

第1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3月9日(木) 午後5時～
- 2 場 所 長野県庁西庁舎1階 111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、小林法元構成員、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、廣間武彦構成員、松岡高史構成員(オンライン)、松本あつ子構成員(オンライン)
- 4 議事録(要旨)

【会議事項】

(1) 座長の選出について

社本課長補佐

(1) 座長の選出についてです。資料1を御覧ください。

第8次長野県保健医療計画策定ワーキンググループ開催要項、第4では、ワーキンググループに座長を置くとしております。

本ワーキンググループの座長につきましては、鈴木構成員にお願いしたいと思っておりますのでよろしくお願いたします。

それではお願いいたします。

鈴木座長

はい。ただ今御指名いただきましたので、不詳私、鈴木が本ワーキンググループの座長を務めさせていただきます。

コロナの影響があったとはいえ、想定よりも11年ほど早く出生数が80万人を切ってしまいました。正に少子化の流れが急速に進んでいるわけですが、分娩数は減少しておりますが、内容的にはハイリスクの症例が増加しておりまして、引き続き周産期医療体制の維持、レベルアップを図る必要があると思われまます。

また、少子化の進む中、生まれてきてくれた子どもたちをこれまで以上に医療の面からもバックアップを図って、大切に育てていくことが肝要であり、小児医療にもより力を入れていかなければならないと考えるところであります。

今回、第8次医療計画を策定するに当たりまして、構成員の皆さんにおかれましては、忌たんのない本音のところを御意見いただきまして、活発な協議を進め、結果小児・周産期医療ワーキンググループ11(イレブン)として納得のいく結論を導き出していければと考えております。

どうか皆さん、御協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、ここからは私が議事を進行させていただきたいと思っております。

まず、会議事項2、第8次長野県保健医療計画の策定について事務局から説明があります。

(2) 第8次長野県保健医療計画の施策について

(社本医療政策課課長補佐、資料2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

ただ今の説明につきまして、何か構成員の皆さんから御質問等ありましたらお伺いいたしますがいかがでしょうか。よろしいですかね。

はい。それでは続きまして、会議事項の3の国による検討条件について移りたいと思います。

それでは、事務局、説明お願いいたします。

(3) 国による検討状況について

(雨宮保健・疾病対策課課長補佐、資料3により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

ただ今御説明いただいた資料3につきましては、昨年の末頃、国の検討会で取りまとめられた意見ということで、この内容を踏まえて今月末を目途に厚労省から指針が示される見通しということになります。

ただ今の説明につきまして、何か構成員の皆さんから御質問等あれば。よろしいでしょうかね。

塩沢構成員

すみません。よろしいですか。

鈴木座長

どうぞ。

塩沢構成員

産婦人科の塩沢です。ちょっと聞き漏らしたかもしれませんが、この資料は国の指針、考え方でよろしいですね、今の時点では、そういうことですよ。

雨宮課長補佐

はい、そのとおりでございます。

塩沢構成員

はい、わかりました。ありがとうございます。

鈴木座長

よろしいでしょうか。

ほかに何かどなたか御質問ありますか。

はい。じゃあ、次に進めさせていただきます。

続きまして、会議事項4の疾病・事業ごとの現状と課題についてでございます。この議題につきましては、本日のメインテーマということになっております。

まず、事務局から説明を受けた後、構成員の皆様からそれぞれのお立場からの意見を伺いたいと思

ますが、周産期医療と小児医療、資料4の1、2と分けられておりますので、分けて話を進めたいと思います。まず、周産期医療について事務局から説明をお願いいたします。

(4) 疾病・事業ごとの現状と課題について【周産期医療】

(雨宮保健・疾病対策課課長補佐、資料4-1により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

それでは、今説明いただきました周産期医療の現状や課題につきまして、構成員の皆さんから御発言をいただきたいと思うんですが、まず、周産関係の構成員の方から、順番に御指名いたしますので、御意見を伺えればと思います。

それでは、名簿順に従ってまいりたいと思いますので、菊地構成員。

菊地構成員

はい。よろしく申し上げます。

信州大学の菊地です。この資料に示されているとおり、やはり少子化、出生数が減っていることは、大きな問題とは思いますが、世を見渡しても出生数が増える兆しというか、コロナで加速したからと思いますが、数が増えてくるという感じは正直ないと思います。こういう中で、多分医療圏としては、かなり集約が進んできていると思いますが、多分各医療施設の中では、やっぱり分娩数が減っているとかで、周産期の病棟としての環境的な問題、混合病棟になってくるとか、またそういう集約の先にあるようなことを考えていかなければいけないのではないかと感じてはおります。

あと、医療水準としては、比較的長野県は帝王切開率も高くないですし、新生児の予後とかも悪くないですが、資料にあったとおり、1万数千出生ですので、多分1人母体死亡が起こると7%ぐらいの、2人亡くなると14%とかいう数字になるんですけど、やっぱり全国的なことを考えると、毎年7%じゃなく、何年かに1人ぐらいという数字になるのが、本来の日本における周産期医療の現状なのではないかと思えます。やっぱり実態数としては少ないんですが、ここはもう少し改善されるべきものではないかと見ていて感じるころはありました。

あと、私も大学勤務ですので、実際35歳とか40歳以上の妊婦さんが増えてきており、最近では長野県でもいわゆる提供胚ですね。今まで長野では、胎外受精という方もいたんですけど、完全に提供胚でお産するような方はあまりいなかったのですが、だんだんそういう方も出てきており、また1歩進んだハイリスクというか、そういう管理をちゃんとできるような体制づくりというのは大事なかなと思っております。

あと多分この搬送の数字は、搬送受けている数ですよ。

雨宮課長補佐

はい。

菊地構成員

多分大学の数字が違っていると思うんですけど。

雨宮課長補佐

そうなんですか。

菊地構成員

ええ。多分年間 14 件しか受けていないということはないと思うので、これ何かの誤植か、資料が間違っていたのかわからないんですけど、多分年間 50~60 件くらいの搬送は受けていると思います。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

各病院に調査をかけているところなので、また確認します。

菊地構成員

そうですね。この前の会議のときの数字と多分違う数字が出ている気がするのです。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

すみません。

菊地構成員

お願いします。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

菊地構成員

私もぱっと見たところ以上です。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

よろしいですかね。はい、ありがとうございました。

今の菊地構成員の話にもありましたが、最終的に数値目標を立てると思うんですが、この話に出た妊産婦死亡率に関しましては、分娩数が減れば減るほど、1 件あっても%が上がるわけでございまして、もし、もう少し減って 12,500 が母数だと 1 件あると 8.3 に上がるんです。ですから、最終的にオールオアナッシングじゃないですけど、1 でやるかゼロかによって、目標も数値の設定が難しくなるなど思っているんですけどね。

はい、ありがとうございました。

続きまして、黒澤構成員、お願いします。

黒澤構成員

はい。伊那中央病院産婦人科の黒澤です。平均的な市中病院の 1 つの施設として感想にいたるような形になるかと思うんですけど。

分娩数はやはり減っていて、大分前より分娩数が減ったということは、体として実感しているような印象です。

ハイリスクの妊婦は増えているのかもしれませんが。近隣の開業医さんと協力してやっているので、早めに危なそうな妊婦さんを送っていただいているので、大事に至るようなことはあまりなく済んでいます。ただ、その母体死亡で言いますと、数年に 1 例のうちの 1 例も当院でも経験しているというのがあります。

あとは、産後うつについても、3 割分の割合の推移に減っているのかなとグラフから見えます。当院

では助産師が中心に、その産後うつのエジンバラの問診をしっかりと取ってくれていたり、精神疾患というか、精神科に受診しているような妊婦も増えている印象で、そういう方には積極的に地域の保健師に関わってもらうように連絡取ったりなどしているので、そういう努力は引き続き必要なのかなと思います。

あとは、搬送件数については、信州大学さんの数は違うのかもしれないんですけど、その施設によって小児科の先生方がどの週数の早産の赤ちゃんを診てもらえるかということも関わって、その施設によって件数も違うのかなと思います。当院は 34 週以降の分娩で小児科の医師に協力してもらっているので、大搬送となるとお送りする側に立つことが多くて、こども病院さんや信州大学病院さんにお世話になっているというような形で各病院の数がそういう辺りから変わってきているのかなという印象です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

それでは、続きまして、塩沢構成員をお願いします。

塩沢構成員

はい、ありがとうございます。

ここの資料に出ていることに関しましては、私が言うのも変なんですけど、検討しているというか、1つ1つの課題に対して割と対応できているのではないかと思います。そういう意味ではお力添えをいただいていることにありがたく思っています。

うつの問題も、例えば信州大学は今精神科で対応しておりますし、そういったことで対応できていると思います。

長野県全体の重傷者の搬送のシステム等は非常によくなっていると思いますので、危なくなっても助かっている症例ありますので、簡単にそんな数字はわかりませんが、そういった意味ではこつこつと少しずつではありますけど、自分が言うのも大変僥越ですが、一定の前進はできているんじゃないかと私は感じております。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

今の塩沢構成員のお話にもありましたけども、私も同様に考えておまして、先日の策定委員会でも、この周産期死亡率等々の数値、周産期のデータは、非常に今も信州産婦人科連合が中心となって今まで進めてきた集約化等も含めましてですけど、大変よく頑張っているがゆえに得られているデータであるということは、策定委員の皆さんにも強調してあります。

塩沢構成員

ありがとうございます。

鈴木座長

廣間先生。

廣間構成員

はい。長野県立こども病院の新生児科の廣間と申します。よろしくをお願いします。

この資料見ての感想ということですが、周産期死亡率、新生児死亡率等は全国的にもかなり下がっておりますが、決して数字だけではない部分があるとは思っております。

例えば私も 10 年以上新生児科部長を務めさせていただいておりますけども、救命だけが目標ではなく、救命をすることが本当に御家族にいいかどうかという症例もある中で、やはり家族、母子のことを考え

る中での看取り医療というものも進んできております。この数字は全国的にもかなり下がってきており、予期せぬ、例えば新生児死亡やお母さんの死亡など、そういうものを下げていくことが大事で、あまり数字だけに捕らわれない方がいいと思いました。

それと、こども病院でも全国、長野県で妊産婦搬送がかなり進んできておりまして、各地域の小児科でも先ほどおっしゃられたとおり混合病棟が進んでいたり、小児科不足、また当直体制等で負担が進む中で、やはりそういう重症な新生児を診るのが難しくなってくるところに、看護師さん等も他の混合病棟患者さんを診たりする中で、こども病院に早めに妊産婦搬送する症例がやはり増えてきております。

そういう新生児もハイリスクのみならずミドルリスク等もこども病院に搬送数が増えてきている形で、やはり地域の周産期施設の負担がかなり強くて、こども病院や信州大学の重点化を進めるという形では、もう少し信州モデルを進めていかなければならないと私は感じております。

あと、母体年齢が上がってきているとこと、出生数は下がってきているんですけども、やはり母体合併症が増える中で、ただ低出生体重児、極低出生体重児の数とかいうよりも、やはりいろいろな合併症を持っているお子さんや特に母子支援を必要とする家族がすごく増えてきております。ですので、この数値に表れないそういうケアを必要とするような方がかなり増えてきている中で、もう少し母子支援というものを、長野県のモデルとして少し出せたらいいのかなと思いました。

明らかに医療的ケアを必要とするお子さんもものすごく増えているんですけども、お子さんが大きな病気を持ってなくても、少し小さめに生まれたり、少し疾患を持っていたり、その狭間にある少しケアが必要なお子さんもものすごく増えてきております。そういうところでの母子支援、例えば母子特化型訪問看護が必要な症例がやはり増えてきているという意味では、もう少しその点を重点とした方がいいとこの資料を見て感じました。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。
それでは、続きまして松本構成員。

松本構成員

はい。長野県看護協会長の松本でございます。

今廣間先生がおっしゃっていただいたとおり、産後うつが疑われる方がエジンバラで見ると比較的少ないと感じますが、実はその肌感としましては、高齢の方が小さいお子さんを家族の支援がない状況の中で育てることが増えてきており、退院後に産後の支援が必要な方というのは、多いのではないかと感じるところであります。ですので、その辺りに対して、しっかりと産後のケアとか、そういうようなところに反映していくような形も今後取っていただけるようお願いしたいと感じているところで

す。その他につきましては、帝王切開だとか、そういったところも比較的長野県、多くなく頑張っていると思いつながら、数字を見させていただきました。ありがとうございます。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

今お2人の構成員から、産後の母子支援の面でもっと力を入れていくべきじゃないかという御意見かと思いますが、本当に大事なところだと思いますので、またその辺も踏まえて計画策定に反映したいと思えます。

ただいま産科部門の構成員からお話を伺ったんですが、小児科関係の構成員の先生方からも御意見があればいただきたいんですが、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。稲葉構成員。

稲葉構成員

こども病院の稲葉です。ありがとうございます。

今のお話にも関連すると思うんですが、この精神疾患が増えているという中身を、わかれば教えていただきたいんですが。

雨宮課長補佐

ありがとうございます。

すみません。この中身までは見ていなかったです。このようなグラフがあるというところで、またわかりましたら答えさせていただきます。

稲葉構成員

お聞きした意味が2点あって、1つは、てんかんがよく精神疾患に分類されるが、てんかんと精神疾患は厳密に言うと違う部分があるので、そこがどうかというのが気になったのと、それから、先ほどから出ている産後うつの問題は多分非常に大きくて、ただ私はあまり詳しくはないんですが、それがこの中に入っているのかどうかという点も含めてまた詳しく教えていただきたいと思います。

はい、以上です。ありがとうございます。

菊地構成員

精神疾患は昔よりもしっかり診断がつくようになってきているというか、多分以前は何となくという感じの人も病名がきちんとついたりするケースがあるので、増えているという感じなのかもしれないです。

稲葉構成員

診療で診断がしっかりしてきたと。

菊地構成員

1つそこはあるんじゃないかな。

それで、エジンバラの話が出ていますが、エジンバラはやはりあまり当てにならないみたいですね。数字として評価しやすい反面、最終的には助産師の面談の方がお母さんの怪しさなど、そういう感覚は掴みやすいみたいで、助産師の面談の感覚が正しいということで、多分実数はこれよりも絶対多いのではないかと考えております。

鈴木座長

非常に参考となる御意見だと思います。

稲葉構成員

ありがとうございました。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

中沢構成員。

中沢構成員

中沢ですけども、数値見させていただいてまたこの策定委員会の目的は、数値目標を作ることなのは重々承知しているのですが、先ほどから何名の構成員の先生方からもお話ありましたけど、今後数値的なものを出すのは、難しいと思っております。

一方で気になるのは、いろんな病院の院長の先生方と話すような機会が私はあるんですが、やはりお

産が落ち込んでいるので数を増やしたい、そのために小児科医を増やして欲しい、そういった御提案もあるんですけども、もうこの右肩下がりの出生数の低下は誰も如何ともしがたいことであって、1番大事なことは、ハイリスクな妊婦さんと出生児のためにも、数が少ないがゆえに今後落ちてしまう医療提供サービスを下げないためにどうしたらよいかという体制づくりがより重要と思います。

それでまたこの委員会で策定することではありませんけど、医師の働き方の問題とかも出てきますので、そういう意味でも本当に受け入れる側の体制を6年前とはまた変えた形にこれからの時代に合わせていく必要があると思っております。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

小林先生。

小林構成員

はい、長野日赤の小児科の小林です。

やはり今後、生命を救うだけではなくて、どのような障害を残してしまったとか、そういう質の評価をしていって、その質をやっばり改善していくことが重要なんだと思います。

日赤のところも搬送数で出していただくと、かなり日赤は新生児搬送が多くて、実は難しいことなんですけど、もう少し小児科医が早く関われば良かったというような経験しますので、そういうところを改善する体制づくりを、指標を基にしながら、やってくることが大切だと思います。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

もうちょっと早く小児科医の介入があればということですね。

松岡構成員何かございますでしょうか。

松岡構成員

2点気になりましたので発言いたします。

1点目は、資料によりますと、長野県のお産場所が病院の割合が全国平均よりも多いようですが、これに関しては、何か理由があるのでしょうか？また、こども病院の母子センターへの新生児の救急搬送件数が急に減少していますが、これにも何か理由があるのでしょうか？

2点目は、後ほどお話がでるかも知れないのですが、今話題になっていた産後うつの問題に関連したことです。妊娠中から出産後、そして子育てと、全部をひっくるめた母子の支援が必要かつ重要であると理解しています。現在長野県内に2箇所、飯田市と安曇野市に母と子の訪問看護ステーションがあるそうです。周産期医療と小児医療の橋渡しを目的として厚生省から認可されています。先日安曇野市のステーションの方から説明をいただく機会がありました。赤ちゃんが生まれますと、1カ月健診は出産した施設で産科医あるいは小児科医が、その次は小児科医が、最初のワクチンを接種する生後2カ月に診察します。つまり、小児科医としてのファーストタッチはほぼ2カ月ということになります。このタイミングで初めてこども達のかかりつけ医ができるという流れが一般的かと思います。気になるのは、さきほどの産後うつの話にもありましたように、この産後あるいは生後1～2か月に、子育て不安が強くなるお母さんたちがいらっしゃるということです。このような母子に早期介入することが重要だと認識しています。しかし、保険診療で早期介入するには、かかりつけ医による訪問看護指示書が必要であり、介入して欲しい時期にはまだかかりつけ医が決まっていななど、利用するためのハードルがまだまだ高いようです。せっかくいい制度がありながら、それが十分に利用できないという状況のようです。ぜひ、これについてもスムーズな連携ができるようにご検討下さい。この制度や施設がもっと母子のために役に立つのではないかと思います。以上です。

鈴木座長

はい。今の御質問に御回答ありますか。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

松岡先生、ありがとうございます。出生場所が、長野県の場合、病院の割合が高いことの原因みたいなところでしたか、1つ目の御質問。

松岡構成員

ちょっと気になっていて、全国的にそのような傾向にあると思っていただけども、長野県がそういう特徴があるということだったので、その背景が何かの参考になると思い、質問しました。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

はい。正直事務局はあまりそこら辺を知らないんですけども、構成員の先生方の中で、ありますか。

鈴木座長

病院の出産数が多いということですよ。私が把握している1つの要因は、有床診療所で分娩をやっておられた先生方が、皆さん高齢化したり、分娩数が減り、採算性の問題で店じまいをされたりということで、必然的に病院での出産数が増えます。それがこの数字に至る1番要因とっております。

松岡構成員

そうすると、開業産婦人科医の高齢化がその大きな理由という理解でよろしいんですか。

鈴木座長

そうですね。高齢化という問題と、分娩数減少による採算性にも問題がございます。

松岡構成員

それは県内の都市部も同様ですか。

鈴木座長

そうですね。長野県内見ましても。

松岡構成員

すみません。長野県がより顕著だという。

鈴木座長

そうですね。長野県は特にはっきり出ています。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

もう1つは、令和元年の搬送の減少ということなんですけど、これコロナの影響とかもあるんでしょうか。

菊地先生、いかがですか。

菊地構成員

すみません。ちょっと大学の産科は搬送減っているという印象はあまりないので、多分小児、新生児

の搬送のことですかね。

松岡構成員

そうです。そのとおりこども病院の搬送数の差が少し気になったので、廣間先生に質問します。

鈴木座長

廣間先生。

廣間構成員

はい。質問ありがとうございます。新生児搬送数は確かに減っております。現在2台、新生児・小児救急搬送対応の救急車があるんですけども、1台で足りるようになってきている状況です。その理由のまず1つが少子化です。もう1つは先ほどお話ししたとおり、新生児搬送が減ったというよりは、早めに妊産婦ハイリスク、ミドルリスクの母体搬送が増えているというのが実感です。地域の周産期センターが診ることができる早産児の週数も大分上がってきておりまして、早めに切迫早産のときにも、こども病院、若しくは母体ハイリスクのときには信州大学に母体搬送しているというのが状況です。

もう1つ、つけ足しになりますけど、小林法元先生がおっしゃった小児科が早くファーストタッチできる環境を整えることじゃないか、そこが1番感じたところで、母体搬送できないなど、予期せぬことが起こり得るお産において、そこでのファーストタッチを早くするためには、やはり小児科医の数が大事で、24時間安心できるハイレベルな医療を届けるには、数が多くいて、いつでもどこでも緊急時には対応するという形をするには、ある程医療機関の度重点化をしないと、やはり少ない人数で医師が分散されていますと、そこで自分たちの施設内だけで精一杯、その小児救急対応や新生児だけでなく小児も診ていますので、新生児・小児の対応をしている中で、やはりなかなか対応ができない、そこは難しいところだと思います。特に長野日赤とかは、かなりいろんなお産施設から依頼がくると思うんですけども、そういう点でやはり重点化が必要だと思います。

新生児、繰り返しますと新生児搬送が減ったのは、妊婦の早めの搬送が増えたということプラス少子化です。以上です。

鈴木座長

松岡構成員、よろしいでしょうか。

松岡構成員

はい、わかりました。ありがとうございました。

鈴木座長

はい。それでは、鹿野構成員さん。

鹿野構成員

私たち開業助産師は、心配なことがあったときに、嘱託医療機関と連携が取れるところが非常にありがたく、それがなければ私たちはやっていられないと感じておりますので、これからも先生方にはよろしくお願ひしたいと思ひます。

5ページでは、出産場所の割合のところ、本当に僅かばかりではありますが、助産所での出産が令和3年で1.3%となっております。助産所を希望するお母さん方もいらっしゃるの、そのニーズにはこれからも応えていきたいと思ひます。

それから、先ほどから話題になっておりました訪問看護のことです。今回のカイイがもちろん助産所も介入しているんですけども、それに合わせて訪問看護ステーションということで、一般的には介護保険型になるんですけども、介護保険の認可が取らずに医療保険の認可を取り、母子に特化した医療保

険型の訪問看護ステーションが、昨年の10月に2件立ち上がりました。その中で、やはり助産所等も行っている産後ケア事業だと、自己負担額も大きく、またきめ細やかに医療と連携をしながらやっていくというところでは、産後ケア事業よりも訪問看護ステーションの方が、よりきめ細やかに、お母さん方の負担も少なくできると期待しながら、訪問看護ステーションを立ち上げた助産師が2人いるところ

です。
先ほどから先生方がおっしゃってくださったように、そういうきめ細やかなケアに手が入ればいいなというふうに思っていますし、また、メンタルヘルスの件で廣間先生もおっしゃっていた産後うつまではいかないけれど、いろんなことが気になるお母さん方に、私たち、医療機関の助産師も含め、開業している助産師も産後ケア事業等を使って、支援をできたらと思っているところです。

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

一通りの構成員の皆さんから御意見をいただいたんですが、先ほどお話出ましたけど、こういう計画を立てていくときに、どうしても基礎となる数字、データが出てくるんですが、実は本当のところを言うところの数字に表れない、その裏側が1番実は重要なんです。そのところは数値化できない部分があるので、そこをどう考えていくかというのは今回も大きな課題になると個人的にも思っております。

例えば、6ページに産科・産婦人科を標榜する医療施設、それから産婦人科を標榜している医者の数が載っていますが、例えばこの表7の産婦人科を標榜してる医師数の中には、多分私も入ってますよね。ということは、全く分娩を扱ってない医師がかなり入っているはずなんです。ですから、実はこの数字は、全国的な数字も含めて当てにならなくて、確か今年度の届出から分娩を扱っているかどうかという申請が出たんですよ。

私、厚労省の地域医療構想アドバイザーを務めている関係で、地域医療構想を進めていく上でも実はこういう数字が本当の真実を表してないということで、なかなか評価が難しいんですね。

それから、産婦人科の医療施設も多分実際に分娩扱っている施設は、現在は38より減っているはずでございます。ですから、全てデータでは推し量れないというか、表現できない部分がどうしても出てきてしまうことは、仕方がないんでしょうけど、そのところを何とかできるだけ現状を反映するような計画で持っていければなというふうには思います。

まだ御意見あるかと思うんですが、時間の関係もありますので、次に進めさせていただきます。

それでは、小児科医療についてです。資料4-2により事務局、よろしく申し上げます。

(4) 疾病・事業ごとの現状と課題について【小児医療】

(雨宮保健・疾病対策課課長補佐、資料4-2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

ただ今小児医療の分野についての現状・課題について御説明いただきましたけど、それでは、この小児関係の構成員から御意見を順番にいただきたいと思っております。

それでは、稲葉構成員。

稲葉構成員

はい。こども病院の稲葉です。よろしく申し上げます。

まず、全体に数値指標、死亡率等々低めに抑えられているという点、それから急病センターの設置、医療体制の構築というところは、県の御配慮や大学の人事等から本当に手厚くやっていただいていることに感謝したいと思います。ありがとうございます。

自分で感じたこととして、幾つか申し上げたいのは、5ページの(4)の療養・療育の支援体制というところにもございます点に重なるんですけども、さらに充実が必要であろうと考えられる点を3つ、4つほどちょっと挙げさせていただきたいと思います。

1点目の医療的ケア児、これは県に支援センターを設置していただいて、正にこれから体制がかなり急速に整えていただいているところですが、本当にそれ以上のスピードで患者さんの数も増えていると認識しています。人工呼吸器を必要とする非常に強い医療的ケアを必要とする方から、そこまでではないが軽い支援が必要な方、そういう方々への支援体制を急速に構築しなければいけないと考えています。それに当たり、様々な病院でも工夫されていると思いますが、多分小児でも訪問診療やオンライン診療を進めなければならないと思っていまして、在宅医療は別の部会であるということですが、小児の特殊性からしてできれば当ワーキンググループで揉んでいただきたいと思います。

それから、医ケア児の問題のもう1点は、移行期の成人期にどういう体制で医ケア児を支援していくか、その点も合わせて考えていく必要があるということと、あとは医療だけでは解決しない教育や福祉との連携もそこに関わるという点で、どんな数値目標が上げられるかは、わからないんですが、この点をしっかり議論していただきたいと思います。

2点目は、移行期、医ケア児以外のことも含めた慢性疾病の移行期支援の点、これも移行期医療支援センターがかなり幅広く啓発及び実践的な活動されているので、そこと連携しながら進めていけるといいます。

それに加えて、ここには書いてないんですが、小児科学会でもかなり重要視されているのが、心と体の医療の充実と思っています。どうしても慢性疾病を抱えている方、そして、医ケア児の方、医療が高度に提供されている方は、心の医療の必要性も多くなっているというのも実際ありますし、それから、発達障害が増えている点も、この心の医療の必要性があるんじゃないかと思っています。

やはり県のワーキングで、精神医療の協議会はありますけれども多分小児はそこには入ってこないと思われるので、ぜひこのワーキングでその点、そして、小児の場合、精神医療だけではなくて、やっぱり体がそこに関わってくるという点が、成人とは大きく違うんじゃないかと思うので、その心と体の医療を合わせたところが、これから重要ではないかなと思っています。その基礎になるのが先ほど周産期でも話題になった母子支援で、母子だけではなく父子支援も必要と思いますが、家族支援というところ、これが本当に悪い形で出るのが児童虐待だと思いますので、実際当院で扱う非常に重症の虐待件数というのでもかなり増えていますので、こちらのワーキングでも考えていただきたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

続いて、小林構成員、お願いします。

小林構成員

はい。長野赤十字病院小林です。

資料見させていただきましたが、やはり事故で亡くなられる方もかなり少ないということで、これは長野県がしっかり救急体制を整えていただいている、最終的に必ず受け入れるというような地域、小児医療センターがありますので、救急搬送される場合も困ることがない体制ができていないんじゃないかと思っていますので、そういうところで速やかにそういう病院に搬送いただいて、そういう結果が得られているのではと予想するところです。

ですが、そこが今後問題になってくるところで、働き方改革が医師の間でも言われていまして、今まで夜間の診療は、一応当直体制ということで、当直医で補っている病院が多かったんですが、この当直医はいることがメインで勤務をしてはいけない。勤務の場合はシフト勤務のような形に徹底するよう労基法で定められた通達があり、それが本年度には決着しなければならないとなっています。そうすると、

小児科医の夜の勤務は、我々の病院はとてもシフトではやれない、必ず何らかの勤務をしなければいけない状況なので、そうすると、現在医局員9人の体制ではぎりぎり、そうすると、昼間の体制をかなり弱くしないと成り立たないような状況にもなっていますので、やはり今後この医療、働き方改革によって、小児科医もより一層の集約化をしないといけないような状況になってくると、医師の面でもあると思います。

あともう1つは、やはり先ほどの話にもありましたが、入院の数はかなり減っているということで、やはり今まで専門病棟で小児維持できていたところが、もう既に混合病棟になりつつあるかと思っています。そうすると、やはりチーム医療ですので、看護師さん含めた小児の医療のスキルは混合病棟だとかなり低下せざるを得ない状況になるかと思っていますので、やはりそういう面でも入院患者さんの集約化も、今後必要になるかと思っていますので、やはり入院できる施設と外来型の施設を今後はっきり分けていただいて、入院施設に集約化していくことが小児の医療のレベルを維持することには重要ではないかと考えます。

あと、今後の医療としては、我々救急病院だと多いんですが、御家族、働いている方のサポートも非常に重要になるかと思っていますので、やはり共働きの方が多くて、なかなか休めない状況なんです。今の小児の7対1でいくと、ある程度活動性のある7人のお子さんを1人の看護師で見るのは無理です。なので、状況的には付添いをしていただくことになるんです。これは安全のためにどうしようもないということをお願いしてやっていたことなんです。やっぱり今後安全な入院ということを見ると、県というより国のレベルになるかと思うんですが、そういうところも考えた方がいいかと思っています。

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

今お話にもありましたが、働き方改革の影響は、これはもう全ての診療科に当てはまるんですが、特に1番心配しているのは、救急と名がつく部門が1番実は崩壊するリスクが高いことですね。ですから、小児科に限らず一般救急もそうなんですけども、結局宿日直許可が取れるかどうかは1つの運命の分かれ道なんです。ある程度の数を受けざるを得ない、例えば長野日赤さんなんかだと、なかなか取れないと思うんですね。

小林構成員

取れないですね。

鈴木座長

ですから、どうしてもその勤務態勢、つまり連続で働く時間の制限がかかると、翌日診療を休むわけにいかないとかで、日常診療にも影響出てくるので、その影響はちょっと大きいかなと思います。

続きまして、中沢構成員をお願いします。

中沢構成員

はい。信州大学の中沢です。

じゃあ、資料のことで、まず図1ですけれども、県の御努力によって#8000のここ数年認知度が高まりまして、数字上はほぼ横ばいに見えていますし、コロナもあってちょっとわかりづらいと思うんですけど、現場の二次救急されている先生方が#8000ずっと使ってなかった地域等が、これ入ってきてとてもよくなったとおっしゃられる。これはもうどんどん進めていくべきと思っています。

次に3ページの表7小児科を標榜している医療施設が減少している数字があるかと思っています。一方で4ページの表8になりますと、長野県で小児科医は、ほぼ横ばいで小児人口となっていますが人口1万人当たりの数では、医師数が増えており、ギャップがあるんですが、現状としましては、例えば私たち

の教室に入っている小児科医はほぼ横ばいなんですけど、実際に救急対応、当直とか救急のノウハウを受けられる医師はもう右肩下がりで、もうずっと下がってきておまして、この後下がり続けることになっていきますので、先ほど小林構成員からも話ありましたが、救急後入院で診れる病院はもうこれから減っていくし、減らさないと危険な状況になるかと思えます。なので見かけ上、長野県の小児科医は充足している面は確実にあって、レベルの内容にもよくなった点はあるんですけど、この救急という意味においては、もう右肩下がりで、これどうしようもないので、早急に対策が必要かと思えます。

あと、表9のセンターですけども、状況を把握しておりますが、非常にうまくいっているところもある一方で、確実に名前だけのセンターも、患者さんも来ないでもうちょっとやめることによる社会的な問題が出てしまうので減らしているところとか、信州大学に週2の派遣だと、週3お願いしますと、そう言っているところ複数箇所ありまして、私たちもマンパワー的にそれはもう限界で無理ですとお伝えしている上で、先ほどから何度かありますけども、働き方改革出てきますので、私たち信州大学の勤務医が、センターに週2回、3回と行っていることはもう現実不可能なので、この中のセンターの幾つかはもう休止せざるを得ないし、休止すべきところがあります。一方で非常にうまくいっている、例えば松本とかは、やっぱり現役の小児科の開業の先生方が多数いらっしゃる。そういうところは非常にうまくいっています。一方でもう内科の開業医をリタイアされたいという地域が結構ありまして、そういうところは今後立ち行かなくなるので、そこは出してほしいと頼まれますが、現実的に我々が出してここ維持するのではなくて、こういった先端を整理していく必要があるかなと思えますので、先ほどの周産期ではないですけど、体制ということは今後大事かと思えます。

最後にですけど、(4)5ページの療育のところ、療養・療育はいとこですけれども、ここに関しましては、非常に県の御努力、御支援があって、非常にレベルが高くなってきていますし、そこに関わる医師等の意識も高まってきていると思えますので、こういったところに数値目標ができれば、いい数字、逆に数年前までは数字がなかったようなところでどんどん右肩上がりで今後もよくなっていくんじゃないかと思うんで、こういった数字が具体的にはすぐには出ませんが、そういったところを数値化できたらいいと思っております。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

御指摘いただいた1点の4ページの表9のこのセンター方式による表ですね。私も第7次医療計画見たときに、1番気になったのは、私の足元である北信医療圏が空欄なんです。実はこの私、7次医療計画できた後から、中高医師会の会長の時に、これはまずいなということで、小児科の北信病院の医師と話し合いをしたんですが、なかなかうまく調整が取れなくて、ただ、現実的に、北信医療圏これ空欄になっておりますが、名誉のために申し上げますと、もう全面的に北信病院の小児科医がきっちりと診療しております。今回8次医療計画策定の中でここ空欄でいいのかということをお小児科の長、それから、病院長に検討のするよう宿題を出してあります。

中沢構成員

ちょっとコメントさせていただくと、私はもう重々承知して北信総合病院さんの小児科が全部受けてらっしゃるので、逆にセンターを必要としない。数字で見えないところが残念なところ。

鈴木座長

そうなんです。

中沢構成員

佐久医療圏も同じで結局休止して別にそこはレベルが低いわけじゃなくて、もう2カ所の病院が。

鈴木座長

病院さんが休止して。

中沢構成員

休止してということになりますね。一方センターが全然稼働してないところもあるので、そこはやはり整理して無理にセンター化というよりは。

鈴木座長

もっと言うと、センター方式によるという表現のこの表よりも、実際の小児、初期小児医療の体制がどうなるかわかるものにしたほうがいいんじゃないかと思います。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

はい。事務局からなんですが、前回の計画のときに、やっぱり小児救急体制、1次、2次、3次と作ったんですね。それとこの表9が合っていないというか、どこでも初期救急は1次と2次が兼ねている。だから、北信総合病院さんみたいに兼ねているところもありますし、体制ができていることは、私どもも承知しているので、次の計画のときは実情に合わせた書き方をしていきたいと思います。だから、この表9はよくなかったと、今現在はよくないと思います。

鈴木座長

はい。じゃあ検討課題で。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

検討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。

続きまして廣間先生、お願いします。

廣間構成員

はい。ありがとうございます。今、小林構成員、中沢構成員がおっしゃられたとおり、小児救急、小児科は基本的に新生児だけなのは少なく、やはり小児を兼ねているということで、周産期と小児の構成に関して一緒にやっていかなければならない。先ほどの医療圏の見直しの話も出てきたんですけども、少子化が進んで、やはり御家族の不安が増えている中で、やはり安心してかかれるところはすごく大事です。ただ、やはり周産期小児部門でのこの医療圏の振り分けが現実と合わなくなっている中で、しかも、そこを担う小児科の負担がすごく強くなっている。周産期でもやはり担わなきゃいけませんので、そうすると、ほかの医療での医療圏でもなるかもしれないですが、周産期小児の中で言うと、その医療圏を見直すのか、それとも、今おっしゃった現実的な初期治療もそうですし、二次、三次救急もそういう医療圏の連携を考えて重点化をするのか、ただし、いつでもきちんとかかれる体制をやっていかないといけないと思いました。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

小児の医療圏の話、すごく重要だと思っていて、実は現行計画の中では、小児医療・周産期医療ともに、東信は佐久・上小、南信は諏訪・上伊那・飯伊なんですが、中信地域に関しては、木曾と大北は、やはり松本圏域と連携する、そして、松本はその中信地区の中心となる医療圏という整理にはなっております。ですので、これをまたどうやって考えていくかというのは、1つの次期計画の大きな課題と事務局としても認識しております。

鈴木座長

はい。広く実は医療圏というものの考え方を問い直さないといけない。これは全国的にですね。地域医療構想で設定している長野県 10 医療圏ありますが、他県では二次医療圏を見直していく動きが出ておりまして、長野県は地理的な問題があるので、この 10 医療圏というのはある程度理にかなっている部分もありますので、個人的にはこれをいきなり崩すのはどうかと思うんですが、ただ、10 医療圏に捕らわれることなく、各々の診療分野ごとの医療圏というものを設定していかないと話が進まないと思っております。ですから、この小児・周産期分野に関しても、それなりの医療圏を想定して重点化を進めるようワーキンググループで詰めていきたいと考えております。

最後に松岡構成員、よろしくお願いします。

松岡構成員

松岡です。報告データに関しては特別意見はありません。私は現在松本市小児科・内科急病センターに出務していますが、急病センターは 2006 年に設立されました。約 16 年間経ち、当時 50 歳だった私も 66 歳になりましたが、いまだに若手と言われてます。つまり出務医の高齢化が大きな問題になっています。今後続的に急病センターをどのように運営よいかしたら心配しています。松本市急病センターは一見順調なようにみられがちですが、近くにある信州大学小児科とこども病院の人的サポートがおかげです。ぜひ今後ともよろしくお願いします。

もうひとつ#8000 関することですが、今お話した夜間センターにも患者家族からかなりの電話問い合わせがあります。普段の日常の診療業務ができないという状態もあると伺っています。これがいつからこのようになったかは定かではないのですが、もしかしたら外部委託が始まった頃からかもしれないと懸念しています。対応時間の延長や相談員の高齢化に伴う人手不足などがあり、外部委託になったのは致し方ないと思いますが、外部委託前に県内医師や相談員で連携した勉強会など懐かしく感じています。そこで、気になっているのが、#8000 の実績、内容を反映・報告するような機会、連絡会議が今も存在するのでしょうか。県の方でこれに関して情報をご存知でしたら教えてください。

雨宮課長補佐

はい。松岡先生、ありがとうございます。

#8000 については、毎月委託をしている業者さんから件数ですとか、内容ですとか、満足していただいたようだとか、何か怒っていたとか、そういった報告をいただいているところです。内容についての御質問でよろしかったでしょうか。

松岡構成員

どこかそれが、外部にわかるような形にはなっているのでしょうか。

雨宮課長補佐

そうですね。内容については、公表にはなっておりませんが、オープンになっているものは全体の件数程度かと思えます。

あと、小児科医会さんが毎年まとめられる冊子の中には、全国的に大体どういう傾向がある、どんな内容かというのは出ていたかなと思っています。

松岡構成員

ありがとうございます。

鈴木座長

はい、よろしいでしょうか。ありがとうございました。

小児科分野の構成員から御発言いただきましたが、産科部門の構成員から御意見、御質問等々あれば。

はい、松本構成員。

松本構成員

すみません。松本です。

いろんなお話出ましたけれども、最後5ページの療養・療育のその医療的ケア児のお子さんたちのことに関しまして、こども病院の先生方を始めいろいろな形で研修を組んでいただいて、それで訪問看護連絡協議会の中で、訪問看護師たちがかなり勉強会に参加しているはずなんです。ですので、これがもっと広まって地域の中でもやはり診られるような状況をつくるということを考えたこの次期の構成にさせていただけるとよろしいかなというふうに思いましたので、発言させていただきました。

それから、ちょっと疑問なんですけども、その虐待、小児虐待っていうのは、どこの保健医療計画の中で、その項目はあるんでしょうか。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

はい。西垣です。

基本的には小児虐待の部分は、これ保健医療計画なので入らないんですね。他に県民文化部で子育て関係の計画を作っているのがありまして、そこに成育基本法等も多少入ってくるんですけども、そちらが虐待対応のメインになってきます。ですので、そういった計画の中に、今日のお話で出てきたこと、これからのワーキングで出てきたことなどを入れ込む形になってくる可能性もございます。ちょっと今の段階でどうなるかは申し上げられないんですけども。その関係で先ほど稲葉先生から発達障害ですとか、そういったお話もありましたが、精神の分野に子供の発達障害も入れていくかどうかというのは、今後のまた調整になってくるかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

松本構成員

少し携わっていると、いろいろなところで1つ1つの事業がそこで完結してしまっていて、本来であればより幅広く医療の方たちの関わる必要があることかと思っていたので、述べさせていただきました。ありがとうございます。

鈴木座長

はい。他にどなたか御意見等ございますでしょうか。

はい。廣間先生。

廣間構成員

はい。これが適当かわかりませんが、5ページの療養・療育の支援体制という中で、訪問看護師が大事になってくるという中で、特定看護師や、ナースプラクティショナー、クリティカルケアとプライマリケアがありますけども、このプライマリケアとナースプラクティショナーとはかなり大事になってくるのではないかなと思っています。数が急に増えるかどうかわかりませんが、数として出しやすいかもしれないし、医師の働き方改革、タスクシフトという意味でもこれは1つの形になるかもしれないなというふうに感じました。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

他はよろしいでしょうか。鹿野構成員。

鹿野構成員

先ほどのその母子特化型訪問看護ステーションにいきますと、もしかしたら今母子特化型でやっている訪問看護ステーションがこの療育の医療的ケア児にまで対応ができないかもしれないんですけども、双子、多胎とか、あと少し低体重とかそういう赤ちゃんの場合には、どちらかという、小児科の先生方に御協力をいただいて指導いただくってというようなことになろうかと思っています。そういう意味でも1つ、その母子特化型訪問看護ステーションを1つこの医療の中に加えていただけたらありがたいなと思いました。以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

他にどなたかございますか。よろしいでしょうか。

時間も大分進んでまいりましたので、またこの辺のところは引き続き次回からも御議論いただきたい部分でございますので、次の議題に進めさせていただきます。

会議事項の5、ロジックモデルについて事務局から御説明をお願いします。

(5) ロジックモデルについて

(社本医療政策課課長補佐、資料5により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございました。

現行の第7次医療計画から、今回8次医療計画を立てるに当たっての変更点なんですけども、これロジックモデル、こういうの国の役員連中は好きなんですよね。結局我々何事もそうですけども、目標決めて、計画を立てて進めていく時というのは同じ発想しているはずなんで、ただそれをよりわかりやすくするための指標という御理解でよろしいんじゃないかと考えています。

いずれにしても、次回のワーキンググループまでに事務局から特にこの最終アウトカムというのは大切になりますので、その辺のところもたたき台を提示いただけるということですので、また次回からいわゆる本格的なディスカッションがスタートと考えております。

ただいまの県からの説明に関しまして何か御質問等ございますでしょうか。

よろしいですかね。

はい、ありがとうございます。

では、これで一応今日予定した議事は全て終了なんですけど、全てを通しまして何か最後に構成員の方、これだけは今日発言しときたいということありましたら。

はい。じゃあ本当に皆さんから活発な御意見いただきまして、ありがとうございました。

定刻になりましたので、議事はここで終了させていただきます。

では事務局に戻します。

西垣衛生技監兼保健・疾病対策課長

はい。鈴木先生、議事の御進行ありがとうございました。

今日のお話の中では、基本的には長野県の周産期医療・小児医療に関しては、非常にある程度安定して提供されている。特に搬送システムなんかは非常によく回っているんじゃないかというお話がありま

した。集約化もそれぞれに進んでいるんだけど、その集約化の先にあるものを考えていく時期に来ているんじゃないかというような御意見もありました。

ただ一方で、強化とか集約化というのは、各病院さんの経営でありますとか、あとは基礎自治体である市町村さんのニーズ、意向であるとか、そういったものにすごく影響されていく部分もありますので、この計画の中で何をどこまでかけるかということもまた委員の皆様にご相談をしながらになっていくかと思えます。

そして、医療圏の見直しというお話もありましたが、私どもで例えばいろんなセンターなんですけども、認知症のセンターですとか、そういったものも二次医療圏に1つずつ置きましょうと決められているものが結構ありまして、医療圏を見直すことで逆にセンターの数が減らされてしまうんじゃないかという恐れもあるんですね。なので、その辺りをどうバランスを取っていくかは、これから考えていかなければいけないかなと思っています。

また、計画に関しては、数字にならない部分、質の評価を今後どうしていくか、そのあたりもしっかり考えてまいりたいと思います。

いずれにいたしましても、今日に本当に濃い時間を過ごさせていただきました。本当にありがとうございました。

【閉 会】