

図2. 出産に何を望みますか(%)

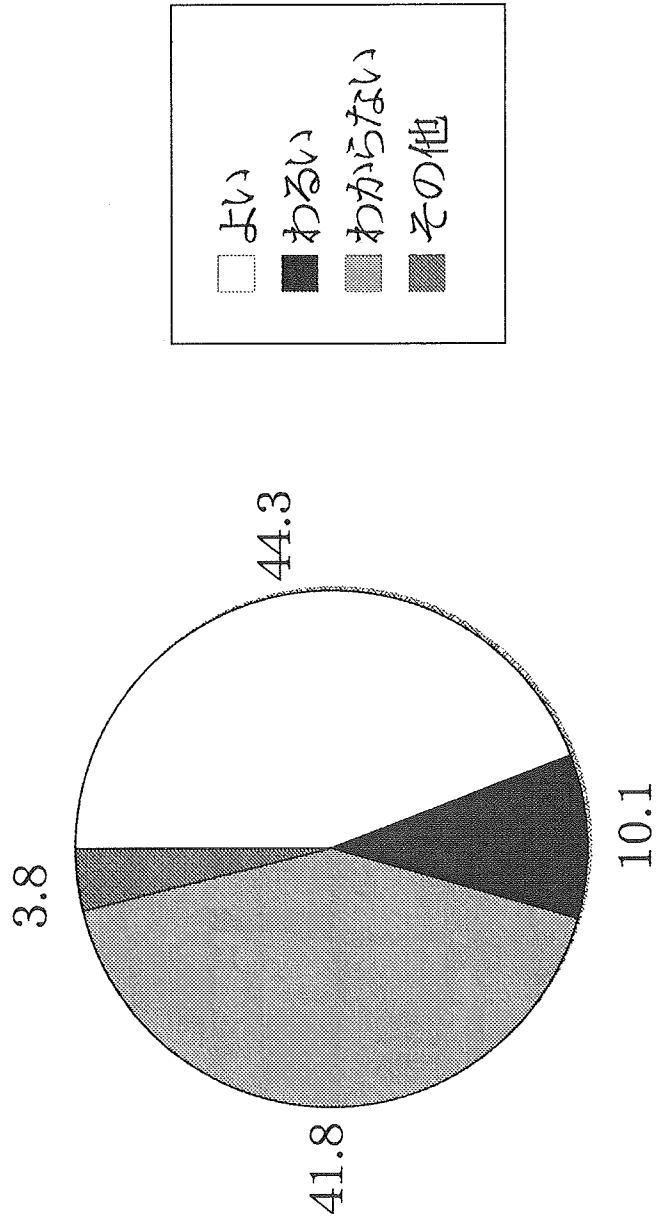


図3. 仙台システムをどう思いますか(%)

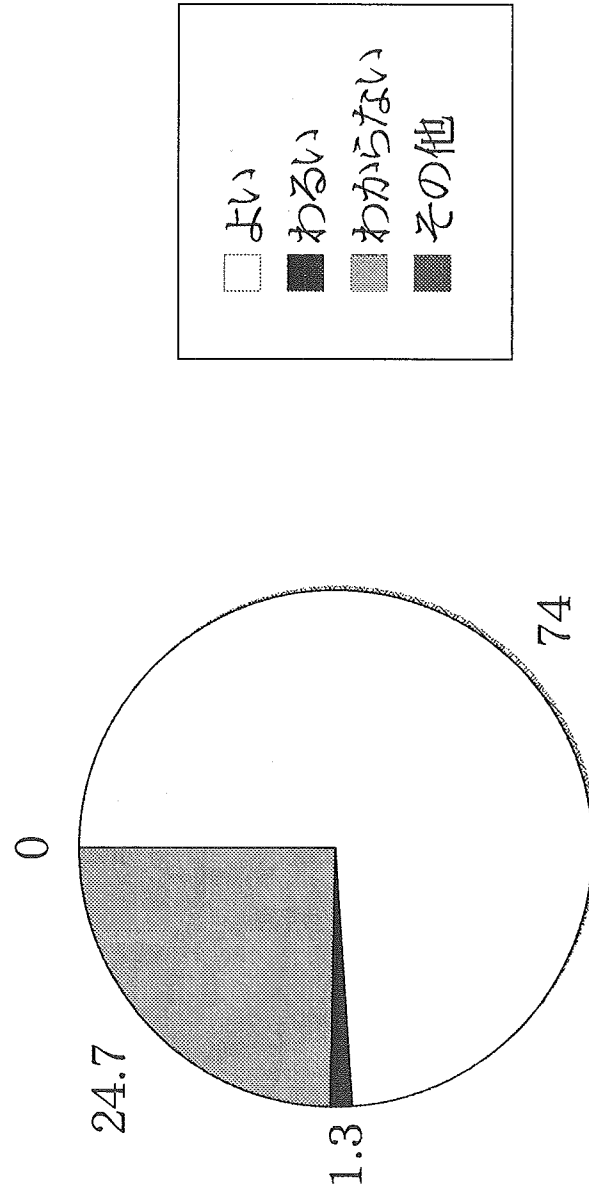


図4. 院内助産院をどう思いますか(%)

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

仙台市における産科セミオープンシステムの取り組み

分担研究者 和田 裕一 国立病院機構仙台医療センター 総合成育部長
研究協力者 鬼怒川博久 鬼怒川産婦人科院長
上原 茂樹 東北公済病院 産婦人科科長
谷川原真吾 仙台赤十字病院 産婦人科部長
鈴木 弘二 東北公済病院 産婦人科医師

研究要旨：仙台市では年間約 10,000 件近くの分娩があるが、分娩を取り扱わない産婦人科オフィス診療医が増加し、分娩の公的病院への集中化が顕著である。病院医師の負担を軽減し且つ安全な分娩をおこなうことを目的として仙台市では産科セミオープン・オープンシステムを検討した。

平成 15 年度仙台市では産婦人科医会が中心となり産婦人科勤務および診療所医師に対してアンケート調査を実施した。その結果診療所医師の 95% がオープン化に興味ありと解答し、90% が妊婦健診に協力可能との返答を得た。

平成 16 年度セミオープンシステムを開始するため、妊婦健診標準化準備委員会を設立し各病院での妊婦健診の実態を調査し各病院の状況进行分析し、臨床上の有益性を科学的に検証し検査実施項目実施時期を決定し妊婦健診のクリティカルパスを作成した。

平成 17 年度 産科、小児科、麻酔科のある市内の 6 病院を分娩施設として産科セミオープンシステムの実施要綱を作成し説明会を開催、その後各病院と仙台市医師会で契約をとり交わした。健診システムは妊娠初期妊婦は分娩施設に分娩予約し、健診は妊娠 33 週まで健診施設でおこないその後は分娩まで分娩施設で実施する。その間妊娠 20 週に分娩施設で一度健診および分娩予約の確認をおこなうものである。また、妊婦共通診療ノートを作成し、救急時病病・病診連携がスムーズにゆくよう配慮した。実施後に分娩施設 A 病院では妊婦分娩予約妊婦の 40% がセミオープンシステムの適応となっている。

A. 研究目的

仙台市では分娩を取り扱わない産婦人科オフィス診療医が増加し、分娩の公的病院への集中化が顕著である。

そこで病診・病病連携を強化し、病院医師の負担を軽減するとともに患者サービスの観点から妊婦健診の待ち時間を軽減し且つ安全な分娩をおこな

うことを目的として仙台市では産科セミオープン・オープンシステムを検討したことを目的とした。

B. 研究方法

1. 平成 15 年度に仙台市では仙台産婦人科医会が中心となり診療所医師に対してアンケート調査を実施した。アンケートではオープン化に興味があるか、妊婦健診への協力が可能か、紹介分娩への立会いが可能か、月に一度の分娩当番は可能かなどについて調査した。

2. 平成 16 年度には日本産婦人科医会宮城県支部勤務医連携委員会は仙台市の産婦人科を有する病院に現在の妊婦健診の実態について調査した。また仙台市の病院産科医師数名による妊婦健診標準化準備委員会を開催し妊婦健診のフローチャート、クリティカルパスの原案を作成した。

3. 平成 17 年度には妊婦健診クリティカルパスを確定し、産科、小児科、麻酔科のある市内の 6 病院を分娩施設として産科セミオープンシステムの実施要綱を作成した。また、妊婦共通診療ノートを作成し、救急時病病・病診連携がスムーズにゆくよう配慮した。その後システムを開始するとともに分娩施設となる各病院と仙台市医師会で契約をとり交わした。

倫理面への配慮：医療機関への全国調査においては匿名化などにより登録作業、解析、公表における個人の守秘義務を遵守した。

C. 研究結果

1. オープン化・セミオープン化に関するアンケート調査結果：回答率は診療所医師 33/47(70.2%) 勤務医 16/27(59.3%)であった。勤務医勤務医の 100%、診療所医師の 93%がオープン化について興味ありとの回答であった。診療所医師の 90%が妊婦健診の協力が可能との回答であった。また、診療所医師の 52%が月一回の分娩当番可能との意見であった。

2. 妊婦健診フローチャートの作成：分娩を年間 500 件以上取り扱っている病院を中心に仙台市の 7 つの公的病院における妊婦健診内容について調べた結果をもとに文献的な考察を加えて妊婦健診フローチャートを作成した。その結果を(表 1)に示す。まず、妊娠初期に妊婦が診療所などの妊婦健診施設を初診した際には診療のうち分娩施設に紹介しカルテを作成するとともに分娩予約する。初診時妊婦が分娩施設を受診した場合には、地域性などを考慮して妊婦健診施設に紹介する。いずれにしても妊娠 10 週以前に超音波診断装置により胎児頭臀長(CRL)を測定し分娩予定日を算出する。妊娠 10~24 週については 4 週毎に健診施設で健診する。妊娠 24 週までに血液型、不規則抗体スクリーニング、CBC、HB 抗原、HCV、HIV、風疹 HI、梅毒検査、クラミジア抗原、血糖、頸部細胞診を全妊婦に施行する。血糖検査については妊娠初期と妊娠 24~28 週頃の 2 回、食後 2~4 時間の静脈血を採血し、血糖値を測定する。妊娠 20 週頃に一度健診施設から分娩施設に紹介し、超音波による胎児異常の

スクリーニング、子宮頸管長測定、分娩施設の助産師からの指導、説明、施設見学をおこなう。頸管長測定は、早産による低出生体重児の出産予防のために行い、頸管長が短いほど早産の相対危険度が上昇する。極めて予後の悪い妊娠 24 週前後の早産防止のため妊娠 20 週で測定し、その 4 週間後に経過観察を行うこととした。妊娠 24～34 週は 2 週間ごとの健診をおこない、34 週以降は分娩施設で管理する。35～36 週頃に B 群溶連菌 (GBS) チェックを目的とした膣分泌物検査を全妊婦に施行する。GBS 感染は早発型新生児 GBS 感染を惹起するので、垂直感染予防のため妊娠後期に分娩施設で膣分泌物検査をおこなう。36 週以降は 1 週ごとの健診をおこない、37 週から胎児心拍モニタリングを適宜施行する。

3. 妊婦共通診療ノートの作成。妊婦が診察時持参する共通妊婦健診ノートを作成して主な経過、検査結果を書き込み、夜間・休日などの救急時は分娩施設で対応することとし、その際即座に状況が確認できるようにした (図 1)。

4. 産科セミオープンシステム実施要綱と実施状況

産婦人科、麻酔科、小児科のある 6 つの病院を分娩施設として (表 2) に示す産科セミオープンシステム実施要綱を作成した。(表 2) システムは平成 17 年 4 月より暫定的に分娩予約を開始した。説明会その他の討議を経て最終的に実施要綱を基本として平成 17 年 12 月 1 日各分娩施設と仙台市医

師会が契約を交わした。分娩施設 A における実施状況を (表 3) に示した。

D. 考察

数多くの医療事故報道や国民の医療への厳しい監視に対応して医療の質の向上を目指して、医療安全対策や医療の IT 化が進められて成果を挙げつつある一方で、現場においては医師の仕事量が倍増している。また新卒後研修医制度に開始したこの 2 年間結果として各科の若手勤務医の減少がみられ、とくに医事紛争が多く、労働過重の状況下にある産婦人科ではすでに専攻する医師が減少していたためその影響が顕著となった。そこでマンパワー不足の中で勤務医の労働負担を軽減し、かつ安全に妊娠分娩管理をするために病診連携が模索された。仙台市は以前より産婦人科有床診療所が減少し、無償診療所すなわちオフィス開業医の占める割合が多いためオープン化・セミオープン化に対する関心が高かった。産科における病診連携の究極として、診療所医師が病院で分娩にも立ち会うオープンシステムが勤務医の当直の負担の軽減や妊婦の安心感、診療所医師のやりがいなど多くの面で望ましい方向であるが、現状では、まず勤務医の外来業務の軽減を目的としたセミオープン化がすぐに実現可能なシステムとして勤務医、開業医の両者に受け入れられた。この間仙台市においても産婦人科医師不足による病院医師の集約がおこなわれ、実施に向けた取り組みが加速された。

まず、妊婦健診の標準システムを作成したが、複数の施設で健診をおこなうことによるトラブルを避けるための工夫が必要であり、妊婦共通診療ノートの作成や妊婦が健診料金で格差が生じないための方策などの議論を重ねている。この診療費の格差や検査結果の連絡システムの細部についてなど今後も実施する上で生ずる問題をその都度検討する必要がある。健診を標準化して安全に妊婦管理をおこなうためには診療レベルの標準化が必要であり、妊婦管理についての勉強会や症例検討会をおこなって情報の共有化や問題点を指摘する機会が増える。このことは病診・病病連携の充実のみならず医師間の個人的な交流を深める意味合いからも、地域医療の向上に寄与することが期待される。

産科医師不足を補いかつ安全に妊娠分娩管理する方策は地域やその地区における分娩施設の状況によって異なってくる。今回の産科セミオープンシステムは仙台市の分娩施設の状況を勘案して開始されたものであるが、今後、オープン化にむけた検討や分娩を取り扱う有床診療所とのより良い共存の方策についての検討も必要と考える。

自己評価

1) 達成度について： 3年間で産科セミオープンシステムの実施に向けて、地域の産婦人科の状況把握や、妊婦健診の標準化などの準備を重ねた上で、地域における病院や医療スタッフへの説明、地域住民向けの公開セミ

ナーを経て実施に至ったことから、ほぼ予定した工程が達成されたと考える。

2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について：産科オープン化・セミオープン化モデルとしての社会的意義は大きいと考える。また、その中で地域における新しい産科医療システムの構築に向けた取り組みを時系列に従って示した点において成果が挙げられたと考える。3) 今後の展望について：今後、さらにシステムの充実、改良により地域に密着した産科医療の達成が見込まれる。その一方、時々刻々と変化する産科を取り巻く環境を見つめながら対応することが必要と考える。

E. 結論

仙台地区の分娩施設の適正化と産婦人科医師の適正配置は急務の課題であり、その実現に向けて、医療の担い手のみならず受け手をも交えた検討を開始した。こうした努力が実を結び、次年度には実際に本構想が動き出す予定である。しかしながら、公的使命感を帯びて行われる医療において、地域医療の適正化として行われる本改革が、経営母体の異なる数多くの病院を取り込み、一般市民の理解を得て進められるためには、われわれ産婦人科医師の努力だけではもはや足りず、国、県、市すべての行政が協力を惜しまず、指導力を発揮することが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

講演

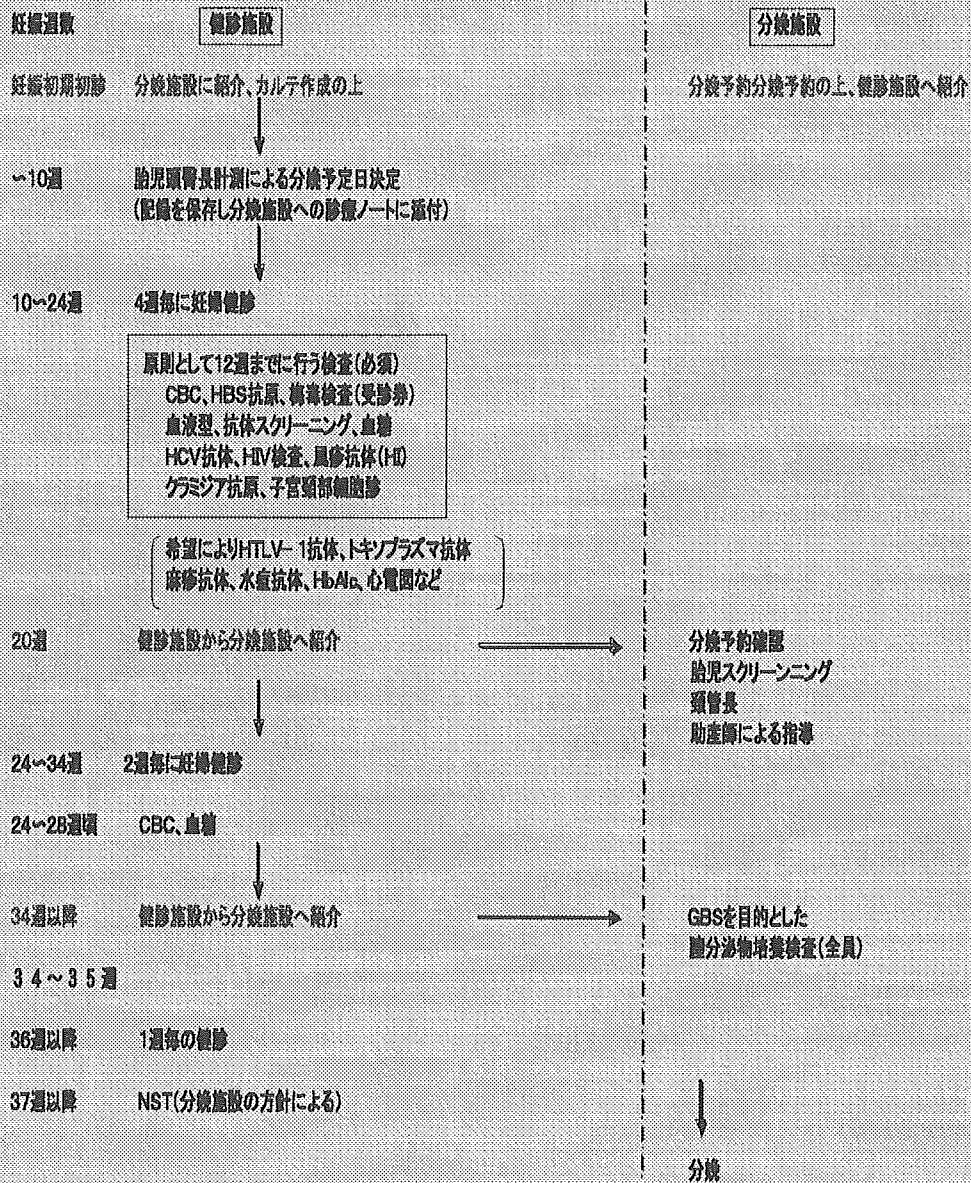
和田裕一：平成 17 年度家族計画・母体保護指導者講習会シンポジウム～これからの産科医療を考える。東京。2005

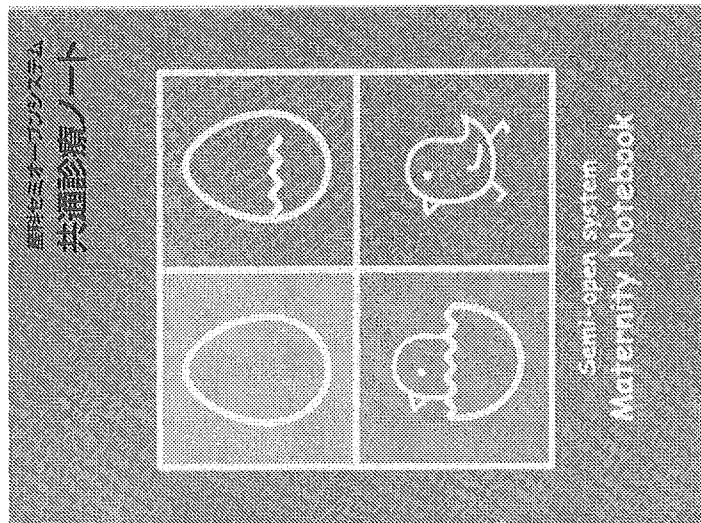
和田裕一：第 1 回日本母性看護学会セミナー：変わる産科医療・望まれる院内助産院「東北の産科医療と新しい方略」。仙台 2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

なし

表 1. セミオープン妊婦健診クリティカルパスのフローチャート





氏名 _____ 歳 _____

最終月経 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日周期)

既往歴 _____

妊娠歴 _____

検査結果 () 型 Rh ()

不規則抗体	血糖値
HBs	血糖値
AFP	Hb
HCV	Hb
HIV	ATL
梅毒	トキソプラズマ
クラミジア	麻疹
頸部細胞診	水痘
GBS	HbA1c

検査者 _____ 日 _____

検査者 _____ 日 _____

診 療 ノ ー ト

年 月 日	
週 日	
BPD	
FTA	
FL	
EFBW	

如置・処方・連絡等 _____

Sign _____

図1.産科セミオープンシステム共通診療ノート

表 2. 仙台市における産科セミオープンシステム実施要綱

1. 目的

病病・病診連携により妊娠分娩管理を円滑におこなうことを目的とする。

2. 実施方法

妊婦健診をおこなう施設 A (産婦人科診療所・病院) の産科医療スタッフおよび分娩をおこなう施設 B (分娩拠点病院産婦人科) の産科医療スタッフが診療を連携する。

1) 本システムへの参加施設：

仙台産婦人科医会甲(仙台産婦人科医会に加入していない場合にはその産婦人科施設医師)と以下の分娩施設の各病院との間で契約する。

分娩施設病院名；国立病院機構仙台医療センター、仙台赤十字病院、仙台市立病院、東北大学病院、東北公済病院、NTT 東日本東北病院

2) 対象：

原則として正常に経過している妊婦を対象とする。

3) 診療形態：

妊婦が施設 A を初診した際には、なるべく早い時期に妊婦が希望する分娩施設 B に紹介し、施設 B での分娩を予約する。妊婦が施設 B を初診した際には、施設 B での分娩を予約したのち原則として、妊婦が希望する施設 A に紹介する。フローチャート に従って妊娠 33 週まで施設 A で妊婦健診・検査をおこなう。妊娠 34 週からの妊婦健診は施設 B で分娩までおこなう。

4) 時間外の対応について：

夜間・休日などの診療時間外に受診する必要がある場合は妊婦が既に予約している分娩施設 B で対応する。

5) 連携の円滑化：

共通の妊婦診療ノートを作成し、妊婦の状態が絶えず把握できるようにする。このノートは妊婦が保持し受診時に持参し、夜間・休日などの施設 B での診療の補助となるようにする。血液型、HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体、梅毒検査などの結果はコピーを診療ノートに添付する。

6) システムの検討：

仙台産科セミオープンシステム協議会（構成：仙台産婦人科医会幹事若干名と各分娩施設産婦人科医若干名、**および協議会が認めた者**）を設置し、今後、本システム運営上の問題点について検討し規約等の改変を可能とする。

附則

この要綱は平成 17 年 10 月 3 日から施行する。

表3. A分娩施設病院におけるセミオープン対象妊婦数

分娩予定日	システム利用妊婦数	分娩予約者に占める割合(%)
平成17年8月	1	1.4
9月	3	3.4
10月	19	22.6
11月	26	29.8
12月	36	42.8
平成18年1月	34	44.7
2月	37	42.0
3月	33	40.2
4月	27	31.4
5月	42	47.0

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

オープンシステム実施地域と非実施地域の周産期医療の現状

分担研究者 金山尚裕 浜松医科大学産婦人科教授

研究協力者 日本産婦人科医会静岡県支部

研究要旨：静岡県におけるオープンシステム実施地域と非実施地域における周産期医療の現状を比較検討することを目的とした。オープンシステム実施地域では産婦人科医師不足にあっても適切な周産期医療が提供されていることが明らかになった。オープンシステム非実施地域では産婦人科医師不足の影響が直撃し、地域の周産期医療に支障を来していることが判明した。非実施地域ではオープンシステムの導入が必要であることが示されたが、導入にあたっては地域の現状を充分考慮しながら進めることが重要であると考えられた。

A. 研究目的

静岡県は医療圏としては東部、中部、西部の3つに分かれ、それぞれの対象人口は東部約100万人、中部、西部は各約120万人である。そのうち静岡県西部、特に浜松地域では昭和49年より総合病院が順次オープンシステムを導入し平成17年度には大学も含むすべての総合病院がオープン化された。浜松式オープンシステムを図1に示す。一方、中部、東部地域はオープンシステムが導入されていない。近年、産婦人科医師不足顕著化し地域の産婦人科医療、周産期医療が危機的状況にあるといわれている。オープンシステム先行地域と非実施地域における周産期医療の現状を比較検討することを目的とした。

B. 方法、結果ならびに考察

浜松市のオープンシステム利用産婦人科開業医師、および勤務医師に対して行ったアンケート調査結果を以下に示した。

搬送側（診療所）

妊婦にとってのメリット

- ・ 距離的、心理的に身近な診療所の医療と、より安全性の高い中核病院の医療の双方を得ることができる。
- ・ 分娩時の急変に対し、より高いレベルでの対応を受けることができ、安全性が高い。
- ・ 他の患者さんの分娩、手術などにより診察がストップすることがない。

妊婦にとってのデメリット

- ・ 分娩に立ち会えない場合がある。
- ・ 最低1回は受け入れ病院を受診し

なくてはならない。

- ・ 年々分娩に立ち会う回数が減少してきた。(医師の疲労等による)

診療所の医師のメリット

- ・ 受け入れ病院と同レベルの妊婦管理を行なうことができる。
- ・ 自院の診療内容が病院側にオープンになるため、診療の質を常に問い直すことができる。
- ・ 自院で診療時間の制約なく自然な分娩経過に対処できる。
- ・ 分娩時の帝王切開への移行がよりスムーズなため、経膈分娩に固執することなく、児の予後を悪化させることが少ない。
- ・ 外来診療に専念できるため、きめ細かな妊婦管理が可能である。
- ・ オープンシステムとしてから時間的、肉体的拘束が少なくなった。
- ・ 夜勤がないためスタッフの雇用を得ることが楽である。

診療所の医師のデメリット

- ・ 管理方針が院内主治医と異なる場合もあり苦慮することがある。
- ・ 受け入れ病院の看護スタッフ、事務スタッフとの連携にストレスを感じることもある。
- ・ 分娩に立ち会えない場合、不完全燃焼感を覚える。
- ・ 完全オープンシステムの場合時間的拘束、体力的消耗に収入が比例しない。
- ・ 自院で分娩を取り扱わないため、特に看護スタッフの満足感、充実感を維持することが難しい。
- ・ 受け入れ病院の外来機能との競合

となる可能性があり、常に比較選択される。

搬送受け入れサイド (病院側)

搬送側 (病院側) からのオープンシステムに関するメリット、デメリットを3つのオープンシステム病院の部長あるいは科長にインタビューで聴取した。

・病院経営としてのメリット

- ・ 紹介率の上昇
- ・ 分娩・手術数の増加による収益の増加
- ・ 地域支援型病院としてのアピール (宣伝効果)

・病院経営としてのデメリット

- ・ 分娩立ち会い、手術執刀に対する報酬の支払い (自院医師に対しては支払う必要無し、紹介ならば全額収益となる)
 - ・ 医療事故が発生した際、対応が複雑となる (責任の所在が曖昧となる可能性が大きい)
 - ・ 院内スタッフからの不満増大 (業務が増えて、院内スタッフに対して報酬がない不満)
- ・ 対応する共同診療施設の増加により個別対応が難しくなる
 - 新参入の共同診療施設を制限なく組み入れることにより病院のサービス低下につながらないか?
 - 医療サービス低下による従来の共同診療施設からのクレーム
- ・ 当初は対応可能なことでも、オーバーワークとなり対応できない (既得権の扱い、内容の縮小など)
- ・ 必要十分な産婦人科医師の確保困難
- ・ “かかりつけ医” の放棄 (診療所側の夜間業務からの撤退)

共同診療の年月が長くなると、特に分娩・夜間救急の丸投げが多くなる（当初の取り決めより受け入れサイドの仕事量が増える方向にシフトする→院内スタッフからの不満増大）

・勤務医としてのメリット

- ・より多くの症例を経験できる
- ・事前にハイリスク症例が紹介となることで、突発的な母体搬送・新生児搬送を減少できる

- ・地域の開業医と接点ができる（コミュニケーションが取りやすくなる）

・勤務医としてのデメリット

- ・報酬が変化せずに、仕事量が増加する
- ・分娩数・緊急手術の増加、ハイリスクの集中

- ・サマリー・各種書類等、事務的仕事量の増加

- ・夜間救急、夜間受診者の増加による当直業務の増加

- ・院外主治医と治療方針につき綿密な打ち合わせが必要

→精神的・時間的負担の増大

- ・院外主治医が標準的でない治療法を主張した場合、問題が生じやすい

例）手術適応、手術方法など

- ・自分自身の受け持ち患者への診療時間が圧迫される

以上のまとめを表1に示した。オープンシステム実施地域では産婦人科医師不足にあって「お産ができない」等の地域の住民の不安や心配はなく、診療所の医師のQOLも比較的高かった。病院医師は症例数が増加して技術の修練には貢献しているが、一方では過重労働になりまたそれに対する報酬もないことからス

トレスが増加していることが判明した。

静岡県中部のある地域で3つの総合病院の産科が閉鎖され人口30万の地域から分娩を取り扱う施設がなくなってしまうという事態が発生した（図2および新聞記事）。この地域の年間分娩数は約2300である（表2）。住民が非常に不安に感じていることが新聞等で報道された。この地域はオープンシステム非実施地域である。対策を考えるべく、この地域で市民フォーラムを開催し実際地域の住民と医療関係者の声を聞いた（新聞記事中の写真）。その結果、①浜松地域のように一刻も早くオープンシステムをこの地域にも設立する必要がある。②病院一病院連携を促進し分娩拠点施設（バースセンター）をひとつ設置する。その際 low risk 分娩は診療所で行いバースセンターの医師が過重労働にならないように分娩のすみ分けをする。④拠点化されるまで診一診連携を深めて診療所での安全な分娩を維持していく。ことなどが提案された。

もうひとつのオープンシステム非実施地域である静岡県東部地域でも検討を行った。この地域は産婦人科医師不足が総合病院を直撃した。4つの地域の基幹病院のうちへの2病院が産婦人科医師の定員割れを生じた。この影響を搬送患者の受け入れ体制の変化から検討した。その結果、定員割れが生じた病院では1次医療施設からの救急患者および非救急患者の搬送患者の受け入れが減少していることが明らかになった（図3、4）。

また定員割れをおこしていない2次病院でも非救急患者の搬送患者の受け入れが減少していた。その後の調査でこれは欠員を生じている2次病院が患者の受け入れを断っていることが原因であること

が明らかになった。また定員割れしていない2次病院でも救急患者が増加したため非救急患者の受け入れが充分できていない現況が明らかになった。総合病院の産婦人科医師不足により2次医療施設への産婦人科患者の搬送が制限され地域の産婦人科医療に障害を来していることが明らかになった。この地域での問題としてオープン化する基幹病院自体のマンパワーが不足していることがあげられる。東部地域ではオープン化の前に病病連携、診診連携を促進して今の苦境を乗り切る努力をすることが先決かもしれない。その過程で、適切なオープンシステムを構築する。その他の提言としてリタイアした医師の非常勤医師としての再雇用、ローリスク妊娠、ハイリスク妊娠を明確化し診療所でのローリスク分娩の取り扱いを増やす、産婦人科救急患者取り扱いマップを作成し地域の住民に緊急時に行くべき病院を周知する、ことなどが緊急避難的対策としてあげられた。

以上よりオープンシステムを導入している地域では患者の流れ自体はスムーズで地域の住民に不安はなく円滑に医療が行われていた。しかし病院医師の過重労働とそれに対する対価が少ないという問題もあり、放置するとオープンシステムの維持に支障をきたす可能性もあり、病院産婦人科医師の待遇改善が必要と考えられた。オープンシステム非実施地域ではその導入の必要性は確認された。しかし病院医師不足の状況にあって導入の仕方は地域の状況を充分考慮し実施に移していくことが重要であると感じられた。具体的には病病連携、診診連携を促進しその後オープンシステムを導入すること

がよいと指摘された。オープンシステム実施時には複数の市町村をカバーする分娩拠点施設を行政と協力して設立し、それを中核病院とすることが望ましいと提言された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

なし

図1 浜松方式オープンシステム

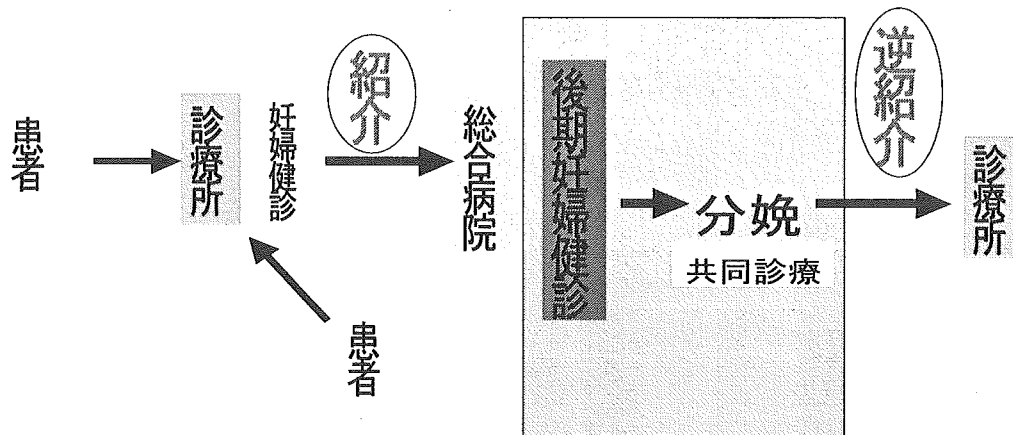


表1 浜松式オープンシステムのメリット、デメリット

	メリット	デメリット
患者	健診はクリニックで 時間的余裕 分娩場所の選択が自由	出産時の立会い医師が不明 不慣れな場所での分娩 病院受診が必要
クリニック	開業医師が増 ある程度の収入 時間的余裕	分娩時に病院に行く 収入減
病院	患者増、収入増 周産期センター化	不慣れな患者の入院(意思の疎通が不十分:医療事故の増加?) クリニックへの支払い
病院医師	症例の増加(経験増)	より多忙になる 収入は不変

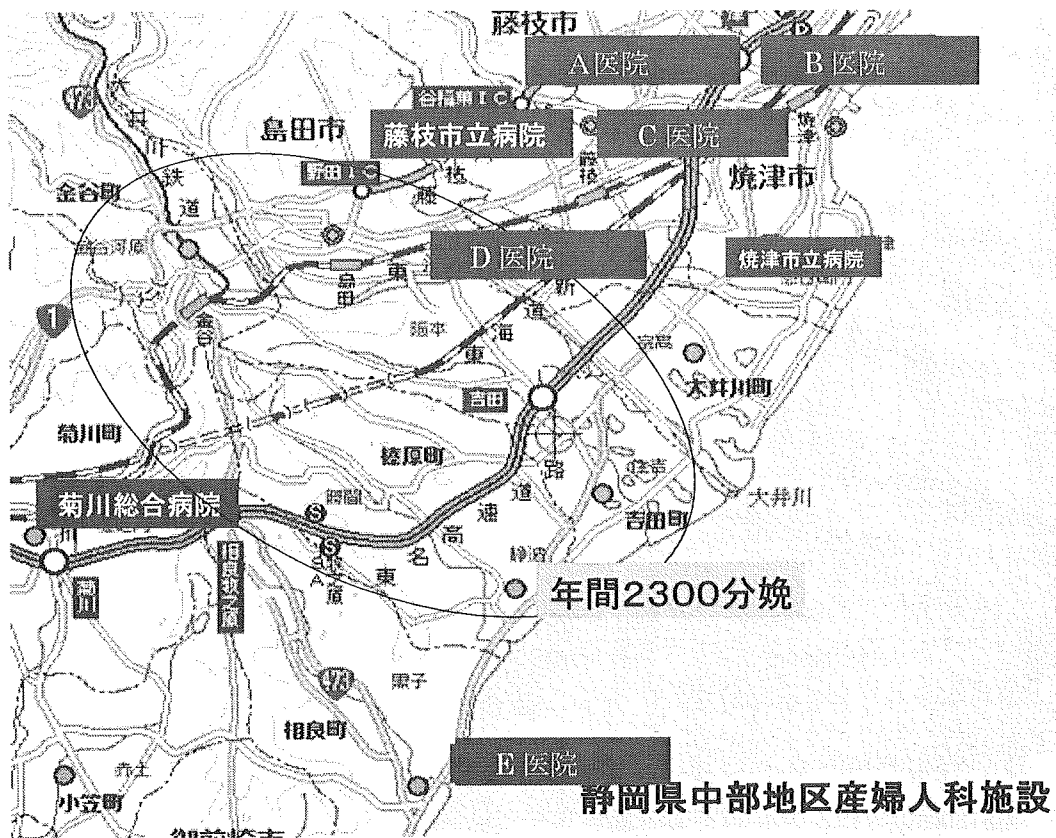


図2 静岡県県中西部の分娩施設空白地域

表2 当該地域の出生数 人口動態統計

市町村別 属性値 静岡県 行政区分順

行政区分	02年	01年
島田市	666	685
大井川町	203	190
御前崎町	112	107
相良町	194	207
榛原町	227	215
吉田町	301	291
金谷町	147	146
川根町	41	30
中川根町	23	39
本川根町	12	19
大須賀町	116	97
浜岡町	268	273
合計	2310	2299

静岡県中部のある地域で3つの総合病院の産科が閉鎖され人口30万の地域から分娩を取り扱う施設がなくなってしまったという事態が発生した(図2)。この地域の年間分娩数は約2300である(表2)。住民が非常に不安に感じていることが新聞等で報道された。この地域はオープンシステム非実施地域である。対策を考えるべく、この地域で市民フォーラムを開催し実際地域の住民と医療関係者の声を聞いた(左写真)。その結果、①浜松地域のように一刻も早くオープンシステムをこの地域にも設立する必要がある。②病院-病院連携を促進し分娩拠点施設(バースセンター)をひとつ設置する。その際 low risk 分娩は診療所で行いバースセンターの医師が過重労働にならないように分娩のすみ分けをする。④拠点化されるまで診-診連携を深めて診療所での安全な分娩を維持していく。ことなどが提案された。

快適なお産環境づくりを

島田で市民「協議会」の設置提案

日本産婦人科医会県支部(静岡支部長)主催の市民フォーラム「地域の抱産を考える」が二十八日、島田市地域交流センター「歩歩路」で開かれ、浜松医科大産婦人科の金山尚徳教授ら五人が現状報告などを行った。

(松本隆文)

同フォーラムは、産婦人科医の不足に伴い、棲

ついて考えるのが目的。金山教授は現状報告

原産科医の不足に伴い、棲ついて考えるのが目的。金山教授は現状報告

開業医らは赤木橋原

開業医らは赤木橋原



発言する産婦人科医ら＝島田山地域交流センター「歩歩路」で

原産科医の不足に伴い、棲ついて考えるのが目的。金山教授は現状報告

から出産希望者が流入

ツツが不足状態にあると

図3 救急搬送受入数の変化（A，B病院は産婦人科医師不足病院）

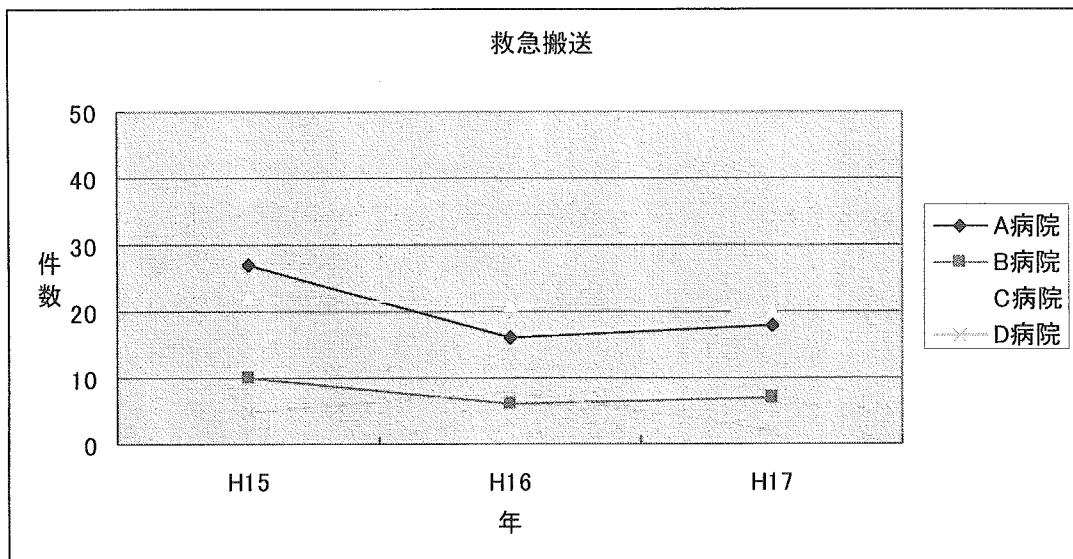


図4 非救急搬送受入数の変化（A，B病院は産婦人科医師不足病院）

