

## 第9節 周産期医療

### 1. 周産期医療

- 妊娠満22週から生後満7日未満までの期間を「周産期」と呼びます。近年、出生率が低下し、少子化が進行する一方、出産年齢の高齢化等に伴うハイリスク妊産婦及び低出生体重児の割合は、増加傾向にあり、周産期における母体、胎児の健康管理や、妊産婦、新生児の特性に応じた高度で専門的な医療を一貫して提供できる「周産期医療体制」の充実が求められています。
- 県は、平成22年に策定された国の「周産期医療体制整備指針」に基づき、平成24年3月に「長崎県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の整備を進めてきました。
- 全国的にみると、国の指針等に沿って高度医療施設等医療体制の整備が進んだことにより、妊産婦死亡率や周産期死亡率は低下していますが、地域における周産期医療に従事する医師の不足と地域偏在、周産期医療施設のあり方、多職種・診療間の連携、災害・救急等他分野との連携など、解決すべき新たな課題が生じています。
- こうした課題に対応するため、県では、平成29年3月、新たに「第2期長崎県周産期医療体制整備計画」を策定しました。この計画を県の医療計画に組み込むことによって、災害・救急など他分野との連携や施策の評価等を一体となって推進することとします。
- なお、これまで「長崎県周産期医療体制整備計画」の策定にあたり、本県において、国指針に定める「周産期医療協議会」として位置づける「周産期医療検討委員会」において、協議を行ってきました。
- 今後、計画の評価や見直しにあたっては、周産期医療の特性を十分反映するため、引き続き同委員会において、協議を行うこととします。

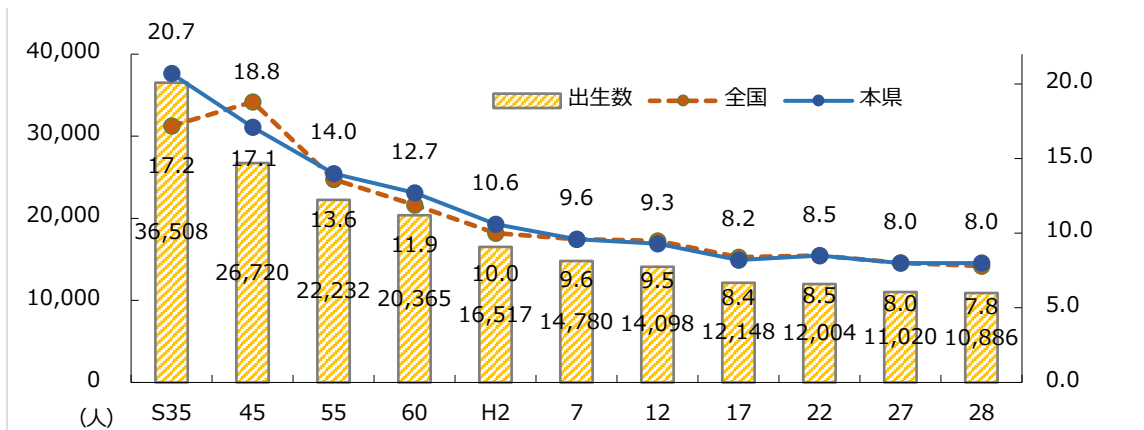
### 2. 本県の現状と課題

#### (1) 出生数・死亡率

##### ア) 出生数・出生率

- 本県の出生数及び出生率は、全国平均同様、減少傾向にあります。平成28年の出生数は10,886人で、前年度と比較して、134人の減、昭和60年度と比較して約5割、平成17年度と比較して、約1割減少しています。
- 平成28年度は、本県の出生率が、全国の出生率を上回り、全国では第12位となっています。

【グラフ】 出生数と出生率（人口千対）（全国・本県）

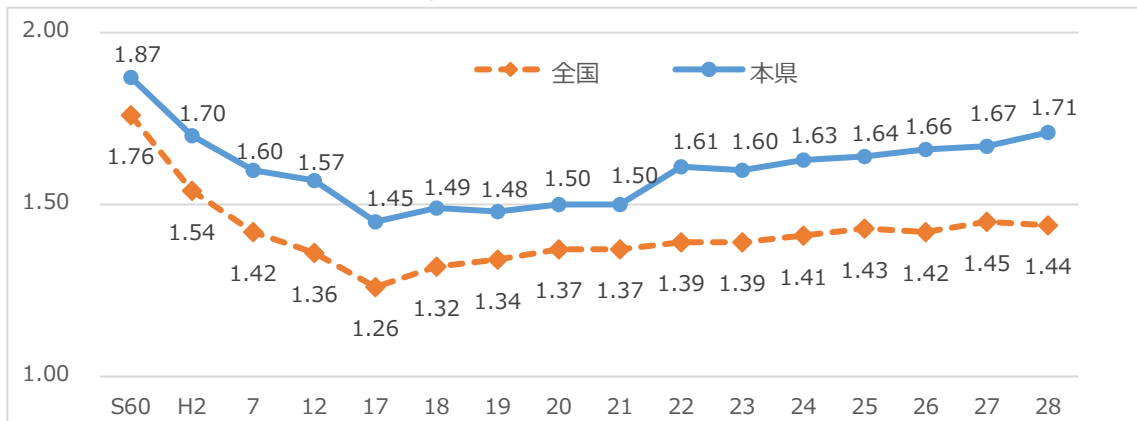


※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※出生率：人口1,000人に対する1年間の出生数（年間出生数/人口×1,000）

- 本県の合計特殊出生率は、年々低下を続けていましたが、平成22年に上向き、以降は徐々に上昇しています。平成28年は全国平均1.44を0.27ポイント上回る1.71で、全国第4位となっています。

【グラフ】 合計特殊出生率（全国・本県）



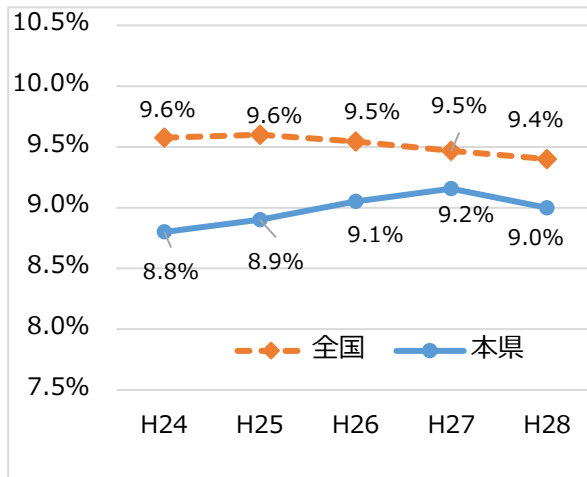
※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※合計特殊出生率：15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に生むとした時の子ども数に相当します。

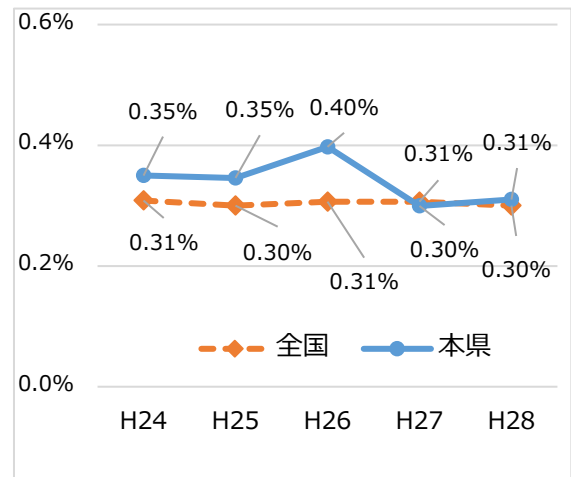
### イ) 低出生体重児・超低出生体重児

- 出生時の体重が2,500g未満の新生児を「低出生体重児」、1,000g未満の新生児を「超低出生体重児」といいます。本県の低出生体重児の割合は、一時的な減少はあるものの、出産年齢の高齢化等に伴い、徐々に増加しています。平成28年の低出生体重児の割合は9.0%、超低出生体重児の割合は0.31%となっています。

【グラフ】 低出生体重児の割合（全国・本県）



【グラフ】 超低出生体重児の割合（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

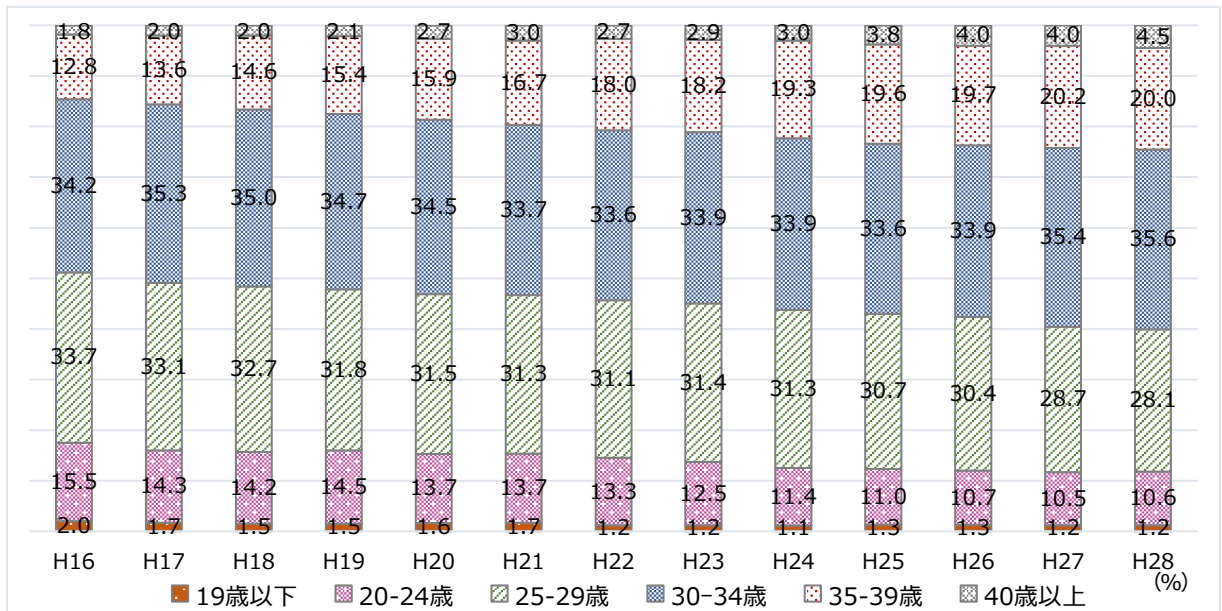
※低出生体重児：出生時の体重が2,500g未満の新生児

※超低出生体重児：出生時の体重が1,000g未満の低出生体重児

### ウ) 母親の年齢階級別にみた出生数の構成

- 女性の社会進出等により、全国的に出産年齢が高齢化しています。本県の母親の年齢階級別にみた出生数の構成比は、平成16年は20歳代が約50%を占めていましたが、平成28年には30歳代が約56%と最も多く、20歳代は約39%に減少しています。

【グラフ】 母の年齢階級別にみた出生数の構成比（本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

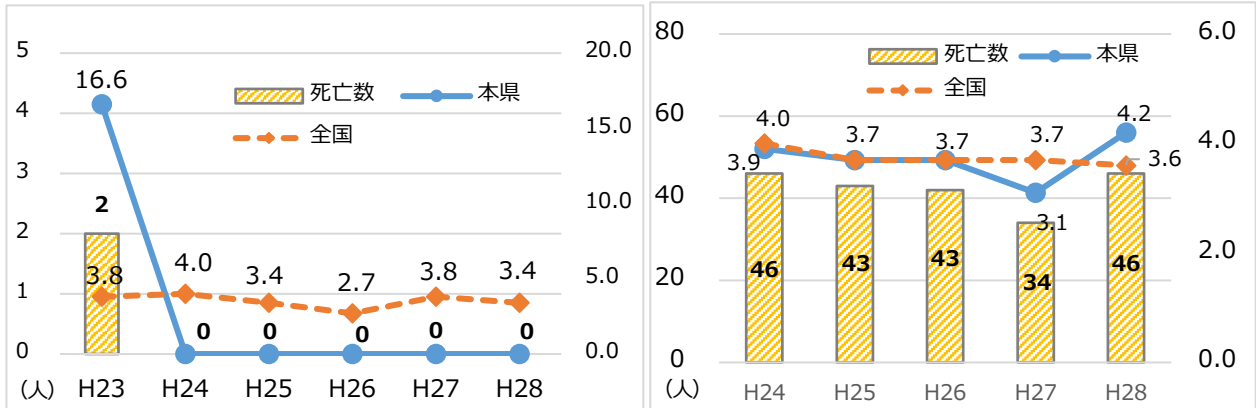
### エ) 妊産婦死亡率・周産期死亡率

- 昨今の医療技術の進展等に伴い、全国的に妊産婦死亡率は逡減しています。本県では、平成24年から平成28年まで妊産婦死亡は発生していません。妊産婦死亡者の実数が毎年0人から2人と少ないこと

から、妊産婦死亡率は年によって大きく変動します。

- 本県における周産期死亡率は、ほぼ全国平均の水準で推移していましたが、平成28年は全国平均を上回りました。

【グラフ】妊産婦死亡数（本県）・死亡率（全国・本県） 【グラフ】周産期死亡数（本県）・死亡率（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※妊産婦死亡：妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化した全ての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く。

※妊産婦死亡率：妊産婦死亡数／出産数（出生数＋死産数）×100,000

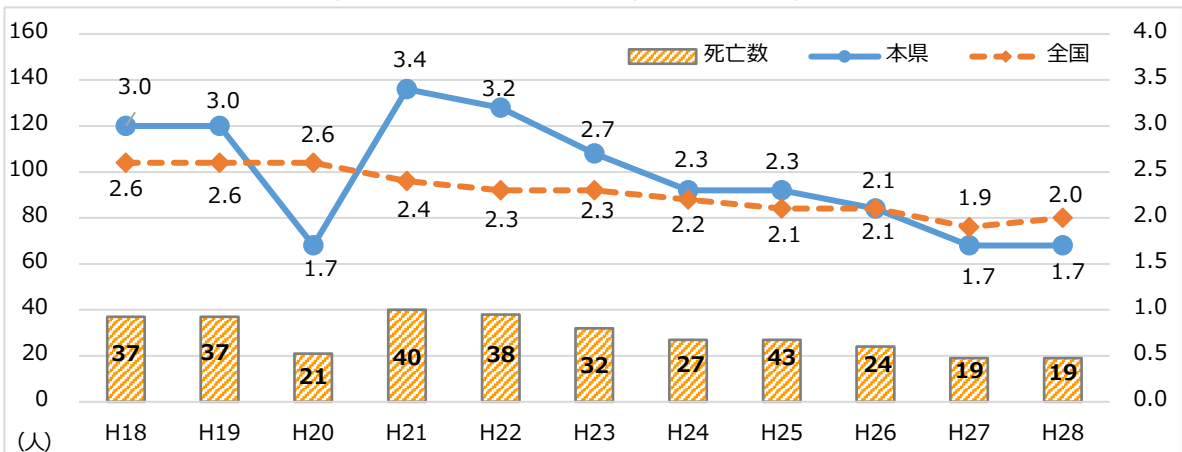
※周産期死亡：妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡（生後7日未満の死亡）をあわせたもの。

※周産期死亡率：周産期死亡数／（出生数＋妊娠満22週以後の死産数）×1,000

### オ) 乳児死亡率・新生児死亡率

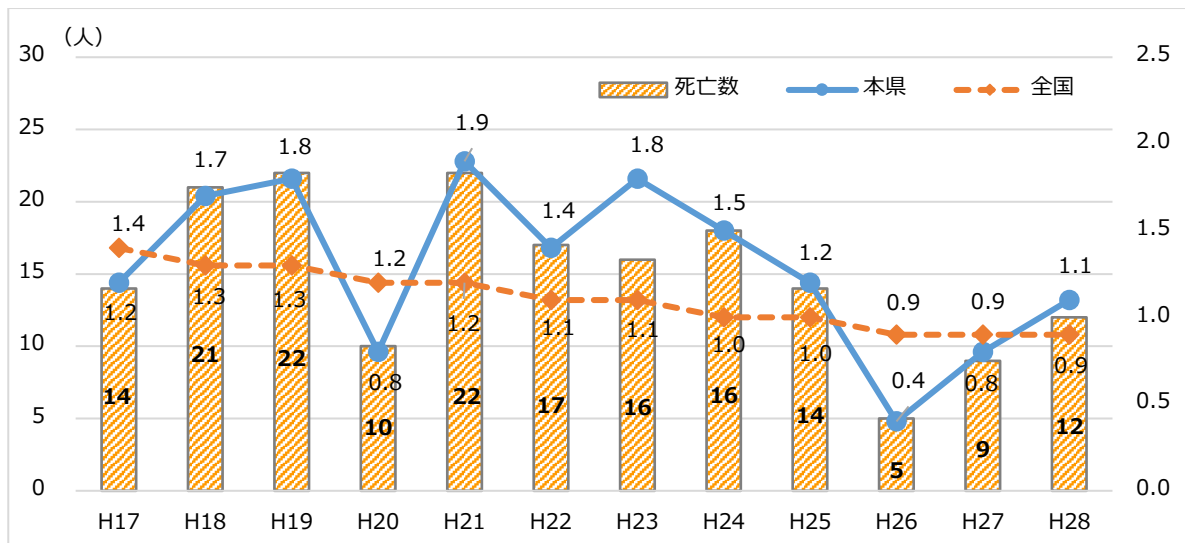
- 本県の乳児死亡率及び新生児死亡率は、一時的な低下はあるものの、平成25年までは、全国平均を上回る水準で推移していましたが、平成26年は、乳児死亡率が全国平均と同じとなり、新生児死亡率が全国平均を下回りました。
- 直近の平成28年の調査では、乳児死亡率は全国平均2.0を0.3ポイント下回る1.7、新生児死亡率は、全国平均0.9を0.2ポイント上回る1.1となっています。

【グラフ】乳児死亡数（本県）と乳児死亡率（出生千対）（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

【グラフ】 新生児死亡数（本県）と新生児死亡率（出生千対）（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※乳児死亡：生後1年未満の死亡。乳児死亡率は出生1,000人に対する乳児死亡数

※新生児死亡：生後28日未満の死亡。新生児死亡率は出生1,000人に対する新生児死亡数

## (2) 医療提供体制

### ア) 周産期母子医療センター

- 県は、平成19年7月、長崎医療センターを周産期医療体制の中心となる総合周産期母子医療センターに指定しました。長崎医療センターでは、24時間体制で妊産婦と新生児を受け入れ、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ほか、周産期医療ネットワークの中核として、地域の周産期医療機関との連携を図っています。
- 同センターには、母体・胎児集中治療管理室（以下「MFIU」という）6床、新生児集中治療管理室（以下「NICU」という）9床、NICUと同等の機能を有する新生児回復期治療室（以下「GCU」という）21床が整備されています。

- ・MFIU (Maternal-Fetal Intensive Care Unit)：重症妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児異常など、リスクの高い出産に対応するための設備とスタッフを備えた集中治療室。
- ・NICU (Neonatal Intensive Care Unit)：低出生体重児や、何らかの病気を持って生まれた新生児を集中的に管理・治療する設備とスタッフを備えた集中治療室。
- ・GCU (Growing Care Unit)：NICUで治療を受け、状態が安定してきた新生児等を引き続きケアする設備とスタッフを備えた回復期治療室。

【表】 総合周産期母子医療センターの病床数及び病床利用率

医療機関名	MFIU		NICU		GCU		一般産婦人科	
	病床数	病床利用率	病床数	病床利用率	病床数	病床利用率	病床数	病床利用率
長崎医療センター	6	93.0%	9	100.0%	21	77.0%	41	—

※県の周産期医療体制調べ（医療機関からの報告 平成28年4月）による

※病床数：平成29年4月1日現在

※病床利用率（一日平均入院患者数×100÷病床数）：平成27年4月1日～平成28年3月31日

【表】総合周産期母子医療センターの主な指定要件

施設数	・三次医療圏に一か所（原則） ・ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができるが、その場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受け入れに留意するものとする。	
診療科目	産科及び新生児医療を専門とする小児科、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。	
設備等	MFICU	次に掲げる設備を備えるものとする。なお、必要に応じ個室とするものとする。 ① 分娩監視装置 ② 呼吸循環監視装置 ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る） ④ その他母体・胎児集中治療に必要な設備
	NICU	次に掲げる設備を備えるものとする。 ① 新生児用呼吸循環監視装置 ② 新生児用人工換気装置 ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る） ④ 新生児搬送用保育器 ⑤ その他新生児集中治療に必要な設備
	GCU	NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。
	検査機能	血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。
病床数	MFICU	6床以上 ・MFICU の病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外のMFICU の病床数は6床を下回ることができない。 ・MFICU の後方病室（一般産科病床等）は、MFICU の2倍以上の病床数を有することが望ましい。
	NICU	9床以上（12床以上とすることが望ましい。） ・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ものとする。
	GCU	NICU の2倍以上を有することが望ましい。

- 地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為（ハイリスク妊娠に対する医療及びNICUによる新生児医療）を行うことができる医療機関です。本県では、長崎みなとメディカルセンター、佐世保市総合医療センター、長崎大学病院を地域周産期母子医療センターとして認定しています。

【表】地域周産期母子医療センターの病床数及び病床利用率

医療機関名	認定日	NICU		GCU	
		病床数	病床利用率	病床数	病床利用率
長崎みなとメディカルセンター	H20.4.1	6	85.0%	10	21.3%
佐世保市総合医療センター	H20.4.1	6	98.5%	14	59.8%
長崎大学病院	H21.3.31	6	90.0%	9	53.0%
合計		18	—	33	—

※佐世保市総合医療センターのGCUは診療報酬外計算

※県の周産期医療体制調べ（医療機関からの報告 平成28年4月）による

※病床利用率（一日平均入院患者数×100÷病床数）：平成27年4月1日～平成28年3月31日

【表】地域周産期母子医療センターの主な指定要件

施設数	総合周産期母子医療センター1か所に対して数か所の割合で整備するものとし、1つ又は複数の二次医療圏に1か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。
診療科目	産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えないものとする。
設備	○産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。 ① 緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器 ② 分娩監視装置 ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る） ④ 微量輸液装置 ⑤ その他産科医療に必要な設備 ○小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備えるNICUを設けることが望ましい。 ① 新生児用呼吸循環監視装置 ② 新生児用人工換気装置 ③ 保育器 ④ その他新生児集中治療に必要な設備

イ) 分娩取扱い施設

- 県内の分娩取扱施設は、平成29年9月現在、総合周産期母子医療センターが1か所、地域周産期母子医療センターが3か所、周産期母子医療センターを除く病院及び診療所が42か所、助産所（出張助産師含む）が3か所、計49か所となっています。平成23年(8月)の57か所から年々減少しています。

【表】二次医療圏別分娩取扱施設

医療圏	種類	分娩取扱施設数	平成28年分娩取扱件数	
			うち帝王切開数	
長崎	地域周産期母子医療センター	2	584	260
	それ以外の病院・診療所	14	3,738	409
	助産所・出張助産師	1	13	-
	計	17	4,335	669
佐世保 県北	地域周産期母子医療センター	1	379	164
	それ以外の病院・診療所	8	2,654	369
	助産所・出張助産師	2	1	-
	計	11	3,034	533
県央	総合周産期母子医療センター	1	643	245
	それ以外の病院・診療所	10	2,336	340
	計	11	2,979	585
県南	病院・診療所	4	976	156
五島	病院・診療所	2	256	36
上五島	病院・診療所	1	111	11
壱岐	病院・診療所	2	193	29
対馬	病院・診療所	1	224	37
合計		49	12,108	2,056

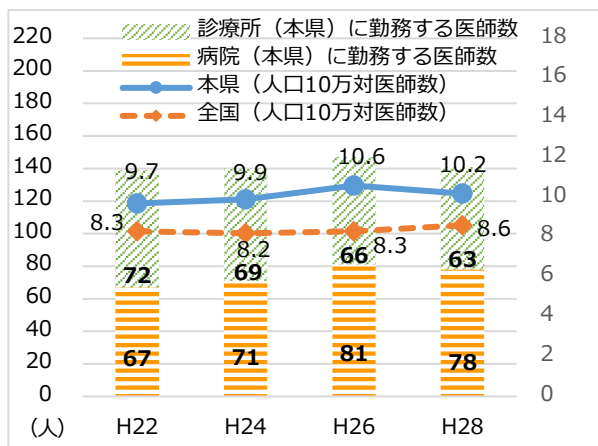
※出典：長崎県産婦人科医会及び（社）長崎県助産師会調べ

※分娩取扱施設数は平成29年9月現在、分娩件数は平成28年1月1日から12月31日の間

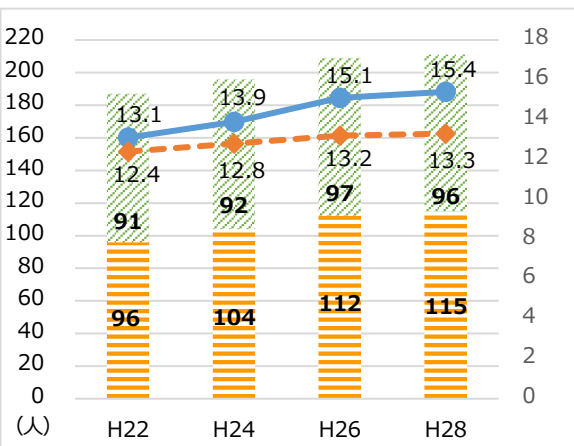
ウ) 医療従事者

- 本県の産科・産婦人科医師数は、ほぼ横ばいであり、人口10万対の医師数は全国平均を上回っています。人口10万対の医師数を病院・診療所別に見ても、全国平均を上回っていますが、高齢化と後継者不足により、本県の10年後の医師数は、10%以上減少する試算が出されています（「日本産婦人科学会会員の勤務実態調査」(H26)）。
- 二次医療圏別に見ると地域によって偏りがあり、平成28年の産科・産婦人科医師は、長崎圏域（67人）に集中しており、佐世保県北圏域（27人）が少ない状況にあります。さらに、佐世保県北圏域においては、産婦人科医師の平均年齢が64.7歳と高齢化が特に進んでおり（H26長崎県医師会調べ）、10年後は、分娩を担う医師が激減する可能性があります。
- 本県の人口10万対の小児科医師数は、県全体では全国平均を上回っていますが、病院・診療所別に見ると、病院に勤務する医師の数は、全国平均とほぼ同じであり、診療所に勤務する医師の数は、全国平均を大きく上回っています。

【グラフ】産科・産婦人科医師数（単位：人）



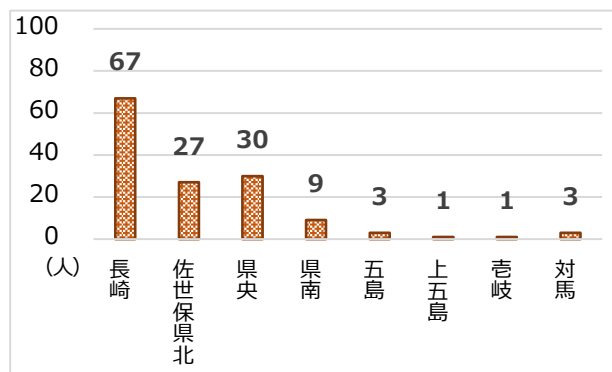
【グラフ】小児科医師数（単位：人）



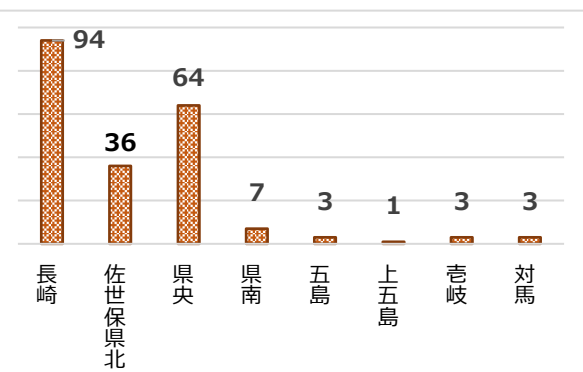
※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 全国的に見ると新生児科医師は不足しています（「地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」(H27厚生労働科学研究)）。また、二次医療圏別に見ると地域によって偏りがあり、長崎・県央圏域に集中しており、離島圏域のほか、特に県南圏域が少ない状況です。

【グラフ】医療圏別産科・産婦人科医師数（平成28年）



【グラフ】医療圏別小児科医師数（平成28年）



※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」



(3) 搬送及び受入れ体制

- 本県の周産期医療は、総合周産期母子医療センターを中心として、3つの地域周産期母子医療センターと地域の周産期医療機関とのネットワークによって確保されています。また、一部の新生児は、諫早総合病院や佐世保共済病院で受け入れるなど、他の医療機関とも連携した受入体制を構築しています。
- 離島地域においては、ある程度の周産期医療が可能な企業団病院等の中核病院が対応していますが、切迫早産などの重篤な患者については、ドクターヘリや海上自衛隊ヘリ、県の防災ヘリなどによって本土の総合周産期母子医療センター等へ搬送するシステムが確立されています。本県の平成 27 年中の産科・周産期傷病者救急搬送件数は 678 件で、うち転院搬送 583 件を除いた 95 件の受入状況は次のとおりです。

【表】救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（平成 27 年）

	医療機関への受入れ照会回数別					現場滞在時間区分別				
	1回	2回	3回	4回	計	15分未満	15分以上 -30未満	30分以上 -45未満	45分以上 -60未満	計
件数	87	6	0	2	95	68	21	6	0	95
(H22 調査)	169	7	2	0	178	135	37	5	1	178
	照会するも受入れに至らなかった理由とその件数									
	ベッド満床		処置困難		専門外	医師不在		理由不明その他		合計
件数	0		1		1	1		9		12
(H22 調査)	2		1		2	1		5		11

※調査対象は、母体搬送のみで、新生児搬送は含まない。

※出典：消防庁

- 本県の周産期母子医療センターにおける平成 28 年度の救急搬送受入状況については、母体搬送 442 件、新生児搬送 156 件で、約 5%は県外からの受け入れです。
- 受け入れができなかった件数は、母体搬送 65 件、新生児搬送 5 件で、NICUが満床であったことが主な理由です。

【表】周産期母子医療センターの救急搬送受入状況（平成 28 年度）

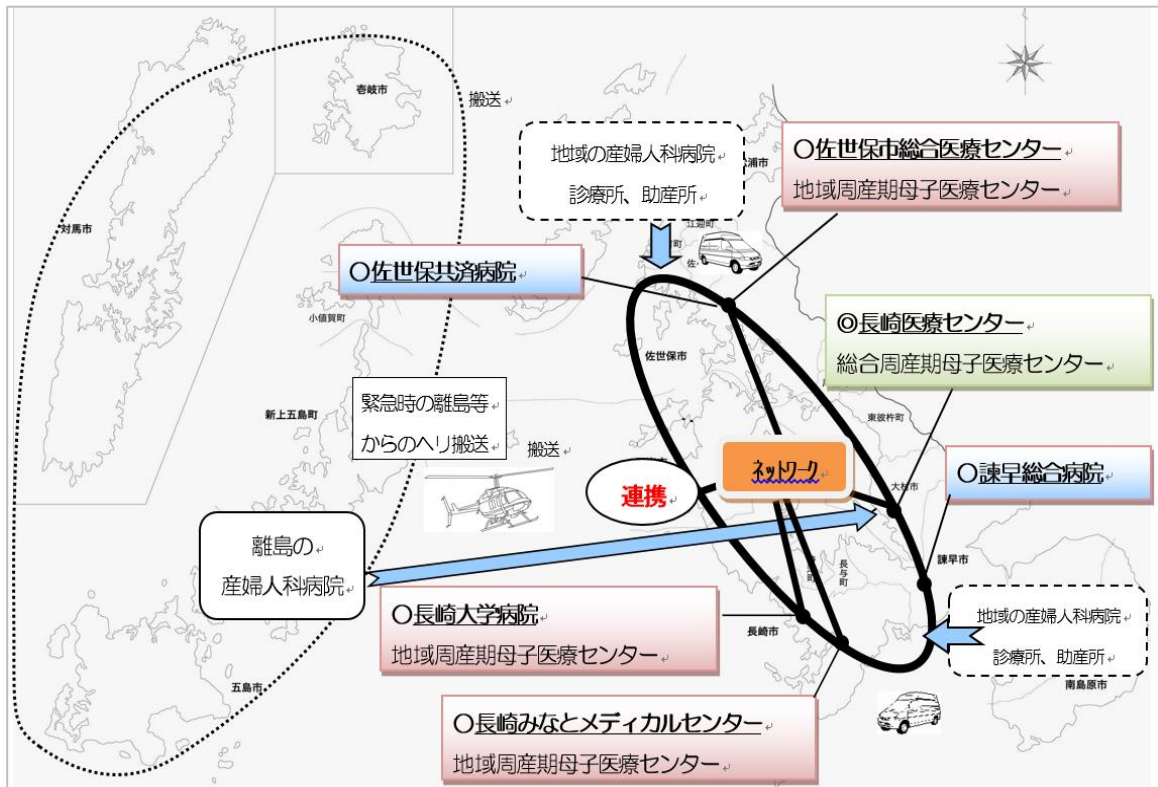
種類	総合		地域						計	
	長崎医療センター		長崎みなとメディカルセンター		佐世保市総合医療センター		長崎大学病院			
	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児
受入数	183	45	70	10	101	52	88	49	442	156
うち他県から	0	2	0	0	14	7	0	5	14	14
受入できなかった件数	20	0	8	0	8	0	29	5	65	5
NICU 満床	20	0	0	0	7	0	14	5	41	5
MFICU 満床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師不在	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	8	0	1	0	15	0	24	0
うち県外へ搬送	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0

※各医療機関で把握している範囲での件数

※出典：長崎県医療政策課調べ

- 本県では、関係各機関の協力を得て、離島から本土への救急医療体制を整備しています。特にドクターヘリの基地病院として、離島からの患者受入れを行っている長崎医療センターの敷地内には、救急患者が離島の医療機関から搬送された際の家族の宿泊施設として、「しまの救急ファミリーハウス」を設置しており、多くの方々に利用されています。

【図】 本県の周産期医療ネットワーク



### 3. 施策の方向性

#### (1) NICU等周産期施設の整備・充実

- 平成29年4月1日現在、MFIUは、県内唯一の総合周産期母子医療センターである長崎医療センター（県央医療圏）に6床整備されています。また、NICU病床数は、4つの周産期母子医療センターに27床、出生1万人対24.5床（平成27年の出生数で算出）が整備されていますが、国の指針で定める目標数（出生1万人対25～30床）には達していません。
- 出産年齢の高齢化等に伴うハイリスク妊娠及び低出生体重児の割合が増加しており、NICU等における入院期間についても長期化傾向にあるため、NICUやMFIUが満床で新規受入ができないといった事例が少なからず発生しています。
- こうした状況を踏まえ、長崎大学病院は、MFIUの設置やNICUの増床などを行い、総合周産期母子医療センターとしての指定を目指しています。本県の周産期医療体制の施設面、人材面での充実を図るため、県としての必要な支援を検討します。
- 2つの総合周産期母子医療センターの主な役割分担としては、長崎医療センターが引き続き、離島を含

めた県内の周産期医療体制の中心となる機関としての役割を担い、長崎大学病院は、主に長崎医療圏をカバーするとともに、高度な治療が求められる疾患や県全体の周産期医療従事者の人材育成・確保の中心となる機関としての役割を担うものとします。

## (2) 医療従事者の育成・確保

### ア) 産科・小児科医の確保に向けた取組の推進

- 産科を担当する産婦人科専門医師及び新生児を担当する小児科専門医師の育成、確保と地域偏在を解消するため、長崎大学病院は、総合周産期母子医療センターの整備にあたって策定する「周産期専門医の人材育成・配置計画」に基づき、計画的な人材育成と県内の周産期母子医療センター等への医師配置を行うこととしています。なお、周産期専門医の養成は、県内の周産期母子医療センターと連携して行います。
- 本県における地域医療、特に離島地域の医師を確保するため、「長崎県医学修学資金」貸与及び自治医科大学への修学生派遣を継続します。また、長崎大学に設置している「ながさき地域医療人材支援センター」において、県内の医師不足の状況等を把握・分析したうえで、医師のキャリア形成支援と一体となった離島やへき地等における医師の確保を図ります。
- 医師等の周産期医療従事者は、県外の大都市圏に集中し、県内においては都市部でも不足しています。特に離島・へき地では深刻な状況です。長崎大学病院における医師の人材育成と合わせて、地域で不足する看護師等を含めた周産期医療従事者の確保を進めます。

### イ) 看護職員等の確保と専門性の向上に向けた取組の推進

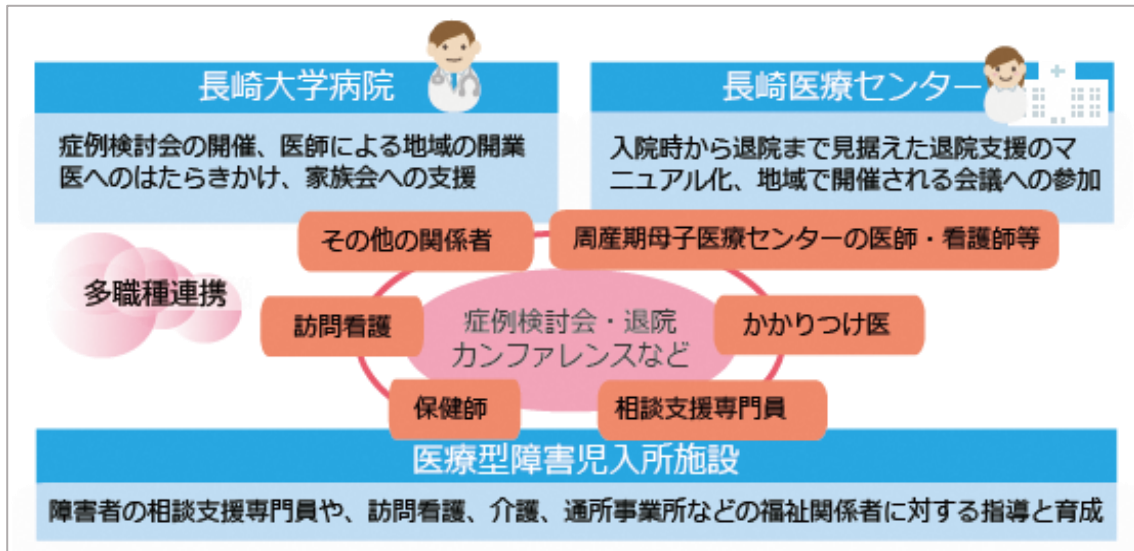
- 看護職員の離職防止と定着促進のため、「修学資金貸与」「新人看護職員研修」の推進等に努めるとともに、看護職員の現任教育や潜在看護職員の復職のための研修等の体制を整え、資質向上を図ります。
- 周産期に係る看護分野の資格（専門看護師や認定看護師）取得等を推進し、専門性の高い看護師の育成を図ります。
- 助産能力が一定の水準に達した助産師である「アドバンス助産師」認定制度など、新たな資格に関する人材の育成を図ります。
- 医師の負担軽減や助産師の効果的な活用の観点から、助産師外来やローリスクの分娩に対する院内助産の活用、さらに医師等との連携のあり方について検討します。
- このほか、周産期医療全体の向上を図るため、多職種による母体救命を図るための研修など医療安全教育を推進します。

## (3) 地域における早期の受入れ体制の確立

- 国では、NICUを退院後、引き続き医療的ケアが必要となる小児等が、在宅で安心して療養できる体制の整備を目指し、医療と保健、障害福祉、教育等が連携した施策を推進しています。
- 本県では、周産期母子医療センターと医療型障害児入所施設が連携し、「知る・増やす・つなぐ」をキーワードとして、医療や生活支援、そして住まいの面から支える多職種の「仲間」づくりを行っています。

す。具体的には、多職種が参加する症例検討会の開催、地域における退院時カンファランスの技術的支援等により、相談支援専門員や訪問看護師など、地域で支援のリーダーとなる人材の育成を図ります。

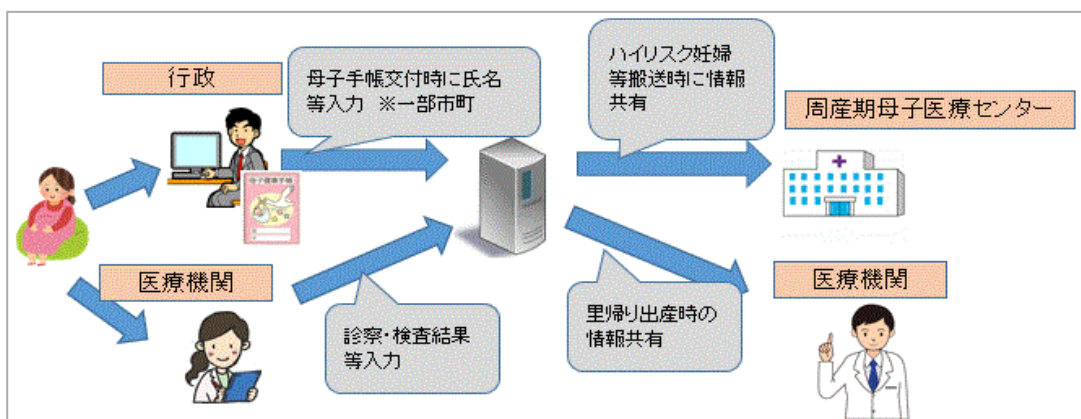
- 地域の産科等の医療従事者が周産期母子医療センターで研修を受け、NICUからの退院後において、できるだけ早く地域で受入れることができる体制を構築します。



#### (4) ICT (周産期医療支援システム) の活用

- 本県では、平成26年からハイリスク分娩に備え、関係機関で必要な情報を迅速に共有するため、医療情報ネットワーク「あじさいネット」の機能を拡充し、妊婦健診時から母体や胎児情報を一元管理し、県内の産科医と周産期母子医療センターを結ぶ「周産期医療支援システム（すくすく）」を運用しています。
- 「周産期医療支援システム（すくすく）」は平成29年6月現在で、周産期母子医療センターのほか、17の医療機関が参加し、迅速な情報共有が行われています。また、市町窓口における母子健康手帳交付時にシステムの参加登録をすることで、行政機関との情報共有を図ることとしています。
- 今後は、産科と小児科が連携することで、出生後障害が疑われ、フォローの必要な児童を含め、発育に応じた一貫した管理が可能となるよう、システムの改修、普及を図ります。

【図】周産期医療支援システム概念図



### ■ 母子健康手帳交付時における周産期医療支援システム登録

- ・大村市では、平成29年4月1日にシステムに加入し、妊娠届に来所された際、母子健康手帳交付時にこどもセンターにおいて、同意を得て初期登録を行っています。
- ・これまでの状況把握は、妊婦健診受診票で行っていましたが、本システム加入により、早期の健診受診の有無や健診データの把握が可能となり、適切な時期に受診勧奨や保健指導が可能となりました。



#### (5) 分娩取扱施設の役割分担と連携の推進

- 本県は、全国でも診療所（助産所）における分娩件数の割合が大きい地域となっており、周産期母子医療センター等の高度医療施設と母子医療センター以外の高次医療機関や診療所（助産所）との役割分担を明確にする必要があります。
- 最近では分娩取扱施設が減少し、施設へのアクセスが悪い地域もみられます。より効果的・効率的な体制を構築するため、高度医療における周産期母子医療センターを中心とした搬送体制の整備を図るとともに、二次医療圏単位で安心して分娩できる体制の構築を図ります。
- 総合周産期母子医療センターを中心とする本県の周産期医療体制の現状や役割分担について、関係者及び県民に情報を提供し、適切な受診のための普及啓発を進めます。

#### (6) 救急・災害時における搬送体制の整備

- 本県では、産科・周産期に限らず、傷病者の97%以上が医療機関への受入照会3回以内で搬送先が決定しており、傷病者の搬送及び受入れは概ね円滑に行われています。今後は、救急隊により直接搬送される妊産婦のより迅速かつ適切な受入体制の構築について検討します。
- 佐賀県とのドクターヘリ共同運航等、救急搬送について近隣県との連携を図っています。母体や新生児の搬送・受入体制の更なる充実を目指し、近隣県との広域的な連携体制の構築について検討します。
- 災害医療体制下において周産期医療体制が効果的に機能するため、医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネーターのサポートとして、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進めます。

#### (7) 症例の検討と母子保健等との連携

- 県内の主要新生児医療施設の医師で構成する「NICU死亡症例検討ワーキンググループ」により、平成20年から新生児（乳幼児）死亡の個別症例の検討を行っています。これまで、新生児死亡144例、乳幼児死亡38例、計182例について検証し、原因分析と対策について検討を行いました。新生児（乳幼児）死亡の原因は一元的ではありませんが、予後改善のためには、早期診断（出生前診断の充実）、早期介入、適時・適所の分娩が必要です。そのためには、高次施設側の病床数の確保を検討する必要があります。
- 地域母子保健等との連携により、安全で安心な妊娠と出産のための健康相談や妊婦健診への助成、産科

医がない離島地域の支援などの取組を推進します。また、乳幼児が安心して医療を受けられるよう、現物給付等により医療費を助成します。

- 精神疾患を合併する妊娠については、様々なリスクが指摘されていることから、精神疾患を合併した妊婦の診療に対応できるよう、周産期医療と精神科医療が連携した体制を整備します。また、産後うつなどによる妊産婦の自殺対策についても、関係機関と連携して、対策を検討します。

#### 4. 具体的な目標

##### (1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2023年
県内で周産期の高度医療が受けられる体制を構築すること	N I C U満床を原因とする母体の県外搬送数	3件 (2016年)	0件
	出生1万人あたりのN I C U・M F I C U病床数	NICU 24.5床 MFICU 5.4床 (2015年)	NICU 30.3床 MFICU 11.0床
N I C Uで治療を受けた医療的ケアが必要な小児が、待機することなく在宅で安心して療養できること	医療的ケアが必要な小児を受入れている訪問看護ステーション数	20施設 (2017年)	32施設
効率的な周産期医療の連携体制が構築されること	周産期医療支援システムに参加する施設数	21施設 (2017年)	39施設

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2023年
乳児死亡率が全国平均を下回ること	人口千人対乳児死亡率	1.7 (2016年)	全国平均以下
新生児死亡率が全国平均を下回ること	人口千人対新生児死亡率	1.1 (2016年)	全国平均以下
妊産婦の死亡をなくすこと	妊産婦死亡数	ゼロ (2016年)	ゼロ

##### (2) 指標の説明

- 指標の出典は、特に記載がない限り、県の医療政策課調べです。

指標	説明
N I C U満床を原因とする母体の県外搬送数	母体の県外搬送数をゼロにして、県内での受入体制を構築することを目指します。
出生1万人あたりのN I C U・M F I C U病床数	N I C U・M F I C U病床数を、国の指針以上に増加させることを目指します。
医療的ケアが必要な小児を受入れている訪問看護ステーション数	周産期母子医療センターを退院した医療的ケアが必要な児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させることを目指します（県内で児を現在受け入れている又は受け入れ可能なステーション数の合計）。
周産期医療支援システムに参加する施設数	周産期医療支援システムへ参加する産婦人科医療機関を増加させることを目指します（県内の分娩取扱施設の80%）。
人口千人対乳児（新生児）死亡率	人口千人対乳児（新生児）死亡率を低下させることを目指します。 ※出典：厚生労働省「人口動態調査」
妊産婦死亡数	妊産婦死亡数をゼロにすることを目指します。 ※出典：厚生労働省「人口動態調査」