別紙１

厚生労働行政推進調査事業費
地域医療基盤開発推進研究事業

地域において安心して妊娠・子育てが可能となる安全な周産期医療体制の構築のための政策研究

令和７年度　総括研究報告書

研究代表者　　加藤 聖子

令和８（2026）年５月

目　　次

I.　総括研究報告
地域において安心して妊娠・子育てが可能となる
安全な周産期医療体制構築のための政策研究　---------- 1
加藤聖子

II.　分担研究報告

III. 研究結果の刊行に関する一覧表

別紙 3

厚生労働行政推進調査事業費（地域医療基盤開発推進研究事業）
（総括）研究報告書

地域において安心して妊娠・子育てが可能となる
安全な周産期医療体制の構築のための政策研究

研究代表者　　加藤 聖子

研究要旨

本研究の目的は都道府県における適切な集約化・重点化を通じた安全な周産期医療体制を構築するために、地域の実状に応じたガイドライン案作成および医療計画に関わる提言を行うことである。令和 7 年度（2025 年度）は令和 6 年度に行ったアンケート調査結果、厚生労働省周産期医療体制調査、日本産婦人科医会分娩施設調査、人口動態統計、国土数値情報を用いて、都道府県の周産期医療体制集約化に関わる状況や課題についての評価指標を策定し、それらを用いて各都道府県の実状評価を行った。①分娩集約化・重点化の状況および必要性、②アクセスの課題、③医療資源の課題の 3 つの視点につき、それぞれ数項目の評価指標を策定した。評価にはデータを可視化した地図およびグラフを用いた。①分娩集約化の状況について、2023 年時点で全国的には都市部集中型、次いで過疎集約型が多く、従来体制を維持している地域の概ね都市部に限られていた。今後の自然集約化見込については現行の医療体制を維持できる地域が最も多かったが、2023 時点で分娩一次施設がない周産期医療圏が 20%存在し、今後進行が見込まれる医療圏は 34%であった。②アクセスの課題について、離島や豪雪地帯指定をスコア化したほか、分娩施設までの到達圏を作成し、アクセスに課題があるとアンケートで回答した地域について地図上に示した。③医療資源の課題については、夜間休日当番の負担、時間外労働負担の負担、周産期専門医の充足度、産科担当医師の充足度について評価したが、欠損データも多く現状の可視化にとどまった。各指標を基に各都道府県の実状評価と課題に対する取り組みの提案を作成した。令和 8 年度は各都道府県担当者・周産期基幹施設に対しフィードバックを依頼した上で、最終的な都道府県評価資料の作成と提言を行う予定である。

研究分担者氏名・研究所属機関名および所属研究機関における職名

城戸 咲・九州大学病院総合周産期母子医療センター・助教
中原 一成・九州大学婦人科産科学教室・助教
池田 すばる・九州大学大学院医学研究院保健学部門・助教
諸隈 誠一・州大学大学院医学研究院保健学部門・教授
加藤 育民・旭川医科大学産婦人科・教授
杉山 隆・愛媛大学・産婦人科学教室・教授

別紙３

池田 智明・三重大学医学部附属病院・病院長
亀井 良政・埼玉医科大学産科婦人科・教授

A. 研究目的

分娩の約半数を診療所が担う本邦の周産期医療体制においては、産科医の養成数を増やすことに加え、周産期母子医療センター等の比較的医師数が多い医療機関が診療所に医師を派遣することにより、地域の周産期医療を維持してきた。しかし、少子化の進行により分娩を取り扱う診療所は減少傾向にあり、周産期母子医療センターでは今後ハイリスクでない分娩の集約化の受け皿としての役割も求められることとなる。一方で解消しない医師の偏在、女性医師の増加に加え、令和6年度より完全施行となった働き方改革により地域の産科医師の労働力は減少することが見込まれ、さらなる医療資源の適切な集約化・重点化が喫緊の課題となっている。

集約化・重点化の過程において、地域の周産期医療提供体制を適切に維持するためには、地域の実情に合わせたスキームが欠かせない。しかし都道府県がどの様に集約化・重点化を進めるべきかについては、各自治体により医療資源、集約化・重点化のフェーズ等の実情が異なるため、画一的な方法論が存在しない。

先行研究では集約化・重点化の際に重視すべき点として、周産期母子医療センターの地域における加療の寄与度、周産期医療を担当する医師の確保と専門教育の充実等の指標の開発や、周産期医療体制が十分とは言えない地域における妊産婦の医療機関までのアクセスの確保に関する好事例の収集を行った。しかし、これらの指標や情報をどの様に活用して周産期医療提供体制の集約化・重点化を行うかについては検討されていない。

そこで本研究では、都道府県における適切な集約化・重点化を通じた安全な周産期医療提供体制を構築することを目的として、

1) 地域の実情に応じた分娩機能の集約化・重点化の好事例収集、要素分析、類型化を行うこと
2) 各々の類型について、周産期医療の集約化に際して行政の施策立案に必要となるマイルストーンを明示したガイドライン案の策定を行うこと
3) 類型判断およびガイドライン案の使用等につき都道府県にヒアリングを行い、各都道府県がどの類型に相当するかのマッチングを行うことにより、都道府県ごとの提案を行いつつ、周産期医療における第8次医療計画の中間見直しおよび第9次医療計画の議論に向けた問題点の抽出および策定に繋がる提言を行うこと

を目的とした。

B. 研究方法

令和 7 年度は、地域の実状把握のための評価指標策定と各都道府県評価を行った。令和 6 年度に行ったアンケート調査に加え、厚生労働省周産期医療体制調査、日本産婦人科医会分娩施設調査についてデータ提供をいただき、人口動態調査、国土数値情報のデータも合わせて、グラフおよび地図による可視化を行った。その上で周産期医療に関わる有識者（研究分担者）で実状評価指標

について再検討し、以下の項目を策定した。本研究で行った令和 6 年度アンケート調査以外のデータは 2019 年、2021 年、2023 年のものを使用した。

＜評価指標の大項目＞

1. 分娩集約化の状況および必要性

地域における分娩集約化の進行状況、今後の進行見込、および能動的集約化の必要性について評価指標を策定した。各都道府県がどのような段階にあるか、分娩集約化に対する取り組みの切迫度・必要性を把握するための指標とした。

2. アクセスの課題

離島や天候（冬季積雪）などの地理的要素に加え、各都道府県の分娩施設位置関係を可視化し、妊産婦の分娩施設へのアクセス、分娩施設から周産期母子医療センターへのアクセスの課題を把握することで、アクセス確保のためにどのような取り組みが有効かを検討するための指標とした。

3. 医療資源の課題

全周産期母子医療センターの分娩取扱数や医療者の負担度・専門性を把握し、医療資源や診療の質確保のためにどのような取り組みが有効かを検討するための指標とした。

＜評価指標の詳細＞

1. 分娩集約化の状況および必要性

2024 年 4 月 1 日時点の各周産期医療圏単位で以下①②③の指標項目を評価し、都道府県ごとに各指標分類の数・割合(%)を算出した。

①分娩集約化の状況（表１）

2023 年時点で分娩施設がない市区町村割合および総合病院での分娩数割合を複合し、分娩集約化の進行状況を評価した。分娩施設のない市区町村割合 50%、総合病院での分娩数割合 50%を基準として以下 4 つの分類とした。

■ 従来分散型

総合病院の分娩数割合 50%未満かつ分娩施設がない市区町村割合 50%未満

→人口・医療資源が比較的保たれており、近隣一次施設で多くの分娩取扱が継続できている地域

■ 都市部限局型

総合病院の分娩数割合 50%未満かつ分娩施設がない市区町村割合 50%以上

→人口の多い都市部に分娩施設が現局し、その地域では一次施設での分娩が多い地域

■ 都市集約型

総合病院の分娩数割合 50%以上かつ分娩施設がない市区町村割合 50%未満

→医療資源・交通網が潤沢で、選択的に分娩集約化した地域

■ 過疎集約型：

総合病院の分娩数割合 50%以上かつ分娩施設がない市区町村割合 50%以上

→分娩施設の減少により自然集約化が進行した地域

②分娩集約化の進行見込（表２）

2021 年から 2023 年の期間における分娩一次施設の減少率、および 2023 年時点で診療数の少ない分娩一次施設の割合を複合し、分娩集約化の進行見込を評価した。一次施設減少率は 3 年間における分娩集約化の進行状況、診療数の少ない一次施設は今後閉鎖が見込まれる施設を反映する。診療数は年間分娩数 200 件未満を基準とし、各項目が全国平均より高値・低値かどうかで 5 つの分類とした。

■ 現状維持可能

一次施設減少率が全国平均未満かつ年間分娩数 200 未満の一次施設割合が全国平均未満
→現時点で、一次施設が地域の分娩を担う従来の体制が持続可能と思われる地域

■ 今後進行見込

一次施設減少率が全国平均未満かつ年間分娩数 200 未満の一次施設割合が全国平均以上
→2019 から 2023 年にかけての減少傾向はないが、近年閉鎖が見込まれる一次施設が多い地域。将来的な分娩集約化に向けた計画的な取り組みが必要とされる。

■ 進行中、今後も進行見込

一次施設減少率が全国平均以上かつ年間分娩数 200 未満の一次施設割合が全国平均以上
→2019 から 2023 年にかけて一次施設が減っているが、今後さらに閉鎖が見込まれ、最も対策が必要な地域。

■ 進行中、今後はやや安定

一次施設減少率が全国平均以上かつ年間分娩数 200 未満の一次施設割合が全国平均未満
→2019 から 2023 年で一次施設が減少し、小規模施設が少なくなった地域。自然集約化が進行した状況にある。

■ 集約化完了

2023 年時点で分娩一次施設が存在しない周産期医療圏。便宜上「集約化完了」と分類した。

③分娩集約化の必要性（表３）

分娩集約化には出生数減少・分娩施設閉鎖による自然集約化に加え、医療者の労働負担軽減や症例経験数確保のための医療資源適正配置を目的とした能動的な集約化・重点化の意義もある。そこで診療数の少ない周産期母子医療センターと、その周辺産科施設の状況を複合して能動的な分娩集約化の必要性を評価する指標とした。2023 年時点で、産科診療については年間分娩数 300 件未満、新生児科診療については年間平均病床利用率 50%未満を基準とした。周辺施設の状況等を複合し以下の 5 つに分類した。

■ 現時点で必要性は乏しい

診療数の少ない施設がない周産期医療圏

■ 周産期母子医療センターなし

周産期母子医療センターがない周産期医療圏
→医療圏・都道府県境を超えた搬送体制整備や総合病院の周産期機能充填が検討される地域

■ 症例資源の適正配置を検討

診療数の少ない周産期母子医療センターがあり、その施設から車で 30 分以内に他の周産期母子医療センターが存在する周産期医療圏
→施設機能分離・統廃合等で分娩や周産期医療資源の適正配置が検討される地域

■ 維持が必要

診療数が少ない周産期母子医療センターがあるが、施設から車で 30 分以内に他の周産期母子医療センターがない周産期医療圏
→地域の周産期医療体制のため、診療数が少なくとも周産期母子医療センターを維持していくことが望ましい地域

■ 自然集約化による分娩数増加の可能性

診療数が少ない周産期母子医療センターがあるが、近隣に年間分娩数 200 件未満の分娩取扱施設が複数ある周産期医療圏
→周辺施設の閉鎖により分娩数が増加する可能性があり、今後の自然集約化に向けた

準備調整が望ましい地域
（新生児科診療基準の場合、最後の評価項目は除外した）

2. アクセスの課題

＜評価のための地図作成＞

地理情報システム：GIS（Geographic Information System）上で分娩施設をマッピングし、2024年時点の道路情報によるルート検索機能を用いて各施設から車で30分圏内、60分圏内の到達圏を作成した。時速50㎞で計算し、高速道路によるルーティングは行わなかった。豪雪地帯および令和6年度アンケート調査で「分娩施設へのアクセスに課題がある」と回答があった地域について色分け表示を行った。

＜評価指標＞（表4）

都道府県単位で、特別離島振興対策実施地域の数、豪雪地帯・特別豪雪地帯指定の市区町村割合、分娩施設へのアクセスについて（表4）に示す基準に基づいてスコア化し、5段階評価を行った。離島と豪雪地帯のスコア基準は、都道府県集計値の分布を参考に設定した。

3. 医療資源の課題

令和6年度のアンケート調査、周産期医療体制調査のデータを用いて、施設単位で以下①②③④の指標項目を評価し、都道府県ごとに各指標分類の数・割合(%)を算出した。

①夜間休日当番の当番負担状況（表5）

周産期医療体制調査から産科・新生児科について当番可能医師数（「産婦人科医師のうち分娩対応が可能な医師数」のうち夜勤又は当直が可能な医師数、および「『小児科医師数(新生児担当医師を含む。)』のうち、日中に主に(仕事の50%以上)NICU又はGCUを担当する小児科医師数（新生児担当医師を含む）のうち、NICUの夜勤又は当直が可能な医師数)」）と、当番可能医師の常勤医率を用いて、夜間休日当番の負担状況を評価した。当番可能医師数については、医師1人あたり月4回以下の夜間休日当番が適正という前提で、産科は地域周産期母子医療センターで8人、総合周産期母子医療センターで16人を基準値とした。新生児科は総合・地域の区別なく8人を基準値として設定した。

■ 余裕型

当番可能医師数が基準値以上かつ当番医常勤率70%以上
→常勤医で大きな負担なく当番を回せている施設

■ 非常勤依存型

当番可能医師数が基準値以上かつ当番医常勤率70%未満
→当番医師数は充足しているが、非常勤医師に依存している部分がある施設

■ 常勤負荷型

当番可能医師数が基準値未満かつ当番医常勤率70%以上
→主に常勤医で当番を回しており、当番回数が多い施設

■ 存続困難型

当番可能医師数が基準値未満かつ当番医常勤率70%未満
→当番を非常勤に頼っているが、それでも当番回数が多い施設

②時間外労働の負担状況（表6）

令和6年度アンケート調査による医師1人あたり平均時間外労働時間（半年間の積算）と、夜間休日当番の月間平均回数を用いて、時間外労働の負担状況を産科・新生児科・麻酔科それぞれで評価した。半年間の積

算労働時間の基準はA水準(年間960時間)を参考に半年間で480時間と設定した。

■ 人員余裕型

半年間の平均時間外労働時間 480 時間未満かつ月間当番回数が 4 回未満

→見かけ上は時間外労働の負担が少ない施設。人員に余裕があり業務が適切に分担できている

■ 当番負荷型

半年間の平均時間外労働時間 480 時間未満かつ月間当番回数が 4 回以上

→時間外労働時間は少ないが、夜間休日の当番回数が多い施設。日中診療や業務の負担は多くないが、当番回数に課題がある

■ 業務負荷型

半年間の平均時間外労働時間 480 時間以上かつ月間当番回数が 4 回未満

→夜間休日の当番回数は少ないが、時間外労働時間が多い施設。大学病院など医師は多いがそれ以上に業務が多い施設

■ 人員不足型

半年間の平均時間外労働時間 480 時間以上かつ月間当番回数が 4 回以上

→時間外労働も多く、夜間休日の当番回数も多い施設。基本的に人員不足と考えられる。

③周産期専門医の充足度（表 7）

周産期医療体制調査から周産期専門医数（母性胎児）を参照し、周産期専門医 1 人あたりの年間ハイリスク分娩数を基準として、産科診療内容に対する専門医数の充足度を評価した。

人口動態統計によると、「病院」における分娩の約 50%が平日日中（9 時～18 時）に発生している。本邦における年間の平日日数は 245 日前後であることから、平日日中に平均 1 件の分娩対応を要する施設は、年間約 500 件の分娩を扱う施設に相当すると考えられる。このうち約半数は夜間・休日帯に発生すると仮定すると、夜間休日に対応を要する分娩件数は年間約 250 件と概算される。これらがすべてハイリスク分娩となる施設では、周産期専門医が毎回夜間休日対応を担うことが理想的な体制と仮定した。医師 1 人あたり月 4 回以下の当番を適正とすると、約 8 人の周産期専門医が必要になる。以上より、年間 250 件のハイリスク分娩を 8 人の周産期専門医で担当する場合、専門医 1 人あたりの年間ハイリスク分娩数は約 30 件となる。この値を、周産期専門医配置の目安として用いた。

■ 余裕あり

周産期専門医 1 人あたりの年間ハイリスク分娩数が 30 件未満の施設

■ 適正

周産期専門医 1 人あたりの年間ハイリスク分娩数が 30-60 件の施設

■ 不足

周産期専門医 1 人あたりの年間ハイリスク分娩数が 60 件以上の施設

■ 専門医 0 人

周産期専門医がいない施設

④産科担当医師の充足度（表 8）

周産期医療体制調査の「日中に主に(仕事の 50%以上)産科病棟（MFICU を含む。）を担当する産婦人科医師数」を「産科担当医師数」として、施設の年間診療数から概算した必要産科医師数との比較により、産科担当医師の充足度を評価した。

平日日中に常時 1 件の分娩対応を要する施設では、少なくとも 1 名の分娩担当医師を確保することが望ましい。前述のように、

このような施設は年間約 500 件の分娩を扱う施設に相当すると考えられる。年間分娩数 500 件規模の施設では、妊婦健診（1 妊娠期間に最大 14 回）で 1 日 20〜25 名程度、新患で 1 日 2 名程度の外来受診者が見込まれる。このため、分娩対応に加えて外来診療を維持するには、少なくとも 3 名の産科担当医師が必要と仮定した。さらに、帝王切開分娩では追加で 1 名の医師対応を要するため、通常分娩に加えて帝王切開 1 件あたり 1 件分の負荷を加算した。また、ハイリスク分娩では通常分娩より高い人的負荷を要すると考え、ハイリスク分娩 1 件あたり 0.5 件分の負荷を加算した。以上より、産科必要医師数を以下の式により概算した。

◎必要産科担当医師数=3/500*(年間分娩数+帝王切開数+0.5*ハイリスク分娩数)

必要産科担当医師数に対する産科担当医師数の比率を用いて以下に分類した。

■ 余裕あり

産科担当医師数/必要産科担当医師数が 1.5 以上

■ 適正

産科担当医師数/必要産科担当医師数が 1-1.5

■ 不足

産科担当医師数/必要産科担当医師数が 1 未満

＜類型化＞

1. 分娩集約化の状況および必要性、2. アクセスの課題、3. 医療資源の課題 の 3 つの大項目毎に都道府県類型化を試みた。周産期医療圏単位・施設単位の評価は都道府県ごとに各分類の割合(%)を算出し、これを入力変数として用いた。都道府県単位のデータであるアクセスの課題については、各項目のスコアを入力変数として用いた。統計解析手法は Ward 法による階層的クラスター分析を行った。入力変数が割合もしくはスコアで尺度が統一されていたため、標準化は行わなかった。

統計解析には JMP ®student edition （JMP Statistical Discovery LLC, Cary, NC, USA） を使用し、GIS 解析には GISAp® （NEC Solution Innovators, Ltd., Tokyo, Japan）を用いた。

＜取り組み好事例の収集とあてはめ＞

令和 6 年度アンケート調査で全都道府県・市区町村より周産期医療体制維持のための取り組みを収集し、具体的事例をピックアップした。評価指標により抽出した課題に対し有用と思われる取り組みを整理し、現在行われている具体的な事例を紹介した。

（倫理面への配慮）

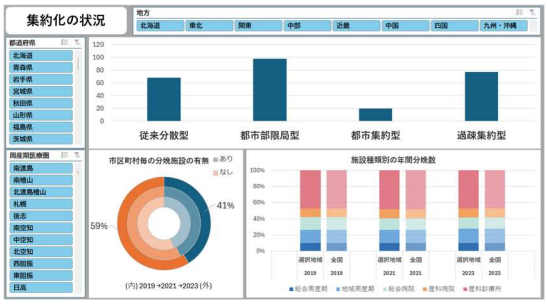
令和 7 年度は追加調査を行っておらず、厚生労働省および日本産婦人科医会からデータ提供を受けたのみである。

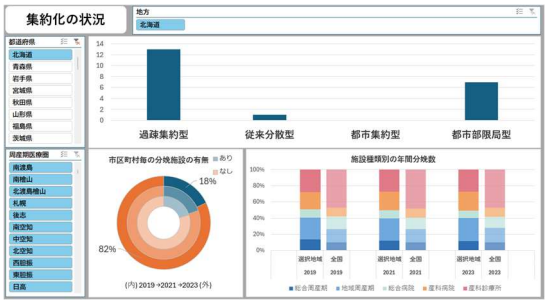
C. 研究結果

＜解析データの可視化＞

各評価を行うにあたり、まずデータの可視化を行った。数値データについては各種グラフを用いて可視化した。解像度の高い実状把握のためには都道府県や周産期医療圏ごとに切り替えて閲覧できるデータが望ましいと考え、Microsoft Excel を用いてダッシュボードを作成した。

（図 1） ダッシュボードの一例：都道府県や周産期医療圏で切り替えて、各評価に用いた実データを表示できるようにした。

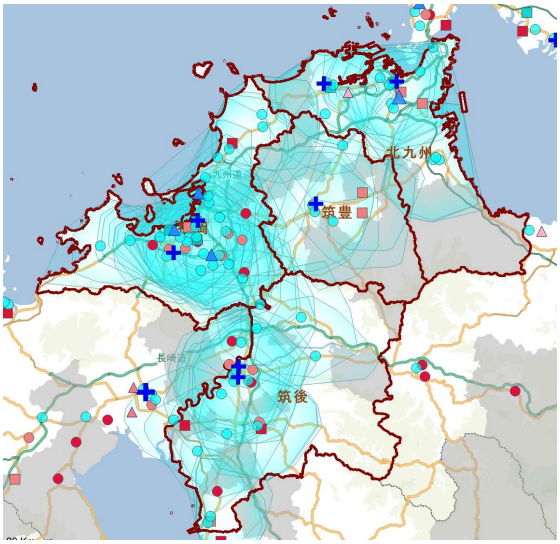




同様に、地理情報についても地図で動的に閲覧可能な形式がよいと考え、GIS を用いて可視化した。

（図 2）地図の一例：福岡県の分娩施設所在と分娩数の少ない施設・分娩施設からの到達圏

十字が総合周産期母子医療センター、三角が地域周産期母子医療センター、四角が総合病院、丸がその他の分娩施設。その他の分娩施設から車で 30 分圏内の到達圏を表示。赤が年間分娩数 100 件未満、ピンクが年間分娩数 100-200 件の周産期母子医療センターである。



＜各評価指標の分類結果＞

1. 分娩集約化の状況および必要性

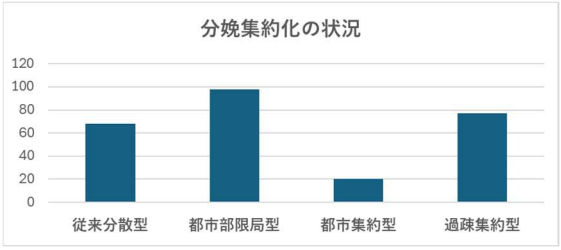
①分娩集約化の状況

全国集計では、

- 従来分散型：29%
- 都市部限局型：37%
- 都市集約型：8%
- 過疎集約型：29%

の分布で、都市部限局型が最も多かった。都市集約型に分類された周産期医療圏は 20 あり、うち 5 つが東京都であった。

（図 3）



②分娩集約化の進行見込

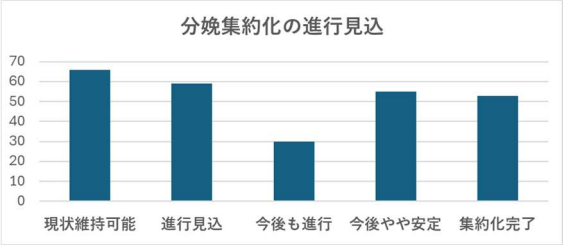
全国集計では、

- 現状維持可能：25%
- 今後進行見込：23%
- 進行中、今後も進行見込：11%
- 進行中、今後はやや安定：21%

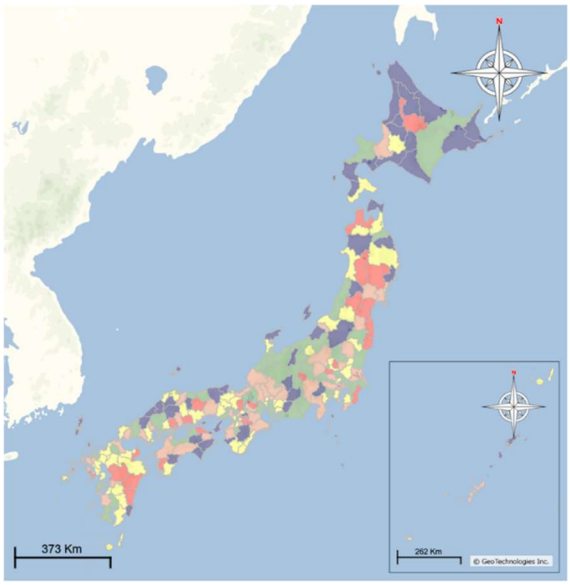
■ 集約化完了：20%

の分布であった。すでに総合病院への分娩集約化が進行中・進行済の周産期医療圏が52%を占めた。「現状維持可能」の分類は政令指定都市を有する府県で多く、北海道・東北地方において該当したのは 6 つの周産期医療圏のみであった。

（図 4）



（図 4-2）全国色分け地図



■現状維持可能

■今後進行見込

■進行中、今後も進行

■進行中、今後はやや安定

■集約化完了

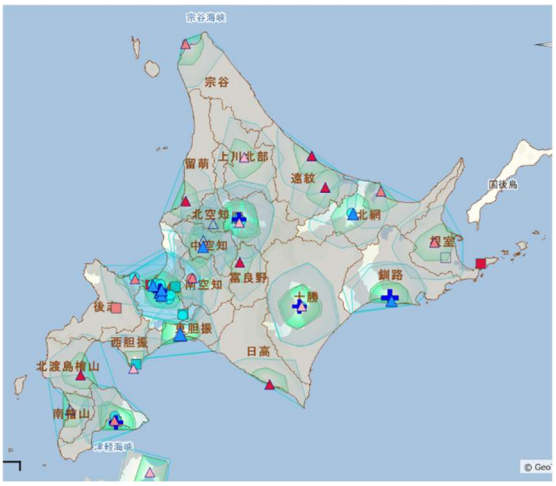
③分娩集約化の必要性

診療数の少ない周産期母子医療センターを地図上に色付けし、車で 30 分の到達圏内にある周辺施設を目視で確認して評価した。

（図 5-1）必要性評価の一例

十字が総合周産期母子医療センター、三角が地域周産期母子医療センター、四角が総合病院、丸がその他の分娩施設。緑が車で 30 分圏内、青が 60 分圏内の到達圏。赤が年間分娩数 100 件未満、ピンクが年間分娩数 100-299 件の周産期母子医療センターである。背景がグレーの地域は年間出生数 200 人未満の市区町村である。

例えば北海道では診療数の少ない周産期母子医療センターが存在する周産期医療圏が複数あるが、近隣に同様の機能を有する施設がなく、分類は「維持が必要」となる。



全国値として、

産科診療数を基準とした分類では

■ 現時点で必要性は乏しい：42%

■ 周産期母子医療センターなし：24%

■ 症例資源の適正配置を検討：13%

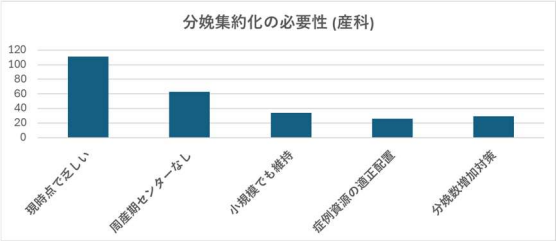
■ 維持が必要：10%

■ 自然集約化の可能性：11%

の分布であった。2023 年データで年間分娩数が 300 件未満の周産期母子医療センターは 116 施設あり、総合周産期母子医療センターが 8 施設、地域周産期母子医療センターが 108 施設だった。都道府県内訳としては北海道で 20 施設、京都府で 15 施設あっ

た。

（図 5-2）

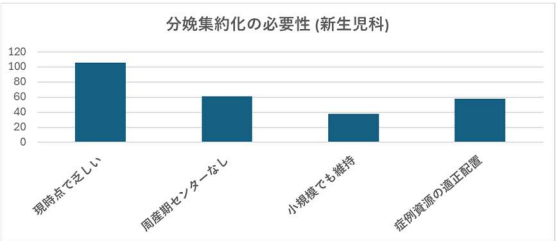


新生児科診療数を基準とした分類では

- 現時点で必要性は乏しい：40%
- 周産期母子医療センターなし：23%
- 症例資源の適正配置を検討：15%
- 維持が必要：22%

の分布であった。2023 年データで年間平均の新生児病床利用率が 50%未満の周産期母子医療センターは 113 施設あり、総合周産期母子医療センターが 13 施設、地域周産期母子医療センターが 100 施設だった。都道府県内訳としては北海道で 11 施設が最も多く、愛知県 8 施設、東京都・京都府で 6 施設あった。

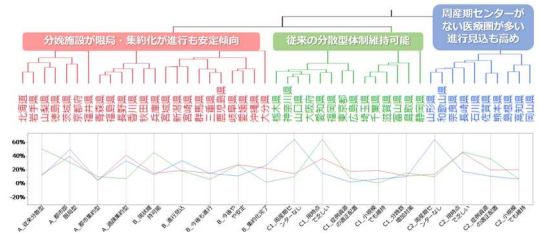
（図 5-3）



＜類型化と全都道府県評価＞

都道府県に含まれる周産期医療圏のうち、各分類に該当した医療圏数の割合（%）を算出し、都道府県の類型化を目的にクラスター分析を行った。

（図 6）各集約化指標による都道府県類型化



- **類型 1**：
  分娩施設が限局し集約化も進行しているが今後進行見込の医療圏は多くない
- **類型 2**：
  従来の分散型体制維持が可能な医療圏が多い
- **類型 3**：
  周産期母子医療センターがない周産期医療圏が多い。今後も分娩集約化の見込がある医療圏も多い

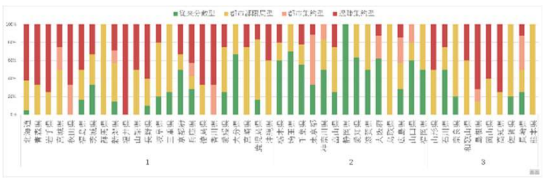
類型 1 は北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、三重県、京都府、兵庫県、徳島県、香川県、愛媛県、大分県、宮崎県、鹿児島県および沖縄県

類型 2 は栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、静岡県、愛知県、滋賀県、大阪府、鳥取県、広島県、山口県および福岡県

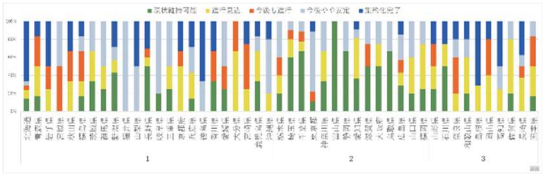
類型 3 は山形県、石川県、奈良県、和歌山県、島根県、岡山県、高知県、佐賀県、長崎県および熊本県が分類された。

都道府県ごとの各評価指標の割合を類型別に並べて示す。

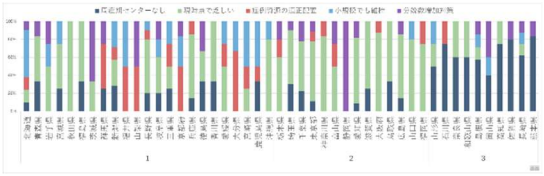
（図 7-1）分娩集約化の状況



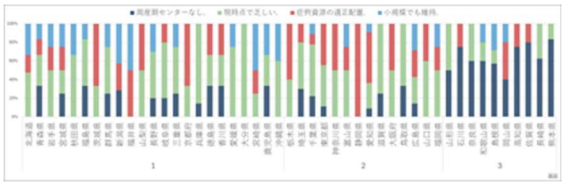
（図 7-2）分娩集約化の進行見込



（図 7-3）分娩集約化の必要性
産科診療基準



（図 7-4）分娩集約化の必要性
新生児科診療基準



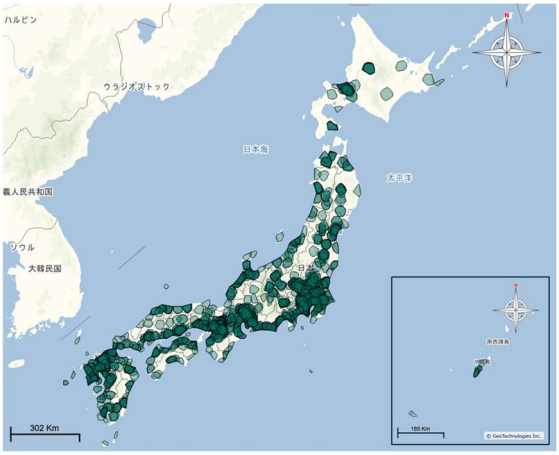
2. アクセスの課題

＜各評価指標の分類結果＞

4 つの評価指標における各都道府県のスコアを（表 9）にまとめた。

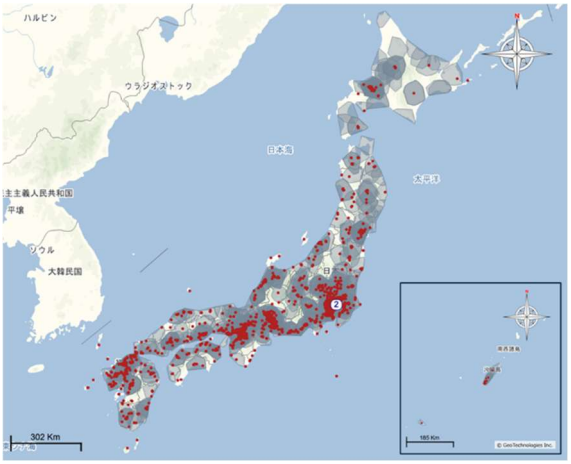
産科施設へのアクセスについての項目は、地図で周産期母子医療センターから車で 30 分、60 分の到達圏、それ以外の分娩施設から車で 30 分、60 分の到達圏を作成し、目視で評価した。周産期母子医療センター以外の分娩施設へ車で 30 分以内にアクセスできる地域は、東日本で少ない傾向があった。2023 年時点で、最寄りの分娩施設まで 60 分以上かかる地域があるのは北海道、岩手県、福島県、群馬県、新潟県、徳島県、高知県、宮崎県だった。

（図 8）周産期母子医療センター以外の分娩施設から車で 30 分の到達圏



一方で、2023 時点で最寄りの周産期母子医療センターまで車で 60 分以内にアクセスできない分娩施設は西日本で多かった。そうした施設が複数あるのは北海道、福島県、新潟県、三重県、高知県、長崎県、熊本県、鹿児島県だった。

（図 9）
周産期母子医療センターから車で 60 分の到達圏
・灰色が到達圏
・赤のポイントは周産期母子医療センター以外の分娩施設（総合病院・産科一次施設）

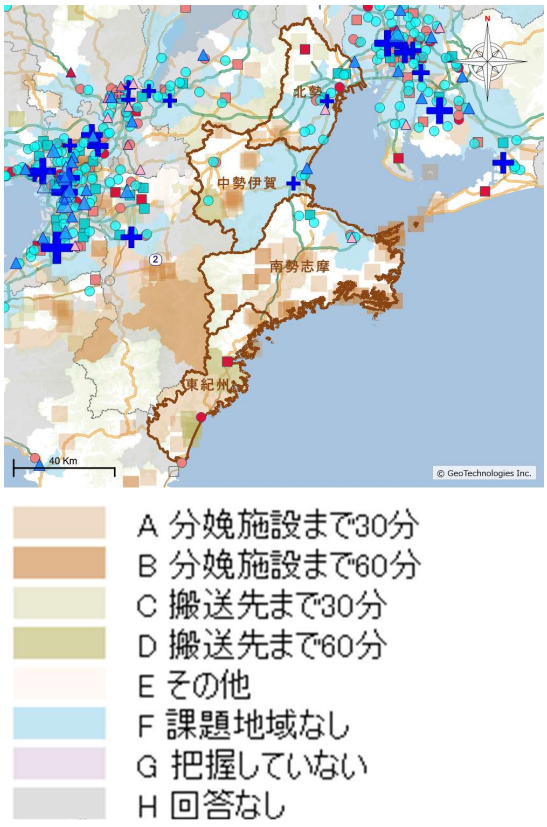


市区町村調査の回答で得たアクセスに課題がある地域についても、地図上で可視化した。

（図 10）アンケート回答で得たアクセスに

課題がある地域

三重県の一例。大字や町村名で回答があった地域は四角の範囲で示している。



＜類型化と全都道府県評価＞

各指標のスコアを用いてクラスター分析を行い、都道府県を 5 つの類型に分類した。ただし、統計学的にクラスター間の分離は明瞭でなく、各都道府県の特徴傾向を把握するための参考として用いた。

- **類型 1**：
  積雪地帯で、分娩施設から周産期母子医療センターへのアクセスに時間がかかる地域が多い
- **類型 2**：
  積雪地帯で、分娩施設から周産期母子医療センターへのアクセスに時間がかかる地域は少ない
- **類型 3**：
  離島はあるが、産科施設へのアクセスの課題は少ない
- **類型 4**：
  アクセスの課題は少ない
- **類型 5**：
  周産期センターまで時間がかかる分娩施設がある

類型 1 は北海道、新潟県、秋田県、山形県、石川県、富山県、岐阜県、鳥取県

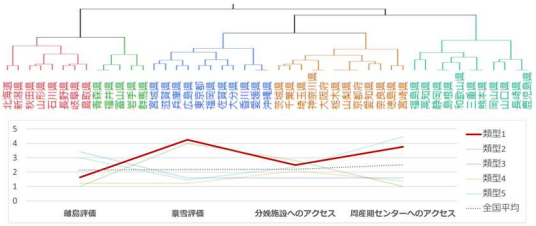
類型 2 は青森県、福井県、富山県、岩手県、群馬県

類型 3 は宮城県、滋賀県、兵庫県、広島県、東京都、福岡県、佐賀県、大分県、香川県、愛媛県、沖縄県

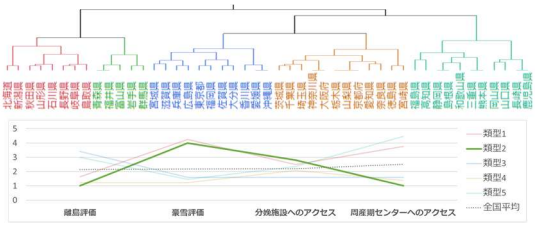
類型 4 は茨城県、千葉県、埼玉県、神奈川県、大阪府、栃木県、山梨県、京都府、愛知県、奈良県、徳島県、宮崎県

類型 5 は福島県、高知県、静岡県、島根県、和歌山県、三重県、熊本県、岡山県、山口県、長崎県および鹿児島県を分類した。

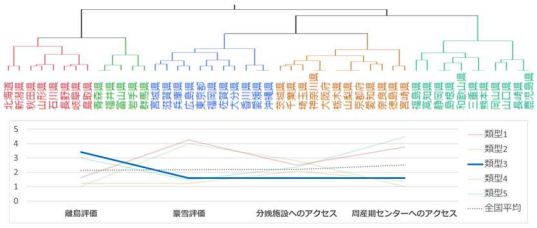
（図 11-1）類型 1



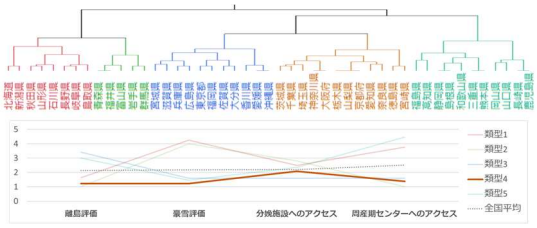
（図 11-2）類型 2



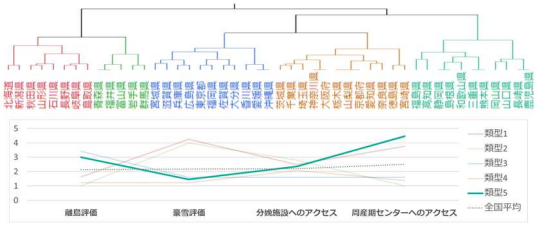
（図 11-3）類型 3



（図 11-4）類型 4



（図 11-5）類型 5



折れ線グラフは各類型に分類された都道府県のスコア平均点である。

3. 医療資源の課題

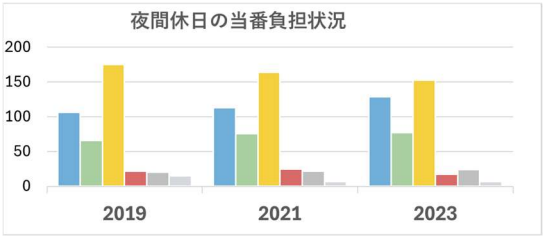
①夜間休日当番の当番負担状況

【産婦人科】

全国では常勤負荷型の施設が最も多く、次いで余裕型の施設が多かった。年次による変化はあまりなかったが、2023 年では常勤負荷型がやや減少し、余裕型が増加していた。

分類名	2019	2021	2023
余裕型	26%	28%	32%
非常勤依存型	16%	19%	19%
常勤負荷型	43%	40%	38%
存続困難型	5%	6%	4%
常勤率不明	5%	5%	6%
医師数不明	4%	2%	2%

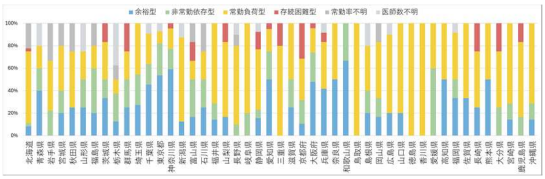
（図 12-1）産婦人科：年度毎の分布



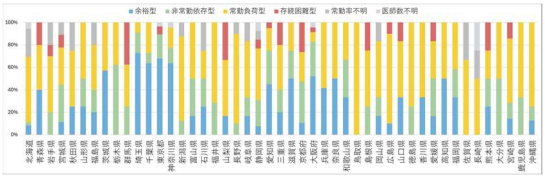
都道府県ごとの分類割合をみると、関東圏でやや余裕型が多かった。中四国は常勤負荷型や存続困難型が多く、夜間休日当番の負担が大きい地域である。年次により大きく傾向が変わった都道府県はなかった。

（図 12-2）産婦人科：都道府県ごとの分布

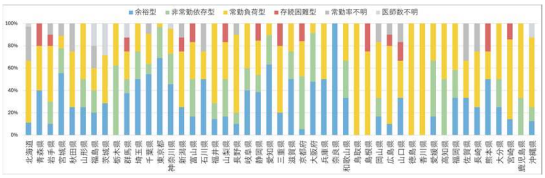
2019 年



2021 年



2023 年



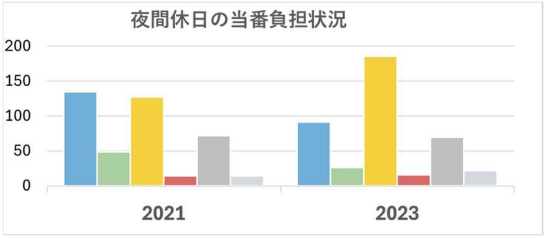
【新生児科】

全国集計で 2021 年は余裕型の施設が最も多かったが、2023 年には余裕型が減少しており、常勤負荷型の施設が増加していた。

分類名	2021	2023
余裕型	33%	22%

非常勤依存型	12%	6%
常勤負荷型	31%	45%
存続困難型	3%	4%
常勤率不明	18%	17%
医師数不明	3%	5%

（図 12-3）新生児科：年度毎の分布

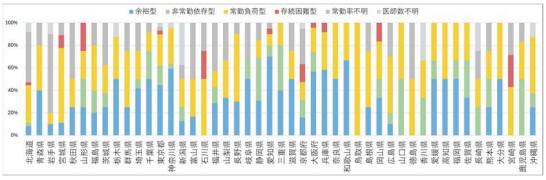


※2019 年は調査データなし

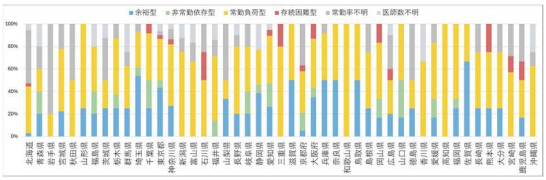
都道府県ごとの分類割合をみると、余裕型非常勤依存型から常勤負荷型に変化した都道府県が複数あり、存続困難型もやや増加していた。

（図 12-4）

2021 年



2023 年



②時間外労働の負担状況

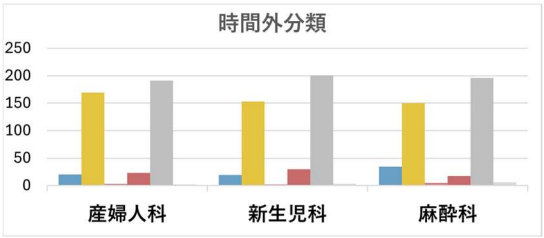
時間外労働の負担状況は令和 6 年度のアンケート調査データより評価したため、欠損値が半数あった。

全国的に、産科・新生児科・麻酔科で評価分類の割合は同じ傾向を示した。麻酔科でや

や人員余裕型が多く、人員不足型は新生児科で最も多かった。

分類名	産婦人科	新生児科	麻酔科
人員余裕型	5%	5%	8%
当番負荷型	41%	38%	37%
業務負荷型	1%	0%	1%
人員不足型	6%	7%	4%
時間不明	47%	49%	48%
回数不明	0%	1%	1%

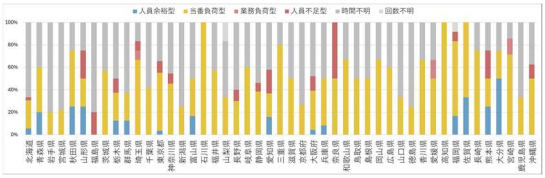
（図 13-1）診療科ごとの分布



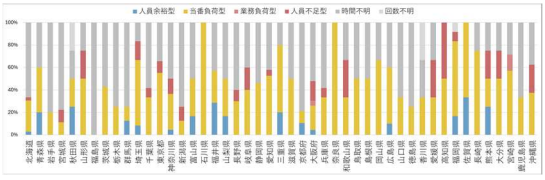
都道府県ごとの傾向はあまり見られず、首都圏や地方都市でも当番負荷型がもっと多く、人員不足型も同様の割合だった。診療科によって傾向が変わる都道府県もなかった。

（図 13-2）都道府県ごとの分布

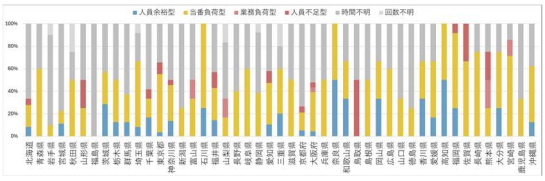
【産婦人科】



【新生児科】



【麻酔科】

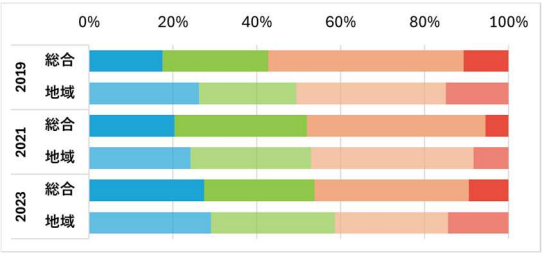


③周産期専門医の充足度

母性胎児領域の専門医数について評価した。2019 年から 2023 年にかけて、専門医数に余裕がある施設は増加していたが、2023 年時点でも半数の周産期母子医療センターでは周産期専門医が不足、もしくは不在の状態であった。施設区分別にみると、総合周産期母子医療センターに比べて地域周産期母子医療センターでは専門医充足率が高かった一方で、専門医が 0 人の施設も多く認められた。この傾向は各年次で大きな変化を認めなかった。

分類名	2019	2021	2023
余裕あり	16%	16%	20%
適正	17%	21%	20%
不足	27%	28%	22%
専門医 0	10%	5%	9%
ハイリスク分娩数不明	27%	28%	27%
専門医数不明	3%	3%	2%

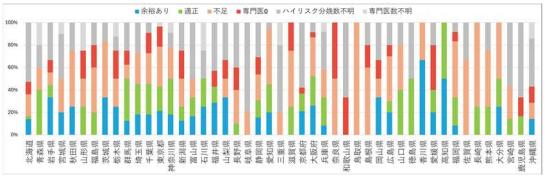
（図 14-1）年度毎の分布（施設区分別）



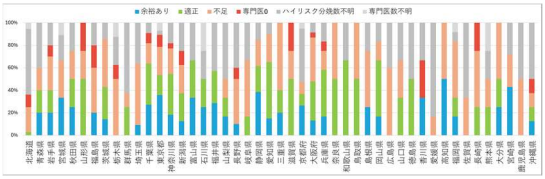
専門医数の充足度について都道府県別の傾向はみられなかった。首都圏や政令指定都市を有する都道府県においても、専門医 0 の施設が一定割合存在した。

（図 14-2）都道府県ごとの分布

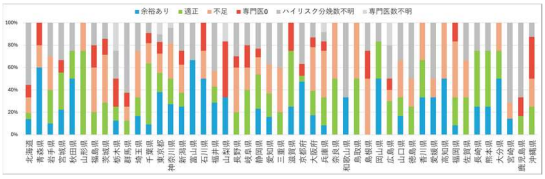
2019 年



2021 年



2023 年

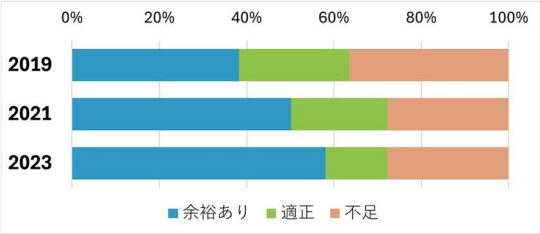


④産科担当医師の充足度

全国的に「余裕あり」の施設が最も多く、年次で増加傾向にあった一方で、「不足」施設の割合は大きく変わらなかった。

分類名	2019	2021	2023
余裕あり	31%	44%	47%
適正	20%	19%	12%
不足	29%	24%	23%
分娩数不明	2%	0%	1%
ハイリスク分娩数不明	5%	3%	6%
帝王切開数不明	0%	0%	0%
産科担当医師数不明	10%	6%	8%
対象外	2%	3%	3%

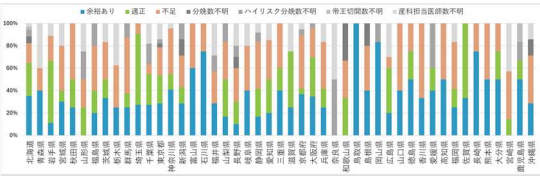
（図 15-1）年度毎の分布



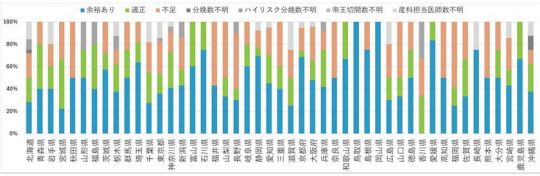
各都道府県で産科担当医師の充足度に明らかな傾向はみられなかった。

（図 15-2）都道府県ごとの分布

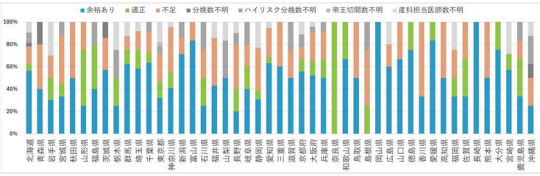
2019 年



2021 年



2023 年



＜類型化＞

医療資源の課題に対する評価項目に使用したデータには欠損が多く、設問意図と異なる解釈による回答を疑うものも多かった。いずれの指標についても都道府県別の傾向は明らかでなく、類型化は行わなかった。

＜取り組み好事例の収集とあてはめ＞

（表 10）に、取り組み毎に対応する課題と、令和 6 年度アンケート調査より収集した具体的事例をまとめた。

交通・宿泊補助については令和 6 年度の予算施行後に開始した地域が増加し、多くの地域で実施されていた。妊産婦本人のみでなく、家族やきょうだい児にも対応している市区町村がみられた。一方産後ケアについては「産後ケア事業」としての取り組みが多く、本研究の質問意図であった分娩集約化施設からの早期退院後の受け皿として活用している地域は認めなかった。遠隔診療やオンラインでの診療情報共有を開始している地域も複数あったが、維持費用や、参加施設が任意であることなどを問題点として挙げていた。医師確保のために大学に寄付講座を置く、関東から医師派遣を依頼する、といった対応を行っている地域もあった。

＜都道府県評価＞

（図 16）に例を示す。都道府県ごとに作成し、実状評価とそれに基づく取り組みの提案をまとめた。令和 8 年度に各都道府県へフィードバックを行うための一次資料で、最終解析後に完成版を作成し報告する予定である。

D.　考察

本研究は計画段階で各都道府県の分娩集約化状況や取り組みについて情報収集・分析の上類型化し、類型ごとに取組の提案を行う予定であった。しかし令和 6 年度アンケート調査から、同一都道府県内でも市区町村・医療施設単位で実状が異なることが再認識され、より詳細な解析資料を用いた実状把握が必要と判断した。多くの指標は周産期医療圏または周産期母子医療センター単位で評価したため、都道府県ごとの実状評価を行い、類型を用いず各課題に対する取り組みを提案できる形となった。類型化の必要性は限定的だったが、行政担当者にとっては傾向が類似した他都道府県の解析結果も参考となり得ると考えられたため、

傾向把握を目的として指標ごとの類型化を行った。

今年度作成した GIS および Excel ダッシュボードによる資料は、周産期医療体制調査や人口動態統計などの膨大なデータから、周産期医療体制（主に分娩集約化）に関わるデータをピックアップし、地域毎に切り替えて閲覧できるように可視化したものである。地域の実状を知る各都道府県の周産期医療担当者や周産期医療施設の医療従事者が資料を供覧することで、より深く地域の課題を認識できる資料になると考えている。また今後の調査データを追加して更新することが可能であり、指標の修正を行いながら、医療計画策定時などに継続的に活用できる資料となることが期待される。

＜各評価項目による実状評価＞

1. 分娩集約化の状況および必要性

①分娩集約化の状況

本研究の結果により、各地域によって分娩集約化のフェーズが異なることを改めて認識できた。集約化進行地域では、人口の多い医療圏にのみ複数分娩施設が残存した状況が多く認められた。その形態は、一次施設中心に残存する都市部限局型と、総合病院へ集約される都市集中型に大別された。この差には総合病院における医師数や、行政と医療機関との連携体制における地域性が関与している可能性がある。一方、東京都の一部は都市集約型の代表的な地域だが、後述する医療資源の課題評価では、夜間休日の当番医師は確保できているものの、産科担当医師数の充足度は必ずしも高くなかった。大都市圏では医療資源が豊富であるにもかかわらず、それを上回る診療数を担う施設が存在していると考えられる。

②分娩集約化の進行見込

今回用いた指標では、一次施設の数と分娩数を参考に用いており、周産期母子医療センター以外の総合病院は評価に含まれていない。富山県のように、一次施設と周産期母子医療センターの分娩数は比較的維持されている一方で、分娩数の少ない総合病院を複数有する周産期医療圏をもった都道府県も確認された。周産期母子医療センターではないが、救急指定病院として母体救急に対応している総合病院も存在する。総合病院の産科的機能については評価困難であり、地域における役割については追加調査を行う必要がある。

③分娩集約化の必要性

本研究による調査集計では、20%の周産期医療圏で周産期母子医療センターが存在しなかった。こうした地域では周産期母子医療センター指定のない総合病院が類似した役割を担っているのか、隣接した医療圏・都道府県と連携体制により対応しているのか、各地域へ確認をする必要がある。こうした地域の実態把握は、過疎地域でどのように安全な周産期医療体制を維持するかを検討する上での重要な示唆となりうる。一方、診療数の少ない周産期母子医療センターについては人口減少地域だけでなく都市部でも認められ、とくに新生児病床利用率が低い施設が多かった。症例の分散について地域で検討し、施設統合やリスクに応じた症例トリアージを進めていく必要性が示唆された。

2. アクセスの課題

本研究では GIS を用いて車利用による到達圏を作成したが、高速道路や気候による影響は可視化できなかった。市区町村アンケ

ートの回答はそうした実状も踏まえ、需要がある地域を認識したうえでアクセスに課題がある地域が回答されている。回答率は高くなかったものの、地図上で合わせて確認することでより正確に課題を認識することができる。

3. 医療資源の課題

地域の分娩集約化を考える上での医療資源の課題とは、受け皿となる施設に集約化に対応できる診療体制があるか、そのために必要な整備は何か、という点である。しかし何を以て「対応できる」と判断するか、客観的な基準を作ることが困難であった。本研究ではアンケート調査により「現時点で分娩集約化に伴う分娩数増加に対応できるか」を質問した。主観的ではあるがその回答をアウトカムとして、アンケート調査項目を用いて関連因子の網羅的探索を試みたが、統計学的に有意な傾向を抽出することはできなかった。研究班による一般的な認識をもとに評価指標を作成したが、欠損値や回答内容に疑問が残るデータも多く、現状把握のための指標提案にとどまった。

①夜間休日当番の当番負担状況

東京をはじめとした南関東圏では、非常勤依存型を含めると 90%以上の施設で当番医師数を確保できていた一方、地方では当番医師数を適正に確保できている施設が半数に満たない地域も多く認められた。非常勤医師への依存割合については地域差を認めなかったが、北海道・東北地方ではデータ欠損が多く、常勤医師が不在の施設が存在することも影響している可能性が考えられた。新生児科について、非常勤依存型の施設が少ないのは、周産期医療体制調査が新生児病棟担当医に限って当直可能医師数を聞いているため、常勤医率が高くなったものと推察される。また 2023 年で余裕型の施設が減少していたが、調査年によって回答のばらつきがある施設も散見されるため、年次変化の解釈には慎重を要する。

②時間外労働の負担状況

この評価指標に用いたのはアンケート調査回答のため 2024 年 4-6 月のデータとなる。麻酔科で人員不足型がやや少なかったのは、夜間休日当番以外の緊急診療が産科・新生児科に比べて少ないためと推察された。一方、いずれの診療科でも平均当番回数は月 4 回以上であり、産科で 20 回と回答した施設もあった。地域に関わらず、各施設の診療数を共有し、夜間休日の当番負担や時間外労働負担の軽減のための能動的な集約化を検討する機会が必要と考えられた。半年間の積算平均時間外労働時間が 480 時間を超える施設は少なかったが、480 時間前後に分布する施設が多く認められ、働き方改革施行後の労務調整の影響を受けている可能性も考えられた。

③周産期専門医（母性胎児）の充足度

専門医数の充足度は年次で改善傾向を認めるものの、いまだ周産期専門医不在の周産期母子医療センターが 10%前後存在することは本邦の課題である。地方では分娩数減少により専門医取得に必要な症例数確保が困難な施設もあるとされ、能動的集約化や都市部・地方間での医師交流が対策の 1 つとなりうる。地域周産期母子医療センターでは専門医 0 の施設が多い一方で充足度は高かったことから、地域・総合間の症例トリアージは適切になされている印象である。

④産科担当医師の充足度

産科担当医師数は比較的充足している施設

が多く、特に 2023 年では半数以上が「余裕あり」と判定された。しかし、当日の産科担当医師数ではなく、産科診療に従事する医師総数を回答していると考えられる施設も多く、やや過大評価となった印象がある。一方、「不足」と判定された施設の中には、産科担当医師 0 人で年間分娩数 500 件以上の施設も複数認められた。データ不備の可能性はあるものの、診療数に応じた産科診療体制が確保されているかは、分娩集約化を検討する上で重要な視点と考えられる。本研究では必要医師数を簡易的に概算したが、本来は拘束時間、症例リスク、母体搬送対応数などを加味して必要医療資源を厳密に評価する必要がある。診療数に応じた適切な産科診療体制については今後さらに詳細な検討を行い、評価基準を整備するとともに、継続的に評価可能なデータを収集していくことが望ましい。

＜地域で行っている取り組みの調査＞

交通・宿泊補助や搬送体制の整備はすでに多くの地域で取り組みが進められていた。今後特に注目すべき取り組みとしてオープンシステム・セミオープンシステムが挙げられ、具体的な運用体制について追加調査を行う必要がある。導入地域は限定的であるものの、遠隔診療の導入やオンラインによる診療情報共有は有用な取り組みと考えられた。これらは地理・天候による問題が大きい地域を中心に導入されており、費用負担の大きさを課題として挙げる声が多かった。また、医師不足地域では医師確保のために自治体が独自に財政的支援を行っている状況が見られた。人口減少地域や地理・気象条件による制約が大きい地域ほど、より周産期医療体制維持のための費用負担が生じる構造となっている。国家レベルで地域特性に応じた補助制度の強化を検討していく必要があるだろう。

＜総括＞

今回作成した評価指標は主観的な要素も強く暫定的なものとなったが、地域における分娩集約化を検討する上で着目するデータの提案という意味合いをもって作成した。評価に用いた可視化解析データは今後も継続的に使用できる可能性があり、将来的には公開・共有についても検討している。

E. 結論

令和 7 年度は都道府県実状把握のためのデータの解析・可視化、指標作成と評価を行った。令和 8 年度には評価結果および解析データを各都道府県に共有し、指標の適切さや活用可能性についてもフィードバックを依頼する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１．論文発表　なし

２．学会発表　第 78 回日本産科婦人科学会学術講演会

３．

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

別紙４

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

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

（表 1）分娩集約化状況の評価分類

総合病院での分娩数割合	分娩施設がない市区町村割合	評価	評価詳細
50%未満	50%未満	従来分散型	人口・医療資源が比較的保たれており、近隣一次施設で多くの分娩取扱が継続できている地域
50%未満	50%以上	都市部限局型	人口の多い都市部に分娩施設が現局し、一次施設での分娩が多い地域
50%以上	50%未満	都市集約型	医療資源・交通網が潤沢で、選択的に総合病院へ分娩集約化した地域
50%以上	50%以上	過疎集約型	分娩施設の減少により自然集約化が進行した地域

（表 2）分娩集約化進行見込の評価分類

一次施設減少率	分娩数 200 未満※の一次施設割合	分類名	評価詳細
全国平均未満	全国平均未満	現状維持可能	現時点で一次施設が地域の分娩を担う従来の体制が持続可能と思われる地域
全国平均未満	全国平均以上	今後進行	現時点までの減少傾向は乏しいが、近年閉鎖が見込まれる一次施設が多く計画的な取組みが必要とされる地域
全国平均以上	全国平均以上	進行中・今後も進行	2019 から 2023 年で一次施設が減っているが、今後さらに閉鎖が見込まれ対策が必要な地域
全国平均以上	全国平均未満	進行中・今後はやや安定	2019 から 2023 年で一次施設が減少し、小規模施設が少なくなった地域
	一次施設なし	集約化完了	すでに分娩一次施設が存在しない医療圏

※年間分娩数

（表 3）分娩集約化必要性の評価分類

項目名	内容	分類名
年間分娩数 300 件未満の周産期母子医療センター もしくは 年間新生児病床利用率 50%未満の周産期母子医療センター	該当施設なし	現時点で必要性は乏しい
	周産期母子医療センターがない	周産期母子医療センターなし
	車 30 分圏内に周産期母子医療センターがある	症例資源の適正配置を検討
	車 30 分圏内に産期母子医療センターがない	維持が必要
	近隣に年間分娩数 200 未満の分娩取扱施設が複数ある※	自然集約化による分娩数増加の可能性

※新生児病床の評価においては対象外

（表 4）アクセスの課題における各項目のスコア一覧

項目名	内容	評価	スコア
離島	特別離島対策実施地域の離島数※	0	1
		0-5 未満	2
		5-10 未満	3
		10-20 未満	4
		20 以上	5
豪雪地帯	全市区町村数に対する豪雪地帯指定割合	指定 0	1
		指定 50%未満かつ特別豪雪地帯 0	2
		指定 50%未満かつ特別豪雪地帯あり	3
		指定 50%以上かつ特別豪雪地帯 35%未満	4
		指定 50%以上かつ特別豪雪地帯 35%以上	5
分娩施設へのアクセス	分娩施設まで時間がかかる地域	なし	1
		30 分以上かかる地域が一部（面積 50%未満）	2
		30 分以上かかる地域が多い（面積 50%以上）	3
		60 分以上かかる地域が一部（面積 50%未満）	4
		60 分以上かかる地域が多い（面積 50%以上）	5
周産期母子医療センターへのアクセス	周産期母子医療センターまで時間がかかる施設	なし	1
		30 分以上かかる施設がある	2
		30 分以上かかる施設が複数ある	3
		60 分以上かかる地域がある	4
		60 分以上かかる地域が複数ある	5

※沖縄県は沖縄振興特別措置法対象

（表 5）夜間休日当番の当番負担状況

当番可能医師数 産婦人科：総合周産期 16 人 地域周産期 8 人 新生児科：8 人	**当番医常勤率**	**分類名**	**評価詳細**
基準値以上	70%以上	余裕型	常勤医で大きな負担なく当番を回せている
基準値以上	70%未満	非常勤依存型	当番医師数は充足しているが、非常勤医師に依存している部分あり
基準値未満	70%以上	常勤負荷型	主に常勤医で当番を回し、当番回数が多い施設
基準値未満	70%未満	存続困難型	当番を非常勤に頼っているが、それでも当番回数が多い施設

（表 6）時間外労働の負担状況

時間外労働時間 **（半年間の積算）**	**月間当番回数**	**分類名**	**評価詳細**
480 時間未満	4 回未満	人員余裕型	人員に余裕があり業務が適切に分担できている
480 時間未満	4 回以上	当番負荷型	日中診療や業務の負担は多くないが、当番回数に課題あり
480 時間以上	4 回未満	業務負荷型	医師は多いがそれ以上に業務が多い
480 時間以上	4 回以上	人員不足型	時間外労働も多く、夜間休日の当番回数も多い。基本的に人員不足

（表 7）周産期専門医の充足度

周産期専門医 1 人あたりのハイリスク分娩数	**分類名**
30 未満	余裕あり
30-60 未満	適正
60 以上	不足
専門医 0 人	専門医 0

（表 8）産科担当医師の充足度

産科担当医師数/産科必要医師数	**分類名**
1.5 以上	余裕あり
1-1.5 未満	適正
1 未満	不足

(表 9) アクセス評価における各都道府県のスコア

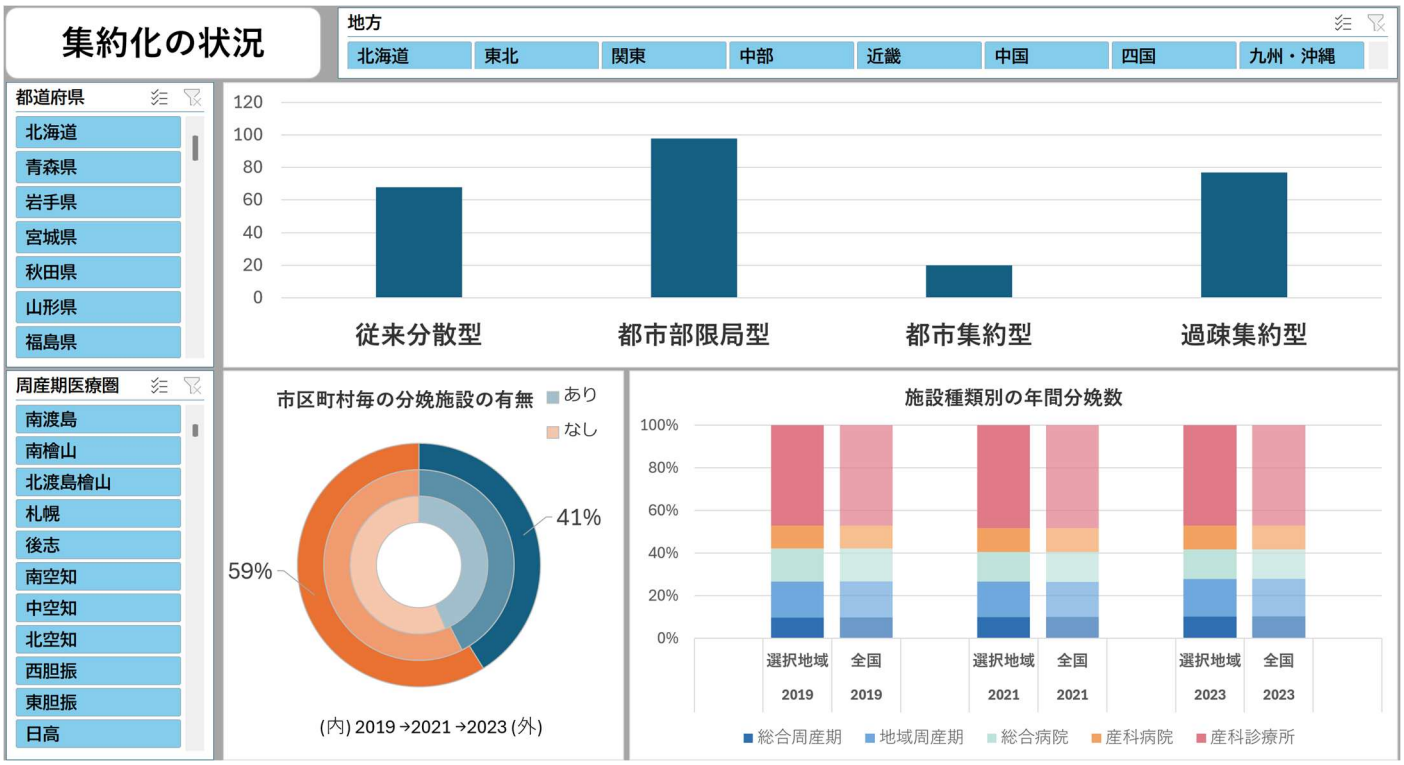
都道府県	離島評価	豪雪評価	分娩施設へのアクセス	周産期母子医療センターへのアクセス
北海道	3	5	4	5
青森県	1	4	2	1
岩手県	1	4	4	1
宮城県	3	3	2	2
秋田県	1	5	2	4
山形県	2	5	2	4
福島県	1	3	4	5
茨城県	1	1	1	3
栃木県	1	2	2	1
群馬県	1	3	4	1
埼玉県	1	1	2	2
千葉県	1	1	1	2
東京都	3	1	1	1
神奈川県	1	1	1	1
新潟県	2	5	4	5
富山県	1	5	2	1
石川県	2	4	2	4
福井県	1	4	2	1
山梨県	1	2	2	1
長野県	1	3	2	2
岐阜県	1	3	2	3
静岡県	2	2	2	4
愛知県	2	1	2	1
三重県	3	1	2	5
滋賀県	2	3	2	1
京都府	1	2	2	1
大阪府	1	1	1	1
兵庫県	3	2	2	1
奈良県	1	1	3	1
和歌山県	1	1	2	4
鳥取県	1	4	2	3
島根県	2	2	2	4
岡山県	4	2	2	4
広島県	4	2	2	1
山口県	5	1	2	3
徳島県	2	1	4	2
香川県	5	1	1	1
愛媛県	5	1	2	1
高知県	2	1	4	5

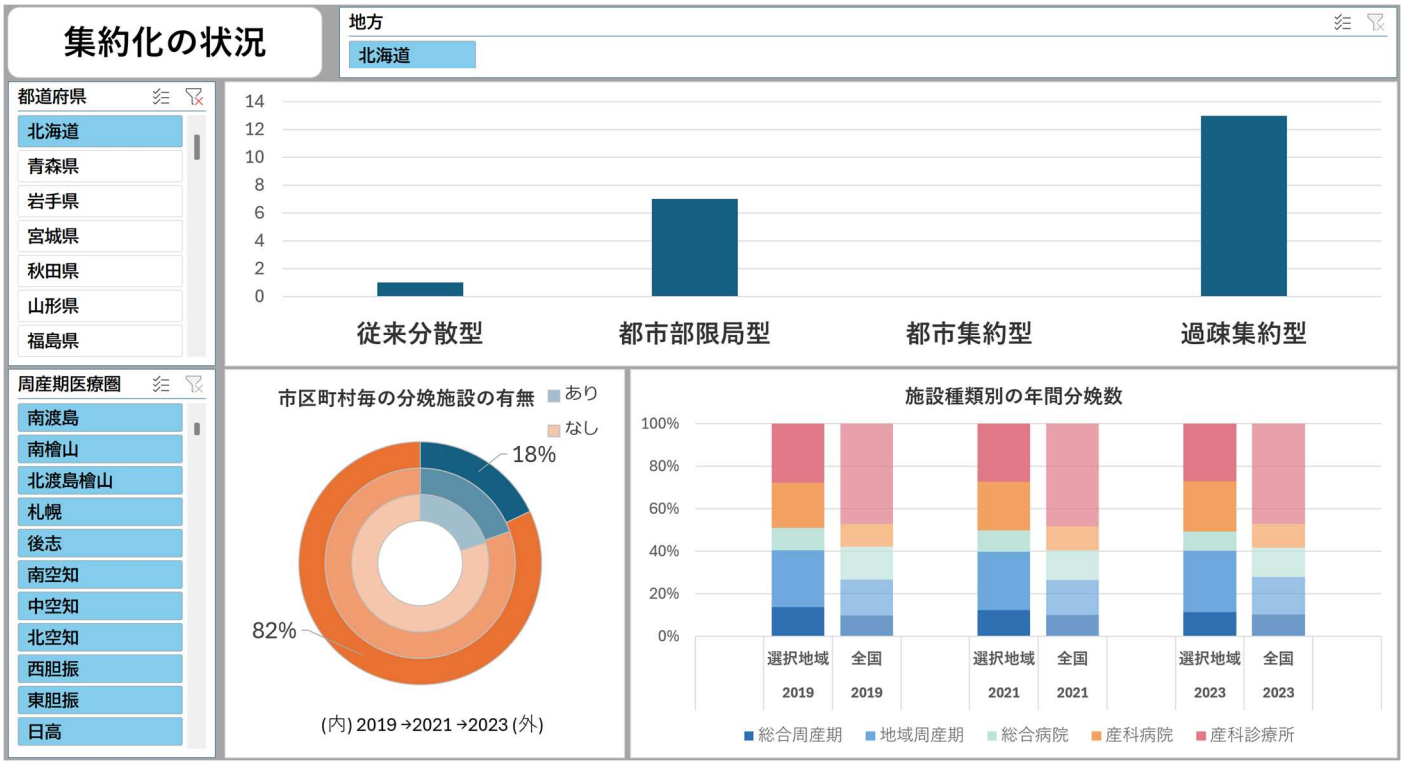
福岡県	3	1	1	2
佐賀県	3	1	1	3
長崎県	5	1	2	5
熊本県	3	1	2	5
大分県	3	1	2	3
宮崎県	2	1	4	1
鹿児島県	5	1	2	5
沖縄県	1	1	2	1

（表 10）

取り組み	取り組みが有効だと思われる地域	具体的な事例
交通宿泊補助	産科施設が遠い 離島や豪雪地域などのアクセスの問題がある	・同行者分も含めて支給 ・遠方の NICU に入院した場合の通院補助 ・児の 3 か月健診まで助成 ・陣痛タクシー事業の運営
産後ケア	産科施設が遠い 離島や豪雪地域などのアクセスの問題がある 周産期センターの人員や病床の不足 ⇔周産期センターで病床が余っている	・自治体が事業者を取りまとめて情報提供 ・自治体が産後ケアを運営 ・産後ケアのための交通費助成 ・(病床が余っている地域では)周産期センターで産後ケア ・宿泊型/訪問型/通所型などの様々な形式を提供
オープン・セミオープンシステム	産科施設が遠い 医師の不足	・助産院との連携 ・基幹施設からの派遣医師が妊婦健診 ・近隣開業医が周産期センターで当直や手術 ・分娩施設の減少 →複数の医療圏を含めたより広域な体制に整備 ・周産期センター内で院内助産
遠隔診療	産科施設が遠い 離島・豪雪などのアクセスの問題がある 専門医が少ない	・県主導の周産期医療情報ネットワークで、一次施設や助産院と高次施設の間で医療情報を共有(機器やシステムの更新費用の問題) ・遠隔の施設で CTG モニターを監視
母体搬送	周産期センターが近隣に複数ある	・搬送システムのオンライン化(リアルタイムな情報共有)
オンライン（ICT)	産科施設が遠い 周産期センターが遠い	・オンラインで周産期センターに症例相談 ・民間のオンライン医療相談の導入 →分娩施設への受診・連絡を減らし、業務を軽減
医師確保	医師不足 産科専門医の不足 医師の当直負担が大きい	・所属施設や医局、都道府県を超えた人事交流(相互派遣) ・胎児心エコーなどの特殊性の高い専門医の派遣 ・母体救命講習や新生児蘇生講習を積極的に開催 →産科医や助産師のリクルートにつなげる
ヘリ搬送	産科施設が遠い 離島地域	・地域によって消防や海上保安庁、自衛隊との連携 ・複数の都道府県にまたがる搬送体制整備
救急隊の協力	産科施設が遠い 離島や豪雪地域などのアクセスの問題	・救急搬送リスクの高い妊婦の情報を消防に共有 ・救急隊員への分娩対応の研修 ・妊婦への適切な救急車使用の啓発
機能的分離統合	近隣に複数の周産期センターがあり、診療数の少ないものがある 産科診療が少なく、婦人科診療が主の施設がある	・病院間で婦人科業務・産科業務の役割分担

（図 1）ダッシュボードの一例：都道府県や周産期医療圏で切り替えて、各評価に用いた実データを表示できるようにした。

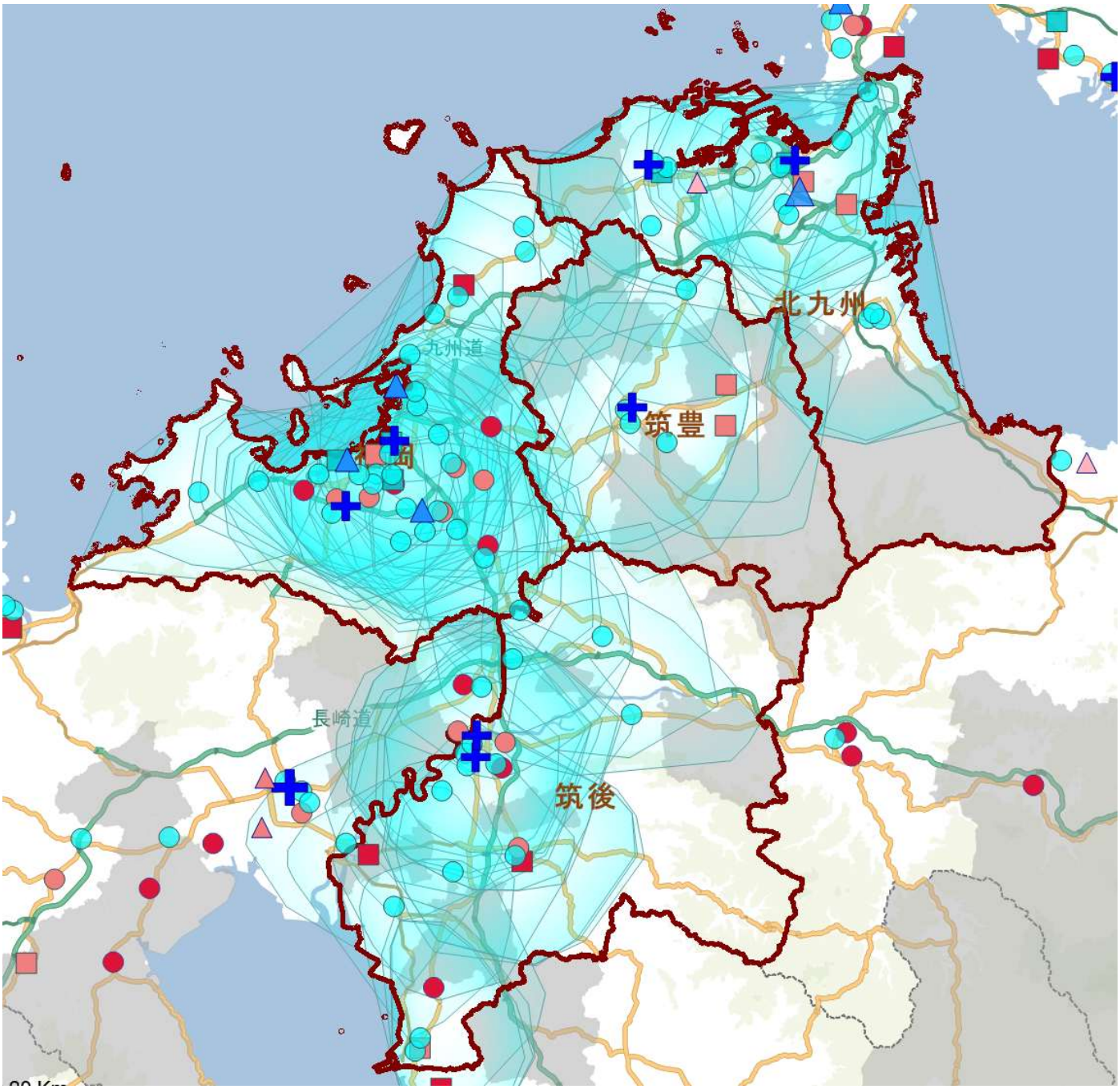




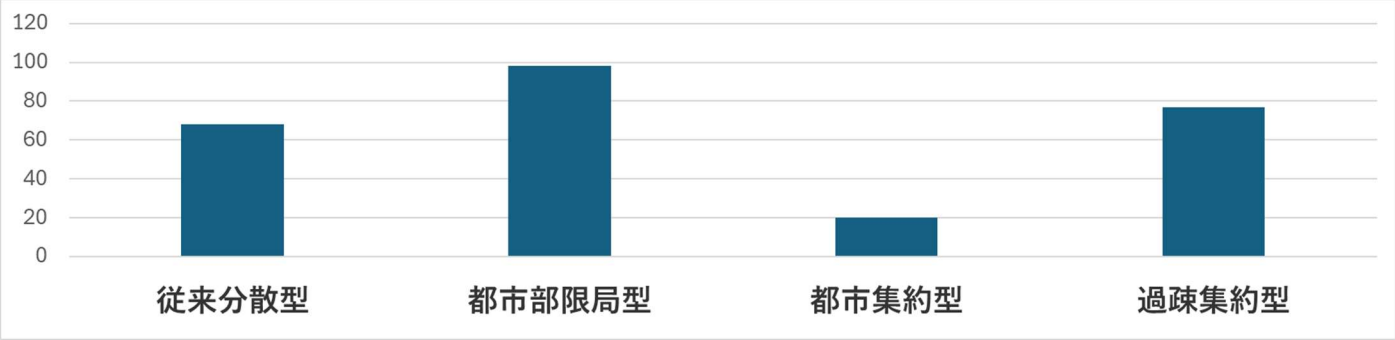
（図 2）地図の一例：福岡県の分娩施設所在と分娩数の少ない施設・分娩施設からの到達圏

十字が総合周産期母子医療センター、三角が地域周産期母子医療センター、四角が総合病院、丸がその他の分娩施設。その他の分娩施設から車で 30 分圏内の到達圏を表示。赤が年間分娩数 100 件未満、ピンクが年間分娩数 100–200 件の周産期母子医療センターである。

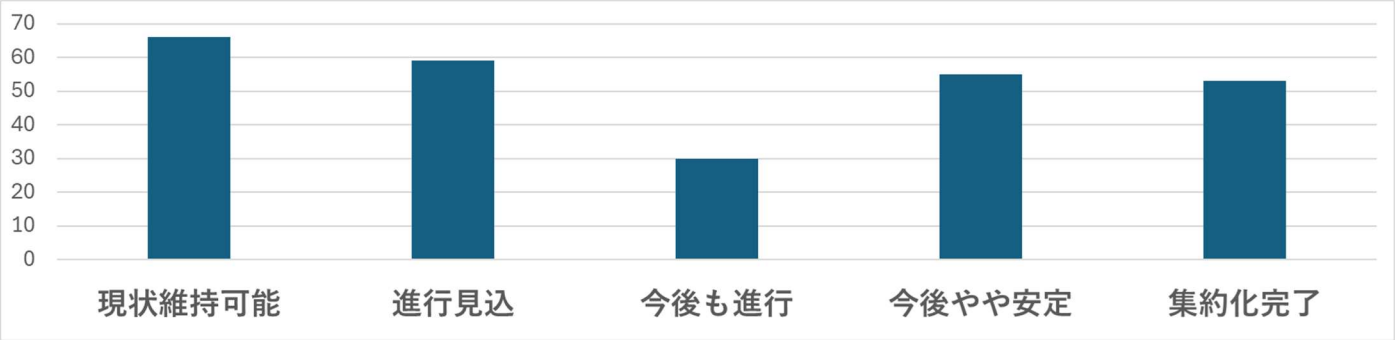
自分で地図を動かしたりレイヤを重ねたりできる。



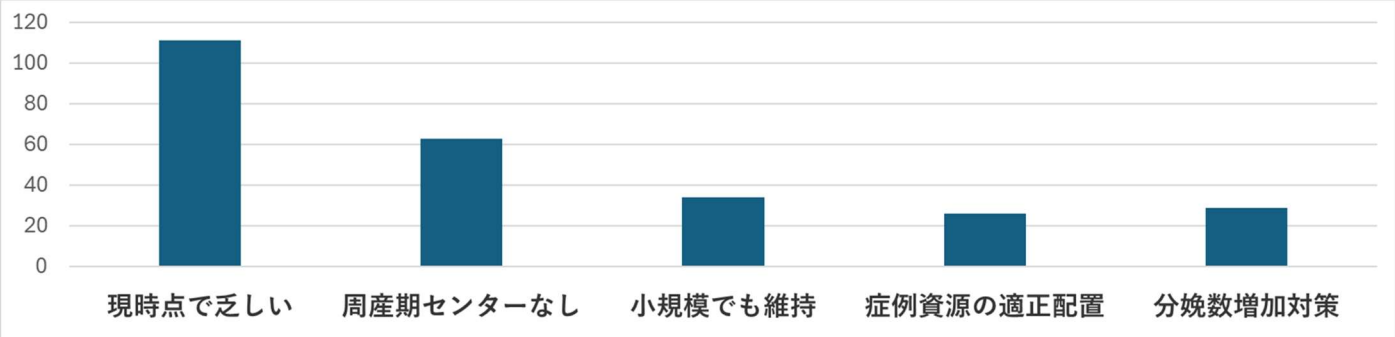
（図 3）分娩集約化の状況



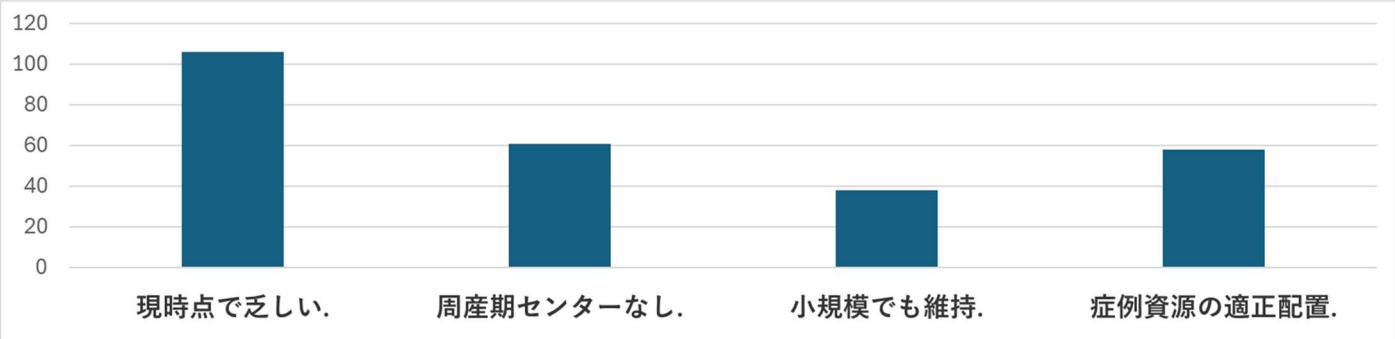
（図 4）分娩集約化の進行見込



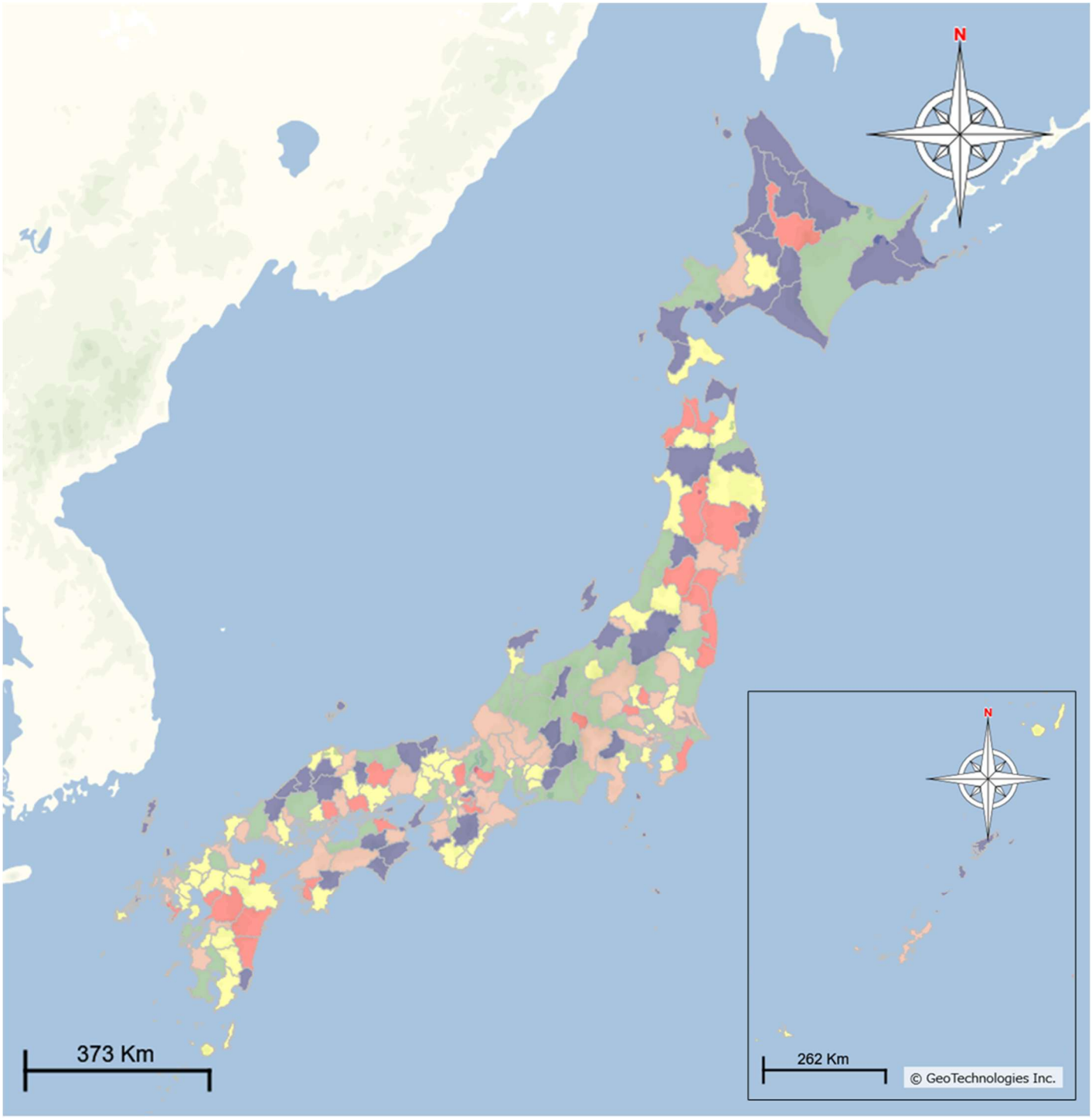
（図 5-2）分娩集約化の必要性　産科診療基準



（図 5-3）分娩集約化の必要性　新生児科診療基準

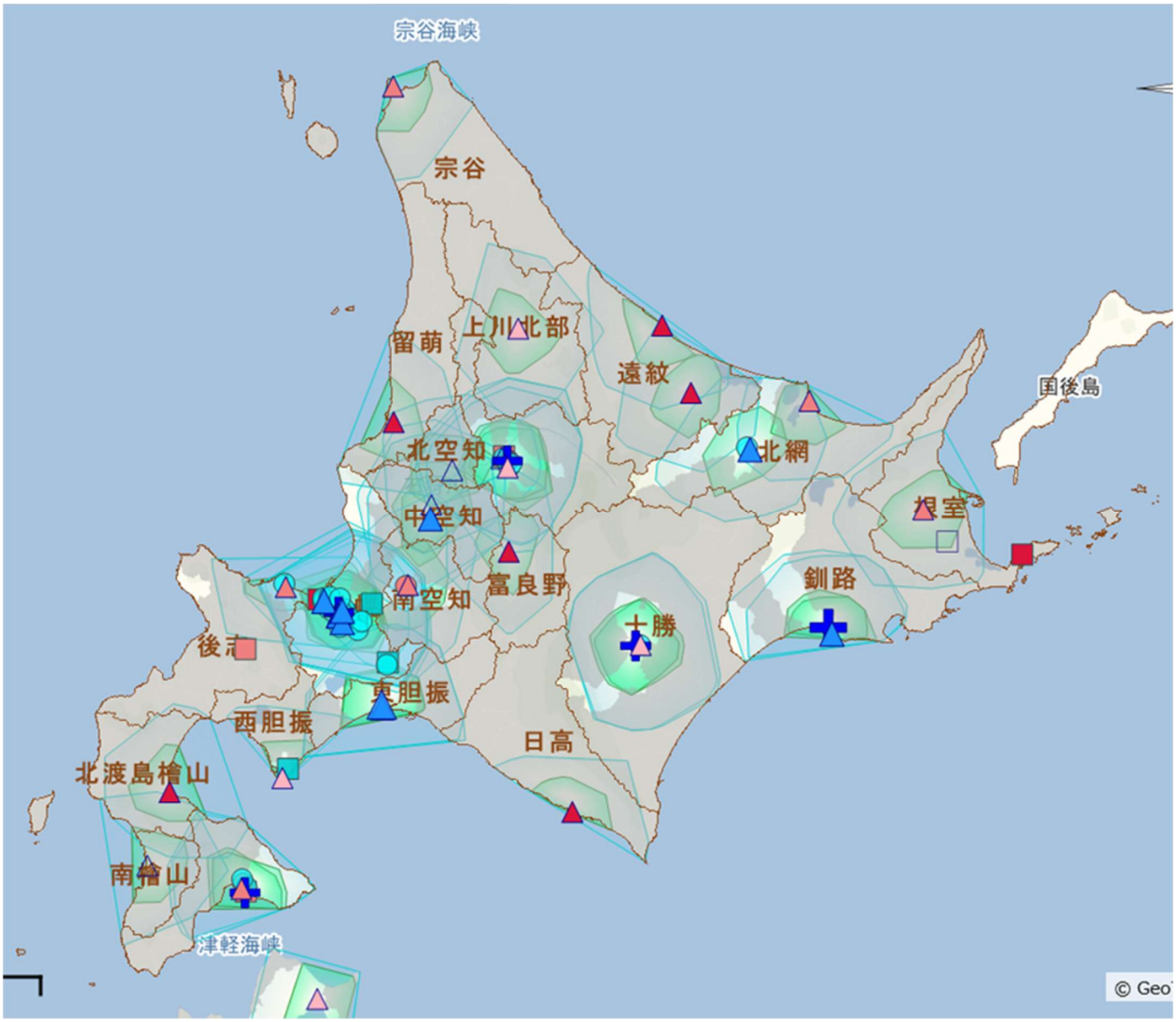


（図 4-2）分娩集約化の進行見込　全国色分け地図

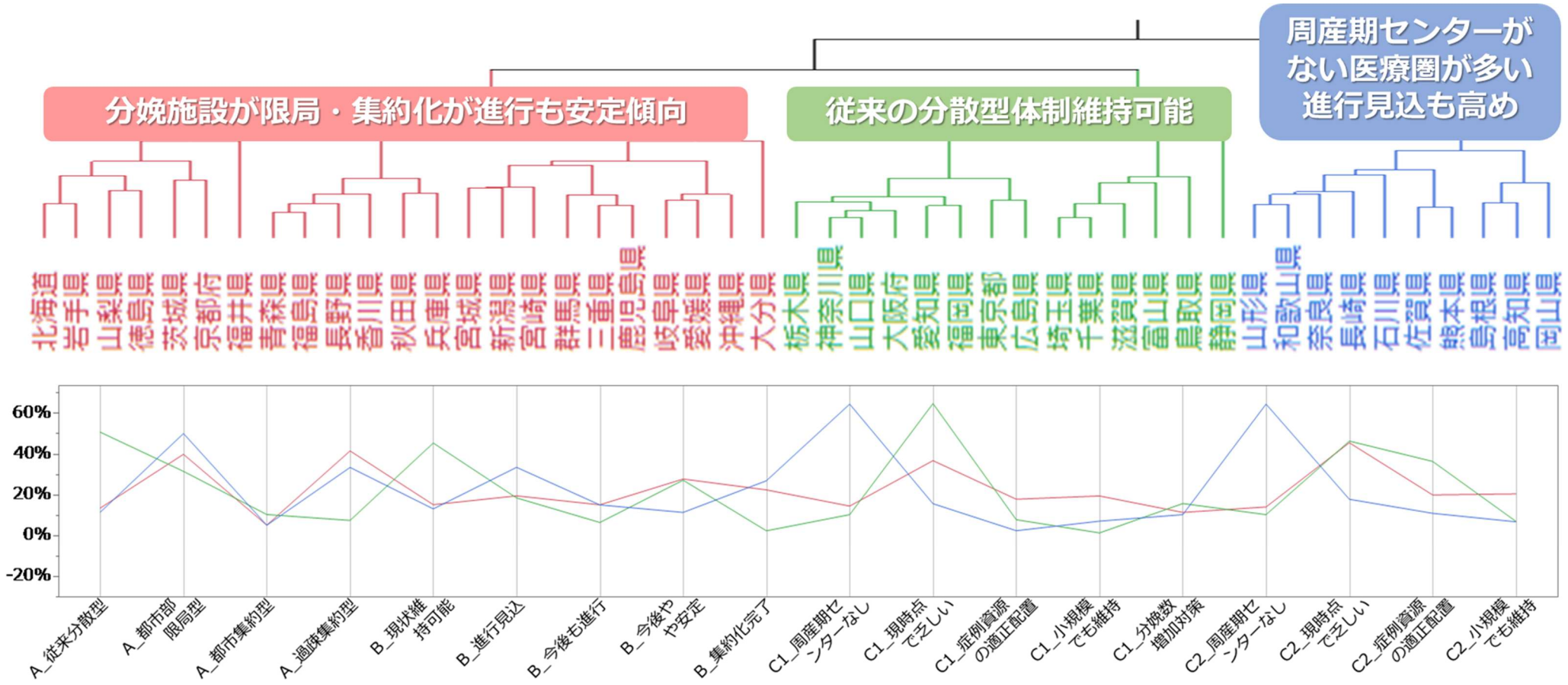


（図 5-1）必要性評価の一例

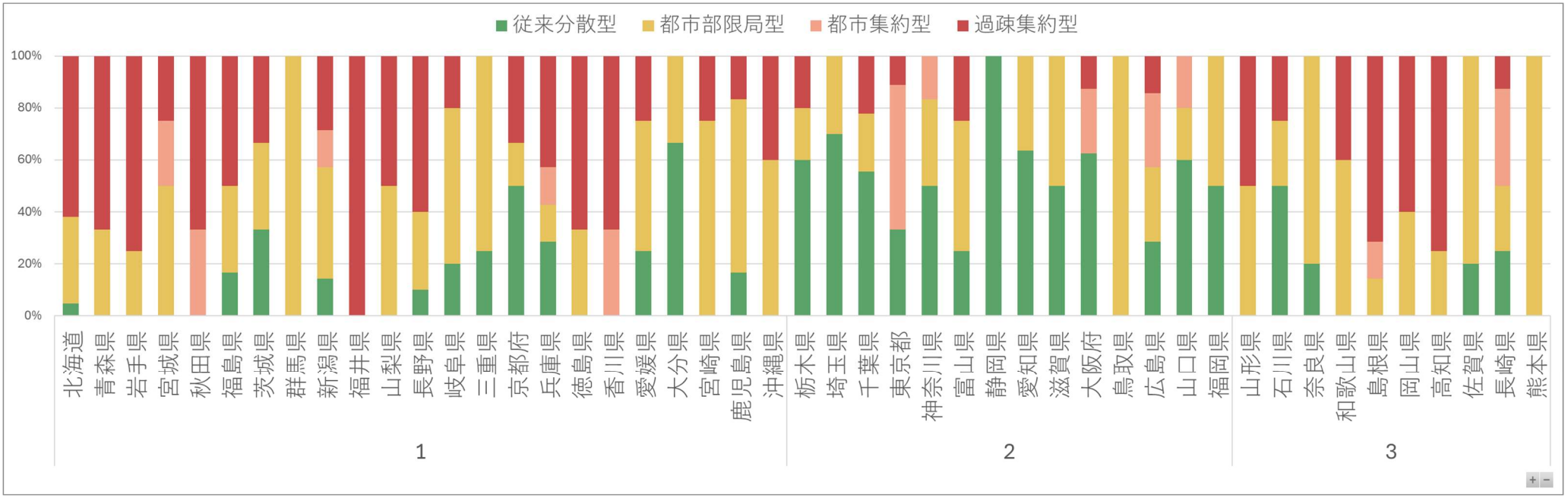
十字が総合周産期母子医療センター、三角が地域周産期母子医療センター、四角が総合病院、丸がその他の分娩施設。緑が 30 分圏内、青が 60 分圏内の到達圏。赤が年間分娩数 100 件未満、ピンクが年間分娩数 100-200 件の周産期母子医療センターである。例えば北海道では診療数の少ない周産期母子医療センターが存在するものの、近隣に同様の機能を有する施設がなく、地域の周産期医療体制のために維持していく必要がある。



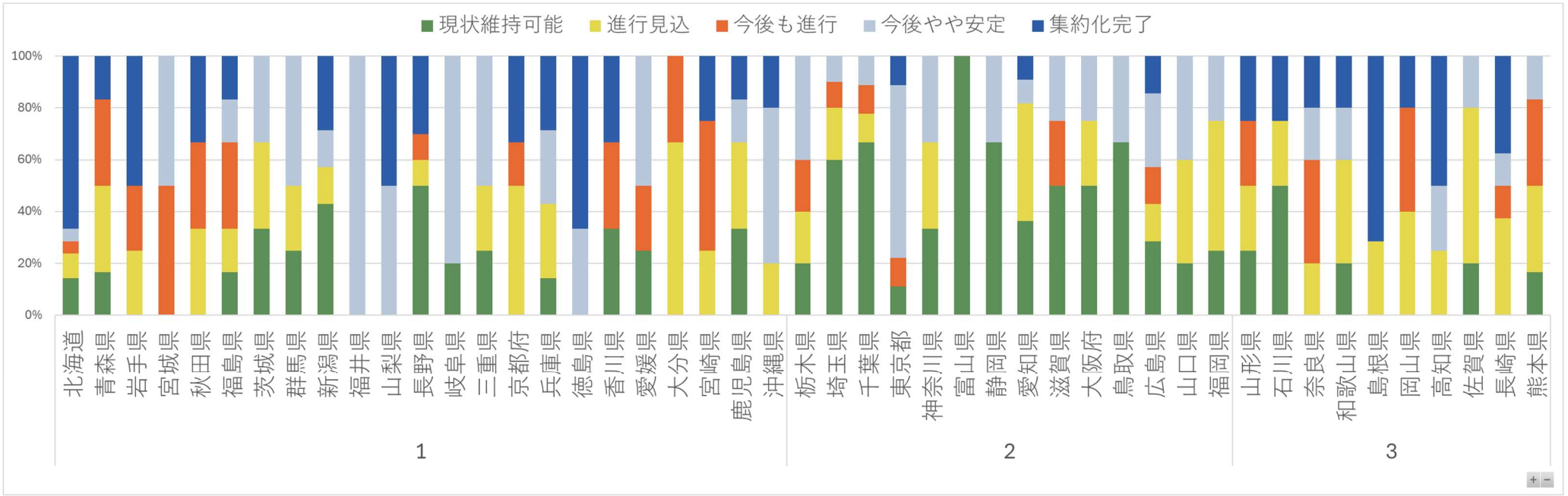
（図 6）各集約化指標による都道府県類型化



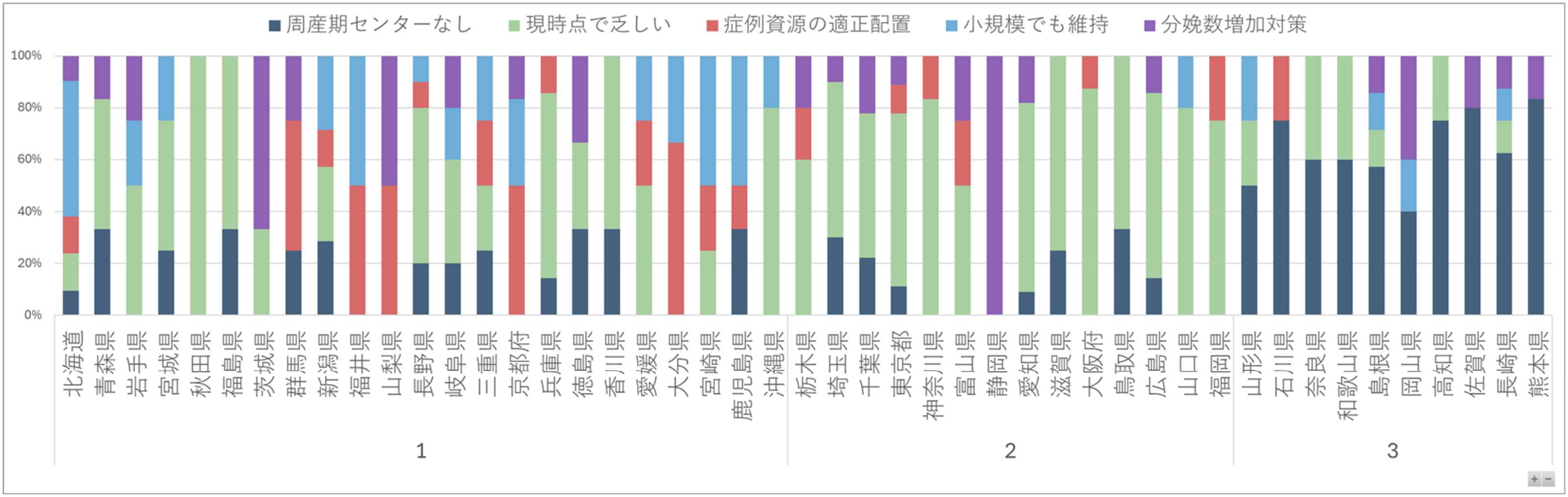
（図 6-1）分娩集約化の状況　都道府県一覧



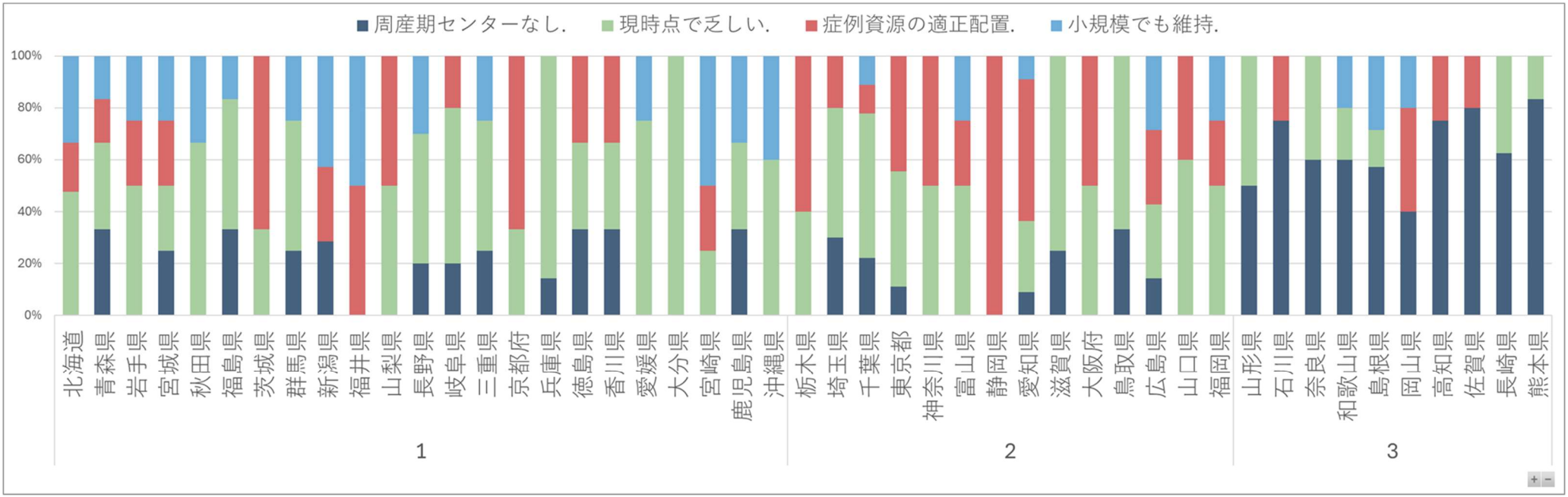
（図 6-2）分娩集約化の進行見込　都道府県一覧



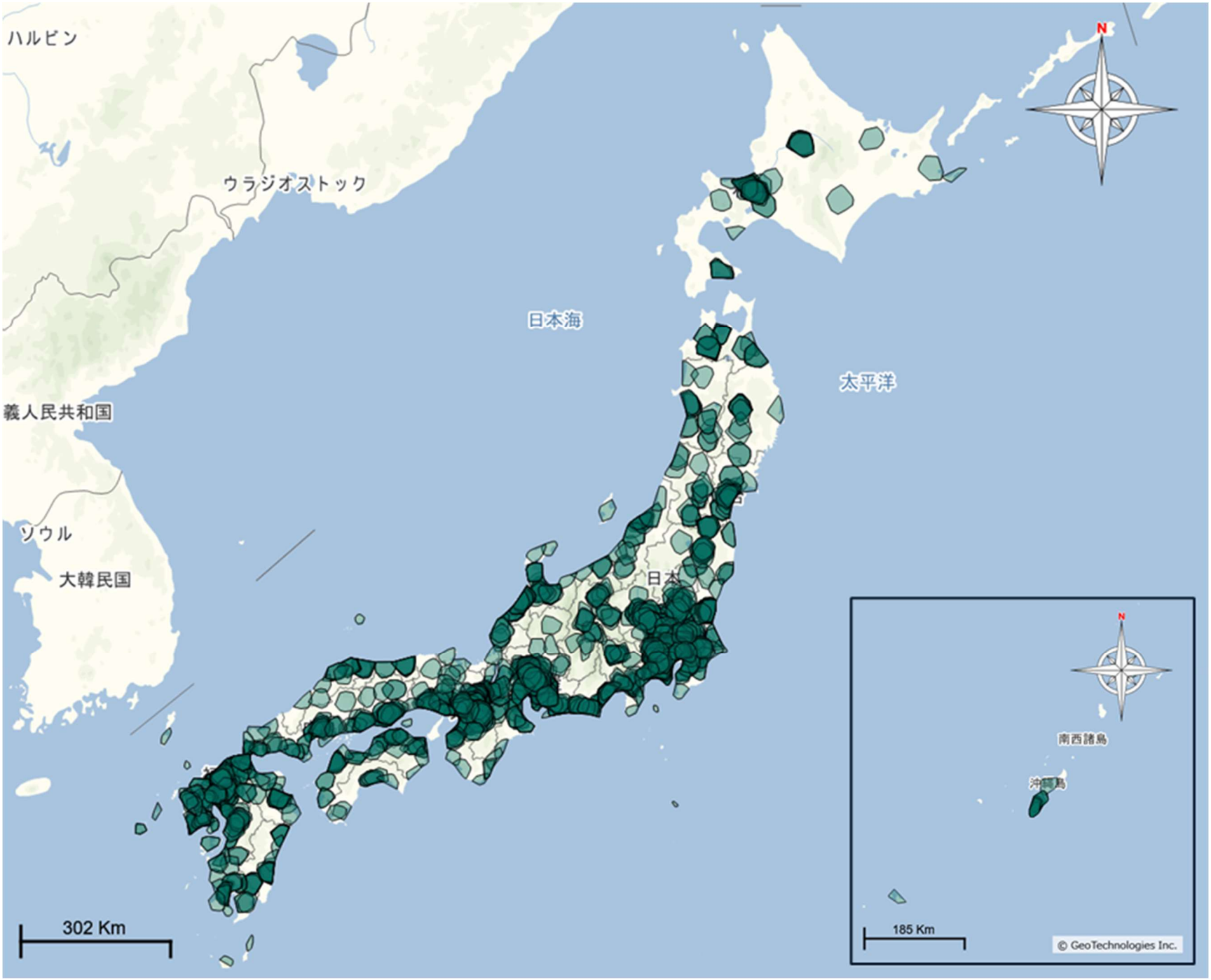
（図 6 -3）分娩集約化の必要性（産科診療基準）　都道府県一覧



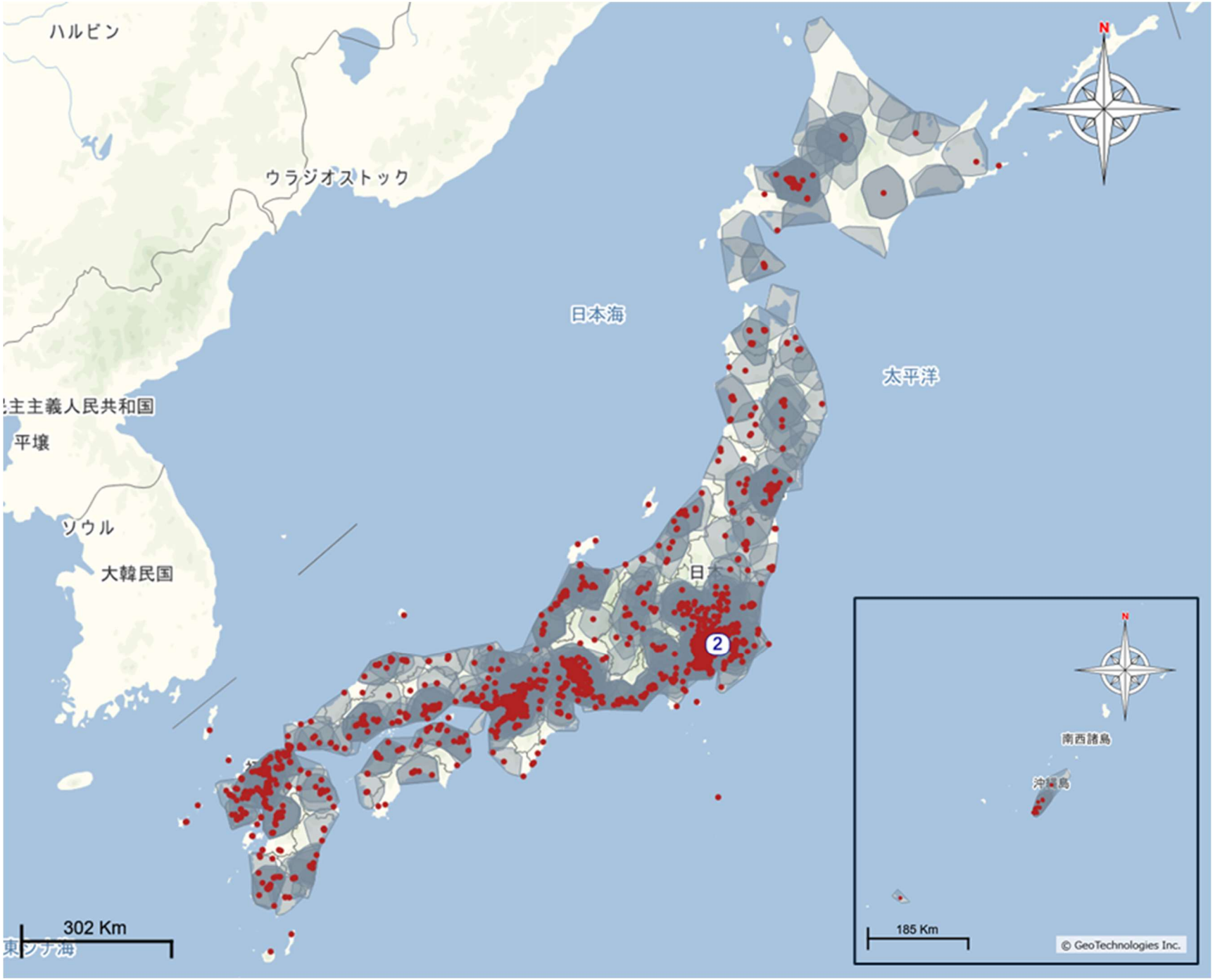
（図 6-4）分娩集約化の必要性（新生児科診療基準）　都道府県一覧



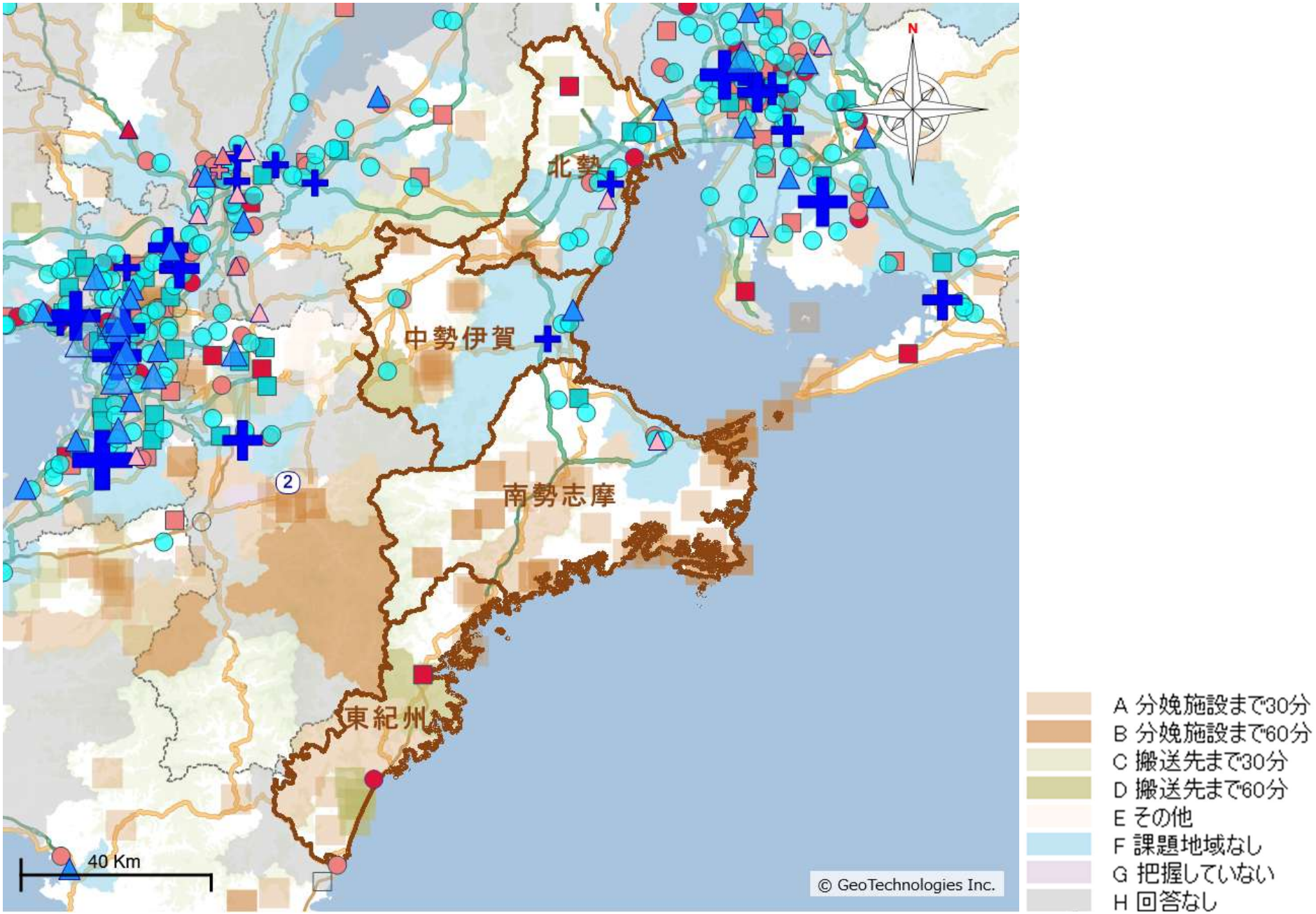
（図 8）周産期母子医療センター以外の分娩施設から車で 30 分の到達圏



（図 9）周産期母子医療センターから車で 60 分の到達圏　・灰色が到達圏　・赤のポイントは周産期母子医療センター以外の分娩施設

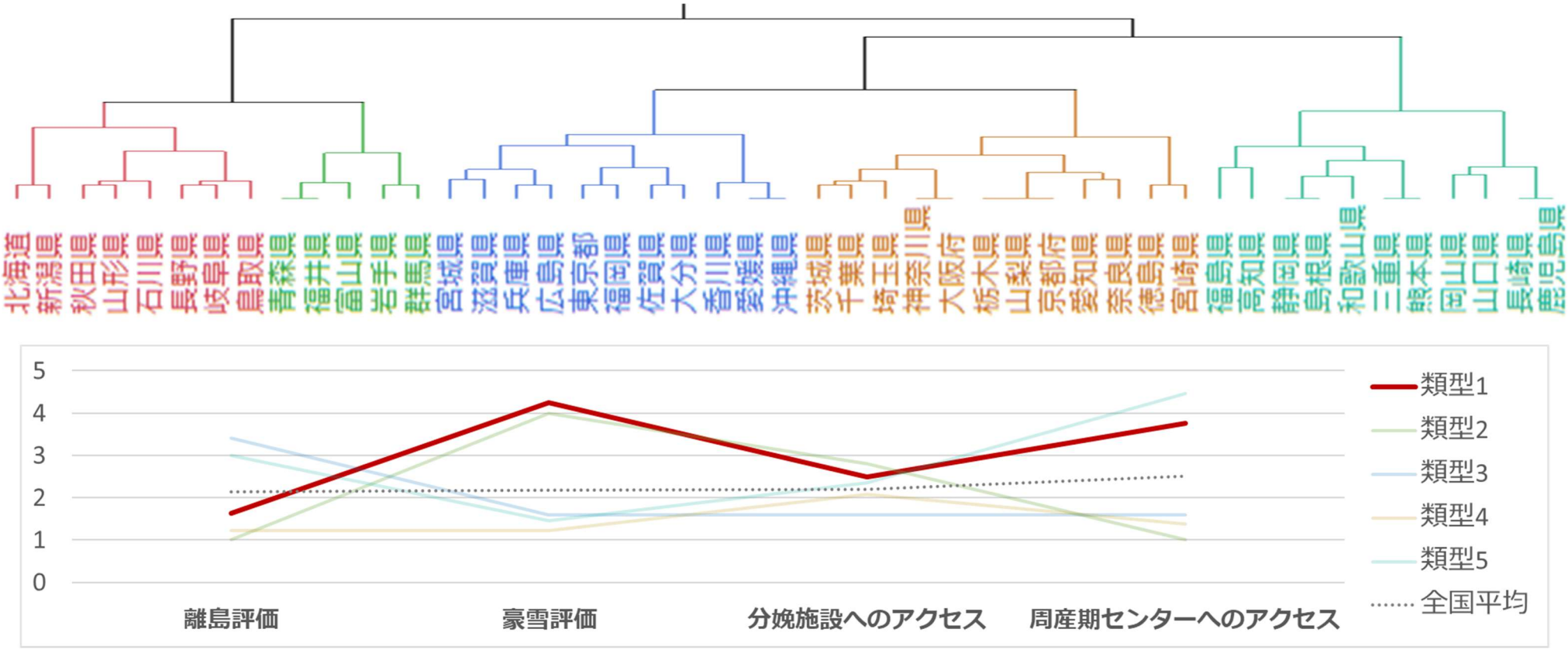


（図 10）アンケート回答で得たアクセスに課題がある地域



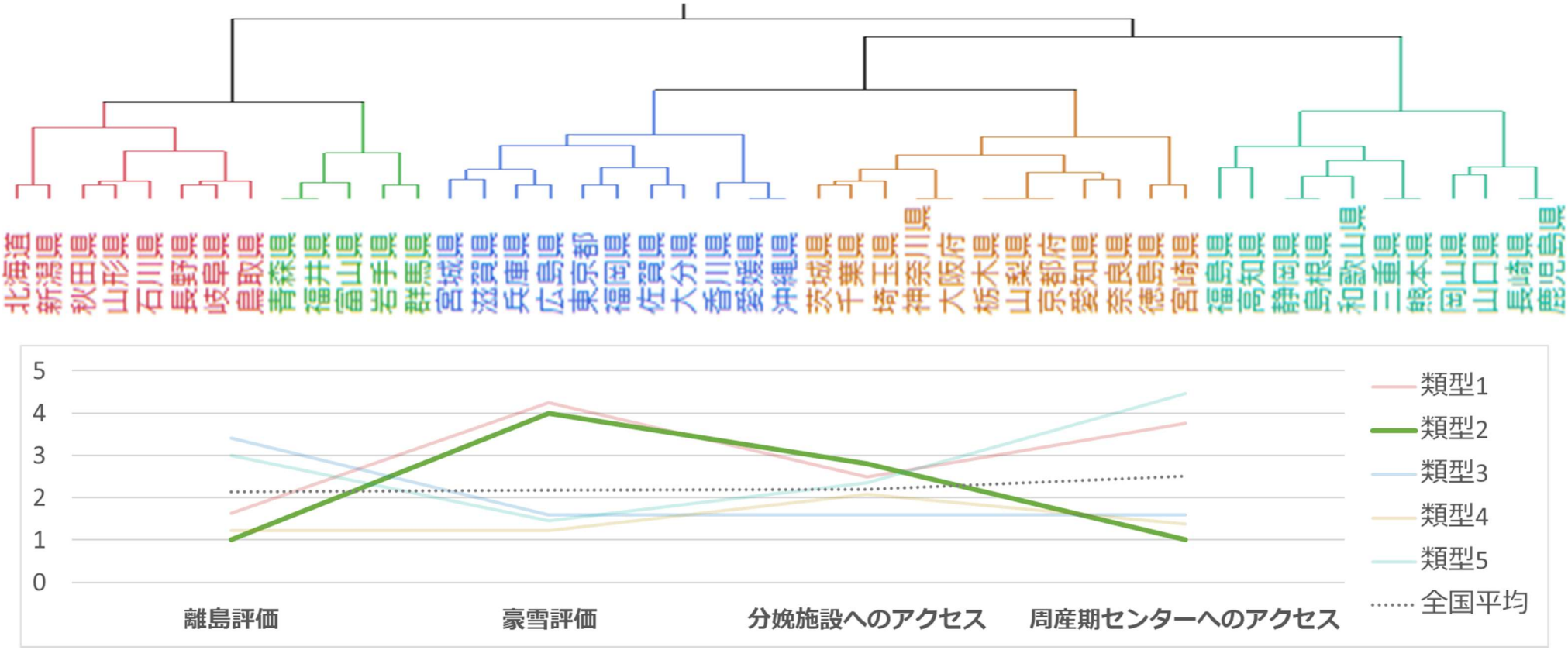
（図 11-1）アクセスの課題　類型１　デンドログラムと類型群のスコア平均点

積雪地帯で、分娩施設から周産期母子医療センターへのアクセスに時間がかかる地域が多い



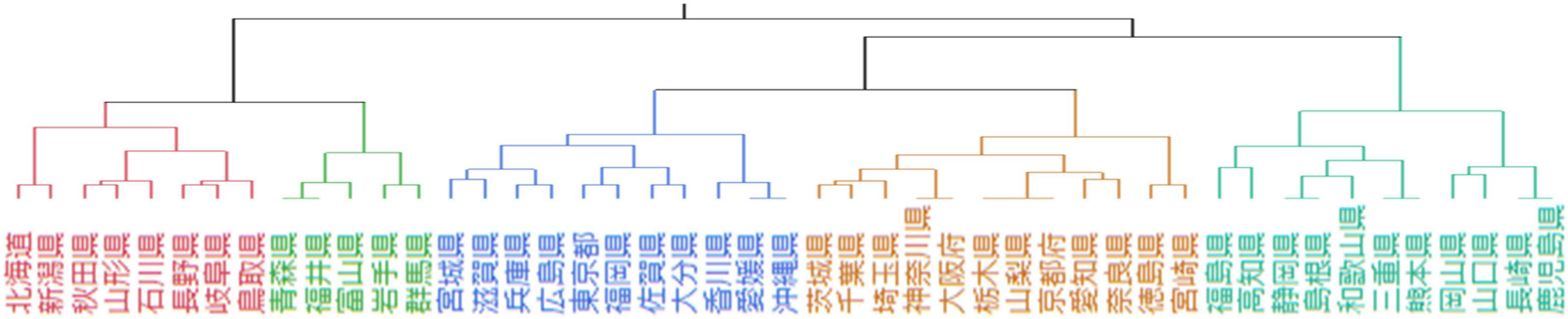
（図 11-2）アクセスの課題　類型 2　デンドログラムと類型群のスコア平均点

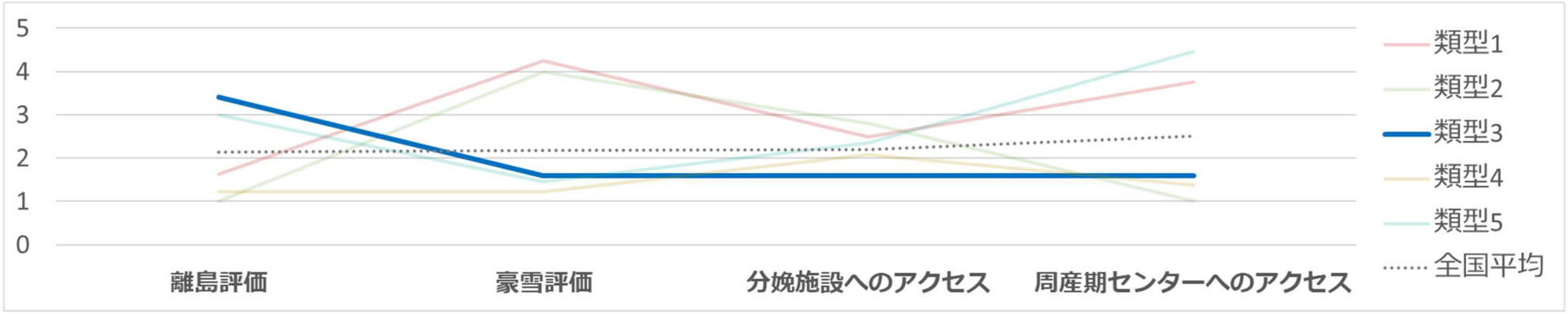
積雪地帯で、分娩施設から周産期母子医療センターへのアクセスに時間がかかる地域は少ない



（図 11-3）アクセスの課題　類型 3　デンドログラムと類型群のスコア平均点

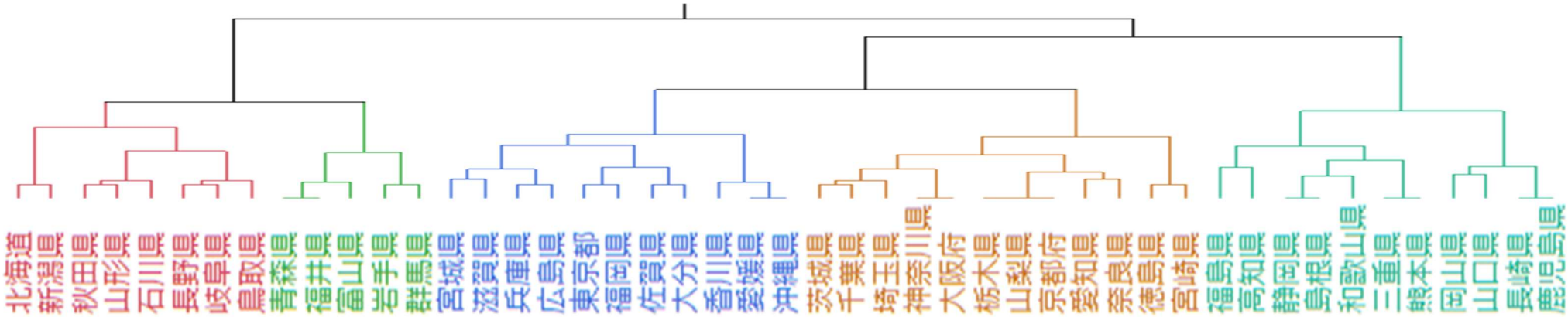
離島はあるが、産科施設へのアクセスの課題は少ない

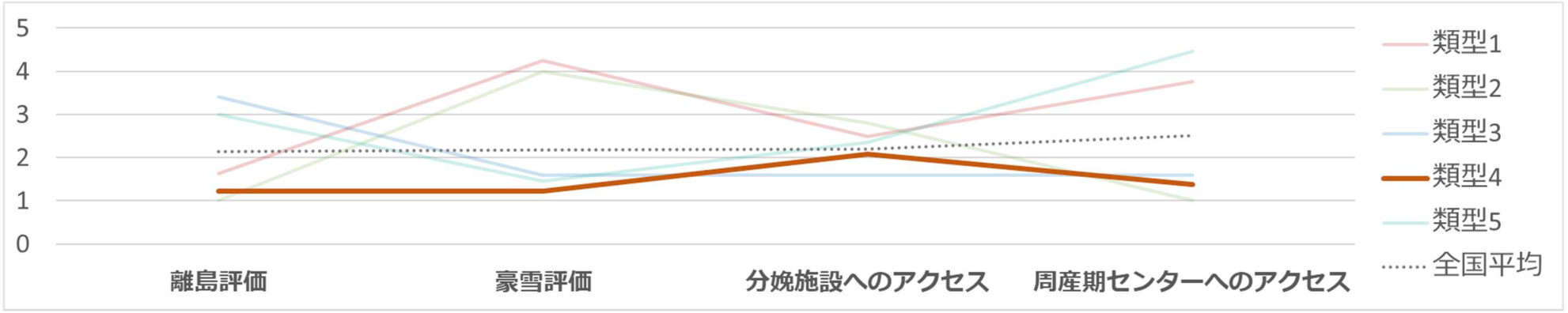




（図 11-4）アクセスの課題　類型 4　デンドログラムと類型群のスコア平均点

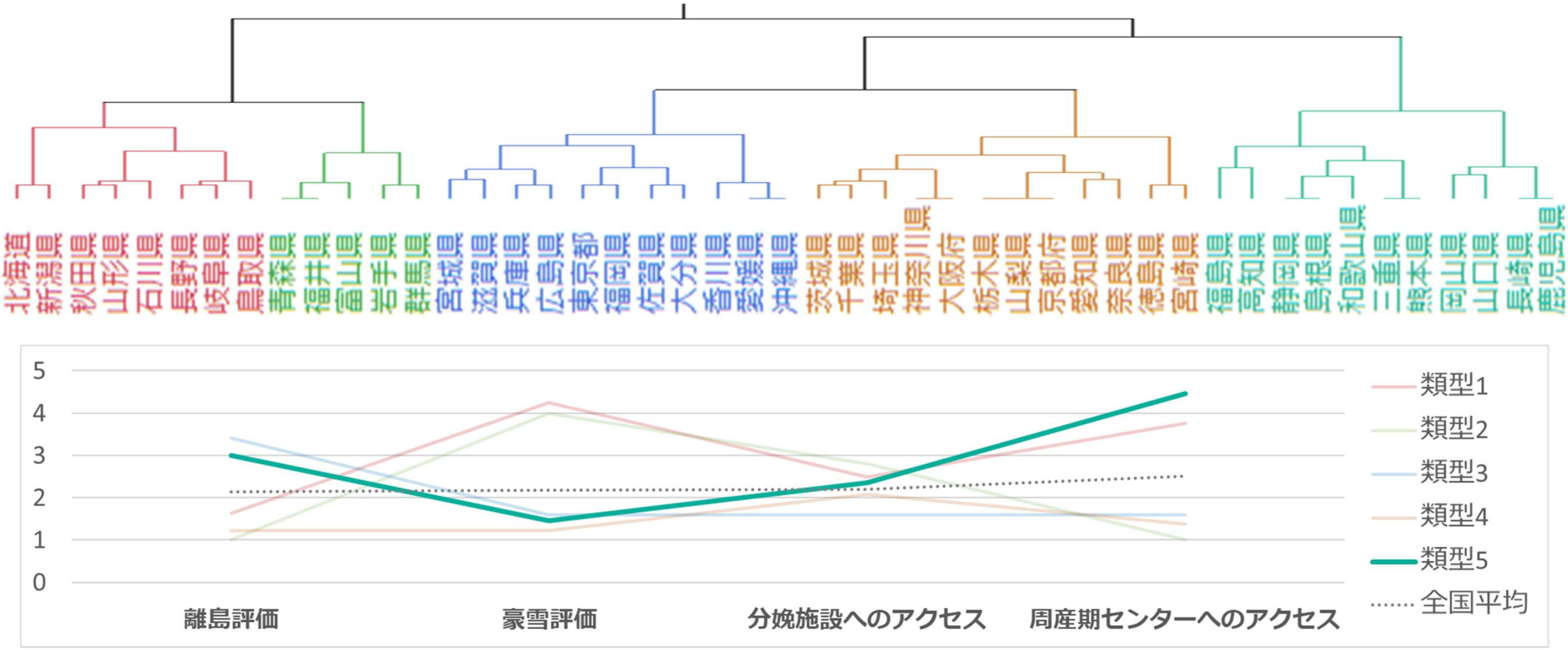
アクセスの課題は少ない



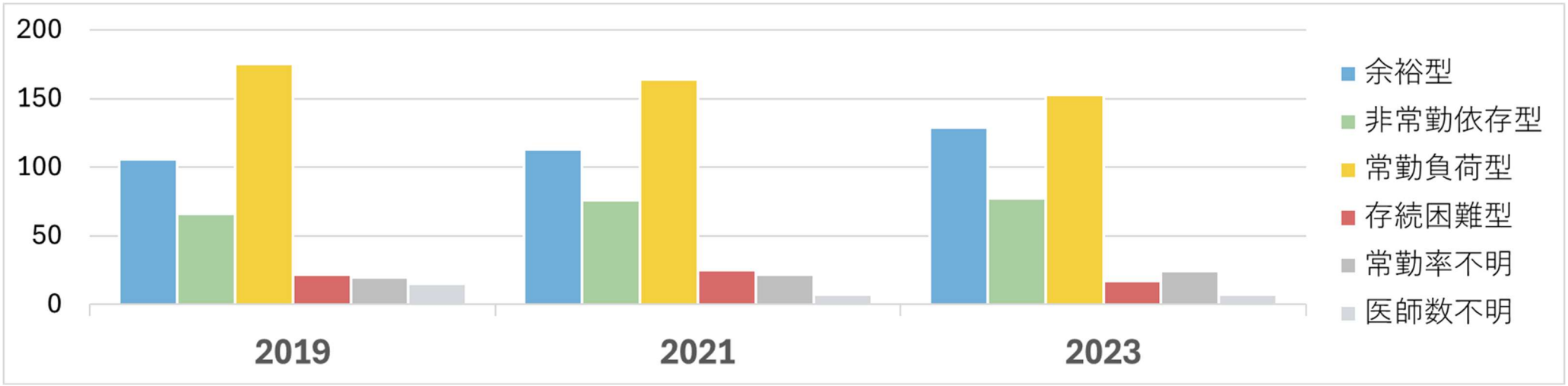


（図 11-5）アクセスの課題　類型 5　デンドログラムと類型群のスコア平均点

周産期センターまで時間がかかる分娩施設がある

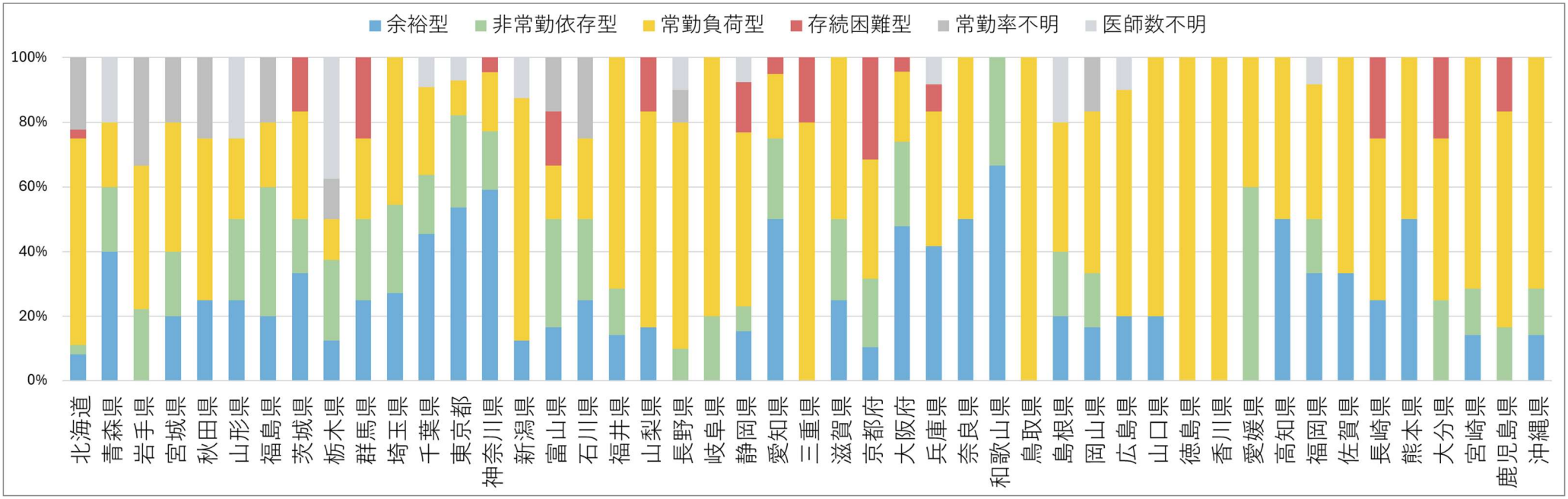


（図 12-1）【産婦人科】夜間休日の当番負担状況　年度毎分布

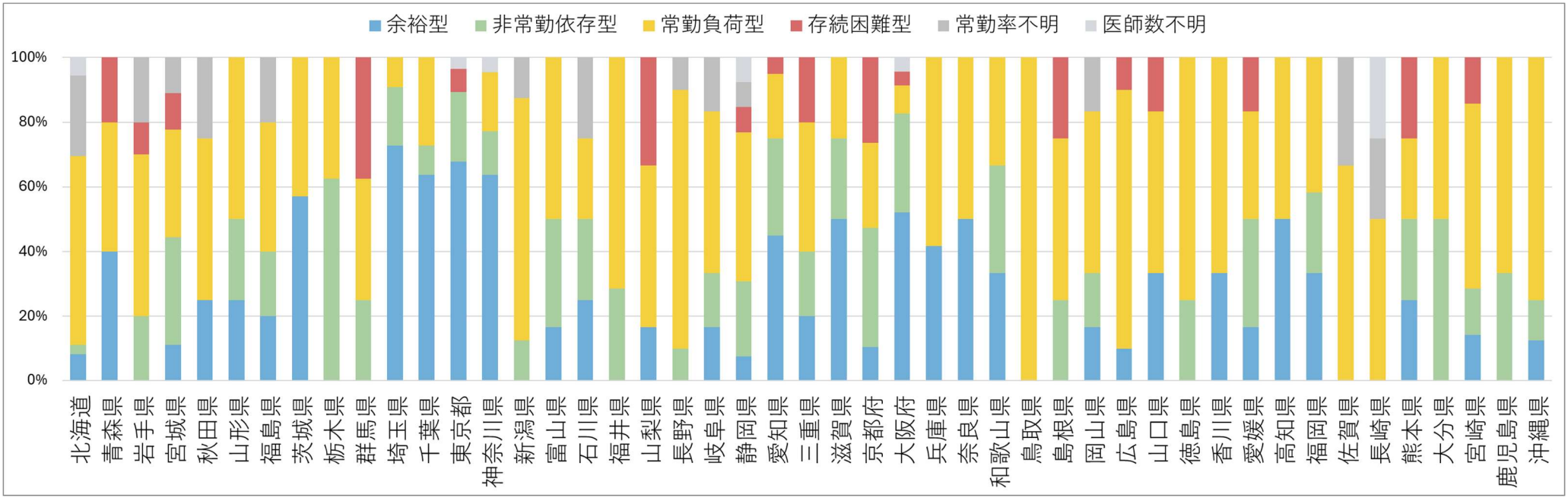


（図 12-2）【産婦人科】夜間休日の当番負担状況　都道府県毎分布

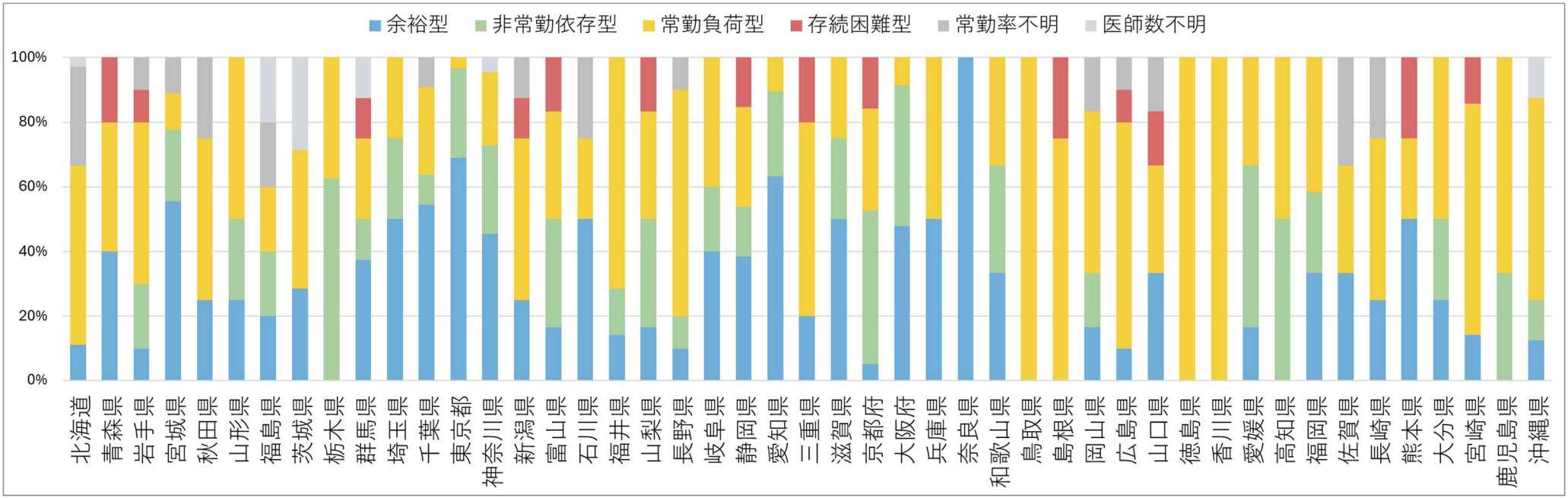
2019 年



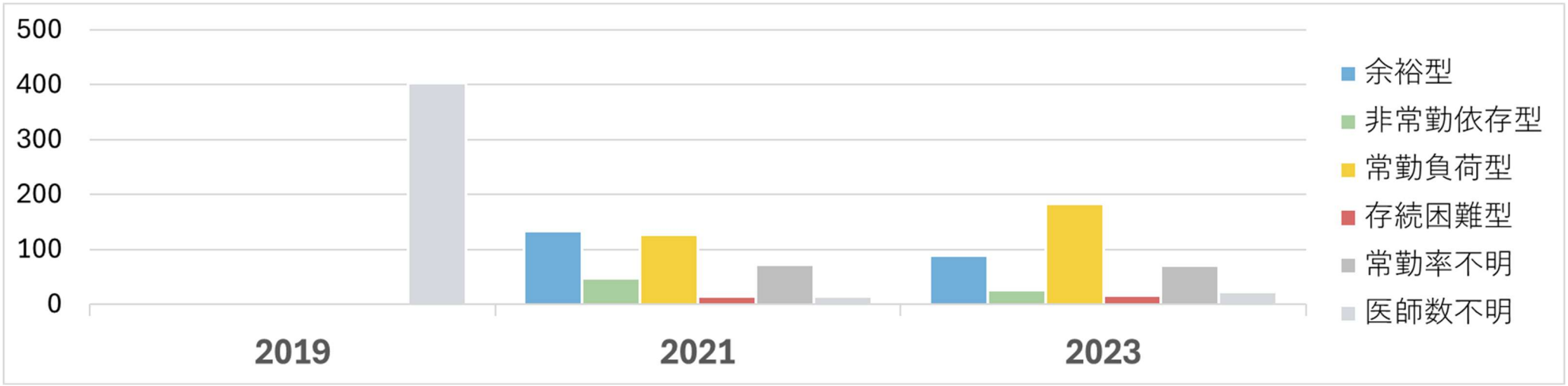
2021 年


余裕型
非常勤依存型
常勤負荷型
存続困難型
常勤率不明
医師数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

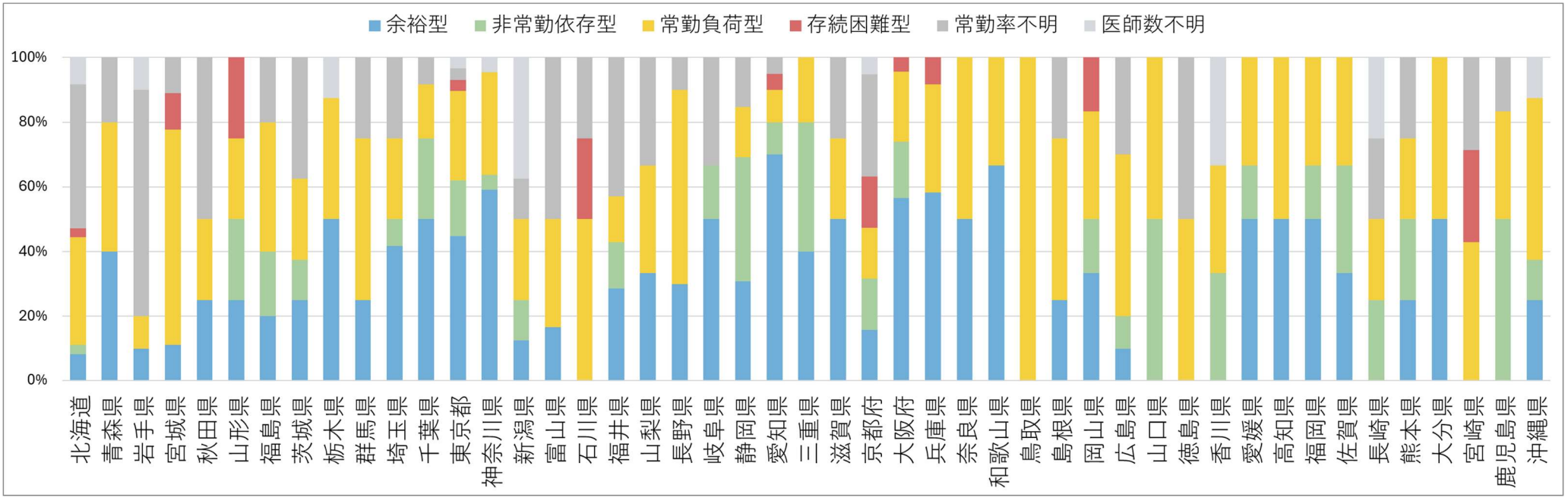
2023 年


余裕型
非常勤依存型
常勤負荷型
存続困難型
常勤率不明
医師数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

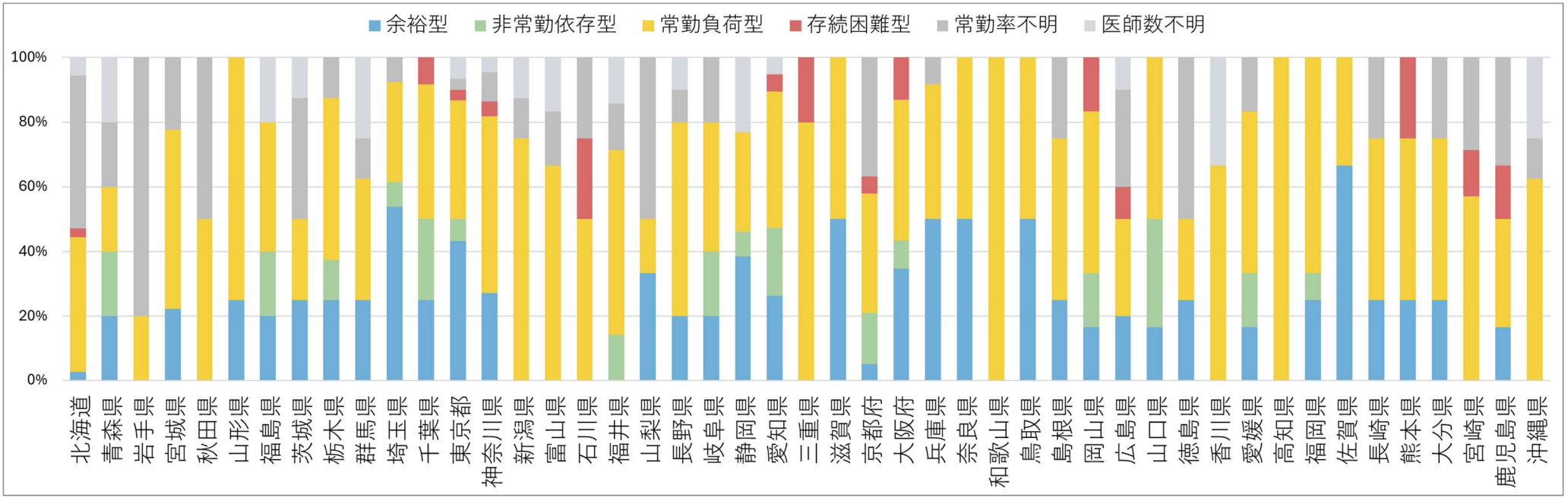
（図 12-3）【新生児科】夜間休日の当番負担状況　年度毎分布



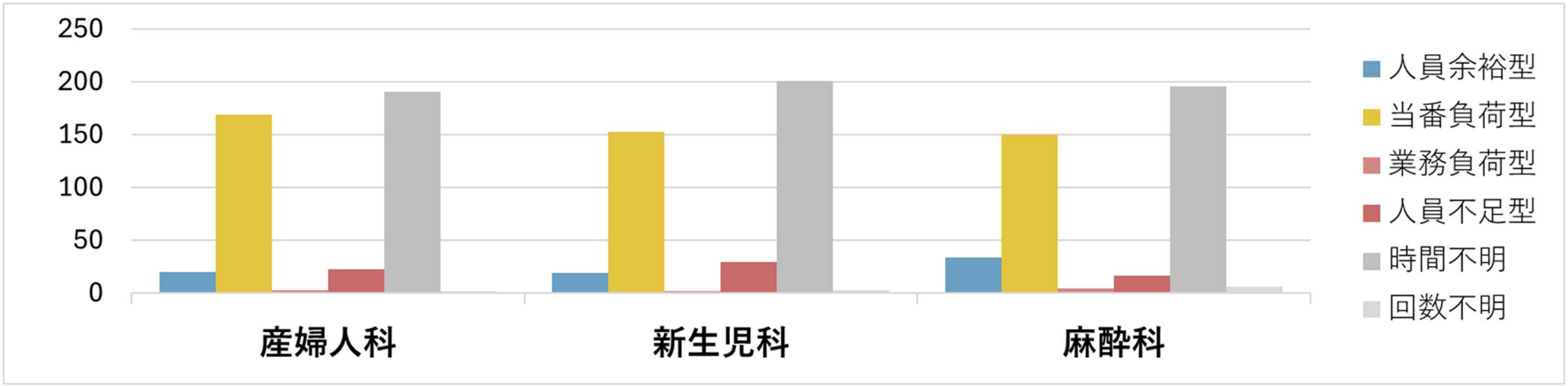
（図 12-4）【新生児科】夜間休日の当番負担状況　都道府県毎分布　2021 年



2023 年

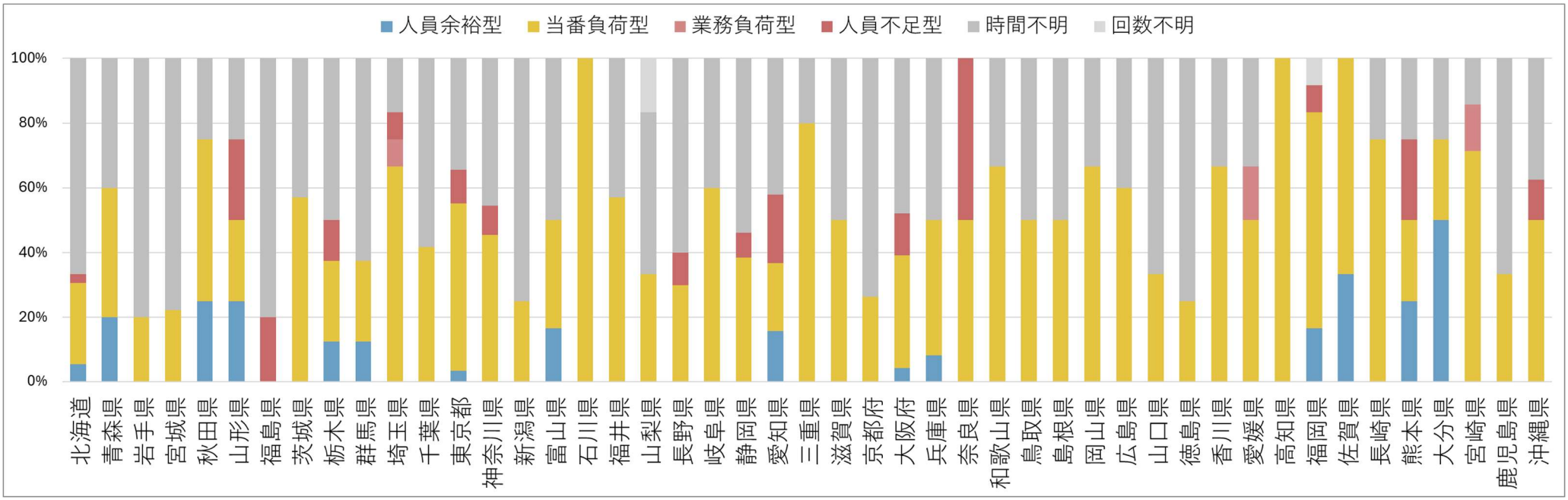


（図 13-1）時間外労働の負担状況　診療科ごと分布

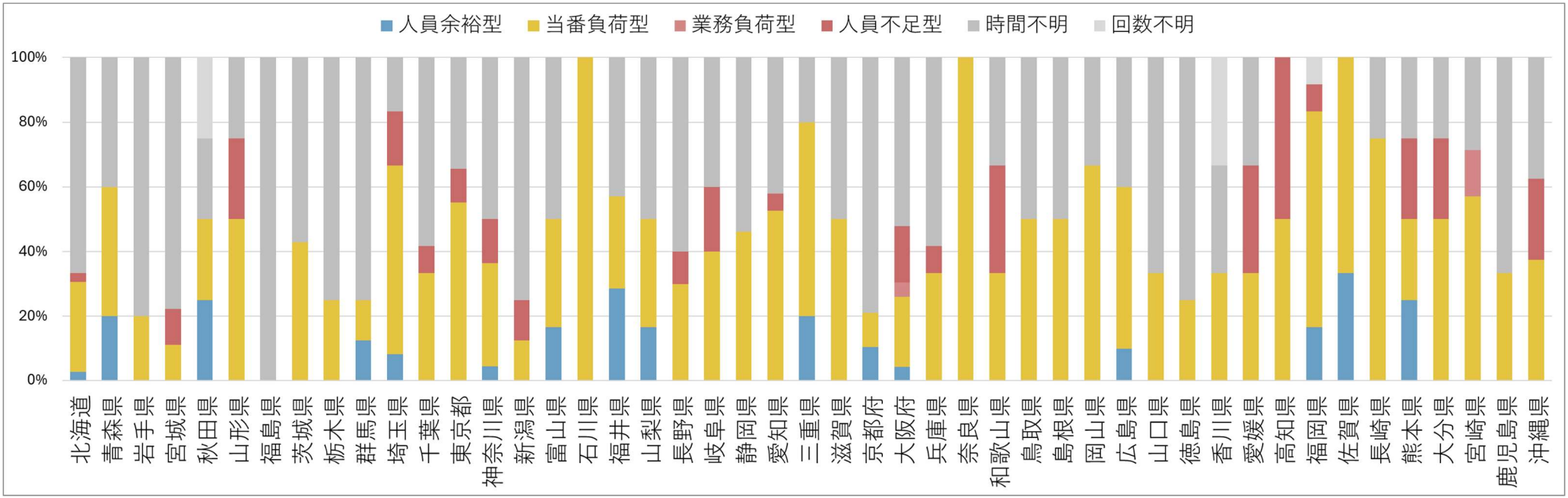


（図 13-2）時間外労働の負担状況　診療科ごと分布

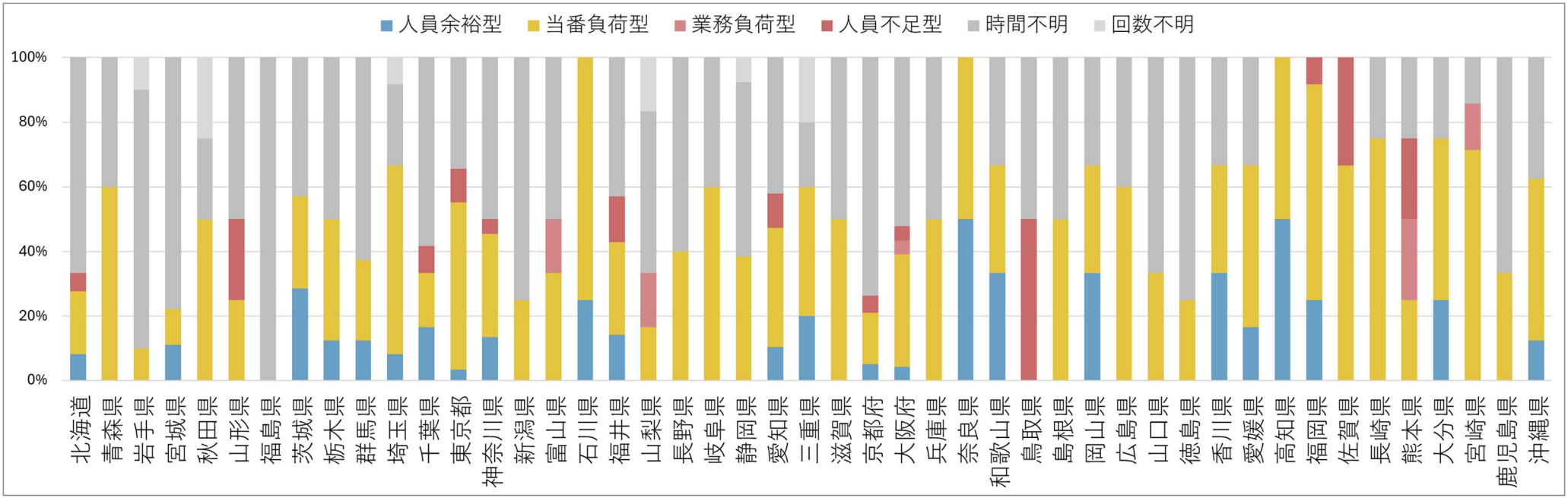
【産婦人科】



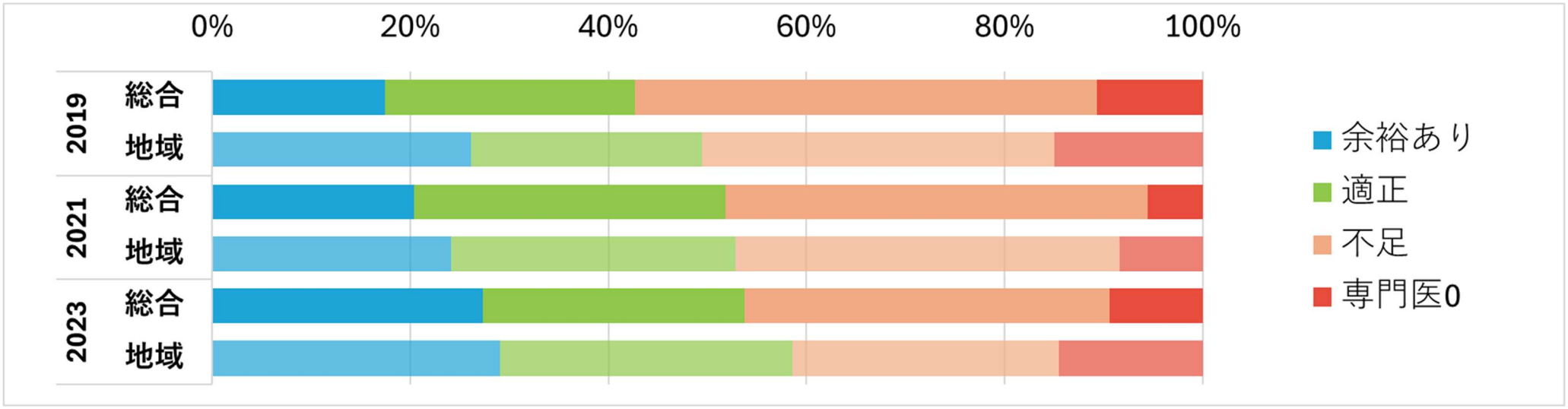
【新生児科】


人員余裕型
当番負荷型
業務負荷型
人員不足型
時間不明
回数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

【麻酔科】

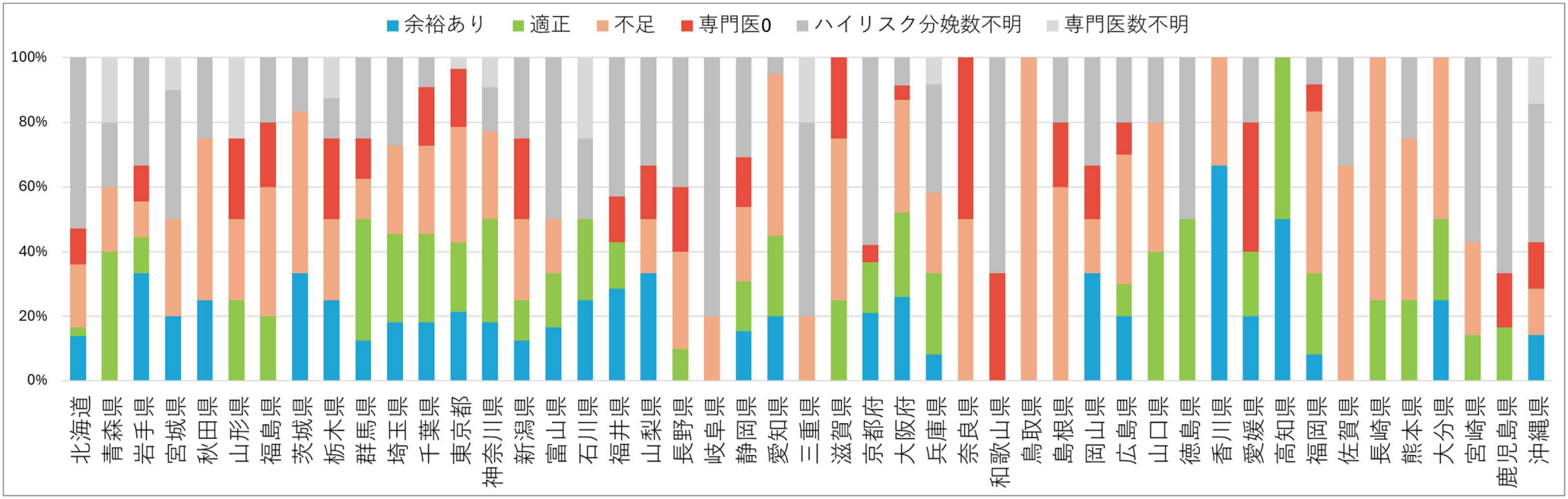

人員余裕型
当番負荷型
業務負荷型
人員不足型
時間不明
回数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

（図 14-1）周産期専門医の充足度　年度毎分布　施設区分別

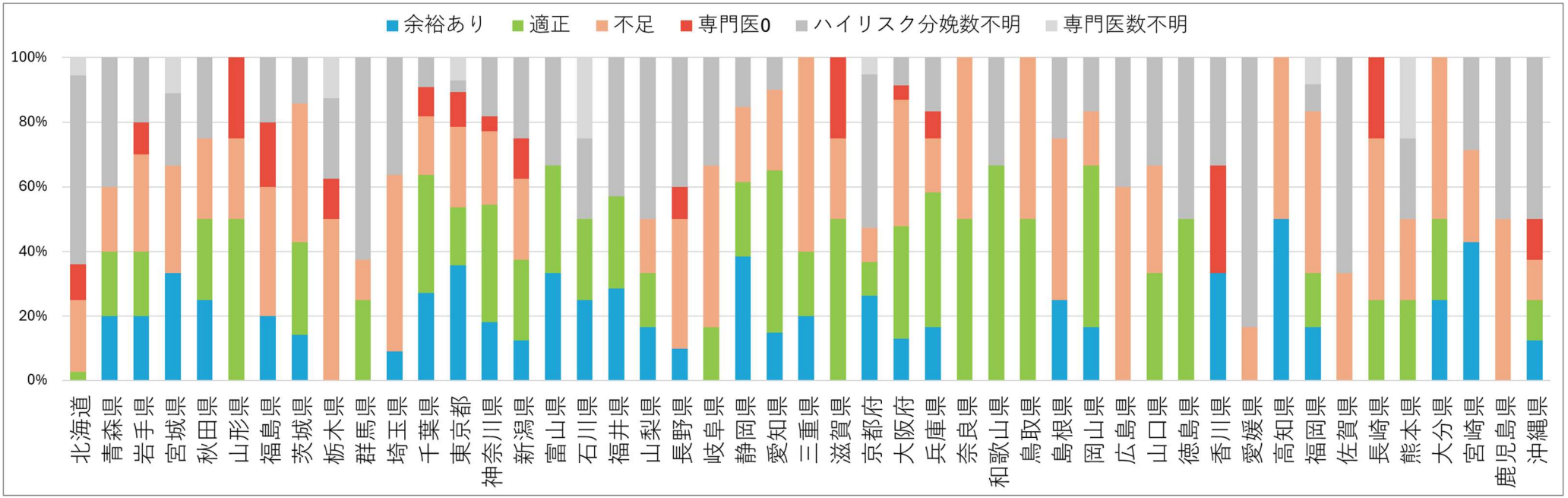


（図 14-2）周産期専門医の充足度　年度毎都道府県一覧

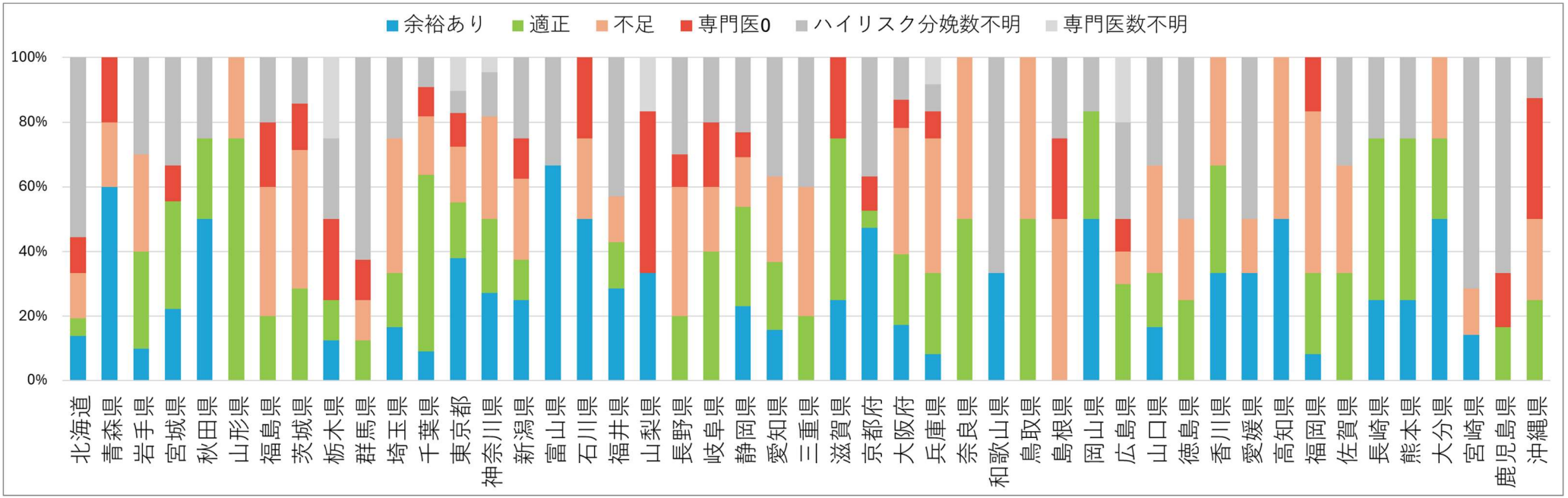
2019 年



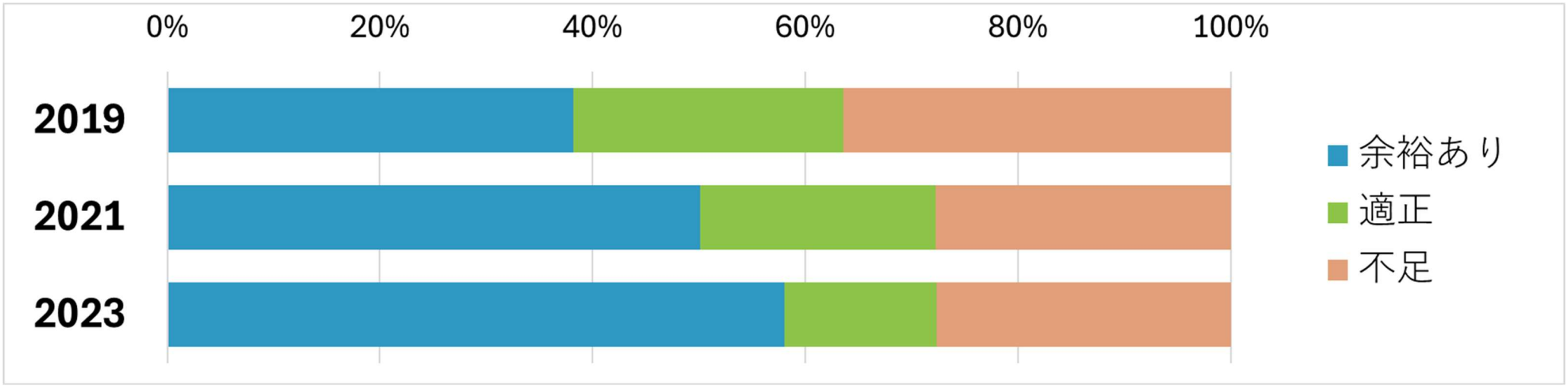
2021 年


余裕あり
適正
不足
専門医0
ハイリスク分娩数不明
専門医数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

2023 年

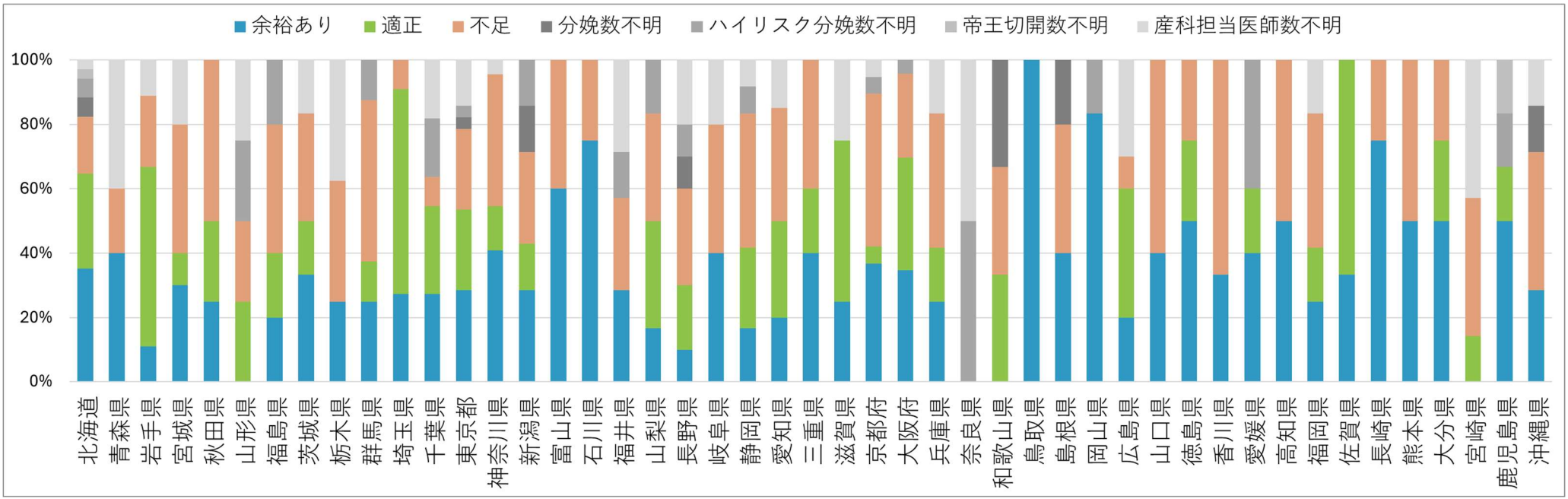

余裕あり
適正
不足
専門医0
ハイリスク分娩数不明
専門医数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

（図 15-1）産科担当医師の充足度　年度毎分布

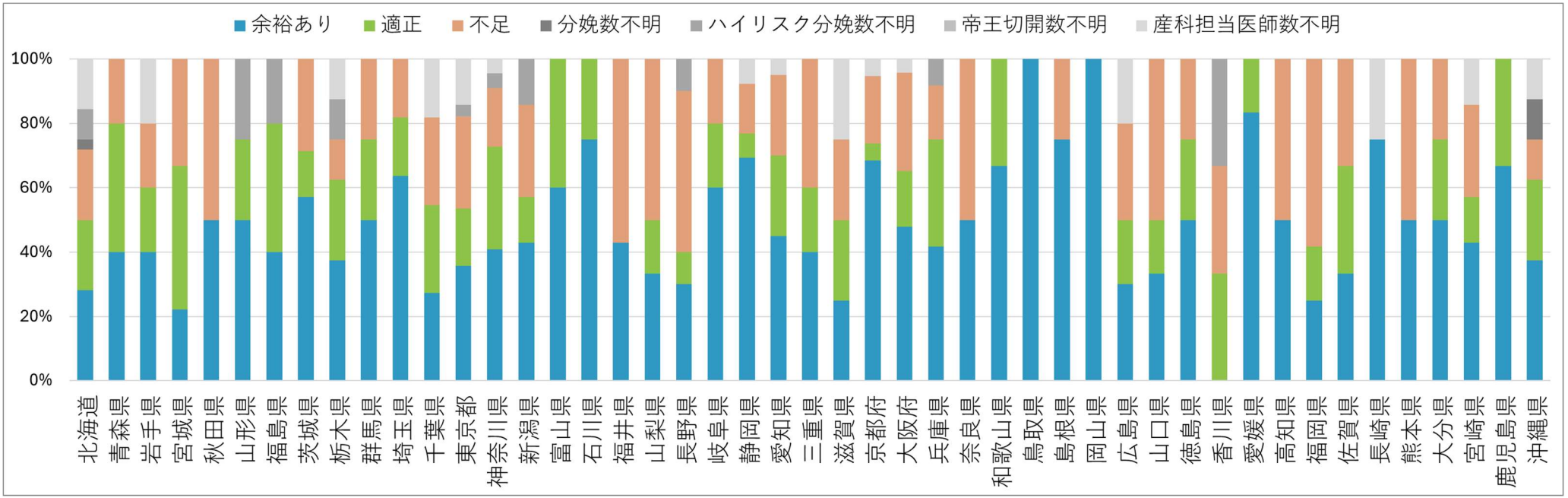


（図 15-2）産科担当医師の充足度　年度毎都道府県一覧

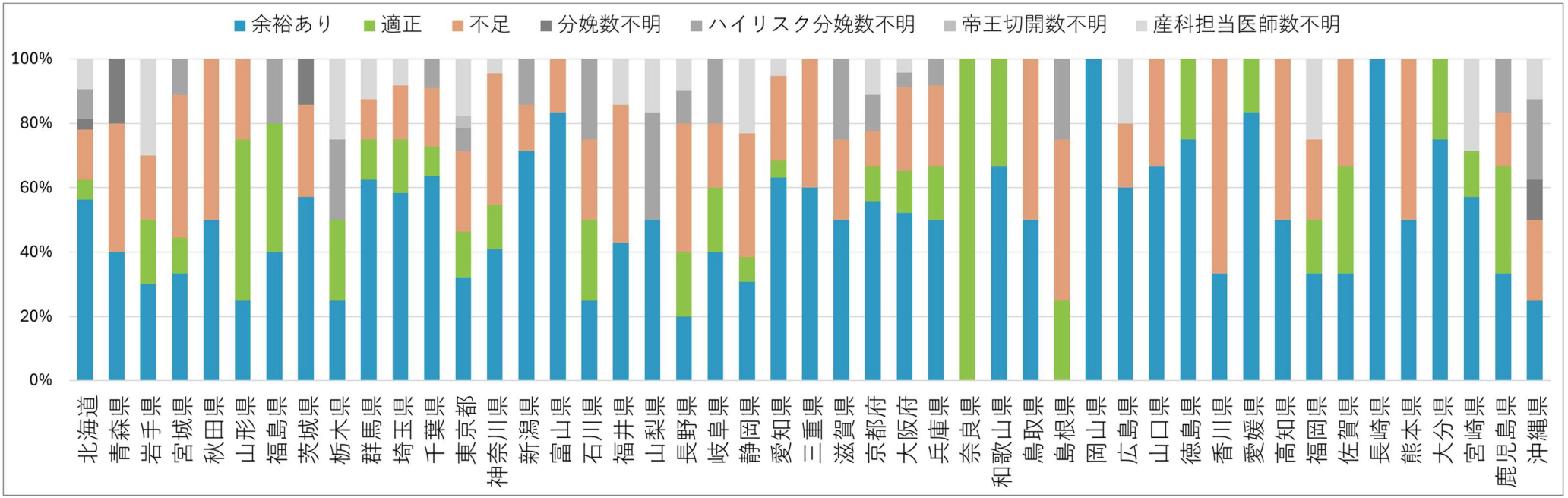
2019 年



2021 年


余裕あり
適正
不足
分娩数不明
ハイリスク分娩数不明
帝王切開数不明
産科担当医師数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

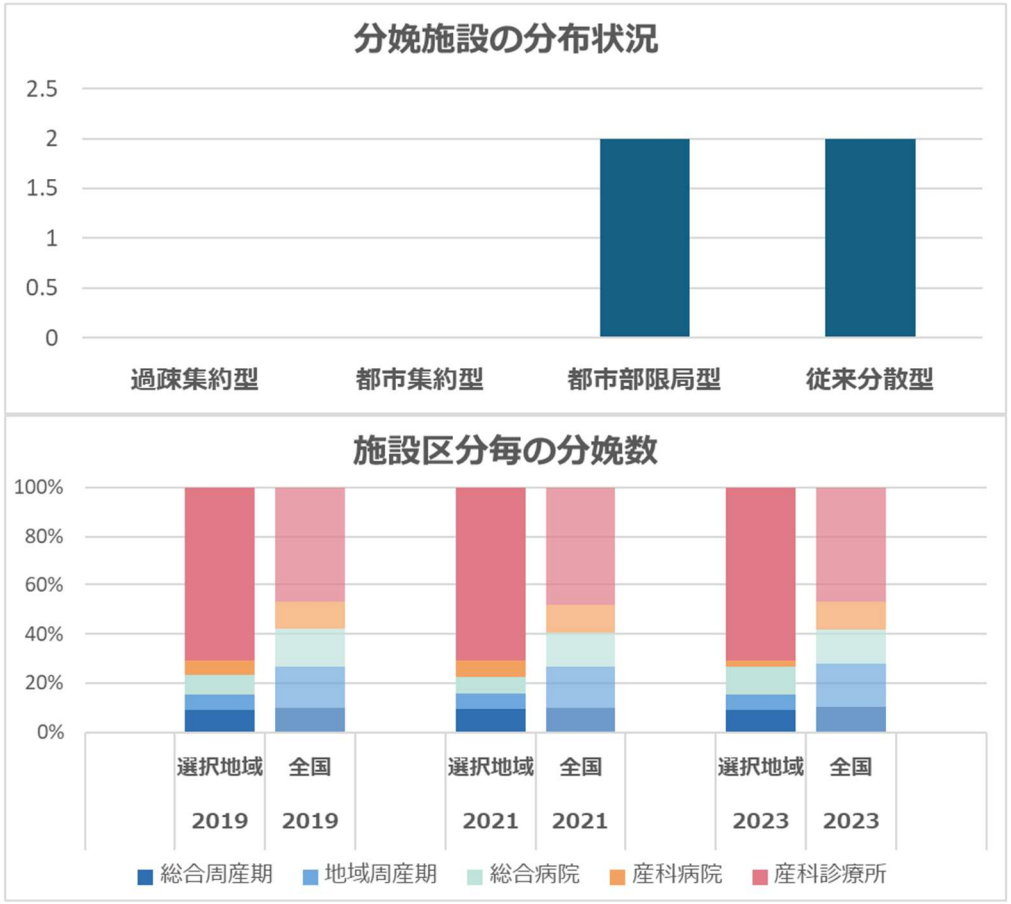
2023 年

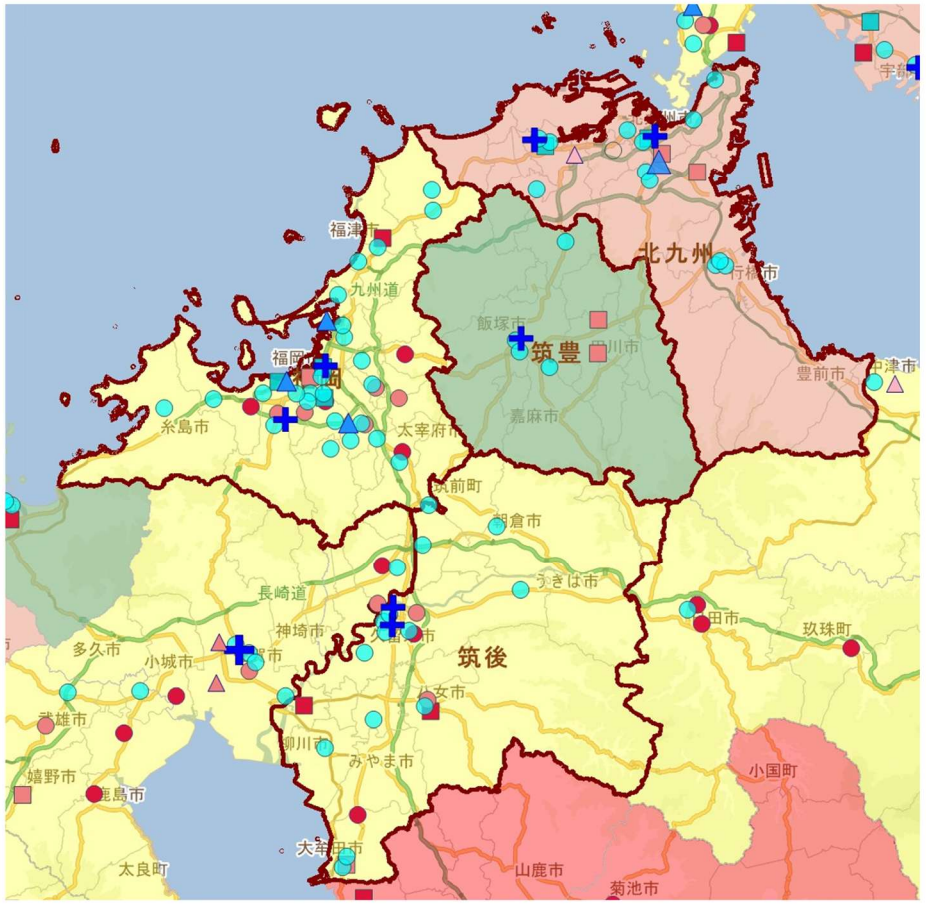

余裕あり
適正
不足
分娩数不明
ハイリスク分娩数不明
帝王切開数不明
産科担当医師数不明
100%
80%
60%
40%
20%
0%
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

（図 16）都道府県評価の一例

福岡県

分娩集約化の状況: 将来的な分娩施設減少に備える必要がある

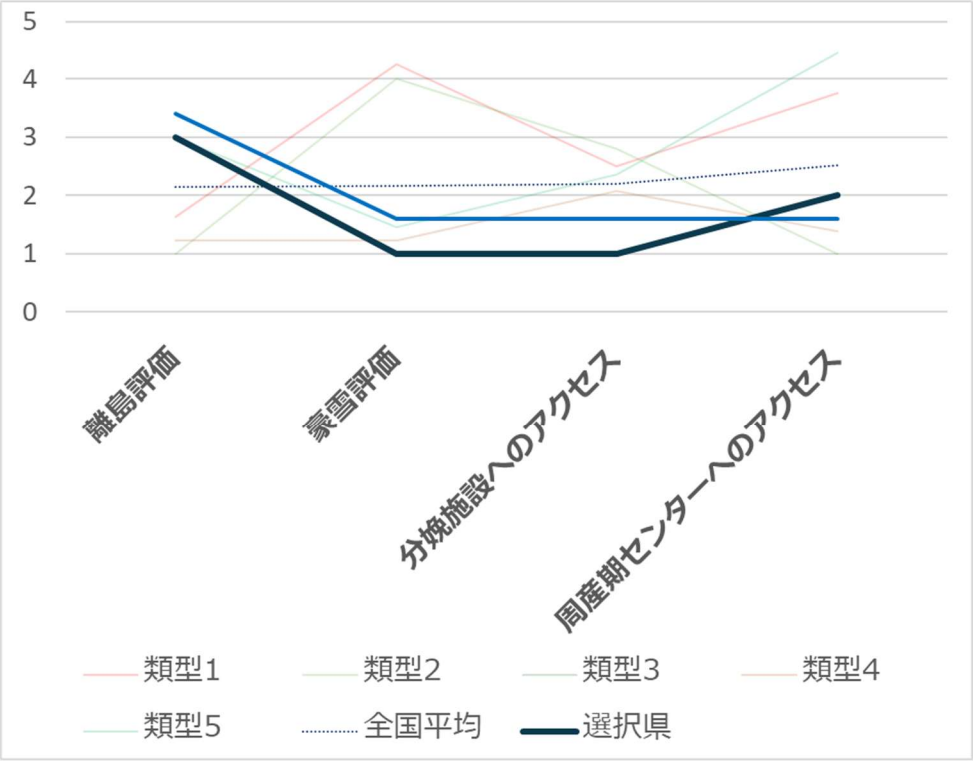


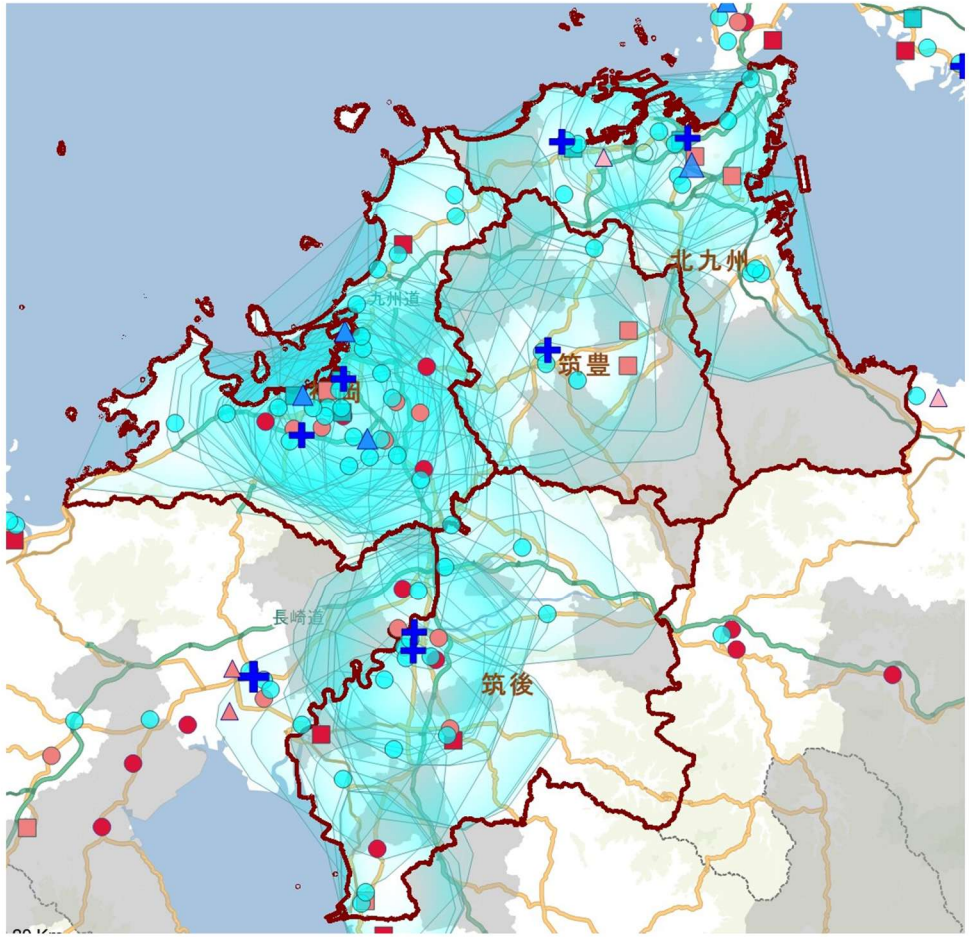


福岡県

アクセスの課題:

現時点でアクセスの課題は乏しいが
将来的な分娩施設減少に備える必要がある

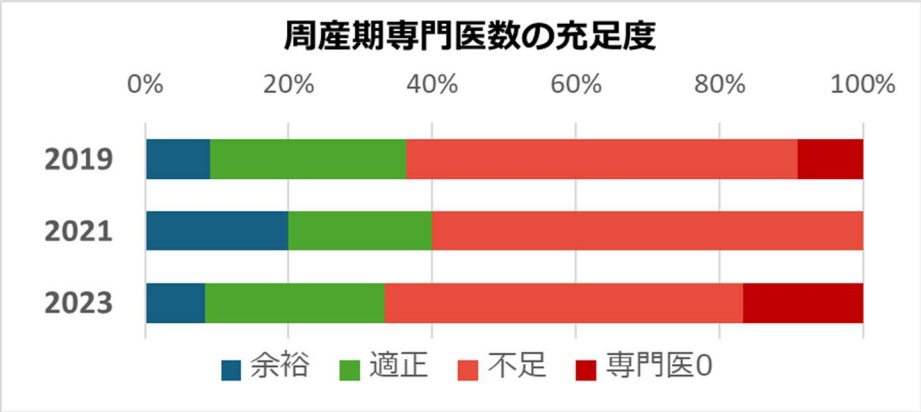


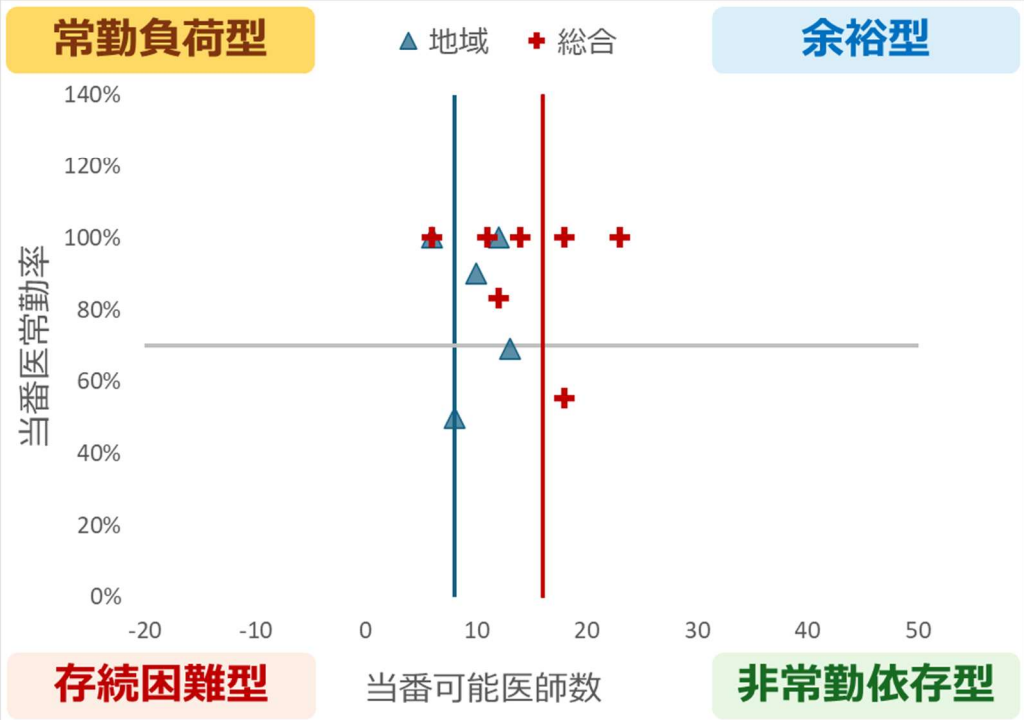


福岡県

医療資源の課題: 常勤医の当番の負担は大きく、また周産期専門医も少ない

周産期医療圏	全分娩数	不足割合
福岡	425	60%
筑後	561	100%
筑豊	318	
北九州	426	25%
総計	**439**	**50%**



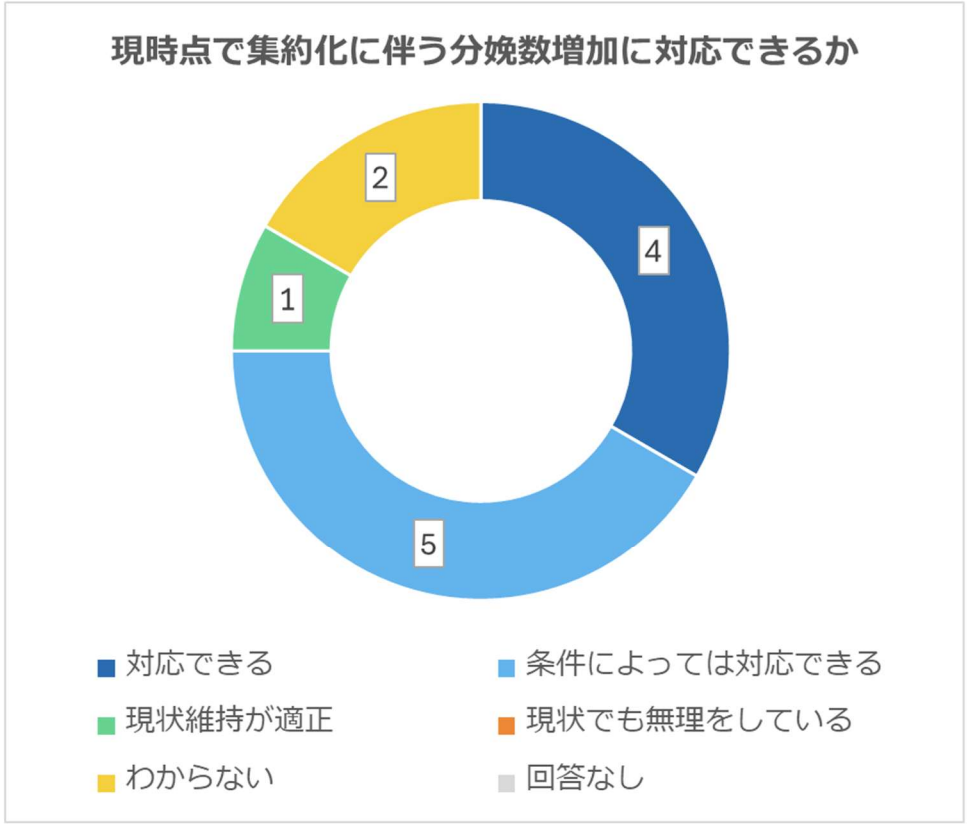


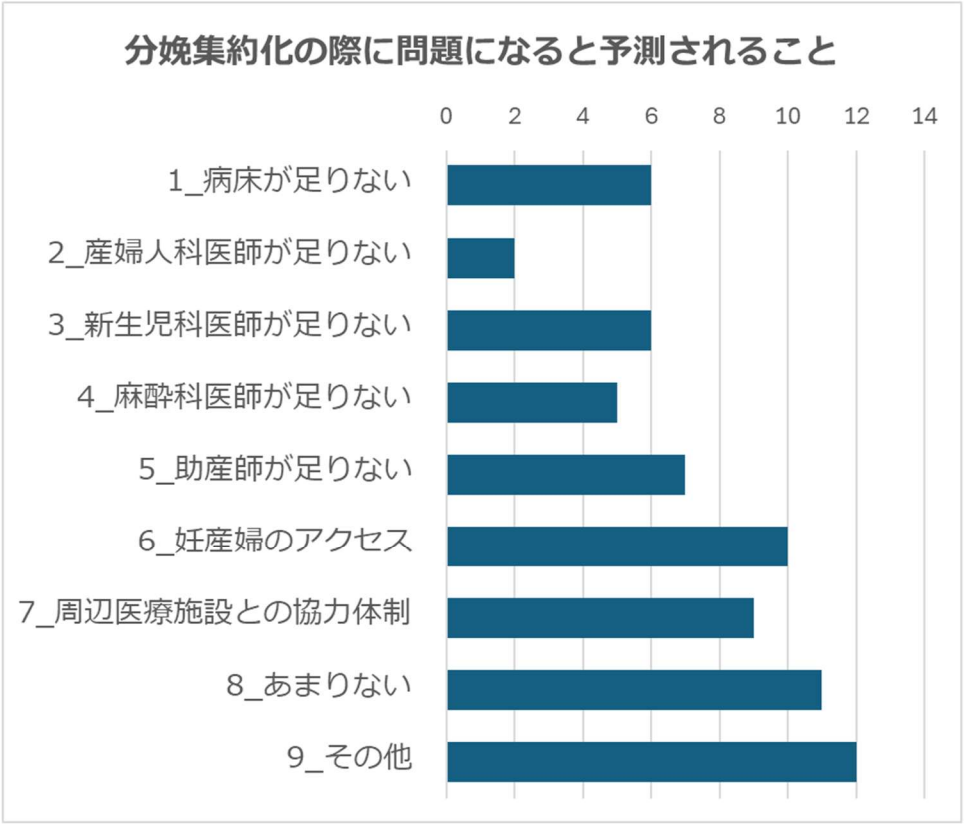
取り組みの提案:

分娩施設間でローリスク・ハイリスク分娩のトリアージを促進し専門医を育成する

福岡県

医療資源の課題: 分娩数の増加に対応できる施設は比較的多いが病床や人員の課題あり





別紙５

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
（平成26年4月14日科発0414第5号）」の別紙に定める様式（参考）

令和8年5月30日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　九州大学大学院医学研究院

所属研究機関長　職　名　研究院長

氏　名　赤司　浩一

次の職員の(元号)　　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　厚生労働行政推進調査事業費　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　地域において安心して妊娠・子育てが可能となる安全な周産期医療体制の構築のための政策研究

３．研究者名　（所属部署・職名）九州大学大学院医学研究院　生殖病態生理学分野・教授

（氏名・フリガナ）加藤 聖子・カトウ キヨコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	九州大学医系地区部局観察研究倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □(無の場合はその理由:
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □(無の場合は委託先機関:
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □(無の場合はその理由:
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 ■　無 □（有の場合はその内容：

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。