

第9節 周産期医療

1. 周産期医療

周産期とは、妊娠満22週から生後7日未満までの期間のことであり、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います。

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。

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。

本県では、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に反映するため、長崎県保健医療対策協議会の専門部会として設置された「小児・周産期・産科医療確保対策部会」において、協議を行うこととします。

2. 本県の現状と課題

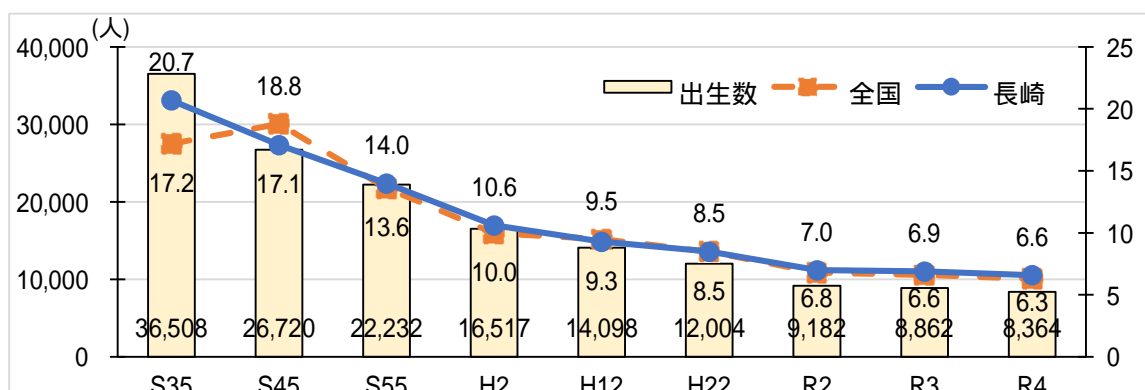
(1) 出生数・死亡率

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。令和4年の出生数は8,364人で、前年(8,862人)と比較して約5.6%減少しています。また、平成2年(16,517人)と比較して約49.4%、平成22年(12,004人)と比較して約30.3%減少しています。

令和4年は、本県出生率が、全国の出生率を0.3ポイント上回り、全国では第15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)

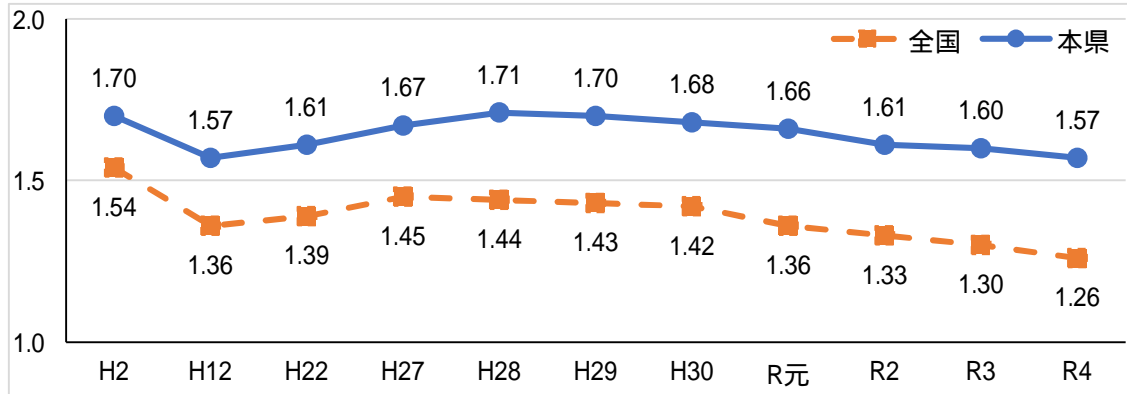


出典：厚生労働省「人口動態調査」

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、平成18年以降は徐々に上昇していましたが、平成29年から再び減少に転じています。令和4年は全国平均1.26を0.31ポイント上回る1.57で、全国第5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」

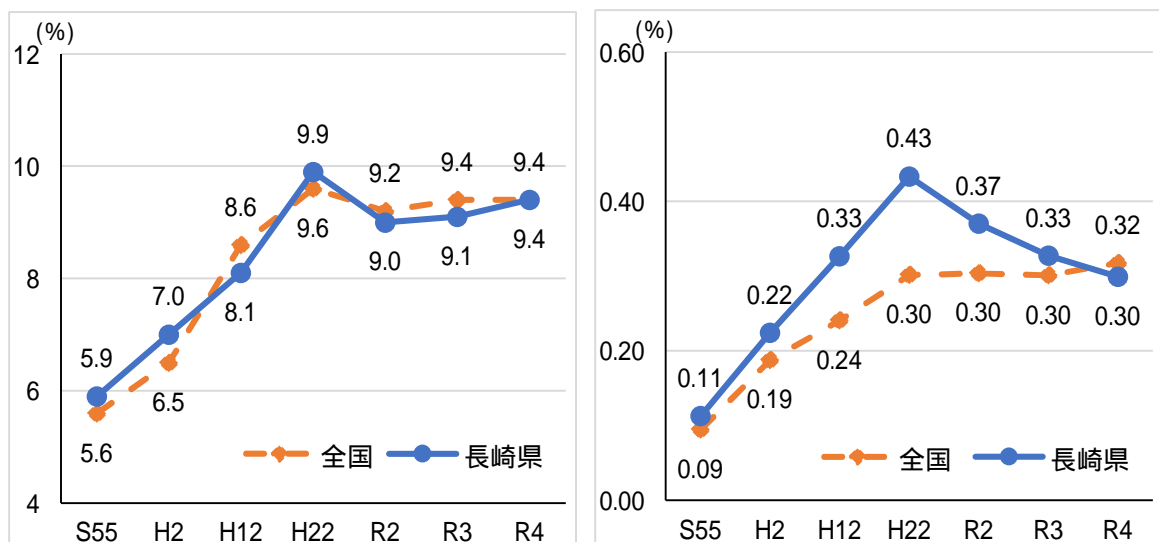
合計特殊出生率：15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に生むとした時の子ども数に相当

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、出産年齢の高齢化等に伴い増加傾向にありましたが、近年はほぼ横ばいで推移しており、令和4年の低出生体重児の割合は9.4%となっています。また、超低出生体重児の割合は、平成22年に全国平均を大幅に上回ったものの、その後は減少傾向にあり、令和4年は全国平均を0.02ポイント下回る0.30%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)

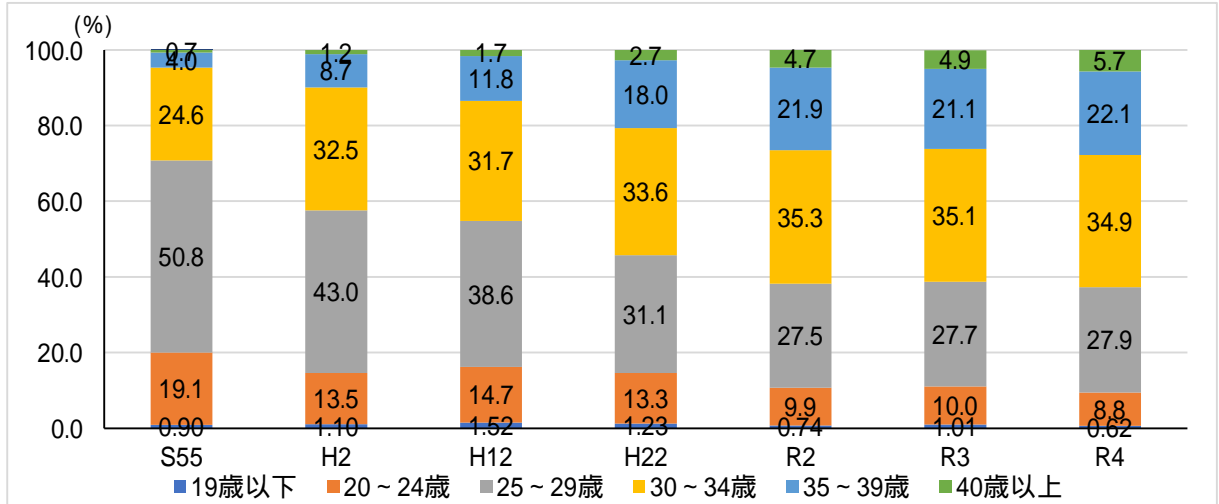


出典：厚生労働省「人口動態調査」

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12年は20歳代が53.3%を占めていましたが、令和4年には30歳代が57.0%と最も多く、20歳代は36.7%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）



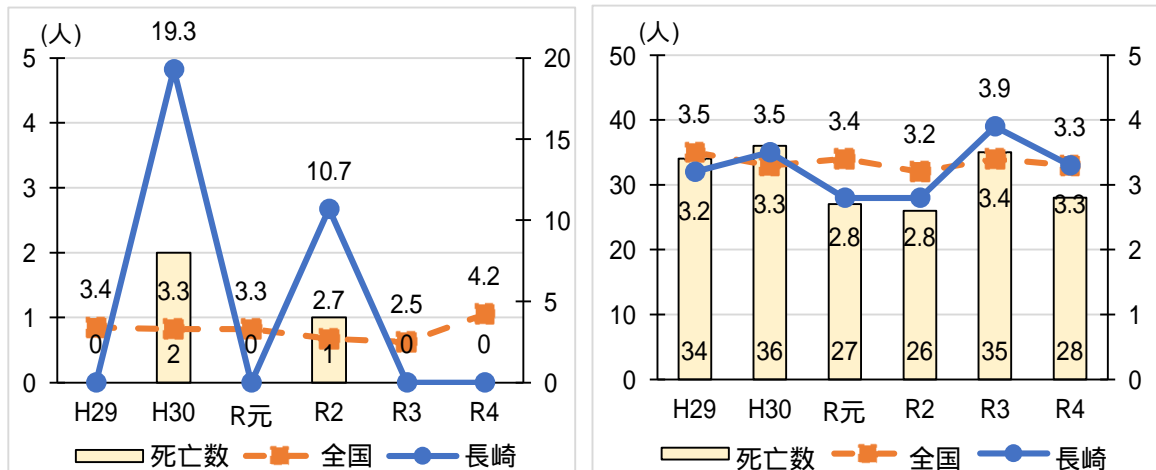
出典：厚生労働省「人口動態調査」

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30年に2件、令和2年に1件の妊産婦死亡が発生しています。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、平成30年及び令和3年に全国平均を上回っています。

【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、妊娠期間及び部位には関係しないが、妊娠若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。

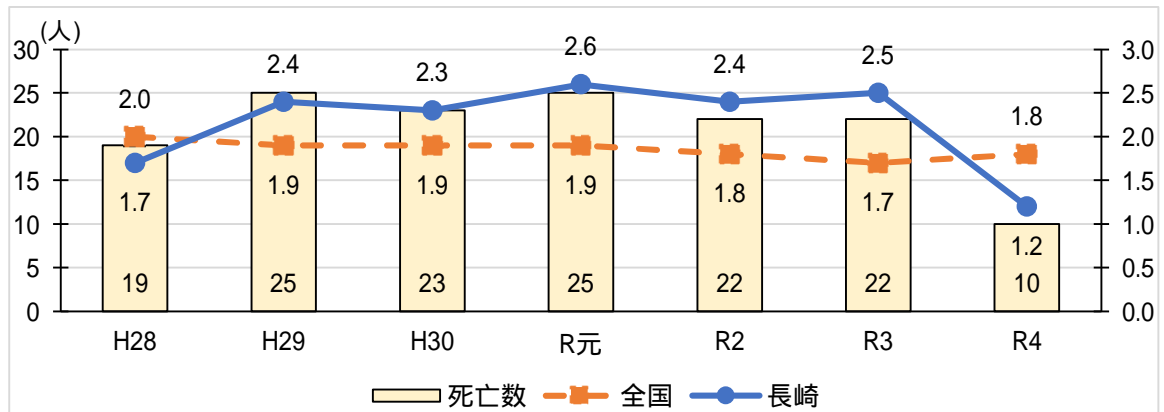
周産期死亡率：周産期死亡数 / （出生数 + 妊娠満22週以後の死産数）× 1,000

オ) 乳児死亡率・新生児死亡率

本県の乳児死亡率は平成 29 年以降、新生児死亡率は平成 28 年以降、全国平均を上回る水準で推移しており、令和 3 年の調査では、乳児死亡率は全国平均 1.7 を 0.8 ポイント上回る 2.5 で全国 2 位、新生児死亡率は、全国平均 0.8 を 1.0 ポイント上回る 1.8 で全国 1 位となっていました。

令和 4 年の調査では、乳児死亡率は全国平均 1.8 を 0.6 ポイント下回る 1.2 で全国 42 位、新生児死亡率は全国平均 0.8 を 0.1 ポイント下回る 0.7 で全国 27 位と大きく改善しています。

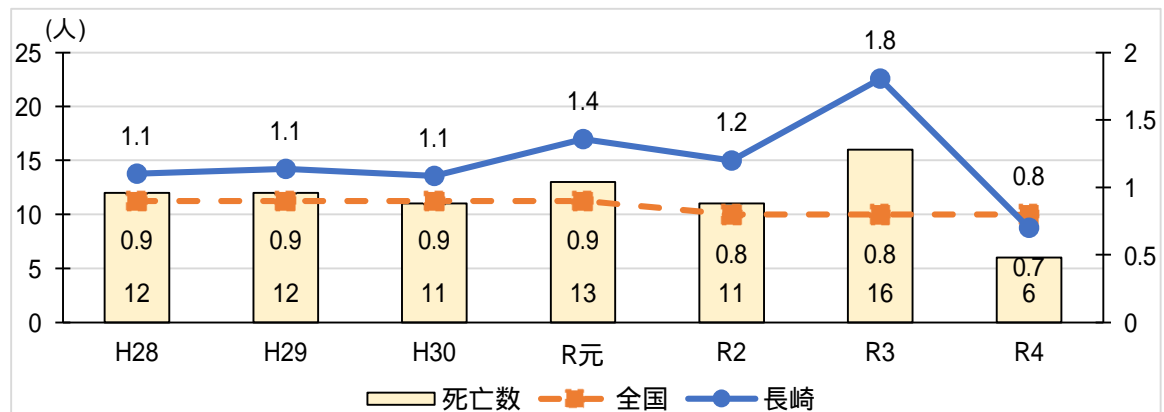
【グラフ】乳児死亡数（本県）と乳児死亡率（出生千対）（全国・本県）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

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

【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」

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 月に長崎医療センター、令和元年 9 月に長崎大学病院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。総合周産期母子医療センターでは、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。

総合周産期母子医療センターには、母体・胎児集中治療管理室（以下「MFICU」という）、新生児集中治療管理室（以下「NICU」という）、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）が整備されています。

- ・ MFICU(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

医療機関名	指定日	MFICU 病床数	NICU 病床数	GCU 病床数
長崎医療センター	H19.7.31	6	9	21
長崎大学病院	R元.9.25	6	12	12

病床数：令和5年4月1日現在

【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。 分娩監視装置 呼吸循環監視装置 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） 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。 新生児用呼吸循環監視装置 新生児用人工換気装置 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） 新生児搬送用保育器 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

医療機関名	認定日	NICU 病床数	GCU 病床数
長崎みなとメディカルセンター	H20.4.1	9	6
佐世保市総合医療センター	H20.4.1	6	14

病床数：令和5年4月1日現在

【表】地域周産期母子医療センターの主な認定要件

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。 緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器 分娩監視装置 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） 微量輸液装置 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。 新生児用呼吸循環監視装置 新生児用人工換気装置 保育器 その他新生児集中治療に必要な設備

イ) 分娩取扱施設

県内の分娩取扱施設は、令和5年8月現在、総合周産期母子医療センターが2か所、地域周産期母子医療センターが2か所、周産期母子医療センターを除く病院及び診療所が33か所、助産所（出張助産師含む）が3か所、計40か所となっており、平成29年の49か所から年々減少して

います。

二次医療圏別に見ると、離島医療圏でそれぞれ1～2施設と分娩取扱施設が少なくなっています。

【表】二次医療圏別分娩取扱施設数

二次医療圏名		分娩取扱施設数 (R5.8 現在)	分娩取扱件数 (R3 年度)	
				うち帝王切開数
長崎	総合周産期母子医療センター	1	378	168
	地域周産期母子医療センター	1	247	107
	病院・診療所 (周産期母子医療センターを除く)	11	2,899	398
	助産所・出張助産師	1	6	
	小計	14	3,530	673
佐世保 県北	地域周産期母子医療センター	1	286	120
	病院・診療所 (周産期母子医療センターを除く)	5	1,915	376
	助産所・出張助産師	2	4	
	小計	8	2,205	496
県央	総合周産期母子医療センター	1	599	225
	病院・診療所 (周産期母子医療センターを除く)	8	1,747	238
	小計	9	2,346	463
県南	病院・診療所	3	749	142
五島	病院・診療所	2	205	35
上五島	病院・診療所	1	45	4
壱岐	病院・診療所	2	132	15
対馬	病院・診療所	1	145	19
計		40	9,357	1,847

出典：長崎県産婦人科医会調べ、県医療政策課調べ

分娩取扱施設数は令和5年8月現在、分娩件数は令和3年4月1日から令和4年3月31日の間

【表】分娩取扱施設一覧（病院・診療所）

医療圏	医療機関名	区分
長崎	長崎大学病院	病院
	長崎みなとメディカルセンター	病院
	医療法人社団レディースクリニック ICHIRO	診療所
	田栗レディースクリニック	診療所
	医療法人宝マタニティクリニック	診療所
	医療法人高翠会まつお産科・婦人科クリニック	診療所
	医療法人湊レディースクリニック	診療所
	池田産科-YOU-婦人科医院	診療所
	医療法人愛育会花みずきレディースクリニック	診療所
	医療法人しもむら産婦人科	診療所

長崎	小濱産婦人科医院	診療所
	いまむらウィメンズクリニック	診療所
	医療法人社団清巒会三浦産婦人科	診療所
佐世保県北	地方独立行政法人佐世保市総合医療センター	病院
	国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院	病院
	医療法人佐世保晩翠会村上病院	病院
	産科・婦人科東島レディースクリニック	診療所
	医療法人 TOG つきやま産婦人科	診療所
	平井産婦人科医院	診療所
県央	国立病院機構長崎医療センター	病院
	独立行政法人地域医療機能推進機構諫早総合病院	病院
	立石産婦人科医院	診療所
	医療法人安永産婦人科医院	診療所
	医療法人まごころ会たらみエンゼルレディースクリニック	診療所
	医療法人松角会マムレディースクリニック	診療所
	医療法人福重会レディースクリニックしげまつ	診療所
	医療法人大村中央産婦人科	診療所
	医療法人まつお産婦人科	診療所
県南	医療法人愛心会島原マタニティ病院	病院
	医療法人翔南会山崎産婦人科医院	診療所
	医療法人いその産婦人科	診療所
五島	長崎県五島中央病院	病院
	医療法人社団福江産婦人科医院	診療所
上五島	長崎県上五島病院	病院
壱岐	長崎県壱岐病院	病院
	医療法人協生会品川病院	病院
対馬	長崎県対馬病院	病院

出典：長崎県産婦人科医会調べ

分娩取扱施設は令和5年8月現在

は総合周産期母子医療センター、 は地域周産期母子医療センター

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推移し、人口10万対の医師数は全国平均を上回っており、病院・診療所別に見ても、全国平均を上回っています。

二次医療圏別にみると地域によって偏りがあり、令和4年の産科・産婦人科医師は、長崎圏域に集中しており、佐世保県北圏域が少ない状況にあります。

本県の助産師数は微増傾向にありますが、年齢構成では50歳以上が全体の1/4を占めており、55歳以上の割合が増加傾向にあります。

(3) 搬送及び受入体制

本県の周産期医療は、2つの総合周産期母子医療センターを中心として、2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。本県の令和3年中の産科・周産期傷病者救急搬送件数は538件で、うち転院搬送416件を除いた122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（令和3年）

医療機関への受入照会回数別						現場滞在時間区分別			
1回	2回	3回	4回	6回	計	15分未満	15分以上 -30分未満	30分以上 -45分未満	計
107	7	6	1	1	122	73	39	10	122
紹介するも受入れに至らなかった理由とその件数									
手術中・ 患者対応中	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			
2	5	11	0	0	9	27			

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令和4年度の救急搬送受入状況については、母体搬送840件、新生児搬送131件で、約3.6%は県外からの受入です。

受入ができなかった件数は、母体搬送11件、新生児搬送7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（令和4年度）

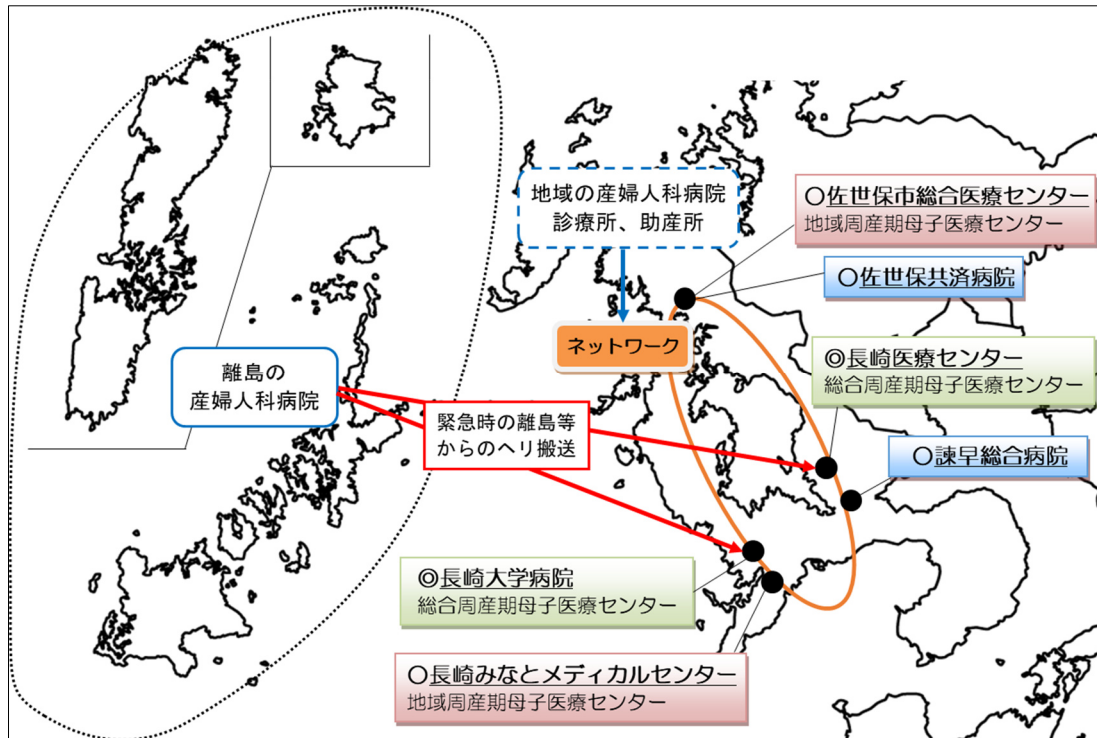
種類	総合				地域				計	
	長崎医療センター		長崎大学病院		長崎みなと クリニック		佐世保市総 合医療センター			
	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児
受入数	576	31	109	26	54	52	101	22	840	131
うち他県から	2	0	0	1	0	0	10	22	12	23
受け入れできなかった件数	0	0	5	7	0	0	6	0	11	7
NICU 満床	0	0	5	7	0	0	2	0	7	7
MFICU 満床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師不在	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
その他	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
うち県外へ搬送	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

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、長崎県離島救急患者家族待機宿泊所「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 等周産期施設の充実

令和5年4月1日現在、MFICUは、総合周産期母子医療センターである長崎大学病院(長崎圏域)に6床、長崎医療センター(県央圏域)に6床の計12床、出生1万人対14.3床が整備されています。また、NICU病床数は、4つの周産期母子医療センターに36床、出生1万人対43.0床(令和4年の出生数で算出)が整備されています。

しかしながら、出産年齢の高齢化等に伴うハイリスク妊娠およ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MFICUが満床で新規受入れ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、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、県として必要な支援を実施します。

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した「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。

産科医師の確保等については、医師確保計画における「産科・小児科における医師確保の方針」、「産科・小児科における医師確保のための施策」参照

イ) 看護職員等の専門性の向上に向けた取組の推進

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。併せて助産師の養成や確保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

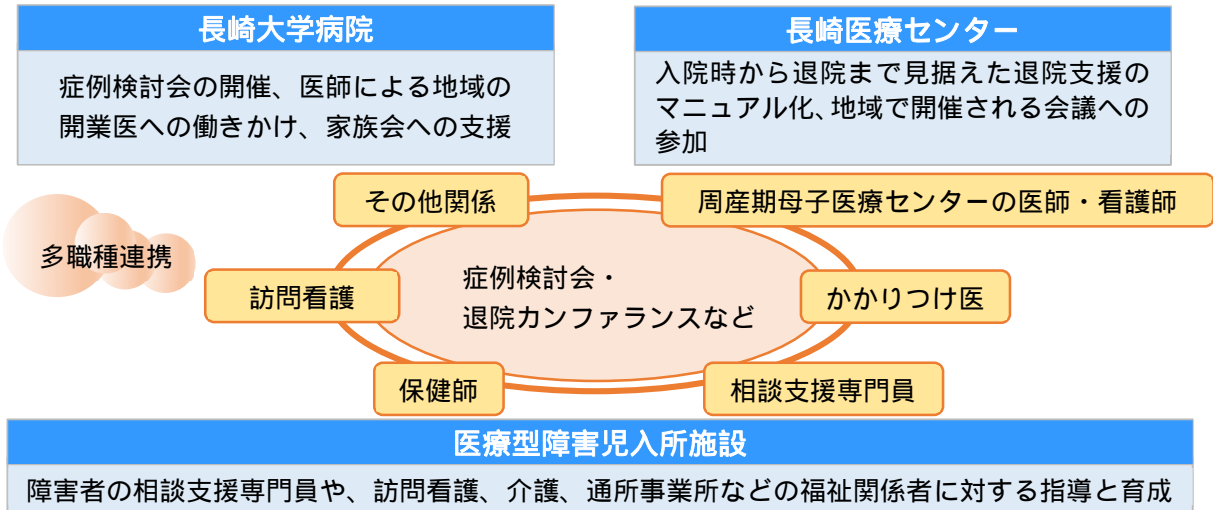
国では、NICUを退院後、引き続き医療的ケアが必要となる小児等が、在宅で安心して療養できる体制の整備を目指し、医療と保健、障害福祉、教育等が連携した施策を推進しています。

本県では、令和4年8月に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律に基づく、「長崎県医療的ケア児支援センター」を開設し、家族や関係機関からの相談に一元的に対応しており、引き続き、必要な助言等を行います。

また、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。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け入れることができる体制を構築します。

【図】医療と保健、障害福祉、教育等の連携



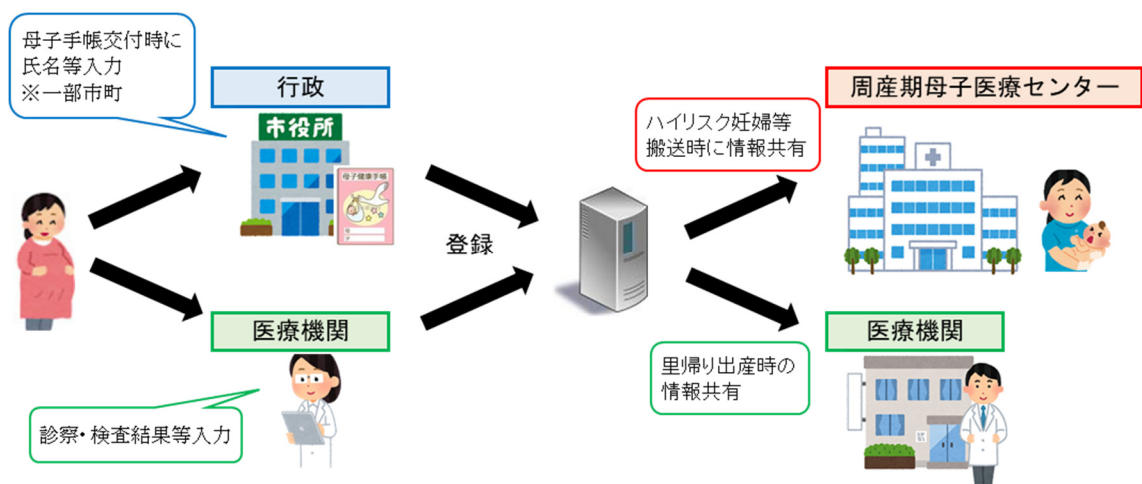
(4) ICT (周産期医療支援システム「すくすく」) の活用

本県では、平成 26 年から医療情報ネットワーク「あじさいネット」の機能を拡充して、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)には、妊婦健診の記録、グラフ化、ハイリスク妊婦の抽出及び域内共有、検査データの自動取得、医療機関間のオンライン紹介などの機能があり、令和 5 年 7 月時点で、加入医療機関が 23 施設、妊婦の登録が 30,446 名となっています。

今後は、さらなるシステムの活用を促進し、医療機関と行政が連携して、安全・安心な分娩環境の確保に努めます。

【図】周産期医療支援システム概念図



(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周産期母子医療センター以外の高次医療機関や診療所(助産所)との役割分担により周産期医療体制を確保することが重要です。

分娩取扱施設は年々減少しており、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るため、必要な施設及び設備の整備に対する支援や、オープンシステム、セミオープンシステムによる連携、周産期医療支援システムの活用を促進します。

(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94%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」の養成及び技能維持を図ります。

(7) 症例の検討と母子保健等との連携

近年、乳児・新生児死亡率が全国平均を上回ることが多いことから、周産期医療支援システム(すくすく)の活用を促進し、ハイリスク妊婦の抽出や搬送時・災害時の情報共有を行い、早期に適切な対応ができるようにします。

精神疾患を合併する妊娠については、様々なり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(産婦人科医、小児科医、助産師等)と精神科医療(精神科医、臨床心理士等)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。

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産婦健診への助成、産科医がい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。

退院直後の不安定になりやすい時期に、母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細かい支援を実施する「産後ケア事業」の実施を促進し、関係機関と連携しながら、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行います。

また、周産期母子医療センターに入院中の妊産婦に対し、居住する市町の母子保健事業について個別に情報提供を行うなど医療と市町の保健・福祉事業との連携を図ります。

(8) 新興感染症発生・まん延時の周産期医療体制

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、「小児・周産期・産科医療確保対策部会」において協議を進めていきます。

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の養成・活用について平時から検討します。

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 (2022年度)	(目標) 2029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	母体・新生児の県内搬送率	99.9%	100%
	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	14件	0件
NICUで治療を受けた医療的ケア児が円滑に在宅ケアに移行し安心して療養できること	医療的ケアが必要な小児に対応可能な訪問看護ステーションが所在する医療圏数	6医療圏	8医療圏
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(すくすく)加入施設数	22施設	37施設
災害時や新興感染症の発生・まん延時に周産期医療体制が機能していること	災害時小児周産期リエゾン任命者数	17名	38名

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029年
乳児死亡率が全国平均を下回ること	出生千人対乳児死亡率	1.2 (2022年)	全国平均以下 (2022: 1.8)
新生児死亡率が全国平均を下回ること	出生千人対新生児死亡率	0.7 (2022年)	全国平均以下 (2022: 0.8)
周産期死亡率が全国平均を下回ること	周産期死亡率	3.3 (2022年)	全国平均以下 (2022: 3.3)
妊産婦の死亡をなくすこと	妊産婦死亡数	0人 (2022年)	0人
NICU・GCU長期入院児を減らすこと	NICU・GCU長期入院児数	1人 (2022年度)	0人

(2) 指標の説明

指標	説明
母体・新生児搬送数・県内搬送率	母体及び新生児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。
母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	NICU満床を原因とする受入困難事例を減少させることを目指します。
医療的ケアが必要な小児に対応可能な訪問看護ステーションが所在する医療圏数	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ことができる訪問看護ステーションの地域偏在をなくすことを目指します。
周産期医療支援システム(すくすく)加入施設数	周産期医療支援システムに加入する産婦人科医療機関を増加させることを目指します。
災害時小児周産期リエゾン任命者数	災害時小児周産期リエゾン任命者数を増加させることを目指します。
出生千人対乳児死亡率	出生千人対乳児死亡率を低下させることを目指します。

出生千人対新生児死亡率	出生千人対新生死亡率を低下させることを目指します。
周産期死亡率	周産期死亡率を低下させることを目指します。
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。
NICU・GCU 長期入院児数	NICU・GCU 長期入院児数を減少させることを目指します (長期入院とは、NICU 又は GCU に1年以上入院していることをいう。)