

医療の体制構築に係る指針（令和 8 年 6 月 1 0 日）抜粋

周産期医療の体制構築に係る指針

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

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

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

第 1 周産期医療の現状

1 周産期医療をとりまく状況

わが国における周産期医療の受療動向は、およそ以下のとおりとなっている。

(1) 分娩件数及び出生の場所¹

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

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

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

(2) 出生年齢の推移¹

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

(3) 複産の割合¹

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

(4) 周産期死亡率及び死産率¹

¹ 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（令和 3 年）

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

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

(5) 帝王切開術の割合²

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

(6) 低出生体重児¹

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

(7) 早産児¹

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

(8) 新生児死亡率¹

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

(9) 妊産婦死亡率¹

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

(10) 産後うつ病の発生率

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

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療の提供体制

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

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

² 厚生労働省「医療施設調査」（令和 2 年）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ⑧ また、妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、平成 31 年 2 月より「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」を開催し、「議論の取りまとめ」（令和元年 6 月 10 日）においては、医療提供に関することとして、産科及び産婦人科以外の診療科と産科及び産婦人科の医療機関の連携、妊産婦に対する診療の質の向上等に取り組んでいく必要があるとされた。
- ⑨ 平成 30 年 12 月に成立した成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成 30 年法律第 104 号）に基づく成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針が令和 3 年 2 月 9 日に閣議決定され、成育医療の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などの各分野の横断的な視点での総合的な推進を行うこととされた。
- (2) 産婦人科医の実態
- 平成 12 年から平成 26 年までの間に医療施設に従事する医師総数が約 5.4 万人（22%）増加した一方、産婦人科医師数（産婦人科医、産科医及び婦人科医）は、平成 12 年の 12,870 人が、平成 22 年に 12,369 人、平成 26 年は 12,888 人、令和 2 年は 13,673 人と 803 人（6.2%）の増加である⁴。分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数は、平成 20 年は 7,390 人、平成 27 年は 8,576 人、令和 2 年は 8,932 人で増加傾向となっている。（なお、女性医師の割合は 39.8%と増加傾向である。）。しかし、産婦人科医師の勤務時間は長時間であり、さらに分娩を取り扱う医療機関の約 7 割が当直医の派遣により医療体制を維持している⁵。
- (3) 新生児医療を担当する医師の実態
- 新生児医療を担当する小児科医等は、平成 12 年に 2,640 人、平成 22 年に 3,173 人と増加傾向であったが、平成 26 年は 3,289 人と、令和 3 年は 2,523 人と減少に転じている。産婦人科医師と同様に、新生児医療を担当する小児科医師の勤務時間も長時間にわたっている⁶。
- (4) 助産師の実態
- 助産師数は平成 8 年には約 2.4 万人であったが、令和 2 年には 3.8 万人まで増加している⁷。
- 助産所の数（助産所の開設者である助産師数）は、平成 8 年に 947 施設であったものが、平成 18 年に 683 施設まで減少したが、平成 26 年に 902 施設、令和 2 年には 1,319 施設まで回復している。しかし、分娩取扱助産所数は、平成 23 年には 474 施設であったが平成 27 年には 408 施設、令和 2 年には 341 施設と漸減している⁷。一方、院内助産所数及び助産師外来は、平成 23 年にはそれぞれ 160、894 であったが、平成 26 年にはそれぞれ 166、947、令和 2 年にはそれぞれ 179、1025 と増加傾向である²。

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における周産期医療体制の整備

(1) 周産期医療に関する協議会

⁴ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

⁵ 日本産婦人科医会施設情報調査 2021、日本産科婦人科医会勤務医部会調査 2021（令和 2 年）

⁶ 日本新生児成育医学会会員数

⁷ 厚生労働省「衛生行政報告例」（令和 2 年）

① 周産期医療に関する協議会の設置

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

② 協議事項

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

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

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

ア 周産期医療体制に係る調査分析に関する事項

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

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

エ 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに関する事項

オ 分娩取扱施設（病院、診療所、助産所）間の連携に関する事項

カ 周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項

キ 搬送コーディネーターに関する事項

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

ケ 産前産後を通じた妊産婦に対するメンタルヘルスケアに関する事項

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

サ 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項

シ 周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成に関する事項

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

セ 産科及び産婦人科と産科及び産婦人科以外の診療科との連携体制に関する事項

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

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

チ その他特に検討を要する事例や周産期医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

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

(2) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

① 指定及び認定

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

② 支援及び指導

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

③ 指定及び認定の取消し

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

(3) 周産期医療情報センター

① 周産期医療情報センターの設置

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

② 周産期救急情報システムの運営

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

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

(ア) 周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況

(イ) 病床の空床状況

(ウ) 手術、検査及び処置の可否

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

ウ 情報収集・提供の方法

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

エ 救急医療情報システムとの連携

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

(4) 搬送コーディネーター

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

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

(5) 周産期医療における災害対策

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

(6) 周産期医療における新興感染症の発生・まん延への対策

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

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

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

(7) 周産期医療関係者に対する研修

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

① 到達目標の例

- ア 周産期医療に必要とされる基本的な知識及び技術の習得
- イ 緊急を要する母体及び新生児に対する的確な判断力及び高度な技術の習得
- ウ NICU等高次医療施設を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族等のための環境整備や地域連携のために必要な手続等に関する基礎的な知識の習得

② 研修内容の例

ア 産科

- (ア) 胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応
- (イ) 産科ショックとその対策
- (ウ) 妊産婦死亡とその防止対策
- (エ) 帝王切開の問題点

イ 新生児医療

- (ア) ハイリスク新生児の医療提供体制
- (イ) 新生児関連統計・疫学データ
- (ウ) 新生児搬送の適応
- (エ) 新生児蘇生法
- (オ) ハイリスク新生児の迅速な診断
- (カ) 新生児管理の実際
- (キ) 退院後の保健指導、フォローアップ実施方法等

ウ その他

- (ア) 救急患者の緊急度の判断、救急患者の搬送及び受入ルール等
- (イ) 他の診療科との合同の症例検討会等
- (ウ) 周産期の医療安全
- (エ) 地域の福祉施設、療育支援施設との連携会議等

(8) 妊産婦の診療に係る医療提供体制の整備

- ① 都道府県は、産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、妊産婦の特性に応じた診療の知識及び技術を習得させるための研修を行うこと。
- ② 都道府県は、総合周産期母子医療センター等に妊産婦の診療について必要な情報を提供するための産科及び産婦人科の医師を配置し、地域の産科及び産婦人科以外の診療科の医師からの相談に応じる相談窓口を設置すること。

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向