

第3回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議  
(小児・周産期医療WG) (要旨)

- 1 日 時 令和5年8月24日(木) 午後5時～
- 2 場 所 長野県庁西庁舎1階 109号会議室  
(Web会議併用)
- 3 出席者 稲葉雄二構成員、菊地範彦構成員、黒澤和子構成員(オンライン)、  
小林法元構成員(オンライン)、塩沢丹里構成員(オンライン)、鹿野恵美構成員(オンライン)、  
鈴木章彦構成員、中沢洋三構成員(オンライン)、廣間武彦構成員、松岡高史構成員、  
松本清美構成員
- 4 議事録(要旨)

【会議事項】

(1) 分野ごとの検討について

○周産期医療

鈴木座長

本日は次第に示してありますとおり、分野ごとにロジックモデルと計画本文案、それから二次医療圏相互の連携体制、さらに機能別医療機関一覧の3点の項目について検討したいと思います。

それでは、周産期医療から入りたいと思いますので、よろしく願いいたします。

ここからはロジックモデルに沿いまして、一般周産期医療や地域周産期医療等の区分ごとに検討を進めたいと思います。区分ごとに事務局から説明をいただいて、ディスカッションするという形でお願いいたします。

それでは事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料1により説明)

鈴木座長

ありがとうございました。構成員の皆様には、ロジックモデルの内容、それに対応している計画本文の内容、指標の目標値などにつきまして、御意見を伺いたいと思います。

なお、前回のワーキンググループで分野アウトカムと中間アウトカムを中心に議論しましたが、今回は中間アウトカムと個別施策を中心に議論を進めたいと思います。

それでは、今説明があった一般周産期医療の区分の検討ですが、資料1-4の論点(1)中間成果2「妊婦が出来る限り身近な地域で正常分娩やリスクの低い帝王切開術を受けることができる」、個別施策1「分娩の取扱いが困難な地域でも、医療連携により分娩に対応できる体制の維持」について、医療連携を示す指標はどのようなものが挙げられるか御意見を伺いたいと思います。何か御意見はございますか。

菊地構成員

これを聞いて、どの指標もこの方向には合致しないというか、なかなか難しいと思いました。基本的に、こういう資料でも例えば、県内の病院から1時間以内の範囲に住んでいる人たちの輪を書いたときに、それ

が県内でどれぐらいの地域を埋められているかなどを示すと、みんなが近くの病院に受診に行くというようになるのではないかと思います。

鈴木座長

多分指標はないと思うので、私はなくていいと思います。事務局が考えた案を見ても内容的に合わないが、他に指標があるかというのと、多分ない。だから、ここの欄は指標がなくても仕方がないと思います。

事務局

ありがとうございます。本当に私どもも苦肉の策で、数が出たものだけを見たのですが、おっしゃるように実情を反映する指標としては弱いと思います。指標なしだけでも、この後御議論いただきます医療連携体制の部分で記載をさせていただくということによろしいですか。

鈴木座長

それでよろしいかと思います。

事務局

はい、ありがとうございます。

鈴木座長

次に論点（２）中間成果３「妊産婦が出来る限り身近な地域で妊娠から出産、産後の不安に対する相談を受けることができる」、個別施策４「妊婦の産前・産後を通じた相談体制の支援」について、全ての区分に共通する項目であるためロジックモデルの記載場所について御意見を伺いたいとのことですが、これについて何か御意見はございませんか。

事務局

少し補足させていただいてよろしいでしょうか。

鹿野構成員から御意見をいただいたものですが、相談体制というのは、初期の一次から高度の方、ハイリスクの方まで全てに該当するので、一般だけではなく、地域総合周産期全てに係るものという御指摘をいただきました。ですが、相談という区分を立てていないものですから、どの区分に入れるかというところを先生方に御意見をいただければと思います。よろしく願いいたします。

鈴木座長

どなたか御意見ありますか。はい、菊地構成員。

菊地構成員

私はこれでいいと思います。

鈴木座長

私もこの項目でよろしいと思います。

では、次に３番の論点です。個別施策２「助産師による妊産婦ケア及び分娩の普及・推進」、それから個別施策４「妊婦の産前・産後を通じた相談体制の支援」について、助産師相談をどのように記載していくか御意見を伺いたいということですが、事務局の方針としては医療機関数に加えて助産所数を記載するというので考えてらっしゃるようですが、これについてどなたか御意見はございますか。

ないようですので、次に進めます。

次に今日論点として事務局から挙がってきていない点について、どなたか御意見がある方お願いします。

この一般周産期医療の部分に関して何でも結構ですが、ございますか。  
ないようですので、次に進めます。次に、地域周産期医療、それから総合周産期医療について、まとめて進めたいと思います。事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料1により説明)

鈴木座長

この区分に関しては、今事務局から説明があったとおりで、この区分に関しては、ここを特にという論点はないということによろしいですね。

事務局

事務局として論点は特にございません。

鈴木座長

この指標の中の括弧してある項目はどういった意図で括弧しているのですか。

事務局

事務局で現状値等を調べる中で、数値等が追えなかったもの、又は検討中のものです。こちらを括弧という形で表現をさせていただいております。

鈴木座長

ということは、指標にはできないということですか。もしくは、指標として使える可能性があるということですか。

事務局

現状は数字が拾えないのですが、今後拾っていけるかどうかも含めて検討しているところです。

鈴木座長

もう少し時間がかかるということですね。分かりました。  
この区分について、どなたが御意見はございませんか。

菊地構成員

この5番の指標の「ハイリスク妊婦の母体搬送率」なんですけど、イメージしていることはどのようなものでしょうか。要するに「ハイリスク妊婦」というものの定義をどう考えているかというところもあると思いますが。

事務局

いわゆる一般、正常に近い分娩ではない方について、現状の長野県ですとやはり各圏域では賄い切れないというところもあるので、それがうまく連携ができていて、一般の産科では少し難しい部分も受け入れられるシステムになっているということを言いたいのですが、なかなかいい言葉ですとか指標が見つからず、イメージとして書かせていただいたような形です。

菊地構成員

ということは、指標としては取れる数字ではないと思います。

鈴木座長

これ、取れないですよ。

菊地構成員

そうですね。

鈴木座長

出せば分かりやすい数字ですが、ハイリスクの定義も難しいですし、多分上がってこないと思います。菊地構成員いかがですか。

菊地構成員

僕もそう思います。

鈴木座長

ほかにどなたか御意見はございませんか。でも、前よりも大分すっきりと絞れてきたように思います。それでは、また後ほど御意見を伺うとして、次に進めます。それでは、療養・療育支援の部分です。事務局は説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料1により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。この区分は大分前回とは変わって、内容的に少し変わってございます。まず、県から提示された論点、中間成果7の項目について、どなたか御意見はありますか。

はい、松本構成員。

松本構成員

大事なことだと思いますが、保護者の満足度というのは、事務局は何をもって満足度のイメージとされているか教えていただいてもいいですか。

宮島保健・疾病対策課長

前回のワーキングでもその御指摘をいただいていたので、前回の御意見としては、やっぱり長期化する患児へのケアだけではなく、それを支える保護者の方々の満足度が重要というところがあるのですが、一方で、特に周産期のNICUを卒業するようなお子さんというのは、周産期の段階から親御さんの心のケアや療育に前向きになるための支援、あるいは実際に退院した際の在宅での医療的なケアの支援など、様々な支援が必要だと思ってございます。それに対する満足度ということを考えておりますが、大きくなり過ぎてしまっていて、指標としては難しくなってしまったという状況がございます。以上です。

松本構成員

ありがとうございます。どの段階で聞くのかによっても全然この辺りは違ってくるということと、長期化したときに医療的ケア児もそうですが、行政で満足度を聞くだけで何にもしてもらえないという意見もよく聞きますので、指標にしても、なかなか保護者の満足度をここに落とし込むことは、とても難しいところなので、そこをどうお考えになっているのかを確認させていただきました。

鈴木座長

ほかにどなたか御意見はございますか。これは事務局の提案のとおり、本文へ記載ということでよろしい

でしょうか。また、療育支援の項目としては、個別施策のところの指標ですけど、例えば10番の一番下に書いてある「退院前の指導をするための病床を設置している周産期母子医療センター数」など、私が提案させていただきましたが、実は国からこの項目を指標にするよという話がありまして、実際そういう病床を持っている周産期母子医療センターが県内に9施設ございます。ですから、ここで指標として問題ございませんので、御了解ください。

はい、稲葉構成員。

稲葉構成員

指標としては大変いいと私も思います。これがセンター数でいいのか、さらにそのセンター数が9つあった場合、それぞれの病床数という指標で合っているのかということ、皆さんから御意見をいただきたい。医ケア児が増えている中で、センター数が9つあり、その中で病床の機能がそのままいいのかどうかと感じたものですから。

鈴木座長

どうでしょう。

廣間構成員

指標的には病床数が望ましいとは思いますが。

鈴木座長

これ、難しいですよ。施設が9あっても、1床しかないところもあるかもしれない。ただ、今ベッドと書くとなかなか難しいので、今回はセンター数で、もし病床数を調べるならまた調べます。

廣間構成員

このセンター数でいいと思います。例えば、本文に少し病床数の確保を目指していくとか、そういう形で書くのが現実的かと思いました。

鈴木座長

大変いい御意見をいただきました。では、その線でいきましょう。

ほかにこの療養の区分に関して、何か御意見はございますか。県からの論点以外のことでも結構です。

では、ないようですので進みます。最後、有事の周産期医療について、事務局説明をお願いします。

#### (柳澤保健・疾病対策課主査、資料1により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。この件に関しては、前回の会議の際、実際の小児周産期リエゾンの任命者が何名いるか知らなかったのですが、この資料1-2の最後のページに、県が今回挙げてくれた指標を見ると、現状、去年の4月時点で19人ということのようです。前回の医療計画はこれ確か6人でした。だから、そのときよりは増えておりますが、前回の廣間構成員から指摘されたのは、ただ人数ではないということで、内容的なものも大事だし、その配置も大事ということです。ある医療圏に例えば十何人いて、他の医療圏がゼロでは話にならないので。ですから、そういうことで事務局もリエゾンの配置されている二次医療圏数という項目を出していただいたと思いますが、この辺はいかがでしょう、廣間構成員。

廣間構成員

ありがとうございます。鈴木先生がおっしゃるとおりですけど、少しロジックモデルと計画本文とが混在

しているところがありまして、ロジックモデルはこのままでもいいかもしれませんが、もし指標に出せるものがあるなら出していただきたいです。私がここに関して事前意見として出させていただいたのは、今後どういう形で展開していくかということについての意見でしたので、ロジックモデルに入れるという事も含め、今後どこに方向性を示していただけるかという意見に変更させていただきます。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。この欄はこれでよろしいでしょうか。

はい、菊地構成員。

菊地構成員

現状、実際活動したという記録はありませんか。例えば、長野の大雨の災害など。

鈴木座長

台風19号とか。

菊地構成員

はい。あの時も確か救護所ができて、そのときに僕連絡いただいて、救護所に妊婦がいるか、分娩施設がどうかなどの確認をして連絡を取っているの、活動はしていないわけではない。今後のものとしてそういう実績は残しておいてもらいたいと思います。

鈴木座長

ほかにどなたか御意見ございますか。廣間構成員。

廣間構成員

ちょっと気がついた点があるのですが、よろしいでしょうか。

さっきのロジックモデル案の周産期医療の6で、ここ「新生児医療が必要な場合には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制整備」の中で、指標で（案）として「共通紹介状使用医療機関数」とありまして、逆に右の中間成果には「ハイリスク妊産婦が、適切な周産期医療、周産期救急医療を受けられている」の指標の中に、2番目の「母体・新生児搬送数のうち受入れ困難事例の件数」と書かれていますけども、この4の中間成果は「母体搬送の受入れ困難事例の件数」で、この個別施策6の指標が「新生児搬送の受入れ困難事例の件数」という形だとスマートになると思いました。こちらの「新生児医療が必要な場合に、総合周産期母子医療センターへ迅速に搬送が可能な体制整備」というところがございますよね。ここは「新生児搬送の受入れ困難数」が指標になって、中間成果の右のところ、これが「母体搬送の受入れ困難事例の件数」という形だと、素直に上の文言と整合性が取れると思います。ただ、これは今の時点で結論ではなくて、ちょっと頭にとどめていただければと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

私どもの頭の整理として、この個別施策は、ストラクチャー指標としてこういう体制ができています。その結果として、中間成果として困った人がいなかったというような流れで入っていますが、そこはもうちょっと分かりやすく整理されたほうがいいということですね。

廣間構成員

そうですね。確かにそのストラクチャーの個別施策というか、施策化という意味では、今の案だと変な形になってしまうかもしれません。基本的にはこれでいいかと思いますが、少し整理してもいいのかもしれない

いと思えました。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。もう一度検討させていただきます。

鈴木座長

ちょっと詰めていただくということで、お願いします。

では、今区分ごとに上から順番にやってきましたけど、一旦ここで区切りをつけたいのですが、どなたかほかにロジックモデル等について御意見はございますか。

では、先に進めさせていただきます。次はコラムについてです。皆様も医療計画御覧になったと思いますが、前回の医療計画のときには、周産期医療に関しましては、「院内助産」と、それから主に松本で行っていた「妊婦健診の体制について」と周産期医療分野にコラムが2つありましたが、今回このコラムをどうするかという点において、事務局からお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査より説明)

鈴木座長

コラムは、医療計画の必須項目ではないのですが、トピックスや、注目されているポイントなど、そういうものが何かあればということで、前回の医療計画の際は、ちょうど院内助産の話題がありましたが、今回、菊地構成員何かございますか。

菊地構成員

今ぱっと思いつくものはないですね。

鈴木座長

これ、今あんまりないですよ。

菊地構成員

そうですね、どちらかというと少子化が話題なので。院内助産も長野県としては、いったん落ち着いてきたというところもあります。

鈴木座長

前回載せていますので、同じ内容はちょっといかがかというところもございます。

事務局も困ってしまして、無理強いはしませんが、菊地構成員もし何かございましたらお願いしますので、思いついたら事務局へお願いします。

では周産期に関するコラムについては、ほかの構成員の皆さんも何かいい案が思いつきましたら、その時点で事務局へご一報ください。よろしく願いいたします。

そうしましたら、次の項目、周産期医療に関する二次医療圏相互の連携体制についてです。事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料1により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。資料1-6を見ていただいて、この医療資源のところですが、これがいけないということではなくて、この中で岡谷市民病院、市立大町病院、飯山赤十字病院に関しては、地域周産

期連携病院としての機能は全く果たせない体制にあります。その病院名を挙げていいのかどうか、確認をさせていただきます。事務局は必要だと言いますが、僕は書かないほうがいいと思っています。

事務局

御指摘ありがとうございます。現計画の中では、周産期医療体制の状況という表の中に、「一般周産期医療機関はここである」、「地域周産期連携病院はここ」と名前を書いてございまして、これが今、実態とかなり乖離してございます。私どもも、これをどこまで今回の計画で実態に即したように書いていいかというところは少し考えているところでございます。これからは、例えば大北地域はそういった病院がないと書くのではなくて、松本と連携をすることによって大町の患者さんもしっかり受診先がありますよと、そういった連携の図を示していきたいと思っておりますが、それを具体的にどう表現するかというところが難しいもので、今回の資料1-6はたたき台として、令和4年の段階をまずお示しした上で、これを変えていただければという気持ちもありまして載せてございます。

鈴木座長

例えば市立大町病院は、菊地構成員、妊婦健診はやっていますよね。

菊地構成員

はい、やっています。

鈴木座長

やっていますよね。だから、ただ妊婦健診をやっているものと地域周産期連携病院だとちょっと乖離しますよね。

菊地構成員

だから、そういう施設認定がされているという場合は乖離します。現状はしているかもしれませんが。

鈴木座長

していないけど認定されているのですか。

菊地構成員

認定がされてしまっているという話です。

鈴木座長

そうすると、依頼がきたときに。

菊地構成員

そうですね。だから、分娩の取扱いを現状はしてないということを書くのは仕方ないという気はする。

鈴木座長

ほかの2病院もそういう扱いという理解でよろしいですね。飯山赤十字も岡谷病院もそういうことですね。はい、分かりました。

菊地構成員

いわゆる見直すということは何か、それを変えるのは大変なことですか。



鈴木座長

でも、現状と区域感が違ってきますよね。それでももうずっとこれで来ているので、はたしていいのかと思うだけのものですが。

事務局

変えられない部分というのは、医療計画全体の策定会議で一応「医療圏は10医療圏とする」ということは決められておりますので、周産期だけは8医療圏だということはできません。ただ、松本と大北の2つ医療圏は連携をしていますとは書けると私どもも思っておりまして、それをやはり書いたほうが現実には合っているとは思いますが、ここについてはやはり構成員の皆さんからの御意見を基に私どもでも方針を決めたいと思っております。

鈴木座長

もう一回確認ですが、当初から私が申し上げているように、この二次医療圏で、どの医療分野も全て兼ね備えている分野はないはずで。ですから、周産期医療は周産期医療で医療圏がオーバーラップしていいわけ。現実的にもう地域周産期連携病院として機能していない病院の名前が、この表に載っているのか、事務局は検討してみてください。

それから、今回レセプトデータの表を出してもらいまして、非常に分かりやすいから周産期でも何か使えるデータがあったら各分野で出すようお願いした分になります。ただ、これは所詮レセプトデータなので、特に周産期に関しては保険に関わらないケースはここに全く反映されていないので、そこだけ注意して評価していただくようお願いいたします。

最後、周産期医療圏、二次医療圏の連携体制（案）ですが、事務局の提案としては、木曾、松本、大北をひとまとめにして、松本医療圏を中心として連携という形にしたいということです。先ほどレセプトデータの説明がありましたけど、木曾医療圏に関しては、かなり上伊那医療圏に患者さんが流れているはずで。黒澤構成員、その辺り、何か御意見はありますでしょうか。

黒澤構成員

木曾の妊婦さんはたまにはいますけれども、それほど目立っておりません。木曾圏内で数は少ないながらも、分娩はそれなりに御自分のところでできているようです。

鈴木座長

現状、木曾医療圏の患者さんは上伊那医療圏にさほど流れて来てはいないという理解でよろしいでしょうか。

黒澤構成員

そうですね。それほど目立っていないといえますか。緊急の人をそれほど受けることはないですし、年に数名いるかどうかです。

鈴木座長

私がイメージしたよりも少なくて驚きました。実は、私も数を持っていないですけど、大北医療圏に関しては、大町の方は松本へ行きますが、白馬の方は長野医療圏へ来ます。ですから、細かいことを言い出したら表が長くなってしまいますので、この事務局の原案どおりでいかがでしょうか。ほかの医療圏は大体二次医療圏の中で確定していますから。

中沢構成員

先ほどの木曾と伊那中央病院との連携でございまして、診療科ごとに少しずつ始まっております。

確実にそういう方向に向いていると認識をしております。周産期も、その小児科の新生児のところも、確実にそういう方向で話し合いが進んでいるので、この医療計画の年度内では確実にそういった方向に向かうと思っております。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。塩沢構成員、何か御意見ございますか。

塩沢構成員

今、黒澤構成員は、実数は多くないというお話でしたけど、多分麻酔科も伊那と少しずつ連携する体制を取っていたかと思います。ですので、医療圏の構想として一緒になることは、別にいいことかと思っております。中沢構成員と同じ意見です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。取りあえずこの原案どおりでいくということで、この件に関しては終了にしたいと思っております。

それでは、次に周産期医療に関する機能別医療機関の一覧について、事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料1により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。今、御説明いただきました機能別医療機関の一覧につきまして、何か御意見ございますか。これはよろしいでしょうか、菊地構成員。

菊地構成員

これはこのとおりでいいと思います。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。この件に関しては、この事務局案で、特に修正なしで進めるということでよろしく願いいたします。

周産期医療に関して、本日予定した会議事項は終了となりますが、最後にどんなことでも結構です、周産期医療の分野で、何か御意見ございますか。よろしいでしょうか。

では、以上をもちまして周産期医療の検討を終了します。

事務局におきましては、本日構成員からいただいた意見を基にさらに検討を進めていただくようお願いいたします。

次の小児医療に行く前に10分ほど休憩とします。

(休憩・再開)

### ○小児医療

鈴木座長

続きまして、小児医療の検討になります。こちらは内容がさらに豊富でございまして、御協力をお願いします。

それでは、議論の進め方としては、先ほどの周産期医療分野と同じ手順でいきたいと思っております。それではまず、ロジックモデルの一番上の予防・相談の区分から始めたいと思っております。事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。では、資料2-4です。この事務局から提示された論点、まず1(1)「チャイルドデスレビュー」について、これを指標とするという案もありましたが、まだ現実的にスタートできていないので、指標とすることは難しいです。ただ、この言葉は絶対入れて欲しいので、本文への記載や、コラムとして入れたらどうかと思っております。

この件、どなたか御意見はありますか。

稲葉構成員

チャイルドデスレビューについて、挙げていただいて、ありがとうございます。全くおっしゃるとおりで、本文に明記していただくこと、それから鈴木先生がおっしゃっていただいたとおりで、コラムでさらに扱っていただくと大変ありがたいと思いました。

鈴木座長

では、その方向でいくということでしょうか。

次に(2)虐待、いじめ、不登校等の相談体制についてどのように取り扱うか。事務局としては、本文の冒頭、「小児医療をとりまく状況」へ記載するという提案ですが、これはいかがでしょうか。これもよろしいですね。

次に(3)中間成果1の指標として「小児の予防接種率」ですけれども、この個別施策1になりますけれども、この予防接種に関する指標としてどんなものが適切か御意見を伺いたいのですが、いかがでしょうか。

中沢構成員

その接種率を高めるのは非常に大事で、ぜひ取り上げていただきたいですが、気になっている点として、圏域差、地域差があるというデータが少ないながらもございまして、そこが非常に気になっているところです。100%とするのは、今の御時世さらに難しくなっていると思いますが、県内の圏域差、地域差は非常に少なくしたいと考えております。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。圏域差ですね。予防接種に限らず、どうしても市町村でそういった差異というのはあります。これを指標として反映するとなると、難しいように思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

中沢構成員のおっしゃった地域差、圏域差というのは、県の小児科学会ですとかそういった場でも、その話題が出た覚えがございまして、特定の市町村などということもございまして。

ロジックモデルに乗せるとすると、やはり県が何かしら関わって接種率を上げるための取組をしますということ、このアウトプットでできるかというところで考えたのがこの啓発事業ですとか、あるいは県として市町村に予防接種を勧めるための事業ということになっています。もう少しいい指標があればと思っております。以上です。

鈴木座長

ここは例えば①の「県としての予防接種勧奨事業」というのは、指標としてどういう数字が出てきますか、具体的に。

宮島保健・疾病対策課長

信州母子保健推進センターで市町村への支援をしております、研修会などをしてございます。その際に、この予防接種の推奨の話をする回数だとか、あるいは個別に推進センターの推進員が市町村に伺っているいろいろな支援をしておりますので、その際に例えば予防接種率を確認するとか、指導してくるということも可能だと思います。そういった回数ということでしたらば、可能ではないかと思っております。

鈴木座長

今日用意していただいた資料2-2に載っている指標のところ、予防接種に関する数字が空欄になっているものですか。

はい、廣間委員。

廣間構成員

中沢構成員がおっしゃったとおり、そういう差があるということはやっぱり問題だと思います。やっぱりこの数がそのとおりだと思います。その指標として、予防接種勧奨事業や、未接種者への接種勧奨をしている市町村数というのは、その圏域差が縮まってくるという取組という意味では、つながるような指標にはなると思います。それで、もしかしたらそういう差があるときには、予防接種の接種率に差がある現状と問題点を少し書いて、その中でこの体制づくりの指標に今後も入れていけばつながるのではないかと思います。

鈴木座長

ありがとうございます。だから、地域格差をなくしていくということを本文に記載ですね。それを指標として挙げる必要はないですね。

松岡構成員

①でいいと思います。

鈴木座長

予防接種勧奨事業ということで。

松岡構成員

そうですね。例えば、ワクチンに関しては、地域がどれだけ啓発をしっかりやっているかということに依存していて、医師会で伝統的にそれが確立している地域があります。飯田市など。そういうところは、もう全てのワクチン接種率が高い。逆も実はあるというのがこの現状です。

鈴木座長

じゃあ、①で。はい、ありがとうございます。ほかにこの事務局からあった論点以外でも、予防・相談の区分について何か御意見はございますか。よろしいですかね。

では、次が小児医療体制の区分に行きたいと思っております。事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。それでは、小児医療体制の区分でございますが、まず中間成果4「病状に応じた、小児患者が適切な医療を受けられている」を示す指標について、どなたか御意見はございますか。

廣間構成員

質問ですけれども、この指標の紹介率、逆紹介率というのは、これは小児中核病院としての紹介率、それか逆紹介率というのがありますが、小児地域医療センターとそれを含めてのものでしょうか、それともどこまでの紹介率、逆紹介率になるのでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

これは小児医療体制なので、緊急ではないものを全て含む形にしてございます。廣間構成員が御指摘のように、段階があるとは思いますが、広く連携ができているという指標にしたいのですが、適切なものがなくて困っている状況でございます。以上です。

鈴木座長

何かこれを示す指標として思いつくことありますか。紹介率、逆紹介率の数字は出せるのでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

難しいです。

鈴木座長

限られたところの紹介率、逆紹介率ではないので、逆に数字が出せるのか心配をしていました。  
はい、どうぞ廣間委員。

廣間構成員

私も同じで、そこのところかと気になりました。逆に言うと、そういう逆紹介率というのは、信大病院やこども病院とか、そういう小児救急に限ればクリアに出しやすいです。

鈴木座長

それなら出せますよね。

廣間構成員

はい、であるかと思いました。

鈴木座長

ただ、そうするとニュアンスがまた違ってきってしまうでしょうね。ただこの指標は、なかなかないと思います。何でも指標を持ってこられるわけではないし、意味のない指標を作って誤解を招くこともあります。僕がちょっと気になったのは、前回稲葉構成員が移行期医療というか、その辺りの体制図の発言をされたじゃないですか。その辺りのニュアンスは、この内容に反映されているのでしょうか。

稲葉構成員

この5番のところに挙げていただいております。

中間の5番に挙げていただいて、なおかつ本文にも5番で整理しますということで書いていただいております。指標のところでは、前回確か移行期医療支援センターへの相談件数などが中沢構成員から出たりして、そういう具体的な指標は出せるのではと思っています。

鈴木座長

事務局案には、当初は、移行期医療センターの相談件数というのが、確かあったと思いましたが。

事務局

移行期医療に関しては、支援センターの相談件数を確認したところ、特に一般に広く周知している相談窓口ではないので、大きく増えていくという指標にはならないのではないかとということでお聞きしております。それで指標として外しました。

稲葉構成員

それで思い出したんですが、今後、移行期医療コーディネーターという人が各病院に配置されるべきだという考えが、小児医療の現場ではあります。信大とかこども病院に既にいらっしゃるんですが、そういう配置人数、配置している医療機関数とやると、かなりいい指標になるし、見えやすい。

鈴木座長

今もう既に動いているコーディネーターさんというのは結構いらっしゃる。

稲葉構成員

私が知っているのは、信大とこども病院に各一人。

鈴木座長

それだけですよね。

稲葉構成員

ですね。

鈴木座長

それも今回の指標として。

稲葉構成員

本文でも構いません。

鈴木座長

入れるのであれば本文。

稲葉構成員

そうですね。

鈴木座長

もしくはコラム。

稲葉構成員

はい、お任せします。

鈴木座長

一応、小児医療部分でコラムが2つまではオーケーということですよ。

稲葉構成員

コラムのイメージがよく分からないので、そこはお任せしますが、確かにコラム的なほうがいいような気

がします。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。ほかはよろしいですか。

では、進めましょう。次に小児救急体制について、事務局お願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。今度は小児救急体制の区分ですが、本文の4ページにセンター方式による初期小児救急医療体制の状況という表があります。これは7次医療計画の表に準拠していますが、今説明があったように、現状佐久医療圏と大北医療圏は休止状態になっておりますので10医療圏のうちの6医療圏となっており、7次医療計画のときから、この表は非常に誤解を招くので不適切だと申し上げていました。前回か前々回に中沢構成員からもはっきりとお言葉をいただきましたが、現実このセンター方式でない医療圏に関しても、小児初期救急医療はきちんと充足した形で行われている現状にあると思っています。少なくとも私の所属している北信医療圏に関しては、北信総合病院の小児科もきっちりやってくれていますので、センター方式でないと初期の小児救急がなされていないような誤解を招くので、これは非常に気をつけなければならないと思います。それは事務局にも指摘させていただいたので、多分事務局もこの論点のように「休日夜間急病センター等の小児初期救急医療体制を整備している医療圏数」と変えられたと思います。こういう観点に立ちますと、この医療圏数は現状10医療圏ということになるのでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

宮島です。ここに掲載されていない急病センターがないところは、二次輪番の病院が担ってくださっています。

鈴木座長

ですから、全ての医療圏で賄われているという理解でいいですか。

宮島保健・疾病対策課長

そうです。ですから、むしろしっかり受診する先がありますよという書き方をして、この表はもう削除してはいかがかと思っております。

鈴木座長

ですから、本文の中からこの表自体を削除するというところでよろしいでしょうか。はい、どうぞ。

廣間構成員

賛成です。

鈴木座長

ありがとうございます。この表は削除ということでお願いします。

ほかに小児救急体制の区分で、何か御意見はございますか。

宮島保健・疾病対策課長

すみません。重症度に応じて連携ができているという指標を、括弧で書いているのですが、既にこの長野県は、こども病院や信大で行っていることも確立されていて、小児としては問題ないです。ですから、

この指標を入れた方がいいものかどうかというところの御意見をお伺いします。

鈴木座長

今、100%うまく対応できている状態ですからね。どうでしょうか。

稲葉構成員

おっしゃるとおりで、指標で数値化する意味はあまりないような気がしますので、なくてもいいかと思えます。

中沢構成員

今、稲葉構成員もおっしゃっていましたが、基本的に医療圏数でできていないところがあったらいけません、現状できておりますし、それを維持するということであれば、指標化でなくても構いません。できているところで10圏域そろうということが示せればいいと思います。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

廣間構成員

同様の意見で、指標としてできているからこそ、受入れ困難ゼロなどの形で書いてもいいですし、指標数があまりにも多く抵抗があるのであれば、なしとしてもいいと思います。そこは事務方にお任せしていいと思っております。

鈴木座長

では、このところは指標なしということによろしいですか。

宮島保健・疾病対策課長

はい。

鈴木座長

ほかに小児救急体制の区分でございますか。

では、進めさせていただきます。次に、療養・療育支援区分です。事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。それでは、療養・療育支援部門の区分ですが、事務局から退院支援会議の開催回数といった指標が適切かどうか、ほかに適切な指標があるかという論点が示されていますが、いかがでしょうか。

はい、稲葉先生。

稲葉構成員

取り上げていただきまして、ありがとうございます。可能かどうかという意味では可能だと思いますし、おそらく実際に把握できるのではと思うので、私は適切ではないかと思えます。ほかにいい案も思いつきませんので、これに同意します。

私の中でよく分からないのが、中間成果に入れる指標と、個別施策に入れる指標が分かりづらいついて



おります。例えば「在宅の緊急入院を受け入れる医療機関数」など予定入院受入れ数、いわゆるレスパイトに当たるものについて、この医療機関数も大事な指標でいいと思いますが、これが中間なのか個別施策なのか、どちらにこれを入れるのか分かりづらいので、教えていただきたい。

鈴木座長

事務局、お願いします。

宮島保健・疾病対策課長

御指摘ありがとうございます。

この緊急入院というのは、在宅療養中に急変した場合にいつでもバックアップができるというところで、最初これは緊急入院数を想定してアウトカムに入れておりました。それと同様に医療的ケア児の予定入院の2つを出しましたが、緊急入院が多いからいいのかというところで悩んでおります。それは私どもが増やそうと努力することではないものですから、そうするとそういう体制ができているとしないと計画としてはそぐわないかと考えまして、アウトカムに入れました。ですが、御指摘のとおりこれは体制のほうに入れば、やはり個別施策が適切なのかもしれません。

稲葉構成員

ありがとうございます。よく分かりました。その辺りが整理できると、指標の1個1個はすごくいいものを挙げていただいたと思っています。ありがとうございます。

鈴木座長

どちらに持っていくかというのは、このままでいいですか。

稲葉構成員

正直、よく分かりませんが、個別は医療機関数が入っていたほうが分かりやすいと思います。さきほどの支援会議数は件数に当たりますから、それは中間にあったほうが頭の中は整理しやすいと思いました。

鈴木座長

いかがでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

この整理につきましては、ロジックモデルの整合性も考えながら事務局でもう一度整理させていただきますが、この指標としては、緊急入院と予定入院というようなことは入れるということによろしいでしょうか。

稲葉構成員

それはいいと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

では、そういう形によろしいですね。ほかに何か御意見はありますか。はい、どうぞ。

中沢構成員

小児の在宅の支援、退院支援会議の回数は、印象的に非常に地域差が県内でもはっきりありまして、努力すれば達成できる場所ですので、努力目標として指標に入れることもいいと思います。以上です。

鈴木座長

ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。

では、次に進めさせていただきます。最後に有事の小児医療の区分について、事務局よろしく申し上げます。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

基本的には先ほどの周産期分野と重なる話ですが、この有事の小児医療の区分についてどなたか御意見はございますか。

松岡構成員

1つ確認ですが、13「小児に対する」の「小児」は、健康小児から医ケア児までのどの辺りを想定しているのか。全体であればいいかとは思いますが。

鈴木座長

事務局、お願いします。

宮島保健・疾病対策課長

イメージとしましては、まず在宅療養中の医ケア児や人工呼吸器を装着している方たちが、有事のときにしっかりとマップなどが作られており、必ず医療にアクセスができること。それからもう一つとしては、そういった基礎疾患のない方に対しても、有事の際に小児の怪我をされた方、被災された方たちへの医療体制ができていくことという、その2つが必要ではないかと思っております。なかなか基礎疾患のない方に対する医療体制は指標にできませんので、この辺りにつきましては、他のワーキングに災害医療分野がございまして、そことの整合もあり、ここでは指標としております。

分かりづらいようでしたら、もう少し分かりやすい文言に変えたいと思いますので、御意見を申し上げます。

鈴木座長

災害時の救急医療の分野で医療的ケア児などをどこへどのように收容し、どう対応するのかというのは現時点で全くありません。ですから指標にはできないのですが、何らかの形で示していきたいと思っております。

今やっている救急・災害医療分野の検討会では、小児の話は全く出ておりません。

稲葉構成員

松岡構成員がおっしゃったとおりですが、せっかく取り上げていただくのであれば、医ケア児の次に、例えばインスリンの自己注射をしている人や免疫不全で感染に弱い人、そしてさらに人口的に一番多い発達障害で集団に入れないような子供たちなど、医療的なケアや、配慮の必要な小児への災害対応策を行っていくという文言は計画本文にぜひ入れていただきたいです。

鈴木座長

とても大事な案件だと思いますので、事務局にはぜひ考えていただきたいと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。私も今回御指摘をいただいて、ほかに何もできていなかったことに驚いております。これから頑張りますので、ぜひまた御支援、御助言いただければと思います。よろしく願いいたします。

小林構成員

先ほどの医ケア児に関しては、やはり単独の施設だと対応できず、非常に困っておりますので、そういったところを助け合う体制づくりをやっていただければと思います。また、14の感染症に関しても、今回の新型コロナウイルス感染症で体制が出来つつありましたが、やはり収まってくるとその体制もなかなか維持できず、各施設で苦しみながらやっているところもありますので、恒常的にそういった相談ができるような委員会や連絡協議会などを各地域で作っていただくなど、体制の検討ではなく、実際整備をしていただきたいと思います。そういうところを指標にし、実際の体制、行動できる体制をつくっていただければと考えています。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。はい、廣間構成員。

廣間構成員

指標でなくても有事の小児医療ということで、そのリエゾンに、産科や小児・新生児が主体の医療的ケア児に関わる人、重心の施設の方などにも入っていただき、そこでどのようにケアしていくかの話し合いをしていくということ、本文に目指す方向として書いていただければと思っております。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。ほかにどなたか御意見はございますか。  
では、有事の小児医療の区分をここで終了とさせていただきます。

小林構成員

全体を通してですが、よろしいでしょうか。

鈴木座長

はい、小林構成員。

小林構成員

今、小児医療の問題点として、地域中核病院の医療機能がかなり落ちてきている点があります。それは患者が少なく、病院として維持ができなくなっているところもありますので、その辺りを維持できるような指標などを作っていただきたい。例えば、小児の入院診療加算を取れている病院がどのくらいあるかなどを指標にし、そういった病院が各地域に残っていく体制を作っていただければと思います。

宮島保健・疾病対策課長

御指摘ありがとうございます。この後に話をさせていただきます医療体制の連携の中の一般地域、小児地域医療センター、中核病院といった役目の位置づけについては県も関わりますが、病院の加算を増やすような取組を県がするのは難しい部分もあります。ですが、おっしゃっていることの意味は重要なことだと思いますので、小林先生の御意見をどのような形で生かせるか、検討をさせていただきたいと思います。

鈴木座長

小林構成員の御意見はよく分かりますし、大事なところではありますが、地域医療構想の話になってしまいますので、それについての会議の中で、ほかの病院との関係をどうすべきかなど、ディスカッション必要になってくるかと思えます。

中沢構成員

小林構成員のおっしゃるとおりだと思います。指標するかどうかに関しましても、指標としなくても、そういう方向に同時並行で進んで行くと理解しております。

鈴木座長

ありがとうございます。小林構成員、御理解いただければと思いますが。

小林構成員

はい、分かりました。ありがとうございます。

鈴木座長

とても大事なことを御指摘いただきまして、ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。では、次に進めさせていただきます。それでは、コラムについて事務局から御説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査より説明)

鈴木座長

ありがとうございました。チャイルドデスレビューはコラム候補ですが、ほかにも一つどうでしょうか。県の提案内容でよろしいでしょうか。

稲葉構成員

付き添い者のところは、なかなか入れづらいので、コラムという形で扱っていただくことに賛成です。

鈴木座長

計画本文よりもコラムのところに実は一番目が行きます。では、その2点でということによろしいでしょうか。このコラムの原案は事務局が考えるのでしょうか。

事務局

そうです。場合によっては、構成員の方に書いていただくこともあります。

鈴木座長

周産期の分は、菊地先生にお願いしていますが、小児分については、稲葉先生いかがでしょうか。

稲葉構成員

わかりました。事務局と協力して考えてみます。

鈴木座長

コラムは大事だと思っていますのでよろしくをお願いします。では、次に進めます。二次医療圏相互の連携体制について、事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。先ほどの周産期分野と同様データが示されております。大体同じような傾向だと思います。木曾医療圏については、上伊那医療圏及び松本医療圏と連携。大北医療圏は松本医療圏と連携。それ以外の二次医療圏に関しては、全てその医療圏で完結する。こういうイメージの体制でいきたいということですが、これについてどなたか御意見はございますか。

中沢構成員

これは非常にいいと思っております。この連携によって10医療圏が守られるという形が見えますし、実際そういう方向に進んでいくと思っておりますので、これでいいと思っております。

また、この後話があると思っておりますが、最終ページ表の中に、既に入院を取っていない施設が含まれております。今後取ることはないと思っております。外来型になっていく施設が、次の6年でも増加していくと思っておりますので、既に取り取らず、今後取らない施設をここに入れておいていいのでしょうか。

鈴木座長

小児科のベッドがないということですか。

中沢構成員

入院小児救急と書かれていますが、実際にはもう何年も入院を取らず、今後取ることもまずないという病院が今後増えてきます。近隣の方がこの表を見て、この病院に入院したいと言われても困るのではないかと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ここの小児医療体制の状況の表で、救急医療体制と小児医療体制を表上部にまとめているのが、分かりにくいのではないかと考えております。今回この小児救急の真ん中に入院小児救急とありますが、この一番上の行は削除してはどうかと考えております。救急医療体制は、先ほど出たように急病センター自体の機能も大分変わってきておりますので、ここをあえて連携していると書くのは今の段階では難しいのではないかと考えておりますが、中沢構成員いかがでしょうか。

中沢構成員

この入院となってしまうところが大丈夫かどうかというその点だけです。それを反映させることも、除くことも難しいですが、入院と明記してしまって大丈夫なのかどうか。

宮島有保健・疾病対策課長

分かりました。ありがとうございます。

鈴木座長

小児科だと思っていない病院名を挙げていいのかということですよ。

中沢構成員

看護レベルや体制も含めて、逆に入院を取ってはいけない病院が小児においては増えてくるのが現状と考えております。救急という意味では、小児科を標榜されている限り出していただいていると思います。

菊地構成員

結局、この地域小児連携病院にこの病院が指定されているということと、現状はその施設では入院を取ってないところがあるということは、先ほどの分娩の取扱いはないのに周産期連携施設になっているなどのように、定義に違反することになるということなのではないでしょうか。そうすると、先ほどの表に合わせて米印をつけて、入院は取ってないなど注意書きをするか、定期的にこの連携病院の見直しするか、どちらかだと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。この小児医療体制の小児地域医療センターというのは、24時間体制で入院及び緊急搬送に対応できる機能を持っているところを指してございます。そうすると菊地構成員がおっしゃったように、現実と合っていない部分があります。一方で、この地域小児連携病院は、一般小児医療機関で受入れ困難な患者を小児地域医療センターと連携して対応できる病院とありますので、この上と下の病院の場所を変えるかどうかという。

中沢構成員

分かりました。上の小児地域医療センターと連携して入院を取るという考え方ですね。

宮島保健・疾病対策課長

そうです。

中沢構成員

そうであれば大丈夫かと思います。この地域小児連携病院で入院を取るということではなく、小児地域医療センターと連携して入院の判断をするみたいな形ですね。

宮島保健・疾病対策課長

はい、そうです。

鈴木座長

本体は入院と書いたらおかしいのではないのでしょうか。ですが、文中に入院という言葉はないので、今の中沢構成員の理解の仕方ですじつまは合いますので、表はこのままでよろしいのでしょうか。

中沢構成員

はい、理解できました。ありがとうございます。

鈴木座長

地域医療センターと連携しているのは、この表に書いてありますので、誤解を招かないために、もしあえてするとしたら、この地域小児連携病院の中で実際に小児の入院ベッドを持っていない病院のところに米印をつけ、現在ベッド休止中などとすれば非常に丁寧だということじゃないのでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。逆に構成員の皆さんにお伺いしたいのですが、今休止しているところを明記してしまっていないのでしょうか。

中沢構成員

実際に調査して数年間取っていなければ注意書きを入れていいと思います。産科と違い、また復活すると

いうことはあまりないかと思います。

鈴木座長

先ほど中沢構成員がおっしゃったように、将来的に復活することはなさそうです。

廣間構成員

中沢構成員がおっしゃったとおり、休止も誤解を招く部分があるのではと思います。こういった機能を持たない中で、これがなくなっていくというのは問題になるのでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

その辺りについては、もう一度医療政策課などとも相談をさせていただきます。この表自体をこういう形で出せるのかといったところも整理いたします。

廣間構成員

そもそも医療体制について連携が取れているところを書いているのであって、現実的にそこが機能していないならば、そこを取り除いたとしても、連携して機能が取れているという現実の姿がありますので、そこは中沢構成員と相談していただきたいと思っています。

宮島保健・疾病対策課長

はい、ありがとうございます。

鈴木座長

こういう病院名を載せるかどうかというのは、病院の考え等もあり、単純にいかないところですが、個人的な思いとしては、現状に即してない病院名を公的なものに載せるというのは、よろしくないと思っております。

宮島保健・疾病対策課長

おそらく自治体の考えなどもあるかと思います。

鈴木座長

ですから単純にいかないことは分かっています。その辺りは、また医療政策課等々と検討をしてください。

宮島保健・疾病対策課長

はい。個人的にはこういった病院名を出すよりは、この圏域同士で連携を取ってしっかり受診ができますというようなスキームを載せたほうが、より現実的に即しており、住民の方への説明としても丁寧ではないかと思しますので、もう一度検討させていただきます。

鈴木座長

では、そういうことで皆様、御了解ください。

松本構成員

その図の中の初期小児救急一次のところについて、先ほど本文4ページは削除となり、休日夜間急患センター等は8医療圏とありますが、これは取る形になりますか。

鈴木座長

これは矛盾しますので、変えてもらいます。

医療圏のその分担に関しては、先ほど御了解いただいたので、このままでいかせていただきます。幾つか宿題がありましたので、事務局で詰めていただくということをお願いします。

最後に、機能別医療機関の一覧について、資料２－７になりますが、事務局、説明をお願いします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料２により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。それでは、この機能別医療機関の一覧について、どなたか御意見はございますか。よろしいですか。

そうしましたら、これで本日の議題は終了になりますが、最後に何かございますか。

廣間構成員

終わるといところで、失礼いたします。やはり今回、医ケア児の支援が多く書いてありますが、医療的ケア児は周産期の医療分野の計画本文にも書いていただきたいと思いますと考えております。医療的ケア児というのは、地域周産期センターで生まれ、そこからまた在宅へ移行し、在宅医療の維持のフォローをされていくということからすると、小児の分野だけではなく、周産期の分野においても医ケア児はすごく大事になってくると思いますので、周産期医療分野にも入れていただきたいと思いますことということと、地域周産期医療センターの重点化、集約化は難しいかもしれませんが、医療的ケア児の在宅移行、在宅医療の維持等支援、機能を強化した地域周産期母子医療センターをつくることを目指していくということを本文に入れていただきたいと思います。それは指標に入れるということではなく、医療的ケア児の在宅の支援を強化していく地域周産期医療センターを目指しているという形でもいいので、本文の中に入れていただくことをお願いいたします。

鈴木座長

ありがとうございます。また廣間構成員に具体的な文言等相談させていただきます。

では、本日はこれで終了させていただきます。

【閉 会】