



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

周産期医療の提供体制等について

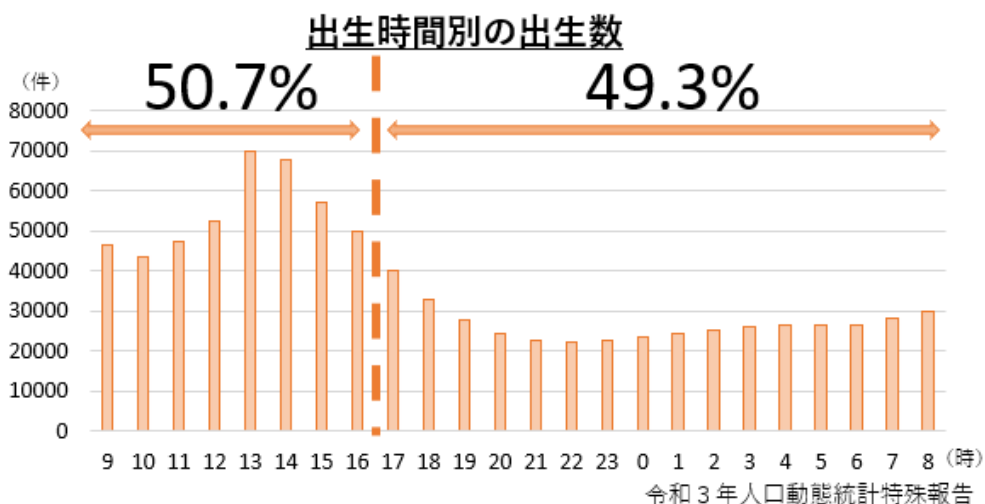
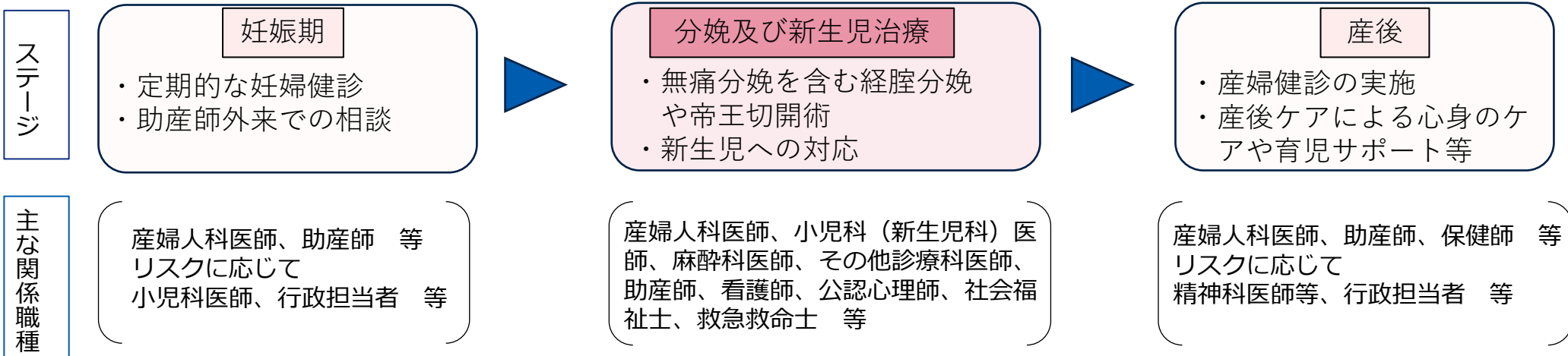
令和8年10月1日

医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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。

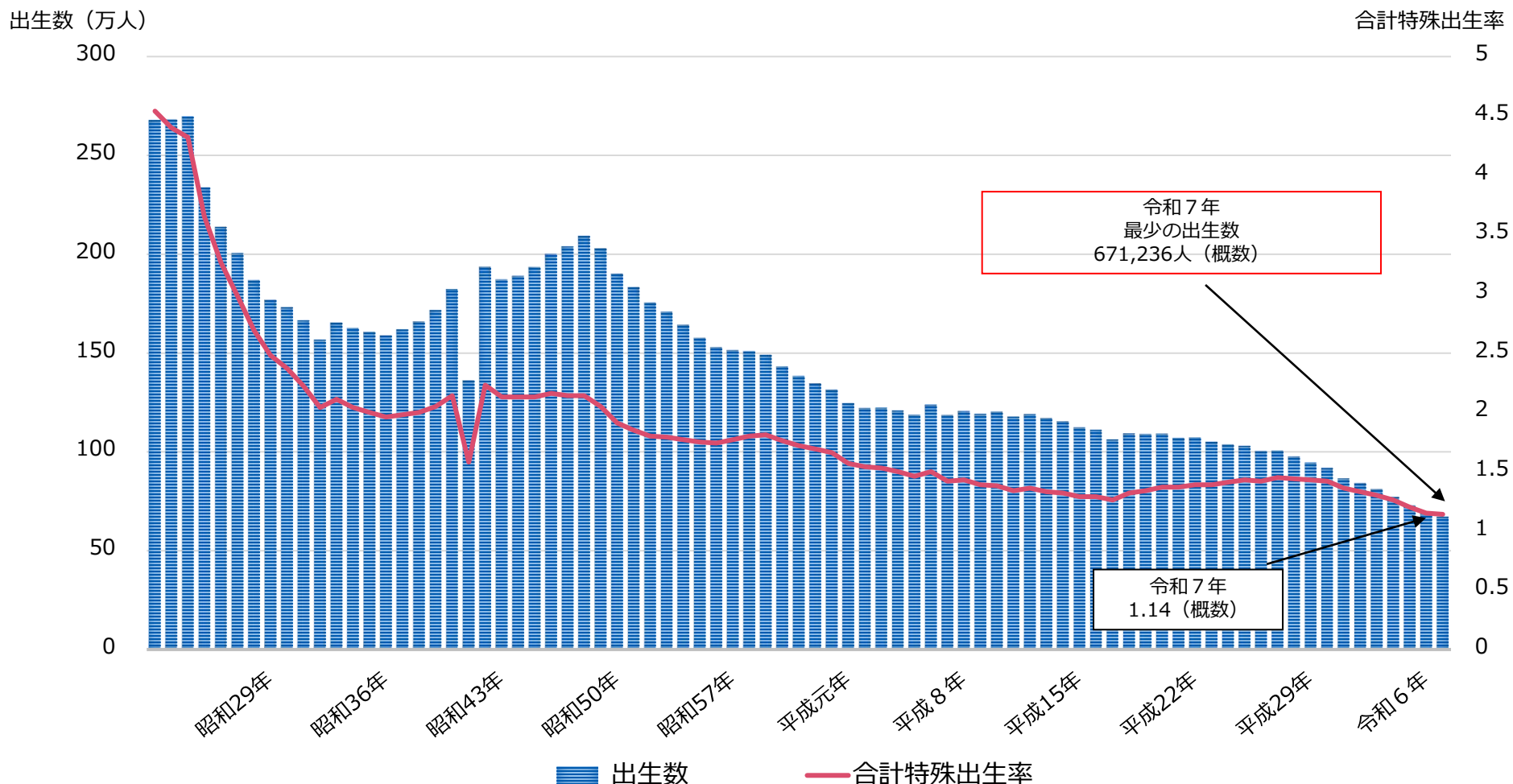


<分娩に必要な体制について>

- 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7年には過去最少の671236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7年は1.14（概数）まで低下した。



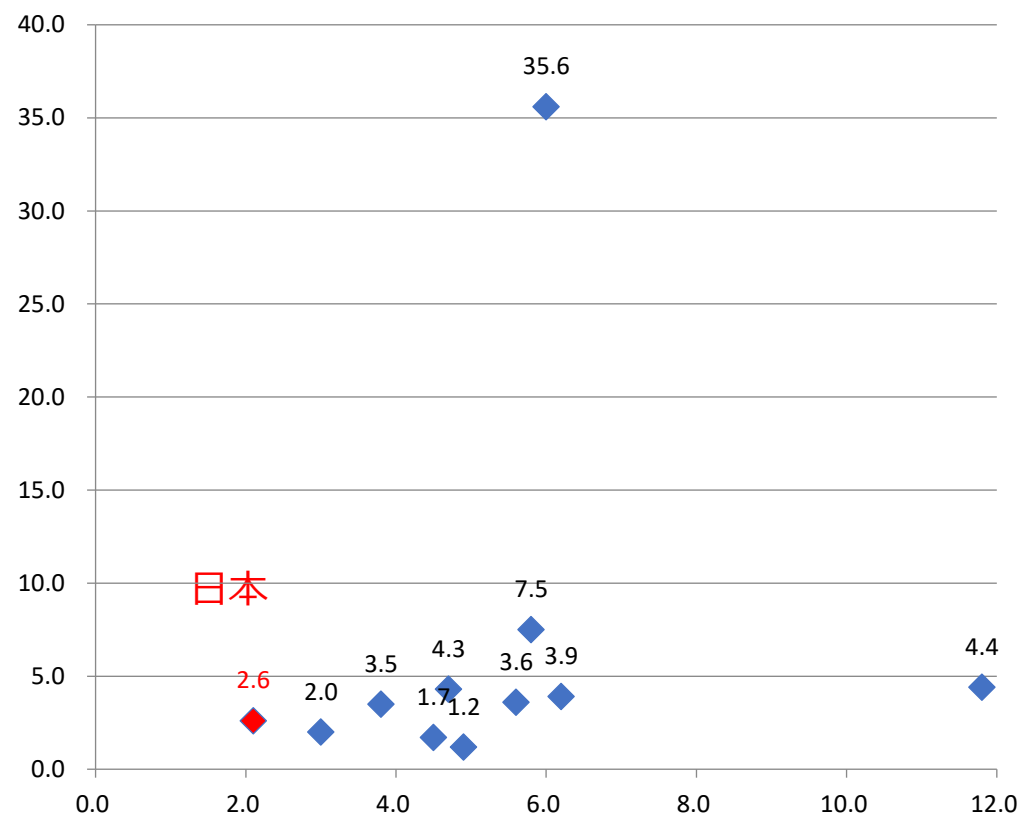
日本の周産期医療～諸外国との比較

- 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。

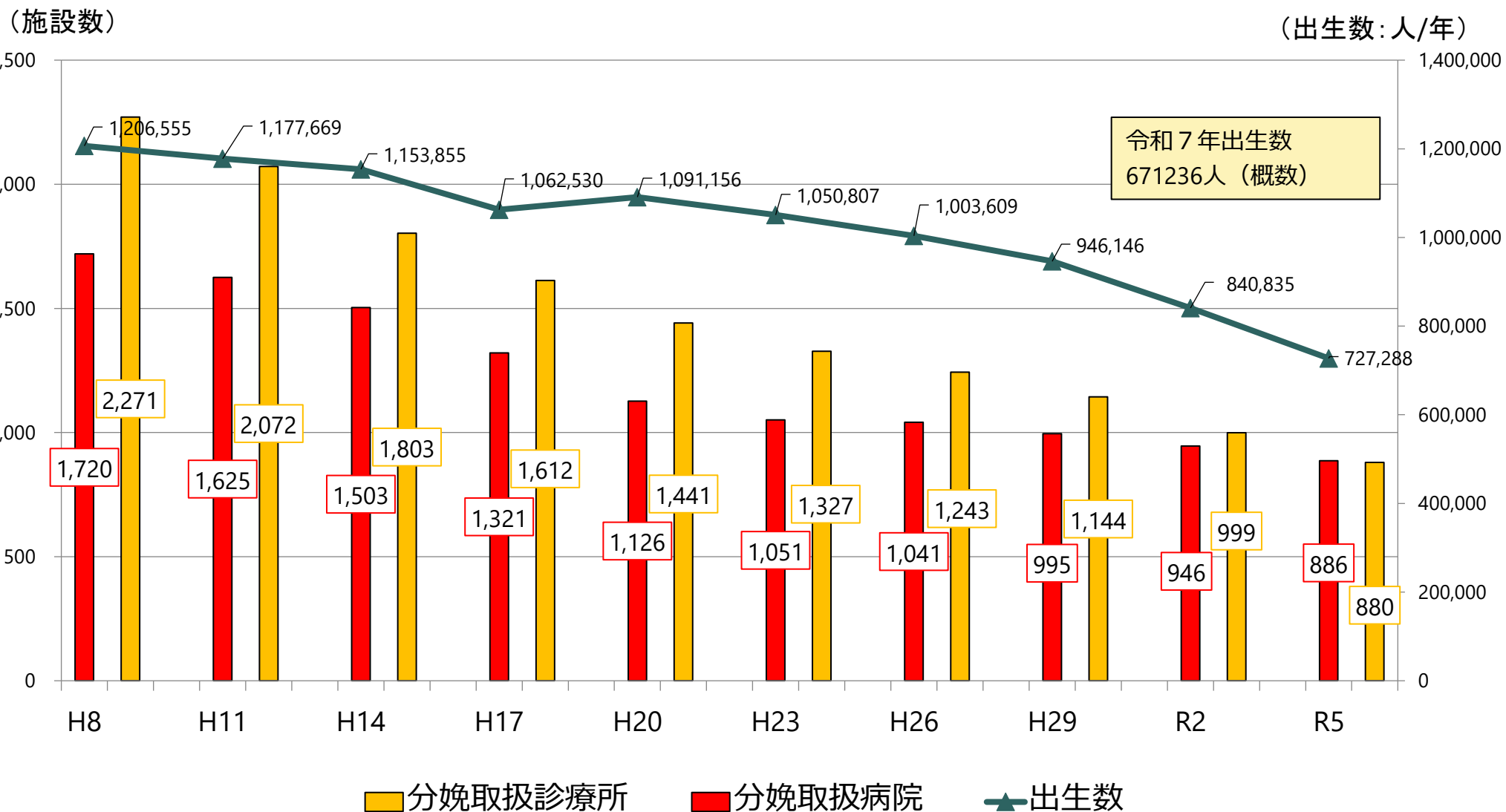
妊産婦死亡率
(出生10万対)



周産期死亡率 (出生千対)

出生数と分娩取扱医療機関数の推移

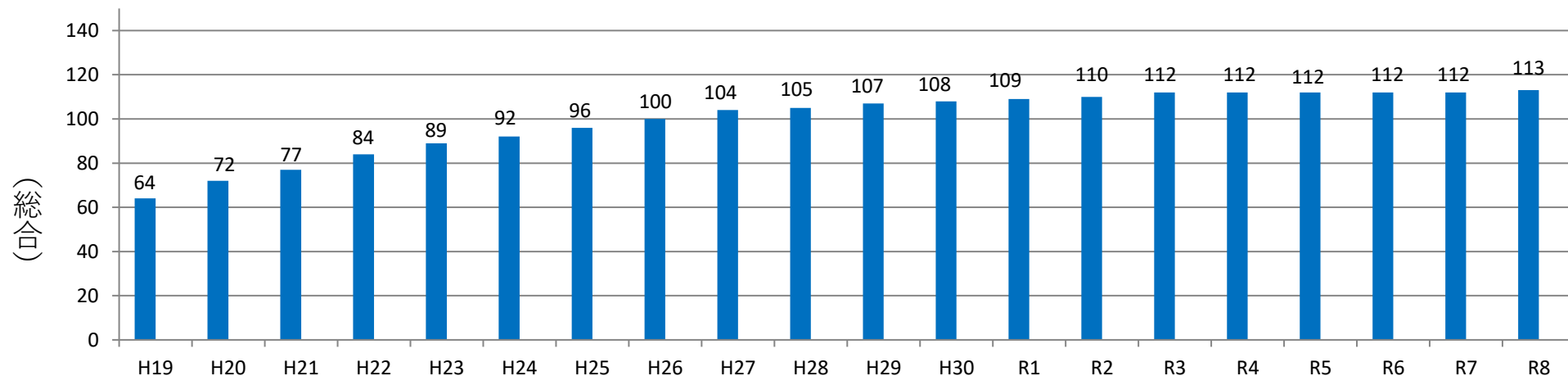
○ 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。



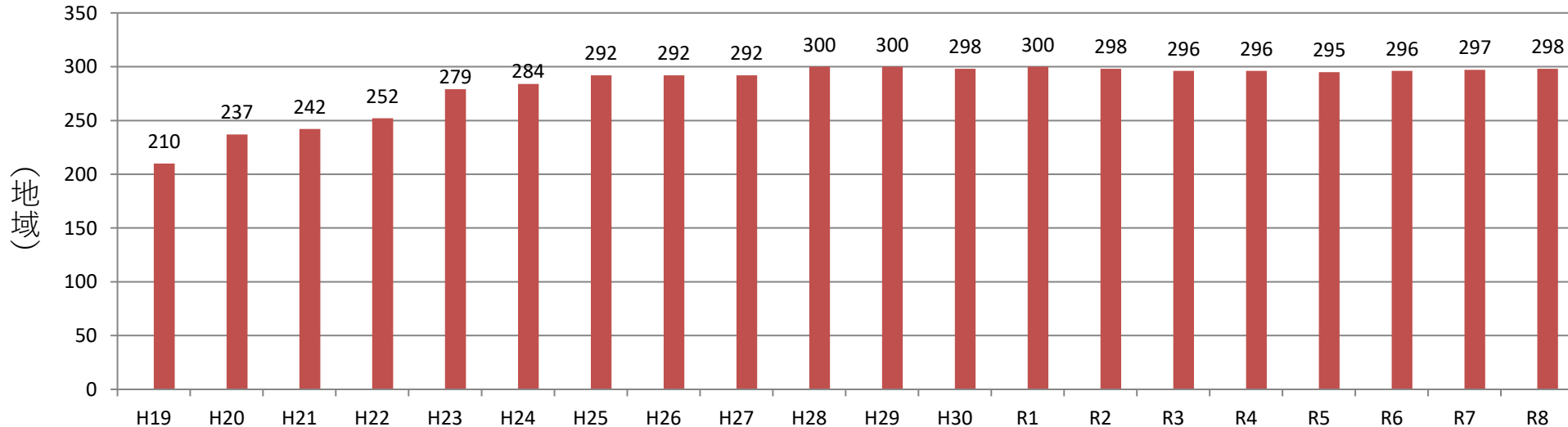
総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

○ 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

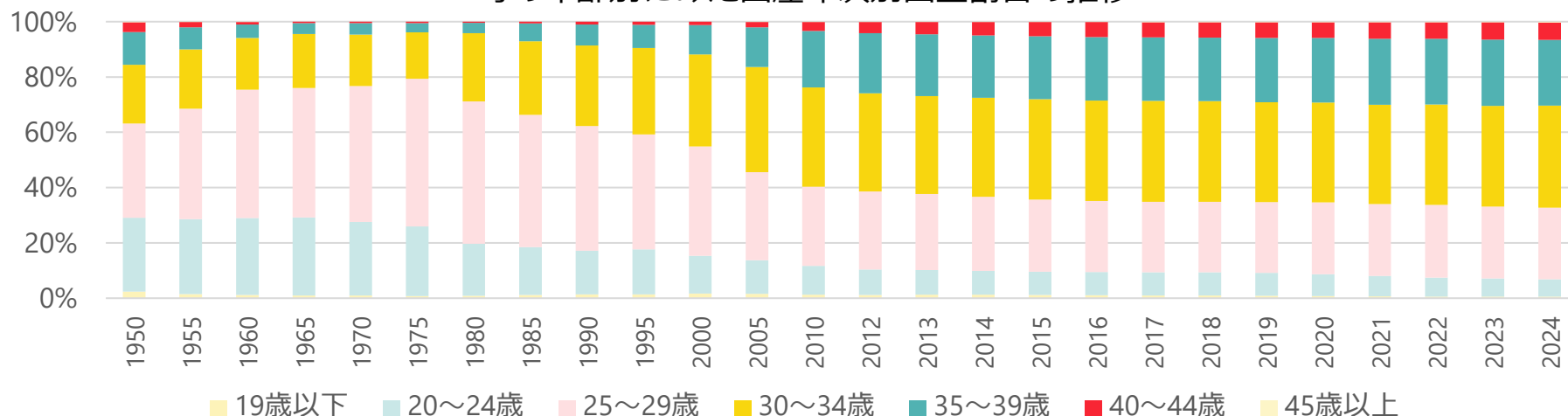


(令和8年4月1日現在 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ)

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。

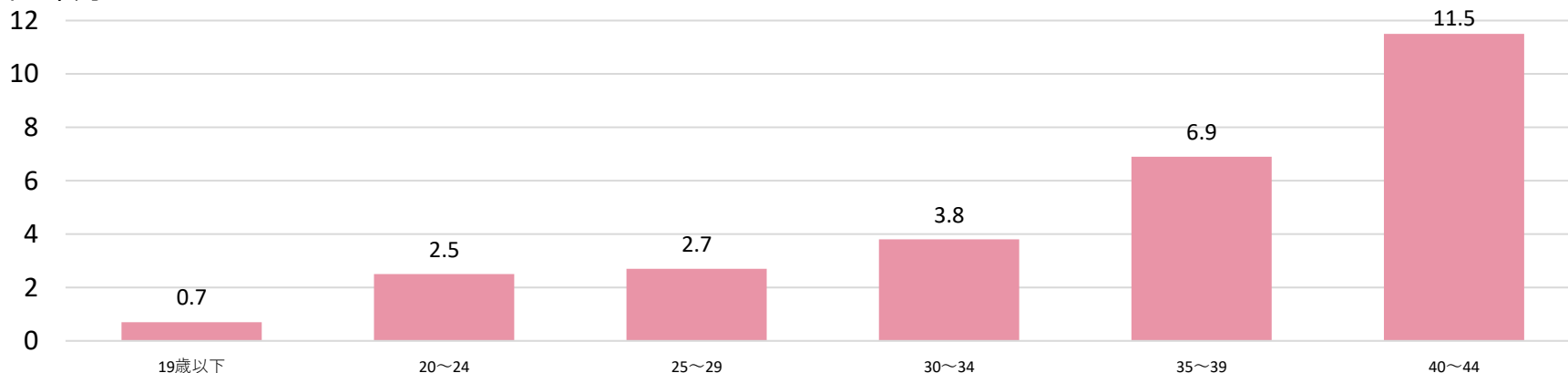
母の年齢別にみた出産年次別出生割合の推移



/出生千対

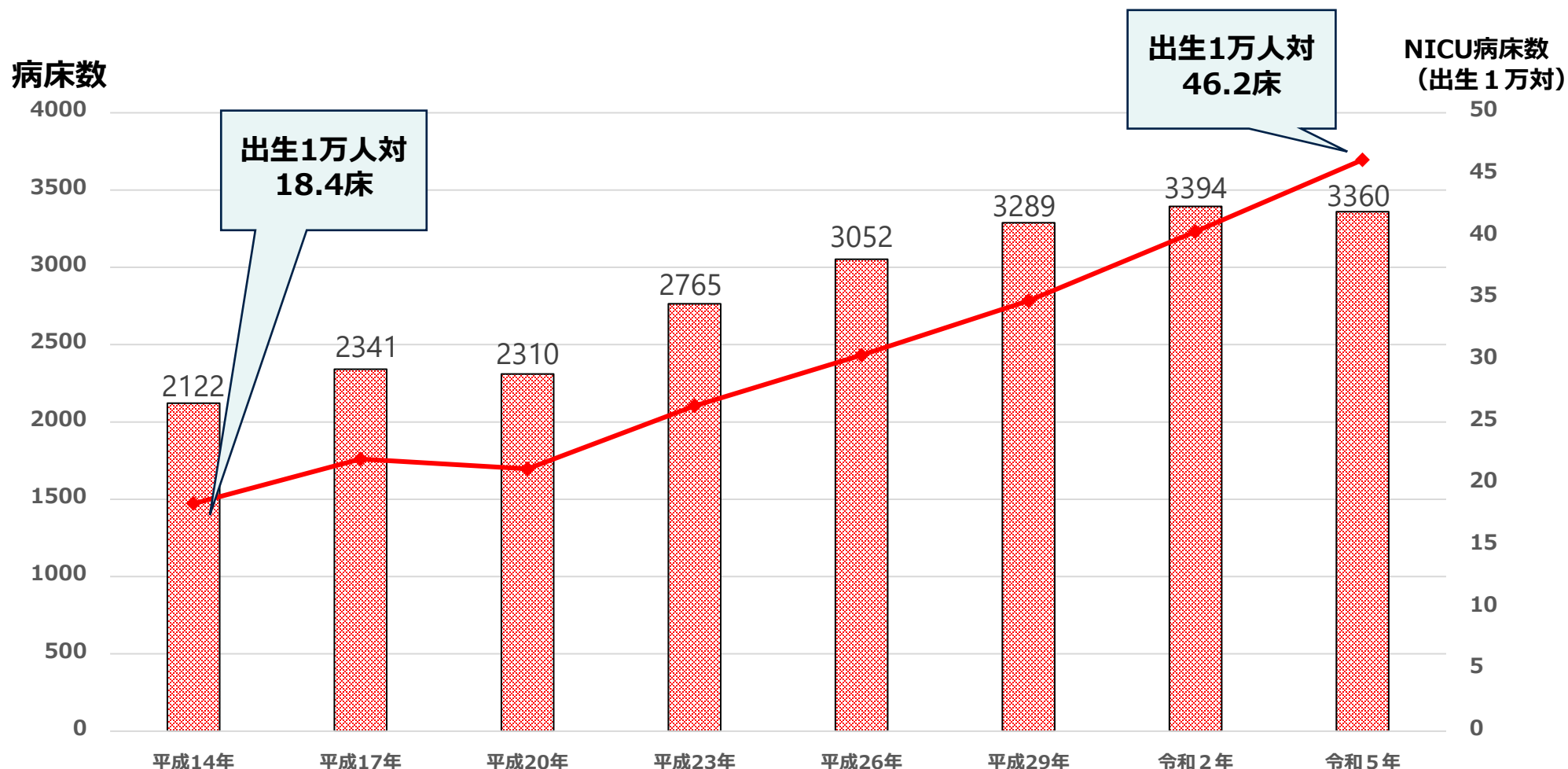
2010年～2023年における母の年齢別にみた妊産婦死亡率

令和6年人口動態調査



NICUの病床数の推移

- NICU病床数については、平成27年少子化社会対策大綱において、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5年度のNICU病床数は出生1万人対46.2床と大幅に目標値を上回っている。
- NICUの病床数は増加傾向であったが、令和5年においては、NICU病床数は前年と比較して減少した。



医療施設調査及び人口動態調査を基に医政局地域医療計画課において作成。

ここでいうNICUとは新生児特定集中治療施設管理料の施設基準を満たしているものをいう。（「総合周産期特定集中治療室管理料」に含まれる「新生児集中治療室」の病床を含む。）

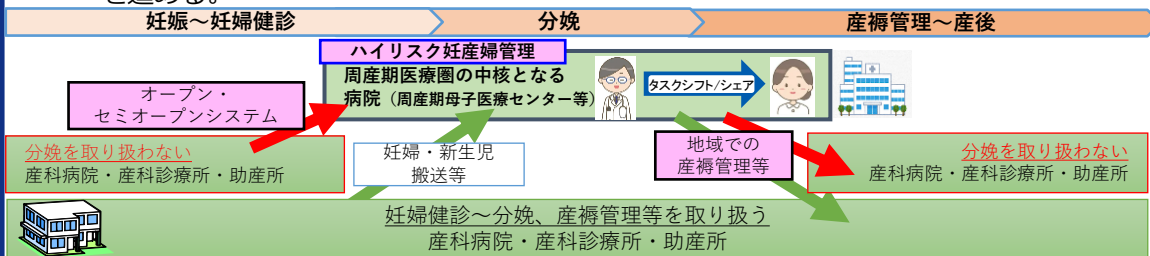
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

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。

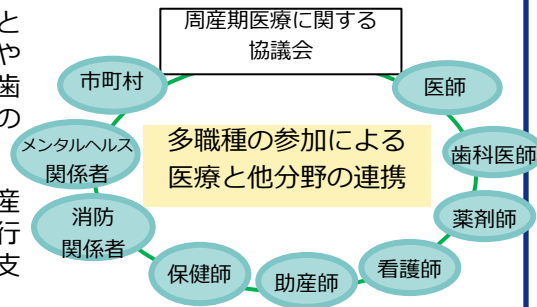
周産期医療の集約化・重点化

- 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。

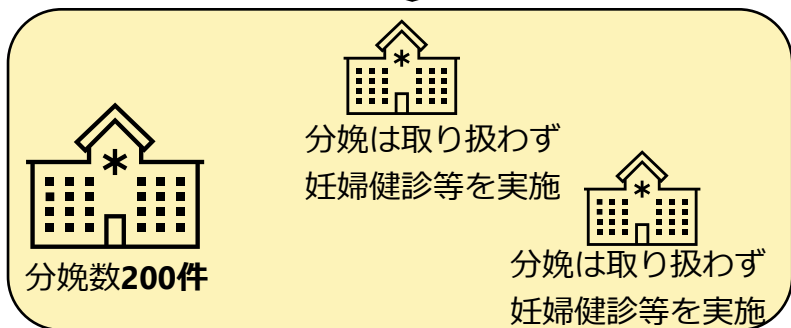
産科区域の特定

- 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。

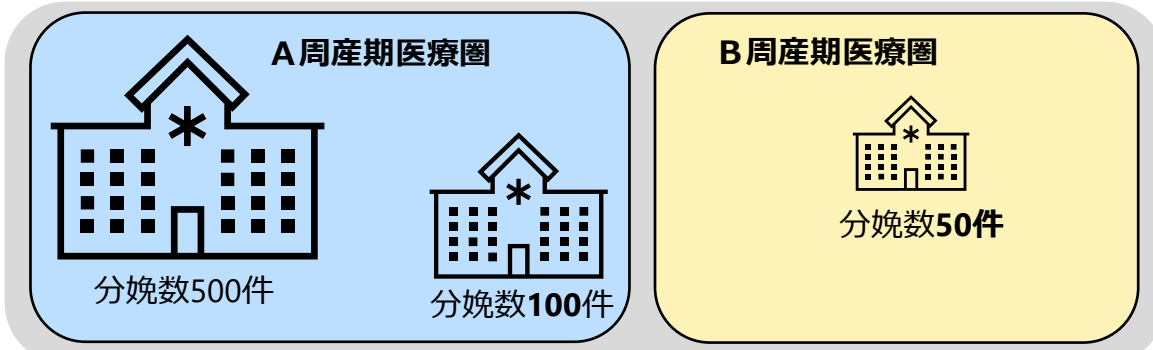
地域の実情に応じた集約化と役割分担について

- 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。

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8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：113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：298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

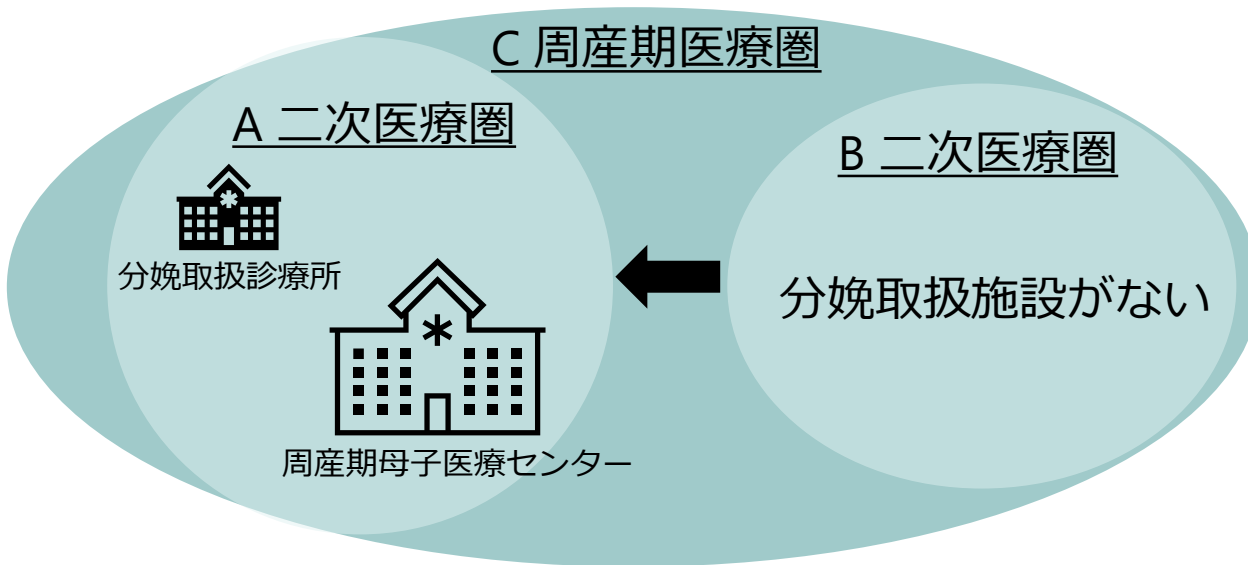
主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 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>

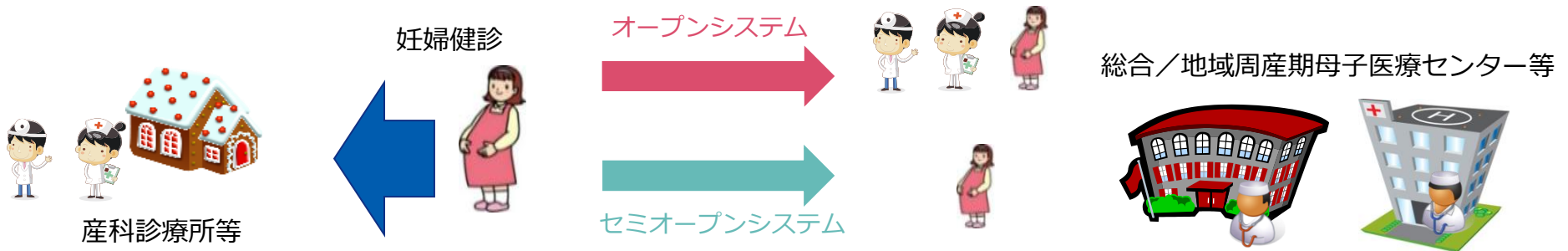
施設ごとの役割分担を進めることで、限りある医療資源を有効活用し、周産期母子医療センター等の負担を軽減する。

【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。



2 周産期医療の提供体制について

<現状と課題>

【分娩取扱施設】

- ・分娩の取り扱いについては、常時一定規模の体制確保が必要
- ・医師の働き方改革により、持続的で効率的な働き方が求められる
- ・出生数の減少により医療従事者の症例経験が減少
- ・分娩を取り扱う医療機関の混合病棟化

【周産期母子医療センター】

- ・周産期母子医療センターにおける機能格差
- ・出生数の減少により、NICU・GCUの病床利用率が低い医療機関が一定数存在

【母子保健との連携】

- ・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

<早期に取り組むべき事項>

- ・ハイリスク以外の妊産婦も含めた集約化・重点化と、妊婦健診や産後ケア等に関する役割分担の検討
- ・母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、妊娠・産後を含む継続ケアを行う体制の充実

- ・地域の実情を考慮しつつ、地域での分娩機能を維持するため、ハイリスク以外の妊産婦の受け入れ等、周産期母子医療センターの機能強化を検討
- ・NICU・GCUについて、地域や各医療機関において必要な病床数を見直すための調査を実施

- ・都道府県において、周産期医療提供体制の検討を行う際には、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

<今後議論すべき事項>

- ・医療資源の集約化・重点化と役割分担に関する好事例や、地域の実情や医療機関の経営状況を踏まえた取り組みが進むよう、第9次医療計画に向けて具体的かつ丁寧な議論を行う
- ・地域周産期母子医療センターの機能格差や地域の様々なニーズに対応するため、周産期母子医療センターの機能の充実と役割分担も含めた必要な議論を継続
- ・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・重点化を推進する一方で、地域で必要な病床を確保するため、周産期母子医療センターの機能を考える中で議論を実施
- ・分娩取扱施設の集約化・重点化と施設間の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

1 事業の目的

- 医療計画に記載された周産期母子医療センターの診療機能、医師、看護師等の確保や処遇改善等に必要な支援を行い、周産期母子医療センターの充実強化について迅速かつ着実に推進することを目的とする。
- 産科、小児科、麻酔科、救急医療の関連診療科を有し、必要な設備・人員等を備え、24時間体制で母体・新生児を受け入れる体制を備えることにより、産科及び産科以外の合併症に対する対応の強化を目的とする。

2 事業の概要・スキーム

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MFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援を行う。例年申請額が予算額を超えていることから、各施設に対する支援を拡充するために予算額を増額して要求する。

周産期に関連する施設

周産期母子医療センター

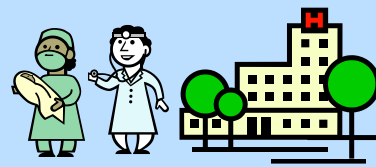
総合周産期母子医療センター 112箇所

機能：①リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
②関係診療科又は他の施設と連携した、産科合併症以外の合併症を有する母体への対応
③地域の施設からの救急搬送の受入等の周産期医療体制の中核としての機能



地域周産期母子医療センター 297箇所

機能：①周産期に係る比較的高度な医療の提供
②24時間体制での周産期救急医療の対応



地域の施設

・病院
・診療所
・助産所



3 実施主体等

・実施主体：都道府県の医療計画に基づき指定又は認定された周産期母子医療センター ・補助率：国 1 / 3

分娩取扱施設 施設・設備整備 事業

1 事業の目的

産婦人科又は産科を標ぼうする医療機関、分娩を取り扱う医療機関は年々減少している。

○産婦人科・産科を標ぼうする病院・診療所数	平成8年 7,302 ⇒ 令和5年 4,346
○分娩取扱病院・診療所数	平成8年 3,991 ⇒ 令和5年 1,766

分娩取扱施設が少ない地域において、身近な地域で安心して出産できるよう、都道府県が分娩取扱施設の確保を行うにあたって、分娩取扱施設の改修や、新規に分娩を取り扱うための増築、開設等を行う場合等に、その施設・設備整備に要する費用の一部を補助する。

2 事業の概要・スキーム

病院の改修が必要…



開業したいが
初期投資が困難



施設整備の支援

設備整備の支援

改修・増築



新規開設



分娩台や超音波診断装置等の整備



3 実施主体等

補助率: 1/2 交付先: 医療機関

産科医療を担う産科医等の確保事業

＜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

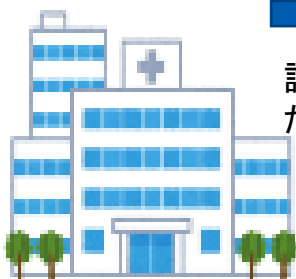
都道府県別の分娩取扱医師偏在指標
（令和5年時点）
東京都：14.3 熊本県：6.8

・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】

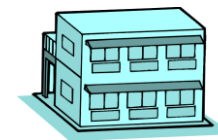
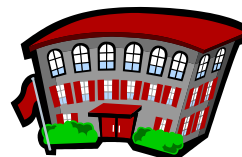


診療の応援のために派遣



旅費、派遣手当の支援

【地方の中核病院や産科病院、診療所】



＜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に、需要側の状況（人口構造、患者の流出入など）、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。

施策名:カ 産科・小児科医療機関等に対する支援

医政局地域医療計画課
(内線8048)

① 施策の目的

出生数や患者数の減少が進行するなかでも、地域でこどもを安心して生み育てることができる周産期医療及び小児医療体制を確保する。

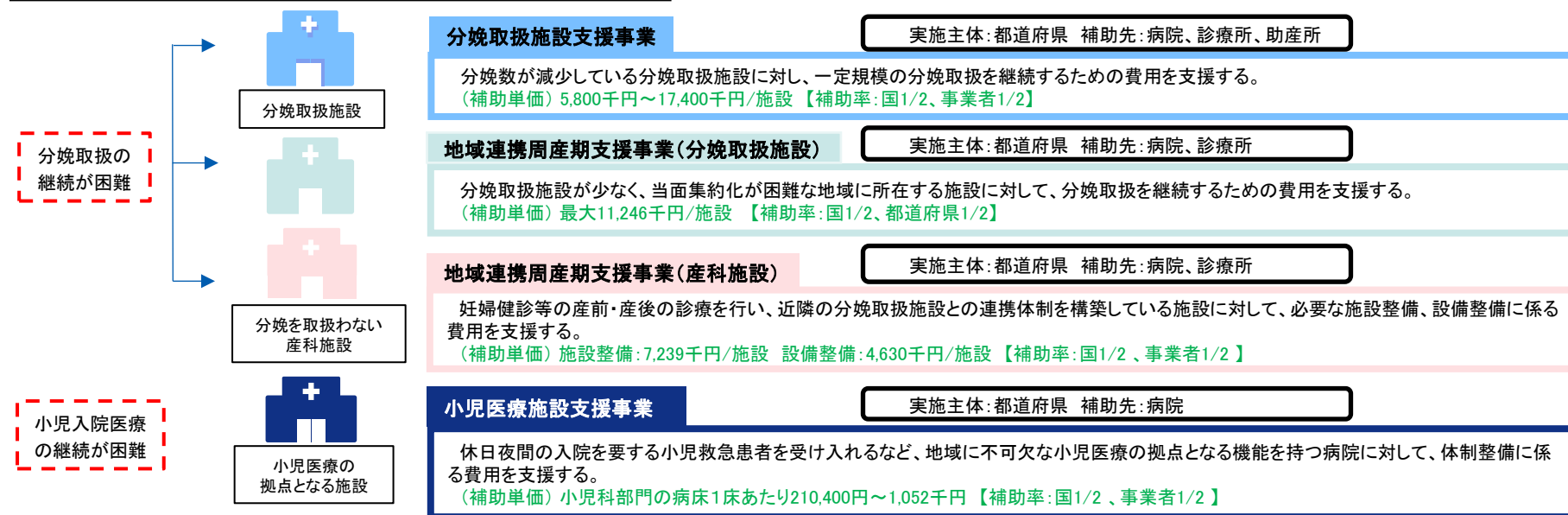
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- ・ 地域で安心安全に出産できる体制確保に向けた取組を支援する。
- ・ 地域で救急を含めた小児入院医療が実施できる体制確保に向けた取組を支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 施策の対象・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)

産科施設や小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、施設の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行い、地域でこどもを安心して生み育てることができる小児周産期医療体制の確保を図る。

事業の目的

- 地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦等本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産等ができ、適切な医療や保健サービス等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等までの移動にかかる交通費等の助成を行うことにより、妊産婦等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、妊産婦等の妊婦健診等を実施する医療機関等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等**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊産婦等（自己都合で特定の医療機関等を選択する場合は助成の対象外）

◆ 内容（①②：出産、③～⑤：妊婦健診、⑥：産婦健診、⑦：産後ケア、⑧：乳幼児健診、⑨：不妊治療）

- ① **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 **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。
- ③ **最寄りの妊婦健診を受診することができる産科医療機関等**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦（上限14回）
- ④ 医学上の理由等により、周産期母子医療センター等で妊婦健診を受診する必要がある妊婦（以下「**ハイリスク妊婦**」という。）のうち、**最寄りの周産期母子医療センター等**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦（上限14回）
- ⑤ **妊婦健診を受診することができるが分娩ができない産科医療機関等が概ね60分以内にある妊婦であって、妊娠後期（概ね妊娠32週頃）から分娩予定施設に切り替えて妊婦健診を受診する妊婦のうち、最寄りの分娩可能な産科医療機関まで概ね60分以上**の移動を要する妊婦（上限7回）
- ⑥ **最寄りの産婦健診を受診できる医療機関等（分娩をした医療機関・助産所等）**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する産婦（上限2回）
- ⑦ **最寄りの産後ケア事業実施施設**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する母子（上限7回）
- ⑧ **最寄りの乳幼児健診を受診できる医療機関等**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する母子（上限6回※）
 ※1か月児健診、3～6か月児健診、9～11か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診、5歳児健診が助成対象。
- ⑨ **最寄りの不妊治療実施施設（生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出医療機関）**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する夫婦（事実婚含む）（上限10回※）※保険適用の対象となる「生殖補助医療」及び「男性不妊治療」が助成対象。男性不妊治療は上限5回。

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
- ◆ 補助基準額：1,022千円（1自治体あたり）
 ※⑥～⑨の合計額

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（出産及び妊婦健診のみ対象）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**2,000円／泊**を**※出産のみ対象****控除した額**を助成（※1泊当たり2,000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）

※記載の単価は令和9年度概算要求時点のものであり、今後の予算編成過程において変更があり得る。