

地域医療確保対策調査特別委員会会議記録

地域医療確保対策調査特別委員会委員長 佐藤 ケイ子

- 1 日時
令和2年8月5日（水曜日）
午前10時1分開会、午前11時55分散会
- 2 場所
第3委員会室
- 3 出席委員
佐藤ケイ子委員長、武田哲副委員長、高橋はじめ委員、郷右近浩委員、千葉秀幸委員、
千葉伝委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、佐々木朋和委員、飯澤匡委員、
斉藤信委員、工藤勝子委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
藤根担当書記、佐々木担当書記
- 6 説明のため出席した者
岩手県産婦人科医会会長 松田 壯正 氏
- 7 一般傍聴者
なし
- 8 会議に付した事件
(1) 調査
本県における周産期医療の現状と今後のあり方について
(2) その他
次回の委員会運営について
- 9 議事の内容

○佐藤ケイ子委員長 ただいまから地域医療確保対策調査特別委員会を開会いたします。

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、本県における周産期医療の現状と今後のあり方について調査を行いたいと思います。

本日は、講師として岩手県産婦人科医会会長の松田壯正様に講師をお願いしております。

松田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す。

本日は、本県の産婦人科、周産期医療の現状と課題、今後の展望についてお話しいただくことになっております。

本県の医療については、各分野で医師不足など大変な課題が山積しているところであり、特に周産期医療につきましては、深刻な医師不足、そして広い県土の中で、身近に出産で

きる環境にないなど、さまざまな課題があります。

松田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、後ほど松田様を交えて質疑、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、松田様、よろしく願いいたします。

○松田壯正参考人 本日は、このような時期に周産期医療に対する関心を持っていただいた委員の方に感謝申し上げます。

本日のテーマは、本県における周産期医療体制の現状と今後のあり方ですけれども、お話ししたいこともいろいろありますが、最後の今後のあり方は、ちょっと難しいお話です。半分感想を交えたようなお話になりますが、よろしく願いします。

内容は、始めにこれまでの周産期医療について、次に国が主導してきた周産期医療体制の紹介と現状、最後に本県の周産期医療体制の現状と今後のあり方の順番で話をさせていただきます。

最初に、これまでの周産期医療についてですが、日本では昔から自宅分娩が行われてきましたが、敗戦後、GHQの命令でアメリカナイズされました。アメリカの出産に対する考え方は、出産は非常に危険なもので、いつ何が起きるかわからないので、何か起きたときにすぐ対応できる場所で分娩するのが正しいとのことです。そうすると、自宅ではなく、施設で分娩することになったわけです。施設分娩は、それで奨励されたのですけれども、ここに法律がいろいろと出てきました。母子保健センター助産部門ですけれども、皆さんは覚えていらっしゃるでしょうか。40年ぐらい前は地方へ行きますと助産師が何人かいて、出産して、生まれた後もそこで世話をすることがありました。私も記憶にございますけれども、花巻市大迫にありました。助産師がいて、そして形として施設で産むと。それからだんだん病院での施設分娩が進んでいったのです。国もそれを進めて、いまでも助産所はありますけれども、嘱託医師及び病院又は診療所を定めておかなければならないとされています。何かあったときは嘱託医師が来る、あるいは病院又は診療所へ運ぶということで、かなり厳しい縛りがあります。現在のところ、施設分娩は99.8%であり、残りが助産所となっています。

周産期という言葉なのですけれども、英語でPerinatalを日本語に訳した形で、考え方自体もそんなに古いものではないです。分娩のときに何か起きるであろうリスクを最小限にし、何か起きたら直ちに母子ともに危険を取り除く姿勢です。いまさら言うまでもありませんけれども、分娩は場合によっては死亡することや二、三分の短期間の間に胎児は亡くなるようなことがよく起きるので、それに対応しなければならないのです。

当時は主にその役割は産科医が行い、時々新生児が危険になったときは一般の小児科医が行っていました。例えば15歳以下の子供を診る医師と一緒に新生児を診てくれて、新生児を専門とする小児科医が育ってくるようになりました。新生児が危険なときは出生直後

に産科医と小児科医が共同して管理することになっていきました。1960年代から妊娠 22 週から出生後 7 日未満を周産期と定義するようになりました。妊娠 22 週からとは、22 週未満は流産になり、生まれた子供は体外で生きられませんので、22 週となっているわけです。出生直後 7 日未満は、この時期に新生児の生命にかかわるいろいろな出来事が起きるので。

周産期の医療についてであります。2,500 グラム未満の新生児を未熟児ということで、昔は未熟児を診るような専門施設がありました。それが 1975 年ぐらいから N I C U と呼ばれる新生児集中治療室として機能を持つようになってきました。早産の新生児は自力で呼吸ができなく、呼吸管理から始まって全てが未熟ですので、全身管理しないとならないところを N I C U で診ることになりました。周産期医療体制は産科医と新生児を扱う専門医が一つの医療機関の中で共同で医療を行うことになってきました。その後 1980 年頃から国の医療政策として母子に対する緊急医療体制の必要性が問われてきたことで、N I C U や小児集中治療室、P I C U などの整備が進められるようになり、1984 年から国の事業として周産期医療施設の整備が開始されました。周産期医療とは産科と新生児科が合流したような考え方であります。

周産期医療体制については、ある地域に分娩があれば必ずその中の何%かは異常が起きるので、周産期医療は必要とされます。1991 年に九州地方の県でモデルシステムが動きまわりました。県内を幾つかの周産期医療圏に分けて、開業医と地域の総合病院がペアになり、開業医が何かあった際には地域の総合病院で受診する。さらにハイリスクで危ない、いろいろなトラブルがある場合は、当時は大学病院で受診する流れがあって、国が施策として進めるようになりました。

政策による周産期医療体制の整備についてですが、1996 年の周産期医療システム整備指針は、周産期医療協議会を設置し、大学病院のようなところに総合周産期母子医療センター、医療圏ごとに地域周産期母子医療センターの整備を進めました。一次医療機関などのクリニックと役割分担を行い、医療資源の重点化と集約化に対応することになりました。

2010 年の周産期医療体制整備指針は、母体搬送があるのですけれども、例えば 1,000 グラムぐらいの子供が生まれてから救急車を呼んで N I C U へ運ぶのでは遅いのです。おなかの中に子供を入れたまま母体を N I C U へ運んで、子供が小さいときは帝王切開ですけれども、生まれた直後から N I C U のスタッフが手当てする考え方です。これは、完全に生まれた子供の予後が違っているので、搬送という言葉が出てきたときは、生まれた子供の搬送ではなく、母体搬送なのです。

搬送の受け入れ体制は、リスクの高い子供を受け入れるはずの総合周産期母子医療センターが、リスクが高くない子供も全て受け入れたら、あっという間にパンクします。そこで、搬送コーディネーターを配置し、病状に応じた搬送先の調整を行っています。私が勤めていた病院では、毎朝コーディネーターから電話の問い合わせがありました。それは現在も県の事業としてあります。

1996年の周産期医療対策整備事業は、先ほど申し上げた周産期医療機関の機能分担を行い、整備することになりました。一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関と分けまして、一次医療機関とは、クリニックで、正常分娩を中心としたローリスクの妊産婦への対応を行う小規模病院や有床、無床診療所になります。

二次医療機関とは、ハイリスクではないミドルリスクの妊産婦、新生児を受け入れる病院で、地域周産期母子医療センターになります。

三次医療機関とは、ハイリスクの妊産婦、新生児への高度医療の提供や24時間体制で受け入れを行う総合周産期母子医療センターになります。

ハイリスク妊娠の定義は、母児のいずれか、または両者に重大な予後が予測されるか、あるいは妊娠中の異常徴候を早期発見し、適切な処置を速やかに実施して、母児の危機を脱出する考え方で、何か起きる可能性が高い妊産婦のことです。何か起きるといのは、具体的には胎児側は、おなかの中で酸素欠乏によって亡くなることがあります。母体側は、出産の最中や出産後の出血により亡くなるかもしれないのです。

ハイリスク児の要因についてですが、要因が母体、胎児側にある場合になるのですが、母体側の要因として、若年、高年の妊娠、既往妊娠の異常であります。出産の場合は不思議と同じような時期に異常を繰り返すことが非常に多いです。

後でお話しますが、早産で生まれてくる新生児は小さくて呼吸ができないので、場合によっては後遺症が残ったり、7日以内に亡くなったりすることがたくさんあります。多胎妊娠は、必ず早産になります。血液型不適合妊娠はRhの不適合であり、適切な時期に分娩しなければ胎児はおなかの中で亡くなります。原因不明の出血も必ず何か異常があります。母体疾患は、内科的合併症で、妊産婦の高齢化による生活習慣病の頻度が高くなると、胎児は小さくなり、例えばおなかがちよっと張るだけで胎児が亡くなることがあります。妊娠高血圧症候群は、脳出血を起こす可能性もあります。決して珍しいことではありません。

分娩周辺期の要因ですけれども、遅延分娩、陣痛が来る前に破水する前早期破水があります。妊娠期間はいま何カ月と言わないので、40週が予定日です。先ほど周産期で申し上げた22週未満は流産、22週から37週未満は早産、37週から42週以内が正規産、42週過ぎると過期産となります。妊娠30週ぐらいの早産の時期に破水すると、陣痛が抑え切れませんので、分娩しなければならないこととなります。帝王切開は、何でそうなったかが大事なので、帝王切開自体が危険なわけではないです。

胎児側の要因ですけれども、2,500グラム未満の低出生体重児は、早産と同じ類になりますので、いろいろな障害が出ます。例えば早産に生まれるとこんな子供が生まれます。妊娠25週、770グラム、保育器に入り全身状態の観察や体温調整を行います。自力で呼吸ができませんので、人工呼吸器がついています。もちろん経口摂取もできません。大きさは、採血するときの普通の注射器と比較してごらんください。排せつを見るためにおむつにしています。赤ちゃんは、皮下脂肪があつて丸々していますが、痩せて皮下脂肪が全然

なく皮膚が干からびています。このような状態が妊娠 25 週ですから、40 週まで 15 週ぐらい続きます。いろいろな臓器の発達が不十分であるため、呼吸障害がそうなのですけれども、動脈管開存症による突然死の原因になったりします。壊死性腸炎は、血流が腸に行かないので、腸が壊死してしまう病気です。頭の血管も、脳室内出血するのです。NICU は、このようなハイリスク児の治療を一生懸命しています。

周産期医療の体制の現状ですけれども、日本と外国を比較したときに統計的評価が出てくるわけですが、二つの死亡率が出てきます。周産期死亡率とは、妊娠 22 週間以後の死産数と、生後 7 日未満の新生児死亡数を年間出産数で割り、1,000 人当たりで換算したもので、平たく言いますと出産 1,000 人当たりの死産と早期新生児の死亡がいくらあるかということです。妊産婦死亡率とは、年間出生数 10 万人当たりの妊産婦死亡数であります。

日本の周産期死亡率は、2.6 です。1,000 人出生したうちの 2 人強が亡くなるのです。早期新生児死亡率は、0.7 です。生まれて 7 日未満で亡くなる新生児は、1,000 人出生したうちの 1 人弱です。例えばカナダでは周産期死亡率は 6.1、早期新生児が 3.1 なのです。あのアメリカでさえ周産期死亡率が 6.8 で、医療先進国のドイツでは 5.5 なのです。

日本の妊産婦死亡率は、3.5 です。先ほどの周産期死亡率は 2.6 でございましたが、新生児は 1,000 人、妊産婦は 10 万人のうちどちらも 3 人ぐらい亡くなっています。死亡率が低いのは、新生児や妊産婦が亡くならないようにするために、医療技術の進歩といろいろな努力のおかげだと思います。

国別の妊産婦死亡率についてですが、日本はいきなりよくなったわけではありません。1985 年では出産 10 万人に対して 16 人ぐらい亡くなっていたのです。それがどんどん下がってきて、現在 3 人ぐらいに改善されています。

第二次世界大戦の前はほとんど自宅分娩でしたが、終戦後にはだんだんと施設分娩がふえ、先ほど申し上げた 99.8% が施設分娩です。施設分娩が多くなるにつれて、周産期死亡率、妊産婦死亡率が改善されました。

周産期医療体制の充実についてですが、正常分娩の場合は最初に一次医療施設、クリニックなどで妊婦健康診査を含めた分娩前後の診療を行います。ところが、経過中ハイリスク妊娠になった場合は、二次医療施設の地域周産期母子医療センターで分娩して、小児科と連携していろいろな処置を行い、退院すれば在宅療養となります。二次医療施設に搬送されても、さらにハイリスクが予測されるときは、三次医療施設の総合周産期母子医療センターに搬送され、そこでいろいろな手を尽くされて、生まれた子供はNICUに入ります。

都道府県別に見た分娩取扱医療機関数ですけれども、岩手県は 38 施設です。分娩を取り扱っている医療機関の実数だけでは比べられないので、出生 1 万人に対する医療機関数は、岩手県の分娩数は 1 年間 7,000 件ですから、1 万人に換算すれば多くなるのです。逆に東京都などの首都圏、大阪府などは分娩取り扱い施設数は多いのですけれども、出生 1 万人当たりの施設数は少ないです。東京都の施設数はこれほどあるのに出生 1 万人に対するとこ

れしかないのです。東京都は一つ一つの施設が大きいので、岩手県とはこれほどまでに違います。

産婦人科、小児科医数の推移ですが、産婦人科医の実数は増加しておらず、小児科医の実数は増加しています。15歳から49歳の女性人口10万人に対する産婦人科医数は、緩やかに増加しています。15歳未満人口に対する小児科医数は、一貫して増加しています。

総合周産期母子医療センターは、周産期医療体制の整備により施設数が増加していますが、岩手県には岩手医科大学附属病院にしかないのです。東京都は総合周産期母子医療センターが13施設ございますが、逆に地域周産期母子医療センターは12施設しかないのです。地域の事情によるものかもしれませんが、周産期の医療体制が充実していると思われま

す。ローリスク妊娠、ハイリスク妊娠についてですが、妊娠中及び分娩時のリスクの少ないときはクリニックで全て解決しますけれども、経過により例えば妊娠中でもハイリスクとなれば二次医療機関となります。先ほど申し上げたようないろいろな合併症により、二次医療機関での対応が困難な場合は、三次医療機関への流れとなります。

本県の周産期医療体制の現状と今後についてですけれども、一次医療施設と地域周産期母子センターで一つの周産期医療圏を設定しネットワーク整備を行いました。そして、県全体の総合周産期母子センターを岩手医科大学附属病院に設置しました。岩手県周産期医療情報ネットワーク、いーはとーぶと名づけた情報ネットワークがありますけれども、市町村と医療機関がインターネットを介して電子カルテの周産期医療情報を共有します。市町村は、母子手帳の番号を交付するのですが、番号がわかれば、市町村の担当者が妊婦健康診査や新生児の状況が全て把握することができ、何かしらの援助が必要なのであれば、申請がなくともこちらから手を差し伸べることができます。

それから、母体搬送される妊産婦を紹介するときは、普通は紹介状と検査結果を持参しますが、周産期医療情報ネットワークにより紹介するときは、母子手帳の番号を紹介先に伝えれば、これまでの妊婦健康診査のデータが共有されます。岩手県産婦人科医会がこのシステムを提唱し、岩手県が整備しました。総務省で推進しているICTサービス、システム事例のu-Japan大賞を受賞し、優れた成果を収めています。

公営助産院についてですが、施設分娩は進んでいるのですけれども、助産師による出産を望んだり、周辺に産科医が一人もいないような状況は岩手県にたくさんあります。その中で遠野市助産院ねっと・ゆりかごが開設されました。そこに助産師を配置し、提携医療機関に例えば妊娠18週、26週、36週以後などの定期的な妊婦健康診査には行くのですけれども、その間は遠野市助産院ねっと・ゆりかごで管理します。いよいよ出産が近くなったりすると、私はインターネット通信によりモニター越しで診察を行うのですけれども、おなかにセンサーをつけ、陣痛や胎児の心音が持続的に取れます。心電図の図のようになっているのですけれども、これを見ると赤ちゃんが元気か、あるいは危ないとすぐ判断できるのです。

岩手県立大船渡病院もモニター越しで、患者さんの画像を見ながら元気ですかというふ

うに遠隔診療を行っています。産科施設が一つもないようなところで、うまくいっています。平成 20 年からはじめて 10 年以上経過したのですけれども、いまでも日本各地から視察に来ています。実際に出産するのは盛岡市や大船渡市などですが、結果的には遠野市の出生数は減らないのです。

実際の岩手県周産期医療体制についてですが、普通の二次医療圏と範囲が違います。北から行きますと、久慈、二戸が一つの周産期医療圏、盛岡から宮古までを一つの周産期医療圏、岩手中部に胆江、両磐まで入れた周産期医療圏、気仙、釜石の周産期医療圏に分けたのです。それぞれ、クリニックと密接した地域周産期母子医療センターは県立病院に役割を充て、動き始めました。

母体搬送がどれぐらいあるかですけれども、年によって多少違いますが、岩手県全体で大体年間 380 件あります。そのうち、総合周産期母子医療センターを設置している岩手医科大学附属病院は大体 170 件と圧倒的に多いです。岩手県立中央病院や盛岡赤十字病院がそれぞれ 80 件程度、岩手県立二戸病院と北上済生会病院が 20 件程度、岩手県立大船渡病院が 10 件程度で、圧倒的に盛岡医療圏に送られるのが多いのです。

それで、わざわざ分娩取扱い医療機関と書いたのですけれども、産婦人科だからといって出産を取り扱うとは限りません。出産を取り扱う医療機関は、平成 22 年と現在を比較するとどんどん減っています。北からご説明しますと、二戸医療圏は岩手県立二戸病院ですけれども、診療所は 1 施設減りゼロとなっております。盛岡医療圏は病院が 3 施設ありますが、診療所は 5 施設も減り 7 施設となっております。岩手中部医療圏は岩手県立中部病院と北上済生会病院と 2 施設ありますけれども、普通、地域周産期母子医療センターは産科と小児科があるのです。岩手中部医療圏だけは岩手県立中部病院が産科、それから北上済生会病院が小児科と、二つの異なった施設を一つとした地域周産期母子医療センターと扱っています。それから、診療所は 1 施設減り 2 施設となっております。胆江医療圏は病院はゼロで、診療所は 3 施設減り 5 施設となっております。両磐医療圏は病院は 1 施設減り 1 施設で、診療所は 1 施設減り 2 施設となっております。気仙医療圏は、岩手県立大船渡病院がありますけれども、診療所はゼロとなっております。釜石医療圏は、岩手県立釜石病院がありますけれども、診療所は 1 施設減りゼロとなっております。宮古医療圏は岩手県立宮古病院がありますけれども、診療所は 2 施設減りゼロとなっております。久慈医療圏は岩手県立久慈病院がありますけれども、診療所は 1 施設減りゼロとなっております。あまりにも差があり過ぎると言ったらいいのでしょうか、こんな感じです。

そうすると、診療所がないのに地域周産期母子医療センターを設置するのかという議論になってくるのです。

分娩取扱件数について、平成 22 年と平成 30 年と比較しますと全体としてどんどん減少しています。二戸医療圏は 151 件も減り 418 件です。盛岡医療圏は出産が多いのですけれども、873 件も減り 3,699 件です。岩手中部医療圏は 18 件ふえ 1,651 件です。出産を扱っているクリニックが少ないので中部医療圏だけがちょっとふえています。胆江医療圏は

433 件も減り 395 件です。両磐医療圏は 378 件も減り 960 件です。気仙医療圏は 173 件も減り 456 件です。釜石医療圏は 82 件も減り 130 件です。宮古医療圏は 136 件減り 534 件です。久慈医療圏は、218 件も減り 188 件です。この状況ですと、何かしら周産期医療体制というものを考えなければならないと思います。

県内の分娩取扱医療機関を分類別に示した図ですが、低リスクは、クリニックや小規模病院です。助産所も少しありますが、一関病院は年間 200 件ぐらい分娩を行っていましたが、終了しました。リスクが低い場合はそれぞれの周産期医療圏のクリニックで受診しています。

そして、地域周産期母子医療センターは、盛岡、宮古医療圏では岩手県立中央病院と盛岡赤十字病院と岩手県立宮古病院の 3 施設あります。岩手中部医療圏は先ほど申し上げた岩手県立中部病院と北上済生会病院が一つというような形です。両磐医療圏は岩手県立磐井病院、気仙医療圏は岩手県立大船渡病院があります。久慈医療圏は、岩手県立久慈病院がありますけれども、現実には機能しなくなっています。実際は岩手県立二戸病院だけで動いています。そして、岩手医科大学附属病院にある総合周産期母子医療センターというシステムで動いています。いま申し上げたようにいろいろな動きがあって、少し何かゆがみ始めたかなと思います。

都道府県ごとの診療所分娩が占める割合についてですが、岩手県は 42.9%です。病院が 6 割、診療所が 4 割です。東京都や大阪府などの大都市圏は診療所の分娩数の比率が低くなるのは当たり前と言ったら当たり前なのですけれども、それぞれの地域の昔からの事情があります。

都道府県別の出生 1,000 人に対する分娩取扱医師数ですけれども、岩手県は 9 人ぐらいです。ほかと比べてみると高めで、少し忙しいということでしょうか。最多の秋田県は 12 人ぐらいなので、1 人の産科医にかかっている負担は平均的でしょうか。

都道府県別に見た二次医療圏内の産婦人科医師数ですけれども、地域によってその差があるのです。岩手県は、人口 10 万人当たり一番医師がいる地域は 12.2 人で、最小は 3.2 人なのです。医師のいる、いないところではこれだけ差があるのです。医師偏在では、新潟県とワーストワンを争った形になるのでしょうか。

産婦人科医師数の推移ですけれども、平成 22 年では全国が 10,652 人です。岩手県は平成 14 年あたりから 100 人を割ってあまり変わりなく推移し、平成 22 年で 94 人です。これは、産婦人科医師ですので、分娩取扱いの医師ではありません。

都道府県別の新生児医療従事医師数と 1 人当たり病床数ですけれども、岩手県のNICU病床は 21 床です。NICU専任医師数は 15 人で、医者 1 人当たりのNICU病床数は 1.4 床です。全国では 1 人当たり 2.3 床ですから、本県のNICU専任医師は、全国と比べると負担は少ないと思います。

小児科医師数の推移ですけれども、平成 22 年では全国が 15,870 人、岩手県はあまり変わりなく推移し 128 人です。

統計的数値からみた本県の周産期医療についてですけれども、これは1年間の数値では変動するので、過去10年間分の統計を合わせたものでありますが、周産期死亡率と妊産婦死亡率が全国でどのような位置にあるかということになります。妊産婦死亡率は、出産10万人に対して全国平均が3.69人ですから、出産の間に妊産婦が3人か4人が亡くなります。周産期死亡率は、出産1,000人に対して3.9人ぐらいですから、4人は亡くなるか、あるいは死産で生まれたことになります。ここが平均で交わっているところですが、岩手県はどこかということになりますが、周産期死亡率は断トツのワーストワンです。妊産婦死亡率は、宮崎県、青森県に次いだワーストスリーですから、全国の数値を見せられると非常に寂しいです。

周産期死亡率は死産と生後7日未満の早期新生児死亡を二つ合わせたものです。死産の原因は、母体側での常位胎盤早期剥離とは、おなかから赤ちゃんが出る前に胎盤が剥がれてしまうと、赤ちゃんは当然亡くなります。ほかに母体側は凝固障害が起きて、多臓器不全で亡くなってしまいます。それから、妊娠高血圧症候群も何かあれば脳出血で亡くなりますし、多臓器不全が起きたりします。母体合併症とは、妊娠する年代では、いろいろな病気があり、特に膠原病などが多いです。内科的合併症のときの結果はいつも同じで、子供はおなかの中で小さく、その週数よりもはるかに小さいことは、お母さんからもらった胎盤の中での栄養、老廃物、酸素のやり取りがうまくいかないから栄養不足、酸素不足で大きくなれないのです。だから、母体の内科的合併症をうまくコントロールできないと死産になります。母体側もその合併症で、場合によっては亡くなることもあります。

胎児側では、形態上の異常とは、要するに奇形です。それと染色体異常のこの二つは、流産の時期にもう淘汰され流れてしまいます。妊娠22週未満で、大体妊娠20週までに流れてしまうので、周産期死亡率には影響しないです。影響するとすれば、多胎やいろいろな感染症があります。梅毒や動物からうつるトキソプラズマという原虫の感染やサイトメガロウイルスなどいろいろあります。

臍帯異常とは、臍帯は少しねじれているのですが、それがぐるぐると非常にねじれてしまっているのを過捻転というのですけれども、中に血管が通っていますから、血流が途絶えて体内で亡くなることがあります。出産のときに赤ちゃんより先に臍帯が出てしまうと、赤ちゃんの体とそれから子宮の間に臍帯が挟まって、血流が遮断されて赤ちゃんは亡くなる場合があります。それから、あとはいろいろな感染症があります。

これらを防ぐためには、やはり妊婦健康診査をきちんと行うことです。標準的な妊婦健康診査は、はじめに4週間に1回、次は2週間に1回、出産が近くなれば毎週1回の合計14回の受診で、公費負担の対象となっています。異常があればすぐチェックしてもらうことです。それから、妊産婦本人がよく行うのですが、胎動カウントすることです。胎動を感じる時期になると、例えば胎動を10回数えるのですけれども、それに要した時間を測ります。それがだんだん長くなってくると赤ちゃんが弱っているなど自分でチェックすることができます。

もう一つ死産の原因として多いのは、早期新生児死亡で一番が早産です。御存じのように、定義は妊娠 22 週から 36 週までの分娩ですけれども、原因が前期破水が多いです。だから、先ほど申し上げた妊娠 30 週ぐらいで破水してしまいます。赤ちゃんを包んでいる卵膜が破れると、ざばっと羊水が出ます。それはなぜ破水するかといいますと、臍内の細菌が子宮底から卵膜の上へ行って感染すると、その卵膜が弱くなって破れるので、妊婦健康診査の早い時期に必ず細菌検査をしています。細菌がある場合は臍の消毒を行います。本来は、妊娠してもしなくても女性の子宮は非常に細菌感染に強いのです。臍内は酸性で、細菌感染を防いでくれているはずなのですけれども体の抵抗力の減少か何かあって、細菌が子宮に上がっていく人が前期破水になり、結果的に早産になって、不幸なときは死産になることがあります。生まれてきても、先ほどお見せしたようなNICUに入院するような子供になってしまうのです。簡単に考えれば、周産期死亡を減らすには死産や早産を減らせばいいということになります。

生まれたときの体重の話ですけれども、出生体重が 1,000 グラム以下は死産率が 352.8、1,000 グラム以上は 4.2 ですから、死産のリスクが全然違います。生まれてから亡くなるのも 1,000 グラム以下は早期新生児死亡率が 167.3 は、1,000 グラムは大体妊娠 28 週ですから、28 週の前に出産すればもう危ないのです。

出生時体重 2,500 グラム未満の出生割合の推移ですけれども、全国で 10%ぐらいで、岩手県も同じぐらいです。

超低出生体重児の割合の推移ですけれども、全国ではあまり数はふえていないのですが、パーセンテージは上がっています。岩手県では、やはり 1,000 グラム未満は 1%未満なのですけれども、1,500 グラム未満を合わせると 1%ぐらい、それから 2,500 グラム未満まで合わせると 10%近くになるのですが、ここはほとんど動かないです。

早期に赤ちゃんが産まれて 7 日以内に亡くなる周産期死亡率の推移は、全国、岩手県も同じでほとんど動きがないです。

妊産婦死亡率ですが、これはだんだん改善しているのですけれども、出血ではなく内科的合併症で亡くなる人が多いです。妊産婦の死亡原因は何が多いかというと、いままでは産科危機的出血や脳出血だったのです。それから、羊水塞栓症とは、羊水が母体血管へ流入し、多臓器不全などを引き起こします。

いま出産する母体の年齢は、30 歳から 34 歳が多いのですけれども、妊産婦死亡数はそれとちょっとずれて 35 歳から 39 歳が多いです。

産科危機的出血により亡くなるのが、症状出現から大体 3 時間から 5 時間の間に心停止に至ります。

最後になりますけれども、周産期医療の問題点ですが、医療資源は限られているので、とにかくスタッフを集めることが大事で、今よりも集約化を進めなければならないと思います。

働き方改革で、まともに時間外労働を年間 960 時間に適用されれば、岩手県でこれに耐

えられる周産期医療施設は岩手医科大学附属病院だけです。

内科的合併症をもつ妊産婦が増加している中で、妊産婦の死亡やいろいろな子供のトラブルにつながっており、こういうことを得意とする周産期内科を担う人材育成が大事です。

新生児、母体の救急搬送は、時間との勝負になりますので、その協力を得られることと、とにかく早く高次医療施設へ運ぶことです。

一般への啓蒙も非常に大事です。先ほどの常位胎盤早期剥離は、唯一の自覚症状で予測ができます。おなかはずっと張って、その時点で病院に運ばれたら、子供もお母さんも助かるはずなのです。これが遅れると、子供か母体が亡くなったり、あるいは両方亡くなる結果になってしまうので啓蒙が必要だということです。あとはひたすら若手スタッフの育成です。

○佐藤ケイ子委員長 貴重なお話をいただき、ありがとうございます。たくさんの資料を用意していただいて、少し時間が足りなくて申し訳なかったと思います。

これより質疑、意見交換を行います。ただいまお話しいただきましたことに対して、質疑、御意見などありましたら、どうぞお願いいたします。

○工藤大輔委員 貴重な説明をいただき、本当にありがとうございました。

状況はかなり把握できたと思います。先ほどの統計的数値から見た本県の周産期医療の周産期死亡率、妊産婦死亡率のところですが、全国的に見て1人当たりの医師数は大幅に少ないわけではないとあるものの、他県に比べて高い原因はどういったところにあるのか。県土が広いなど、さまざまな原因があると思いますけれども、医療資源を集約しながら、より専門性を高める努力はしているところではあると思いますが、この数値が高い原因とその改善点をどのように見ていられるのか教えていただきたいと思います。

あともう一点が、医師をサポートする助産師の数が重要な要素と思いますが、本県における助産師を育成するに当たって4年制大学などのさまざまな学びの機関が必要だと思いますけれども、そういったものに対し、課題等があれば教えていただきたいと思います。

○松田壯正参考人 妊産婦死亡率と周産期死亡率の話になりますけれども、先ほどのスライドでは申し上げなかったのですが、これは相関関係があるのです。同じような都市で対策を取ればどちらも減ってくるようなことです。あとは、母体側にとっては内科の合併症をうまくコントロールするような形の一つです。それから、早産を防ぐことです。先ほど絨毛膜羊膜炎で卵膜が破れる話をしたのですが、実はもう10年以上前から膣の消毒は行われていますが、改善しないので何か別な手を考えなければならないのです。それを議論したり、あとほかの施設で何をしているか比べたりしています。

助産師の育成については、御存じのように医療技術短期大学が発展的に大分吸収されたので、年間60人以上が減ったのです。大学と産婦人科医会でいろいろ相談したのですが、ある意味4年制大学で助産師を教育するようなことで育成の数がふえる見込みはないです。

あとは、助産師会でもいろいろ努力はしています。本県出身の県外にお住まいの方にU

ターンを呼びかけているのですけれども、都会に住んでしまうと地元に戻ってこないです。あとは、岩手県立大学でも助産師の育成をしていますけれども、この前私が行ったときは学生 10 人うち 8 人は県外で、卒業すれば地元へ戻っていくようでしたので、いろいろ工夫が必要だと思います。

○飯澤匡委員 松田先生、どうもありがとうございました。専門的なことから総体的なお話までいただいてありがたいことだと思います。

昨年、東北大学が岩手県立中部病院への産婦人科医師の派遣を減少する話があって、周産期医療については随分注目をされて、多くの関心を集めたと思っております。

議会でも保健福祉部にこれからの対応をお聞きしたのですが、的を射た将来的な展望は見えてこないのが現状だと認識しております。私は門外漢ですので、専門的な現状を知るために東北大学の先生ともお話をし、何が問題なのかを調査させていただきました。いま確かに産婦人科医師としては、数としてはふえているのだけれども、ただその中身を見ると女性医師の割合がふえて、ある年齢になると結婚、出産が一つの契機になって産婦人科や分娩するところから撤退をして、婦人科に行ってしまう傾向が高いと。医学生は微増ぐらいになっているのだけれども、いざ派遣する医師となると現場で必要な数が足りない状況はこれからも続くのであろうというようなお話を聞きました。恐らくそれは東北大学に限らず同じような状況だと思います。

ではこれからどうするのかと、きょう最後のところで先生も言及されておりましたように、一定程度の集約が必要ではないか、ハイボリュームセンターつくって、リスクを分散をすると。1 人の医師にリスクが集中しないようなシステムを考えていかないと駄目なのではないかというような御提言をいただき、それも県当局に話をしたのですが、思い切ったというような状況にはないと。

これは、産婦人科の医師だけに限らず、人口が減っていきますから、医師としての使命も、もちろんそれぞれの目標に向かってなさっている方も多いと思うのですけれども、やはり需要のないところに供給はできないわけであります。岩手県の場合は県立病院が最大の供給体制をしいているので、沿岸地区はほとんど県立病院が周産期医療の大半を担っていることを考えると、いまの状況だとじり貧になっていく。そして、なおかつその地方にあっては、出産できなくなると職場の関係もあり、若い世代は都市に集中してしまうという現象がますます加速をするのではないかと思っております。

先生の御見解として、岩手県の場合の集約について、どういう体制を取ったらいいかをまずお聞きをしたいと思っております。

○松田壯正参考人 医師数や女性医師の変化などはおっしゃるとおりです。ただ、集約化に関しては、岩手県立中部病院の産婦人科医師を引き揚げるときに東北大学の八重樫教授が岩手県庁に来たのです。新幹線の中から私に、私だけではないのですけれども、何人かに電話が来て、引き上げるからと。八重樫教授はもう学会の中核にいますので、最初から考え方に関しては集約化、つまり一つの施設に産婦人科の医師は 10 人必要だという基本的な

考え方なのです。岩手県にはそのようなものが一つもないわけです。私はレセプトを見ているのですけれども、岩手中部医療圏は開業の先生に患者さんがそれぞれ通院しているのです。先ほど申し上げたのですけれども、母体搬送が岩手中部医療圏は年間20件ぐらいだったので、うまくいっているかなと思います。医療資源は限りがあるし、特効薬はないような気がしますけれども、基本的には集約化はどんどん進むと思います。

○飯澤匡委員 大変難しい問題ですけれども、どこかで何かやらないといかんと私も思っています。最近分娩に対するリスクも、高齢出産などが多くなって、いわゆる訴訟対象の50%以上は産婦人科医と聞いておりますし、そういうこともなかなか現場に若い医師が行かない原因ではないかと思うのですが、体制をつくっていくには若い医師をふやしていかなければならないことは火を見るより明らかなので、何とか前に進めるように先生からもいろいろ助言をいただきたいと思います。

○斉藤信委員 ありがとうございます。産婦人科の医師確保は、本当に県政の極めて緊急、重要な課題であって、議会でも繰り返し議論されていますけれども、きょう岩手県医師会からの資料を見せていただいて、産婦人科医師1人当たりの年間分娩数、平均すれば145件、開業医の場合は169件で、勤務医は100件となっていますが、これは欧米と比べてどうなのか教えていただきたい。

あと、新型コロナウイルス感染症の危機で、第1波で首都圏を中心にして医療も逼迫の状況になりました。欧米と比べれば、感染者数自体はそれほど多くなかったのだけれども、本当にぎりぎりのところまで行きました。一番の原因はOECD加盟国の医師数の平均と比べると日本は14万人も不足しているのです。だから、根本的には医師数をせめてOECD加盟国並みにふやさないと限り産科医療も改善されないのではないか思います。また、医師の全体数をふやす中で産科医もふやすことに転換する必要があるのではないかと思います。先生の御意見をお伺いしたい。

あともう一つは、産科医を養成する上で特別に重要な課題は何なのかと、この3点、お聞きします。

○松田壯正参考人 大変難しい問題だと思いますけれども、1人の医師が分娩を取り扱う数は、日本ははるかに多いので、負担も大きいことが事実だと思います。

産科医をふやすことについては、岩手県では、いわゆる世襲が多く、今までずっと続いてきたのですけれども、だんだん減ってきました。親が産科医ですけれども、息子が循環器専門医をしているというように親の背中を見て産科医を選ばないのです。あと10年たつと、いまの産科医の9割はいなくなりますので、後を継ぐ人を何とかしなければならないわけです。他県から招聘しても、岩手県内に一生骨を埋めるのは無理だと思います。

結局は、はっきり言って、産婦人科は魅力ある仕事ではなくなったのです。私も学生を勧誘するのですけれども、胸がわくわくするような話ができません。昔は、学生が来るとこちら目も輝かせながら、一緒にやってみないかというような感じだったので、でも、いまは無理です。でも、数をあたれば、やる人が出てきます。ただ、先ほど申し

上げたとおり、女性医師が多いため、出産などで、いわゆるM字カーブとなります。産婦人科の35歳未満の中で女性医師は70%ですから、その人たちがその後結婚して家庭、あるいは外来しかやらないような話になれば、全然ふえません。やはり地道ですけれども、奨学生の中から一本釣りということをしなければならないと思います。いまの学生は、例えばどこかへ連れていったり、いっぱいごちそうしたなどでは絶対来ません。昔は、学生を2週間ぐらい一緒に、とにかく毎晩あっちこっちへ飲み連れて行って、そのうち抜けられないようになったのです。いまはドライで、ごちそうさまで終わりです。先輩としての魅力が出せないし、地道にやるしかないのです。

○工藤勝子委員 先生、ありがとうございます。女性の立場として、出産すると考えたときは、自分の近場で出産したいという思いがあります。でも、いまはそういうことができないませんが、遠野市助産院ねっと・ゆりかごで妊婦健康診査が受けられる。ただ、御主人と一緒に産科医へ出産に向かう途中で車で出産してしまったお母さんがいるのです。いま少子化に拍車がかかっているのは、出産に大変な思いをしなければならない。交通ネットワークが確立されてきましたけれども、そういう中においても遠いところから、盛岡市や花巻市などに出産のために、おなかが痛くなったから移動しなければならないことに対する不安が強いのです。1人子供を持つと、もうそういう思いをしたくない女性の方が多いのです。リスクが高くなっている原因は、高齢出産にあるわけですが、昔の人たちよりリスクが高くなっているのではないかと思うのですが、その原因をどのように捉えていますでしょうか。

○松田壯正参考人 リスクが高くなっていることについては、やはり出産の年齢が高くなっていることです。いまは四十五、六歳で初産の方が結構います。それから不妊治療は、国の基準では42歳の方までが対象ですがけれども、希望があれば不妊治療を行います。年齢が高くなれば、生活習慣病の発症が必ず高くなります。

ハイリスク妊産婦が分娩のために近隣の宿泊施設に待機する場合に助成が出るようになっていきます。例えばフィンランドではずっと昔から妊婦健康診査はポイントだけは医療施設で、あとは助産師が診ます。そして分娩予定が近くなると、森林の中に大きい医療施設が建っているのですけれども、その周りに宿泊施設があるのです。そこへ家族と一緒に住んで、出産が済んだらそこへ行くのです。フィンランドではうまくいっておりまして、何かそういう方法も考えられるのではないかと思うのです。やはり自宅のそばで、生活している場所のそばで産みたいのは本当だと思います。

それと、出産予定日が近くなったときの搬送ですけれども、患者さんを医療施設へ送るために救急隊になるわけですが、しっかりとした協力体制が必要です。陣痛が起きたら救急車を呼んで構わないことになっていますから、何の異常がなくても陣痛が起きたら救急車を呼ぶようなシステムを整備するなどの工夫が必要だと思います。ハイリスク妊産婦の方は最初から自宅そばではなくて医療施設の近くに住む形にならざるを得ないと思います。

○郷右近浩委員 先生、今日は本当に丁寧な御説明をありがとうございました。今回さま

ざまな形で指標をいろいろお示しいただきました。数値なのですから、よくこうした場合に医師数であったり、地域の数値を指標化するときに、100人、1,000人、1万人当たりといろいろな形で出していただきます。岩手県は四国4県に匹敵すると言われるとおりなのですから、本当に風光明媚なすばらしいさまざまな側面を持つ県なのですが、逆に言うと医師の配置を地形、山を挟んで、そして沿岸でというようなものをしないと、カバーし切れないのではないかと考えているのです。例えば香川県と同じぐらいの数値であるとしても、それは現実には全然足りていないことを示しているもので、先ほど工藤大輔委員が質問された周産期死亡率の相関関係で、岩手県が一番ワーストになってしまう部分がかもししたら処置の遅れにつながっているのではないかと考えています。

その対処策の中、飯澤委員が先ほどおっしゃったハイボリュームセンターの考え方は、この辺で言えば東北大学の医局を中心に進めたいといった思いを持っていることは私も存じ上げておりますし、それをどのような岩手型のボリュームセンターというか、岩手型のしっかりとした体制構築をできるかといったことでありますけれども、岩手県は医療圏ごとの体制を取っております。今回お示しいただいた中で、産科関係の周産期医療圏の考え方を示していただいていますけれども、岩手県としてどのような周産期医療圏を構築していったらいいのかについて何かお考えと、御示唆いただけるものがあればお伺いしたいと思います。

○松田壯正参考人 そういう解決策があればいいのですけれども、やはり距離なのです。確かに広い県で何とか患者さんを医療施設まで夜中であろうが、冬の吹雪であろうがとにかく早く届けるシステムを整備するのもまず一つの手だと思います。

また、ドクターヘリがありますが、例えば宮古市の近くで患者さんが急変し、こちらへ連れてこなければならず、余裕もないようなときは、岩手県立宮古病院に救急車で搬送し、連絡をもらったスタッフがドクターヘリに乗って岩手県立宮古病院に行って処置をして、帰りにドクターヘリで生まれた赤ん坊を連れてくるような構想はあります。

先ほど集約化と申し上げたのですけれども、医師が開業するに当たって、近くに地域周産期母子医療センターがないと多分開業しづらいのですが、そこに地域周産期母子医療センターがあれば、そこら辺に開業しようかというような話もあるので、やはり集約化しないでそのまま残してというような気持ちもあるのです。

ただ、先ほど医師の年齢の話しを申し上げたのですけれども、既に世代交代が一応一回りしたのです。要するに、後継ぎが去年あたりでもう全部済んでしまったというか、可能性があるところはなくなったので、今度また新しくそれができるとすると多分10年後、それまでの間を何とかしなければなりません。

○郷右近浩委員 ドクターヘリを使うことはいま対応できる形でもあり、ぜひ進めていただければと思います。先生が説明いただいた集約化の部分について、例えば矢巾町のいまの岩手医科大学附属病院の辺り見ても、急にさまざまな診療所が建ってきていることは、やはり近くに大きい病院があると安心してリスクなものをお願いできたり、またさらに

は入院患者をお願いできたりといったような部分で非常に開業しやすい環境にあると思うのです。そうした意味では、拠点を全部まとめていくのではなく残していきながらという考え方は、私自身も本来的にはぜひそうあってほしいと思うものであります。ただ、後々どのような形で医師を養成する機関であったり、その地域の医療を守るためにどのバランスでどうできるかといったようなものが非常に難しいのかなと。

私は奥州市出身ですが、胆江医療圏の産科常勤医師の2名がともに高齢で、患者さんは例えば縁故であったり、いままでお付き合いあった第2子であったり、そうした方々だけで、もう新しい患者は取らないですといったような話をされています。そうなってきますと、やはり胆江医療圏で起きてきたことは、全体の縮図でもあるのかなと思って私自身受け止めているのですけれども、岩手県立胆沢病院や奥州市水沢総合病院が産科を取りやめていく中で、胆江医療圏においては個人の医院で産科を担ってきた方々が高齢になって、リスクな患者さんについては、私自身も何度か見ている中で、常に救急車が毎日何台か到着したりしています。ちょっと危険だとなったとき岩手中部医療圏まで搬送しているといったような中で、最初から例えば岩手中部医療圏で産むことを考えられないかといった県全体としての誘導がある中で、そちらのほうにどんどん行っていると。今回お示しいただいた数値は、胆江医療圏の出生数が少なくなって、これは結局岩手中部医療圏でその分産んでいるものであって、それも当たり前になってくると、この胆江医療圏の先生方はますますそこでどうこうしたいと話なくなっていくような形で、物すごく悪い循環が起きていると。ただ、これは胆江医療圏だけではなくて、本来的にどこでも起こり得るような流れにあると私は思っているのですけれども、そうしたものをしっかりと止めていくような形を取っていただかなければならないと思っておりますので、ぜひともまた今後ともこの周産期医療を取り巻く環境を、しっかりと先生方で守り育てるといえるのか、まだまだ産みの苦しみでしょうけれども、ぜひ頑張ってくださいいただければと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○武田哲委員 今日はどうもありがとうございます。

公営の遠野市助産院ねっと・ゆりかごですか、なかなか医師の確保も難しい中で、妊婦健康診査をしっかりと充実していくためには、健診に行きやすい体制というところで、遠隔診療は重要視されてくるのではないかと思います。

その中で岩手県内のほかの市町村でこういった公営助産院を設置するような動きはないのでしょうか。また、公営助産院を開業するに当たって問題となっているところをお伺いできればと思います。

○松田壯正参考人 遠野市の場合は、本田市長が早い時期から遠隔診療やその辺のことを折に触れ、要所要所を固めていくようでした。私が盛岡赤十字病院に勤務していたときに本田市長が目を輝かせながら語るような感じで、人の手配や遠隔診療に必要な機材なども全て揃えました。当然赤字になるのを承知で行っているのではないかと思います。そこにいま助産師が2人いますが、そのうち1人は昔からいますけれども、非常に熱心で頻繁に

メールをいただきますし、最適なものがそろったのではないかと思います。急に遠野市と同じ形式を行おうとしても無理だと思います。

○佐藤ケイ子委員長 先生には本当に貴重なお話をいただき、ありがとうございました。本県の厳しい状況は皆さん分かっていたわけですが、妊産婦や周産期のお話、死亡率の高さなど再認識をさせていただいたところがございます。本当にお忙しいところありがとうございました。

○佐藤ケイ子委員長 委員の皆様は少しお待ちください。

次に、9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けれども、御意見などはございますでしょうか。

○斉藤信委員 新型コロナウイルス感染症対策で地域外来・検査センターが県内 10 カ所できていますので、この取り組み状況について話が聞ければと思います。

○佐藤ケイ子委員長 はい、わかりました。そのほかありますか。

〔「賛成」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 ただいまの意見を踏まえて進めてまいりたいと思います。なかなかこの新型コロナウイルス感染症の関係で現地調査が進められない状況なのですが、しばらくの間こういう座学が続くかと思いますが、この時期にどういう対策をできるかを皆さんとともに考えていきたいと思います。詳細は当職に御一任いただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 では、以上をもって本日の日程は全部終了いたします。

本日はこれをもって散会とします。