

第3節 周産期医療

1 目指すべき姿

誰もが安心して子供を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に活かしながら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、分娩^{べん}のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供することができる周産期医療体制を整備します。

2 現状と課題

(1) ハイリスク出産への対応

出生数は減少していますが、ハイリスク出産の割合は高い水準にあります。

NICU（新生児集中治療室）の必要数は、出生数一万人当たり25床から30床とされています。これまでNICUの整備を進めてきた結果、平成29年（2017年）4月時点の本県のNICU数は143床となり、平成28年（2016年）の出生数（54,448人）に基づく最低必要数を満たしました。

しかし、県内のNICUは常に満床状態であり、平成28年（2016年）の母体搬送（妊娠6か月以降）の約13%に当たる143人が近隣都県に搬送されています。

平成29年（2017年）1月に県内2か所目の総合周産期母子医療センターを整備しましたが、地域周産期母子医療センターを含めた周産期母子医療センター数は、出生数一万人当たりで比較すると、全国平均の約5か所に対して約1.8か所と少ない状況であり、県内における地域の偏在も見られます。

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク出産に対応した周産期医療体制の充実と努めるとともに、近隣都県との連携体制の構築、NICU入院児が早期に退院できる環境整備等に取り組む必要があります。

(2) 継続的な周産期医療体制の確保

出生数千人当たりで比較すると、分娩^{べん}取扱施設における常勤産婦人科医数（平成26年（2014年））は、全国平均8.6人に対して本県は約6.4人、新生児専門医数（平成29年（2017年）2月）は全国平均約0.7人に対して本県は約0.5人と、いずれも全国平均を大きく下回っています。このため、周産期医療に従事する医師の負担は非常に大きく、医師の確保・育成に加え、医師の負担軽減策が必要です。

平成14年（2002年）に129か所あった本県の分娩^{べん}取扱医療機関数は平成29年（2017年）には92か所まで減少しました。また、平成14年（2002年）の出生場所の割合は診療所が48.0%、病院が50.6%でしたが、平成27年（2015年）は診療所が42.4%、病院が56.8%となりました。

一方、分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医数の推移は1.9人（平成20年（2008年））から2.2人（平成26年（2014年））と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化がない一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医数は5.1人（平成20年（2008年））から6.9人（平成26年（2014年））と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられます。

このような傾向を踏まえて、県内で安全に出産ができる体制の継続的な確保に取り組む必要があります。

このほか、周産期メンタルヘルス等の課題にも取り組む必要があります。

(3) 災害時における周産期医療体制の整備

東日本大震災を踏まえた研究等によって、被災地や周辺地域における情報伝達網の遮断や、小児・周産期医療に精通した災害医療従事者が不足していることなどから、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘されています。このため、災害時における小児・周産期医療体制の整備が必要です。

災害時には近隣都県との連携も必要であり、ハイリスク出産への対応を含め、近隣都県との連携体制の構築が必要です。

3 課題への対応

(1) ハイリスク出産への対応

周産期医療体制の充実・連携強化を図ります。

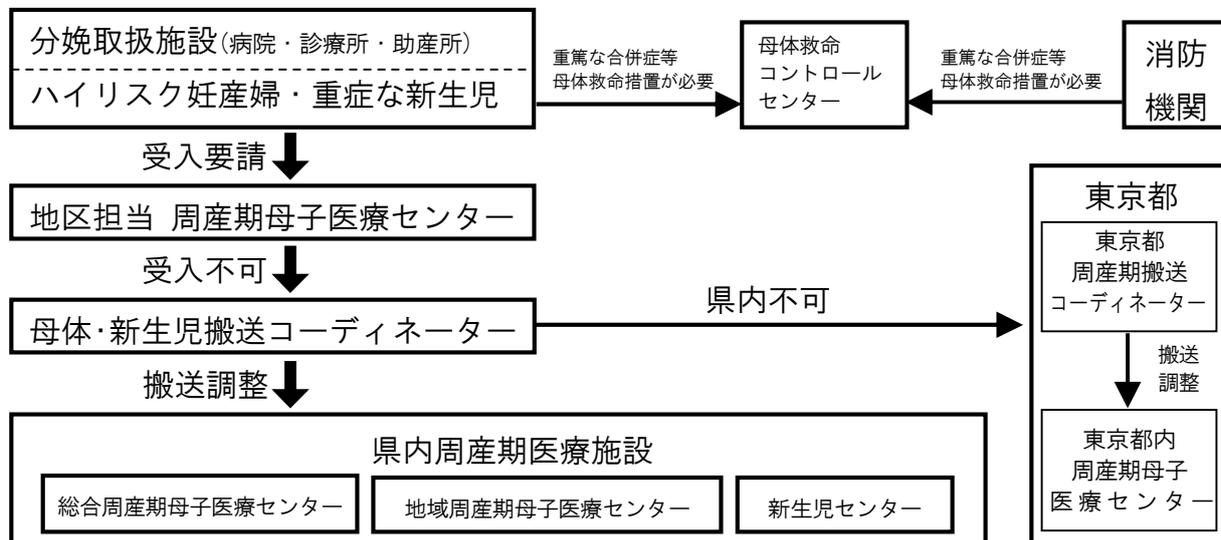
(2) 継続的な周産期医療体制の確保

医療人材の確保、医師の負担軽減等を図ります。

(3) 災害時における周産期医療体制の整備

災害時における周産期医療ネットワークを構築します。

【図表3-2-3-1 埼玉県の母体・新生児搬送の仕組み】



4 主な取組

- (1) ハイリスク出産への対応
 - ア 救命措置が必要な妊産婦の受入体制の確保
 - イ ハイリスク妊婦又は新生児の搬送調整体制の確保
 - ウ 近隣都県との連携体制の構築
 - エ 周産期母子医療センターの整備、運営支援等による周産期医療体制の充実
 - オ ICTを活用した分娩取扱施設に対する支援
 - カ 小児在宅医療の推進
- (2) 継続的な周産期医療体制の確保
 - ア 周産期医療に携わる医療人材の確保・育成
 - イ 助産師、看護師の職能向上による医師の負担軽減
 - ウ 分娩^{べん}取扱施設に対する支援
 - エ 産科医と精神科医の連携体制の構築
- (3) 災害時における周産期医療体制の整備
 - ア 災害時小児周産期リエゾンの配置
 - イ 災害時における周産期医療ネットワークの構築
 - ウ 近隣都県との連携体制の構築（再掲）

5 指標

■ 県外への母体搬送数（妊娠6か月以降）
 現状値 143人 → 目標値 70人
 （平成28年） （平成35年）

■ 県内の出生数に対する分娩^{べん}取扱数の割合
 現状値 95% → 目標値 95%
 （平成28年） （平成35年）

■ 地域における災害時小児周産期リエゾン（医師）の養成人数
 現状値 15人 → 目標値 27人
 （令和2年度） （令和5年度）