

令和5年度第3回三重県医療審議会小児医療部会

日時：令和6年2月16日（金）19：00～20：30

形式：ハイブリッド形式

議題（1）第7次三重県医療計画（小児救急を含む小児医療対策）の評価表について

事務局から資料1に沿って説明

委員

救急搬送率、軽症について。軽症患者の割合というのは、1次救急をしない限りはおそらく改善はしないと思う。実際お母さん方が、ちょっと熱が出ても元気があっても心配する。それを診るところがあれば軽症搬送率は下がると思う。もう1つ質問。松阪市で救急搬送されて入院しなかった場合には7700円取るというニュースが出て、院内で議論があったが、我々のところは、選定療養費をいただいているが、17時まで。時間外に来ると、それをもらってない。そうすると時間外に来た方が安い。ただ11時（23時）以降になると、一次施設がないため、あれはもともと一次施設に行きましょうというか、診療所に行ってから、そこから紹介していただきましょうという、医療費なので、11時以降は行くところがない。そうすると来ても選定療養費を取ってはいけないのではないかと。11時以降だと選定医療費がないわけ。そうすると、実際に11時以降のウォークインで上がる。要するに選定療養費というのはあくまで一次があるっていう前提で取るものかなと思っているが、そうすると11時までではとってもよい、それ以降は取れないということになるのか。

事務局

松阪の選定療養費の話は、原則のルールは一応決まってはいるものの、最終的には病院の判断というのが厚労省の見解。救急の患者というのは、原則、取れないと書いてあるが、救急車とは書いてない。救急の患者の判断も原則としては、病院が判断するっていう整理になるので、周りの医療機関でなく最終的には病院の判断。ただ、あれだけ報道が出て、救急車が有料のような、誤った報道されている部分はあるが、いろんな報道を見てみると、選定療養費の取り方は、地域地域でしていかないといけない。小児に限るとまた三重県の場合は三重病院にかなり行くので、話がややこしくなる。そのあたりは多分地域地域で議論をしていたことか、というふうにはルールが明確にそこまで決まってないというのが事実上あるのかなと思う。

部会長

確かに、夜中一次救急をやれるかという、今の医療資源では無理かなと思って
いるので、その辺をどう整理するか。

委 員

県内で処理しようと思うから無理なわけで、他の地域から呼ぶ。田舎は東京とか
名古屋とかそういうところから呼んでるので。静岡も東京から呼んで、24時間救
急やっている。

委 員

この軽症乳幼児の救急搬送率、現状値 75.9%をどのようにして数を出している
のか知りたい。準夜帯のものそれから深夜帯のものがあるのか。時間帯別データ
が必要だと思う。それから3番目の現場滞在時間については、成人搬送のところ
では津市が、常に話題になるわけだが、小児に関しては、三重病院しか津地区に
はないので、津地区がこれかなりの部分を占めてるとは考えにくい。具体的にど
の地域でこういう状況が起こってるのか。

事務局

75.9%については時間帯のデータを持ち合わせていない。どの地域が30分以上
現場滞在時間、どの地域が多いのかというご質問に関しては、消防本部別、15消
防本部のデータはある。令和3年から4年では、特に北勢で増加しているが、な
ぜこのように増加したのかはわからない。消防本部に確認しながら分析をして
いるところ。

事務局

時間帯については、準夜深夜だけではなく、当然昼間もある。小児搬送の数くら
いまでは把握できるかもしれない。それは消防本部とか県の消防担当課に、統計
のとり方を聞いてみないと言いきれない。取れるのであれば分析のために必要。

委 員

当直時に、コロナの検査等をしてから診察するとか、救急車内で待機してもらっ
てから診察するまで時間かかるというケースが結構、1年ぐらい前には多かった。
救急車内で、検査をするのにちょっと待ってくださいみたいなのが結構あった
ような、そういうのが反映されてるんじゃないかなと思う。

事務局

現場滞在の、現場の定義とかはわかりますか。

委員

現場滞在時間の定義だが、国の統計の定義としては、救急隊が現場に到着して、搬送先の病院が決定するまでの時間というのが定義されている。

事務局

仮に先に検査をするみたいな運用をして検査の結果が出てから病院を手配するってなると、これは伸びるという理解ですか。

委員

はい。その通り。例えば検査結果が出た後に搬送先の病院が決定してから搬送を開始するということになると、現場滞在時間が長くなると思われる。病院到着して、到着後、検査結果が出るまで待機っていう場合であれば、現場滞在時間には影響が出ないはず。

委員

これコロナでかなり救急体制が逼迫したのが、数年前。その時は、おそらく受け入れとかそういうのもできないので、30分以上かかることが、比率が絶対多いと思う。搬送が多ければ多いほど比率が上がるような気がする。例えば津で、三重病院がもうかなり難しいとなると、そこから探し出すと30分以上かかってしまう。多分全体のその数自体も影響してるかなっていう気がする。

事務局

救急要請は令和2年に減って、令和3年は戻り切らなかった。令和4年ぐらいにコロナ前に戻って、令和5年はもっと増えている。一般の救急車の要請は、令和5年は大体どこも過去最高というのも、多分それは高齢者の方が影響してのではないかと思う。

委員

オミクロンになったとき、小児は熱性痙攣がすごく増えた。その時に増えたのでは。

事務局

それが多分この令和4年の数字に出ていると思うので、令和5年で5類になって、多少警戒が弱まって、少し経った後、令和6年とかの数字までも見ていかな

いといけないかなと。小児の母数自体は減るので、高齢者が増えますけど、そのあたりは見ていかないといけないと思う。

部会長

今の議論は大事かと思うし、今の時点も含めて第 8 次とかも考慮できたらいいかなと思う。

議題（2）第 8 次三重県医療計画（小児救急を含む小児医療対策）の最終案について

事務局から資料 2-1～2-4 に沿って説明

委員

第 10 節の療養算定で入院管理料 2 を取っている医療機関に入っている病院だが、最近小児の数が少ないのと内科の患者がもう逼迫していて、それで 2 を取り下げた医療機関がある。入院管理費を 4 くらいしているはずなので確認してほしい。現実問題、働き方改革で、若い人に時間外で頑張ってくださいって言えない状況と、小児人口が減ってるとは言っても、北勢地区はやっぱり救急車、救急の子供の患者数が相対的に多い。救急、小児の場合はほとんど軽症だが、たまに重症が紛れ込むっていうのが小児救急。その辺どのように維持したらいいのか。

委員

小児科医も高齢化していつている。

委員

小児科の病棟は、胃腸炎、肺炎というのではもうなくなってきている。いろんな疾患、レスパイトも含めたいろんな多岐な疾患を扱っていくようにしないと、いつまでも胃腸炎、肺炎で病棟を埋めようという発想は難しい。レスパイトの受け入れもしてはどうですかという話はよくうちの病院も来るし、幹部にもレスパイト取ってくださいと働きかけはしてるんですけど、なかなか難しい。急性期病院はそんなのはやっていないという発想なので、小児科に関してはやっぱり、そういう多岐な疾患を診ていくようにしていかないと、小児の病床、或いは小児科のモチベーションなどを維持していくのは困難になってくる。

委員

委員の言うとおりで、幅が広がってきている。一般外来に刃物を振り回すような

患者も来る時代であり、入院で受けるとなると看護サイドの負荷となり、人手がかかり、赤字になり、忙しくなり、人が辞めてしまうという悪循環。負荷を減らすということを考えれば、先ほどの話にもう一度戻るが、救急医療体制で、一次を何とかするというのをちょっと書いていただけないか。

事務局

1次救急を、もっと充実させるということが、かなり現実的に厳しいというのは、わかってる一方で、思いとしてはある。課題のところに書くか、結局その今の議論の根底にある小児科医全体が少ないという問題に帰着する部分もあるので、書くなら課題の箇所か。

委員

名古屋か東京から医師を呼んだらどうか。三重県内では足りないから、他の県から来てもらえば。

事務局

そうすると、その医師の給料だけでなく多分交通費の問題とか。そこを市町にやってもらえるのか。各県の応急診の状況も何となくかなり厳しいという話は聞く。

委員

県外では小児の24時間救急は多くの市町村でやっている。もちろん人口が違うので。当番制でやってるところもあるが、静岡市なんかは今言ったが、東京から来てもらっている。総合診療の先生とか救急の先生が来るので1人で、小児から大人まで診ている。ただ生後何ヶ月というような児が来ると、二次病院に送られたりはするが、あくまでそこで一旦診てから送っているの、本当に二次として。課題でもいいので、考えていただければ。

事務局

何か書けるかどうか、少し考えている。他県の例はどこかの医局に頼んで呼んでいるのではないか。記載についてはまた座長と相談したい。

委員

数値目標の2つ目の意味合いを教えて欲しい。軽症乳幼児の救急搬送率を下げるのが、本来の目指す姿にどう関係しているかよくわからない。

事務局

厳しいご指摘。やはり本来の、目指す姿の1つ目にも関連するが、メインは2つ目として、基本的にはやはり家庭の啓発をしっかりと進める、かつ#8000 みたいなものの啓発とかも含めて、救急車を呼ばなくても軽症の場合は大丈夫なこともあるというか、相談できるところがあるみたいな体制を作るといこと、周知されるといことの反映としての目標値。

ただ委員には先ほどそれはもう限界があるようなことは言われたが。

委員

そうすると、松阪市が取り組み始めた、コストを負担していくっていうのを全県的に導入すると、これで達成されるような気がするのだが。それが住民サービスに反映していくことではあるが、果たしてこの目標設定が正しいのかどうかという疑問が出てきたので今お聞きした。

委員

その目標設定自体は、二次病院、二次救急病院に余裕を与えることだと思う。軽症の患者が多数来ると、本当に診なきゃいけない患者が診られないということになるので。それを診られるようにすれば、最終的に小児の医療対医療のレベルアップに繋がるということなんだと思う。そういうふうに考えると、軽症の患者が、一次で診てもらえれば、二次は本当に、二次で診なきゃいけない患者に集中できる。本当に重症の患者に集中できるということなので、そういう意味かと思っていた。

委員

23 ページの、中ほどの赤いところ、県立子ども心身発達医療センターのところだが、昨日も先生が連続講座で話されていた。まずは一次として、地域において、相談員人材研修などをやってる。それで補いの部分を、子ども心身発達医療センターがやっていくというふうな、そういう形に文章を変えてはどうかと思う。

委員

昨日も、連続講座の方で少し話をした趣旨としては、先生のおっしゃってる通りかなと思う。この赤字のところに書かれている役割は、子ども心身発達医療センターの役割としては、問題はないかなと思う。ただ、本来としては、先ほどの救急の話と一緒に、発達障害医療というのが、非常に裾野がすごく広がっている状況を考えると、一次的な部分に関しては、まずその地域の発達相談でしっかり受けていただいた上での、医療受診という流れがあった上でないとして

がセンターで対応するというような文章に若干見てとれるので、そこについては少し危惧をしている。二次障害を伴っているような方も発達相談は、当然しているが、いわゆる一般的な母子保健とか、子育て支援でできるような発達相談まで受けるといような意味合いでとられる文章というのは非常に心配。できれば先ほどのような流れが理解できるような文章にしていただけるとありがたい。

事務局

内容については、ご意見、参考させていただいて修正する。

部会長

今の意見も踏まえて少し変えていただく。他にいかがか。

委員

15 ページの図表 5-10-20、新しく追加されているが、言葉の定義でレスパイト入院というのは、こういう医療計画の中に加えてしまっているのか。レスパイト的検査入院とか、国に示すときにレスパイト入院という言葉でいいのか、というのが1点。あと、具体的にはこの会議なのでいいのかと思うが、レスパイト的なその検査入院可能な病院数と名称を確認したい。

事務局

掲載医療機関は、個々の病院に調査票を送って、返ってきてるもの。実績があるとかではなく、可能かどうか、という聞き方。

委員

東紀州はゼロか。難しいが、検査入院という形で取り組むという形は、要は病院側がどう受け取るかということで、これを拡充するためには、普通の入院ではいけないので、そこに県としてのインセンティブを与えとか、何かそういうことをしないと増えないだろうと思う。これが6年後かわからないが、目標が1施設増えるだけ。医療的ケア児も呼吸器も増えている状況で、これを1施設増やすという根拠がない。地区で言えば東紀州はない。東紀州にないというのは、課題なので、そこに対して増やすためにはどうするんだっていうようなことが読み取れない。でも、クリニックを増やすためにじゃあどうするんだっていうところが何かがない限り増えないと思う。医師を増やせば増えるという、考えはだけでは多分、ないと思う。何かインセンティブをつけないといけないのではないか。

事務局

まずレスパイトという言葉は、書くにしても他のこともそうだが、脚注つけた上で記載したいと思う。医療機関数については、確かに本当に受けれるのかっていう問題もある。実は増やすと言っても、難しいと思うが、どこどこに県からやってくれというのは、厳しい部分があって、実は目標値の設定の考え方としては、そもそも小児科がない病院や小児科があるような病院とかで、意向がある、そういうことを今後やっていきたいっていう意向があるところを、数を増やしている。

三重病院がかぶってるので、できれば2つぐらい増やしたいと思いはある。けど、どうするかということになると、多分今後やらないといけないのはその意向がある病院に、どういうところが、どういうところをクリアすればやれるようになるかというところは、確認をしていけないといけないなと思う。

確かに県としては東紀州にないというのが問題だと言うべきだと思うが、では尾鷲総合とか紀南病院でできるのかというと、現実的に厳しい部分があると思うので、そこはどういうふうにするか進め方も改めて考えないといけない。厳しいご指摘だと。考えたいと思う。

委員

これは県のビジョンなので、入院できる施設数を増やすということになるのだと思うのだが、制度も変わってきたので、小規模多機能型の看護の施設とか、「かんたき」(看多機)と言われるとこで、もう短期入所できるようになっているし、事業所も北勢であれば、「なちゅらん」とかいう具体的な施設はもうすでに医療型短期入所している。

要は、この医療型短期入所っていうのを、本当は調査すれば、あると思うが、増やす方法が。短期医療型短期入所は医療ではなく、福祉なので、もっと福祉の人たちの知恵を入れてここの数字を大きくするというのも、柔軟に6年先を考えるなら、制度も変わってくるので文言を入れるていくという必要性はあるかなと思う。

事務局

福祉の話を書ききるかどうかはちょっと担当部署とも相談しないといけない。

委員

数を調べるのではなく、どうやって増やすかっていうところは、要はそういうこともあるということが大事なのではないかという視点だけ。

事務局

どこまで書けるかわからないが、ちょっと検討させてほしい。

委員

その医療型入所というのは、普通にやってペイするものなのか。つまり、どうやったら増えるのかという話。

委員

制度が変わってきて、医師の診療室を設けて、医療型短期入所をやるといった体制をとると、今の何倍も収入が上がるので、黒字経営ができる。なので、国も重点的に医療型短期入所に手を入れているが、診療所があるという併設というだけで医師は外から嘱託みたいな形で来れば、それだけでもその事業所はお金が入る。2倍ぐらいになるので、様々な県でそれができ始めている。あと問題は質と医療安全。これが課題になると思う。

委員

病院に併設するのか。

委員

それは非常にいいアイデアだと思う。そこに行って横に、そういう事業所があればすごくいいし、看護多機能も非常にそこに対して力を入れているので、その中で、高齢者だけではなくて、訪問看護も入って子どもを診るので、他都道府県では、積極的な医療型短期入所として「かんたき」は入ってきてる。私はもっと柔軟に考えながら織り込んでいけるといいなと思って見ていた。

委員

在宅のところで2つ教えてほしい。まずは14ページの下から4つめに、自立支援協議会の医療的ケア児課題検討会というのがある。それから一番下の〇に、ネットワークに関連して、事例検討会というのが書いてあるが、いろんな困りごとについて、皆さんが寄って議論するっていうことが非常に重要なことだと思うのだが、この上の方の検討会というのは、個々の症例、事例を検討するということではないのか。

委員

医療的ケアの課題検討部会というのは私も委員長をしている。基本的には各団体のソーシャルワーカー協会だとか、家族会の代表の方とか、重心の家族会、大

きな福祉事業所とかそういったところが集まった、本当に県の自立障がい者、自立協議会に上げていくための課題を県として大枠で話す。事例検討会と全く違って、こういう体制に対して今、県は取り組んでますけど、親御さんどうですか、各障がい福祉をつかさどってる団体はどうですかっていうような、大枠での意見交換という形になっているので下のネットワークの事例検討とは質を異にしている。各市町には自立支援協議会があって、例えば伊勢の地区の自立支援協議会が非常に今、活発に事例検討とかやったりしている。

委員

29 市町の中で、医療的ケアを取り上げてる自立支援協議会もほとんど少ない。

委員

四日市と伊勢だけです。前言われてたように。

委員

市町の自立支援協議会で、やりなさいというのは、国からもある程度、児童福祉法の改定に伴ってそういう考え方はあるが、1人か2人しかいないようなところで、医療的ケア児のことを議論していくっていう、素地がないので、広域でやるっていうことでネットワークを立ち上げたという流れがある。

委員

鈴鹿、桑名、鈴鹿は1人や2人ではないのでは。

委員

鈴鹿市は鈴鹿市の医療的ケア部会というのが立ち上がって開業医から薬剤師、歯科医らが毎年のように議論する。こういう大きい会があって、そこでは多少事例検討したりするが、自立支援協議会と離れて市がやってるというのがあって、津市は残念ながらないので、最近やっと話し合いをして、基礎を作りたいといったところで今始まっている最中。

委員

もう1つ。24 ページで学校保育、下から4つめで、学校保育所などの体制の強化という言葉がでていいるのと、それから下から2番目で家族の負担を減らすためのサービスの利用を促進しますということが出ていいるわけだが、具体的に言うと、例えば、同行支援のようなことを考えたらよいか。下から2つ目の○で、家族の負担を減らすためのサービスの利用を促進しますのところ。この中に、学

校での大まかなことでしか書いてないので、具体的な内容を挙げていった方がいいんじゃないかなと思う。例えば、津市で去年始めた送迎の事業があったと思う。子どもらが学校、保育所で生活するためのことを書いているとは思いますが、具体的な記載がないように思う。

事務局

例えば、学校への送迎サービスなどみたいなことを書いた方がいい、ということか。確かにそういうサービスとか、各校にて、地域で暮らすための様々なサービスがどんどん充実してきている。その障害のサービスとかの点数がつくとか、学校とか教育委員会を中心とした取り組みが進んできているというのは認知している。その送迎サービスを例に出すことが適切なのかよくわからないので、具体的にわかるようなことがあれば書くこと考えてみたいと思う。多分、いろんなものがあって、それをどんどん使ってもらうのが、地域で暮らすために必要じゃないかと思うので、送迎サービスだけ書くとそれだけなのかみたいな感じになりそうな気もするので考えたいと思う。

部会長

活発なご意見いただきました。確かにこれも6年間、これでいくということなので、できるだけ今までのご意見を反映させた形にまとめていただきたいと思う。

議題（3）CDR（チャイルドデスレビュー）体制整備について 事務局から資料3に沿って説明

部会長

CDRも4年目を迎えて、来年度が5年目ということで、まだモデル事業という形で進んでいるが、全国的にこういう取り組みが進むといいかなというように思っている。

委員

本当に勉強になった。4ページだが、この事例を振り返りとしては、おそらくこの状況だと不十分になるだろうということを知った上で。学校というのは、スクールバスに乗るのは、基本的には医療的ケアを要する方は乗ってはいない。例えば遺漏だけつけている人はスクールバスに乗れる、でも喀痰吸引が必要だという人はスクールバスに基本は乗れない。だけど子どもの状態が落ち着かなか

ったりするようなお子さんの場合、突然にして痰が詰まるということが起こりえる。医療的ケアの申請をしていなければ、当然バスに乗れるが、ぎりぎりな人でも、学校へスクールバスで行きたいから乗せる、というような方がいて。リスクからスクールバスに乗せないから親御さんの負担が増えるというのが背景にあった。今回ここにある登校時に、看護師が福祉車両に同乗して喀痰吸引を行う取り組みをやっていくと。でもこれは、喀痰吸引、医療的ケアを申請してこそ、このサービスが使えるが、スクールバスは喀痰吸引などが、必要なんだけど、ぎりぎりの人が乗ってしまうとこのような事故が起こりうるということなので、このスクールバスの見直し。ぜひそういうものが反映されてるかどうかは、CDR委員会の方で詳細に見ていかれるといいなと思って聞いていた。

親御さんたちも、ぎりぎりのとこでやっており、福祉サービスとか安全に広がっていけば、子どもの先のことも予知しながら、通学通園ができるってところがあるが、本当にぎりぎりのとこでやられてる方がいるということ私たちは認識しないといけない。スクールバスに乗せられないと両者が働けないが、送迎になると自分がいかないといけない。危険があるというようなときにも、バスに乗せちゃうこともあり得るわけ。そういう危険があるようなお子さんたちにも、こういう福祉車両を使って安全に行ける方は、ある一定割合から主治医からの指示書が出れば動けるとか、制度化をしていかないとこういう事故が起こるだろうなっていうのが、関わっていながら感じる。

あと、この特に自殺のところは大きい提言 4 ですが、スクールカウンセラーとスクールソーシャルワーカーを入れると自殺が軽減するというデータがあるという理解でいいのか。配置時間の拡充とかあるが、悩みを打ち明けたりするとかで、これ生きづらさを支援するだけだから自殺とまた直接関係ないという理解でいいか。

事務局

確実に減るというエビデンスというかデータがあるという形では今現時点では確認はできていない。ただ、今回検証していく中で、毎年自殺のお子さんは一定数、このCDRの検証のところに上がってきており、その部分への対策が必要という認識がある。やはり何らかの形で、ご本人の悩みであるとか苦しきであるとかを、検証してる中でなかなかうまくそこが吸い上げられてないという状況も研修の中で出てきた。そういったところを家族ももちろん、学校サイドスクールカウンセラーとか、幅広くそういった声に耳を傾けるような体制が重要ということで、こういったスクールカウンセラーさんの部分の提言の方もしている。取り組みの方も教育の方がやっていただけるという形にはなると思う。

あと医療的ケア児のバスの送迎については、今回の令和4年度の検証をした事案のお子さんの中にはまさしくそのような先生がおっしゃった状況のお子さんがいた。どうしても親御さんが共働きで働いているような状況の中で、体調不良等がない中で、ご本人も学校に行きたいという意向もあり、何とかスクールバスに乗せたというような状況の中で、残念ながら死亡に至るという事案が起きたという事実はあるので、そこはやはり制度的な部分のところ変更というかそこら辺を考えていかないといけない。県だけでできるものではないと思うので、国の方にも提言が何らかの形で、提案していかないといけないというふうには考えている。

委員

C D Rによる検証を、結果は行政の施策に反映することが必要です、と20ページで書いてある。今回の提言1ぜひ、お願いしたい。

委員

C D Rの中で、不審死とかの剖検はどのぐらいか。到着時亡くなっているとか、要するにその時点で死因が明らかでない場合は、法医解剖か行政解剖か、病理解剖かと思うが、剖検率はどのぐらいか。

事務局

正確な数はない。調査して回答する。

部会長

Webで参加の委員。いかがか、全体をとおして。

委員

小児科にとっての話で、限られた医療資源をという言葉を使っていたいて、集約化をするという話だったので、そこに関しては問題ないかなと。

委員

今の看護の現場の状況っていうところをお知らせしたいなと思う。今、二次救急を受けている施設の病院の看護職の離職がもうやはりすごい。忙しい。そしてもうやっつけられないということで、どんどんどんどん疲弊して辞めていっているっていうのが、今現状。小児科においては、小児科の患者さん、子どもさんを見ると同時に母親もケアをしていかなきゃいけないという大変さ、苦労があるんだと思う。

またそれと夜勤もやってくれる看護師がいなくなっているというのが、現実なので本当に二次救急を担っている看護部長、今大変ご苦労されているんだと思っている。そういう意味でやはり、救急、救急車のルールを決めながらやってもらわないと、看護師もどんだんの救急の現場から離れていっているような現状になっている。それから、あと看護師もやはり高齢化になっている。看護師は増えていっているが、けれども若い世代たちに救急の現場は、今ちょっと魅力がないような状況になっているというような現状。看護の現場というところでちょっと、情報共有したいと思っている。

部会長

いろいろ本当にご意見、今日はたくさんいただきまして、最終案に形作ってなというふうに思っている。事務局にお返しします。

事務局

本日、こちらの方でいろいろ検討させていただき、部会長に相談させていただき、反映できる部分については対応させていただきたいと思う。
以上をもって本日の会議を終了する。