

第3節 周産期医療

1 目指すべき姿

誰もが安心して子供を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に活かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、分娩^{べん}のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供することができる周産期医療体制を整備します。

2 現状と課題

(1) ハイリスク出産への対応

出生数は減少していますが、ハイリスク出産の割合は高い水準にあります。

NICU（新生児集中治療室）の必要数は、出生数一万人当たり25床から30床とされています。これまでNICUの整備を進めてきた結果、平成29年（2017年）4月時点の本県のNICU数は143床となり、平成28年（2016年）の出生数（54,448人）に基づく最低必要数を満たしました。

しかし、県内のNICUは常に満床状態であり、平成28年（2016年）の母体搬送（妊娠6か月以降）の約13%に当たる143人が近隣都県に搬送されています。

平成29年（2017年）1月に県内2か所目の総合周産期母子医療センターを整備しましたが、地域周産期母子医療センターを含めた周産期母子医療センター数は、出生数一万人当たりで比較すると、全国平均の約5か所に対して約1.8か所と少ない状況であり、県内における地域の偏在も見られます。

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク出産に対応した周産期医療体制の充実に努めるとともに、近隣都県との連携体制の構築、NICU入院児が早期に退院できる環境整備等に取り組む必要があります。

(2) 継続的な周産期医療体制の確保

出生数千人当たりで比較すると、分娩^{べん}取扱施設における常勤産婦人科医数（平成26年（2014年））は、全国平均8.6人に対して本県は約6.4人、新生児専門医数（平成29年（2017年）2月）は全国平均約0.7人に対して本県は約0.5人と、いずれも全国平均を大きく下回っています。このため、周産期医療に従事する医師の負担は非常に大きく、医師の確保・育成に加え、医師の負担軽減策が必要です。

平成14年（2002年）に129か所あった本県の分娩^{べん}取扱医療機関数は平成29年（2017年）には92か所まで減少しました。また、平成14年（2002年）の出生場所の割合は診療所が48.0%、病院が50.6%でしたが、平成27年（2015年）は診療所が42.4%、病院が56.8%となりました。

一方、分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医数の推移は1.9人（平成20年（2008年））から2.2人（平成26年（2014年））と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化がない一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医数は5.1人（平成20年（2008年））から6.9人（平成26年（2014年））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ます。

このような傾向を踏まえて、県内で安全に出産ができる体制の継続的な確保に取り組む必要があります。

このほか、周産期メンタルヘルス等の課題にも取り組む必要があります。

(3) 災害時における周産期医療体制の整備

東日本大震災を踏まえた研究等によって、被災地や周辺地域における情報伝達網の遮断や、小児・周産期医療に精通した災害医療従事者が不足していることなどから、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ています。このため、災害時における小児・周産期医療体制の整備が必要です。

災害時には近隣都県との連携も必要であり、ハイリスク出産への対応を含め、近隣都県との連携体制の構築が必要です。

3 課題への対応

(1) ハイリスク出産への対応

周産期医療体制の充実・連携強化を図ります。

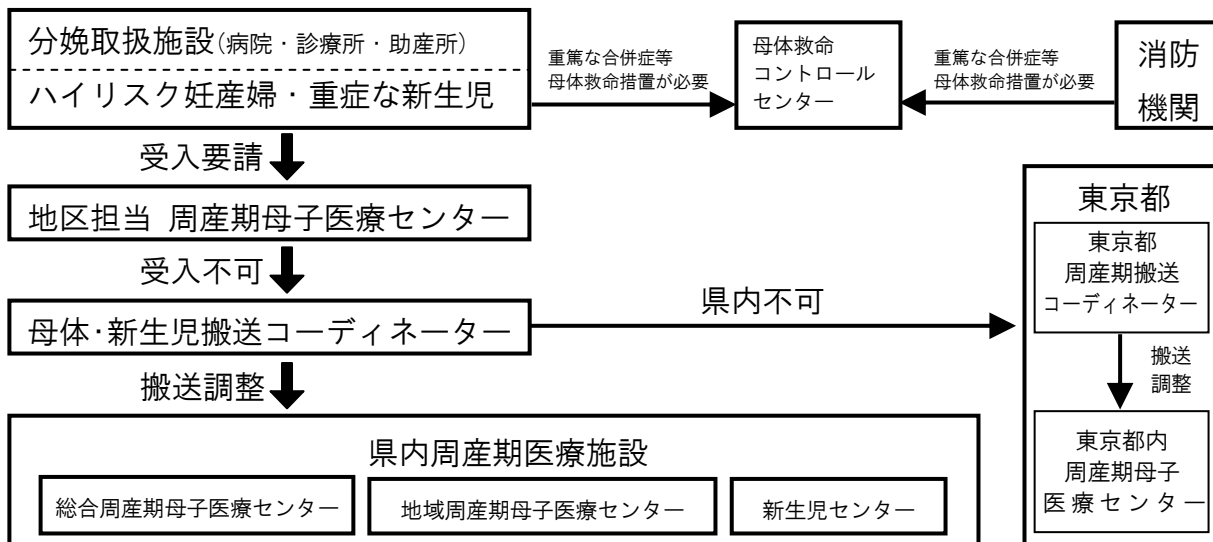
(2) 継続的な周産期医療体制の確保

医療人材の確保、医師の負担軽減等を図ります。

(3) 災害時における周産期医療体制の整備

災害時における周産期医療ネットワークを構築します。

【図表3-2-3-1 埼玉県の母体・新生児搬送の仕組み】



4 主な取組

- (1) ハイリスク出産への対応
 - ア 救命措置が必要な妊産婦の受入体制の確保
 - イ ハイリスク妊婦又は新生児の搬送調整体制の確保
 - ウ 近隣都県との連携体制の構築
 - エ 周産期母子医療センターの整備、運営支援等による周産期医療体制の充実
 - オ 遠隔胎児診断支援システムの活用促進
 - カ 小児在宅医療の推進
- (2) 継続的な周産期医療体制の確保
 - ア 周産期医療に携わる医療人材の確保・育成
 - イ 助産師、看護師の職能向上による医師の負担軽減
 - ウ 分娩^{べん}取扱施設に対する支援
 - エ 産科医と精神科医の連携体制の構築
- (3) 災害時における周産期医療体制の整備
 - ア 災害時小児周産期リエゾンの配置
 - イ 災害時における周産期医療ネットワークの構築
 - ウ 近隣都県との連携体制の構築（再掲）

5 指標

- 県外への母体搬送数（妊娠6か月以降）
 現状値 143人 → 目標値 70人
 （平成28年） （平成35年）
- 県内の出生数に対する分娩^{べん}取扱数の割合
 現状値 95% → 目標値 95%
 （平成28年） （平成35年）
- 災害時小児周産期リエゾン指定者数
 現状値 3人 → 目標値 21人
 （平成29年度） （平成35年度）

部-章-節	頁	指標名	現状値		目標値		指標の定義	指標の選定理由	目標値の根拠
			現状値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)	目標値	左記の基準時点(年度、年、年度末、年末等)			
3-2-2	128	医療チーム等の受入れを想定した、地域ごとのコーディネート機能の確認を行う災害訓練の年間実施回数	0回	平成28年度	10回(保健医療圏ごとに1回)	平成35年度	保健医療圏ごとに医療関係機関と地域災害医療コーディネーターが参加して災害時を想定した医療救護活動に関する訓練を実施した回数。	大災害における効果的・効率的な医療救護活動を実施するためには、地域災害医療コーディネーターと地域の医療関係機関が参加して訓練を実施することが必要であることから、この指標を選定。	全ての保健医療圏ごとに年1回以上訓練を参加することを想定してこの目標値を設定。
3-2-2	128	災害拠点病院におけるBCPの策定割合	22.2%	平成28年度	100%	平成30年度	災害拠点病院においても災害拠点病院がその機能を十分発揮するためには、事業継続計画(BCP)の策定し、計画に基づく備えを進めることが必要であることから、この指標を選定。	大規模災害時においても災害拠点病院がその機能を十分発揮するためには、事業継続計画(BCP)を策定し、計画に基づく備えを進めることが必要であることから、この指標を選定。	全ての災害拠点病院が事業継続計画(BCP)を策定することを想定してこの目標値を設定。
3-2-3	131	県外への母体搬送数(妊娠6か月以降)	143人	平成28年	70人	平成35年	転院搬送の必要が生じた妊娠6か月以降の妊婦のうち、県外の医療機関へ搬送された人数。	ハイリスク出産への対応の進捗と、県外への母体搬送数は密接に関係しており、指標として設定。	現状値から県外への母体搬送数を半減させるものとして設定。
3-2-3	131	県内の出生数に対する分娩取扱数の割合	95%	平成28年	95%	平成35年	県内の出生数に対する県内の分娩取扱施設における分娩取扱数の割合。	県内で出産ができる体制の継続的な確保が必要であるが、県外での里帰り出産も一定程度あることも事実である。よって、県内出産の割合の維持という指標を設定。	県内の出生数に対する分娩取扱数の割合を維持するものとして設定。
3-2-3	131	災害時小児周産期リエゾン指定者数	3人	平成29年度	21人	平成35年度	災害時小児周産期リエゾン指定者数。	災害時小児周産期リエゾンが災害時対応の中心となるため、災害体制の整備の進捗と指定者数の増加は密接に関係しており、指標として設定。	毎年3名の災害時小児周産期リエゾンを指定するものとして設定。
3-2-4	134	小児救急搬送で4回以上の受入照会を行った割合	3.4%	平成27年	2%	平成35年	小児救急搬送患者のうち、医療機関への受入照会が4回以上になった割合。	小児救急搬送患者のうち、搬送困難事案がどれだけ発生したかを示す数値であることから、この指標を選定。	小児救急搬送のうち、搬送困難事案の割合を3割以上削減することを旨として、この目標値を設定。
3-2-4	134	夜間や休日小児救急患者に対応できる二次救急医療圏の割合	86%	平成29年4月	100%	平成36年4月	小児二次救急医療体制において、すべての曜日で夜間も含め受入体制が確保できている二次救急医療圏の割合。	休日や夜間に診療を必要とする小児患者が増えており、県民が安心して小児救急医療を受けられることが必要であることから、この指標を選定。	県内のどこに住んでいても、必要なときに小児救急医療を受けられるようにするため、すべての二次救急医療圏で夜間や休日も含めた受入体制を確保することを旨として、この目標値を設定。
3-2-4	135	小児救急電話相談の相談件数	70,759件	平成28年度	140,000件	平成35年度	小児救急電話相談で受け付けた電話相談の件数。	小児救急電話相談がどれだけ認知され、利用されているのか把握できる実績であることから、この指標を選定。	平成29年10月に相談時間が24時間化したことから、平成28年度の倍増を目指して、この目標値を設定。

周産期医療							全国	埼玉
平成28年1月住民基本台帳人口・世帯数:人口(千人)							128,066	7,323
面積(Km2)							377,971	3,798
医療機能	SPO	指標名	調査名等	調査年				
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	S	新生児専門医・母体・胎 児専門医の数	日本周産期・新 生児医学会	平成28年10月 31日現在	新生児専門医数	総数	611	24
						人口10万人当たり	0.5	0.3
			日本周産期・新 生児医学会	平成28年10月 31日現在	母体・胎児専門医 の数	総数	656	22
						人口10万人当たり	2.5	1.4
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	S	助産師数	衛生行政報告例	平成26年	就業助産師数	総数	33,956	1,412
						人口10万人当たり	125.7	89.2
正常分娩	S	分娩を取り扱う助産所数	衛生行政報告例	平成27年		総数	408	26
						15-49歳女性 10 万人あたり	1.5	1.7
地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	S	新生児診療を担当する医 師数	日本新生児生育 医学会	平成24年4月23 日現在		総数	2,968	126
						人口10万人当たり	2.3	1.8
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	P	出生率	人口動態調査	平成27年		人口千対	8	7.8
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	P	合計特殊出生率	人口動態調査	平成27年			1.5	1.4
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	P	低出生体重児出生率	人口動態調査	平成27年			9.5	9.5
正常分娩	P	産後訪問指導を受けた割 合	地域保健・健康 増進事業報告	平成26年度	新生児の産後訪問 指導を受けた割合	出生千人当たり	243.1	152.4
			地域保健・健康 増進事業報告	平成26年度	未熟児の産後訪問 指導を受けた割合	出生千人当たり	54.1	32.6
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	新生児死亡率	人口動態調査	平成27年		出生千人当たり	0.9	0.9
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	周産期死亡率	人口動態調査	平成27年		出産千対	3.7	3.7
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	妊産婦死亡率	人口動態調査	平成27年		出産10万対	3.8	5.2
正常分娩 地域周産期母子 医療センター 総合周産期母子 医療センター	O	死産率	人口動態調査	平成27年		出産千対	22	23.5
療養・療育支援	S	身体障害者手帳交付数 (18歳未満)	福祉行政報告例	平成27年		総数	103,969	4,187
療養・療育支援	O	乳児死亡率	人口動態調査	平成27年		出生千対	1.9	2.0
療養・療育支援	O	幼児死亡率	人口動態調査	平成27年		幼児千人当たり	0.5	0.5