

第2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6月6日(火) 午後6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(オンライン)、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)
- 4 議事録(要旨)

【会議事項】

(1) 国の医療計画作成指針等の概要について

鈴木座長

会議事項の(1) 国の医療計画作成指針等の概要について、事務局から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。ただ今説明のあった内容について、何か御質問ございますか。

ないようですので、それでは次に会議事項(2) 疾病・事業ごとのロジックモデルについて、本日のメインテーマでございます。まず事務局から説明をしてもらいまして、その後、皆さんから御意見をいただきたいと思っております。

それではまず小児医療についてから始めたいと思っております。では事務局、説明をお願いします。

(2) 疾病・事業ごとのロジックモデルについて

・小児医療

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2-1により説明)

鈴木座長

説明ありがとうございました。皆さんからそれぞれ御意見を伺うにあたり、なるべく簡潔、明瞭にお願いしたいと思います。

まず、第1番として、事務局が考えた目指す姿(最終アウトカム)「適切な小児医療により、小児やその家族が安心して暮らすことができる」について、どなたか御意見ございますでしょうか。はい、中沢構成員。

中沢構成員

信州大学の中沢でございます。非常に難しいところを細分化していただいて、非常に分かりやすくなっているかと思えます。

まず、最終的なアウトカムですが、特に下の2つとかは本当に斬新だと思うんですけど、ただ1つ、小児を持つ親の満足度とか、そういった表現がちょっと漠然としていて難しい、評価しがたいかなど。一方で、この地域で子育てをしたいとかそういったものは答えやすいかと思うんですけど、言うまでもなく親御さんが満足することはないわけで、医療に対するとか、何かその地域で受ける医療の体制に対するとかそういうちょっと具体的な内容でないと回答しづらいかなと。下の項目と同じぐらい具体的な言い回しがいいかと思うのと、あと親御さんもない方もいらっしゃるので、家族内などの言い回しのほうがいいかと思いました。

中間のアウトカムですが、相談・予防といった点が増えていくことが今後、重要かと思えます。

鈴木座長

今の御意見に対して、この小児を持つ親の満足度と、この地域で子育てをしたいと思う親の割合、これはアンケート調査か何かで、数字のデータを持ってらっしゃるんですか。事務局どうですか。

事務局

こちらは、毎年発表されています「健やか親子21」の指標から抜粋をしたものでございます。

鈴木座長

表現としては、この表現なんですか。

事務局

そうです。小児を持つ親の満足度と、この地域で子育てをしたいと思う親の割合ということで、この2項目を参照させていただきました。

鈴木座長

はい。今、中沢構成員から御意見があった、その親という表現が差しさわりのあるケースがあるという御指摘ですが、いかがでしょうか。

稲葉構成員

稲葉です。その点に関しては私も全く同感で、親のないお子さんがいらっしゃるということと、もう一点、中沢構成員がおっしゃったことに加えて、死亡率の2つは分かりますし、それから、下の2つの親・保護者に対するということなんですが、当事者である子供の満足度というか、子供がここで育って良かった的な文言があると、なおいいと感じました。

私からは、以上です。

鈴木座長

それを指標として、もし上げるとしたら、その辺も調査に出てくるんですか。

事務局

「健やか親子21」も含めまして、そういった評価が拾えるものがあるかどうか、研究をさせていただきたいと思えます。

鈴木座長

これ、指標ですから。

稲葉構成員

そうですね。

鈴木座長

稲葉先生のおっしゃりたいこと、すごく分かりますが、なかなかデジタル化、データ化が難しいかと思えます。

事務局

ありがとうございます。

鈴木座長

ほかには、よろしいでしょうか。それでは、次に中間アウトカムです。中間アウトカムをディスカッションするということは、その左の個別施策に絡めての話ということにどうしてもなってしまいますが、まず相談・予防の欄から、順番に追っていきたいと思います。

最初の相談・予防の部分についていかがでしょうか。何か御意見ありますか。はい、中沢構成員。

中沢構成員

例えば、#8000を知っている人の割合とかそういったものがいいと思います。夜間救急の利用件数は、多ければいいというものでもないかと。#8000がうまくいけばいくほど救急センターを使わないで済む人も増えるので、どのように示すのがいいか、即答はできませんが、いずれにしろ、ただ数で出すのは、小児の領域はいろいろと難しいところがあるかと思うので、何かの割合で出すとか、特にこれに関しては数が多ければいいというわけではないので、変更が必要かなとは思っています。

鈴木座長

緊急搬送の軽症率というデータは、どう捉えたらよろしいでしょうか。

事務局

これは、軽症率が。

鈴木座長

もう足していけばいいということですか。

事務局

そうです。

鈴木座長

高いほうがいいわけですよ。

事務局

軽症率が高いほうがいいということですよ。

鈴木座長
逆です。

事務局
軽症率は高くてはいけません、申し訳ありません。低いほうです。

鈴木座長
低い方がいいわけですよ。小児科救急の救急って、軽症率かなり高いですから。

事務局
それが下がるとか、そういった数値はいいと思います。

鈴木座長
そういうニュアンスで入ってくる分にはいいということですね。
ほかに、どなたか御意見ございますでしょうか。はい、稲葉構成員。

稲葉構成員
一点、3番目の不慮の事故による死亡率、これは外因死も含めた、もっと言うと虐待死も含めたものをある程度想定していると思うんです。それに関連して、これは非常に重要な指標だと思いますが、国が定めているチャイルドデスレビューが多分、長野県では進んでいないのではないかと感じています。全ての子供の死因を解明するという取組だと思いますが、チャイルドデスレビュー率を上げるというのが非常に重要じゃないかと考えていますので、指標としても上げやすいですし、その辺、御検討いただきたいと思います。以上です。

鈴木座長
今はそういうデータはないんですか。

稲葉構成員
今は取組の枠組みがまだできていないのではないかと思います、都道府県ごとに進んでいると思います。ただ医療だけでは解決できず、警察とか児相とかも含めたことが必要になります。でも、医療がやりましようと言わない限り進まないように私は感じていますので、指標としては上げることは可能だと思っていますが、現時点では数は出てきていないと思います。

鈴木座長
事務局、御意見ございますか。

宮島有果保健・疾病対策課長
保健・疾病対策課の宮島です。この指標、先生がおっしゃるように大事なところだと思いますが、現在しっかりした把握ができるかどうかを研究するとともに、この数としての見せ方だけではなくて、そういう仕組みとしてしっかり捉えられてレビューができるという体制がとれるかというところも指標としては重要かと思っておりますので、その両面で検討させていただくということではいかがでしょうか。

稲葉構成員
おっしゃるとおりです。ありがとうございます。

宮島有果保健・疾病対策課長

はい、ありがとうございます。

鈴木座長

では、指標を検討していくということで、大変大事な部分だと思います。

ほかにはよろしいですか。また後で、改めて御意見を伺うとしまして、次の一般小児医療の中間アウトカムとして4番、5番と上がっておりますが、この辺いかがでしょうか。

私が気になったのは、その横の個別施策のところ、一次救急、二次救急、三次救急の提供体制の維持という文言がここに来るのは、よく分からなかったのですが、皆さんは御理解されていますでしょうか。

それからもう一つ、事務局が上げてきた、周産期にも出てきますが、このクリティカルパスの件ですが、これは実際、小児科領域でこういうことは行われているのでしょうか。中沢構成員。

中沢構成員

私も御質問しようと思っていたんですが、これは意図としては、かかりつけ医、一次から二次、三次が、どこに流れるかというようなことをつくるということでよろしいですか。私がイメージしたのは、COVID-19のときの長野県体制、ここで指示すると、三次まで全部ありました。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

御質問ありがとうございます。両構成員の御指摘、私どもも悩みながらここに入れているんですが、実はこの計画、県民皆さんに示すということが大事なものですから、既に医療機関の中では、小児のこの医療体制、私もできていると思っているんですが、それを見える化して、住民の方たちに自分たちはこういうふうに二次、三次にかかれるんだということを、形をお示ししたいという意味で書かせていただいております。ですので、座長のおっしゃったこの提供体制の維持は、この5番にアウトカムをつくる前段階として書かせていただいたんですが、確かに、この一般と高度のどこにそれをつけていくかというところは、ぜひ御意見をいただきながら修正させていただければと思っております。お願いいたします。

中沢構成員

そのときにもう体制というものは、でき上がってるかと思う、ただ見える化できてないのでそれをクリティカルパスという形でつくることによって、数はいいところですけども、今日圏域のお話がありましたけれども、それにあたってはもう、本当に圏域をまたいだ形での体制ができているという方向に持っていくということでよろしいでしょうか。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

ありがとうございます。7次ときの、この一般小児医療というのが一般小児医療機関というふうに3つに区分した中の一番かかりつけのところの部分でして、圏域によっては、ここから高度医療機関への圏域をまたいだ提供体制というのが必要だと思っております。それも含めて、書かせていただきたいと思っております。

中沢構成員

ありがとうございます。

鈴木座長

結局、このクリティカルパスという文言に関しては、どう扱うべきでしょうか。

中沢構成員

ちょっと用語はこれで適切かどうか。

鈴木座長

今現在、行われてないんですね。

中沢構成員

ないです。

鈴木座長

今ないものをここに持ってくるというのは、いかななものかと私は思いますが、どうでしょうか。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

私どももこの言葉をどうしたものかというのは、ぜひ。

鈴木座長

言いたいことは分かるので、連携がうまくとれてるということ、何か数値化なりデータ化できるものがあるかどうかということですね。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

はい、イメージとしましてやはりCOVID-19のときに作成いたしました医療分野ごとの、この連携の図をイメージしていますが、それを何と名前をつけようかというところだと思っております。

小林構成員

長野日赤の小林です。今やってることとすれば紹介と逆紹介というので、数値化できるとすれば紹介率と逆紹介率が簡単ではあると思いますが、やっぱりクリティカルパスみたいなものができてくれば、より良いかと思しますので、こういう言葉は、もちろん新しいところを目指すという上では必要ではないかと思えます。

鈴木座長

中沢構成員、どうぞ。

中沢構成員

私も、小林構成員と同じ考えで、まず紹介率、逆紹介率が1つの、きちんとした数字が出せるところかと思えます。それと、クリティカルパスって新しい概念ですが、やはり見える化するにおいて、ほかに連携をするというのは、なかなか簡単ではないと思いますが、実際にはもう存在するものです。あとうまく流れていない地域も若干あるかもしれませんが、そういった意味ではこういった連携ができていくというものの数というのは、紹介率、逆紹介率でいいと思いました。

鈴木座長

とりあえず数字として今出せるのは紹介率、逆紹介率に限られてしまうのでしょうか。

中沢構成員

その場合、一次から三次までの連携というのともまたちょっと変わってきてしまうかなと思うので、やはりその連携は仲間との相談事がありますが、今まで数値化したことはないもので、やはり1つ、

こういったものでもいいのかとは思ったんですが。

鈴木座長

クリティカルパスって心不全とか、かなり広く普及してきていまして、周産期領域でもこの話が出てくると思いますが、実際、今現在、将来的にこういうものを導入するお考えはあるのかもしれませんが、今行っていないものをここに入れるのは、ちょっと難しくないですか。

要するに、このクリティカルパスは、今現在作成してないわけです。それを指標としてここに持ってくるのは無理があるのかと、個人的には思います。

宮島有果保健・疾病対策課長

私どももいろいろ悩んだ中で、もう一つの代案としては、圏域ごとに小児がその重症度に応じて、適切な医療機関へ紹介ができるような医療提供体制ができているというようなことが、一般の方たちに対してどのぐらい理解しやすい指標なのかというところを、ぜひ構成員の先生方から御指摘をいただきたいと思っています。クリティカルパスという言葉にこだわっているわけではないですが、どのようにこれを表現したらいいのかと。おそらく小児の先生方はもう既に、もうできていること、既存のもので、これをどうすればいいか。

鈴木座長

前回の会でも、中沢構成員がおっしゃっていましたが、小児医療に関してはかなりうまく連携が行われている現状ですから、それをどう示すのがいいのかということで、考えていただければと思います。小児科の先生方、お願いします。

次に高度小児医療の6番と7番の中間アウトカムについて、いかがでしょうか。

はい、稲葉構成員。

稲葉構成員

これは高度のところに入れるべきか一般のところに入れるべきかちょっと迷いましたが、付き添い者の療養環境というところを新たな視点として考えていて、冒頭の目指すべきところ、それから指標の親の満足度というところで、安心して医療にかかれるという指標はとても大事ですが、医療にかかっている最中に安心して療養環境を提供できる、それは子供にとっての安心というのは、親がつきたいときにつけるみたいなどころというのが、今、その付き添い問題が小児医療の現場で結構クローズアップされています。というところで、一般に入れるべきか高度に入れるべきかですが、やっぱり長期入院するのは高度医療のところと比較的多いので、例えばこのところに、親の療養環境というような指標で、実際の数値目標というところは、具体的なアイデアはないんですが、やっぱり現状、多くの病院は、親が付き添う、付き添ってもらわないと困るみたいなどころが多いと思います。ですので、その付き添い率や、付き添わなくてもいい率など何かそういう指標がうまく出せるといいかと感じました。

鈴木座長

今、稲葉構成員がおっしゃったこと、これ、私も何かのアンケートでつい最近見たんですが、小児医療の中で患者さん側からの不満として、親が付き添いを要求されるというか、その辺に対する不満というか困っているという声が非常に大きいというのがあります。特に親御さん皆さん、仕事されてる方も多いですし。

宮島有果保健・疾病対策課長

稲葉構成員の御指摘につきまして、もし、よろしければ、例えばこの付き添いについて、付き添い者にきちんと説明をしている病院数とか、そういったものもほかの分野のものでいきますと、例えば精神

などでは、きちんと説明をして療養を開始している病院数といったようなことも参考としてありますので、その辺も一緒に検討させていただいてもよろしいでしょうか。

稲葉構成員

そうですね。はい、ありがとうございます。

鈴木座長

今のこれを、中間アウトカムを入れるということですか。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

この次の療養・療育支援というところの大きなカテゴリーもありますが、どちらがよろしいでしょうか。やはり医療についての中間アウトカムといったことでよろしいでしょうか。

稲葉構成員

9番で良ければ9番でもよろしいかと思いますが、9番は子供の療養環境というようなイメージだったので、そこに入れてしまうと少しフォーカスがぼやけてしまうかと思ったので、発言したんですが、9でも問題はないかと思います。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

はい、廣間先生。

廣間構成員

長野こどもの廣間です。今の付き添いの件で少し意見なんですけど、あの付き添いの件、かなりいろいろ話題には出ていますが、付き添いをしたい御家族もいらっしゃいますし、仕事などで付き添いがなかなか難しい方もいらっしゃいます。ですので、もちろん説明するのは大事ですが、そういう付き添いをしているときの環境などのサポートも必要であるし、また付き添いがどうしてもできないときへのサポートも必要という両面があるかと思っています。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。はい、中沢構成員。

中沢構成員

先ほど稲葉構成員の件で、御発言が、療養・療育とかもちろん必要なんですけど、それから逆にいうと、家でのこととかそういったことになるかと思うんですけど、一般の診療の入院のところでは付き添いを求められて、親御さんがちょっと難しいとか、病院が困ってしまうことが現場ですごく多い。先ほど鈴木座長がおっしゃったのは、まさにそこの話だと思うので。

鈴木座長

そうです。

中沢構成員

一般小児医療にも必要なことかと思っています。

鈴木座長

だから、入院ケースの全部にかかってくるんです。その辺をちょっと今後の課題ということで、大事な部分だと思いますので。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

はい、ほかには、この高度小児医療のところの6と7、これだけでよろしいでしょうか。

はい、小林構成員。

小林構成員

小児救急で搬送受け入れ件数が多くなったらそれはいいのかというと、やっぱりそういうことではないと思います。なので、指標とするには意味がないと思うので、例えば受け入れまでの時間や、搬送受入率を入れるなど。この件数だけでは難しいと思います。

宮島有果保健・疾病対策課長

ありがとうございます。今回、この小児・周産期、私ども非常に悩んでいますのは、まさに御指摘いただいたところで、人口も減少し、いろんな状況から減ることが予想される指標に対して、減ることを良いと捉えるのか、良くないと捉えるのかというのは、とても難しいと思います。御指摘のように、医療がしっかりできていて、救急でなくて対応できていれば、この救急件数は減ることになりますから、むしろいい指標だと思っておりますので、その辺もぜひ先生方の御意見をお伺いできればと、これが妥当かどうかということも非常に悩んでおります。よろしくお願いします。

鈴木座長

はい、中沢構成員。

中沢構成員

私も、小林構成員と全く同じことを考えてまして、件数でいうとこれからの少子化で、それがいいのかということで問題はあると思いますが、おそらくイメージ的に都会でよくニュースになる断ったとか、受け入れの率が大事なんだと思います。長野県は最初、こども病院さんがあって、断る例がないので、そこが当たり前ようになってしまっているだけで多分、受け入れまでの時間とか、受け入れの率っていうのは本当は一番大事だと思います。

鈴木座長

ほかに、よろしいでしょうか。あと、素朴な意見として、最終的なアウトカムのことを考えたときに、搬送率なども大事ですが、要するにそれぞれの地域に小児地域医療センターが存在していて、最終的な砦としてこども病院や、信州大学など、そういう体制が築けているというニュアンスが、ロジックモデルの中からは何も読み取れませんが、そういう内容というのは入れなくてよろしいのでしょうか。

宮島有果保健・疾病対策課長

第7次ときには、この病院ごと、圏域ごとの、一般、それから地域高度医療というものの分類をお示ししております。今回はこのロジックモデルの説明の中の現状と課題、それから施策の展開にあたる部分で、この圏域ではこういう状況だと示した上で、圏域ごとの連携体制についてをロジックモデルに掲載するという形で。

鈴木座長

分かりました。国の指針としては、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化して明確に下さいという通達が国から来ているはずですが、そこのところはクリアに分かるような形でやっぱりつくらないといけないと思います。

宮島有果保健・疾病対策課長

はい、ありがとうございます。

鈴木座長

指標としては、6番の搬送受け入れ件数、困難事例の受け入れ件数ぐらいでしょうか。指標は難しいです。またこの辺も、なかなか結論までは持っていけないと思いますので、宿題というか、捉えたいと思います。

次の療養・療育支援という部分で、8番と9番の中間アウトカム、この辺のところいかがでしょうか。

鹿野構成員

長野県助産師会の鹿野です。こここのところに、乳幼児健診率、受診率というような形で書いてあって、この場合には健診が早期発見、早期療育に繋がるということを目指していると思いますが、助産師、保健師の立場でいきますと、乳幼児健診というのは、もちろん早期発見、早期治療もあるんですが、お母さん方のこれからの発育に対しての勉強の場でもあると思っています。そういう面も含めて、長野県の乳幼児健診の充実というのは本当に感じているところで、どこの市町村もやはり他県にはない健診がされていると思います。だから、乳児健診というものを、この場合は早期発見、早期療育というところに捉えていると思いますが、もう一つの捉え方もあるということも含めていただければというのと、ここでいう健診受診率だけではなくて、その受診をした中で、どのくらい、どのようなことが発見され、どのように繋がったかというところがあったほうが良いと思いました。

それから、あと9番のところのレスパイトケアとあるんですが、このレスパイトというのが何を目的としたレスパイトと考えているのかということと、その下の訪問診療、訪問看護に関する指標というのは何を入れているかと思っているのかということ、その3点です。お願いいたします。

鈴木座長

はい、事務局。

宮島有果保健・疾病対策課長

まず、乳幼児健診につきまして重要な御指摘ありがとうございます。どうしても私ども、指標として捉えられるものと考えて、ここも大分悩みました。長野県の乳幼児健診率、既に高いです。質の問題だということもありますが、市町村ごとにこの状況を調査して、数をとらえられるかというところは、難しい部分もございまして、ここにつきましては、このお母様方への相談支援というところ、それからそのフォローということをもう少し、研究させていただいて、どういった形がいいかを、またお示したいと思います。本当に大事なところだと思います。ありがとうございました。

それから、9番ですが、括弧書きに書いておりますのは、もう一つ意味がございまして、これ小児医療のロジックモデルなんですが、介護分野も同様にこういったものをつくっておりますし、あとほかの医療についてもこういった訪問診療、看護というところが大人の場合でも出てきまして、小児についての在宅療養にこの訪問診療、看護ということ載せること自体についても、この捉えられているか、あるいは、この指標としていいかという、そもそものところからお伺いをしたことがあります。日本全国的に言いますとやはり今後、小児の在宅医療というのは重要だと思っていたので、前回までにはないんですが、先生方に聞いてみたいと提案をしたところです。

それから、レスパイトについては、その在宅療養の中で、親御さんの御都合あるいは親御さんの健康を維持するといった意味も含めて、親子両方が安心して在宅療養ができるということで載せてみてはいかがかとは思っておりますが、これ自体も数ではないと思っておりますので、意図は、親御さんとお子さんが状況に応じては病院でしっかり受け入れをされているということを書きたいんですが、指標にした場合、どうしていいものか、ぜひ先生方から教えていただきたいと思っております。

以上です。

鈴木座長

はい、この指標ということになると、どうしても数字的なものを表現せざるを得ないので、ですから県が大変苦勞されているのもよく理解しますし、おっしゃりたいこともよく分かるんですが、それこそ委員の皆さんの知恵を拝借して、今日ここでいきなりでやったら難しいと思うので、まだ時間があるので、またこれも構成員の皆さんへの宿題とさせていただければと思いますが、よろしいでしょうか。

中沢構成員、どうぞ。

中沢構成員

一番に相談・要望のところで、#8000への相談件数とかそういったのがあったかと思えます。そういった意味では今、移行期医療センターとかが、ここ数年でできましたので、そこへの相談件数とかですと数としてはいいかと思いましたが、稲葉構成員にその意見を伺いたいです。

稲葉構成員

#8000についてでしょうか。

中沢構成員

#8000じゃなくて、移行期医療センターへの相談件数をカウントすることについて。

稲葉構成員

非常にいいと思えます。それに関連して移行期医療、今、中沢構成員がおっしゃった移行期医療に関しての項目が、このロジックモデルの中に全くなくて、移行期医療は小児医療では大事なので、別項目立てすることが必要だと考えるくらいで、中沢構成員がおっしゃったその相談件数、それから、もう一つ、各病院で移行期医療コーディネーターをこれから配置していくと思うので、その数というのは分かりやすく良い指標になると思えます。

中沢構成員

そうです。それで、ちょっとハードル上げてしまいますが、それで実際に地元の先生たちに移行できた、紹介した件数を、数としてはいいと思えます。

稲葉構成員

指標という点で幾つか御提案ですが医ケア児のこれも項目として出していたのは非常にありがたいと思えますが、具体的な指標としては、人工呼吸管理指示書だとか、それから訪問看護指示書だとか、そういう件数は分かりやすい指標で出ると思えますし、そういった病院がやっぱり拠点病院になっていくべきだと思っておりますので、それはいいと思えます。

それから、冒頭、知事のおっしゃった教育と医療という意味で、今、学校に人工呼吸器つけた子がいったときの学校医向けの指示書、主治医が出していますので、そういった件数も具体的な数として出てきやすいと思っております。

それから先ほど、宮島課長がおっしゃった医ケアのある子を受け入れる病院のその指標としてレスパ

イトの病床も大事ですが、もう一つはやっぱり、彼らが合併症を起こしたときに緊急入院を受け入れた件数というのも非常に重要で、地域の病院の件数をしっかりと出してもらうことで拠点病院が明確になるのではないかと感じています。

あと2つ申し上げさせてもらいます。8番の乳児健診率、これもとてもいいと思いますが、そこに、もし良ければ昨年から長野県とこども病院で始めさせてもらったオプションスクリーニング検査というのが、早期発見・早期療養の最たる検査だと思うので、今90%ですけれども、それが上がっていかないと、本当の意味でのスクリーニングにならないので、そういった数字は出しやすいと感じています。

それから、最後になりますけど、先ほど他科受診が必要な小児への支援について中間項目として記載するかという柳澤さんがおっしゃった、そのところで精神科受診というところもちょっとおっしゃって、やっぱり子どもの心の医療というのは非常に大事で、前回のとき申し上げましたが心の医療は別のワーキングが担うということで、多分、うちのメインテーマにはなり得ないと思うんですけれども、ただ、いわゆる医ケア児、それから長期療養されてるお子さんというのは必ず心のケアも必要になってくるので、やっぱりこのところで他科受診ができる、つまり小児医療、慢性疾患を持ってる子が、精神科に必要なときにかかれるというような指標も大事じゃないかと感じています。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。何か事務局ありますか、どうぞ。

宮島有果保健・疾病対策課長

御指摘ありがとうございます。最後の精神科の部分のワーキングの状況だけ御提供させていただきませんが、約12の疾患ごとにつくってありますが、その中では児童思春期というカテゴリー、それから摂食障害というものがございます。発達障害と児童思春期は国では一緒のカテゴリーですが、長野県はそれを分けて考えましょうということですが、精神の分野では主にその疾患ごとのロジックではなくて、提供体制ごとのロジックとしての切り口で考えてございますので、あまり詳しく記載はされないと思います。ぜひそのほかのいわゆる精神障害以外の方たちについての他科受診という意味で、小児で載せてはかがかと、私どもも思っております。ありがとうございました。

鈴木座長

ほかに、どなたか御意見ございますでしょうか。8、9のところは、よろしいですか。

最後の有事の小児医療ということで、10番です。この辺はいかがでしょうか。何か御意見ございますでしょうか。指標として県防災訓練実施回数とございますが。

稲葉構成員

もう一つ、できれば挙げていただきたいのが、子供の福祉避難所という観点で、あまりないと聞いています。福祉避難所はたくさんありますが、それは医ケア児の方が、そういったところに行っても、割と子供に特化してなくて入りづらいという話は時々聞くので、やっぱり小児の、しかも医ケアなり、いろんな医療を持ってる方々が、避難所というそういったところは大事なんじゃないかということで、小児神経学会も提言を出していますが、その辺も入れていただくと、分かりやすい指標にはなると思います。

宮島有果保健・疾病対策課長

ありがとうございます。福祉避難所、これも私ども非常に悩んでいます。現在、実は、子供に特化したものはございませんで、医ケア児の方たち、御苦労されているのと、あともう一つ、この医ケア児の把握をどうするか。どの地区に何人、どんな方がいらっしゃるかというものがあって、その福祉避難所が用意されると思いますが、その情報を誰がどの程度まで持っていて良いかという個人情報の問題も

含めまして、そこで今、難しい点もございます。

稲葉構成員

多分、県に配置されている医ケア児支援センターがかなり情報としては持っていて、この福祉避難所の方向性もある程度考えておられると思うので、障がい福者社課と協力いただくとそんなに難しいことはなく、達成できるのではないかと思いますので、御検討をお願いします。

宮島有果保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

現実的には、小児の福祉避難所と称するものは、現実的にはまだないんですね。

宮島有果健康福祉部保健・疾病対策課長

自治体が避難所を設置するので、なかなか難しいです。

鈴木座長

ちょっと横の個別施策の話になってしまいますが、災害時小児周産期リエゾンの要請がございますよね、これ、次の周産期部門にも同じ文言が出てきますが、これは現状として、任命者数とかあるのでしょうか。

菊地構成員

信州大学産婦人科の菊地です。私も災害時小児周産期リエゾンを持っていて、小児科もそれなりの数は、県は要請してくれています。ただ、ちょっと指標として、この2つでいいのかという、これでは何か、現在の、いわゆる大きな震災、地震が来るとか、この前の大雨で避難所ができたとかというときも、本来はリエゾンが動いて避難所の状況とかすぐに確認できるような体制がないといけないので。

鈴木座長

先生、ざっくり何名ぐらいいるのでしょうか。

菊地構成員

産科だけでも6、7人ぐらいいると思います。医者だけでなく助産師とかも入っていますので。

鈴木座長

逆に、6人か7人しかいないということですね。

菊地構成員

そうですね。まだ育成が始まって数年というところですので。

鈴木座長

今日の参考資料の4-1の14頁に、最後に国の提示した指標例がありますよね、そのところに指標として、災害時小児リエゾン任命者数というのを国は上げています。これも1つの指標になり得る数値かと、思ったので、申し上げました。

はい、廣間先生。

廣間構成員

災害時、私も小児周産期リエゾン持っていますが、これ災害時には、各地域に広くいないといけませんし、県庁もそうですが、地域もそうですし、今はまだやっぱり数を増やす時期、プラス先生のおっしゃるとおり、その連携をどういうふうに図っていくかということこれからやっていくとすると、やっぱりそのリエゾンになった人が集まって、そこで連絡会ではないですが、そういった有事のときにどういう形にするかということを開催していくということは大事かと思っておりますので、そういう形の指標にしていくというのはいいのではないかと思います。

鈴木座長

その連携の密度を上げていくということと、それからやっぱり先生、数も大切じゃないでしょうか。

廣間構成員

両方です。

鈴木座長

だから、これも1つの指標として使えると言ったら変ですけども、この項目に入れてもよろしいのではないかという気がします。

廣間構成員

さっきの地域連携のクリティカルパスとかもそうですが、その各病院でつくっているというよりは、県の中でそういうものが、あるとかないとかという程度のことでは、やっぱり指標としては弱いんですか。例えば、このリエゾンも連携体制の連絡網があるとか、協議会がある、地域医療もその紹介システムがある、ないという、それだけではやっぱり駄目ということなんですか。

宮島有果保健・疾病対策課長

現在、既存のものがない場合に、それを構築するという指標はあると思います。ただ、できるだけ国としては5年後までに、1年ごとのその経過が追えるような指標が望ましいというところが出てきてしまうと、どうしても数に走ってしまいますが、全てそれでなくてはいけないとは私も思っておりません。また検討させていただきます。

鈴木座長

ほかにどなたか、御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

小林構成員

どこに入れたらいいのか分からないんですが、今、共働きの方とか1人で育てられる方も多くて、なかなか1人で病気の子供を見るというのが、ちょっと難しい状況になっていると思うので、病児保育とか病後児保育というのが非常に重要になると思いますが、長野県はうまく利用できるような施設がないというところもあるので、やっぱりそこら辺の利用者数というのは今後改善していくべき点として重要だと思います。

鈴木座長

病児保育利用者数。

小林構成員

病児保育、病後児保育の利用者数。

鈴木座長

これは数字出せますか。結構、大変では。

小林構成員

施設自体少ないので、アンケートを取れば、すぐ出るかと。

宮島有果保健・疾病対策課長

病院、医療機関に附属しているものが多いかとは思いますが、そういったものは医療機関に問い合わせることで可能かもしれませんので、ここも調べさせていただきます。全体数というよりは、把握できる数が例えば増えていくとか、そういった指標ならば、全数把握でなければ可能かもしれないと考えておりますので、相談させてください。

鈴木座長

また検討していただくということで。まだ御意見があらうかと思いますが、一旦ここで小児医療に関しては、切らせていただきます。

続きまして今度、周産期医療のロジックモデルについて、事務局より説明をお願いいたします。

・周産期医療

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2-2により説明)

鈴木座長

はい、ありがとうございました。今度、周産期医療のロジックモデルでございます。先ほどの小児医療と同じように、「適切な周産期医療により妊産婦が安心・安全な妊娠・出産ができて」と、これが最終目標であるということで、それに関する指標として8つ並んでおりますが、これについて何か御意見ありますでしょうか。

菊地構成員

信州大学、菊地です。資料をいただいて、率とかで示せるデータとしてはこんな感じなのかとは思っていましたが、あと帝王切開術とかそういうのをもしも、それが多からいいのか少ないのがいいのかというのちょっと分からないんですが、そういうのは1つの県としての指標、傾向も出ているのは入れてもいいとは思いますが。

廣間構成員

長野こどもの廣間です。これは産科の先生にお聞きしたかったんですけども、先天性疾患等の死亡率という項目が本当に必要なかどうか、これは多分、予期せぬことによることで死亡ということだと思うんですけど、先天性疾患というのは、どうしても救命できないお子さんもいらっしゃいますし、もちろん救命しなきゃいけないお子さんもいらっしゃいますし、そこら辺のところはちょっとこの項目というのが、この新生児死亡に含まれるんじゃないかと思いますが、その予期せぬ死亡というのは、それはなかなか指標としては出しづらい部分はあるのかもしれないですけど。

鈴木座長

今の御意見ですが、私も全く同意見でございます。これは要らないんじゃないかと。誤解を招くだけで意味がないと思いますが、事務局いかがでしょう。何かこれをここに出してきた、特に理由があれば教えてください。

事務局

今回、死亡率ですとか満足度という点で、指標を幾つか拾わせていただいたところではありますが、いろんな切り口からの指標がありまして、今回、事務局としては幾つかこういうものが想定されますという案を上げさせていただきまして、この中からこれを全て指標として謳っていくというよりは、この中から幾つか方向性に合うものを選んでいくというような、そんなようなイメージでございます。

鈴木座長

分かりました。さして大きな根拠があって出したというわけではないということですね。そう言っただけならば結構です。では、これもカットですね。私もそのほうがいいと思います。

それで、やはり例によって、この下2つの満足している割合とか地域で子育てをしたいと思う親の割合というのはアンケート調査から拾ってくるという、そういうことですね。

はい、どうぞ、廣間構成員。

廣間構成員

例えばこの子育てのところに出産とかはなかなか拾えないんでしょうか。出産をしたい親の割合であるとか、なかなかそれは駄目ですか。菊地先生、いかがですか。

菊地構成員

見たいということですかね。難しいかもしれない。

鈴木座長

これは、なかなかちょっと拾うのは難しいです。本当は知りたいところですが。

廣間構成員

医療の問題だけじゃない部分もあったりするので難しいところはあると思います。あと適切か分かりませんが、分娩後1年の自殺とかですね、多分、周産期のメンタルヘルスの一番大きなアウトカムはそういうところで亡くなってる人はいないとかが実はすごく大事なんですけど、そういう医療データが取れるかどうか。

鈴木座長

どうでしょう、事務局。

事務局

指標としては今、追えていないものですので、そちらも研究させていただきます。

鈴木座長

じゃあ、宿題ということで。確かに大事なところではありますが、果たして拾えるかどうかなんですよね。ほかには。

鹿野構成員

今の自殺率とは東京都が確か出してたような気がするので、もし拾えるとありがたいと思います。

鈴木座長

これも事務局の検討課題としてお願いします。ほかにはこの最終アウトカムについてよろしいでしょうか。

塩沢構成員

信州大学の塩沢ですけど、自分がよく分かっていないのかもしれませんが、この最終アウトカムに死亡率とかそういうことだけ出ていますけど、それでいいんですかね。要するに適切な周産期医療のパラメーターとして周産期死亡率、新生児死亡率、死産数だけ出ていますけど、先天性疾患は僕も皆さんの意見と同じで要らないと思っていたんですけど、こういう死亡率というパラメーターで、安全・安心ということを書いていいのか。あるいは、安全・安心でしかも長野県で満足していると言っていいのかと思って聞いていたんですけど。

鈴木座長

構成員が考える、何かいい指標があったら教えてください。

塩沢構成員

いい指標、安全・安心ということだけで言えば、医療的に安全ということですから周産期死亡を外す必要はないと思うんですけど、例えば、この前も終わり際に言ったけど、長野県どんどんお産が減っているという段階で、ここの満足度ということにも関わってきますが、例えば分娩数が半分になった時点で、そんな状態で周産期死亡数とかあまり言っても意味がないような気がするし、出生率が前年を上回る事とか、そんなのパラメーターにならないんですかね。

ちょっと昔話をしますが、例えば昔、戦前に日本帝国が満州国つくりましたよね。満州国はあのリットン調査団に潰されて、国際的には批判されたけど、あそこはモンゴルとか中国とかいろんなところから人が集まってきて、どんどん人が増えて、ここは安全で住みやすいところだっているということで、住んでいる人にはすごく評判が良かったんですよ。だから、ちょっと関係ないかもしれませんが安全・安心ということが、この死亡率とかそういったものだけで評価していいんでしょうかというのが、私の基本的な疑問です。

鈴木座長

委員の指摘したいことは非常によく分かるんですが、要するに周産期死亡率が低いから安心だと直結できないという。

塩沢構成員

そういうことだったと思います。

鈴木座長

ただ逆に言うと、この指標があるから安心なんだという指標がなかなかないですよ。

塩沢構成員

この内容に反対してるわけじゃないですけど、これだけでいいのかというと、何かもう少し考えたほうがいいんじゃないかと。特に、この下から2番の出産について満足しているとか、あるいはしたいと思うというところは、もう少し数字になって出てきてもいいんじゃないかと思うんです。

鈴木座長

はい、廣間構成員。

廣間構成員

塩沢教授のおっしゃることはもっともなことで、医療の面と、長野県で、安心してお産、子育てしたいというのは両方あることで、上のほうはやっぱ医療としては大事で、やっぱ全国に比べてそうい

う死亡率が高いとか、そういうときにやっぱり、それは安全・安心には繋がらないので、ただそれだけじゃないんです。やっぱり両軸という意味では今、塩沢先生のおっしゃったとおり、そういう満足している者の割合とか子育てしたいという親のところ、そこら辺のところがもう少し膨らませることができないかという御意見だと思います。

鈴木座長

そのとおりです、だからここが一番肝です。ですが、具体的に、県が考えているのは、結局アンケートの結果なんですよ。ほかに何がありますか。

廣間構成員

なかなか検討難しいと思うので、おっしゃったことに対して、また検討してくださいということかどうかという意味です。

鈴木座長

何かいい案ありますか、先生。

廣間構成員

いや、それが私も。

鈴木座長

私も、この資料を出されて考えたんですが、なかなかないんですよ。

宮島有果保健・疾病対策課長

御指摘のとおりで、一時、私どもで、じゃあ県民の皆さんに対してアンケートを取ろうかなんていうことも考えたんです。そうしますと、この健やかにこだわらずに、とらわれずに、もう少し私たちの聞きたい項目を入れられるんですが、またそれが可能かどうかというのは私どもだけでは難しく、今日の委員の皆様方の御協力というか推奨があって、もし可能ならば、私としては今、独自のアンケートをつくって調査するかというぐらいしか案がございませんで、ぜひお知恵を貸してください。

鈴木座長

その独自のアンケートをつくって調査することは可能なんですか、県として。

宮島有果保健・疾病対策課長

例えば大学、県立こども病院さんとの共同の研究のような形ですとか、何か形を考えて。

鈴木座長

でも、全県的な意味での調査じゃないと意味がないんですけど、可能なんですか。

宮島有果保健・疾病対策課長

そうですね、母子保健推進センターがございまして、そこからの例えば調査というのは可能なんですけど、対象をどのようにするかというところで難しい部分が、全県のどの部分にどの数ぐらいの調査をするかですとか、それは全員調査するわけには。

鈴木座長

いきませんからね。

宮島有果保健・疾病対策課長

研究のその計画というところで、私どもだけではちょっと難しいかと思っている状況です。

鈴木座長

あと、ここの中で、さっき塩沢委員がちらっとおっしゃっていたんですけども、本当は、出生率とか、その辺の数字が出てきて、計画の中でこれが増えていったというふうにできれば理想的なんですけど、だから、そういう数字を入れるかどうかなんです。中間アウトカムになってしまいますが、中間とかも、2番のときに、この分娩数が入っていますよね。ここに分娩数が来ると、すごく違和感があるし、全く意味がないと思っています。例えば出生率や分娩数という数字、データを持ってくるなら、ここしかないのかと思っています。

塩沢構成員

単純に考えて、人がどんどん増えてるときとか多分いいところなんです。そういうのが、どこかあってもいいんじゃないかと。

鈴木座長

それが本当は肝ですよ、本当のね。

塩沢構成員

はい。だから、いろんなところから人が集まってきて、長野県は人が増えてますよというのが、やはりどこかにあった方が。どうしても皆さん、数字で表せといえば、出生数とか出生率とかそういったものからは離れられないと思いますけど、ぱっと思いつく指標というところ、そこら辺、さっきから考えていたんですが。入れちゃいけないんですか。

鈴木座長

だから私、入れてもいいのかなと、ちょっと個人的には思うんですが。

塩沢構成員

安全・安心で、いわゆる医療自体のクオリティの高さに集中しているので、それではもったいないという気がします。

鈴木座長

これも事務局も考えてみてください。国が分娩数の数字を出してきていることに大分、事務局がとらわれているんですけども、分娩数という文言を入れたいんなら、この辺ぐらいではないかと、私は思います。また検討してみてください。

では、先へ進めます。次に中間アウトカムということで、その前に、この正常分娩、地域周産期医療云々で大きく5つに分けてございますが、これ正常分娩、言葉から一般周産期医療ということになるんでしょうか、一般周産期医療施設を対象とした部分ですね。1、2、3と中間アウトカムがございます。何か御意見ございますでしょうか。はい、廣間構成員。

廣間構成員

この区分でちょっと気になるのが、中間アウトカムで3とか、正常分娩（リスクの低い）と書いてありますが、実は全ての分娩において必要、例えば妊娠・出産への不安に対する相談というのは、高度の医療のほうが、ますますニーズは増えるわけです。ちょっと気になったのが、この正常分娩はどういう意味なのか、この区分がちょっと気になりました。いかがでしょうか。

事務局

正常分娩につきましては、下の地域周産期医療ですとか、高度な総合周産期医療、これ以外のいわゆる一番多い、一般的などいいますか、正常分娩ということで表現をさせていただきますと、地域周産期医療につきましては地域の周産期母子医療センターですとか、総合周産期医療につきましてはこども病院ですとか、そういったところを想定させていただいて、区分を割り振らせていただきました。

第7次の医療計画のときの周産期医療の体制の状況というところがありまして、そちらとも、この区分を今、合わせた形で、置かせていただいております。

鈴木座長

結局、周産期医療に関する機能別医療圏ということで、正常分娩等を扱う機能として一般周産期医療機関と地域周産期連携業務、この2つを合わせて正常分娩を扱う機能ということです。多分、県は、一般周産期医療を扱う施設をイメージして、考えたと思うんです。ただ、正常分娩というのは終わってみないと本当は正常分娩か分からないわけですから、私はここの正常分娩という言葉にすごい産科医としては抵抗を感じます。

塩沢構成員

僕もこの正常分娩というのは終わってみてやっと分かることなんで、少なくともその低リスク分娩とか妊娠とか、そういうような形で、あまりリスクのなさそうな人は近くの開業医の先生にアクセスの良さで選んでもらうけど、何か事があつたらすぐ近くの大きな病院に行っていただきましょうということを行っていると思うんですが。ですよ、先生。

鈴木座長

そうです。だから、ここに正常分娩という言葉を持つてくることに非常に抵抗を感じるんです。先生もそうでしょう。

塩沢構成員

ここで、ただ正常分娩だけがうまくやってるといのは何か非常に違和感を感じます。

鈴木座長

だから、要は。

塩沢構成員

身近な地域で出産に向けて健康管理ができていくということをもし言うなら、施設までの受診時間ですよね。30分以内に行けるとか。

鈴木座長

ということなんです。今の個別施策の話になってしまいますが、この資料を見ると、さっきから言っているように、次の地域周産期医療ということは地域周産期母子医療センターの機能を想定しているんですよ、そういう分け方で書いているわけですよ、それはそれで理解できるんですけども、今回の医療計画の中で、今ちょうど塩沢構成員からアクセスの問題が出たんですが、国からは分娩取扱施設が存在しない医療圏をつくってはいけないみたいな形で通達していますよね。無産科周産期医療圏というんだんですけども、要するに分散化周産期医療圏は大北医療圏が相当しますよね。ですから、その辺のところを、最初に冒頭に述べたように、周産期医療圏という考え方で、要するに地域医療構想の10医療圏とは別に周産期医療圏という形で、そのアクセス、だから大北地域にお住まいの方も現実としては、実際に、今の体制で大きなトラブルとか問題、起こっていないんですよ。

塩沢構成員

僕は起こっていないと思います。

鈴木座長

僕も耳にしてないんで、だからうまく回ってるわけですよ。要は、だからそういうことがうまくいっているということのニュアンスが、本当はここに入ってきてほしいんです。それが即ち、安心・安全な出産という言葉にも繋がってくるんですよ。ところが、ちょっとその辺のニュアンスが見えないものですから。何か意見ありますか、はい、どうぞ。

宮島有果保健・疾病対策課長

ありがとうございます。私どもも同じことを悩みました。そもそものこの一番左の大きな分け方の切り口ですね、これは鈴木座長がおっしゃったように、医療機関のその区分で書いたんですが、この正常(リスクの低い)は、私も非常に抵抗があるのと、ここの中間アウトカムの、例えば不妊・不育症の相談件数は正常分娩だけではなくてハイリスクの方も十分あるので、どちらの切り口からいこうかというところを悩みました。

つまりこの体制や対応する内容についての切り口にした方がいいかというところも悩んだんですが一応、今回、小児と同じような医療機関ごとの分け方にしまして、そこから先生方の御意見を伺いたかったというところ、それから、この正常という意味は、医療機関の分け方だというのは、県民に分かりやすいように書いた方がいいというところ、あと中間アウトカムの1番身近な地域で、妊娠・出産に向けた健康管理ができていて、ここにおそらく産科のない圏域についても書き込みたいんですが、これをどこまで、書いていいものかというところは、今日ぜひお伺いしたかったところです。かなり圏域による差が大きいですので、県全体の指標としてどういうふうを書くのが一番妥当であるかというところを、ぜひ御意見いただきたいと思っています。

鈴木座長

私もすごく大事だと思います。

塩沢構成員

例えば、今、県の医療圏か、鈴木先生のおっしゃっている周産期医療圏か、医療圏の定義がはっきりしませんが、要するにある地域の中で効率的な分娩施設の役割分担が確立しているとか、多分、そういうような評価だと少し分かりやすいんじゃないかと思うんですよ。だから、この地域はこの病院があってリスクの低いのは、こういうところへ紹介をさせていただいてもいいし、ちょっと心配な人は大きなところという、多分、地域ごとの施設の役割分担というのが結構あると思うので、そういったものが何か分かりやすい表現になるといいので、だから地域における施設の役割分担がある程度確立している医療圏が8個のうち6個あるとか、どういう言い方がいいのか分かりませんが、そういう切り口のほうが、正常分娩何件と書くよりも分かりやすいんじゃないかと思います。

だから、後半のほうで周産期医療センターの話が出てきますので、そこと重複してしまうかもしれないんですけど、おっしゃりたいことは何なのか、やるべき施設がやるべきことをスムーズにやれているかという、そういうことのほうが近いような気がします。

鈴木座長

要するに、3段階構造というか、一般の分娩施設と地域周産期医療と総合周産期医療センターと、だから要は連携がスムーズにとれて非常にうまく現状回っていると、私は第1回の策定委員会でも委員の皆さんに申し上げたんです。だから、そこのところを、強調できるようなロジックモデルにできればそれでいいと思います。

だから、例えば、大北地域に関しても、出産場所はないですけど、妊婦健診は行われているわけで、何も出産だけじゃなくて、その前の妊婦健診とかそういうフォローしてるわけですから。

あとは、指標ということになると、さっきの小児医療もそうですけど、なかなか数字化しにくい部分がございますので、事務局とともにまた考えたいと思います。

菊地構成員

1番は、正常分娩ではなくて、ここは妊婦一般という名称にしたらいけないですか。多分、地域も、基幹施設じゃなくて、要するに、この人たちは周産期センター上まで全部繋がって、妊婦健診を受けている率も高くなければいけないし、何かあれば相談してもらわなければいけないという話になってくるので、一般があって、ハイリスクの状態としてこの2つの形にしたらいいと思うんです。

鈴木座長

そうです。だから、先ほど伺ったように、私もこの一般という言葉を使うのが一番いいと思います。一般周産期医療とか、そういう言葉でいいと思います。

では進めさせてもらいますが、あと院内助産の普及という言葉が出てきていまして、例えば院内助産を行っている施設数とかそういう指標は出さなくてもよろしいですか。

菊地構成員

私は入れたほうがいいんじゃないかなと思います。

鈴木座長

私もそう思います。

菊地構成員

特に、長野県はそれを広めようと思ってるいろいろやったこともありますので、ぜひそれは一般のところに入れておいていただければ。

鈴木座長

はい。それから、さっきの3番の指標に不妊・不育症の相談件数というのがございますが、この項目をここに持ってくるのはいかがですか。私、ちょっと抵抗を感じたんですが。

菊地構成員

これ、多分、相談窓口があって、県として不妊・不育と、あといわゆるプレコンセプションの話と、最近は出生前診断も相談窓口として受けているような感じになっていると思うので、それで県の方は書いたんだと思うんですけど、確かに不妊というのはちょっとこことは違うという感じがします。

鈴木座長

プレコンセプションケアという概念だったらいいと思います。ただ、県の行っている今の事業は、あくまで不妊を想定したプレコンセプションですよね。対象年齢も結婚した者だけ、だからもうちょっと広い本来のプレコンセプションケアなら何となく分かりますが、ただ、そうなってくると周産期医療とはまた違うような気がします。大事なところですけども。だから、これをここにあって入れる必要はあるのかと思います。

塩沢構成員

昔、こども病院の中村院長に怒られたんですけど、周産期の定義は妊娠 22 週から分娩の 7 日までだ

から、プレコンセプションは厳密なことを言うと周産期医療体制に入らないと怒られたことがあります。

鈴木座長

彼ならそう言うかもしれません。ですから、これ、なしにしませんか。これだけ唐突な気がするんですが。

菊地構成員

安心してお産ができるということを考えたときには、やっぱり妊娠、さっきの話に戻りますが、満足いく、安心できるというと結局、妊娠してからだけの話なのかという観点にもなってくるという気がします。鈴木座長が言うとおりの、長野県のプレコンセプションは意味合いが違っている部分があったりしますが、本来プレコンセプションの相談ができるのか、あと最近では出生前診断の相談体制があるのかというのは、1つの指標にはなると思います。

鈴木座長

出生前診断と不妊症とはまた次元が違いますよね。だからその辺は妊娠中の相談、そのケアということですよ。それなら分かるんですよ、私も。

塩沢構成員

排除する必要は全然ないと思いますが、その枠の一番収まりのいいところがあればいいと思って、さっきから言っているんですけどね、この正常分娩に近いところに唐突に出てくるものだから、みんな、おかしいと思って言っています。

鈴木座長

これもまた検討課題ということで。

宮島有果保健・疾病対策課長

そうすると、逆に地域総合。

鹿野構成員

今、そのプレコンセプションケアに関する相談は、長野県助産師会で受けています。不妊を前提としたプレコンセプションケアというところも要素としてはあるんですけども、それだけではなく高校生とか大学生、社会人の人たちに向けたこれからの妊娠・出産を考えるプレコンセプションケアの視点でも。なかなかその相談数は伸びてはいないんですけど、その視点も持って、今、相談にあたっています。

先ほどの満足した出産とローリスクの分娩というあたりのところでいきますと、全てローリスクのお産が満足かというわけではないですけど、助産師の働き方の中ではよりローリスクな分娩になるような、妊娠中からの関わりによって、最終結果としてローリスクであればより良いなと思いますし、ハイリスクであってもその方らしいお産ができればいいと思っていて、本当に、その満足した妊娠・出産しているところをどう捉えるかというのは非常に難しく、でもそここのところが一番関わっているのは助産師が少し、先生方の診療の上に私たちが関わっている部分というのはあって、なかなかこれを指標で表すというのは難しいと思っているのと、一番下に、助産師の相談に関する指標とあるので、こここのところをどう表していくかも1つ、大事な要素に思います。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。プレコンセプションケアというのは、日本はかなり遅れていまして、つい最近、医師会だよりの中でもプレコンセプションケアのこと、テレビ信州の番組で喋ったんですけど

ども、このことに力を入れていくというのは、1つの少子化対策に繋がると思っています。ですから大事なことではあるんですが、だからちょっとその辺も含めて、また事務局と検討を進めたいと思いますので、よろしくお願いします。

次に地域周産期医療と総合周産期医療の中間アウトカムのところですが、まとめてこういう形でプランを立てられていますが、まず分けなくていいのかというのが1つ。それと、例えばここに地域周産期医療センター、医療の最初の個別施策のところ、急変した妊産婦等の受け入れ態勢云々とありますが、次の総合周産期業務のところは新生児の受け入れと書いてありますが、例えば総合周産期医療こども病院さんへの搬送例は新生児レベルでの搬送だけでなく、母体搬送も結構増えているはずですが、だから、その辺のところも、クリアにして、立て直したほうがいいと思いますが、廣間構成員どうぞ。御意見お願いします。

廣間構成員

もちろん信大が産科救急という意味では絶対的ですし、こども病院は新生児の医療を中心にやっている、ただ新生児、妊産婦でも超早産児とかでこども病院に来ると意味で、一応、両方はやっていますけども、産科救急は基本的に信大です。

鈴木座長

あと、このNICUの乳児数とかいろいろありますが、その県内のNICUの病児数とか施設数とか、それから、もっと言うと地域周産期医療センターで診られなくてということで、こども病院に妊婦さんの段階で送るケースもありますし、いろいろありますよね。その辺の線引きは、ケースによって個々、違うとは思いますが、ほとんど多分、各病院の小児科の新生児管理能力にかかっていると思います。その辺は廣間先生、ある程度クリアになっているんでしょうか。だから、例えば早産児だと何週までとかということですか。

廣間構成員

そういう御質問ですと、産科の先生の御意見もいただきたいと思いますが、主に産科の先生の判断だと思うんです。すごくクリアにはなっております。

菊地構成員

廣間先生がおっしゃったとおり、基本的には各施設で、うちは大体32週以前は診られないとか、34週までしか診られないとかというのがあるので、そこはある程度決まっています。

鈴木座長

だから、その辺も、前回のときに黒澤構成員がおっしゃったんですが、あの伊那中央病院としては、小児科の管理能力から線が引かれているということで、実は、私の古巣の病院からも、小児科が診てくれないので、送っていますとか、そういうことも聞きますので、ある程度クリアな線引きはなされているということですね。

廣間構成員

非常にしっかりなされていると思いますので、産科の先生もそこで、要は周産期としての診られるか診られないかということとちゃんと小児に相談して、診られないときには早期に母体を信大、もしくはこども病院に依頼しているということで、前回でお話した緊急搬送が減っているのはなぜかというところで、やっぱり少子化だけでは分からないところあるんですけど、実は、長野県産科でのシステムがすごくできることによって、おっしゃるとおり早めに、しかるべきところに、妊婦の状態を受診をして、紹介しておりますので、そういう救急搬送数は減ってるってことで、非常にクリアになっています。

鈴木座長

生まれてからではなくて、そのもう一歩手前で対応できているということですね。

廣間構成員

そのとおりです。ですので、緊急搬送数というものを指標にするのではなくて、受け入れ困難事例の件数というもので指標を持っていくということが正しいと思っております。

鈴木座長

あと、その体制がうまくいっていて、地域でもある程度までは新生児の管理ができるというニュアンスを加えるという意味で、NICUの病室数とかは要らないでしょうか。

廣間構成員

NICUの病床数自体は、出生1万に対して25、30というのを目標に長野県もつくってききましたが、その病床数自体はしっかり目標達せまして、安全・安心というか高度な周産期医療を今は供給できる状態になっておりまして、逆に、今は助けられるお子さんを、在宅ケアとかそういう、帰っていくお子さんを、医療的ケア児も含めてどのようにサポートしていくかということに今、焦点が入ってきておりますので、NICU病床数自体は、逆に今後は減っていくものと思われま。

ただ、もちろん地域の周産期医療を保ちながら、逆に出生数も減ってきていますので、周産期のNICU病床数にこだわるのではなくて、その医療資源を医療的ケア児とか在宅ケアまたは子育て支援にどのように支援していくかの役割が周産期センターの中でも大事になってきております。逆に、今は出生数減ってきておりますし、NICU病床数は減ってきて当然だと思っております。

鈴木座長

分かりました。それは必要ないという御意見で。

廣間構成員

はい。

鈴木座長

ここの地域周産期医療と総合周産期医療とひとまとめに中間アウトカムに記載されていますが、これに関してはこれでよろしいでしょうか。

はい、廣間構成員。

廣間構成員

基本的には地域周産期、総合周産期を分ける必要はなくて、アウトカムも同じですので、私はよろしいかなと思っております。

鈴木座長

最終的に6番ですね、先ほど小児医療でも問題になっていたクリティカルパスという文言、この辺のところはいかがでしょう。

菊地構成員、どうぞ。

菊地構成員

これを見える化するものをつくるかどうかだと思います。これをクリティカルパスという表現が適正なのかもよく分からないのと、どうしてもクリティカルパスは、行って帰ってというところがあったり

するので、産科レベルの話であんまり急性期が終わったから慢性医療に移行することは、通常あまりないことが、お産として終わってしまうことが多いので。

鈴木座長

だから、ちょっとパスとは違うんですよ。

菊地構成員

そうですね、違う感じになってくるので。だから、体制がある、ないということが、毎年、再検討が行われているとかというだけでいいという気がします。

塩沢構成員

確かにクリティカルパスってちょっとイメージが違って、患者さんが入院してきて、それで一番スムーズに、コストも安く、一番ぱっぱと帰って行ってぐるぐる病院が回転するというようなコンセプトでつくられたものですから、連携はうまくいっているかはクリティカルパスにというのは、ちょっと方向性が違うような気がします。もう少し何とかシンプルな、例えばある施設には、自分のところで急に妊婦さんが具合悪くなったらちゃんと紹介する病院がある程度決まっている施設の割合とか、あるいは、例えば信州大学は何例引き受けたとか、またさっきおっしゃった逆紹介もまた、お戻ししたとかですね、そういうような数をコツコツ書いているのがいいんじゃないかと思うんですけどね。

鈴木座長

はい、廣間構成員。

廣間構成員

塩沢先生のおっしゃるとおりで、例えばやはり一番多いのが、いざとなったときに紹介してもらえ、でも、やっぱり地域にきちんと情報が入って地域に普段診てもらえ、でも困ったときにはまたちゃんと相談するという、私たちが一番望んでいるという意味で言いますと、やはり紹介とまた逆紹介とかそういう形の数なのか、そういう形できちんと連携がとれていることを示すことがやっぱり安心です。普段は地域で診ながら、困ったときには紹介していただけることが大事なので、クリティカルパスよりは、そういうことをしっかりやっていると示す数でいいと思います。

鈴木座長

そのとおりです。さっきの小児医療と全く同じことで。だから、周産期部門は少なくとも非常にうまく回っていると思います。そこを強調したいですね。ただ適切な文言が、浮かんでこず、委員の皆様もまたお考えいただいて、お知恵を拝借したいなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

次の療養・療育支援の部分ですけども、7番と8番の中間アウトカムに関してはいかがでしょうか。何かご意見ございますでしょうか。はい、廣間構成員。

廣間構成員

まず、7番からですけども聴覚スクリーニング、非常に大事で、長野県も信州大学を中心にかかえていらっしやいます。ここに、タンデムマス・スクリーニングとか、オプションスクリーニング等が入っていないのはどうなのかなと思いましたが、いかがでしょうか。

鈴木座長

事務局。

宮島有果保健・疾病対策課長

この辺の何を指標にするかというところで、実際にはタンデムマスの実施率が非常にもう高い状況にあるので、それを維持するという形で書くかどうかというところを、私どもも悩みましたが、これをやはり重要な指標として書いておいた方がよろしいですか。

廣間構成員

高いから書かないではなくて、やっぱり誇るべきことがあるということと、数字にとられるのではなくて、5年後の医療でどういうものを目指すかというときに、今高いものが下がったら困りますし、やっぱり聴覚スクリーニングもタンデムマスも、できればオプションも、やっぱり本当はやってもらいたい。それが大事なので、そういうものはぜひ誇るべき姿として書いていただきたいと思います。

宮島有果保健・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

大変いい御意見ですので、ぜひ加えてください。ほかにどなたか。

鹿野構成員

今のところには、赤ちゃんのことが主に書いてあるかと思いますが、その中に妊産婦さんのことが書いてあって、妊産婦さんということになりますと、このところでは精神的な支援とかいろいろな要素を持つ、この妊産婦退院後の生活についてというところで、これはハイリスクの赤ちゃんについてのお母さんの支援が書かれているかと思うんですが、ちょっと一番上に戻って申し訳ないんですけども一番上のところに妊産婦のメンタルヘルスというようなことが書かれていて、メンタルヘルスだけではない妊産婦さんのいろいろな、やはり育児に向かっていく環境とか精神とか、そういうところがこの一番上のところに指標として表すのにどうしたらいいかと思うんですけども、やはりこのメンタルヘルスというところを入れてほしいと思っております。

鈴木座長

いかがでしょう。療養・療育支援というのは、どちらかとしたら、医療児をイメージした療養ということで書いてあるんですね。で、精神的なほうは、最初の第1項の妊産婦。

鹿野構成員

そうです、1項のほうへ入れていただけると分けした整理ができていくと思えました。

宮島有果保健・疾病対策課長

ありがとうございます。メンタルヘルスについては個別施策のアウトプットに項目を入れているんですが、ここを、これはただ一般周産期医療だけではないというのもありまして、先ほどから何回も言って申し訳ないんですが、全部に通じるものを別に立てた方がいいのものなのか、その辺は、私ども、もう一度整理をしたいと思っております。ありがとうございます。

鈴木座長

そこら辺、難しいところだね。

菊地構成員

入院を行っている施設の数とかも、実際、利用者がどれぐらいいるかというのが1つの指標になると

思いました。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。ほかにどなたか。はい、廣間構成員。

廣間構成員

8番で、ぜひこれ、意見を少し言おうと思ったんですけども、5年後の長野県の医療を目指すときに、いろいろなシーンの中で医療ケア児とか、療育であるというところで、もう少し踏み込んでほしいと思うので、これがどこまで中間成果に入れられるかは、また考えていただきたいんですけども、ぜひそういう指針に今言ったとおり地域周産期センターの役割が少し変わってきている中で、やっぱり療育、帰っていったお子さんたちの支援、切れ目のない支援ということで妊娠・出産、また育児の支援をしていく中で、やはりこの指標のところ、ぜひ入れていただきたいんですけども、やはりそういう地域周産期の役割が、療育にしていく重点型に、そういうものをつくっていく、その中で必要なかどうか、本当は入れていただきたいんですけども、新生児専門医数がある地域周産期であるとか、それから在宅支援病床という地域療養支援施設運営事業を活用して、それを在宅支援にしている地域周産期センターというものをやはりつくっていきたい。そこには、病床数、それから小児リハであるとか、さっき言った退院在宅支援の件数であるとか、あと療育機関との連携というものが、やっぱり必要になってくる。そこら辺のところ、8番にはやっぱり見えてきていない部分で、ぜひ、そういう今後の5年後に見るときに、そういう在宅の医療を支援する地域周産期センター、これは地域小児医療に繋がってくるんですけども、そこで指標が今言った専門医数、在宅支援病床数、小児リハ、退院支援や在宅支援、あとは療育との連携、リハすごく大事です。リハ中で教育との連携というところで、そういう療育支援機関との連携が大事になってくるので、そこをぜひ、できるだけ中間成果には入れて、指針にはそういう形を入れていただきたいというのが、強いお願いです。

以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。今回の肝はこの領域だと思います。前回の1回目のワーキングのとき、皆さんの御意見について、本当に私も目からウロコだったんですけども、結局、母子に対して切れ目のない支援をどう確立していくかということが、今度の8次計画の肝じゃないかと思うところです。はい、中沢構成員。

中沢構成員

国からの集約化、重点化ということがあって、どこがその指標になるかは私たちから見ると、なかなか見えづらいと思うんですね。今、廣間委員のおっしゃったような専門医であったりとかそういった視点にすることが集約化で、決して狭めるという意味じゃなくて、機能を集約したりとか充填するという意味で集約化、重点化を言わなければならないというところは、大事なところ、大事だと思いました。

鈴木座長

はい。結局、集約化することでその施設の機能が上がるんですよね、間違いなく。ですから、そういう意味の集約化という意味で、これでいいと思います。

廣間構成員、どうぞ。

廣間構成員

そのとおりで、決して地域の周産期が安心してできなくなるということではないということでの、だからこそ集約というよりは重点化が強調されていると思うんですけども、そこをぜひ、ここに載せてい

ただきたいです。

鈴木座長

本当に大事なところだと思うので、また検討お願いします。ありがとうございます。

最後の有事の際の周産期です。小児医療でも言いましたが、リエゾンの任命数云々もあってもいいというのを、同じ意見を言わせていただきます、重なりますけども。

ほかに。はい、廣間構成員。

廣間構成員

1番というか区分の通常分娩のところですけども、助産師相談に関する指標等で、ここでちょっと飛んだ部分があるかもしれませんが、数字だけを目標にするよりは、何を指すかで塩沢先生もおっしゃったとおり、切れ目のない妊娠・出産、育児までが周産期ですよね。そうすると、やっぱりこの3番の指標というのは、結構いいです。妊産婦訪問や、助産師相談に関する指標ということで、前、お話があった助産師訪問、また保健師の新生児訪問など、そこら辺のところをもっと積極的にして、妊娠中から関わって、出産に関わった助産師さんがやっぱり訪問することは家族支援にもなりますし、もちろん保健師さんによるものもありますし、そこら辺のところはぜひ、入れることが大事。そういう大きな目的の中でのそういうものを入れていってもらいたいと思いました。

以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。ほかにどなたか、御意見ございますでしょうか。

まだ、御意見あるかと思いますが、今日これ以上、詰めるのは難しいかと思います。今日、皆さんからいただいた御意見を事務局は参考にして、もう一回プランを練り直していただいて、それで次回の会議を迎えるのではなくて、それを構成員の皆さんに情報提供していただいて、それぞれの構成員さんはそこで、少しゆっくりと時間をかけて検討いただいて、先ほど来、皆さんにも考えてくださいと私、お願いした項目幾つかあるので、何かいい知恵が浮かんだら、事務局の方へまた返していただいて、最終的にプランを練ったところで3回目のワーキンググループを開くと、そういう形にしたいと思います。次回のワーキンググループまでに時間は取れると思うので、ぜひそういう形にして詰めていければと思います。

よろしいでしょうか、事務局。お願いしたいと思います。

宮島有果保健・疾病対策課長

まず、このプランのたたき台をもう一度つくるにあたって、申し訳ないんですが個別に構成員の皆様方に御相談をお願いしてもよろしいでしょうか。

鈴木座長

構成員の皆さん、よろしいですね。そういう形で連絡を密にして、この会議の場だけじゃなくて、そういう形で詰めていければ、きっともうちょっといいプランに練れていくんじゃないかと思いますので、構成員の皆さんもよろしくお願いしたいと思います。

鹿野構成員

先ほどのメンタルヘルスのところでも少し言いましたが、メンタルヘルスの、県としての連携体制の構築もまた含めて考えつつ、指標に何をどう表していくかというところを考えていただければと思っています。

以上です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。また、その辺のところも直に御相談させていただきながら、詰めていければと思いますので。

ほかにどなたか、何でもいいです、御意見あれば。

小林構成員

この資料というのは、ほかのいろいろな方の意見を求めてもいいんでしょうか。見せてもいいものですか、それともかなり極秘資料ということでしょうか。例えば、同僚の先生とか患者さんとかに御意見を求めるというのは。

事務局

資料自体公開をするものですので、問題ございません。ぜひお願いできればと思います。

鈴木座長

各委員の責任のもとで、知恵も集めるだけ集めたいので、よろしいんじゃないでしょうか。

ほかに、よろしいですか。これでこちらのロジックモデルの検討については終了とさせていただきます。

これで本日の予定した議題は終了させていただきます。事務局にお返しします。

【閉 会】