

第4節 小児医療

1 目指すべき姿

小児患者及び家族が安心して良質な医療を受け、自分らしく暮らしていけるよう、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制を構築します。

子供の急な病気やけがに対する保護者の不安に対応し、救急医療機関の負担を軽減するため、小児救急電話相談やA I 救急相談の周知、子供の急病等の対応等について啓発を実施し、医療機関の適正受診を推進します。

身近な地域で夜間・休日に初期救急医療を受けられる体制の充実を図り、症状の重い小児患者には迅速かつ適切な救命措置を行うため、小児救命救急センターをはじめとした受入体制を強化していきます。

医療的ケア児が地域で安心して生活ができるよう、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び多職種連携体制を構築し、小児在宅医療の推進を図ります。

2 現状と課題

(1) 小児医療を取り巻く状況

本県の1日の小児（0歳から14歳までを指す。）推計患者数は、入院で約1,200人、外来で約42,200人となっています。

本県の乳児死亡率（出生1,000対）は1.4、新生児死亡率（出生1,000対）は0.4となっています。

小児の救急搬送人員は、少子化にもかかわらず、平成30年（2018年）の24,964人から令和4年（2022年）の29,130人（速報値）と増加傾向であり、また、軽症患者の割合は令和4年（2022年）で約79%（速報値）になっています。

また、第二次救急医療圏別で圏域内の救急受入率は、比企地区や児玉地区が県全体と比較して低い状況であり、特に児玉地区では群馬県に搬送されている状況があります。

小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等に専門医志向、病院志向が大きく影響していると指摘されています。

このような状況を背景として、24時間365日、子供の病気やけがへの対応について、看護師に相談することができる「小児救急電話相談（#8000）」を実施しており、令和4年度（2022年度）は115,821件の相談に対応しています。

(2) 小児医療の提供体制

県内のどこに住んでいても、小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制が確保されていることが必要です。

本県で小児科を標榜している一般病院は、平成28年（2016年）から令和2年（2020年）までの間に7.3%減少、診療所は2.6%減少、小児外科を標榜している一般病院は変化なく、診療所は17.6%増加しています。

災害時に小児及び小児患者に適切な医療が提供できるよう災害時小児周産期リエゾンを養成し、平時より訓練を実施しています。

本県における小児医療体制においては、救急医療が提供できる医療施設が設置されていない医療圏があります。

そのため、初期救急から第三次救急までの機能が適切に発揮されるよう、地域の実情や搬送困難事案の分析を踏まえ、県と市町村が連携して小児医療体制の整備に取り組む必要があります。

また、地域における小児医療体制の整備・推進に当たっては、小児科の医師確保・偏在対策の推進、成育過程の各段階に応じた医療提供体制の整備・救急医療の充実、新型コロナウイルス感染症における経験を踏まえた新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保を図っていくことが重要です。

小児の医療提供体制に求められる医療機能としては、まず、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能が挙げられます。

本県では、「小児救急電話相談（#8000）」を実施し、令和4年度（2022年度）においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大等による相談件数の増加に対し、回線数を増やす対応を行いました。相談件数や応答率を確認しながら適切な相談体制を構築しています。

また、子供の急な病気やけがに対して、慌てずに落ち着いて対応していただくことを目的に「子どもの救急ミニガイドブック」を市町村を通じて保護者に配布し急病等の対応について啓発しています。

心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を身に付けてもらうため、小児、乳児、新生児と関わり合う家族などに対して、普通救命講習や上級救命講習を実施しています。

小児慢性特定疾病医療費助成制度に基づく対象者の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、相互交流支援事業や相談支援事業などにより、地域の医療資源、福祉サービス等の情報の提供を行っています。

また、埼玉県移行期医療支援センターを設置し、小児期医療機関と成人期医療機関の連携促進や患児の自立支援の推進を図っています。

埼玉県医療的ケア児等支援センターでは、医療的ケア児支援のための人材育成や多機関調整などを担う「県センター」と、医療的ケア児等とその家族の相談窓口や市町村支援などを担う県内4か所の「地域センター」の二層体制により、市町村や支援機関と連携し、医療的ケア児が地域で安心して生活できるよう支援しています。

児童虐待の早期発見のため、埼玉県立小児医療センターに児童虐待専門コーディネーターを配置し、虐待を疑った医療機関等から相談を受け専門の医師が助言する児童虐待対応医療ネットワーク事業を実施しています。

次に求められる機能は、初期小児救急医療及び日常的な小児医療を実施する機能（初期小児救急・一般小児医療）です。

初期小児救急医療では、入院を必要としない軽症患者を対象とし、市町村が休日夜間急患センター（27か所）、在宅当番医制（28郡市医師会）により整備しています。

小児在宅医療の推進のため、医師・薬剤師・看護師・介護職員等に対し研修会を開催し、小児在宅医療の担い手を育成し、また、県医師会や周産期医療施設、在宅医等の関係者による協議を行うための会議を開催しています。

小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、児童を受け入れている学校等への相談援助や情報提供を目的とした研修会や会議を開催しています。

さらに、第二次救急医療圏において中心的に小児医療を実施する機能が求められます。

第二次小児救急医療では、入院や手術を必要とする中等症・重症患者を対象とし、県が第二次救急医療圏ごとに輪番制（小児救急医療支援事業）又は拠点病院制（小児救急医療拠点病院運営事業）により整備しています。

搬送困難事案を削減するため、小児に特化した搬送困難事案受入医療機関を指定しています。

夜間や休日も含めた小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合は、令和5年度（2023年度）当初で92.9%であり、依然として全ての曜日に対応できない医療圏があります。

休日・夜間の適切な医療の提供を確保するため、医療資源が必ずしも十分でない地域は、小児科の医師確保・偏在対策や地域の実情に応じた集約化・重点化を行うなど救急医療体制を更に強化する必要があります。

一方、夜間や休日に、軽症であっても小児科のある救急病院を受診するケースが増加し、小児救急病院の負担が増大しています。

保護者の不安を軽減するとともに適切な受診を促進するため、「小児救急電話相談（#8000）」などにより、小児救急病院への軽症患者の集中を緩和する必要があります。

また、医療的ケアを必要とする重症心身障害児者を在宅で介護する家族の精神的・身体的負担を軽減するため、対象児者をショートステイ及びデイサービスで受け入れた施設等に対し補助を行っています。

最後に、第三次医療圏において中核的に小児医療を実施する機能が求められます。

第三次小児救急医療では、緊急手術や集中治療を必要としたり生命の危機が切迫している重症・重篤患者を対象とし、県内2か所の小児救命救急センターを整備しています。高度な医療を提供する新生児集中治療室（NICU）を有する医療機関数は13施設174床、小児集中治療室（PICU）を有する医療機関数は2施設30床となっています。

小児の集中治療に係る専門的な実地研修により、小児集中治療室で従事する小児の救命救急医療及び集中治療を担う医師等を養成しています。

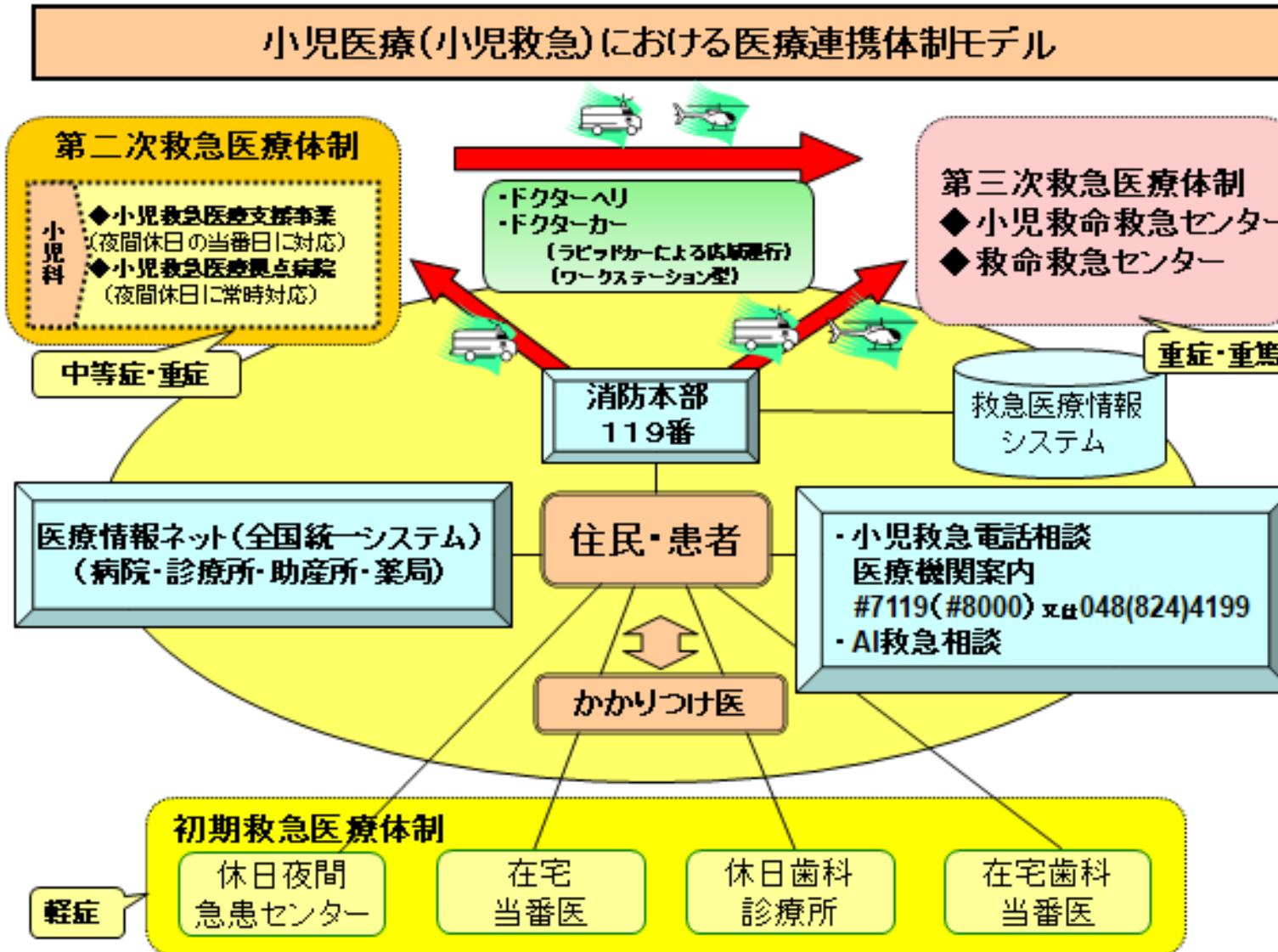
医師等が現場に急行し、速やかに救命医療を開始するとともに、高度な医療機関へ迅速に収容することができるドクターヘリを配備するとともに、ドクターカーの整備も進めています。（再掲）

今後も、重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図るための取組が必要です。

3 課題解決に向けた主な取組

- (1) 急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能の充実
- (2) 初期小児救急医療及び日常的な小児医療を実施する機能（初期小児救急・一般小児医療）の充実
- (3) 第二次救急医療圏において中心的に小児医療を実施する機能の充実
- (4) 第三次医療圏において中核的に小児医療を実施する機能の充実
- (5) 災害時等における小児及び小児患者への対応推進
- (6) 医療的ケア児への対応推進

【図表 3-2-4-1 小児医療（小児救急）における医療連携体制モデル】



4 指標

(1) 小児救急搬送で4回以上の受入照会を行った割合

現状値 2.8% → 目標値 2.0%

(令和3年(2021年)) (令和11年(2029年))

(2) 夜間や休日にも小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合

現状値 92.9% → 目標値 100%

(令和4年度末(2022年度末)) (令和11年度末(2029年度末))