

医療・福祉・介護対策調査特別委員会会議記録

医療・福祉・介護対策調査特別委員会委員長 神崎 浩之

1 日時

平成28年9月1日（木曜日）

午前10時開会、午前11時38分閉会

2 場所

第2委員会室

3 出席委員

神崎浩之委員長、千葉進副委員長、伊藤勢至委員、小野共委員、佐藤ケイ子委員、柳村岩見委員、渡辺幸貫委員、ハクセル美穂子委員、田村勝則委員、高田一郎委員、小野寺好委員

4 欠席委員

佐々木宣和委員

5 事務局職員

木村担当書記、羽澤担当書記

6 説明のために出席した者

岩手医科大学医学部産婦人科学講座 教授

同大学附属病院総合周産期母子医療センター 副センター長 菊池 昭彦 氏

7 一般傍聴者

2名

8 会議に付した事件

(1) 調査

「岩手県における周産期医療のあり方について」

(2) その他

次回の委員会運営等について

9 議事の内容

○**神崎浩之委員長** おはようございます。ただいまより医療・福祉・介護対策調査特別委員会を開会いたします。

なお、佐々木宣和委員は欠席ですので、御了承願います。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、「岩手県における周産期医療のあり方について」の調査を行います。

本日は、講師として岩手医科大学医学部産婦人科学講座教授で同大学附属病院総合周産期母子医療センター副センター長である菊池昭彦様をお招きしておりますので、御紹介を

いたします。

○**菊池昭彦講師** 皆様、初めまして、岩手医大産婦人科の菊池です。このような会にお呼びいただきまして、非常に光栄です。皆様のお役に立てるようなプレゼンをしたいと思しますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○**神崎浩之委員長** 菊池様の御略歴につきましては、お手元に配付している資料のとおりでございます。

本日は、「岩手県における周産期医療のあり方について」と題しまして、我が国の産婦人科周産期医療の現状と施策の動向、本県における現状と課題、総合周産期母子医療センターの活動状況、本県の周産期医療の今後の展望と提言についてお話をいただくこととなっております。

菊池様におかれましては、御多忙のところ、このたびの御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

これから講師のお話をいただくことといたしますが、資料にあるとおり、日本全国の産婦人科の状況、岩手の状況、長野と宮崎のシステムについても資料のほうに交えていただいておりますので、よろしくお願いいたします。

後ほど菊池様を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、御了承願いたいと思います。

それでは、菊池様、よろしくお願いいたします。

○**菊池昭彦講師** よろしくよろしくお願いいたします。

きょうの講演内容についてです。最初に、岩手の周産期医療がテーマですが、その前にわが国の産婦人科・周産期医療の現状と施策の動向をお話ししたほうが理解いただけると思いますので、1番にわが国の産婦人科・周産期医療の現状と施策の動向、2番に岩手県周産期医療の現状と課題、3番に総合周産期母子医療センターの活動状況、4番に岩手県周産期医療の今後の展望と提言をしたいと思います。

本題に入る前に、ちょっと私の自己紹介させていただきたいと思います。私、産婦人科医ですが、今52歳で、ここ岩手県の出身です。昭和38年に生まれました。岩手医科大学附属病院で緊急帝王切開で生まれました。うちの母親が陣痛が来て岩手医大でお産中に、当時の技術ってすごかったと思うのですが、主治医の先生が、おなかの中の私の心音がゆっくりになっている、おなかの中の胎児の僕が危ないということで、僕を助けるために、これは今の病名は胎児機能不全というのですが、昔は胎児仮死と言っていた状況です。適切な判断で帝王切開していただいて、何とかここに至っているという状況です。その後岩手大学教育学部附属小学校、岩手大学教育学部附属中学校、岩手県立盛岡第一高等学校を昭和57年に卒業しました。当時僕は、医者になるつもりが全くなくて、医者というのは単にテクニシャンだと思っていました。僕は典型的な理系で、数学、物理とかが好きで、大学入っても数学、物理をやろうと思って国立大学法人東京大学の理科I類という理数系の専攻コースに入ったのですが、最初の2年間で自分は数学、物理というよりは生物系、

医学系のほうが向いているのだと自分の適性を感じて、2年から3年になるときに医学部に進学しました。昭和63年に東京大学を卒業して、そのまま東京大学産婦人科に入局しました。東大には15年間いたのですが、その間東京大学産婦人科の関連病院である都内にある有名なお産の社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育病院、それからあと地方の茨城県立中央病院、焼津市立総合病院、埼玉県立がんセンターにほぼ1年間ぐらい出張をしております。

15年間東京大学産婦人科にいましたけれども、平成15年に長野県立こども病院総合周産期母子医療センター産科副部長になり、翌年には部長、平成17年から東京大学産婦人科の講師も兼任しております。8年間長野県立こども病院総合周産期母子医療センターの産科部長をしました。きょうのお話にも関係しますが、この8年間の経験が大きかったです。

縁あって、平成23年に岩手医大の産婦人科の教授として戻ることができて、18歳で盛岡一高から東京に行きましたが、29年ぶり、47歳で初めて盛岡に戻ることができました。同年に同病院の総合周産期母子医療センターの副センター長を兼任して5年間、現在に至っております。

まとめますと、僕は大学卒業後28年になりますが、卒業して東大産婦人科に入局して研修開始、15年間東大産婦人科にいましたが、産婦人科の中でも特に産科を専門にしていました。また、私は公益社団法人日本超音波医学会の超音波専門医という資格を持っていて、胎児の診断、治療というのは超音波が重要なのですが、そちらを専門にしております。8年間長野県立こども病院にいて、平成23年から今に至るまで岩手医大産婦人科にいます。

さて、本題に入っていきます。

わが国の産婦人科・周産期医療の現状と施策の動向を話します。この前の6月に、ホテルメトロポリタン盛岡で、私が学会長になって第141回東北連合産科婦人科学会を開催しました。これは、東北6県の産婦人科医が集まる学術集会なのですが、その会のテーマを「東北の産婦人科医療を担う君たちへ」としました。これは、東北の産婦人科を次世代の医師につなげていっていただきたいという思いから、このプログラムをつくりました。

そのプログラムの一環として、海野信也先生に招請講演をいただきました。「わが国の産婦人科一現状・課題・将来一」。海野先生は、北里大学の病院長、北里大学産科学の教授、一般社団法人日本周産期・新生児医学会の理事長、それからさらにもっと大事なのが公益社団法人日本産科婦人科学会の中で医療改革委員会の委員長なのです。すなわち日本の産婦人科をこれからどうしていこうかというその責任者です。もしも皆さんお時間があれば、「周産期医療の広場」というホームページがありますので、そこを見ていただければと思いますが、その海野先生に現状と将来の我が国の産婦人科のビジョンを話していただきました。

まず、わが国の産婦人科医療の概要です。1870年ぐらいからデータがあるのですが、我が国の出生数の推移です。ずっとふえて、戦後にピークになります。我が国で1年間に270万人がピークでした。それが戦後急に減ったのですが、また1970年代前半に2番目のピー

クを迎える。200 万人を超えています。その後ゆっくり下がってきて、我が国では最近は何年間 100 万人の赤ちゃんが生まれるという状況になっています。

出生率で見えますと、戦後からのデータなのですが、高かったのが 1960 年ぐらいまで減って、ただしばらくは 2.0 前後あったのですが、その後ゆっくり 2 を切って、一番の底になったのは 2005 年前後で 1.26 です。今は少し戻って 1.42 ぐらいという状況です。

これは、日本に限ったことではないのです。東アジアで見ると、日本は、1975 年ぐらいからもともと低いまま推移してゆっくり下がる。でも、最近を見ますと、香港、韓国、台湾、シンガポールのほうが今は日本よりも出生率が低いのです。すなわちこれらの四つの国は急速に、日本よりも急速なスピードで出生率が下がってきています。世代の交代維持には 2.1 以上が必要と考えられていますが、日本以上に今これらの四つの東アジアの国々はずっと出生率が低い状況になっています。

次に、日本の出生場所の推移です。1950 年ぐらいはほとんど自宅出産だったのです。それが変わっていき、最近ではもうほとんどが、病院か診療所のどちらかでお産する。

でも、これは結構都道府県による比率の差があって、九州はほとんどの県が診療所のお産が多いのです。一方、岩手は大体半々です。岩手は、診療所で生まれるお子さんが 48%、52%が病院で生まれます。でも、ほとんどの都道府県が半々なのです。都道府県によって診療所と病院の出産の比率に差があります。したがって、日本全国としては今後の産科医療を考えるに当たって、地域によって病院と診療所の分娩数の比率が違うから、それも考えて計画を立てていかなければいけないという認識があるようです。

さて、さっきも言いましたように、出生数は減ってきています。ただ、それ以上に何が問題かというところ、それ以上のスピードでお産できる場所が減っているということでもあります。確かに出生数の減少は、分娩取扱施設の減少につながるのですが、それを上回るスピードで分娩施設が減っている。だから、分娩施設が減るということは利用者、妊婦にとっては近くに分娩する場所がないということになりますので、各妊婦にとってはアクセス時間が長くなるという問題があります。

話を変えます。さて、日本の周産期医療の実力は先進国の中でどうなのと思うかもしれませんが、周産期死亡率のデータを見ると、シンガポール、アメリカ、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スウェーデン、イギリスという先進国の中で日本が一番周産期死亡率が低いのです。すなわち日本というのは地球の中で、世界の中で一番赤ちゃんが助かる国なのです。

さて、確かに赤ちゃんは助かる。でも、日本は母体は助からないというイメージがあるのです。わが国の妊産婦死亡数の推移なのですが、出産数は減っていきます。でも、それを上回るスピードで妊産婦死亡もどんどん減っています。最近は大抵日本では 1 年間に亡くなる妊産婦が 40 人を切っています。20 人台、30 人台。この値はどうか。

日本は、カナダ、アメリカ、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スウェーデン、スイス、イギリス、オーストラリア、ニュージーランドと比較すると、イタリアと同じく 2.8、

すなわちもう今の日本というのは赤ちゃんが助かるのみならず、母体も世界で一番助かる国なのです。すなわち母体救命、胎児救命、どちらの面からも日本は周産期医療世界一なのです。それが今の日本の実力なのです。

話は変わります。実際僕が入ったところというのは産婦人科医は、男性が僕を含めて8割で女性が2割という比率でした。一方、最近の産婦人科医、若い先生は女医のほうが圧倒的に多く7割ぐらいで男性が3割、比率も7対3で女性が多いということに加えて、実際に実数で見ても女性の産婦人科医は若い年代ではふえているのです。一方、男性の産婦人科医は実数としても減っているのです。これが最近のデータです。

別な見方で見ます。日本産婦人科学会に新しく入る入会者の数について、2002年以降のデータを見ると、2004年、2005年が減っているのは、産婦人科医に限らず、研修医制度が変わったために、この2年間は全ての科で入局者が減っているのです。ただ、2000年を過ぎぐらいからもう既に女性医師の割合が高いことが御理解いただけだと思います。本来だったら2006年から戻るべきなのがむしろ減っていく。日本産婦人科学会は、これではいけない、産婦人科医が減っていくという危機感があったので、例えばサマースクールを開催したりとか、産婦人科医の魅力を若手に伝えようという努力をしたのです。その結果があらわれて、2010年は500人弱までふえたのです。でも、そういう努力を続けているにもかかわらず、その後やはり減って、今は年間400人にもいかない。そういう状況です。すなわちこのままでは現状以上の新しく産婦人科医になってくれる医師の獲得は難しいのではないかと我々は認識しています。

さて、日本産婦人科学会は、将来の安定的な産婦人科医療体制のために、年間新規に産婦人科医になってくれる500人以上の医師の確保を目標にしているのです。各都道府県の新規産婦人科医数を見ると、すなわち年間500人、日本産婦人科学会が目標としている年間500人以上新規入会、産婦人科医になる数の目標を超えられるところは東京、京都、大阪、福岡という大都会以外には、西日本はまだあって岡山とか徳島、沖縄です。これら以外はみんな全然その目標に満たないのです。特に少ないのは福島であり、茨城です。岩手も東北6県の中で福島の次に入局者が少ない県なのです。そういう問題があります。

さて、産婦人科医療提供体制を規定するのはハコ、モノ、カネ、システム、ヒトとありますが、一番大事なのはやっぱりヒトなのです。絶対数が足りない。地域間格差がある。施設間の配置が周産期母子医療センター、産科診療所、婦人科の診療所が適正に配置されているかという問題。それから、最近では地域枠の医学生ということがあるのですが、岩手医科大学なんかもありますけど、その若い世代が地元の産婦人科医になってきているかという、余りなっていないのです。それから、さっき言いましたように、若い世代の入局者も少ないし、女性医師の割合もふえている。でも、男性の入局者は減っている。一方、今まで産婦人科を支えてきた中高年世代はこれから引退していこう。あと、やはり年齢的に夜のお産がつかなくなるのです。そうすると、分娩をやめていく。こういうことが全て不安因子なのです。

さて、さきほど申しましたように、日本の周産期統計ですが、世界トップなのです。でも、世界トップの産婦人科医療を将来にわたって担うべき若い世代の産婦人科医の絶対数も少なくなってくる。男女構成の変化がある。だから、将来的に見て、今後ワークフォースは全体として減少することを覚悟しなければいけない。また、分娩施設が減ってきますと、妊婦から見ればアクセス時間の延長という問題があります。すなわち妊婦がかかりつけの分娩する産婦人科医に行きにくい。分娩場所が離れているということは、例えば開業医の先生、病院で妊婦や胎児を一旦診て、非常に危険になった場合に周産期母子医療センターに搬送しなければいけないです。でも、病院間が離れているので、母体搬送とか、新生児搬送までの時間もかかる。これも非常に危険な要素なのです。

さて、国全体としての医療改革の動きを話します。医療計画関連では、平成 28 年度、医療計画の見直し等に関する検討会が行われています。周産期に関しては、周産期医療体制のあり方に関する検討会が開催されています。今年度のうちに周産期医療体制整備指針が改定される予定です。それが改定された後に、それに基づいて、岩手県も含めて各都道府県では、それぞれの周産期医療体制整備計画を策定するという流れになっています。

医療計画における 5 疾病 5 事業、その 5 事業の中に周産期医療ということもちゃんと入っているのです。

また、地域医療構想の中で医療機能の名称と内容、高度急性期、急性期、回復期、慢性期。この周産期医療というのは、主に急性期機能に当たります。

平成 28 年、平成 29 年と、今、医療計画の見直し等に関する検討会が行われている最中です。一方、周産期医療体制のあり方に関する検討会が行われていて、その検討結果を盛り込んで医療計画を作成していくという流れになっています。

周産期医療領域の検討課題です。分娩施設が減少する中で、配置の適正化をどう図るかということが問題になっています。そのためには、周産期医療圏内の分娩施設の配置を把握しなければいけません。また、産科病床数の実態も把握しなければいけません。そして、国、日本産婦人科学会の考えとしては原則として公的分娩施設の大規模化・重点化による適正化を進める、集約化を進める方向になります。これは、後ほど岩手県のことも含めて触れます。

一方、そうはいつでも出生数が減少し、集約化が完了し、これ以上重点化、大規模化ができない地域への対応も問題です。例えば北海道は広いです。札幌周辺はいいのです。ところが、札幌から離れたところ、本当にあの広大な中で、これ以上どうやって集約化するのか。実は、岩手も県北がそうなのです。というのは、県北で分娩を扱うのは岩手県立久慈病院と岩手県立二戸病院だけなのです。この広大な県北に二つしかない。これ以上集約化というのはもう困難です。こういうのはどうするかということも問題になっています。

周産期医療は、やはり地域の実情によって全然違うのです。そのために、妊婦から分娩施設のアクセス時間をどういうふうにするかということを経営の実情に応じて考えていかなければいけない。あと、病床数も地域の出生率に応じて計算する。

実は、日本産婦人科学会では医療改革グランドデザインというのを5年ごとにつくって、2010年、2015年までいって、次は2020年版をつくる予定なのですが、その中の幾つかのポイントを言うと、妊産婦としては分娩数全体の2分の1から3分の2を産科診療所または産科専門施設で担当する。一方、それとは別に地域基幹分娩取扱病院の積極的整備、地域基幹分娩取扱病院の大規模化、重点化を図ることを通じて、勤務する産婦人科医が継続的に就労可能な勤務環境を整備しようということ盛り込んで、今地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクトを立ち上げています。

例えばどのようなことが話題になっているかということ、産婦人科医が絶対的に欠乏している地域では産婦人科施設との密接な連携を前提とした、例えば総合診療医の先生にも手伝ってもらわなければいけないなど、実際に本気で話題になっているような状態です、産婦人科医が少ないから。

さて、中小規模の分娩取扱病院において産婦人科医の負担軽減は可能か。お産は昼も夜もあります。したがって、産婦人科医1人とか2人でやっていると、毎晩寝られません。つらいですね。何とか当直回数を削減したい。院内助産を促進するのも一つの方法です。また、例えば、外科系当直医に分娩をお願いする。そのかわり、当然外科系のその当直してくれた先生には分娩手当を支給する。ただ、普通、正常なお産はいいのですが、正常でないお産の場合には産婦人科医がすぐ駆けつけられるような体制もつくらなければいけないことも考えられます。また、産婦人科医は忙しいです。昼もお産がありますけれども、昼は妊婦外来がすごく混んでいる。分娩施設が限られていますから、一つの病院に来る妊婦健診の患者がすごくふえているのです。たくさん来ます。外来も負担なのです。だから、助産師外来をつくらうという、セミオープンシステムを推進しようということもありますし、産婦人科医ではなくて総合診療医、家庭医の先生に妊婦健診もお願いしなければいけない。異常があれば産婦人科医が診る。こういうふうなことを本当に真剣に案として考えられている状況です。

分娩施設の詳細な把握が必要です。とにかく全妊婦の分娩施設、それから周産期母子医療センターへのアクセスの確保、これが最重要です。日本産婦人科学会の中の医療改革委員会の中で、ソフトを実際に使って妊婦が近くの分娩施設あるいは周産期母子医療センターにどれだけ時間がかかるか、日本ではそれがどういう分布になっているかというソフトをつくって今検討しているのです。

妊婦の自宅から一番近いお産できる施設まで、車で60分以上分娩施設まで時間かかる地域がある。岩手県でいうと県北です。それはそうです。広い県北の中に県立久慈病院と県立二戸病院しかないわけですから。県北には特に、どちらかの病院に60分以上かかる妊婦がたくさんいるわけです。

妊婦の住んでいるところから近くの周産期母子医療センターまでのアクセス時間ですが、これは岩手は余りありません。なぜかということ、二戸も、久慈も地域周産期母子医療センターです。また、県南にも地域周産期母子医療センターが幾つかあります。だから、地域

周産期母子医療センター自体は県内に幾つかあり、そのどこかには 60 分以内に着けるところが多いのです。

一方、医療機関から総合周産期母子医療センター、岩手の場合、総合周産期母子医療センターというのは岩手医科大学付属病院しかありません。したがって、岩手県を見ると、特に県南が車で 60 分以上かかります。それは、県南というのは開業医の先生も、地域周産期母子医療センターも幾つかあるけど、何ととっても岩手県は広いですから、そこから患者を緊急で搬送しようと思っても、岩手医大まで 60 分以上かかってしまいます。すなわち岩手県内には唯一の総合周産期母子医療センターが岩手医大だけなので、そこまで緊急時なのに 60 分以上かかってしまう部分が多いということなのです。

今、日本産婦人科学会の中の医療改革委員会の中に重点化プロジェクト本部というのがつくられていて、要は、そこがいろいろ調べて情報を各県、地域の産婦人科医に情報提供する、あるいは国に情報提供する。県や地方自治体、病院に情報提供する。お互いに情報をやりとりして、例えばその情報をもとに地域としての検討、方針決定に役立ててもらいたい。また、県、地域におけるいろいろな政治的施策の決定、地域医療計画等に反映してもらい、豊富な日本産婦人科学会の本部と各県の産婦人科医、国、県、地方自治体、病院、これをお互いに情報連絡をし合いながらいい産婦人科医をつくっていこうという趣旨で日本産婦人科学会は動いています。

その日本産婦人科学会の責任者の海野先生からのメッセージなのですが、各県の産科婦人科学会に協力してもらって、全ての地域の産婦人科医療の資源の実情について日本産婦人科学会はデータを集積したい。集積して、分析して、それを各県にデータを逆に戻してやる。そのデータを参考にしながら、各地域の実情も検討いただいて、今後各都道府県の周産期医療体制整備計画の改定とかに役立ててください。この東北版のプランもつくってくださいということをお願いされました。

ここまでが我が国の動向です。さて、岩手県はどうでしょうか。まず、産婦人科・産科医あるいは小児科医の変動です。平成 10 年以降の人数の推移です。産婦人科医を見ると、平成 14 年、平成 16 年で急に減りました。これは、研修医制度の変更が大きいのです。その影響が大きくて、それが終わった後に少しは戻ったものの、今、最近はその昔の平成 10 年ぐらいに比べて、そのレベルまで戻っていないのです。産婦人科医というのは以前に比べてすごく落ちている。ちょっとは戻ったけれども、以前のレベルに戻っていないということがわかります。

一方、小児科医もこの研修医制度の影響で少し減りました。でも、もともと岩手県内の小児科医は多くはないのです。少ないのですけれども、その年推移という観点からすると、一応人数的には平成 10 年のレベルぐらいにはもう戻っているのです。しかし、産婦人科医は戻っていないのです。

これを地区別で見ますと、産婦人科・産科も、小児科も盛岡市内は人数がふえています。ただ、産婦人科・産科のほうだけ見ますと、それ以外の地域はよくて横ばいあるいは減つ

ている。特に減っているのは釜石です。釜石は3人、3人だったのが1人、1人、1人。久慈は、5人、3人だったのが2人、2人、2人。盛岡だけふえているけれども、ほかの地域は産婦人科医、よくて横ばい。減っている地域があります。

それから、分娩取扱い機関、これは盛岡でいうと病院が三つあって、診療所が八つある。大船渡だけ開業医がない。釜石だけ診療所がない。久慈だけ診療所がない。二戸だけ診療所がない。このあたりは本当に県立病院があるだけで、ほかの分娩施設や診療所はないのです。

地図で見ますと、よりわかりやすいです。盛岡は病院が三つあって、診療所が八つあります。分娩施設がない市町村もあります。それから次、県北に関して言いますと、県立二戸病院と県立久慈病院だけです。こんなに広い県北に、分娩できる施設が二つだけです。一方、県南は、数としては病院またはクリニックはそこそこあります。地図を見ると、県北では分娩施設は、この県立二戸病院、県立久慈病院だけであるという状況です。

周産期医療体制のところに行きます。総合周産期母子医療センターは、岩手医大だけです。母体・胎児集中治療管理室、MFIICUといいますが、それが9床、新生児特定集中治療室、NICUが21床、NICUの後方が16床。総合周産期母子医療センターは岩手県では岩手医大だけです。

一方、地域周産期母子医療センターは、岩手県立中央病院、盛岡赤十字病院、岩手県立宮古病院、岩手県立中部病院、社会福祉法人恩賜財団済生会北上済生会病院、岩手県立磐井病院、岩手県立大船渡病院、県立久慈病院、県立二戸病院です。数は少ないながらもNICUがこのようになります。これが地域周産期母子医療センターのリストです。

この病院の中で助産師外来を開いているところ、あるいは院内助産を行っているところがあります。岩手の周産期医療、簡単に言いますと、周産期医療体制はハイリスクな妊産婦、ハイリスクな胎児、新生児は岩手医大でしか診ません。ハイリスクは、岩手医大で診るのが原則です。中等度のリスクのものは主に地域周産期母子医療センターが担当する。低リスクのものは一般病院や診療所が診る。こういう構成になっているのです。

あとは、岩手県は広いですから、なかなか患者が簡単に行き来できないので、ICTを有効に使うという発想が前からありました。具体的には、いーはと一ぶという岩手県周産期医療情報ネットワークがあります。これで妊婦の情報を医療機関と市町村で共有しようとしています。また、主に超音波、エコー、遠隔診断、これを一般の病院、産科診療所と地域周産期母子医療センター、それから地域周産期母子医療センターと岩手医大を結ぶ。すなわち患者が直接来なくても、地元の病院で超音波をして、その画像が地域周産期母子医療センターまたは岩手医大にリアルタイムに送られて、それを診断する遠隔診断ということも試みています。

さて、岩手医大産婦人科の主任教授の杉山徹先生ですが、2002年、平成14年に久留米大学からこちらに着任されました。ちょうど2002年、平成14年といいますが、産科医が急に減った研修医制度の年の前後です。杉山先生はこちらに着任してから目指してきた低

リスク、中リスクの分娩とか、良性腫瘍とか早期がんは地域で完結するよう目指す。一方、高リスクの分娩または婦人科でいうと浸潤がん、進行がん、合併症を有する疾患、これは岩手医大に集める。こういうことを徹底したいということで頑張ってくれました。

杉山先生がいらっしゃった2002年、平成14年のころ、何と岩手医大の産婦人科の医局員は本当に9名から10名と少ない。現在は30名ぐらいいるのです。当時9人から10人。なおかつ多くの県立病院のそれぞれに産婦人科医の常勤医というのは1人または2人という状況でした。でも、産婦人科は1人でも2人でもきついです。というのは、よしんば全て正常お産だったとしても、昼もあれば夜もある。夜のお産で寝られないまままた翌日、それが延々と続くわけです。産科は急に、母体、胎児が突然何の前ぶれもなく急変するのです。急変したら、最低マンパワーとして3人以上が必要になるのです。こういう状況では、産婦人科医も疲労して、正常お産だけでも、まして緊急には対応できないのです。これでは十分な医療の質を保てないということもありましたので、杉山先生は集約化が必要と考えました。具体的には、県立久慈病院、県立二戸病院を一つのブロック、県立宮古病院は一つ、県立釜石病院、県立大船渡病院、岩手県立遠野病院、県立高田病院も一つと、集約化を考えたのです。具体的に例えば大船渡でいうと、それまで県立大船渡病院には産婦人科医が2人だった。県立釜石病院にも1人か2人だった。これを県立大船渡病院に5人または6人に集約して、うち1人を県立釜石病院に派遣する。そのかわり県立釜石病院は院内助産を取り入れる。遠隔診断で県立大船渡病院とやりとりする。県立釜石病院で扱うお産は原則正常分娩のみ。そうすると、この地域で何かあっても、何かあったら県立大船渡病院のマンパワーで対応できるのです。こういうモデルをつくったのです。実際にこれが新聞でも話題になったらしくて、「県立釜石病院の「院内助産」、出産の場確保、軌道に乗ってきた、医師の負担も軽減され、妊婦の不安も解消された。こういうことがうまく歯車が回り出してきました。そのおかげで、八戸赤十字病院の産婦人科も岩手医大の関連病院です。そこに3名、県立二戸病院に5名いて、その5名のうち1人を県立久慈病院に置く。県立宮古病院に4人、県立大船渡病院に5人で県立釜石病院に1人置く、北上済生会病院に2人。県立中央病院と盛岡赤十字病院には6人。このころには、杉山先生の御努力で当時9人から10人しかいなかった医局員も27人、30名前後にふえたのです。集約化ができてきた。

これが功を奏したのが、不幸にもというか、この3.11です。実は、周産期医療に関しては、岩手は最低限の被害で済んだのです。なぜか。もちろん県立宮古病院、県立大船渡病院という拠点病院が高台にあったので津波から免れたというのも大きいのですが、それぞれ県立宮古病院、県立大船渡病院に4人とか5人という常勤医がいますから、そこだけでマンパワーで対応できるのです。そういう集約化を一方進めていなかった宮城県は、周産期医療が混乱したのです。やはりこれは周産期医療がたまたまこういう大災害のときに功を奏した岩手県。これは、日本産婦人科学会の理事長からも、岩手はすごかった、やっぱりこのシステムは最低限の被害で済んだというお褒めの言葉をいただいたのです。

一方、均てん化、集約化だけでは医療はよくなる、そっと手を差し伸べるように、実際に婦人科移動診療車の運用であります。陸前高田は今産婦人科がないのですが、そのため、例えば杉山先生が直接検診車に乗り込んで、直接行って検診車の中で陸前高田の女性の婦人科検診をやるということをしています。杉山先生のお考えとして、今後の産婦人科の連携システムとして、今後も岩手の拠点病院の整備は避けられない。いわゆる集約化は避けられないです。搬送網を充実させて、遠隔検診システムを充実させて、助産師外来を充実させて病院のオープン化もこれから必要だと提言されています。それはやはり岩手の、距離の関係、面積が広い、山岳地形、気候という制約があります。

僕は、こういう立場ですから、よく東京に出張、会議があります。もう東北新幹線はやぶさで盛岡—東京間 2 時間 13 分で行けます。条件がよくて盛岡—釜石間、盛岡—大船渡間と同じ。例えば冬は雪道だと、もう東京—盛岡のほうが近いのです。このように、かなり岩手県は地理的に制限があるのです。

岩手医大の総合周産期母子医療センターの活動状況をお話しします。去年のデータです。岩手医大総合周産期母子医療センターは、産婦人科・産科なのですが、ほかの産科ととても違います。確かに 1 年間に産科として初診する新患者は、例えば去年は 365 人ですから、平均すると 1 日 1 人ぐらいです、少ないです。でも、内訳を見ると、紹介患者のうちの 3 分の 1 が妊婦に何らかの合併症、病気があるのです。3 分の 1 が胎児に何らかの病気がありそうなのです。この 3 分の 2、全体の 3 分の 2 というのは、まさに総合周産期母子医療センター産科ならではのハイリスクな母体、ハイリスクな胎児が集まっているわけです。

分娩数、確かに岩手医大はハイリスク分娩がメインですから、分娩数は少ないです。年によって差はありますが、大体 400 人弱のところが多いです。でも、内訳を見ると、三つ子、双子が多い。三つ子、双子の何が問題かという、もちろんおなか大きい妊婦のほうがリスクは高いです。でも、赤ちゃんから見ても、早産、未熟児で生まれる可能性が高いのです。三つ子の場合、3 人の未熟児が生まれる可能性がある。その三つ子のお産も、生まれた後の赤ちゃんを診られるのは岩手県に岩手医大しかないのです。だから県内では、三つ子は全て岩手医大で診ています。双子もそうです。双子も早産率が高いので、結果として岩手医大が多くを診ていることになります。

それから分娩数の推移です。400 人弱ですね、ハイリスク分娩。これも岩手医大の特徴なのですが、帝王切開率が 60% 以上です。すなわち岩手医大でお産する 10 人に 6 人以上が帝王切開なのです。これも総合周産期母子医療センターならではのデータです。例えば去年、206 件の帝王切開がありました。そのうちあらかじめ何月何日の何時に手術という、予定は 80 件だけなのです。むしろ 126 件は緊急で、その場で帝王切開が決まります。126 件の中の特に 6 件、超緊急帝王切開といって、母体または胎児が急変したので、一秒一刻を争って赤ちゃんを取り出さないと、母体または胎児のいずれかが危ないという、このような超ピンチの超緊急帝王切開については、我々はいつもすごくリスクを感じながらやっています。

これが総合周産期母子医療センター実態です。

さて、例えば1年間の分娩数が357件。分娩数と児数が違うのは、さっき言ったように双子、三つ子があるので、生まれる赤ちゃんの数は分娩数よりも多いわけです。それから、いろんな赤ちゃんに早産だったり、病気を持った赤ちゃんが生まれるので、全ての赤ちゃんが助かるわけではなくて、死産になる赤ちゃんもいます。

36週までに生まれるお産が早産です。何と岩手医大でお産されるの4人に1人は早産で生まれる。週数というイメージが湧かないと思います。妊娠28週、28週が大体1,000グラムです。だから、1年間で1,000グラムに満たない赤ちゃんが24人生まれているということです。このような未熟児の出生は岩手医大でしか診られないわけです。

あと、母体搬送コーディネーター制度というのがあります。これは、県内の産婦人科の先生方が母体を緊急で搬送したい場合に、どこの病院に搬送すればいいかを相談に乗っているという制度があるのですが、昨年1年間で妊婦の185名、お産の12名の患者の相談を受けました。出血がとまらないとか、死にそうという状況です。非常に切羽詰まっている。平日の日勤帯はコーディネーター補佐の沼田さんという方が対応してくれて、土日とか夜は岩手医大の産科医が順番にコーディネーターをやっているのですが、これは何を言いたいかというと、搬送の相談があった場合に、70%はいわゆる平日の昼間に連絡が来ますが、産科の緊急というのはいつ起こるかかわからない。3割ぐらいは土日、夜にいきなり母体搬送したいという緊急の依頼が来るということです。

そういう電話相談があって実際に搬送が行われたケースが149件ですが、実際にこのコーディネーター制度によって搬送が行われた149件の中で、最終的に65%は岩手医大で受けています。残りの35%は県立中央病院、盛岡赤十字病院、北上済生会病院、県立中部病院です。皆さん、これを覚えておいていただきたいのは、大ざっぱに、岩手県内の母体搬送の半分以上、65%ぐらいは岩手医大が受けているということをやっと頭の隅においていただきたいと思います。

年による岩手医大産科が受けた母体搬送の数なのですが、もちろん年によって差があるのですが、年間120件前後の母体搬送を岩手医大産科は受けているということになります。

岩手医大は、妊娠31週より前の早い段階の週数の妊婦に携わっているわけです。22週未満、これは実は流産というのです。22週、まだ流産なので、岩手医大で受けようが、どこで受けようが、もう生命限界なので、流産の時期はほとんど関係ないのです。あとは22週、早産という流れです。22週だと500グラム。500グラムから1,500グラムの赤ちゃんが生まれそうな場合には、ほとんど岩手医大で受けているのです。

やはり同じようなことを言いたいのですが、22週から31週、すなわち500グラムから1,500グラムの赤ちゃんが生まれそうな場合には、ほとんど岩手医大に来る。岩手県内の母体搬送のうち22週から24週、500グラム、600グラムの赤ちゃんが生まれそうな妊婦の75%を岩手医大が受け入れる。27週、これも1,000グラム弱ですね、70%。1,500グラム未満の赤ちゃんが生まれそうな場合には、ほとんど6割、7割ぐらいが岩手医大に搬送

せざるを得ない状況なのです。ただ、そうすると岩手医大の産科のNICUも満床になります。したがって、我々は逆搬送をやっていきます。生まれそうだと思って送られてきた、でも岩手医大産科が一生懸命管理して何とか早産を回避できた、治療がうまくいったケースは、逆に地元の病院に逆搬送、戻してあげます。それは、もちろん岩手医大の産科とかNICUのベッドに余裕を持たせるという意味があるのですが、一方妊婦からすると、自分の家の近くの地域周産期母子医療センターに戻ったほうが家族にも会えるし、やはり安心なわけです。

去年、宮城県内でどこでも宮城県内の病院である母体搬送を受けられないということで岩手医大に東北大学からお願いに来たのです。それはしようがないということでうちが受けて、岩手医大の産科が管理して、切迫早産を治療できたので東北大学に戻した。この人は、もともと宮城県の人でしたので戻したのです。

さて、産科というと帝王切開が一番数も多い、頻度も多いです。それ以外どんな手術をしているか。流産の手術、もちろん多いです。それから、子宮外妊娠も結構あります。それも最近腹腔鏡で手術をしたり、おなかをあけたり。実は、その次に手術として多いのは、岩手医大の産科は、今胎児治療に力を入れています。妊婦に全身麻酔をかけて妊婦が痛くないように眠って、おなかの中の胎児に手術するわけです。これを我々はやっていきます。例えばどういうことかということ、おなかの中の赤ちゃんの肺に水がたまっています。これを放っておくと具合が悪くなるのです。どうするか。超音波で見ながら、妊婦のおなかの上から超音波で見て、妊婦のおなかの上から針を刺して、カテーテルという管をその水がたまっている赤ちゃんの肺と羊水の間に置いてくるのです。そうすると、肺の中の水が羊水のほうに逃げてくれて、この水が減るから肺が膨らんで赤ちゃんは助かる、こういう高度なことを我々はやっていきます。要は赤ちゃんの肺の中に、管を切り離して入れてくるのです。こうやらないとこの赤ちゃんは助からないのです。

それから、子宮の中の赤ちゃん、実は喉頭閉鎖といって喉が詰まっているということが診断できているのです。おなかの中の間はいいのです。ところが、喉が詰まっているとどうなるか。呼吸ができません。したがって、この赤ちゃんは、おなかの中ではいいのですが、もしもいきなり生まれて、お母さんとのへその緒を切ると、もう呼吸できないから助からないのです。どうするか。これはオペ室で、産科のメンバーと、おなかをあけて子宮を見えるようにして、子宮を一部切って、子宮を切ったところから赤ちゃんの顔だけ、首より上だけ出すのです。首より下は子宮にとどめておくのです。子宮にとどめておくということは、胎盤から酸素が行っています。そういう状況で首だけ出しておいて、喉が詰まっているので、これは生まれてしまうと呼吸できない。だから、気管切開といって、ここに穴をつくってここから呼吸できるような道を10分、20分かけてつくった後にお産するのです。そうすると、喉は詰まっているから鼻や口から酸素はとれないのですが、ここから酸素を取り込める。こういう高度な医療、胎児治療をしないと、この赤ちゃんは助からない。このような胎児治療というのを僕たちはやっていきます。産科医がおなかの中の

胎児を治療する。そうしないと助からないのです。

ちなみに、赤ちゃんの頭の写真なのですが、昔超音波は白黒の写真でした。それが血流が見えるようになった。今は顔がわかるようになった。これは皆さん知っていると思うのですが、何と今の産婦人科の超音波はすごいのです。おなかの中の赤ちゃんがはっきり見えるのです。へその緒がきれいにくっきり見えるのです。ここが重要です。赤ちゃんがおなかの中で笑っているところを動画で見ることができるのです。研究面でもおもしろいし、妊婦に見せてもすごく、あっ、我が子が笑っている、と。しかめっ面もするのです。あくびもするのです。こういうことがわかるようになったのです。あとは、妊娠初期のものなのですが、シームレットという特殊な超音波で、もうおなかの中の赤ちゃんが透けて見える。皮膚が透けて、頭の中の脳の部屋まで透けて見えるような、このような新しい技術までもう確立しているのです。

1年前、岩手日報から取材が来て、岩手医大の産科はどんなことをやっているのだと言われたので、岩手医大産科では胎児の診断と治療もやっているのですよ、主に超音波で見ながらおなかの中の赤ちゃんに針を刺して助けているのですよと説明しました。僕たちは岩手県内の妊婦、胎児の味方なんですよと。実際これは新聞記事になりましたが、このようなことをやっています。

遠隔診断、今年度から周産期超音波画像伝送システムが各周産期母子医療センターや助産院に配備されたので、そうすると、各地元の病院とかの先生が超音波をやると、その画像が岩手医大の産科まで飛んでくるわけです。これを同時に見ながら、これはこのような診断ですねという、遠隔診断をやっております。

あとは、やはり教育は大事です。岩手医科大学は大学病院ですから、県内の産科医療のレベルアップのためには産科医と助産師のレベルを上げなければいけない。これは去年ですけど、こういう実技コース、日本国内からこういう妊婦や新生児の救命とかの講師を呼んで、産科医や助産師がトレーニングできるような講習会も実施しています。私がいて、産科のメンバーが何人かいる、こういう感じでみんなで仲よくやっています。

県内の先生たちにはお願いしているのは、母体搬送、患者紹介についてのお願いということなのですが、全ての妊婦も、岩手医大の産科も小児科医の手術を受けたいのですが、全部受けしてしまうと、やっぱり岩手県全体の周産期医療が成り立たないのです。だから、赤ちゃんに病気がない、妊娠30週を超えたぐらいの早産ということは岩手医大ではなくて各地域周産期母子医療センターで診ていただきたいとか、あるいは例えばもともと岩手医大で診ている妊婦であっても、30週を超えた後の切迫早産はやはり地域、ほかの病院にお願いしなければいけないという御理解はいただきたい。それから、岩手県はやはり広いですから、もちろん紹介していただいて結構なのですが、最近は遠隔診断システムもありますので、このようなものを有効に使ってくださいとお願いをしています。

最後に、岩手県周産期医療の今後の展望と提言です。最初に自己紹介しました。やはり僕にとって岩手に来る前の長野県立こども病院総合周産期母子医療センターの産科部長で

8年間長野県の周産期医療の責任者だったという経験がとても大きいのです。これは地方県、長野も岩手も厳しいのです、産科医が少ない、分娩施設が足りない、だから周産期医療体制の崩壊の危機なのです。

長野県のお話をします。長野県は以前は赤ちゃんが助からない県だったのです。長野県の乳児死亡率を全国の死亡率と比べると、乳児死亡率も長野県は高い。長野県の新生児死亡率も同様で、乳児死亡率、新生児死亡率、どちらも長野県は赤ちゃんが助からない県で有名だったのです。これではいけないということで、長野県は1993年にこども病院つくったのです。これは、小児医療を専門にしている人を集めて、機械も含めて整備をした。そうしたら、こども病院の効果はもう明らかなのです。それをつくっただけで、もう全国よりも赤ちゃんが助かるようになったのです。

でも全国の1位にはなれなかった。なぜか。こども病院というのは小児の医師は集まっていますが、産科医がいない。そうすると、例えば未熟児が生まれそうだ、500グラムの子供が生まれそうだという場合に、こども病院でお産はできないから、NICUの医師が救急車で地元の病院に駆けつけて、お産に立ち会って、500グラムのお子さんを受け取って蘇生しながら救急車で長野こども病院に戻って、そこでNICUに運ぶ。これでは助からない。

2003年、産科医を呼んで周産期母子医療センターを設立しました。そうしたら、10年間の平均の新生児死亡率、乳児死亡率について、岩手も結構いいのですが、長野県が1位となりました。さきほども言ったように、日本は世界の中で一番赤ちゃんが助かる国です。そのトップに躍り出たのです。長野県が世界で一番赤ちゃんが助かる県になりました。

長野県は、信州といいます。そのために県内を北信、中信、東信、南信と分けます。長野市を中心に北信、松本市を中心に中信。長野県はオリンピックが開催できたおかげで、高速道路がすごくいいのです。中央道、長野道、上信越。したがって長野県は端でも、長野県高度周産期医療機関、各地区には地域周産期母子医療センターがあつて、僕が8年間いた長野県立こども病院総合周産期母子医療センターは、高速道路が便利なので、県の端でも高速に乗って1時間半で着くのです。こんな広い県なのに。これが大きいのです、長野県は。僕が8年間長野県の産科医の責任者として、やはり県としては周産期救急システムをしっかりとすること、出生前診断システムをしっかりとすること、この2点がポイントなのです。

面積は、長野と岩手は似ています。人口は長野のほうが多いです。出生数も多いです。似ているのが、この広い県の中で総合周産期母子医療センターはどちらも一つなのです。僕は長野県立こども病院から岩手医大に来ています。岩手の周産期システム考える場合に、現状は、一極集中に近いタイプと地域完結に近いタイプ、どちらのタイプなのだ。今再考する必要がある問題は、岩手県の実情に合った周産期システムづくりです。長野は一極集中に近いのですが、あんな成績になります。なぜか。長野県立こども病院という総合周産期母子医療センターが全体の搬送の半分、50%を受ける。だから、一極集中に近い。でも、

それができるのは、面積は広いのですが、恵まれた高速道路があるからです。

一方、宮崎県も周産期医療がとて有名な県です。これは、典型的な地域完結型なのです。宮崎県の場合には、宮崎大学だけが総合周産期母子医療センターです。僕がびっくりしたのは、宮崎県は県内の母体搬送のうちのたった1割、10%しか宮崎大学に来ないのです。残りの9割は地域で完結しているのです。宮崎は、これはもう立派に地域完結型の県です。もう地域で9割が完結してしまうのです。なぜこれがうまくいったか。宮崎大学の産婦人科では、大学で人を育てて各基幹病院にリーダーとして出して、あと県内でしょっちゅう検討会を行って診療レベルを統一したと書いています。でも、宮崎の面積は岩手の半分です。半分で人口は同じ。だから、人口密度は高い。そして暖かい。岩手は寒くて交通の便が悪い。それ以上に大事なのは、宮崎は岩手の面積の半分なのに産婦人科医が岩手より多いのです。だから、宮崎は狭い県で産婦人科医が総体的に多いから地域完結型ができています。

一方、岩手は、宮崎を目指すのは厳しくて、長野に近い状態なのです。長野と岩手はどちらも寒冷、雪です。長野と岩手の違いは、人口と高速道路が恵まれているかどうかということはやはり大きいかもしれません。

あともう一つ違いがあります。長野のほうがまだ人口10万人当たりの産婦人科医師数が岩手より多い。だから恵まれているのです。

今後、岩手の周産期システム考える場合には、交通事情とか、各施設の分娩数、産科医だけではだめなのです。小児科医、麻酔科医、ベッド数、どういう病気なら診れるかということになるわけです。

実は僕が5年前に長野から岩手に来るときに、教授会でプレゼンしたのですが、岩手をどうしたいか。早急に把握したいのだけど、多分岩手は長野と同様、現況は一極集中に近いのだろうと。岩手医大には65%の搬送が来ます。近いから。というふうなことを考えて資料をつくりました。理想像は、もちろん地域完結なのです。それは、医療、患者側両方にとって、面積が広い、交通の便はよくない、近未来に高速道拡張、特に沿岸部は拡張の見込みに乏しい。でも、地域完結を目指すのだったら医師数が絶対条件。一極集中を目指すのだったら交通網、高速道の整備が絶対条件。といろいろ考えて、確かに理想像は地域完結型なのですが、産婦人科医師数が大幅に増加する見込みがない現状では、産科施設、人員の集約化は必須。これによって何とか今の岩手県の周産期の医療体制が維持できます。皆様にぜひともお願いしたい。杉山先生もこの方針でやってほしいと。現状からいうと、やはり集約化は必須だというのが私の考えでもあります。

最後に、岩手県の産婦人科医の定員平均年齢は今54歳、40歳以上が90人、それ未満が40人です。女医が25名で20%です。このように40歳以上はほとんど男性医、でも40歳以下は女性が半々ぐらいです。県内にいる産婦人科の女性25名のうち8割、20名が分娩をやっている施設に勤務しております。ということは、今後女医がさらにふえていきます。今岩手県内の多くの女医が分娩施設に勤務しています。ということは、今後の課題は産婦

人科医師の労働環境の整備です。

岩手医大では、女性医師に対し妊娠、出産後より当直、休日、時間外勤務の免除を行っています。ただ、その問題はやはり当直帯、休日帯、時間外のマンパワー不足なのです。あとは、独身医師、男性医師の疲労が重なります。モチベーションは下がります。したがって、今は、お産後子供を持っている女医も土曜日だけは日勤帯、昼の間だけ日直をしてもらっているという状況です。

今後の課題は、女性医師支援、一方独身女性医師、男性医師を含めた環境整備です。労働環境が整備されなければ、幾ら産婦人科がおもしろいといっても入局者はふえない。皆様にもぜひとも御協力をいただきたいと思います。

我々は、県民のために、岩手医大を中心とした周産期システムを発展させていくことをお約束します。それで、県内の全ての妊産婦と胎児に完全に対応します。日本一にしたいのです。長野がそうだったように、日本一にしたいのです。

一方、やはり産婦人科だけでは不十分で、大学内の各部門、病院内の診療科と強い連携が必要です。やはり高度な母体管理、胎児診断、治療は必要です。一方、全国的な産科医不足の中で、県内、大学内の対応だけでは不十分。やはり地方の声を中央に届けないといけないです。海野教授は、長野県立こども病院の僕の前任者の部長ということ以外、東京大学の産婦人科の6年上の先輩でもありますから、県の施策に何とか岩手の現況等も今後とも盛り込んでいただくようお願いするつもりです。

また、若い学生が卒業して産婦人科医にならない。だから、僕たちは医学生教育に力を入れていて、熱意を持った教育をして、周産期はおもしろいんだと伝えて、多くの医者が産婦人科医になっていただく。岩手県の産科医の不足が解消されて、やはりこれも岩手県の日本一の周産期医療を目指すためには必要だと思います。

あとは、今もやっています、医療従事者の教育です。講演、研修会、レベルアップです。

僕は、盛岡出身なので、長野県の経験というのはすごく大きかったですけれども、今後我々が一丸となって岩手医大は頑張っていきたいと思いますので、皆様には御助言、また御協力をお願いする次第です。どうもきょうはありがとうございました。(拍手)

○**神崎浩之委員長** 本日はデータから、それから映像から、交通アクセスを考えた提言、御示唆までいただきました。貴重なお話、大変ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行います。ただいまお話をいただきましたことに関して質疑、御意見等がありましたら、お願いいたします。

○**佐藤ケイ子委員** 今のお話、本当にごもっともだと思ってお聞きいたしました。

実は私の姪も昨年出産しました。地元北上で普通に出産したのですが、出血がとまらなくて死にそうになって、それで母体搬送ということで医大にお世話になって、今元気でおります。本当に出産というのは大変なものだなと。健診を受けたときに何も異常なくて、出産も普通にやって、それでも大変なことになるということを実感しておりました。それで、本当に医大のおかげでよかったと家族は喜んでおります。

今、医師が昼も夜も多忙であることについて、本当に大変だと思っております。私がずっと思っているのは、助産師の活用のことなのですが、助産師外来も必要ですし、それから助産師は、昔は開業して自宅分娩を手伝ったりしたわけですが、今はそれがほとんどできなくなっています。緊急対応のこともあり、医師と契約を結ばないといけないが、なかなかそういう契約を結んでくれる医師がいないということで、本当に何のリスクのないお産は自然分娩を望めばできるようになればいいのだろうと思うのですが、それができない。でも医師の多忙化はますます進んでいく。このような中で、助産師の活用を今後どのようにしていったらいいのか。助産師をもっと育成したり、ふやしていかなければならないと思うのですが、なかなか結果が見えてこないと思っています。そこのお考えをお聞きしたいと思います。

それから、モバイル健診について、県立遠野病院で最初に実施し、県立大船渡病院と連携してやってもらっていて、ああ、すごいなと思っていました。県立遠野病院は、10年くらい前から、市の保健師、助産師がサポートしてやっていますが、機械の更新などは大丈夫なのか。今はモバイルとか超音波の技術がすごいのだなと思っていましたが、県内各地で超音波検診の技術とか機械もかなり高度なものだなと思っています。そういったものがどんどん普及されてくるのかどうか。現在の状況をお聞きしたいと思います。

○菊池昭彦講師 まず、助産師の活用ということに関してです。産科医が少ないということは話題になりますが、実は助産師も岩手県内だとそれほど人数的に恵まれているわけではなく、例えば岩手医大でも助産師の数がそれほど希望どおりの人数というわけではないのですが、そこはちょっと別な議論になりますので、助産師の数が十分にはある、でも産科医が少ないということで答えさせていただきます。まず助産院です。私は産科を専門にしていますので、たくさん分娩も取り扱ってきましたが、さきほど言われたように、何も無い、正常な妊娠、分娩で終わる人が、いきなり血がとまらないのです。それが1分間に1リットル以上すごい血が出るのです。その予測がつかないのです。産科はそういう急変というのがあるのです。これは、もしも助産院でそういう大出血が起こったら、搬送まで数十分、十数分はかかるので、助からない可能性も十分にあります。したがって、今どうしても昔に比べて、日本というのは欧米の国の中でも一番周産期医療のレベルは母体救命でも高いのですが、逆にそれが当然と思われていることがあって、助からないと何か問題があったのではないかと。やはりそれはリスク、一定の確率で起こるのです。そのように日本国民が、県民が産科医療に近いものを求めている状況では、もちろん理解もしていただきたいのですが、助産院でのお産というのは、そういう突発性リスクのことを考えるとなかなか難しいというのが現状だと思います。

できるとすれば、病院の中で院内助産と言って、本当に、トラブルがあったらすぐ院内の当直医が呼ばれる。それがなくて全く正常だったら助産師だけで全てのお産が完了するという対応はできるかと思えますし、そういうことが産科医の軽減、負担軽減のための一つの方法です。ただ、助産院という全くドクターがいないところでは、突発的に起こるこ

とに対応できないのでちょっと難しいと思っていますので、例えば助産外来あるいは院内助産をもっと有効にする。あともう一つは、例えば僕たち妊婦健診なんかでも超音波をよくやっているのですが、すごく勉強家の助産師は医者よりも胎児の超音波をもうできる人がいるのです。そういうモチベーションの高い助産師が技術も高くなってくれると本当に産科医が診るよりもすぐれた超音波ができ、完全に助産外来が成り立つので、助産師のほうもそういった育成、スキルアップをしていただければというのが僕の希望です。

2点目ですが、確かに超音波機器とか医療機器というのは、最初は最新のものであっても、数年、5年とか過ぎるとどうしても性能が落ちてくるのです。したがって、やはり定期的なメンテナンスと、あとメンテナンスでも不十分になったら機械の入れかえは必要だと思っています。

岩手県内でも実はつい最近、ここ1年、2年ぐらいの間に、岩手医大はもちろんですが、地域周産期母子医療センター、あと希望する開業医の先生方も岩手県の援助を借りて最新式の超音波の機器の導入を行っていただきましたので、現時点では超音波機器に関しては県内の産科施設はすごく恵まれた状況にあります。

ただ、この後5年以上たっていると劣化してくるでしょうから、メンテナンスや新規機器の入れかえは県の方々にも御協力いただきながらやっていかなければいけないと思っています。

○**ハクセル美穂子委員** 私は、雫石で生まれて雫石にいる者です。4人子供がいて、無事にちゃんと4人、盛岡市内の病院で出産することができました。ただ、家からちょっと遠くて、車で50分かかるのです。何回かは自分で運転して行ったこともありました。ただ、兆候が出てから、産院に移動しておかなくてはとと思って移動すると、もう戻ることもできない。進むしかない。これが、産院から50分から60分の距離がある妊婦の現状なのではないかと思えます。沢内の方とかも盛岡にいらっしゃって出産される方も多いのです。そうした方から、移動時間が1時間以上になる中、途中で生まれるかもしれないという思いで移動しましたという話を聞いたことがあります。お話の中の県北の状況は、それが60分以上かかる。県北というのは道路網も悪いのが現状で、多分横の道路も余りよくないと。そうすると、長野型の一極集中も難しい。かといって、では宮崎型も難しい、実際の状況はそうだと思います。これからデータを集めたりして日本産婦人科学会がいろいろなシミュレーションをされて、それをフィードバックしてくださるというお話だったので、道路網が整備されれば、この一極集中型はできるとか、そういったことも考えて県などに意見をくださる予定なのか。先ほどのお話を聞き、新しいシステムでないに対応できないのではないかと感じたのですが、先生は、ではどういう形でやれば県北の状況が改善されると考えておられるのか。漠然としたものでいいので、教えていただきたい。

○**菊池昭彦講師** やはり交通網というのはすごく大事なですね。特に県北、全体的にそうなのですが、岩手医大から見ると沿岸部との連絡が悪いのです。例えば宮古も、この前の台風で寸断されていますが、それがなくても、夏でさえも2時間ぐらいかかります。長

野の僕の経験では、やはり高速を使って県内の分娩している開業医あるいは病院から岩手医大に1時間半以内で来られるということが実現できれば非常に助かります。一極集中型です。ただ、今それは長野と違って無理です。高速道路をつくるというのは、周産期医療だけのことでなくて、県のほかの行政のこともあります。実は達増知事は、附属中学校、盛岡一高、東大で僕のソフトテニスの1年下で、ずっとテニスをぼんぼん打っている仲、今知事だから偉いのですが、運動部というのは結構上下関係が厳しいので、だから今でも僕は時々「達増」と昔みたいに言うてしまうのです。「あっ、達増だ、知事」とか言うて。向こうは「菊池さん」と言うのです、先輩だから。僕が岩手に来たときに、やはり長野と違う。長野の医療の講演で、実は僕が来たときの就任祝いで講演したときに知事が来たのです。その後の懇親会で、岩手は産科医が少ないけど、とにかく高速道路が悪いから岩手医大にアクセスが悪いので、やはり高速道路は周産期医療のためにもお願いしたいということは言うていて、それは周産期医療という面から高速道路を充実しなければいけないということは、知事は御理解いただいています。ただ、周産期医療の面だけ考えてそれをできるというわけにはいかない。お金のこともあると思いますので、そういうことは僕ははっきり申し上げている次第です。

○**小野寺好委員** 通常分娩は、民間のところでやってもらいたいという願いがありながら、実際はどんどん数が少なくなっている。そういった中で、盛岡広域で十何年ぶりで開業医の方がやっと出ました。聞いてみると、訴訟裁判ということで、きちんとした大きな機関の中で一ドクターとしてやっている分と、まるっきり独立してしまった場合、それはおっかないんだよねというお話なのです。ちょっと変な権利意識などで日本はそういった訴訟社会になってしまったのですが、開業医では、さっきのお話のように突如想定できないようなこともいっぱい起こる。そういった中で開業医を守るためにはどういう手だてがあるのか教えていただければと思います。

○**菊池昭彦講師** 開業医の先生はいつもその病院にいるので、例えば自分が学会とか公式な理由で出張したいのに離れられないです。したがって、岩手医大の僕と産婦人科の出身の開業の先生で、どうしても公的な理由で東京とかに出張する場合には、僕自身もお産を、そのいない間をどうしましょうと困るくらいなのです。そういう状況だから、開業医の先生の苦勞って僕はよくわかっているのです。1人でいて大出血が起こった場合には、その瞬間何とか対応して搬送するまで頑張っただけです。

一つには、日本の制度として産科医療補償制度というものがあります。それはいろいろな経緯があったのですが、確かに脳性麻痺になった場合などに、これは分娩管理が悪かったのではないかとということで結構訴訟がふえた時期がありました。実は脳性麻痺の多くは分娩管理ではなくて、分娩する前にいろいろな原因によって既に脳性麻痺になっているということはわかってきているのです。それを制度上で、例えば脳性麻痺と認定された場合にはお金を補償しようという制度をつくったのも、ある意味では開業医を初めとする分娩を扱っている医師方が不必要な責任を問われなくするためで、それも工夫の一つです。そ

れからもう一つには日本産婦人科学会が産科の診療ガイドラインをつくっています。これは、実際に言われたように、産科というのはちゃんと正しい医療をしても予期せぬことが起こって、母体または胎児が助からないことがあります。でも助からないと、日本というのはもう世界で一番レベルが高い国なので、何か責任があったのではないかと言われる。それを防ぐために、協力して、こういう状況だったらこういうことをするのが標準的医療ですというガイドラインをつくったのです。それを3年に1回更新しているのです。したがって、もしもその先生がそのガイドラインにのっとった医療をした上で母体または胎児に悪い結果が起こった場合でも、その標準的な診療をやっていれば責任はないということは主張できる制度をつくっていますので、随分その意味でも我々は学会、医会も含めてサポートしているつもりです。

○小野寺好委員 出産育児一時金 42 万円のうち3万円はそっちのほうに行っているのですが、比率からすれば随分高いと思います。その中身は、実際それだけの事故があるのですか。

○菊池昭彦講師 決して産科医療補償制度の中心的なメンバーではないのですが、最初、僕も産科医療補償制度の中のいろいろな事例について、例えば、どうしてこの症例は脳性麻痺になったかという原因分析委員会の一人であったので、制度の一部にはかかわっています。もともとこの制度をつくる時には、どれくらいの例数が適用症例になるかわからなかったもので、最初は確かに余った部分もありました。ただ、その後、例えば分娩手術を拡大するなど努力をしています。今は、本部が、実際に適用する症例を拡大し、運用資金と調整がつく方向で進めていますので、そういう段階とさせていただければと思います。

○高田一郎委員 岩手県を日本一の周産期医療の県にしたいということで、大変心強いお話をいただきまして、大変私も元気になりました。

きょうの講演の中で地域完結型か一極集中型かというお話があって、先生は地域完結型が理想なのだと、ところがいろいろなハードルがあってなかなか簡単ではないのだというお話でありました。宮崎県のお話がありましたが、宮崎県は面積も小さいのですが、しかし医師の数が岩手に比べて大変多いのです。そういう理由で地域完結型ができるのかと思いました。先ほどの先生の話聞いて、なぜ宮崎県は医師が多いのか疑問に思いました。宮崎大学の役割というのは大きいのではないかと感じたのですが、そこをお伺いしたいと思います。

○菊池昭彦講師 最近の宮崎大学産婦人科の入局者数は、やはりそんなに多くないのです。九州だとやはり九州大学とかは多いでしょうが、やはり長崎とか、宮崎とか、地方大学の産婦人科医の入局者数は多くないです。

あと一般的な傾向で、医師数、産婦人科医師数も西日本に多いです。だから、最近宮崎大学産婦人科という科も新入局者の獲得に苦労しているようですが、以前からもともと岩手に比べて宮崎は多かったとしか言えないのですが、今は苦労しているようです。

○高田一郎委員 わかりました。それで、医師をふやすということをやれば、この問題は

解決できると思うのですが、先ほど先生のお話の中で、医学生を教育して周産期医療というのは非常に魅力ある分野なんだということ、そういった数も大事なのですが、それだけではなくて診療報酬の問題とかさまざまな課題をクリアしないとなかなか医師が確保できないと思うのです。根本的に今どういったことを求められているかというのが一つと、もう一つは先ほど3.11の震災のとき、岩手は集約化して、宮城と比べて被害を必要最小限に抑えられたということですが、具体的な中身がちょっとわからなかったものですから、集約化して、震災での影響が最小限になったというのは、具体的にどういったところにあらわれたのか、その点について教えていただきたいと思います。

○菊池昭彦講師 まず最初に、これは幾つか日本の産婦人科医療を発展させるための問題点はあるのですが、例えば労働条件とか診療報酬とかのお話もありますが、やはり一番の問題は地域偏在というのは大きいです。僕は東大の産婦人科の出身です。東大の産婦人科には新入局者が20人近く入るのです。大きな都会の大学、最近の研修医の先生は、傾向として、地方の医科大学医学部を卒業して、研修医の医者になったら東京で働きたい。そういう傾向が以前より著明なのです。東京の中でも東大、慶応義塾大学あるいは国立大学法京大学、そういうブランドの大学に集まる。地方大学の産婦人科はどれも疲弊している、入局者も少ない。これはやはり国とか上のレベルで産婦人科医を都会と地方の格差を均等にするようなことをやらないとバランスがとれないです。ほかの科もそうだと思うのですが、それをしないといつまでも改善されないと思います。というのが最初の対策です。

2番目は、3月11日2時46分、大きく揺れたときに、例えば県立大船渡病院の先生、県立宮古病院の先生から聞くと、婦人科の手術をしていた人もいたのです。もしもこれが1人、2人とかだったら、手術中で手はおろせない、分娩進行もやっしまわなければいけないです。4人、5人の常勤医がいれば、確かに手術室が一転、例えば停電したり、何か暗くなっても、手術している人は手術に対応ができて、一方では外来あるいは緊急で来る妊婦とかの対応もできるわけです。例えば3人以上の人数がいるということは、死にそうだという緊急時にももちろん必要なのですが、そういう災害時に病院機能がとまったときに、人さえいれば外来、救急外来、手術対応、分娩を担当できるのです。あるいは、この患者はもう今宮古、大船渡で診れないから内陸の盛岡に搬送しようという判断ができる。やはりそれはマンパワーです。それが機能したのが3.11の沿岸部です。あのときは、その4人、5人の常勤の中で県立大船渡病院で手術をしていた医師でも、自分たちが手分けしてできること、一方ではこの患者はちょっと余りにもこの状況ではハイリスクだから、例えば県立宮古病院だったら横の岩手医大、それから県立大船渡病院だったら横の北上済生会病院とか県立中部病院とか、そのように内陸の病院に分担する、搬送するということができたのです。やはり、それはまさにマンパワーだと思います。

○神崎浩之委員長 ほかにありませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○神崎浩之委員長 ほかにないようでありますので、本日の調査はこれをもって終了いた

します。

菊池様からは、周産期医療について国の動向、本県の医療提供体制、総合周産期母子医療センターの活動状況など幅広く、わかりやすく御説明をいただき、他県との比較も交えて本県の周産期医療の現状と課題、今後のあり方について理解を深めることができました。

菊池様、本日はお忙しいところ、まことにありがとうございました。

○菊池昭彦講師 どうもありがとうございました。(拍手)

○神崎浩之委員長 委員の皆様には、次回の委員会運営等について御相談がありますので、しばしお残り願いたいと思います。

次に、来年1月に予定されております当委員会の調査事項についてであります。御意見等はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○神崎浩之委員長 特に御意見がなければ、当職に御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○神崎浩之委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

次に、来年1月24日火曜日から26日木曜日に予定されております当委員会の全国調査についてであります。お手元に配付しております平成28年度医療・福祉・介護調査特別委員会調査計画(案)のとおり実施することと、その他の詳細については当職に御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○神崎浩之委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

本日はこれをもって散会いたします。