

令和 5 年度 第 1 回 医 療 政 策 研 修 会	資 料
令 和 5 年 5 月 1 9 日	10

周産期医療について

令和 5 年度 第 1 回 医 療 政 策 研 修 会

厚生労働省医政局地域医療計画課

災害等緊急時医療・周産期医療等対策室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

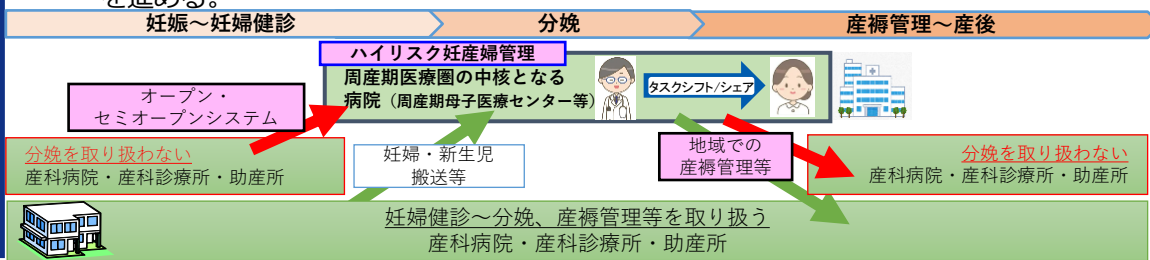
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概 要

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、必要に応じて周産期医療圏の柔軟な設定を行い、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

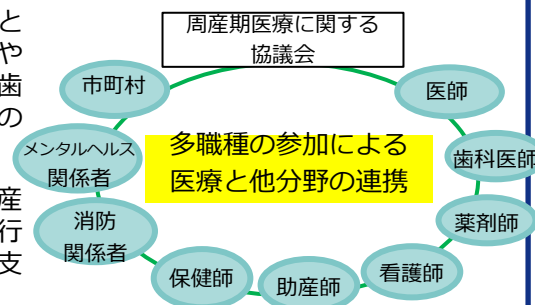
周産期医療の集約化・重点化

- 基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。ハイリスクでない分娩は、その他の産科医療機関で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、産科医師から助産師へのタスクシフト/シェアを進める。



周産期医療に関する協議会

- 医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者、さらに、地域の実情に応じて、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行う保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。



ハイリスク妊産婦への対応

- NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、周産期医療に精通した医療従事者育成を含めて、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

在宅ケアへの移行支援

- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

産科区域の特定

- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

- (1) 周産期医療圏の設定
- (2) 周産期医療に関する協議会
- (3) ハイリスク妊産婦への対応
- (4) 在宅ケアへの移行支援
- (5) 母子に配慮した周産期医療
- (6) 医師の勤務環境の改善
- (7) 新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制

(1) 周産期医療圏の設定

見直しのポイント

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏を柔軟に設定し、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進める。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第3 構築の具体的な手順

2 周産期医療圏の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定すること。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。周産期医療圏の設定においては、産科医師や分娩取扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、二次医療圏にこだわらず、周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保すること。その際、周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しつつ、医師の働き方改革、地域医療構想及び医師確保計画との整合性にも留意すること。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。
- (3) NICUを有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。また、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。
- (4) 集約化・重点化により分娩医療機関までのアクセスが悪化する地域に居住する妊産婦に対して、妊婦健診や分娩、陣痛の待機の際に医療機関への移動や宿泊に要する費用の支援など、アクセスを確保するための対策について検討すること。特に最寄りの周産期母子医療センターまで時間を要する地域の妊産婦については、各地域の実情を踏まえ、妊産婦の情報についてあらかじめ消防機関と情報を共有する等の対応策を講じること。
- (5) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に周産期医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。また、現行の周産期医療に関する協議会を十分に尊重・活用すること。

(2) 周産期医療に関する協議会

見直しのポイント

- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における周産期医療体制の整備

(1) 周産期医療に関する協議会

① 周産期医療に関する協議会の設置

都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期整備指針に規定していた周産期医療協議会を継続させること等により、周産期医療に関する協議会を設置すること。構成員は、地域の周産期医療に携わる医師、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者の参画を検討すること。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師、保健医療関係機関・団体の代表、育児機関関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等必要な職種その他関係者の参画を検討すること。なお、周産期医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない。

② 協議事項

周産期医療に関する協議会は、少なくとも年1回、必要な場合は年に複数回、定期又は臨時で開催すること。また、必要に応じオンラインで開催すること。

協議事項は次のアからチまでに掲げるとおりであり、協議内容については、都道府県は住民に対して情報提供を行うこと。なお、周産期搬送、精神疾患を含む合併症を有する母体や新生児の受入れ、災害対策など、他事業・疾患との連携を要する事項については、周産期医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議すること。また、将来的な医療の質の向上、安全性の確保のために、周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討すること。さらに、母子に対する切れ目のない支援を提供するため、保健福祉部局の担当者が参画し、市町村が行っている保健・福祉等の施策についての情報共有を図り、医療と母子保健等との連携を推進すること。

周産期医療については、出生後の児を円滑に小児医療につなげる観点から、小児医療と強く結びつく必要があるため、「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進めること。

(3) ハイリスク妊産婦への対応

見直しのポイント

- ハイリスク妊産婦への対応が可能な周産期医療体制の整備を進める。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

③ ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制

NICU・MFICU や周産期専門医 などの高度専門人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心に、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を整備すること。

総合周産期母子医療センターは、周産期医療関係者研修事業を活用し、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割も担うこと。また、社会的ハイリスク妊産婦（特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦）への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健、福祉等に係る施策等について情報共有を図り、支援につなげること。なお、医療資源の集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討すること。

(4) 在宅ケアへの移行支援

見直しのポイント

- 医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援などが可能な周産期医療体制の整備を進める。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

⑥ NICUに入室している新生児の療養・療育支援及び在宅ケアへの円滑な移行が可能な体制

周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支援施設運営事業を活用して、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族等が在宅ケアを行うための手技の習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する体制の整備を行うこと。また、地域の医療機関は、在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対し、日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施する体制の整備を行うこと。

(5) 母子に配慮した周産期医療

見直しのポイント

- 母子に配慮した周産期医療体制の整備を進める。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

⑤ 母子に配慮した周産期医療の提供が可能な体制

分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定（院内助産・助産師外来や医療機関における産後ケア事業の実施、また、母子保健や福祉に関する事業と連携する機能を包括的に実施する機能をもつ病棟の概念を含む。）や安全な無痛分娩の実施などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進すること。また、都道府県は、無痛分娩を実施する医療機関について、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）の実施する研修、情報公開、有害事象分析事業への参画を推進すること。

※ 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA(ジャラ)）について

- 平成29年4月末から10月頃までに無痛分娩における合併症による母子の予後不良事例が複数例報道され、大きな社会問題となったことから、平成29年度の厚生労働特別研究事業で「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」を実施。以下の「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」を公表。

- ・安全な無痛分娩を提供するために必要な診療体制に関する提言
- ・無痛分娩にかかる医療スタッフの研修体制の整備に関する提言
- ・無痛分娩の提供体制に関する情報公開の促進のための提言
- ・無痛分娩の安全性向上のためのインシデント・アクシデントの収集・分析・共有に関する提言
- ・「無痛分娩に関するワーキンググループ（仮称）」の設置に関する提言

- この提言を踏まえ、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本産科麻酔学会、日本麻酔科学会、日本医師会、日本看護協会が無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（Japanese Association for Labor Analgesia : JALA(ジャラ)）を組織。無痛分娩の安全な提供体制の構築を実現するため以下の取組を進めている。

- ・無痛分娩関連の診療体制について一般の方がアクセスしやすい環境の整備
- ・無痛分娩が安全に実施されるために必要な医師及び医療スタッフの研修の推進
- ・無痛分娩に関連して発生した有害事象を分析し、得られる教訓の無痛分娩取扱施設の医療従事者への共有

(6) 医師の勤務環境の改善

見直しのポイント

- 周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

⑦ 医師の勤務環境の改善が可能な体制

周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討すること。また、ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、分娩を取り扱わない医療機関においても、妊婦健診や産前・産後のケアの実施や、オープンシステム（地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が、分娩時に連絡を受け、周産期母子医療センター等の連携病院に出向き、出産に対応する仕組み）・セミオープンシステム（地元の産科診療所等が妊産婦の健康診断を行い、周産期母子医療センター等の連携病院の医師・助産師が出産に対応する仕組み）の活用をすすめるなど、医療機関の役割を分担し、周産期医療と母子保健を地域全体で支えること。さらに、地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを進めること。

(7) 新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制

見直しの方向性

- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

見直しの具体的内容

周産期医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け 課長通知））

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における周産期医療体制の整備

(6) 周産期医療における新興感染症の発生・まん延への対策

新興感染症の発生・まん延においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、地域の周産期医療に関する協議会等においてあらかじめ協議すること。また、適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、その活用について平時から検討すること。

周産期医療体制構築に係る指標の見直しについて

- 第8次医療計画に係る上記の方向性を受けて、都道府県が医療計画のPDCAサイクルを回すための指標例については以下のように見直しはどうか。

考え方

- 産科医師の負担軽減のため、院内助産や助産師外来の活用を図る。

- 医療的ケア児が生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

- 医療と市町村の保健・福祉事業との連携を図る。



新たに追加する指標（案）

- 院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
- NICU入院児の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数
- NICU等長期入院児等が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数
- 退院支援を受けたNICU・GCU入院児数（算出においては、入退院加算3の算定件数で代用する）
- 妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数

考え方

- 産科医師確保計画における産科医師偏在指標の算出方法の見直しにあわせる。



算出方法を見直す指標（案）

- 従来、医療施設調査において分娩取扱施設に勤務する産科・産婦人科医師数を用いていたが、三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産科・産婦人科・婦人科を主たる診療科と回答した医師を用いることに変更

周産期の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

※赤字は追記/修正箇所

低リスク分娩			地域周産期母子医療センター		総合周産期母子医療センター		療養・療育支援	
ストラクチャー		産科・産婦人科・婦人科医師数						乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数
		分娩を取り扱う医師数						
		日本周産期・新生児医学会専門医数						
		助産師数						
		アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数						
		分娩を取り扱う医療機関の種別						
		ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数						
				院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数				
				NICUを有する病院数・病床数				
				NICU専任医師数				
				GCUを有する病院数・病床数				
				MFICUを有する病院数・病床数				
				ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数				
				業務継続計画策定医療機関数・策定割合				
				NICU入院児の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数				
プロセス	●	分娩数						退院支援を受けた NICU・GCU入院児数
		産後訪問指導実施数		周産期母子医療センターで取り扱う分娩数				
				NICU入室児数				
				NICU・GCU長期入院児数				
				妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数				
	●			母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率				
	●			母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数				
アウトカム	●	新生児死亡率					●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)
	●	周産期死亡率						
	●	妊産婦死亡数・死亡原因						

ストラクチャー	●	災害時小児周産期リエゾン任命者数
---------	---	------------------

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

(●は重点指標)

參考資料

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* ヘき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・ヘき地医療

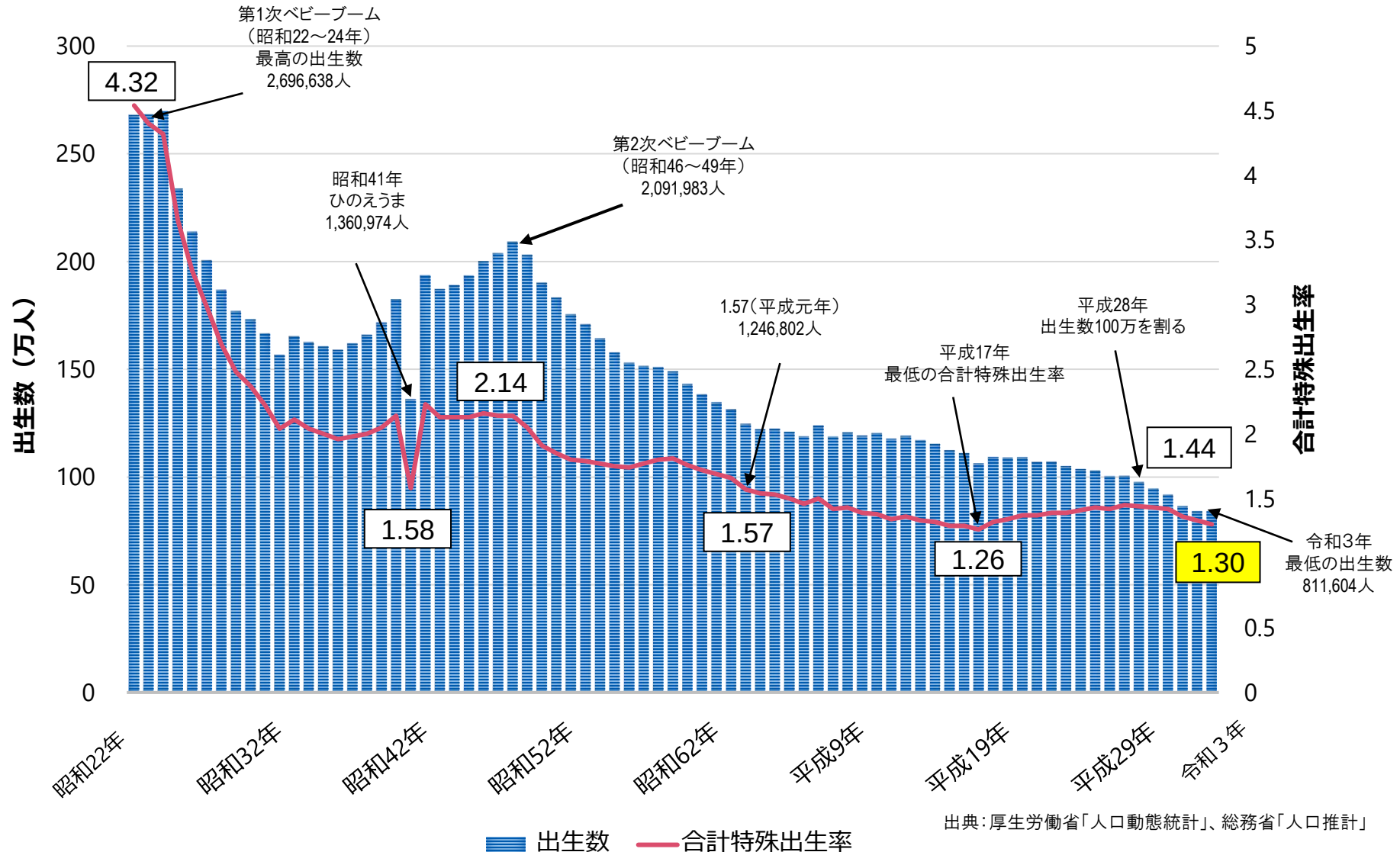
厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

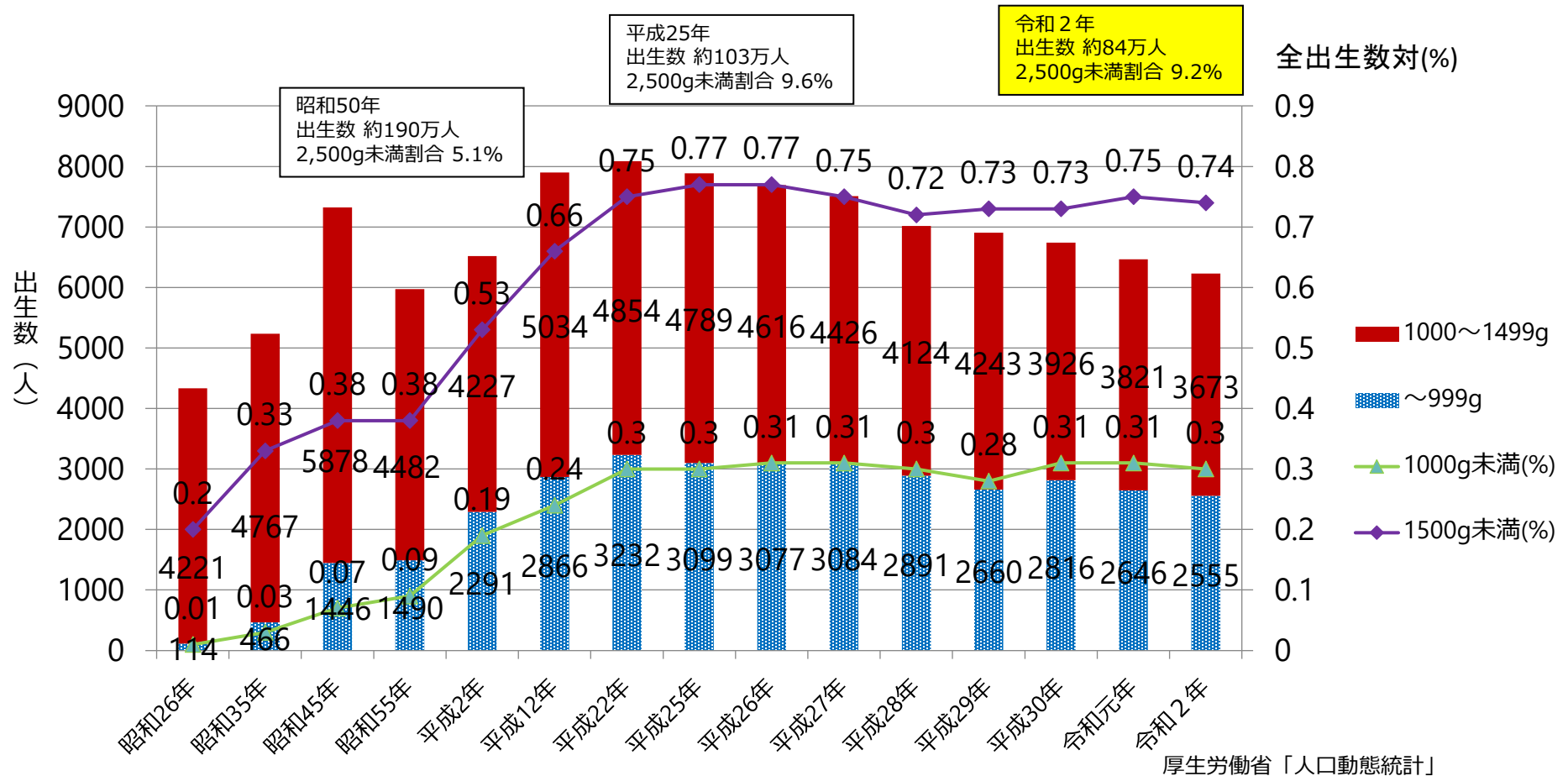
少子化の進行と人口減少社会の到来

- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



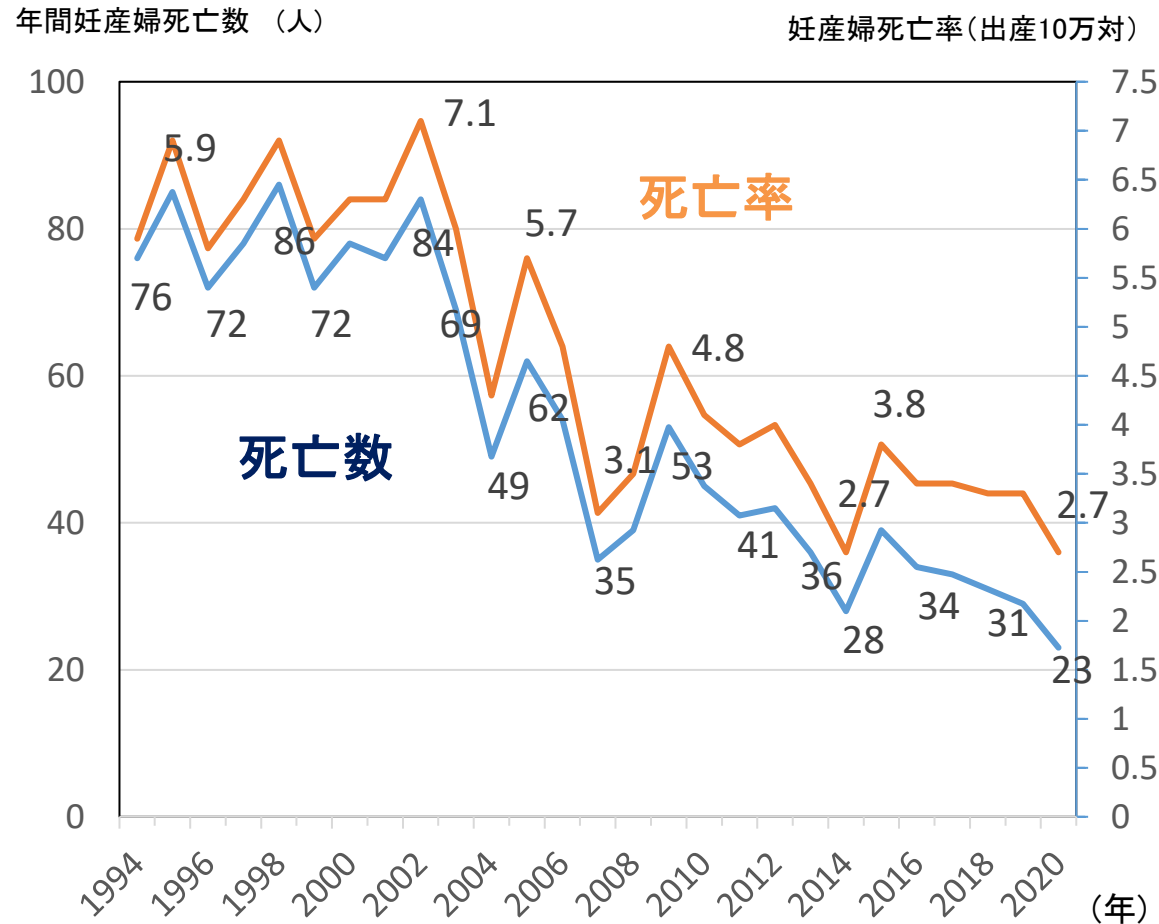
出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加傾向。
- 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向。



妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

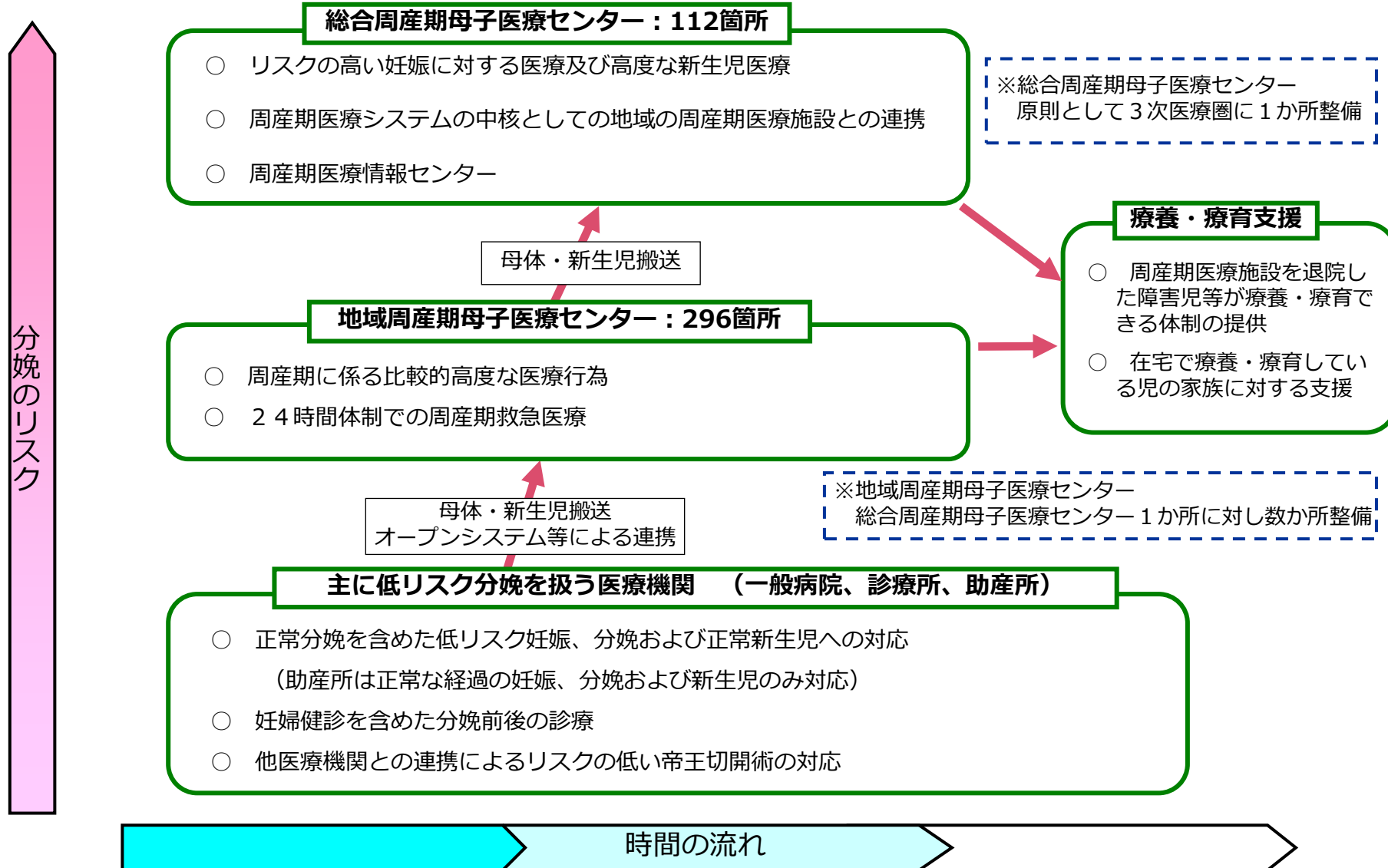
	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

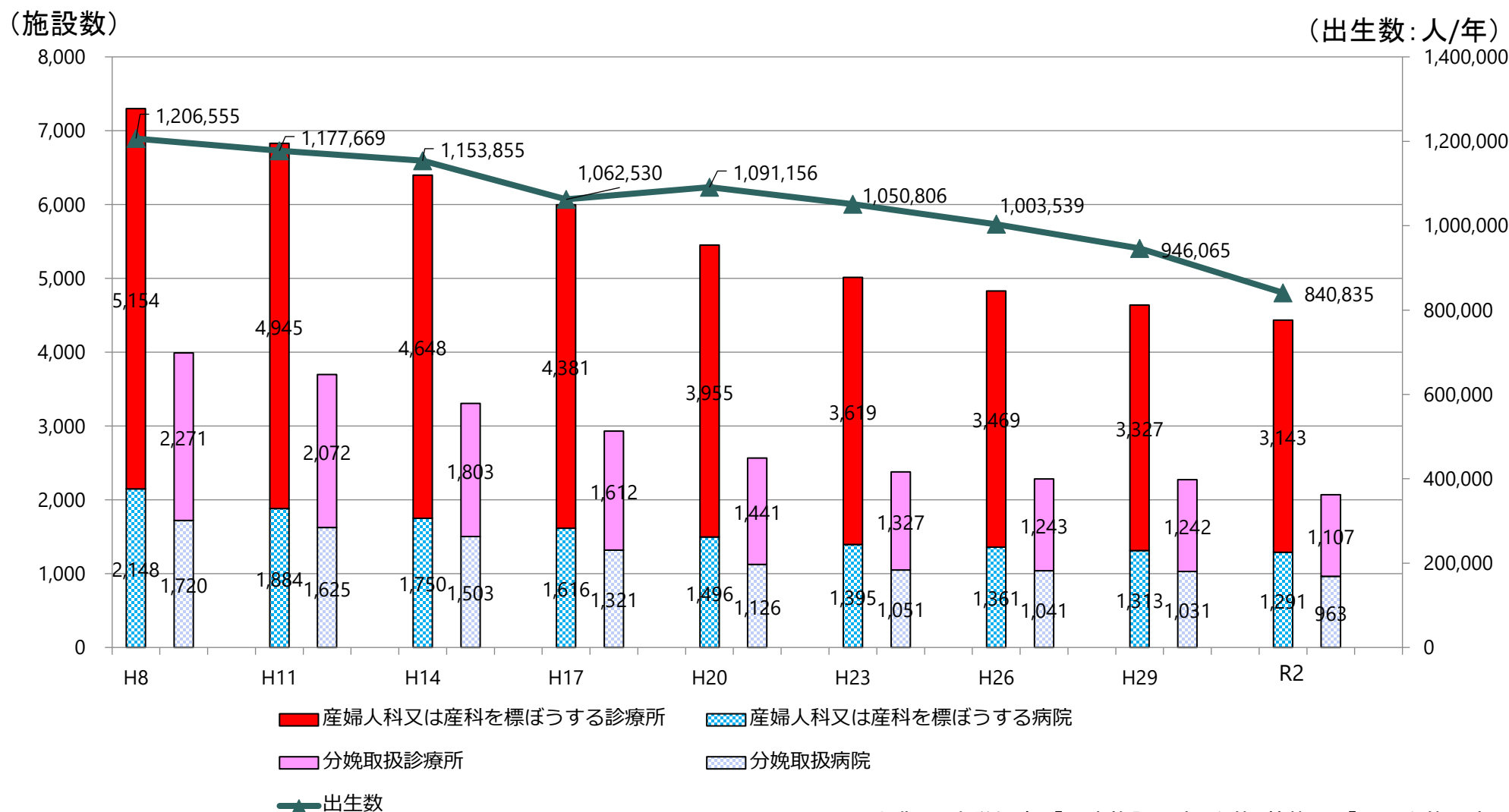
周産期医療体制

- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、平成29年度までに全都道府県に配置されている。



産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移

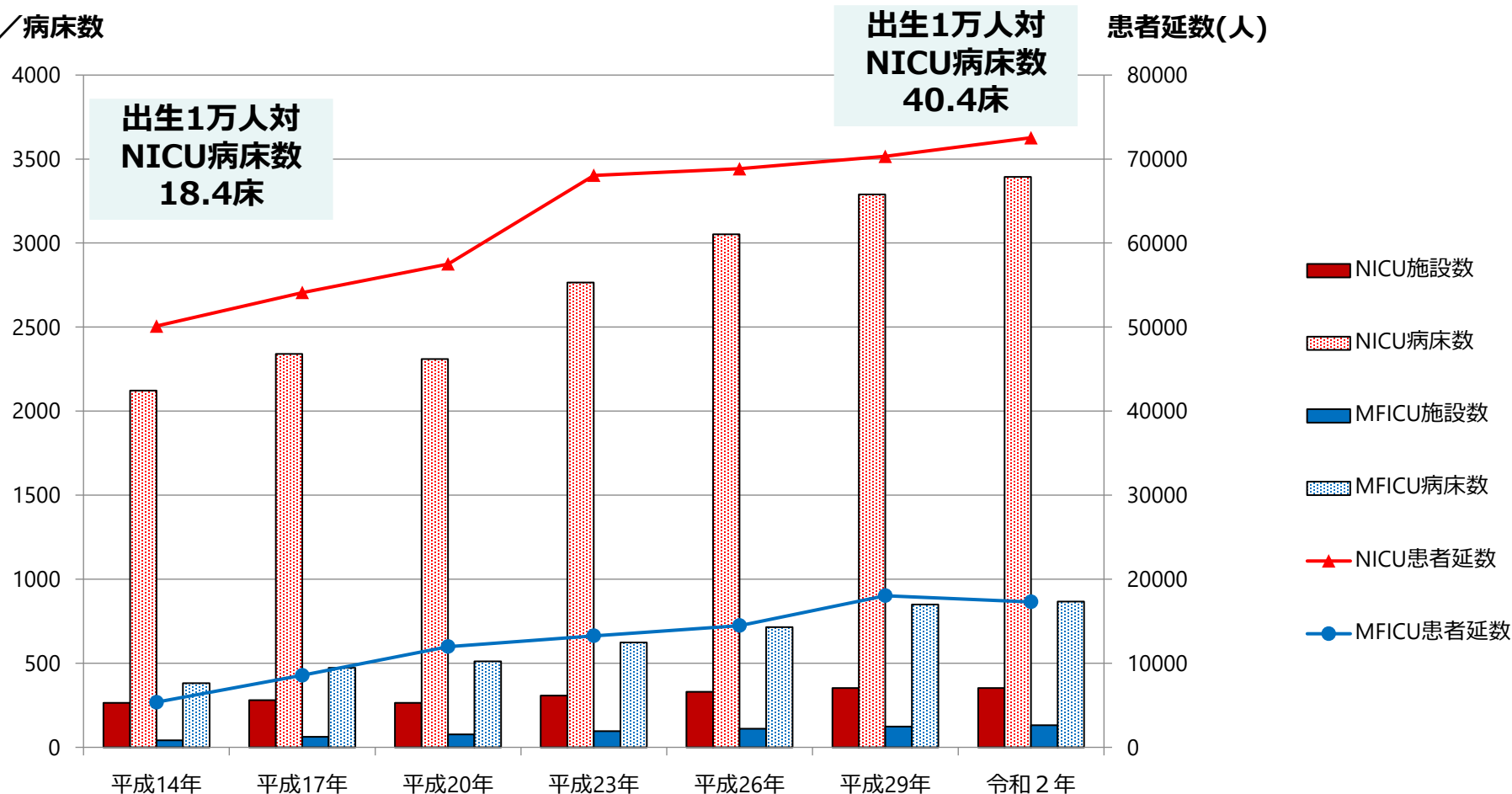
- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



NICU(新生児集中治療室)・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数と患者延数の推移

- NICU及びMFICUの施設数、病床数は増加してきている。
- NICU患者延数は近年やや上昇傾向にあるが、MFICU患者延数については近年横ばいからやや減少してきている。
- NICU病床数については、平成27年少子化対策大綱において、出生1万人対25～30床という目標が示され、平成29年には全都道府県で目標を達成した。令和2年度のNICU病床数は出生1万人対40.4床と大幅に目標値を上回っている。

施設数／病床数

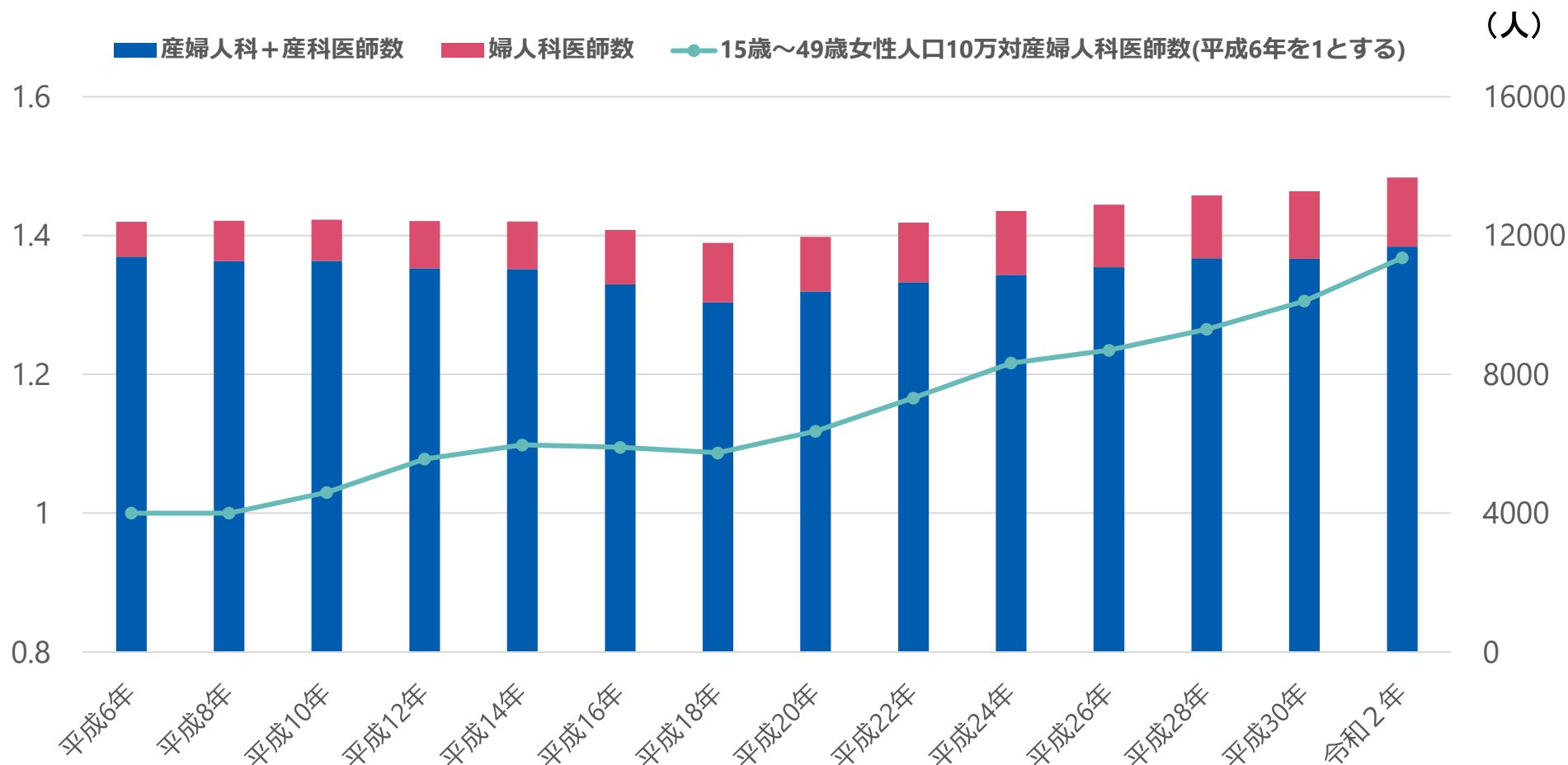


出典：厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

産婦人科医師数の推移

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年の約1.4倍となっている。



※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

周産期医療圏

- 産科医師確保計画と整合的に周産期医療体制の整備を行うため、第7次医療計画の中間見直しの際から、周産期医療圏ごとの体制整備を求めている。
- 15都道府県において、二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。

周産期医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 2 周産期医療圏の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、（中略）、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、周産期医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、周産期医療圏の再設定を行うこと。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。
- (3) （中略）、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

（参考）各都道府県における、二次医療圏数と周産期医療圏数（令和3年4月1日時点）

青色：二次医療圏数と周産期医療圏数が異なる場合

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
北海道※1	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	4
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	4
福島県	6	6
茨城県	9	3
栃木県	6	5
群馬県	10	4
埼玉県	10	10
千葉県	9	9
東京都	13	9
神奈川県	9	6
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県※2	4	4
山梨県	4	2
長野県	10	10
岐阜県	5	5
静岡県	8	3
愛知県※3	11	11
三重県	4	4

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
滋賀県	7	4
京都府	6	6
大阪府	8	8
兵庫県	8	7
奈良県	5	5
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	8	5
徳島県	3	3
香川県	3	3
愛媛県	6	4
高知県※4	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	5	5
長崎県	8	8
熊本県	10	6
大分県	6	6
宮崎県	7	4
鹿児島県	9	6
沖縄県	5	5
計	335	284

無産科周産期医療圏

- ※1 日高、留萌、北空知、南檜山
- ※2 奥越
- ※3 東三河北部
- ※4 高幡

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み①

（無産科周産期医療圏）

- 医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療の集約化・重点化が進んでいる。
- これに伴い、産婦人科医・産科医が不在の周産期医療圏※¹または分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏※²が、北海道4圏域、福井県1圏域、愛知県1圏域、高知県1圏域の合計7つ※³存在しているが、各都道府県において、周産期医療を提供するための取組をおこなっている。

無産科周産期医療圏が存在する4道県の対策

北海道	北海道大学産婦人科学教室が中心として立ち上げた法人（WIND）から、当該医療圏に所在する医療機関への医師派遣
福井県	直接的な支援ではないが、産科医師の確保に取組み、無産科周産期医療圏内で健診を行っている医療機関と分娩取扱施設との連携の強化
愛知県	直接的な支援ではないが、分娩を取り扱う医師や助産師への分娩手当の助成や地域枠において産科を選択した医師への修学資金の加算
高知県	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を整備、充実することで、人的・物的資源等の集約化・重点化を図っている。産科医・小児科医の確保対策として、産科医・小児科医への補助金のほか、産科・小児科を志望する学生に向けた奨学金の貸与

※1 分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない（日替わりで出張医師が来るなど）ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師統計ではゼロとなる。

※2 産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。

※3 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計、令和2年医療施設調査

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み② (タスク・シフト/シェア)

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革(医師の時間外労働の上限規制)

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト/シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の要因。
このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

➤助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入(院内助産所・助産師外来)

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

➤助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

タスク・シフト/シェア

平成3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを推進するよう、その留意点等について通知を发出。
- 医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、**院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。**

➤助産師 ①院内助産所 ②助産師外来



周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み③

(オープンシステム・セミオープンシステム)

- オープンシステム・セミオープンシステムでは、分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
- 令和2年度には、全国で157の周産期母子医療センター等の産科医療機関がオープンシステム・セミオープンシステムを利用して妊産婦への対応を行っている。

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

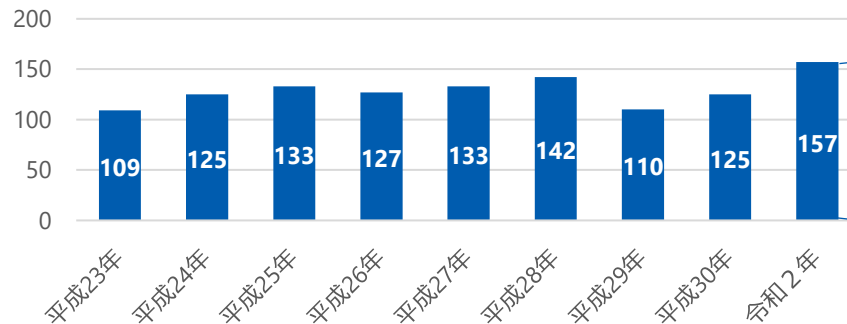
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

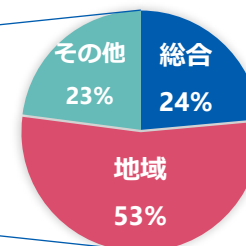
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考) オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数



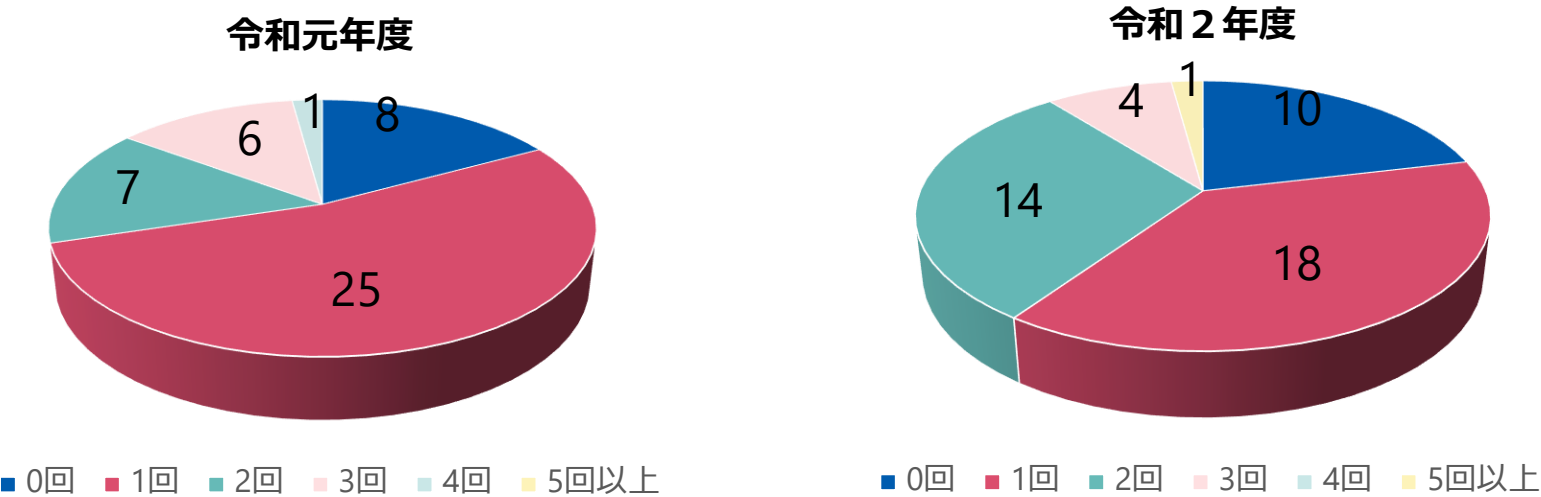
施設の内訳



周産期医療に関する協議会について

- 令和元年度・令和2年度に、周産期医療協議会を開催していない都道府県が存在する。
- 医師はほとんどの都道府県で参加しているものの、新生児科医が参加していない都道府県がある。また、救急医が参加している都道府県は少ない。
- 助産師は37都道府県で参加している。
- 消防関係者の参加は32都道府県にとどまる。

周産期医療協議会の開催回数



協議会メンバーの職種：都道府県数（令和2年度、回答のあった44都道府県のうち）

医師							看護師等				消防関係者	保健所 関係者	都道府県 医療政策 担当者	学識経験者
	産科医	産婦人科医	小児科医	新生児科医	救急医	麻酔科医		助産師	看護師	保健師				
44	27	42	41	29	5	2	41	37	28	9	32	25	27	23

病棟における産科区域の特定

- 周産期母子医療センターの約半数で、産科一般病床は産科患者専用である。
- 産科専用病棟を有さない周産期母子医療センターのうち、約半数では、区域管理（ゾーニング）やユニット化により産科区域の特定が行われているが、医療計画上、産科区域の特定に関する記載はない。

成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（抄）

令和3年2月9日閣議決定

基本的方向

成育過程にある者等を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応し、子どもの権利を尊重した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進する。

II 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

1. 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

（1）周産期医療等の体制

- ・ 分娩を取り扱う医療機関について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する。

産科混合病棟の状況（回答 340施設）

	一般産科病床 (MFICUを除く)		
	産科患者のみ入院		
はい	174	総合	68
		地域	106
いいえ	166	総合	23
		地域	143

産科混合病棟における 区域管理（ゾーニング）、ユニット化の実施状況

	総合	地域	計
区域管理（ゾーニング）を行っている	6	33	39
ユニット化を行っている	5	27	32
ユニット化及び区域管理（ゾーニング）を行っている	1	11	12
どちらも行っていない	11	72	83

産科混合病棟における 産科以外に入院する診療科 (複数回答可)

診療科	回答数
婦人科	151
外科	50
小児科	43
内科	41
眼科	28
整形外科	26
泌尿器科	20
耳鼻咽喉科	18
脳神経外科	15
皮膚科	12
歯科口腔外科	10
救急科	9
総合診療科	5
精神科	5