

令和7年12月22日		資料3
第3回	小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ	

小児医療及び周産期医療（新生児医療）の提供体制等について

令和7年12月22日

医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 小児医療の提供体制について

第1回、第2回WGでの主な意見（小児医療体制について）

◆医療提供体制について

- これまでの医療計画は足りない部分をどう埋めるか、どう充実させるかを検討してきたが、今回の小児、お産に関してはどんどん減っていく状況であり撤退戦である。混乱を起こさずにどう撤退していくかというのが集約であり、このまま施策を打つタイミングが遅れると、先に診療所や医療機関のほう倒れるという事態が起こってくるため、非常に事は急を要する。
- 今後、出生数が減少していく中で必要な医療を確保していくためには、専門的な入院医療については拠点病院あるいは基幹病院が広い範囲をカバーし、外来、通院については患者になるべく身近なところで受診できるアクセスを担保することで、患者や家族の安心が高まる。
- 集約化していくときに、産科と新生児科がシンクロしていないと、「A病院に新生児が集約化されたけれども、産科のほうはB病院」となり、地域の周産期医療が守れない。集約化については、各医療圏で同じ方向を向くように、産科と小児科との連携が重要。

◆小児救急医療について

- 小児科では、救急受診は多いが入院するケースは多くないというデータがあったが、夜間に子供が急変することもあり、家族は本当に不安が強く、24時間相談できる体制が必要。#8000や救急車の適正利用に基づく救急アプリの活用や、地元の夜間の救急体制の情報を得られるような体制を構築してほしい。
- 熱性けいれんで搬送され、数時間で自宅に帰れたとしても、搬送中は意識がなくけいれんを起こしているわけで、これは誰が見ても重症である。また、外傷については時間外に対応できる施設が限られ、#8000でも誘導に困っているのが現状。小児救急については、小児の疾患の特性や、小児の外因系疾患を診療する病院等のネットワーク、連携というものも十分考慮する必要がある。

第1回、第2回WGでの主な意見（小児医療体制について）

◆地域における小児医療体制について

- 小児科医の数を15歳未満の人口当たりで見ると、どの地域も足りているように見えるが、実際は救急や疾病を診るだけでなく、5歳児健診もこれから始まり、学校保健等も充実させていかなければならず、人も時間も足りなくなってしまう。
- 地域における小児科医は、学校保健医だけでなく、幼稚園や保育園の園医や行政の健診等で、診療時間やお休みの時間も活用して活動している。地域に一定程度の小児科医がバランスよく配置されていることが大事。
- 急性期や入院医療については集約化をしないといけないというのは理解できるが、一方で、地域の住民にとっては身近な小児科医というのは非常に大事な存在であり、一定確保していかないといけない。集約化と均てん化を両立させるため、常勤としては集約化をしながら、一定期間、日を決めて外来を応援するといった外へ出るような方策も併せて考えていかないと、市町村や住民の理解が得られにくいのではないかと。
- 医師が比較的少ない地域では、校医や予防接種などを小児科医でない内科の開業医の先生方がある程度担っていらっしゃる部分もある。そういう方々が、小児患者を診たときに重症な部分を見逃さないようにするよう、何らかのサポートをするなど、小児科医を派遣できない地域に対しても実質的な診療の質が落ちないようにするという観点も必要ではないかと。
- 小児の一次診療については、内科など他の診療科の医師との連携、地域によっては病院の小児科に一般診療を担ってもらうこと、あるいはオンライン診療を活用することも有効な方法。来年度からのかかりつけ医機能報告による、小児領域を担うことのできる医療機関や時間外診療の実態についてのデータも参考にしながら、地域の実情に応じて対応していくことが考えられる。

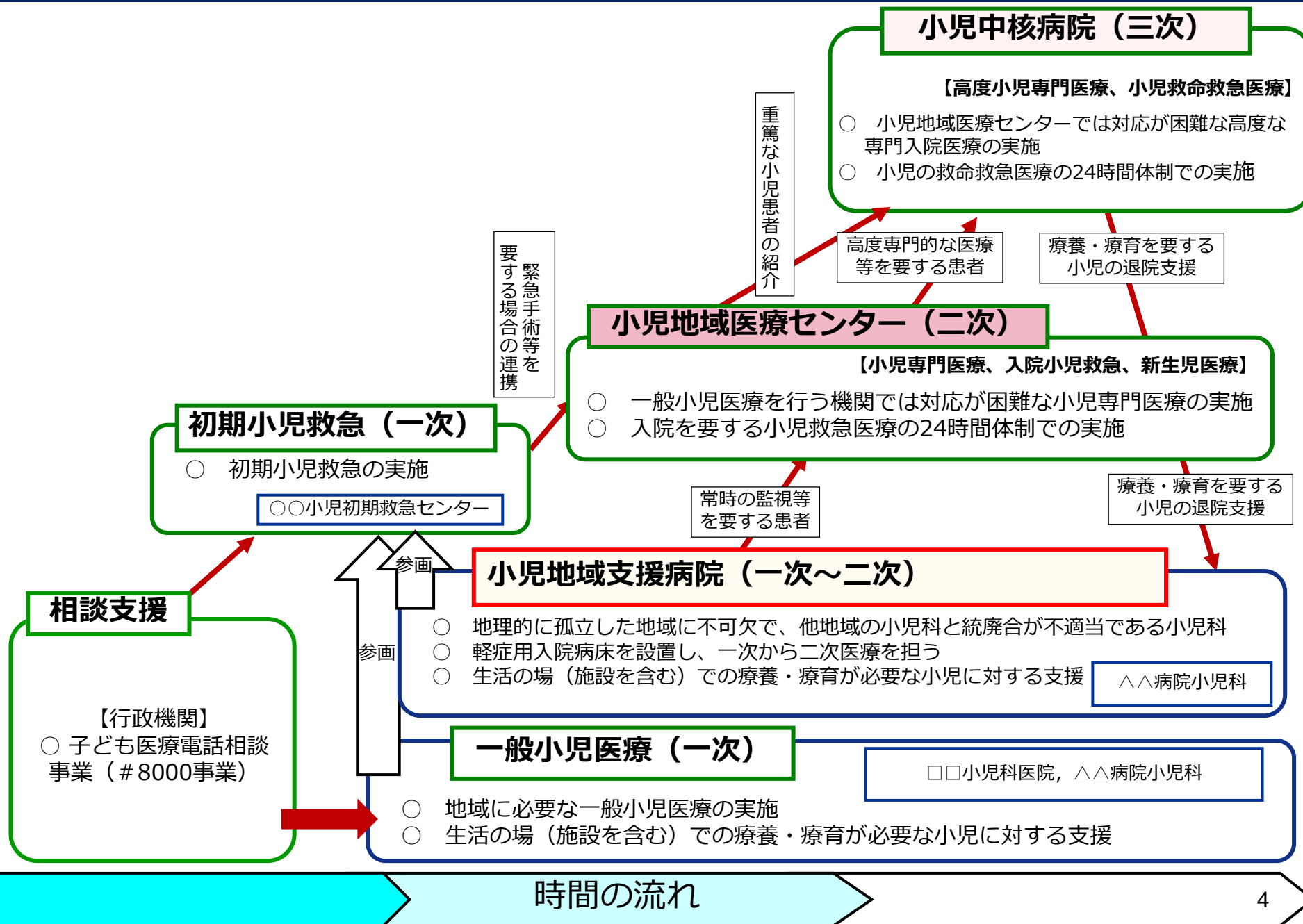
◆オンライン診療について

- 小児医療におけるオンライン診療は、利用場面に分けて議論するべき。PICU、NICUと遠隔地域の小規模施設の医師の情報交換としてのオンライン診療は集約化に代わる手段として有用であり、慢性疾患の定期受診にオンライン診療を導入することは地域格差の是正にもつながる。一方、救急・時間外診療においては対面の診療を家族が希望することが多いことなど、導入にはハードルが高い。
- 若い世代は就労家庭も多く、身近に健診や予防接種ができる体制が構築されていることは重要。オンラインの利用については不安や躊躇がないので、活用の広がりに期待をしている。

小児医療の体制

令和7年10月1日 第1回小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ 資料3

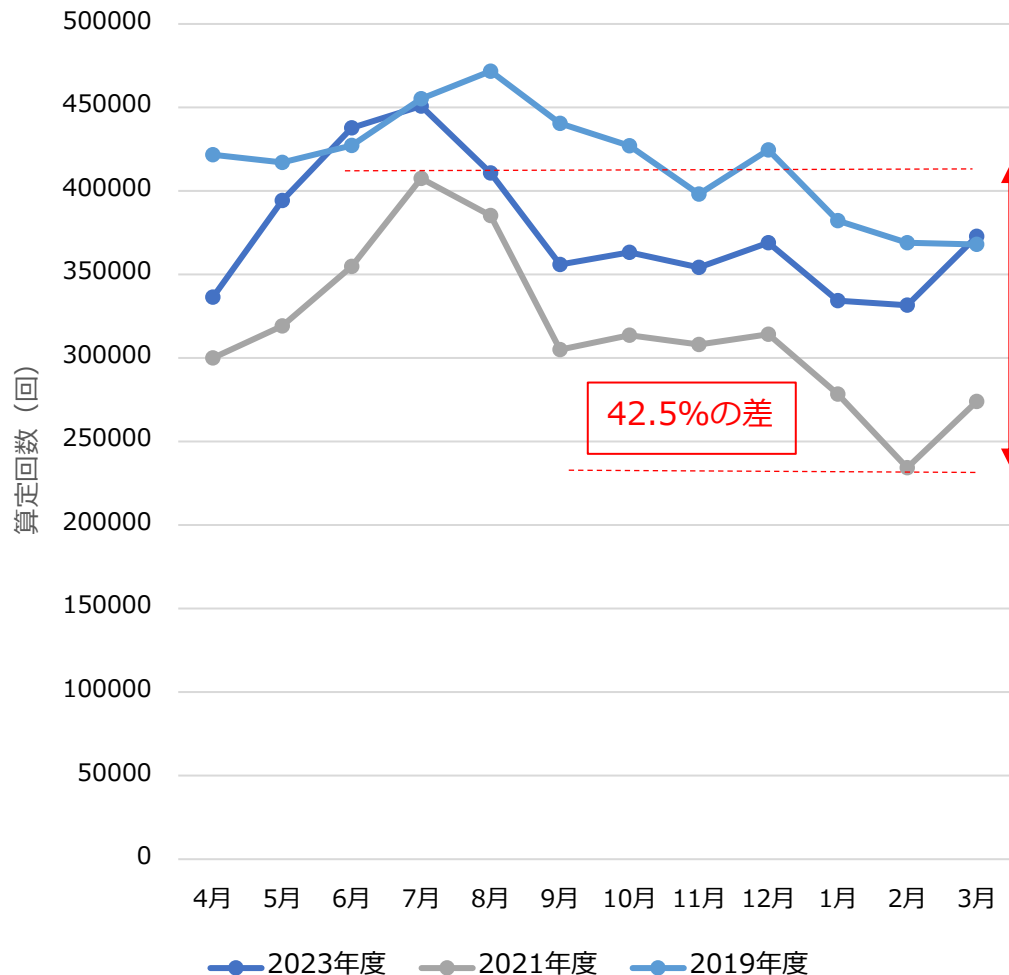
医療機能
(重症度)



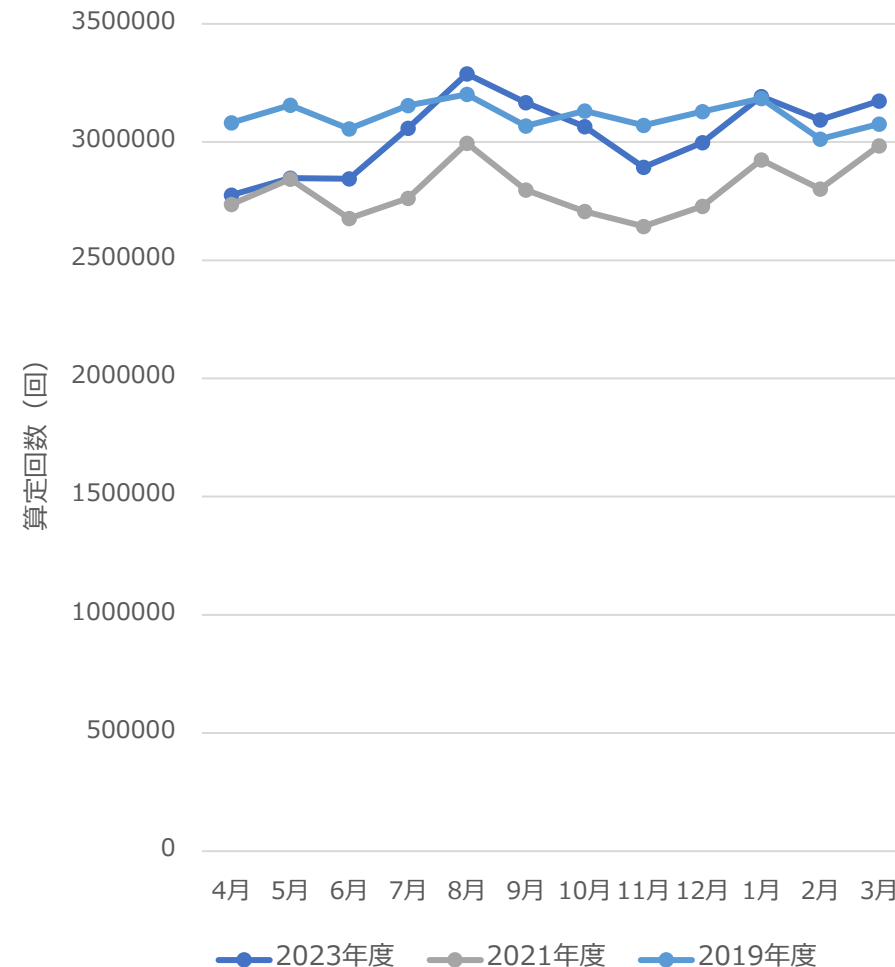
小児入院患者数の年別・月別推移

○ 小児入院患者数は、年度毎・月毎の変動が大きく、感染症の流行等の影響を受けやすいと考えられる。

小児入院医療管理料の算定回数

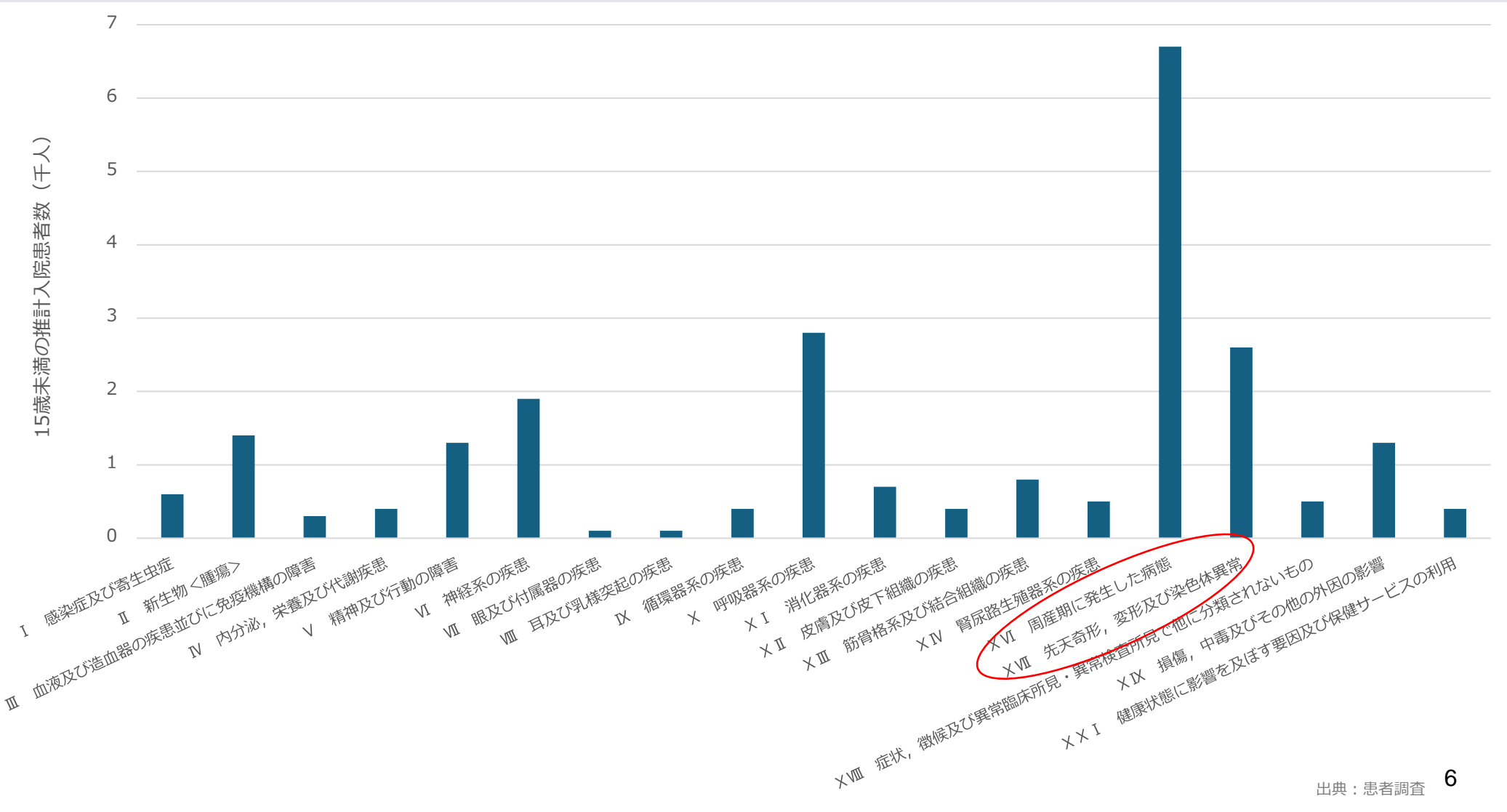


(参考) 急性期一般入院料の算定回数



傷病分類別 小児推計入院患者数（2023年）

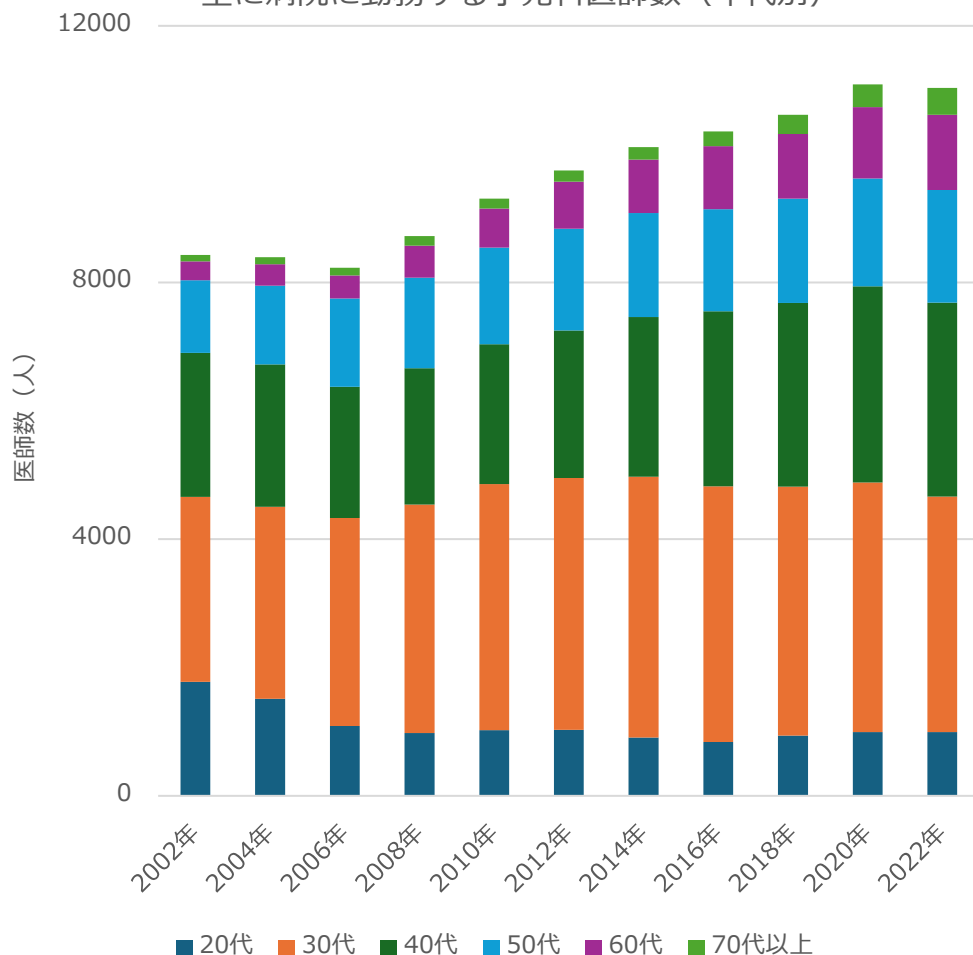
○ 小児入院医療においては、感染症や臓器別疾患に加え、新生児疾患や先天性疾患など、幅広い専門性が求められる。



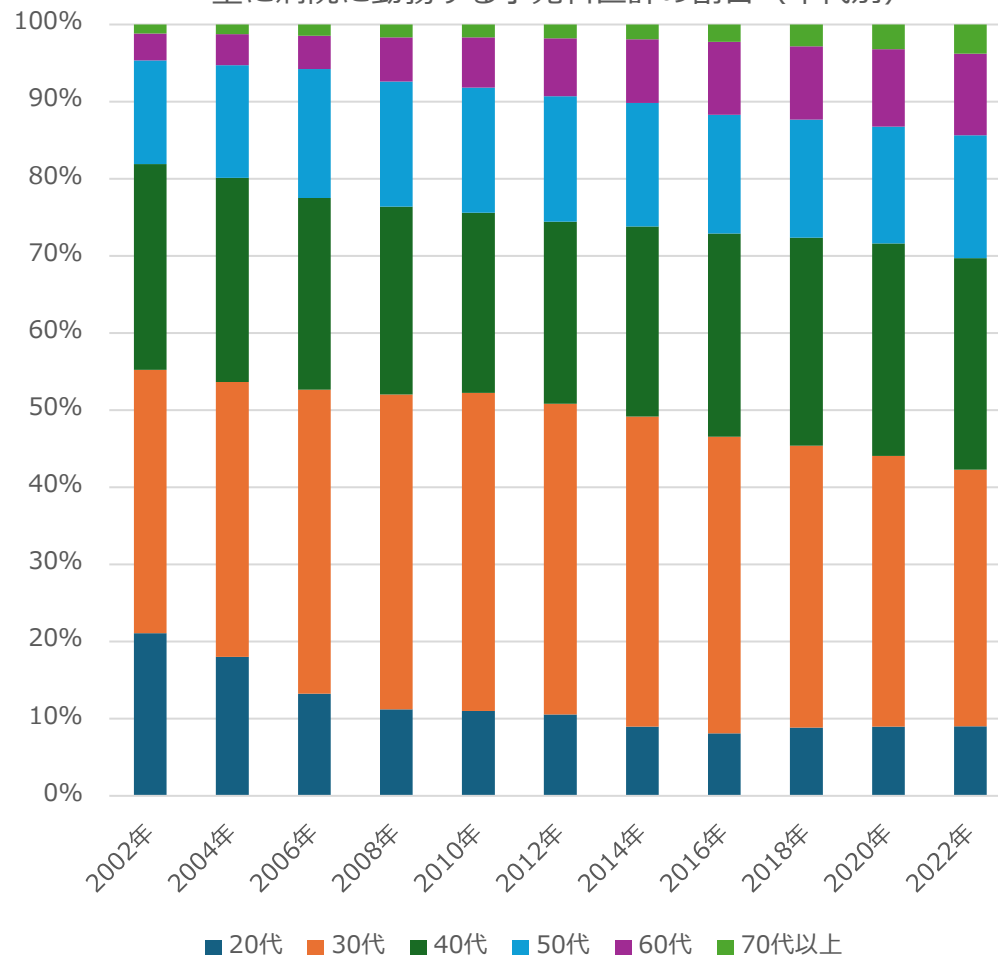
主に病院に勤務する小児科医師の特徴（年代別）

- 主に病院に勤務する小児科医師のうち、40代以上の割合が増加しているが、若手医師も継続的に養成・供給されている。

主に病院に勤務する小児科医師数（年代別）



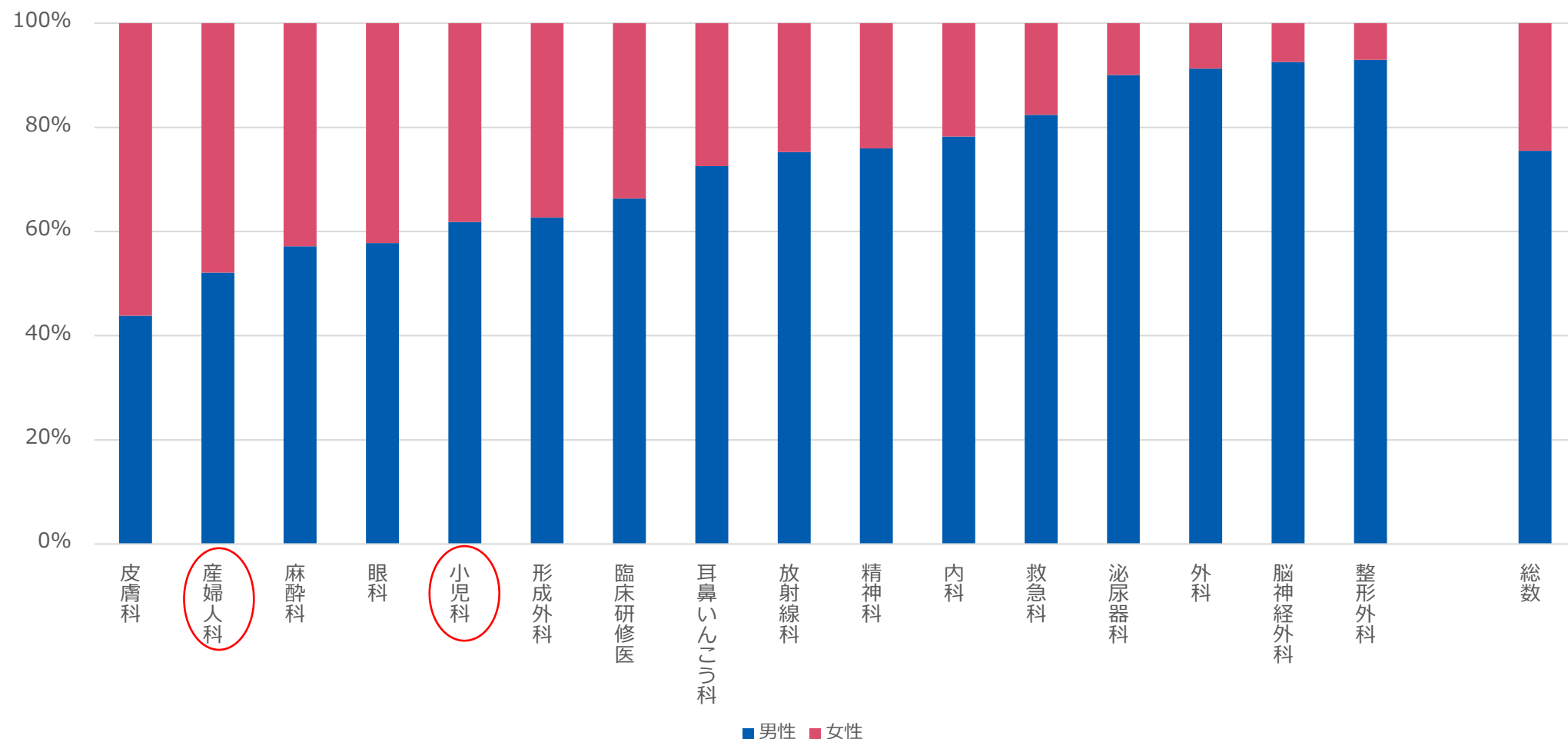
主に病院に勤務する小児科医師の割合（年代別）



主に病院に勤務する小児科医師の特徴（性別）

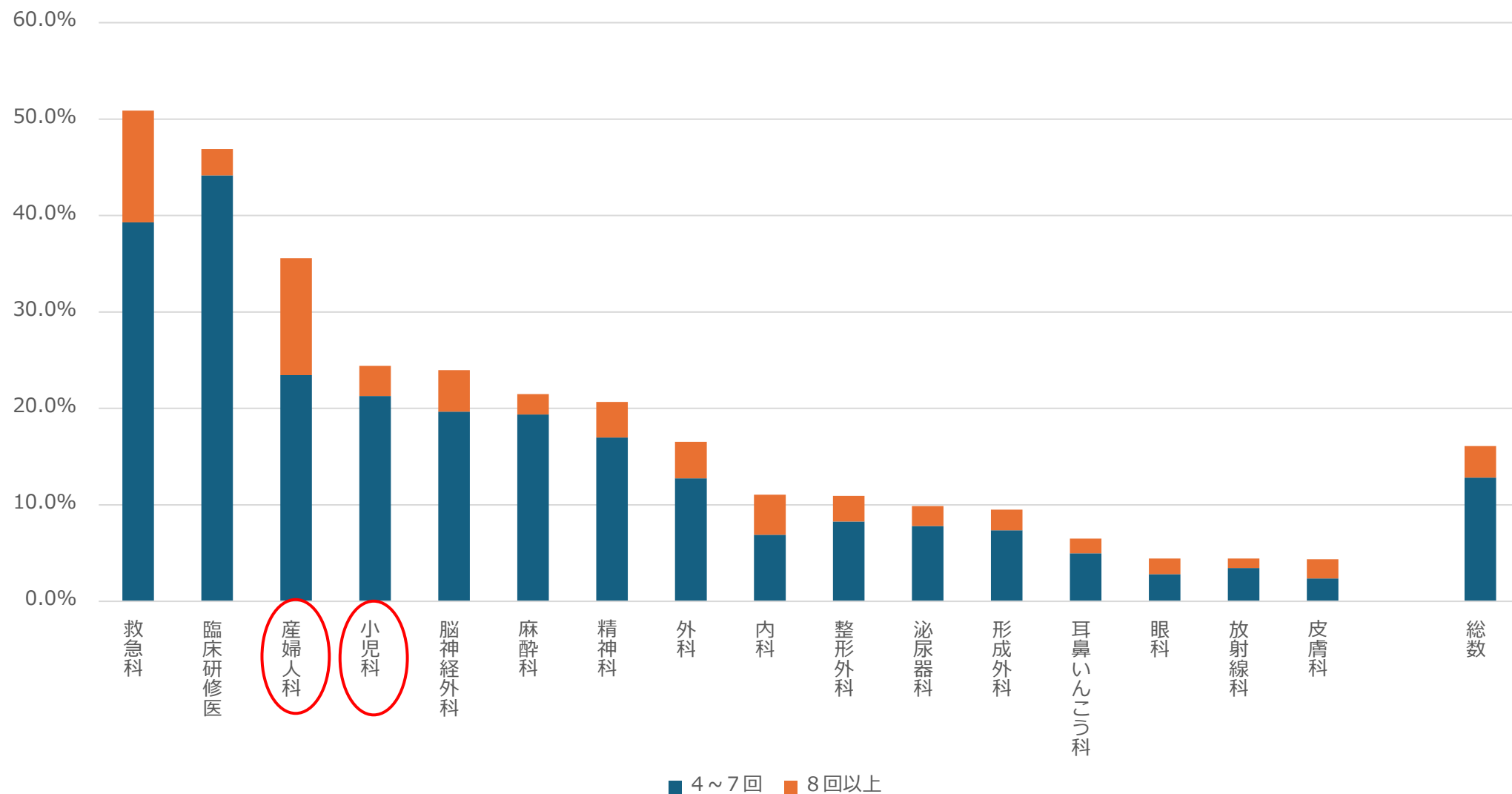
- 主に病院に勤務する小児科医師のうち、約4割が女性であり、他の診療科と比較して女性の割合が高い。

主に病院に勤務する医師の割合（診療科別・性別）



診療科別 宿直・日直回数

○ 産婦人科・小児科は、宿直・日直回数を4回以上と回答した割合が、他診療科と比べて高い。



小児医療圏

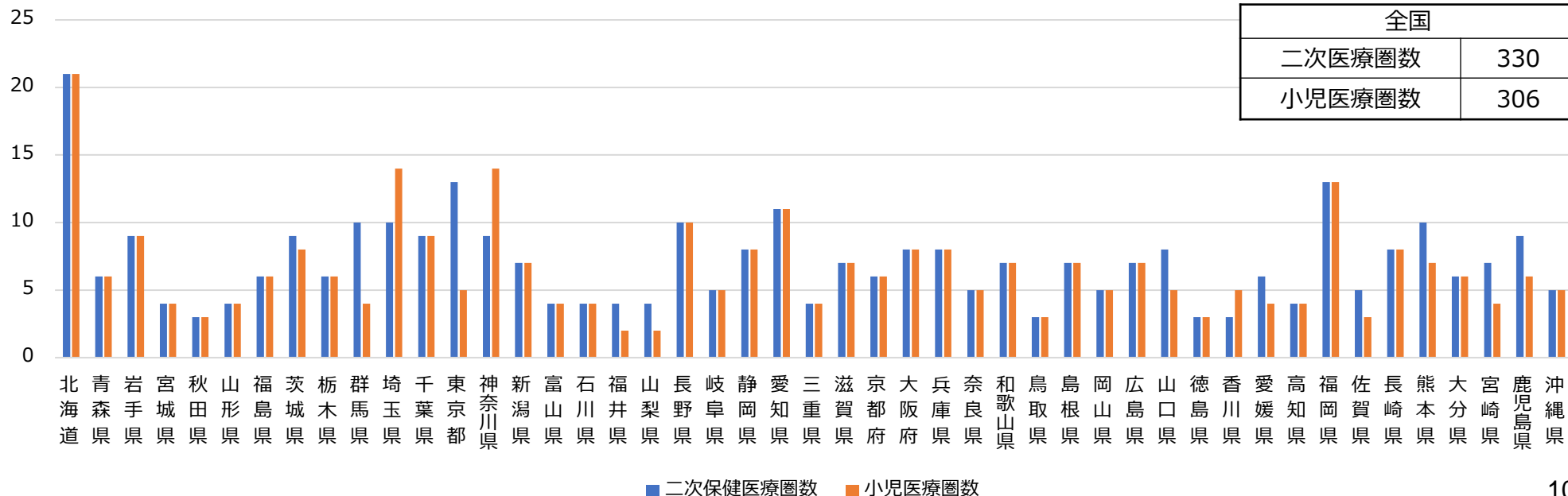
- 第8次医療計画の指針において、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化し、全ての小児医療圏で小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制の確保を求めている。
- 14都県において、二次医療圏と異なる小児医療圏を設定している。

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

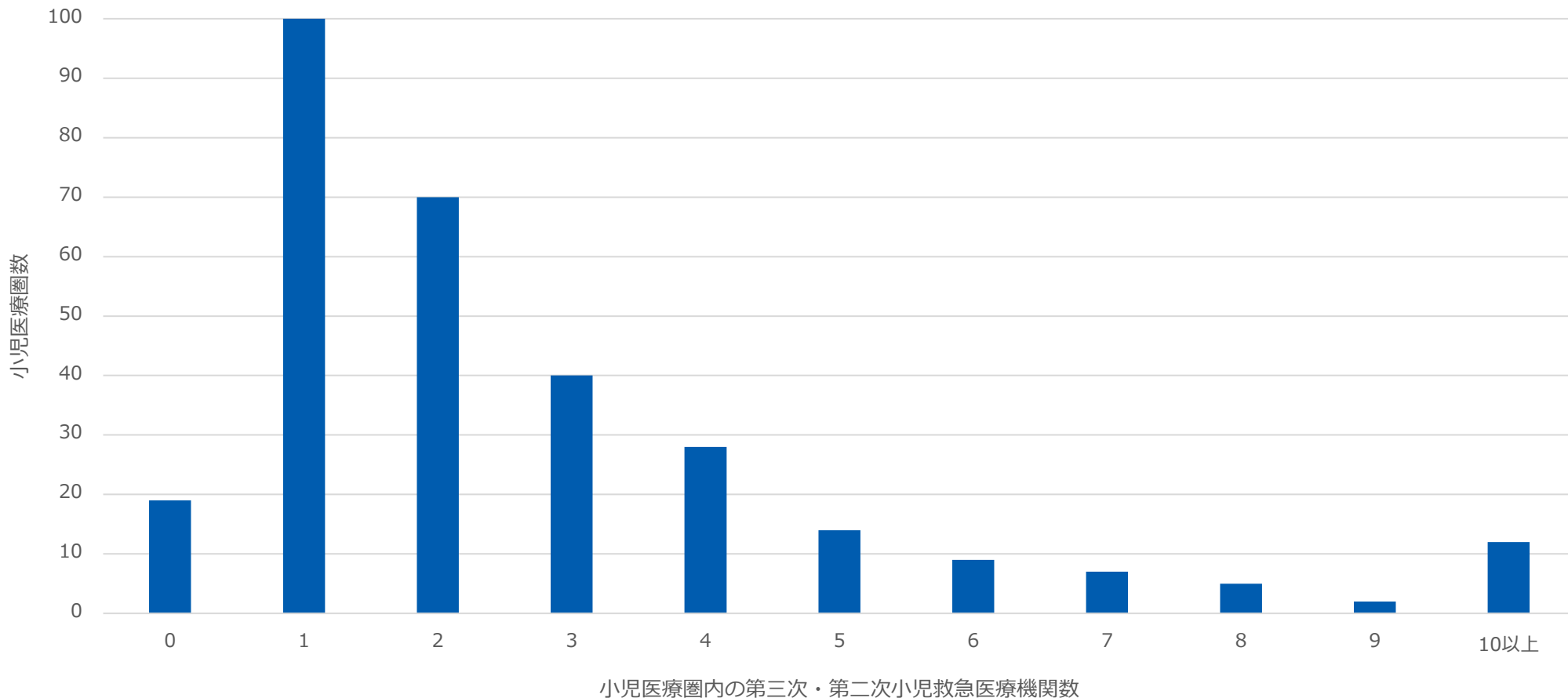
- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、（中略）、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定すること。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。（中略）また、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。また、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下、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化すること。

各都道府県における、二次医療圏数と小児医療圏数（令和6年4月1日時点）



小児医療圏における小児救急医療機関数

- 約 1 / 3 の小児医療圏では、第三次・第二次小児救急医療機関（以下、「小児救急医療機関」）数が 1 箇所である一方で、約 1 / 4 の小児医療圏には、4 箇所以上の小児救急医療機関があり、施設数に地域差がある。



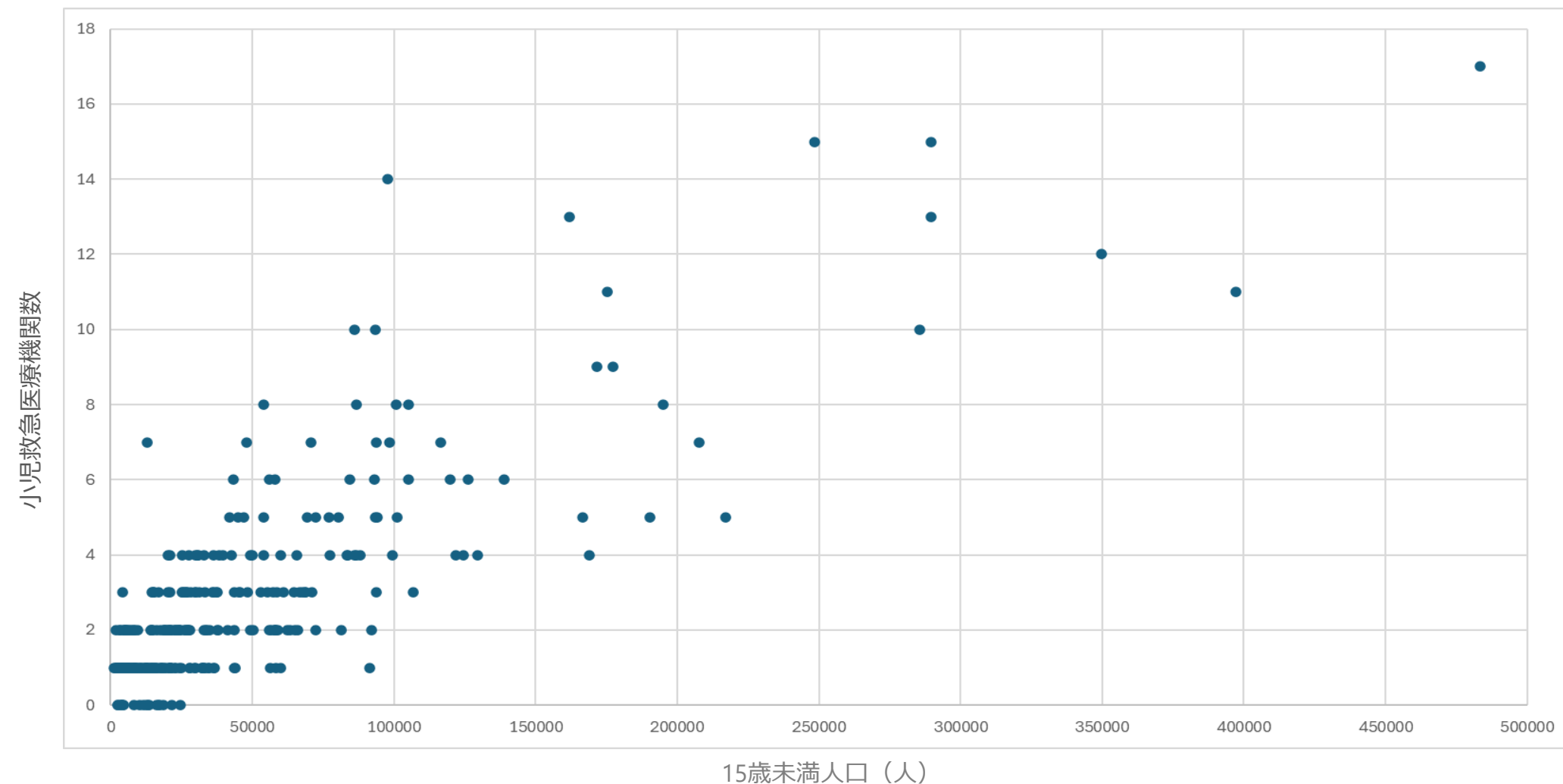
第三次小児救急医療機関：小児の救命救急医療を担う医療機関

第二次小児救急医療機関：入院を要する小児救急医療を担う医療機関

（出典）医政局地域医療計画課調べ（2024年4月1日現在）

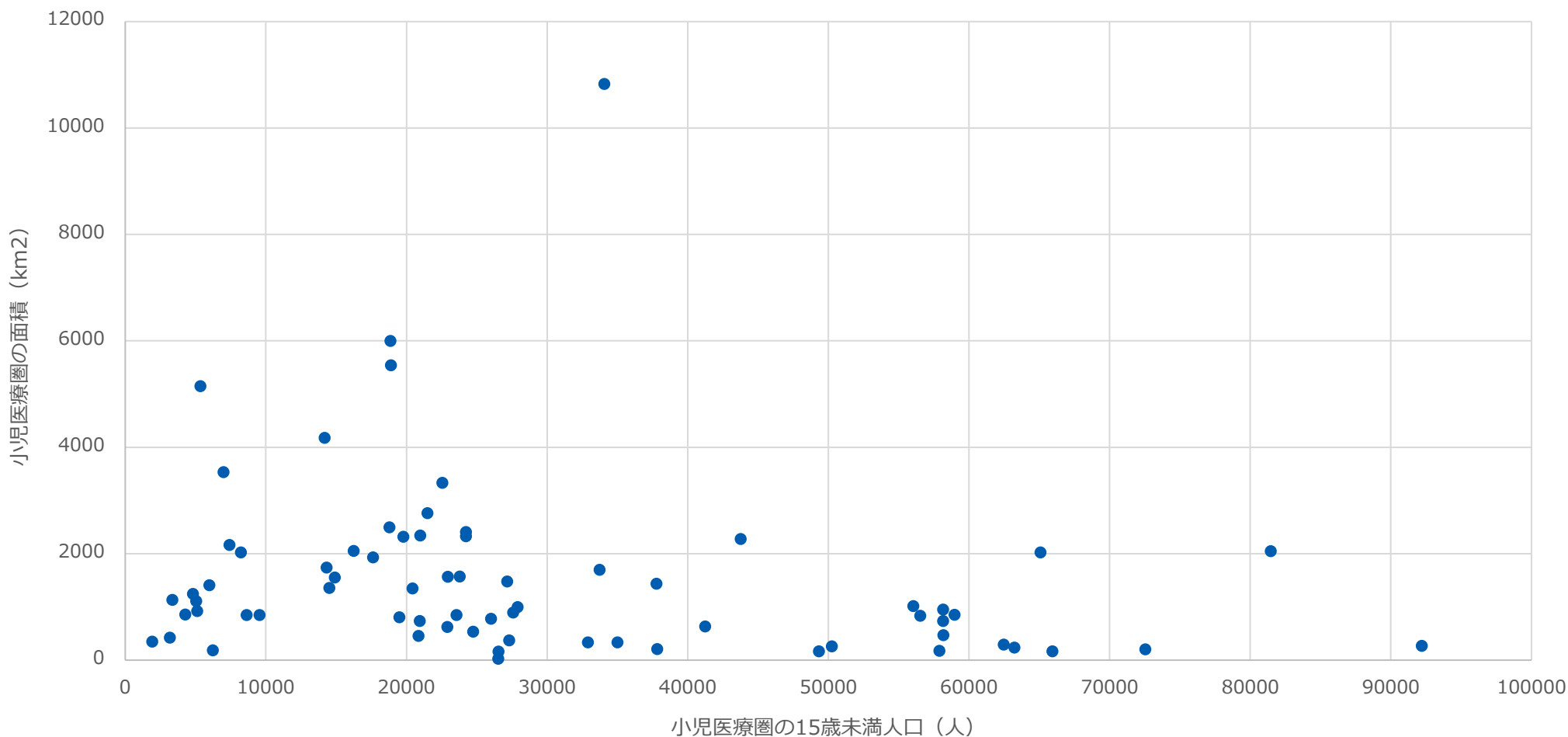
小児医療圏における小児救急医療機関数

- 小児医療圏における15歳未満人口と小児救急医療機関数には相関が見られるが、人口の少ない小児医療圏においても複数の小児救急医療機関が存在する地域もある。



小児医療圏における小児救急医療機関数

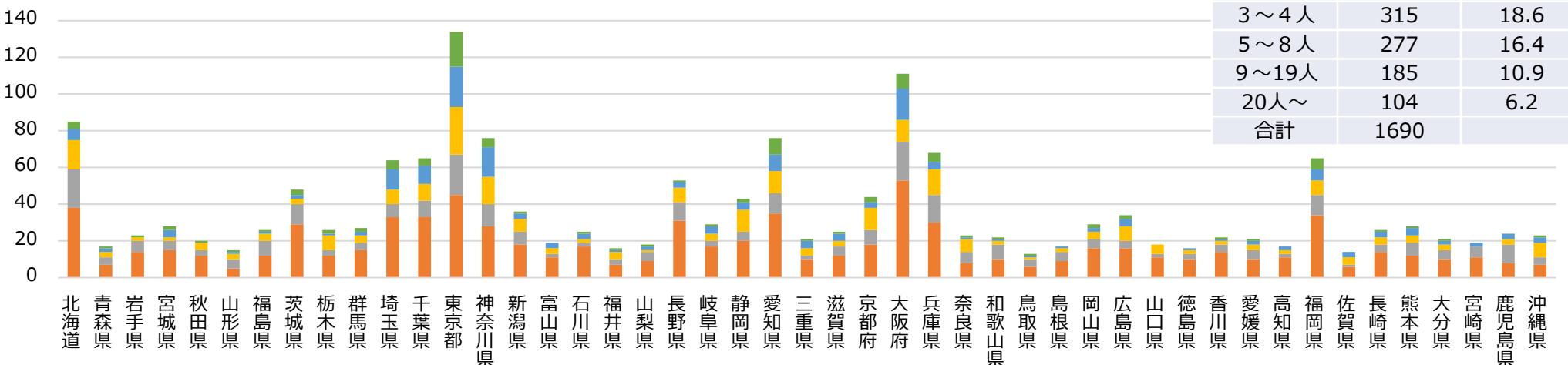
- 小児医療圏において小児救急医療機関数が2である医療圏について、面積が比較的狭い、人口密度の高い地域もあれば、人口が少ない医療圏もある。医療機関の集約化の検討に当たっては、地域あたりの医療需要（人口規模）や面積なども踏まえた検討が必要。



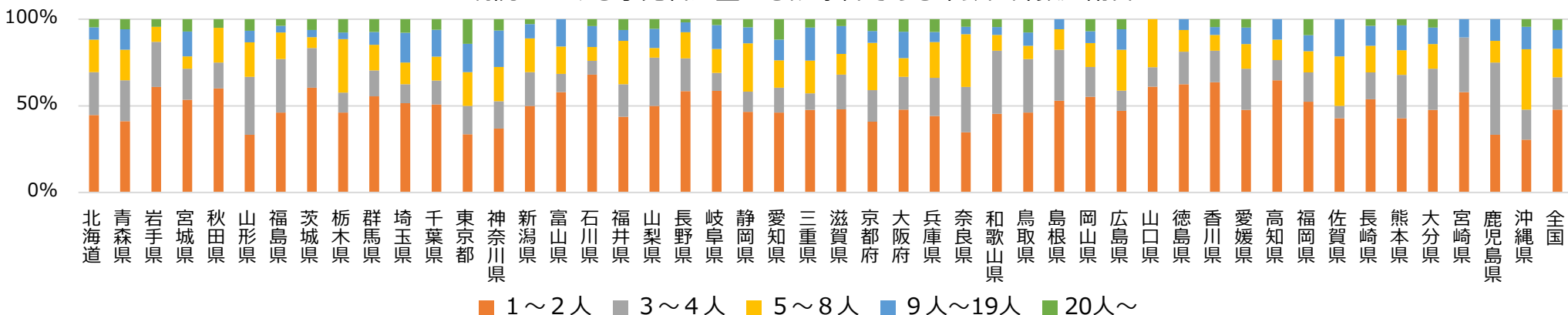
病院における小児科常勤医師の配置状況

○ 1病院あたりの小児科常勤医師数は約半数が2名以下であり、医療資源が広く薄く配置されている。

小児科が主たる診療科である常勤医師数別病院数



病院における小児科が主たる診療科である常勤医師数別割合



<参考> 日本小児科学会が定義する医療機能における小児科医師の目標数

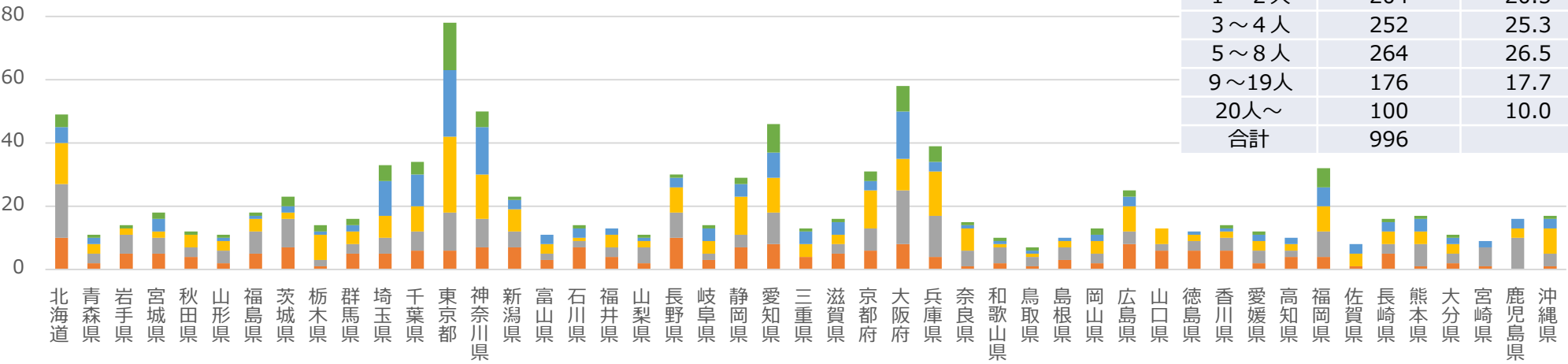
- ・ 中核病院小児科：20名
- ・ 地域小児科センター：9名
- ・ 地域振興小児科A：3名

小児の入院実績ありの病院における小児科常勤医師の配置状況

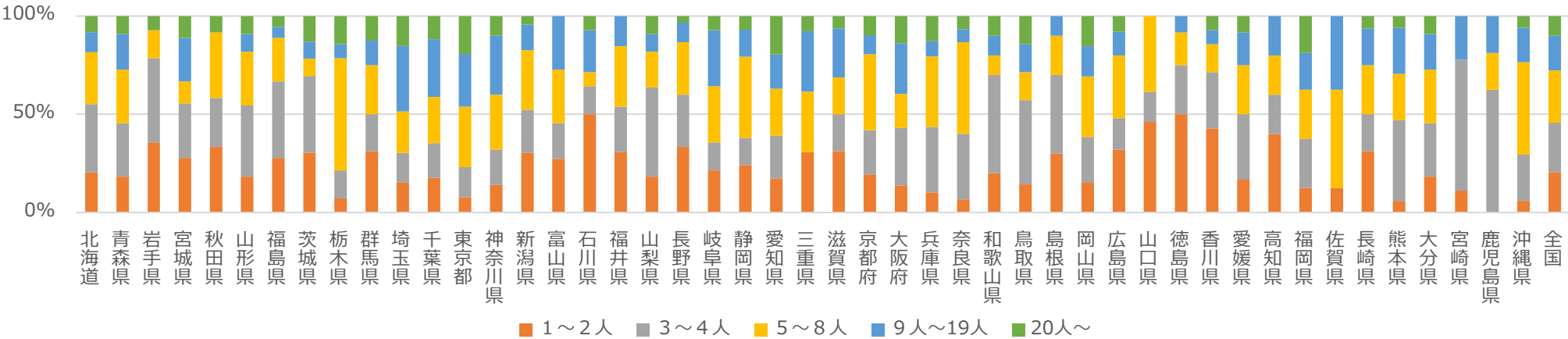
○ 小児の入院実績ありと回答した病院の小児科常勤医数は、約半数が4人以下、2割が2人以下であるが、地域ごとにばらつきが見られる。

小児科が主たる診療科である常勤医師数別病院数

常勤医師数	回答施設数	割合【%】
1～2人	204	20.5
3～4人	252	25.3
5～8人	264	26.5
9～19人	176	17.7
20人～	100	10.0
合計	996	



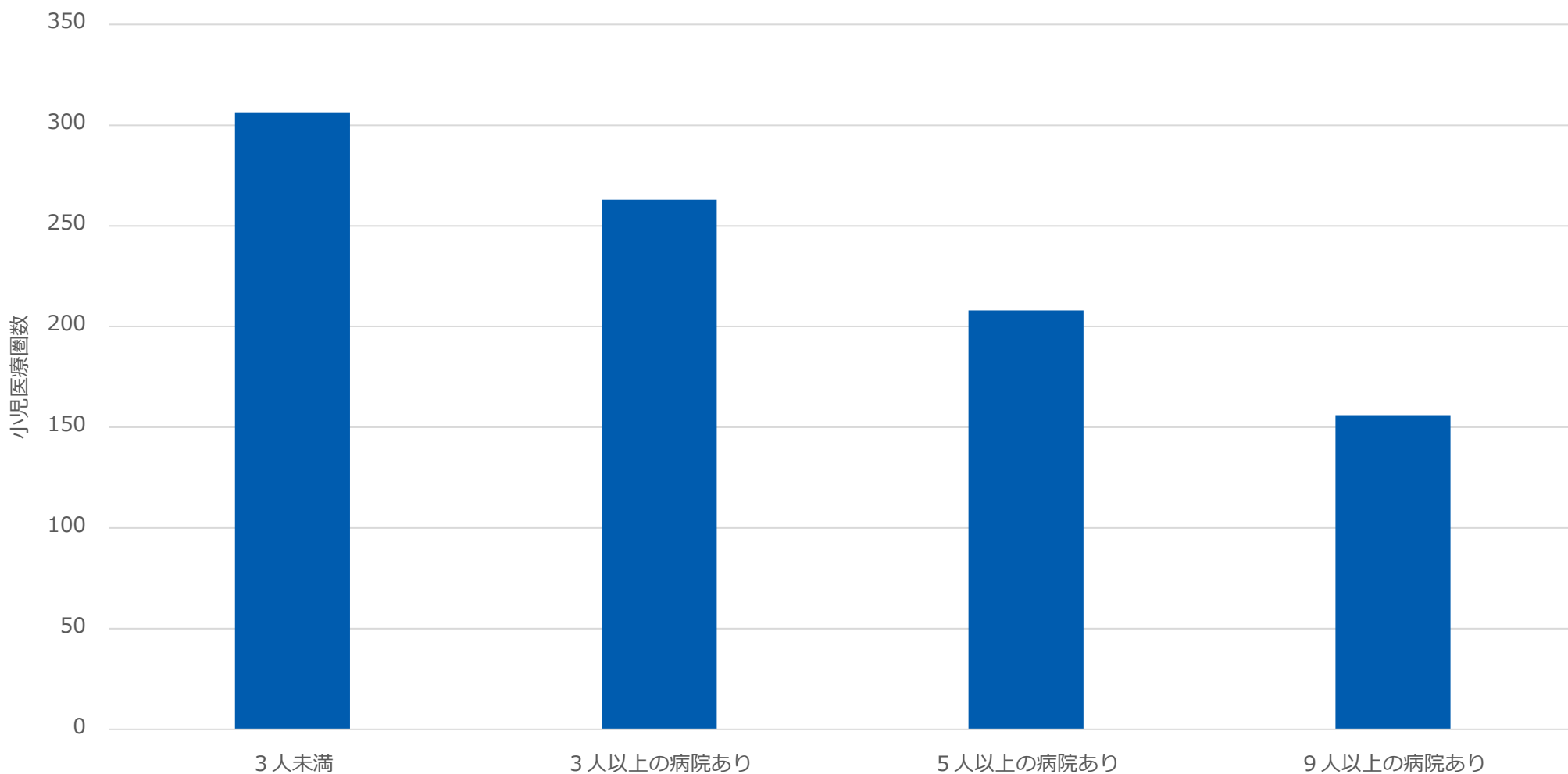
病院における小児科が主たる診療科である常勤医師数別割合



(出典) 2022年医師・歯科医師・薬剤師統計、2023年医療施設調査をもとに、医政局地域医療計画課で作成

小児医療圏における、小児の入院実績がある病院の小児科常勤医師数

- 小児科常勤医師数が9人以上の病院（小児の入院実績あり）が配置されている小児医療圏は51%であり、3人未満の病院のみ配置されている小児医療圏が14%存在する。



小児科常勤医が勤務する病院の配置状況（青森県）

○ 小児科常勤医が勤務する病院の配置状況については、小児医療圏内に1箇所のみ地域や、近接した位置に複数存在する地域など、様々である。

- ◆ : 小児科常勤医が勤務する病院
- ◆ : 小児科常勤医が勤務+周産期母子医療センター

□ : 小児科常勤医数

青森地域医療圏

15歳未満人口：27155人
出生数：1253
小児科医師数：34
病院小児科常勤医師数：23

西北五地域医療圏

15歳未満人口：9390人
出生数：355
小児科医師数：7
病院小児科常勤医師数：4

津軽地域医療圏

15歳未満人口：26055人
出生数：1180
小児科医師数：53
病院小児科常勤医師数：38

下北地域医療圏

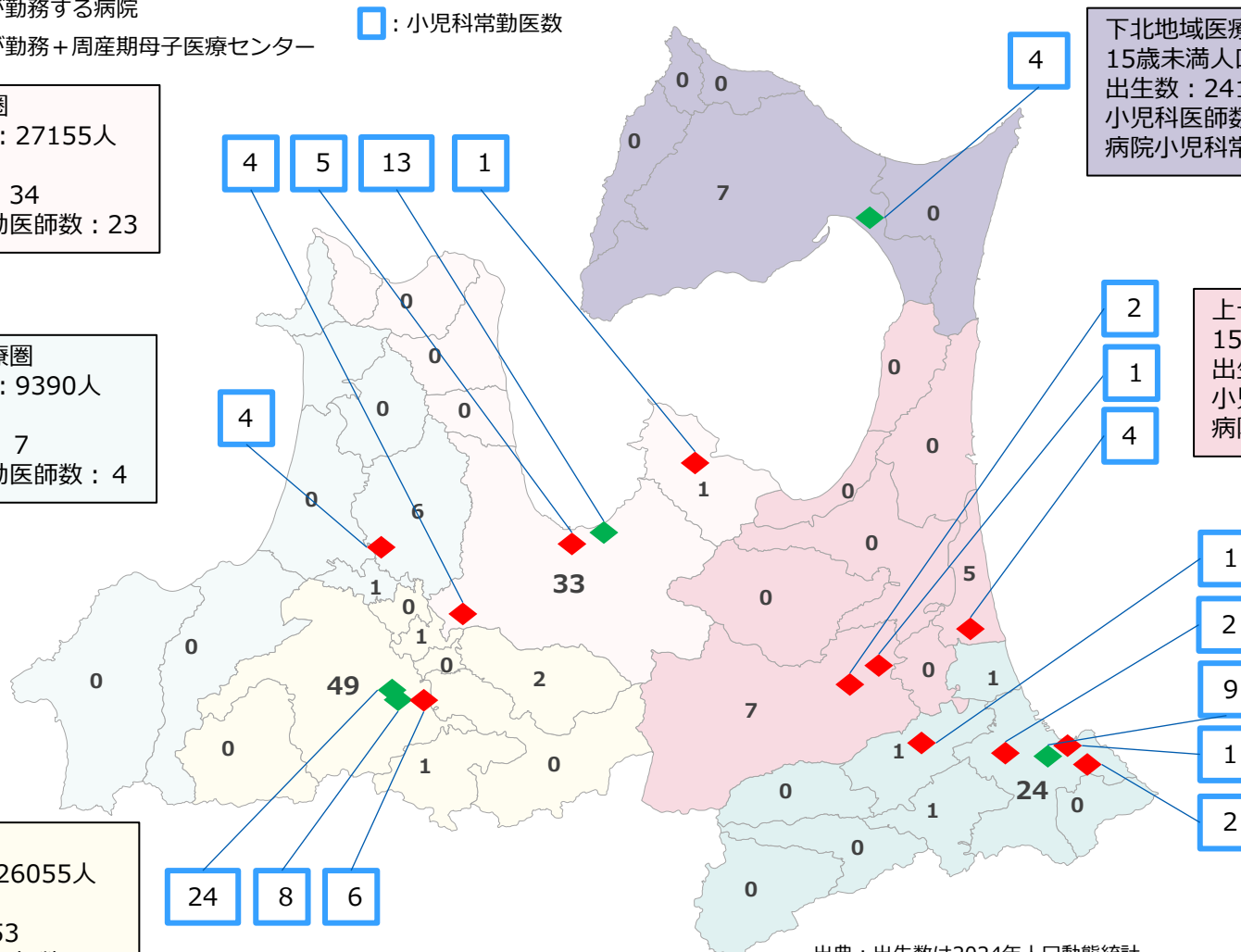
15歳未満人口：5879人
出生数：241
小児科医師数：7
病院小児科常勤医師数：4

上十三地域医療圏

15歳未満人口：16247人
出生数：669
小児科医師数：12
病院小児科常勤医師数：7

八戸地域医療圏

15歳未満人口：31134人
出生数：1401
小児科医師数：27
病院小児科常勤医師数：15



※地図上の数字は、該当する市町村に
従事する小児科医師数

出典：出生数は2024年人口動態統計

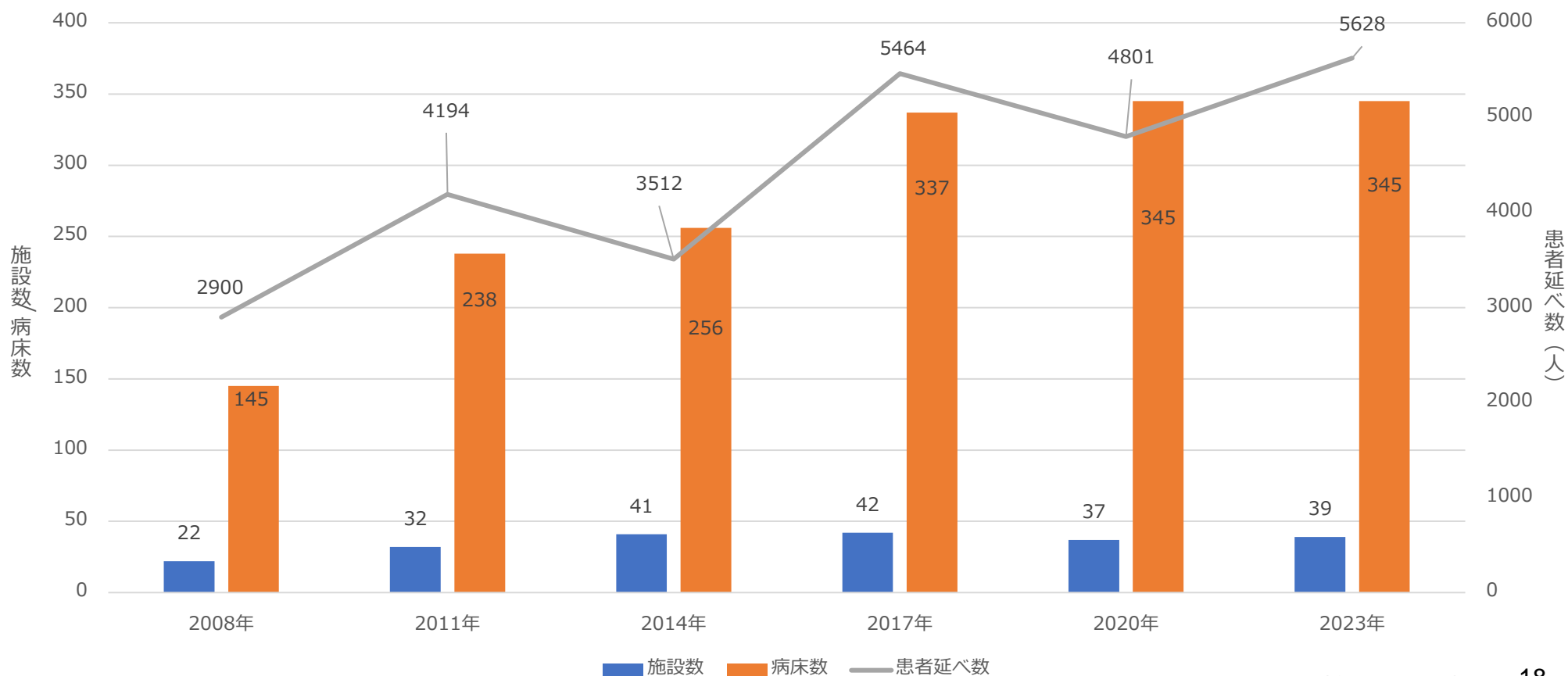
15歳未満人口は2025年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）

医師数は2022年医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに、医政局地域医療計画課で集計

小児集中治療室（PICU）の現況

- 「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」（2009年）において、小児救命救急センターとともに、小児集中治療室（PICU）の必要性が指摘された。
- その後、PICUの施設数、病床数、患者延数は増加したが、2017年以降は横ばいで推移している。

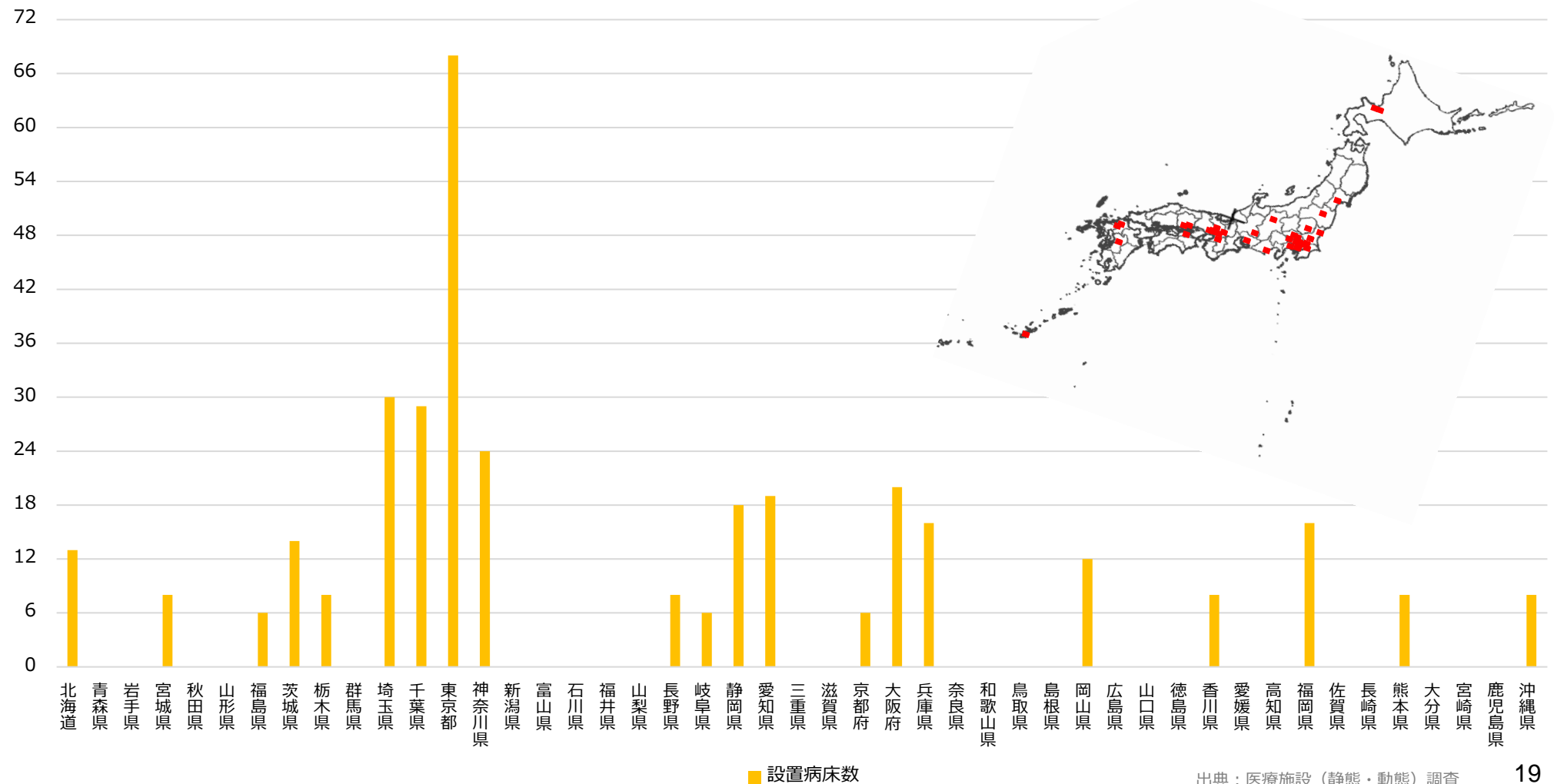
PICUの施設数、病床数、患者延べ数の推移



小児集中治療室（PICU）の現況

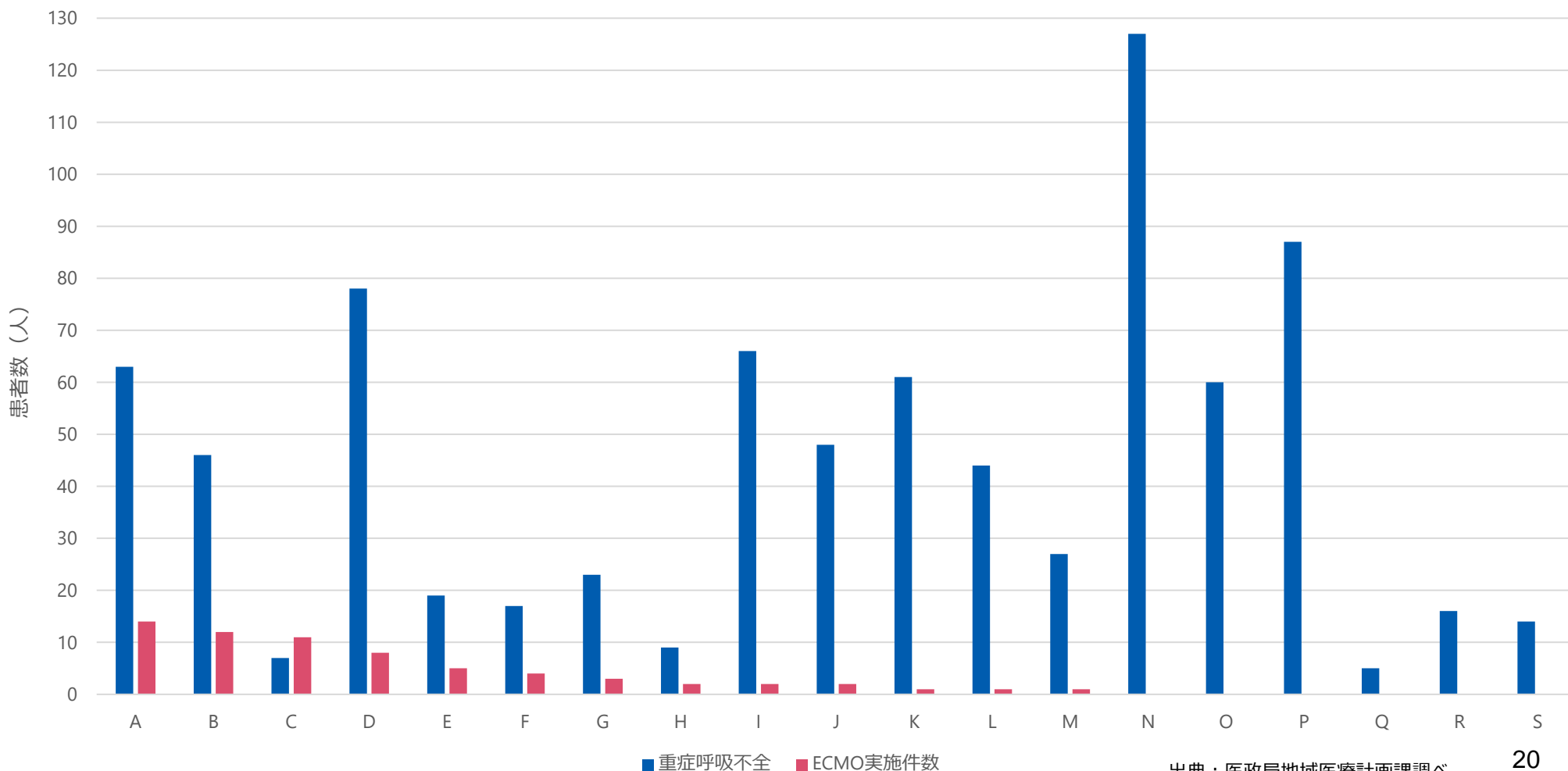
○ PICUは、北海道・東北・関東・中部・近畿・中国・四国・九州・沖縄地方の21都道府県に設置されている。

都道府県別 PICU設置病床数（2023年）



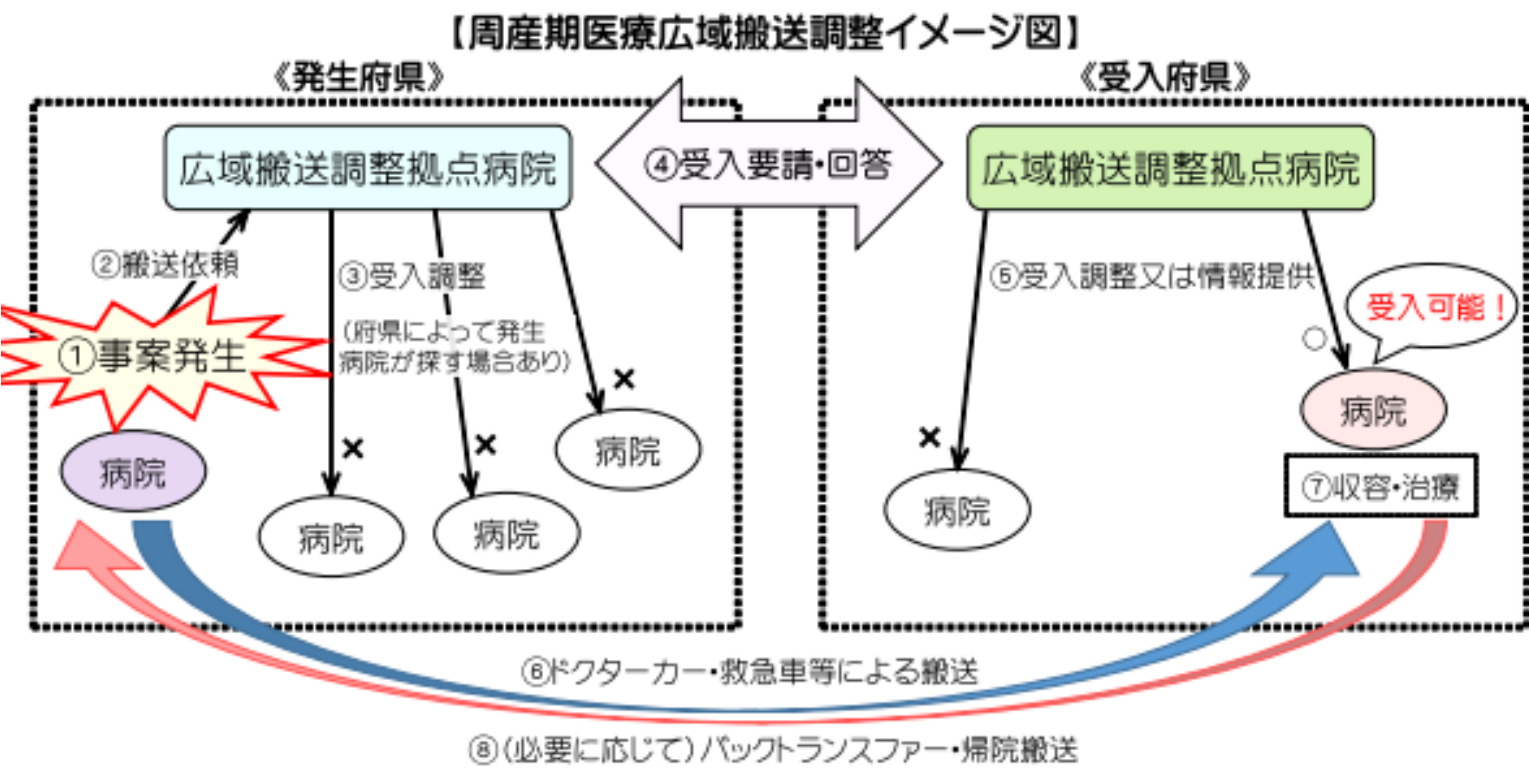
小児救命救急センターにおける重篤小児患者数（2023年度）

- 小児の入院患者数は成人と比べて少ないが、小児救命救急センターであっても重症呼吸不全（人工呼吸器を使用した例）の症例数は半数以上の施設で年間50例未満、最重症例であるECMO（体外式膜型人工肺）実施件数は、ほとんどの施設で年間10例未満と症例数はかなり限られる。



広域連携の具体的な取組例（関西広域連合）

○ 近畿ブロック周産期医療広域連携検討会において「近畿ブロック周産期医療広域連携」が実施されており、この体制による取組を継続しつつ、府県域を越えた母子・新生児の搬送等に係る取組内容や諸課題について情報共有や意見交換を行うことにより、連携体制の充実を図る。



- 府県内で努力をしたにもかかわらず搬送先が見つからない場合、当該府県広域搬送調整拠点病院を通じ、他府県の調整拠点病院に対し、受入調整又は、情報提供を依頼する。
- 府県内事情に精通した拠点病院が、調整又は、情報提供することによって、効率的に搬送先を確保する。

関西広域医療連携計画における
各府県の広域搬送調整拠点病院

福井県	福井県立病院
兵庫県	兵庫県立こども病院
三重県	三重大学医学部附属病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
滋賀県	大津赤十字病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
京都府	京都第一赤十字病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
大阪府	大阪母子医療センター
徳島県	徳島大学病院

小児がん拠点病院制度

* 国立成育医療研究センターは小児がん拠点病院と小児がん中央機関を兼ねる

- 全国に15か所の小児がん拠点病院、2か所の小児がん中央機関を整備し、小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる小児がん診療体制の整備を進めている。
- 小児がん拠点病院は、小児がん拠点病院の指定に関する検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が指定する。小児がん連携病院は、小児がん拠点病院が地域ブロック協議会における議論を踏まえ指定する。

厚生労働省

- 小児がん医療提供体制の構築に係る検討を行う
 - がん診療提供体制のあり方に関する検討会
 - 小児がん拠点病院等の指定要件に関するWG
 - 小児がん拠点病院の指定に関する検討会

小児がん拠点病院連絡協議会

国立成育医療研究センター



*小児がん中央機関・
小児がん拠点病院を兼
ねる

- 人材育成の中心(医師・看護師等)
- 情報提供
- 小児がん拠点病院連絡協議会事務局
- 診断支援(放射線・病理診断等)

小児がん中央機関

日本における小児がん医療・支援の牽引

連携

国立がん研究センター



- 研究開発及び臨床研究の推進・支援
- 情報提供(小児及びAYA世代のがん)

地域ブロック協議会



小児がん拠点病院

地域における小児がん医療・支援の中心
・難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療を行う

小児がん連携病院

地域の小児がん医療の集約を担う施設

類型1

標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療を提供する

- 1-A 一定以上の症例数等の要件を満たす施設
- 1-B 地域の小児がん診療を行う施設



類型2

集約すべき特定のがん種の診療や、
限られた施設でのみ実施可能な治療を行う



類型3

長期フォローアップを担う



- ★ 小児がん中央機関
全国に2施設配置
- 小児がん拠点病院
全国に15施設配置



(※) 国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院

地域における小児医療体制整備のイメージ

令和7年10月1日 第1回小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ 資料3

※医療圏数は地域医療計画課調べ

三次医療圏（各都道府県 ※北海道は6医療圏）

小児医療体制に求められる医療機能

小児中核病院【高度小児専門医療、小児救命救急医療】

- ・ 日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの
- ・ 小児地域医療センターでは対応が困難な高度専門入院医療や、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等を含めた、小児の救命救急医療の24時間体制での実施

<目指すべき方向>

全ての小児医療圏（令和6年4月現在306医療圏）で、**小児救急医療**を含めて常時小児の診療ができる体制を確保する

小児地域医療センター【小児専門医療、入院小児救急】

- ・ 日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの
- ・ 一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療や、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等を含めた、入院を要する小児救急医療の24時間体制での実施
- ・ 療養・療育支援を担う施設との連携や在宅医療支援

小児地域支援病院

- ・ 日本小児科学会の「地域振興小児科A」に相当するもの
- ・ 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であり、地理的に孤立した地域に不可欠で、他地域の小児科と統廃合が不適当
- ・ 軽症用入院病床を設置し、一次から二次医療を担う

一般小児医療【一般小児医療、初期小児救急】

- ・ 地域に必要な一般小児医療や初期小児救急医療の実施
- ・ 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援

相談支援

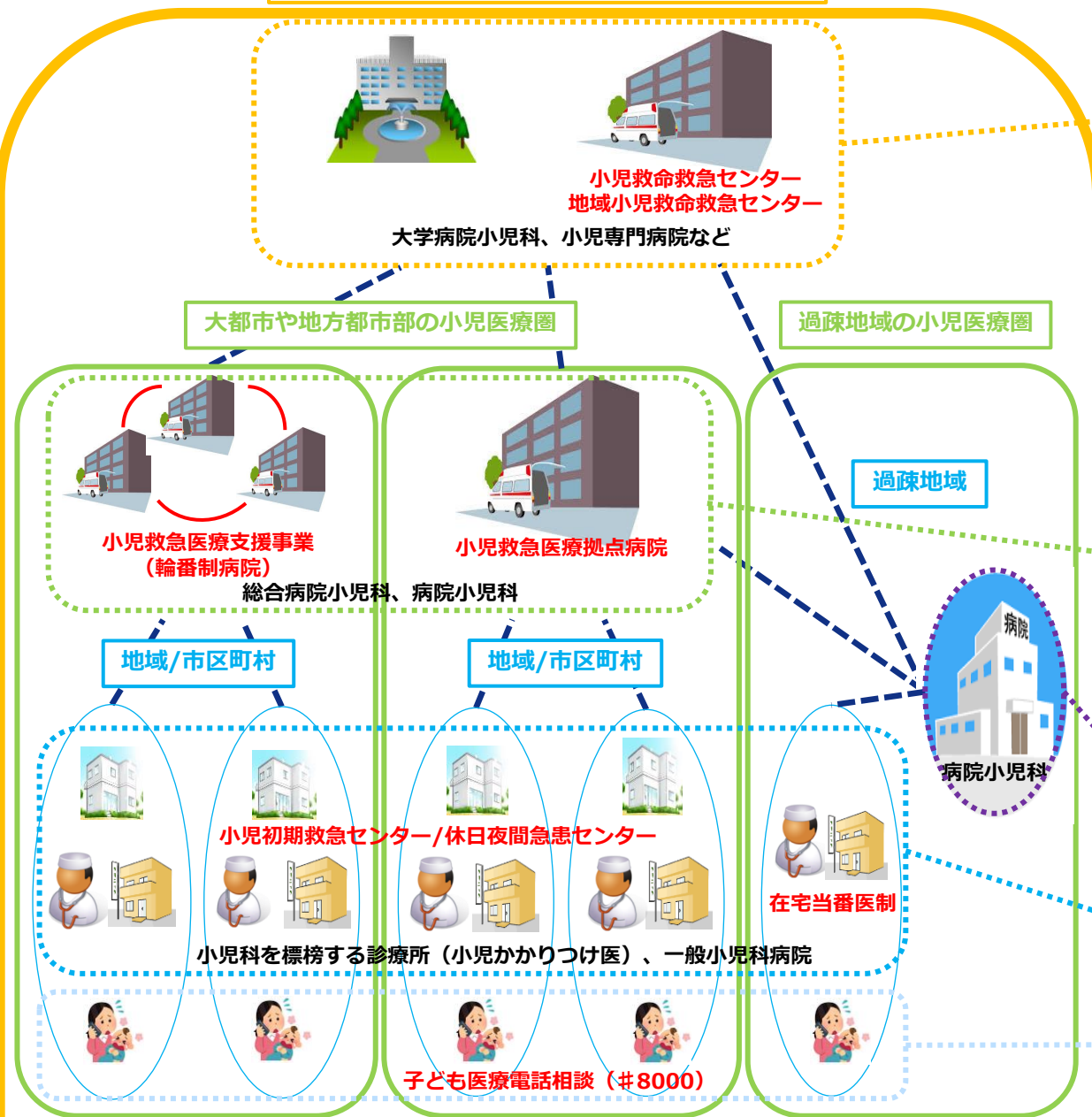
- ・ 行政機関、消防機関
- ・ 子ども医療電話相談（#8000）

三次医療

二次医療

一次医療

相談支援



第8次医療計画における小児の医療体制に求められる医療機能 【小児中核病院】

- 三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能として、「高度小児専門医療」と「小児救命救急医療」が位置づけられている。

小児医療の体制構築に係る指針*（抄）

① 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

ア 目標

- ・ 小児地域医療センター等では対応が困難な患者に対する高度な小児専門医療を実施すること
- ・ 当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 広域の小児中核病院や小児地域医療センター等との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること（以下略）

ウ 医療機関の例

- ・ 中核病院小児科
- ・ 大学病院（本院）
- ・ 小児専門病院

② 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

ア 目標

- ・ 小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること
- ・ 小児の集中治療を専門的に実施できる診療体制（小児専門施設であればPICUを運営することが望ましい。）を構築することが望ましい（以下略）

ウ 医療機関の例

- ・ 救命救急センター
- ・ 小児救命救急センター
- ・ 小児救急医療拠点病院のうち救命救急医療を提供するもの

*「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年6月29日付け医政地発0629第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

第8次医療計画における小児の医療体制に求められる医療機能 【小児地域医療センター】

- 小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能として、「小児専門医療」と「入院小児救急」が位置づけられている。

小児医療の体制構築に係る指針*（抄）

① 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】

ア 目標

- ・ 一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する小児専門医療を実施すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を実施すること
- ・ 一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施すること（以下略）

ウ 医療機関の例

- ・ 地域小児科センター
（略）

② 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】

ア 目標

- ・ 入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること
- ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと（以下略）

ウ 医療機関の例

- ・ 地域小児科センター
（略）
- ・ 小児救急医療拠点病院
- ・ 輪番制・共同利用に参加している病院

第8次医療計画における小児の医療体制に求められる医療機能 【小児地域支援病院】

- 第8次医療計画では、小児人口が少なく医療資源が乏しい地域において、医療アクセス面から維持することが望ましい施設を、小児地域支援病院として整備することを求めている。

小児医療の体制構築に係る指針*（抄）

第2 医療体制の構築に必要な事項

3 各医療機能と連携

（5） 小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】

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、最大の病院小児科であり、小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良（車で1時間以上）であるものと定義される。日本小児科学会の分析によると、小児人口の5.4%をカバーしているに過ぎないものの、小児医療圏の面積は全国の約25%と広く、小児医療資源が乏しいため、他地域の小児科との統廃合は不適當であるとされている。

ア 目標

- ・ 小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること

第 8 次医療計画における医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- 第 8 次医療計画においては、小児地域医療センターや小児中核病院を「医療機能」と定義し、ひとつの施設が複数の医療機能を担うことや、複数の医療機関でひとつの医療機能を担うことを可としている。

小児医療の体制構築に係る指針*（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、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。逆に、一つの医療機関で小児地域医療センターや小児中核病院の医療機能を担いきれない場合には、複数の医療機関で連携してそれらひとつの医療機能を担うこともあり得る。また、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こと。また、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下、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化すること。一本化するに当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制がとれるように留意すること。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に小児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。

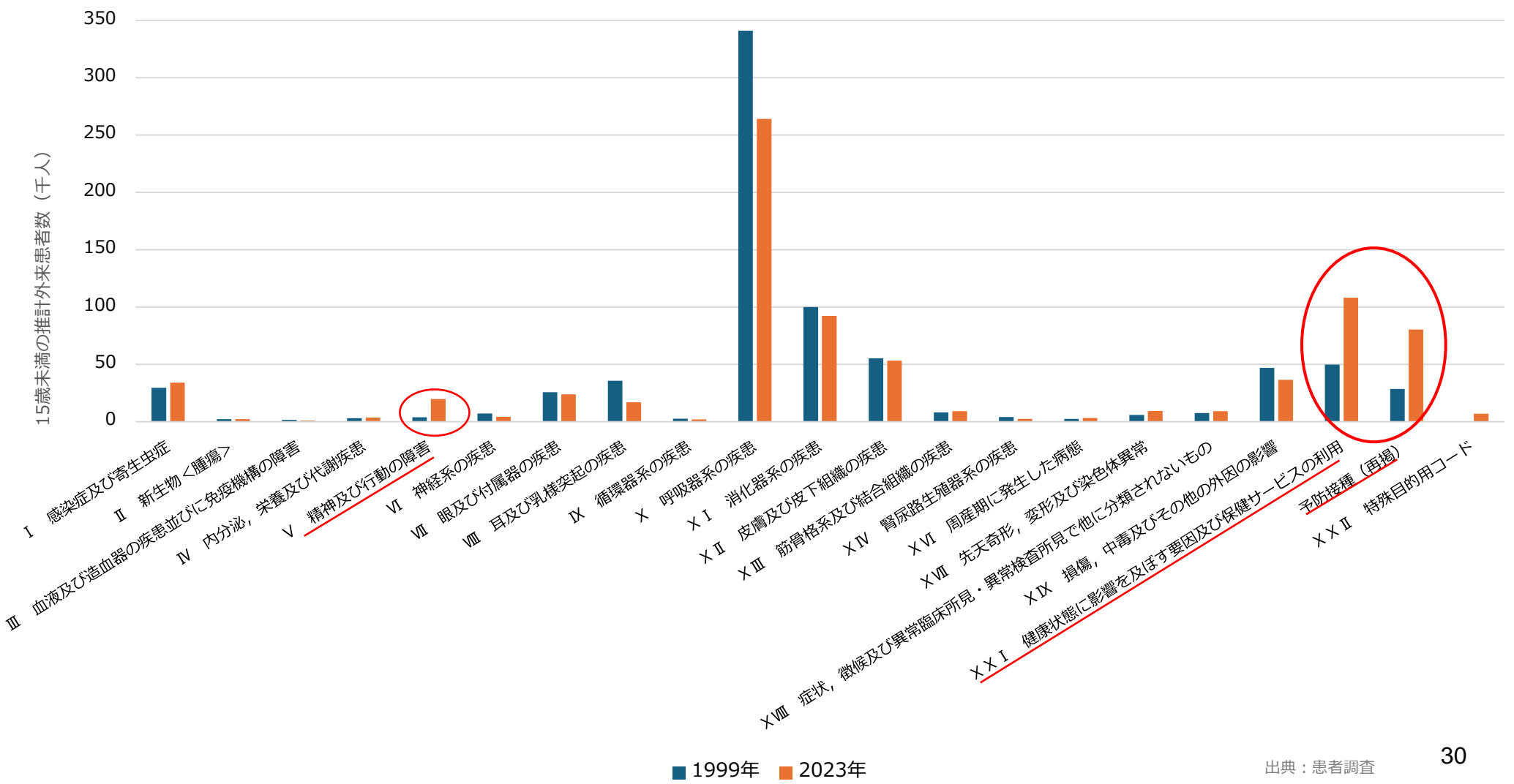
日本小児科学会が定める小児医療提供体制の施設分類

○ 小児医療の体制構築に係る指針で定める医療機能は、日本小児科学会が定める施設分類を参考としている。
この中で、小児医療圏の基幹施設においては、小児科医師 9 名以上の配置が目標とされている。

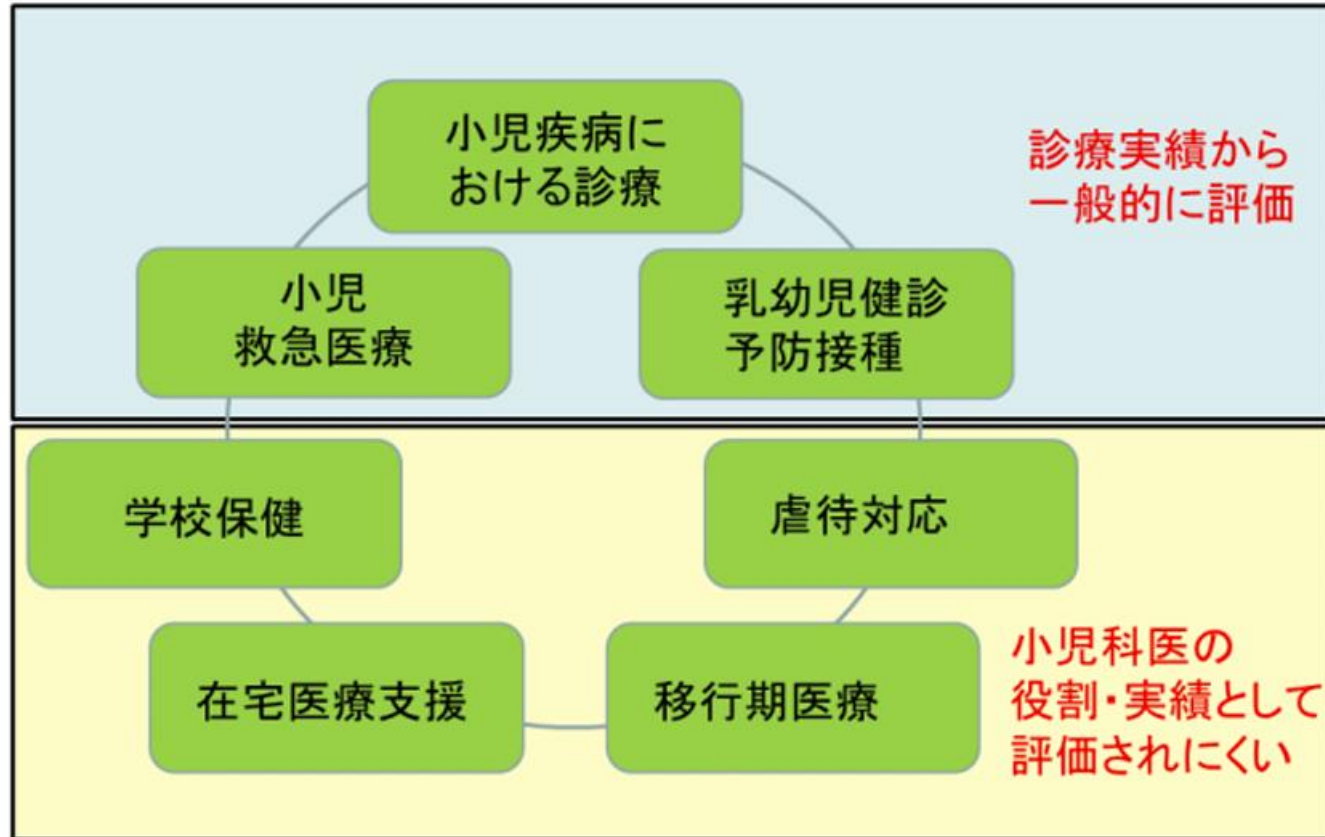
名称	定義
中核病院小児科	<ul style="list-style-type: none">・ <u>三次医療圏に 1 か所</u>・ <u>三次救急医療・集中治療・専門医療を提供</u>・ <u>周産期母子医療センター（できれば総合）</u>・ <u>小児科専門医育成（専門研修基幹施設）</u>・ <u>サブスペシャリティ研修</u>・ <u>小児科医師20名目標</u>・ <u>小児入院医療管理料 1 ～ 2</u>・ <u>医師派遣機能</u>・ <u>小児在宅医療</u>・ <u>子ども虐待対応（CPT を有する）</u>
地域小児科センター	<ul style="list-style-type: none">・ <u>二次医療圏・小児医療圏に 1 か所以上</u>・ <u>24時間の入院医療・2 次救急医療・専門医療を提供。圏域で24 時間初期救急機能が他にない場合は、それを補完する</u>・ <u>周産期母子医療センター</u>・ <u>小児科専門医育成</u>・ <u>一部のサブスペシャリティ研修</u>・ <u>小児科医師 9 名目標</u>・ <u>小児入院医療管理料 2 ～ 3</u>・ <u>小児在宅医療</u>・ <u>子ども虐待対応（CPTを有する）</u>
地域振興小児科A	<ul style="list-style-type: none">・ <u>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</u>・ <u>隣接医療圏からアクセス 1 時間以上</u>・ <u>小規模な入院診療</u>・ <u>地域医療機関および隣接医療圏と連携協力して小児救急医療・新生児医療を行う</u>・ <u>小児科医師 3 名目標</u>・ <u>小児入院医療管理料 4 ～ 5</u>

傷病分類別 小児推計外来患者数の推移

- 1999年と2023年の小児推計外来患者数を比較すると、呼吸器系疾患は大きく減少したのに対し、「精神及び行動の障害」が増加している。
- 「予防接種」が大きく増加しており、小児外来診療における重要な役割であると考えられる。



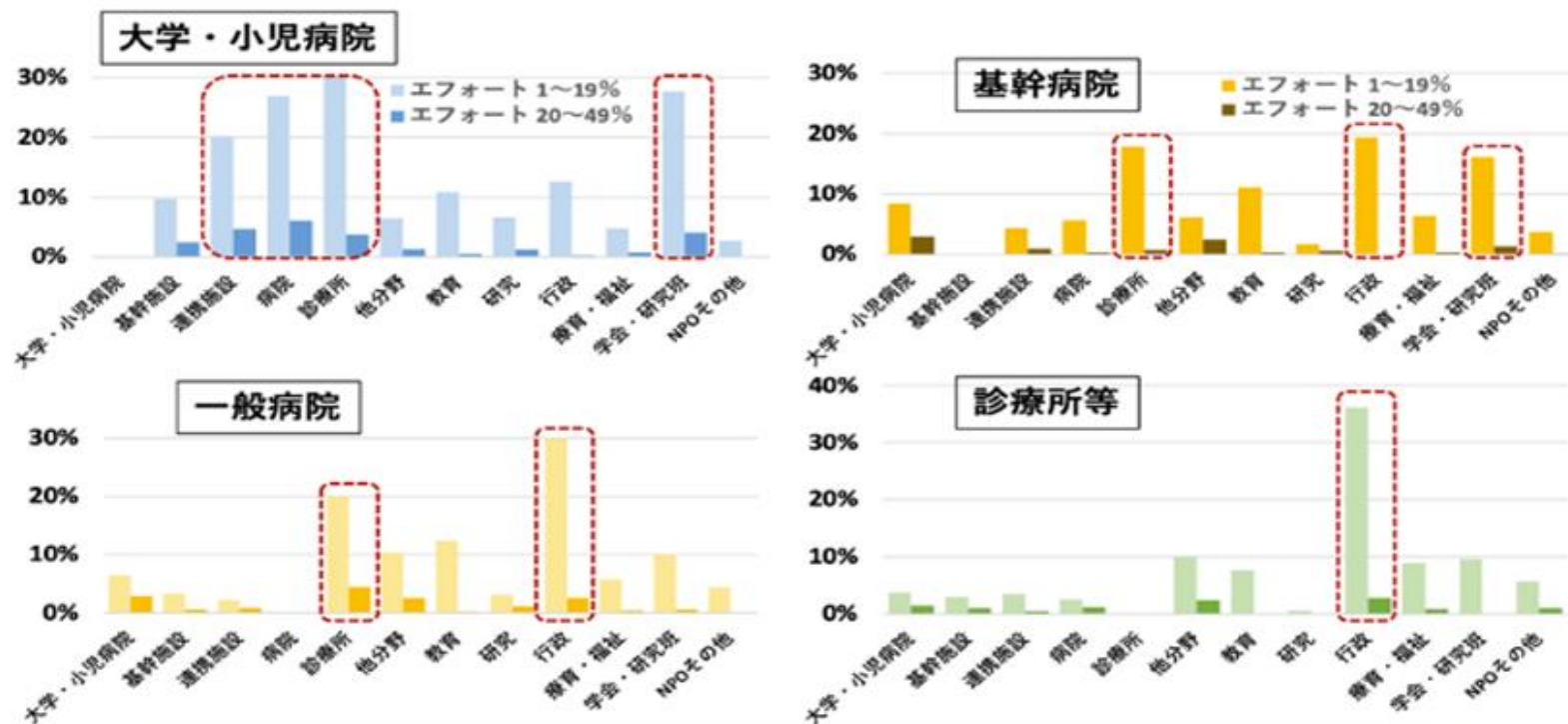
小児科医の役割



病棟での診療のみではなく、様々な社会的な役割を担っている

(平山 小児科UP-to-DATE, 2024)

小児科医の多様な業務



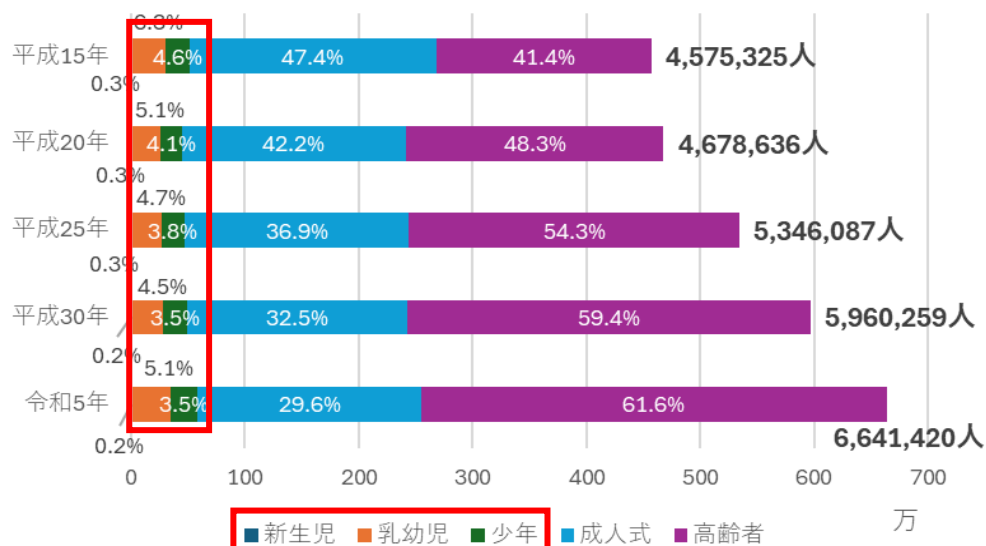
- 勤務する施設により貢献している分野、比率が異なる。
- 小児科医を必要とする分野が多岐にわたる。

(平山 小児科UP-to-DATE, 2024)

小児救急医療の特徴

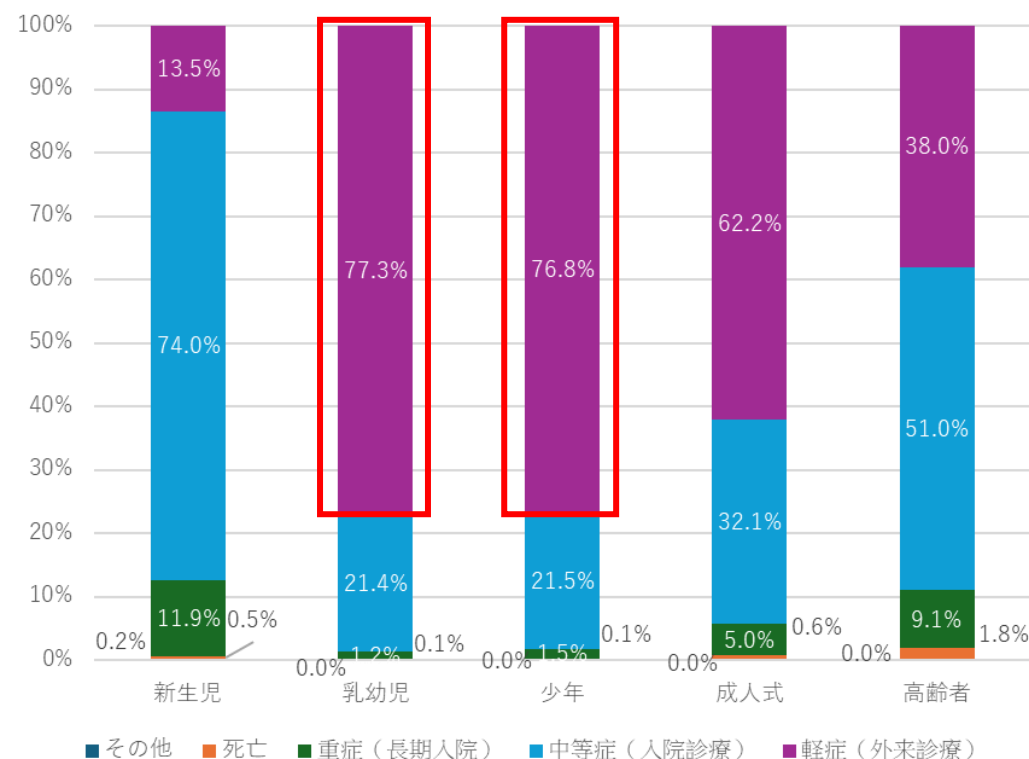
- 小児人口の減少にかかわらず小児の搬送件数は横ばいである一方で、救急搬送された成人と比較し、乳幼児・少年の多くは入院とならない。
- また、休日夜間の初期救急を受診した小児の95%以上は、高次医療機関への転送を要しておらず、小児救急においては、地域の初期救急体制の充実が重要。

年齢区分別の搬送人員と5年ごとの構成比の推移



※ 新生児：生後28日未満の者
乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者
少年：満7歳以上満18歳未満の者

傷病程度別の年齢区分別の搬送人員

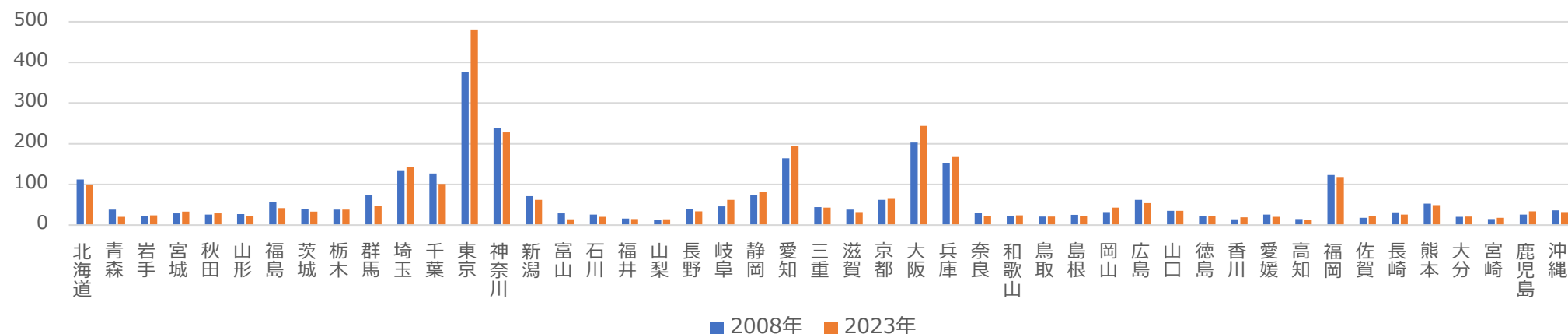


小児初期救急センター、休日夜間急患センターを受診した小児のうち、高次医療機関へ紹介・転送となったのは、約2.1%。（医政局地域医療計画課調べ）

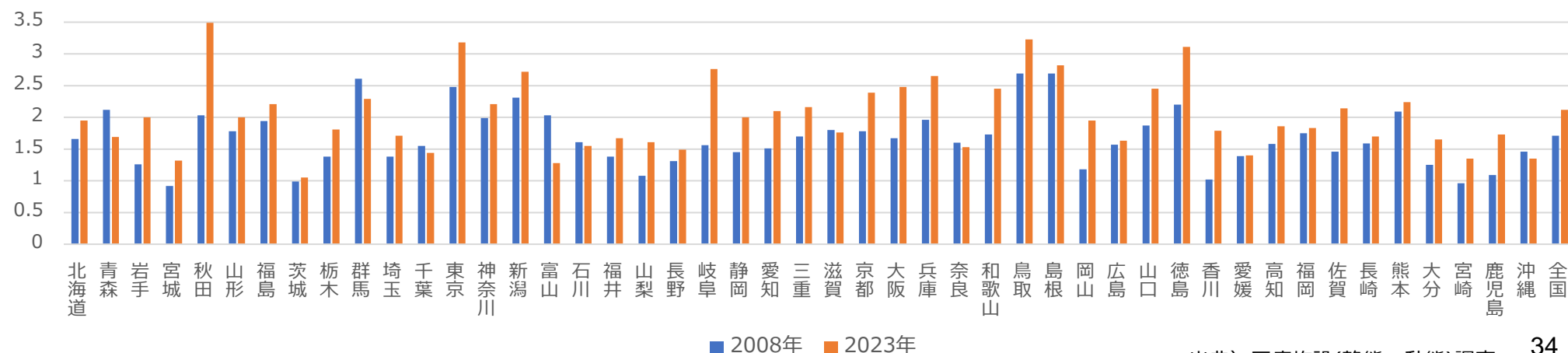
都道府県別 主たる診療科が小児科の診療所数の推移

- 主たる診療科が小児科の診療所は、都市部に集中する傾向がみられる。15歳未満人口当たりでみると、8県を除いて増加しており、人口減少の影響が考えられる。

都道府県別 主たる診療科が小児科の診療所数



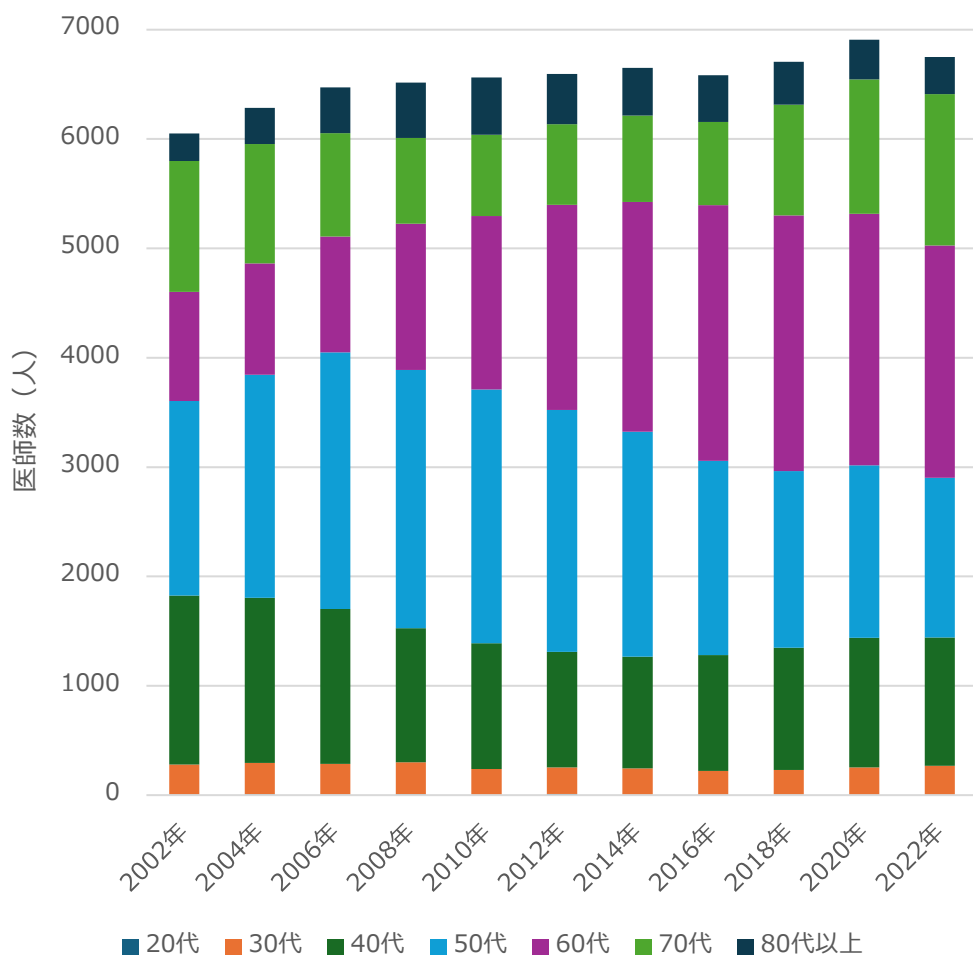
都道府県別 15歳未満人口1万人当たり 主たる診療科が小児科の診療所数



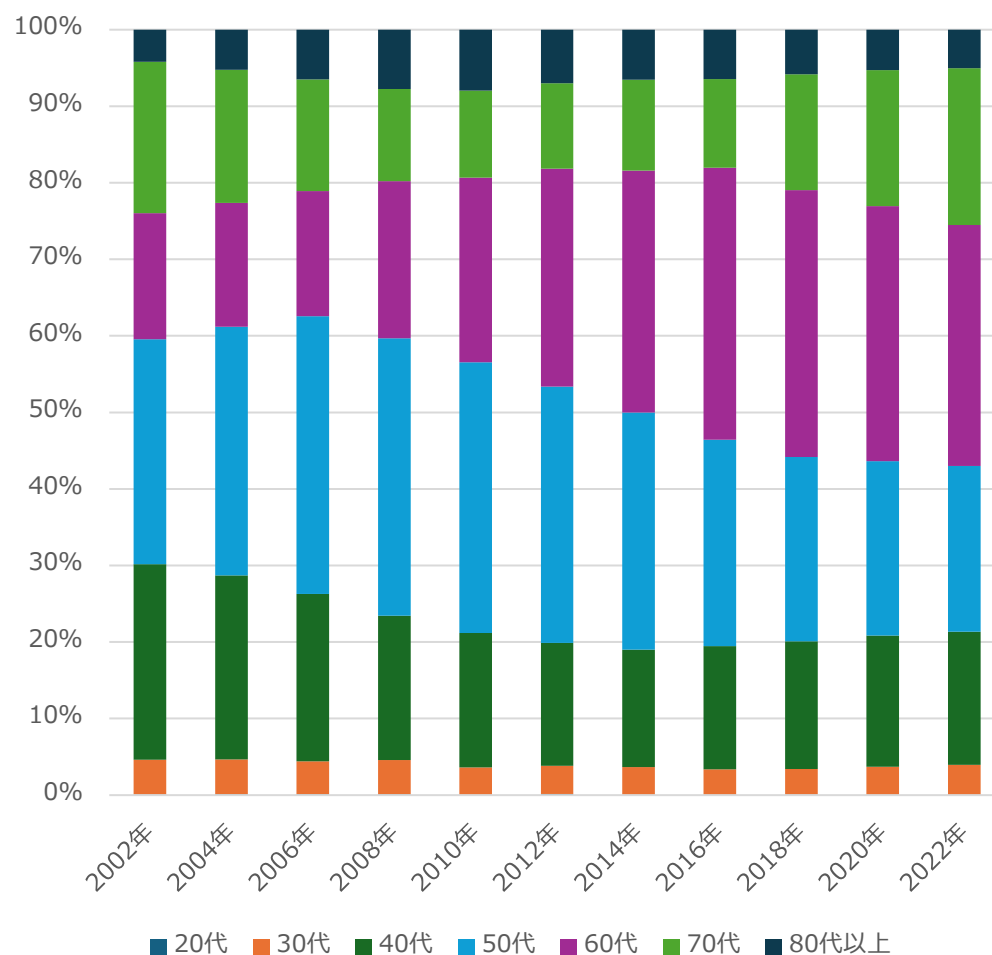
主に診療所に勤務する小児科医師数の推移

- 主に診療所に勤務する小児科医師数は、60代以上の割合が増加傾向である。

主に診療所に勤務する小児科医師数（年代別）

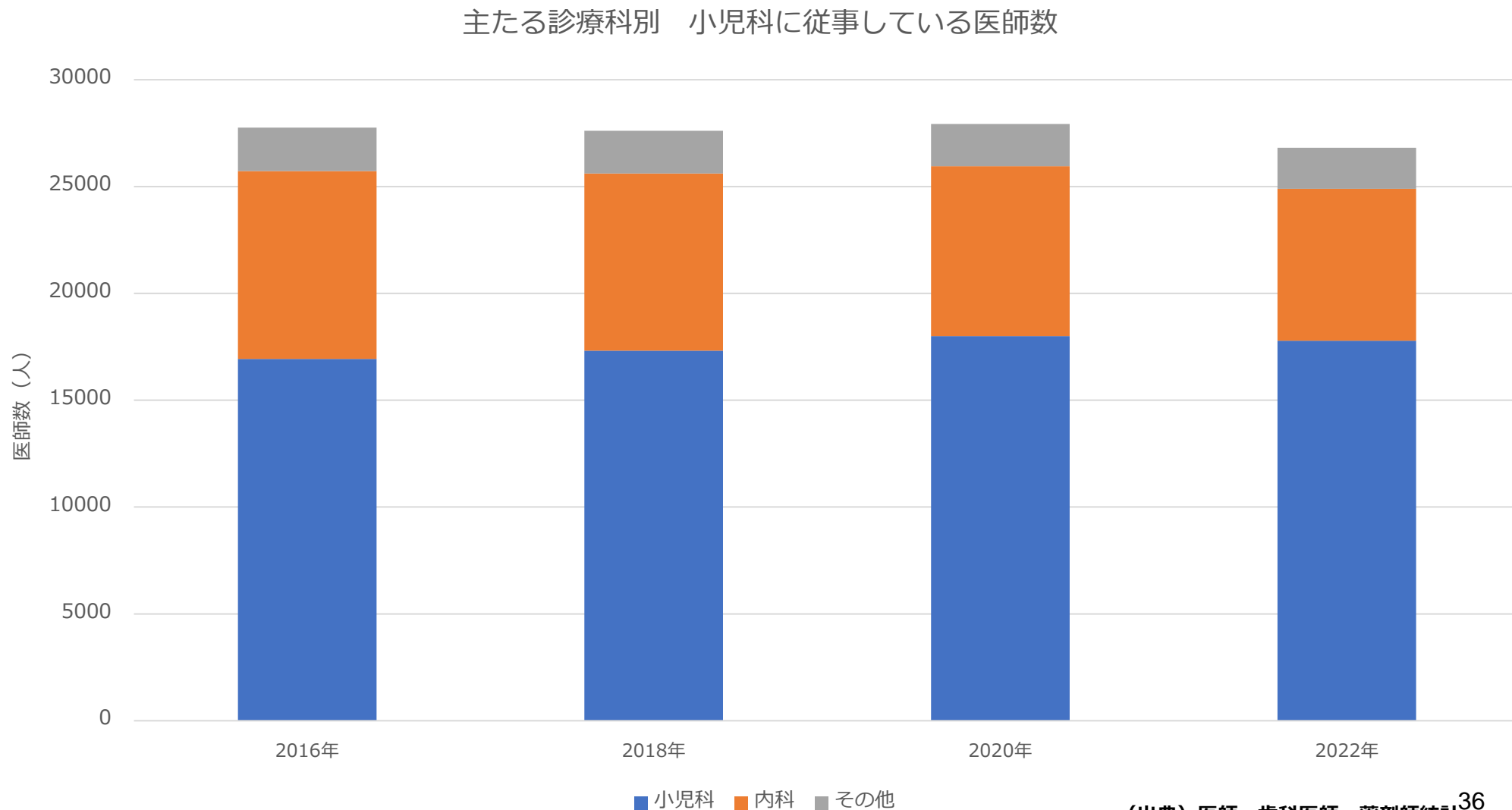


主に診療所に勤務する小児科医師の割合（年代別）



小児科に従事している医師数の推移

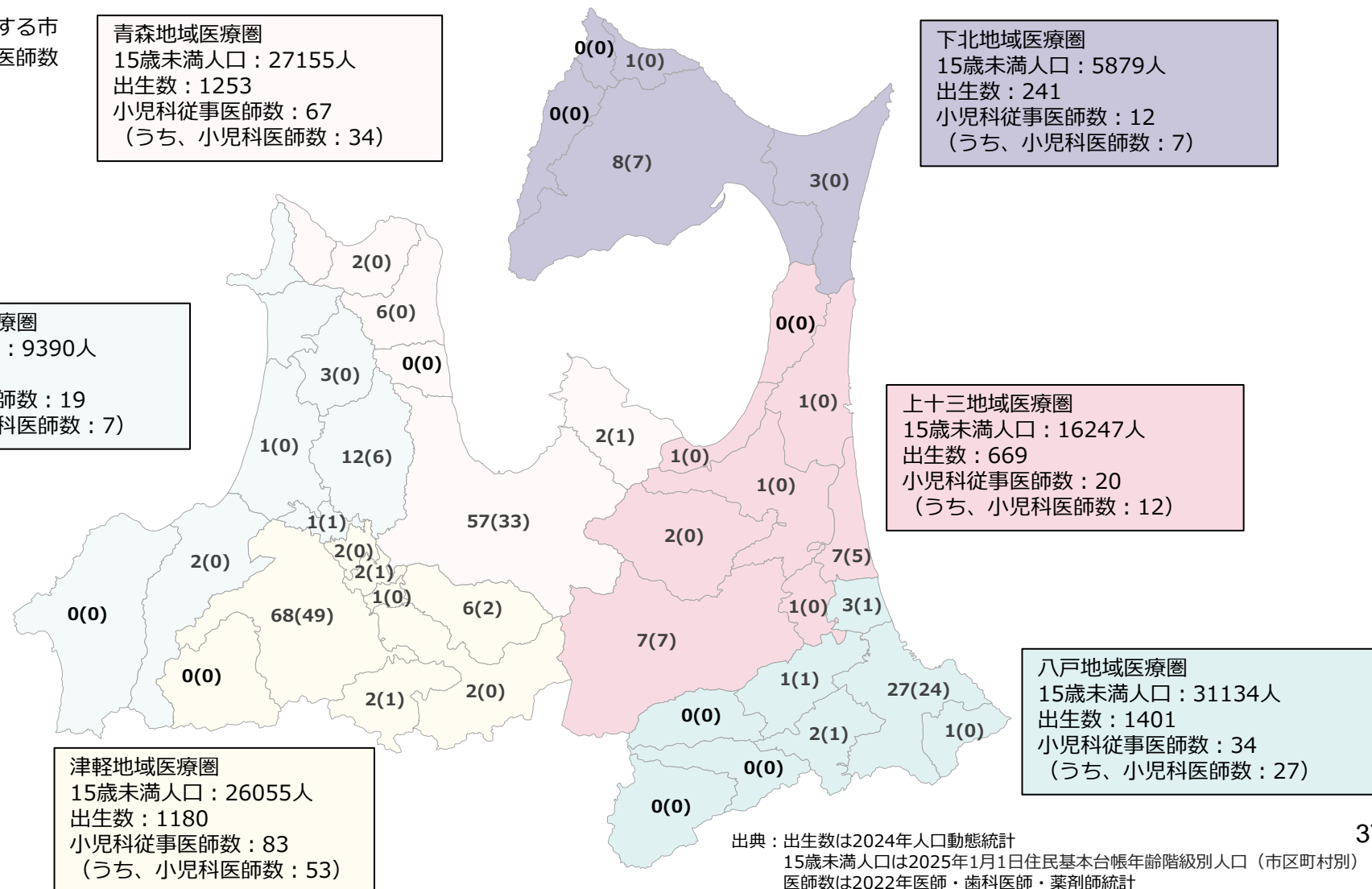
○ 小児科診療には、内科医等も一定従事している。



市町村別にみた小児科従事医師数の分布（青森県）

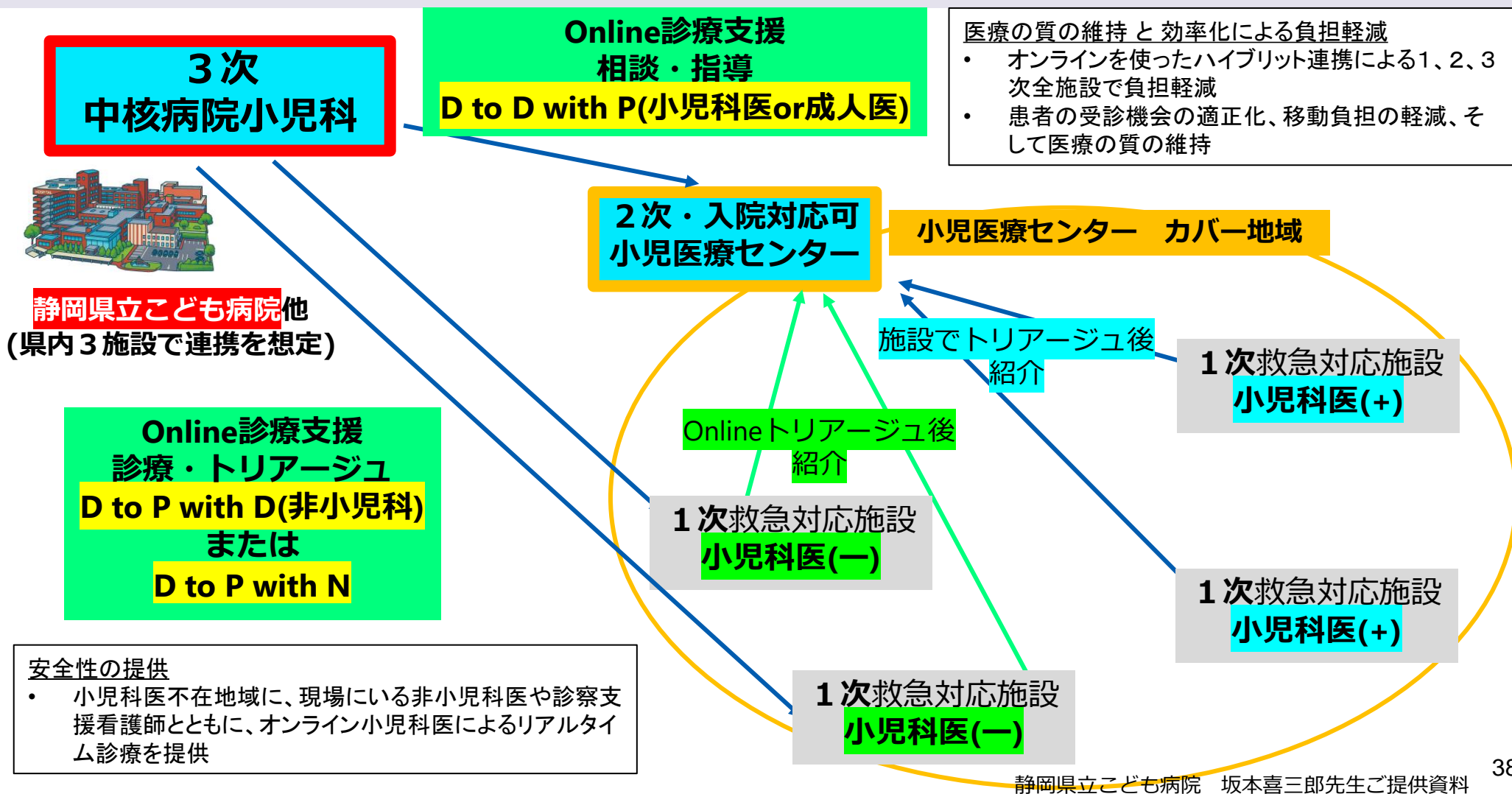
○ 小児科医は、小児医療圏の中でも都市部に集中しており、地方部においては、小児科以外の医師が小児科診療に従事している。

※地図上の数字は、該当する市町村で小児科に従事する医師数（うち、小児科医師数）



小児医療におけるオンライン診療の導入例① ～静岡県「地域完結型ハイブリッド小児医療体制の構築」～

- 中核病院小児科（静岡県立こども病院など）は、小児科医不在の1次救急対応を担う施設において Online[D to P with D（非小児科医） or N]で診療し、入院が必要な可能性がある患者をトリアージして、2次・地域小児科センターに紹介
- 2次・小児医療センター等で夜間対応医師が若手小児科や小児科以外医師で懸念がある時、こども病院の小児科指導医 Online [D to D with P]で支援



小児医療におけるオンライン診療の導入例② ～山口県岩国市「来院型小児オンライン診療」～

- 岩国市医療センター医師会病院にて、看護師の補助のもと対面診療になるべく近い環境となるよう、遠隔聴診器による聴診、並びにカメラによる咽頭所見などを確認できる体制で、来院型のオンライン診療を実施

【岩国市における小児医療体制の現状と課題】

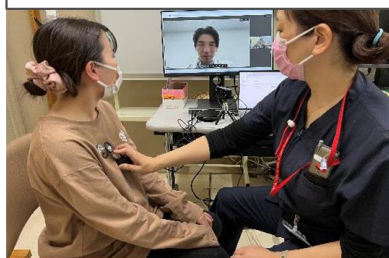
- ・ 小児科開業医の減少
 - ・ 医師会病院における医師確保困難
 - ・ 高次救急医療機関における小児患者増（80%以上が軽症扱い）
 - ・ 山口県全体における小児医師不足
- ⇒ 不足する小児科資源を、オンライン診療を用いて遠隔から確保することについて協議

山口にゆかりがある地域外医師
(ふるさと診療ドクター) による診療

D to P with Nによる
オンライン診療



遠隔聴診器による聴診



カメラによる咽頭所見



必要に応じて

岩国医療センター（小児地域医療センター）と連携



オンライン診療では不十分である場合には、対面受診を促します。（紹介状作成の上、申し送りを実施）

小児医療の提供体制について

現状と課題

- 病院に勤務する小児科医師数は増加傾向であるが、女性医師の割合や他診療科と比べて宿日直の回数が多いといった現状がある。
- 病院における小児科診療は、「外来診療のみ実施している病院」、「少ない小児科常勤医で入院医療を実施している病院」、「常勤医を集約して高度医療を実施している病院」とがあり、状況は地域によって異なる。
- 小児医療圏毎の適切な施設数については、小児人口や面積といったそれぞれの地域の実情を踏まえた検討が必要。
- 小児の入院患者数は成人と比較して少なく、特に重症例については全都道府県に配置されていない小児救命救急センターにおいても、症例数が限られている。
- 小児医療機能の分類については、行政と関係団体において認識が必ずしも一致しておらず、医療機関における医療機能の明確化が困難となる可能性がある。
- 小児人口が減少する中でも、健診・予防接種・夜間休日の初期救急等の外来診療へのニーズは高く、診療以外にも保健・教育・行政といった地域における小児科医の役割が求められている。
- 小児人口の地域格差に応じて小児科医は都市部に集中する傾向があり、特に地方では小児科医以外の医師が一次医療を一定担っていると考えられる。



論点

- 現在、医療計画において小児入院医療を担う医療機関の類型が複数設定されているが、実態として役割が重複するようなものも見られる。今後、限られた医療資源を効率的に活用するため、入院医療を地域ごとに集約化することや、小児人口が少ない地域であっても、医療資源に応じて圏域ごとに一定の入院機能を確保する必要がある。このため、医療圏単位の入院機能を担う施設と、地域に必要な外来診療を担う施設との役割分担が地域の医療資源等に応じて明確になるよう、そのあり方を9次医療計画に向けて整理することとしてはどうか。
- PICUについては、集中治療等の高度専門医療について、複数の都道府県間での連携の下に体制構築がなされている場合もある。今後症例数の減少も見込まれる中、高度専門医療を提供するための広域な搬送体制の確保や、急性期を脱した後に地域の基幹となる施設で治療を継続出来るといった体制の確保について、都道府県を越えた広域での連携体制を整備していくこととしてはどうか。
- 小児人口が少なく、小児科常勤医を配置しづらい地域においては、地域の小児医療に従事している小児科以外の医師との連携強化（例、D to Dによる遠隔相談支援）や、地域の需要に応じた小児科非常勤医師の派遣体制、オンライン診療の活用（例、小児初期救急医療の一部を補完するD to P with Nなど）等を組み合わせて、必要な小児医療の提供体制を構築するよう、国が具体的な活用事例を收拾し、横展開できるような取組を進めるべきではないか。

2. 周産期医療（新生児医療）の提供体制等について

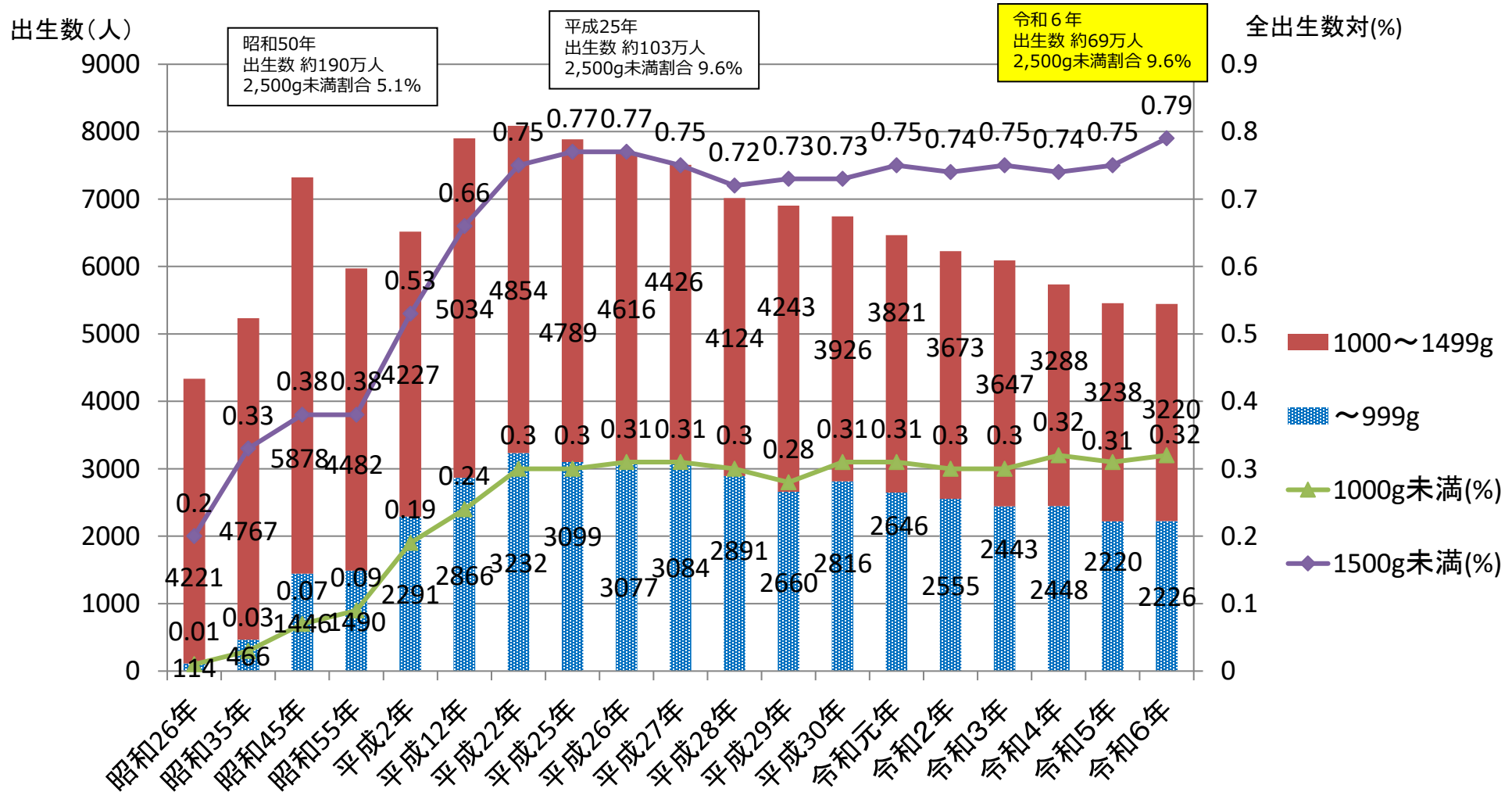
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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。→近年は横ばい傾向。



- 新生児医療に係る文献において、「日本を含む先進国において、早産児に対する治療技術やハイリスク妊産婦に対する産科管理の改善と、提供体制の発展により、周産期医療は大幅に進歩してきている。」と指摘されており、2005年から2015年にかけて、超低出生体重児の死亡率が大幅に低下していることが示されている。

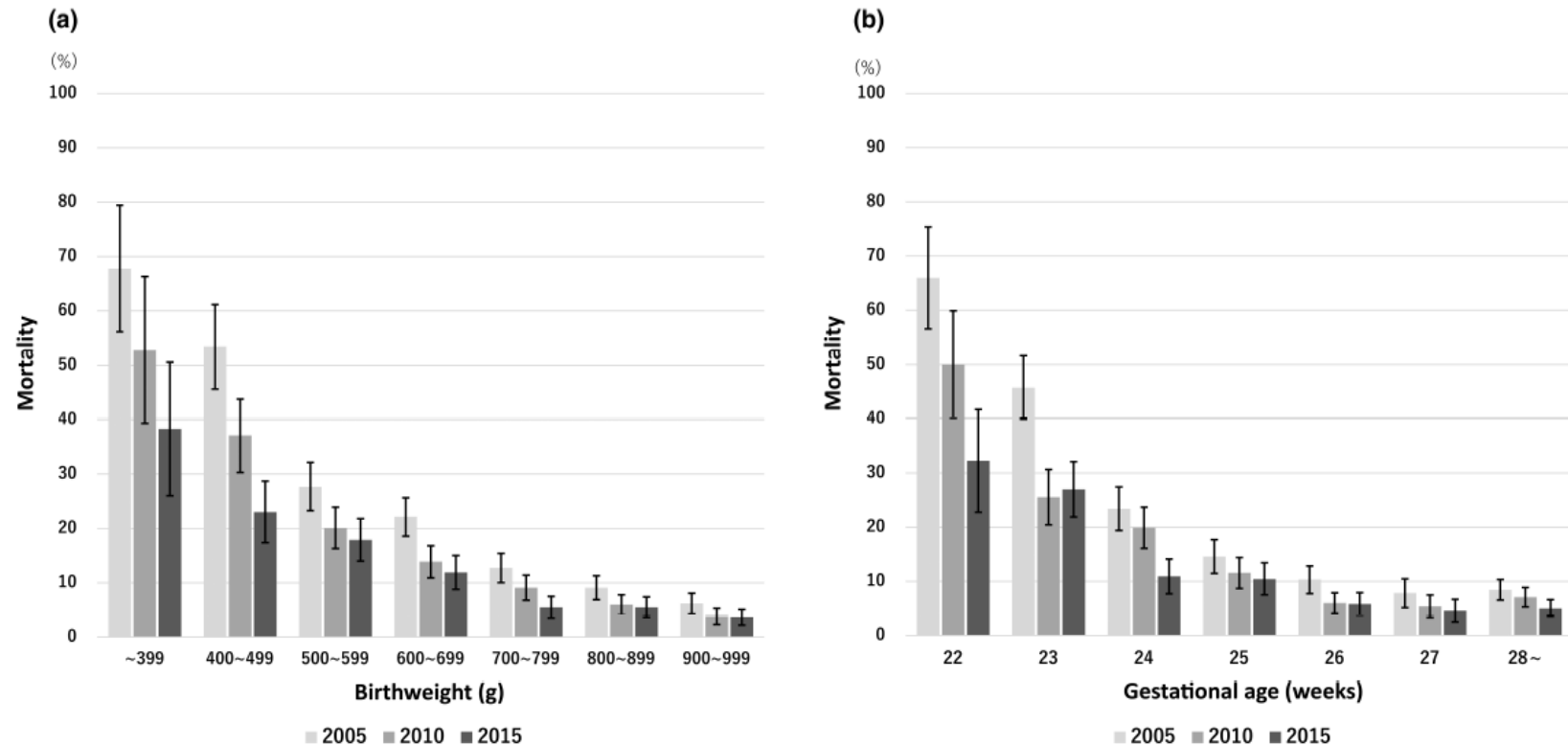


FIGURE 1 Comparison of mortality during NICU stay in 2005, 2010, and 2015, stratified by (a) birthweight and (b) gestational age. Error bar shows 95% confidence interval of mortality.

日本における、出生体重、在胎週数ごとのNICU滞在中の死亡率を5年ごとに比較

日本の周産期医療～諸外国との比較

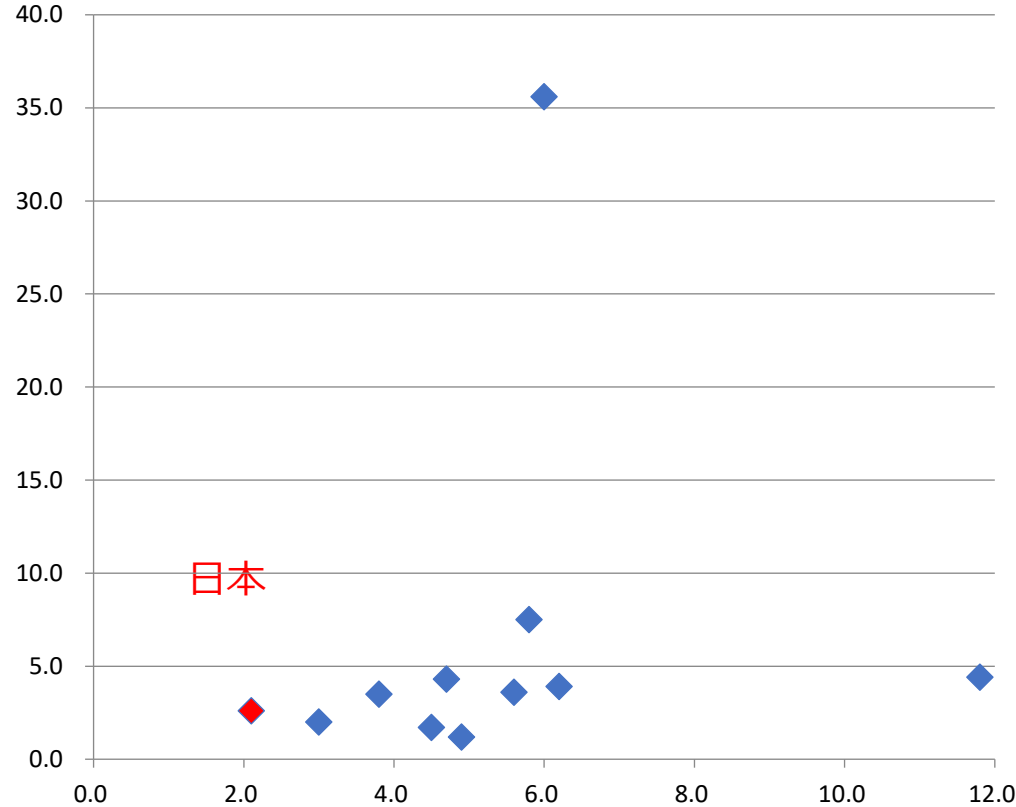
○ WHO等の報告によると、日本の周産期死亡率及び妊産婦死亡率は、諸外国と比較して低い。

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	2.1 ('20)	2.6('21)
カナダ	5.8 ('18)	7.5 ('19)
アメリカ	6.0 ('15)	35.6 ('20)
フランス	11.8 ('10)	4.4 ('16)
ドイツ	5.6 ('18)	3.6 ('20)
イタリア	3.8 ('13)	3.5 ('17)
オランダ	4.9 ('18)	1.2 ('20)
スウェーデン	4.7 ('18)	4.3 ('18)
イギリス	6.2 ('18)	3.9 ('19)
オーストラリア	3.0 ('18)	2.0 ('20)
ニュージーランド	4.5 ('20)	1.7 ('16)

括弧内は該当年

*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。

妊産婦死亡率
(出生10万対)

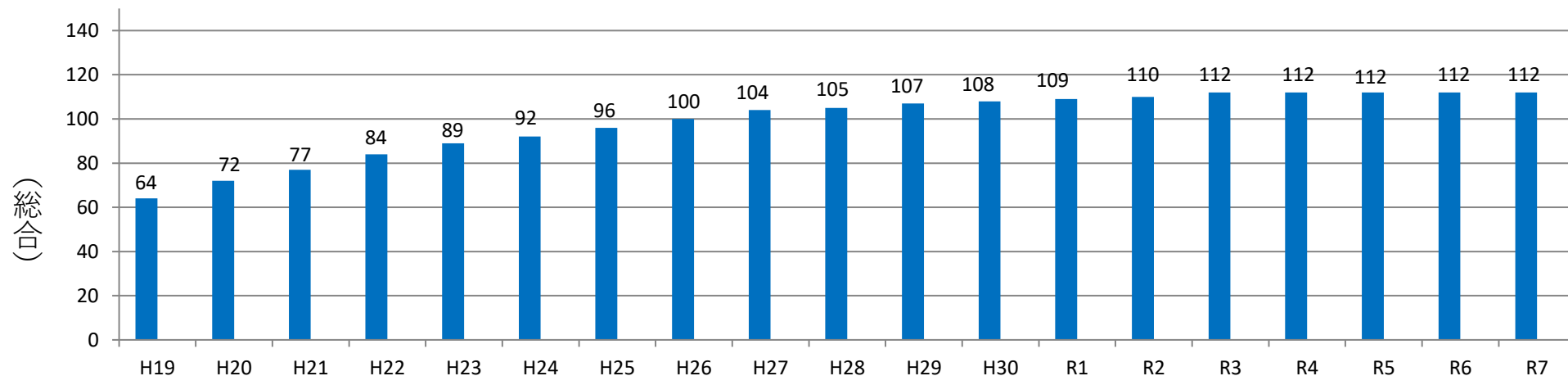


周産期死亡率（出生千対）

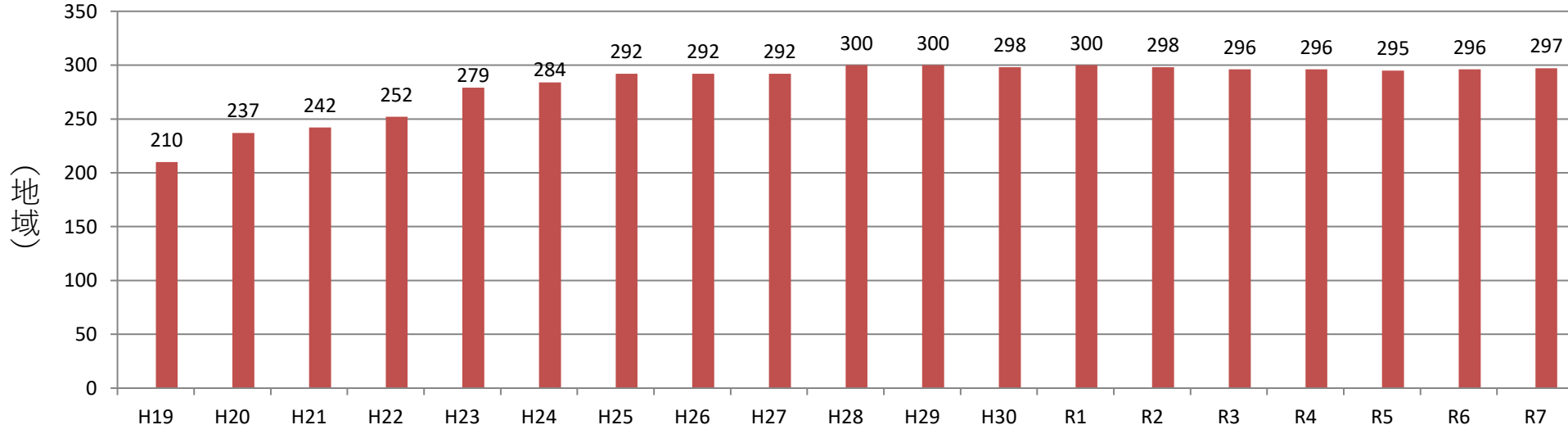
総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

○ 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の施設数と所在都道府県数はいずれも増加しており、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

施設数

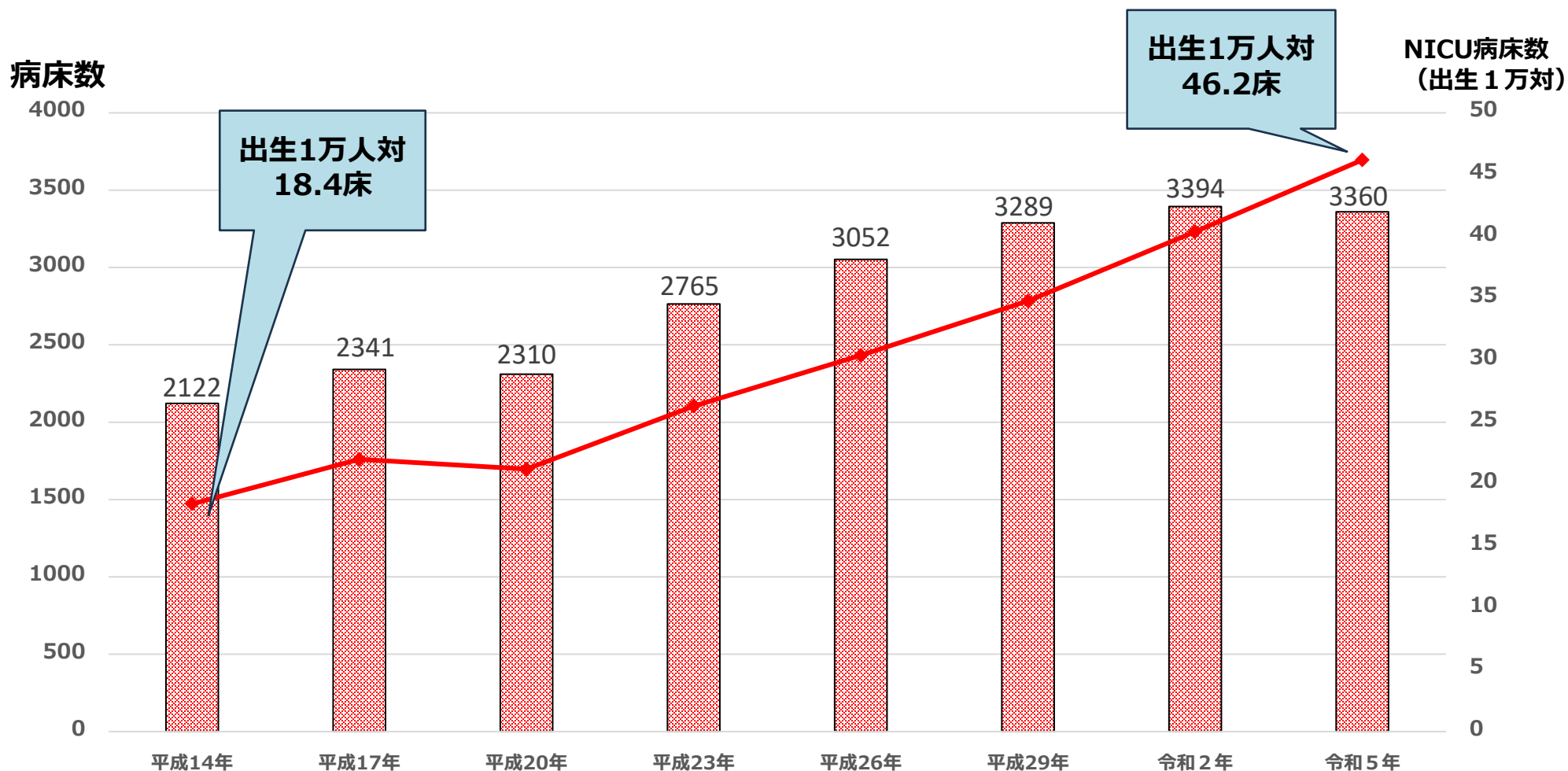


施設数



NICUの病床数の推移

- NICU病床数については、平成27年少子化社会対策大綱において、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5年度のNICU病床数は出生1万人対46.2床と大幅に目標値を上回っている。
- NICUの病床数は増加傾向であったが、令和5年においては、NICU病床数は前年と比較して減少した。



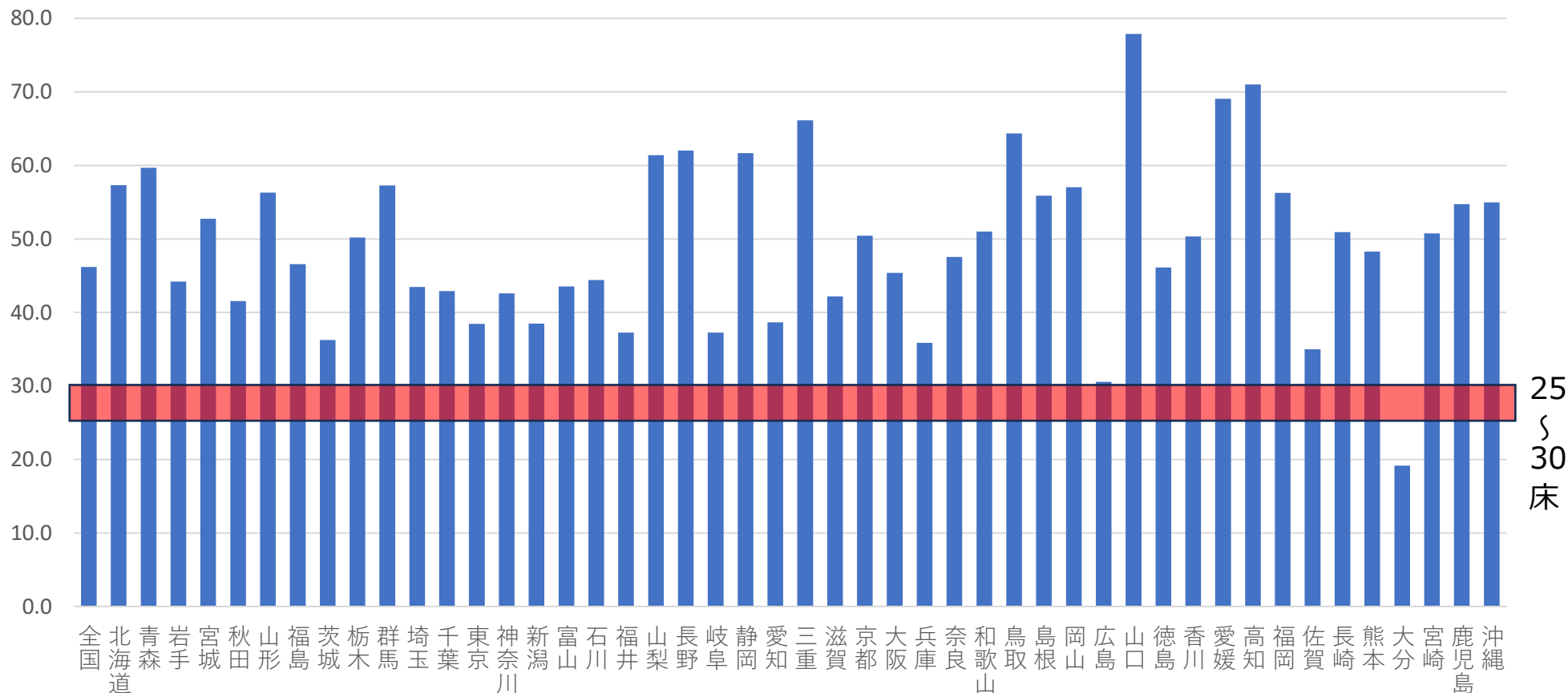
医療施設調査及び人口動態調査を基に医政局地域医療計画課において作成。

ここでいうNICUとは新生児特定集中治療施設管理料の施設基準を満たしているものをいう。（「総合周産期特定集中治療室管理料」に含まれる「新生児集中治療室」の病床を含む。） 46

都道府県ごとの出生 1 万人あたりのNICU病床数

- 都道府県ごとのNICU病床数についても出生 1 万人あたり25～30床を達成しており、複数の都道府県で目標を大きく上回っている。
- 病床数の増加だけでなく、出生数の減少の影響が数値に反映されていると考えられる。

(床/出生 1 万対)



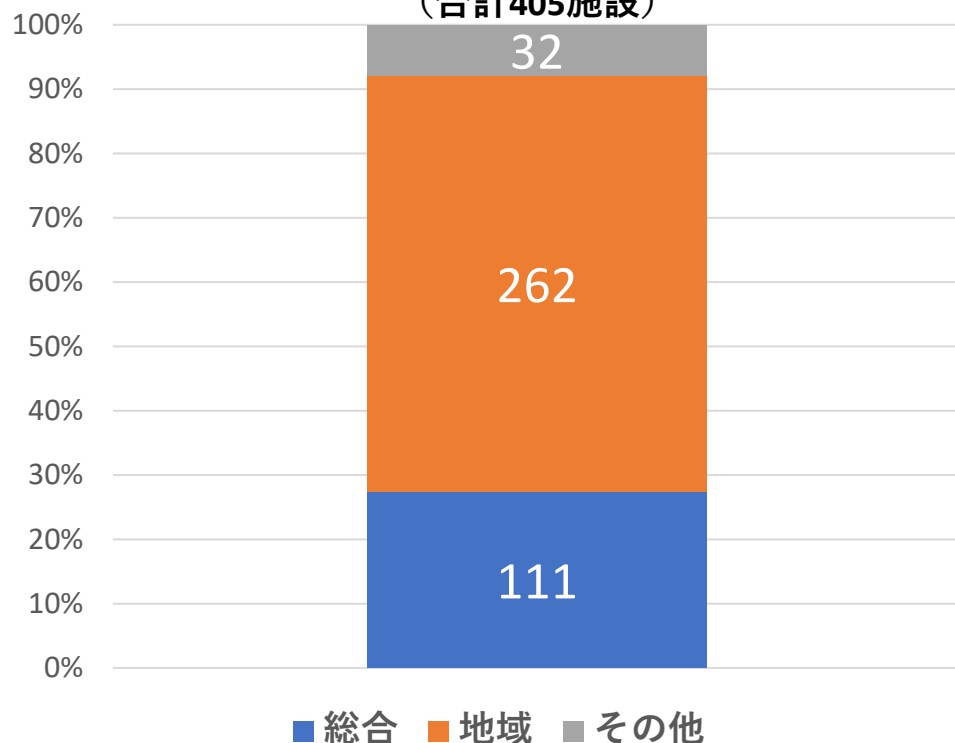
25
～
30
床

NICUを有する医療機関数とその病床数の内訳

- 「周産期医療の体制構築に係る指針」における条件を満たすNICUを有する医療機関は全国に409施設あり、内訳は総合周産期母子医療センター111施設（111施設が回答）、地域周産期母子医療センター262施設（295施設が回答）、その他の医療機関32施設（任意回答）である。
- 令和5年度において、上記NICUの病床数は全国で3723床であり、内訳は総合周産期母子医療センター1652床、地域周産期母子医療センター1864床、その他の医療機関171床である。
- NICUを有する医療機関数、NICUの病床数のいずれも、9割以上は周産期母子医療センターが占めているが、それ以外の一部の医療機関においてもNICUを整備して新生児医療を行っている。

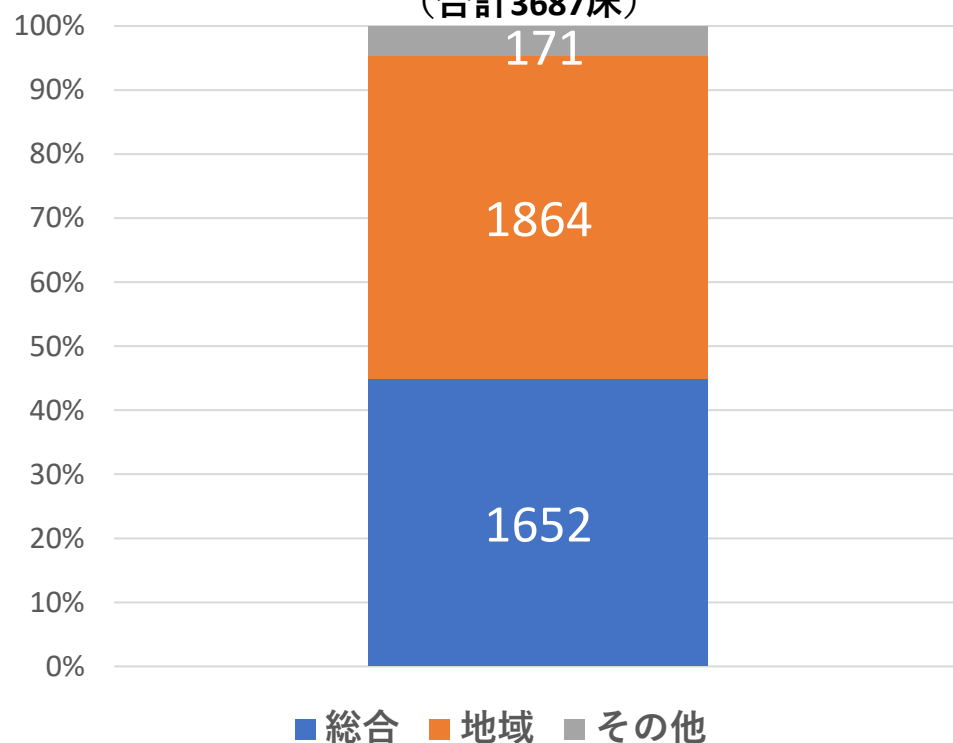
NICUを有する医療機関数の内訳

（合計405施設）



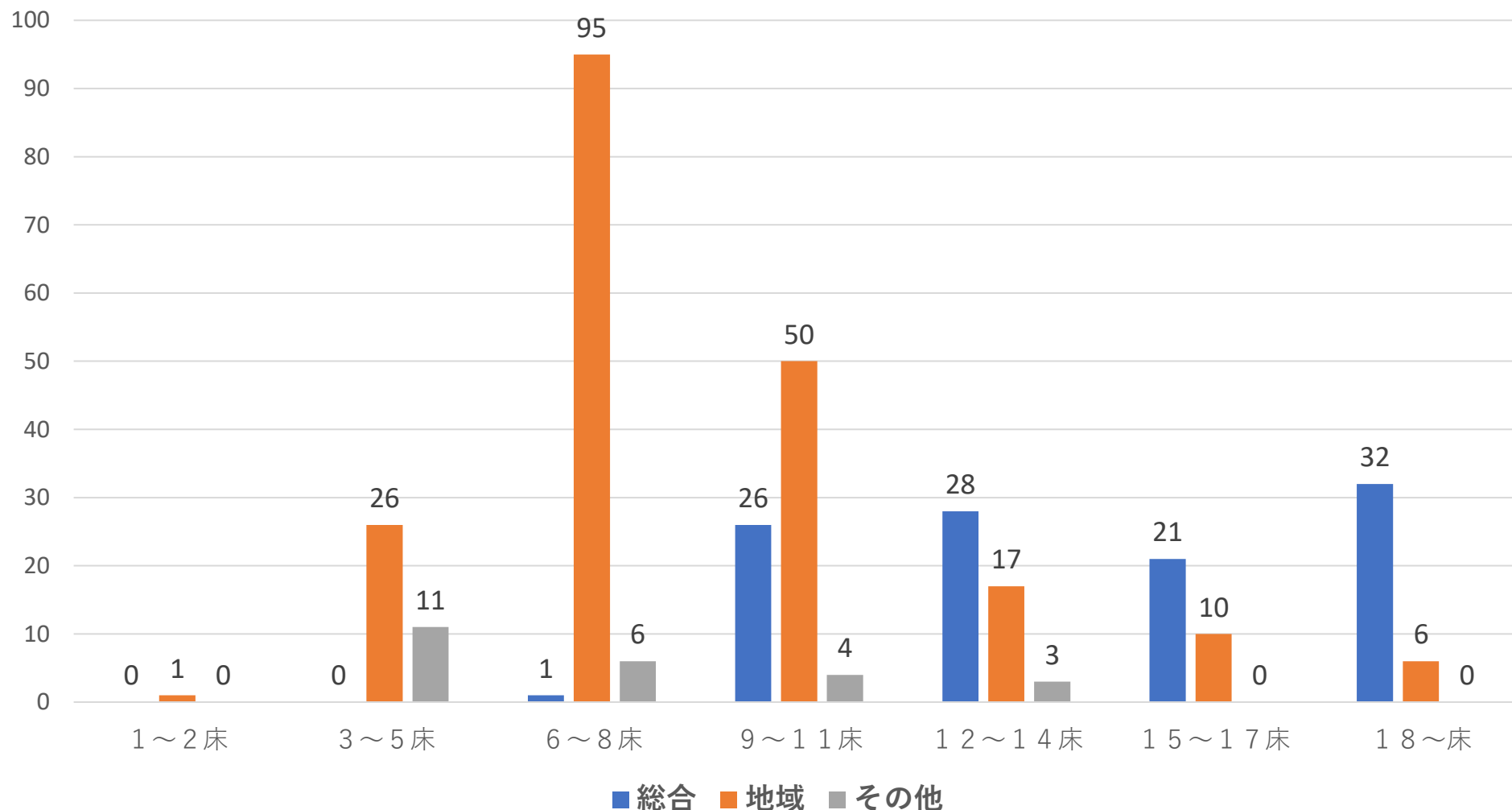
NICUの病床数の内訳

（合計3687床）



NICU病床数別の医療機関数とその内訳

○ 総合周産期母子医療センターはほとんどの施設が9床以上だが、地域周産期母子医療センターは9床未満の施設が約60%を占める。



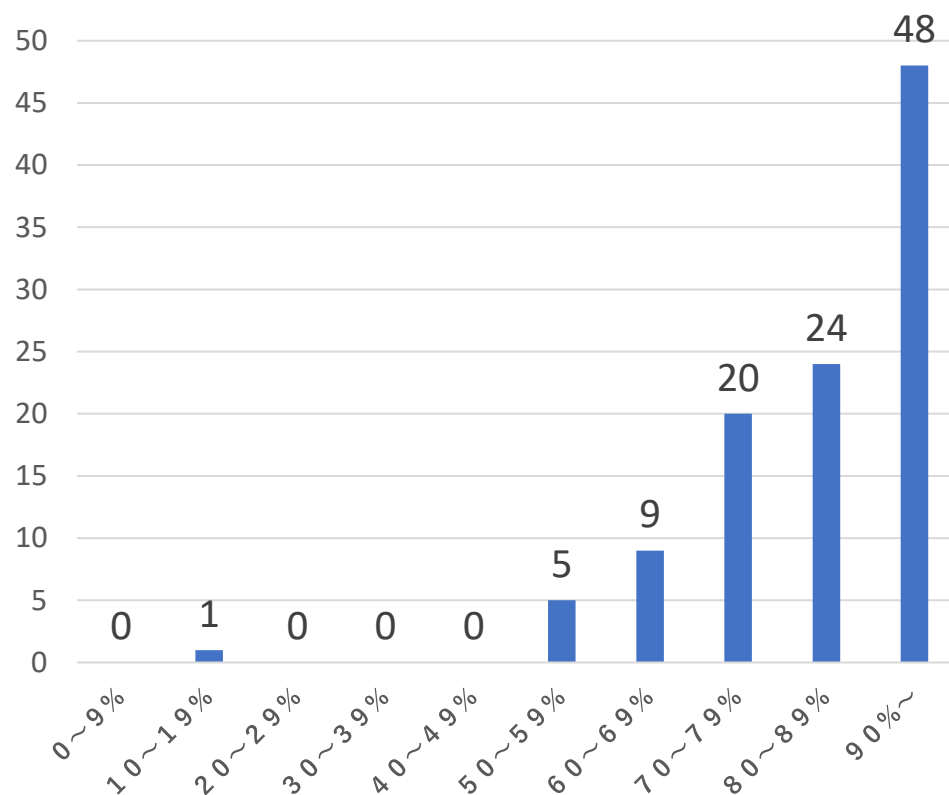
令和5年医療施設調査を基に医政局地域医療計画課において作成。

ここでいうNICUとは新生児特定集中治療施設管理料の施設基準を満たしているものをいう。
 （「総合周産期特定集中治療室管理料」に含まれる「新生児集中治療室」の病床を含む。）

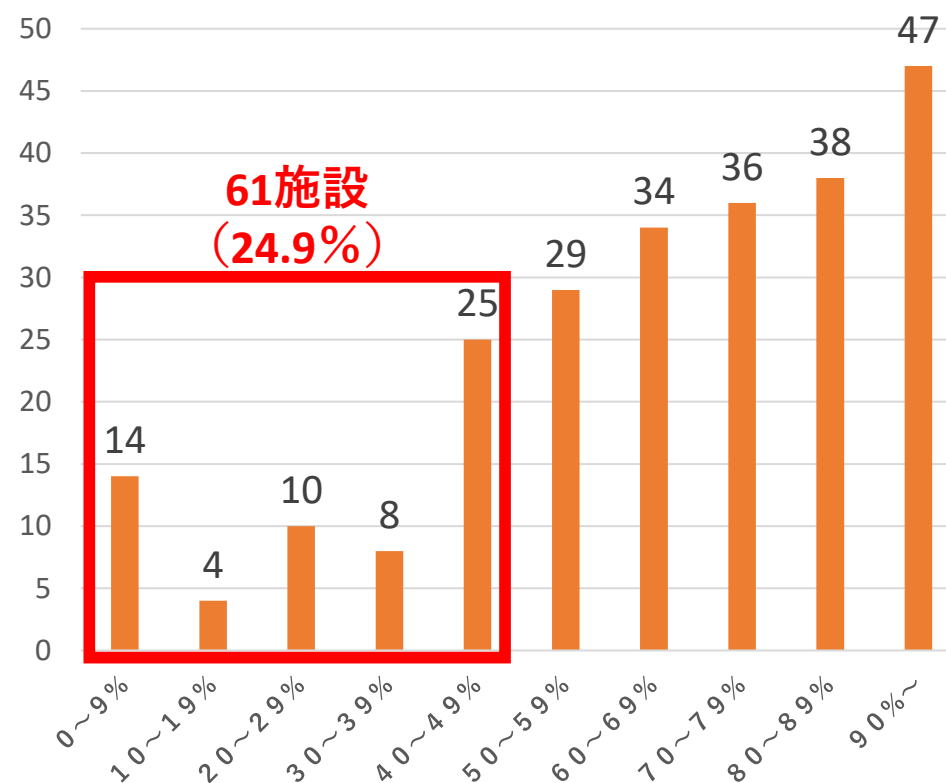
NICUの病床利用率別にみた施設数

○ 地域周産期母子医療センターにおいては、総合周産期母子医療センターと比較して病床利用率が低い施設が多く、50%未満の施設が全体の約1/4を占める。

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



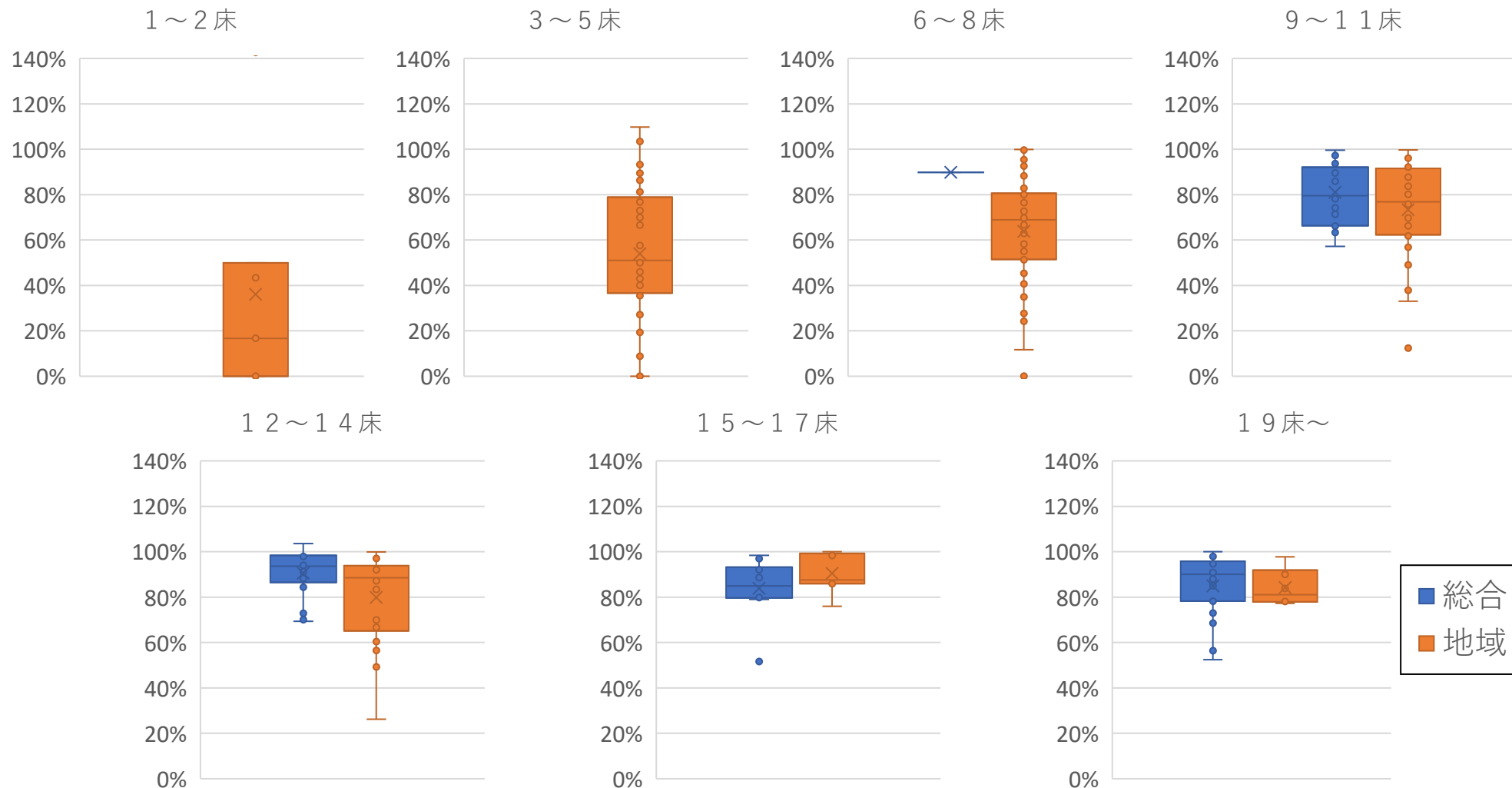
令和5年度実績 地域医療計画課調べ

「周産期医療の体制構築に係る指針」の基準を満たすNICUの病床数が1床以上と回答した医療機関において回答された病床利用率を用いて作成。

「不明」と回答した施設は除外。

周産期母子医療センターにおけるNICUの病床利用率

- 総合周産期母子医療センターでは、病床数が12床未満であっても、比較的病床利用率が確保されている。
- 一方、地域周産期母子医療センターでは、病床数が比較的少ない場合は、病床利用率が低い医療機関も存在する。



令和5年度実績 地域医療計画課調べ

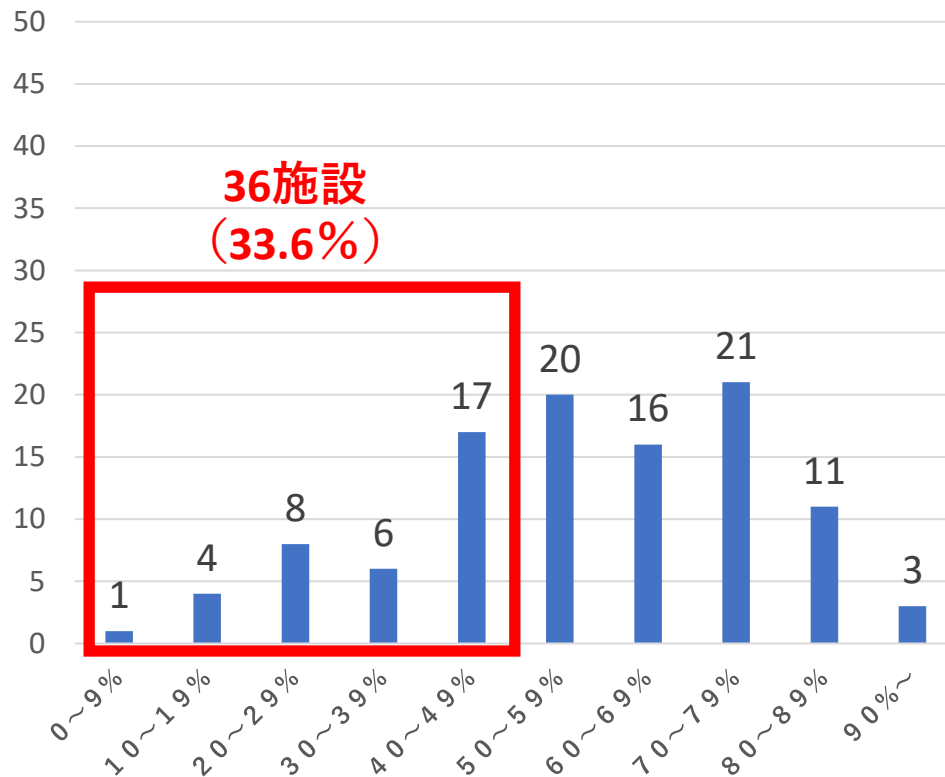
「周産期医療の体制構築に係る指針」の基準を満たすGCUの病床数が1床以上と回答した医療機関において回答された病床利用率を用いて作成。

「不明」と回答した施設は除外。

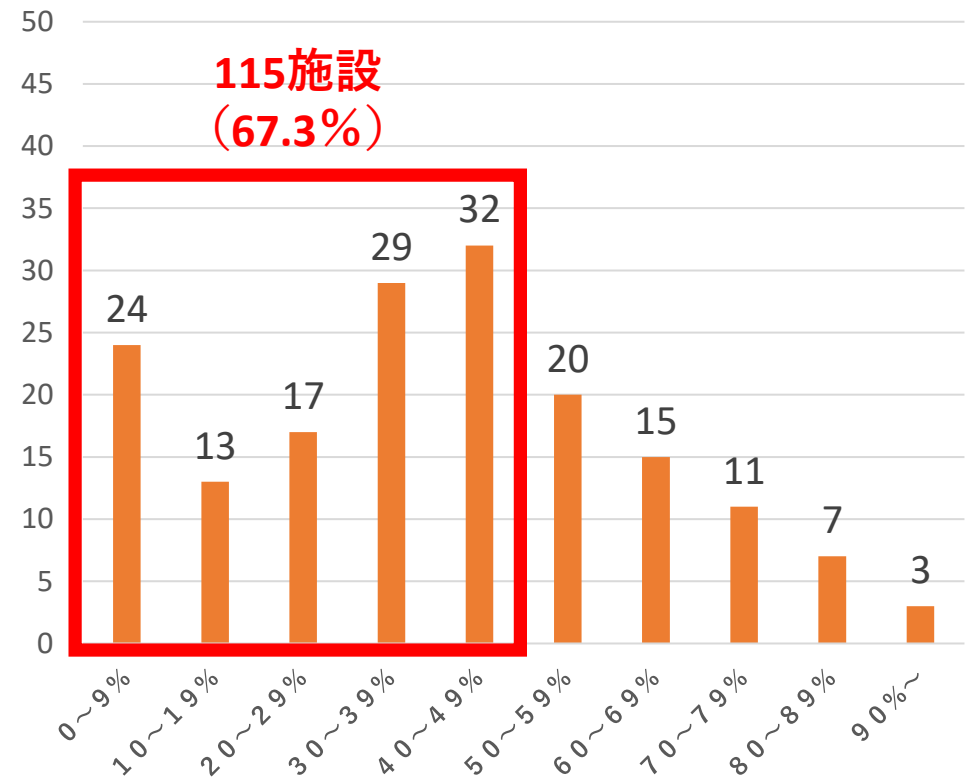
GCUの病床利用率別にみた施設数

○ GCUはNICUの2倍の病床数を有することが望ましいとされてきたが、その病床利用率は、総合周産期母子医療センターでは33.6%の施設、地域周産期母子医療センターでは67.3%の施設が50%未満である。

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



令和5年度実績 地域医療計画課調べ

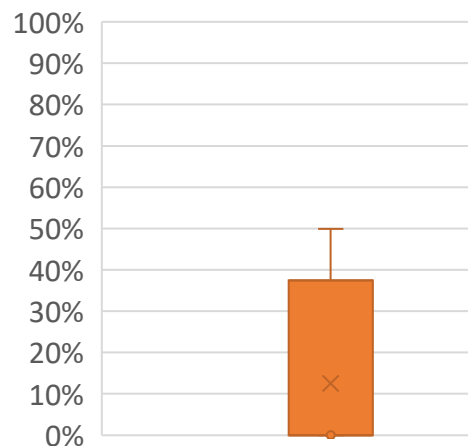
「周産期医療の体制構築に係る指針」の基準を満たすGCUの病床数が1床以上と回答した医療機関において回答された病床利用率を用いて作成。

「不明」と回答した施設は除外。

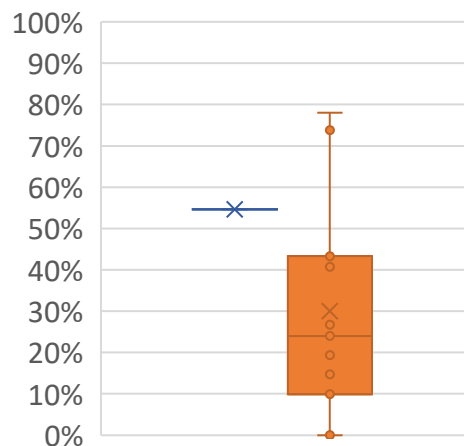
周産期母子医療センターにおけるGCUの病床数別の病床利用率

○ GCUはNICUと比較すると、全体的に病床利用率が低値であり、病床規模の大きい施設であっても病床利用率の低い医療機関が散見される。

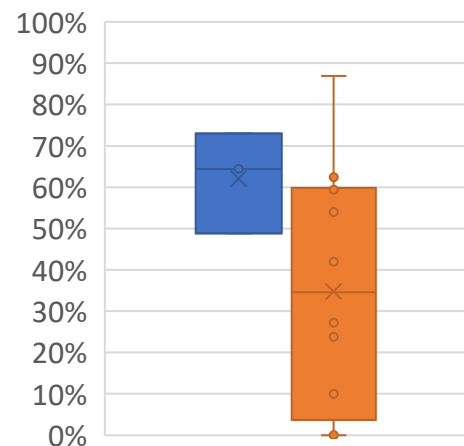
1～2床



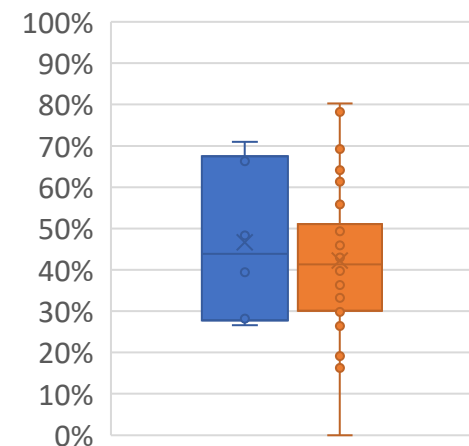
3～5床



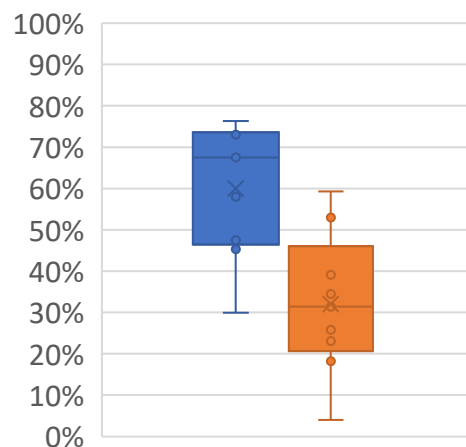
6～8床



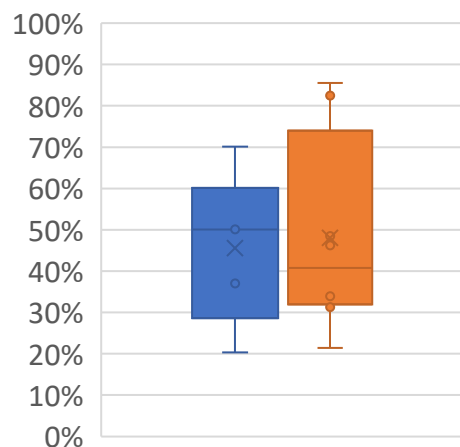
9～11床



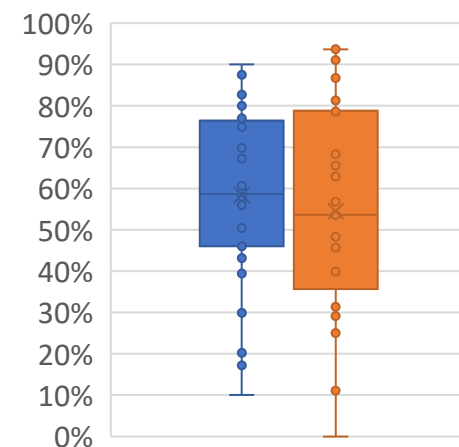
12～14床



15～17床



18床～



■ 総合
■ 地域

令和5年度実績 地域医療計画課調べ

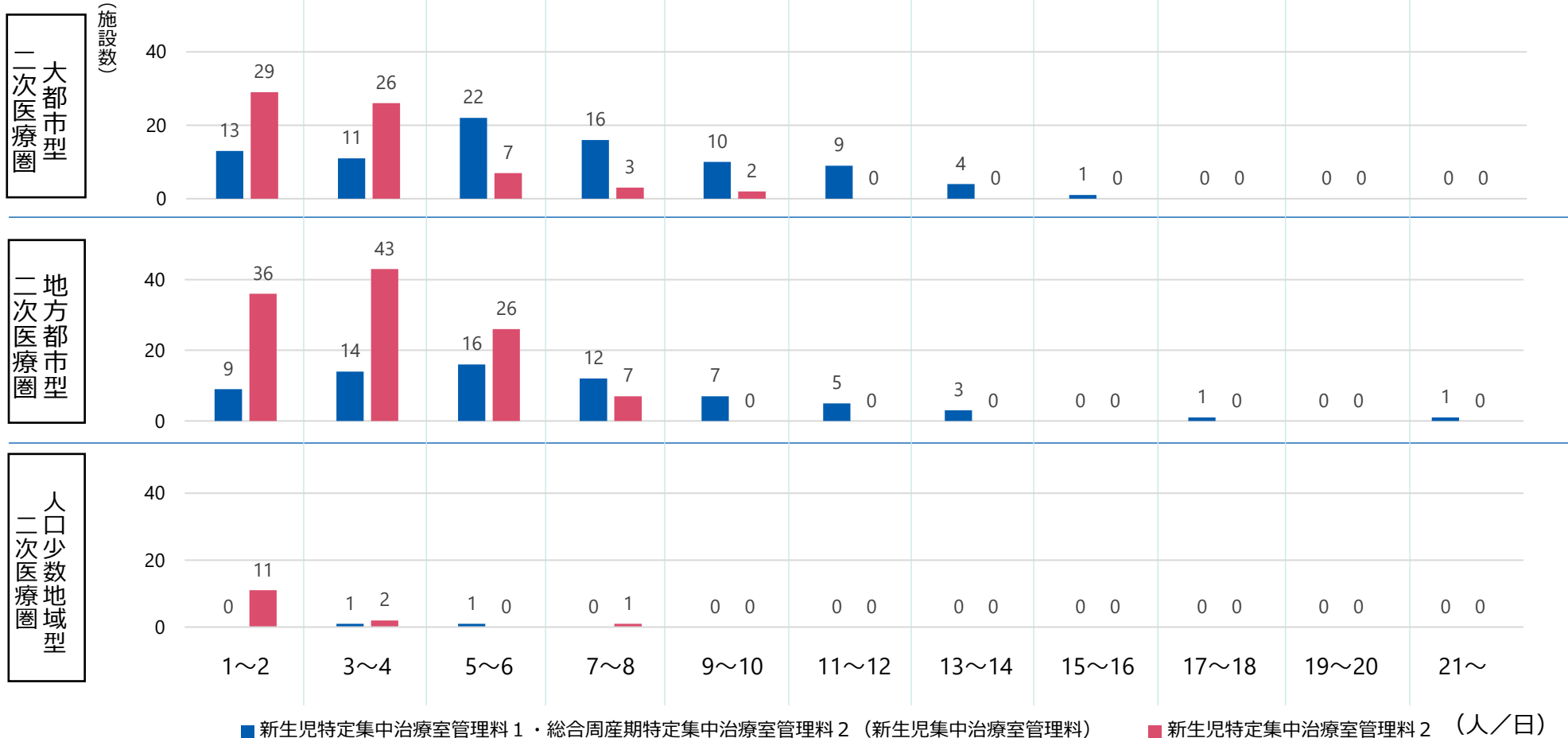
「周産期医療の体制構築に係る指針」の基準を満たすGCUの病床数が1床以上と回答した医療機関において回答された病床利用率を用いて作成。

「不明」と回答した施設は除外。

新生児の1日当たり入院人数の施設分布（地域別）

中医協 総-2
7. 11. 19

- 新生児特定集中治療室管理料等を算定する新生児について、「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その所在する二次医療圏の区分と、算定する入院料で分類した。人口少数地域型二次医療圏では、1日当たり入院患者数が少ない傾向があり、また、新生児特定集中治療室管理料2を算定する医療機関がほとんどであった。



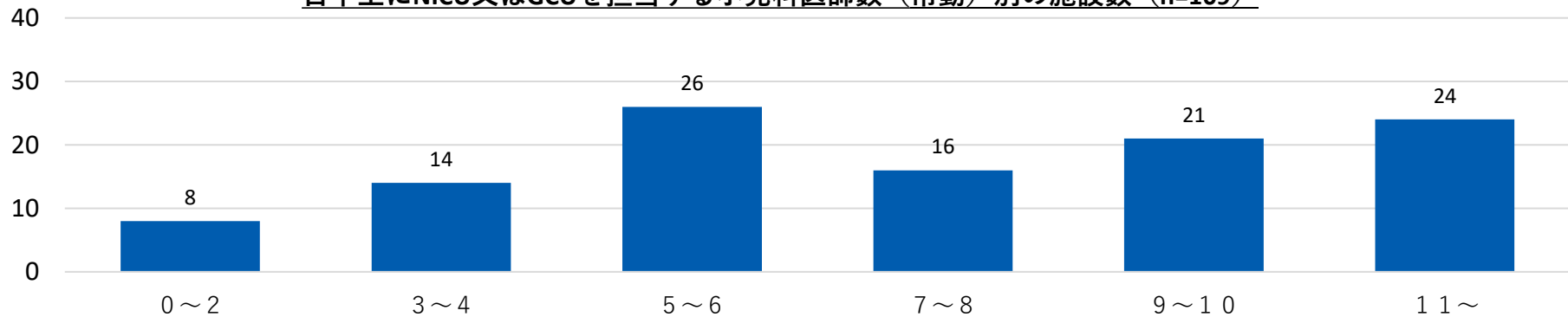
出典：DPCデータ ※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。入院人数の小数点以下は切り上げ。

- ・二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）
- ・「大都市型」人口100万人以上、又は人口密度2,000人/km²以上（n=48）・「地方都市型」人口100万人未満20万人以上、又は人口10～20万人かつ人口密度が200人/km²以上（n=155）
- ・「人口少数地域型」上記以外（n=127） ※人口・人口密度は、令和2年国勢調査による。

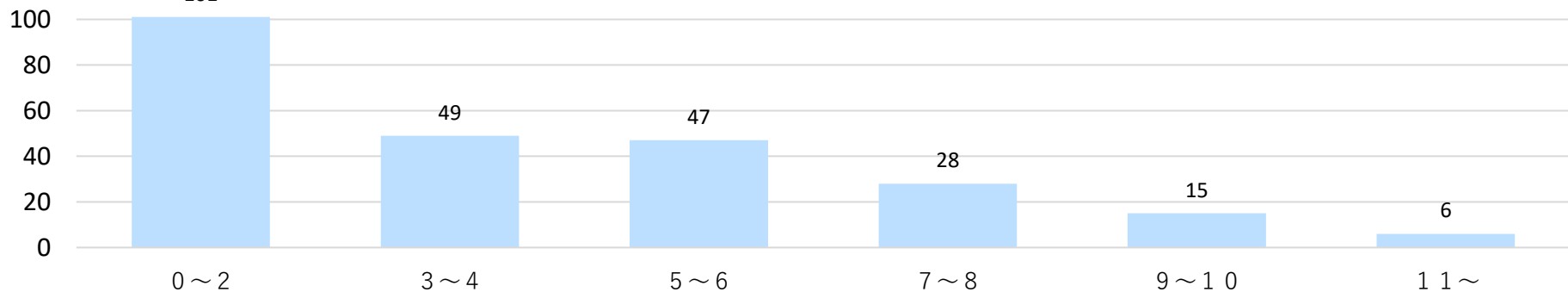
周産期母子医療センターの現状 (新生児医療を主に担当する医師数別の施設数)

- 総合周産期母子医療センターにおける当該小児科医師数の中央値は7人、地域周産期母子医療センターでは4人であり、特に地域周産期母子医療センターでは、2以下の施設が101施設存在する。

総合周産期母子医療センターにおける
日中主にNICU又はGCUを担当する小児科医師数（常勤）別の施設数（n=109）



地域周産期母子医療センターにおける
日中主にNICU又はGCUを担当する小児科医師数（常勤）別の施設数（n=246）

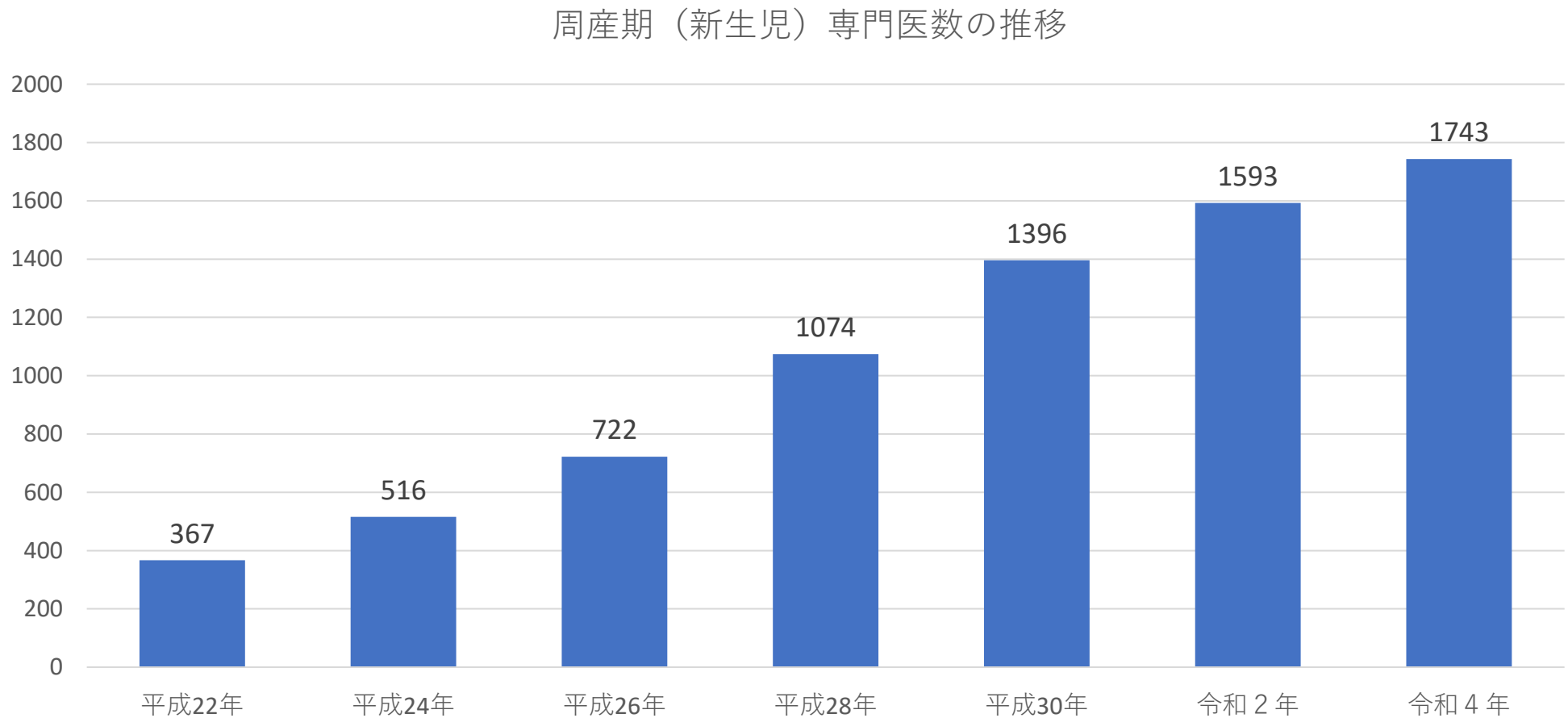


※「主にNICU又はGCUを担当する」とは、仕事の50%以上をNICU又はGCUを担当することを指す。

※NICUを有する周産期母子医療センターのみを集計。

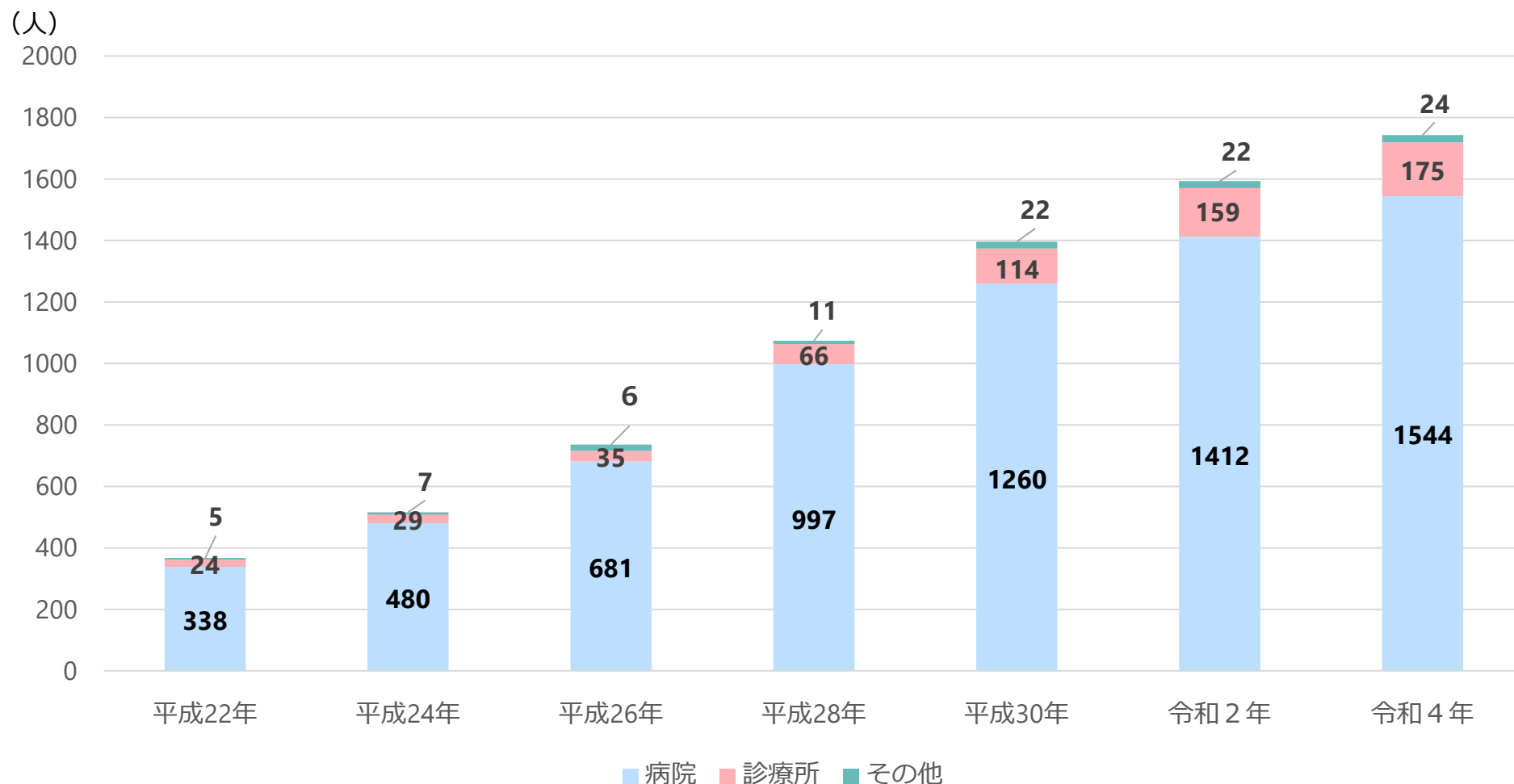
周産期（新生児）専門医数の推移

○ 周産期（新生児）専門医数については統計を取り始めた平成22年から増加傾向にある。



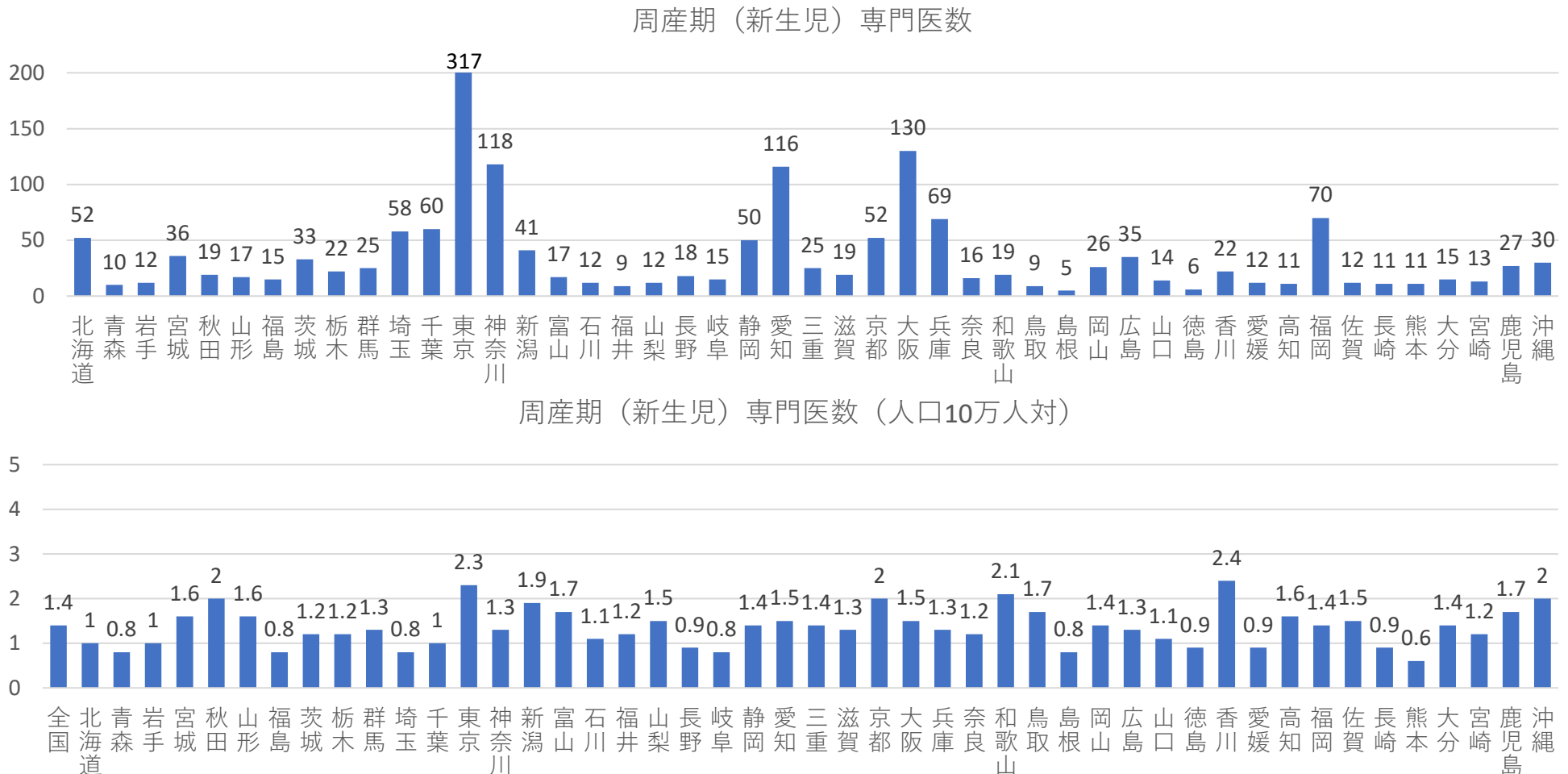
周産期（新生児）専門医数の勤務地の内訳

○ ほとんどが病院勤務であるが、一定の医師が診療所やその他の施設で勤務している。



都道府県別の周産期（新生児）専門医数

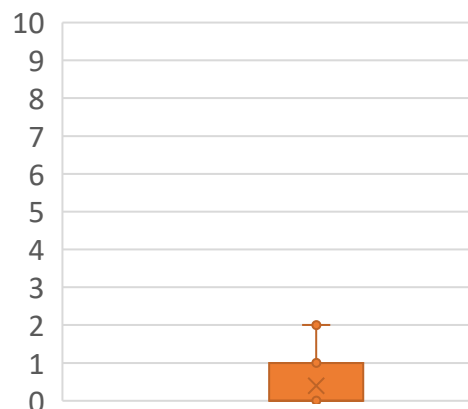
- 実数として最も多い東京都は317人であるが、最も少ない島根県では5人である。
- 人口10万人あたりの周産期（新生児）専門医数は、地域によってばらつきがある。



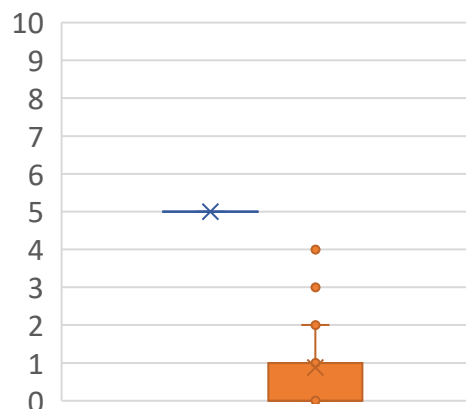
周産期母子医療センターにおけるNICUの病床数別の周産期（新生児）専門医数

- NICU病床数が多いほど、周産期（新生児）専門医の数も多い傾向にある。
- NICU病床数が10床以上であっても、専門医が2～3人程度の医療機関も存在する。
- 同じ病床規模で比較すると、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と比較して周産期（新生児）専門医の数は少ない。

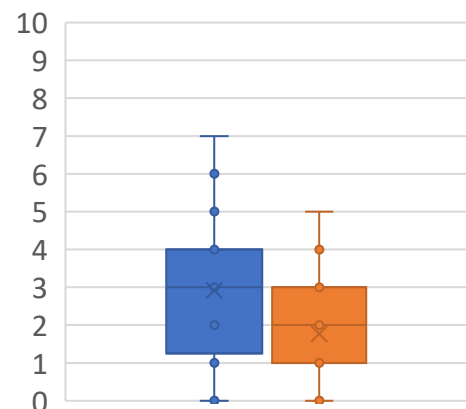
1～3床



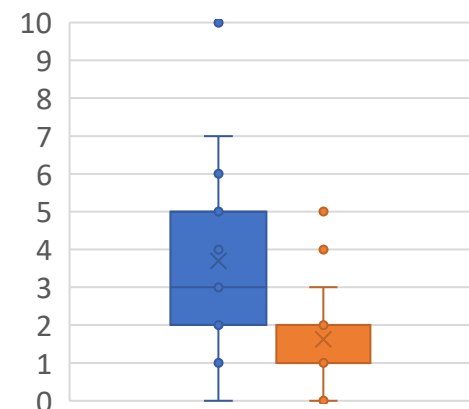
4～6床



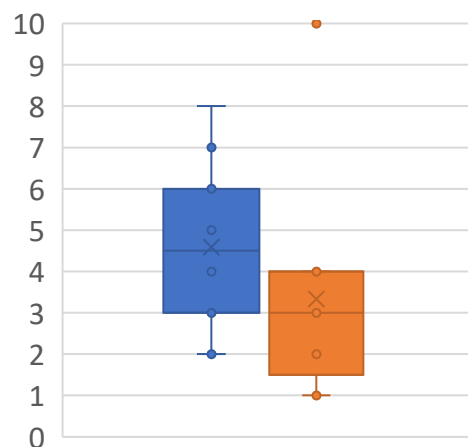
7～9床



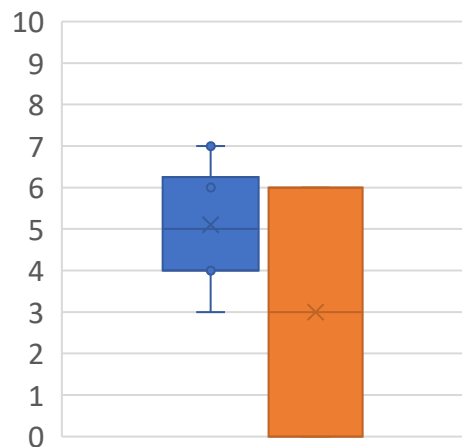
10～12床



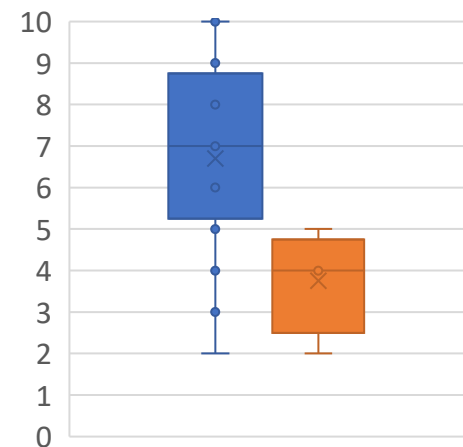
13～15床



16～18床



19床～



■ 総合
■ 地域

周産期（新生児）専門医取得の要件（施設要件・受験に必要な研修症例）

- 周産期（新生児）専門医の研修施設に認定されるためには一定以上のハイリスク症例を確保する必要があり、試験を受験するために各医師が一定の症例を経験する必要がある。
- 各地域において症例が分散することは、新生児医療を専門とする医師の研修機会の不足につながる可能性がある。

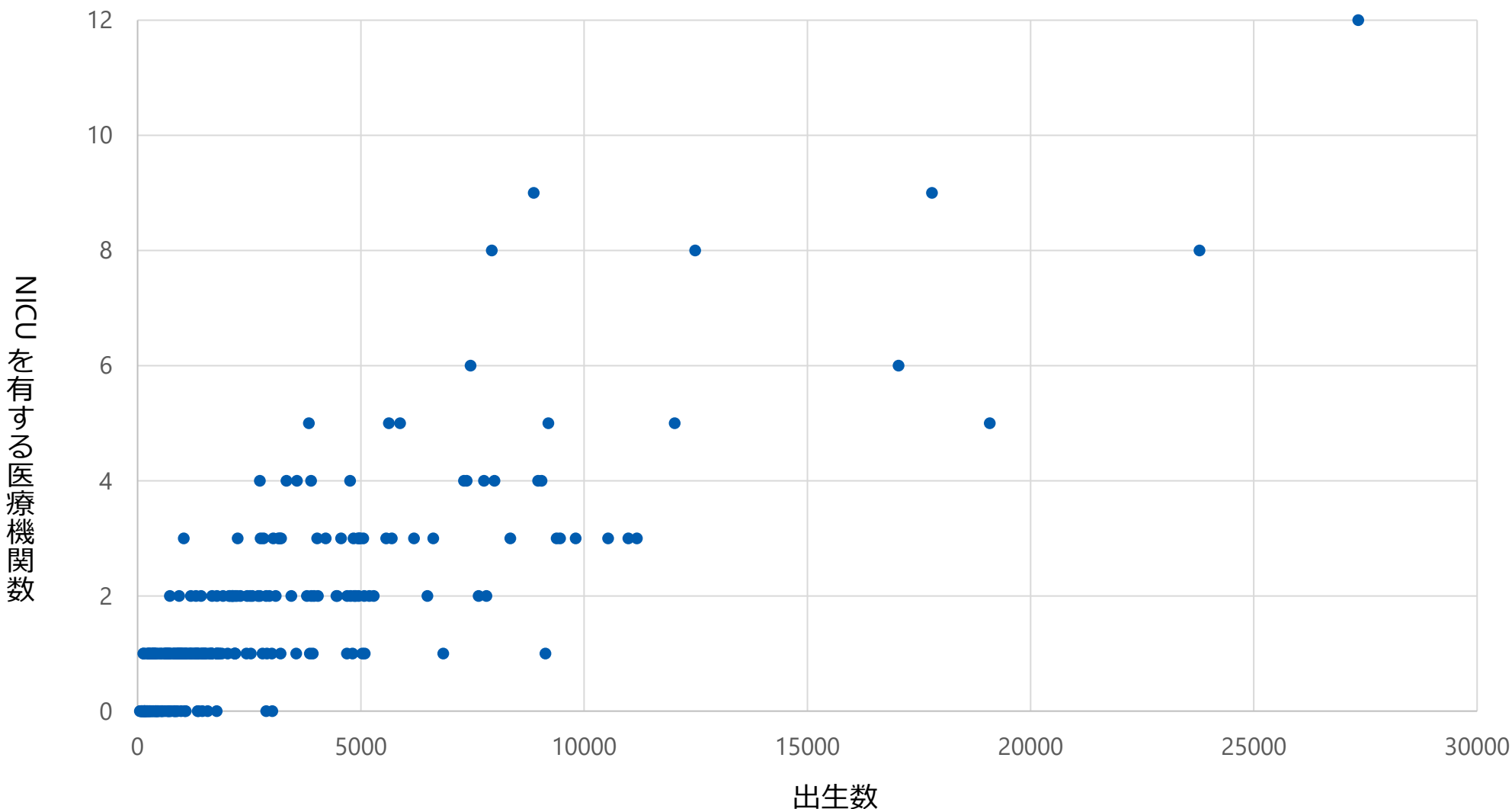
<研修施設の診療実績（例）>

（１）専門研修基幹施設

- １）年間入院数：新生児特殊治療施設への入院患者数80例以上
- ２）年間症例数：超低出生体重児 8 例以上、極低出生体重児25例以上、N-CPAPを除く人工呼吸管理症例数25例以上

周産期医療圏におけるNICUを有する医療機関数

○ 周産期医療圏における出生数とNICUを有する医療機関数は概ね相関関係にあり、同じ出生数でも当該周産期医療圏に存在するNICUを有する医療機関数は様々である。

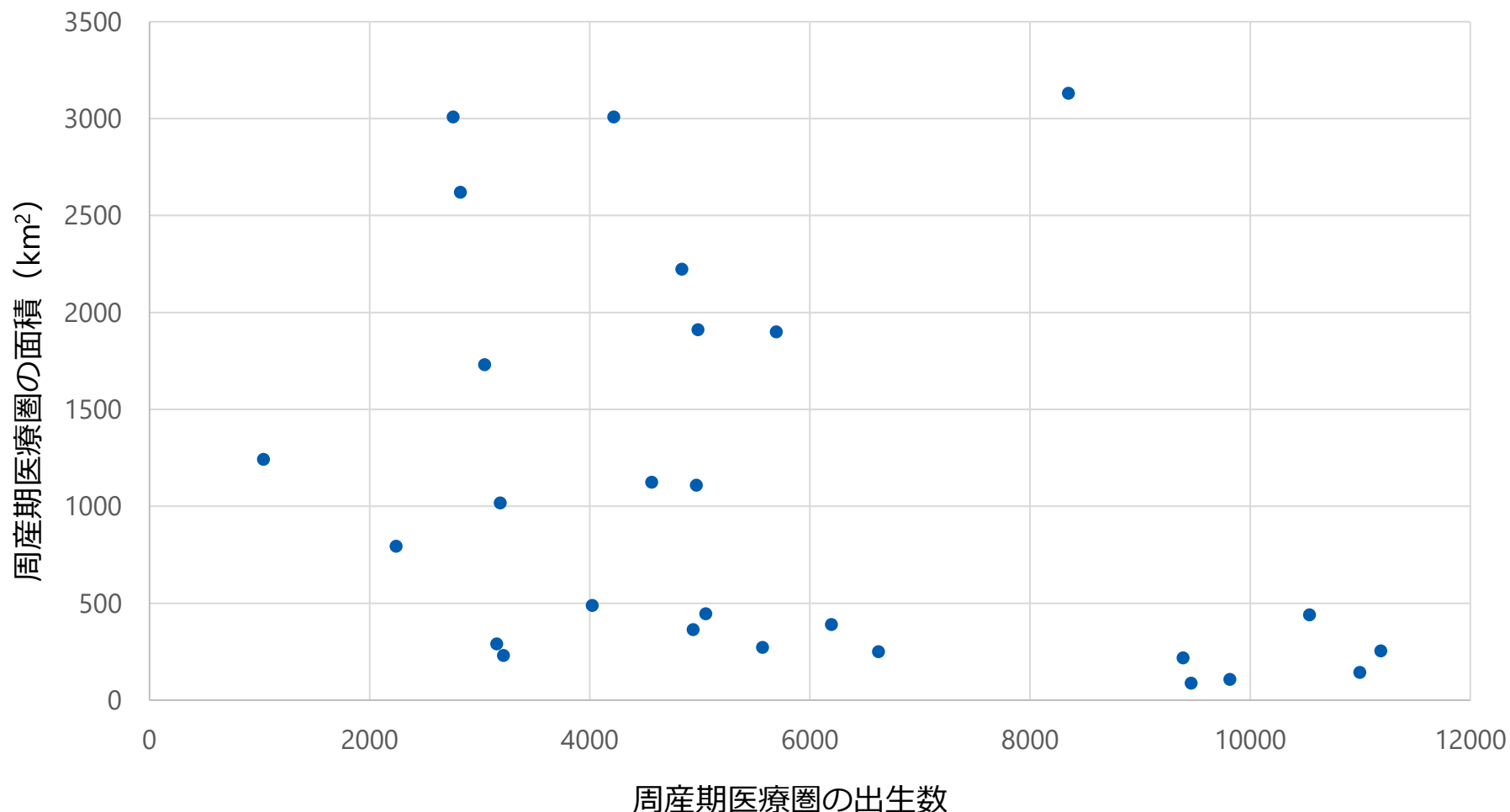


医政局地域医療計画課において実施した調査と人口動態調査を組み合わせで作成。

新生児特定集中治療室管理料の算定の有無にかかわらず、「周産期医療の体制構築に係る指針」における条件を満たすNICUを有する医療機関について計上した。

NICUを有する医療機関数が3施設の周産期医療圏の面積と出生数

- NICUを有する医療機関数が3施設の周産期医療圏のみを集計すると、出生数が比較的多い圏域や、広い面積をカバーする必要がある圏域が存在する。
- 一方で、出生数も面積も比較的小さい周産期医療圏も一定存在する。



施策名:地域連携周産期医療体制モデル事業

① 施策の目的

本事業では、地域における産科医療機関の適切な集約化や役割分担を支援し、また地域の無痛分娩への麻酔科医の関与を支援することにより、周産期医療体制を確保することを目的とする。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

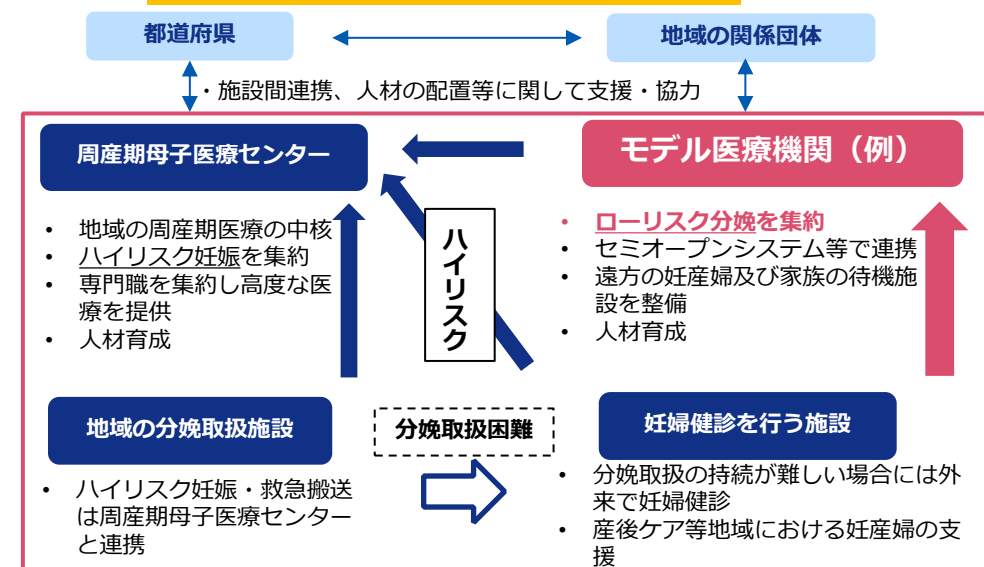
出生数の減少に伴い分娩取扱施設の数も減少が続いている中、令和6年度より開始した第8次医療計画において、都道府県に対して、周産期母子医療センターを基幹とした集約化・重点化や、医療機関ごとの役割分担を進めること等を求めている。

○ 特に医療資源が限られる地域において周産期医療体制を確保するためには、ハイリスク妊娠を周産期母子医療センターに集約するだけでなく、ローリスク妊娠への対応についても集約化・重点化を含む施設間の役割分担が必要である。

○ 無痛分娩については、全ての医療機関での麻酔を専門とする医師の確保は困難であり、地域全体で安全な体制を整備する必要がある。

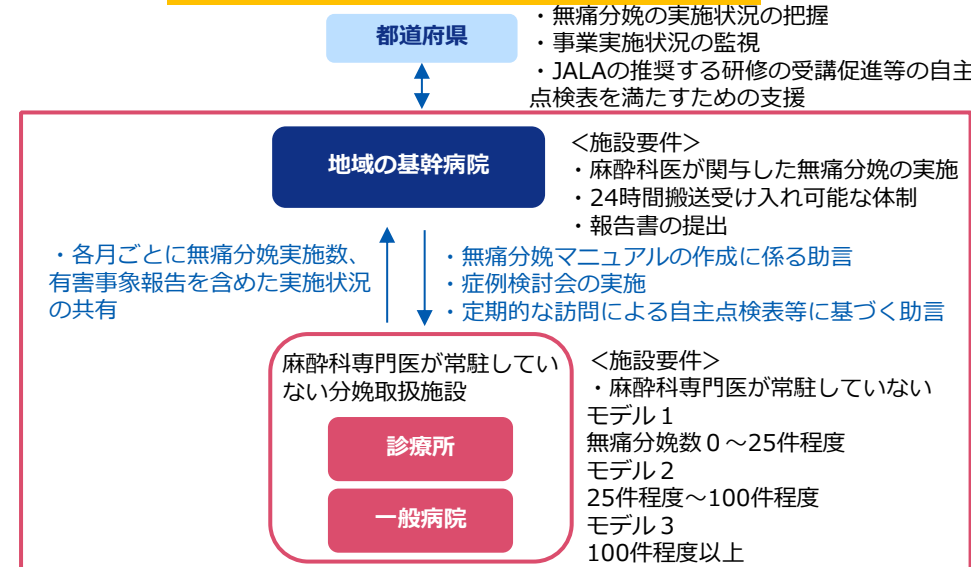
④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1) 周産期医療連携モデル



(1) 実施主体: 都道府県及び、他施設・関係団体と連携して事業の実施が可能な医療機関
箇所数: 3箇所 1箇所あたり: 1.5億円程度

(2) 無痛分娩連携モデル



(2) 実施主体: 都道府県
箇所数: 15箇所 (モデル1～3それぞれ5箇所程度) 1箇所あたり: 0.1億円程度

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

○ローリスク妊娠を含めた集約化について、都道府県が地域の実情に応じた安全な体制を整備するためのモデルを示す。

○麻酔科医が不足する中でも、地域における連携により都道府県が安全な体制を整備するためのモデルを示す。

「周産期医療の体制構築に係る指針」における 新生児集中治療室（NICU）・新生児回復期治療室（GCU）の病床数について

2 医療機関とその連携

（2）各医療機能と連携

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】

イ 医療機関に求められる事項

（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、NICUの病床数は6床以上で差し支えない。

なお、病床数については、以下のとおり取り扱うこと。

（a）～略～

（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 ～略～

c GCUは、NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。

「周産期医療の体制構築に係る指針」における NICU・GCUにおいて勤務する医療従事者について

2 医療機関とその連携

(2) 各医療機能と連携

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】

イ 医療機関に求められる事項

(工) 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 ～略～

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～略～

e～略～

f NICU入退院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。

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

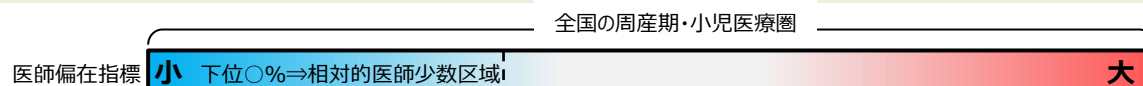
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- ・医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。

- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値(下位〇%)に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

①医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- ・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

②医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- ・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- ・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化の検討。
- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

都道府県別の小児科医師偏在指標 (令和6年1月公表版)

(小児科医師偏在指標について)

小児科医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、小児科医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※下位1/3の閾値を108.7と設定している（小数第2位以下略）。

■ 下位1/3

都道府県	医師偏在指標
全国	115.1
北海道	115.4
青森県	109.4
岩手県	103.8
宮城県	104.6
秋田県	127.9
山形県	114.0
福島県	98.0
茨城県	95.8
栃木県	109.2
群馬県	118.0
埼玉県	99.7
千葉県	93.6
東京都	150.4
神奈川県	106.1
新潟県	108.7

都道府県	医師偏在指標
富山県	125.9
石川県	123.8
福井県	124.6
山梨県	127.3
長野県	120.2
岐阜県	109.7
静岡県	94.4
愛知県	94.7
三重県	107.9
滋賀県	124.3
京都府	152.7
大阪府	120.4
兵庫県	123.9
奈良県	108.7
和歌山県	130.4
鳥取県	171.0

都道府県	医師偏在指標
島根県	118.0
岡山県	124.3
広島県	101.1
山口県	115.0
徳島県	127.7
香川県	122.0
愛媛県	120.0
高知県	134.4
福岡県	122.0
佐賀県	113.8
長崎県	128.5
熊本県	110.2
大分県	120.4
宮崎県	96.9
鹿児島県	95.3
沖縄県	95.1

都道府県別の分娩取扱医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（分娩取扱医師偏在指標について）

分娩取扱医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、分娩取扱医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※下位1/3の閾値を9.5と設定している（小数第2位以下略）。

（都道府県別）

■ 下位1/3

都道府県	医師偏在指標
全国	10.5
北海道	10.1
青森県	8.3
岩手県	8.0
宮城県	10.0
秋田県	12.8
山形県	9.9
福島県	7.3
茨城県	9.8
栃木県	10.3
群馬県	9.1
埼玉県	8.2
千葉県	9.4
東京都	14.3
神奈川県	10.9
新潟県	8.7

都道府県	医師偏在指標
富山県	10.8
石川県	10.8
福井県	12.7
山梨県	12.2
長野県	9.2
岐阜県	9.5
静岡県	9.8
愛知県	10.3
三重県	10.8
滋賀県	10.3
京都府	13.9
大阪府	11.8
兵庫県	9.5
奈良県	12.5
和歌山県	9.6
鳥取県	13.5

都道府県	医師偏在指標
島根県	11.5
岡山県	10.3
広島県	8.6
山口県	9.5
徳島県	12.4
香川県	8.6
愛媛県	8.9
高知県	10.2
福岡県	11.0
佐賀県	10.4
長崎県	10.6
熊本県	6.8
大分県	10.2
宮崎県	9.0
鹿児島県	9.3
沖縄県	11.6

周産期医療（新生児医療）の提供体制等について

現状と課題

- 周産期医療については、これまで周産期母子医療センターを中心に全国でNICU・GCUの整備を進めると共に、医療資源の集約化・重点化を行うことで、高度な医療を必要とする新生児に対応できる体制を整備してきた。
- NICUの目標病床数については出生1万人当たり25～30床とされているところ、全国で出生1万人当たり46.2床のNICUが整備されており、都道府県単位でも目標以上の数が整備されている。また、GCUはNICUの病床数の2倍以上の病床数を有することが望ましいとされているが、出生数の減少もあり、特に地域周産期母子医療センターのうち病床規模の小さい医療機関においては、NICUの病床利用率が低い医療機関が一定数存在し、GCUについては総合周産期母子医療センターも地域周産期母子医療センターも病床利用率の低い医療機関が散見される。
- 加えて、新生児医療を専門とする医師については増加傾向にあるが、一施設当たりの対応症例が減少することで、専門的な資格の取得が困難となる可能性があり、安全な医療を提供する観点で、引き続き集約化等について検討する必要がある。
- 一方で、地方においては、たとえ出生数が少なく病床利用率が低い状況にあったとしても、急性期を脱した患児の受入等のため、入院医療体制の確保が必要な医療機関が一定数存在すると考えられる。
- また、小児科・産科の医師については、都道府県における医療圏の見直し、医師の派遣調整、医師の勤務環境を改善するための施策等について、支援を行ってきた。

論点

- 出生数の減少が進むなか、地域での周産期医療提供体制を維持するため、専門医の育成等の教育体制や持続可能な働き方を維持する観点、患者等の医療へのアクセスの観点も踏まえつつ集約化等をすすめる必要がある。こうした中、地域周産期母子医療センターについて、新生児医療を専門とする医師が限られていることやNICUの病床利用率が低い施設があるといった課題があり、また、総合周産期母子医療センターであってもGCUの病床利用率の低い施設が散見される等の課題がある。このため、地域での集約化等の体制整備に関する課題の整理を進めながら、第9次医療計画に向けて、周産期母子医療センターのあり方について検討することとしてはどうか。また、小児科医師偏在指標・分娩取扱医師偏在指標については、必要な更新作業を行いつつ、第9次医療計画に向けて医療提供体制を検討する中で、その位置づけも含めて検討することとしてはどうか。
- 国では、安全な周産期医療の体制構築に資する「地域連携周産期医療体制モデル事業」を検討することとしており、本事業等を踏まえた集約化についての取組について、都道府県等で活用できるように事例を収集してはどうか。