

第2回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ（小児・周産期医療WG）会議
会議録（要旨）

1 日 時 平成29年5月29日（月）午後3時00分から午後5時30分まで

2 場 所 長野県庁議会棟第2特別会議室

3 出席者

委 員 大澤麻美委員、木村薫委員、小池健一委員、塩沢丹里委員、高島俊夫委員、中沢洋三委員、中村友彦委員、樋口千代子委員、保谷ハルエ委員、本田孝行委員
（欠席委員なし）

長野県 健康福祉部保健・疾病対策課長 西垣明子、保健・疾病対策課企画幹兼課長補佐兼母子・歯科保健係長 原啓明、医療推進課課長補佐兼医療計画係長 下條伸彦、長野保健福祉事務所長 塚田昌大 他

4 議事録（要旨）

【会議事項】

（1）座長の選出について

委員の互選により座長に本田委員が選出される。

（本田座長）

ただいま座長にご指名いただきました本田です。議事の方はなるべく簡潔に進めさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

（2）（3）第1回ワーキンググループの開催状況・第2回保健医療計画策定委員会における主な意見について

（本田座長）

それでは、会議事項（2）第1回ワーキンググループ会議の開催状況についてと、会議事項（3）第2回保健医療計画策定委員会における主な意見について、事務局から説明願います。

（医療推進課下條課長補佐、資料1「第1回ワーキンググループ会議の開催状況について」及び資料2「第2回保健医療計画策定委員会における主な意見」説明）

（本田座長）

ただいまの説明について質問等がありましたらお願いします。

（質疑なし）

（本田座長）

ご発言がないようですので、次の会議事項に入らせていただきます。

（4）医療計画作成指針等の概要について

（本田座長）

会議事項（4）医療計画作成指針等の概要について、事務局から説明願います。

(保健・疾病対策課原企画幹、資料3「医療計画作成指針等の概要」説明)

(本田座長)

ありがとうございます。ただいまの説明について、ご質問がありましたらお伺いしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

国がこういうふうに言ってきているから、これに則ってという話になるということでしょうか。

(原企画幹)

全くこのとおりではなくてもいいということのようでございまして、一つの参考例ということですから、そうはいつでも、ある程度参考にするものは参考の指標として使っていくというものです。

(本田座長)

いかがでしょうか。

(中沢委員)

別表9と10はそれぞれ別に分けて国が言ってきていますけれども、例えば別表9ですと療養・療育の辺が新生児の項目で入っていても、あまりその内容は決まっていなくて、アウトカムがよくわからない感じですが、

実際の現場では新生児、周産期と関わらない普通の小児科医が見ているところが大きいと思うので、その辺はもう9と10は合わせて、あまり境界はないのかなと思います。

(原企画幹)

この指標自体は、現在も両方に入っている指標がございます。そういう意味では、先生のご指摘のとおりだと思います。

(本田座長)

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

(5) 分野別・項目別の検討体制について

(本田座長)

それでは、次に会議事項の5、分野別・項目別の検討体制についてに入らせていただきます。事務局からご説明をお願いいたします。

(医療推進課下條課長補佐、資料4「分野別・項目別の検討体制」説明)

(本田座長)

今のご説明について、何かございますでしょうか。

まあ全体的なまとめという話ですので、全体的にどこにあるかという。

(下條課長補佐)

はい。そのとおりです。

(6) 疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討について（周産期医療）

(本田座長)

では次の項目に入らせていただきます。

(6) の疾病・事業ごとの現状と課題を踏まえた今後の方向性の検討について、まず事務局から資料の説明を受けた後、資料に関する質疑応答を行い、その後、各論点に関する意見交換を行いたいと思います。

それでは資料5-1、周産期医療について、事務局からご説明をお願いいたします。

(保健・疾病対策課原企画幹、資料5-1①「周産期医療」及び5-1②「周産期医療に関する論点」説明)

(本田座長)

ここで一つずつやってもよろしいですか。なかなかざっと聞くとわかりにくいと思いますので、周産期について、今までの論点に対する説明に対して何かご質問等ございますか。

論点以外のところで、周産期医療について、今、長野県と全国のご説明をいただいたと思いますが、その点について何かご質問ございますでしょうか。

数字から見ると、かなり長野県はいいというふうに考えてもよろしいでしょうか。ですので、基本的にこのままやっていっても、全国的に見ると非常にいいレベルでやっているという話と理解してもよろしいでしょうか。

何かご質問とかご意見等ございますでしょうか。

(質問・意見なし)

それでは、論点に基づいて少しご討議をお願いできればと思います。

一番初めに、周産期医療体制の維持・強化についてということですが、①にあります「周産期医療システム」についてどのように考えるかということで、そこに補足の資料でイメージ図を書いていただいていますので、この点について何か変更すべきところがあるとか、何か問題点があるとか、ご意見があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(塩沢委員)

よろしいでしょうか。前にこの表をつくったときに、周産期も小児もそうだったのですが、医療機能というのはその時期によってかなり変わるので、ある程度、見直しはしていったほうがいいのではないかとこのことを加えたつもりです。そのあたりはどのようになっていますでしょうか。

(原企画幹)

前回の6次の計画の中では必要に応じて見直しを行うということ記載をしていますが、前任者に確認する中では、当面は必要ないという判断に至ったということで、特段、今のところ見直しをしていく状況にはございません。

(塩沢委員)

追加ですが、要するに産婦人科医がいてもそういった手薄な病院もありますし、小児科医がいてもちょっと産婦人科が手薄な病院があって、せっかく医者の頭数はいるけれども病院の機能としてはうまく盛り上がらないので、効率がいま一つではないかというご意見がありまして、結局、

抜本的な対策に至らず、特に小児科の先生の数が増えておりますので、一方的に産婦人科が少ないという感じはあるかと思えます。

例えば連携を連携強化に上げるとかそういったものがないのかなと思うのですが。

(本田座長)

細かい例をそのように上げたいと思うと、塩沢先生と中沢先生とご相談いただいて上げていくのも可能ですか。

(中沢委員)

それに関しては本当に塩沢先生のおっしゃるとおりで、今までアンバランスの、どちらかしかないというのは非常に大きな問題だったかと思えます。

私たちとしましては産科の先生がいらっしゃる場所やその医療圏の分娩数に応じた小児科医を今後派遣することは可能かと思えますが、それにあたって、データがあまりないといえますか、きちんとこの地域はどのくらいとか、お産を取り扱う病院でもその分娩数が違うものですから、私たちのところへ個々でお願いが来ますけれども、一つ一つに対応するのが難しいものですから、大体この医療圏でどのくらいということは、短い年度ごとにはっきりと数値化である程度示していただければと思います。

(本田座長)

そうすると、産科のほうはなかなかちょっと動かしにくいという状況ということでしょうか。出産とか分娩数のデータというのは簡単に出るような気もしますが、県としてはお持ちでしょうか

(木村委員)

周産期連絡協議会というのがあって、それにデータが出てきます。

(本田座長)

出てきますか、ではそれを出していただいて、中沢先生のほうに提供しながら、全体的には、出産数を少し載せていただくのはできるのではないかと思いますけれども。

(塩沢委員)

話を戻して、周産期医療システムということですが、長野県はいわゆる一次医療施設から、二次、三次の患者さんの移送とか連携とかに対しては割りとうまくいっていると思っています。

というのは、長野県は基本的に1県1大学です。例えば埼玉県とかでは大学がいっぱいあって関連病院を持っているものですから、一般的な病院で重症が発生したときにどこに送るかというのが非常に難しいようです。

そのため、都市部によっては幹旋センターみたいなものを設けているところがあり、病院で状態が悪くなったケースが出たときに、まずはそこへ電話してどこへ送ればいいのかを相談する仕組みもあるみたいです。

長野県はそれについてシンプルで、医療圏もしっかりしていますし、医療圏で手が負えなければこども病院とか信大に来るということで、シンプルに機能しているのではないかと考えております。

(本田座長)

そういうシステムは今のところは、まず病院から分割したらいいかと思っておりますが、前の6次医療計画策定のときに頑張ってもらっているんですね。そういう印象です。

(中村委員)

この論点整理に係る補足説明資料1ページのイメージ図の下のほうに書いてある注2と注3について、平成12年から17年に、ちょうど産科の危機状況があつて、小児科も少なくなって厚生労働省が重点化・集約化というのを叫んだときにこういう、連携病院と連携強化病院と中核病院、一般周産期医療機関型で高度周産期医療機関という言葉をつくってくださったのですが。

塩沢先生おっしゃったように、この頃とは大分事情も変わってきているし、もっとシンプルになってきているのかなと思うので、前回の第6次をつくるときにはこの辺も残しましょうということで、◎とか△とかを入れたのですが、もう少しシンプルにするのであれば、現状に合わせて、注2と注3のところについてはご検討していただいてもいいのではないかと思います。

全国的に通用するようなそういう方向でもいいのかなというような気がします。

(塩沢委員)

連携強化というのは少し緊急避難的な名前かもしれないですね。

(中村委員)

そうですね。要するに、ちょっと人事と関係するようなイメージを受けてしまう。県民がわかりやすい、一般的に伝わっている言葉にしたほうがいいのかなと思います。

(本田座長)

現状では、全国的なものに合わせるような余裕が出てきたということは事実、システム的にはそういうふうにいけるということですね。

(中村委員)

もう一つは、これも前回の第6次するときにも問題になりましたが、この総合周産期医療機能という言葉で、苦し紛れという感じで信州大学と県立こども病院が入りましたが、現実には県立こども病院だけが総合周産期母子医療センターです。

信州大学に来年大きな病棟ができますし、文言の中で一番問題なのは、今回の医療政策で変更が起きるものに精神科との連携をとるというのが非常に重要視されており、国からも言われています。それだけ心の問題を抱えている妊婦さんも非常に多くなってきていて、残念ながら、さすがにこども病院はそれに対応できなくて、今も信州大学に頼っているところが非常に大きいところなんです。

この際、もう一回、総合周産期母子医療センターの機能の中の、特に精神科機能を必要とする部門として信州大学の周産期センターの立場をご検討していただいてもよいのではないかと思います。これも塩沢先生と、まず大学の中で進めていただかないと、人員とかお金の問題もあると思いますので。

(小池委員)

総合周産期母子医療センターに関して、精神科領域のものは非常に今、多くなっていて、前回周産期医療体制を作成したときにはまだ入れておりませんでした。この定義だと、総合周産期医療センターを2つは要らなくなったわけですけど、塩沢教授とお話ししたときにも、100万人に1カ所ということであれば、県内に2カ所でもいいのではないかという議論はありました。

しかし、なかなか県のほうがOKしてくれませんでした。

ただ、今後、総合周産期母子医療センターを考えると、避けて通れないと思います。ぜひ議論していただけたほうがいいと思います。

(本田座長)

どちらにしろ、それは載せなければいけないということになるとわかりやすくどこかに載せるという、見てわかるようにという多分ご指摘だと思います。

(西垣保健・疾病対策課長)

そうしますと、国の指針を踏まえて分類といいますか、図を整理した形のを、次回またご提示させていただくということでしょうか。

(本田座長)

はい。今のところでこのシステムや連携病院、連携強化病院というところまでお話をいただいたと思います。全体的にこれについて、ほかに何かございますか。

それでは次に進めさせていただきます。論点2をもう一回、ご説明していただいでよろしいですか。今の議論と少しつながりがあると思います。

(保健・疾病対策課原企画幹 資料5-1② 論点2について説明)

(塩沢委員)

こども病院は精神科のドクターは雇えないのですか。

(中村委員)

後でお話ししようかと思っておりましたが、女性を診られる精神科のドクター、それからカウンセリングを行う臨床心理士が必要ですがけれども、いないんです。

それは、鷲塚先生にも直接お話ししたことがありますけれども、女性を診られる精神科の先生というのは、多分、長野県の中に誰かいますかといったら、小泉先生ぐらいしかいないのではないかと思います。

ぜひ医療計画の課題の中に、産前・産後の女性を診られる精神科医や臨床心理士の育成というものをに入れていただきたいと思います。

(中沢委員)

ぜひこども病院のこの体制を整備していただきたいと。

(中村委員)

絶対必要だと思っています。

(本田座長)

もし、今、県のほうからご説明いただいたほかに、現況として非常にこの点が困るとか、いろいろな点で周産期の精神科の問題について、具体的に問題点を少し限定いただける方がいらしたらお願いします。

(塩沢委員)

エジンバラ検査というのを去年の暮れからうちは始めてきていて、お産が終わると全員に配っ

て、それからある程度の点数以上の人は助産師さんがものすごくケアして、点数に少し足りなくてもちょっと怪しいみたいな人は、入院中にもう精神科に紹介させてもらっていますので、体制については一歩前進したかなという感じになっています。

(中村委員)

数字としてぜひ調べていただきたいのと、その目標値になるのが自殺者ですね。全国的には出ていますよね、まだ難しいみたいですがけれども、その妊婦さんとか、出産後何ヶ月と何年以内に死亡した人数というのが全国的に出されていて、だからいわゆる問題だというのが厚生労働省の中で示したので、県内の自殺、女性の自殺の中で、産前・産後とかかわるような数というのを何とかして出していただければ、それを減らすという目標値ができるのではないかと思います。

(西垣保健・疾病対策課長)

厚生労働省の統計と警察庁統計のほうで自殺者数は、性別と年代では出ていますがけれども、産前・産後というくくりのものがあるかどうか。

(中村委員)

厚生労働科学研究でやっています。

(木村委員)

今、厚生労働科学研究のほうでは、全国のものはないですがけれども、東京都は監察医務院制度なのでわかります。それで見ると、産後4カ月の自殺者が一番多くて、次いで3カ月から5カ月ぐらいのところですね、妊娠中は妊娠2カ月が多いですね。東京都は大体日本の人口の1割なので、それを日本全体に当てはめると、推計でこのぐらいだということを出しています。

見つけたときに相談者はどうやっているかということを知ることが大事かなと思います。

(中村委員)

エジンバラの検査をやっている数というか、もう一つ、この前も子どもへの協議会で話が出た産後ケア、行政が補助を出しているところがありますよね。だけど、実際あまり使われていないという話を聞いています。

(原企画幹)

そうですね。産後ケアはまだあまり広まっておりません。

(中村委員)

そうですね。ですので母数を出していただいたり、どのぐらい使われているのかということを出していただくと、施策に入れやすいのではないかなと思います。

(西垣保健・疾病対策課長)

エジンバラ検査については、実施予定を含めて16医療機関です。

(中村委員)

医療機関が16ですか。それは多いですか少ないですか。

(西垣保健・疾病対策課長)

44医療機関中の16医療機関です。

(中村委員)

比較するところがありますか。

(木村委員)

全部でやらないとだめだと思います。

(本田座長)

これ連携をとっていかないといろいろ難しい問題があつて、それは16病院というのは、精神科の先生がいらっしゃる病院でやられているということですか。

(中村委員)

これは産科医療機関、分娩を取り扱う医療機関です。

(本田座長)

そうすると、別に44医療機関でやられてもおかしくないけれども、そのうち16病院しかやられていないという、そういう捉え方でよろしいですか。

(西垣保健・疾病対策課長)

少しずつやっていたところは増えていっていると。

(本田座長)

だけど、それは認識がないからという話なのでしょうか、それとも別にやる必要がないということなのでしょうか。

(中村委員)

マンパワーもないということですね。看護師さんとか。

(樋口委員)

看護協会ですけれども、今、各市町村でもエジンバラに取り組んでいる保健師がたくさんいますし、今年、看護協会ですべて初めて病院の助産師と行政の保健師が連携をとって産後うつにどう関わっていくかという、一緒の場で研修をして、地域ごとにパネルディスカッションしていこうという計画を立てたことがあります。やはり助産師と、教育助産師と地域の保健師という連携というのがとても重要であると思っています。

(本田座長)

そこでやると、全部網羅できそうな感じにはなるのですか。やっているところはもちろん問題ないとは思いますが。

(樋口委員)

そうですね、須坂・長野市近辺はもう先生方と連携をとりながらやっていますし、やはりそういう動きが各地域でも始まっていますので、これからだと思います。先進的に始まっているところの事例を参考にしながら、各市町村が取り組み始めています。

(中村委員)

それでは、目標値に入れやすいのではないかと思いますけれども。

(原企画幹)

では、その辺の基準のデータ等を踏まえるといったことと、今後施策に活かせるようにということ。

(本田座長)

あと保健師と助産師との連携でどのようにやっていくのかというのも、もうそこはできていそうな感じもしますので、そういうところも取り入れながら進めていくという感じではあると思います。そのような状況、構成でよろしいでしょうか。

(大澤委員)

精神疾患に関して、おそらく私たちの中でも、今、出生前診断で心疾患があって生まれる前に亡くなるかもしれないし、生まれてこられるかもしれないしというところで、全国的に生むか生まないかで悩む医療体制があって、それで生むと決めても、やっぱり精神的なバックアップ、話を聞いてくれる人が必要だと思います。

これで看護師さんと助産師さんとかで始めるのであればそういった慢性疾患を持っているリスクのある子を妊娠したお母さんたちに対して、私たち患者会の立場からも何か助言することができると思うので、ぜひ患者会のほうにも声をかけてもらって、こういう妊婦さんを支えていこうということをお願いしたいなというのは常々心臓病の子どもを守る会全体的にそう思っていますので、ぜひ患者会というところも視野に入れてもらって、体制整備していただければという感じがしています。

(本田座長)

今、言われた内容のところをどのように示すのかというのは、ご検討をお願いしてよろしいでしょうか。ほかにございますか。

(高島委員)

教えていただきたいのですが、この産後うつ病などから虐待につながるということはかなりあるのですか。

(中村委員)

ありますね。最悪は育児放棄になってしまっって乳児院に行かざるを得なくなるような場合もあるので、先生がおっしゃるように、虐待から育児放棄というのはもう最悪の場合になります。なので、そういう方面から調べてもらっても数は出てくるかと思いますが、そんなには多くないと思いますが、究極の場合というのはそうなります。

(本田座長)

もともと大きな問題ですけれども、そういう面からも産後うつは大きな問題ですね。

(木村委員)

子どもの虐待死はゼロ歳児が一番多いです。生んで3日以内に殺してしまうことが多いです。これを何とかしないと。病院にかかってくればいいのですが、そういう人は往々にして病院に

かからないので、なかなか拾い上げるのも難しい。

(本田座長)

何か難しい問題ですけれども、そういうところもあるということで。

それでは、この産後うつ病に関しての件はこれで、かなり方針的にはまとまったのではないかと思います。よろしいでしょうか。

それでは続きまして、院内助産の普及についてということで、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

(保健・疾病対策課原企画幹 資料5-1② 論点3を説明)

(本田座長)

では、すみません、塩沢先生のほうからお願いします。

(塩沢委員)

院内助産については、何度も言っているのですが、もう産婦人科医が少なくて本当にみんな疲弊していますので、少しでもふつうのお産の負担が減ればいいという、そんな動機で始めたのですけれども。

始めてみますと、私としては非常に大事なシステムだということを改めて感じました。助産師さんの潜在能力というのはすばらしいです。すばらしいばかりでなく大いに活躍していただいたこともありますし、少しずつですけれども、院内助産が県内の病院で始まっています、諏訪日赤では最近もう半分以上はいわゆる院内助産的な力になっているという話ですし、そこで働いている人たちも楽だと言っておりますし、今のところそんなことが出ております。例えば丸の内では6月から院内助産をやりますということで、私自身としては進めていきたいというのが基本的な考えです。

ただ、院内助産に肯定的でない産婦人科もたくさんいます。こんな危ないお産を任せられるかという考え方のドクターも非常に多い。お産というのは急変しますので、全くそれはもっともだと思いますが、私たちができることは、院内助産に協力的な病院の助産師に活躍していただいて、実績をどんどん上げていっていただいて、少しずつ院内助産に対する理解が、特にドクターに得られるように、それが私の今のところの希望です。

例えば妊婦さんのモニターとかも一生懸命見てくれますので、安全性というのは、意外といいのではないかと考えています。

(樋口委員)

院内助産を進めていくということは看護協会としてもとてもいいことだと思っていて、今、長野県下の助産師さんたちに対して、看護協会も国と県の事業をいただいて助産師出向支援導入事業というのをはじめとして、正常お産をとる件数の少ない病院は正常お産がいっぱいある病院に助産師を出向してもらって、そちらで経験を積んでまた病院に帰ってきてもらうという事業をもう数年やっています。

それも並行してやっていけば、正常お産の経験をたくさん積んでいただいてお産に貢献していただきたいという気持ちがあるものですから、とても重要な事業だと思っています。

産婦人科の先生をフォローするご意見がいろいろありますけれども、助産師も疲弊しているところがありますので、助産師もフォローしたり、研修を充実したりですとか、出向事業でいろいろな経験が積めるとか、そういうことをしていけば助産師の偏在というのか、能力の均等化も図れるのではないかと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(本田座長)

正常分娩をあまりやらない病院というのはどういう病院ですか。

(樋口委員)

例をお話しすれば、こども病院の助産師さんが県立木曽病院に行って、それで正常お産を経験してまたお帰りになって、ここはもう出向体制が要するにできていらっしゃる病院です。それで北信総合病院から上田医療センターに行かれるとか、そんなことを始めていますので。

信大はもう、このところ聞きますと、正常お産から始まって、ものすごく件数が多くなってしまっているということをお聞きしていますけれども。

(本田座長)

まあ、そういう点もあるということで少し考慮いただければと思います。

(保谷委員)

今、病院対病院でという話が出ていますけれども、助産所もできるだけ連携医療機関にお世話になりながら頑張っているんで、その交流の中に助産所も入れていただき、ドクターのいないところでやっている助産所を病院の方たちに見ていただくという、そんな機会ももし設けていただければ違うのかなと思います。

いろいろな病院の助産師さんたちともお話しすると、自分一人で全部やるという自信がないという話はよく聞くので、私たちも病院に頼らないといけない部分もたくさんありますが、何もやらなくても正常に生める人たちもたくさんいるので、そういうところを見ていただけるといいのかなと思います。

(中村委員)

周産期医療協議会とか各地域の分娩施設の分娩数って出してくださいませね。あの資料を出していただくとかわかりやすいかなと。さっきの中沢先生の質問がありましたけれども、具体的にどこの地域のどこの施設がどのくらいの分娩数を取り扱っているのかというものを出示していただければと思います。

(本田座長)

今のお話を聞いていると、助産師さんで開業されているところはあまり、近くの病院とは交流を持っていらっしゃるけれども、全体的にはあまりいろいろなところに交流を持たれていないという感じですか。

(保谷委員)

そうですね。何人か、病院の助産師さんが自分の休みを使って私たちのところに研修にいらっしゃる人はいますが、その人たちは個人でいらっしゃるんで、そういう仕組みができればと思います。

(塩沢委員)

院内リーダー養成コースでいろいろな、毎週講義とかレクチャーとかやっていますので、そういうカリキュラムの中に、もしよければ何らかとタイアップするのができるかどうか聞いてみます。

(本田座長)

せっかく同じ職種でやっていますので、そこは連携したほうがよろしいのではないかと思います。また県のほうで少しご検討をお願いします。いろいろなところと調整しなければいけないですけども、お金の話もあるみたいですので。

(木村委員)

日本産婦人科医会でいろいろ言われていますけれども、これは別にお金がどうのこうのということを書いていません。保谷委員さんのところとも一緒に提携してやっていますし、地域ごとに工夫してやっていけばいいのではないかと思います。

(本田座長)

システムのというのが頭の中にあったらいいかなと思いますので、何かを考えるときには、そういう発想で考えていただけるとよろしいのではないかと思います。

あと、ほかの医療で麻酔科とかでもほかの職種の人にやっていただくということ、法律の壁というのは結構大きいですけども、この分野については、お聞きしていると、あまり法律の壁がなさそうなので連携さえとればよいのではないかという印象を持ちました。

この件に関しましてほかに何かご意見等ございますでしょうか。

それでは次に進めさせていただきます。

災害時において、特に医療サポートが必要となる妊産婦・新生児等について適切に対応できるかどうか、これも事務局のほうからご説明をお願いします。

(保健・疾病対策課原企画幹 資料5-1② 論点4について説明)

(中村委員)

これは私、国のほうの作成に少しかかわったので、長野県の場合に当てはめて議論していただければと思います。

1番の点は大体、今年も厚労科研で3年間続いてリエゾンの発展に育成しましょうということで、小児新生児病院で3人から4人、産科病院で3人から4人ということを国は想定しています。それはどうしてかということ、このリエゾンが一番活躍するのは災害が発生してから72時間、生命医療体制本部に詰めるということで、一人の人がずっと72時間詰めているというのは不可能なので、24時間交代で3人というのを大体想定しているようです。だから多分、今年からあと3年間、年に一回ずつ、今みたいな講習会が行われて、6人を委嘱していただくというような形になると思います。

それから2番目と3番目は、これも厚生労働省が考えていて、EMISのようなインターネットを使った患者受け入れ可否の情報をEMISのようなもので小児・周産期版をつくったらいじゃないかというのを考えていますけれども、長野県の場合にはもうできていて、産科も、小児も新生児も困ったときにはどこに連絡したらいいか、また誰に相談したらいいか、どこのところではどのぐらいの資源を持っているというのがわかっていて、これにお金をかけたり労力をかけるのは、長野県では必要ないのではないかというのが、僕の個人的な印象です。

3番目も同じで、長野県の場合、どこかで何か起こって受け入れなければいけないと思ったら、信州大学かこども病院しかないというのはみんな認識として持っていますので、万が一、信州大学とこども病院が被災してしまったときに、ではどうするかぐらいで、そのときは県外に搬送するしかないと思います。そういうことじゃないかなと思います。

4番は、年に一度やっている県の防災訓練がありますよね。僕が去年オブザーバーで出させていただきましたけれども、それにこの小児リエゾンの方が必ず参加するように招聘していただいて、DMATや災害コーディネーターの方とリエゾンの方がいつも顔を合わせて、連携体制がとれるような関係を訓練のうちからつくっておいていただくということで盛り込んでいただければ、この領域に関しては、ほぼ問題なくできると思っています。

(本田座長)

ありがとうございます。もうかなり進んでいて、システム的にはもうできているというご意見だったと思いますけれども、いかがでしょうか。

では、②でこのネットワークというのを、どこか簡単な、電話のホットラインみたいなやつをつくったらどうかということですが、

(中村委員)

要するに固定電話が使えなくなるというのがありますよね、実際に被災してしまった折には。そうするともう個人の携帯電話が一番で、キーになる人たちの携帯電話をオープンにする。または、SNSでしたか、ああいうものが一番つながりやすいみたいなので、行政が主導していただけるかどうかだけですけれども、そのくらいだと思います。

ただ、産婦人科学会だったりがつくろうとしている、何か300万か400万円かけて、どこの診療所はどのくらい今、空床があって、要するに空床の情報システムですね。県内はいらなかなと思っておりますけれども。都会ではあれないと、一歩向こうの、一通り向こうで病院がどのくらい空いているかというのが全然わからないみたいですから。

(本田座長)

そういうのは災害のときには全体的にできないのでしょうか。多分お産とか、透析とかが結構問題になるのが多いですよね。

(中村委員)

それがそのEMISというので、それは長野県内の多くの病院は入っていて、あれは災害医療のほうで考えているのですよね。

(下條課長補佐)

そうですね。EMISというシステムが全国共通でありまして、その中で、全ての登録された医療機関が被災状況等を、例えば今は電源がやられていますとか停電になっていますとか、今は傷病者が殺到しているので受け入れられませんとか、そういう情報をEMISに入力することによって、DMATがその情報を見て具体的に医療資源をどこに投入するかというのを決めていくという使い方をしていきます。

ですから、小児・周産の関係も、登録をEMISにしていれば、空床の部分まではわかりませんが、ある程度の被災状況というのはわかるようになりますので、それをリエゾンの方が災害医療本部に詰めることによって、県内の小児周産期医療機関の状況がわかるということがあります。

(本田座長)

すると、システム的には災害医療のほうに行っていれば、ある程度コントロールができる状態であると理解していいですね。

(下條補佐)

どのように情報共有をしていくかということだと思います。

(本田座長)

何かほかにご意見等ございますでしょうか。

それでは、この周産期医療に関する論点というのはこれで終わりにさせていただきます。

ここで10分程度休憩をいたしまして次に入らせていただきたいと思います。4時30分から再開させていただきますので、よろしくお願いいたします。

(休 憩)

(本田座長)

それでは会議を再開させていただきます。それでは資料5-2につきまして、小児医療について、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

(保健・疾病対策課原企画幹、資料5-2①「小児医療」及び5-2②「小児医療に関する論点」説明)

(本田座長)

ありがとうございます。今のご説明に対しまして、何かご質問等ございますでしょうか。

先ほどの周産期医療のときと同じですけれども、イメージ図としてはきれいに、これでクリアに行われているという感じがあると思いますが、この体制について、中澤先生のほうから少しお願いします。

(中澤委員)

全県的な小児科医を派遣している側からお答えいたしますけれども、私自身も初期救急をやっており、始まったときと比べて非常に全県的に充実してきたと感じています。

#8000と、市やその地域が中心となった初期救急センターの役割が大きいと思います。そのおかげで、その後ろ側にある二次病院の医師の疲弊が防げているのは間違いないと思います。

ただ、初期救急センターは、地域ごとにいろいろと差があります。差と言いますと、すごく数がたくさん来るところと少ないところがありまして、少ないところは二種類あり、電話相談的に看護師さんがトリアージして、まあある程度絞って見ているというところがあり、上田地域がそういうところがございますし、最近ですと諏訪地域とかだと、諏訪赤十字病院が非常に研修医が多くて、そちらで多く診れるので、逆に初期救急センターでは行われていない。そういった地域ごとに差があって役割は変わってきているのかなと思います。それがいい悪いはわかりませんが、そういった状況ですね。

それと、先ほど説明がありましたけれども、初期救急センターに勤務してくださる先生の数が非常に厳しくなっています。年齢的にも厳しいのでということで私たちのほうでも、初期救急センターへ派遣をしていますけれども、それも強化してほしいという依頼がございます。

そこが破綻してしまいますと、その後ろに構えている二次病院が非常に厳しいことになってしまいますので、今後も#8000みたいな電話相談とか、初期救急センターは非常に重要であると思っています。

ただ、改めてさらにもっと数値目標を上げてこうしろというものではなく、今、すごく充実しているので、それが破綻しないような全県的な、各施設やセンターで困っていることなどを相談して、その機会があっても、地域ごとは話されていると思いますが、場合によっては県が主導で、

こういった問題点があって、どういう地域はこういうふう工夫しているかということで概ね解決するのではないかなと考えております。

(本田座長)

ありがとうございます。まあおおまかなシステムはOKで、マイナーチェンジをちょっと加えるかどうかというご意見だと思いますけれども、高島先生どうぞ。

(高島委員)

予防接種の発達によって、救急医療という考え方が大分変わってきていると思います。#8000もそうですけれども、熱に関してかなり安心していいということが、今の小児医療で一番のポイントだと思います。

それで松本地方では安曇野市と松本市と2つ急病センターがありますけれども、そこはマンパワーを節約するためにも、各地域で2つは要らないのではないかと個人的には思うので、そうしたら一つをやめて、一つのほうに集まるようにしたら、医師のマンパワーも節約できるという気はしていますけれども。

それと、できたら小児は小児科医のところというのが基本ではないかと考えますので、各地域でポイントを絞って集中させるようなことが必要じゃないかという気はします。

(本田座長)

先生は小児科医の集約化を少しやったほうがいいということですね。小池先生、病院の立場としてはいかがでしょうか。

(小池委員)

そうですね。少し難しい問題があると思います。長野市の急病センターは市民病院ですけれども、市民病院の小児科医の数は非常に少ない現実があります。今、長野地域は急病センターは3つ同時稼働しているという状況ですけれども、1か所にするというのは、非常に厳しい状況です。

(本田座長)

まあ病院を運営されていると、救急を手放すというのはなかなか難しいというところがあると、小児の場合はどうかというのはまた問題だとは思いますが、なかなか病院間の連携がとれて一つに絞れるかというのは、難しい面もあるし、もう少し大きいところから行かないとだめなのかもしれないというのがあるかなとは思いますが、

集約化をしてやっぱりスキルを上げていく、レベルを上げていくというほうが、分散してしまうと疲労とかレベルが下がってしまいますので、当然、集約化していったらレベルを上げていくというのが重要な課題だとは思いますが、

(小池委員)

今は急病センターの問題は一段落しているように思います。最初に急病センターに加わっていたただいたドクターたちは非常に意欲があります。しかし、そういう人たちの年齢がだんだん上がってくると、どうやって継続するかという問題が今、出ているような気がします。これを継続しないと小児救急は壊れるので、今後どういうふうにするか、もちろん集約化というのは方向性としては正しいとは思いますが、継続をいかにしてやるかということも重要な課題かなと思います。

(中村委員)

論点の1の点について2つありますけれども、1つは先ほどの周産期のときにも病院の定義のところで連携病院と連携強化病院ということがありましたけれども。現場で働いている医者にしても、今の救急医療というのは1次、2次、3次というのがありますし、多分、現場で働いている病院、連携病院ってどこと言われるよりは、1次病院ってどこというほうが一般的ではないかと思えますし、県民の方にもわかりやすいので、次回ぜひ検討したらいいのではないかと思います。先ほどもどこかには1個あって、どこには2個ないというのもよくわからないので、それも含めて検討していただくのがいいかなというのと。

それから、参考資料の6の4ページの、小児医療体制のイメージの右の上のほうに成人医療ということが非常に小さく書かれていて、そこへつながるのが長期入院児から、非常に太い矢印で成人医療、慢性疾患等となっていますけれども。実は、こども病院も25年たったら、最初ゼロ歳だった子が25歳になって、別に長期入院しているわけではなくて、治療は終わっていてもまだやっぱり病気をもち続けているという子供さんたちも、どういうところから生活をしていくのか。また成人病になったときにどこにかかろうかというのがとても問題になっていて、小児科学会とか厚生労働省が示していた中にそういうことが全く触れていないこと自体がちょっと変じゃないかなと思うぐらい、社会問題になるとか小児病院では問題になっています。

長野県だけではないのですが、非常に大きな問題になりつつあるので、ここの部分はもう少し深く議論したい。この模式図自体から外れてもいいのかなというような思いがありますので、ぜひご検討していただけるといいかなと思って、2つ、小児医療体制というところに提案させていただきたいと思います。

(本田座長)

今、先生のところは、循環器のものは循環器内科というふうにされているかというのは、それは割りとうまくいっていますか。

(中村委員)

そうですね。モデルとして、それから血液腫も先生のところで長期フォローというようなものがだんだんできてきていますけれども。疾患によって全然その温度差が大きくて、内分泌、神経、アレルギーとか消化器となると、今、移行医療と僕たちは言っていますけれども、移行先がない移行医療という感じなので、ぜひ大きな検討課題の中に入れていただければいいかなと思います。

(本田座長)

先生おっしゃるとおりだと思います。小児から年齢が上がってきたときに、どこが見るかというのがなかなか確立されていないというところじゃないかなと思いますけれども。

そういうところも少し外へ出して、項目として論議するという、そういうご提案だと思いますので、また実態がどうなっているかというところも少し見てみないとわからないので。

ほかに何かございますでしょうか。

(大澤委員)

今、中村先生のお話の延長ですけれども、まさに移行期医療で現状がどうなっているかということでもちょっとご報告というか。うちの息子が今、19歳でこども病院の循環器にずっとかかっていたけれども、信大とこども病院の連携で成人先天性センターができて、この5月に信大へ移行という形でうまく移行が済みました。

第6次をつくるときに心臓病の子どもを守る会で、それよりもかなり前から成人移行に関しては、すぐく県にも訴えてきていたのですが、それがやっと実って信大にできて、今こういういい形につながっているの、ぜひこの問題、たまたま心疾患はできましたけれども、糖尿病だった

り、がんの人だったりがやっぱり成人したときに、継続して見ていただける場所が整備されていないのが長野県や全国の現状ですので、ぜひこの成人医療をこの後期医療に関しては、中村先生おっしゃったように、小児とまた切り離れた別枠だったりとか、ぜひ検討していただければいけないことだと思いますので、その辺を踏まえて、7次長野県保健医療計画に大きく取り上げていただきたいと思っています。

(本田座長)

ありがとうございます。少し検討いただくということになるとは思いますけれども、何かほかにございますでしょうか。

それでは、次に進めさせていただいて、小児在宅医療の推進について、事務局のほうからお願いいたします。

(保健・疾病対策課原企画幹 資料5-2② 論点2について説明)

(本田座長)

中澤先生、お願いします。

(中澤委員)

私も県のほうと昨年の末からいろいろと話し合いを何度かさせていただいており、先ほどお話がありました、移行期医療はまさにその中核になるような分野かと思えます。

まず在宅推進、これは本当に大事で、在宅医療の推進は本当にその一部門で、医療的ケア児が全体にあって在宅医療に進むべき、レスパイトケアをしなければいけない。あとは入所、全部含めてかと思えますけれども、その辺が今後支援していくポイントかと思えます。第7次の目標とすべき方向性に、長生きだけではなく幸せを追求とありますので、先ほどの小児医療のところもやはり死亡率とか救急の数とか、そういうのは数値化しやすいところが、当然全面に出てしまいますけれども、この幸せを追求するとか数値化はできないですけれども、やはり今後は、これ以上死亡率を下げるとか、そういうことは医療の革命、革新的な医療が出ない限り難しいですし、そうでもない限り、数字は本当に誤差範囲でしか動かないと思えますので、いかに患者さんの人生の質を上げるかということですね。幸せというのは質を上げるかということかと思えます。

それで、こういった行政のほうにお願いする以上は質を上げる、幸せというところを数値化して目標をつくらなければいけないと思えますけれども、何を数値化していくか、まず連携さえもできていないというのが実情かなと思えます。

患者さん団体とか福祉側から医療と連携がとれていないとよく言われますので、まず、今、私たちが進めているのは全県的な連携のネットワークをつくって、どのくらいの患者が、どの地域にいてどのくらいの地域差があってどのくらいのケアを受けているか、そこに医療が入っているかとかというネットワークをつくって、そこで少し数値目標をつくっていくことが必要だと思います。

看護師さんがそこで交代でケアする、医療ケア、医師から処方箋も出ていない状況で、要するに医療的な指示書が出ていないわけです。お母さんがこうやってほしいということを皆さんが学校でやって、もし事故が起きたときに全然責任の所在がないとか、そういったような状況でございますので、本当にまず状況を把握してできていないことと、やって目標値を上げていって、全体的にレベルを上げていただければいけないかなと思っています。

昨年度末に諏訪のほうでも連携の協議会をしましたけれども、ああいったことも各圏で、各医療圏でやらせていただいて現状把握とあとレベルアップを図ってぜひ第7次のほうに、先ほどのまさに移行の医療でございますので、どこに出口として見ていただくとか、そういう見ていた

だく機関をセットアップするとか、そういったことも目指さなければいけないかと思います。

(本田座長)

中村先生、何かございますか。

(中村委員)

これを第6次からずっと読みましたけれども、このまま重点的にぜひお願いしたいなと思います。

(本田座長)

ほかに何かご意見等ございますでしょうか。

多分、在宅のほうへ全体的に進めていかなければいけないというのは小児も成人も同じようなことではないかと思います。

引き続き、なるべくスムーズにという形で、何かモデルとかそういうものをつくっていただけるのはなかなか大切ですよ、難しい形になってしまうと思いますけれども。

(西垣保健・疾病対策課長)

例えば現在ある自立支援協議会ですとか、そういった既存のネットワークも含めて検討していきたいと思います。

(本田座長)

では、まあ始まりで進めていかなければいけないということだけは確かだと思いますので。

ほかにご意見等ございますか、よろしいでしょうか。

それでは続きまして、3番の小児科医の負担を軽減し小児医療体制、さきほどから議論されている#8000の件について、お願いいたします。

(保健・疾病対策課原企画幹資料5-2② 論点3について説明)

(本田座長)

ありがとうございます。これは中村先生のところでやっただけなので、ちょっとコメントを。

(中村委員)

現状維持でいいのではないかと思いますけれども。

(本田座長)

小池先生のほうからも。

(小池委員)

いつもこれは問題になっています。今、幼稚園等には送られていますか。

(原企画幹)

市町村単位でカードを配布させていただいています。

(小池委員)

毎年ではないですよね。毎年はなかなかやりにくく、で、これを配るといいのですが、配布をしないと相談件数が下がるということが繰り返されていると思います。そこをどうしていいか、事務局が苦しんでいます。

(原企画幹)

小児医療に関する現状と課題の4ページご覧いただくと、棒グラフが26から27年度がすごく伸びていますけれども、27年度は予算がついて、PRを厚めにできたところですよ。だからおっしゃるとおりです。周知のところですよ。

(本田座長)

今、お聞きしていて、システム的にはもうOKですので、あとは宣伝をしていただくだけになっていると思いますけれども、そういう結論でよろしいでしょうか。

ほかにご意見ございますでしょうか、よろしいでしょうか。

(中澤委員)

一つよろしいですか、ここの論点に挙がっていないことでちょっとお願いがあるのですが。もう再三再四お願いしていることでございますけれども。

やはり、今の小児医療で一番の問題に挙がっているのは発達障がい児の医療でございます、もう外来、半年待ち、あと地域差が非常に大きい。そして医師側から言わせていただくと、そこで頑張っている医師も本当は専門トレーニングを受けておらず、対象者が県内で約3万人近くいる中でも見る側が少ないので、その分、医師を増やさざるを得ない。これはもう全国的な問題だと思いますけれども、ぜひとも長野県側で先頭を引っ張って、そこの医師の育成ですね。今、精神科と小児科合同でその医師を増やそうということをお願いしておりますので、ぜひそういったことも第7次に入れていただければと思います。よろしく願いいたします。

(本田座長)

では、それを課題として挙げていただいて、ほかに何かございますでしょうか。

それでは、今回の議題に関しましてまだご意見のある場合は、事務局の医療推進課まで、ファックスやメールで6月23日の金曜日までにお寄せいただければと思います。

5 その他(今後のスケジュールについて)

(医療推進課下條課長補佐、資料6「第7次長野県保健医療計画策定スケジュール(予定)」説明)

(本田座長)

ありがとうございました。

全体を通して何かご質問等ございますでしょうか。

(塩沢委員)

全国産婦人科周産期医療センター長会議という会議があり、今年は議題の中で、小児科の先生の中で、新生児の医療をやっていただく先生が少ないというのが、産婦人科医がいても新生児をやっていただける先生がいないとほとんど戦力ゼロになってしまうものですから、小児科の中でも新生児の先生を増やす対策を立ててほしいという意見が、産婦人科の会でありましたので、情報提供いたします。

(木村委員)

産婦人科医は特に、小児科もそうだと思いますが、絶対数が足りないですね。それを何とかしないと、数字上は何となくいいようにも見えますが、ぎりぎりのところでやっていますので、ちよつとなにかしらトラブルが起きると、須坂病院のように休止ということになってしまう。

根本的に医師数を増やす方法を考えなくてはいけない。こども病院は、総合周産期母子医療センターなので、産婦人科医2人当直です。6人でどのように回しているのかわからないけれど、3日に1回当直をしていないといけない計算です。

東京やよその県では、総合周産期母子医療センターは、10数人から20人態勢で行っているところもあり、県立こども病院にはものすごい負担がかかっていると思われます。

そういう生活は、若いうちはいいかもしれないが、年を取ってくるとできなくなってきて、疲弊し、そのうち崩壊するという悪循環にならないように考えていかなければいけないと思います。

(本田座長)

先生のおっしゃることをするには、アメリカのボード制みたいな基準を政府が設けないと、自由にしている限りは難しいのではないかと思います。足りないところは増やしていくというのは先生おっしゃるとおりで、それには経験させていかなければならないが、医師が増えないと経験させられないという、よくなればよくなるけど、悪くなればどんどん悪くなるという、難しい問題です。

他にはよろしいでしょうか。

〔6 閉 会〕