

令和 7 年度小児・周産期ワーキンググループ報告書

令和8年3月
長野県健康福祉部

I 背景と目的

少子化と人口減少の進行に伴い、県内の分娩取扱医療機関や医療人材の体制は、大きな転換期を迎えている。県内では、令和 4 年度から大北地域の分娩取扱施設が休止し、県立木曽病院においても、令和 8 年度以降の分娩取扱いを休止する見通しとなっており、これを契機として、地域の周産期医療体制をより安全で、将来に向けて持続可能な形へと発展させていくための再構築が求められている。

また、小児医療についても、入院機能を担う医療機関の減少、夜間当直医の確保の難しさ、専門性の維持・継承の困難化など、医療資源の量・質の両面で課題が生じており、これらに的確に対応していくことが、今後の小児医療の質の向上につながる。

今後、県内の小児・周産期医療を将来にわたり安定的に維持していくためには、医療機能の役割分担の明確化や適切な集約化を含め、地域にふさわしい医療提供体制のあり方を早期に検討し、その方向性を示すことが重要である。

このため、保健医療計画の中間見直しに先立ち、県として、医療提供側の視点から課題を整理するとともに、必要な施策の検討を加速させることを目的として、小児・周産期分野のワーキンググループを設置し、検討を行ったものである。

II 現状と課題

1 小児・周産期医療を取り巻く状況

- 長野県の出生数は 2017～2022 年の平均で年 3.5% (2015～2023 年で 4.1%、2017～2023 年で 4.3%) 減少しており、この年 3.5% の減少率を前提に計算すると、2040 年には約 6,400 人となる。出生数と 15 歳未満人口は今後も減少が続く見通しであり、その結果として、患者数の減少や症例数の減少・偏在が進み、医療機関の経営面での負担増や、医師・助産師・看護師が経験を蓄積・維持することの難しさが生じている。
- 受療動向として、軽症例の夜間受診や救急搬送の増加がみられ、医療機関の負荷が増大している地域もある。
- 救急搬送件数や搬送時間には地域差が大きく、一部地域では適切な受入先が確保できず、搬送時間が長くなる事例もみられる。
- 出生数の減少に加え、人件費の上昇や待機コストの増大により、小児救急医療や周産期医療、とりわけ高度医療の提供は収支構造上の課題が生じている。

2 医療資源の状況

- 過去 20 年間で、県内の分娩取扱機関は約半数に減少した。特に木曽・大北地域では分娩取扱施設が休止となり、圏域内での分娩ができない状況となっている。このため、圏外搬送に伴う移動負担や緊急時対応上の課題が生じている。
- 小児科を標榜する医療機関数は減少傾向にあり、特に入院機能を担う施設の減少が目立っている。

- 小児・周産期医療を担う医師の高齢化、女性医師の増加、働き方改革の進展などにより、高度医療や夜間対応が可能な医師の確保が難しくなり、現行の医療提供体制・救急対応体制の維持に課題が生じている。
- 小児専門看護師の配置には地域差があり、専門性の維持・確保が難しい地域もみられる。また、訪問看護体制についても地域差が大きく、対応できる事業所が限られている地域がある。

3 長野県の小児・周産期医療提供体制

- 出生数の減少に伴い症例が減少しており、経験や技術の維持に必要な症例の集積が難しくなっている。その結果、現行体制では高度医療の提供を持続する上で課題が生じている。
- 母体・新生児搬送の判断基準が地域間で統一されておらず、情報共有の不足も相まって、早期の受入れ判断が遅れる課題が生じている。
- 保健医療計画における小児・周産期医療体制は、大きな見直しが行われてこなかったため、計画の記載と診療実態の乖離が生じている。
- 小児医療体制は、中核病院と小児地域医療センター、一般小児診療の医療機関等で構成しているが、入院機能や救急対応の地域差が大きく、地域小児連携病院の約半数は入院機能がなくなっている。
(参考資料①)
- 小児救急電話相談(＃8000)は一定の役割を果たしているものの、夜間・休日の救急受入れの逼迫が改善していない地域がある。
- 母体の高度医療は信州大学医学部附属病院、新生児の高度医療は県立こども病院が担い、その下で地域周産期母子医療センターと低リスク分娩を担う医療機関が機能分担している。一方で、分娩を行う医療機関や助産所は年々減少している。(参考資料②)
- 医療の安全性を確保するための集約化や医療提供区域の再編が重要となる中、医療の課題や再構築の必要性等について県民に十分に伝わっておらず、理解が浸透していない。

III 長野県小児・周産期医療の目指す姿

- 安全で、地域が将来にわたり安心して利用できる小児・周産期医療の確保
(小児死亡率・新生児死亡率・周産期死亡率の低水準を安定的に維持)
- 必要な医療に確実につながり、適切な支援を受けられる仕組みの実現

IV 今後の医療提供体制整備の目指すべき方向性

本報告書で整理する「今後の医療提供体制整備の方向性」は、県が示す「医療提供体制のグランドデザイン」における

- 役割分担と連携の推進
- 関係者が果たすべき役割の明確化

という基本的な考え方と軌を一にするものである。

その上で、将来に向けて医療資源の減少が見込まれる小児・周産期分野において、以下の取り組みを重点的に進め、地域で安心して妊娠・出産・子育てができる体制の実現を図る。

- 医療機関の役割分担と連携を明確化し、安全で持続可能な小児・周産期医療体制を構築する。
(身近な医療機関だけでは担いきれない領域が生じる中でも、ネットワーク化により質と安全を高め

る。)

- 地域の一般的な医療提供は可能な限り維持しつつ、入院・救急を担う拠点医療機関を明確化し、連携を強化することで、必要な医療に確実につながる仕組みを整備する。
- 24 時間 365 日対応可能な入院拠点(小児地域医療センター、地域周産期母子医療センター)に人的・設備的資源を重点配分し、地域全体で拠点を支える体制を形成する。

これらの取組により、必要なときに必要な医療へ迷わず到達できる“切れ目のない支援”を着実に実現する。

V 実行に向けた検討事項と今後の方向性

ワーキンググループでは、主に「医療機能の明確化と集約」、「医療提供区域の再編」、「県の支援のあり方」、「県民や関係機関に向けた情報発信」、「その他(無痛分娩)」の5項目について検討を行った。

1 医療機能の明確化と集約

(1)小児医療

【ワーキンググループの主な意見】

- 医療資源が減少する中で安全な医療を維持するためには、外来診療は身近な地域の一般小児医療機関が中心となって担い、入院・救急・高度医療は小児地域医療センター及び小児中核病院に集約し、専門性と安全性を確保することが必要ではないか。
- そのためには、国の指針に基づき、長野県の診療体制の現状を踏まえた上で、高度医療が担うべき医療機能を明確に示すことが必要ではないか。また、24 時間の入院・救急対応を行う医療機関に人員・設備等を重点的に集約し、安全な医療を確保すべきではないか。
- 小児中核病院(信州大学医学部附属病院・長野県立こども病院)
小児中核病院の役割として、高度専門医療と医療人材育成を担うことを明確にし、小児地域医療センターと連携して小児医療・救急に対応する体制とすることが必要である。

• 小児地域医療センター

【役割】地域における小児専門医療の中核として、一般小児医療機関では対応困難な入院・専門医療を提供すべきである。新生児医療を含む入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で担う役割を明確化すべきである。

【必須要件】①小児科医師 5 名以上の配置、②24 時間 365 日の入院・救急対応、③新生児医療への対応を必須要件として明確化すべきである。日本小児科学会の施設基準を参考に、長野県として具体的な施設要件を定めることが必要である。

【連携・支援】地域の医療機関と連携強化を図り、一般小児医療機関の入院・救急をバックアップすべきである。症例検討や助言等を通じて、地域全体の医療の質の維持・向上に努めることが望ましい。

• 一般小児医療機関

地域小児連携病院は診療実態に応じて一般小児医療機関へ統合し、地域の身近な外来医療を担う。一方、入院・救急は小児地域医療センターと連携して対応する体制が必要である。

• 小児地域医療センターが未設置の地域(木曽・大北)

安全な医療を確保するため、国の「小児地域支援病院」の位置づけの活用を検討すべきである。木曽地域と上伊那地域との連携をモデルとして、オンライン診療による遠隔相談や迅速な情報連携等の体

制整備を進めることが望ましい。

- 医療的ケア児や成人期への移行期医療など、特殊な小児医療の中核を担う医療機関の位置づけについても検討すべきである。
- 小児の入院や分娩に対応する医療機関が無い地域では、入院受入れ基準の統一化、夜間・休日診療や専門診療の広域的なバックアップ体制など、役割分担が必要ではないか。

【今後の方向性】

- 次年度以降も協議の場を継続し、地域の状況変化に応じた医療提供体制の見直しを遅滞なく進める。
- 外来診療は地域の一般小児医療機関が中心となって担い、入院・救急・高度医療は小児地域医療センター及び小児中核病院に適切に集約されるよう役割分担を明確化し、専門性と安全性を高める。
- 今回のワーキンググループの意見を踏まえ、直ちに小児医療体制の検討に着手し、医療機能・役割の明確化を進める。必要な見直しは適時に実施し、保健医療計画の中間見直しには整理した内容を反映する。
- 小児中核病院、小児地域医療センター、一般小児医療機関の役割を明確化するとともに、小児地域医療センターが備えるべき機能について、国の指針及び日本小児科学会基準を踏まえ、長野県内の診療実態や地域特性に応じた「必須要件」と「望ましい要件」を設定する。また、「小児地域支援病院」の位置づけの検討を行う。

【小児中核病院】

- 高度専門医療・人材育成のハブとして、信州大学医学部附属病院及び長野県立こども病院が機能を担い、小児地域医療センターと一体で小児医療・救急に対応する体制を確立する。

【小児地域医療センター】

- 役割：一般小児医療機関では対応困難な入院・専門医療を提供し、新生児医療を含む入院小児救急を24時間365日で担う中核機能を明示する。
- 必須要件(県要件化)：①小児科医師5名以上、②24時間365日の入院・救急対応、③新生児医療への対応を必須要件として県基準に明記(日本小児科学会の施設基準を参照)
- 望ましい要件：小児専門看護配置(小児入院医療管理料3を目安)、小児病棟単独または小児病床を集約し区域特定が可能な混合病棟、NICU・PICU等の適正配置(国の方向性と整合)、CPT(虐待対応チーム)整備
- 連携・支援：一般小児医療機関の入院・救急の後方支援、症例検討・助言の定例化
- 人材育成のための指導医1～2名の配置
- 要件を満たさなくなった場合は、協議会で協議のうえ位置づけを再検討する。

【小児地域支援病院】

- 木曽地域、大北地域のように小児地域医療センターのない圏域においては、「小児地域支援病院」の位置づけの活用を検討し、上伊那地域での実践をモデルにオンライン診療による遠隔相談や迅速な情報連携を整備して空白地域の安全性を担保する。
- 隣接圏域の小児地域医療センターから専門的支援を受けながら、地域の小児医療を支える。

【一般小児医療機関】

- かかりつけ医として、外来を中心に一般診療、健康診断、予防接種等を提供する。
- 医師少数地域においては、開業・承継支援を行い身近な地域で外来受診できる体制を維持する。
- 同時に、オンライン診療の推進を図る。

- 木曽・上伊那地域の小児医療連携の取り組みを参考に、オンライン診療・遠隔相談を活用した後方支援や地域の一般医療機関支援体制の強化について検討する。
- 医療機関連携と専門性向上を図るため、県全体の症例検討は小児中核病院が担い、個別の症例検討は小児地域医療センターが中心となって行う体制を構築する。開催方法については、医師の働き方改革や勤務時間への影響も踏まえて検討する。

(2) 周産期医療

【ワーキンググループの主な意見】

- 医療の安全と質を確保するためには、救急対応を適切に維持するとともに、経験と技術の蓄積に必要な一定の症例数を確保することが重要である。
- 安全な分娩体制を標準化するためには、ハイリスク分娩に対応する高度医療機関への専用病床や専門職の集約を進めることが必要であり、その役割に応じた機能を十分に発揮できるよう、地域周産期母子医療センターの要件を整理・明確化しておくことが求められる。

- 総合周産期母子医療センター（信州大学医学部附属病院（予定）・長野県立こども病院）
県全体のハイリスク妊娠・分娩及び高度新生児医療（NICU）を担う最終受入施設として、母体が重症・ハイリスクの場合は信州大学医学部附属病院、胎児・新生児が重症・ハイリスクの場合は県立こども病院が対応するという役割分担により、周産期医療・救急に対応する体制とすることが必要である。
- 地域周産期母子医療センター
【役割】正常分娩に加え、比較的高度な周産期医療を担うとともに、新生児医療については 24 時間 365 日体制で対応する役割を明確化すべきである。
【要件】地域周産期母子医療センターとして、以下の要件を備えることを水準目安とする。
① 妊娠 34 週・推定体重 1,800g の受入れが可能であること、②新生児医療（NICU/GCU）を 24 時間運用できる体制、③ 小児科医が院内に 24 時間常駐し、新生児の急変に即応できる体制、④ 帝王切開が必要となった場合に概ね 30 分以内に対応可能な産科医（麻酔科医を含む）の確保
【連携・支援】総合周産期母子医療センターと一体的かつ緊密に連携し、一般医療機関では対応が困難な症例を確実に受け入れる地域の中核としての役割を果たせるよう、地域周産期母子医療センターの体制強化を図るべきである。
- 低リスク分娩を取扱う医療機関
正常妊娠・分娩を中心に地域の外来・健診・産後ケアを担い、あわせて初期トリアージを適切に行うこれら医療機関は、急変時に地域周産期母子医療センターへ迅速につなげられるよう、紹介ルートをあらかじめ整備しておく必要がある。
- 地域周産期母子医療センターは小児地域医療センターと併存するべきである。

【今後の方向性】

- 次年度以降も協議の場を継続し、地域の状況変化に応じた医療提供体制の見直しを遅滞なく進める。（再掲）
- 安全で質の高い周産期医療を将来にわたり提供するため、重症度・リスクに応じた役割分担と連携を明確化し、必要な医療に確実につながる体制を構築する。低リスクの妊産婦については、可能な限り地域での受療を支えつつ、受入れが難しい場合には、妊娠期からの紹介・移行支援、移動支援、オンライン相談等により適切な医療へ円滑につなげる。これにより、高度医療が必要な症例の確実な受入体制の強化と、地域における分娩機能の持続性の確保を両立する。
- 今回のワーキンググループの意見を踏まえ、直ちに周産期医療体制の検討に着手し、機能・役割の明確化を進める。必要な見直しは適時に実施し、保健医療計画の中間見直しには整理した内容を反映する。

- 総合・地域周産期母子医療センター、低リスク分娩を扱う医療機関の役割を明確化する。また、周産期母子医療センターが備えるべき人員配置等の要件については来年度の検討事項とし、保健医療計画の中間見直しには整理済み事項を反映する。

【総合周産期母子医療センター】

- ハイリスク妊娠・出産や新生児医療を支える中核であり、母体は信州大学医学部附属病院、胎児・新生児は長野県立こども病院が最終受入れを担う。
- 母体・新生児搬送の統括と運用管理。症例集積と人材育成の中核を担うことで、誰もが安心して迅速・確実に医療につながる体制を構築する。
- 地域周産期母子医療センターとも連携し、県全体で安定・確実な受入れ体制を構築する。

【地域周産期母子医療センター】

- 役割：一般医療機関では対応困難な症例に対応し、比較的高度な新生児医療を 24 時間 365 日提供する機能を持ち、周産期医療の安全性を担保する。正常分娩の受入れも行い、地域分娩機能の持続性にも寄与する。
- 要件：①新生児医療(NICU/GCU)を 24 時間運用できる体制を整える。②小児科医が院内に 24 時間常駐し、急変時に即応できる体制を確保する。③帝王切開に概ね 30 分以内で対応可能な産科医(麻酔科医を含む)の配置を整える。④妊娠 34 週・推定体重 1,800g の受入れを水準目安として運用する。⑤小児地域医療センターと併存する。
- 連携・支援：総合周産期母子医療センターと連携し、母体・新生児搬送、症例共有、人材交流を通じて地域の安全水準の底上げを図る。一般医療機関の後方支援として、入院調整、合併症時受入れ、オンライン相談などを活用し、地域医療機関の診療を支える仕組みを整える。搬送・情報共有のプロセスを見える化し、迅速な受入れ判断を行える体制を構築する。
- 要件を満たさなくなった場合は、協議会で協議し、位置づけを見直す。

【低リスク分娩を扱う医療機関】

- 正常妊娠・分娩の主たる受け皿として、妊婦健診から出産、産後ケアまで身近な場での切れ目ない支援を担う。
- 「健診は地元・分娩は計画的に広域」といった連携モデルを運用する。遠隔 NST・オンライン相談等を活用し、分娩施設が遠い地域でも安心して適切な医療につながる体制を整える。産後ケア体制(訪問・宿泊・日帰り)や地域資源と連携し、産後の伴走支援を充実させる。

- 母体・新生児搬送及び情報連携の運用を可視化し(地域マニュアルの整備・共有、トリアージ基準の統一、連絡系統の明確化)、受入先選定の迷走を防止するとともに、迅速・確実な入院等の受入体制を整備する。

2 医療提供区域の再編

【ワーキンググループの主な意見】

- 医療の安全と質を確保するためには、救急対応を適切に維持するとともに、経験と技術の蓄積に必要な一定の症例数を確保することが重要である。
- 小児と周産期は密接に関連しているため、同一の医療提供区域で捉えることが適切である。また、患者

の受療行動や救急医療・成人診療科との整合性を踏まえ、現実的かつ将来を見据えた区域の再編が必要である。

- 医療連携の現状からみて、二次医療機関を持たない大北地域は松本地域と、木曽地域は上伊那地域と統合し、8区域とする案も考えられる。
- 県全体の医師不足が続く中で、現行の医療提供区域で体制を維持することは既に困難な地域もあり、今後さらに難しくなることが見込まれる。5～10 年後を見据え、受療行動や医療アクセスを重視した上で、安全な医療体制を維持するための集約や、4～6区域への再編など、定期的な見直しが必要ではないか。
- 救急搬送に関しては、患者が適切に医療に到達できるよう、おおむね 60 分以内でのアクセスを基準として考えるべきである。
- 北信地域や南信地域など、地理的条件や積雪といった自然条件の影響が大きい地域では、医療機能の集約について慎重に検討すべきである。
- 医療提供区域の集約にあわせ、医療機関間の迅速な救急搬送の仕組みをどのように確保するかについても検討が必要である。

【今後の方向性】

- 次年度以降も協議の場を継続し、地域の状況変化に応じた医療提供区域・体制の見直しを遅滞なく進める。その結果は適時に整理し、必要に応じて計画類へ反映する。
- 区域再編の検討に当たっては、①小児と周産期を一体で捉えること、②患者の受療行動・救急医療・成人診療科との整合、③安全性を担保する一定の症例数の確保、④地理・気象(積雪等)条件への配慮、⑤住民のアクセス(移動時間等)の確保を基本とする。
- 現行の小児医療提供体制に即し、小児地域医療センターのない地域については隣接圏との統合(大北地域は松本地域と、木曽地域は上伊那地域と)による 8 区域を当面の検討案とする。あわせて、安全性の確保に必要な症例数の観点から、5～10 年後を見据え、最終的に 4～6 区域程度への再構築も視野に、持続可能な体制を検討する。
- 区域再編の検討とあわせて、迅速かつ円滑な母体・新生児の救急搬送が可能となる連携体制(基準の統一、連絡系統の明確化、マニュアルの整備・共有等)を強化する。医療機関間の連携に加え、関係機関との運用面の連携についても検討を進める。
- 再編後の安全・安心な医療提供体制を維持するため、医療機関間の連携によるフォローアップの仕組み(事前相談・紹介／逆紹介、妊娠期からの移行支援、遠隔相談等)の検討を進める。
- 医療提供区域の再編は、今後策定される「新たな地域医療構想」との整合を前提として進める。

3 県の支援のあり方

【ワーキンググループの主な意見】

- 5～10 年後の将来も安全かつ質の高い小児・周産期医療を維持できる体制構築に向けて、医療機関や行政、県民との協議の継続が必要である。
- 集約化による住民不安を解消するため、医療機関間の連携による医療や救急搬送等の体制について、県が積極的に広報・説明を行う必要がある。
- 安全な医療と質を担保するために、入院・救急などの維持すべき医療機能への重点的な財政支援のあ

り方について検討すべきである。

- ・ 医療提供体制の構築を進めるにあたっては、医療施設の老朽化への対応等、医療インフラの計画的な整備についての検討も必要ではないか。
- ・ 県が研修や人的交流の仕組みを整備し、人材支援を強化すべきである。
- ・ センター機能を担う病院には、県と信州大学の連携により政策的に人材を配置すべきである。

【今後の方向性】

- ・ 少子化・人口減少が進む中でも、地域で安全かつ質の高い医療が提供され続けるよう、持続可能な医療提供体制の構築に向けた協議を積極的に推進する。
- ・ 医療提供区域の再編にあわせ、迅速で確実な搬送・受入れを実現するため、搬送体制の見える化や、「小児地域医療センター」「地域周産期母子医療センター」の機能強化、専門医師・助産師・専門看護師等の配置の在り方について検討を進める。
- ・ 小児救急医療及び周産期医療について、医療機関の担う機能・役割に応じた重点的な財政支援の考え方を整理し、維持すべき医療提供体制を明確化した後、必要な財政支援の仕組みを検討する。
- ・ 医療提供体制の構築と併せて、医療施設の老朽化への対応などの医療インフラ整備に対する支援の方向性について、今後、整理を行う。
- ・ 小児・周産期医療の専門性確保に向け、信州大学や県看護協会等と連携し、研修のあり方や人事交流の仕組みを検討するとともに、医療人材確保事業や信州大学との包括協定を活用し、政策的に県内への人材配置を進める。

4 県民に向けた情報発信

【ワーキンググループの主な意見】

- ・ 医療機能の集約化や医療提供区域の見直しには、県民理解が不可欠である。
- ・ 集約化による住民不安を解消するため、医療機関間の連携による医療や救急搬送等の体制について、県が積極的に広報・説明を行う必要がある。（再掲）
- ・ 「身近で便利な医療」から「安全な医療を確保するための体制」へと状況変化し、集約化は避けて通れないことを丁寧に説明すべきである。また、「集約化しても安全な医療が受けられる」ことを正しく理解してもらうことが重要である。
- ・ 長野県の搬送体制は優れていることを県民にアピールするとともに、その維持にもコストが必要であることを県民に周知すべきである。
- ・ 初期救急医療の対応は、小児科医に限らないため、内科医や医師会等を含めて情報発信していくことが必要ではないか。
- ・ 小児・周産期医療の利用世代は入れ替わるため、継続的な情報発信が不可欠となる。SNS は必須だが、対面での話が効果的な場面も多いため、多方面からの発信が必要である。
- ・ 県が主導し、正確で医療関係者も納得できる内容の情報を収集・発信してほしい。

【今後の方向性】

- ・ 安全で質の高い医療提供に向けた体制改善の趣旨を明確にし、集約の必要性と、必要な医療へ確実につながる仕組みについて、県民に分かりやすく丁寧に発信する。
- ・ 医療機関からの意見に加え、妊産婦・子育て世帯など県民の声も適切に聴取し、ホームページ等を活

用した説明や対話の場を設け、受診の目安や医療機関の役割を整理して信頼できる情報として発信する。

- ・ ホームページ、SNS、出前講座、地域の母子保健窓口など幅広い手段を組み合わせ、図解・Q&Aを中心に分かりやすい情報提供を行う。
- ・ #8000 の活用や適正受診の考え方についても、県民の行動につながるよう分かりやすく周知する。

5 その他

(1) 小児医療(療養環境・付添い環境)

【ワーキンググループの主な意見】

- ・ 小児の場合、入院には家族の付添いが必要となるため、医療の安全性確保の取組みと併せて、小児・家族が安心して治療に臨める療養環境・付添い環境の整備を進めるべきではないか。
- ・ 療養環境・付添い環境の整備にあたっては、国事業などを活用して、県としても支援を考えていく必要があるのではないかと。

【今後の方向性】

- ・ 小児の入院等に係る療養環境・付添い環境の整備について、今後、医療機関が行う取組みと県が行う取組みを整理し、環境整備のために必要な支援の検討を行う。

(2) 周産期医療(無痛分娩)

【ワーキンググループの主な意見】

- ・ 無痛分娩を希望する妊婦のためには、将来的に一定の提供体制を確保することが望ましい。
- ・ 無痛分娩には妊産婦・新生児双方に一定のリスクがあることを踏まえ、麻酔科医、小児科医、助産師等の連携による安全面に配慮した体制で実施されることが望ましい。
- ・ 妊産婦が適切な情報の下で無痛分娩を含めた選択ができるよう、県民への情報発信が必要ではないかと。

【今後の方向性】

- ・ 無痛分娩に対する理解を促進するために、今後、県のホームページ等を活用した県民向けの情報発信について検討を行う。

VI まとめ

本ワーキンググループでは、県内の小児・周産期医療を将来にわたり安定して確保していくために、現状を丁寧に整理し、次の段階に向けた考え方を共有してきた。

少子化や医療人材の減少といった課題がある一方で、地域全体で連携しながら体制をより良くしていく可能性も見えてきている。こうした視点に立ち、県全体の医療機能を見直し、役割に応じて症例を適切に集積しつつ、安全で持続可能な体制へと着実に発展させていく道筋を整理した。

将来にわたり医療の安全と質を確保するためには、出生数・年少人口の減少に伴う症例の分散を踏まえ、医師・助産師・看護師が経験と技術を蓄積できる環境を整えることが重要である。特に、入院・救急・新生児医療などの高度な領域においては、適切な症例集積と医療機関連携の強化により安全性を高める視点が求められる。今回の検討では、①医療機能の明確化と集約、②医療提供区域の再編、③県の支援のあり方、④県民に向

けた情報発信を中心に、合意形成に資する考え方を整理した。これにより、必要なときに必要な医療へ確実につながる道筋を明確化し、県民が将来にわたり安心して利用できる体制の実現を目指す。

今後は、下記の観点から直ちに具体化に向けた検討に着手し、必要な見直しは適時に実施の上、保健医療計画の中間見直し及び次期保健医療計画に反映する。

1. 医療機能の明確化と集約

医療資源が減少する中で、安全で質の高い小児・周産期医療を維持するためには、重症度やリスクに応じた医療機能と役割分担を明確化し、必要症例の集約化を進めることにより、必要な医療に確実につながる体制を構築する必要がある。

そのために、

- 一般医療(外来・軽症)は地域で維持しつつ、入院・救急・高度医療はより高度・専門的な機能を持つ医療機関に集約し、明確な役割分担と連携により専門性と安全性を高める。
- 小児地域医療センター及び地域周産期母子医療センターの役割を明確化し、24時間365日の入院・救急・新生児対応を担う役割を標準とする。国の指針・学会基準と県内実態を踏まえ、必須要件・望ましい要件を設定し、人的・設備的資源の重点配分を検討する。
- 小児地域医療センター未設置地域(木曽地域・大北地域)では「小児地域支援病院」の活用や遠隔相談・オンライン連携を含む後方支援体制を検討する。周産期では、母体・新生児搬送及び情報連携の可視化(地域マニュアル整備・共有、トリアージ基準の統一、連絡系統の明確化)についての検討を進める。

2. 医療提供区域の再編

医療の安全と質を確保するためには、救急対応を適切に維持するとともに、専門医療の経験と技術の蓄積に必要な一定の症例数を確保できる医療提供区域の見直しが重要である。また、区域再編にあわせ、搬送時間の短縮と受入れの確実性を高める体制を整備する必要がある。

そのために、

- 小児と周産期を一体で捉えることを基本に、受療行動・救急・成人診療科との整合、一定症例数の確保、地理・気象条件、住民アクセス(移動時間等)を踏まえ検討を進める。
- 当面は、小児地域医療センター未設置地域の隣接圏統合による 8 区域案(大北地域は松本と、木曽地域は上伊那地域と)を検討しつつ、5～10 年後を見据えた 4～6 区域程度への再構築も視野に、持続可能な体制を検討する。
- 区域再編とあわせて、迅速・円滑な母体・新生児の救急搬送(基準の統一、連絡系統の明確化、マニュアルの整備等)の強化と、医療機関間の連携によるフォローアップの仕組み(事前相談・紹介／逆紹介、妊娠期からの移行支援、遠隔相談等)の検討を進める。
- 医療提供区域の再編は、新たな地域医療構想との整合を前提とする。

3. 県の支援のあり方

県全体の安全かつ質の高い医療提供体制を安定的に維持するため、県民や関係者との協議や情報発信、体制を支える財政支援や専門人材の確保など、県が支援することが必要である。

そのために、

- 安定的な医療提供体制の確立に向け、県が主体となり、協議の継続運営、搬送体制の見える化、センター機能の強化の検討を推進する。
- 機能や役割に応じた重点的な財政支援の考え方を整理し、維持すべき医療機能の不採算部分を支える柔軟な財政支援の仕組みを検討する。
- 人材確保・育成について、信州大学や県看護協会等と連携し、研修・人事交流の枠組みを検討するとともに、医療人材確保事業や信州大学との包括協定を活用し、政策的配置を進める。

4. 県民や関係機関に向けた情報発信

医療機能の集約化や医療提供区域の見直しには、県民理解が不可欠である。県と関係機関等が連携し、集約化の意義や地域の役割分担、適切な受診行動などを県民に分かりやすく丁寧な情報発信を続けることが重要である。

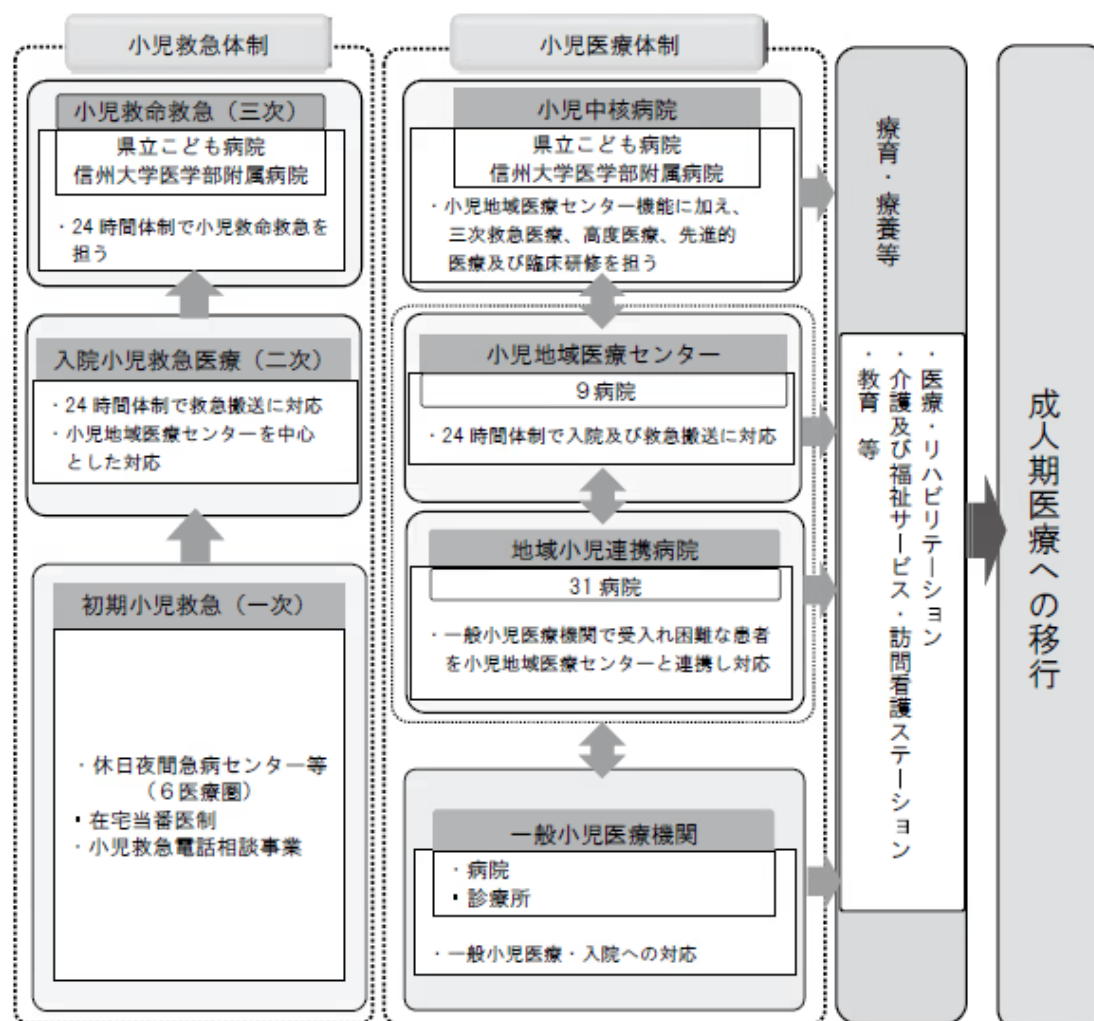
そのために、

- 「身近で便利」から「安全確保のための体制」へという状況変化を分かりやすく伝え、集約の必要性と、必要な医療へ確実につながる仕組みについて、県民に分かりやすく丁寧に発信する。
- 医療機関の意見に加え、妊産婦・子育て世帯の声も継続的に聴取し、受診の目安や医療機関の役割を整理して情報を提供する。
- ホームページ、SNS、出前講座、地域の母子保健窓口などを組み合わせ、図解・Q&Aを中心に継続的に情報提供し、#8000 の活用や適正受診の周知を強化する。

本報告書で整理した考え方を基に、関係者との協働を深めながら具体化を進める。県民への分かりやすい説明と双方向の対話を重ね、安全で質の高い小児・周産期医療を将来にわたり提供できる体制の確立を着実に図っていく。

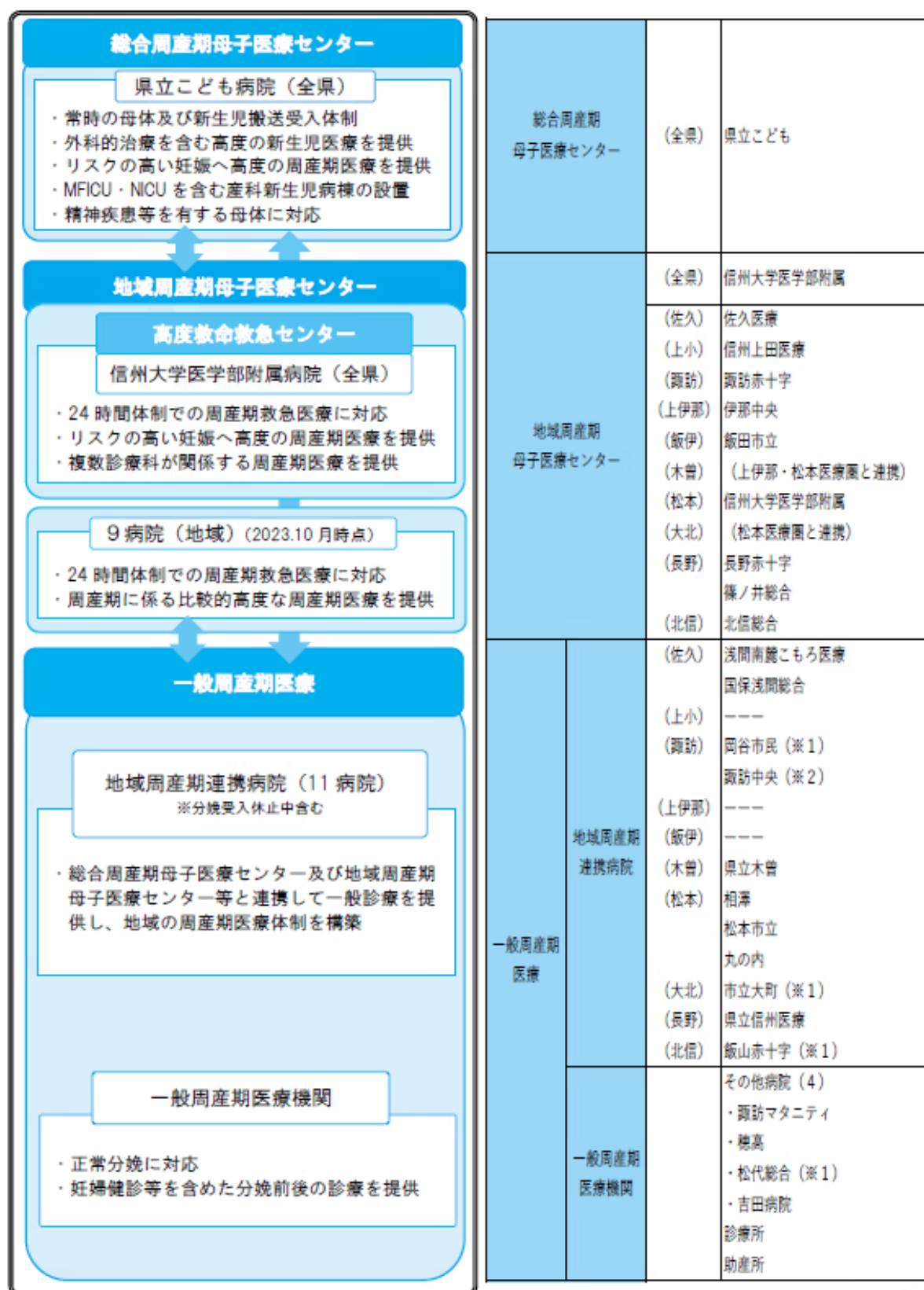
(参考資料①)

長野県小児医療体制のイメージ(第3期信州保健医療総合計画)



小児中核病院	(全県)	県立こども 信州大学医学部附属病院
小児地域 医療センター	(佐久) (上小) (諏訪) (上伊那) (飯伊) (木曽) (松本) (大北) (長野) (北信)	佐久医療センター 信州上田医療センター 諏訪赤十字病院 伊那中央病院 飯田市立病院 (上伊那、松本医療圏と連携) まつもと医療センター (松本医療圏と連携) 長野赤十字病院、篠ノ井総合病院 北信総合病院
地域小児 連携病院	(佐久) (上小) (諏訪) (上伊那) (飯伊) (木曽) (松本) (大北) (長野) (北信)	浅間南麓こもろ医療、国保浅間総合、町立千曲病院、国保軽井沢病院 東御市民病院 岡谷市民病院、諏訪中央病院、信濃医療福祉センター、富士見高原病院 昭和伊南総合病院、町立辰野病院 健和会病院、下伊那赤十字病院、県立阿南病院 県立木曽病院 相澤病院、城西病院、松本協立病院、松本市立病院、塩尻協立病院、 安曇野赤十字病院 市立大町総合病院、あづみ病院 松代総合病院、東長野病院、長野市民病院、長野中央病院、竹重病院 県立信州医療センター、稲荷山医療福祉センター、新生病院 —
一般小児 医療機関		その他病院 診療所 センター方式による初期救急医療 (休日夜間急病センター等)

長野県周産期医療体制のイメージ(第3期信州保健医療総合計画)



（※1）分娩受入休止中

（※2）院内助産

開催経過

2025 年(令和 7 年)7 月 2 日 知事と有識者の意見交換会

- ・小児・周産期医療の現状・課題、目指す姿の共有

2025 年(令和 7 年)7 月 23 日 第 1 回周産期ワーキンググループ

2025 年(令和 7 年)8 月 6 日 第 1 回小児ワーキンググループ

- ・小児・周産期医療の現状・課題の共有、検討の方向性(関係者視点)

2025 年(令和 7 年)9 月 12 日 医療審議会

- ・小児・周産期ワーキンググループの設置を報告

2025 年(令和 7 年)10 月 16 日 第 2 回小児ワーキンググループ

2025 年(令和 7 年)10 月 23 日 第 2 回周産期ワーキンググループ

- ・医療体制見直し、医療提供区域の再構築について

2025 年(令和 7 年)12 月 15 日 第 3 回小児ワーキンググループ

2025 年(令和 7 年)12 月 23 日 第 3 回周産期ワーキンググループ

- ・医療機能・連携強化、人材育成、医療 DX 等について

2026 年(令和 8 年)2 月 4 日 第 4 回小児ワーキンググループ

2026 年(令和 8 年)2 月 9 日 第 4 回周産期ワーキンググループ

- ・各論点の方向性(案)の整理

2026 年(令和 8 年)3 月 11 日 第 5 回小児ワーキンググループ

2026 年(令和 8 年)3 月 16 日 第 5 回周産期ワーキンググループ

- ・報告書(案)の取りまとめについて

小児ワーキンググループ 構成員名簿

信州上田医療センター小児科部長	石田 岳史
長野県立こども病院長	稲葉 雄二
厚生連北信総合病院新生児科部長	川崎 洋一郎
長野県立こども病院副院長兼小児集中治療科部長	北村 真友
まつもと医療センター小児科医長	倉田 研児
長野赤十字病院小児科部長	小林 法元
○ 信州大学医学部小児医学教室教授	中沢 洋三
飯田市立病院小児科部長	萩元 緑朗
厚生連佐久総合病院佐久医療センター小児科副部長	蓮見 純平
伊那中央病院小児科主任医長	原 洋祐
信州大学医学部小児医学教室准教授	福山 哲広
諏訪赤十字病院小児科部長	松浦 宏樹
長野県小児科医会長(松岡小児科医院)	松岡 高史
長野県看護協会会長	松本 清美

(○は座長 五十音順 敬称略)

(令和7年8月現在)

周産期ワーキンググループ 構成員名簿

飯田市立病院産科部長	池田 枝里
長野県立こども病院長	稲葉 雄二
信州産婦人科連合会(丸の内病院母子医療センター長)	大平 哲史
厚生連北信総合病院副院長	長田 亮介
信州大学医学部産科婦人科学教室講師	菊地 範彦
長野県助産師会副会長	黒澤 かおり
厚生連佐久総合病院佐久医療センター産科医長	鈴木 貴士
諏訪赤十字病院長補佐	高木 靖
信州大学医学部小児医学教室教授	中沢 洋三
伊那中央病院産婦人科部長	原 きく江
長野県立こども病院副院長兼総合周産期母子医療センター長	廣間 武彦
長野赤十字病院第二産婦人科部長	堀澤 信
信州上田医療センター産科部長	松村 英祥
信州産婦人科連合会(丸山産婦人科医院長)	丸山 和俊
○ 信州大学医学部産科婦人科学教室准教授	宮本 強
信州大学医学部小児医学教室助教	三代澤 幸秀
長野県立こども病院産科部長	吉田 志朗

(○は座長 五十音順 敬称略)

(令和7年7月現在)