

第 4 節 周産期医療

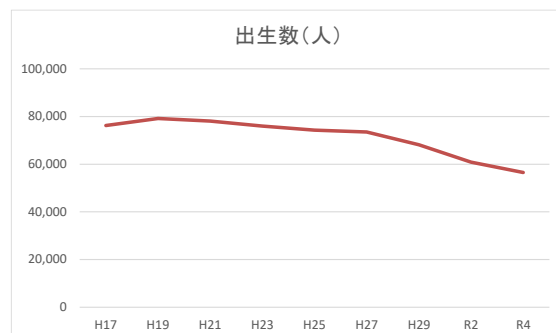
1 現状・課題

【現状】

- ・県は「神奈川県周産期救急医療システム」を運用することで、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を 24 時間体制で確保しています。
- ・県の出生数は減少傾向にあり、分娩取扱い施設数も減少しています。その一方で、今後もハイリスク分娩や医療的ケア児は一定数あることが見込まれます。

【課題】

- ・安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進するため、**医師の働き方改革による影響も踏まえ**、どのように周産期救急医療システムを安定的に運用させていくかが課題です。



新生児死亡率(千対) **1.00.8**人(全国 0.8

人)
周産期死亡率(千対) **3.73.3**人(全国
3.33.4人)

妊産婦死亡率(10 万対) **6.93.3**人(全国
4.22.5人)

周産期とは

周産期とは、主に妊娠 22 週から出生後 7 日未満の期間を指します。この期間は合併症の発症や分娩時の急変など、母子ともに身体・生命にかかわる事態が発生する可能性が高い期間であり、緊急時の医療体制の確保が特に必要とされています。

本県の周産期医療にかかわる計画について

県では、厚生労働省医政局通知「周産期医療対策事業等の実施について（平成 21 年 3 月 30 日付）」の周産期医療対策事業等実施要綱の第 1 の 4 に定める周産期医療体制整備指針（第 1 の 3（3））（「周産期医療の確保について」（平成 22 年 1 月 26 日付））」に基づき、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の推進を図ってきましたが、同指針が、平成 28 年度末に廃止となるとともに、保健医療計画への一本化の方向性が示されたことを受け、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を第 7 次神奈川県保健医療計画から本計画に組み込むこととしました。

県は、出生数の減少や高齢出産の増加など、社会情勢が変化している中で、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していきます。

(1) 周産期医療をとりまく現状

ア 出生数

○ 県の出生数は、平成 **29** 年に **68,133,755** 人でしたが、令和 **2** 年には **60,865,564** 人となっており、減少傾向にあります。

また、周産期医療体制のブロック別に見ると、特に西湘ブロックの減少率が高くなっています。

図表 1-4-1 県の出生数

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4
出生数(人)	75,477	74,320	72,997	73,476	70,649	68,133	66,564	63,035	60,865	58,836	56,498

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

イ 母親の年齢別出生数

- 母親の年齢別出生数から、35歳以上の割合を見ると、ここ数年は横ばい傾向にあります。しかしながら、令和4年度から開始された不妊治療の保険適用にともない、今後ふたたび35歳以上の割合が変動する可能性があります。

図表 1-4-2 県における母親の年齢別出生数

年	総数	35歳未満										35歳以上		不詳	
		15歳未満	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35歳未満		35-39歳	40-44歳	45-49歳	50歳以上	35歳以上		
							件数	割合					件数		割合
H12	82,906	3	1,033	8,238	30,747	31,638	71,659	86.4%	10,115	1,101	29	0	11,245	13.6%	2
H17	76,196	5	880	6,869	21,806	31,433	60,993	80.0%	13,478	1,674	50	1	15,203	20.0%	0
H22	78,077	1	765	5,921	19,542	29,722	55,951	71.7%	18,903	3,145	76	2	22,126	28.3%	0
H23	76,000	1	745	5,532	18,885	28,637	53,800	70.8%	18,591	3,535	72	2	22,200	29.2%	0
H24	75,477	1	755	5,046	18,553	28,009	52,364	69.4%	19,101	3,909	97	3	23,110	30.6%	0
H25	74,320	4	725	4,880	17,887	27,517	51,013	68.6%	18,908	4,311	85	3	23,307	31.4%	0
H26	72,997	0	664	4,547	16,849	27,525	49,585	67.9%	18,727	4,561	121	3	23,412	32.1%	0
H27	73,476	1	685	4,641	16,736	27,733	49,796	67.8%	19,020	4,540	117	3	23,680	32.2%	0
H28	70,649	3	598	4,447	15,891	26,461	47,400	67.1%	18,415	4,702	128	4	23,249	32.9%	0
H29	68,133	3	524	4,416	15,371	25,773	46,087	67.6%	17,397	4,507	141	1	22,046	32.4%	0
H30	66,564	5	474	4,386	14,985	24,879	44,729	67.2%	17,292	4,379	161	3	21,835	32.8%	0
H31/R1	63,035	3	436	4,004	14,475	23,253	42,171	66.9%	16,370	4,329	165	0	20,864	33.1%	0
R2	60,865	2	393	3,800	14,416	22,545	41,156	67.6%	15,507	4,041	155	6	19,709	32.4%	0
R3	58,836	0	322	3,200	13,588	21,982	39,092	66.4%	15,541	4,055	147	1	19,744	33.6%	0
R4	56,498	1	233	2,776	13,317	21,385	37,712	66.7%	14,738	3,898	137	13	18,786	33.3%	0

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

ウ 体重別出生数

- 低出生体重児（※1）及び極(超)低出生体重児（※2）の出生割合は、ここ数年は横ばい傾向にあります。

図表 1-4-3 県における体重別出生数

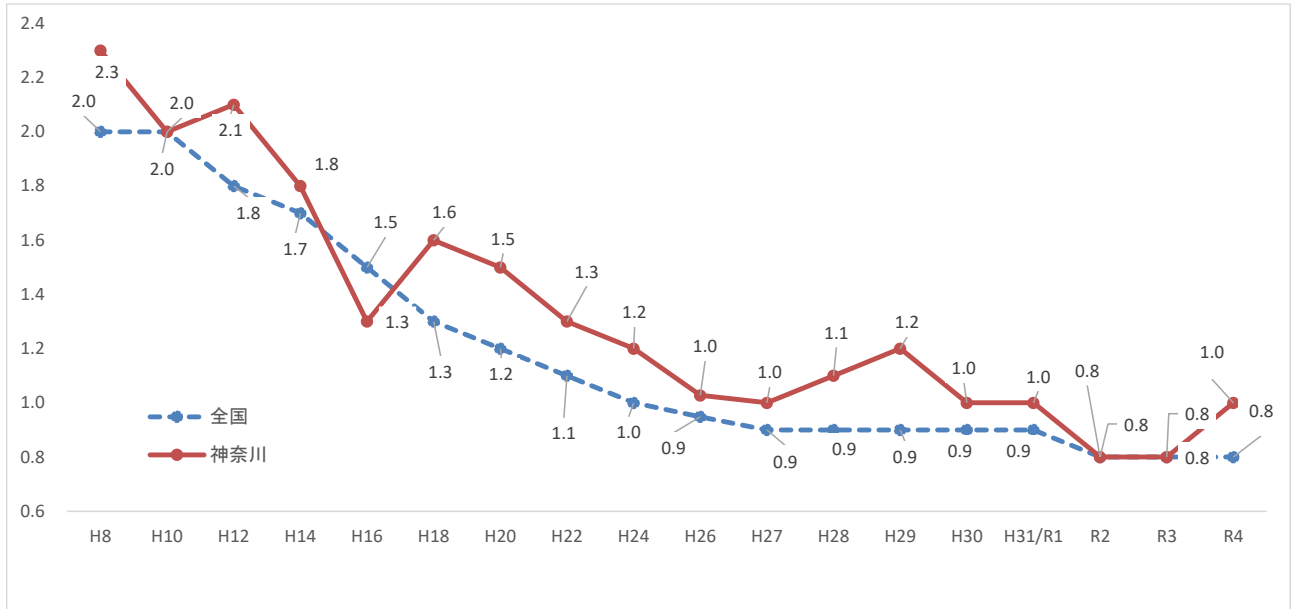
年	総数	出生体重別										2500g以上	不詳	
		超低出生		1,000-1,499g	極低出生		1,500-1,999g	2,000-2,499g	低出生					
		件数	割合		件数	割合			件数	割合				
H12	82,906	12	176	188	0.23%	318	506	0.61%	902	5,824	7,232	8.72%	75666	8
H17	76,196	19	212	231	0.30%	322	553	0.73%	948	5,769	7,270	9.54%	68913	13
H22	78,077	18	218	236	0.30%	360	596	0.76%	885	6,027	7,508	9.62%	70555	14
H27	73,476	17	190	207	0.28%	276	483	0.66%	823	5,636	6,942	9.45%	66529	5
H28	70,649	16	189	205	0.29%	272	477	0.68%	868	5,349	6,694	9.48%	63945	10
H29	68,133	25	173	198	0.29%	284	482	0.71%	798	5,240	6,520	9.57%	61604	9
H30	66,564	32	200	232	0.35%	280	512	0.77%	788	4,900	6,200	9.31%	60349	15
H31/R1	63,035	22	167	189	0.30%	282	471	0.75%	757	4,737	5,965	9.46%	57061	9
R2	60,865	20	131	151	0.25%	207	358	0.59%	712	4,421	5,491	9.02%	55366	8
R3	58,836	21	173	194	0.33%	288	482	0.82%	676	4,208	5,366	9.12%	53462	8
R4	56,498	16	147	163	0.29%	233	396	0.70%	678	4,257	5,331	9.44%	51160	7

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

エ 新生児死亡率

- 新生児死亡（※3）率は、**全国平均並みに低下してきています。ここ数年横ばい傾向にあります。**しかし、全国及主要都道府県と比較すると高い傾向にあります。

図表 1-4-4 新生児死亡率の推移と全国との比較（出生千対）

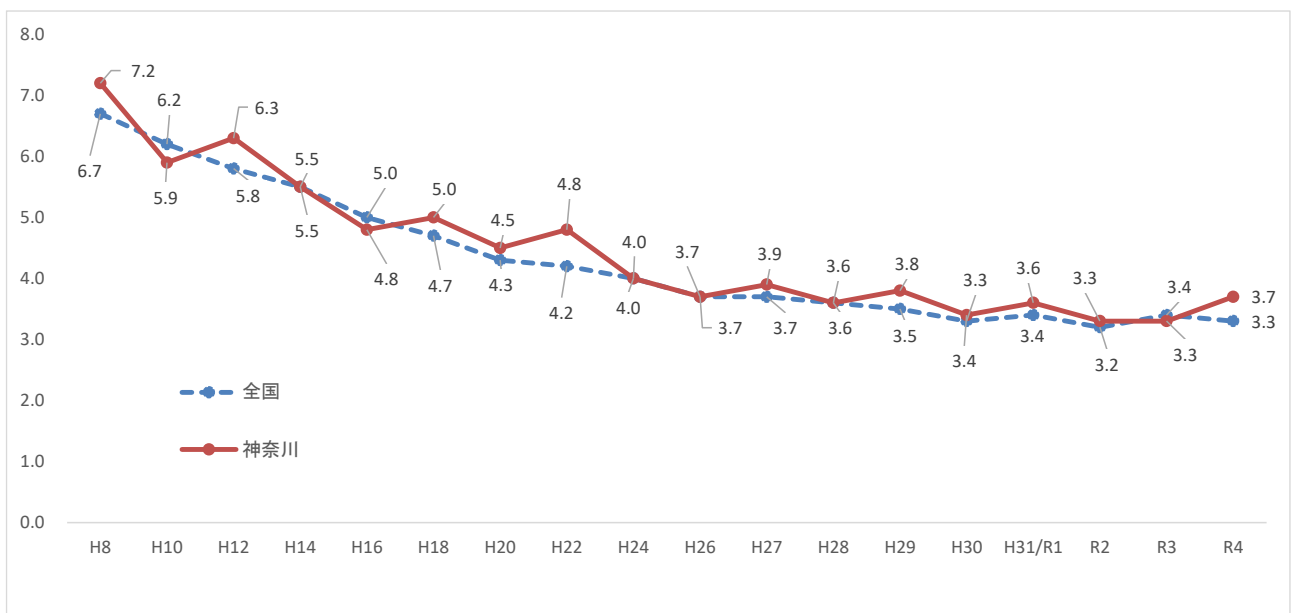


(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

オ 周産期死亡（※4）率

- 周産期死亡率は、ここ数年は横ばい傾向にあり、**全国平均並となっています。**

図表 1-4-5 周産期死亡率の推移と全国との比較（出**産生**千対）



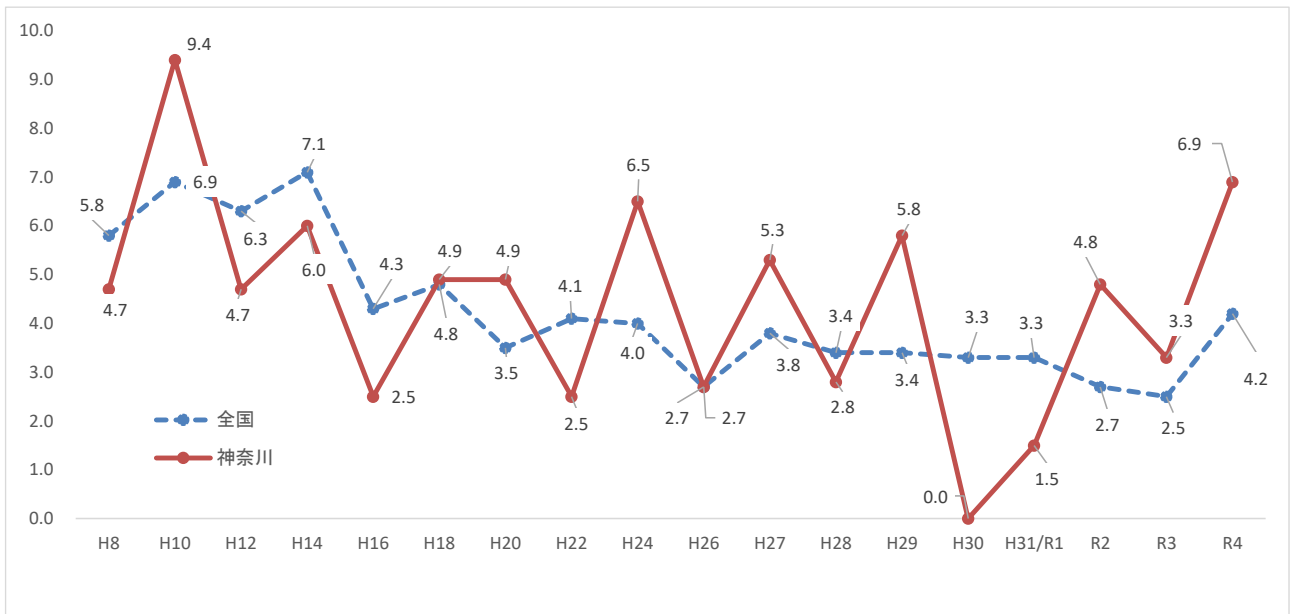
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

カ 妊産婦死亡（※5）率

- 妊産婦死亡率は令和2年、令和3年、**令和4年**と全国平均を上回っており、注視

が必要です。

図表 1-4-6 妊産婦死亡率の推移と全国との比較（出生10万対）



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 周産期救急医療システムの充実

- 県は、ハイリスク妊婦に対して、医療機関等の協力を得て、妊娠、出産から新生児に至る総合的な診療体制を確保し、母親と胎児・新生児の生命の安全と健康を守ることを目的に、昭和60年6月から、「神奈川県周産期救急医療システム」を運用しています。

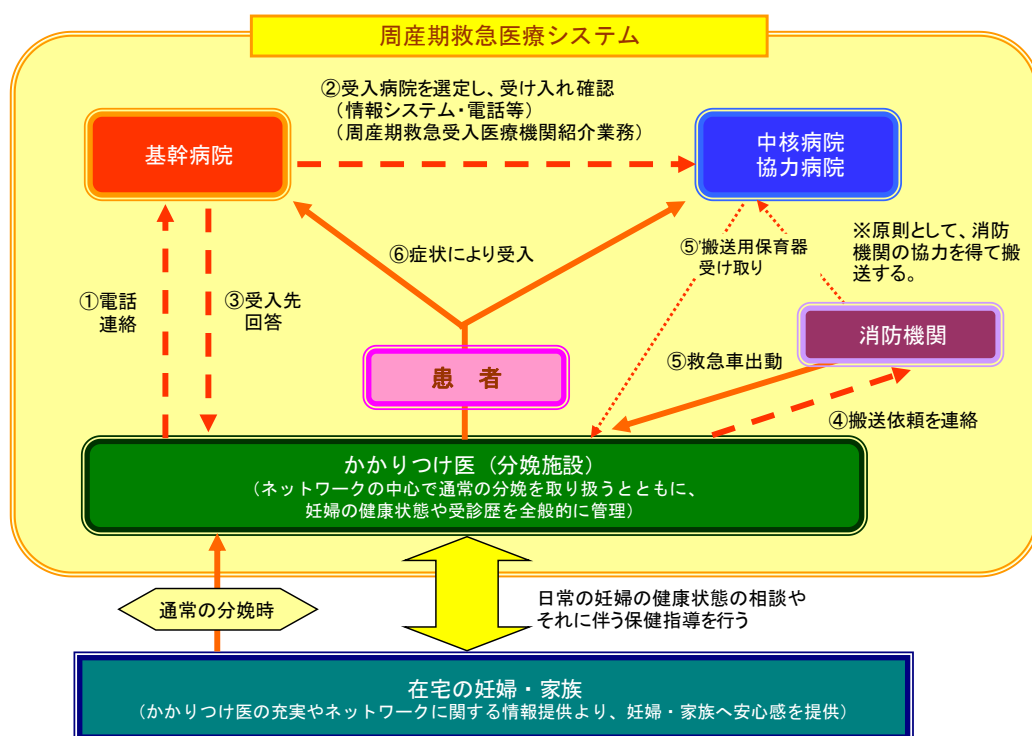
この「神奈川県周産期救急医療システム」とは、県内を6つのブロックに分け、機能別に位置づけた「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」を中心に、分娩時の予期できない急変等に対応し、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保するものです。

- また、県は平成6年8月から、「神奈川県周産期救急医療情報システム」を運用しており、県救急医療中央情報センター、県周産期救急医療システム受入病院（※6）、消防機関、県関係機関等が県周産期救急医療システム受入病院の状況を閲覧することができます。

本システムは、同じく県で運用している「神奈川県救急医療情報システム」と並行して閲覧できるように整備しており、総合周産期母子医療センターを筆頭とした周産期救急医療システム受入病院へ、産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊婦が救急搬送された際、迅速に対応可能病院を検索できるように配慮されています。

- 出生数減少や高齢出産割合の変動が見込まれること等を踏まえ、今後も継続的に周産期救急医療システムの安定的な運用を行うため、出生数減少の影響等を踏まえ、より効率的なシステムの構築や体制の見直しなども必要に応じて検討していく必要があります。

図表 1-4-7 神奈川県周産期救急医療システム概要図



ア 医師の勤務環境の改善が可能な体制

- 医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するためには、ハイリスク分娩を取り扱う周産期救急医療システム受入病院に負担を集中させないよう、周産期医療と母子保健を地域全体で支えることが重要です。
- 地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が出産に対応する仕組みであるオープンシステム（※7）や、地元の産科診療所等が妊産婦の健康診断を行い、周産期母子医療センター等の連携病院の医師・助産師が出産に対応する仕組みであるセミオープンシステムなどを活用することが有効ですが、令和3年度にオープンシステムを導入している県の周産期母子医療センターは無く、また、セミオープンシステム（※8）を導入している県の周産期母子医療センターも59%に留まっています。
- そのため、まずはセミオープンシステムの導入促進などから、周産期医療と母子保健を地域全体で支える方法を検討していく必要があります。
- さらに、院内助産や助産師外来についても、産科医師の負担を軽減する観点から、助産師の専門性の積極的な活用を検討していく必要があります。

イ 産科区域の特定

- 妊産婦のみを一般産科病床に入院させることにしている県の周産期母子医療センターは、令和3年度時点で45%となっており、半数以上の周産期母子医療センターが混合病棟となっています。
- 母子への感染防止や心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいですが、分娩数の減少や高齢者の増加などにより、妊産婦や産科に限定した病棟運営は難しいという声があります。こうした医療機関の実情を踏まえ、適切な対応を検討していく必要があります。

ウ 産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊産婦

- 産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊産婦について、周産期救急患者受入病院で、精神疾患以外の合併症を有する妊娠や胎児・新生児異常などに対応できる医療機関は周産期医療体制のブロックごとに一定数ある一方で、精神疾患を有する妊産婦に対応できる医療機関は、ブロックによっては対応できる医療機関がないところもあるため、精神科医療機関との連携など、体制の構築について検討する必要があります。

図表 1-4-8

周産期救急医療システム受入病院周産期母子医療センターで産科合併症以外の合併症を有する妊産婦の受入が可能な病院割合（令和5年8月1日現在）

脳血管障害	心疾患	精神疾患	外傷
79.3%	79.3%	41.3%	72.4%

（出典）県厚生労働省「神奈川県周産期救急医療情報システム調査周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

(3) 近隣都県との連携体制の構築

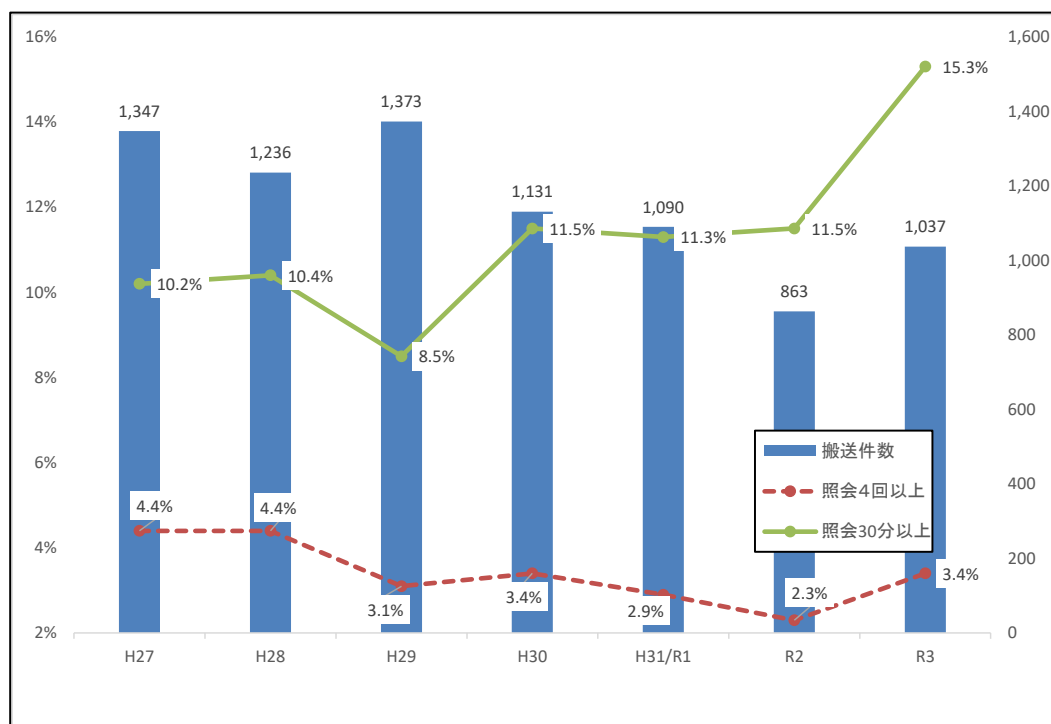
- 平成24年1月から、県内において受入病院が見つからず、やむを得ず県域を越えた搬送を行うに当たり、東京都との間で広域搬送連携体制を構築し、県外搬送の円滑化、搬送時間の短縮及び医師の負担軽減を図ることを目的に、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を実施しています。
- 今後も、セーフティーネットとして域外の搬送手段の確保は必要であることから、引き続き東京都と連携し、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を実施し、当該連携体制の強化に向けた検討を行う必要があります。

(4) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

- 救急隊から直接搬送される患者の円滑な受入れのため、平成24年度に、傷病者の搬送及び受入れにあたり、受入れ先が決定しない場合に受け入れる医療機関（受入医療機関確保基準病院）を設定しました。
- 受入医療機関確保基準病院は、陣痛のある未受診妊婦等に該当した傷病者で、「4回以上受入照会を行っても受入れに至らない場合」又は「現場到着後30分以上経過した場合」に受け入れることとされています。
- 救急隊が病院に4回以上照会を行った割合は近年、おおむね横ばいとなっていますが、救急隊が病院に30分以上照会を行った割合は令和3年度に増加しています。これは、妊産婦に限らず、県内の救急搬送困難事案の件数が令和3年（令和3年1月4日～令和4年1月2日）は8,871件と、令和2年（令和2年1月6日～令和3年1月3日）の5,676件に比べて増加していることから、医療全体がひっ迫した影響と考えられます。増加原因の一つとして、新型コロナウイルス感染症の患者増加に伴い、医療全体がひっ迫したことが考えられます。
- 今後は、妊産婦の搬送件数や、救急隊が病院に4回以上照会を行った割合などの状況を注視し、救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入れ体制が堅持されるよ

う、消防機関等と連携して情報共有を図った上で、体制整備を進める必要があります。

図表 1-4-9 妊産婦の搬送件数と救急隊が病院に4回(30分)以上照会を行った割合



(出典) 消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」

(5) NICU等周産期施設等の整備・充実

- NICU (Neonatal Intensive Care Unit) は新生児集中治療室ともよばれ、早産児や低出生体重児、または何らかの疾患のある新生児を集中的に管理・治療する部門です。
- 県におけるNICU設置数は、平成28年度では213床でしたが、令和3年度には、212床とほぼ横ばいで推移しています。
- 周産期母子医療センターのNICUに勤務する看護師について、3床に1名以上の看護師が勤務している割合は100%(令和3年度)となっており、NICU設置数増に伴う施設機能維持が図られています。
- NICUは24時間体制の医療現場であるとともに、専門知識や技術を要するため、継続的に勤務が出来るような環境の整備が求められています。
- 今後も、引き続きNICU等の周産期施設等の整備やNICU等で勤務する看護師等の確保を行っていく必要があります。

図表 1-4-10 県におけるNICU設置数の推移 (各年4月1日現在)

(単位: 床)

	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3
NICU設置数	213	213	207	206	212	212

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

図表 1-4-11

N I C Uがある周産期母子医療センターのうち、3床に1名以上の看護師がいる医療機関の割合
(各年4月1日現在)

	H29	H30	H31/R1	R2	R3
3床に1名以上の看護師がいる医療機関の割合	100%	100%	100%	100%	100%

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

(6) 医療的ケア児の療養・療育環境の整備

○ 県における周産期母子医療センターのN I C U等長期入院児の数は、平成 2822 年は 1716

人であったのが、令和3年は6人と減少傾向にあります。が、NICUは、低出生体重児等の新生児を集中的に管理・治療する部門であり、長期入院を一層、抑制する必要があります。

○ 低出生体重児等は、NICUを退院した後、医療的ケアが必要となる場合も多く、全国的に出生数は減少傾向ですが、医療的なケアを必要とする児の数は、救命率の向上等によって、ここ数年は横ばい傾向で、今後も一定数あることが見込まれます。

○ 県では医療的ケア児等が、地域で安心して療養できるよう、これまでその実態調査や在宅医療に関する実技研修等を実施し、保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備等に取り組んでいます。また、国の日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施しています。しかし、県内で在宅患者を受け入れる小児科診療所の受入環境は十分とは言えません。また、地域により医療資源に差があることなどから、市区町村よりも大きな範囲での連携拠点や、地域において在宅医療を積極的に担う医療機関を計画に位置付けることで、多職種連携を促進していく必要があります。

○ NICU等の円滑な運用に向けて、引き続き、長期入院を抑制するため、医療的ケア児が地域で安心して療養できるように、長期入院患者の年齢相当の病床への移行、在宅療養への移行を支援する必要があります。

図表 1-4-12 県における周産期母子医療センターのN I C U(G C U)長期入院児数

(単位：人)

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31/ R1年度	R2年度	R3年度
NICU長期入院児数	8	4	10	10	12	5	1	6	4	5
GCU長期入院児数	2	9	6	5	5	2	0	0	1	1

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

(7) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

○ 県における分娩取扱医師数は平成25年4月1日時点では524人でしたが、平成28年度に509人、

令和元年度に555人、令和4年度に526人と推移しています。

○ 新生児医療担当医師については、小児科と新生児科を兼任する医師がいるなど、実

態に即した数値を捉えることが難しいところですが、県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数は、平成27年4月1日時点では170人であったのが、令和3年では

154人と減少傾向にあります。

- 無痛分娩や帝王切開のより安全な実施に必要なとなる麻酔科医について、周産期母子医療センターに勤務する常勤の麻酔科医師数は、平成28年4月1日時点では282人であったのが、令和4-3年3月31日時点では320人となっています。
- 県は、県産科婦人科医会と連携して、産科志望者を対象とした研修会を実施するなど、一丸となって周産期関係医師の確保に取り組んでいます。
- 今後、医師の働き方改革と周産期救急医療システムの確保を両立させるためには、限られた医療資源を効率的・効果的に活用することが重要であり、医師確保についてもそうした観点で進めていく必要があります。

図表1-4-13 県における分娩取扱医師数の推移（各年4月1日現在）

(単位:施設)

分類	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4
病院	422	415	411	401	407	422	442	436	437	420
診療所	102	112	106	108	111	111	113	112	116	106
合計	524	527	517	509	518	533	555	548	553	526

(出典) 県「産科医療及び分娩に関する調査」

図表1-4-14 県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数（各年4月1日現在） (単位:人)

	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3
常勤医師数	170	187	172	162	152	165	154
周産期母子医療センター	109	136	118	112	114	140	130
その他の受入病院	61	51	54	50	38	25	24

※数値は日中に主にNICU・GCUを担当する小児科・新生児医師数（周産期母子医療センター）と初期研修医を除く新生児医療を担当する常勤医師数（周産期母子医療センター以外の周産期救急医療システム受入病院）の合計値です。

(出典) 厚生労働省「周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価」

(8) 安心して出産できる環境の整備1施設当たりの分娩取扱数等の適正化に向けた方策

- 県の分娩取扱数は、平成30年は60,942件でしたが、令和3年は54,478件となっており、また、分娩取扱施設数は平成30年度には145施設でしたが、令和4年度は138施設と、どちらも減少傾向にあります。
- ハイリスクな患者の分娩取扱いに対応する施設は一定程度の集約化が必要ですが、今後、ローリスクな患者に対応する分娩取扱い施設については、少子化の影響によって施設数が減少しないよう、分娩取扱い施設の現状把握に努め、少子化のなかでも分娩取扱施設数が減少し、特にハイリスク分娩に対応可能な分娩取扱施設の集約化の検討も進む中で、1施設当たりの分娩取扱数等の適正化を含め、県民が居住地を問わず、安心して出産ができるよう、対応を検討する必要があります。

図表 1-4-15 県の分娩取扱施設数（各年4月1日現在）

(単位：施設)

分類	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4
病院	62	63	61	60	61	61	61	60	60	60
診療所	57	58	58	62	62	62	63	60	60	58
助産所	31	30	28	26	24	22	22	22	21	20
合計	150	151	147	148	147	145	146	142	141	138

(出典) 県「産科医療及び分娩に関する調査」

(9) 周産期医療における災害対策

- 災害時、県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に精通した医師を「災害時小児周産期リエゾン」として配置します。
- 「災害時小児周産期リエゾン」には厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を委嘱しています。(令和5年4月1日時点で38名)

2 施策の方向性

《めざす方向（最終目標）》

出生数の減少や高齢出産の増加など、社会情勢が変化している中でも、安心して子どもを産み、育てる環境が整っている

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆周産期救急医療システムの充実
- ◆近隣都県との連携体制の構築
- ◆救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築
- ◆NICU等周産期施設等の整備・充実
- ◆新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備
- ◆周産期関係医師の確保に向けた取組の推進
- ◆安心して出産できる環境の整備
- ◆周産期医療における災害対策

(1) 周産期救急医療システムの充実

- 引き続き、周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、デジタル技術の導入などを検討し、効率的に情報を共有できる救急時に搬送先医療機関を迅速に確保する体制を整備します。
- 総合的な周産期医療体制の整備・推進に向け、引き続き、周産期医療協議会において協議を行っていきます。
- セミオープンシステムの導入促進など、周産期医療と母子保健を地域全体で支える方法を検討していきます。
- さらに、院内助産や助産師外来についても、タスク・シフト/シェアを進める方策として、導入に向けて検討していきます。
- 母子への感染防止や心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定など、医療機関の実情を踏まえた適切な対応を検討していきます。
- 精神疾患を合併する妊婦については、対応できる医療機関が少ないことから、精神科医療機関との連携など、体制の構築について検討していきます。

(2) 近隣都県との連携体制の構築

- 引き続き、東京都との連携体制の強化に向けて、検討を進めていきます。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

- 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入れ体制が堅持されるよう、消防機関等と連携して情報共有を図った上で、体制を整備していきます。

(4) NICU等周産期施設等の整備・充実

- 引き続きNICU等で勤務する看護師等の確保を行っていくとともに、継続して勤務できるよう環境整備を行っていきます。

- 新生児の発達支援に関する専門性を向上させるため、看護師に向けた研修内容を充実させるなど、さらなるNICU等の周産期施設等の整備を行っていきます。の周産期施設等の整備や、NICU等で勤務する看護師等の確保を行っていきます。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

- 長期入院児の抑制に向け、NICUや小児病棟から在宅へ移行した後の受入体制を整備することで、保護者の負担軽減を図ります。
- 医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう、正確な実態調査を図り、市町村と連携して保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。また、県は研修等を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援し、小児等在宅患者を受け入れる環境整備を推進してまいります。

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

- 医療対策協議会等における協議を踏まえ、医師の確保を特に図るべき区域に地域枠医師等を優先的に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の是正に取り組むとともに、県内定着を図ります。
- また、引き続き周産期医療を志す医学生や臨床研修医に対する研修会を開催するとともに、産科・小児科等の魅力を伝える意識啓発セミナーを新たに実施します。
- 医師の労働時間の縮減や勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援することにより、医師の県内定着を促進するとともに、周産期救急医療システムの確保と医師の働き方改革の両立を図ります。るため、実態把握を行ったうえで、タスク・シフト/シェア促進などに向けて、必要な支援を検討します。
- そのほか、今後の出生数の減少する中で、産科医師や新生児担当医師の技術を維持・向上させるため、研修等を引き続き行っていきます。

(7) 安心して出産できる環境の整備1施設当たりの分娩取扱い数の適正化に向けた方策

- 県民が居住地を問わず安心して出産ができるような環境を整備するため、地域の実情を把握したうえで1施設当たりの分娩取扱い数の適正化を含め、市町村と連携し、必要な地域の実情に合わせて対応を検討するとともに、産科医療施設等を開設する事業者の施設整備費などに対して補助を行います。していきます。

(8) 周産期医療における災害対策

- 県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」は厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。
- 高度な医療機能を有する総合周産期母子医療センターについて、災害時における業務継続計画の策定を進めていきます。

■用語解説

※1 低出生体重児

出生体重 2,500 g 未満の児

※2 極(超)低出生体重児

出生体重 1,500 g (1,000 g) 未満の児

※3 新生児死亡

人口動態調査上、生後 4 週未満の死亡をいう。

※4 周産期死亡

人口動態調査上、妊娠満 22 週 (154 日) 以後の死産に早期新生児死亡を加えたものをいう。

※5 妊産婦死亡

人口動態調査上、妊娠中又は妊娠終了後満 42 日未満 (1978 年 (昭和 53 年) までは「産後 90 日以内」とし、1979 年 (昭和 54 年) から 1994 年 (平成 6 年) までは「分娩後 42 日以内」としている。) 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すべ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。

※6 神奈川県周産期救急医療システム受入病院

神奈川県周産期救急医療システムにおいて、機能別に「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」と位置付けている病院の総称。分娩に関し地域の中心的な役割を果たす。

※7 オープンシステム

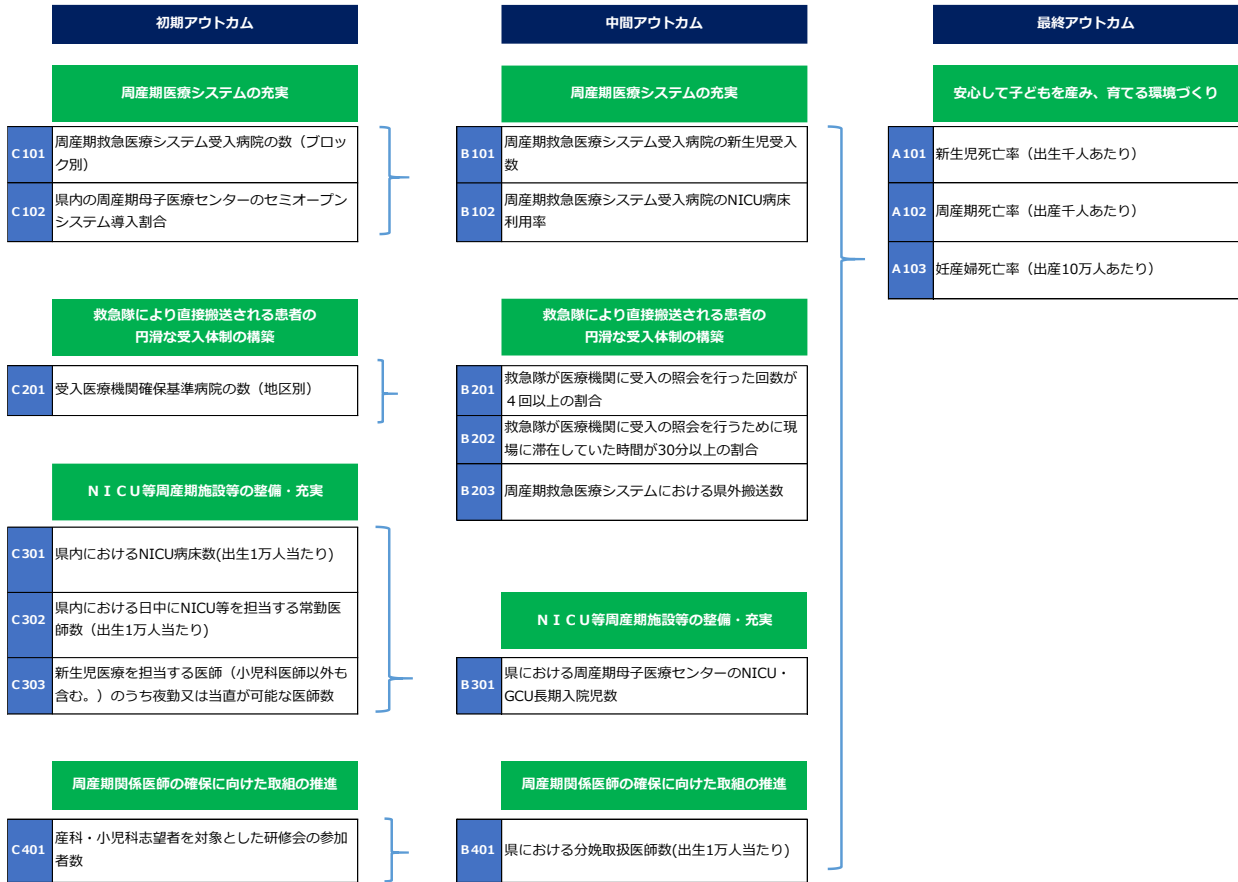
地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が、分娩時に連絡を受け、周産期母子医療センター等の連携病院に出向き、出産に対応する仕組み

※8 セミオープンシステム

地元の産科診療所等が妊産婦の健康診断を行い、周産期母子医療センター等の連携病院の医師・助産師が出産に対応する仕組み

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 (令和11年度)
初期	C101	周産期救急医療システム受入病院の数	神奈川県ホームページ, 神奈川県の周産期医療体制について	横浜 15 川崎 3 三浦半島 2 湘南 4 西湘 1 県央北相 4 (R5.4.1)	横浜 15 川崎 3 三浦半島 2 湘南 4 西湘 1 県央北相 4
	C102	県内の周産期母子医療センターのセミオープンシステム導入割合	厚生労働省, 周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	59%(R3)	100%
	C201	受入医療機関確保基準病院の数	神奈川県ホームページ, 神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準	横浜 9(輪番制) 川崎 3 三浦半島 1 湘南 1 西湘 1 県央・北相 1 (R5.4.1)	横浜 9(輪番制) 川崎 3 三浦半島 1 湘南 1 西湘 1 県央・北相 1
	C301	県内におけるNICU病床数(出生1万人当たり)	厚生労働省, 周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	36.0病床 (R3.4.1)	36.0病床

	C302	県内における日中に NICU 等を担当する常勤医師数(出生 1 万人に当たり)	厚生労働省,周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	26.229.0人 (R3.4.1)	26.2人
	C303	県内の周産期母子医療センターの新生児医療を担当する医師(小児科医師以外も含む。)のうち夜勤又は当直が可能な医師数	厚生労働省,周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	186人 (R4.3.31)	190人
	C401	産科・小児科志望者を対象とした研修会への参加者数	がっつり新生児セミナー in 神奈川開催委員会報告及び神奈川県産科婦人科医学会報告	129人(R4)	120人
中間	B101	周産期救急医療システム受入病院の新生児受入数	県独自調査	3,921件	4,000件
	B102	周産期救急医療システム受入病院の NICU 病床の病床利用率	県独自調査	75.3%	75.0%
	B201	医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の件数	消防庁,救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査	3.4%(R3)	3.0%以下
	B202	現場滞在時間が 30 分以上の件数	消防庁,救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査	15.3%(R3)	11.6%以下
	B203	周産期救急医療システムにおける県外搬送数	県調査,周産期状況調査	16件	16件以下
	B301	県における周産期母子医療センターの NICU(GCU)長期入院児数	厚生労働省,周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価	6人(R3)	5人以下
	B401	県における分娩取扱医師数	県調査,産科医療及び分娩に関する調査	934.0人(R4 3.4.1)	93人
最終	A101	新生児死亡率	厚生労働省,人口動態調査	1.00.8人(R4 3)	0.8人以下
	A102	周産期死亡率	厚生労働省,人口動態調査	3.73.3人(R4 3)	3.3人以下
	A103	妊産婦死亡率	厚生労働省,人口動態調査	6.93.3人(R4 3)	4.2人以下