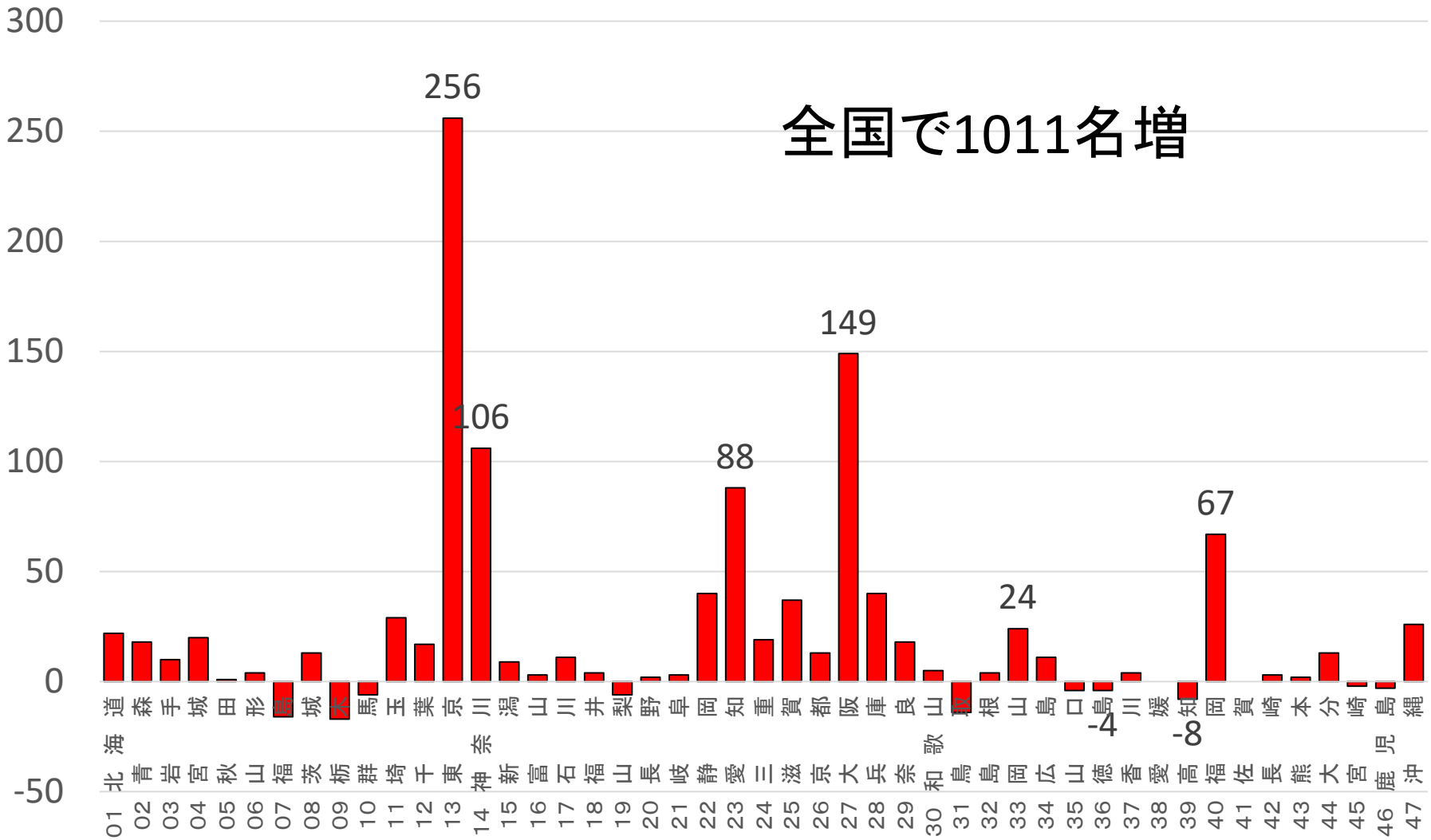
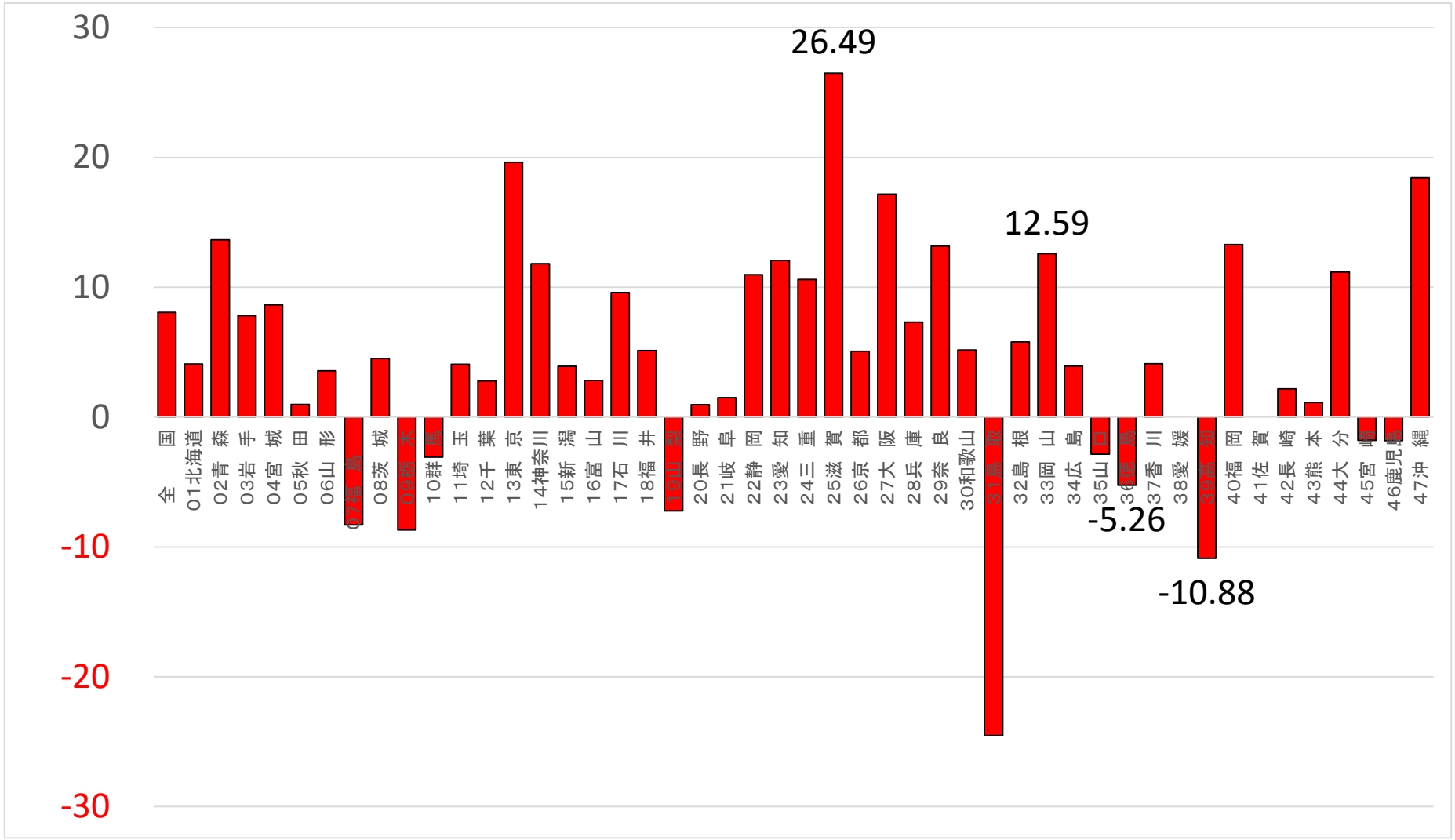
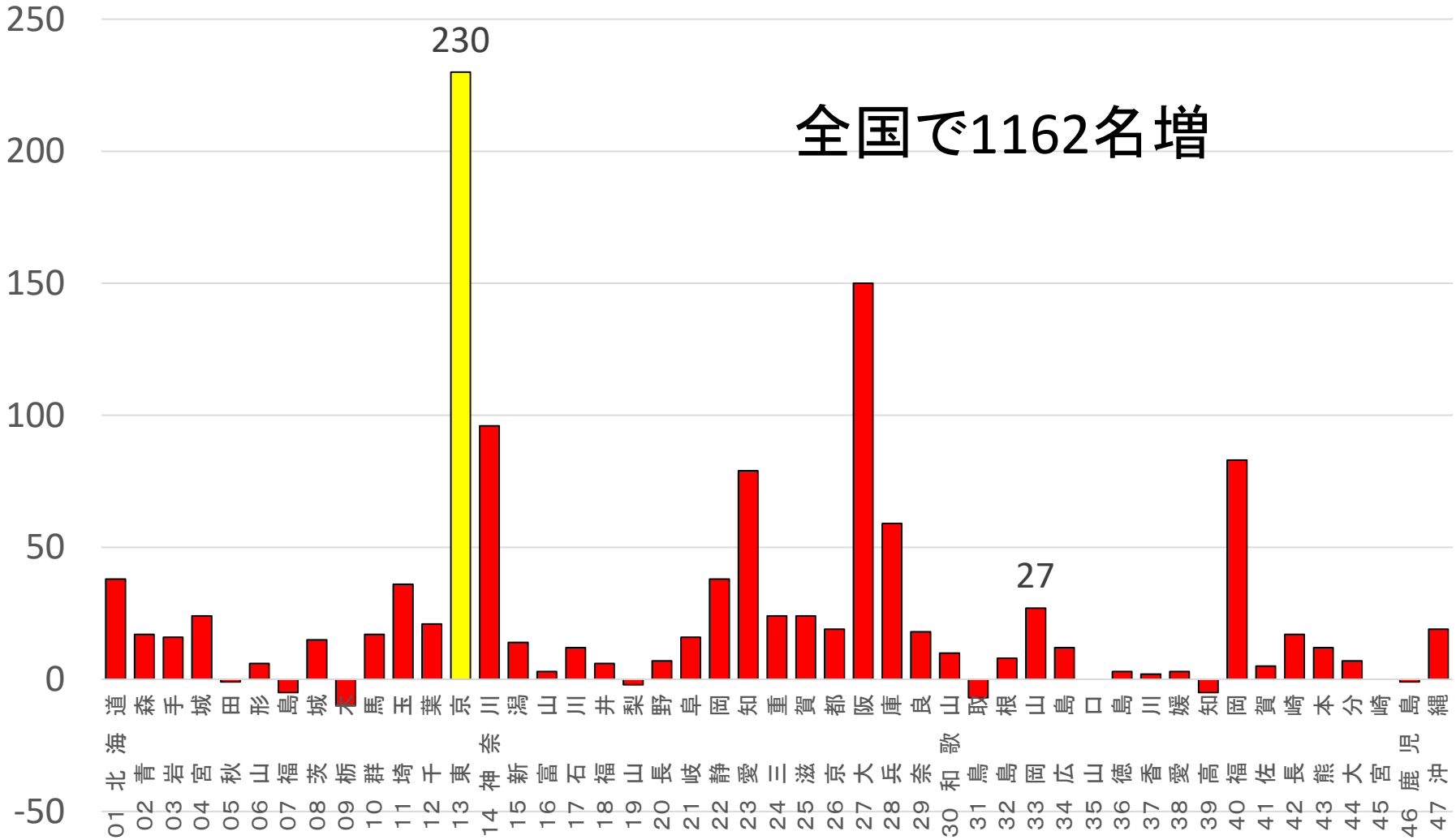
医師歯科医師薬剤師調査
都道府県別医師数　主たる診療科　産婦人科＋産科
全医療機関　平成18年から平成26年の変化



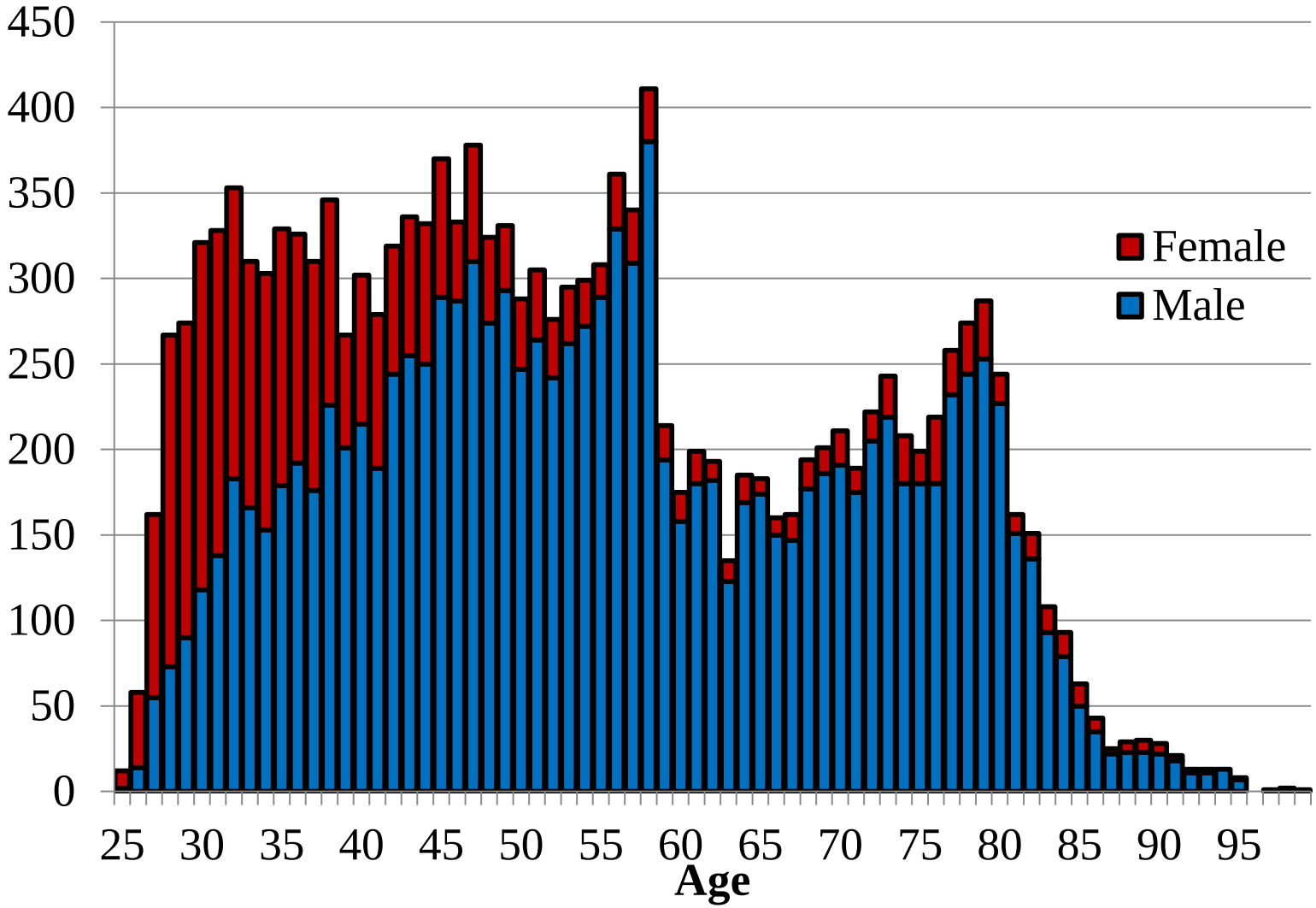
医師歯科医師薬剤師調査
都道府県別医師数　主たる診療科　産婦人科＋産科
全医療機関　平成18年から平成26年の増加数（人口100万対）



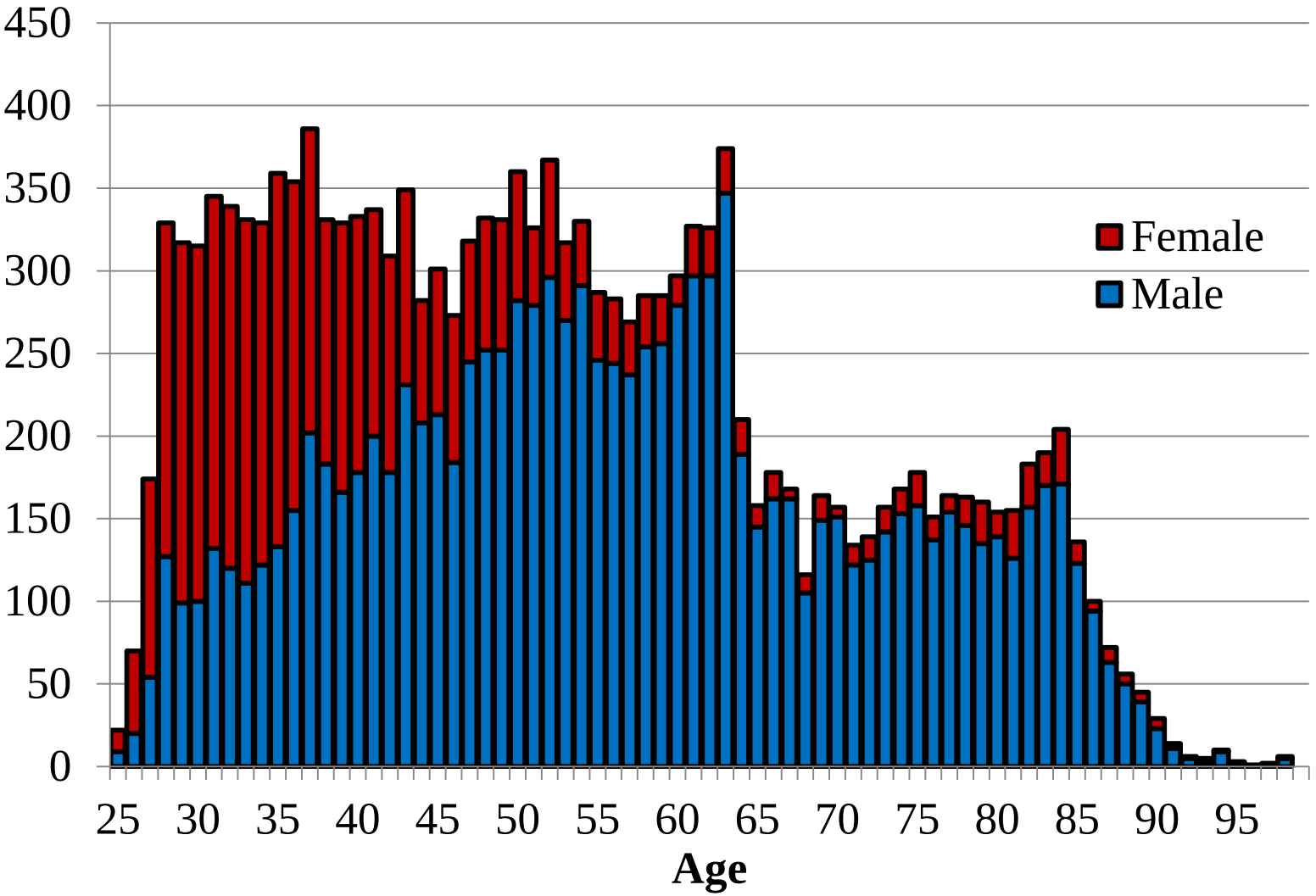
医師歯科医師薬剤師調査
都道府県別医師数　主たる診療科　産婦人科＋産科
病院　平成18年から平成26年の変化



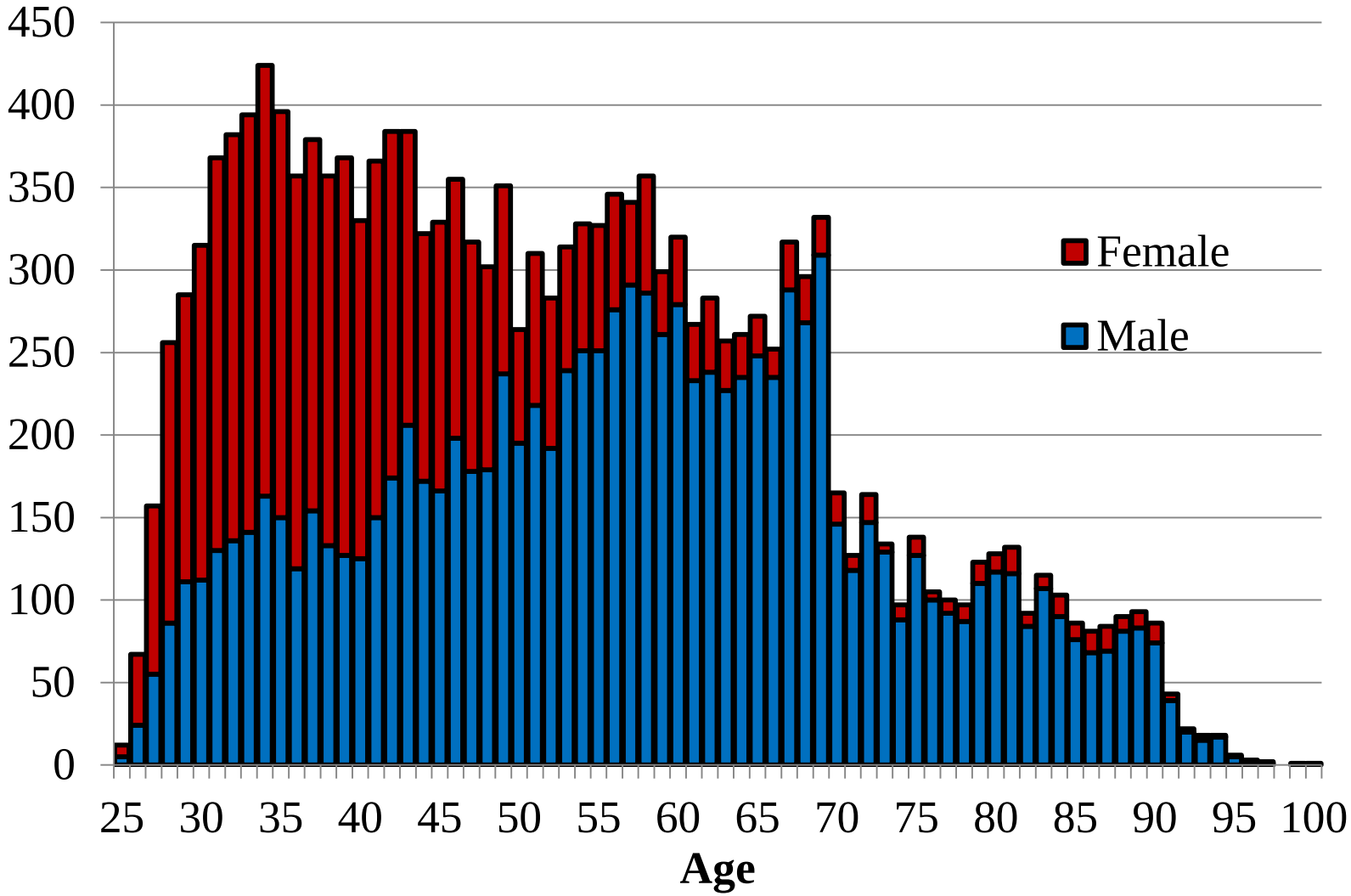
産婦人科医の年齢性別分布
2005年



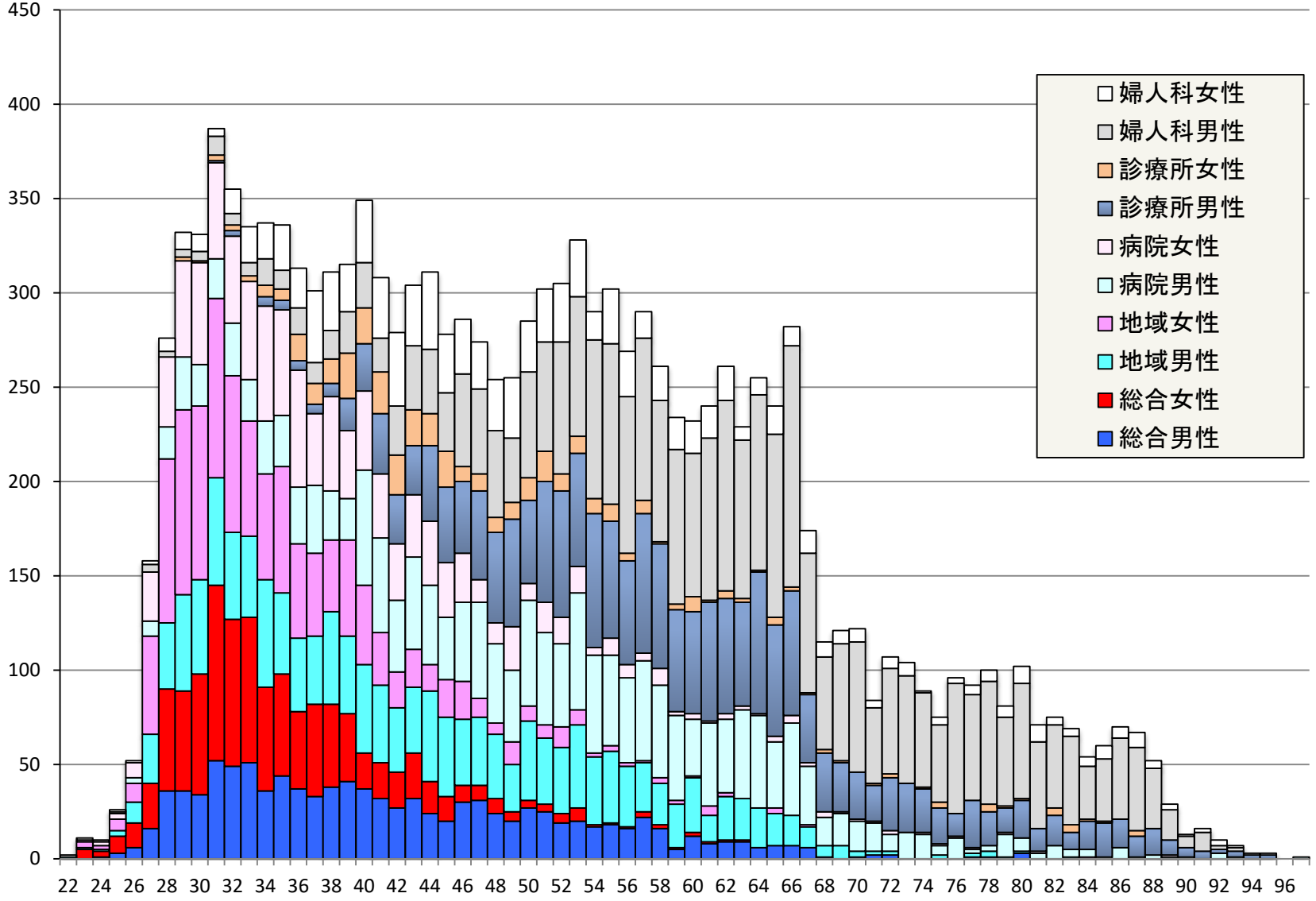
産婦人科医の年齢性別分布
2010年

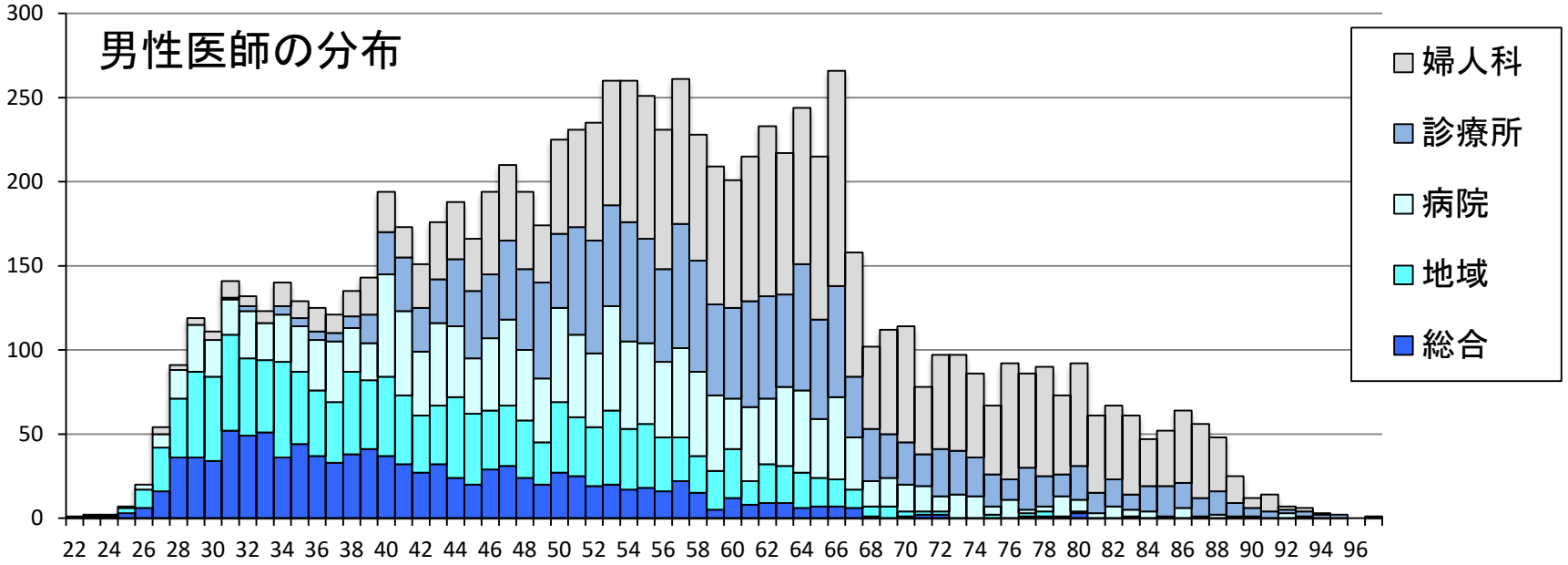


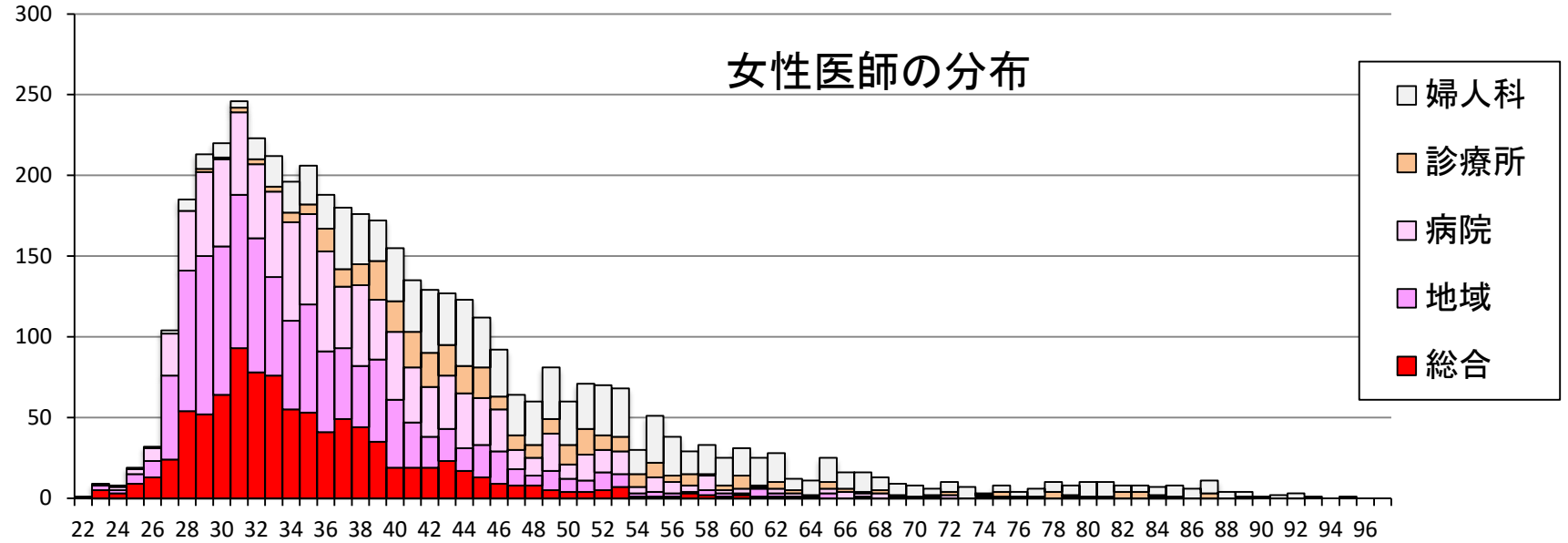
産婦人科医の年齢性別分布
2016年



その他を除く施設ごとの日本産科婦人科学会学会員の年齢別・男女別分布

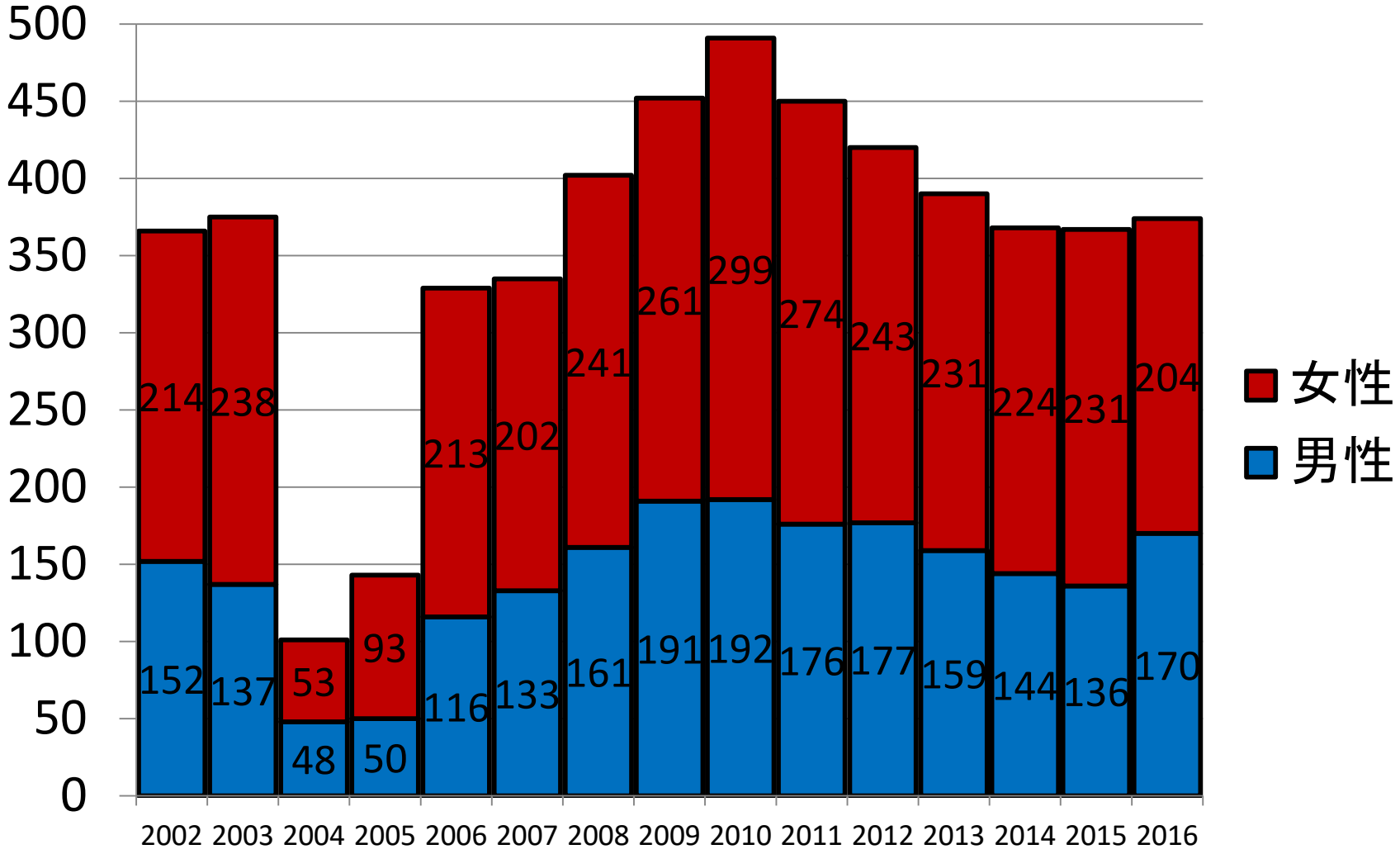




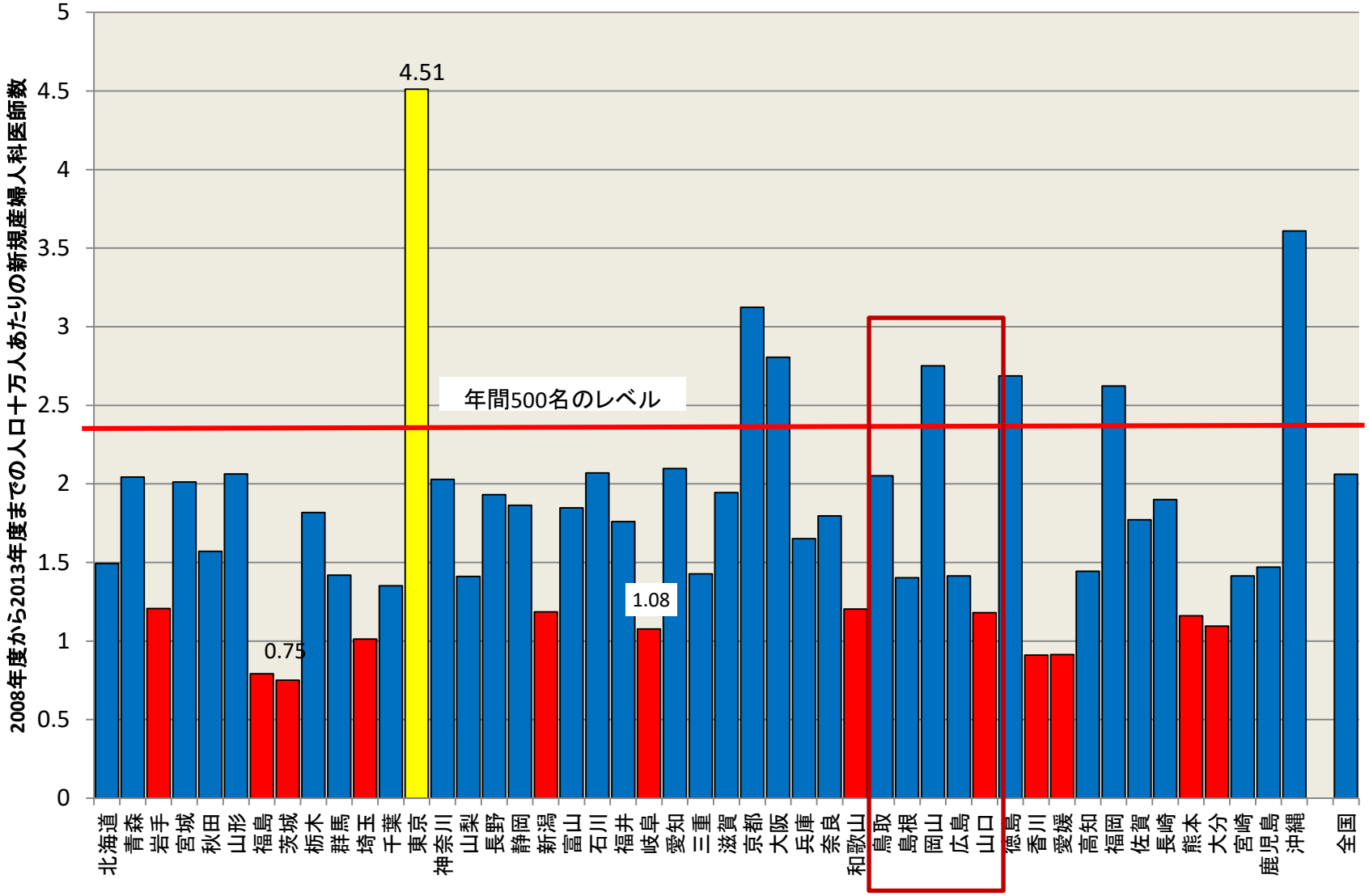


平成26年度日本産科婦人科学会医療改革委員会、日本産婦人科医会勤務医部会共同「日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査」

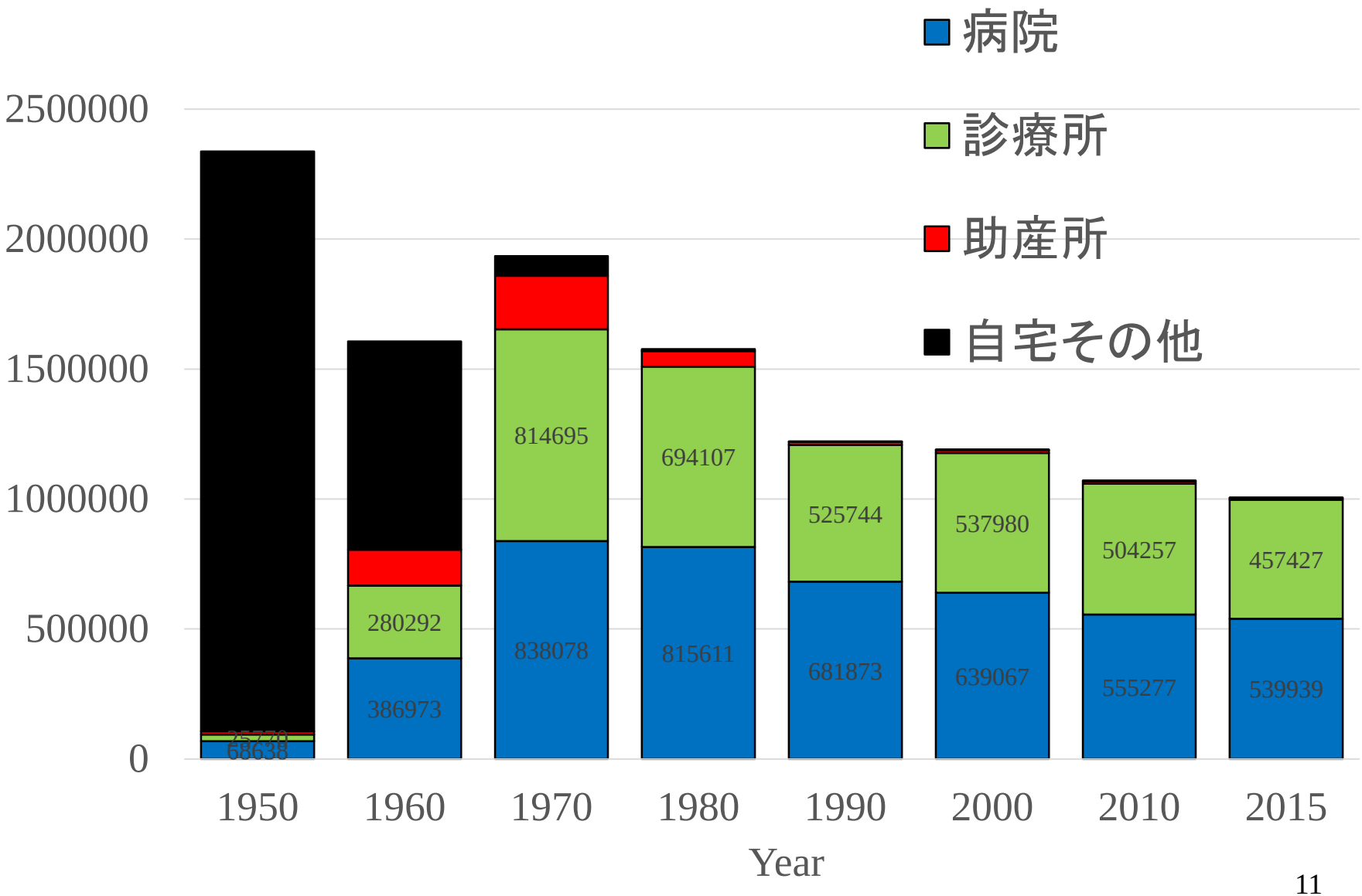
日本産科婦人科学会
年度別新規入会者（産婦人科医）数の推移
2017年3月31日現在



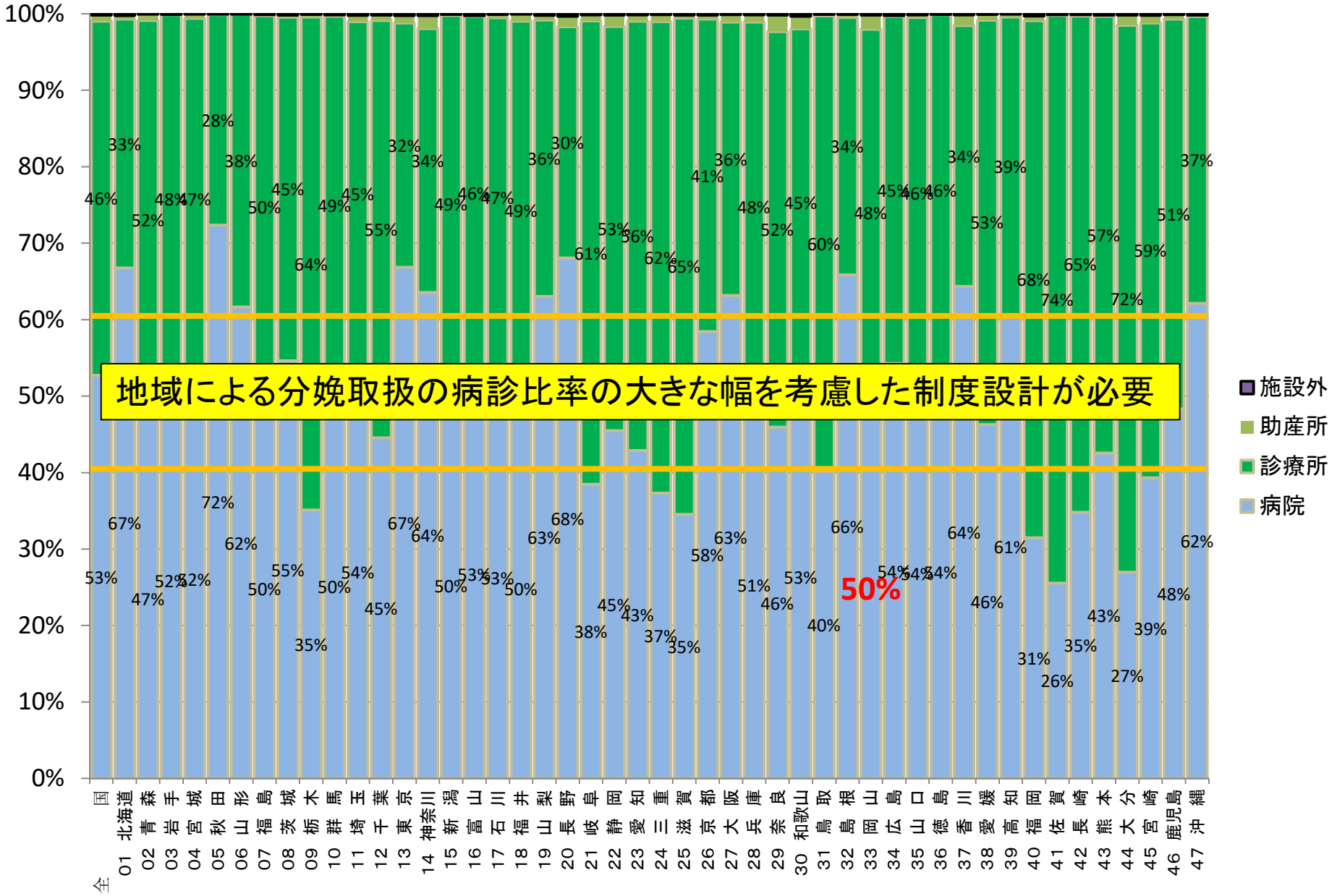
産婦人科医の現状
2008-2013年度の都道府県別新規産婦人科医数
（人口十万対）



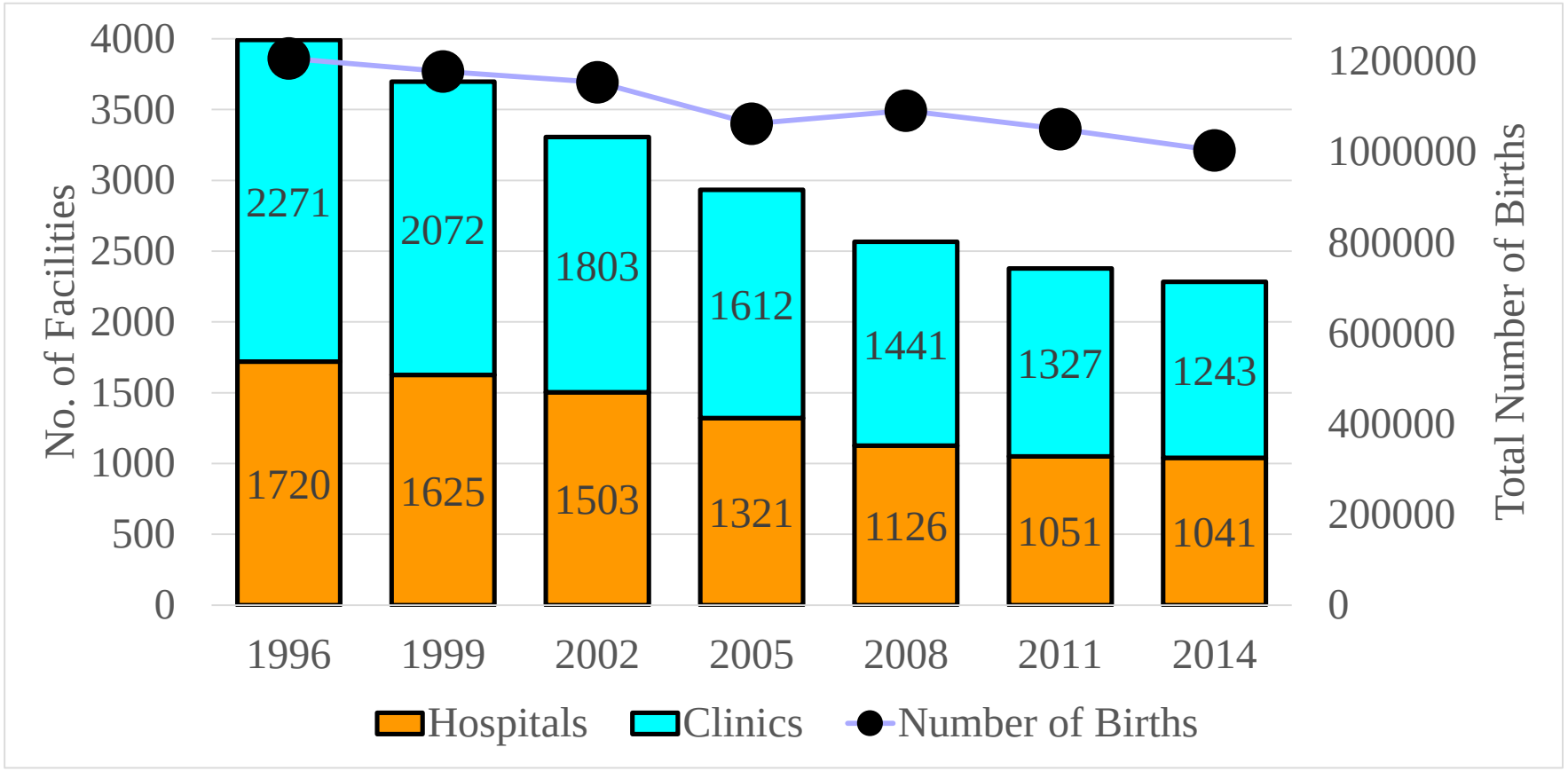
出生場所の推移


病院
診療所
助産所
自宅その他
2500000
2000000
1500000
1000000
500000
0
1950
1960
1970
1980
1990
2000
2010
2015
Year
386973
280292
838078
814695
815611
694107
681873
525744
639067
537980
555277
504257
539939
457427

分娩施設の現状
2012年　都道府県別　出生場所別　出生割合



分娩取扱医療機関数の推移

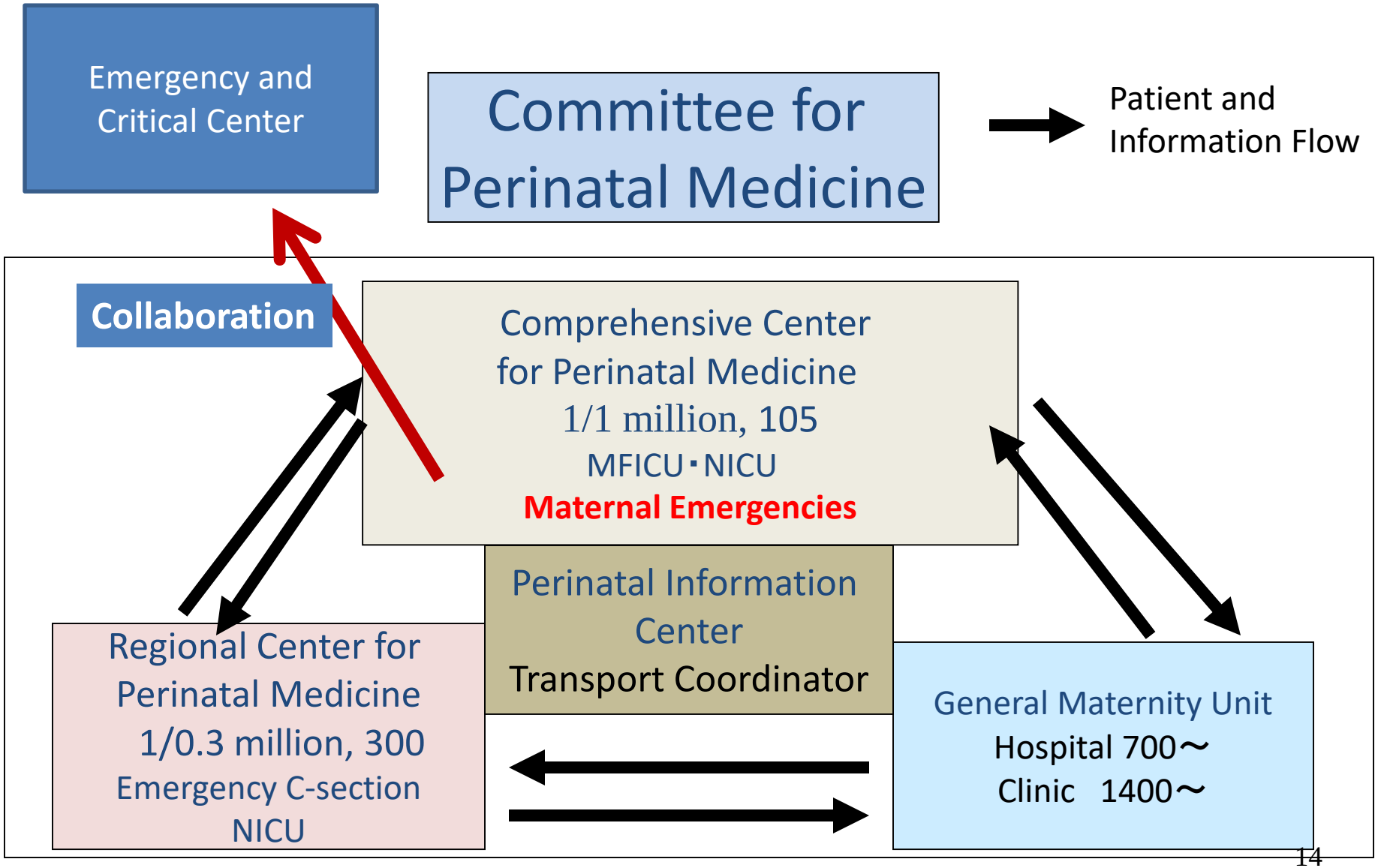


出生数の減少は分娩取扱施設の減少につながるが、それを上回る速度で、施設数は減少している。
分娩施設数の減少は、利用者の分娩施設への**アクセス時間の延長**につながる。

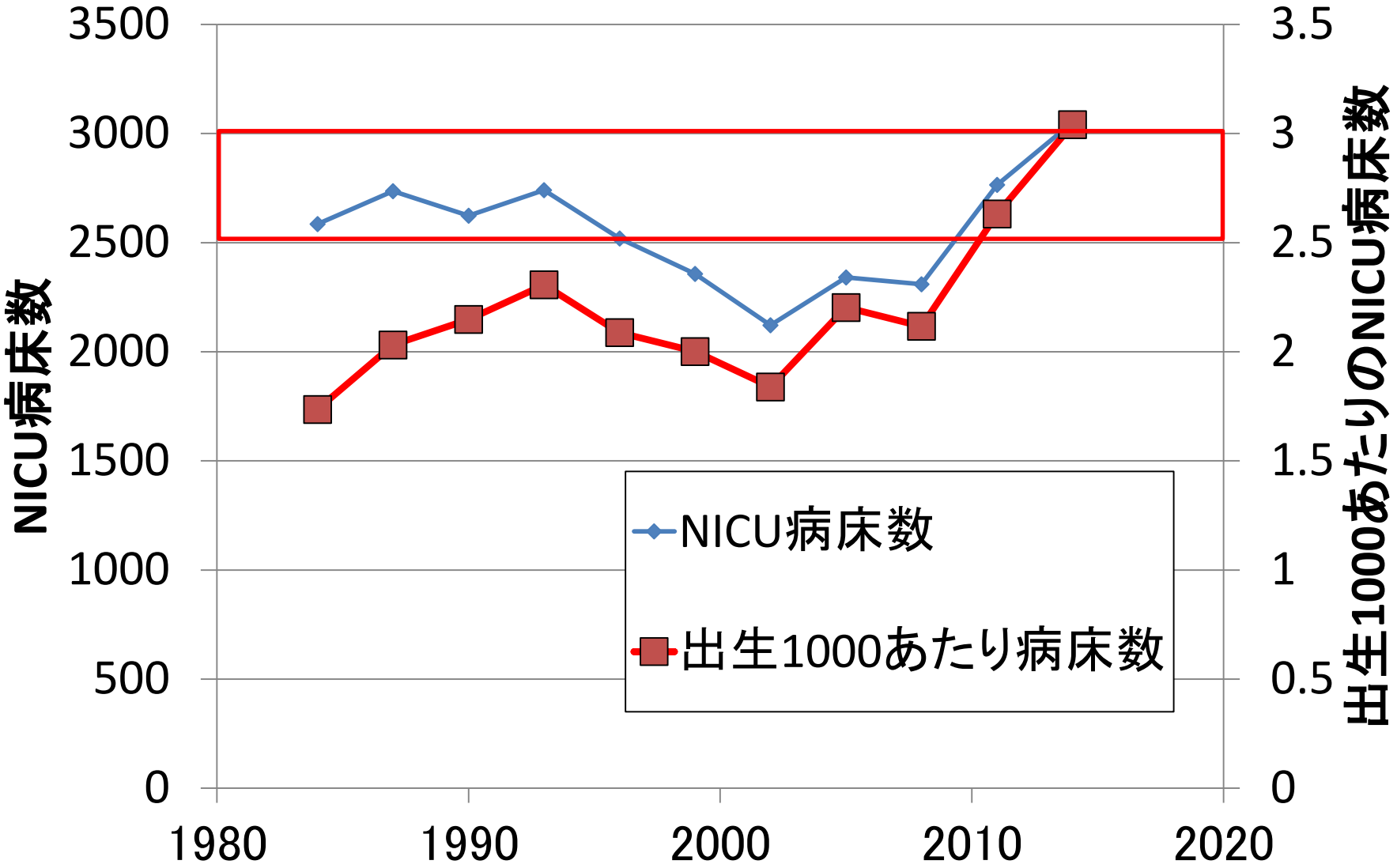
医療施設（静態）調査より

周産期医療システム

1996年事業開始, 2011年全都道府県に設置



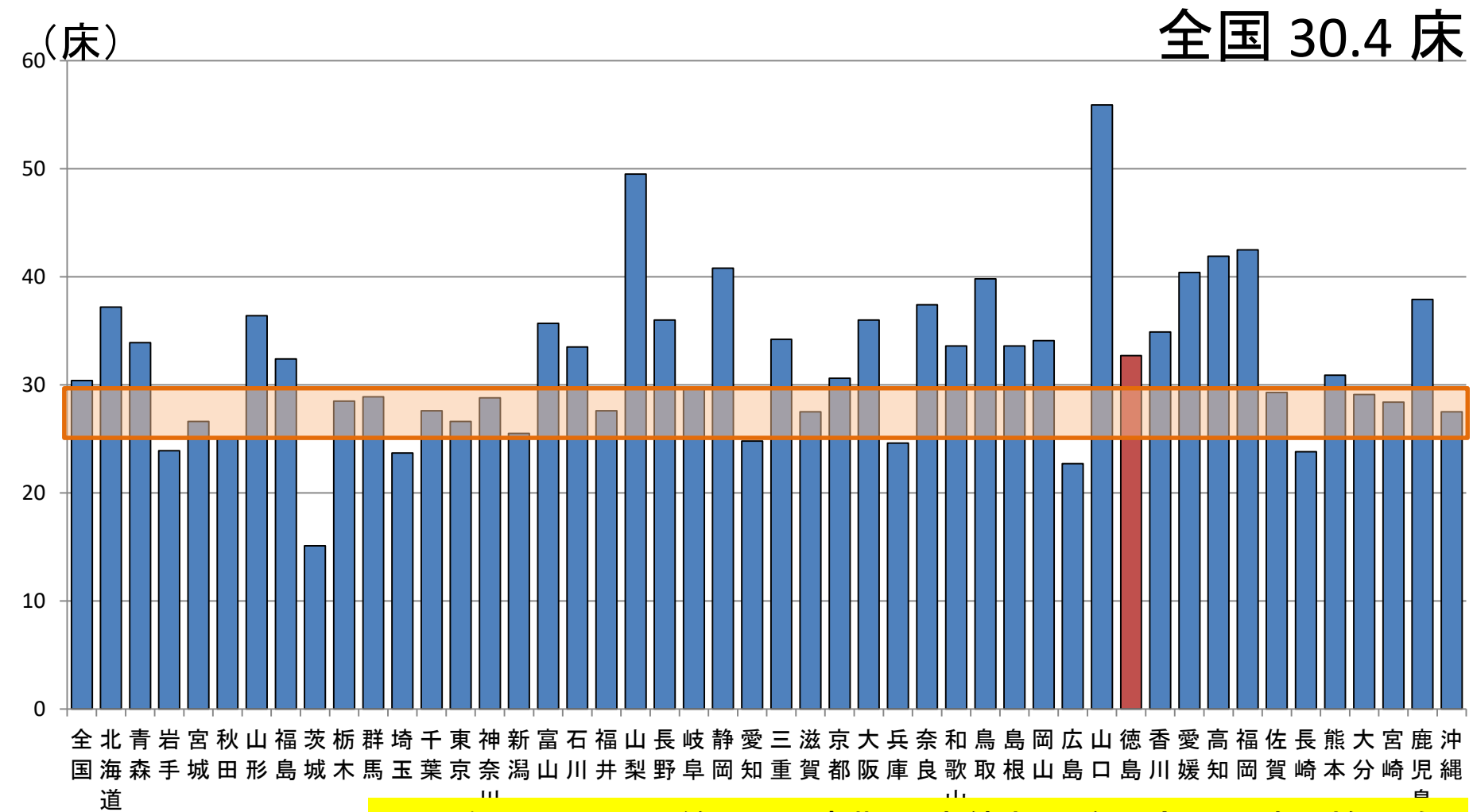
NICU病床数の推移


3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
NICU病床数
3.5
3
2.5
2
1.5
1
0.5
0
出生1000あたりのNICU病床数
1980
1990
2000
2010
2020
NICU病床数
出生1000あたり病床数

都道府県別出生１万あたりのNICU病床数

○　出生１万あたりのNICU病床の目標は 25～30 床

○　目標に到達していないのは　**6**県



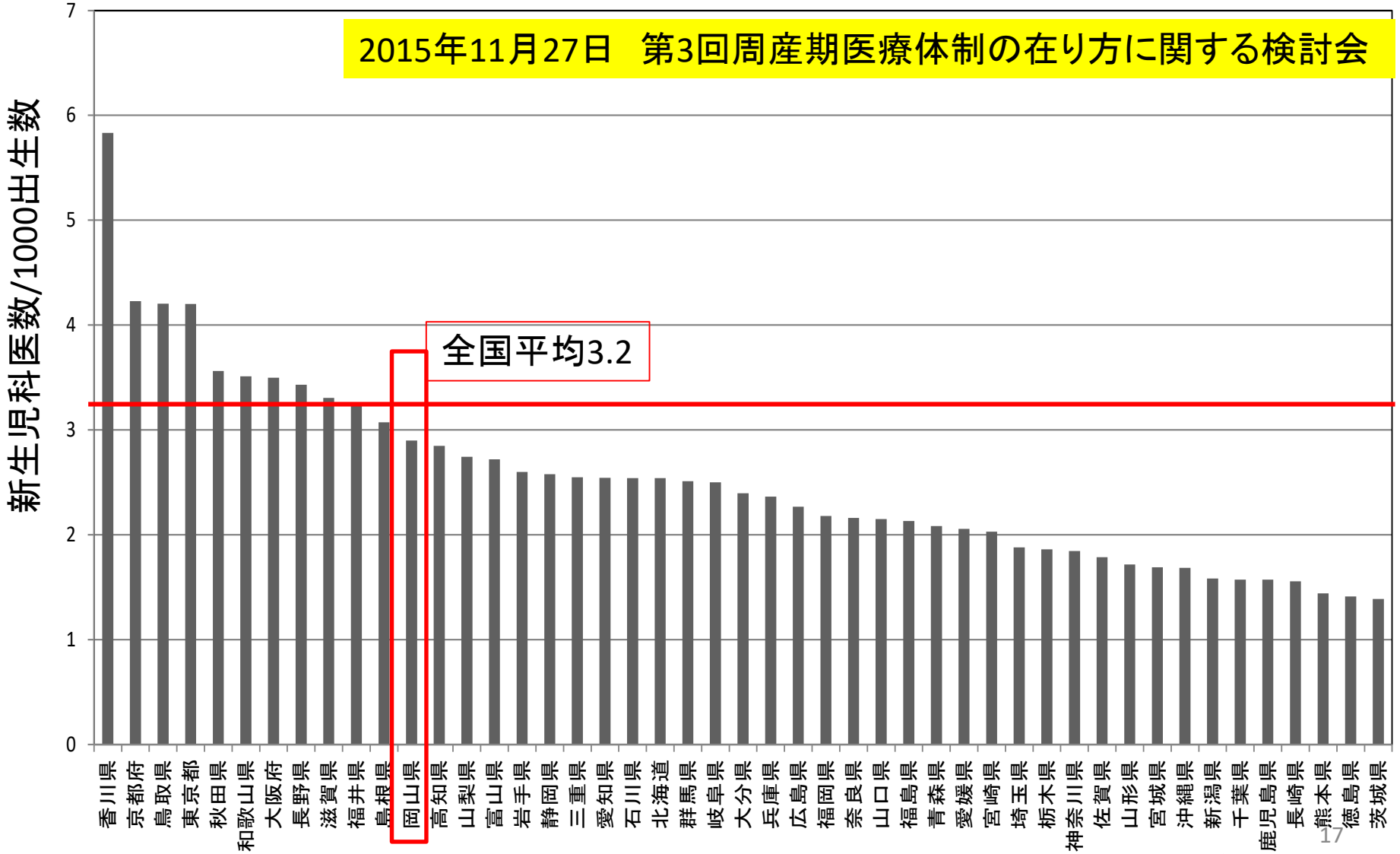
2015年11月27日　第3回周産期医療体制の在り方に関する検討会

平成26年10月１日現在　厚生労働省　医療施設調査（動態・静態）・平成26年人口動態統計

都道府県別の千出生あたりの新生児医師数

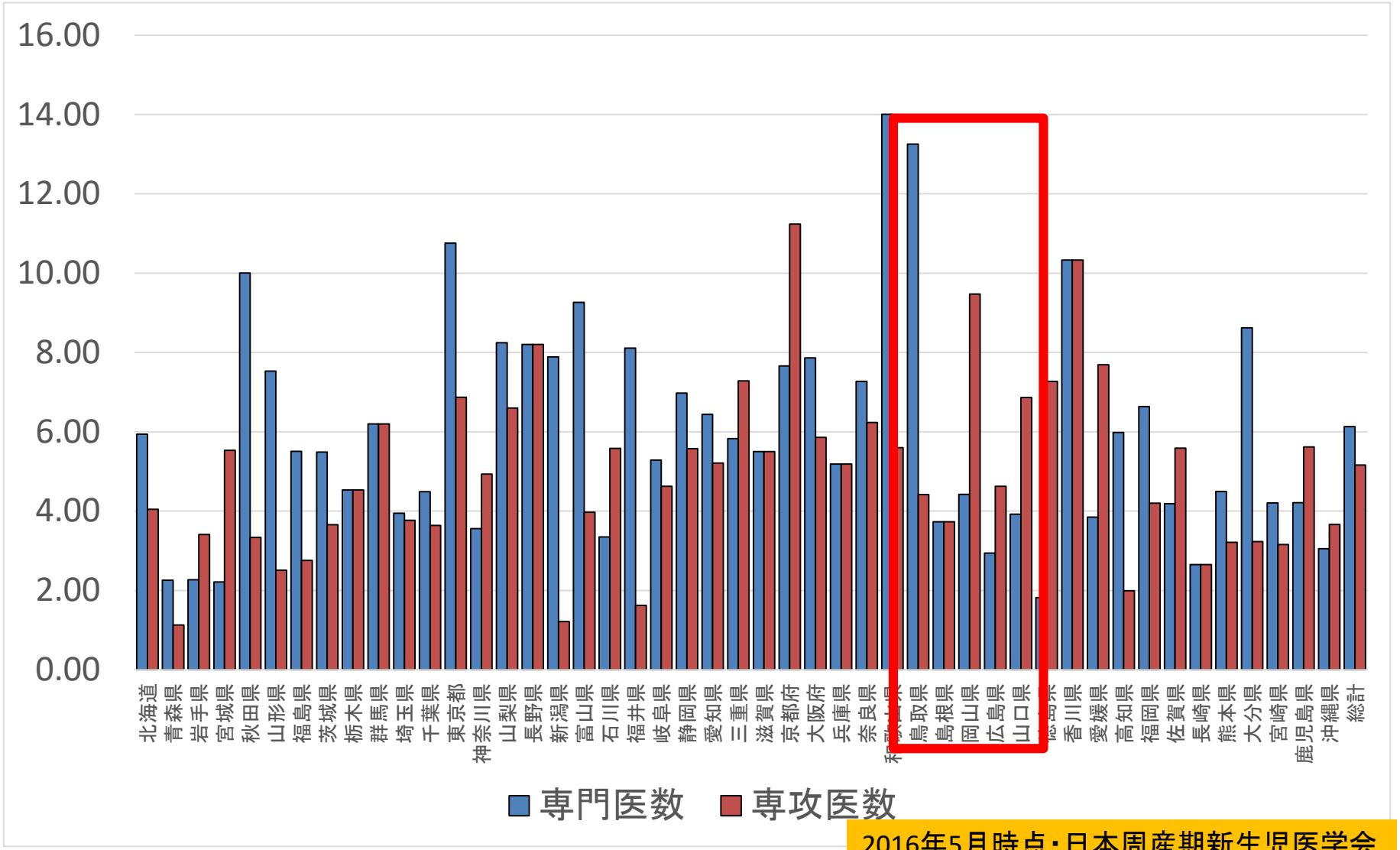
○ 出生数あたりの新生児科医数は地域差が大きい。

○ 最小である茨城県と最大である香川県の間には4倍の格差がある。



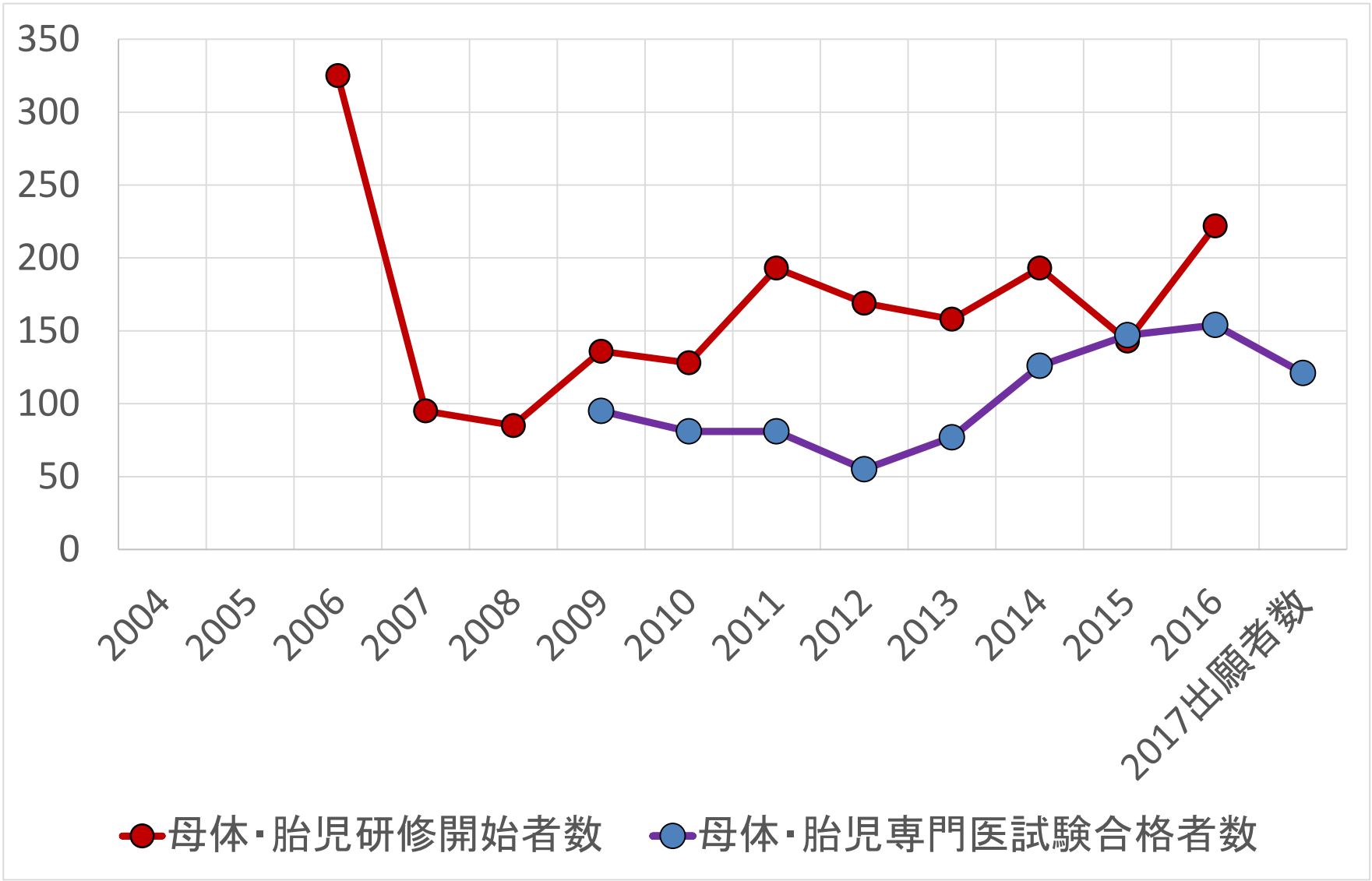
楠田聡　新生児医療の人的供給体制の脆弱性 平成27年報告

出生10000あたりの都道府県別
周産期（新生児）専門医合格者数・周産期（新生児）専攻医数

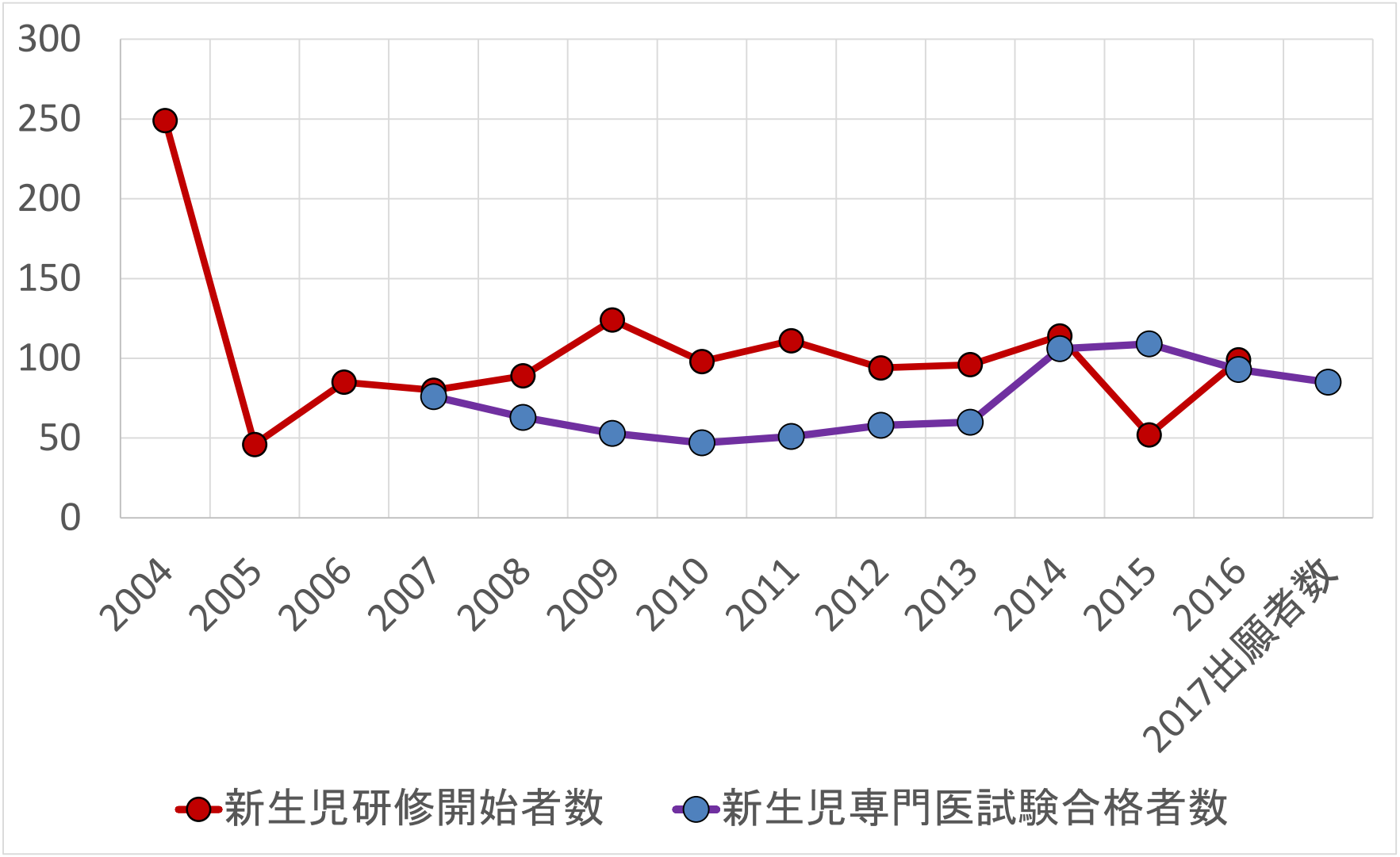


2016年5月時点・日本周産期新生児医学会

周産期(母体・胎児)専門医
年度別研修開始者数・専門医合格者数推移

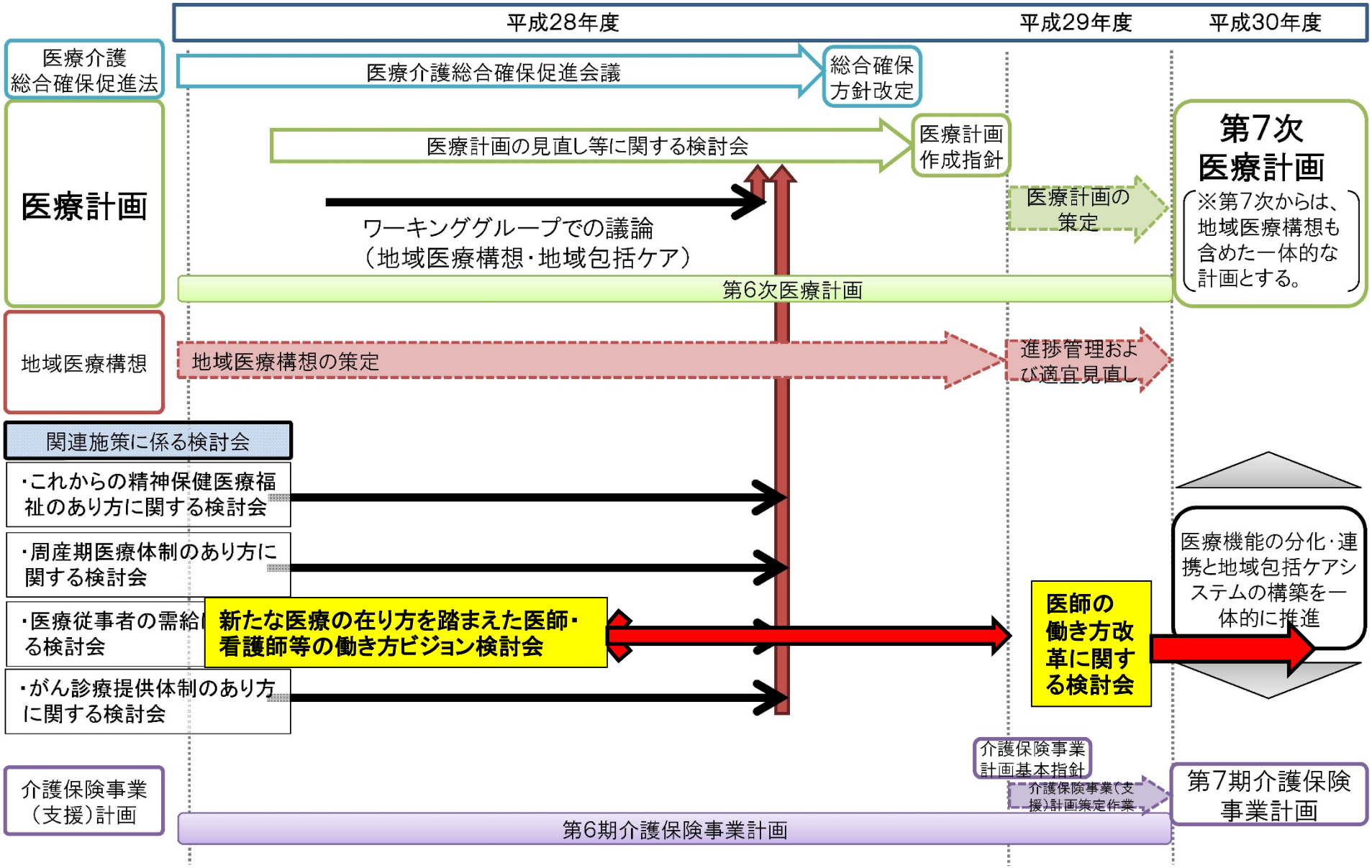


周産期(新生児)専門医
年度別研修開始者数・専門医合格者数推移



医療・介護制度および関連施策に係る検討会のスケジュール

（別紙）



周産期医療領域の検討課題

- 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（2016年12月）
  - 現行の二次医療圏を基本としつつも、出生数、地理的状況、周産期医療を提供する医療施設の数と規模、**産科病床**の状況、カバーエリアなど地域の実情を考慮した、**周産期医療に係る医療圏**を設けることが必要である。その上で都道府県は、一次医療機関へのアクセスのみならず、NICU 等を有する二次及び三次医療機関についても**アクセスの確保**を図る必要がある。

- 周産期医療圏
  - 地域の実情に応じて、圏域を設定することが可能
    - 二次医療圏ごとの年間分娩数は142（南檜山）から22626（名古屋）まで非常に大きな幅がある。
  - 地域の実情に応じた分娩施設（周産期センター・病院・診療所等）の機能分担の明確化

- 産科病床数
  - 地域の出生数に応じた産科必要病床数を計算する
  - 周産期医療圏ごとに、産科病床数の確保と充実をはかる

- アクセスの確保
  - 妊婦住所地から分娩施設へのアクセス時間を指標の一つとする

周産期医療の体制構築に係る指針（平成29年7月31日改定部分）

- 第１ 周産期医療の現状
  - ２ 周産期医療の提供体制　(1) 周産期医療の提供体制
    - 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、二次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二次医療圏（以下「無産科二次医療圏」という。）が存在しているため、**無産科二次医療圏問題の解消が課題**となっている。
- 第３ 構築の具体的な手順
  - ２ 圏域の設定
    - 特に、無産科二次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、**圏域設定の見直しも含めた検討を行うこと**。
  - ３ 連携の検討
    - 特に、無産科二次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、圏域を越える搬送体制の整備等を通じた無産科二次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**。

無産科二次医療圏　平成26年

産婦人科・産科医師ゼロの6医療圏（※1）

分娩取扱施設ゼロ（常勤換算医師数もゼロ）の6医療圏（※2）

分娩取扱施設はあるが、医療圏外からの出張医師等が担当している

- 日　高（北海道）
- 留　萌（北海道）
- 南　和（奈良県）

産婦人科・産科の医師も分娩取扱施設もゼロ

- 南会津（福島県）
- 峡　南（山梨県）
- 高　幡（高知県）

分娩取扱施設はないが、分娩以外を扱う産婦人科医師が存在する

- 奥　越（福井県）
- 東三河北部（愛知県）
- 曽於（鹿児島県）

左側：分娩取扱施設は存在し、そこ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、三師調査ではゼロとなる。
中央：分娩取扱施設もなく、産婦人科・産科の医師もいない。
右側：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。

（出典）平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査、平成26年医療施設調査

日本産科婦人科学会

医療改革グランドデザイン2010・2015より抜粋

- 分娩管理の効率化と多様性を確保するため分娩数全体の2分の1から3分の2を産科診療所または産科専門施設で担当する。

- 地域基幹分娩取扱病院の積極的整備：地域基幹分娩取扱病院の大規模化・重点化を図ることを通じて、勤務する産婦人科医が継続的な就労可能な勤務環境を整備する。

- 「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」を立ち上げ、各地域の実情のリアルタイムのモニターと情報共有、評価が可能な体制を整備し、各地の取り組みを支援する。

日本産科婦人科学会

医療改革グランドデザイン2010・2015より抜粋

- 地域産婦人科医療機関の機能分担と連携強化を推進する。
  - 周産期母子医療センターと地域の産科診療所の機能分担、連携強化を推進する。
  - すべての地域で妊婦健診及び婦人科検診へのアクセスを確保する。
    - 地域によっては行政からの支援が必要
  - 産婦人科医療へのアクセスが困難な地域においては、地域の実情に即したシステムを構築し、適切な医療提供が可能な体制を整備する。
    - 大規模化が不可能な地域周産期母子医療センター等は、大規模施設との連携の上、勤務条件の緩和、緊急時の対応能力を確保する。
    - **産婦人科医絶対的欠乏地域では、産婦人科施設との密接な連携を前提とした総合診療医の関与等の方策も検討**していく。

地域基幹分娩取扱病院　重点化プロジェクトの概要

