

(9) 周産期医療

ア 施策の現状・課題

(7) 本県における出産の状況

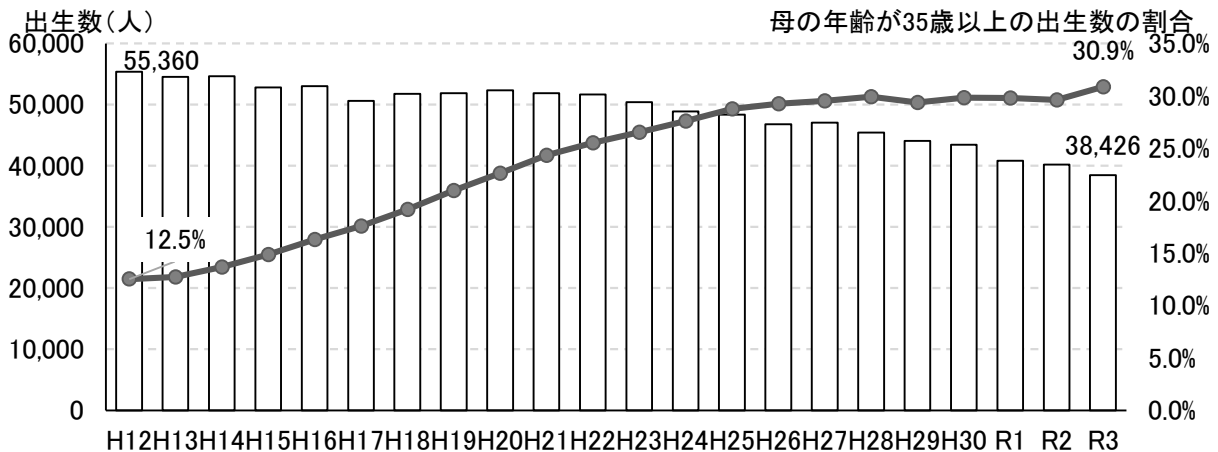
全国的に少子高齢化が急速に進行する中で、子どもを安心して産み、育てる環境づくりを整備することが求められています。

本県の出産の状況としては、出産年齢が35歳以上の割合は、平成28年に29.9%であったものが、令和3年には30.9%と上昇しています。また、10万あたり妊産婦死亡率*も平成28年に4.3（全国3.4）であったものが、令和2年には9.8（全国2.7）と高く、リスクを伴う出産が増加していることが想定され、周産期医療*の更なる充実が求められています。

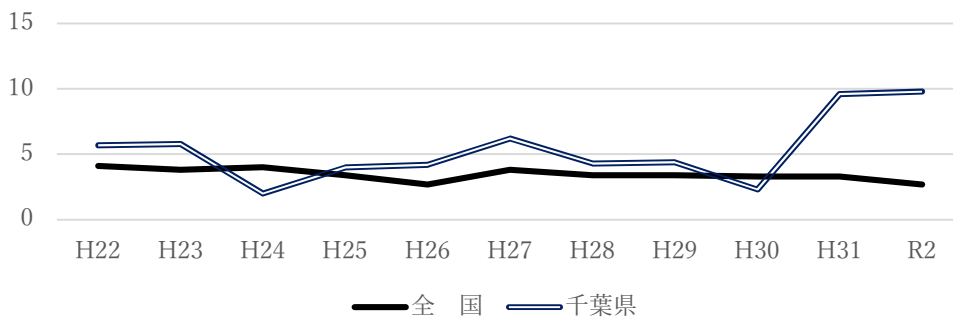
千葉県における出生数は、減少傾向にあります。15～49歳女子人口は、今後減少が続くとともに、その減少率には地域差があると見込まれます。

令和3年8月に新型コロナウイルス感染の影響を受け、妊産婦の自宅早産、新生児*死亡があったことから、周産期関係者と検討を重ね、ハイリスク妊産婦の情報を共有し、迅速に入院決定するために妊産婦入院調整業務支援システム*を導入・運用しています。

図表 5-1-2-9-1 出生数と母の年齢が35歳以上の出生数の割合の推移（千葉県）



図表 5-1-2-9-2 年次別妊産婦死亡率（出産10万対）



(資料：人口動態統計)

(イ) 周産期医療資源の状況

県では、それぞれの二次保健医療圏内で診療や治療等が受けられるよう医療体制の整備を図っており、対応できない地域では隣接する地域の医療機関と連携しています。

なお、隣接する二次保健医療圏で対応しきれない症例等については、都道府県を単位とした三次保健医療圏で受け入れを行っています。

一方、NICU*等の医療設備については、出生1万対30床を基本としていますが、平成29年の132床から、令和4年では147床へ増加しています。県内全体でのNICU*病床数の確保はできていますが、地域での偏在があります。

また、県では、分娩施設がない地域もあり、出生数の減少から、分娩施設のさらなる減少が考えられます。妊婦が安心して受診し分娩できる支援について検討していく必要があります。

図表 5-1-2-8-3 NICU病床数及び必要病床数

医療圏	出生数 (R4)	NICU 病床数 (R4) (診療報酬加算対象)	必要病床数 (出生1万あたり30床)
千葉	5,777	45	17.3
東葛南部	11,827	45	35.5
東葛北部	9,108	15	27.3
印旛	3,875	15	11.6
香取海匝	983	9	2.9
安房	441	9	1.3
君津	2,004	9	6.0
市原	1,399	0	4.2
山武長生夷隅	1,552	0	4.7
合計	36,966	147	110.9

〔周産期医療従事者の状況〕

本県の周産期医療従事者については、産科・産婦人科医師数（15～49歳女子人口10万対）は、令和2年で35.6、就業助産師数（出生千対）は、令和2年で39.4であり、全国平均（それぞれ46.7及び45.1）と比べ大きく下回っています。

さらに、NICU*に勤務する医師数も全国平均を大きく下回っているという指摘もあり、周産期医療従事者の確保は、重要な課題の1つとなっています。

また、令和6年度から適用される医師の時間外労働時間の上限規制*により、周産期医療体制に影響が出る可能性があり、病院、有床診療所、無床診療所、助産所等の役割分担や効率的な医療提供体制整備について検討していくこと、医師及び特定行為研修*を受けた看護師や専門看護師*、認定看護師*、アドバンス助産師*等とのタスクシェア*を進めることが必要です。

(ウ) 周産期医療連携の状況

県では、特に、リスクが高く緊急性のある分娩に対応するため、平成19年10月から総合及び地域周産期母子医療センター*並びに母

体搬送ネットワーク連携病院*からなる「母体搬送ネットワーク」を整備し、妊産婦の症例等を考慮しつつ、迅速に対応する医療体制を構築しています。

〔周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院〕

県は、分娩リスクの高い妊娠や高度な新生児*医療等に対応できる医療施設として、周産期母子医療センター*を指定・認定しています。

総合周産期母子医療センター*は、相当規模のMFICU*を含む産科病棟及びNICU*を含む新生児*病棟を備え、常時の母体及び新生児*搬送受入体制を有し、合併症妊娠(重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児*異常(超低出生体重児*、先天性異常児等)等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児*医療等の周産期医療*を行う施設であり、3施設を指定しています。

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を行うことができる医療施設であり、9施設を認定しています。

その他、これらのセンターと連携している母体搬送ネットワーク連携病院*が5病院あります。

〔母体搬送コーディネーター〕

総合周産期母子医療センター*である亀田総合病院(平成20年6月から開始)及び東京女子医科大学附属八千代医療センター(平成23年4月から開始)の2病院に母体搬送コーディネーター*を配置しています。母体搬送コーディネーター*は、24時間365日を通して、母体搬送に係るネットワーク病院の担当医師の存否、緊急手術等の対応の可否、空き病床*の有無等の情報をあらかじめ把握し、症例に応じて医療機関の間で母体の受け入れ先を調整するなど、周産期医療情報センターの役割も担っており、円滑な母体搬送をサポートしています。また、母体搬送の件数や症例等の実態を捕捉し分析するなど、より効果的な母体の搬送に向けて取り組んでいます。

しかし、母体搬送コーディネーター*及び受託医療機関への負担が大きい現状があり、さらに医師の時間外上限規制への影響を受けることが予測されるため、母体搬送コーディネーター*の配置や運用方法の見直しについて検討を進める必要があります。

また、新生児*専門医を有する医療機関が少ない一方、最近、低出生体重児*等のリスクを伴う分娩が増加傾向にあることから、NICU*での治療や新生児*搬送などの充実が求められており、新生児*部門における効果的なネットワークの構築も必要となってきました。

〔妊産婦入院調整業務支援システム〕

これまで、搬送時の判断材料とするため、「ちば救急医療ネット」を使用しNICU*の空床状況等の情報を更新していましたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、総合及び地域周産期母子医療センター*並びに母体搬送ネットワーク連携病院*に対し、搬送受入れの可否について一斉に照会をかけ、回答を集計できる「妊産婦入院調整業務支援システム*」を導入・運用しています。

〔その他の医療連携〕

分娩リスクの有無や分娩の多様化に対応できるよう、病院、有床診療所、無床診療及び助産所が、それぞれの役割に応じた対応を図るとともに、連携を強化する必要があります。妊婦健康診査は診療所や助産所で行い、分娩の際は、診療所等と連携する拠点病院において、オープンシステム*やセミオープンシステム*が整備されている医療機関があります。また、院内助産所*及び助産師外来*を整備している医療機関もあります。

周産期医療*において、妊婦が心筋梗塞*や脳卒中*等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センターとの連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター*等との併設を推進しています。

出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供する必要があることから、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院*である千葉県こども病院をはじめとして、令和5年度に設置した小児医療協議会と連携し、課題を共有していきます。

〔周産期医療における災害対策〕

東日本大震災をまとめた報告書から、小児・周産期医療と災害医療の連携の必要性が指摘されており、大規模災害に備えて、災害時においても周産期医療*体制を維持できるよう整備していく必要があります。

千葉県では、災害時に小児・周産期医療に係る保健活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、災害医療本部において、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災害医療コーディネーター*をサポートする目的として、令和4年6月1日付けで12名の「災害時小児周産期リエゾン*」を任命しています。

〔NICU長期入院児等の自宅退院後のレスパイト支援〕

NICU*等に長期入院し、その後在宅に移行した小児等を、保護者の要請に応じて、一時的に受け入れ、人工呼吸器管理・栄養管理等を含むリハビリテーションを行う医療機関に対し補助を行い、レスパイト*等の支援に対する体制の整備を行っています。

イ 循環型地域医療連携システムの構築

周産期医療*の循環型地域医療連携システムでは、まず妊婦健診を経て、助産所や病院・診療所で受診することとなります。通常分娩の場合は、助産所や病院・診療所で出産し、ハイリスク妊婦の場合は、地域周産期母子医療センター*及び母体搬送ネットワーク連携病院*の間で速やかに搬送できるよう役割分担を明確化しています。

地域周産期母子医療センター*及び母体搬送ネットワーク連携病院*で対応困難な症例（重症な新生児*を含む。）については、総合周産期母子医療センター*（全県（複数圏域）対応型周産期医療連携拠点病院*）で、受け入れを行います。

妊婦の搬送については、分娩リスクが伴う場合においても対応できるよう、平成19年10月に総合周産期母子医療センター*などを中心とした

母体搬送ネットワーク体制を整備し、ネットワークに参加する病院で速やかに対応できるよう取り組んでいます。また、東京都との間において、県域を越えた搬送体制の整備を進めています。

総合周産期母子医療センター*や地域周産期母子医療センター*などの中核病院と地域の病院・診療所及び助産所において、機能分担と連携を図る「周産期医療の循環型地域医療連携システム」の構築に向け、引き続き取り組んでいきます。

ウ 施策の具体的展開

(7) 周産期医療体制の整備推進

〔周産期医療従事者の人材確保と育成〕

- 県では、周産期医療*に携わる人材が不足していることから、産科医師、新生児*医療担当医師、看護師及び助産師それぞれの人数を確保する事業や育成を実施するとともに、周産期医療*に関わる麻酔科医や臨床心理士等、その他のスタッフについても、併せて整備を推進します。

〔周産期母子医療センターの整備〕

- 県では、現在、総合周産期母子医療センター*を3施設指定し、地域周産期母子医療センター*を9施設認定しています。
周産期医療*従事者は少なく、医師の時間外労働時間の上限規制*による影響を受けることが予測されるため、周産期母子医療センター*と会議を開催しながら、医療機関の役割分担や効率的な医療提供体制整備について検討していくとともに、人口、出生数、地勢、交通事情や病床配分等の特性を踏まえて、更なる指定や認定について検討します。

〔周産期母子医療センターの支援〕

- 周産期母子医療センター*は、高度な医療を必要とする施設であり、その運営に費用がかかるとともに、地域によってはNICU*が不足している状況にあることから、周産期母子医療センター*の運営費に対して支援を行います。

〔NICUの整備〕

- 「周産期医療*の体制構築に係る指針」に基づき、NICU*の整備を促進します。

〔NICU長期入院児等の自宅退院後のレスパイト支援〕

- 在宅に移行したNICU*等に長期入院していた小児等を、保護者の要請に応じて、一時的に受け入れる医療機関に対し補助を行い、レスパイト*等の支援に対する体制の整備を行っています。

(4) 周産期医療連携の推進

〔母体搬送コーディネーターの運用方法の検討〕

- 母体搬送コーディネーター*及び受託医療機関への負担が大きい現状や、医師の時間外上限規制への影響を受けることが予測されることを踏まえ、母体搬送コーディネーター*の効果的な配置や運用方法について検討を進めていきます。

〔ハイリスク妊産婦等を対象とした周産期搬送体制の整備〕

- 「妊産婦入院調整業務支援システム*」を活用し、より迅速かつ円滑な搬送先決定、正確な情報の収集、集積、解析を行います。また、新生児*搬送についても、ネットワークの構築に向けた検討を行います。さらに県域

を越えた搬送体制についても、未整備の県との連携を検討します。

〔周産期医療連携体制の整備〕

- 周産期医療*において、妊婦が心筋梗塞*や脳卒中*等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センターとの連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター*等との併設を推進するとともに、地域の救命救急センター及び救急基幹センターと緊密な連携を図ります。また、総合周産期母子医療センター*においては、精神疾患を合併する妊産婦への対応可能な体制を整えていきます。
- 出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供する必要があることから、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院*である千葉県こども病院をはじめとして、小児中核病院等と連携した体制の整備に努めます。
また、円滑に患者を小児医療へと繋げる観点から、小児医療協議会と連携を行い課題の共有に努めます。
- 医師の働き方改革を踏まえ、病院や有床・無床診療所及び助産所等、施設間における役割分担や、医師及び特定行為研修*を受けた看護師や専門看護師*、認定看護師*、アドバンス助産師*等とのタスクシェア*に応じた取組みを促進するため、院内助産所*や助産師外来*、オープンシステム*・セミオープンシステム*等の導入について、設置のニーズや地域の実情等に応じた整備を推進します。

〔災害時における周産期医療体制〕

- 災害時小児周産期リエゾン*等を災害医療本部に配置する等、災害時の医療体制について強化を図ります。
- 周産期医療従事者に対し、災害時対応に必要な専門的・基礎的知識及び技術等の研修を行い、災害時小児周産期リエゾン*を担う人材を養成します。

エ 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
分娩千件当たり分娩取扱医師数	9.5 (令和2年度)	増加 (令和8年度)
就業助産師数（出生千対）	39.4 (令和2年)	48.0 (令和10年)
アドバンス助産師*数	282人 (令和5年度)	増加 (令和11年度)

指 標 名	現状	目標
新生児集中ケア認定看護師*数	17人 (令和4年度)	増加 (令和11年度)
分娩実施施設数(15～49歳 女子人口10万対)	7 (令和2年度)	7 (令和11年)
周産期母子医療センターの数	12箇所 (令和5年度)	13箇所 (令和11年度)
NICU*整備数 ※診療報酬対象	147床 (令和4年度)	151床 (令和11年度)
搬送コーディネート件数におけ る妊産婦入院調整業務支援シス テム*の利用割合	91.7% (令和4年度)	100% (令和11年度)
災害時小児周産期リエゾン*任 命者数	12人 (令和4年度)	47人 (令和11年度)

[過程 (プロセス)]

指 標 名	現状	目標
産後訪問指導を受けた割合	42.5% (令和3年)	45.0% (令和11年)
分娩数に対する病院間搬送件数 の割合(分娩数千対)	25.1 (令和3年)	減少 (令和11年)

[成果 (アウトカム)]

指 標 名	現状	目標
妊産婦死亡率*(出産10万対)	9.8 (令和2年)	2.7 (令和11年)
新生児死亡率*(出生千対)	0.8 (令和3年)	0.6 (令和11年)
周産期死亡率* ・後期死産率(出生千対) ・早期新生児死亡率 (出生千対)	2.7 0.6 (令和3年)	2.0 0.5 (令和11年)

図表 5-1-2-9-4 千葉県内の周産期母子医療センター及び母体搬送ネットワーク連携病院

