

令和 7 年10月23日		資料 2
第 2 回 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		

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

令和 7 年10月23日

医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第1回の議論のまとめ（1）

◆周産期医療の提供体制について

- ・ 小児、お産に関してはどんどん減っていく状態であり、撤退戦である。混乱を起こさずにどう撤退していくのかというのが集約という言葉で言われているが、施策を打つタイミングが遅れると先に診療所や医療機関の方が倒れるという事態となるため、事は急を要する事態である。
- ・ 産後ケア事業との連携も必要である。オープンシステム等の紹介があったが、もっと普及していき、安心して地元で妊婦健診が受けられて、出産の時には移動するかもしれないけれど、安心して産めるような体制を都道府県計画、市町村計画の中で医療とともに全体としての体制整備を進めていただきたい。
- ・ 新生児科医が常勤ではなく、病院の小児科が併せて診ているような病院もかなりある。本当の意味で小児科医、新生児科医の育成とその配置を真剣に考えていかなければならない。
- ・ ハイリスク妊産婦だけでなく、一般の妊産婦への対応等も含めて、医療資源を集約して、拠点病院の分娩体制や地域周産期母子医療センターの機能を強化しながら、その一方で妊産婦が安心して出産できるように、オープン・セミオープンシステムや妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費の支援等の仕組みも活用しながら、地域において、機能に応じた役割分担と連携を進めることが必要である。
- ・ いろいろな分娩施設に対して経済的な支援をしていかななくてはいけないという状況は間違いない。健全な経営の上にこういった議論が成り立つわけで、そこが成り立たないと、構想を話してもそれが本当に机上の空論になっている可能性がある。
- ・ 大きくはB水準からA水準に、2035年には1860時間から960時間に医師の時間外の制限が移行する。これから10年かけてしっかりとA水準に移行していくためには、地域の基幹病院への集約化と重点化、大規模化というところは避けて通れない。

◆安全な無痛分娩の提供体制について

- ・ 学会や関係団体が協力して安全に実施していくための環境整備を行っているところであり、まずはこういった体制の確立が必要。
- ・ 安全性についてもさらに啓発、広報をしていただいて、安全な環境づくりをしていただければと願っている。
- ・ 麻酔科医が複数名で無痛分娩に携わるという体制がどの病院でもできるというのがアクセスも確保した上で安全性を提供するという意味では一番理想だが、現状はやはり大きな病院に早く運ぶ判断をしていただくことも重要である。

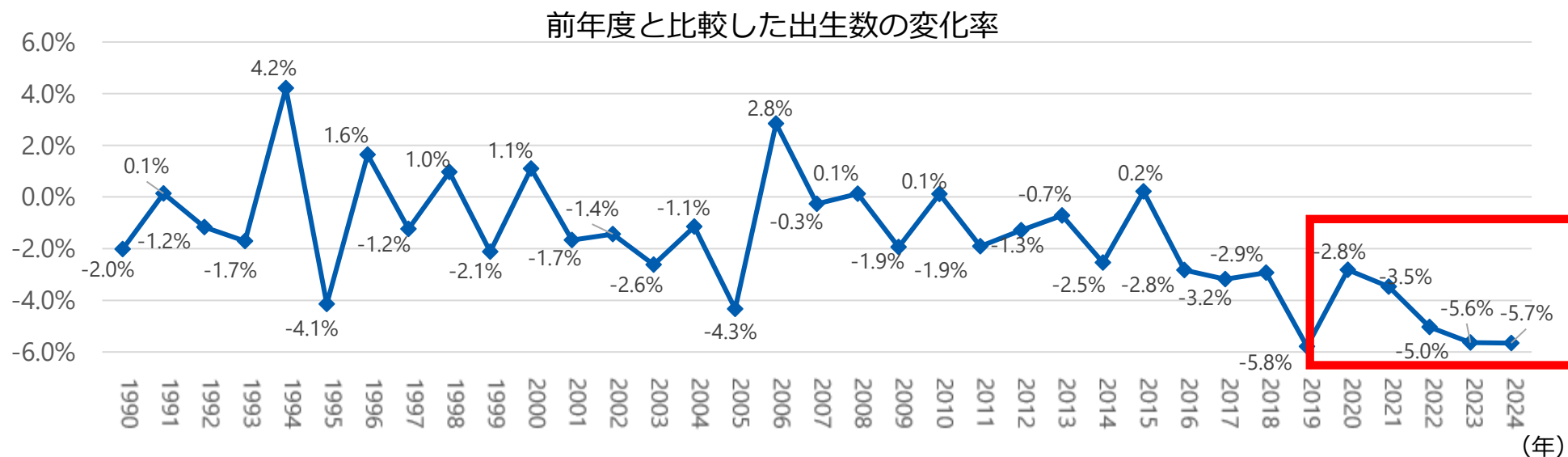
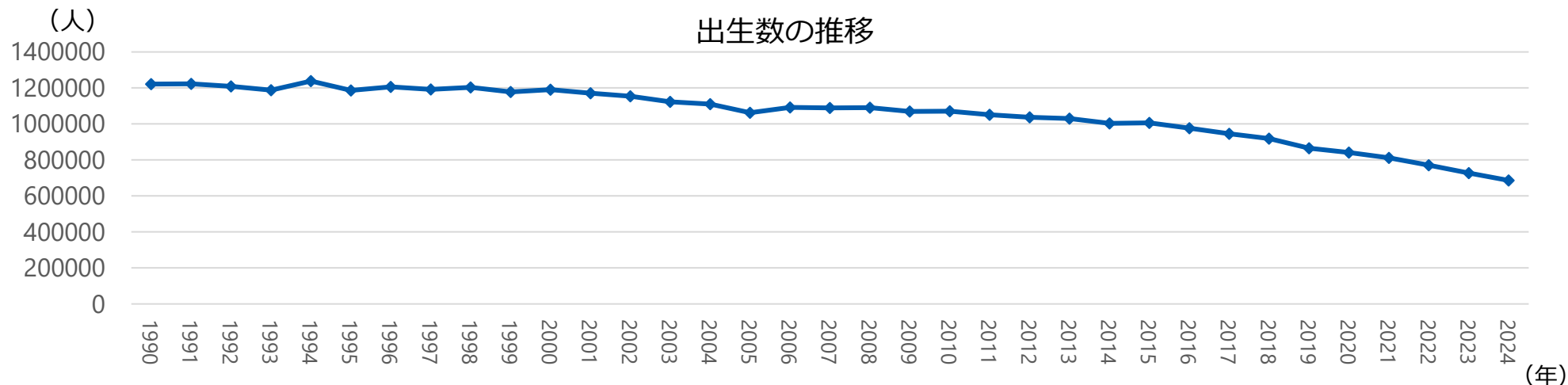
第1回の議論のまとめ（2）

◆高知県における取組について

- ・ 少子化や医師高齢化などの課題は、実は何ら変わっていないという状況で、根本的な周産期医療の危機的状況は解決していない。ローリスク分娩施設の集約化も含めた体制検討というのは急務という状況となっている。
- ・ キーワードは集約化ということでもいいとは思いますが、いかにそこに少ない人員を集約化するかというところ。集約化する場合には、いかに雇用母体が違う人たちをできるだけ壁を下げてスムーズに動かしていけるかどうか。
- ・ 高知県では、産科の診療所が非常に減ったことが大きな要因であり、そういう状況を踏まえて、県の産婦人科医会、県医師会がかなり率先して議論を進めていただいたことが今回取りまとめの大きな貢献になった。都道府県だけではなかなか進みづらい。
- ・ 全国を見ると、産科診療所の分娩が45.1%あり、将来的に10年とかを想定すると、地方の都道府県ではかなり産科診療所が減ってくるのは見えるので、早い段階から将来を見据えて、各都道府県医師会、産婦人科医会と行政とが、今頑張っている産婦人科診療所の先生方の意向も踏まえて、どうソフトランディングするのかを考えていくことが大切。
- ・ こうのと里センターという大きな施設ができ、それは非常に理想的なことかと思うが、これが周産期母子医療センターの外にできるのか、中にできるのかというのがすごく大きな問題で、やはり総合周産期母子医療センターとか、大きな人数を抱えるところが、そういったところをケアして運営していくというような体制を作っていくと、両方を維持していくということはなかなか難しいのではないかと思う。
- ・ 助産師の実践能力及び雇用の点まで課題を示していただいた。お話いただいた雇用の障壁について、助産師が異動することを少し阻む場合もあり、日本看護協会の調査では、助産師が潜在化しているという実態が明らかになっている。
- ・ セミオープンシステムを実施しても、経営が成り立たないため、数年で継続できなくなるというケースがある。
- ・ 産むだけではなくて、妊娠中から分娩、そして産後、子育てというところを丁寧に寄り添いながらやっていくということが虐待防止などにつながっていくと思う。

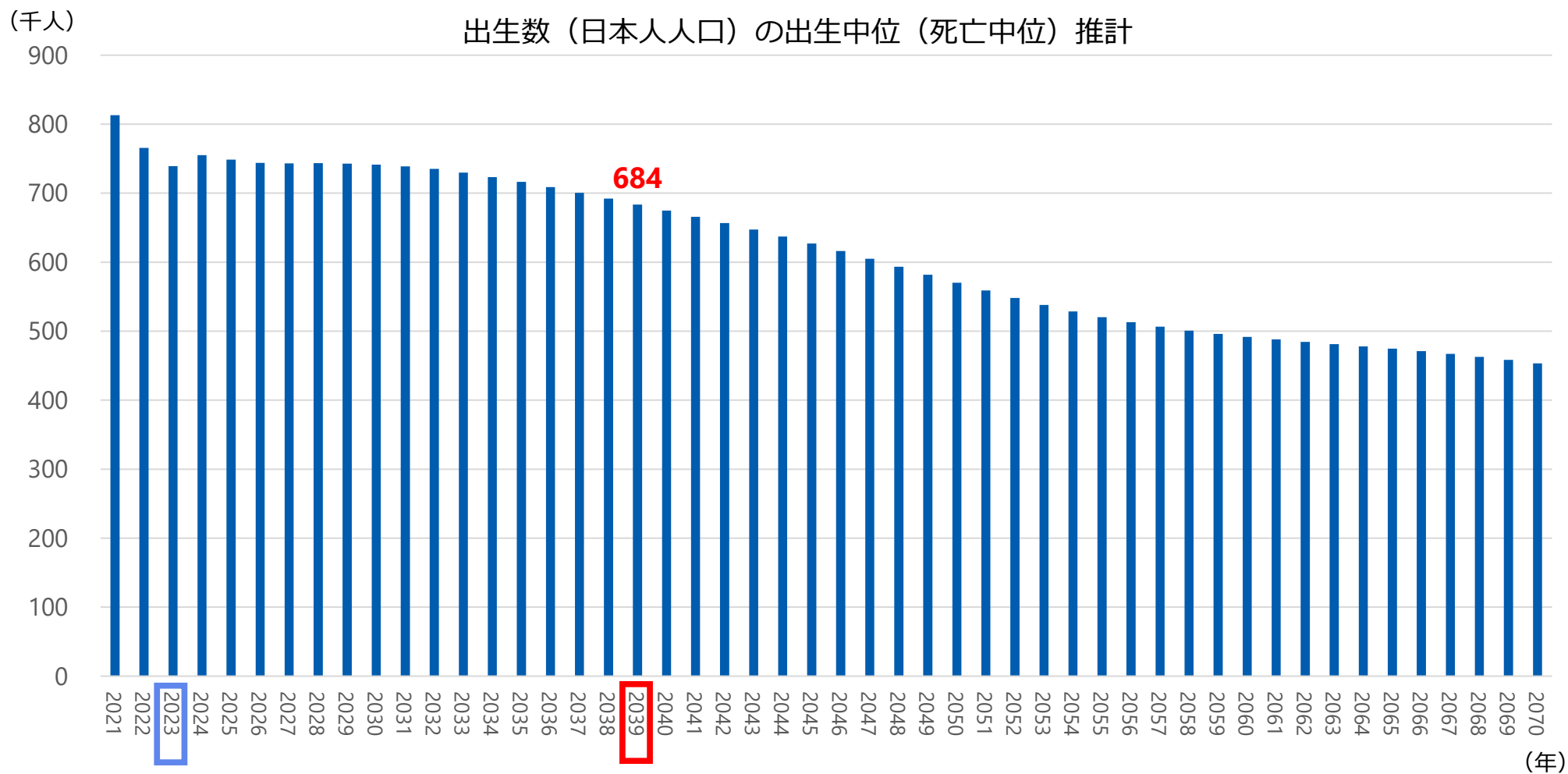
出生数の変化率

- 前年と比較した出生数は、2016年以降は減少し続けている。
- 特に、2021年以降は前年と比較して減少率が増大している。



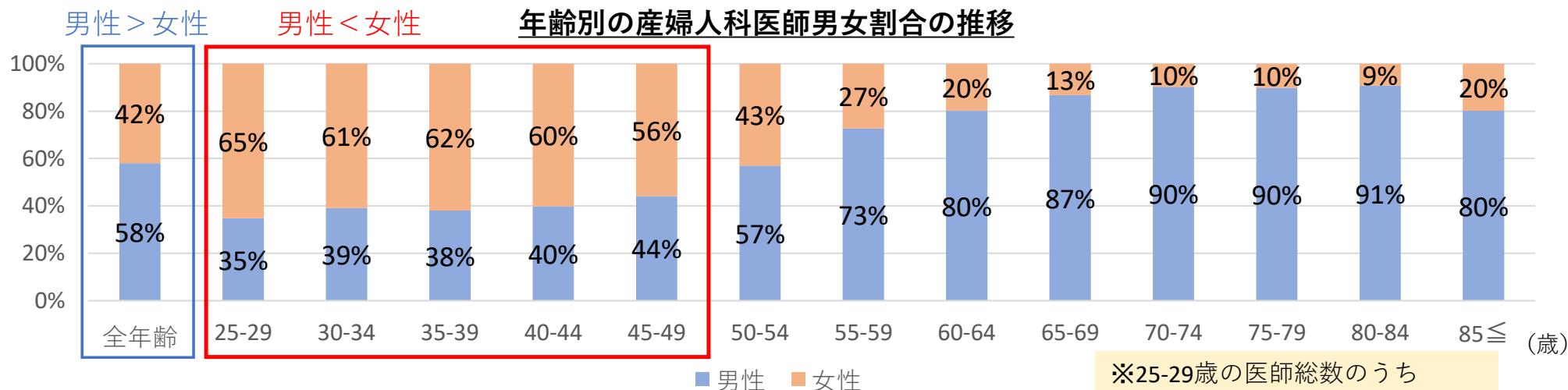
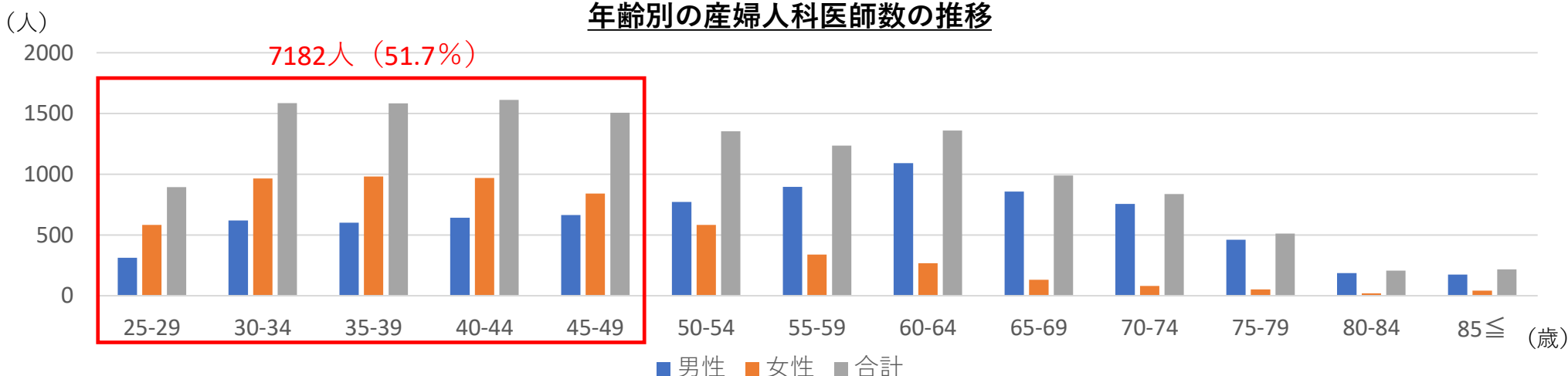
出生数の推計

- 令和5年時点の人口推計によると、出生中位（死亡中位）推計によると2039年に初めて68.4万人となる推計であったが、令和6年の出生数の確定値（日本人のみ）は686,173人である。



産婦人科医の年齢・性別ごとの推移

- 産婦人科医師のうち、50歳未満は約半数である。
- 年齢を考慮しなければ、男性58%、女性42%であるが、特に50歳未満においては、女性の割合が多い。



※25-29歳の医師総数のうち
男性 64.9%, 女性 36.1%

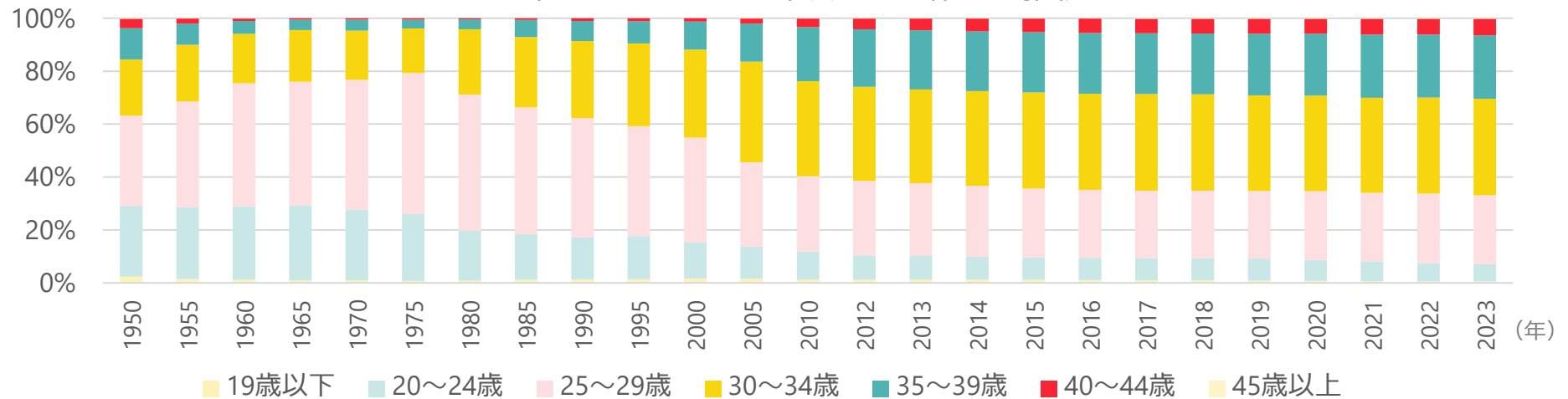
※ここでの「産婦人科医」とは、医師・歯科医師・薬剤師統計において、産婦人科・産科・婦人科のうちいずれかを主あるいは唯一の診療科として選択した医師数を計上している（重複なし）

出典：令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計

母体の年齢を考慮した周産期リスクについて

- 30歳未満の出生数の割合は減少傾向にあるが、35歳以上の母体からの出生数の割合は増加傾向にあり、2023年においては35歳以上の割合は30.4%である。
- 母体の年齢が高いほど妊産婦死亡率は高い。

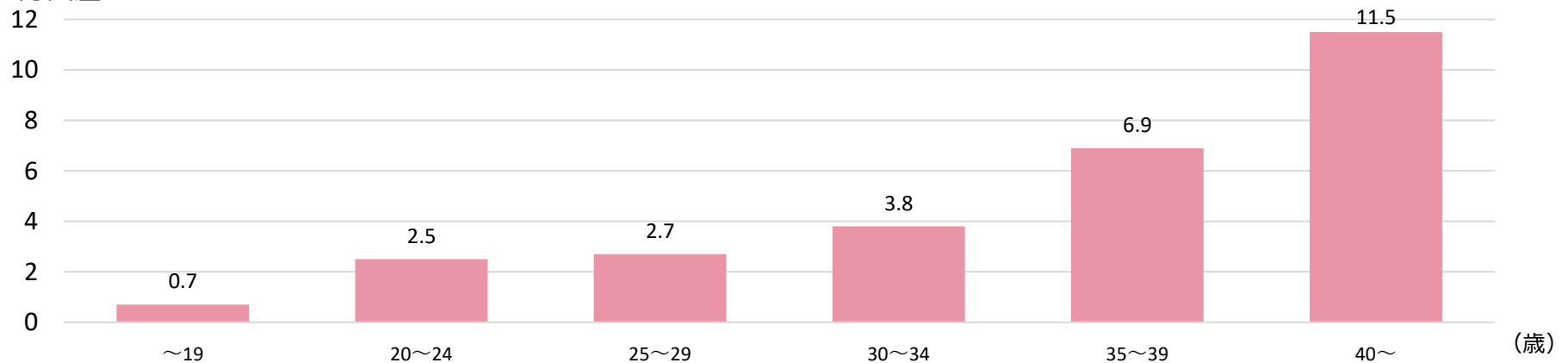
母の年齢別にみた出産年次別出生割合の推移



令和5年人口動態調査

/10万出産

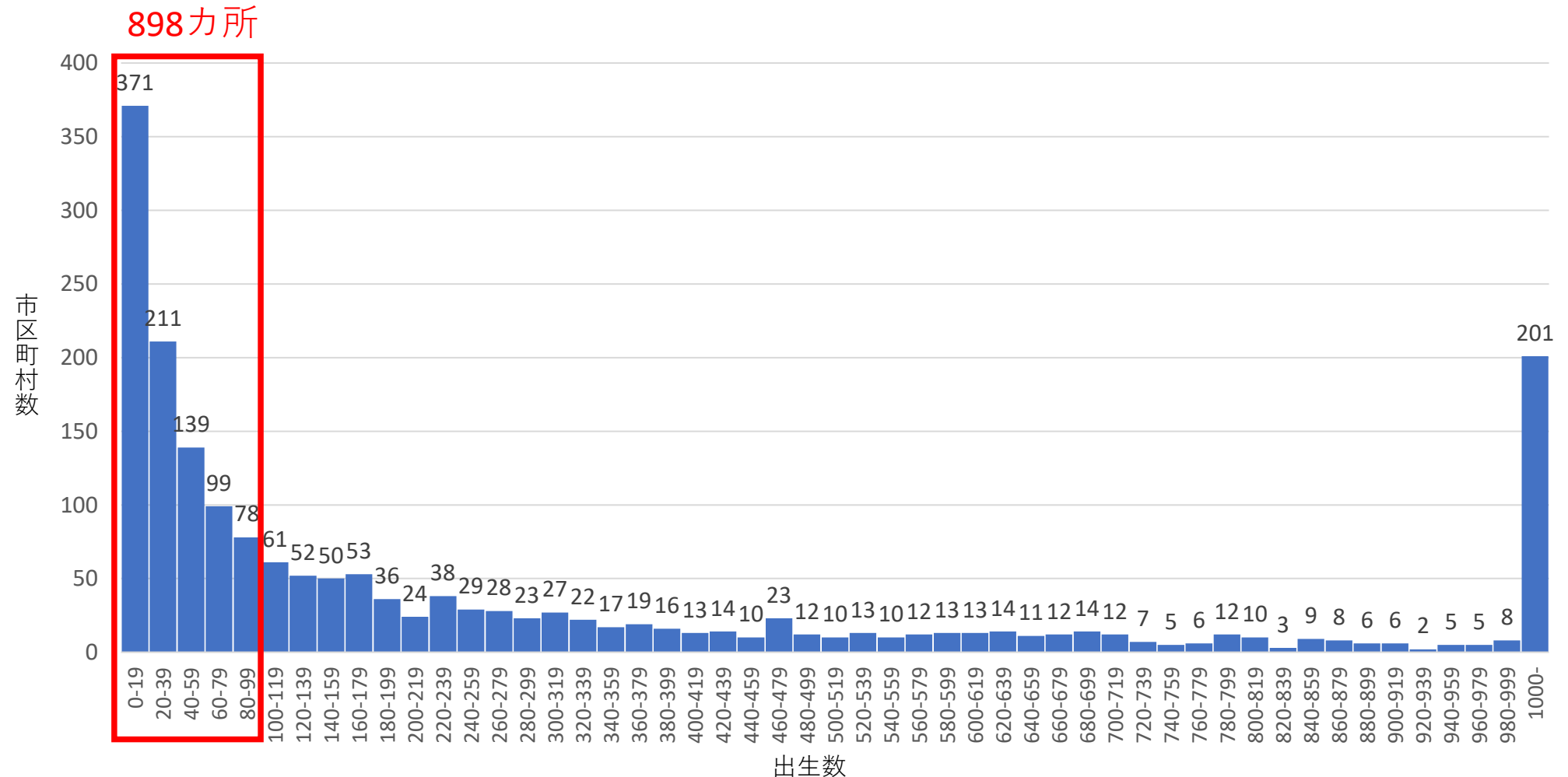
2010年～2023年における母の年齢別にみた妊産婦死亡率



日本産婦人科医会妊産婦死亡報告事業

出生数別の市区町村数

- 市区町村単位でみると、令和6年においては1892市区町村のうち、年間の出生数が100未満である市町村が898カ所である。

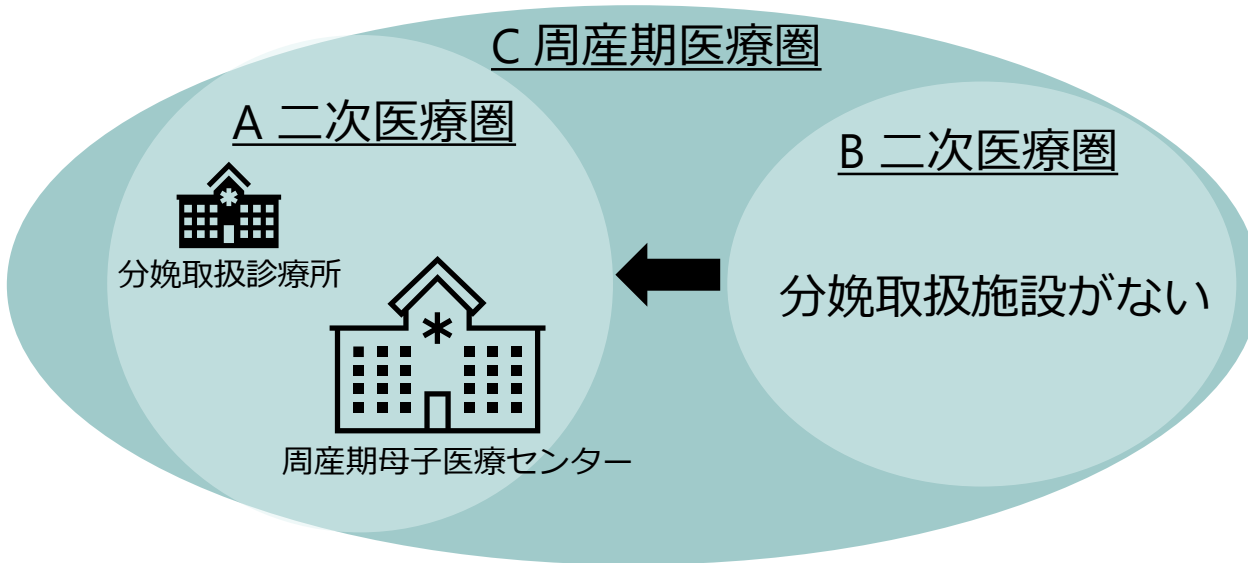


※令和6年人口動態調査「表番号1-2 出生数, 都道府県・市区町村・出生の場所・出生児の立会者別」に記載されている市区町村（特別区を含む）別の出生数について、医政局地域医療計画課において集計したもの。

周産期医療圏

令和7年10月1日 第1回小児医療及び周産期医療の提供体制に関するワーキンググループ 資料4

- 周産期医療体制については、二次医療圏を越えた圏域での整備が求められることが多いことから、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称する。
- 産科医師や分娩取扱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。



- 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実情に応じて弾力的に設定し、必要な医療を確保する。
- 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。

二次医療圏：330力所

周産期医療圏：263力所

※19の都県において二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。

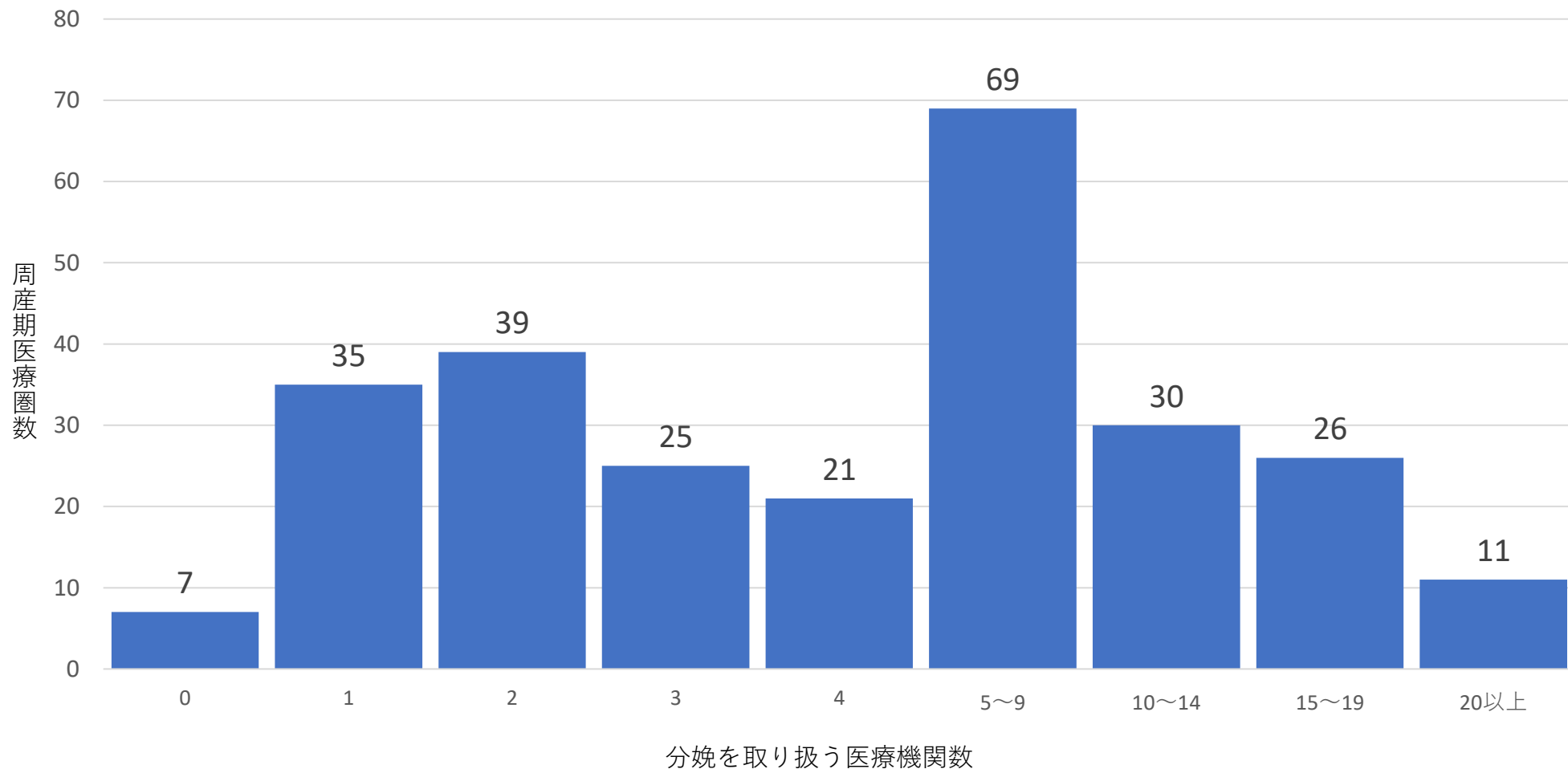
都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数	都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
北海道	21	21	滋賀県	7	4
青森県	6	6	京都府	6	6
岩手県	9	4	大阪府	8	8
宮城県	4	4	兵庫県	8	7
秋田県	3	3	奈良県	5	5
山形県	4	4	和歌山県	7	5
福島県	6	6	鳥取県	3	3
茨城県	9	3	島根県	7	7
栃木県	6	5	岡山県	5	5
群馬県	10	4	広島県	7	7
埼玉県	10	10	山口県	8	5
千葉県	9	9	徳島県	3	3
東京都	13	9	香川県	3	3
神奈川県	9	6	愛媛県	6	4
新潟県	7	7	高知県	4	4
富山県	4	4	福岡県	13	4
石川県	4	4	佐賀県	5	5
福井県	4	2	長崎県	8	8
山梨県	4	2	熊本県	10	6
長野県	10	10	大分県	6	3
岐阜県	5	5	宮崎県	7	4
静岡県	8	3	鹿児島県	9	6
愛知県	11	11	沖縄県	5	5
三重県	4	4	計	330	263

（令和6年4月1日時点 地域医療計画課調べ） 8

周産期医療については、二次医療圏よりも広い圏域で対応する必要性が生じている。

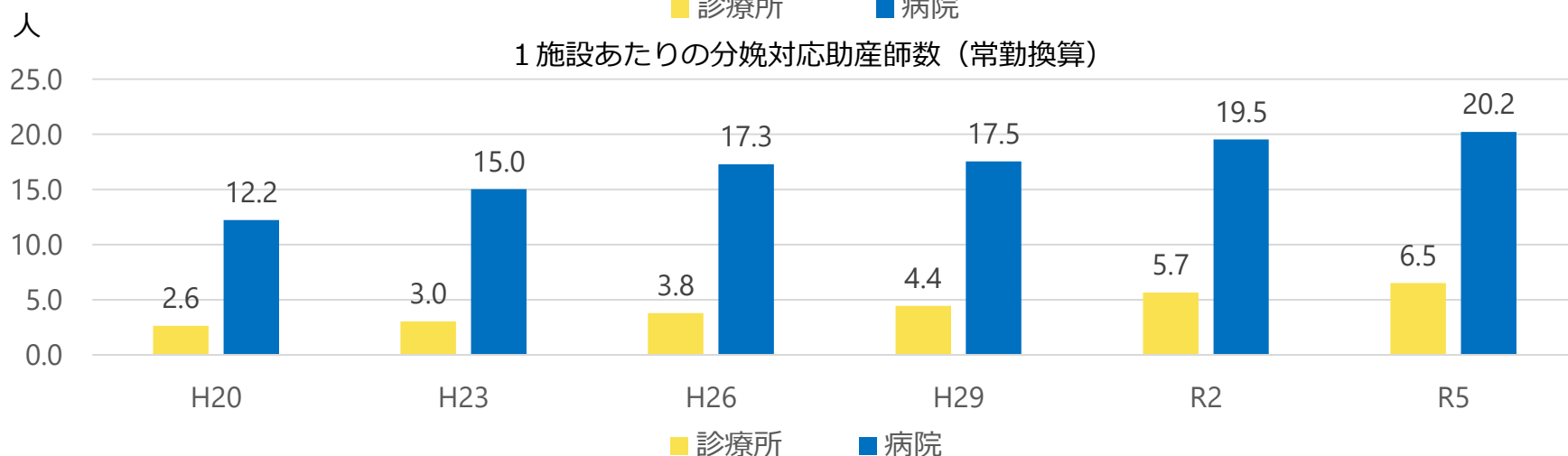
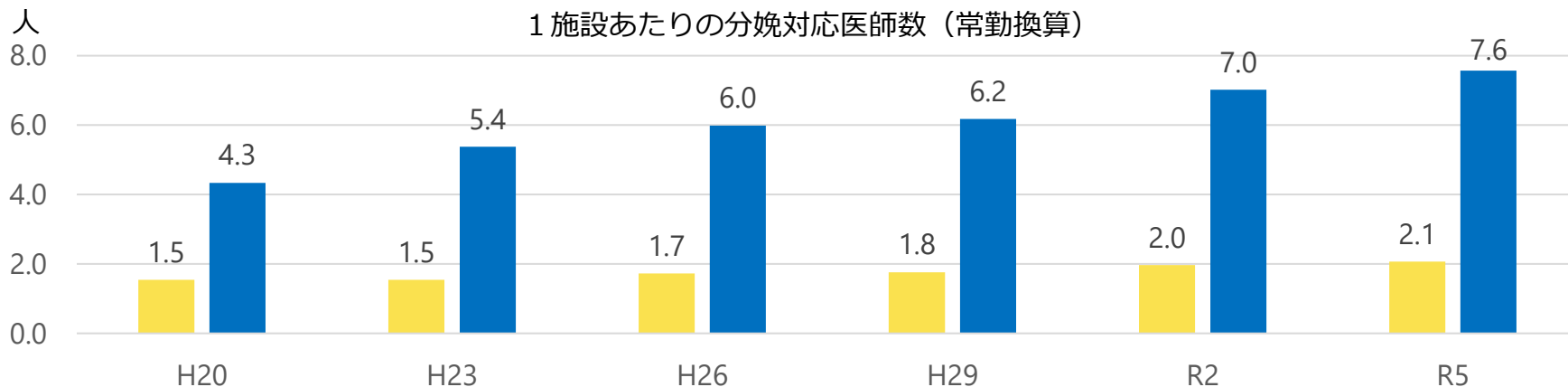
分娩を取り扱う医療機関数別の周産期医療圏

- 周産期医療圏によって、分娩を取り扱う医療機関数は様々であるが、全体の中央値は5施設であった。
- 7つの周産期医療圏では、分娩を取り扱う医療機関数が0であった。



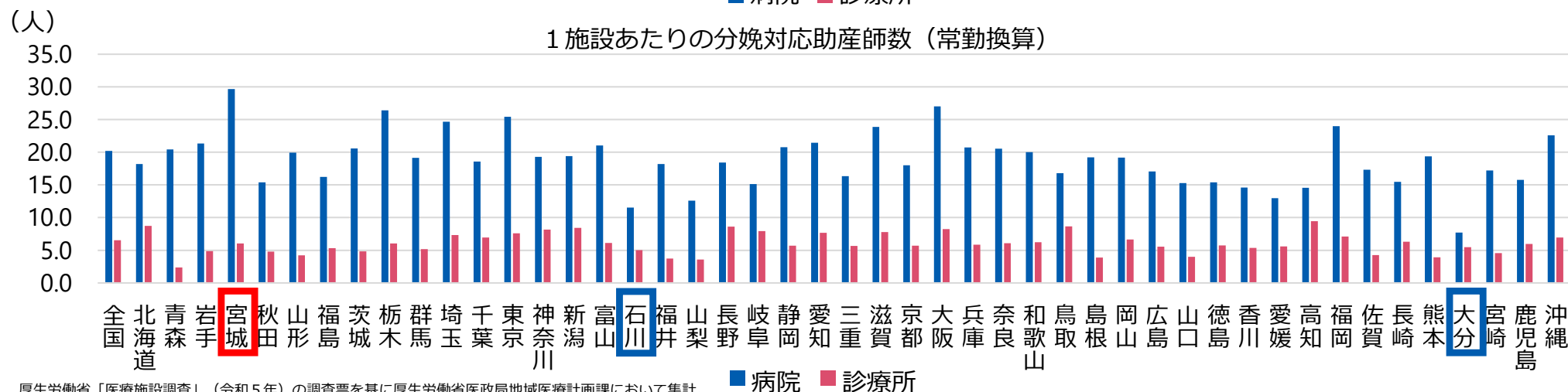
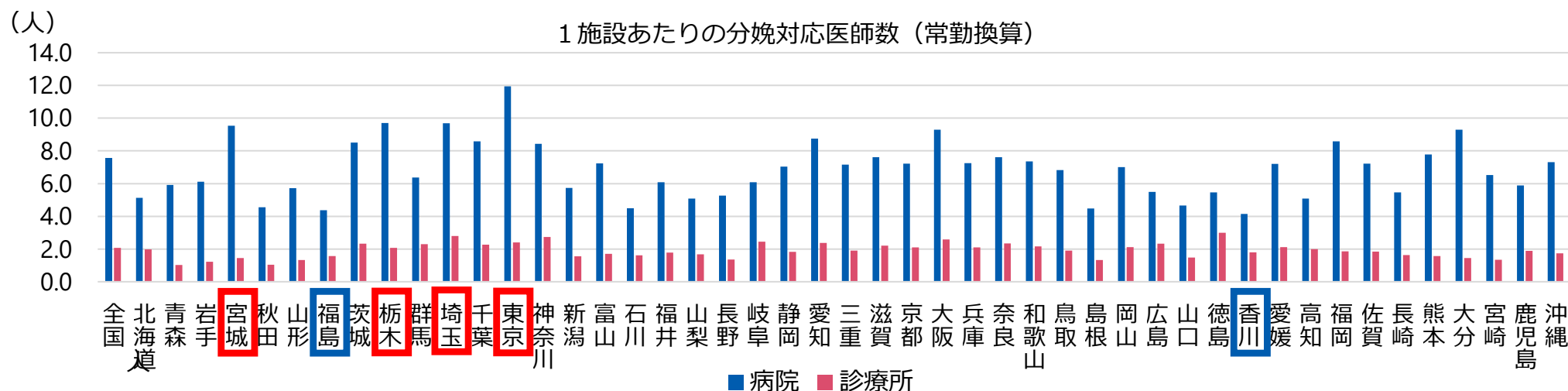
1 施設あたりの分娩対応医師数・助産師数

- 病院においては1施設あたりの分娩対応医師数は上昇傾向にあり、医療資源の集約化が一定程度進んでいると言えるが、診療所においては1施設あたりの分娩対応医師数が少なく、わずかな増加にとどまる。
- 1施設あたりの助産師数は診療所・病院ともに増加傾向にある。



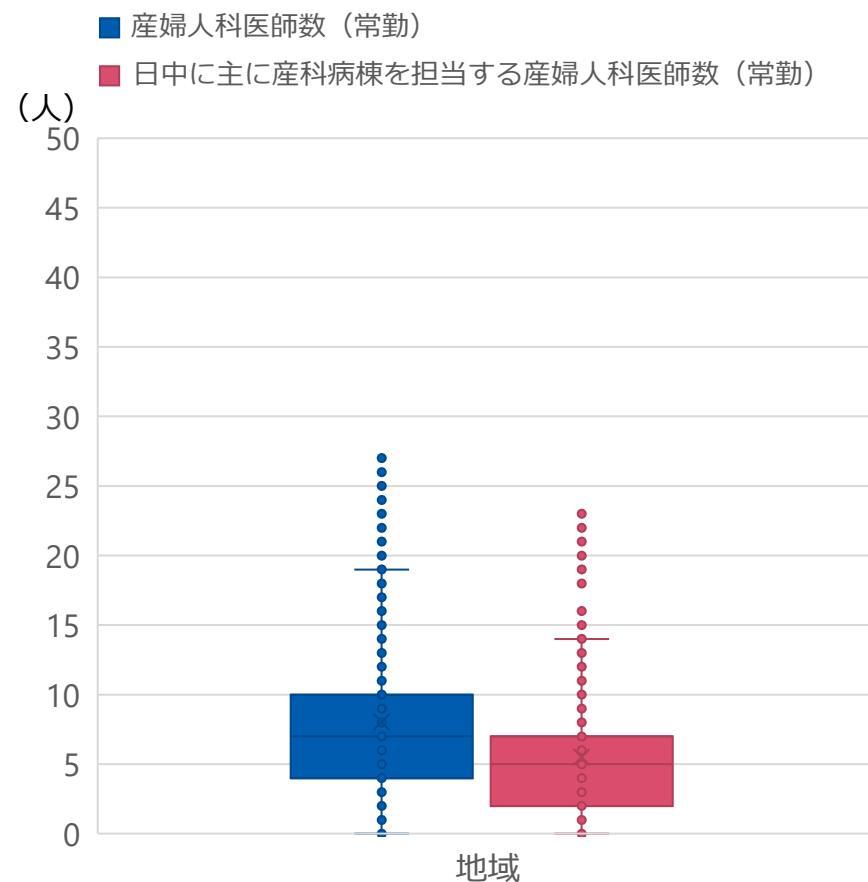
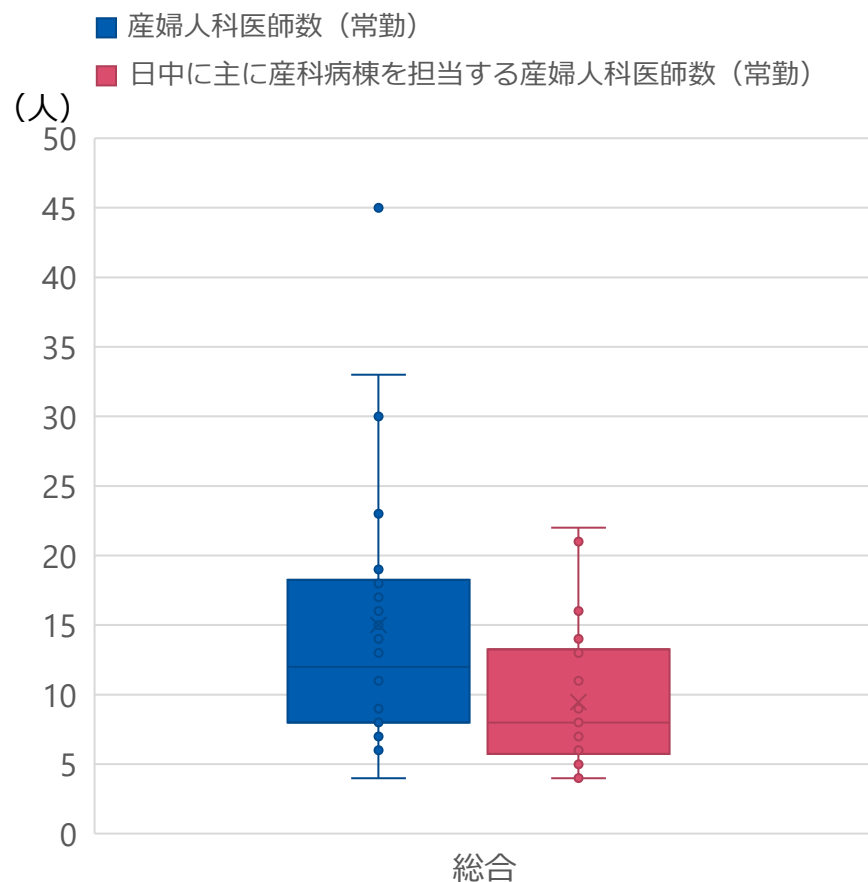
1 施設あたりの分娩対応医師数・助産師数（都道府県別）

- 分娩対応医師については、病院においては、東京都は1施設あたり約12人、宮城県、栃木県、埼玉県は約10人確保しているが、一方で福島県、香川県では1施設あたり約4人である。
- 分娩対応助産師については、病院においては、宮城県で1施設あたり約30人確保しているが、一方で石川県では約12名、大分県では約8名である。



周産期母子医療センターの現状（産婦人科医師の分娩対応状況：総合・地域別）

- 周産期母子医療センターにおいても、産婦人科医は周産期以外の診療も行っている。
- 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターと比較して、「産婦人科医師数」及び「日中主に産科病棟を担当する産婦人科医師数」のいずれも約1/2の人数である。

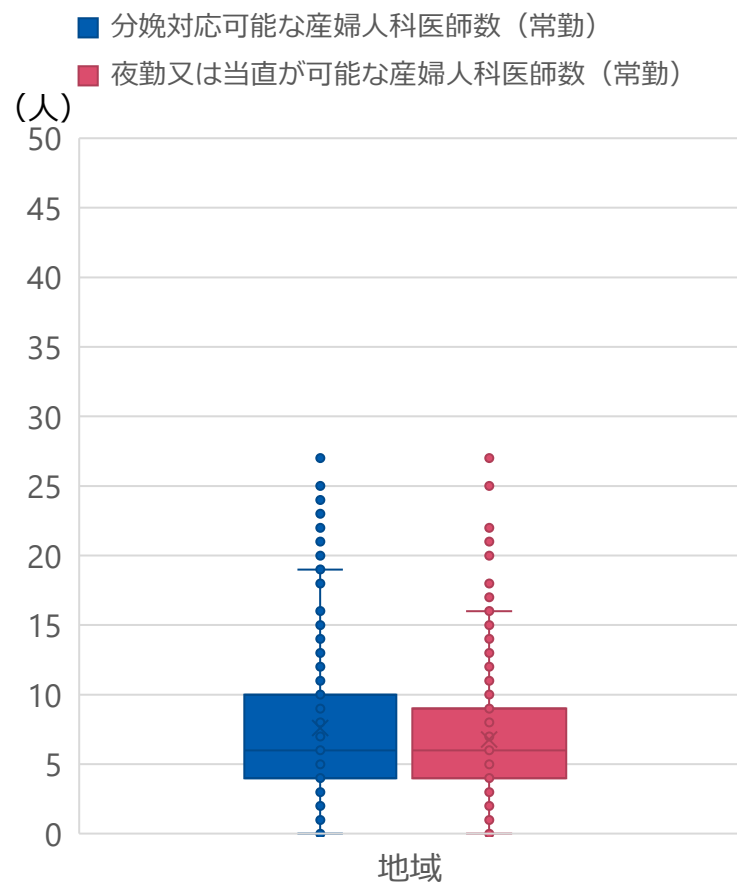
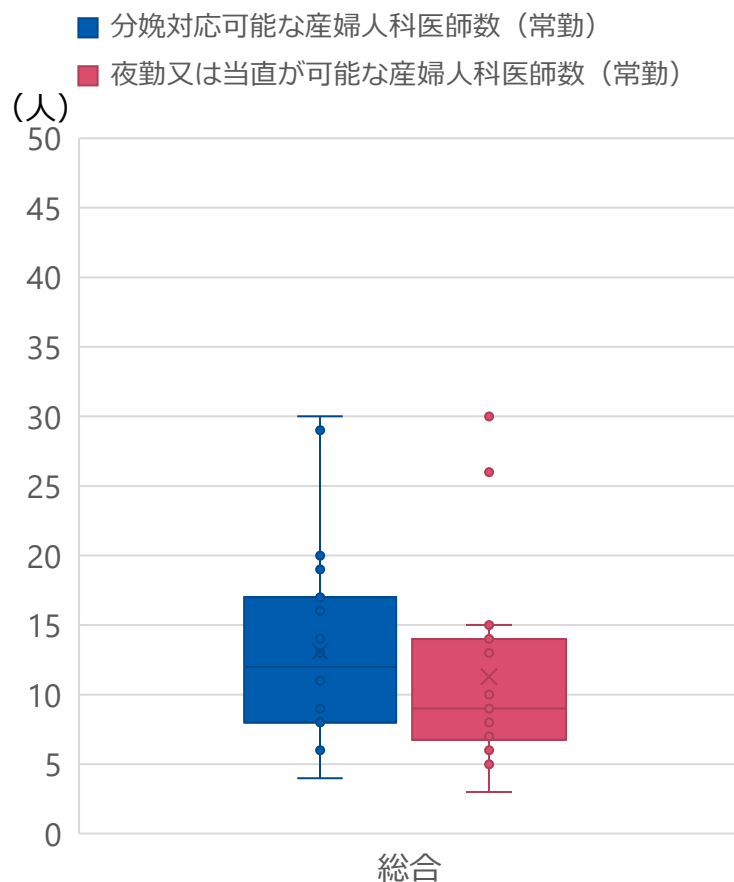


※「主にNICU又はGCUを担当する」とは、仕事の50%以上をNICU又はGCUを担当することを指す。

※「産科病棟」はMFICUを含む。

周産期母子医療センターの現状（産婦人科医師の分娩対応状況：総合・地域別）

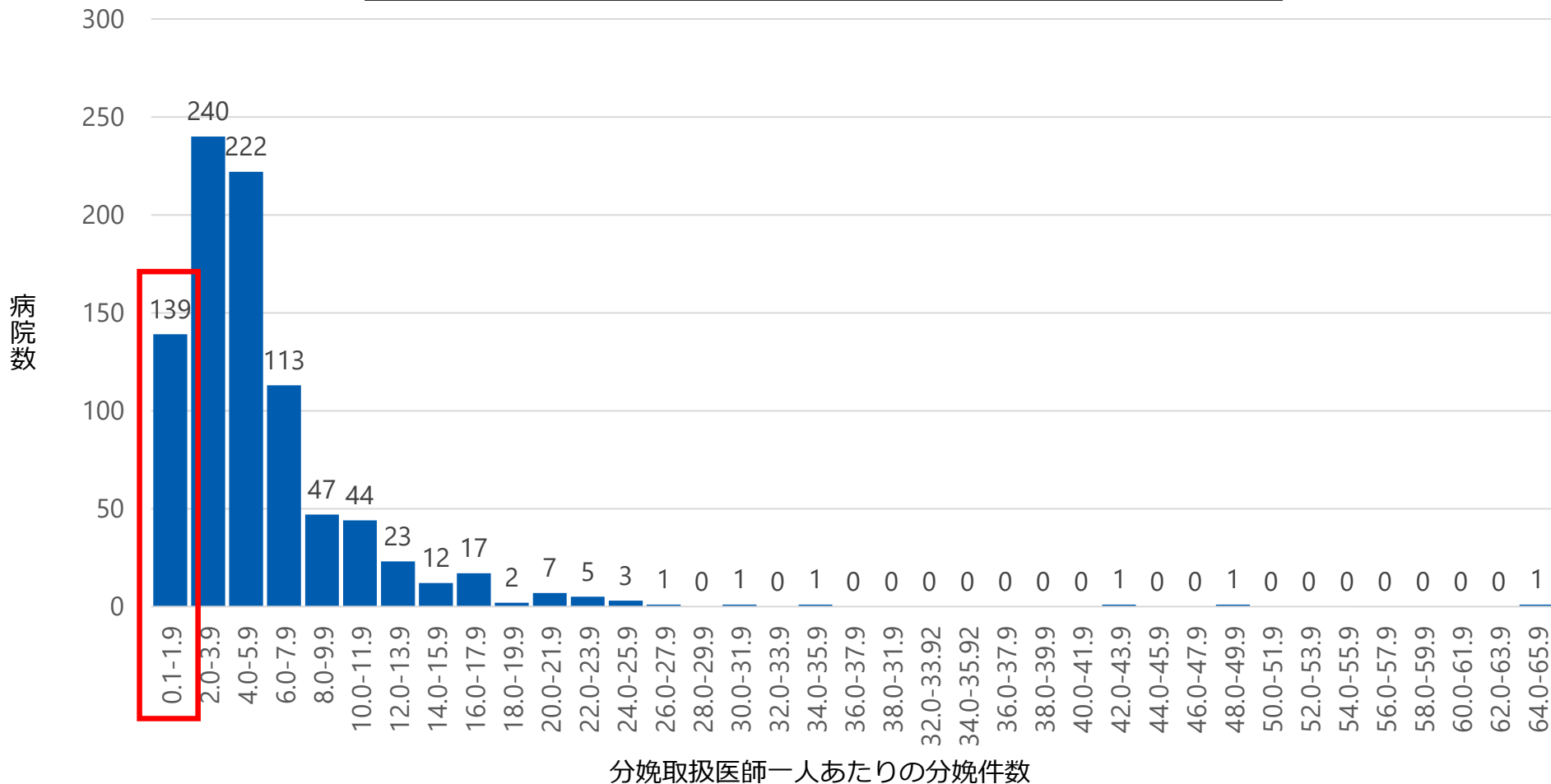
- 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターと比較して、「分娩対応が可能な産婦人科医師数」及び「夜勤又は当直が可能な産婦人科医師数」のいずれも約1/2の人数である。



分娩取扱医師一人あたりの分娩件数

- 令和5年9月の1か月に分娩を取り扱った実績のある病院における分娩取扱医師一人あたりの分娩件数（1か月の実績）は、中央値4.4件であり、1か月の取り扱い件数が2件未満の病院は139施設である。

分娩取扱医師一人あたりの分娩件数別の病院数（帝王切開を含む）（n=881）



厚生労働省「医療施設調査」（令和5年）の調査票を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において集計。

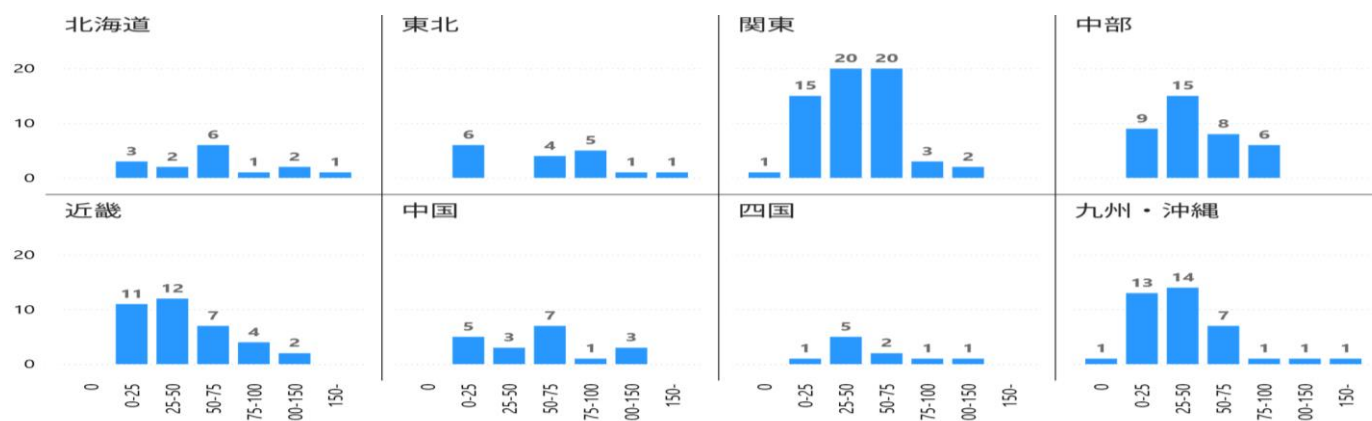
分娩数については、各年9月の1か月間の取扱件数。

分娩取扱医師数は常勤換算の値を用いて計算。 常勤換算=「従事者の1週間の勤務時間（残業は除く。）／医療施設で定めている常勤者の1週間の勤務時間」

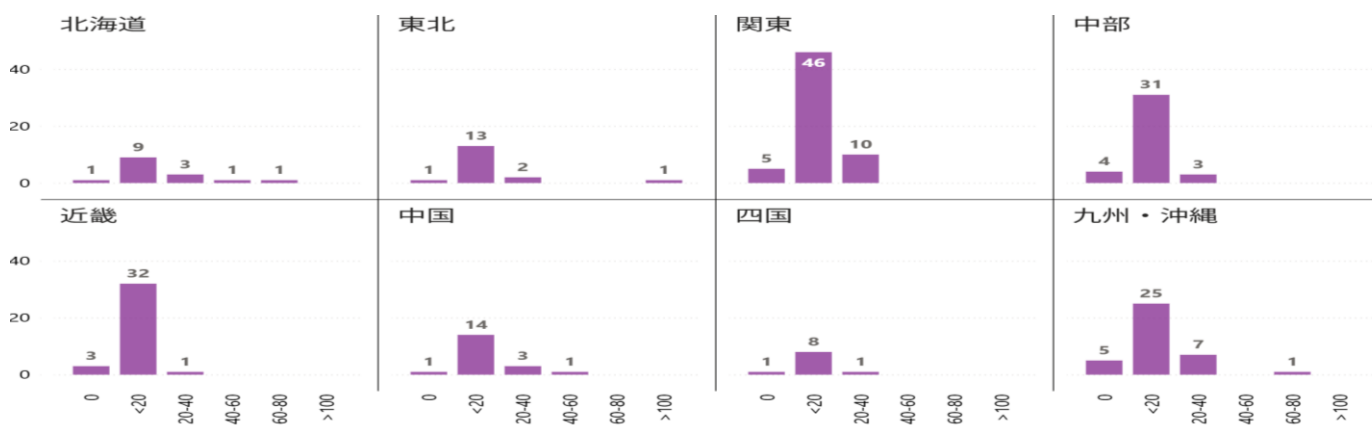
周産期母子医療センターに対する調査 (医師一人あたりの年間分娩数、年間ハイリスク分娩数)

- 医師一人あたりの年間分娩数は施設ごとに異なっており、年間100件以上である施設も存在する。
- 一方で、医師一人あたりの年間分娩数が0-25件の施設や、医師一人あたりの年間ハイリスク妊娠数が20件未満である施設も一定数存在する。

医師一人あたりの年間分娩数別の施設数



医師一人あたりの年間ハイリスク妊娠対応数別の施設数

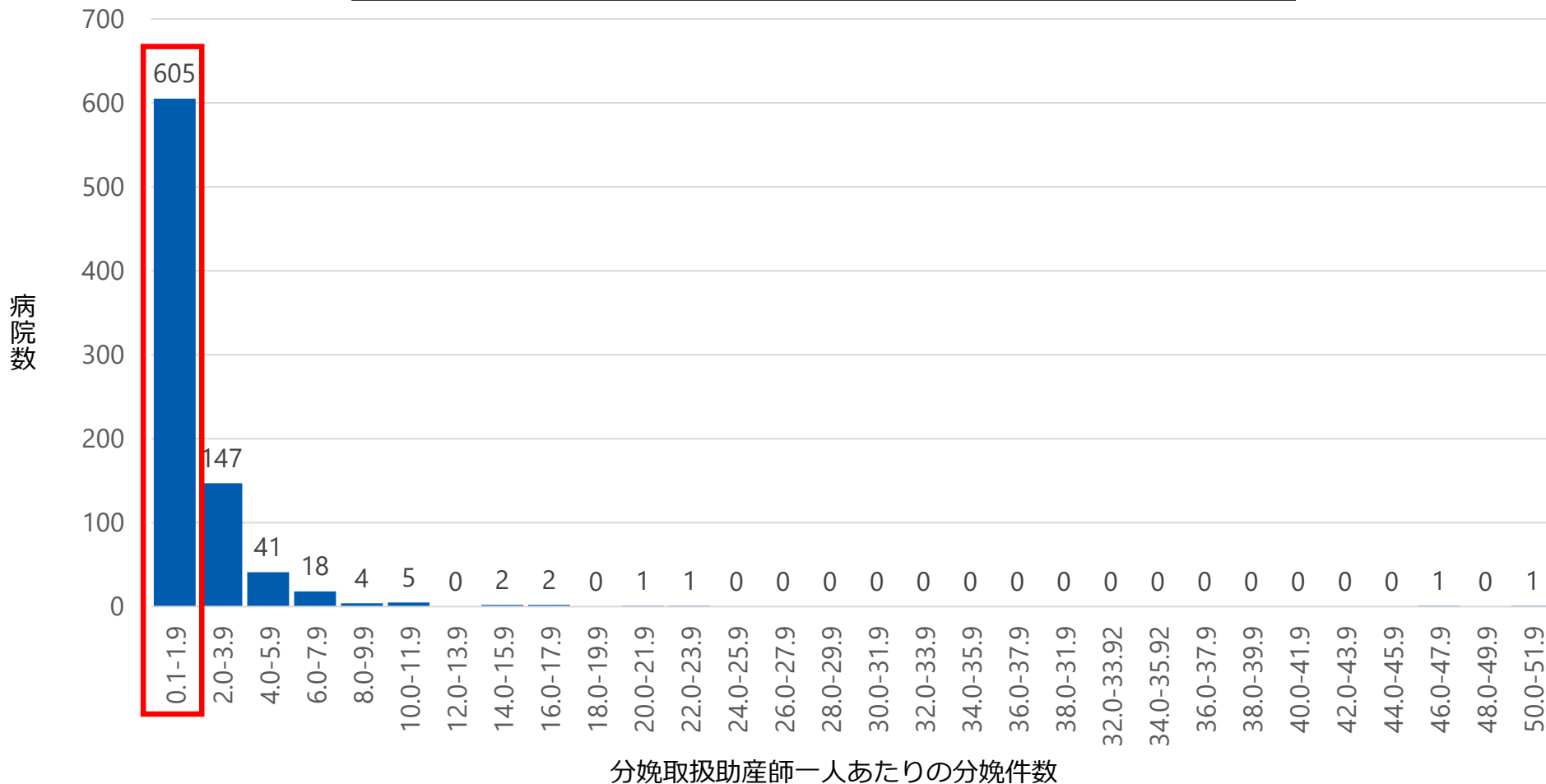


※ハイリスク妊娠：ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の対象となる疾患

分娩取扱助産師一人あたりの分娩件数

- 令和5年9月の1か月に分娩を取り扱った実績のある病院における分娩取扱助産師一人あたりの分娩件数（1か月の実績）は、中央値1.3件であり、1か月の取り扱い件数が2件未満の病院は605施設である。

分娩取扱助産師一人あたりの分娩件数別の病院数（帝王切開を含む）（n=828）



厚生労働省「医療施設調査」（令和5年）の調査票を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において集計。

分娩数については、各年9月の1か月間の取扱件数。

分娩取扱助産師数は常勤換算の値を用いて計算。 常勤換算＝「従事者の1週間の勤務時間（残業は除く。）／医療施設で定めている常勤者の1週間の勤務時間」

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、リスクの高い母体・胎児及び分娩前後等の緊急時等に対応するため、平成29年度までに全都道府県に配置されている。
【施設数は令和7年4月1日現在】

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター：112箇所

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

※総合周産期母子医療センター
原則として三次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター：297箇所

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※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1か所に対し数か所整備

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

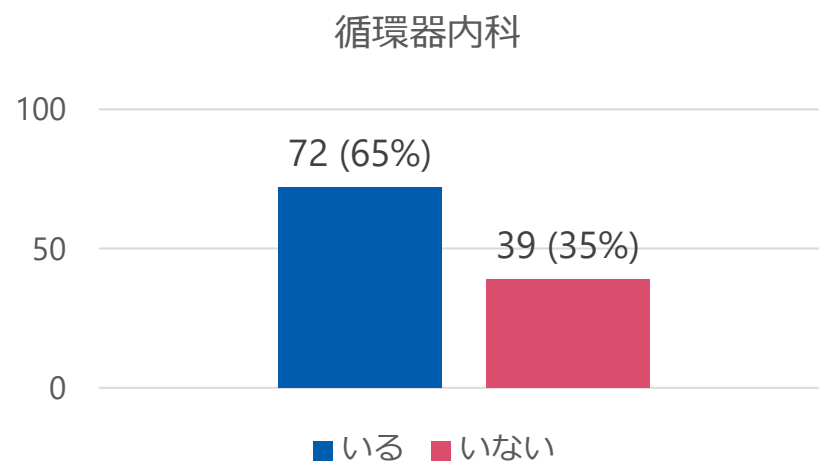
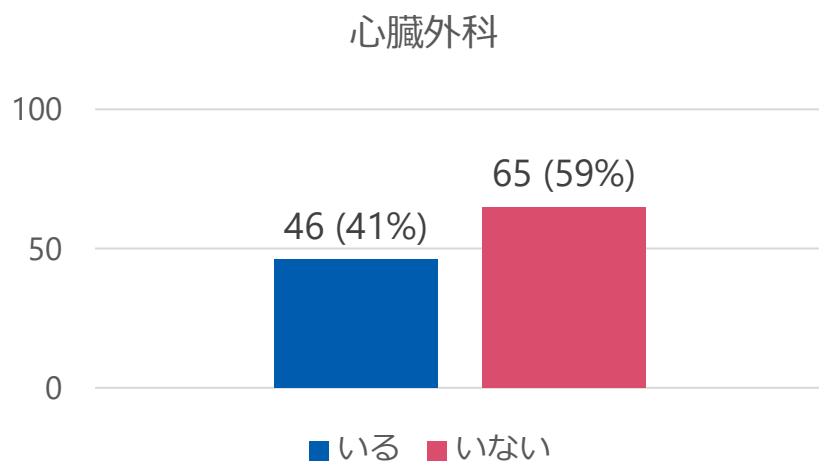
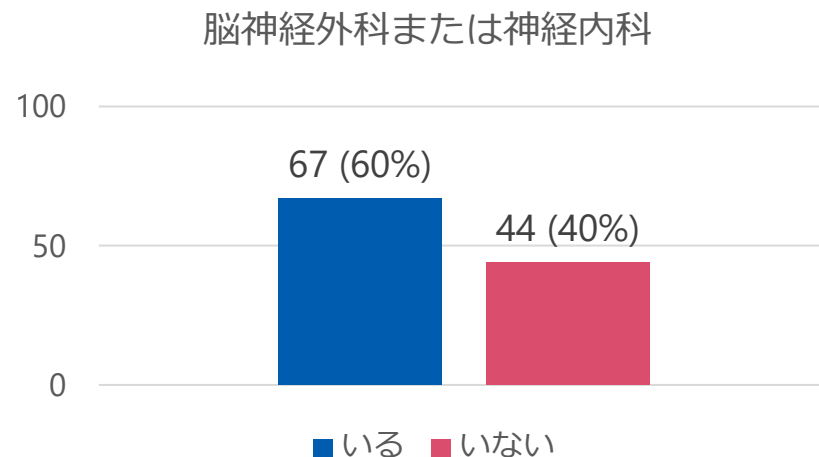
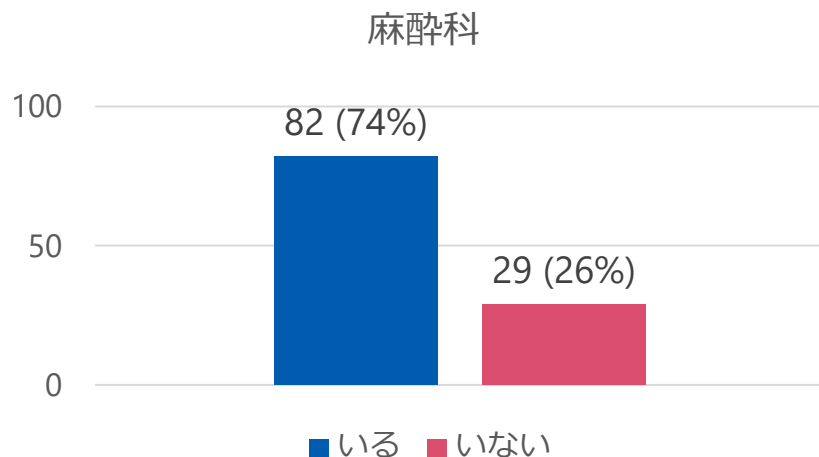
- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
（助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応）
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

時間の流れ

周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（総合）

- 総合周産期母子医療センター111施設のうち、24時間体制で院内に医師が確保されている施設は、診療科別で麻酔科82施設、脳神経外科または脳神経内科67施設、心臓外科46施設、循環器内科72施設である。

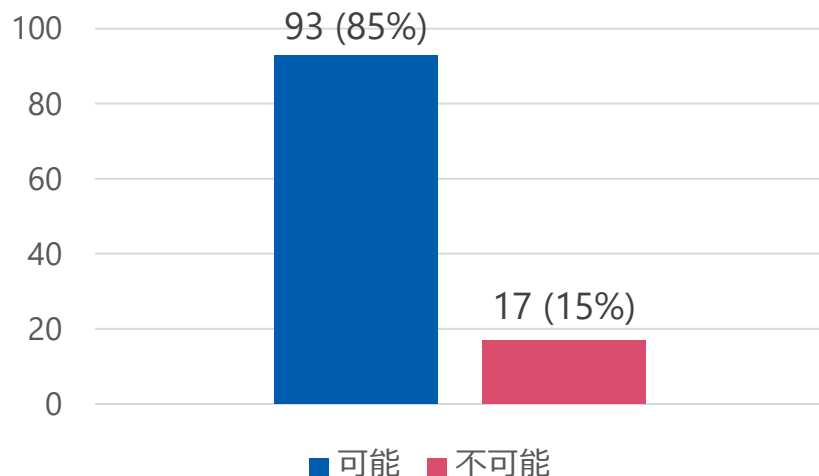
24時間体制で各診療科の医師が院内に確保されているかどうか（オンコールは除く）（n=111）



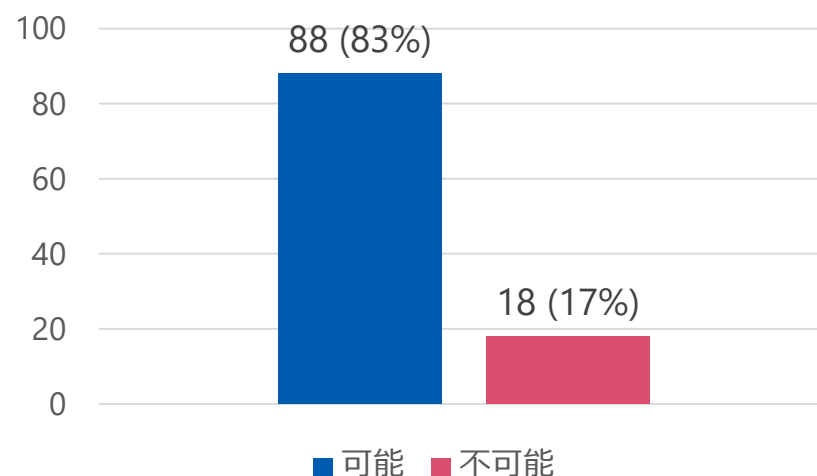
周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（総合）

- 総合周産期母子医療センターのうち、約1割の施設は脳血管障害を合併する妊産婦への対応が不可能である。

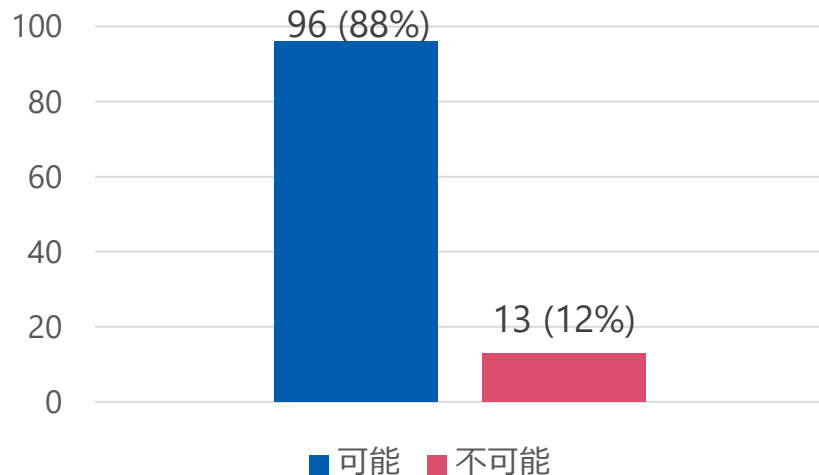
施設内で24時間脳外科手術が可能（n=110）



施設内で24時間脳血管内治療が可能（n=106）



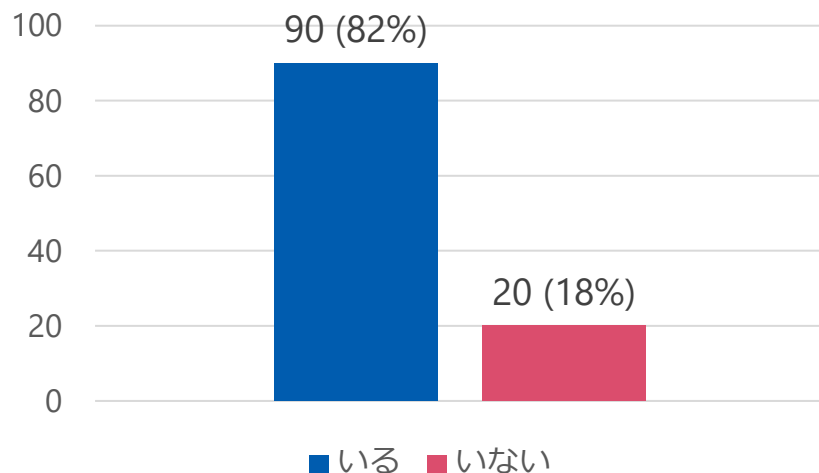
自施設で脳血管障害合併の疑いのある妊産婦への対応が可能（n=109）



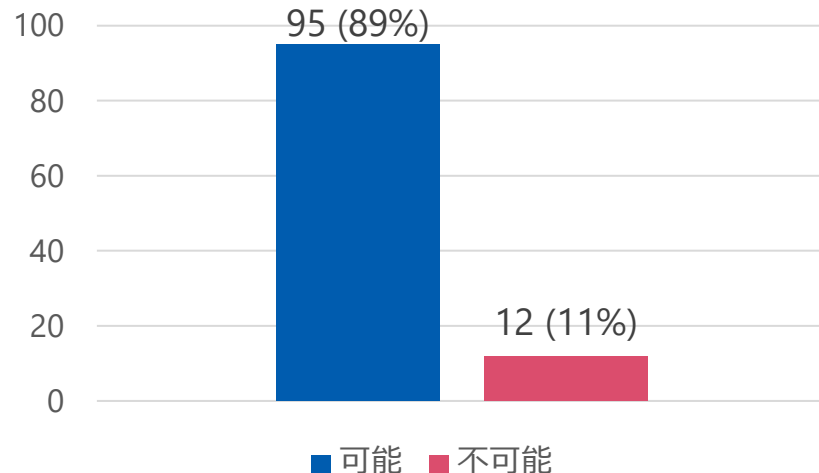
周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（総合）

- 総合周産期母子医療センターのうち1割強は妊娠中の外傷患者に対応することが不可能である。
- また妊産婦の危機的出血、DIC、敗血症などの重症症例に対応不可能な施設も一定存在する。

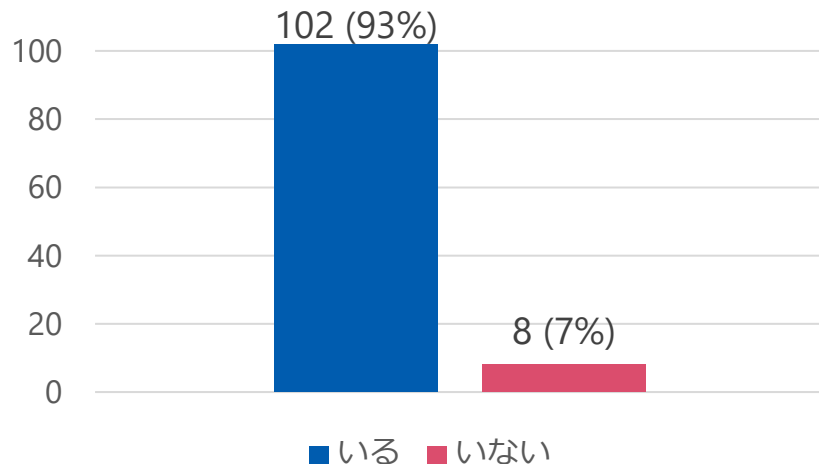
施設内に24時間対応可能な外傷を診ることができる医師がいる（n=110）



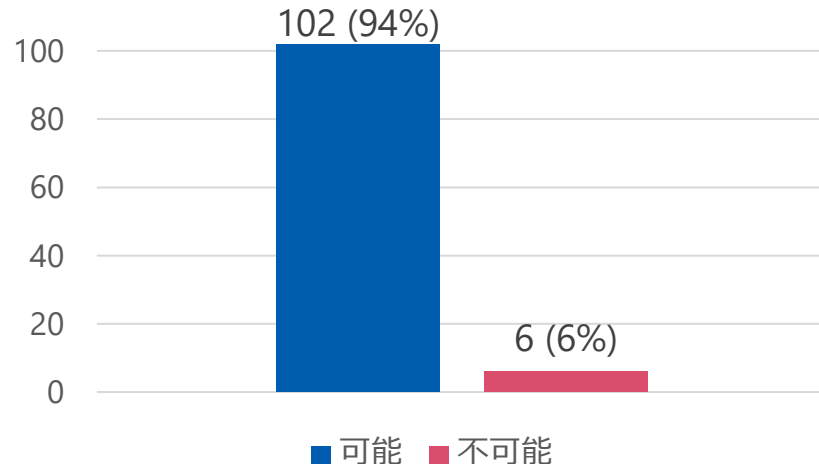
自施設で妊娠中の外傷患者に対応可能（n=107）



施設内に24時間対応可能な集中治療等の全身管理を行うことのできる医師がいる（n=110）



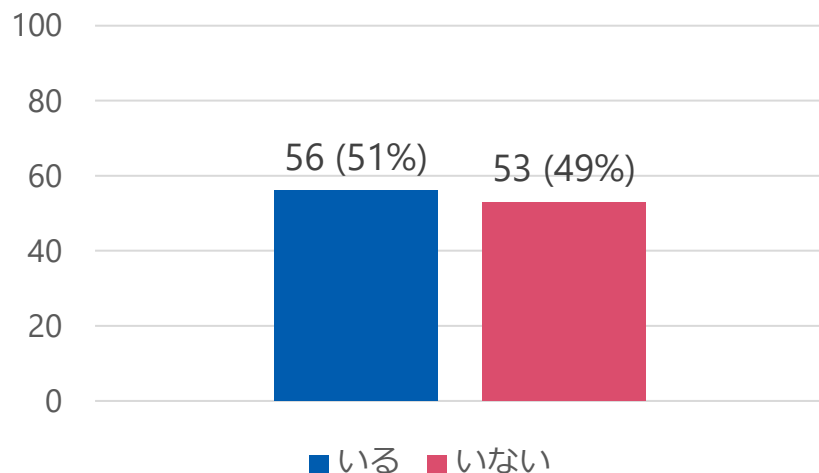
自施設で妊産婦の危機的産科出血、DIC、敗血症など急性かつ重症患者に対応可能（n=108）



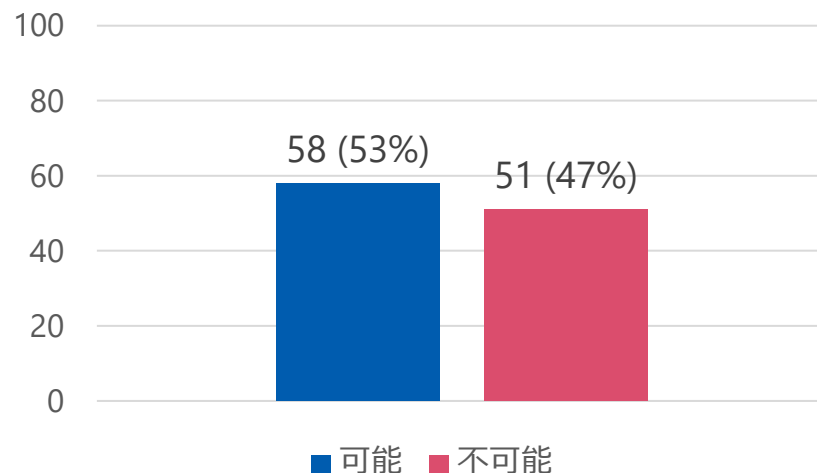
周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（総合）

- 総合周産期母子医療センターにおいても、24時間対応可能な精神疾患を診ることのできる医師がいる施設は約半数である。

施設内に24時間対応可能な精神疾患を診ることのできる医師がいる（n=109）



施設内で24時間緊急入院が可能（n=109）

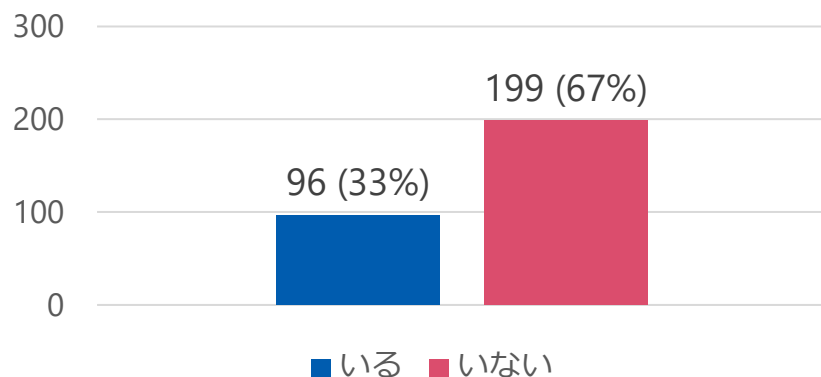


周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（地域）

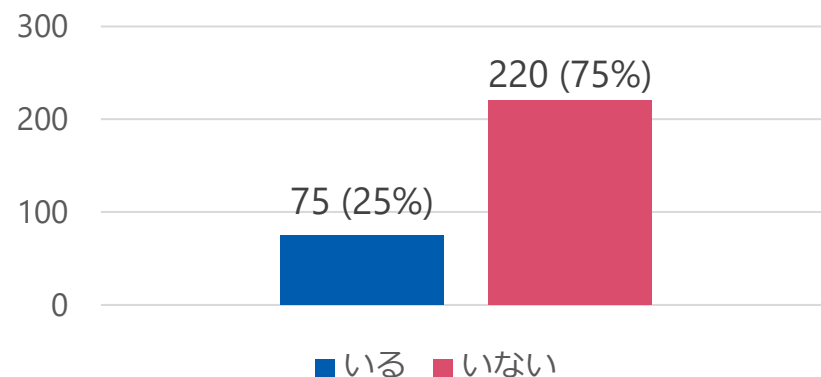
- 地域周産期母子医療センター295施設のうち、24時間体制で院内に医師が確保されている施設は、診療科別で麻酔科96施設、脳神経外科または脳神経内科75施設、心臓外科33施設、循環器内科88施設である。

24時間体制で各診療科の医師が院内に確保されているかどうか（オンコールは除く）（n=295）

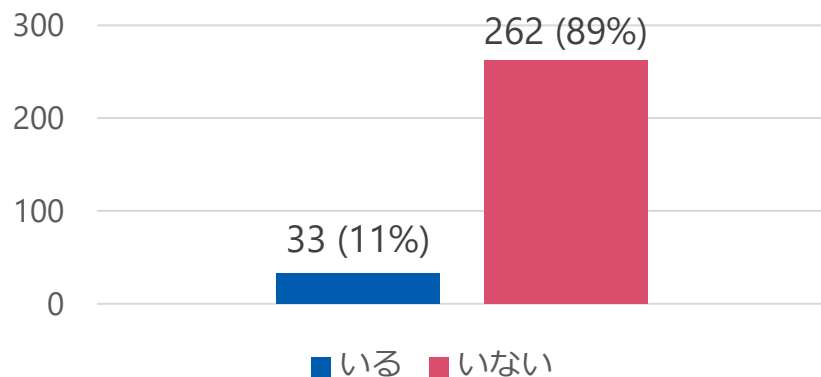
麻酔科



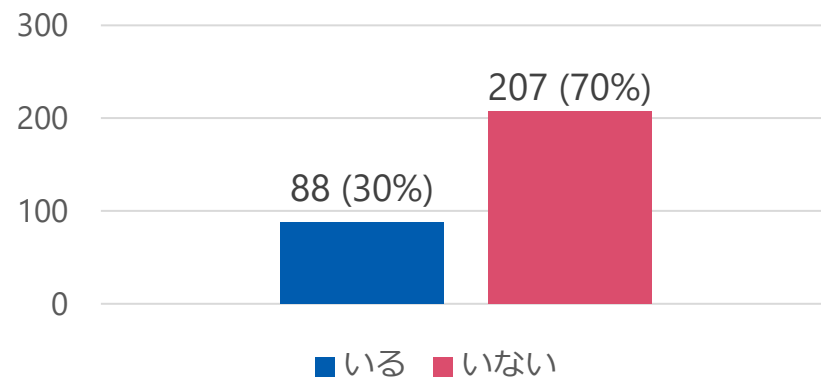
脳神経外科または神経内科



心臓外科



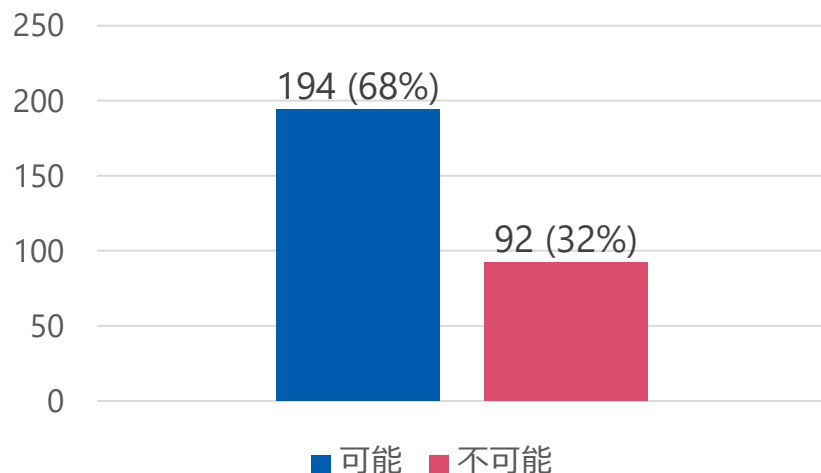
循環器内科



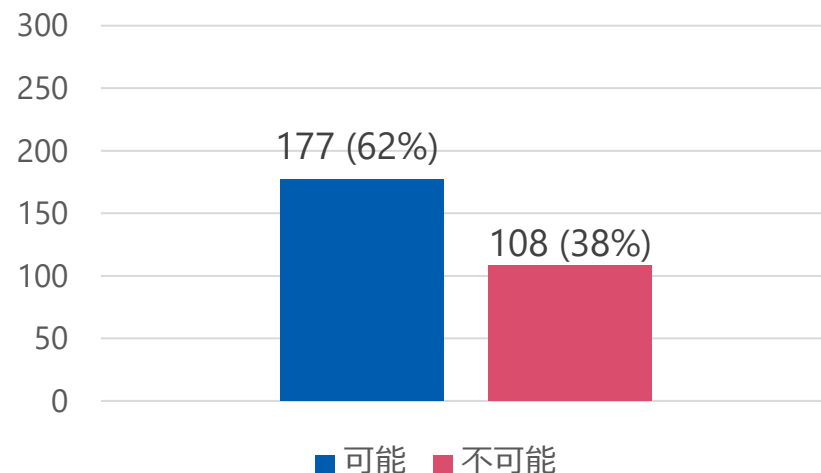
周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（地域）

- 地域周産期母子医療センターのうち、約3割の施設は脳血管障害を合併する妊産婦への対応が不可能である。

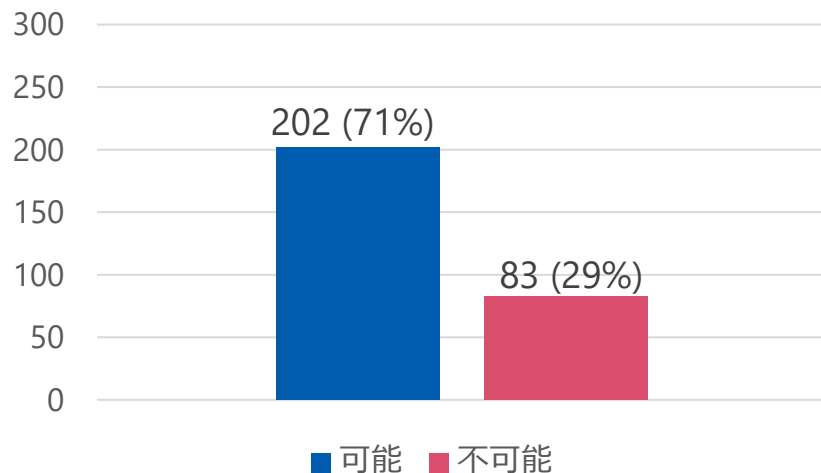
施設内で24時間脳外科手術が可能（n=286）



施設内で24時間脳血管内治療が可能（n=285）



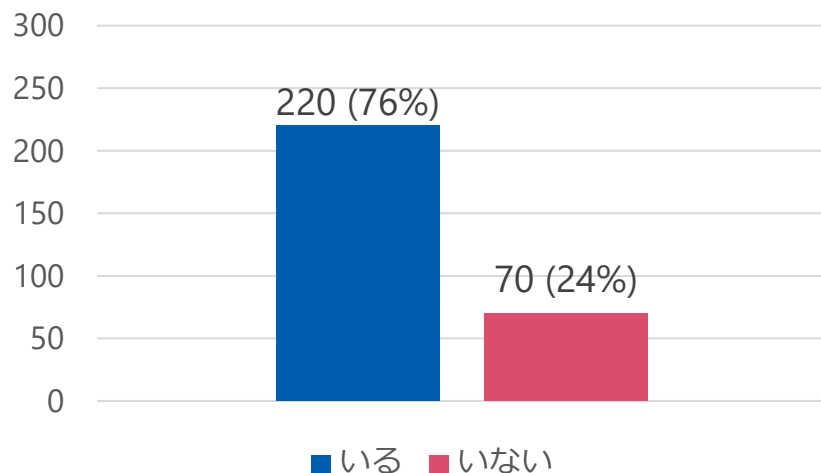
自施設で脳血管障害合併の疑いのある妊産婦への対応が可能（n=285）



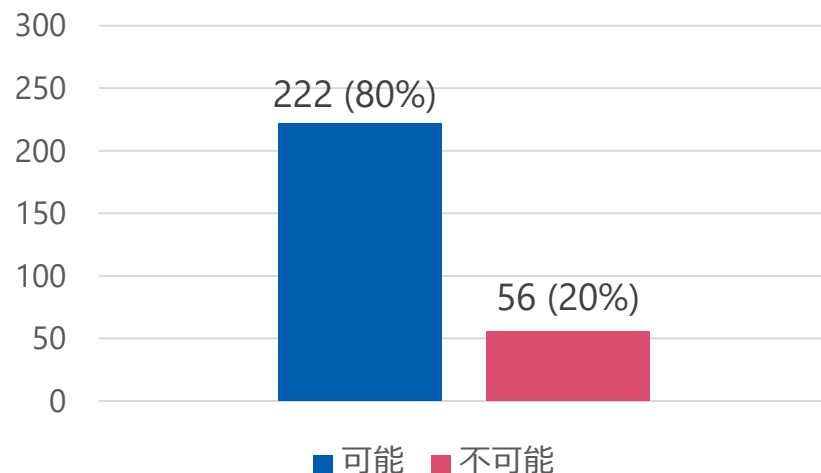
周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（地域）

- 地域周産期母子医療センターのうち、約2割は妊娠中の外傷患者に対応することが不可能である。
- また約2割の施設で、妊産婦の危機的出血、DIC、敗血症などの重症症例に対応不可能である。

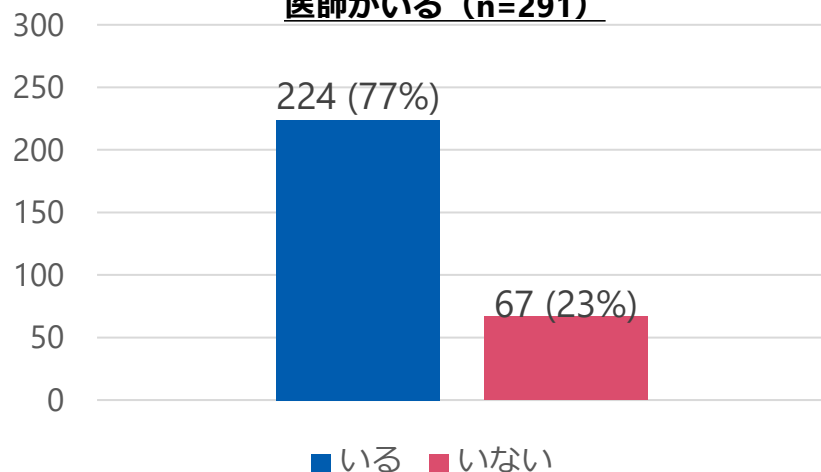
施設内に24時間対応可能な外傷を診ることができる医師がいる（n=290）



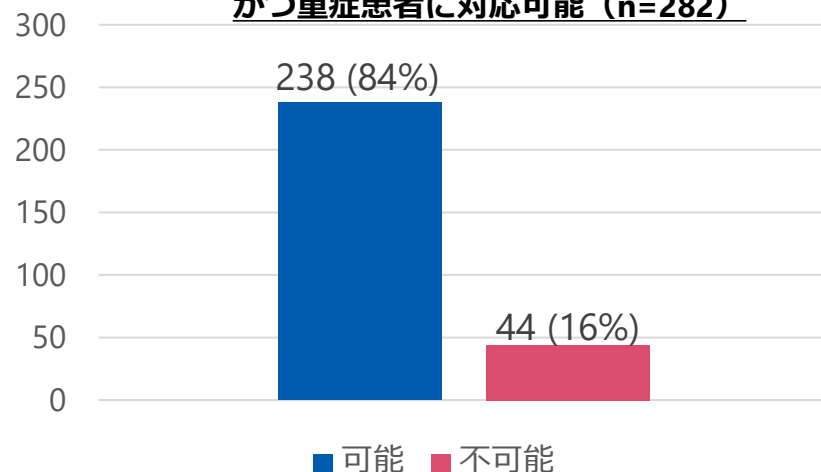
自施設で妊娠中の外傷患者に対応可能（n=278）



施設内に24時間対応可能な集中治療等の全身管理を行うことのできる医師がいる（n=291）



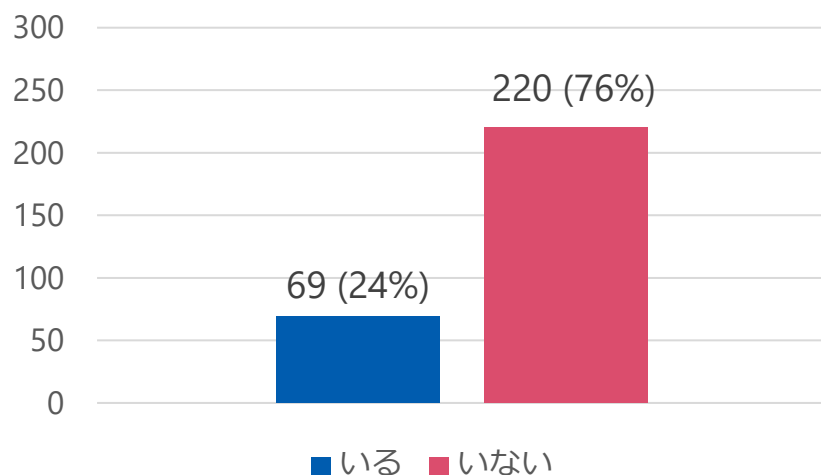
自施設で妊産婦の危機的産科出血、DIC、敗血症など急性かつ重症患者に対応可能（n=282）



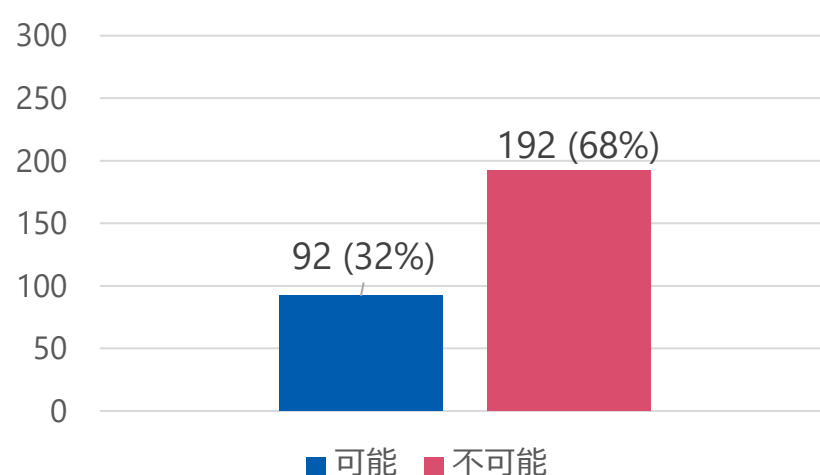
周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（地域）

- 地域周産期母子医療センターにおいては、24時間対応可能な精神疾患を診ることのできる医師がいる施設は約2割である。

施設内に24時間対応可能な精神疾患を診ることのできる医師がいる（n=289）



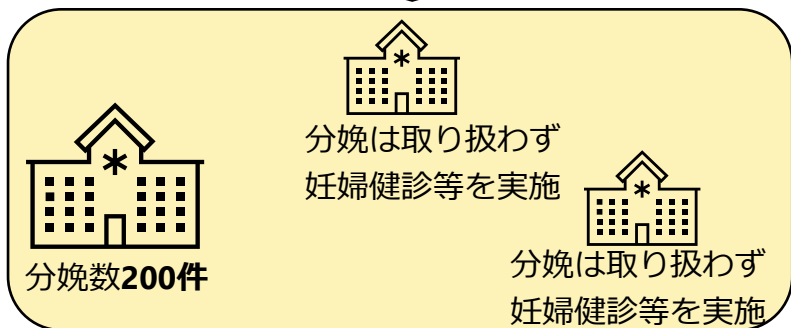
施設内で24時間緊急入院が可能（n=284）



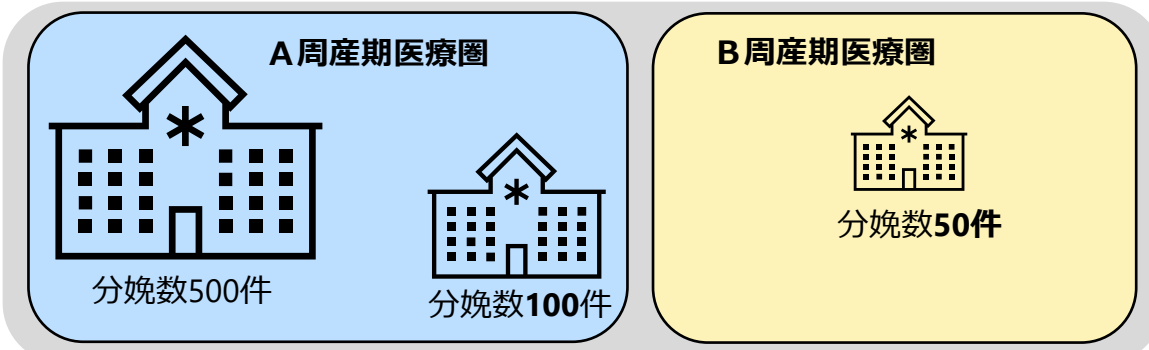
地域の実情に応じた集約化と役割分担について

- 出生数が比較的少なく一定の周産期医療の提供が困難な地域においては、当該区域内での集約・役割分担に加えて、隣接する周産期医療圏との合併も含めて検討する必要がある。
- その際に、妊婦の移動にかかる負担の増加等についても考慮する必要があり、分娩取扱施設までの移動やその付近で待機するための宿泊費の支援に加えて、陣痛や破水等を含めた緊急時に救急車利用の促進や、救急救命士等に対する研修などの取組を行っている自治体もある（p35 参照）。

同一周産期医療圏内での集約化と役割分担



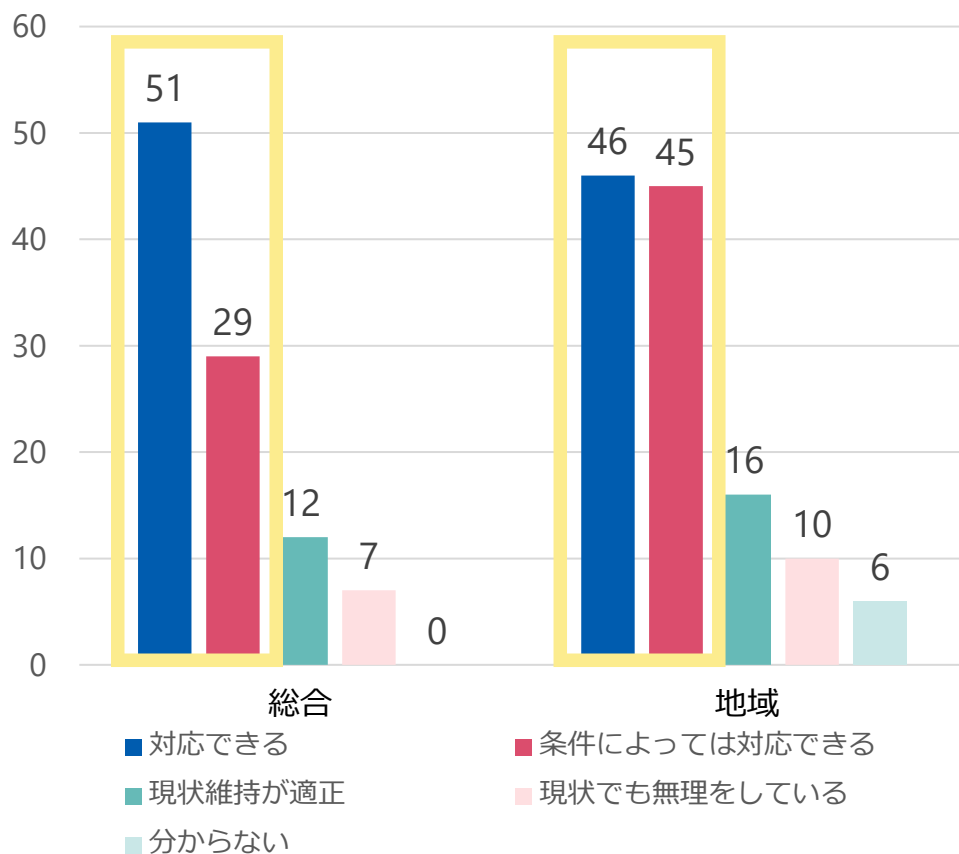
周産期医療圏の広域化を伴う集約化と役割分担



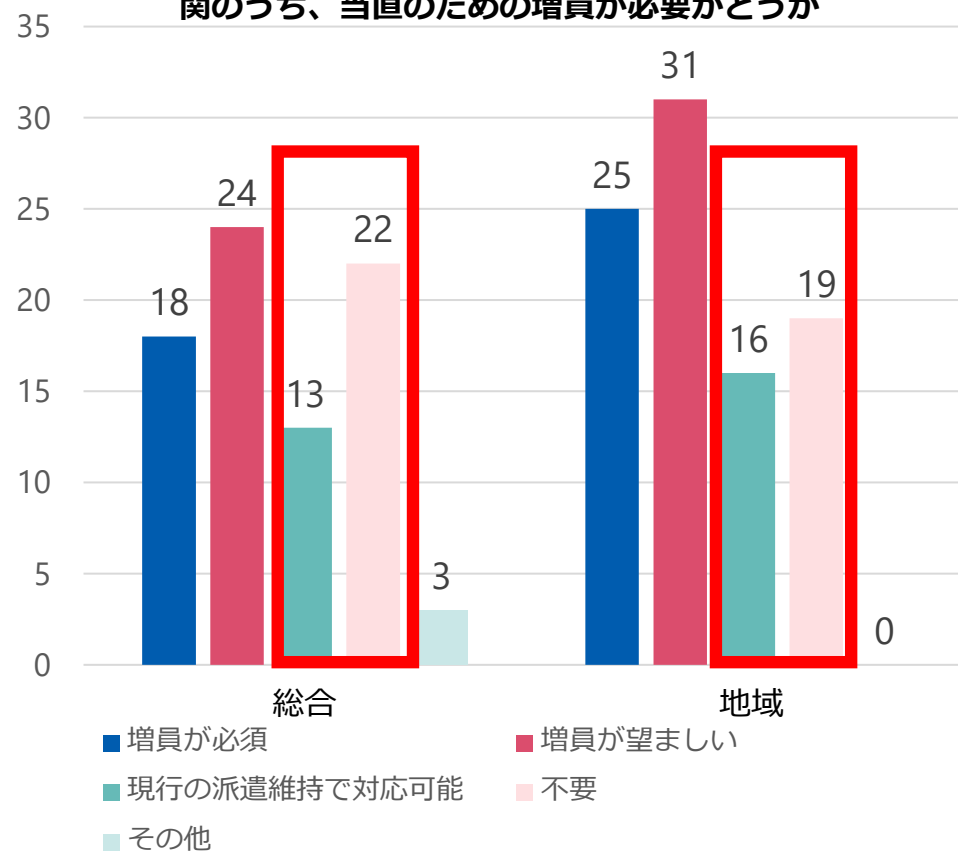
周産期母子医療センターに対する 分娩数増加への対応可否についての調査

- 全国の周産期母子医療センターを対象とした調査によると、分娩数増加に「対応できる」「条件によっては対応できる」と回答した施設の合計が総合80施設（81%）、地域91施設（74%）であった。
- そのうち当直のための増員について「現行の派遣維持で対応可能」「不要」と回答した施設の合計が総合で35施設（44%）、地域で35施設（38%）であった。

分娩数の増加に対応できるか

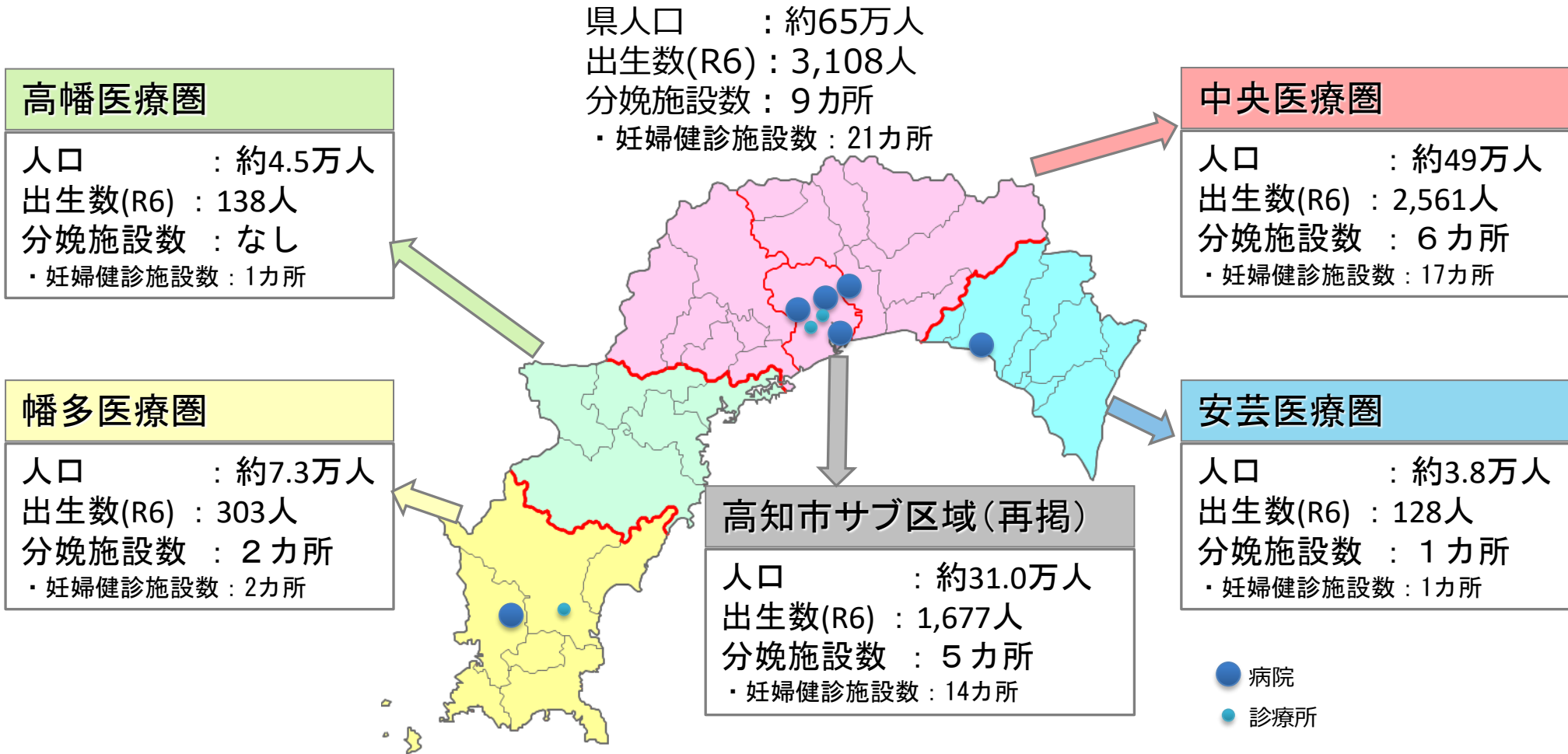


「対応できる」「条件によっては対応できる」と回答した医療機関のうち、当直のための増員が必要かどうか



各医療圏の周産期医療体制(R7.9月現在)

令和7年10月1日 第1回小児医療
及び周産期医療の提供体制に関する
ワーキンググループ 資料5



- ・ 高知県は東西 (190 km) 南北 (160 km) に長く、面積は広い (7,103km²)
- ・ 山間部が84%を占める
- ・ 人口密度が低く (91.0人/km²)、高齢化率が高い (37.0%)
- ・ 人口が一極集中している 高知市内に48.0%
- ・ 高知市内に医療機関が集中

オープンシステム・セミオープンシステム

- 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5年度には、全国で121の周産期母子医療センター等の産科医療機関が基幹病院としてオープンシステム（24施設）・セミオープンシステム（109施設）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
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

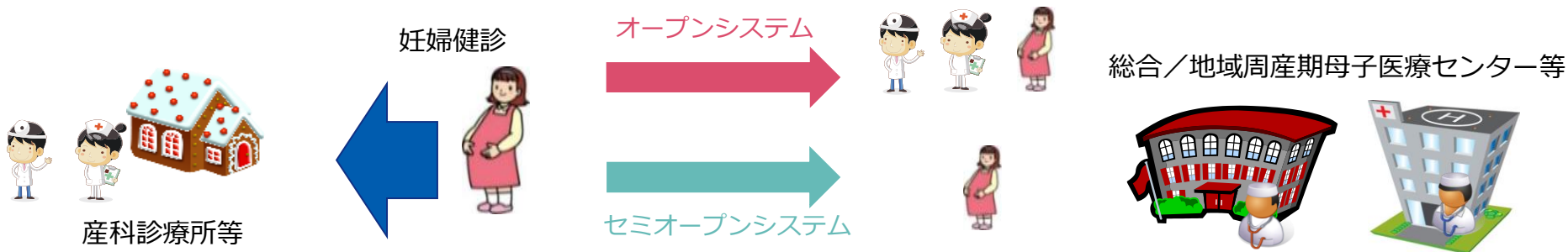
施設ごとの役割分担を進めることで、限りある医療資源を有効活用し、周産期母子医療センター等の負担を軽減する。

【オープンシステム】

地元の施設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、分娩に対応する。

【セミオープンシステム】

妊婦健診は地元の施設で行い、分娩は連携病院で行う。分娩には連携病院の医師、助産師が対応する。



事業の目的

- 地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産ができ、適切な医療や保健サービスが受けられる環境を全国で実現するため、遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に対して、当該分娩取扱施設までの移動にかかる交通費およ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（出産時の入院前の前泊分）の助成を行うことにより、妊婦の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。
- ※ 本事業による支援を通じて、周産期医療の提供体制の構築において、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、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、医療機関・機能の集約化・重点化や産科医の偏在対策等を推進した場合においても、妊婦の分娩取扱施設までのアクセスを確保する。

事業の概要

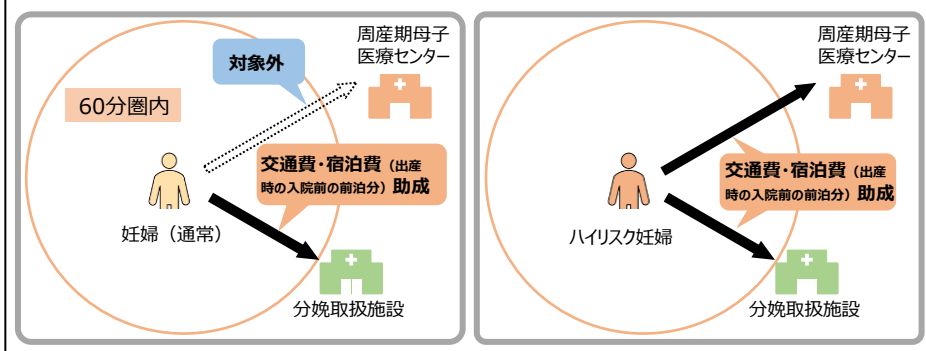
◆ 対象者

自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**（医学上の理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要がある妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。）においては、**最寄りの周産期母子医療センター**）まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦

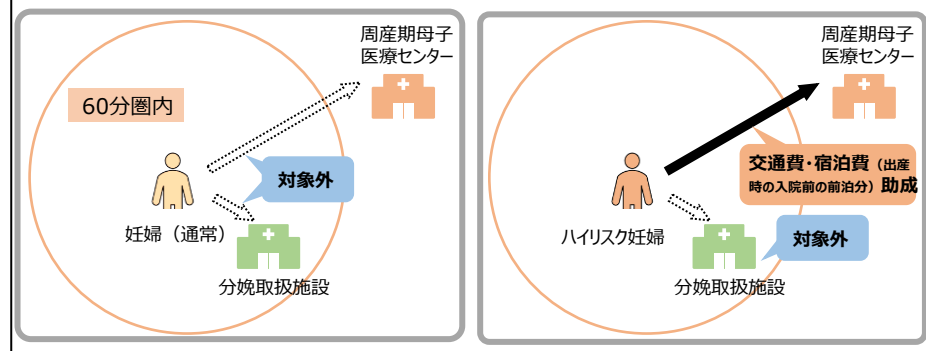
◆ 内容

- ① 自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**まで**概ね60分以上**の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設※までの交通費および分娩取扱施設の近くで待機する場合の近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）を助成する。また、**ハイリスク妊婦**の場合は、**最寄りの周産期母子医療センター**までの交通費及び宿泊費を助成する。※出産時の入院前に分娩取扱施設の近隣の宿泊施設に前泊する場合、当該宿泊施設までの交通費とする（他も同様）
- ② 自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**まで**概ね60分未満**だが、**最寄りの周産期母子医療センター**まで**概ね60分以上**の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設までは助成外。ただし、**ハイリスク妊婦**の場合は、**最寄りの周産期母子医療センター**までの交通費及び宿泊費を助成する。

① 分娩取扱施設まで60分以上の移動が必要



② 分娩取扱施設まで60分未満、周産期母子医療センターまで60分以上の移動が必要



(留意事項) 本事業を実施する市町村が属する都道府県は、周産期医療提供体制の構築等の取組を通じて、成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係者による協議の場等を活用して都道府県の医療部門と都道府県及び管内市町村の母子保健部門等とが連携し、妊婦健診や産後ケア事業をはじめとする母子保健事業等による妊産婦の支援の推進を図ること。

実施主体等

- ◆ 実施主体：市町村
- ◆ 補助率：国1/2
 （都道府県1/4、市町村1/4）
 ※都道府県からの間接補助による交付

補助単価

- ① 交通費（往復分）：**移動に要した費用**（タクシー移動の場合は実費額、その他の移動は旅費規程に準じて算出した交通費の額（実費を上限とする））の**8割**を助成（※2割は自己負担）
- ② 宿泊費（上限14泊）：**宿泊に要した費用**（実費額（旅費規程に定める宿泊費の額を上限とする））から**2000円／泊を控除した額**を助成（※1泊当たり2000円（および旅費規程を超える場合はその超過額分）は自己負担）

① 施策の目的

地域で子どもを安心して生み育てることのできる周産期医療体制及び地域の小児医療体制を確保する

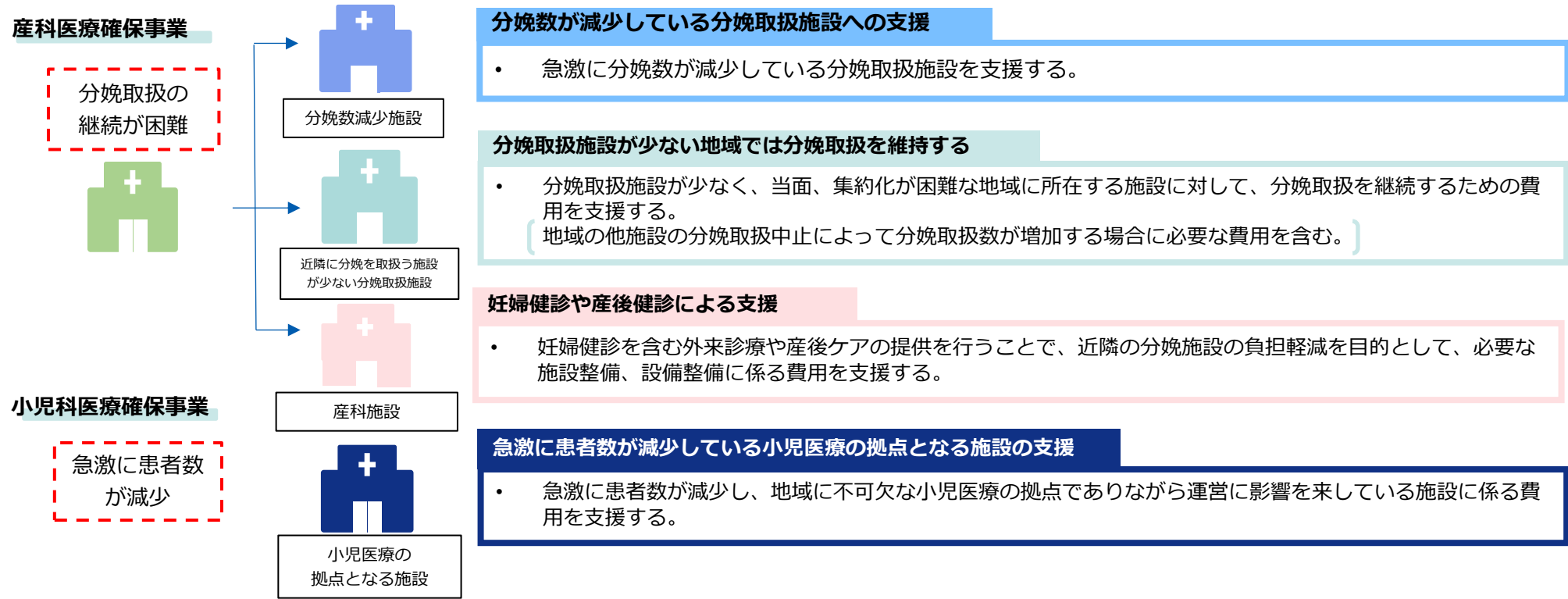
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

- 特に分娩取扱施設が少ない地域等における分娩取扱機能の維持のための取組を支援する
- 地域の小児医療の拠点となる施設について、急激な患者数の減少等を踏まえた支援を行う

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

出生数減少や少子化等の影響を受ける施設を支援することで、地域の周産期医療・小児医療の体制を確保する

産科医療を担う産科医等の確保事業

令和7年度予算 613億円の内数
(地域医療介護総合確保基金)

＜事業内容＞ 産科医や小児科医(以下「産科医等」)の地域偏在を解消するため、産科医等の不足する地域の医療機関に産科医等を派遣する医療機関に対して、その派遣に必要な費用を支援し、分娩取扱施設の確保や産科医等の勤務環境改善を進める

＜負担割合＞ 国:2/3 都道府県:1/3

こども大綱(令和5年12月22日閣議決定)

第3 こども施策に関する重要事項 2. ライフステージ別の重要事項 (1)こどもの誕生前から幼児期まで(妊娠前から妊娠期、出産、幼児期までの切れ目ない保健・医療の確保)
「周産期医療の集約化・重点化を推進し、地域の周産期医療体制を確保する。」

背景

・産科医の地域偏在が指摘

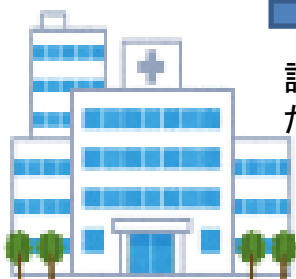
都道府県別の分娩取扱医師偏在指標
(令和5年時点)
東京都:14.3 熊本県:6.8

・都道府県内でも医療圏毎の地域偏在がある

周産期医療圏別の分娩取扱医師偏在指標
(令和5年時点)
京都府
京都・乙訓:15.8 南丹:5.1
熊本県
芦北:10.0 球磨:4.1

事業のイメージ

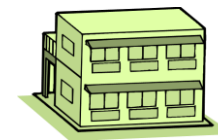
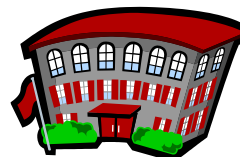
【都市部の大病院】



診療の応援のために派遣



【地方の中核病院や産科病院、診療所】



旅費、派遣手当の支援

＜効果＞

- ・分娩取扱施設の確保
- ・産科医等の勤務環境の改善
- ・産科医等の地方経験
- ・(副次的効果)地域内での派遣

(※)医師偏在指標とは、都道府県ごと・医療圏ごとに、医師偏在の状況を客観的に把握できるよう、需要側の状況(人口構造、患者の流入など)、供給側の状況(医師の性別・年齢分布など)を踏まえ、全国統一的に算出した指標。

現状と課題

- 医療資源の有効な活用の観点では、24時間体制で対応を行う必要のある周産期医療提供体制においては、市区町村単位で分娩取扱施設を配置することは、一つの施設における医師や助産師を分散させることになる。
- また、施設における妊産婦や新生児への対応件数が減少することにより、医療従事者一人あたりの症例経験が減少し、知識・技術等の維持・向上が困難となる可能性がある。一方で、一人あたりの対応件数が多すぎる場合は、医療の質が低下する可能性がある。
- 安全な周産期医療の提供体制を構築するためには、地域の実情に応じて一定の集約化を検討することが望ましいが、遠方にある分娩取扱施設で分娩することの不安や移動にかかる負担、分娩取扱施設における分娩数の増加等の課題が生じると予想される。
- 分娩については、人口が比較的少ない地域においても、一定の体制を確保する必要があり、都道府県全体でその提供体制を検討する必要がある。
- 産科以外の介入を必要とする合併症への対応や母体の全身管理については、周産期母子医療センターであっても提供できる医療が限られる施設もある。

論点

- 持続可能な医療提供体制の構築に向けて、医療の質や安全性の確保、医師や助産師等のキャリア形成の観点からも、施設ごとの症例数は重要であり、地域の医療資源や出生数等に応じた集約化をそれぞれの医療圏において検討する必要がある。その際、妊婦の移動にかかる負担の増加等や、分娩取扱施設における分娩数の増加等の課題及びその対応について整理が必要ではないか。
- 地域ごとに一定の集約化等の対応を行う際に、周産期母子医療センターのあり方や、分娩を取り扱わない医療機関等が健診等を維持するなどの役割分担について検討が必要ではないか。

参考資料

妊婦の移動にかかる負担の増加等に対する具体的な取組の例

都道府県	問題点	取組
北海道	遠方	早めの受診指導、救急救命士向けの周産期教育（BLSOなど）の実施。
青森県	大雪による交通遮断	総合周産期母子医療センターの近くに、患者家族等が宿泊できる民間事業者による低額の宿泊施設を整備。
秋田県	分娩施設へのアクセス所要時間	消防本部が妊婦情報を収集（登録）し、緊急時に対応。分娩待機目的のホテル宿泊に対して、補助あり。
静岡県	妊婦の自宅から分娩可能医療機関までの距離	分娩前の事前入院等に関する相談や調整。お産タクシー登録の呼びかけ。分娩時における救急車による分娩取扱施設までの搬送。
三重県	分娩施設へのアクセス所要時間	陣痛時に対応可能な民間のタクシー会社を案内。
奈良県	分娩施設へのアクセス所要時間	妊婦健診と分娩を異なる医療機関で対応する必要がある地域において、医療機関どうしの連携をスムーズに行えるように、2病院で同じ周産期システムを使用できるように整備。
長崎県	分娩施設へはアクセス可能だが、ハイリスク症例の搬送に制限あり	ハイリスク症例の抽出のため、定期的に大学病院から周産期専門医を派遣し、胎児スクリーニングを行う。
沖縄県	離島	離島からの緊急搬送は自衛隊ヘリ。離島在住の妊婦は、妊娠28週以降に本島へ移動し、親戚宅やホテルで待機（補助金あり）。