厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

出産に係る診療やケア等について（その２）

厚生労働省 保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第１回検討会での指摘事項等

（注）主なご指摘事項を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（ 10月１日　第１回妊娠・出産・産後における診療やケアの内容等に関する検討会）

○　例えば吸引分娩となった場合に、出産育児一時金（保険外）の入院料と療養の給付の入院基本料はどのように算定されているのか。そういう算定構造が非常に複雑なので、分かりやすい資料を次回以降に示してほしい。

○　吸引娩出術、鉗子娩出術、会陰切開等について、分娩数が減っているにもかかわらず、横ばいあるいは増加している。無痛分娩が広く行われるようになり、それが影響しているのではないかと予想がつくが、無痛分娩の割合は地域ごとに異なるので、地域別に検討してほしい。

○　昨今ニーズが増えている無痛分娩は、麻酔管理などにより計画分娩となり、子宮収縮薬が投与されやすく、リスクもあることから、安全な提供体制の確保が求められている。計画分娩の実情や子宮収縮薬の使用状況などについても、実態把握が必要ではないか。令和７年度厚生労働科学特別研究事業で、安全な無痛分娩実施のための体制構築のための研究が報告されているので、本検討会でも共有いただきたい。

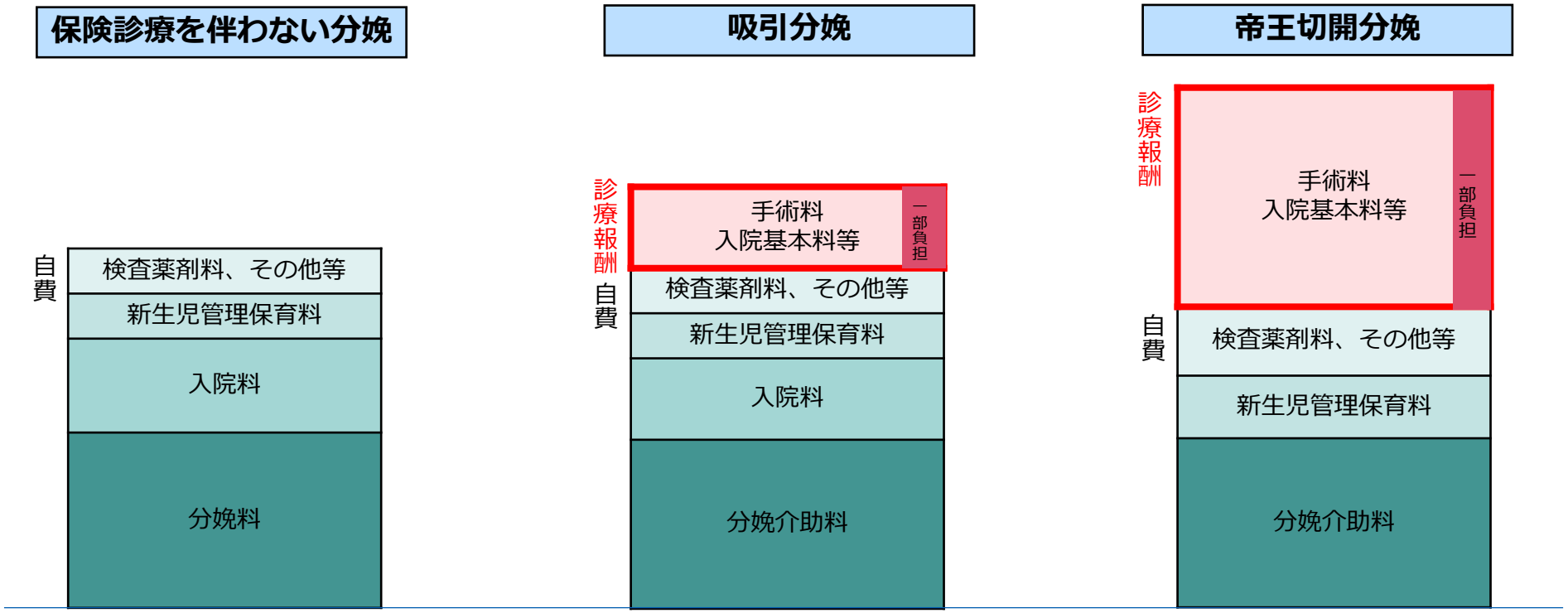
○　無痛分娩と新生児仮死蘇生術（１度・２度）の回数にどのような関係があるか、今後見せていただきたい。もし無痛分娩に伴う新生児仮死蘇生術が多いということであれば、今後、無痛分娩が増えると、更に新生児仮死蘇生術が増えると考えられる。NCPRの普及を含め、新生児に不利益がないよう、体制の評価に加味してほしい。

○　出産が24時間いつでも起こるのと同じように、新生児の急変、状態の悪化、生理的経過からの逸脱は、24時間いつでも起こり得る。こうした点について、新生児科医師・小児科医との連携が取れている診療所・助産所の割合は分かるか。

○　公的病院と診療所では、コスト構造や病棟確保のあり方も含めて違いがある。今後の加算、施設基準を考えていく中では、そういった点を検討できる資料を提示してほしい。

出産の状況別にみた費用の算定イメージ

- 吸引分娩や帝王切開分娩等の保険診療を伴う分娩の場合は、分娩に係る入院中に、自費による費用と併せて、診療報酬で該当する手術の費用や入院基本料等が算定されている。



- 入院期間は６日間
  保険診療は必要なく経過

- 入院期間は6日間
  診療報酬で吸引娩出術（K893)、
  入院基本料（1日分）等を算定

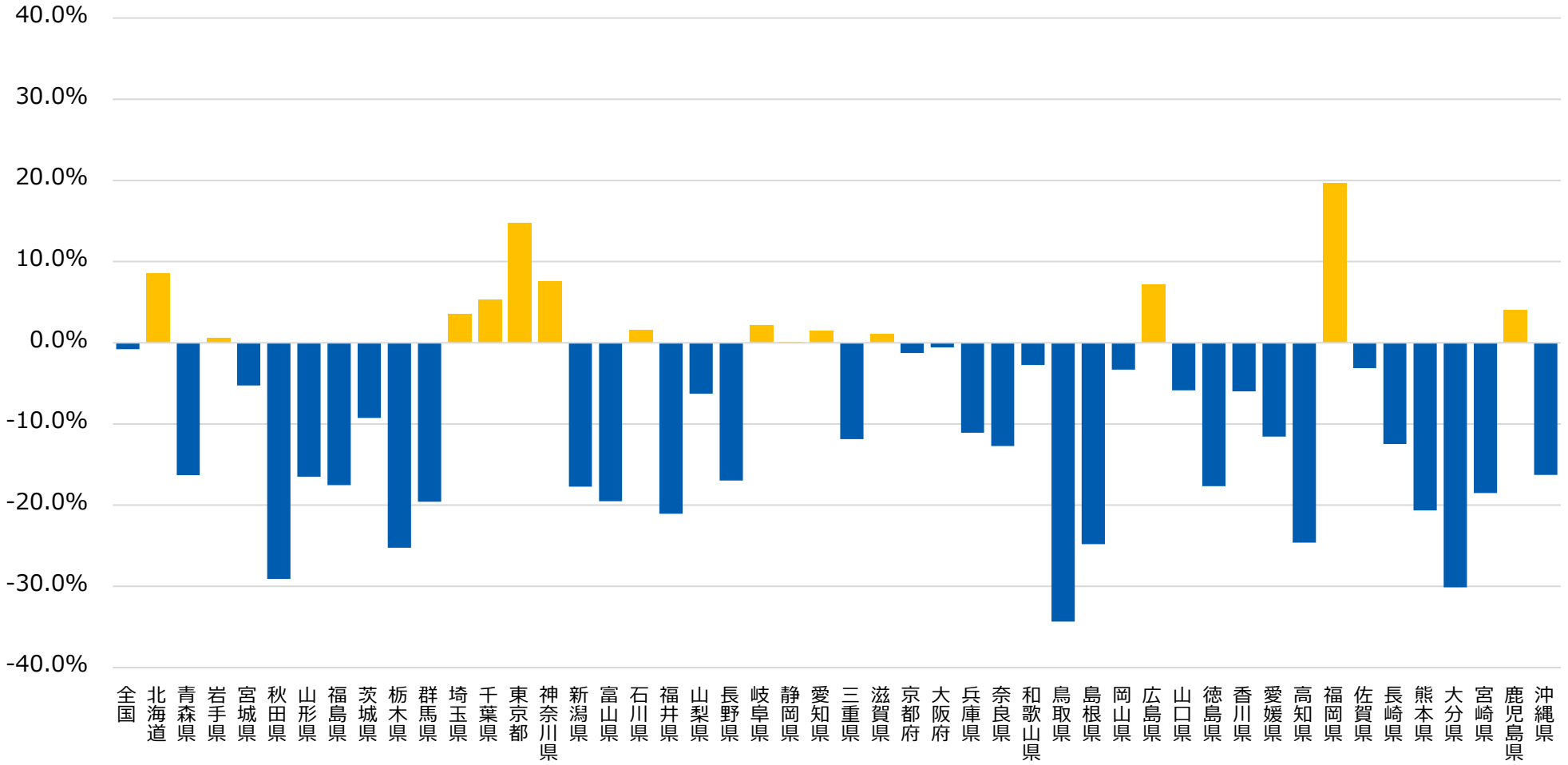
- 入院期間は８日間
  診療報酬で帝王切開術（K898）、
  入院基本料（8日分）等を算定

出典：ヒアリング等をもとに保険局医療課にて作成。

吸引娩出術・鉗子娩出術の各都道府県別の算定回数の変化
（令和３年度から７年度の算定回数の増減率）

● 吸引娩出術・鉗子娩出術の算定回数を合算すると主に北海道、東京都、神奈川県、広島県、福岡県等で増加。

【吸引娩出術＋鉗子娩出術】



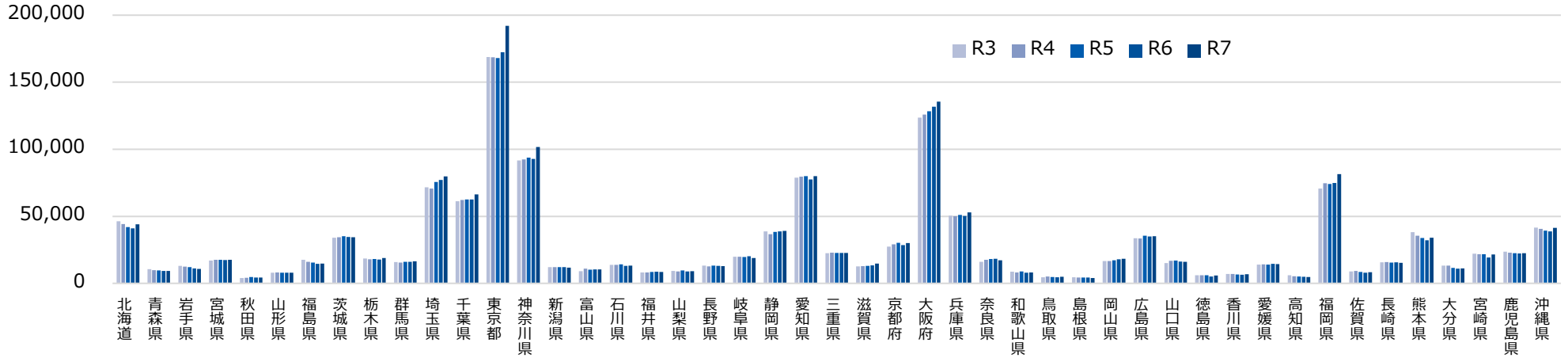
出典：NDBデータ

●増減率は、令和７年度の算定回数より令和３年度の算定回数を引き、令和３年度の算定回数で除してパーセント表示。

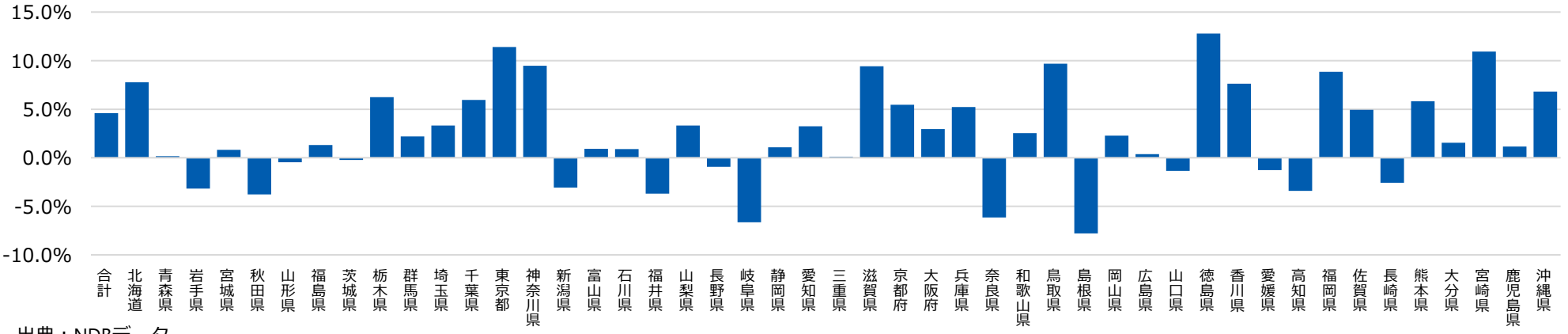
都道府県別のオキシトシン製剤の処方数量

- オキシトシン製剤の処方数量の令和６年度と７年度の増減率では、東京都、徳島県、宮崎県で10%以上の増加がみられる。

【オキシトシン製剤処方数量の令和３年度から７年度の変化】



【オキシトシン製剤の処方数量の令和６年度と７年度の増減率】



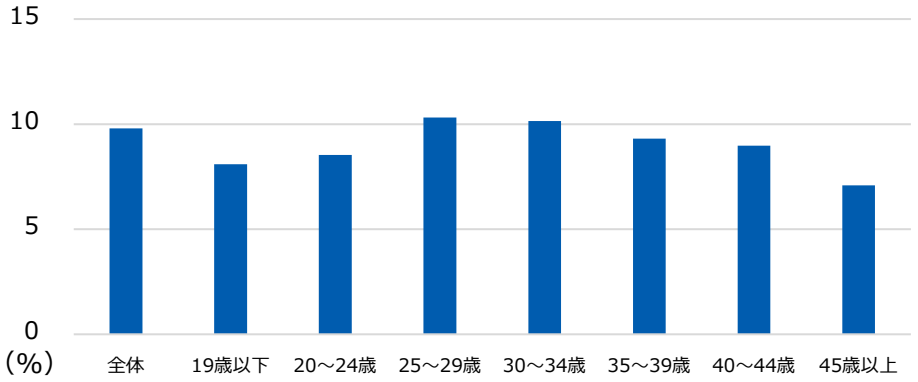
出典：NDBデータ

●オキシトシン製剤：アトニン－O注５単位、オキシトシン注射液５単位「Ｆ」、オキシトシン注射液５単位
●増減率は、令和７年度の処方数量より令和３年度の処方数量を引き、令和３年度の処方数量で除してパーセント表示。

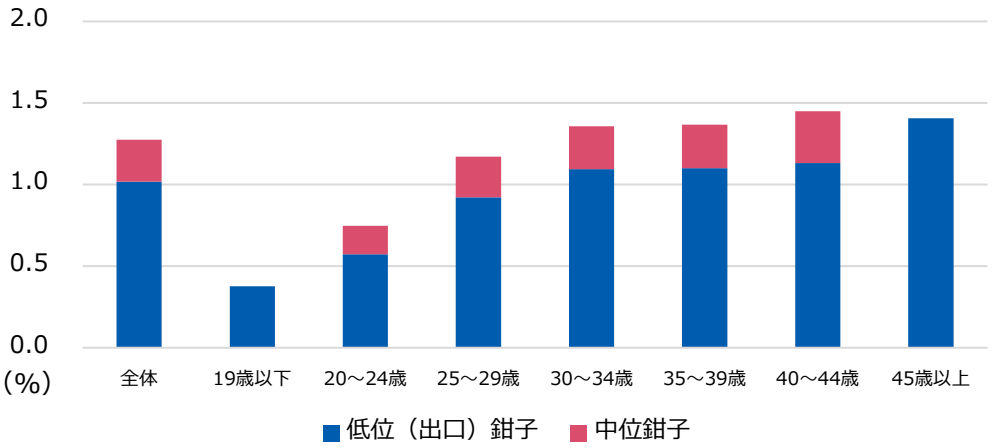
各年齢帯の吸引娩出術・鉗子娩出術・帝王切開術の算定率

- 帝王切開術は年齢とともに増加するが、吸引娩出術は年齢による増加は見られない。

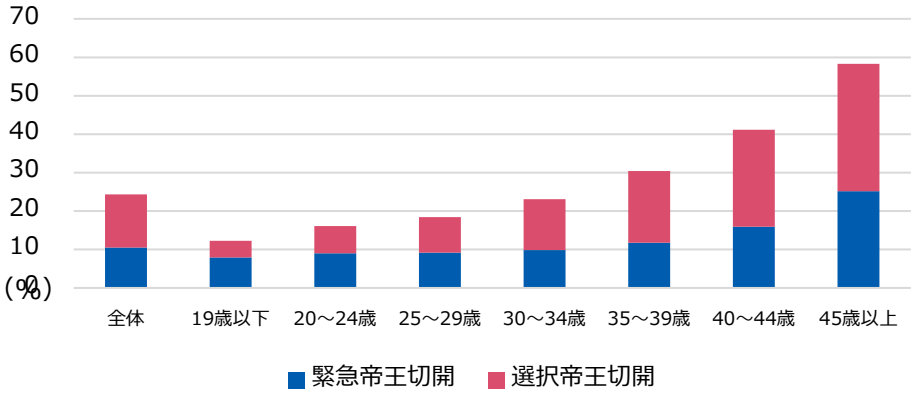
【吸引娩出術】



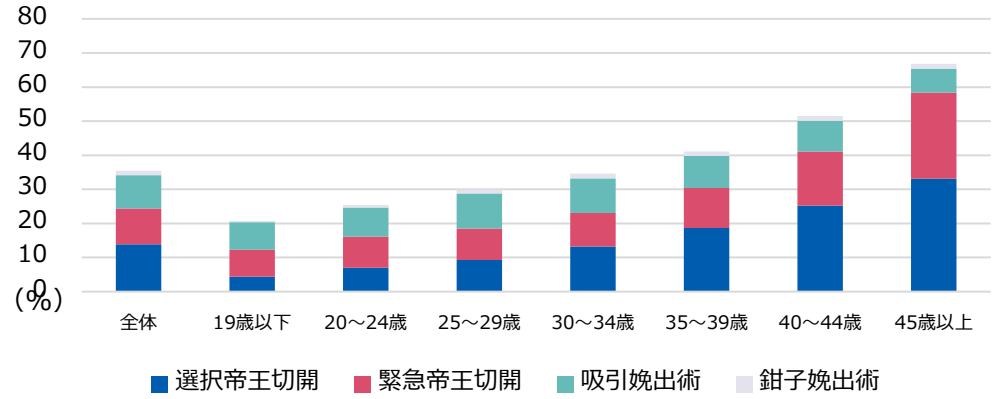
【鉗子娩出術】



【帝王切開術】



【吸引娩出術・鉗子娩出術・帝王切開術】

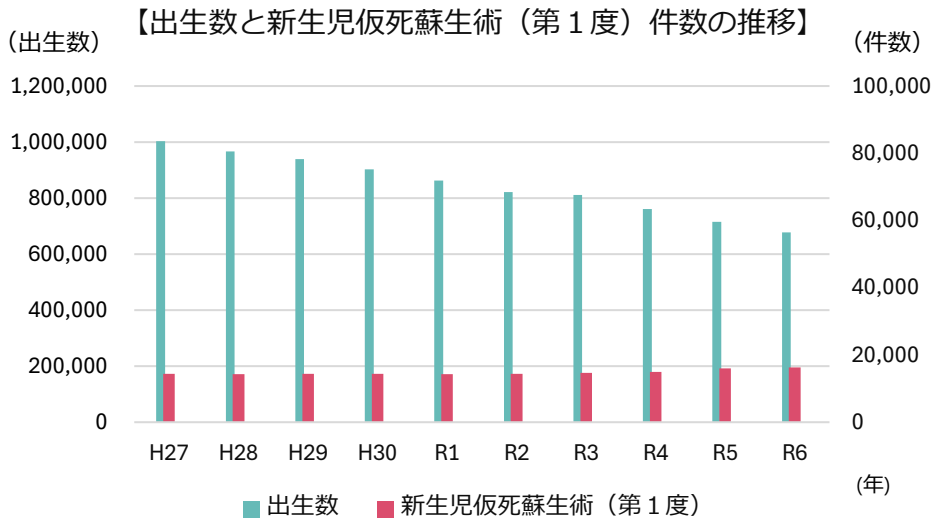


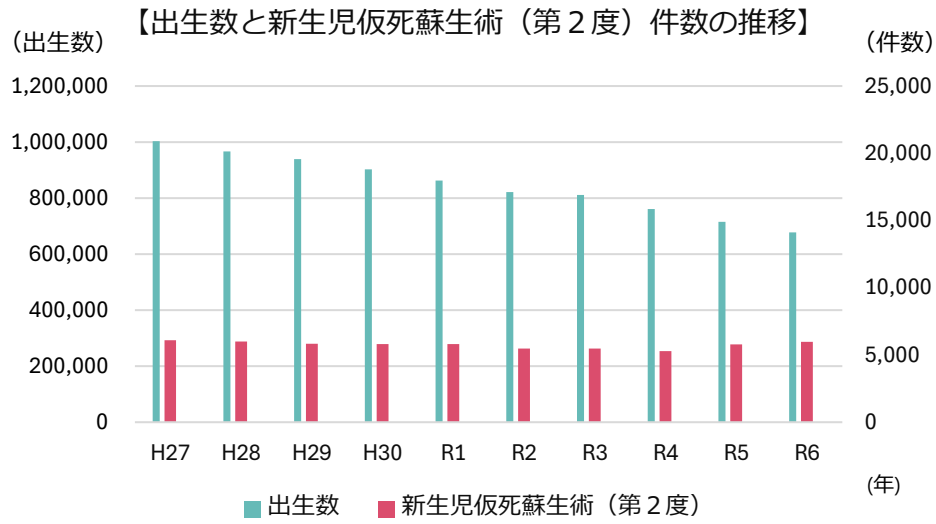
出典：NDBデータ、人口動態統計

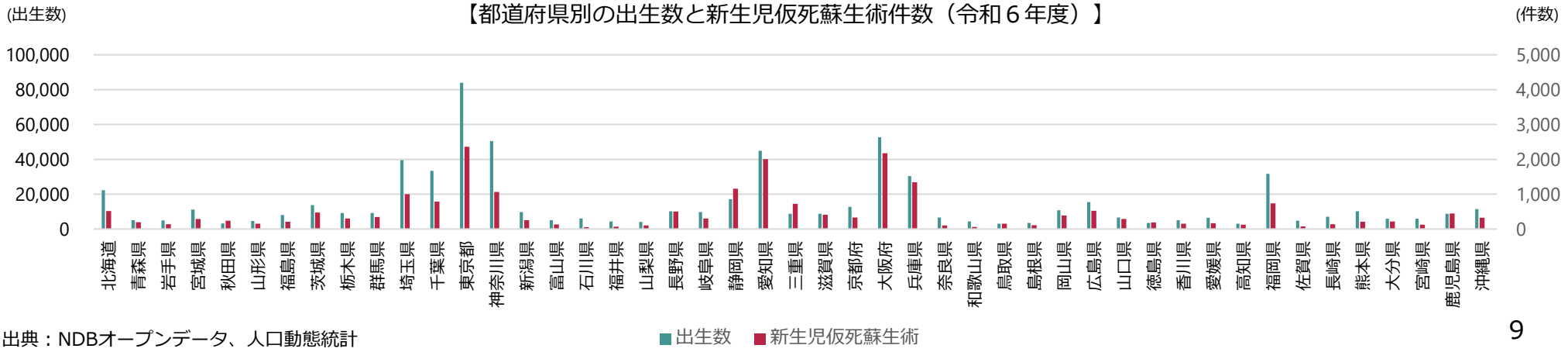
- 各年齢帯での出生数は、令和6年および令和7年の人口動態統計をもとに保険局医療課にて集計。
- 算定率の分子は算定回数、分母は同年度の出生数。
- 算定回数は、令和6年度NDBデータにおける各診療行為の算定回数。

新生児仮死蘇生術の件数の推移

- 出生数は減少している一方で、新生児仮死蘇生術（仮死第１度のもの）の件数は増加傾向、新生児仮死蘇生術（仮死第２度のもの）の件数は令和４年度以降増加傾向。
- 都道府県別に見ると、出生数の多い県で新生児仮死蘇生術の件数も多い。







出典：NDBオープンデータ、人口動態統計

他医療機関等との連携体制

- 7割以上の施設が、妊産婦を通した紹介の関係がある等、日常の診療において他の医療機関等と連携があった。
- 他の医療機関との連携内容で実施割合が最も高いのは「医学的ハイリスクを有する妊産婦の診療連携」、次いで「新生児の医学的管理・フォロー」であった。

【他医療機関等と連携している割合】

	総合周産期母子医療センター (n=53)	地域周産期母子医療センター (n=143)	その他病院 (n=176)	診療所 (n=360)	助産所 (n=106)	合計 (n=838)
他の総合周産期母子医療センター	86.8%	92.3%	89.8%	86.1%	53.8%	83.9%
他の地域周産期母子医療センター	86.8%	75.5%	73.3%	74.4%	63.2%	73.7%
他の周産期母子医療センター以外の病院・診療所	86.8%	81.1%	55.7%	47.5%	73.6%	60.7%
他の医療機関（精神科）	60.4%	59.4%	50.6%	56.9%	25.5%	52.3%
他の医療機関（小児科）	56.6%	54.5%	47.2%	50.6%	56.6%	51.7%
助産所	54.7%	42.0%	19.9%	17.8%	43.4%	27.9%
訪問看護ステーション	52.8%	50.3%	21.6%	10.3%	21.7%	23.6%
その他	5.7%	0.0%	3.4%	3.3%	4.7%	3.1%

【他医療機関等との連携内容】

	総合周産期母子医療センター (n=55)	地域周産期母子医療センター (n=140)	その他病院 (n=179)	診療所 (n=366)	助産所 (n=105)	合計 (n=845)
医学的ハイリスクを有する妊産婦の診療連携	96.4%	98.6%	96.6%	96.7%	84.8%	95.5%
新生児の医学的管理・フォロー	89.1%	96.4%	86.0%	87.2%	85.7%	88.4%
精神・心理的課題を有する妊産婦への支援	89.1%	85.7%	83.8%	84.4%	77.1%	83.9%
妊産婦の母体・乳房ケア	78.2%	73.6%	59.2%	55.5%	83.8%	64.3%
妊産婦・新生児への育児・養育支援	69.1%	70.7%	55.9%	52.2%	67.6%	59.1%
その他	7.3%	1.4%	0.6%	0.5%	4.8%	1.7%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 連携施設として施設間で文書を取り交わす契約、あるいは地域等のシステムに登録等をしていない場合でも、妊産婦を通した紹介の関係がある等日常の診療における連携を含む。

出生から退院までの新生児診療の流れと医療機関の連携

- 保険診療の対象とならない場合でも、小児科医・新生児科医が出生から退院まで系統的に関わっており、状態に応じて必要な診療や高次施設等への搬送の判断を行っている。

<出生から退院まで、赤ちゃんの安全を支える新生児診療>

① 分娩時（出生時）
- 出生時の評価・必要時の蘇生
- ハイリスク分娩・緊急帝王切開への立会い
- 出生直後の全身評価

② 出生後数時間～数日
- 全身診察
- バイタルサイン・呼吸状態の確認
- 体温管理・哺乳支援
- 低血糖・感染徴候の評価
- ビタミンK投与・各種スクリーニング

③ 入院中（夜間を含む）
- 黄疸の評価・必要時の光線療法
- 低血糖・無呼吸・チアノーゼへの対応
- 哺乳不良・嘔吐・感染徴候等の評価

④ 退院時
- 退院前の全身診察・評価
- 哺乳・体重・黄疸等の確認
- 育児指導・受診の目安の説明
- 必要な外来フォローへの接続

新生児科医・小児科医が、助産師・看護師、産科医と連携して診療を支える。
現状では、これらのケアの大半は療養の給付ではなく、自費の範囲で行われている。

<夜間を含む急変に備え、診療と搬送をつなぐ>

気づく → 医学的に判断する → 診療・治療する → 必要時に高次施設へつなぐ

助産師・看護師
- 異常の早期発見・観察
- 新生児科医・小児科医への連絡
- 家族の気づき・相談の把握

小児科医・新生児科医
- 状態の評価・診療方針の判断
- 必要な診察・治療・指示
- 院内対応または搬送の判断

NICU等の高次施設
- 受入先との連絡・調整
- 必要時の新生児搬送
- 継続的な専門診療

施設の体制に応じた院内対応・オンコール連携により、
夜間も必要な診療を開始し、状態に応じて専門施設への搬送につなげる。

出生から退院までの継続的な評価と対応が、新生児の安全を支える。

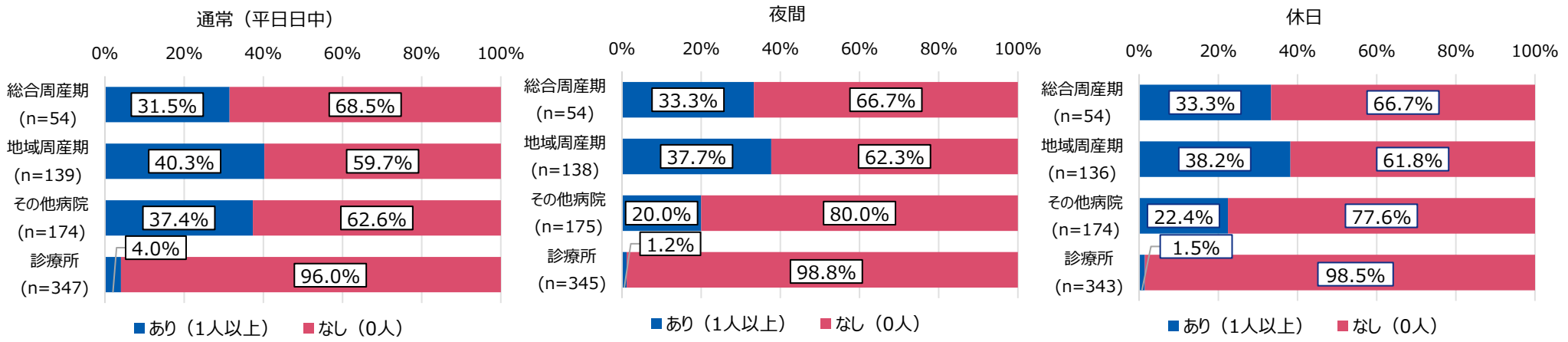
※上段の自費に関する記載は、疾病に対する治療等の保険診療とは区別して示している。

一般社団法人日本周産期・新生児医学会提供資料

小児科医・新生児科医の出生直後の関与

- 平日日中の経腟分娩に小児科・新生児科医が関与する割合が最も高いのは地域周産期母子医療センターで40.3%であった。
- 休日および夜間の緊急時に備えて、周産期母子医療センターは９割以上が院内または院外のいずれかに小児科・新生児科医が待機していた。

【経腟分娩（娩出時）に小児科医（新生児科医）が関与する割合】



【小児科医・新生児科医が出生直後に関与する場合の該当割合】

	総合周産期 (n=55)	地域周産期 (n=141)	その他病院 (n=163)	診療所 (n=160)
予定帝王切開の場合	50.9%	61.0%	55.8%	11.9%
緊急帝王切開の場合	80.0%	85.1%	73.6%	13.8%
器械分娩（吸引・鉗子分娩）の場合	74.5%	67.4%	41.1%	7.5%
新生児蘇生が必要と予想される児（早産児、低出生体重児、羊水混濁、多胎児等）	100.0%	99.3%	89.0%	36.3%
上記の他、産婦人科医が必要と判断した場合	100.0%	94.3%	92.0%	75.6%

【小児科医・新生児科医の緊急事態に備えた待機ありの割合】

	総合周産期		地域周産期		その他病院		診療所	
	n	%	n	%	n	%	n	%
夜間								
院内に待機あり	52	88.5%	134	76.1%	174	16.7%	343	1.2%
院外に待機あり	52	67.3%	133	76.7%	178	66.3%	341	5.9%
院内または院外いずれかに待機あり	52	94.2%	137	99.3%	180	70.6%	348	6.9%
休日								
院内に待機あり	52	86.5%	135	76.3%	170	18.2%	339	1.2%
院外に待機あり	52	65.4%	134	74.6%	175	66.3%	340	6.5%
院内または院外いずれかに待機あり	52	94.2%	138	97.8%	176	70.5%	346	7.5%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

小児科医・新生児科医の出生から退院までの対応

- 小児科・新生児科医が行う出生から退院までの対応で最も実施割合が高いのは「他医療機関への児の搬送判断」、次いで「出生後の診察」であった。

【小児科医・新生児科医の出生から退院までの対応】

	総合周産期母子医療センター（n=55）	地域周産期母子医療センター（n=127）	その他病院（n=133）	診療所（n=167）	合計（n=482）
新生児蘇生	94.5%	97.6%	91.0%	44.9%	77.2%
出生後の診察	96.4%	91.3%	89.5%	66.5%	82.8%
出生後の管理・治療（保険診療対象日・初回診察・退院診察以外の診察を含む）	92.7%	91.3%	89.5%	47.9%	75.9%
他医療機関への児の搬送判断	94.5%	98.4%	97.0%	67.1%	86.7%
退院診察（退院判断）	85.5%	90.6%	88.7%	42.5%	72.8%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな出産の給付における基準等の規定

- 療養の給付については、入院基本料等や各加算において算定要件や施設基準が規定されている。
- 他方、保険診療以外の分娩対応については、従来、算定要件等の規定がないところ、新制度の施行に当たり、診療やケアの質の担保や、適正な費用請求及び制度運営等の観点から、分娩費の基本単価・加算の算定要件や施設基準を規定する必要がある。

出産育児一時金における算定要件や施設基準の規定はない

分娩費における算定要件や施設基準を規定する必要がある

保険診療以外の分娩対応

分娩１件当たり基本単価
（全国同水準 現物給付化）

加算
体制・役割等を評価

＋

＋

妊婦に対する現金給付

保険診療（必要な場合） → **療養の給付（従来どおり）**

入院基本料等や各加算において、算定要件、施設基準が規定されている

アメニティ等のサービス → **見える化を徹底（自己負担）**

入院基本料等に関する施設基準　①病院の入院基本料等における規定

- 保険医療機関は、入院基本料等に関する施設基準に従い、届出を行うこととされている。
- 施設基準の要件において、正常の妊産婦や健康な新生児は入院患者の数に含むこととなっている。

【施設基準告示】 基本診療料の施設基準等 第一　届出の通則	一　保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。 二　保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。 三　（以下略）
【施設基準告示】 基本診療料の施設基準等 第五　病院の入院基本料の施設基準等 一　通則	(1)病院であること。 (2)一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。 (3)看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。 (4)　（以下略）
【施設基準通知】 入院基本料等の施設基準等 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準　４	（１）入院患者の数については、次の点に留意する。 ア　入院患者の数は、当該日の24時現在当該病棟に入院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。また、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。
【施設基準通知】 入院基本料等の施設基準等 第３　診療所の入院基本料等に関する施設基準	診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」並びに第２の４の(１)のア及びイ、(２)のア及びオ、キの(イ)及び(ロ)、ク並びに(６)のア及びイの他、下記のとおりとする。 1　（略） 2　看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。

入院基本料等に関する施設基準　②通則における規定

- 療養の給付における入院については、告示の通則において、入院基本料等を算定するに当たって共通して満たすべき、入院診療計画や医療安全、栄養管理等に関する基準が規定されている。

【算定告示】 入院料等　通則	8 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。	
【施設基準告示】 第四	**一 入院診療計画の基準**	(1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。 (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。 (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
	二 院内感染防止対策の基準	(1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。 (2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
	三 医療安全管理体制の基準	医療安全管理体制が整備されていること。
	四 褥瘡対策の基準	(1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。 (2) 褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。
	五 栄養管理体制の基準	(1)　当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。）。 (2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。
	六 医科点数表第一章第二部入院料等通則第９号及び歯科点数表第一章第二部入院料等通則第７号に掲げる厚生労働大臣が定める基準	当該保険医療機関内に非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が一名以上配置されていること。
	七 意思決定支援の基準	当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること（小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室のみを有するものを除く。）。
	八 身体的拘束最小化の基準	(1) 身体的拘束最小化の体制に係る基準 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 身体的拘束最小化の実績等に係る基準 身体的拘束の最小化につき相当の実績を有していること又は身体的拘束の最小化について適切な取組を行っていること。

出産育児一時金等の直接支払制度において記載を求めている事項

- 出産育児一時金では、直接支払制度の実施要綱において、請求書に記載すべき事項を示しているが、請求の要件や施設基準に該当する記載はない。

入院料	妊婦に係る室料、食事料。保険診療に係る入院基本料及び入院時食事療養費はこれに含まれない。
室料差額	妊婦の選定により、差額が必要な室に入院した場合の当該差額。
分娩介助料	保険診療を伴う分娩時の医師等による介助その他の費用。
分娩料	正常分娩（分娩が療養の給付の対象とならなかった場合）の、医師・助産師の技術料及び分娩時の看護・介助料（分娩時の助産及び助産師管理料、分娩時の安全確保に係るものを含む。）。
新生児管理保育料	新生児に係る管理・保育に要した費用をいい、新生児に係る検査・薬剤・処置・手当（在宅における新生児管理・ケアを含む。）に要した相当費用を含める。新生児について療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
検査・薬剤料	妊婦（産褥期も含む。）に係る検査・薬剤料をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
処置・手当料	妊婦（産褥期も含む。）に係る医学的処置や保健指導、乳房管理指導料、産褥期の母体ケア（在宅におけるものを含む。）等に要した費用をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
産科医療補償制度	産科医療補償制度の掛金相当費用をいう。
その他	文書料、材料費及び医療外費用（お祝い膳等）等、上記に含まれない費用をいう。
一部負担金等	保険診療を伴う分娩となった場合の一部負担金及び入院時食事療養費の食事療養標準負担額をいう。
妊婦合計負担額	直接支払制度の利用の有無にかかわらず、実際に被保険者等又はその被扶養者に請求することとなる実費をいう。
代理受取額	直接支払制度により、被保険者等が加入する保険者に被保険者等に代わり請求し、代理して受け取る額をいう。

出典：「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

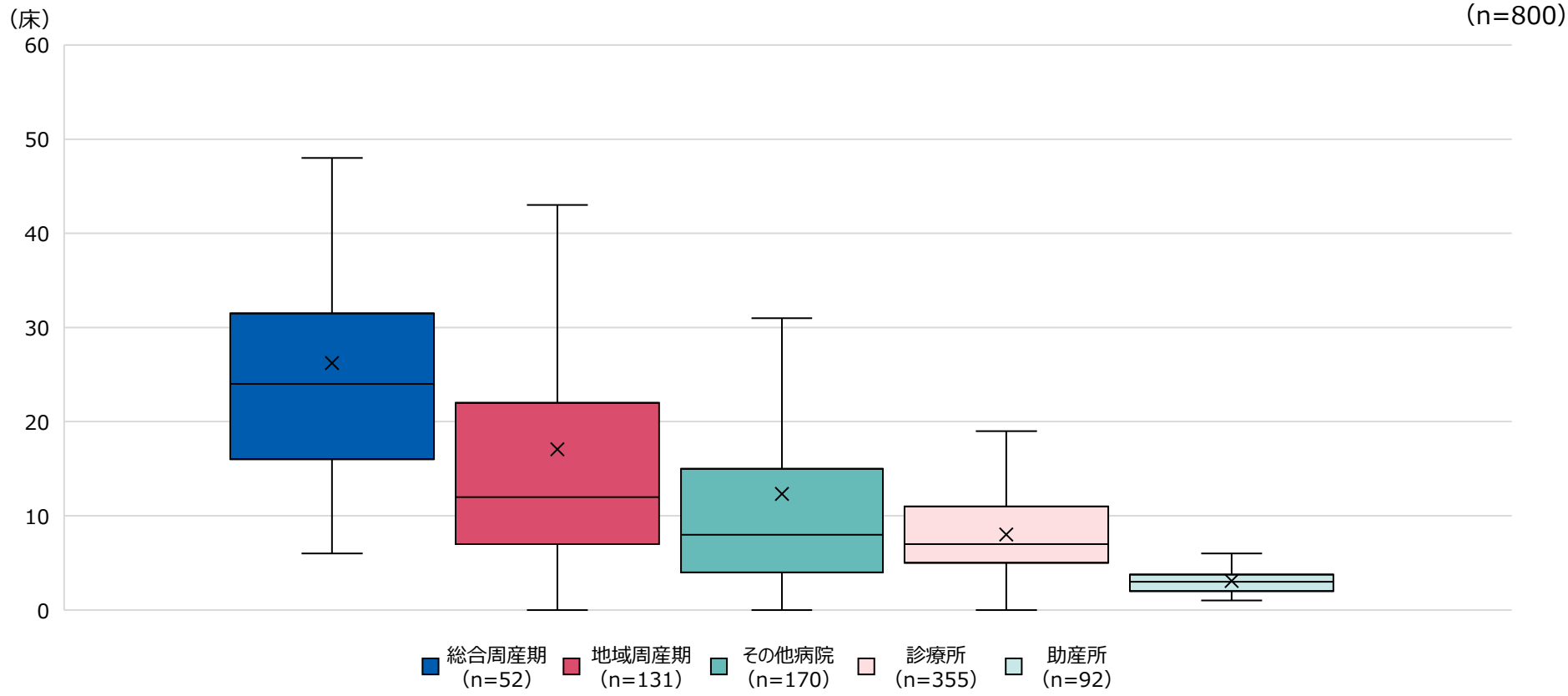
- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
  - 分娩取扱施設における出産に係る診療やケアの体制等
    病床数、分娩件数
    分娩の状況、職員数
    分娩の対応体制等
    院内助産・助産師外来
    研修等受講状況等
    助産・看護ケア
    産科病棟の管理
  - 周産期医療における各分娩取扱施設の地域での役割や機能等
  - 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を推進するための体制、連携等
  - 困難な状況にある妊産婦等への対応
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

産科の運用病床数

- 産科の運用病床数の平均は、総合周産期母子医療センターが約26床、地域周産期母子医療センターが約17床、その他病院約12床、診療所約８床であった。助産所の入所定員の平均は約３床であった。

【施設機能別の平均産科運用病床数の分布】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 無回答の施設を除外して集計。
- 令和８年７月に産科病床として運用した病床数（MFICUの病床、分娩室、LDR、手術室のベッドは含めない。）の日平均を施設ごとに算出。
- 助産所は有床のみを対象に、入所定員の平均を算出。

妊産婦や新生児を対象とした特定集中治療室等の平均届出病床数

- A303「総合周産期特定集中治療室管理料　1 母体・胎児集中治療室管理料」の平均届出病床数は、総合周産期は7.2床、地域周産期は5.3床である。

【施設機能別の平均届出病床数】

			総合周産期	地域周産期	その他病院
妊産婦	A303 総合周産期特定集中治療室管理料 1　母体・胎児集中治療室管理料 （１日につき）7,723 点	＜対象＞　合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの、産科異常出血等のため母体若しくは胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる者又は分娩時若しくは分娩後に重篤な合併症を来した者であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めた者。 ＜算定上限日数＞　14日を限度として算定する。 ＜施設基準抜粋＞　看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上	85施設 7.2床	20施設 5.3床	－
新生児	A303 総合周産期特定集中治療室管理料 2　新生児集中治療室管理料 （１日につき）10,931 点	＜対象＞　高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態等にあり、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者。 ＜算定上限日数＞　A302、A302−2、A303の２及びA303-2を算定した期間と通算して21日を限度として算定する。 ただし、出生時体重が1,500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児は35日 出生時体重1,000～1,499gは60日 出生時体重が1,000g未満の新生児は90日 出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児は105日 出生時体重500g未満であって慢性肺疾患の新生児は110日 ＜施設基準抜粋＞　A303　看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上 A302　看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上	82施設 16.2床	16施設 14.1床	－
	A302 新生児特定集中治療室管理料 1　新生児特定集中治療室管理料 （１日につき）10,931 点 2　新生児特定集中治療室管理料 （１日につき）8,790 点		28施設 11.8床	176施設 7.7床	20施設 5.6床
	A302-２ 新生児特定集中治療室 重症児対応体制強化管理料 （１日につき）15,108 点	＜対象＞　体外式膜型人工肺を実施している状態、腎代替療法を実施している状態、交換輸血を実施している状態、低体温療法を実施している状態、人工呼吸器を使用している状態、人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態、人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態、開胸手術、開頭手術、開腹手術等後に人工呼吸器を使用している状態、新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態であって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者。 ＜算定上限日数＞　当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して７日を限度として算定する。 ＜施設基準抜粋＞　看護師の数は、常時、当該病床に係る入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上	32施設	2施設	－
	A303−２ 新生児治療回復室入院医療管理料 （１日につき）5,931 点	＜対象＞　高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態等にあり、医師が入院医療管理が必要であると認めた者。 ＜算定上限日数＞　A302、A302−2及びA303の２を算定した期間と通算して30日を限度として算定する。 ただし、出生時体重が1,500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児は50日 出生時体重1,000～1,499gは90日 出生時体重が1,000g未満の新生児は120日 出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児は135日 出生時体重500g未満であって慢性肺疾患の新生児は140日 ＜施設基準抜粋＞　看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上	90施設 19.7床	104施設 11.5床	2施設 11.0床

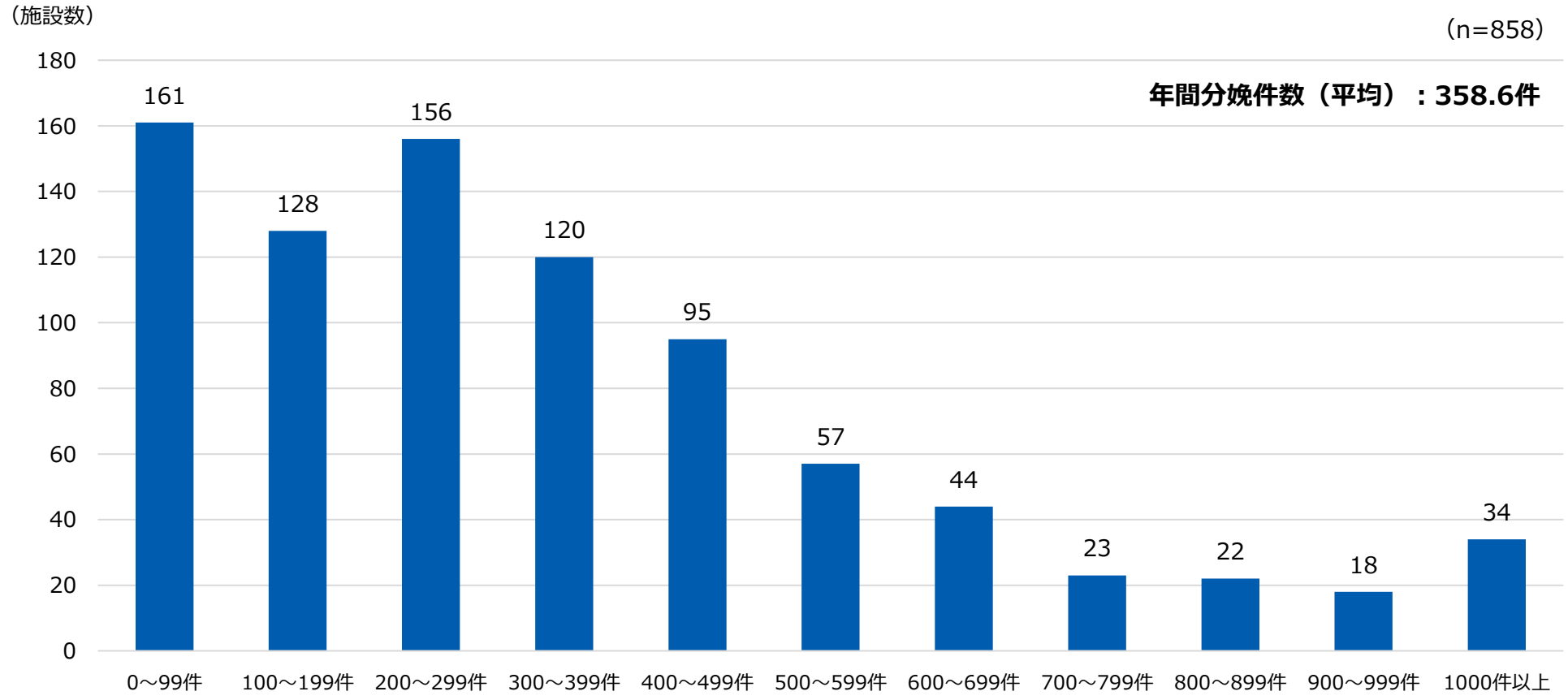
出典：令和7年度病床機能報告

- 届出病床数は、届出病床がある施設のみの平均を算出（A302-2の病床数は不明）。

年間分娩件数の分布

- 令和７年度の分娩取扱施設ごとの分娩件数は、０～99件が161施設と最も多く、年間分娩件数の平均は358.6件であった。

【分娩取扱施設ごとの年間分娩件数の分布（令和７年度）】



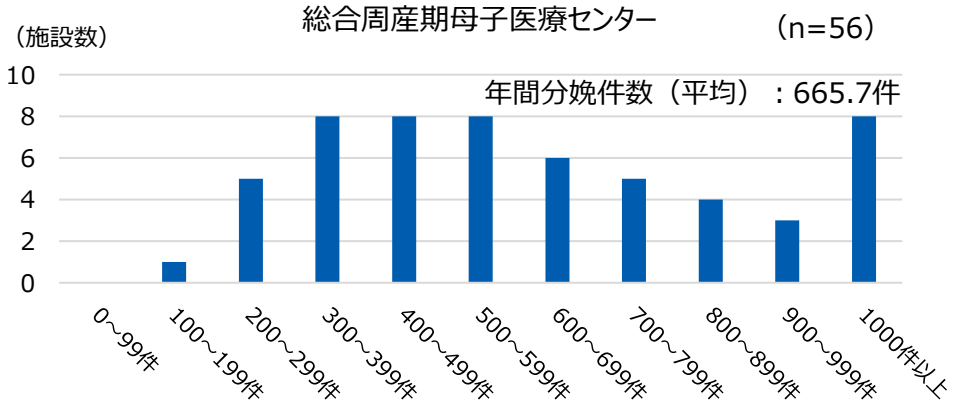
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

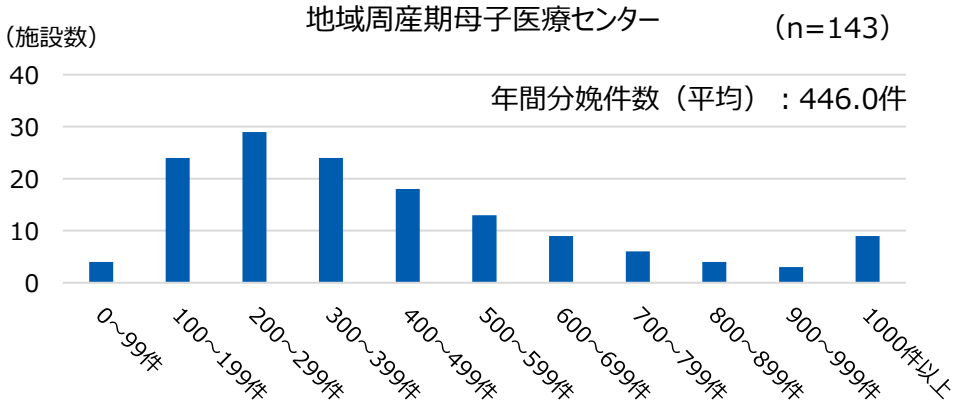
- 年間の分娩件数が不明の施設を除外して集計。
- 妊娠12週以降の分娩件数（死産を含む。）を集計。

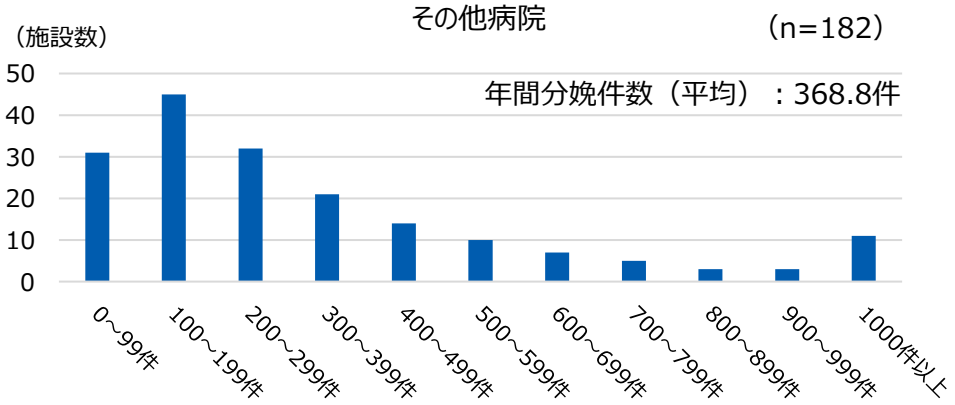
施設機能別の年間分娩件数の分布と平均

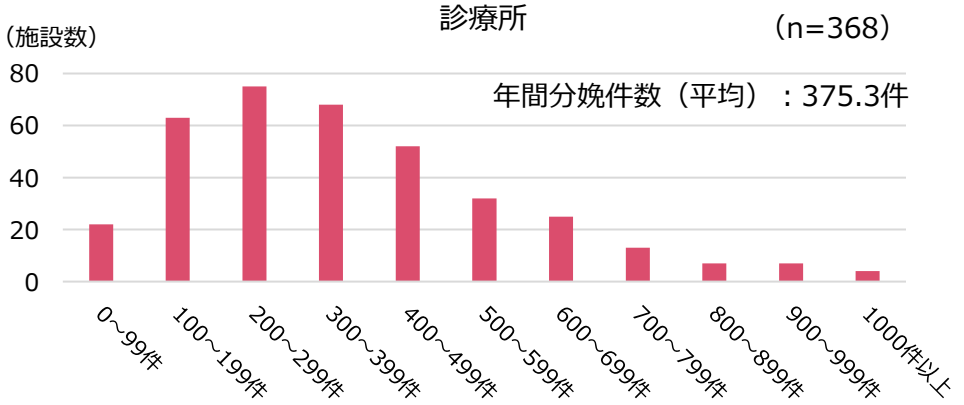
- 令和７年度の年間分娩件数の平均は、総合周産期母子医療センター665.7件、地域周産期母子医療センター446.0件、その他病院368.8件、診療所375.3件であった。

【分娩取扱施設全体の年間分娩件数の分布（令和７年度）】









出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 年間分娩件数が不明の施設を除外して集計。
- 妊娠12週以降の分娩件数（死産を含む。）を集計。

施設機能別の分娩の状況

- 妊娠37週以降の経腟分娩（鉗子分娩・吸引分娩以外）の平均件数は、総合周産期母子医療センターが最多で、次いで診療所、その他病院、地域周産期母子医療センターの順であった。
- 帝王切開の平均件数は、週数にかかわらず、予定と緊急のいずれも総合周産期母子医療センターが多かった。

【施設機能別の分娩の状況（令和７年度）】

	総合周産期母子医療センター					地域周産期母子医療センター					その他病院					診療所				
	回答施設数	平均	SD	最小	最大	回答施設数	平均	SD	最小	最大	回答施設数	平均	SD	最小	最大	回答施設数	平均	SD	最小	最大
全分娩件数（妊娠12週以降）	56	665.7	389.2	210	2130	143	446.0	354.5	18	2660	182	368.8	376.7	10	2638	368	375.3	229.0	3	1729
妊娠37週未満の分娩件数																				
経腟分娩（鉗子・吸引以外）	55	40.3	23.6	4	103	134	22.3	31.7	0	341	167	6.9	8.3	0	59	338	7.4	27.4	0	367
鉗子分娩	55	0.8	2.0	0	12	135	0.3	1.4	0	14	163	0.1	0.6	0	6	332	0.1	0.4	0	7
吸引分娩	55	2.7	4.0	0	20	135	1.3	2.9	0	28	165	0.5	1.2	0	9	330	1.0	6.0	0	96
予定帝王切開	55	15.6	16.5	1	84	135	7.1	12.7	0	93	163	0.8	1.5	0	9	330	0.7	4.6	0	66
緊急帝王切開	55	60.6	30.5	6	181	135	24.2	22.8	0	130	166	3.0	4.4	0	31	332	1.1	2.7	0	42
妊娠37週以降の分娩件数																				
経腟分娩（鉗子・吸引以外）	55	285.0	199.5	74	1031	135	222.1	170.2	4	1002	168	232.3	248.4	2	1494	346	246.1	151.9	0	783
鉗子分娩	55	23.2	57.5	0	293	136	6.3	26.8	0	270	166	8.1	25.0	0	174	340	4.3	10.8	0	72
吸引分娩	55	33.9	37.5	0	256	136	28.5	34.0	0	216	169	42.4	70.3	0	418	345	41.9	46.0	0	405
予定帝王切開	55	127.9	70.1	23	408	136	80.2	60.1	0	303	169	45.1	42.8	0	320	353	37.5	30.0	0	235
緊急帝王切開	55	82.6	54.6	8	263	136	48.4	43.5	1	260	169	31.4	36.4	0	271	352	21.5	18.6	0	88
うち、死産件数（妊娠12週以降）	54	12.9	12.4	0	64	133	5.7	8.3	0	82	165	2.4	3.1	0	13	347	1.6	2.2	0	18

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 妊娠12週以降の分娩件数（死産を含む。）を集計。

周産期医療に関係する職種別平均職員数①

- 総合周産期母子医療センターでは、周産期医療に関係する職員が多く配置されており、分娩を取り扱う産婦人科医は平均約17人、助産師約50人、看護師約59人であった。

【周産期医療に関係する職種別平均職員数（常勤換算）】

職種	区分	総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター			その他病院			診療所			助産所		
		回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD
産婦人科医	常勤	53	17.75	7.18	135	8.83	6.04	187	5.10	3.32	372	1.80	0.98	–	–	–
	非常勤	48	2.77	4.54	118	1.31	2.01	162	1.50	2.55	315	0.98	1.54	–	–	–
	合計	–	**20.52**	–	–	**10.14**	–	–	**6.60**	–	–	**2.78**	–	–	**–**	–
産婦人科医のうち、分娩を取り扱う医師数	常勤	49	15.14	7.40	129	8.43	5.61	179	4.82	3.14	353	1.69	0.92	–	–	–
	非常勤	45	1.51	3.27	111	0.97	1.69	154	1.11	1.93	298	0.85	1.37	–	–	–
	合計	–	**16.66**	–	–	**9.40**	–	–	**5.93**	–	–	**2.54**	–	–	**–**	–
小児科・新生児科医	常勤	49	17.57	13.29	134	9.30	7.31	177	3.04	2.78	323	0.07	0.26	–	–	–
	非常勤	46	1.89	3.18	114	1.11	2.41	151	0.73	1.80	302	0.21	0.59	–	–	–
	合計	–	**19.46**	–	–	**10.41**	–	–	**3.77**	–	–	**0.28**	–	–	**–**	–
麻酔科医	常勤	46	17.63	12.91	127	8.08	8.72	168	3.08	3.58	321	0.08	0.30	–	–	–
	非常勤	41	2.63	4.57	110	1.45	2.88	147	0.87	1.90	286	0.12	0.59	–	–	–
	合計	–	**20.26**	–	–	**9.53**	–	–	**3.95**	–	–	**0.20**	–	–	**–**	–
薬剤師	常勤	45	21.96	30.15	122	10.93	17.13	170	6.28	10.62	326	0.11	0.34	–	–	–
	非常勤	42	0.43	1.04	107	0.58	1.50	144	0.56	1.30	284	0.04	0.18	–	–	–
	合計	–	**22.39**	–	–	11.52	**–**	–	6.84	–	–	0.15	–	–	–	–
助産師	常勤	53	49.32	28.47	134	26.72	17.32	184	16.03	9.27	358	7.33	5.13	108	1.58	1.29
	非常勤	49	1.10	1.63	120	1.50	1.85	163	1.75	2.01	330	2.62	2.42	102	1.59	1.99
	合計	–	**50.42**	–	–	28.22	**–**	–	17.79	–	–	9.95	–	–	3.17	–
看護師	常勤	50	56.38	120.40	131	48.52	88.36	180	33.56	84.71	356	3.54	2.47	84	0.05	0.26
	非常勤	48	2.60	5.11	112	2.24	5.35	158	2.28	4.83	312	1.62	6.11	88	0.19	0.49
	合計	–	**58.98**	–	–	**50.76**	–	–	**35.83**	–	–	**5.16**	–	–	**0.23**	–
保健師	常勤	48	0.33	1.04	121	0.27	1.35	161	0.12	0.60	320	0.07	0.50	–	–	–
	非常勤	45	0.10	0.51	107	0.06	0.35	145	0.01	0.06	285	0.03	0.25	–	–	–
	合計	–	**0.43**	–	–	**0.33**	–	–	**0.13**	–	–	**0.10**	–	–	**–**	–
准看護師	常勤	48	0.10	0.72	121	0.27	0.92	168	0.88	1.81	349	1.84	2.02	84	0.00	0.00
	非常勤	46	0.05	0.23	109	0.13	0.44	151	0.39	0.83	301	0.56	0.86	83	0.04	0.19
	合計	–	**0.16**	–	–	**0.40**	–	–	**1.27**	–	–	**2.40**	–	–	**0.04**	–
看護補助者	常勤	48	6.56	17.29	129	3.41	6.96	167	4.49	8.63	343	2.06	5.62	83	0.01	0.11
	非常勤	49	4.34	8.82	114	3.80	11.48	152	2.36	7.14	306	0.85	1.40	84	0.05	0.21
	合計	–	**10.90**	–	–	**7.21**	–	–	**6.85**	–	–	**2.91**	–	–	**0.06**	–

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和８年８月１日時点で、妊産婦および新生児の周産期管理に関係している職員数を集計。
- 非常勤職員は常勤換算して集計。

周産期医療に関係する職種別平均職員数②

- 各職種において、総合周産期母子医療センターの職員数が最も多く、管理栄養士約6.7人、公認心理師約2.0人、医療ソーシャルワーカー約4.6人であった。

【周産期医療に関係する職種別平均職員数（常勤換算）】

職種	区分	総合周産期母子医療センター			地域周産期母子医療センター			その他病院			診療所			助産所		
		回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD
保育士	常勤	47	1.13	1.76	120	0.66	1.79	163	0.25	0.69	321	0.19	0.84	–	–	–
	非常勤	45	0.30	0.75	106	0.28	0.89	146	0.11	0.45	281	0.17	0.66	–	–	–
	合計	–	**1.43**	–	–	**0.94**	–	–	**0.36**	–	–	**0.36**	–	–	**–**	–
管理栄養士	常勤	44	6.09	7.28	122	3.71	4.13	164	2.25	2.81	325	0.24	0.61	85	0.02	0.15
	非常勤	41	0.61	1.57	107	0.30	0.78	144	0.19	0.52	285	0.04	0.21	83	0.07	0.38
	合計	–	**6.71**	–	–	**4.02**	–	–	**2.44**	–	–	**0.28**	–	–	**0.10**	–
栄養士	常勤	43	0.98	2.86	116	0.41	1.46	157	0.26	0.96	322	0.28	0.71	84	0.04	0.19
	非常勤	40	0.17	0.64	107	0.07	0.38	143	0.06	0.30	279	0.05	0.29	85	0.04	0.19
	合計	–	**1.14**	–	–	**0.48**	–	–	**0.32**	–	–	**0.33**	–	–	**0.08**	–
公認心理師	常勤	46	1.48	2.35	116	0.45	0.88	160	0.23	0.66	319	0.01	0.10	–	–	–
	非常勤	42	0.47	0.99	105	0.18	0.59	143	0.03	0.14	281	0.02	0.14	–	–	–
	合計	–	**1.95**	–	–	**0.63**	–	–	**0.26**	–	–	**0.03**	–	–	**–**	–
臨床心理士	常勤	43	0.72	1.20	115	0.32	0.92	160	0.15	0.53	318	0.01	0.08	–	–	–
	非常勤	40	0.15	0.40	104	0.11	0.54	142	0.02	0.12	282	0.00	0.03	–	–	–
	合計	–	**0.87**	–	–	**0.43**	–	–	**0.17**	–	–	**0.01**	–	–	**–**	–
精神保健福祉士	常勤	43	0.53	0.98	116	0.24	0.61	158	0.04	0.24	319	0.00	0.06	–	–	–
	非常勤	40	0.03	0.16	105	0.00	0.00	142	0.01	0.08	281	0.00	0.00	–	–	–
	合計	–	**0.56**	–	–	**0.24**	–	–	**0.05**	–	–	**0.00**	–	–	**–**	–
医療ソーシャルワーカー	常勤	46	4.33	4.83	122	2.40	3.28	164	1.52	2.31	318	0.01	0.22	–	–	–
	非常勤	41	0.24	0.93	106	0.07	0.22	143	0.04	0.18	281	0.00	0.00	–	–	–
	合計	–	**4.57**	–	–	**2.47**	–	–	**1.56**	–	–	**0.01**	–	–	**–**	–
その他	常勤	30	25.27	110.14	104	6.91	36.67	145	10.90	47.95	303	1.81	3.42	88	0.50	1.09
	非常勤	31	10.59	48.78	93	1.63	8.98	130	1.39	5.53	274	0.51	1.33	91	0.64	1.12
	合計	–	**35.86**	–	–	**8.55**	–	–	**12.29**	–	–	**2.32**	–	–	**1.14**	–

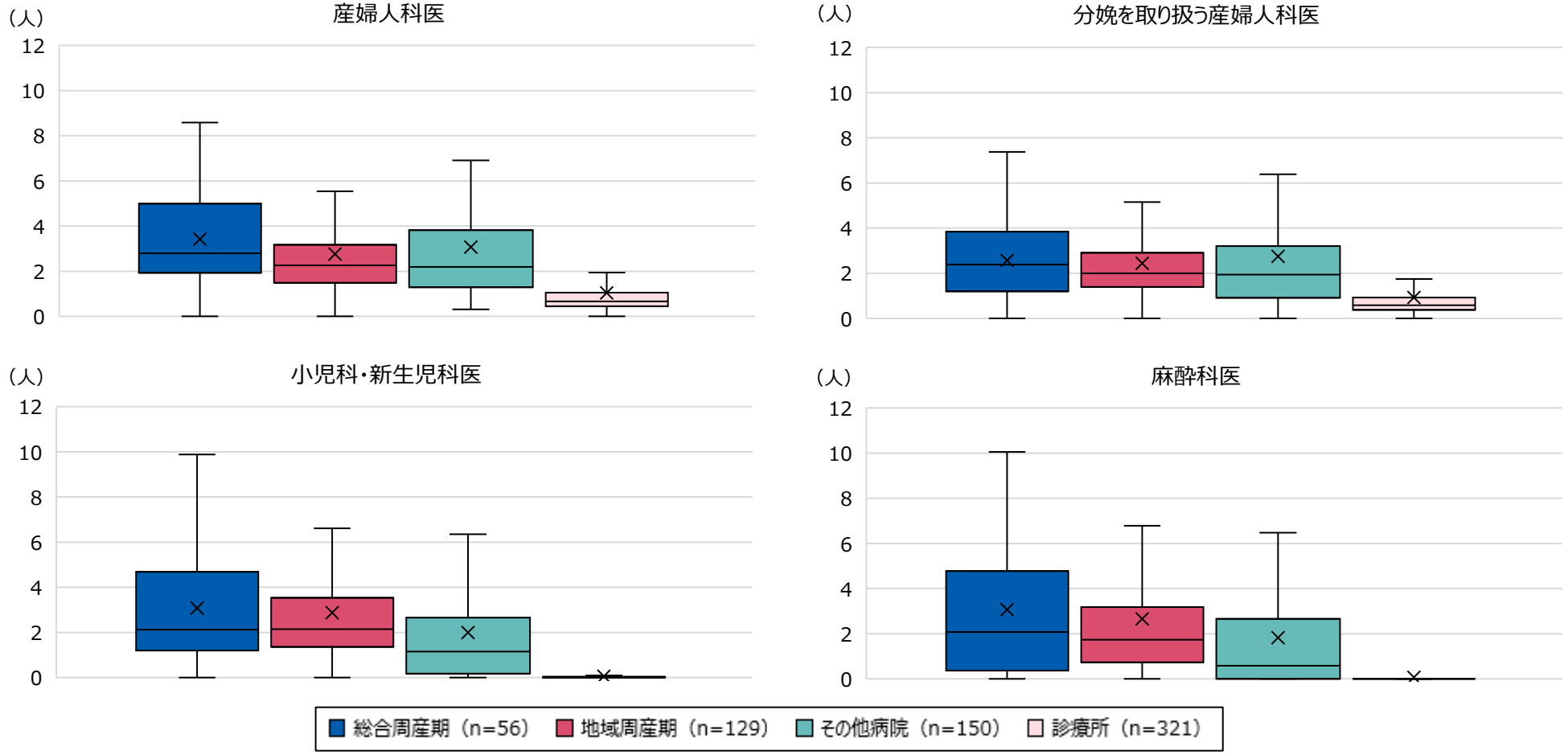
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和８年８月１日時点で、妊産婦および新生児の周産期管理に関係している職員数を集計。
- 非常勤職員は常勤換算して集計。

分娩100件あたりの医師の配置数

● 分娩100件あたりの医師の配置数は、総合周産期母子医療センターが多い傾向にあった。

【分娩100件あたりの医師の配置数（常勤換算）】



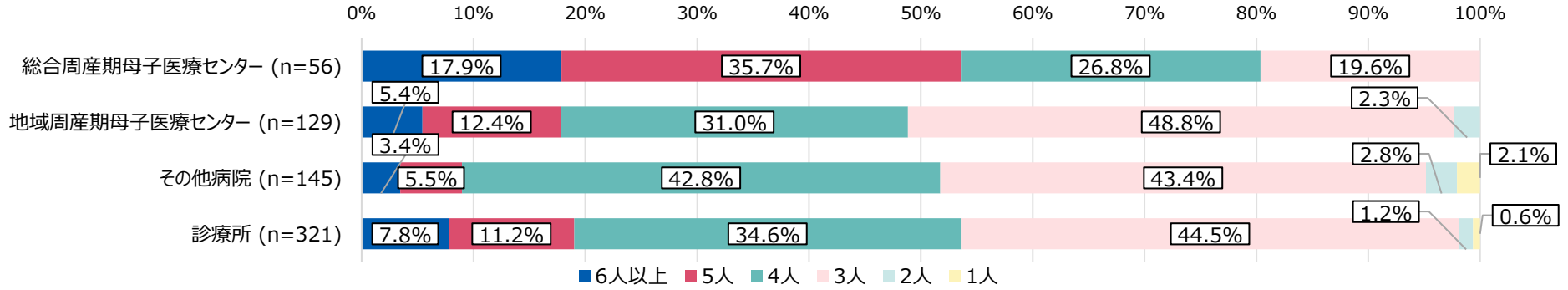
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

● 妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設のうち、無回答の施設を除外して集計。

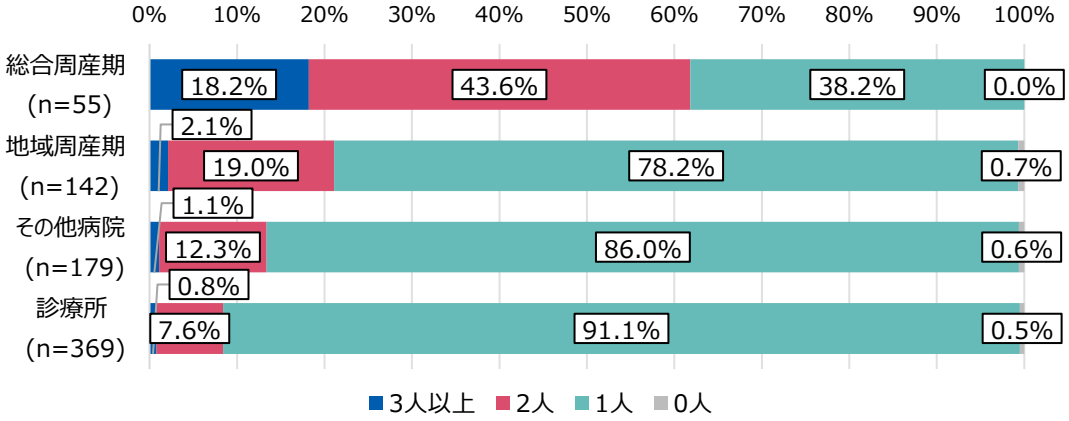
経腟分娩（娩出時）への対応体制（産婦人科医・助産師・看護師）

- ほとんどの施設が平日日中の経腟分娩（無痛分娩を除く）の娩出時に3人以上で対応しており、助産師が１人以上関与していた。
- 総合周産期母子医療センターでは約６割の施設で産婦人科医が２人以上で対応していた。

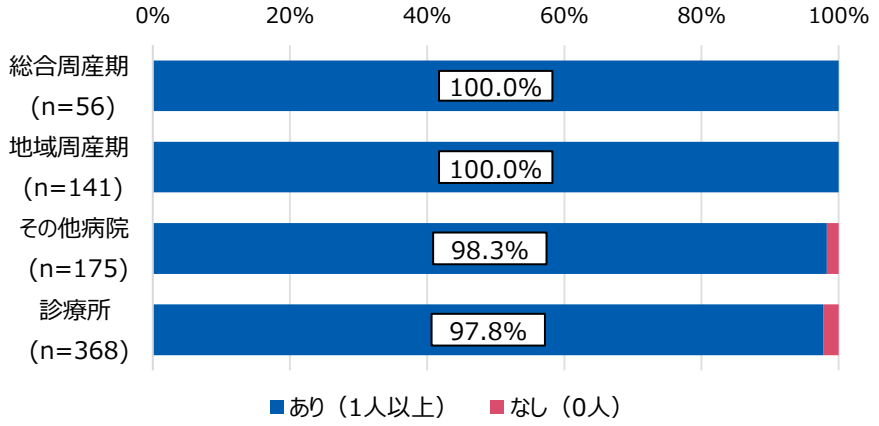
【経腟分娩（娩出時）に関与する人数】　※ 産婦人科医・助産師・看護師のみを集計



【経腟分娩（娩出時）に関与する産婦人科医の人数】



【経腟分娩（娩出時）に助産師が関与する割合】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

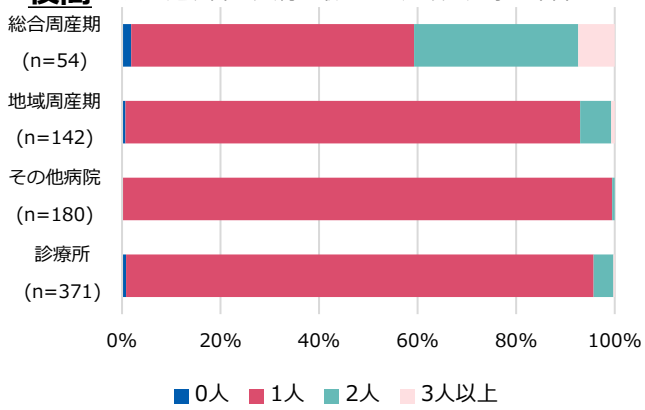
- 平日日中の経腟分娩を対象として集計。無痛分娩は除外。
- 娩出時に関与する標準的な人数を集計しており、院内に待機していても娩出時に対応しない職員は含まない。

夜間・休日の経腟分娩（娩出時）への対応体制（産婦人科医・小児科医/新生児科医・助産師）

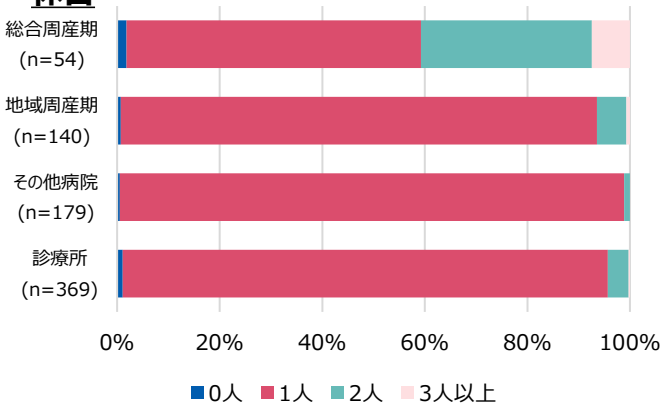
- 総合周産期母子医療センターでは夜間・休日において40%以上の施設で産婦人科医師２名以上で経腟分娩に対応している。助産師は多くの施設において、夜間・休日においても分娩に対応をしている。

【産婦人科医の人数】

夜間 ※12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計

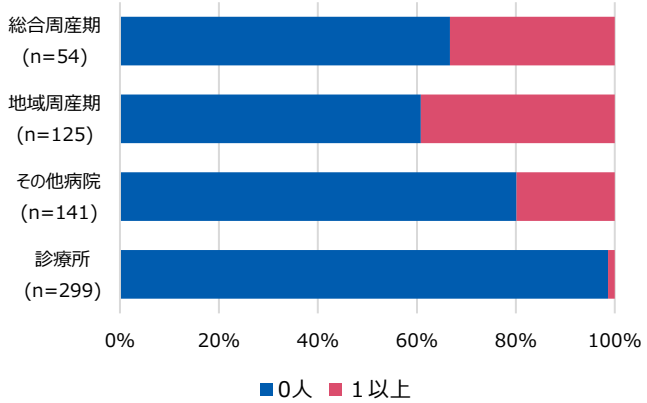


休日

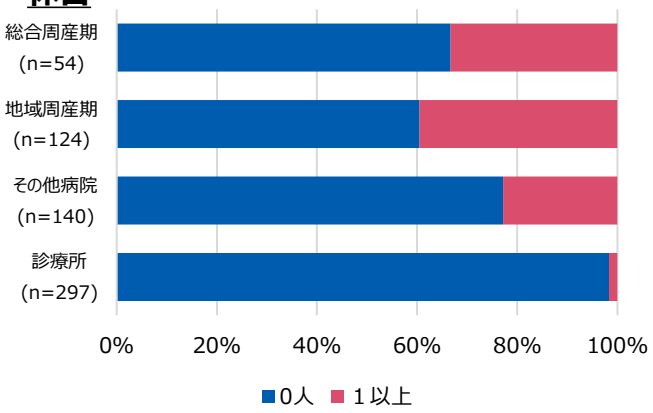


【小児科医／新生児科医の人数】

夜間 ※22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計

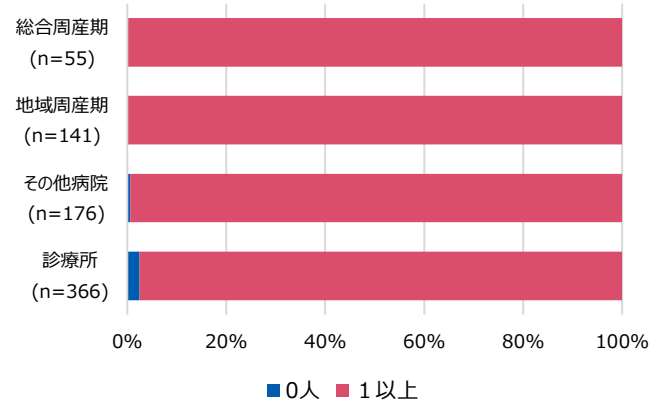


休日

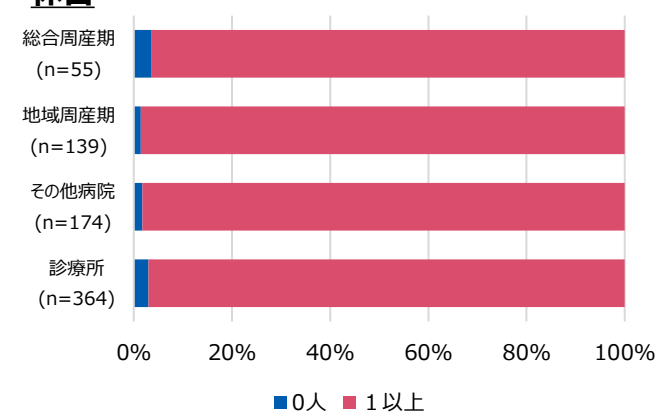


【助産師の人数】

夜間 ※12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計



休日



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 産婦人科医の人数及び助産師の人数は、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 小児科医の人数は、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 無痛分娩は除外。

院内助産および助産師外来の実施状況

● 院内助産での分娩取り扱いがあった施設は93であった。産前の助産師外来は、病院の半数以上で実施されている。

【院内助産による年間分娩件数の分布（令和７年度）】

	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	その他病院	診療所	合計
0件	32	94	127	292	545
1～49件	16	17	7	2	42
50～99件	3	2	2	0	7
100～199件	1	5	3	5	14
200～299件	0	2	3	3	8
300～399件	1	3	0	4	8
400～499件	0	0	1	5	6
500件以上	2	1	1	4	8
回答施設数	**55**	**124**	**144**	**315**	**638**
無回答	1	5	10	14	30

※ 院内助産とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥１か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。（日本看護協会　院内助産・助産師外来ガイドライン2018）

【助産師外来の実施状況と月間利用人数】

	総合周産期母子医療センター				地域周産期母子医療センター				その他病院				診療所			
	n	実施ありの割合	月間利用人数		n	実施ありの割合	月間利用人数		n	実施ありの割合	月間利用人数		n	実施ありの割合	月間利用人数	
			平均	標準偏差			平均	標準偏差			平均	標準偏差			平均	標準偏差
産前	55	81.8%	49.4	88.9	141	63.1%	43.4	74.9	179	52.5%	37.3	56.0	320	24.1%	74.6	82.3
産後	54	53.7%	45.2	63.5	141	58.2%	29.8	26.8	175	42.9%	40.0	83.4	318	19.5%	35.3	48.8

※ 助産師外来とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。（日本看護協会　院内助産・助産師外来ガイドライン2018）

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 院内助産は、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 助産師外来は、令和８年８月１日時点で実施ありの施設を対象に、令和８年７月の１か月間の利用人数を集計。

新生児蘇生法（NCPR）講習会の概要

- 新生児蘇生法（NCPR：Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation）講習会は、新生児に対し出生時の呼吸・循環の移行を助ける標準的な蘇生法を学ぶ講習会である。

新生児蘇生法（NCPR）講習会と分娩時の安全体制

すべての分娩に新生児蘇生法を習得した医療スタッフが新生児の担当者として立ち会うことができる体制が必要である。

低リスクと判断した分娩でも、出生時の蘇生に備える

「正常分娩」という結果は、母児の状態を確認した後にわかる。すべての分娩に急変への備えが必要。

NCPRとは

出生時の呼吸・循環の移行を助ける
標準的な新生児蘇生法を学ぶ講習会。
日本周産期・新生児医学会が2007年から
普及事業を実施。

対象：産科医・小児科医、助産師・看護師等
講義と実技・シナリオ演習で習得。
試験合格により修了認定。3年毎に認定更新。

主なコース

A（専門） 標準5時間：挿管・薬物投与を含む
B（一次） 標準3時間：挿管・薬物投与を除く
S（スキルアップ） 標準3時間：認定者の復習

すべての分娩を支える人員・連携体制

出生時の新生児を担当するスタッフ
NCPR修了認定者等、蘇生に習熟したスタッフが立ち会う

↓

出生直後の評価と、必要時の迅速な初期蘇生
母体への対応と並行して、新生児への対応を確保

↓

応援要請・高度な蘇生・搬送につなぐ
小児科・新生児科／周産期母子医療センターと連携

全国の助産師数が3.8万、産科医師数が1.1万程度で、分娩に立ち会う多くの助産師・産科医師が認定を受けている。
しかし、まだ認定者が立ち会えていない分娩もあり、児の命を守るためには更なる普及が必要である。

主なコースの有効認定者数	
A（専門）認定者	56,327 人
B（一次）認定者	5,786 人
J（インスト）認定者	1,514 人
I（インスト）認定者	3,740 人

※ 2026年８月末現在

継続研修で、知識・技能とチーム対応力を維持する

Sコース等の定期的な受講 ＋ 院内シミュレーション・振り返り ＋ 最新ガイドラインの学習

根拠：日本周産期・新生児医学会NCPR「事業の目的」「講習会の種類」／日本医療機能評価機構 第12回 再発防止に関する報告書（2022）
産科医療補償制度の報告書も、蘇生に対応できるスタッフの立会い体制と、受講後の定期的な知識・技能の更新を推奨。

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）開催研修会の概要

- 日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）は、あらゆる職種の周産期医療関係者に標準的な母体救命法を普及させることを目的として、研修会を開催している。

日本母体救命システム普及協議会（設立：2015年）

Japan Council for Implementation of Maternal Emergency Life-Saving System (J-CIMELS)

設立の経緯と目的：2010年以降取り組んできた妊産婦死亡報告事業の結果を踏まえ、わが国の妊産婦死亡の一段の減少を目指すには、産婦人科医師のみでなく、救急医、麻酔科医、コメディカル等との協働及びその実践教育が重要であるとの認識に至り、あらゆる職種の周産期医療関係者に標準的な母体救命法を普及させると共に、効果的な母体救命医療システムの開発とその実践を促進すること、及びこれによる妊産婦への質の高い医療の提供と周産期医療の向上を通じて社会の福祉に貢献することを目的に協議会を設立した。

設立団体７団体



協賛団体

J-CIMELS事務局
日本産婦人科医会内に設置

開催研修会の種類

◆ J-MELSベーシックコース（2015～）

母体急変の第一発見者が先ずすべき救命処置を学ぶ。一次医療施設であれば、高次医療施設に搬送するまでの対応であり、高次施設内発症では全身管理医の応援が来るまでの対応を実践的なトレーニングを通して学ぶ。

◆ J-MELSベーシック インストラクターコース（2015～）

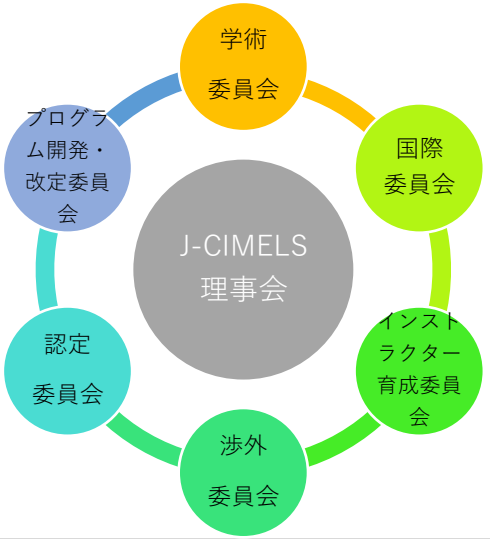
◆ J-MELSアドバンスコース（2015～）

高次医療施設に搬送されてきた重症母体への対応を実践的なトレーニングを通して学ぶ。ベーシックコース受講後のステップアップ講習。

◆ J-MELS硬膜外鎮痛急変対応コース（2018～）

硬膜外麻酔を用いた無痛分娩中に起こる急変への対応を学ぶプログラム

J-CIMELSの組織



コース開催実績(2026年6月現在)
ベーシックコース 2,096コース(累計受講者33,531名)；ベーシックインストラクターコース 196コース(累計受講者2,966名)；アドバンスコース 95コース(累計受講者883名)；硬膜外鎮痛対応コース 128コース(累計受講者1,552名)

学術委員会では最新のエビデンスを整理し、受講者からの疑問に答えるだけでなく、プログラム開発に反映させている。またプログラム開発・改定委員会では、妊産婦死亡事例検討から抽出された課題をコース内容に反映させている。

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）事務局提供資料

無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）講習会の概要

- 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）では、無痛分娩の安全性向上を目的として、カテゴリーAおよびD講習会を定期的に開催し、BおよびC講習会の受講を推奨している。

JALA The Japanese Association for Labor Analgesia 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会

2018年3月　無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言
2020年6月19日　第8回JALA総会にて改正
2021年12月1日　第12回JALA総会にて改正

研修体制

●：定期的受講が必要　○：受講歴があれば可

カテゴリー		A	B	C	D
講習会の内容		安全な産科麻酔の実施と安全管理に関する最新の知識の修得及び技術の向上のための講習会	産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会	救急蘇生コース	安全な産科麻酔実施のための最新の知識を修得し、ケアの向上をはかるための講習会
無痛分娩麻酔管理者	産婦人科専門医	●	●	○	
	麻酔科専門医	●			
麻酔担当医	麻酔科専門医				
	麻酔科認定医				
	麻酔科標榜医		●	●	
	産婦人科専門医	●	●	●	
無痛分娩研修修了助産師・看護師				○	●
JALA認定コースとその内容		JALA主催WEBコース • 60分間、2部構成の講義。 • 第1部は無痛分娩の安全体制の構築に関する提言に関する講義 • 第2部は硬膜外麻酔の神経学的合併症に関する麻酔科学的講義	J-MELS「硬膜外鎮痛急変対応コース」 • 3時間30分のシミュレーションを含んだ講習会	救急蘇生コース（以下のいずれかの受講を推奨） • J-MELSベーシックコース • PC3 • ACLS • ICLS	JALA主催WEBコース • 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）によって開発された60分程度の講義形式の講習
受講者数（2026年9月末時点） 各施設がJALAサイトで情報公開		3,286名	1,697名		11,127名

無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）提供資料

母と子のメンタルヘルスケア研修会（MCMC）の概要

- 母と子のメンタルヘルスケア研修会（MCMC：Mental Health Care for Mother & Child）は、周産期メンタルヘルスに関する基本的な知識と対応方法を学ぶ研修会である。

母と子のメンタルヘルスケア研修会

母と子のメンタルヘルスケア研修会とは

2017年より開始
開催数：125 回　延べ受講者数：4,859 名（2026年9月末現在）

「母と子のメンタルヘルスケア研修会」は、周産期医療に携わる全ての方々に、周産期メンタルヘルスに関する基本的な知識と対応方法を身につけていただくことを目的としています。プログラムは「入門編」「基礎編」「応用編」の３段階になっており、全体で3つの質問票を使ったメンタルヘルスのスクリーニングと傾聴と共感を主とした対応、および多職種連携の実践を体得していただく内容になっています。
研修会はe-learningと集合研修会で構成されており、e-learningによる自宅学習で基本的事項を勉強していただいた後に、集合研修会でのロールプレイやグループワークにより実際の症例に対する対応を経験していただきます。

コース	目標	内容	受講資格
入門編	● 妊産婦の心理的変化を理解する ● 質問票を使ったメンタルヘルスのスクリーニングができる	● 周産期メンタルヘルスの基礎知識 ● ３つの質問票の使い方	周産期医療に携わる方ならどなたでも
基礎編	● 周産期の精神障害を理解する ● 支援が必要な妊産婦に対して「傾聴と共感」を実践する	● 周産期の精神障害の理解 ● 「傾聴と共感」の実践	入門編研修会を修了した方
応用編	● 多職種連携の必要性を判断し、実際に連携のマネージメントを行う ● 連携に必要な社会資源についての知識を身につける ● 事例検討の方法を身につける	● 多職種連携の実践 ● 社会資源についての知識 ● 研修会や事例検討会の開催方法	入門編および基礎編研修会を修了した方

- 入門編研修会は一般財団法人助産評価機構CLoCMiP®（助産実践能力習熟段階）レベルⅢ認証研修に指定されています。
- MCMC母と子のメンタルヘルスケア研修会は日本公認心理師協会の専門研修として認証されています。

公益社団法人日本産婦人科医会提供資料

アドバンス助産師の概要

- アドバンス助産師とは、助産実践能力が一定の水準に達していることを認証された、自律して助産ケアを提供できる助産師で、一般財団法人日本助産評価機構によって認証される。

アドバンス助産師とは？

現在のアドバンス助産師数：7,628名（2026年1月6日現在） ※ 全都道府県に認証者が在籍している

一般財団法人日本助産評価機構が運営するCLoCMiP®レベルⅢ認証制度により、助産実践能力が一定の水準に達していることを認証された助産師である。自律して助産ケアを提供できる助産師として、公表することができる。本認証制度は5年毎の更新制となっている。

2027年新規申請要件

以下のすべての要件を満たし、2026年11月1日から2027年申請締切日までの期間に施設内承認を受けること。

CLoCMiP®レベルⅢ 総合評価 B以上

評価方法は、『助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド』（日本看護協会発行）参照。

実施例数

助産師免許取得後～2027年申請締切日までの期間に、以下のすべての実施例数要件を満たし承認を得ること。

実施例数 項目	
分娩介助例数：100例以上（70例以上は経腟分娩）	プライマリーケース：20例以上
新生児の健康診査：100例以上	集団指導（小集団指導）：実践・指導ができる
妊娠期の健康診査：200例以上	母親学級・両親学級：実践・指導ができる
産褥期の健康診査：200例以上	緊急時の対応（BLS、多量出血等）：実践・指導ができる

必須研修（24項目×90分）

2022年1月1日から2027年申請締切日までの期間に、以下のすべての必須研修を受講すること。

必須研修 項目	
① 分娩期の胎児心拍数陣痛図（CTG）	⑬ 後輩指導・助産師教育
② 妊産褥婦のフィジカルアセスメント：脳神経	⑭ 新生児蘇生法（NCPR）Bコース以上 ※新規のみ
③ 妊産褥婦のフィジカルアセスメント：呼吸/循環	⑮ 臨床推論
④ 妊娠と糖尿病	⑯ 災害時対応
⑤ 新生児のフィジカルアセスメント	⑰ 臨床病態生理
⑥ 臨床薬理（妊娠と薬）	⑱ 授乳支援
⑦ 医療安全と助産記録	⑲ 意思決定支援 （演習含む）
⑧ 妊娠期の栄養	⑳ 不妊・不育の悩みをもつ女性の支援
⑨ メンタルヘルス ⑩ 母体の感染	㉑ 女性に対する暴力予防の支援
⑪ 緊急時の対応	㉒ 多様な性の支援
⑫ 助産師と倫理	㉓ 流産・死産を経験した女性と家族への支援
	㉔ 助産師と助産政策

学術集会

2022年1月1日から2027年申請締切日までの期間に、以下いずれかの指定学会の学術集会（※）に**1回参加**すること。

指定学会		
日本助産学会	日本看護学会	日本助産師学会
日本周産期・新生児医学会	日本母性衛生学会	都道府県母性衛生学会
日本母性看護学会	日本周産期メンタルヘルス学会	日本糖尿病・妊娠学会
日本新生児看護学会	日本母子看護学会	日本母乳哺育学会
国際助産師連盟（ICM）		

※プログラムに講演（基調講演、教育講演等）と一般演題発表が含まれる集会

一般財団法人日本助産評価機構提供資料

研修等受講状況①

- 総合周産期母子医療センターは全ての施設に新生児蘇生法（NCPR）AまたはB認定者、日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）ベーシックコースの受講者が勤務していた。
- NCPRは施設機能にかかわらず、95%以上の施設で認定者が勤務していた。
- アドバンス助産師は、総合周産期母子医療センター88.0%、地域周産期母子医療センター93.7%、その他病院82.8%、診療所68.8%、助産所49.4%で勤務していた。

【資格取得者・研修修了者有りの施設割合】

	総合周産期母子医療センター		地域周産期母子医療センター		その他病院		診療所		助産所	
	回答施設数	研修受講者有りの割合	回答施設数	研修受講者有りの割合	回答施設数	研修受講者有りの割合	回答施設数	研修受講者有りの割合	回答施設数	研修受講者有りの割合
新生児蘇生法（NCPR）I認定者	51	90.2%	126	84.9%	154	70.1%	303	53.5%	98	23.5%
新生児蘇生法（NCPR）A認定者またはB認定者	49	100.0%	127	99.2%	171	97.7%	340	95.6%	106	95.3%
日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）ベーシックコース	49	100.0%	116	88.8%	153	84.3%	327	83.5%	99	62.6%
JALA講習会（カテゴリーA～Dのいずれかを受講）	41	85.4%	62	85.5%	83	81.9%	182	75.8%	–	–
母と子のメンタルヘルスケア研修会（MCMC）入門編	45	42.2%	105	32.4%	128	33.6%	280	27.1%	92	17.4%
母と子のメンタルヘルスケア研修会（MCMC）基礎編	44	25.0%	104	19.2%	128	24.2%	266	12.8%	91	7.7%
母と子のメンタルヘルスケア研修会（MCMC）応用編	43	14.0%	106	17.9%	137	31.4%	275	16.7%	91	8.8%
アドバンス助産師	50	88.0%	126	93.7%	151	82.8%	298	68.8%	89	49.4%

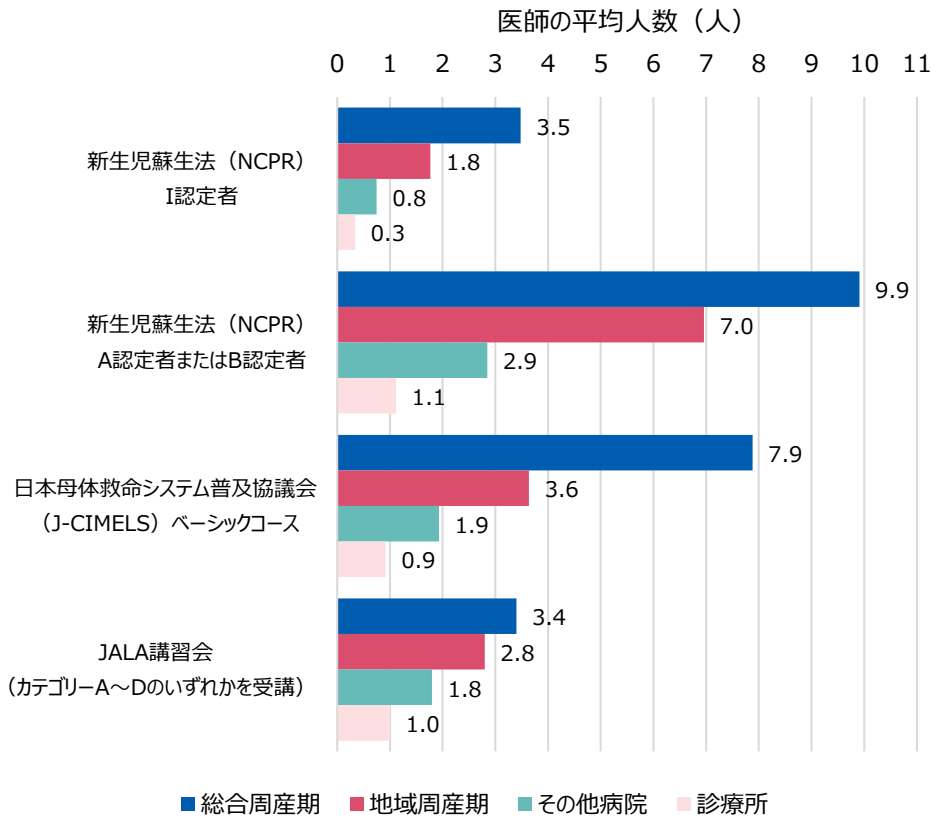
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

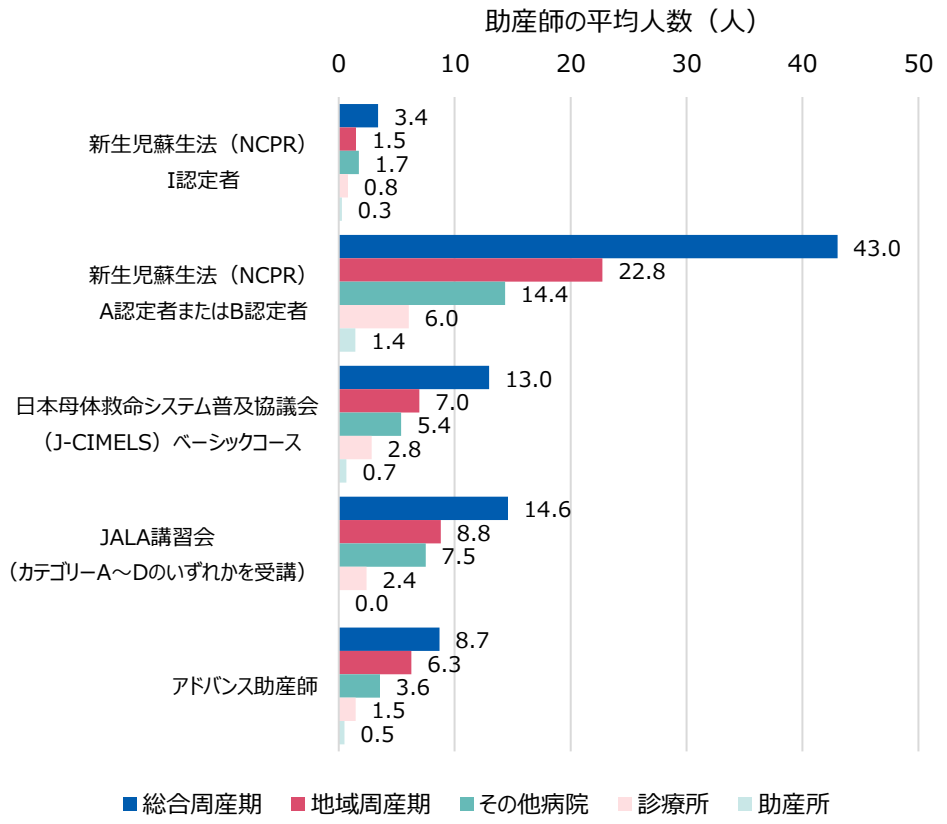
- 研修受講者有りの施設数は、医師、助産師、看護師のいずれかに研修受講者が１人以上いる施設を集計。
- JALA講習会は、無痛分娩取扱施設のみを対象に集計。

研修等受講状況②

- 新生児蘇生法（NCPR）AまたはB認定者数、日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）ベーシックコース受講者、JALA講習会受講者数は、高次の医療機関ほど多い。

【研修受講者・修了者数の平均（常勤のみ）】





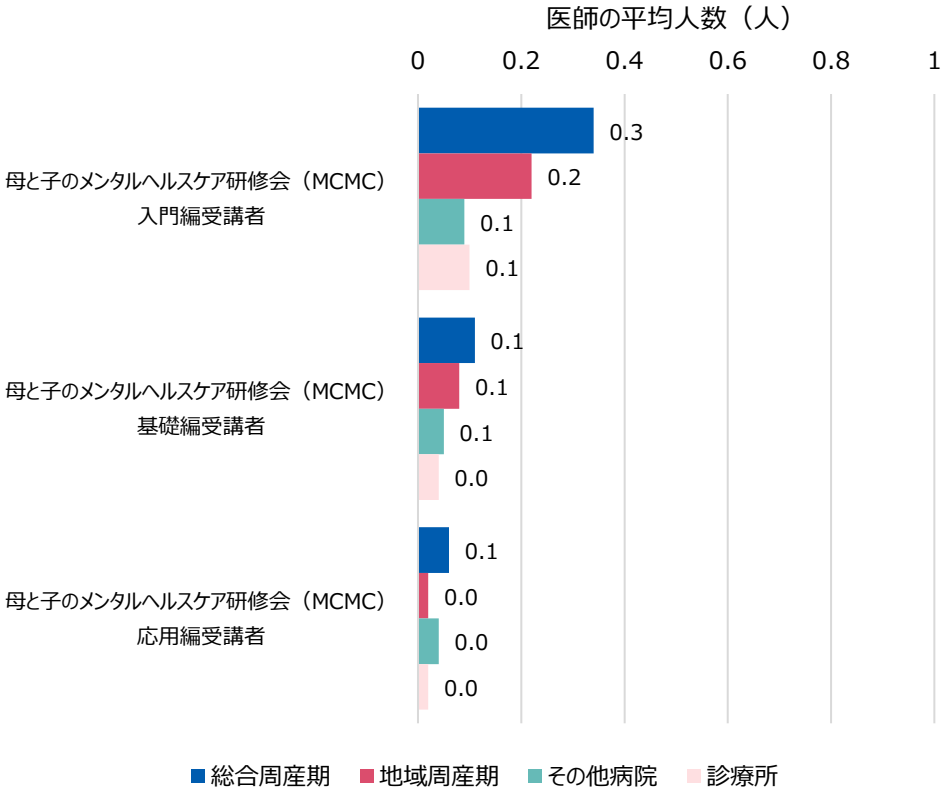
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

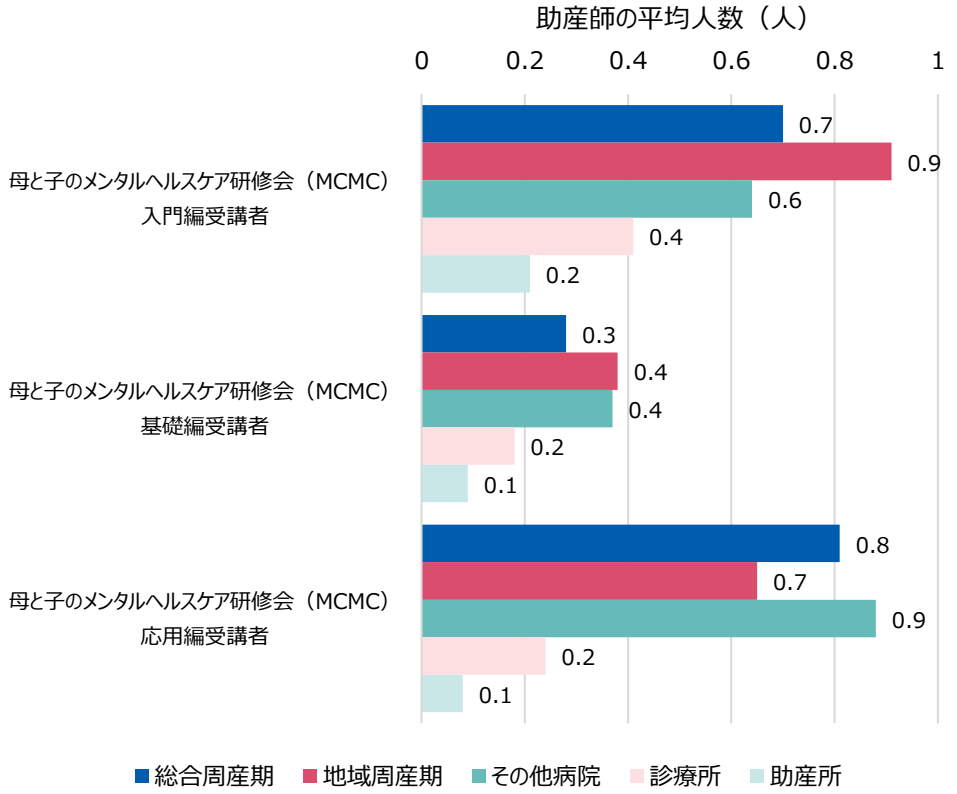
- 研修受講者・修了者の平均人数は、常勤職員のみを対象に集計。
- JALA講習会は無痛分娩取扱施設のみを対象に集計。

研修等受講状況③

- 母と子のメンタルヘルスケア研修会は、医師は入門編の受講者が多く、助産師は応用編の受講者数が入門編と同程度であった。

【研修受講者・修了者数の平均（常勤のみ）】





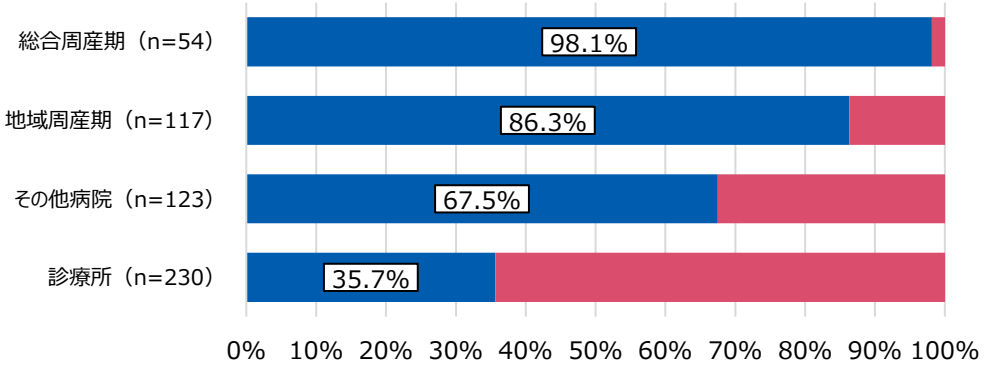
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 研修受講者・修了者の平均人数は、常勤職員のみを対象に集計。

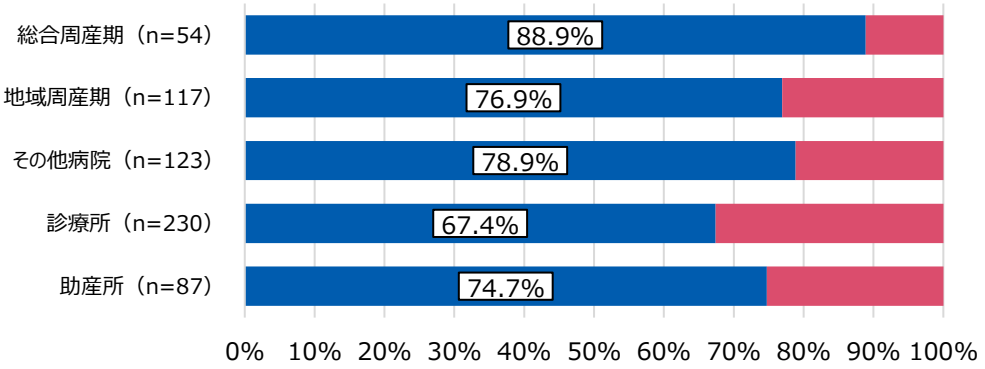
施設内での研修等の実施状況

- 「超緊急帝王切開への対応」についてのシミュレーション（模擬訓練）は、総合周産期母子医療センター98.1%、地域周産期母子医療センター86.3%で実施されていた。
- 「新生児蘇生」についてのシミュレーションも、施設機能にかかわらず全体の８割以上で実施されていた。

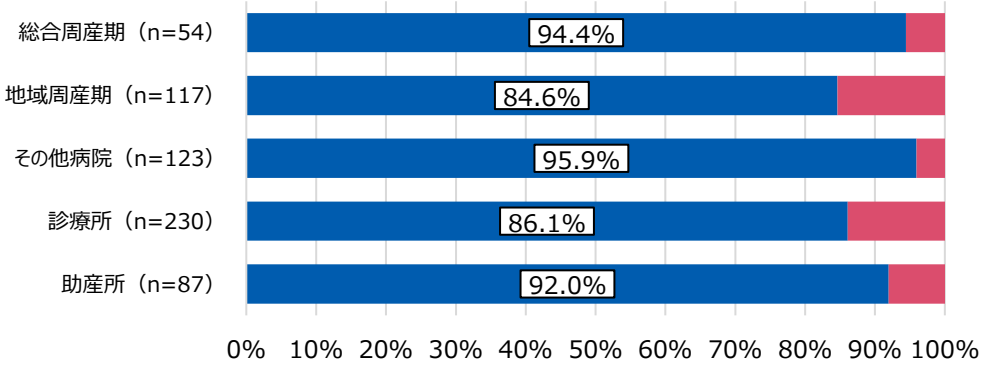
【超緊急帝王切開（Grade A）への対応】



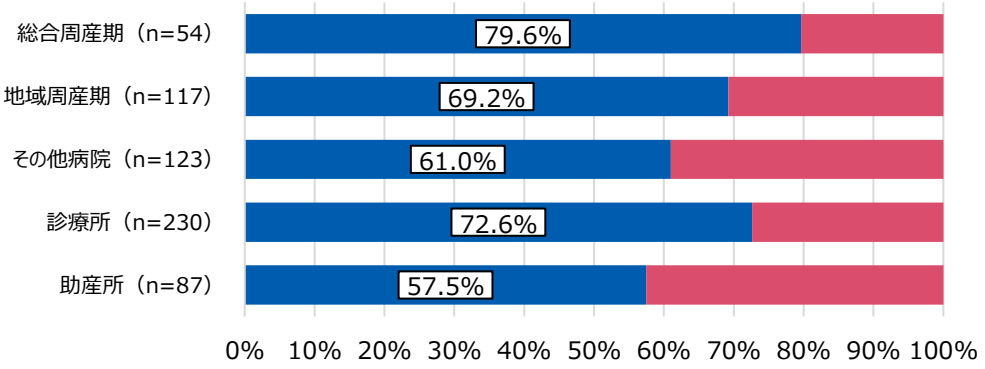
【大量出血・母体急変への対応】



【新生児蘇生】



【災害対応】



■実施している ■実施していない

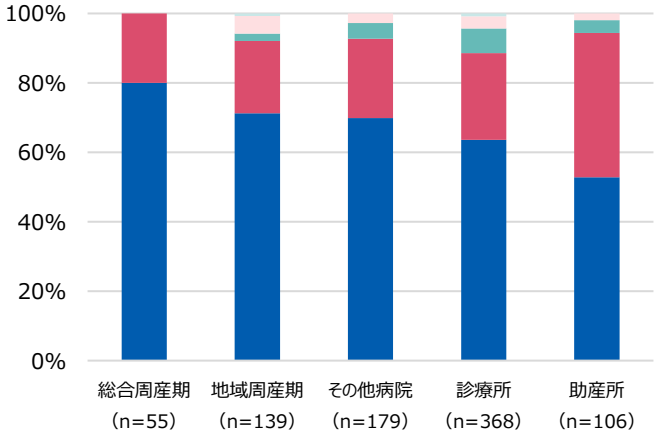
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

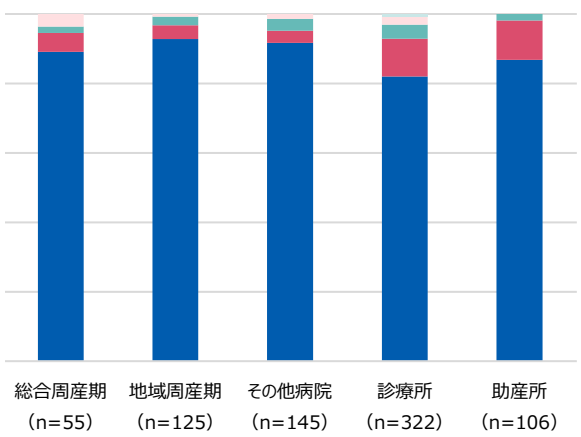
入院中の助産・看護ケア

- 授乳支援は、施設機能にかかわらず、８割以上の施設で毎日複数回実施していた。退院指導や家族計画指導は施設機能にかかわらず、入院期間中に１回程度実施している施設が多かった。

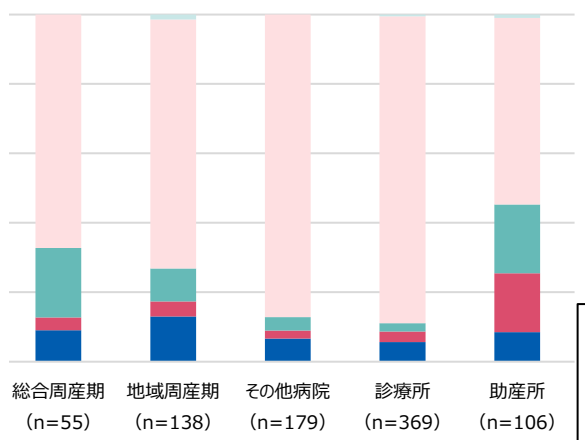
【妊産婦身体ケア（悪露・創部・排尿・疼痛等）】



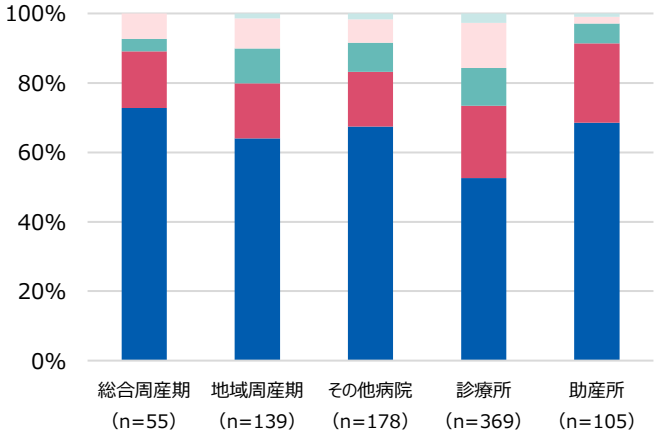
【授乳支援（授乳指導・乳房ケア含む）】



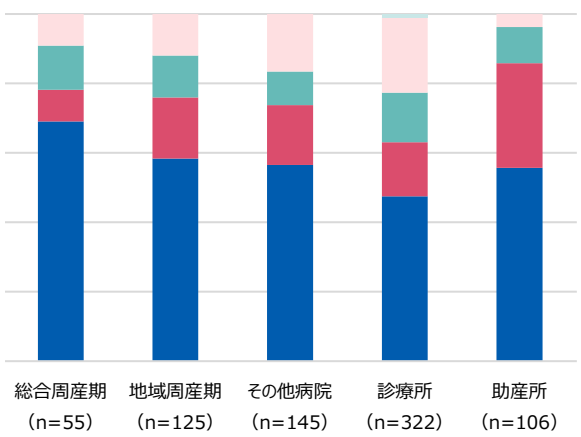
【退院指導】



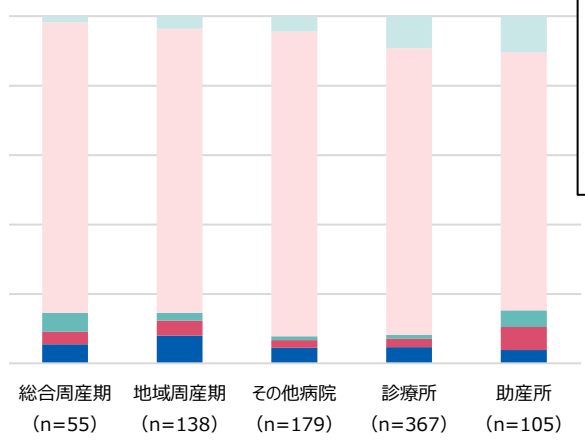
【心理的支援（不安・メンタル対応）】

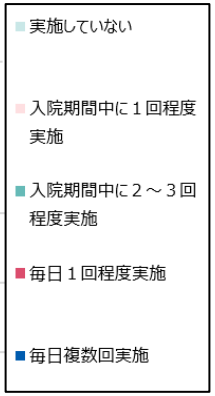


【新生児ケア指導（沐浴指導含む）】



【家族計画指導】





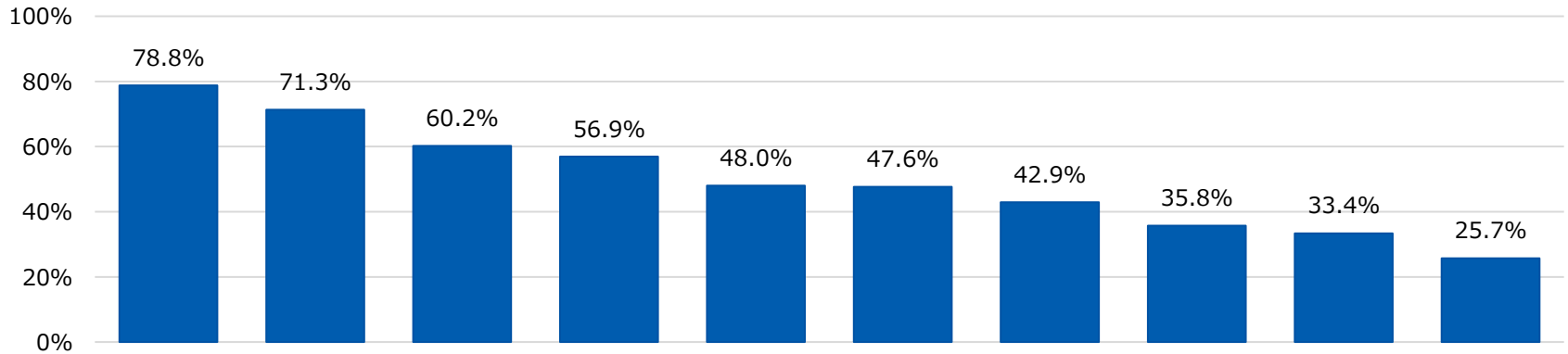
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 「授乳支援」および「新生児ケア指導」は、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 分娩後の入院期間中に通常提供している助産・看護ケアの標準的な実施頻度を集計。

入院中に妊産婦が受けたと認識する保健指導

- 入院中に妊産婦が受けたと認識する保健指導は、授乳指導が78.8%と最も高く、沐浴指導71.3%、母児同室指導60.2%が続く。
- 一方で、産後メンタルヘルスに関する説明は33.4%、地域育児支援サービスの案内は25.7%と低かった。

【入院中の保健指導の受講有無】



		n	授乳指導	沐浴指導	母児同室指導	退院指導	産後の身体回復に関する指導	退院後の育児・相談先の説明	調乳指導	栄養指導	産後メンタルヘルスに関する説明	地域の育児支援サービスの案内
全体		3,711	78.8%	71.3%	60.2%	56.9%	48.0%	47.6%	42.9%	35.8%	33.4%	25.7%
年代別	20代以下	803	73.5%	69.4%	57.8%	50.1%	45.5%	44.3%	39.1%	35.6%	31.4%	22.8%
	30代	2,411	81.9%	73.0%	60.8%	59.7%	49.1%	48.3%	45.4%	35.4%	33.6%	25.9%
	40代	497	72.4%	66.6%	61.2%	54.7%	46.7%	49.7%	37.0%	37.6%	35.6%	29.2%
【直近の出産】エリア別	北海道	135	68.1%	65.2%	65.2%	54.8%	38.5%	40.0%	25.9%	34.1%	31.1%	20.0%
	東北	240	71.7%	66.3%	59.6%	56.7%	48.3%	47.5%	38.8%	32.1%	35.8%	30.4%
	関東	1,250	78.6%	67.8%	61.4%	56.5%	48.4%	47.0%	47.7%	34.2%	32.2%	23.2%
	中部	663	80.5%	71.6%	60.9%	59.7%	47.4%	44.9%	41.5%	40.0%	31.8%	26.1%
	近畿	617	79.3%	74.6%	56.1%	53.3%	45.1%	46.2%	39.9%	30.3%	32.6%	24.5%
	中国	214	80.4%	75.7%	60.3%	60.3%	49.1%	50.5%	45.8%	36.4%	33.2%	26.2%
	四国	109	83.5%	74.3%	68.8%	56.9%	51.4%	52.3%	48.6%	45.0%	40.4%	32.1%
	九州	477	81.8%	78.0%	58.7%	58.7%	53.5%	55.3%	41.1%	41.5%	37.9%	30.8%

出典：令和８年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
「出産に係る妊産婦への総合的な支援並びに費用及び給付に関する研究」分担研究者　小黒道子（研究代表者　野口晴子）の結果をもとに保険局医療課にて作成。

産科管理加算の新設

➢ 分娩件数の減少に伴い、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、分娩を取り扱う保険医療機関において、**母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制**の評価を新設する。

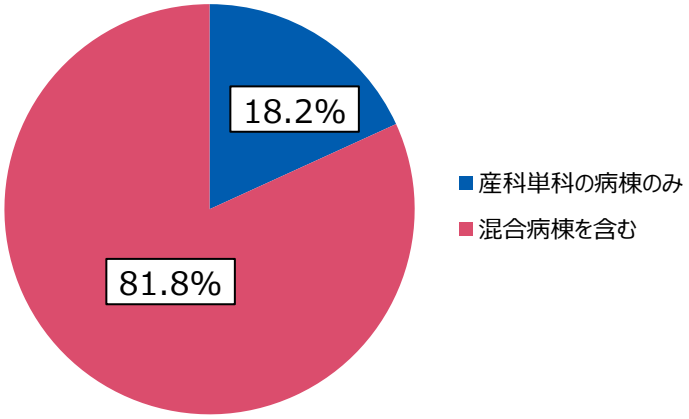
（新）　産科管理加算（１日につき）　１　病院の場合　250点　　２　有床診療所の場合　50点

		産科管理加算１（病院）	産科管理加算２（有床診療所）
算定対象		分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）	
算定要件		母子の安定・安全に配慮した産科病棟等の管理とともに、産後ケア事業等の母子保健事業との連携等、妊娠中・産後を含む継続ケアへの対応を行う体制の整備	
主な施設基準	母子の心身の安定・安全の確保できる十分な療養環境	産科病棟に産科の患者・新生児のみを受け入れる病棟 ・看護職員の最小必要数の５割以上が助産師 ・産科病棟に助産師が常時１人以上配置 ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数の配置 産科病棟に産科の患者・新生児と他科の患者を併せて受け入れる病棟 ・産科病棟に助産師が常時１人以上配置 ・産科区域の特定 • 病棟内のその他の病室等との間に扉を設ける等の区分が構造上されている • 少なくとも他科の患者等が通常立ち入ることのないよう視覚的に区域が区分されている （ユニット化）（ゾーニング）  ユニット化：ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用すること ゾーニング：廊下を含むひと固まりの領域を産科だけの区域とすること ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を当該産科区域へ配置 ※産科区域とそれ以外の区域のいずれの患者にも必要な看護が提供できるよう病棟に適切な看護職員数が確保されるよう配慮すること	産科の患者・新生児のみを受け入れる有床診療所 ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数の配置 産科の患者・新生児と他科の患者を併せて受け入れる有床診療所 ・産科区域の特定（可能な限り）  ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を当該産科区域へ配置
	地域連携	助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を５年以上有する専任の助産師１名以上	助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を５年以上有する専任の助産師１名以上
	外来	・助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施 ・産科病棟または産科区域に、産科外来等において、妊婦健康診査や保健指導等の妊娠期にかかるケア及び指導を行う助産師の配置	・助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施
	院内助産	院内助産が開設されていることが望ましい	
	産後ケア	産後ケア事業が実施されていることが望ましい	

産科病棟における混合病棟の現状

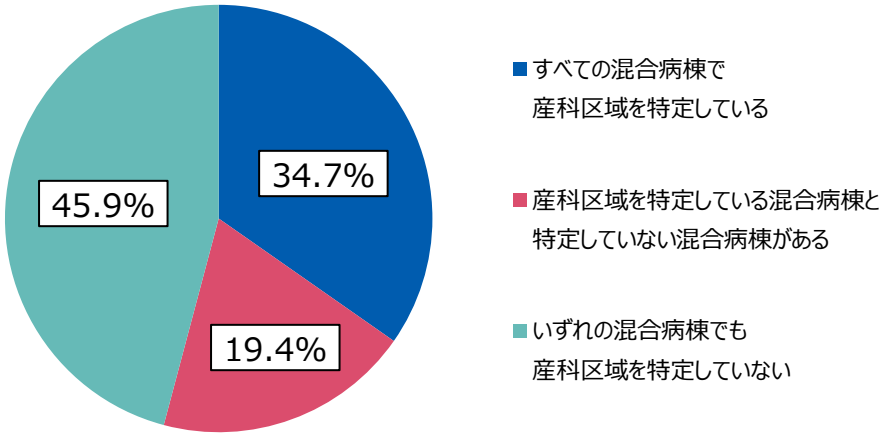
- 分娩を取り扱う病院の81.8%が産科以外の患者も入院する混合病棟であり、そのうち45.9%が混合病棟で産科区域特定をしていなかった。
- 産科区域特定をしていない混合病棟の13.7%で男性患者も入院していた。

【混合病棟の割合】（n=385）



※ 分娩を取り扱う病院のみを対象に集計

【産科区域特定の状況】（n=314）



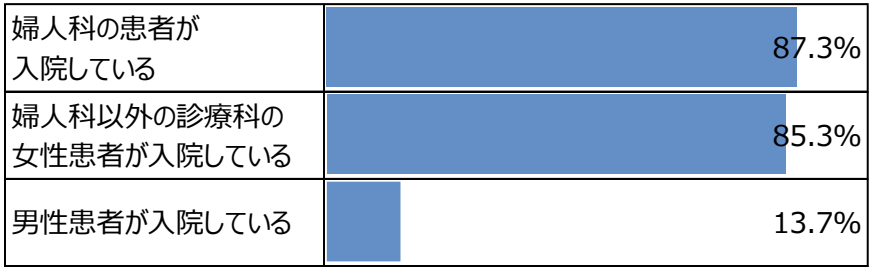
※ 混合病棟のある病院のみを対象に無回答の施設を除外して集計

【産科以外の診療科の患者も入院する混合病棟を含む割合】

総合周産期母子医療センター（n=54）	地域周産期母子医療センター（n=143）	その他病院（n=188）
46.3 %	89.5 %	86.2 %

※ 混合病棟のある病院のみを対象に無回答の施設を除外して集計

【区域特定していない混合病棟に入院する患者の範囲】（n=204）



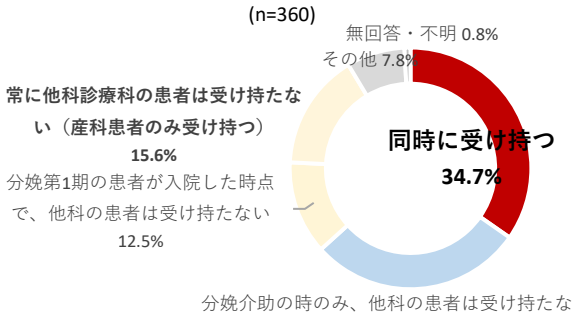
※ 混合病棟のある病院のみを対象に無回答の施設を除外して集計

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

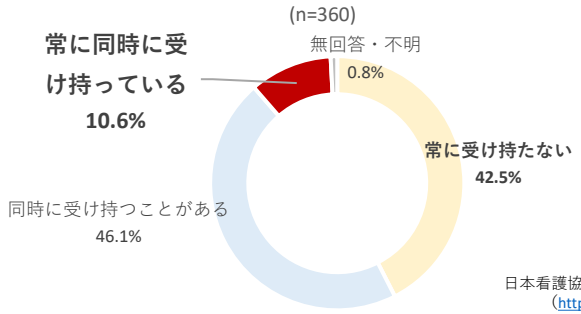
医療機関における産科混合病棟

- 分娩数の減少・高齢患者の増加によって、産科と産科以外の診療科からなる混合病棟化が進み、分娩取扱い施設の約７割を超えている
- 産科混合病棟において、産科と他科患者を同時に受け持つと回答した病院は34.7%であり、正常新生児と他科患者を常に同時に受け持つと回答した病院は10.6%であった
- 母子の安全・安心を確保するため、混合病棟における産科区域特定が必要である。産科区域特定をしている病棟では、分娩期の産婦のケアの中断が少ない
- 2026年の診療報酬改定で新設された「産科管理加算」においても、混合病棟では産科区域の特定を要件としている

産科と他科患者の受け持ち



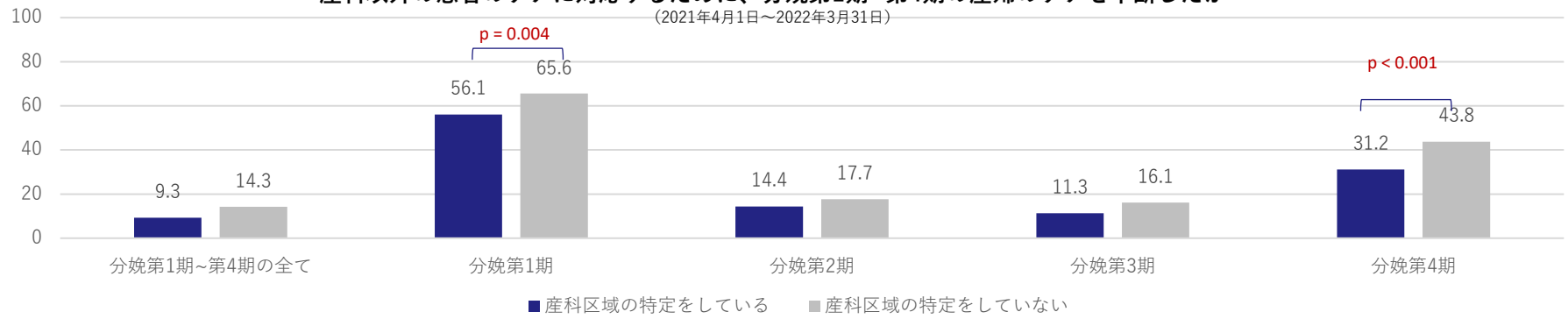
正常新生児と他科患者の受け持ち



日本看護協会「2022年　病院看護・助産実態調査　報告書」データより作図
（https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/99.pdf）

産科以外の患者のケアに対応するために、分娩第1期~第4期の産婦のケアを中断したか

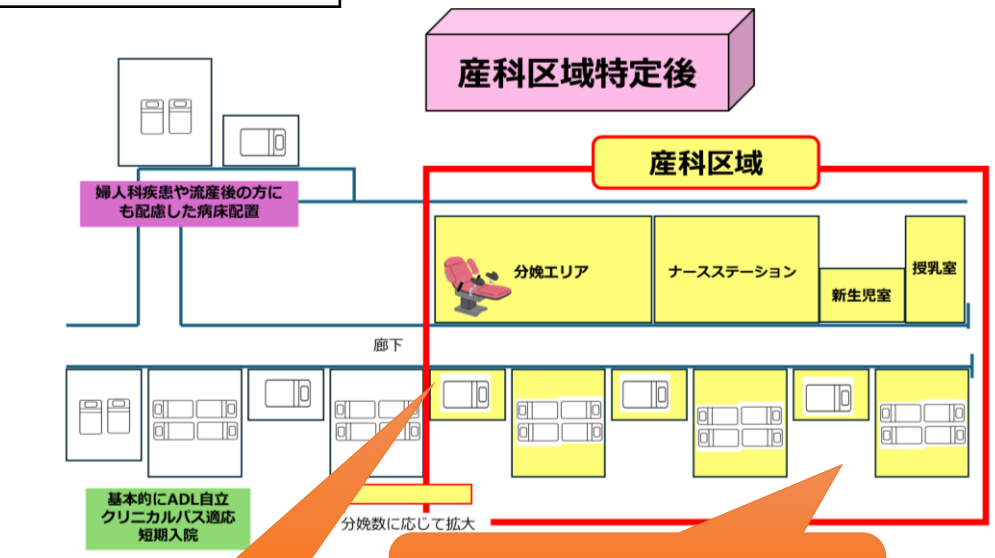
（2021年4月1日～2022年3月31日）



日本看護協会「母子のための地域包括ケア病棟」推進に向けた手引き（https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/macareacomp_propguide.pdf）
「助産師の専門性発揮のあり方に関する実態調査報告書」データより作図（https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2023/josan_report2023.pdf）

産科混合病棟における産科区域特定の実際

産科区域特定の例①



産科区域エリアをテープで特定

ゾーニングした母子のための病室には、母子マークを表示



- 産科区域の視認性を高めるために、ピンク色のテープを床から天井まで貼付



産科区域特定の例②

- 廊下に、ここから先は産科病床であることがわかるよう、明示している
- 視覚的にもわかるように床にテープを貼付している



テープでのゾーニング

産科区域特定の例③

この表示の先は産科

入院人数に応じて表示を移動させ、区域を特定



- 産科病床の稼働状況に応じて、産科病床に区域特定を変更できるように工夫している

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
  - 分娩取扱施設における出産に係る診療やケアの体制等
  - 周産期医療における各分娩取扱施設の地域での役割や機能等
    オープンシステム、セミオープンシステム
    母体搬送、新生児搬送等
  - 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を推進するための体制、連携等
  - 困難な状況にある妊産婦等への対応
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

オープンシステム・セミオープンシステム

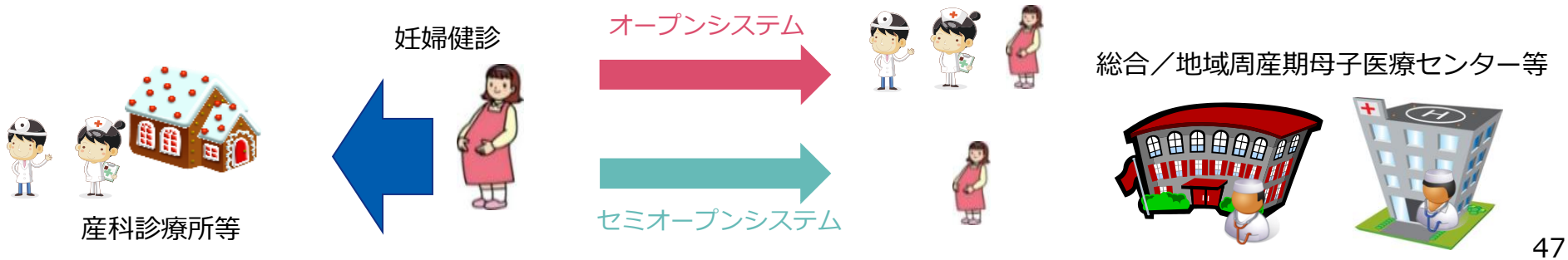
○　分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
○　令和５年度には、全国で121の周産期母子医療センター等の産科医療機関が基幹病院としてオープンシステム（24施設）・セミオープンシステム（109施設）を利用して妊産婦への対応を行っている。

<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。

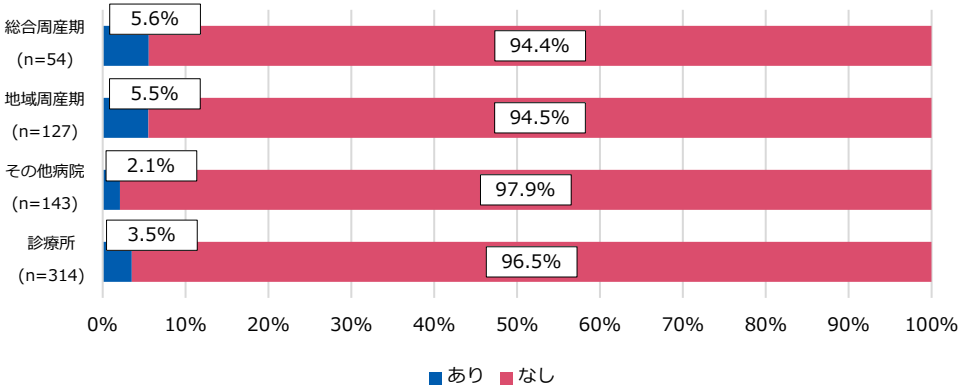


医政局地域医療計画課調べ

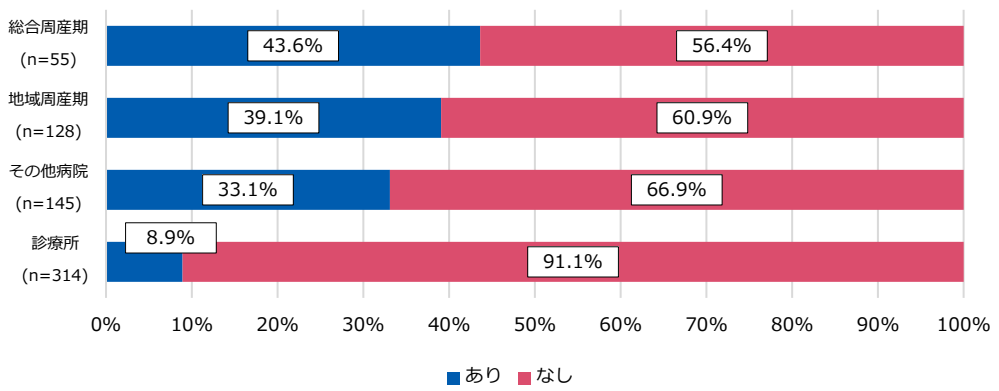
オープン・セミオープンシステムを利用した妊産婦の分娩の状況等

● 周産期母子医療センターの約４割の施設でセミオープンシステムを利用した分娩を実施している。

【オープンシステムを利用した妊産婦の分娩の実施状況】



【セミオープンシステムを利用した妊産婦の分娩の実施状況】



【オープンシステム・セミオープンシステムを利用した妊産婦の分娩の実施にあたり行っている取組】

	総合周産期	地域周産期	その他病院	診療所
n	25	53	49	32
カンファレンス・症例検討会	20.0%	39.6%	14.3%	15.6%
運営会議	24.0%	20.8%	4.1%	6.3%
妊産婦に関する情報共有（診療情報提供書、電子カルテ連携等）	88.0%	81.1%	71.4%	75.0%
緊急時・搬送時の対応ルール共有	64.0%	69.8%	46.9%	34.4%
連携施設職員向けの研修・教育支援	24.0%	15.1%	8.2%	6.3%
連携施設との合同訓練・シミュレーション	8.0%	5.7%	2.0%	3.1%
連携施設の医師による診療応援（宿直やオンコール対応等）	12.0%	15.1%	14.3%	18.8%
その他	16.0%	3.8%	4.1%	0.0%

※オープンシステム・セミオープンシステムのいずれかを実施している施設が対象

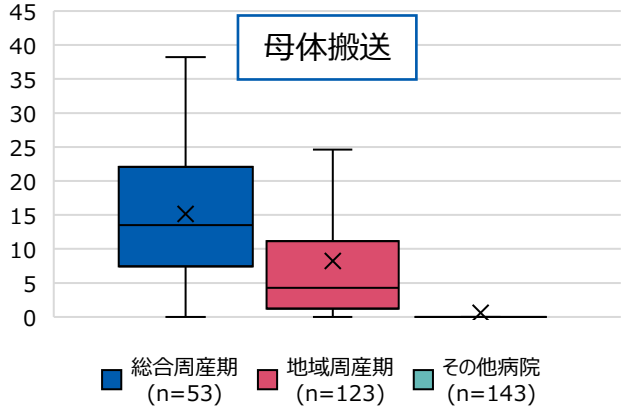
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

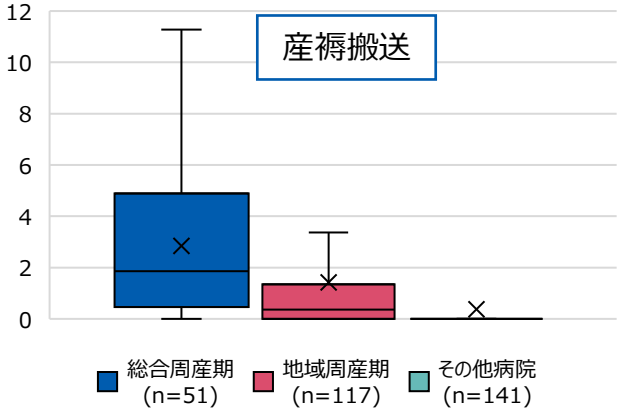
● 令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

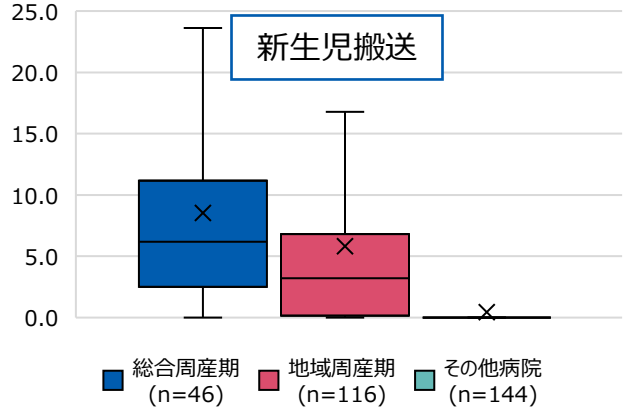
搬送の受入件数および他医療機関への搬送件数

- 令和7年度の母体搬送等の受入件数は総合周産期母子医療センターが多く、自施設から他医療機関への搬送件数は診療所で多い。

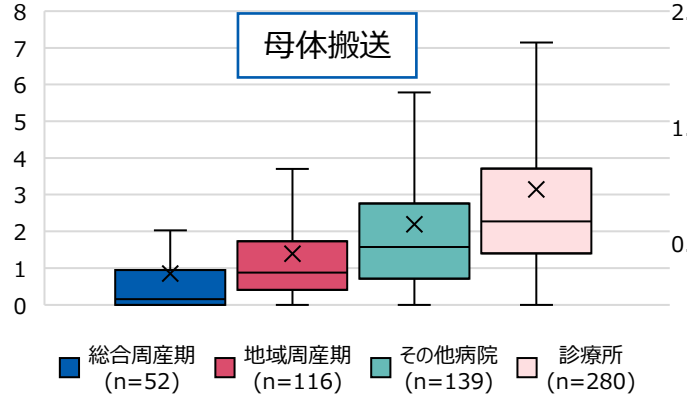
【他施設からの搬送を受け入れた件数】※自施設での分娩件数100件あたり

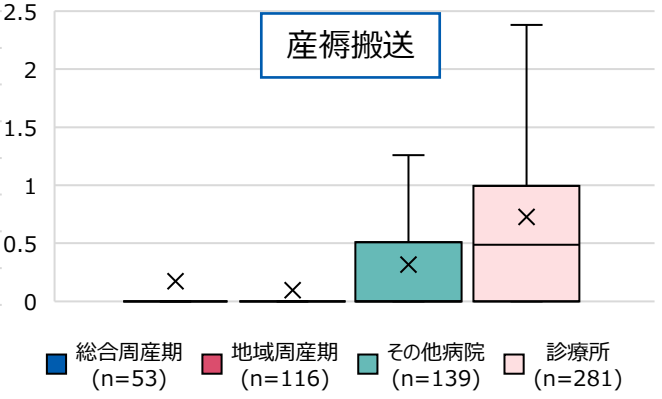


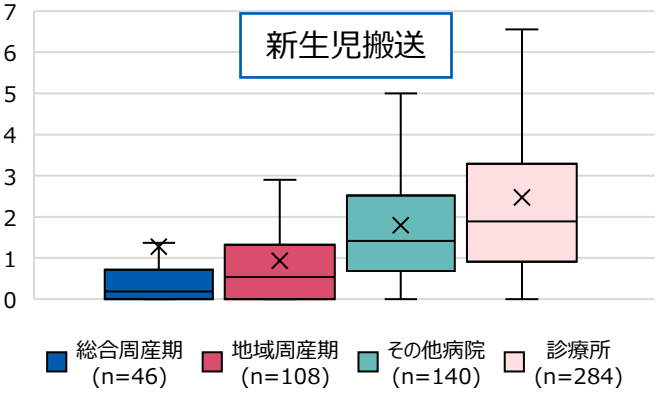




【自施設から他施設への搬送件数】※自施設での分娩件数100件あたり







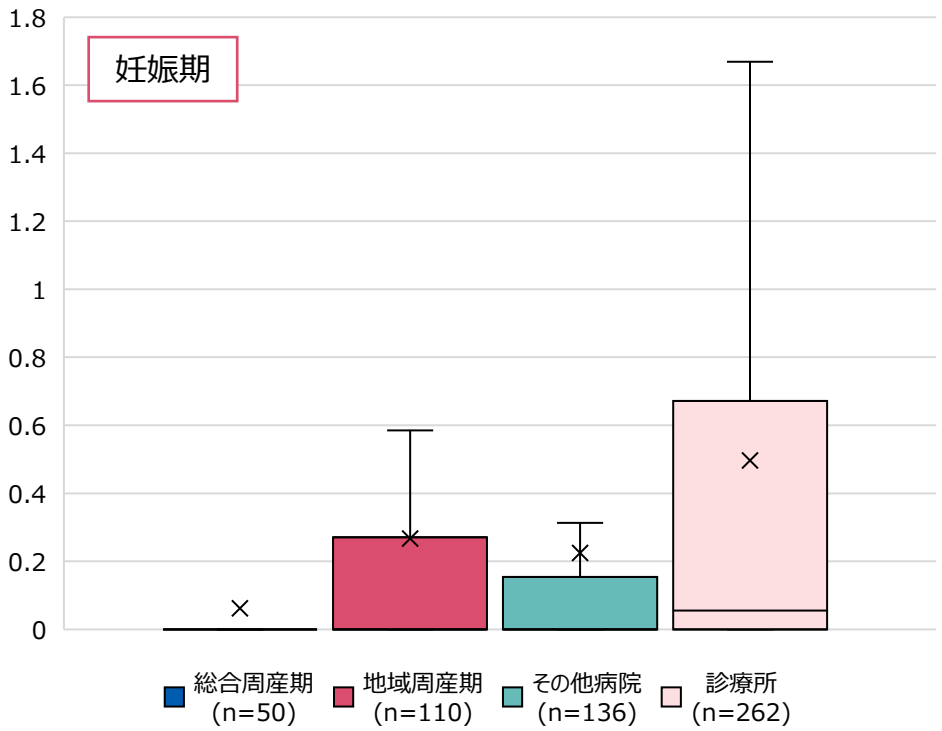
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

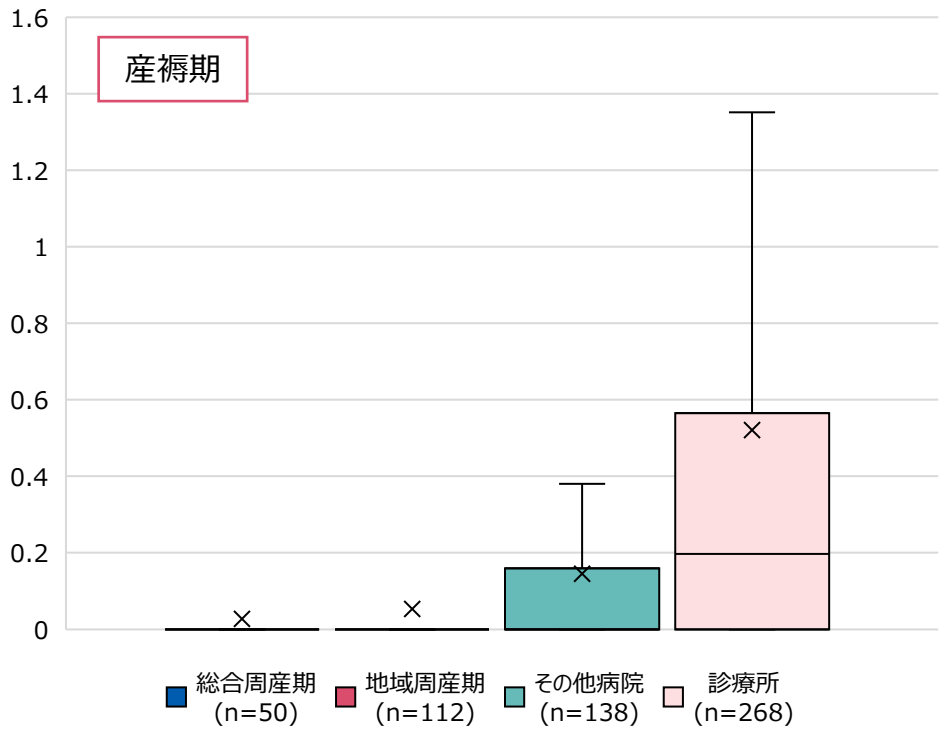
●令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
●「母体搬送」とは、妊娠22週以後から児の娩出までの妊産婦の搬送、「産褥搬送」とは児の娩出後７日未満の産婦の搬送、「新生児搬送」とは出生後７日未満の新生児の搬送をさす。

他施設へ搬送又は転院となったが状態が改善し再度受け入れた妊産婦の件数

- 令和7年度の、他施設へ搬送等となったが状態が改善し、自施設へ再度受け入れた妊産婦の件数は、診療所で多い傾向にあった。

【他施設へ搬送又は転院となったが状態が改善し再度受け入れた妊産婦の件数】※自施設の分娩件数100件あたりの件数





出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

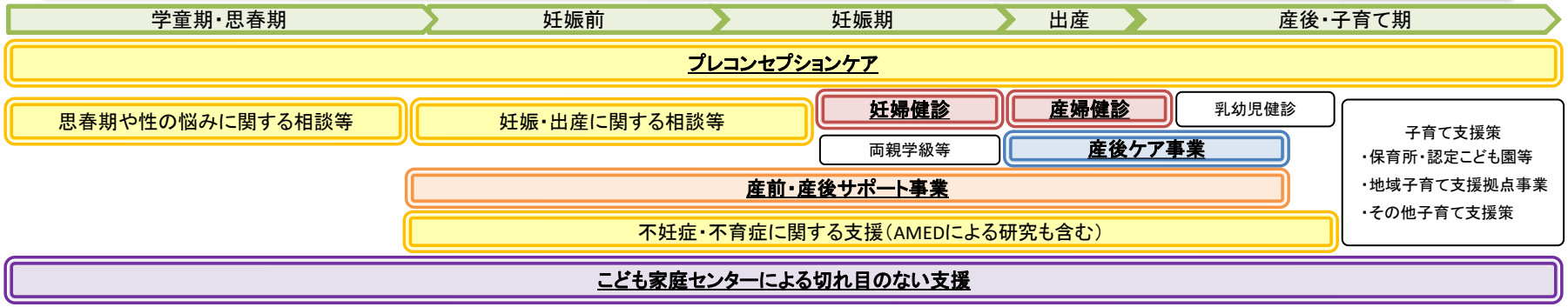
●令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
●令和７年４月１日～令和８年３月31日の１年間の件数。
●再度受け入れる際の搬送手段は救急車のみではなく、自家用車等の救急車以外の手段も含む。
●令和７年４月１日～令和８年３月31日の１年間の件数を自施設での同時期の全分娩件数100件あたりで換算。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
  - 分娩取扱施設における出産に係る診療やケアの体制等
  - 周産期医療における各分娩取扱施設の地域での役割や機能等
  - 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を推進するための体制、連携等
    - プレコンセプションケア・産後ケアの実施状況
    - 他機関や自治体との連携体制
    - 多職種連携と地域連携業務の体制
  - 困難な状況にある妊産婦等への対応
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

ライフステージに応じた母子保健に関する支援策



プレコンセプションケアの推進

性別を問わず、性や健康に関する正しい知識の普及を図り、健康管理を促す取組を推進しています。思春期や性の悩み等を有する男女への専門的な相談支援や、妊娠・出産に関する相談対応、基礎疾患のある妊産婦等への妊娠と薬に関する相談支援や不妊症・不育症に関する相談対応等を行っています。

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、日常的な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）
また、低所得の妊婦への初回の産科受診料を補助しています。
（※本事業の実施主体は、市町村）

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。

こども家庭センターによる切れ目のない支援

妊産婦・子育て家庭・こどもからの相談に応じるとともに、各家庭の状況に応じた切れ目のない包括的で継続的な支援を実施しています。

こども家庭庁提供資料

こどもまんなか
こども家庭庁

プレコンセプションケア推進5か年計画（概要）

～性と健康に関する正しい知識の普及と相談支援の充実に向けて～

背景と経緯

- 「成育医療等基本方針(令和５年３月改定)」にプレコンセプションケアの推進についての方針が定められたほか、「経済財政運営と改革の基本方針2024」に「**相談支援等を受けられるケア体制の構築等プレコンセプションケアについて５か年戦略を策定した上で着実に推進する**」旨が盛り込まれた。
- 若い世代が自分の将来を展望する際に、性や健康・妊娠に関する正しい知識の取得方法や、相談する場所・手段について、必ずしも広く知られていない現状を踏まえ、「**プレコンセプションケアの提供のあり方に関する検討会　～性と健康に関する正しい知識の普及に向けて～** (座長：五十嵐隆国立成育医療研究センター理事長)」において、プレコンセプションケアに係る課題と対応について整理を行い、「**プレコンセプションケア推進5か年計画**」を策定。

プレコンセプションケアの概念及び現状・課題とその対応にあたっての基本的な考え方

１．プレコンセプションケアに関する概念の普及

- プレコンセプションケアは「**性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う**」概念であるが、言葉自体や概念についての認知度は低い。
- 思春期から成人期に至るまで、性別を問わず**全ての人が、発達段階や状況に応じてプレコンセプションケアという概念を知り、それに関する知識について、適切に身につけることは重要**。

２．プレコンセプションケアに関する相談支援体制の充実

- プレコンセプションケアに関する相談先として、自治体における「性と健康の相談センター」等があるが、広く知られていない現状がある。
- 若い世代の方が、**より相談しやすくなるような体制づくりが必要**。

３．専門的な相談支援体制の強化

- 基礎疾患のある女性が、説明を受けないまま、妊娠する方がいる実情や、かかりつけ医等と産婦人科医の連携が不十分という指摘も。
- **産婦人科以外の医師もプレコンセプションケアに関して十分な知識を持つ**とともに、かかりつけ医等と産婦人科医の必要な連携に資する情報提供資材が必要である。

今後５年間の集中的な取組

〈目標〉
認知度　80%
プレコンサポーター
5万人以上

対象者層



性や健康に関する正しい知識の普及と情報提供

★**SNS等を活用した積極的な情報発信**。
★**プレコンセプションケアの普及に係る人材（プレコンサポーター）を育成**するとともに、啓発資材の作成等、自治体・企業・教育機関等における**講演会等の開催支援**。

〈目標〉
相談窓口認知度
100%

相談支援の充実（一般相談）

★「性と健康の相談センター」等プレコンセプションケアに関する**一般的な相談ができる窓口の認知を推進**。
★**身近な地域において**医療機関等も含め、**専門家による相談支援体制の整備**を図る。
★夜間休日対応の実施や、電話・オンライン相談、メールやSNSの活用等、**相談者の利便性に配慮。**

〈目標〉
専門相談医療機関数
200以上

相談支援の充実（専門相談）

★基礎疾患を有する方等が、医療機関等でプレコンセプションケアに関する相談ができるよう、**全国に相談窓口を展開**するとともに、専門外の医師の適切な対応にも資するよう、**医療者用相談対応マニュアルを作成し、周知**。

取組推進にあたって

- プレコンセプションケアの推進にあたっては、**若い世代の意見を聴き**、当事者のニーズに沿った取組を実施し**施策の効果を定期的に評価**。
- 国は、国立成育医療研究センターと連携し技術的に支援、自治体は国の「５か年計画」を参考に「**地方版推進計画**」を策定する等計画的に推進。

プレコンセプションケアの実施状況

- プレコンセプションケアは、総合周産期母子医療センターで48.1%と最も実施割合が高く、専門的な相談窓口の設置割合も43.5%と高かった。
- 施設機能にかかわらず、プレコンセプションケアを実施している施設の半数以上が検査・検診や対面での相談に対応していた。

【プレコンセプションケアの実施状況】

		総合周産期母子医療センター		地域周産期母子医療センター		その他病院		診療所	
		回答施設数	実施ありの割合	回答施設数	実施ありの割合	回答施設数	実施ありの割合	回答施設数	実施ありの割合
プレコンセプションケアの実施		52	48.1%	141	19.1%	179	18.4%	344	30.5%
実施内容	検査・検診	24	58.3%	25	68.0%	33	72.7%	100	90.0%
	対面での相談	24	87.5%	26	76.9%	33	63.6%	99	78.8%
	オンライン・電話相談	24	4.2%	25	12.0%	32	3.1%	97	8.2%
プレコンセプションケアに関する専門的な相談窓口の設置		46	43.5%	133	18.0%	155	6.5%	316	6.6%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

産後ケア事業の概要（子ども・子育て支援交付金）

※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

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」

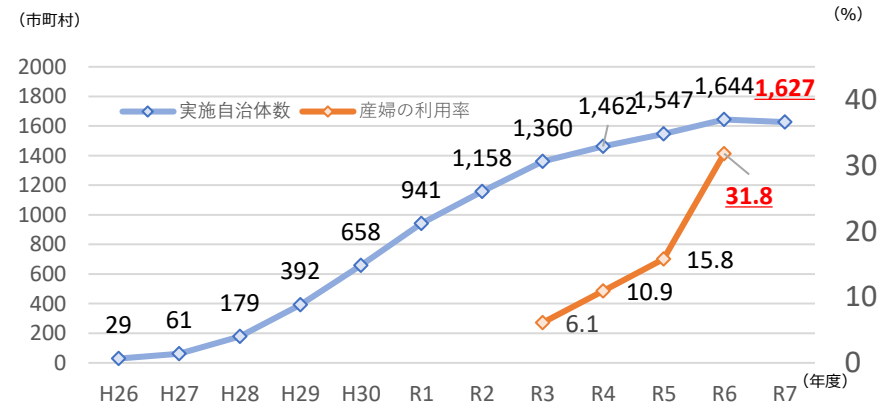
実施担当者が利用者の自宅に赴き実施

◆ 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

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

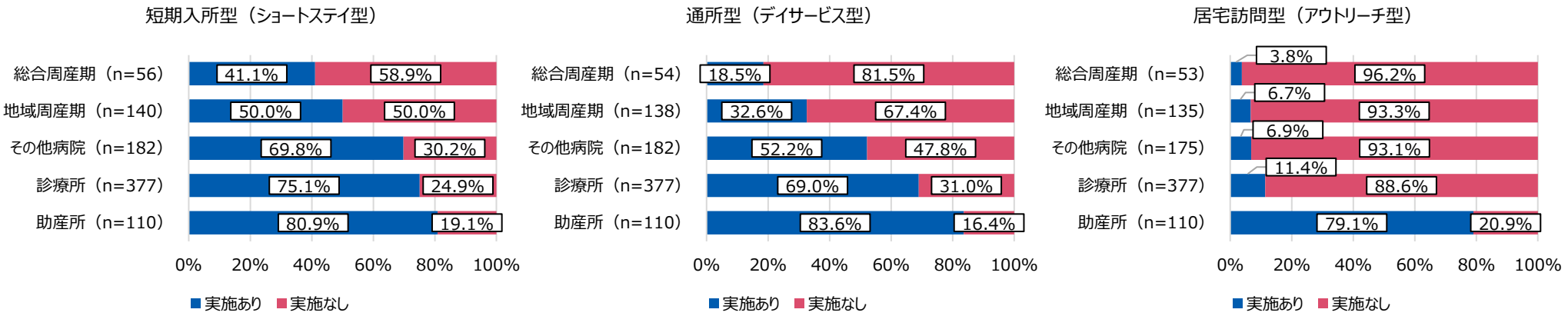
実施主体等

【実施主体】市町村（特別区を含む）

産後ケア事業の実施状況

- 産後ケア事業の実施割合は、短期入所型、通所型、居宅訪問型いずれも助産所は実施割合が高い。
- 居宅訪問型は、病院は1割未満、診療所では11.4%だが、助産所では79.1%で実施していた。

【産後ケア事業の実施割合】



【産後ケア事業の受入対象と年間利用者数】

		総合周産期母子医療センター					地域周産期母子医療センター					その他病院					診療所					助産所				
		施設数	平均	SD	最小	最大	施設数	平均	SD	最小	最大	施設数	平均	SD	最小	最大	施設数	平均	SD	最小	最大	施設数	平均	SD	最小	最大
短期入所型（ショートステイ型）	受入対象とする産後月数（月）	21	3.8	3.0	1	12	68	4.0	3.3	1	12	120	4.4	3.3	1	12	259	3.3	2.2	1	12	86	8.0	3.7	2	12
	年間利用妊産婦数（人）	20	106.4	173.6	0	758	67	48.4	113.0	0	694	110	56.1	83.6	0	421	238	49.8	97.1	0	1188	73	67.4	89.9	0	412
	うち、自施設で分娩（人）	15	79.7	93.6	2	277	54	29.7	80.9	0	583	95	28.8	56.7	0	417	189	24.5	34.8	0	317	59	2.6	4.0	0	20
	うち、他施設で分娩（人）	14	40.4	127.8	0	481	51	10.8	31.6	0	182	91	23.4	50.1	0	298	180	19.1	43.1	0	400	61	50.9	79.3	0	408
通所型（デイサービス型）	受入対象とする産後月数（月）	10	6.2	4.0	3	12	45	5.9	3.6	2	12	88	5.3	3.5	1	12	238	4.1	3.0	1	12	89	9.1	3.5	2	12
	年間利用妊産婦数（人）	9	67.3	75.3	0	217	42	45.0	102.2	0	607	83	80.3	188.3	0	1431	216	56.9	106.9	0	695	74	107.4	142.4	0	750
	うち、自施設で分娩（人）	6	43.5	48.1	0	125	32	17.1	32.3	0	131	72	53.8	138.2	0	1001	165	39.5	84.3	0	594	59	8.1	20.4	0	142
	うち、他施設で分娩（人）	6	29.8	57.7	0	145	30	2.2	5.8	0	28	68	23.5	62.1	0	430	160	17.9	39.0	0	278	63	86.7	136.3	0	732
居宅訪問型（アウトリーチ型）	受入対象とする産後月数（月）	2	12.0	0.0	12	12	9	9.3	3.8	3	12	12	8.1	4.7	2	12	16	7.3	4.7	1	12	83	11.4	1.7	4	12
	年間利用妊産婦数（人）	2	6.5	6.4	2	11	8	17.0	27.3	0	76	9	2.1	5.6	0	17	13	5.5	15.9	0	58	69	44.1	76.8	0	550
	うち、自施設で分娩（人）	2	6.5	6.4	2	11	6	13.0	24.8	0	63	6	2.5	5.6	0	14	11	6.1	17.3	0	58	55	1.8	2.9	0	12
	うち、他施設で分娩（人）	1	0.0	-	-	-	6	3.0	5.1	0	13	7	0.9	1.2	0	3	11	0.3	0.6	0	2	58	37.4	77.3	0	553

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 「産後ケア事業の受入対象と年間利用者数」は、産後ケア事業を実施している施設のみを対象に集計（利用者実績のない施設を含む。）。
- 利用者の分娩施設情報が不明で年間利用妊産婦数のみを回答した施設があるため、年間利用妊産婦数と分娩施設別内訳の最大値が合致しない箇所がある。

自治体等との連携体制

- 9割以上の分娩取扱施設が、自治体の保健センターと連携していた。
- 自治体等との連携の対象に該当する割合は、「メンタルヘルス上の支援を要する妊産婦」「家族等の支援者が不足している妊産婦」「経済的困窮を抱える妊産婦」の順に高かった。

【自治体等と連携している割合】

	総合周産期母子医療センター (n=53)	地域周産期母子医療センター (n=141)	その他病院 (n=179)	診療所 (n=360)	助産所 (n=107)	合計 (n=840)
保健所（都道府県や政令指定都市等）	98.1%	80.9%	68.2%	50.3%	52.3%	62.5%
保健センター（市区町村）	98.1%	93.6%	92.2%	90.6%	92.5%	92.1%
こども家庭センター（市区町村）	88.7%	84.4%	72.1%	55.6%	54.2%	65.8%
児童相談所	98.1%	92.9%	74.9%	35.0%	22.4%	55.6%
要保護児童対策地域協議会（要対協）	86.8%	68.1%	42.5%	15.0%	7.5%	33.3%
社会的養護関連機関（乳児院等）	84.9%	66.0%	35.2%	8.1%	6.5%	28.2%
その他	11.3%	5.7%	1.7%	0.0%	3.7%	2.5%

【自治体等との連携の対象となる妊産婦】

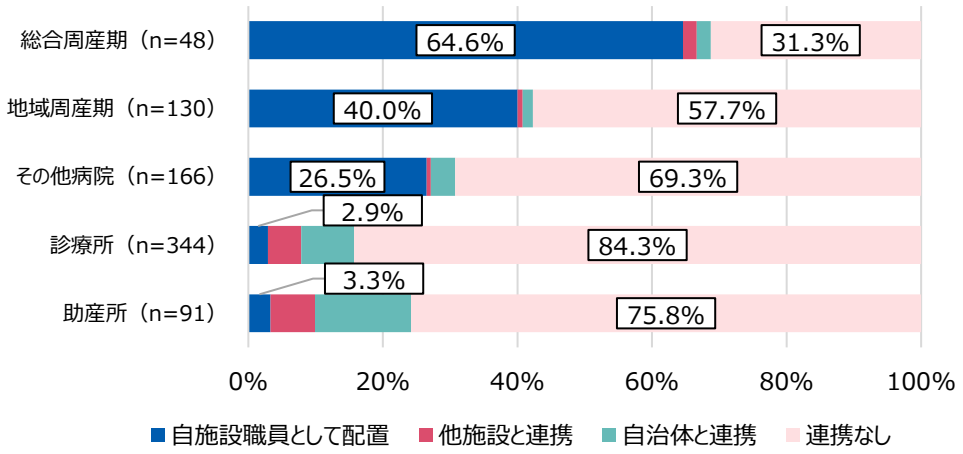
	総合周産期母子医療センター (n=53)	地域周産期母子医療センター (n=141)	その他病院 (n=177)	診療所 (n=359)	助産所 (n=100)	合計 (n=830)
メンタルヘルス上の支援を要する妊産婦	100.0%	97.9%	96.0%	98.1%	95.0%	97.3%
家族等の支援者が不足している妊産婦	100.0%	98.6%	96.6%	88.6%	82.0%	91.9%
経済的困難を抱える妊産婦	98.1%	98.6%	91.0%	78.6%	71.0%	84.9%
DV・虐待等の安全確保上のリスクがある妊産婦	100.0%	97.2%	92.7%	80.8%	58.0%	84.6%
妊婦健診未受診または受診中断の妊産婦	100.0%	95.7%	88.7%	73.3%	51.0%	79.4%
外国人等、通訳・多言語対応を要する妊産婦	94.3%	87.9%	80.2%	53.8%	55.0%	68.0%
その他の社会的・支援上のリスクを有する妊産婦	39.6%	38.3%	42.4%	25.3%	29.0%	32.5%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

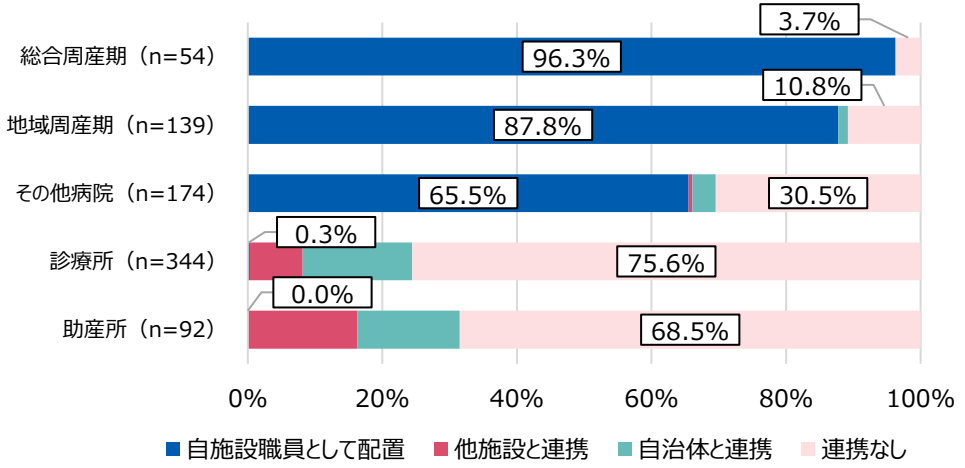
多職種連携と地域連携業務の体制

- 総合周産期母子医療センターでは、自施設職員として公認心理師を配置している割合が64.6%、医療ソーシャルワーカーは96.3%と高かった。
- 自治体等との連携業務は、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターでは約半数の施設が専門部署を中心に実施していたが、診療所では9割以上が病棟の助産師・看護師等が中心になって実施していた。

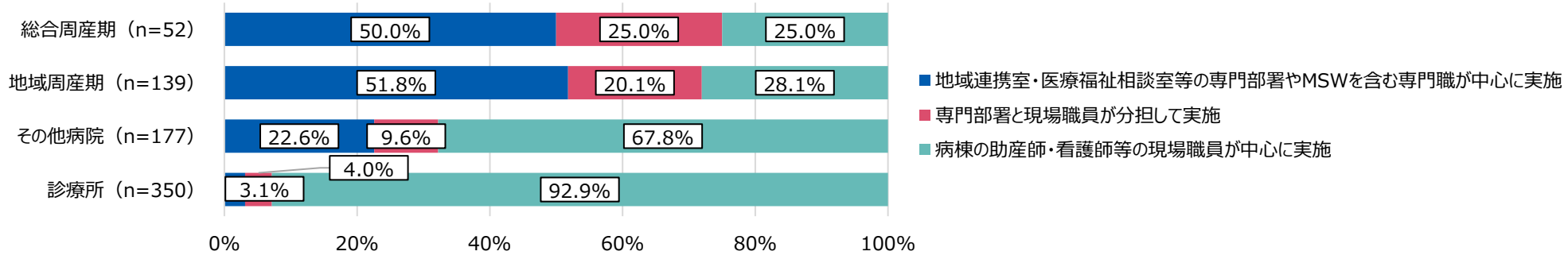
【公認心理師との連携】



【医療ソーシャルワーカーとの連携】



【自治体等との連携業務の主な体制】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

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支援事業

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

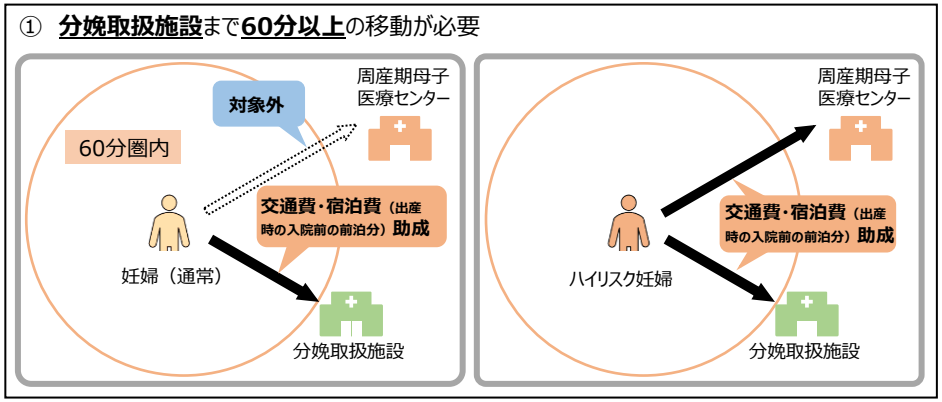
◆ 対象者

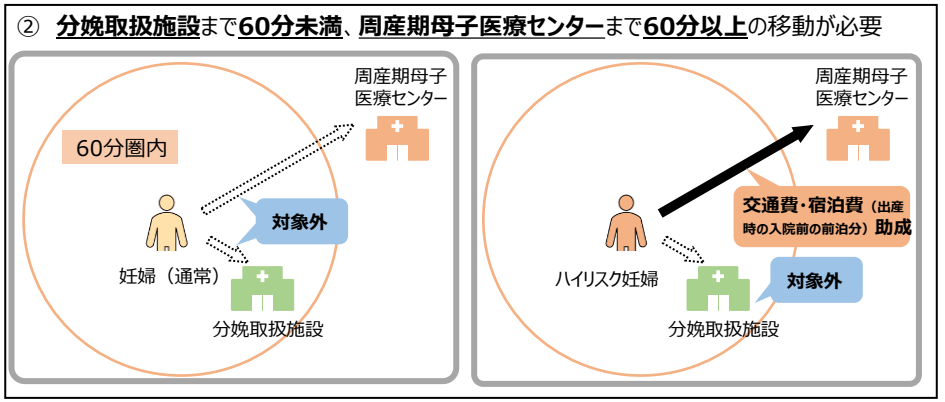
自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**（医学上の理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要がある妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。）においては、**最寄りの周産期母子医療センター**）まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦

◆ 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）

こどもまんなか
こども家庭庁

遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費支援

成育局 母子保健課

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、遠方の産科医療機関等で妊婦健診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かかる交通費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、妊婦の妊婦健診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**

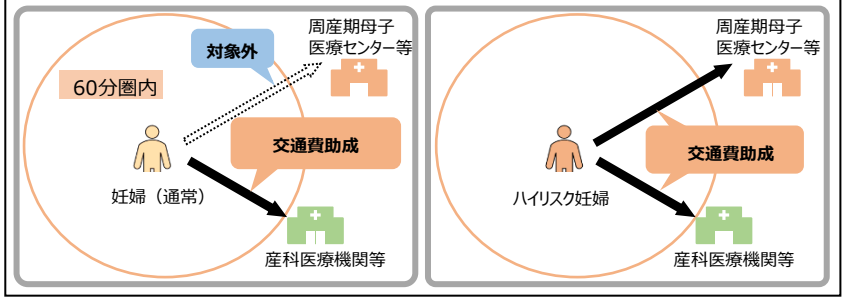
自宅（又は里帰り先）から

①**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）

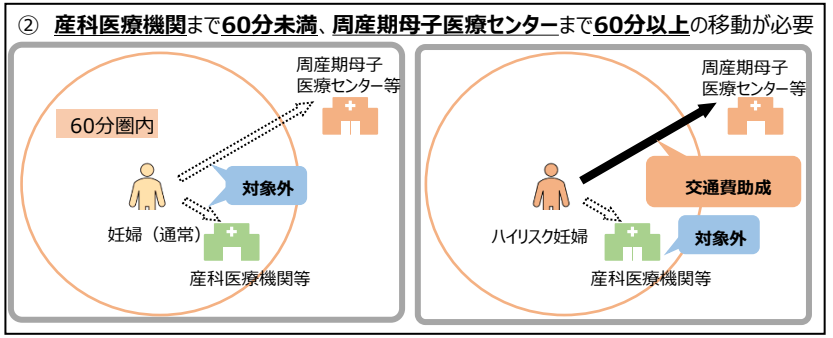
②医学上の理由等により、周産期母子医療センター等で妊婦健診を受診する必要がある妊婦（以下「**ハイリスク妊婦**」という。）のうち、**最寄りの周産期母子医療センター等**まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦（※上限１４回）

③**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）

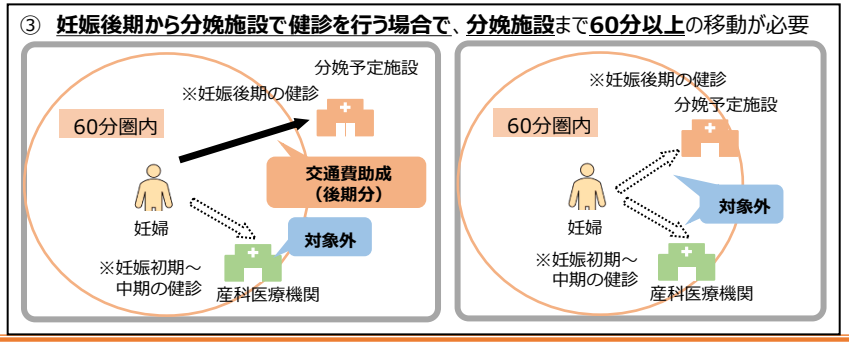
① **産科医療機関**まで**60分以上**の移動が必要



② **産科医療機関**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



③ **妊娠後期から分娩施設で健診を行う場合で**、**分娩施設**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、
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、
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

◆ 補助内容：**移動に要した費用**（公共交通機関・自家用車の利用について、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

こどもまんなか
こども家庭庁

妊婦に対する交通費等支援事業の実施状況

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支援事業【令和６年度創設】

	実施市町村数	
	R6	R7
合計	**111**	**306**

※令和６年度は確定値、令和７年度は変更交付決定ベース

遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費支援【令和６年度補正創設】

	実施市町村数	
	R6	R7
合計	**7**	**223**

※１令和６年度補正予算により創設された事業であるため、一部の市町村のみで実施
※２令和６年度は確定値、令和７年度は変更交付決定ベース

※実施市町村数について、令和６年度は確定値、令和７年度は変更交付決定ベースである。
利用人数は今年度末までに提出すべき実績報告書には含まれていないことから、把握できない。
令和８年度からは「妊産婦等に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等支援事業」に統合している。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
  - 分娩取扱施設における出産に係る診療やケアの体制等
  - 周産期医療における各分娩取扱施設の地域での役割や機能等
  - 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を推進するための体制、連携等
  - 困難な状況にある妊産婦等への対応
    出産育児一時金における規定
    困難な状況にある妊産婦への支援について
    分娩取扱施設における人工妊娠中絶等の取扱状況
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

出産育児一時金における規定

- 出産育児一時金、家族出産育児一時金及び出産手当金(以下「出産育児一時金等」という。)の支給については、死産、流産及び人工妊娠中絶(以下「死産等」という。)を含めた妊娠４か月目以降の分娩を対象としている。

健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）

（出産育児一時金の支給の申請）第八十六条

法第百一条又は第百六条の規定により出産育児一時金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

一　被保険者等記号・番号又は個人番号
二　出産の年月日
三　死産であるときは、その旨

出産育児一時金等の支給申請における留意点について（令和４年６月14日厚生労働省保険局保険課事務連絡）（抄）

出産育児一時金、家族出産育児一時金及び出産手当金(以下「出産育児一時金等」という。)の支給については、**死産、流産及び人工妊娠中絶(以下「死産等」という。)を含めた妊娠4ヶ月目以降の分娩を対象**としており、健康保険法(大正11年法律第70号)第101条、第102条、第106条及び第114条並びに健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号)第86条、第87条及び第97条等に基づいて実施していただいています。

この際、出産育児一時金等の支給に当たっては、出産又は死産等の事実確認のみで足り、出生児及び死産児(以下「出産児」という。)の氏名まで確認することは不要であることを踏まえ、死産児の御遺族に配慮する観点から、出産育児一時金等の支給申請における留意点について、下記のとおりお示ししますので、その円滑な実施に特段の御配慮をお願い致します。

第1　出産育児一時金等の支給申請における出産児の氏名の記載に係る法令上の解釈について

1　健康保険法施行規則第86条、第87条及び第97条においては、健康保険法第101条、第102条、第106条及び第114条に規定する出産育児一時金等の支給を受ける際の支給申請書に記載すべき事項や添付すべき書類において、出産児の氏名の記載は求めていないこと。

2　また、同令第86条第1項第3号において、「死産であるときは、その旨」を記載した申請書を保険者に提出することとされているが、同号の趣旨は死産等の事実確認を行うものであり、死産児の氏名の確認は不要であること。

第2　（略）

困難な状況にある妊産婦への支援について

- 「こどもまんなか実行計画2026」の具体的施策において、困難な状況にある妊産婦への相談支援体制の整備や、相談窓口の周知広報の強化を図るとされている。

経済財政運営と改革の基本方針2026（令和８年７月21日閣議決定）

第３章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」 ―（抄）

３．主要分野ごとの重要課題と取組方針 （１）少子化対策と日本の未来を担うこども・若者のための政策の推進

逆境からこどもを守り抜くための支援を強化する。潜在的に支援が必要なこども等の情報を早期に把握できるようにするとともに、居場所づくりを進め、こどものいる貧困世帯、 ひとり親家庭や離婚前後の家庭、ヤングケアラー、困難な状況にある妊産婦の支援、児童相談所の体制強化等の児童虐待防止対策、里親委託を含む社会的養護や特別養子縁組、発達障害児・医療的ケア児等の障害児支援やインクルージョン、多様な背景の児童への取組、こどもの死亡検証を推進する。

こどもまんなか実行計画2026（令和８年６月）

Ⅱ　こどもまんなか実行計画2026において特に取り組むべき施策

２　具体的施策　　（１）健やかで質の高い成育環境の提供　　④　誰もが安心して妊娠・出産・子育てできる環境の整備

加えて、妊娠の可能性のある段階から、妊産婦や家庭の直面する不安や困難を早期に把握するように努め、一人一人の状況に応じて専門職等により、SNSを活用しつつ相談支援等を行う取組を、地域における身近な相談機関を普及・活用しながら推進し、メンタルヘルス支援の充実や必要な支援につながる環境の整備を進める。

また、困難な状況にある妊産婦が、その悩みを安心して相談でき、自らの状況に応じた様々な選択肢の中から、必要な支援を受けられるよう、家庭生活に支障が生じている特定妊婦や出産後の母子等に対する一時的な住まいや食事の提供等の支援を行う体制を含めた相談支援体制の整備を進めるとともに、相談窓口の周知広報の強化を図る。

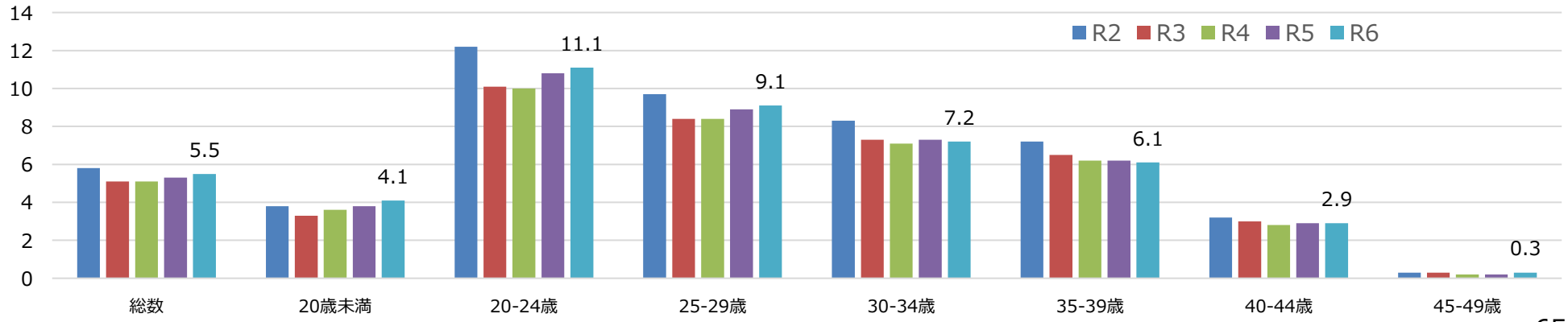
人工妊娠中絶件数及び実施率の推移

- 令和６年度の人工妊娠中絶件数は 127,992 件で、人工妊娠中絶実施率（女子人口千対）は 5.5 である。

【人工妊娠中絶件数】

区分	R2	R3	R4	R5	R6	増減数	増減(%)
総数	141,433	126,174	122,725	126,734	127,992	1,258	1.0
20歳未満	10,271	9,093	9,569	10,053	10,844	791	7.9
15歳未満	126	125	147	153	159	6	3.9
15歳	284	246	256	301	330	29	9.6
16歳	943	763	733	807	961	154	19.1
17歳	1,633	1,442	1,371	1,444	1,519	75	5.2
18歳	2,704	2,466	2,442	2,641	2,899	258	9.8
19歳	4,581	4,051	4,620	4,707	4,976	269	5.7
20-24歳	35,438	30,882	30,544	32,547	33,663	1,116	3.4
25-29歳	28,611	26,087	26,153	27,879	28,676	797	2.9
30-34歳	26,559	23,386	22,287	22,600	22,424	-176	-0.8
35-39歳	26,018	23,435	21,947	21,379	20,386	-993	-4.6
40-44歳	13,203	12,018	11,079	11,170	10,878	-292	-2.6
45-49歳	1,319	1,252	1,127	1,073	1,079	6	0.6
50歳以上	10	19	8	15	11	-4	-26.7
不詳	4	2	11	18	31	13	72.2

【人工妊娠中絶の実施率（女子人口千対）】

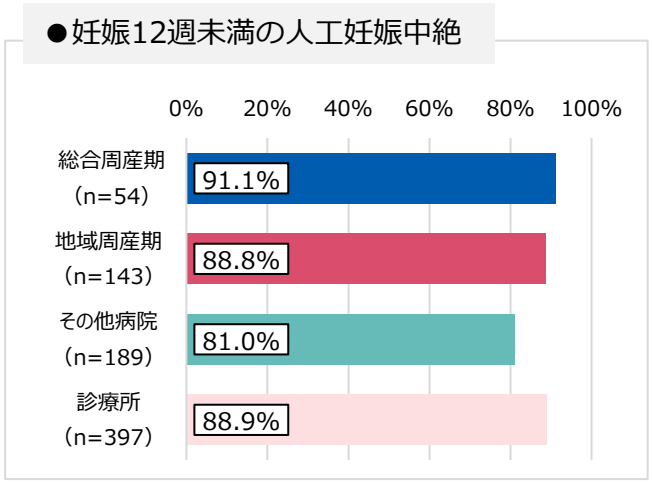


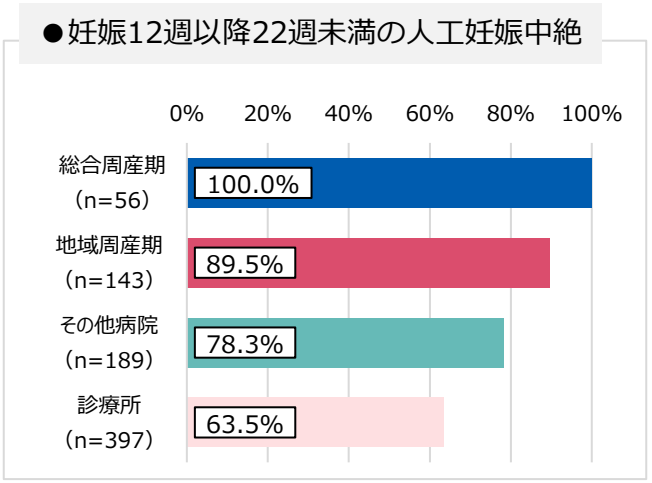
出典：令和６年度衛生行政報告例

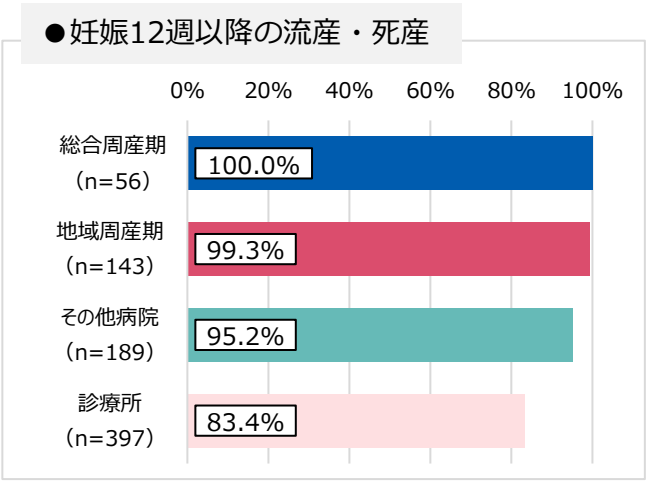
分娩取扱施設における人工妊娠中絶等の取扱状況

- 妊娠12週未満の人工妊娠中絶は全ての施設種別で８割以上が取り扱っている。妊娠12週以降22週未満の人工妊娠中絶の診療所での取り扱いは約6割となっている。

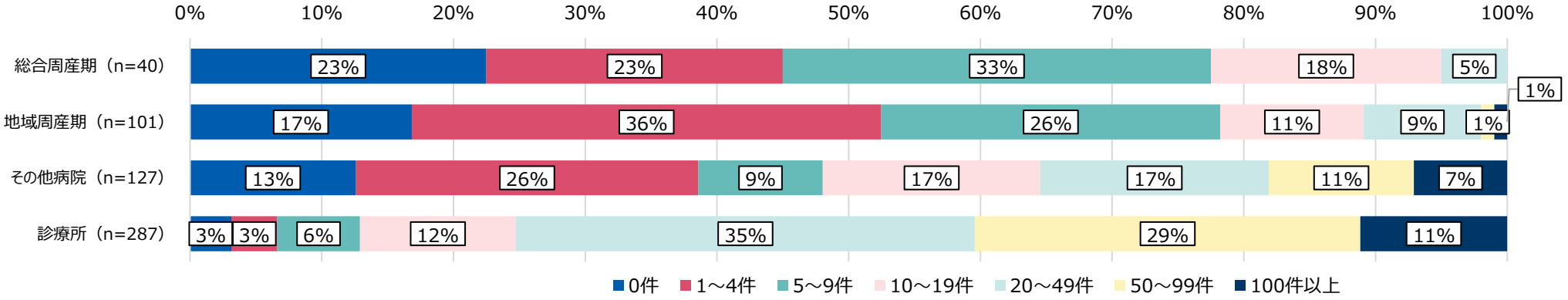
【取扱状況】　※妊娠12週未満の人工妊娠中絶のみを扱っている分娩取扱施設を含む







【妊娠12週未満の人工妊娠中絶の年間受け入れ件数】　※妊娠12週未満の人工妊娠中絶のみを扱っている分娩取扱施設は含まない



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設調査）

妊娠の悩み相談広報強化事業 補正

<妊娠の悩み相談広報強化事業補助金>令和７年度補正予算

事業の目的

- 虐待死亡事例のうち49%が0歳児（約20年で537人）であり、うち0日201人（37.4%）や0か月45人（8.4%）に約5割が集中している。多くは予期しない妊娠等により、どうしてよいか分からず、追い詰められて起こっていると考えられる。予期しない妊娠等に気づいた女性が、その葛藤等を相談しながら様々な選択肢や必要な支援につながるための適切な相談窓口の周知を強化することにより、女性やこどもの権利が尊重される環境づくりを推進する。
- 妊娠の悩み相談サイトや各地の相談窓口への相談件数の増加をめざす。

事業の概要

①相談情報サイトの広報周知等

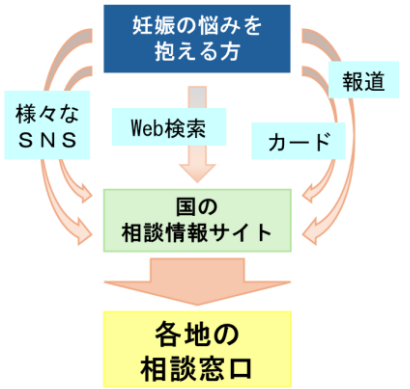
・相談情報サイトの広報周知を強化し、各地の相談窓口を社会的に幅広く周知
（SEO対策、SNS広告・インターネット広告の強化、カード・動画等の広報物作成 等）
・悩みを抱える女性の立ち寄り先（妊娠検査薬等を販売する薬局等）を通じた相談窓口周知　など

②広報強化の効果検証

・相談情報サイトや各地の相談窓口につながった相談者の経路等を分析し、効果的な広報戦略を検討
・広報周知や相談体制の強化による全国的な相談件数増加への影響等を検証し、関連施策を改善

③好事例の収集と周知

・広報周知や相談体制を強化した取組事例や、相談窓口と市町村の連携が充実している事例を収集
・各自治体の相談窓口及び自治体担当者などに対し、広報や体制の改善策や取組事例について情報提供



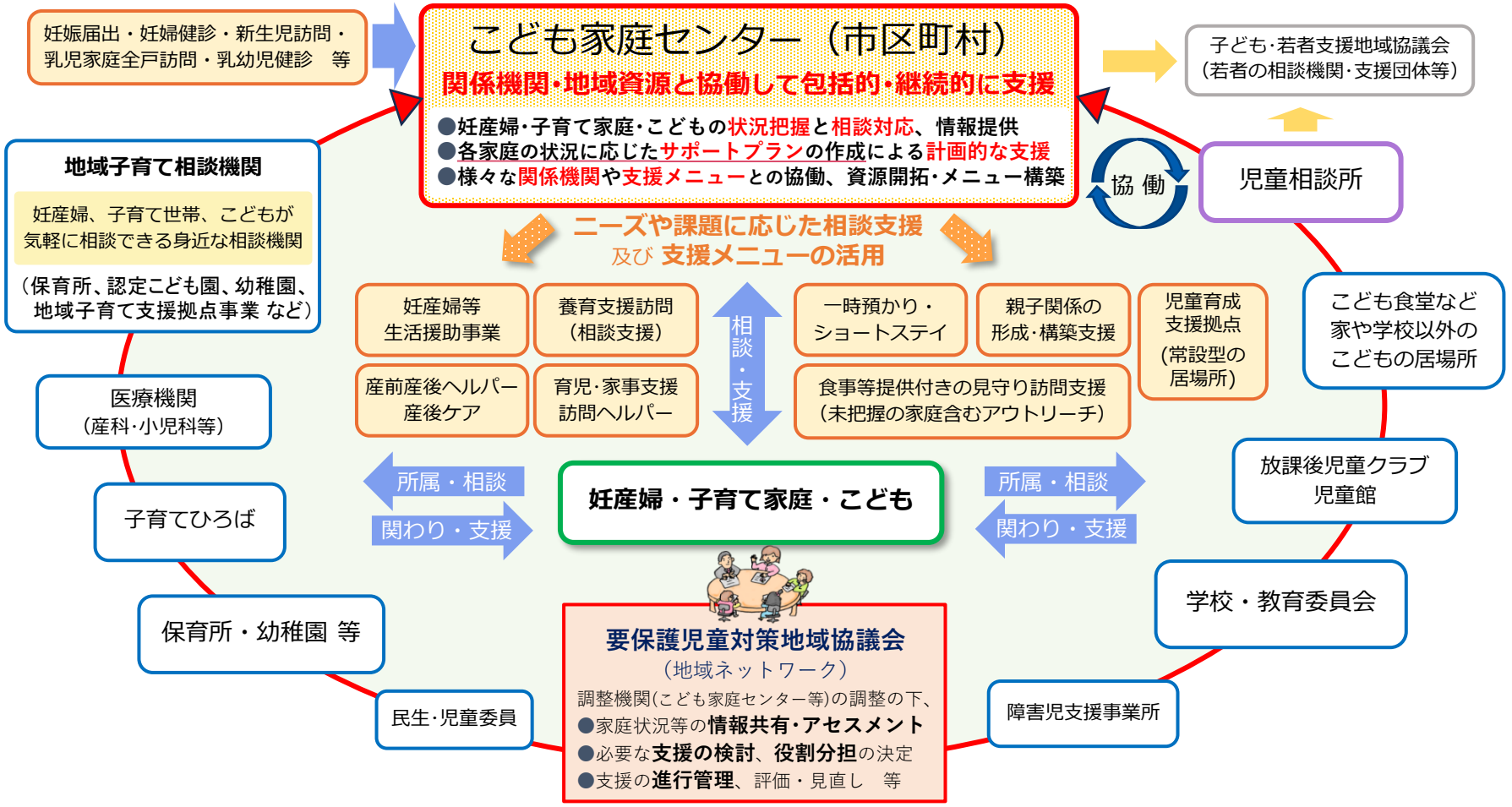
実施主体等

【実施主体】民間事業者　【補助率】国：10/10

こどもまんなか
こども家庭庁

こども家庭センターを中核とした包括的・継続的支援

令和４年改正児童福祉法により、市町村によるセンター設置が努力義務化（令和６年４月施行）
○ 市町村において、妊産婦や子育て家庭を**早い段階から支援して子育てを支える**（身近な市町村の強み）
○ 市町村にこども家庭センターを設置し、妊娠届や各種健診、様々な関係機関との連携などを通じて早い段階で家庭の困難を把握・支援する中核を担い、**地域全体で継続的に家庭を支える**体制を強化
○ 設置率85.9％(R8.4.1) ➡ 令和８年度までに全市区町村に整備するため開設や運営の経費を補助



妊娠期 ―― 乳幼児期 ―― 学齢期 ―― 青年期

性と健康の相談センター事業

拡充

目 的

成育基本方針（令和３年２月９日閣議決定）を踏まえ、プレコンセプションケアを含め、性別を問わず性や妊娠に関する正しい知識の普及を図り、健康管理を促す事を目的とする。

内 容

◆ 対象者

思春期、妊娠、出産等の各ライフステージに応じた相談を希望する者、企業等の労務担当職員等（避妊や性感染症等の性行為に関する相談、予期せぬ妊娠、メンタルヘルスケア、不妊症相談を含む）

◆ 内 容（都道府県・指定都市・中核市においては、（※）の必須事業は全て実施すること。市町村事業（（３）及び（８））については、それぞれ単独で実施可能。）

【必須事業】

（１）不妊症・不育症や予期せぬ妊娠を含む妊娠・出産、思春期や性の悩み等を有する男女への専門的な相談指導（※）

（２）不妊治療と仕事の両立に関する相談対応（※）

（３）生殖や妊娠・出産に係る正しい知識等に関する講演会・出前講座（教育機関・企業等への講師派遣）の開催（※）

（４）相談指導を行う相談員の研修養成（企業等向けのプレコンセプションケアに関するものも含む）（※）

（５）男女の性や生殖、妊娠・出産、不妊治療等に関する医学的・科学的知見の普及啓発（※）

【重点事業】

（６）学校で児童・生徒向けに性・生殖に関する教育等を実施する医師や助産師等の研修会実施等の支援

（７）基礎疾患のある妊産婦等への妊娠と薬に関する相談支援（R6～）

（８）医療機関等に委託するプレコンセプションケアに関する相談支援（R6補正～）

（９）SNSを活用したオンライン相談対応（夜間対応含む）

【一般事業】

（10）性と健康の相談支援センターや委託先となっている医療機関等のオンライン相談の初期設備整備（R6補正～）

（11）特定妊婦等に対する産科受診等支援（性感染症などの疾病等に関する受診を含む。）

（12）若年妊婦等に対するアウトリーチによる相談支援、緊急一時的な居場所の確保

（13）出生前遺伝学的検査（NIPT）に関する専門的な相談支援

（14）HTLV-1等母子感染対策協議会の設置等

（15）不妊症・不育症患者等の支援のためのネットワーク整備

◆ 実施自治体数 96自治体（47都道府県、49市） ※ 令和６年度変更交付決定ベース

実施主体等

【実施主体】 都道府県・指定都市・中核市・市町村 ※（７）及び（14）の実施主体は都道府県のみ、市町村は（３）及び（８）のみ実施可能

【補助率】

国１／２、都道府県・指定都市・中核市・市町村１／２

＜地方版プレコンセプションケア推進計画を策定し、プレコンサポーターの活用を位置付けている自治体であって、かつ、必須事業及び重点事業を全て実施した場合、必須事業及び重点事業の補助率を嵩上げ ※市町村はいずれかの事業を実施した場合でも補助率を嵩上げ、一般事業は嵩上げなし＞

〇必須事業、重点事業：国２／３、都道府県・指定都市・中核市・市町村１／３

（上記要件に加えて、財政力指数１未満の自治体を補助率嵩上げの対象とする。）

〇一般事業 ：国１／２、都道府県・指定都市・中核市・市町村１／２

（注）「プレコンセプションケア推進5か年計画」に基づき、本事業の取組を行う自治体を100%とするため、令和11年度まで補助率の嵩上げを実施する

低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業

事業の目的

○ 低所得の妊婦の経済的負担軽減を図るとともに、当該妊婦の状況を継続的に把握し、必要な支援につなげるため、初回の産科受診料の費用（産科医療機関において実施する妊娠の判定に要する費用）を助成する。なお、本事業については、伴走型相談支援事業と一体的に実施することにより、両事業の効果的な取組を進めることとする。

事業の概要

◆ 対象者

住民税非課税世帯又は同等の所得水準である妊婦。
ただし、当該妊婦の状況を継続的に把握し、必要な支援につなげるため、以下の要件を満たす者とする。
＜要件＞
要件①：所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意すること
要件②：妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市町村が、必要に応じて、支援に必要な情報(妊婦健診の未受診や、家庭の状況等を含む)を共有することに同意すること。

◆ 内　容

（１）初回産科受診料補助
低所得の妊婦を対象として、初回の産科受診料の一部又は全部を補助する。

（２）関係機関との連絡調整
把握した妊婦について必要な支援が提供されるよう関係機関との連携を図る。

◆ 留意事項

本事業については、市町村の妊婦への支援体制整備のため、次のとおり実施することとする。

（１）本事業は、こども家庭センターの窓口業務として実施することとする。

（２）本事業による支援対象者に対して、伴走型相談支援事業による面談等を実施すること。また、面談等において、住民税非課税世帯に対する支援制度（各種子育て支援事業の利用料減免制度など）を案内することで、必要な支援に効果的につなげること。

（３）本事業により助成を行った妊婦に対し、必要に応じてサポートプランを策定し支援を実施すること。

◆ 実施自治体

５６７市町村　※令和６年度変更交付決定ベース

実施主体等

◆ 実施主体：市町村　◆ 補助率：国１／２、市町村１／２　◆ 補助基準額：１件あたり 10,000円

妊産婦等生活援助事業

<安心こども基金を活用して実施>

事業の目的

家庭生活に困難を抱える特定妊婦や出産後の母子等に対する支援の強化を図るため、一時的な住まいや食事の提供、その後の養育等に係る情報提供や、医療機関等の関係機関との連携を行う。

事業の概要

家庭生活に困難を抱える特定妊婦や出産後の母と子等を支援するため、下記の業務を行う。

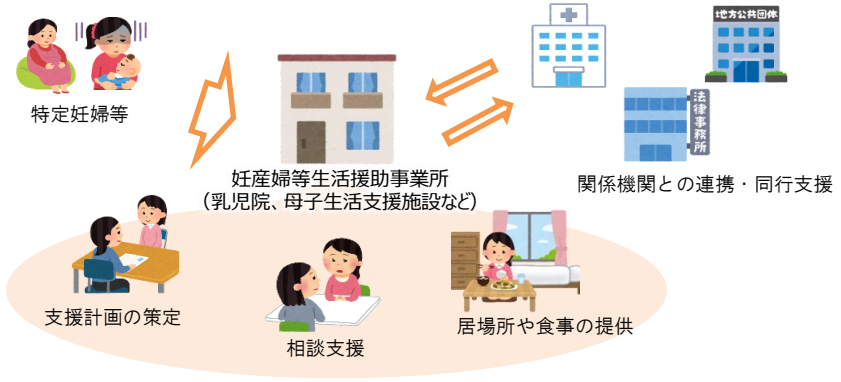
○ 利用者の状態に応じた支援計画の策定

○ 妊娠葛藤相談やこどもの養育相談、自立に向けた相談等の相談支援

○ 入居または通いによる居場所や食事の提供等の生活支援

○ 児童相談所や市町村（こども家庭センター含む）、児童福祉施設、医療機関等の関係機関との連携

○ 医療機関受診、就労支援機関の利用、行政手続き等の同行支援



実施主体等

【実施主体】 都道府県、指定都市、中核市、児童相談所設置市、市及び福祉事務所設置町村

【補助率】 国：１／２、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市：１／２
国：１／２、都道府県：１／４、市・福祉事務所設置町村：１／４

【補助基準額】

ア 基本分　１か所当たり　30,250千円
- 支援コーディネーター　１人
- 保健師、助産師、看護師　１人
- 母子支援員　１人
- 個別ケース会議開催経費
- 医療機関連携費用
- 生活支援費
- デイケア対応費

イ 入居機能加算
- 宿直手当加算　１か所当たり　1,606千円
- 居室稼働加算
  - 居室稼働450人日～900人日の場合　１か所当たり　6,205千円
  - 居室稼働901人日以上の場合　１か所当たり　12,278千円
- 居室確保加算　１か所当たり　10,000千円

ウ 休日相談対応体制加算　１か所当たり　1,300千円

エ 心理療法連携支援加算　１か所当たり　887千円

オ 法律相談連携支援加算　１か所当たり　887千円

（※）妊産婦等生活援助事業所に対する、補助者等を雇上げ、妊産婦等生活援助事業所の夜勤業務対応などへの体制を強化するために必要な経費の補助については、児童養護施設等体制強化事業（児童虐待防止対策等総合支援事業費補助金）により実施。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

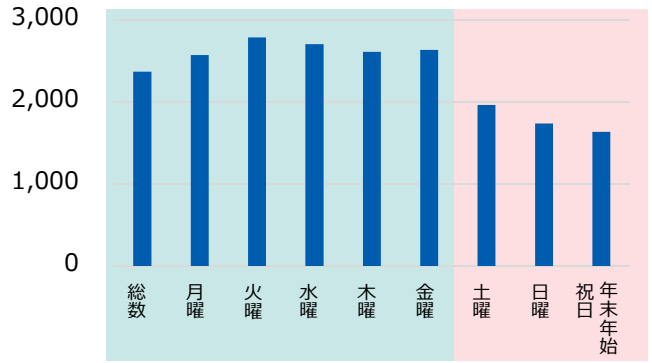
- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応
  - 夜間や休日の出産への対応
  - 出産に係る疼痛等への支援
  - 支援上の配慮が必要な妊産婦等
  - 助産所における分娩（自宅分娩含む）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

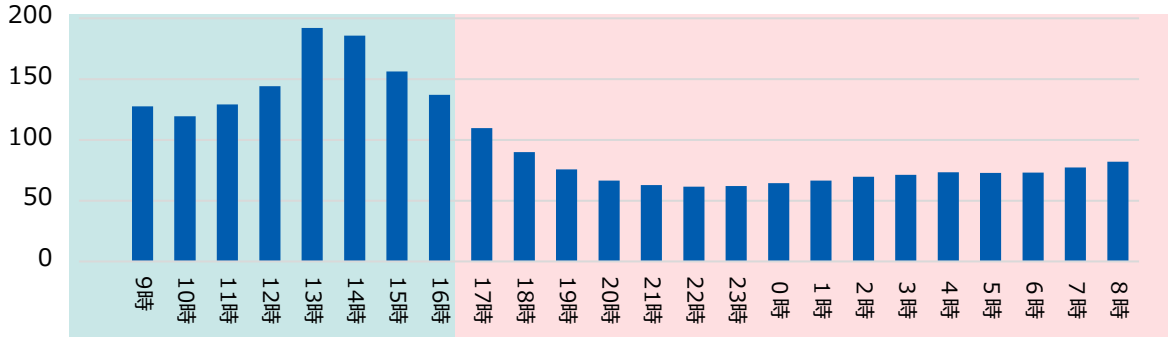
休日等の分娩の状況

- 土曜日・日曜日・祝日年末年始の１日平均出生数は平日より少ない。
- 診療報酬における帝王切開術等においては約25%で休日加算等が算定されている。

【令和元年の曜日毎の１日平均出生数】



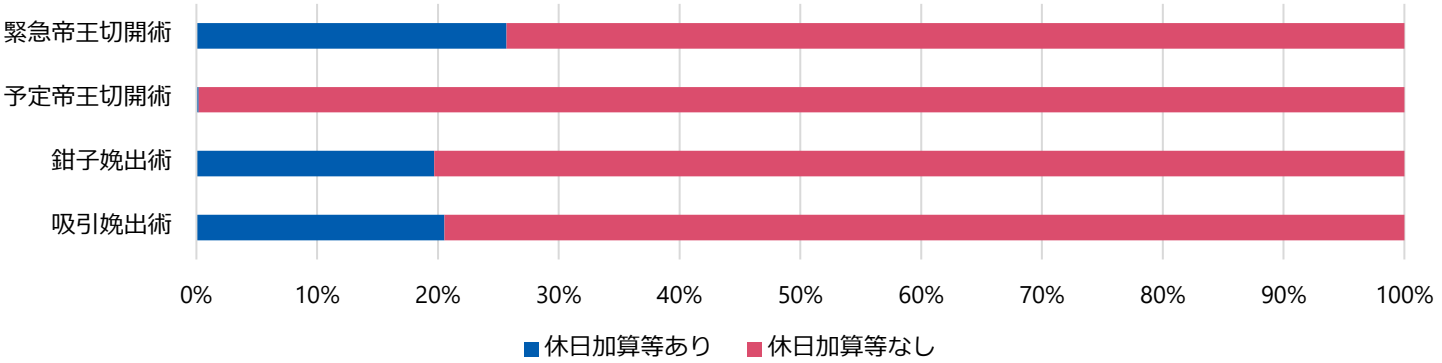
【令和元年の１時間毎の１日平均出生数】



出典：令和３年度人口動態統計特殊報告

- 月～日曜日は祝日・年末年始を除く。祝日は国民の祝日に関する法律による。年末年始は1/1～1/3,12/29～12/31。

【休日加算等の請求状況】



	休日加算等あり	休日加算等なし
緊急帝王切開術	25.7%	74.3%
予定帝王切開術	0.2%	99.8%
鉗子娩出術	19.7%	80.3%
吸引娩出術	20.5%	79.5%

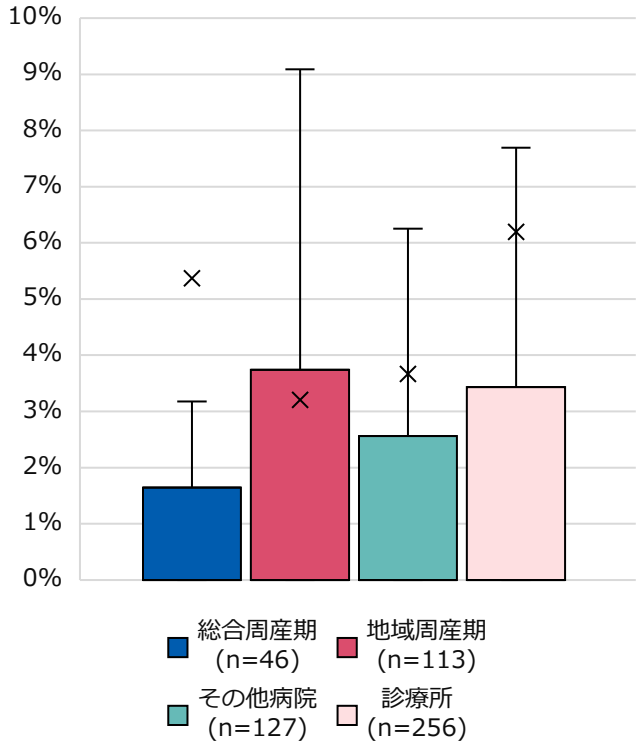
出典：令和7年度NDBデータ

- 休日加算等を算定した同日に算定している帝王切開術、吸引娩出術、鉗子娩出術を集計。
- 休日加算等とは、休日加算1.2、時間外加算1.2、深夜加算1.2、時間外特例医療機関加算1.2を含む。

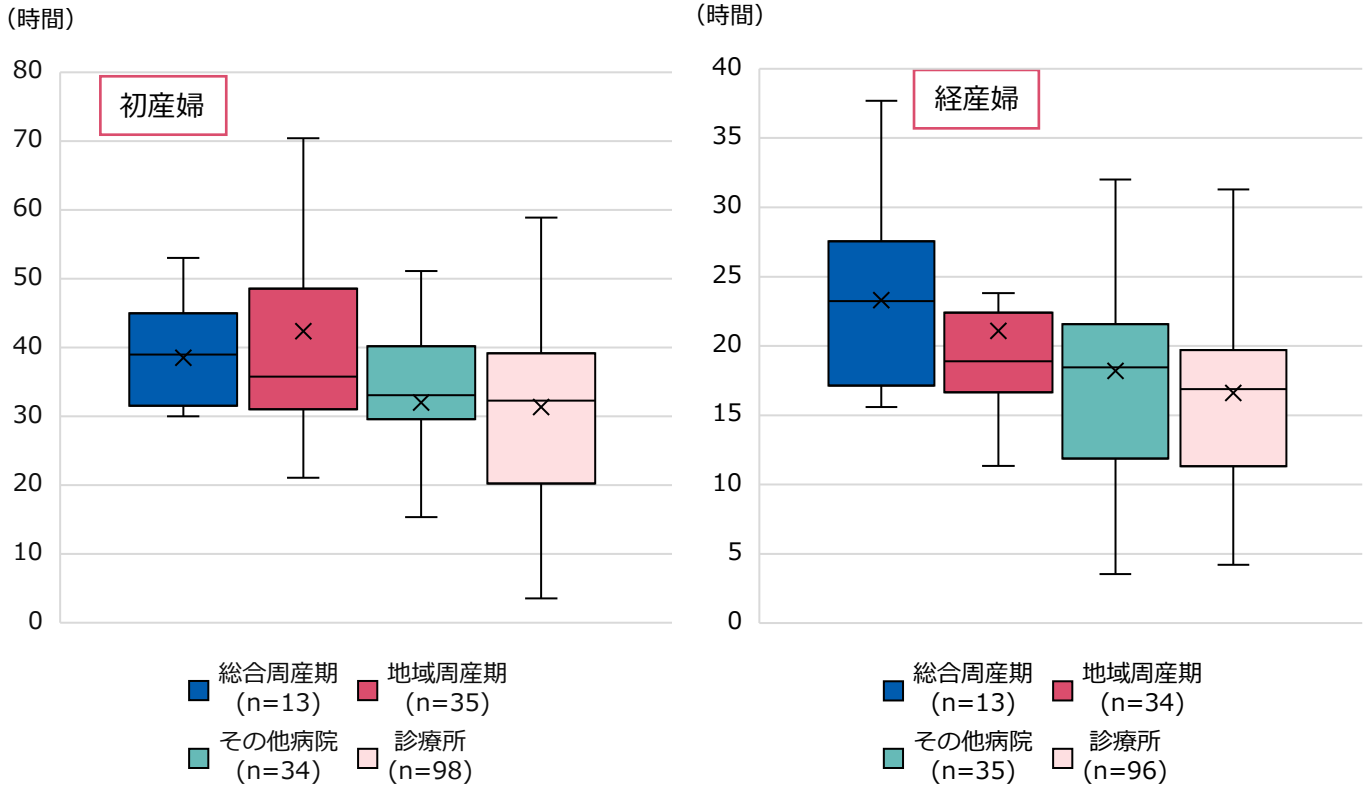
各施設における遷延分娩の割合、分娩所要時間の最大値

● 各施設における分娩所要時間の最大値は、経産婦において総合周産期母子医療センターで長い傾向にある。

【各施設における遷延分娩の分娩件数の割合】



【各施設における分娩所要時間の最大値】



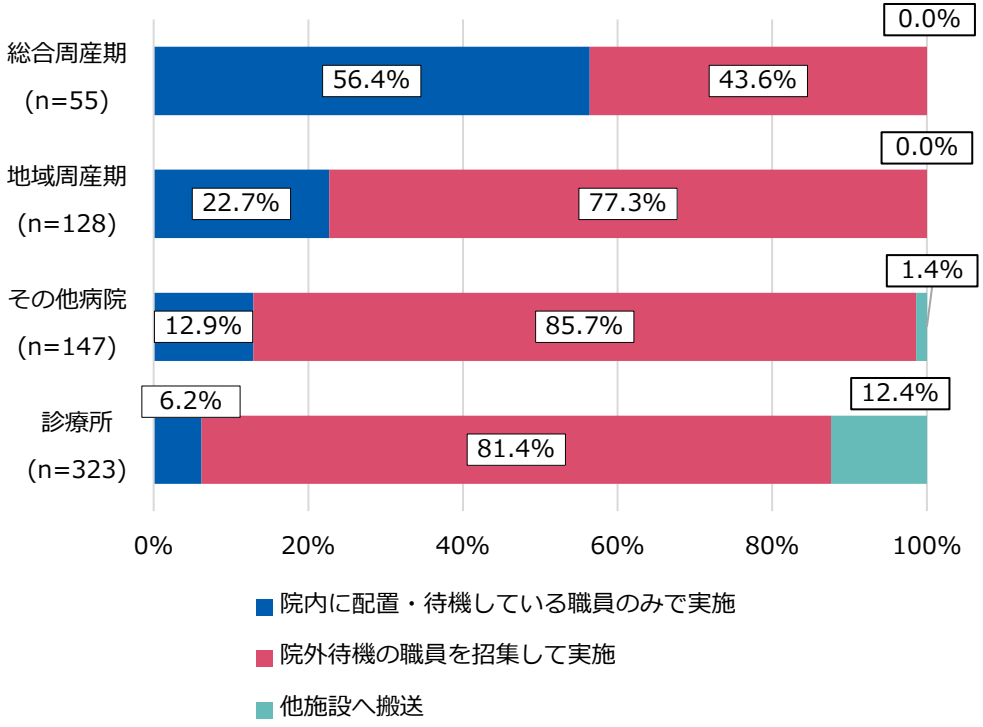
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

●令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
●「遷延分娩」とは、分娩開始後、すなわち陣痛周期が10分以内になった時点から、初産婦では30時間、経産婦では15時間を経過しても児娩出にいたらない分娩をさす。
●「遷延分娩の分娩件数の割合」は、各施設の令和８年７月１か月間の全分娩件数のうち、令和８年７月１か月間の遷延分娩の件数の割合。

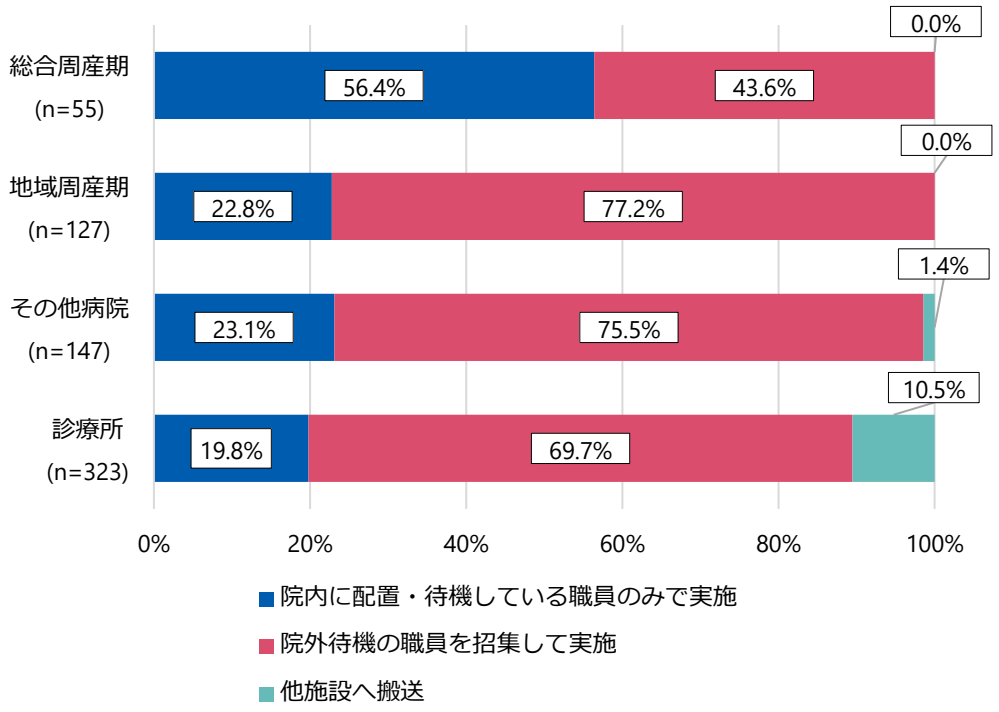
夜間・休日の緊急帝王切開術への標準的な対応

- 夜間の緊急帝王切開術について、院内に配置・待機している職員のみで実施しているのは、総合周産期母子医療センターで約56%であった。
- その他病院と診療所においては一定数の施設が他施設への搬送を行っている。

【夜間の緊急帝王切開術への対応】



【休日の緊急帝王切開術への対応】



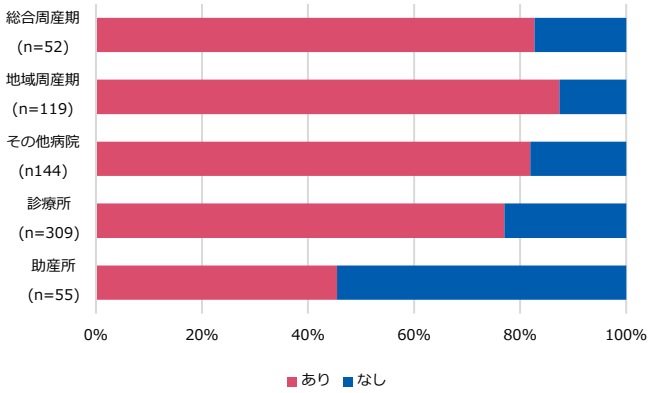
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

●令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

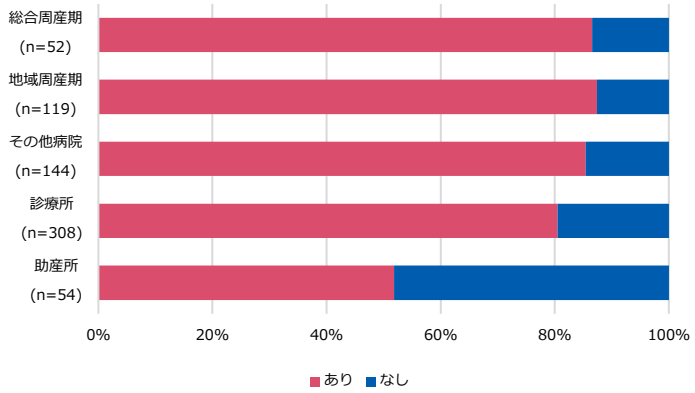
時間外・深夜・休日の経腟分娩に係る追加請求費用

- 時間外・深夜・休日の経腟分娩に対して追加請求を行っている病院・診療所は約80%であった。
- 追加請求費用は総合周産期母子医療センターで高額となる傾向があった。

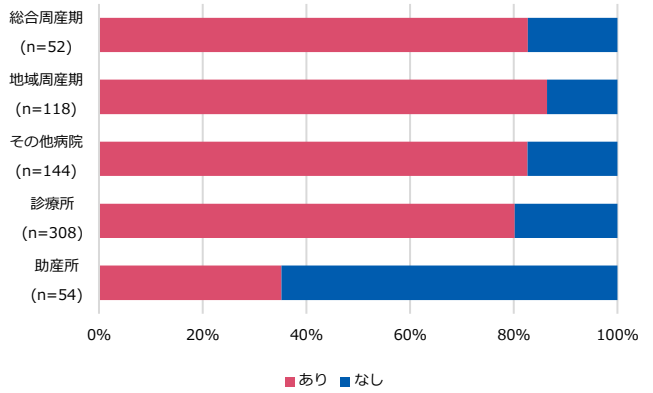
【時間外の追加請求費用の有無】



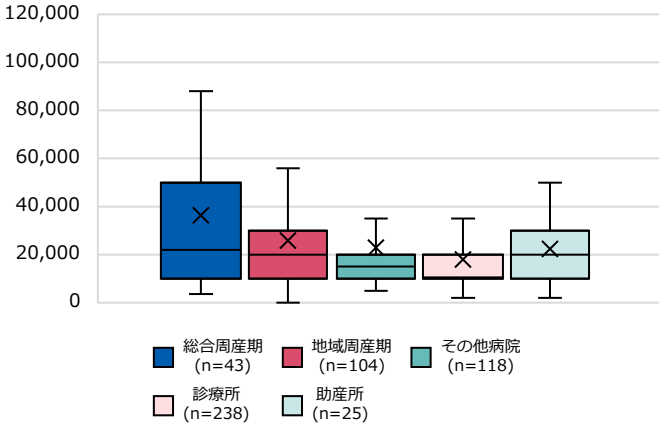
【深夜の追加請求費用の有無】



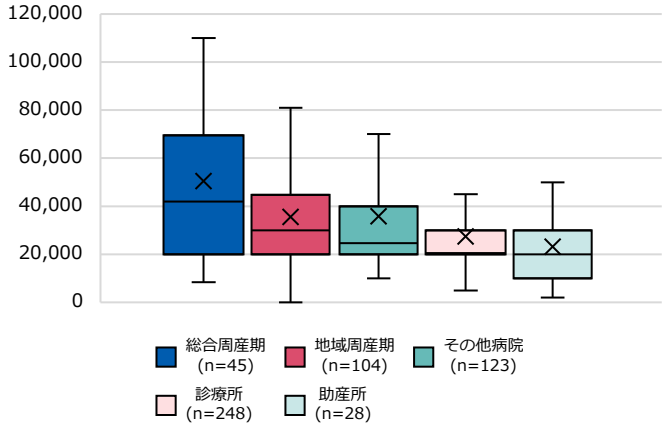
【休日の追加請求費用の有無】



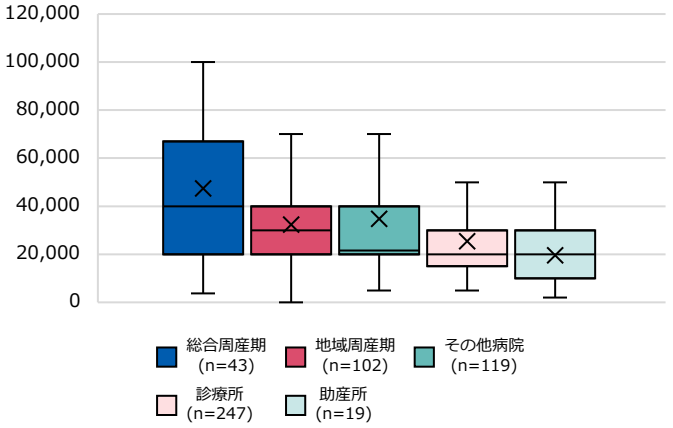
【時間外の追加請求費用の金額】



【深夜の追加請求費用の金額】



【休日の追加請求費用の金額】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 深夜とは22:00-翌5:59をさす。
- 無痛分娩は除外。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応
  - 夜間や休日の出産への対応
  - 出産に係る疼痛等への支援
  - 支援上の配慮が必要な妊産婦等
  - 助産所における分娩（自宅分娩含む）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

3. 医療機関における助産師による支援

出産の経過と過ごし方・助産師によるケアの例

	お産の兆候	分娩第1期	分娩第2期	分娩第3期	分娩第4期
時間（目安）		初産婦:平均13時間 経産婦:平均7時間	初産婦:1.5～2時間 経産婦:30分～1時間	5～30分	分娩後2時間まで
陣痛	不規則な痛みやお腹の張りがある（前駆陣痛）	2～10分間隔（お産が進むにつれて間隔は短く1回の陣痛時間が長くなる）	1～2分間隔（1回の陣痛時間1分～1分30秒）		
子宮口開大	1～2cm	1～10cm（全開大）	10cm（全開大）		
児の状態		• 体勢を変え回旋しながら、母の骨盤内に進入し、徐々に児頭が下降する		• 誕生！ • 体をふき全身状態をチェックされる	
母の状態	• 少量の出血（おしるし）があることもある • 不規則なお腹の張り（前駆陣痛）を感じることもある • 陣痛の間隔が定期的（10分間隔を目安）になるまで自宅にて待機  	• 陣痛が定期的で10分以内の間隔になったら、分娩施設に連絡し、向かう • 徐々に陣痛の間隔は短くなり、痛みも強くなる • 痛みの場所が、腰からお尻に近い場所に変化していく • なるべく楽な姿勢で、呼吸法やマッサージで痛みを逃し、子宮口が開くのを待つ	 • 陣痛の間隔はさらに短くなり、痛みも強くなる • いきみたい感覚が徐々に強くなる • 赤ちゃんの頭が見えてきたら、力を抜いて、助産師の誘導に合わせて短い呼吸を行う	• 児と対面 • 母と児の状態に応じて、すぐに抱っこや早期母子接触ができる場合もある • 胎盤が出てくる	• 2時間程度ベッド上安静 • 母と児の状態に応じて、すぐに抱っこや早期母子接触ができる場合もある 
助産師によるケア（例）	• 入院の準備や入院方法の確認 • 分娩取り扱い施設に連絡する必要がある症状を説明 • バースプランの確認 等	• 母から連絡を（電話で）受け、来院するタイミングを判断・指示 • 問診、血圧・体重測定 • 分娩進行状態・母子の健康状態の評価 • 産痛緩和や呼吸法のアドバイスを行う 等	• 分娩進行状態・母子の健康状態の評価 • 産痛緩和や呼吸法のアドバイスを行う • 分娩介助 等	• へその緒を切る • 赤ちゃんの体をふき、全身状態を評価する • 胎盤娩出の介助 • 産道裂傷の評価 • 子宮収縮状態・出血量の評価 等 	• 母子の全身状態の観察・評価 • 子宮収縮状態・出血量の評価 早期母子接触の支援 等

「助産師の倫理綱領」「助産業務ガイドライン」
「妊娠出産される女性とご家族のための助産ガイドライン」等をもとにケアを行っている

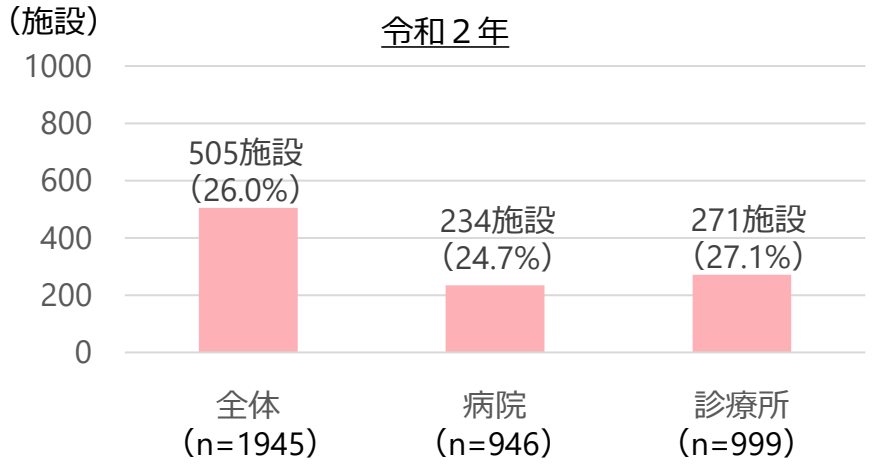
助産師基礎教育テキスト第5巻「分娩期の診断とケア」および分娩取扱施設のクリニカルパス等を参考に、日本看護協会が作成

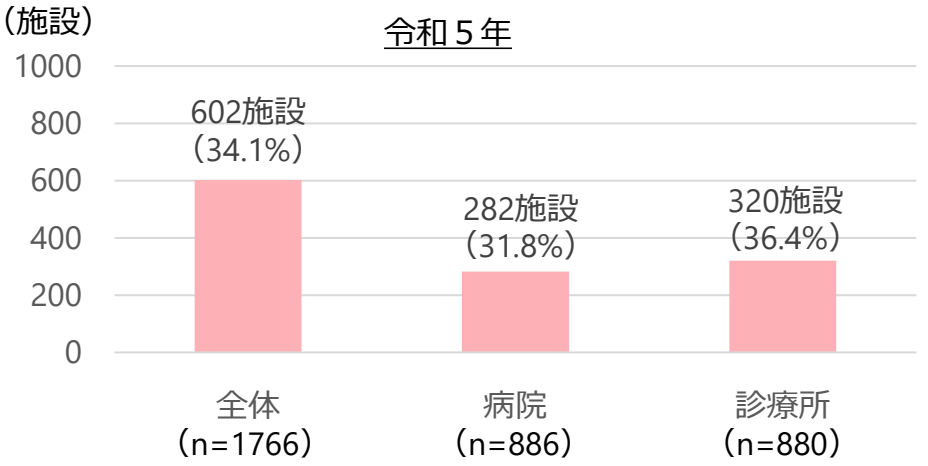
無痛分娩の実施状況

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

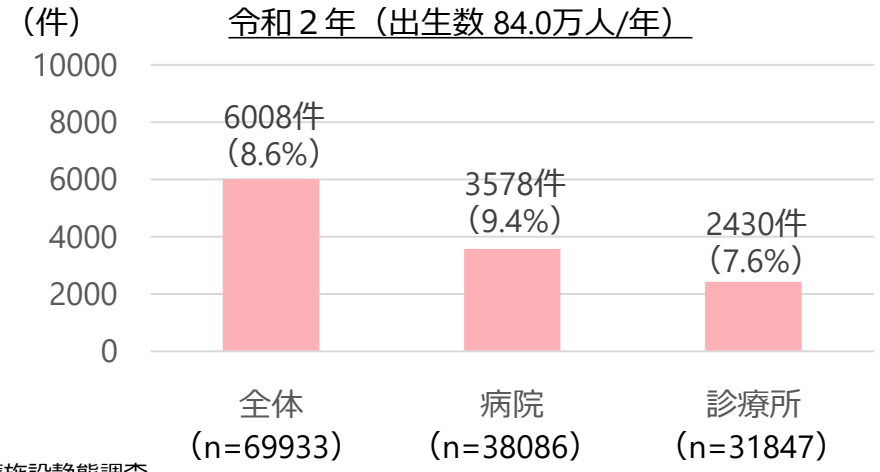
分娩を取り扱う医療機関のうち、無痛分娩を実施している医療機関数は増加している。
医療機関での分娩のうち、無痛（帝王切開を除く）の件数は増加している。

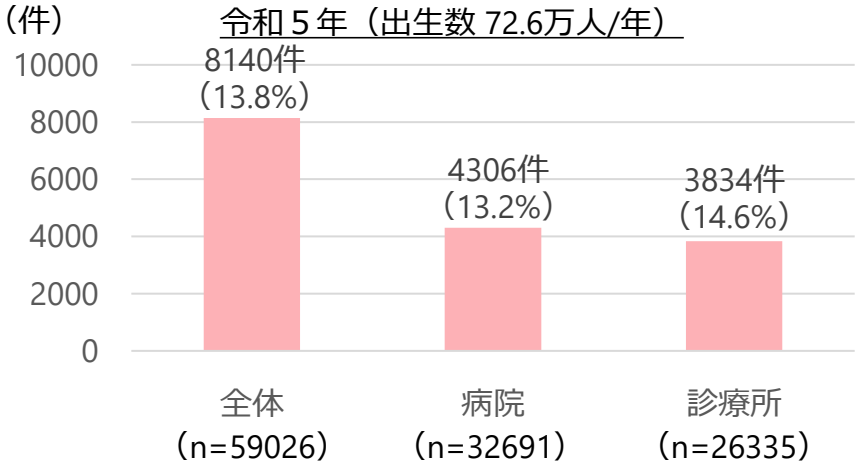
分娩を取り扱う医療機関のうち無痛分娩を実施している医療機関数（各年９月の１か月の実績）





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）



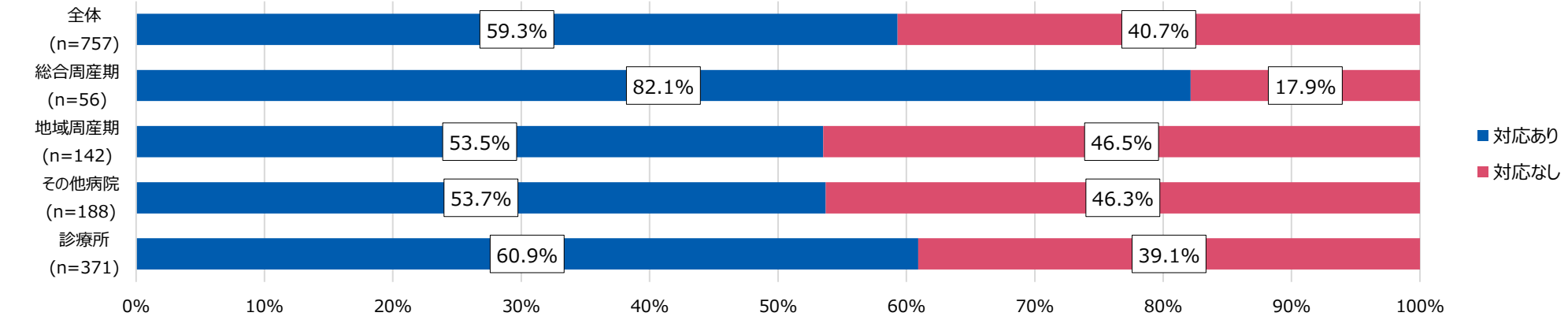


医療施設静態調査

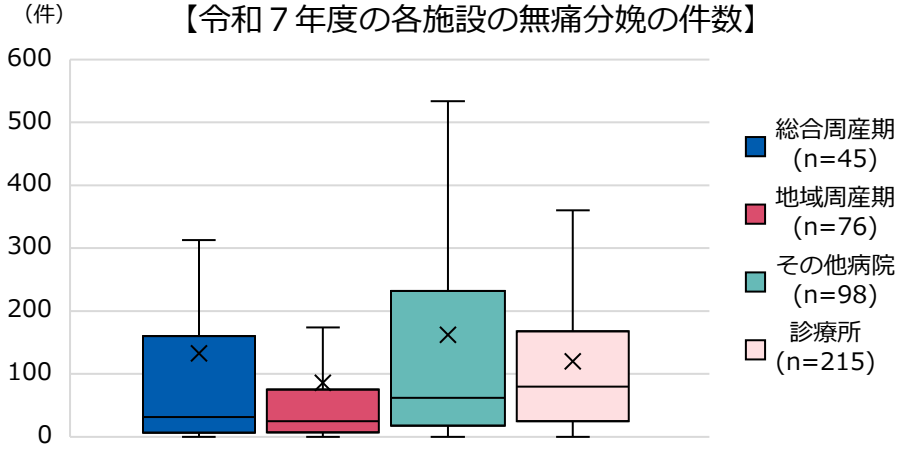
無痛分娩の対応の有無と分娩件数

- 約６割の施設で無痛分娩を取り扱っている。各施設の無痛分娩の全体の分娩に占める割合は、その他病院と診療所で高い傾向。

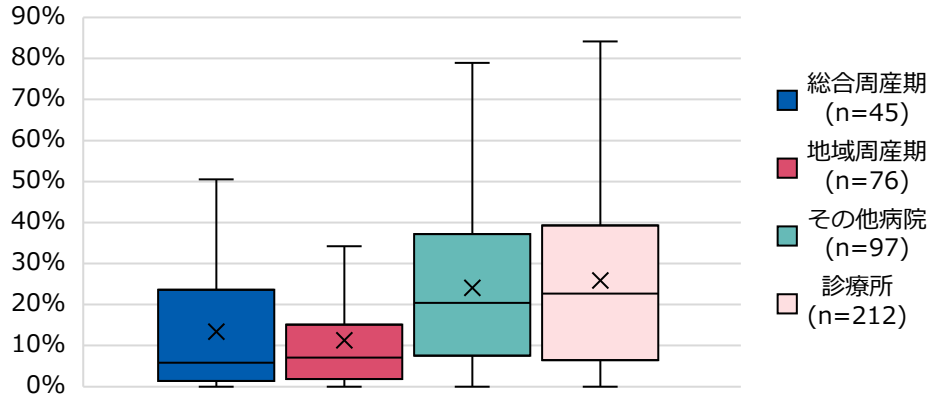
【各施設における無痛分娩への対応の有無】



【令和７年度の各施設の無痛分娩の件数】



【令和７年度の各施設の無痛分娩件数の割合】



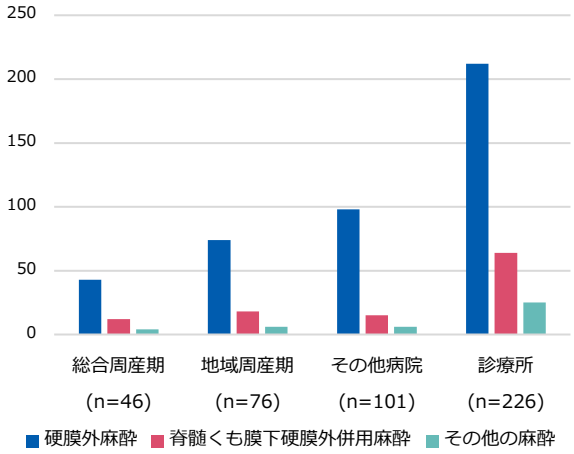
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和８年８月１日時点で、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 無痛分娩を取り扱う施設のみを対象に集計。
- 無痛分娩件数の割合は、全分娩件数のうち、無痛分娩の件数の割合。

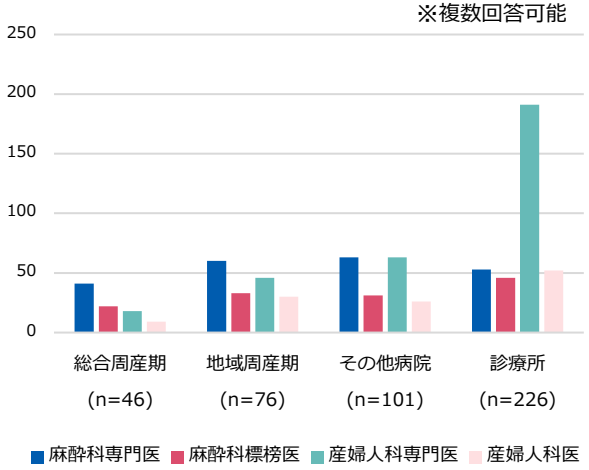
無痛分娩の実施形態等

- 無痛分娩の鎮痛方法では硬膜外麻酔を実施している施設が多い。
- 無痛分娩の麻酔管理を主に関与する医師は、診療所においては産婦人科専門医が多い。

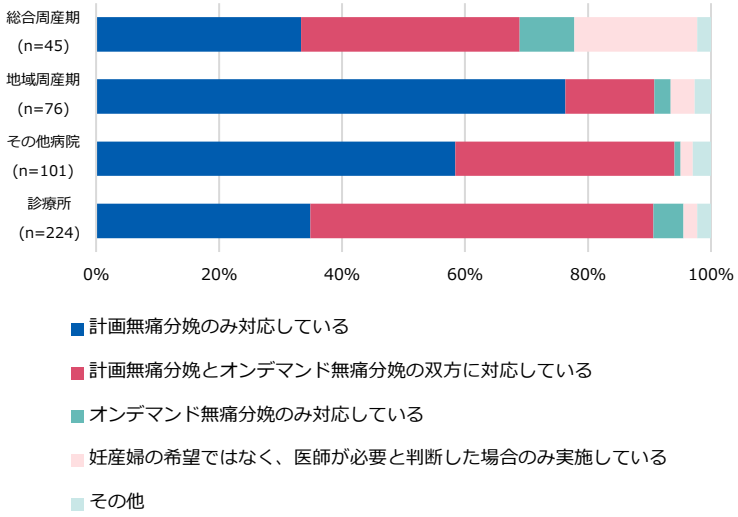
【無痛分娩の鎮痛方法】 ※複数回答可能



【無痛分娩の麻酔管理に主に関与する医師の資格】 ※複数回答可能

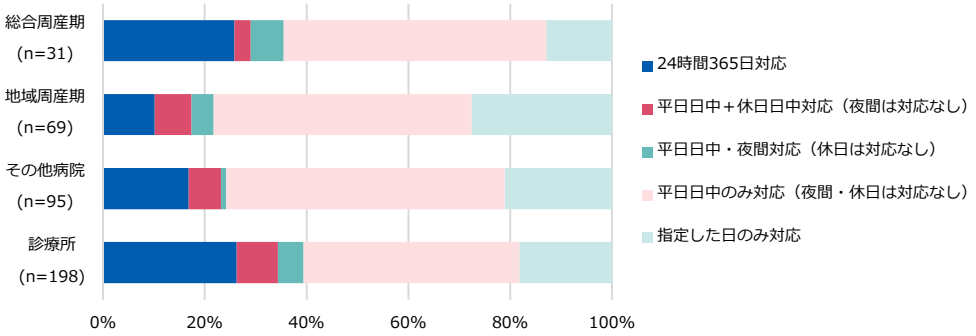


【無痛分娩の実施形態】

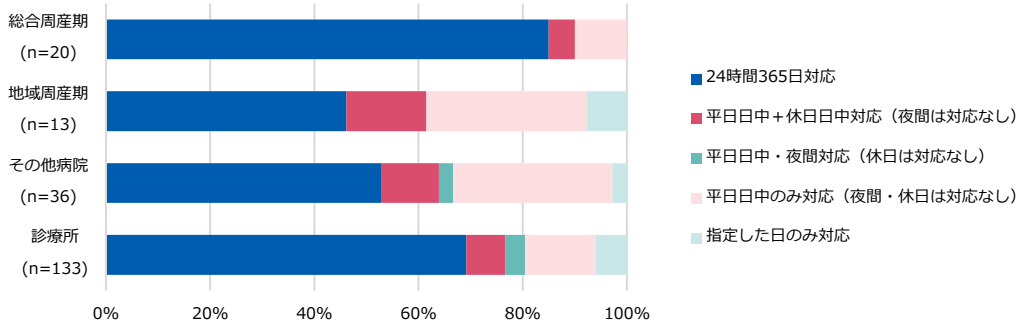


【無痛分娩の対応可能時間帯】

計画無痛分娩の場合



オンデマンド無痛分娩の場合



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

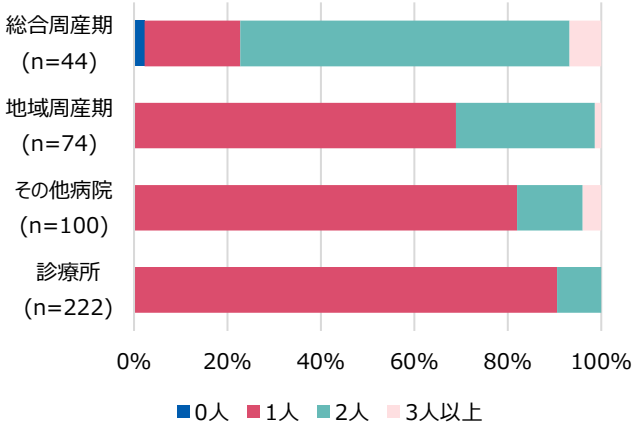
- 令和８年８月１日時点で、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 無痛分娩を取り扱う施設のみを対象に集計。
- 「オンデマンド無痛分娩」とは、陣痛発来後や分娩進行中に、妊婦の希望に応じて実施する無痛分娩をさす。

無痛分娩の対応体制

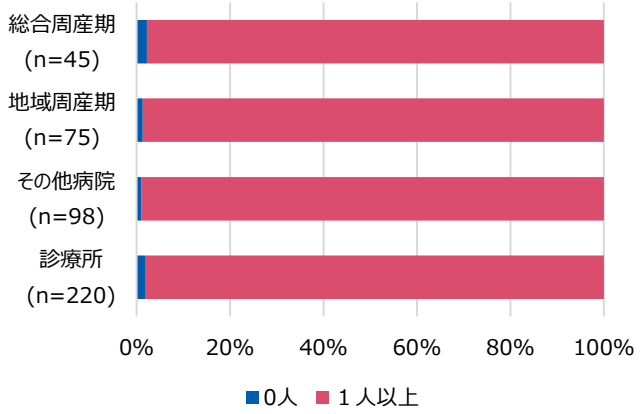
● 平日日中の無痛分娩は、総合周産期母子医療センターでは70%以上の施設で産婦人科医師２名以上で対応している。

【平日日中の無痛分娩１件について、娩出時に関与する標準的な職種別人数）】

産婦人科医師数 ※妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計

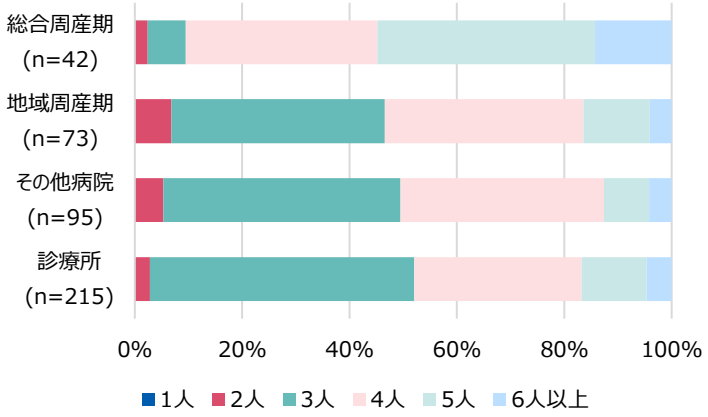


助産師数 ※妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計



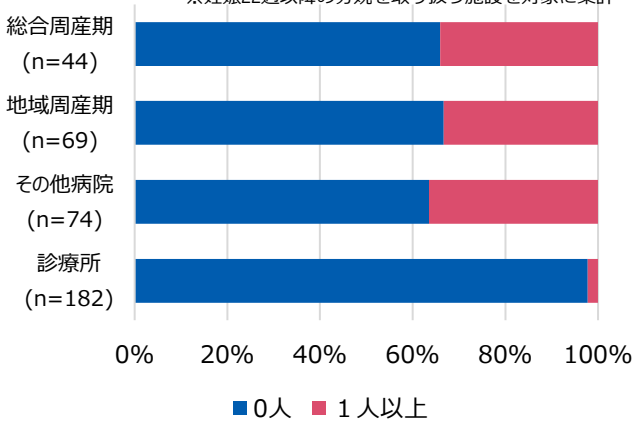
産婦人科医師・助産師・看護師の合計人数

※妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計

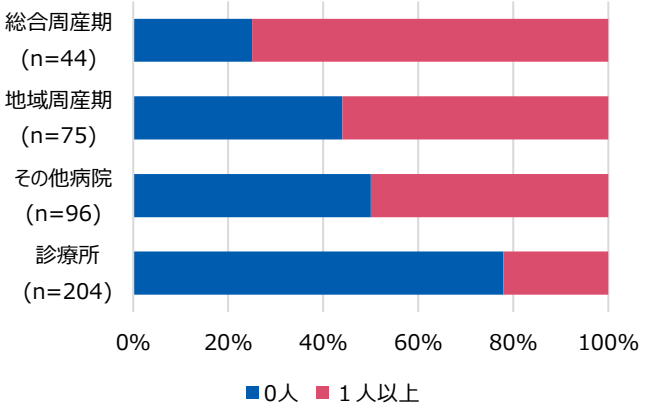


小児科・新生児科医師数

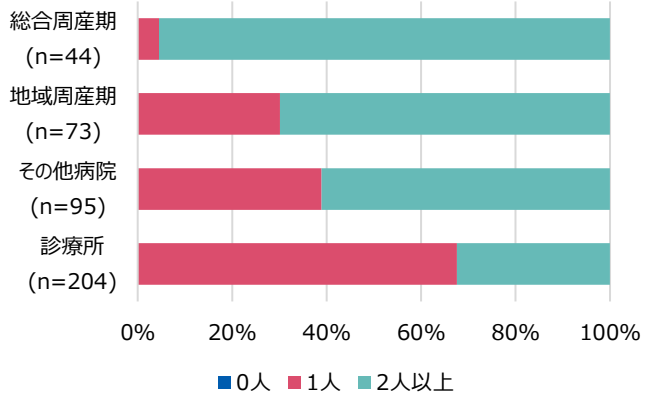
※妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計



麻酔科医師数 ※妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計



医師の合計人数 ※妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

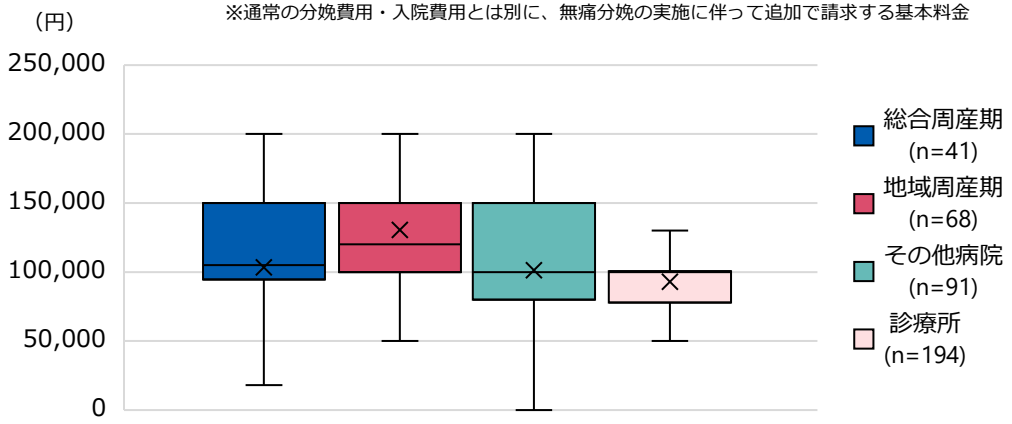
- 無痛分娩を取り扱う施設のみを対象に集計。
- 医師の合計人数は、産婦人科医師、小児科医師、麻酔科医師の人数を合計した人数。

無痛分娩の費用

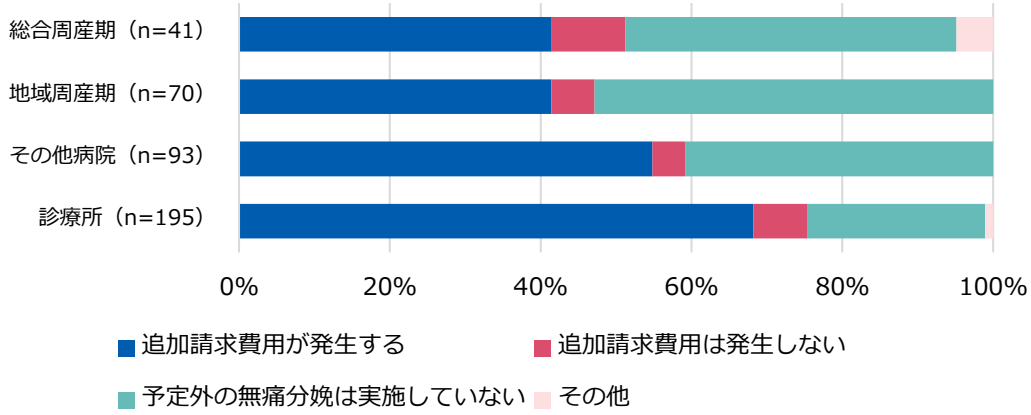
● 無痛分娩の費用は100,000円から150,000円の間に設定している施設が多い。

【あらかじめ予定していた無痛分娩を実施する場合の標準的な追加請求額】

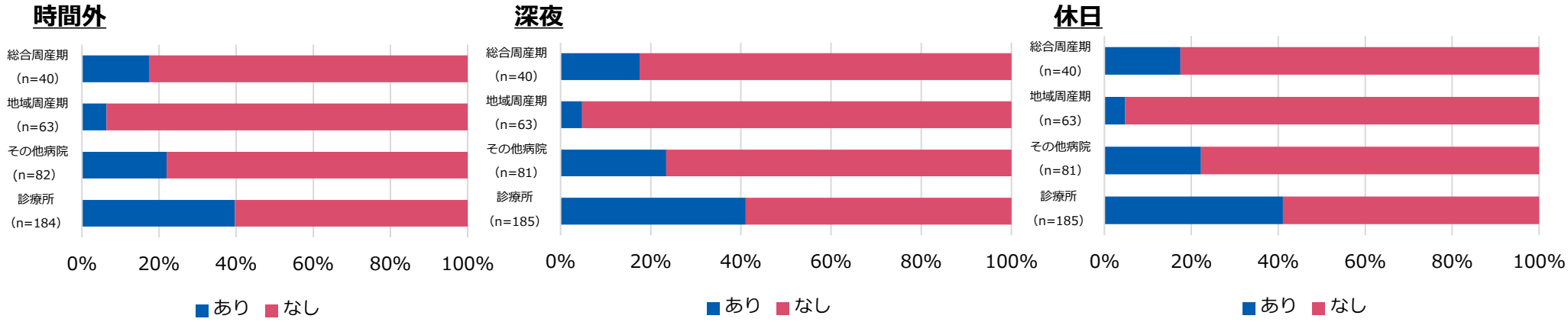
※通常の分娩費用・入院費用とは別に、無痛分娩の実施に伴って追加で請求する基本料金



【当初の予定になかったものの、分娩経過中に妊産婦の希望により無痛分娩を実施する場合の追加請求費用】



【時間外・深夜・休日の無痛分娩に係る追加請求費用】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和８年８月１日時点で、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 無痛分娩を取り扱う施設のみを対象に集計。

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。

令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「安全な無痛分娩実施のための体制構築のための研究」

「安全な無痛分娩実施のための体制構築のための研究」

研究代表者 ：海野信也　北里大学 名誉教授

研究分担者 ：石渡 勇　石渡産婦人科病院・院長（産婦人科学）　奥田泰久　獨協大学・副学長（麻酔科学）

亀井良政　埼玉医科大学・教授　（産婦人科学）　照井克生　埼玉医科大学総合医療センター・教授（麻酔科学）

研究協力者：無痛分娩関係学会・団体連絡協議会　公益社団法人 日本医師会　公益社団法人 日本看護協会　公益社団法人 日本産科婦人科学会

一般社団法人 日本産科麻酔学会　公益社団法人 日本産婦人科医会　公益社団法人 日本麻酔科学会　日本母体救命システム普及協議会

気道管理学会　一般社団法人 東京産婦人科医会　東京麻酔科医会

井上恵莉（社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院）　板倉敦夫（順天堂大学名誉教授）　加藤里絵（昭和医科大学教授）

日本における無痛分娩の現状

・日本の無痛分娩の普及拡大は2018年以降、大都市圏を中心に急速に進行している。

・既存の無痛分娩取扱施設はその取扱数を増加させ、新規に無痛分娩取扱を開始する施設も増えている現状を十分に考慮した上で、安全性確保を前提とした無痛分娩提供体制の構築の検討を進める必要がある。

図1　無痛分娩件数・無痛分娩率の年次推移
日本産婦人科医会施設情報より



2025年10月　日本産婦人科医会医療安全部「硬膜外鎮痛分娩の現状～日本産婦人科医会施設情報からの解析～」より作成

図2　都道府県別　無痛分娩率の年次推移



全分娩数に占める硬膜外鎮痛による分娩の割合は増加傾向にある
地域的偏りがある

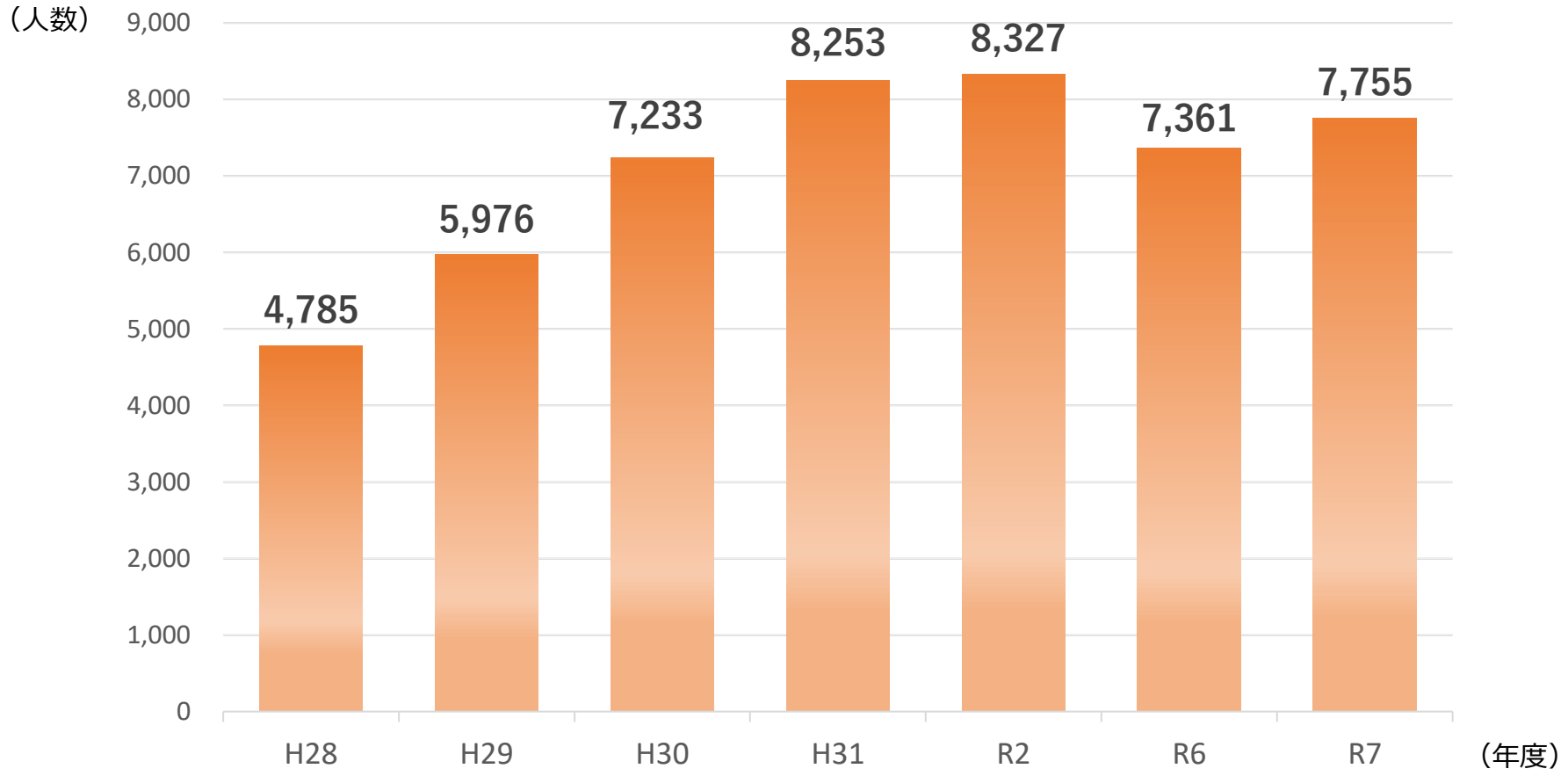
2025年10月　日本産婦人科医会医療安全部「硬膜外鎮痛分娩の現状～日本産婦人科医会施設情報からの解析～」より

- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応
  - 夜間や休日の出産への対応
  - 出産に係る疼痛等への支援
  - 支援上の配慮が必要な妊産婦等
  - 助産所における分娩（自宅分娩含む）

こどもまんなか
こども家庭庁

特定妊婦数の推移について

○「特定妊婦」　出産後の養育について、出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦
（児童福祉法第６条の３第５項）



※各年度４月１日時点の要保護児童対策地域協議会登録ケース数
※平成28年度から令和２年度は厚生労働省こども家庭局家庭福祉課調べ
※令和６年度、令和７年度はこども家庭庁支援局虐待防止対策課調べ

支援上の配慮を要する妊産婦への対応

- 令和７年度に支援上の配慮を要する妊産婦で対応した割合は、「育児への不安が強い」「精神科への受診歴、相談歴がある」「未婚」「家族の支援が乏しい」の順に高かった。

【支援上の配慮を要する妊産婦への対応】

	総合周産期母子医療センター (n=56)	地域周産期母子医療センター (n=140)	その他病院 (n=179)	診療所 (n=357)	助産所 (n=94)	合計 (n=826)
育児への不安が強い	100.0%	99.3%	96.1%	92.7%	62.8%	91.6%
精神科への受診歴、相談歴がある	100.0%	97.9%	95.5%	93.6%	58.5%	91.2%
未婚	100.0%	100.0%	97.8%	91.3%	48.9%	90.0%
家族の支援が乏しい	100.0%	95.7%	96.1%	86.8%	53.2%	87.4%
理解力や行動等が気になる	96.4%	97.1%	92.7%	81.2%	41.5%	82.9%
若年（10代）	98.2%	97.1%	89.4%	85.4%	29.8%	82.8%
死産等の経験	100.0%	89.3%	88.3%	75.1%	27.7%	76.6%
ステップファミリー	89.3%	85.0%	79.9%	69.2%	59.6%	74.5%
周囲とのコミュニケーションに課題がある	92.9%	92.1%	82.7%	64.1%	38.3%	71.9%
DV／家族との不和がある	96.4%	87.9%	79.3%	68.3%	31.9%	71.8%
経済的困窮	92.9%	92.1%	80.4%	62.5%	31.9%	70.0%
定期的に妊婦健診を受けていない	98.2%	90.0%	77.7%	63.6%	13.8%	67.8%
自殺企図、自傷行為の既往がある	94.6%	82.1%	69.3%	63.0%	20.2%	64.9%
胎児に疾病や障害がある、またはその疑いがある	100.0%	85.7%	70.4%	58.5%	22.3%	64.4%
望まない妊娠	91.1%	85.7%	76.0%	58.5%	17.0%	64.4%
家族や周囲（近隣や地域）から孤立している	92.9%	78.6%	70.9%	57.1%	30.9%	63.2%
虐待歴／被虐待歴がある	91.1%	80.7%	72.1%	51.0%	23.4%	60.2%
夫婦ともに無職／不安定就労	85.7%	82.1%	58.1%	43.1%	13.8%	52.5%
反復中絶	75.0%	59.3%	59.8%	45.4%	7.4%	48.5%
身体障害がある	92.9%	67.9%	50.3%	33.6%	16.0%	45.0%
未受診（分娩まで一度も受診歴がない）	96.4%	81.4%	49.2%	24.4%	4.3%	42.0%
住所が不定／転居を繰り返している	80.4%	62.1%	46.4%	26.6%	9.6%	38.6%
薬物やアルコールの依存症がある	76.8%	53.6%	37.4%	21.0%	5.3%	32.1%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和７年４月１日～令和８年３月31日の１年間に対応した妊産婦について集計。

支援上の配慮を要する妊産婦に関する情報管理と連携

- 支援上配慮を要する妊産婦については、多くの施設がカルテ上に支援上の配慮事項を記録して情報を管理しており、すべての分娩取り扱い施設でカンファレンス等で情報を共有していた。

【要配慮妊産婦の把握・管理方法】

	総合周産期 (n=56)	地域周産期 (n=141)	その他病院 (n=181)	診療所 (n=337)	助産所 (n=101)
電子カルテ上に支援上の配慮事項を記録している	96.4%	95.7%	88.4%	65.6%	97.0%
対象者リストを作成している	76.8%	74.5%	60.8%	54.0%	15.8%
その他	14.3%	4.3%	12.2%	16.0%	20.8%

【要配慮妊産婦に関する情報共有】

	総合周産期 (n=56)	地域周産期 (n=142)	その他病院 (n=177)	診療所 (n=337)
多職種が参加するカンファレンス等で定期的に共有している	66.1%	71.8%	48.6%	20.2%
多職種が参加するカンファレンス等で必要に応じて共有している	30.4%	21.1%	28.8%	29.4%
各職種内のカンファレンス等で定期的に共有している	3.6%	4.2%	3.4%	5.9%
各職種内のカンファレンス等で必要に応じて共有している	0.0%	2.8%	19.2%	44.5%
カンファレンスによる情報共有・連携は行っていない	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

支援上の配慮を要する妊産婦への対応の実際

- 妊産婦のメンタルヘルス不調や出産後の養育環境が整わない場合などに、特別な支援が必要となることがある。
- 妊娠期から継続して多職種で関わることが多く、定期的なカンファレンス等で情報共有しながら対応している。
- 他の妊産婦に比べて、本人や家族への指導、他の医療機関・自治体等との連携等、追加の対応が必要となる。

【支援上の配慮を要する妊産婦への対応の実際】

- 特に支援を必要とする妊産婦は、妊娠初期に助産師が行う面談等で、各施設独自の基準によってスクリーニングしている。
- 追加で支援が必要となるのは全体の約１～３割で、妊婦健診の際に継続的にフォローし、場合によっては受け持ちの助産師を決めて対応している。
- 組織的な支援が必要な場合は、入退院支援室や地域医療連携室等でもフォローし、定期的なカンファレンスで対応を協議している。
- 自治体等との連携が必要な場合は、医療ソーシャルワーカー等の相談員が関与して調整することが多い。

主に対応する職種：産婦人科医、助産師、看護師、医療ソーシャルワーカー、公認心理師
必要に応じて、小児科（新生児科）医、精神科医、医事課等とも連携して対応する。

【支援上の配慮を要する妊産婦への対応例】

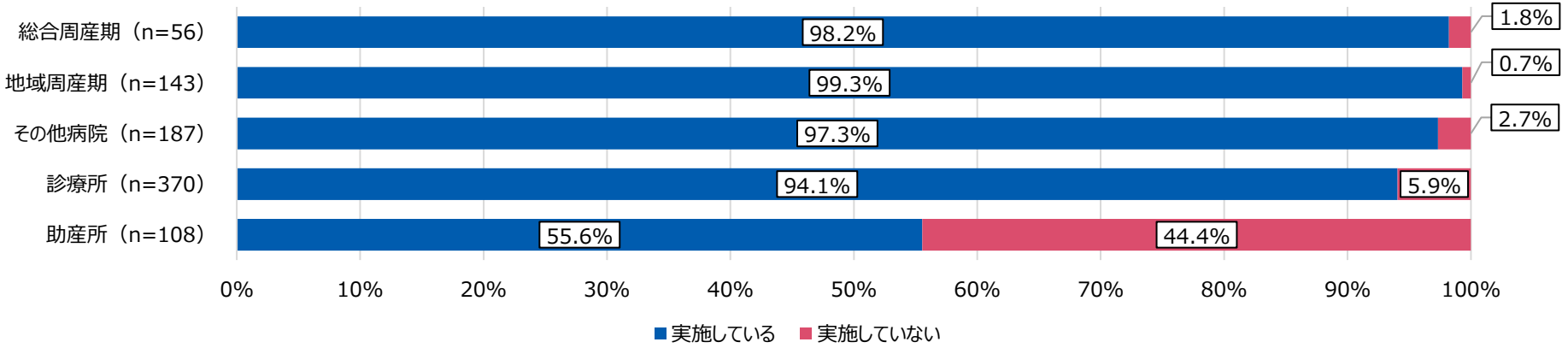
	背景	対応例
事例A	メンタルヘルス不調	• 日本産婦人科医会の妊産婦のメンタルヘルスケアマニュアル等を参考に対応している。 • 精神科がない場合は、他の医療機関と連携して対応している。 • 養育には家族の支援が重要であるため、家族への指導の時間も多くなる。
事例B	養育の意思がない	• 妊産婦や家族の意思を確認するため、妊娠中に複数回面談などを実施している。 • 養子縁組を希望する場合は、児童相談所や養子縁組民間あっせん事業者への相談や対応が必要になる。 • 経済的困窮のある場合も多いので、産後の入院期間が延長しないよう妊娠中から積極的に介入し準備している。
事例C	妊婦健診未受診	• 救急搬送されてすぐに分娩になることも多く、短期間に養育意思の確認や児童相談所への相談等が必要になる。 • 土日や年末年始等の連休には自治体等との連絡がとれない場合もあり、対応に苦慮している。 • 経済的困窮のある場合は、分娩費用の支払いができない場合もある。

出典：分娩取扱施設へのヒアリングをもとに保険局医療課で作成。

コミュニケーション等に支援を要する妊産婦への対応

- 外国人等の日本語でのコミュニケーションが困難であったり、日本人とは異なる医療文化や医療習慣を有する妊産婦についても、病院・診療所では9割以上で受入を実施していた。
- 受入のために実施している割合が高い取組は、「入院食に対する要望の確認や対応」「文化や習慣等の違いの確認や対応」「家族等の付き添いに対する特別な配慮」「医師等の性別に対する要望への確認や対応」等であった。

【外国人等のコミュニケーション等に支援を要する妊産婦の受入状況】



【受入にあたり実施している取組】

	総合周産期 (n=53)	地域周産期 (n=134)	その他病院 (n=172)	診療所 (n=326)	助産所 (n=59)	合計 (n=685)
入院食に対する要望の確認や対応	92.5%	88.8%	88.4%	79.1%	83.1%	84.4%
文化や習慣等の違いの確認や対応	96.2%	89.6%	89.5%	73.9%	89.8%	82.6%
家族等の付き添いに対する特別な配慮	60.4%	68.7%	70.3%	74.8%	74.6%	71.4%
医師等の性別に対する要望への確認や対応	84.9%	73.1%	58.1%	37.7%	55.9%	53.4%
受入や対応に関するマニュアルの整備	34.0%	30.6%	25.6%	18.1%	6.8%	23.6%
受入や対応に関する職員研修	18.9%	11.9%	10.5%	4.9%	11.9%	8.8%
受入医療コーディネーターの配置	7.5%	9.0%	3.5%	1.5%	3.4%	3.9%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

多胎妊産婦等支援（産前・産後サポート事業の一部）

事業の目的

○ 多胎妊産婦への支援について、多胎ピアサポート事業や、育児サポーター等派遣事業を実施することにより、誰もが子育てをしやすい環境を整える。

事業の概要

◆ 対象者

多胎妊産婦及び多胎家庭

※（２）多胎妊産婦等サポーター等事業については、２歳程度までの多胎児を育児する者を対象者の目安とし、個別の事情を踏まえて判断

◆ 内　容

（１）多胎ピアサポート事業

多胎児の育児経験者家族との交流会等の実施や、多胎妊婦が入院している場合、外出が困難な場合などにおいて、必要に応じて多胎児の育児経験者によるアウトリーチでの相談支援を実施する。

（２）多胎妊産婦等サポーター等事業

多胎妊産婦や多胎家庭のもとへサポーターを派遣し、外出時の補助や、日常の育児に関する介助を行う。また、当該サポーターを派遣する前に、多胎妊産婦等への支援に際して必要な知識等を修得するための研修を実施する。

◆ 実施自治体数　（令和６年度変更交付決定ベース）

・多胎ピアサポート事業　　１２４自治体
・多胎妊産婦等サポーター等事業　１２４自治体



交流会やアウトリーチによる相談支援など


日常生活のサポート

実施主体等

◆ 実施主体　：市町村（市町村内の多胎妊産婦が少人数である場合、都道府県が実施することも可能）

◆ 補 助 率　：国１／２、市町村１／２

◆ 補助基準額

多胎ピアサポート事業　　月額194,800円
多胎妊産婦等サポーター等事業　　月額154,800円～712,200円
（人口により異なる）

多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業

事業の目的

○　多胎児を妊娠した妊婦は、単胎妊娠の場合よりも頻回の妊婦健康診査受診が推奨され、受診に伴う経済的負担が大きくなることから、通常１４回程度の妊婦健康診査よりも追加で受診する健康診査に係る費用を補助することで、多胎妊婦の負担軽減を図ることを目的とする。

事業の概要

◆ 対象者

多胎を妊娠している妊婦

◆ 内　容

多胎を妊娠している妊婦を対象に、単胎の場合よりも追加で受診する妊婦健康診査に係る費用について、一定額を助成する。

◆ 実施自治体数

７５０自治体

※令和６年度変更交付決定ベース

実施主体等

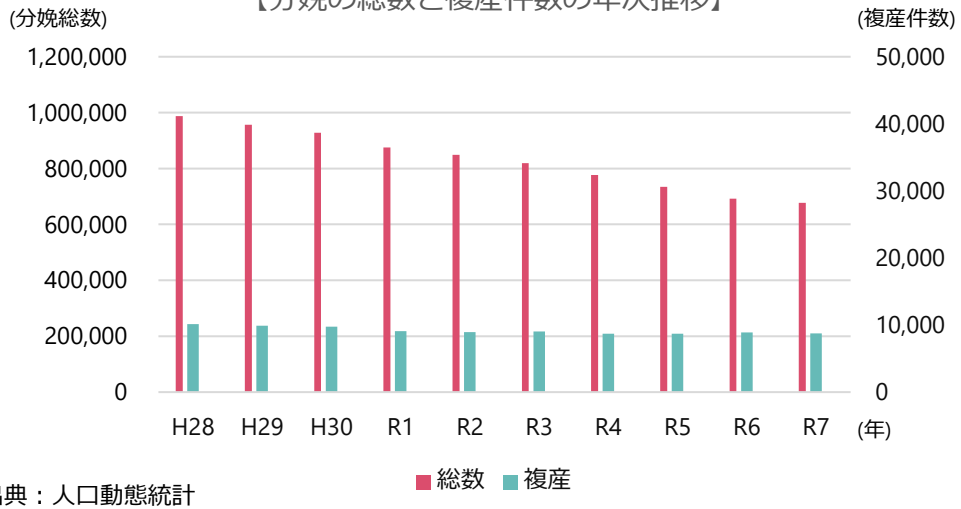
◆ 実施主体：市町村　　◆ 補助率：国１／２、市町村１／２

◆ 補助単価：１件あたり 5,000円　　※多胎妊婦１人当たり５回を限度

多胎（複産）の件数の推移及び多胎支援の内容

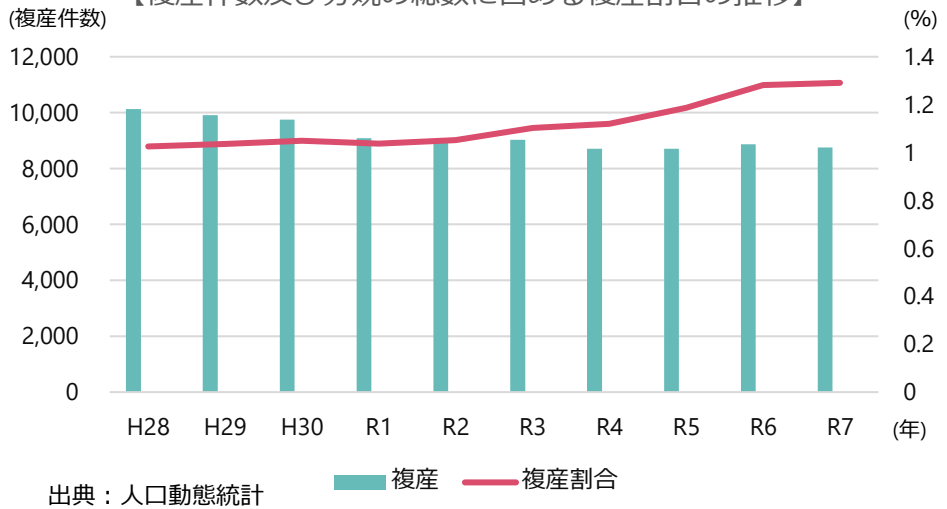
- 分娩の総数に占める多胎の割合は増加傾向。
- 多胎児の分娩に当たっては、産前産後に特有の支援を要する場面がある。

【分娩の総数と複産件数の年次推移】



出典：人口動態統計

【複産件数及び分娩の総数に占める複産割合の推移】



出典：人口動態統計

妊娠中の支援

○入院中に多胎育児についての保健指導を実施

○ファミリー教室や両親学級

出典：日本多胎支援協会へのヒアリング

産褥入院中の支援

○同時授乳の方法を指導

○母児同室や両親同室を１日行い退院後の状況を体験

○産後ケアや訪問看護等退院後の支援の情報を提供

退院後の保健指導

○外来で多胎育児の支援や指導を実施

○ピアサポーターによる訪問支援

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

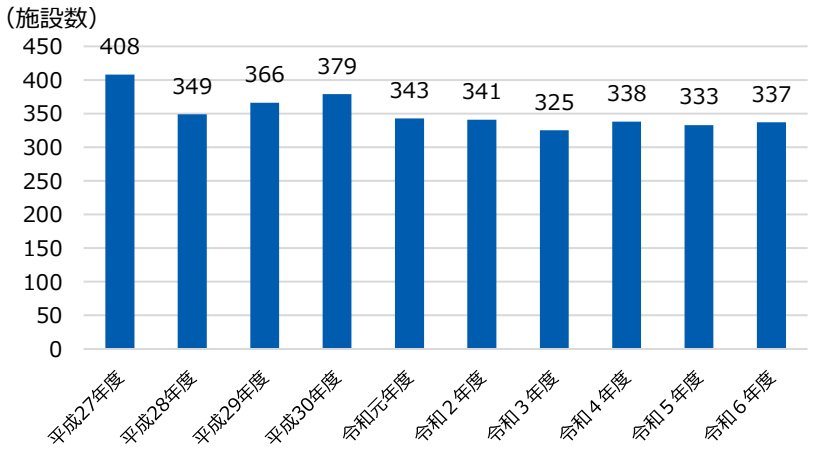
- 第１回検討会での指摘事項等
- 新たな出産の給付における算定要件や施設基準の規定
- 出産に係る診療やケアの体制等
- 妊産婦等の個別のニーズへの対応
  - 夜間や休日の出産への対応
  - 出産に係る疼痛等への支援
  - 支援上の配慮が必要な妊産婦等
  - 助産所における分娩（自宅分娩含む）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

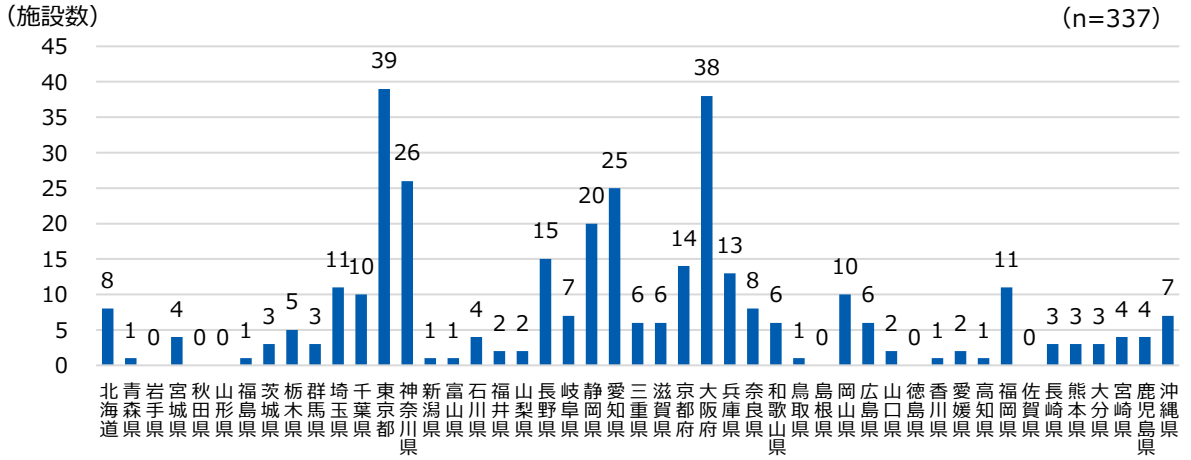
分娩を取り扱う助産所の状況

- 分娩を取り扱う助産所数は、令和６年度には337施設で、最も多いのは東京都であった。
- 令和7年度における助産所の年間分娩取扱件数の平均は、13.1件であった。

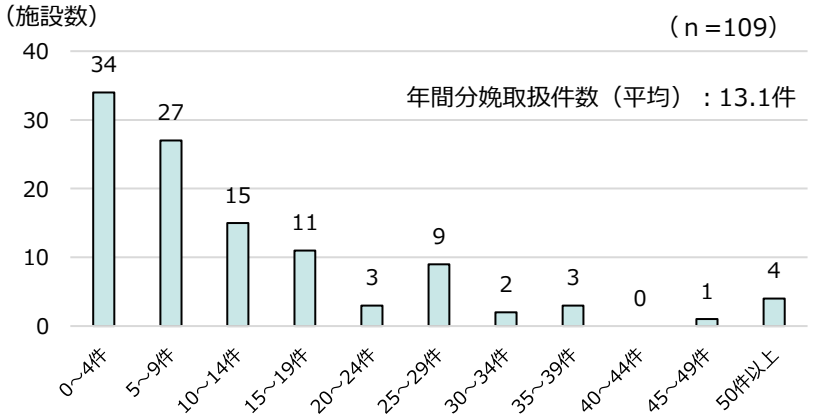
【分娩を取り扱う助産所数の推移】



【分娩を取り扱う助産所の都道府県別分布】



【助産所の年間分娩件数の分布（令和７年度）】



【助産所の安全・感染対策等の実施状況】

	有床（n=96）	無床（n=13）	合計（n=109）
院内感染防止対策のマニュアル等の作成	99.0%	92.3%	98.2%
医療事故やインシデント等の報告体制の整備	96.9%	100.0%	97.2%
医療安全管理のための指針の整備	97.9%	84.6%	96.3%
医療安全に関する研修受講	93.8%	100.0%	94.5%
BCP（業務継続計画）の作成	61.5%	69.2%	62.4%
身体的拘束を最小化するための取り組み	31.3%	23.1%	30.3%
栄養管理手順の作成（標準的な影響スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）	10.4%	7.7%	10.1%

出典：（分娩取扱助産所数および都道府県別分布）令和６年度衛生行政報告例
（年間分娩件数および安全・感染対策等の実施状況）令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

助産所分娩と助産師による自宅分娩の経過の一例

- 助産所分娩では、医療機関と同様に出産後５日程度入所する。
- 自宅分娩では、産後に助産所から毎日訪問を行い、観察や助産ケアを実施している。

分娩から産後入院の経過の１例（助産所、助産師による自宅分娩）

●ケース１（助産所出産）妊娠40週の妊婦に陣痛が発来したため入院。翌日に経腟分娩。母児同室で生後５日目まで過ごし退院した。

		出産前	出産当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
	状況	陣痛発来～入院	分娩	産後				退院
妊産婦	処置・ケア等	分娩進行の観察・分娩介助・緊急に備えた対応		産後の心身の観察（検温、子宮の収縮、出血）・アセスメント、健康状態の確認、助産診断				
		正常から逸脱しないための助産ケア・和痛のケア（マッサージ、保温、体位変換、休息と栄養補給など）		身体回復と母乳分泌促進のための助産ケア（乳房ケア、授乳指導、栄養指導）				
		検温・尿検査・体重測定・破水の検査					尿検査・体重測定	
				絆・愛着形成促進のケア				
		家族へのケア			育児指導（沐浴、抱き方、着替え、退院後の部屋の環境）、退院後の生活指導			
新生児	管理・保育等		出生後の評価	授乳・沐浴など				
			バイタルサイン・身体計測	児の観察（胎外生活への適応、一般状態、体重測定・黄疸評価・各種検査）・アセスメント、健康状態の確認、助産診断				
生活の世話	入院	調理・配膳・清掃・シーツ交換等環境整備						

●ケース２（助産師による自宅出産）妊娠40週の妊婦に陣痛が発来したため訪問。翌日に経腟分娩。自宅でそのまま過ごし、生後5日で産後訪問終了。

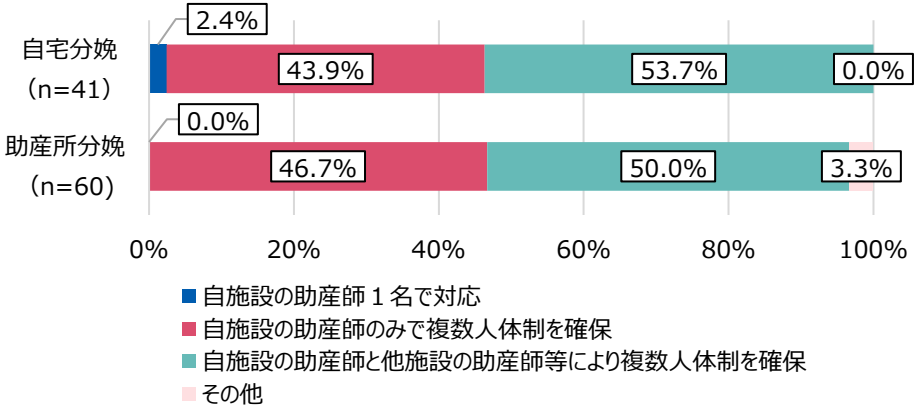
		出産前	出産当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
	状況	陣痛発来～訪問	分娩～分娩後２時間滞在	産後 →	毎日訪問＋異常時のための待機		→	訪問終了
妊産婦	処置・ケア等	分娩進行の観察・分娩介助・緊急に備えた対応		産後の心身の観察（検温、子宮の収縮、出血）・アセスメント、健康状態の確認、助産診断				
		正常から逸脱しないための助産ケア・和痛のケア（マッサージ、保温、体位変換、休息と栄養補給など）		身体回復と母乳分泌促進のための助産ケア（乳房ケア、授乳指導、栄養指導）				
		分娩進行の観察・分娩介助・緊急に備えた対応					尿検査・体重測定	
				絆・愛着形成促進のケア				
		家族へのケア		家族と共に行う、母児の注意すべき症状と相談・連絡方法、育児指導（沐浴、抱き方など）				
新生児	管理・保育等		出生後の評価	授乳・沐浴など				
			バイタルサイン・身体計測	児の観察（胎外生活への適応、一般状態、体重測定・黄疸評価・各種検査）・アセスメント、健康状態の確認、助産診断				
環境の整備	その他	感染対策（清潔野の確保・水回りの確認など）		医療廃棄物、機械等の撤収・産後の経過に合わせた寝具の配置などの環境整備				

公益社団法人日本助産師会提供資料

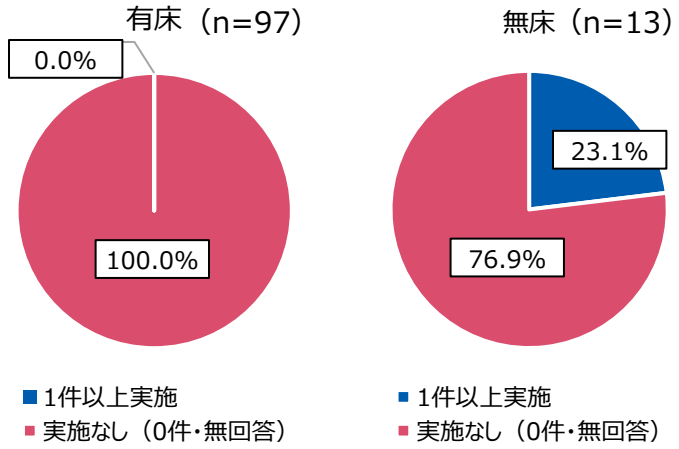
助産所における分娩への対応体制

- 助産所分娩と自宅分娩のどちらも９割以上が娩出時に複数人体制を確保しており、他施設の助産師等のサポートを受けて体制を確保している施設が半数以上であった。
- 無床助産所では３施設がオープンシステムを利用して分娩を取り扱っていた。

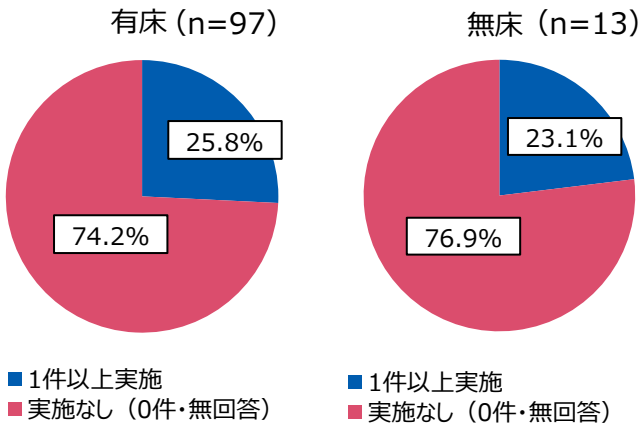
【分娩（娩出時）に関与する人数】



【オープンシステムの実施割合】



【他助産所のサポートを行っている割合】



【オープンシステム・セミオープンシステムの運営にあたり実施している取組】

（n=24）

	助産所（n=24）
妊産婦に関する情報共有（診療情報提供書、電子カルテ連携等）	83.3%
緊急時・搬送時の対応ルール共有	79.2%
連携施設職員向けの研修・教育支援	54.2%
カンファレンス・症例検討会	54.2%
連携施設との合同訓練・シミュレーション	20.8%
運営会議	20.8%
連携施設の医師による診療応援（宿直やオンコール対応等）	20.8%
その他	8.3%

出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

助産所における搬送・転院の状況

- 有床助産所からの転院件数の平均は妊娠期が最も多いが、救急車を使った搬送の件数は分娩期に最も多かった。
- 有床助産所の、主な転院先までの標準的な所要時間は平均約20分であった。
- 搬送・転院後に再受入れするケースもあった。

【搬送・転院件数の平均（令和７年度）】

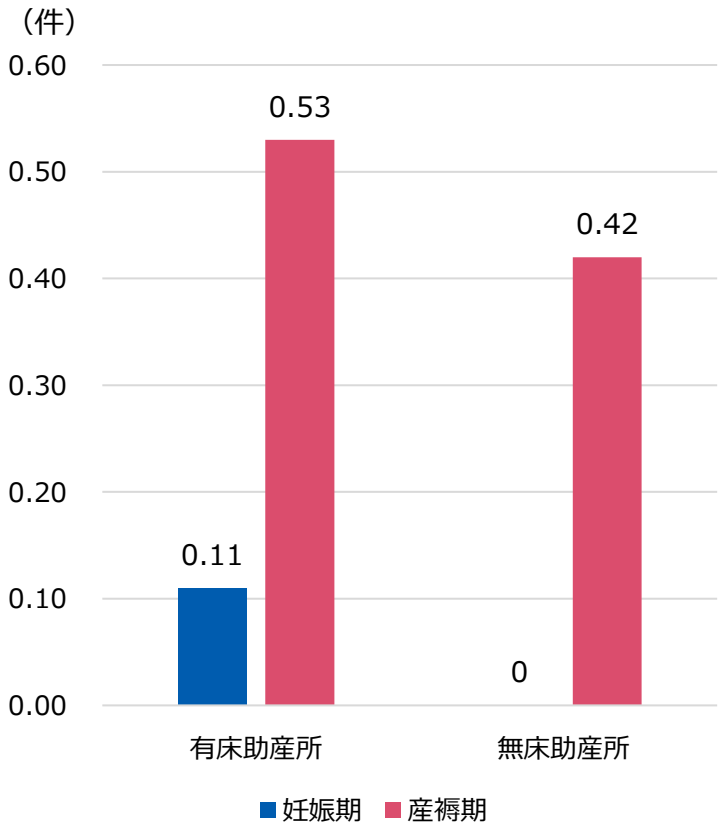
	有床助産所			無床助産所		
	回答施設数	平均	SD	回答施設数	平均	SD
妊娠期						
医療機関に救急車を使って搬送した件数	89	0.07	0.25	12	0.17	0.39
医療機関にそれ以外の方法で転院・転送した件数	90	1.36	2.46	13	0.23	0.44
分娩期						
医療機関に救急車を使って搬送した件数	90	0.51	1.06	12	0.17	0.39
医療機関にそれ以外の方法で転院・転送した件数	91	0.54	1.24	12	0.08	0.29
産褥期						
医療機関に救急車を使って搬送した件数	91	0.10	0.42	12	0.17	0.39
医療機関にそれ以外の方法で転院・転送した件数	90	0.07	0.36	12	0.00	0.00
新生児期						
医療機関に救急車を使って搬送した件数	89	0.28	0.66	12	0.17	0.39
医療機関にそれ以外の方法で転院・転送した件数	90	0.14	0.61	12	0.08	0.29

【主な転院先までの標準的な所要時間】

（単位：分）

	有床助産所					無床助産所				
	回答施設数	平均	SD	最小	最大	回答施設数	平均	SD	最小	最大
妊産婦	86	21.5	12.5	3.0	60.0	8	26.3	18.3	0.0	60.0
新生児	80	21.3	14.2	0.0	90.0	7	27.9	19.1	0.0	60.0

【搬送・転院後の年間再受け入れ件数】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

嘱託医との連携

- 助産所と嘱託医・嘱託医療機関として契約しているのは、「その他医療機関」が７割以上であった。
- 嘱託医から緊急時の包括的な指示を受けている助産所が96.9%あった。

【嘱託医・連携医師の属性】

	助産所分娩取扱助産所				自宅分娩取扱助産所			
	嘱託医 n=317		連携医師 n=184		嘱託医 n=226		連携医師 n=132	
	回答施設数	%	回答施設数	%	回答施設数	%	回答施設数	%
所属先								
総合周産期母子医療センター	22	6.9	33	17.9	11	4.9	26	19.7
地域周産期母子医療センター	51	16.1	32	17.4	34	15.0	21	15.9
その他医療機関	240	75.7	113	61.4	178	78.8	82	62.1
無回答	4	1.3	6	3.3	3	1.3	3	2.3
専門診療科								
産科	28	8.8	15	8.2	13	5.8	12	9.1
産婦人科	266	83.9	134	72.8	115	50.9	96	72.7
小児科	15	4.7	33	17.9	12	5.3	23	17.4
内科	3	0.9	0	0	2	0.9	0	0
その他	4	1.3	2	1.1	3	1.3	1	0.8
無回答	1	0.3	0	0	1	0.4	0	0

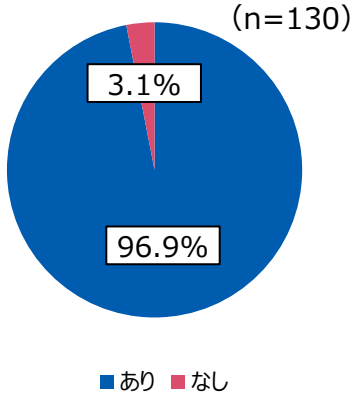
※ 「連携医師」は、嘱託医以外で日常の助産業務において連携している医師を指す。

【嘱託医療機関・連携医療機関の種別】

	嘱託医療機関 n=199		連携医療機関 n=129	
	回答施設数	%	回答施設数	%
総合周産期母子医療センター	24	12.1	33	25.6
地域周産期母子医療センター	45	22.6	38	29.5
その他医療機関	129	64.8	56	43.4
無回答	3	1.5	2	1.6

出典：公益社団法人日本助産師会提供資料をもとに保険局医療課にて作成。

【嘱託医との緊急時の包括的な指示】



【緊急時の包括的な指示の内容】

n=130

	n	%
輸液	117	90.0
オキシトシンの投与 *	116	89.2
血管確保	100	76.9
GBSの点滴	99	76.2
破水時の抗菌薬投与	87	66.9
エルゴメトリンの投与 *	85	65.4
酸素投与	52	40.0
鎮痛薬投与	47	36.2
その他	35	26.9
鉄剤投与	17	13.1

* 筋肉注射、点滴投与

【緊急搬送時の嘱託医・嘱託医療機関の関わり】

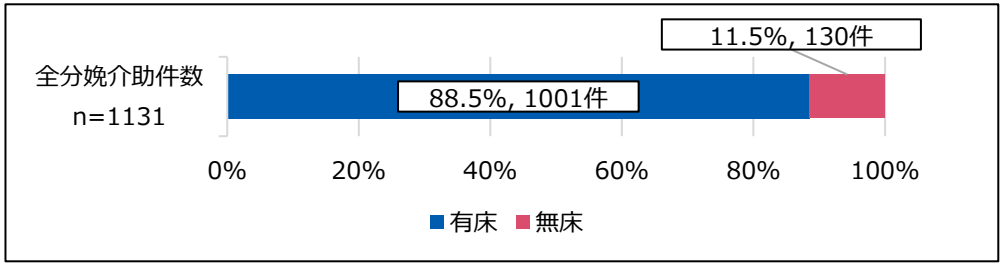
n=130

	n	%
嘱託医経由で嘱託医療機関へ搬送	92	70.8%
嘱託医経由で連携医療機関へ搬送	78	60.0%
嘱託医経由せず、嘱託医療機関へ搬送	85	65.4%
嘱託医経由せず、連携医療機関へ直接搬送	75	57.7%
嘱託医経由せず、高次医療機関へ直接搬送	70	53.8%
緊急搬送時、自治体などの搬送システム使用	60	46.2%
その他	18	13.8%

自宅分娩の件数と体制

- 助産所による分娩の約１割が無床助産所での取り扱いであった。
- 自宅分娩を受託する際は「搬送可能な医療機関の有無」を条件とするところが9割以上であり、嘱託医までの搬送時間が60分以内の施設が、87.7%であった。

【全分娩件数】 ※ 2024年1月～12月

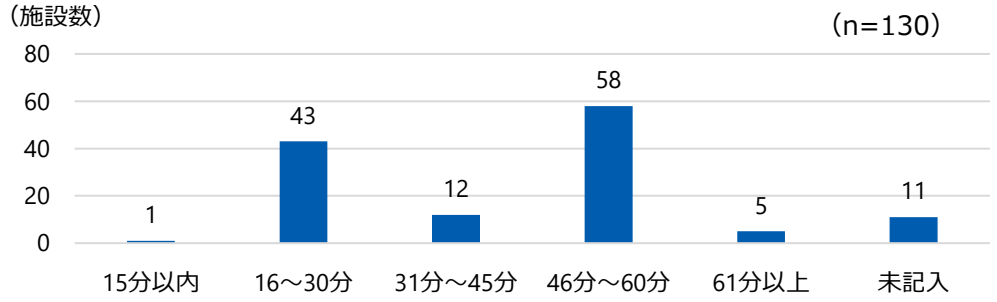


【自宅分娩を受託する際の考慮事項】

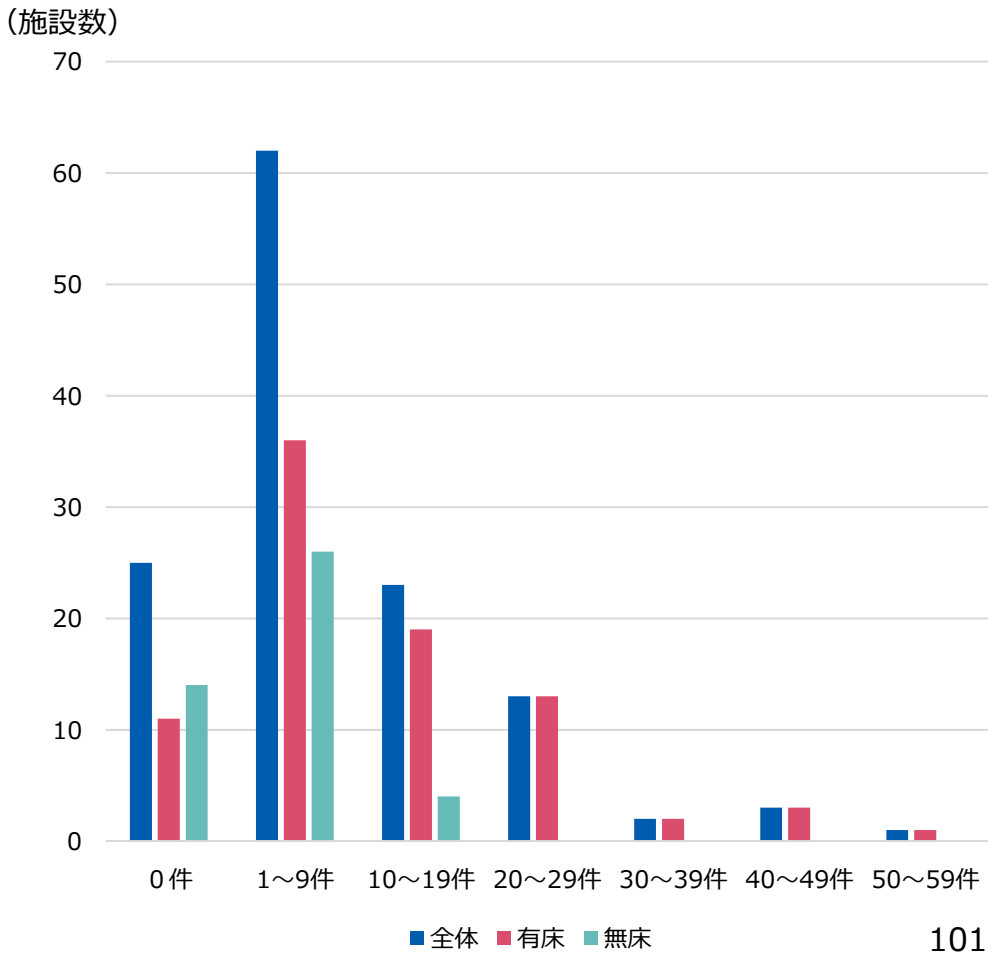
n=130

	n	%
搬送可能な医療機関の有無	119	91.5%
妊婦宅と助産所の距離	119	91.5%
今回の妊娠経過	113	86.9%
妊婦宅から嘱託医師との距離	109	83.8%
出産回数	80	61.5%
その他	71	54.6%

【嘱託医までの搬送時間の目安】



【有床・無床助産所別の分娩介助件数】 ※ 2024年1月～12月

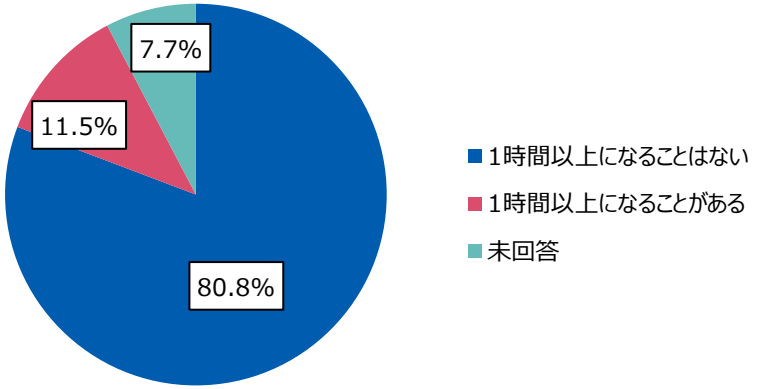


出典：公益社団法人日本助産師会提供資料をもとに保険局医療課にて作成。

自宅分娩の管理

- 自宅分娩では、約８割の助産所が「助産師が自宅に到着するまでの所要時間」が１時間以上になることはないと回答した。
- 多くの助産所が、自宅分娩後、24時間以内に訪問して妊産婦や新生児の観察を行っている。

【自宅到着までの所要時間】　（n=130）



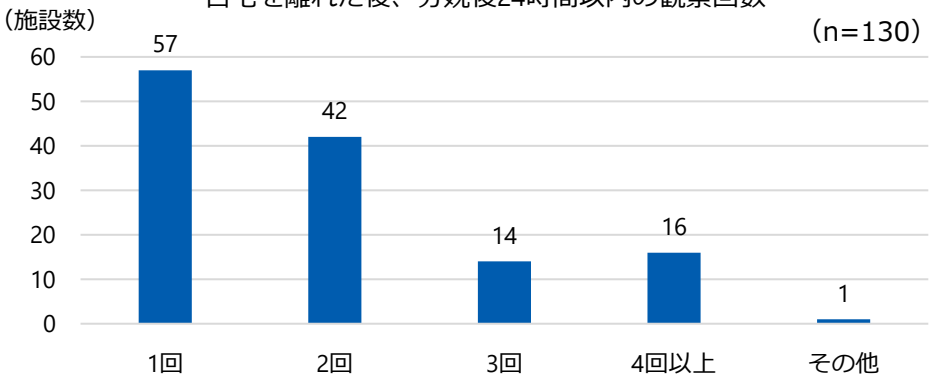
【自宅分娩の際の携行物品】　n=130

	n	%
分娩キット	118	90.8%
点滴	118	90.8%
新生児用蘇生用品	117	90.0%
薬剤	116	89.2%
ドップラー*	113	86.9%
分娩監視装置*	112	86.2%
パルスオキシメーター	112	86.2%
酸素ボンベ・マスク	107	82.3%
超音波断層装置	41	31.5%

＊ すべての施設がドップラーまたは分娩監視装置のいずれかを携行していた。

【自宅分娩後の観察状況】

自宅を離れた後、分娩後24時間以内の観察回数



自宅を離れた後、分娩後24時間以内の母児管理の方法

n=130

	n	%
訪問	127	97.7%
電話	113	86.9%
ビデオ通話	44	33.8%
メール・メッセージアプリ	20	15.4%

出典：公益社団法人日本助産師会提供資料をもとに保険局医療課にて作成。

助産所における急変時の対応

- 急変時の対応については、日本助産師会が「助産業務ガイドライン」をまとめており、搬送や医師への相談を判断する際の指針としている。

【急変時のガイドライン（抜粋）】

分娩期

A　緊急に搬送すべき母体の状況（助産所）・医師に相談すべき母体の状況（院内助産）

母体の状況	観察と判断の視点	搬送までの対応の例	考えられる疾患など
1．前期破水 1）破水後24 時間経過しても陣痛が発来しない場合 2）破水後陣痛が発来しても破水から36 時間以上経過し、分娩が完了しない場合	・母体バイタルサイン ・胎児心拍数の評価 ・子宮収縮 ・羊水混濁の有無 ・内診所見	・母体バイタルサインの継時的な観察と記録 ・分娩監視装置による連続モニタリング ・抗菌薬の投与は、嘱託医師・嘱託医療機関の指示のもと実施する ※ アナフィラキシーに対応するために，助産所でのアドレナリン使用について、嘱託医師・嘱託医療機関と事前に協議しておく。	・臨床的絨毛膜羊膜炎（子宮内感染） ・微弱陣痛

産褥期

A　緊急に搬送すべき母体の状況（助産所）・医師に相談すべき母体の状況（院内助産）

母体の状況	観察と判断の視点	搬送までの対応の例	考えられる疾患など
1．異常出血（分娩後24時間まで） 1）鮮血の流出、凝血塊の頻回の排出 2）非凝固性の血液が持続的に流出 3）出血量が500mL を超え、出血が持続している 4）母体の血圧低下、頻脈	・子宮収縮：内診および外診において産褥経過時間に比較して大きく軟らかい子宮の触知の有無 ・胎盤、卵膜遺残の確認：胎盤および付属物の観察 ・出血量 ・母体バイタルサイン、SpO2 ・shock index の算出（SI= 脈拍数/ 収縮期血圧） ・出血の原因検索 ・産科DIC スコアの確認 ・膀胱充満の状態 ・産道裂傷（頸管、腟壁）の有無 ・娩出胎盤の精査（欠損の有無） ・子宮内反の有無	・出血量の継時的な観察と記録 ・母体バイタルサインの継時的な観察と記録 ・血管確保（20G 以上、複数） ・十分な輸液 ・子宮収縮薬の投与 ・腟内に長ガーゼや強圧タンポンの挿入 ・母体バイタルサイン、産科DIC を想定した医師への報告 ・酸素投与 ・双手圧迫 ・尿道カテーテルの留置（できない場合は導尿）	・器質性子宮復古不全（胎盤・卵膜遺残、悪露の子宮腟内滞留、子宮筋腫、子宮内膜炎など） ・機能性子宮復古不全（子宮筋の過度の伸展、微弱陣痛、母体疲労、膀胱や直腸の慢性的充満など）

B　医師に相談すべき状況（助産所・院内助産）

1．母体の持続する発熱	・下腹部痛、子宮の圧痛、悪露の異常、悪寒戦慄、急性腹膜症状などの有無と程度 ・悪寒戦慄、膿尿、背部痛、膀胱刺激症状などの有無と程度 ・麻疹、水痘、ヘルペス、インフルエンザ、感冒、肺炎などの鑑別	・母体バイタルサインの継時的な観察と記録	・産褥熱 ・骨盤内感染症 ・尿路感染症 ・上気道感染症 ・ウイルス感染症

出典：公益社団法人日本助産師会「助産業務ガイドライン 2024」

論点

○　医師や助産師等の人員や産科における療養環境の整備等、分娩取扱施設における出産に係る診療やケアの内容を踏まえた体制等についてどう考えるか。

○　周産期医療における各分娩取扱施設の役割や機能等や、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援（困難な状況にある妊産婦を含む）を推進するための体制、連携等についてどう考えるか。

○　妊産婦等の個別のニーズ等への対応として、夜間や休日の出産への対応、出産に係る疼痛等への支援、支援上の配慮が必要な妊産婦、助産所における分娩（自宅分娩含む）等のあり方についてどう考えるか。

○　分娩費の基本単価・加算の算定要件や施設基準の規定のあり方についてどう考えるか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

参考資料

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

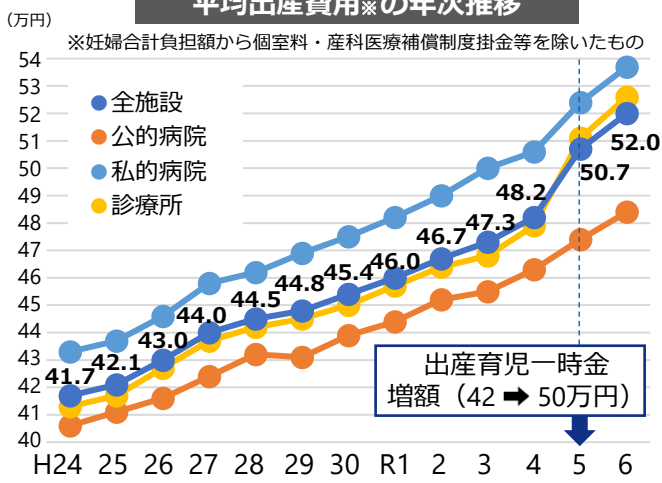
妊娠・出産に対する支援の強化

趣旨・概要

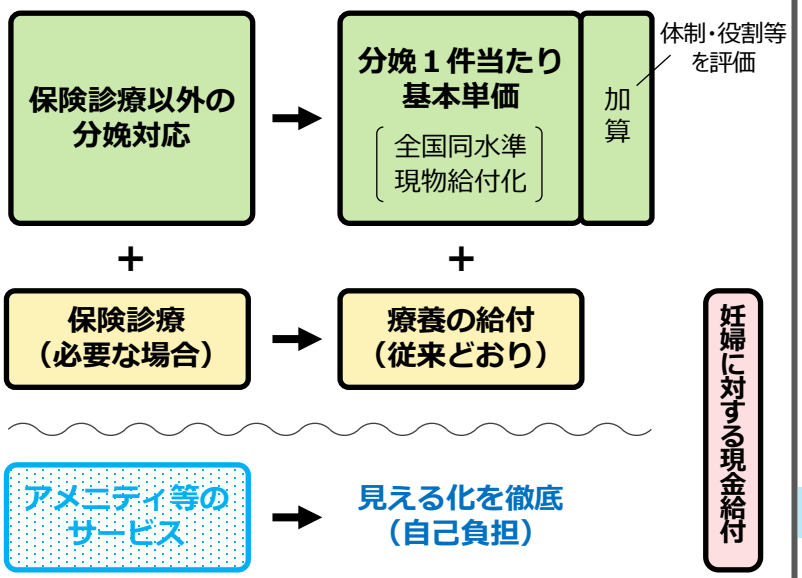
- 出産費用が年々上昇する中、現行の出産育児一時金は、支給額を引き上げても妊婦の負担軽減につながらないという課題があり、妊婦の経済的負担の軽減を図るには、給付方式の見直しが必要。
- ①一次施設をはじめとした地域の周産期医療提供体制の維持
  ②見える化の徹底による、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備

を実現しつつ、出産の標準的な費用（保険診療以外の分娩対応の費用）に妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、保険診療の一部負担金などのその他の費用にも一定の負担軽減が図られるようにする。

平均出産費用※の年次推移



新給付の適用施設（病院・診療所・助産所）



※ 施設の選択により、当分の間、施設単位で現行制度の適用も可能

（１）出産育児一時金に代わる給付方式の導入

１．分娩１件当たり基本単価の設定（現物給付化）

保険診療以外の分娩の基本単価を国が設定。
保険者から施設に直接支給（現物給付化）し、妊婦に負担が生じないようにする。
※　具体的な給付水準は告示事項。施設の体制・役割等を評価して加算を設定。

２．全ての妊婦に対する現金給付の導入

１．とは別に、保険診療の一部負担金など出産時の費用負担の軽減を図るため、全ての妊婦に定額の現金給付を行う。※金額は政令事項

３．新たな給付方式の導入時期

施設の選択により、当分の間、施設単位で現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。
※ その他、新制度の対象助産所・助産師を厚生労働大臣が指定・登録する仕組み等を設ける。

（２）サービスと費用の関係の見える化の徹底

妊産婦が自身のニーズに応じたサービス（お祝い膳等）を納得感を持って選択できるよう、施設が提供する**サービスの内容・費用等に関する情報提供**を義務付ける。

○ **併せて、地方交付税措置を講じている妊婦健診についても、「望ましい基準」内の検査の実施に係る標準額の設定や、見える化の推進を図る。**

分娩を目的とした入院時の診療報酬算定の一例

※算定額は医療費ベースであり、妊婦の一部負担金の額は、３割等の一部負担割合に所得区分に応じた高額療養費制度が適用される。

診療報酬算定額（医療費ベース）	5万円未満	5万～15万円未満	15万～50万円未満	50万円以上
全体に占める割合	40.4%	19.2%	18.9%	21.4%
算定額とケースの一例	**約1.5万円** 子宮頸管拡張と点滴による陣痛誘発を行った後に経腟分娩で出産した	**約6.9万円** 点滴による陣痛促進を行った後に吸引分娩で出産し、鎮痛剤等の処方を受けた	**約33.8万円** 選択帝王切開で出産し、鎮痛剤等の処方を受けた	**約150万円** 緊急帝王切開で出産し、輸血を受けた
	約1.8万円 点滴による陣痛誘発と会陰切開を行った後に経腟分娩で出産し、創部の縫合術を受けた	**約13.0万円** 子宮頸管拡張と点滴による陣痛誘発を行った後に吸引分娩で出産し、創部の縫合術と鎮痛剤等の処方を受けた	**約48.0万円** 緊急帝王切開で出産し、血栓予防や高血圧の治療を受けた	**約300万円** 経腟分娩で出産した後に子宮を摘出し、集中治療室で輸血や救命処置等を受けた
	約5.0万円 会陰切開を行った後に吸引分娩で出産し、創部の縫合術と鎮痛剤等の処方を受けた			

出典：保険局医療課調べ（令和７年度入院・外来医療等の評価に関する調査研究）
※ 協会けんぽから提供された令和６年度の出産育児一時金等の直接支払制度の専用請求書データと電子レセプトデータを突合し、出産年月の当月および前後1ヶ月分（3ヶ月分）の入院（医科・DPC）レセプトを抽出したものから作成。
※ 算定額50万円未満は1,000円未満、50万円以上は10万円未満の端数処理を行っている。

調査概要

- 出産に係る給付体系の検討に向け、全国の分娩取扱施設を対象とする施設調査と、一般分娩経験者を対象とするWeb調査を実施した。

概要

分娩取扱施設における医療・サービスの提供実態、産婦・新生児の状態像、費用・請求情報及び一般分娩経験者の認識を把握・分析し、出産に係る給付体系の検討に資する基礎資料を作成する。

調査区分	対象・規模	調査方法
施設調査	分娩取扱施設2,139施設 病院882、診療所908、助産所349	紙調査を基本とし、電子調査票を併用。レセプト等は電子データで収集
一般分娩経験者Web調査	分娩後おおむね１～２年以内の者を主な対象　目標2,000名	Webアンケートパネル等による本人回答

スケジュール

令和８年８月24日：調査開始、９月16日：一次提出期限、10月５日：最終提出期限

調査項目

調査票	主な調査項目
施設票	1. 施設基本情報
	2. 施設設備・病床機能等
	3. 産科等における診療等の状況
	4. 人員配置・専門性
	5. 分娩・周産期医療提供体制
	6. 助産・看護ケア／支援体制
	7. 地域連携・搬送体制
	8. 費用・付帯サービス
産婦・新生児調査票	1. 産婦・分娩の基本情報
	2. 産婦への診療・ケア・支援
	3. 新生児への診療・ケア・支援
	4. 費用請求情報
レセプト・DPC調査	レセプト・DPCデータ

調査票	主な調査項目
一般分娩経験者Web調査	1. 基本属性・世帯状況
	2. 出産・分娩状況
	3. 出産場所
	4. 分娩サービス
	5. 基礎疾患・障害
	6. 妊娠前・産後の施設との関わり
	7. 困りごと・必要だった支援

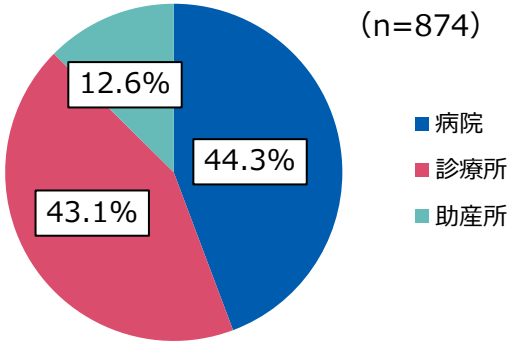
調査票の回収状況：施設票

【施設類型別の回収数と回収率】

	対象数	回収数	回収率
病院	882	387	43.9%
総合周産期母子医療センター	113	56	49.6%
地域周産期母子医療センター	290	143	49.3%
その他病院	479	188	39.2%
診療所	908	377	41.5%
助産所	349	110	31.5%

※ 全国の分娩を取り扱う2,139施設に送付し、令和８年８月１日時点で妊娠12週以降の分娩を取り扱っている施設から回収した。

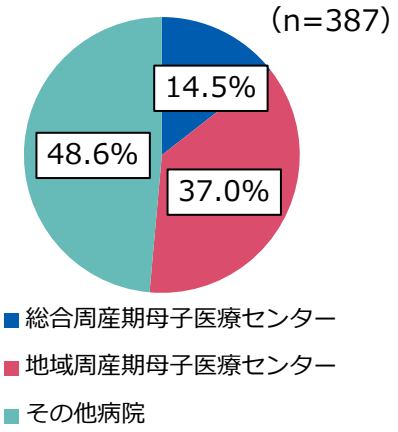
【施設類型別の構成割合】



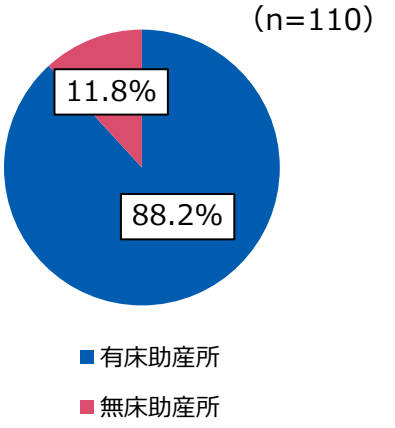
【施設機能別の回収数と構成割合】

	対象数	回収数	構成割合
病院	882	387	100.0%
総合周産期母子医療センター	-	56	14.5%
地域周産期母子医療センター	-	143	37.0%
その他病院	-	188	48.6%
診療所	908	377	100.0%
助産所	349	110	100.0%
有床助産所	-	97	88.2%
無床助産所	-	13	11.8%

【病院票の施設機能別構成割合】



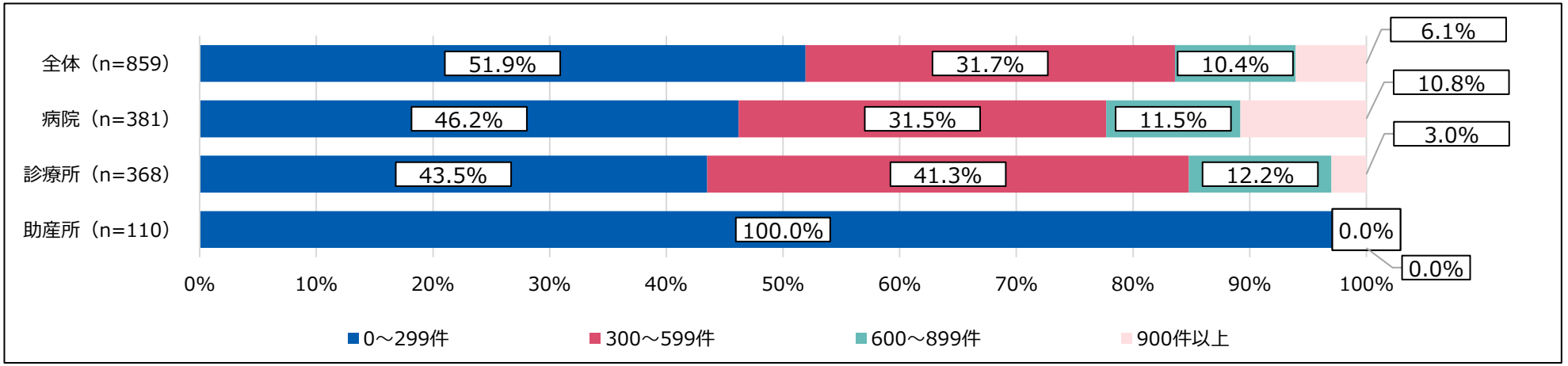
【助産所票の有床・無床別構成割合】



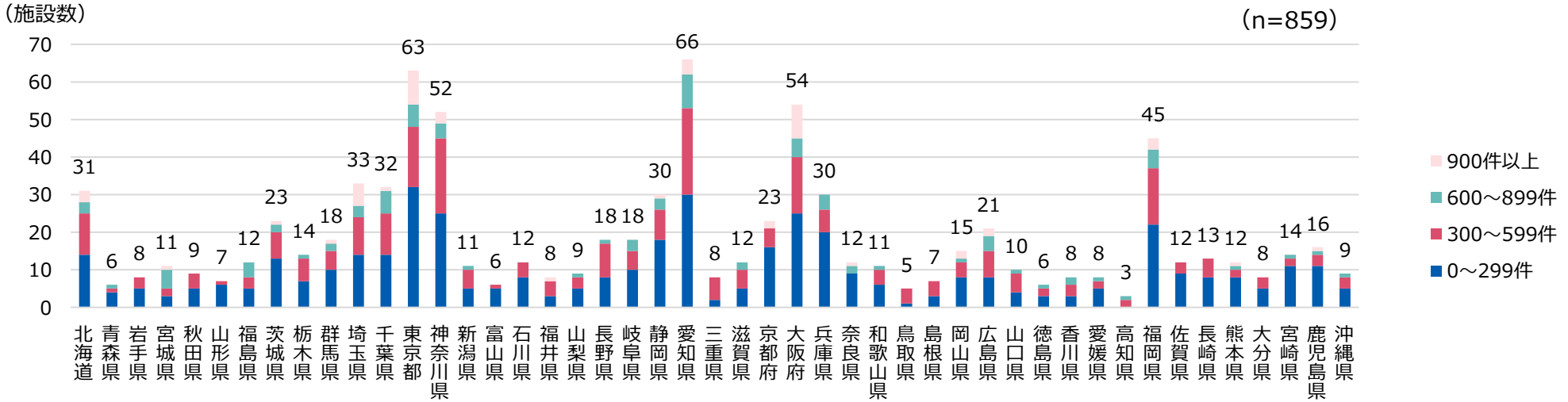
出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

調査票の回収状況：施設票（施設の属性）

【年間分娩件数別の構成割合】



【都道府県別の年間分娩件数別回収数】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 年間分娩件数が不明の施設を除外して集計。
- 年間分娩件数は、令和７年４月１日～令和８年３月31日の妊娠12週以降の分娩件数（死産を含む）を集計。

調査票の回収状況：産婦・新生児票

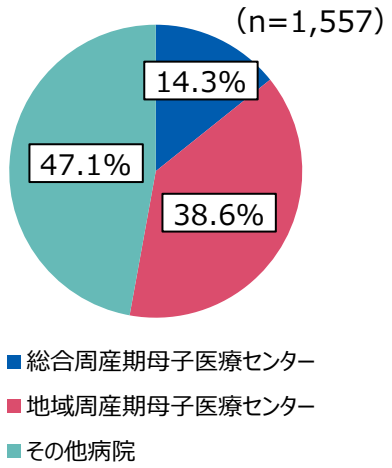
- 産婦・新生児票の回収数は3,155件で、内訳は病院1,557件、診療所1,440件、助産所158件であった。

【施設機能別の回収数と構成割合】

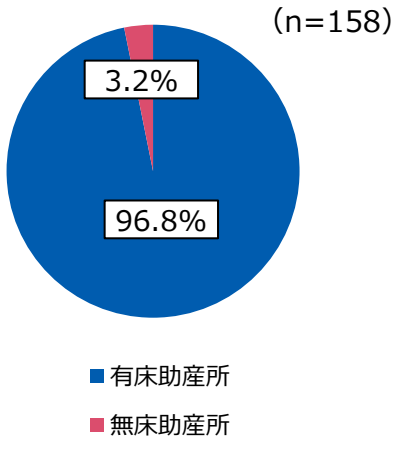
	回収数	構成割合
病院	1,557	100.0%
総合周産期母子医療センター	222	14.3%
地域周産期母子医療センター	601	38.6%
その他病院	734	47.1%
診療所	1,440	100.0%
助産所	158	100.0%
有床助産所	153	96.8%
無床助産所	5	3.2%

※ 調査開始以降に入院した妊産婦で、妊娠22週以降の生産のみを対象に各施設５例まで回収した。

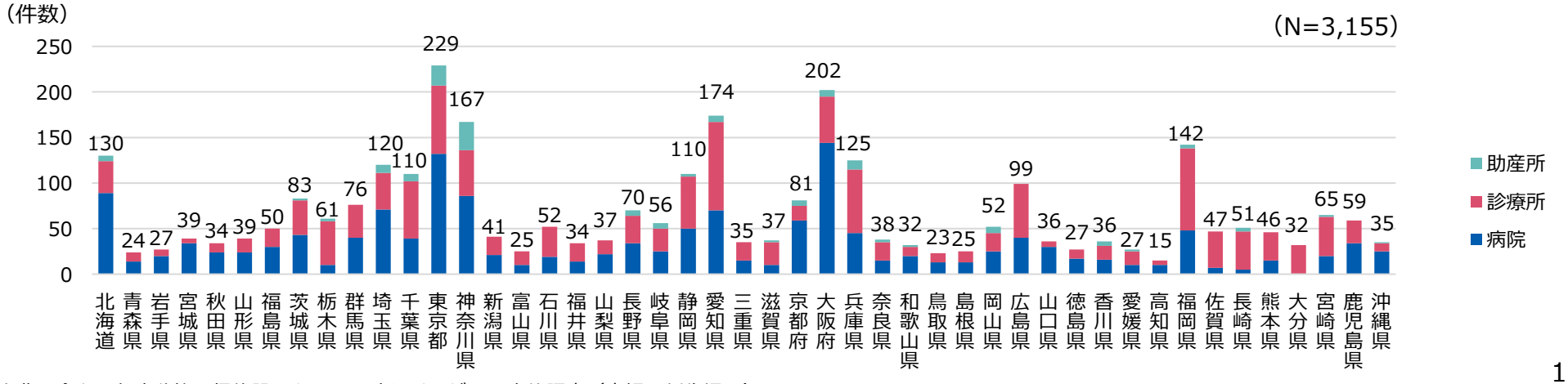
【病院票の施設機能別構成割合】



【助産所票の有床・無床別構成割合】



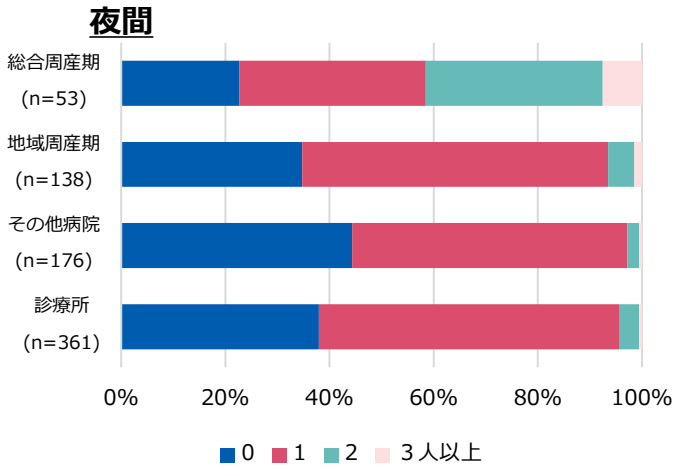
【都道府県別の回収数】

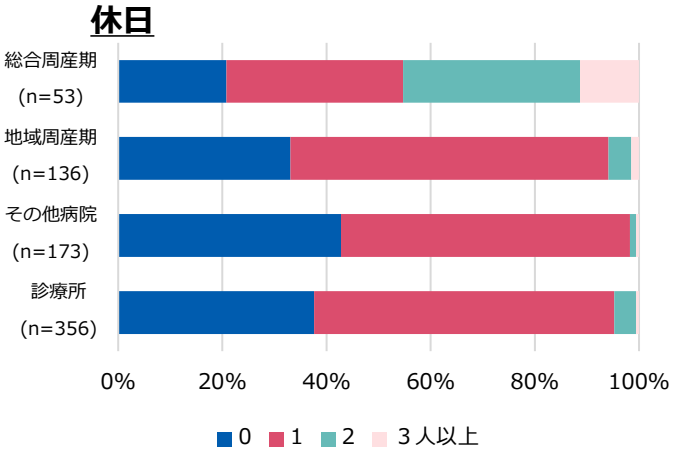


出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（産婦・新生児票）

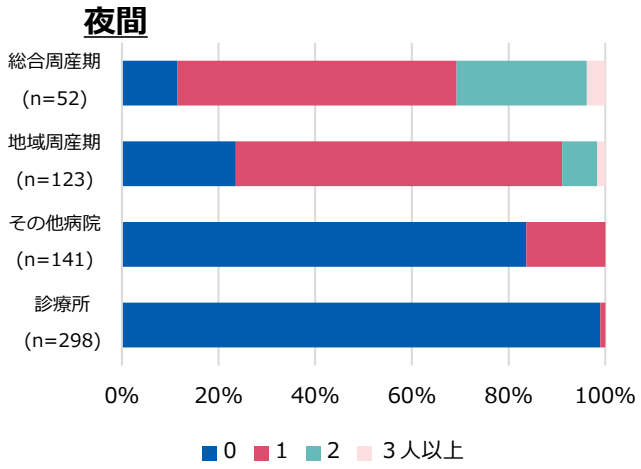
夜間及び休日の緊急事態に対応する院内待機人数

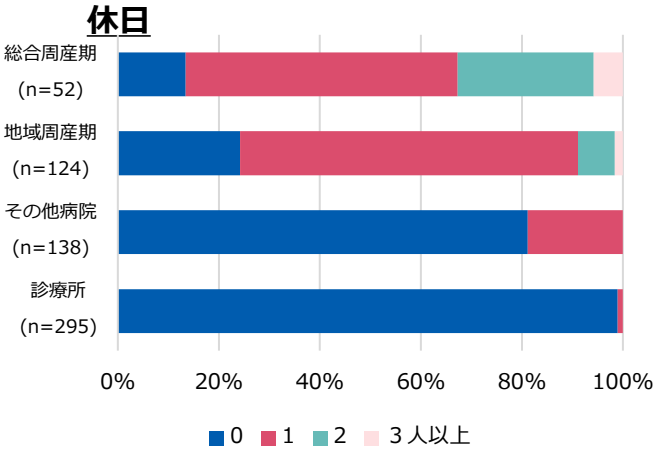
【産婦人科医師数】



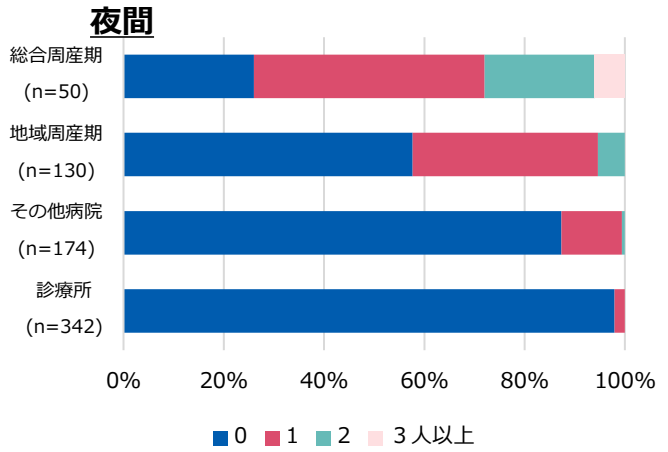


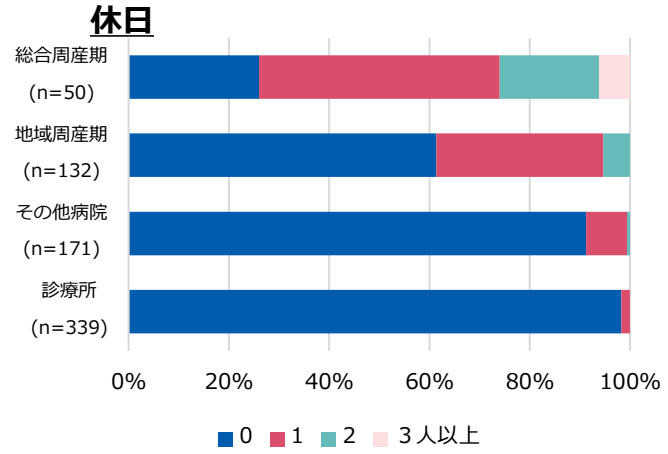
【小児科医師数】





【麻酔科医師数】



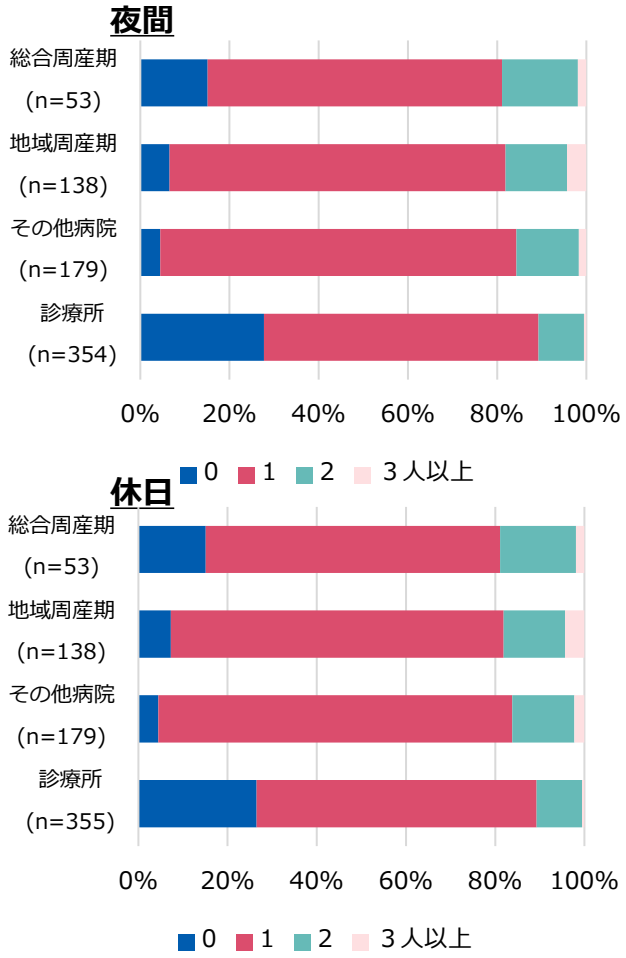


出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

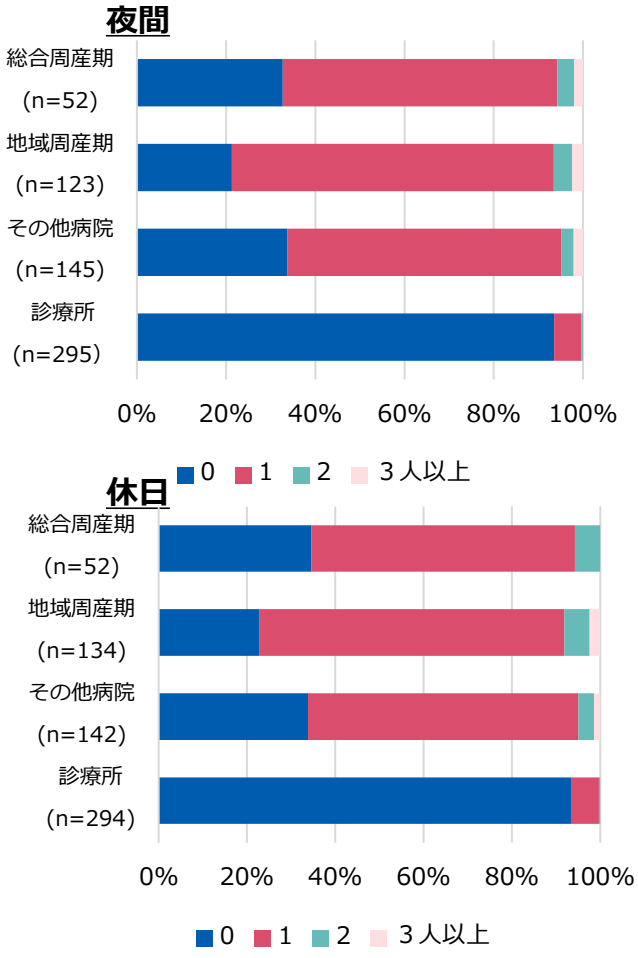
●産婦人科医師及び麻酔科医師は、令和８年８月１日時点で、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
●小児科医師数は、令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

夜間及び休日の緊急事態に対応する院外待機人数

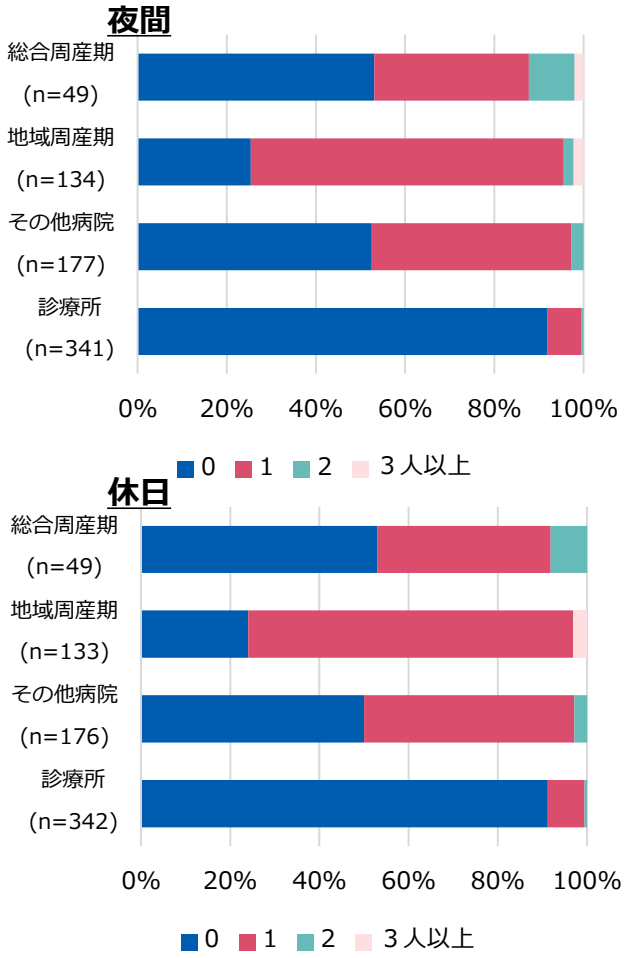
【産婦人科医師数】



【小児科医師数】



【麻酔科医師数】

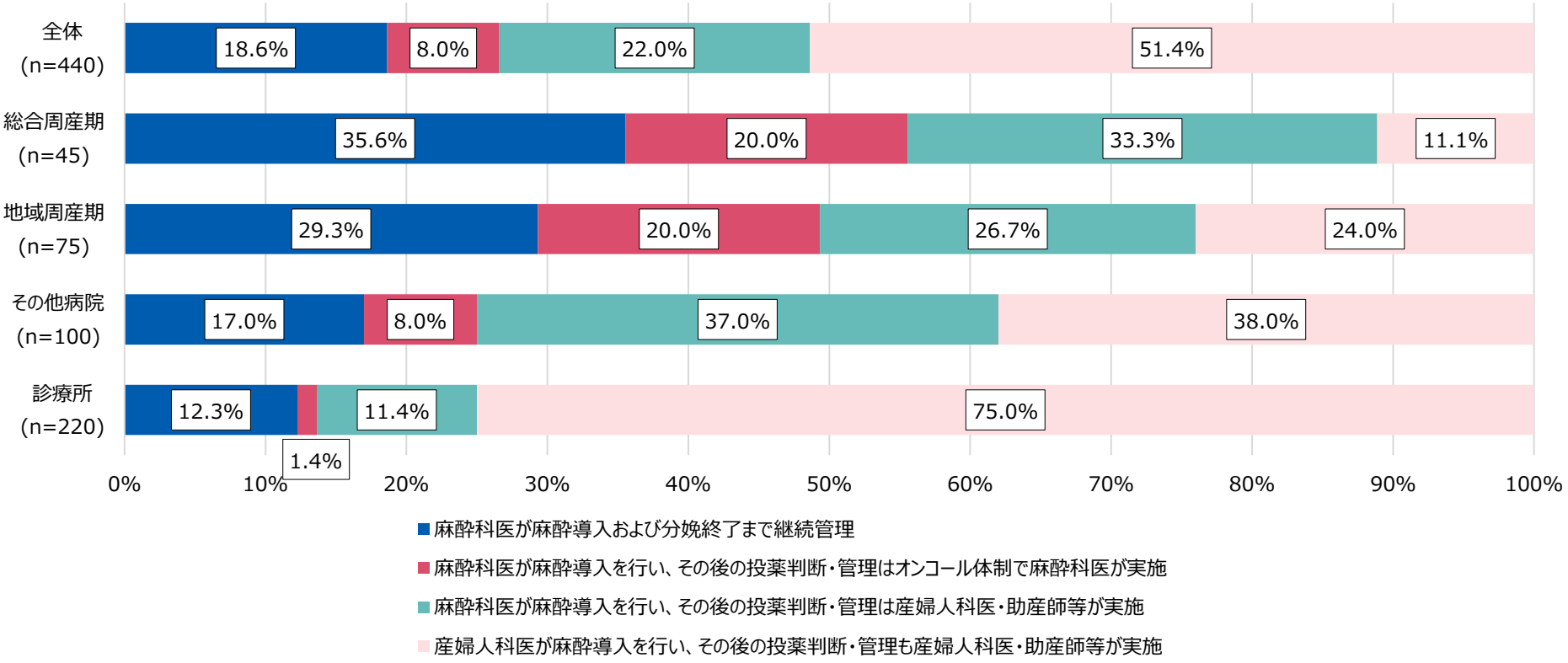


出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

●産婦人科医師及び麻酔科医師は、令和８年８月１日時点で、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
●小児科医師数は、令和８年８月１日時点で、妊娠22週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。

無痛分娩の麻酔導入後の主な管理体制について

【無痛分娩の麻酔導入後の主な管理体制】



出典：令和８年度分娩取扱施設における医療やサービスの実態調査（施設票）

- 令和８年８月１日時点で、妊娠12週以降の分娩を取り扱う施設を対象に集計。
- 無痛分娩を取り扱う施設のみを対象に集計。

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

【別添１】

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

令和７年５月版

無痛分娩を取り扱う医療機関は、以下の自主点検表を用い、全ての項目を満たすよう、適切な対策をとること。

A　診療体制

最新の「産婦人科診療ガイドライン産科編」を踏まえた上で、個々の妊産婦の状況に応じた適切な対応をとること。

1　インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントを適切に実施している。

- □ 合併症に関する説明を含む無痛分娩に関する説明書を整備している。
- □ 妊産婦に対して、説明書を用いて無痛分娩に関する説明が行われ、妊産婦が署名した無痛分娩の同意書を保存している。

2　無痛分娩に関する人員体制

(1) 無痛分娩麻酔管理者を配置している。

（要件）

- □ 無痛分娩取扱施設の常勤医師である。
- □ 麻酔科専門医資格、麻酔科標榜資格又は産婦人科専門医資格を有している。
- □ 安全な産科麻酔実施のための最新の知識を修得し、技術の向上を図るための講習会（無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）が提供するカテゴリーA講習会等）を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。（※）

産婦人科専門医の場合には、

- □ 自らの麻酔科研修歴及び麻酔実施歴、無痛分娩診療歴についてウェブサイト等で情報を公開している。（※）
- □ 産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会（JALAが認定するカテゴリーB講習会あるいはそれに相当する講習会等）を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。（※）
- □ JALAが認定するカテゴリーC講習会に相当する救急蘇生コースの受講歴があり、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。（※）

(2) 麻酔担当医を配置している。

（要件）

- □ 麻酔科専門医資格、麻酔科標榜資格又は産婦人科専門医資格を有している。

産婦人科専門医の場合には、

- □ 原則として麻酔科専門医の指導下に麻酔科を研修した実績があり、自らの麻酔科研修歴及び麻酔実施歴、無痛分娩診療歴について経験症例数等の情報を公開し、安全で確実な硬膜外麻酔及び気管挿管実施の能力を有することを示している。
- □ 安全な麻酔実施のための最新の知識を修得し、技術の向上をはかるための講習会（JALAが提供するカテゴリーA講習会等）を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※)

麻酔科専門医資格・認定医資格をもたない麻酔科標榜医又は産婦人科専門医の場合には、

- □ 産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会（JALAが認定するカテゴリーB講習会あるいはそれに相当する講習会等）を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。（※）
- □ JALAが認定するカテゴリーC講習会に相当する救急蘇生コースの受講歴があり、かつその受講証明が有効期限内であり、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。（※）
- □ 安全で確実な気管挿管の能力を有している。

(3) 無痛分娩研修修了助産師・看護師がいる場合には、活用している。

（要件）

- □ 有効期限内のNCPR（新生児蘇生法普及事業）の資格を有し、新生児の蘇生ができる。
- □ JALAが認定するカテゴリーC講習会に相当する救急蘇生コースの受講歴を有している。（※）安全な麻酔実施のための最新の知識を修得し、ケアの向上を図るため、関係学会又は関係団体が主催する講習会（JALAが提供するカテゴリーD講習会等）を２年に１回程度受講している。（※）

※　講習会の具体的な内容とその受講要件については、JALAがそのウェブサイトを通じて提供する情報を確認すること（https://www.jalasite.org/doc/koshuka/article/list）。講習会受講に関する情報公開は、各施設のウェブサイト等を介して行うとともに、JALAがそのウェブサイトを通じて提供する「情報公開に積極的に取り組んでいる無痛分娩取扱施設のリスト」における自施設情報の一部としても掲載することが望ましい。

3　無痛分娩に関する安全管理対策

無痛分娩に関する安全管理対策を実施している。

- □ 施設の方針（以下の項目を含む）を策定している。
  - ①無痛分娩に関する基本的な考え方
  - ②インフォームド・コンセントの実施に関すること
  - ③無痛分娩に関する安全な人員の体制に関すること
  - ④インシデント・アクシデント発生時の具体的な対応
- □ 無痛分娩マニュアルを作成し、担当職員への周知徹底を図っている。
- □ 無痛分娩看護マニュアルを作成し、担当職員への周知徹底を図っている。
- □ 施設内で勤務者が参加する危機対応シミュレーションを少なくとも年１回程度実施し、実施歴についてウェブサイト等において情報を公開している。

4　無痛分娩に関する設備及び医療機器の配備

(1) 蘇生設備及び医療機器を配備し、すぐに使用できる状態で管理している。

- □ 蘇生設備：酸素ボンベ、酸素流量計、バッグバルブマスク、マスク、酸素マスク、喉頭鏡、気管チューブ、スタイレット、経口エアウエイ、吸引装置、吸引カテーテル等
- □ 医療機器：麻酔器(設置場所は手術室でもよい)、除細動器又はAED（自動体外式除細動器）等

(2) 救急用の医薬品をカートに整理してベッドサイドに配備し、すぐに使用できる状態で管理している。

- □ アドレナリン、硫酸アトロピン、エフェドリン、フェニレフリン、静注用キシロカイン、ジアゼパム、チオペンタール又はプロポフォール、スキサメトニウム又はロクロニウム、スガマデクス、硫酸マグネシウム、精製大豆油（静注用脂肪乳剤）、乳酸加（酢酸加、重炭酸加）リンゲル液、生理食塩水等

(3) 母体用の生体モニターを配備し、すぐに使用できる状態で管理している。

- □ 心電図、非観血的自動血圧計、パルスオキシメータ等

B　情報公開

1　情報公開

無痛分娩の診療体制に関する以下の情報を自施設のウェブサイト及びJALAサイト等を通じて公開し、原則として年1回以上の頻度で最新の情報に更新を行っている。また、無痛分娩に関する情報を厚生労働省の運用するウェブサイト「出産なび」で公開している。

（自施設のウェブサイトおよびJALAサイト等）

- □ 無痛分娩の診療実績
- □ 無痛分娩に関する標準的な説明文書
- □ 無痛分娩の標準的な方法
- □ 分娩に関連した急変時の体制
- □ 危機対応シミュレーションの実施歴
- □ 無痛分娩麻酔管理者の麻酔科研修歴、無痛分娩実施歴、講習会受講歴
- □ 麻酔担当医の麻酔科研修歴、無痛分娩実施歴、講習会受講歴、救急蘇生コースの有効期限
- □ 日本産婦人科医会偶発事例報告・妊産婦死亡報告事業への参画状況
- □ ウェブサイトの更新日時

（出産なび）

- □ 出産なびに無痛分娩に関する情報を公開している

C　インシデント・アクシデントの収集・分析・共有

1　インシデント・アクシデントの収集・分析・共有

無痛分娩に関する有害事象を日本産婦人科医会に報告している。

- □ 日本産婦人科医会が実施する偶発事例報告事業及び妊産婦死亡報告事業の報告対象症例が発生した場合、日本産婦人科医会に速やかに報告している。

妊産婦等に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等支援事業

拡充

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

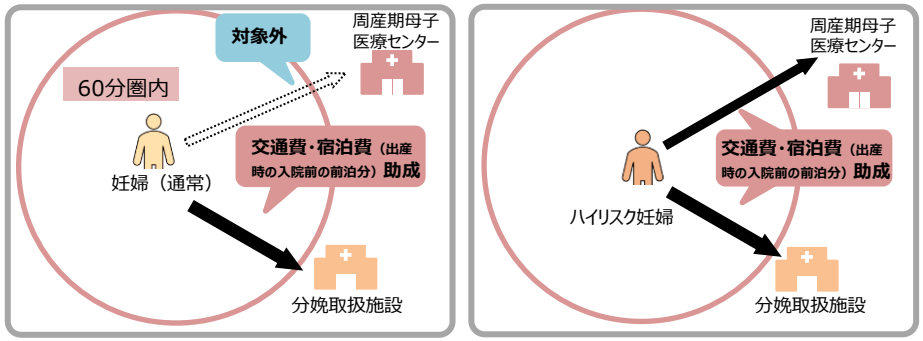
補助単価

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）

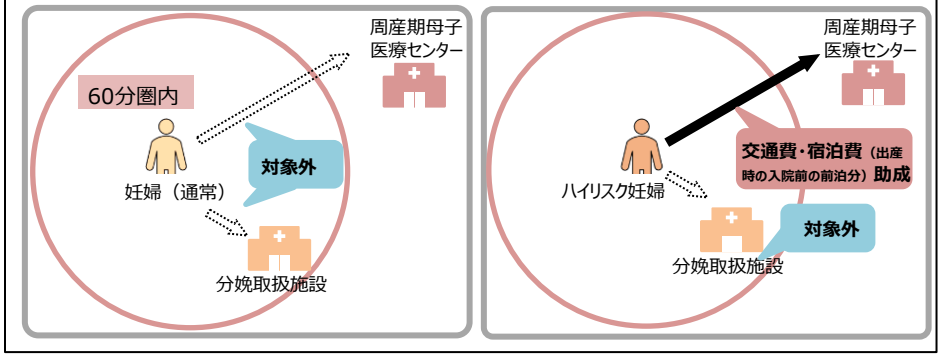
② **宿泊費（上限14泊）**：**宿泊に要した費用**（実費額（旅費規程に定める宿泊費の額を上限とする））から**2000円／泊を控除した額**を助成（※１泊当たり2000円（および旅費規程を超える場合はその超過額分）は自己負担）
※出産のみ対象

事業イメージ

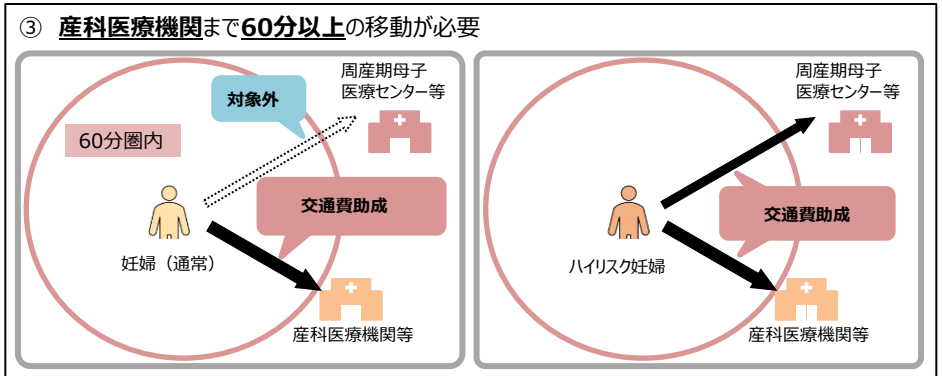
① **分娩取扱施設**まで**60分以上**の移動が必要



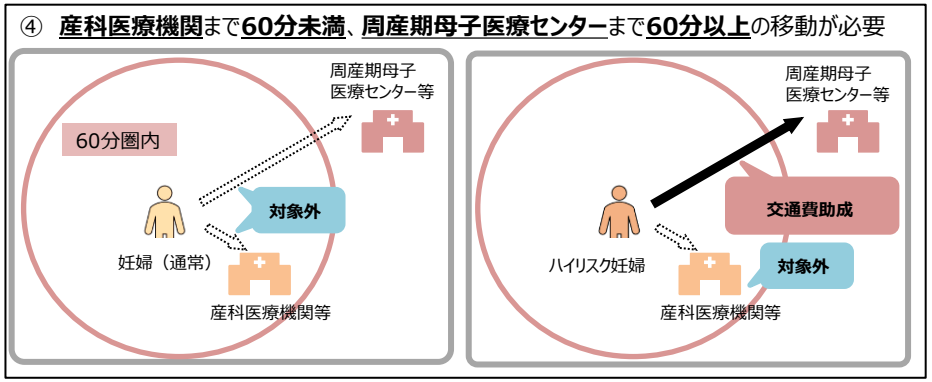
② **分娩取扱施設**まで**60分未満**、**周産期母子医療センター**まで**60分以上**の移動が必要



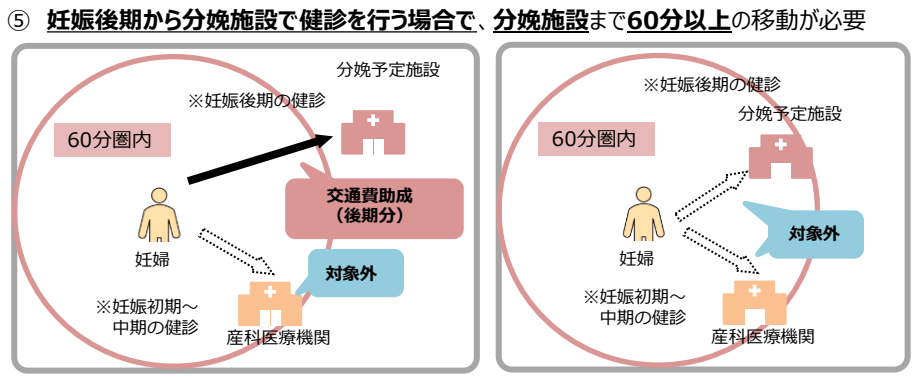
③ **産科医療機関**まで**60分以上**の移動が必要



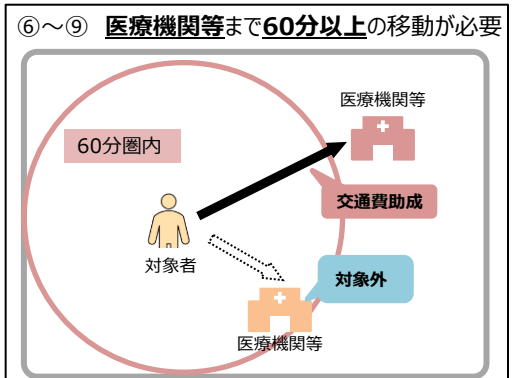
④ **産科医療機関**まで**60分未満**、**周産期母子医療センター**まで**60分以上**の移動が必要



⑤ **妊娠後期から分娩施設で健診を行う場合で**、**分娩施設**まで**60分以上**の移動が必要



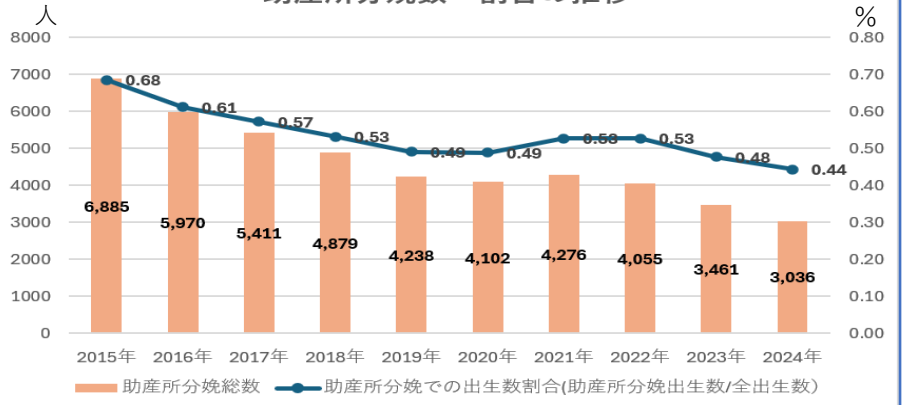
⑥～⑨ **医療機関等**まで**60分以上**の移動が必要



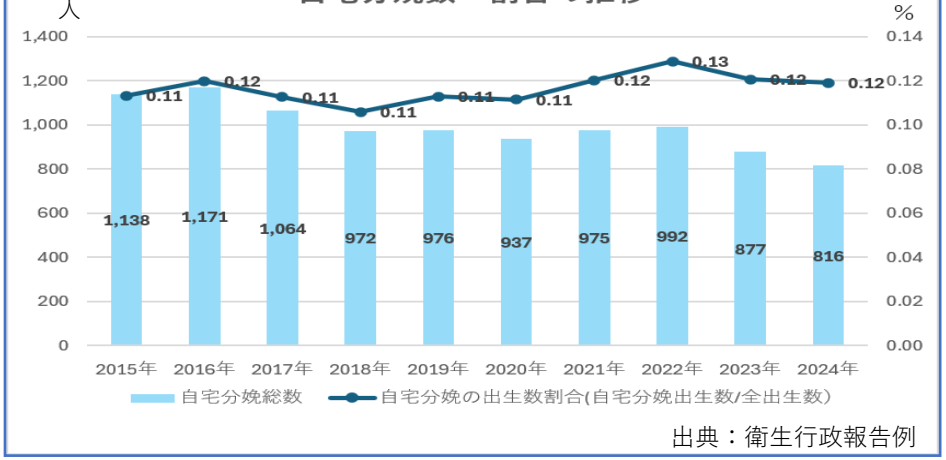
(留意事項)
本事業を実施する市町村が属する都道府県は、周産期医療提供体制の構築等の取組を通じて、成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係者による協議の場等を活用し、都道府県の医療部門と都道府県及び管内市町村の母子保健部門等とが連携し、産後ケア事業をはじめとする母子保健事業等による妊産婦の支援の推進を図ること。

助産所分娩・自宅分娩の概要

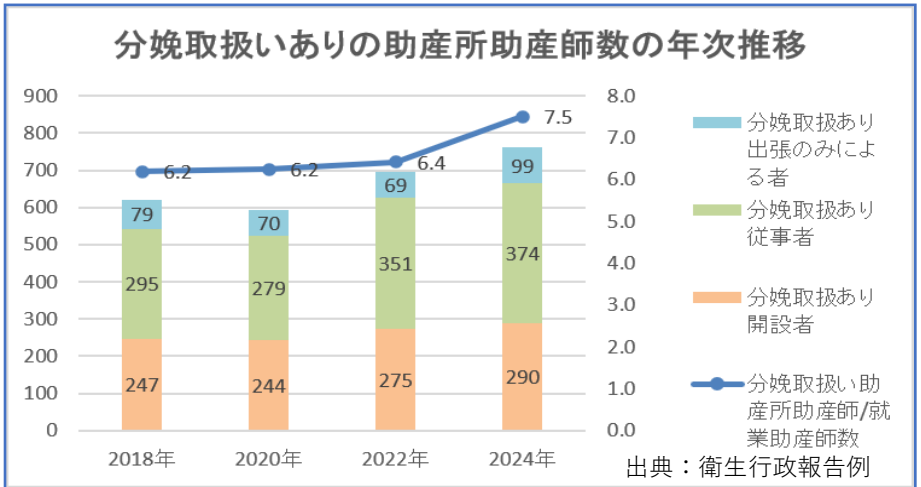
- 助産所・自宅分娩における助産師のケアの特徴は、①家族・生活を見据えた個別的なケア、②妊娠中から顔見知りの助産師の伴走、③心身社会的な側面への統合的なアプローチ
- 助産所分娩数は年々減少しているが、年間3000件を超えている。自宅分娩は、年間約800件あるが、減少は緩やかである
- 分娩取扱い助産所の助産師数は増加傾向であり約760人となっている。助産所（有床）の約5割は、自宅分娩も扱っている。



出典：衛生行政報告例



出典：衛生行政報告例



出典：衛生行政報告例

自宅分娩取扱助産師の内訳

	分娩取扱いあり 開設者（有床助産所）	分娩取扱いあり 出張のみによる者（無床助産所）
助産師数	139人	71人

出典：2025年日本助産師会調べ

助産所分娩・自宅分娩における転院・搬送の現状と課題

- 医療介入のない助産所・自宅分娩において、正常を逸脱した際は、助産師の適時適切な判断に基づき対応している。医療機関との連携を基盤として、安全・安心な連携体制を構築している。
- 助産所業務ガイドラインの基準に基づき転院・搬送を行っており、妊娠期の転院率は8.1%、分娩期は4.5%、産褥期は0.5%、新生児は3.7%であった

【安全の確保に向けた対応】

- 早めの転院判断（一定の転院搬送率がある/妊娠期転院が多い）
- 嘱託医・嘱託医療機関・地域周産期ネットワークとの日頃からの連携
- 緊急時の対応ができる人員の配置、必要な検査や手当のための備品の整備
- 嘱託医からの包括的な指示に基づき、臨時応急の手当が行えるための準備

【転院・搬送の課題】

- 転院・搬送後は転院先の医療機関へ分娩対応が引き継がれるため、転院までの助産ケア費用および保険医療機関ではない助産所からの搬送料は算定できず、**妊産婦の自己負担**となっている。

妊娠期

助産所での妊娠管理（医療機関でのポイント健診）とケア

妊娠期の転院
8.1%＊
主な理由：切迫流・早産、予定日超過

分娩期

助産所での分娩経過管理とケア

分娩中の転院・搬送
4.5%＊
主な理由：前期破水、分娩遷延、胎児心拍異常

産褥・新生児期

母子の産後経過観察とケア

産褥期の転院・搬送
0.5%＊
主な理由：分娩後出血

新生児の転院・搬送
3.7%＊
主な理由：呼吸障害、新生児仮死

医療介入のない助産所・自宅での助産師による分娩だからこそ、早めの判断、早めの転院搬送を行える体制を整えることは、助産所の重要な安全管理の一環である。

＊日本助産師会全国基本データ収集システムにおける2021から2025年5年間の報告データ12,401例より算出