

第 8 次東京都保健医療計画（周産期医療） 骨子案について

第8次保健医療計画（周産期医療）における取組について

- 現行計画の取組を継続し、新たに医師の勤務環境改善を取組目標に位置付け、6つの目標に取り組んでいく。

第7次保健医療計画

<取組1-1>

リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

※ 新興・再興感染症発生時の周産期医療体制の検討を含む。

<取組1-2>

精神疾患を合併する妊産婦への対応

<取組1-3>

災害時における周産期医療体制の推進

<取組2>

母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応

<取組3>

NICU等長期入院児に対する在宅移行支援

第8次保健医療計画

<取組1>

リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

※ 精神疾患を合併する妊産婦への対応を含む。

<取組2>

母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応

<取組3>

NICU等長期入院児に対する在宅移行支援

<取組4>

災害時における周産期医療体制の推進

<取組5>

新興・再興感染症発生時の周産期医療体制の構築

<取組6>

周産期医療に携わる医師の勤務環境改善

※ 他事業・他疾患の診療体制との一層の連携強化を図る観点から、「東京都周産期医療体制整備計画」を保健医療計画に一体化。

【取組 1】 リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

【現状】

- 出生数は平成27年以降、一貫して減少する一方、リスクの高い低出生体重児（～2,500g）の割合は増加傾向。
- 35歳以上の母からの出生数の割合は全国的に増加。都における割合は全国を大きく上回っている。
- 新生児死亡率・周産期死亡率は、全国よりも低い数値で推移し、減少傾向にあったが、令和4年は前年から数値が増加。
- 妊産婦死亡数は、平成27年から令和3年までの間、0～3人の間で推移。
- 出生数が減少する一方、NICUに入院する児の数は年々増加。
- NICU等退院時に医療的ケアが必要な児、またその中でより高度なケアが必要な児の出生数に対する割合も増加傾向。
- NICU・GCUに90日以上長期入院している児数は減少傾向にあったが、近年は年々増加。
- 都内の一般医療機関数は増加傾向にあるものの、産科・産婦人科・小児科標榜医療機関数は横ばい。分娩取扱施設数は減少。
- 産科・産婦人科・小児科医師数は、増加しているものの、医師総数の増加率に比べると低い状況。
- 女性医師の比率は年々増加傾向。都は全国と比較しても割合が高く、産科・産婦人科では半数以上が女性医師。

【これまでの主な取組】

- 周産期母子医療センターを29施設、周産期連携病院を11施設指定・認定し、リスクに応じた周産期医療提供体制を構築。
- 周産期母子医療センター等の運営や施設・設備整備に対する支援を実施。
- 都全域でNICUを374床確保（R5.7.1現在）
- 都内を8つのブロックに分け、妊産婦等の状態に応じた、きめ細やかな搬送体制を構築し、「東京都母体救命搬送システム」「周産期搬送コーディネーターによる搬送調整」「東京都胎児救急搬送システム」等を運用。
- 周産期搬送ブロックごとに、周産期母子医療センター等を中核とした「周産期医療ネットワークグループ」を構築し、ブロック内医療機関等の連携を推進。精神疾患合併妊産婦への対応や産科セミオープン・オープンシステムの推進等を検討。

【取組1】リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

【課題】

- 限りある医療資源を有効活用するため、リスクに応じた機能分化と連携をさらに促進していくことが必要。
- 周産期医療資源の偏在を解消することが必要。
 - ・ 区東北部ブロックは総合周産期母子医療センターがなく、他ブロックの病院が搬送調整を行うなど、区部他ブロックと比較すると医療資源に乏しい状況。
 - ・ NICUについて、都全域では出生1万対30床の目標を達成するも、多摩地域は出生1万対30床に満たない状況。
- NICUの満床状態を解消することが必要。
 - ・ NICU入院児数は年々増加しており、医療機関によってはNICUが恒常的な満床状態。
 - ・ NICU・GCUに90日以上長期入院している児数が増加傾向。
- 精神疾患を合併する妊産婦への対応を強化することが必要。
 - ・ 受入医療機関が限られること等により、搬送に時間を要する事例が発生。
 - ・ 妊娠中の精神疾患だけでなく、産後うつへの対応も必要。

【今後の方向性（案）】 ※赤太字は現行計画から追加・修正等行った箇所

- 各医療機関の役割、体制、実績等を踏まえた、より安全・安心で質の高い**周産期医療提供体制の構築・母子に配慮した周産期医療提供体制の整備**に向けて引き続き検討を実施。
検討にあたっては、妊産婦等のメンタルヘルスケアに携わる人材等、保健・福祉分野の専門人材等も周産期医療協議会等に参画。

<ハイリスク妊産婦・新生児への対応>

- ハイリスク妊産婦・新生児の状況及び地域の医療資源の状況を踏まえ、必要に応じて周産期母子医療センターの指定等を検討。
- **各地域・医療機関の状況に応じた、必要量に見合うNICUの整備。**
- 各搬送システムの検証を通じて、引き続き周産期搬送体制の強化を図り、必要に応じて新たなスーパー総合周産期センターの指定を検討。

<ミドルリスク妊産婦・新生児への対応>

- 地域の医療資源の状況を踏まえ、必要に応じて周産期連携病院の指定を検討。

【次項へ続く】

【取組1】リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

【今後の方向性（案）】 ※赤太字は現行計画から追加・修正等行った箇所

【前頁より続き】

<ローリスク妊産婦・新生児への対応>

- 病院、診療所及び助産所などの地域周産期医療関連施設について、引き続き周産期医療ネットワークグループにおいて、三次・二次医療機関とのリスクに応じた役割分担と連携を進める。

<多摩地域における周産期医療体制>

- 多摩地域における周産期医療体制確保のため、周産期医療ネットワークグループの連携体制強化・新生児搬送体制の充実等を引き続き図る。

<精神疾患を合併する妊産婦への対応>

- 周産期母子医療センターにおける精神科との連携や周産期医療ネットワークグループを通じた地域の関連医療機関と地域保健行政間の連携等を促進。

- **妊産婦等のメンタルヘルスケアに携わる人材等、保健・福祉分野の専門人材等も周産期医療協議会等に参画。【再掲】**

<妊娠期から出産、子育て期に至るまでの切れ目ない支援>【再掲】 ※母子保健分野で記載予定の事項の再掲

- **産後うつ予防等を図る観点から、妊娠期から保健師等の専門職が関わるとともに、産後間もない時期における産婦の健康診査や、退院直後の母子に対する産後ケアなどにより、支援が必要な妊婦や子育て家庭を発見し、支援につなげる仕組みを充実。**

【目標】誰もがその症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる周産期医療体制を確保

【想定する評価指標】

◎ 新生児死亡率（出生千対） ⇒ 下げる 【継続】

◎ 周産期死亡率（出産千対） ⇒ 下げる 【継続】

◎ **妊産婦死亡率（出産十萬対） ⇒ 下げる 【内容変更】**

現評価指標のうち、「**出生1万対NICU病床数を増やす**」は、**評価指標からは除外。**

※ 都全域では現行計画における目標数を達成しており、
今後は各地域・医療機関の状況に応じて整備していくため。

※現評価指標「妊産婦死亡数を減らす」から「死亡率」に変更

【取組 2】母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応

【現状】

- ハイリスク妊産婦の増加等により母体救命搬送事例件数は増加傾向。
- 最終的な受入先決定までの平均選定時間は減少傾向にあったが、近年は新型コロナウイルス感染症の影響により平均選定時間が長くなっている。
- 搬送症例の約半数が出血性ショック
- 35歳以上の母からの出生数の割合は全国的に増加。都における割合は全国を大きく上回っている。【再掲】

【これまでの主な取組】

- 母体救命対応総合周産期母子医療センターを6施設確保。
- 一次周産期医療機関等に産科救急対応能力向上のための研修を実施。

【課題】

- ハイリスク妊産婦の増加等により、母体救命搬送体制の更なる充実が必要

【今後の方向性（案）】

- 母体救命搬送システムの運用状況等について、各医療機関の協力を得ながら引き続き適宜検証を行い、円滑な運用を推進。
- 医師や看護師、助産師等に対する研修等により、一次周産期医療機関等における産科危機的出血時等の母体急変時等における初期対応力を強化。

【目標】誰もがその症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる周産期医療体制を確保

【想定する評価指標】

- ◎ 母体救命搬送システムにおける平均病院選定時間 ⇒ 短くする 【継続】
- ◎ 妊産婦死亡率（出産十萬対） ⇒ 下げる 【内容変更・再掲】

現行計画において、本項目の評価指標にもなっている「**新生児死亡率を下げる**」「**周産期死亡率を下げる**」については、**本項目の評価指標からは除外。**

【取組3】NICU等長期入院児に対する在宅移行支援

【現状】

- 出生数が減少する一方、NICUに入院する児の数は年々増加。【再掲】
- NICU等退院時に医療的ケアが必要な児、またその中でより高度なケアが必要な児の出生数に対する割合も増加傾向。【再掲】
- NICU・GCUに90日以上長期入院している児数は減少傾向にあったが、近年は年々増加。【再掲】

【これまでの主な取組】

- 周産期母子医療センター等にNICU入院児支援コーディネーター等の配置を推進
- 周産期母子医療センター等における在宅移行支援病床運営事業の実施
- レスパイト病床の整備を進める在宅療養児一時受入支援事業の実施

【課題】

- NICU入院児数の増加、NICUの利用状況、NICU等への長期入院児数の現状等を踏まえ、在宅移行支援の更なる強化が必要。
- 医療的ケアが必要な児の増加、必要とされるケアの高度化への対応が必要。

【今後の方向性（案）】

- 地域の医療機関も含めた在宅移行支援病床やレスパイト病床の拡充等による円滑な在宅移行の更なる促進。
- 在宅移行を担う人材及び移行後に必要な医療・保健・福祉サービスを担う人材の育成。

【目標】誰もがその症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる周産期医療体制を確保

【想定する評価指標】

- ◎ NICU・GCU長期入院児数（90日以上）⇒ 減らす【継続】
- ◎ 在宅移行支援病床を設置する周産期母子医療センター等数 ⇒ 増やす【新規】 <目標数>全周産期母子医療センターに設置
- ◎ レスパイト病床を設置する周産期母子医療センター・指定二次救急医療機関（小児科）数 ⇒ 増やす【新規】

【取組4】 災害時における周産期医療体制の推進

【現状・これまでの主な取組】

- 災害時小児周産期リエゾン指定（定数）
東京都災害時小児周産期リエゾン（6名）、地域災害時小児周産期リエゾン（24名）、
地域災害時小児周産期リエゾン代理（24名）
- 令和4年度に地域災害時リエゾン代理を養成するも、医師の異動・退職が多く、令和5年度は当初から欠員の出ている圏域が多い状況。
- リエゾンが訓練に参加する機会が少ない。
- 都独自の養成研修や実践力を養うためのフォローアップ研修を実施。
- 合同総合防災訓練等に参画し、災害医療分野との連携を推進。

【課題】

- リエゾン要員を安定的に確保することが必要。
- 災害時小児周産期リエゾンとしての対応力の強化が必要。

【今後の方向性（案）】 ※赤太字は現行計画から追加・修正等行った箇所

- **リエゾン候補者となる有資格者を各圏域バランスよく養成。**
- 災害訓練等の参加による、発災時に円滑に活動できるリエゾンの養成。
- 地域災害医療連携会議や各種防災訓練等を通じ、災害医療コーディネーター等と連携強化。

**【目標】 災害医療と小児周産期医療の円滑な連携体制の構築等により、
災害時においても適切な医療を迅速に受けられる周産期医療体制を確保**

【想定する評価指標】

評価指標の設定なし

【取組5】新興・再興感染症発生時の周産期医療体制の構築

【現状・これまでの主な取組】

- 新型コロナウイルス感染症に罹患した妊産婦等は、受入医療機関が限られ、搬送困難事例が生じた。
- 新型コロナウイルス感染症に係る対応として以下を実施。
 - ・ 医療機関への入院に加え、妊婦支援型宿泊療養施設の開設、自宅療養中の妊産婦に対する助産師による健康観察等を実施。
 - ・ 産科的症状の発生や悪化等緊急を要する場合、通常の周産期搬送ルールに沿った対応を実施。

【課題】

- 感染症に罹患した妊産婦等を迅速・確実に受け入れる体制の確保が必要。

【今後の方向性（案）】 ※赤字は現行計画から追加・修正等行った箇所

- **新型コロナウイルス感染症対策から得られた教訓を踏まえ、新興・再興感染症発生時に妊産婦の健康観察体制や療養環境を迅速に整備できるよう、関係機関との連携を強化。**
- **各周産期医療ネットワークグループにおいて、感染症に罹患した妊産婦等の受入医療機関や地域内での役割分担等についてあらかじめ協議を実施。**

【目標】誰もがその症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる周産期医療体制を確保

【想定する評価指標】

評価指標の設定なし

【取組 6】 周産期医療に携わる医師の勤務環境改善

【現状】

- 都内の一般医療機関数は増加傾向にあるものの、産科・産婦人科・小児科標榜医療機関数は横ばい。分娩取扱施設数は減少。
【再掲】
- 産科・産婦人科・小児科医師数は、増加しているものの、医師総数の増加率に比べると低い状況。【再掲】
- 女性医師の比率は年々増加傾向。都は全国と比較しても割合が高く、産科・産婦人科では半数以上が女性医師。【再掲】

【これまでの主な取組】

- 病院勤務者勤務環境改善事業、地域医療勤務環境改善体制整備事業等による、医療体制の安定的確保・勤務環境改善に資する取組の促進。
- 産科及び新生児医療を担当する医師の処遇改善による周産期医療関係医師の確保。
- 周産期医療関係者を対象とした、周産期医療に必要とされる知識・技術等の習得のための研修の実施。
- 院内助産システムの活用促進

【課題】

- 医師の働き方改革を踏まえ、地域において必要な周産期医療体制を維持・確保のうえ、医師の勤務環境改善が可能な体制を構築することが必要。

【取組6】周産期医療に携わる医師の勤務環境改善

【今後の方向性（案）】

- 各医療機関の役割、体制、実績等を踏まえた、より安全・安心で質の高い**周産期**医療提供体制の構築・**母子に配慮した周産期医療提供体制の整備**に向けて引き続き検討を実施。【再掲】
- 周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、医療機能に応じた役割分担と連携の促進。
- 産科医師から助産師へのタスクシフト・タスクシェアの促進。
- 周産期医療を担う医師・看護師・助産師等の安定的な確保・育成。
- 子育て等の様々な事情を抱える医師等が就業を継続できる環境の整備。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れた医師等の再就業の促進。

【目標】 地域において必要な周産期医療体制を維持・確保のうえ医師の勤務環境改善が可能な体制の構築

【想定する評価指標】

- ◎ **オープンシステム・セミオープンシステムの基幹病院となっている周産期母子医療センター数 ⇒ 増やす【新規】**
- ◎ **院内助産・助産師外来を行っている周産期母子医療センター数 ⇒ 増やす【新規】**

第8次保健医療計画（周産期医療）の評価指標について

【第7次計画指標】

取組	指標名	目標値
取組1	<u>出生1万対NICU病床数</u>	<u>増やす</u>
取組2	母体救命搬送システムにおける平均病院選定時間	短くする
取組1 取組2	新生児死亡率（出生千対）	下げる
取組1 取組2	周産期死亡率（出産千対）	下げる
取組1 取組2	<u>妊産婦死亡数</u>	<u>減らす</u>
取組3	NICU・GCU長期入院児数（90日以上）	減らす

【第8次計画指標（案）】

取組	指標名	現状	目標値
取組1	新生児死亡率（出生千対）	0.8 (令和4年)	下げる
取組1	周産期死亡率（出産千対）	3.3 (令和4年)	下げる
取組1 取組2	<u>妊産婦死亡率（出産十万対）</u>	<u>1.0</u> (令和3年)	<u>下げる</u>
取組2	母体救命搬送システムにおける平均病院選定時間	13.8分 (令和4年度速報値)	短くする
取組3	NICU・GCU長期入院児数（90日以上）	77人 (令和4年)	減らす
取組3	<u>在宅移行支援病床を設置する周産期母子医療センター等数</u>	<u>15施設</u> (令和4年度)	<u>増やす</u> ※全ての周産期センターに設置
取組3	<u>レスパイト病床を設置する周産期母子医療センター・指定二次救急医療機関（小児科）数</u>	<u>21施設</u> (令和4年度)	<u>増やす</u>
取組6	<u>オープンシステム・セミオープンシステムの基幹病院となっている周産期母子医療センター数</u>	<u>18施設</u> (令和3年度)	<u>増やす</u>
取組6	<u>院内助産・助産師外来を行っている周産期母子医療センター数</u>	<u>院内助産 13施設</u> <u>助産師外来 22施設</u> (令和3年度)	<u>増やす</u>

～「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」より～

【院内助産】

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

【助産師外来】

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合は含まない。