【資料１－２】

医政地発0331第14号
令和５年３月31日
最終改正　医政地発0610第１号
令和８年６月10日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（　公　印　省　略　）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の４の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病並びに救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の６事業（以下あわせて「５疾病・６事業」という。）並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に５疾病・６事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められています。

医療機能の明確化から連携体制の推進に至るこのような過程を、以下、医療体制の構築ということとします。

５疾病・６事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めましたので、新たな医療計画作成のための参考としていただきますようお願いします。

なお、本通知は法第30条の８に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年３月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）は廃止します。

記

１　法的根拠

法第30条の４第４項の規定に基づき、都道府県は、５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項等を医療計画に定めることとされている。

また、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、法第30条の３第１項に基づき厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）第

四の二及び三に示すとおり、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

一方、基本方針第二の二に示すとおり、国は５疾病・６事業及び在宅医療について調査及び研究を行い、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに求められる医療機能を明らかにすることとされており、本通知は、国として当該医療機能を明らかにすること等により、都道府県の医療体制構築を支援するものである。

なお、医療機能に関する情報の提供については、法第６条の３に基づく医療機能情報提供制度が別途実施されている。

５疾病・６事業及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、当該制度により都道府県に報告された医療機能情報を活用できること、特に、患者や住民に情報を提供するためだけではなく、地域の医療関係者が互いに情報を共有することで信頼を醸成し、円滑な連携を推進するためにも活用すべきであることに留意されたい。

2　策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①５疾病・６事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県が取るべき手順を示したものである。

都道府県においては、地域において良質かつ適切な医療を切れ目なく効率的に提供するため、本指針を参考にしつつ、医療計画の策定に当たられたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

① ５疾病・６事業及び在宅医療の医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源など地域の実情に応じて構築するものであること。

② したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。

③ ５疾病・６事業ごと及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むべきものであること。

④ 医療計画の実効性を高めるよう、５疾病・６事業及び在宅医療ごとにPDCAサイクルを効果的に機能させ、政策循環の仕組みを強化するため、それぞれの指標を活用すること。

⑤ 本指針は国における現時点での知見に基づくものであり、今後も検討、調査及び研究を続けて適宜提示するものであること。

3　本指針の位置付け及び構成

５疾病・６事業及び在宅医療の医療体制を含めた、医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（令和５年３月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

「医療計画作成指針」と「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」との関係は別表のとおりであり、各都道府県におかれては、新たな医療計画の作成に当たり、「医療計画作成指針」を参考に計画全体の構成、作成の手順等を検討した上で、本指針により５疾病・６事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を図られたい。

（別表）

【法第30条の８】
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

【法第30条の４第１項】
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

基本方針

○医療提供体制確保の
・基本的事項
・調査及び研究
・目標
○医療連携体制
○医療機能情報の提供
○医療従事者の確保
○計画作成と事業評価
○その他重要事項

医療計画作成指針

○計画作成の趣旨
○一般的留意事項
○計画の内容
○計画作成の手順等
○計画の推進等
○計画に係る報告等

本指針

○医療体制構築の
・趣旨
・内容
・手順
・連携の推進等
・評価等
○疾病・事業別の体制
・がん
・脳卒中
・心筋梗塞等の心血管疾患
・糖尿病
・精神疾患
・救急医療
・災害時における医療
・新興感染症発生・まん延時における医療
・へき地の医療
・周産期医療
・小児医療（小児救急を含む。）
・在宅医療

○基本的な考え方
○地域の現状
○疾病・事業ごとの医療体制
・がん
・脳卒中
・心筋梗塞等の心血管疾患
・糖尿病
・精神疾患
・救急医療
・災害時における医療
・新興感染症発生・まん延時における医療
・へき地の医療
・周産期医療
・小児医療（小児救急を含む。）
・在宅医療
・その他特に必要と認める医療
○地域医療構想
○地域医療構想を達成する施策
○病床機能の情報提供の推進
○外来医療に係る医療提供体制の確保
○医師の確保
○医療従事者（医師を除く。）の確保
○医療の安全の確保
○医療提供施設の整備目標
○基準病床数
○その他医療提供体制の確保に必要な事項

（別紙）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

第１　趣旨
第２　内容
第３　手順
第４　連携の推進等
第５　評価等

がんの医療体制構築に係る指針（P10）
第１　がんの現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
脳卒中の医療体制構築に係る指針(P19)
第１　脳卒中の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針(P30)
第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
糖尿病の医療体制構築に係る指針(P41)
第１　糖尿病の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
精神疾患の医療体制構築に係る指針(P53)
第１　精神疾患の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
救急医療の体制構築に係る指針(P76)
第１　救急医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
災害時における医療体制の構築に係る指針(P94)
第１　災害医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針（P108）
第１　新興感染症発生・まん延時における医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

へき地の医療体制構築に係る指針(P121)
第１　へき地の医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
周産期医療の体制構築に係る指針(P131)
第１　周産期医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
小児医療の体制構築に係る指針(P154)
第１　小児医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
在宅医療の体制構築に係る指針(P167)
第１　在宅医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

第１　趣旨

人口の減少及び高齢化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病（以下「５疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。

また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の６事業（以下「６事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

さらに、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制を整備し、地域包括ケアシステムを構築することが求められている。

疾病構造の変化や地域医療の確保等の課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を構築することが求められる。

具体的には、各都道府県において、５疾病・６事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。

加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。

以下、第２「内容」、第３「手順」、第４「連携の推進等」及び第５「評価等」において、医療体制の構築に当たって５疾病・６事業及び在宅医療に共通する事項を示すとともに、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれの指針において、それぞれに特有の事項を示すので参考とされたい。

第２　内容

５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれについて、まず「１　医療体制の政策循環」を実現するため、「２　指標」を活用し、「３　必要となる医療機能」を明らかにした上で、「４　各医療機能を担う医療機関等の名称」及び「５　課題、数値目標及び施策の方向性」を記載する。

１　医療体制の政策循環

５疾病・６事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）などを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を１年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組み（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。施策の検討に当たっては、成果（アウトカム）と施策の結果（アウトプット）の関連性を明確にし、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討すること。また、当該ロジックモデル等のツールを活用した評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映す

ることによりPDCAサイクル等の実効性を確保すること。

（用語の定義）

- 成果（アウトカム）
  施策や事業が対象にもたらした変化
- 結果（アウトプット）
  施策や事業を実施したことにより生じる結果
- 影響（インパクト）
  施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度
- ロジックモデル
  施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの（別添）

2　指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、ロジックモデル等のツールも活用し、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること[1]。

（用語の定義）

- アウトカム指標
  住民の健康状態や患者の状態を測る指標
- プロセス指標
  実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- ストラクチャー指標
  医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

3　必要となる医療機能

例えば、脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期・生活期に至るまでの病期ごとの医療機能を明らかにするなど、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにすること。

4　各医療機能を担う医療機関等の名称

前記３の各医療機能を担う医療機関等については、後記第３の２に示すとおり、地域の医療提供者等が参加する作業部会等において検討し、検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載すること。なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うことも想定される。

また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページの URL を医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

1　厚生労働科学研究「地域医療構想策定及び医療計画 PDCA サイクルの推進に資する都道府県の人材育成等手法に関する研究」（研究代表者　熊川寿郎）（平成 26 年度）を参考に記載
https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23651

5　課題、数値目標及び施策の方向性

５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれの課題について、地域の実情に応じた数値目標を設定し、課題解決に向けた施策の方向性を記載すること。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第十一に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案すること。

第３　手順

1　情報の収集

都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、指標間相互の関連性を踏まえ、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握すること。

なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」[2]、厚生労働科学研究「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」[3]及び厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」[4]の令和４年度研究報告書を参考とすること。

また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

(既存の統計・調査等の例)

(1)　人口動態統計
(2)　国民生活基礎調査
(3)　患者調査
(4)　国民健康・栄養調査
(5)　衛生行政報告例
(6)　介護保険事業状況報告調査
(7)　病床機能報告
(8)　レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）
(9)　診断群分類（DPC）データ
(10)　医療施設調査
(11)　病院報告
(12)　医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）
(13)　地域保健・健康増進事業報告
(14)　介護サービス施設・事業所調査
(15)　介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）

国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能

2　厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」（研究代表者　今村知明）（令和４年度）

3　厚生労働科学研究「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」（研究代表者　山内敏正）（令和４年度）

4　厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」（研究代表者　西大輔）（令和４年度）

させる取組を支援するため、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。

都道府県においても、地域の実情に応じて、他の指標との関連性を踏まえた独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告されたい。

2　作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、法第72条に規定する都道府県医療審議会又は法第30条の23第１項に規定する地域医療対策協議会の下に、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置すること。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置すること。

協議に際しては、数値目標の設定やそれを達成するための施策の実施により、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ったりすることのないよう配慮すること。

なお、作業部会と圏域連携会議は、緊密に連携しながら協議を進めることが重要である。

(1)　作業部会

①　構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成すること。

ア　地域医師会等の医療関係団体
イ　医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
ウ　介護保険法（平成９年法律第123号）に規定するサービス事業者
エ　医療保険者
オ　医療・介護サービスを受ける患者・住民
カ　保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
キ　学識経験者
ク　その他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

②　内容

作業部会は、下記の事項について協議すること。

ア　地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価

「１　情報の収集」において把握した情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能又は調整・整理が必要な医療機能を明確にすること。特に、５疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握すること。

あわせて、現行の医療計画において設定された課題及びそれに対する施策に加え、施策の中で実施した事業について整理を行うこと。その際、課題解決につながっていない施策や事業については、見直しを含む改善を行うこと。

イ　圏域の設定

上記アに基づき、圏域を検討・設定すること。その際、５疾病・６事業及び在宅医療に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

ウ　課題の抽出

上記アにより把握した現状を分析し、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出すること。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性を考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出すること。

以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。

（ア）まず、アウトカム指標を確認すること。例えば、アウトカム指標が全国平均と乖離している等の問題があればそれを課題とすること。

（イ）次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討すること。さらに、当該地域を全国平均又は都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討すること。

（例：仮に全国平均値であった場合に、治療等の対応が可能であった患者数などを推計し、優先的に課題解決に向けた資源投入をするか否かを判断すること。）

エ　数値目標の設定

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定めること。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案すること。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

オ　施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定すること。

施策の検討に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討し、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしうるかという観点を踏まえること。

(2)　圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

①　構成

各医療機能を担う全ての関係者

②　内容

以下のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定すること。また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行うこと。

ア　医療連携の必要性について認識
イ　医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報
ウ　当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報

3　患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させた上で、医療計画の内容について分かりやすく公表し、周知すること。

4　医療計画への記載

都道府県は、前記第３の２に示すとおり、医療機能ごとに医療機関等に求められる事項、数値目標等について検討し、医療計画に記載すること。

また、前記第２の４に示すとおり、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載すること。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得ること。

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めること。

5　変更が生じた場合の措置

医療計画の策定後に、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくても済むよう、変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

第４　連携の推進等

計画の推進体制については、第３の２に定める作業部会等を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

第５　評価等

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、評価を行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策及び事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うこととし、課題に対する数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況については、３年ごとの中間評価も踏まえつつ、少なくとも６年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更すること。

評価に当たっては、策定に関わった者以外の第三者による評価の仕組みを取り入れること等も有効である。さらに、施策及び事業の評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態や地域の医療の質などの成果（アウトカム）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、施策

の検討時に用いたロジックモデル等のツールを再度活用することにより施策及び事業の評価を行い、必要に応じて計画の内容を改善することが重要である。

課題の評価に当たっては、次のような数値目標を設定した指標を活用することも重要である。また、最終的な成果（アウトカム）を達成するための過程を確認し、過程のどの段階に課題があるかといった観点からの評価も重要である。

（参考：評価指標の考え方[1]）

評価指標：最終的な成果（アウトカム）の達成に向け、施策や事業を進捗管理し、評価するために設定する指標。

良い評価指標は以下の頭文字を取り、SMARTな指標と言われている。

① 具体性、特異性（Specific）
具体的であるかどうか、施策や事業に特異的であるかどうか。

② 測定可能性（Measurable）
数値目標、達成期間、期待する達成度などが明示され、測定可能であるかどうか。

③ 達成可能性（Attainable）
達成可能であるかどうか。コスト、スケジュール、従事者の質と量、社会環境への適合性に問題はないか。関係者の反対はどうか。

④ 現実性（Realistic）
現実的かどうか。目標を達成するための手段は適切な因果関係となっているかどうか。

⑤ 期限明示（Time-bound）
実施時期、終期、期限などが明示されているか。

周産期医療の体制構築に係る指針

周産期とは妊娠 22 週から出生後７日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、「第１　周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」で都道府県の構築すべき医療体制について示している。なお、周産期医療体制については、二次医療圏を越えた圏域での整備が求められることが多いことから、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称する。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、分娩のリスクに応じて必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて周産期医療圏を設定し、その周産期医療圏ごとの医療機関とそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。

周産期医療体制は、充実した周産期医療を提供するため、都道府県において、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めた上で、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図るとともに、都道府県において、医療関係者等の協力の下に、限られた資源を有効に活かしながら、将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供を図るものである。

第１　周産期医療の現状

１　周産期医療をとりまく状況

わが国における周産期医療の受療動向は、およそ以下のとおりとなっている。

(1)　分娩件数及び出生の場所[1]

分娩件数は、平成 17 年に約 108 万件であったが、令和３年には約 81 万件と約 25%減少している。

出生場所は、昭和 25 年には「自宅・その他」で 95.4%が出生していたが、昭和 45 年には 3.9%となり、代わりに「病院・診療所」が 85.4%、「助産所」が 10.6%と増えている。

さらに令和３年には「自宅、その他」は 0.2%となり、「病院・診療所」が 99.3%、「助産所」が 0.5%と推移している。

(2)　出生年齢の推移[1]

全出生中の 35 歳以上の割合は、昭和 25 年に 15.6%（36.5 万人）であったが、昭和 45 年に 4.7%（9.1 万人）、令和３年に 30.0%（24.3 万人）と推移している。また、第１子出生時の平均年齢の年次推移は、昭和 25 年に 24.4 歳であったが、昭和 45 年には 25.6 歳、平成 12 年は 28.0 歳、平成 17 年は 29.1 歳、令和３年には 32.2 歳と一貫して上昇が継続している。

(3)　複産の割合[1]

全分娩件数中の複産の割合は、平成 12 年に 1.0%、平成 17 年に 1.2%、平成 22 年に 1.0%、令和３年に 1.1%と推移している。

(4)　周産期死亡率及び死産率[1]

1　厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（令和３年）

周産期死亡率（出産1,000対）は、昭和55年に20.2、平成12年に5.8、平成17年に4.8、平成27年に3.6、令和３年に3.4と減少している。

妊娠満22週以後の死産率（出産1000対）は、昭和55年に16.4、平成12年に4.5、平成17年に3.8、平成27年に3.0、令和３年に2.7と減少している。

(5) 帝王切開術の割合[2]

分娩における帝王切開術の割合は、平成２年に一般病院で11.2%、一般診療所で8.3%、全分娩に対しては9.8%であったが、令和２年にはそれぞれ27.4%、14.7%、21.6%と大幅に上昇している。

(6) 低出生体重児[1]

低出生体重児（2,500グラム未満）の出生割合は、平成2年に6.3%、平成12年に8.6%、平成22年に9.6%と増加している。その後は横ばいであり、平成27年は9.5%、令和３年は9.4%である。また、超低出生体重児（1,000グラム未満）についても、平成2年に0.19%、平成12年に0.24%、平成22年に0.30%、平成27年は0.31、令和３年に0.30%と同様の傾向である。

(7) 早産児[1]

早産児（在胎期間37週未満）の出生割合は、平成２年に4.5%、平成12年に5.4%、平成17年に5.7%、平成27年は5.6%、令和３年は5.7%であり、平成17年以降は横ばいである。

(8) 新生児死亡率[1]

新生児死亡率（出生1000対）は、平成２年に2.6、平成12年に1.8、平成22年に1.1、平成27年に0.9、令和３年に0.8と減少している。

(9) 妊産婦死亡率[1]

妊産婦死亡率（出産10万対）は、平成12年の6.3が、平成22年に4.1、平成27年に3.8、令和３年に2.5となっている。

(10) 産後うつ病の発生率

産後うつ病の発生率は、平成13年の13.4%が、平成21年に10.3%、平成25年に9.0%となっている[3]。

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療の提供体制

① 施設分娩のうち、病院及び診療所での出生がそれぞれ52.9%、46.4%を担い、助産所での出生は0.5%を担っている[1]。分娩取扱施設（病院、診療所）の数は、平成８年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、令和３年は病院946施設、診療所999施設と、20年以上一貫して減少が続いている[2]。

分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人（平成20年）から1.9人（令和２年）と、１～２名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の46.4%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医数は4.3人(平成20年)から7.0人(令和２年)[2]と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療

---

2 厚生労働省「医療施設調査」（令和２年）

3 厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（主任研究者 山縣然太朗）（平成25年）

室（以下「NICU」という。）をもつ施設のうち、１施設当たりの病床が６床以下の施設数が最も多かった（日本周産期・新生児医学会調査）が、令和２年は６床以下の施設は20.5%（医政局地域医療計画課調査）と施設の規模も拡大傾向にある。

このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が徐々に進んでいる。

一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、周産期医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏（以下「無産科周産期医療圏」という。）が存在しており、この問題の解消が課題となっている。

② NICU の病床数は、平成 14 年に 265 施設、2,122 床であったが、平成 26 年に 330 施設、3,052 床となっている。また、母体・胎児集中治療室（以下「MFICU」という。）は平成８年より設置が開始され、平成 14 年に 42 施設、381 床であったが、平成 26 年に 110 施設、715 床、令和２年に 131 施設、867 床と増加している[2]。

③ このような状況の中で、これまで周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきたところである。

④ 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成 17 年 12 月 22 日付け医政発第 1222007 号・雇児発第 1222007 号・総財経第 422 号・17 文科高第 642 号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示した。

⑤ 続いて「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」（平成 21 年３月）を受け、周産期医療対策事業の実施要綱に基づく「周産期医療体制整備指針」（平成 22 年１月 26 日付け医政発 0126 第１号厚生労働省医政局長通知の別添２。以下「周産期整備指針」という。）の見直しを行うため、平成 22 年１月に「周産期医療の確保について」（平成 22 年１月 26 日付け医政発 0126 第１号厚生労働省医政局長通知）を発出した。

⑥ さらに「周産期医療体制のあり方に関する検討会」を平成 27 年度から開催し、平成 23 年度以降の周産期を取り巻く様々な課題についての議論を行い、周産期医療体制の新たな方針を示した。

⑦ その後、平成 30 年７月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が公布され、令和２年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、産科医師・小児科医師についても、各都道府県は、産科・小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しを含む産科・小児科の医師確保計画を策定し、令和２年度より、同計画に基づく医師偏在対策を行うこととしている。産科・小児科の医師確保計画の考え方や構造については「医師確保計画策定ガイドライン」（平成 31 年３月 29 日付け医政地発 0329 第３号・医政医発 0329 第６号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）において示したところである。

⑧　また、妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、平成 31 年２月より「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」を開催し、「議論の取りまとめ」（令和元年６月 10 日）においては、医療提供に関することとして、産科及び産婦人科以外の診療科と産科及び産婦人科の医療機関の連携、妊産婦に対する診療の質の向上等に取り組んでいく必要があるとされた。

⑨　平成 30 年 12 月に成立した成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成 30 年法律第 104 号）に基づく成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針が令和３年２月９日に閣議決定され、成育医療の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などの各分野の横断的な視点での総合的な推進を行うこととされた。

(2)　産婦人科医の実態

平成 12 年から平成 26 年までの間に医療施設に従事する医師総数が約 5.4 万人（22%）増加した一方、産婦人科医師数（産婦人科医、産科医及び婦人科医）は、平成 12 年の 12,870 人が、平成 22 年に 12,369 人、平成 26 年は 12,888 人、令和２年は 13,673 人と 803 人（6.2%）の増加である[4]。分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数は、平成 20 年は 7,390 人、平成 27 年は 8,576 人、令和２年は 8,932 人で増加傾向となっている。（なお、女性医師の割合は 39.8%と増加傾向である。）。しかし、産婦人科医師の勤務時間は長時間であり、さらに分娩を取り扱う医療機関の約７割が当直医の派遣により医療体制を維持している[5]。

(3)　新生児医療を担当する医師の実態

新生児医療を担当する小児科医等は、平成 12 年に 2,640 人、平成 22 年に 3,173 人と増加傾向であったが、平成 26 年は 3,289 人と、令和３年は 2,523 人と減少に転じている。産婦人科医師と同様に、新生児医療を担当する小児科医師の勤務時間も長時間にわたっている[6]。

(4)　助産師の実態

助産師数は平成８年には約 2.4 万人であったが、令和２年には 3.8 万人まで増加している[7]。

助産所の数（助産所の開設者である助産師数）は、平成８年に 947 施設であったものが、平成 18 年に 683 施設まで減少したが、平成 26 年に 902 施設、令和２年には 1,319 施設まで回復している。しかし、分娩取扱助産所数は、平成 23 年には 474 施設であったが平成 27 年には 408 施設、令和２年には 341 施設と漸減している[7]。一方、院内助産所数及び助産師外来は、平成 23 年にはそれぞれ 160、894 であったが、平成 26 年にはそれぞれ 166、947、令和２年にはそれぞれ 179、1025 と増加傾向である[2]。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　都道府県における周産期医療体制の整備

(1)　周産期医療に関する協議会

4　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和２年）
5　日本産婦人科医会施設情報調査 2021、日本産科婦人科医会勤務医部会調査 2021（令和２年）
6　日本新生児成育医学会会員数
7　厚生労働省「衛生行政報告例」（令和２年）

① 周産期医療に関する協議会の設置

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、周産期整備指針に規定していた周産期医療協議会を継続させること等により、周産期医療に関する協議会を設置すること。構成員は、地域の周産期医療に携わる医師、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者の参画を検討すること。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師、保健医療関係機関・団体の代表、医育機関関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等必要な職種その他関係者の参画を検討すること。なお、周産期医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない。

② 協議事項

周産期医療に関する協議会は、少なくとも年１回、必要な場合は年に複数回、定期又は臨時で開催すること。また、必要に応じオンラインで開催すること。

協議事項は次のアからチまでに掲げるとおりであり、協議内容については、都道府県は住民に対して情報提供を行うこと。なお、周産期搬送、精神疾患を含む合併症を有する母体や新生児の受入れ、災害対策など、他事業・疾患との連携を要する事項については、周産期医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議すること。また、将来的な医療の質の向上、安全性の確保のために、周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討すること。さらに、母子に対する切れ目のない支援を提供するため、保健福祉部局の担当者が参画し、市町村が行っている保健・福祉等の施策についての情報共有を図り、医療と母子保健等との連携を推進すること。

周産期医療については、出生後の児を円滑に小児医療につなげる観点から、小児医療と強く結びつく必要があるため、「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進めること。

ア　周産期医療体制に係る調査分析に関する事項

イ　医療計画（周産期医療）の策定に関する事項（第７次医療計画までの周産期医療体制整備計画の内容を含む。）

ウ　母体及び新生児の搬送及び受入れ（圏域を越えた搬送及び受入れ（ドクターヘリ等の運用による場合を含む。）を含む。）、母体や新生児の死亡や重篤な症例に関する事項

エ　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に関する事項

オ　分娩取扱施設（病院、診療所、助産所）間の連携に関する事項

カ　周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項

キ　搬送コーディネーターに関する事項

ク　他事業等との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の周産期に合併する疾患に関する医療等）

ケ　産前産後を通じた妊産婦に対するメンタルヘルスケアに関する事項

コ　都道府県の医療部門及び周産期医療関連施設と都道府県及び市町村の保健・福祉部門、並びにその他の成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等の関係者との連携に関する事項（母子保健事業等の妊産婦を支援する施策や中長期のフォローを要する妊産婦・新生児に係る情報共有等を含む。）

サ　地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項

シ　周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成に関する事項

ス　産科・小児科の医師確保計画の策定に関する事項（新生児医療を担う医師の確保及び産科医師の負担軽減を目的とした院内助産や助産師外来の活用を含む。）

セ　産科及び産婦人科と産科及び産婦人科以外の診療科との連携体制に関する事項

ソ　NICU長期入院児等の退院支援体制及び療養・療育に関わる保健医療機関との連携に関する事項

タ　新興感染症の発生・まん延時における医療体制に関する事項（妊産婦の受け入れ先等の救急搬送体制を含む。）

チ　その他特に検討を要する事例や周産期医療体制の整備に関し必要な事項

③　都道府県医療審議会等との連携

周産期医療に関する協議会については、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図ること。また、地域医療構想調整会議（法第 30 条の 14 第１項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2)　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

①　指定及び認定

都道府県は、第２の２(2)④に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定すること。また、都道府県は、第２の２(2)③に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定すること。

②　支援及び指導

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、本指針の定める機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告し、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行うこと。

③　指定及び認定の取消し

②に定める都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができること。

(3)　周産期医療情報センター

①　周産期医療情報センターの設置

都道府県は、総合周産期母子医療センター等に周産期医療情報センターを設置すること。

②　周産期救急情報システムの運営

ア　周産期医療情報センターは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び助産所を含む一次医療施設や地域周産期医療関連施設等と通信回線等を接続し、周産期救急情報システムを運営すること。

イ　周産期医療情報センターは、次に掲げる情報を収集し、関係者に提供すること。

（ア）周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況

（イ）病床の空床状況

（ウ）手術、検査及び処置の可否

（エ）重症例の受入可能状況
（オ）救急搬送に同行する医師の存否
（カ）その他地域の周産期医療の提供に関し必要な事項

ウ　情報収集・提供の方法

周産期医療情報センターは、電話、FAX、コンピューター等適切な方法により情報を収集し、関係者に提供すること。

エ　救急医療情報システムとの連携

周産期救急情報システムについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図ること。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムを連携させることにより、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター、消防機関等が情報を共有できる体制を整備することが望ましい。特に、新興感染症まん延時においては、感染妊産婦において迅速かつ円滑な医療機関の選定と救急搬送・移送が重要となるため、産科的緊急処置が必要な妊産婦の受入れを行う医療機関のリストを、各消防機関と共有すること。また、災害時等、通信手段が限られた場合の周産期救急情報システムの運用についても平時より関係者に周知すること。

(4)　搬送コーディネーター

都道府県は、周産期医療情報センター、救急医療情報センター等に、次に掲げる業務を行う搬送コーディネーターを配置することが望ましい。

①　医療施設又は消防機関から、母体又は新生児の受入医療施設の調整の要請を受け、受入医療施設の選定、確認及び回答を行うこと
②　医療施設から情報を積極的に収集し、情報を更新するなど、周産期救急情報システムの活用推進に努めること
③　必要に応じて、住民に医療施設の情報提供を行うこと
④　その他母体及び新生児の搬送及び受入れに関し必要な業務を行うこと

(5)　周産期医療における災害対策

これまでの震災を踏まえた研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された[8]。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部等において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。なお、訓練の実施に当たっては、周産期母子医療センターをはじめ、地域の一次医療施設を含めて地域全体で行うこと。

(6)　周産期医療における新興感染症の発生・まん延への対策

新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、地域の周産期医療に関する協議会等においてあらかじめ協議

8　厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見のとりまとめ」（平成28年度）

すること。また、適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、その活用について平時から検討すること。

(7) 周産期医療関係者に対する研修

都道府県は、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、NICU入院児支援コーディネーター等に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させ、また地域における母子保健や福祉等の体制についての理解を深めるため、到達目標を定め、研修を行うとともに、必要な専門的・基礎的知識及び技術を指導する人材の育成等に取り組むこと。

① 到達目標の例

ア 周産期医療に必要とされる基本的な知識及び技術の習得

イ 緊急を要する母体及び新生児に対する的確な判断力及び高度な技術の習得

ウ NICU等高次医療施設を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族等のための環境整備や地域連携のために必要な手続等に関する基礎的な知識の習得

② 研修内容の例

ア 産科

(ア) 胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応

(イ) 産科ショックとその対策

(ウ) 妊産婦死亡とその防止対策

(エ) 帝王切開の問題点

イ 新生児医療

(ア) ハイリスク新生児の医療提供体制

(イ) 新生児関連統計・疫学データ

(ウ) 新生児搬送の適応

(エ) 新生児蘇生法

(オ) ハイリスク新生児の迅速な診断

(カ) 新生児管理の実際

(キ) 退院後の保健指導、フォローアップ実施方法等

ウ その他

(ア) 救急患者の緊急度の判断、救急患者の搬送及び受入ルール等

(イ) 他の診療科との合同の症例検討会等

(ウ) 周産期の医療安全

(エ) 地域の福祉施設、療育支援施設との連携会議等

(8) 妊産婦の診療に係る医療提供体制の整備

① 都道府県は、産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、妊産婦の特性に応じた診療の知識及び技術を習得させるための研修を行うこと。

② 都道府県は、総合周産期母子医療センター等に妊産婦の診療について必要な情報を提供するための産科及び産婦人科の医師を配置し、地域の産科及び産婦人科以外の診療科の医師からの相談に応じる相談窓口を設置すること。

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

前記「第１　周産期医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築すること。

構築に当たっては、医療機関間の連携、近隣都道府県等との連携（広域搬送・相互支援体制の構築等、圏域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）、輸血の確保（地域の関係機関との連携を図り、血漿製剤や赤血球製剤等の輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努める）等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保についても取り組むこと。

① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携が可能な体制

ア 正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む。）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制

イ ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制

② 周産期の救急対応が 24 時間可能な体制

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による、24 時間対応可能な周産期の救急対応が可能な体制を整備すること。

③ ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制

NICU・MFICU や周産期専門医[9]などの高度専門人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心に、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を整備すること。

総合周産期母子医療センターは、周産期医療関係者研修事業を活用し、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割も担うこと。また、社会的ハイリスク妊産婦（特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦）への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健、福祉等に係る施策等について情報共有を図り、支援につなげること。なお、医療資源の集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討すること。

④ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制やNICU、新生児回復期治療室（以下「GCU」という。）の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制を整備すること。

なお、これまで、低出生体重児の割合の増加や長期入院等により病床が不足する傾向にあることから、都道府県は出生１万人対 25 床から 30 床を目標として、その配置も含め地域の実情に応じて整備を進めてきた。特に、安定した地域周産期医療提供体制の構築のためには新生児医療を担う医師の確保、充足が重要であることから、周産期母子医療センター等の地域新生児医療を担う施設における新生児医療を担当する医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な

9 日本周産期・新生児医学会が認定する専門医

方策を検討し、明示すること。その後、平成 29 年度には、全都道府県で目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もあることから、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、引き続き、NICUの集約化・重点化について検討をすること。

⑤　母子に配慮した周産期医療の提供が可能な体制

分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定（院内助産・助産師外来や医療機関における産後ケア事業の実施、また、母子保健や福祉に関する事業と連携する機能を包括的に実施する機能をもつ病棟の概念を含む。）や安全な無痛分娩の実施などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進すること。また、都道府県は、無痛分娩を実施する医療機関について、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）の実施する研修、情報公開、有害事象分析事業への参画を推進すること。

⑥　NICUに入室している新生児の療養・療育支援及び在宅ケアへの円滑な移行が可能な体制

周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支援施設運営事業を活用して、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族等が在宅ケアを行うための手技の習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する体制の整備を行うこと。また、地域の医療機関は、在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対し、日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施する体制の整備を行うこと。

⑦　医師の勤務環境の改善が可能な体制

周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討すること。また、ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、分娩を取り扱わない医療機関においても、妊婦健診や産前・産後のケアの実施や、オープンシステム（地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が、分娩時に連絡を受け、周産期母子医療センター等の連携病院に出向き、出産に対応する仕組み）・セミオープンシステム（地元の産科診療所等が妊産婦の健康診断を行い、周産期母子医療センター等の連携病院の医師・助産師が出産に対応する仕組み）の活用をすすめるなど、医療機関の役割を分担し、周産期医療と母子保健を地域全体で支えること。さらに、地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを進めること。

(2)　各医療機能と連携

前記「(1)　目指すべき方向」を踏まえ、周産期医療体制に求められる医療機能を下記①から④に示す。

都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定すること。

①　正常分娩等を扱う機能(日常の生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。)【正常分娩】

ア　目標

・　正常分娩に対応すること

・　妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
・　周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

イ　医療機関に求められる事項
・　産科に必要とされる検査、診断及び治療が実施可能であること
・　正常分娩を安全に実施可能であること
・　他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
・　妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
・　分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること
・　緊急時の搬送に当たっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること
・　助産所においては、嘱託医師・嘱託医療機関を定め、妊産婦の状況の変化や異常分娩が生じた際には適切に連携を行うこと

ウ　医療機関の例
・　産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　助産所

②　分娩を取り扱わないが、妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施する機能

ア　目標
・妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・産科に必要とされる検査、診断、初期治療が実施可能であること
・妊産婦のメンタルヘルスケアを行うこと
・妊産婦の日常的の生活・保健指導に対応すること
・オープンシステム・セミオープンシステムを活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療に対応すること
・当該施設の休診時間等におけるかかりつけの妊産婦の症状等への対応について、連携する分娩取扱医療機関と取決めを行うこと
・当該施設のかかりつけ妊婦の分娩が近くなった際に、適切に分娩取扱医療機関への診療情報提供を行うこと。また、オープンシステム、セミオープンシステムを活用し、情報の共有に努めること。
・緊急時の搬送に当たっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また、平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること。

ウ　医療機関の例
・分娩を取り扱わない産婦人科を標榜する病院又は診療所
・分娩を取り扱わない助産所

③　周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

ア　目標
・　周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
・　24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含

む。）に対応すること

イ　医療機関に求められる事項

（ア）機能

a　地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものである。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができること。

b　地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。

c　都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供すること。

d　分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること。

（イ）整備内容

a　施設数

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター１か所に対して数か所の割合で整備するものとし、周産期医療圏に１か所以上整備することが望ましい。

b　診療科目

地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えない。

また、当該施設が精神科を有さない場合には、連携して対応する協力医療機関を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えることが望ましい。

c　設備

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる設備を備えること。

(a)　産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。

i　緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器
ii　分娩監視装置
iii　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。）
iv　微量輸液装置
v　その他産科医療に必要な設備

(b)　小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える NICU を設けることが望ましい。

i　新生児用呼吸循環監視装置
ii　新生児用人工換気装置
iii　保育器
iv　その他新生児集中治療に必要な設備

（ウ）職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

a　小児科（新生児医療を担当するもの）については、24時間体制を確保するために必要な職員

b　産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

c　新生児病室については、次に掲げる職員

(a)　24 時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること

(b)　各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること

(c)　公認心理師等を配置すること

(d)　NICUを有する場合は入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい

(エ) 連携機能

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、合同症例検討会等の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図ること。

(オ) 災害対策

地域周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

a　被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。

b　通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくことが望ましい。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

c　災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保することが望ましい。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましい。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えない。

d　浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じることが望ましい。

ウ　医療機関の例

・　地域周産期母子医療センター（集約化推進通知に規定される連携強化病院を含む。）

④　母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

ア　目標

・　合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること

・　周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること

イ　医療機関に求められる事項

（ア）機能

a　総合周産期母子医療センターは、相当規模の MFICU を含む産科病棟及び NICU を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定すること

b　総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること

c　総合周産期母子医療センターは、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した医療従事者育成の役割を担うこと

d　分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること

（イ）整備内容

a　施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備すること。ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができること。なお、三次医療圏に総合周産期母子医療センターを複数設置する場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受入れに留意すること。

b　診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU 及び NICU を有するものに限る。）、麻酔科その他の関係診療科を有すること。

c　関係診療科との連携

総合周産期母子医療センターは、当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図ること。

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを

設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること。

また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設においては、当該施設が精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨を、有さない場合は連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者及び住民に情報提供すること。

d　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こと

(a)　MFICU

MFICU には、次に掲げる設備を備えること。なお、MFICU は、必要に応じ個室とすること。

i　分娩監視装置
ii　呼吸循環監視装置
iii　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。）
iv　その他母体・胎児集中治療に必要な設備

(b)　NICU

NICU には、次に掲げる装置を備えること。

i　新生児用呼吸循環監視装置
ii　新生児用人工換気装置
iii　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。）
iv　新生児搬送用保育器
v　その他新生児集中治療に必要な設備

(c)　GCU

GCU には、NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えること。

(d)　新生児と家族の愛着形成を支援するための設備

新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、NICU、GCU 等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊施設等を備えることが望ましい。

(e)　ドクターカー

医師の監視の下に母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備すること。

(f)　検査機能

血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、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。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視

が常時可能であること。

（ウ）病床数

a　MFICU及びNICUの病床数は、当該施設の過去の患者受入実績やカバーする周産期医療圏の人口等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質を確保するために適切な病床数とすることを基本とすること。施設当たりのMFICU病床数は６床以上、NICUの病床数は９床以上（12床以上とすることが望ましい。）とすること。ただし、三次医療圏の人口がおおむね100万人以下の地域に設置されている場合にあっては、当分の間、MFICUの病床数は３床以上、NICUの病床数は６床以上で差し支えない。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うこと。

(a)　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。

(b)　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こと。

b　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。

c　GCUは、NICUの２倍以上の病床数を有することが望ましい。

（エ）職員

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こと。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こと。

a　MFICU

(a)　24時間体制で産科を担当する複数（病床数が６床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては１名）の医師が当該医療施設内に勤務していること。

(b)　MFICUの全病床を通じて常時３床に１名の助産師又は看護師が勤務していること。

b　NICU

(a)　24時間体制で新生児医療を担当する医師が当該医療施設内に勤務していること。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。

(b)　常時３床に１名の看護師が勤務していること。

(c)　公認心理師等を配置すること。

c　GCU

常時６床に１名の看護師が勤務していること。

d　分娩室

原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない。

e　麻酔科医

麻酔科医を配置すること。

f　NICU入院児支援コーディネーター

NICU、GCU等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療

施設、訪問看護事業所、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行う NICU 入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい。

(a) NICU、GCU 等の長期入院児の状況把握

(b) 望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整

(c) 在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援

(d) その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項

（オ）連携機能

総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図ること。

（カ）災害対策

総合周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

a 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）を策定していること。なお、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。

b 通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

c 災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましい。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えない。

d 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じることが望ましい。

ウ 医療機関の例

・ 総合周産期母子医療センター

⑤ 周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】

ア 目標

・ 周産期医療関連施設を退院した医療的ケア児、障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）

・　レスパイト等の、在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対する支援を実施すること

イ　医療機関等に求められる事項

・　周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れが可能であること
・　児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること
・　薬局、訪問看護事業所、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健、福祉サービス及びレスパイト入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること
・　地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
・　医療型障害児入所施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること
・　家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関等の例

・　小児科を標榜する病院又は診療所
・　在宅医療を行っている診療所
・　薬局
・　訪問看護事業所
・　医療型障害児入所施設
・　日中一時支援施設

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、(1)～(3)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。

さらに、(4)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　患者動向に関する情報

・　出生率（人口動態統計）
・　合計特殊出生率（人口動態統計）
・　分娩数（帝王切開件数を含む。）（医療施設調査）、正常分娩数
・　死産率（人口動態統計）
・　低出生体重児出生率（人口動態統計）
・　新生児、乳児、乳幼児の死亡率（人口動態統計）
・　周産期死亡率（人口動態統計）
・　NICU 入室児数（医療施設調査）
・　ハイリスク新生児の発育発達予後
・　周産期関連疾患患者数と発生率
・　妊産婦死亡数、主な死亡の原因（人口動態統計）
・　産後訪問指導を受けた割合（地域保健・健康増進事業報告）
・　重症心身障害児の数、身体障害者手帳交付数（18 歳未満）（福祉行政報告例）
・　小児在宅人工呼吸器患者数

・　療養療育施設入所児童数

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送

・　母体搬送、新生児搬送等の救急搬送件数及び受入状況
・　搬送先医療機関
・　周産期救急情報システム等の活用状況
・　救急要請から医療機関収容までに要した時間
・　搬送先医療機関の選定において問い合わせた周産期医療関連施設数
・　ドクターカー及びドクターヘリの活用状況
・　周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの活用状況
・　搬送コーディネーターの活動状況及び勤務態勢

②　医療機関等

ア　正常分娩に対応する病院・診療所

（ア）分娩数等の診療内容及び診療体制等

・　産科医及び産婦人科医の数
・　助産師数　等

（イ）対応可能な分娩

・　母体、胎児の条件　等

（ウ）医療連携の状況

・　リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況
・　オープンシステム・セミオープンシステムへの参加状況
・　医療機器共同利用の状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況　等

イ　分娩を取り扱う助産所（院内助産所を含む。）

・　分娩数等の診療内容及び診療体制等（助産師数）
・　対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）
・　医療連携の状況（嘱託医、嘱託医療機関及びその他の周産期医療機関との連携状況、周産期医療情報システムへの参加等）

ウ　分娩を取り扱わない産婦人科標榜医療機関及び助産所

（ア）診療内容及び診療体制等

・　産科医及び産婦人科医の数
・　助産師数　等

（イ）診療内容

・　妊婦健診、産前・産後ケアの提供状況

（ウ）医療連携の状況

・　オープンシステム・セミオープンシステムへの参加状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況　等

エ　周産期医療機関（周産期母子医療センター等）

（ア）所在地、診療科目、病床数

（イ）設備

・　MFICU、NICU、GICU の病床数、稼働率
・　ドクターカーなど新生児搬送用救急車の配備状況　等

（ウ）分娩数等の診療内容及び診療体制等

・　分娩数
・　対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）

・　診療実績（周産期関連疾患や他科疾患合併妊娠の患者数、入院数等）
・　NICU、GCU 等の長期入院児の状況
・　産科医及び産婦人科医の数（医師一人あたりの分娩数）
・　新生児の医療を担当する医師数（医師一人あたりの NICU 病床数、担当患者数）
・　助産師数等
・　院内助産所及び助産師外来の活動状況
・　麻酔科医師、公認心理師等、NICU 入院児支援コーディネーター等の数及び勤務態勢　等

（エ）医療連携の状況
・　他の医療機関からの搬送受入状況
・　圏域・県域を越えた搬送依頼、受入状況
・　オープンシステム・セミオープンシステムの実施状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有、合同症例検討会の開催等の状況
・　在宅療養・療育を支援する機能を持った施設等との連携状況　等

（オ）災害対策の状況
・　業務継続計画（BCP）の策定状況

オ　在宅療養・療育を支援する機能を持った施設

（ア）診療内容及び診療体制等
・　医師数、看護師数　等

（イ）対応可能な医療内容
・　人工呼吸器管理、気管切開のケア、児の痰の吸引
・　レスパイトへの対応状況　等

（ウ）医療連携の状況
・　他の医療機関からの紹介状況
・　救急対応可能な病院等との事前の連携状況
・　医療型障害児入所施設等との連携状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況　等

(3)　都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報

①　災害時の周産期医療体制に関する事項
・　災害時小児周産期リエゾンの任命状況
・　周産期医療施設や妊産婦等の被害を想定した災害訓練の実施状況

②　近隣都道府県との連携に関する協議の状況

(4)　指標による現状把握

別表 10 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　周産期医療圏の設定

(1)　都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、

胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定すること。

(2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。周産期医療圏の設定においては、産科医師や分娩取扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、二次医療圏にこだわらず、周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保すること。その際、周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しつつ、医師の働き方改革、地域医療構想及び医師確保計画との整合性にも留意すること。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。

(3) NICUを有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。また、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

(4) 集約化・重点化により分娩医療機関までのアクセスが悪化する地域に居住する妊産婦に対して、妊婦健診や分娩、陣痛の待機の際に医療機関への移動や宿泊に要する費用の支援など、アクセスを確保するための対策について検討すること。特に最寄りの周産期母子医療センターまで時間を要する地域の妊産婦については、各地域の実情を踏まえ、妊産婦の情報についてあらかじめ消防機関と情報を共有する等の対応策を講じること。

(5) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に周産期医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。また、現行の周産期医療に関する協議会を十分に尊重・活用すること。

3 連携の検討

(1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮すること。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、関係機関・施設間の円滑な連携体制を構築した上で、「産科医療確保事業等」（「産科医療確保事業の実施について」（平成21年4月1日付け医政発0401007号厚生労働省医政局長通知）別添「産科医療確保事業等実施要綱」に規定する事業をいう。）を活用し、分娩取扱施設の確保や産科医の派遣、周産期医療圏を越える搬送体制の整備等を通じた無産科周産期医療圏問題の解消に向けた対策を医療計画に位置づけること。

さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努めること。

(2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　母体及び新生児の搬送及び受入（周産期医療圏を越えた搬送及び受入を含む。）に関する現在の問題点を把握し、都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討すること。

その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。

(4)　産科合併症以外の合併症を有する母体への医療施設や診療科間の連携や、救急医療情報システムとの連携等、周産期救急情報システムの効率的な活用方法について検討すること。

(5)　医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載すること。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が同じ周産期医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めること。

(6)　集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。

①　連携強化病院の体制
②　連携病院の体制
③　連携強化病院と連携病院の連携体制
④　連携強化病院における地域の周産期医療施設の支援体制
⑤　医療機関間における搬送体制

4　課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の周産期医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載すること。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り周産期医療圏ごとに課題を抽出すること。

5　数値目標

都道府県は、良質かつ適切な周産期医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載すること。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案すること。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に周産期医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載すること。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療、医師の確保及び外来医療に関する事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更すること。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表すること。その際、広く住民に周知を図るよう努めること。