

令和7年度第1回神奈川県周産期医療協議会 議事録

日時：令和8年2月9日(月) 19:00~20:00

場所：オンライン開催

1. 開会

2. 議題

(1) 小田原市立病院の移転に伴う変更について

※ 資料1に基づき事務局より説明

《委員意見》

内山委員：小田原市立病院には移転後も地域周産期母子医療センターを担っていただきたいと考えている。理由としては、小田原市立病院は東海大学病院のある湘南ブロックの西隣にあり、お世話になっている。引き続き担っていただくことで、神奈川県西部の周産期新生児医療としてもより充実すると考えている。

中西委員：小田原市立病院の改築については非常にありがたいことだと考えている。今後、小児科の先生に連絡するにあたっての情報はるか。

内山委員：新生児関係だと、小郷先生が中心となっているため、連絡をするということであれば小郷先生がよろしいかと思う。

剣持委員：小田原市立病院は横浜市立大学市民総合医療センターの小児科医局から医師の派遣をしている病院で、小郷先生が長年新生児専門で担当されている。来年度に関しては小郷先生が窓口で問題ない。人事異動があるかもしれないが、必ず新生児専門医を1人は配置する体制を確保するよう人事をお願いをしている。

(2) 総合周産期母子医療センターの研修委託について

※ 資料2に基づき事務局より説明

《委員意見》

豊島委員：こども医療センターは、県からの委託事業として新生児部門でNCPRを毎年行っていることに加え看護部門の研修を実施している。今年からは多職種の目線で、新生児部分のNCPRとNICUスタッフ向けの研修会という形で、実施する方向で準備をしている。実際には2月28日に、ファミリーセンタードケア及び、新生児診察の講演会を高槻病院の森口 紀子看護師をお呼びした上で対面開催する予定。各施設にも郵送で案内をお送りしているが、本日までにオンデマンドで100名を超える方の申し込みがすでにあつた。また、対面での参加も15名の申し込みをいただいている。引き続き県内の周産期施設の皆様には特にNICUスタッフ、医師、看護師を問わず広報の上御参加をお願いできればと思う。

(3) 神奈川県周産期救急医療システムについて

※ 資料3に基づき事務局より説明

恵比須会長：事務局から2つ論点の提示があった。まず、①神奈川県周産期救急医療システムの課題について。現在の神奈川県周産期救急医療システムの課題について何か意見があれば願います。

《委員意見》

落合委員：私は、北里大学病院で産科の責任者の立場のほか、神奈川県産婦人科医会において周産期医療対策部会の担当理事を拝命している立場から、いくつか意見させていただきたい。県の産婦人科医会の方で、昨年11月に、「神奈川県における産褥搬送の現状と課題」というテーマで、様々な問題について、約150名の参加者のもと議論を行った。テーマとしては産褥搬送であるため、本日の資料4にある周産期状況調査の中には出てこない話題となっている。あくまでも資料4は、お腹に赤ちゃんがいる妊婦の母体搬送や、新生児の搬送についての議論である。今、母体のリスクが上がって、産後の出血や合併症妊娠などが増えており、そういった救急搬送が増加している中で、この産後の搬送問題を、少しウェイトを上げて考えていく必要があるということが総論として挙げられる。その会議の中で、いくつか具体的な課題点が挙げられたため、それについて述べさせていただく。大きく分けて4点ある。

1点目が、妊婦の産褥搬送の中でも、妊婦さんが心肺停止になった時どうするかということである。現状のシステムだと資料3の2ページ目にある周産期救急医療のシステムブロック図に沿って、妊婦のCPAの対応を行っているわけだが、この図に沿った対応ではなく、一般の救急の方でCPAの対応を行っている別の地図がありそれに沿った対応をした方が良いのではないかという意見が圧倒的に多かった。

2点目が、働き方改革などの問題があり、受け入れ施設、特に手術室が少ない施設においては手術室が満室に近い運用を常になされていることがあることや、休日夜間においては緊急手術をいつも行っている状況であるため、妊婦あるいは褥婦の受け入れに支障をきたしているという問題があるようである。

3点目が、基幹病院についてである。横浜地区は基幹病院が3施設あるが、それ以外の地域では基幹病院は1施設である。そういった単一の基幹病院の場合、例えば北里大学病院を例にすると、母体の大出血で重症の方がやってきて、子宮摘出や大量輸血などの救命救急処置をしている間、まさにその時に常位胎盤早期剥離疑いの患者さんの搬送依頼が県央北相地区であった場合、母体救命処置をしながらその搬送を対応しなければならない。そして搬送先が見つからない場合は、必ず受け入れなければならないというのが現行のルールになっているが、これは少し時代と合わないのではないかというような意見があった。

4点目が少しこの場にはなじまないかもしれないが、精神科救急の問題があった。これが県の産婦人科医会の周産期医療対策部会の理事としての、4点の課題感となる。

田村委員：スライド10ページの委員からの意見の中で、「システム外にも救命救急セン

ターや集中治療部門を有して高度な対応が可能な病院もあるので、このような病院と連携して対応できる体制を検討すべきではないか。」と書いてあるが、これは例えば産科医がいなくても、三次救急のところに出血ショックの方を運ぶということか。要するに産科医がいなくても、輸血はできるため、そういったように書いてあると読めるが、先ほど落合委員がおっしゃっていた、重症患者が重なった時の話が前時代的というのは、必ずしも産科医がいなくても、救命救急センターの方で輸血等の処置をしてほしいということをご想定しているということでしょうか。

落合委員：現状ではそこまで想定しているわけではなく、救命救急センターとして厚労省の定めるSランクの救命救急センターで、かつ、一定数の分娩取り扱いがあり、産婦人科も存在している病院も県内にある。また、産後出血で大きな役割を示すIVRも、研修受け入れ施設としての登録がある。しかし、今の周産期救急医療システムの中には、それら施設が入っていない。そのため、例えばそういったある程度条件を満たすところから周産期救急医療システムの中に入れていただき、一定の貢献をしていただくことができると、基幹病院が1箇所しかない地区の問題が少し解決に向かうのではないかとというのが私たちの行いたい提案である。例えば北里大学病院の立場で見ると、産後そういった部分を当該病院にある程度やっていただけると、私たちとしては赤ちゃんのいる方の搬送により注力できるのではないかと考えている。

田村委員：では、スライド10ページの最後の3行目に関しては、いわゆる産科医が必ず立ち会った上での救命救急センターにおける処置ということで間違いはないか。

落合委員：現状ではそういったことになる。

田村委員：それであれば、十分理解できた。そうでもしないと、救命救急センターに産科の先生を貼り付けるのは難しいと思うので、体制の拡大に関してはそれを前提として、行政も考えてシステム構築をしてほしいと思う。

豊島委員：周産期救急医療システムは、非常に素晴らしかったと思うが、この20年でもかなり運用が変わってきているのは確かである。また、システムに含まれている施設でも、システム開始当時と現在の実情が違う病院もかなり多いので、一旦実情に合わせて組み直すのは必要と考える。この数年の実績に合わせてもう一度考え直すという部分に加え、落合委員のおっしゃる通り、横浜も基幹病院が3つあるが、こども医療センターは大人の病院ではないので、母体救急に関しては限度がある。そのため、産褥搬送は横浜市立大学附属市民総合医療センターと一緒に連携してやっている。その辺りのことを、周産期施設だけではなく、救命救急センターなどと合わせて、県で各地域の実情に合わせて構築していく目線で、立て直すのが大事かと考える。昔に比べて患者さんは減っている状況であり、昔は患者数が多かったため、なんとかお互いに分配して県内にとどめようと頑張っていたが、今少し減ってきているため、お互いに競合するところもあるかもしれない。お互いの実情もある中で、話し合いについては、県からトップダウンでやってもうまくいかないと思う。各地域の周産期施設と病院全体、行政的な視点も合わせて、組み直していくことで、よりよい周産期救急医療システムを再度構築することが必要かと思う。

青木委員：基本的に落合委員の言われた通りで、先日の周産期救急連絡会で問題となったのは、妊婦さんのCPAの対応である。現在の神奈川県周産期医療システムは、産褥7日までの出血が起きた場合は、基本的には基幹病院にすべて連絡が行き、基幹病院が基本的には必ず受けるというシステムとなっている。CPAに関しては、基幹病院に送るよりも、一刻も早い搬送が重要になってくるため、最寄りの救命救急センターに送る方が、救命率が上がるのではないかという議論があった。先日もやはりそのようなケースがあった。我々が基幹病院のため、本来であれば横浜市立大学附属市民総合医療センターに搬送する患者について、一番近隣の横浜労災病院に搬送されたことで救命をすることができたケースがあった。少なくともCPAに関しては、現行のシステムでは基本的に全部基幹病院に連絡がいく形になっているが、最寄りの救命救急センターに送るというふうにした方がよいと考える。また、そのCPAの理由自体も、先日のケースは羊水塞栓症だったが、大動脈解離のように、必ずしも産科が絡むものでもないケースも多いため、ぜひその点だけは見直していただきたいと思う。

恵比須会長：次に、②今後の進め方について。事務局では見直しの検討にあたり、来年度周産期医療協議会ワーキンググループを設置したいと考えているが、このこと自体やワーキンググループ委員の人選等について意見があれば願います。

《委員意見》

中野委員：これはぜひ、現場の先生を中心に、いつも周産期救急に携わっている方々を中心にワーキンググループを組んでいただければと思う。活発に議論していただき、周産期医療対策部を中心に協力していきたいと思うため、ぜひ現場の先生方でお願いしたい。

内山委員：先ほどの議論でもあったとおり、昨年厚労省が発表したデータを見ると、神奈川県は周産期医療圏と通常の二次医療圏が異なっており、二次医療圏が9ブロックに対して、周産期医療圏が6ブロックとなっている。見直しの場合には、周産期関連だけではなく、救急の先生方にも入っていただいて、調整するとより実情に即した周産期救急医療システムが出来上がるのではないかと思う。

恵比須会長：事務局は本日の議論を踏まえ、システム見直しの検討を行うようお願いする。

3. 報告

(1) 令和6年度周産期状況調査結果

※ 資料4に基づき事務局より説明

《委員意見なし》

(2) 相模原協同病院の実績報告について

※ 資料5に基づき事務局より説明

《委員意見》

中西委員：相模原協同病院に関しては、新生児に関しては北里大学病院が県央北相地域の基幹病院として、新生児の受け皿になっており、基幹病院が満床になった際のバックトランスファーの受け皿として非常に貴重な病院である。県央北相地域周産期医療を維持する上でもなんとしても、中核病院という位置づけは引き続き検討していただきたい。やはりこの病院がなくなると、北里大学病院の基幹病院が回転しないということになるため、県央北相地域の重要な拠点となっている。

落合委員：産科の視点から意見をさせていただきたい。条件の中に基幹病院と十分に連携を図るとの文言があったと思うが、実際産科の受け入れ件数や、新生児の受け入れ件数が一体どの程度、北里大学病院から受け入れているのか、あるいは県央北相地区の他の病院からの受け入れなのか、実は県外から受け入れているのか、どこから受け入れているのかという問題がある。そのあたりのところも、来年度の評価の際にはデータとして出していただけるとよい。また、確かに新生児搬送も含めて、重要な病院というのは、私も中西委員の意見に同調するところではあるが、それが一体北里大学病院の後方病院としてNICUから一体何件受け入れているのかは、気になるところがあるため、ぜひそのあたりも明らかにしていただいた上で、来年評価を実施することが望ましいと考える。また、必ずしも協力病院に仮になったとしても病院の運営自体に影響を及ぼすものではないため、次年度の評価の際、他の中核病院、協力病院と合わせながら評価を行うのがフェアなのではないかと考える。

田村委員：県内には協力病院が複数ある。相模原協同病院以外の協力病院の先生方から話をお伺いすると、条件には産科および麻酔科の人員体制の充実と書いているが、看護師の数などのそれ以外の職員の体制がどうなっているかということが、付帯条件にはついてないが、県は考えがあるが。

事務局（医療整備・人材課）：田村委員御指摘の医師以外の職員数の条件については、本日の資料には含めてはいないが、看護師・助産師の状況についても県において調査をしているところである。

田村委員：医師の数だけで決まることでなく、職員全体の体制がきちんとされているのが重要ではないかと考える。だからこそ、この中核病院移行について、移行した以上はきちんとやっていただきたいと思う。その辺について、県の方から指導をしていただければと思う。

豊島委員：相模原協同病院は新生児科の立場から見ると、県内の新生児医療の要の病院の1つであると思っていて、やはり北里大学病院の機能を保っている場所だと思うため、周産期医療の一部分においては中核であると考え。先ほどの話ともつながるが、現在の協力病院、中核病院には実情・実績と合っていない状況が県内にいくつかあると考える。そのため、相模原だけすごく厳しくするのもどうかと思う。実際に今

後のシステムの変更と合わせて、産科と新生児も周産期の中で役割分担を今後していく必要がある。何らかの部門を持っていれば、産科の部分は少し足りないが、新生児の部分は中核とするとか、そういった中核や協力の定義付けも今後変えてグループで見えていくなどの考え方があるかと思う。

4. その他意見

《委員発言》

(無痛分娩における安全性について)

青木委員：近年急増している無痛分娩に対して、産科危機的出血のケースが非常に多くそれについて問題提起したい。皆さんご存知だと思うが、東京都では無痛分娩に対する妊婦1人当たり10万円の助成が開始されている。神奈川県では現時点で具体的な助成の検討は未着手であると聞いているが、今後他自治体の動きを受けて議論が始まる可能性があると思っている。本日の問題提起としては、無痛分娩そのもの是非ではなく、将来の制度検討に先立ち、安全性を軸として論点整理を行いたい。

横浜市立大学附属市民総合医療センターのデータから見る産科危機的出血のデータだが、経膈分娩後のプライマリーPPHによる産褥搬送例を2016年から2025年まで解析してみた。その搬送例に占める無痛分娩の割合が38%とかなりの比率を占めていた。その38%のうち計画無痛分娩でやっているのが76%で、そのほとんど全てにおいてオキシトシンが使われていた。子宮破裂例ではやはり無痛分娩が高頻度でほぼ全例で誘発促進を行っていた。無痛分娩率が近年急増しており、2016年から2025年を通じた単純な母集団比較は困難ではあるが、2024年度の横浜市の無痛分娩率は28%となっている。それと比べて無痛分娩による産後の出血症例は38%と非常に高確率で無痛分娩、特に計画無痛分娩が産科危機的出血の発生様式に関与している可能性が強く示唆される。

次に、国際的な視点から見た、その日本型の計画無痛分娩の特殊性についてお話しさせていただきたい。日本では、麻酔科医の不足や診療所において分娩の半分を行っているという特殊性があり、無痛分娩を行う際に計画無痛分娩を前提とした無痛分娩が多数となっている。つまり誘発促進と無痛分娩がセットになりやすい。一方、無痛分娩率の高いアメリカやフランスなどの欧米では分娩施設が集約しており、常に麻酔科医が常駐しており、陣痛が来た妊婦さんに麻酔科医が硬膜外麻酔を入れる形をとっており、陣痛発来後のオンデマンドの硬膜外麻酔が原則である。つまり、日本の計画分娩を前提とした無痛分娩は、かなり国際的に特殊な運営体制である。

次に、助成制度がもたらす影響として、妊婦への一律情勢を先行した場合、麻酔管理対策が十分でない一次医療施設の計画無痛分娩の拡大につながることを、私は懸念している。無痛分娩はやはり麻酔管理、人的配置、異常早期発見体制が不可欠であり、助成導入の前提として、まずは体制整備と運用ルールの検討が必要ではないかと考えている。

提案であるが、まず、第一段階の検討体制の整備として、周産期医療協議会のもと

に小委員会・ワーキンググループを設置して、無痛分娩の安全管理体制・運用実態を整理する。次に、第二段階として安全性を担保する仕組みを検討する。妊婦さんへの一律助成ありきではなく、麻酔科専門医による適切な管理体制を支える仕組みが重要であるとする。例えば、分娩を取り扱う産婦人科医に分娩手当金制度があるが、このようなインセンティブを麻酔科専門医に追加に出すことによって、計画分娩からオンデマンドへの無痛分娩を促進させる。実際、聖隷浜松病院では、当初計画無痛分娩が100%だったが、インセンティブを導入した結果、現在ではほぼすべてがオンデマンドになっていると聞いている。第三段階として、行政的な意義として、神奈川県が全国に先駆けて、妊婦の安全性を最優先に捉えた制度設計をして、麻酔科医が関与できる体制を有する施設において、オンデマンドによる安全な無痛分野が提供されやすくなる環境整備を検討していただきたい。安全性を重視した取り組みは、やはりこれは県民、医療者にとって大きな行政的メリットである。つまり、無痛分娩に関連する産科危機的出血を減らすためにも、まず一次医療施設には硬膜外麻酔そのものへのリスクマネジメントのみならず、無痛分娩下の安全な分娩管理について啓蒙する必要があり、また麻酔科医が常在する高次医療施設においては、オンデマンドで無痛分娩の移行を推進するための環境整備を考える必要があると思っている。以上から、安全で快適な分娩を提供する神奈川県モデルを推進するため、まずは周産期医療協会の枠組みで、行政の関与のもと、ワーキンググループを設置していただき、関係者間での整理と合意形成を進めていただきたいと思いますと考えているがいかがか。

恵比須会長：ただいまの青木委員からの発言について、他の委員の皆様から意見はあるか。

角倉委員：私は、東京都の国立成育医療センター、順天堂大学病院、聖路加国際病院の無痛分娩の立ち上げをいろいろお手伝いしてきた。これらは、東京都の無痛分娩のハイボリュームセンターと言われる1箇所です。年間1,000件くらいの無痛分娩をやっているところである。そういったところは、無痛分娩は、痛みを取るだけではなく、麻酔科の役割として、その分娩の安全を、産科の先生と一緒に担保するということになる。無痛分娩が決してリスクを伴うものではなく、分娩を安全にする1つの手段になり得ていると思う。ところが、神奈川県に来てびっくりしたのは、そういった無痛分娩のハイボリュームセンターがないにもかかわらず、結構無痛分娩の割合が高く、私どもの病院の方に、結構産褥出血でいらっしゃる妊婦さんの背中に硬膜外のカテーテルが入ってくる。私の感覚から言うと、無痛分娩の麻酔を担当する麻酔科医がいるのであれば産褥出血にならないように、早め早めの管理をしていただきたいと思います。あるいはたとえ産褥出血になったとしても、自院で完結していただきたいと思います。しかし、そうではない状況である。今後、東京都と同じように、無痛分娩の無償化が進むと、さらにこのハードルが下がって安全性も担保されないような状況で、無痛分娩が増えることを懸念している。私は今、元北里大学の海野先生が班長をされている研究

班の方でも、一緒にお手伝いさせていただいており、厚労省の先生方とお話しをすると、東京の無痛分娩をモデルに地方にも均てん化していきたいという考えがあるようなので、青木委員がおっしゃるように何らかの形で、先行して対策を講じていただきたいと願っている。

落合委員：先ほど話題に上がった海野先生の研究班について、私も地域研究という形で、県央北相地区に関して無痛分娩に関わる産後出血ならびに、新生児の搬送症例の解析を行った。やはり、無痛分娩の方が搬送例においては、出血・輸血が多く、動脈塞栓術による止血を要するケースが多いことは、統計学的に有意なことが分かっている。一方、新生児の搬送例においては、無痛でも、非無痛でも特にその傾向に差はなかった。やはり、最近出てきている論文を見ると、無痛分娩で生まれてくると、産まれてすぐは新生児の先生のサポートを要するケースが多いのが最近の流れのように思っている。青木委員のこの提案には、産婦人科医としては根本的に大賛成であるが、地方で働いている私といたしましては、なかなかこれで進められると厳しいというところもある。それは、やはりマンパワーの制約があり、私どもの施設の場合には、産科麻酔医は24時間体制ができる体制があるが、産科医と助産師について市大センター病院とは数が違ってくる。そのため、これを進めてしまうと、今の救急体制等をすべて維持しながら、オンデマンドで24時間体制の無痛分娩を行うのは少し厳しいだろうというのが現在の実感である。医療の安全性としては、非常にこれについてよくわかるが、地域差が出てしまうのではないかと懸念がある。本日の資料3にもあったが、分娩数あたりの産婦人科医の数が明らかに横浜・川崎地区が多くて、それ以外の地区が少ないことがはっきりとデータで示されているため、県の補助として進めるのに妥当なのかという疑問がある。

青木委員：そういった点も含めて、無痛分娩で産科危機的出血のケースが増えている事実があるため、ワーキンググループを作ることにより、有識者で話し合うことが重要であると考えている。

豊島委員：青木委員の神奈川モデルを作ることに賛成である。東京でどんどんとブームのように始まってしまったが、それを安全に神奈川県でやっていくにはどうするのかを考える意味で、神奈川県は病院の数が東京に比べると少ないからこそ、しっかりと調査しながら、やっていくことは賛成である。本日の話全体にもつながってくると思うが、今後の周産期医療システムを考える上でも産科と新生児のほかに、やはり産科麻酔の目線が今後は必要と考える。県が作ろうとしているワーキンググループの中など、この産科麻酔・無痛分娩についてのことも踏まえ検討いただきたい。一番理想的なものは、あのオンデマンドでやれるのが一番だが、まずは、これから無痛分娩が増えていくのにあたり、産褥搬送が少なくやっていけるようなことも踏まえて、ワーキンググループを作るのがよいと考える。

医療整備・人材課長：確認だが、青木委員のおっしゃっているワーキンググループは、本日開催の周産期医療協議会の下に、ワーキンググループを新設するとの御趣旨でよろしいか。

青木委員：その通りである。

県医療整備・人材課長：青木委員御指摘のとおり、東京都は昨年度から無痛分娩に対する助成を開始したが、本県の場合は具体的な検討には至っていないという状況である。理由として、東京都と比較して、医療側の体制に課題がまだあると認識している。麻酔科医、あるいは医療機関側の提供体制が十分なのかの検討を抜きに、妊婦の方を対象に無痛分娩の助成を始めてしまうのは、なかなか難しいため、現状具体的な検討には至っていない。検討するにあたり、医療機関側の御意見も伺いながら進める必要があると考えている。本日御意見をいただいたワーキンググループの設置について、すぐに立ち上げられるかは、調整をさせていただければと考えている。青木委員にもまた御意見を伺いながら、どのような形で進めるか、相談をさせていただければと考えている。

布施委員：青木委員からの意見について、助産師としても無痛分娩の体制というところでは、検討する機会があるとよいと思う。

岡本委員：ワーキンググループができた際には助産師会も入れていただき、先生方と一緒に議論ができればよいと思う。

恵比須会長：事務局は、ただいまの意見につきまして、今後の事務の参考にしていただければと思う。

5. 閉会

医療整備・人材課長：本日、様々な御意見をいただいた。神奈川県周産期医療システムの関係については、運用上の課題が多くなっている中、一度見直しをする必要が出てきていると考えている。こちらについてはワーキンググループに向けて、事務局の方で調整をさせていただきたい。本日御発言がなかった委員の方も、後日お気づきの点や委員の自薦、多薦なども含めて、何かございましたら、事務局に御意見をいただきたい。

また、青木委員から無痛分娩に関するワーキンググループの設置の御提案もあった。事務局のマンパワーの問題もあり、同時期に開始できるかについては検討が必要ではあるが、この点についても、課題提起をいただいたため、どういった進め方が良いのか、委員の皆様にも改めて御相談をさせていただきたい。

以上