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、地域の実情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 6 年度（2024 年度）は都道府県ごとの実情把握のため、都道府県・市区町村・周産期母子医療センターを対象に 1) 地域の分娩施設へのアクセスの課題調査 2) 周産期母子医療センターのマンパワー調査、3) 分娩集約化への意識調査、4) 周産期医療体制構築のために行っている取り組み調査を行った。都道府県・市区町村・周産期母子医療センターすべてで、自地域における分娩集約化は必要という意見が多数であった。分娩集約化の際には医療施設へのアクセスの課題、病床やマンパワーなどの医療資源確保が重要であるという意見は想定の通りであった。しかしながら周産期母子医療センターでは、産科診療のエフォートや時間外診療体制において改善すべき点が残されているにも関わらず、分娩集約化には「対応できる」と回答した施設が多かった。同じ回答でも施設ごとに医療資源や診療状況には差があり、「対応できる」とした要素を分析することで、都道府県ごとの各施設の役割分担を明確にしていきたい。令和 7 年度以降は実情調査の結果をもとに各地域のアクセス・マンパワーの課題による類型化、収集した各地の取り組みの好事例を精査し、類型判断ごとのガイドライン案、集約化の指標を作成する予定である。

**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
池田 すばる・九州大学大学院医学研究院保健学部門・助教
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
池田 智明・三重大学医学部附属病院・病院長

## 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

研究初年度である令和 6 年度は、地域の実情把握と好事例収集のための調査を行った。1,3,4 は全都道府県・市区町村の周産期医療担当者を対象に、2,3,4 は全周産期母子医療センターの産科責任者を対象に、WEB アンケートで調査を行った。またアンケート回答者への負担軽減のため、厚生労働省医政局地域医療計画課が行った周産期医療体制調査や日本産婦人科医会の調査について情報共有をいただき解析に使用した。

1. 各地域における分娩施設へのアクセスについての調査

全都道府県、市区町村に対しアンケート調査を行った。先行研究（令和 4 年度厚生労働科学特別研究事業「周産期医療施設と妊産婦のアクセスの確保に関する研究」研究代表者:杉山隆）で得られた分娩施設へのアクセスの課題について、該当地域があるかどうかを選択形式で回答依頼しマッピングを行った。また各地域においてどのような要素が妊産婦の産科医療施設へのアクセスの課題に関連しているかについても選択形式で回答を収集した。

2. 周産期基幹施設（周産期母子医療センター）のマンパワーについての調査

周産期医療体制調査で得られた各施設の年間分娩数、ハイリスク分娩数などの診療実績と、アンケート調査で得られた産科診療に関わる医師数、当直体制について情報を照合し診療実態を検証した。また現時点で地域の分娩集約化に対応できるかについても確認した。

3. 分娩集約化に対する意識調査

調査対象それぞれで、当該地域の分娩集約化についての必要性、問題点と感じていることを調査した。

4. 取り組みの好事例収集

先行研究（令和 4 年度厚生労働科学特別研究事業「周産期医療施設と妊産婦のアクセスの確保に関する研究」研究代表者：杉山隆、令和 5 年度厚生労働科学特別研究事業「妊産婦のリスクに応じた分娩体制の維持に要する医療資源に係る研究」研究代表者：板倉敦夫）で得られた安全な周産期医療体制維持のための取り組みについて、選択形式で質問した＜別紙表 1＞。取り組みを行っているかどうかに加え、行っている場合はその地域や具体的内容、行う上で効果的であったことや問題になることを聴取した。また行っていない理由についても選択形式で質問した。周産期母子医療センターについては、重要と思う取り組みについて回答を収集した。

（倫理面への配慮）

WEB アンケート回答時に研究内容と結果公表についての説明文を添付し、同意を得た。

C. 研究結果

アンケート回答率は都道府県で 100%、市区町村で 55%、周産期母子医療センターで 54%（総合 86%, 地域 42%）であった。

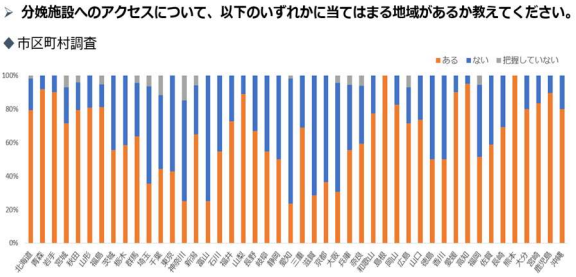
1. 地域における分娩施設へのアクセスについての調査

以下の項目について該当する地域があるかを「ある、ない、把握していない」で回答を得た。

① 妊産婦の自宅から最寄りの分娩施設まで 30 分以上かかる
② 妊産婦の自宅から最寄りの分娩施設まで 60 分以上かかる
③ 分娩施設から最寄りの搬送先基幹施設まで 30 分以上かかる
④ 分娩施設から最寄りの搬送先基幹施設まで 60 分以上かかる
⑤ その他のアクセスの問題がある

都道府県は 43 地域が「ある」1 地域が「ない」、3 地域が「把握していない」と回答した。市区町村はすべての都道府県で「ある」と回答した地域があった＜図 1＞。全国的には、各市区町村で「ある」が平均 64.7%、「ない」が平均 33%、「把握していない」が 2%であった。

＜図 1＞




また、市区町村には上記①～⑤に該当する地域名を回答依頼し、地図上にマッピングを行った。

2. 周産期基幹施設（周産期母子医療センター）のマンパワーについての調査

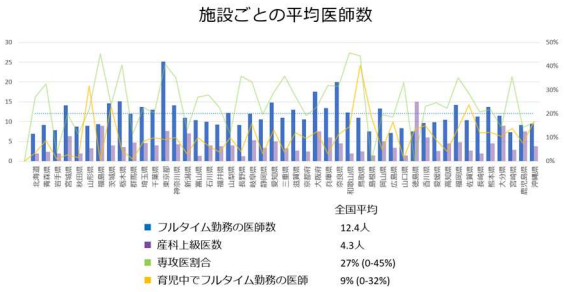
マンパワーに関する調査は多項目について

行っており、地域の実情評価として用いる指標については解析途中である。令和 6 年度報告では一部の全国集計結果を示す。

■医師数の調査

各施設におけるフルタイム勤務の産婦人科医師数（常勤・非常勤は不問）の全国平均は 12.4 人であった。ただし東京都など人口の多い地域で平均を引き上げており、都道府県平均としては全国平均を下回る地域が 28 県あった。産科上級医、専攻医も割合は地域というより施設によって異なる様相であった。育児中でフルタイム勤務を行っている医師（性別不問）の数は、全国平均で一施設 9%程度であった。

＜図 2＞




施設ごとの医師一人当たりの年間分娩件数は全国平均が 47 であった。東北地方では総合・地域周産期ともに全国平均を上回っている県が多く、西日本は地域周産期で全国平均を上回る施設が多かった。一方、年間ハイリスク分娩は医師一人あたり 10 件、産科上級医一人あたり 46 件が平均であった。こちらは総合周産期で全国平均を上回る施設が多かった。

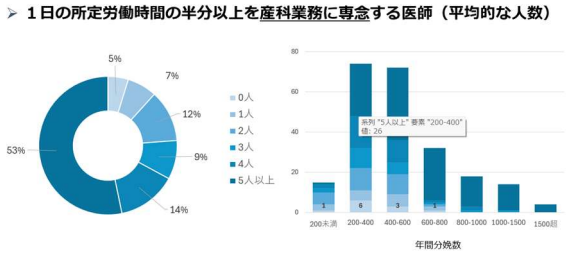
＜図 3＞

■産科診療専任の医師数

①１日の所定労働時間の半分以上を産科業務に専念する医師（外来・手術業務も含む）、②所定労働時間内は分娩監視に専念できる医師について、平均的な人数を質問した。

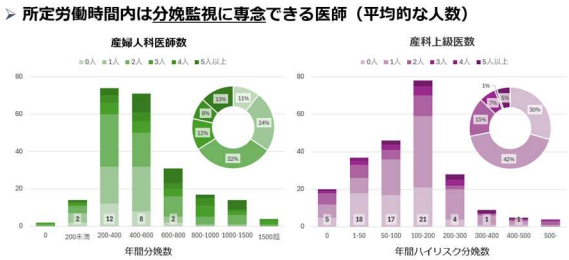
①１日の所定労働時間の半分以上を産科業務に専念する医師は 5 人以上と答えた施設が最も多かった。一方で、年間分娩数が 600-800 件の施設でも 0 人という回答が存在した。

＜図 4＞




②所定労働時間内は分娩監視に専念できる医師で、最も多かったのは 2 人で 32%であった。次いで多かったのが 1 人で 24%であった。0 人と回答した施設が 11%あり、年間分娩数が 600 件超で分娩監視医師が 0 人の施設が存在した。分娩監視に専念する医師のうち、産科上級医は 0 人が 30%、1 人が 42%で、ハイリスク分娩が多くても産科上級医が分娩監視をしていない施設が存在した。

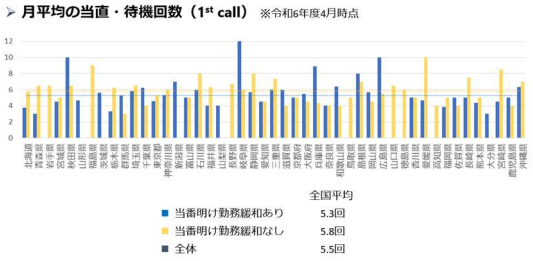
＜図 5＞



■当直体制

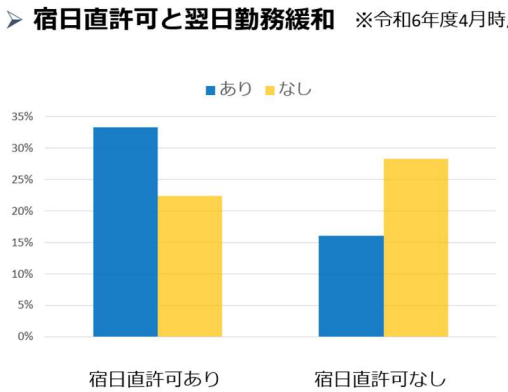
働き方改革施行後の令和 6 年 4 月-9 月について、月平均の当直もしくは待機（オンコール性において最初に呼び出される当番）回数についての集計を示す＜図 5＞。月平均回数の都道府県による傾向は明らかでなかったが、当番明けに勤務緩和がある施設の月平均が 5.3 回、勤務緩和がない施設で 5.8 回であった。

＜図 6＞




また、当直制の施設について、宿日直許可を取得しているか否かと、それぞれの場合に当番明けの勤務緩和があるかを集計した。宿日直許可がない施設では、当番明け勤務緩和がないと回答した施設が多かった。

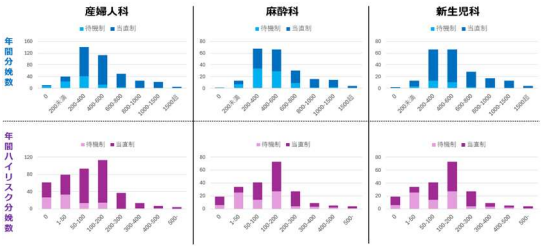
＜図 7＞




| | あり | なし | 総計 |
|---|---|---|---|
| 宿日直許可あり | 33% | 22% | 56% |
| 宿日直許可なし | 16% | 28% | 44% |
| 総計 | 49% | 51% | 100% |

年間分娩数と当直・待機体制については、関連診療科を含めた集計結果を示す＜図 8＞。産科は分娩数が 800 件を超える施設ではすべて当直制となったが、麻酔科は年間分娩数が 1000 件を超えても待機制の施設があり、ハイリスク分娩件数が多い施設でも同様の傾向であった。

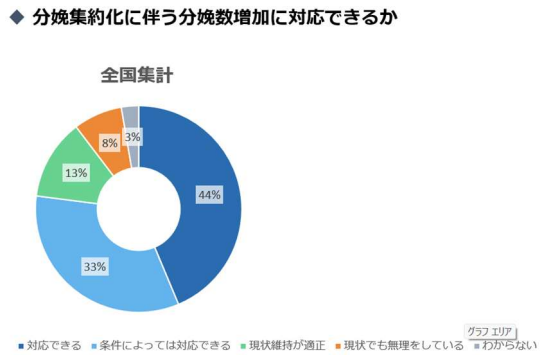
＜図 8＞

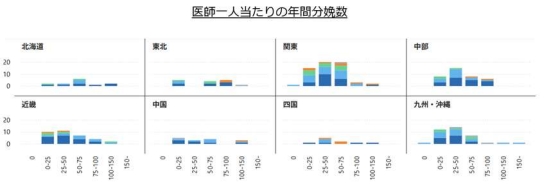


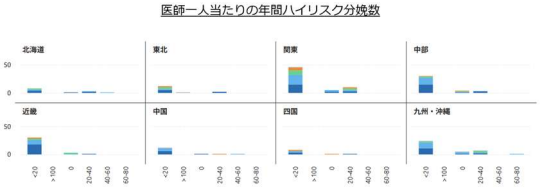

■分娩集約化への対応可能性

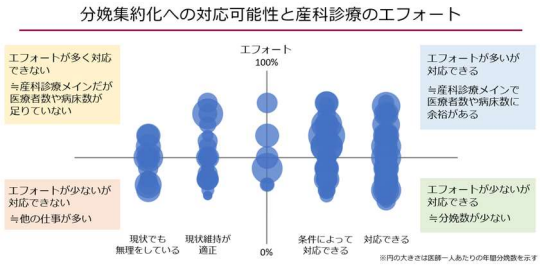
「貴施設の現状で、分娩集約化に伴う分娩数増加に対応できると思いますか。」という質問については、「対応できる」という回答が 44%で最も多く、次いで「条件によっては対応できる」が 33%と、対応可能と考えている施設が大部分を占めた。「現状でも無理をしている」は 8%にとどまったが、現時点では分娩件数を増やせないと考えている施設は全体の 20%程度だった。この回答は都道府県や、医師一人あたりの分娩件数、ハイリスク分娩件数による傾向がなかった。本調査では各施設の産科診療に対するエフォートについても質問しており、「集約化に対応できるか否か」の回答と照合したが、施設による違いが大きく全体の傾向は把握できなかった。

＜図 9＞



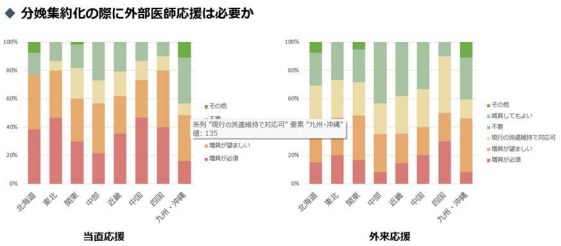




一方で、「分娩集約化の際に外部医師応援が必要か」という質問には「増員が必須」「増員が望ましい」という回答が多数を占めた。

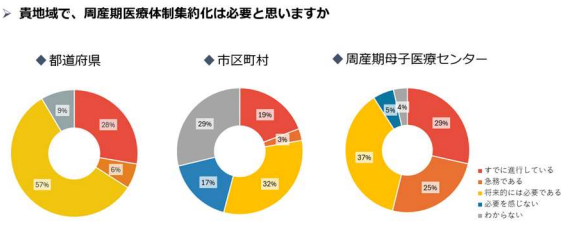
＜図 10＞




## 3. 分娩集約化に対する意識調査

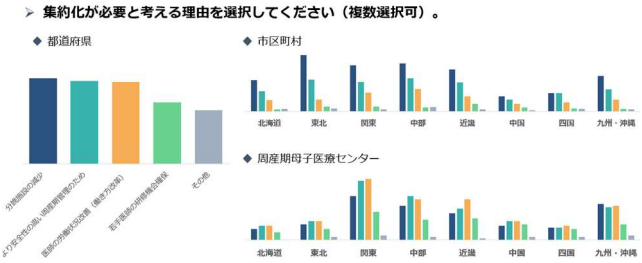
「当該地域で周産期医療体制集約化が必要と考えるか」という質問には、都道府県・市区町村・周産期母子医療センターいずれも大部分が「既に進行している」「急務である」「将来的には必要である」と回答した。

＜図 11＞




集約化が必要な理由として、都道府県・市区町村調査では「分娩施設の減少」が最も多く、周産期母子医療センターでは「より安全性の高い周産期管理」「医師の労働状況改善」に意見が集まった。いずれも都道府県による傾向はなかった。

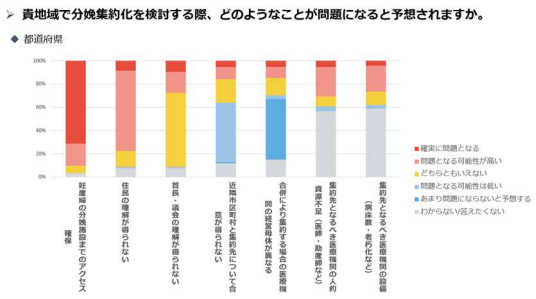
＜図 12＞

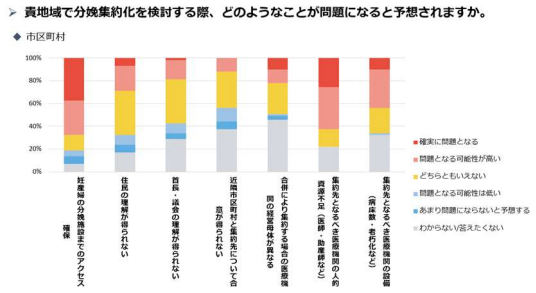



都道府県・市区町村調査で「分娩集約化を検討する際にどのようなことが問題になると予想されるか」という質問では、「妊産婦の分娩施設までのアクセス確保」が多数を占めた。周産期母子医療センターには「現時点で何が問題になるか」を質問したが、こちらは各科医師の数よりも「病床数」「助産師数」に回答が集まり、「あまりない」と答えた施設も多かった。

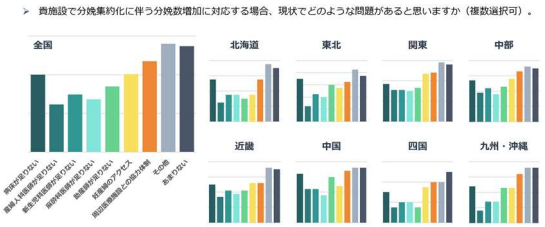
＜図 13＞

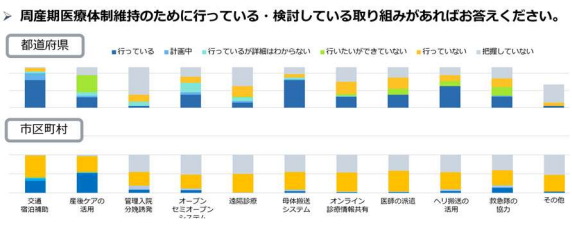
別紙 3

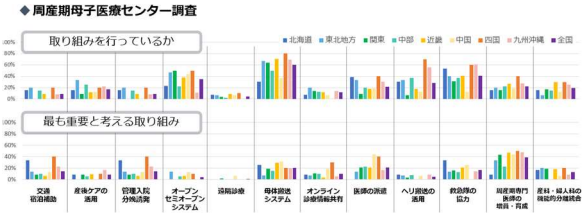



＜図 14＞

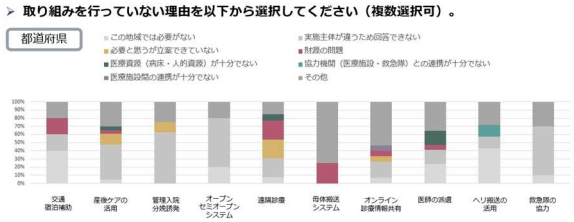


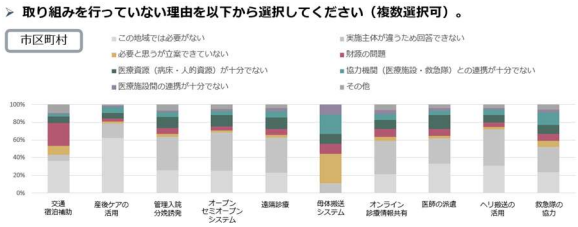




一方、取り組みを行っていない要因については、「必要がない」「実施主体が違うため回答できない」を除くと、「財源の問題」「医療資源が十分でない」の回答が目立った。

＜図 16＞




## 4. 取り組みの好事例収集

＜別添表＞の内容を参考に、都道府県・市区町村・周産期母子医療センターで取り組み状況を聴取した。都道府県単位では交通・宿泊補助の取り組みを行っている地域が多かったが、市区町村単位では 30%程度にとどまった。

## D. 考察

### 1. 地域における分娩施設へのアクセスについての調査

すべての都道府県でアクセスに課題のある地域が存在していることは想定の結果であったが、都道府県の一部で「ない」「把握していない」の回答があり、都道府県と市区町村における認識の差や、都道府県と市区町村の連携状況に地域差があることが推察された。今後は本調査で得られた情報と周産期医療体制調査、日本産婦人科医会調査、人口動態統計の情報を合わせて都道府県ごとの分娩施設、人口動態のマッピングを行い、各都道府県の実情を整理する。

### 2. 周産期基幹施設（周産期母子医療センタ

ー）のマンパワーについての調査

マンパワーの調査については、全体に都道府県ごとというより施設によって実情が違う状況であった。都道府県内に限って施設ごとの状況を確認し、各施設にどのような取り組みや計画が適切かを、より細分化して考えていく必要がある。

■医師数の調査

全国集計で特筆すべき点として、育児中でフルタイム勤務の医師が、施設ごとの平均で 9%を占めた。周産期母子医療センターでは未だ育児中の医師のフルタイム復帰が困難な状況と考えられる。医師一人当たりの分娩件数は東北地方で総合・地域周産期母子医療センターともに平均を超える県が多かったが、他地域では地域周産期母子医療センターで平均を超えるところが多かった。一方ハイリスク分娩数については 26 都道府県の総合周産期母子医療センターで地域周産期を含めた全国平均を上回っており、ハイリスク症例の振り分けは適切に行われている傾向にあることがわかった。しかしながら産科上級医一人あたりの年間ハイリスク分娩数は医師一人当たりの年間分娩数と同等であり、引き続き周産期領域専門医師の育成増員に取り組む必要がある。

■産科診療専任の医師数

周産期領域の診療に特化した一部施設を除き、多くの施設の産婦人科医は産科以外の診療も行っているため、施設全体の産婦人科医師数だけでは産科診療に対応できるボリュームの実態が見えにくい。本研究では直接的に主に産科診療に従事している医師数を尋ねた。おおむね年間分娩数の増加とともに産科診療に従事する医師数も増加したが、年間分娩数 600 件を超える施設で 0 人という回答もあった。分娩監視に専念できる医師はより少数で、0 人という回答も 10%あり、年間 1000 件レベルの分娩数でも 1 人しか分娩監視をしていない施設が存在することが明らかになった。

■当直体制

当直体制についても都道府県間の傾向は明らかでなかったが、全国平均で月 5 回程度あり、依然週 1 回以上の当番を行っている施設が多かった。特に当番明け勤務緩和のない施設でより平均回数が多い点は、少人数で当番を回しているためと考えられるが、周産期母子医療センターの診療業務内容を考えると非常に厳しい状況と言える。また他科の当直状況についても、年間分娩件数が 1000 件レベルで麻酔科がオンコール制の施設があるなど、安全な周産期管理という点で課題が多いと感じた。

■分娩集約化への対応可能性

これまでのマンパワーの集計結果では産科診療の実態は厳しいものであったが、分娩集約化には「対応できる」と答えた施設が非常に多かった。周産期母子医療センターでは分娩集約化の必要性を強く感じており、その責務を担う意思があることを示している。対応できるか否かは医師一人当たりの分娩数だけでは測れず、個々の周産期母子医療センターごとに解析を深める必要がある。

4. 取り組みの好事例収集

安全な周産期医療体制構築のために各地域で行っている取り組みについては、都道府県では交通・宿泊補助、母体搬送システムの構築が多かった。市区町村で交通・宿泊補助を行っている地域の割合が少ないのは、必要性の低い地域も多く含まれているため

と考えられる。また、産後ケア施設を遠隔地の妊産婦のサポートとして活用している事例の有無について質問したが、自治体によっては母子保健法に基づく産後ケア事業実施の有無について回答している可能性があるため、当該項目については解釈に注意を要する。

周産期母子医療センターも含め、取り組みの具体的内容については自由記載で収集している。今後はその内容から好事例を収集し、地域の実情による類型化に合わせて取り組み状況や、取り組みを行えていない状況を精査する。

E. 結論

令和 6 年度は行政側（都道府県・市区町村)、周産期基幹施設（周産期母子医療センター）を対象としたアンケート調査による全国の実情把握を行った。分娩集約化に関して都道府県・市区町村ではやはりアクセスの問題が最も大きく多くの地域で取り組みが検討されているが、医師や病床など医療資源の確保に関わっている地域は少ない。周産期母子医療センターでは労働状況、とくに時間外体制について安全な周産期医療体制のために改善すべき点が多く残されている一方、地域の分娩集約化を担う意思が多くの施設でみられた。令和 7 年度以降は先行研究で開発された指標を含めて本調査結果を分析し、各都道府県、各施設で必要な取り組みと、その基準・評価となる指標を開発する。

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

１．論文発表　なし

２．学会発表　第７７回日本産科婦人科学会学術講演会

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