

令和 7 年10月1日		資料 4
第 1 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	

周産期医療の提供体制等について

令和 7 年10月 1 日

医政局地域医療計画課

- 1. 周産期医療を取り巻く現状と取組について**
- 2. 第8次医療計画を踏まえた取組について**

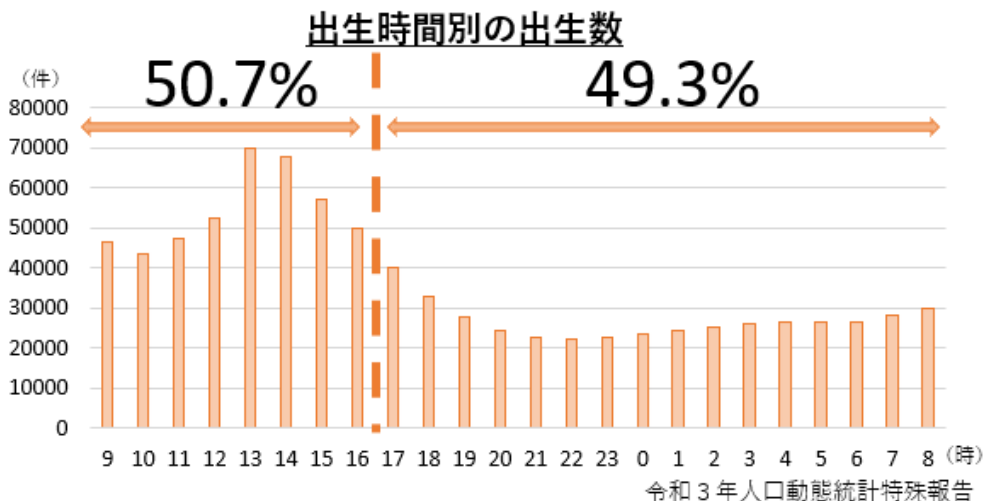
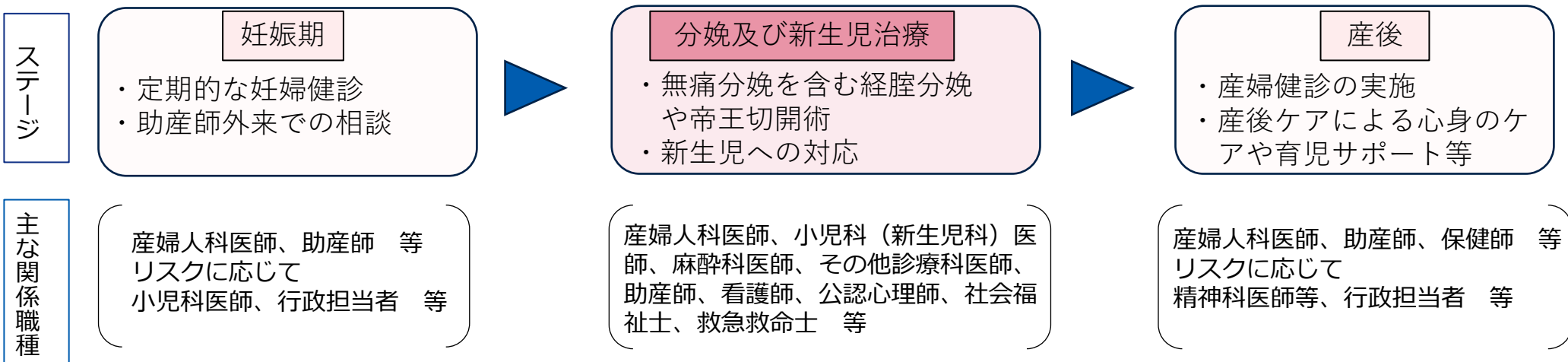
1. 周産期医療を取り巻く現状と取組について

ひと、くらし、みらいのために



周産期医療について

- 周産期医療は、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する。妊産婦・新生児に対して、多職種が関わり、母子保健も含めて地域で支える体制が重要。
- 特に、分娩の取扱いにおいては、ハイリスク分娩の対応のほか、分娩前まで正常な経過であっても、出生日時や分娩時間、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。

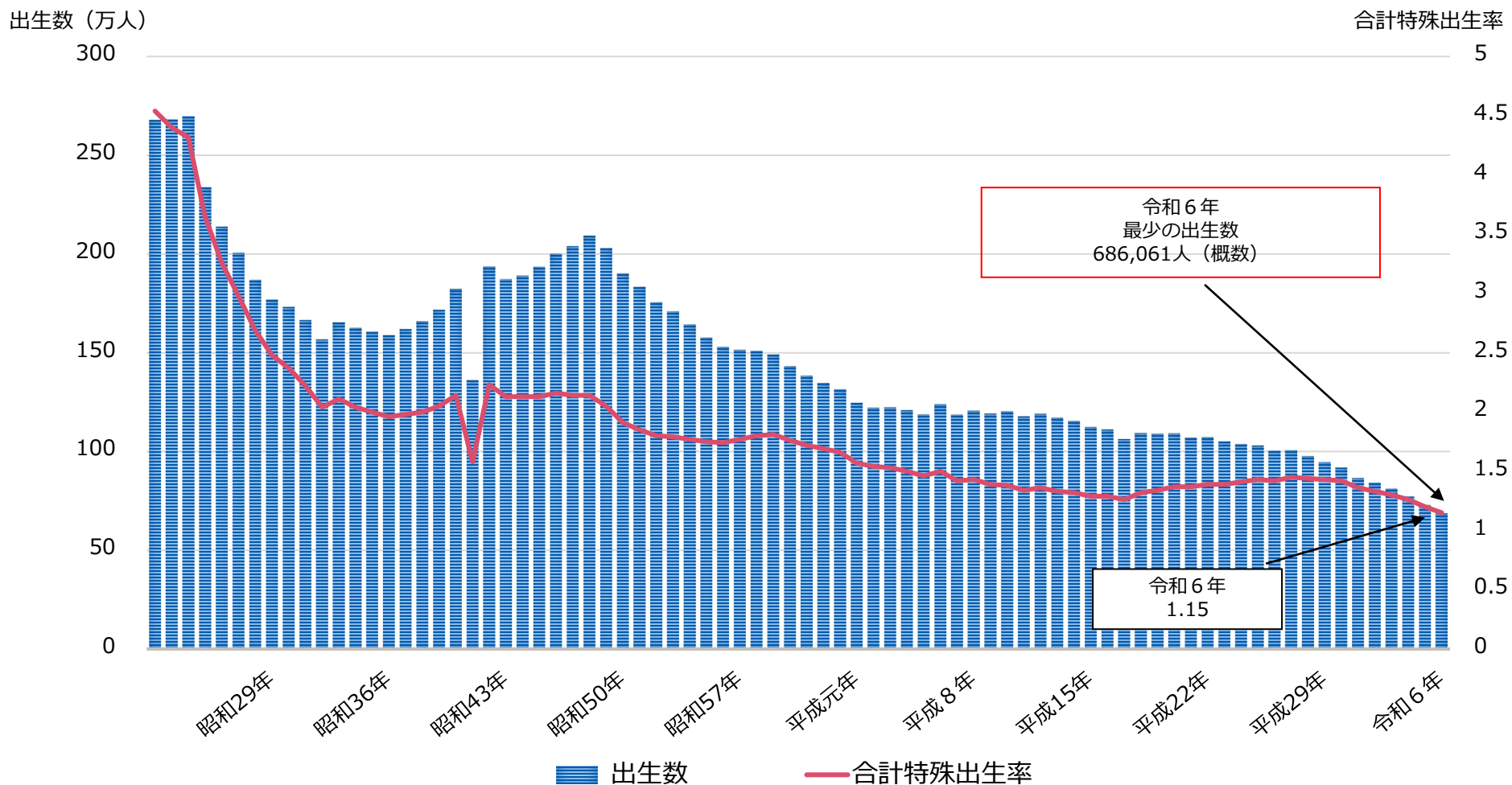


<分娩に必要な体制について>

- 約半数の児が17時から翌日9時までの間に出生しており、分娩取扱施設は24時間対応できる体制が必要
- ハイリスク分娩への対応や、予測困難な急変時の対応に備えるため、周産期母子医療センターを基幹として、夜間も含め常時リスクの高い妊婦・新生児に対応するための十分な人員や設備の確保が必要

出生数及び合計特殊出生率の推移

- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和6年には過去最少の686,061人（概数）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、その後再び減少傾向となり、令和6年は1.15（概数）まで低下した。



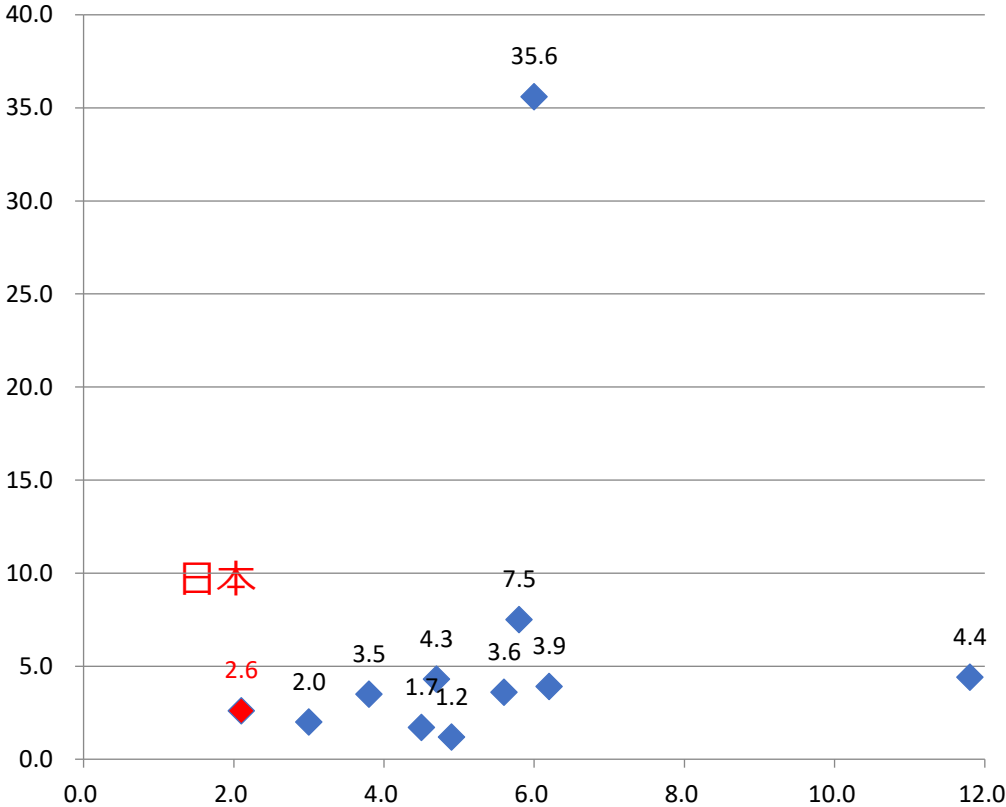
日本の周産期医療～諸外国との比較

- WHO等の報告によると、日本の周産期死亡率及び妊産婦死亡率は、諸外国と比較して低い。

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	2.1 ('20)	2.6('21)
カナダ	5.8 ('18)	7.5 ('19)
アメリカ	6.0 ('15)	35.6 ('20)
フランス	11.8 ('10)	4.4 ('16)
ドイツ	5.6 ('18)	3.6 ('20)
イタリア	3.8 ('13)	3.5 ('17)
オランダ	4.9 ('18)	1.2 ('20)
スウェーデン	4.7 ('18)	4.3 ('18)
イギリス	6.2 ('18)	3.9 ('19)
オーストラリア	3.0 ('18)	2.0 ('20)
ニュージーランド	4.5 ('20)	1.7 ('16)

*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。

妊産婦死亡率
(出生10万対)



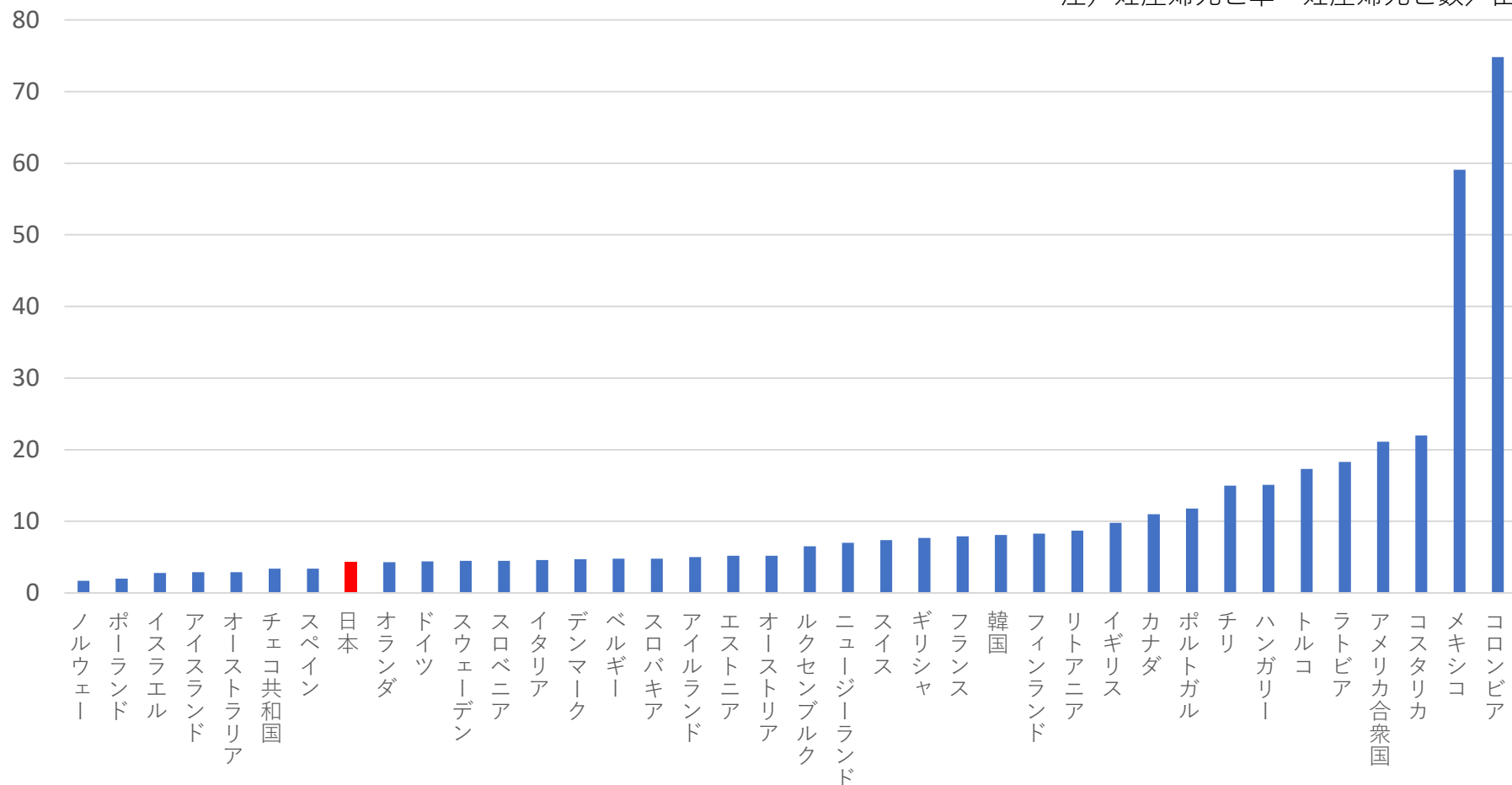
周産期死亡率（出生千対）

日本の周産期医療～諸外国との比較

- OECD加盟国の中で比較しても、妊産婦死亡率は相対的に低い。

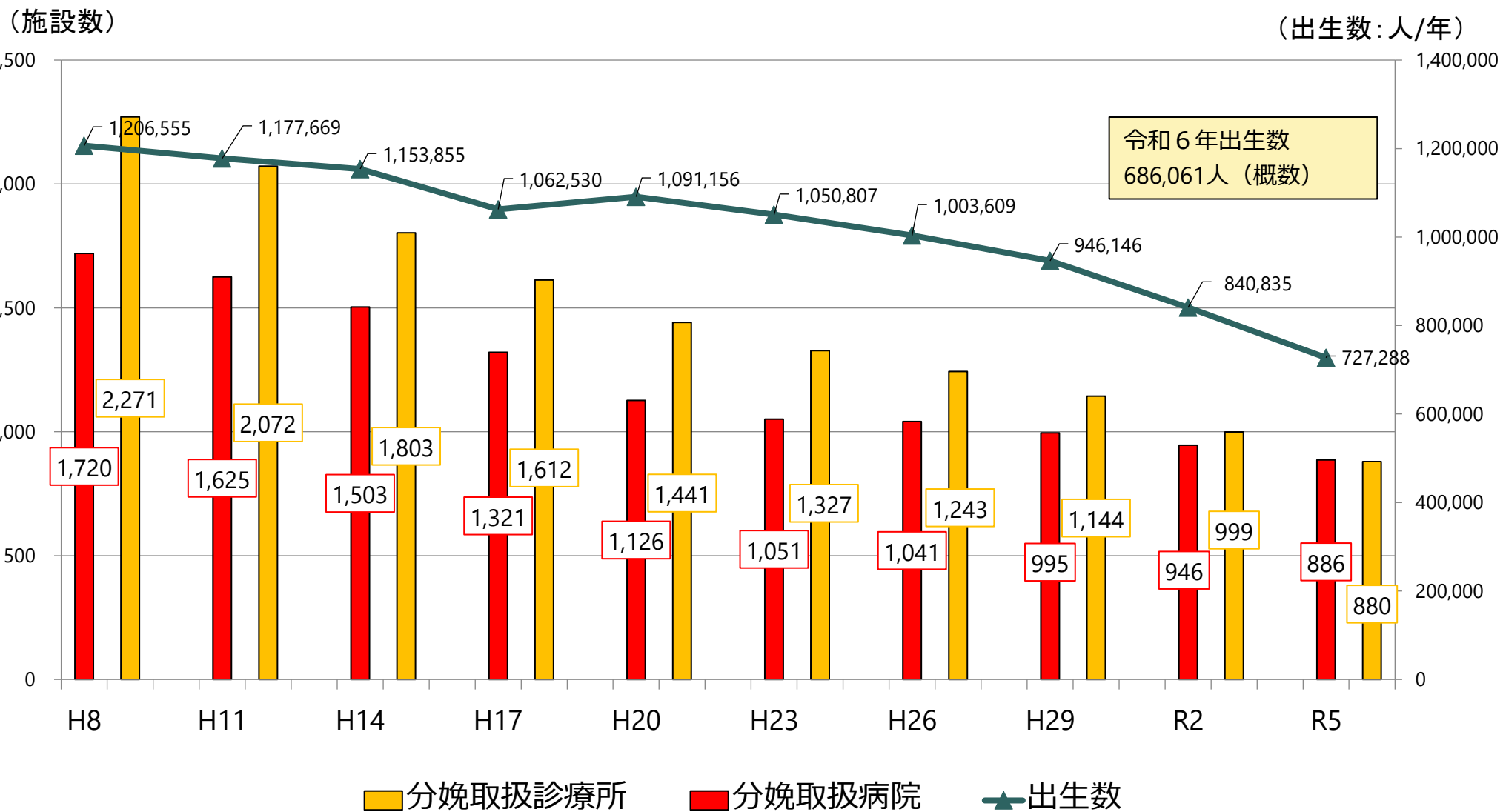
< 2020年妊産婦死亡率（2020年） >

注）妊産婦死亡率＝妊産婦死亡数／出生数×10万



出生数と分娩取扱医療機関数の推移

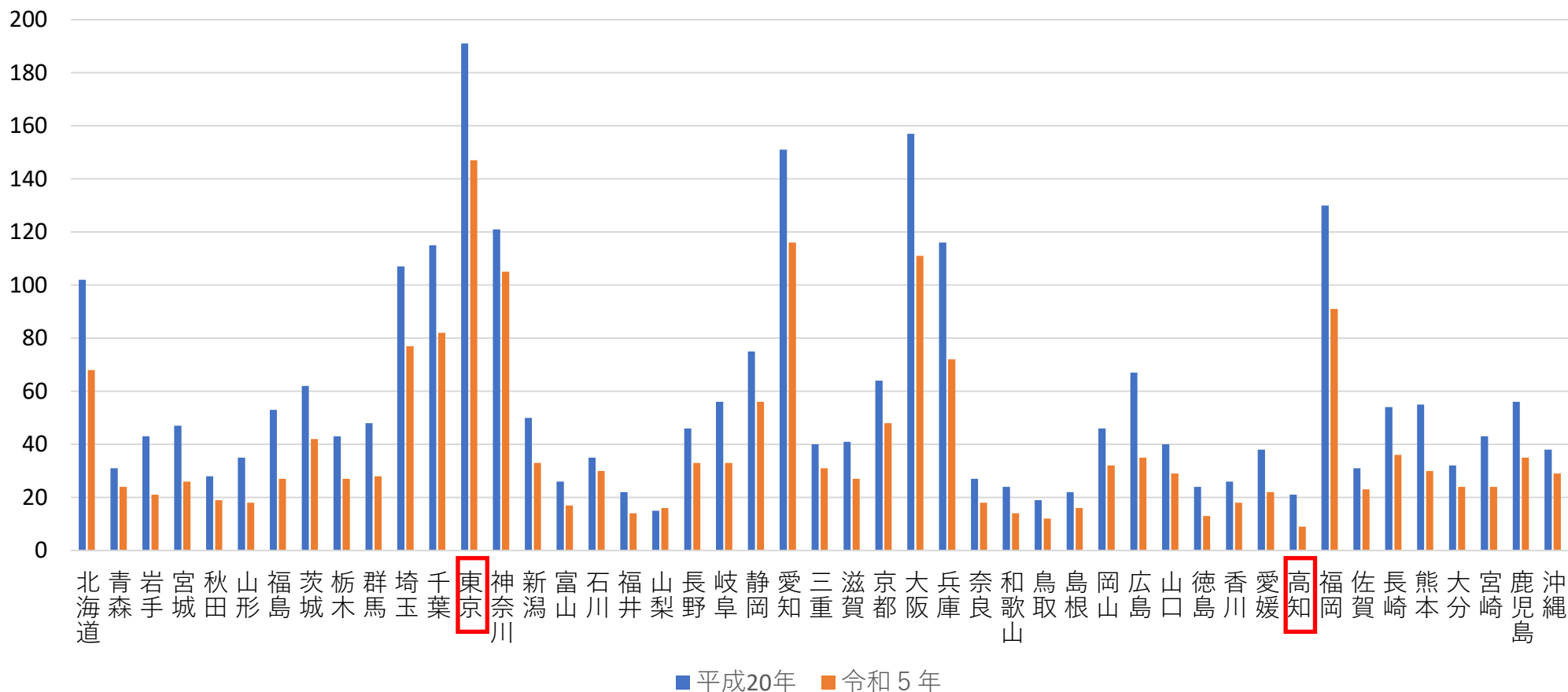
○ 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。



都道府県ごとの分娩取扱医療機関数

- 分娩取扱医療機関数は地域差がある。
- 東京都は最も多く147医療機関である一方、最も少ない高知県では9医療機関である。
- また、多くの都道府県で分娩取扱施設数は減少している。

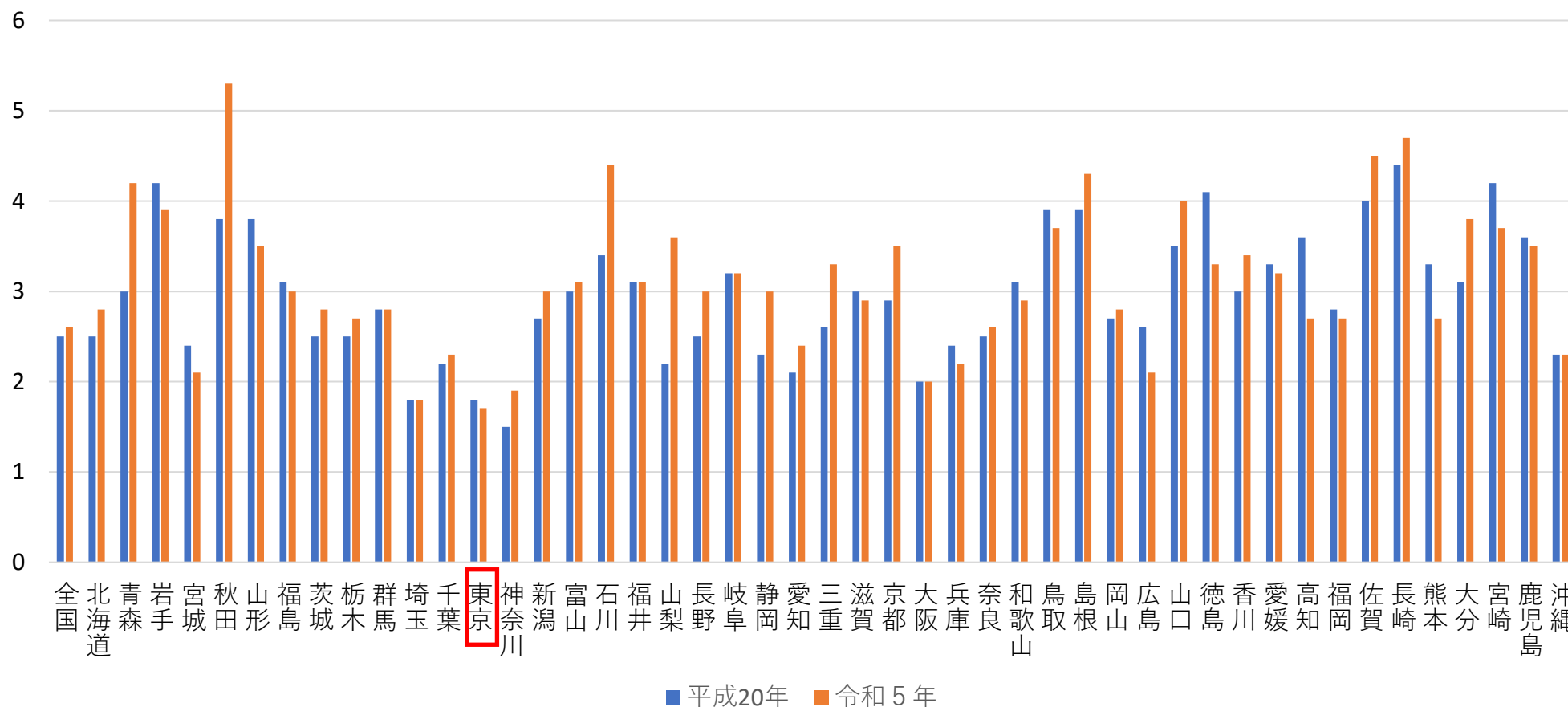
都道府県ごとの分娩取扱医療機関数



都道府県ごとの分娩取扱医療機関数

- たとえば東京都は分娩取扱医療機関数が最も多いが、出生1000人あたりの分娩取扱医療機関数は最も少ない。

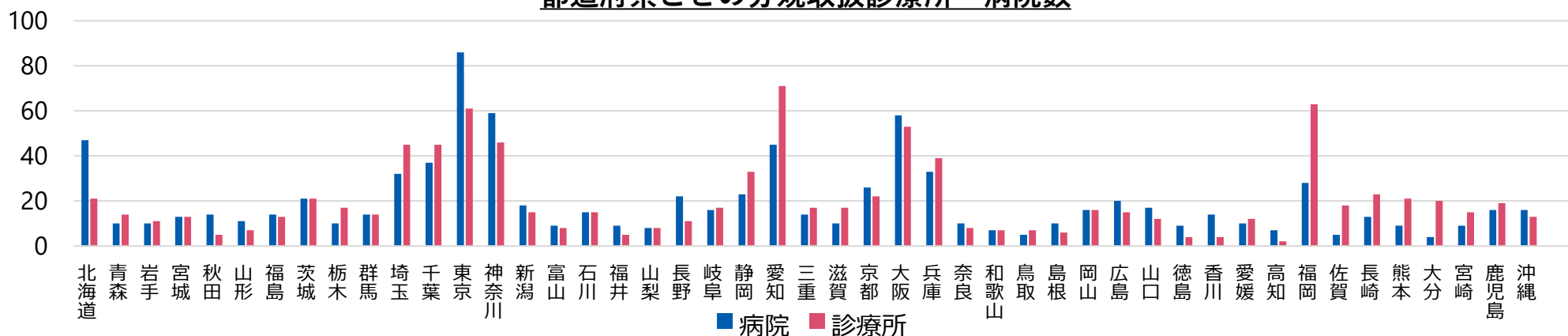
出生1000人あたりの都道府県ごとの分娩取扱医療機関数



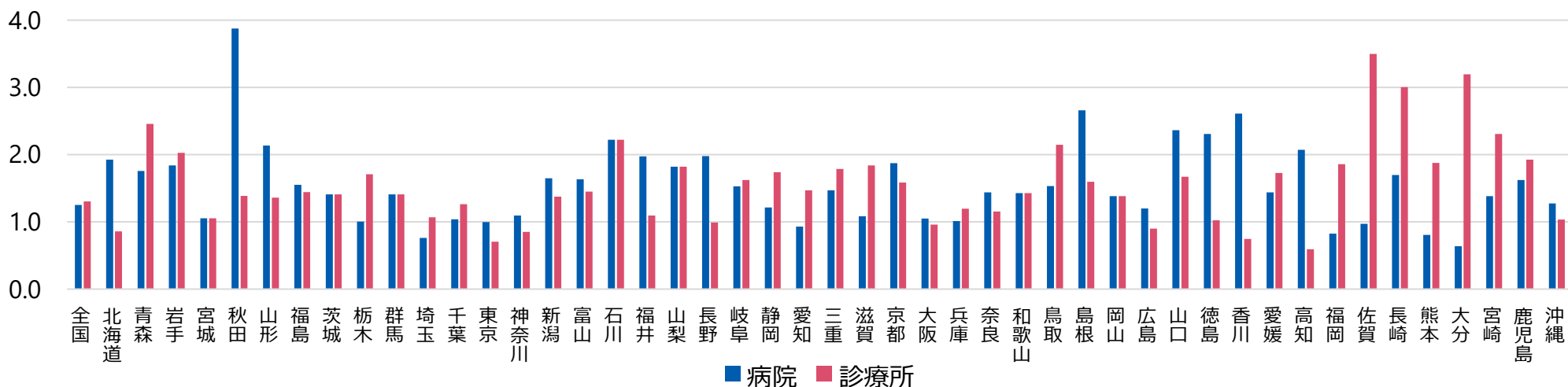
都道府県ごとの分娩取扱施設数

- 分娩取扱施設数について、病院と診療所がほぼ同じ割合で存在する地域もあれば、一方のみが多い地域もある。

都道府県ごとの分娩取扱診療所・病院数



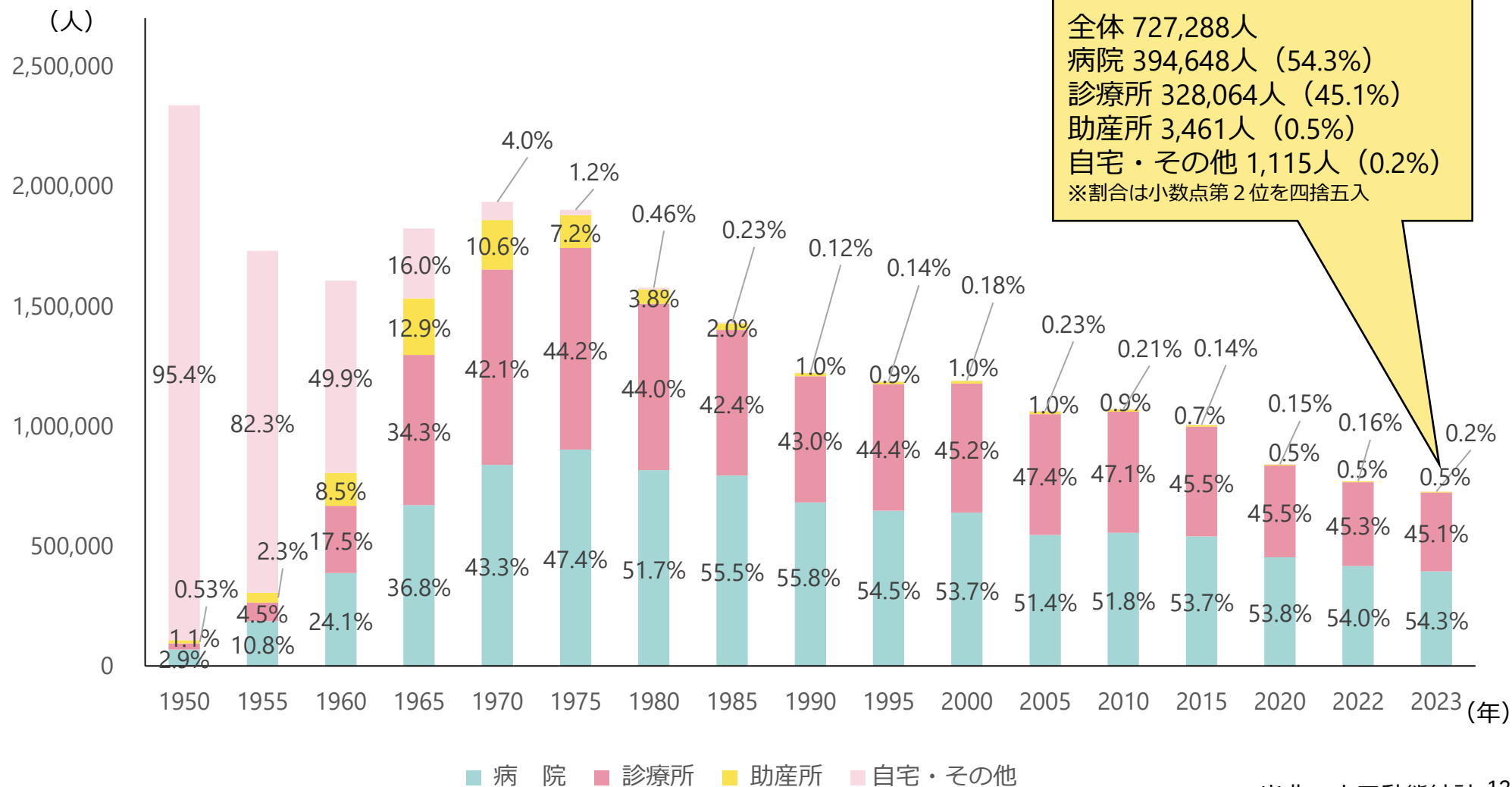
出生1,000人あたりの都道府県ごとの分娩取扱診療所・病院数



出典：令和5年医療施設調査、令和5年人口動態調査

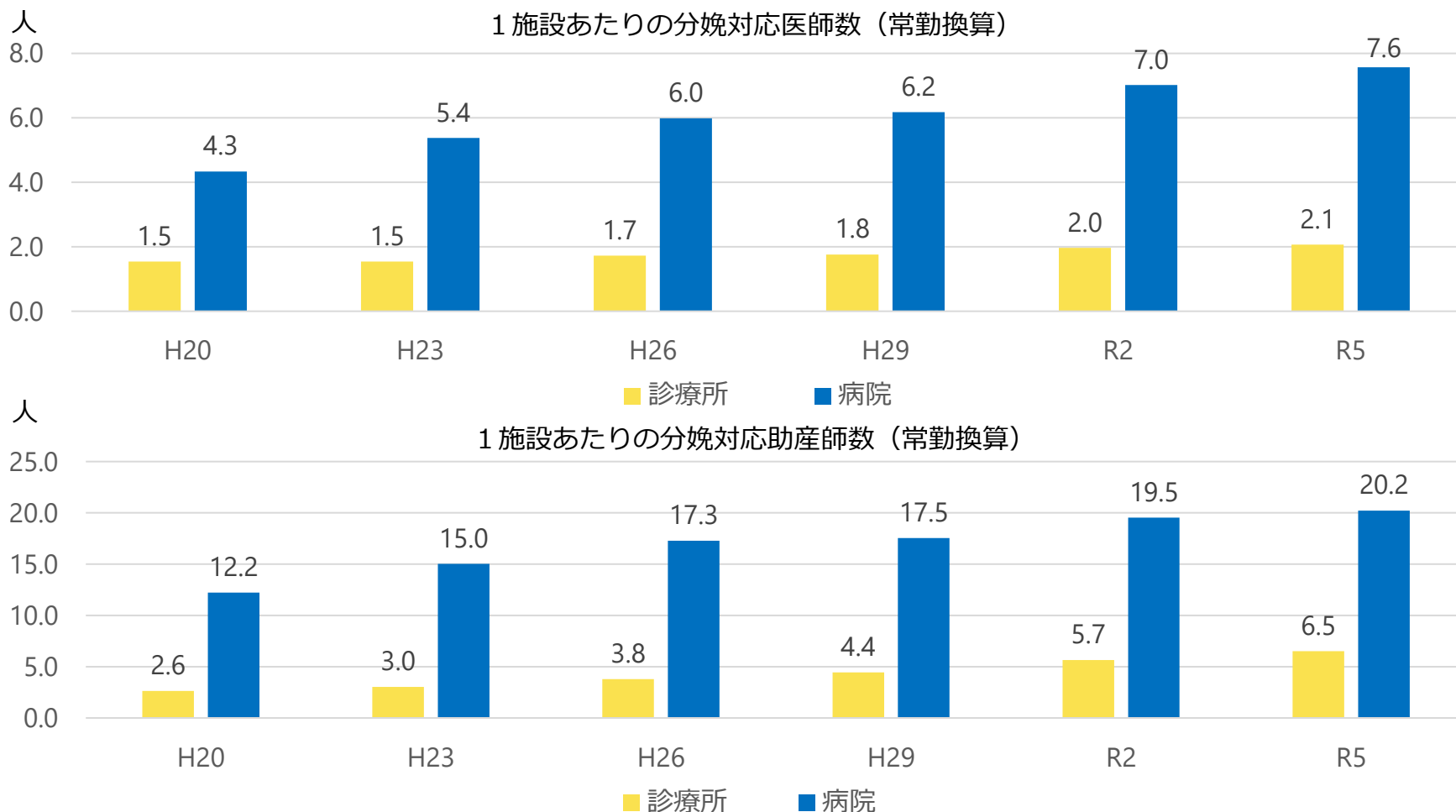
出生場所別出生者数の推移

- 1950年代までは施設外での分娩が多数を占めていたが、1960年代からは施設内での分娩が多数を占めるようになった。
- 現在では医療機関での分娩が9割以上を占めている。



1 施設あたりの分娩対応医師数・助産師数

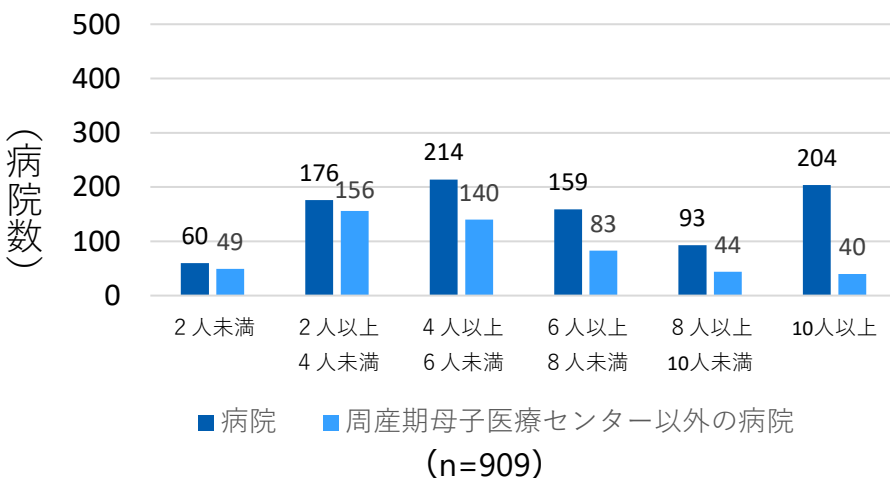
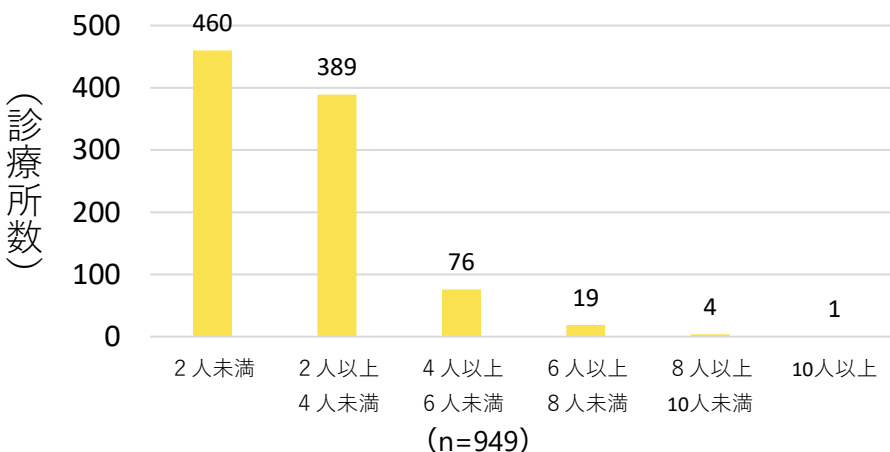
- 病院においては1施設あたりの分娩対応医師数は上昇傾向にあり、医療資源の集約化が一定程度進んでいると言えるが、診療所においては1施設あたりの分娩対応医師数が少なく、わずかな増加にとどまる。
- 1施設あたりの助産師数は診療所・病院ともに増加傾向にある。



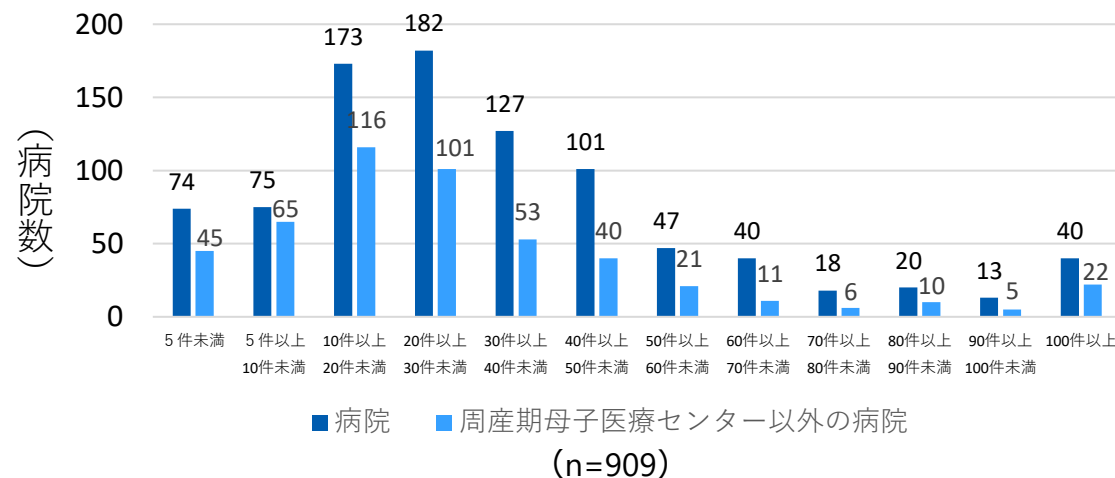
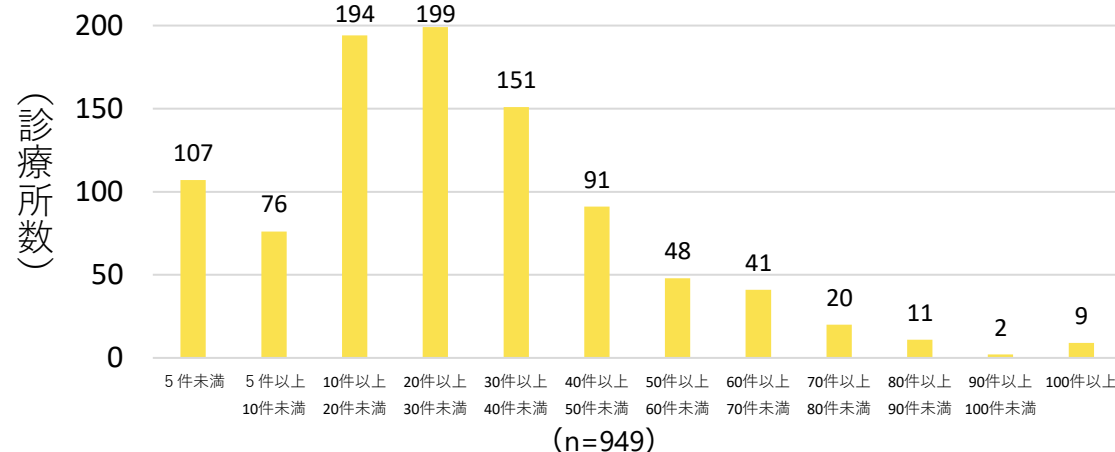
分娩を取り扱う診療所及び病院の現状

- 分娩を取り扱うためには、常時一定規模の体制の確保が必要となるが、常勤換算の分娩取扱医師数は、診療所では約半数が2人未満であり、病院でも2未満の施設がある。
- 月間分娩数が5件未満の施設も一定数存在する。

<分娩を取り扱う医師数（常勤換算）別の医療機関数>



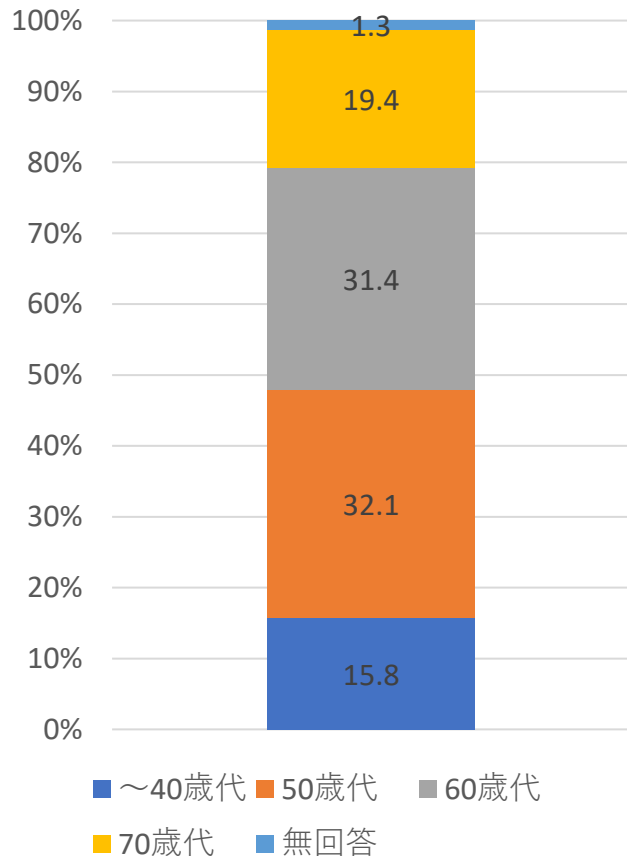
<月間分娩数別の医療機関数>



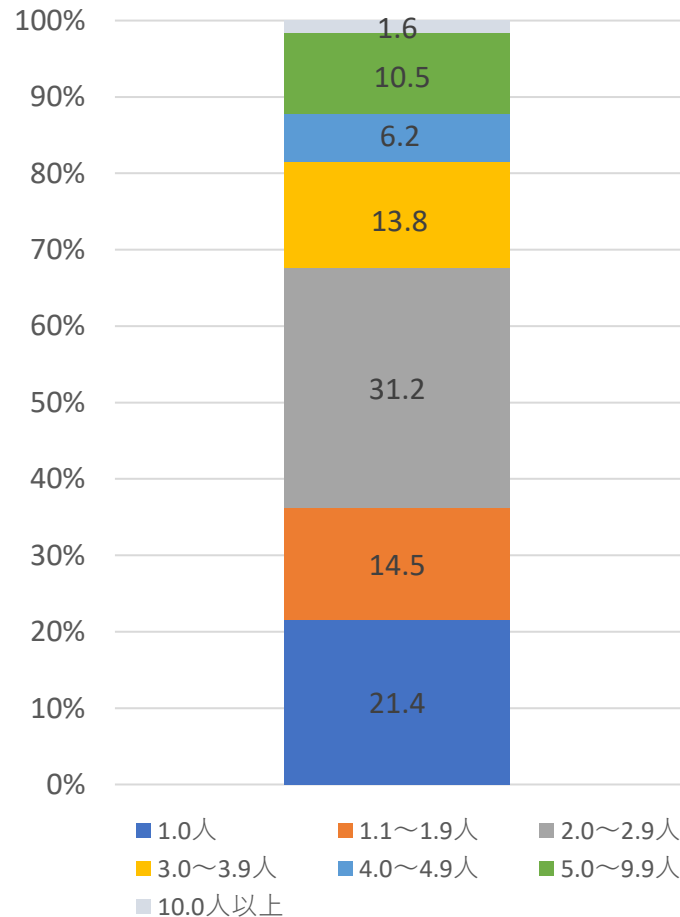
産科診療所の診療体制

- 産科診療所の診療体制に関する調査において、回答施設の院長年齢は、平均60.2歳であり50歳代と60歳代が全体の3分の2を占めた。
- 医師数は常勤換算で平均2.8人であった。
- 非常勤も含めて麻酔科医がいる施設は全体の16.3%であった。

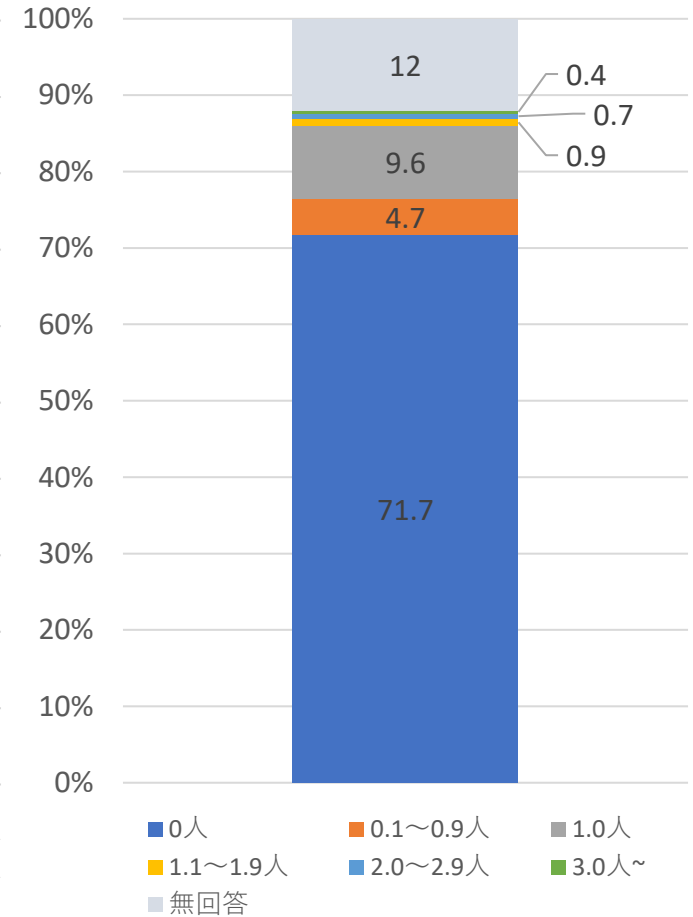
医師の年齢別の割合



医師数（常勤換算）数別の割合



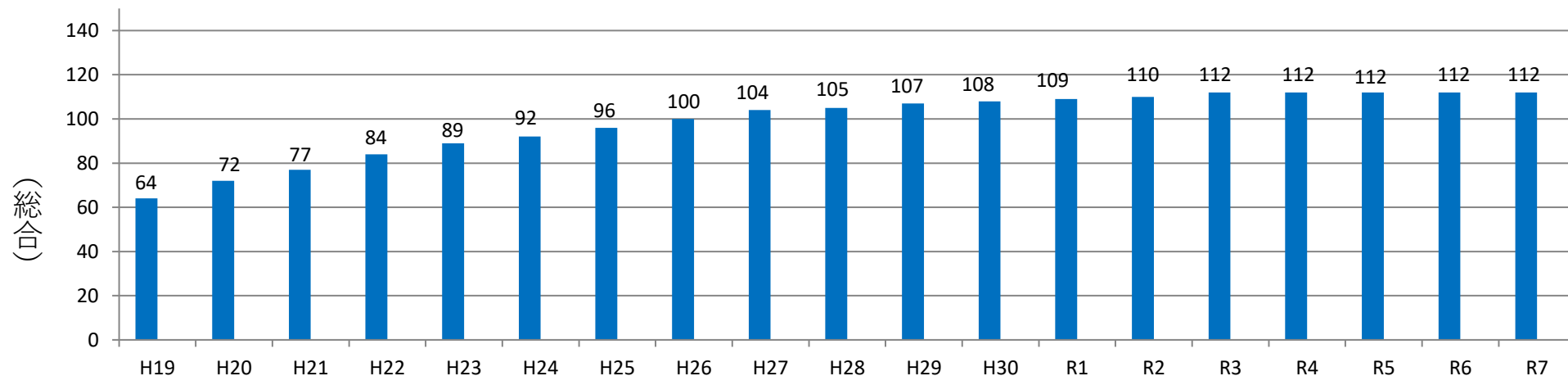
麻酔科医（常勤換算）数別の割合



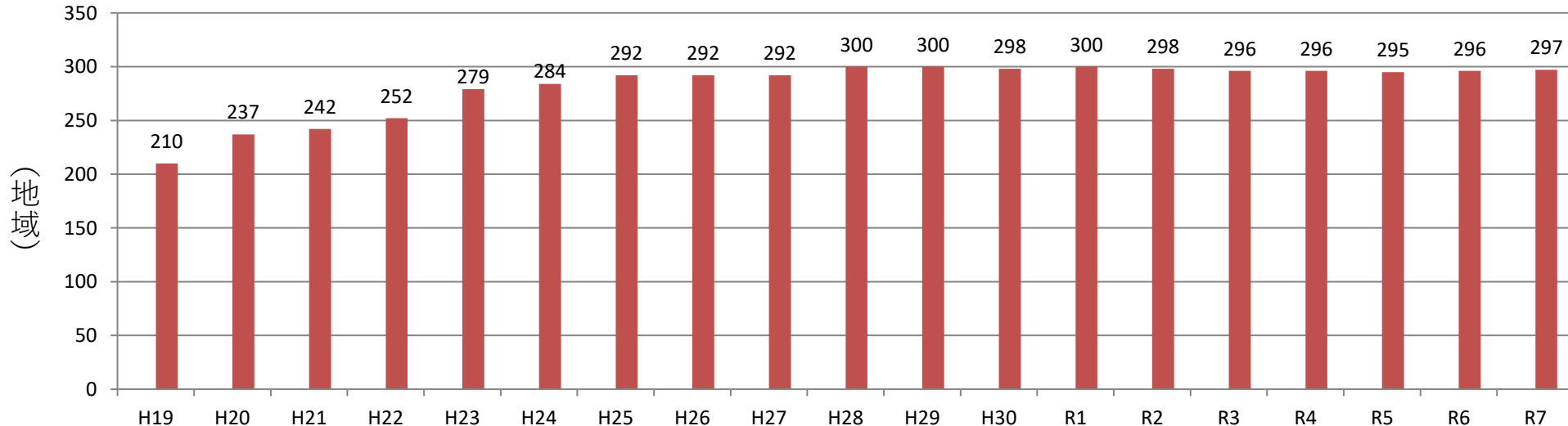
総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

○ 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の施設数と所在都道府県数はいずれも増加しており、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

施設数

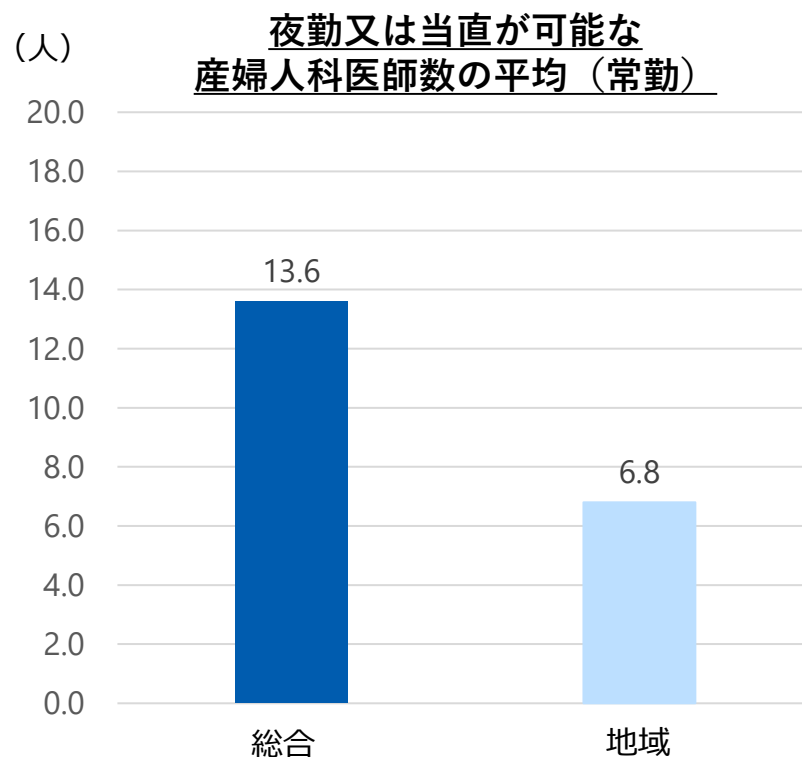
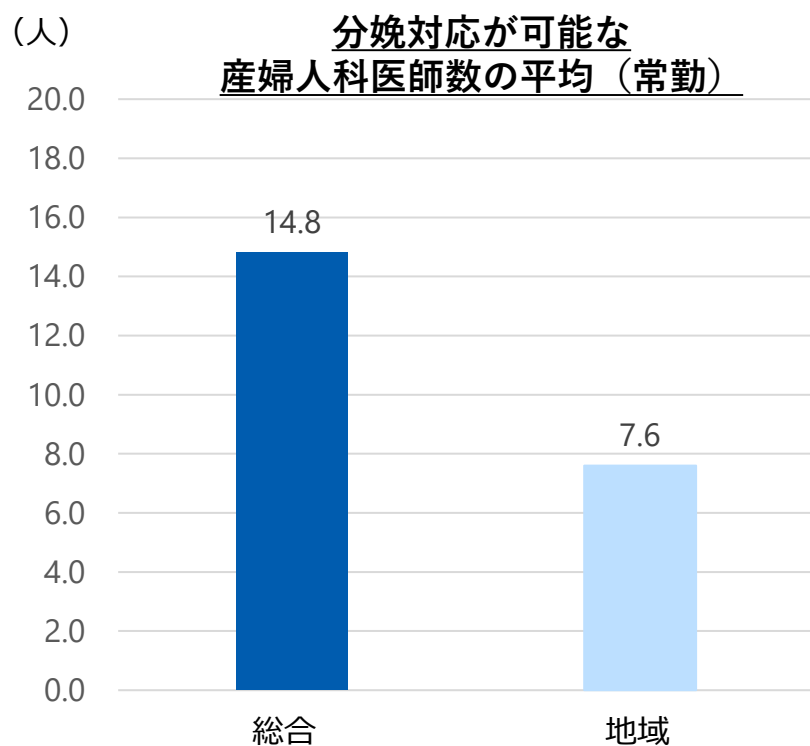


施設数



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）

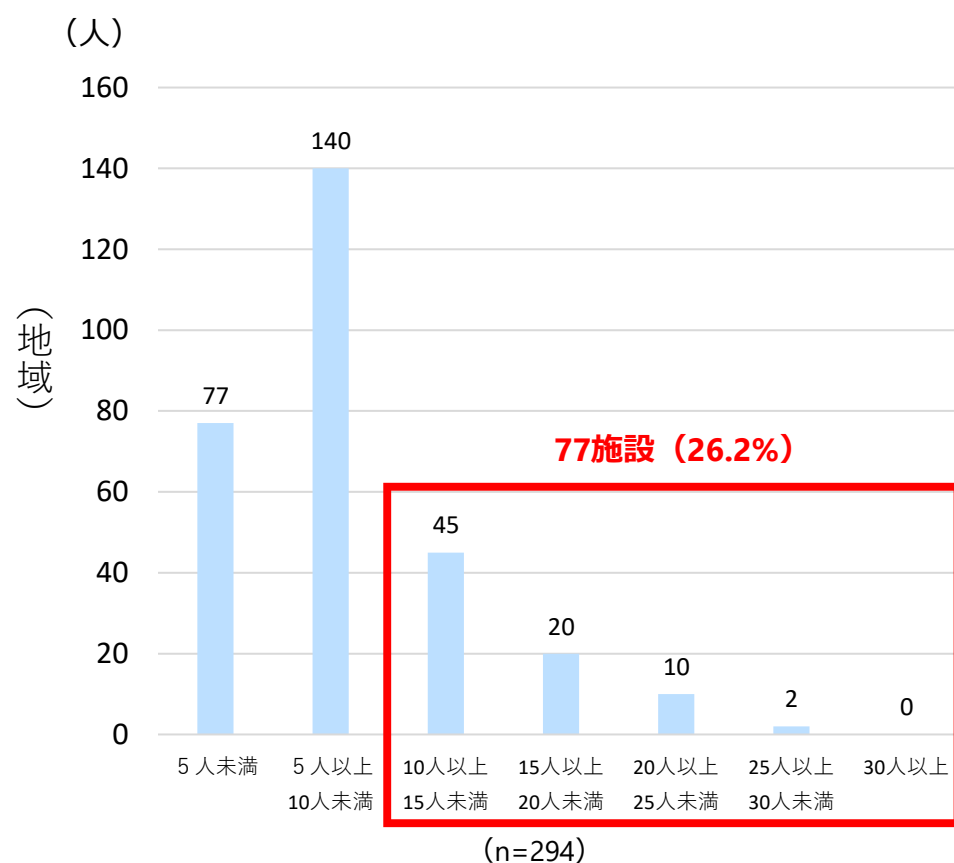
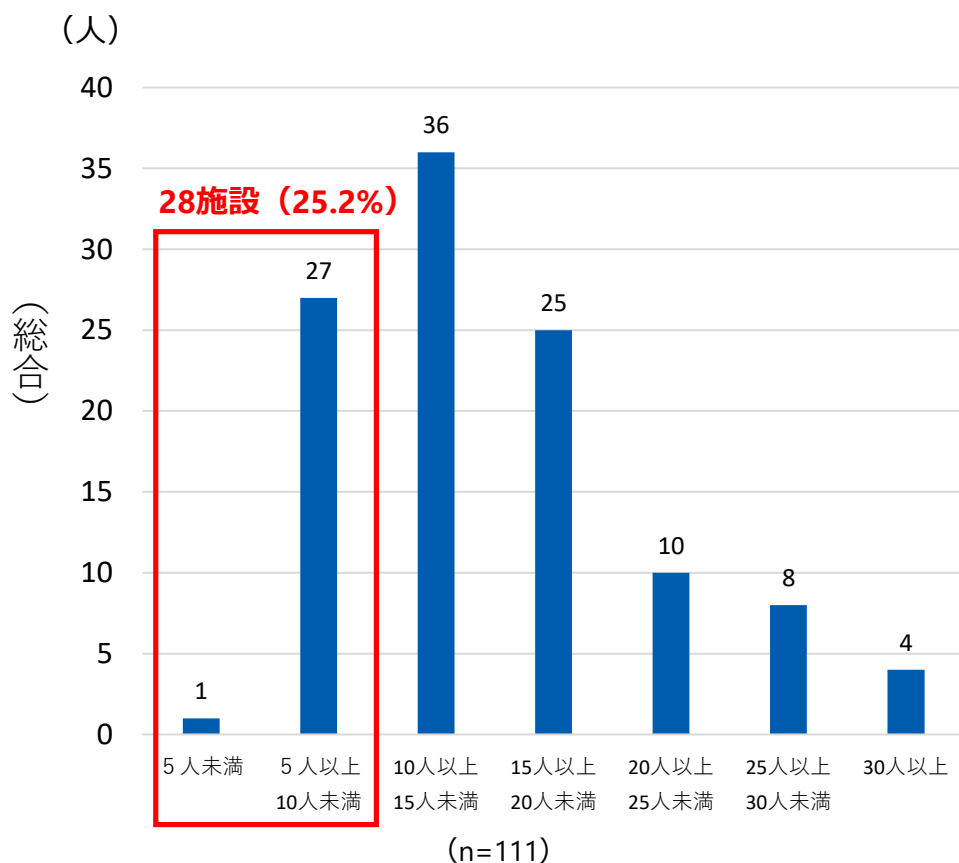
- 地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターと比較して、「分娩対応が可能な産婦人科医師数」及び「夜勤又は当直が可能な産婦人科医師数」のいずれも約1/2の人数である。



周産期母子医療センターの現状 (分娩対応が可能な産婦人科医師数別の施設数)

- 総合周産期母子医療センターは分娩対応が可能な産婦人科医師数は10人以上の施設が多いが、地域周産期母子医療センターは、10人以上確保できている施設が77施設（26.2%）である。
- 総合周産期母子医療センターでも28施設（25.2%）が10人未満である。

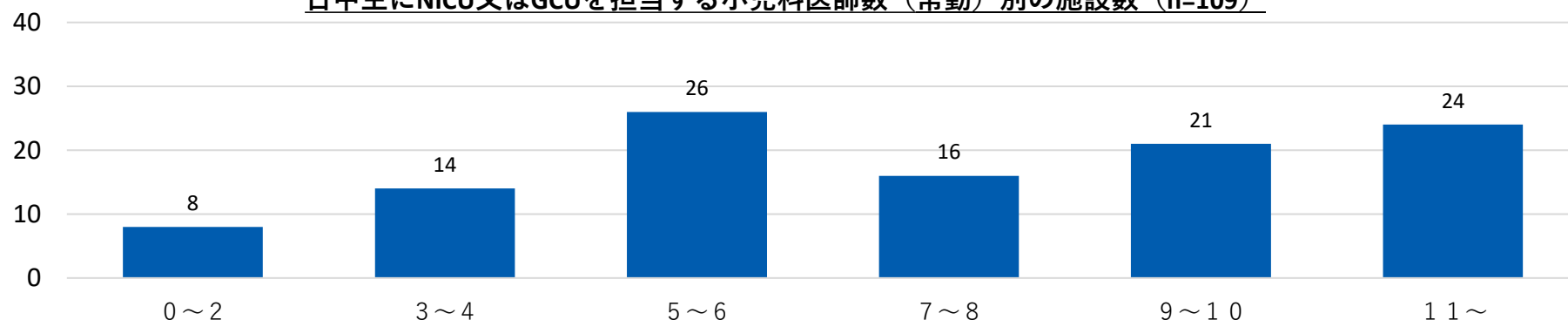
分娩対応が可能な産婦人科医師数（常勤）別の施設数



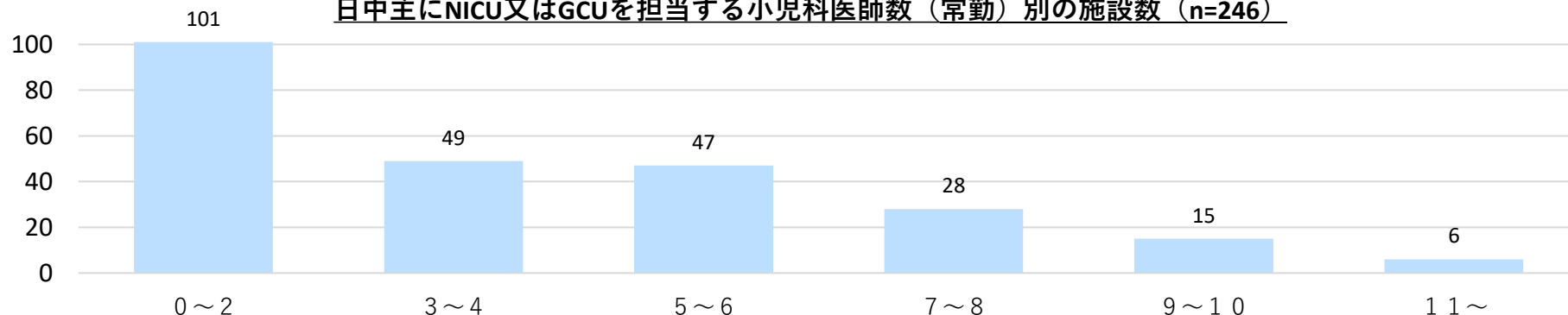
周産期母子医療センターの現状 (新生児医療を主に担当する医師数別の施設数)

- 総合周産期母子医療センターにおける当該小児科医師数の中央値は7人、地域周産期母子医療センターでは4人であり、特に地域周産期母子医療センターでは、2以下の施設が101施設存在する。

総合周産期母子医療センターにおける
日中主にNICU又はGCUを担当する小児科医師数（常勤）別の施設数（n=109）



地域周産期母子医療センターにおける
日中主にNICU又はGCUを担当する小児科医師数（常勤）別の施設数（n=246）

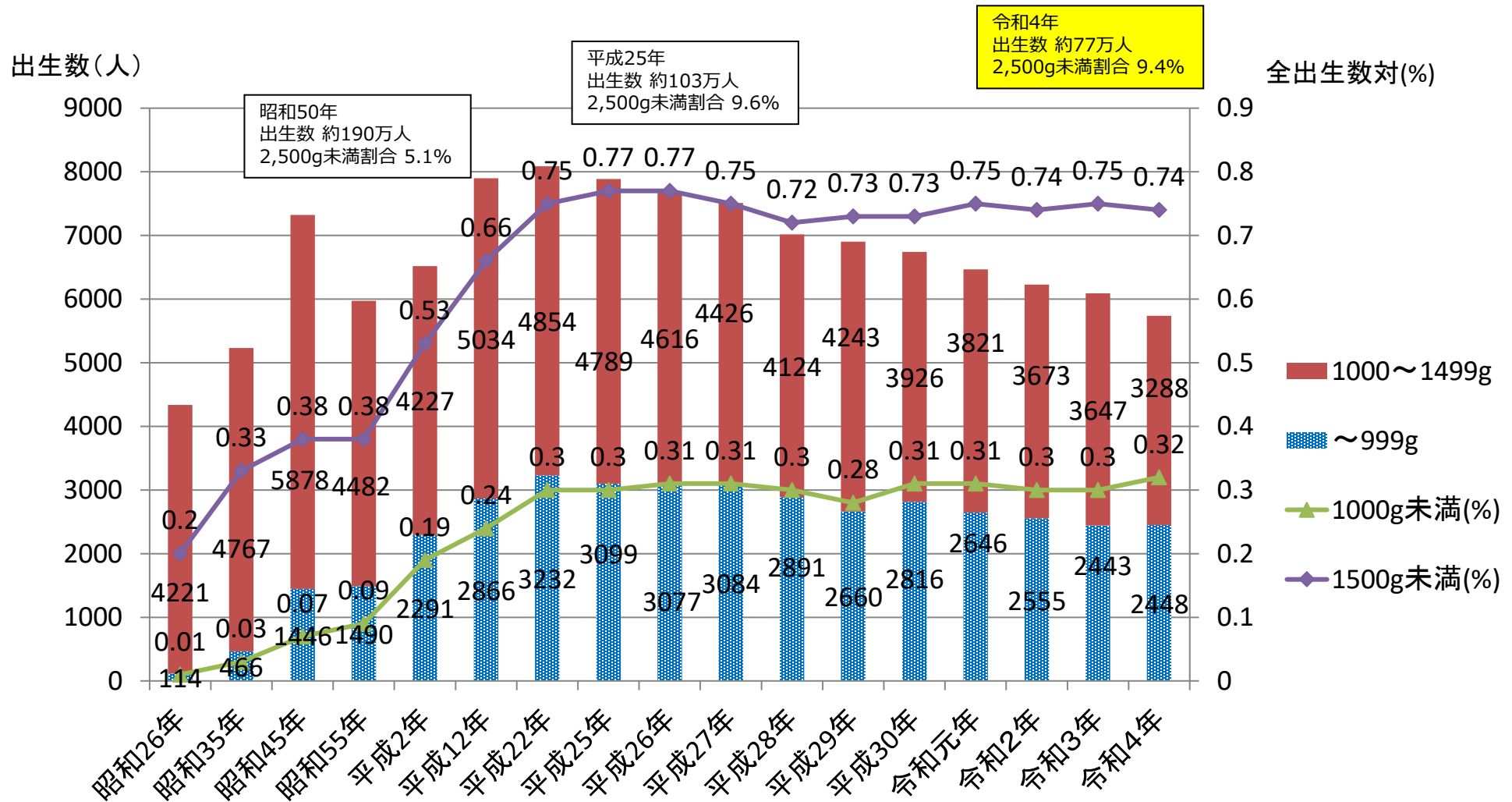


※「主にNICU又はGCUを担当する」とは、仕事の50%以上をNICU又はGCUを担当することを指す。

※NICUを有する周産期母子医療センターのみを集計。

出生時体重別出生数及び出生割合の推移

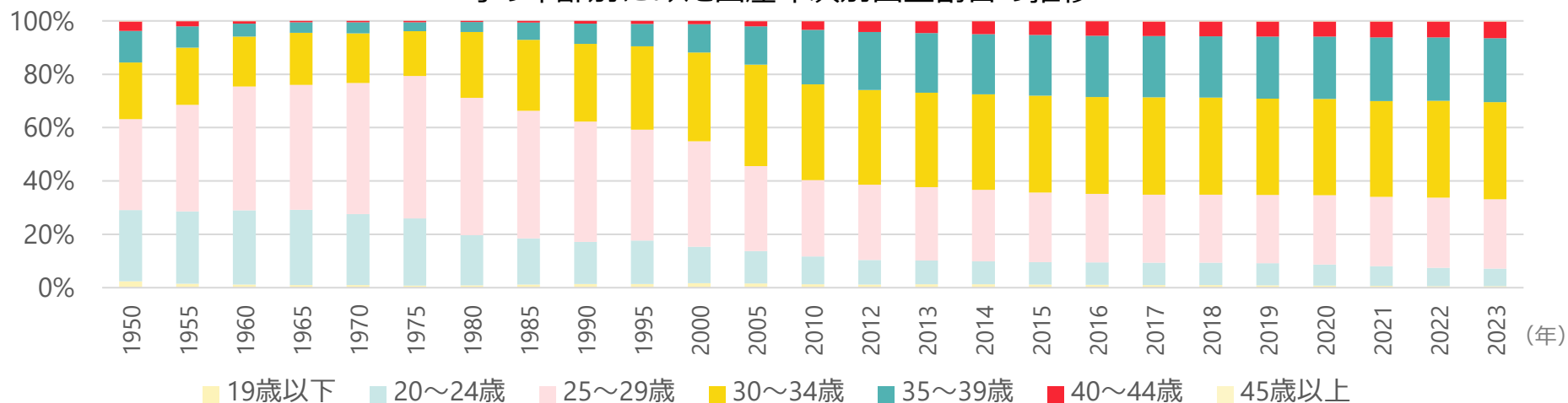
- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加。→近年は横ばい傾向。



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。

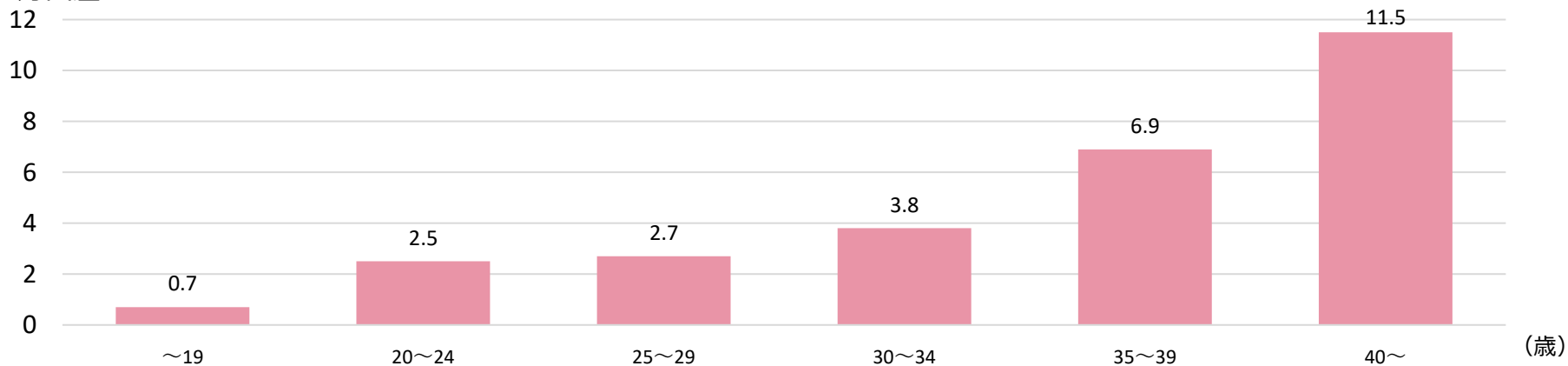
母の年齢別にみた出産年次別出生割合の推移



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

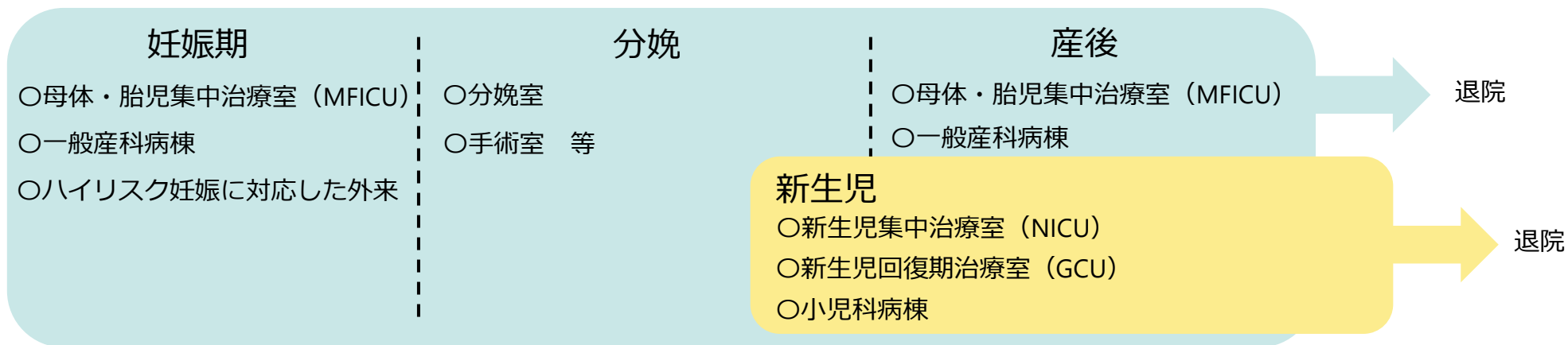


日本産婦人科医会妊産婦死亡報告事業

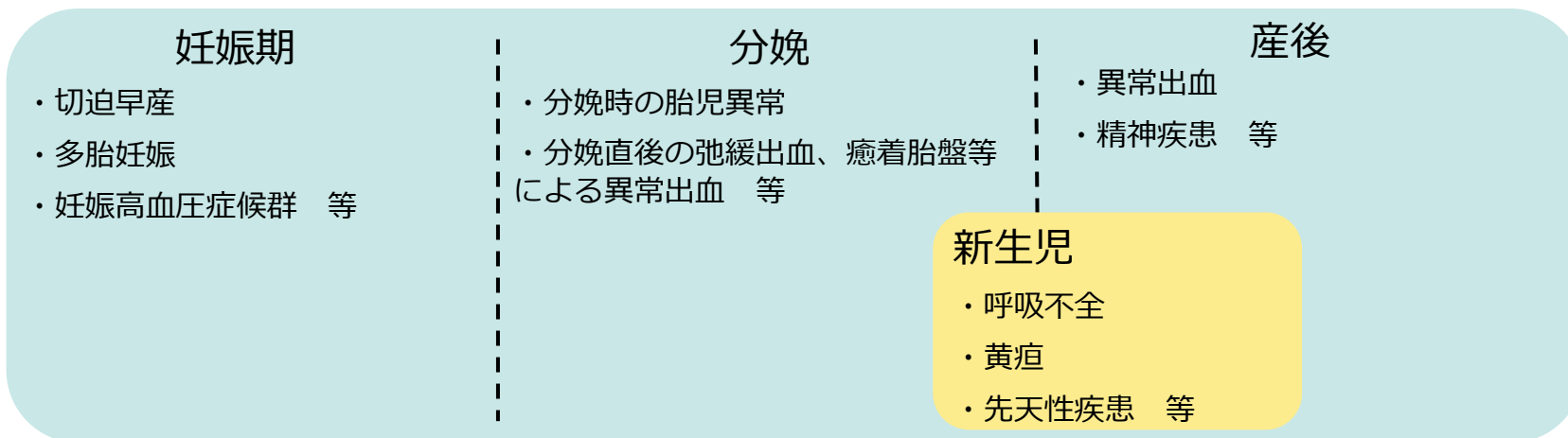
ハイリスク妊娠・分娩および新生児に対応するための連携について

- 妊娠期から産後にかけて、さまざまなタイミングで多種多様な理由により搬送等の連携が実施されている。

周産期母子医療センター



一般病院、診療所、助産所



新生児集中治療室（NICU）整備の経緯と現状

NICU病床の必要数推計

■平成6年 出生千当たり2床と推計

厚生省心身障害研究「ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究」（分担研究者 多田裕）

■平成17年 ハイリスク新生児の増加、新生児死亡率の改善等を踏まえ、出生千当たり3床と再推計

厚生労働省子ども家庭総合研究「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究」（研究代表者 藤村正哲）

NICU病床の整備目標

■平成22年 「子ども・子育てビジョン」（閣議決定）

➢ 平成26年度までに**全国平均**で出生1万人当たり25～30床整備

■平成26年 全国平均30.4床（6県が出生1万人当たり25床未満）

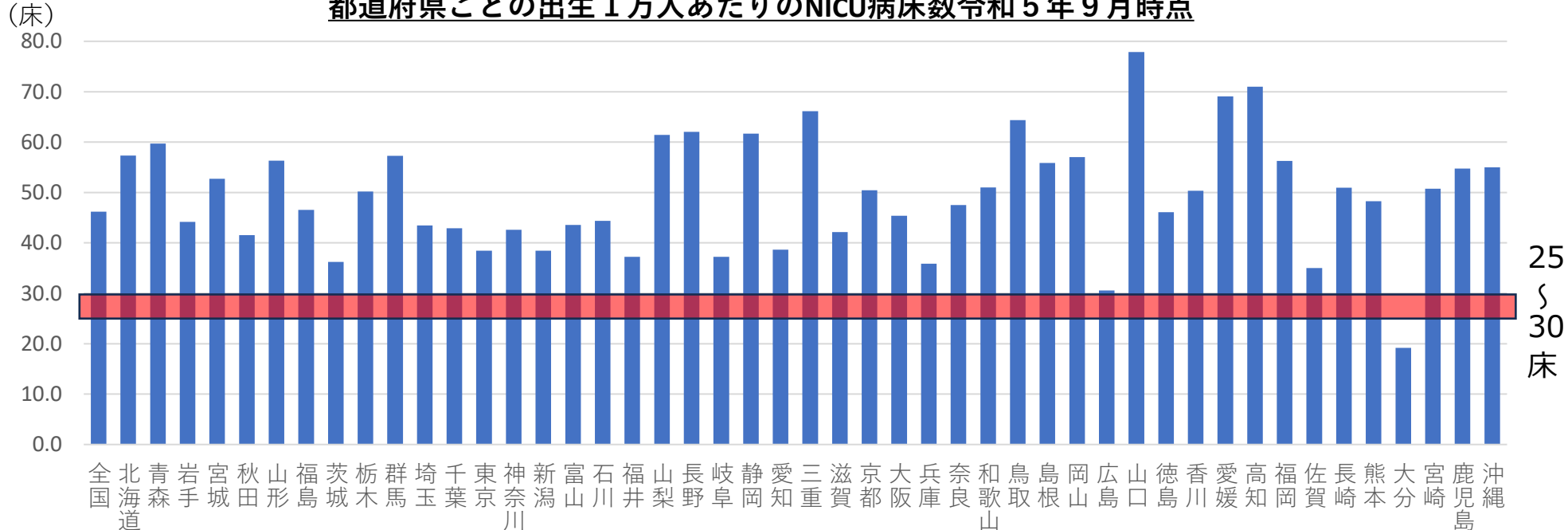
■平成27年 「少子化社会対策大綱」（閣議決定）

➢ **平成31年度までに全都道府県**で出生1万人当たり25～30床整備

■平成29年 **全都道府県において目標を達成**。（全国平均34.8床）

目標を大きく上回る都道府県もある。

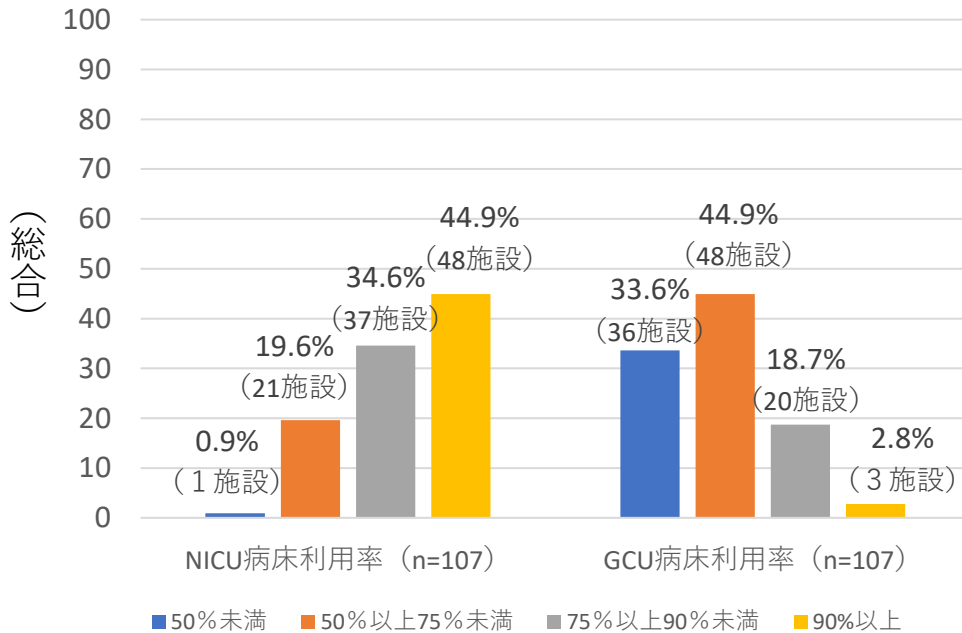
都道府県ごとの出生1万人あたりのNICU病床数令和5年9月時点



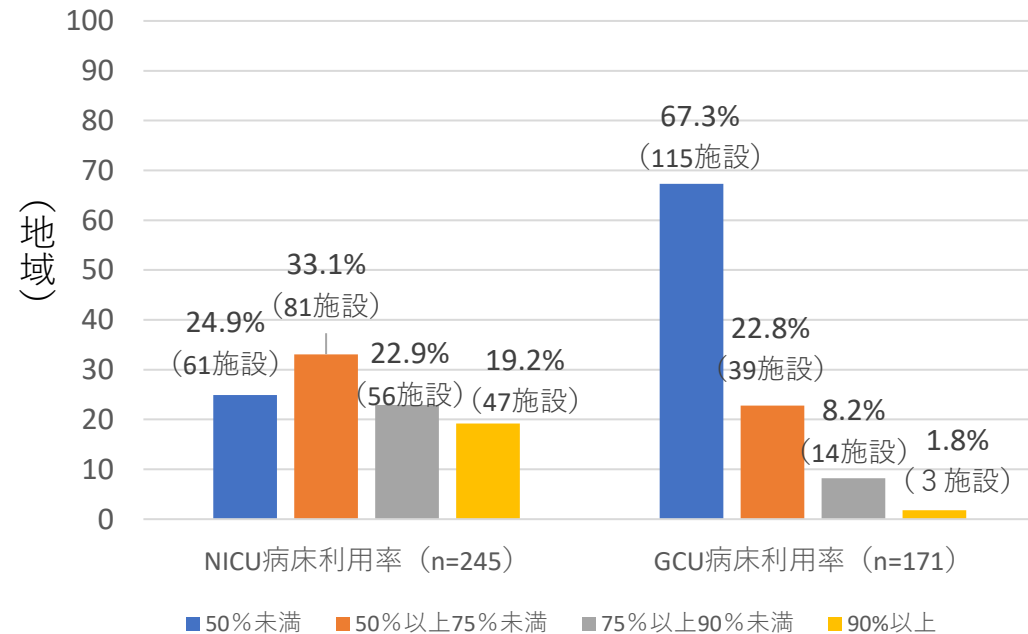
NICUの病床利用率

- 総合周産期母子医療センターでは多くの施設でNICUの病床利用率が75%以上だが、地域周産期母子医療センターは約半数の施設が75%未満である。
- GCUはNICUの2倍の病床数を有することが望ましいとされてきたが、その病床利用率は、総合周産期母子医療センターでは33.6%の施設、地域周産期母子医療センターでは67.3%の施設が50%未満である。

NICU・GCUの病床利用率別にみた施設数

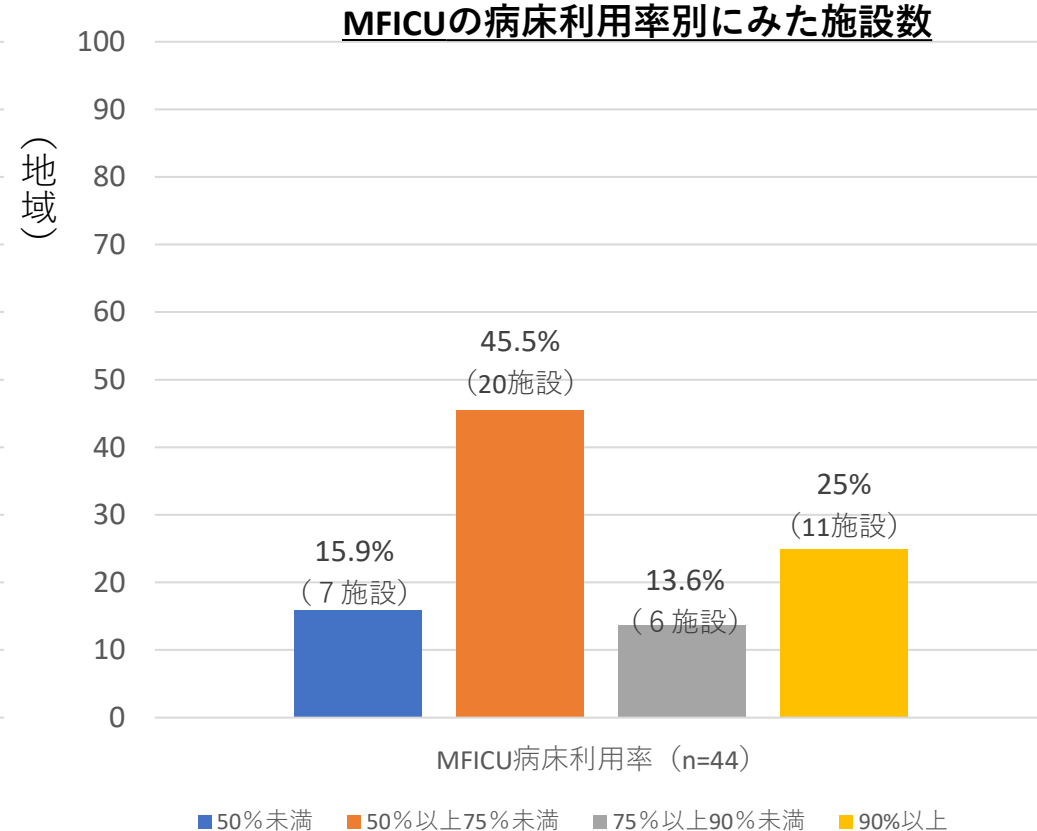
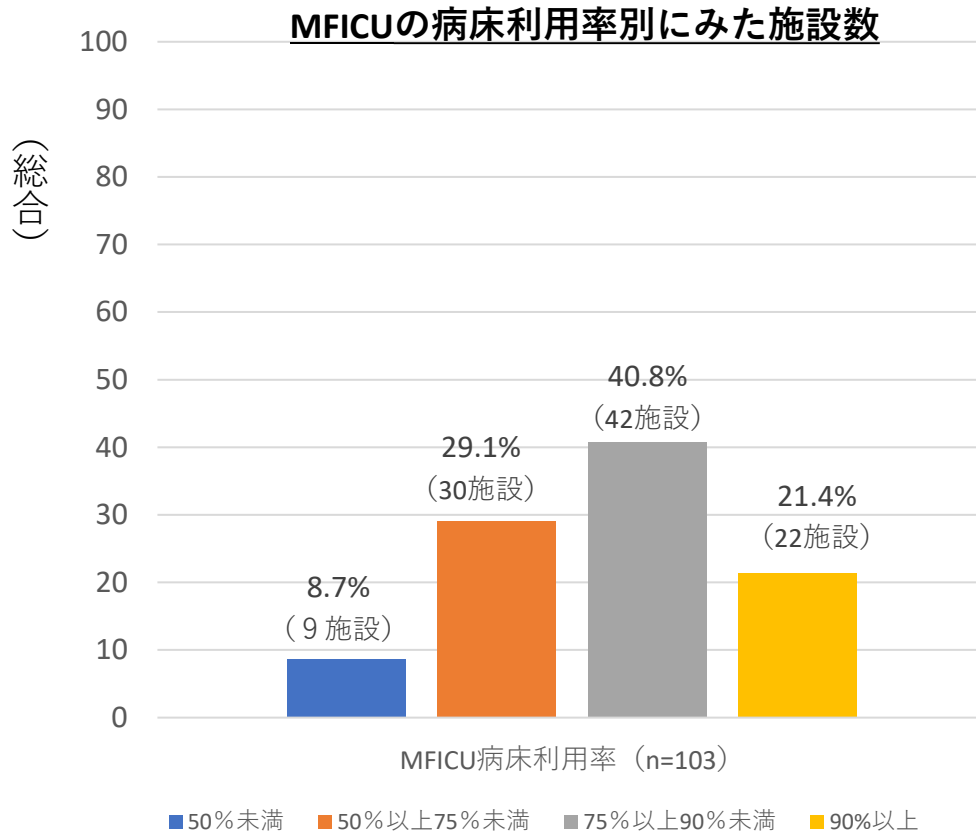


NICU・GCUの病床利用率別にみた施設数



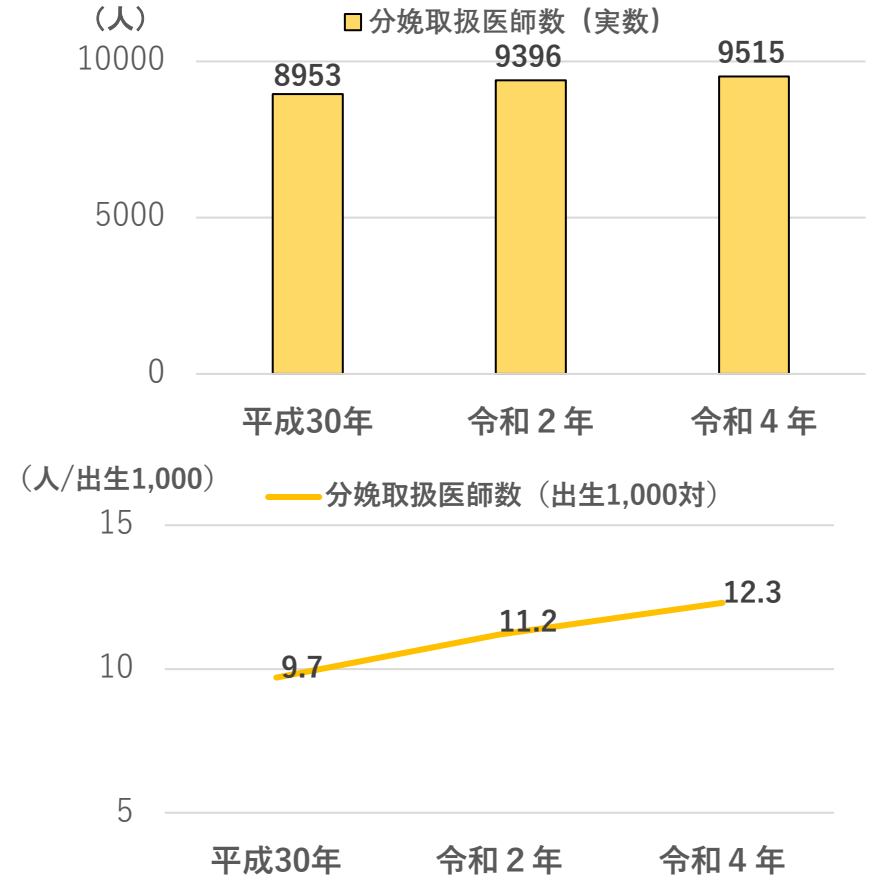
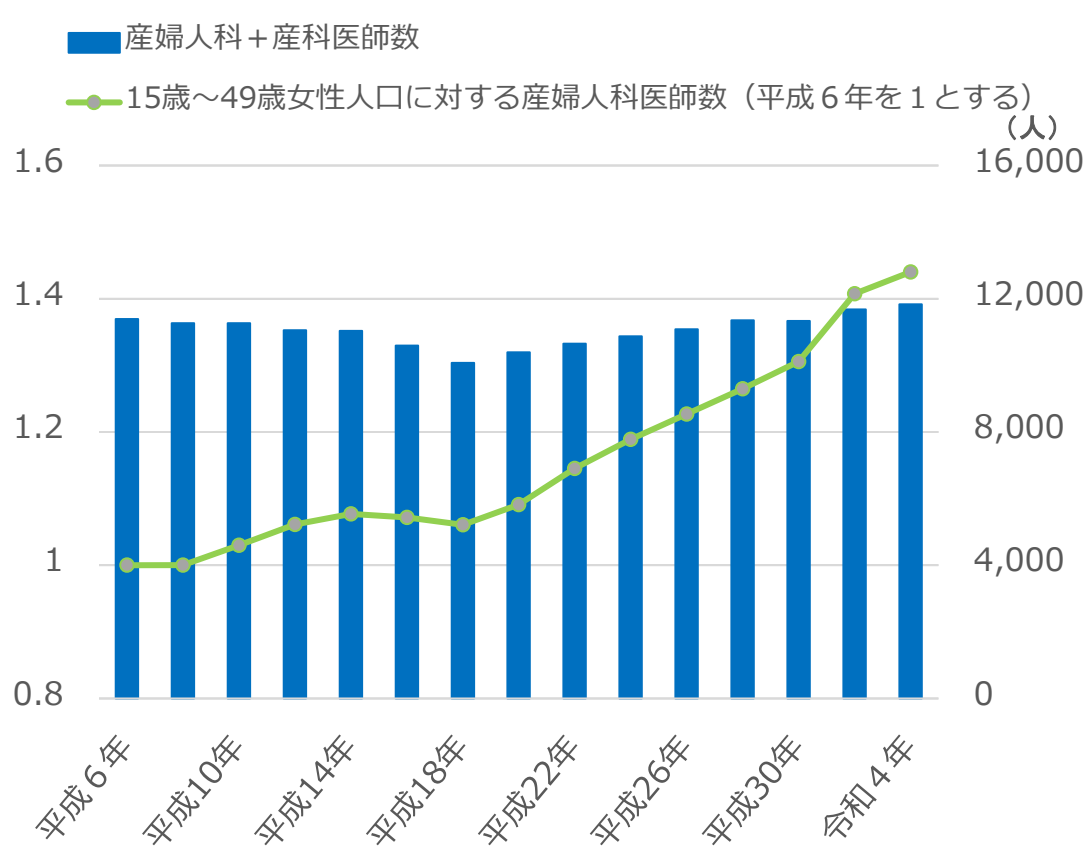
母体・胎児集中治療室（MFICU）の病床利用率

- MFICUはリスクの高い母体・胎児及びじょく婦に対する監視及び適宜適切な治療を行うために設置された病床である。
- 総合周産期母子医療センターでは6割以上の施設が病床利用率75%以上だが、地域周産期母子医療センターでは6割以上の施設が75%未満である。MFICUの病床利用率は、病床規模によらず施設によって様々な値を示している。



産婦人科医師数及び分娩取扱医師数の推移

- 産婦人科＋産科と婦人科の医師数の合計は、緩やかに増加している。
- 令和4年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医師数は、平成6年の約1.4倍となっている
- 分娩取扱医師数は増加傾向にあり、年間出生数1000あたりでは平成30年には9.7人、令和4年には12.3人となっている。



※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・令和2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。

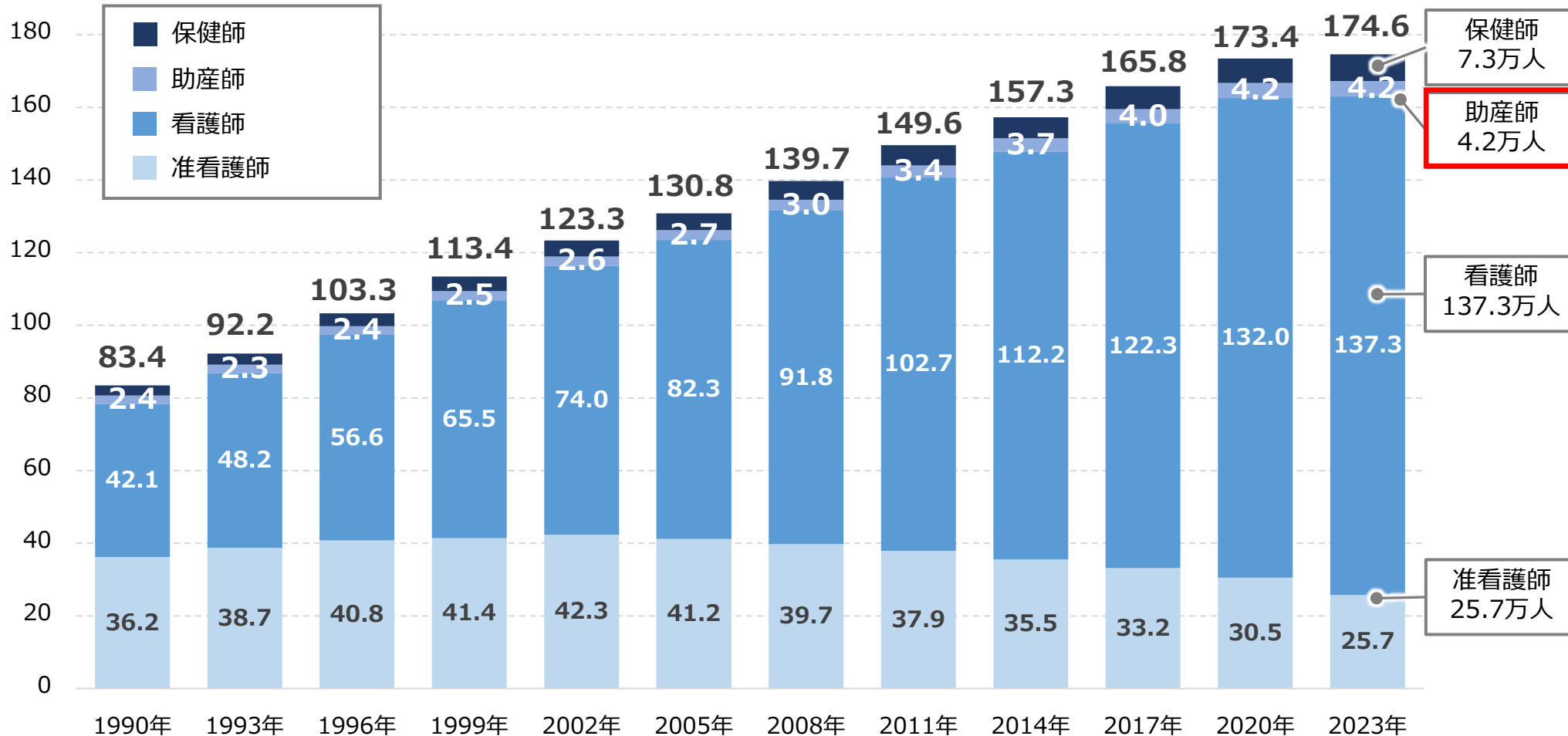
※分娩取扱医師数：三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師

看護職員就業者数の推移

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け2023年（令和5年）には174.6万人となった。助産師は4.2万人となっている。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

(万人)



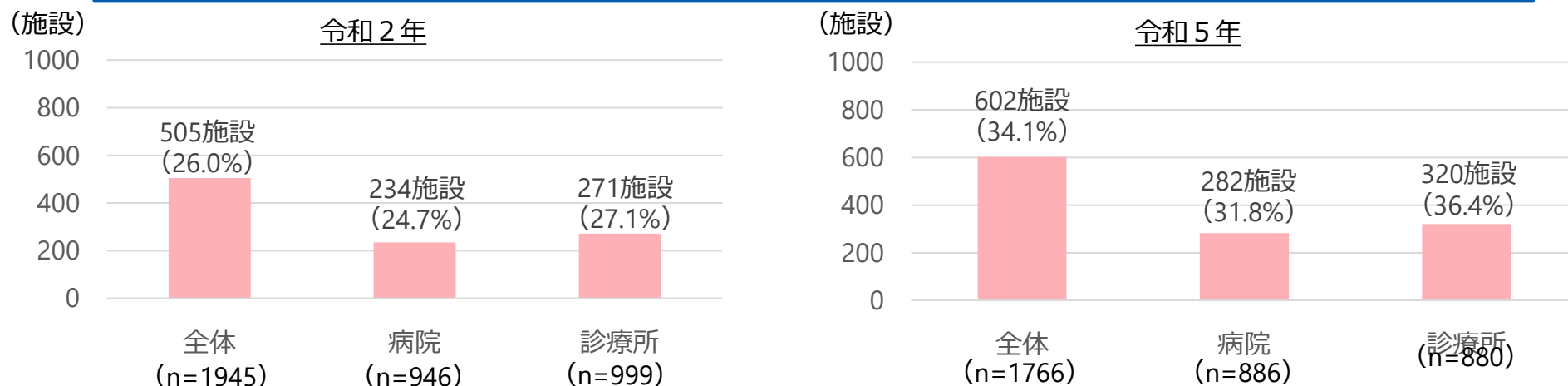
資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

- ・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。
- ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
- ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

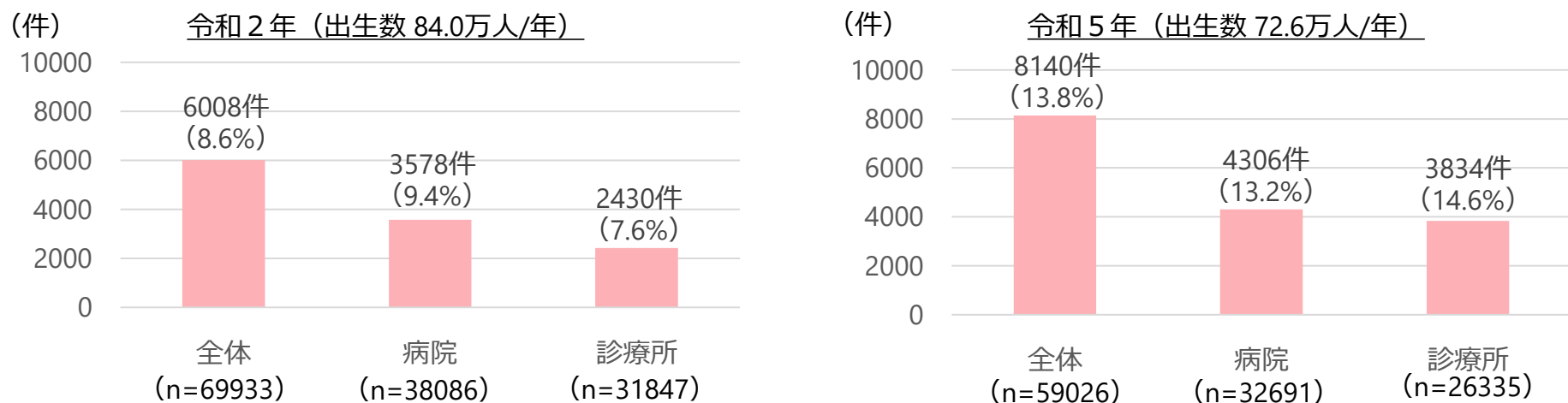
無痛分娩の実施状況

- 分娩を取り扱う医療機関のうち、無痛分娩を実施している医療機関数は増加している。
- 医療機関での分娩のうち、無痛（帝王切開を除く）の件数は増加している。

分娩を取り扱う医療機関のうち無痛分娩を実施している医療機関数（各年9月の1か月の実績）



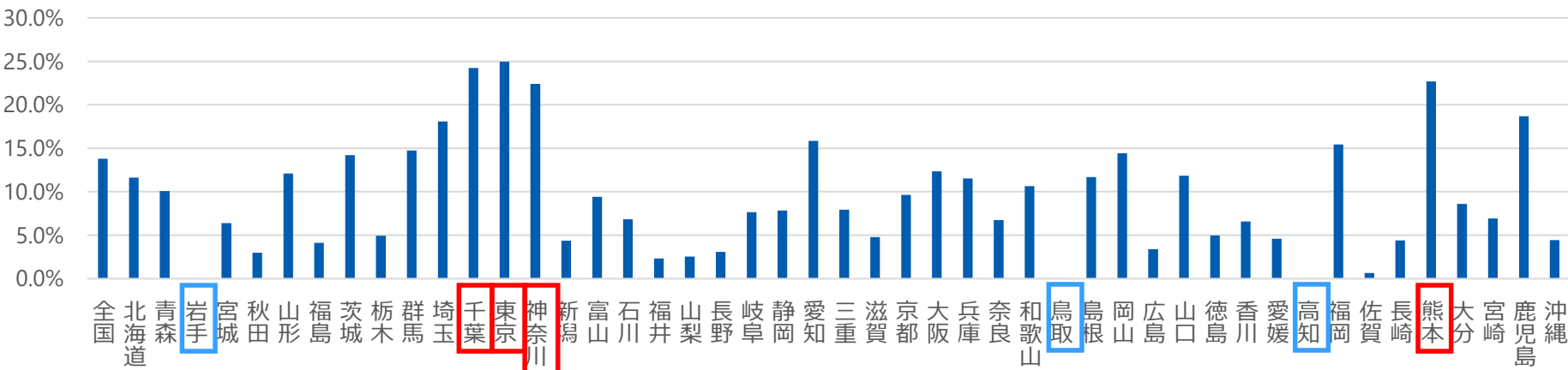
医療機関での分娩のうち、無痛分娩（帝王切開を除く）の件数（各年9月の1か月の実績）



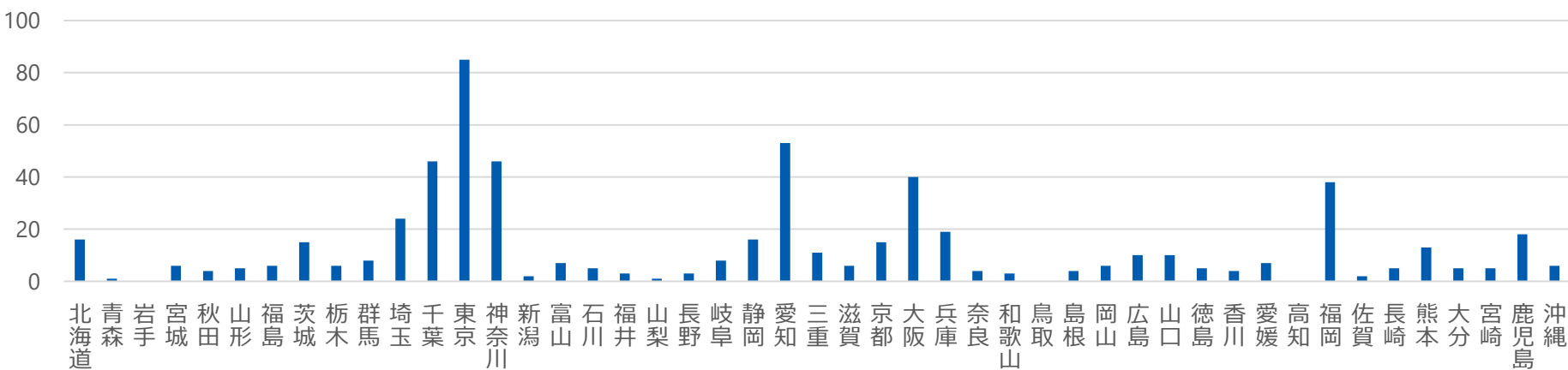
無痛分娩の実施状況

- 令和5年9月時点では、東京都、千葉県、神奈川県、熊本県では分娩のうち約25%が無痛分娩であるが、一方で岩手県、鳥取県、高知県では、無痛分娩は0件であった。

医療機関での分娩のうち、無痛分娩（帝王切開を除く）の割合（令和5年9月の1か月の実績）



分娩を取り扱う医療機関のうち無痛分娩を実施している医療機関数（令和5年9月の1か月の実績）



2. 第8次医療計画を踏まえた取組について

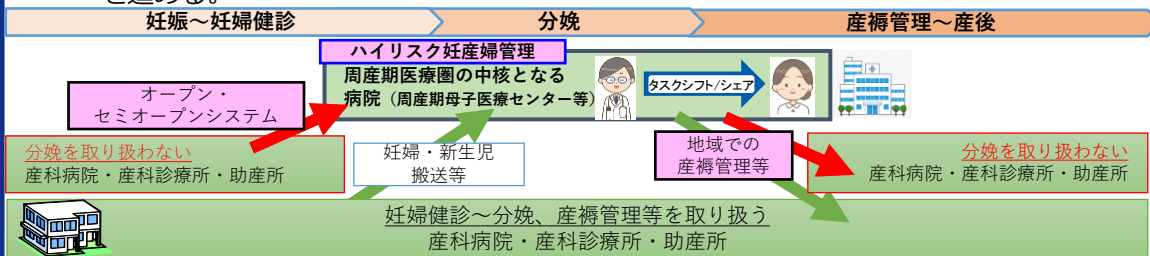
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

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。

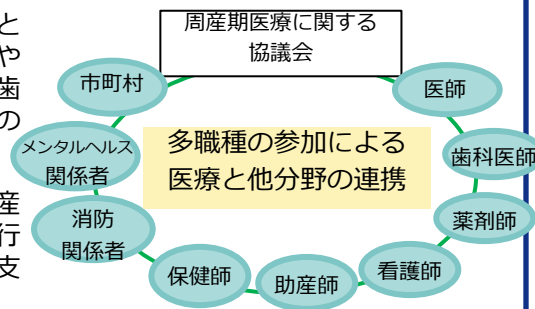
周産期医療の集約化・重点化

- 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/シェア等を進める。



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。

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

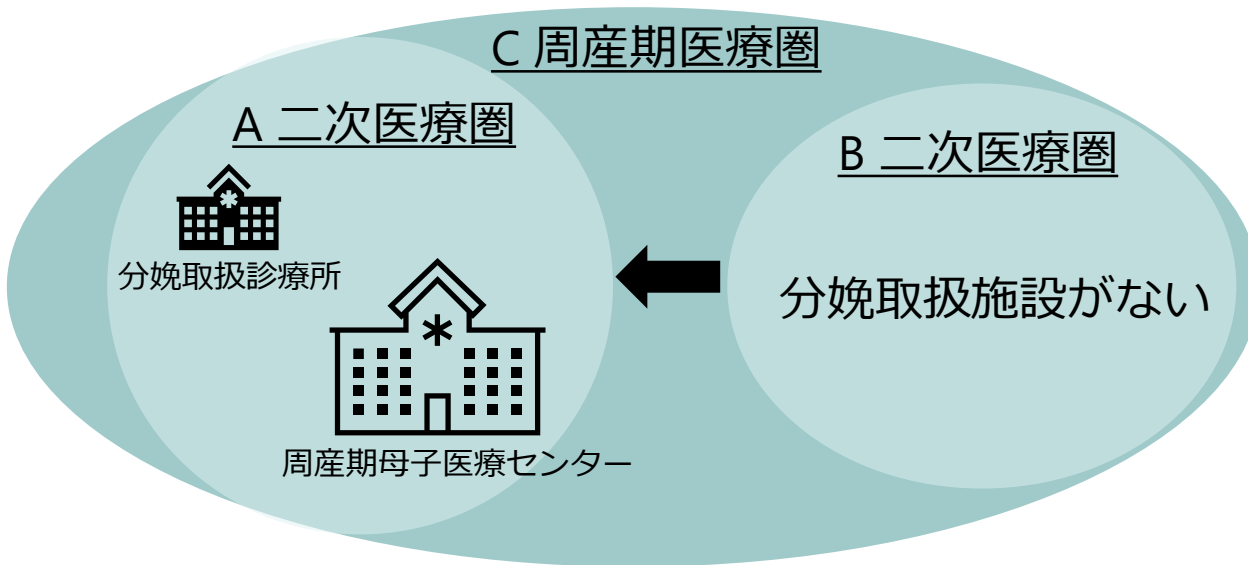
主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 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

周産期医療圏

- 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、必要な慰留を確保する。



- 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

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。

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>

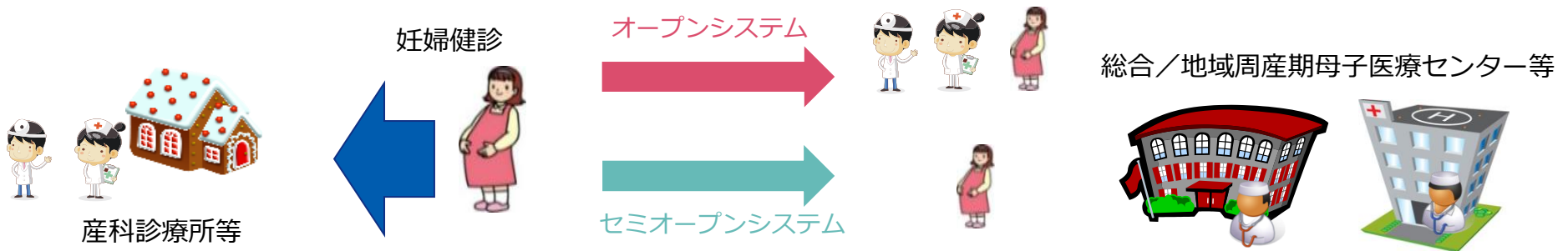
施設ごとの役割分担を進めることで、限りある医療資源を有効活用し、周産期母子医療センター等の負担を軽減する。

【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。

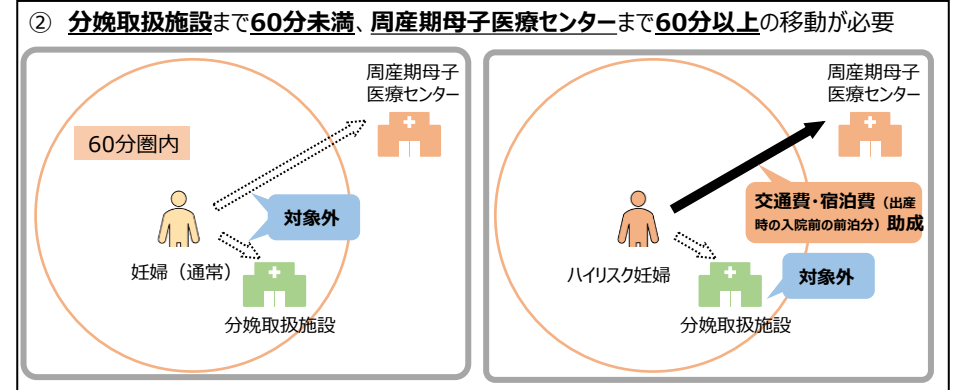
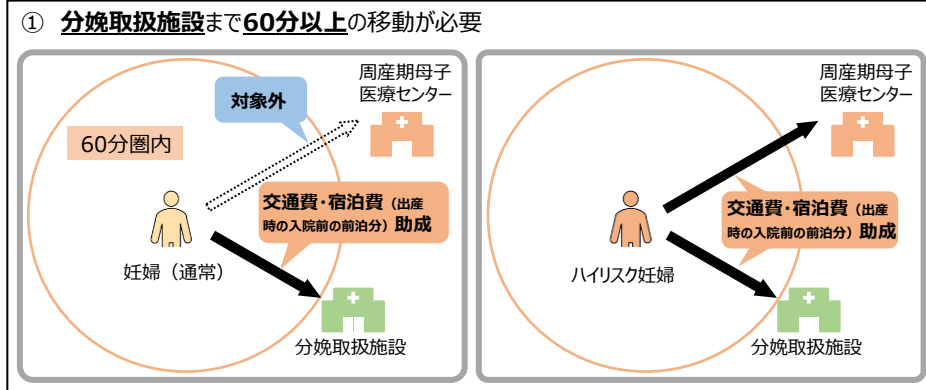
事業の概要

◆ 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。



(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）

無痛分娩に関する取組の再周知について（令和7年5月15日付け課長通知）

- 無痛分娩については、「無痛分娩の安全な提供体制の構築について」（平成30年4月20日付け通知）及び「無痛分娩の安全な提供体制の構築について（補足）」（令和3年7月5日付け通知）により、「無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表」（以下「自主点検表」という。）の活用や、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）が実施する無痛分娩に関する取組について周知を行ってきた。
 - 本通知は、自主点検表の活用及びJALAにおいて実施されている取組について、関係医療機関等に対して改めて周知を行うためのものである。
- ※JALA：日本医師会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本麻酔科学会、日本産科麻酔学会、日本看護協会（後援団体）を設立団体として2018年7月に発足。

自主点検表について

無痛分娩を取り扱う医療機関に対して、全ての項目を満たすような適切な対策をとるよう、周知を実施。

記載項目の概要：A 診療体制 B 情報公開 C インシデント・アクシデントの収集・分析・共有

JALAの取組について

1. 無痛分娩に係る医療スタッフの研修

関連団体とも連携しつつ、無痛分娩の安全な診療のための講習会のプログラムを策定し、講習会を開催。

2. 無痛分娩の提供体制に関する情報公開

無痛分娩の診療体制について情報公開を行う医療機関のリストをホームページで公開（令和7年3月31日時点で447医療機関が登録済）。また、妊婦及びその家族に対して無痛分娩に関する必要な情報を分かりやすく提供することを目的として、日本産科麻酔学会ウェブサイトにおいて「無痛分娩Q&A」を公表。

3. 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

無痛分娩に係るインシデント・アクシデントを収集し、分析することを目的として、無痛分娩有害事象収集分析事業を実施。

WGの進め方～周産期医療体制について～（案）

現状と課題

- 周産期医療体制については、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に加えて、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。
- 令和6年4月より医師の働き方改革が開始され、医師の時間外労働の上限規制と追加的健康確保措置が適用され、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るようになり、また産婦人科医師や小児科医師等の偏在もあり、地方では周産期医療体制に関わる医師・助産師・看護師の確保が課題となっている。
- 出生数の減少とともに、分娩取扱施設は減少傾向にあるが、分娩取扱施設数が急激に減少することは安全な提供体制に影響を及ぼす可能性がある。
- 都道府県が作成する医療計画に基づき、周産期母子医療センターの整備を進めてきたが、特に地域周産期母子医療センターは、施設によってその規模や提供できる診療内容に大きな差がある。
- 無痛分娩については、安全に実施するための体制を整備することが重要であり、JALA（無痛分娩関係学会・団体連絡協議会）と連携した取組を進めているところ、医療従事者等の連携体制を充実させることが重要である。

論点

- これまで、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役割分担を進めてきたが、ハイリスク以外の妊産婦を含めて、周産期医療圏を柔軟に設定しつつ、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が必要ではないか。
- 無痛分娩については、無痛分娩の安全な提供体制を整備するための課題の整理と、医療従事者の連携のあり方について、議論してはどうか。
- 出生数の減少等を踏まえて、周産期母子医療センターの整備のあり方について、検討してはどうか。

※以上の論点について、第9次医療計画に向けて議論を進める中で、令和7年度末を目途に一定のとりまとめを行ってはどうか。

参考資料

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第116回社会保障審議会医療部会での主な意見

- 地域で妊産婦健診ができなくなると非常に問題。周産期の入院医療に力点が置かれているが、いろいろな議論の中で妊産婦健診をいかに維持していくかという視点の議論もお願いしたい。
- 地域でお産ができる体制をどのように構築していくかについて、様々な立場から、特に実際にこれから子供を持つ若い世代、地方にお住まいの方、そして実際に現場で働く勤務医の意見や提案などもぜひ取り入れて、持続可能な体制に向けてしっかりと議論をしていただきたい。
- 地域で子供を安心して産み育てるために、将来的に必要な医療体制を示していただいた上で、それに必要な医師等の確保を国の施策として強力に推し進めるべき。
- 住み慣れた地域でお産をしたいという気持ちは分かるが、一方で、効率性の問題に加えて、安全性の問題を重視すべき。分娩前まで正常な経過であっても、緊急的な対応が必要になることはあるため、常時一定規模の体制の確保が必要である。
- お産や救急に対応できる体制で待機していても、宿日直であるとして、宿直を挟んで30時間以上家に帰れない、現場では働き方改革がなかなか進んでいない。実効ある働き方改革により、周産期に携わるスタッフを確保できるよう、重要な課題として議論に入れていただきたい。
- 持続可能性という側面だけでなく、地域住民に丁寧に説明しながら、アクセス面なども考慮した体制を構築することが重要。

「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理」の概要

① 費用の見える化を前提とした標準的な出産費用の自己負担無償化と安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立

- ・ 出産育児一時金の増額後も出産費用は年々上昇し、地域・施設間格差が大きい

令和5年度平均出産費用 全国 50.7万円
東京都 62.5万円 熊本県 38.9万円

- ・ 赤字産科診療所の割合増

- ・ 令和8年度を目途に、産科医療機関等の経営実態等にも十分配慮しながら標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進める

出産に伴う診療・ケアやサービスには、医師等の専門的な判断に基づき実施されるものと、妊産婦が希望して選択するものがある ➡ 情報公開の徹底を含め、支援のあり方を検討「標準」の内容、保険適用と窓口負担の関係、給付と負担のバランス等、さらに検討を深める

② 希望に応じた出産を行うことのできる環境の整備

- ・ 費用とサービスの関係が不明確
- ・ 出生場所は病院 54%、診療所 45%、助産所等 0.7%
- ・ 無痛分娩件数は13.8%(令和5年度)

- ・ 妊産婦が十分な情報に基づき、出産に関する自己決定・取捨選択ができる環境を整備(「出産なび」による見える化の推進)
- ・ 希望に応じ、助産所においても出産や産後ケアを安全に行える環境を整備
- ・ 希望する妊婦が安全な無痛分娩を選択できる環境を整備(安全な提供体制の確保、リスクやデメリットも含めた正しい理解の促進等)

③ 妊娠期、産前・産後に関する支援等

妊婦健診の公費負担状況は改善傾向だが自治体によってばらつきあり

国が示す検査項目の自己負担がない自治体 65%
公費負担額 福島県 13.6万円 神奈川県 8.0万円

- ・ 妊産婦本位の切れ目のない支援体制を構築
- ・ 国が示す妊婦健診項目の自己負担がないよう、公費負担をさらに推進
- ・ 産後ケアの受け皿拡大、認知度向上、利用手続きの簡略化を進める

「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理 (令和7年5月14日)」より抜粋

◆安全で質の高い周産期医療提供体制の確保について

- ・日本産婦人科医会が実施した事業継続見込調査において「分娩取り扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した医療機関が実際に分娩を中止した場合、今後、分娩施設を変更せざるを得ない妊婦が多数にのぼり、地域に大きな混乱と不安をもたらす可能性がある
- ・全国の335二次医療圏のうち、圏内の全ての産科診療所（病院は除く。）が事業継続見込調査において「分娩取り扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した医療圏が86あり、仮にこれら全ての医療機関が実際に分娩を中止した場合、既に圏内に産科診療所のない84医療圏と合わせると170医療圏（全体の半数以上）に産科診療所がなくなることとなり、世界に冠たる安全で質の高い周産期医療を国民に提供できなくなる可能性が高い
- ・妊産婦の経済的負担の軽減は、地域の分娩提供体制が十分に確保された上で実現されなければ意味がなく、遠方の施設に行かざるを得ない状況になれば、かえって交通費の負担が生じ、緊急を要する場合に母体・胎児の安全の面から精神的な負担も生じる
- ・妊産婦の経済的負担の軽減と地域の周産期医療の確保は一体的に議論していく必要がある
- ・地域の周産期医療の確保は、国のインフラ基盤整備に関わる問題であり、出産費用の保険適用を巡る財源とは切り離して、別途、社会保険料財源ではなく公費で賄うべき
- ・急速に少子化が進み環境が劇的に変化する中で、今後の周産期医療提供体制のあり方を考えなければならない
- ・質の高い安全・安心な周産期医療の提供に向けて、地域ごとの提供体制の差、医師・看護師などの不足を解消するとともに、リスクの高い出産や容態急変などに対応できるよう、医療機関の機能分担と連携強化、救急医療や産科・小児医療体制の確立も重要

といった意見があった。

（あるべき支援の方向性）

- ・中長期的な視点に立った今後の我が国の周産期医療提供体制のあり方については、他の診療科とも関わる地域の医療提供体制全体のバランスの中で捉える必要があり、今後、地域医療構想や医療計画に関する検討の場において、本検討会の議論の整理も踏まえ、検討していく。

◆安全で質の高い無痛分娩の提供体制の確保について

- 安全で効果的な無痛分娩を実施するには産科医・麻酔科医に一定の習熟が求められる
- 無痛分娩を実施する医療機関の体制や研修等の実態把握を進めるべき
- 提供体制の確保を都道府県に丸投げしても難しい部分がある

といった意見があった。

(あるべき支援の方向性)

- 妊婦の間で無痛分娩へのニーズが増加している状況を踏まえ、希望する妊婦が安全な無痛分娩を選択できる環境の整備を進めるべきである。
- 無痛分娩に対応した医療機関の分布には地域差があり、麻酔を実施する医師の確保や安全管理体制の標準化等、安全で質の高い無痛分娩の提供体制の確保に取り組む必要がある。
- 無痛分娩のリスクやデメリットを十分に考慮した上で妊婦が選択を行えるよう、また無痛分娩を選択することに対する偏見をなくすため、無痛分娩に関する正しい理解を広める必要がある。

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮
により医師の健康を確保する**



**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、
より能動的に対応できるようにする**



質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）**法改正で対応**

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間		義務
B （救急医療等）	※2035年度末を目標に終了		
C-1 （臨床・専門研修）	1,860時間		
C-2 （高度技能の修得研修）			

医師の健康確保

面接指導

健康状態を医師がチェック

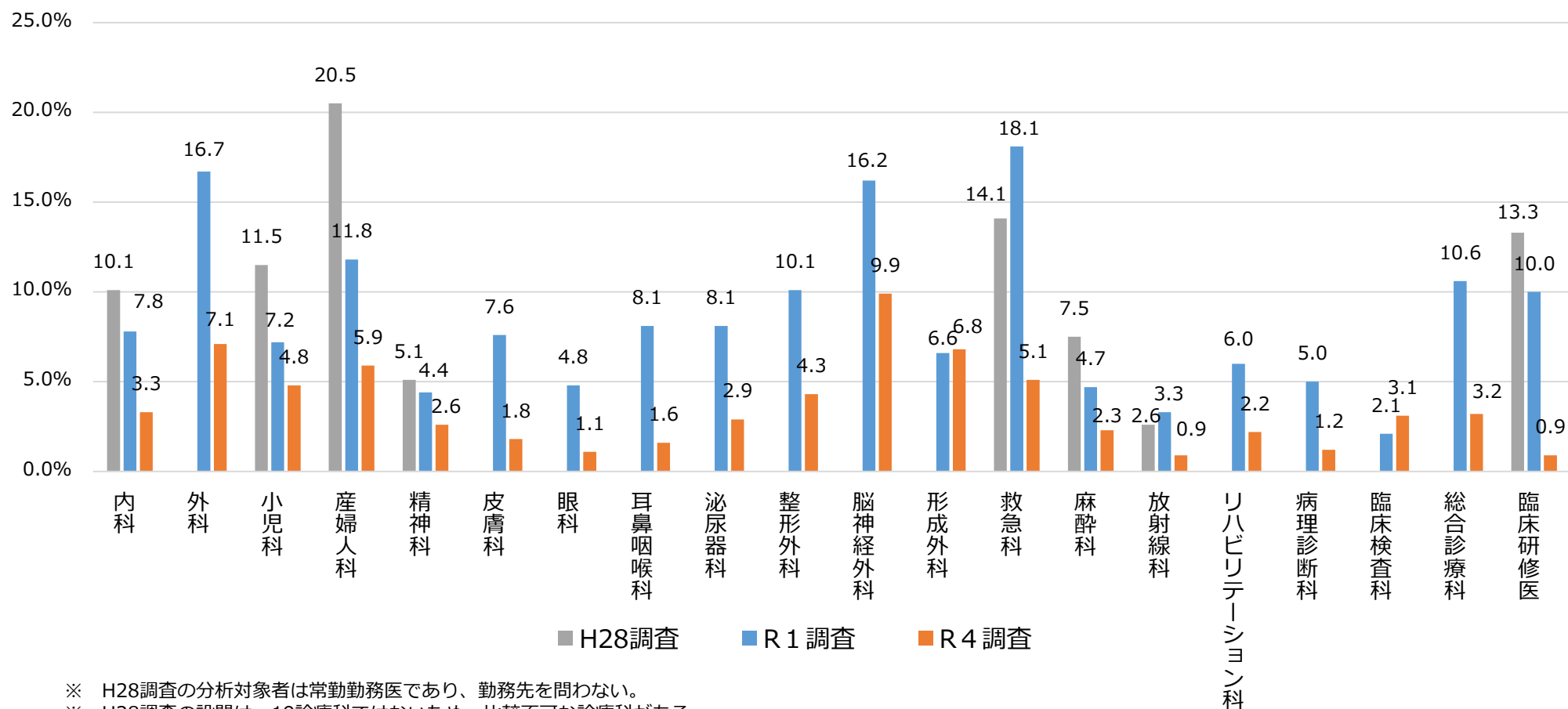
休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

無痛分娩とは

- 無痛分娩は、麻酔によって陣痛の痛みを和らげ、分娩する方法。陣痛の痛みの緩和のため、一般的には、**硬膜外麻酔**を用いる。

硬膜外麻酔・・・

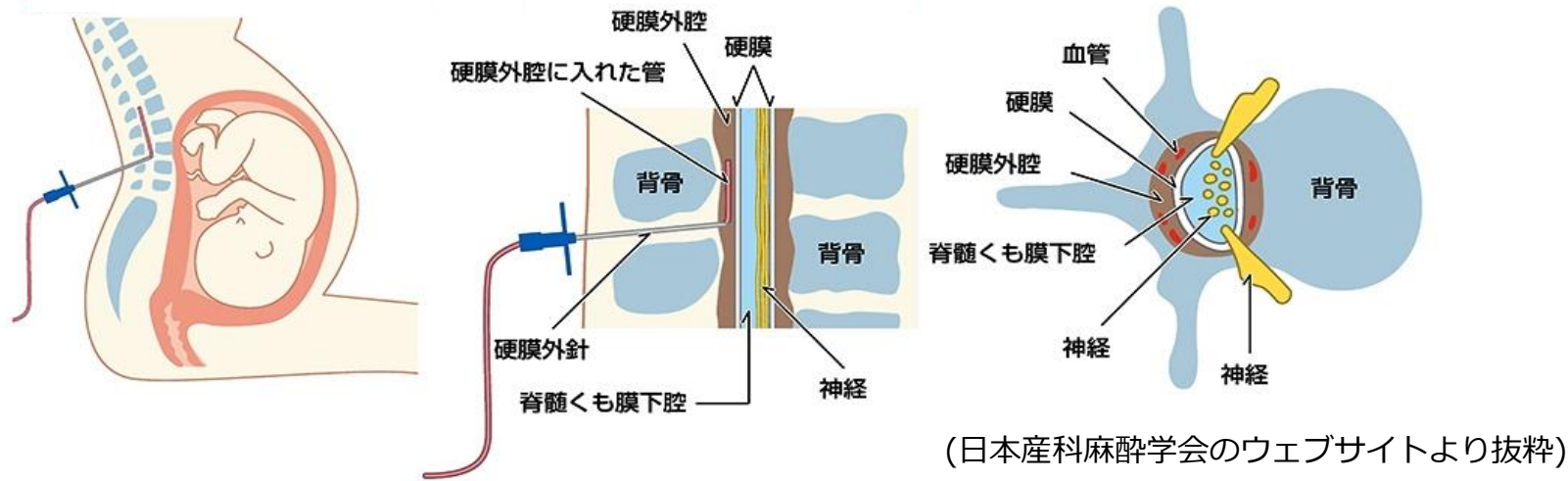
脊髄の近くの「硬膜外腔」に挿入するカテーテルを通じて麻酔薬を入れ、痛みを緩和する方法。

無痛分娩以外にも、痛みが強いと予想される外科手術では、一般的に行われる。

〈縦の断面〉

〈縦の断面の背骨を拡大したもの〉

〈同じ背骨を横の断面でみたもの〉



- 本来、医学的には、母体の心臓疾患や、重症妊娠高血圧等の妊産婦を対象としているが、実際、無痛分娩の多くは、本人の希望により実施されている。

(例：東京大学医学部附属病院 本人希望の無痛分娩 93.2%, 医学的適応の無痛分娩 6.8%)

- 妊産婦の分娩方法の選択は、このような医学的適応を除いて、本人の意向を最大限に尊重することが重要である。

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

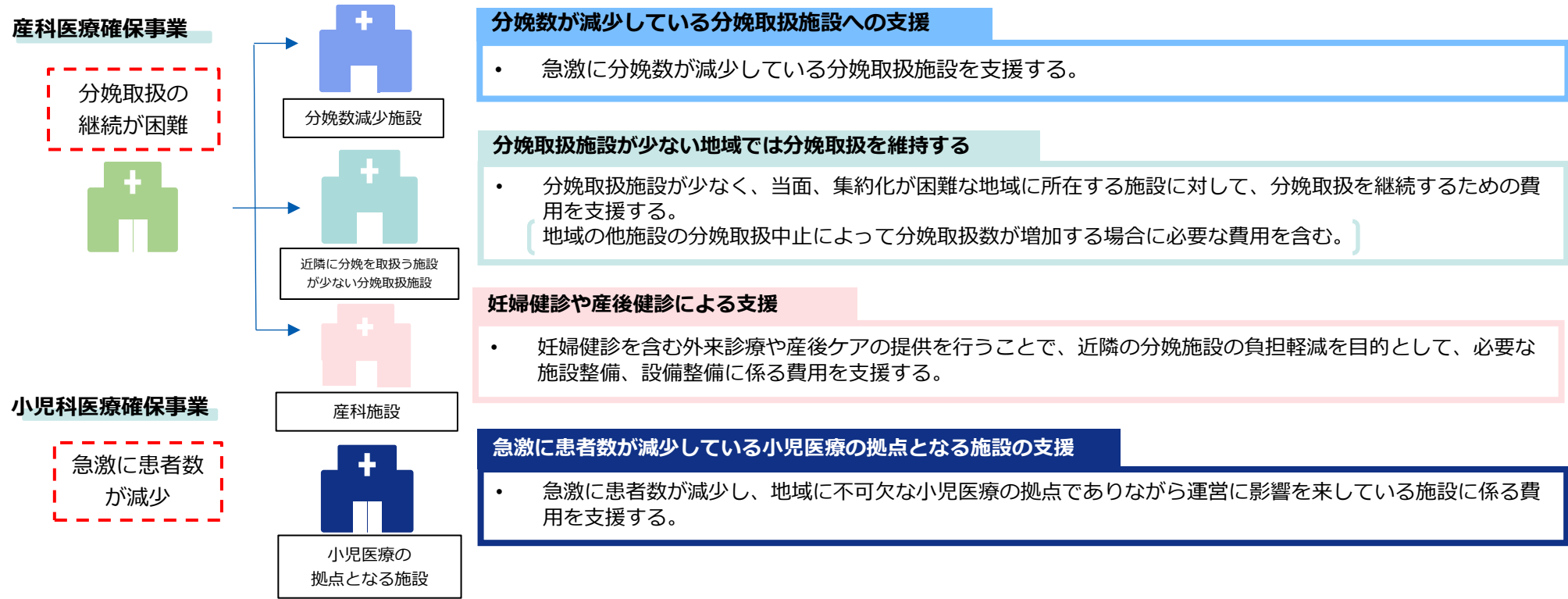
② 対策の柱との関係

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

令和6年度補正予算 母子保健衛生費補助金 3.2億円

事業の目的

- 産後ケア事業については、こども未来戦略（令和5年12月閣議決定）において、「支援を必要とする全ての方が利用できるようにするための提供体制の確保に向けた取組を進める」こととされたところ。
- また、令和6年の子ども・子育て支援法の改正により、令和7年度から同事業を地域子ども・子育て支援事業として位置づけ、国・都道府県・市町村の役割分担を明確化し、計画的な提供体制の整備を進めていくこととしている。
- 産後ケア事業のユニバーサル化に向け、受け皿の拡大を進めていくため、産後ケア事業を行う施設（賃貸物件を活用して設置する施設等を含む）に対する改修費等を支援することにより、産後ケア事業の実施体制の強化を図る。

事業の概要

産後ケア事業を行う施設（賃貸物件を活用して設置する施設等を含む）の新設、定員の拡大等を行おうとする設置主体に対して、当該施設の改修に伴い必要となる経費の一部を補助する。



(こども家庭庁)



(自治体)



(設置主体)

実施主体等

【実施主体】市町村

【補助率】設置主体が市町村の場合：国 1 / 2、市町村 1 / 2 (直接補助)

設置主体が民間団体の場合：国 1 / 2、市町村 1 / 4、民間団体 1 / 4 (間接補助)

【補助単価】31,874千円

留意点

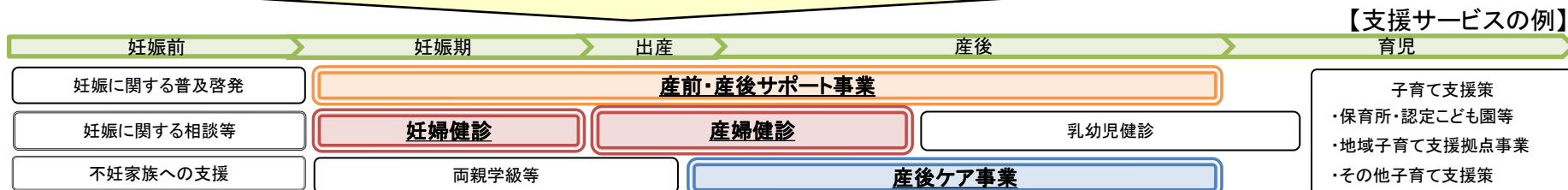
次世代育成支援対策施設整備交付金の補助の対象となる場合は、本事業による補助の対象外とする。

安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後を支援する体制

こども家庭センター（母子保健機能）を拠点として、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の体制を確保し、**誰ひとり取り残すことなく妊産婦に対し、安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後をサポート**します。

こども家庭センター（母子保健機能）による包括的な支援体制の構築

- ①妊産婦等の支援に必要な実情の把握
- ②妊娠・出産・育児に関する相談、必要な情報提供・助言・保健指導
- ③保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整
- ④サポートプランの策定



妊婦健診の実施

妊婦に対し、14回程度の妊婦健診費用が公費助成されています。

産婦健診の実施

産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対し、母体の身体的機能の回復や授乳状況の把握等を行う産婦健診を実施します。産婦健診の結果、支援が必要な産婦には、産後ケアなどを勧めます。

産前・産後サポート事業

妊娠・出産や子育てに関する悩みを抱える妊産婦等に対し、地域の子育て経験者やシニア世代の人たちなどが、気軽に話し相手になって相談に応じるなどの支援を行います。妊産婦等の孤立化を防ぐソーシャル・キャピタルの役割を担っています。

産後ケア事業

退院直後の母子に対し、短期入所、通所又は居宅訪問の形態により、助産師等が心身のケアや育児のサポートを行います。
令和元年の母子保健法改正により、市町村に実施の努力義務が課せられました。

多胎妊婦や多胎児家庭への支援

育児等の負担が大きく孤立しやすい多胎妊婦や多胎児家族支援のため、
①育児等サポーターを派遣し、日常生活支援等を行うとともに、
②多胎児の育児経験者家族との交流会の開催、相談支援等を行います。

若年妊婦等への支援

予期せぬ妊娠等により、身体的、精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等への身近な地域での支援として、NPO等も活用し、
①アウトリーチやSNS等による相談支援を行います。
②不安や金銭面の心配から医療機関受診を躊躇する特定妊婦等に対し、支援者が産科受診に同行するとともに、受診費用を補助します。
③行き場のない若年妊婦等に、緊急一時的な居場所を提供します。
(※本事業の実施主体は、都道府県、指定都市、中核市)

外国人妊産婦への支援

言葉の問題がある外国人の妊産婦の妊娠・出産等を支援するため、母子健康手帳の多言語版（10か国語に翻訳）を作成しています。

入院助産の実施

生活保護世帯など経済的な問題のある妊産婦に対して、所得の状態に応じ、指定産科医療機関（助産施設）における分娩費用の自己負担額を軽減する仕組み（入院助産制度）があります。

- ・上記の事業等のほか、医療保険から出産育児一時金として原則50万円が支給されます。
- ・国の制度以外でも、各自治体において、独自事業が実施されています。

妊婦健康診査について



根 拠

○ 母子保健法第13条(抄)

市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。

妊婦が受診することが望ましい健診回数

※「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」(平成27年3月31日厚生労働省告示第226号)

- ① 妊娠初期より妊娠23週(第6月末)まで : 4週間に1回
 - ② 妊娠24週(第7月)より妊娠35週(第9月末)まで : 2週間に1回
 - ③ 妊娠36週(第10月)以降分娩まで : 1週間に1回
- (※ これに沿って受診した場合、受診回数は14回程度である。)

公費負担の現状(令和6年4月現在)

- 公費負担回数は、全ての市区町村で14回以上実施
- 里帰り先での妊婦健診の公費負担は、全ての市区町村で実施 (※令和6年4月現在)
- 助産所における公費負担は、1, 687の市区町村で実施(1, 741市区町村中) (※令和6年4月現在)

公費負担の状況

- 平成19年度まで、地方交付税措置により5回を基準として公費負担を行っていたが、妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減を図るため、必要な回数(14回程度)の妊婦健診を受けられるよう、平成20年度第2次補正予算において妊婦健康診査支援基金を創設して公費負担を拡充。
- 平成22年度補正予算、平成23年度第4次補正予算により、積み増し・延長を行い公費負担を継続。
(実施期限:平成24年度末まで)
- 平成25年度以降は、地方財源を確保し、残りの9回分についても地方財政措置により公費負担を行うこととした。

令和7年度予算 21.1億円（18.8億円）【平成29年度創設】

事業の目的

- 産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握等）の費用を助成することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備することを目的とする。

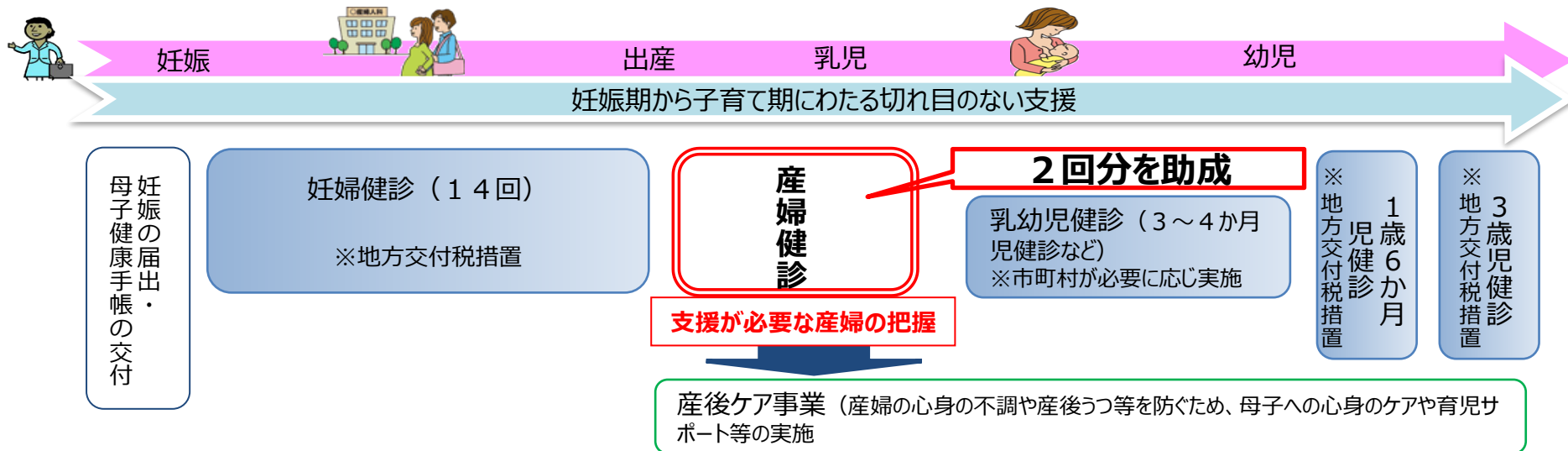
事業の概要

◆ 対象者

産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦

◆ 内 容

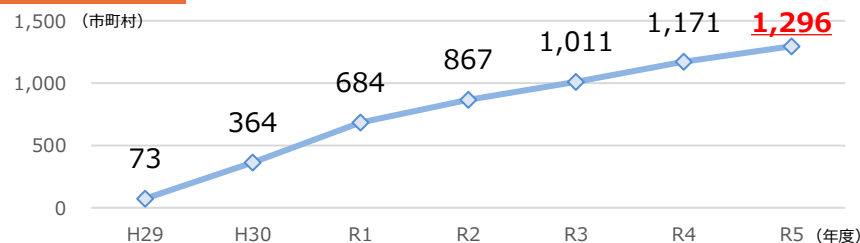
地域における全ての産婦を対象に、産婦健康診査2回分に係る費用について助成を行う。



実施主体等

- ◆ 実施主体 : 市町村
- ◆ 補助率 : 国1/2、市町村1/2
- ◆ 補助単価 : 1件あたり5,000円

事業実績



改正の趣旨

こども未来戦略（令和5年12月22日閣議決定）の「加速化プラン」に盛り込まれた施策を着実に実行するため、ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充、共働き・子育ての推進に資する施策の実施に必要な措置を講じるとともに、こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるための子ども・子育て支援特別会計を創設し、児童手当等に充てるための子ども・子育て支援金制度を創設する。

改正の概要

1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

（1）ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化 【①児童手当法、②子ども・子育て支援法】

- ①児童手当について、(1)支給期間を中学生までから高校生年代までとする、(2)支給要件のうち所得制限を撤廃する、(3)第3子以降の児童に係る支給額を月額3万円とする、(4)支払月を年3回から隔月（偶数月）の年6回とする抜本的拡充を行う。
- ②妊娠期の負担の軽減のため、妊婦のための支援給付を創設し、当該給付と妊婦等包括相談支援事業とを効果的に組み合わせることで総合的な支援を行う。

（2）全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充 【①・②児童福祉法、子ども・子育て支援法等、③～⑤子ども・子育て支援法、⑥児童扶養手当法、⑦子ども・若者育成支援推進法、⑧子ども・子育て支援法の一部を改正する法律】

- ①妊婦のための支援給付とあわせて、妊婦等に対する相談支援事業（妊婦等包括相談支援事業）を創設する。
- ②保育所等に通っていない満3歳未満の子どもの通園のための給付（こども誰でも通園制度）を創設する。
- ③産後ケア事業を地域子ども・子育て支援事業に位置付け、国、都道府県、市町村の役割を明確化し、計画的な提供体制の整備を行う。
- ④教育・保育を提供する施設・事業者経営情報等の報告を義務付ける（経営情報の継続的な見える化）。
- ⑤施設型給付費等支給費用の事業主拠出金の充当上限割合の引上げ、拠出金率の法定上限の引下げを行う。
- ⑥児童扶養手当の第3子以降の児童に係る加算額を第2子に係る加算額と同額に引き上げる。
- ⑦ヤングケアラーを国・地方公共団体等による子ども・若者支援の対象として明記。
- ⑧基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応を行う。

（3）共働き・子育ての推進 【①雇用保険法等、②国民年金法】

- ①両親ともに育児休業を取得した場合に支給する出生後休業支援給付及び育児期間に時短勤務を行った場合に支給する育児時短就業給付を創設する。
- ②自営業・フリーランス等の育児期間中の経済的な給付に相当する支援措置として、国民年金第1号被保険者の育児期間に係る保険料の免除措置を創設する。

2. 子ども・子育て支援特別会計（いわゆる「こども金庫」）の創設 【特別会計に関する法律】

こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるため、年金特別会計の子ども・子育て支援勘定及び労働保険特別会計の雇用勘定（育児休業給付関係）を統合し、子ども・子育て支援特別会計を創設する。

3. 子ども・子育て支援金制度の創設 【①④子ども・子育て支援法、②医療保険各法等】

- ①国は、1(1)①②、(2)②、(3)①②（*）に必要な費用に充てるため、医療保険者から子ども・子育て支援納付金を徴収することとし、額の算定方法、徴収の方法、社会保険診療報酬支払基金による徴収事務等を定める。
- ②医療保険者が被保険者等から徴収する保険料に納付金の納付に要する費用（子ども・子育て支援金）を含めることとし、医療保険制度の取扱いを踏まえた被保険者等への賦課・徴収の方法、国民健康保険等における低所得者軽減措置等を定める。
- ③歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で、令和8年度から令和10年度にかけて段階的に導入し、各年度の納付金総額を定める。
- ④令和6年度から令和10年度までの各年度に限り、（*）に必要な費用に充てるため、子ども・子育て支援特例公債を発行できること等とする。

（*）を子ども・子育て支援法に位置づけるに伴い、同法の目的・「子ども・子育て支援」の定義に、子どもを持つことを希望する者が安心して子どもを生み、育てることができる社会の実現・環境の整備を追加し、同法の趣旨を明確化する。

※この他、子ども・子育て支援法第58条の9第6項第3号イについて、規定の修正を行う。

施行期日

令和6年10月1日（ただし、1(2)⑦は公布日、1(2)⑥は令和6年11月1日、1(1)②、2①③④⑤、(3)①、2は令和7年4月1日、1(2)②、3②は令和8年4月1日、1(3)②は令和8年10月1日に施行する。）51

産後ケア事業の提供体制の整備

【子ども・子育て支援法】

- 産後ケア事業（※）について、支援を必要とする全ての方が利用できるようにするため次の課題への対応が急務。
（※） 出産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う事業
- ① 受け皿拡大に当たり、市町村の管内では委託先が確保できない場合に、市町村の区域を超えた広域的な調整を都道府県が担う必要。
- ② 妊産婦のメンタルヘルスの対応のための関係機関のネットワーク体制の構築に当たり、医療体制を担う都道府県との連携が重要。
- 産後ケア事業を子ども・子育て支援法の地域子ども・子育て支援事業として位置付けることで、国・都道府県・市町村の役割分担を明確化し、計画的な提供体制の整備を進める。

国 : 基本指針を定める。

都道府県 : 市町村事業計画の協議を受け確認する。また、基本指針に基づき都道府県事業計画を作成し、市町村の区域を超えた広域的な調整等を定めるよう努める。

市町村 : 基本指針に基づき市町村事業計画を作成し、量の見込みと提供体制の確保の内容等を定める。

国立成育医療研究センター
(※女性の健康ナショナルセンター)



自治体の取組を支援

○厚生労働省が実施する女性の健康に関するナショナルセンターの一環として、国立成育医療研究センターの成育医療等に関するシンクタンク機能を充実し、成育医療等の施策に関するデータ収集及び分析、施策のPDCAサイクルに関する提言、自治体・医療機関等における取組を推進するための支援、情報発信等を実施。

【事業内容】産後ケアに関するシンクタンクとしての役割を果たす

➤ 産後ケア事業に関する知見の収集、評価・分析、提言の作成、取組支援、質の担保の仕組み、人材育成や情報発信等

令和7年度予算 子ども・子育て支援交付金 66.5億円（一）

※令和6年度までは母子保健医療対策総合支援事業として実施（令和6年度予算額：60.5億円）【平成26年度創設】

事業の目的

- 出産後1年以内の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を行う産後ケア事業について、少子化の状況を踏まえ、安心・安全な子育て環境を整えるため、法定化により市町村の努力義務となった当事業のユニバーサル化を目指す。こども家庭センターや伴走型相談支援との連携により、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援の提供を行う。

※ 「産後ケア事業」は、母子保健法の一部を改正する法律（令和元年法律第69号）により、市町村の努力義務として規定された（令和3年4月1日施行）

事業の概要

◆ 対象者

産後ケアを必要とする者

◆ 内 容

出産後1年以内の母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細かい支援を実施する。

◆ 実施方法・実施場所等

- （1）「宿泊型」・・・ 病院、助産所等の空きベッドの活用等により、宿泊による休養の機会の提供等を実施（利用期間は原則7日以内）
- （2）「デイサービス型」・・・ 個別・集団で支援を行える施設において、日中、来所した利用者に対し実施
- （3）「アウトリーチ型」・・・ 実施担当者が利用者の自宅に赴き実施

◆ 実施担当者

事業内容に応じて助産師、保健師又は看護師等の担当者を配置。※ 宿泊型を行う場合には、24時間体制で1名以上の助産師、保健師又は看護師の配置が条件

実施主体等

【実施主体】市町村（特別区を含む）

【補助率】国1／2、都道府県1／4、市町村1／4

※都道府県負担の導入（R6以前は、国1／2、市町村1／2）

【補助単価】

- （1）デイサービス・アウトリーチ型 1施設あたり月額 1,788,000円
- （2）宿泊型 1施設あたり月額 2,605,700円
- （3）①住民税非課税世帯に対する利用料減免（R4～） 1回あたり 5,000円
- ②上記①以外の世帯に対する利用料減免（R5～） 1回あたり 2,500円
- （4）24時間365日受入体制整備加算（R4～） 1施設あたり年額 2,943,600円
- （5）支援の必要性の高い利用者の受け入れ加算（R6～） 1人当たり日額 7,000円
- （6）兄弟や生後4か月以降の児を受け入れる施設への加算【拡充】
1施設あたり月額 174,200円
- （7）宿泊型について、夜間に職員配置を2名以上にしている施設への加算【拡充】
1施設あたり月額 244,600円

事業の実績



※ 実施自治体数は変更交付決定ベース

※ 産婦の利用率の算出方法

宿泊型・デイサービス型・アウトリーチ型の各利用実人数の合計 / 分娩件数