

母子保健検討委員会答申

平成 28 年 4 月

日本医師会母子保健検討委員会

平成 28 年 4 月

日本医師会長

横倉 義武 殿

母子保健検討委員会

委員長 五十嵐 隆

母 子 保 健 検 討 委 員 会 答 申

本委員会は、平成 26 年 11 月 6 日に開催された第 1 回委員会において、貴職から諮問のありました、「成育過程における保健医療の諸課題と具体的対策」について、8 回の委員会と 3 回のワーキンググループを開催して鋭意検討を行ってまいりました。

その結果を以下のとおり、とりまとめましたので答申いたします。

母子保健検討委員会委員

委員長 五十嵐 隆（国立成育医療研究センター理事長）

副委員長 浮田 俊彦（前石川県医師会副会長）

委員 佐々木悦子（宮城県医師会常任理事）

佐々木伸彦（東京都医師会理事）

永山 雅之（群馬県医師会理事）

二井 栄（三重県医師会常任理事）

本多 静香（福島県医師会常任理事）

松平 隆光（日本小児科医会会長）

三戸 和昭（北海道医師会常任理事）

森崎 正幸（長崎県医師会副会長）

温泉川梅代（広島県医師会常任理事）

渡辺 志伸（兵庫県医師会理事）

オブザーバー 佐藤 敏信（日本医師会総合政策研究機構医療政策部長）

目 次

はじめに	1
1. 安心して安全に妊娠、出産し子育てができる環境の整備	1
(1) 子どもを持ち・育てることの喜びを感じられる環境・社会的コンセンサスの醸成	
(2) 妊娠しやすさへの支援	
(3) 生活する地域での出産・子育てが可能なシステムの構築	
(4) 出産から子育てへ	
2. 増加する子どもの貧困問題と児童虐待	8
3. 学校や職場を通じた母子保健についての健康教育	9
(1) 出産年齢の高齢化	
(2) 低出生体重児の増加	
(3) 女性の妊孕性への理解	
(4) 性感染症に関する健康教育の必要性	
4. 発達障害児・者と家族への支援	12
5. 思春期医療の整備	13
6. 慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち何らかの医療や支援が必要な思春期の子どもや青年と彼らの成人への移行	14
7. 子どもや青年の在宅医療への支援	15
8. 予防接種体制の整備	16
9. well child への対応を視野に据えた小児保健・医療体制の構築	17
10. 保育環境の整備	18
おわりに	19

関連資料 少子化対策に関する政策提言書—中間答申—（平成 27 年 4 月）

少子化対策に関する政策提言書資料集

はじめに

わが国の出生数は2014年には100.6万人となり、同年の合計特殊出生率は1.42であるため、このままの状況が続くと25年後には年間出生数は80万人に減少すると予想されている。

一方、2014年のわが国の乳児死亡率(1,000人あたり)は2.1、新生児死亡率は0.9で、いずれも世界で最も低い死亡率を誇る。また、健康、教育、栄養の点で世界最高と評価を下したChild Development Index 2012の報告によると、わが国は子どもの成育にとって良好な環境が最も整備された国とされている。

しかしながら、少子化の進行あるいはさまざまな問題を抱える家庭が増加しており、妊娠・出産・子育てなどに提供されるべき母子保健サービスを等しく提供することが、今後難しくなることも予想される。

本委員会は妊娠・出産を経て、子どもが成長して次の世代を担う若年成人に至る成育過程におけるわが国の保健・医療の諸課題を示し、その解決に向けた具体的対策を検討したので、以下にその結果をとりまとめる。

1. 安心して安全に妊娠、出産し子育てができる環境の整備

日本は、世界で最も周産期医療レベルの高い国であるが、いわゆるお産難民や子育てに一人悩む母親やカップルの現状に鑑みると、国民の多くにとってなお、安心して産み、育てやすい国との実感が得にくい状況にあると言わざるを得ない。解決すべき課題は、多くは行政的・医療政策的問題であると考えられる。出産・子育て期の年齢層にある女性・カップルは孤独感と経済的不安・将来への不安の中で躊躇している。現状における具体的課題を取り上げ、対策を

提案する。

(1) 子どもを持ち・育てることの喜びを感じられる環境・社会的コンセンサスの醸成

戦後、日本人のライフスタイルの変容は家族形態にも影響し、核家族化が進行した。さらに家族主義から個人主義へという流れのなかで、集団としての「家族」という概念が崩壊しつつある。現在の多くの若者にとって、子どものいる家庭を持つことが必ずしも望ましいあり方ではなくなっている。生き方の多様性を認め合う中で、社会全体の家族観・子を育てる環境のあるべき姿について検討し、「親がいて子がいる」あり方に共感できる基盤、自分（たち）も産んで育てたいと思える社会的合意の形成がまずもって必要である。これは、行政の姿勢や教育・メディアの中で、長期的視点をもって取り組んでいかなければならない。

(2) 妊娠・出産・子育てへの支援

- 1) 厚生労働省は、少子化対策のひとつとして、不妊治療に多くの予算措置をしている。これは医療費補助として、不妊に悩むカップルにはありがたい施策として評価できる。しかしながら、少子化対策、子を産んで育てる動機付けとしては必ずしも費用対効果の高い施策ではない。自然に妊娠し、出産できる健康な女性への厚い支援をより一層前面に打ち出すべきと考える。そのための具体的な問題は、2015年4月に公表された本委員会の中間答申「少子化対策に関する政策提言書」に詳述されている。（巻末資料参照）
- 2) 出産や子育ては、女性だけが負うべき仕事と考えるカップルは少なくなっている。しかし、結果的にその負荷は女性が担うことになるのが現実である。

妊娠・出産をするのは女性であることは当然であるが、全体としてパートナーの育児参加や家事援助が十分に行われているとは感じられない。これは社会の中で性別役割意識が厳然と根強くあり、主に男性の行動を規制しているからである。

一方、出産や育児に主体的に関わりたいと望む男性は増加している。社会の中にある男性の生き方に関するステレオタイプの解消と支援に取り組まなくてはならない。

- 3) 就労している女性が、妊娠・出産によって不利益とならないための多様な措置が必要である。例示すると、妊娠している女性の職務環境への配慮、妊婦健診等の通院のための時間の確保、産前産後休暇および育児休暇の取得の徹底、変わらぬ条件での職場復帰等が挙げられる。加えて、パートナーが妊婦健診や出産に同伴するケースも増加していることから、パートナーの出産・育児休暇の取りやすさへの配慮等も必要である。これらは、単に時間的・体力的配慮に留まらず、産休中・育児休暇中の休業補償等の経済的補償を伴うものでなくてはならない。同時に、保育所の完備、望む時期からの受け入れ態勢の確保は必須のものである。

これらのことを実現するためには、社会全体の働き方の構造を変えていく必要があり、男女共同参画社会としてのワークライフバランスの構築に向けて社会的コンセンサスを得ていくことが肝要である。

- 4) 第二子以降の妊娠・出産がカップルにとって負担とならないような援助が必要である。日本産婦人科医会から提言されているように、出産育児一時金の段階的増額は目に見える施策といえるが、その後の育児教育支援も併せて

手厚くする必要がある。育児中の妊娠は、女性にとって特に心身の負担が大きく、医療的配慮はもとより、妊婦支援・子育て支援に格段の配慮が求められる。上の子と同じ保育所への受け入れを、妊娠中の段階から認められるようにすべきである。第二子以降の産休中も継続して保育所を利用できるように改善することは、直ちに実現すべき施策である。保育所の受け入れ条件を柔軟にする必要がある。

- 5) 妊娠した女性が、できるだけ早く医療機関を受診できるシステムを構築する必要がある。妊娠したかどうかの判定は可能な限り早く行う必要がある。妊娠の診断は、出産するカップルへの早期支援につながり、また、出産できない状況の女性・悩んでいる女性への早期支援につなぐことができる。すべての女性について、妊娠したかどうかの判定に公的支援を導入することが求められる。厚生労働省では「妊娠について悩んでいる方のための相談窓口事業」を進めており、産婦人科医療機関にこの事業を行っていることの表示を勧めているが、費用の手当等がないため十分に機能していないのが現状と思われる。この事業を推進する具体的施策として、事業に参画する産婦人科医療機関での妊娠の診断に係る初診料・妊娠の診断料を公費負担とすることを提案する。最初の一步を踏み出すための診察料が高いハードルとなっており、これを取り除くことでさまざまな課題が解消あるいは減少することが見込まれる。妊婦健診未受診者の減少、いわゆる飛び込み分娩の減少、合併症妊婦への早期からの妊娠・周産期管理、妊娠・出産・育児環境の整わない妊婦への早期介入支援、出産するかどうか悩んでいる場合には、出産への動機付けに必要な支援の提供が可能となる。これはまた、出産後の育児環境の体制

作り、子どもへの虐待防止にもつなぐことが可能となる。中期中絶の減少、望まない出産の減少にも大いに寄与することが期待できる。

(3) 生活する地域での出産・子育てが可能なシステムの構築

自分が住み慣れ、生活している地域での妊婦健診、出産・子育てが可能なシステムの構築はきわめて重要な課題である。子を産んで育てられない地域では、人は生活することを望まず、人口の一極集中、地域の過疎化を一層増幅させる。そのような地域には医療機関の開業も進まず、悪循環となって当該地域を荒廃させる。これは周産期医療に携わる医療者側の問題もあり、難しい課題である。日本産科婦人科学会では、産婦人科医療改革グランドデザイン 2015 において、「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」を提言して出産の基幹病院集中化を勧めている。しかし現時点において、日本の出産の 45.7%は産科診療所でおこなわれており、全分娩の 60%以上が診療所分娩である県も 8 県あるという状況を忘れてはならない。またそれ以上に、このグランドデザインにおいては、勤務する産科医師の配置や勤務環境に主な視点が置かれているように思うが、医療の中で最も重く考えるべき患者である妊婦と家族の視点からの考察も必要であろう。多くのひとは、地域の中で産み、育てることを望んでいる。すでに地域の中で、地域住民の妊娠・出産に取り組んでいる小規模産科施設が、安心して安全に機能し続けることができるようなバックアップ体制を整備することこそが、最優先の課題である。機能の一極集中化は、既存の産科施設の衰退と減少を加速させる。診療所とセンター機能を持つ病院との役割分担と連携強化をまず進めるべきである。すでに専門的教育を受け、経験を積んだ産科医師が、安心して本来の仕事を継続できるような法整備・支援体制の整備が求められる。

(4) 出産から子育てへ

養育者と子にとって、最も大切な時期であり、同時に最も危機的な時期が新生児期である。しかしながらこの大切な時期が、さまざまな面で対応や支援の空白の時期となっている。

1) 産後のメンタルヘルスケアの充実

一般的には出産後の母子は 4 日から 10 日で産科施設を退院する。それ以降 1 か月健診を過ぎるまで、母親の身体的不調から精神的問題、育児上の悩みにいたるまで、出産した母を支援する体制が整備されていないため、ほとんどが出産した産科医療機関で対応せざるを得ない状況にある。このような状況を改善するには、産科領域におけるメンタルヘルスケアの充実を図る必要がある。産科医へのメンタルヘルスケア教育のみならず、産婦人科医・小児科医・精神科医の連携システムを構築し、助産師や看護師、保育士等を含めた、周産期に係る多職種連携型の支援体制の整備が必要である。

2) 新生児専門医等の不足の解消と新生児期の医療体制の重点的整備

出産した児には 1 か月健診を迎えるまでにさまざまなトラブルが発生することが多い。地域によっては、新生児期の医療体制が十分でないため、これらの新生児期のトラブルに、分娩を取扱った産科医療機関が対応せざるを得ないことも多い。新生児医療における産科医と小児科医の連携システムを構築し、地域における新生児診療体制を早急に整備すべきである。そのためには、新生児専門医の養成と、小児科医への新生児医療研修の拡充が必要と思われる。診療報酬上の重点的加算も考慮されるべきである。

3) 1 か月健診等の法定化

この 10 年間のあいだに、妊婦健診の公費負担制度は改善を重ね、2 回の公費負担から 14 回の公費負担へと改善された。一方、乳幼児健診は、母子保健法上は 1 歳 6 か月、3 歳児健診の実施を市町村に義務付けてはいるが、これ以外は「必要に応じ」実施することとしている。

市町村によって、3・4 か月健診をはじめ拡充が図られているが、重要と思われる産後母体の 1 か月健診、1 か月児健診を実施している市町村は必ずしも多くない。母子両方の健診の自己負担が困難な家庭に、育児上の問題が発生しやすい。子どもの虐待防止のためにも、母子の 1 か月健診の法定化を急ぐべきである。

さらに、居住する地域にかかわらず、全国どこでも平等に十分な乳幼児健診を受診できるよう、現行の 1 歳 6 か月、3 歳児健診に加え、1 か月、3・4 か月、6・7 か月、9・10 か月、1 歳、2 歳、5 歳児への健診も法定化すべきである。

4) 妊娠中からの一貫した育児支援の必要性

核家族という家族構成の中で、家族による看護力が失われており、母親、あるいはカップルは、相談相手もないまま子どもを抱え、途方に暮れているという実態がある。産科と小児科の連携もいまだ十分とはいえない。家族背景を配慮しながら、妊娠から出産・子育てに至る安定的継続的支援体制の構築が望まれる。そのためには中間答申に示した「日本版ネウボラ」の整備推進が必要である。産婦人科・小児科・精神科などのかかりつけ医が協力して、保健師・ソーシャルワーカー・助産師等と連携をとりながら支援を行うシステムを、行政単位で、地域配置を考慮しながら構築していくことが望まれる。

本来は、どこの地域社会も持っていたはずの「子育ては妊娠中から、地域社会全体で取り組むもの」という機能の現代的再構築が必要である。このネットワーク作りを進めるにあたって、日本医師会には学術専門団体として、さらなる主導的役割が求められている。

2. 増加する子どもの貧困問題と児童虐待

貧困は子どもの健康に最も悪い影響を与える。2013 年の国民生活基礎調査では、わが国の 17 歳以下の子どもの相対的貧困率（等価可処分所得中央値の半分を下回る群）は 16.3%で、現在も増加傾向にある。わが国では、母子家庭の母親の就労率が高いにもかかわらず貧困率が高い。さらに、子どものための施策に用いられる公的支出がわが国では GDP の 1.3%で、OECD35 ヶ国中下から 9 番目（2011 年）である。フランスでは子育てに GDP の 3%が支出されている。例えば、①子どもが生まれても経済的に困らないように、手厚い給付をする、②保育所を自治体が完備したり、生後 1 年間の育児休暇中の女性の給与を 100%支給するなど、子育てしながら働く女性が困らない環境を整える、そして、③子育てで最長 3 年間休職しても職場にその間も勤務していたと見なし、元の役職に戻るだけでなく人事評価にも影響しないことを保障している。英国ではブレア首相の主導による war on childhood poverty というスローガンの下でさまざまな施策がとられ、子どもの貧困率が 26% (1999 年) から 10% （2010 年）に減少した。一方、米国では高齢者の貧困減少に力を入れているため、高齢者の貧困率は 1959 年の 35%から 2010 年には 9%に減少したが、子どもの貧困率（22%）は減少していない。子どもの貧困率を下げるには強力なリーダーシップを持つ

政治家の力によるところが大きい。わが国でも 2013 年に「子どもの貧困対策推進法」が制定され、2021 年における子どもの貧困率を 10%未満にすることが目標とされているが、具体的な施策は採られていない。

児童虐待は毎年増加している。2014 年度中の児童相談所での児童虐待相談対応件数は約 8 万 9 千件であるが、この数は文字通り児童相談所が何らかの対応をしたものであり、その背後には数倍の児童虐待があると言われている。

貧困だけでなく親のメンタルヘルスの問題、子どもに発達障害があるなど、児童虐待にはさまざまな原因がある。子どもの養育を放棄する親も少なくない。こうした傾向は、幼形成熟（neoteny）という人類の祖先が選択した生物学的基本戦略を否定することにつながる、進化における重大な問題として受け止めるべきである。虐待によって死亡する子どもの 75%が 4 歳未満の乳幼児で、特に 0 歳児が最も多い。一方、虐待を受ける年長児では発達障害の子どもの割合が高い。学校や職場での発達障害児・者への理解、配慮、支援が必要である。

救急外来等で経験する子どもの死を科学的に検証する child death review 体制がわが国では構築されていない。child death review 体制を構築することは虐待への防波堤となることが期待される。

3. 学校や職場を通じた母子保健についての健康教育

学校や職場を通じた母子保健に関する以下の様な健康教育を行う事が重要である。

(1) 出産年齢の高齢化

わが国の出産年齢は 1990 年においては 25~29 歳が最も多く 45%、次いで 30~34

歳 29%、35~39 歳 7.6%であった。しかし次第に出産年齢の高齢化が進み、2005 年には 30~34 歳での出産が最も多くなり、2012 年では、35~39 歳での出産が 22% と 25~29 歳での出産 28%とほぼ同率になった。また、結婚後 2 年未満で第 1 子を出産する既婚者が 1990 年では 75%であったが、2012 年では 58.8%に減少している。晩婚化に加えて、結婚後もすぐには子どもを希望せず妊娠を控える傾向があり、出産年齢の高齢化が進む一因となっている。要因としては、共働き世帯の増加や、出産・育児と自分のキャリアアップの時期が重なることなどによる妊娠の躊躇、育児に対する経済的・精神的不安などが考えられる。

生物学的に母子ともに最も安全である時期に出産ができるよう、若い世代に対して親となり子育てをすることについての情報提供とともに、仕事と子育てが両立できるような社会的環境対策・支援が重要である。

(2) 低出生体重児の増加

わが国では生下時体重が 2,500g 以下の子どもが 2012 年には 9.6% を占め、その後も変化が見られない。また、子どもの生下時体重も男女平均で 3,000g となり、36 年前から 200g も減少している。母親となる女性の栄養状態の良い先進国の中で、このような傾向はわが国だけに見られる。成人病胎児期発症説 (Developmental Origins of Health and Disease) からみると、将来のわが国では成人のメタボリック症候群だけでなく、発達障害や統合失調症などの精神疾患も増加することが懸念されている。

(3) 女性の妊孕性への理解

女性の平均寿命が延びたとはいえ、生まれる前に胎児期より卵巣内で作られた卵子は生後より減少し続け、37 歳頃を過ぎるとさらに急速に減少し、また加

齢とともに卵子の染色体異常の増加や質の低下が起きていることがわかっている。

そのため、卵子の減少と質の低下により、女性は年齢と共に妊孕性が低下し不妊症の原因となる可能性があり、また生殖医療技術による不妊治療に対してもその成功率が低下する。

生物学的に最も妊娠・出産に適している年代は 20 歳代であるが、国民のなかにはこうした医学的事実が十分に周知されていないため、高齢になってから妊娠を希望し、厳しい現実直面する人もいる。

また生活上では、過度なダイエットや過度な運動による痩せ、あるいは過食等による肥満がホルモン環境に影響を与えることで妊孕性低下の原因となることがある。

若者に対しては、ライフプランを考えるうえで女性の妊孕性についての情報提供および教育が必要である。

(4) 性感染症に関する健康教育の必要性

わが国で行われている性感染症調査は、クラミジア感染症・淋菌感染症・ヘルペスウィルス感染症・尖圭コンジローマが定点把握され、また梅毒・HIV/エイズが全数届出把握されている。若者においては、男女ともにクラミジア感染症が最も多く、とくに 10 歳代後半の女性では全ての性感染症におけるクラミジア感染症割合は 70%を超えている。

ほとんどの性感染症において近年増加傾向はみられないが、性感染症が他の性感染症、たとえば HIV 感染などに罹患しやすくなることや女性においては不妊症の原因になり得ることから、予防の徹底とそのための性教育が重要である。

また、無症候感染者の存在や、医療機関への受診を躊躇する場合もあること

から、若年者に対しては具体的な情報の提供普及とともに、経済的支援や自己採取法を含めたプライバシーに配慮した検査、受診しやすい医療体制の整備や体制づくりが必要である。

4. 発達障害児・者と家族への支援

2005 年 4 月に発達障害者支援法が施行されてから 10 年が経過し、「障害者自立支援法」から「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に至る様々な法整備の中で発達障害への理解が進み、支援の裾野が広がるとともにその枠組みも大きく変化してきた。しかしながら一方では発達障害（自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害等）の児童生徒数は、文部科学省の調査でも毎年増加傾向にあり、学校や職場における対応が課題となっている。

現状においても、発達に問題を抱えていることに気づかれず支援に結びつかないケースや、正確な診断がなされないまま不適切な支援を受けているケースも多く、未だに診断・治療・支援のネットワークが十分に整備されているとは言いがたい。加えて専門医療機関の不足、支援する組織や個人による専門性や支援レベルの違い、地域による支援体制の差異など、解決すべき課題が多く残されている。

今後、発達障害児・者が適切な人間関係を構築し、二次的障害の発生予防や自立・社会参加を可能にしていくためには、①5 歳児健診を含めた乳幼児健診や家庭・保育・教育の場での気になる子どもの拾い上げとその後の丁寧な経過観察、②必要な時期に診断や今後の個別的支援計画を立てるための専門医療機関

に繋げる体制作り、③専門医療機関からの情報をもとにした関係機関（医療・保健・福祉・教育・労働など）での切れ目のない適正な支援のネットワークの構築が必要となる。そのためには、それぞれの役割に応じた研修の機会を提供する等、発達障害に関わるさまざまな人材を重層的に育成することが重要となる。また、全国的な支援レベルを一定にするためには国として客観的に検証された支援手法のメニューを整備し普及する必要がある。加えて専門医療機関の充実とかかりつけ医との役割分担、発達障害児・者への **social skills training** などの個別サービスの充実、就学・就労に必要な支援と就学・就労後の支援のための学校・会社等への公的支援体制の構築が不可欠である。

発達障害に関わるさまざまな職種の役割が明文化され、それぞれが共通の視点に立って連携を深め協力して活動し、全国どこでも同レベルの支援が受けられることが求められている。

5. 思春期医療の整備

思春期の子どものころと身体には劇的な変化が生じる。しかしながら、これまで産婦人科医は思春期の子どもの医療に関与してきたが、小児科医が関与することが少なかった。その理由は、わが国の小児医療が 15 歳までの子どもを主な対象としてきたからである。その結果、妊娠、性、非行、メンタルヘルスなどの思春期の子どもの健康問題に小児科医が十分に対応できない状況にある。また、性的マイノリティの子どもや青年に十分に対応できる体制が構築されていないことも課題である。劇的に心身の変化が生じる思春期から若年成人の医療・保健にこれまで以上に小児科医の貢献が求められている。日本小児科学会

は、思春期医療の推進を図るため、毎年講習会を通じた啓発活動を行っているが、現状ではまだまだ不十分である。わが国では母子健康手帳が導入され、母子保健の現場で極めて役に立っている。現在、就学時前までの記録の記載を基本としているが、これを若年成人にまで延長して記録として残すことのできる「小児健康手帳」を導入することを提案する。

6. 慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち何らかの医療や支援が必要な思春期の子どもや青年と彼らの成人への移行

低出生体重児、先天性心疾患や先天代謝異常症などの先天性疾患、小児期に発症する血液・悪性腫瘍、腎疾患などの小児慢性疾患などの治療成績が向上し、以前では小児期に死亡していた患者が長期生存できる時代となった。

一方、小児期、思春期に発達障害やうつなどを発症する患者が増加している。慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち、何らかの医療や支援が必要な思春期の子どもや青年は **children and youth with special health care needs** と呼ばれ、先進諸国が抱える共通の問題として認識されている。このような子どもが米国では 17 歳の時点で全体の 17% に及び、成人に移行してからもさまざまな障害や合併症を持ち、治療や支援を必要としている。

彼らが自尊感情を持って成人に移行し、社会で活躍できるようにするために、社会全体でのさまざまな支援策が必要である。

これまで、小児期発症の慢性疾患を持つ子どもは、成人しても小児科医が診療を担当することが多かった。しかしながら、小児科医だけで成人に移行した患者を担当することは困難で、今後は内科医などの成人の医療を担当する医師

と連携を図り、協力してこれらの患者を診療することが求められている。そのためには、疾患あるいは疾患群ごとの成人に移行してからの医学的課題を明らかにするとともに、成人への診療移行プログラムを作成することが必要である。日本小児科学会は小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言を公表している。

2014年までのわが国では、慢性に経過し生命に重大な影響を与える514疾病が小児慢性特定疾患に指定され、医療と福祉の両面での支援事業（小児慢性特定疾患治療研究事業）が行なわれてきた。その結果、対象疾患の1～19歳死亡率（人口10万人あたり）は1974年に10.46だったものが2006年には3.44に改善するなど、同事業は小児慢性疾患の生命予後の改善に大きな役割を果たしてきた。2015年からは改正児童福祉法の施行により107疾病が「小児慢性特定疾病」の対象疾病に追加され、新たな小児慢性特定疾病医療支援が開始された。今後、対象疾病の患者が成人した後も当該患者及びその家族に対する継続した支援を可能とするため、現在の「小児慢性特定疾病（704疾病）」の多くが、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病として認定されることが望まれる。

7. 子どもや青年の在宅医療への支援

慢性疾患や障害を持つ子どもや青年はできるだけ自宅で療養し、医学的ケアを受けられることが望ましい。しかしながら、在宅医療は家族の負担が極めて重いにもかかわらず、介護保険等で高齢者が受けられるようなさまざまな支援サービスを受けられないことが大きな問題になっている。在宅医療の必要な子どもの実数は不明であるが、1万人以上いることが推測されている。在宅医療を

受ける子どもや青年が高齢者の地域包括ケアと同様なケアを受ける事のできる体制を構築することが大きな課題となっている。また、そのようなケアを担う医療提供者への診療報酬上の評価も担保されるべきである。

英国では、重い病気を持つ子どもと家族が在宅でケア・育てることを支援するために、子どもホスピスが整備されている。英国におけるホスピスとは末期患者だけのための施設ではなく、医療的ケアを必要とする短期滞在ケア施設でもある。病気の子どものホスピスに滞在中に、家族は他の家族や自分のために時間を使うことが可能となる。現在、同じような目的で短期在宅ケアを提供する施設がわが国でも稼働しつつある状況となっており、今後同様の施設が全国規模で展開することが求められている。

8. 予防接種体制の整備

これまでわが国の予防接種体制は世界標準に遙かに遅れていたが、Hib、小児用肺炎球菌、ヒトパピローマウイルス、水痘などのワクチンが定期接種化され、改善の方向に向かっている。さらに、2016年10月にはB型肝炎ウイルスに対するワクチンが定期接種化される予定である。このような定期接種の充実により、細菌性髄膜炎、敗血症、細菌性肺炎、細菌性股関節炎、難治性中耳炎が確実に減少している。

しかしながら、欧米先進国と異なり、わが国では国が予防接種の実施主体になっていないことがさまざまな問題を生じさせている。さらに、若年成人の百日咳、20～40歳男性の風しんの流行が認められており、過去の予防接種体制の不備による結果が現在も大きな問題として残されている。さらに、おたふくか

ぜも定期接種化されていない。また、ワクチンとワクチンの接種間隔にも非合理的なルールが課せられていることも問題である。さらに、感染症や予防接種（重要性と限界）に関する学校教育を大幅に充実させることも課題である。

都道府県単位での相互乗り入れが進む中、国の責務として、今後全国 47 都道府県ですべての子どもたちがいつでもどこでも、安心してすべての予防接種を無料で受けられるよう、全国的な広域化を進めるべきである。

また、世界の標準から立ち遅れているわが国の予防接種制度の政策を立案・推進する上で、公正かつ客観的な提言を行える専門家で構成された外部の諮問委員会（日本版 ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices）を設置することが望まれる。

9. well child への対応を視野に据えた小児保健・医療体制の構築

子どもの疾患には原因や治療法が確立していない疾患が少なくない。これからも基礎・臨床の両面における研究を更に進め、これらの病気の治癒を目指す努力が必要である。小児科医にとって Disease-oriented Pediatrics の基本的路線は不変である。

しかしながら、実地医家や小規模・中規模病院小児科医にとっては、今後の小児科医としての基本的姿勢に大きな変革が求められる。感染症に関連した子どもの病気への対応の頻度は今後減少し、感染症に関連する患者の入院も減少することが予想される。

一方、予防接種や子どもの発達評価などの業務は減ることはなく、むしろ増加すると思われる。また、これまで対応することが少なかった本来健康な子ど

も（well child）や青年のころや身体に関する相談・対応も重要な課題である。

わが国では学校健診が有効に機能しているが、個別検診ではない。そのため、親、兄弟や友人に相談できないデリケートな問題を拾い上げることができない。米国のように、子どもは3歳から21歳になるまで年1回かかりつけ医に十分に時間をかけた丁寧な個別健診（health checkup）を受けることのできる制度が、わが国の思春期から若年成人を対象として導入されることが強く望まれる。子どもや青年の身体的健康や発達を評価するだけでなく、子どもや青年の家庭、学校などにおける心理・社会的な課題をも抽出し、起こりうるリスクを明らかにし、具体的な対応をとることも小児科医の重要な仕事である。このような個別健康診査を推進するため、米國小児科学会（American Academy of Pediatrics）はガイドライン“Bright Futures”を作成している。なお、わが国では不登校児がおよそ12万人おり、彼らは学校での集団健診すら受けていない。すなわち、小児科医の多くは今後 well child にも向き合う基本的姿勢が求められており、したがって well child and disease-oriented pediatrics を目指すべきである。

10. 保育環境の整備

保育所に入所する子ども（約223万人）が幼稚園に入園する子ども（約140万人）より多くなっている（2015年）。人生の最も大切な時期にある乳幼児の保育は極めて重要である。さらに、保育の質が十分に担保されない保育所も散見される。しかしながら、待機児童を減らすためや養育者の利便性が優先された結果、現状では子どもにとって劣悪な保育環境にある保育所が少なくない。また、都会では敷地内に園庭のない保育所も多く、加えて周辺に公園などの施

設が少ない保育所もあり、入所する子どもの身体的活動が不十分な環境になっている。多くの保育所では今や 11 時間保育はあたりまえで、子どもは 1 日に 2 食を保育所でとっている。食物アレルギーへの対策や集団生活のために頻度の高くなる感染症の対策も必要である。さらに、小児保健に造詣の深い看護師が配備されている保育所は約 3 割でしかない。保育所での保育環境だけでなく小児保健体制が整備されることも必要である。また、母親の就労が増加しているが、女性の雇用状況は男性よりも厳しいこと、あるいは父親の子育てに対する協力が十分でないなどの現状から、病児・病後児保育への需要が高まっており、病児・病後児保育事業への支援も必要である。

少子化時代の子どもと家庭環境の変化により、保育所が現代の子育て支援の中心的な役割を担わざるを得ない状況になっている。わが国の将来を担う子どもへのさまざまな支援を学校保健と同等のレベルにまで引き上げることが今後の課題である。

おわりに

わが国ではすでに 65 歳以上の高齢者は 3,000 万人以上で、20 歳未満の子どもは 2,300 万人弱となった。しかしながら、医療費、年金、教育費など国からの世代毎への支出を比較すると、65 歳以上への支出が 20 歳未満への支出よりも圧倒的に多い状況は社会的正義あるいは公平性の観点から大いに問題である。このような状況では、今後必要とされる妊娠・出産に関する医療体制の整備・支援および子育て支援、子どもや青年の在宅医療の充実、発達障害者の支援、予防接種体制の整備、思春期医療の充実、周産期医学・小児医学研究の推進などを

実現させることは困難である。今後、胎児期から次世代の子どもを育てる若年成人までの保健・医療を切れ目なく支援するための理念法である成育基本法を制定し、将来を担う子どもや青年の保健・医療を充実させることが目標である。

文献

1. 平成 27 年(2015)人口動態統計の年間推計
2. 厚生労働省 人口動態調査 (平成 26 年)
3. OECD(2015). Family benefits public spending (indicator). <http://data.oecd.org/social/exp/family-benefits-public-spending.htm> (accessed on 23 July 2015)
4. UNICEF Innocenti Research Centre: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations (Report Card 7). 2007
5. Keller H, Staufenbiel T, Yovsi RD, et al: Distal and proximal parenting as alternative parenting strategies during infant's early months of life: A cross-cultural study. *Inter J Behav Devel* 33: 412-420, 2009
6. 日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会 : No.31 フード付きパーカーによる溢頸、日本小児科学会雑誌 116:1036-1037, 2012
7. UNICEF Innocenti Research Centre: Measuring child poverty. New league tables of child poverty in the world's rich countries (Report Card 10). 2012
8. 子どもの貧困対策の推進に関する法律 (平成 25 年 6 月 26 日法律第 64 号)
7. 日本成人先天性心疾患学会ホームページ (<http://www.jsachd.org/about/>)
8. Nathan PC, Ford JS, Henderson TO, et al.: Health behaviors, medical care, and interventions to promote healthy living in the childhood cancer survivor study cohort. *J Clin Oncol* 27: 2363-73, 2009
9. Van Dyck PC, McPherson M, Strickland BB, et al: The national survey of children with special health care needs. *Ambul Pediatr* 2: 29-37, 2002
10. 横谷進、落合亮太、小林信秋、他 : 小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言、日本小児科学会ホームページ (http://www.jpeds.or.jp/modules/news/index.php?content_id=83)
11. 原田正平 : 治療管理の進歩と小児慢性疾患の予後について、小児内科 43: 1434-1437, 2011
12. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM: Bright futures, Guidelines for health supervision

of infants, children, and adolescents. 3rd eds. Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, 2008

13.母子保健の主なる統計 ―平成 25 年度刊行― 2013

14.小野寺 昭一：近年のわが国における性感染症の動向、モダンメディア 58 巻 7 号：210-218,2012

関連資料

- ・ 少子化対策に関する政策提言書—中間答申—（平成 27 年 4 月）
- ・ 少子化対策に関する政策提言書資料集

「少子化対策に関する政策提言書」

—中間答申—

平成 27 年 4 月

日本医師会母子保健検討委員会

平成 27 年 4 月

日本医師会長
横倉 義武 殿

母子保健検討委員会
委員長 五十嵐 隆

母 子 保 健 検 討 委 員 会 中 間 答 申

本委員会は、平成 26 年 11 月 6 日に開催された第 1 回委員会において、貴職から諮問のありました、「成育過程における保健医療の諸課題と具体的対策」について鋭意検討を行ってまいりましたが、少子化対策に係る政策提言書を取りまとめるよう新たな要請を受け、3 回のワーキンググループを開催した審議結果をもとにとりまとめましたので、中間答申として提出いたします。

母子保健検討委員会委員

委員長 五十嵐 隆（国立成育医療研究センター総長）

副委員長 浮田 俊彦（石川県医師会副会長）

委員 佐々木 悦子（宮城県医師会常任理事）

佐々木 伸彦（東京都医師会理事）

永山 雅之（群馬県医師会理事）

二井 栄（三重県医師会常任理事）

本多 静香（福島県医師会常任理事）

松平 隆光（日本小児科医会会長）

三戸 和昭（北海道医師会常任理事）

森崎 正幸（長崎県医師会副会長）

温泉川 梅代（広島県医師会常任理事）

渡辺 志伸（兵庫県医師会理事）

オブザーバー 佐藤 敏信（日本医師会総合政策研究機構主席研究員）

協力 野村 真美（日本医師会総合政策研究機構研究員）

田中 美穂（日本医師会総合政策研究機構研究員）

坂口 一樹（日本医師会総合政策研究機構研究員）

目 次

1. 諸外国から見た日本の「少子化対策」の現状と課題……………	7
2. 提言の内容……………	9
3. 未来への投資とその必要性(中期的ビジョン)……………	13

緒言

少子高齢化は成熟した社会が必ず経験する国家的な社会現象である。

とりわけ、わが国においては、高齢者は以前よりも快適で活動的な生活ができるようになり、かつ、その生存年齢も著しく伸びるという目覚ましい結果を得ることができた。高齢者に手厚い社会保障・福祉制度や交通機関、住居、家庭用電化機器、電子媒体などを含めた利便性の高い社会システムが整備され、また世界に誇るべき国民皆保険制度により、国民のほとんどが合理的な支出により著しく進歩した医療・保健の恩恵を受けることができるようになった。

一方、世界的で質的にも大きな経済変動、あらゆる分野での技術革新、雇用の不安定性、長期間続いたデフレーションなどによりわが国の若年成人の所得が減少した結果、結婚しない若年成人が増加し、結婚する場合でも全体としては晩婚化・晩産化するなどの結果を生み出している。

さらに、ICT (Information and Communication Technology, 情報通信技術) によるソーシャルメディア等が普及する一方で、わが国では人間同士の有機的なつながりが以前に比べ喪失し、子育てにおいても母親が孤立感を感じる頻度が高くなっている。

少子化に対して、以前からわが国の政府はさまざまな対策を講じてきた。

しかしながら、それらの対策の多くは、待機児童解消のための保育施設の整備などに代表される表面的な対策であった。すなわち、少子化の根本的な原因となっている、①先進諸国において長年培われてきた国からの手厚い子育て支援制度がわが国では極めて貧弱なこと、②わが国は先進諸国に比べて長時間労働が強いられ、十分な休暇を確保できない労働環境にあること、③生存年齢は延長したが、健康に生殖が可能である年齢は延長しないという生物学的事実をわが国では正しく子どもに教育されていないこと、などに対して、真剣に取り組まれることがなかった。

そして、わが国では次世代を担う胎児・新生児、乳児、幼児、児童、思春期の青年、若年成人の医療・保健・福祉を連続して保障する理念法が欠如している。

この理念を確立するためには、従来の救貧対策から脱却し、子育て世代への所得再分配機能を確立しなければならない。

このようなわが国の実情に対して、本委員会はいかねてから強く憂慮してきたが、今般、少子化対策に関する抜本的な対策を講じる必要性を強く認識し、主として社会医学・生物学的見地に基つき、少子化対策に関する政策提言を行う。

1. 諸外国から見た日本の「少子化対策」の現状と課題

フランス、スウェーデン、フィンランドの取り組み

諸外国では、フランス、スウェーデン、フィンランドなどにおいて先進的な取り組みが行われてきた。これらの国々は、いったん下がった合計特殊出生率（total fertility rate, TFR）を、2012 年時点でフランス 2.01、スウェーデン 1.91、フィンランド 1.80 にまで上昇させた。3 カ国で講じられている政策の共通点として、「子育て支援」「労働環境の整備」「男女平等意識の改革」を包括する手厚い「家族政策」が、長期にわたって継続して講じられてきた点がある。具体的には、①子どもと家族を支援するという視点の重視、②所得補償・保育料補填を目的にした多様な給付制度、③妊娠期から子育て期間中の切れ目ない親子支援、④父親休暇の制度化など男女が取得しやすい休業制度、⑤多様な働き方の容認と男女ともに働きやすい労働環境の整備、⑥男女平等の理念を掲げた法制度——といった特徴的な法政策がある。

日本の「少子化対策」の現状と課題

翻ってわが国の状況をみると、これまでの少子化対策は、「①子育て支援」に偏り、「②経済・雇用」「③男女共同参画」等に対する具体的対策がなされてこなかった。

先進的な取り組みが行われてきた国々との最大の違いは、「子育て支援」、「労働環境の整備」、「男女平等意識の改革」を包括する手厚い「家族政策」の欠落と、財政出動の欠如である。

わが国では、待機児童解消のための保育施設が整備されれば少子化が解消するという誤った認識により、少子化の要因である「未婚化」「晩婚化」の処方箋となりうる「経済・雇用」「男女共同参画」等の国の対策と社会の対応が立ち遅れていた。そのため、若い世代を中心とした所得は伸び悩み、子育て世代の男性の長時間労働¹は解消されず、だれもが就業継続できる職場環境が十分整って

¹ 内閣府「少子化社会対策白書」の中で、Eurostat, 総務省「社会生活基本調査」の比較において「約 5 人に 1 人が週 60 時間以上の就業、6 歳未満の子どもを持つ夫の育児時間は一日平均 40 分程度、家事を加

いない。既婚女性の出産に対する意識調査の中で、「理想の子ども数を持たない理由²⁾」の第1位が「子育てや教育にお金がかかりすぎるから(60%)」、第2位「高年齢で生むのはいやだから(35%)」等、ネガティブな方向に傾いている。

さらに、子どもに対する健やかな妊娠・出産に関する教育が全くされてこなかったと言っても過言ではない。

いずれにしても、少子化問題の根本的解決のためには、わが国の将来の合計特殊出生率を、最低でも人口置換水準の2.07まで伸ばしていく必要がある³⁾。それには、「子育て支援」の充実とともに、「経済・雇用」「男女共同参画」等の向上に向けて、教育に対する手厚い支援をも含めた、抜本的な取り組みが求められる。

えても一時間程度、欧米諸国と比べると3分の1程度」であることが報告されている。

²⁾ 国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査(夫婦調査)」2011年。

³⁾ 平成24年、国立社会保障・人口問題研究所による試算。

2. 提言の内容

これからの少子化対策は、妊娠から出産、子どもが成長するまでの継続した「子育て支援」という視点を重視し、「経済・雇用」「男女共同参画」の各政策の推進によって子育て環境の土台を下支えしつつ、包括的な家族政策を重視する必要がある。

日本医師会母子保健検討委員会では、①子育て支援、②経済・雇用および男女共同参画、③価値観の変革——の3つの柱に分けて、以下の提言を行う。

① 子育て支援

1) 産婦人科・小児科・かかりつけ医と連携した「日本版ネウボラ」の創設

産婦人科・小児科・かかりつけ医が協力して支援を行う医療との連携型の「日本版ネウボラ」を創設するべきである。安心して妊娠・出産・育児・子育てができる子育て支援策の切り札として、フィンランドの「ネウボラ」の特徴をいかした厚生労働省のモデル事業「地域における切れ目ない妊娠・出産支援の強化」⁴がスタートしている。これをさらに発展させ、産婦人科・小児科・かかりつけ医等が、保健師・ソーシャルワーカー・助産師等と関わり、ネウボラを中心となって活動することにより、子どもの健やかな成長と子育て中の親の心身の健康を支援することが可能となる。

2) 中学生向け教材の開発と教育現場への支援

将来を担う世代が、結婚から妊娠・子育てまでの過程や、子育てに対する自らの役割を、社会の一員として理解できるガイドブックを作成し、教育に導入する必要がある。保健（体の仕組みや妊婦の健康管理と周囲の配慮）・結婚、妊娠、出産の不安とともに楽しさ、子育てに対する社会の一員としての役割・子育て世帯をサポートする制度、医療機関の役割などの内容を盛り込むことなどが考えられる。さらに、これらを単に教材の開発・配布で終わらせてはなら

⁴ 先行例として浦安市（千葉県）、世田谷区（東京都）、和光市（埼玉県）、高浜市（愛知県）、名張市（三重県）など。

ない。教育現場の現況と教員らの負担を考慮し、実際の指導にあたる人材に関わる費用（講師の育成や派遣に関わる人件費等）の支援も必要である。

3) 普遍的な子ども医療費の助成制度の確立

全国どこに住んでいても、平等に子ども医療費の助成が受けられる制度に見直すべきである。子ども医療費の助成制度とは、15歳未満を対象に、子どもが医療機関にかかった際の窓口負担が軽減されている制度である。しかしながら、居住する自治体によって、対象年齢、所得制限の有無や給付内容などが異なるのが実情である。

4) 全国どこでも安心して出産、子どもを診てもらえる医療提供体制の整備

母子周産期医療センターを中心とした病院・診療所のネットワークの構築、産婦人科、小児科の地域偏在の解消を引き続き図るとともに、不足している地域については、後方支援体制の充実した分娩施設を開設するなど、整備に必要な予算措置を講じるべきである。

5) 保育・教育の充実

子どもの健全な成長と、安全で安心な保育環境の実現、認可・認可外等の保育施設の形態にかかわらず、保健師又は看護師の配置の徹底や、後方支援を行う小児科医やかかりつけ医との連携を担保するための、必要かつ適切な予算措置を講じるべきである。さらに、保育施設以外にも、家族の多様性に対応できる保育体制の整備が必要である。

- ・国は、共働き世帯の待機児童の解消が急務であるとして、「待機児童解消加速化プラン」により、平成27年度から保育ニーズがピークを迎える2019年度までに、40万人の保育の受け皿を増やすとしているが、そのプランの中に、看護職の配置や地域の医療機関との連携等の視点が入っていない。
- ・保育施設定員は、平成24年度以降、毎年約5万人の規模で増えている。一方で、保育施設の増加に伴い事故報告も増えている。厚生労働省が公表している事故報告件数をみると、平成22年分（50件）から平成25年分（104件）にかけて倍増している。量の充実ばかりでなく、保育の質の向

上も望まれる

- ・近年、様々な業種・勤務形態に応じた保育（病児保育・延長保育・夜間保育・休日保育）・教育、専業主婦の子育て支援のための一時預かり保育、障害児保育など、保育ニーズが多様化する中で、保育施設間の保育環境やサービスの格差が広がっている。

② 経済・雇用および男女共同参画

1) 経済的支援策

子育て中の家族に対する、選択性がありかつ明確な経済的支援が必要である。

出産・育児のための休業に伴う所得補償、出産に係る費用、保育料、教育費等に対する給付金制度などが考えられる。例えば、フランスでは、保育方法自由選択補足手当を設け、公的補助によって低額の保育料が設定されている保育施設に預ける以外に、保護者が保育者を直接雇用したり、認定企業などから保育者の派遣を受けたりする場合にそれぞれ手当を支給するなど、自由に保育方法を選択することができる⁵。さらに、単親家庭の増加に伴う「子どもの貧困」など、子育て世帯の経済や生活の状況は一様ではない。国は、子育て世帯の実態を把握し、そのうえで必要な経済的支援策を早急に整備するべきである。

2) 労働環境の改善：男女がともに働きやすい職場環境へ

男女ともに働きやすい労働環境を早急に整備するべきである。勤務形態や多様なニーズに対応し、労働時間を短縮しても給与の総額が保障されるような仕組みとして、例えば、スウェーデンで行われている労働時間の短縮に応じた育児休業手当の取得（労働時間を 25%、50%、75%、8 分の 7 に短縮可能とし、それぞれ 75%、50%、25%、8 分の 1 を取得するという仕組）、フランスで行われている完全休業か部分休業（半分～8 割）を選択可能とするなどの制度が考えられる。

⁵ 一般財団法人自治体国際化協会. CLAIR REPORT No.374 フランスの子育て支援—家族政策を中心に—. 2012 年 8 月 2 日. <http://www.clair.or.jp/j/forum/pub/docs/374.pdf>
(Web へのアクセスはいずれも 2015 年 3 月 5 日)

③ 価値観の変革

1) 成育基本法の成立

子どもが家庭のもとで健やかに育ち、子どものいる家庭を社会全体が支えていくという理念の実現のために、成育基本法が早期に制定されるべきである。

2) 社会が子どものいる家庭を支援する必要性

日本医師会としては、子どもは家庭のもとで育ち、子どものいる家庭を社会全体で支援するという理念を広く国民に周知するための医師からのメッセージを、広報活動を通じて発信していく所存である。国も、積極的な広報に努力するべきである。

3) 男女協働による子育ての必要性

男性の積極的な子育てへの参加を促すべきである。我が国においては、女性の育児休業取得率が 80%を超える一方、男性では約 2%にとどまっている⁶。背景には、仕事と家庭のバランスを取りにくい労働環境があることに加え、男性が育児休業を取得しにくい職場環境などがあると考えられる。これらの課題に対応するには、制度の仕組みを変えていくことはもとより、企業、企業を構成する個人の意識改革もまた必要である。

4) 旧来の就労モデルの変革に寄与する医療現場の取り組み

医療現場では、従来から、女性医師や看護師等の就業継続を支援するため、院内保育施設、子育て中の医師および職員に対する就労支援の取り組み等を推進してきた。今後も、日本医師会として、医療現場における就労環境の一層の向上を図るとともに、医療現場における子ども・子育て支援についての多くの取り組みを、一般社会の先行モデルとして広く発信し、旧来の就労モデルの変革に広く寄与していく。この取り組みに対して、国が強力な支援を行うことが求められる。

⁶ 厚生労働省. 平成 25 年度雇用均等基本調査（確報版）. 2014 年 8 月.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/71-25r-07.pdf>

3. 中期的ビジョンとしての未来への投資とその必要性

少子化対策は、国家としての「未来への投資」とも言える。現在、各自治体で個別的に行っている少子化対策に関わる事業を普遍化し、将来的に国の予算とすることにも躊躇すべきではない。

その際に新たに必要となる財政規模は相当程度になると思われるが、国家としての中期的ビジョンとして実行されることを強く望む。

「少子化対策に関する政策提言書」 資料集

作成 日本医師会総合政策研究機構

目 次

資料 1. 諸外国の取り組み.....	3
資料 2. 子どもの数によるフランスの子育て関連給付の種類.....	14
資料 3. 少子化対策・家族政策の枠組み.....	15
資料 4. フィンランドのネウボラ.....	16
資料 5. 主な都市別の子どもに対する医療費助成制度.....	19
資料 6. 少子化対策に関する政策に必要とする予算規模.....	20

諸外国の取り組み

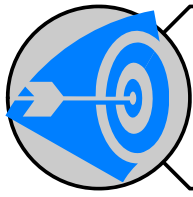
日医総研研究員 田中美穂



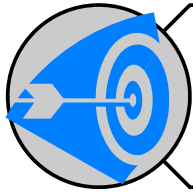
Outline

1. 家族政策の枠組み
2. フランス
 - ①子育て支援
 - ②労働環境の整備
 - ③家族・価値観の変容
 - ④課題
3. スウェーデン①～④
4. フィンランド①～④
5. まとめ

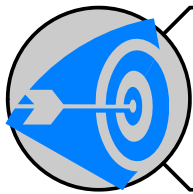
1. 家族政策の枠組み



子育て支援

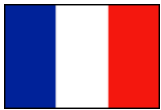


労働環境の整備



家族・価値観の変容

3



2. フランス

人口：約6582万人

出生率：2.01（2012年）

家族政策：

- 子どもの養育は次世代の養育
- 世代再生産のための多様な政策



出典：外務省
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/france/index.html>

2. フランス

①子育て支援

家族給付

■ 乳幼児受け入れ手当⇒第1子から支給

- € 出産・養子手当—約12万6000円(所得要件あり)
- € 基礎手当—月約2万5000円(所得要件あり)
- € 保育方法自由選択補足手当—月最大約1万～6万円
- € 就業自由選択補足手当(就業自由選択オプショナル手当)—
完全休業:月5万～7万円▽部分休業:月約2万～5万9000円
子ども3人以上の場合で完全休業:
上記か年約8万6000円～11万円を選択

■ 新学期手当—6～18歳未満

■ 家族手当—第2子以降支給、20歳未満

■ 家族補足手当—第3子以降支給、3歳～21歳未満

5

2. フランス ①子育て支援

家族給付の財源と家族政策決定過程

- ・ 事業主負担6割▽社会保障目的税2割▽国庫負担など
- ・ 法律に基づく政策決定機関「全国家族会議」
- ・ 法律に基づく家族運動団体「家族協会全国連合」も参加

育児休暇制度(多くが給付と連動)

- 出産休暇▽養子休暇▽父親休暇(2002年～11日)
- ▽育児親休暇(3歳まで、最長1年間で以降2度更新可)
- ▽病児看護休暇(3日／年)▽親付き添い休暇(3年で最大310日)
- ▽看取り休暇(緩和ケア受診、最長3ヶ月、1度更新可)

税制優遇

- ・ 世帯課税のN分N乗方式:子どもが多いほど納税額が少ない

妊娠期からの子どもと親の包括的支援

- ・ PMI(母子保健機関)、ASE(児童社会福祉扶助局)、
PJJ(児童司法保護機関)の連携

2. フランス

②労働環境の整備

ワーク・ライフ・バランス(WLB)の推進

- ・ 週35時間労働制(1998年)
- ・ パートタイム労働とフルタイム労働の賃金・待遇格差の是正
- ・ 法定有給休暇25日間

法による保護と男女平等促進

- ・ 妊娠・出産を理由とする雇用の保護
- ・ 男女同一価値労働・同一賃金原則の法制化
- ・ 憲法改正、パリテ法(2000年):選挙の政党候補者の男女比同率を規定
- ・ 企業の取締役会の男女割合を各4割以上にする法律(2011年)

若者の雇用対策の法制化

- ・ 将来雇用制度(2012年)

7

2. フランス

③家族・価値観の変容

多様なカップルの形態を容認

- ・ 同棲者の地位を公的に承認:パックス法(1999年)
社会保障、税制上の優遇措置
- ・ 法律婚、パックス、同棲と多様
- ・ 婚外子率52.6%

男女平等施策の浸透

- ・ 世界経済フォーラム「ジェンダーギャップレポート」16位
- ・ 1979年人権宣言、1946年第四共和国憲法、1958年第五共和政憲法～2014年男女平等法
- ・ 教育:関連省庁間協定による男女平等促進、偏見・ステレオタイプの是正

④フランスの課題

家族政策の 効果

- 直接的、大幅な改善に結びついたのか

男女格差

- 子育ての主な担い手は女性
- 教育・職業選択の偏り
- パートタイム労働の主な担い手は女性

保育環境

- 3歳未満児の資源不足
- 保育の質にばらつき

- 手厚い給付に対する経営側の反発への対策
- 移民への差別と貧困

9



3. スウェーデン

人口：約968万人

出生率：1.91(2012年)

家族政策：

- 男女が子どもを生み育てる際の障害を取り除くための政策
- 子どもの健全な育成と男女平等な仕事と出産・育児の両立を目標とする
包括的児童家庭政策
- 規範・基準とする家族を設定しない

(津谷, 2002)



3. スウェーデン

①子育て支援

育児休暇制度

① 両親休暇、親保険(1974年～): 父親にも取得権(世界初)

- 8歳まで、父母計480日
- 短縮労働可、短縮分に応じた所得補償※
- パパ・ママクオータ制(60日)
- スピードプレミアム導入
- パートタイマーにも権利
- 0歳児の30日は両親同時取得可

② 父親休暇: 出産時の特休10日と上記の法定60日

③ 看護休暇: 12歳未満児1人60日、所得補償8割

多様な保育サービス

- 1～5歳「就学前学校」負担19%、最高負担額月1万5000円
- 就学前クラス、学童保育、公開児童センター、家庭保育

11

3. スウェーデン ①子育て支援

充実した手当

- 児童手当(1974年～)
- 両親手当: 所得補償8割※
- 一時的両親手当(看護手当): 両親手当と同額

所得課税制度

- 個別収入課税

子どもの医療費、出産費用、教育費が無料

②労働環境の整備

WLBの推進

- 休業前と同レベルの復職保証
- 休暇の确实取得のための法整備：労組が休業消化を監視
- 代替要員雇用制度
- 時短労働者も正職員、フルタイム労働者との時給格差少ない
- 柔軟で選択肢の多い労働時間
- オンブツマンの設置
- 休暇法に基づく法定5週間休暇

③家族・価値観の変容

多様なカップルの容認

- サムボ法(1975年～)：同棲の社会的容認
財産分与も規定、結婚までの試行期間、婚外子割合56%
- 夫婦別姓・同姓選択の自由を法制化

男女平等施策

- 福祉国家建設のマンパワーとしての女性活用
- 自己管理責任の明確化法(1972年)：成人はすべて仕事を

④スウェーデンの課題

- 手厚い社会福祉給付が労働意欲を削ぐ
- 母乳志向、1歳児神話

15



4. フィンランド



人口：約543万人

出生率：1.80_(2012年)

家族政策：

- 子どもと家族への多岐にわたる包括的支援

(高橋. 2014) (渡部. 2011)

- 18歳未満の子どもを構成員に含む
「子ども家族」への社会的支援

(高橋. 2001)

- 家族と労働生活の調和、育児負担の公平化

(田中. 1996)

4. フィンランド

①子育て支援

育児休暇制度:

- 産休(105日、父親18～30日)・育休(両親どちらでも158日):
計263日
所得補償7～8割、子どもが3歳になるまで無給で延長可
- 臨時看護休暇:4日

各種手当:

- 母親手当(妊娠後期):現金(140ユーロ) or 母親支援キット
- 父親にも親手当受給権(1978年～)
- 子ども手当:17歳まで、1人目100ユーロ、2人目110.50ユーロ、
子どもの数や多胎で支給額増加、市町村独自の手当も
- 特別看護給付金
- 多様な保育手当:自宅育児手当(月額基本294.28ユーロ)、
民間保育手当(月額基本1人137.33ユーロ、2007～自宅育児と民間保育は同時受給可能)、部分的育児金

17

4. フィンランド ①子育て支援

保育制度

(安藤. 2007)(藤井ニエメラ、高橋. 2007)

- デイケア(保育)法(1973年):
主に就学前児を対象、ニーズに応じたデイケアの組織・提供
市町村に義務付け⇒市町村に裁量権
- 形態①保育所:原則10時間、24時間・夜間・部分保育あり、月額
18～200ユーロ②家庭保育

妊娠中から就学前まで切れ目のないケア (渡辺ら. 2009)

- 「ネウボラ」(1920年～)
- 専門的な乳幼児精神保健サービス(タンペレ大学の例):
外来診療「ベビーチーム」、家族のための入院治療
- 保育園、児童相談所、地域の精神科医等のネットワークで支援

個別税制

- 1976年、家族単位から切り替え

教育費、給食費無料

4. フィンランド

②労働環境の整備

労働時間の削減:

- 平均1666時間／年(OECD平均1770時間)(OECD employment outlook 2014)

公共部門で際立つ女性就労

フルタイム就労がメイン(高橋. 1999):

- 女性のパートタイム労働: 16.7%(OECD. 2014)

長時間労働※が少ない:

- 被雇用者の3.9%(2011年)、日本は31.7%(推計値)
(労働政策研究・研修機構. データブック国際労働比較2014)※週50時間以上

職業生活における男女平等へ法整備:

- 1987年 男女間の平等に関する法律発効
- 法律違反の監視役としてオンブズマン設置
- 男女クオータ(割り当て)制(行政)、民間企業にも勧告

19

4. フィンランド

③家族・価値観の変容

男女平等の推進

- 1906年 欧州で最初に男女平等普通選挙権成立
- 共和国憲法第6条第4項

アヴォリット(開放婚、事実婚):

- 70年代以降増加
- 社会保障は法律婚とほぼ同処遇
- 近年は第一子誕生後に結婚するカップルが多い
- 婚外子割合3分の1

多様な民間団体の活動:(渡辺ら. 2009)(藤井ニエメラ、高橋. 2007)

- 再婚家族、同性カップル、ひとり親

背景

貧困・低所得、戦争による女性労働力の必要性
1970年代の労働力不足を背景とした共働きモデル

(藪長. 2009, Korpi. 2000)

④フィンランドの課題

- 休暇利用者の大半が母親(田中. 1996) (高橋. 2001)
- 男性の選択の自由、子どもの人権尊重も視野に入れた取り組みが必要(高橋. 2001)
- 教育、職業選択における男女の偏り
- 男女の賃金格差
- 離婚・離別によるニューファミリーのストレス(藤井ニエメラ、高橋. 2007)

21

5. まとめ

- 子どもと家族を支援する包括的な家族政策を長期にわたって講じていること
- 多様な給付制度による所得補償、保育料補填を講じていること
- 妊娠期から子育て中の切れ目ない支援策を講じていること
- 父親休暇の制度化など男女が取得しやすい休業制度を有していること
- 男女がともに働きやすい労働環境を整備していること
- 男女平等施策の推進には各国が課題を抱えながらも理念を掲げた法制度を有していること

子どもの数によるフランスの子育て関連給付の種類

	妊娠7ヶ月	誕生	6ヶ月	3歳未満	3歳以上	6歳未満	6歳以上	18歳未満	20歳未満	21歳未満
子ども1人	1 乳幼児受け入れ手当 1-1出産・養子手当 一時金 家族手当金庫への妊娠通知が必	1 乳幼児受け入れ手当 1-2基礎手当 3歳の誕生日の前の月まで 養子の受け入れ時または決定月から3年間					2 新学期手当 6～18歳未満 所得要件あり			
		1 乳幼児受け入れ手当 1-3就業自由選択補足手当 3歳未満児 就業中断もしくは部分労働 子ども1人の場合6ヶ月まで								
		1 乳幼児受け入れ手当 1-5保育方法自由選択補足手当 6歳未満児 出産休暇後に職業再開した場合								
子ども2人	1 乳幼児受け入れ手当 1-1出産・養子手当 一時金 家族手当金庫への妊娠通知が必	1 乳幼児受け入れ手当 1-2基礎手当 3歳の誕生日の前の月まで 養子の受け入れ時または決定月から3年間					2 新学期手当 6～18歳未満 所得要件あり			
		1 乳幼児受け入れ手当 1-3就業自由選択補足手当 3歳未満児 就業中断もしくは部分労働 子ども1人の場合6ヶ月まで								
		1 乳幼児受け入れ手当 1-5保育方法自由選択補足手当 6歳未満児 出産休暇後に職業再開した場合								
		3 家族手当 第2子以降に支給 20歳未満の子ども 所得要件なし								
子ども3人	1 乳幼児受け入れ手当 1-1出産・養子手当 一時金 家族手当金庫への妊娠通知が必	1 乳幼児受け入れ手当 1-2基礎手当 3歳の誕生日の前の月まで 養子の受け入れ時または決定月から3年間					2 新学期手当 6～18歳未満 所得要件あり			
		1 乳幼児受け入れ手当 1-3就業自由選択補足手当 3歳未満児 就業中断もしくは部分労働 子ども1人の場合6ヶ月まで								
		1 乳幼児受け入れ手当 1-4就業自由選択オプション補足 手当 子ども3人以上の場合 1年間の期間限定で給付額増額								
		1 乳幼児受け入れ手当 1-5保育方法自由選択補足手当 6歳未満児 出産休暇後に職業再開した場合								
		3 家族手当 第2子以降に支給 20歳未満の子ども 所得要件なし								
					4 家族補足手当 3歳以上の3人以上の子ども 21歳未満					

出典:
 1 神尾真知子. フランスの企業と「少子化対策」. 日本労働研究雑誌. 2006; 553: 56-68.
 2 柳沢房子. フランスにおける少子化と政策対応. レファレンス. 2007; 57(11): 85-105.
 3 神尾真知子. フランスの子育て支援—家族政策と選択の自由—. 海外社会保障研究. 2007; (160): 33-72.
 4 江口隆裕. フランス少子化対策の系譜—出産奨励策から一般施策へ(2・完結). 筑波ロー・ジャーナル. 2010; (7): 103-129.
 5 一般財団法人自治体国際化協会. CLAIR REPORT No.374フランスの子育て支援—家族政策を中心に—. 2012年8月2日. <http://www.clair.or.jp/j/forum/pub/docs/374.pdf> (Webへのアクセスは2014年11月7日)

少子化対策 家族政策

育児支援

育児困難者への支援
子どもへの虐待、非行、貧困対策

男女平等
意識改革

土 台
若年者の
雇用確保

経済的理由等で結婚・出産
を躊躇する若者への支援

労働環境
の整備

男女とも働きやすい、育児に
参加しやすい環境の整備

フィンランドのネウボラ

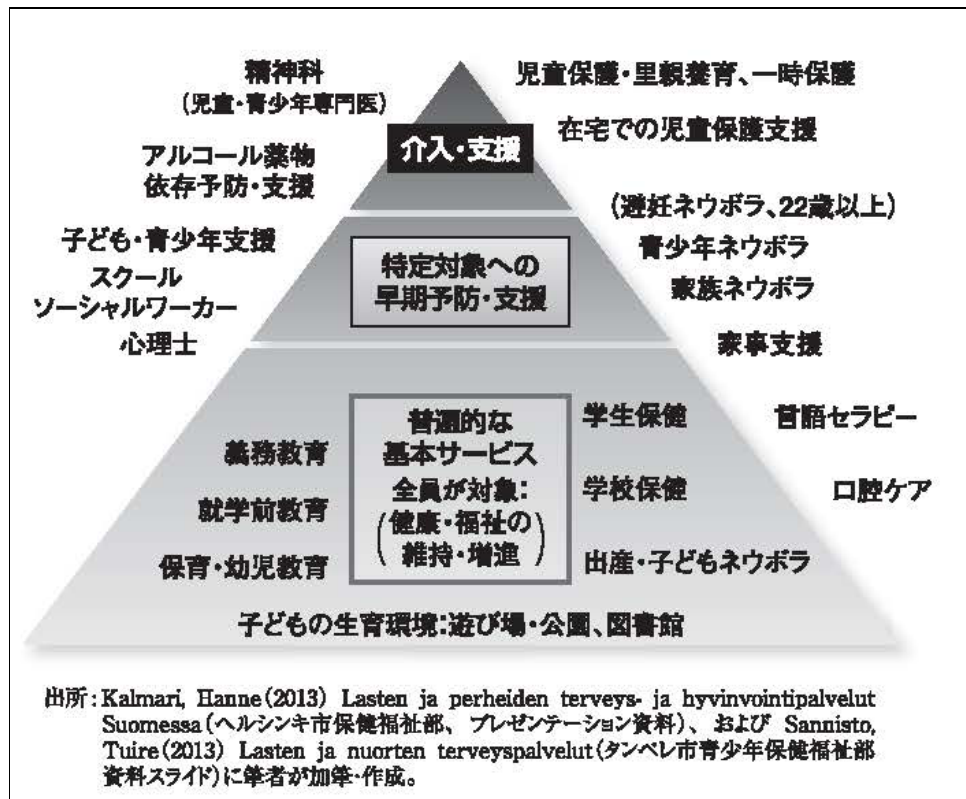


図1 フィンランドの子ども家族・青少年支援サービス概要（出典：高橋、2014）⁵

➤ ネウボラ：助言の場（1920年代～）¹

- 全ての妊婦・母子・子育て家族が対象という普遍性の原則にもとづく²
- 妊娠中・出産から就学前にかけて、子どもとその家族全体をサポートする、子育て支援サービスの中核で無料³
- 一つの窓口で同一の保健師が子どもの「かかりつけ」のネウボラ専門職として相談業務を担い³、後方支援チームとして、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、ホームヘルパーなどが構成され⁴、必要に応じて専門的支援につなぐ³
- 通常、ネウボラ保健師1名につき、妊娠期（出産ネウボラ）では、年間

¹ 注) フィンランドのネウボラについては、2014年12月17日に開催された日医総研内ディスカッションにて、日本小児科医会の松平隆光会長による講演から多くの示唆を得た

² 高橋睦子、フィンランドの出産・子どもネウボラ（子ども家族のための切れ目ない支援）、少子化危機突破タスクフォース（第2期・第6回）提出資料（資料3）、平成26年7月9日。

³ 高橋睦子、海外の動向 フィンランドにおける子育て支援（ネウボラ）—リスク予防と多職種連携—、社会福祉研究、2014; (119): 113-118.

⁴ 安藤節子、フィンランドにおける保育と子育て支援—保育と家族政策を中心に—、聖園学園短期大学研究紀要、2007; 37: 25-37.

フィンランドのネウボラ

約 50 名の妊婦を担当、出産後（子どもネウボラ）は年間約 400～430 人の子ども（乳幼児から就学前）とその親・家族を担当²。

- 子だけでなく、親やきょうだいを含む家族全体の健康と幸福度を総合的にモニタリング⁵
- 妊婦健診への動機付けとしての育児パッケージ（母親手当）の支給。現金では 140 ユーロ、19430 円（1 ユーロ=138.78 円、014 年 7 月 5 日レート）。ベビーベッドになる箱に現金額以上のベビー服がつめられたセットでも受取れ好評である。妊婦健診率は 100%近くに定着²。
- 医学的健診、発達保障、生活の安寧を目指したリスクの早期発見・ケア
- 手厚い産後ケア。定期健診の頻度が、生後 1～2 週目、2～4 週目、4～6 週目と生後 1 か月半までの時期にほぼ 2 週間おき、生後 1 か月半～8 か月までは毎月と高頻度。ネウボラとの強い繋がりを通じて、父親への情報提供や啓発を含め、母親が過労や産後うつといった危機に瀕しやすい時期を支援する²。

⇒第 1 子目について子育てが苦痛でない「ポジティブ・楽しい」経験となることは、母親が第 2 子以降への出産に前向きになれる可能性を高めやすい²。

- 地域住民の健康管理のためのネウボラ▽夫婦やアルコール依存症のためのネウボラ▽身体障害児のためのネウボラ▽出産から就学までの子どもと母親のためのネウボラ——が分担⁴
- 歴史的には、貧困問題、対ロシア戦争後の乳児死亡率悪化対策として民間団体が実施⁵
- 1944 年法制化、当初は医師と助産師を中心とする医療モデルの影響大⁵
- 全国に 800 カ所以上（2013 年）³
- 就学後は学校保健、家族ネウボラに引き継ぎ

⁵ 高橋睦子. 妊娠期から就学前の子ども家族と予防的支援—フィンランドの「ネウボラ」を中心に. 世界の児童と母性. 2014; 76: 81-86.

フィンランドのネウボラ

➤ ネウボラのあるフィンランドと日本の比較と日本への示唆

- 日本では、母親を中心に、定期健診や予防接種等をこなすことでせいっぱい。産後フォローアップも点でしか受けられない。一方、フィンランドでは、ネウボラの切れ目のない支援により、妊娠から育児までの期間を包括的に、かつ家族全体で支援を受けられる。
- 第1子目の子育てが「ポジティブ・楽しい」経験となり、両親ともに第2子以降への出産に前向きになれる可能性が高まりやすいのではない
か

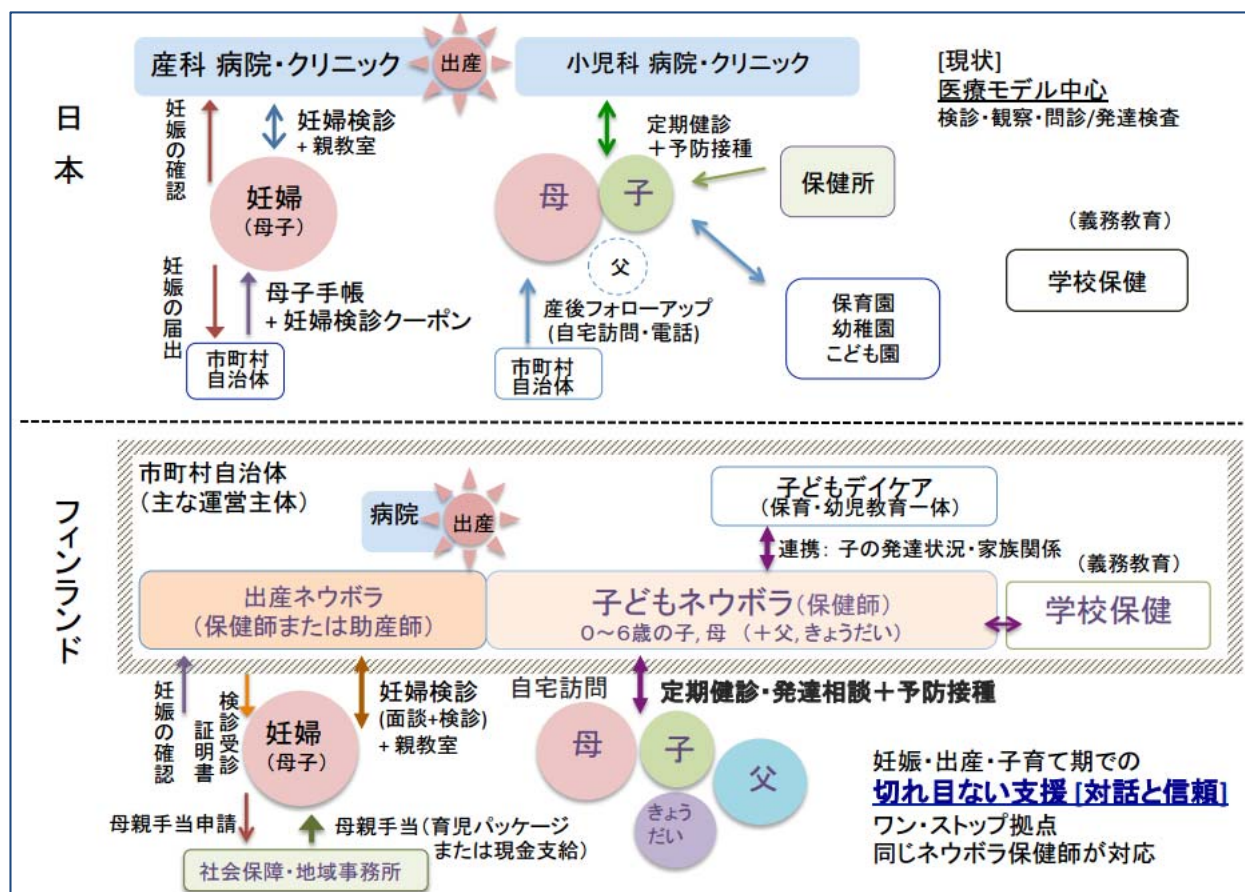


図2 日本とフィンランドの対比 (出典: 高橋, 2014) ²

《参考資料》 主な都市別の子どもに対する医療費助成制度の現状—2015年1月現在

東京都23区(北区)

年齢	0歳児～就学前	小学生～中学生	(高校生)
助成対象	通院・入院(食事療養費を含む)	通院・入院(食事療養費を含む)	入院(食事療養費を含む)
所得制限	なし	なし	なし
助成の範囲	保険医療費の自己負担分	保険医療費の自己負担分	保険医療費の自己負担分
助成方法	受給者証の提示により、現物給付(都内で受診の場合)		受給者証の交付なし。医療費を一旦支払い、区役所窓口にて申請

北海道札幌市

年齢	0歳児～就学前	小学生～中学生
助成対象	通院・入院(食事療養費を除く)	入院(食事療養費を除く)
所得制限	あり	あり
助成の範囲	保険医療費の自己負担額 ただし、初診時一部負担金あり 医科580円、歯科510円	○住民税非課税世帯 保険医療費の自己負担額 ただし初診時一部負担金あり 医科580円、歯科510円 ○住民税課税世帯 保険医療費の自己負担額のうち2割 ※一か月あたり、一世帯あたりの上限額(44,400円)あり。
助成方法	受給者証の提示により、現物給付(県内で受診の場合)	

神奈川県川崎市

年齢	0歳児	1歳児～小学1年生	小学2年生～中学生
助成対象	通院・入院(食事療養費を除く)		入院(食事療養費を除く)
所得制限	なし	あり	あり
助成の範囲	保険医療費の自己負担分		保険医療費の自己負担分
助成方法	受給者証の提示により、現物給付(県内で受診の場合)		受給者証の交付なし。医療費を一旦支払い、区役所窓口にて申請

兵庫県西宮市

年齢	0歳児	1歳児～小学3年生	小学4年生～中学生
助成対象	通院・入院(食事療養費を除く)		通院・入院(食事療養費を除く)
所得制限	なし	あり	あり
助成の範囲	保険医療費の自己負担分		保険医療費の自己負担分
助成方法	受給者証の提示により、現物給付(県内で受診の場合)		

出所) 以下のホームページに掲載された制度概要から日医総研が作成。

東京都北区. <http://www.city.kita.tokyo.jp/docs/service/003/000382.htm>, 札幌市. <http://www.city.sapporo.jp/hoken-iryo/IRYOJOSEI/nyuyoji.html#taisyo>,
川崎市. <http://www.city.kawasaki.jp/259/page/0000030526.html>, 西宮市. <http://www.nishi.or.jp/contents/0000517800030011200733.html>

少子化対策に関する政策に必要とする予算規模

提言の中で提案された施策に新たに必要となる予算規模の、各項目の積算根拠は下記の通りである。

＜提言 p.9＞

① 子育て支援

1) 産婦人科・小児科・かかりつけ医と連携した「日本版ネウボラ」の創設

「日本版ネウボラ」施設の整備

➤ 新規必要予算：4,484 億円

子ども（0-4、5-9 歳児）の人口対比で、フィンランドのネウボラ施設数（約 800 施設）から試算した日本に必要な同施設数（約 14,000 施設）に年間運営費相当（0.3 億円）を乗じた 4,200 億円の、育児パッケージ予算 200 億円（2 万円×出生数 100 万人）、84 億円（非常勤医師人件費相当の月額 5 万円×12 カ月×14,000 施設）を加えた。

2) 中学生向け教材の開発と教育現場への支援

➤ 新規必要予算：352 億円

教材開発費に 2 億円（cf. 2011 年度理科教材開発支援予算 2.2 億円）。現在の中学生人口約 350 万人。一人当たり年間 1 万円を投資として試算。その使途は、状況に応じ学校教育の現場に考えて頂くこととした。

＜提言 p.10＞

3) 普遍的な子ども医療費の助成制度の確立

普遍的な子ども医療費の助成制度（※但し、地方公費から国費への転換分あり）

➤ 新規必要予算：6,200 億円

0～14 歳の国民医療費の自己負担相当分（平成 24 年度：計約 2 兆 4,800 億円、0-4 歳は自己負担 2 割、5-14 歳は同 3 割として計算）。自治体による個別的な医療費助成は廃止し、原則一律無料・窓口負担なしとする。

4) 全国どこでも安心して出産、子どもを診てもらえる医療提供体制の整備 周産期医療および小児医療提供体制の整備

(既存の予算で対応)

5) 保育・教育の充実

➤ 新規必要予算：9,300 億円 (※但し、地方公費から国費への転換分あり)

先進事例のひとつであり、「子ども・子育て応援都市 せたがや」宣言をしている世田谷区の関連事業の年間予算（約 180 億円、人口 87 万人）を全国（人口 1 億 2,700 万人）に拡大したとして試算した 2 兆 6,300 億円から、現状の 1 兆 7,000 億円（平成 26 年度予算）を減じた。

<提言 p.11>

② 経済・雇用および男女共同参画

2) 労働環境の改善：男女がともに働きやすい職場環境へ

子育て中の家族に対する経済支援（家族手当等の充実）

(※但し、地方公費から国費への転換分あり)

➤ 新規必要予算：2 兆 2,200 億円

※ 児童手当等の家族手当に当たる支出（児童手当等給付費総額 GDP 比 0.55%）をフランス並み（GDP 比 1%）にしたとして試算。つまり、国民が生み出した付加価値の 1%を子育て家族への経済的支援として投資、その用途は、フランスなどの事例を参考に子育て形態の多様性を重んずる観点から、状況に応じ政策現場に考えて頂くこととした。

【内 訳】^注（再掲）

日本版ネウボラ施設の整備	4,484 億円
中学生向け教材開発、教育現場の支援	352 億円
普遍的な子ども医療費の助成制度	6,200 億円
周産期医療提供体制の整備	(既存の予算で対応)
保育・教育の充実	9,300 億円
子育て中の家族に対する経済支援	2 兆 2,200 億円
価値観の変革	(日医はじめ関係団体が主導)

合 計

4 兆 2,536 億円