

デジタル社会・新産業創出調査特別委員会会議記録

デジタル社会・新産業創出調査特別委員会委員長 高橋 こうすけ

1 日時

令和7年8月6日（水曜日）

午前10時0分開会、午前11時43分散会

2 場所

第2委員会室

3 出席委員

高橋こうすけ委員長、畠山茂副委員長、名須川晋委員、柳村一委員、千葉秀幸委員、
神崎浩之委員、臼澤勉委員、菅原亮太委員、佐々木朋和委員、飯澤匡委員、
田中辰也委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

谷地担当書記、吉田担当書記

6 説明のため出席した者

メロディ・インターナショナル株式会社 CCO 尾形 優子 氏

メロディ・インターナショナル株式会社 CIO 二ノ宮 敬治 氏

7 一般傍聴者

1名

8 会議に付した事件

(1) 調査

ICTの活用による医療資源格差の解消～地域の産科医療維持に向けて～

(2) その他

次回の委員会運営等について

9 議事の内容

○高橋こうすけ委員長 おはようございます。ただいまからデジタル社会・新産業創出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、お手元に配付しております日程のとおり、ICTの活用による医療資源格差の解消～地域の産科医療維持に向けて～について調査を行いたいと思います。

本日は、参考人として、メロディ・インターナショナル株式会社CCO、尾形優子様をお招きいたしておりますので、御紹介いたします。よろしくお願ひいたします。

尾形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。

なお、本日の御講演を補佐いただくために、メロディ・インターナショナル株式会社CIOの二ノ宮敬治様にも陪席いただいておりますので、御紹介させていただきます。

○尾形優子参考人 メロディ・インターナショナルの尾形と申します。そして、こちらは二ノ宮でございます。

本日は、岩手県にもすごくゆかりのあるお話もさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。(拍手)

○高橋こうすけ委員長 本日は、ICTの活用による医療資源格差の解消～地域の産科医療維持に向けて～と題しましてお話しいただくこととなっております。

尾形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、改めて感謝申し上げます。

これからお話をいただくことといたしますが、後ほど尾形様を交えての質疑、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、尾形様、よろしくお願ひいたします。

○尾形優子参考人 本日は、少し長丁場になるかもしれません、よろしくお願ひいたします。

皆様、おはようございます。本日はお時間をいただき、誠にありがとうございます。昨日、香川県から参りました。先ほどお伝えしたのですけれども、岩手県には本当にゆかりがありまして、視察で外国人などを連れてきたり、いろいろこちらに来る機会がたくさんありますので、そのお話をさせていただきたいと思っています。

私は、メロディ・インターナショナル株式会社のCCOの尾形優子と申します。設立者でございます。そして、こちらの二ノ宮は、CIOをしております。

今回は、デジタル社会・新産業創出調査特別委員会の皆様ということで、少し情報に関するお話をさせていただきます。こちらにいろいろアイテムも持ってきておりますので、この説明もさせていただきたいと思っています。

私たちは、産科、産婦人科の医療に根差したソリューションについてきょうはお話をさせていただきます。産科は、今全国的にも本当に大変な局面に来ています。というのは、最近、市民病院や県立病院などが分娩を中止という記事がどんどん出ています。

医療というのは三角形の形をしていて、一番上が三次病院といって、大学病院や中央病院のような設備も整って大きな病院がありまして、次に二次病院といってクリニックより少し大きい総合的な病院、それから一次病院といったピラミッドになっています。これは、産科に限らず、全科にこのようなピラミッドがあります。

その中で、産科に関しては、本当に医師が少なくなったり、高齢化したりして、その真ん中を担う二次病院と呼ばれる部分がどんどんなくなっていて、妊婦が通う病院もすごく少なくなっている。こんな中で、岩手県と私たちの香川県がいろいろコラボをさせていただいて、発展してきたことも踏まえてお話ししたいと思っています。

私のキャリアなのですけれども、2000年に四国4県電子カルテネットワーク事業という

ところにかかり、医療の世界に入りました。医療の情報化というところずっとやってきました。その中で、2002年に一つ目の会社を設立したのですが、これが電子カルテの会社になります。そのころから医師がどんどん減っていっている状況もありました。その中で2015年に遠隔医療が大切ということで、メロディ・インターナショナルを設立させていただきました。電子カルテなどでネットワークするというのは進められていましたが、医療機器までデータが行くというところはまだまだというところで、スタートアップを設立して、産婦人科に特化した形で病院間でデータが送れるというところに取り組んできました。

その後、ものづくり日本大賞をいただいたり、J—Start upに選ばれたり、2023年には行政との連携実績のあるスタートアップ100選にも選ばれています。最近では、海外での活動も認められ、また、WHOの推奨医療機器にもこの機器が選ばれておりまして、今年はブラジルでIDB（米州開発銀行）のファンドをいただき、例えばブラジルのアマゾンのようなところの妊婦を助けていく事業もスタートさせていただきました。

この数字が何かといいますと、分母に書いてある1億4,000万人は、世界中で妊婦が赤ちゃんを産む数でございます。そして、この上の200万という数字なのですけれども、ユニセフから出ている、毎年出産時に亡くなっている赤ちゃんの数でございます。この上の数字を下げていきたいということで、日本で私たちが岩手県とも一緒にになってつくつたりいろいろな医療の仕組みを海外に持っていく助けるといったことをしています。

なぜこのように赤ちゃんが亡くなっているかに関しては、病院が少ないというのはもちろんのですけれども、病院があるにもかかわらず、地理的条件や貧困などで母子の運命が決まることがあります。そういった部分を改善することによって死亡率を下げていくということを行っています。

先ほど200万人亡くなっているとお伝えしましたが、亡くなっている方がどのように分布しているか、日本、アメリカ、ヨーロッパ、東南アジア、南米、インド、アフリカと大ざっぱに分けていますが、このような形でアフリカでは日本の100倍、200倍のお母さんと赤ちゃんが出産時に亡くなっています。

日本でも、こんなに課題がありますとは言いながら、非常に小さな数字を保っています。どういうことかというと、標準化された医療ケアというものがあるのですけれども、日本の産婦人科では大体14回の健診に通ってから産むということをしていて、何かあったら早めに病院に行けるというようなことをしています。

こちらに持ってきている胎児モニターであるとか、もっと詳しくは分娩監視装置という病院に据置きの大きな機械がありまして、そういうものが日本で発明されました。それが功を奏して、非常に少ない数値になっています。こういった医療や医療機器をインド、南米、アフリカ、東南アジアに持っていく、死亡率をもっともっと下げていこうということを私たちは行っています。

国内の課題としては、一般病院やクリニックが減少していく、残った医師に業務が集中

してしまうということが起こっています。そして、妊婦のほうは高齢出産などがふえていて、ハイリスクな出産が非常にふえている状況です。

海外の医師不足の国では、こういった、モニターのような医療機器が使われていないこともあります。たくさんのがんばっているのです。

今、どんどん少子化になっていって、人口ピラミッドは高齢のほうがすごく大きくなってきて、赤ちゃんの部分が少ない、支える人口がすごく減っている状況なのです。これを早く確実にふやしていくということをやっていかないと、なかなか少子化に歯どめがかからない状態になっています。それに歯どめをかけるのは、いろいろな方法があると思うのですけれども、こちらのものも一助になると私たちは思っております。

それから、今までの私たちの実績ですが、国内はここに 133 と書いていますが、今、150 近くの病院に導入させていただいております。

また、海外では 16 カ国で薬事認証を取っています。薬事認証ということは医療機器になってということなのですけれども、UNDP（国連開発計画）や、JICA（国際協力機構）の支援からスタートして、現地の政府プロジェクトに入って民間とパートナーシップを結び、導入フェーズというような形で進行していきます。官、官民、民間の 3 段階で市場開拓をしている形になっています。現在は、タイ、ブータン、ブラジルなど、多様な地域で本格展開を実現している段階でございます。

そして、きょうお持ちしたこの ICTG のですけれども、これは胎児モニターあるいは分娩監視装置といいまして、実際は病院には大きなものがあります。ビデオも流しながら行きますね。このような感じで、この三つのものだけでできています。タブレットとセンサーが二つ、この三つでできています。妊婦でも自分でつけられるようになっています。

[映像上映]

○尾形優子参考人 このような感じで自宅で測っています。

ピンクのほうが胎児の心拍を測る装置になっていまして、もう一つ、ブルーのほうがお母さんのおなかの張り、陣痛がわかる機械になっています。こちらはセンサーが入っていて、胎児の位置を探しながら測るような形になっています。スイッチを入れると音が出て、胎児の位置になったら心臓の音がトクトクトクと聞こえるので、ここでとめたらいいのだということで、おなかが大きくなっていても、ベルトで調節してとめられるようになっています。

赤ちゃんの正常な形は下のほうが頭で、上が足になっているので、大体心臓がこのぐらいの位置にあるのが普通です。でも、赤ちゃんが逆子だったりすると、この辺で測ったりということもあります。

それにあわせて、こちらは陣痛をはかる機器なのですけれども、これは子宮底といって、大体みぞおちとおへその間くらいのところにつけます。これをつけていると、まだまだ生まれないというときには、全然動かないのですけれども、これから生まれそうになってきましたとなると、このグラフの中に山が出てきます。この山が結構たくさん、10 分間に 1

回ぐらい山がぽんぽんぽんと出てくると、もうじき生まれますということで、病院に行くという形になります。

妊婦は自分では、この痛みがもしかしたら陣痛かなと思うのですけれども、そうではないことがあって、そうすると自宅に帰されてしまうことがありますので、これをつけただけるといつ陣痛が来ているかがデータ的にわかるようになっています。

妊婦は、陣痛がわかりにくいとか、高齢出産で切迫早産であるといったことが起こりやすい夜に病院に駆け込むことがあります、胎児モニターをしていると夜ではなく病院に行ける場合がありますというのも一つの特徴になっています。

このトクトクというのが心拍音になります。

この後、流れとしては香川県と岩手県の課題がベースになっているお話をさせてもらいます。それから、ICTGとメロディの概要、先ほど実演の中で少し申しましたので、簡単に説明させていただきます。その後、日本の課題が海外の課題にも適用されていますというお話をさせていただき、ブータンの事例などをもとに結論づけて、今後の岩手県の立場はこのような感じではないかと私たちが想像するものをお話ししたいと思っています。

では、岩手県における歴史のお話になるので、古い話もさせていただきます。こちらは1998年ということで、私がまだ医療の世界に入っていない時代に、岩手県ではこんな取り組みをしていました。久慈市ではテレビ電話で妊婦健診を行っていました。やはり岩手県ですと雪も多いので、なかなか冬に遠く離れた病院に通うのは、雪道を行かなくてはいけなくてすごく大変で、旦那さんも会社を休んで一緒に行かないといけないようになりました。ですから、こういったことができたのだろうと思いますが、先ほど通院回数が14回とありましたが、最後の4回は、一月に4回行かなくてはいけないです。1週間に1回です。そこで大体モニターを病院でついていることが多いので、こういったことをテレビ電話を通してやったという経緯があります。

そして、こちらはその後です。2004年ぐらいから、遠野市民病院に産婦人科医がいなくなって、遠野市長は困って、2006年ぐらいに遠野市内にねっと・ゆりかごという助産院をつくりました。でも、助産院ではやはりハイリスクになってしまい、けないので、県立大船渡病院の小笠原先生が遠隔診療を行って、ねっと・ゆりかごではかったものを小笠原先生が見て、助産師に指示するという遠隔医療がスタートしました。

このことは情報化を学ぶ時期に当たる中学生の社会科の教科書、こちらはベネッセですね。それからこちらは東京書籍の社会科の教科書に遠野市の取り組みが載りました。2010年の小学生、中学生は、こういったことを勉強しています。

同じ年には、香川県のK-MIXというシステムも教科書に載りました。この遠野市と香川県のシステムは、私たちが前の会社のときに携わったものになります。

そして、2012年にはニューヨーク・タイムズにも取り上げられ、このような形で産婦人科医とのギャップを埋めるハイテクな機械が登場したとあります。この中で取り上げられた機械は、商品化する前に大学でつくったモデルになります。販売していないモデルにな

りますが、このような形でニューヨーク・タイムズでも取り上げられて、世界的に有名になりました。

次のスライドに行きますと、2009年に岩手県は全国に先駆けて産婦人科医が早くからいなくなつて、病院も少ないということで、こういった連携システムをつくって、今も運用していると思いますが、いーはとーぶという電子カルテや、このCTG（胎児心拍数陣痛図）データなどを連携するデータセンターをつくりました。そして、岩手県は不思議なことに、最初から病院数が少ないと言われていたのですが、県立病院も全然分娩を中止するということではなく、いーはとーぶにつながってデータをやり取りしていて、分娩を保っている状態でした。そして、県立病院が非常にたくさんあって、この県立病院が地域の周産期母子医療センターにもなっている。この枠が二次医療圏ですけれども、この二次医療圏の中にある二次病院がきちんと産婦人科であるという結構優れた県なのです。

このような形でどんなことをしているかというと、少し見にくくスライドになりますが、いーはとーぶは、母子手帳の中で妊婦と病院がやり取りしているデータをここで一元化しています。いーはとーぶの非常にいい部分は、これが県や自治体、市町村とデータをやり取りしているということです。私たちもよくいろいろな県へ行くのですけれども、病院と県などの自治体が連携していないことが結構あって、そこでデータが途切れていて、妊婦は妊娠している間は病院に通っているけれども、赤ちゃんが生まれた後は、自治体が保健師を派遣して、赤ちゃんの状態がどうか確認したり、赤ちゃんの健診は自治体が行っているという状態なのです。そういうデータが途切れていて、続きがないということが全国で起こっているのですけれども、岩手県はそこがつながっているところがすごいのです。

今、産婦人科医会や、ほかの県で本当にこれをつくりたい、使いたいというところがあったりしますが、このシステムを違う県が使うというのがなかなか難しかったり、やはりその県も病院とつながっていないので、なかなかこれを実現できないということが起こっていて、こういったものが岩手県だけのものになっているというのが現実です。だけれども、本当はこれがクラウド化して、日本全体で使われていたらすごくいいのと思っています。

2011年に岩手県では痛ましい大震災が発生しました。このころのデータは、紙というのが医療では多かったので、津波で流されてしまいましたとか、お薬何飲んでいたかわかりませんということが結構あったのですが、岩手県はいーはとーぶでデータ化していたことによって、妊婦に関してはデータがつながっていて、続きの医療ができたということをお聞きしました。

データセンターは、岩手医科大学にあるのですけれども、そのデータを香川県でもバックアップをしていましたので、津波でデータセンターが復旧できないというときも、続けて使えたというエピソードも聞いております。

その後、岩手県内で救急車100台やドクターへリとも連携する妊婦搬送システムも構築されて、離れた病院間であっても、搬送システムや救急搬送、救急車がより大きな病院に

運ぶということを行うことによって、非常にスマートな仕組みができていきました。そして、リアルタイムでデータを共有することによって、医療の安全性が高まって、搬送の遅延などのリスクも減少していきました。こうしたシステムの整備は、岩手県が最も災害に強い医療の県になったということで、世界から注目されたゆえんになっています。

私たちはいーはとーぶに関しては、県と県立大船渡病院の小笠原先生とともにに行ってきましたことが岩手県とのつながりになっております。そして、この岩手モデルには世界中から医療関係者が視察に訪れています。タイ、ミャンマー、ブータン、南アフリカなどの国際機構などが、国際協力機構、JICAを通じて研修や視察を行っているのですけれども、岩手県まで見に来るということを私たちもコーディネートさせていただいたりしております。

実際に岩手県でつくっているいーはとーぶというシステムや、県と自治体が連携するシステムは、海外ではすぐ使えて非常に役に立っています。こうした総合力が岩手県の強さだと思います。地方から世界にという視点で、岩手県が日本の医療を代表する存在になっていることを皆さんにもぜひ知ってもらいたいと思って、この歴史的なお話を皆さんのお前でさせていただきました。

冒頭でも挙げていますけれども、2024年にはブータン王国から医師と保健省の関係者が遠野市と県立二戸病院を訪問し、遠隔医療のシステムに関して研修をしました。その様子は、読売新聞と遠野テレビで放映されました。

海外の人たちが岩手県に来て視察をする意味ですが、岩手県には岩手山があって、山が多い。香川県は、島が多くて遠隔医療が必要ということになっているのですけれども、岩手県は内陸部でありながら一つ一つの医療圏が離れているというところがあるので、ブータンやネパールといった山岳部が多い地域の人人がこちらに来てみると、例えば遠野市に行ったら山がぐるっと周りを囲って見えるので、自分の国と似ていると思っていただけて、その中の課題ということで、非常に共感を持って課題に取り組んでもらえることがあります。

私から見ると、本当に風景がすごくきれいなところというのは、やはり必要な医療の提供がなかなか難しいというのもあって、そういったところを実際に見てもらうことで、みんなが一緒になって取り組むということが起こるのだということを岩手県で学びました。

2019年には岩手県は日本遠隔医療学会学術大会の開催地ともなりました。これは、単なる学会の誘致ではなく、いーはとーぶをはじめとする岩手県の遠隔医療の取り組みを全国が見てみたいということもあり、岩手県で開催されています。この大会長が県立大船渡病院の小笠原先生でございます。

このポスターなのですけれども、岩手県の有名な方々がイラストになっています。誰かわかりますか。3人出てきていますけれども、宮沢賢治は有名ですよね。その宮沢賢治の小説に出てくる言葉がいーはとーぶというシステムの名前になっています。

この大会の時点から、岩手県に全国から本当にたくさん的人が来て、大会以外のときに

も視察があると聞いています。本当に岩手県のいーはとーぶが全国に広がればという思いがここに込められました。岩手県の遠隔医療の歴史のお話はここまでになります。

それでは、もう一度このシステムに戻らせてください。こちらは病院にある分娩監視装置です。大きいとお伝えしましたが、病院にあるのはこのような形をしていて、必ずワゴンに入っていて、また画面が小さくて、こういうプリンターから紙が出てきて、この中に波形が描かれるという、いまだに紙を使っているものになっています。ここから妊婦がケーブルでつながれて、今こういう二つのセンサーをお見せしましたが、センサーがおなかにつながっていって、妊婦のおなかの機械がケーブルでつながれてと沢山のケーブルが妊婦につながれる形になっております。この装置は日本の病院なら必ず置いてあって、この検査は必ずすることになっています。

どんなものがはかれるかというと、大人でいうと心電図のような意味合いがあるのです。赤ちゃんの心臓が動いているか、自律神経が働いているかというようなことを診断するものになっています。

陣痛が来たり、赤ちゃんが大きくなってくると、おなかの中で動けなかったり、へその緒が絡まつたりということが起こるので、そういうときに赤ちゃんの心臓が大丈夫かということを見ながら、もし苦しんでいるようだったら帝王切開を行って出産するという決め手にもなる装置です。

こちらですが、はかるのに 20 分から 40 分かかります。分娩になると、これをずっとつけながら行うので、妊婦はつながれている感覚があつたり、紙が途中で切れたりということもある装置になっています。こういったものを改善したのがメロディの装置になっていて、これはペーパーレスで、ワイヤレスになっています。

これがコロナ禍のときには非常に重宝しました。どういうことかというと、やはり医師と患者が対面するのはなかなか難しかったのです。従来の機械だと結構つきつきりになつていられないとはかれないので、この i C T G ですと離れていても、ガラス越しでも使っていただくことができるということで、かなり重宝されました。

この分娩監視装置は、日本で発明された機械です。1974 年に、私どもの顧問である原先生と竹内先生がこれを東京大学にいる時代に発明して、1982 年にヒューレットパッカードというメーカーが最初に商品化したのが先ほどの大きな機械になります。これが少し小さく、かわいくなりましたが、仕組みは紙が出て、センサーがケーブルでつながれているというところは全く変わらずに発展をしてきて、これが病院に置かれています。こちらが大学で開発されていたモバイル C T G と呼ばれているものです。そして、これを商品化して小さくしたものがメロディの分娩監視装置、 i C T G になります。

これは、安倍晋三内閣総理大臣がの時代に、まち・ひと・しごとの創生会議に呼ばれて発表した際の写真です。これをどんどん日本に普及させてほしい、あるいはこの頃ちょうど太平洋の島々を日本が援助するということもありましたので、そういったところで使ってほしいというメッセージをいただきました。

これは技術でつながるということもあるのですけれども、自治体やいろいろな方々を巻き込むということに使えるということで、こういったM e l o d y iを中心としたシステムを開発しています。これが世界の中でこういった形で、先ほどのアフリカ、アジアというように妊婦の死亡率が多い順に並べていくと、医療機器はこのような耳で聞くものを使っていたりするのです。

少し海外のお話に飛びますと、タイでは医師不足ということで、チェンマイでプロジェクトを行いました。チェンマイはタイの県で、四国と同じぐらいの面積があります。非常に山岳に囲まれたところです。中心部のこの本当に小さい半径の中だけにしか産婦人科医がいません。このような中で、産婦人科医のいないところではかって、ハイリスクの人をチェンマイ大学につなげることで、死亡率を下げていくという事業を行いました。これは今でも使っていただいている、タイでは最近は民間病院でもメロディのi C T Gを買っていただくようになりました。

こちらは、ブータンです。ブータンは、タイの隣の隣の隣の国ぐらいな感じでございます。でも、ブータンは、世界のどこかに行くためにはタイを通っていくこともあります。また、タイと同じような形で医療連携をしていただきました。現在80台が20地域に入っています。このデータも非常にたくさん取っていただいております。ブータンには産婦人科医が15人しかいません。この面積は、九州地方ぐらいの大きさです。この中に産婦人科医が15人しかいないのです。どこにいるかというと、この赤いところと黄色のところにいます。このような形で、産婦人科医がいない病院から使ってもらうということを行いました。

それではブータンのVTRをごらんください。

[映像上映]

○尾形優子参考人 これはブータンの農村地域です。ブータンはヒマラヤ山脈に囲まれていて、非常に標高が高いです。道も山道で、一方通行のような形になっているので、もう本当に交通の便が悪く慌てて病院に駆け込む。ブータンの農村地域の妊婦さんの暮らしは、このような形です。

この医師は、ブータンに15人しかいない産婦人科医の1人でソナム・ギャムツォさんです。

この先生がブータンの死亡率を減らしていきたいということで、導入したいと言つていただいたのですが、ちょうどその時期にブータンの王妃様に使っていただくことになり、ブータンでこれを導入していただくということになりました。

ブータンの人たちが通っている病院は、このようなヘルスセンターと言われるところになります。健診は4回から8回ぐらいやるので日本に比べたらすごく少ないです。

この方は、産婦人科医ではありません。医者でもなく、ヘルスワーカーさんだそうです。

L I N Eなどに似ているW h a t s A p p でデータを共有しながらやっています。

私たちは海外に i C T G を持っていくことによって、どんなことを学んだかというと、やはり赤ちゃんを助けていくのは医師だけの仕事ではないのだということです。医師だけではなく、ヘルスワーカーも自治体も一緒になってやるというところが非常に大切なだと学びました。

このグラフをごらんください。これからは、日本全体のことについて少し紹介します。日本は、今約 1,700 市町村がありますが、このうち 60% が分娩できる施設がゼロという現実です。つまり自分が住んでいる自治体に産婦人科や助産所もなく、出産のためには必ず隣町、あるいはその隣の隣まで行かなくてはいけないということが起こっています。通院の交通手段が限られていたり、冬場には道路事情が悪化したりして、妊婦にとって命がけの移動になります。これは、大都市の視点からは見えづらい課題だと思うのですけれども、地方にとっては今やお産のできる場所があるかどうかが本当に地域の将来に直結する切実な問題と言えます。これは岩手県や香川県だけの問題ではなく、全国的にこれが起こっています。

産婦人科医が減ってきたと言いましたけれども、病院の数も、一般病院と分娩取扱診療所がこんなに減ってきたのです。その割には、高齢出産がふえている、周産期死亡率がめちゃくちゃ高くなっているのが現実です。

私たちは、今地域で課題のあるところに呼ばれて行っておりまして、これは石川県の事例です。岩手県と同じような形で、中央病院にデータが集まるようにしています。産婦人科というのは、本当に 24 時間、365 日大変なのです。お産がいつ起こるか、妊婦がいつ駆け込んでくるかわからないという状況で待っていなくてはいけない。輪島市立病院で産婦人科医が 1 人になってしまい、夜中に妊婦が来たのですけれども、その処置がうまくできなかつたということがあります。石川県に赤ちゃん協議会ができて、何とかしなければということで i C T G を導入していただいて、これをネットワークでつないでもらいました。こういった能登半島の先の医師が少ないところでも、データを取ってきてもらえば、このうちのどこかが見てくれたり、中央病院ではきちんと医師がいるので、夜中も診てもらえるということもあり、すぐに対応できるという形を地域でつくっています。

2024 年に発生した能登半島地震のときも、妊婦が次の日から出産できるという状況をつくり出すことができました。i C T G は、電源的にも充電しておけば使えるものになっていますし、据置きではなく、持って安全なところに行けるというところが利点になって、災害時にも使ってもらえるということが証明できました。

こちらは、長野県伊那市のモバイルクリニックといって、妊婦のいるところにこのクリニックが行ってはかるといったことをしています。岩手県でも、こういったものを使うのは参考になる事例ではないかと思っています。

日本の医療は、今、少子化、高齢化、産婦人科に限っては医師不足、そして地理的制約と問題が多岐にわたります。これに対して地方自治体や医療機関、私たちのような企業が一致団結し、協力して i C T G による解決モデルをつくっています。このモデルは、

今アジア、アフリカ、中南米にも広がっている。そして、日本から、まずは世界の課題も似ているところから、世界でも広がり、例えば救急車で使うなど、世界的な課題も今度は日本でも使うということが起こっている。こういうループが回っていると考えています。

i C T G を使うことで、妊婦は今赤ちゃんが元気だと実感することができて、精神的な安心にもつながるのですが、本当にいろいろな医療機関、行政、企業がこういったことを理解して、妊婦を安全な出産に導くことができたら、生活の中でも非常にいいバランスができるのではないかと思っています。

岩手県の産婦人科のことだけでいきますと、三次病院が 1 件、これは岩手医科大学附属病院になっています。そして、二次病院は 9 件。二戸市、久慈市など、ここに書かせていただきましたけれども、これが二次病院です。県立病院が多いのが特徴です。そして、一次病院は 10 件ありました。分娩ができる一次病院です。これは 10 件なのですけれども、盛岡市、中部、北上市に集中してクリニックがあります。ですので、こういった沿岸地域のところは二次病院が一次病院的なことも担っています。

それから、岩手県の地域医療の特性を見ますと、北海道に次いで全国 2 番目に広い県になります。広い割には、医療施設が少ないのですけれども、データが連携しているということで、それを保っているのかと思います。地理的にも山岳部、半島、沿岸部が全部そろっていて、非常に多様で、医療アクセスの格差もあり、格差を生む要因がたくさんあると思われます。現在人口は 115 万人で、高齢化率も全国平均を上回っています。

こうした中で、産婦人科、小児科、外科といった基幹診療科の医師不足が深刻になっています。特に沿岸部や山間部では、分娩できる場所が少ない、もうないという自治体もあります。そして、医師、看護師などの配置も、盛岡市、北上市、一関市といった都市部に集中しています。でも、こういった病院が少ない状況でありながら、周産期医療は保っているので、本当に他の県のモデルになってほしいと私たちは考えていることです。

これからも、自治体がしっかりと医療を支えていくという P D C A サイクルを機能させてほしい。これが全国でも限られた県である。そしてまた、東日本大震災津波を経て生まれた遠野市や釜石市などのモデルを非常に重要視して、全国、そして世界に発信してほしいということが、私たちが皆さんにお願いすることです。

岩手県は医療が届きにくい条件にもありながら、それを先駆的にやってきたと私は思っております。これからも引き続き産婦人科に力を入れて、岩手県だけでなく、ほかの県にもこれを広げていってほしいと思います。御清聴ありがとうございました。(拍手)

○高橋こうすけ委員長 大変貴重なお話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。ただいまお話しいただきましたことに関し、質疑、御意見等がありましたらお願いいたします。

○神崎浩之委員 尾形先生、ありがとうございました。岩手県の医療の大きな課題の周産期医療ですけれども、それと I C T を結びつけるということでした。今普及しようとしているこのシステムなのですけれども、生まれる直前の胎児と母体のリスクを察知して回避

するということだと思うのですが、こういう機械によって、どのぐらい出産のリスクが下がるものなのか。実は私の次女が出産するときも、生まれる時期がわからなくて、母親が慌てて病院に行きなさいということで、病院に行ったらすぐ生まれたということがありました。初産です。それから長女の3番目の子が、去年生まれたのですけれども、1ヵ月早く生まれたのです。母子ともに元気でいるのですけれども、そんなことがあって、特に初産というのは、何が陣痛で、何が破水でというのがわからないと思うのです。入り口のところでリスクがあるので、リスクを回避することが非常に重要だと思うのですが、出産のタイミングを間違うことによって、危険な状況になるということはどのぐらいあるものかを聞きたいと思います。

○二ノ宮敬治参考人 御出産おめでとうございます。

まず、今、日本の産科医療はとてもすばらしくて、急に破水したというときに、救急体制で緊急搬送して、新生児科医や産科医が急遽対応して救っておりまます。日本では、例えば早産の場合、1,000 グラムや 1,500 グラムでも命を生き延びさせているという状況があります。

ただ、それを支えている産婦人科医、新生児科医、救急体制ですが、高齢出産などのリスクのある妊婦や赤ちゃんの割合がどんどんふえている状況で、その維持が難しくなってきているのが今の課題です。

そこで、私どもがこういったソリューションを提案しているのですけれども、ではどのぐらいリスクが下がるのかというと、これを使うことでリスクが下がるというのは、今までの病院と救急体制で維持できなくなっている部分で、下げていたリスクが上がってくるのを上がらないようにそのまま抑えることができると捉えていただければいいと思います。

発展途上国などでは、そもそもこういったモニタリングが一切されていないところに導入すると、先ほどタイの例もありましたけれども、1,500 の症例の中で 50 例の命を救えたというような数字が出てくるのですけれども、日本の場合はもうほぼ 100%、99% 救っているので、その中でそれがどんどん悪くなってくるものを悪くならないように維持できると思っていただければと思うのです。

○神崎浩之委員 うちの次女の場合は、出産時はコロナ禍だったのです。たまたま民間のクリニックに行って、このままだと大変だと言われました。破水して熱が出てからでは、県立磐井病院では受け入れてくれないというドクターの判断があって間に合ったのですが、やはりコロナ禍で発熱したら二次医療機関は受けくれない時代だったので、それで助かったのです。

それから、長女の場合は1ヵ月早かったのだけれども、体重も標準だったのです。やはりよくわからないものだと感じました。

それから、この仕組みを導入する場合には、自治体なのか、病院なのか、個人なのかというのがあるって、その辺りはいかがなものでしょうか。

○二ノ宮敬治参考人 本当にそういった事態を避けられたのはよかったです。

導入については、コロナ禍の例がありまして、千葉県では、おっしゃるとおり搬送先がなくて自宅で待機していたのですけれども、いざもう破水となって、搬送中に受け入れ先が決まらずに門前出産といいますか、車内出産で赤ちゃんが亡くなるということがありました。千葉県と全ての周産期センターが一緒になって、レンタルを含めて導入をいただいて、罹患して自宅待機になった妊婦全員に周産期センターからこの機械を貸し出す。その情報は、かかりつけのクリニックの先生からいただく。自宅で毎日はかっていただいて、そのデータがクリニックと周産期センターに届いていて、いざ分娩が近くなりましたとか、少し赤ちゃんが弱っていますという情報がわかると、コーディネーター側でここが受け入れますと決めて受け入れるという体制をコロナ禍の間につくっていただきました。

この費用の負担に関しては、病院が購入、レンタルをして、その予算を県が100%補助するといった形で担っていただきました。自宅に、病院、周産期センターから郵送するか、一回通っていただいて、そのときにお預けするという体制をつくっていただきました。

コロナ禍だったので、予算的にも特別な措置ができたし、コーディネーター側も特別なチームをつくっていたので、実現したということもあるのですが、今のこの日本の状況でいくと、コロナ禍ではないのですが、産科の不足というのは緊急事態でもあるので、そういった体制ができていければと思っております。

予算自体は、大本は国の予算でしょうけれども、県が補填して、実際の導入は病院がするという形を取りました。

○神崎浩之委員 最後に、マイナンバーカードが、例えば医師不足や産科を救うようなものにもぜひ結びついていってほしいと思うのです。我々も受診するたびに医療情報を提供してもいいですかと聞かれて、全てオーケーみたいな感じでやっているのですが、それがうまく使われるのかというのがあって、何かあったときに受け入れてくれるところが使ってくれればいいと思っています。先ほど14回の健診の話がありました。岩手県のいーはとーぶも県内だけですが、私の住む一関市は岩手県の一番下なので、宮城県の方々も緊急で来るので。それから里帰り分娩の方もいるのです。ですから、やはり県を越えて仕組みに入ってもらえばいいのですけれども、今のところそうではないので、すぐるところはマイナンバーということで、そういう産科の情報、健診の情報は入っているのか。それから、受診した場合の妊婦の情報が入っていて、それを使い切れているのか、今後使われていくのかということをお伺いしたいと思っています。

○二ノ宮敬治参考人 まさに今おっしゃるとおりの課題がありまして、いーはとーぶが導入された当時は、自治体ごとに母子手帳や患者のIDが違うという問題を解決するため、当時まだマイナンバーはなかったので、県下統一ユニークな番号をつくったということは、画期的だったのです。違う市町でもユニークな番号が取られるということで、地域番号を頭につけていくというルールをつくられたようです。逆に、それが県外に行ってしまうと通用しないので、岩手県内だけのシステムという限界もあるのですが、やはりそういう地域で解決してきたことを、マイナンバーで全国統一でクリアしたいという思いがあります。

今産科に限っては、日本産婦人科医会がそういったシステムを、今は個別病院の患者IDでやっているのですけれども、マイナンバーとひもづけてやるという方向で開発しております。

ただ、いーはとーぶの完成度がかなり高かったので、それと同じことを他の地域でマイナンバーを使って実現するというのは、相当まだハードルが高いので、そこはやはり国主導にならないといけないかと思います。今、国で電子カルテを共通フォーマットであるHL7などを使ってやっていこうという流れが急速に進んでいますけれども、過去も何度かそれをやっては頓挫してきたことがあるので、今回こそは動いてほしいと思っています。もう一つ、産科に関してはナンバーが二つになってしまいうといややこしいことがあって、赤ちゃんのナンバーが出てくるので、二つのマイナンバーをどうひもづけるかという問題が出てきます。多分マイナンバーで日本の医療がもう少し効率化する中で、産科は後になくなってしまうだろうということで、そういった意味でもいーはとーぶはいまだに先進的なシステムで、これをマイナンバーと統合していって、うまくやっていければ全国のひな形になるのではないかと思っております。

○佐々木朋和委員 この分娩監視装置ICTGですが、全国では133件導入されているということなのですけれども、本県においては何病院、何台ぐらい導入されているのか伺いたいと思います。

○尾形優子参考人 今のところ11病院、二次医療機関以上のところで導入していただいております。

○佐々木朋和委員 VTRで見ましたけれども、妊婦に貸し出されて運用されているのかと思うのですけれども、そうしますと各病院何台ぐらいずつ導入されているのか、またニーズに合った台数となっているのか、この辺はどのようにお考えでしょうか。

○尾形優子参考人 まだまだですね。

○二ノ宮敬治参考人 ビデオであった在宅というのは、まだまだほんの一部の、千葉県や少しお金持ち向けの病院といったところだけで、岩手県では病院間の搬送に使われています。二戸市からどこかへとか、大船渡市から搬送するというときに使われているので、基本的には1台から3台という形で、トータルで十六、七台が導入されておりまして、病院間の相互連携に使っていただいている状況です。

これ自身も非常に先進的な用途で、香川県や、長野県、石川県などで実施されている例になります。台数は、1病院に1台で、総合周産期センターに3台といった形になります。

○佐々木朋和委員 では、今の使い方としても先進的だというお話をありましたけれども、理想的な使い方にはまだもう一歩というところの努力が県としても必要なのかなと思います。

そういう中で、先ほど導入においては新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金等を活用したというお話をしたけれども、この機器自体は保険適用もあるのでしょうか。VTRのような活用になったときに、患者負担もあるものなのかどうか、あるいはそ

の分については県や病院などが負担していかなければいけないものなのか、今の状況はどうのようになっているのでしょうか。

○尾形優子参考人 一つは、病院と病院の敷地内であれば保険点数がついています。それと、もう一つは、産婦人科の場合は自治体の健診券がございまして、こちらは遠隔診療に対応しております。

遠隔でリスクのある妊婦となりますと、保険点数については今申請中になっております。そして、その場合はもう一回病院に来ていただいてはかるということを行っていただいているのが現状でございます。

○佐々木朋和委員 了解いたしました。今どんどん進んでいる最中だということだと思います。

神崎浩之委員から先ほど質問があったときに、今の医療のクオリティーを人がいなくても維持するために、この機械があるのだという話でした。ということは、今医師にじかで診ていただくのと、こうやってインターネットを通してこの機器を活用してモニタリングをするということと、医療行為としてはあまりリスクが変わらないと考えてよろしいのでしょうか。

もう一つ、やはり地域にお産ができる病院がないからという理由で都会に行かれるのを防ぎたいというのが、我々議員の立場なのですけれども、そういったときには安全プラス安心として、医師にじかに診ていただくよりも、例えば自宅でモニタリングできるという価値的な部分だとか、あまりリスクは変わらないといった安心の部分についてのメッセージも必要だと思うのですが、その点についてはどのように普及されていこうとしているのか伺いたいと思います。

○二ノ宮敬治参考人 おっしゃるとおりで、これはもちろん医療の世界ですので、本当にケース・バイ・ケースで、かかりつけの医師としても入院してほしい方は、もう本当にシリアルな場合には入院していただく。それでも、先ほどの切迫早産や胎児発育不全などで、そんなに深刻ではないけれども、疾患として病名がついている場合もあります。医師に聞きますと、この胎児モニタリングをして、あと血圧と体重、体温さえきちんとわかれば、早期対応ができますという層が結構あるということです。今リスク妊娠と言われているのが普通の妊娠の35%から48%近いと言われています。そのうち二十数%に関しては、十分このモニタリングと幾つかの自宅でできる検査で、早めに発見できて、入院までしてもらわなくていいという状況です。普通は毎日、2日置きくらいに通院してほしいところだけれども、それが要らなくなるということで、14回の健診を10回にできるということではなくて、医師として毎日通ってほしい、2日置きに通ってほしい方について、通常の2週間に1回や、1週間に1回で済ませられるということになっています。

これは、日本産婦人科医会に大規模な実証研究をしていただいたのですけれども、在宅で妊婦自身がはかったときも、その診断に足るデータがとれるかどうかということで、もう99.8%の確率で遜色なくとれましたというのがありますので、そこは代替できるのでは

ないかと思っております。

そういう形で、安全のほうはちゃんとかかりつけの医師の判断で担保できる。安心のほうは、先ほどのビデオにもあったように、妊婦としては病院に行って、医師に大丈夫ですよと言ってほしいというのは必ずあります。それから医療的に必要かどうかは置いておいて、3Dのエコー、4Dのエコーを撮って、笑っているねとか、動いていますよというのを見たいというのは絶対あります。これはちゃんと押さえておいておきたいと思うのですけれども、それを横にのけておくと、家にいる間に胎動がとまってしまう時期があるのです。そういうときに、ちゃんと心拍がはかれるとすごく安心できるとか、先ほど言った家族が一緒に行けないので、旦那さんがそうやって心音を聞いてとか、上の子どもがはかるのは私の仕事みたいな感じで必ずはかりに来たりとか、といった感じで生まれる前に愛着形成が非常に深まった。それも本人だけではなくて、御家族、御両親、あるいはおじいちゃん、おばあちゃんの愛着形成がすごく高まって、安心感が上がったというような声やデータは、いろいろな医師から学会で発表していただいている。もちろん佐々木朋和委員が言ったような医師の判断ではありますけれども、安心、安全を十分担保できる状況まで来ています。

○畠山茂委員 きょうは、地域の産科医療の中でのICT活用ということで、大変勉強させていただいてありがとうございました。

私が感じたのは、岩手県では本当に人口減少と少子高齢化等の加速化で、医療資源が少ない中で医療を守っていかなければならないということで、流れ的には先ほど説明していただいた遠隔医療や在宅医療は、これから高齢化が進む中で、社会の中でも必要だという流れになっていくと思うのです。

そういう中で、きょう説明いただいたこのICTの医療機器も必要だと思いますし、医療体制はこれからもう少しバージョンアップしていかないと、医療資源が少ない中で、特に田舎では住民の皆さんのが住む上で不安なところが出てくるので、今の医療体制を見ていて、こういったところがまだ課題あるというところがあれば、ぜひ御所見をいただければと思います。

○二ノ宮敬治参考人 もう課題だらけなのですけれども、先ほど御質問にあったように、やはり遠隔でやる場合の保険収載の整備が進んでおりません。いわゆる対面診療への縛りは年々緩和されてきていて、コロナ禍で一気に緩和されて、医師法第20条の対面診療の義務がもうほぼなくてオーケーになったのですけれども、医師がやったところでお金にならないというのが現状です。一部精神疾患や電話再診は、700円程度で、病院としてはほとんどお金にならないので、やはり来ていただかないとビジネスにならない。

特に産科などは今はどんどん患者も減っていき、病院が維持できないので閉じていくという状況で、逆スパイラルになっているので、社会としてはやはり今一番の課題は、遠隔医療に対して普通の対面診療よりもしっかりととした報酬体系が確立されることであると思います。そうしないと、早晚日本の今のこの国民皆保険の医療体制が崩壊するというの

は、多分もう識者の方は皆さんわかっていると思うのですけれども、その移行期において、まだ遠隔でやることは難しいのではないかとなっています。

実は産婦人科の医師会は、もう危機感の桁が違うので、のっぴきならないので、進める立場なのです。全体の医師会としては、遠隔はあまり進めたくない。コロナ禍で仕方なくやったという感じですけれども、産科の学会に関しては遠隔は進めるべしと、もちろんそのためのきちんとした報酬体系をつくるべしとなっています。

それは国のお話ですけれども、その隙間を埋めるのは、やはり自治体での補助やサポートで、今國から妊婦が遠距離を通うときの交通費や宿泊費の補助は、もう制度化されているのですが、香川県では別枠、自腹で予算を組んでいます。小豆島という島があるので、島の妊婦がある程度の週数になると、もう本土側に引っ越すようになっていまして、そのアパートを県が借り上げて使えるようにするなど、交通費、宿泊費も含めて別途予算を組んだりしています。それも大事なのですけれども、そういったお金を使うぐらいであれば、上のお子さんがいるし、家族もいるし、離れて過ごすというよりは、そういった遠隔医療に対して別途補助を設けるという制度をつくっていくと、より進んでいくのではないかと思います。

御質問に戻りますと、やはり経済面で病院がお金を回していく仕組みができていないということが一番の課題だと思っております。

○尾形優子参考人 病院と自治体が一緒になって、企業もできれば、本当は一緒になってこの課題を考える。そして自分たちはその中で何ができるのだということをもう一度考えることが大事ではないかと思います。

病院だけが考えると、やはり来た妊婦、患者を助けようということが病院の使命ですけれども、そこに来られない人は、こぼれていくことになる。病院にはなかなか考えられないことなのです。それを来てもらうようにするのか、あるいは医療を受けられるようにするのかを考えることは、自治体の役割ではないかと思います。今、全国でいろいろな課題や御意見をお聞きしていると、そういったところなのかなと思います。自治体と医療機関が一緒になって考えられるような場を持っている県は少し進みが早いと感じます。

○二ノ宮敬治参考人 他の県に行くと、岩手県はやはり県立病院が中心になって考えられているので、このいーはとーぶというシステムが実現したと言われます。岩手県はやはりいい例で、全国的には自治体と病院が、人もデータも連携ができていないということが一番の課題だと、今思い至ります。

○畠山茂委員 先ほど御説明があったように、岩手県は県立病院が地域医療を支えているところがあるという中でも、医療資源が少ないのでそのとおりですので、これから高齢化、少子化の中で、遠隔医療や在宅医療はますます必要になってくる。県立病院でも少しづつやってはいますけれども、まだまだだと思うので、参考にさせていただきたいと思いました。

○飯澤匡委員 I Tを使って、動けない妊婦を安心して見守る体制を開発していただいた

ことは、大変すばらしいことだと感じました。

最後に出ているのですが、岩手県のみならず、人口はどんどん減っていって、結局産婦人科の医師がいなくなるということは、はつきり言って需要がないということなので、医師を目指す人もそちらにはなかなか行きづらい。なおかつかなりのリスクがあるということなので、この傾向はどんどん続くのだろうと思います。

ただ一方で、大きな動きではないけれども、今非常に女性が自然豊かなところに回帰をしたいという動きも出てきているので、問題は医師を育て、地域に根づかせる岩手モデルです。これは大変大事なことで、地域医療を考えると言葉では簡単に言うのだけれども、医師の意識と、地域が求めている医師に対する医療に対するニーズは一致せず、医師がよほど地域医療に対する意識が強い方でないとできないということが、現実的にあります。きょう出た小笠原先生や、県立遠野病院の先生もすばらしい考えのもとでいろいろやってきた先駆者の方々ですけれども、実はこれが一番の問題ではなかろうかと思うのです。

岩手県の場合は、さまざまな取り組みをやっていますが、やはり総合医として地域に入って、保健や福祉を融合させてやるのは、かなりの理想形なのだけれども、なかなか育つていかないというのが現状です。御社としてもその点を掲げておりますから、その点をどういう意識づけで、ＩＣＴにかかわるのですけれども、医療現場の中に分け入っていただいて、実証的な経験値も高いので、どこにどういう鍵があるのかということを御示唆いただきたい。

医師は医師で自分の世界があって、地域は地域として何かすがりたいという思いはあるのだけれども、ここの中に入つてやる意識の格差がなかなか縮まっていかないです。私の住んでいる地域は、医師が地域に出ていって、いろいろな取り組みをなさっている事例もありますけれども、それはほんの僅かで、大変難しい問題で、これからもずっと田舎に住んでいる者とすれば大きな課題だと思うのですが、何か感じているものがあれば教えていただきたいと思います。

○二ノ宮敬治参考人 本当に御指摘のとおりで、正直答えがないのですが、経験上、小笠原先生など、自治医科大学を出ている医師がコアになって進めていくということが一つだと思います。ただ、そういった先生方の思いに甘えて、制度が進まない中で力尽きていているというのが現状だと思います。

北海道の天塩町や余市町といった、すごく吹雪いでいる場所に行って町長とお話しすると、決め手は遠隔医療だと思っています。悪いですけれども、やはり医師としては天塩町のように何もないようなところには行きたくないわけで、これは産婦人科医会もそうなのですが、やはり研修医が必ずそういった山奥の病院に派遣されることがもう常態化しているので、そもそも産婦人科を選ばない。どんどん手がなくなっていくので、やはり大学病院、総合周産期センター、周産期センターに勤務してもらうことで医師を集めます。まず、医師を育てる環境というときに、ではそこで地方は置き去りなのかというと、そうではなく、例えば遠野市がやったようにきちんとした設備があって、オンラインでつながっていま

すという遠隔医療で、地域医療を支えることができる。そういう中で、周産期センターや総合病院の医師が定期的に巡回するぐらいは、もちろんしてほしいのですけれども、医師としては大きな病院で経験も積めるし、キャリアも積めるところで働く。そこでＩＣＴを使って地域の医療も支えていく。私はそこをきちんとデータで連携することが、近い未来に必ず必要だし、そうなっていきだらうと思っています。

産科は、その課題が先に進んでいるので、今先にこういうことが起こっていて、特に岩手県では、そういうことができるようになっています。繰り返しますけれども、医師を育てて、地域に根づかせていくのは、大きな病院でいいと思うのです。この集約化は、もう産科では先に進んでいますし、ほかの病院でも進んでいっていると思います。ですけれども、きちんとした遠隔医療で、商ビジネスとしても成り立つし、医療を支えられる仕組みをつくっていくことができれば支えられると思います。

香川県の栗島という昔は海軍学校があつて、すごく栄えていたところで、今、芸術祭などでまた盛り上がっていますけれども、そこに診療所があつて、香川県のシステムをつくられた原先生は毎週必ず通っています。1週間に1回しか行かないのですが、最新のシステムを入れて、心房細動などの慢性疾患を持っている方が、血圧計や心電計などを自分でつけると、そのデータが當時本土側の病院にアップされるような仕組みをつくって支えています。1週間に1度あちらへ行くと、触れ合いもちゃんとできるということで、別に身を賭して離島医療にかけている赤ひげ先生ではなくて、大きな病院に勤めながら、医療としてはしっかりととした常設病院以上のカバーを実現をしております。北海道天塩町の副町長も、みんながみんなおらが村に、おらが町に、全診療科の医師をということではなく、この町はもう内科に特化して、ここはもう産科に特化してという形で分業をして、それをデータでつなげば、広域のエリアで一つの病院をつくれるのではないか、それから大きなところにきちんと総合病院をつくって、そこに医師を集中して、遠隔医療でつないで、診療所を設置していくほうがいいのではないかとおっしゃっていて、そういったことでＩＣＴの活用が医師を育てるにもつながるし、地域の医療を維持することもつながると思っています。なかなかこれは進まないのですが。

○飯澤匡委員 私は一関選挙区で、この委員会には同じ選挙区の委員が3人いるのですけれども、ここに奥州選挙区の委員がいて、2つの選挙区を合わせてもう2,000平方キロメートルで香川県と同じくらいなのですが、そこで病院に産科があるのは一関市にある県立磐井病院だけという状況なのです。全然香川県に及ばないぐらい人口密度は低いですけれども。冒頭からおっしゃっていただいたように、大変広い県ですので、いわゆるＩＣＴの連携で今の医療局の体制を考えると、やはり専門的な職員がこれから必要かもしれません。非常に過疎で、過ごしやすいところです。最近どんどん熊と小動物が出てきまして社会問題になっていますけれども、何とか頑張っていけるように、こういう体制をつくっていきたいものだと考えています。

○高橋こうすけ委員長 ほかにありませんか。

[「なし」と呼ぶ者あり]

○高橋こうすけ委員長 ほかにないようでございますので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

尾形様、二ノ宮様、本日はお忙しいところ御説明いただきまして、誠にありがとうございます。

○尾形優子参考人 ありがとうございました。(拍手)

○高橋こうすけ委員長 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、しばしお残り願います。

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、御意見等はありますか。

[「なし」と呼ぶ者あり]

○高橋こうすけ委員長 特に御意見等がなければ、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]。

○高橋こうすけ委員長 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。