

WG委員ご意見事務局対応案

現状・課題

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案（詳細等）	事務局修正案文
総論	<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・県の出生数は減少傾向にあり、分娩取扱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。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、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。</li> </ul>	<p>石川委員</p> <p>【課題】（案）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県民が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には、安定的・効率的な周産期救急医療システムを運用してゆく必要があります。令和6年度から全面施行になる医師の働き方改革も踏まえて、今後の周産期救急医療システムを運用してゆくかが課題です。</li> </ul> <p>石本委員</p> <p>【課題】について</p> <p>石川先生は「医師の働き方改革」についての文言を入れるよう意見されていますが、私も記載した方がよいと考えます。</p>	計画に反映させる		<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・県の出生数は減少傾向にあり、分娩取扱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。</li> </ul> <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、<b>医師の働き方改革による影響も踏まえ</b>、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。</li> </ul>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>				
1 現状と課題					
	(1) 周産期医療をとりまく現状				
	ア 出生数	<p>県の出生数は、平成29年に68,133人でしたが、令和2年には60,865人となっており、減少傾向にあります。</p> <p>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。</p>			
	イ 母親の年齢別出生数	<p>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。</p>	要検討	<p>○ 不妊治療が保険適用された2022年度の、不妊治療件数は10月現在データがありません。</p> <p>○ 2021年のART治療（体外受精、顕微授精法（ICSI）、胚移植（ET）、ヒト卵子・胚の凍結保存ならびに凍結胚移植等の技術に対する総称）の件数が49万8140件と、前年度（44万9900件）に比べて大幅に増加しており、理由として、不妊治療助成金額を15万円から30万円に増額したことが考えられます。</p> <p>○ このことから保険適用の影響によって、不妊治療件数が増加する可能性があります。あくまで可能性であるため「変動する可能性がある」という文言に留めたいです。</p>	<p>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<b>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</b>があります。</p>
	ウ 体重別出生数	低出生体重児及び極（超）低出生体重児の出生割合は、ここ数年は横ばい傾向にあります。			

WG委員ご意見事務局対応案

現状・課題

項目		事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案（詳細等）	事務局修正案文																												
	エ 新生児死亡率	新生児死亡率は、全国平均並みに低下してきています。	中西委員 令和5年発行の厚生労働省「人口動態統計」によれば、新生児死亡率に関して、確かに神奈川県全体で見れば、令和3年は0.8と全国平均と比較してほぼ同等の数値ではあるが、神奈川県内を地域別に見た場合、横浜市0.5、川崎市0.8に対し、相模原市は1.4と高値であり、この成績は、都道府県別および指定都市を含めて、全国ワースト1位である。よってこの数値を引き続き注視し、周産期救急医療システムに登録されたデータを基に、神奈川県の周産期体制の中で改善できる点があるのかどうかを検討する必要がある。	反映見送り	○ R3年度は相模原市の新生児死亡率が1.4と他の政令指定都市に比べて高い数値になっていますが、R2以前の死亡率を比べると以下の通りとなり、年によってばらつきがあるため相模原市が継続的に突出して高いとは言えません。 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>横浜</td> <td>川崎</td> <td>相模原</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>1.1 (31人)</td> <td>0.9 (13人)</td> <td>1.0 (5人)</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>0.8 (23人)</td> <td>1.0 (13人)</td> <td>2.2 (11人)</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>1.1 (27人)</td> <td>0.8 (10人)</td> <td>0.4 (2人)</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>1.1 (28人)</td> <td>0.6 (8人)</td> <td>1.3 (6人)</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>0.5 (13人)</td> <td>0.8 (10人)</td> <td>1.4 (6人)</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>1.1 (25人)</td> <td>0.7 (8人)</td> <td>1.4 (6人)</td> </tr> </table> ○ また、県の施策によって直接、新生児死亡率に影響を与えることは困難です。 ○ このことを踏まえて、新生児死亡率の変化は注視していく必要はありますが、計画には「相模原市が新生児死亡率が高い」とは記載しないこととしたいです。 ○ R4実績が9月に新たに公表され、全国値0.8に対して、本県は1.0であったことを踏まえ、計画本文は次のとおり更新したいです。		横浜	川崎	相模原	H29	1.1 (31人)	0.9 (13人)	1.0 (5人)	H30	0.8 (23人)	1.0 (13人)	2.2 (11人)	R1	1.1 (27人)	0.8 (10人)	0.4 (2人)	R2	1.1 (28人)	0.6 (8人)	1.3 (6人)	R3	0.5 (13人)	0.8 (10人)	1.4 (6人)	R4	1.1 (25人)	0.7 (8人)	1.4 (6人)	新生児死亡（※3）率は、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。
	横浜	川崎	相模原																															
H29	1.1 (31人)	0.9 (13人)	1.0 (5人)																															
H30	0.8 (23人)	1.0 (13人)	2.2 (11人)																															
R1	1.1 (27人)	0.8 (10人)	0.4 (2人)																															
R2	1.1 (28人)	0.6 (8人)	1.3 (6人)																															
R3	0.5 (13人)	0.8 (10人)	1.4 (6人)																															
R4	1.1 (25人)	0.7 (8人)	1.4 (6人)																															
	オ 周産期死亡率	周産期死亡率は、ここ数年は横ばい傾向にあり、全国平均並になっています。			○ R4実績が9月に新たに公表され、全国値3.3に対して、本県は3.7であったことを踏まえ、計画本文は次のとおり更新したいです。	周産期死亡率は、ここ数年は横ばい傾向にあります。																												
	カ 妊産婦死亡率	妊産婦死亡率は令和2年、令和3年と全国平均を上回っており、注視が必要です。	石川委員 （コメント）妊産婦死亡率は数が少なく、統計上ギザギザになってしまうのは致し方がないところです。ただここ2年間数が多いのは気になっているところなので、書き方としては事務局案文どおりで良いように思います。		○ R4実績が9月に新たに公表され、全国値4.2に対して、本県は6.9であったことを踏まえ、計画本文は次のとおり更新したいです。	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。																												
(2) 周産期救急医療システムの充実																																		
	前文	○ 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、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。 ○ 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、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。	石川委員 （最終段落案） ○ 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、出生数減少の影響や医師の働き方改革の影響等を踏まえ、より効率的なシステムを構築や体制の見直しなども検討してゆく必要があります。  石本委員 （最終段落案） ○ 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、妊産婦高齢化の影響や医師の働き方改革の影響等を踏まえ、より効率的なシステムを構築や体制の見直しなども検討してゆく必要があります。  上記のように石川先生案に、妊産婦高齢化の文言を足しました。また第7次計画の記載内容には「○ 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます」とありますが、この内容は変わらないはずですので、「妊産婦の高齢化がハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加をもたらす」という基本的な概念の記載は、前文ですので、どこかに入れておいた方が良いのではないかと思います。	計画の一部反映	【働き方改革関係】 ○ 石川委員及び石本委員のご意見のうち、「働き方改革」については、「(2)ア 医師の勤務環境の改善が可能な体制」や「(7)周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進」で触れており、また「前文」がかなり長文になっていることから、ここでは記載しないこととしたいです。 【DX関係】 ○ 石川委員及び石本委員の意見のうち、「より効率的なシステムの構築」は、保健医療計画の第7章第9節の「医療DXの推進」で、「デジタル技術による効率化が求められる」としていることから、周産期救急医療においても今後、取り組むべき事項であるため追記したいです。 【妊産婦の高齢化関係】 ○ 石本委員のご意見のうち、『第7次計画にある「妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます」との記載は現在も変わらないはずであり、「妊産婦の高齢化がハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加をもたらす」という基本的な概念の記載すべき」とのご意見については、妊産婦の高齢化率は横ばい傾向であり、低出生体重児の出生割合も横ばいとしていることから、第7次計画策定時の状況とは違うこと、また、第7次計画のように、「妊産婦の高齢化」のみを先に課題として記載すると、そのあとに続く、「今後も継続的に～」の中で触れている出生数の減少等と記載の容量に差が生じてしまうことから、「妊産婦の高齢化」を特だしすることは行わないこととしたいです。	○ 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、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。 ○ <b>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、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。</b>																												
			中西委員 新生児死亡率に関して、神奈川県内を地域別に見た場合、横浜市0.5、川崎市0.8に対し、相模原市は1.4と高値であり、この成績は、都道府県別および指定都市を含めて、全国ワースト1位である。よってこの数値を引き続き注視し、周産期救急医療システムに登録されたデータを基に、神奈川県の周産期体制の中で改善できる点があるのかどうかを検討する必要がある。	反映見送り	○ 1 (1) エに記載した理由から反映しないこととしたいです。	—																												

WG委員ご意見事務局対応案

現状・課題

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案（詳細等）	事務局修正案文
ア 医師の勤務環境の改善が可能な体制	<p>○ 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。</p> <p>○ 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（※6）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（※6）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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>豊島委員 周産期医療は24時間体制の医療であり、医師数の確保だけでなく、医師の勤務時間を有効に活用するためにも補助業務員の配置、タスクシフトの課題の言及が短くてもあってほしいかなと思えました。</p>	要検討	<p>○ 国の指針では「⑦ 医師の勤務環境の改善が可能な体制」で「地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスク・シフト/シェアを進めること」とあります。なお、基金では、「院内助産所や助産師外来を開設しようとする産科を有する病院・診療所の増改築・改修や、体制整備に必要な備品の設置に対する支援を行う」とされています。</p> <p>○ 「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」では、「産科医師と助産師とが役割分担し、チーム医療の推進にもつなげる院内助産・助産師外来の体制整備が求められる」とあります。</p> <p>○ 院内助産や助産師外来の活用を進めるために、<u>まずは産科医師から理解を得ることが重要</u>とされていることから、今後の検討事項という形で記載したいです。</p> <p>※ 院内助産：緊急時の対応ができる医療機関等において、正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が自立して行うもの。 ※医療法第2条でいう助産所には該当しない</p> <p>※ 助産師外来：医療機関等において、外来で、正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うもの。</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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（※6）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（※6）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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>
イ 産科区域の特定	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>				
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	<p>○ 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。</p>				
(3) 近隣都県との連携体制の構築	<p>○ 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。</p> <p>○ 今後も、セーフティ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。</p>	<p>豊島委員 ・東京・静岡・山梨などの近接とした都道府県との連携の向上でもいいかなと考えました。</p>	反映見送り	<p>○ 近接とした都道府県との連携することについて、現在、検討は進んでいない状況です。</p> <p>○ 広域搬送連携体制を今後も検討していく必要はあると考えられますが、現段階で具体取組みを他都道府県と調整せず、保健医療計画に記載することは困難であるため、原案のままとしたいです。</p>	

WG委員ご意見事務局対応案

現状・課題

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案（詳細等）	事務局修正案文
<p>(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</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>石川委員 （コメント）令和3年はあきらかにコロナによる医療ひっ迫が原因だったと思うのですが、そのことは書かなくて良いのでしょうか。</p> <p>石本委員 石川先生コメント→ 私も同意見です。県内の救急搬送困難事案の件数増加の要因はコロナだと思います。特に他領域の公的文書でも件数増加の要因がコロナであると述べられているのであれば、ここに記載しておいた方が良いと思います。すなわち、「全体の傾向としては増加していない」ことの間接的な根拠となると思われるからです。</p>	<p>計画に反映させる</p>	<p>○ 新聞等の報道では、コロナ関連でR3年は救急搬送困難事案が急増している等の記事が散見されていますが、その一方で、コロナの影響により救急搬送困難事案がR2と比較して増加したといえる根拠資料が得られませんでした（救急搬送困難事案のうちコロナ疑いの件数は令和3年以降の数字しかないため、比較ができず、コロナ疑いの患者が増えたからと言い切れない）。</p> <p>○ 一方で、新型コロナウイルス感染症神奈川県対応記録（保健医療編）総論では、令和3年7月～9月はデルタ株が流行し、デルタ株は若年層でも重症化する傾向があり、高度治療が必要な患者が増え、入院期間が長期間となったため重症病床がひっ迫。さらに新規感染者数も過去最高を記録し、感染者数の増加に伴い、医療機関や保健所もひっ迫との記載があり、また「夏季は、熱中症などの救急患者が発生しやすい時期であること等も重なって、救急搬送困難事案が1週間に500件に達した。」とあることから、搬送困難事案の原因の一つにコロナが関係していることは明らかであるため、次のように修正したいです。</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。<b>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。</b></p> <p>○ 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。</p>
<p>(5) NICU等周産期施設等の整備・充実</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>豊島委員 NICUの看護師数は確保されていますが、総合周産期医療センターは5年目以下が4割以上という離職率が極めて高いNICUも多いです。これは教育などにかかる負担が極めて大きく、看護師の離職予防の対応がないと看護師の離職のために機能しないNICUが出てきます。看護師の離職予防などの働き方改革への言及が必要と考えます。→「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看護であるため、継続可能な勤務環境の構築」を課題に追加を提案します。</p>	<p>計画に反映させる</p>	<p>○ NICUに勤務する看護師で勤続年数が5年以下の看護師の離職率が高いというデータは確認できませんでしたが、「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る」ことは事実であるためその旨記載したいと思います。</p> <p>○ なお「看護師の離職予防の対応」については、NICU等に勤務する看護師に特化したものはありませんが、「神奈川県医療勤務環境改善支援センター」で、離職防止や定着促進に向けて、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）と医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント）が勤務環境改善に取組む医療機関からの相談に対して、専門的な支援を無料で行っています。</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ <b>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。</b></p> <p>○ 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。</p>
<p>(6) 医療的ケア児の療養・療育環境の整備</p>	<p>○ 県における周産期母子医療センターのNICU長期入院児の数は、平成22年は16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。</p> <p>○ 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、医療的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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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する必要があります。</p>	<p>石本委員 医療的ケア児の療養・療育環境の整備の問題は、平時にとどまらず、災害時において特に問題になるかと思われます。その点でも正確な実態調査（医療装置の把握など）等は重要です。（9）の周産期医療における災害対策との関連もありますので、この項目で何らかの文言を入れるかどうかは、ご検討ください。</p>	<p>反映見送り</p>	<p>○ 災害対策に係る記載は、第1章第3節「災害医療」においてまとめており、非常時に対応した環境整備のための調査は、周産期医療に特化した内容でないことから、ここでは記載しないこととしたいです。</p>	<p>—</p>

WG委員ご意見事務局対応案

現状・課題

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案（詳細等）	事務局修正案文
		<p>豊島委員                      &lt;長期入院を一層、抑制する必要があります。&gt;&lt;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&gt;などを                      ご検討ください。</p>	<p>計画に反                      映させる</p>	<p>○ 国指針で「NICU 長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支                      援施設運営事業を活用して、当該施設的一般病棟や地域の医療施設へ                      の移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族等が在宅ケアを                      行うための手技の習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療                      的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する体                      制の整備を行うこと。」とあります。</p>	<p>○ 県における周産期母子医療センターのNICU等長期入院児の数は、平成2228年は1617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、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                      患者の年齢相当地の病床への移行、在宅療養への移行を支援する必要が                      あります。</p>
<p>(7) 周産期関係医                      師の確保に向けた取                      組みの推進</p>	<p>○ 県における分娩取扱医師数は平成25年度に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                      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。</p>				
<p>(8) 1施設当た                      りの分娩取扱数の適                      正化に向けた方策</p>		<p>石川委員                      (コメント)                      1施設当たりの分娩取り扱い数適正化がなぜ必要なか、ということがいま                      ひとつ読み取れません。ここまで(1)～(7)が主にハイリスク関連の内                      容でしたが、(8)は一次も含めた分娩環境の問題なのかな、と思います。                      (案)                      (8) 県民が居住地を問わず安心して出産できる環境づくりに向けた方策                      ○ 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。                      ○ 分娩取扱施設数の閉鎖にともない近隣で分娩できない施設もみられてい                      ます。                      ○ 分娩取扱施設であっても医師の働き方改革にともない、当直医師確保                      が困難となる可能性があります。                      ○ 分娩取扱施設が少子化を上回るペースで減少しないよう、県民のニー                      ズ、分娩取扱施設の現状の双方の把握に努め、少子化のなかでも県民が                      安心してお産できる施策を検討する必要があります。</p>	<p>要検討</p>	<p>○ 石川委員にご作成いただいた文案のうち、○3つめ「医師の働き                      方改革による医師不足」については、(7)で触れているため、ここ                      では記載しないこととしたいです。                      ○ ハイリスクな患者を扱う医療機関等については、一定程度の集約                      化も必要であることから、次のように修正したいです。</p>	<p>(8) 安心して出産できる環境の整備                      ○ 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、少子化のなかでも県民が居住地を問わ                      ず、安心して出産できるよう、対応を検討する必要があります。</p>

WG委員ご意見事務局対応案

現状・課題

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案（詳細等）	事務局修正案文
		<p>石本委員 石川先生のご指摘のように、問題は分娩取り扱い数の適正化ではなく、県民が安心して出産できる環境整備だと思います。そのような環境が整ったことが、結果として分娩取り扱い数が適正化したということになるのではないかと思います。つまり目指すべきは数値目標という誤解を受けないようなタイトルと内容にする必要があると思われます。</p> <p>石川先生案の一部文言修正 ○ 分娩取扱施設の閉鎖に伴い。近隣で出産をする施設を見つけることが困難な場合もみられています。</p>			
<p>(9) 周産期医療における災害対策</p>	<p>—※ ※ 今後、医療危機対策本部室が保健医療計画のうち「災害時医療」の調整と合わせて検討・調整するため変更予定。</p>	<p>石本委員 医療的ケア児の療養・療育環境の整備の問題は、平時にとどまらず、災害時において特に問題になるかと思われます。その点でも正確な実態調査（医療装置の把握など）等は重要です。（9）の周産期医療における災害対策との関連もありますので、この項目で何らかの文言を入れるかどうかは、ご検討ください。</p>	<p>反映見送り</p>	<p>○ 災害対策に係る記載は、第1章第3節「災害医療」においてまとめており、非常時に対応した環境整備のための調査は、周産期医療に特化した内容でないことから、ここでは記載しないこととしたいです。</p>	

施策の方向性

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案	事務局修正案文	
2 施策の方向性						
(1) 周産期救急医療シ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	<p>石川委員 (最初の○の案)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、搬送元医療機関、受入医療機関、救急医療中央情報センター、救急隊などが効率的に情報を共有できる体制を整備します。</li> </ul> <p>意見：さすがにファックスを使用した基幹病院と救急医療中央情報センターとの情報のやりとりはそろそろ限界ではないでしょうか。効率が悪く、医師の働き方改革に逆行しています。ぜひ第8次でDX化を進めていただければと思います。とくに救急隊とのやりとりのDX化はぜひ進めていただきたい課題です。(一般救急では出ていませんか?)</p> <p>石本委員 石川先生のご意見に同意します。国もIT/DX化を推進している状況ですので、予算措置は必要になりますが、そろそろ非効率のアナログの体制から脱皮を図る時期だと思えます。</p>	計画に反映させる	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「現状・課題」において、「より効率的なシステムの構築」と記載していることから、DXについて触れる必要があると考えます。</li> <li>○ そのため、石川先生の案を反映させるよう修正したいです。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、<b>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</b>体制を整備します。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	
		<p>石川委員 (最後の○の案)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、神奈川県精神科救急医療調整会議と周産期医療協議会との連携など、体制の構築について検討していきます。</li> </ul>	反映見送り	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 神奈川県精神科救急医療調整会議と連携していくことも含めて、今後の検討・調整すべき課題とし、計画には記載しないこととしたいです。</li> </ul>		
				要検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「現状・課題」において、豊島委員の意見を受けてタスクシフトについて記載する方向で検討しており、当該記載をする場合は、「施策」においても以下の記載を追加したいです。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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体制を整備します。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ さらに、<b>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。</b></li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
(2) 近隣都県との連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>	<p>豊島委員 東京・静岡・山梨などの連携体制の</p>	反映見送り	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「現状・課題」で記載した理由により反映しないこととしたいです。</li> </ul>		
(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>					
(4) NICU等周産期施設等の整備・充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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きます。</li> </ul>	<p>豊島委員 看護師などの確保・継続可能な勤務体制の構築</p> <p>看護師の専門性向上のため、新生児の発達支援に関する研修会の実施</p>	要検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「看護師などの確保・継続可能な勤務体制の構築」については、既に県では、「神奈川県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、医師や看護師等の医療従事者の離職防止や定着促進、医療安全の確保等を図るため、医療勤務環境改善に主体的に取り組む医療機関を支援しています。</li> <li>○ 「看護師の専門性向上のため、新生児の発達支援に関する研修会の実施」については、「周産期医療対策事業委託」の研修のうち「看護部門」において、既に看護の専門性向上を目的とした研修を実施しているため、この研修内容として、新生児の発達支援を取り上げることは可能と考えられるため、次のとおり修正を行いたいです。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、<b>継続して勤務できるよう環境整備を行っていきます。</b></li> <li>○ <b>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。</b></li> </ul>	
(5) 医療的ケア児の療養・療育環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	<p>石本委員 (現状・課題のところにも書きましたが、医療的ケア児の療養・療育環境の整備の問題は、平時にとどまらず、災害時において特に問題になるかと思われます。その点でも正確な実態調査(医療装置の把握など)等は重要です。(9)の周産期医療における災害対策との関連もありますので、この項目で何らかの文言を入れるかどうかは、ご検討ください。)</p>	反映見送り	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 災害対策に係る記載は、第1章第3節「災害医療」においてまとめており、非常時に対応した環境整備のための調査は、周産期医療に特化した内容でないことから、ここでは記載しないこととしたいです。</li> </ul>		

施策の方向性

項目	事務局案文	WG委員意見	対応案	事務局対応案	事務局修正案文
		<p>豊島委員 長期入院児の小児科病床や在宅療養への移行支援として、在宅療養へ移行した後の小児医療受け入れ体制、地域で生活支援体制を整備することで保護者の負担軽減を図ります。</p>	要検討	<p>○ 長期入院児の小児科病床や在宅療養への移行支援として、委員意見「在宅療養へ移行した後の小児医療受け入れ体制」は、既に「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」と記載しています。 ○ また、委員意見「地域で生活支援体制を整備する」ことについては、既に「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。」と記載しています。 ○ そのため、既に反映済みとしたいです。 ○ 「長期入院児の抑制に向け、」は、「現状・課題」の記載に合わせて削除したいです。</p>	<p>○ <b>長期入院児の抑制に向け</b>、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。</p>
(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進	<p>○ 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。 ○ 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。</p>	<p>豊島委員 ＜医師の働き方改革＞は大きな変化になり、この部分への対応をしていく記載はしておくほうがいいのではないのでしょうか？夜間などの受け入れ困難事例が生じる可能性は高いと思えます。予測とその対応をする所存を入れておいたほうが良いように思っています。＜医師の働き方改革に伴う周産期医療体制、診療状況へのモニタリングを行い、妊産婦や新生児患者への診療の質向上につなげる支援を行う＞、具体的には＜医師の業務支援やタスクシフトの支援＞などでしょうか？</p>	要検討	<p>○ 計画への記載は委員意見「予測とその対応をする所存」を踏まえ、次の修正を行いたいです。 ※ 「タスクシフト」については、(1)でも記載しています。</p>	<p>○ 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るため、<b>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。</b> ○ 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。</p>
(7) 1施設当たりの分娩取扱数適正化に向けた方策	<p>○ 県民が安心して出産ができるような環境を整備するため、1施設当たりの分娩取扱数適正化を含め、市町村と連携し地域の実情に合わせて対応を検討していきます。</p>	<p>石川委員（石本委員も石川委員の意見に賛成） (8) 県民が居住地を問わず安心して出産できる環境づくりに向けた方策 ○ 県民が居住地を問わず安心して出産ができる環境を整備するため、県民の居住地と分娩施設との距離や時間の調査、無痛分娩など妊産婦のニーズに関する調査、分娩取扱施設の分娩取り扱い数や当直医師の確保状況などを調査し、地域の実情を把握して市町村と連携していきます。</p>	要検討	<p>○ 石川委員の挙げる調査のうち、分娩取扱数や当直医師の確保状況などの調査は既に県で実施（産科医療及び分娩に関する調査）しています。その他の調査は現時点では実施していません。 ○ 県が主体となって調査を実施することが望ましいのかも含め、検討すべきであるため、計画には記載せず、次の修正にとどめたいです。 ○ タイトルは「課題・施策」の変更に合わせて。</p>	<p>(7) 安心して出産できる環境の整備 ○ 県民が居住地を問わず安心して出産ができる環境を整備するため、<b>地域の実情を把握したうえで市町村と連携し、必要な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。</b></p>
(8) 周産期医療における災害対策	<p>一※ ※ 今後、医療危機対策本部が保健医療計画のうち「災害時医療」の調整と合わせて検討・調整するため変更予定。</p>	<p>石本委員 (現状・課題のところにも書きましたが、医療的ケア児の療養・療育環境の整備の問題は、平時にとどまらず、災害時において特に問題になるかと思われまます。その点でも正確な実態調査（医療装置の把握など）等は重要です。(9)の周産期医療における災害対策との関連もありますので、この項目で何らかの文言を入れるかどうかは、ご検討ください。)</p>	反映見送り	<p>○ 災害対策に係る記載は、第1章第3節「災害医療」においてまとめており、非常時に対応した環境整備のための調査は、周産期医療に特化した内容でないことから、ここでは記載しないこととしたいです。</p>	—



ロジックモデル・指標

事務局案 ※各アウトカム（指標）については別添資料4を参照してください。	WG委員意見	対応案																															
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">初期アウトカム</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">中間アウトカム</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">最終アウトカム</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 周産期救急医療システム受入病院の数（ブロック別）                  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             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 周産期救急医療システム受入病院の新生児受入数                  周産期救急医療システム受入病院の平均病床稼働率             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 新生児死亡率（出生千人あたり）                  周産期死亡率（出生千人あたり）                  妊産婦死亡数（出生10万人あたり）             </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 受入医療機関確保基準病院の数（地区別）             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 救急隊が医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の割合                  救急隊が医療機関に受入の照会を行うために現場に滞在していた時間が30分以上の割合             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 県内におけるNICU病床数(出生1万人当たり)             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 県内における周産期母子医療センターのNICU・GCU長期入院児数             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 県内における日中にNICU等を担当する常勤医師数（出生1万人当たり）             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td></td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 産科・小児科志望者を対象とした研修会の参加者数             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 県における分娩取扱医師数(出生1万人当たり)             </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td></td> </tr> </table>	初期アウトカム		中間アウトカム		最終アウトカム	周産期救急医療システム受入病院の数（ブロック別） 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	}	周産期救急医療システム受入病院の新生児受入数 周産期救急医療システム受入病院の平均病床稼働率	}	新生児死亡率（出生千人あたり） 周産期死亡率（出生千人あたり） 妊産婦死亡数（出生10万人あたり）	受入医療機関確保基準病院の数（地区別）	}	救急隊が医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の割合 救急隊が医療機関に受入の照会を行うために現場に滞在していた時間が30分以上の割合	}		県内におけるNICU病床数(出生1万人当たり)	}	県内における周産期母子医療センターのNICU・GCU長期入院児数	}		県内における日中にNICU等を担当する常勤医師数（出生1万人当たり）	}		}		産科・小児科志望者を対象とした研修会の参加者数	}	県における分娩取扱医師数(出生1万人当たり)	}		<p>石川委員                  中間アウトカムになるかと思いますが、                  ・周産期救急システムにおける県外搬送数を含めてはいかがでしょうか。</p> <p>石本委員                  （石川委員意見に対し） 同意見です。なかなか指標がない（出しにくい）わけですが、ご指摘の県外搬送数は、県内で周産期医療ニーズの充足をみる指標になりますので良いのではないかと考えます。いつも出している数値でもありますし。</p>	<p>計画に反映させる</p>	<p>○ 初期アウトカム「受入医療機関確保基準病院の数」に続く、中間アウトカムとして「周産期救急システムにおける県外搬送数」を追加することとしたいです。</p>
初期アウトカム		中間アウトカム		最終アウトカム																													
周産期救急医療システム受入病院の数（ブロック別） 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	}	周産期救急医療システム受入病院の新生児受入数 周産期救急医療システム受入病院の平均病床稼働率	}	新生児死亡率（出生千人あたり） 周産期死亡率（出生千人あたり） 妊産婦死亡数（出生10万人あたり）																													
受入医療機関確保基準病院の数（地区別）	}	救急隊が医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上の割合 救急隊が医療機関に受入の照会を行うために現場に滞在していた時間が30分以上の割合	}																														
県内におけるNICU病床数(出生1万人当たり)	}	県内における周産期母子医療センターのNICU・GCU長期入院児数	}																														
県内における日中にNICU等を担当する常勤医師数（出生1万人当たり）	}		}																														
産科・小児科志望者を対象とした研修会の参加者数	}	県における分娩取扱医師数(出生1万人当たり)	}																														
	<p>豊島委員                  分娩取扱医師と同じようにNICUの評価数も何らかあるといいとは思いました。</p> <p>全国の数字を出すのは難しいかもしれませんが、県内で                  &lt;NICU当直(夜勤) 可能医師数&gt;                  &lt;NICU全体における勤務経験5年目以内の看護師の割合&gt;                  などは勤務体制の向上を反映するかなと思いましたがロジックモデルに入れるのは難しいでしょうか？</p>	<p>計画に一部反映させる</p>	<p>○ 委員意見「分娩取扱医師と同じようにNICUの評価数も何らかあるといい」ということについて、「NICU当直(夜勤) 可能医師数」は周産期母子医療センターに限れば、国調査「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」で「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」は把握が可能であるため、初期アウトカムに追加します。</p> <p>※ R3年度以前の調査では当該質問がなかったため、実績データは令和4年3月31日現在の「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」データのみです。</p> <p>○ 「NICU全体における勤務経験5年目以内の看護師の割合」はデータがないため、反映は困難です。</p>																														