

自由民主党・政務調査会・社会保障制度調査会

こどもまんなか保健医療の実現に関する

プロジェクトチーム 会議

－ こども・医療保健福祉政策の変曲点 －

－ 2024年～

2024.5.31

公益社団法人 日本小児科医会
会長 伊藤 隆一
理事 三平 元

こども・子育て政策について、日本小児科医会からの要望 2023.6 **こどもまんなか社会の実現を！**

(1) 乳幼児健診の機会の充実：
特に0～2歳の間に8回 合計**12回**実施の
3歳から6歳まで年1回 **実現を！** 4回だけの地方交付税措置！自治体間格差の是正を！
伴走型支援への組み込みを！

妊婦 妊婦健診 **14回**
すべて
地方交付税措置
されている

出生 1か月 2か月 3か月 6か月 9か月 1歳0か月 1歳6か月 2歳 3歳 4歳 5歳 6歳

生後6年間で4回しか地方交付税措置されていない！
地方交付税措置以外の健診●は、市町村が必要に応じて
行っているため、**自治体間格差**が生じている！

乳幼児健診の意義

- 親子の健康の保持
- 発達障害早期介入
- 児童虐待防止

(2) **新規新生児マススクリーニング検査の全国一律実施の実現を！**
※現在20疾病を対象としている新生児マススクリーニング検査の他に、重症複合免疫不全症や、治療費が近年
保険適応となった脊髄性筋萎縮症等、更に約7種類の「**早期発見により治療可能**な（早期発見されないと重篤
になる）疾病」のスクリーニング検査が開発されたが、公費で検査を行っている自治体はわずかである。

(3) **新生児聴覚スクリーニング検査の全国一律実施の実現を！**
※先天性難聴は、1000人に1人と発生頻度が高く、早期に医療介入・療育開始されることが望ましい。
しかし公費負担による検査を実施している市区町村は全市区町村のうち52.6%（令和元年度）。

(4) **小児思春期保健の確立と学校保健との連携で不登校・いじめ・自殺予防を！**

こどもまんなか保健医療の実現に関するプロジェクトチーム 会議
令和5年6月6日

経済財政運営と改革の基本方針 2023

加速する新しい資本主義

～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～

流産、死産を経験された方への相談支援、産後ケアの人材育成、新生児マススクリーニング、新生児聴覚検査、乳幼児健診を始めとする母子保健対策の推進、予防のためのこどもの死亡検証（CDR）など、産前産後の支援を充実するとともに、

令和5年6月16日 閣議決定

デフレ完全脱却のための 総合経済対策

～日本経済の新たなステージにむけて～

「1か月児」及び「5歳児」への健康診査並びに「新生児マススクリーニング検査」の対象疾患拡充について、早期の全国展開に向けた支援を行う。

令和5年11月2日 閣議決定

母子保健医療対策総合支援事業（令和5年度補正予算分）実施要綱

第1 趣旨

近年の少子化、核家族化、女性の社会進出等に伴い、こどもが健やかに生まれ育つための環境づくりの推進を図ることは重要な課題であり、その中心的役割を担う母子保健医療対策の充実強化が求められている。

母子保健医療対策総合支援事業は、このような課題に対応し、次世代育成支援対策の推進等に必要な総合的な施策を実施するものである。

第2 事業内容

各事業の種類は以下のとおりとし、内容については各事業の別添によること。

- 1 1か月児及び5歳児健康診査支援事業（別添1）
- 2 新生児マススクリーニング検査に関する実証事業（別添2）
- 3 妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業（別添3）

令和6年1月1日 実施

5疾病

- ・ がん
- ・ 脳心臓血管
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患

6事業

- ・ 救急医療
- ・ 災害医療
- ・ へき地医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療
- ・ 新興感染症等
感染拡大時医療

■ 健やか親子21

1次 2001-2014

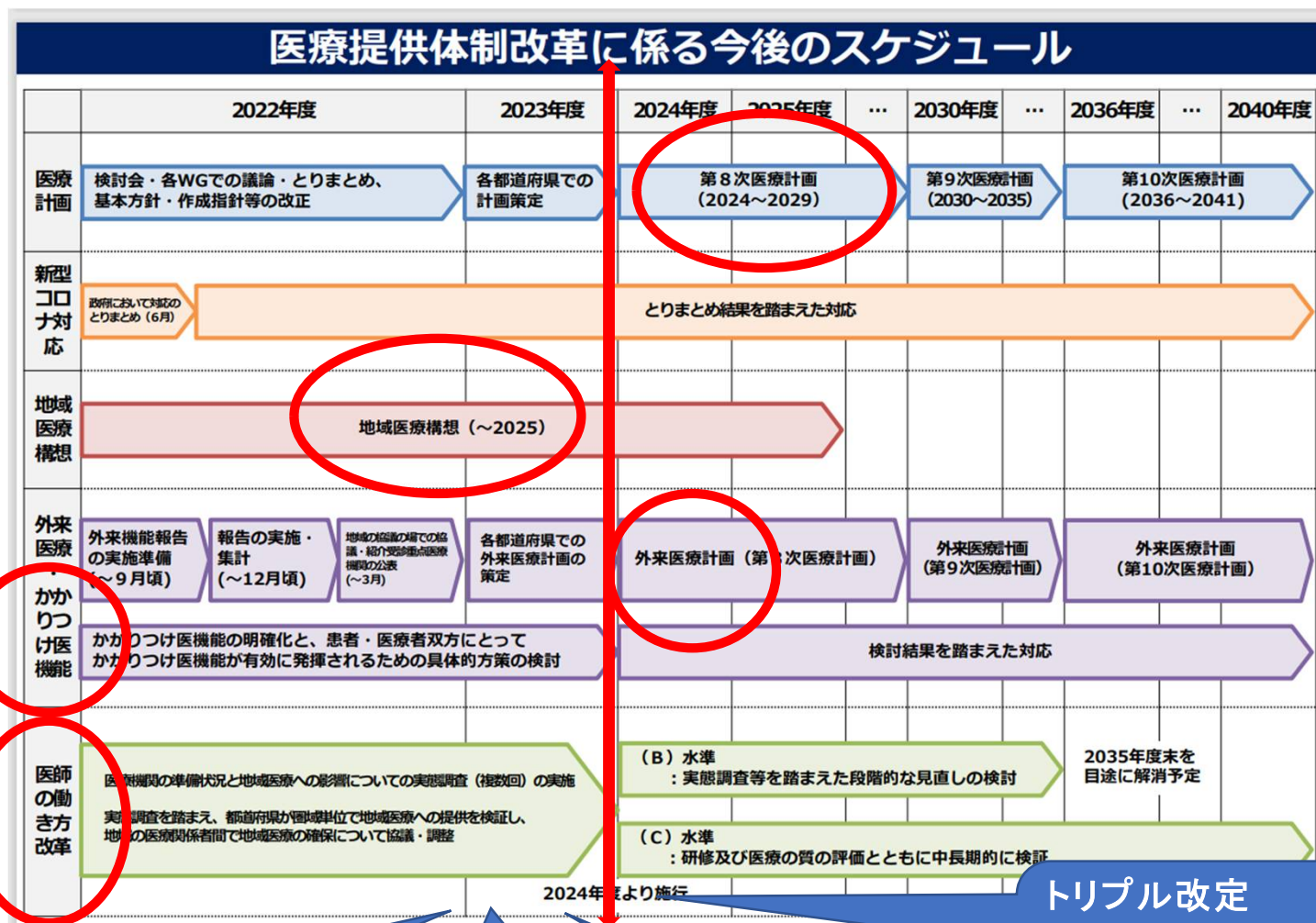
2次 2015-2024

■ 健康21

1次 2000-2013

2次 2013-2024

3次 2024-2035



こども家庭庁
こども基本法

骨太の方針

こども大綱

トリプル改定

- 1) 診療報酬
- 2) 介護報酬
- 3) 障害福祉サービス等報酬



出生数 過去最少

2023年 出生数(速報値)

約 75万8000人

8年連続減少 過去最少

12年 早い政府想定

2015年 約100万5千人
(8年間で 約 25万人減)

2023年死亡数159万人



過半数 子どもいらない

将来 子どもを欲しくない

2020年

2023年

男	47.9%	→	59.0%
女	39.6%		51.1%

婚姻数49万組

ロート製薬妊活白書2023全国未婚男女
18~29歳400人インターネット調査
23.12.1-4

日本小児科医会は、
全てのこどもの生涯にわたるバイオサイコソーシャル・ウェルビーイングの向上を図るために
出生後から成人に至るまでの一貫した保健政策の充実と、保健・医療・福祉・教育等の一層の連携強化を要望します。

妊娠【要望①】ペリネイタルビジットの全国展開を！

出産【要望②】出産時の医療・保健・福祉連携強化のための
母子地域包括ケア病棟の実現を！

出生【要望③】新生児マススクリーニングの対象疾患の
更なる拡充を！
20疾患に加え、令和5年度より「重症複合免疫不全症」「脊髄性筋萎縮症」のスクリーニング開始
・先天性サイトメガロウイルス感染症 ・ライソゾーム病
・ペルオキシゾーム病 等の早期発見により治療可能な疾患
についてもスクリーニング検査の全国一律実施の実現を！

【要望④】小児科による産後ケア事業参画を支援する
仕組の実現を！

【要望⑤】乳幼児健診を、伴走型相談支援の
「全親子を対象とした面談」の機会としても
明確に位置づけ、地域格差のない実施を！

乳児家庭全戸訪問事業

- ★1か月児健診（実施率31.1%）
- ★2か月児健診（実施率7.6%）
- ★3~4か月児健診（実施率99.1%）
- ★9~10か月児健診（実施率77.8%）
- ★1歳6か月児健診【法定健診】
- ★3歳児健診【法定健診】
- ★5歳児健診（実施率14.1%）

現在の伴走型相談支援における
出生後の全親子対象の「対面」支援は
乳児家庭全戸訪問のときの1回しかない

- ★法定健診 2回
- ★地方交付税措置されている任意健診 2回
- ★健診支援事業(R6.1~)対象の任意健診 2回
- ★小児科医会が重要視する2か月児健診の
少なくとも合計7回を、伴走型相談支援の
対面支援の機会としても位置づけ、「確実に」
全親子に対面支援の機会を継続して提供を！

【要望⑥】★すべてのこどもに2か月児健診の実施の実現を！

☞ こどもの成長と保護者のメンタルを評価する大切な生後2か月健診を全てのこどもに！

【要望⑦】★3~4か月、9~10か月児健診の法定化実現を！

☞ 地方交付税措置されるも、なお実施率の地域格差は残る。→法定化の実現を！

【要望⑧】★5歳児健診のフォローアップ体制の充実を！

☞ 健診後のフォローアップを速やかに開始するために、多職種による相談体制の設置を！

就学【要望⑨】小児思春期保健の確立と学校保健との連携で
いじめ・不登校・自殺予防を！

いじめ認知件数
68万件
(令和4年度)
11年前の9.7倍

不登校
58万人
(令和4年度)
11年前の3.4倍

自殺
411人
(令和4年度)
11年前の2.0倍

COCOLOプラン
との連携

☞ 心の小さなSOSをキャッチした学校が、地域の医療機関と
速やかに連携する体制の実現を！

☞ 不登校にて学校健診を受けていない児童生徒について、
学校が、保健センター及び地域の医療機関と連携して
心身の状況を把握する仕組の実現を！

☞ 予防接種の機会等を活用した、地域の医療機関における健診と、
性や妊娠に関する正しい知識の提供を含む
健康教育の実施の実現を！

☞ 医療機関に医療と教育を繋げるコーディネーターを配置し、
医療と教育との連携を円滑にする仕組の実現を！

【要望⑩】乳幼児健診をはじめとした母子保健施策の
都道府県の役割の明確化の法定化実現を！

【要望⑪】母子保健、学校保健の情報について
一貫させたデジタル化を！

☞ 診療や健診、予防接種の際に、母子保健情報、学校保健情報を
共有できる仕組の構築を！

【要望⑫】予防のためのこどもの死亡検証(CDR)
の体制整備に関する法改正の実現を！

8 自治体にて
CDR体制整備モデル事業実施
(令和4年度)

☞ 全国にてCDRを行い、地域の状況に応じた
予防可能な死亡の再発防止措置を策定・実施し
安全で安心して暮らせる社会の実現を！

1. 子どもの死亡事故の現状

※出典：厚生労働省「人口動態調査」HP

- ①子どもの不慮の事故死は、病気を含む全ての死因の中で上位。
②不慮の事故による子ども（0～14歳）の死亡者数は減少傾向にある。

令和3年の死因順位

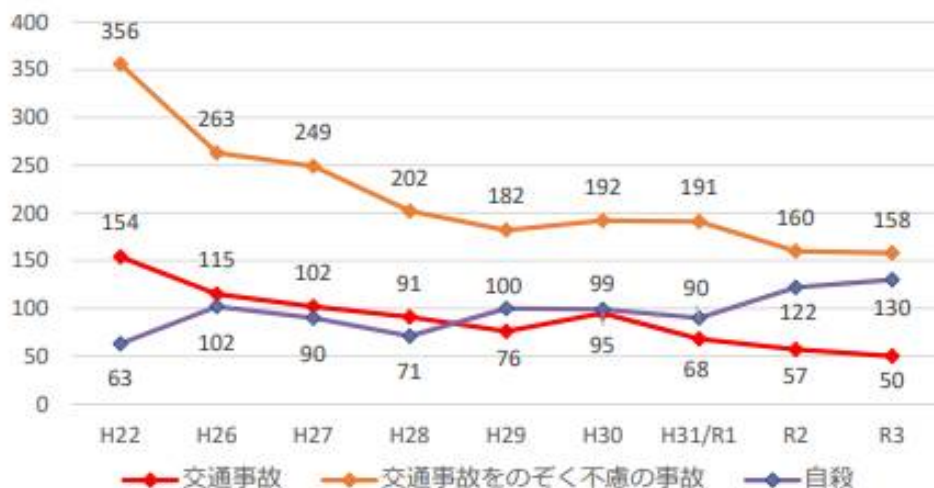
	第 1 位	第 2 位	第 3 位	第 4 位	第 5 位
0歳	先天奇形，変形 及び染色体異常	周産期に特異的な 呼吸障害等	乳幼児突然死症候群	不慮の事故	胎児及び新生児 の出血性障害等
1～4歳	先天奇形，変形 及び染色体異常	悪性新生物	不慮の事故	心疾患	周産期に発生した病態
5～9歳	悪性新生物	不慮の事故	先天奇形，変形 及び染色体異常	その他の新生物(腫瘍) 心疾患	
10～14歳	自殺	悪性新生物	不慮の事故	先天奇形，変形 及び染色体異常	心疾患

※左図：人口動態調査 上巻
5-17 死因順位別にみた性・
年齢（5歳階級）別死亡数・
死亡率（人口10万対）及び
割合を基に消費者庁で作成

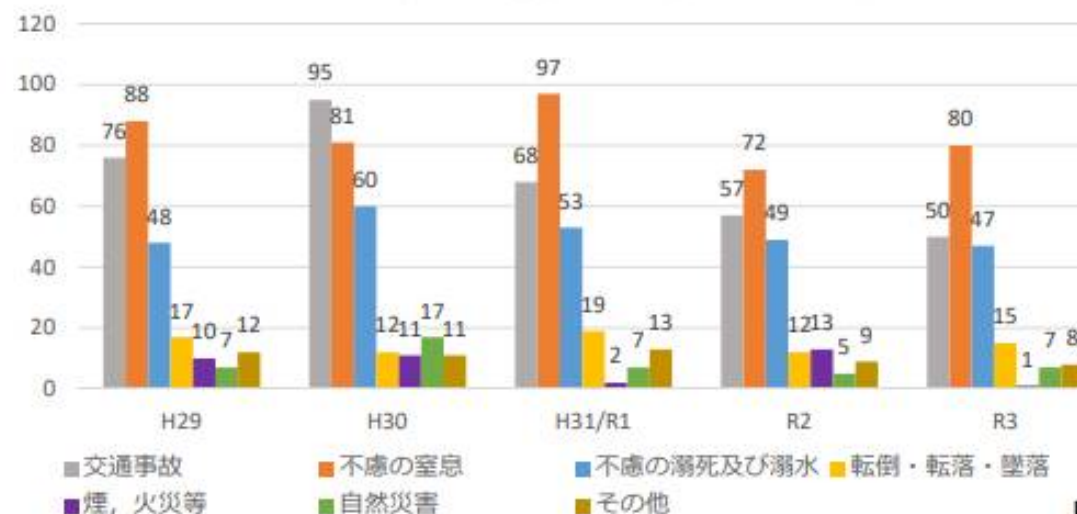
※下図：人口動態調査 下巻
死亡 第1表-1 死亡数，
死因（三桁基本分類）・性・
年齢（5歳階級）別（ICD-10
コード V～Y、U）を基に消費
者庁で作成

※5～9歳の第4位は同率

子ども（0～14歳）の不慮の事故等死者数



子どもの不慮の事故の死因別死亡者数



助かる命を助けるために（小児外科医の立場から）

こどもの外科的疾患の特徴と医療の現状

- 死亡原因は、新生児・乳児期は先天性・未熟性による疾患、幼児・学童期には不慮の事故、思春期には自殺が上位を占める。
- 新生児・乳児期には先天性・未熟性による疾患が多く、診療（診断、治療・手術、術後管理）に高い専門性が求められる。
- 年齢に応じて成長・長期予後を考慮した高難度手術とケアが提供できる施設は限られている。
- 全国的には必要な外科的治療を提供できる医療施設、外科医師数は充分でなく地域格差も存在する。

現状の問題点と必要なもの

小児救急疾患・重篤な患者の医療体制構築（集約化と均てん化）

- 地域ブロック化による医療圏の整備。
- 医療施設の整備と小児期外科系医師の確保・育成。

救急疾患・重篤なこどもの搬送システムのインフラ整備とネットワークの強化

- 重篤な小児患者は、迅速に小児集中治療を提供できる施設へ搬送する。
- 搬送システムの存在が小児重症患者の予後を改善する。
- 小児救急部門を窓口とした地域小児救急医療システムのインフラ構築。

防ぐことができる子どもの事故を予防するための包括的な体制構築

- 子どもの死亡例の検証（CDR：Child Death Review）の普及。
- 子どもの死亡に関する全国規模データベースの構築。
- データに基づく、事故（傷害）原因と予防に関わる科学的検証。
- 事故にあった子どもの社会復帰
- 子どもを亡くした家族・同胞のケア
- 科学的根拠を基にした製品開発。

要望施策

- 全ての地域に小児期外科系医療の拠点施設整備と医師の適正配置。
- 小児期外科系医師の育成できる卒前・卒後教育、研修制度の構築。
- 外科医が享受できるインセンティブと労働環境整備。

- 小児期外科系医療拠点施設の整備、小児救急患者の搬送体制の構築。
- ドクターヘリ、ドクターカーが連携した広範囲搬送システム。
- MC協議会（行政、消防、医師会、医療機関の搬送システム）への小児外科医の参加
- 小児救急患者搬送システムの運営・維持に必要な人材育成。

- CDRの法制化と全国展開のための事務局設置。
- 検証のための専門委員会（警察、消防、医療機関、リハビリ、領承施設、児童精神、児童福祉など）の設置。
- 社会復帰にむけた検討委員会の設置・運営。
- 横断的長期的な視野に立った教育、福祉、家族への支援。
- 子ども、養育者そして学校などへの効果的な事故（傷害）予防教育の提供の事業化。
- 予防対策の推進製品開発のための法令整備。

各国におけるこどもの健診状況

			アメリカ ※詳細は州によって異なる	ニュージーランド	フィンランド	スウェーデン	フランス	ドイツ	オランダ	イギリス	韓国	台湾
乳幼児健診	乳幼児健診	健診回数	21歳まで: 30回 ※州によって異なる	4歳まで: 12回	6歳まで: 15回	5歳まで: 13回	16歳まで: 20回	13歳まで: 13回	4歳まで: 13回	2歳まで: 7回	6歳まで: 10回	7歳まで: 7回
		実施者	医師	助産師(LMC)	主に保健師 (ネウボラ)	主に助産師 (一部医師)	医師	医師	医師又は 看護師	主に保健師	医師	医師
		費用	無料	無料	無料	無料	無料	無料	無料	無料	無料	無料
	心理・社会的観点でのアセスメント	12～21歳:抑うつ スクリーニング (PHQ-9等)	SDQ検査	独自のメンタルヘルス 評価フォーム	(産後2か月の母親 に対してEPDS)	思春期にはうつ病 等をチェック	思春期には学校での 行動も含めアドバイスを 行う	15歳以上では学校生活の 問題も含めて問診	発達スクリーニング等	—	—	
	フォローアップ体制	—	Plunket(育児支援)等	ネウボラ	BVC	健診後は専門の医師へ 紹介	—	小児保健所 小児メンタルヘルスサービス 若者・家族センター	かかりつけ医等	必要に応じて専門の サービス等へつなぐ	—	
関係機関等との連携			・ 乳幼児の定期健診を実施する医師は虐待疑いを報告する義務がある	・ 健診等に関わる全ての従事者が児童虐待等の対応のトレーニングを受ける	・ 各地域にファミリーセンターを設置 ・ 虐待を含む様々な問題に予防的に対応	・ 虐待の疑いを把握した場合は児童保護サービスへ報告する義務がある	・ 虐待の疑いを把握した場合は児童社会福祉機関又は司法機関により対応	・ 健診時、医師が児童虐待の懸念がないか確認し、必要に応じて少年局に通報	・ 家庭内暴力や児童虐待が疑われる場合5つのステップに基づいて対応する義務がある	・ ヘルスケアビジターは地域看護師、地域保育所看護師等と連携し児童虐待の早期発見等に対応	・ 発達障害があると診断された場合にはリハビリテーションや治療を受けさせる	—
母子保健情報	母子健康手帳の有無		×	△ (子ども健康手帳)	○ (母親と子どもの手帳(分冊))	△(子ども手帳)	○ (母親と子どもの手帳(分冊))	○ (母親と子どもの手帳(分冊))	△ (子どもの健康記録)	○ (母親と子どもの手帳(分冊))	○ (母親と子どもの手帳(分冊))	○ (母親と子どもの手帳(分冊))
	電子化の状況		—	○	○	○	×	○	○	○	—	○
備考				LMC: リード・マタニティケアラー		BVC: チャイルドケアセンター			Kraamzorg: クラームゾルフ(産後ケア専門の介護者)			

令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業報告より



**ぼくたち、わたしたち
よろしくおねがいします！**