

とを研究してみようかとか、それから横浜にふれあいホスピタルというのがあって、それは本当に助産師さんたちや妊婦さんを連れてその病院へ行って、お産をさせるようなシステムがあるのですが、そんなふうなところを少しずつ研究していきたいというのが、助産師さんたちの意向であります。知っていることだけをお話ししました。

岡村：佐藤先生いかがですか？ 今の問題にちょっと追加して。

佐藤：はい。最近そういったオープンシステムを利用させていただく助産院が結構増えてまいりました。というか、そういう受け入れ体制が徐々にできつつありまして、つい先だっては大阪の厚生年金病院のほうがオープンシステムをスタートさせて、実際にどこに開業の助産院の方々が行かれて介助を行う。そういうようなスタイルが徐々にできつつありますので、今回こういった仙台市でオープンシステムを導入すると、あるいはそういうような方向に向かう際には、確実にオープンシステムを取られる病院には、院内で同じように助産院をスタートさせてほしいなという考えがあります。これはオープンシステムの医療の中のそれということではなくて、同じ施設の中に助産院という形で別枠に医師の立ち会いなしに本当に助産師外来から、それから分娩を、それから産褥期です。そういったこともケアする。緊急事態のときには、いつでも院内ですのでドクターの応援態勢がもらえると、そういうことを保証することによって、入り口が玄関先に入ったときに、妊婦さんは私はこちらのほうがよろしい。私はこちらのほうがよろしいと。それを決めるのは当然のことながらハイリスクの場合には、いくら助産院といえどもそれはできませんので、そういったハイリスク・ローリスクの基準なりをやはり早急に決めていただいて、それでなおかつ妊産婦さんたちのニーズに応えられるような選択肢をたくさん準備をするというような保証体制というのが必要なのではないかなと考えております。

岡村：はい、ありがとうございます。院内助産所という言葉がいい言葉かどうかわかりませんが、そういうお話だったと思いますけど、どなたかそういうことでご発言ございませんか？ 中林先生の愛育病院の実態ではないですが、それをお話ししていただけますか。

中林：助産婦さんに関しては日赤医療センターのスギモト先生と私とが医局で同じ

であったということで、両方で助産婦さんが多いものですから、そこで助産師中心の分娩を計画してやっておりますけれども、まだなかなか妊娠期間中から分娩まで関与することは、それぞれ彼女らの仕事のエキストラでさらにやるということですので、1人ができる数はある程度限られているということで、まだ本格的ではありませんけれども、月30例ぐらいはできそうである。それから、そのほかに私どもはしっかりした助産院であればという条件付ですけれども、あまりフィロソフィーの違う助産院とは提携はしたくないです。これはアメリカでもどこでも同じですけれども、ある一定のレベルの病院になりますと、登録医とかオープンシステム病院の医師を選びます。あまりレベルの低い医師は、自分の病院の登録医になってほしくないと思いますので、やはり助産院でも登録医でも同じくかなりレベルのしっかりした方を登録いたしますので、助産院でもしっかりしたところはどうぞ来てくださいということで、助産婦さんと助産院同士の連携は現在つけているところで、しっかりした助産院は、徐々にそういう形態になっていくのではないかというふうに思います。それから、先ほど総合と地域というお話ができましたけれども、これは場所によってかなり違うところがありまして、例えば大学病院のようなところでオープンをいきなりやろうと思ってもできる大学とそうでない大学、例えば腫瘍とか不妊とかいろいろなものがあって、分娩には特化できないところが大学病院の特徴でもあります。3つを全部やらなければいけない。そうすると、お産の中心的な役割は、もう少し違う2次センター的なところをお願いしないといけないかもしれないです。東京なんかは総合センターが9つと地域センターが11ですか？ トータルで20のセンターがありますから、それぞれ選べますけれども、やはり地域によっては総合のすべきことと地域センターのやるべきことということは違うように思います。そうすると、地域センターではむしろオープンシステムを中心にしながらローリスクの分娩も集まってきていいのではないかと。しかし、一遍にその規模に医師も施設もそろはずがありませんので、やはり半分近いローリスクの分娩は、一般の先生方に管理をしていただきながら、母体搬送・新生児搬送が必ず受けられるようなシステムを構築するという段階が近未来的、5年、10年の未来で、10年先には今度こうなるといったステップバイステップに動かしていかないと、先ほどの助産師さんのような数年後にはどうなるのだろうというような心配になりますので、やはり多分この10年ぐらいはそういった開業の先生方にローリスクを受け持っていて、そして周産期センターの組織を確立するということがわれわれに求められている急務ではないか。特に中核病院の整理というのは非常に急がれるのではないかというふうに私は感じます。

岡村：ありがとうございます。予定の時間がそろそろきたわけですがけれども、今のお話をお伺いして、佐々木さんか堀籠さん何かご発言ございますか？ よろしいですか？ 私のほうから簡単に今日のまとめをさせていただきたいと思います。実際に私が大学におりまして、医学部の学生を見ていますと、いま苗村課長からお話がありましたほかの厚生省の班研究の結果でも、医学部の学生では3年生、4年生というのは非常に産婦人科に興味を持っているのです。男子学生の20%ぐらい、女性になりますと、女性の医学部の学生は50%ぐらいが産科をやってもいいというような答えをしています。ところが、現実には5%にも満たないというような現実には、要するに5年生、6年生になって、実際に病院を、何科かを選択しようか？ いま研修制度がありますのでその後になると思いますが、そうしたときに産婦人科の今の医療の現状を見て、これは大変だというようなことで二の足を踏んでしまうというのが現実だと思います。実際にオープンシステムというのは、いま産科の集中化ということがございましたけれども、これをみんな学生は見ています。その中で、もし産婦人科を選択したらどういう医療環境で私たちは働けるのかということを見ています。その中でやはり大事なことは、たくさんの医師の中で勉強できる。それから、症例がたくさんある。そして、医療訴訟もない。そういうような環境というのが望まれているわけです。その一つとしてやはりオープンシステムという者を考えていかななくてはいけないのではないかなというふうに思っております。これは医師だけに限ったことではない。やはり助産婦さんなりこれから周産期医療にかかわる方々がぜひ一緒に考えてほしいなというふうに思っております。しかし、いろいろお話を聞きましても、この中でオープンシステムをやるにしても、すぐにはできないことですがけれども、ぜひクオリティコントロールといえますか、お産に対しては医師も研修医もいろいろ立ち会っていますけれども、助産師さんの中でもぜひいろいろ勉強していただいて、お産の安全性をぜひクリアするような教育システムを作っていただきたいと思います。そして安全性、快適性というものを付加していただければ、大変満足できるようなお産になるのではないかなというふうに考えております。

これからこのフォーラムをスタートにして、宮城県でも周産期医療協議会というのがございますし、また中林先生のお話にありました通り、このオープンシステムを考えるとこの会も、近々できるかと思っておりますので、それを中心にぜひ皆さんが参加していただいて、いいシステムができるように私も全力を尽くしてまいりたいと思っておりますので、先生方のぜひ皆さん今日お集まりの方々の参加をお願い

いしたいというふうに思っております。今日は本当に 10 月 31 日という月末の、また日曜日という大変お忙しい中、また今日は雨も降って足下の悪い中、多くの方々の参加をいただきまして、本当にありがとうございました。また、今日壇上にお上がりの先生方におかれましては、本当に遠いところお忙しい中、特に苗村課長においては、本当にお忙しい中このフォーラムにご参加いただきまして、本当にありがとうございます。これにて市民フォーラムを終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

お産

安全性と快適性を求めて

—これからの医療システムを考える—

主催：厚生科学研究「地域における分娩施設の適正化に関する研究」
共催：厚生科学研究「産科医療における安全対策に関する研究」

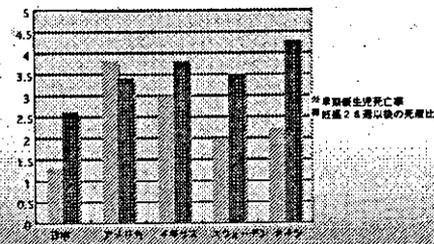
フォーラムの目的

- ◆誰もが安心して、より心豊かにお産し、育児へ向かうことができるために、現在の産科システムで大丈夫か？

みんなで考えてみましょう



日本の周産期死亡率は世界で一番



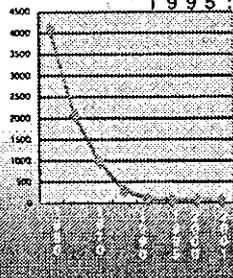
安全

まんぞく!

快適

妊産婦死亡

2001: 76
2000: 78
1995: 85



- ◆死因 2001年
- ◆子宮外妊娠 1.3%
 - ◆妊娠中毒症 10.5%
 - ◆胎盤早期剥離などによる出血 13.2%
 - ◆分娩後出血 9.2%
 - ◆産科的産投 22.4%
 - ◆その他の産科的死亡 21.1%
 - ◆間接的産科死亡 19.7%



危険



分娩に関わるリスク

◆分娩に関わるインシデント・アクシデントレポート

- ◆診療に関するもの（注射、点滴、分娩、手術など）：78.7%
- ◆観察・評価・情報伝達に関するもの：39.2%
- ◆危険度レベル4～5（母体に障害が残ったり、死亡する可能性のあるもの）：1.7%

・（日本産婦人科医学会調査 2001年）

余裕のある医師体制・ダブルチェックができる人員

お産の安全を脅かすものは？

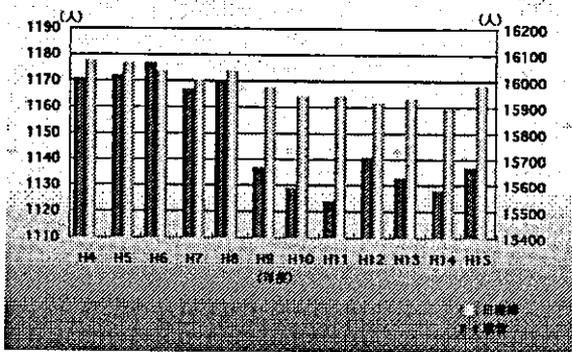
- ◆母体死亡
- ◆周産期死亡
- ◆胎児新生児の傷害
 - ◆感染
 - ◆低酸素症—新生児仮死—脳性麻痺

産科の医師数不足—病院の産婦人科医がいない

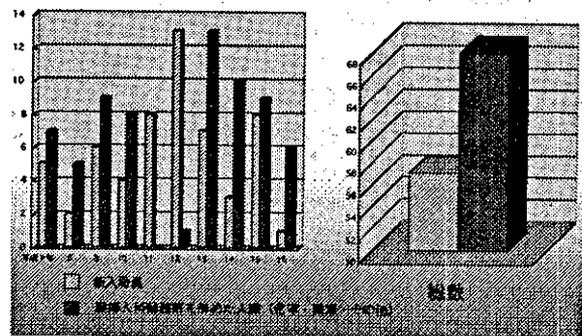
産科の助産師がいない

助産師、看護師の数が足りない

日本産科婦人科学会と東北連合地方部会の会員数の推移



産婦人科入院と去局（東北大学産婦人科関連病院）



講演の順序

- ◆ 中林正雄（母子愛育病院院長）
 - ◆ 産科領域における安全対策に関する研究
- ◆ 佐々木真紀（未熟児と東渡の会）
 - ◆ 「お産って大変だ」—こぼれだ組の経験から
- ◆ 坂重一恵（主婦、仙台市民）
 - ◆ 安全なお産に向かって—私の出産体験—
- ◆ 桃野 哲（仙台赤十字病院院長）
 - ◆ 仙台市における周産期医療システムの現状と仙台赤十字病院の役割
- ◆ 和田裕一（仙台医療センター）
 - ◆ 仙台市における産科診療の現状（現場の医師の立場から）
- ◆ 佐藤喜根子（東北大学医学部保健学）
 - ◆ 助産師の仕事と産科医ニーズ
- ◆ 崎倉智文（日本産婦人科医学会）
 - ◆ 産科オープンシステムに対する日本産婦人科医学会の考え方
- ◆ 倉山勇治（浜松医科大学）
 - ◆ 産科医のオープンシステム実践地帯と非実践地帯における産科医療の現状
- ◆ 岡村尚博（東北大学産科）
 - ◆ 産科医のオープンシステムの実践地帯
- ◆ 藤田尚博（母性学）
 - ◆ 産科医のオープンシステムの実践地帯
- ◆ 藤田尚博（母性学）
 - ◆ 産科医のオープンシステムの実践地帯

安全で快適な分娩のために

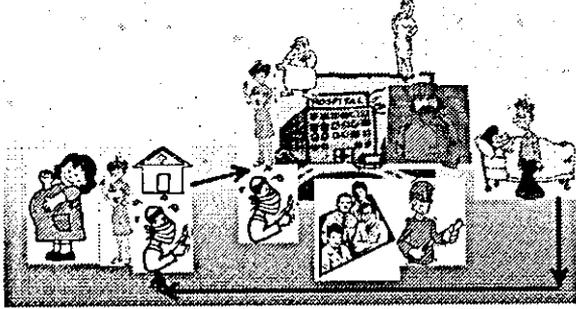
◆討論のkey word

- ◆ 分娩のための医療ネットワーク
 - ◆ 病院—病院、病院—診療所との連携
 - ◆ オープンシステム
 - ◆ 院内助産施設

◆オープンシステム

◇産科医1人病院、診療所

◆産科領域では分娩はオープンシステムを利用



産科領域における 安全対策に関する研究

母子愛育会愛育病院院長
中 林 正 雄

1

本邦の周産期医療の問題点

1. 産科領域では医療訴訟が多く、その賠償額が高額である。
2. 業務内容が厳しく、QOLが保てないため、産科医の人的不足が深刻である。
3. 中小施設での分娩が高率であり、マンパワー不足による母児の安全性に問題がある。
4. 周産期医療システムおよび医師の生涯研修システムの整備が不十分である。

2

新しい周産期医療システム

1. 一次医療施設の役割
妊婦健診
ローリスク妊娠の分娩管理
オープンシステム病院の利用
2. オープンシステム病院の普及
中核病院の再編成
3. 周産期母子医療センターの役割
ハイリスク妊娠の分娩集約化
母体搬送・新生児搬送の受入
一次医療施設の教育・指導
4. 余裕のある医療体制
ダブルチェックが可能な人員の確保、

安全な妊娠・出産への行程表

都道府県の自治体が周産期医療協議会を設置し、地域の実情に応じた周産期医療システム整備の中長期計画を作成する必要がある

4

良い産院の10カ条

1. 情報が公開されている
2. 複数の産婦人科医がいるか、高次医療施設やオープンシステム病院との連携が密である
3. 帝王切開・輸血がいつでも速やかにできる（他院との連携を含む）
4. 医師が生産研修・自己研修に熱心である
5. 助産師・看護師などの医療スタッフが充実している
6. 小児科医・新生児医との協力が密である
7. 安全なお産のための母児モニターが十分に行われている
8. 妊婦の意向を尊重し、快適な分娩を心掛けている
9. 検査、処置に関する説明が十分に行われている
10. 医療安全システムが整備され、院内が清潔で整理整頓されている

5

周産期医療施設のオープン病院化 モデル事業

平成15年12月24日「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」地域の中核となっている周産期医療施設のオープン病院化の研究を進める。

実施主体：都道府県、市町村、厚生労働大臣の認める者

実施箇所数：8ヶ所

補助率：1/2（国1/2、都道府県1/2）

概算要求額：平成17年度 4900万円要求 3年間の予定

6

周産期医療施設のオープン病院 化モデル事業

事業概要

- ・産科オープンシステム病院を中心とした病診連携システムを構築する。
- ・中小診療所では妊婦健診やローリスク妊娠の分娩を行い、ハイリスク妊娠の分娩はオープン病院で行う。
- ・中小診療所の医師はオープンシステム病院の登録医師となる。
- ・オープンシステム病院に運営事務局を設置し、診療所との連絡調整、普及啓発、妊婦教育等を行う。
- ・連絡協議会（自治体、オープン病院、診療所）を組織し、問題点の改善やネットワーク化の促進を行う。

妊娠のリスクスコア評価のため の調査事項

－妊娠前－

1. 基本情報
年齢、経産数、身長・妊娠前体重、など
2. 既往歴
各種内科・外科疾患
3. 産科既往歴
出血多量、難産、早産、死産、新生児死亡、帝王切開、妊娠中毒症、胎盤早期剥離など

－妊娠初期・中期－

1. 多胎妊娠、児の異常（染色体異常、発育異常）
2. 出血、切迫早産、前期破水、妊娠中毒症
3. 胎盤異常（前置胎盤）

安全な妊娠・分娩のために必要 な医療費

- ・妊婦健診に必要な医療費
地方自治体の支援・協力が必要
- ・安全な分娩のために必要な医療費
産科医・看護師の労働基準を遵守
- ・産科医療事故防止による経済的効果

オープンシステム ステップ1

○セミオープンシステム

- ・妊婦健診は診療所が行う。
- ・分娩は病院の医師が行う。
- ・入院中の主治医権は病院が有する。

オープンシステム ステップ2

○連携分娩システム

- ・妊婦健診は診療所が行う。
- ・分娩は病院の医師が行う。
- ・分娩翌日に診療所に転院する。
病院ベットの有効利用が可能。
褥婦のQOLの良い診療所ベットが利用できる。

オープンシステム ステップ3

○診療所の医師が病院で予定された一定の 医療行為を行う。

- ・予定手術
- ・外来
- ・当直
- ・分娩（可能な場合）

オープンシステム ステップ4

○診療所の医師が病院で必要なすべての医療行為を行う。

- ・分娩
- ・救急医療
- ・入院中の主治医権は診療所の医師が有する

”

愛育病院におけるオープンシステム

- 登録医制：妊婦健診は診療所が行う
妊娠30週までに受診、分娩予約、カルテ作成、院内見学
妊娠37週に再受診
血液検査は統一
- 分娩、手術を登録医が行う場合
登録医は愛育病院の方針に従って医療を行う
病院は応援医師手当を支給する
- 登録医の外来勤務、当直制度あり
- 登録医は周産期カンファレンスに参加できる
(週1回、夕方5時より)

”

産科オープンシステムの運用

基本姿勢

- ストレス、業務の均等な分散（施設の機能分化）
- 収益の適正な分配（基幹病院と診療所）
- 産科医、妊婦の双方のメリットを目指す
選択肢の拡大
診療所で健診、分娩
オープンシステム病院で（健診）、分娩
周産期センターで（健診）、分娩
- 若手産科医の増加
- 中堅医師の生涯研修

”

仙台市における周産期医療システムの
現状と仙台赤十字病院の役割

総合周産期母子医療センター
仙台赤十字病院院長 神野 哲



周産期とは

周産期は妊娠満22週に始まり、
出生後満7日未満で終わる。

ICD-10(1993)

合計特殊出生率

一人の女性が生涯に産む子供の数の
平均値。2.07で人口は不変。

2003年合計特殊出生率

1.29



2100年には日本の人口は現在の半分に

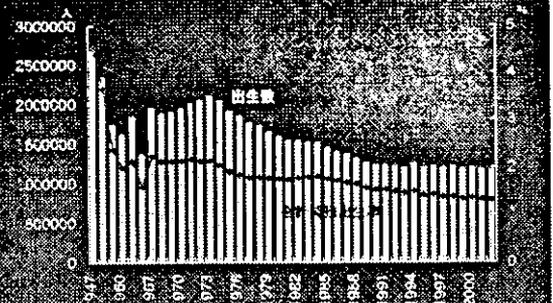
少子社会対策

不妊治療への支援
周産期医療システムの整備
子育て支援

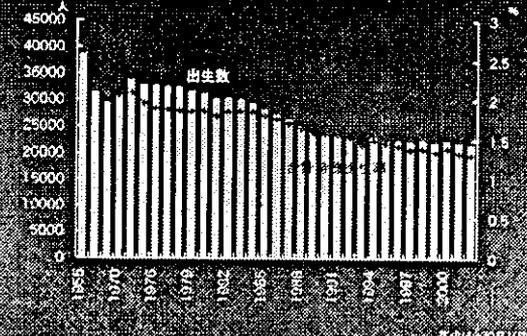
すこやか親子21

全国および宮城県の
周産期に関する統計

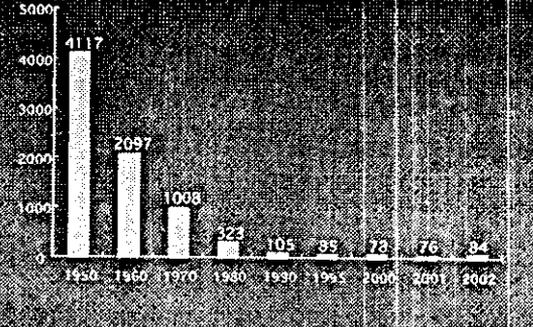
出生数および合計特殊出生率の推移（全国）



出生数および合計特殊出生率の推移（宮城県）



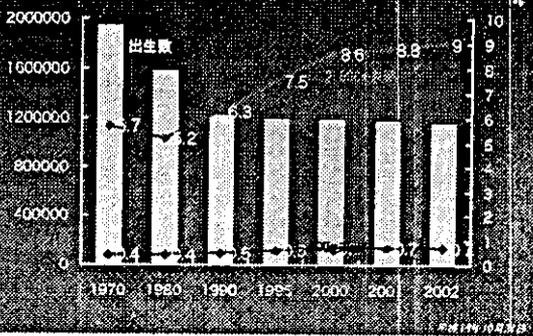
妊産婦死亡（全国）



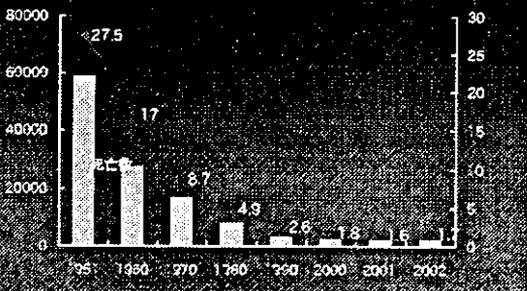
諸外国の妊産婦死亡率

国名	1950	1960	1970	1980	1990	2002
日本	175.1	130.6	52.1	20.5	5.6	7.5
カナダ	113.2	44.9	20.2	7.6	2.5	5.5
アメリカ	83.3	37.1	21.5	9.2	6.2	7.1
フランス	56.1	51.6	28.1	12.9	10.4	10.1
ドイツ	206.2	106.7	51.8	29.6	9.1	4.8
イタリア	153.2	115.0	54.5	13.0	6.9	3.5
オランダ	195.5	39.4	13.4	6.8	7.6	9.9
スウェーデン	61.5	37.2	19.0	6.2	3.2	7.9
スイス	140.4	57.2	25.2	5.4	6.0	3.5
イギリス	88.2	39.5	18.6	10.7	7.5	5.3
オーストラリア	108.1	52.5	25.6	9.8	6.5	5.2
ニュージーランド	90.3	36.2	32.2	13.6	6.6	5.4

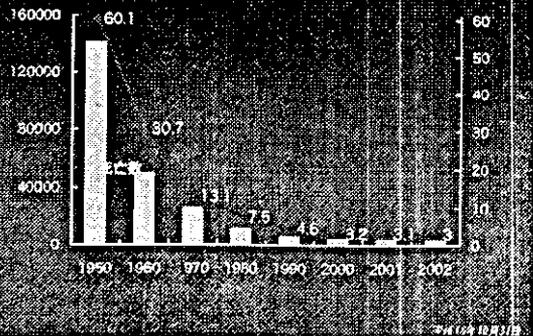
低出生体重児の割合（全国）

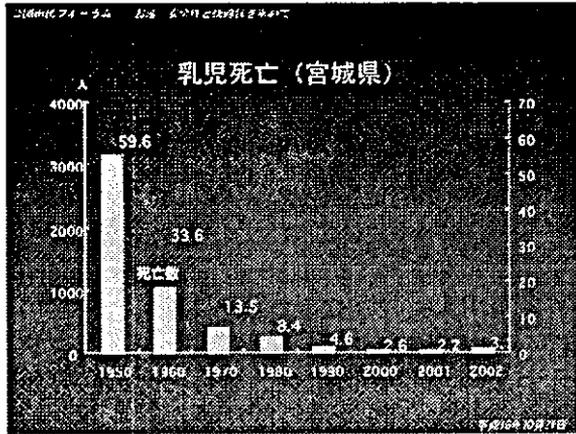


新生児死亡（全国）



乳児死亡（全国）

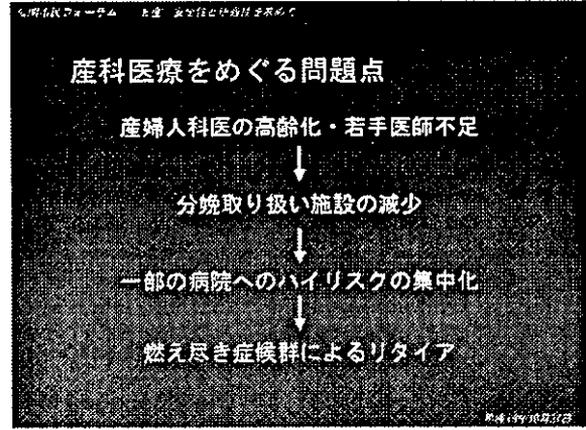




宮城県の人口動態統計（2002年）

平成14年	実数	率(対千)	全国	全国順位
出生	21474	9.1	9.2	23
乳児死亡	67	3.1	3.0	26
新生児死亡	38	1.8	1.7	32
死産	820	36.8	31.1	37
自然死産	291	13.1	12.7	
人工死産	529	23.7	18.3	
周産期死亡	127	5.9	5.6	31
胎産期死亡	97	4.5	4.3	
早産期死亡	30	1.4	1.2	
妊産婦死亡 (5年間平均)	2 (1998-2002)	9.0(対10万)	7.1 8.5	10

周産期医療ネットワーク
母体・新生児搬送の現状
新生児医療の治療成績
仙台赤十字病院の患者受入状況
当院での問題点と今後の課題



仙台市内の産婦人科

産婦人科医師数 160人前後

産婦人科施設数

大学	1
病院	15
診療所	44

周産期救急に対応できる施設

仙台市内で産婦人科医・新生児科医が複数常勤している病院は3施設のみ

仙台赤十字病院
(総合周産期母子医療センター)
東北大学病院
県立こども病院

2004年10月1日 仙台 仙台市立病院をめぐって

総合周産期母子医療センター

MFICU

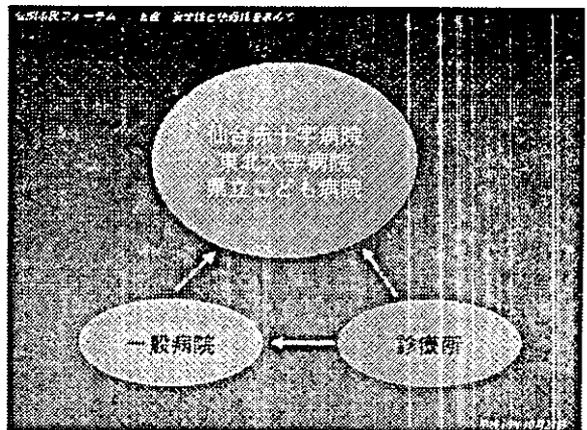
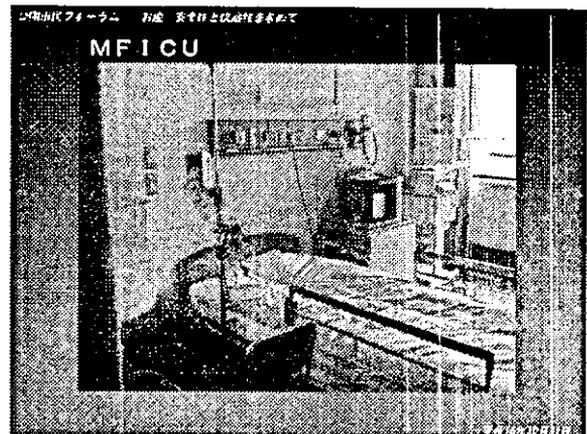
母体胎児集中治療室・分娩室

+

NICU

新生児・未熟児集中治療室(NICU)

仙台市立病院



2004年10月1日 仙台 仙台市立病院をめぐって

周産期医療ネットワークの発展

- 1982年 仙台赤十字病院にNICU開設
- 1996年 パソコン通信による周産期情報ネットワーク構築
- 2000年 宮城県周産期医療協議会設置
- 2002年 仙台赤十字病院が総合周産期母子医療センター(MFICU・6、NICU・9)に指定
- 2003年 こども病院開院
- 2004年 周産期救急情報システム稼働

仙台市立病院

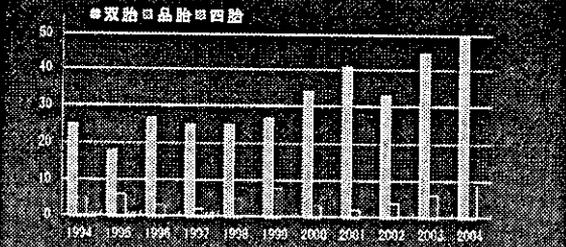
2004年10月1日 仙台 仙台市立病院をめぐって

周産期医療情報ネットワーク参加病院

- 仙台赤十字病院
- 東北大学病院
- 宮城県立こども病院
- 仙台医療センター
- 東北厚生年金病院
- 仙台市立病院
- N.T.T.東日本東北病院
- 東北公済病院

仙台市立病院

多胎管理数（仙台日赤）



多胎の問題点

NICU入院新生児の20%前後

院内で多胎の分娩が予想される場合には、
母体・新生児搬送の制限

受入不能で他県へ搬送される例もあり

多胎を作らない生殖補助医療技術の開発

医師不足と高齢化（1）

仙台赤十字病院

産科スタッフ

5名（平成15年度より）

新生児科スタッフ

6名（平成10年度より）

（大都市圏の同規模の周産期センターでは
1.5～2倍のスタッフを確保している）

医師不足と高齢化（2）

総合周産期母子医療センター

産科は1名の当直医と緊急手術に備えて
1名の待機医が義務付けられている



月平均7～8回の日直・当直および
同数の拘束待機

（他科の平均は月2～3回）

当直翌日もほとんどフル勤務で、労
働基準法違反状態

医師不足と高齢化（3）

産科常勤医

全員が40歳以上

平均年齢45歳

5年後10年後は？

他の施設との連携による負担軽減も必要

新生児科医も同様の状況

今後の課題

周産期医療に携わる医師の確保

当院の現在の医療レベルを維持し、さらに高度
な医療を提供していくためには、マンパワーの
集約や若手医師の確保育成が重要である。

NICUの機能的なベッド不足

周産期ネットワークでの役割分担を明確化し、
限られたベッド数の中で患者の受け入れを図る。

産科医療の連携化

オープンシステムの導入も検討する必要あり。

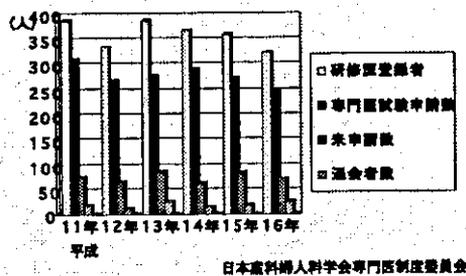
仙台市における産科診療の現状 (現場の医師の立場から)

国立病院機構仙台医療センター
産婦人科 和田裕一

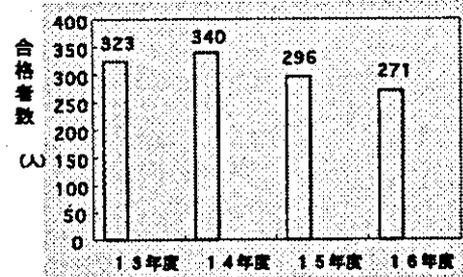
厚生労働科学研究「地域における分科施設の適正化に関する研究」班員
(主任研究者：岡村州博)



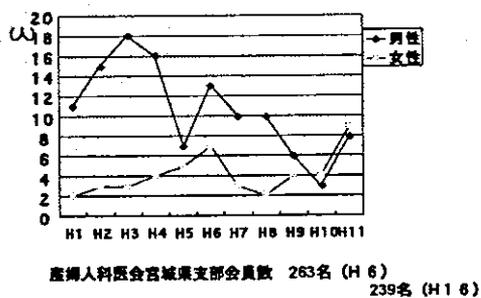
産婦人科専門医試験申請状況



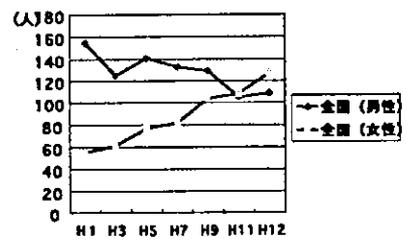
産婦人科専門医合格者数の推移



産婦人科新入医局員 (東北4大学)



産婦人科新入医局員 (全国大学54大学)



女性医師増加にともなう問題

本人の出産・育児（十分な産休・育児休暇がとれない）

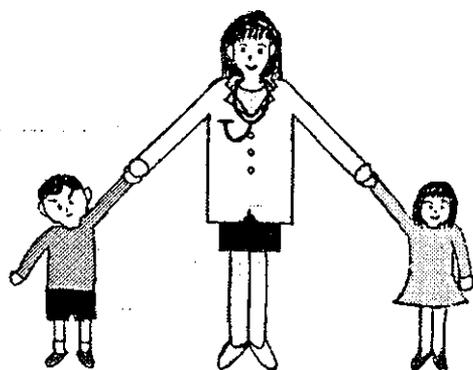
保育所などの設備の不備

産婦人科医師の絶対数が足りず交代制勤務が不可能

女性産婦人科医師の勤務状況

	平均実労働時間	平均当直日数	休日4日以下
東北(79人)	58.9 時間/週	7.4 日/月	78.5 %
東京(183)	53.3	5.4	46.4
九州(124)	55.4	6.3	47.5

厚生労働科学研究
産婦人科女性医師の勤務実態に関する調査
東北大 寺田幸弘 他



ある女性産婦人科医の日常勤務状況

(日) 当直	病院回診処置	急患	急患	診察	分検
830	900	1200	1830	2200	0130

(月) 勤務	病院処置	分検	処置	1〜手術〜1	家事	食事	入浴	就寝
730	830	1230	1330	1830	1900	1900	2130	

(火) 勤務	幼稚園	病院勤務	昼食	外来	分検	カンファ	迎え	家事	食事	入浴	就寝
815	850	1230	1330	1530	1830	1800	1830	1900	2230		

産科医療を取り巻く現状

1. 産婦人科医師数の減少（地域格差）
産婦人科を専攻する医師の減少
産婦人科を止める医師の増加
産婦人科医師の高齢化
2. 産婦人科女性医師の増加
労働条件の不備、妊娠・育児
3. 診療内容の煩雑化
書類の増加、過重労働

宮城県における年間分娩数(平成15年)
20,836件

仙台市における年間分娩数(平成15年)
9,686件

病院での分娩 71% (16施設)
公的病院 66% (14施設)
診療所での分娩 29% (11施設)

仙台市における病院産婦人科の状況

産婦人科医師5人以上の病院

分娩数	婦人科手術数	医師数(研修医)
A. 878	603	8(1)
B. 639	385	5(1)
C. 863	615	5(2)
D. 805	346	5(0)

産婦人科医師1~3名の病院

E. 417	232	2(0)
F. 329	167	1(0)
G. 276	97	2(0)
H. 398	246	3(0)

正常分娩



分娩異常→急速分娩
帝王切開

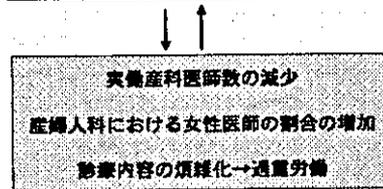


急変

緊急帝王切開決定からおこなわれること

- 帝王切開の決定→ 助産師・看護師への決定通知
手術室看護婦・麻酔医(小児科医)・手術応援産科医への連絡
ご家族への連絡
点滴ライン確保
手術前の血液その他の検査オーダー
産婦さんご家族への説明
手術室準備確認のうえ搬送

100%安全で快適な出産への期待



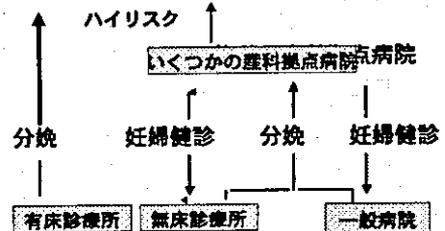
産科医師数が不足な中で安全に分娩をおこなうために

↓
医師の集約(複数の医師)・連携が必要

産科オープン化システム

1. 妊婦健診と分娩の施設の機能分け
2. 医師・助産師が、連携協定のもとに所属する施設以外の施設で分娩にたちあう。

第3次医療病院(NICU併設)



地域産婦人科での取り組み

1. オープン化を実施している浜松市の状況視察
仙台産婦人科医会（鬼怒川博久会長他数名）
2. 産婦人科診療所医師・勤務医へオープン化に関するアンケート調査
仙台産婦人科医会
3. 妊婦健診の標準化マニュアル作成
日本産婦人科医会宮城県支部（永井宏支長）
勤務医連携委員会

産婦人科診療所医師へのアンケート

（仙台産婦人科医会 鬼怒川博久会長）

オープン化に興味あり	31/33 (95%)
妊婦健診を協力する	27/30 (90%)
紹介分娩の立会いをする	18/29 (62%)
月1回位の分娩当番可	15/29 (52%)

今後の問題点：

1. 産科医療レベルの均等化
2. 共通の健診システムの確立
3. 妊婦さんの利便性
4. スタッフとのコミュニケーション
5. 経済的問題（医療費）