

第4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10月24日(火) 午後5時～
- 2 場 所 長野県庁西庁舎2階 202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、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)、松本清美構成員
- 4 議事録(要旨)

【会議事項】

(1) グランドデザイン(案)について

鈴木座長

それでは私、鈴木が座長を務めさせていただきます。

今回、最終回のワーキング会議の予定でございます。よろしくお願いいたします。

最初に会議事項1「本県の医療提供体制の目指すべき方向性「グランドデザイン(案)」について」、事務局より説明をお願いいたします。

(久保田医療政策課長、資料1により説明)

鈴木座長

ありがとうございました。ただいまの説明について何か御質問・御意見等ございますか。

これは医療計画の策定、それから、今言われた地域医療構想との絡みでのプランニングということでございます。

一つ着目しておいてほしいのが、10ページの「関係者の果たすべき役割の明確化」の長野県のトップに「リーダーシップの発揮」とあります。いよいよ、県もより主導的に医療体制の構築に向けて頑張っていくという、これは大きな意思表示で、私としては大変大きく評価しているところであります。

それでは次に移らせていただきます。

(2) 分野別計画素案について

① 周産期医療

鈴木座長

それでは、会議事項2「分野別の計画素案の検討について」ですが、前回と同様、今回も周産期医療分野から始めたいと思います。それでは事務局、説明をお願いいたします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料2により説明)

鈴木座長

ありがとうございました。まず、資料2-1「ロジックモデル」ですが、今回指標としてカットしたものが黄色く塗られております。それから追加した指標が赤文字で記載されておりますが、この辺りで御意見等ございますか。

菊池構成員

いい修正がされていると思います。助産院での健診数が、地域で健診ができるかということにつながるかという部分は分かりませんが、そういうことを含めて多面的に受診ができるという指標としてはいいのではないかと思います。

今さらですが、未受診妊婦の数は、一般の方がみんな健診を受けているということは、結局未受診の妊婦さんがいないということの指標かと思ったこともありましたが、ちゃんとみんなが受けていることになるということでよいでしょうか。

あと妊婦健診の健は健康診査ですので、健やかという字です。

鈴木座長

ありがとうございました。未受診妊婦の件は事務局、どうでしょう。

宮島保健・疾病対策課長

御指摘ありがとうございました。

未受診についてはこの場で確認ができないのですが、指標としてとれるか、また経時的な数字の指標、目標値がとれるかどうか、もう一度検討させていただきまして後ほどお返しさせていただきたいと思います。

菊池構成員

定義自体が難しいということもあると思いますが、そういうものも一つありかなと思いましたので、意見として言わせてもらいました。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございました。

鈴木座長

検討してみてください。未受診というのは、ゼロをもって未受診とするかどうかは難しいと思います。

菊池構成員

病院としては、全く受診していなくて出産に来たというぐらいの定義でいいのではないかと思います。

鈴木座長

そうすると指標として数値を出せますか。

宮島保健・疾病対策課長

恐らく出産した後の妊婦健診の経過を確認するという指標になってくると思います。

菊池構成員

分かりませんが、要するに、妊娠届と出生届を同時に持っていく人がどれぐらいいるかという数だと思います。調べれば分かるのではないですか。

鈴木座長

事務局は調べてみてください。

続いて、個別施策の7「こども病院の新生児のドクターカーの出動件数」、この件に関しては廣間先生いかがですか。

廣間構成員

先ほど、増えるといいのか、減るのがいいのか、という話でありましたけれども、そもそも出生数が減っているのです、減るのが一番いいです。ですので、受入困難事例の件数という中間成果が入っていることからすると、その数字を出す目的はあまりないのではないかとこのことがあります。指標がたくさんあればいいということではないとするならば、これは要らないのではないのかと思いました。

鈴木座長

ありがとうございます。塩沢先生、どうぞ。

塩沢構成員

この資料2-1の目指す姿（分野アウトカム）というところのオレンジ色の項目のところですが、このアウトカムの一番下から2つ「妊娠・出産について満足している者の割合」と「子育てをしたいと思う親の割合」は、これは計算できますか。

鈴木座長

事務局、お願いします。

柳澤保健・疾病対策課主査

それぞれ健やか親子21の調査から、都道府県別で毎年アンケート形式になりますけれども調査をしているものがございます。今回、資料2-2でも現状の数値を入れさせていただきましたが、一応隔年で、県別で把握しているところでございます。

塩沢構成員

では、例えば信州大学で何百人生まれて、それでアンケートを取ったとか、そういうことではないということでしょうか。

柳澤保健・疾病対策課主査

そうですね。

塩沢構成員

分かりました、ありがとうございます。

鈴木座長

よろしいでしょうか。では、小林構成員。

小林構成員

6「新生児搬送受入医療機関数」ですが、これだと、どのレベルの方を受け入れているのか、なかなか把握が難しいところだと思います。各施設によって、34週以上だけなど制限があると思うので、こういう場合だと緊急事態に対応できるもので仮死の人を受け入れるとか、どういう聞き方をされているの

かで大分変わってくるのかと思いますが。

鈴木座長
事務局。

柳澤保健・疾病対策課主査

この新生児搬送受入医療機関数ですけれども、国から示されているデータベースの指標からの引用となります。厚生労働省でまとめていて、NDBデータのところに指標として挙げられているものの中で、今回、一番近いものを引用してきた形になります。

鈴木座長

小林先生のおっしゃりたいのは、搬送する新生児にもいろいろレベルがあり、その辺りが明確でないということですね。

小林構成員

そうですね、重いものをきちんと受け入れられる体制かどうか。

鈴木座長

多分これはある程度アバウトな数字で出していると思われま。それを厳密にやると数字を出せなくなってしまうと思います。

宮島保健・疾病対策課長

これは医療機関が手を挙げたところの数になりますので、もしこれをもう少し、小林構成員がおっしゃるような統一した基準を設けるとなると、改めて調査する形にはなります。あまりレベルを上げてしまいますと圏域ごとの連携というところで難しくなる部分もあれば、あまり低くしますと多くなるというところで難しい部分ですが、御意見をいただければありがたいです。

小林構成員

確かに難しいところで、やはり一番困るのは、どこにも行き場のない緊急性のある人を受けられる病院が、各圏域に整っているかどうかというところなので、そこを目的とすると、少し数値としては当てはまらないかと思ひます。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

最初は受入件数を検討しましたが、そうなりますと、ますます基準があやふやになっていってしまうものですから、一応体制ができている医療機関ということで今の設定がござひます。どういふレベルの医療機関をカウントするかは再検討させていただいて、またお返ししたいと思ひます。

鈴木座長

地域周産期医療センターを称している施設は受け入れているわけですね。これは自動的にその数が出てくるだけではないのかという気がしひます。

宮島保健・疾病対策課長

これは21となっているものですから、もう少し多ひです。

鈴木座長

本当にそんなにあるのかと疑問です。

宮島保健・疾病対策課長

そこは再度検討します。

鈴木座長

これは厳密にしていくと本当に難しい話になるのでアバウトでいいと思います。例えば、県内19でもいいですが、その機関数を保持しているということでも提示する意味があると理解しました。

廣間構成員

小林先生のおっしゃるとおりですが、大きく広く困った者を受け入れるというのと、本当に緊急なときに受け入れるという2つがあればいいという意味でいうと、少し検討していただくのに、こういう方向性も悪くないと思いました。

鈴木座長

先生、よろしいですか。

小林構成員

はい。

鈴木座長

ほかに何か御意見はございますか。ロジックモデルはこれでよろしいですか。また、後ほど伺います。では、今度は本文になりますが、今回の追加した内容はいかがでしょうか。何か御意見ありますか。

鹿野構成員

本文で11ページの2のところですが、「妊婦が身近な地域で正常分娩や」と書いてあるところで、その丸の二つ目のところに助産師外来と院内助産が書いてありまして、令和3年の統計でいきますと助産所の出産が1.3%になりますが、低リスクの妊娠・出産、正常分娩については助産所での出産という選択もあるという形で、ローリスクの出産のところに入れていただけるとありがたいと思っています。御検討をお願いします。

鈴木座長

事務局。

宮島保健・疾病対策課長

御意見ありがとうございます。

私どももとても大事なことだと思っていますけれども、現計画で今の実績として助産所での出産数を調べましたが、難しく捉えられなかったことから、この施策の展開には、主にロジックモデルと対応して指標があるものだけを書いてございます。ここに書いていないのはそういう理由です。その分、本文の現状と課題に、できるだけ今後の実績を積んでいった次回計画以降にそういったものが反映できるかどうかも含めて、書く形を考えてございます。御理解いただければありがたいと思います。

鈴木座長

いかがでしょうか。

鹿野構成員

資料2-2の本文に入れていただければということですが、それも難しいということですか。

宮島保健・疾病対策課長

11ページは「第3 施策の展開」なので、ここの項目は本文の中でもロジックモデルの項目と対応している部分でございますので、申し訳ないですが、書けません。

鹿野構成員

そうすると、結局は本文の中には載らないということですか。

宮島保健・疾病対策課長

最初の現状と課題の中に助産師外来、助産師の方々の御協力も得てというところを書くことができるかと思います。

鹿野構成員

そうしましたら、ぜひお願いしたいと思います。

宮島保健・疾病対策課長

そうしますと、5ページ「2 周産期医療の提供体制」(1)「院内助産や助産師外来等の助産師による支援体制の構築が重要です」のところを膨らませたいと思います。

鈴木座長

ここに、助産所という言葉を入れればよいわけですね。

宮島保健・疾病対策課長

そうですね、それでいかがでしょうか。

鹿野構成員

はい、よろしく申し上げます。

鈴木座長

そういう形で、入れる方向で検討するということで御了解ください。
続いて廣間先生。

廣間構成員

これは意見というか、事務方に質問ですが、資料2-2の6ページ(2)二つ目の○、4行目「出生数の減少や産科医不足等が続く状況下で、県内全ての地域における医療体制の確保のため、医療の集約化・重点化に向けた周産期医療体制の整備が進められている」と書いてあると思います。それで、この資料1のグランドデザインですが、これはすごくよくできていて、この素案がすごいと思いましたけれども、これをベースにやっていくということだと思います。いろいろ読んでいってすごく考えてやっているとありますが、先ほどの説明では完全に区切るものではない。なぜなら、病院でもいろいろな機能があって、混ざっていると思います。この広域型病院というところに、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターの二つが入っている。ところが、この地域周産期センターの中で、資料1の8ページでいう広域型病院と地域型病院の地域救急型、地域専門型という2つのタイ

プの地域周産期センターの機能ができつつあります。だから、全ての地域周産期が広域型ではない中で、細かいことかもしれませんが、重点化・集約化の機能を、どのように県がリーダーシップをとって議論を重ねていくかということだと思います。今後、議論を重ねていくときに、この周産期センターのそれぞれの役割の中で、広域型・地域型の地域専門型、救急型というものをどのように、県と我々と一緒に検討していくか、今後どういうふうを考えていくかお聞きします。

久保田医療政策課長

このグランドデザインは、個々のところを突き詰めていくと、今、廣間先生がおっしゃったように、どの病院がどこの部分を担うのかというところに最後はいつてしまいます。基本的にグランドデザインは、理念、概念という形で考えておきまして、これに沿って、それぞれの医療提供体制を考えていただくという意味でお示ししています。そうした中で、個々の病院の役割が、この中のどこに当てはまるのかというところは、当然、その地域の実情、または医療資源の状況、医師の確保などそうした部分も含めて、併せて議論をしていく必要があるかと思っています。それぞれがこのイメージ図を頭に置きまして、地域においては、地域連携推進会議の場もございますし、小児・周産期の会議体もあるかと思っていますので、その中で病院がどの役割を果たすかを考えていくということです。完全に類型化する必要がある場合、ない場合など、状況に応じてという形になるので、県において、この病院はこっちという形はお示ししませんけれども、皆さんの中で役割分担をしっかりとイメージしていくという部分で使っていただきたいと考えております。

鈴木座長

このグランドデザインは、周産期医療を中心に置いて考えているプランではありません。全診療科です。そこをまず御理解いただきたい。それで、私の中にあるプランニングとしては、10ページの表で周産期医療センターに入っているところは、全てこのプランでは、広域型病院として捉えていきたいと考えていますので、現実問題として、今の周産期医療体制と実は合致すると考えております。

そんなところでよろしいでしょうか。では、ほかに何か御意見等ありますでしょうか。

菊池構成員

検診の字が健康の健です。

鈴木座長

誤字の修正をお願いします。

宮島保健・疾病対策課長

誤字・脱字が多く、文章もひどく本当に申し訳ございません。他にも多々あると思いますので、事務局でもう一回見直します。

鈴木座長

次に、12ページ以降の数値目標です。先ほどの妊産婦死亡数を人数で表現するのは、賛成なのでいいと思います。13ページの一番上、最初の周産期母子医療センターで取り扱う分娩数、数学的な計算で5,191件という2029年の目標が出ていますけど、この辺の数字はいかがでしょうか。

菊池構成員

もっと減ると思います。

鈴木座長

これぐらいで済めばいいというのが正直なところなので、このままでよろしいですか。

菊池構成員

なかなか難しいと思います。本当は、県全体の数字ではなくて日本全国の減少具合に応じて、何か勘案しての数字でもいいのかという気はしますが、予想が難しいのが正直なところだと思います。

鈴木座長

菊池先生、この先、有床診療所の出産数は減ってくるのではないかという気がします。

菊池構成員

先生方の年齢的な問題もありますし、そうですね。

鈴木座長

廃業する先生が出てくる。そうすると地域の周産期医療センターでの出産もどうでしょうか。

菊池構成員

ここでは出てこないですけど、保険診療化するかしらないかも結構大きな影響があると思います。でもそれは、中間見直しのときに、そういう考察が入ればいいんじゃないかと思います。

鈴木座長

理由としては、こういう計算式で出したということで、このままでよしということでもいいですか。

次に、その下ですけれども、母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数について、先ほど事務局から説明がありましたが、新生児ゼロ件はいいとして、母体は過去の平均値から 15 件となっておりますが、これは目標値として多過ぎる気がします、どうでしょうか。

菊池構成員

確かにちょっと多いです。正直、今ぐらいの数を維持する目標とするのがいいのではないかとはいえます。去年が極端に少な過ぎたというのもあるので。

鈴木座長

せめて10件。

菊池構成員

一桁というのも、その数字の根拠がないと言われてしまうところもあるので、過去3年だったらいいのかと思います。ただ、ここでさっきの15件だと、直近3年と書いてあっても、その数字も見えないので、よく分からないと思ってしまいます。許されるのであれば、10件以下という記載が目標としてはいいと思います。

鈴木座長

15件だと、目標として甘いというか、目標ではない気がします。

菊池構成員

そう思います。

鈴木座長

事務局は、どうですか。

柳澤保健・疾病対策課主査

過去の推移を見るとかなり変動がある状況でして、この部分の目標値については再度検討させていただきたいと思います。

鈴木座長

この目標は、例えば10件という目標を出しておいて、2029年で現実が15件あったとしても、それはそれで反省材料として次につなげればよいわけでしょう。だから、最初から甘い目標を立てて、議論を6年後に云々というのは低次元だと思います。

菊池構成員

去年3という実績がある中で、やはりそのままで計算していいのかというのはあります。

鈴木座長

ちょっとこの数字は、納得できません。

塩沢構成員

今の話ですけど、受入困難な事例が発生しやすいルートやパターンは把握されていますか。

鈴木座長

事務局、どうでしょう。

柳澤保健・疾病対策課主査

現状としては数字のみを押さえている状況でございます。

塩沢構成員

特定の地域でこういうことがよく起きるとか、そういうことがあればもう少し対策が立てられると思って聞いていました。

鈴木座長

でも塩沢先生、去年は3件しかありません。もしかしたら、調べても傾向は見えないのではないのでしょうか。

塩沢構成員

何か構造的な問題が潜んでいるのではなくて、単発的に出ているだけかもしれませんね。

鈴木座長

そんな気がします。では、この数字に関しては要検討ということにします。

あとはコラムの件ですが、菊池先生が提案してくれた出生前診断について、何かコメントはありますか。

菊池構成員

ありがとうございます。本文の11ページの3番、要するに出産前・出産後の不安という部分に含まれている内容ですので、提案させていただきました。

鈴木座長

では、コラムに関してはこの出生前診断と先天性代謝異常を含むオプション検査という二つの内容でよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

鹿野構成員

10ページの一般周産期医療機関というところに軽井沢病院がありますが、調べると現在は分娩取扱いしていないとなっていました、ここも※印になりますか。

鈴木座長

事務局。

柳澤保健・疾病対策課主査

確認させていただきまして、受入休止中と確認できれば、こちらに※印を入れる形にしたいと思います。

鹿野構成員

はい、分かりました。

鈴木座長

よろしくをお願いします。

では、周産期分野に関してはこれで終了とさせていただきます。

② 小児医療

鈴木座長

続いて、小児医療につきまして、同じく事務局から説明をお願いいたします。

(柳澤保健・疾病対策課主査、資料3により説明)

鈴木座長

ありがとうございました。

それでは、一通り事務局の説明がありましたが、まず資料3-1のロジックモデルについて、カットされたもの、それから追加されたものがございしますが、御意見ありますか。よろしいでしょうか。

次に、資料3-2に移らせてもらいます。

1ページ目の一番上、小児の疾病構造の三つ目の丸のところです。要するに、精神及び高度障害の患者数が増えていることに対して、松本構成員から事前に御意見をいただいております。小児感染とか、どちらかというとならぬ稲葉先生の領域だと思えますが、300からないので倍以上ですけど、この増えている要因は、患者数が純粋に増えているのか、もしくは発達障害にしても何にしても以前より受診率が上がっている気がしますので、そういう意味合いでの増加もかなり含まれる要因としてあるのではないかと思

いますが、どうでしょう。

稲葉構成員

重要な御指摘ありがとうございます。

鈴木先生がおっしゃるように、両方の要因があると考えています。ただ、実数が増えているのも間違いなく事実です。特に摂食障害で入院を要する方は、コロナもあって急速に増えたというのは、これは紛れもない事実としてあると思います。発達障害に関しても掬い上げるフィルターというか、ハードルを下げたというのもあると思いますけれども、ただ、やはりそういうことを踏まえても増えているのは確かです。さらに、医療的ケアといいますか慢性疾患、身体疾患を抱えたお子さんたちの心のケアがまた重要視されている。そこは今までなかなか注目されていなかったという意味で、鈴木先生がおっしゃるように掬い上げられるようになったとも言えますけれども、やはり医療ニーズが増えているのは間違いのない事実だと考えています。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

松本構成員がおっしゃりたいのは、これだけ増えているのにそれに対して何か対応する文章があってしかるべきという御意見ですよね。

松本構成員

そうです。

鈴木座長

この部分は現状の表現なので、ここにそれは入らないですが、事務局は何か、お考えがございませうか。

宮島保健・疾病対策課長

この部分は精神の計画の中に摂食障害、児童思春期が入ってございまして、ですのでここは一応、現状・課題としてこういったものがありますというところまでの記載にしております。ただし小児医療としても非常に重要ですよということで書きましたが、文章は精査したいと思います。

鈴木座長

ほかの分野で出てきますので御了解いただければと思います。

松本構成員

恐らくそうかなと思いました。ありがとうございます。

鈴木座長

御意見ありがとうございました。小林先生。

小林構成員

令和2年と2022年は一致しないと思いますが、いかがでしょうか。

鈴木座長

2022年、間違っていますね。

小林構成員

令和2年であれば、コロナが一番流行し、学校へ登校できなくなった時期で、その後、登校し始めるようになってから、反動で学校に行けない子が増えていたという印象があります。

宮島保健・疾病対策課長

もう一度こちら、精査させていただきます。ありがとうございました。

鈴木座長

次は2ページ目です。

死亡の状況について、稲葉構成員と松岡構成員から、乳児死亡率だけは全国よりかなり少ないという御意見をいただいております。確かに、この数字を見ると乳幼児死亡率・小児死亡率はほぼ全国と同じで、乳児死亡率は全国平均より低いということになっています。ですので、文章にそういう表現を入れてはどうかという御意見です。

宮島保健・疾病対策課長

可能ですけれども、ただ、令和3年の出生数が非常に少なかったということで、統計的に少ないと言っているのかどうかをまだ精査しておりません。

鈴木座長

これは令和2年とか令和元年の数字はないですか。

宮島保健・疾病対策課長

ありません。

鈴木座長

令和3年だけがくんと低いですが、その間のデータはないんですよね。

宮島保健・疾病対策課長

そうです。

鈴木座長

だとしたら、今回は事務局かからの提案通りとしてよろしいですか。

稲葉構成員

はい。

鈴木座長

では、そうさせていただきます。

次に、事前の御意見をいただいた3番の#8000の件ですけれども、相談内容と転帰、どうでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

発熱などの症状は、全県としてはデータを取ってございます。#8000の相談窓口から毎月結果が来ているのと、転帰につきましても、救急車受診を促したとか翌日受診を促したとか、そういうカテゴリー別のものがございます。これを記載することは可能でございます。

稲葉構成員

申し上げたかった内容は、#8000は、いわゆるゼロ次救急という位置づけなので、それが本当に適切な受診を促しているかどうかという意味です。ただ件数の多少としてしまえば、#8000の意味としてはシンプル過ぎると思います。それがちゃんと利用されているのかどうか、そういう意味合いの文脈ができるともっといいということです。

中沢構成員

ここは現状を載せるところなので、本当に数字だけしか載せられないとは思いますが、#8000が1万件を超えたので、我々としてはいいと思いましたが、一般の方からするとよくないと思うかもしれないので、1万件を超えてきて、それがいいということが分かるニュアンスになると、とてもいいと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

この#8000が有効に機能しているという表現を入れるという御意見かと思えます。

次に4ページ、小児の疾病予防相談ということで、本文が前回から大分変わっておりますが、この辺のところはよろしいでしょうか。よろしければ次に小児救急医療体制に入っていきたいと思えます。

私は(2)の小児救急医療体制の状況の丸の2番の文章で、これで全然間違っていないと思えますが、中沢教授がおっしゃった、全県的に全ての医療圏で小児救急医療体制がきちんとできているというニュアンスがこれで伝わるならこのままで結構です。

中沢構成員

休止となっております、維持していますという文章ですが、前の文章と関連づけてから、そうなっているけれど維持されていますということが伝わればいいと思えます。

鈴木座長

単純な表現の問題ですが、その辺り、強調してもいいと思えます、きちんと実際に行われているというところは大事なところですので、文章を再検討したいと思えますので、事務局お願いします。

それで、次に4番の入院小児救急医療についていかがでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

図2の小児医療体制のイメージに載せてあります用語を使用していますが、松岡構成員の御指摘のように、確かにあまり一般的な用語ではないと思えます。なので、ここの5ページ(2)の説明のところ図2を参照ということで、この図2の言葉を使っていますということが分かりやすいように記載しようかと思っております。

鈴木座長

松岡構成員、それでよろしいでしょうか。

松岡構成員

結構です。よろしくお願いします。

鈴木座長

ありがとうございます。

宮島保健・疾病対策課長

併せて、この小児救急医療体制の中で、この図2はこのイメージでいいですが、表9を精査してまいりますと、現実とこの表がかなり合っていない部分があります。現計画では、各圏域の小児夜間急病センターの一覧を載せていましたが、休止の方向が大きいものですから今回はその表は削除いたしました。一方で8ページの表9ですけど、小児救急体制という欄と小児医療体制が並列で出ていまして、これを一般の方が見たときに、例えば、この地域小児連携病院は二次救急もやっているように読めてしまいます。例えば、一番下の飯山赤十字病院は小児医療体制では連携病院であって、救急体制では二次救急病院ですと、入院を取りますと読めます。

鈴木座長

実際は取れません。

宮島保健・疾病対策課長

はい。この地域小児連携病院を挙げているところで実際に入院を取っていない病院がかなり出ている状況にはございます。ですが、非常に改善してきてございますので、ここの表9の扱いを今日は皆さんから御意見をいただきたいと思っております。簡単に言うと、左側の小児救急体制の欄は消したほうがいいのかどうか。ただ、そうしますと自治体としてこういう体制ができていないと見られてしまう可能性もあり、悩ましいところではございます。

鈴木座長

中沢教授、いかがでしょう。

中沢構成員

私的には消してもらったほうがいいですが。

鈴木座長

医者立場からすると、政治的な意味合いよりも、現実的に対応できないものを載せておくのは詐欺みたいなものですね。

中沢構成員

そうですね。

鈴木座長

そのほうが、我々としてはちょっと理解できない。

宮島保健・疾病対策課長

例えば、諏訪の信濃医療福祉センターが救急をやっている病院ではないというのは、明らかですよ。

鈴木座長

そうですね。

宮島保健・疾病対策課長

ですから、これの反響といいますか、実際に出たときを考えますと。

中沢構成員

救急のほうがちよっと厳しいわけですよ。小児医療という意味では連携自体はあります。しかし救急が診てくれないので、左側をできるだけ消して文章に落とし込んでしまうか。

宮島保健・疾病対策課長

それと共に、本文に、木曾と大北ですとか、連携していますというところについても、ここもまだ今後もこういった連携が増えてくることや、これについて地域の病院が理解されているか、納得されているかはまだこれからというところもありまして、ここの3と表9のところについて、どこまで書くかを悩んでいるところです。

中沢構成員

ちよっと救急は厳しいですよ。

鈴木座長

確か、にこれをこのまま出したら誤解を物すごく招きますね。

中沢構成員

緊急性のある方は怒ってしまいますよね。

救急のことは文章で落とし込んで、せめて、救急体制の左側だけでも消すといいかと思います。

鈴木座長

小児医療体制だけということですね。

中沢構成員

特に救急は、この次の6年間で劇的に変わると思います。

稲葉構成員

例えば、救急は文章だけでどうでしょうか。

中沢構成員

文章だけで、こういう感じでやっています、とすると地元に対する、小児救急体制というのは厳しいかと思います。

稲葉構成員

2もおかしくなりますよね。

宮島保健・疾病対策課長

図2の体制も、多少これを変えなければいけなくなってくるのですか。右矢印ですよ。

中沢構成員

24時間体制で、救急搬送に対応が43病院となっています。

稲葉構成員

絶対ないです。

廣間構成員

そのとおりで、この並列がまずいとしても、述べるとしたら小児救急を別に三次救急と二次救急、小児地域医療センターはかなり二次として受け入れていますので、この表の左を削ってでも救急体制は三次と二次で、小児地域医療センターと松本こどもで担っている形で書けば、三次、二次をしっかりとやっているという意味では書けるのではないかと思います。この地域小児連携病院というのは、いろいろな病院が混ざり過ぎているので、そこを救急に落とし込むのは誤解を招くと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。実際に今、急病センターも休止している諏訪地区の所長が今日、事務局であります。三沢所長、補足お願いします。

三沢諏訪保健福祉事務所長

ありがとうございます。いつも大変お世話になっています。

今、宮島課長からおっしゃっていただいたとおり、諏訪圏域は今、小児夜間急病センターを閉じる方向で、中沢先生にも御相談させていただきながら進めています。実際、今の表9で言いますと、実態を把握させていただいて、信濃医療福祉センターや、富士見高原病院は、それぞれ地域で役割を果たしていただいていますけれども、ここの二次救急に入ったり、入院を受け入れているというのは、なかなかそういうことはないので、やはり誤解を招くというところで、今おっしゃっていただいた方向で調整していただけると大変ありがたいと思います。

また初期のところは、センターはなくなりますけれども休日当番医で医師会の先生方、ある程度小児を、初期をやっていただく方向で調整していただいておりますので、その旨も記載いただけるとありがたいと思います。

鈴木座長

ありがとうございます。

中沢構成員

やはり救急は、左側をカットしていただいて、文章の中で、地域小児医療センターを中心に地域と連携と書いていただいて、当番医についても書かれるといいと思います。逆に、地域医療センター自体が今後入院を取らなくなることは絶対はない病院ですので、そちらで逆に取りこぼしのないように配慮していただけたらいいと思います。

鈴木座長

では先生、表9の小児救急体制は、自治体の縦をなしにすると。

中沢構成員

なくして、その分、文章でこの小児地域医療センターを中心に連携すると記載するといいと思います。

久保田医療政策課長

今のお話をまとめさせていただきますと、図2の左側の小児救急体制の部分、それから表9の左側の小児救急体制の部分のいわゆる入院の部分については落とすという形でのよろしいかと思います。

今、中沢教授がおっしゃったように、いわゆるこの部分については、その次の9ページの6番のところで、文章で小児の地域の医療センターにおいて、いわゆる入院部分、救急部分について担うと。二次救急部分について中心になって担っていくという表記を加えていくというイメージかと思います。

鈴木座長

中沢教授、そんな感じでよろしいですか。

中沢構成員

はい。少し数字を入れないとか、真ん中にして小児救急を半分ぐらいの大きさにして、小児地域医療と地域の真ん中ぐらいにして、小児救急を上にならしてもらった方がいいです。まずは改編して、具体的にどうするのかという。

鈴木座長

ただ、入院、小児救急医療の二次が43病院というのは、ちょっとあまりにも。

宮島保健・疾病対策課長

なくはないのですが、計画の中でロジックでも救急という項目立てをしているので、なくすのではなく、これを分ければいかと。

中沢構成員

もしくは、図2は43病院と書かないのはどうでしょうか。

鈴木座長

数字を入れないということですね。

中沢構成員

そうですね。地域小児連携の真ん中ぐらいのところまで上げちゃって、逆に小児救急を上にならしたら。

宮島保健・疾病対策課長

そうですね、ここの右の矢印を消せばいいんじゃないかと思います。地域の部分の、小児連携に行く矢印にしてという形でいかがでしょうか。

鈴木座長

はい。では、そんな形でよろしいですか。

(「異議なし」の声あり)

鈴木座長

では、次に、稲葉先生から、保護者支援の付添いの環境の整備の必要について、記載を入れてほしいとのこと。

宮島保健・疾病対策課長

6ページの第2という四角の上に、「保護者の支援として休業を取得しやすい体制」とありますが、ここにもう少し追記させていただく形で、「環境の整備」を入れるということはいかがでしょうか。

稲葉構成員

そうするとつながりやすいと思います。

鈴木座長

先生、追記するということがいいですか。

鹿野構成員

5ページの下のほうになりますけど、リエゾンの養成研修というところで、医師の先生方の養成研修で派遣はしていますとありますけれども、このリエゾンに関して助産師等の看護職の研修派遣が、これは現状を書いているということですが、今後、助産師・看護職等の派遣はあるのでしょうか。リエゾンですので、できれば看護職も入れればいいと思いましたが、いかがですか。

鈴木座長

事務局、いかがでしょう。

宮島保健・疾病対策課長

御指摘ありがとうございます。今回、県で派遣をしています研修が医師対象のものがあったのでこういう現状として書きましたが、助産師、あるいはコメディカルの方についても、今後必要と思われます。鹿野構成員、この項目のところに医師以外のことも書いていくということはいかがでしょう。

鹿野構成員

はい、ぜひお願いいたします。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。

鈴木座長

では次に、まず#8000の応答率ですが、現在55%で、目標も55%で現状維持となっていますが、ここは上げなくていいですか。

宮島保健・疾病対策課長

これは現状維持にしたけれども、先生方の御意見をお伺いしたいところです。

中沢構成員

よかったら、もっと上げたいです。

宮島保健・疾病対策課長

物理的な回線数を増加するか、時間を増やすかとなると、予算をたくさん取るという話になってきますので、この辺はやはり構成員の皆さんの御意見をいただきながら、応答率を上げるということで考えたいと思います。

中沢構成員

そうですね。これは新しい施策ですので、現状維持でいいというものではなく、だんだん周知されるようになってきていますので、右肩上がりがいいと思います。

鈴木座長

たとえ60%でもいいですから、ちょっと数字を増やしていただければと思います。

宮島保健・疾病対策課長

私どものデータで、令和3年度が55.3%、その年度に回線数を一つ増やしましたが、翌年の応答率も55%と変わらなかったです。そこで、55ということにしたようでございます。

鈴木座長

でも6年先ですから。

宮島保健・疾病対策課長

そうですね。

鈴木座長

絶対達成しなければいけないというプレッシャーに駆られることはないので、計画として、やはりある程度向上させるという数字にしておかないと、計画ではない気がします。せめて60%でもいいから少しプラスしていただければと思います。

では続いて、12ページの療養・療育支援のところ、難聴児支援センター相談件数や退院支援を受けたNCU、GCU入院児数は現在の水準以上を目指すということで、2023年と現状と同じ数字が並んでいますが、この辺はこのままでよろしいですか。

(「異議なし」の声あり)

鈴木座長

それでは最後に、有事の小児医療のところ、災害時小児・周産期リエゾン連絡会の開催回数が周産期のときにありましたが、小児になるとその項目がありませんが、事務局説明願います。

宮島保健・疾病対策課長

指標を周産期に載せたので、重ならないようにということで、こちらは任命者数、配置医療件数という形にしています。

鈴木座長

これはロジックモデルの中間アウトカムにこの項目がありますが、周産期を見て、小児医療のところを見るわけではなく、小児医療分野のところだけを見る方もいらっしゃると思うので、周産期に載せたから小児から外すのはいかがかと思いました。

宮島保健・疾病対策課長

こちらにも記載させていただきます。

続いて、救急体制の4「小児救急体制の救急搬送のうち受入困難事例の件数」の目標値を、御意見としてはゼロではないかといただいています。

鈴木座長

11ページの4番です。この小児救急搬送のうち受入困難事例の件数の目標が15件となっているけれども、理想はゼロ件だと、稲葉先生から御意見いただいています。

稲葉構成員

先ほどの産科と全く同じことですが、そもそも、17件は意外に多いと思ったので、本当にそんなにあったのかということから始まって、目標15件でいいのか、中沢先生の御意見をいただければと思います。

中沢構成員

さっき産科の議論があったので、せめて10件にしたいと思いました。ただ小児の場合は、本当にそこを精査しないと10件と言っていいか分かりません。我々から見たらちゃんと受け入れられているのに、受け入れられなかったという判断も含めて17件かもしれないけど、その数値的には先ほどと合わせて10件がよいかと思います。

鈴木座長

これ、ゼロ件というのはどうでしょうか。

稲葉構成員

理想過ぎます。

鈴木座長

10件。

中沢構成員

先ほどと合わせて10件。

鈴木座長

では、10件で行きましょう。

廣間構成員

件数はいいとして、先ほどたしか稲葉先生が言われたと思いますが、周産期も小児も、そういうことがあったかの内容を、周産期小児連絡会でもどこでもいいですが、やはりそこをきちんと話し合いをし、地域で連続しているのか、していないのかを話し合うことが大事かと思いますので、ぜひお願いします。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。数値も大事ですが、きちっと受入困難の解決をしていくということですね。

廣間構成員

その分析をして、解析をすると。

鈴木座長

特に小児の場合はいろいろなファクターが入ってきていると思います。

中沢構成員

そうですね、周産期は恐らく正確性があると思いますが、小児は本当に来なくていい事例を、説明したけど誤解されて、受け入れてもらえなかったというのが少なからずあると思います。

宮島保健・疾病対策課長

分かりました。

鈴木座長

では、数というよりは内容をちょっと精査するということで。

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10件とします。

宮島保健・疾病対策課長

はい。それと8番の在宅小児の緊急受入件数。

稲葉構成員

多分ゼロになっているのは、うまくデータベースから拾えなかったという意味合いかと思いますが、非常に重要な指標になり得ると思います。私なりにNDB、いわゆるレセプトデータから拾うとしたらということで、在宅小児、特に問題になるのが在宅人工呼吸器の子供たちを緊急で受け入れたかどうかを、レセプトでどうやったら拾えるかという、そういうことでいいと思います。そうすると、レセプトから出てくる在宅人工呼吸管理料が必ず月1回ありますので、そういう子供たちがプラス胃ろうも入れるなら経管栄養も拾えると思います。そこはどれぐらい手を広げるかですが、例えば、肺炎か痙攣か尿路感染か、ほぼその3つで8割ぐらいカバーできると思うので、そういう急性病名がついたときに、例えば長野日赤に入院したとか、伊那中央に入院したとかいうときに、そこがカウントされることになると思います。そこまでやるかどうかは議論があるかもしれませんが、やるとしたらそういうことはNDB上拾えるということで、御意見を書かせてもらいました。

鈴木座長

いかがでしょう。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。私もこの医療機関数がゼロというのは非常に違和感がありまして、現実的には恐らく、このNDBで出している診療報酬を、出し方が違うだけで現実には受けていらっしゃるところがたくさんあると思います。例えば、レスパイトも評価入院と書いて、保健所が出している病院があるのと同じように、恐らくあるので、これを稲葉構成員がおっしゃるような形でできるかと思って調べましたが、確かに在宅の経管栄養や人工呼吸指導管理料はNDBから出すことができますが、この人たちが入院、というふうに掛け合わせたデータがNDBで見つかりません。

稲葉構成員

そうですか。

宮島保健・疾病対策課長

この加算を取っていて、かつ入院としますと難しかったです。ただ、これはとても重要な指標なのでNDBに限らず数値を出していく方法がないかどうか、今日構成員の皆さんにぜひお伺いしたいところでございます。お願いします。

稲葉構成員

そういう方たちが、例えば、退院するときに、指導加算を取っているので、よくケアカンファレンスをやって退院させているので、そちらから拾うのが一つでしょうか。そのあたりが難しいと、データベースから拾うよりは病院から何か挙げていただく的な発想になっちゃいますでしょうか。

廣間構成員

データベースでやるのが一番いいですけど、実際もしできないのであれば、さっき周産期でも赤ちゃんの緊急を受け入れるというときに、手挙げ方式でやったという話をしましたけど、そういう在宅人工呼吸器、胃ろうのことの緊急を診られる病院は限られているということと、もちろんそこでいっぱいときは受け入れないときもあると思いますが、そういう患者さんを受け入れることができる医療機関がどれぐらいあるかということ自体でも、一つの手かもしれないと思います。周産期でもそういう形で手挙げでという意味では、それに合わせるのも一つの手かもしれないと思いました。

鈴木座長

受入件数ではなくて、受入可能施設。

廣間構成員

そうですね。

鈴木座長

手挙げならすぐ出ますね。どうですか、稲葉先生。

稲葉構成員

ええ、現状としてはそれが現実的だと思いました。

鈴木座長

では、そのような形で進めてもらいます。

それから、10番の松岡構成員からいただいた予防接種のところについて、任意を含めて記載してはいかがかという御意見がありますが、このところは事務局、いかがでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

御意見ありがとうございます。小児科医として考えると任意も非常に大事というのは私も書きたいところですが、どうしても法律に基づいた根拠があってということで今回考えたときには、定期が該当すると考えてございます。本文は、まだこれから文章を直すところがたくさんありますが、あえてそのために定期とつけずに予防接種という言葉だけで記載している箇所がございます。暗にこの中には任意も含まれているように、読めるように書けるところはそういう形で書くということで、松岡構成員、いかがでしょうか。

松岡構成員

はい、大丈夫です。

鈴木座長

ありがとうございます。ではそういう形で御了解ください。

あとは御意見をいただいた中で、稲葉構成員から、最終アウトカムに子供の声を反映させられないかという御意見。

稲葉構成員

今回のロジックはこれで僕もいいと思っていますが、やはり当事者である子供の声をどうやって拾うかということが、なかなか指標がないということで却下になったのは私も承知しているところです。その後、いろいろと考えた中で、最近のこども家庭庁の記事を見ていると、やはり子供の代弁者を育てていくという発想が、今は国ベースで始まっているので、長野県も、もちろん皆さんで考えておられる

と思いますけど、そういう考えで、また次の5年後とかに出てくるといいと思いましたので、その他で書かせてもらいました。

鈴木座長

最終アウトカムは、このままでよろしいということですね。

稲葉構成員

はい、このままで結構です。

鈴木座長

はい、ありがとうございます。

コラムの件は、チャイルドデスレビュー、移行期医療コーディネーター、家族等の付添者の3項目でよろしいでしょうか、構成員。

(「異議なし」の声あり)

鈴木座長

了解をいただきました。

あとは、この小児医療分野で何か御意見等はございますか。

松本構成員

7ページ目の、小児医療体制のイメージの中の療育・療養等のところですが、県内にまだ2か所ですが、母子に特化した訪問看護ステーションができるなど、訪問看護ステーションの役割も療育・療養のところではあるのかと思うので、できましたら白い四角の中に訪問看護事業所も入れていただきますと大変ありがたいと思って、お願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

鈴木座長

ぜひ入れさせていただきます、お願いします。

ほかにどなたか。

小林構成員

令和2年度のデータがかなりいろいろなところで使われていますが、令和2年度は結構特殊な、COVIDがはやって、他の感染症は全くはやらなくて、特殊な数字で、それを基にデータを考えると当てはまらないところもあるかと思えます。また前後の年の関係を確認していただけるといいかと思えます。

鈴木座長

はい、事務局。

宮島保健・疾病対策課長

はい、ありがとうございます。私どもで手に入れられる最新のデータが、令和2年度が項目としては多いのと、毎年やっているデータと3年ごとになるものもございまして、一応最新をできるだけ載せるようにしましたが、小林構成員の御指摘のように、確かに特殊な数になっている可能性も十分ございますので、もう一度数字の扱いについては精査させていただきたいと思えます。ありがとうございます。

鈴木座長

直近のデータはデータでやはり出さざるを得ないし、致し方ない部分がありますよね。

コメントを付けるにしても、小児だけでなく全分野に及ぶ話ですので、ほかの分野と足並みをそろえていただければと思います。

ほかにどなたか、よろしいでしょうか。

鹿野構成員

先ほどのリエゾンの話ですけれども、10ページに、今後のこととして、養成を推進していきますということの中に、コメディカル、看護職等を入れていただけると計画になっていくかと思うので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

鈴木座長

よろしいですか。

宮島保健・疾病対策課長

はい。

鈴木座長

ではそのような方向で、文章をちょっと変えていただきます。

鹿野構成員

はい、お願ひいたします。

鈴木座長

あとはいかがでしょう、よろしいですか。

では以上で、各分野の検討を終了いたします。

ほかに今日、言い足りなかつた等々、御意見等ございましたら、10月31日（火）までに事務局へ御連絡をいただきたいと思ひます。

本日いただいた御意見も含め、今後まだ精査が必要な部分が少なからずありますが、ワーキンググループの会議としては、本日が最終回ということで、プレイオフはなしということできかせていただきたいので、今後大きな変更は多分ないと思ひますが、今日提示した計画案の修正等については、座長の私と事務局に一任とさせていただきたいと思ひます。また、それぞれ構成員の先生方には個別に御相談させていただくかもしれませんが、そのときはよろしくお願ひしたいと思ひます。

【その他】

鈴木座長

では続きまして、4 その他ですが、事務局より説明をお願ひいたします。

(浅川医療政策課主任、資料4により説明)

鈴木座長

ありがとうございます。何か今の説明に、御質問ありますでしょうか。よろしいでしょうか。

(「なし」の声あり)

鈴木座長

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。

最初に申し上げましたように、本日で当ワーキンググループの会議は終了となります。ちょっと寂しい気がしないでもないですが、本当に構成員の皆様から忌憚のない、本当に現状に即した意見を活発にいただいて、多分、ほかのワーキンググループの会議とは比べ物にならないぐらいとても熱い、熱心で有意義な協議が行われたのではないかと思います。本当に、座長として構成員の皆様方に感謝を申し上げます。そして、また構成員の皆様からいただいた貴重な意見、なかなか難解な意見もございます。その辺のところをスマートな形で何とか計画に反映してまとめていただいた事務局ですね。事務局の皆さんも本当に大変だったと思いますが、手腕を個人的には非常に高く評価させていただきます。本当に事務局にも深く感謝しております。

ただ、計画はあくまで計画でございますので、これを立てたからといって現実的には何もなりません。大事なのはここから先でございます。この計画をいかに実現していくかということが一番のポイントでございます。構成員の皆さんは、それぞれの領域、分野でリーダーとしての立場にある方々でございますので、引き続きまして長野県の医療体制を守るため、県民の健康を守るために御尽力いただきたいと希望いたします。

本当に力不足の拙い座長でございましたが、皆さんの助けを借りて何とか今日を迎えることができました。本当に御協力ありがとうございました。

【閉 会】