

小児医療に関する 行政評価・監視結果に基づく勧告

平成19年9月

総務省

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

1	母子保健対策等の推進	1
	(1) 乳児及び新生児の死亡率の改善対策の推進	1
	(2) 訪問指導及び健康診査の充実	9
	(3) 児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一等	16
2	小児の救急医療対策の推進	21
	(1) 小児救急医療の提供体制の整備の推進	21
	(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	27
3	国庫補助事業の適正化	33

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

(制度の概要)

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。

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。

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。

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。

(調査結果)

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。

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。

（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。

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 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、当省が作成した。
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							
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3 平成8年から17年までの10年間に於ける乳児死亡率

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
乳児死亡率									
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4 平成8年から17年までの10年間に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、本省が作成した。
 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。

(2) 訪問指導及び健康診査の充実

(制度の概要)

① 妊産婦の訪問指導

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。

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。

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。

（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。

② 健康診査

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

を越え満2歳に達しない幼児（いわゆる1歳6か月児）及び満3歳を越え満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）。

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）。

（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)を発出し、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。

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。

(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。

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、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。

(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。

- ・ 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。

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。

イ 妊産婦及び乳幼児の健康診査

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。

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。

- (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。
- (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。

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。

（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）

- 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歳児健診のみ休日健診を行っているのは1市（下松市）である。
- 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。

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。

(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。

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。

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。

(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（新生児マススクリーニングの手法の研究結果）あるとしている。

(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。

（所見）

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。

- 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。
- 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。

(3) 児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一等

(制度の概要)

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。

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。

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。

表5 児童・生徒の肥満傾向の判定方法

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。

(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

（調査結果）

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。

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。）。

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5

④－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。

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。

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。

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。

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。

ウ 学校における児童・生徒の肥満傾向の判定方法等

(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。

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。

(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。

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。

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。

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。

（所見）

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。

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

(制度の概要)

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。

(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。

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。

(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ぐくりして設定される場合等がある。

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）。

(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。

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。

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。

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。

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、困難なものと思込まれる。

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。

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。

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。

(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。

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。

(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

(制度の概要)

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。

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。

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いない行為(以下「特定行為」という。)とされている。

(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)。

(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、医師の具体的な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な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。

(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

(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^{ぜつこん}（舌の咽頭壁に面している部分）や喉頭蓋^{こうとうがい}（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經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。

(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。

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協議会のプロトコル作成に資するため、特定行為の業務プロトコ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。

(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。

- (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。
- ・ 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。
 - 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
- (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。

(調査結果)

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。

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。

(ア) 気管挿管

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14MC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、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。

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。

(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。

(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。

(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。

(所見)

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。

- 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。
- 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。

3 国庫補助事業の適正化

(制度の概要)

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。

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）

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

(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

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。

① 補助金等の採択審査の適正化

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）。

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。

② 補助金等の実績報告、監査等の徹底

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）。

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ないで、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。

③ 補助金等の返還

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）。

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。

（調査結果）

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。

① 補助金の採択審査等の事前チェックが不十分

- ・ 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）。

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

- ・ 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）。

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

- ・ 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）。

④ 補助金の返還を要するもの

- ・ 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。