

令和4年度岩手県小児・周産期医療協議会 第2回周産期医療体制等検討部会 開催結果及び会議録

開催概要

日 時	令和4年12月15日（木） 18時00分～19時40分まで
場 所	県庁12階 特別会議室（Web参加有り）
出席者	別紙「出席者名簿」のとおり
議 事	（1）令和4年度周産期医療実態調査の調査結果（速報）について（報告） （2）今後の周産期医療体制等に係る課題・論点について

議 事

発言者	発言内容
医療政策室 及川主査	【資料1】【資料2】により説明
吉田部会長	ありがとうございました。皆さま方に色々なご意見をいただきたいと思いますが、まずは周産期医療実態調査結果の報告について、ご質問やご意見はございますか。事務局の方からご指名いたします。
山崎課長	会場の小笠原委員より挙手がございましたのでよろしいでしょうか。
吉田部会長	お願いします。
小笠原委員	二戸病院の小笠原です。実態調査ですが大変だったと思いますがまとめていただきありがとうございます。最後の久慈・二戸周産期医療圏の2015年と2021年を比較して、圏域での数値が下がっています。これは二戸病院の方で久慈病院のハイリスク妊産婦を診てフォローする体制ができていること。もう一つは沿岸の道路が整備されて特に八戸市民病院が近くなり、おそらく青森県の中では八戸市民病院が多いのではという印象を持っておりましたので、このような数値のなったのはそのようなことが原因であることを補足させていただきます。
吉田部会長	ありがとうございました。他に何かございますか。
山崎課長	松田委員が挙手されておりますがよろしいでしょうか。
吉田部会長	お願いします。
松田委員	産婦人科医会の松田です。実態調査お疲れ様でした。これをやるきっかけとなったのは妊産婦死亡と周産期死亡の統計の話です。例えば周産期死亡は全国的に減っていて岩手県でも減っています。近々の10年間、その前の10年間を比べると、前の10年間、岩手県は全国的に標準的の平均的な数値でした。ところが近々の10年間全国的に周産期死亡は改善されていますが、岩手県だけがそのままです。緩やかに改善しているという傾向を分析していただきありがとうございました。 また近々の10年間の周産期死亡は、岩手県はワースト3です。周産期死亡原因を県の統計から見ても疾患が分からないというフラストレーションがありました。今回調査していただいて早期剥離が多いということです。これは小山理恵先生がNICUに入院した患者さんの統計を取った時に指摘された内容と一致します。
吉田部会長	ありがとうございました。他にございませんか。

発言者	発言内容
山崎課長	奥州保健所の仲本委員が挙手されています。
吉田部会長	お願いします。
仲本委員	臨床の現場の先生方にお聞きします。5頁の搬送件数が増加しています。分娩数そのものがかなり減っているのに搬送件数が増えているのは、切迫早産や母体合併症のようなことが増えているという理解でしょうか。それはなぜでしょうか。
吉田部会長	どなたかお答えできる先生はいらっしゃいませんか。
馬場委員	増えているというのは風通しが良くなって事前に送っていただけるようになったことだと思いますので、何か悪いことが起こっているとかではなく、これぐらいではいいのではないかと思います。ものも含めて小山先生や県内の先生が呼びかけていると思いますし、あとはコロナの時に患者さんのやり取りを中央病院や日赤病院とさせてもらいましたが、そのようなこともあるのではないかと思いますので何か県内で悪いことが起きていると捉えていただかなくていいと思います。
仲本委員	ありがとうございます。コロナ感染の妊婦さんは基本的にカイザーでしょうか。
馬場委員	そのような方針もありましたが、カイザー以外で生まれる方も県内で増えてきていると思います。当院でもそのような方はいらっしゃいます。ケースバイケースでいいと思います。
仲本委員	ありがとうございます。それからメンタル疾患の妊婦さんも急増していますが、そちらもアクセスが良くなったという理解でしょうか。
馬場委員	アクセスが良くなったというか体制を作って相談をするようになって、経験を積むことによってまた次ということで望むべき方向に向かっていると思っただけであればいいと思います。
仲本委員	ありがとうございます。
葛西委員	県立中央病院の葛西です。今のところに関連があるかもしれませんが、母体搬送の搬送理由に順番が書いてあります。数値的な部分が入っていないので何とも言えませんが④の胎児機能不全の数がどれくらい分かりませんが、もしこれがある程度の数だとすれば胎児機能不全が分娩中に起こればとても大変なことです。盛岡圏内でいうとおそらく分娩誘発をして上手くいなくて搬送するというのが今まで多いのではないかと私は思います。なのでここは胎児機能不全そのものもあると思いますが、胎児機能不全というよりはそれ以外に分娩誘発の不成功という項目が必要ではなかったのかと思います。また、コロナ感染者の分娩に関してですが当院は25件近く扱っていますが、経膣分娩・帝王切開がほぼ半々ぐらいです。経膣分娩が出来そうな症例は当院では経膣分娩をしております。以上です。
仲本委員	ありがとうございます。
吉田部会長	ありがとうございます。メンタルのことにに関して小林先生が深く関わっておられましたがいかがでしょうか。
小林委員	小林です。その件の前に質問させていただきます。3頁の右下、早期新生児死亡原因ですが、スライドによれば2019年その他の胎盤異常となっています。それが資料では臍帯異常となっていますが、資料が正しいのかスライドが正しいのか教えてください。
及川主査	事務局の及川です。失礼いたしました。小林先生のお手元にある資料は昨日お送りしたものに

発言者	発言内容
及川主査	間違いがございまして、今スライドで画面に表示してある数字が修正後の数字で正しいものとなっております。
小林委員	そうすると臍帯異常ではなく胎盤異常ですね。
及川	はい、そうです。
小林委員	分かりました。
及川	失礼いたしました。
小林委員	それからメンタルヘルスに関してですが、よろしいですか。
吉田部会長	お願いします。
小林委員	今はおかげさまで妊娠中から色々と産科施設でやっております。奥州地域でも各地域でやっておりますが足りない部分がまだまだたくさんあります。出産する場所が少なくなっていますので、各市町村は産まれる前と産まれた後のケアについては、いわゆるフィンランドでやっているようなネウボラの形を目指して全国の各市町村が取り組んでできていますので、岩手県も遅れることなく速やかに取り組んでいく必要があると思っております。以上です。
吉田部会長	ありがとうございます。奥州保健所長さん、よろしいですか。
仲本委員	はい、ありがとうございます。奥州市でも取り組んでいると思います。ありがとうございます。
吉田部会長	他にございませんか。
赤坂委員	岩手医科大学小児科の赤坂です。
吉田部会長	よろしく申し上げます。
赤坂委員	よろしくお願ひいたします。松本先生も入っていらっしゃるのご意見をと思ひました。2021年度の早期新生児死亡率がぐっと高くなっているのは胎盤因子ということで、おそらく重症仮死が増えたと記憶しています。松本先生いかがですか。
松本委員	こちらの資料をいただいて見直しましたが、大学だけの症例でいうと胎盤異常、早期剥離、重症仮死が1例ありました。その他はありませんでしたので、記憶が定かではありませぬがおそらくこの頃に大学に辿り着かずに救命できなかった症例が2例ほど記憶にありますので、赤坂先生がおっしゃるように胎盤異常というのは常位胎盤早期剥離を含めて分娩中の重症仮死に伴うものではないかと考えられます。
赤坂委員	ありがとうございます。数値が0.6と0.9ということで1例・2例が増えると割合としてぐっと増える印象がありますが、ただ印象としてNICUの回診をしていると、ここまで間に合わずに亡くなるということが本当はゼロでなくてはならないと私は思っていて、それを無くしていくためには死亡症例数が数例なので一例一例をどうして亡くなったのかを検証していかないと、この数値が全国以下にならないと思っております。以上です。
吉田部会長	ありがとうございます。
小林委員	今の赤坂先生のお話を受けて、小山先生が以前お調べになったと思ひますが、周産期死亡率のうちの胎児死亡、早期新生児死亡の主たる原因が胎盤早期剥離にあるだろうと推定されます。胎盤早期剥離を発症してから帝王切開に至るまでの時間がどれくらいで娩出できているかが非常に大事だと思われまふ。それが今後の私たちの課題ではないかと思ひます。発症してから帝王切

発言者	発言内容
	開するまでの時間をいかに短くするか。つまり搬送を決めてから搬送先へ行き手術に至る時間を含めて、発症してから手術して娩出するまでの時間をもっと短くすれば改善できると個人的には思っています。皆さまいかがでしょうか。
吉田部会長	ご意見等ございましたらお願いします。
松本委員	岩手医大の松本です。今、小林先生からご指摘を受けた件ですが、去年か一昨年あたりだと思えますが NICU でその辺をピックアップして発表させていただきました。常位胎盤早期剥離は元々発症時刻の決定が難しい疾患ではありますが、推定も含めた発症時刻、診断時刻、搬送元病院での搬送決定および搬送開始時刻、搬送先病院での到着時刻、治療開始時刻等の記載が十分ではなく、詳細な解析まではできませんでした。ぜひその辺も含めて小林先生がおっしゃるように詳細な評価ができるように、その時間をきちんと記録するような形でやっていただいて、ぜひ小林先生がおっしゃるようにデータとしてまとめていきたいと思えますし、どこに問題があるのかははっきりすると思えますので、ぜひ産婦人科の先生方のご協力をお願いしたいと思います。
吉田部会長	貴重なご意見をありがとうございました。この件に関して他に何かございせんか。
赤坂委員	小林先生ありがとうございました。全くその通りで、実は死亡まで至らなくても重症仮死で当院の NICU で低体温療法を行って重症の医療的ケア児になっているお子さんが今年が多いなと実は感じていて、去年一昨年と亡くなったお子さんだけが重症ではないので重症仮死になった子どもたちの検討をぜひ行いたいと思っています。以上です。
吉田部会長	ありがとうございました。それではこの報告に関して、他に何かございせんか。
馬場委員	岩手医科大学の馬場です。先ほどの搬送が増えたということですが、コロナでの搬送もあると思えますが、少しでも早く送ってもらうということで多分それも良い部分があり母体の死亡が少しずつ減っているというのもあるので、次に新生児死亡や医療的ケア児の減少するように早めに地域周産期センターも総合周産期センターも同じ形で送れるようにすることで、徐々に減っていくことを期待していますので、引き続きのご協力をよろしくお願いします。
吉田部会長	ありがとうございました。この項目に関してのご質問等はその他でいただくことにして、課題と論点についてですが、せっかく作っていただいたのでハイリスク妊娠や分娩に関連したご意見等をいただければと思います。リスクに応じた機能分担が現在の体制で十分か、そもそも妊産婦のハイリスクの要因を低減するため医療体制として出来ることがあるか等書いてありますが、これに関連して何かございましたらお願いします。
松本委員	岩手医大の松本です。先ほどの結果のところと少し重なるかもしれませんが、妊産婦の搬送が増えているというところですか。個人的に懸念しているのは、馬場先生がおっしゃられたようにハードルが下がって搬送しやすくなった側面はもちろん大きいと思えますが、地域周産期母子医療センターの一部が医療提供体制の維持が困難となったために搬送しなければいけなくなっているのではないかと。リスクに応じた機能分担をすることがそもそも今もう現実的にできるのかどうか。そういうことがどうなのか分からないと、現時点や今後もリスクに応じた機能分担が可能なのかどうかにか繋がってくるのではないかと思います。その辺の調査は難しいと思えますが、ぜひ検討していただきたいと思えます。

発言者	発言内容
吉田部会長	<p>ありがとうございます。現場で関わっている先生方のご意見があればお願いします。</p> <p>それでは周産期救急搬送への対応について、現在、コーディネーター事業などを行っていますが、これについての問題点等ございましたらお願いします。</p>
仲本委員	<p>保健所の仲本です。「イーはと一ぶ」という素晴らしいシステムがあるのに電子カルテとの連携ができていないという記載がありましたが、そこを強力に進めていただくことはできないでしょうか。やはり開業医の先生は難しいのでしょうか。</p>
小林委員	<p>小林です。私は今実際にやっている訳ではありませんが、最初から関わっておりました。まず一つは使おうと思えば使えるのは中核病院で、既に電子カルテとの連携ができています。ただ使っているかどうかということです。また基本的に開業医で電子カルテを使っているところはまだまだ多くないので、「イーはと一ぶ」を手入力で使えるという状態です。ただ、使っていないところも結構あります。電子カルテを使用している開業医の場合は、電子カルテと「イーはと一ぶ」がうまく連携できていないということです。連携するには数百万円の費用がかかるので、それがネックになり、電子カルテは電子カルテ、「イーはと一ぶ」は「イーはと一ぶ」と別々に使っているので二重手間になり、「イーはと一ぶ」を使うことをためらってしまうのが現状ではないかと思います。以上です。</p>
吉田部会長	<p>ありがとうございました。</p>
小笠原委員	<p>小林先生にお話しいただきましたが、「イーはと一ぶ」を最初に作っていく時に救急搬送を入力する時に、たくさん反対意見が出ていました。結局、従来は緊急の情報をFAXで送っていたものが、FAXの内容だけ「イーはと一ぶ」に入力してくださいということで進めていました。詳しい情報が入らないようになってるのはおおもとにあると解釈していましたが、緊急時でも電話で対応してもいいのですが、データを蓄積するために終わって落ち着いてから「イーはと一ぶ」に入力してくださいとお願いして進んでいるということです。この点を追加します。</p>
吉田部会長	<p>ありがとうございました。やはり開業医の先生方のところで搬送する場合、日中のまあまあ人がいる時間は良いのですが、深夜だと本当に人手が足りなくて患者さんの処置とデータを送ることになると「イーはと一ぶ」を開く時間もなく、とにかくデータをFAXで送って連れて行くということも多いので、なかなか使い勝手がということがあるのではないかと思います。これは送る方の立場としての意見です。</p>
小林委員	<p>追加します。「イーはと一ぶ」というのは救急搬送だけではない使い道が実はあって、先ほどからお話に出ている妊産婦のメンタルヘルスのことでエジンバラの産後うつ質問表の結果も入力することができるように後付けでしました。それは何とかして「イーはと一ぶ」を使う医療機関を増やそうということで、そのようなこともやってきましたが残念ながらそれにも乗ってくださるところが多くなく、使っているところ使っていないところ、超音波の機械を導入した時も超音波の所見を「イーはと一ぶ」に入力することも義務付けましたが、これもうまく機能していません。つまり、やる気がないとなかなか上手くいきません。救急搬送だけではない使い方がありますが、そこまで使いこなせていないのが現状だと思います。</p>
仲本委員	<p>ありがとうございます。電子カルテの問題も妊産婦さんの搬送だけではなく、私が言うのもなんですがぜひ県では開業医の先生方がすぐに繋げられるような補助などをしていただき、クラ</p>

発言者	発言内容
	ウド化などしていただくのがいいのではないかと思います。
吉田部会長	貴重なご意見ありがとうございます。他に何かございますか。
秋元委員	中部病院の秋元です。現行の周産期救急搬送コーディネーター事業というものがありますが、先日こちらの地域でコーディネーターを介さずトラブルになりかけたことがあり、岩手医大に問合せをしたところ岩手医大の周産期コーディネーターを通すということを別にやらなくていいとされていると聞いて驚きました。これは県内の開業医の方がコーディネーターを通すことは自由となっているのでしょうか。
小林委員	小林です。基本的に MFICU へ搬送する時はコーディネーターを通すとしています。それぞれ地域でお願いする場合にはコーディネーターを通さず、中核病院と開業医との連携で完結する場合は結構あるのではないのでしょうか。
秋元委員	コーディネーターに一度通してコーディネーターが然るべき場所に振り分けるという意味合いだと私は思っていました。そうではないのですか。
小林委員	小林です。総合周産期センターにお願いする場合に、必ずしも総合周産期センターが受け付けず例えば中央病院や日赤にお願いした方がいいというケースについての振り分けをするのが総合周産期センターのコーディネーターの役割ではないのでしょうか。地域のことを地域で完結できることにまでコーディネーターは関わっているのでしょうか。よく分かりませんが。
秋元委員	地域で完結できるかどうかの判断も含めて調整するのがコーディネーターの仕事の位置付けと理解していましたが、先日も早期剥離をどこで受けるかに関しても直で来院したりなどトラブルになりかけたこともありました。コーディネーターを通さなくてもいいと分娩取扱医療機関が理解していることに驚きました。そのへんがどのようになっているのか確認したいです。
及川主査	医療政策室の及川です。この事業は岩手県から岩手医大さんへの委託事業として行っております。この事業の建付けとして、まず搬送が必要となった場合に圏域内で搬送先になりうる病院と病院間で調整を行っていただき、そこで調整がつかなかった場合にコーディネーターに掛け合い調整を依頼するという建付けとなっております。
秋元委員	分かりました。しかしそうすると先ほど話題になったような胎盤早期剥離が発症してから娩出するまでの時間をできるだけ短縮した方が救命率は上がるという話とかなり不利だと思われませんか。一括してやっていただいて、これはここまで送るよりはそちらでというように振り分けていただいた方が地域としては時間短縮に関しては有利だと思います。
小林委員	小林です。秋元先生のお話のようなことを今まで議論したことはありませんでした。これから先、議論していただければと思います。本来であれば、全部コーディネーターを通さないと完結できないという問題ではないので、地域で緊急帝王切開をして早く出していただければ助かりそうだ、後遺症なく助かりそうだというケースに関して言えば、県で言ったように地域で完結してもらえらるならばそこでパッとやってくれるのであれば本当は一番早いと思います。またコーディネーターを通すとあちこち行ったり、どこに相談するなど時間がかかりますので、10分20分という時間をできるだけ早くするためには、地域で完結できるものは地域で完結してもらうというのは私の考えです。このような議論をしたことがなかったので、これから先、議論した方

発言者	発言内容
	<p>がいいと思います。</p>
<p>吉田部会長</p>	<p>ありがとうございます。この件に関しては今この場でというよりも関連する方々が集まって意見を交換する場を設けていただきたいと思います。</p>
<p>葛西委員</p>	<p>中央病院の葛西です。私も小林先生と同じ考えです。基本的にはコーディネーターに聞いて搬送先を色々探すのは時間がかかります。近くの病院で完結できるものは完結する、緊急に急ぐものほど近くの病院で完結する必要があると思います。先ほどから早期剥離が話題に挙がっていますが、早期剥離は基本的に発症したら早く娩出することなので、例えば中部から盛岡まで運んでくる間に仮死になることは当然想定できることなので、できることであれば中部で娩出して新生児搬送の方が早期剥離に関しては救命につながる可能性はあるので、そのへんはそれぞれの方の迅速な判断が必要だと思います。全てがコーディネーターではなく。</p>
<p>吉田部会長</p>	<p>ありがとうございます。非常に大事なことですので、この件に関しては改めて場を設けていただいて議論する必要があると思いますのでよろしくお願いいたします。</p> <p>それでは妊産婦さんへの支援について、ご意見などはございますか。</p>
<p>小笠原委員</p>	<p>小笠原です。メンタルヘルスの部分ですが、岩手県産婦人科医会でも委員会を作って議論をしているところです。ぜひ産婦人科施設と市町村との連携に「いーはとーぶ」を活用していただきたいと思います。今、実際に良く活用して動いている地域が気仙地域、釜石地域ですが、ここでは「いーはとーぶ」を使って妊婦情報を連携してより良いケアができるように月に1回連携会議も行っています。もう一つは「いーはとーぶ」のメンタルヘルスの部分を盛岡市などの人口の多いところに普及したいと思っています。ご意見を何うと二重に入力するなど業務に追いつかないことなどがあるので、そのへんも少し何か良い案を考えていただければと思っています。以上です。</p>
<p>吉田部会長</p>	<p>こちら先ほどの「いーはとーぶ」と電子カルテの問題もありますので、こちらの方も別の場を設けて議論する機会を設けていただきたいと思います。メンタルヘルスに関して他に何かございますか。</p> <p>岩手県はかなり最初に取り組みだしましたが、今は全国的に当たり前のようになっており、それに特化した方々が勉強会等で増えているようです。コロナ禍で岩手県はそのような会を開けておりませんので、今後はそのような勉強会や研修会を開いてスキルアップをしていかななくてはならないところではないかと思っていますのでご協力の程よろしくお願いいたします。</p> <p>こちらに関して何か助産師会さんなどご意見はございませんか。</p>
<p>乙部委員</p>	<p>確かに地域にいる我々の会員の助産師に聞きますと、やはりメンタル部分で抱えている産後のお母さん方が非常に多いように聞いておりますので、次の妊産婦の支援の産前・産後ケアの充実に向けてという項目に関連してくると思いますが、妊娠が発覚すると妊婦健診というのは産むまでに14回、健診の機会があります。40週で出産すると更にそこから1年までは例えば就業している方々も育休を取得することも踏まえて、出産してからの健診は2週間健診と1か月健診が5,000円までの補助であります。その後は産後ケアということで自治体が主体となって行っています。それにより4月からは利用料が無料となりましたので、非常に希望する方が増えておりますが、それは本人の意思によって申請されます。また自治体によっては回数がそれぞれ</p>

発言者	発言内容
	<p>バラバラだったり、料金はだいたい1,000円くらいでしょうか。このような感じで動きますが、私としては産後のあたりに例えば本人の意志ではなく妊婦健診のように、この時期には必ず介入していきましようというようなシステムがあればいいと個人的には思っています。具体的には例えば予防接種等が始まる3・4か月のあたり、離乳食が開始になる5・6か月のあたり、10か月頃は離乳食が3回になりますので、この時期になると離乳食が増えてきますので授乳が減り、1年近くになると職場復帰などで断乳の時期などがあります。色々な時期でお母様方は苦勞していて一人で悩んでいると感じています。そのような節目やポイントのところで必ず無料で受けられるのはどうかと考えております。</p> <p>先ほど小林先生がおっしゃっていたようにネウボラだと非常に良いのですが、一人が家族や家庭、お母様方に一人の方がずっと関わるのは良いことですが、なかなか岩手県では難しいと思いますのでぜひ体制的な部分で関われば何とか拾えるのではないかと思います。</p>
吉田部会長	<p>ありがとうございます。里帰りする方々を診ていると、まだ産後の2回の医療をされていない地域も多いので、岩手県はその面ではしっかりしていると思いますし、産後ケア事業に関してもかなりの自治体が公費を出してくれるようになりましたのでそのあたりはいいのですが、医院のマンパワーの問題と地域で分娩施設がない方々は他へ行かなくてはならないので、そのようなところでできて受け入れるような体制が必要だと思います。今おっしゃっていただいた3・4か月、5・6か月の頃のケアも非常に大切だと思いますので検討していただければと思います。貴重なご意見ありがとうございます。</p> <p>他に何かございませんか。</p>
アンガホッフ委員	<p>岩手県立大学のアンガホッフです。少し論点から外れるかもしれませんが、助産師教育の現場にいる立場として、岩手県の周産期の現状の結果もお示しいただきましたので全国で色々な研修会がオンライン等で行われていますが、岩手県の課題に則した助産師の研修会のようなものを岩手県助産師会さんとも協同しながら、大学にも施設や会場はございますのでそのようなことのぜひ検討していきたいと思いました。以上です。</p>
吉田部会長	<p>ありがとうございます。非常に大事なご意見でよろしくお願ひいたします。</p> <p>それでは今のお話にも関係するかもしれませんが、産科医等、医療従事者の確保・育成に関して何かご意見はございますか。</p>
赤坂委員	<p>岩手医大小児科の赤坂です。なかなかハードルは高いと思いますが、新生児医療に関して県の方に考えていただきたく発言します。</p> <p>小児科医であれば誰もが新生児を診られるというレベルではなくなっており、NICUの治療はかなり高度になっています。私たち小児科医の中でも鍛錬した人しかできません。22週から診ますので300グラム内の赤ちゃんをきちんと治療できるのは1年・2年では無理で、5年10年かけてやっとそのような赤ちゃんを助けられる新生児科医に育ちます。しかし小児科を選ぶ医師は義務年限があったり、あるいは地域枠、そのために岩手医大へ入ってきている医師がかなりおります。もちろん地域に貢献することは大事ですが、今、小児科の中で一番の急務は新生児科医を育てることだと思っています。ある一定数のNICUでの義務をカウントしていただいているのですが、自治医大はカウントされておりません。新生児科医を目指す小児科医は非常に貴重なの</p>

発言者	発言内容
	<p>で、いったん習得した技術が地域に出されてしまって1年・2年経つと少し勘が鈍るというか新生児を助けることができない一般小児科医に戻ってしまうので、できれば新生児科医を希望する医師はもう少し義務年限を柔軟に。今は集約化が進んでいますので当院のNICUへ小さな赤ちゃんが集まってきます。今の医師の充足率は40パーセントですので、これを何とか倍に増やしたいと思っておりますので、何とか義務をNICUで果たせるような制度にさせていただきたいと思っております。なかなかハードルは高いかもしれませんが、ご考慮いただければ幸いです。</p>
吉田部会長	<p>ありがとうございます。それに関しては地域の特性を踏まえた内容を検討していただきたいと思えます。よろしくをお願いします。</p>
小林委員	<p>小林です。今の赤坂先生のお話は産科医もちろんそうですが、産科が成り立つのは新生児科医がいなければ当然成り立ちません。産科医だけではできませんので、産科医の確保と新生児の専門医師は岩手県の周産期医療の要だと思えますし、県としては自治医大の義務年限もあると思えますが、この診療科については特別に、産科または新生児科を目指す自治医大卒の医師に対しては、地方の義務年限を短縮あるいは免除するなどの特例をぜひ考えていただきたいと思えます。以上です。</p>
吉田部会長	<p>よろしくご検討をお願いいたします。</p>
阿部特命課長	<p>医療政策室の阿部です。いつもお世話になっております。赤坂先生から頂戴しましたご意見については日頃からお伺いしている内容でしたので、新生児医療に特化した特例や自治医科大学の研修のあり方などを今後検討してまいりたいと思えます。</p>
吉田部会長	<p>よろしくをお願いいたします。 先ほども少し出ましたが、助産師さんの一層の活躍促進について検討されていることはございますか。皆さま方のご意見もお伺いしたいです。</p>
大谷代理	<p>看護協会の蛸崎の代理で出席しております大谷と申します。よろしくをお願いします。看護協会としましても、やはり助産師が妊産婦さんへのより良いケアの充実のために今後も活躍していかななくてはならないと考えております。今回、看護協会として岩手県内の助産師を対象として現状と課題をデータとして集めていこうと考えております。今回お話に挙がっていた産後ケアや院内助産、助産師外来、ユニットマネジメントや地域連携、資料にスキルアップとありますが、アドバンス助産師の申請や更新に関して助産師からの意見や声を集める実態調査を近いうちに予定しています。データが集まった時点で内容を今後、共有させていただければいいと考えております。</p>
吉田部会長	<p>ありがとうございます。このデータ集めは潜在助産師さんなど分かっている方にもアンケートを取るといことですか。</p>
大谷代理	<p>基本的には県内の医療機関に従事しておられる助産師さんへの調査と考えております。</p>
吉田部会長	<p>潜在助産師さんでこういうことを解決すれば戻られる方がもし多くいけば、かなりのマンパワーになると思えますのでそのような方たちのことも上手くいくといいです。いかがでしょうか。</p>

発言者	発言内容
大谷代理	ご意見ありがとうございます。今後、そのあたりも検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。
吉田部会長	よろしくをお願いします。
小笠原委員	小笠原です。院内助産に関してですが、釜石病院で院内助産を始めた時に一番大変だったのは助産師の数でした。助産師が最低で16人いないと院内助産ができません。もう一つはモチベーションです。資料に混合病棟においてモチベーションが下がるというような記載がありますが、確かに混合病棟ではなく周産期病棟で院内助産をすることになりますが、なかなか今は助産師も少なく、これを進めていくのはかなり厳しく、タスクシェアの観点からいうと国も言っているようにぜひ必要だと思いますが、助産師の数がいないとできません。そう考えると病院をくっ付けて助産師を増やすしかないと感じることもあります。何か名案があれば教えていただきたいと思います。
乙部委員	助産師会の乙部です。実は助産師の数が岩手県は令和2年で390人しかいません。全国でも4万人いません。そう考えると少ない数をいかに活用して合理的に動かしていくかが一つの大きな課題だと思っています。やはり先ほどのモチベーションもあり、まず今いる人たちが助産師業務から外れないように辞めさせない・外さないような環境の整備も必要ではないかと考えています。また、潜在助産師については思った以上に少ないです。平成29年から令和元年まで調査しましたが、30名いないというくらい本当に少ないです。調査をしていく中で年を取ると年々減ってきて本当に少なく、今も探していますがやはり辞めさせないこと、助産師になりたい人を増やしていくことが必要だと考えております。現在、県からの委託で助産師の復帰・復職支援事業を行っていますが、探してみると数人しかいません。資格を持っていても例えば事務をやったり他の診療科で働いていたりする方もいましたので、そういう方々に色々とインタビューをし、どうすれば続けられるかを今調査しています。働き方が様々ありますのでまとめたものを学生や就職活動に活かせるような資料を作りたいと考えているところですが、少しでも一人でも助産師が増えるような活動につなげたいと考えております。以上です。
吉田部会長	ありがとうございます。少しお聞きしたいのですが、例えばハイリスク分娩が増えたりすると助産師さんが分娩で取り上げることは少なくなりますよね。そういうことでかなりモチベーションが下がると思います。お産を経膣分娩で取り上げたいのになかなかそういう機会がありません。どこかに出向して経膣分娩が多いところをローテーションするとか、そういうことで士気を高めると来ていただいた医療機関でも助かるという案が昔出ましたが、そのようなことは可能でしょうか。
乙部委員	施設で働いている人たちのところはなかなか分かりませんが、今の情勢から見るとお産だけではなく地域との連携をしながらシームレスに繋げていく考え方もありかなとは考えておりますが、出向までは私のところでは確認できていません。
小笠原委員	小笠原です。出向システムについて、例えば二戸病院に在籍しているが磐井病院に1か月出向するというように、県立病院では動いています。
吉田部会長	例えば開業医の先生のところで助産師さんがなかなかいないので、そこを回ってお産を取りあげてくるというアイデアもなくはないと思いますがいかがでしょうか。難しいですかね。

発言者	発言内容
	時間も少なくなってきましたが、全体を通して何かございませんか。
天沼委員	<p>磐井病院の天沼です。赤坂先生もおっしゃいましたが、周産期をやるうえで新生児を診られる医師がいないと産科の医師は安心してお産が取れないことがあります。以前もありましたが 28 週の早期剥離があり、松本先生とやり取りして磐井病院で娩出した後、蘇生した後に大学へということがありましたが、結局、そのようなトレーニングを受けていない医師だけだと地域周産期センターも今後成立しなくなってくると思います。ある程度、地域周産期センターでどのくらいの週数で診ることができるかを改めて考えていかないと岩手県の死亡率は減らないです。例えば今、磐井病院は医師が多いのでやれるかと言えば、上級医でもトレーニングを受けていないので新生児をやれる医師がいません。年齢が上がっていくと、やれる医師が居なければそこは潰れてしまうことになっていくと思いますので、地域周産期センターをある程度、どのくらい機能を分担するかを決めていくのも今後の課題であると思いますし、それに伴い医師を確保する、どのように教育していくかも含めて全体を考えていかないと、あと 10 年も経たないうちに大きな問題が出てくるのではないかと思います。以上です。</p>
吉田部会長	貴重なご意見ありがとうございます。
秋元委員	<p>それに関連してですが、例えば当院では既に搬送を受け入れるかどうかは小児科医がOKを出すかどうかにかかっている状況です。小児科医が大学に出張だったりすると、産婦人科医、麻酔科医はいるが受け入れられないので大学に送ってくださいと実際に結構あります。天沼先生と赤坂先生がおっしゃったことは、本当に県の方で考えていただければと思います。</p>
吉田部会長	ご意見ありがとうございます。
松本委員	<p>岩手医大小児科の松本です。天沼先生、秋元先生のお話と重なりますが、医療提供体制をどうしていくかで、赤坂先生のお話にもありましたように新生児専門医が育つには 5 年 10 年とかかります。すでに地域周産期母子医療センターでは専門としていない最少人数の医師が、最小限の研修で最大限の努力で対応している状況ですので、今抜本的にてこ入れしないと一気にガクンと落ち込む施設の構造となっていて、待ったなしの状況であるため、抜本的に今までやっていた以上に対策をお願いしたいのが一つ。</p> <p>メンタルヘルスの話ですが、精神科の先生にもこういった会議に入っていて、ご発言いただくのが良いと思います。メンタルヘルスをやられている精神科の先生ともお話をしましたが、結局、妊産婦のメンタルヘルスは産前産後では終わらない。我々もフォローアップの外来をしていると、育児支援をかなり長期にわたってフォローしなくてはいけない、最低でも数年フォローしなくてはならないお母さんが段々増えています。妊産婦のメンタルヘルスに産科と関係各科の連携と書いてありますが、そこに小児科も入っていかなくてはならないと思います。ただ小児科の負担も増えるので他の先生方の意見も聞かなくてはなりません、小児科が関わる文言を入れ、そういう対策を考えていくようにした方がいいと思います。</p> <p>また、妊産婦の産後の話ですが、よく NICU のお母さん達が NICU に入院していたから産後に保健師が来てくれなかったとよく耳にします。また、生まれた児が NICU に入院すると、両親は面会だけでなく児の状態が変化するたびに、遠方からでも頻繁に来院したり、急変時は大学近辺の宿泊施設に泊まったりもされています。退院後も、特に医療的ケアがあるとフォローアップ等で</p>

発言者	発言内容
	<p>長期間大学へ通院していますが、そのような方に交通費の支援や産まれる前、産まれた後だけではなく長期にわたってシームレスな連携及び対策が必要だと国からも出ていると思いますので、その点も考えていただければと思います。以上です。</p>
<p>吉田部会長</p>	<p>大変貴重なご意見ありがとうございます。当院でも1か月健診が終わった後、小児科健診の後のお返事でボンディングが何点と書いてきてくださる先生もおりますので興味のある先生もいらっしゃると思いますので、連携の場を広げるのは非常に大事だと思います。貴重なご意見ありがとうございました。</p> <p>時間がだいぶ過ぎてしまいましたが、何ものなければこれで議事を閉めさせていただきますがよろしいでしょうか。</p> <p>(異議なし。)</p> <p>ご協力大変ありがとうございました。進行を事務局にお返します。</p>
<p>山崎課長</p>	<p>吉田部会長ありがとうございました。本日は限られた時間の中、恐縮ではございますがご議論いただきありがとうございました。様々な課題、ご意見をいただきました。年明けに第3回の部会を予定しておりますので、本日のご意見を踏まえまして今後の次期医療計画に向けた方向性を事務局でもまとめ、第3回部会に向けて検討してまいりたいと考えております。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>第3回部会を2月から3月に開催する予定ですので、お忙しいところですがご協力ご参加をお願いいたします。それでは以上をもちまして第2回周産期医療体制等検討部会を終了します。お忙しい中、大変ありがとうございました。</p>