令和８年度 宮城県周産期医療協議会 会議録

１ 開催日時

令和８年１０月２７日（火） 午後４時００分から午後５時５０分まで

２ 場 所

宮城県行政庁舎１１階 第二会議室（Web 併用）

３ 出 席 者

別添「令和８年度 宮城県周産期医療協議会 出席者名簿」のとおり

４ 会議記録

■議事　厚生労働省「周産期医療提供体制等に関するワーキンググループ」議論のとりまとめ結果及び第８次宮城県地域医療計画（周産期医療）の中間見直しについて

【齋藤会長】

議事「厚生労働省周産期医療提供体制等に関するワーキンググループ議論のとりまとめ結果及び第８次宮城県地域医療計画（周産期医療）の中間見直しについて」、事務局より説明をお願いいたします。

【事務局】（資料１－１に基づき説明）

医療政策課長の千葉でございます。それでは、資料1−1により、厚生労働省の「周産期医療提供体制等に関するワーキンググループ」の取りまとめ結果と、第８次宮城県地域医療計画の中間見直しについて、ご説明いたします。

スライド２ページをご覧ください。はじめに、国のワーキンググループの取りまとめと、今回の中間見直しとの関係について、整理いたします。国のワーキンググループの取りまとめは、令和１２年度から始まる第９次宮城県地域医療計画に向け、今後検討すべき事項を示したものです。直ちに今回の中間見直しに反映し、本県の方針を決定するものではありません。第９次宮城県地域医療計画に向けて、今後、県内のデータを収集・分析するとともに、本協議会でご意見をいただきながら、本県に必要な体制を検討してまいりたいと考えております。一方、今回の第８次宮城県地域医療計画の中間見直しは、現行計画の基本的な方向性を維持しながら、これまでの取組実績や、医療提供体制の変化を反映するものです。以上の関係を踏まえ、国のワーキンググループの取りまとめ結果と、第８次宮城県地域医療計画の中間見直しについて、順にご説明いたします。

スライド４ページをご覧ください。まず、国のワーキンググループの取りまとめについて

です。全国的に出生数や分娩取扱施設が減少する中で、医師の働き方改革への対応や、地域周産期母子医療センターごとの機能の違い、症例の減少に伴う医療従事者の技能の維持などが、課題として挙げられています。こうした状況を踏まえ、安全性、妊産婦の医療機関へのアクセス、医療提供体制の持続可能性、この三つの観点から、地域全体でバランスよく検討していく必要があると整理されています。

スライド５ページをご覧ください。具体的には、ハイリスク分娩を集約するだけではなく、周産期母子医療センターで必要な受入れを行うとともに、セミオープンシステムなどを活用して、妊婦健診を行う施設と分娩を行う施設との役割分担を進めることが示されています。あわせて、各センターが担う機能や役割を明確にすることが示されています。

スライド６ページをご覧ください。新生児医療については、NICU・GCU の病床の利用状況や症例数、受入状況などを踏まえ、集約化・重点化や、今後必要となる病床数を検討することとされています。また、混合病棟における安全の確保、院内助産や助産師外来などを含む継続的なケア、母子保健との連携についても、検討事項として示されています。

スライド７ページをご覧ください。無痛分娩については、全国的に実施率が上昇している一方で、合併症が発生した際の初期対応や、産科麻酔に対応できる施設への早期搬送が重要とされています。このため国は、関係団体と連携した研修と、実施施設と基幹医療機関との平時からの連携を求めています。

スライド９ページをご覧ください。これまでご説明した内容を踏まえ、本県における検討事項を四点に整理しています。一つ目は、周産期母子医療センターの機能と役割の維持・充実です。二つ目は、NICU・GCU について、現在の病床数と配置を基本としながら、病床の利用状況や症例の動向、受入状況を継続的に把握してまいります。三つ目は、セミオープンシステムなどによる役割分担を通じた、地域の周産期医療機能の維持です。四つ目は、無痛分娩について、国のモデル事業や関係学会の検討結果、県内の実情を踏まえた、無痛分娩の位置付けの整理です。いずれも、必要なデータをお示しし、本協議会でご議論いただきながら検討してまいります。

スライド１１ページをご覧ください。次に、第８次宮城県地域医療計画の中間見直しについてです。現行計画は、令和６年度から令和１１年度までの６年間を計画期間としており、令和８年度が中間見直しの時期に当たります。今回は国の指針改正がないため、基本的な方向性は維持した上で、これまでの取組実績や、その後の状況の変化を反映することとしております。

スライド１２ページをご覧ください。こちらは、第８次宮城県地域医療計画に位置付けた施策について、これまでの実施状況を整理したものです。具体的には、産科医や新生児科医などの確保、医療従事者を対象とした研修、救急搬送コーディネーターと情報システムの運用、NICU などから在宅療養への移行支援などに取り組んでまいりました。今年度は、国のモデル事業を活用し、東北大学麻酔科と連携して、無痛分娩に関するモデル事業を実施しております。

スライド１３ページをご覧ください。このほか、未受診妊婦の早期把握と受入体制の整備、妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワークの構築など、令和６年度の計画策定以降、新たな取組も進めております。

スライド１４ページをご覧ください。計画策定後の主な成果です。みやぎ県南中核病院における分娩の再開と、地域周産期母子医療センターへの認定により、全ての周産期医療圏へのセンターの配置が完了しました。また、分娩の再開を支援するため、施設や設備の整備に対する補助を行っております。加えて、国の補正予算を活用し、分娩取扱施設の運営に対する支援や、健診施設の施設・設備整備に対する支援も始めております。

スライド１５ページをご覧ください。数値目標について、上から順にご説明いたします。まず、周産期死亡率は、現況が出生千対 3.6 で、全国値の 3.4 を 0.2 ポイント上回っていることから、要改善としております。次に、新生児死亡率は、現況が出生千対 0.8 で、全国値の 0.9 を 0.1 ポイント下回っていることから、現時点では達成としております。続いて、病院勤務の産婦人科医師 1 人当たりの年間取扱分娩件数は 72.7 件で、全国値の 57.4 件を 15.3 件上回っていることから、要改善としております。最後に、災害時小児周産期リエゾンの委嘱者数です。目標、現況ともに 26 人で、達成率は 100％となることから、現時点では達成としております。なお、この表の達成状況について、死亡率と年間取扱分娩件数は、2029 年度末の目標値との差ではなく、現況の全国値と本県値を比較して算出しています。一方、リエゾンの委嘱者数は、目標値に対する達成率を示しています。数値を評価する際は、単年度の数値だけで判断するのではなく、今後の推移や医療提供体制の状況も併せて分析していく必要があると考えております。

スライド１６ページをご覧ください。計画策定後の主な変化は、四点ございます。一つ目は、直近３年間で、一次分娩取扱施設が５施設減少したことです。二つ目は、セミオープンシステムについて、独自ルールが混在していること、協議の機会が減少していること、統括管理部門がないことなど、運用上の課題が現場の関係者から挙げられていることです。三つ目は、無痛分娩に対する社会的な関心と実施率が高まっていること、四つ目は、災害時の情報伝達について、計画上の記載と、現場で実際に使われている連絡手段との間に相違があることです。

スライド１７ページをご覧ください。一方で、全ての医療圏へのセンターの配置や施設への支援など、取組は着実に進んでおります。このため、中間見直しについては、現行計画の基本的な方向性は維持しながら、医療提供体制の実態や施策の進捗に応じて、必要な修正を行うことを基本方針としております。

スライド１８ページをご覧ください。計画本文に反映する主な修正は、四点ございます。一点目は、地域全体で必要となる周産期医療機能の維持・確保です。二点目は、セミオープンシステムのルールの標準化と運用管理です。三点目は、無痛分娩の位置付けの整理です。四点目は、災害時の情報伝達手段の明確化です。

スライド１９ページをご覧ください。ここからは、計画本文の主な修正内容です。まず、

周産期医療提供体制の現状と課題についてです。全ての医療圏への周産期母子医療センターの配置は完了しましたが、分娩取扱施設の減少と集約化を踏まえ、見出しを、周産期母子医療センターだけではなく、分娩取扱病院、診療所、助産所を含む、地域全体の周産期医療提供体制を捉えたものに改めています。あわせて本文には、医療機関相互の連携や救急搬送体制の充実などにより、地域ごとの周産期医療体制を確保する必要があることを追記しています。

スライド２０ページをご覧ください。続いて、取り組むべき施策についてです。周産期母子医療センターの体制を維持するとともに、医療機関相互の連携や救急搬送体制を確保することで、地域に必要な周産期医療機能を維持・確保することを明記しています。今回の修正では、周産期母子医療センターだけではなく、一次施設を含む周産期医療ネットワークを維持していく考えを明確にしています。

スライド２１ページをご覧ください。次に、産科セミオープンシステムについてです。持続的な運用に向け、ルールの標準化と適切な運用管理を追加します。また、現行計画では、仙台医療圏以外の地域における取組を位置付けていましたが、今回の修正では仙台医療圏も対象に加え、地域の実情に応じて関係者間の連携を強化することを追記しています。

スライド２２ページをご覧ください。続いて、無痛分娩についてです。現状と課題には、母体と新生児の安全確保を最優先とし、多職種が連携すること、また、急変時には周産期母子医療センターと連携する必要があることを追加します。

スライド２３ページをご覧ください。取り組むべき施策には、国のモデル事業の実施状況や成果、国及び関係学会の検討結果を確認し、県内の実情も踏まえながら、本県の周産期医療体制における無痛分娩の位置付けを整理することを記載しています。現時点では、国や関係学会において、安全性に関する基準などの検討が進められていると伺っております。このため、今回の中間見直しで直ちに具体的な位置付けを示すのではなく、今後、その検討結果と県内の実情を踏まえて整理することとしたものです。

スライド２４ページをご覧ください。最後に、災害対策についてです。災害時小児周産期リエゾンの委嘱者数を 26 人に更新するとともに、現場で活用されている周産期救急搬送コーディネートシステムを活用した周産期医療ネットワーク、EMIS、PEACE などを、情報伝達手段として明記します。今回の修正は、現場で実際に使われている情報伝達手段を計画に反映し、計画の記載と実際の運用との整合を図るものです。

以上が、国の取りまとめを踏まえた今後の検討事項と、第８次地域医療計画の中間見直し案です。計画本文の修正案については、資料１－2 としてお配りしておりますので、併せてご確認ください。本日いただくご意見を踏まえ、中間見直しの内容について、さらに精査してまいります。委員の皆様には、専門的な観点からご意見をいただきますよう、お願いいたします。私からの説明は以上です。

【齋藤会長】
ただいまの説明について、ご意見やご質問がありましたらお願いします。

【大槻委員】
資料に記載されている「妊産婦のメンタルヘルス等への対応」に関連して質問します。精神科のコーディネーターが配置された旨の連絡を受け、大変好ましい取組だと考えております。これまで産婦人科医会が主導して実施してきた「メンタルヘルス協議会」との関係、及び現在東北大学病院の産科に配置されているコーディネーターと精神科コーディネーターとの役割分担・連携の具体像について、ご教示いただけますか。

【県関係部署（子育て社会推進課）】
１点目の会議体についてです。産婦人科医会から行政へ引継ぎが行われ、現在、県と仙台市が事務局を相互に務めながら、年１回連絡会議を開催しております。今後のメンタルヘルスネットワーク構築事業における協議会の設置に際しましては、産婦人科医会及び仙台市と相談しながら、効率的な組織体制を検討してまいります。
２点目のコーディネーターの役割分担についてです。東北大学病院内において、産科コーディネーターと精神科コーディネーターの間で事前に調整を図っております。既存の産科コーディネーターの業務と重複しないよう、精神科領域の案件を中心に、適切な役割分担を行う予定です。

【齋藤会長】
東北大学産科の立場から補足します。制度の運用開始当初は、精神疾患を合併した妊産婦の紹介窓口について、産科と精神科のどちらに連絡すべきか、現場で判断が重複・錯綜するケースも想定されます。そのため、当面は既存の産科コーディネーターシステムを窓口として運用し、必要に応じて精神科コーディネーターへ円滑に引き継ぐ形をとります。制度が定着するにつれ、適切な運用区分が自然になされるものと考えております。

【大槻委員】
運用の流れについて理解しました。

【齋藤会長】
その他、委員の皆様からご質問等はございますでしょうか。異議がなければ、本日いただいたご意見を踏まえ、事務局において中間見直し案の整理を進めていただくこととします。

■ 報告事項　（１）令和８年度宮城県周産期医療機能調査の結果について

【齋藤会長】
報告事項（1）「令和８年度宮城県周産期医療機能調査の結果について」、事務局より説明をお願いします。

【事務局】（資料２に基づき説明）
資料２により、令和８年度の周産期医療機能調査結果についてご説明いたします。はじめに、本調査の実施に当たり、齋藤会長をはじめ、委員の皆様には、調査の企画に際してご指導、ご協力をいただきました。この場をお借りして、改めて感謝申し上げます。
スライド３をご覧ください。この調査は、県内の周産期医療体制の現状を把握し、今後の施策を検討するための基礎資料とすることを目的に、毎年実施しているものです。今回は、分娩取扱施設 31 施設と、それ以外の妊婦健診施設 51 施設、合わせて 82 施設を対象に調査を行いました。このうち、75 施設から回答をいただいており、全体の回収率は 91.5%となっています。なお、分娩取扱施設については、全ての施設から回答をいただいております。今回の調査結果を全体的に見ますと、おおむね過年度と同様の傾向となっています。資料には詳しい調査結果を掲載しておりますが、時間の都合もございますので、本日は、主な結果に絞ってご説明いたします。
スライド４をご覧ください。令和７年４月１日と令和８年４月１日の、分娩取扱施設数と産科病床数を比較したものです。令和８年は、みやぎ県南中核病院で分娩が再開されたことにより、分娩取扱施設が 1 施設、産科病床が 16 床増加しています。
スライド６をご覧ください。NICU・GCU の病床数が適正かどうかについて、各施設に確認した結果です。加算病床を有する周産期母子医療センター７施設に確認したところ、NICU については、７施設全てが、現在の病床数を「適正」と評価しています。また、GCU についても、病床を有する５施設全てが、適正と評価しています。一方、今後の病床規模について確認したところ、４施設が現状維持、２施設が今後検討が必要、１施設が削減予定・検討中と回答しています。このように、現在の病床数については、全ての施設が適正と評価していますが、今後の病床規模については、施設によって考え方が異なっています。県としては、病床の利用状況や症例の動向、受入状況を、引き続き確認していく必要があると考えております。
スライド１２をご覧ください。分娩件数と無痛分娩件数の推移です。県内の分娩件数は減少が続いており、令和７年は 1 万 1,128 件となっています。前の年と比べますと、175 件の減少です。一方、全分娩件数に占める、周産期母子医療センターでの分娩の割合は上昇しています。このことから、分娩が周産期母子医療センターに集約される傾向がうかがえます。また、無痛分娩は 729 件で、前の年から 164 件増加しています。全分娩に占める割合も、5.0%から 6.6%に上昇しています。分娩件数全体が減少する中でも、無痛分娩の件数と実施率は、ともに上昇しています。このことから、県内における無痛分娩の需要が高まっていることがうかがえます。

スライド２７をご覧ください。NICU・GCU の入院患者数です。令和７年の入院患者の実人数は、NICU が 1,118 人、GCU が 763 人となっています。出生数が減少する一方、NICU の入院患者数は、令和３年以降、全体として増加する傾向にあります。このことから、出生数が減少しても、新生児集中治療の需要が、同じように減少するとは限らないことが分かります。今後も、病床の利用状況や症例の動向、受入状況を、継続して確認していく必要があります。

最後に、スライド３４をご覧ください。今回の調査結果の概要です。ポイントは、四点ございます。一つ目は、みやぎ県南中核病院で分娩が再開されたことにより、分娩取扱施設と産科病床数が増加したことです。二つ目は、分娩件数が減少する一方で、無痛分娩の件数と実施率が上昇していることです。三つ目は、全分娩件数に占める、周産期母子医療センターでの分娩の割合が上昇しており、周産期母子医療センターへの分娩の集約傾向がみられることです。四つ目は、出生数が減少する一方で、NICU の入院患者数は増加傾向にあることです。このほか、資料には、医療従事者数、早産や低出生体重児の状況、救急搬送、産科混合病棟、助産師外来・院内助産などの調査結果も掲載しておりますので、適宜ご確認ください。県といたしましては、今回の調査結果を、今後の周産期医療提供体制の検討や、第９次宮城県地域医療計画に向けた基礎資料として活用してまいります。私からの説明は以上です。

【齋藤会長】

ただいまの説明について、ご意見・ご質問をお願いします。

私から 1 点伺います。NICU の入院患者実人数が増加しているという結果が示されていますが、その背景や要因としては、どのようなものが想定されますでしょうか。実人数が増加しているため、出生数に対する NICU 入院の割合は年々高まっていると考えられます。早産数や多胎数が大幅に増えているわけではないように見受けられますが、単年度のばらつきなのか、又は傾向として見られるものなのか、調査や現場から把握されている点はございますでしょうか。渡邊委員からコメントはありますか。

【渡邊委員】

実人数が増加している点は調査結果のとおりです。ただし、今回の調査項目の中では原因の特定までは至っておらず、確定的なことは申し上げることができません。

現場の感覚としては、近年指摘されている高年齢出産等に伴うハイリスク妊産婦の増加に加え、県内においても実施率が上がっている無痛分娩の関与が考えられます。胎児にとって子宮収縮は低酸素状態を伴うものであり、無痛分娩によって分娩時間が延長した場合、出生直後の新生児に適応障害や一時的な呼吸障害を生じさせ、NICU への観察入院につながっている事例が散見されます。

調査データから直ちに断定することはできませんが、背景要因については今後詳細に分析する必要があると考えております。

【齋藤会長】
早産の増加等ではなく、ハイリスク症例の増加や無痛分娩に伴う影響の可能性として、新生児に一時的な呼吸障害や適応障害が生じ、NICU への観察入院が増加しているのではないかというご見解と理解しました。
もう 1 点伺います。NICU 病床数に関するアンケート調査において、2 施設から「今後検討が必要」、1 施設から「削減予定」という回答が示されていました。「今後検討が必要」という回答については、増やす方向での検討が想定されるでしょうか。

【事務局】
各施設が今後、病床を増床・減床のどちらの方向で検討しているかといった詳細までは、今回の調査では把握しておりません。本調査項目は、国において全国的に NICU・GCU の過剰感が指摘され、病床削減の方向性が示される中、県内各病院の意向や実態を把握するために設けたものです。「今後検討が必要」と回答した施設については、削減、維持又は見直しのどちらの意向であるのか、今後個別に伺いながら実態把握に努めてまいります。

【齋藤会長】
過去に提示された病床算定基準等の数値に機械的に当てはめた回答ではなく、現場で診療にあたる医師の実感に基づいて評価されていると理解しました。
適正な病床数について、その後、学会から示されたものはありますか

【渡邊委員】
国から NICU の基準病床に関する指針が示されたのは、平成 27 年です。その指針に当てはめると、現在の宮城県の病床は過剰な状況にあります。
一方、新生児医学会では、東京都は過剰であるものの、都市部、地域の中核都市、広域な地域の 3 つに分けて、必要な病床数を考える必要があるとの議論が始まっています。
現状では、宮城県は国の指針に当てはめると過剰な状況にありますが、一律に削減するものではなく、適正な病床数を把握していくという方針が取られています。

【齋藤会長】
現在行われている病床の見直しや減床については、働き方改革等によって強制的に病床が削減されているというよりは、出生数の減少に伴い、集約・再編が自然と進んでいるという認識でよろしいでしょうか。

【渡邊委員】
例えば、石巻赤十字病院において NICU 病床を減床した主たる要因は、新生児科医の体制・人員数によるものです。減床に当たっては、大崎市民病院や仙台医療圏の周産期母子医療セ

ンターで受入れを補うことで、大きな混乱なく移行が行われました。分娩件数の減少と、受入れ側である新生児科医師数の双方が要因となっていると認識しております。

【鈴木副会長】
当院でも帝王切開率が上昇しており、月によっては 50%を超える状況です。周産期母子医療センターごとの帝王切開率や、夜間帯の対応状況などの詳細なデータが示されれば、地域医療の実態がより明確になると考えます。

【事務局】
施設種別ごとのデータは収集しておりますので、集計方法を工夫いたします。夜間帯等の詳細項目につきましては、次年度以降の調査設計に向けて、委員の皆様のご意見を伺いながら検討してまいります。

【齋藤会長】
施設種別ごとの割合が示されれば、ハイリスク症例の増加等の要因が見えてくると考えられますので、工夫をお願いします。

【大平委員】
産科混合病棟に関連して発言します。宮城県看護協会の調査によりますと、産科区域や産科管理が設定されている施設であっても、約 6 割の施設で助産師が他科の患者を兼務している実態があり、分娩第 2 期の中断が 16%で生じているとの結果が出ております。これに関連して、新生児の状態に影響が見られたとの報告もありました。
混合病棟化が避けられない現状においても、分娩進行時における看護師と助産師の適切な役割分担、及び助産師が専従として専門性を発揮できる安全管理体制の構築について、中間見直しの計画本文に明確に位置付けていただきたいと考えております。

【事務局】
混合病棟が増えていく中で、安全管理体制の実態を把握していくことは非常に重要であると認識しております。行政としてどのような位置付けや取組を行っていくべきかについては、引き続き、大平委員をはじめ専門家の皆様のご意見を伺いながら検討してまいります。

【齋藤会長】
産後ケアを実施している施設数の把握は、県で行っていますか。市町村単位の把握でしょうか。産後ケアのニーズがどの程度高まってきているかといったデータがあれば、お示しいただければと思います。

【県関係部署（子育て社会推進課）】
　産後ケア施設については、県の集合契約に加入している施設は把握しております。ただし、加入していない施設もあるため、全数の把握は行っておりません。

■ 報告事項（２）令和８年度地域連携周産期医療体制モデル事業（無痛分娩連携モデル事業）について

【齋藤会長】
　報告事項（２）「令和８年度地域連携周産期医療体制モデル事業（無痛分娩連携モデル事業）について」、東北大学麻酔科の山内教授より説明をお願いします。

【関係者（山内教授）】（資料３に基づき説明）
　東北大学麻酔科の山内と申します。本協議会には、今回初めて出席いたします。本日の資料にも記載しておりますとおり、当科では医療施設への麻酔科医の派遣を行っております。無痛分娩のみならず、帝王切開や産後の痛みへの対応など、さまざまな取組を行っております。無痛分娩のみならず、帝王切開や産後の痛みへの対応など、様々な取組を行っております。これらは麻酔科にとってやりがいである一方、業務量が増えれば負担にもなるものです。今後も本協議会に協力させていただきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。
　資料１枚目に私の肩書きを多く記載しておりますが、これは、私が関わっている取組を示す代表的なものとして記載したものです。東北大学に勤務するとともに、日本麻酔科学会および日本周産期麻酔科学会の理事として、麻酔科が周産期医療にどのように取り組むべきかという観点から活動しております。また、令和９年２月には、第６回日本周産期麻酔科学会を学会長として、宮城県内で開催しますので、御協力をお願いいたします。
　本日の資料では、無痛分娩の状況及び課題、令和８年度宮城県無痛分娩連携モデル事業の状況、宮城県内における分娩施設の課題と支援ニーズ並びに令和９年度の目標について説明いたします。なお、時間の都合上、一部のスライドを省略しながら説明いたします。
　まず無痛分娩については、分娩時の痛みを軽減する手段として社会的な関心とニーズが高まっており、本協議会における課題の一つでもあると考えております。ただし、その実施に当たっては、安全性を確保する必要があります。また、無痛分娩は、妊婦の身体的・精神的負担を和らげる観点では、合併症のある妊婦に対して無痛分娩を行うことで、帝王切開を避けられる可能性もあります。
　用語について、学会の立場から申し上げます。無痛分娩という言葉は、誇大広告的な印象を与えることがあります。このため、学会では、分娩そのものは産科医が担う業務であり、麻酔科医が担うのは分娩時の鎮痛であることから、分娩時鎮痛という用語のほうが適切ではないかと考えております。一般には無痛分娩という言葉が広く使用されておりますが、今

後、無痛という言葉の適否についても議論が出てくる可能性があります。本資料では、麻酔科医が行うのは「分娩時鎮痛」であるという考えに基づき記載しております。

無痛分娩に関する主な課題として、まず技術的な課題があります。合併症は、どれだけ熟練した医師が実施しても一定数起こり得るものであり、施設や医師による違いもあります。妊婦に関する課題としては、経済的負担のほか、無痛分娩の方法、効果及びリスクについて、十分に理解した上で選択できるようにする必要があります。行政上の課題としては、国及び関係学会における検討状況を確認しながら、県内の実情を踏まえ、県内の周産期医療体制における無痛分娩の位置付けを整理する必要があります。令和８年度から宮城県におけるモデル事業を開始しており、私どもも積極的に協力してまいります。

次の図についてご説明いたします。この図は、2021 年に JALA が設立された際、麻酔科学会の立ち位置について議論があったことを受けて、私が当時学会の理事として作成した説明資料です。産科の麻酔担当医と、麻酔科医が行う無痛分娩の麻酔担当医とでは基本技能が異なるため、その区分けを示す目的で作成いたしました。

図は全体としてピラミッド型になっており、土台に安全管理、その上に普及、さらに上に高品質な医療を提供するという階層構造としております。JALA は基本的に安全管理を担う団体であり、その上の高品質な領域は専門学会が担うと位置付けております。左側には周産期麻酔科学会と産科麻酔学会を配置しております。産科医が麻酔を学ぶ場として産科麻酔学会が、麻酔科医が高品質な周産期麻酔を学ぶ場として周産期麻酔学会が設立された経緯があり、どちらも適正な学会ですが、現在は二つの学会が存在する状況となっています。さらに高度な領域として、集中治療、救急医療、ペインクリニック、緩和医療、小児麻酔、区域麻酔、蘇生法教育などの専門性の高い分野を、麻酔科学の領域として左側に位置付けております。右側には、関連する学会を統括する日本麻酔科学会があり、標榜医や専門医などの資格に関わる安全教育や品質向上を担い、これらのピラミッドを支えております。

また、国民・政府については、厚生労働省への説明資料であったため記載しておりますが、医療制度等において関係学会が関わっている状況を示しています。この図は、政府を宮城県、関係学会を麻酔科・産科に置き換えて読んでいただいても、ご理解いただけると思います。

厚生労働省のホームページにおける広報内容は、無痛分娩について、メリット、リスク、実施方法等を周知しています。また、研究で明らかになった重篤な随伴症、情報公開の重要性などを示した上で、妊産婦及びその家族が各施設の体制を十分に理解し、分娩方法を選択できる環境を整備することの重要性を示しています。宮城県においても、こうした考え方に沿って体制を構築してまいります。

厚生労働省の令和７年・令和８年の資料によれば、施設数と出生数が減少傾向にある一方で、無痛分娩の件数は増加しており、全国および宮城県でも同様の傾向が見られます。３年前の実施割合では、全国平均が 15%弱、宮城県は５％を超えた程度でした。千葉県、東京都、神奈川県では実施割合が非常に高く、東京 23 区などでは、無痛分娩を行わなければ妊婦が集まらないほどの状況となっています。また、熊本県では民間病院が主導して活発に実

施されており、高知県でも昨年初めて実施されたことにより、全47都道府県で少なくとも１例以上実施される状況となりました。医療圏ごとに見ると、分娩数の多い地域ほど無痛分娩数も多い傾向がありますが、現状では、無痛分娩を実施していない施設がほとんどです。

厚生労働省のとりまとめにおける指針としては、母子に配慮した安全で質の高い周産期医療の提供、自主点検表の作成、麻酔科医や助産師の習熟、医療圏の実情を踏まえた対応が示されています。東京都では急変対応研修や立入検査まで行われておりますが、宮城県では顔の見える関係で医療が行われているため、立入検査というよりは情報交換により確認する形で十分ではないかと考えております。費用の見える化や妊婦の正しい理解を促すためのリーフレットによる周知、妊婦健診及び出産費用の負担軽減についても検討が進められています。宮城県においても、国の動向を踏まえながら、段階的に取組を進める必要があります。

次に令和８年度宮城県無痛分娩連携モデル事業について説明いたします。最上位の統括として宮城県が進捗管理等を行い、その下のモデル医療機関である東北大学病院には、総合周産期母子医療センター、麻酔科、産科、小児科、集中治療部、救命救急センター及び放射線部等があり、これらの診療部門が連携して体制を構築します。その下の連携医療機関として、妊婦と直接接する最前線の医療機関４施設を初動として設定しました。クリニックとしては、新富谷Ｓ・Ｓレディースクリニック、メリーレディースクリニック、セイントマザークリニック、わんや産婦人科の４施設です。新富谷Ｓ・Ｓレディースクリニックの院長は麻酔科の資格もお持ちであり、東北大学病院とクリニックとの架け橋として、状況をご理解いただいております。また、関井レディースクリニックにも今年度から新たに取り組んでいただけることとなりました。なお、東北公済病院は県内で最も多く無痛分娩を実施しているため、初年度の安全体制構築モデルからはあえて外したうえで、医療連携を行っています。宮城県立こども病院、大崎市民病院、石巻赤十字病院、気仙沼市立病院などは、今後の体制づくりから参加していただく形となります。

事業の具体的な取組として、安全な提供体制の構築、自主点検表の確認、勉強会による情報交換、第6回日本周産期麻酔科学会及びJ-CIMELS講習会への参加、JALAホームページにおける情報公開、市民公開講座による啓発活動並びに麻酔科医の派遣です。派遣については、今回の関係施設だけで合計108名の常勤麻酔科医を派遣しております。しかし、24時間の無痛分娩体制を整えるには、まだ十分ではありません。質を高めながら学びを重ね、取り組んでまいります。

勉強会については、東北大学病院において、産科医、麻酔科および助産師が参加しています。今年度からは、希望する診療所の産科医や助産師もWeb等で参加できる体制を計画しております。また、J-CIMELS講習会の開催や学会への人員派遣を行うほか、令和９年２月に開催される日本周産期麻酔科学会にあわせて、市民公開講座を東北大学病院と第６回日本周産期麻酔科学会が共催し、宮城県及び宮城県産婦人科医会が後援し実施します。この企画では、産婦人科医・麻酔科医・助産師の立場から、無痛分娩への理解を深めていただくこと

を考えております。
　今後の取組としては、継続的な安全体制の構築、麻酔科以外の医療従事者の育成、勉強会およびJ-CIMELS講習の継続、産科危機的出血や帝王切開時の搬送への対応、県民向けの情報公開を推進いたします。適切な情報公開により、県民の理解向上と不安の解消につなげたいと考えております。無痛分娩に必要な備品についても、クリニックを含めた対応が必要になると予想しております。私からの説明は以上です。

【齋藤会長】
　ただいまの説明について、ご意見・ご質問をお願いします。

【谷川原委員】
　安全で質の高い無痛分娩の提供を目指すうえで、麻酔科医のマンパワーが限られる中、将来的に24時間対応可能な体制を考えているのでしょうか。

【関係者（山内教授）】
　遠隔医療につきましては、ICU領域や遠隔診療などで導入が進んでおります。現場の医師・スタッフに一定の技術と安全管理体制が整っていることを前提とすれば、専門医が遠隔からモニタリングや助言を行う仕組みは、今後の有効な選択肢になり得ると考えております。

【関係者（立花副センター長）】
　今後、モデル事業の対象外地域にある当院のような施設も、勉強会やネットワークの対象に含まれていくのか、また案内の方法について教えてください。

【関係者（山内教授）】
　初年度は準備の都合上、対象施設を絞らせていただきましたが、排除する意図は全くございません。県内全域での底上げを目指しておりますので、立花先生の施設からのご参加や連携は歓迎いたします。勉強会や研修の案内につきましては、患者個人情報の管理に万全を期したうえで、広く周知してまいります。

【渡邊委員】
　社会全体で無痛分娩のニーズが高まっていくなかで、安全性を担保する取組は重要であると認識しております。
　質問です。資料では、自主点検にも触れられましたが、無痛分娩で出生した新生児の安全性評価や急変時対応について、小児科・新生児科医がいない施設もあります。そのような場合の評価は、どのように行われているか伺います。

【関係者（山内教授）】
現在は各施設の産科医からの報告に基づいております。出生直後の新生児評価や急変対応は極めて重要ですので、来年度以降、新生児科の医師と緊密に連携し、講習会や統計評価の項目に組み込むことを検討しております。

【渡邊委員】
新生児への対応が十分に行われないことが、最も懸念されます。小児科医側の実情を申し上げます。山内教授より来年度以降とのお話がございましたが、その中で小児科医がどの程度関わることができるかが課題と考えております。県内で新生児専門医として勤務している医師は 14 名です。分娩を取り扱う病院での勤務を希望しない小児科医もおります。小児科としても、新生児対応を行えるよう教育していきたいと考えておりますが、足並みをそろえて対応していければと存じます。よろしくお願いします。

【関係者（山内教授）】
産科医側からも、無痛分娩の知識・技術が必要とのご意見を伺っております。麻酔科医も基本的な技術は有しておりますが、質の高さと妊婦の満足度のバランスを考えますと、麻酔科医への無痛分娩に関する専門的な教育も必要と考えております。ある程度の時間を要する見込みです。麻酔科としても、支援できるところは支援してまいります。連携して取り組んでまいりたいと考えております。

【齋藤会長】
産科医側から申し上げると、これまで開業医として無痛分娩を行ってきた施設において、麻酔科医や設備を確保することができず、妊婦から安全性に疑問を持たれることへの懸念や無痛分娩を行っていない施設が取り残されることへの懸念があります。
このような状況を踏まえ、基幹病院からクリニックまでを網羅する「宮城モデル」のようなセーフティネットを構築し、安全な体制を確立していくという構想はありますか。

【関係者（山内教授）】
仙台市以外の地域など、医療者が少ない地域は課題と認識しております。一方、本県は東北大学が中心となり、施設と顔の見える関係ができていると考えております。勉強会等を通じて、最低限のラインとして受講いただくことや、継続的な研修として、繰り返し実施して実施していくことが重要と考えております。
また、遠隔医療なども活用し、宮城モデルを構築していくことが重要と考えております。

■ 報告事項（３）助産師確保・育成事業の取組状況について

【齋藤会長】
報告事項（３）「助産師確保・育成事業の取組状況について」、事務局より説明をお願いします。
【県関係部署（医療人材対策室）】（資料４に基づき説明）
医療人材対策室看護班の木村でございます。私からは助産師確保・育成事業の取組状況についてとして、助産師の出向制度をはじめとする事業改正の進捗と、宮城県内における助産師の就業状況や養成数の動向について報告いたします。
２ページをご覧ください。はじめに、助産師関連事業の全体像と今後の展開です。助産師の養成・確保に向け、今年度は新人助産師多施設合同研修の対象拡大や、助産師人材育成研修での産後ケア研修の充実を図りました。また、助産師出向制度について、令和９年度からの新体制での運用を目指し、改正を進めているほか、助産師の養成・確保に向け、各種制度等の見直しを検討してまいります。
３ページをご覧ください。続いて、現行の助産師出向制度の概要です。現行制度では、出向を通じて、助産師自身のスキルアップと地域医療貢献を円滑に両立できるよう、体制面・経費面から支援を行っており、それぞれ、助産師出向コーディネート事業、助産師出向助成事業として実施しております。
４ページをご覧ください。令和９年度からは、各医療機関が自施設の強みを活かした受入体制をプログラム・パッケージとして提示し、県やコーディネーターが出向ガイドとして一覧化する運用へ改正を進めてまいります。出向元施設は自施設の人材育成の課題・目標に合わせて最適なプログラムを選択できる仕組みといたします。現在、各施設へ、出向の受け入れ体制・プログラムの調査を行っております。取りまとめ後、来年度の出向希望調査や要領改正案の作成を進め、令和９年４月から新体制での運用開始を目指します。
５ページ目をご覧ください。ここからは、県内助産師の就業状況についてご報告いたします。なお、本スライド以降のデータは、今年度実施した宮城県周産期医療機能調査及び養成所の入学状況・卒業生就業状況調査の結果から抽出したものです。県内の助産師数の需給状況を把握するため、今年度から宮城県周産期医療機能調査において、新たに助産師の任用や年代に関する項目を追加して実態把握を行いました。現在、県内の助産師総数は 720 名で、常勤が 648 名、非常勤が 72 名となっています。地域的な偏在が顕著であり、常勤の約 78%、非常勤の約 94%が仙台医療圏に集中しております。また、常勤の 20 代助産師 212 名のうち、81.6%、173 名が仙台医療圏に在籍しています。今後 2040 年に向けて、50 代以上の常勤助産師 145 名が順次定年を迎えるため、ベテラン層の退職に伴う人員確保が大きな課題となっています。
６ページ目をご覧ください。次に、採用と退職の動向です。年間の採用数 42 名に対し、退職者数も 42 名と同数で推移しています。見かけ上の数値は拮抗していますが、現場の体制維持や欠員実態を把握する上では、募集数に対する充足率のほか、業務の密度や現場の業務負担感等も考慮する必要があると考えております。また、仙台医療圏では採用の約 74%、

退職の約 86%が集中しており、非常に流動性が高い状況です。退職者の年代内訳を見ますと、全退職者 42 名のうち 23 名、率にして約 55%が 20 代・30 代の若手・中堅層であり、約 29%が 60 代以上の定年退職者です。若手の早期離職防止と定年退職に伴う補充が、現場の体制維持において重要な課題として考えられます。

７ページをご覧ください。最後に、県内助産師養成校の養成数と就職状況です。県内 4 つの養成機関における助産師就職者 58 名のうち、県内医療機関への就職は 20 名、県内就職率 34.5%にとどまり、約 65%、38 名が県外へ流出しています。この背景には、宮城県内の養成校にはもともと他県から進学してくる学生が多いという地域的特徴があり、卒業時に出身地へ戻る U ターン就職や、首都圏等の大規模施設へ就職する傾向があることが挙げられます。この結果、県内医療機関の年間採用数 42 名に対し、県内養成校からの供給は半数に満たず、過半数を県外新卒者や既卒者に依存する構造となっています。少子化や分娩数減少で実習環境が厳しさを増す中、県内定着促進に向けた取り組みの強化が不可欠であると考えております。私からの報告は以上です。

【齋藤会長】

ただいまの説明について、ご意見やご質問はございますか。

【谷川原委員】

スズキ記念病院附属助産学校の谷川原です。分娩数の減少に伴い、実習症例の確保が厳しさを増しております。当校においても、定員 24 名から来年度は 20 名程度への削減を検討せざるを得ない状況です。県外流出の要因としては、奨学金制度の影響や関東志向が挙げられます。県内施設でのやりがいや魅力を学生に周知し、県と医療機関が一体となって、若手助産師の獲得・定着を図っていく必要があります。

【齋藤会長】

今回初めて、詳細な就業・流出データが可視化されたことは、大きな意義があります。奨学金の条件設計や離職防止策、各医療圏での定着要因について、客観的データに基づいた議論が可能となりました。出向事業などの取組が定着促進にどのように寄与しているかも検証しながら、チーム医療全体で助産師の確保・育成に取り組んでいくことが重要と考えます。今後は、年次推移についても分析していけるとよいと考えます。

【大平委員】

助産学生が県内就職を検討する際、採用面接などで「必ずしも産科病棟に配属されるとは限らない」と説明され、他科配属となった結果、助産診断や分娩介助の経験を得られないまま、早期離職や他県への転職に至るケースが見受けられます。院内助産、助産師外来、産後ケアなど、助産師としての専門性を発揮できる雇用環境や配属の枠組みを整備していくこ

とが、定着の促進に向けても重要であると考えております。

■ 報告事項（４）妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業について

【齋藤会長】
報告事項（4）「妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク構築事業について」、事務局より説明をお願いします。

【県関係部署（子育て社会推進課）】（資料５－１に基づき説明）
子育て社会推進課の赤間と申します。資料５－１に基づきまして、ご説明させていただきます。どうぞよろしくお願いします。
スライド２をご覧ください。全国的な状況として、妊産婦のメンタルヘルス対策が喫緊の課題であることが明らかになる中、本県では、県内の現状と課題を正確に把握した上で効果的な施策を展開していく必要があると考え、県内 35 市町村を対象に、昨年度、支援が必要な妊産婦の実態や市町村と医療機関・産後ケア事業所との連携状況及び課題を把握することを目的とした実態調査を行いました。
スライド３をご覧ください。調査の結果です。令和６年度中に県内市町村で把握された妊産婦 10,150 人のうち、メンタルヘルスに課題を有すると判断された妊産婦は 1,149 人、割合にして 11.3%に上ることが明らかになりました。
スライド４をご覧ください。実態調査を踏まえ、本県の現状と課題を受診可能な精神科医療機関の不足・偏在、市町村と精神科医療機関の情報共有の困難さ、市町村における支援の難しさと支援者の精神的負担、本人・家族の受診に対する理解不足の４つに整理いたしました。県といたしましては、これらの課題により受診や支援の遅れ・中断が生じた場合、症状の重症化を招き、妊産婦の自殺や児童虐待という重大なリスクへと繋がると考えております。現状と課題の詳細につきましてはスライド５～８をご覧いただければと思います。時間の都合上、本日は説明を割愛させていただきます。
スライド９をご覧ください。県では、実態調査の結果、明らかとなった現状と課題を踏まえ、今年度、本事業を立ち上げました。事業の目的は、妊産婦のメンタルヘルスの診療に係る中核的な精神科医療機関を中心として、地域の精神科医療機関、産婦人科医療機関、県、市町村等のネットワークを構築し、妊産婦のメンタルヘルスに関する課題に対応する体制整備を図ることです。事業の目標といたしましては、先程、ご説明させていただきました４つの課題に対応する形で、４つの目標を掲げております。
スライド１０をご覧ください。事業の内容とその展開です。本県では、持続可能で切れ目のないネットワークの構築を目指し、先程、お示ししました４つの目標に、段階的に取り組んでまいります。今年度におきましては、まず、拠点病院、協力病院、地域協力病院の確保や妊産婦のメンタルヘルスに関するネットワーク協議会の設置・開催などにより、緊急受診

が必要な妊産婦や対応が難しい妊産婦が中核的な精神科医療機関を円滑に受診できる県全体のネットワークの構築に最優先で取り組みます。また、併せて、拠点病院へコーディネーターを配置し、連携・調整・相談窓口の開設や症例検討会の実施、研修会の開催などを通じ、支援者を支援する体制の構築に取り組んでまいります。そして、今後、段階的に各地域のネットワーク構築へと着手し、それぞれの地域の実情に応じたネットワークの構築を目指してまいります。さらに、妊産婦ご本人やご家族、地域住民を対象とした啓発活動を展開し、受診の必要性に対する正しい理解を促すとともに、心理的な抵抗感を解消する環境づくりを推進してまいります。

スライド１１をご覧ください。今年度、最優先に取り組む県全体のネットワーク構築について、ご説明します。まずは、本事業における医療機関の機能・役割を３つに整理し、連携のあり方や具体的な連携の方法を協議の上、円滑に連携できる体制の構築を目指します。拠点病院につきましては、令和８年４月 15 日付けで東北大学病院様を指定させていただいております。全県におけるネットワークの拠点として、連携・調整・相談窓口の開設や、コーディネーターの配置、高度な医療の提供、さらには症例検討や研修を担っていただきたいと考えております。協力病院につきましては、令和８年 10 月１日付けで仙台医療センター様、東北医科薬科大学病院様、仙台市立病院様を指定させていただいております。ネットワークの中核として、精神科・産婦人科が連携した診療や、拠点病院と連携した緊急時の受け入れの協力、地域協力病院等への医学的助言等を担っていただきたいと考えております。地域協力病院につきましては、検討中でございます。ネットワークの基盤として、今後、二次医療圏を基本として確保を進め、病状が安定した患者の受け入れや、患者の身近な地域での継続的な療養支援、行政の母子保健事業への協力等を担っていただきたいと考えております。本事業によって、医療機関や行政、関係機関のネットワークが構築されるとともに、日々、現場で妊産婦を支える支援者の専門性が高まることで、支援の必要な妊産婦が確実に拾い上げられ、必要な診療や支援へと円滑に繋がっていくことを目指しております。県といたしましては、今後も、母子の生命と健やかな成長を社会全体で守り、すべての妊産婦が孤立することなく、安心して命を育むことができる宮城県の実現に向け、皆さまのご協力をいただきながら、様々な取組を着実に進めていきたいと思います。以上で説明を終わります。

【齋藤会長】

ただいまの説明について、ご意見やご質問はございますか。

県主導で妊産婦のメンタルヘルスの事業を行っている都道府県は、どの程度ありますか。

【県関係部署（子育て社会推進課）】

都道府県が主体となって実施している県はありますが、県単独というよりは、産婦人科医会や医療機関と連携しながら進めているものと認識しております。

【埴田委員】
　当院でも、メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦への対応が増加しており、このような広域ネットワークの整備は大変心強く感じております。
　実態調査の対象に、知的障害等を抱える妊産婦が含まれているか伺います。また、現場支援者の精神的負担の可視化やサポート体制について、どのようにお考えかお聞かせください。

【県関係部署（子育て社会推進課）】
　実態調査における知的障害等を抱える妊産婦の数は把握しておりませんが、精神疾患合併（211 人）及び支援必要群（938 人）の中には、知的課題や発達上の課題を抱える方が一定数含まれていると推測されます。支援者の負担感の数値化につきましても、今後の事業推進の中で検討してまいります。

【黒澤委員】
　精神科を有しない地域の総合病院では、精神科医療機関との連携や「ハイリスク妊産婦連携指導料」の算定にあたり、症例検討会の開催要件や評価の偏りが障壁になっていると考えております。

【谷川原委員】
　連携指導料の算定におきましては、産科と精神科側の両方に入りますが、多職種カンファレンスの開催が必須要件となっており、行政の Web 参加等で要件緩和が図られたものの、全国的にも算定件数が伸び悩んでいるのが実状です。

【齋藤会長】
　本事業につきましては、東北大学精神科の教授陣と連携し、まずは拠点・協力病院からネットワークを稼働させ、段階的に地域の精神科クリニックや行政へ連携先を広げていく設計となっております。各地域における連携や運用上の課題につきましては、今後、本協議会を通じて改善を図ってまいります。

■ ５ その他
【齋藤会長】
　その他として、委員の皆様から何かございますか。他にご意見がなければ、以上で本日の議事及び報告事項を終了いたします。

■ 閉会