

5疾病・5事業について (その2 ; 5事業について)

目次

1. 検討体制	・ ・ ・ p3
2. 救急医療	・ ・ ・ p6
3. 災害時における医療	・ ・ ・ p42
4. へき地の医療	・ ・ ・ p70
5. 周産期医療	・ ・ ・ p86
6. 小児医療	・ ・ ・ p101

1. 検討体制

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

第8次医療計画に向けたへき地医療・周産期医療・小児医療の検討体制

○へき地医療については、厚生労働科学研究の研究班において調査・分析を実施、周産期医療、小児医療については、関係団体を代表する有識者による勉強会を開催し、それぞれの課題、医療計画の見直しの方向性について議論を行っている。

厚生労働科学研究 人口動態や地域の実情に対応するへき地医療の推進を図るための研究 令和3年4月～

研究代表者	自治医科大学	地域医療学センター	教授	小谷 和彦
分担研究者	長崎大学大学院	医歯薬学総合研究科	教授	前田 隆浩
	新潟大学大学院	医歯学総合研究科	特任教授	井口 清太郎
	自治医科大学	地域医療学センター	教授	小池 創一 他4名

周産期医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会 令和3年8月～

構成メンバー	公益社団法人	日本産科婦人科学会周産期委員会委員長	杉山 隆
	公益社団法人	日本産婦人科医会 副会長	中井 章人
	一般社団法人	日本周産期・新生児医学会 理事長	中村 友彦
	公益社団法人	日本新生児成育医学会 理事長	早川 昌弘
	公益社団法人	日本医師会 常任理事	渡辺 弘司
	公益社団法人	日本看護協会 常任理事	井本 寛子

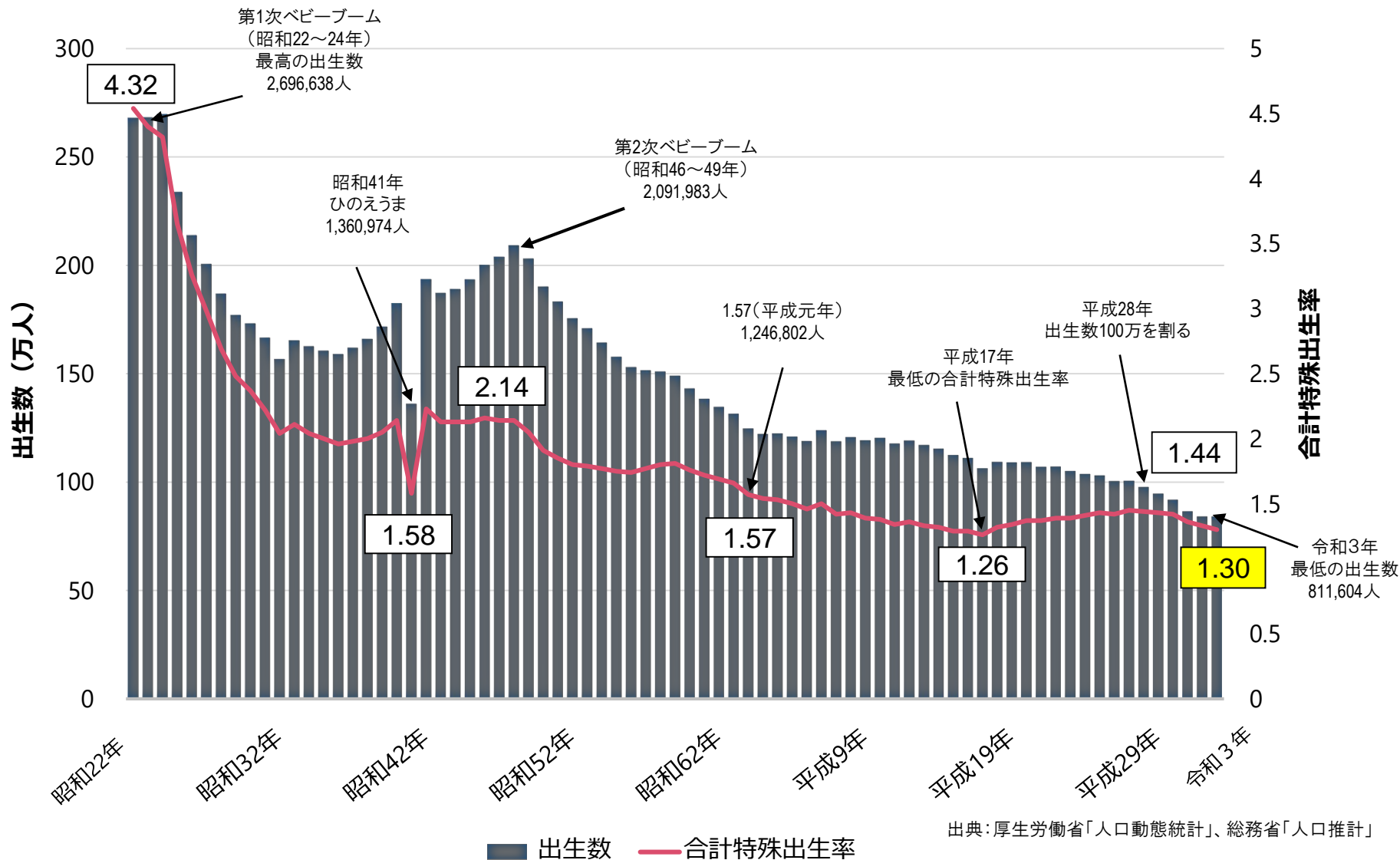
小児医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会 令和3年8月～

構成メンバー	公益社団法人	日本小児科学会 理事	平山 雅浩
	公益社団法人	日本小児科医会 業務執行理事	佐藤 好範
	公益社団法人	日本医師会 常任理事	釜沼 敏
	公益社団法人	日本看護協会 常任理事	井本 寛子

5. 周産期医療

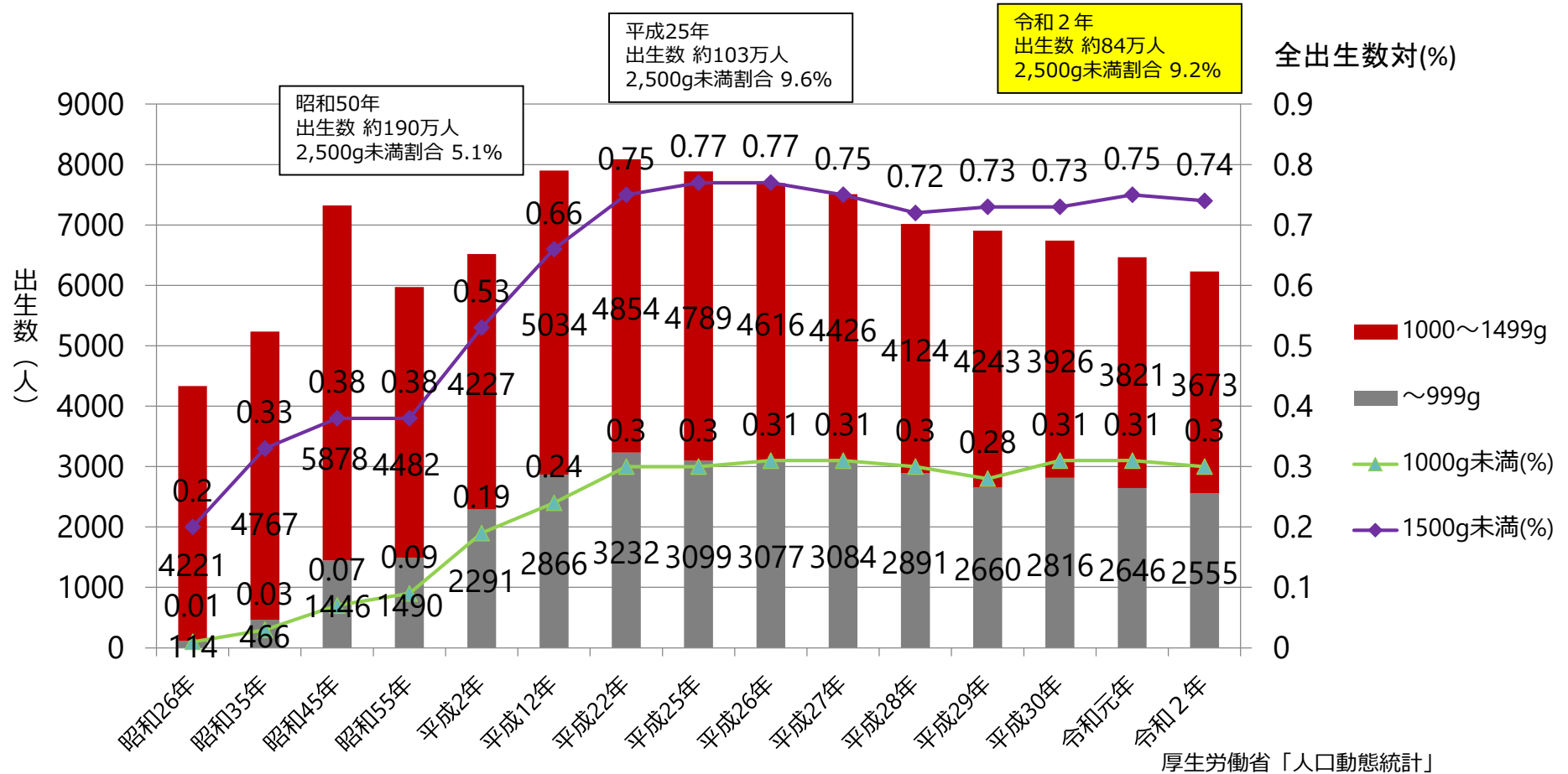
少子化の進行と人口減少社会の到来

- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加傾向。
- 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向。

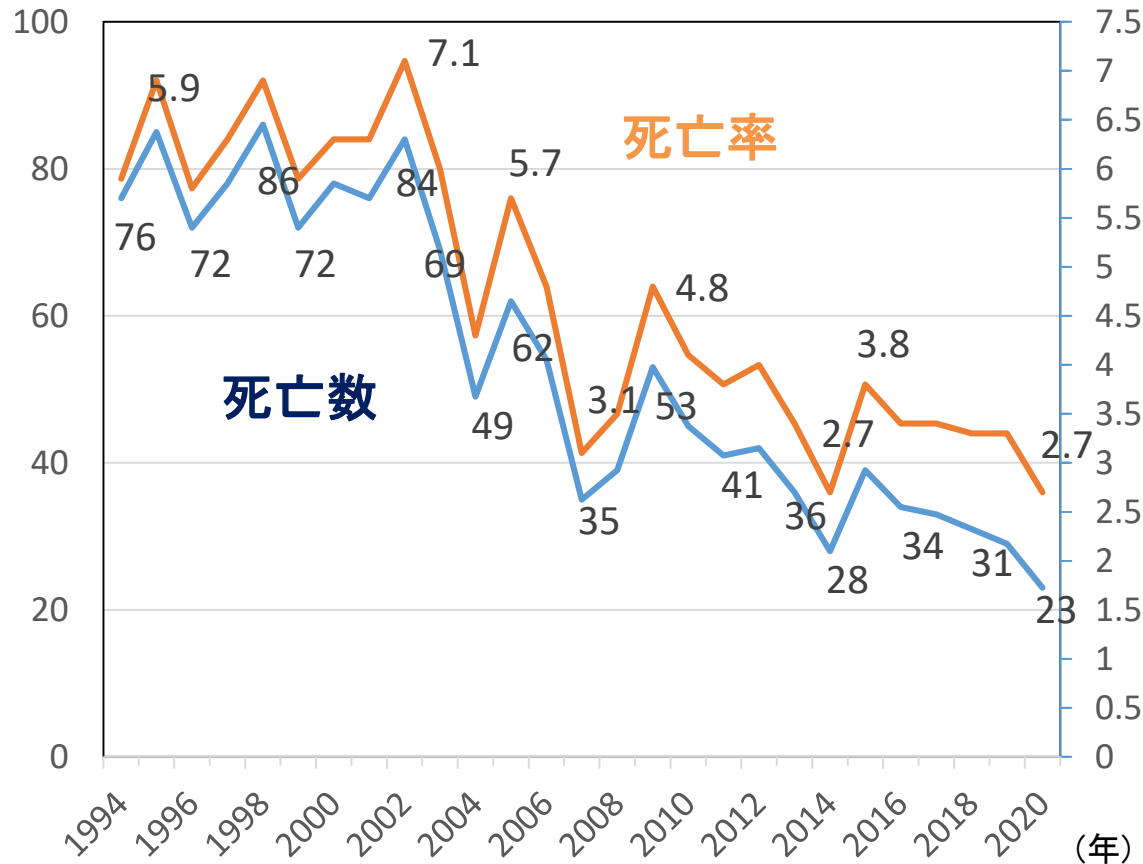


妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。

年間妊産婦死亡数（人）

妊産婦死亡率（出産10万対）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

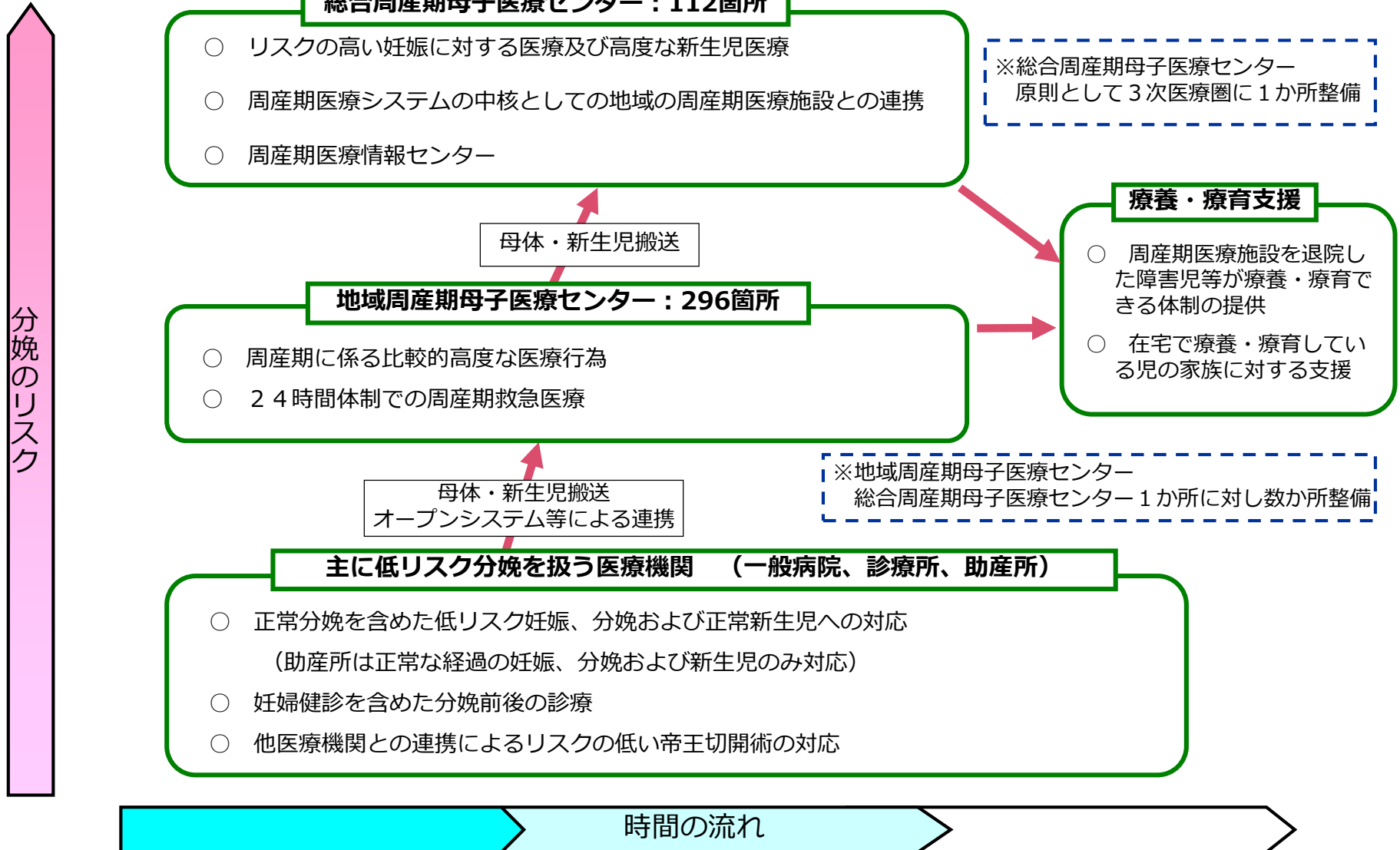
	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたもの/出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

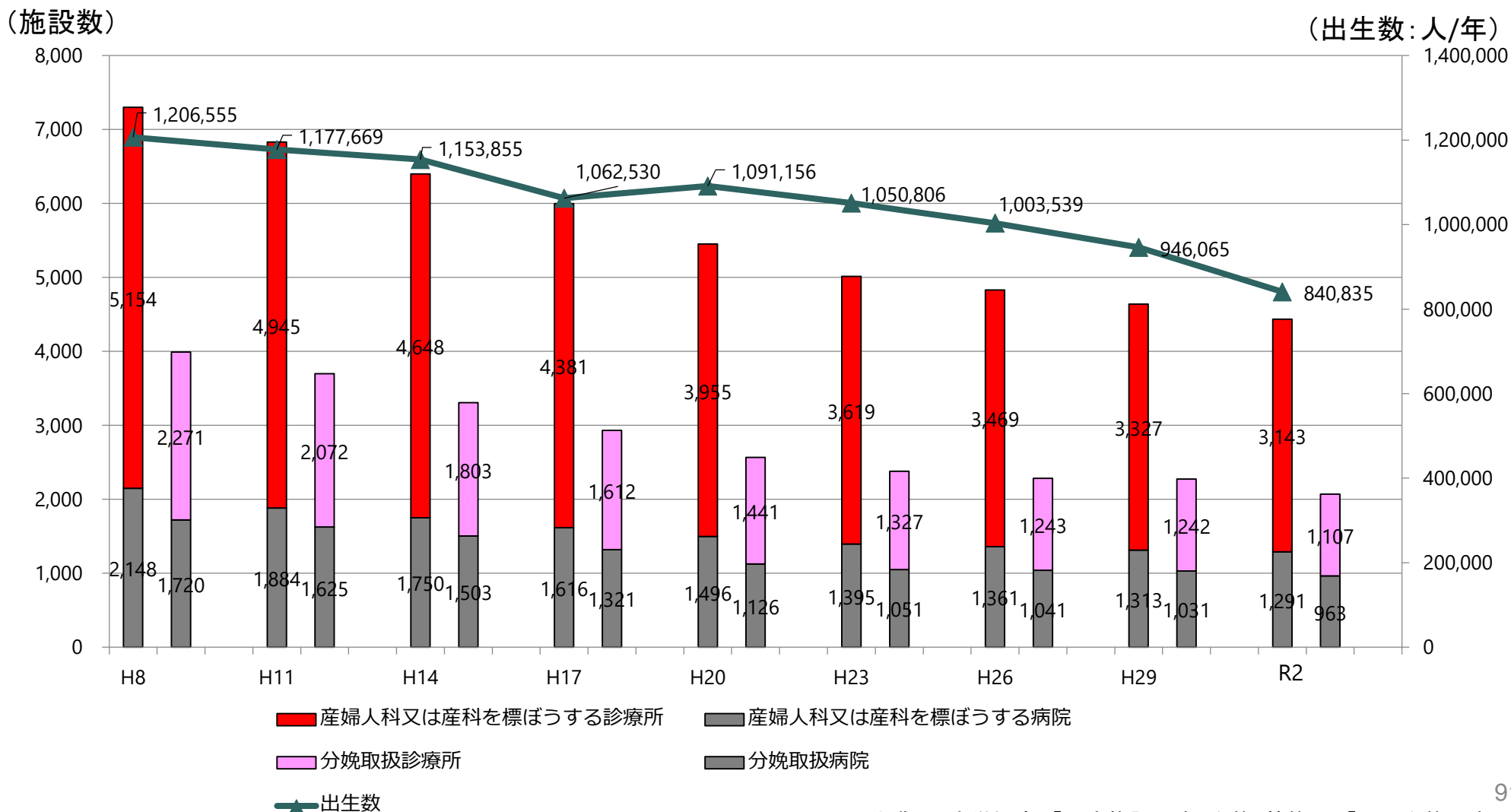
周産期医療体制

- 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、平成29年度までに全都道府県に配置されている。



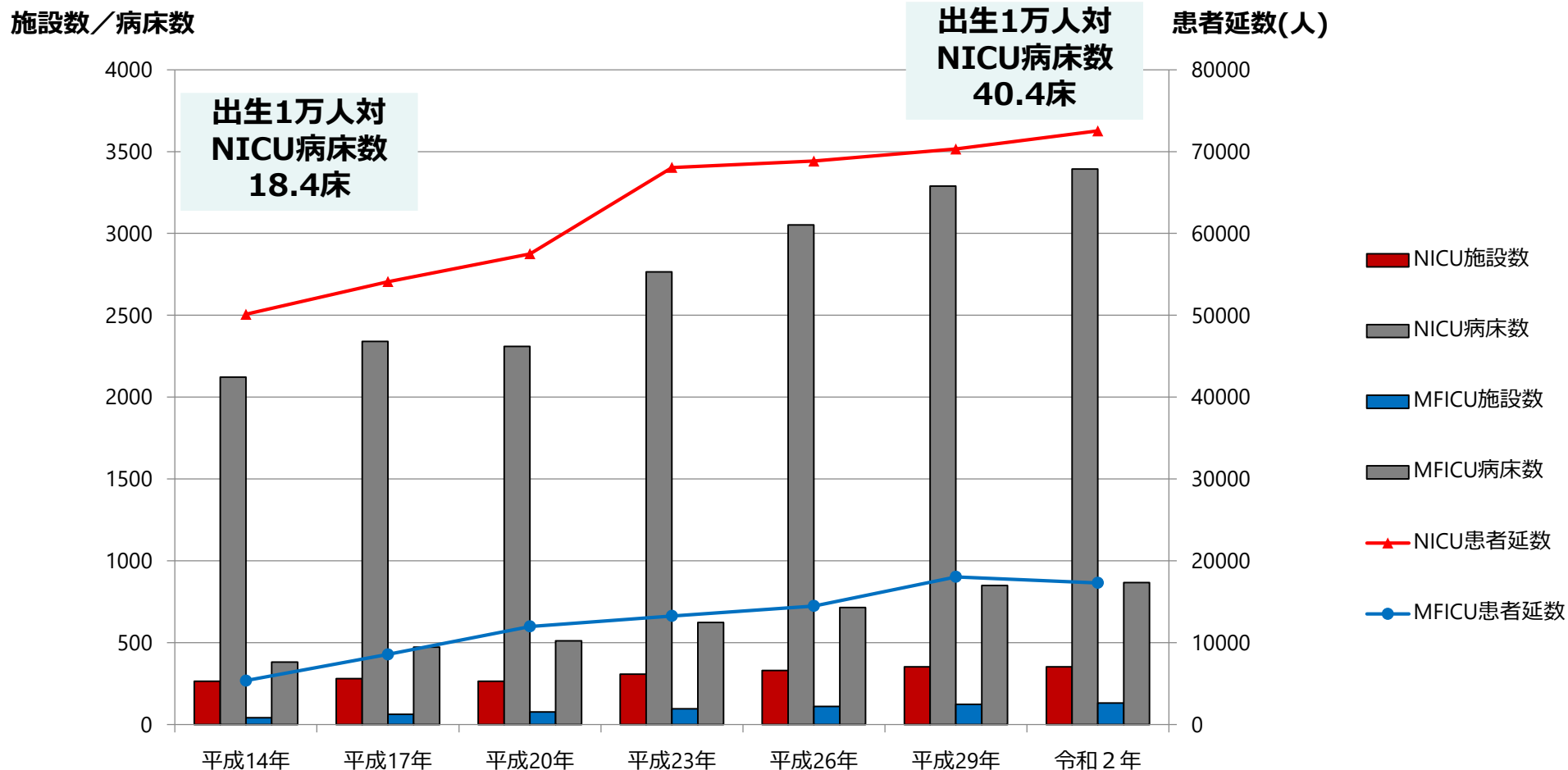
産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移

- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



NICU(新生児集中治療室)・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数と患者延数の推移

- NICU及びMFICUの施設数、病床数は増加してきている。
- NICU患者延数は近年もやや上昇傾向にあるが、MFICU患者延数については近年横ばいからやや減少してきている。
- NICU病床数については、平成27年少子化対策大綱において、出生1万人対25～30床という目標が示され、平成29年には全都道府県で目標を達成した。令和2年度のNICU病床数は出生1万人対40.4床と大幅に目標値を上回っている。

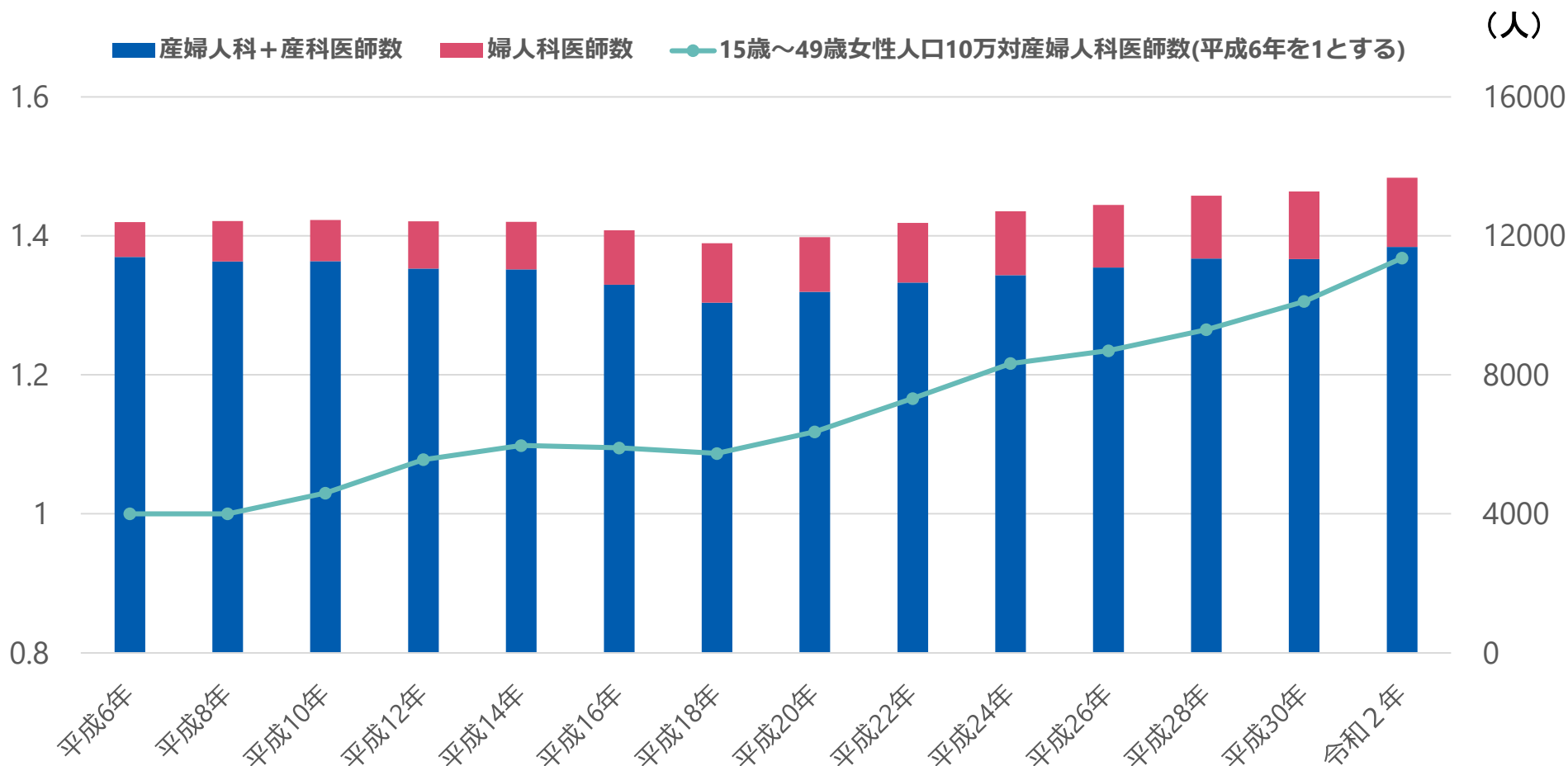


出典：厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

産婦人科医師数の推移

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年の約1.4倍となっている。



※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

周産期医療圏

- 産科医師確保計画と整合的に周産期医療体制の整備を行うため、第7次医療計画の中間見直しの際から、周産期医療圏ごとの体制整備を求めている。
- 15都道府県において、二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。

周産期医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 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、（中略）、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。
- (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。逆に、周産期医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、周産期医療圏の再設定を行うこと。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) （中略）、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。

（参考）各都道府県における、二次医療圏数と周産期医療圏数（令和3年4月1日時点）

青色：二次医療圏数と周産期医療圏数が異なる場合

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
北海道※1	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	4
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	4
福島県	6	6
茨城県	9	3
栃木県	6	5
群馬県	10	4
埼玉県	10	10
千葉県	9	9
東京都	13	9
神奈川県	9	6
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県※2	4	4
山梨県	4	2
長野県	10	10
岐阜県	5	5
静岡県	8	3
愛知県※3	11	11
三重県	4	4

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
滋賀県	7	4
京都府	6	6
大阪府	8	8
兵庫県	8	7
奈良県	5	5
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	8	5
徳島県	3	3
香川県	3	3
愛媛県	6	4
高知県※4	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	5	5
長崎県	8	8
熊本県	10	6
大分県	6	6
宮崎県	7	4
鹿児島県	9	6
沖縄県	5	5
計	335	284

無産科周産期医療圏

- ※1 日高、留萌、北空知、南檜山
- ※2 奥越
- ※3 東三河北部
- ※4 高幡

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み①

(無産科周産期医療圏)

- 医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療の集約化・重点化が進んでいる。
- これに伴い、産婦人科医・産科医が不在の周産期医療圏※¹または分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏※²が、北海道4圏域、福井県1圏域、愛知県1圏域、高知県1圏域の合計7つ※³存在しているが、各都道府県において、周産期医療を提供するための取組をおこなっている。

無産科周産期医療圏が存在する4道県の対策

北海道	北海道大学産婦人科学教室が中心として立ち上げた法人（WIND）から、当該医療圏に所在する医療機関への医師派遣
福井県	直接的な支援ではないが、産科医師の確保に取組み、無産科周産期医療圏内で健診を行っている医療機関と分娩取扱施設との連携の強化
愛知県	直接的な支援ではないが、分娩を取り扱う医師や助産師への分娩手当の助成や地域枠において産科を選択した医師への修学資金の加算
高知県	総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを整備、充実することで、人的・物的資源等の集約化・重点化を図っている。産科医・小児科医の確保対策として、産科医・小児科医への補助金のほか、産科・小児科を志望する学生に向けた奨学金の貸与

※1 分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない（日替わりで出張医師が来るなど）ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師統計ではゼロとなる。

※2 産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。

※3 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計、令和2年医療施設調査

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み② (タスク・シフト/シェア)

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革(医師の時間外労働の上限規制)

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト/シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。
このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。
- 助産師
 - ① 正常分娩における助産師の活用
 - ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
 - ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入 (院内助産所・助産師外来)

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

- 助産師
 - 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

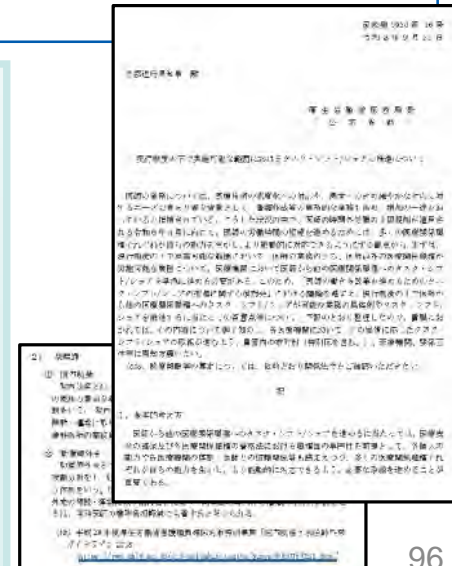
タスク・シフト/シェア

平成3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを推進するよう、その留意点等について通知を发出。
- 医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、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開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。

- 助産師 ①院内助産所 ②助産師外来



周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み③ (オープンシステム・セミオープンシステム)

- オープンシステム・セミオープンシステムでは、分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
- 令和2年度には、全国で157の周産期母子医療センター等の産科医療機関がオープンシステム・セミオープンシステムを利用して妊産婦への対応を行っている。

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

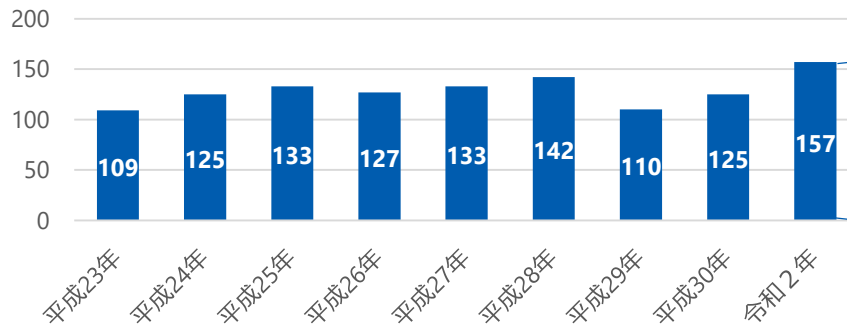
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

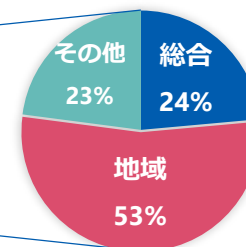
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考) オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数



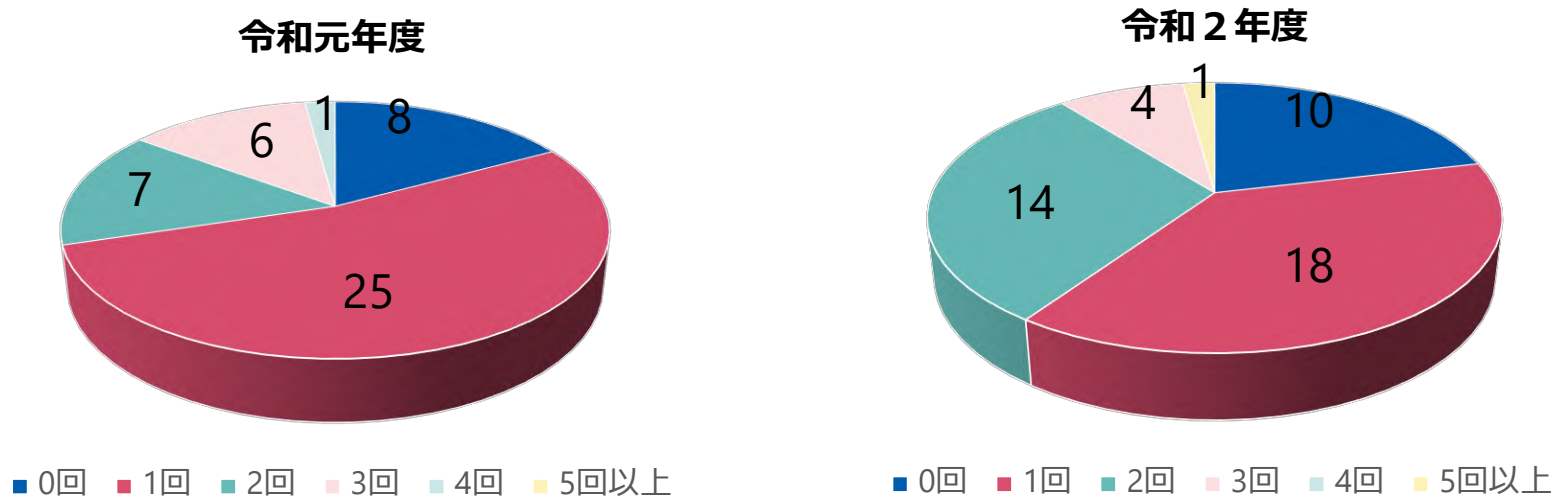
施設の内訳



周産期医療に関する協議会について

- 令和元年度・令和2年度に、周産期医療協議会を開催していない都道府県が存在する。
- 医師はほとんどの都道府県で参加しているものの、新生児科医が参加していない都道府県がある。また、救急医が参加している都道府県は少ない。
- 助産師は37都道府県で参加している。
- 消防関係者の参加は32都道府県にとどまる。

周産期医療協議会の開催回数



協議会メンバーの職種：都道府県数（令和2年度、回答のあった44都道府県のうち）

医師	医師						看護師等			消防関係者	保健所関係者	都道府県医療政策担当者	学識経験者	
	産科医	産婦人科医	小児科医	新生児科医	救急医	麻酔科医	助産師	看護師	保健師					
44	27	42	41	29	5	2	41	37	28	9	32	25	27	23

病棟における産科区域の特定

- 周産期母子医療センターの約半数で、産科一般病床は産科患者専用である。
- 産科専用病棟を有さない周産期母子医療センターのうち、約半数では、区域管理（ゾーニング）やユニット化により産科区域の特定が行われているが、医療計画上、産科区域の特定に関する記載はない。

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（抄）

令和3年2月9日閣議決定

基本的方向

成育過程にある者等を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応し、子どもの権利を尊重した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進する。

II 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

1. 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

(1) 周産期医療等の体制

- ・ 分娩を取り扱う医療機関について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する。

産科混合病棟の状況（回答 340施設）

	一般産科病床 (MFICUを除く)		
	産科患者のみ入院		
はい	174	総合	68
		地域	106
いいえ	166	総合	23
		地域	143

産科混合病棟における 区域管理（ゾーニング）、ユニット化の実施状況

	総合	地域	計
区域管理（ゾーニング）を行っている	6	33	39
ユニット化を行っている	5	27	32
ユニット化及び区域管理（ゾーニング）を行っている	1	11	12
どちらも行っていない	11	72	83

産科混合病棟における 産科以外に入院する診療科 (複数回答可)

診療科	回答数
婦人科	151
外科	50
小児科	43
内科	41
眼科	28
整形外科	26
泌尿器科	20
耳鼻咽喉科	18
脳神経外科	15
皮膚科	12
歯科口腔外科	10
救急科	9
総合診療科	5
精神科	5

周産期医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・無産科周産期医療圏への対応と周産期医療圏の見直し

○周産期医療に関する協議会

- ・周産期医療に係る人材育成
- ・新興感染症まん延時の周産期医療

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・ハイリスク妊産婦への対応
- ・分娩医療機関までのアクセス確保
- ・NICUの集約化・重点化
- ・周産期医療機能の集約化・重点化
- ・院内助産所、助産師外来の活用推進
- ・分娩を取り扱っていない産婦人科医療機関や助産所との連携
(オープンシステム・セミオープンシステムの推進)

○医師の働き方改革への対応

- ・周産期医療機能の集約化・重点化 (再掲)
- ・院内助産所、助産師外来の活用推進 (再掲)

○産科混合病棟のあり方

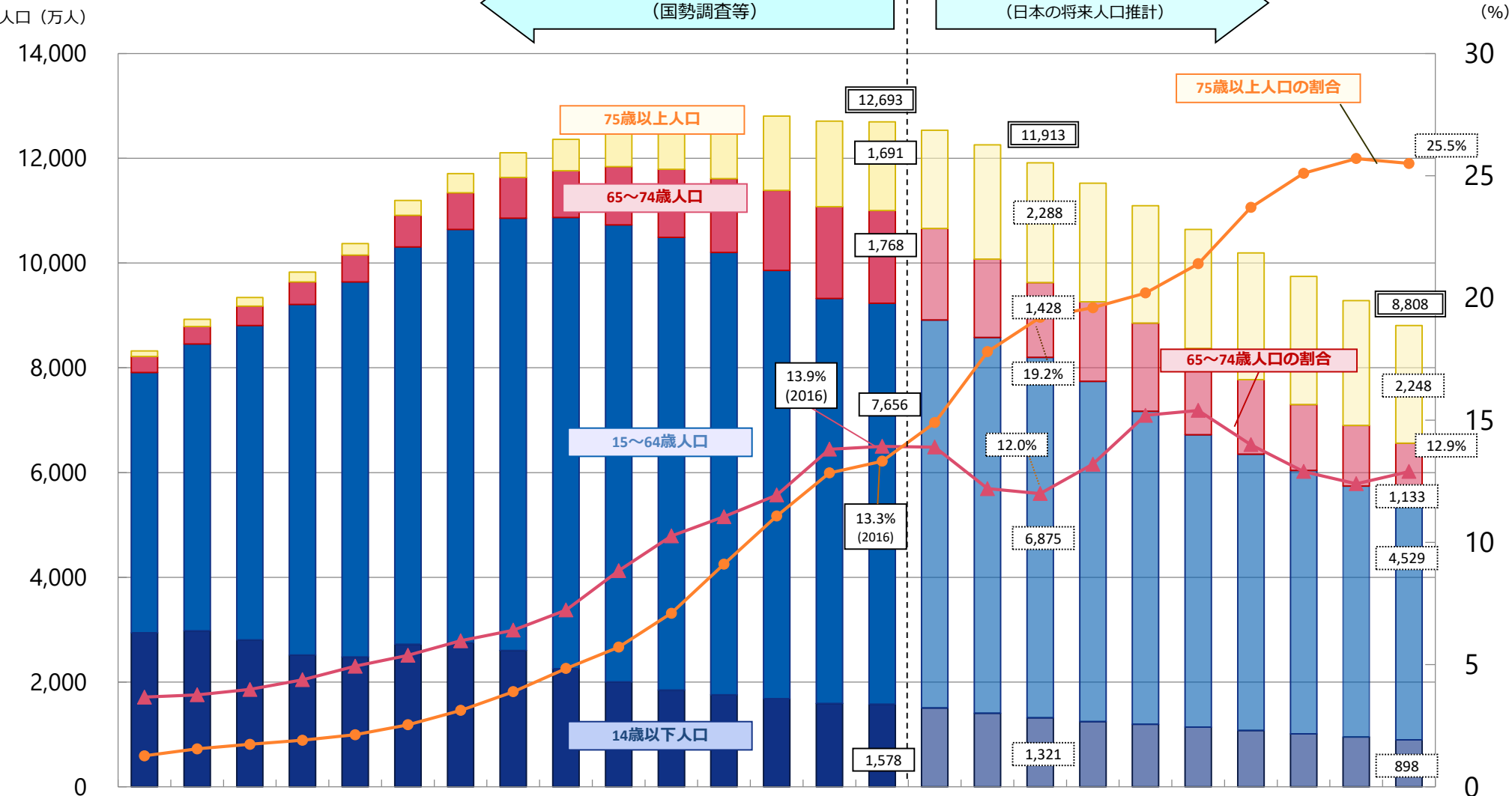
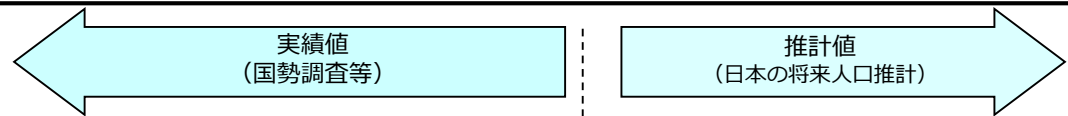
○医療的ケア児への支援

等

6. 小児医療

日本の人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、14歳以下の人口は年々減少していくと考えられている。

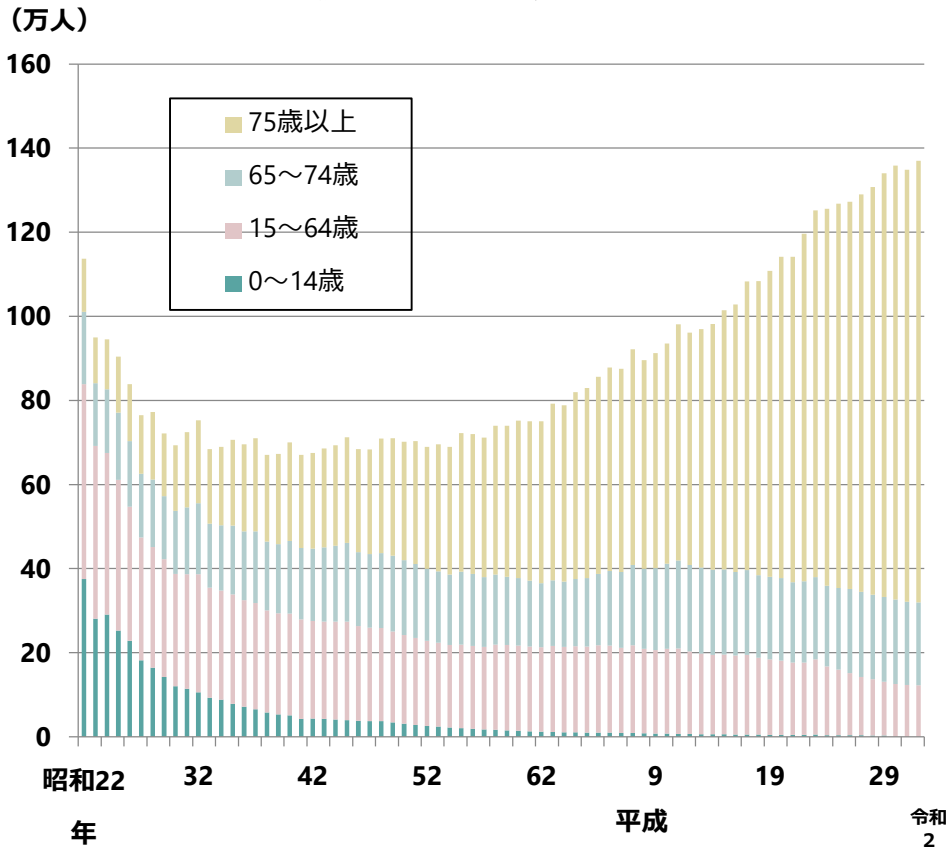


資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

小児・乳児・新生児の死亡者数の状況

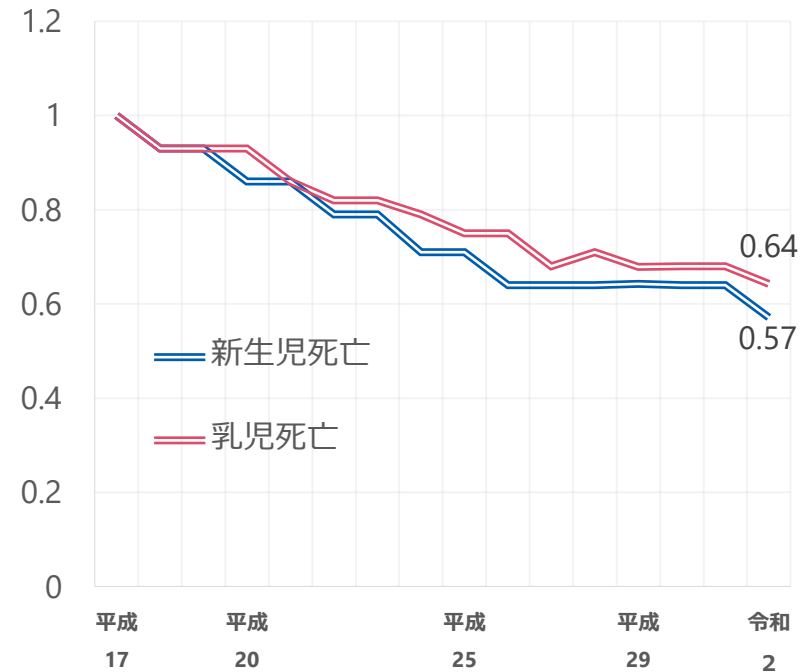
- 小児の死亡者数は減少している。（図1）
- 特に、新生児（生後4週未満）、乳児（生後1年未満）の死亡率が減少している。（図2）

（図1）年齢階級別死亡者数の推移



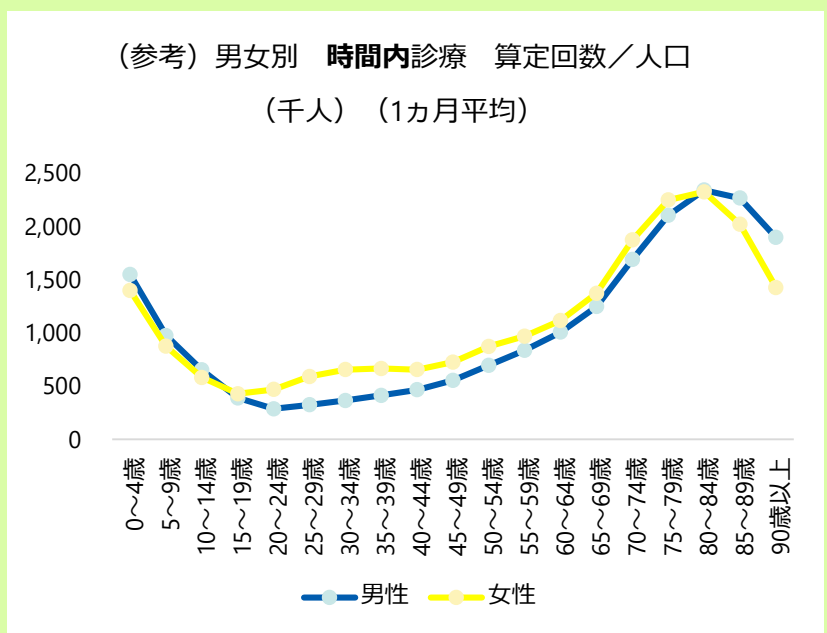
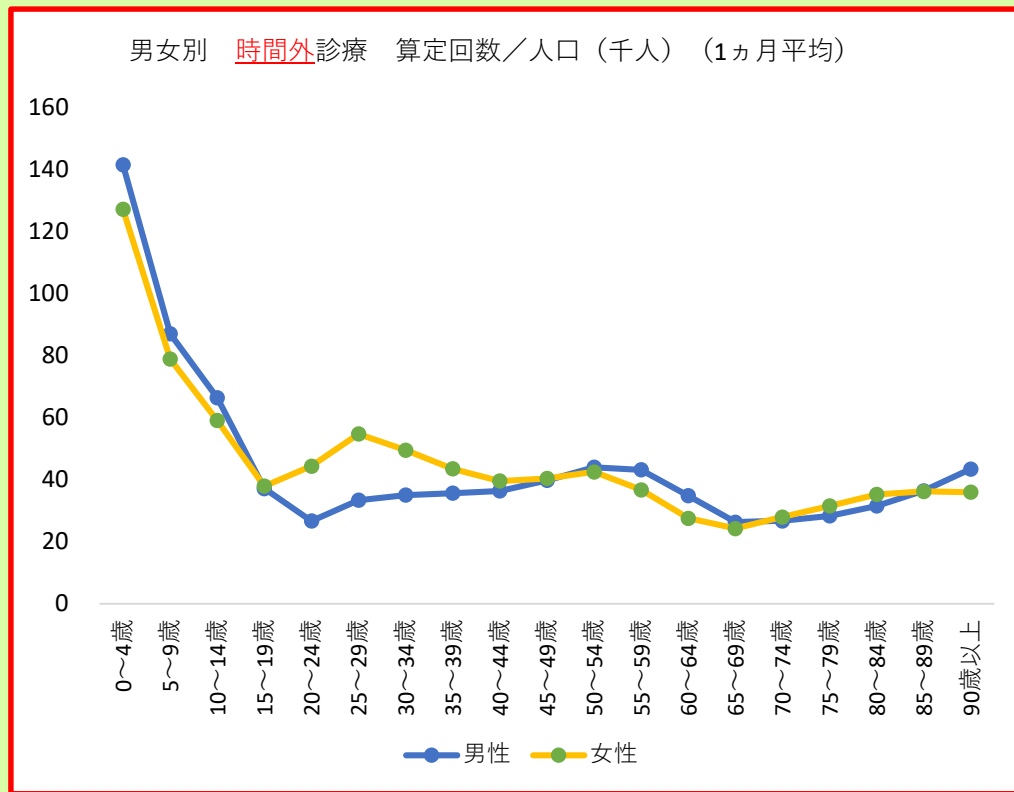
（図2）新生児、乳児死亡率の減少率

（平成17年の死亡率を1とした場合の指数値）



時間外に医療にかかる層の分析

○ 時間外においては、他の世代と比較して、児童がより医療にかかる傾向にある。

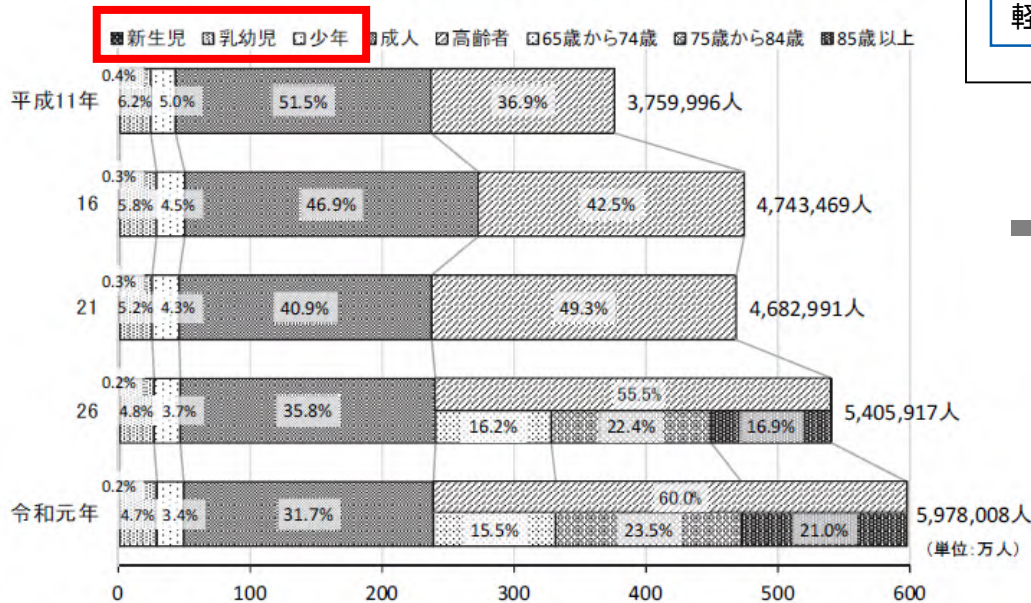


出典: 第3回NDBオープンデータ(平成28年度診療分)
人口推計(平成28年10月1日現在人口)

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

- 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあるが、小児は増加傾向にない。
- 新生児の搬送人員では、中等症の割合が高いが、乳幼児・少年の多くは、軽症である。

第30図 年齢区分別の搬送人員と5年ごとの構成比の推移



(注) 端数処理 (四捨五入) のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

※ 傷病程度は、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡: 初診時において死亡が確認されたもの
 重症 (長期入院): 傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症 (入院診療): 傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症 (外来診療): 傷病程度が入院加療を必要としないもの

第38表 傷病程度別の年齢区分別の搬送人員 (令和元年 単位: 人)

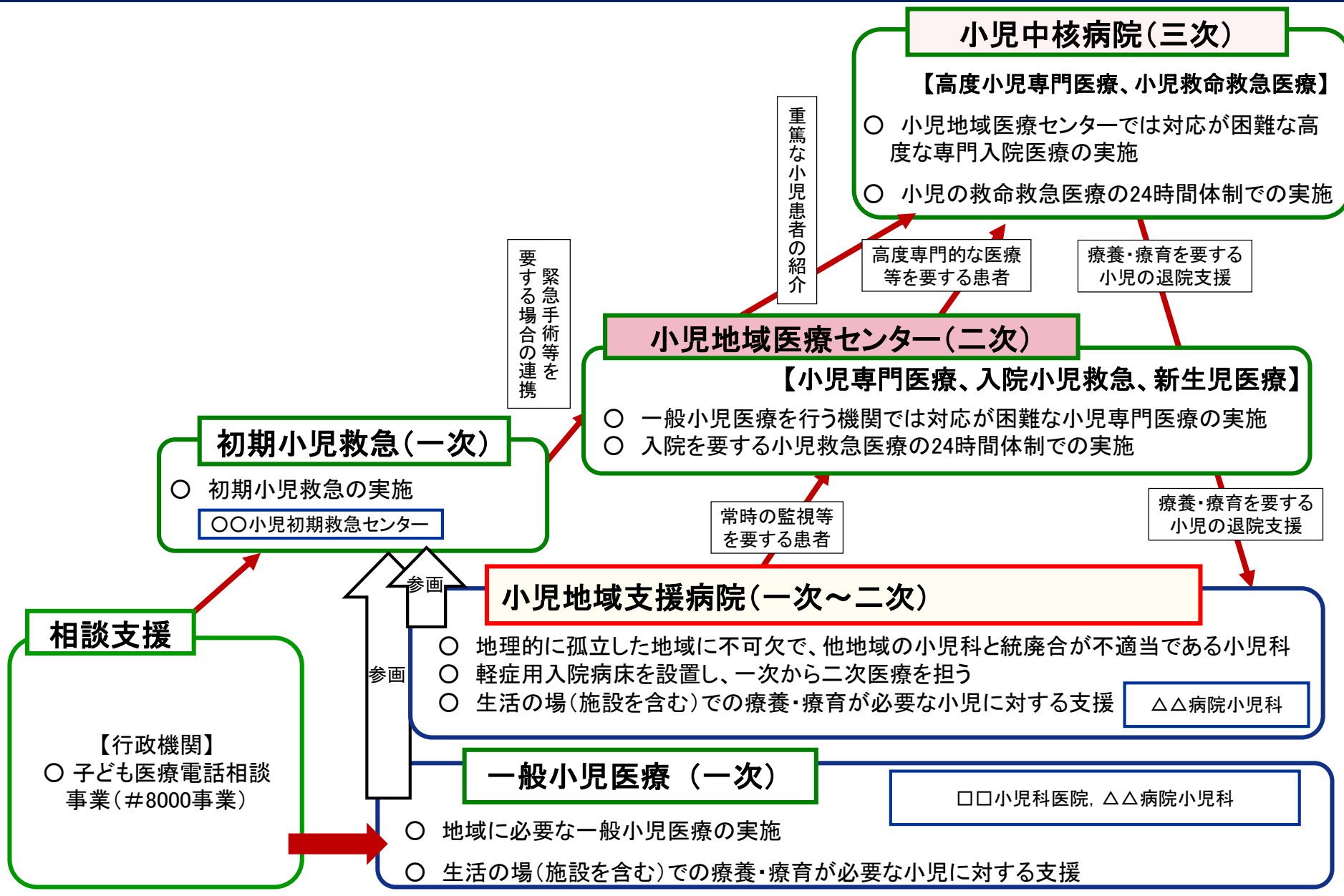
年齢区分	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
程度						
死亡	70 (0.5)	363 (0.1)	280 (0.1)	11,870 (0.6)	64,114 (1.8)	76,697 (1.3)
重症 (長期入院)	1,726 (13.3)	4,259 (1.5)	3,896 (1.9)	104,567 (5.5)	371,716 (10.4)	486,164 (8.1)
中等症 (入院診療)	9,673 (74.8)	64,675 (23.0)	49,078 (24.2)	628,965 (33.2)	1,791,154 (49.9)	2,543,545 (42.5)
軽症 (外来診療)	1,427 (11.0)	211,319 (75.3)	149,506 (73.7)	1,146,232 (60.6)	1,360,543 (37.9)	2,869,027 (48.0)
その他	42 (0.3)	112 (0.0)	70 (0.0)	823 (0.0)	1,528 (0.0)	2,575 (0.0)
合計	12,938 (100)	280,728 (100)	202,830 (100)	1,892,457 (100)	3,589,055 (100)	5,978,008 (100)

- (注) 1 ()内は、構成比(単位: %)を示す。
 2 端数処理 (四捨五入) のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

(令和2年版 救急・救助の現況)

小児医療の体制

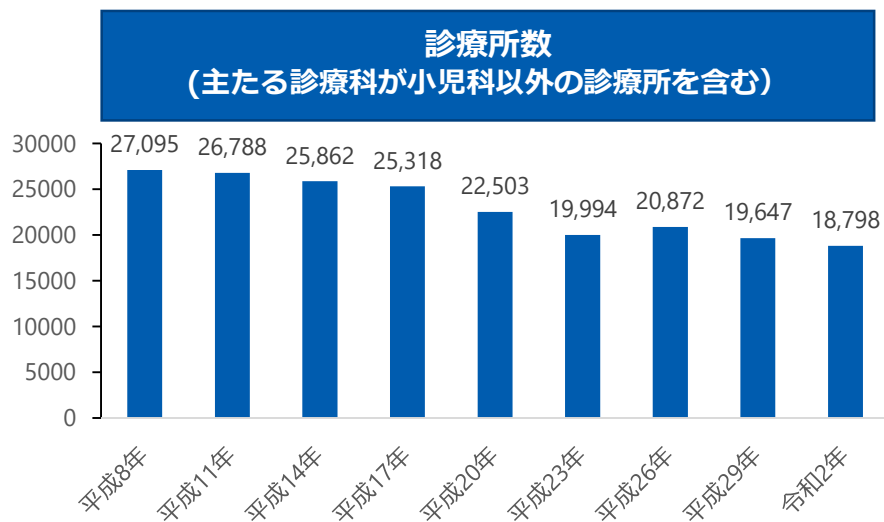
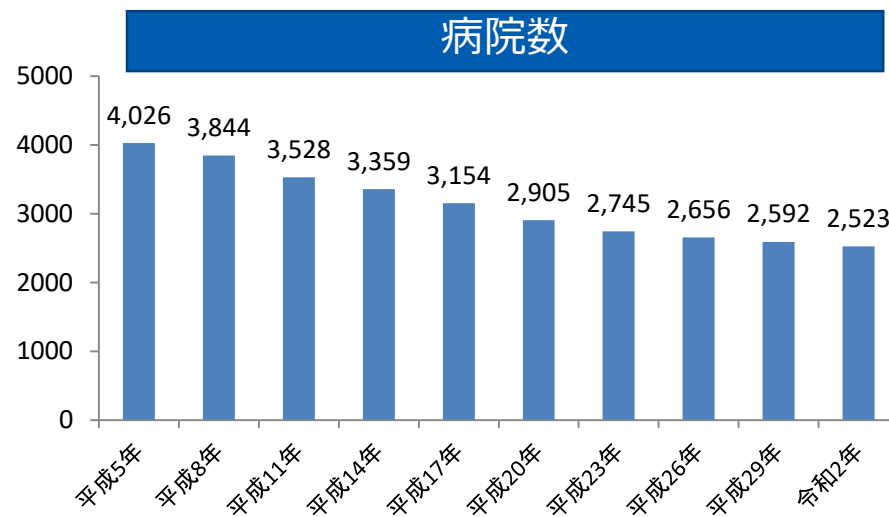
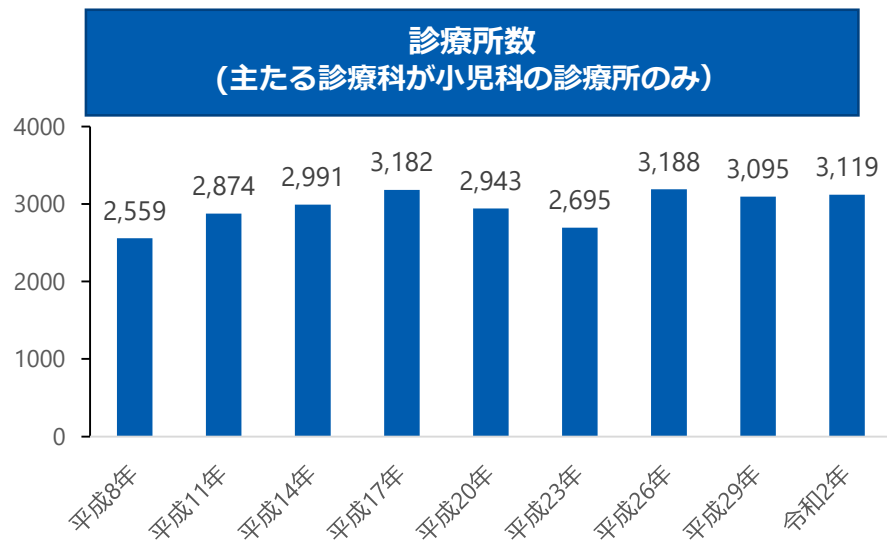
医療機能
(重症度)



時間の流れ

小児科標榜医療機関数、小児科医数の推移

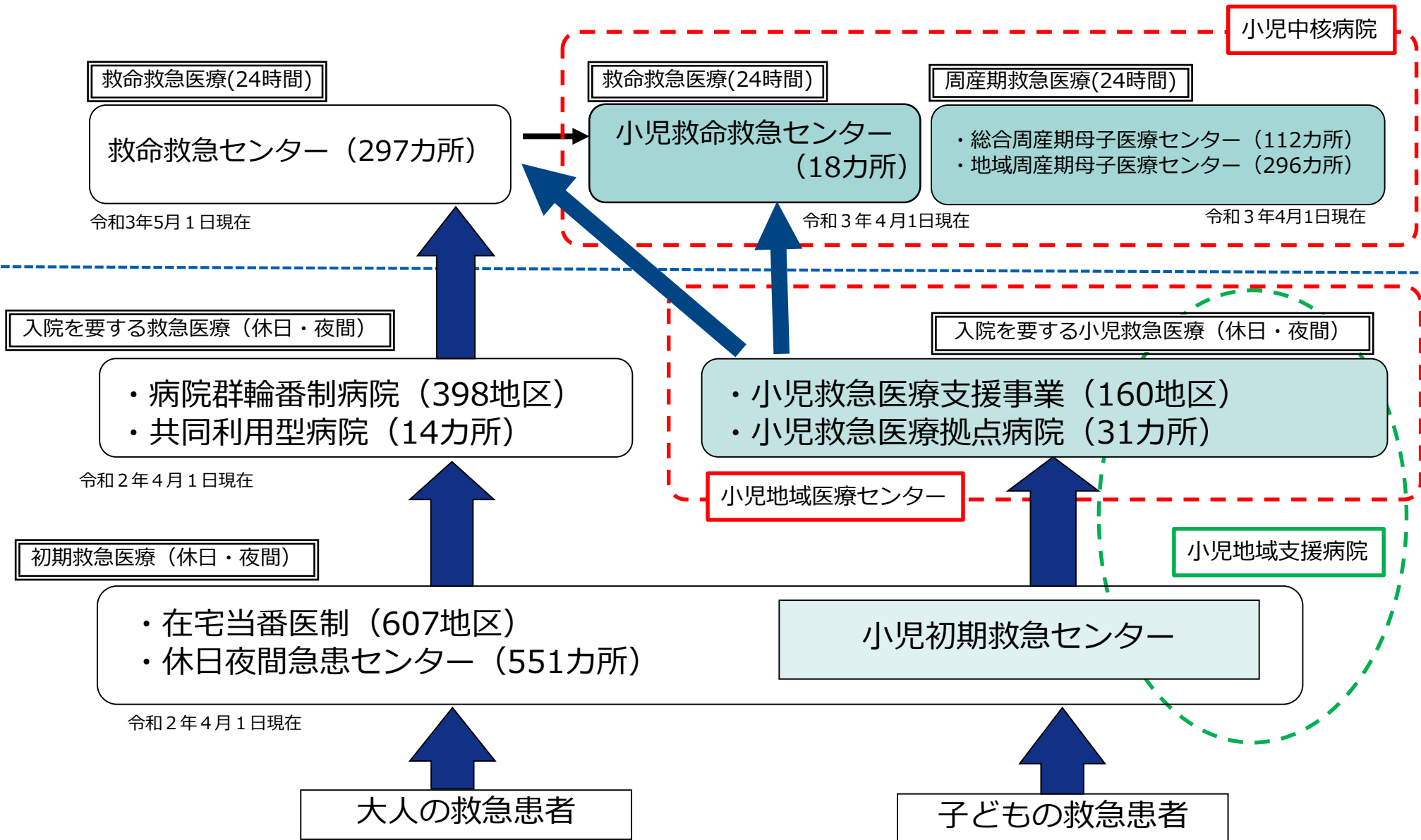
- 小児科を標榜している病院数は減少している。
- 小児科を主として標榜する診療所の数は横ばいである。
- 病院、診療所に勤務する小児科医師数は増加傾向にある。特に病院小児科については集約化が進んできていると考えられる。



勤務施設	小児科が主たる診療科である医師数		
	H14	R2	増減
総数	14,481	17,997	+3,516
病院	8,429	11,088	+2,659
診療所	6,052	6,909	+857

出典) 医療施設数：医療施設(静態・動態)調査
医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計

小児救急医療体制



小児医療圏

- 第8次医療計画の指針を策定する際に、小児救急医療圏を小児医療圏として一本化することを求めている。
- 7都道府県において、小児医療圏と異なる小児救急医療圏を設定している。

小児医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、（中略）、前期「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定する。
- (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。逆に、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、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。

（参考）各都道府県における、小児医療圏数と小児救急医療圏数(令和3年4月1日時点)

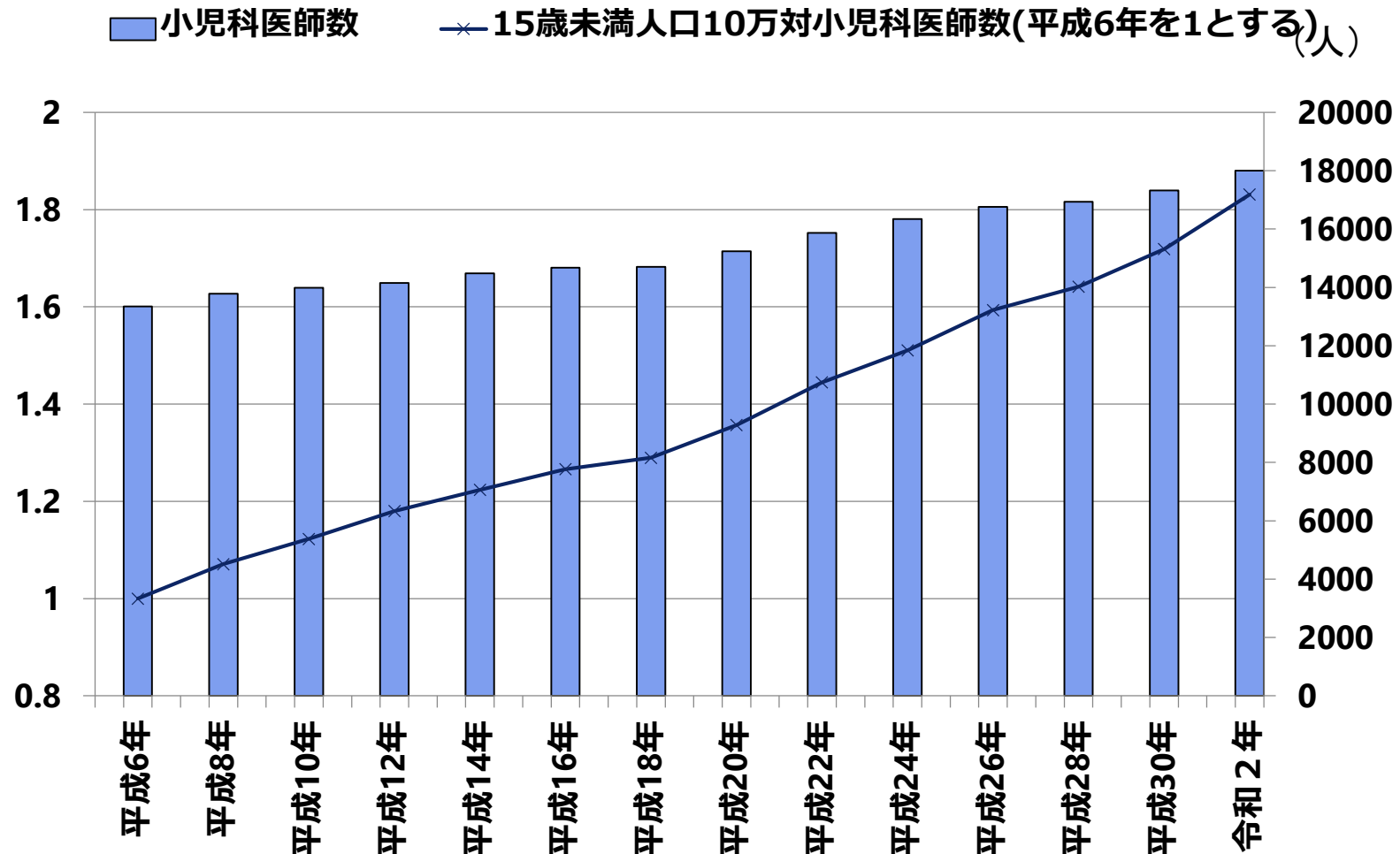
青色：小児医療圏数と小児救急医療圏数が異なる場合

都道府県名	小児医療圏数	小児救急医療圏
北海道	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	9
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	7
福島県	6	6
茨城県	8	12
栃木県	6	6
群馬県	4	4
埼玉県	14	14
千葉県	9	15
東京都	5	13
神奈川県	14	14
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県	2	2
山梨県	2	2
長野県	10	10
岐阜県	4	5
静岡県	8	12
愛知県	11	11
三重県	4	4

都道府県名	小児医療圏数	小児救急医療圏
滋賀県	7	7
京都府	6	6
大阪府	8	11
兵庫県	8	11
奈良県	5	2
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	5	5
徳島県	3	3
香川県	5	5
愛媛県	4	4
高知県	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	3	3
長崎県	8	8
熊本県	7	7
大分県	6	6
宮崎県	4	4
鹿児島県	6	6
沖縄県	5	5
計	310	339

小児科医数の推移

○ 15歳未満人口に対する小児科医数は、近年一貫して増加しており、15歳未満人口10万対医師数は、令和2年には平成6年の2倍となっている。



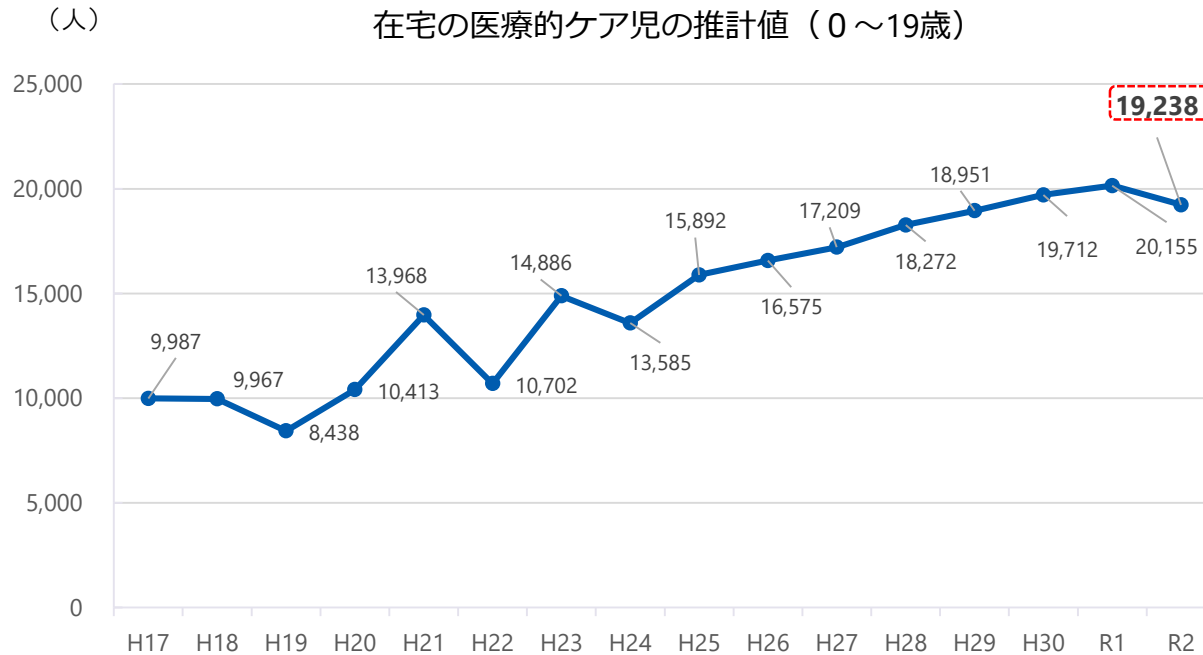
※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典) 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2.0万人〈推計〉である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

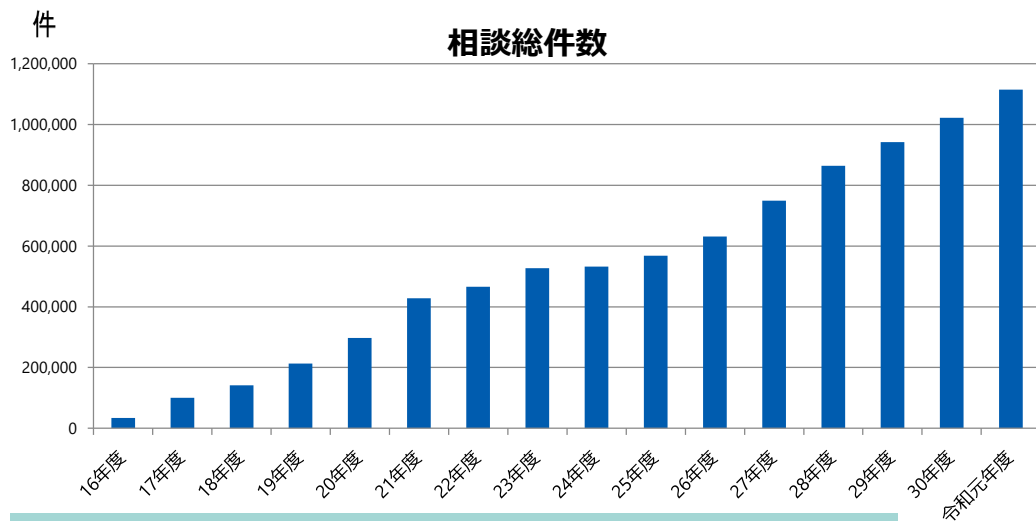
第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

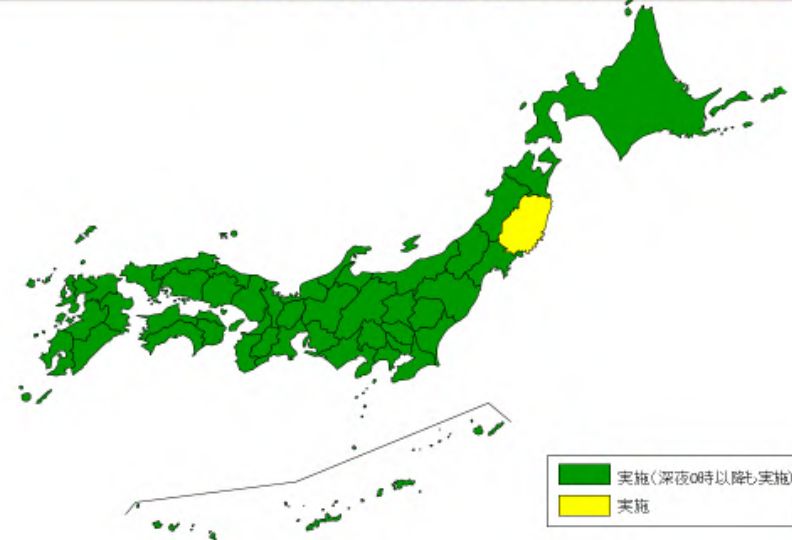


子ども医療電話相談事業（#8000）の整備と周知

- #8000への相談件数は年々増加しており、46都道府県で深夜0時以降も実施されている。
- 応答率を把握している都道府県は、令和元年と比較すると増加はしているが、11都道府県にとどまる。



#8000の実施状況 (令和3年4月1日現在)



#8000事業に関する都道府県の取組み状況 (令和3年4月)

取組事項	該当する都道府県数	
	令和元年度	令和3年度
<input type="checkbox"/> 満足度※1を把握している。	23	27
<input type="checkbox"/> 認知の割合※2を把握している。	12	12
<input checked="" type="checkbox"/> 応答率、時間内応答率等を把握している。	6	11
<input type="checkbox"/> 子どもの医療相談について、電話以外によるサービス提供を実施又は検討している。(メール、チャット等。)	2	1
<input type="checkbox"/> #8000に相談した者のうち、時間外外来を受診した小児の患者の割合を把握している。	2	2
<input type="checkbox"/> 時間外外来を受診した小児の患者のうち、#8000に相談した者の割合を把握している。	なし	1

<応答率・時間内応答率について>

電話のつながりやすさを判断するKPIとして、コールセンター等において活用される。

① 応答率

- ・ 着信件数のうち受電対応者が応答した件数の割合。
- ・ 相談者の満足度とも関連するが、待ち時間は分からない。

② 時間内応答率

- ・ 着信件数又は受電件数のうち一定時間に受電対応者が応答した件数の割合。
- ・ 相談者の待ち時間に対する不満のマネジメントに適するが、まずは応答率の改善が必要。

※1 「満足度」は、相談対応者の印象による評価である場合を含む。
 ※2 「認知の割合」について、定義、調査方法、調査頻度等は定めて調査していない。

小児医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・小児医療圏と小児救急医療圏の一本化
- ・小児医療機能の分類と設定

○小児医療に関する協議会

- ・協議会への参加が望ましい人材
- ・外因性疾患への対応
- ・新興感染症まん延時の小児医療体制

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・小児医療機能の集約化・重点化
- ・NICUの集約化・重点化
- ・ICTの活用

○医師の働き方改革への対応

- ・小児医療機能の集約化・重点化（再掲）
- ・ICTの活用（再掲）

○医療的ケア児への支援

- ・退院支援やレスパイトの受入

○子ども医療電話相談事業（#8000）の取組状況

等

第8次医療計画に向けて (周産期医療)

日本産科婦人科学会

日本産婦人科医会

日本周産期・新生児医学会

日本新生児成育医学会

杉山 隆

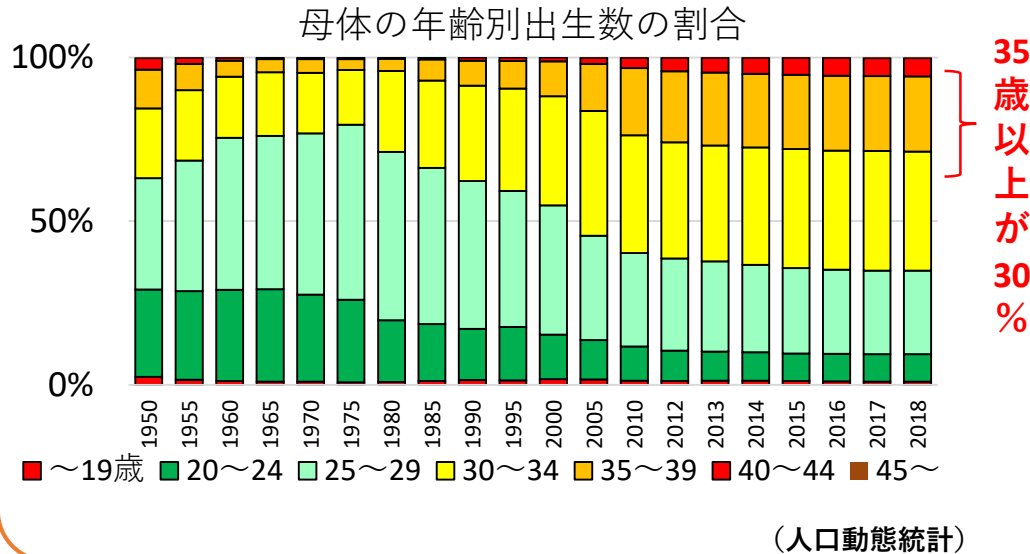
中井 章人

中村 友彦

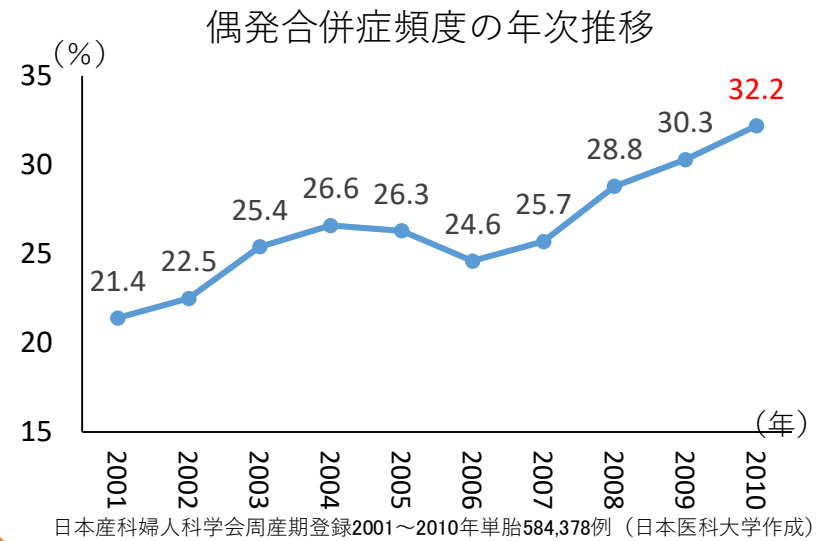
早川 昌弘

周産期医療の現状と課題①

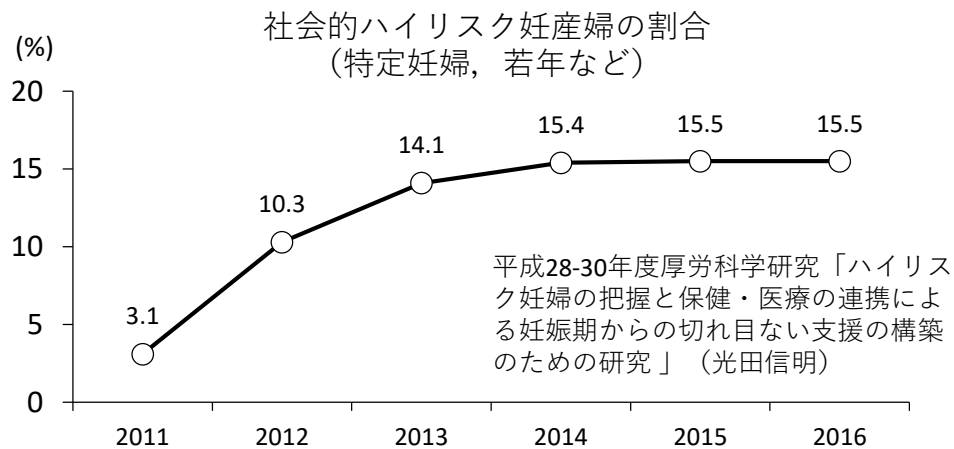
① 高齢出産の増加



② 妊娠における偶発合併症の増加



③ 社会的ハイリスク妊産婦※の増加



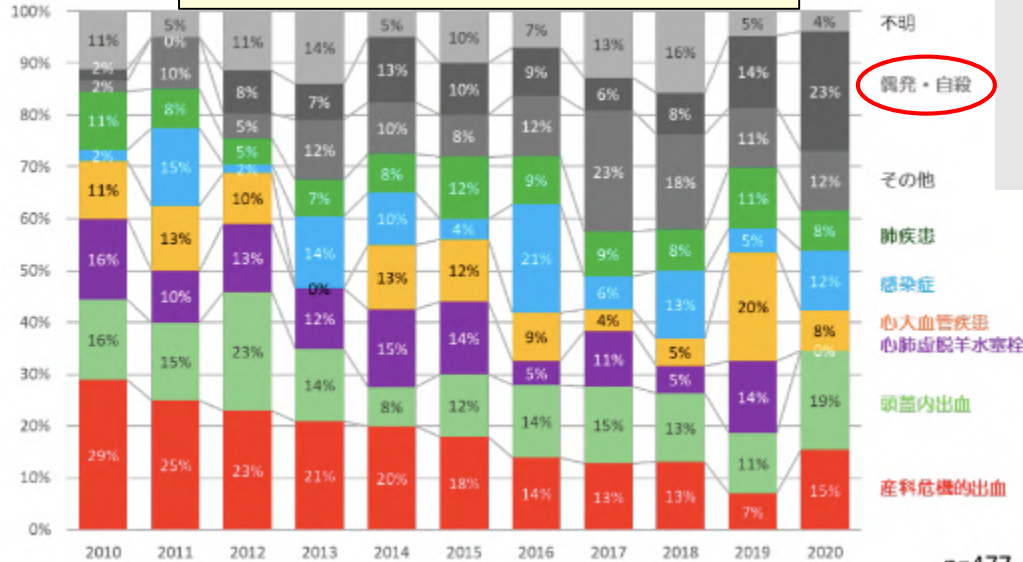
- 妊婦の高齢化（35歳以上が30%）に伴い、合併症の頻度が増加し3人に1人が何らかのリスクを持つため、ハイリスクな妊産婦、新生児に対応する体制の充実が必要ではないか。
- 社会的なハイリスク妊産婦が増加していることから、これらの妊産婦に対応する体制の強化が必要ではないか。

※社会的ハイリスク妊産婦とは、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のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

周産期医療の現状と課題②

④メンタルヘルスケアの重要性増加

妊産婦死亡の原因別頻度の推移（割合）



日本産婦人科医会 妊産婦死亡症例検討評価委員会令和3年9月「母体安全への提言2020」

- ・妊産婦死亡は、2010年には産科的危機的出血によるものが3割程度を占めていたが、近年は10%程度まで減少している。
- ・自殺によるものの割合が増加している。
- ・メンタルヘルス介入が必要な妊産婦は4%程度。（全数換算で3万人程度）
- ・周産期母子医療センターにおいても、常時妊産婦の精神疾患に対応できる医療機関は4割以下である。

自施設内で合併症に対し24時間対応可能である
周産期母子医療センターの割合（%）

脳血管疾患		心血管疾患		外傷	精神疾患
脳血管手術	脳血管内治療	心臓カテーテル検査・治療	心臓血管手術		
75.6	73.1	79.9	64.8	78	37

令和3年度周産期医療体制調査

精神疾患は常時自施設内で対応できる施設が少ない

n=477

施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答施設数	分娩数	要介入数	頻度（%）
病院	338	20385	1108	5.4
診療所	735	18510	443	2.4
合計	1073	38895	1551	4.0

流産、死産後のメンタルケアは重要

流産、死産等を経験した女性やその家族に対しての相談窓口の設置
都道府県：100%、市町村：85.9%

令和3年子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

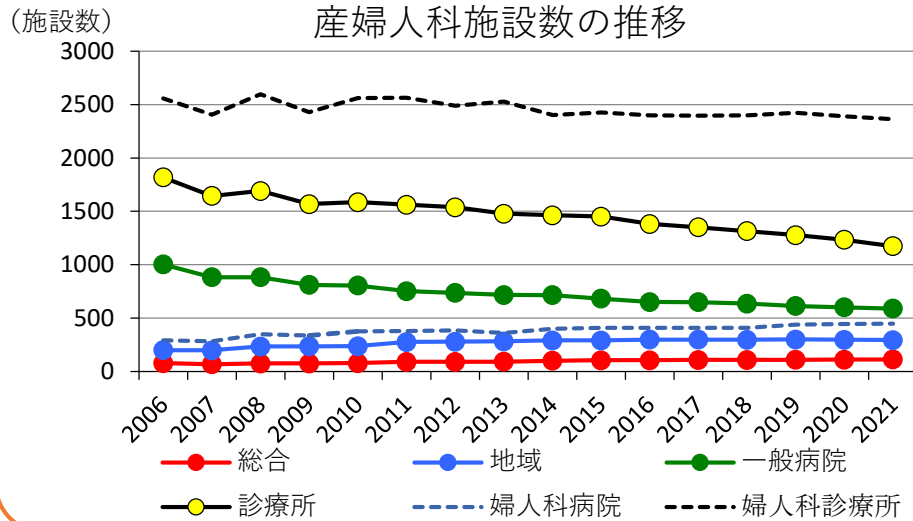
- 妊産婦の死亡原因として自殺が増加傾向であることから、周産期母子医療センターにおいては、当該施設が精神科を有さない場合は連携して対応する協力医療施設を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えることが必要ではないか。
- 流産、死産等を経験した女性等への支援について、地域で共有し、医療機関への周知を行う等により適切に提供できるようにするべきではないか。

平成28-30年度厚労科学研究「ハイリスク妊婦の把握と保健・医療の連携による妊娠期からの切れ目ない支援の構築のための研究」（光田信明）

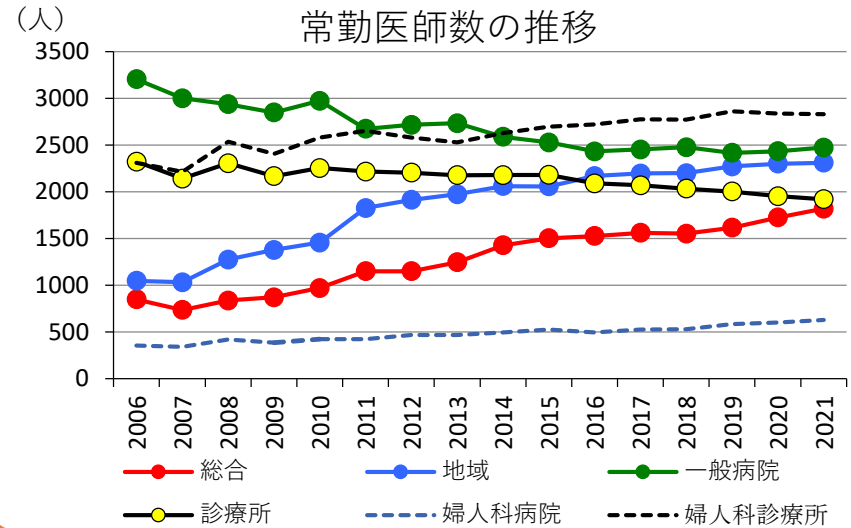
周産期医療の現状と課題③

日本産婦人科医会施設情報調査2021
(5,230施設中有効回答5,146施設、
回答率98.4%)

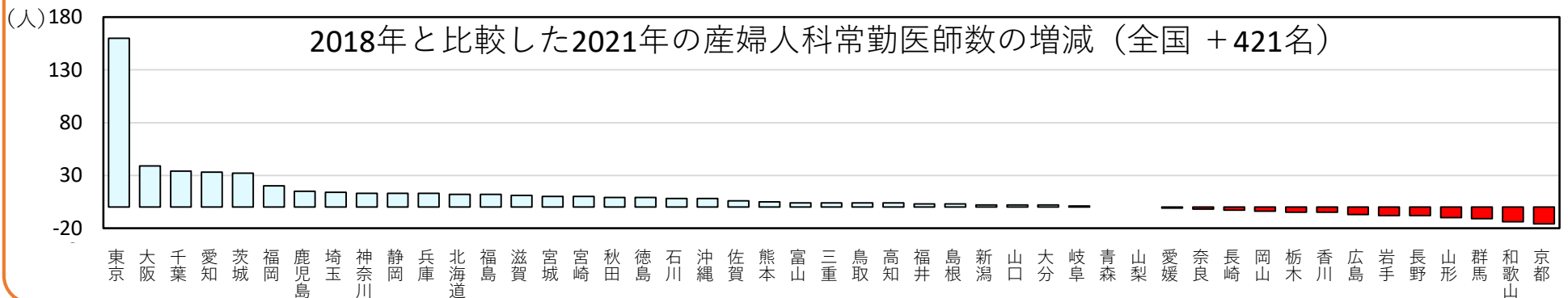
⑤ 周産期医療機関の減少



⑥ 周産期医療の集約化



⑦ 産婦人科医師の大都市圏への集中



- 施設は15年間で約6,000から5,000に16%減少，分娩を取扱う一般病院と診療所の減少が著明である。
- 医師数は約10,000名から12,000名に約20%増加し周産期母子医療センターで2倍以上になっている。
- 大都市圏で医師数は増加しているが，3分の1近くの自治体で医師数は減少している。

新興感染症まん延時の周産期医療について

新型コロナ禍で明らかになった課題

- ① 感染流行初期には、新型コロナウイルス感染妊婦は周産期母子医療センターに入院とする都道府県がほとんどであった。周産期母子医療センターでは、ハイリスクな妊産婦、新生児への対応を行っているため、感染妊婦の増加により病床の逼迫が起こった。

新興感染症まん延時において、感染症診療のみならず通常産科診療、産科緊急症に対応できる体制を維持できる体制について、平時より検討することが必要。

- ・ 感染症まん延時においては、中等症以上もしくは産科合併症を有する症例は周産期母子医療センター、軽症で産科合併症のない症例は一般病院で受入れる等
- ・ 感染症妊婦が産科的緊急症を発生した際に必ず受け入れる医療機関を設定する等

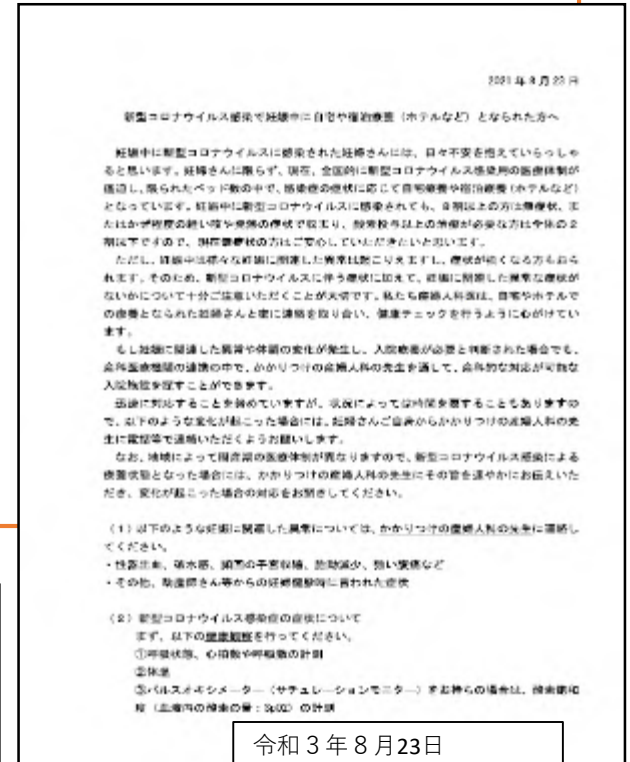
- ② 妊産婦及び新生児の入院・転院調整には、地域の周産期医療体制に精通した人材が必要であった。

適切に感染妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートをを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成及び活用についても平時から検討が必要。

- ③ 自宅療養中の感染妊婦の症状悪化時等に速やかに対応できる体制が必要であった。

入院が必要となる状態の基準について、医療関係者及び妊産婦に周知し、緊急時の搬送体制構築のため、消防関係者との情報共有が必要。

- 感染症まん延時においては、感染症診療と産科的緊急症を含む産科診療を継続的に提供できる体制が必要であることから、平時から体制について検討することが必要ではないか。
- また、適切に感染妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートをを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成及び活用についても平時から検討してはどうか。



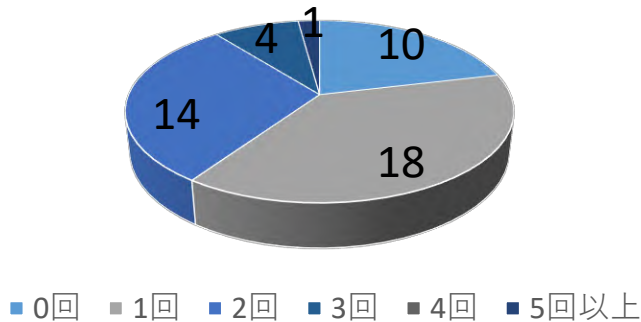
令和3年8月23日
日本産科婦人科学会
日本産婦人科医会
日本周産期・新生児医学会

周産期医療に関する協議会について

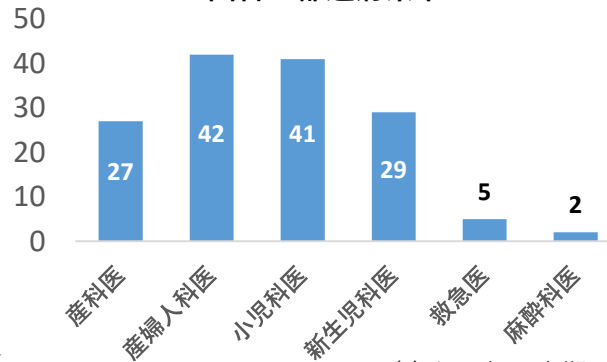
- 1年間のうち1回も周産期医療協議会を開催していない都道府県が存在する。
- 医師はほとんどの都道府県で参加しているものの、新生児科医が参加していない都道府県がある。また、救急医が参加している都道府県は少ない。
- 助産師は37都道府県で参加している。
- 消防関係者の参加は32都道府県にとどまる。

周産期医療に関する協議会の開催状況

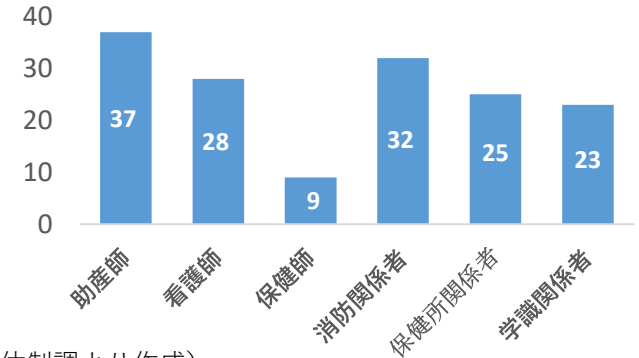
周産期医療協議会の開催回数
令和2年度



周産期医療協議会の構成員（医師）
回答44都道府県中



周産期医療協議会の構成員（医師以外）
回答44都道府県中



(令和3年周産期医療体制調より作成)

周産期医療に関する人材の教育について

- 平時より各周産期医療施設において、緊急時の対応をマニュアル化し、J-CIMELS（日本母体救命システム普及協議会）やNCPR（新生児蘇生法普及事業）のシミュレーション教育を行うことが、母体や児の救命に寄与するとされており、それを指導する人材の確保が重要であるが、都道府県によってその取組状況には差がある。

Q903-1 突然発生した妊産婦の心停止（状態）への対応は？

Answer

3. 突然の妊産婦の急変に適切に対応するための準備として以下を行う。(C)

- 1) 救急蘇生処置に必要な機材や薬品を確認して常備する。
- 2) 各医療施設内で多職種が連携した救急対応システムを構築する。
- 3) 母体救命の教育プログラムなどの講習会に参加する。

解説

3. 妊産婦の心停止発生率は低いが、発症を取り扱う医師は妊産婦の心蘇生法の特徴に習熟するとともに、施設内で発生に必要な機材や薬品をあらかじめ準備・確認しておくこと、および、施設内での産婦人科医とスタッフ間連携する体制を構築し、専任担当者や連携して緊急対応するシステムを構築することが重要である。産科医の救急対応システムはマニュアル化し、定期的にシミュレーションを行うことで、母体救命に寄与する可能性がある。母体救命のシミュレーション教育プログラムは日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）などが実施しており、このような講習会に参加することが望まれる。

一般社団法人 日本産婦人科・新生児医学会
新生児蘇生法普及事業
NEONATAL CARDIO-PULMONARY RESUSCITATION

新生児蘇生法普及事業HPより
(<https://www.ncpr.jp/>)

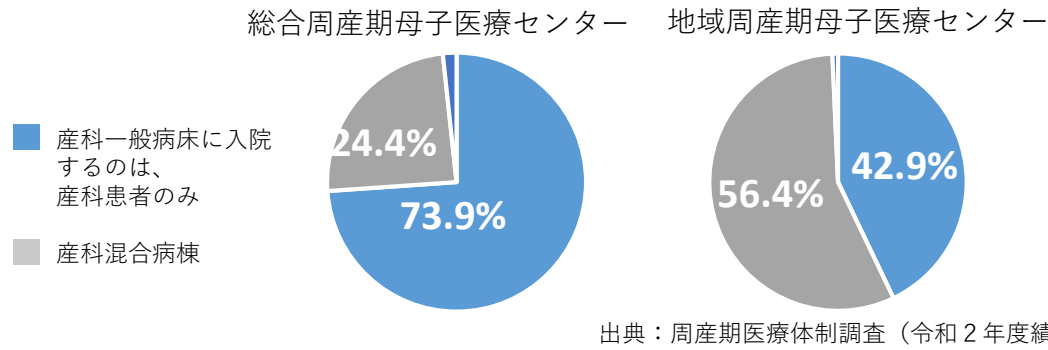
産婦人科ガイドライン産科編2020
(日本産婦人科学会、日本産婦人科医会)

- 周産期医療に関する協議会の構成員として、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、消防関係者や妊婦のメンタルヘルスに携わる人材を含むこととしてはどうか。
- 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としてはどうか。

病棟における産科区域特定の必要性について

- ・分娩数の減少・高齢者の増加により、限られた入院ベッド等の医療資源を有効に活用するためには、妊産婦に限定又は産科患者に限定した病棟運営は難しい。
- ・周産期母子医療センターにおいても、47%が産科混合病棟である。
- ・「分娩を取り扱う医療機関について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定等の対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する」（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（令和3年2月9日閣議決定））

産科混合病棟の現状



ユニットマネジメントとは

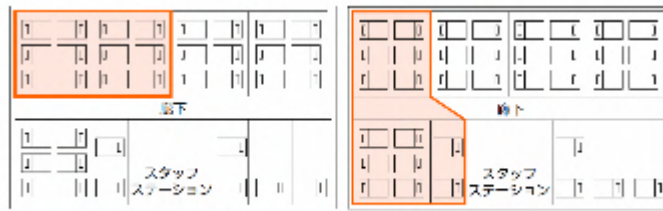
産科混合病棟において病床の区域特定(ユニット化・区域管理)をすることで、母子にとって安全で安心な環境を整備すること

ユニット化

ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用。

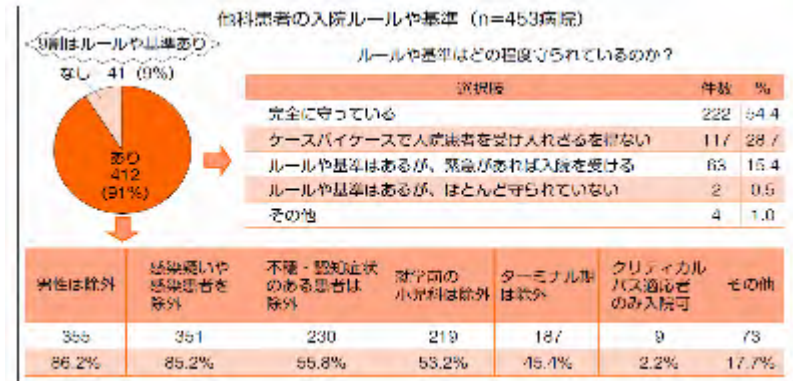
区域管理（ゾーニング）

廊下を含むひと固まりの領域を産科だけのための区域とし、その区域を「ユニット」として使用。



日本看護協会 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引きより引用

産科混合病棟においては、約9割では、他科患者の入院ルールや基準を定めているが、状況によりルールや基準が守られないことがある。



ユニットマネジメントのメリット

- ・担当する病室により、助産業務と看護業務を整理することで、助産師が妊産婦ケアに集中できる環境となる。
- ・妊産婦の入院が少ない場合には、産科ユニット所属の助産師は他病室患者の看護ケアの支援が行える。
- ・妊産婦が他科患者に気兼ねせず、安心して入院生活を送ることができる。

➤ 分娩を取り扱う医療機関は、より安心・安全な周産期医療確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいとはどうか。

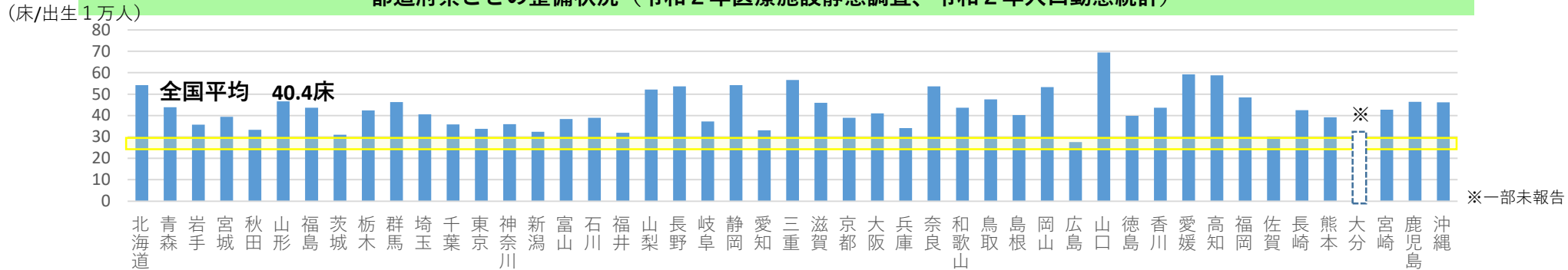
NICUの重点化・集約化

NICUの整備目標

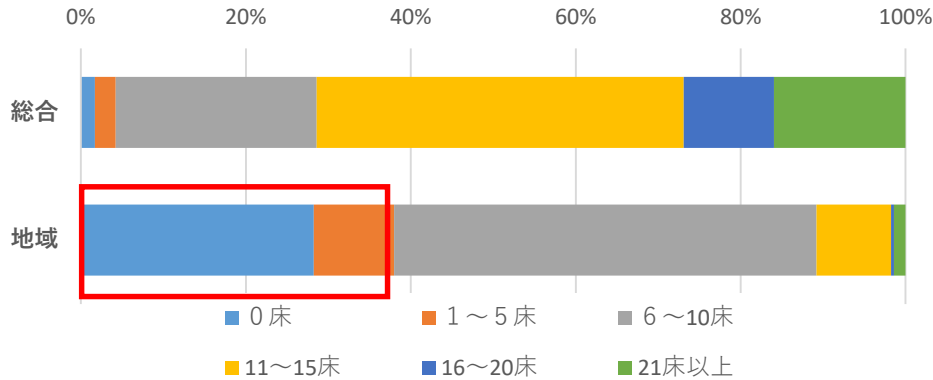
平成26年 NICU病床数 全国平均30.4床（6県が出生1万人当たり25床未満）
 平成27年 「少子化社会対策大綱」（閣議決定）
 >平成31年までに全都道府県で出生1万人当たり25～30床整備
 平成29年 全都道府県において目標を達成。（全国平均34.8床）

目標を大きく上回る
都道府県もある

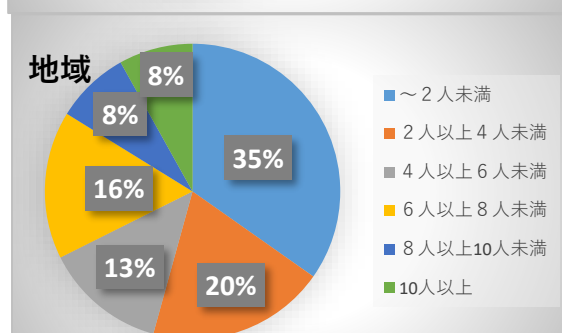
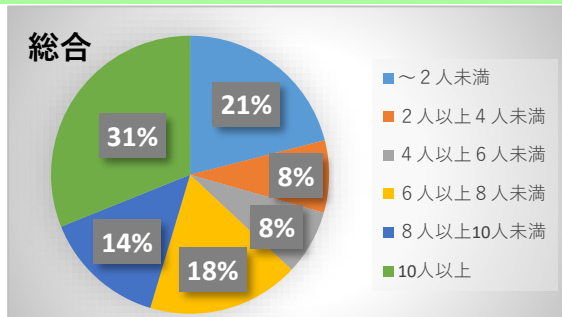
都道府県ごとの整備状況（令和2年医療施設静態調査、令和2年人口動態統計）



NICU病床数の分布



日中主にNICU又はGCUを担当する医師数（常勤換算）



- 地域周産期母子医療センターの約4割が病床数6床未満の小規模なNICUであり、日中主にNICU又はGCUを担当する医師数についても35%の施設で2人未満と少ない傾向にある。
- NICU病床の整備目標を達成し、大きく上回る都道府県もある現状を踏まえ、小規模なNICUは集約化し、新生児医療を担当する医師を重点化することが医療の質の向上と働き方改革に必要なのではないか。

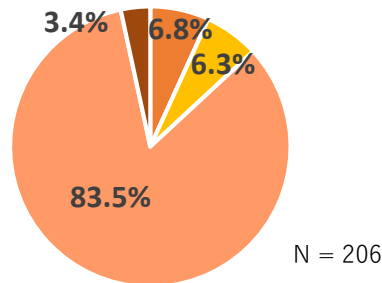
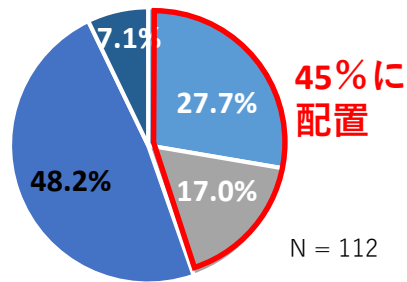
周産期医療と医療的ケア児

- ・退院後も引き続き医療的ケアが必要な児（以下「医療的ケア児」とする）となる可能性が高いNICU長期入院児は一定数存在し、これらの児に対して適切に退院支援を行うことは円滑な在宅医療への移行において重要である。NICUを退院する児について、退院支援や在宅医療・保健福祉サービスとの連携を行うNICU入院児支援コーディネーターの配置や長期入院児の退院に向けた準備を行うための病床を設置する等により、医療的ケア児に対する支援が行われている。
- ・周産期医療の体制構築に係る指針では、総合周産期母子医療センターは、面会や母乳保育を行うための設備を備えることが望ましいとされ、長期間入院する新生児と家族の愛着形成を促すことについては記載されているものの、「医療的ケア児」としての記載はない。

NICU入院児支援コーディネーターの配置状況

総合周産期母子医療センター

地域周産期母子医療センター



- NICU専任のNICU入院児支援コーディネーターがいる
- 医療機関にNICU入院児支援コーディネーターがいる
- なし
- 不明

配置していない理由（都道府県回答）

- ・医師により、長期入院児の在宅等への移行調整が行われている。
- ・院内の医療連携室などの部署で実施している。
- ・ソーシャルワーカー等が必要に応じて、在宅移行を支援している。
- ・現時点では議論が尽くされていない。
- ・コーディネーターを必要とする長期入院児数が少ない。

長野県の取組（地域療育支援施設運営事業の活用）

長野県立こども病院に在宅支援病床16床を設置

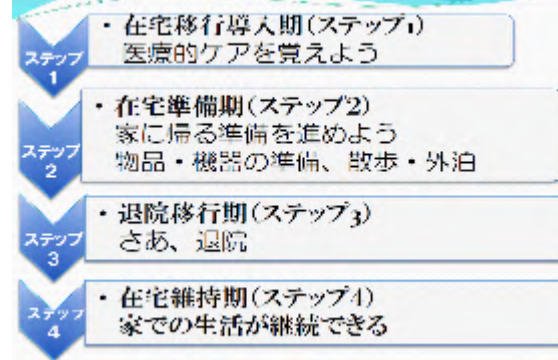
人工呼吸療法等により長期にわたり医療的ケアを要する児と家族を支援し、在宅医療を目指す

主な役割

- ・在宅移行に向けた準備
- ・在宅維持支援（レスパイトの受入）
- ・長期入院患者のQOLを高める
- ・長期入院患者と家族の愛着関係の促進



在宅移行までの過程



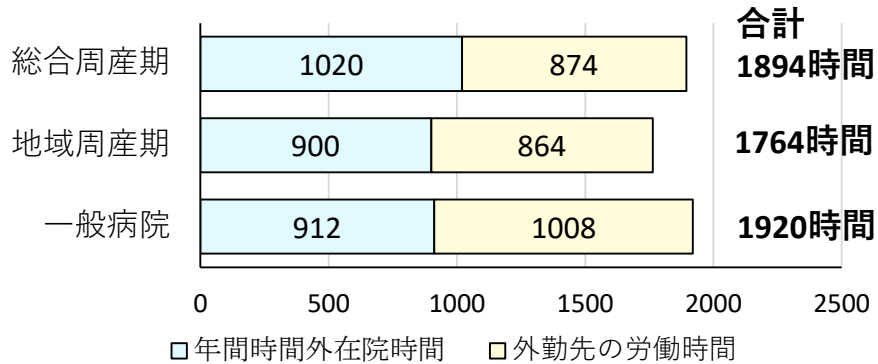
- ・ファミリーケアルームを併設
- ・子どもと家族の生活の調整
- ・家での生活イメージを広げる

- 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、当該施設の小児一般病棟や地域の小児医療施設への移動の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアをおこなうための手技習得や環境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を整えることとしてはどうか。
- 地域の医療機関は、レスパイトの受入れ等により、在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施することとしてはどうか。

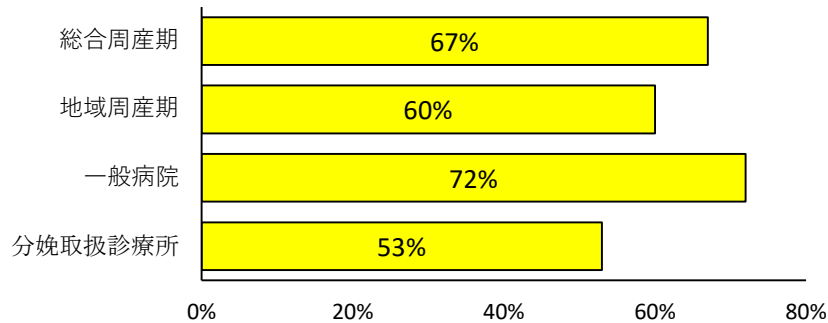
医師の働き方改革への対応の現状と課題①

多くの周産期医療施設は非常勤に支えられている

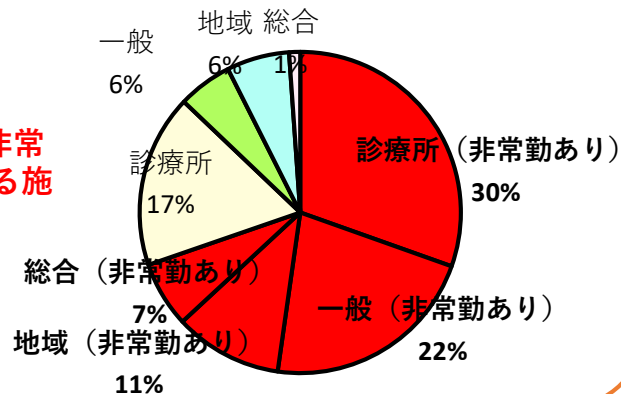
分娩取扱病院産科医師の自施設の年間時間外在院時間と外部施設の年間勤務時間



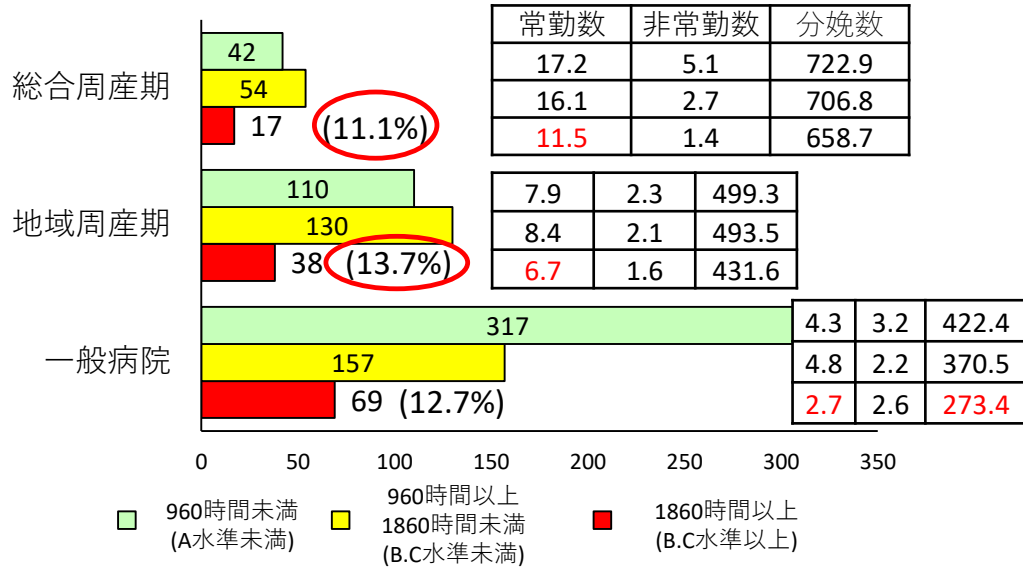
非常勤医師を雇用している施設 (%)



全国70%の出産は非常勤医師が雇用される施設で行われている。



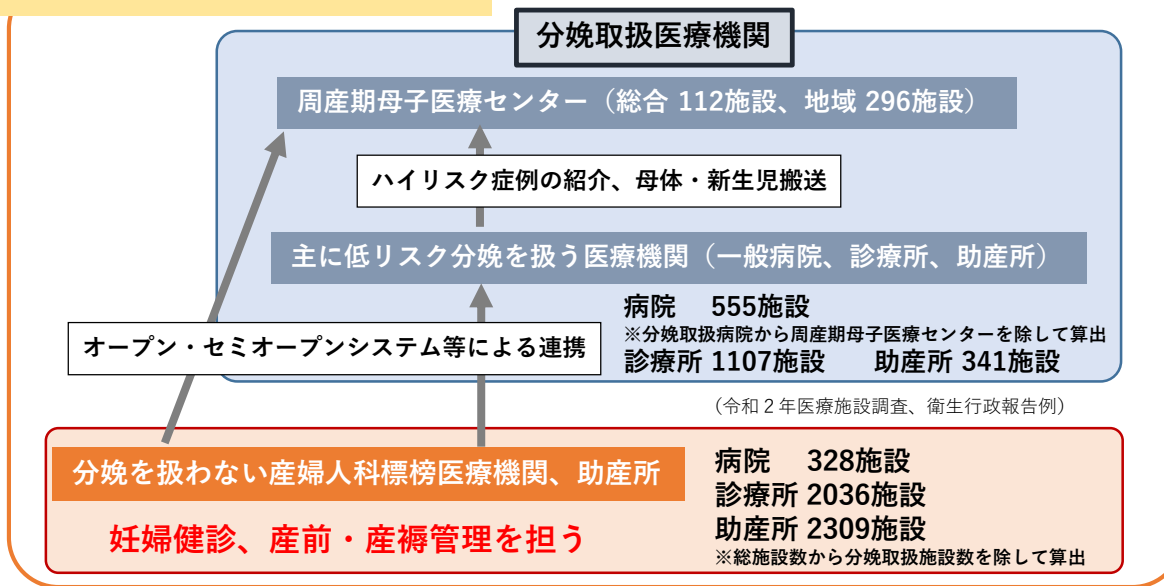
平均年間時間外在院時間ごとの施設数, 医師数, 分娩数



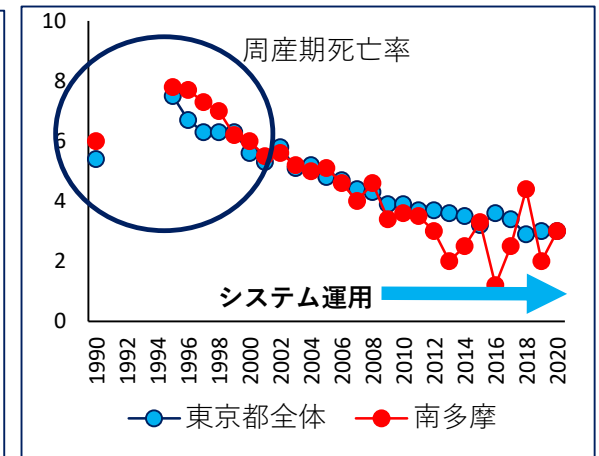
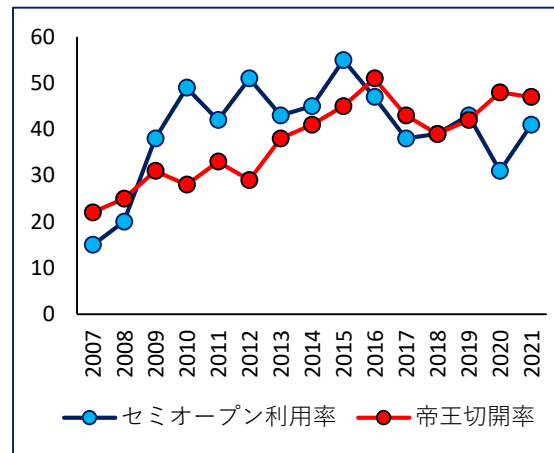
- 産科医師の平均年間時間外在院時間は長時間である。
- 周産期母子医療センター及び一般病院について、時間外在院時間がB・C基準を超えている施設が1割強あり、超えていない施設と比較して医師数が少ない傾向である。
- 一般病院で長時間在院の施設は、医師不足に加え、分娩数も少ない傾向である。
- 多くの周産期医療施設は非常勤医師によって支えられていることから、医師の働き方改革の影響を大きく受ける可能性がある。
- 医療機関・機能の集約化・重点化を検討し、医師確保計画と整合性のある体制整備を行うことが必要ではないか。

医師の働き方改革への対応の現状と課題②

周産期医療を地域で支える



セミオープンシステム



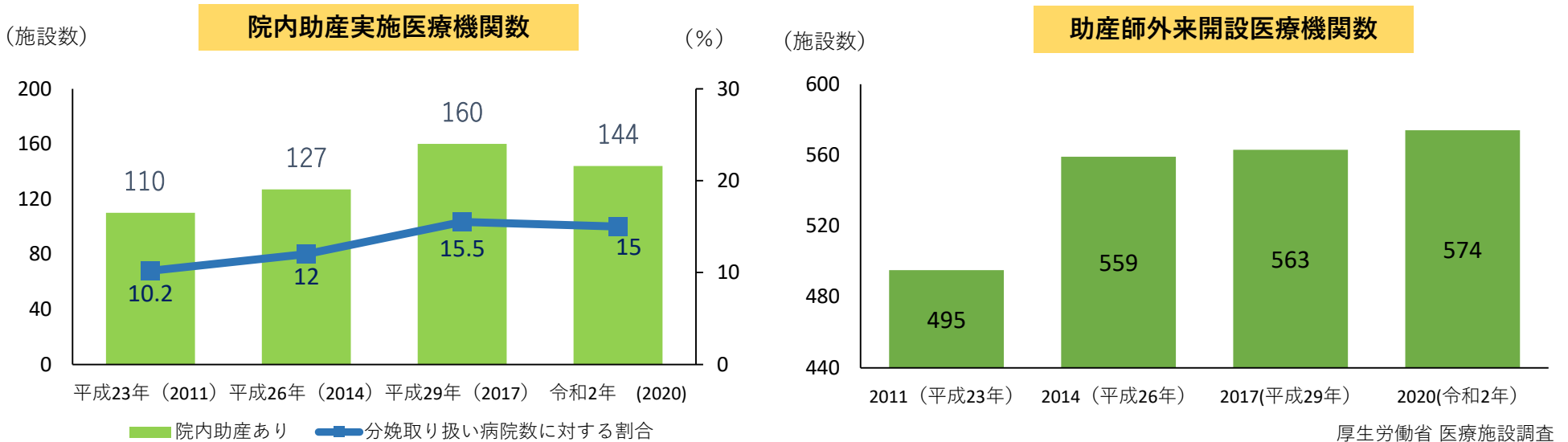
セミオープンシステムは労働時間短縮に加え、ハイリスク妊産婦の集約につながり、地域の医療水準向上に寄与する。

医師の働き方改革への対応の現状と課題③

院内助産 緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

助産師外来 緊急時の対応可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。 平成29年 厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来ガイドライン2018 日本看護協会

- ・ 今後、働き方改革推進の中で、役割分担を進め、産科医師・助産師がともに、それぞれの専門性を発揮した連携・協働を可能とする。
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズに応え、安全・安心・快適なお産の場を確保し、助産師の活躍を推進する



- 地域医療構想による集約化・重点化と医師の偏在対策が急務。
- 分娩を取り扱わないものの妊婦健診や産前・産褥管理を実施する医療施設は、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り扱い医療機関との情報共有・連携を図ることとしてはどうか。
- 分娩を取扱わない施設で産褥管理を推進することは、産科施設の集約化・重点化にも資するのではないか。
- オープン・セミオープンシステム、院内助産システム、助産師外来の導入など医師の業務負担軽減に資する事業を積極的に推進してはどうか。

第8次医療計画に向けた提案（周産期）

【無産科周産期医療圏の解消】

- ・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、産科医師や分娩取り扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするために、周産期医療圏を見直すこと。

【NICUの集約化・重点化】

- ・NICUの病床数は既に全都道府県で出生1万あたり25-30床という目標を達成しているが、都道府県における出生数の実績や周産期・新生児専門医など高度専門人材の配置状況等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について検討すること。

【分娩を取り扱っていない産婦人科医療機関や助産所の役割】

- ・分娩を取り扱わないものの妊婦健診や産前・産褥管理を実施する医療施設は、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り扱い医療機関との情報共有・連携を図ること。

【ハイリスク妊産婦への対応】

- ・出生数や分娩数、ハイリスク妊産婦の受入れ実績、医療従事者の配置状況、医師の働き方改革等を踏まえつつ、NICU・MFICU及び周産期・新生児専門医など高度専門人材の配置などの集約化・重点化について検討し、総合周産期母子医療センターを中心として、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児にリスクの高い妊娠に対応する体制をとること。
- ・総合周産期医療センターは、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。
- ・妊産婦の死亡原因として自殺が増加傾向であることから、周産期母子医療センターにおいては、当該施設が精神科を有さない場合は連携して対応する協力医療施設を定め、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。

【周産期医療に関する協議会】

- ・周産期医療に関する協議会の構成員として、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、消防関係者や妊婦のメンタルヘルスに携わる人材を含むこと。
- ・都道府県及び市町村が提供する死産、流産を経験した女性等に対する支援体制について、協議会内で情報共有を行い、適切に提情報供できる体制を構築すること。
- ・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。

【新興感染症まん延時の周産期医療体制】

- ・感染症まん延時において、感染症診療と産科的緊急症を含む産科診療を継続的に提供できる体制について平時から検討するとともに、その医療体制の維持を目的として、適切に感染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の養成および活用についても平時から検討すること。

【産科混合病棟】

- ・分娩を取り扱う医療機関は、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましく、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を行うこと。

【分娩施設までのアクセス確保】

- ・集約化・重点化により分娩施設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は、アクセスを確保するための対策について検討すること。

【医療的ケア児】

- ・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、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、自宅退院後に家族が在宅ケアを行うための手技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を整えること。
- ・地域の医療機関は、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に対する支援を実施すること。

【医師の働き方改革への対応】

- ・産科医師・小児科医師の勤務環境が適切に保たれるよう、医療機関・機能の集約化・重点化を検討し、地域医療構想や医師確保計画と整合性のある体制整備を行うこと。
- ・産科医師の負担軽減を図るため、院内助産や助産師外来の活用を検討すること。

第8次医療計画に向けて (小児医療)

日本小児科学会
日本小児科医会

平山雅浩
佐藤好範

小児医療提供体制に関わる小児科学会提案とその妥当性

病院小児科の小児科医師数



全国の病院小児科のうち、小児科医師数が1~3名の小規模施設が**64%**を占める

(出典：病院小児科の将来需要について、日本小児科学会 2005年4月6日)

全ての地域の全ての子どもたちに、良質な小児医療を継続的に提供する

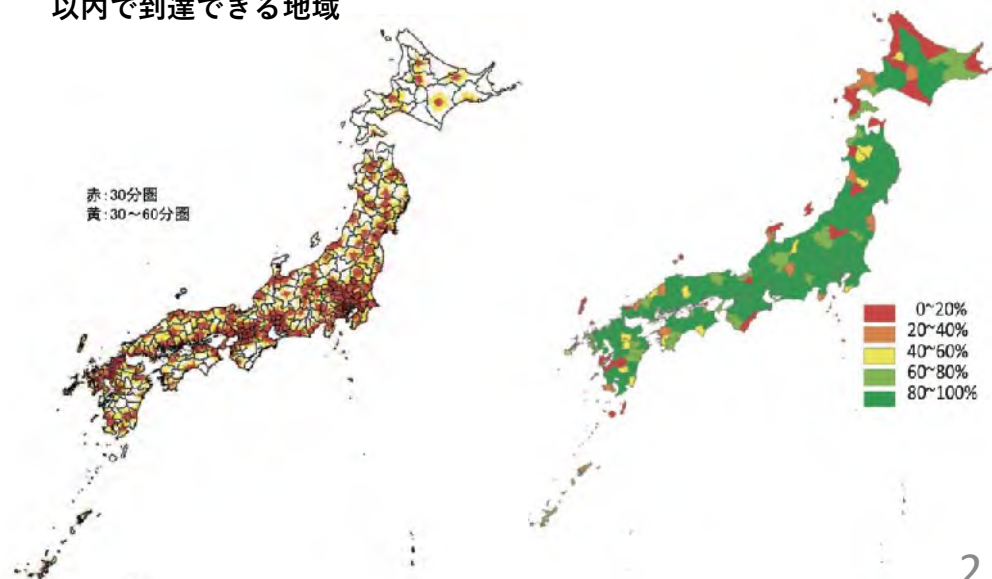
- ・入院・救急の集約化（重点化）
- ・救急・入院医療の広域化（カバーエリア）
- ・病診連携の強化
- ・身近な医療の継続
- ・女性医師の増加
- ・労働条件への配慮

医療計画の策定と診療報酬改定が上手に融合して小児医療提供体制の構造改革は飛躍的に進んだ

全国小児の**94.3%**は、60分以内に中核病院／地域小児科センターに到達できる

自動車を使い、中核病院／地域小児科センターに60分以内で到達できる地域

60分以内に到達できる医療圏に居住する小児人口の割合



日本小児科学会

日本小児科学会の定義（2011年）		2014調査	2019/2020調査
3次救急・小児救命救急医療、専門診療機能 ・総合周産期母子（一部で地域周産期母子） 小児在宅医療に対応、CPT(Child Protection Team)あり ・医師育成（専門医研修基幹施設）、医師派遣機能 〔目安〕小児入院医療管理料1、2	中核病院小児科	106	119
連日2次救急（24時間365日対応）、一部の専門診療 ・地域周産期母子、小児在宅医療に対応、CPTあり ・医師育成（専門医研修基幹又は連携施設、指導医存在） 〔目安〕小児入院医療管理料2、3	地域小児科センター	399	394
○核病院小児科も地域小児科センターもない小児医療圏における最大の病院小児科、救急医療（連日でなくて可） ・専門医研修連携施設（指導医不在も可） 〔目安〕小児入院医療管理料3、4、5	地域振興小児科 A	80	114

医療計画と小児科学会の示す小児医療機能

都道府県が「小児中核病院」「小児地域医療センター」「小児地域支援病院」と考える小児医療機関に対し、日本小児科学会が提案する小児医療施設の分類のどれに当たるかを質問。

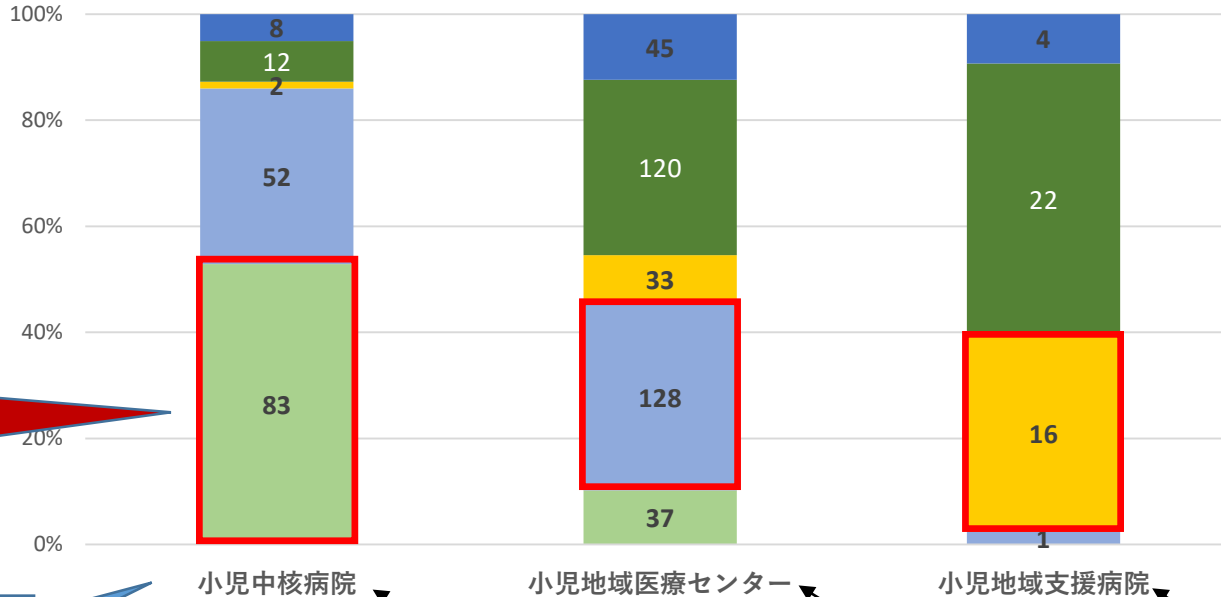
三次医療圏に1か所
 ・三次救急医療・集中治療、専門医療を提供
 ・周産期母子医療センター・小児科専門医育成
 ・小児入院医療管理料1~2（小児科医師少なくとも20名）
 ・医師派遣機能 等

二次医療圏・小児医療圏に1か所以上
 24時間の入院医療・二次救急医療、専門医療を提供
 周産期母子医療センター
 小児入院管理料2~3（小児科医師少なくとも9名）
 等

中核病院小児科・地域小児科センターいずれもない
 医療圏において最大の病院小児科
 ・隣接医療圏からアクセス1時間以上
 ・小規模な入院診療 等

日本小児科学会からの提案

■ 中核病院小児科 ■ 地域小児科センター ■ 地域振興小児科 ■ 一般小児科 ■ わからない



厚労省と小児科学会との機能が一致

医療計画に示された病院機能

小児の高度な専門医療や救命救急医療を担う

小児の専門医療や入院を要する救急医療を担う

小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において、最大の病院小児科

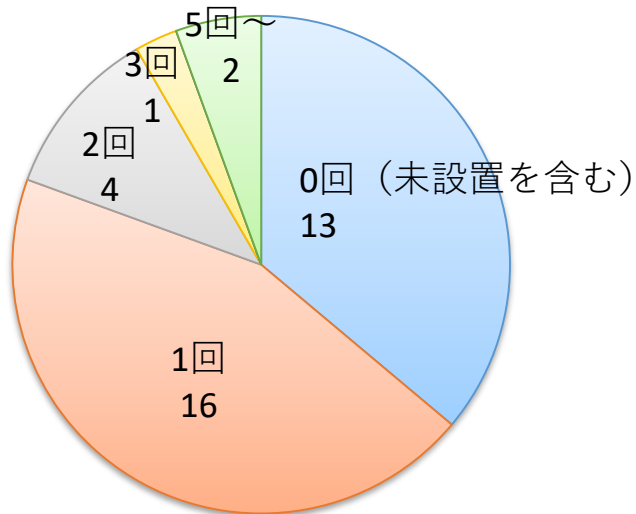
- 小児科学会の提案は逼迫する小児救急と人材不足を解消するために提案された。
- 医療計画では、人員配置は規定していない。
- 求められる機能と規模との不一致が形成され、日本小児科学会の要件を満たせない施設が存在している。
- 自らの施設が地域においてどのような位置付けにあるのかを知らされていない施設も多い。

出典：吉村健佑、厚生労働省研究班「小児医療体制に関する全国実態調査」第125回日本小児科学会総会、分野別シンポジウム1

- 地域小児医療体制で中心的な役割を担う医療機関においても、小児科医数等の日本小児科学会が求める要件を満たせていない現状がある。
- 複数の医療機関で小児中核病院や小児地域医療センターの機能を担うことを検討するべきではないか。

小児医療に関わる協議会の開催の有無

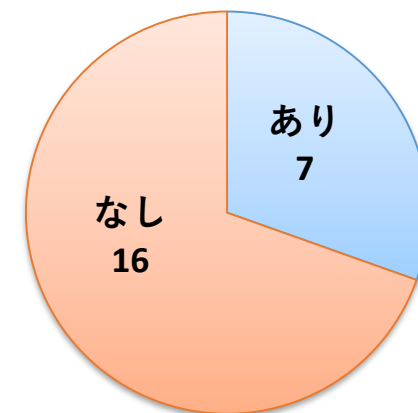
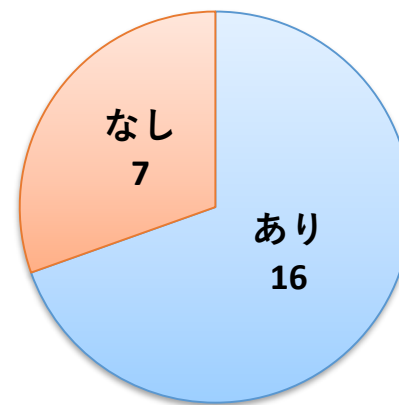
小児医療に関する協議会の開催回数（令和3年度）



小児医療に関する協議会を開催した都道府県のうち、

周産期医療に関する協議会との連携

地域医療構想調整会議との連携



小児医療に関する協議会の構成員（回答：24都道府県）

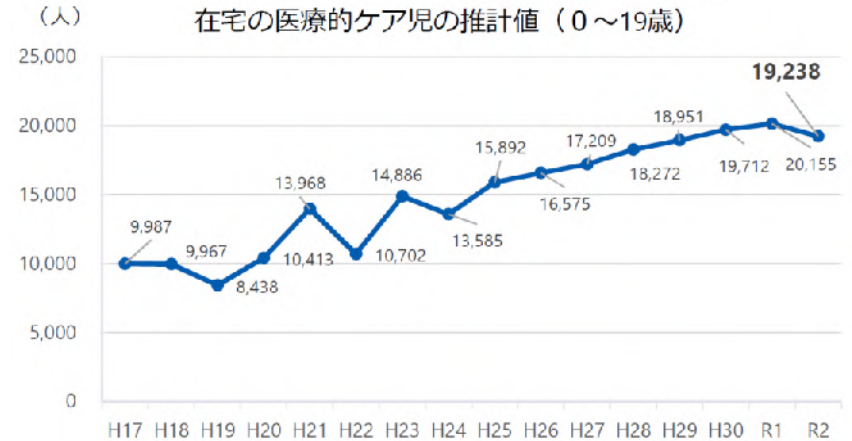
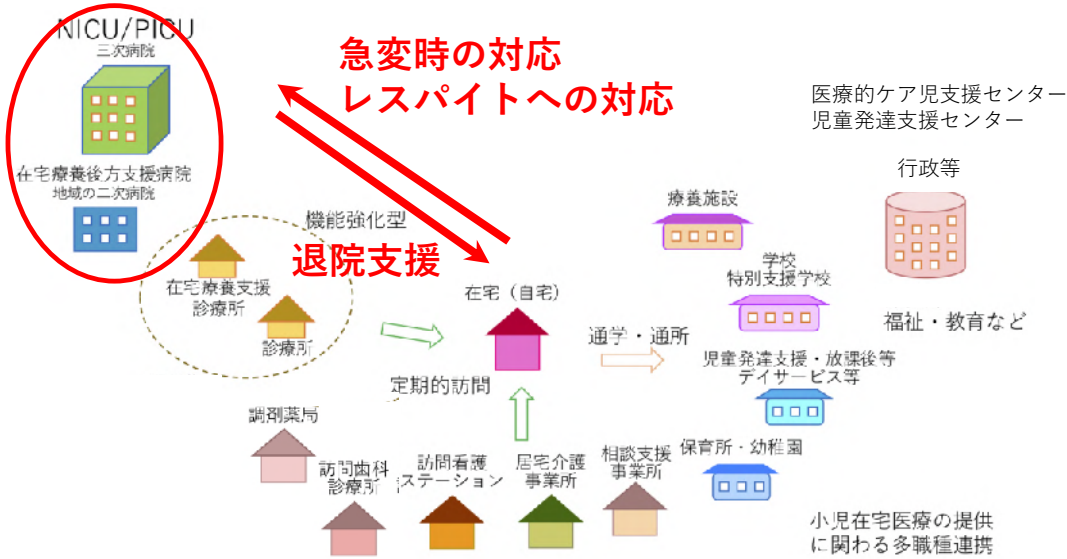
小児科医師	救急科医師	産科医師	看護師	保健師	助産師	行政担当者	医育機関担当者	消防関係者
24	5	11	14	1	11	20	16	13

厚労省医政局 地域医療計画課調べ

- 第7次医療計画の中間見直しで、小児医療に関する協議会の開催を求めたにも関わらず、小児医療に関する協議会が開催されていない都道府県がある。
- 小児医療に関わる幅広い人材（学校教育関係者、福祉関係者等）が協議会に参加し、小児医療体制に関する包括的な議論を行うべきではないか。
- また、小児医療と周産期医療は関連が深いため、周産期医療に関する協議会との連携が必要ではないか。

医療的ケア児について

○医療的ケア児を地域で支えるためには、医療と保健・福祉・教育等との連携が重要である。特に、小児医療においては、退院時支援、急変時の対応、レスパイトへの対応が求められる。



(出典:厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)により厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室で作成)

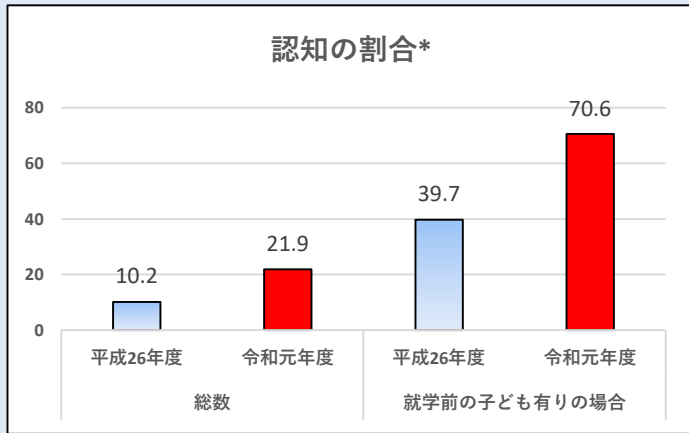
- 小児の在宅医療の提供は、日常生活を支えるための地域での連携が最も重要である。
- 医療計画において、医療的ケア児への支援として、関係医療機関間の連携体制の強化、レスパイトの受入体制等の医療体制整備が明記されるべきではないか。

安心して出産・育児ができる土地にしか人は住まない。
少子化対策の切り札は、小児科対策である。

子ども医療電話相談事業（#8000）について

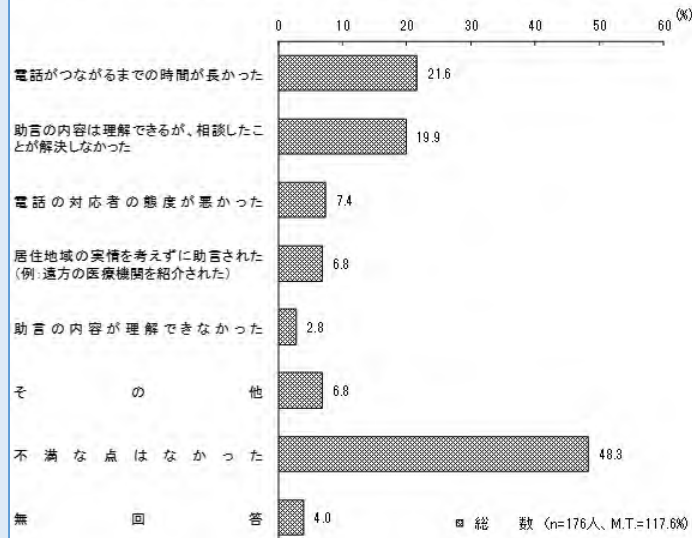
- 令和元年度の調査において、就学前の子どもがいる方を中心として認知の割合は7割であり、全国における広報啓発の効果が得られてきている。
- 利用者の意見を踏まえた、回線数や対応の質等を含めた適切な体制の確保が引き続き必要である。

#8000の認知度について（世論調査）



出典:「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」の概要(令和元年11月内閣府政府広報室)より引用

（「#8000（子ども医療電話相談）」を「知っている、利用したことがある」と答えた者に、複数回答）



相談事業の役割を補完するようなウェブサイト



#8000事業に関する都道府県の取組み状況

取組事項	該当する都道府県数	
	令和元年度	令和3年度
<input type="checkbox"/> 満足度※1を把握している。	23	27
<input type="checkbox"/> 認知の割合※2を把握している。	12	12
<input checked="" type="checkbox"/> 応答率、時間内応答率等を把握している。	6	11
<input type="checkbox"/> 子どもの医療相談について、電話以外によるサービス提供を実施又は検討している。(メール、チャット等。)	2	1
<input type="checkbox"/> #8000に相談した者のうち、時間外外来を受診した小児の患者の割合を把握している。	2	2
<input type="checkbox"/> 時間外外来を受診した小児の患者のうち、#8000に相談した者の割合を把握している。	なし	1

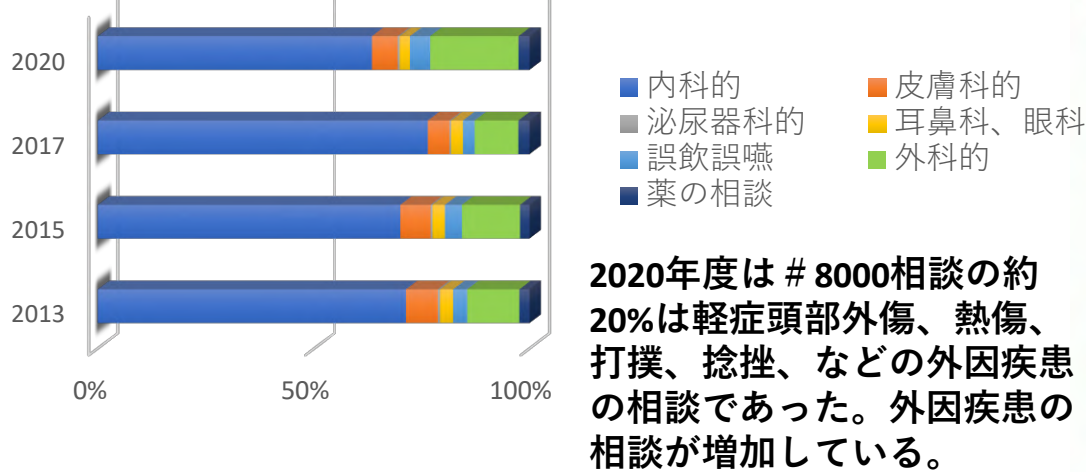
- #8000事業については、利用者から様々な意見があることから、応答率等の把握や対応の質の確保を行い、適切な体制を維持する必要があるのではないか。
- また、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報源についても周知を行ってはどうか。

(医政局地域医療計画課調べ)

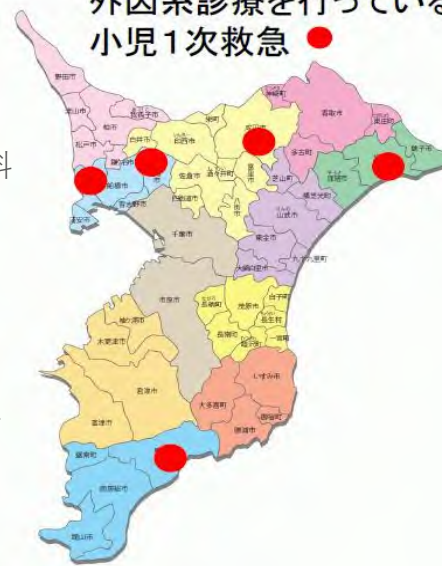


外因系疾患と医療体制の整備について

千葉県子ども医療電話相談事業（#8000事業）における症状別相談数の割合の推移



外因系診療を行っている小児1次救急



- 千葉県内の小児1次救急施設17のうち、外因系診療できると回答したのは、6施設のみであった。
- 外因疾患の電話相談が増加しているが、その受け入れ医療機関が十分ではない。

千葉県小児救急電話相談事業（#8000）症状別相談統計より作成

わが国における軽症頭部外傷診療の実態（国立成育医療研究センター調べ） 日本小児救急医学会雑誌 14;2014:287.
 脳神経外科（48%）、**小児科（20%）**、外科（14%）、救急科（11%）

外傷診療に付随する課題

- ・画像検査に伴う鎮静処置
 - ・処置に伴う鎮痛処置
 - ・外傷の背景にある虐待評価
 - ・外傷の背景にある傷害（事故）予防評価
 - ・外傷後の心理サポート、発達評価
- ⇒外科や脳外科で対応した小児外因系疾患においても、これらの観点について、小児科医の参画が非常に重要である。

●小児の外傷、熱傷等に対する救急医療については、小児科以外の診療科が対応する可能性が高いことから、小児科医の積極的な参画を促すために、こうした外因系の疾患の対応体制について、小児医療に関する協議会で検討する必要があるのではないか。

新興感染症まん延時の小児医療体制について

課題

- 感染拡大時には、新型コロナウイルス感染重症児を受け入れる小児医療機関においては、新型コロナウイルス以外の子どもの治療に一定程度治療延期等が生じた。
⇒**新興感染症まん延時において、感染症診療のみならず通常診療を維持できる体制について、平時より検討することが必要。**
例：対応医療機関の差別化、状況に応じた広域化
- 感染拡大時には、地域の診療所等で診察した子どもが入院が必要となった際に、地域の小児医療体制に精通した人材が入院調整を行う必要があった。
⇒**感染小児の入院等調整について、各地域におけるキーパーソン（例：災害時小児周産期リエゾンなど）を設定し、地域対策本部と情報共有することが必要。**

< 新興感染症まん延時の小児医療提供体制における要点・論点 >

- ・成人診療科との情報共有・連携
- ・地域行政との情報共有・連携
- ・成人、小児病床数の分配に関する検討
（原則的に感染症は小児におけるまん延が多い）
- ・平時から小児医療に関わる看護師等コメディカルスタッフの養成
- ・有効性のある感染対策の実践
（成人と小児の違いを評価、過剰対応による健康被害を防止）
- ・地域における小児医療情報ネットワークの構築
（感染症に関する情報共有のあり方、メーリングリスト、Web会議など）
- ・学校、保育施設等集団感染発生時の対応
（現場支援：感染対策助言、児童等の心理的援助、誹謗中傷対策など）

ICTの活用について

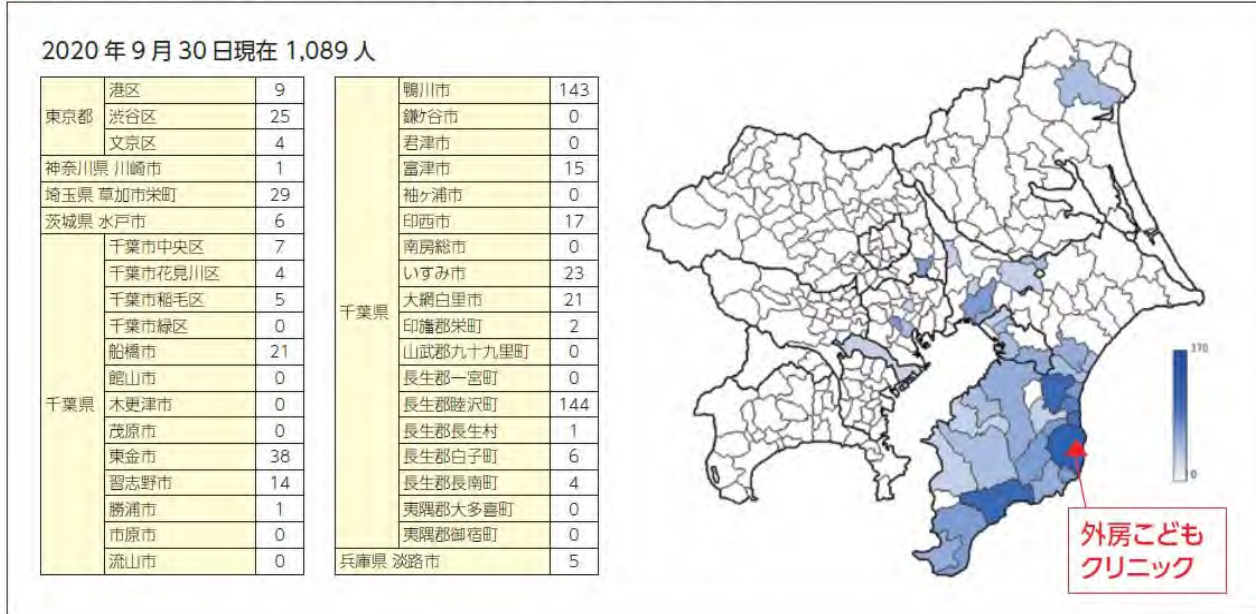
- 慢性疾患の小児の診療において、医療機関まで時間がかかる場合などにオンライン診療が活用されている。
- 新型コロナウイルス流行下では、病院での感染を避けたい等の理由からオンライン診療が活用されている。

千葉県における小児オンライン診療の事例

千葉県 外房こどもクリニック 黒木春郎先生 提供

2020年5月31日現在

●図表4 外房こどもクリニックのオンライン診療患者数と分布



病名	人数
鉄欠乏性貧血	2
中枢性尿崩症	1
気分障害	19
身体表現性障害	4
睡眠障害	4
会話及び言語の特異的発達障害	1
学習能力の特異的発達障害	1
自閉スペクトラム症	16
注意欠如・多動症	29
夜尿症	6
てんかん	2
片頭痛	1
脳性麻痺	1
アレルギー性結膜炎	5
起立性調節障害	1
アレルギー性鼻炎	100
慢性副鼻腔炎	1
気管支喘息	53
慢性胃腸炎	1
過敏性腸症候群	1
便秘症	15
アトピー性皮膚炎	32
蕁麻疹	3
月経困難症	3
嚔下障害	2
反復性発熱	2
食物アレルギー	6
COVID-19の疑い	3
検査結果、急性期フォロー	2
	317

優位点

- ・非対面：感染暴露の危険がない
- ・アクセス：距離に関係なく医療行為が可能
- ・WEB画面：プライベートな空間で患者に安心感がある

限界

- ・処置は不可能
 - ・従って、対面診察の確保は前提
 - ・触診、聴診は不可能
- ※ただし、診断の8割は問診で可能であり、診療上の不利益はほとんどないだろう。

●小児医療へのアクセスのために、都道府県においてICTの活用について検討してはどうか。

小児科医の活動範囲は多様

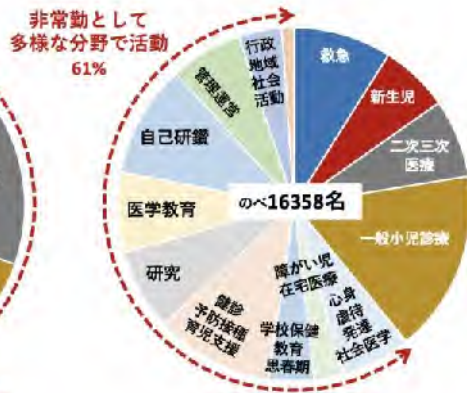
小児科医が担う業務について

- 2021年3月～2022年3月にWeb調査
- 小児科専門医 3559名（小児科専門医の21.5%）が回答
- 勤務先、活動分野別のエフォートを調査

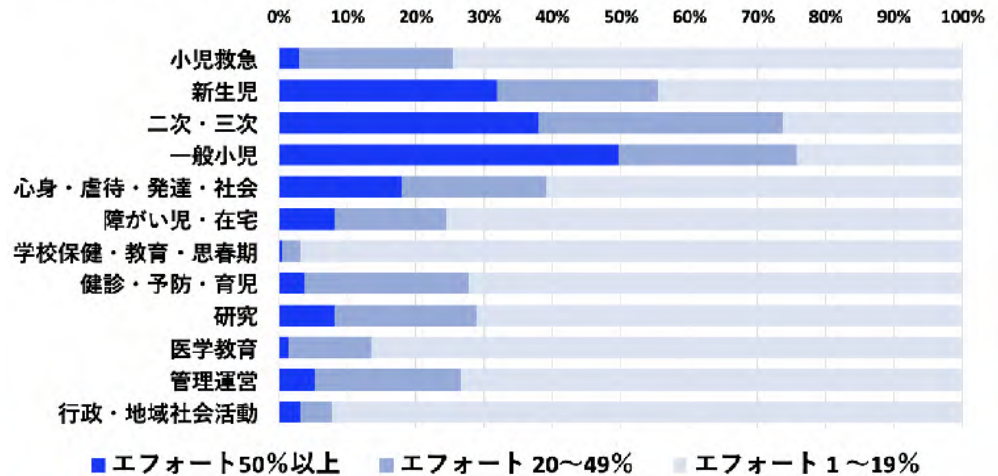
主たる活動分野



全てのエフォート



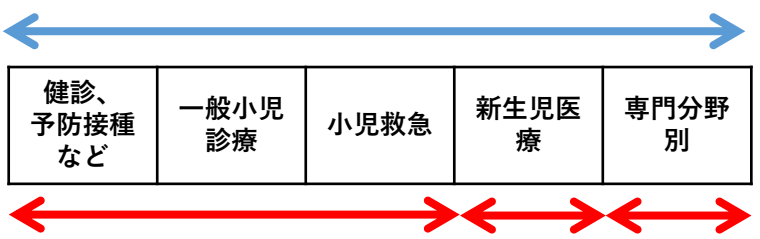
活動分野ごとのエフォート分布（専門医の人数）



多くの活動分野は兼業者（エフォート50%未満）で成り立っている。

小児科医の診療範囲について

- ・日本小児科学会からの小児医療提供体制の提案
- ・医療計画では、小児救急と周産期医療を重点的に充実させた



- ・実情は、小児科+新生児科+小児集中治療に分化している
- ・小児救急と新生児救急には、それぞれ人材が必要
- ・小児科における医師偏在指標の計算では、一般小児医療と高度専門医療の区別がない計算式になっている

- 主たる活動分野(エフォート率50%以上)を見ると、80%が急性期医療に携わっていた。
- その一方で、全てのエフォートで見ると、61%は行政や地域の社会活動をはじめ、医学教育、学校保健、障がい児在宅医療、健診など多様な分野で活動していた。専門医一人当たり平均で、2.6機関で勤務し、4.6分野で活動をしている。
- 新生児医療、二次・三次医療、一般小児診療ではそれを本務とする常勤者の割合が比較的多いが、小児救急やその他の分野では常勤者の割合が著しく少なく、多くの非常勤の兼務者によって支えられている。
- 小児科医師の診療範囲は多岐に渡っているが、小児科における医師偏在指標では、考慮されていない。

新生児医療に関わる医師数と労働時間

NICU勤務医師の実態

当直医1名を置くためには、最低8名の医師が必要

総合周産期NICUであれば16名以上※、
地域周産期NICUであれば8名以上
※NICUの病床が16床以上である場合には、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。（周産期医療の体制構築に係る指針より）

日本の新生児医療は3600名の医師が支えている

総合周産期母子医療センター 1057名
地域周産期母子医療センター 1431名

総合 平均 8.24人 地域 平均 5.96人

新生児医療提供体制・医師勤務状況調査結果報告
日本新生児成育医学会雑誌 33(3): 60-78, 2021

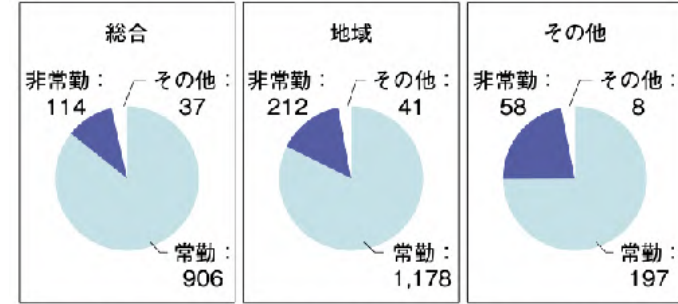


図 16 総合・地域・その他別の回答施設の医師数合計

周産期母子医療センターの常勤医師の職種

(総合周産期母子医療センターの76%、地域周産期母子医療センターの44%が回答)

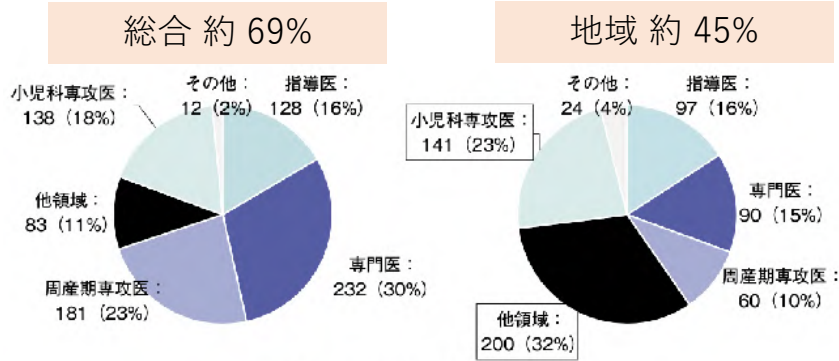


図 21 回答常勤医の医師職種割合

総合周産期の医師の7割は新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師も多い
地域周産期では医師の4割が新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師が多くを占める

新生児医療は新生児専門の医師だけでは提供できない

新生児医療を担当する医師の勤務時間

新生児医療に従事する医師の65%が週50時間以上働いている

全医師の週あたりの総労働時間

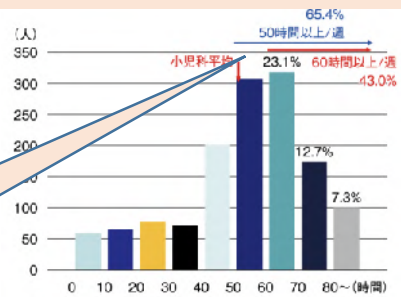


図 30 全医師の週あたり総労働時間の分布 (時間/週)
所定労働時間外の外勤時間も含む。休産・自己研鑽時間を除く。

全医師の4週あたりの総時間外労働時間

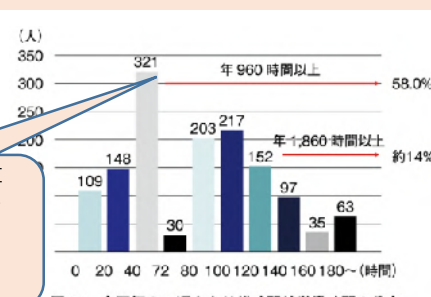


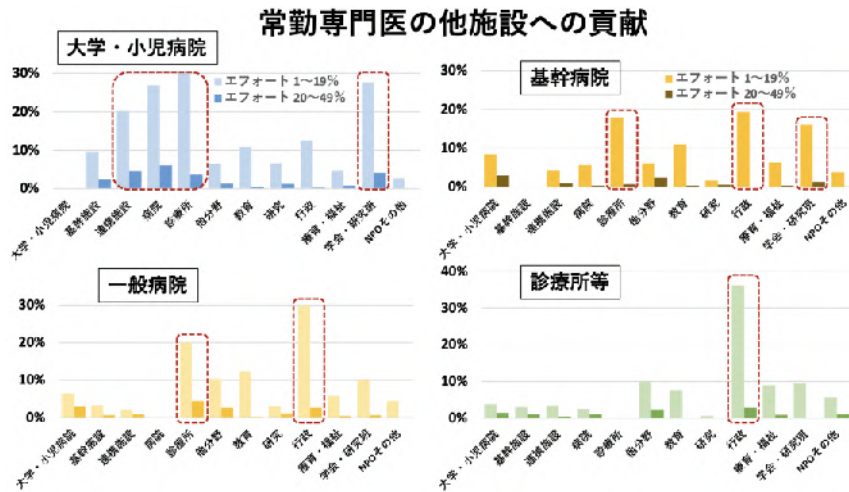
図 38 全医師の4週あたり総時間外労働時間の分布

新生児医療に従事する医師の58%が年間960時間以上働いている

●新生児医療等の高度な専門医療については、これまでの集約化、重点化のもとに、医師の働き方改革も踏まえ、適切な医師の配置について検討されるべきではないか。

小児科医のキャリアパスと持続可能な人材育成

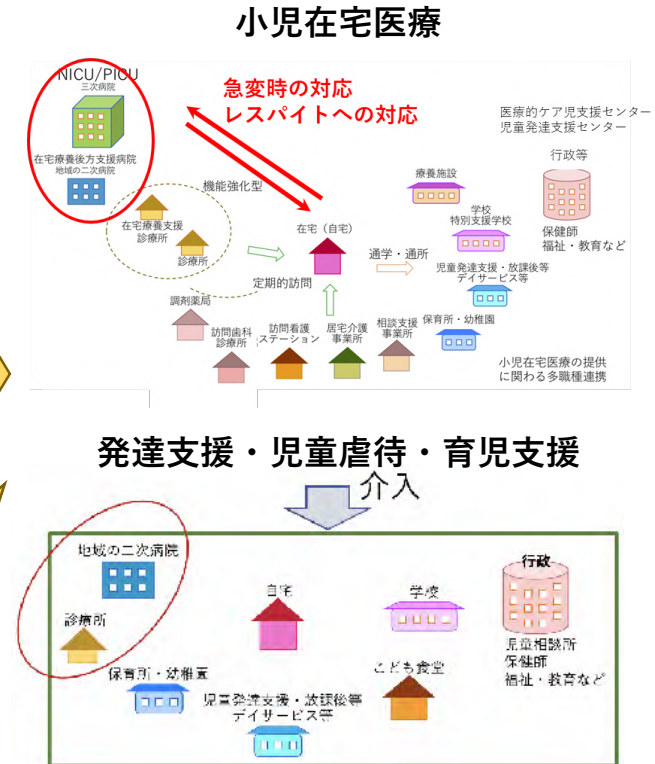
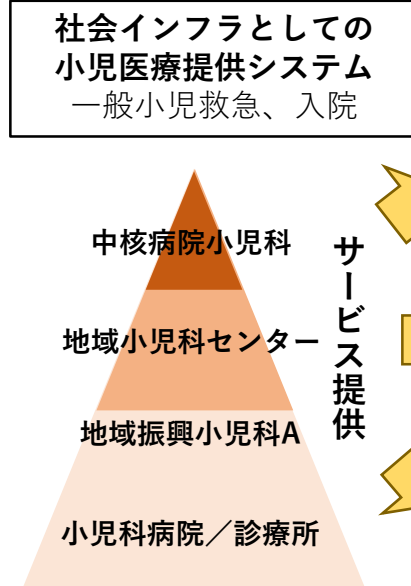
○ 小児科専門医はさまざまな社会インフラを支えており、小児医療体制により構築された病院群が、社会インフラを支える根幹である。



・勤務する施設により貢献している場所が異なる。
・年齢により勤務施設が変化していく。

- ・それぞれの小児医療提供体制の階層が、地域に必要な人材の供給源となっている。
- ・派遣された人材が、システムの中で教育されている。
- ・三次施設・二次施設などで育てられた人材が、やがて地域における一次医療や社会インフラを支える人材となる。(キャリアパスの構築)

- 人材の供給システムを上手に回すことが、人材の育成システムとなり、システム全体の持続可能性を高めるのではないか。
- 一般小児医療を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との連携の要としての役割が必要ではないか。



社会インフラとしての検診システム



第8次医療計画に向けた提案

(医療機能の明確化及び圏域の設定)

- 第8次医療計画の策定にあたっては、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、周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化すること。
- 一本化に当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制が存在しない小児医療圏がないよう設定すること。
- 小児の医療資源の制限等により、ひとつの医療機関で「小児中核病院」「小児地域医療センター」の医療機能を担うことが難しい地域もあることから、ひとつの医療機関で医療機能を果たすことができない場合には、複数の医療機関で連携して医療機能を担うことも検討すること。
- 一般小児医療機能を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との連携の役割を担うこと。

(医療的ケア児に対する小児医療体制)

- 医療的ケア児への支援として、関係医療機関間の連携体制の強化、医療的ケア児等コーディネーターとの連携、レスパイトの受入体制等の医療体制を整備すること。

(小児医療に関する協議会の充実)

- 小児医療については、周産期医療と関連性が深いいため、周産期医療に関する協議会と連携し検討すること。
- 医療だけでなく、保健、教育、福祉にわたり、子どもたちの成育について広く協議できる場となるようにするため、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参加について検討すること。
- 小児の外傷、熱傷等に対する救急医療については、小児科以外の診療科が対応する可能性が高いことからこうした外因系の疾患の対応体制について協議会で検討すること。

(#8000について)

- #8000事業については、47都道府県で実施され、保護者における認知度が8割程度まで増加するなど、一定の役割が果たされているものの、依然として、電話がつながりにくい等の声もあることから、応需率等の把握や応対の質の確保を行い、適切な相談体制の維持を行うこと。また、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急、教えて！ドクター等）についても周知を行うこと。

(新興感染症まん延時の小児医療体制)

- 感染症まん延時において、入院が必要な感染症小児の診療と感染症以外の小児の診療を継続的に提供できる体制について、平時から検討すること。
- 感染症まん延時にオンライン診療を活用できるよう、平時からICTの導入について検討すること。
- 感染症小児の入退院調整については、各地域の小児医療の情報に通じた災害時小児周産期リエゾン等の人材を活用すること。

(医師の働き方改革への対応)

- 勤務環境が適切に保たれるよう小児科医師の確保に引き続き取り組みつつ、小児医療の集約化・重点化のもとで、新生児医療等の高度な小児医療機能を維持できる体制を検討すること。
- 小児医療へのアクセスの確保のために、ICTの活用について検討すること。