

第3節 周産期医療

第1 現状と課題

1 周産期医療をとりまく状況

(1) 妊産婦・新生児の状況

- 本県の出生数は全国と同様に減少傾向となっており、全出生中の母の出生時年齢が35歳以上の割合は増加しています。
- 帝王切開術、(極)低出生体重児^{*1}及び複産^{*2}の割合は、増加及び横ばいから減少に転じた状況にあります。引き続きハイリスク分娩や急変時の体制強化が必要です。
- 全国の産後うつ病が疑われる者^{*3}の割合は、平成13年度(2001年度)が13.4%、平成21年度(2009年度)が10.3%、平成25年度(2013年度)が9.0%と1割程度とされており^{*4}、産後うつ等の異常の早期発見、早期治療及び早期支援のため精神科医療機関及び保健関係機関等との連携が必要です。

^{*1}低出生体重児：2,500g未満で出生した児、極低出生体重児：1,500g未満で出生した児

^{*2}複産：双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり、死産は含まない

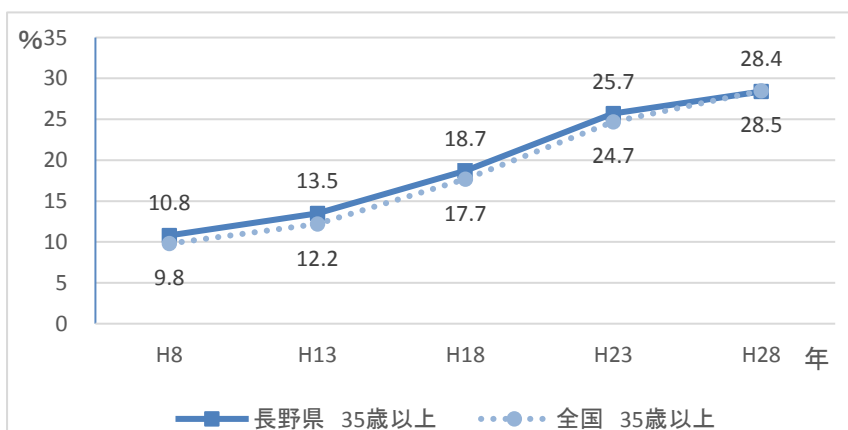
^{*3}産後うつ病が疑われる者：エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の合計得点が9点以上の者

^{*4}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)

【表1】母の出生時年齢が35歳以上の割合

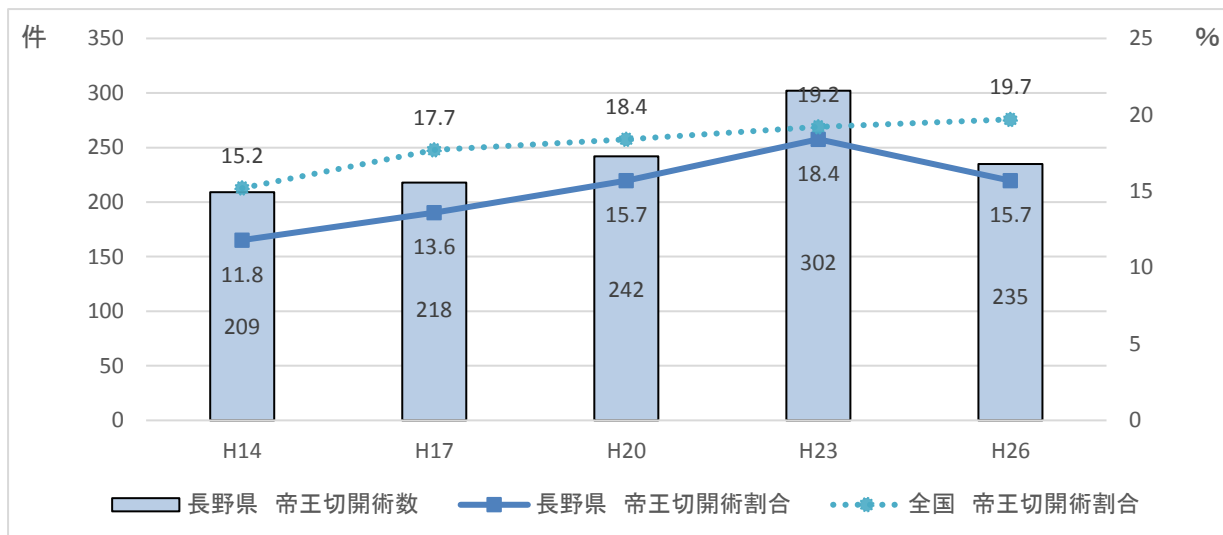
年	長野県			全 国		
	出 生 数 (人)		35歳以上の割合 (%)	出 生 数 (人)		35歳以上の割合 (%)
	総 数	35歳以上		総 数	35歳以上	
H8	21,286	2,298	10.8	1,206,555	118,553	9.8
H13	20,889	2,811	13.5	1,170,662	142,785	12.2
H18	18,775	3,510	18.7	1,092,674	192,914	17.7
H23	16,917	4,356	25.7	1,050,806	259,552	24.7
H28	15,169	4,309	28.4	976,978	278,162	28.5

【図1】母の出生時年齢が35歳以上の割合の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

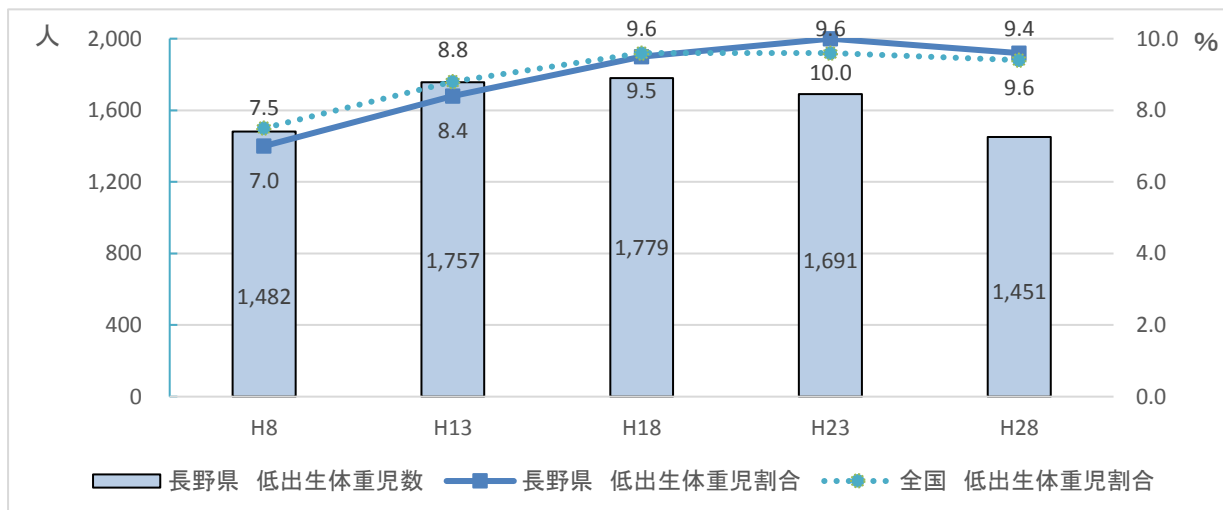
【図2】帝王切開術の数と割合（帝王切開術数/全分娩件数）の推移



※各年9月中の数値

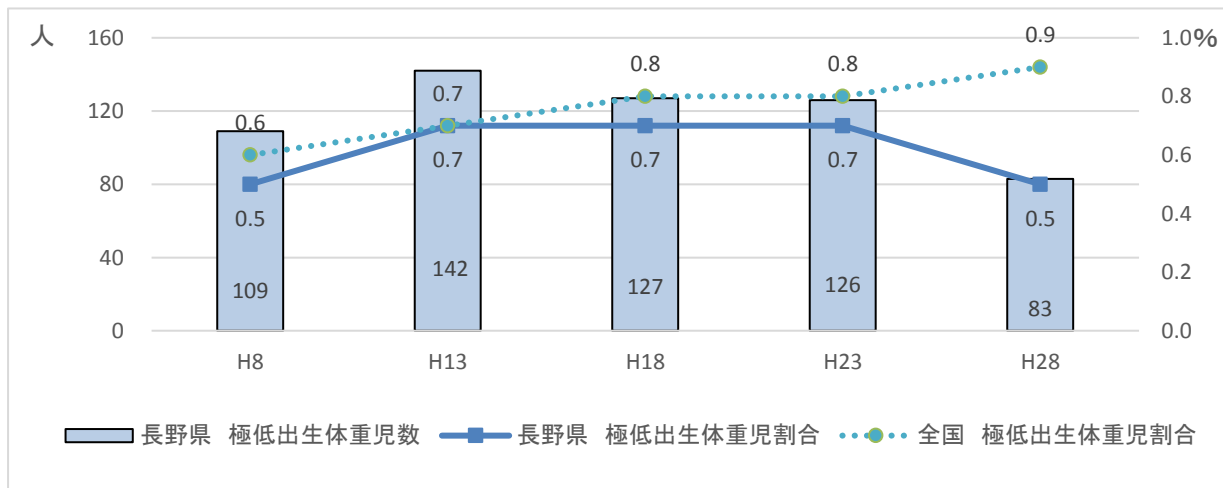
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図3】低出生体重児の数と割合（低出生体重児数/全出生数）の推移



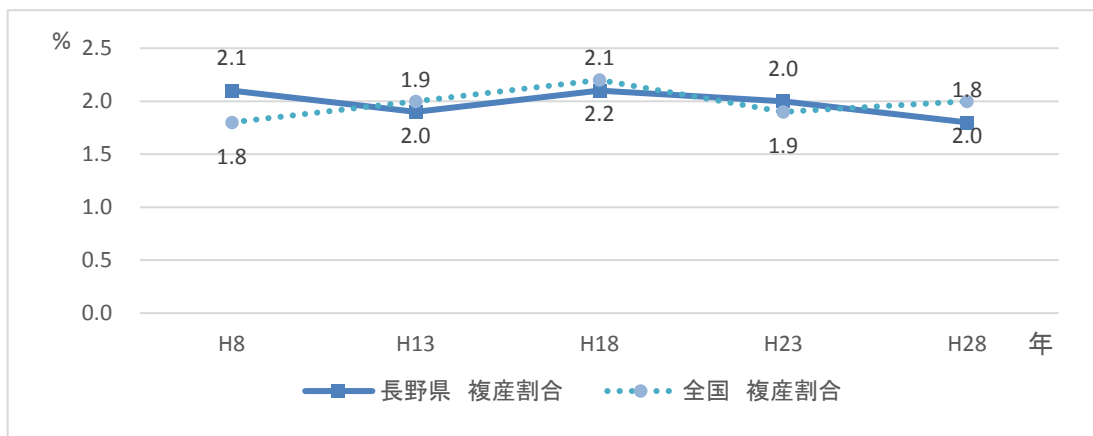
(厚生労働省「人口動態統計」)

【図4】極低出生体重児の数と割合（極低出生体重児数/全出生数）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

【図5】 複産の割合（複産数/全出生数）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

(2) 周産期・新生児死亡の状況

- 周産期死亡率、新生児死亡率はともに低い水準で経過しており、この水準を維持していく必要があります。
- 妊産婦死亡数は平成25年（2013年）及び平成26年（2014年）は0人でしたが、平成27年（2015年）及び平成28年（2016年）は1人、妊産婦死亡率は6.3（出産10万対）、6.5となっています。

【表2】 周産期死亡数・周産期死亡率（出産千対）

年	長野県			全国		
	出産数 (人)	周産期死亡数 (人)	周産期死亡率 (出産千対)	出産数 (人)	周産期死亡数 (人)	周産期死亡率 (出産千対)
H8	21,826	127	5.8	1,246,091	8,080	6.5
H13	21,384	99	4.6	1,208,129	6,476	5.4
H18	19,260	83	4.3	1,123,585	5,100	4.5
H23	17,287	49	2.8	1,076,557	4,315	4.0
H28	15,481	56	3.7	997,912	3,516	3.6

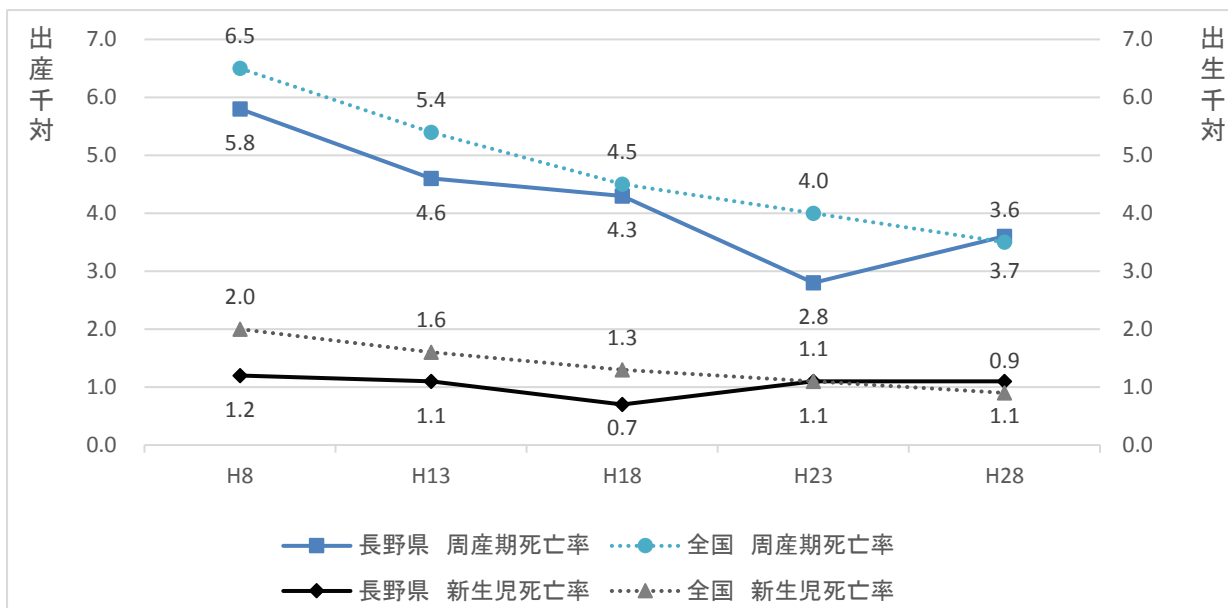
(厚生労働省「人口動態統計」)

【表3】 新生児死亡数・新生児死亡率（出生千対）

年	長野県			全国		
	出生数 (人)	新生児死亡数 (人)	新生児死亡率 (出生千対)	出生数 (人)	新生児死亡数 (人)	新生児死亡率 (出生千対)
H8	21,286	26	1.2	1,206,555	2,438	2.0
H13	20,889	22	1.1	1,170,662	1,909	1.6
H18	18,775	13	0.7	1,092,674	1,444	1.3
H23	16,917	19	1.1	1,050,806	1,147	1.1
H28	15,169	16	1.1	976,978	874	0.9

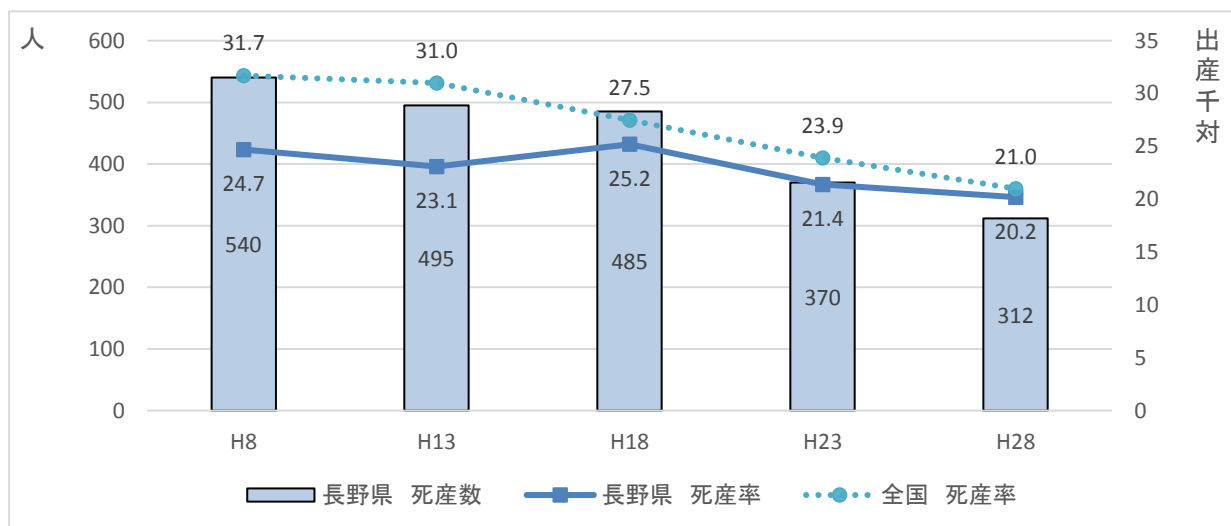
(厚生労働省「人口動態統計」)

【図6】周産期死亡率（出産千対）・新生児死亡率（出生千対）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

【図7】死産数・死産率（出産千対）の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

(3) 出生場所の推移

- 出生場所は、昭和45年(1970年)には「病院・診療所」が82.2%、「助産所」が15.9%、「自宅・その他」が1.9%でしたが、平成28年(2016年)には、「病院・診療所」が98.7%、「助産所」が1.1%、「自宅・その他」が0.2%と「病院・診療所」での出産がほとんどを占めており、全国とほぼ同様の状況となっています。
- 病院、診療所の別に見ると、平成28年(2016年)において全国では病院と診療所の比が概ね1対1であるのに対し、本県では概ね7対3と病院での出生の割合が高くなっており、病院の負担が大きくなっています。

【表4】 出生場所の割合の推移

(単位：%)

年	長野県					全 国				
	施設内				自宅・ その他	施設内				自宅・ その他
	病院	診療所	助産所	小計		病院	診療所	助産所	小計	
S45	41.8	40.4	15.9	98.1	1.9	43.4	42.1	10.6	96.1	3.9
S55	55.5	40.0	4.3	99.8	0.2	51.7	44.0	3.8	99.5	0.5
H8	62.7	36.7	0.4	99.8	0.2	62.7	36.7	1.0	99.8	0.2
H13	68.7	30.5	0.6	99.8	0.2	53.0	45.8	1.0	99.8	0.2
H18	70.8	28.2	0.7	99.7	0.3	50.9	47.9	1.0	99.8	0.2
H23	67.5	30.6	1.5	99.6	0.4	52.0	47.0	0.9	99.8	0.2
H28	71.0	27.7	1.1	99.8	0.2	54.3	45.0	0.6	99.8	0.2

(厚生労働省「人口動態統計」)

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療に関わる医療施設・医師の状況

- 産科・産婦人科を標榜する医療施設及び分娩取扱い施設の減少や産科医の絶対数の不足等により、周産期医療を担う医療機関の負担が増加しており、産科医の確保等が必要です。

【表5】 産科・産婦人科を標榜する医療施設数

(単位：施設)

年	H14	H17	H20	H23	H26	H29
病 院	43	40	39	35	34	37
診 療 所	77	72	63	58	55	51
計	120	112	102	93	89	88
うち分娩を扱う施設	61	55	45	47	44	40

(医療推進課「医療機能調査」)

【表6】 医療施設に従事する医師で主な診療科が「産科・産婦人科」である医師数の推移 (単位：人)

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28
長野県	183	184	158	168	191	191	174	160
人口10万対	8.2	8.4	7.8	7.7	8.9	8.9	8.2	8.0
全 国	11,034	10,599	9,592	10,389	10,652	10,868	11,085	10,845
人口10万対	8.6	8.3	7.9	8.1	8.3	8.6	8.7	9.0

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 周産期医療体制の状況

- 本県では、平成12年(2000年)9月から「長野県周産期医療協議会」による「長野県周産期医療システム」の運用が開始されました。その後、平成18年(2006年)10月に設置された「長野県産科・小児科医療対策検討会」において、県内の産科・小児科医療のあり方について協議が行われ、平成19年(2007年)3月に取りまとめられた「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」において、医療資源の集約化・重点化の方向が示されました。また平成22年(2010年)の厚生労働省の通知を受け、総合周産期母子医療センターを始めとする周産期医療体制の整備が進み、平成25年度(2013年度)からの「第6次医療計画」にはその内容が反映されました。

- こうした経過を経て、現在、総合周産期母子医療センター（県立こども病院）を中心に、地域周産期母子医療センター（9病院）、地域周産期連携病院（11病院）及び一般周産期医療機関により「長野県周産期医療システム」が構築されています。
- 「長野県周産期医療システム」は、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等の空床情報等を一元化する「周産期救急情報システム」と、周産期医療機関相互の連携・協力による母体と新生児の搬送を行う「転院搬送システム」により構成されています。
- より効果的・効率的な「長野県周産期医療システム」の運用がなされるよう、母体に関する救命救急医療については、地域周産期母子医療センターの信州大学医学部附属病院が中心となり、県全域でハイリスク分娩や救急搬送等に対応できる安定した周産期医療が提供されています。
- 災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築が必要です。

【表7】搬送件数の推移

（単位：件）

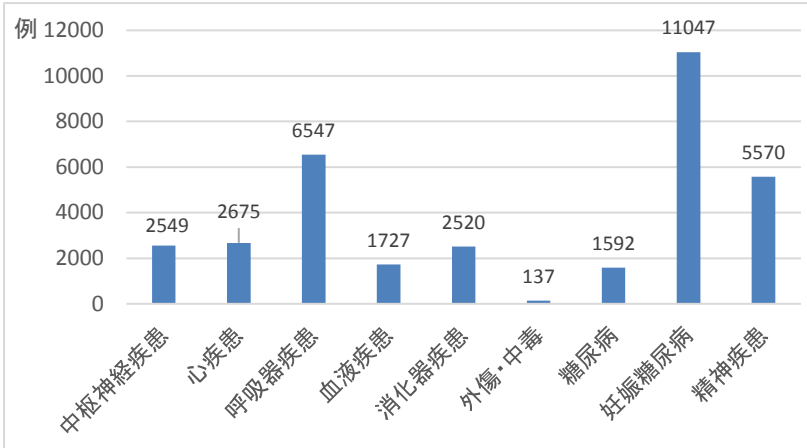
区 分	搬送受入機関	母体搬送					新生児搬送				
		H24	H25	H26	H27	H28	H24	H25	H26	H27	H28
総合周産期母子医療センター	県立こども病院	96	113	86	95	72	173	183	196	201	156
地域周産期母子医療センター	信州大学医学部附属病院	41	76	66	75	96	5	6	17	15	42
	佐久医療センター	18	20	19	10	14	5	5	13	13	20
	信州上田医療センター	-	-	12	8	31	66	64	54	45	22
	諏訪赤十字病院	18	32	29	13	14	25	20	36	35	30
	伊那中央病院	28	26	21	18	23	8	17	3	15	13
	飯田市立病院	13	10	13	16	13	7	8	22	12	0
	長野赤十字病院	55	65	97	72	101	68	47	74	58	64
	篠ノ井総合病院	32	35	33	33	19	17	17	7	6	8
	北信総合病院	6	12	6	8	16	8	16	15	8	6
	小計	211	276	296	253	327	209	200	241	207	205
地域周産期連携病院		16	19	17	3	0	27	16	19	13	9
合 計		323	408	399	351	399	409	399	456	418	370

（保健・疾病対策課調査）

（3）合併症を有する妊娠への対応状況

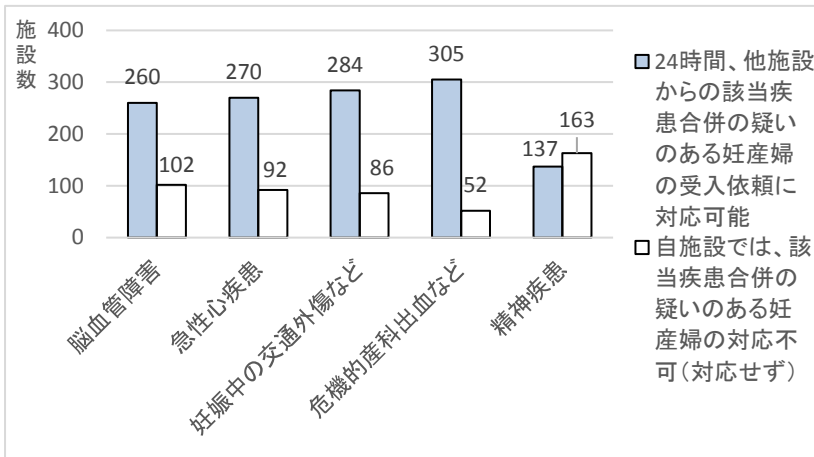
- 合併症（脳血管障害、急性心疾患、精神疾患等）を有する妊娠への対応状況は、身体疾患合併への対応については、総合・地域周産期母子医療センターの診療体制により比較的整備されています。一方で精神疾患合併への対応については、施設内での連携及び精神科医療機関等との連携などの体制強化が課題となっています。

【図8】合併症を有する妊娠の割合（周産期母子医療センター268施設を含む病院355施設）



- ※1 日本産婦人科学会 周産期委員会報告（2016年6月）をもとに作成
- ※2 2014年周産期統計
- ※3 登録参加施設は周産期母子医療センター268施設（総合:87施設、地域:181施設）を含む病院355施設
- ※4 症例登録総数は、同年に出産した妊娠22週以降の220,052例

【図9】合併症を有する妊娠への対応状況（周産期母子医療センター390施設）

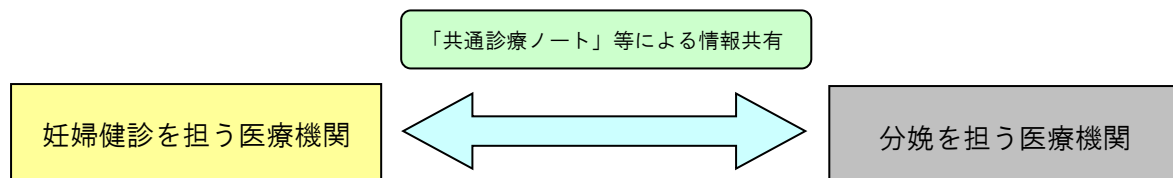


- ※1 厚生労働省医政局地域医療計画課調査をもとに作成
- ※2 平成27年4月1日現在の状況
- ※3 周産期母子医療センター390施設（総合:99施設、地域:291施設）

地域連携モデル

県内のいくつかの地域では、産科・産婦人科を標榜する医療施設及び分娩取扱い施設の減少や産科医の絶対数の不足など、周産期医療体制の確保が危惧されています。

このような状況において、妊婦健診と分娩とをそれぞれ別の医療機関で分担し、「共通診療ノート」や「産科共通カルテ」等を用いて情報を共有化することにより、各医療機関の負担の軽減を図るなど、医療機関の機能分担と妊産婦情報の共有による各医療圏の産科医療を維持する取組が行われています。



(4) 療養・療育支援の体制

○ 「長野県周産期医療システム」の運用により、周産期死亡率、新生児死亡率ともに低い水準を維持していますが、入院の長期化等が課題となっています。

※ 人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児への支援体制については、次節の「小児医療」に記載しています。

院内助産

安心してお産ができる環境の維持を目指して
～「院内助産」普及に向けた取組について～

今や日本は世界で有数の母児共に安全にお産ができる国になっています。しかし、昨今の産科医不足やそれにとまなう分娩施設の集約化によって全国的にお産ができる施設が減少しています。そんな中で妊産婦さんとその家族にとって安心して快適なケアを提供する事は非常に大切な課題です。

その対策のひとつに「院内助産」があります。院内助産とは産科医師と助産師がそれぞれの専門性を発揮してより安全で快適なお産をめざす仕組みです。具体的には、妊婦さんに問題がなければ妊婦健診や分娩は主に助産師が対応しますが、もし問題が発生した際には速やかに医師が対応するものです。このシステムによって妊婦さんは助産師のよりきめの細かいケアを受けられると同時に、助産師とのコミュニケーションが緊密になり早く問題点を見つけることで、より安全性が高まるというメリットも得られます。

院内助産では以前にも増して助産師に高い能力が要求されますので、長野県では信州大学医学部附属病院に「院内助産リーダー養成コース」を開講し、院内助産の中心的な役割を果たすことができる人材の育成と県内での院内助産の普及に努めています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制

妊産婦の状態に応じて安全な医療を提供するために、周産期医療体制の維持に努めます。

(2) 新生児の状態に応じた周産期医療提供体制

新生児の状態に応じて必要な医療を提供するために、周産期医療体制の維持に努めます。

(3) 地域の周産期医療が確保される体制

産科・産婦人科を標榜する医療施設の減少や産科医の絶対数の不足等の課題に対して、「長野県周産期医療システム」の維持や産科医の確保及び院内助産の推進を図ります。

(4) 充実した妊産婦の健康管理体制

充実した妊産婦の健康管理体制の維持に努めます。

(5) 充実した新生児の健康管理体制

充実した新生児の健康管理体制の維持に努めます。

(6) 災害時を見据えた周産期医療体制

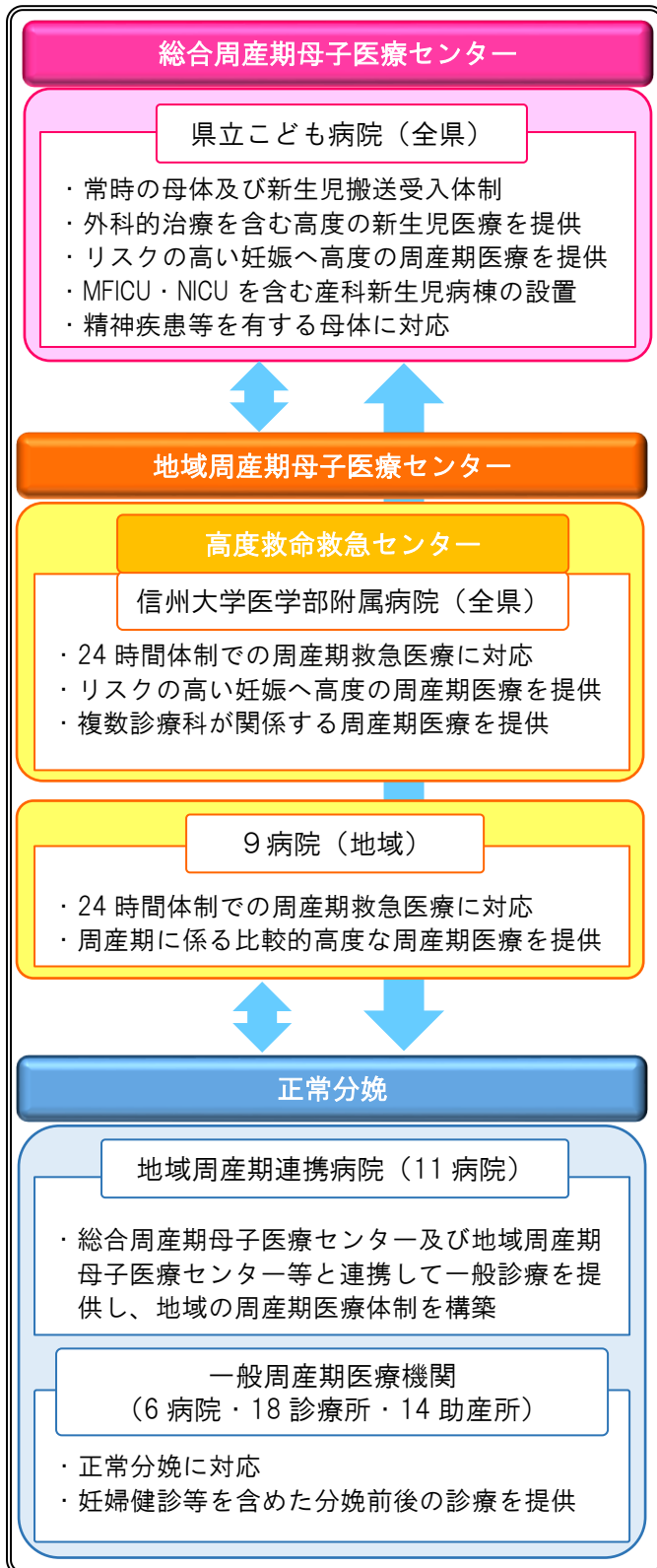
災害時においては、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築を図ります。

2 周産期の医療連携体制

周産期の医療連携体制のイメージ及び現状は以下のとおりです。

地域周産期母子医療センター未設置の医療圏については、隣接する医療圏と連携することで体制を確保しています。

【図 10】長野県周産期医療体制のイメージ (H29年10月現在)



【表 8】長野県周産期医療体制の状況 (H29年10月現在)

総合周産期母子医療センター	(全県)	県立こども
地域周産期母子医療センター	(全県)	信州大学医学部附属
	(佐久)	佐久医療
	(上小)	信州上田医療
	(諏訪)	諏訪赤十字
	(上伊那)	伊那中央
	(飯伊)	飯田市立
	(木曾)	----
	(松本)	信州大学医学部附属
	(大北)	----
	(長野)	長野赤十字 篠ノ井総合
(北信)	北信総合	
正常分娩	(佐久)	あさま南麓こもろ医療 国保浅間
	(上小)	----
	(諏訪)	岡谷市民(※) 諏訪中央
	(上伊那)	----
	(飯伊)	----
	(木曾)	県立木曾 相澤
	(松本)	松本市立 丸の内
	(大北)	市立大町
	(長野)	県立信州医療
	(北信)	飯山赤十字(※)
一般周産期医療機関		その他病院 ・上田市立 ・諏訪マタニティ ・穂高 ・松代総合 ・長野中央(※) ・吉田 診療所 助産所

(※) 分娩受入休止中

1 妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制

- 正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施する周産期医療の提供体制を維持します。
- ハイリスク分娩や急変時には、「長野県周産期医療システム」により地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な周産期医療体制を維持します。
- 県内で里帰り出産を希望する妊婦について、制限せずに受け入れられる体制を維持します。

2 新生児の状態に応じた周産期医療提供体制

- 新生児の状態に応じた周産期医療を提供するため、NICUの病床の確保等に努めます。
- 高度な新生児医療が必要な場合には、「長野県周産期医療システム」により総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な周産期医療体制を維持します。

3 地域の周産期医療が確保される体制

- 周産期医療に係る医師等の確保が困難な地域についても、「長野県周産期医療システム」により、医療の連携を図ることで対応できる体制を維持します。
- 周産期医療機関による産科医及び新生児医療に係る小児科医の育成及び確保に係る対策を支援します。
- 分娩を扱う産科医の負担の軽減及び勤務環境の改善のため、正常経過の妊産婦のケア及び分娩を助産師が担える院内助産の普及を推進します。

4 充実した妊産婦の健康管理体制

- 産後うつ予防のため周産期医療機関におけるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の導入を進めるとともに、地域の精神科医療機関及び保健関係機関等との多職種連携による包括的な支援体制の整備を推進します。
 - 身体疾患合併を有する妊産婦への対応について、総合・地域周産期母子医療センターによる診療体制を維持します。
 - 精神疾患合併を有する妊産婦への対応について、周産期医療及び精神科医療等との連携した診療体制の整備を推進します。
- ※ 妊産婦の健康管理体制については、「第4編第8節 母子保健」に記載しています。

5 充実した新生児の健康管理体制

- 新生児の先天性代謝異常等の早期発見及び早期治療のため、新生児マススクリーニング検査の実施体制の維持及びフォローアップ体制の構築を推進します。
 - 難聴児の早期発見、早期治療及び早期療育のため、新生児聴覚検査の実施体制の維持及び医療・保健・福祉・教育を含めた地域支援体制の構築を推進します。
- ※ 新生児の健康管理体制については、「第4編第8節 母子保健」に記載しています。

6 災害時を見据えた周産期医療体制

- 災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築を図り、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。
- ※ 災害医療体制については、「第7編第3章第2節 災害時における医療」に記載しています。

第4 数値目標

区分	指標	現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
O	周産期死亡率 (出産千対)	3.7 (2016)	3.7	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	新生児死亡率 (出生千対)	1.1 (2016)	1.1	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	妊産婦死亡率 (出産10万対)	6.5 (2016)	6.5	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	死産率 (出産千対)	20.2 (2016)	20.2	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
(1) 妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制					
P	里帰り出産※受入率 (※分娩前後のみの受診及び分娩)	98% (2016)	98%	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調査
(2) 新生児の状態に応じた周産期医療提供体制					
S	NICUの病床数 (人口10万対)	2.7床 (2014)	2.7床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
(3) 地域の周産期医療が確保される体制					
S	産科医及び産婦人科医数 (人口10万対)	8.0人 (2016)	8.0人以上	現在の水準以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	助産師数 (人口10万対)	40.2人 (2016)	40.2人以上	現在の水準以上を目指す。	厚生労働省「衛生行政報告例」
S	院内助産リーダー養成者数	4人 (2016)	10人	10圏域での養成を目指す。	保健・疾病対策課調査
S	院内助産に取り組む施設数	5施設 (2016)	10施設	10圏域での取組を目指す。	保健・疾病対策課調査
S	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施設数	10施設	10施設	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調査
(4) 充実した妊産婦の健康管理体制					
S	EPDSを導入している周産期医療機関数	19施設 (2016)	全施設	全ての周産期医療機関での導入を目指す。	保健・疾病対策課調査
(5) 充実した新生児の健康管理体制					
P	分娩を扱う産科医療機関(除く助産所)における新生児聴覚検査の実施率	99% (2016)	99%	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調査
(6) 災害時を見据えた周産期医療体制					
S	災害時小児周産期リエゾン養成者数	2人 (2016)	6人	6人の養成を目指す。	保健・疾病対策課調査

注) 「区分」欄 S(ストラクチャー指標)：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標)：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標)：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第5 関連する分野

母子保健(第4編第8節)