

小児医療及び周産期医療の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(案)

令和8年2月18日

(経緯)

- ・ 第116回社会保障審議会医療部会において、小児・周産期医療については、出生数の減少に伴い分娩取扱施設等が減少する中で、地域の小児・周産期医療の体制を確保・維持するため、周産期医療におけるハイリスク症例のみならず、一般的な分娩や小児医療についても、地域によって持続可能な連携体制の構築や集約化について検討が必要とされた。
- ・ 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、令和7年7月に「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」が設置され、このうち、小児医療及び周産期医療に関する事項については、当該検討会の下に設置される「小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ」(以下「WG」という。)において、近年の出生数の減少や医師の働き方改革を踏まえた持続可能な小児・周産期医療提供体制の構築、安全な無痛分娩の体制整備等について検討を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行うこととされた。
- ・ こうした経緯を踏まえ、WGでは、小児医療及び周産期医療の提供体制等について、現状と課題等を踏まえ、第9次医療計画の策定等に向けた検討の方向性について議論を進めてきた。
- ・ これまでのWGにおける議論等を踏まえ、第9次医療計画に向けて現行からの見直しが必要と考えられる事項を中心に、意見を踏まえた対応の方向性についてとりまとめを行う。

1 小児医療の提供体制について

(1) 現状と課題

- ・ 15歳未満人口は減少傾向が続いており、2040年までにさらに2割程度減少することが見込まれている。特に地方部において、減少率が大きく、地域格差が広がっている。
- ・ 第8次医療計画における「小児医療の体制構築に係る指針」において、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化し、全ての小児医療圏で小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制の確保を求めてきた。
- ・ 全国的には小児科医師数は増加傾向であり、小児科を標ぼうする病院数は減少傾向であるが、一施設あたりの小児科常勤医師数が少ない地域も多く、小児医療圏内の施設数についても地域差がある。
- ・ 小児科医師については、女性医師の割合や宿日直の回数が多く、また、診療所医師の高齢化が進んでいる、といった現状がある。
- ・ 小児救急医療については、休日夜間の初期救急を受診した小児のうち入院する割合は多くないものの、夜間に状態が急変することや、熱性けいれんのように搬送中は意識がなく、十分な経過観察の上で帰宅となるケースがあることに留意するなど、小児の疾患の特性を踏まえた体制構築が必要である。また、小児外科疾患や外傷については、時間外に対応できる施設が限られ、連携体制の構築が十分との指摘がある。
- ・ 小児入院患者数が減少するなか、重症例の患者数はさらに限られる一方、小児医療の専門領域は多岐にわたり、例えば集中治療領域については都道府県単位でも症例数の確保が難しくなりつつある。また、医療従事者一人あたりの症例経験が減少することで、専門資格の取得や知識・技術等の維持・向上が困難となることが想定される。

- ・ 15歳未満人口の減少にかかわらず、小児の外来患者数や救急搬送件数は横ばいであり、地域における外来医療へのニーズは高い。また、学校保健や虐待対応といった社会的役割も求められるなか、地方部においては小児科常勤医が不在となり、こうした場合に小児科以外の医師が一定の役割を担っている。
- ・ 増加している発達障害や精神疾患、医療的ケア児への対応や、地方における乳幼児健診や予防接種の体制確保といった課題については、医療・保健・福祉等が連携した取組が重要となる。
- ・ 少子化が進む中で、小児入院医療において成人との混合病棟で運用されるケースが増加しており、入院中の子どもの療養環境向上への取組が重要との指摘がある。

(2) 対応の方向性

＜早期に取り組むべき事項＞

- ・ 限られた医療資源を効率的に活用し、質の高い小児医療提供体制を維持するため、入院医療、専門医療については、三次医療圏において中核的な機能を持つ小児中核病院、小児医療圏において中心的な入院機能を持つ小児地域医療センターを基幹とした集約化・重点化と、地域の実情に応じた役割分担を推進する。
- ・ 小児救急医療については、需要の大きい初期救急の体制確保や、小児外科疾患や外傷に対応するため、外科医や救急医等との連携強化に向けた取組を検討する。
- ・ PICUにおける集中治療や小児がん、心臓手術といった、特に医療資源を要する、あるいは患者数や専門医数が少なく都道府県単位での整備が難しい医療については、領域毎に患者数や地理的条件等の実態を把握するとともに、地域から医療を提供する施設への広域搬送や、地域の医師と専門医とのD to Dによる遠隔相談支援など、都道府県(三次医療圏)を越えた広域連携についても検討する。
- ・ 地域においては、発達障害やメンタルヘルスケアへの対応や、予防接種や乳幼児健診、学校保健や虐待対応などの保健・福祉の分野まで、幅広く小児科医師の参画が求められていることに留意して体制構築を図る。
- ・ 人口の少ない地域においても必要な小児医療の提供体制を確保するため、一般外来医療や軽症の入院医療に対応できる病院の整備を推進するとともに、小児科の医療提供体制が不足する中においては、医療資源を補完するため、小児科以外の医師との連携強化、地域の需要に応じた小児科医師の派遣体制の構築のほか、D to P with N等のオンライン診療の活用等の推進も必要であり、先行事例を収集、分析し、好事例について横展開を図る。
- ・ 地域住民の安心と、持続可能な小児医療体制の確保について地域住民から理解を得るため、＃8000等の相談支援体制の充実や、地域の休日夜間を含めた医療体制等の情報周知に向けた取組を継続する。

＜今後議論すべき事項＞

- ・ 地域の実情に応じた医療機関の役割分担と連携を推進するため、第9次医療計画に向けては、三次医療圏において中核的な機能を持つ小児中核病院、小児医療圏において中心的な入院機能を持つ小児地域医療センター等について、必要な医療機能を整理・明確化する。
- ・ 今後、医療計画の推進にあたっては、地域医療構想の方針を踏まえる必要があり、第9次医療計画に向けては、特に地域において人口減少や少子化が進む中、こども病院等の小児医療の提供体制のあり方や、必要に応じ、都道府県を越えた連携・再編・集約化も含め検討する。

- ・ 少子化が進行し、成人患者との混合病棟化が増加する中でも、安心・安全な小児入院医療を提供できる体制を構築する。

2 周産期医療の提供体制について

(1) 現状と課題

- ・ 周産期医療については、周産期(妊娠 22 週から出生後7日未満)の妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と、出生後の新生児管理を主に対象とし、妊産婦・新生児に対して多職種が関わるため、地域全体で支える体制の構築が重要である。特に分娩の取扱いについては、ハイリスク分娩への対応のほか、分娩前まで正常な経過であっても、出生日時や緊急的な対応の必要性が予測困難な上、分娩が数十時間に及ぶこともあり、常時一定規模の体制の確保が必要である。
- ・ わが国における周産期死亡率や妊産婦死亡率は諸外国と比較しても低い傾向である一方で、出生数の減少に伴い全国的に分娩取扱施設の減少が続いており、その変化が急激に生じることは、安全な周産期医療提供体制に影響を及ぼす可能性がある。
- ・ 令和6年4月より開始された医師の働き方改革による医師の時間外労働の上限規則と追加的健康確保措置が適応され、医師の健康にも配慮しつつ、持続的で効率的な働き方が求められている。
- ・ また、出生数の減少により医療従事者一人あたりの症例経験が減少することで、知識・技術等の維持・向上が困難となることが想定される。
- ・ 分娩取扱施設については、出生数の減少により各施設で取り扱う分娩数の減少が経営に与える影響も考慮しながら、診療を行っている。
- ・ これまで周産期医療提供体制については、ハイリスク妊産婦に対応するため、周産期母子医療センターを基幹とした集約化と、妊婦健診や産後ケアを行う施設との役割分担などの取組を進めてきたが、それだけでは体制を維持することが困難となっている地域もある。
- ・ 既に、ハイリスク以外の分娩について、都道府県や関係団体の一定の合意のもと、集約化に向けた検討を進めている自治体も存在しているが、医療機関の役割分担に伴う医師や助産師等の配置(異動)、妊産婦の分娩取扱施設へのアクセス、分娩を行わずに妊婦健診等を実施する医療機関の経営等についての課題が生じている。
- ・ 国としては、出産や妊婦健診のために遠方の産科医療機関等を受診する必要がある妊婦に対して、当該医療機関等までの移動に係る交通費及び出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を支援している。
- ・ 妊産婦が安心して妊娠・出産・子育てを行うため、周産期医療と母子保健の関係者が連携し、地域全体で妊産婦を支えていくことが重要である。そのため、各都道府県において、妊婦健診や産後ケアの広域的な調整、計画的な提供体制の整備等に対する支援等を推進することが期待される。
- ・ ハイリスク妊産婦や高度な医療を必要とする新生児に対応するため、周産期医療対策事業等を実施しながら、全国にMFICU、NICU、GCUを含めて周産期母子医療センターを整備してきた。現在、全国に総合周産期母子医療センターは 112 箇所、地域周産期母子医療センターは 297 箇所(令和7年4月1日時点)であり、地域におけるハイリスク妊娠及び新生児に対する医療を提供している。
- ・ こうした中で、地域周産期母子医療センターについては、総合周産期母子医療センターに相当するような高度な医療を提供する体制を整備している施設もあれば、比較的风险の低い分娩のみを担い、他の診療科や輸血実施に係る院内体制の整備等が充実していない施設もあるなど、その機能格差が大きい。

- ・ また、新生児医療については、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターがそれぞれ出生週数等のリスクに応じた役割分担を行っている地域が多いが、母体救命の観点では、特定の合併症に対応できない周産期母子医療センターも一定数存在する。
- ・ NICUの病床数については、出生1万対 25～30 床という目安が定められているが、すべての都道府県においてその目標を達成し、全国的には出生1万対 46.2 床となっている。またGCUについては、第8次医療計画における「周産期医療の体制構築に係る指針」において、NICUの2倍以上という目安が記載されている。しかし、地域周産期母子医療センターのうち特に病床規模の小さい医療機関においては、NICU・GCUいずれも、その病床利用率が低い医療機関が一定数存在し、GCUについては、総合周産期母子医療センターであっても、病床利用率の低い場合が散見され、医療資源の有効活用と専門とする医師の知識・技術の維持・向上の観点から、新生児医療の提供体制を考える上で課題となっている。
- ・ 分娩を取り扱う医療機関において混合病棟化が進む中、産科区域の特定の対応を講じ、母子の心身の安定・安全の確保を図ることが望ましく、施設の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進することが求められている。また、妊産婦の多様なニーズに応えるため、院内助産・助産師外来について、引き続き活用することが求められている。
- ・ また、助産所においては、希望する妊婦が安心して出産できる場を提供するとともに、妊娠期から子育て期にわたる支援を行っている。

(2) 対応の方向性

<早期に取り組むべき事項>

- ・ 国は、都道府県や学会等と連携しながら、各地域の実情を考慮しつつ、周産期母子医療センターの機能を強化すること。また、地域の分娩数と分娩取扱施設が急激に減少することで、地域の妊婦が困ることのないように、周産期母子医療センター等がハイリスク妊産婦だけではなくハイリスク以外の妊産婦も受け入れることや、セミオープンシステムを含めた妊婦健診や産後ケア等に関する役割分担について、具体的な取組を含めて検討を行うこと。
- ・ GCUについては、第8次医療計画における「周産期医療の体制構築に係る指針」において「GCUは、NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい」と記載されているが、病床数が過剰と考えられる施設も一定存在するという指摘を踏まえて、関係学会等と連携しながら、地域や各医療機関において必要な病床数について見直すために必要な調査と検討を行う。
- ・ 三次医療圏を越えて分娩や新生児に対する診療を行っている地域も存在することを踏まえて、必要に応じて隣接する都道府県間での連携がなされるよう、第9次医療計画における具体的な検討に向けて事例の収集と課題の整理を行う。
- ・ 分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、令和8年度診療報酬改定において新設される「産科管理加算」の活用も含め、産科区域の特定などの母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、院内助産・助産師外来などの妊娠・産後を含む継続ケアを行う体制の充実を図る。
- ・ 都道府県においては、周産期医療提供体制の検討を行う際には、妊婦健診、産後ケア、乳幼児健診等の母子保健事業の提供体制との連携も踏まえた議論を行うこと。

<今後議論すべき事項>

- ・ハイリスク以外の妊産婦の対応を含めて、周産期母子医療センター等を基幹とした医療資源の集約化と妊婦健診や産後ケアを含めた施設間の役割分担に関する事例の収集等を踏まえて、地域の実情に応じて取り組みが進められるよう、第9次医療計画に向けて具体的な議論を行っていく。
- ・様々なハイリスク妊産婦や新生児に対応するためには、周産期医療を専門とする医師をはじめとして、多職種での連携が重要である。周産期母子医療センターであっても、こうしたハイリスク症例等の全てに対応できるわけではない施設が一定数存在し、特に地域周産期母子医療センターはその機能格差が大きく、また地域によって求められる機能が様々である。周産期母子医療センターの機能を充実させるとともに、地域のニーズに対応するため、周産期母子医療センターの役割分担も含め、必要な議論を継続していく。
- ・NICUについては、限りある医療資源の有効活用と、専門とする医師の知識や技術の維持・向上の観点から、引き続き集約化を推進する。一方で、小規模であっても地域で必要な病床を確保することができるよう、周産期母子医療センターの機能を考える中で、議論を行っていく。
- ・地域全体での分娩等の体制を維持するため、分娩取扱施設の集約化と役割分担を検討する際には、妊婦やその家族にアクセス等の課題が生じる場合があることに留意する必要がある。

3 安全な無痛分娩の提供体制について

(1) 現状と課題

- ・無痛分娩の実施率は、令和2年に8.6%だったが令和5年には13.8%と増加傾向にある。
- ・一部の自治体では、個別に妊婦に対する補助を開始しており、今後も無痛分娩に対する妊婦の需要が増加することが想定される。
- ・「経済財政運営と改革の基本方針 2025」においては、安全で質の高い無痛分娩を実施する環境整備が重要と明記された。
- ・平成29年の特別研究班によって、無痛分娩を行う医療機関の情報公開、医療従事者に対する研修体制、有害事象の収集・分析を主軸とした「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」(以下「提言」という。)がまとめられたことを受け、関係団体の合意の下、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)(以下「JALA」という。)が組織された。
- ・JALAは、提言に基づいて、医療機関の無痛分娩実施体制に関する情報公開、医療従事者に対する研修の実施、医療機関から報告された有害事象の収集・分析を行っている。
- ・また、国においては、提言に基づいて、自主点検表を作成し、JALAの実施する取組とともに、都道府県を介して医療機関に対して周知を行っている。
- ・昨今、無痛分娩の需要が増加していることを踏まえて、提言の見直しを含めて、現在、令和7年度特別研究を実施中であり、今後その報告書が提出される見込みである。
- ・安全な無痛分娩の提供に向けては、地域や医療機関の実情に応じて、無痛分娩に係る麻酔を産婦人科医が実施している場合がある現状を踏まえ、合併症が生じた際に、早期に産科麻酔の対応が可能な施設等に搬送し対応するため、平時からの連携を含めた体制構築が重要である。

(2) 対応の方向性

<早期に取り組むべき事項>

- ・医療従事者に対する無痛分娩の研修体制について、現在実施中の研究班の提言も踏まえながら、関係団体と連携し、研修体制の充実を図る。

- ・ 無安全な無痛分娩の実施に資する、地域の基幹となる医療機関と無痛分娩を実施する施設との連携体制について、事例の収集を行う。

＜今後議論すべき事項＞

- ・ 第9次医療計画に向けて、周産期医療全体の体制整備として、集約化と役割分担を進める中で、無痛分娩の体制整備に関する具体的な事例も踏まえながら、医療機関間の連携体制や都道府県が担うべき役割について継続的に議論を行う。

4 産科・小児科における医師確保計画について

(1) 現状と課題

- ・ 産科・小児科における医師偏在対策については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、都道府県において別途、医師確保計画を策定した上で取組が進められてきた。
- ・ 具体的には、医師の派遣調整、医師の勤務環境を改善するための施策、産科・小児科医師の養成数を増やすための施策等が挙げられる。
- ・ また、分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標をそれぞれ都道府県と周産期医療圏・小児医療圏ごとに算出し、施策実施の参考としているが、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであり、出生数の少ない地域ほどその数値が大きくなり、偏在の実態を反映しづらくなるといった課題もある。

(2) 対応の方向性

＜早期に取り組むべき事項＞

- ・ 第8次医師確保計画(前期)に引き続いて、小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化、医療機関までのアクセスに時間が係る地域への支援等に加えて、必要に応じた産科・小児科における医師の派遣調整、勤務環境の改善、養成を増やすための施策等に取り組む。
- ・ 分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標については、必要な更新作業を行うとともに、当該指標が地域の実態を全て反映しているものではなく、医療ニーズの充足を示す観点が含まれていないといった指摘を踏まえ、適切な運用が行われるよう、都道府県に対して情報提供を行っていく。

＜今後議論すべき事項＞

- ・ 新たな地域医療構想において、人口減少や少子化が進む中で医療機関の連携・再編・集約化の取り組みを進めていくこととなり、人口の少ない地域においてはオンライン診療等も含めて、提供体制を維持していくことが必要となる。他方、産科・小児科領域においては、出生数の減少する中でも、一定の地域ごとに分娩の提供や予防接種、乳幼児健診、学校保健等の提供が不可欠であり、医師の確保が必要である。現在、産科・小児科領域における医師確保については、小児科医師偏在指標等を踏まえた検討がなされているが、今後、本領域においては、人口規模の他、医療機関へのアクセス、提供すべきサービス、専門医の育成等様々な地域の実情を一体的に捉えながら体制の維持・構築を進めていくことが必要である。第9次医療計画に向けて、医療計画における周産期医療及び小児医療の提供体制を検討する中で、医師の確保については、分娩取扱医師偏在指標や小児科医師偏在指標の位置づけも含め、一体的に議論していく。

(参考資料)

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループの開催経緯

開催日時等	議題
第1回 (令和7年 10 月 1 日)	○座長の選出 ○小児医療及び周産期医療の提供体制等について
第2回 (令和7年 10 月 23 日)	○小児医療の提供体制に関するヒアリング ○安全性と持続可能性を考慮した周産期医療提供体制の構築について
第3回 (令和7年 12 月 22 日)	○小児医療及び周産期医療(新生児医療)の提供体制等について
第4回 (令和8年2月 18 日)	○安全な無痛分娩の提供体制について ○議論のとりまとめについて

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ構成員名簿

(敬称略・五十音順)

	氏 名	所 属・役 職
	家保 英隆	全国衛生部長会 会長
	伊藤 悦郎	健康保険組合連合会 常務理事
○	今村 知明	奈良県立医科大学 教授
	井本 寛子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
	内田 寛治	公益社団法人日本麻酔科学会 理事長
	奥山 千鶴子	NPO 法人子育てひろば全国連絡協議会 理事長
	佐藤 好範	公益社団法人日本小児科医会 副会長
	関沢 明彦	公益社団法人日本産婦人科医会 常務理事
	滝田 順子	公益社団法人日本小児科学会 会長
◎	田邊 國昭	東京大学大学院法学政治学研究科 教授
	濱口 欣也	公益社団法人日本医師会 常任理事
	細野 茂春	一般社団法人日本周産期・新生児医学会 特任理事
	三浦 清徳	公益社団法人日本産科婦人科学会 常務理事
	宮川 祐三子	公益社団法人日本助産師会 理事

※ ◎は座長、○は座長代理