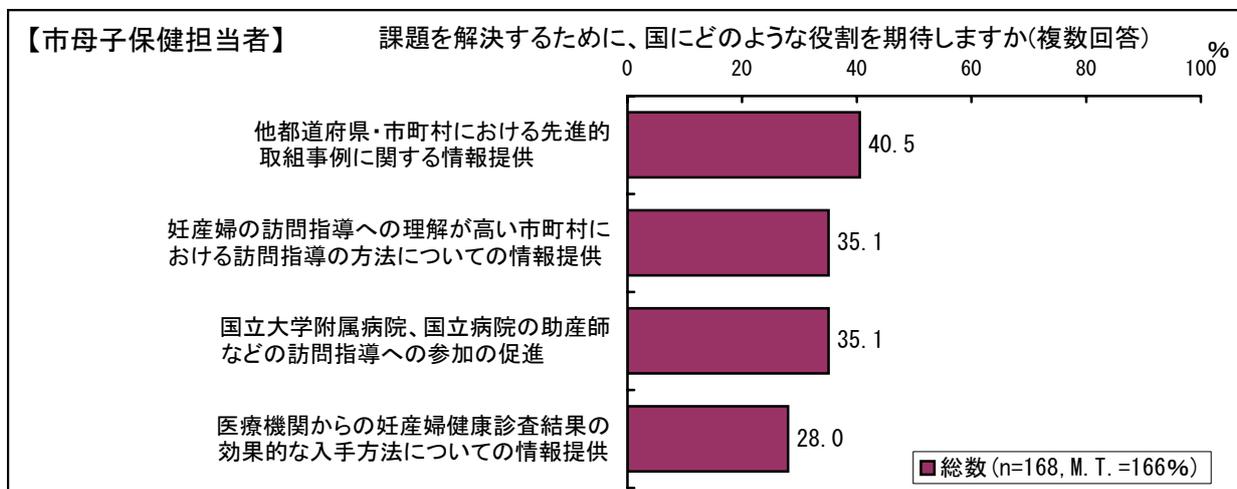
② 妊産婦訪問指導
(妊産婦訪問指導の課題等)

市が行っている妊産婦訪問指導の課題等について、医療関係者と市の母子保健担当者は、いずれも、第一に「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」(12.1%及び53.5%)を挙げている。次いで、医療関係者は「医療機関から妊産婦健診結果の情報提供が無い場合があり健診結果が訪問指導に活用されていない」(5.9%)を挙げ、市の母子保健担当者は「妊産婦から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある」(35.9%)等を挙げている。なお、医療関係者の69.8%は「わからない」とし、「十分に行われている」としているのは6.2%となっている。



(妊産婦訪問指導に関し国に期待する役割)

妊産婦訪問指導に関し国に期待する役割について、市の母子保健担当者は、第一に「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」(40.5%)、次いで、「妊産婦の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供」(35.1%)、「国立大学附属病院、国立病院の助産師などの訪問指導への参加の促進」(35.1%)、「医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供」(28.0%)を挙げている。

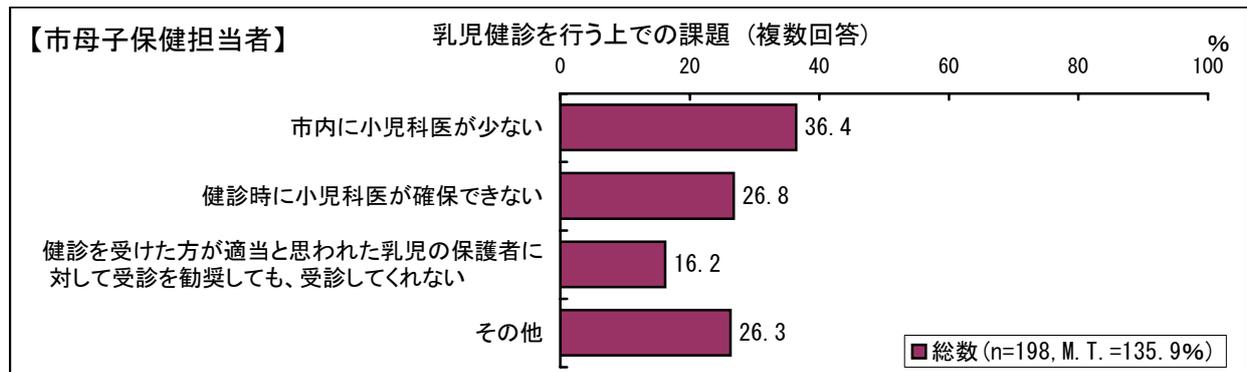
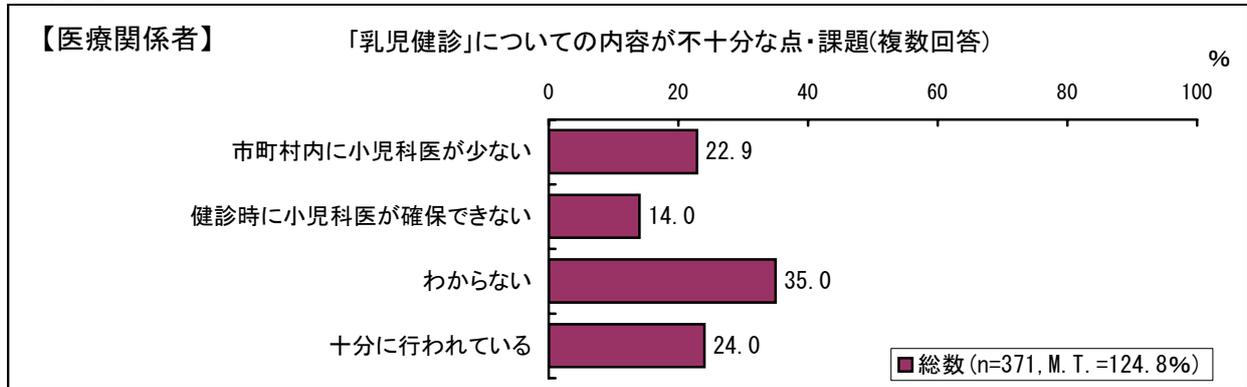


③ 乳幼児健診

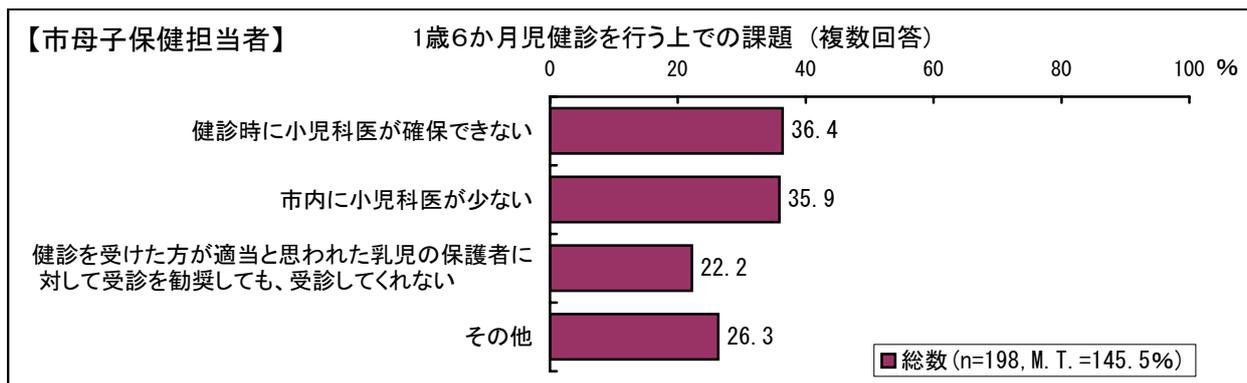
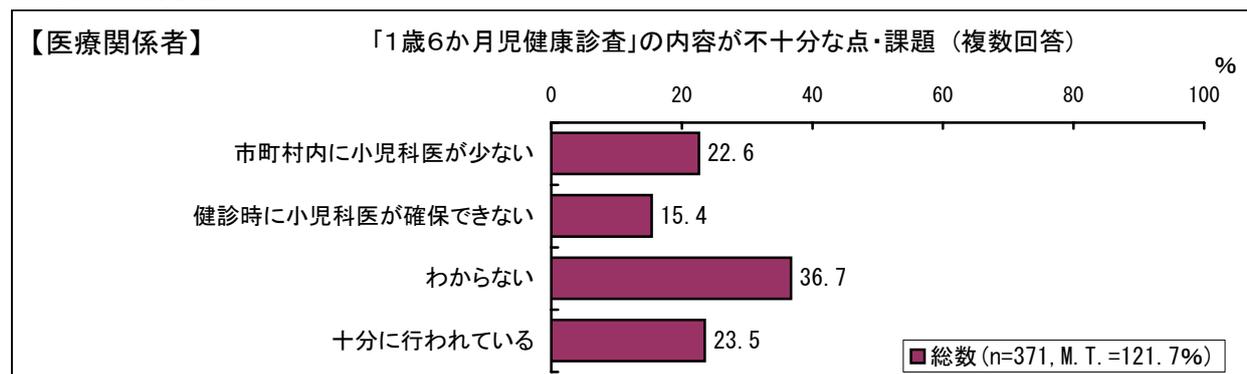
(乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診の課題等)

市が行っている乳幼児を対象とした乳児健診、1歳6か月児健診及び3歳児健診の課題等について、医療関係者と市の母子保健担当者は、いずれも、「市町村内(市内)に小児科医が少ない」(医療関係者22.9%、22.6%及び22.4%、市の母子保健担当者36.4%、35.9%及び35.4%)や「健診時に小児科医が確保できない」(医療関係者14.0%、15.4%及び15.6%、市の母子保健担当者26.8%、36.4%及び40.9%)を挙げている。このほか、市の母子保健担当者は、「健診を受けた方が適当と思われた乳児の保護者に対して受診を勧奨しても、受診してくれない」(16.2%、22.2%及び25.3%)を挙げている。なお、医療関係者は、「わからない」(35.0%、36.7%及び36.9%)、「十分に行われている」(24.0%、23.5%及び23.5%)となっている。

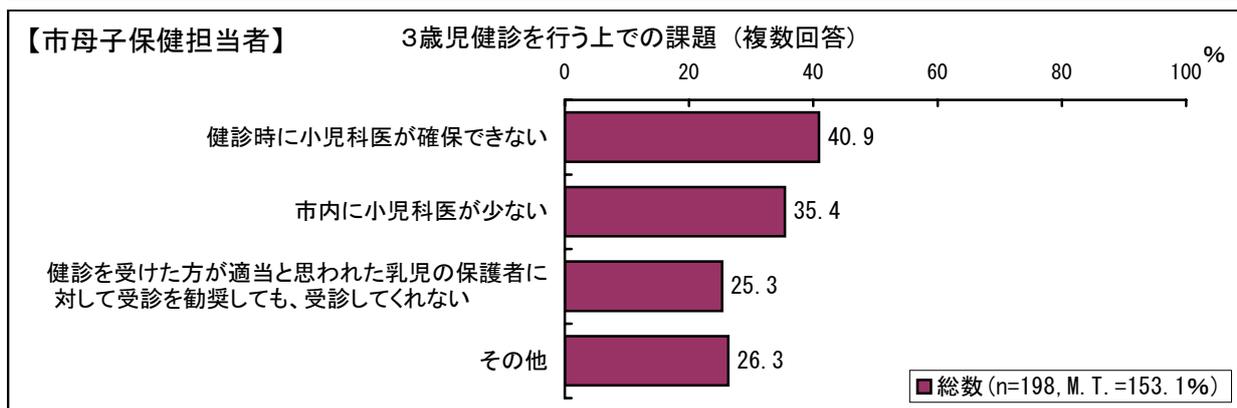
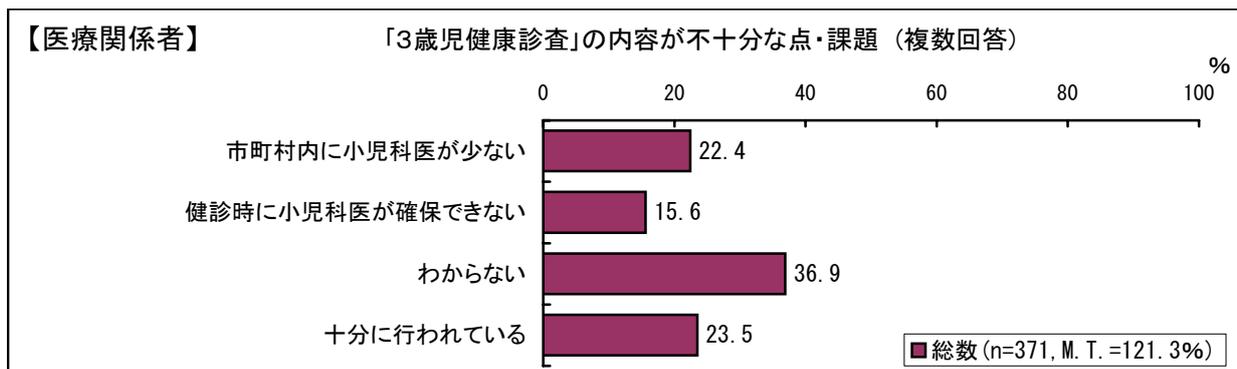
i. 乳児健診



ii. 1歳6か月児健診



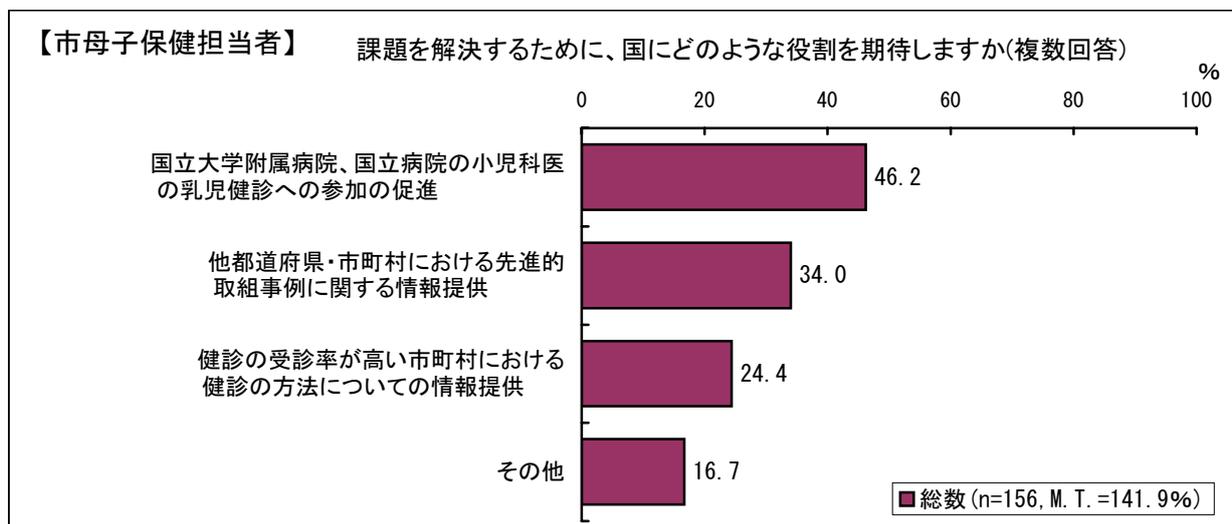
iii. 3歳児健診



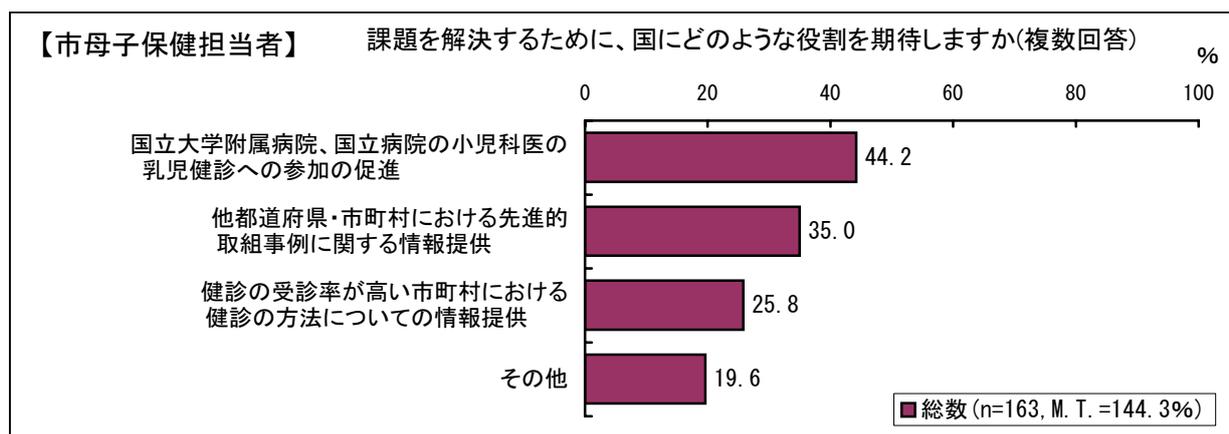
(乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診に関し国に期待する役割)

乳児健診、1歳6か月児健診及び3歳児健診に関し国に期待する役割について、市の母子保健担当者は、いずれの健診についても、「国立大学附属病院、国立病院の小児科医の乳児健診への参加の促進」(46.2%、44.2%及び44.0%)、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」(34.0%、35.0%及び36.3%)、「健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」(24.4%、25.8%及び26.8%)を挙げている。

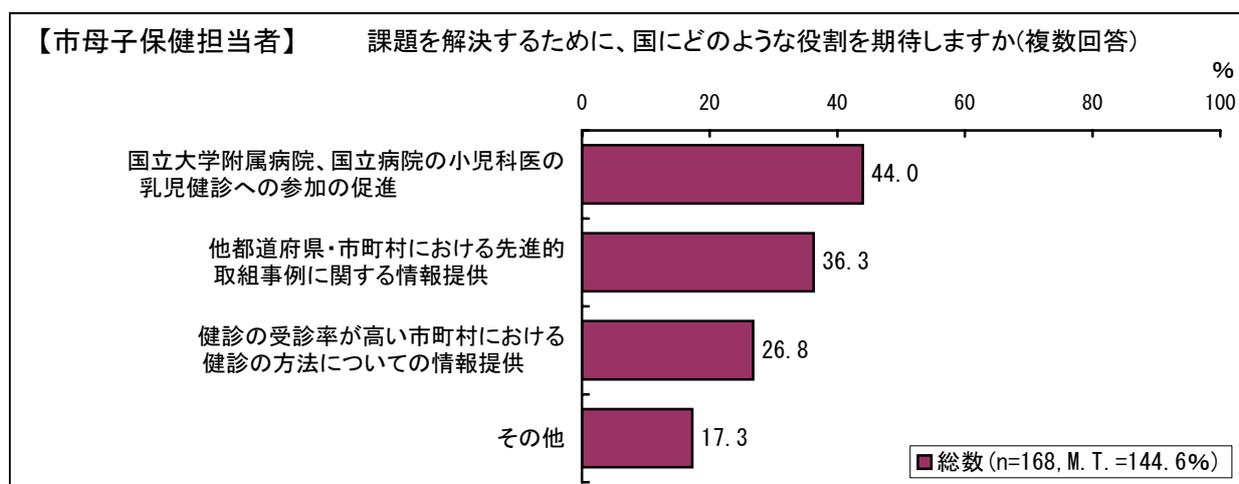
i. 乳児健診



ii. 1歳6か月児健診

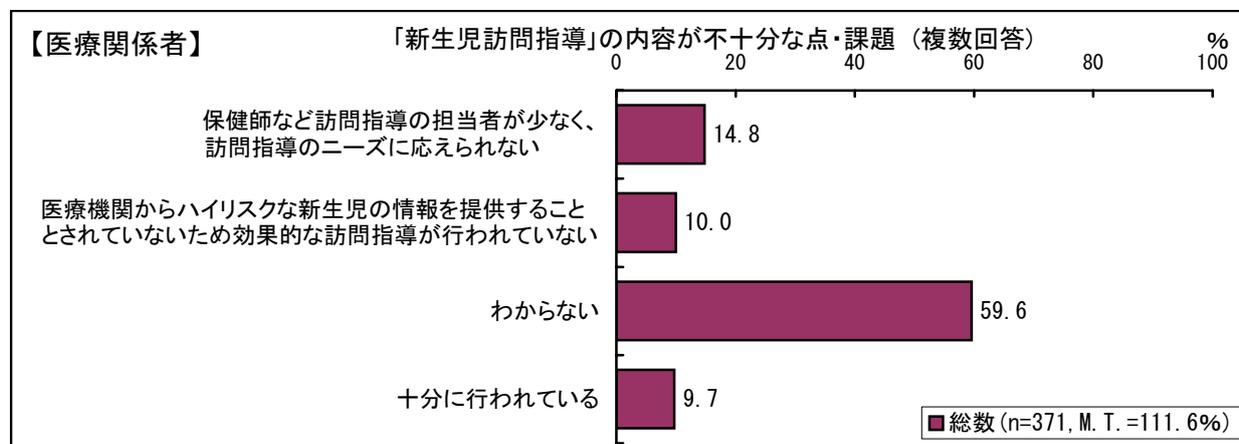


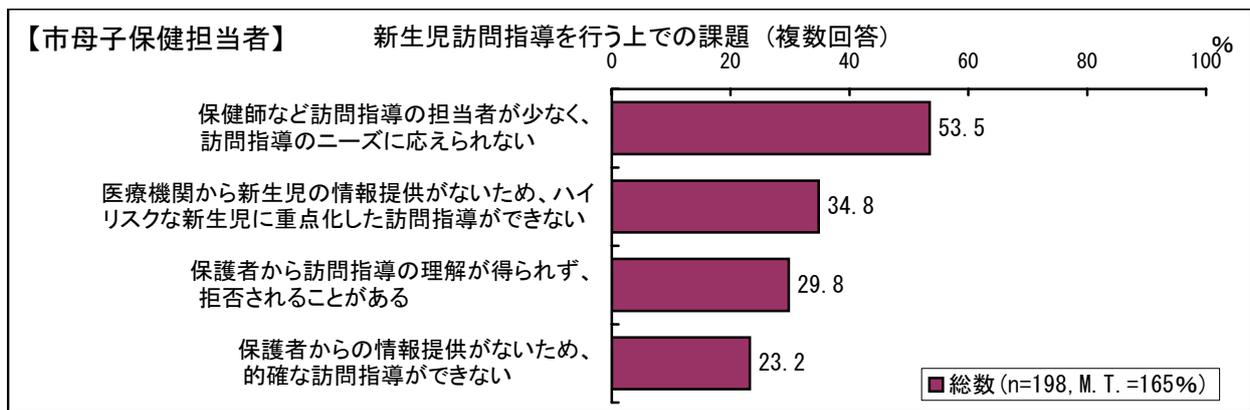
iii. 3歳児健診



④ 新生児訪問指導
(新生児訪問指導の課題等)

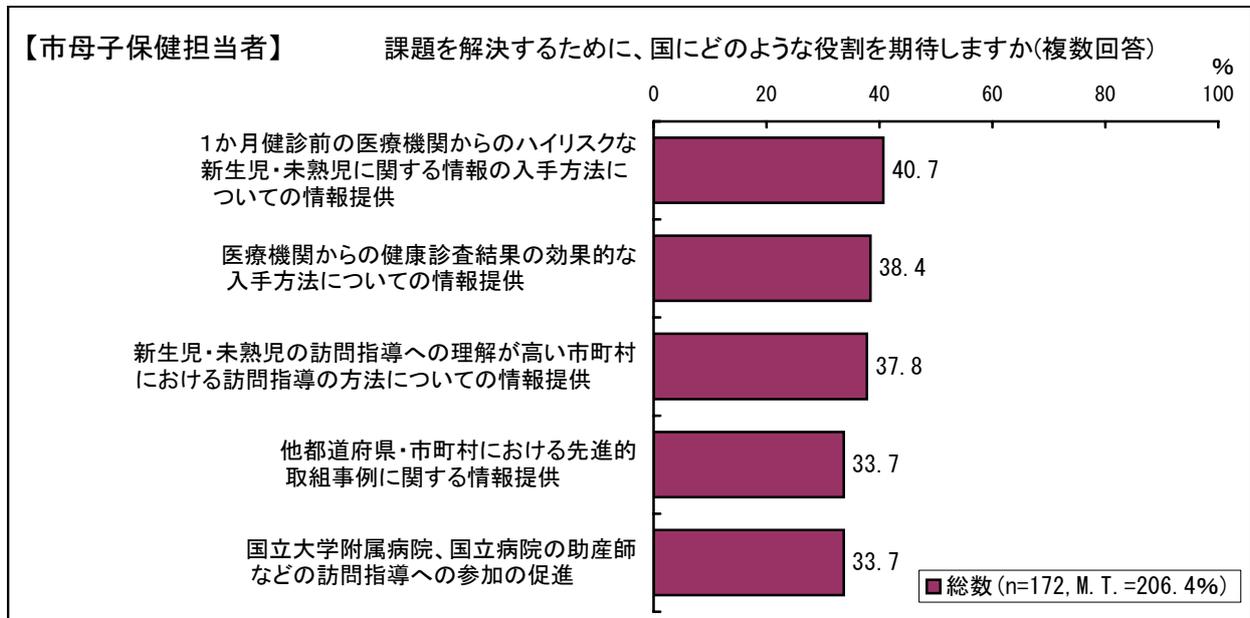
市や保健所が行っている新生児訪問指導の課題等について、医療関係者と市の母子保健担当者は、いずれも第一に「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」(14.8%及び53.5%)を挙げ、次いで「医療機関からハイリスクな新生児に関する情報を提供することとされていないため、効果的な訪問指導が行われていない」(10.0%及び34.8%)を挙げている。このほか、市の母子保健担当者は、「保護者から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある」(29.8%)と「保護者からの情報提供がないため、的確な訪問指導ができない」(23.2%)を挙げている。なお、医療関係者の59.6%は「わからない」とし、「十分に行われている」としているのは9.7%となっている。





(新生児訪問指導に関し国に期待する役割)

新生児訪問指導に関し国に期待する役割について、市の母子保健担当者は、「1か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法についての情報提供」(40.7%)と「医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供」(38.4%)、「新生児・未熟児の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供」(37.8%)等、訪問指導を効果的に実施するための情報提供を挙げている。

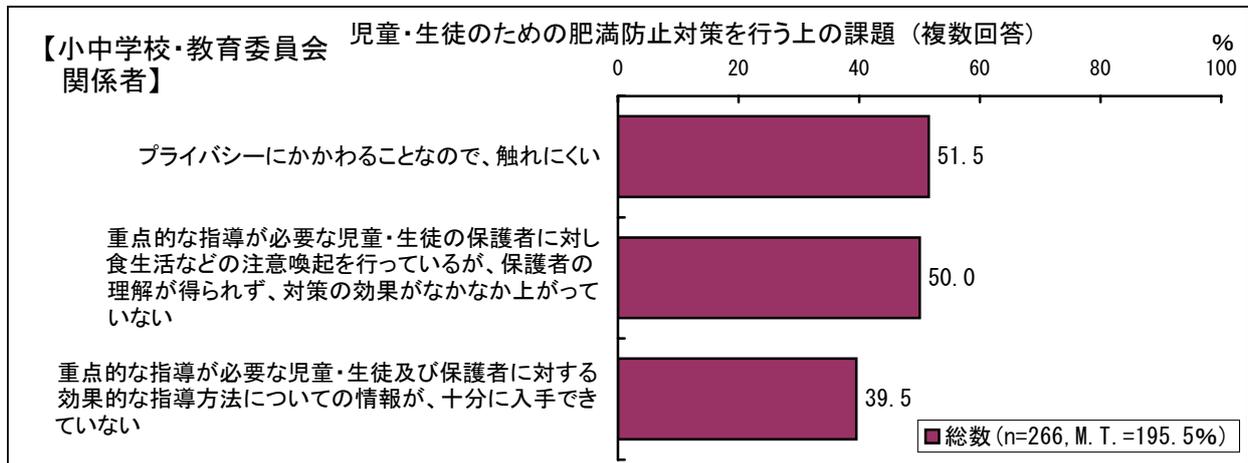
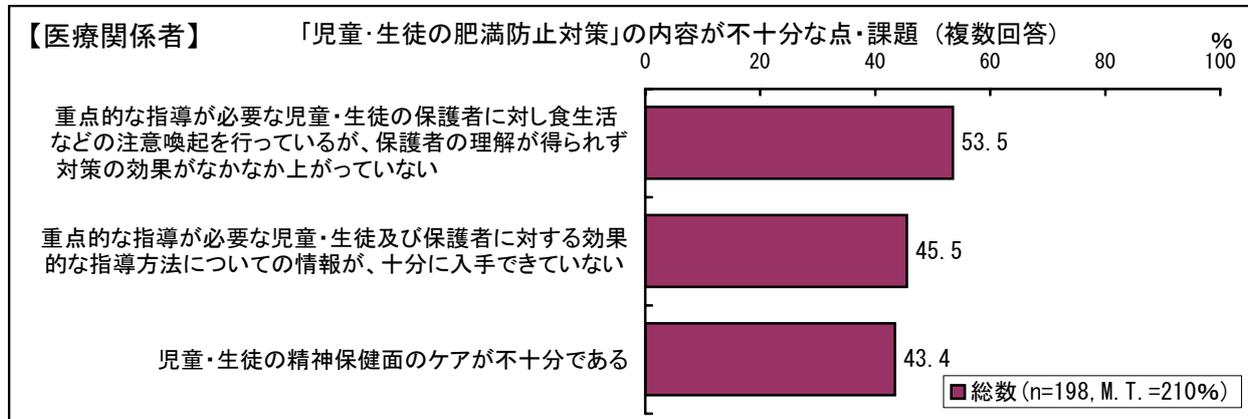


(2) 児童・生徒の健康増進対策

① 児童・生徒の肥満防止対策

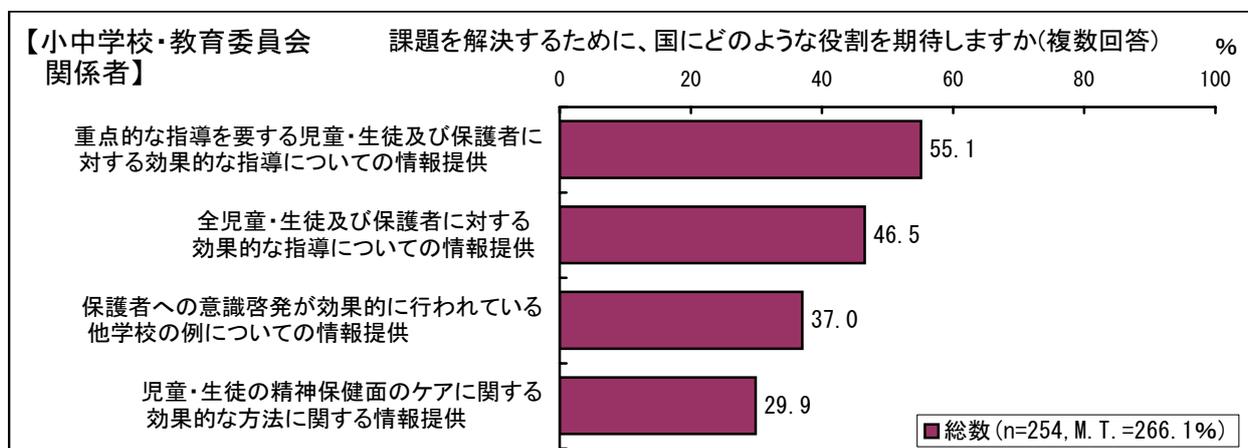
(児童・生徒の肥満防止対策の課題等)

児童・生徒の肥満防止対策の課題等について、医療関係者と小中学校・教育委員会関係者は、いずれも、「保護者に対し児童・生徒の食生活等の注意喚起を行っているが、理解が得られず、対策の効果がなかなか上がっていない」(53.5%及び50.0%)と「児童・生徒や保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」(45.5%及び39.5%)を挙げている。このほか、医療関係者は「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分」(43.4%)を挙げ、一方、小中学校・教育委員会関係者は「プライバシーにかかわることなので、触れにくい」(51.5%)を挙げている。



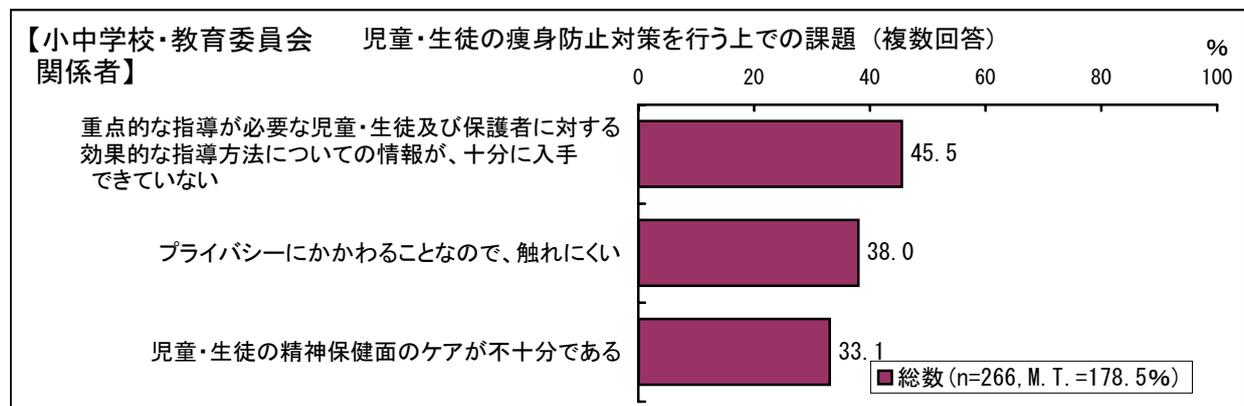
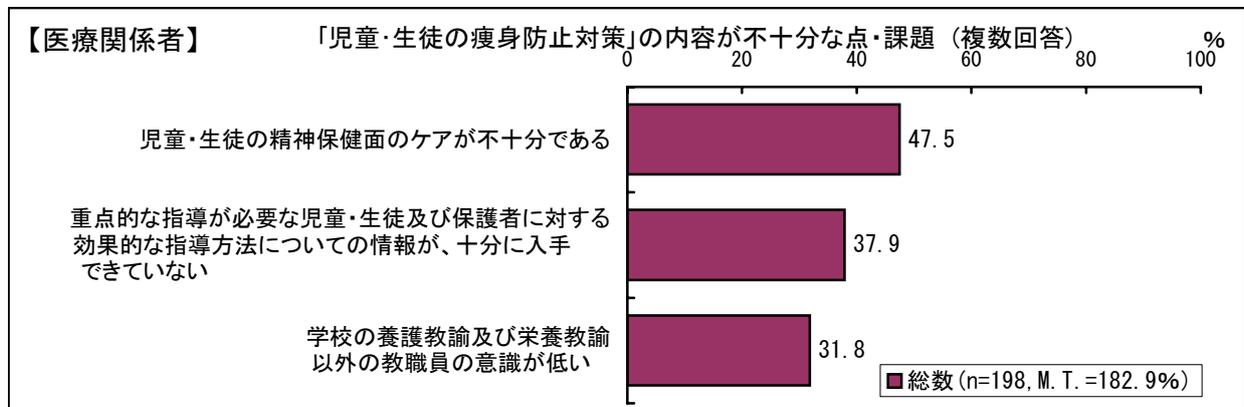
(児童・生徒の肥満防止対策に関し国に期待する役割)

児童・生徒の肥満防止対策に関し国に期待する役割について、小中学校・教育委員会関係者は、「重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」(55.1%)、「全児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」(46.5%)、「保護者への意識啓発が効果的に行われている他の学校の例についての情報提供」(37.0%)等の肥満防止に関する効果的な取組事例等の情報提供を挙げている。



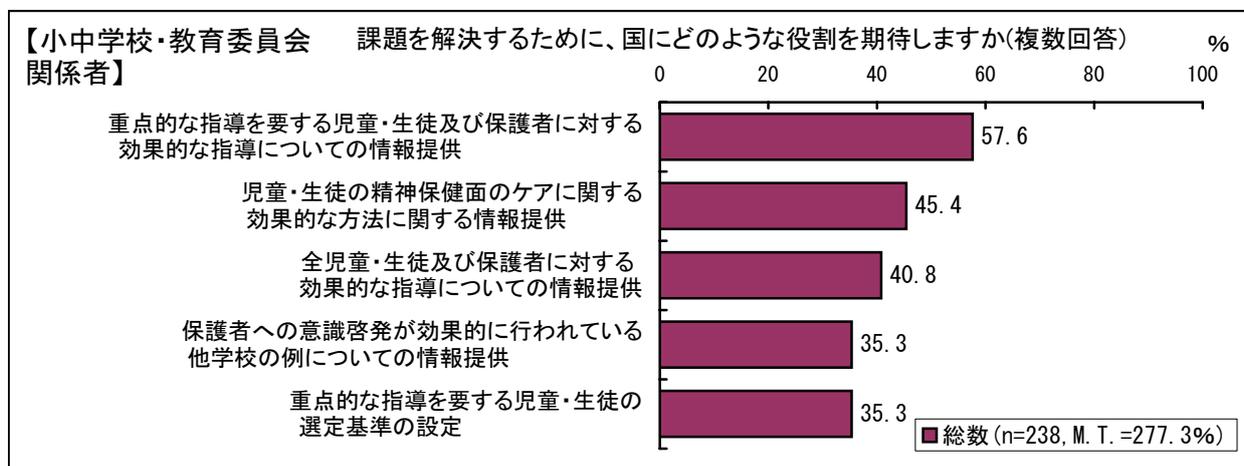
② 児童・生徒の痩身防止対策
(児童・生徒の痩身防止対策の課題等)

児童・生徒の痩身防止対策の課題等について、医療関係者と小中学校・教育委員会関係者は、いずれも、「重点的な指導が必要な児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」(37.9%及び45.5%)を挙げている。このほか、医療関係者は、「児童・生徒の精神保健面でのケアが不十分」(47.5%)、「学校の養護教諭及び栄養教諭以外の教職員の意識が低い」(31.8%)を挙げ、一方、小中学校・教育委員会関係者は、「プライバシーにかかわることなので、触れにくい」(38.0%)と「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分」(33.1%)を挙げている。



(児童・生徒の痩身防止対策に関し国に期待する役割)

児童・生徒の痩身防止対策に関し国に期待する役割について、小中学校・教育委員会関係者は、「重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」(57.6%)、「児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供」(45.4%)、「全児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」(40.8%)、「保護者への意識啓発が効果的に行われている他の学校の例についての情報提供」(35.3%)等、痩身防止に関する効果的な取組事例等の情報提供を挙げている。

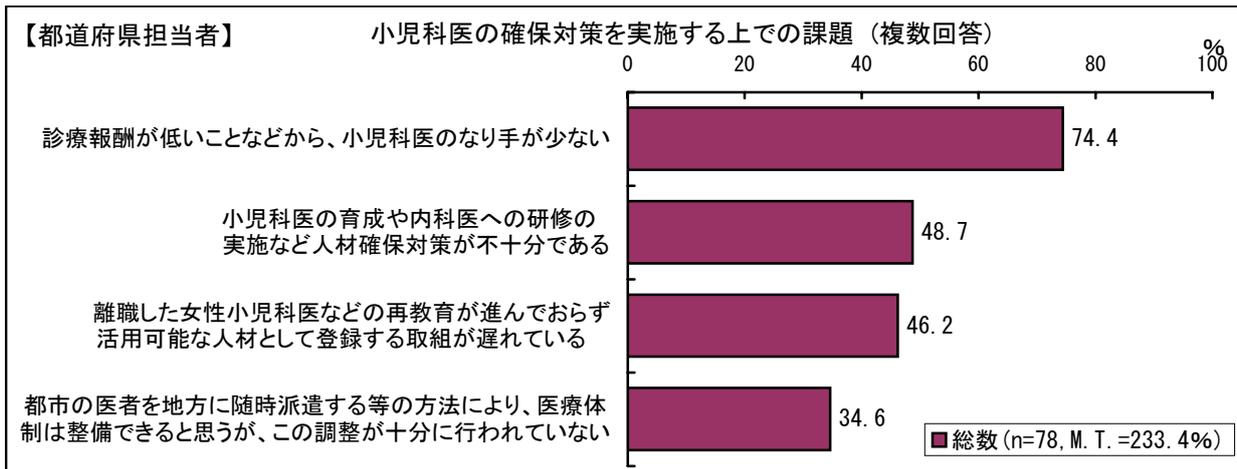
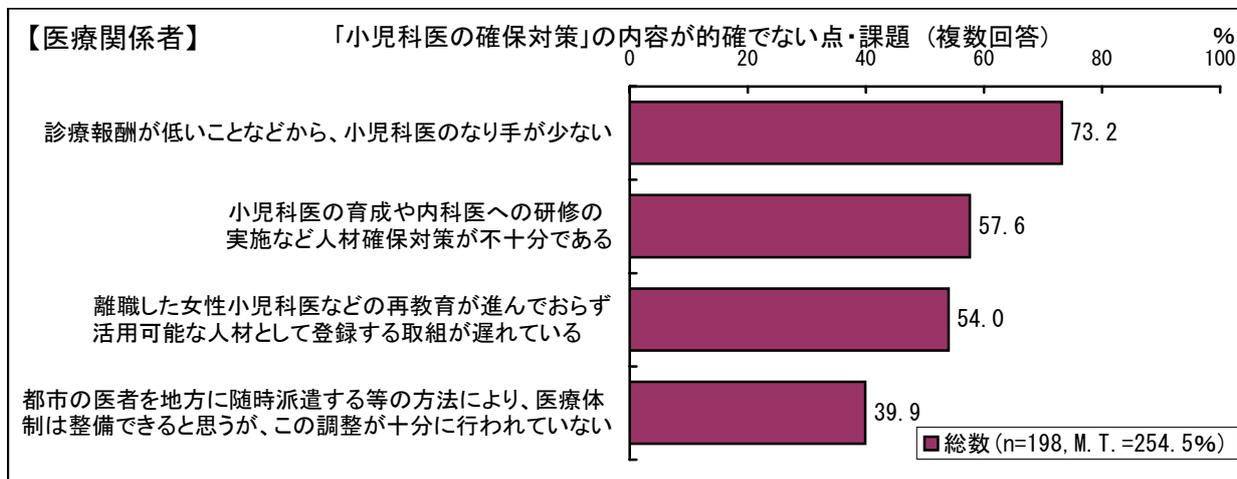


(3) 小児医療対策

① 地域の小児科医確保対策

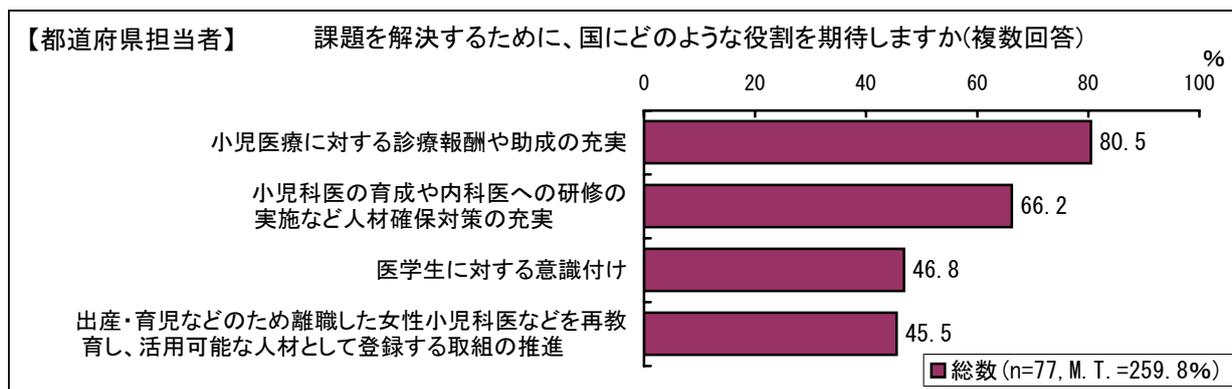
(地域の小児科医確保対策の課題等)

地域の小児科医確保対策の課題等について、医療関係者や都道府県の担当者は、いずれも、第一に「診療報酬が低いことなどから、小児科医のなり手が少ない」(73.2%及び74.4%)を挙げ、次いで「小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策が不十分」(57.6%及び48.7%)、「離職した女性小児科医などの再教育が進んでおらず、活用可能な人材として登録する取組が遅れている」(54.0%及び46.2%)、「都市の医者を地方に随時派遣する等の方法により、医療体制は整備できると思うが、この調整が十分に行われていない」(39.9%及び34.6%)を挙げている。



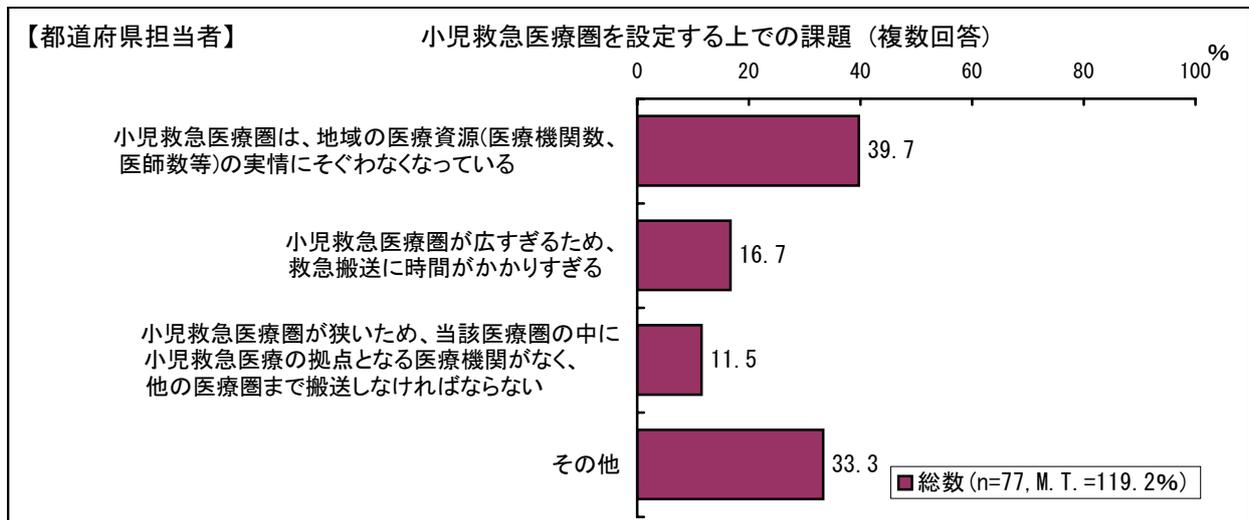
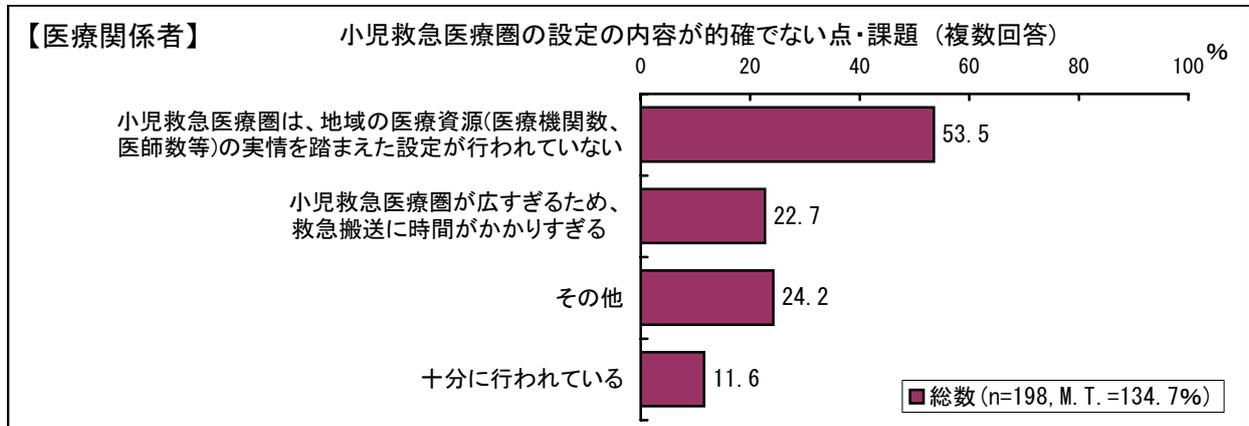
(小児科医の確保対策に関し国に期待する役割)

小児科医の確保対策に関し国に期待する役割について、都道府県の担当者は、第一に「小児医療に対する診療報酬や助成の充実」(80.5%)を挙げ、次いで「小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策の充実」(66.2%)、「医学生に対する意識付け」(46.8%)、「出産・育児などのため離職した女性小児科医等を再教育し、活用可能な人材として登録する取組の推進」(45.5%)を挙げている。



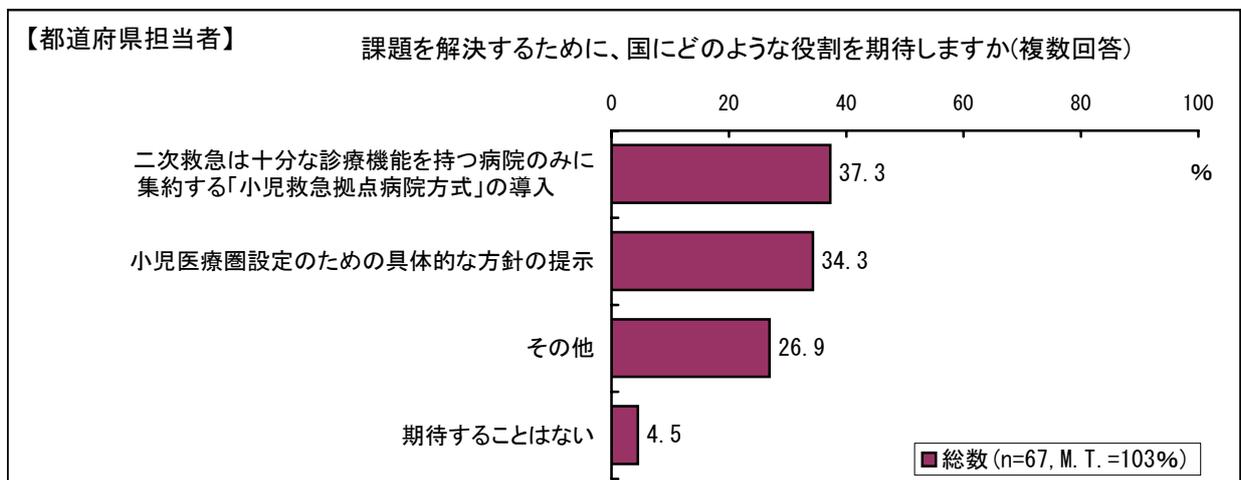
② 小児救急医療圏の設定
(小児救急医療圏の設定に関する課題等)

地域の小児救急医療圏の設定に関する課題等について、医療関係者や都道府県の担当者は、いずれも、第一に「小児救急医療圏は、地域の医療資源(医療機関数、医師数等)の実情を踏まえた設定が行われていない」(53.5%)や「小児救急医療圏は、地域の医療資源(医療機関数、医師数等)の実情にそぐわなくなっている」(39.7%)を挙げ、次いで「小児救急医療圏が広すぎるため、救急搬送に時間がかかりすぎる」(22.7%及び16.7%)を挙げている。



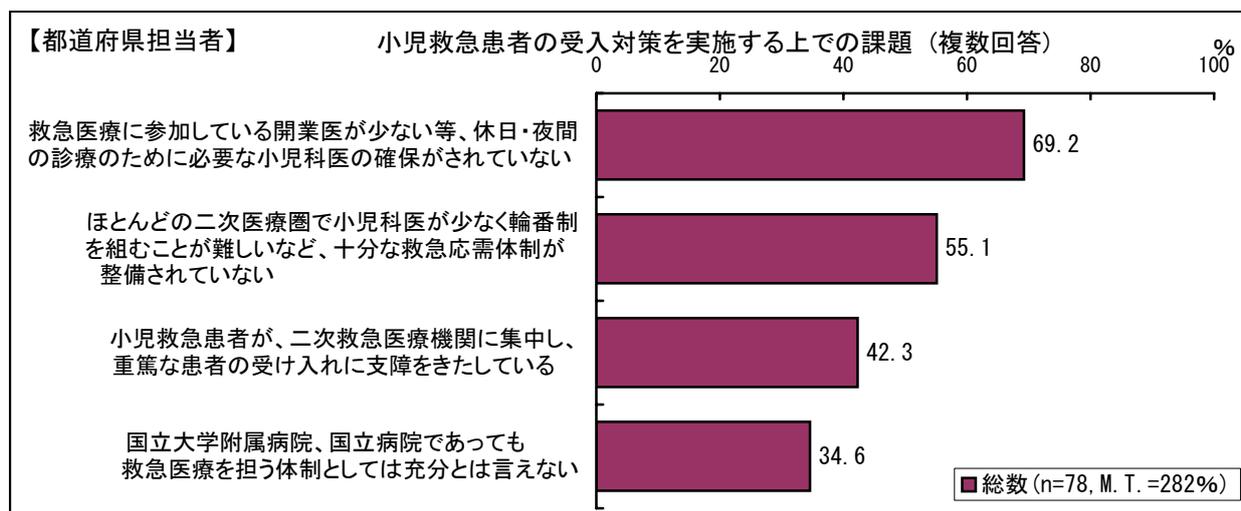
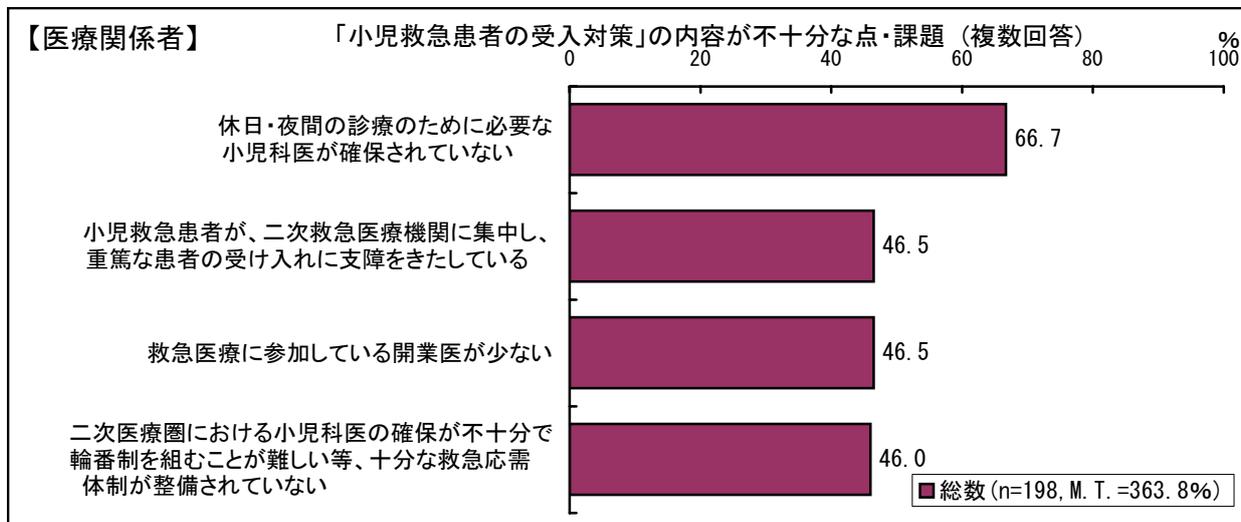
(小児救急医療圏の設定に関し国に期待する役割)

小児救急医療圏の設定に関し国に期待する役割について、都道府県の担当者は、「二次救急は十分な診療機能を持つ病院のみに集約する『小児救急拠点病院方式』の導入」(37.3%)、「小児医療圏設定のための具体的な方針の提示」(34.3%)等を挙げている。



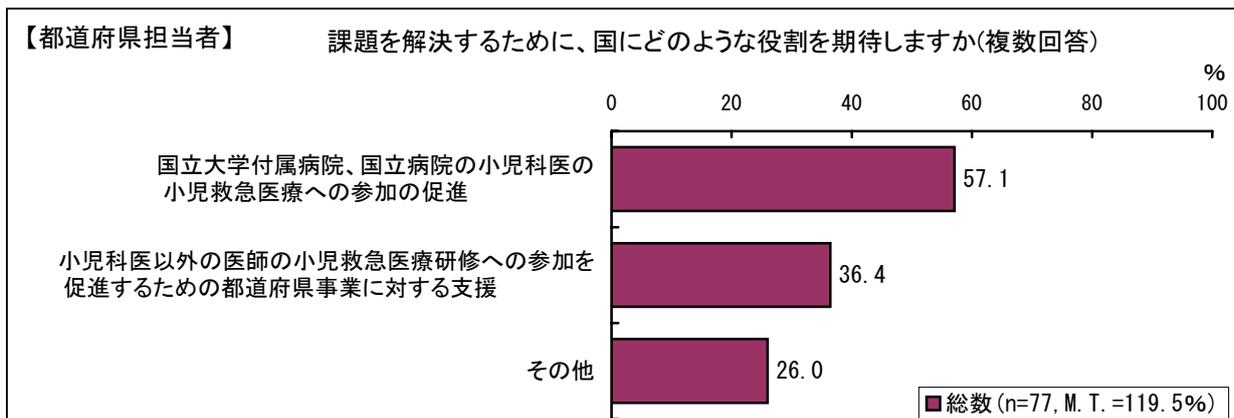
③ 小児救急患者受入対策
(小児救急患者受入対策の課題等)

地域の小児救急患者の受入対策の課題等について、医療関係者や都道府県の担当者は、いずれも、第一に「休日・夜間の診療のために必要な小児科医が確保されていない」(66.7%及び69.2%)を挙げ、次いで「小児科医の確保が不十分で(小児科医が少なく)輪番制を組むことが難しいなど、十分な救急応需体制が整備されていない」(46.0%及び55.1%)等を挙げている。



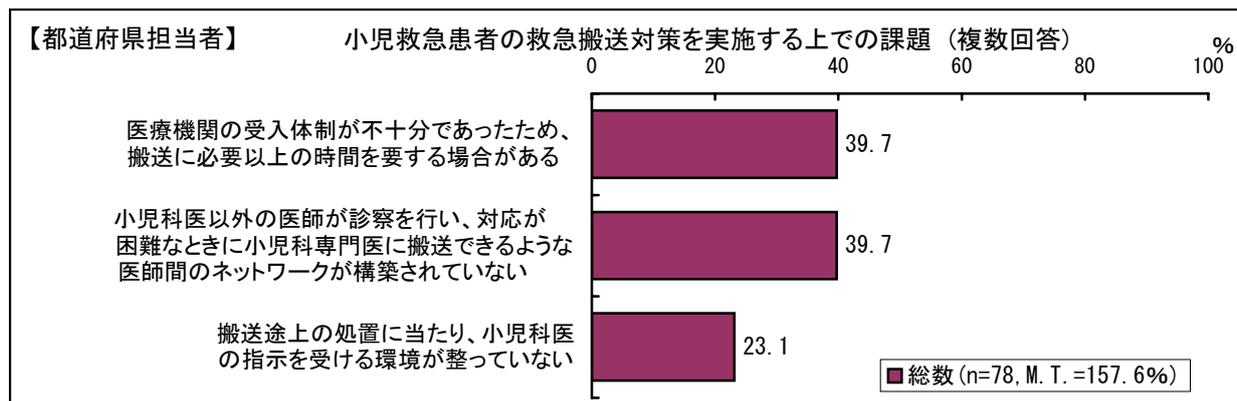
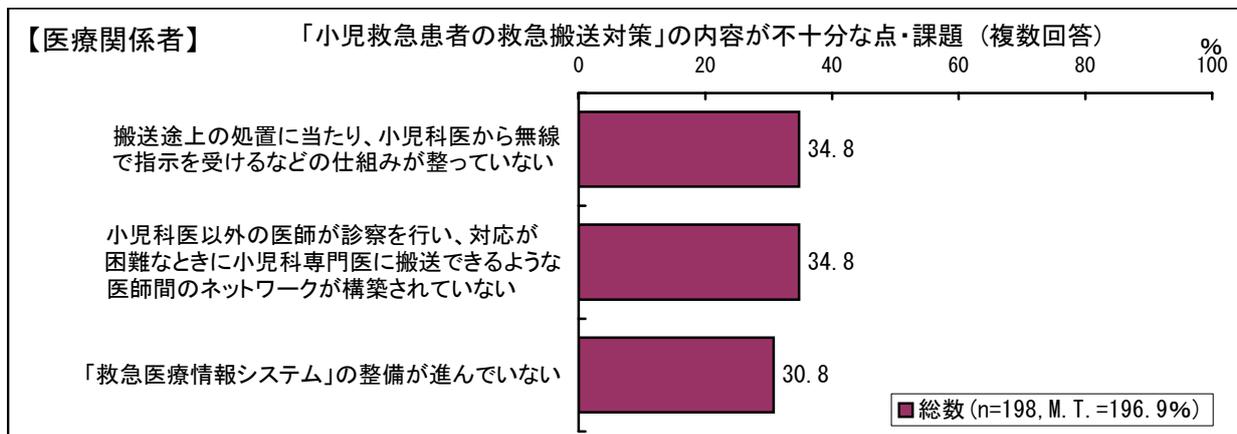
(小児救急患者の受入対策に関し国に期待する役割)

小児救急患者の受入対策に関し国に期待する役割について、都道府県の担当者は、第一に「国立大学付属病院、国立病院の小児科医の小児救急医療への参加の促進」(57.1%)を挙げ、次いで「小児科医以外の医師の小児救急医療研修への参加を促進するための都道府県事業に対する支援」(36.4%)を挙げている。



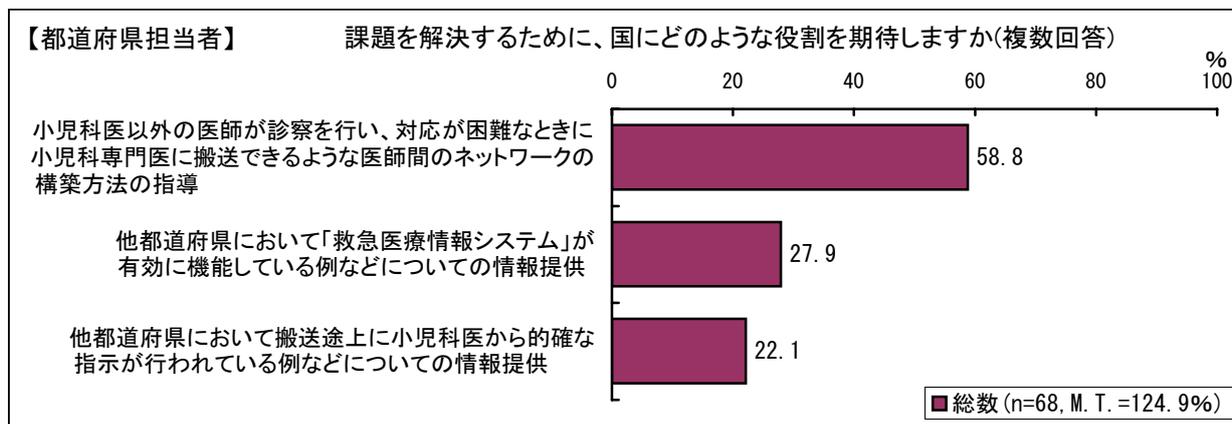
④ 小児救急患者救急搬送対策
 (小児救急患者救急搬送対策の課題等)

小児救急患者の救急搬送対策の課題等について、医療関係者は、第一に「搬送途上の処置に当たり、小児科医から無線で指示を受けるなどの仕組みが整っていない」と「小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークが構築されていない」(いずれも34.8%)を挙げ、次いで「救急医療情報システムの整備が進んでいない」(30.8%)を挙げている。これに対し、都道府県の担当者は、第一に「医療機関の受入体制が不十分であったため、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある」と「小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークが構築されていない」(いずれも39.7%)を挙げ、次いで「搬送途上の処置に当たり、小児科医の指示を受ける環境が整っていない」(23.1%)を挙げている。



(小児救急患者の救急搬送対策に関し国に期待する役割)

小児救急患者の救急搬送対策に関し国に期待する役割について、都道府県の担当者は、第一に「小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークの構築方法の指導」(58.8%)を挙げ、次いで「他都道府県において『救急医療情報システム』が有効に機能している例などについての情報提供」(27.9%)、「他都道府県において搬送途上に小児科医からの確かな指示が行われている例などについての情報提供」(22.1%)を挙げている。

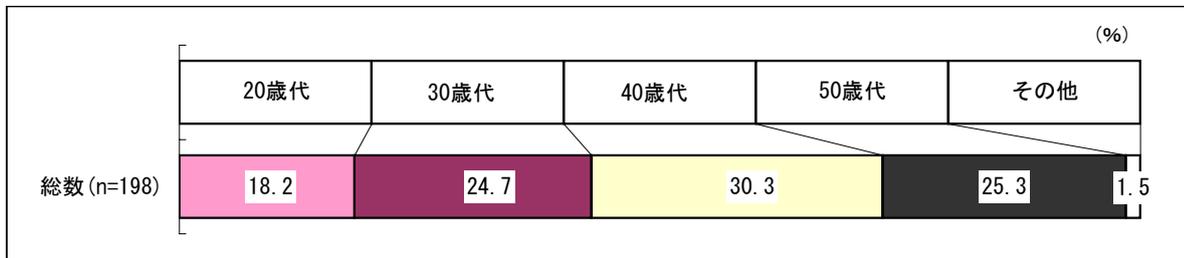


2 調査結果

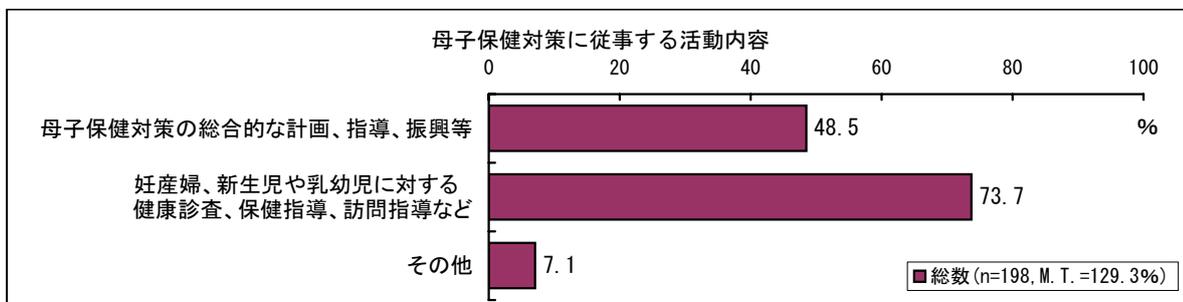
「A. 市母子保健担当者調査」

(1) 回答者の属性

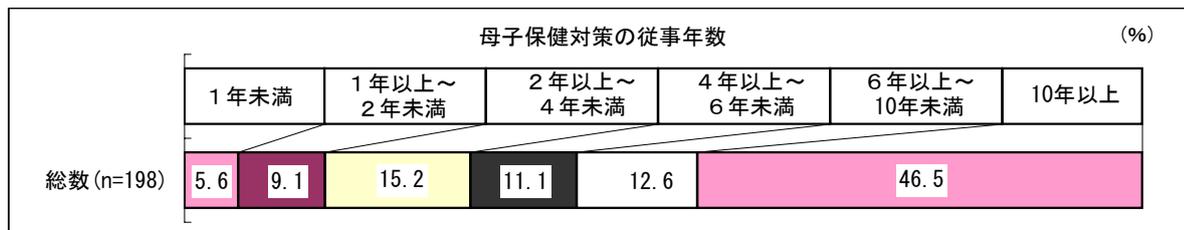
ア 年齢



イ 母子保健対策に従事する活動内容



ウ 母子保健対策の従事年数

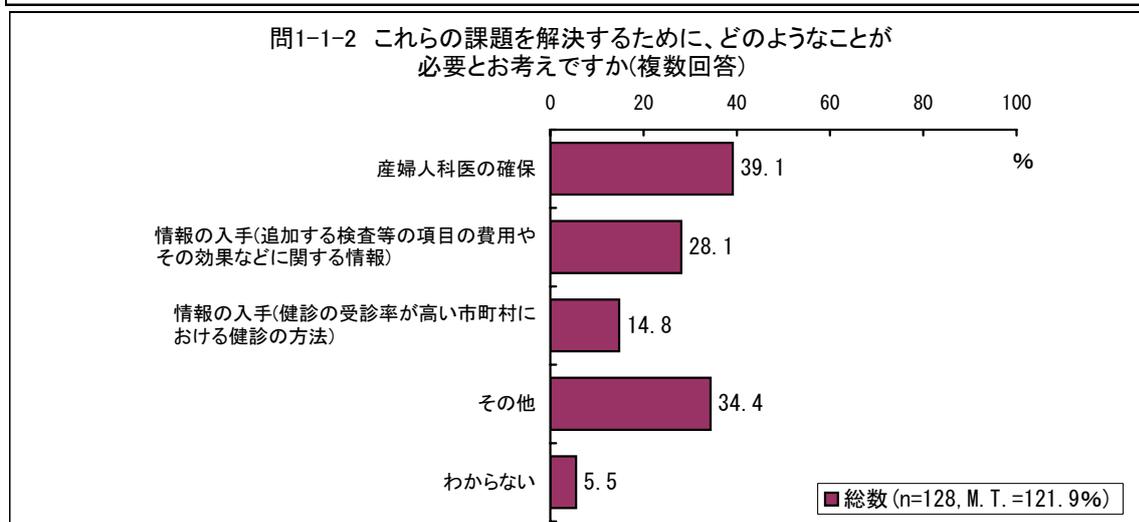
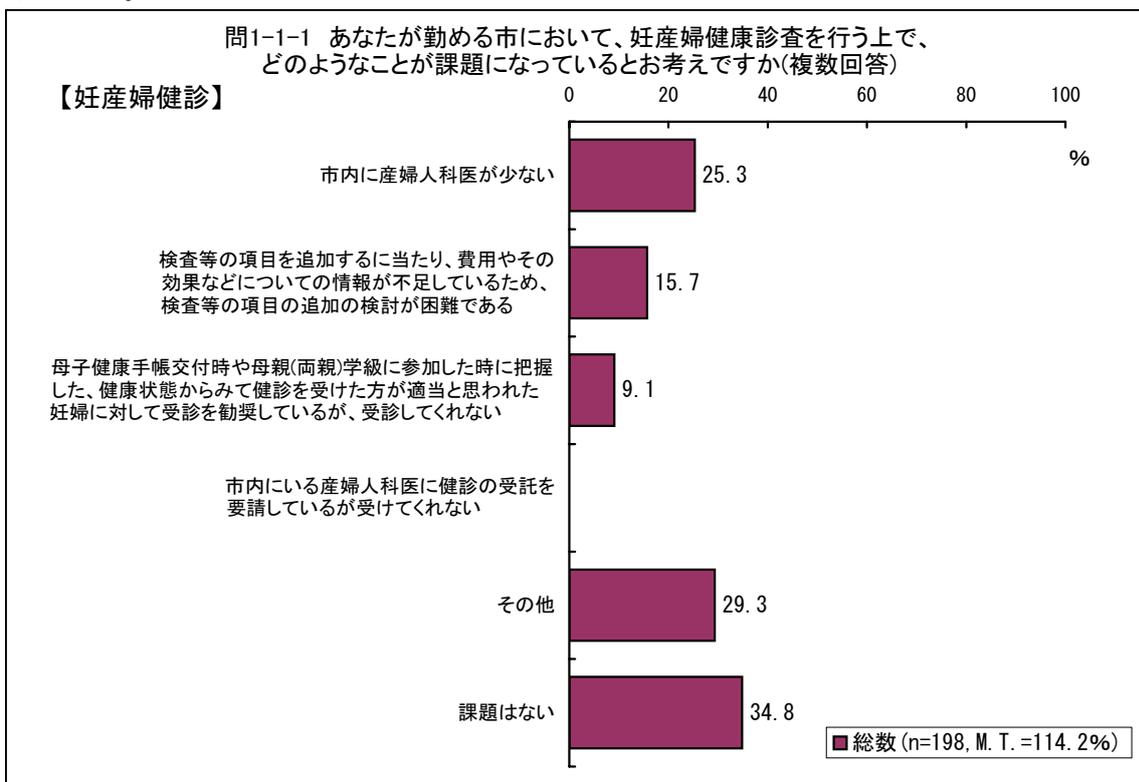


(2) 母子保健対策の「健康診査」について

ア 市が妊産婦健診を行う上での課題と課題解決に必要なこと

市の母子保健担当者に、勤務する市において「妊産婦健診」を行う上での課題を尋ねた結果は、「課題はない」が34.8%で最も多く、次いで「その他」29.3%、「市内に産婦人科が少ない」25.3%、「検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である」15.7%などとなっている。「その他」の具体的な内容では、「医療機関との連携等の問題から、健診結果が妊産婦へのタイムリーな支援、指導に結びついていない」等が挙げられている。

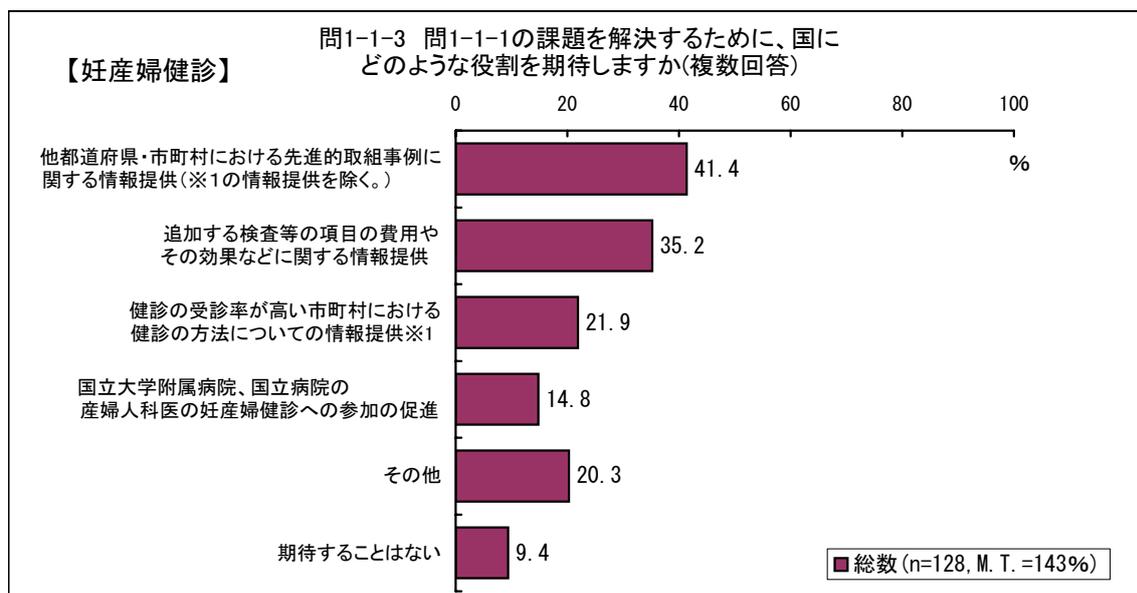
課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「産婦人科医の確保」が39.1%で最も多く、次いで「その他」34.4%、「情報の入手(追加する検査等の項目の費用やその効果などに関する情報)」28.1%などとなっている。「その他」の具体的な内容では、「医療機関と行政の連携強化」、「関係機関とのネットワークづくり」等が挙げられている。



イ 市が妊産婦健診を行う上での課題解決のために国に期待する役割

市が「妊産婦健診」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」が41.4%で最も多く、次いで「追加する検査等の項目の費用やその効果などに関する情報提供」35.2%、「健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」21.9%などとなっている。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「産婦人科、小児科医の育成を国の制度で実施してほしい」、「産婦人科、小児科医が働きやすい環境づくり」、「妊婦健診から保健事業へどのようにつないでいくか、モデル事業などを紹介してほしい」等の意見が挙げられた。

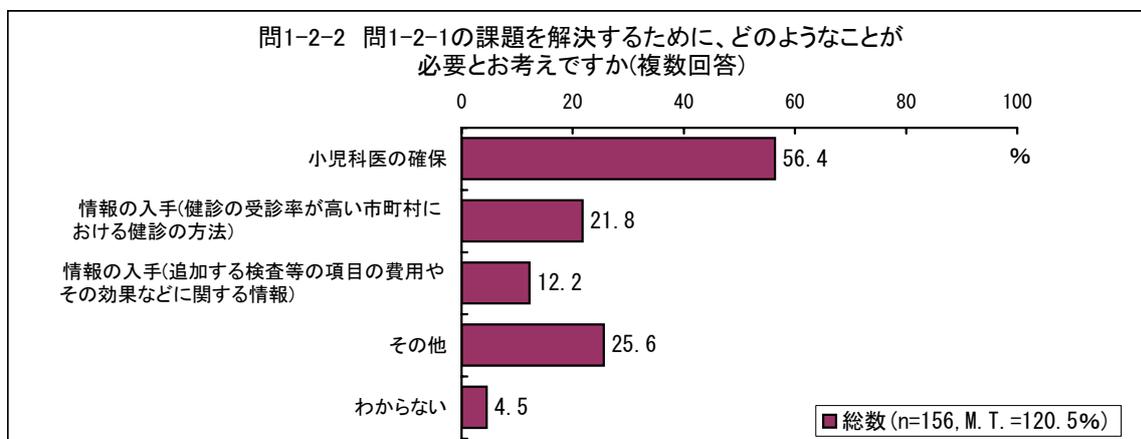
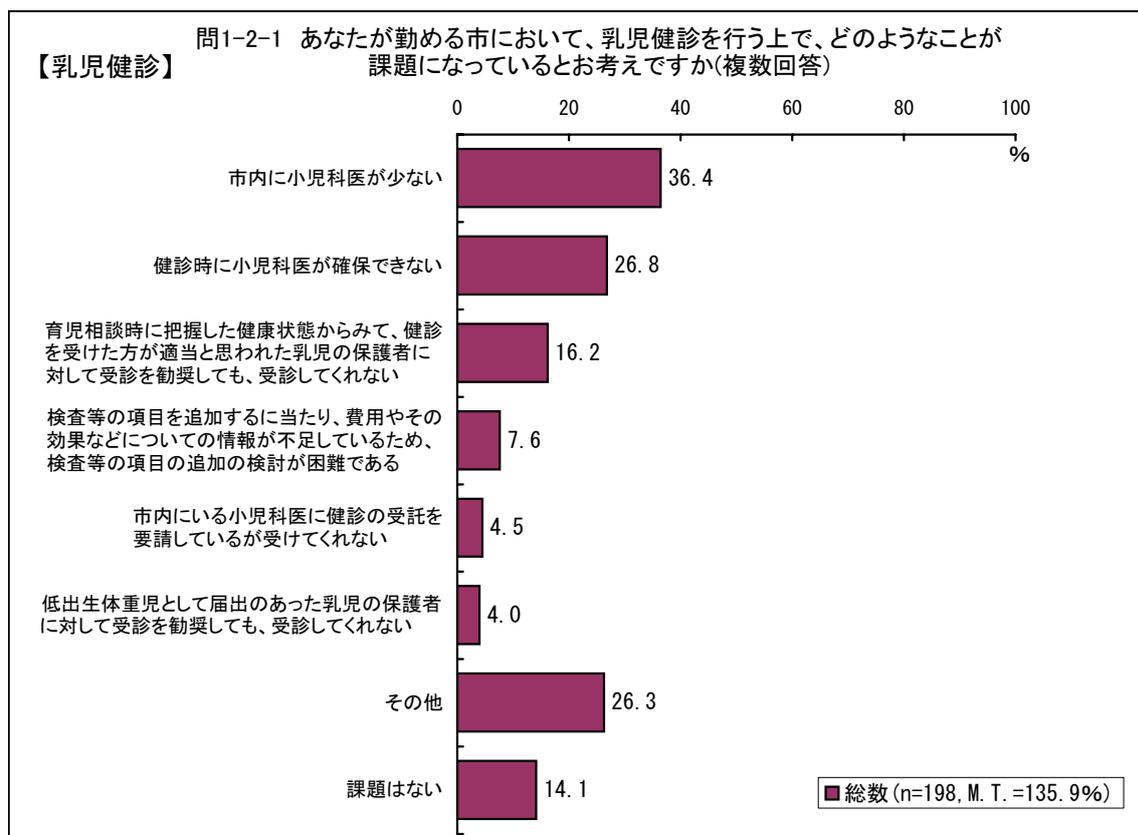


ウ 市が乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を行う上での課題と課題解決に必要なこと

① 乳児健診

市の母子保健担当者に、勤務する市において「乳児健診」を行う上での課題を尋ねた結果は、「市内に小児科医が少ない」が36.4%で最も多く、次いで「健診時に小児科医が確保できない」26.8%、「その他」26.3%、「育児相談時に把握した健康状態からみて、健診を受けた方が適当と思われた乳児の保護者に対して受診を勧奨しても、受診してくれない」16.2%などとなっている。

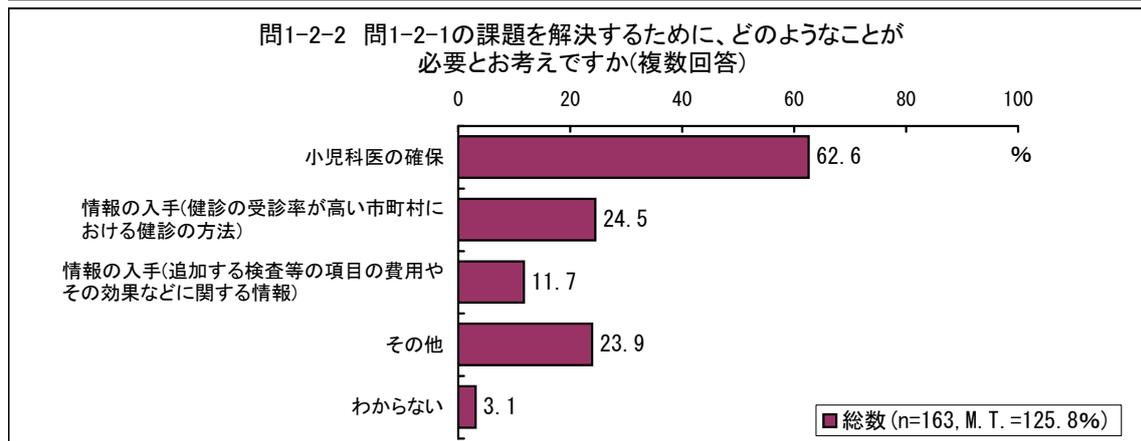
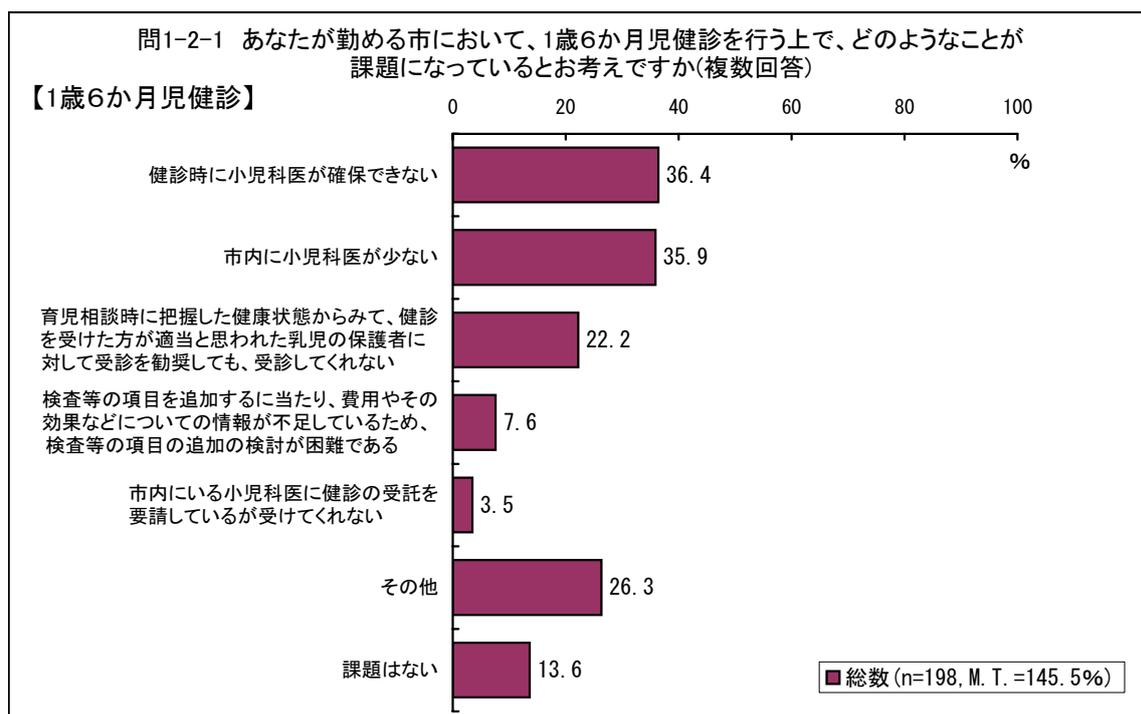
課題をあげた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「小児科医の確保」が56.4%で最も多く、次いで「その他」25.6%、「情報の入手(健診の受診率が高い市町村における健診の方法)」21.8%などとなっている。



② 1歳6か月児健診

市の母子保健担当者に、勤務する市において「1歳6か月児健診」を行う上での課題を尋ねた結果は、「健診時に小児科医が確保できない」が36.4%で最も多く、次いで「市内に小児科医が少ない」35.9%、「その他」26.3%、「育児相談時に把握した健康状態からみて、健診を受けた方が適当と思われた乳児の保護者に対して受診を勧奨しても、受診してくれない」22.2%などとなっている。

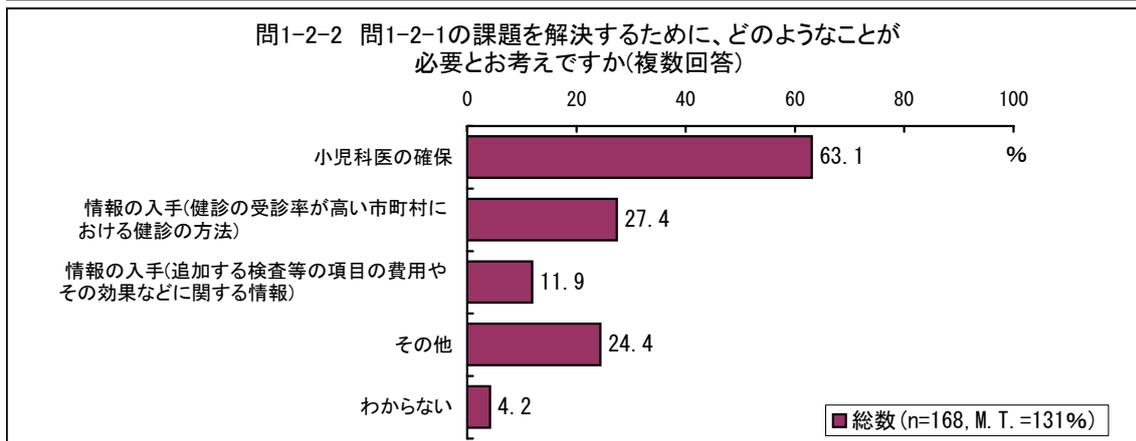
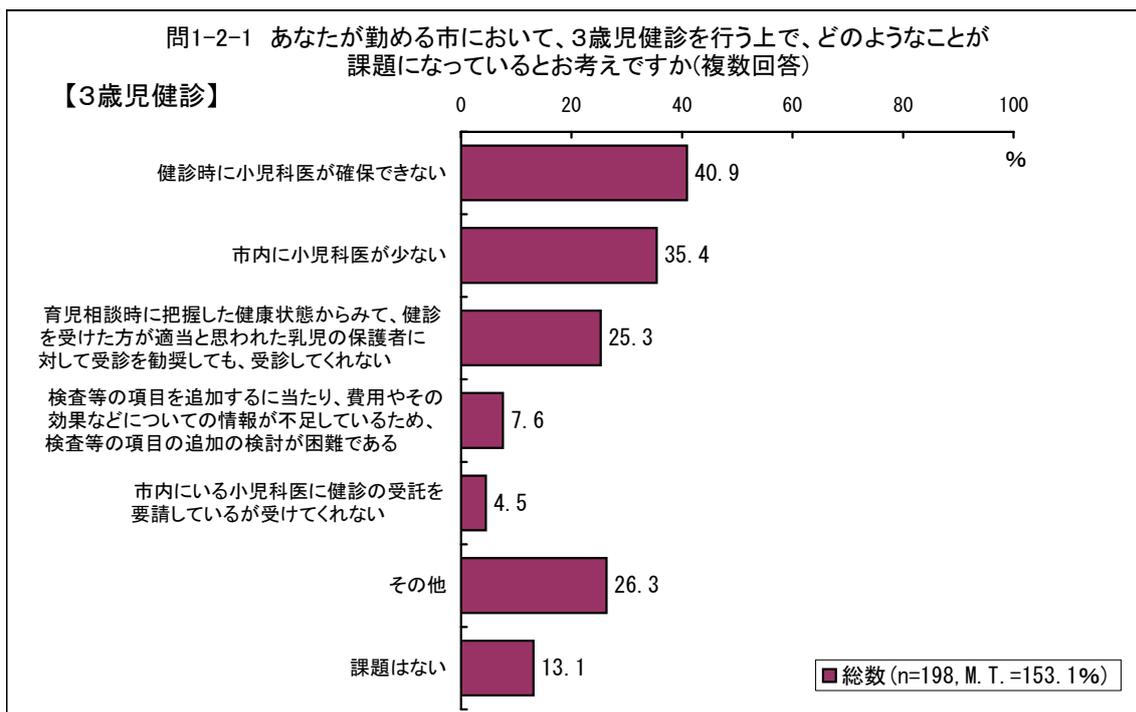
課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「小児科医の確保」が62.6%で最も多く、次いで「情報の入手(健診の受診率が高い市町村における健診の方法)」24.5%、「その他」23.9%などとなっている。



③ 3歳児健診

市の母子保健担当者に、勤務する市において「3歳児健診」を行う上での課題を尋ねた結果は、「健診時に小児科医が確保できない」が40.9%で最も多く、次いで「市内に小児科医が少ない」35.4%、「その他」26.3%、「育児相談時に把握した健康状態からみて、健診を受けた方が適当と思われた乳児の保護者に対して受診を勧奨しても、受診してくれない」25.3%などとなっている。

課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「小児科医の確保」が63.1%で最も多く、次いで「情報の入手(健診の受診率が高い市町村における健診の方法)」27.4%、「その他」24.4%などとなっており、「1歳6か月児健診」とほぼ同様の結果である。

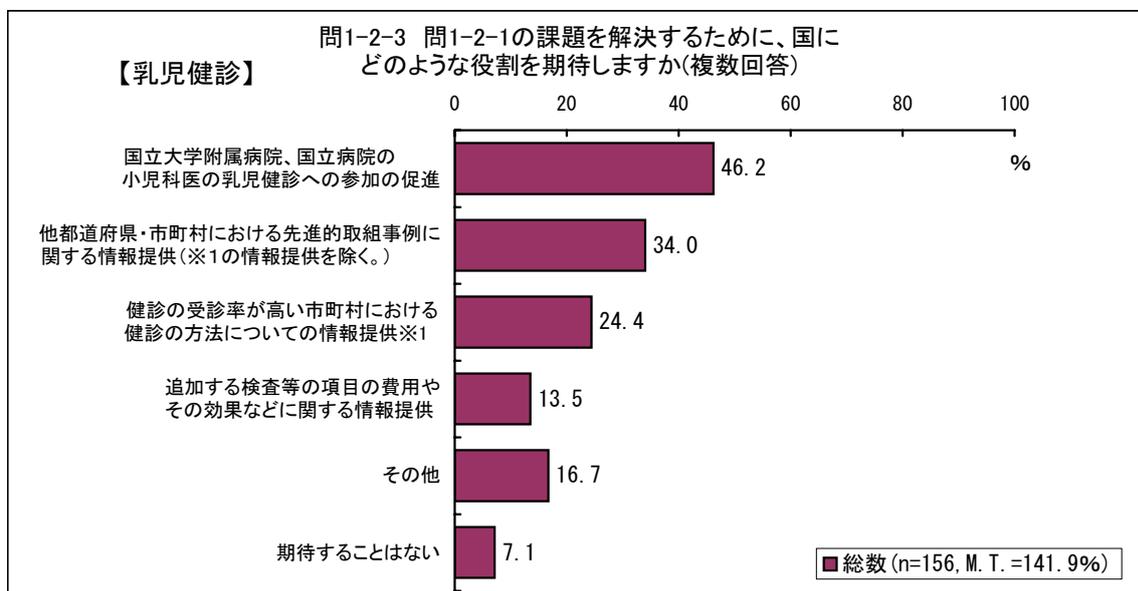


エ 市が乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を行う上での課題解決のために国に期待する役割

① 乳児健診

市が「乳児健診」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「国立大学附属病院、国立病院の小児科医の乳児健診への参加の促進」が46.2%で最も多く、次いで「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」34.0%、「健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」24.4%などとなっている。

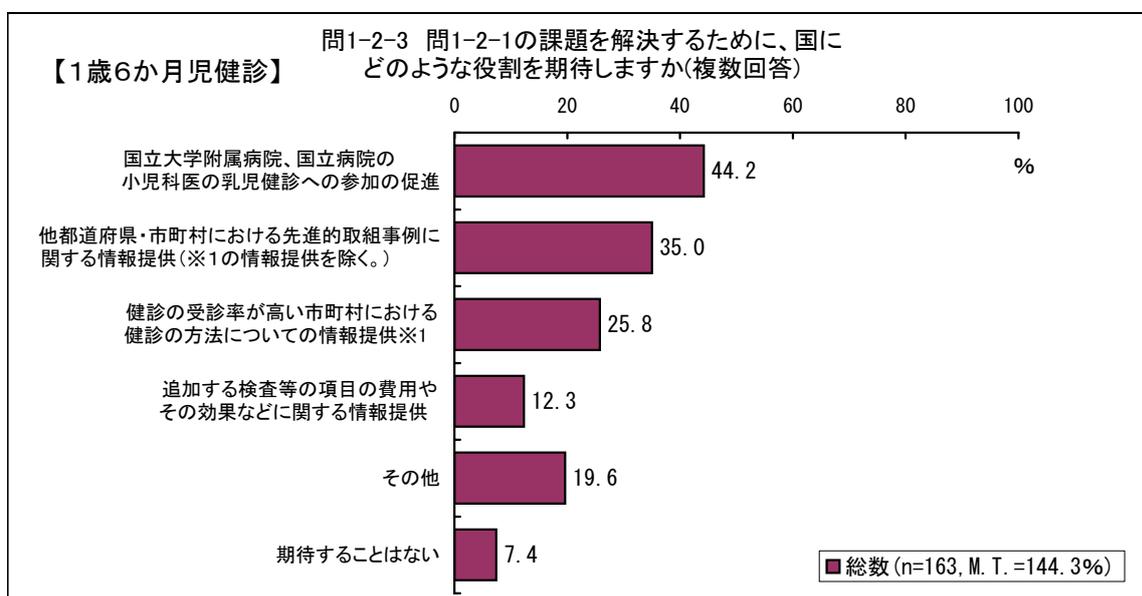
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「発育発達、養育状況、母子関係を総合的に診られるよう、医師のスキルアップをサポートしてほしい」、「小児科医各々でみる視点、方針にばらつきがある。一貫した指針や知識の提供があるとよい」、「未受診者へ対応するスタッフ確保のためにも財政的支援を。補助金制度の復活」等の意見が挙げられた。



② 1歳6か月児健診

市が「1歳6か月児健診」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「国立大学附属病院、国立病院の小児科医の乳児健診への参加の促進」が44.2%で最も多く、次いで「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」35.0%、「健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」25.8%などとなっており、「乳児健診」とほぼ同様の結果である。

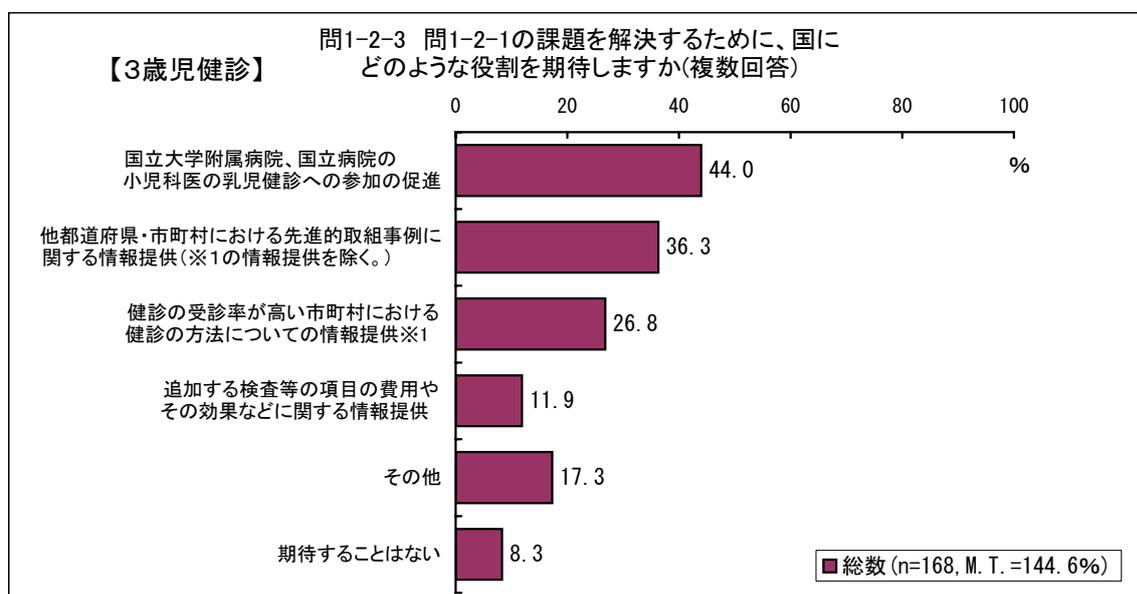
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「委託先医療機関すべてが小児科専門医ではない。運動発達などの遅れがありながら確認できない医師がいる。小児にかかわる医師のレベルアップ」、「予算が少なく医師やスタッフを増やすことができず、1回の健診で受診数が多くなり健診の内容の充実が図れない。住民にとっては長く待たされてしまう健診なのが現状」等の意見が挙げられた。



③ 3歳児健診

市が「3歳児健診」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「国立大学附属病院、国立病院の小児科医の乳児健診への参加の促進」が44.0%で最も多く、次いで「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」36.3%、「健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供」26.8%、「その他」17.3%などとなっており、「乳児健診」及び「1歳6か月児健診」とほぼ同様の結果である。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「発達をよくみることができる小児科医の育成と研修等」、「健診の小児科医不足解消のため、全国的な人材バンクを設立運営し市町村の依頼に応じて医師を紹介できるシステム構築」等の意見が挙げられた。

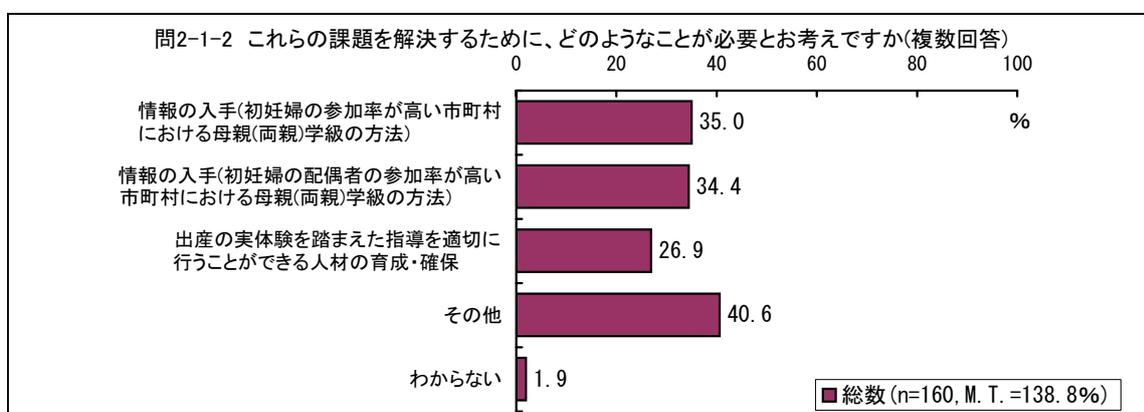
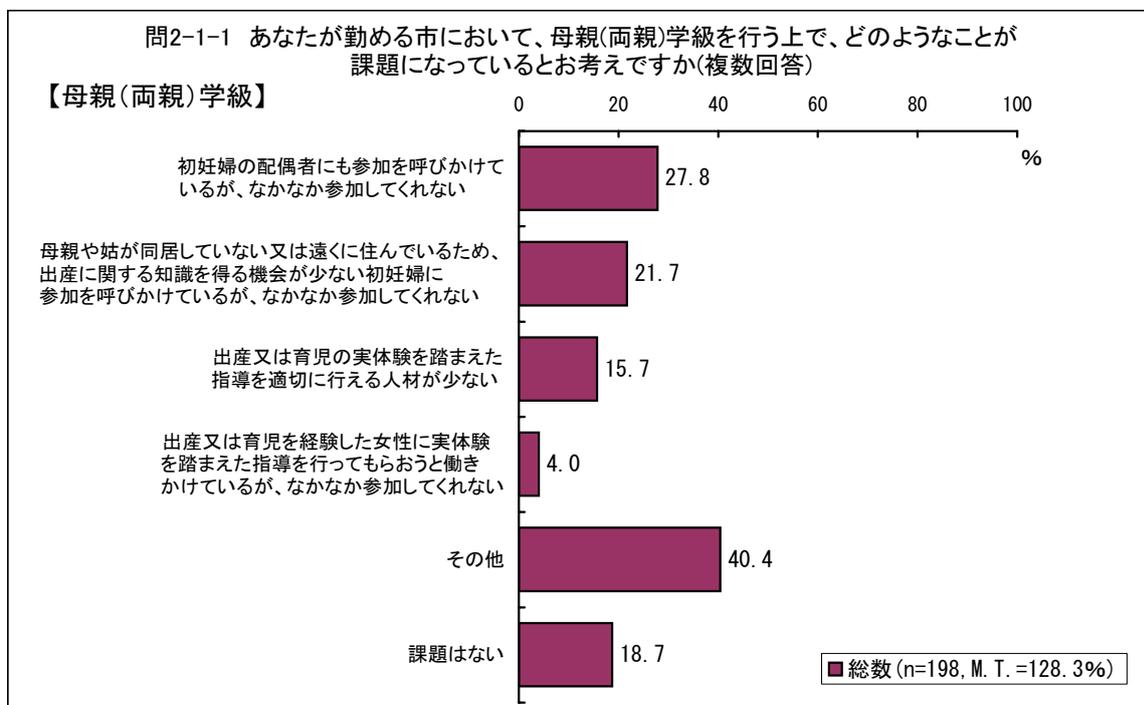


(3) 母子保健対策の「保健指導」について

ア 市が母親（両親）学級を行う上での課題と課題解決に必要なこと

市の母子保健担当者に、勤務する市において「母親（両親）学級」を行う上での課題を尋ねた結果は、「その他」が40.4%で最も多く、次いで「初妊婦の配偶者にも参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない」27.8%、「母親や姑が同居していない又は遠くに住んでいるため、出産に関する知識を得る機会が少ない初妊婦に参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない」21.7%、「課題はない」18.7%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「仕事をもつ妊婦が参加しやすい学級の企画が必要」、「配偶者の参加を増やすためにも夜間、休日等の実施が必要だが、人件費の確保が困難」、「医療機関と行政の教室の内容の住み分け」等が挙げられている。

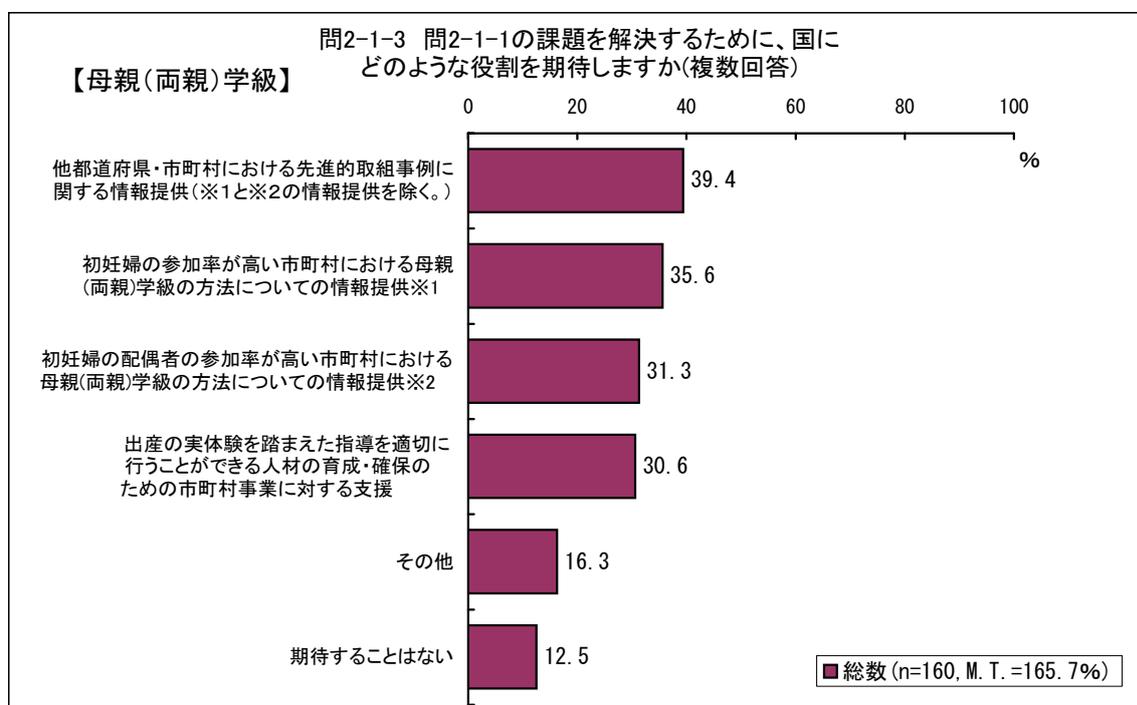
課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「その他」が40.6%で最も多く、次いで「情報の入手(初妊婦の参加率が高い市町村における母親(両親)学級の方法)」35.0%、「情報の入手(初妊婦の配偶者の参加率が高い市町村における母親(両親)学級の方法)」34.4%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「参加しやすいような制度」、「マンパワーの確保」、「医療機関との連携」等が挙げられている。



イ 市が母親（両親）学級を行う上での課題解決のために国に期待する役割

市が「母親（両親）学級」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」が39.4%で最も多く、次いで「初妊婦の参加率が高い市町村における母親（両親）学級の方法についての情報提供」35.6%、「初妊婦の配偶者の参加率が高い市町村における母親（両親）学級の方法についての情報提供」31.3%、「出産の実体験を踏まえた指導を適切に行うことができる人材の育成・確保のための市町村事業に対する支援」30.6%などとなっている。

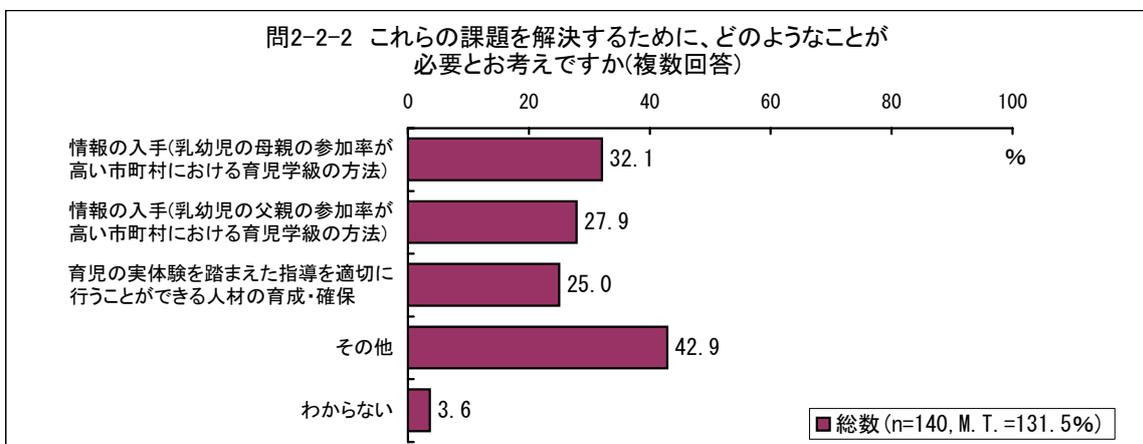
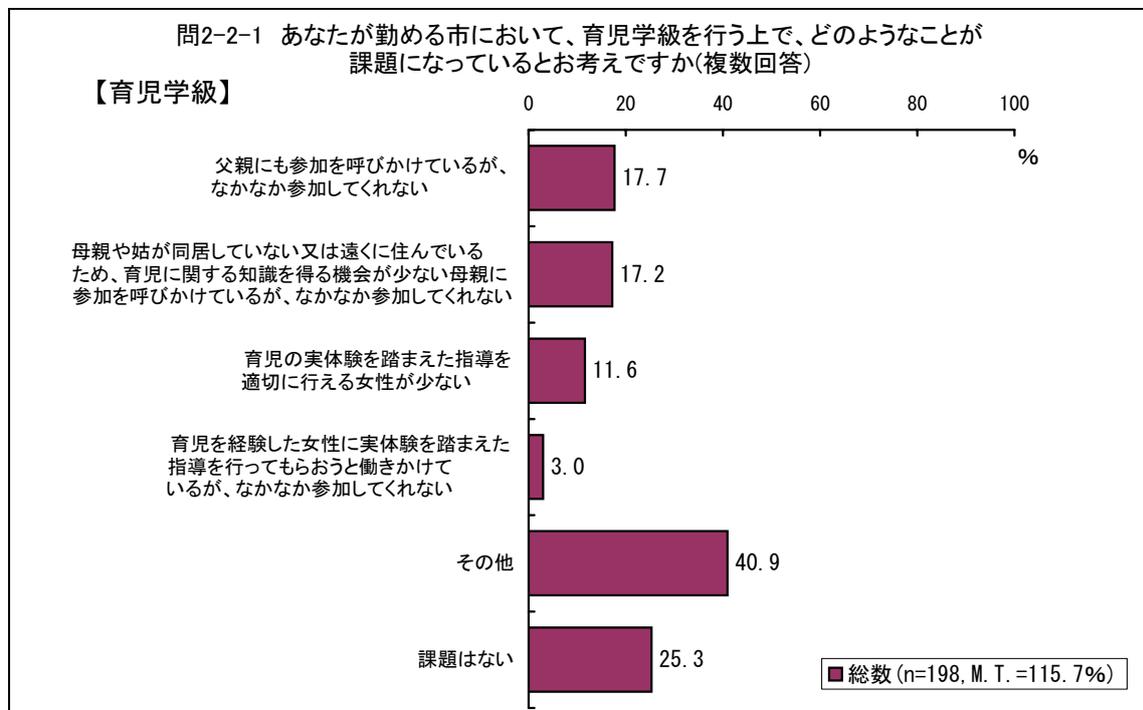
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「母親教室に参加するための時間の確保。就労している妊婦が母親教室へ参加するための休暇を制度化する」、「保健指導事業に対する財政的措置（市町村において保健師等の人材増につながる措置）」等の意見が挙げられた。



ウ 市が育児学級を行う上での課題と課題解決に必要なこと

市の母子保健担当者に、勤務する市において「育児学級」を行う上での課題を尋ねた結果は、「その他」が40.9%で最も多く、次いで「課題はない」25.3%、「父親にも参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない」17.7%、「母親や姑が同居していない又は遠くに住んでいるため、育児に関する知識を得る機会が少ない母親に参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない」17.2%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「日数の確保、スタッフの確保が困難」、「参加希望者が多く、定員を上回る申込みがある」等が挙げられている。

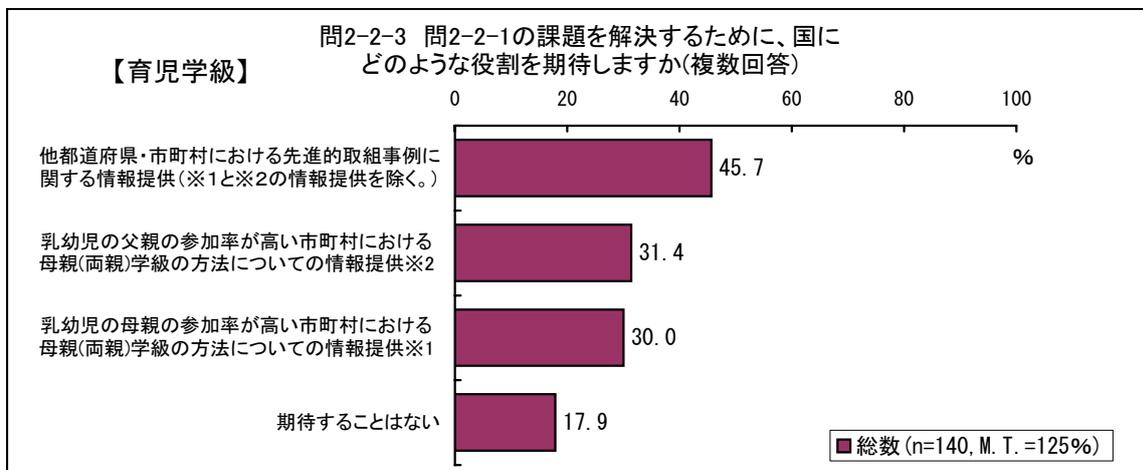
課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「その他」が42.9%で最も多く、次いで「情報の入手(乳幼児の母親の参加率が高い市町村における育児学級の方法)」32.1%、「情報の入手(乳幼児の父親の参加率が高い市町村における育児学級の方法)」27.9%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「スタッフ確保に対する予算措置」、「実施回数や定員の拡大」等が挙げられている。



エ 市が育児学級を行う上での課題解決のために国に期待する役割

市が「育児学級」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」が45.7%で最も多く、次いで「乳幼児の父親の参加率が高い市町村における母親(両親)学級の方法についての情報提供」31.4%、「乳幼児の母親の参加率が高い市町村における母親(両親)学級の方法についての情報提供」30.0%などとなっている。

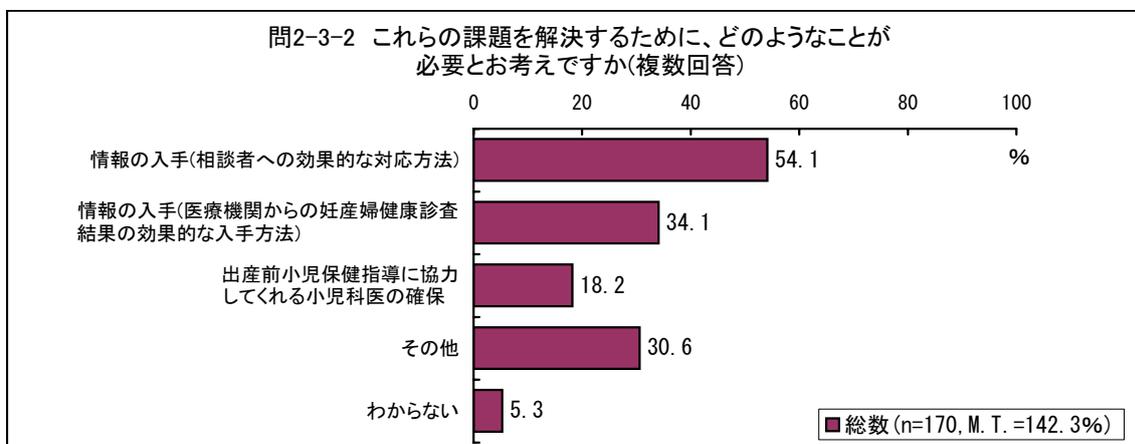
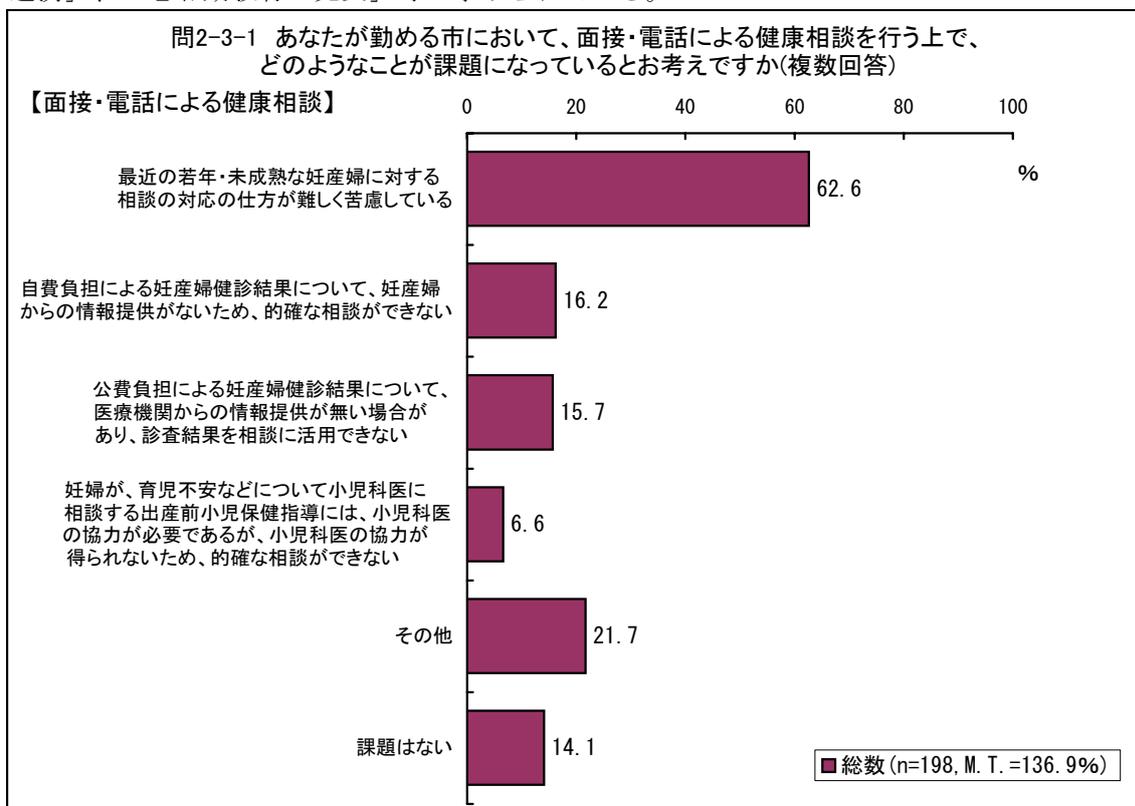
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「マンパワーを確保しても財源確保が困難であれば実施は難しい。情報提供のみでなく、必要とされるサービスについては財源確保がスムーズとなるような後方支援」、「国からも保健センターや保健師についてもっとPRを」等の意見が挙げられた。



オ 市が面接・電話による健康相談を行う上での課題と課題解決に必要なこと

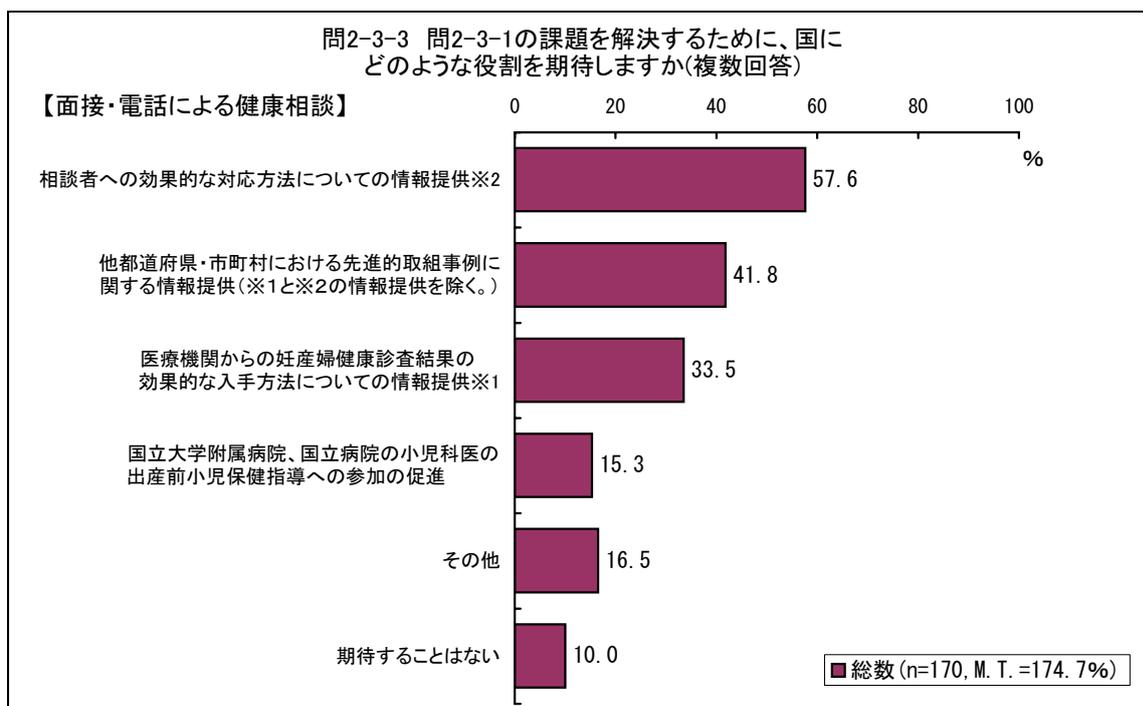
市の母子保健担当者に、勤務する市において「面接・電話による健康相談」を行う上での課題を尋ねた結果は、「最近の若年・未成熟な妊産婦に対する相談の対応の仕方が難しく苦慮している」が62.6%で最も多く、次いで「その他」21.7%、「自費負担による妊産婦健診結果について、妊産婦からの情報提供がないため、的確な相談ができない」16.2%、「公費負担による妊産婦健診結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、診査結果を相談に活用できない」15.7%などとなっている。

課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「情報の入手(相談者への効果的な対応方法)」が54.1%で最も多く、次いで「情報の入手(医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法)」34.1%、「その他」30.6%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「事例の積み重ね、相談技術の向上」、「関係機関との連携」、「思春期教育の充実」等が挙げられている。



カ 市が面接・電話による健康相談を行う上での課題解決のために国に期待する役割

市が「面接・電話による健康相談」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「相談者への効果的な対応方法についての情報提供」が57.6%で最も多く、次いで「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」41.8%、「医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供」33.5%などとなっている。

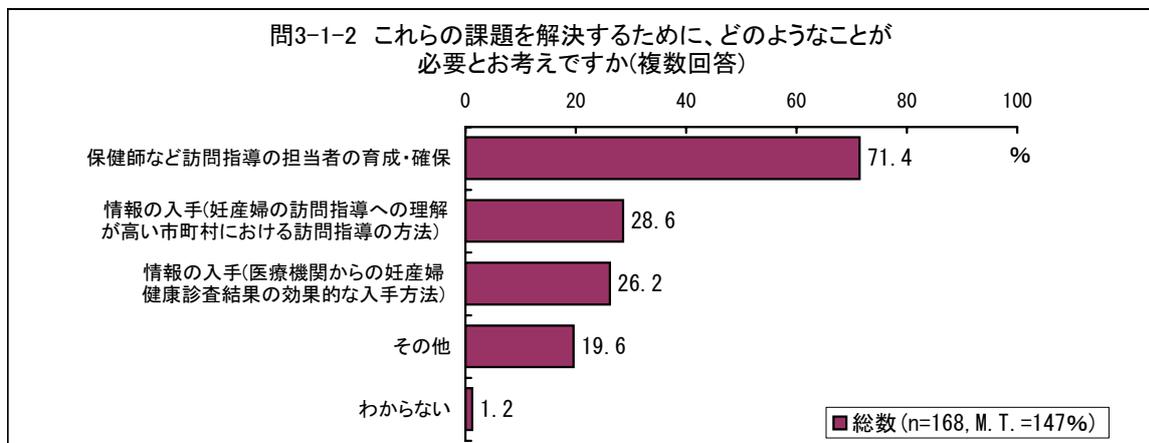
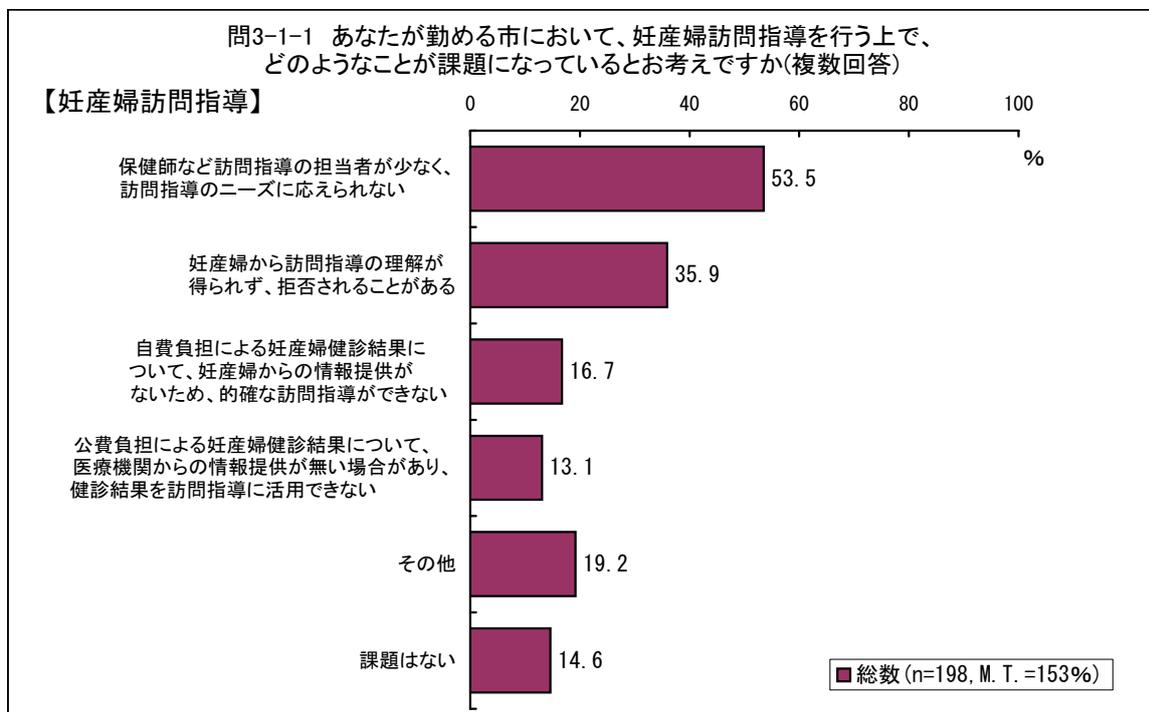


(4) 母子保健対策の「訪問指導」について

ア 市が妊産婦訪問指導を行う上での課題と課題解決に必要なこと

市の母子保健担当者に、勤務する市において「妊産婦訪問指導」を行う上での課題を尋ねた結果は、「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」が53.5%で最も多く、次いで「妊産婦から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある」35.9%、「その他」19.2%、「自費負担による妊産婦健診結果について、妊産婦からの情報提供がないため、的確な訪問指導ができない」16.7%などとなっている。

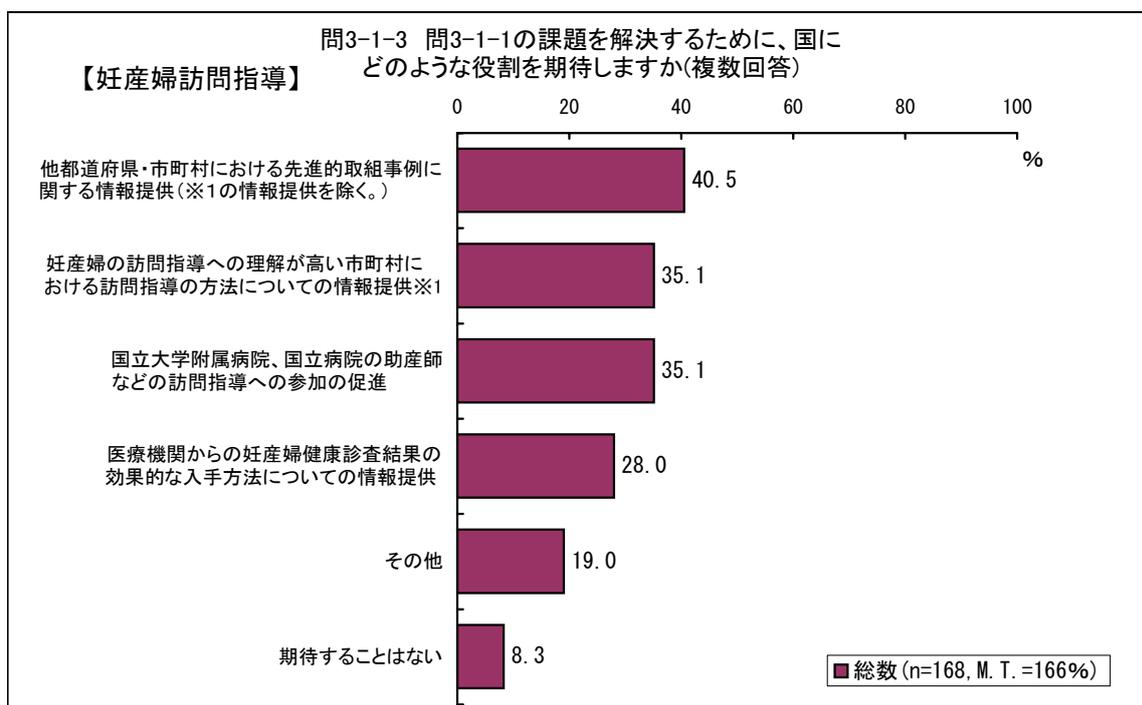
課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「保健師など訪問指導の担当者の育成・確保」が71.4%で最も多く、次いで「情報の入手(妊産婦の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法)」28.6%、「情報の入手(医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法)」26.2%などとなっている。



イ 市が妊産婦訪問指導を行う上での課題解決のために国に期待する役割

市が「妊産婦訪問指導」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」が40.5%で最も多く、次いで「妊産婦の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供」と「国立大学附属病院、国立病院の助産師などの訪問指導への参加の促進」がともに35.1%、「医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供」28.0%などとなっている。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「保健師の確保。ケアマネジメント能力、成果を実現できる能力を高める研修会の充実」等の意見が挙げられた。

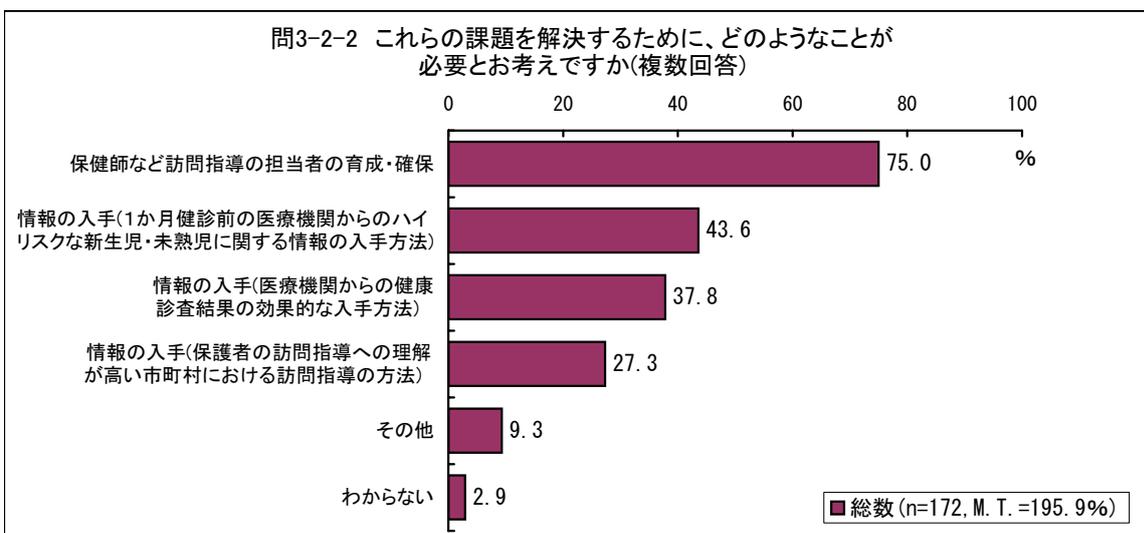
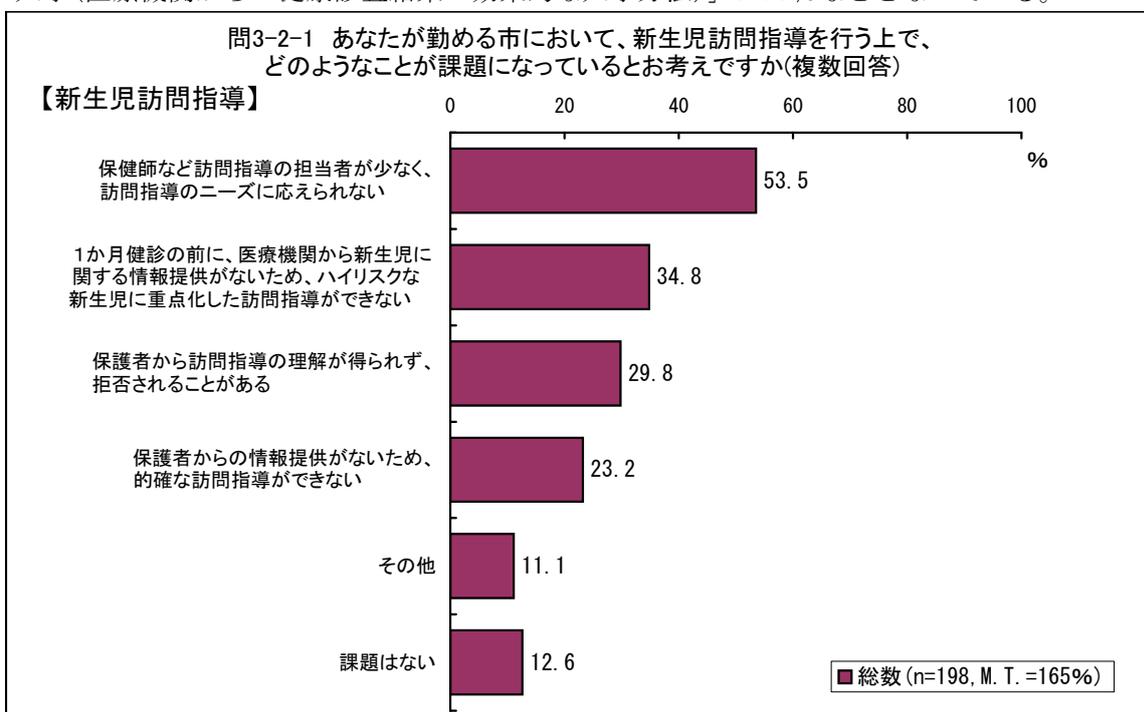


ウ 市が新生児訪問指導、未熟児訪問指導を行う上での課題と課題解決に必要なこと

① 新生児訪問指導

市の母子保健担当者に、勤務する市において「新生児訪問指導」を行う上での課題を尋ねた結果は、「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」が53.5%で最も多く、次いで「1か月健診の前に、医療機関から新生児に関する情報提供がないため、ハイリスクな新生児に重点化した訪問指導ができない」34.8%、「保護者から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある」29.8%、「保護者からの情報提供がないため、的確な訪問指導ができない」23.2%などとなっている。

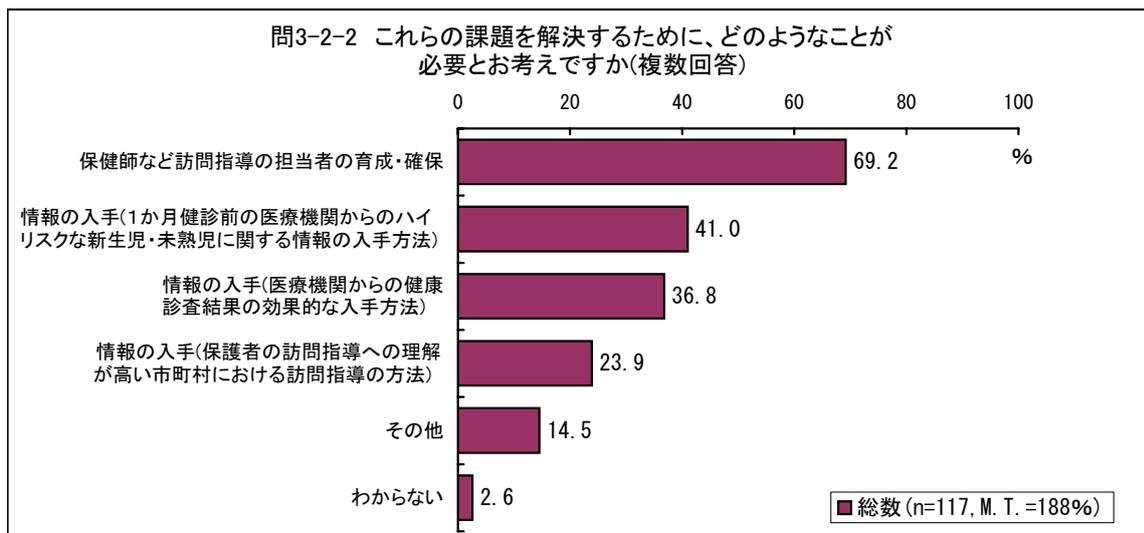
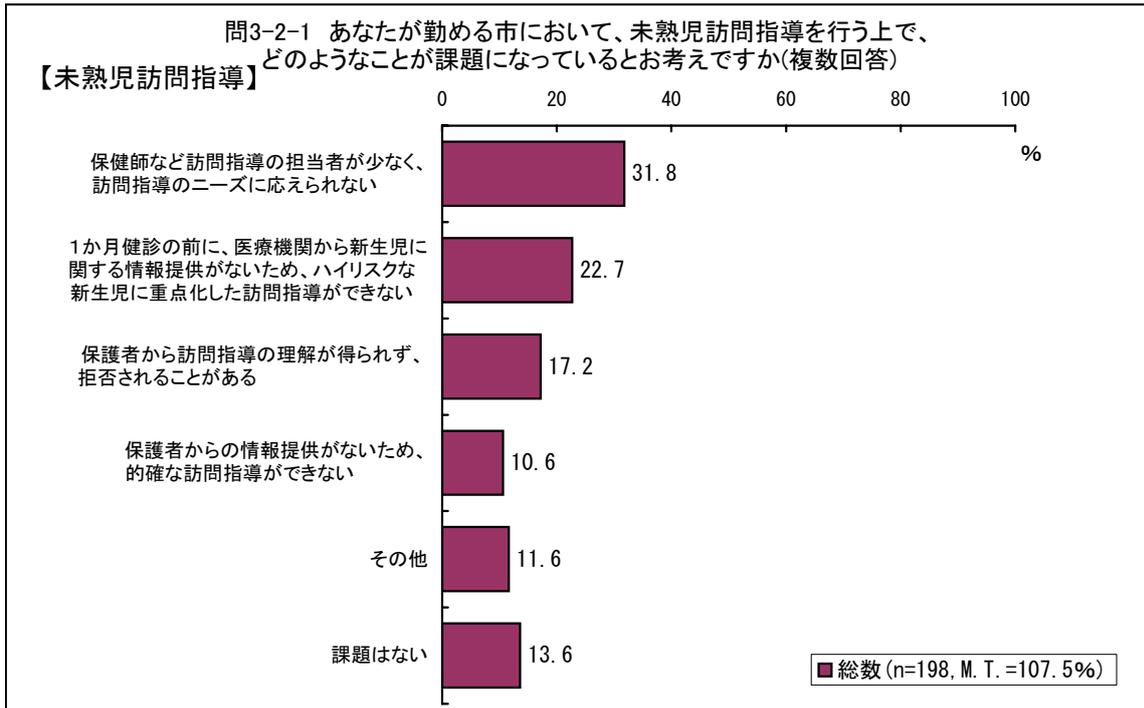
課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「保健師など訪問指導の担当者の育成・確保」が75.0%で最も多く、次いで「情報の入手(1か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法)」43.6%、「情報の入手(医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法)」37.8%などとなっている。



② 未熟児訪問指導

市の母子保健担当者に、勤務する市において「未熟児訪問指導」を行う上での課題を尋ねた結果は、「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」が31.8%で最も多く、次いで「1か月健診の前に、医療機関から新生児に関する情報提供がないため、ハイリスクな新生児に重点化した訪問指導ができない」22.7%、「保護者から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある」17.2%などとなっている。

課題を挙げた回答者に、課題を解決する上で必要なことを尋ねた結果は、「保健師など訪問指導の担当者の育成・確保」が69.2%で最も多く、次いで「情報の入手(1か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法)」41.0%、「情報の入手(医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法)」36.8%などとなっている。

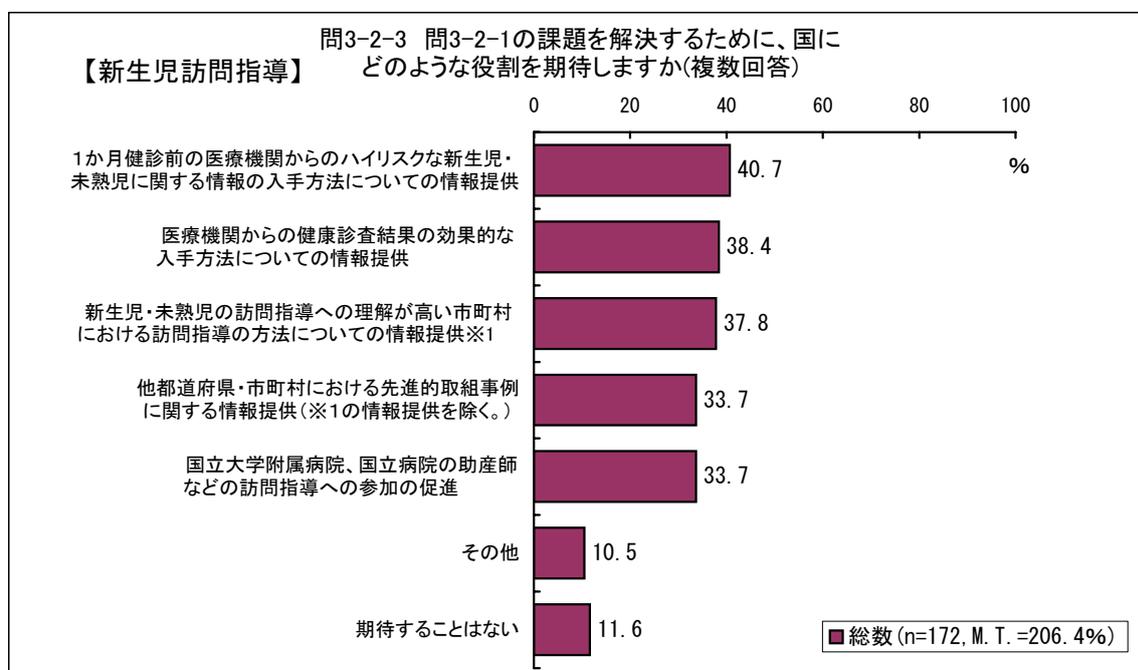


エ 市が新生児訪問指導、未熟児訪問指導を行う上での課題解決のために国に期待する役割

① 新生児訪問指導

市が「新生児訪問指導」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「1か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法についての情報提供」が40.7%で最も多く、次いで「医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供」38.4%、「新生児・未熟児の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供※1」37.8%、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供(※1の情報提供を除く。)」と「国立大学附属病院、国立病院の助産師などの訪問指導への参加の促進」がともに33.7%などとなっている。

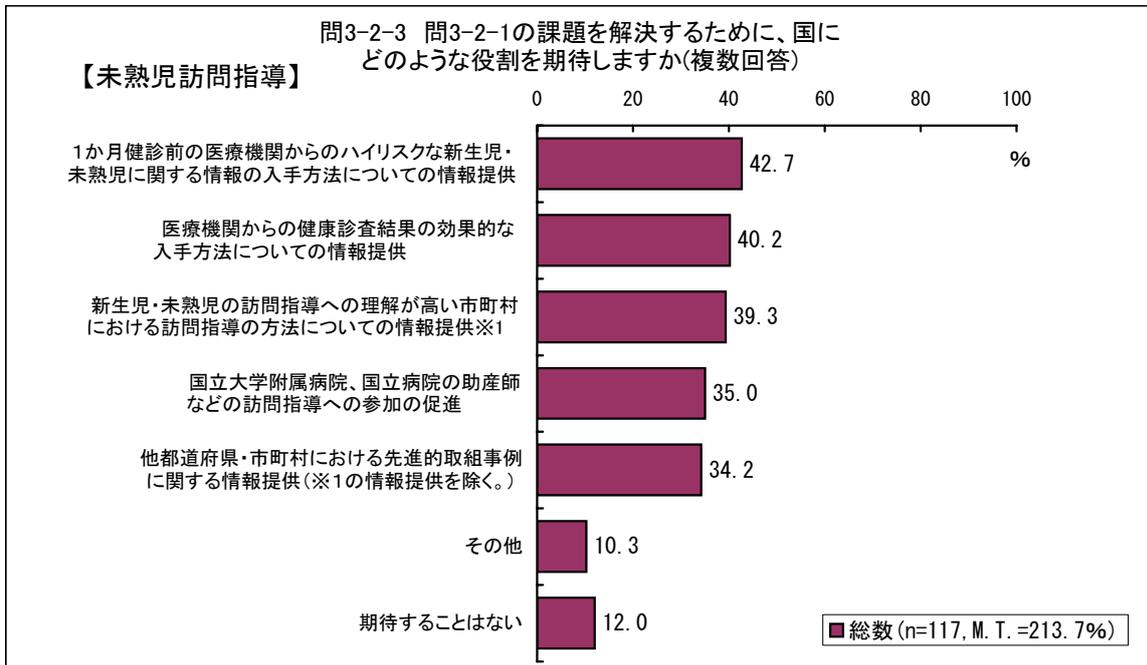
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「新生児訪問はこのようなメリットがある、というアピールをもっとしてほしい。新生児訪問へ介入できるとその後の支援もスムーズにしやすい」等の意見が挙げられた。



② 未熟児訪問指導

市が「未熟児訪問指導」を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「1か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法についての情報提供」が42.7%で最も多く、次いで「医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供」40.2%、「新生児・未熟児の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供」39.3%、「国立大学附属病院、国立病院の助産師などの訪問指導への参加の促進」35.0%、「他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供」34.2%などとなり、「新生児訪問指導」の場合とほぼ同様である。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「保健所（県）の役割、機能の明確化」等の意見が挙げられた。



(5) 母子保健対策全般についての意見

市の母子保健担当者に、妊産婦、新生児や乳幼児のための母子保健対策全般について具体的な意見を求めた結果、以下のような意見が挙げられた（抜粋）。

- ・ 母子保健事業への補助金が地方交付税となったことで行政の中での保健事業の予算が厳しくなり、ニーズはあっても職員数が確保できず、子育て支援が従来より不十分になってきている。
- ・ 健診受診率及び要精検者受検率100%を目指して努力していますが、親の意識の問題が向上しない。財政危機もあり保健師定員増が難しいため、国立病院等の人的資源との連携強化が必要と感じる。
- ・ 虐待、障害児、ハイリスク母子の問題など、母子保健全般にこれまで以上に期待されている部分が多い。他機関との連携が進んでいる中、他の法律にも限界があり、そのようなケース等について最終的に母子保健の問題とされることが多い。市民ニーズも多様化する中、行政の役割は変化していますが、役割と実際に行えることには大きなギャップ（人員、組織等）があります。
- ・ 育児ストレスや育児不安を抱く母親の増加は、育児についての体験や核家族化による育児の継承がなされないことが原因と思われる。又、精神症状を抱える母親も増加しているように思われる。これらを踏まえた施策が大事。
- ・ 少子化問題が叫ばれておりますが、国では高齢者施策のみ全面に出ており、母子対策の財源は削られるばかりで事業実施が難しい現状です。なんとか財源の確保をお願いしたいです。
- ・ 働きながら妊娠、出産、育児をしている方が増えている中、経済的支援や夜間延長も必要だとは思いますが、時間的にゆとりを持って子育てを楽しめるような政策をしていかないと、次世代を担ってくれる人が少なくなるのは当然です。
- ・ 地域（市町村）と医療機関の連携が地域での生活を支えるケースもあるが、最近では個人情報の保護が重視され、情報の提供がスムーズに行えない場合がある（守秘義務を基に仕事をしている。職種間で情報提供を行う良い方法がないものかと思います。）。
- ・ 少子高齢化で人数的には高齢者の方が多い現状ですが、健全な母子関係があつてこそ、良い元気な高齢期を迎えられます。よって、母子保健の重要性を予算等で示してほしいです。
- ・ 育児環境が悪くなっており、要フォロー児が増えている。個人情報保護の問題もあり、情報交換がスムーズにいかないことも多いが、母子の健全な発達のためにも、スムーズにいくようにしてほしい。
- ・ 子供というより、問題のある母親が増えてきている。健診は受けてくれるが事後フォローがうまくいかないケースが多い。
- ・ オーバーステイ、母子家庭、低所得世帯、望まない妊娠など不安定な養育状況や人格障害、被虐待体験を持つ保護者も増えてきており、少子化対策の中で生まれる子が増えること以上に健やかに育ていくことに目を配る必要があると思う（虐待や養育困難などから施設で育てられるケースが増え続けないか…）。
- ・ 情報の提供先として産婦人科、小児科が有効と思われる。訪問や保健指導について医師の認識の向上。国立大学や国立病院だけでなく民間病院との連携も同様に考えてほしい。
- ・ 市町村は母子保健事業において課題が山積みだが、専門スタッフの不足や確保が難しかったり予算がない中でやらなければならない事が多いため、財政や人材の確保、スキルアップ支援等してほしい。
- ・ 出産後（前）の指導として助産師の母乳重視の指導がある。それはそれで大切なことと考えるが、体重増加がみられないにもかかわらず、母乳のみで育児をしてやせすぎ（カウプ指数12～13）の乳幼児がみられる。地域での子育てサポートをうまく専門的にやろうとしても出口でうまくいかず、入口も母に混乱を招いている事例が数例あり、子供の発育、発達を疑問に思っています。助産師教育はどうなっているのかなと危惧しています。
- ・ 母子保健対策のスタートは学校教育にあると考えている。妊産婦に至る以前の時期にしっかりした母性、父性の教育なくして、今後の母子保健対策にならないと思う。
- ・ 母子保健事業は幅が広く、どこを重点に考えたらいいのかわからなくなる時がある。全体への働きかけも重要だが、最近は虐待予防のための個々のケースにかかわることの方が多い。ケース対応は重要だが、こればかりやっていると事業がおろそかになってしまう。人材不足があるので、是非保健師の数を増やしてほしい。
- ・ 最近は世の中の流れがはやく、育児だけでなく家庭環境の在り方にも気になるところが多くあります。怒り方、しつけ方がわからない、という親も多いです。何がどうしてこうなってしまったのだろうと感じます。個人が個人が、という世の中でなく、地域を大切に地域の人が皆でみられるという世の中になると良いなと強く感じます。
- ・ 外国人の親子が増加している。言葉が通じないための指導の難しさがある。就労している母親が増加し、健診未受診や家庭訪問しても不在であったりとアプローチしにくくなってきている。共稼ぎをしている家庭への支援の在り方を考えたい。

- ・ 健診を含めた分娩費用の軽減が妊婦の定期健診の受診率の向上につながり、正常分娩を増やすことになると思います。新生児期に訪問して要フォローの母子を把握することはとても重要なので、訪問する助産師や保健師を増やすよう検討をお願いしたいと思います。
- ・ 国における対策が子供たちや母たちよりも大人や老人に傾きすぎているような気がする。今、手厚く母子保健を支えれば、10数年後には彼らが納税者となり、出産し、子供を増やしてくれると思うのですが…。
- ・ 地域が持つ課題が少しでも解決できるよう、地域の要望に沿った援助が可能な対策をとってほしい。
- ・ 小児科医の日々の活躍をみると、少子化ではありますが期待されることが多く、人数不足を感じます。是非、小児科医が継続できるような体制づくりをお願いいたします。
- ・ 保健所の機能強化と役割の明確化を国から各都道府県へ指導徹底してほしい。市町村にとっては保健所の機能は全く見えない状況であり、かつ、期待もできない現状にある。
- ・ 国の母子保健施策の予算が少なくなり、次世代育成支援（子育て支援）の中に飲みこまれ、大切な部分がないがしろにされようとしている気がしてなりません。保健師を中心に現場、企画部門も国も、実績を確実に出して前面に成果を出すことにより、人の確保が必要と考えます。
- ・ 人口動態による出生数、出生体重、未熟児数などの統計資料を作成しようとしても、保健所には通知があるが市には通知がなく、市長が大臣宛に県を通じて申請を出さなくては資料が得られない。地域の基礎資料も十分な情報がとれない。
- ・ 現在、高齢者に対する対応は十分できているが、母子保健に対しては予算面でも少ないと思う。将来を担う子供達に対する援助として、より多くの支援が必要と考える。
- ・ 財政難の時代に補助金が一般財源化されたことにより、母子保健事業が手薄になってきていると思う。次世代育成の部署との連携も難しいところがある。
- ・ 県からの移譲業務は増える一方で市町村合併が進み、人口が増えるのに、十分に事業をこなせるスタッフの数は不十分である。保健師を数年計画で市町村へ増員していけるように施策の中に組みこんでほしい。
- ・ 母子保健事業は、これからの子供達の健全育成のため最重要だと思っているが、補助金・負担金カットにより、事業を充実させるためのスタッフを配置するのが困難である。やらねばと思うができないジレンマにいつも悩まされている。
- ・ 行政における保健師は専門業務に加え事務的な業務も多々あり、複雑多岐にわたっている。これが行政施策に生きることはメリットではあるが、母子保健事業の業務手段としての健診・指導・相談・訪問…等を深く遂行するには厳しい現状である。保健師として行政職員として人として女性として地域(人)づくりも意識しながら活動しているが、とにかく人材確保ができない状況にある。より母子保健事業を充実させるためには、スタッフがイキイキできる国としてのバックアップを期待している。
- ・ 晩婚、高齢出産、育児不安、偏った育児等の問題で、子供の健全育成が危ぶまれている。20代で出産できるように、出産適今年令のアピール、社会保障（仕事の両立、育児支援）制度を整えていく。
- ・ 子供が健全に育つため（虐待予防も含め）に、妊産婦、新生児期からかかわることが大切になります。その最初のかかわりを市町村がしっかりできるための担当者の育成・確保にむけた財政支援をぜひお願いします。
- ・ 合併後の市町村格差は減少していくと思われます。今後の母子保健対策の一番の近道は法整備になるうかと思しますので、勤労者に対する母親教室の義務化や介護休暇制度の導入など、後方支援をお願いします。
- ・ 新生児全戸訪問は、した方が絶対良いと思っている。早期療育に向けての取組や歯科保健対策等充実してきているが、効果判定をする余裕はなく、追われながら仕事をしている。虐待を受けているケース等もあり、心理的負担も大きい。大学等で効果判定等（フッ素や早期療育）に協力してもらえるところがあるとよいと思う。また、民間の方でサークル等立ち上げている人もいて、行政と民間がうまく手をつないで、母子を育み見守っていったら…と思う。
- ・ 虐待等の対応困難ケースは増加しているが、地方ではまだまだ母子より成老人にポイントが置かれた人員配置がされているように思う。児童相談所の業務の多くが市町村に移行しているが、児童相談所との連携がうまくいっていない。市町村から情報を投げて、児童相談所からの返事がない、対応が遅い、とはがゆい思いをしている。子供のためにとという視点で取り組んでほしい。

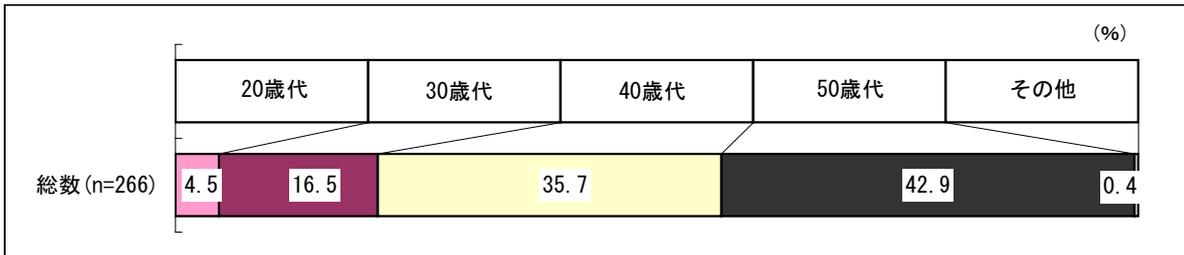
「B. 小中学校・教育委員会調査」

(1) 回答者の属性

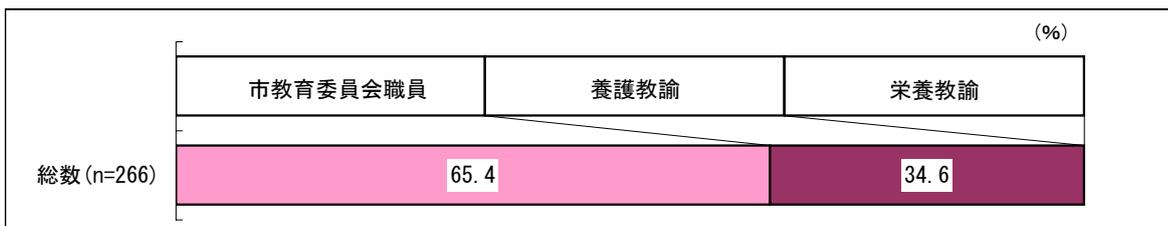
ア 所属先



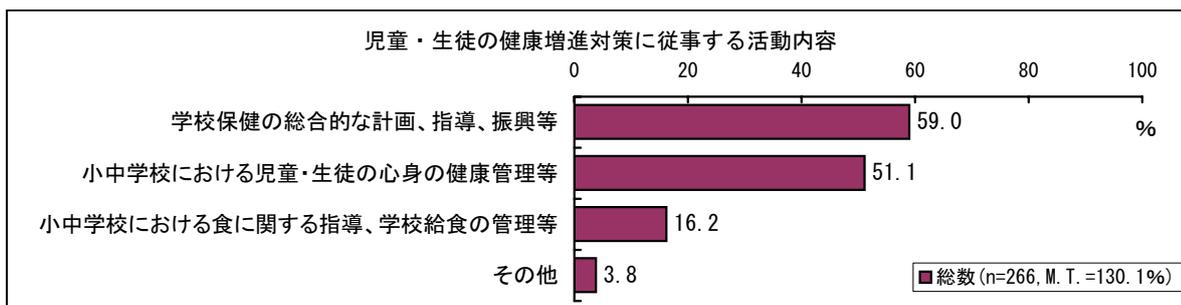
イ 年齢



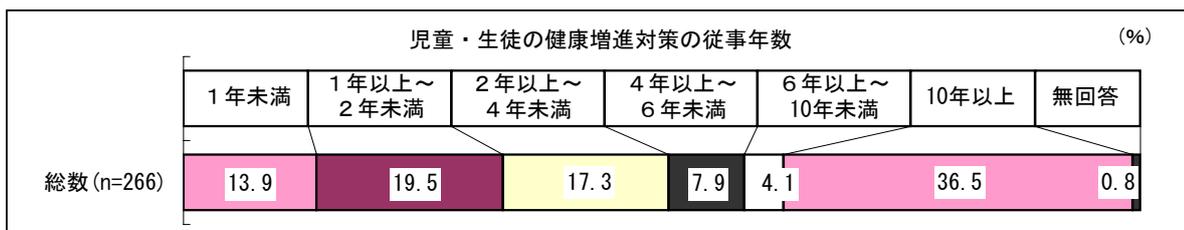
ウ 現在の職種



エ 児童・生徒の健康増進対策に従事する活動内容



オ 児童・生徒の健康増進対策の従事年数



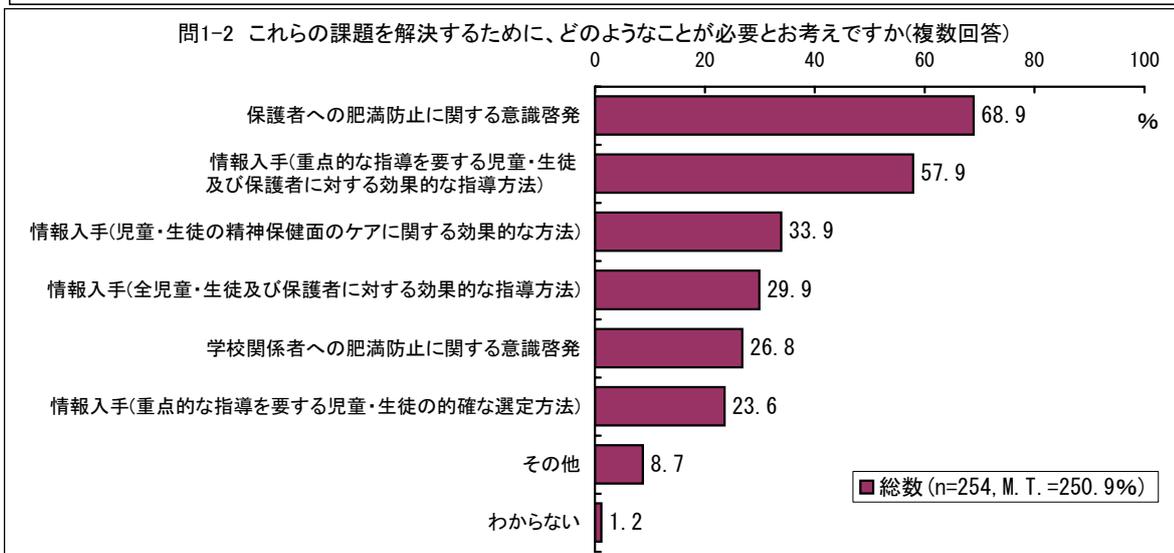
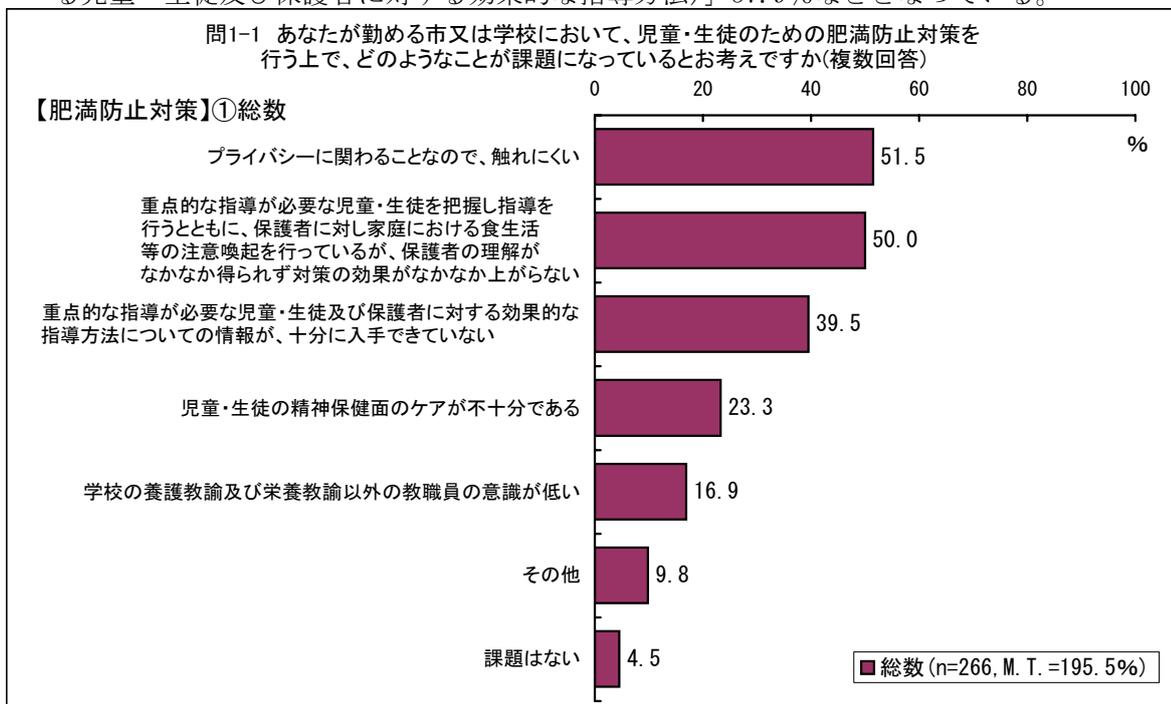
(2) 児童・生徒の健康増進対策の「肥満防止対策」について

ア 市・学校で児童・生徒の肥満防止対策を行う上での課題と課題解決に必要なこと

① 小中学校・教育委員会総数

教育関係者に、勤務する市又は学校において、児童・生徒のための肥満防止対策を行う上での課題を尋ねた結果は、「プライバシーに関わることなので、触れにくい」が51.5%で最も多く、次いで「重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し指導を行うとともに、保護者に対し家庭における食生活等の注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず対策の効果がなかなか上がらない」50.0%、「重点的な指導が必要な児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」39.5%などとなっている。

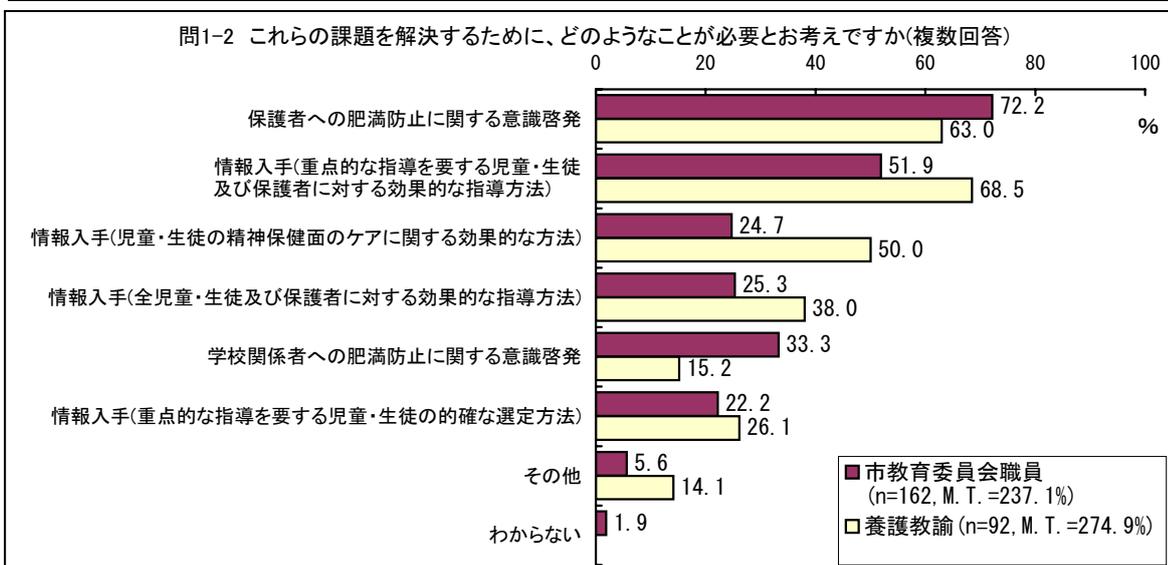
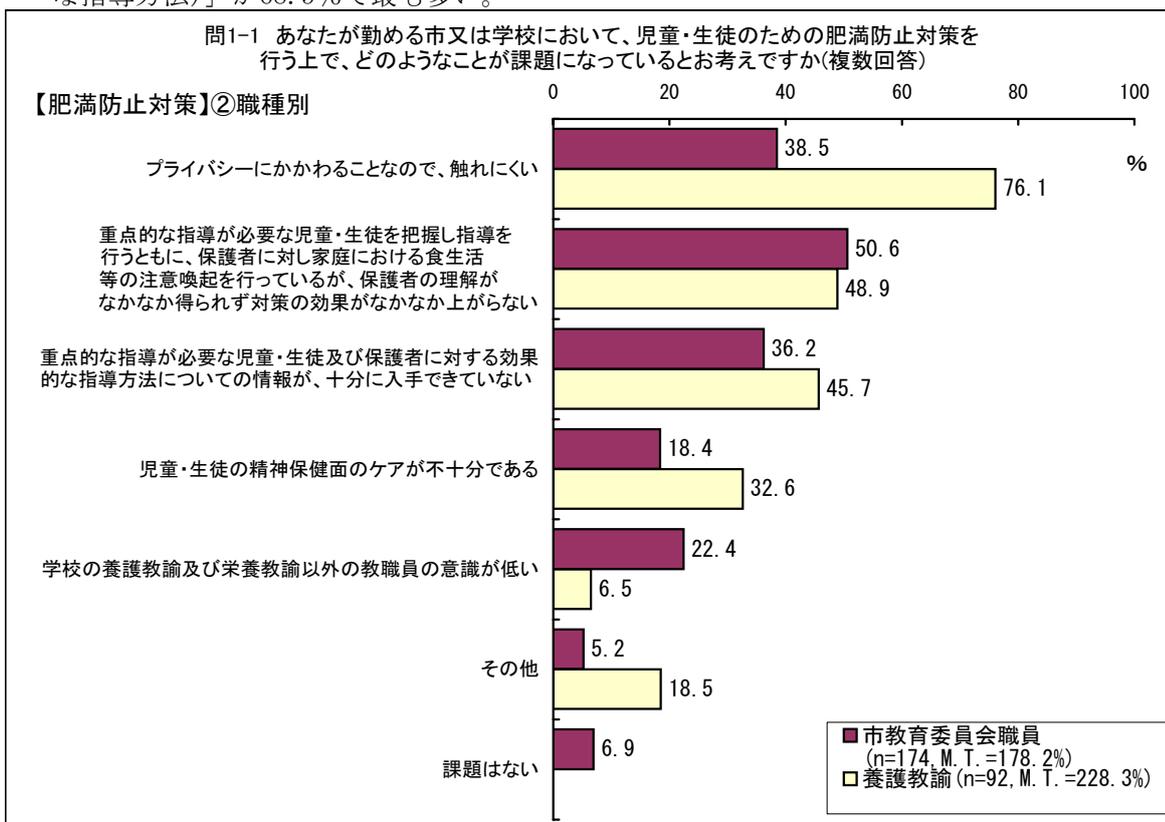
課題を挙げた回答者に、課題を解決するために必要なことを尋ねた結果は、「保護者への肥満防止に関する意識啓発」が68.9%で最も多く、次いで「情報入手(重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法)」57.9%などとなっている。



② 職種別

教育関係者に、児童・生徒のための肥満防止対策を行う上での課題を尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員では「重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し指導を行うとともに、保護者に対し家庭における食生活等の注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず対策の効果がなかなか上がらない」が50.6%で最も多く、養護教諭では「プライバシーにかかわることなので、触れにくい」が76.1%で最も多い。

課題を挙げた回答者に、課題を解決するために必要なことを尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員では「保護者への肥満防止に関する意識啓発」が72.2%で最も多く、養護教諭では「情報入手(重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法)」が68.5%で最も多い。

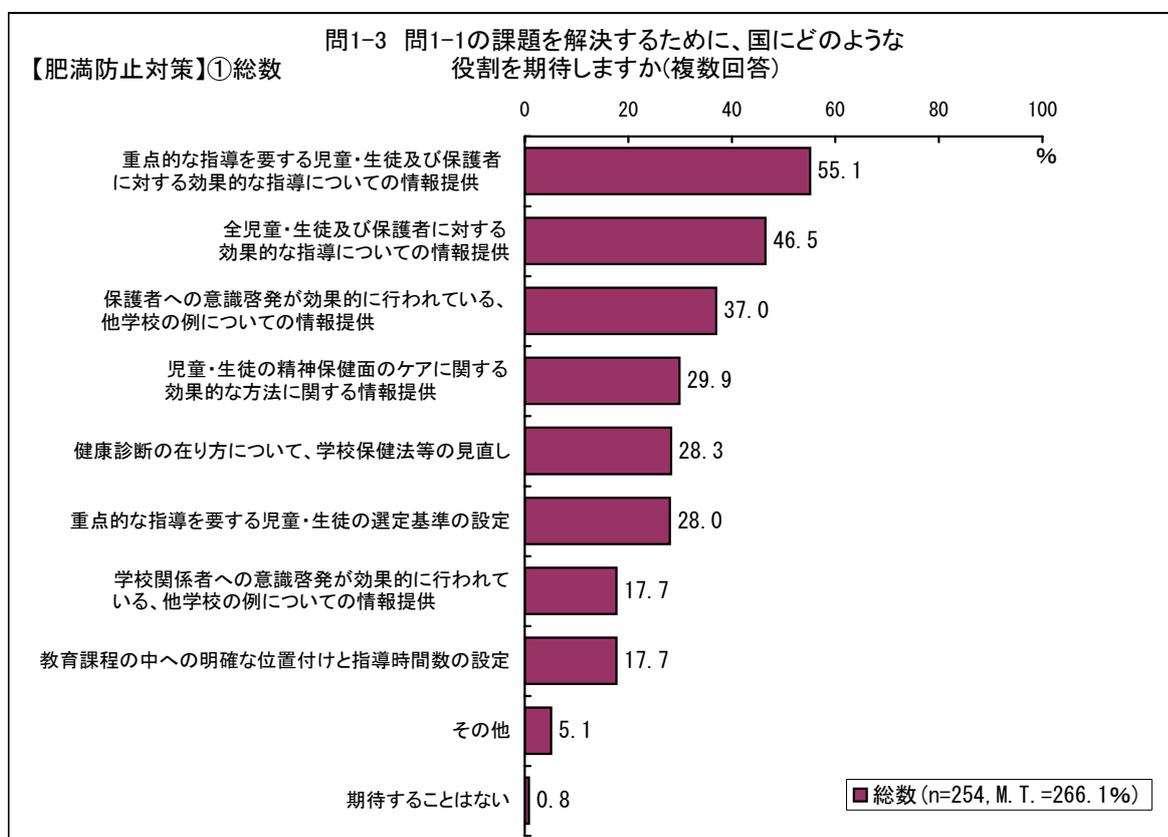


イ 市・学校で児童・生徒の肥満防止対策を行う上での課題解決のために国に期待する役割

① 小中学校・教育委員会総数

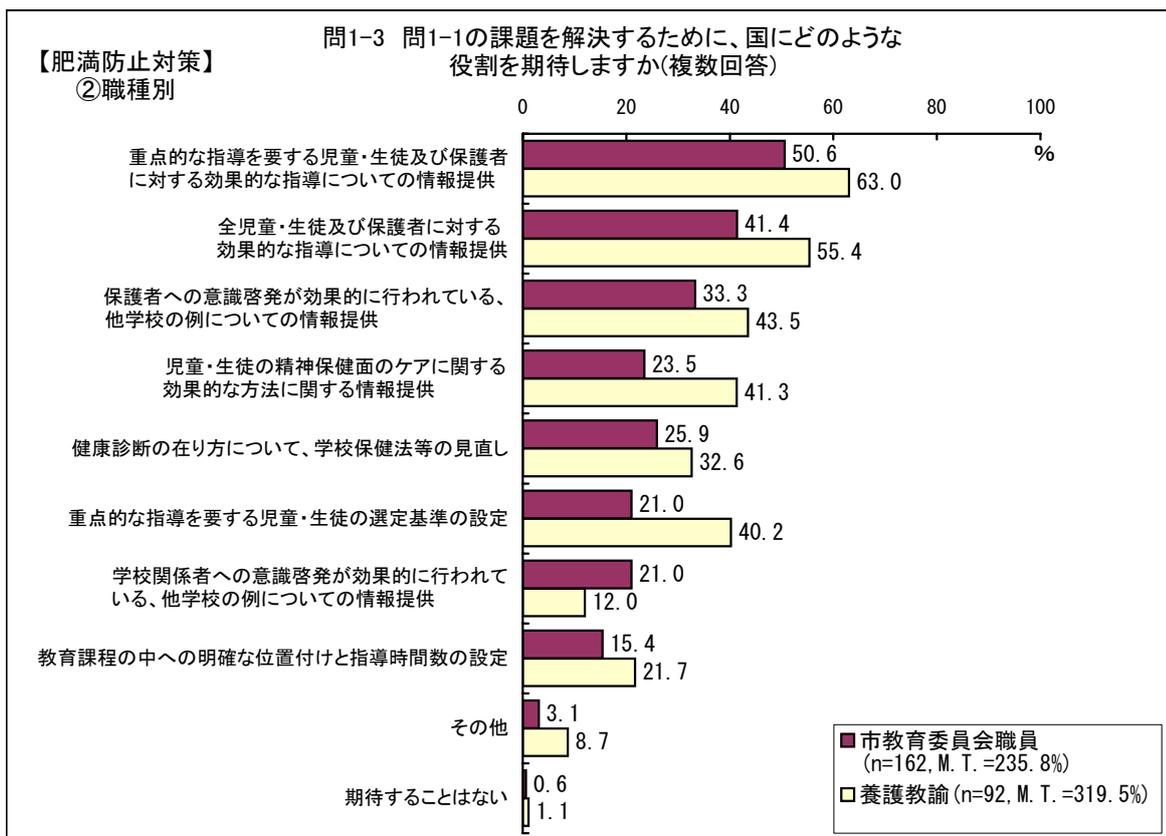
市又は学校で、児童・生徒のための肥満防止対策を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」が55.1%で最も多く、次いで「全児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」46.5%、「保護者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供」37.0%、「児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供」29.9%などとなっている。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「全国共通の肥満傾向を把握できる基準（選定方法）を示してほしい」、「肥満傾向と判断された子供の生活習慣病の有無を診断できる血液検査を公費負担で実施」等の意見が挙げられた。



② 職種別

市又は学校で、児童・生徒のための肥満防止対策を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員、養護教諭ともに「重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」が50.6%及び63.0%で最も多く、次いで「全児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」が41.4%及び55.4%、「保護者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供」が33.3%及び43.5%、「児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供」が23.5%及び41.3%などとなっている。



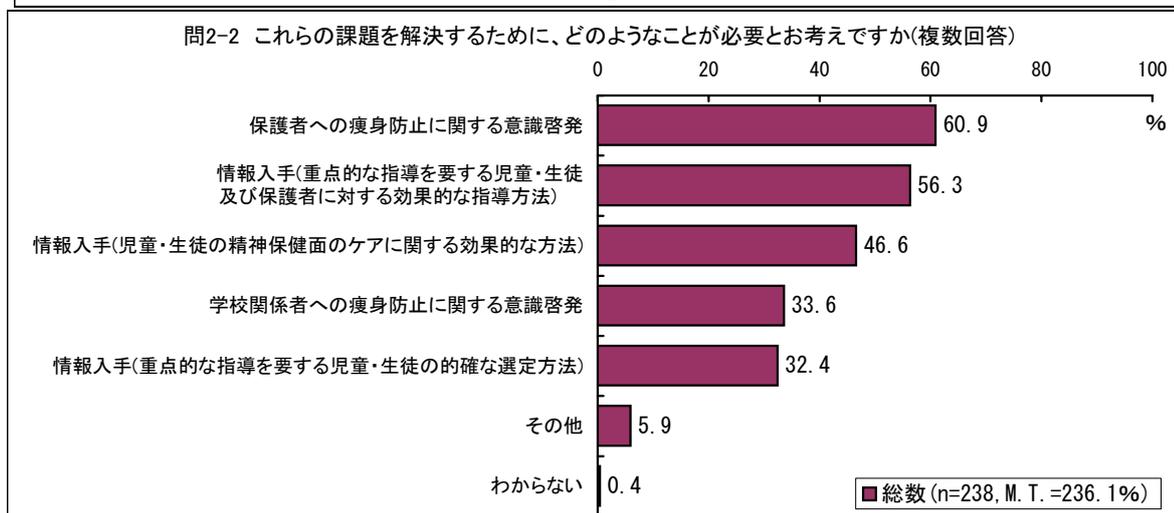
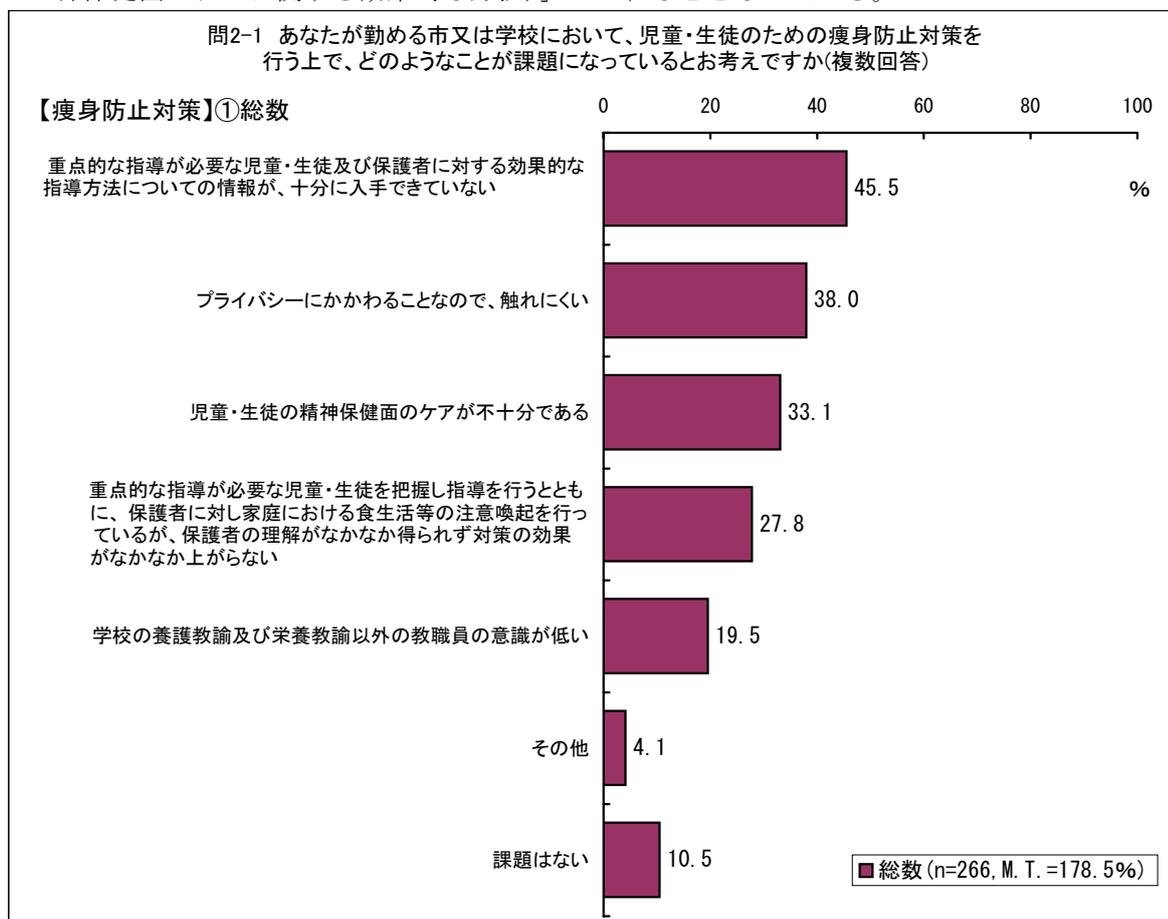
(3) 児童・生徒の健康増進対策の「痩身防止対策」について

ア 市・学校で児童・生徒の痩身防止対策を行う上での課題と課題解決に必要なこと

① 小中学校・教育委員会総数

教育関係者に、勤務する市又は学校において、児童・生徒のための痩身防止対策を行う上での課題を尋ねた結果は、「重点的な指導が必要な児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」が45.5%で最も多く、次いで「プライバシーにかかわることなので、触れにくい」38.0%、「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である」33.1%などとなっている。

課題を挙げた回答者に、課題を解決するために必要なことを尋ねた結果は、「保護者への痩身防止に関する意識啓発」が60.9%で最も多く、次いで「情報入手(重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法)」56.3%、「情報入手(児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法)」46.6%などとなっている。



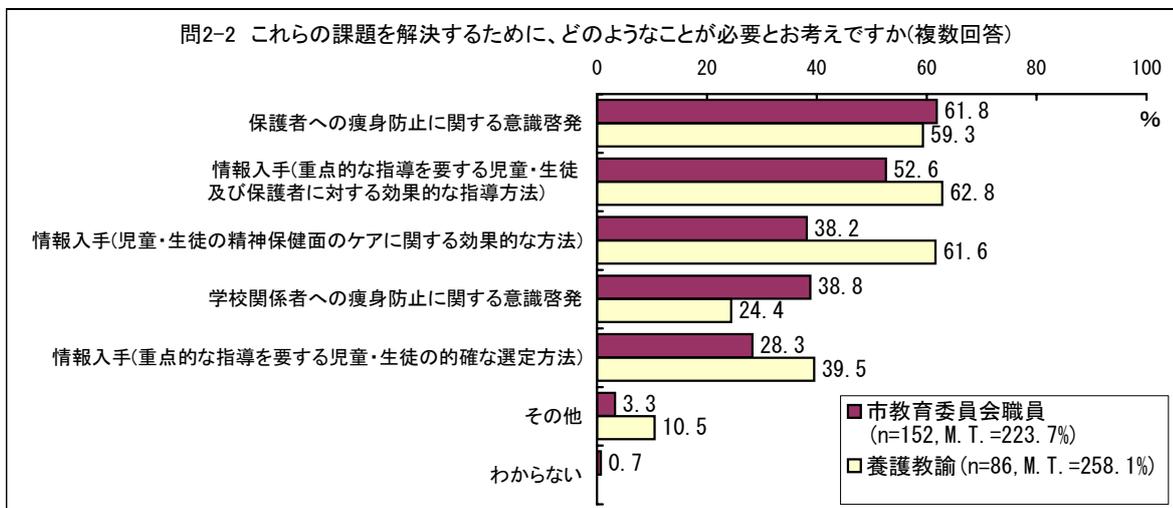
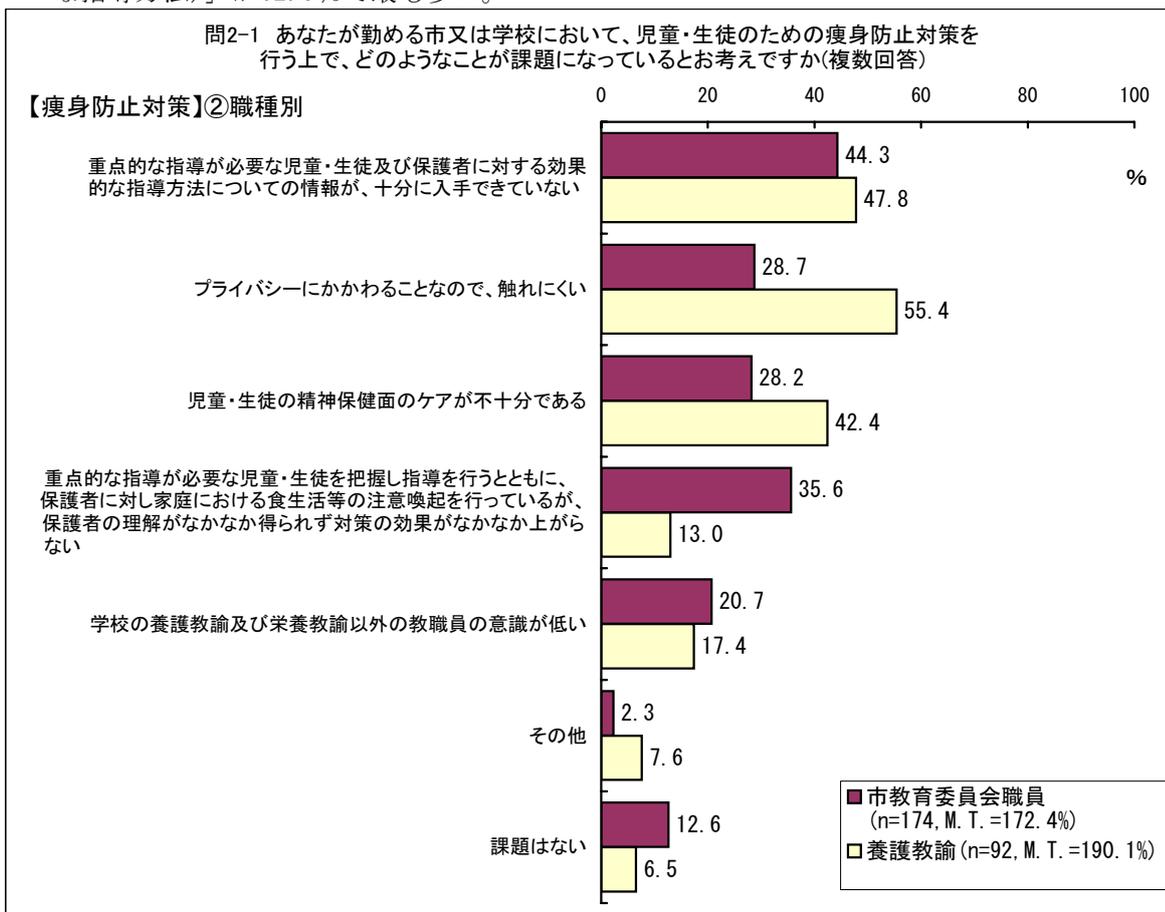
わからない | 0.4

■ 総数 (n=238, M. T. =236.1%)

② 職種別

教育関係者に、児童・生徒のための痩身防止対策を行う上での課題を尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員では「重点的な指導が必要な児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」が44.3%で最も多く、養護教諭では「プライバシーにかかわることなので、触れにくい」が55.4%で最も多い。

課題を挙げた回答者に、課題を解決するために必要なことを尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員では「保護者への痩身防止に関する意識啓発」が61.8%で最も多く、養護教諭では「情報入手(重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法)」が62.8%で最も多い。

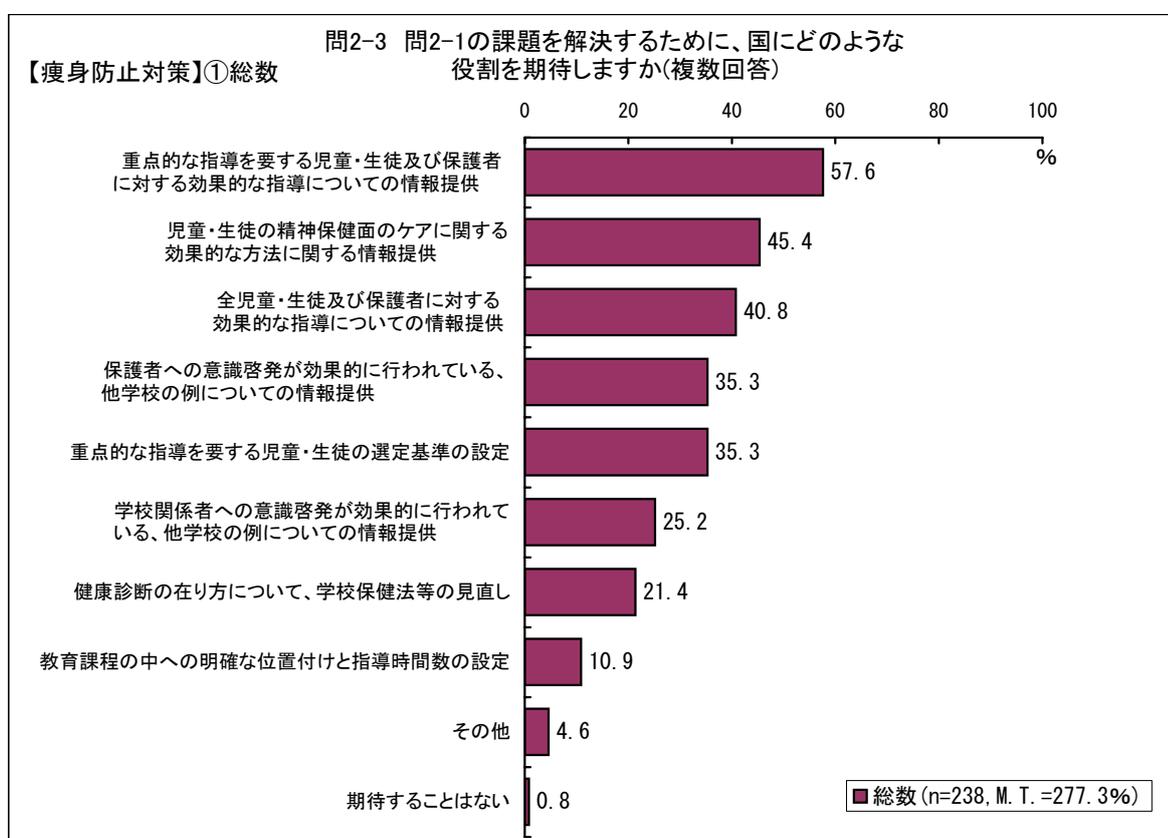


イ 市・学校で児童・生徒の痩身防止対策を行う上での課題解決のために国に期待する役割

① 小中学校・教育委員会総数

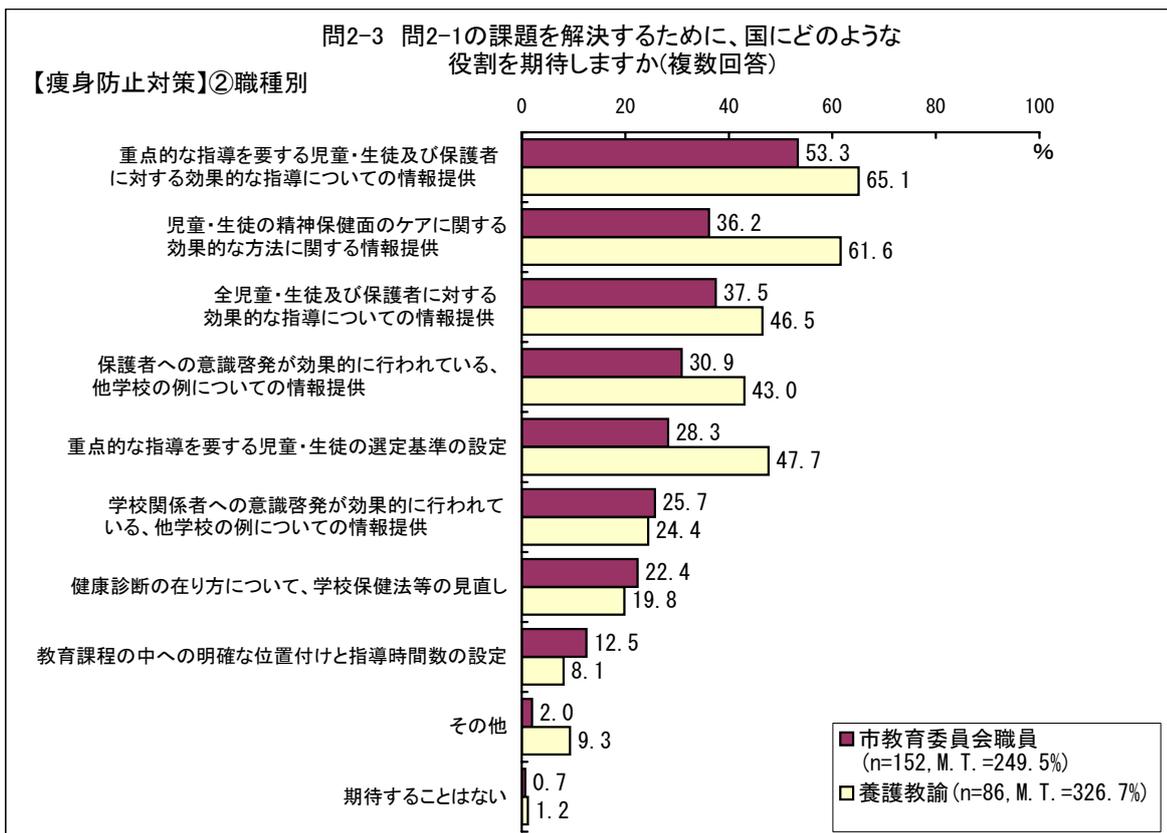
市又は学校で、児童・生徒のための痩身防止対策を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」が57.6%で最も多く、次いで「児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供」45.4%、「全児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」40.8%、「保護者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供」と「重点的な指導を要する児童・生徒の選定基準の設定」がともに35.3%などとなっている。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「摂食障害に対応できる医療機関の充実」等の意見が挙げられた。



② 職種別

市又は学校で、児童・生徒のための痩身防止対策を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員、養護教諭ともに「重点的な指導を要する児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」が53.3%及び65.1%で最も多く、次いで「児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供」が36.2%及び61.6%、「全児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導についての情報提供」が37.5%及び46.5%などとなっている。



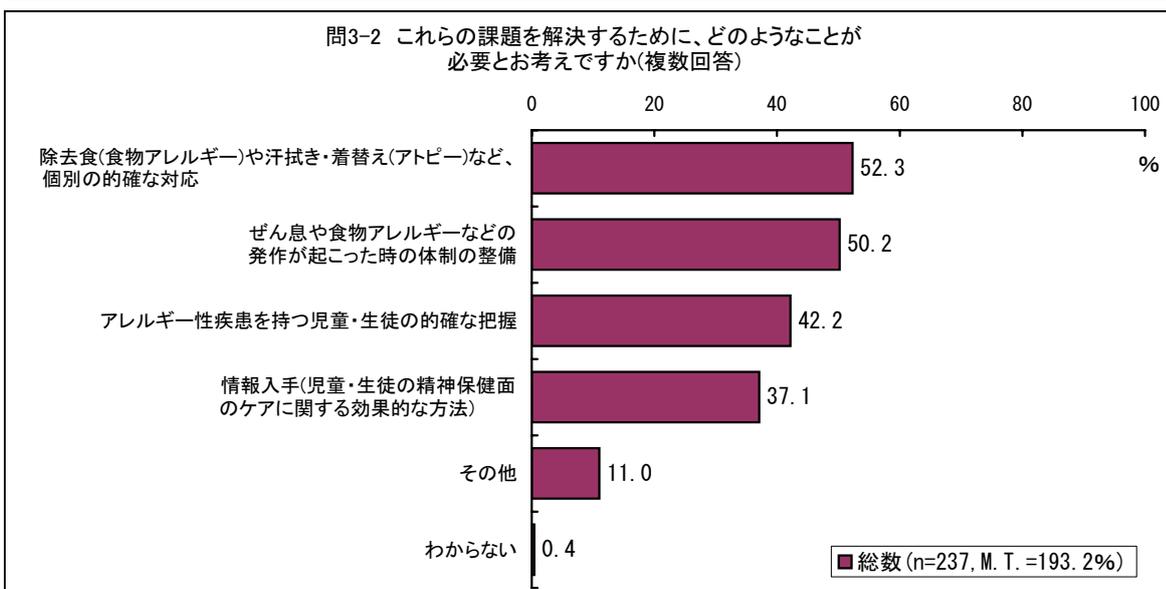
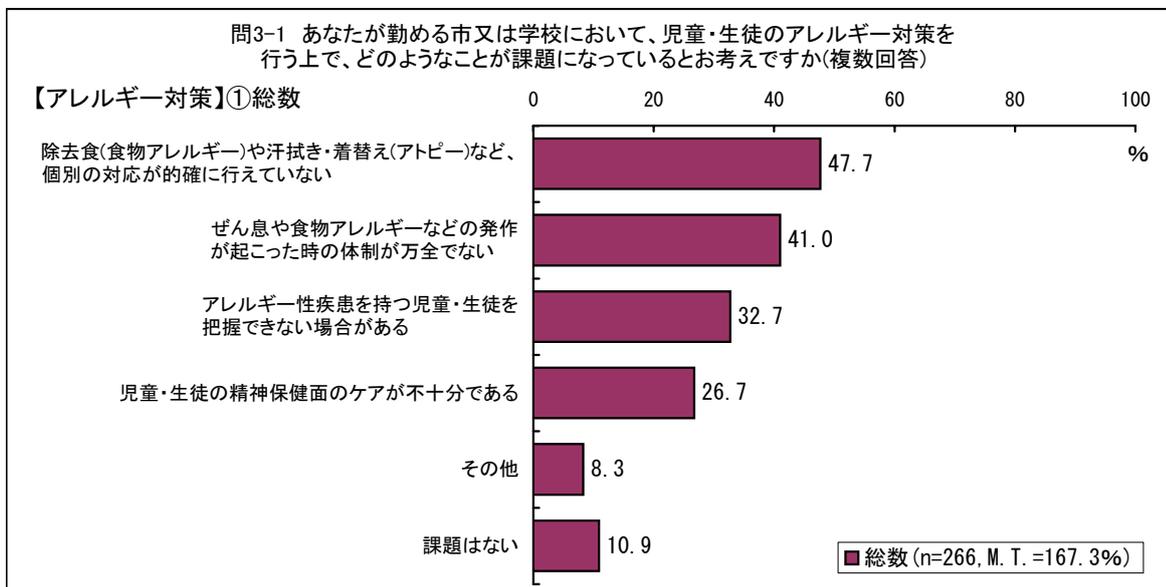
(4) 児童・生徒の健康増進対策の「アレルギー対策」について

ア 市・学校で児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題と課題解決に必要なこと

① 小中学校・教育委員会総数

教育関係者に、勤務する市又は学校において、児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題を尋ねた結果は、「除去食(食物アレルギー)や汗拭き・着替え(アトピー)など、個別の対応が的確に行えていない」が47.7%で最も多く、次いで「ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時の体制が万全でない」41.0%、「アレルギー性疾患を持つ児童・生徒を把握できない場合がある」32.7%、「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である」26.7%などとなっている。

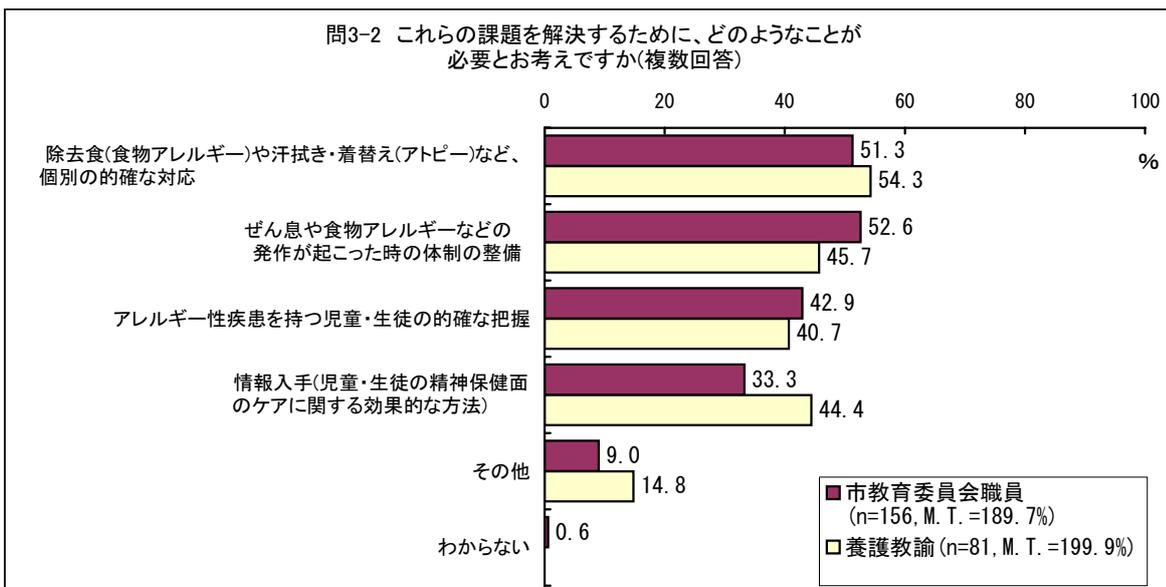
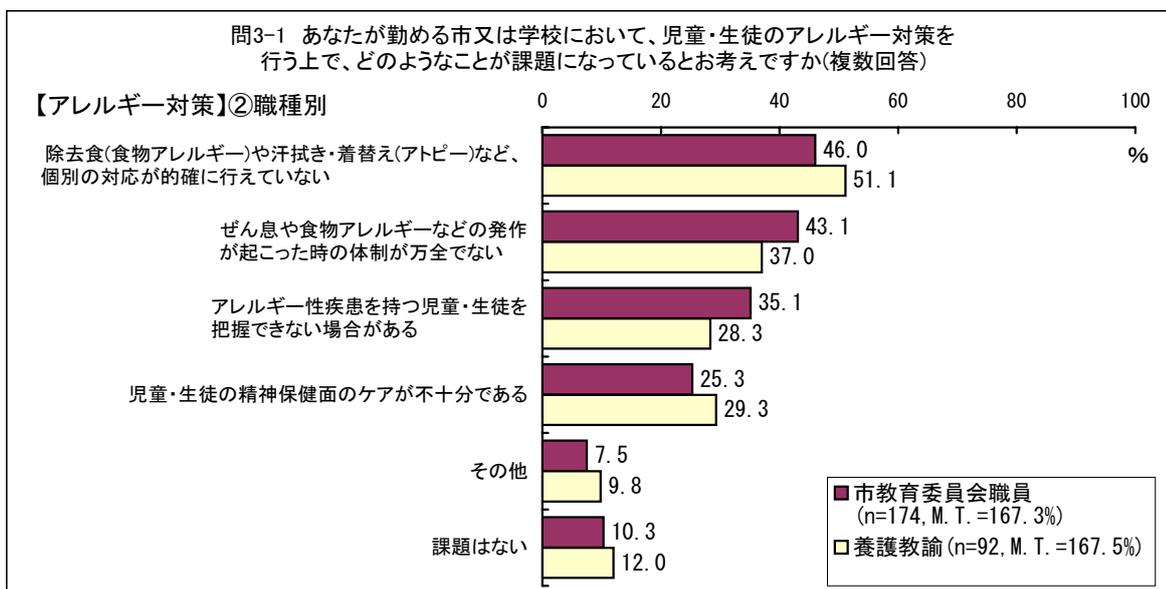
課題を挙げた回答者に、課題を解決するために必要なことを尋ねた結果は、「除去食(食物アレルギー)や汗拭き・着替え(アトピー)など、個別の的確な対応」が52.3%で最も多く、次いで「ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時の体制の整備」50.2%、「アレルギー性疾患を持つ児童・生徒の的確な把握」42.2%などとなっている。



② 職種別

教育関係者に、児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題を尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員、養護教諭ともに「除去食(食物アレルギー)や汗拭き・着替え(アトピー)など、個別の対応が的確に行えていない」が46.0%及び51.1%で最も多く、次いで「ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時の体制が万全でない」が43.1%及び37.0%、「アレルギー性疾患を持つ児童・生徒を把握できない場合がある」が35.1%及び28.3%などとなっている。

課題を挙げた回答者に、課題を解決するために必要なことを尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員では「ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時の体制の整備」が52.6%で最も多く、養護教諭では「除去食(食物アレルギー)や汗拭き・着替え(アトピー)など、個別の的確な対応」が54.3%で最も多い。

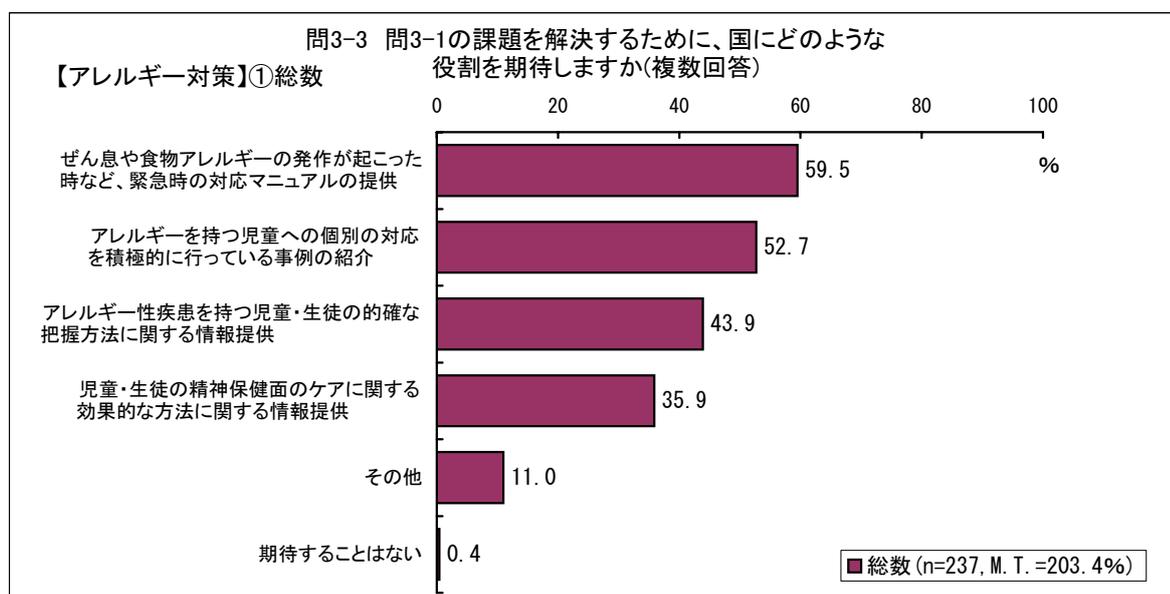


イ 市・学校で児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題解決のために国に期待する役割

① 小中学校・教育委員会総数

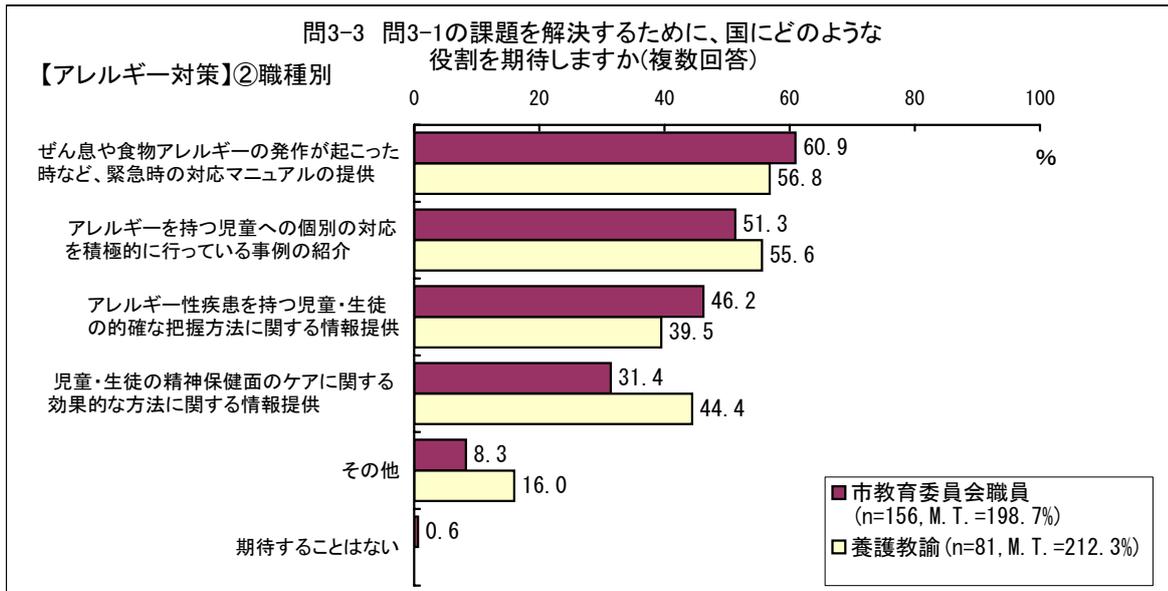
市又は学校で、児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「ぜん息や食物アレルギーの発作が起こった時など、緊急時の対応マニュアルの提供」が59.5%で最も多く、次いで「アレルギーを持つ児童への個別の対応を積極的に行っている事例の紹介」52.7%、「アレルギー性疾患を持つ児童・生徒の的確な把握方法に関する情報提供」43.9%、「児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供」35.9%などとなっている。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「養護教諭や栄養士の適正配置」、「アレルギーの原因究明と対策」等の意見が挙げられた。



② 職種別

市又は学校で、児童・生徒のアレルギー対策を行う上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果を職種別にみると、市の教育委員会職員、養護教諭ともに「ぜん息や食物アレルギーの発作が起こった時など、緊急時の対応マニュアルの提供」が60.9%及び56.8%で最も多く、次いで「アレルギーを持つ児童への個別の対応を積極的に行っている事例の紹介」が51.3%及び55.6%、「アレルギー性疾患を持つ児童・生徒の的確な把握方法に関する情報提供」が46.2%及び39.5%などとなっている。



(5) 児童・生徒の健康増進対策全般についての意見

教育関係者に、小中学校における児童・生徒の健康増進対策全般について具体的な意見を求めた結果、以下のような意見が挙げられた（抜粋）。

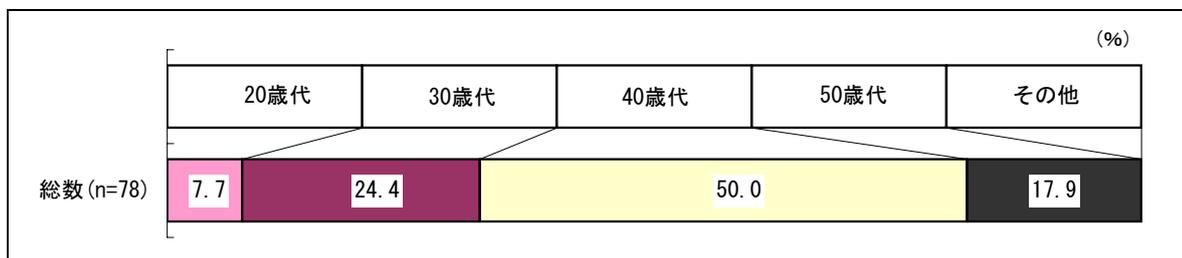
- ・ 健康問題は保護者の家庭での指導が大きなウェイトを占めているので、学校と家庭が連携して相乗効果を上げていく必要がある。
- ・ 肥満・痩身・う歯・視力低下など様々な健康問題は生活習慣が関係していると思います。基本的な生活習慣の確立が健康増進につながるのではないのでしょうか。子供だけではなく、保護者も含めた啓発活動が必要だと思っています。
- ・ 精神面のケアが必要な児童（不登校、保健室登校、軽度発達障害、不定愁訴等）が年々増加傾向にあります。児童相談所や発達相談センターでも多くの事例を抱え、対応に追われていると聞いています。小児精神科医や臨床心理士等の専門家の育成、増員をお願いしたい。また教育委員会、専門機関、現場が1つのサポートチームを作り、問題に対応できれば良いと思う。
- ・ タバコ、アルコールを含め広範な薬物乱用の防止に関する取組、指導等、実例を取り上げた実践集等の作成による周知を望む。精神保健面で、スクールカウンセラー（SC）の駐在もしくは教育相談活動の充実を図ること。（SCと保健室との連携等）
- ・ 今までよりは健康志向の風潮が高まり、国民全体の意識は高まりつつある。児童の健康問題についても保護者の関心も高まり、う歯率の低下、アトピー、ぜん息等も入学までに治療が進んでいる児童が多くなってきている。しかし意識の格差が広がっていて、医療機関にかからない子供もいる（親の仕事時間が忙しい等の理由もある）。
- ・ 現行の教育課程の中で、効果的に健康増進対策を行おうとしても、時間の確保がまず困難であるという現実があります。最も大切で基本的な部分である健康に生きるための指導が後回しにされている現実是否定できません。義務教育の中で健康に生きるための指導を何とか少しでも行っていきたいと焦っています。
- ・ 肥満・痩身・アレルギーを含めて、食育が大切になってくるとされる。その際は、保護者の理解と協力が不可欠になると思うので、保護者向けの啓発事業が必要であると考えます。
- ・ 内科健診時、事前問診で肥満、やせ、アレルギー等の把握と、相談申込みなどの工夫をしていきたい。保健調査票の内容に肥満、やせの項目を追加することで保護者の問題意識が出てくるとよい。
- ・ 確かに肥満も瘦もアレルギーも重要な問題ですが、基本は学校と保護者が子供のためにどう良好な関係を保てるかということだと思っております。今、児童・生徒の心身の健康を考えるのなら、親の意識を変えていかなければ解決にはならない…と、日々思っています。今の親をつくったのは日本の教育です。親を育ててください。このままでは日本の未来はなくなります。
- ・ 現在、学校保健法などで定められている健康診断結果から把握できる健康管理や保健指導だけでなく、様々な角度から生徒の心身の健康状態を把握し、健康の保持増進に努める工夫が求められているように感じます。
- ・ 学校現場が多忙な状況にある中、課題が山積みになっています。一般的なマニュアルがあるだけでも対処時間の短縮につながると思います。テレビ番組（ニュース、バラエティ情報番組）で取り上げもらうよう積極的な働きかけをしてはどうでしょうか。
- ・ 養護教諭の複数配置を進めてほしい。特に、中学生は心の相談、不登校生徒への声かけなど、担任がやれない部分の仕事が多くあります。そのためには養護教諭の複数配置を行い、一人の養教ではできないことを可能にできるよう、国レベルの改正をお願いしたい。
- ・ 従来からある健康問題に加え、新しいアレルギー・性・薬物・心・不登校等、学校には多くの課題への対応が求められている。学校での対応が一番手取り早く有効であることは確かだが、家庭や社会を巻き込まないと改善できない問題ばかりで学校も苦しい。対応する時間・場は限られている。社会全体の取組がなければ、大きな改善は期待できないのではないかと。
- ・ 文部科学省と厚生労働省の効果的な連携が必要。健康増進対策には、保護者をはじめ大人向けの啓発が何より重要と切実に考えています。例えば、禁煙対策は行政が率先して行いたい。たばこの自動販売機設置をやめるとか…。子どもたちは、体によくないたばこをなぜ売っているのか、なぜ大人は吸うのかという疑問をもっています。
- ・ 以前、中学生が自宅から持ってきた弁当でアナフィラキシーショックを起こしたことがありました。経験の豊富な養護教諭の素早い判断で救急車を呼び無事回復しましたが、保護者でさえ認識していない食物アレルギーを起こしたとき、学校がそれを見極めて対応できるようになるには、マニュアルのみでは不十分ではないかと思いました。判断力を養うには、現場での経験が必要だと思えます。

- ・ 子供たちの健康は、小さい頃からの家庭教育（しつけ）が大きく影響している。今こそ家庭教育力をつけるため、国をあげて策を講じてほしい。
- ・ それぞれの学校の健康課題もありすべてを十分にすることは不可能ですが、肥満・痩身・アレルギー対策それぞれに、どの学校でもここまではこの様に実施するというマニュアルは必要だと思います。
- ・ 肥満やアレルギー等も問題ですが、保健室で長く勤務しているとそれら以上に「心の健康問題」の事例の多さを感じます。
- ・ 学校保健法の見直し（生活習慣病の予防について立法化していただきたい。）、そして、そのことに対する予算補助を願いたい。地方都市においては、財政状況が大変厳しく手が回らない。学校給食における除去食も同様である。限られた人手ではおのずと限界がある。しかし現場への保護者のニーズは大変高いものがある。
- ・ 個別指導するとして、呼ばれる方に嫌な気持ちが生じず、又、特別視されずに、校内で本人以外も参加できる持久運動の時間をとるのは、時間的に不可能になっていると思います。食事だけの指導では、筋肉や骨を十分に成長させることができないと私は考えます。現在の日本人全体に運動することが足りないのですが、肥満の子についても他の子についても、そういう運動する時間を教育課程の中に作っていく時代が来たように思います（健康増進の時間（知識、運動の時間））。
- ・ 医療機関や相談機関への相談・受診を勧めることが多く、その結果報告を学校へ提出してもらおうことが多い。その報告書等にかかる文書料や手数料の無料化を国として行ってほしい。状態が変化すれば、その都度、提出してもらう必要があるが、文書料、手数料がかかるため、専門機関へ行かないという場合もある。
- ・ 心身の健康問題については、年々課題が増加するばかりで学校教育の現場では医療的健康増進面に介入することはたいへん難しい。他機関との共同による健康増進対策が必要と強く感じます。
- ・ プライバシーといわれる部分が多いため、また肥満度だけで受診を指示するには家庭の負担もあり消極的になりやすい。データを伴った信頼度の高いところで説得や受診指示を行えることが望まれる。
- ・ 幼児期から保・幼、小、中、高くらいまでの子供について、一貫した健康手帳のようなものがあればと思います。母子手帳から引き継いで、健康状況が把握できるのではと思います。プライバシー、デリケートな心、価値感の違いなど、深く掘り下げた指導が難しい現状です。せめて保健の授業や副読本「わたしたちのけんこう」をきちんとしてほしいと思っていますが、多忙な現場ではさっと通りすぎることで終わっている。
- ・ 子供の発達、発育等は数値だけで決定することができないことは十分理解しているのですが、現状では心の状況や環境を考慮するのが後回しになってしまいます。心身の健康増進を図る上で系統だって実施、把握、指導でき、生涯にわたって活用できるものがあればと思います。
- ・ 様々な価値・情報氾濫の中で、子供を育てる難しさに悩める保護者はたくさんいます。昔のように多世代で暮らす家庭も少なくなりました。保護者も極端から極端へと幅があり、子育てに何が大事なのか、何が基本なのかが分からなくなっているように思います。「ゆとりのある子育て」ができるよう、相談機関などの充実を望みます。
- ・ 少子化対策の一環として考え、きちんと保護者が子供たちへのケアができるように援助してほしい。各家庭の意識の格差もあるが、収入の格差もあると思う。また保護者への啓発として、政府広報等で小児生活習慣病の怖さについて訴えていくべきだと思う。
- ・ 健康増進を図るには保護者の意識向上と協力が必要だが、家庭の状況も様々で画一化した指導はできない。マニュアルを作るのではなく、個々人に応じた柔軟な指導方法を推進していくべきだと思う。
- ・ 今は親が生活するのに精一杯で子供に構う余裕がなかったり、親自身の生活態度を改める必要がある場合が多くなっているため、学校や市教委が子供に一生懸命になるだけでは効果は期待できないと思う。親を巻き込んで指導できる体制づくりが重要だと思う。
- ・ 家庭・地域社会・学校が連携して取り組めるような対策が、一人ひとりの意識の向上や健康増進の実践につながるのではないと思う。
- ・ 学校における児童生徒の心身の健康管理において、カウンセラー、看護実務（救急対策）など、養護教諭の果たす役割は年々重要性を増しており、教諭資格の心理学、看護学等の強化を図り、同時に市町村教育委員会に心理士や保健師など専門職の派遣など指導体制や実務行動が可能な体制をとる必要がある、かかる人材の養成、配置など積極的な国の関与を求める。
- ・ 食物があふれている状況で、何が安全で安心なものなのかという基準を子供達に伝えるような食育や、無理なダイエット（成長期のダイエット）で来自分の体にどんな影響があるか、具体的に学習できる時間が取れるような教育を指導してほしい。
- ・ 精神面のケアを必要とする児童生徒が増えているが、小児専門の医療機関が少ない。小児専門の医療内科及び小児精神科の医師の充実を希望します。

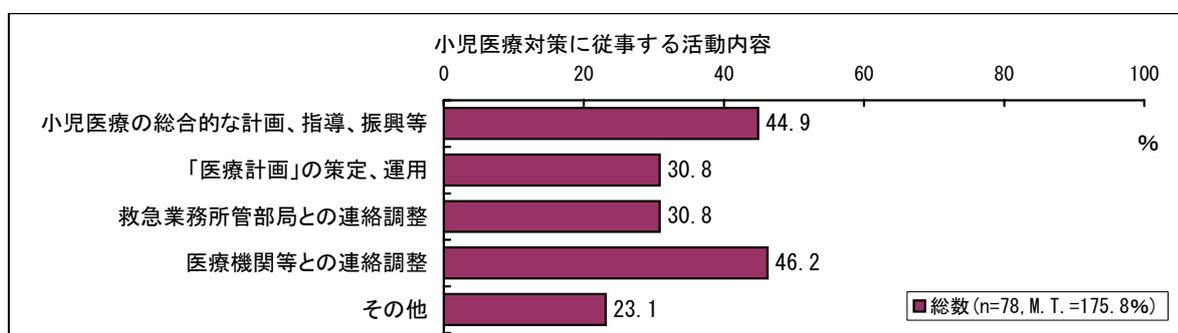
「C. 都道府県調査」

(1) 回答者の属性

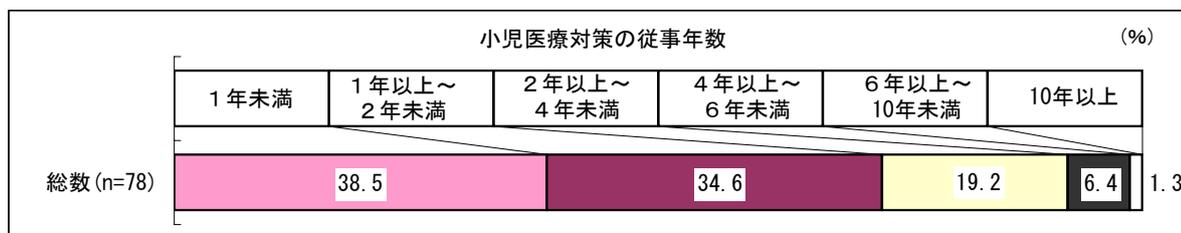
ア 年齢



イ 小児医療対策に従事する活動内容



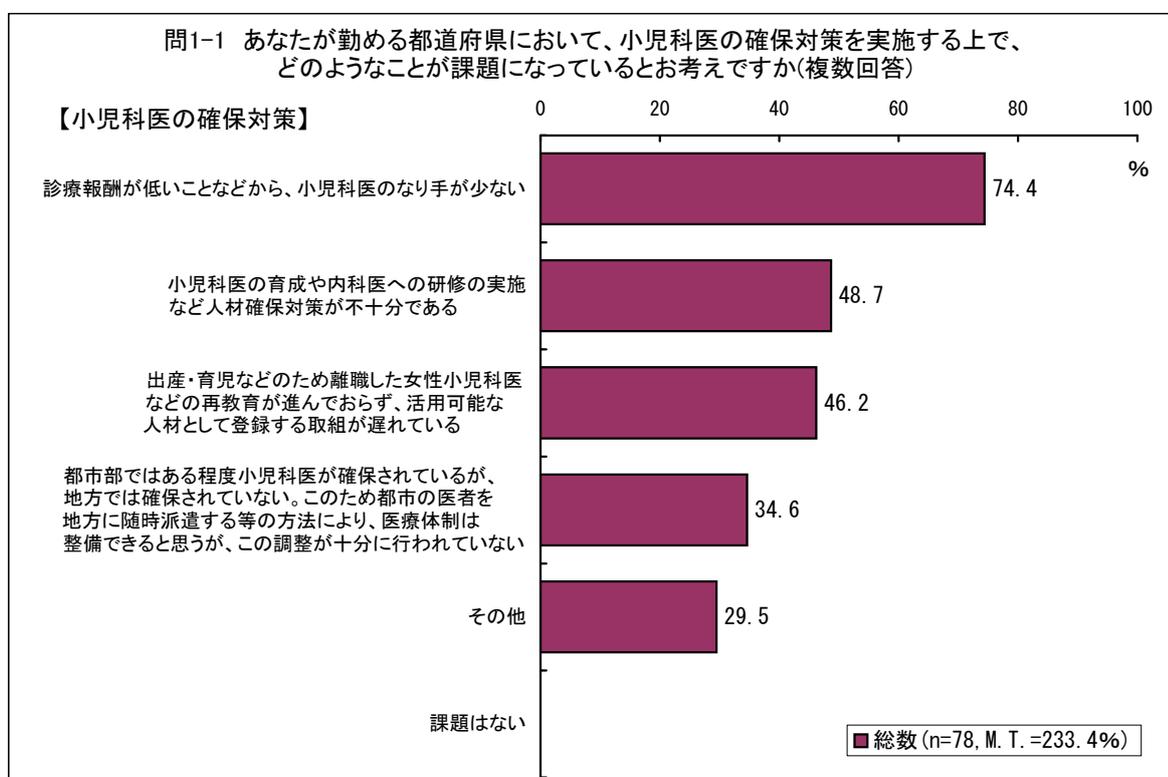
ウ 小児医療対策の従事年数



(2) 小児医療対策の「小児科医の確保対策」について

ア 都道府県で小児科医の確保対策を行う上での課題

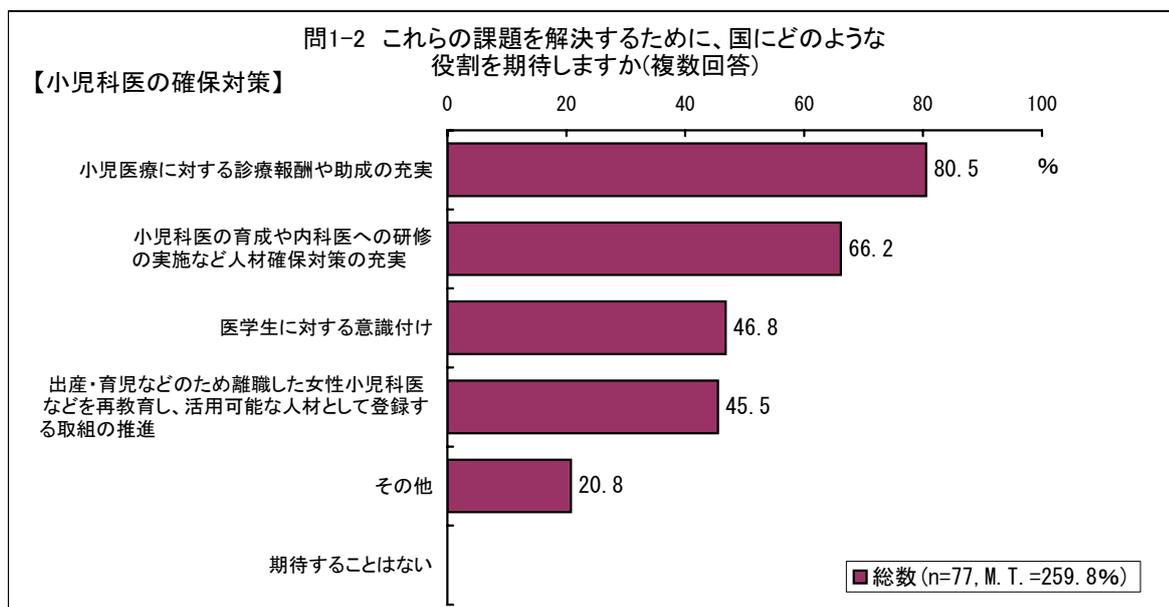
都道府県の小児医療対策担当者に、勤務する都道府県において、小児科医の確保対策を実施する上での課題を尋ねた結果は、「診療報酬が低いことなどから、小児科医のなり手が少ない」が74.4%で最も多く、次いで「小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策が不十分である」48.7%、「出産・育児などのため離職した女性小児科医などの再教育が進んでおらず、活用可能な人材として登録する取組が遅れている」46.2%、「都市部ではある程度小児科医が確保されているが、地方では確保されていない。このため都市の医者を地方に随時派遣する等の方法により、医療体制は整備できると思うが、この調整が十分に行われていない」34.6%、「その他」29.5%となっている。「その他」の具体的内容では、「救急患者の増加により病院小児科医の負担が増大し、病院勤務医の離職が進んでいる」等が挙げられている。



イ 都道府県で小児科医の確保対策を行う上での課題解決のために国に期待する役割

都道府県で、小児科医の確保対策を実施する上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「小児医療に対する診療報酬や助成の充実」が80.5%で最も多く、次いで「小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策の充実」66.2%、「医学生に対する意識付け」46.8%、「出産・育児などのため離職した女性小児科医などを再教育し、活用可能な人材として登録する取組の推進」45.5%などとなっている。

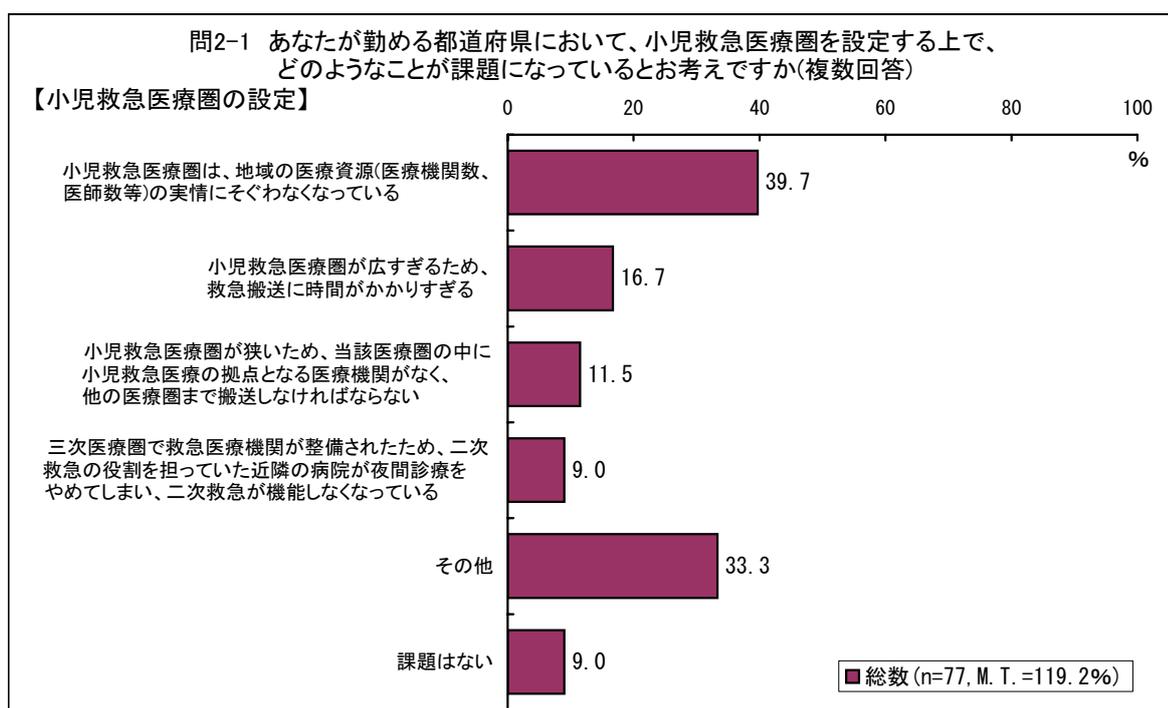
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「医師配置について都道府県が計画的に実施できるよう、明確な制度の創設」、「医師の制度として小児科への従事を義務化するなど、システムとしての医師確保策を構築すべき」等の意見が挙げられた。



(3) 小児医療対策の「小児救急医療圏の設定」について

ア 都道府県で小児救急医療圏を設定する上での課題

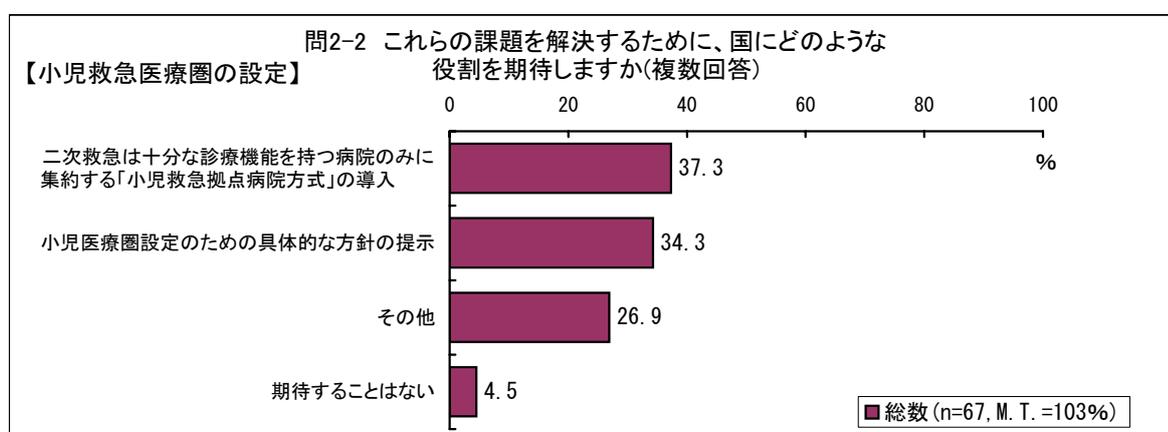
都道府県の小児医療対策担当者に、勤務する都道府県において、小児救急医療圏を設定する上での課題を尋ねた結果は、「小児救急医療圏は、地域の医療資源(医療機関数、医師数等)の実情にそぐわなくなっている」が39.7%で最も多く、次いで「その他」33.3%、「小児救急医療圏が広すぎるため、救急搬送に時間がかかりすぎる」16.7%、「小児救急医療圏が狭いため、当該医療圏の中に小児救急医療の拠点となる医療機関がなく、他の医療圏まで搬送しなければならない」11.5%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「医療機関が少なすぎる」、「二次救急を1病院で担っている圏域もある」等が挙げられている。



イ 都道府県で小児救急医療圏を設定する上での課題解決のために国に期待する役割

都道府県で、小児医療救急圏を設定する上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「二次救急は十分な診療機能を持つ病院のみに集約する『小児救急拠点病院方式』の導入」が37.3%で最も多く、次いで「小児医療圏設定のための具体的な方針の提示」34.3%、「その他」26.9%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「診療報酬や助成の充実」、「小児科医の絶対数の確保」等が挙げられている。

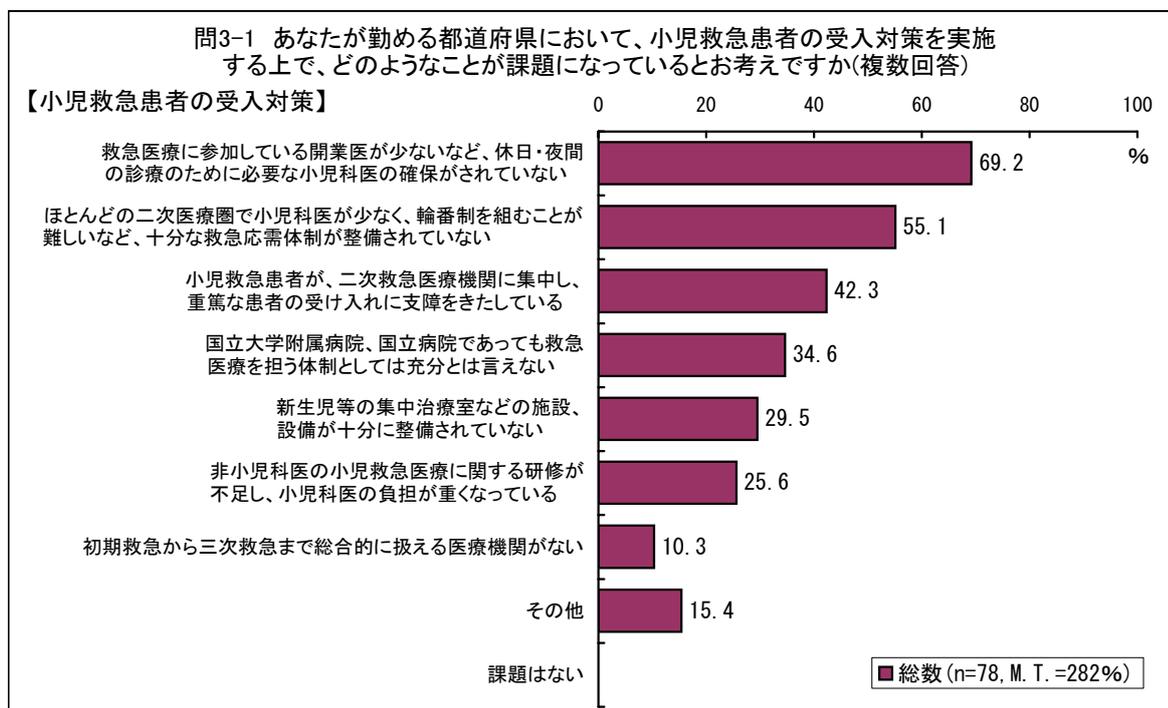
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「小児救急は特に地域の実情に応じた体制整備が重要であり、1つの手法で全国のすべての地域が整備できるわけではないことを理解し柔軟な仕組みづくりをするべき」、「二次、三次よりも患者が圧倒的に多い初期救急対策を講ずるべき」等の意見が挙げられた。



(4) 小児医療対策の「小児救急患者の受入対策」について

ア 都道府県で小児救急患者の受入対策を実施する上での課題

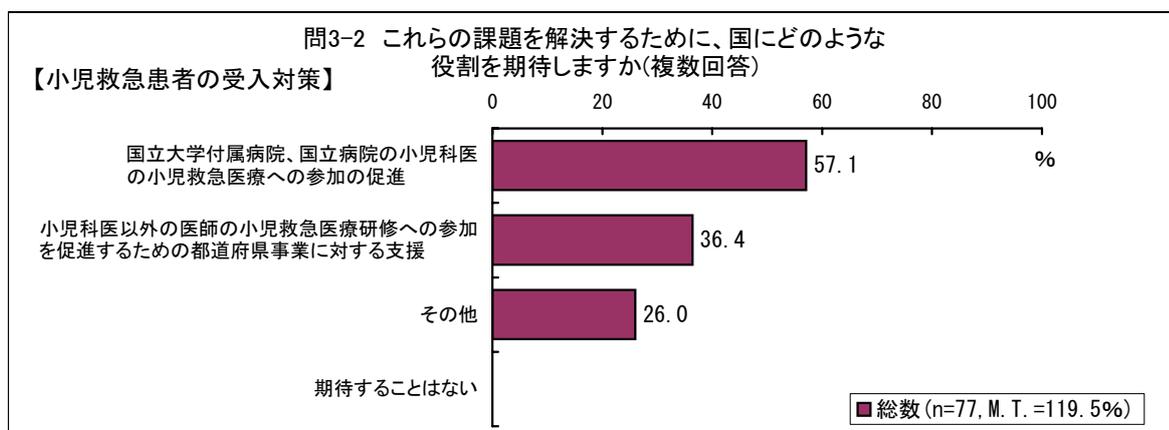
都道府県の小児医療対策担当者に、勤務する都道府県において、小児救急患者の受入対策を実施する上での課題を尋ねた結果は、「救急医療に参加している開業医が少ないなど、休日・夜間の診療のために必要な小児科医の確保がされていない」が69.2%で最も多く、次いで「ほとんどの二次医療圏で小児科医が少なく、輪番制を組むことが難しいなど、十分な救急応需体制が整備されていない」55.1%、「小児救急患者が、二次救急医療機関に集中し、重篤な患者の受け入れに支障をきたしている」42.3%、「国立大学附属病院、国立病院であっても救急医療を担う体制としては充分とは言えない」34.6%、「新生児等の集中治療室などの施設、設備が十分に整備されていない」29.5%などとなっている。



イ 都道府県で小児救急患者の受入対策を実施する上での課題解決のために国に期待する役割

都道府県で、小児救急患者の受入対策を実施する上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「国立大学付属病院、国立病院の小児科医の小児救急医療への参加の促進」が57.1%で最も多く、次いで「小児科医以外の医師の小児救急医療研修への参加を促進するための都道府県事業に対する支援」36.4%、「その他」26.0%となっている。「その他」の具体的内容では、「病院勤務医と開業医の格差をなくすための方策」等が挙げられている。

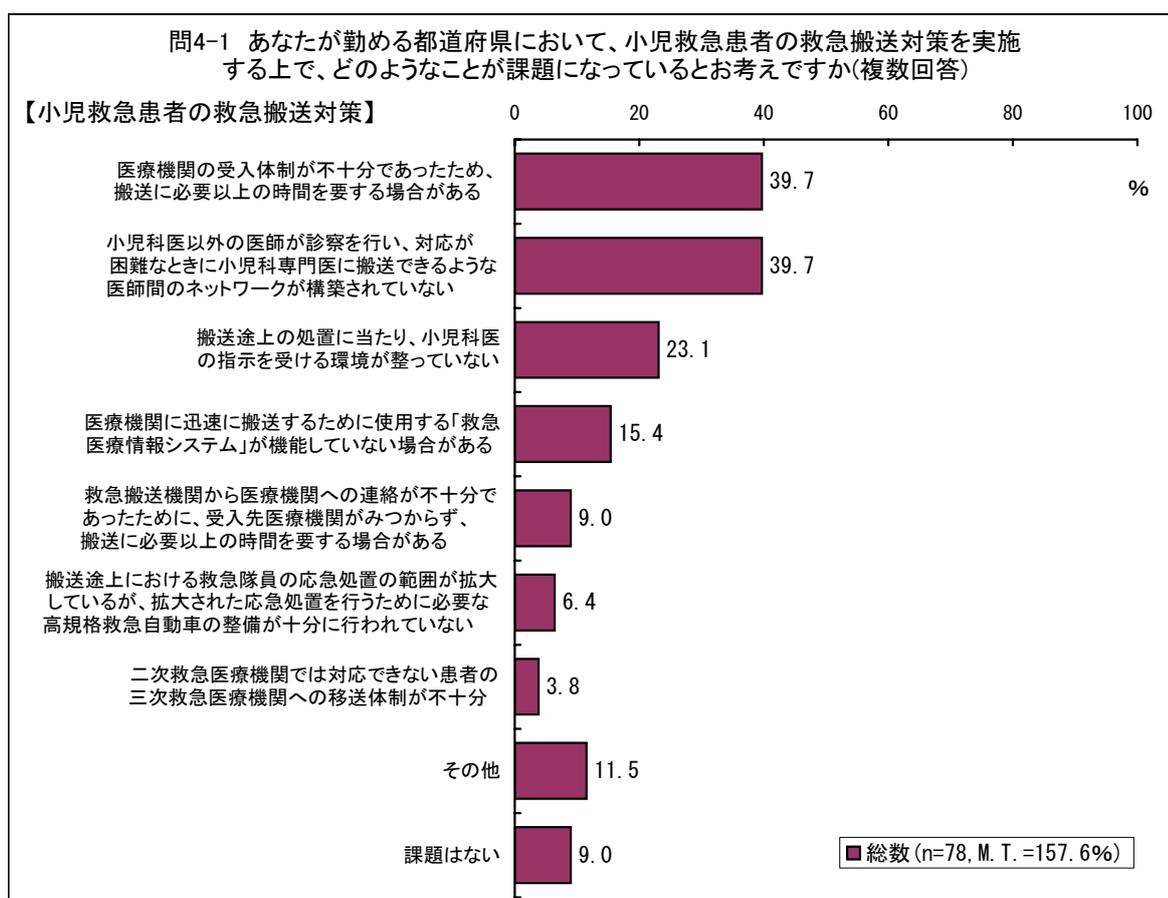
国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「病院は二次、三次に集中できるよう、一次の休日夜間応急診療所の整備、充実の支援」、「開業医へのインセンティブ」等の意見が挙げられた。



(5) 小児医療対策の「小児救急患者の救急搬送対策」について

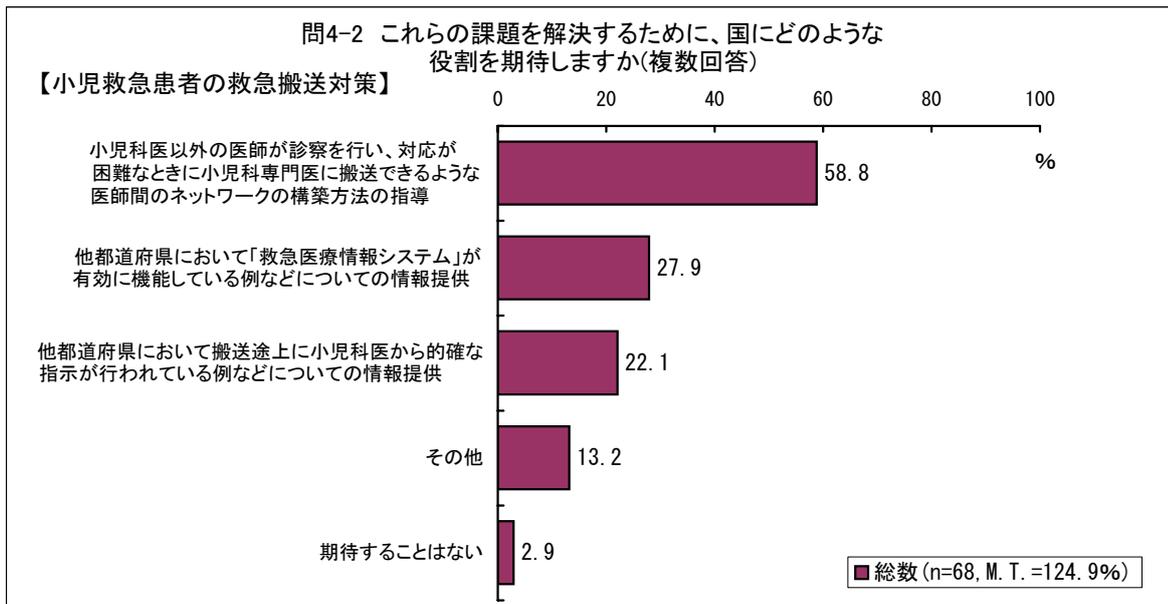
ア 都道府県で小児救急患者の救急搬送対策を実施する上での課題

都道府県の小児医療対策担当者に、勤務する都道府県において、小児救急患者の救急搬送対策を実施する上での課題を尋ねた結果は、「医療機関の受入体制が不十分であったため、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある」と「小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークが構築されていない」がともに39.7%で最も多く、次いで「搬送途上の処置に当たり、小児科医の指示を受ける環境が整っていない」23.1%、「医療機関に迅速に搬送するために使用する『救急医療情報システム』が機能していない場合がある」15.4%などとなっている。



イ 都道府県で小児救急患者の救急搬送対策を実施する上での課題解決のために国に期待する役割

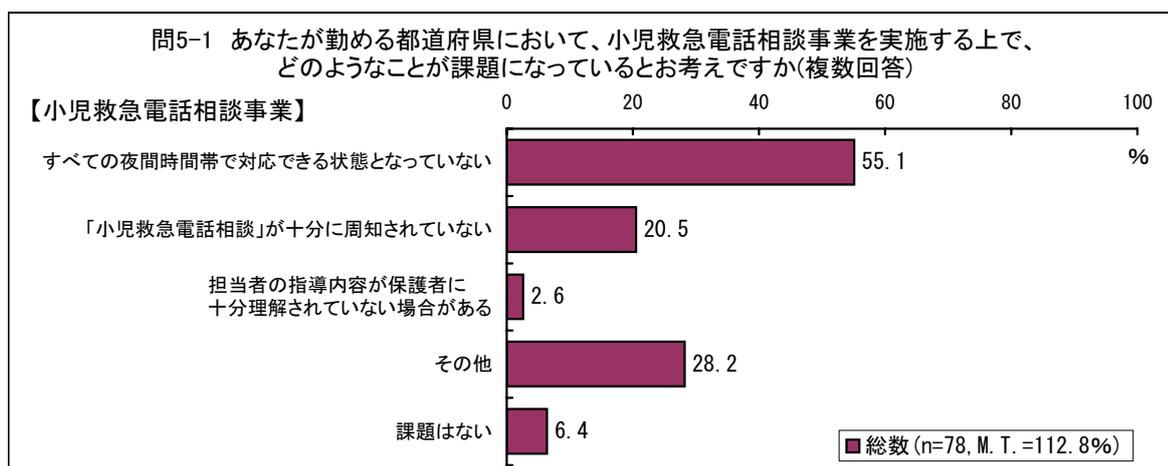
都道府県で、小児救急患者の救急搬送対策を実施する上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークの構築方法の指導」が58.8%で最も多く、次いで「他都道府県において『救急医療情報システム』が有効に機能している例などについての情報提供」27.9%、「他都道府県において搬送途上に小児科医からの確な指示が行われている例などについての情報提供」22.1%などとなっている。



(6) 小児医療対策の「小児救急電話相談事業」について

ア 都道府県で小児救急電話相談事業を実施する上での課題

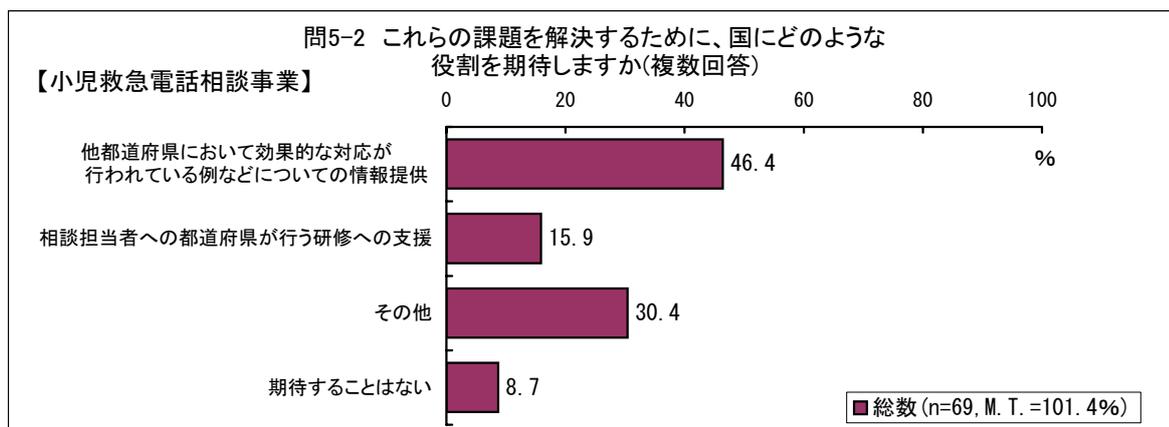
都道府県の小児医療対策担当者に、勤務する都道府県において、小児救急電話相談事業を実施する上での課題を尋ねた結果は、「すべての夜間時間帯で対応できる状態となっていない」が55.1%で最も多く、次いで「その他」28.2%、「『小児救急電話相談』が十分に周知されていない」20.5%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「相談員の確保」等が挙げられている。



イ 都道府県で小児救急電話相談事業を実施する上での課題解決のために国に期待する役割

都道府県で、小児救急電話相談事業を実施する上での課題を挙げた回答者に、課題を解決するために国にどのような役割を期待するか尋ねた結果は、「他都道府県において効果的な対応が行われている例などについての情報提供」が46.4%で最も多く、次いで「その他」30.4%、「相談担当者への都道府県が行う研修への支援」15.9%などとなっている。「その他」の具体的内容では、「スタッフの報酬や運営費用の全面的支援」等が挙げられている。

国に期待する役割について、具体的な意見を求めると、「全国1つの相談窓口での実施の検討」等の意見が挙げられた。



(7) 小児医療対策全般についての意見

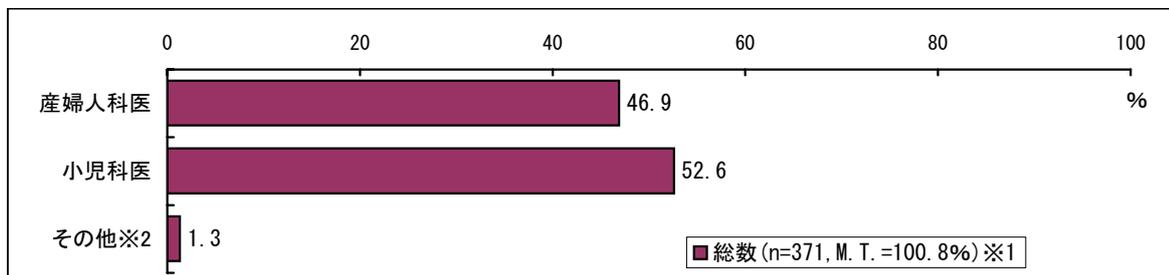
都道府県の小児医療対策担当者に、小児医療対策全般について具体的な意見を求めた結果、以下のような意見が挙げられた（抜粋）。

- ・ 小児科医師の不足などは地方公共団体が解決できる問題ではない。国の対策として医大改革、医師の免許制度改革等を実施していただきたい。
- ・ どの都道府県も町村部と都市部で医師数に偏りが大きく、町村部住民の安心、安全が確保できていない現状である。医療を受ける権利を平等にするため、国として医師偏在、特定診療科の問題を解消するための強力、有効な対策を講ずるべきである。
- ・ 小児救急については、救急受診者のうちの軽症児の割合が大きくなっている。医療の体制の整備とともに患者（保護者）の小児の病気等に対する知識、対応力の向上などが必要であると考えます。
- ・ 小児科医師不足問題は国の医師養成計画の失敗によるものです。国は国民の求める医療の質と量の充実に努めるため、早急に医師養成数の抑制策を改めるとともに、都道府県において必要な医師を配置できる権限を法律上付与されるよう希望いたします。
- ・ 開業医優先の医療行政を改めない限り、医療行政に明日はない。
- ・ 国民は、小児科に限らず医療機関へのかかわり方について、何の教育も受けていない。診療所と病院の機能と役割について、理解していない。学校教育のプログラムの中に入れる必要がある。母親学級等を活用し、小児医療についての知識を各家庭に持ってもらうことが必要（これは市町村の役割としての位置付けが必要か？）。
- ・ 都道府県、市町村レベルでも必要なことはあるが、住民に対する啓発活動にも国は重点的に取り組んでもらいたい（小児救急医療が危機的な状況にあること。病院勤務の小児科医が病弊していること。コンビニ的受診をしないこと。啓発資料、電話相談等を利用し、小児の病気の理解を進めること）。
- ・ 地方では小児医療対策は限界にきている。国をあげて軽傷患者や急を要さない患者が二次救急医療機関に集中しないように、マスメディア等を活用して国民に周知してほしい。
- ・ 新しい臨床研修制度に伴う大学医学部教授の人事権の低下により、今後ますます中山間地に勤務する医師は激減してくることが心配される。これを解決するには医学部卒業後、一定期間を都道府県の指定する地域、施設で勤務することを義務付けるなどの抜本的な法律、制度改革が必要と考える。
- ・ 小児科医療対策は全国一律な手法では対応できない。地域の意見を吸い上げて、地域に合った取り組みを支援してほしい。都市圏では市町村の役割が大きく、市町村が意識を持って主体的に取り組む仕組みを検討してほしい。
- ・ 今日の小児救急の問題は、入院を必要としない初期患者が本来二次を扱うべき病院に殺到し、病院当直医が疲弊してしまっていることである。体制を整備すればするほど、このような患者が増えてしまう。したがって、患者に対する救急体制の実態や、子供の病気に対する知識を父兄に教育、啓発することが大事である（医師が劇的に増えない現状では患者を減らす方策も必要）。もっと市町村は前面に立って小児救急に取り組むべき（初期救急関連費用は市町村に全面的に交付措置されている。）。
- ・ 休日、夜間、急患センター、輪番、電話相談等、マンパワーが不足している中で、メニューを増やしている。
- ・ 小児ICU専門医や感染症専門医など救急に関連の深い分野の専門医の育成に国として支援するとともに、診療報酬でのインセンティブを充分に与えてもらいたい。
- ・ 小児科医師の確保自体が困難な上、「へき地」の条件が付与されると更に困難な状況になってくる。県においても地域医療対策協議会で検討しているが、なかなか具体的な対策までいっていない。例えば地方公共団体が小児科医確保のため、報酬、手当等を支援する場合の財源設置をお願いしたい。
- ・ 小児救急医療が円滑に機能するために、①医療提供体制の整備、②患者の受診行動の整理、③健康な時からの保護者教育の三つの対策が必要と思われます。また、厚生労働省（医政局と健康局）の局を超えた調整、総合的な取組を願う。
- ・ 小児科医の数が足りていない。これが解決されない限りいかなる対策も無意味。田舎の住民でも東京中心のマスコミに影響され、小児医療対策等に大都市並みの過大な期待を抱いている。県のPRも不足していると感じているが、都市部以外での小児医療の正しい姿をマスコミも伝えてほしい。
- ・ 国に対し、①小児科にかかわる診療報酬制度の抜本的な改善措置を講ずること、②小児科医の確保につながる卒後臨床研修カリキュラムを整備するなど制度の改善を図ること、③医療機関の管理者となる要件について一定期間の小児科勤務を付加することを強く求めたい。

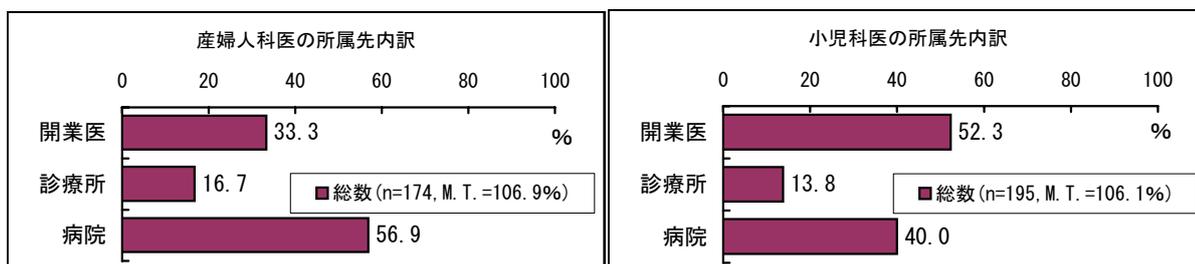
「D. 医療関係者調査」

(1) 回答者の属性

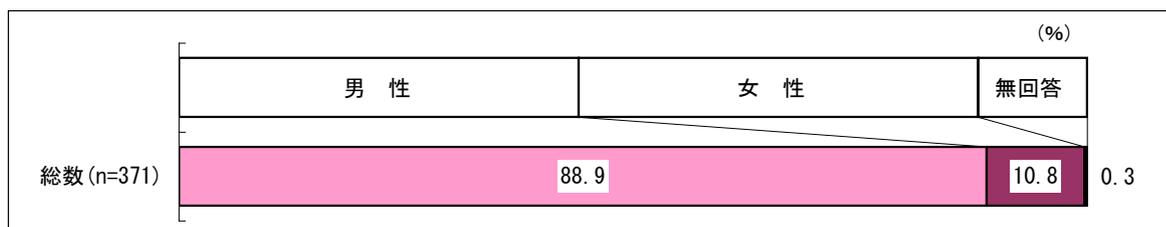
ア 所属先



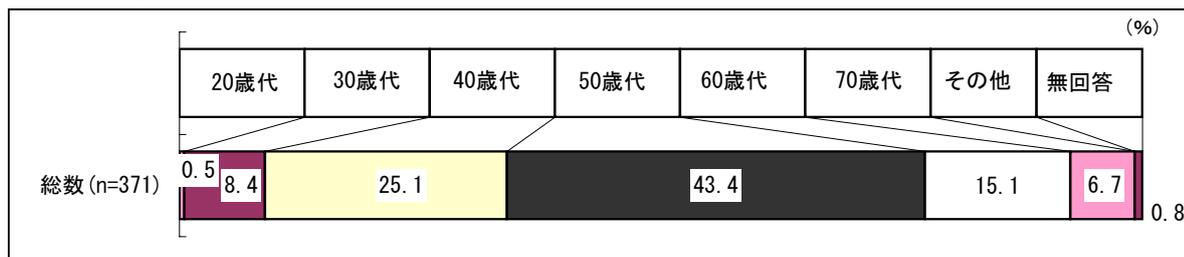
※1：産婦人科医でかつ小児科医は1名。※2：その他には小児外科2名、新生児科1名が含まれる。



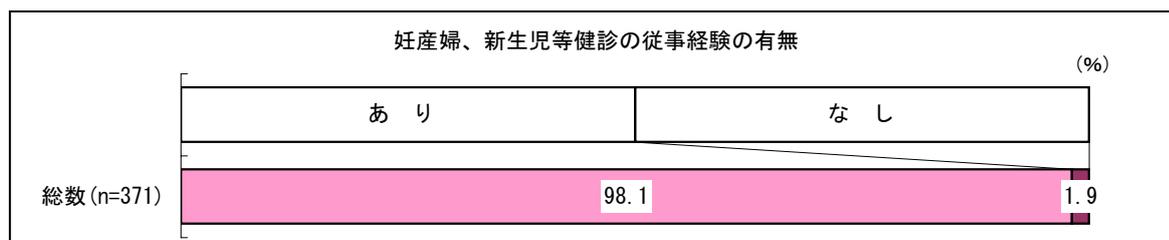
イ 性別

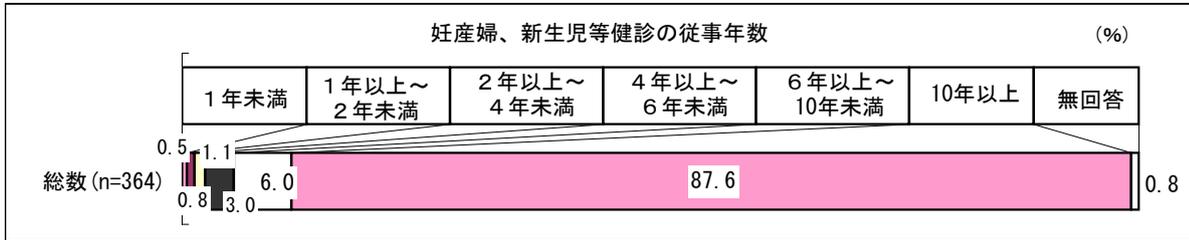
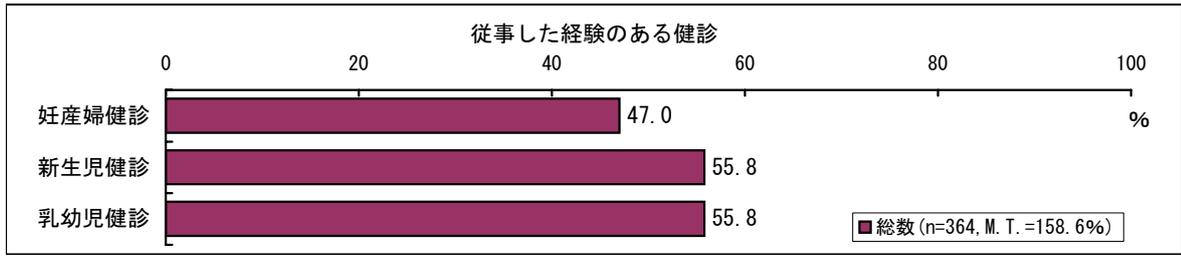


ウ 年齢

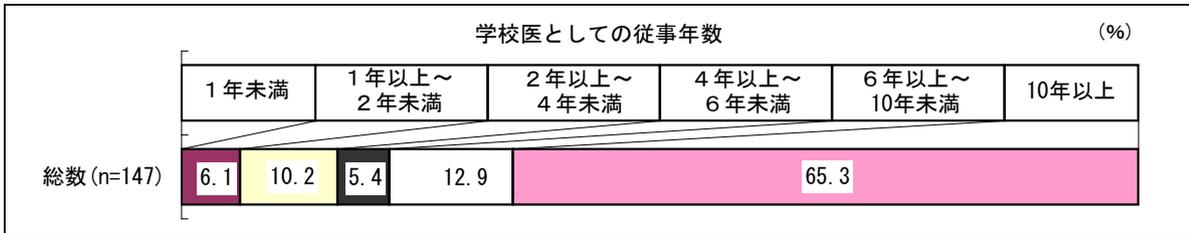
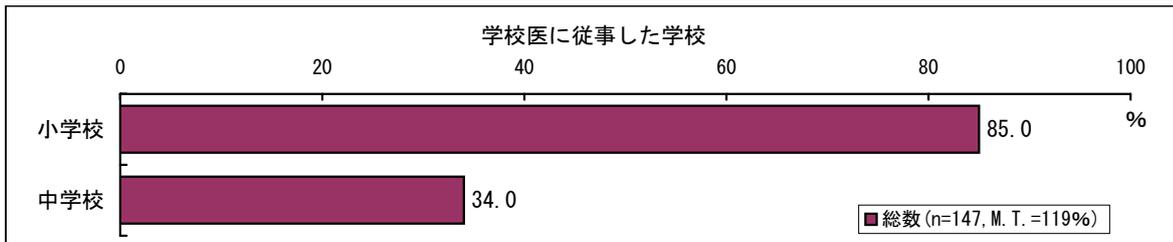
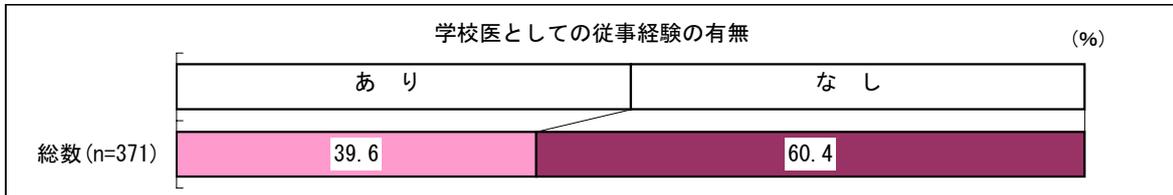


エ 妊産婦や新生児、乳幼児健診の従事経験

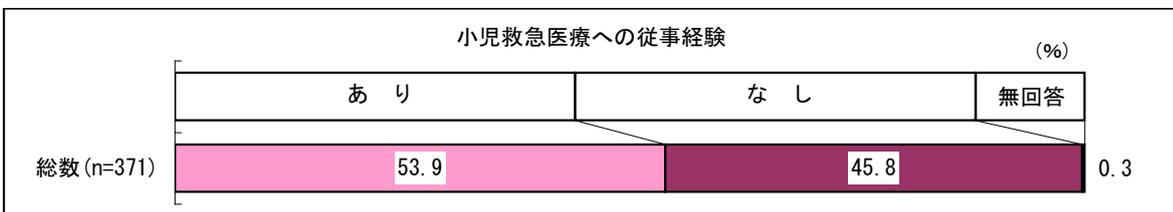




オ 学校医としての従事経験



カ 小児救急医療への従事経験

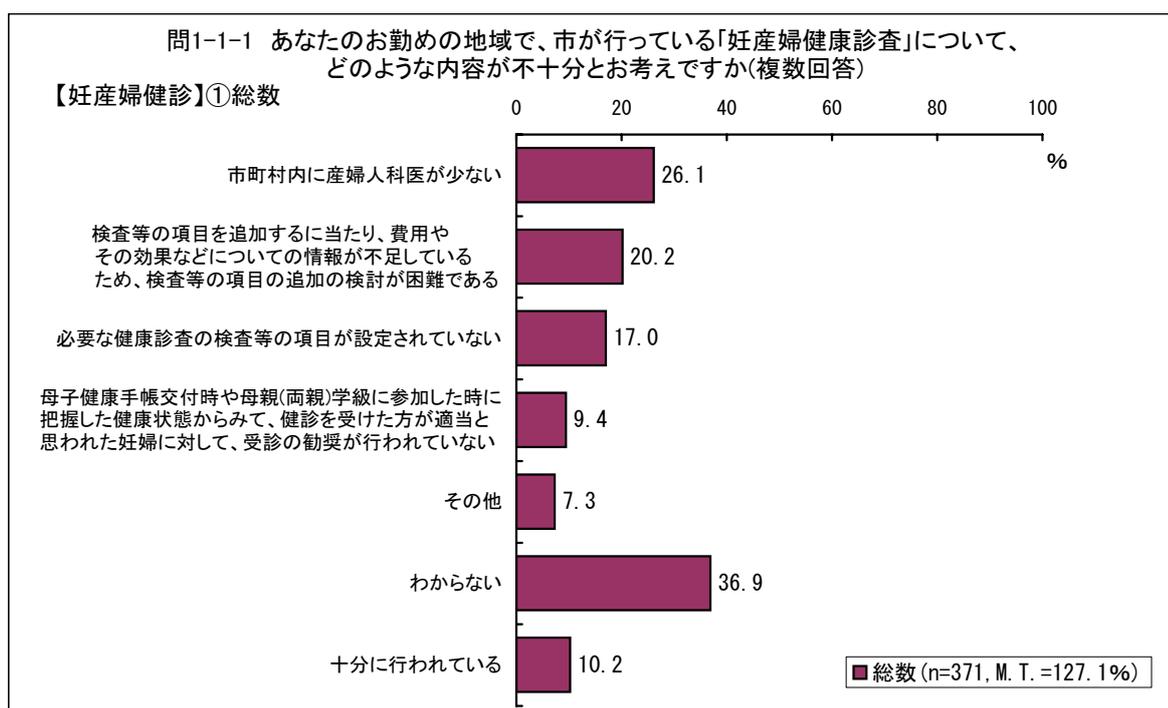


(2) 母子保健対策の「健康診査」について

ア 市が行う妊産婦健診の内容の不十分な点

① 医療関係者総数

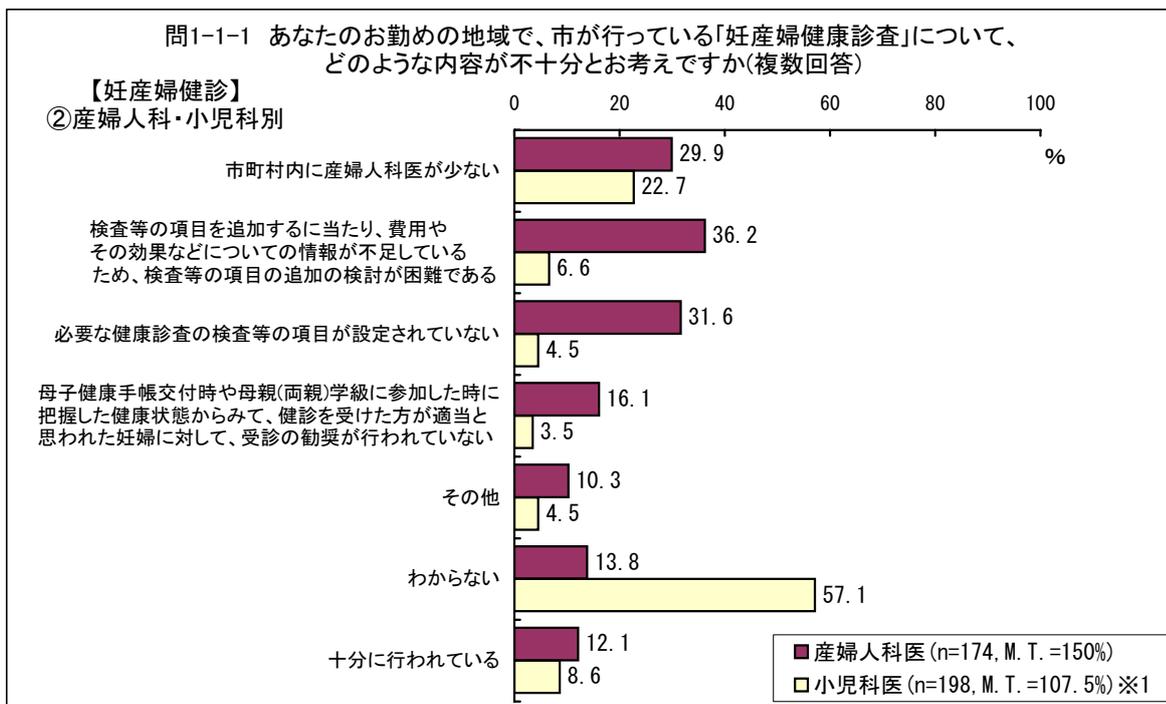
産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「妊産婦健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が36.9%で最も多く、次いで「市町村内に産婦人科医が少ない」26.1%、「検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である」20.2%、「必要な健康診査の検査等の項目が設定されていない」17.0%などとなっている。



② 産婦人科・小児科別(※1)

市が行っている「妊産婦健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果を産婦人科・小児科別にみると、産婦人科医では「検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である」が36.2%で最も多く、次いで「必要な健康診査の検査等の項目が設定されていない」31.6%、「市町村内に産婦人科医が少ない」29.9%などとなっている。

小児科医では「わからない」が57.1%で最も多く、次いで「市町村内に産婦人科医が少ない」22.7%などとなっている。



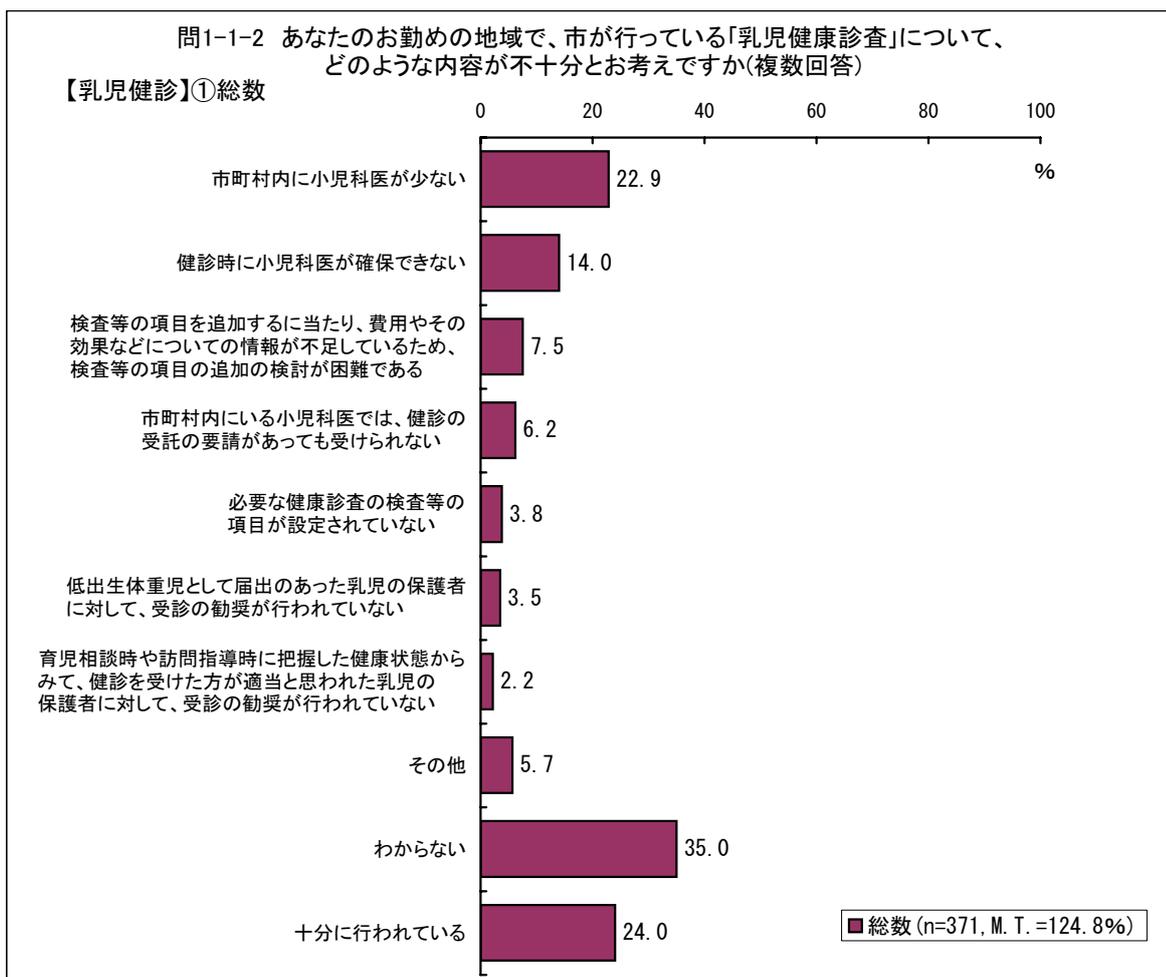
※1 産婦人科・小児科別での小児科医には、アンケートのフェイスシート事項において「その他」と回答した小児外科の医師2名及び新生児科の医師1名が含まれている。また、産婦人科でかつ小児科の医師は1名である。以下同じ。

イ 市が行う乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診の内容の不十分な点

(ア) 乳児健診

① 医療関係者総数

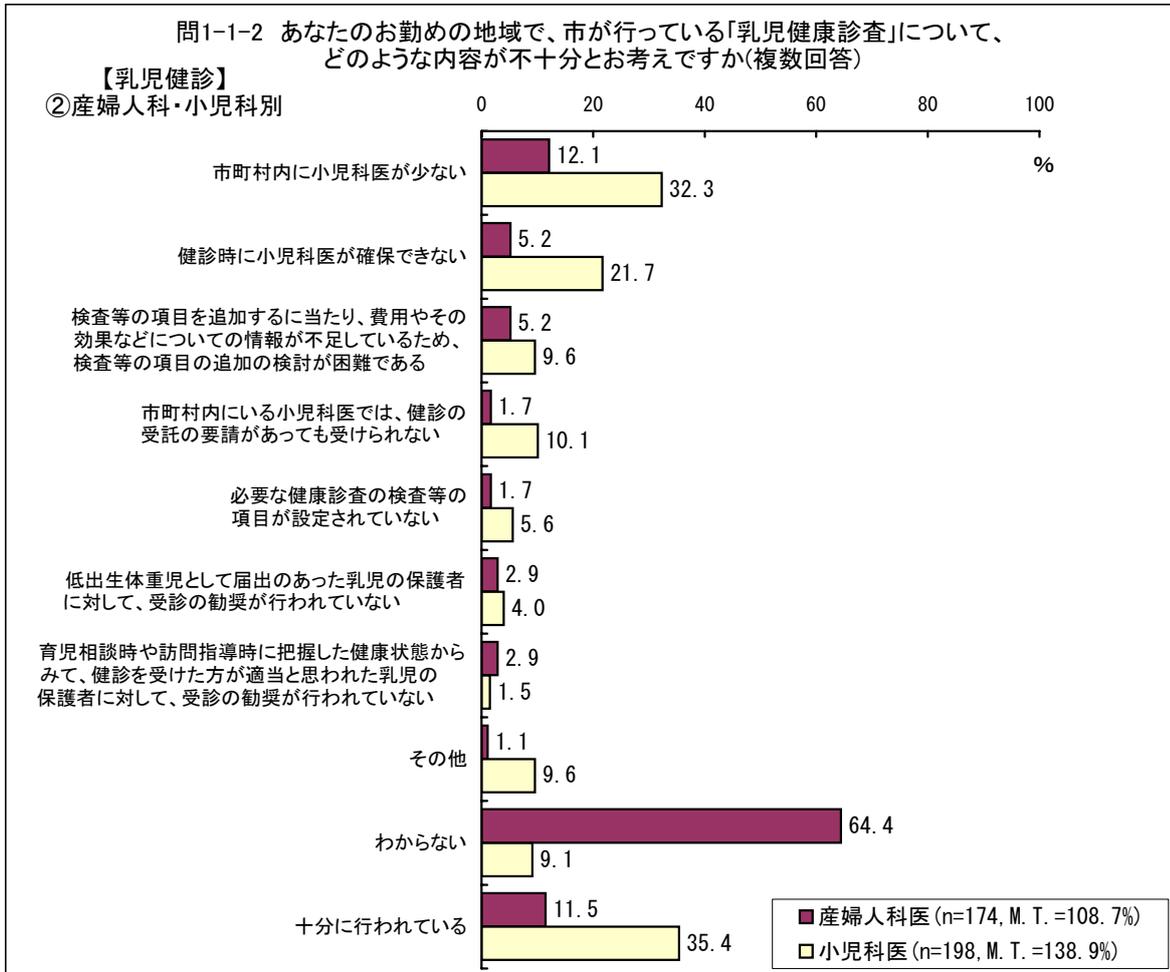
産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「乳児健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が35.0%で最も多く、次いで「十分に行われている」24.0%、「市町村内に小児科医が少ない」22.9%、「健診時に小児科医が確保できない」14.0%、「検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である」7.5%などとなっている。



② 産婦人科・小児科別

市が行っている「乳児健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果を産婦人科・小児科別にみると、産婦人科医では「わからない」が64.4%で最も多く、次いで「市町村内に小児科医が少ない」12.1%などとなっている。

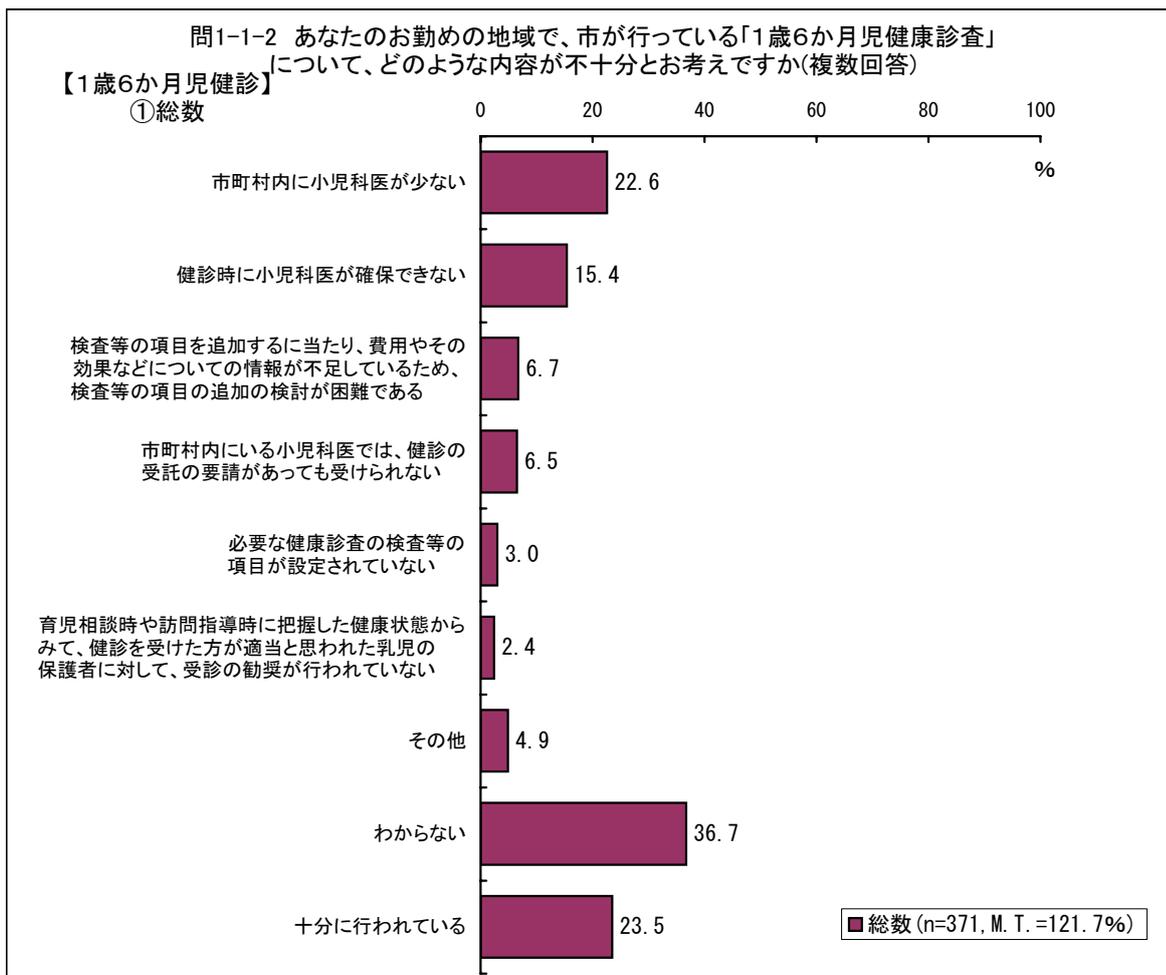
小児科医では「十分に行われている」が35.4%で最も多く、次いで「市町村内に小児科医が少ない」32.3%、「健診時に小児科医が確保できない」21.7%などとなっている。



(イ) 1歳6か月児健診

① 医療関係者総数

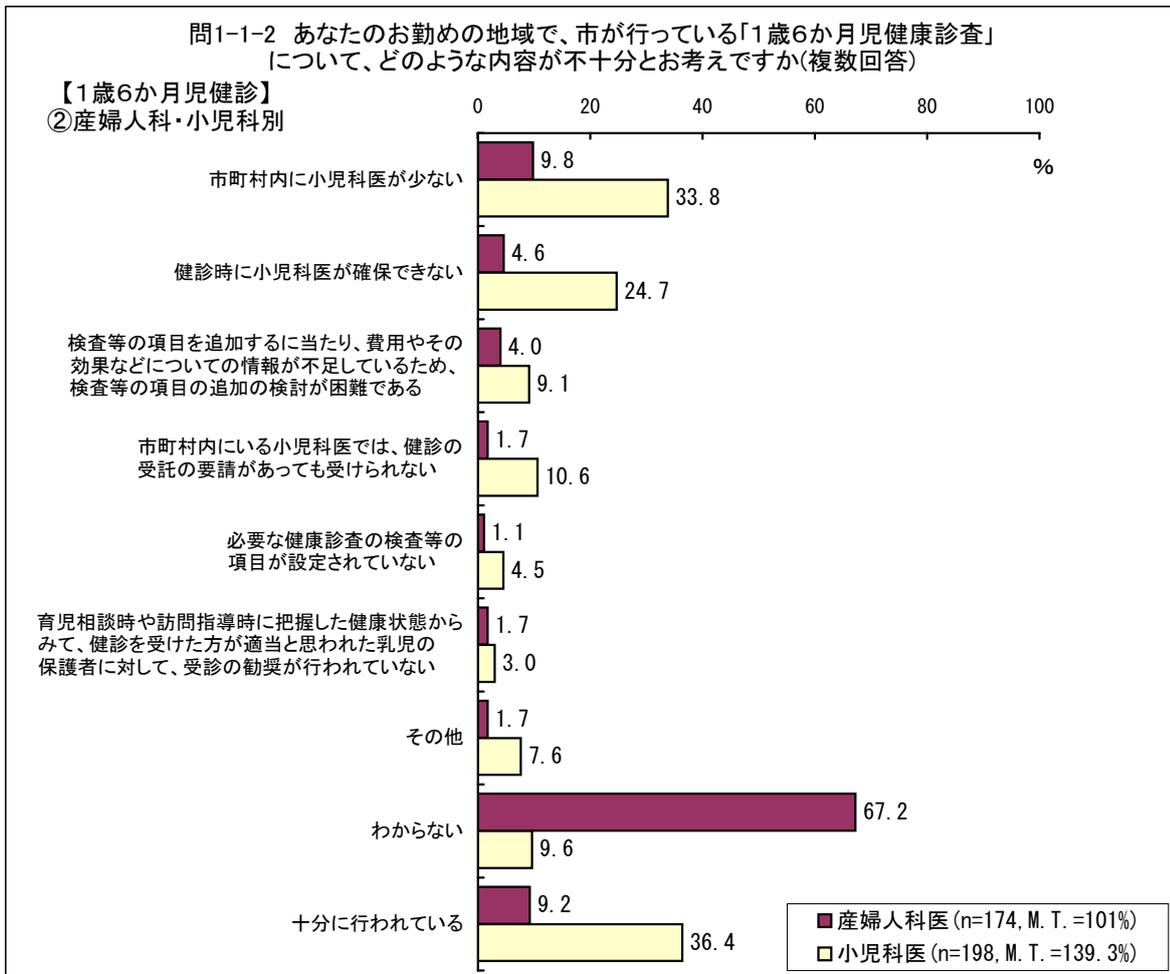
産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「1歳6か月児健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が36.7%で最も多く、次いで「十分に行われている」23.5%、「市町村内に小児科医が少ない」22.6%、「健診時に小児科医が確保できない」15.4%、「検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である」6.7%などとなり、「乳児健康診査」とほぼ同様の結果である。



② 産婦人科・小児科別

市が行っている「1歳6か月児健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果を産婦人科・小児科別にみると、産婦人科医では「わからない」が67.2%で最も多く、次いで「市町村内に小児科医が少ない」9.8%などとなっている。

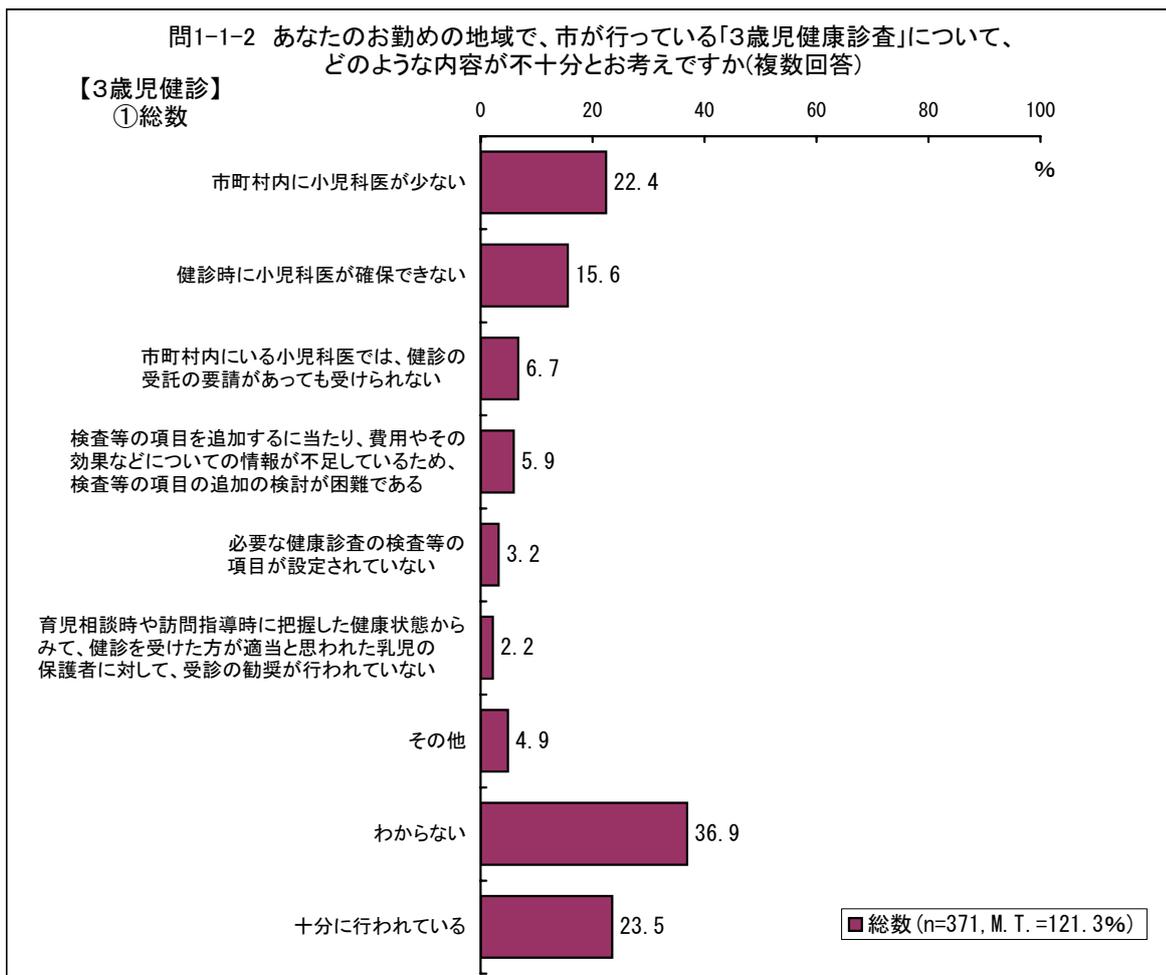
小児科医では「十分に行われている」が36.4%で最も多く、次いで「市町村内に小児科医が少ない」33.8%、「健診時に小児科医が確保できない」24.7%などとなっている。



(ウ) 3歳児健診

① 医療関係者総数

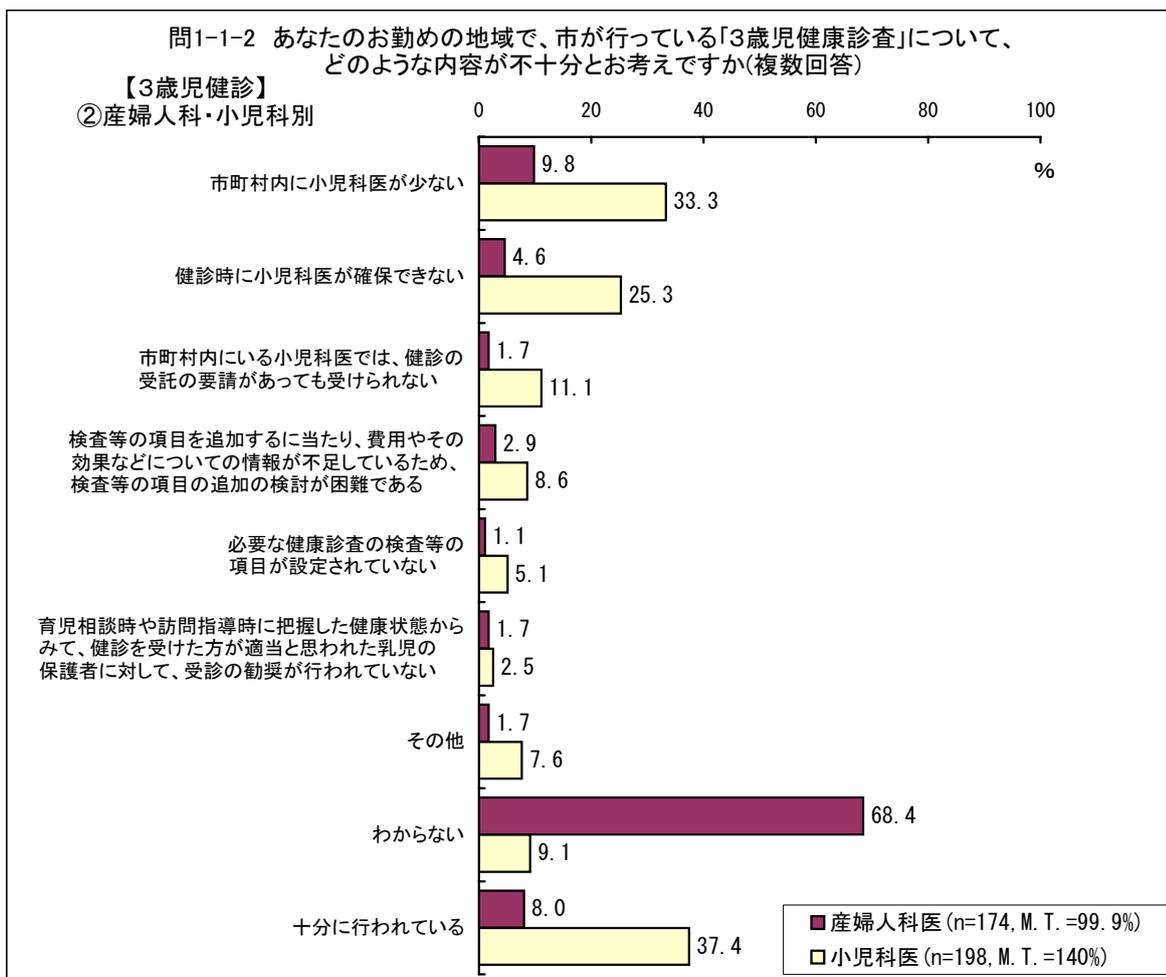
産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「3歳児健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が36.9%で最も多く、次いで「十分に行われている」23.5%、「市町村内に小児科医が少ない」22.4%、「健診時に小児科医が確保できない」15.6%、「市町村内にいる小児科医では、健診の受託の要請があっても受けられない」6.7%などとなっており、「乳児健康診査」及び「1歳6か月児健康診査」とほぼ同様の結果である。



② 産婦人科・小児科別

市が行っている「3歳児健康診査」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果を産婦人科・小児科別にみると、産婦人科医では「わからない」が68.4%で最も多く、次いで「市町村内に小児科医が少ない」9.8%などとなっている。

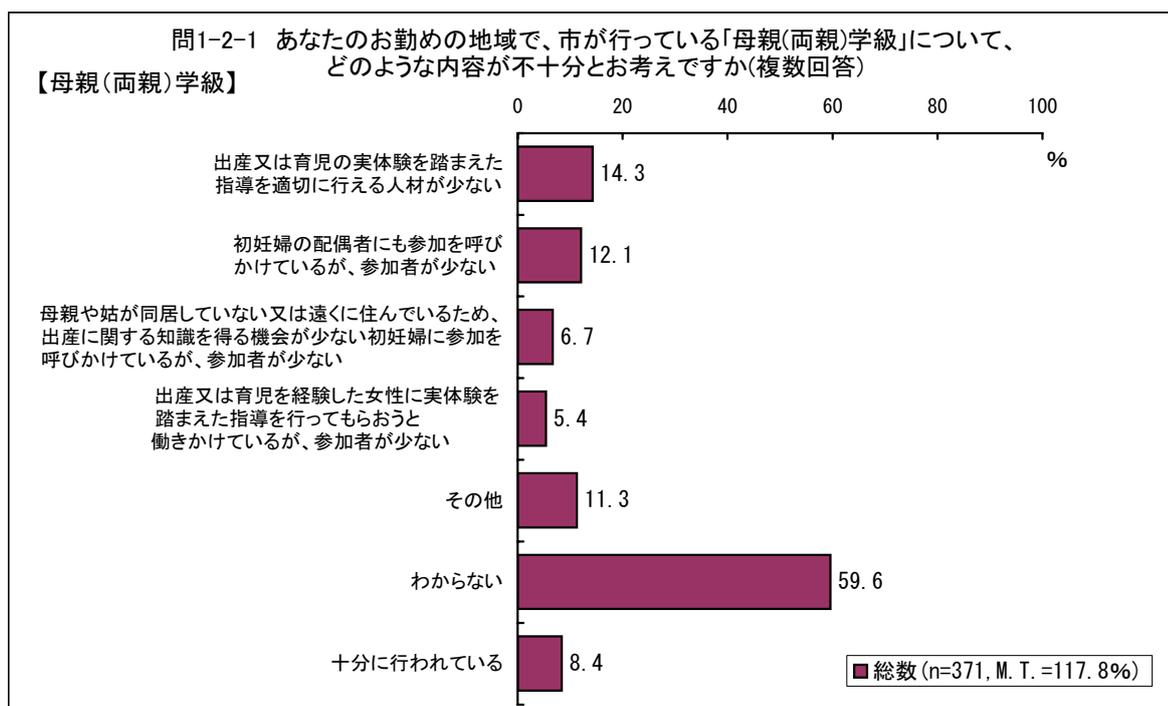
小児科医では「十分に行われている」が37.4%で最も多く、次いで「市町村内に小児科医が少ない」33.3%、「健診時に小児科医が確保できない」25.3%、「市町村内にいる小児科医では、健診の受託の要請があっても受けられない」11.1%などとなっている。



(3) 母子保健対策の「保健指導」について

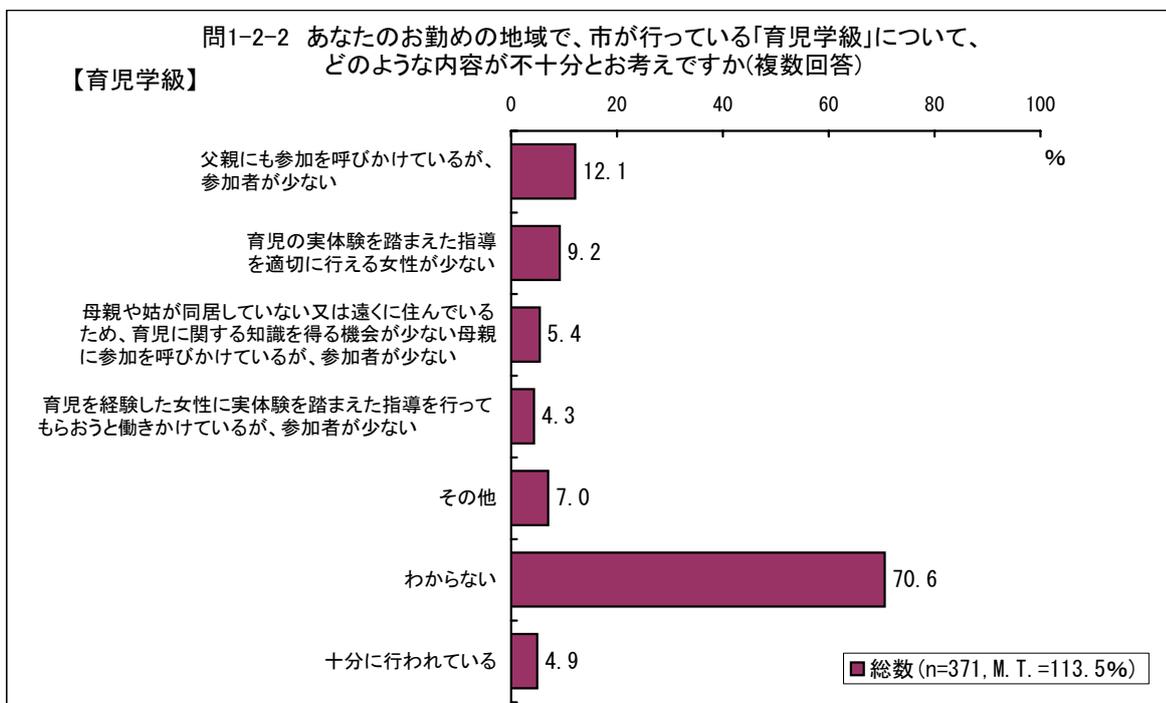
ア 市が行う母親(両親)学級の内容の不十分な点

産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「母親(両親)学級」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が59.6%で最も多く、次いで「出産又は育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える人材が少ない」14.3%、「初妊婦の配偶者にも参加を呼びかけているが、参加者が少ない」12.1%、「初妊婦の配偶者にも参加を呼びかけているが、参加者が少ない」12.1%などとなっている。



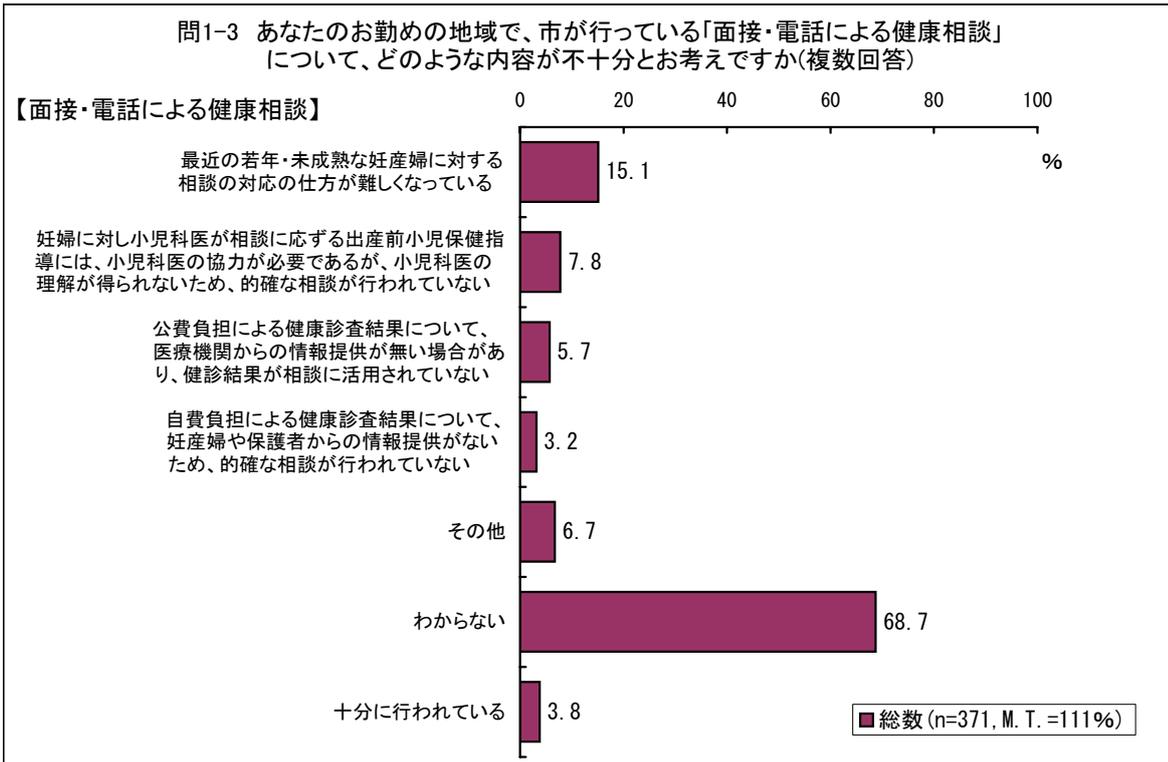
イ 市が行う育児学級の内容の不十分な点

産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「育児学級」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が70.6%で最も多く、次いで「父親にも参加を呼びかけているが、参加者が少ない」12.1%、「育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える女性が少ない」9.2%、「育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える女性が少ない」9.2%などとなっている。



ウ 市が行う面接・電話による健康相談の内容の不十分な点

産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「面接・電話による健康相談」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が68.7%で最も多く、次いで「最近の若年・未成熟な妊産婦に対する相談の対応の仕方が難しくなっている」15.1%、「妊婦に対し小児科医が相談に応ずる出産前小児保健指導には、小児科医の協力が必要であるが、小児科医の理解が得られないため、的確な相談が行われていない」7.8%などとなっている。

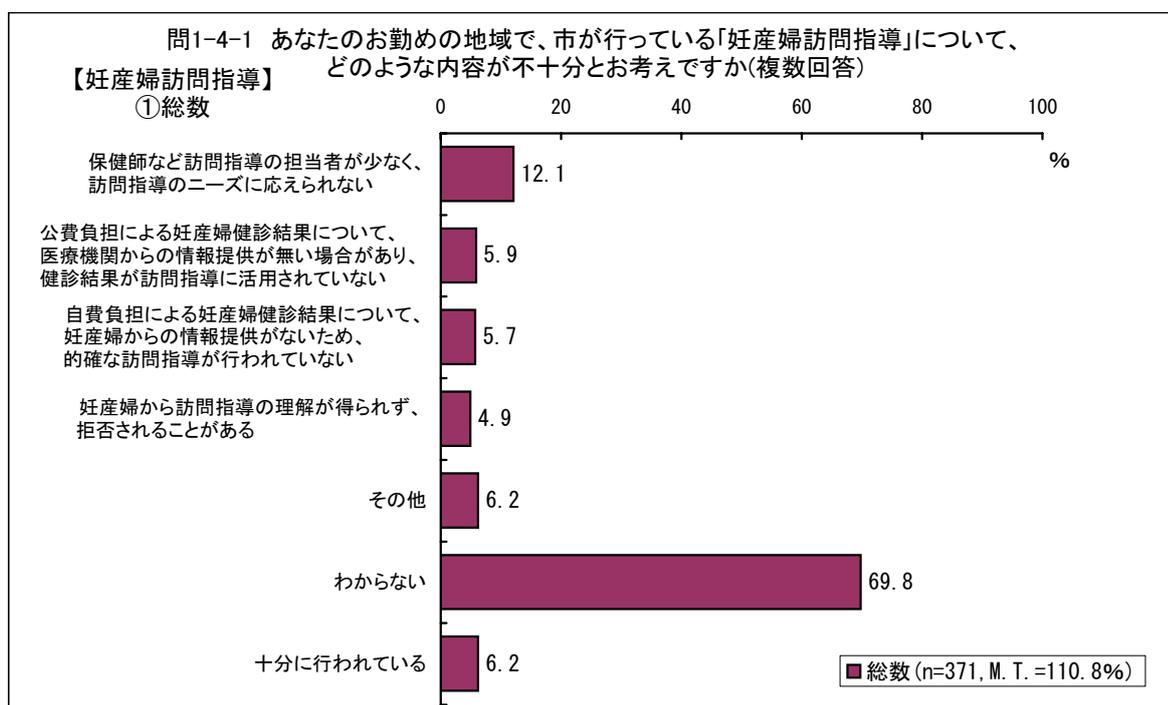


(4) 母子保健対策の「訪問指導」について

ア 市が行う妊産婦訪問指導の内容の不十分な点

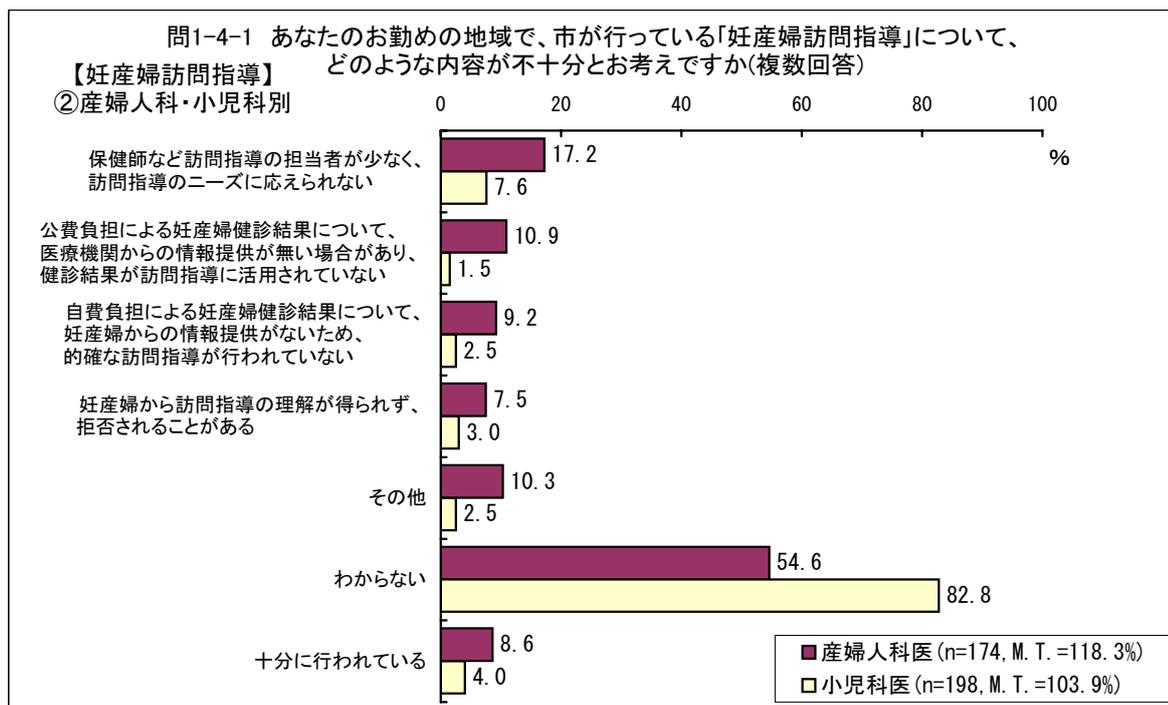
① 医療関係者総数

産婦人科医及び小児科医に、市が行っている「妊産婦訪問指導」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が69.8%で最も多く、次いで「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」12.1%、「その他」と「十分に行われている」が6.2%、「公費負担による妊産婦健診結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、健診結果が訪問指導に活用されていない」5.9%などとなっている。



② 産婦人科・小児科別

市が行っている「妊産婦訪問指導」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果を産婦人科・小児科別にみると、産婦人科医、小児科医ともに「わからない」が54.6%及び82.8%で最も多く、次いで「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」が17.2%及び7.6%、「公費負担による妊産婦健診結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、健診結果が訪問指導に活用されていない」が10.9%及び1.5%、「公費負担による妊産婦健診結果について、妊産婦からの情報提供がないため、的確な訪問指導が行われていない」が9.2%及び2.5%、「妊産婦から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある」が7.5%及び3.0%、「その他」が10.3%及び2.5%、「わからない」が54.6%及び82.8%、「十分に行われている」が8.6%及び4.0%などとなっている。

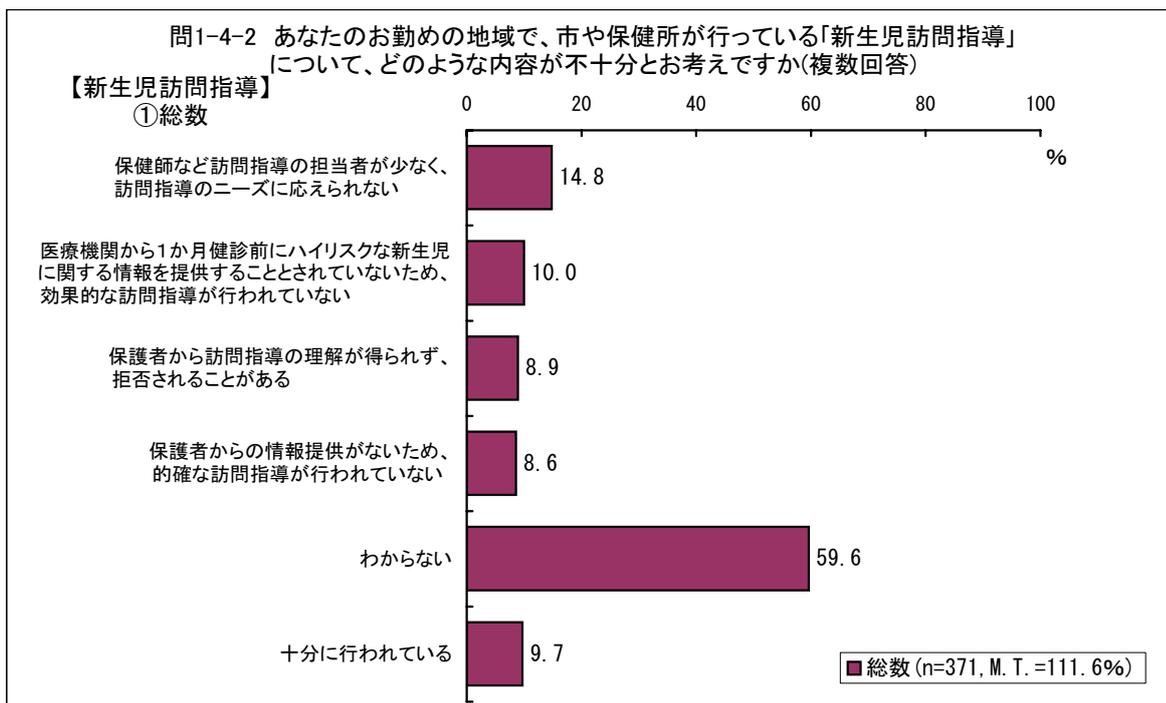


イ 市や保健所が行う新生児訪問指導、未熟児訪問指導の内容の不十分な点

(7) 新生児訪問指導

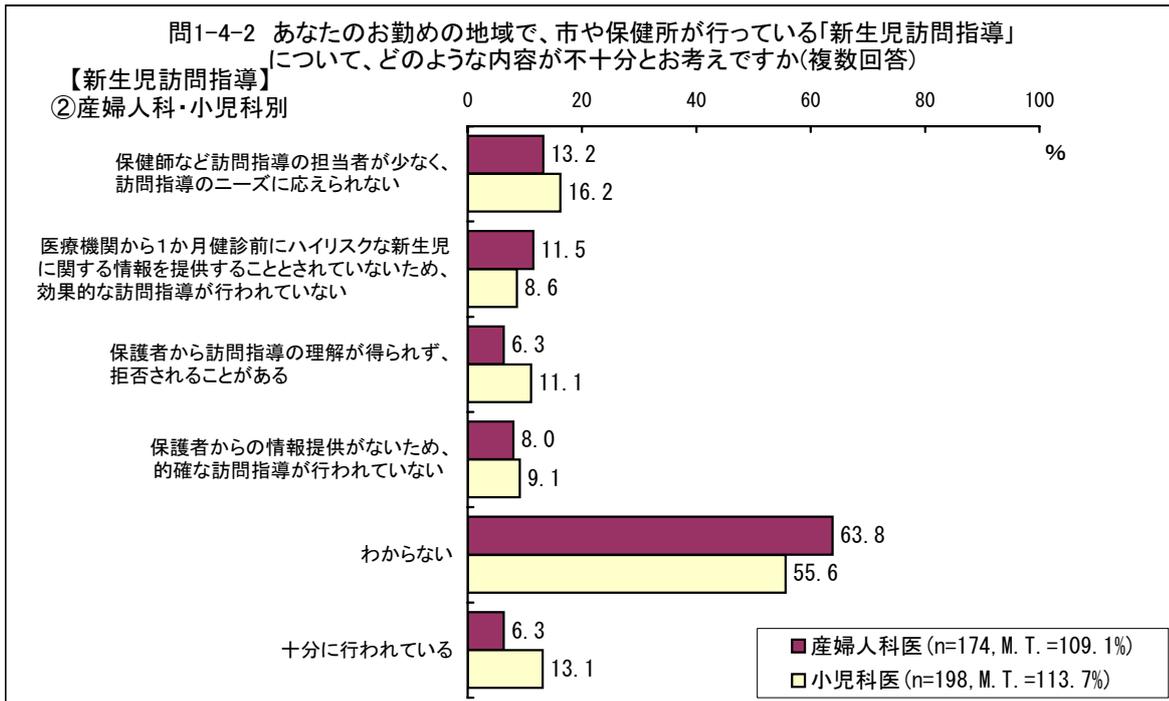
① 医療関係者総数

産婦人科医及び小児科医に、市や保健所が行っている「新生児訪問指導」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が59.6%で最も多く、次いで「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」14.8%、「医療機関から1か月健診前にハイリスクな新生児に関する情報を提供することとされていないため、効果的な訪問指導が行われていない」10.0%などとなっている。



② 産婦人科・小児科別

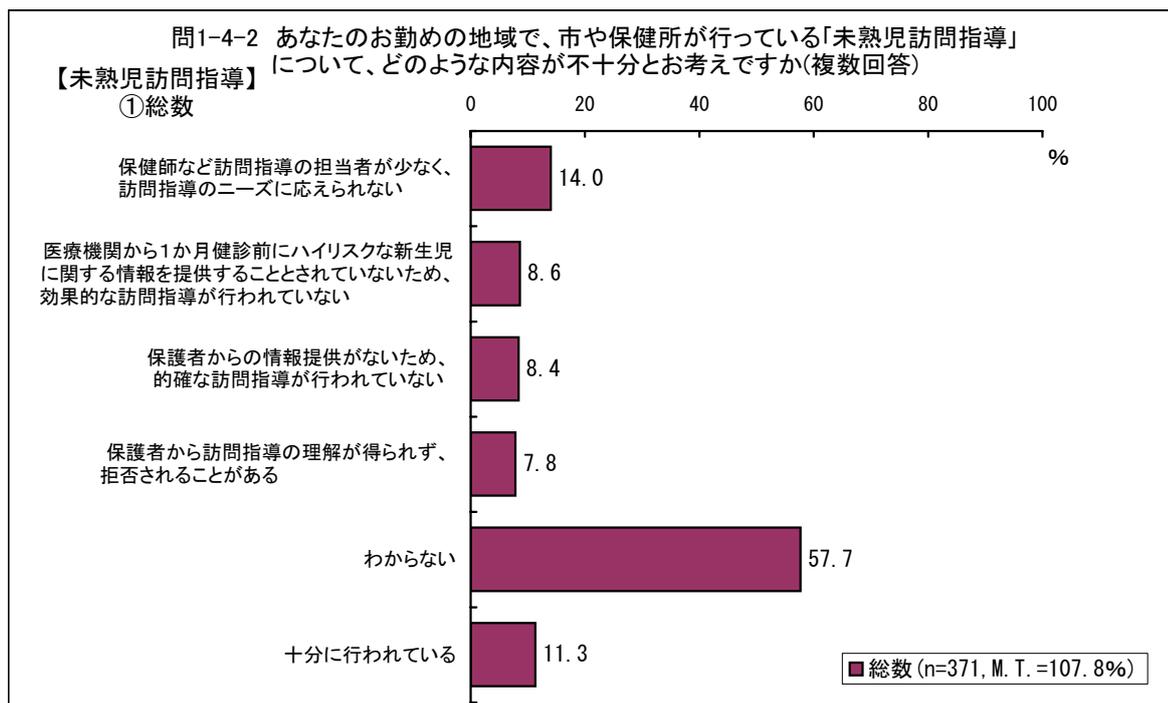
市や保健所が行っている「新生児訪問指導」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果を産婦人科・小児科別にみると、産婦人科医、小児科医ともに「わからない」が63.8%及び55.6%で最も多く、次いで「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」が13.2%及び16.2%、「医療機関から1か月健診以前にハイリスクな新生児に関する情報を提供することとされていないため、効果的な訪問指導が行われていない」が11.5%及び8.6%、「医療機関から1か月健診以前にハイリスクな新生児に関する情報を提供することとされていないため、効果的な訪問指導が行われていない」が11.5%及び8.6%などとなっている。



(イ) 未熟児訪問指導

① 医療関係者総数

産婦人科医及び小児科医に、市や保健所が行っている「未熟児訪問指導」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「わからない」が57.7%で最も多く、次いで「保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない」14.0%、「十分に行われている」11.3%、「医療機関から1か月健診前にハイリスクな新生児に関する情報を提供することとされていないため、効果的な訪問指導が行われていない」8.6%などとなり、「新生児訪問指導」とほぼ同様の結果である。



(5) 母子保健対策について国、都道府県、市町村に求めること

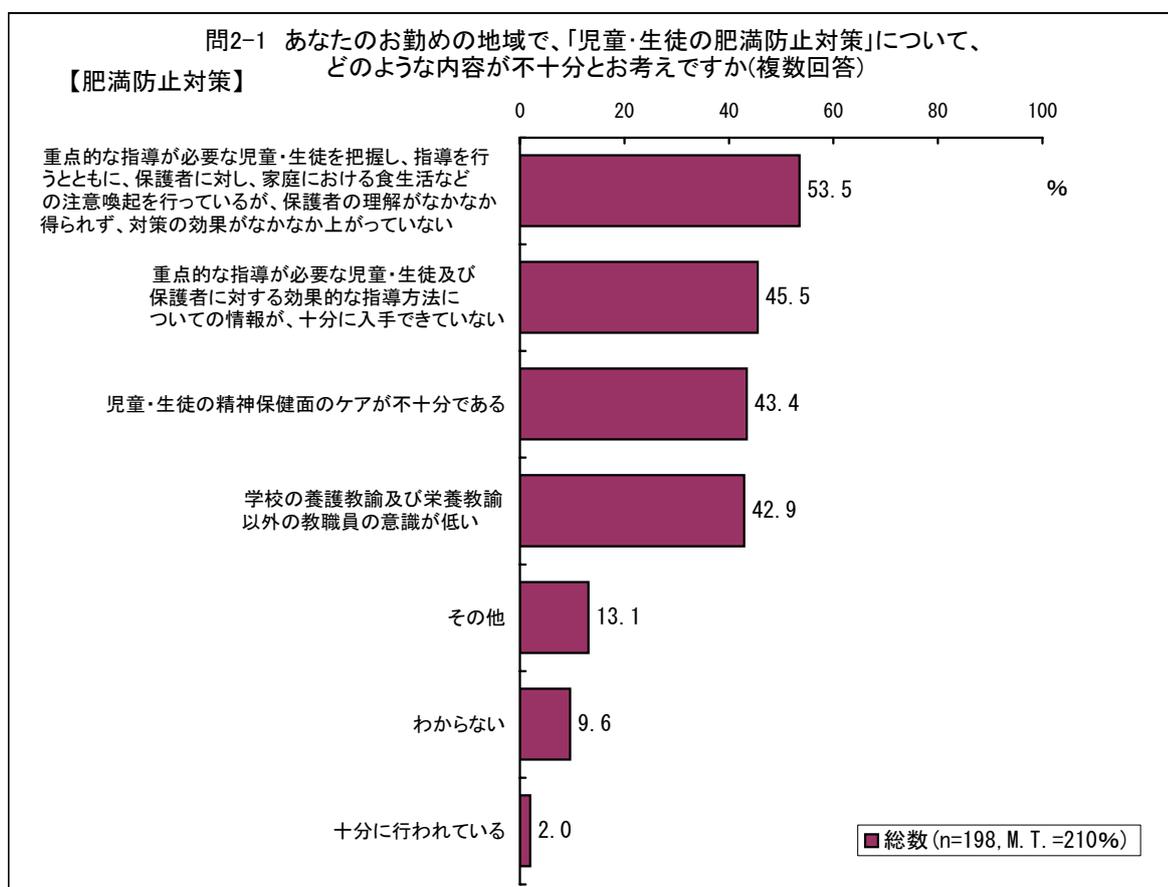
産婦人科医及び小児科医に、妊産婦や新生児、乳幼児のための母子保健対策について、国、都道府県、市町村に対して求めることについて具体的な意見を求めた結果、以下のような意見が挙げられた（抜粋）。

- ・ 母子保健対策についてのPRが不十分。どこに相談したらよいか十分に理解されていない。
- ・ 総合的な指導ができる母子センターを設けていただきたい。また、真の周産期母子センターを新設していただきたい。センターに付随した健康相談部門を作るとよいかもかもしれません。何しろ真の総合周産期母子センターを（妊婦、新生児の診療だけでなく各種健診もできるセンターへ）。
- ・ 核家族で周りに相談できる経験者がいないので、どうしてよいかわからず、それが小児の救急体制に影響している。1歳半や3歳で健診に集まる時に適切な指導をすると良い。
- ・ 病院の中で仕事をしても公の対策に対する情報は全く入ってきません。公と医療現場の人間との連携がもっとあっても良いと思います。また、妊産婦さんの対策に関しても、小児科医には全く情報がなく、周産期の対応はできていないと思います。
- ・ 看護学生は成績の良い生徒ほど市町村の保健の仕事につき、実際に病院で子供を看護することを避けています。NICU（新生児集中治療室）などで実務経験を積んで、その後に保健指導などに携わってほしいと思います。
- ・ 小児科開業医にとって保健所（行政）と、医師会との実質的な連携がなく、小児科開業医が積極的にかかわれない。かかわろうと行動しても結果的に拒否されることが多い。
- ・ 出産前を含めて、新生児、乳幼児の育児支援策については、小児科医のかかわりが絶対必要と考えているが、予算を理由に行政側がそのような体制をとろうとしていない。そのため、発育の遅れに対し早期の指導がなされていないことがあり、非常に問題である。
- ・ 事前（計画作成時）の相談や事後報告を受けたことがない。日程について、我々（民間人）の希望を聞いてもらえれば全面的に協力する。この点に関し、行政の対応は大変不満であり、効果を高めるためには、医師（会）の参加は必要であると考えます。
- ・ 妊産婦、新生児訪問指導事業と育児支援家庭訪問事業が一緒になって、子育て支援訪問事業がスタートしています。事業の目的もすばらしいですが、実態について、その成果等についてフィードバックして知らせてほしい。そのことによって利用率は高まります。
- ・ 行政が現在どのようなことを行っているのか、医療機関側に伝わっていないので、もう少し情報交換の場を作る必要がある。
- ・ 医療機関と行政とのコミュニケーションだと思います（我々医療サイドでは、こういうことに対して個人個人の温度差があるのも事実ですが…）。
- ・ 医療機関に自ら受診する妊産婦はよいが、現在の医療費や救急医療の必要を増加させているのは、未受診のまま飛び込み分娩する人や、救急車をタクシー代わりに使う人、医療費を払わない人などであるので、こういう人たちを減らすよう対策を立ててほしいです。
- ・ 保健指導、訪問指導等があることを、もっと一般の妊婦等に公示した方が良いと思う。現在、核家族のため、つまらないことでも日曜、祝日、夜間に来院されます。産婦人科医師が減少してきており、負担も多く各分野からのサポートが必要と思われれます。
- ・ 高齢妊婦が増加し、ハイリスク妊娠がそれに伴い増加している。そのようなことを結婚前の女性に知らせる必要があると思われる。
- ・ ①現在、保健師と連携して仕事をするのがなく、市、保健所等の行っている母親学級、訪問指導の内容が不明である。訪問指導時の内容等情報を共有することができれば医療の現場に生かされると思う。②医療の現場からの訪問指導をしてほしい。妊婦さん、褥婦さんがいても現状では連携がうまくいかない。
- ・ 公的な取組はたくさんあるようだが、あまり機能しているとは考えにくい。助産師や保健師ではなく、医師によるもっと強力な指導、教育が必要。父親・母親のレベルはもちろん、その親たちの質的低下も（現場でしかわかりにくいとは思いますが）強烈なものがあります。
- ・ こういった事業がどの程度行われているのかが分からない。各産婦人科や小児科との連携が必要だと思います。病院で分娩された方で気になる方、経過を診ていく必要がある方はこちらから連絡をお願いしていますが、それ以外の方についてはどういう状況にあるのかわかりません。また当院で分娩された方でこちらが把握していない方もいるかもしれませんが、訪問指導が必要な場合はこちらにも情報を教えていただけるといろいろ連携できると思います。

(6) 児童・生徒の心身の健康増進対策について

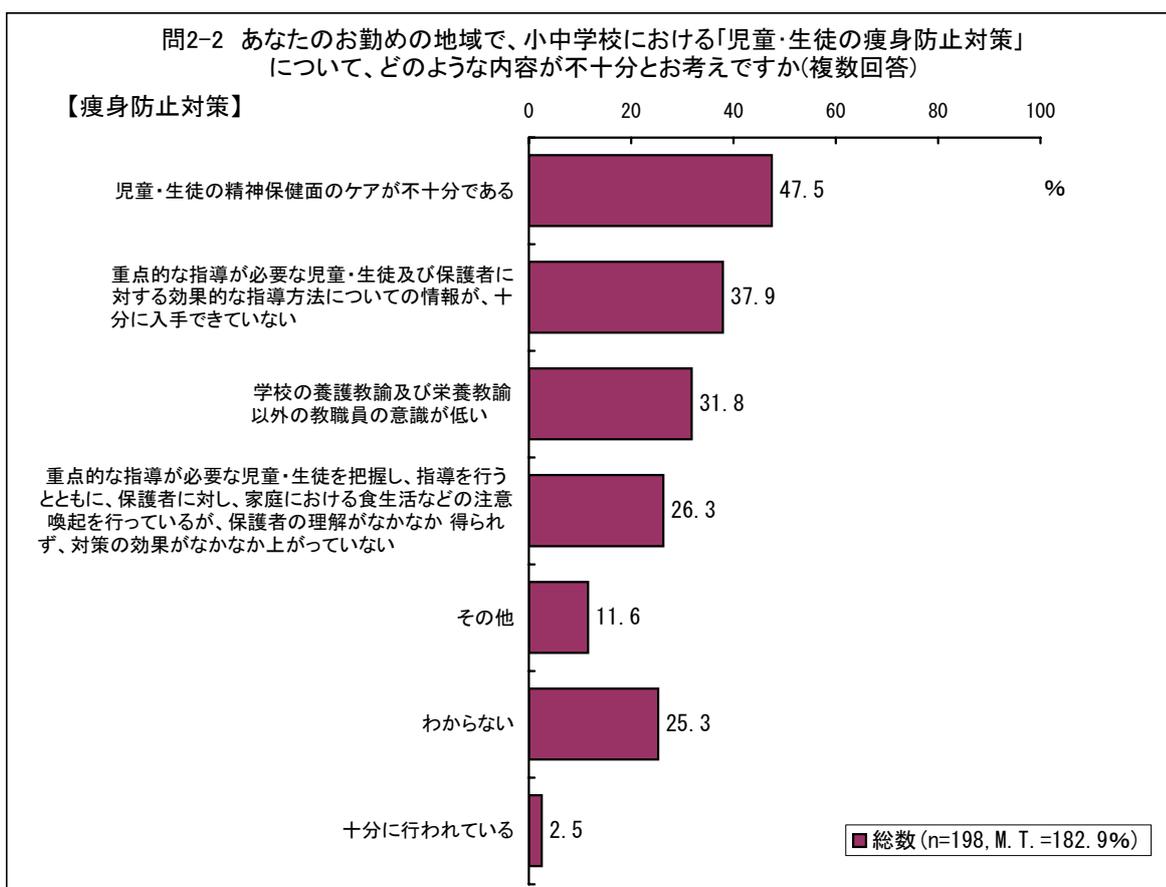
ア 地域の児童・生徒の肥満防止対策の内容の不十分な点

小児科医に、児童・生徒の心身の健康増進対策のうち「児童・生徒の肥満防止対策」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し、指導を行うとともに、保護者に対し、家庭における食生活などの注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず、対策の効果がなかなか上がっていない」が53.5%で最も多く、次いで「重点的な指導が必要な児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」45.5%、「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である」43.4%、「学校の養護教諭及び栄養教諭以外の教職員の意識が低い」42.9%などとなっている。



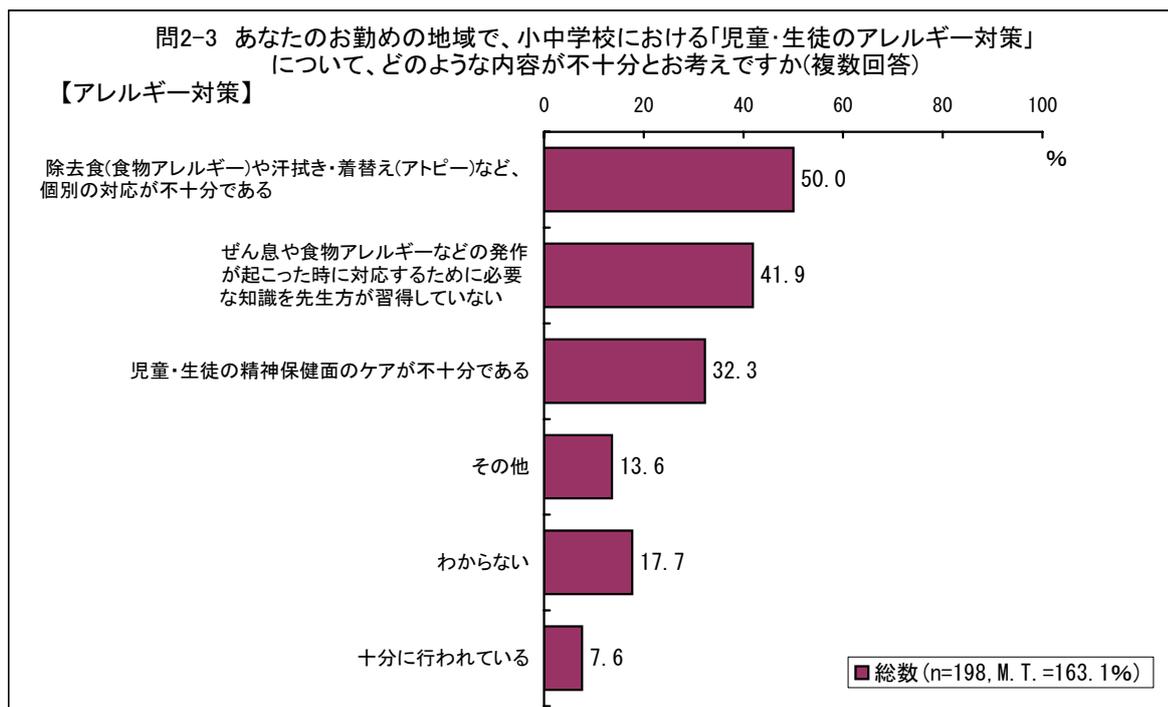
イ 地域の児童・生徒の痩身防止対策の内容の不十分な点

小児科医に、小中学校における「児童・生徒の痩身防止対策」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である」が47.5%で最も多く、次いで「重点的な指導が必要な児童・生徒及び保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない」37.9%、「学校の養護教諭及び栄養教諭以外の教職員の意識が低い」31.8%、「重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し、指導を行うとともに、保護者に対し、家庭における食生活などの注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず、対策の効果がなかなか上がっていない」26.3%などとなっている。



ウ 地域の児童・生徒のアレルギー対策の内容の不十分な点

小児科医に、小中学校における「児童・生徒のアレルギー対策」について、どのような内容が不十分と考えるか尋ねた結果は、「除去食（食物アレルギー）や汗拭き・着替え（アトピー）など、個別の対応が不十分である」が50.0%で最も多く、次いで「ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時に対応するために必要な知識を先生方が習得していない」41.9%、「児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である」32.3%などとなっている。



(7) 児童・生徒の健康増進対策について国、都道府県、市町村に求めること

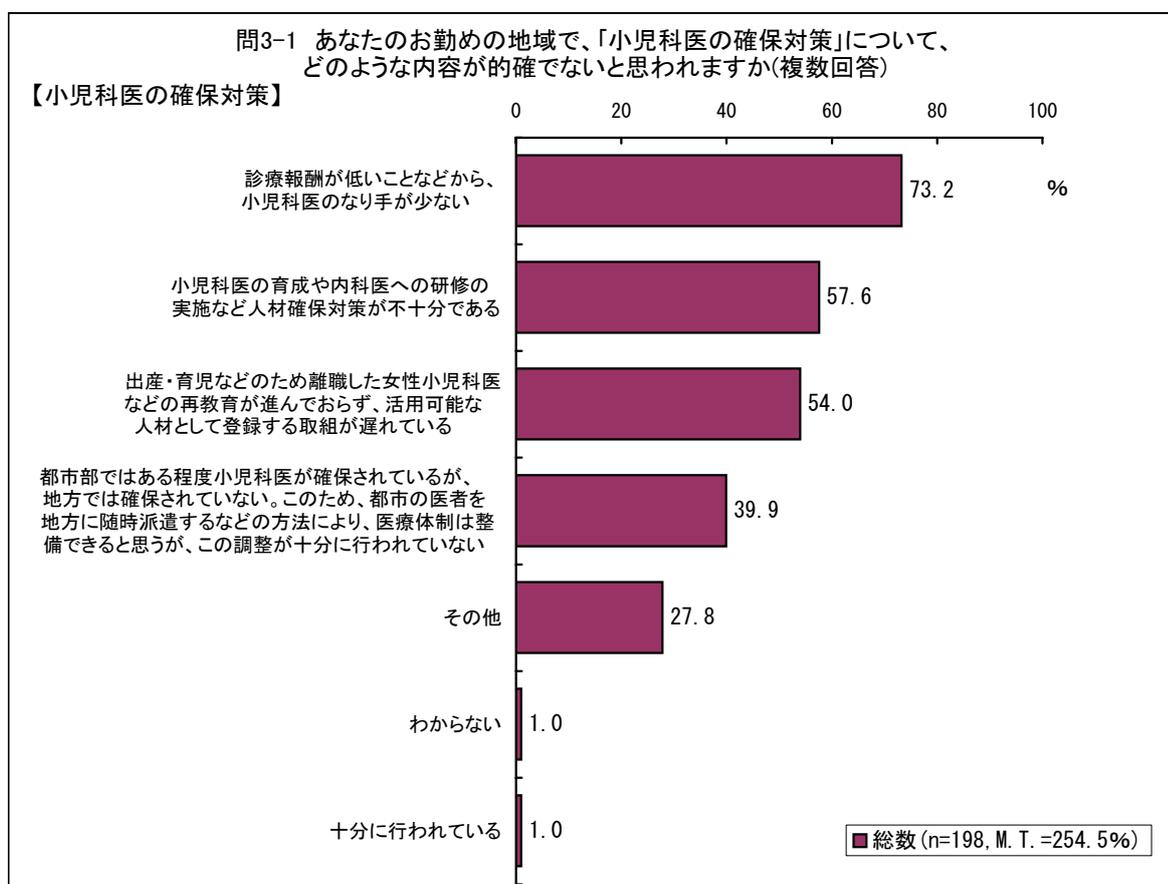
小児科医に、児童・生徒の心身の健康増進対策について、国、都道府県、市町村に対して求めることについて具体的な意見を求めた結果、以下のような意見が挙げられた（抜粋）。

- ・ 婦人科医、小児科医あるいは学校医が対策に当たっても、学校→家庭～社会（地域）の強力かつ具体的な行動が伴わなければ成果は上がらないので、政策として強く打ち出すことが必要と思う。
- ・ 家族、本人の自覚が足りない面が多いのでその対策を。心の問題が十分に理解されていない。臨床心理士の学校への派遣、学校カウンセラーの配置が必要
- ・ 地域や看護教員により指導の内容や充実度合いが異なる。社会全体が添加物や脂肪分等の多いジャンクフードが増えないような雰囲気を作るような、健康的食生活の啓蒙が大切
- ・ 最近、小児生活習慣病の予防が注目されている。そこで、学校健診の中で、コレステロールなど脂質系の検査を必須項目として取り入れてほしい。
- ・ 学校でどのような指導がされてるのか、小児科医が知っているはずがありません。私個人は子供達の学校の情報を手掛かりにしています。
- ・ 小児心療科、小児精神科へのニーズが大幅に高まってきているが、その施設、人員は極端に不足しており、その現状を十分に把握し対策を講じてほしい。
- ・ 肥満防止対策は小学生から、やせ防止対策は女子生徒を重点に対策が必要である。生涯保健の一部として行う必要があるが、養護教諭や校長によって学校保健に対する熱意の温度差が大きい。
- ・ 学校医として、教育の問題は大変大きな問題である。ここで問題となるのは「教育とは何か」ということである。原点に立ち返って考えなければならない。本来の教育を子供達に与えたいならば、その子供の能力に応じた教育(個別)プログラムにそって教育することが本当に子供の立場に立った、優しさをもった教育である。人間は優しさをもって迎えられれば、ほとんどの心身症はなくなってしまうと思われる。
- ・ 教師に対して、子供の体・心に関する、又健康・疾病に関する教育を与えること。そのためにも教師の教育は（4年だけでなく）もっと長く、又は研修を積ませるなどすべきと思う。
- ・ 朝食を食べないで登校する子供にパンを一切れでも与えてほしい（前日の給食の残りでも十分だと思うが、実際には学校の担当者はそれを与えない。）。
- ・ 市によっては、学校保健委員会もない。学校医として活躍する場合も少ない。学校保健委員会は学校にかかわるすべての人が共通の知識をもつため必要と思います。
- ・ 学校検診で異常を指摘されてもすぐには病院を受診しないケースもよくあるようです。昨年8月末、糖尿病患者が来院しましたが、4月の検査で異常を指摘されていました。ただ異常だという紙切れを渡されたので急いで病院へ行かなくてもよいと親は判断したそうです。学校は検診をただの行事として行っているのではないのでしょうか。異常があればある程度疑われる病名等の説明をすべきです。
- ・ 教育現場（問題症例のピックアップ）→健診→専門医受診の基本的な流れがない。理由は、①教育関係者の意識の低さ、②健診医師のレベルの低さ、③専門医不足
- ・ 学校医といえど学校の状況把握ができていない。もっと教師との関係をよくする場の構築が必要と思う（医師側も教師側も日常で手一杯の場合もあり、何か強制的に相互に研修の場を設ける圧力が必要ではないかと思う。）。
- ・ 学校現場で持っている子供達の健康に関する情報を、医師（校医）に知らせずに、健診で診察だけ、心電図検査だけを独立して行うような現在のやり方、情報を開示することが個人情報を漏らすことになると考えているような教育委員会の考え方では、何もできぬと思います。
- ・ 「心身」とありますが、子どもの「心」の問題の早期診断、早期対応について全く不十分。「子どもの心が切れる」など心の問題は、我が国の将来の発展にも影響するので、もっときちんとした対策を立てるべきです。肥満、アレルギーなどより、もっと大きな問題です。
- ・ 学校保健委員会の設置を義務付けて、学校側との連携がスムーズになるように考えてほしい。県では、学校医の減員を予定しているが、逆に増員を図るべきである。
- ・ 児童の生活習慣病、心理的ケアが必要な場合には一般小児科医では対応が十分にできないので、専門的にケアできるシステムを構築していただきたい。

(8) 小児医療対策について

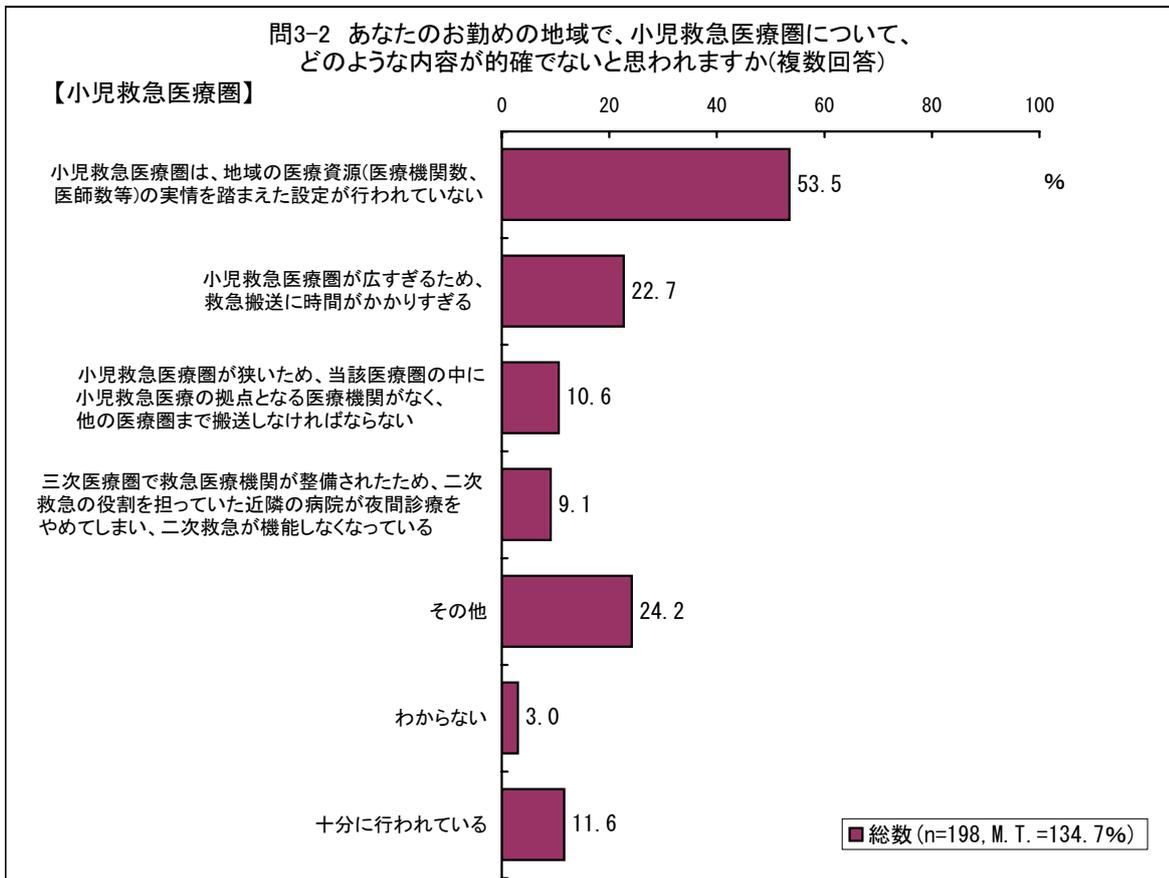
ア 地域の小児科医確保対策の内容の的確でない点

小児科医に、地域における「小児科医の確保対策」について、どのような内容が的確でないと思うか尋ねた結果は、「診療報酬が低いことなどから、小児科医のなり手が少ない」が73.2%で最も多く、次いで「小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策が不十分である」57.6%、「出産・育児などのため離職した女性小児科医などの再教育が進んでおらず、活用可能な人材として登録する取組が遅れている」54.0%、「都市部ではある程度小児科医が確保されているが、地方では確保されていない。このため、都市の医者を地方に随時派遣するなどの方法により、医療体制は整備できると思うが、この調整が十分に行われていない」39.9%などとなっている。



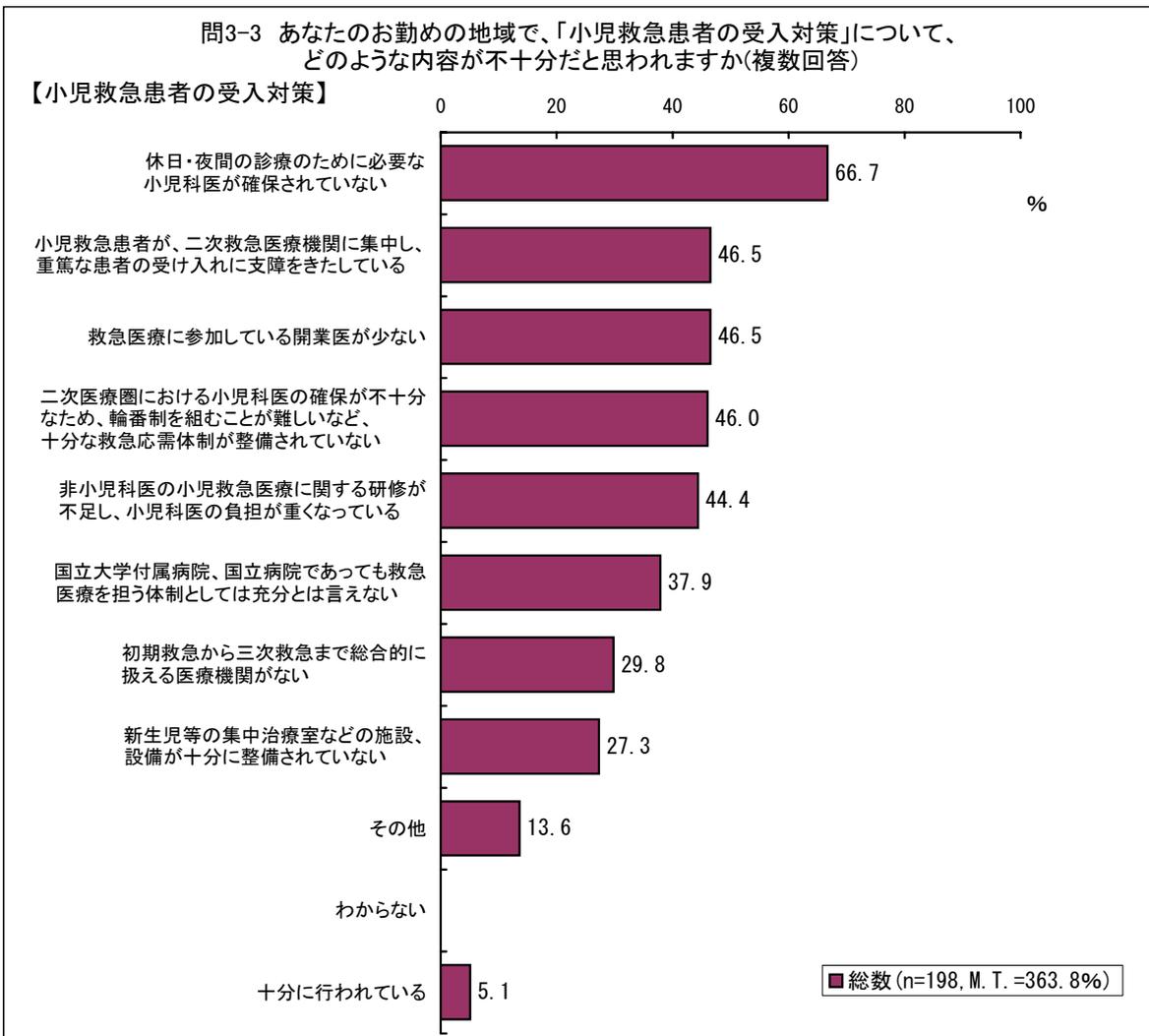
イ 地域の小児救急医療圏の内容の的確でない点

小児科医に、地域における「小児救急医療圏」について、どのような内容が的確でないと思うか尋ねた結果は、「小児救急医療圏は、地域の医療資源(医療機関数、医師数等)の実情を踏まえた設定が行われていない」が53.5%で最も多く、次いで「その他」24.2%、「小児救急医療圏が広すぎるため、救急搬送に時間がかかりすぎる」22.7%などとなっている。



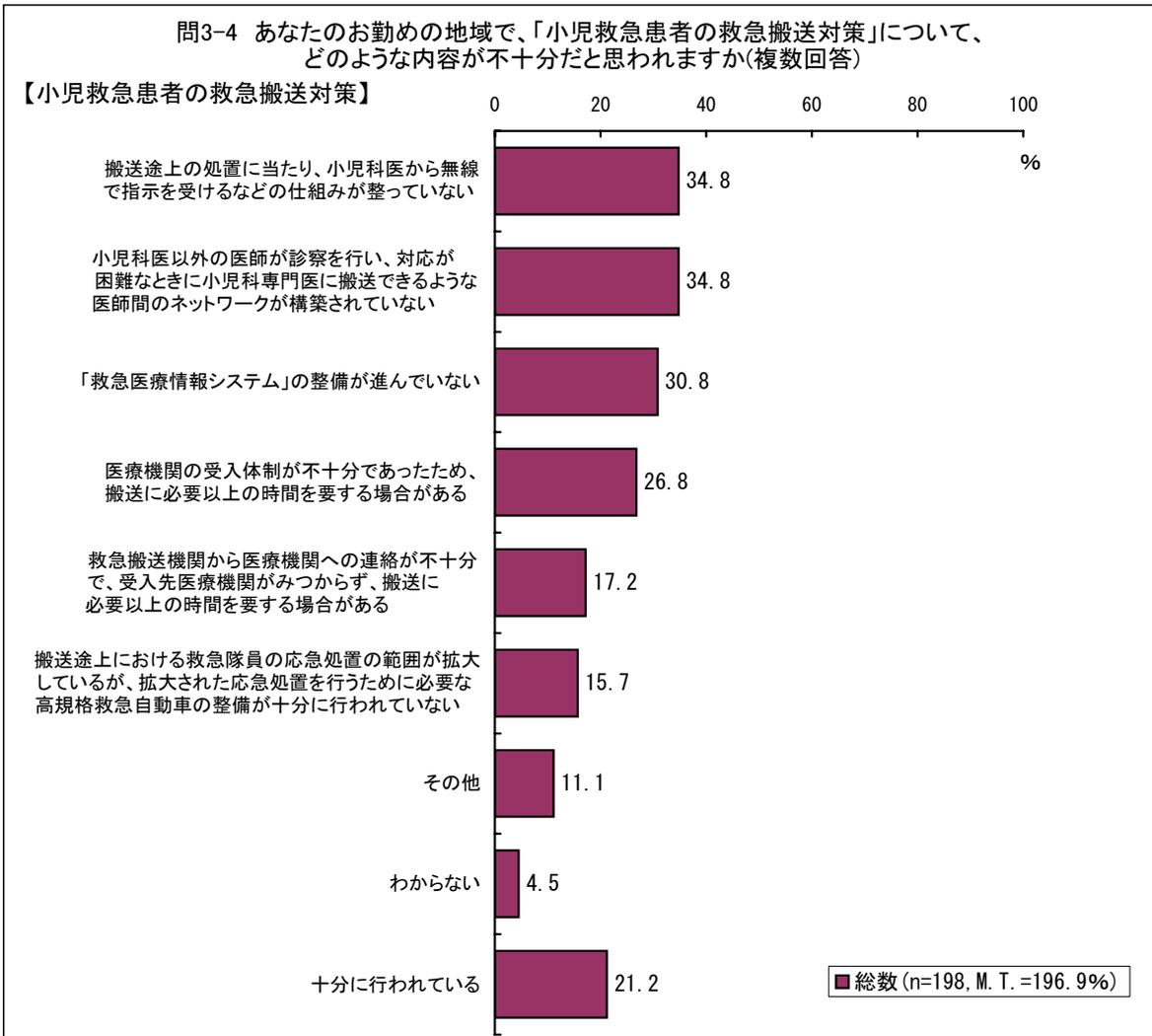
ウ 地域の小児救急患者受入対策の内容の不十分な点

小児科医に、地域における「小児救急患者の受入対策」について、どのような内容が不十分だと思いか尋ねた結果は、「休日・夜間の診療のために必要な小児科医が確保されていない」が66.7%で最も多く、次いで「小児救急患者が、二次救急医療機関に集中し、重篤な患者の受け入れに支障をきたしている」と「救急医療に参加している開業医が少ない」が46.5%、「二次医療圏における小児科医の確保が不十分なため、輪番制を組むことが難しいなど、十分な救急応需体制が整備されていない」46.0%、「非小児科医の小児救急医療に関する研修が不足し、小児科医の負担が重くなっている」44.4%、「国立大学付属病院、国立病院であっても救急医療を担う体制としては充分とは言えない」37.9%などとなっている。



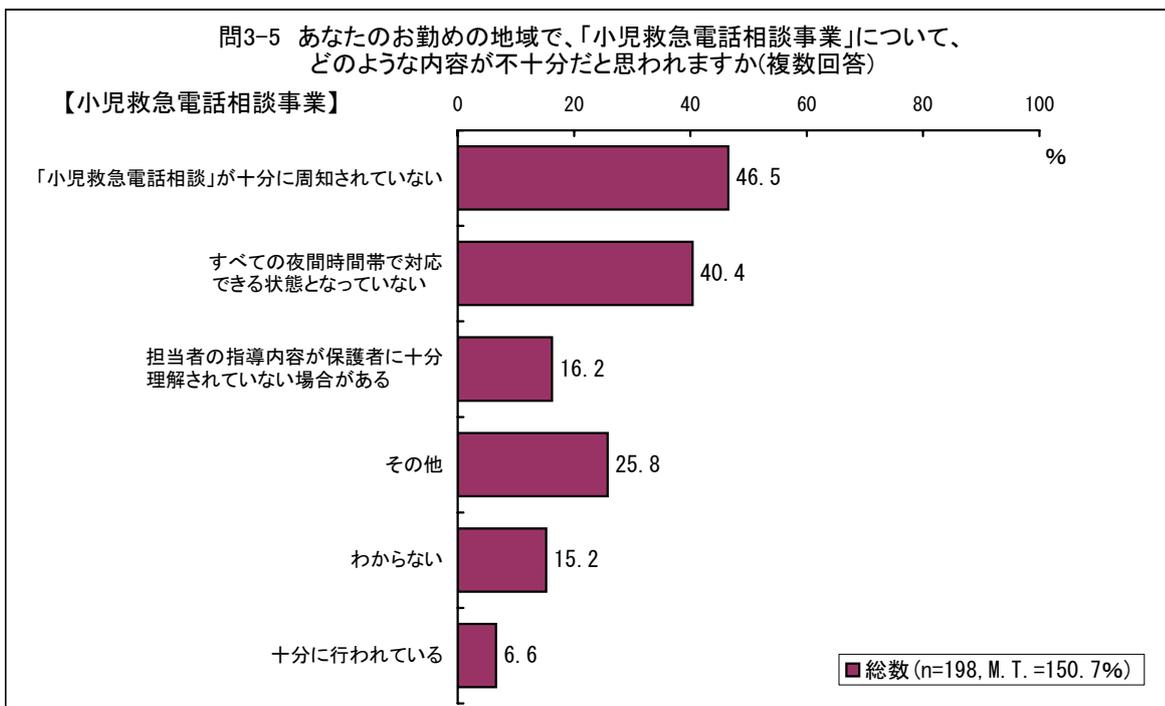
エ 地域の小児救急患者救急搬送対策の内容の不十分な点

小児科医に、地域における「小児救急患者の救急搬送対策」について、どのような内容が不十分だと思ふか尋ねた結果は、「搬送途上の処置に当たり、小児科医から無線で指示を受けるなどの仕組みが整っていない」と「小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークが構築されていない」がともに34.8%で最も多く、次いで「『救急医療情報システム』の整備が進んでいない」30.8%、「医療機関の受入体制が不十分であったため、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある」26.8%などとなっている。



オ 地域の小児救急電話相談事業の内容の不十分な点

小児科医に、地域における「小児救急電話相談事業」について、どのような内容が不十分だと思うか尋ねた結果は、「『小児救急電話相談』が十分に周知されていない」が46.5%で最も多く、次いで「すべての夜間時間帯で対応できる状態となっていない」40.4%、「その他」25.8%、「担当者の指導内容が保護者に十分理解されていない場合がある」16.2%などとなっている。



(9) 小児医療対策について国、都道府県、市町村に求めること

小児科医に、小児医療対策について、国、都道府県、市町村に対して求めることについて具体的な意見を求めた結果、以下のような意見が挙げられた（抜粋）。

- ・ 今の小児医療に対する原資で現在の小児医療のレベルを維持することは困難です。特に救急に関しては、病院小児科医が増えないままに、救急へのわずかの保険点数優遇が与えられたため、現状の小児科スタッフのままで、更に救急医療への労働強化へと誘導され、小児科医の疲弊へと連なっています。私見ですが、このままでは病院小児科（特に地方）はあと2年もたないでしょう。
- ・ 小児科医、産科医に対する評価が低いため、両科の医師が激減しています。過剰労働と少ない報酬。若い医学生はこの2つの科を避けています。今、日本国民は全体として自分の得にならないものは選ばなくなっています。大儀のために生きる思想が薄れ、又は無くなってきています。“教育”から抜本的改革が必要でしょう。
- ・ 出生前小児保健、乳児健診、予防注射、幼稚園・保育園嘱託医、学校医など幅広い保育指導に対する報酬が低すぎる。すべての予防医学・保健活動の社会的評価が低い。有効に働いたときの経済効果、社会的貢献は計り知れないものがある。現行の3倍くらいにしても価値ある働きと思う。保健活動としての講演も多いが、その報酬はあまりに少ない（1時間当たり0円～1万円）。
- ・ 小児救急医療は破綻寸前です。「当直をしたくないから開業をする」、先輩医師の言葉で本音だと思います。日中の業務からそのまま当直、一睡も出来ないまま翌日の勤務。いつ事故が起こってもおかしくありません。体も限界です。労働基準法っていったい何なのですか。各地域によって小児救急体制は様々だとは思いますが、現場の声が全く届かないところでの話し合いは無意味です。
- ・ 新しい臨床研修制度の発足後、ますます小児科医希望（入局）者が減ることは明らかである。産婦人科、麻酔科も同様である。このままでは、日本の医療は危機的状況となります。内科、皮膚科医ばかりが増えても意味がありません。①都市部大学病院の地方病院小児科への派遣義務（現在はその逆が行われています）、②小児科、産婦人科志望者への、医学生時代からの経済援助（奨学金など）、③国家が専門医（内科、外科、皮膚科…）の定員を決定するなどの対応を求めます。
- ・ 市民に対する社会教育（タクシーがわりに救急車を呼ばない。親の都合だけで夜間、休日の診療を求めることはしない。救急受診のルールを守る等）と、理想を現場の人間に押し付けるだけではなく、実現可能なシステム作りと人的・物的資源の確保が必要
- ・ 小児医療対策のために病院に支給された補助金が、全く小児医療のために使われず、病院全体の資金源として利用されている。補助金の適正運用について充分確認する必要がある。
- ・ 小児救急医の給料を上げてください。新しく医師を雇うより安上がりとなる。各自治体が救急病院へ補助をして「ただ乗り」を防止する。二次病院、基幹病院は一般外来はすべて中止し、入院、検査のみとする。例外として紹介のみの外来は行い、特殊外来患者も定期的には開業医が診るようにする。
- ・ 小児医療に対する小児科医の適正な配置がなされていない。病院間の調整を行うことが望ましいが、このためには行政の介入が必要であると考え。この点を改善しない限り、救急医療を行う勤務医、特に小児科医は今後も減り続けるであろう。既に地方では、少なくとも向こう5年間程度で危機的状況に陥るのは目に見えている。
- ・ 電話相談は各地域で行う必要がなく、都会などにセンターを数箇所作り、相談専門医（又は看護師）を確保し国の事業として積極的に行えばよい。電話がつながる地区であれば、日本全国どこでも（海外でも）可能である。緊急の場合を除いて救急病院受診前に必ず電話相談をするという習慣（義務）を国民に徹底すれば、小児科医だけでなく各科医師、メディカル職員の負担は減ってくる。
- ・ 乳幼児健診は小児科医がすべきであり、公的医療機関の小児科医も参加すべきである。小児救急医療に関してはマスコミにあおられて過剰に反応しているくらいがある。小児救急患者のほとんどは軽症患者である。
- ・ 年々規則を増やし、規制を強化し、診療報酬をカットし、医療の経営を危うくしている。まともな医療ができるためには、厚生労働省はじめ関係者が現場に入って実体験をしてみないと、ことの深刻さは理解できないと思う。休日の医療施設を建てても、オープン前に見学するだけ。一度でも、現場で診療開始前から終了後まで一緒に働いてみれば、何が問題なのかわかるはず。
- ・ 生活時間の24時間化に伴い、小児救急にも「いつでも、どこでも、質の高い高度医療」を求める社会風潮があるが、時間外に関しては、自己負担を高くして、少ない小児科医で質の高い医療を時間をかけて行うようにする。
- ・ 小児医療は不採算部門として病院から消滅していく可能性があります。実際にどれだけの時間と労力をかけて診療を行っているか見ていただきたい。無駄な検査は小さな乳幼児にはしないという医療が報われる診療報酬体系の確立は国にしかできません。

(10) 小児医療対策全般についての意見

産婦人科医と小児科医に、小児医療対策全般について具体的な意見を求めた結果、以下のよう
な意見が挙げられた（抜粋）。

- ・ 妊婦に必要な検査は、医療内容の変化によって要求されるものが増えています。公費負担が40年も前の項目と変わりありません。もっと時代に沿った速やかな変更をしてほしい。又、育児する母親の精神的な未熟さが目につきます。行政として、育児中の母親への支援を積極的に行ってほしい。
- ・ 小児医療自体はとてもやりがいのある仕事です。勤務医は若い親に時間外まで振り回されて、疲弊しています。親の希望と受け入れ側の双方の接点を解決するには、時間外治療に高額の自己負担を求めると良いと思います。その上で救済策を考えればよいのではないのでしょうか？
- ・ 毎月1回、市の夜間診療所で午後7時から11時まで働いています。急患として来る患者の半分は、もっと早く治療をすべき、残り半分は明日でいい患者です。これは親の仕事の都合でこういうことが起きている。本来の急患はほとんどいない。仕事を休めばすぐリストラ、収入を得るため働かなければならない等、貧しい社会の犠牲に子供がなっている現実
- ・ 二次拠点病院を再整備し、1か所に小児科専門医を集中させ、十分な二次救急患者の受け入れができると良い。一人の小児科医しかいない病院小児科がいくつあっても意味はない。
- ・ 小児の二次、三次救急搬送の導線（基幹病院までの時間）は30分から40分（地域によっては60分）までは受容しなければならないことを国民に理解していただきたい。現在の小児医療（救急医療）の不備を逆手にとって、時間外救急（一次救急）に応じる新規事業（いわゆるコンビニ的小児救急、しかもチェーン店的な戦略で拡大路線をとっている。）がはびこり始めています。また、行政もそれに頼り始め、抜本的な小児救急体制の構築に積極的な姿勢をみせなくなっています。
- ・ 小児救急は一次、二次、三次病院を整備して、母親に子育て教育をして救急病院のコンビニ化を防がないと早晚救急医療は破綻する。小児救急電話相談は誰が最終責任を持つか明らかにしておかないと訴訟問題に発展する。一次救急診療所のコンビニ化を防ぐ一つの方法として小児の無料化だけを考えるのではなく、時間外、深夜加算は、親達に自分の子供は自分達で育てると自覚させるためにも自費としてよいと思う。
- ・ 小児救急電話相談はあまり知られていません。周知を。親としては何でも少額で病院にかかれるのはありがたいことなのでしょうが、安易にかかりすぎる人が多いのも事実です。皆保険制、自由診療、診療点数の不備、医療財政等含めて考えていくことが必要と思います。全体を見通して調整することが必要です。それができなければ医療、財政の破綻が待っていると思います。
- ・ 相談担当者と実際の受け入れ病院の医師の間で、情報交換が必要。できれば実際に会って実情認識を共有する必要がある。
- ・ 我々開業医、病院勤務医は、自らの診療時間だけで朝9時から夜9時頃まで12時間くらい働いています。その他に土、日、昼休みに救急当番、学校医、学会、勉強会、市町村の健診、会議への出向等あり、これ以上新しい施策はできません。小児減少→週4日くらい診療して生活できるくらいに診療報酬を上げてもらえば、2日くらい時間ができて、様々な保健活動に参加できるようになるかもしれません。
- ・ 患者にとって一次も二次も関係ないようです。診療を円滑にするには、やはり中核病院を作り、そこに十分な医師を集めるのが妥当と思われる。開業医の参加も求められます。
- ・ 小児の軽症の外傷でも救急車を呼ぶ親、軽症でも小児ということだけで受け入れを拒む外科系医師、いずれにも問題があるが、どちらの面も解決していくような政策が必要です。単に医療費を抑制できればよいというのが政策でないと思います。
- ・ 開業小児科医も時間帯によっては協力（救急病院で）ができると思う。開業医が手伝えるようなことを考えてほしい（日曜日の昼間などに協力できれば、病院の先生方の負担を少なくできると思う。）。
- ・ 小児科医はすべて昔から小児医療対策（救急医療など含め）が必要なことは十分承知し、主張もしている。遅れてしまった小児医療対策に対して行政は反省もし、短期的対策ばかりでなく、長期的な行政の意識改革を含めた対策が必要。立派な文化施設が乱立する中で、100坪にもならない小児休日・夜間診療所の土地が、県から当たり前の借地料を要求されるなど言語道断です。
- ・ 一般市民の希望を無視した医師や、行政側の思い込みだけでしている事業が多い。小児の救急電話、小児科医の出産前保健指導等である。一般市民の要求、一般市民を主体にして対策を考えるべきである。

- ・ 現有の小児科医をいかに効率的に使うか、地域の公的病院に散在的に存在する小児科を集約して、1か所に集中し、二次、三次救急のできる病院（中核）を作ること、NICU（新生児集中治療室）も同様。それ以外の小児保健に関することはできるだけ個人開業医に任すこと（健診、予防接種等）。個人でできない部分を集中的に中核病院で行うことに、方針を統一して進めてもらいたい。
- ・ 小児救急電話相談も必要かもしれないが、対応には電話では限界があり、救急病院、当番医の対応の充実（各地域における）が重要。先日作成されたインターネットを利用した方法（日本小児科学会ホームページ）も有効と思われる。
- ・ 小児科医のマンパワーからして、小児の救急医療を完全化するのは困難であると思われます。しかし、他科の医者が行った場合のリスクについて十分理解してもらわないで、安易に他科の医者に参加することはトラブルを招く可能性大と思われます。
- ・ 産婦人科、小児科医師不足によりマンパワーの問題があるので、今までより更に保健師や行政との連携を深めて、お互いカバーし合い、充実したものにしてほしい。
- ・ 母親学級にせよ、訪問指導にせよ、やっている内容の説明、経過報告等が必要だと思います（医者側の対応も良くないことがあります。）、また、行政は決められたことをやったという既成事実を作ることが主で、肝心のフォローが少ないような気がします。
- ・ 小児救急医療のネットワーク、システムは不十分。地域の輪番制、当番制も機能していない。保健指導は、多くの人を対象に一般的、普遍的な内容で行うことが多いのでは。それならば、これから結婚する人、これから妊娠、出産したい人をも対象に指導してほしい。周産期医療の実情も含めて。妊娠してからでは遅いこともありうる。心構えとか、妊娠前にしておくこととか。
- ・ 分娩を扱う開業医が減少している。また、病院勤務の産科医も減少し、大学からも供給されないもので、産科は縮小せざるを得ない状況です。十分な妊婦健診も行えなくなる可能性もあります。分娩に関する医療事故を無くすためにも、麻酔科医、小児科医とのチーム医療、開業医へのサポート体制が必要です。
- ・ 未熟児分娩時の救急搬送時に、基幹病院に依頼してから搬送先が決まるまで、多少時間のかかる時があります。NICUの整備拡張が望まれます。
- ・ 「妊産婦訪問指導」など、当方から紹介することはあるが、その結果がどうなったか不明であることが多い。臨床の現場と行政の積極的連携が必要と考える。
- ・ 健診の無料化は好ましくない。乳児健診に不慣れな産科医が担当し、本来なら（小児科医なら）気付くはずの異常を見逃すことがありうる（実際にあったと聞く。）。自治体は医師会に依頼をした時点で責任を果たしたと思っているが、内容については無関心である。個人的に保健師などに苦情は言っている。
- ・ 私自身どのような内容の保健指導が行われているのか理解していない。患者サイドはもっと理解できていないでしょう。
- ・ ①小児夜間救急体制の充実（小児科医不足）、②NICUのベッド数の増加（最近、市立病院が新築されたが、NICUがないため地域の分娩を扱っている産科には全く恩恵がない（ハイリスク妊婦を搬送できない。）。）
- ・ 小児医療はとても専門的なものであるにもかかわらず、かなりの部分が内科医によって行われているのが現状で、大人のミニチュアとしての医療が心配です。小児科医の強制的な育成とその待遇面での優遇を希望します。将来的には産婦人科医の方がずっと危機的です。急がなければなりません。現場の医師からの意見の集約が必要です。
- ・ 妊婦健診は開業医や病院の行う健診に任せておけばよいが、公的サービスとしてはハイリスク妊婦、産婦、小児を受け入れる受け皿医療機関の整備（連絡体制の確立も含め）が必要で、今回のアンケートのように小児科医の不足ばかりでなく、産科医の確保（特にハイリスク妊婦等を扱う産婦人科医）が急務である。
- ・ 妊娠から出産、育児全般において情報が氾濫し人間関係が複雑となる中、相談事業はとても必要だと思う。医師は多忙なため、相談の専門スタッフを国が予算化して育成してほしい。当院でも相談室を設け育児相談を助産師が行っているが、助産師は不足しており募集しても人が見つからない。産婦人科の現場での助産師不足は深刻であることを分かってほしい。国が十分に確保されているとっている助産師は、いったいどこにいるのかと思う。
- ・ 行政（市町村）が医療機関との連携を密にした保健指導が大切。少子化対策として市民への指導、子育て支援の説明を市にやってほしい。行政と医療機関が別々に同じ指導をやっても意味がなく、患者さんは戸惑っている。市から積極的に医療機関を訪問してほしい。そして、情報を得てほしい。

調査票(単純集計結果表)－市母子保健担当者用－

総務省承認No. 26445

承認期限 平成18年4月30日まで



小児医療対策に関するアンケート調査票
(市母子保健担当者用)

(n=198)

【凡例】

- 1 「n」は回答者数、「NA」は無回答者数、「M. T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数(n)で割った比率を、それぞれ示す。
- 2 質問の選択肢ごとに示す数値は選択肢ごとの回答率を示す。

《記入上のお願い》

- ◆ 本調査票は、統計上の目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。
- ◆ お聞きしたい事項を大別すると以下の4点です。
 - 1 妊産婦、新生児や乳幼児に係る健康診査についてのご意見
 - 2 保健指導についてのご意見
 - 3 訪問指導についてのご意見
 - 4 その他母子保健対策全般についてのご意見
- ◆ 回答のしかたは、□をつけて答えを示してある質問では、あてはまるものにレ点を付してください。また、()書きについては、必要な事項を記入してください。
- ◆ 平成18年3月31日現在の事実について、お答えください。

【ご不明な点についてのお問い合わせ先】

総務省行政評価局(法務・外務・文部科学担当室)(担当:高橋、田中、林、中原、中野)

電話:03-5253-5449(直通)、03-5253-5450(直通)

E-mail:kans2044@soumu.go.jp

◎まず、本調査にお答えいただく方について、お伺いします。

<p>年 齢</p> <p>※平成18年3月31日現在の満年齢でお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 18.2% 20歳代 <input type="checkbox"/> 24.7% 30歳代 <input type="checkbox"/> 30.3% 40歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 25.3% 50歳代 <input type="checkbox"/> 1.5% その他(歳代) - NA</p>
<p>母子保健対策に従事されている活動の内容</p>	<p><input type="checkbox"/> 48.5% 母子保健対策の総合的な計画、指導、振興等</p> <p><input type="checkbox"/> 73.7% 妊産婦、新生児や乳幼児に対する健康診査、保健指導、訪問指導など</p> <p><input type="checkbox"/> 7.1% その他 (M.T.=129.3%)</p>
<p>母子保健対策の従事年数</p> <p>※平成18年3月31日現在の通算従事年数でお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 5.6% 1年未満</p> <p><input type="checkbox"/> 9.1% 1年以上～2年未満</p> <p><input type="checkbox"/> 15.2% 2年以上～4年未満</p> <p><input type="checkbox"/> 11.1% 4年以上～6年未満</p> <p><input type="checkbox"/> 12.6% 6年以上～10年未満</p> <p><input type="checkbox"/> 46.5% 10年以上</p> <p>- NA</p>

妊産婦や新生児、乳幼児の母子保健対策（健康診査、保健指導及び訪問指導）について

市町村や保健所では、妊産婦、新生児や乳幼児のための母子保健対策として、次のような健康診査、保健指導及び訪問指導を行っています。

- 健康診査（妊産婦健康診査、乳児健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査）
- 保健指導（母親（両親）学級、育児学級、面接・電話による健康相談）
- 訪問指導（妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、未熟児訪問指導）

問1 最初に、健康診査のうち、「妊産婦健診」、「乳児健診」、「1歳6か月児健診」、「3歳児健診」のそれぞれについて、お伺いします。

問 1-1-1 あなたが勤める市において、妊産婦健診を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。（複数回答可）

- 25.3% 市内に産婦人科医が少ない
- 市内にいる産婦人科医に健診の受託を要請しているが受けてくれない
- 15.7% 検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である
- 9.1% 母子健康手帳交付時や母親（両親）学級に参加した時に把握した、健康状態からみて健診を受けた方が適当と思われた妊婦に対して受診を勧奨しているが、受診してくれない
- 29.3% その他（ ）
- 34.8% 課題はない（問 1-2-1 にお進みください）
- 0.5% NA (M.T.=114.2%)

問 1-1-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。（n=128）（複数回答可）

- 39.1% 産婦人科医の確保
- 28.1% 情報の入手（追加する検査等の項目の費用やその効果などに関する情報）
- 14.8% 情報の入手（健診の受診率が高い市町村における健診の方法）
- 34.4% その他（ ）
- 5.5% わからない
- 0.8% NA (M.T.=121.9%)

問 1-1-3 問 1-1-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。（n=128）（複数回答可）

- 14.8% 国立大学附属病院、国立病院の産婦人科医の妊産婦健診への参加の促進
- 35.2% 追加する検査等の項目の費用やその効果などに関する情報提供
- 21.9% 健診の受診率が高い市町村における健診の方法についての情報提供
- 41.4% 上記の情報以外で他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供
- 20.3% その他（ ）
- 9.4% 期待することはない（問 1-2-1 にお進みください）
- 1.6% NA (M.T.=143%)

問 1-1-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 1-2-1 あなたが勤める市において、乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を行う上で、それぞれどのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

課題の内容	乳児健診	1歳6か月児健診	3歳児健診
① 市内に小児科医が少ない	36.4%	35.9%	35.4%
② 健診時に小児科医が確保できない	26.8%	36.4%	40.9%
③ 市内にいる小児科医に健診の受託を要請しているが受けてくれない	4.5%	3.5%	4.5%
④ 検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である	7.6%	7.6%	7.6%
⑤ 低出生体重児として届出のあった乳児の保護者に対して受診を勧奨しても、受診してくれない	4.0%	—	—
⑥ 育児相談時に把握した健康状態からみて、健診を受けた方が適当と思われた乳児の保護者に対して受診を勧奨しても、受診してくれない	16.2%	22.2%	25.3%
⑦ その他(問 1-2-4 において、具体的にお答えください)	26.3%	26.3%	26.3%
⑧ 課題はない(乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診とも課題のない場合⇒問 2 にお進みください)	14.1%	13.6%	13.1%
NA	7.1%	4.0%	2.0%
	(M. T. =135.9%)	(M. T. =145.5%)	(M. T. =153.1%)

課題ありとした健診について
問 1-2-2、問 1-2-3 にお答えください。



問 1-2-2 問 1-2-1 の課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。(複数回答可)

解決方法	乳児健診	1歳6か月児健診	3歳児健診
	(n=156)	(n=163)	(n=168)
① 小児科医の確保	56.4%	62.6%	63.1%
② 情報の入手(追加する検査等の項目の費用やその効果などに関する情報)	12.2%	11.7%	11.9%
③ 情報の入手(健診の受診率が高い市町村における健診の方法)	21.8%	24.5%	27.4%
④ その他(問 1-2-4 において、具体的にお答えください)	25.6%	23.9%	24.4%
⑤ わからない	4.5%	3.1%	4.2%
NA	4.5%	5.5%	3.6%
	(M. T. =120.5%)	(M. T. =125.8%)	(M. T. =131%)

問 1-2-3 問 1-2-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(複数回答可)

期待する内容	区 分	乳児 健診	1 歳 6 か月児健診	3 歳児 健診
		(n=156)	(n=163)	(n=168)
① 国立大学附属病院、国立病院の小児科医の乳 児健診への参加の促進		46.2%	44.2%	44.0%
② 追加する検査等の項目の費用やその効果な どに関する情報提供		13.5%	12.3%	11.9%
③ 健診の受診率が高い市町村における健診の 方法についての情報提供		24.4%	25.8%	26.8%
④ 上記の情報以外で他都道府県・市町村におけ る先進的取組事例に関する情報提供		34.0%	35.0%	36.3%
⑤ その他 (問 1-2-4 において、具体的にお答え ください)		16.7%	19.6%	17.3%
⑥ 期待することはない (問 2 にお進みくださ い)		7.1%	7.4%	8.3%
NA		5.1%	4.9%	4.8%
		(M. T. =141.9%)	(M. T. =144.3%)	(M. T. =144.6%)

問 1-2-4 国に期待する役割について、具体的な意見があれば、ご記入ください。

(1) 乳児健診

(2) 1 歳 6 か月児健診

(3) 3 歳児健診

問2 次に、保健指導のうち、「母親（両親）学級」、「育児学級」、「面接・電話による健康相談」について、お伺いします。

問 2-1-1 あなたが勤める市において、母親（両親）学級を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。（複数回答可）

- 21.7% 母親や姑が同居していない又は遠くに住んでいるため、出産に関する知識を得る機会が少ない初妊婦に参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない
- 27.8% 初妊婦の配偶者にも参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない
- 4.0% 出産又は育児を経験した女性に実体験を踏まえた指導を行ってもらおうと働きかけているが、なかなか参加してくれない
- 15.7% 出産又は育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える人材が少ない
- 40.4% その他（ ）
- 18.7% 課題はない（問 2-2-1 にお進みください）
- 0.5% NA (M. T. =128.3%)

問 2-1-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。（n=160）（複数回答可）

- 35.0% 情報の入手（初妊婦の参加率が高い市町村における母親（両親）学級の方法）
- 34.4% 情報の入手（初妊婦の配偶者の参加率が高い市町村における母親（両親）学級の方法）
- 26.9% 出産の実体験を踏まえた指導を適切に行うことができる人材の育成・確保
- 40.6% その他（ ）
- 1.9% わからない
- 1.9% NA (M. T. =138.8%)

問 2-1-3 問 2-1-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。（n=160）（複数回答可）

- 35.6% 初妊婦の参加率が高い市町村における母親（両親）学級の方法についての情報提供
- 31.3% 初妊婦の配偶者の参加率が高い市町村における母親（両親）学級の方法についての情報提供
- 39.4% 上記の情報以外で他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供
- 30.6% 出産の実体験を踏まえた指導を適切に行うことができる人材の育成・確保のための市町村事業に対する支援
- 16.3% その他（ ）
- 12.5% 期待することはない（問 2-2-1 にお進みください）
- 1.3% NA (M. T. =165.7%)

問 2-1-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 2-2-1 あなたが勤める市において、育児学級を行う上で、どのようなことが課題と
なっているとお考えですか。(複数回答可)

- 17.2% 母親や姑が同居していない又は遠くに住んでいるため、育児に関する知識を得る機会が少ない母親に参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない
- 17.7% 父親にも参加を呼びかけているが、なかなか参加してくれない
- 3.0% 育児を経験した女性に実体験を踏まえた指導を行ってもらおうと働きかけているが、なかなか参加してくれない
- 11.6% 育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える女性が少ない
- 40.9% その他 ()
- 25.3% 課題はない (問 2-3-1 にお進みください)
- 4.0% N A (M. T. =%115.7)

問 2-2-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。
(n=140) (複数回答可)

- 32.1% 情報の入手 (乳幼児の母親の参加率が高い市町村における育児学級の方法)
- 27.9% 情報の入手 (乳幼児の父親の参加率が高い市町村における育児学級の方法)
- 25.0% 育児の実体験を踏まえた指導を適切に行うことができる人材の育成・確保
- 42.9% その他 ()
- 3.6% わからない
- 10.0% N A (M. T. =131.5%)

問 2-2-3 問 2-2-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。
(n=140) (複数回答可)

- 30.0% 乳幼児の母親の参加率が高い市町村における母親(両親)学級の方法についての情報提供
- 31.4% 乳幼児の父親の参加率が高い市町村における母親(両親)学級の方法についての情報提供
- 45.7% 上記の情報以外で他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供
- 17.9% 期待することはない (問 2-3-1 にお進みください)
- 16.4% N A (M. T. =125%)

問 2-2-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 2-3-1 あなたが勤める市において、面接・電話による健康相談を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 15.7% 公費負担による妊産婦健診結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、診査結果を相談に活用できない
- 16.2% 自費負担による妊産婦健診結果について、妊産婦からの情報提供がないため、的確な相談ができない
- 6.6% 妊婦が、育児不安などについて小児科医に相談する出産前小児保健指導には、小児科医の協力が必要であるが、小児科医の協力が得られないため、的確な相談ができない
- 62.6% 最近の若年・未成熟な妊産婦に対する相談の対応の仕方が難しく苦慮している
- 21.7% その他 ()
- 14.1% 課題はない (問3にお進みください)
- NA (M.T.=136.9%)

問 2-3-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。(n=170) (複数回答可)

- 34.1% 情報の入手 (医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法)
- 54.1% 情報の入手 (相談者への効果的な対応方法)
- 18.2% 出産前小児保健指導に協力してくれる小児科医の確保
- 30.6% その他 ()
- 5.3% わからない
- 1.8% NA (M.T.=142.3%)

問 2-3-3 問 2-3-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。(n=170) (複数回答可)

- 33.5% 医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供
- 57.6% 相談者への効果的な対応方法についての情報提供
- 41.8% 上記の情報以外で他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供
- 15.3% 国立大学附属病院、国立病院の小児科医の出産前小児保健指導への参加の促進
- 16.5% その他 ()
- 10.0% 期待することはない (問3にお進みください)
- 1.8% NA (M.T.=174.7%)

問 2-3-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問3 訪問指導のうち、「妊産婦訪問指導」、「新生児訪問指導」、「未熟児訪問指導」のそれぞれについて、お伺いします。

問 3-1-1 あなたが勤める市において、妊産婦訪問指導を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 13.1% 公費負担による妊産婦健診結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、健診結果を訪問指導に活用できない
- 16.7% 自費負担による妊産婦健診結果について、妊産婦からの情報提供がないため、的確な訪問指導ができない
- 35.9% 妊産婦から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある
- 53.5% 保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない
- 19.2% その他 ()
- 14.6% 課題はない(問 3-2-1 にお進みください)
- 0.5% NA (M. T.=153%)

問 3-1-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。(n=168)(複数回答可)

- 26.2% 情報の入手(医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法)
- 28.6% 情報の入手(妊産婦の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法)
- 71.4% 保健師など訪問指導の担当者の育成・確保
- 19.6% その他 ()
- 1.2% わからない
- NA (M. T.=147%)

問 3-1-3 問 3-1-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。(n=168)(複数回答可)

- 28.0% 医療機関からの妊産婦健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供
- 35.1% 妊産婦の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供
- 40.5% 上記の情報以外で他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供
- 35.1% 国立大学附属病院、国立病院の助産師などの訪問指導への参加の促進
- 19.0% その他 ()
- 8.3% 期待することはない(問 3-2-1 にお進みください)
- 1.8% NA (M. T.=166%)

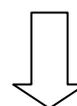
問 3-1-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 3-2-1 あなたが勤める市において、新生児訪問指導、未熟児訪問指導を行う上で、それぞれ、どのようなことが課題となっているとお考えですか。（複数回答可）

課題の内容	区分	新生児 訪問指導	未熟児 訪問指導
① 1か月健診の前に、医療機関から新生児に関する情報提供がないため、ハイリスクな新生児に重点化した訪問指導ができない		34.8%	22.7%
② 保護者からの情報提供がないため、的確な訪問指導ができない		23.2%	10.6%
③ 保護者から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある		29.8%	17.2%
④ 保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない		53.5%	31.8%
⑤ その他（問 3-2-4 において、具体的にお答えください）		11.1%	11.6%
⑥ 課題はない（新生児訪問指導、未熟児訪問指導とも課題のない場合⇒問 4 にお進みください）		12.6%	13.6%
NA		0.5%	27.3%
		(M. T. =165%)	(M. T. =107.5%)

課題ありとした訪問指導について

問 3-2-2、問 3-2-3 にお答えください。



問 3-2-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。（複数回答可）

解決方法	区分	新生児 訪問指導	未熟児 訪問指導
		(n=172)	(n=117)
① 情報の入手（1か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法）		43.6%	41.0%
② 情報の入手（医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法）		37.8%	36.8%
③ 情報の入手（保護者の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法）		27.3%	23.9%
④ 保健師など訪問指導の担当者の育成・確保		75.0%	69.2%
⑤ その他（問 3-2-4 において、具体的にお答えください）		9.3%	14.5%
⑥ わからない		2.9%	2.6%
NA		0.6%	1.7%
		(M. T. =195.9%)	(M. T. =188%)

問 3-2-3 問 3-2-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。
(複数回答可)

解決方法	区分	新生児 訪問指導	未熟児 訪問指導
① 1 か月健診前の医療機関からのハイリスクな新生児・未熟児に関する情報の入手方法についての情報提供		(n=172) 40.7%	(n=117) 42.7%
② 医療機関からの健康診査結果の効果的な入手方法についての情報提供		38.4%	40.2%
③ 新生児・未熟児の訪問指導への理解が高い市町村における訪問指導の方法についての情報提供		37.8%	39.3%
④ 上記の情報以外で他都道府県・市町村における先進的取組事例に関する情報提供		33.7%	34.2%
⑤ 国立大学附属病院、国立病院の助産師などの訪問指導への参加の促進		33.7%	35.0%
⑥ その他（問 3-2-4 において、具体的にお答えください）		10.5%	10.3%
⑦ 期待することはない（問 4 にお進みください）		11.6%	12.0%
NA		2.9%	5.1%
		(M. T. =206.4%)	(M. T. =213.7%)

問 3-2-4 国に期待する役割について、具体的な意見があれば、ご記入ください。

(1) 新生児訪問指導

(2) 未熟児訪問指導

問 4 その他妊産婦、新生児や乳幼児のための母子保健対策全般に関して、ご意見がありましたら、ご自由に記入してください。

ご協力ありがとうございました。

調査票(単純集計結果表)－小中学校・教育委員会用－

総務省承認No. 26446

承認期限 平成18年4月30日まで



小児医療対策に関するアンケート調査票
(小中学校・教育委員会用)

(n=266)

【凡例】

- 「n」は回答者数、「NA」は無回答者数、「M. T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数(n)で割った比率を、それぞれ示す。
- 質問の選択肢ごとに示す数値は選択肢ごとの回答率を示す。

《記入上のお願い》

- ◆ 本調査票は、統計上の目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。
- ◆ お聞きしたい事項を大別すると以下の4点です。
 - 小中学校における児童・生徒の肥満防止対策についてのご意見
 - 痩身防止対策についてのご意見
 - アレルギー対策についてのご意見
 - その他児童・生徒の心身の健康増進対策全般についてのご意見
- ◆ 回答のしかたは、□をつけて答えを示してある質問では、あてはまるものにレ点を付けてください。また、()書きについては、必要な事項を記入してください。
- ◆ 平成18年3月31日現在の事実について、お答えください。

【ご不明な点についてのお問い合わせ先】

総務省行政評価局(法務・外務・文部科学担当室)(担当:高橋、田中、林、中原、中野)

電話:03-5253-5449(直通)、03-5253-5450(直通)

E-mail:kans2044@soumu.go.jp

◎まず、本調査にお答えいただく方について、お伺いします。

所 属 先	<input type="checkbox"/> 66.2% 市教育委員会 <input type="checkbox"/> 17.7% 小学校 <input type="checkbox"/> 16.2% 中学校 - NA
年 齢 ※平成18年3月31日現在の満年齢でお答えください。	<input type="checkbox"/> 4.5% 20歳代 <input type="checkbox"/> 16.5% 30歳代 <input type="checkbox"/> 35.7% 40歳代 <input type="checkbox"/> 42.9% 50歳代 <input type="checkbox"/> 0.4% その他(歳代) - NA
現 在 の 職 種	<input type="checkbox"/> 65.4% 市教育委員会職員 <input type="checkbox"/> 34.6% 養護教諭 <input type="checkbox"/> - 栄養教諭 - NA
児童・生徒の健康増進対策に従事されている活動の内容	<input type="checkbox"/> 59.0% 学校保健の総合的な計画、指導、振興等 <input type="checkbox"/> 51.1% 小中学校における児童・生徒の心身の健康管理等 <input type="checkbox"/> 16.2% 小中学校における食に関する指導、学校給食の管理等 <input type="checkbox"/> 3.8% その他() (M.T.=130.1%)
児童・生徒の健康増進対策の従事年数 ※平成18年3月31日現在の通算従事年数でお答えください。	<input type="checkbox"/> 13.9% 1年未満 <input type="checkbox"/> 19.5% 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 17.3% 2年以上～4年未満 <input type="checkbox"/> 7.9% 4年以上～6年未満 <input type="checkbox"/> 4.1% 6年以上～10年未満 <input type="checkbox"/> 36.5% 10年以上 0.8% NA

児童・生徒の心身の健康増進対策について

小中学校では、児童・生徒の心身の健康増進対策として、次のような対策を実施しています。

- 児童・生徒の肥満防止対策
- 児童・生徒の痩身防止対策
- 児童・生徒のアレルギー対策

問 1 最初に、児童・生徒の心身の健康増進対策のうち、「肥満防止対策」について、お伺いします。

問 1-1 あなたが勤める市または学校において、児童・生徒のための肥満防止対策を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 16.9% 学校の養護教諭および栄養教諭以外の教職員の意識が低い
- 50.0% 重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し、指導を行うとともに、保護者に対し、家庭における食生活などの注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず、対策の効果がなかなか上がらない
- 39.5% 重点的な指導が必要な児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない
- 51.5% プライバシーに関わることなので、触れにくい
- 23.3% 児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である
- 9.8% その他 ()
- 4.5% 課題はない(問2にお進みください)
- NA (M.T.=195.5%)

問 1-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。

(n=254) (複数回答可)

- 26.8% 学校関係者への、肥満防止に関する意識啓発
- 68.9% 保護者への、肥満防止に関する意識啓発
- 29.9% 情報入手 (全児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法)
- 23.6% 情報入手 (重点的な指導を要する児童・生徒の的確な選定方法)
- 57.9% 情報入手 (重点的な指導を要する児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法)
- 33.9% 情報入手 (児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法)
- 8.7% その他 ()
- 1.2% わからない
- NA (M.T.=250.9%)

問 1-3 問 1-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(n=254) (複数回答可)

- 17.7% 学校関係者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供
- 37.0% 保護者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供
- 46.5% 全児童・生徒および保護者に対する効果的な指導についての情報提供
- 28.0% 重点的な指導を要する児童・生徒の選定基準の設定
- 55.1% 重点的な指導を要する児童・生徒および保護者に対する効果的な指導についての情報提供
- 29.9% 児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供
- 28.3% 健康診断のあり方について、学校保健法等の見直し
- 17.7% 教育課程の中への明確な位置づけと指導時間数の設定
- 5.1% その他 ()
- 0.8% 期待することはない (問 2 にお進みください)
- NA (M. T. =266.1%)

問 1-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 2 児童・生徒の健康増進対策のうち、痩身防止対策についてお伺いします。

問 2-1 あなたが勤める市または学校において、児童・生徒のための痩身防止対策を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 19.5% 学校の養護教諭および栄養教諭以外の教職員の意識が低い
- 27.8% 重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し、指導を行うとともに、保護者に対し、家庭における食生活などの注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず、対策の効果がなかなか上がらない
- 45.5% 重点的な指導が必要な児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない
- 38.0% プライバシーに関わることなので、触れにくい
- 33.1% 児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である
- 4.1% その他 ()
- 10.5% 課題はない (問 3 にお進みください)
- NA (M. T. =178.5%)

問 2-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。

(n=238) (複数回答可)

- 33.6% 学校関係者への、痩身防止に関する意識啓発
- 60.9% 保護者への、痩身防止に関する意識啓発
- 32.4% 情報入手 (重点的な指導を要する児童・生徒の的確な選定方法)
- 56.3% 情報入手 (重点的な指導を要する児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法)

- 46.6% 情報入手（児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法）
- 5.9% その他（ ）
- 0.4% わからない
- 0.4% NA （M. T. =236.1%）

問 2-3 問 2-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(n=238) (複数回答可)

- 25.2% 学校関係者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供
- 35.3% 保護者への意識啓発が効果的に行われている、他学校の例についての情報提供
- 40.8% 全児童・生徒および保護者に対する効果的な指導についての情報提供
- 35.3% 重点的な指導を要する児童・生徒の選定基準の設定
- 57.6% 重点的な指導を要する児童・生徒および保護者に対する効果的な指導についての情報提供
- 45.4% 児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供
- 21.4% 健康診断のあり方について、学校保健法等の見直し
- 10.9% 教育課程の中への明確な位置づけと指導時間数の設定
- 4.6% その他（ ）
- 0.8% 期待することはない（問 3 にお進みください）
- 0.8% NA （M. T. =277.3%）

問 2-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 3 児童・生徒の健康増進対策のうち、「アレルギー対策」についてお伺いします。

問 3-1 あなたが勤める市または学校において、児童・生徒のアレルギー対策を行う上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。（複数回答可）

- 32.7% アレルギー性疾患を持つ児童・生徒を把握できない場合がある
- 41.0% ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時の体制が万全でない
- 47.7% 除去食（食物アレルギー）や汗拭き・着替え（アトピー）など、個別の対応が的確に行えていない
- 26.7% 児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である
- 8.3% その他（ ）
- 10.9% 課題はない（問 4 にお進みください）
- NA （M. T. =167.3%）

問 3-2 これらの課題を解決するために、どのようなことが必要とお考えですか。

(n=237) (複数回答可)

- 42.2% アレルギー性疾患を持つ児童・生徒の的確な把握
 - 50.2% ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時の体制の整備
 - 52.3% 除去食(食物アレルギー)や汗拭き・着替え(アトピー)など、個別の的確な対応
 - 37.1% 情報入手(児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法)
 - 11.0% その他()
 - 0.4% わからない
- NA (M. T. =193.2%)

問 3-3 問 3-1 の課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(n=237) (複数回答可)

- 43.9% アレルギー性疾患を持つ児童・生徒の的確な把握方法に関する情報提供
 - 59.5% ぜん息や食物アレルギーの発作が起こった時など、緊急時の対応マニュアルの提供
 - 52.7% アレルギーを持つ児童への個別の対応を積極的に行っている事例の紹介
 - 35.9% 児童・生徒の精神保健面のケアに関する効果的な方法に関する情報提供
 - 11.0% その他()
 - 0.4% 期待することはない(問 4にお進みください)
- 0.4% NA (M. T. =203.4%)

問 3-4 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 4 その他小中学校における児童・生徒の心身の健康増進対策全般について、ご意見がありましたら、ご自由に記入してください。

御協力ありがとうございました。

調査票(単純集計結果表)―都道府県用―

総務省承認No. 26447

承認期限 平成18年4月30日まで



小児医療対策に関するアンケート調査票 (都道府県用)

(n=78)

【凡例】

- 「n」は回答者数、「NA」は無回答者数、「M.T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数(n)で割った比率を、それぞれ示す。
- 質問の選択肢ごとに示す数値は選択肢ごとの回答率を示す。

《記入上のお願い》

- ◆ 本調査票は、統計上の目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。
- ◆ お聞きしたい事項を大別すると以下の2点です。
 - 都道府県の小児医療対策(小児救急医療対策を含む)についてのご意見
 - その他小児医療対策全般についてのご意見
- ◆ 回答のしかたは、をつけて答えを示してある質問では、あてはまるものにレ点を付してください。また、()書きについては、必要な事項を記入してください。
- ◆ 平成18年3月31日現在の事実について、お答えください。

【ご不明な点についてのお問い合わせ先】

総務省行政評価局(法務・外務・文部科学担当室)(担当:高橋、田中、林、中原、中野)

電話:03-5253-5449(直通)、03-5253-5450(直通)

E-mail:kans2044@soumu.go.jp

◎まず、本調査にお答えいただく方について、お伺いします。

年 齢 ※平成18年3月31日現在の満年齢でお答えください。	<input type="checkbox"/> 7.7% 20歳代 <input type="checkbox"/> 24.4% 30歳代 <input type="checkbox"/> 50.0% 40歳代 <input type="checkbox"/> 17.9% 50歳代 <input type="checkbox"/> - その他(歳代) - NA
小児医療対策に従事されている活動の内容	<input type="checkbox"/> 44.9% 小児医療の総合的な計画、指導、振興等 <input type="checkbox"/> 30.8% 「医療計画」の策定、運用 <input type="checkbox"/> 30.8% 救急業務所管部局との連絡調整 <input type="checkbox"/> 46.2% 医療機関等との連絡調整 <input type="checkbox"/> 23.1% その他() (M.T.=175.8%)
小児医療対策の従事年数 ※平成18年3月31日現在の通算従事年数でお答えください。	<input type="checkbox"/> 38.5% 1年未満 <input type="checkbox"/> 34.6% 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 19.2% 2年以上～4年未満 <input type="checkbox"/> 6.4% 4年以上～6年未満 <input type="checkbox"/> 1.3% 6年以上～10年未満 <input type="checkbox"/> - 10年以上 <input type="checkbox"/> - NA

小児医療対策（小児救急医療対策を含む。以下同じ）について

都道府県や市町村が行う小児医療対策として、次のような対策があります。

- 小児科医の確保対策
- 小児救急患者の救急搬送対策
- 小児救急医療圏の設定
- 小児救急電話相談事業
- 小児救急患者の受入対策

問 1 最初に、小児医療対策のうち、「小児科医の確保対策」についてお伺いします。

問 1-1 あなたが勤める都道府県において、小児医の確保対策を実施する上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。（複数回答可）

- 74.4% 診療報酬が低いことなどから、小児科医のなり手が少ない
- 34.6% 都市部ではある程度小児科医が確保されているが、地方では確保されていない。このため、都市の医者を地方に随時派遣するなどの方法により、医療体制は整備できると思うが、この調整が十分に行われていない
- 46.2% 出産・育児などのため離職した女性小児科医などの再教育が進んでおらず、活用可能な人材として登録する取組が遅れている
- 48.7% 小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策が不十分である
- 29.5% その他（ ）
- 課題はない（問 2 にお進みください）
- 1.3% NA (M.T.=233.4%)

問 1-2 これらの課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。（n=77）（複数回答可）

- 46.8% 医学生に対する意識付け
- 80.5% 小児医療に対する診療報酬や助成の充実
- 45.5% 出産・育児などのため離職した女性小児科医などを再教育し、活用可能な人材として登録する取組みの推進
- 66.2% 小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策の充実
- 20.8% その他（ ）
- 期待することはない（問 2 にお進みください）
- NA (M.T.=259.8%)

問 1-3 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問2 小児医療対策のうち、「小児救急医療圏の設定」についてお伺いします。

問2-1 あなたが勤める都道府県において、小児救急医療圏を設定する上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 9.0% 三次医療圏で救急医療機関が整備されたため、二次救急の役割を担っていた近隣の病院が夜間診療をやめてしまい、二次救急が機能しなくなっている
- 39.7% 小児救急医療圏は、地域の医療資源(医療機関数、医師数等)の実情にそぐわなくなっている。
- 11.5% 小児救急医療圏が狭いため、当該医療圏の中に小児救急医療の拠点となる医療機関がなく、他の医療圏まで搬送しなければならない
- 16.7% 小児救急医療圏が広すぎるため、救急搬送に時間がかかりすぎる
- 33.3% その他 ()
- 9.0% 課題はない(問3にお進みください)
- 5.1% NA (M.T.=119.2%)

問2-2 これらの課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(n=67) (複数回答可)

- 34.3% 小児医療圏設定のための具体的な方針の提示
- 37.3% 二次救急は十分な診療機能を持つ病院のみに集約する「小児救急拠点病院方式」の導入
- 26.9% その他 ()
- 4.5% 期待することはない(問3にお進みください)
- 10.4% NA (M.T.=103%)

問2-3 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問3 小児医療対策のうち、「小児救急患者の受入対策」についてお伺いします。

問3-1 あなたが勤める都道府県において、小児救急患者の受入対策を実施する上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 55.1% ほとんどの二次医療圏で小児科医が少なく、輪番制を組むことが難しいなど、十分な救急応需体制が整備されていない
- 42.3% 小児救急患者が、二次救急医療機関に集中し、重篤な患者の受け入れに支障をきたしている
- 69.2% 救急医療に参加している開業医が少ないなど、休日・夜間の診療のために必要な小児科医の確保がされていない
- 25.6% 非小児科医の小児救急医療に関する研修が不足し、小児科医の負担が重くなっている
- 34.6% 国立大学附属病院、国立病院であっても救急医療を担う体制としては充分とは言えない
- 29.5% 新生児等の集中治療室などの施設、設備が十分に整備されていない
- 10.3% 初期救急から三次救急まで総合的に扱える医療機関がない
- 15.4% その他 ()
- 課題はない(問4にお進みください)
- 1.3% NA (M.T.=282%)

問3-2 これらの課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。(n=77)(複数回答可)

- 57.1% 国立大学付属病院、国立病院の小児科医の小児救急医療への参加の促進
- 36.4% 小児科医以外の医師の小児救急医療研修への参加を促進するための都道府県事業に対する支援
- 26.0% その他
- 期待することはない(問4にお進みください)
- 6.5% NA (M.T.=119.5%)

問3-3 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問 4 小児医療対策のうち、「小児救急患者の救急搬送対策」についてお伺いします。

問 4-1 あなたが勤める都道府県において、小児救急患者の救急搬送対策を実施する上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 23.1% 搬送途上の処置に当たり、小児科医の指示を受ける環境が整っていない
- 9.0% 救急搬送機関から医療機関への連絡が不十分であったために、受入先医療機関が見つからず、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある
- 39.7% 医療機関の受入体制が不十分であったため、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある
- 15.4% 医療機関に迅速に搬送するために使用する「救急医療情報システム」が機能していない場合がある
- 39.7% 小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークが構築されていない
- 6.4% 搬送途上における救急隊員の応急処置の範囲が拡大しているが、拡大された応急処置を行うために必要な高規格救急自動車の整備が十分に行われていない
- 3.8% 二次救急医療機関では対応できない患者の三次救急医療機関への移送体制が不十分
- 11.5% その他 ()
- 9.0% 課題はない(問5にお進みください)
- 3.8% NA (M.T.=157.6%)

問 4-2 これらの課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(n=68) (複数回答可)

- 58.8% 小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークの構築方法の指導
- 22.1% 他都道府県において搬送途上に小児科医からの的確な指示が行われている例などについての情報提供
- 27.9% 他都道府県において「救急医療情報システム」が有効に機能している例などについての情報提供
- 13.2% その他 ()
- 2.9% 期待することはない(問5にお進みください)
- 7.4% NA (M.T.=124.9%)

問 4-3 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問5 小児医療対策のうち、「小児救急電話相談事業」についてお伺いします。

問5-1 あなたが勤める都道府県において、小児救急電話相談事業を実施する上で、どのようなことが課題となっているとお考えですか。(複数回答可)

- 55.1% すべての夜間時間帯で対応できる状態となっていない
- 2.6% 担当者の指導内容が保護者に十分理解されていない場合がある
- 20.5% 「小児救急電話相談」が十分に周知されていない
- 28.2% その他 ()
- 6.4% 課題はない (問6にお進みください)
- 5.1% NA (M.T.=112.8%)

問5-2 これらの課題を解決するために、国にどのような役割を期待しますか。

(n=69) (複数回答可)

- 46.4% 他都道府県において効果的な対応が行われている例などについての情報提供
- 15.9% 相談担当者への都道府県が行う研修への支援
- 30.4% その他 ()
- 8.7% 期待することはない (問6にお進みください)
- 11.6% NA (M.T.=101.4%)

問5-3 国に期待する役割について、具体的な意見があればご記入ください。

問6 その他小児医療対策全般に関して、ご意見がありましたら、ご自由に記入してください。

御協力ありがとうございました。

調査票(単純集計結果表)－医療関係者用－

総務省承認No. 26448

承認期限 平成18年4月30日まで



小児医療対策に関するアンケート調査票 (医療関係者用)

(n=371 (小児科医 n=198))

【凡例】

- 1 「n」は回答者数、「NA」は無回答者数、「M.T.」は複数回答の質問において回答数の合計を回答者数(n)で割った比率を、それぞれ示す。
- 2 質問の選択肢ごとに示す数値は選択肢ごとの回答率を示す。

《記入上のお願い》

- ◆ 本調査票は、統計上の目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。
- ◆ お聞きしたい事項を大別すると以下の4点です。
 - 1 市町村・保健所が行っている妊産婦や新生児、乳幼児の母子保健対策についてのご意見
 - 2 小学校・中学校が行っている児童・生徒の心身の健康増進対策についてのご意見
 - 3 小児医療対策（小児救急医療対策を含む）についてのご意見
 - 4 その他関係行政機関が行う小児医療対策全般についてのご意見
- ◆ 回答のしかたは、□をつけて答えを示してある質問では、あてはまるものにレ点を付してください。また、() 書きについては、必要な事項を記入してください。
- ◆ 平成18年3月31日現在の事実について、お答えください。

【ご不明な点についてのお問い合わせ先】

総務省行政評価局(法務・外務・文部科学担当室)(担当:高橋、田中、林、中原、中野)

電話:03-5253-5449(直通)、03-5253-5450(直通)

E-mail :kans2044@soumu.go.jp

◎まず、本調査にお答えいただく方について、お伺いします。

<p>所属先 (M.T.=100.8%)</p>	<p><input type="checkbox"/> 46.9% 産婦人科医 (n=174) <input type="checkbox"/> 33.3% 開業医 <input type="checkbox"/> 16.7% 診療所 <input type="checkbox"/> 56.9% 病院</p> <p><input type="checkbox"/> 52.6% 小児科医 (n=195) <input type="checkbox"/> 52.3% 開業医 <input type="checkbox"/> 13.8% 診療所 <input type="checkbox"/> 40.0% 病院</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3% その他 備考：その他(小児外科) 2票、(新生児科) 1票</p>
<p>性別</p>	<p><input type="checkbox"/> 88.9% 男性 <input type="checkbox"/> 10.8% 女性 NA 0.3%</p>
<p>年齢 ※平成18年3月31日現在の満年齢でお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 0.5% 20歳代 <input type="checkbox"/> 8.4% 30歳代 <input type="checkbox"/> 25.1% 40歳代 <input type="checkbox"/> 43.4% 50歳代 <input type="checkbox"/> 15.1% 60歳代 <input type="checkbox"/> 6.7% 70歳代 <input type="checkbox"/> - その他(歳代) 0.8% NA</p>
<p>妊産婦や新生児、乳幼児健診の従事経験の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 98.1% あり (n=364 47.0% 妊産婦健診 55.8% 新生児健診 55.8% 乳幼児健診) <input type="checkbox"/> 1.9% なし - NA (M.T.=158.6%)</p>
<p>妊産婦や新生児、乳幼児健診の従事年数 (n=364) ※平成18年3月31日現在の通算従事年数でお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 0.5% 1年未満 <input type="checkbox"/> 0.8% 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 1.1% 2年以上～4年未満 <input type="checkbox"/> 3.0% 4年以上～6年未満 <input type="checkbox"/> 6.0% 6年以上～10年未満 <input type="checkbox"/> 87.6% 10年以上 0.8% NA</p>
<p>学校医としての従事経験の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 39.6% あり (n=147 85.0% 小学校 34.0% 中学校 (M.T.=119%)) <input type="checkbox"/> 60.4% なし - NA</p>
<p>学校医としての従事年数 (n=147) ※平成18年3月31日現在の通算従事年数でお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> - 1年未満 <input type="checkbox"/> 6.1% 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 10.2% 2年以上～4年未満 <input type="checkbox"/> 5.4% 4年以上～6年未満 <input type="checkbox"/> 12.9% 6年以上～10年未満 <input type="checkbox"/> 65.3% 10年以上 - NA</p>
<p>小児救急医療への従事経験の有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 53.9% あり <input type="checkbox"/> 45.8% なし 0.3% NA</p>
<p>小児救急医療への従事年数 (n=200) ※平成18年3月31日現在の通算従事年数でお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 4.0% 1年未満 <input type="checkbox"/> - 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 7.5% 2年以上～4年未満 <input type="checkbox"/> 7.0% 4年以上～6年未満 <input type="checkbox"/> 8.0% 6年以上～10年未満 <input type="checkbox"/> 73.5% 10年以上 - NA</p>

問1 妊産婦や新生児、乳幼児の母子保健対策（健康診査、保健指導及び訪問指導）について

市町村や保健所では、妊産婦、新生児や乳幼児のための母子保健対策として、次のような健康診査、保健指導及び訪問指導を行っています。

- 健康診査（妊産婦健康診査、乳児健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査）
- 保健指導（母親（両親）学級、育児学級、面接・電話による健康相談）
- 訪問指導（妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、未熟児訪問指導）

問1-1 最初に、母子保健対策のうち、妊産婦、乳幼児に対する「健康診査」について、お伺いします。

問1-1-1 あなたのお勤めの地域で、市が行っている「妊産婦健康診査」について、どのような内容が不十分とお考えですか。（複数回答可）

- 26.1% 市町村内に産婦人科医が少ない
- 17.0% 必要な健康診査の検査等の項目が設定されていない
- 20.2% 検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である
- 9.4% 母子健康手帳交付時や母親（両親）学級に参加した時に把握した健康状態からみて、健診を受けた方が適当と思われた妊婦に対して、受診の勧奨が行われていない
- 7.3% その他（)
- 36.9% わからない
- 10.2% 十分に行われている
- 1.6% NA (M.T.=127.1%)

問1-1-2 あなたのお勤めの地域で、市が行っている「乳児健康診査」、「1歳6か月児健康診査」及び「3歳児健康診査」について、それぞれ、どのような内容が不十分とお考えですか。（複数回答可）

内 容	区 分	乳 児 健 診	1 歳 6 か 月 児 健 診	3 歳 児 健 診
① 市町村内に小児科医が少ない		22.9%	22.6%	22.4%
② 健診時に小児科医が確保できない		14.0%	15.4%	15.6%
③ 市町村内にいる小児科医では、健診の受託の要請があっても受けられない		6.2%	6.5%	6.7%
④ 必要な健康診査の検査等の項目が設定されていない		3.8%	3.0%	3.2%
⑤ 検査等の項目を追加するに当たり、費用やその効果などについての情報が不足しているため、検査等の項目の追加の検討が困難である		7.5%	6.7%	5.9%
⑥ 低出生体重児として届出のあった乳児の保護者に対して、受診の勧奨が行われていない		3.5%	—	—
⑦ 育児相談時や訪問指導時に把握した健康状態からみて、健診を受けた方が適当と思われた乳児の保護者に対して、受診の勧奨が行われていない		2.2%	2.4%	2.2%
⑧ その他（)		5.7%	4.9%	4.9%
⑨ わからない		35.0%	36.7%	36.9%
⑩ 十分に行われている		24.0%	23.5%	23.5%
NA		3.5%	—	5.1%
		(M.T.=124.8%)	(M.T.=121.7%)	(M.T.= 121.3%)

問 1-2 次に、「保健指導」について、お伺いします。

問1-2-1 あなたのお勤めの地域で、市が行っている「母親（両親）学級」について、どのような内容が不十分とお考えですか。（複数回答可）

- 6.7% 母親や姑が同居していない又は遠くに住んでいるため、出産に関する知識を得る機会が少ない初妊婦に参加を呼びかけているが、参加者が少ない
- 12.1% 初妊婦の配偶者にも参加を呼びかけているが、参加者が少ない
- 5.4% 出産又は育児を経験した女性に実体験を踏まえた指導を行ってもらおうと働きかけているが、参加者が少ない
- 14.3% 出産又は育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える人材が少ない
- 11.3% その他（)
- 59.6% わからない
- 8.4% 十分に行われている
- 0.8% NA (M. T.=117.8%)

問 1-2-2 あなたのお勤めの地域で、市が行っている「育児学級」について、どのような内容が不十分とお考えですか。（複数回答可）

- 5.4% 母親や姑が同居していない又は遠くに住んでいるため、育児に関する知識を得る機会が少ない母親に参加を呼びかけているが、参加者が少ない
- 12.1% 父親にも参加を呼びかけているが、参加者が少ない
- 4.3% 育児を経験した女性に実体験を踏まえた指導を行ってもらおうと働きかけているが、参加者が少ない
- 9.2% 育児の実体験を踏まえた指導を適切に行える女性が少ない
- 7.0% その他（)
- 70.6% わからない
- 4.9% 十分に行われている
- 1.1% NA (M. T.=113.5%)

問 1-3 次に、「面接・電話による健康相談」についてお伺いします。

あなたのお勤めの地域で、市が行っている「面接・電話による健康相談」について、どのような内容が不十分とお考えですか。（複数回答可）

- 5.7% 公費負担による健康診査結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、健診結果が相談に活用されていない
- 3.2% 自費負担による健康診査結果について、妊産婦や保護者からの情報提供がないため、的確な相談が行われていない
- 7.8% 妊婦に対し小児科医が相談に応ずる出産前小児保健指導には、小児科医の協力が必要であるが、小児科医の理解が得られないため、的確な相談が行われていない
- 15.1% 最近の若年・未成熟な妊産婦に対する相談の対応の仕方が難しくなっている
- 6.7% その他（)
- 68.7% わからない
- 3.8% 十分に行われている
- 0.5% NA (M. T.=111%)

問 1-4 次に、「訪問指導」について、お伺いします。

問 1-4-1 あなたのお勤めの地域で、市が行っている「妊産婦訪問指導」について、どのような内容が不十分とお考えですか。(複数回答可)

- 5.9% 公費負担による妊産婦健診結果について、医療機関からの情報提供が無い場合があり、健診結果が訪問指導に活用されていない
- 5.7% 自費負担による妊産婦健診結果について、妊産婦からの情報提供がないため、的確な訪問指導が行われていない
- 4.9% 妊産婦から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある
- 12.1% 保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない
- 6.2% その他 ()
- 69.8% わからない
- 6.2% 十分に行われている
- 0.8% NA (M. T. =110.8%)

問 1-4-2 あなたのお勤めの地域で、市や保健所が行っている「新生児訪問指導」及び「未熟児訪問指導」について、それぞれ、どのような内容が不十分とお考えですか。(複数回答可)

内 容	区 分	
	新生児 訪問指導	未熟児 訪問指導
① 医療機関から1か月健診前にハイリスクな新生児に関する情報を提供することとされていないため、効果的な訪問指導が行われていない	10.0%	8.6%
② 保護者からの情報提供がないため、的確な訪問指導が行われていない	8.6%	8.4%
③ 保護者から訪問指導の理解が得られず、拒否されることがある	8.9%	7.8%
④ 保健師など訪問指導の担当者が少なく、訪問指導のニーズに応えられない	14.8%	14.0%
⑤ わからない	59.6%	57.7%
⑥ 十分に行われている	9.7%	11.3%
NA	5.1%	7.3%
	(M. T. =111.6%)	(M. T. =107.8%)

問 1-5 妊産婦や新生児、乳幼児のための母子保健対策について、国、都道府県、市町村に対して求めることは何ですか。ご自由に記入してください。

【小児科医の方は、問2、問3、問4にも、お答えください。】(n=198)

【産婦人科医の方は、問4にお進みください。】

問2 児童・生徒の心身の健康増進対策について

小中学校では、児童・生徒の心身の健康増進対策として、次のような対策を実施しています。

- 児童・生徒の肥満防止対策
- 児童・生徒の痩身防止対策
- 児童・生徒のアレルギー対策

問2-1 最初に、児童・生徒の心身の健康増進対策のうち、「肥満防止対策」についてお伺いします。

あなたのお勤めの地域で、「児童・生徒の肥満防止対策」について、どのような内容が不十分とお考えですか。(複数回答可)

- 42.9% 学校の養護教諭及び栄養教諭以外の教職員の意識が低い
- 53.5% 重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し、指導を行うとともに、保護者に対し、家庭における食生活などの注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず、対策の効果がなかなか上がっていない
- 45.5% 重点的な指導が必要な児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない
- 43.4% 児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である
- 13.1% その他 ()
- 9.6% わからない
- 2.0% 十分に行われている
- 0.5% N A (M. T. =210%)

問2-2 次に、「児童・生徒の痩身防止対策」についてお伺いします。

あなたのお勤めの地域で、小中学校における「児童・生徒の痩身防止対策」について、どのような内容が不十分とお考えですか。(複数回答可)

- 31.8% 学校の養護教諭及び栄養教諭以外の教職員の意識が低い
- 26.3% 重点的な指導が必要な児童・生徒を把握し、指導を行うとともに、保護者に対し、家庭における食生活などの注意喚起を行っているが、保護者の理解がなかなか得られず、対策の効果がなかなか上がっていない
- 37.9% 重点的な指導が必要な児童・生徒および保護者に対する効果的な指導方法についての情報が、十分に入手できていない
- 47.5% 児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である
- 11.6% その他 ()
- 25.3% わからない
- 2.5% 十分に行われている
- 0.5% N A (M. T. =182.9%)

問 2-3 次に、「児童・生徒のアレルギー対策」についてお伺いします。

あなたのお勤めの地域で、小中学校における「児童・生徒のアレルギー対策」について、どのような内容が不十分とお考えですか。(複数回答可)

- 41.9% ぜん息や食物アレルギーなどの発作が起こった時に対応するために必要な知識を先生方が習得していない
 - 50.0% 除去食(食物アレルギー)や汗拭き・着替え(アトピー)など、個別の対応が不十分である
 - 32.3% 児童・生徒の精神保健面のケアが不十分である
 - 13.6% その他()
 - 17.7% わからない
 - 7.6% 十分に行われている
- NA (M. T. =163.1%)

問 2-4 児童・生徒の心身の健康増進対策について、国、都道府県、市町村に対して求めることは何ですか。ご自由に記入してください。

問 3 小児医療対策(小児救急医療対策を含む。以下同じ)について

都道府県や市町村が行う小児医療対策として、次のような対策があります。

- 小児科医の確保対策
- 小児救急患者の救急搬送対策
- 小児救急医療圏の設定
- 小児救急電話相談事業
- 小児救急患者の受入対策

問 3-1 最初に、小児医療対策のうち、「小児科医の確保対策」について、お伺いします。あなたのお勤めの地域で、「小児科医の確保対策」について、どのような内容が的確でないと思われますか。(複数回答可)

- 73.2% 診療報酬が低いことなどから、小児科医のなり手が少ない
 - 39.9% 都市部ではある程度小児科医が確保されているが、地方では確保されていない。このため、都市の医者を地方に随時派遣するなどの方法により、医療体制は整備できると思うが、この調整が十分に行われていない
 - 54.0% 出産・育児などのため離職した女性小児科医などの再教育が進んでおらず、活用可能な人材として登録する取組みが遅れている
 - 57.6% 小児科医の育成や内科医への研修の実施など人材確保対策が不十分である
 - 27.8% その他()
 - 1.0% わからない
 - 1.0% 十分に行われている
- NA (M. T. =254.5%)

問 3-2 次に、「小児救急医療圏の設定」について、お伺いします。

あなたのお勤めの地域で、小児救急医療圏について、どのような内容が的確でないと思われますか。(複数回答可)

- 9.1% 三次医療圏で救急医療機関が整備されたため、二次救急の役割を担っていた近隣の病院が夜間診療をやめてしまい、二次救急が機能しなくなっている
- 53.5% 小児救急医療圏は、地域の医療資源(医療機関数、医師数等)の実情を踏まえた設定が行われていない
- 10.6% 小児救急医療圏が狭いため、当該医療圏の中に小児救急医療の拠点となる医療機関がなく、他の医療圏まで搬送しなければならない
- 22.7% 小児救急医療圏が広すぎるため、救急搬送に時間がかかりすぎる
- 24.2% その他 ()
- 3.0% わからない
- 11.6% 十分に行われている
 - NA (M. T. =134.7%)

問 3-3 次に、「小児救急患者の受入対策」について、お伺いします。

あなたのお勤めの地域で、「小児救急患者の受入対策」について、どのような内容が不十分だと思われますか。(複数回答可)

- 46.0% 二次医療圏における小児科医の確保が不十分なため、輪番制を組むことが難しいなど、十分な救急応需体制が整備されていない。
- 46.5% 小児救急患者が、二次救急医療機関に集中し、重篤な患者の受け入れに支障をきたしている
- 46.5% 救急医療に参加している開業医が少ない
- 37.9% 国立大学付属病院、国立病院であっても救急医療を担う体制としては充分とは言えない
- 66.7% 休日・夜間の診療のために必要な小児科医が確保されていない
- 44.4% 非小児科医の小児救急医療に関する研修が不足し、小児科医の負担が重くなっている
- 27.3% 新生児等の集中治療室などの施設、設備が十分に整備されていない
- 29.8% 初期救急から三次救急まで総合的に扱える医療機関がない
- 13.6% その他 ()
- わからない
- 5.1% 十分に行われている
 - NA (M. T. =363.8%)

問 3-4 次に、「小児救急患者の救急搬送対策」について、お伺いします。

あなたのお勤めの地域で、「小児救急患者の救急搬送対策」について、どのような内容が不十分だと思われますか。(複数回答可)

- 34.8% 搬送途上の処置に当たり、小児科医から無線で指示を受けるなどの仕組みが整っていない
- 17.2% 救急搬送機関から医療機関への連絡が不十分で、受入先医療機関がみつからず、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある
- 26.8% 医療機関の受入体制が不十分であったため、搬送に必要な以上の時間を要する場合がある
- 30.8% 「救急医療情報システム」の整備が進んでいない
- 34.8% 小児科医以外の医師が診察を行い、対応が困難なときに小児科専門医に搬送できるような医師間のネットワークが構築されていない
- 15.7% 搬送途上における救急隊員の応急処置の範囲が拡大しているが、拡大された応急処置を行うために必要な高規格救急自動車の整備が十分に行われていない
- 11.1% その他 ()
- 4.5% わからない
- 21.2% 十分に行われている
- 1.0% NA (M. T. =196.9%)

問 3-5 次に、「小児救急電話相談事業」について、お伺いします。

あなたのお勤めの地域で、「小児救急電話相談事業」について、どのような内容が不十分だと思われますか。(複数回答可)

- 40.4% すべての夜間時間帯で対応できる状態となっていない
- 16.2% 担当者の指導内容が保護者に十分理解されていない場合がある
- 46.5% 「小児救急電話相談」が十分に周知されていない
- 25.8% その他 ()
- 15.2% わからない
- 6.6% 十分に行われている
- NA (M. T. =150.7%)

問 3-6 小児医療対策について、国、都道府県、市町村に対して求めることは何ですか。ご自由に記入してください。

問4 妊産婦、乳幼児等のための健康診査、保健指導、小児の救急搬送、小児救急電話相談等小児医療対策全般に関して、ご意見がありましたら、ご自由に記入してください。

--

ご協力ありがとうございました。