

種部 恭子委員の質疑及び答弁

川島副委員長 種部委員。あなたの持ち時間は60分であります。

種部委員 自由民主党議員会の種部でございます。

富山大学の医学部の後輩に、高齢化率が日本一高いと言われて
いる能登の医療を背負うとして、輪島市で家族丸ごと診るク
リニックを開いている誇らしい後輩がいます。1日の震災のと
きに壊滅的な被害を受けて、大学の出身者みんなでクラウドフ
ァンディングをしたり、人的な応援に行ったり、診療の応援に
行ったりして助けてきましたけれど、このたびの豪雨災害でま
たゼロからやり直しということになりました。本当に残念な思
いがありますけれど、引き続きゼロからであっても支援を続け
ていきたいなと思っております。被災された皆様に心よりお見
舞いを申し上げながら、質問に入らせていただきたいと思います。

まず最初に、医療DXと地域医療について5問質問させてい
ただきたいと思っております。

子供医療費の助成制度について、県負担分を小学生までに拡
大するということになりました。その分市町村は、子育て支援
等に新たな政策をなされるんだらうということで期待をしてい
ます。

これはとてもいいことではあるのですが、一方、県と
してこの医療費の助成を出す以上、オーバーユース、いわゆる
コンビニ受診とかはしご受診とか、受診の敷居が下がる分、医
療の適正化ということについては、絶えず適正な利用を目指す
姿勢というのが、私は必要だろうと思っております。

去年も質問したのですが、県では、例えば子供医療に
ついては#8000番を運用して、取りあえず一定の成果があると、
効果があるということ聞いています。ですが、やはりこうい

う政策を導入すると、#8000で受診を促されて、初期救急をスキップして二次救急に行ってしまう人がやっぱりいらっしゃるわけでありまして。これについてはやはり現場で負担になっていて、もう少し適正化できないのかという声はあります。

そうなりますと、やはり運用に当たった地域医療には何らかの影響があるということを考えてほうがいいなと思っています。こういう影響というのは絶えず評価して、適正受診を目指すという取組が必要だと思っています。

このたびの県負担分が増えることで、もしかすると市町村で拡充を図られる可能性もあるわけでありまして、この後どう適正受診を目指して取り組むのか、有賀厚生部長に伺います。

有賀厚生部長 医療費助成の拡充により、医療を受ける子供や保護者の受診行動が変化し、受診の頻度が増えるということは以前から指摘されていることをごさいます。経済的な理由によって受診を控えてしまう子供を減らす側面がある一方、本来速やかな診断と治療が必要とまではいえない症状であっても休日や夜間に安易に受診してしまうということが懸念され、御指摘のとおり適正受診の普及啓発、非常に大切であると考えております。

このため県では、これまでも子供が病気になったときの対応を記載した小児救急医療ハンドブックを市町村や医療機関に配布し、住民や患者への普及啓発に活用いただいております。また、子ども医療電話相談事業、御紹介ありましたいわゆる#8000、こちらに加えまして、令和4年度からは小児科医や産婦人科医等によるテレビ電話やLINEのチャット機能により、24時間いつでも気軽に心配事を相談できる小児医療相談サービスを導入したところであり、保護者への安心を提供するとともに、適正受診への理解促進と医療機関の負担軽減に努めてきているところをごさいます。

今後とも引き続き医師会や公的病院等とも密接に連携しながら、適正受診の普及啓発の取組を進めるとともに、各市町村において、それぞれの地域で医療を守るための住民に対する啓発の取組が進むよう働きかけてまいります。

種部委員 ありがとうございます。

やはり地域で小児医療を守ろうとして、地域のお母さんたちが取組をした良い事例が全国にはありました。そうなることを求めていかないと、広げていくだけではいけないなと思っていますので、お取組をお願いしたいと思っています。

今ほど御説明がありましたオンライン小児医療相談サービス、これは非常にいいことだと私も思っていますが、ネットの中で探しますと、それによく似たようなもので様々な形態の診療があります。

最近、夜中まで診療を行っているオンライン診療のみのクリニックというのを利用する人が出てきています。このオンライン診療クリニックの開設地は主に首都圏で、大阪とか東京とかのビル診のクリニックであります。オンライン診療というのは、当然、対面診療との組合せで安全性を確保することは非常に大切だと私は思っています。保険診療である以上。

そうなりますと、急変対応するときに首都圏のビル診のクリニックは当然行けないわけでありましてし、急変対応のときに連携している施設を見ますと東京都内の大学病院等が指定されておりました。これでは事実上、対面診療との組合せは困難です。

このようなクリニックを試してみました。診療前相談のところをポチっていきますと、質問フォームに子供の年齢と富山県内の市町村の名前を入れますと、「あなたの医療費はゼロ円です」と出てくるんですね。その後、最終的には夜中に処方箋をポチってオンライン決済まで行けるというんですけど、これは夜中の診療を担う医師が少ない中、ゲートキーパーとしてと

いう程度であれば許容できますが、安全性という意味とそして地域医療の存続性、フェードアウトしてしまうと困るなど思っておりまして、地域医療の維持という面から好ましいとは思えません。

このような通院診療分について、対面との組合せが事実上困難な県外のオンライン診療クリニックの診療分については、安全性及び地域医療の維持という観点から子供医療費助成の対象外とすべきだと考えますが、どう取り扱うのか松井こども家庭支援監にお伺いします。

松井こども家庭支援監 オンライン診療については、今ほど委員御発言のとおり、対面診察と比較して得られる情報や実施可能な検査に制限があることや、対面診療を適切に組み合わせて行う必要があることなど留意すべき点があります。医師から患者に対して十分な情報を提供した上で、患者の合意を得るべきとされております。

一方で、オンライン診療については、通院に伴う患者負担の軽減、また患者がリラックスした環境での診療の実施、さらに感染症への感染リスクの軽減などの利点があり、適切な実施を促進する必要性も指摘されているところでございます。

こうした中、県のこども医療助成制度については、県外も含めた保険医療機関などにおける保険給付を対象にしておりまして、県外オンライン診療クリニックによる診療について一律に助成の対象外とすることは難しいものと考えております。

まずは市町村と連携しながら、オンライン診療の役割や効果、そして留意点などについて、子供を持つ保護者に対して理解していただくよう啓発に努めてまいりたいと考えております。

種部委員 確認ですけれども、県外からの、このようなオンライン診療、対面での急変対応とかできないものも、助成の対象にしないというのではなくて、切り分けることは難しいというこ

とでしょうか。

松井こども家庭支援監 はい、おっしゃるとおりです。

種部委員 分かりました。ありがとうございます。

このような診療の中で、やはり飲み方を十分に説明されないお薬をもらってこられて、その説明だけに地域医療でまた初診扱いでということがあるわけなんですけれど、それはいかななものかと思います。本末転倒だと思うんですね。ですから、それは非常に問題ではないかと思います。それは、これからどう整理をするのか、この先の対応を考えていただきたいと思っています。

次に、医療DXについてですが、私は反対しているわけがありません、推進する方だと思っています。例えば、今あったように僻地とか、あるいは専門医が少ない難病なんかについては、離れたところから専門的な医療を受けられるということは非常にいいことだと思っています。

一方で、やっぱりなりすましとか商業利用とか重複処方とか、こういうリスクということに対しては安全装置が必要だろうと思っています。ゲートキーパーとして、県外のそのようなオンライン診療クリニックでもいいのですけれども、もらってきた電子処方箋受け取って近くのかかりつけの薬局で調剤をしてもらおうと。そのときに、薬局の薬剤師によるチェック機能が働くので、これは非常に望ましいことだと思ってきました。

しかしここに来て、24時間診療を行っている首都圏の大手オンライン診療グループの参入に加えて、Amazonなどのインターネット調剤薬局が進出してきています。そうすると、地域で一生懸命、かかりつけ薬局として丁寧な調剤をしてくださっている薬局の皆さんなんか、この片手間でオンライン対応では、競争にはとても勝てる状況にはありません。

本年度、医療DXの推進に向けて県と国の補助金を設けて、

民間医療機関についてはシステム導入を促されています。ただ、補助金に上限があります。三十数万円だったと思います。見積もって見ましたが、電子処方箋に対応できるようにシステム改修、例えば電子カルテとか患者さんの記録とかについて改修の費用を見積もりますと大体100万円前後かかるわけでありまして、これでは到底足りないと思います。

100万円かけるのだったら、どうせならオンライン診療のベンダーを導入して、本格的に乗り出そうという気持ちも働くわけですが、そうすると、ベンダーのランニングコストが大きくて持ち出しは多大であります。かといって、これを諦めるわけにいかないとは私は思っております。

対面診療との組合せによる安全性確保と地域医療の存続のために、安全性も確保できて、地域医療も維持できる形のオンライン診療とか医療DXを進められるように、医療DXの推進にかかる費用はもう少し補助をするなど補助を強化してはどうかと思います。有賀厚生部長に伺います。

有賀厚生部長 オンライン診療については、国が定める「オンライン診療の適切な実施に係る指針」において、情報の漏えいや改ざんに対するセキュリティーの管理を行うということであるとか、先ほども支援監の答弁にもありました、かかりつけの医師にて行われることが基本であり対面診療を適切に組み合わせを行うことが求められる、などとされております。県ではこの指針の遵守を働きかけるなど医療機関への周知に取り組んでいるほか、令和3年度からオンライン診療に必要なタブレット端末の購入やソフトウェアの導入等の設備整備支援を実施しております。

また、電子処方箋システムを導入すれば、直近の処方情報の確認や重複投薬チェックが可能となるなど、よりよい医療を受けることができるということから、県内の医療機関、薬局にお

ける電子処方箋システムの導入についても、国の補助事業を活用し、今年度新たに県から支援を行うこととしております。電子処方箋をはじめとする医療DXを推進するためには、電子カルテシステムの導入が必要不可欠でございます。県内の診療所における導入割合は、まだ50%程度となっております。

厚生労働省では比較的廉価で導入できる標準的電子カルテシステムの開発を進めておりまして、県においては、この動向を注視するとともに、得られた情報について速やかに県内医療機関に対して共有してまいります。

種部委員 ありがとうございます。厚労省で新しいものを開発されて安いのであれば、また乗り換えるときにお金もかかるかなと思うんですけど、そちらのほうがこの後負担がかからないと。医療というのは公費でありますので価格転嫁できません。ですから、その辺はやはり考えた上で、適正な医療のもとに持っていけるような形で導入もしていただきたいなと思います。

次に、この医療機能がだんだん地域においては担い手も減っていくという状況の中で、集約化というのはやっぱり避けられません。そういう意味では、専門医が少ないときにこの医療DXをやるというのは大変いいことだと私は思いますけれど、出産だけはオンラインでは絶対できないと思うんですね。

産前ケアについて伺いたいと思います。

分娩施設集約化というのは避けられないと思います。働き方改革を進めないと医師が残っていかないという状況の中で、これを見据えて、当然どこかに集約するという時代は必ず来ると思います。ただそれを先にやりますと、住民の方たち、妊婦さんたちも大変不安に思うわけですから、安心材料として産前ケアを早く進めてほしいということを何度も申し上げてきたかと思えます。

これを見据えて、分娩施設の近隣に宿泊をして出産を待機す

るということプラス産前ケアをするということ、少し上向きの
のというか、望んでそのケアを受けたいと思うような形での補
填、補充ができるようにと申し上げてきたかなと思います。た
だ残念ながら、現在分娩施設への交通費負担をしている市町村
はありますが、宿泊を支援している市町村はまだ出てきていま
せん。

今年度、こども家庭庁は、妊婦に対する遠方の分娩取扱施設
への交通費と宿泊費を支援する事業に予算をつけています。こ
の国補助の要件を見てみたら、移動にかかる時間が60分以上の
場合となっています。Q & Aで、多少その60分の解釈の仕方と
いうのは出ているのですが、60分と言われると富山県はコンパ
クトなので、市町村は「いや、どうせここは60分圏内なんだか
ら無理だよ」と手を挙げないと思うんですね。

しかし、そういう意図ではなくて、この目的とするところは
分娩施設の集約化ということを見据えて、先に安心材料という
ことを子ども家庭庁も考えていることでもあります。だとしたら、
その意図は、決して60分の時間制限ではないのではないかと思
います。

加えて富山県は雪が降ります。雪道で悪路の場合60分以上か
かることもありますし、車から雪下ろしたり、雪のなか、車を
掘り出していると大体10分、20分かかりますので、それから出
かけるということを考えると当然60分とみなされるのではない
かと。これは恐らく、認められる範囲ではないかなと思います
し、例えば経産婦さんなんかの場合は、上のお子さんの面倒を
見てくれる人を呼んで、その人が到着して子供を渡してから病
院に行くわけです。そうすると、例えばパートナーがちょっと
遠くで働いているので60分超えるという場合もあったりとか、
もっと柔軟な対応が必要だと思います。

分娩施設が近くになくなるという不安をなくすためであれば、

想定される場面というのは、何も時間とか距離だけではないと思うんですね。そういうことも勘案しますと、移動時間に限らず必要な人が産前ケアとして支援を受けられるように、要件の緩和を国に働きかけて、そして市町村が手を挙げて事業導入しやすいように検討していくべきではないかと思います。松井こども家庭支援監に伺います。

松井こども家庭支援監 今ほど委員より御紹介がありました「妊婦に対する遠方の分娩取扱い施設への交通費及び宿泊費支援事業」については、今年度の国の新規補助事業でありまして、その目的として、妊産婦本人の居住地に関わらず、安全・安心に妊娠、出産ができ、また妊婦の経済的負担の軽減を図ることとしております。

現在、県内の分娩取扱い施設は、どの地域からもおおむね60分未満で移動できる距離にあるため、現時点では現行の国事業を活用している市町村はありません。委員の御発言もありましたが、様々な背景がありまして、その移動が負担となる場合も考えられます。

雪につきましては、国の通知によれば、本県のような降雪が多い地域では冬季の積雪状況を勘案しまして、交通への影響等を考慮した上で事業主体の市町村が補助対象にするかどうかについて判断することも差し支えないとしております。

このため今後、県と市町村との母子保健担当会議などにおいて、県内における分娩取扱い施設への移動の課題や、現行の国事業の在り方などについて協議を行いますとともに、そうした協議を踏まえまして、国への働きかけも検討してまいります。

種部委員 ありがとうございます。

なかなか国の条件が厳しいと、市町村は自分たちから手を挙げて、大丈夫かなという思いがあると積極的には言ってくれないと思うんです。県として国に申し入れするんだというのが見

えたりとか情報伝達があると、市町村も取り組んでいいのかなという思いになってくれるかと思います。それがなくて集約化はないと思っていますので、働きかけを含めてまた御検討をお願いいたします。

次に、これも医療資源の集約といいますか、だんだん少なくなってきた中で、地域医療の持続可能性を考えたときに、歯科の診療、あるいは在宅での訪問診療というのは非常に重要だと思ってきました。

今年度、議会で取り組んできました歯と口腔の健康づくり推進条例を改正いたしました。この中に加えられたのがオーラルフレイルであります。オーラルフレイル対策の一環として、社会福祉関係者に対して摂食嚥下機能の向上に対する協力を求めるという条項を追加しています。

これ、私は大賛成でありまして、どういうことかといいますと、高齢者施設とか福祉施設に訪問歯科診療を行って、そこで摂食嚥下機能の回復を目指して、そして自分の口から食べられるようになったら在宅復帰しやすくなるわけでありますので、これを支援しようということが目的だったと読み取っています。

しかし、この摂食嚥下を専門とする歯科医というのは非常に少なく、県内を幅広くカバーしてもらう必要があるのではないかと感じてきました。しかも先生方はそれぞれ御自身のクリニックで診療しながらで、その中で移動の時間がすごく長くなると、時間を割いて訪問診療するという余裕がなかなかないのではないかと感じています。

そうであれば、摂食嚥下を専門とする歯科の先生方が、多少遠くてもカバーしていただいて、専門的に在宅だけを中心に診ていくという形で距離の要件というのは外せばいいのにと感じていました。

しかし、そういう取組をしようとしていた歯科の先生方か

らお聞きしたのですが、医療機関と患者さんの住宅の距離が16キロ以内でなければ基本的に往診は認められません。しかし厚生労働省は、例外的に当該医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合は、16キロを超えても診療報酬算定を認めています。

摂食嚥下機能の専門医が不足しているということは、絶対的な理由として取り扱うべきではないかと思えますし、この16キロ以外にも様々な要件があると思うのですが、在宅への訪問歯科診療を広域にわたって広げていくとか、それをインストールするとかというのは目指すべき方向ではないかと思えますが、県としてどう認識してどう取り組むのか、有賀厚生部長に伺います。

有賀厚生部長 医療機関と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えている場合であっても往診や訪問診療が認められる絶対的な理由については、令和5年12月28日に厚生労働省から疑義解釈が具体的に示されております。

患者が求める専門的な診療に対応できる歯科医師が16キロ以内においても往診等ができない場合や連絡がつかない場合は、16キロの外の医療機関による歯科訪問診療が可能ということでございます。

歯科訪問診療の提供については、本県では、県歯科医師会が対応する歯科医療機関の一覧を公表し、希望者への歯科医療機関の紹介・調整などを行っております。しかしながら、摂食嚥下機能に関する訪問診療の求めに対応する身近なかかりつけ歯科医がなかなか見つからない事例もあると聞いております。

このため県では、県歯科医師会とも連携し、訪問診療に対応できる歯科医師の確保と歯科衛生士の養成に取り組んでおります。

具体的には、歯科医師を対象とした口腔機能管理や訪問診療

について理解を深める研修会や、歯科衛生士を対象とした在宅や施設等における口腔衛生処置、摂食嚥下指導の知識・技術の習得を図る研修会等を実施しております。また、介護施設や社会福祉施設に歯科衛生士を派遣し、施設職員に対して入所者への日常の口腔ケアについて指導するなど、歯科専門職と社会福祉施設等との連携体制の強化を図っております。

引き続き、県歯科医師会や県歯科衛生士会、社会福祉関係者等とも連携し、在宅や施設における歯科訪問診療、口腔ケアの体制整備を推進してまいります。

種部委員 ありがとうございます。これから要請していくということでもありますので、近隣の16キロ以内でそういう方が出てこられて担っていけるとなるまでの間は、今、絶対的な理由に加えてもよい条件に入る可能性があるということをお願いしたいかなと思います。16キロを超えてどうしてもその地域におられない、あるいはそのかかりつけがない、採用できないという条件をクリアした場合ということになりますが、やれば算定できるんだよということは伝えていく必要があるかなと思っています。

実は、担ってくださる専門の方がおられませんかと歯科医師会さんに聞きますと、非常に離れたところの方で、この方ならやってくださるかもということはお聞きするのですが、「なかなかその施設まで来るといのは距離の問題があって行けません」と言われてしまったことがあります。

なので、そこはちょっと業界の団体とも話し合う必要があるかなと思いますけれども、ぜひ距離の問題も含めて、あとマンパワーがその近くにあるかということを含めて、できれば在宅でということを進められるように体制整備をまたお願いしたいと思います。

有賀厚生部長 ただいま最初に冒頭に御紹介いたしましたのは、

厚生労働省の疑義解釈というところでございます。

その中で、今申し上げたところが確定的に本当に読み込めるかと言ったら、そこまで明示して書かれているものではございませんので、そこについては、もちろん県で決められるものとかでもありませんので、保険の適用になるかならないかということですので、十分な確認は必要かと思えます。

種部委員 算定のときに切られるということがあってはいけませんので、十分に条件を確認してということになりますが、その時はぜひ、もしこういう事例でいけるということがあったときには横展開もしたいかなと思えます。ありがとうございました。

では次に、児童相談所における司法対応についてお伺いしたいと思えます。

これも何度か質問してきましたが、いよいよ来年度、改正児童福祉法の施行によりまして、一時保護の開始時に家庭裁判所による司法審査が導入されます。この司法審査というのは、例えば子どもの権利条約の中でも、両親の意に反して子供を分離するというときには司法も関与するべきということは指摘されてきたものでありますので、この国でもようやくそれが始まるんだということだと理解しています。

これまで弁護士配置の強化を求めてきましたが、実際どのぐらいの案件があるのかということによってその厚みとか、あるいはその業務の見込み、どんな感じなのか、負担は増えたりしないのかということとは十分に考えて体制を取っていく必要があると思っています。過去に質問させていただいたときも、少し現場の状況を踏まえてということでありましたが、もう間近ということもありまして、体制整備については急ぐ必要があると思っています。

これまでの実績を踏まえて、まず数について少しお伺いしたいと思えます。司法審査を導入されますと、一時保護の開始時

に、親権者全員つまり両親、母親と父親の両方が明確な同意の意思を示しているもの以外は全て司法審査の対象になります。つまり一時保護が7日を超えるもの、7日まででないと思うんですけど、7日を超えるもので、母親・父親の一方または両方が反対をしている、あるいは同意しない意思を示している及び同意とも反対とも分からないもの、これらも全て司法審査の対象になります。

実際このような事例というのは何件あったのか、令和5年の一時保護の件数と併せて、この見込みについて松井こども家庭支援支援監に伺います。

松井こども家庭支援監 児童相談所における一時保護時の司法審査を要する事例の見込みについては、過去3年間において、7日を超える一時保護のうち、開始時に親権者等から明確に同意が得られていない事例、これ、令和3年度が8件、令和4年度が14件、令和5年度が17件、計3年間で計39件となります。そういったことから年間では十数件程度と見込んでおります。

令和5年度において一時保護に至った事例のうち、7日を超える保護を要し、かつ親権者等の明確な同意が取得できていない事例は17件ありました。

種部委員 ありがとうございます。これが全部司法審査になるので、かなり大きなボリュームだと私は考えています。

次に、これに関連して、恐らくこの一時保護のときの司法審査も絡んでくるだろうと思われる事例、乳児院の事例について聞きたいと思います。

乳児院に一時保護委託をする者、0歳から3歳ぐらいだと思うわけですが、児童福祉法及び児童相談所運営指針では里親委託を優先するという原則としています。

子供の脳というのは、外部の刺激や関わりによってサーブとリターンをすることで頭をつくっていくわけでありまして、こ

れは何度も申し上げてきました、食事を与えるのと同じように脳に対してもサーブとリターンを与えないと脳が育ちません。ですから、4歳未満、特に0から1歳の間は脳の神経発達のために、子供が育つという権利のために、基本的な構造をつくる上で最も重要な時期でありますので、子供の脳発達のために里親委託をすべきだということを求めてきました。

現在、富山県における里親の委託率は大体24%程度と聞いていますが、恐らく、措置の出口として、家庭的な養育を、その後長期にわたって続ける里親を発掘してと考えていらっしゃるの、今24%なのかなと思います。

しかし、委託先の家庭が決まる、あるいは社会的養育、ほかの形かも分かりませんが、その形が決まるまで、まだ出口ではなくて中間の時点であっても、一時保護の後は速やかにこのサーブとリターンを食事と同じように与えてほしいと思います。そのために養育里親というのは必要でありまして、そこでの一時保護をお願いすべきだと思います。

私が手に入れた資料は、県で出している「児童相談のひろば」という公開資料しかないのですけれど、例えば令和4年を見ますと一時保護の事例が137件ありました。そのうち34件は0から6歳の乳幼児でありました。0歳児の里親委託件数が0件だったんですね。ということは、すなわち乳児院にずっといるんだろうなということが分かります。そして1歳から6歳でも7件でありました。残り27件は乳児院から児童養護施設か、それ以外の養育かはちょっと分かりませんが、この年代というのは実は本来全てが里親委託されるべき対象だと私は考えます。

この0歳児及び1歳から2歳児の一時保護について、1回当たりの保護の日数、乳児院なり何なりに何日いたのかということ、それと養育里親への委託の件数の推移について松井こども家庭支援監に伺います。

松井こども家庭支援監 まず、0歳児における1回当たりの一時保護日数については、過去5年間で、令和元年度は15日、令和2年度は41日、令和3年度は90日、令和4年度は53日、それから令和5年度は5日で推移しております。

それから、1、2歳児の1回当たりの一時保護日数については、過去5年間で、令和元年度は25日、令和2年度は33日、令和3年度は18日、令和4年度は40日、令和5年度は27日で推移しております。

それから、里親への一時保護の委託件数については、過去5年間で0歳児は0件です。1、2歳児は令和4年度に1件となっております。

種部委員 ありがとうございます。まず数字を見ていろいろ分かることもありますので、細かく調べていただいてありがたいと思っております。

今ほど言っていただきましたように0歳児も1歳児もサーブとリターンをしなくてはいけない時期に、一番長かった令和3年を見ますと90日間ずっと乳児院にいたということでありまして、これは子供の脳の発達にとってよいことではないなという気がいたします。

なぜこの問題をずっと申し上げてきたかといいますと、乳児院にショートステイでお子さんを委託せざるを得なかった保護者から、そこに預けて、家に帰ってきた後、子供と目が合わなくなる、余計育てにくくなってとても困ったということを聞いています。そして私たちも、現場で支援をしているメンバーがいるわけですが、乳児院に長期一時保護委託されている子供がいるということに、現場の関係者も本当に心を痛めています。この子を連れて帰って、家で育ててあげたいと思うぐらいの気持ちがあるということで、潜在的なある意味養育里親のニーズもあるだろうなということが考えられるかなと思います。

児童相談所の運営指針では、長期的に実親の養育が望めない場合だけではなくて、委託の期間が限定されている場合も共に里親等の委託を検討すべきであるとしています。特に一時的に乳児院という選択はありますが、できるだけ早く家庭的養育環境に移行させる必要があるということがこの指針に書かれておりまして、それでは、一時的とはどのぐらいかといいますと、乳幼児の場合は、日から週の単位、長くても数か月以内には移行すべきと書かれております。つまり短期間の一時保護であっても、愛着とか人格形成とか脳をつくるためには、やはり何とかこの養育里親を確保して行って、そちらに委託すべきではないかと思えます。

先ほどの数字を見てびっくりするわけですが、過去5年間で0歳児の里親委託が0件であります。しかも乳児院にいる期間が、去年は5日とおっしゃいましたけど、長いと90日と、この間脳の発達はどうなったのかということの責任を考える必要があるかなと思えます。

この現状を受け止めて、何が課題でどのように取り組むつもりなのか、松井こども家庭支援監に伺います。

松井こども家庭支援監 富山、高岡両児童相談所においては、0歳から2歳児につきましては、できる限り里親への一時保護委託となるように検討しているところではありますが、過去10年間においても、先ほど言いましたように1件のみとなっております。

その課題として、1つは、一時保護の委託は夜間など緊急な場合があります。里親への即時対応を依頼できない場合があること、それから委託先となる里親の多くが共働きであり、子供を養育するために勤務調整や家庭環境などの準備を短時間で行うことが難しいことなどがあります。

こども家庭庁が策定されました一時保護ガイドラインにおい

ては、「一時保護を行う場合は代替養育の場という性格も有することから、まず家庭における養育環境と同様の養育環境を検討することとして、とりわけ乳幼児については、未委託——委託していない里親など——への一時保護委託の活用を検討することが重要である」とされております。

現在、富山県社会的養育推進計画の改訂作業を行っております。そうした中で国のガイドラインを踏まえまして、乳幼児、特に0歳児の受入れが可能な里親の育成・確保、それから里親への研修の充実強化、例えば乳幼児の個別ケアに関する専門性の向上とかとなりますが、そういったことを踏まえて、里親への一時保護委託の推進について検討してまいります。

種部委員 ありがとうございます。担い手も確かに足りないということでありまして、それもよく分かります。専門性の高い方ということでありまして、実際今、保育を担っている方の中には、潜在する人材が私はあると思うのですが、その開拓を含めて取り組む姿勢が当然必要であると思っています。

もう一つ、今答弁の中になかったのですけれども、0歳児に、やはり里親委託するということに対して保護者が同意をしないという事例もきっとあるだろうと思っています。当たり前のお話でありますけど、自分の子供を分離されるというときに、まるでこの親失格と言われるようなものだとか、あるいは里親との間で愛着形成されることが耐えられないという気持ちもよく分かるので。この虐待する保護者というのも、実は過去の被虐待児であることも多いです。ですから、そちらに対して福祉に向ける目は絶えず必要だとは思いますが、ただやはり虐待とかネグレクトで子供が適切な養育を受けられていなくて一時保護を要するという状況である以上、保護者の同意が得られなくても里親委託については、子供のために進める必要があると思っています。

先ほど、親の同意が得られないような保護、こういう場合には司法審査の可能性がありますが、年間十数件はあるのではないかということでありました。まさに、親と対立している場合でも、それでも子供を守るためにこの司法審査があると私は考えています。大きな転機だと思うんですね。先ほど数字を出していただいたわけでありますけれども、親権者の明確な同意が明らかでない事例、昨年で17例であります。これが来年になって、改正後の児童福祉法33条の対象になるかと思えます。

そして、0から3歳児で今乳児院に長期措置されている方たち、長い人は90日とか非常に長い時間でありましたが、これも里親になかなか委託することを同意しない、例えば、先ほど緊急で夜間であれば対応できないということでありましたが、90日間対応できないことはきっとないと思うので、恐らく出口を探す必要はあるとはいえ、恐らく対立があるものだろうと思えます。

そういう場合も、親が里親への措置を同意しないというのであれば、措置入所の同意に代わる承認審判の申立てが必要だと思います。児童福祉法第28条ですね。そういうものを含めると、今挙げていただいた数字だけでも相当な件数、20件近くいくのではないかと思います。

調べてみたのですが、令和4年しかウェブ上には公開されていませんでしたが、司法対応を要した件数、つまり28条、33条の措置延長等について、家裁申立ての件数が1件しかなかったと聞いています。過去の答弁でも、弁護士さんへの月1回の法律相談、随時弁護士さんに相談した回数、これも公開されている資料には、令和4年、年間59件と書かれていました。

しかし、これが20倍に増えるわけですよ。司法審査の導入、そして28条とか33条とか、そういうものがもっと数が増えるということを考えますと、到底この件数では足りないだろうと思

います。

月に1回の法律相談、そして随時相談で年間59件ということは週に1回とか、そんな程度ではとてもカバーできる数ではないと思いますし、何も急に司法審査をするわけではなくて、援助方針会議に出ていただいたりとか、一つ一つ丁寧にアセスメントをして、一つ一つの家族のことをゆっくり考えて、そこに関与してもらう必要がありますので、ほぼ常勤に近いぐらいの非常勤のペース、そのぐらいは必要ではないかなと。今の数字を見て20件余りとなりますと、今の20倍だと私は理解いたしました。

この関与を手厚くする必要がありますが、どの程度の取組、どの程度の手厚さを検討していらっしゃるのか、松井こども支援監に伺います。

松井こども家庭支援監 来年6月に施行の一時保護時の司法審査の導入に伴いまして、富山、高岡の両児童相談所では、一時保護に対する児童の意見や意向の確認、また、親権者等の同意の確認に加えまして、裁判官への一時保護状の請求に必要な書類の作成、資料収集、さらには弁護士との調整等の法律関係業務が増加するものと見込まれております。

また、今ほど委員からもお話ありました里親委託についても、両児童相談所では、子供の最善の利益を確保する観点から優先しております。それから子供や親権者等の意向を尊重して、今対応しているところをごさいまして、そういった実績でございます。

一方で、里親委託の推進に当たっては、親権者等の同意が得られずに、家庭裁判所の承認手続が必要となる案件では、今後さらに弁護士との相談や助言を求めることが重要になっていくものと考えております。

こうした中、両児童相談所では、現在、弁護士との法律相談

契約書を締結しまして、月1回の定期的な相談のほか、必要な場合に随時相談できることとしておりますが、今後増加が見込まれます法律関係業務などの対応については、現在県弁護士会と相談しているところでございます。

それから先ほども申し上げましたが、富山県社会的養育推進計画の今改訂作業を進めております。それを進めるに当たって、委員より御発言がありました弁護士との関係強化として、一時保護時の司法審査への支援、また里親委託や施設入所措置に関する家庭裁判所の承認手続への援助、さらには日常業務における法的な観点からの指導や助言等の充実強化について検討してまいります。

種部委員 ありがとうございます。

数字を見て20倍ぐらいの負担であろうということを考えますと、相当現場に負担がかかるのは当然だと思いますので、今後手厚い支援になるように、本来の児童福祉の姿をちゃんと目指せるような形で措置を考えていただければと思います。

最後は、困難を抱える子供と若者を守る政策について伺いたします。

まずは障害を持つお子さんの就学に関することについて伺います。

障害のある子を持つ親は、親亡き後を一番心配しています。自分がいなくなっても地域で子供が自立して生きていけるのか、地域の学校で誰か知っているお友達がいれば最後まで地域で、例えば災害が起きたりしても、あそこにあの子いるよねと、そんなふうに覚えておいてほしいということを強く希望されています。

そんな思いから、居住地の小学校への進学を希望する方は大変多いわけですが、子供の教育という視点では、最善が特別支援学校という選択も当然あるわけがあります。そうする

と、普通学校の中にそういう障害のあるお子さんがいらっしやるとインクルーシブ教育の中に参画する形になるんですけど、残念ながら分離して特別支援学校というパターンは当然あるわけでありませう。

この場合、特別支援学校との居住地交流でつながりの維持が行われています。支援学校に通うお子さんのお母さんに「居住支援の交流をどのぐらいしているの」と聞いたら、年1回1こま45分と聞きました。しかも保護者の送迎が必要、地域の小学校と支援学校にも送迎が必要です。そして、親は仕事を休んでいくしかないけれども、でももっと交流が活発になってほしい。例えば、地域の小学校での運動会に呼んでくれたりとか、個別競技にちょっと入れてもらったりとか、行事だよと誘ってもらえたりするとうれしいなということでありました。こうやって心をつなげるということも大事なのかなと思っております。

東京都、兵庫県、それ以外の自治体にもございますが、副籍という制度を導入しています。居住地の小学校のクラスに自分の席があって、名簿に名前がある。そして〇〇ちゃんを入れてうちのクラスは何十人だよねと、このように地域の子供たちが思ってくれる。そうやって忘れられない存在でありたいという願いがあることから、この副籍等の導入を検討すべきではないかと思います。広島教育長に伺います。

広島教育長 議員から御指摘いただきました副籍ですが、特別支援学校に在籍する児童生徒さんが居住する地域の学校などに副次的な籍を置く仕組みでありまして、ちょっと紹介させていただきますと、令和3年1月の中央教育審議会答申におきまして、居住する地域との結びつきを強めたり、居住する地域の学校との交流及び共同学習を継続的に推進したりする上でも有意義であり、その一層の普及を推進することが重要であるとされているところでございます。

御案内ありましたとおり、現在東京都、兵庫県はじめ13の都県でこの副次的な籍を導入しておられます。本県では、この副次的な籍の制度は未導入でございますが、ちょっと授業を紹介させていただきますと、県立の特別支援学校の児童生徒さんが、居住する地域の学校で交流共同学習する居住地校交流授業というものを平成19年度から実施してきているところでございます。

具体的には、県教育委員会から市町村教育委員会及び小中学校にこの授業の協力を依頼いたしまして、併せて特別支援学校の児童生徒を引率する教員——教員が引率してまいるという制度ですが——、その旅費を予算化しまして、児童生徒が居住する地域の小中学校で学ぶ機会を設けさせていただいているというものでございます。

本年度は、県立特別支援学校の7校の小・中学部の児童生徒計86名が、音楽や体育、特別活動などの授業に参加して、居住する地域の小中学校の児童生徒と一緒に学習し交流を深めます中で、お互いを尊重し合う大切さを学ぶ機会としているものでございます。

保護者の皆さんからは、こういう交流はぜひ今後続けたいという声が多いと学校からも聞いております。また、参加を希望する児童生徒も年々、若干ではございますが増えているというような状況です。

こうした状況でございますが、副次的な籍の制度の導入に関しましては、今後、実施しておられます都県の成果、また課題もあるとも聞いておりますので、そういったことも調査しますとともに、どうしてもやはり市町村の教育委員会の御意見というものも必要になると思いますので、その御意見も伺ってまいります。

種部委員 ありがとうございます。前向きに検討していただければと思いますし、それに代わるやり方でもいいと思うのですが、

やはり交流の頻度と、やはり存在として地域に存在しているのだという実感を希望されているというところが最終的なゴールなのかなと思います。方法を変えてもいいので、もう少し交流を手厚くしてほしいという希望があるということは受け止めていただければと思います。

次に、学校心臓検診について伺います。

中学校・高校1年生で学校心臓検診というのが行われています。健康診断などで大変忙しい4月とかになぜ急いでやるかといいますと、大体学校に入学するとマラソン大会があったりするものですから、そこで心停止を起こさないように先にスクリーニングするという意味合いがあったかと思います。

この学校心臓検診において、現在推奨されているのは、標準12誘導心電図プラス心音図という形のものであります。高校生の分については、これも教育委員会でお取り組みいただきまして、例えば心停止を起こしたり、意識消失発作を起こしたりとかということで医療機関を受診したときに、検診のデータを参照させていただくために少しそのスキームを整理していただきました。

ただ中学校の生徒分についてはまだ手つかずの状態でありまして、一部の市町村では昭和の時代に採用されていた省略4誘導というものをまだ使っています。しかもこの心電図、心音図のデータは紙データで保管されています。一部では、心電図だけで心音図はありません。

紙データの場合、例えば失神をしたりとか、意識を失うのほうの失神ですね、そして病院外で心停止を起こして、病院を受診したときに、過去にどういう心電図だったかということレビューをしたり情報が必要な場合がありますが、この紙を探してこなくてはいけないということでありまして、データがデジタル化されていないところが問題だと思います。

実際、この学校の心臓検診で発見されることが最も多いのは、心房中隔欠損と、あとは突然死の原因になるQT延長症候群ですが、これを見つけるためにはこの省略4誘導というものでは見つかりにくいです。不適切です。

したがって、どうせやるのであれば、これは子供たちの健康、命を守るために必要だという目的でありますから、標準12誘導を導入すべきだと思いますし、未然に防ぐという意味では心音図もつけていただきたいと思いますし、また、これはデータとしては、自治体DXを今進めてくださっていると思うのですが、パーソナルヘルスレコードとして本来は活用されるべきものだと思います。

それを考えるとデジタル化はもうマストではないかと思しますので、県内どこにいても同じような質の検診が受けられるように働きかけるべきではないかと思えます。広島教育長に伺います。

広島教育長 学校保健安全法に基づきまして、学校においては健康診断を実施しなければならないことになっておりまして、各市町村は、今、文部科学省監修の児童生徒等の健康診断マニュアルに従って、健康診断を行う際にこの心臓検診も実施しているという状況でございます。

このマニュアルにおいて、学校が実施する1次検診では心音図検査は義務になっていないと、実施が好ましいとの項目に位置づけられております。また、御案内にありました12誘導心電図検査ですが、これは1次検診の有所見者が専門機関で受診する2次検診での実施が望ましいとされているものでございまして、現状1次検診においては心音図検査や12誘導心電図検査を実施していない市町村があるという状況でございます。

一方で、御案内ありましたとおり、心電図検査と心音図検査の併用は1次検査のスクリーニングの正確性が向上すること、

また、12誘導心電図検査が医学的に推奨されていること、こうしたことにつきましては、今後、市町村の学校保健担当課に逐次紹介してまいりたいと考えております。

また、心臓検診結果につきましては、現在検査機関から学校へ異常の有無に分けて紙媒体で報告されております。それを保管している状況でございますが、現在このほか市町村の中には、身長、体重、視力などの健康診断結果を電子データで管理し始めているところがございます。

こうした中、委員からございました生涯にわたる個人の健康情報を電子記録として把握する仕組みであるPHR、これに関してはこの7月から8月にかけて、文部科学省のほうで学校検診PHRの概要、そして導入に向けた国の支援などについて説明会が開催されているという状況でございます。

こうした情報について、今後とも適宜市町村教育委員会に情報提供して、制度を進めてまいりたいと考えております。

種部委員 ありがとうございます。文科省もそのように言っていると。

PHRについては、自治体DXで今進めるのちょっと時間がかかるかなと思うのですが、ぜひそこにのせられるように、準備としてまずは紙ではなくデジタル化してデータを共有すると。大体受託をしている検査機関はデジタルで出せないところはないはずだと思います。実際できている市町村も同じような委託でしているところがあるかと思うんです。できるところからやっていただければと思います。

次に、若者の薬物乱用についてお伺いします。

過去の薬物乱用について、危険ドラッグが非常に多かったわけですが、2014年に薬事法が改正されて危険ドラッグは世の中から姿を消しました。しかし、それに代わって今広がっているのが、10代でのオーバードーズで、市販薬のオーバ

ー dosage が大変増えています。

これは危険ドラッグに置き換わったということでもありますけれど、10代でのオーバードーズは高校生の約60人に1人がやっているということでもあります。オーバードーズは自傷行為の一つでありまして、生きることがつら過ぎるので、心を切り離すためにやっている自傷行為でありまして、死にたいからやっているわけではありません。

しかし残念ながら、この死にたくないという葛藤の中においてしている自傷行為で、命を落とす人が出てきています。致死量を超えるOTC医薬品——オーバー・ザ・カウンター、一般用医薬品、薬局で売っているもの——、これを過量服薬して救急搬送される事例というのが増えておりまして、特にこの中で薬剤師さんの服薬指導が要らない第2類、第3類の医薬品による死亡事例というのが増えています。

具体的な商品名は言えませんが、例えばデキストロメトルファンというのがあるのですけれども、こういう販売個数に制限のないお薬でたくさん買うことができるものがあります。一部は制限をされているのでまとめてたくさん買えないんですけれども、買える箱数に制限のないものがあります。

そして1箱まるっと全部飲んだとしても致死量には達しないとされているものでも、グレープフルーツなどの果汁などを含むかんきつ系の飲料と一緒に飲むことで代謝酵素が阻害されますので、想定以上に血中濃度が上がって死に至っているという事例があります。こういう事例は、緊急搬送事例の中で増えているという報告がございます。

このようなOTC医薬品については、要指導医薬品に準じて薬剤師さんによって説明を課すとか、反復購入をする子供たちというのは、福祉とか何らかの受皿が必要な子供たちだと思います。子供に限らず、大人、若い方たちもそうなんですけど、

そういう方たちについては福祉の情報共有をしたりとか、あるいは同行支援をしたりとか、薬局の開設許可を持っているのは県でありますので、独自にこの対応を、出口を塞ぐということではなくて、もう少し福祉とか受け止めるための出口につながると、そのような対応などを行ってはどうかと思います。有賀厚生部長に伺います。

有賀厚生部長 オーバードーズの拡大に対応しまして、薬剤師さんや登録販売者の方は、濫用等のおそれがある医薬品の販売時に積極的に声かけなどを行って、若年者のオーバードーズをできるだけ未然に防ぐゲートキーパーとしての役割を果たすことが求められておりまして、委員の御指摘のとおり、例えば必要と思われるときには心の健康センターなどの適切な機関へつなぐといった丁寧な対応も期待されているところであります。

濫用等のおそれのある医薬品を若年者に販売する際には、法令によって、氏名及び年齢、他の薬局等での購入等の状況を確認し、必要な量に限って販売することとされております。また、国の研究班が作成した濫用等のおそれのある医薬品の適正販売のガイドラインには、声かけ等の具体的対応が示されており、当県では薬局等に対してガイドライン活用の周知を図っているところでございます。

国の検討会でも、現状の販売規制では不十分という議論がございまして、これまでの規制に加えて、対面またはオンラインによる購入者の状況の確認、情報提供の義務化等の方策が示されて、現在、法改正に向けた議論が進んでいるというように承知しております。

これに対して県といたしましても、国の検討の推移を注視しつつ、県薬剤師会や心の健康センターなどと連携して、薬剤師等がゲートキーパーとしての役割を積極的に果たしていただけるよう対策を進めてまいります。

種部委員 ありがとうございます。ぜひグレープフルーツ系は一緒に飲まないようにということは簡単に指導していただけることだと思っておりますので、また、お取組をお願いいたします。

最後に、子供の権利に関する条例の制定について知事に伺いたいと思います。

先ほど火爪委員からも御質問がありましたので簡単にしたいと思うんですけど、子どもの権利条約を基本とするということでもありますから4つの柱があるんだと思いますが、大事なものは意見表明権ですよ。それと、それに対して子供の最善の利益を優先してちゃんと政策あるいは社会が構築されるかということは大それたと思っています。子供に意見を聞いておいてそれにちゃんと答えなければ、条例があっても全く意味がないと私は思います。

例えば、先ほど児童相談所の話をしてしまいましたが、子供の意見と子供にとっての最善の利益というのが、ときには親権者とか大人の都合とは対立することがあります。そうであっても、何とか子供を守れるようにというところを、ぜひ目指してほしいなと考えています。これは条例ですから法律を超えることはできませんけれど、子供の意見に重みを持たせて、弁護士さんなどの専門家の支援を得て、踏み込んだ対応が可能になるような条例を私はとても期待をしています。

この条例は基本計画をつくるなど、主にふわっとした理念法としての位置づけなのか、そうではなくて、子供の権利行使の実効性を目指して踏み込んだ権限とか、義務とか、そのようなものを持たせるような位置づけなのか、方針といいますか、知事の覚悟といいますか、それを知事に伺いたいと思います。

新田知事 こどもまんなか社会の実現を目指していくため、(仮称)「こどもの権利に関する条例」の制定に向けて検討するこ

ととじています。

私としては、子供の有する権利を尊重し擁護すること、福祉に係る権利が等しく保障され教育を受ける機会が等しく与えられること、また、委員御発言の子供が意見を表明する機会及び多様な社会的活動に参画する機会を確保すること、子供の意見を尊重しその最善の利益を優先して考慮すること、社会全体で子供を支えるための取組を推進することなど、この条例によって子供の権利が守られる県づくりの道しるべにしたいと考えております。

その中で、私どもより先にこの種の条例をつくっておられる都県が5つあります。その中でも分かれているのは、権利侵害に関する事項を調査審議する機関の設置を盛り込むか、盛り込まないかということになります。この辺りは現状ではまだ予断を持っておりません。来月には学識経験者あるいは子供の支援活動を行う民間団体などで構成する、第1回目の有識者会議を開催したいと考えております。その中で今のことを含めて、条例制定の方針、盛り込む内容などについて議論をしていきたいと考えております。

また、子供たち自身をはじめ、市町村や関係機関などからも幅広く御意見をお聞きしていくと、県全体がこどもまんなか社会の実現を目指す条例となるようにしっかりと検討していきたいと考えます。

種部委員 ありがとうございます。ぜひ一歩前に出て、法律は超えられなくても法律すれすれのところまで持って行っていただきたいというのが私の希望であります。よろしく願いいたします。

川島副委員長 種部委員の質疑は以上で終了しました。

暫時休憩いたします。

休憩時間は10分間といたします。

午後 3 時 00 分 休憩