

項番	評価項目	記載法
施設機能(病床規模)		
1	①医療保険届出 NICU 数(新生児集中治療室管理科(総合周産期特定集中治療室管理科)、②新生児特定集中治療室管理科 1、③新生児特定集中治療室管理科 2)	床(0 床の場合は 0 を入力する)
1-1	1 のうち、集中治療室管理科の区分(①及び②又は③)	①及び②は「1」、③は「2」(該当が無い場合は 0 を選ぶ)
2	周産期医療体制整備指針に規定する NICU 数(人工換気可能病床数)	床(0 床の場合は 0 を入力)
3	医療保険届出 GCU 数	床(0 床の場合は 0 を入力)
4	周産期医療体制整備指針に規定する GCU 数	床(0 床の場合は 0 を入力)
人員体制		
5	(加算の有無によらず)NICU の看護師(助産師含む)数が最も少ない時間帯で 3:1 未満である/3:1 である/3:1 より多く配置している	「0」NICU なし、もしくは 3:1 未満 「1」3:1 「2」3:1 より多い から選ぶ
6	(加算の有無によらず)GCU の看護師(助産師含む)数が最も少ない時間帯で 6:1 未満である/6:1 である/6:1 より多く配置している	「0」GCU なし、もしくは 6:1 未満 「1」6:1 「2」6:1 より多い から選ぶ
7	センターに勤務する新生児集中ケア認定看護師数(日本看護協会資格に限る)	名(0 名の場合は 0 を入力)
8	センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格に限る)	名(0 名の場合は 0 を入力)
9	センター内の 24 時間体制で(最も人数が少ない時間帯、多くは夜間休日)新生児医療を専属で担当する医師数(オンコール、兼任は除く)	名(0 名の場合は 0 を入力)
9-1	上記時間帯に一般小児や小児救急のみ(NICU/GCU 等新生児医療以外)を担当する小児科当直医師数(オンコール、兼任は除く)	名(0 名の場合は 0 を入力)
9-2	上記時間帯に一般小児や小児救急と NICU/GCU 等新生児医療を兼任する小児科当直医師数(オンコールは除く)	名(0 名の場合は 0 を入力)
9-3	新生児担当医師の当直明けの業務緩和	有・無 から選ぶ
9-4	新生児を取り扱う医師に手当を支給する等処遇の改善が図られている	有・無 から選ぶ
10	院内に 24 時間体制で小児外科医が確保されている(オンコールは除く)	有・無 から選ぶ
11	24 時間体制で麻酔科医が確保されている(オンコールは除く)	「0」:麻酔科当直なし 「1」:院内に麻酔科当直あり 「2」:周産期専属麻酔科当直あり から選ぶ
12	必要な専門コンサルテーション(専門医に意見を聞くことが可能(オンコールを含む)(眼科、小児循環器科、小児循環器外科、脳神経外科、整形外科)	可・不可 から選ぶ
13	NICU 入院児支援コーディネーターが確保されている	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保 から選ぶ

14	臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保 から選ぶ
	理学療法士を配置している	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保 から選ぶ
	病棟薬剤師を配置している	「0」:病院内にもなし 「1」:病院内に確保 「2」:センター内に専属で確保 から選ぶ

実績		
15	総入院児数(項番 2 および 4 の NICU 及び GCU における)	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-1	項番 15 のうち、NICU 入院児数(実人員を記入)	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-2	項番 15-1 の入院患者の平均入院期間	日(0 名の場合は 0 を入力)
15-3	項番 15-1 の入院患者の最大入院期間(平成 26 年度中に退院した場合はそれまで、平成 27 年 4 月 1 日時点で入院中の場合は 4 月 1 日までで計算)※「最大入院期間」が 365 日を超える場合は、そのまま記載	日(入院が 0 名の場合は 0 を入力)
15-4	NICU における長期入院児数	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-5	項番 2 の病床数における病床利用率	% (0% の場合は 0 を入力)
15-6	項番 15 のうち、GCU 入院児数	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-7	項番 15-6 の入院患者の平均入院期間	日(0 日の場合は 0 を入力)
15-8	項番 15-6 の入院患者の最大入院期間(平成 26 年度中に退院した場合はそれまで、平成 27 年 4 月 1 日時点で入院中の場合は 4 月 1 日までで計算)※「最大入院期間」が 365 日を超える場合は、そのまま記載	日(0 日の場合は 0 を入力)
15-9	GCU における長期入院児数	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-10	項番 4 の病床数における病床利用率	% (0% の場合は 0 を入力)
15-11	NICU 及び GCU 長期入院患者が小児科病棟(自院)へ移行した人数	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-12	NICU 及び GCU 長期入院患者が小児科病棟(他院)へ移行した人数	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-13	NICU 及び GCU 長期入院患者が福祉施設へ移行した人数	名(0 名の場合は 0 を入力)
15-14	NICU 及び GCU 長期入院患者が在宅へ移行した人数	名(0 名の場合は 0 を入力)
16	人工換気必要児入院児数(NICU 及び GCU における)	名(0 名の場合は 0 を入力)
17	医療保険届出 NICU 入院児数	名(0 名の場合は 0 を入力)
18	在胎期間別入院児数(NICU 及び GCU における)(22 週～23 週)	名(0 名の場合は 0 を入力)
19	在胎期間別入院児数(NICU 及び GCU における)(24 週～27 週)	名(0 名の場合は 0 を入力)
20	在胎期間別入院児数(NICU 及び GCU における)(28 週～33 週)	名(0 名の場合は 0 を入力)
21	在胎期間別入院児数(NICU 及び GCU における)(34 週～36 週)	名(0 名の場合は 0 を入力)
22	出生体重別入院児数(NICU 及び GCU における)(～499g)	名(0 名の場合は 0 を入力)
23	出生体重別入院児数(NICU 及び GCU における)(500g～999g)	名(0 名の場合は 0 を入力)
24	出生体重別入院児数(NICU 及び GCU における)(1,000g～1,499g)	名(0 名の場合は 0 を入力)
25	出生体重別入院児数(NICU 及び GCU における)(1,500g～1,999g)	名(0 名の場合は 0 を入力)
26	出生体重別入院児数(NICU 及び GCU における)(2,000g～2,499g)	名(0 名の場合は 0 を入力)

27	出生体重別入院児数(NICU 及び GCU における)(2,500g 以上)	名(0 名の場合は 0 を入力)
28	在胎期間別生存率(生後 28 日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出 NICU 入院児数)(22 週～23 週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
29	在胎期間別生存率(生後 28 日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出 NICU 入院児数)(24 週～27 週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
30	在胎期間別生存率(生後 28 日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出 NICU 入院児数)(28 週～33 週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
31	在胎期間別生存率(生後 28 日を超えて生存した率、生存数/医療保険届出 NICU 入院児数)(34 週～36 週)	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
32	極低出生体重児入院数(出生時 1,000g 以上 1,500g 未満)	名(0 名の場合は 0 を入力)
33	極低出生体重児入院数の医療保険届出 NICU 入院児数に占める割合	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
34	超低出生体重児入院数(出生時 1,000g 未満)	名(0 名の場合は 0 を入力)
35	超低出生体重児入院数の医療保険届出 NICU 入院児数に占める割合	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
36	外科手術(開頭、開胸、開腹をともなうもの)症例数	名(0 名の場合は 0 を入力)
	低体温療法症例数	名(0 名の場合は 0 を入力)
37	開頭、開胸、開腹手術症例数の医療保険届出 NICU 入院児数に占める割合	% (0%、不明、届出無、入院無の場合は 0 を入力)
38	新生児搬送の受け入れ総数	名(0 名の場合は 0 を入力)
38-1	新生児搬送の受け入れができなかった件数(別シート1に具体的な受け入れ基準、受け入れ不能の内訳等を記載)	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
38-2	38 のうち、自都道府県外からの受入数(別シート2に搬送元の都道府県別数うちわけを記載)	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
39	新生児出迎え搬送数	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
39-1	39 のうち、自都道府県外からのもの	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
40	新生児三角搬送担当数	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
40-1	40 のうち、いずれかのステップが都道府県境を超えた件数	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
41	新生児戻り搬送の受け入れ数(自施設から搬送した症例以外の場合も含む)	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
41-1	41 のうち、自都道府県外からのもの	名(0 名、不明の場合は 0 を入力)
	ドクターカー利用状況	ドクターカー保有台数と搬送件数(記入票の指示の通り)

施設全体の評価		
73	合同症例検討会の開催	有・無 から選ぶ
74	新生児蘇生法講習会の開催	有・無 から選ぶ
75	周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会への参加	有・無 から選ぶ
76	24時間常時、1次施設から入院受入れが可能である	可・不可 から選ぶ
77	24時間常時、救急隊からの直接受入れが可能である	可・不可 から選ぶ
78	24時間常時、帝王切開が可能である	可・不可 から選ぶ
79	24時間常時、輸血が可能である	可・不可 から選ぶ
80	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修への参加	回(0回の場合は0を入力)
81	オープン・セミオープンシステムの導入	有・無 から選ぶ

評価項目に対する配点基準

項番	評価項目	配点基準
5	NICU 勤務看護師数 (センター内)	・全ての病床に対して3:1の場合: 1点 ・全ての病床に対して3:1より多い場合: 2点
6	GCU 勤務看護師数 (センター内)	・全ての病床に対して6:1の場合: 1点 ・全ての病床に対して6:1より多い場合: 2点
8	センター内の周産期(新生児)専門医数(日本周産期・新生児医学会資格に限る)	・人数に応じて1点加減 → ・1名の場合: 1点 ・2名の場合: 2点 ・3名以上の場合: 3点
9	センター内の24時間体制で新生児医療を担当する医師数(オンコールは除く)	NICU 病床数 15 以下の場合 ・1名の場合: 1点 ・2名以上の場合: 2点 NICU 病床数 16 以上の場合 ・2名の場合: 1点 ・3名以上の場合: 2点
10	院内に24時間体制で小児外科医が確保されている(オンコールは除く)	・有の場合: 1点
11	24時間体制で麻酔科医が確保されている(オンコールは除く)	・病院内の場合: 1点 ・センター内の場合: 2点
13	NICU 入院児支援コーディネーターが確保されている	・病院内の場合: 1点 ・センター内の場合: 2点
14	臨床心理士等の臨床心理技術者を配置している	・病院内の場合: 1点 ・センター内の場合: 2点
32	極低出生体重児入院数(出生時1,000g以上1,500g未満)	・20名~39名の場合: 1点 ・40名~59名の場合: 2点 ・60名~79名の場合: 3点 ・80名以上の場合: 4点
33	極低出生体重児入院数の医療保険届出NICU入院児数に占める割合 → 極低出生体重児入院数の都道府県全体での出生数に占める割合	・10%以上30%未満の場合: 1点 ・30%以上50%未満の場合: 2点 ・50%以上の場合: 3点
34	超低出生体重児入院数(出生時1,000g未満)	・10名~19名の場合: 1点 ・20名~29名の場合: 2点 ・30名~39名の場合: 3点 ・40名以上の場合: 4点
35	超低出生体重児入院数の医療保険届出NICU入院児数に占める割合 → 超低出生体重児入院数の都道府県全体での出生数に占める割合	・10%以上30%未満の場合: 2点 ・30%以上50%未満の場合: 4点 ・50%以上の場合: 6点
36	外科手術(開頭、開胸、開腹をともなうもの)症例数	・10名~19名の場合: 1点 ・20名~29名の場合: 2点 ・30名~39名

		の場合: 3点 ・40名以上の場合: 4点
37	開頭、開胸、開腹手術症例数の医療保険届出NICU入院児数に占める割合	→10%以上30%未満の場合: 2点 →30%以上50%未満の場合: 4点 →50%以上の場合: 6点
39	新生児出迎え搬送(三角搬送を含む)の実施数	・20名~39名の場合: 1点 ・40名~59名の場合: 2点 ・60名~79名の場合: 3点 ・80名以上の場合: 4点
73	合同症例検討会の開催	・有の場合: 1点
74	新生児蘇生法講習会の開催	・有の場合: 1点
75	周産期医療体制整備指針に規定する周産期医療協議会への参加	・有の場合: 1点
76	24時間常時、1次施設から入院受入れが可能である	・可能の場合: 2点
77	24時間常時、救急隊からの直接受入れが可能である	・可能の場合: 2点
78	24時間常時、帝王切開が可能である	・可能の場合: 2点
79	24時間常時、輸血が可能である	・可能の場合: 2点
80	全医療従事者が医療事故・安全に関する研修への参加	・全医療従事者が医療事故・安全に関する研修に年2回以上参加している場合: 1点
81	オープン・セミオープンシステムの導入	・有の場合: 2点
82	分娩や新生児を取り扱う医師に手当を支給する等処遇の改善が図られている	・有の場合: 2点
83	交替制勤務、短時間勤務などにより当直翌日の勤務配慮を行っている	・有の場合: 2点

周産期医療体制整備指針（改定案）

第1 総論的事項
(中略)

3 都道府県における周産期医療体制の整備

(1) 周産期医療協議会

ア 周産期医療協議会の設置

(ア) 都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、周産期医療協議会を設置するものとする。周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、地域の中核となる総合周産期母子医療センター等の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表等のことをいうものである。

→ (追加) (イ) また、周産期医療に関する都道府県間の連携を促進するために、近隣都道府県で協議する広域周産期医療協議会を設置する。広域周産期医療協議会においては災害時の周産期医療対策に関する協議を行うこととする。また、対策マニュアルを作成し連絡網の整備をした上で、これらに関係者に周知する。マニュアルには、災害時対策の中心となる総合周産期母子医療センターを指定することとする。

(ウ) さらに、全国の総合周産期母子医療センターが協議する全国総合周産期医療協議会（仮称）を設立し、災害時に相互に支援するための連携体制を構築する。

イ 協議事項

(中略)

ウ 都道府県医療審議会等との連携

(中略)

(2) 周産期医療体制に係る調査分析

(中略)

(3) 周産期医療体制整備計画

(中略)

(4) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

(中略)

(5) 周産期医療体制整備計画の推進

都道府県は、次に掲げる事項に留意しながら、周産期医療体制整備計画を推進するものとする。

ア 適切な条件整備

(中略)

イ 医療施設間の機能分担及び連携

(中略)

ウ 近隣の都道府県等との連携

都道府県は、母体及び新生児の搬送及び受入れの状況を踏まえ、近隣の都道府県等との広域搬送・相互支援体制の構築等、県境を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置を講ずるものとする。

(追加) → 周産期医療に関する都道府県間の連携を促進するために、近隣都道府県で協議する広域周産期医療協議会を設置することとする。

なお、この場合においては、切迫早産の治療が継続するときは母体の戻り搬送が必要となること、新生児は、家族が児に接する機会を増やすため、戻り搬送の必要性が高いことに配慮する必要がある。

エ 関連施設との連携

(中略)

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うものとする。

ア MFICU

(中略)

イ NICU

(ア) 24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること。なお、NICUの病床数が16床以上である場合は、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい。

→ (追加) 総合周産期母子医療センターでは、新生児医療を担当する常勤医師がNICU3床当たり2名以上の配置に努める、また9床未満のNICUは6名以上の配置に努める。

(イ) 常時3床に1名の看護師が勤務していること。

→ (追加) 新生児集中治療認定看護師等を活用し、より質の高い看護ケアが実践できるように努める。

さらに、その実績に応じて周産期母子医療センターを評価する。

(ウ) → (変更) 常勤の臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

→ (追加) (エ) 理学療法士を配置すること。

(オ) 作業療法士を配置すること。

(カ) 言語聴覚士を配置すること。

(キ) 管理栄養士を配置すること。

(ク) 24時間対応できる臨床工学士を配置すること。

(ケ) 週7日勤務の病棟薬剤師を配置すること。

ウ GCU

(中略)

エ 分娩室

(中略)

オ 麻酔科医

(中略)

カ NICU入院児支援コーディネーター

(中略)

(5) 連携機能

(中略)

オ 輸血の確保

(中略)

(6) 周産期医療体制整備計画の見直し

(中略)

第2 各論的事項

1 総合周産期母子医療センター

(1) 機能

(中略)

(2) 整備内容

ア 施設数

(中略)

イ 診療科目

ウ 関係診療科との連携

(中略)

エ 設備等

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる設備等を備えるものとする。

(ア) MFICU

(中略)

(イ) NICU

NICUには、次に掲げる設備を備えるものとする。

① 新生児用呼吸循環監視装置

② 新生児用人工換気装置

③ 超音波診断装置(カラードップラー機能を有するものに限る。)

④ 新生児搬送用保育器

⑤ その他新生児集中治療に必要な設備

(追加) → ⑥ 今後新たに周産期母子医療センターを新築する場合には、NICU1病床当たり10m²以上の面積を確保することが望ましい。

(ウ) GCU

(中略)

(エ) 新生児と家族の愛着形成を支援するための設備

(中略)

(オ) ドクターカー

(中略)

(カ) 検査機能

(中略)

(3) 病床数

ア MFICU及びNICUの病床数は、(中略)以下のとおり取り扱うものとする。

(ア) MFICUの病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外のMFICUの病床数は6床を下回ることができない。

(イ) NICUの病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

イ MFICUの後方病室(一般産科病床等)は、MFICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。

ウ GCUは、NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。→ (削除、もしくは別基準を設定)

(4) 職員

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
田村正徳	国際蘇生法連絡委員会のConsensus 2015から日本版ガイドライン2015まで	監修：細野茂春	日本版救急蘇生ガイドライン2015に基づく 新生児蘇生法テキスト 第3版	メジカルビュー社	東京	2016	18-23
田村正徳	第4章 新生児の蘇生	監修：一般社団法人日本蘇生協議会	JRC 蘇生ガイドライン2015	医学書院	東京	2016	234-290

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Jeffrey M. Perlman, Co-Chair*; Jonathan Wyllie, Co-Chair*; John Kattwinkel; Myra H. Wyckoff; Khalid Aziz; Ruth Guinsburg; Han-Suk Kim; Helen G. Liley; Lindsay Mildenhall; Wendy M. Simon; Edgardo Szyld; Masanori Tamura; Sithembiso Vela phi; on behalf of the Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators	2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.	Circulation.	132	S204-S241	2015.

[ここに入力]

<p>Wyllie J, Perlman JM, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators.</p>	<p>Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations.</p>	<p>Resuscitation</p>	<p>95</p>	<p>E169-e201</p>	<p>2015</p>
<p>Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators.</p>	<p>Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint).</p>	<p>Pediatrics</p>	<p>136 : 2</p>	<p>S120-S166</p>	<p>2015</p>

[ここに入力]

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書 平成 27 年度

—地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究班—

分担研究課題（I-1）：「地域格差研究-周産期母子医療センターを中心に」

研究分担者： 中井 章人（日本医科大学 多摩永山病院女性診療科・産科産婦人科）

【研究要旨】

1. 2014 年 4 月の時点の施設数は、総合周産期母子医療センター100 施設、地域周産期母子医療センター291 施設で、141 施設（総合 100 施設、地域 41 施設）に MFICU869 床が設置されていた。
2. 各自治体における周産期母子医療センターと MFICU 病床の設置状況（全国平均 0.85 床/1,000 分娩）には約 7 倍の自治体間格差があり、MFICU 施設に配置される産科医師数（全国平均 1.9 名/1000 分娩）の格差は 17.6 倍にのぼる。
3. MFICU 病床数や産科医師数の格差は、周産期死亡率や低出生体重児の頻度などの周産期予後とは関連しないものの、母体搬送受入に影響を与える。
4. MFICU1 床当たりの母体搬送受入数と産科医師 1 名当たりの母体搬送受入数にはそれぞれ 7.4 倍と 12 倍の自治体間格差があり、医師 1 名当たりの搬送数が多く、MFICU 配置が少ない自治体で、母体搬送を断る割合が高い。
5. 周産期母子医療センターでは、他の産科施設に比較し労働量が多く、配置される産科医師数が少ない自治体で、平均当直回数も多く、推定在院時間は長い。
6. 産科診療所の分娩割合が多い自治体では周産期母子医療センター医師の推定在院時間が短く、労働負担が軽減される傾向にある。
7. MFICU の自治体間格差解消には、配置される医師への負担軽減も考慮されなければならない。
8. 労働環境の改善には、1000 分娩あたり 2 名、MFICU1 床あたり 2.4 名の産科医師を配置することが必要で、母体搬送受入改善には、1000 分娩あたり 1 床の MFICU 配置が必要になる。
9. これらを達成するため、既存施設の活用、県域を超えた周産期医療圏の検討、産科診療所の維持と活用を提案する。

A. 研究目的

医師不足、施設の減少、地域格差など周産期医療の抱える諸問題は、国民生活に不安を招き、少子化対策においても大きな負の要因になる。

この問題に対し、国は平成 19 年より医学部定員増加を図り、平成 21 年には医学部定員を過去最大の 8486 名に設定している。また、医学部を持つ全国 68 大学では地域を指定した入学者選抜（地域枠）を導入し、平成 25 年度には 1,425 名の入学者を獲得し、その解消を目指している 1)。しかし、地域枠入学者が研修を修了し、実際の診療現場に参画

するのはしばらく先のことになる。

本研究は、全国の周産期医療供給体制と産婦人科医師の勤務状況を明らかにすることを目的に企図された。昨年度は、日本産科婦人科学会学会員の勤務実態を調査し、分娩に携わる医師数が不足し、地域偏在が存在することを明らかにした。また、地域偏在は、医師臨床研修制度が開始された平成 16 年以降拡大していた。

本年度は、周産期母子医療センターや MFICU の設置状況、医師数、母体搬送の状況などを調査し、周産期予後に与える影響を検討した。また、これらの検討を通じ、施設数や MFICU の適正配置に関し、周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた

提案を行う。

B. 研究方法

昨年度、日本産科婦人科学会理事会、日本産婦人科医会常務理事会の承認の後、作成した日本産科婦人科学会会員登録基本情報と日本産婦人科医会施設情報調査を連結したデータベース（日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査）²⁾をもとに、人口動態調査、周産期医療体制調べ（厚生労働省医政局地域医療計画課救急・周産期医療等対策室、2014 年 4 月現在）、救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査（総務省消防庁 2013 年実績）、日本産婦人科医会施設情報調査 2015（2015 年 1 月現在）、日本産婦人科医会勤務医部会「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査」のデータを加え、周産期母子医療センターの現状について分析した。

施設数、診療実績（分娩数、帝王切開数など）に関しては、より実勢を反映するため日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査を用い、周産期母子医療センターの医師数は周産期医療体制調べを用い、母体搬送数は救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査を用いた。また、就労環境に関しては日本産婦人科医会勤務医部会調査を用い、周産期予後に関しては、人口動態調査のうち、人口動態総覧（数・率）・人口、都道府県・保健所・市区町村別調査を用い、平成 20 年～24 年の 5 年間の実績を算出した。

データシートと統計処理は Excel（Microsoft, Redmond, WA, USA）シートを用い連結したデータベースから、SPSS Statistics version 17.0（SPSS Inc, Chicago, IL, USA）により、施設機能、診療実績、母体搬送、就労環境の現状と周産期予後の関連を検討した。

C. 研究結果

1. 周産期母子医療センターの設置状況

1) 概要

2014 年 4 月の時点で、全国に総合周産期母子医

療センター100 施設、地域周産期母子医療センター291 施設が設置されている。

表 1 に日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査による分娩取扱施設の概要を示す。産婦人科施設に所属する学会員 13,765 名のうち、9,773 名（71.0%）が分娩施設に所属し、その 47.1%が周産期母子医療センターに勤務している。半数近くが女性で（総合 47%、地域 44%）、年齢の中央値、90%tile は男性で 40 歳、58 歳、女性で 32 歳、40 歳であった。診療実績では周産期母子医療センターでは、帝王切開率が高く、一人当たりの分娩数は少ない。

自治体ごとの施設別医師 1 人当たりの分娩数と帝王切開率を図 1 に示す。周産期指定のない一般病院と診療所の医師は多くのローリスク分娩を扱い、周産期母子医療センターでは、取扱う分娩数は少ないものの、帝王切開率は高く、ハイリスクが集約されていると推察された。総合と地域に明確な相違はないものの、いずれの自治体においても施設機能に応じリスクが分配されていた。

2) 周産期母子医療センターと MFICU 病床の設置状況

総合周産期母子医療センターは全国平均 10,182 分娩に 1 施設で設置されるが、カバーすべき分娩数には最大 15 倍以上の自治体間格差があった（図 2）。全ての周産期母子医療センター（総合・地域）で検討すると、全国平均 2,604 分娩に 1 施設となり、カバーすべき分娩数の自治体間格差は 7 倍に減少した（図 3）。

総合周産期母子医療センター100 施設には 685 床の MFICU が設置されている。総合周産期母子医療センターに設置される MFICU 病床数を、自治体ごとに図 4 に示す。1000 分娩当りの MFICU 病床は全国平均 0.67 床だが、自治体ごとの設置状況は 0.25 床から 1.84 床と 7.4 倍の格差があった。

図 5 に総合周産期母子医療センターに地域周産期母子医療センターを加え、全 MFICU 病床の分布を示す。全国 141 施設（総合 100 施設、地域 41 施設）に MFICU が設置され（869 床）、1,000 分

娩当たり全国平均 0.85 床となっていた。また、1,000 分娩当たりの MFICU 病床数は自治体間で最大 6.7 倍の格差があった。

3) 医師の配置状況

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査では、4,604 名(総合 1,979 名、地域 2,625 名) 47.5%が、周産期母子医療センターに所属していた。一方、厚生労働省の周産期医療体制調べでは、実際に周産期医療に関わる医師数は総合周産期母子医療センター 1,471 名、地域周産期母子医療センター 2,057 名で所属全医師と比較しそれぞれ 508 名、578 名少ない(図 6、表 2)。

厚生労働省の周産期医療体制調べに基づき算出された自治体ごとの周産期母子医療センターの産科医師数を図 7、8 に示す。総合周産期母子医療センターの産科医師数は、1,000 分娩あたりの全国平均 1.44 名で 13.4 倍の自治体間格差があった(図 7)。また、地域周産期母子医療センターを含めた MFICU 病床を有する 141 施設では、1000 分娩あたりの産科医師数は全国平均 1.9 名で、自治体間格差は 17.6 倍におよんでいた。

表 3 に総合周産期母子医療センター、表 4 に MFICU 病床を有する周産期母子医療センターの設置状況、産科産科医師数を示す。自治体ごとの 1,000 分娩当たりの MFICU 病床と産科医師数には高い相関関係があり(図 9)、MFICU1 床あたりの医師配置はほぼ一定に保たれていた(図 10)。

4) 分娩取扱い実績

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査から、全国の産科施設の分娩取扱い状況を示す(表 5)。全国の総合と地域の周産期母子医療センターが取扱った分娩数は 241,275 件で、本邦の全分娩数の 23.7%を占めるが、自治体ごとでは 8.3%から 57.1%まで、6.9 倍の差があった。

自治体内で周産期母子医療センターが扱う分娩数の割合は帝王切開率と関連し(図 11)、自治体内の占有率が低ければ帝王切開率は増加し、濃縮したリスクが取扱われていたことになる。

これら自治体における周産期母子医療センター

の役割は、各地域の医療供給体制に応じ様々で、全国画一的な基準を設けることは難しい。

2. 母体搬送の状況

1) 全国の産科・周産期傷病者搬送数

総務省消防庁の救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査をもとに、周産期母子医療センターに関しては、厚生労働省の周産期医療体制調べ、周産期指定のない一般病院が扱う母体搬送数に関しては、日本産婦人科医会勤務医部会「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査」を参考に、母体搬送の現状を検討した。

総務省消防庁の調査によれば、全国の 2013 年の年間母体搬送件数(産科・周産期傷病者搬送数)は 42,688 件で、そのうち転院搬送は 26,867 件(62.9%)を占めていた。各自治体の状況を表 6 に示す。基本的に各自治体の母体搬送数は、それぞれの分娩数と高い相関を示し(図 12)、母体搬送発生率は全国平均 4.2%になるが、自治体ごとに 1.5%から 5.9%まで 4 倍近い差があった(表 6、図 13)。これらの相違には搬送元となる施設の取扱う分娩数が関連し、診療所が自治体内で取扱う分娩の割合が多いほど、搬送発生率が増加する傾向にあった(図 14、15)。

2) 周産期母子医療センターの状況

周産期母子医療センターの受け入れ状況でみると(表 7)、各自治体で MFICU を有する施設で平均 34%、全ての周産期母子医療センターで平均 58%の母体搬送に対応していた。この周産期母子医療センターの母体搬送対応割合は自治体により異なり 35%から 100%となっていた。

3) MFICU の状況

表 8 に MFICU を有する施設の状況を示す。MFICU 1 病床あたりの年間受入数は平均 16.5 件で、自治体により 4.8 件から 35.3 件まで約 7.4 倍の格差があった。同様に産科医師 1 名当りの年間搬送受入数は平均 7.4 件で、自治体により 2.0 件から 24.0 件と 12 倍の差があった。また、搬送依頼

数と受入数から算出した搬送断り率は平均 17%と比較的低率だが、自治体間で 0%から 59%とばらついていた。搬送断り率と MFICU の状況を比較すると、産科医師 1 名当たりの搬送数が多く、1000 分産当りの MFICU 配置が少ない自治体で、母体搬送断り率が有意ではない (図 16, 17)。実際、総務省消防庁の救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査においても、搬送受入れに至らなかった理由として、手術・患者対応中や医師不在といった医師不足に関連すると思われる理由が 25%を占める (図 18)。

一方、搬送断り率と分娩あたりの NICU 配置、搬送に対する新生児科医師数、NICU 病床利用率など NICU の状況には、有意な関連は認めなかった (図 19, 20, 21)。

3. 医師の勤務状況

日本産婦人科医会勤務医部会が行った「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査」によれば、過去 7 年間 1 ヶ月間の平均当直回数や推定在院時間に大きな変化はなく、勤務環境は改善されていない (表 9, 10)。一方、女性医師に配慮した院内保育所の設置率は 7 年前の 2 倍近くに増加し、総合周産期母子医療センターでは 90%近くになっている (表 11)。

表 12 に総合・地域を合わせた周産期母子医療センターの就労状況を自治体ごとに示す。

1 ヶ月間の平均当直回数と推定在院時間は 5.7 回、315 時間となり、それぞれ 3.3 倍、1.5 倍の自治体間格差があった。

これら就労状況は MFICU1 床あたりの産婦人科医師数と関連し、医師が少ないほど当直回数は増加する傾向で (図 22)、推定在院時間は有意に増加していた (図 23)。また、産科診療所の分娩割合が多い自治体では周産期母子医療センター医師の労働負担が軽減される傾向にあった (図 24, 25)。

4. 周産期予後との関係

1) 周産期死亡率

平成 20 年から 24 年の 5 年間の周産期死亡数 (率)、2500g 未満の出生数 (率) を表 13 に示す。5 年間の周産期死亡率の平均は 4.2 で、自治体により 3.4 から 5.6 と開きがある。

5 年間の各自治体の周産期死亡率から平均値と偏差値を求め、平均値の $\pm 1SD$ を超える自治体をそれぞれ周産期死亡率の高い自治体と低い自治体として、MFICU を有する施設や自治体の周産期医療供給の状況と比較した (表 14)。

その結果、MFICU 数や医師数、施設機能、就労状況はじめ、厚生労働省が行った施設評価と周産期死亡率の間には何ら有意な関連は認めなかった (表 14、図 26-33)。表 15 に自治体ごとの主たる指標と周産期死亡率を示す。また、全県の帝王切開率や診療所が扱う分娩数の割合も、周産期死亡率には関連していなかった (図 34)。

2) 低出生体重児

平成 20 年から 24 年の 5 年間の出生体重 2500g 未満の出生数 (率) を表 13 に示す。

5 年間の各自治体の出生体重 2,500g 未満の児の出生率から平均値と偏差値を求め、平均値の $\pm 1SD$ を超える自治体をそれぞれ 2,500g 未満の児の出生率の高い自治体と低い自治体として、MFICU を有する施設や自治体の周産期医療供給の状況と比較した (表 16)。

その結果、2,500g 未満の児の出生率が低い自治体で MFICU を有する施設の搬送を取扱う割合が高く、帝王切開率が有意に低かった ($p < 0.05$)。

D. 考察

各自治体には周産期母子医療センターと MFICU 病床が設置され、周産期医療の中核を担っている。2014 年 4 月の時点の施設数は、総合周産期母子医療センター 100 施設、地域周産期母子医療センター 291 施設で、141 施設 (総合 100 施設、地域 41 施設) に MFICU 869 床が設置されていた。

1. 周産期母子医療センターと MFICU 病床の現状

各自治体における周産期母子医療センターと

MFICU 病床の設置状況には約 7 倍の自治体間格差があり、MFICU 施設に配置される医師数の格差は 17.6 倍にのぼる (表 17)。MFICU 病床数や医師数の格差は、周産期死亡率や低出生体重児の頻度などの周産期予後とは関連しないものの、母体搬送受入に影響を与える。

MFICU1 床当たりの母体搬送受入数と医師 1 名当たりの母体搬送受入数にはそれぞれ 7.4 倍と 12 倍の自治体間格差があり、医師 1 名当たりの搬送数も多く、MFICU 配置が少ない自治体で、母体搬送を断る割合が高い (図 16, 17)。この傾向は総務省消防庁の救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査においても同様で、手術・患者対応中、医師不在、満床といった医師と病床の不足が母体搬送受入れに至らなかった理由として上位を占めていた (図 18)。周産期母子医療センターの母体搬送の受入状況を改善することは、地域医療の安定供給にとって極めて重要で、MFICU 病床数と医師数の自治体間格差の解消は急務といえることができる。

2. 周産期母子医療センター医師の現状

MFICU 病床数の自治体間格差の解消には、施設の大規模化や施設の新設などによる MFICU 病床の増床が必要だが、増床には相応の医師の増員が必須になる。しかし、産婦人科医師の増加は停滞しており、若手医師の地域偏在は過去最大になっている (3)。実際、各自治体の分娩数当たりの MFICU 病床数と配置される医師数は有意な正の相関を示し (図 9)、医師数が少ない自治体ではそれに伴い MFICU 病床も少ない。

表 18 に産科診療所を除く、各自治体の 1,000 分娩当たりの MFICU 施設の医師数、MFICU 以外の施設の医師数を示す。1,000 分娩当たりの総医師数の自治体間格差は約 3 倍で、MFICU 施設医師数の格差 17.6 倍を大きく下回る。また、産科診療所の医師数を加えた検討でも自治体間格差は 2.3 倍に止まることが報告され (2, 3)、格差は周産期母子医療センター勤務の医師数でより顕著といえることができる。

周産期母子医療センターでは、他の産科施設に比較し労働量が多く (表 9-12)、医師数の格差はさらなる負荷となる。周産期母子医療センターに配置される医師数が少ない自治体で、平均当直回数も多く、推定在院時間は長い (図 22, 23)。MFICU を有する施設の医師不足は自明で、医師の確保、すなわち医師数の増加なくして、MFICU 病床の増床は極めて困難と言わざるを得ない。

医師不足と地域偏在について、国は平成 19 年より医学部定員増加を図り、地域を指定した入学者選抜 (地域枠) を導入し、その解消を目指している (1)。しかし、地域枠入学者が研修を修了し、実際の診療現場に参画するのはしばらく先のことで、急速な産婦人科医師の増加は望めない。したがって、周産期医療供給体制の維持と安定化には、現状の医師数でより機能的な体制を提案しなければならない。

3. 地域格差解消と医師の負担軽減への提案

MFICU の自治体間格差解消には、配置される医師への負担軽減も考慮されなければならない。医師の就労環境改善の観点から算出すると、1 ヶ月間の在院時間を 300 時間未満にするためには、1,000 分娩あたり 2 名、MFICU1 床あたり 2.4 名の医師配置することが必要になる (図 23)。また、母体搬送受入率を 70% 以上に保つためには、1,000 分娩あたり 1 床の MFICU 配置が必要になる (図 17)。

自治体ごとに事情が異なり一律に対応することは困難と思われるが、これらの数字に近づくための試案を、MFICU 病床数と医師数が少ない 6 自治体 (福島、群馬、千葉、長野、岐阜、鹿児島) を例にあげ、以下に示す。

1) 既存施設の活用

MFICU 病床数と医師数が少ない 6 自治体 (福島、群馬、千葉、長野、岐阜、鹿児島) の医師数の分布を検討すると、群馬、長野、鹿児島の 3 県では、MFICU 施設以外で働く医師数が全国平均を上回る (表 18)。特に群馬、長野では MFICU のない地域周産期母子医療センターに、全国平均を上回る医

師が勤務している。こうした施設に MFICU が設置できれば、数字の上では前述の設定（MFICU1 床あたり 2.5 名の医師配置、1000 分娩あたり 1 床の MFICU 配置）をクリアすることができる。

また、総合周産期母子医療センターのみならず地域周産期母子医療センターなど既存施設で、母体の偶発合併症や救急救命疾患に対応できる施設や妊娠中のメンタルヘルスケアに特化した対応が可能な施設に、MFICU 相応の病床を付加することも、格差の解消と周産期医療供給体制の安定化に寄与する。こうした機能を特定した施設では、産科医に限らず他の診療科医師や助産師を含めた人員配置を行うことで、産科医師不足が制約とはならず病床確保が可能になる。

施設ごとの特性を考慮した周産期母子医療センターの機能拡充は、母体搬送の一施設完結（ワンストップ化）に寄与し、効率のよい医療供給体制を構築する。

2) 県域を超えた周産期医療圏の検討

母体搬送の問題の一つに周産期母子医療センターまでの受診アクセス時間がある。石川の検討によれば、妊産婦の住所地から全国の分娩取り扱い医療機関に対する受診アクセスに 60 分以上かかる割合は 0.3%にとどまるが、周産期母子医療センターでは 2.1%の妊産婦が 60 分以上を要している 4)。

この受診アクセスにかかる時間を自治体内で完結した場合と、自治体を超えた場合で比較した（図 35、表 19）。MFICU 病床数と医師数が少ない 6 自治体（福島、群馬、千葉、長野、岐阜、鹿児島）のうち、福島、千葉では近隣自治体の周産期母子医療センターへのアクセスすることで、60 分以上を要する妊産婦の割合が、それぞれ 8.2%から 6.6%、3.8%から 1.7%に減少する。例示した自治体以外にも県域を超えたアクセスが効果的と推測される自治体が散見され、地域によってはより積極的に広域搬送システムや県域を超えた周産期医療圏の検討を行うことが有効と推察された。

3) 産科診療所の維持と活用

全国の分娩の 48%は診療所で行われ、29%は周産期指定のない一般病院で行われている（表 1）。ローリスク妊婦の分娩場所の確保は、周産期母子医療センターの負担を軽減する。

なかでも産科診療所の影響は大きく、産科診療所の分娩割合が多い自治体では周産期母子医療センター医師の労働負担が軽減される傾向にある（図 24、25）。また、産科診療所の分娩は周産期予後に悪影響を与えることなく（図 34）、多くのローリスク妊婦に対応し、本邦の周産期予後の維持に寄与していると言えることができる。したがって、産科診療所の維持とその活用は周産期医療の安定供給に欠くことのできない要素で、その拡充は極めて重要と推察された。

なお、本研究にご理解をいただいた日本産科婦人科学会理事会、日本産婦人科医会常務理事会、研究データの収集にご協力頂いた各団体事務職員、およびデータ解釈にご示唆いただいた日本産科婦人科学会医療改革委員会と日本産婦人科医会勤務医部会の関係各位に深謝する。

E. 結論

MFICU 病床数や医師数にはそれぞれ 7 倍と 17.6 倍の自治体間格差がある。この格差は、周産期予後には影響しないものの、MFICU 勤務医師の過重労働を招き、母体搬送受入を困難にする。労働環境の改善には、1,000 分娩あたり 2 名、MFICU1 床あたり 2.4 名の医師を配置することが必要で、母体搬送受入改善には、1,000 分娩あたり 1 床の MFICU 配置が必要になる。

これらを達成するため、既存施設の活用、県域を超えた周産期医療圏の検討、産科診療所の維持と活用を提案する。

既存施設の MFICU 増床と母体救命やメンタルヘルスケアなど機能を特定した MFICU 相応の病床増床により、格差を軽減する。比較的医師数が確保されている施設を対象とすることと、他の診療科医師などとチームを構成することにより、産

科医師不足が制約とはならず病床確保が可能になる。また、受診アクセス時間の検討から、地域によっては県域を超えた搬送がより効率的になる。さらに、MFICU 勤務医師の労働負担軽減に産科診療所の果たす役割は大きく、その維持と活用は周産期医療の安定供給に欠かすことはできない。

F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中井章人. 周産期救急システム-現状とその対応. 搬送システム-母体搬送. 周産期医学誌 2015; 45: 1199 -1202.
- 2) 中井章人. 周産期死亡率 地域格差、諸外国との比較. 周産期医学誌 2015

2. 学会発表

- 1) 中井章人. 特別セミナー「産婦人科医師の勤務実態と将来ビジョン」第 29 回助産学会学術集会. 東京 2015.2 月
- 2) 中井章人. 基調講演「女性にいかにも働いてもらうか、どのように働きたいか」平成 27 年度愛知県公的病院院長ならびに産婦人科部長と本会役員との懇談会. 愛知 2015 年 11 月
- 3) 中井章人. 基調講演「産科医の就労状態、その地域格差」～産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告～平成 27 年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革 公開フォーラム」. 東京 2016 年 1 月

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

参考文献

- 1) 文部科学省医学教育課. 地域医療に関する調査 (平成 25 年 5 月).
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2013/09/04/1324090_19_2.pdf#search
- 2) 中井章人. 地域格差研究. 厚生労働省科学研究費補助地域医療基盤開発推進研究事業「地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」(主任：田村正徳) 平成 26 年度総括・分担研究報告
- 3) 中井章人、海野信也. 全国産婦人科医師の勤務実態に関する研究-日本産科婦人科学会医療改革委員会・日本産婦人科医会勤務医部会共同調査-. 日本周産期・新生児医学会誌 2015; 50: 1281-1288.
- 4) 石川雅俊. 厚生労働省 周産期医療体制のあり方に関する検討会. 周産期医療体制の地域差と方向性. ～将来需要やアクセスを踏まえて～.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000096045.pdf#search=> 石川雅俊+アクセス

表1 施設ごとの診療実績

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査2014(2014.3現在)

	total	分娩施設				婦人科施設 total
		総合周産期	地域周産期	一般病院	診療所	
施設数	2,603	100	291	714	1,498	3,137
医師数	9,773	1,979	2,625	2,866	2,303	3,992
1施設あたりの医師数	3.8	19.8	9.0	4.0	1.5	1.3
年間分娩数	1,018,293	80,255	161,020	290,549	486,469	NA
1施設あたり	391	803	553	407	325	NA
医師1名あたり	104	41	61	101	211	NA
帝王切開数	200,259	28,813	46,522	57,684	67,260	NA
帝切率(%)	19.7	35.6	28.9	20.7	13.8	NA
1施設あたり	77	288	160	81	45	NA
医師1名あたり	20	15	18	20	29	NA
婦人科手術数	279,471	42,907	94,124	117,654	24,786	50,020
1施設あたり	107	429	323	165	17	16
医師1名あたり	29	22	36	41	11	13
助産師数	26,960	3,458	6,140	9,460	7,902	1,038
1施設あたり	10.4	34.6	21.1	13.2	5.3	0.3
分娩数/助産師	38	23	26	31	62	NA

2013年人口動態調査(確定値) 1,029,816人

NA; not applicable

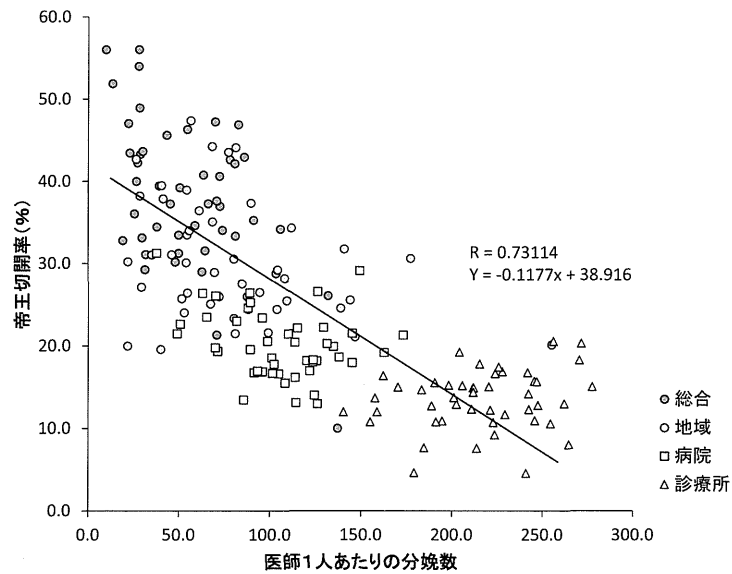
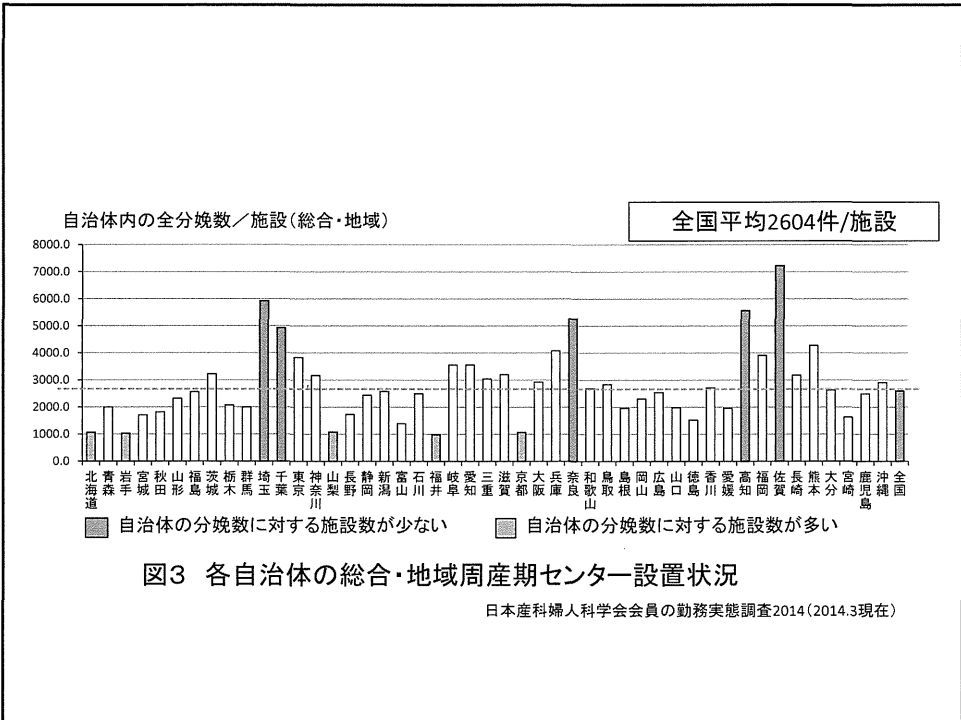
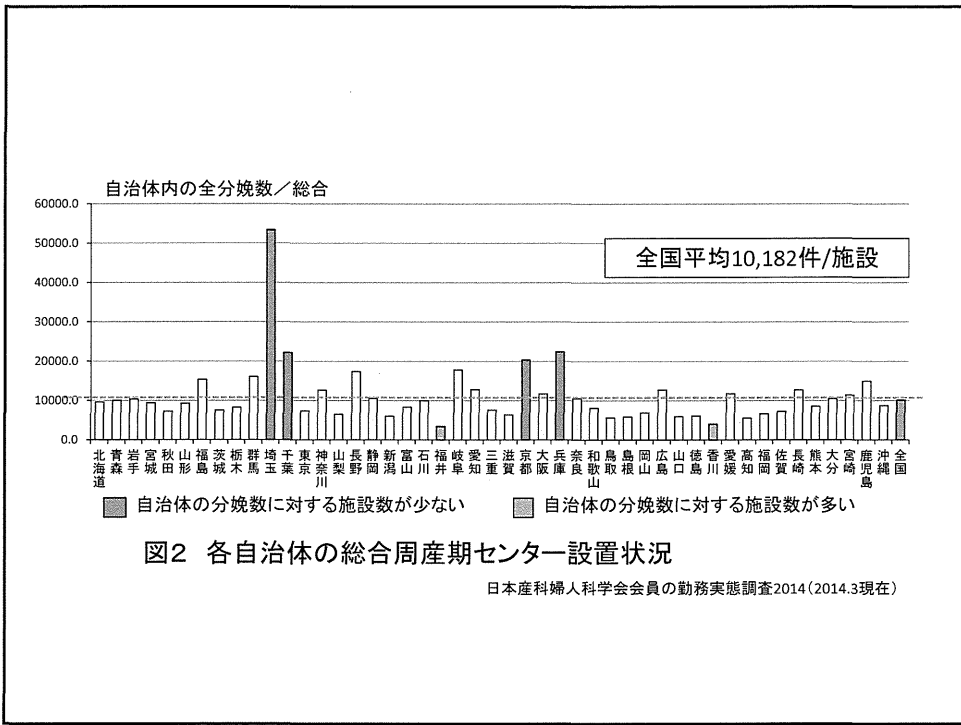
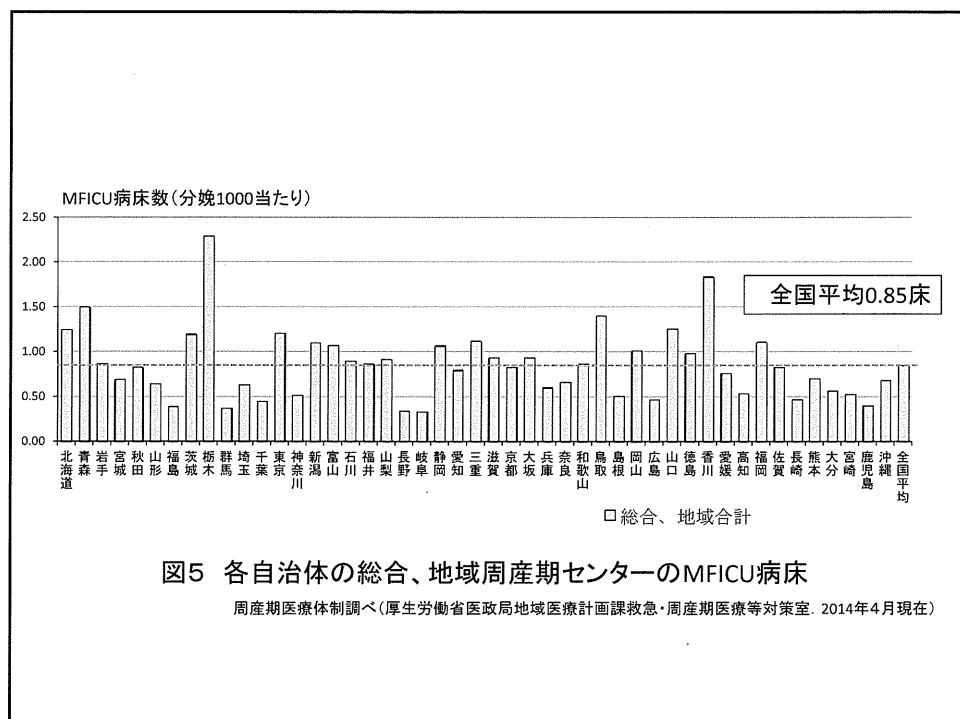
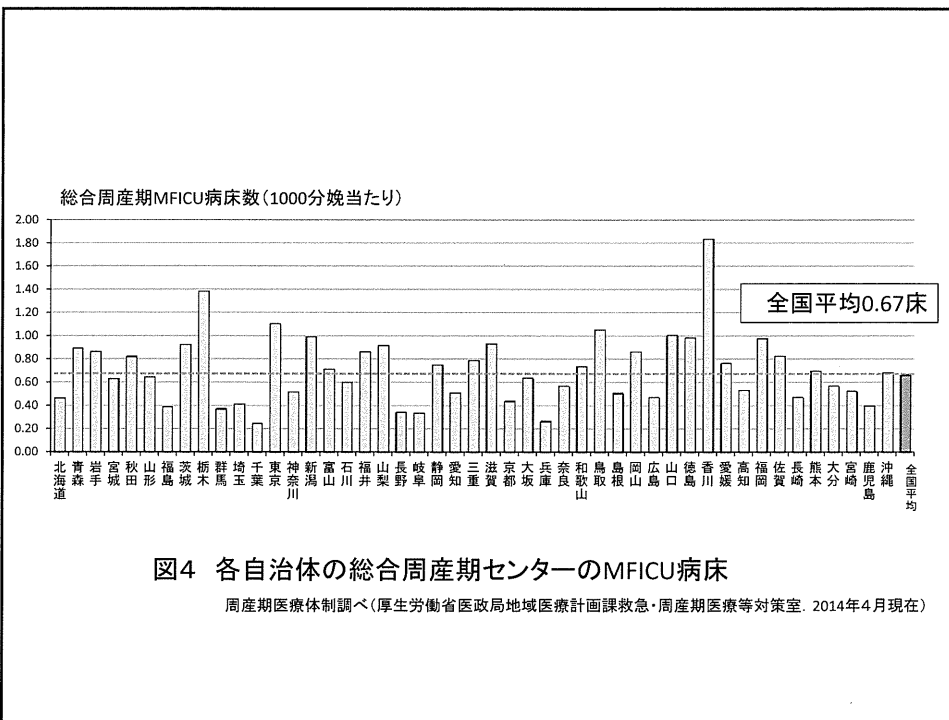


図1 自治体ごとの施設別医師1人当たりの分娩数と帝王切開率

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査2014(2014.3現在)





施設あたりの学会員数と産婦人科医師数(総合)

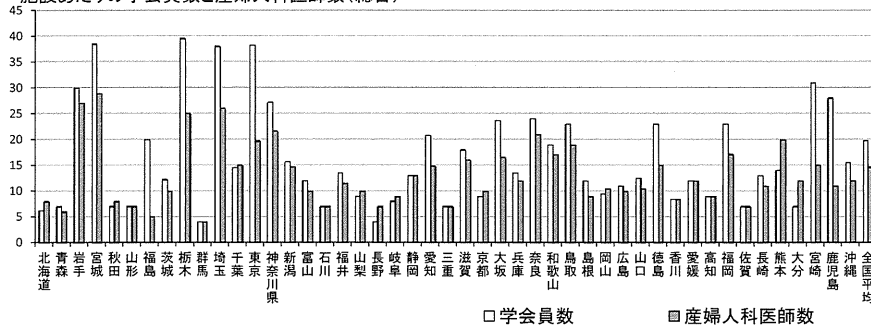


図6 各自治体の総合周産期母子医療センター医師配置

周産期医療体制調べ(厚労省)と日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査の比較

表2 周産期医療体制調べ(厚労省)と学会員調査の比較

	学会員	厚労調べ	差
総合	1,979	1,471	508
地域	2,635	2,057	578

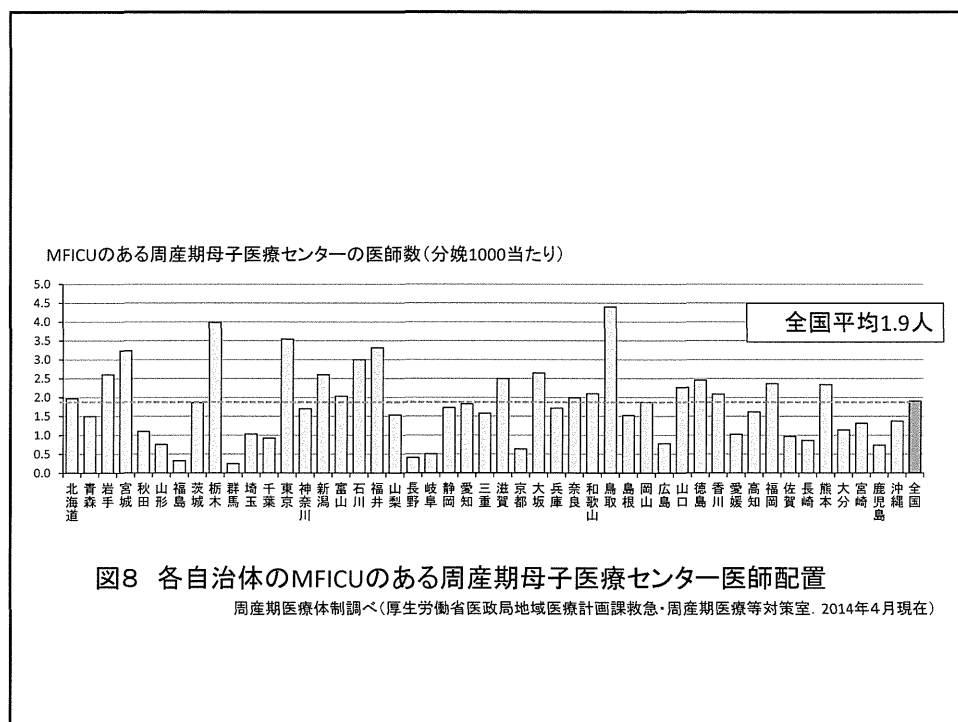
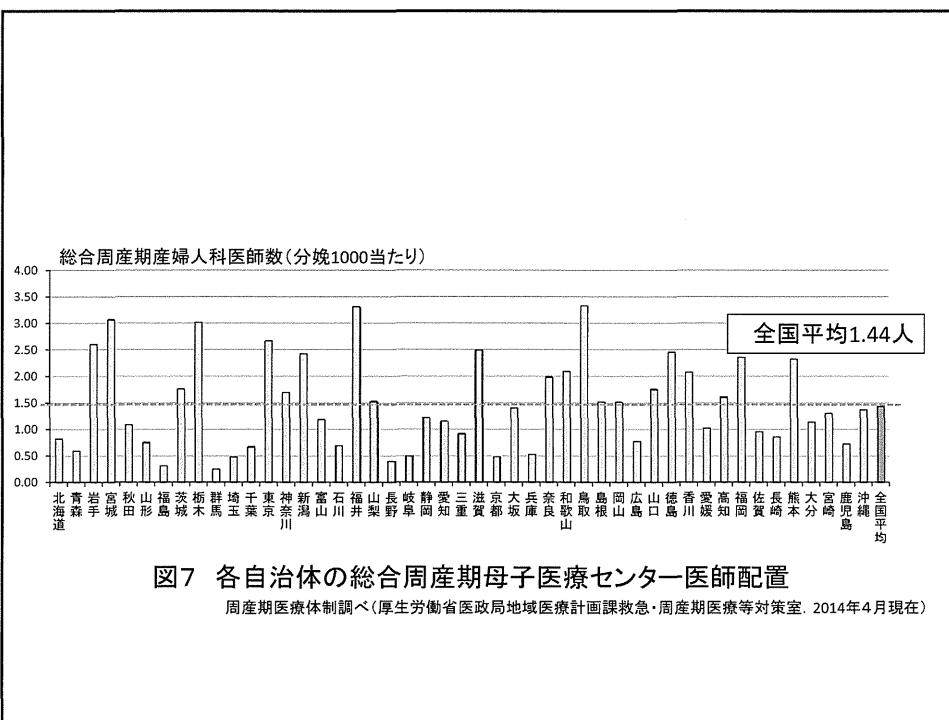


表3 総合周産期母子医療センター設置状況と医師数(周産期医療体制調べ:2014年4月現在)

	MF数			産婦人科医師数					MF数			産婦人科医師数			
	施設数	MF数	/千分娩	総数	/施設数	/MF	/千分娩		施設数	MF数	/千分娩	総数	/施設数	/MF	/千分娩
北海道	4	18	0.5	32	8.0	1.8	0.8	滋賀	2	12	0.9	32	16.0	2.7	2.5
青森	1	9	0.9	6	6.0	0.7	0.6	京都	1	9	0.4	10	10.0	1.1	0.5
岩手	1	9	0.9	27	27.0	3.0	2.6	大坂	6	45	0.6	99	16.5	2.2	1.4
宮城	2	12	0.6	58	29.0	4.8	3.1	兵庫	2	12	0.3	24	12.0	2.0	0.5
秋田	1	6	0.8	8	8.0	1.3	1.1	奈良	1	6	0.6	21	21.0	3.5	2.0
山形	1	6	0.6	7	7.0	1.2	0.8	和歌山	1	6	0.7	17	17.0	2.8	2.1
福島	1	6	0.4	5	5.0	0.8	0.3	鳥取	1	6	1.1	19	19.0	3.2	3.3
茨城	3	21	0.9	40	10.0	1.9	1.8	島根	1	3	0.5	9	9.0	3.0	1.5
栃木	2	23	1.4	50	25.0	2.2	3.0	岡山	2	12	0.9	21	10.5	1.8	1.5
群馬	1	6	0.4	4	4.0	0.7	0.3	広島	2	12	0.5	20	10.0	1.7	0.8
埼玉	1	22	0.4	26	26.0	1.2	0.5	山口	2	12	1.0	21	10.5	1.8	1.8
千葉	2	11	0.2	30	15.0	2.7	0.7	徳島	1	6	1.0	15	15.0	2.5	2.5
東京	13	106	1.1	256	19.7	2.4	2.7	香川	2	15	1.8	17	8.5	1.1	2.1
神奈川	5	33	0.5	108	21.6	3.3	1.7	愛媛	1	9	0.8	12	12.0	1.3	1.0
新潟	3	18	1.0	44	14.7	2.4	2.4	高知	1	3	0.5	9	9.0	3.0	1.6
富山	1	6	0.7	10	10.0	1.7	1.2	福岡	7	52	1.1	111	15.9	2.1	2.4
石川	1	6	0.6	7	7.0	1.2	0.7	佐賀	1	6	0.8	7	7.0	1.2	1.0
福井	2	6	0.9	23	11.5	3.8	3.3	長崎	1	6	0.5	11	11.0	1.8	0.9
山梨	1	6	0.9	10	10.0	1.7	1.5	熊本	2	12	0.7	40	20.0	3.3	2.3
長野	1	6	0.3	7	7.0	1.2	0.4	大分	1	6	0.6	12	12.0	2.0	1.1
岐阜	1	6	0.3	9	9.0	1.5	0.5	宮崎	1	6	0.5	15	15.0	2.5	1.3
静岡	3	24	0.8	39	13.0	1.6	1.2	鹿児島	1	6	0.4	11	11.0	1.8	0.7
愛知	5	33	0.5	74	14.8	2.2	1.2	沖縄	2	12	0.7	24	12.0	2.0	1.4
三重	2	12	0.8	14	7.0	1.2	0.9	全国	100	685	0.7	1471	14.6	2.2	1.4

表4 MFICUを有する周産期母子医療センター設置状況と医師数(周産期医療体制調べ:2014年4月現在)

	MF数			産婦人科医師数					MF数			産婦人科医師数			
	施設数	MF数	/千分娩	総数	/施設数	/MF	/千分娩		施設数	MF数	/千分娩	総数	/施設数	/MF	/千分娩
北海道	11	48	1.2	76	6.9	1.6	2.0	滋賀	2	12	0.9	32	16.0	2.7	2.5
青森	2	15	1.5	15	7.5	1.0	1.5	京都	2	12	0.6	13	6.5	1.1	0.6
岩手	1	9	0.9	27	27.0	3.0	2.6	大坂	11	66	0.9	186	16.9	2.8	2.6
宮城	3	13	0.7	61	20.3	4.7	3.2	兵庫	7	27	0.6	77	11.0	2.9	1.7
秋田	1	6	0.8	8	8.0	1.3	1.1	奈良	1	7	0.7	21	21.0	3.0	2.0
山形	1	6	0.6	7	7.0	1.2	0.8	和歌山	1	7	0.9	17	17.0	2.4	2.1
福島	1	6	0.4	5	5.0	0.8	0.3	鳥取	2	8	1.4	25	12.5	3.1	4.4
茨城	5	27	1.2	42	8.4	1.6	1.9	島根	1	3	0.5	9	9.0	3.0	1.5
栃木	2	38	2.3	66	33.0	1.7	4.0	岡山	3	14	1.0	26	8.7	1.9	1.9
群馬	1	6	0.4	4	4.0	0.7	0.3	広島	2	12	0.5	20	10.0	1.7	0.8
埼玉	3	34	0.6	55	18.3	1.6	1.0	山口	3	15	1.3	27	9.0	1.8	2.3
千葉	4	20	0.4	41	10.3	2.1	0.9	徳島	1	6	1.0	15	15.0	2.5	2.5
東京	15	116	1.2	340	22.7	2.9	3.5	香川	2	15	1.8	17	8.5	1.1	2.1
神奈川	5	33	0.5	108	21.6	3.3	1.7	愛媛	1	9	0.8	12	12.0	1.3	1.0
新潟	4	20	1.1	47	11.8	2.4	2.6	高知	1	3	0.5	9	9.0	3.0	1.6
富山	2	9	1.1	17	8.5	1.9	2.0	福岡	7	52	1.1	111	15.9	2.1	2.4
石川	3	15	1.5	30	10.0	2.0	3.0	佐賀	1	6	0.8	7	7.0	1.2	1.0
福井	2	6	0.9	23	11.5	3.8	3.3	長崎	1	6	0.5	11	11.0	1.8	0.9
山梨	1	6	0.9	10	10.0	1.7	1.5	熊本	2	12	0.7	40	20.0	3.3	2.3
長野	1	6	0.3	7	7.0	1.2	0.4	大分	1	6	0.6	12	12.0	2.0	1.1
岐阜	1	6	0.3	9	9.0	1.5	0.5	宮崎	1	6	0.5	15	15.0	2.5	1.3
静岡	5	34	1.1	55	11.0	1.6	1.7	鹿児島	1	6	0.4	11	11.0	1.8	0.7
愛知	8	51	0.8	117	14.6	2.3	1.8	沖縄	2	12	0.7	24	12.0	2.0	1.4
三重	3	17	1.1	24	8.0	1.4	1.6	全国	141	869	0.9	1931	13.7	2.2	1.9

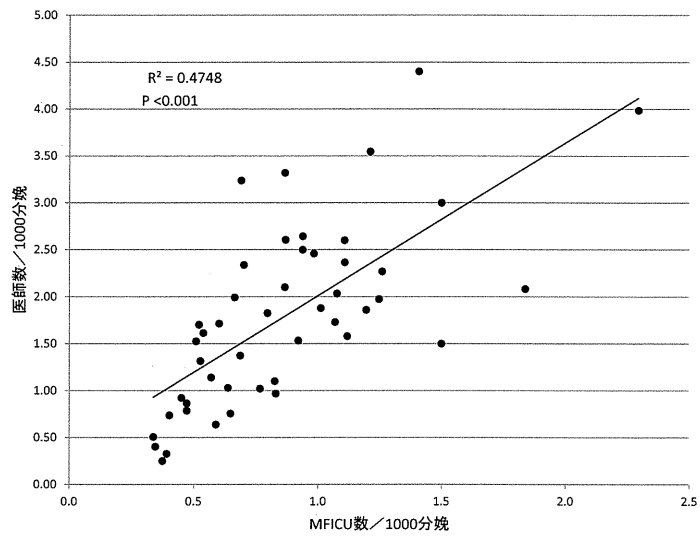


図9 1000分娩当たりの医師数とMFICU数

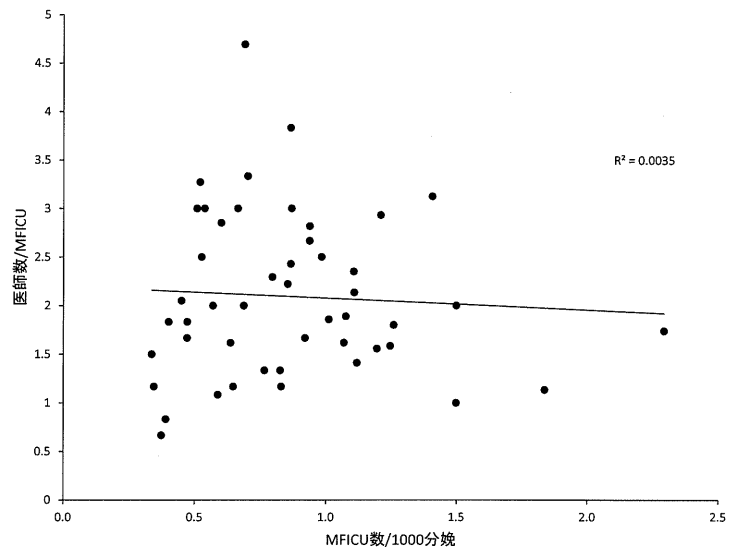


図10 1000分娩当たりのMFICU数と医師配置

表5 施設ごとの分娩数

	センターが						センターが				
	総合	地域	病院	診療所	扱う割合		総合	地域	病院	診療所	扱う割合
北海道	3294	11831	11544	11847	39.3	滋賀	978	806	2382	8639	13.9
青森	450	2487	2213	4860	29.3	京都	664	6063	4839	8830	33.0
岩手	399	4788	378	4802	50.0	大阪	6812	13626	21677	28278	29.0
宮城	2043	5465	1714	9627	39.8	兵庫	1169	5749	15750	22258	15.4
秋田	960	1201	3137	1971	29.7	奈良	938	488	3065	6051	13.5
山形	438	1227	3978	3633	17.9	和歌山	595	1759	1820	3917	29.1
福島	458	2836	3620	8462	21.4	鳥取	439	477	1245	3527	16.1
茨城	2442	1785	8136	10239	18.7	島根	1047	802	2124	1927	31.3
栃木	1750	3798	252	10766	33.5	岡山	1963	986	5430	5474	21.3
群馬	324	3398	4497	7831	23.2	広島	1773	4477	7582	11632	24.5
埼玉	1062	4940	21150	26264	11.2	山口	1245	2292	3083	5292	29.7
千葉	1704	4509	13872	24385	14.0	徳島	682	1527	1226	2668	36.2
東京	15776	11208	40547	28373	28.1	香川	1201	756	3773	2433	24.0
神奈川	3897	11745	25996	21800	24.7	愛媛	1267	2114	1494	6884	28.8
新潟	1777	2735	4919	8649	25.0	高知	650		2486	2443	11.7
富山	848	1953	1551	4011	33.5	福岡	4136	1917	6709	34171	12.9
石川	444	761	4084	4719	12.0	佐賀	601		1206	5428	8.3
福井	688	2373	356	3515	44.2	長崎	588	949	2660	8528	12.1
山梨	652	3071	342	2460	57.1	熊本	793	3884	2979	9464	27.3
長野	312	5846	5950	5272	35.4	大分	578	862	1467	7624	13.7
岐阜	559	1948	3328	11968	14.1	宮崎	300	2235	1792	7078	22.2
静岡	2574	7294	5236	16712	31.0	鹿児島	778	1360	4449	8369	14.3
愛知	5243	8053	14610	36206	20.7	沖縄	1691	1616	6662	7511	18.9
三重	1273	1023	3239	9671	15.1	全国	80255	161020	290549	486469	23.7

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査(2014年3月末日現在)

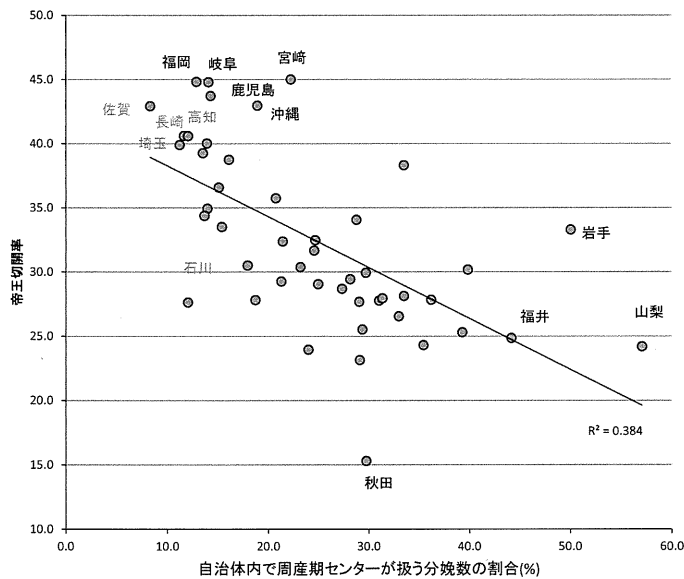


図11 自治体内で周産期センター(総合・地域)が扱う分娩数の割合と帝王切開率

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査(2014年3月末日現在)