

## 1 （8）周産期医療

### 2 （ア）施策の現状・課題

3 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  
4 くりを整備することが求められています。このため、県では中長期的な視点から周産  
5 期医療\*体制の充実を図ることを目的として、平成22年度に「千葉県周産期医療体  
6 制整備計画」を策定しましたが、災害、救急などの他事業との連携強化を図るため平  
7 成30年から保健医療計画に統合することとしました。

8 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18年に19.  
9 1%であったものが、平成28年には、29.9%と上昇しています。リスクを伴う  
10 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。

11

#### 12 a. 周産期医療資源の状況

13 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  
14 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。  
15 また、二次保健医療圏で対応しきれない症例等についても、都道府県を単位とした三  
16 次保健医療圏で受け入れを行っています。しかしながら、周産期の医療従事者数は全  
17 国平均と比べて下回っており、またNICU等の医療設備については地域により偏在  
18 している状況となっています。

19

#### 20 [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\*]

21 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、  
22 周産期母子医療センターを指定・認定しています。

23 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N  
24 ICU\*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  
25 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、  
26 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  
27 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。

28 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)  
29 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、  
30 9施設を認定しています。

31 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  
32 あります。

33

#### 34 [周産期医療従事者の状況]

35 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  
36 口10万対)は、平成28年で35.4人、就業助産師数(出生千対)は、平成28  
37 年で31.3人であり、全国平均(それぞれ43.6人及び36.6人)と比べて大  
38 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

1 ているという指摘もあり、医療従事者の確保は、重要な課題の1つとなっています。

2

3

### b. 周産期医療連携の状況

4 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  
5 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  
6 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  
7 応する医療体制を構築しています。

8

9

#### 〔周産期搬送コーディネーター〕

10 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  
11 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  
12 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  
13 365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  
14 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  
15 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  
16 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  
17 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。

18 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  
19 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  
20 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  
21 てきています。

22

23

#### 〔ちば救急医療ネット〕

24 搬送時の判断材料とするため、県ホームページ「ちば救急医療ネット」では、総合  
25 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が搬送受入  
26 れの可否や、NICUの空床状況等の情報を、随時更新し、提供しています。

27

28

#### 〔その他の医療連携〕

29 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、診療所及び助産所が、  
30 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  
31 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  
32 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。  
33 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。

34 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  
35 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  
36 子医療センター等との併設を推進しています。

37 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  
38 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  
39 をはじめとして、小児科との連携を推進しています。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17

## (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）対応型周産期母子医療連携拠点病院）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。



## 1 (ウ) 施策の具体的展開

## 2 [周産期母子医療センターの整備]

- 3 ○ 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  
4 療センターを9施設認定していますが、今後は、人口、出生数、地勢、交通事情や  
5 病床配分等の特性を踏まえて、更なる認定を検討します。

## 7 [NICUの整備]

- 8 ○ 「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。

## 10 [周産期母子医療センターの支援]

- 11 ○ 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  
12 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、  
13 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。

## 15 [周産期医療連携体制の整備]

- 16 ○ 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  
17 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  
18 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  
19 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  
20 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。
- 21 ○ 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  
22 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  
23 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。
- 24 ○ 施設間での役割分担や、医師及び助産師の役割分担に応じた取組みを促進するた  
25 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  
26 について、設置のニーズや医療機関及び地域の実情等に応じて整備するよう推進し  
27 ます。

## 29 [周産期搬送体制の整備]

- 30 ○ 周産期搬送コーディネーターは、母体の搬送を調整するなど、円滑な搬送に重要  
31 な役割を果たしており、また、総合及び地域周産期母子医療センターやネットワー  
32 ク連携病院との情報交換など、周産期医療情報センターの機能も果たしているため、  
33 引き続き2つの総合周産期母子医療センターで母体搬送コーディネート業務を実  
34 施します。さらに、ICTを活用したシステムを構築し、より迅速かつ円滑な搬  
35 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  
36 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  
37 ついても、未整備の県との連携を検討します。

38

39

1 【災害時における周産期医療体制】

- 2 ○ 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  
3 について強化を図ります。

4  
5 【周産期医療従事者の人材確保と育成】

- 6 ○ 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  
7 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  
8 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  
9 も、併せて整備を推進します。

10

11 (エ) 施策の評価指標

12

【基盤（ストラクチャー）】

指 標 名	現状	目標
分娩実施施設数（15～49歳 女子人口十萬対）	7.8 （平成26年度）	増加 （平成35年度）
周産期母子医療センターの数	12箇所 （平成29年度）	13箇所 （平成35年度）
NICUの整備数 ※診療報酬対象	132床 （平成29年度）	141床 （平成35年度）
周産期母子医療センター及び連 携病院と救命救急センターの併 設数	11箇所 （平成29年度）	12箇所 （平成35年度）
医療施設従事医師数（産科・産 婦人科）（15～49歳女子人口 十萬対）	35.4 （平成28年）	39 （平成34年）
就業助産師数（出生千対）	31.3 （平成28年）	41 （平成34年）

13

14

【過程（プロセス）】

指 標 名	現状	目標
分娩数に対する病院間搬送件数 の割合（分娩数千対）	22.3 （平成28年度）	12.8 （平成35年度）

15

16

1

指 標 名	現 状	目 標
産後訪問指導を受けた割合	40.8% (平成27年度)	42.0% (平成35年度)

2

3

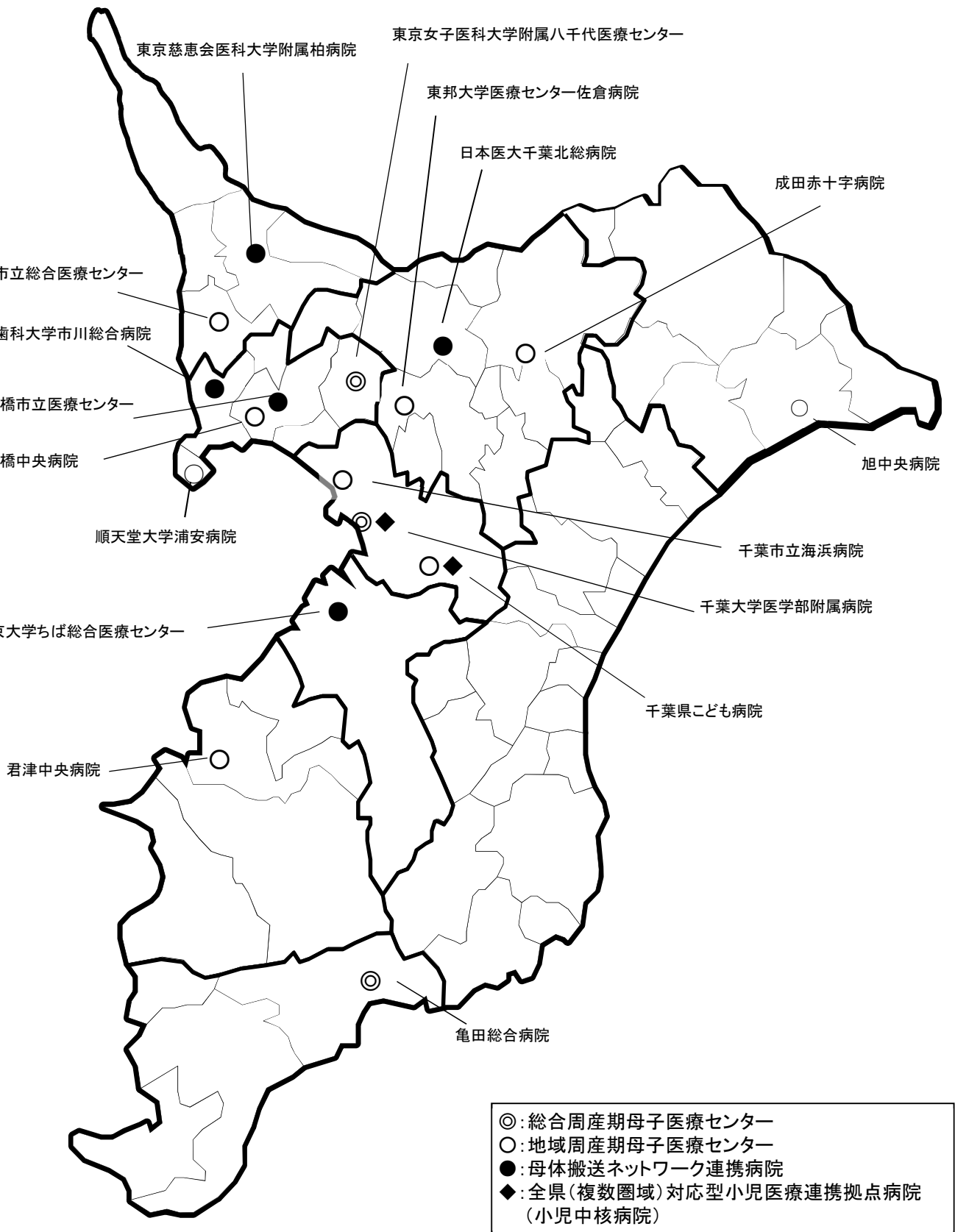
## 〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
全出生中の低出生体重児*の割合	9.2% (平成28年)	減少 (平成35年)
妊産婦死亡率* (出産十万人対)	4.3 (平成28年)	減少 (平成35年)
新生児死亡率* (出生千対)	1.0 (平成28年)	減少 (平成35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)	3.4 0.7 (平成28年)	減少 減少 (平成35年)

4

1 図表 2-1-1-2-8-1 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

2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20





1 （9）小児医療（小児救急医療を含む）

2 （ア）施策の現状・課題

3 我が国は、新生児死亡率が世界一低い一方で、1歳から4歳の小児の死亡率は相対  
4 的に高い傾向にあります。千葉県でも、死亡率は千対で0.59人となっており、小  
5 児救急患者の救命率向上が求められています。

6  
7 平成28年末現在、本県における小児医療従事医師数は654人であり、増加傾  
8 向であるものの、小児人口10万対で85.8人と、全国平均107.3人を大き  
9 く下回っています。また、県全体の小児科医数が不足しているばかりでなく、地域  
10 による小児科医の偏在がみられます。

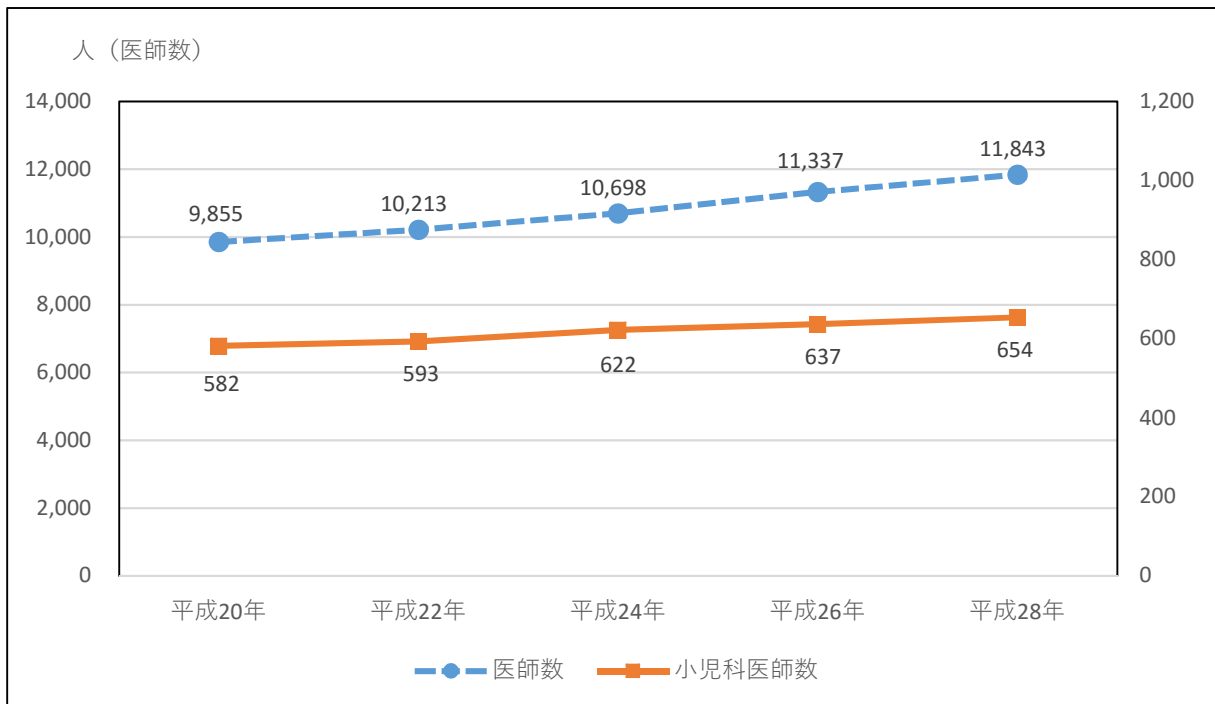
11 また、平成28年度現在、一般病院のうち、小児科を標榜する病院が106病院、  
12 小児外科を標榜する病院は19病院となっており、病院数は横ばいです。

13 小児科医の不足や地域偏在などにより、一部地域では小児救急医療体制の確保が困  
14 難な状態です。そのため、限られた医療資源を有効に活用し、適切な医療提供体制を  
15 整備する必要があります。

16

17

図表 2-1-1-2-9-1 小児科医師数等の推移（千葉県）



18

19

20

21 小児救急患者については、その症状に応じて初期から三次までの救急医療体制に対  
22 応する施設で受け入れています。小児初期救急医療については、在宅当番医制（13  
23 地区）及び夜間・休日急病診療所（19箇所）で対応しています。また、救急医療の  
24 適正な利用を促進するため、平成17年度から夜間における小児救急電話相談\*事業

1 を実施しており、平成28年度は、31,312件に対応しています。

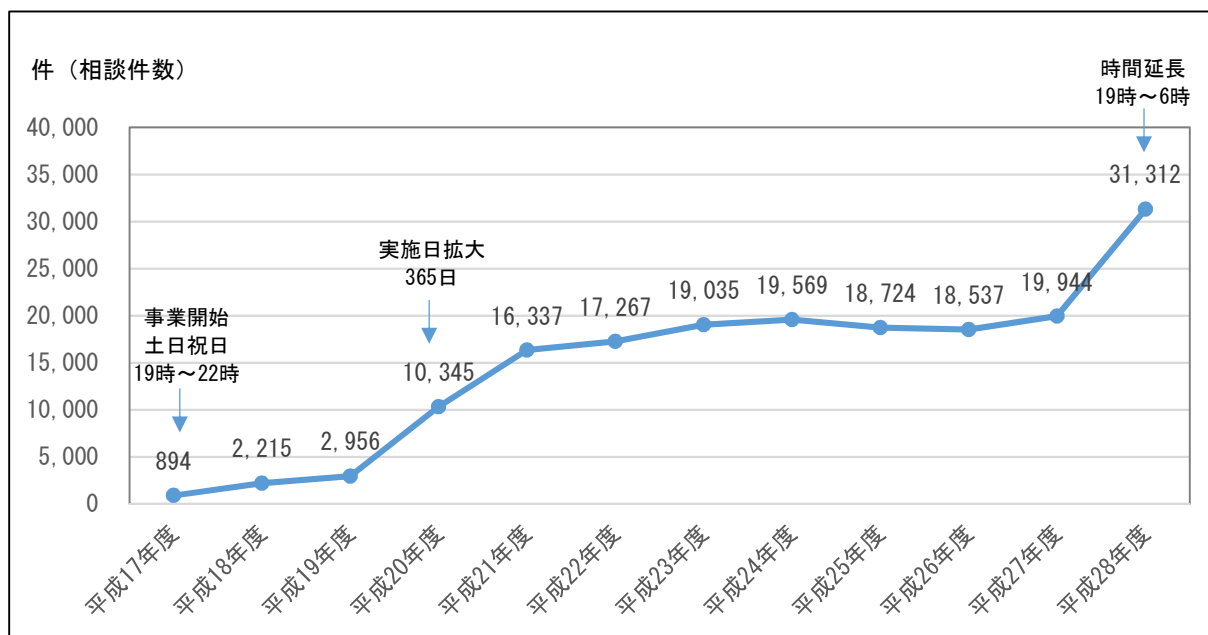
2 小児二次救急医療については、病院群による輪番制（9地区）や小児救急医療拠点  
3 病院\*（3箇所）により実施しています。

4 小児三次救急医療については、全県（複数圏域）対応型小児医療拠点病院である千  
5 葉県こども病院、千葉大学医学部附属病院及び救命救急センター（千葉県救急医療セ  
6 ンターを除く）の計14箇所により実施しています。

7 しかし、少子化や核家族化の進行、共働き家庭の増加など、子どもを巡る家庭環境  
8 の変化や小児患者が自分の症状を伝えられないことが多いこと、保護者の小児専門医  
9 志向、疾病に対する知識不足などから、多くの軽症患者が救急病院に集中し、1歳～  
10 14歳では救急搬送の約7割が軽症患者となっています。そのため、救急医療担当小  
11 児科医が疲弊するなど、救急医療機関の負担が増大しており、このような状況を改善  
12 することが喫緊の課題となっています。

13  
14

図表 2-1-1-2-9-2 小児救急電話相談件数の推移（千葉県）



15

資料：小児救急電話相談件数（県医療整備課）

16

17

18 **（イ）循環型地域医療連携システムの構築**

19 子どもの医療に携わる各医療機関が効率的に連携することにより、子どもに対する  
20 医療を効果的に提供することを目的とした「小児医療の循環型地域医療連携システム」  
21 を構築します。

22 お子さんの具合が急に悪くなった場合、相談できる相手がいない場合には、「小児  
23 救急電話相談」を利用することにより、医療機関に受診したほうが良いのかどうか助  
24 言を受けることができ、その助言に応じて「かかりつけ医」や「小児初期救急医療機  
25 関」に安心して受診することができるよう、身近な受療体制を構築します。

26 手術や入院が必要な中等症の場合は、二次医療圏で中核的な小児医療を実施する

1 「地域小児科センター\*」が診療に当たるとともに、さらに重篤な症状の場合には三  
2 次医療圏において中核的な小児医療を実施する「全県（複数圏域）対応型小児医療拠  
3 点病院（小児中核病院\*）」において高度小児専門医療を受けられるよう、小児医療に  
4 おけるそれぞれの役割分担を明確化するとともに、初期、二次及び三次の小児救急医  
5 療体制における円滑な受入体制の整備を図ります。

6 小児専門医療機関と一般病院の小児科、地域のかかりつけ診療所等が、それぞれの  
7 機能に応じた役割分担に基づき、連携を強化することにより、効果的な小児医療体制  
8 の整備を進めます。

9

10



1 （ウ）施策の具体的展開

2 [小児救急医療啓発事業の実施]

- 3 ○ 核家族化の進行により、子どもの急病時の対応方法を世代間で伝承する機会が減  
4 少していることから、保護者向け講習会の実施やガイドブックの配布などを通じて、  
5 子どもの急病や事故時の対応に関する知識について普及啓発を図ります。

6  
7 [小児救急電話相談事業の充実・強化]

- 8 ○ 保護者等の不安の解消や救急医療機関への患者集中の緩和を図るため、夜間に小  
9 児患者の保護者等からの電話相談に対し、看護師や小児科医が適切な助言を与える  
10 小児救急電話相談事業の充実・強化を図ります。

11  
12 [小児初期救急医療体制の整備・充実]

- 13 ○ 小児科医等が夜間・休日に、小児初期救急患者を受け入れる小児初期救急セン  
14 ターを整備することによって運営を円滑にし、小児初期救急医療体制の充実を図り  
15 ます。

16  
17 [小児二次救急医療体制の整備・充実]

- 18 ○ 小児科医が夜間・休日に複数医療圏の小児二次救急患者を受け入れる小児救急医  
19 療拠点病院や、小児科医を置く病院がグループをつくり夜間・休日に輪番で小児二  
20 次救急患者を受け入れる体制を、地域の医療環境に応じて整備することによって、  
21 県内全ての地域において、初期救急から二次救急医療施設への円滑な受け入れ体制  
22 を整えます。

23  
24 [小児三次救急医療体制の整備・充実]

- 25 ○ 重篤な小児患者の救命率向上を図るため、小児三次救急医療圏の中核を担う医療  
26 機関のP I C U\*（小児集中治療室）の整備に対し助成するほか、小児救急患者を  
27 365日24時間受け入れることのできる小児救命救急センターの整備を検討し、  
28 小児救急医療体制の充実を図ります。

29  
30 [小児救命集中治療ネットワーク\*の運用]

- 31 ○ 1歳から4歳の小児死亡率が高いことから、重篤な小児救急患者に対する的確な  
32 医療を提供できるよう、救急医療ネット上で、ネットワーク連携病院が患者の受入  
33 可否情報を入力できるシステムを引き続き運用し、消防機関や医療機関が情報を確  
34 認し、ネットワーク連携病院への搬送が適切かつ円滑に行われるようにします。

35  
36 [小児救急に関する情報発信]

- 37 ○ ちば救急医療ネットにより、県民に対して休日夜間診療所や小児救急電話相談等  
38 の小児救急に関する情報を発信していきます。また、子どもの急病や事故時の対応  
39 に関する知識について、普及啓発を図ります。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

〔災害時における小児医療体制〕

- 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。

(エ) 施策の評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現 状	目 標
医療施設従事医師数 (小児科) (15歳未満人口10万対)	85.8 (平成28年)	97 (平成34年)
小児救急電話相談件数	31,312件 (平成28年度)	35,000件 (平成35年度)

〔成果 (アウトカム)〕

指 標 名	現 状 (平成28年)	目 標 (平成35年)
乳児死亡率*	2.09	減少
乳幼児 (5歳未満) 死亡率*	0.59	減少
小児 (15歳未満) の死亡率	0.24	減少

図表 2-1-1-2-9-3 千葉県内の小児医療体制

