

【10】助産(師)外来で産褥期に実施している内容に当てはまるものにチェック(☑)してください。

1) <input type="checkbox"/> 体重測定	9) <input type="checkbox"/> 健康相談・支援
2) <input type="checkbox"/> 血圧測定	<input type="checkbox"/> 母乳哺育
3) <input type="checkbox"/> 子宮底長測定	<input type="checkbox"/> 育児全般
4) <input type="checkbox"/> 尿化学検査(糖・蛋白)	<input type="checkbox"/> 生活リズム
5) <input type="checkbox"/> 子宮復古の評価	<input type="checkbox"/> 家族計画
6) <input type="checkbox"/> 乳房の状態の評価	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス
7) <input type="checkbox"/> 浮腫の評価	<input type="checkbox"/> 貴施設での特徴的な指導
8) <input type="checkbox"/> 問診(産褥基本情報)	(具体的に )

【11】助産(師)外来では診療報酬をとっていますか。差し支えなければ料金もお答えください。

はい( )円、  いいえ

→ 設定理由をお聞かせください

【12】助産(師)外来を受診する対象の基準はありますか  はい、  いいえ  
どのような基準か具体的にお聞かせください ←

【13】助産(師)外来では医師への報告基準はありますか  はい、  いいえ  
どのような基準か具体的にお聞かせください ←

【14】助産(師)外来を担当する助産師の基準はありますか  はい、  いいえ  
どのような基準か具体的にお聞かせください ←

【15】厚生労働科学研究「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師集中化モデル事業」助産師活用システム-助産師外来推進のための諸課題に関する研究-により作成された 助産外来ガイドライン をご存じですか  はい、  いいえ

～助産(師)外来での超音波断層法装置の使用についてお伺いします～

【16】助産(師)外来で超音波断層法装置を使用していますか  
 はい(平成 年 月より使用)、  いいえ

【17】超音波断層法装置を使用する目的は何ですか(複数回答可)

- ①胎児画像をみせることで愛着形成を促すため
- ②妊婦とのコミュニケーションを図るため
- ③計測(BPD, AC, FL等)を行い、胎児の成長経過を把握するため
- ④正常と異常の判断を積極的に行い、異常時は医師へ報告するため
- ⑤その他(具体的に )

【18】超音波断層法装置の操作はどの様にして習得されましたか(複数回答可)

- ①施設内の(医師・検査技師)より講習を受けた
- ②施設外の超音波診断技術の研修会に(□1回、□2回、□3回、□4回以上)参加した(回数にチェック☑してください)
- ③研修プログラムに沿って長期の研修を受けた
- ④その他(具体的に )

【19】本調査をもとに今後全国調査を行う予定です。次回の全国調査にもご協力頂けますか  
 はい、  いいえ

以上で質問を終わります。ご協力ありがとうございました。また、書ききれないことやご意見がありましたら、別紙(白紙)にご記入いただき、ご返送ください。よろしくお願ひします。

## 1, あなたの産婦人科経験年数と性別、現在の勤務についてそれぞれお教えてください

- 性別： 男性 女性 (以下、をチェックしてください)  
 経験年数： 5年未満、5～9年、10～14年、15～19年、それ以上  
 ご勤務先： 大学病院、大学以外の総合・地域周産期センター、そのほか  
 ご勤務地： 県庁所在地、県庁所在地ではない  
 ご専門(もっとも興味のある)領域： 腫瘍 生殖内分泌 周産期

2-1: 5年から10年前ごろと比べて、IUGRや形態異常等を出生前診断された児の分娩様式の決定や娩出時期について「そのころとはかわった」と思われますか(経験が短い方でも印象でご記入ください)?

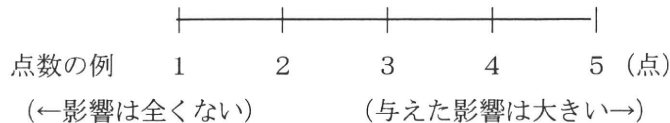
- かわりはないと思う → アンケートは終了です。ありがとうございました  
 かわったと思う → 2-2以下にお進みください

## 2-2 どんなどころが「かわった」と思われますか? (複数選択可)

- 1)  帝王切開の適応 → 甘くなった、かわらない、厳しくなった  
 2)  娩出時期 → 早くなった、かわらない、遅くなった  
 3)  娩出決定の容易さ → 簡単になった、かわらない、困難になった

その他: 具体的にご記入ください

2-3: 以下の因子について、変化をおこす要因としての強さについて、先生の印象をそれぞれ5点満点でお教えてください。



- 医学・医療技術そのものの変化(新生児管理の向上など) ( )点  
 社会的な要求(患者さんや家族の要望、紛争リスク) ( )点  
 NICUの医師・病床不足 ( )点  
 産婦人科医師・新生児科医師の意識変化(勤務時間を守るなど) ( )点  
 分娩施設の集約化 ( )点  
 産科医のマンパワー不足 ( )点  
 その他:( ) ( )点

## 2-4: 「かわってよかった」と思われますか? それぞれひとつおえらびください。

- 医師にとって  よかった どちらかといえばよかった どちらともいえない  
 あまりよいことではない  よくない  
 患者さんにとって よかった どちらかといえばよかった どちらともいえない  
あまりよいことではない  よくない

そのほかご意見などありましたら、裏面等自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

## 胎児適応での帝王切開

福嶋 恒太郎\* 藤田 恭之\* 田口 智章\*\* 和氣 徳夫\*\*\*

### はじめに

周産期医学 2003 年 8 月号の「特集 帝王切開術後その周辺」において成書における帝王切開術の適応の変遷が検討されている。その中では帝王切開術の適応に大きな変化はないが、母体適応が占める比重が低下してきていること、一つひとつの適応の厳密さが変化していることが帝王切開率の上昇につながっているのではと指摘されている<sup>1)</sup>。胎児適応としてあげられているものは、過去には胎児仮死(当時)や臍帯脱出、横位や(早産)骨盤位など比較的限定的であった。また要約としては母体の operability に加え児が胎外生活可能であることがあげられている。周術期管理、産科的管理、新生児管理の進歩により、この要約の示す状態も大きく変化しているものと思われ、この点も帝王切開の適応の変化に寄与していると考えられる。

いろいろな考え方があろうであろうが、胎児適応の帝王切開といってもいくつかのカテゴリに分けられる。①胎児の疾病や状態そのものが緊急に娩出を要するもの。Non reassuring fetal status (NRFS)などがこれにあたるであろう。②経膈分娩を行うことにより胎児の疾病や出生後の予後に悪影響を及ぼす恐れがあるもの：髄膜瘤など。この中には疾病の病状によっては必ずしも予後の改善には結びつかないものもあるし、帝王切開の有用性について異論があるものもある<sup>2)</sup>。また、疾患ではないが骨盤位などもこの範疇にあるといえる。③「新生児治療への円滑な移行」を目的とする

もの。これは①、②とも重なる部分があると思われるが、児の出生後の治療に必要な人間的、施設的要因に依存する場合などである。④胎児の疾病や状態そのものにより経膈分娩が母体に障害をきたす場合。これは水頭症や骨系統疾患による体幹の変形によって生じる胎児-骨盤不均衡と重なる部分もあり、ある意味母体適応との線引きが難しい場合も含まれると考えられる。

本稿では、当院での最近 4 年間の帝王切開の適応を検討し、胎児適応で帝王切開となった症例の現状について紹介するとともに疾病胎児に対する帝王切開について考察する。

### 当院の帝王切開の適応についての後方視的検討

当院での 2006 年 1 月 1 日～2009 年 12 月 31 日まで(4 年間)の妊娠 22 週以降の単胎分娩について、分娩数、分娩様式、帝王切開分娩の適応について日本産科婦人科学会周産期登録に用いているデータベースから検討した。適応についてはデータベース内に入力されている診断名のみから判断した。

この間の妊娠 22 週以降の単胎分娩総数は 2,926 例のうち帝王切開は 969 例(子宮切開 1 例を含む)、帝王切開率は 33.1%であった。当院では、以前から多胎を含む全分娩に対する当院の帝王切開率は 35%前後で推移しているので帝王切開が行われる割合について変化はないものと考えられる。当院が在る福岡都市圏でも分娩施設の集約化が進み<sup>3)</sup>、分娩数はほぼ倍増した。増加した分娩においてはミドルリスク、ローリスク群が相対的

ふくしま こうたろう、ふじた やすゆき、たぐら ともあき、わけ のりお

\*九州大学病院総合周産期母子医療センター \*\*九州大学大学院医学研究院小児外科学 \*\*\*同 生殖病態生理学  
〒812-8502 福岡県福岡市東区馬出 3-1-1 E-mail address: kfuku@med.kyushu-u.ac.jp

表 1 当院の帝王切開分娩とその適応

母体適応	計	22~23	24~27	28~35	36~	
既往帝王切開	320	1	5	26	289	単胎分娩総数 2,926 例 経膈分娩* 1,957 例 帝王切開** 969 例 帝王切開率 33.1% *骨盤位経膈 4 例, VBAC 16 例を含む **データベースからでは適応不明であった 2 例を含む
前置胎盤	169	0	0	22	147	
分娩停止, CPD 通過障害	96	0	3	9	84	
産科合併症	51	0	6	19	26	
偶発合併症	17	0	0	3	14	
常位胎盤早期剝離	29	1	0	17	11	
その他	4	0	0	0	4	
小計	686	2	14	96	575	

胎児適応	計 (母体適応なし)	22~23	24~27	28~35	36~	母体適応との併存
胎位異常単独	109	2	9	28	70	31
NRFS 単独	70	0	7	17	46	6
胎児疾患単独	55	0	0	20	35	24
胎児疾患+胎位異常	26	0	0	10	16	3
胎児疾患+NRFS	14	0	0	5	9	1
胎児疾患+NRFS+胎位異常	1	0	0	1	0	0
NRFS+胎位異常	2	0	0	0	2	4
臍帯因子	4	0	2	2	0	—
小計	281	2	18	83	178	69

九州大学病院での 2006 年 1 月 1 日~2009 年 12 月 31 日まで (4 年間) の妊娠 22 週以降の単胎分娩について、分娩数、分娩様式、帝王切開分娩の適応について日本産科婦人科学会周産期登録に用いているデータベースから検討した。適応についてはデータベース内に入力されている診断名のみから判断した。帝王切開分娩 969 例のうち、データベースに残る診断名から適応を判断できた 967 例について、適応ごとならびにその分娩週数別の症例数を示す  
 VBAC : 帝王切開分娩後経膈分娩, NRFS : non reassuring fetal status, CPD : 児頭骨盤不均衡

に多く含まれるものと思われる。同じ状態であれば帝王切開を選択することが増えているものと推察できる。

帝王切開分娩 969 例のうち、データベースに残る診断名から適応を判断できた 967 例の適応の内訳を表 1 に示す。母体適応が 686 例 (70.9%)、胎児適応が 281 例 (29.1%) であった。

母体適応で最も多いものは既往帝王切開で 320 例 (母体適応の 46.6%)、全帝王切開のおおむね 1/3 を占めていた。同時期に帝王切開後経膈分娩 (VBAC) を行った症例は 16 例であった。当院の VBAC 希望者の完遂率は 60~70% なので、年に 80 名の既往帝王切開症例がある中で 5~6 名しか VBAC に trial した症例がなかったことになる。次に多いものは前置胎盤 (高度低置胎盤を含む) が

169 例 (24.6%)、分娩停止・児頭骨盤不均衡 (CPD)・諸種の通過障害 (軟産道強靱や誘導を試みたが頸管熟化が得られないものも含む) が 96 例 (14.0%)、妊娠高血圧症候群等の重症化などの産科合併症によるものが 51 例、偶発合併症 (もやもや病等) により帝王切開を選択したものが 17 例であった。なお今回は本稿の趣旨から常位胎盤早期剝離を帝王切開術の母体適応の一つと定義したが、これは 29 例あった。胎児適応としては、胎位異常単独が 109 例 (胎児適応の 38.8%)、non reassuring fetal status (NRFS) が 70 例 (同 24.9%) であった。胎位異常単独 109 例のうち 104 例が骨盤位で、36 週以降のものが 70 例であった。70 例のうち何例が一般的な骨盤位経膈分娩の要約を満たしていたかについては検討していないが、この期



表 2 帝王切開で分娩した児の疾患種別

胎児疾患の内訳	帝王切開分娩 例総数	母体適応 あり	胎位異常, NRFS と併存	経陰分娩 (IUFD 除)	
水頭症	19	5	7	9	
Arnold Chiari 奇形	5		2	0	
Dandy Walker 症候群	1		1	3	
孔脳症	2	1	1	0	
全前脳胞症	0			2	
脳瘤	0			1	
滑脳症	0			1	
その他	11	4	3	4	
臍帯ヘルニア・腹壁破裂	15	1	0	1	Upper cerosomia 1 例含む
横隔膜ヘルニア	13	2	2	4	
多発形態異常	4	0	3	5	染色体異常は除く
心形態異常	18	5	9	42	
奇形腫	6	0	0	0	IUFD は子宮切開 1 例含む
TAM	7	2	2	1	
胎児水腫	7	3	3	2	
染色体異常	5	4	1	13	すべて 13, 18 トリソミー
その他	8	2	4	NA	
消化管	3	0	3	NA	
骨	6	1	3	NA	
泌尿生殖系	6	2	3	NA	
不整脈	7	1	1	NA	CTG 評価不能例
計	124	28	41	77	

胎児適応で帝王切開になった症例ならびに母体適応で帝王切開になった症例の中で、何らかの胎児疾患を有していた症例を示す。疾病胎児とはすべて出生前診断(強い疑診を含む)された症例で、新生児期に同等の病変を有すると確認されたものである。また口唇口蓋裂、尿道下裂、多指症等の軽微な形態異常を単独で有していた症例は、出生前診断されていたものも含め除外した NA: 検討せず

間に informed consent を得て施行した単胎骨盤位経陰分娩は 4 例で、同期間の胎児外回転術成功症例数は 8 例であった。

胎児疾患により帝王切開となった症例は 55 例(同 19.6%)で、胎児疾患に加え胎位異常を伴った 26 例、NRFS も伴った 14 例、両者を伴った 1 例を合わせると、96 例の疾病胎児が母体適応ではない帝王切開で出生していた。実際には母体適応で帝王切開となった症例の中には、骨盤位や胎児形態異常が共存するものも含まれていた。またこの中に前置胎盤や子宮筋腫、子宮形態異常などと胎位異常など、適応の発生自体に密接な関連があると考えられるものも含まれている。胎児疾患を有していた症例で、何らかの母体適応も共存していた症例が 28 例あり、124 例の疾病胎児が帝王切開

分娩となっていたことになる。なお、本検討でいう疾病胎児とはすべて出生前診断(強い疑診を含む)された症例で、新生児期に同等の病変を有すると確認されたものである。また口唇口蓋裂、尿道下裂、多指症等の軽微な形態異常を単独で有していた症例は、出生前診断されていたものも含め除外した。

### 形態異常、胎児疾患での帝王切開

帝王切開分娩となった 124 例の胎児疾患の内訳を表 2 に示す。疾患の種類が多様で、同じ疾患でも病状も多様であるため、厳密な医学的適応について議論するのは難しい。見予後改善のための帝王切開の有用性について異論はある<sup>2)</sup>が、当院で

は腹壁破裂、髄膜疝、臍帯ヘルニア、胎児心拍数陣痛図(CTG)評価不能な不整脈については現時点では選択的帝王切開の適応と考えて管理している。これらのほかにも同時期の経膈分娩数と比較して水頭症、胎児横隔膜ヘルニア、骨系統疾患は比較的帝王切開を選択されることが多かった。骨系統疾患や水頭症については、その疾患の性格によって児頭(胎児)骨盤不均衡という適応が頻発して生じる場合も多いと推察される。ほかの疾患でも必ずしも医学的に選択的帝王切開の対象とは考えにくい疾患で、帝王切開分娩が選択された症例も少なからず存在していた。

**帝王切開分娩が児の予後の改善に  
直接寄与しない疾病胎児に対する帝王切開**

胎児横隔膜ヘルニアは、重症例のほうが容易に出生前診断されることもあり、出生前診断による予後の改善効果は満足のものではなかった。当院では出生前診断された症例に対して、1997～2003年までは、帝王切開によって児を娩出、胎児の出産の直前に胎盤を通してモルヒネとジアゼパムを使って胎児の安定化を図る管理を行っていた(FS群)。しかし重症例での予後の改善がみられなかったため、2004年以降はgentle ventilationを行い患者の循環安定化を得たのちに待機的に手術療法を行うプロトコルに変更した(GV群)。FS群22例、GV群16例の成績を比較したところ(表3)、両群の肺胸郭比や胸部脱出臓器など重症度に差はなかったが、全体的な生存率、重症例の生存率はともに向上していた<sup>2)</sup>。つまり、現在のプロトコルであれば必ずしも児の治療のために帝王切開分娩を必要としないことになるのだが、今回の検討期間についても帝王切開13例(このうち4例は疾患以外の適応あり)が帝王切開分娩となっており、経膈分娩が選択されていたのは4例であった。本症をはじめ集学的治療を必要とする症例の管理には新生児科、新生児外科医、麻酔科やICUをはじめ高次病院機能の活用が必要不可欠である。そのため新生児治療の施設、場所や人的要因などから、時間的、空間的にピンポイントで児を娩出することが要求される場合もある。いわゆる

表3 治療法別の横隔膜ヘルニア児の予後  
(Masumotoら, 2009より引用改変)<sup>2)</sup>

	FS群	GV群	p値
全症例			
症例数	22	16	0.043
生存患者数	13	15	
LT比<0.1			
症例数	13	7	0.329
生存患者数	7	6	
LT比<1.4			
症例数	13	6	0.177
生存患者数	6	5	
肝脱出あり			
症例数	19	8	0.297
生存患者数	11	7	
胃脱出あり			
症例数	20	12	0.205
生存患者数	13	11	

FS(胎児安定化)群, GV(gentle ventilation)群  
(詳細は本文参照), LT比:肺-胸郭断面積比

「新生児治療への円滑な移行」を目的とした帝王切開に相当すると考えられる。

**予後不良な疾病胎児に対する帝王切開**

今回検討した症例の中には妊娠32週で子宮内胎児死亡奇形腫を子宮切開術で娩出した例が1例あった。10 cm 径の腫瘍は顔面が突出し、これが子宮内で破綻し出血をきたしたことによる子宮内胎児死亡と考えた症例であった。胎児骨盤不均衡は想定されるものの、経膈分娩誘導の選択も十分に考えられる症例であったが、腫瘍を含め胎児毀損を可能な限り回避することを両親が強く希望され、経膈分娩を試験することに対して同意が得られず、子宮切開にて娩出した。多発形態異常や染色体異常例(13, 18トリソミー)についても母体の適応ではない理由で帝王切開分娩を選択している症例があった。これらの症例は極めて出生後の児の予後が悪いことが予想されていたが、両親が予後不良でない児と同様の取り扱いを希望され最終的に帝王切開分娩を選択した。

ほかにも出生前に観察した病態から予後を想定できる疾病も多くある。もちろん出生前の重症度

予測の精度は上昇しているといっても生後の状態を確実に把握できるものではないが、明らかな予後不良例であっても「親の気持ち」として「お腹を痛める」ことを選択される場合もある。産科医師および新生児治療を担当する医師が prenatal visit にて可能な限りの情報を提供し、帝王切開術の benefit と risk について十分な説明を行い、両親とよく相談して方針を決める以外には、現在のところ正解はないと思われる。

### おわりに

胎児疾患に限らず医学的な要因のみで分娩様式が選択される時代ではなくなった。Informed choice に基づく自己決定が、管理方針決定の原則となっていく中で、社会的適応で帝王切開についても、保険診療との整合性について今後十分な議論が必要であろうと思われる。VBAC や骨盤位に対する胎児外回転術など、帝王切開を回避する取り組みは必要であることはもちろんであるが、一方で厚生労働省医政局指導課長は「平成 22 年 4 月 20 日付け医政指発 0420 第 7 号」で周産期母子医療センターの評価について、各都道府県衛生、母子保健主管部(局)長宛に見解を通知したが、この中で帝王切開率は周産期母子センターの加点項目となっているなど、高次周産期医療の評価項目や診療報酬制度との関係についても議論も必要であろう。

「新生児治療への円滑な移行」という適応は、施設能力やマンパワーを考慮し適切に選択されるべきものであろうが、分娩施設の集約化や周産期診療に携わる医師のワーク・ライフ・バランス向上に対するさまざまな施策がとられる中で、「土日だから」、「夜だから」、「NICU があいていないから」と拡大していく(すでに拡大している)のでは

ないかという懸念もある。絶対的な産科・新生児科の施設・医師の不足を解消することが第一ではあるが、疾病胎児に限らず子宮内発育遅延児等についても新生児病床の空床の有無が産科的な decision に与えるインパクトが適正であるかどうか、適正な医師や病床の必要数を考える上で議論すべきところはあるように思われる。

周産期診療に携わる医師への支援は必要不可欠である。一方で諸種の施策とその結果が診療の質や内容に与えた影響のサーベイランスや評価、フィードバックも今後行われていく必要があると考える。

### 謝辞

本研究の一部は、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究(H21—子ども—一般—002)によって行われた。

### 文献

- 1) 荏原弘光, 澤倫太郎, 米山芳雄, 他: 我が国における帝王切開率の変遷と適応の変化. 周産期医学 33 : 921-926, 2003
- 2) Henrich K, Huebner HP, Reingruber B, et al : Gastro-schisis and omphalocele : treatments and long-term outcomes. Pediatr Surg Int 24(2) : 167-173, 2008
- 3) 福嶋恒太郎: 厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業「分娩拠点病院の創出と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業(主任研究者 岡村州博)平成 20 年度分担研究報告書, 2009
- 4) 福嶋恒太郎: 厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業「北部九州における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究(主任研究者 岡村州博)平成 21 年度分担研究報告書, 2010
- 5) Masumoto K, Teshiba R, Esumi G, et al : Improvement in the outcome of patients with antenatally diagnosed congenital diaphragmatic hernia using gentle ventilation and circulatory stabilization. Pediatr Surg Int 25 : 487-492, 2009

\* \* \*

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
分担研究報告書①

滋賀県における産婦人科女性医師ワークフォース活用の課題

研究分担者 村上 節 滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授  
研究協力者 喜多 伸幸 滋賀医科大学産科学婦人科学講座准教授  
高橋 健太郎 滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授

研究要旨：女性人口当たりの産婦人科医師数が全国でも最低レベルである滋賀県においては、医師不足により県内の周産期協力病院で新たに常勤医が不在となり分娩取り扱いを中止し、巡回バスによる子宮がん集団検診の遂行にも支障をきたしかねない状況にあった。このような状況にあつて、女性医師のワークフォース活用は喫緊の課題であり、今年度は滋賀県内で産婦人科専門医を持ちながら、育児に専念していた女性医師を発掘し、破綻しかねなかった巡回バスによる子宮がん検診への協力を求めることに成功した。また、昨年度他県から当県に異動し、就職を斡旋した育児中の女性医師3名に関して、その後の追跡調査を行った。本人達はNICU研修や内視鏡下手術、専門外来など医師としてのスキルアップの機会を得ており、病院側としても彼女たちの就労に関する満足度は高く、両者の希望を叶える斡旋は、功を奏したことが窺えた。しかしながら、この3名のうちの1名は、配偶者の転勤に伴い離職、他県へ異動した。幸い他県でも職に就いた由であるが、女性医師のワークフォースの活用のためには積極的な斡旋も必要であるが、何よりも離職させない環境作りが望まれる。

A. 研究目的

滋賀県における産婦人科医師不足は徐々に深刻度を増し、本年度開始当初より、県が認定する8つの周産期協力病院のひとつから常勤医が不在となり新たに分娩の取り扱いを中止するとともに、主として、遠方の自治体や規模の小さな自治体から委託されている対がん協会滋賀県支部（滋賀県健康づくり財団）による巡回バスによる子宮癌集団検診の担い手に不足が生じ始めていた。

このような周産期医療の崩壊、産科医師の不足という社会的問題に対する方策として、女性医師の活用が提言されてい

る。われわれも昨年来、いかに育児中の女性医師の労働環境を整え、現場で労働を提供してもらうことが可能かという、女性医師の受け入れについて、研究を進めてきた。その成果は昨年度の報告書にまとめたが、3人の育児中の女性医師を3つの病院への就職を斡旋することに成功した。しかしながら、実際のところ一口に女性医師と言っても、その置かれた環境は多様である。すなわち、児の人数、年齢、実家や家族の協力（体制）など種々の条件が異なれば、それに応じて従事で

きる勤務環境は制限を受けることにならざるを得ない。つまり、就職先も一律に求めることはできず、多様な受け皿が必要である。本年度は、形態を一つに拘ることはできない育児中の女性医師の就労支援につき、新たな方法を模索し、また昨年就職を斡旋したその後の評価についても検討した。

## B. 研究方法

### ①巡回バスによる子宮がん検診の医師実情調査

対がん協会滋賀県支部が行う巡回バスによる子宮がん集団検診に従事する医師についての実情調査を実施した。

### ②休眠育児中女性医師の発掘

滋賀県内に居住し離職中の産婦人科医師の有無に関して広く情報を募った。その中で浮かび上がった、育児に専念していた女性医師に対してコンタクトを取った。連絡が付いたところで、就労を希望するか否か、希望する場合は、どのような条件が必須であり、どのような勤務形態を求めるかの聞き取り調査を行った。

### ③昨年度就職女性医師の追跡調査

平成21年度に就労を仲介した育児中の女性医師3名に対して、その後の就労状況と本人及び病院側の満足度を聞き取り調査した。

## C. 研究結果

### ①巡回バスによる子宮がん検診の医師実情調査

滋賀県内で行われている巡回バスによる子宮癌検診の受診者は13,000人前後で

推移しており、そのうちの約60%を財団法人滋賀県健康づくり財団の巡回バスが担っている。

この滋賀県健康づくり財団による巡回バスによる集団検診は、平成22年度は4月末から11月末までの7ヵ月間に、9市町村、8,500人の受診者を見込み、160回を越える巡回バスの稼働が予定されていた。しかしながら、前年度は14名いた出動医師は、すべて男性であり、50歳代4名、60歳代7名、80歳代3名という年齢分布で、県内7名に対し県外医師が半数の7名を占めるという構成であったが、80歳代のお二人がご逝去、ご病気ということで2名を欠くこととなり、計画の遂行に重大な支障をきたしかねない状況であることが判明した。

### ②休眠育児中女性医師の発掘

滋賀県産科婦人科医会の会員より情報を得た、滋賀県内に居住し育児に専念していた30歳代の女性医師に対し、手紙をしたため、電話連絡を行った。電話が繋がらない場合も、留守番電話にメッセージを残すなどの努力を続け、最終的に話し合う機会を得た。

就労する希望を問うと、働く気持ちはある、との返事であった。しかしながら、就労するに当たり一番問題となるのは、やはり子育てに関してであり、現在児が入所している保育所を転所するという考えはなく、病院に常勤として勤務することへの希望はなかった。そこで、巡回バスによる子宮がん検診への乗車を要請したところ、労働時間等の条件が合う場合には協力することは可能であるとの回答があった。

以上の情報を滋賀県健康づくり財団の担当者に連絡し、以後の交渉は当事者に任せた結果、結局、この女性医師の協力により、平成22年度の滋賀県健康づくり財団が運用する巡回バスによる子宮がん検診のおよそ4分の1が賄われることとなり、当初予定していた必要な業務を滞りなく遂行することができた。

### ③昨年度就職女性医師の追跡調査

他府県より夫の転勤などの理由で平成21年度に滋賀県内の施設に就職を斡旋した育児中の女性医師3名に対し、追跡調査を実施した。3名とも職場の状況には満足しており、取り立てて不満はなかった。スキルアップについて尋ねたところ、他施設でのNICU研修や内視鏡下手術の修練、不妊外来や妊婦再来などの専門外来の担当など各人とも自らの技術の向上を自覚していた。各々の研鑽内容に関しては、本人の希望と職場のニーズの両方が認められた。一方、3人の上司にあたる部長職のスタッフにも各々尋ねたところ、いずれも仕事ぶりには満足しており、本研究による斡旋に感謝の言葉があった。総じて良好な関係が構築されていることが窺われた。

しかしながら、3名の内1名は、夫の転勤のため平成22年度内に他県へ転居することとなり、常勤として勤めていた大学病院を離職した。本人から他県での就職斡旋の希望はなく、直接関与は行わなかったが、後日一次医療施設で職を得たとの連絡があった。

### D. 考察

2年ごとに行われている厚生労働省の

「医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、平成20年末の時点では、産婦人科医師数は前回（平成18年）と比較して若干の増加が認められ、10年ぶりに増加に転じたとされるが、現場での実感には乏しい。実際、滋賀県内における産婦人科医師不足は全く解消しておらず、逆に深刻さを増してきている。まず、県が周産期医療体制整備計画で規定する周産期協力病院8つのうち2病院では、常勤医不在等の理由で分娩はほとんど行われていない状況が現出し、また、地域として推進すべき子宮がん集団検診事業においても、巡回バスに乗る医師は県内外の高齢医師であり、すでに一般診療から引退した医師によって成り立っているのが現実であった。本来、地域医療に協力する立場にある大学において、日常業務に比して院内の医師数は不足しており、大学院生も不在の状況下では、どちらの支援もしようがないのが偽らざる事実であり、平成16年度に始まった初期研修制度の悪影響はいまだに現場を蝕んでいると言える。

そこで、育児等の理由により、現在離職中の女性医師の発掘を試みた。幸い候補として一人の女性医師が見つかり、病院勤務は斡旋できなかったものの、最終的に巡回バス検診への協力を得ることが出来たのは、大きな収穫であったと考えられる。

ところで、女性医師のワークフォース活用を考えるにあたり、最近は多様性（ダイバーシティ）との関連で語られることが多い。ダイバーシティ・マネジメントとは、多様な人種を抱える米国で生まれた概念で、人種や性別、年齢、価値観や健康状態など個々人の多様性を受

け入れて活用し、組織やチームのパフォーマンスを高めることを意味する。今回、育児中の女性医師を掘り起こし、かなり厳しい状況下にあった子宮がんの巡回バス検診を存続し得たことは、適材適所の好例として、一見良好なダイバーシティー・マネージメントを行ったかに見える。しかしながら、この配置は、適性を生かした多様性とは全く異なるものであることは指摘しておきたい。すなわち、例えば育児中の女性医師の場合には、適性があるから短時間労働をする、あるいは短時間の労働をする適性があるのではない。勤務できる時間に制約があるから、(やむなく) その条件の仕事を選択しているに過ぎない。仮にその人物が長時間に亘る悪性腫瘍手術に長けている(適性がある)個人であったとしても、その才能を生かすことのできる職場や環境がないのが現状ということである。

したがって、真の女性医師のワークフォースの活用とは、子育てと本人の適性を生かす仕事との両立を目指さずワークライフバランスに優れたものでなければならぬ。そのための方策として、もっとも重要と考えられるのは、延長保育、病児保育、夜間保育を含めた保育施設の充実である。ただし、今回の女性医師のように、いったん子を預けた保育所を移るということには抵抗がある場合も多く、最初から利用できる環境をつくっておくことが望ましい。つまり、女性医師の活用には、退職させることなく産休・育休を取らせた上で復帰させるというのが最も確実な方策と考えられる。したがって、医師不足を憂う病院には、女性医師の獲得のために、一刻も早くこのハード面を

充実させることを提言したい。

こうした施設面の充実が全国的に広がることにより、夫の転勤などの家庭の事情による転居の際にも、施設間の異動を容易にし、女性医師の離職や休眠を防止することができると考えられる。

## E. 結論

日本産科婦人科学会の調査によれば、30歳より若い世代においては、産婦人科医師数の70%が女性医師で占められていることが示されている。したがって、10年後、15年後には女性医師がわが国の産婦人科医療の中核を支える時代が到来することになると想像される。このときに、どれだけの人材が周産期の診療現場に留まっているか、言い換えれば、どれだけ女性医師のワークフォースが活用できるかが、周産期医療の崩壊を防ぐ、最大の決めてとなる。そのためには、いったん離職した女性医師の再就職を促すことよりも、女性医師が安心して就労できる環境を最初から整え、離職させない努力を続けることが最も必要かつ有効な手段であると考えられる。

わが国では、平成11年に男女共同参画社会基本法が制定され、男女共同参画社会の実現が21世紀の最重要課題と位置付けられた。平成17年に閣議決定された第2次基本計画では科学技術分野における女性の参画の推進が追加されている。同分野の一端を担う医療医学の世界で、本質的に女性の能力が劣るわけではない。現に、医学部に入学する者に占める女子の割合は年々増加傾向にあり、すでに3人に1人は女子学生である。国が掲げる男女共同参画社会を真に実現するもつと



も簡単かつ効果的な手段は、医学部を卒業した女性が研究に打ち込み、臨床に活躍できる環境を一刻も早く整備することである。この点に関して、行政並びに病院管理者など関係各位のなお一層の努力をお願いしたい。

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

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」  
(H21-子ども-一般-002)

平成 22 年度分担研究報告書②  
滋賀県における産科オープンシステム（セミオープンシステム）  
－ 5 年間の実績の検証と今後の展望－

研究分担者：村上 節（滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授）  
研究協力者：喜多 伸幸（滋賀医科大学産科学婦人科学講座准教授）  
高橋 健太郎（滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授）

研究要旨：昨今の周産期医療の現状を鑑みると、まさに「疲弊」と言う一言に尽きる感がある。本来、生命誕生の瞬間・喜びを、産婦とともに共有することが唯一可能である産科医療の現場が、想定外の結果を招くと、一転、産婦と対峙する関係へとその様相を変貌させる。元来、妊娠・出産が潜在的に有するリスクが少子高齢化に伴い上昇することと逆相関するかの如く、アメニティーやさらなる安全性への要求度が増す。当然の結果として、理想主義的自己犠牲のもと、日々診療に従事していた産科医は、訴訟圧力の増大に伴う精神的・肉体的過重負荷に暴露し、急速に減少の一途を辿る。この医師不足に端を発し、分娩施設の減少、母体の救急搬送受け入れが困難な状況に陥り、国民の不安を招来するとともに国策である少子化対策にも影響を及ぼす。かくして、負のスパイラルに突入することとなる。医師確保には、当然長い月日を要し、現場の医師の努力のみでは、対応不能の状況にある。このような中、医療資源の有効活用を実現する上で、新しい診療形態の一つとして生まれたのがオープンシステムである。

我々は、これまでの厚生労働科学研究にても報告してきたが<sup>1)</sup>、<sup>2)</sup>、<sup>3)</sup>、<sup>4)</sup>、平成 18 年度 1 月より、ハイリスク妊産婦の集約化により、救急母体搬送の減少、ひいては母児の安全確保の現実化を目的とし、地域医療機関と密接に連携をとり、滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステム（セミオープンシステム、以下本システム）を開設した。本報告書では、今日に至るまでの 5 年間の実績を検証するとともに、新たな問題点、今後の展望についても報告する。

A. 研究目的

滋賀県において、周辺医療機関と緊密に連携しハイリスク分娩の集約化を行い、症例の早期紹介と緊急母体搬送の減少、

さらに効率的かつ安全にして快適な分娩を通じて地域住民に貢献することを目的として、平成 18 年 1 月より滋賀医科大学附属病院産科オープンシステム（セミオ

ープンシステム、以下本システム)を開設した。平成18年以降、現在に至るまでの5年間、登録症例・分娩症例・立ち会い症例等の実績を検証するとともに、本システムが有する新たな問題点、今後の展望についても報告する。

## B. 研究方法

### ①本システムの目的

計3回の説明会、検討会を行い、平成18年(2006年)1月より本システムを開設した(表1)。なお、詳細に関しては「厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療術評価総合研究事業)産科領域における医療事故の予防対策 平成17年度総括・分担研究報告書」<sup>1)</sup>に詳述しているため、本報告書では割愛させて頂く。

### ②本システムの登録から分娩の流れ

システムの登録、管理、分娩の流れの概要を図1に示す。症例登録の際には、産科オープンシステム予約票に様式に従い記入して頂き(転院の時期、分娩介助希望の有無等)、当院地域医療連携室にFAXにて送付、妊婦の受診予約を行う。

## C. 研究結果

### ①登録施設・登録医師・助産師

本システムを開設後、平成22年12月31日まで医師:26名(25施設)、助産師:6名(5施設)の登録があった(表2・表3)。開設当初の初年度には、医師:24名(22施設)、助産師:4名(4施設)であり、若干の増加が認められた。助産所を除く登録施設の地理的分布は図2の通りである。ほとんどの登録施設は天津・湖南(滋賀県全域では7医療圏に分類

されており、琵琶湖南部に位置する大津市、草津市、栗東市、守山市、野洲市)の2医療圏に属し、当院までの所要時間はおおむね1時間以内である。分娩開始徴候から、来院までの時間を考慮すると、医療圏としては妥当な距離である。このうち滋賀医科大学産婦人科関連病医院は12施設で約半数を占め、さらに登録病院はすべて関連病院であった。

### ②当院における分娩数の推移

10年間の当院分娩数の推移を、図3に示す。年次毎に増加の傾向を示すが、平成21年度には若干低下している。昨年度の報告書にも述べたが、平成20年10月から平成21年11月にかけて、当科並びにNICUが、当院老朽化に伴う病院改修・再編成の対象となり、この間、大幅な病床数削減を余儀なくされたことから、県下分娩施設に搬送・紹介制限を公表したことが大きな要因である。しかし、改修終了の翌年には、10年前の約2倍にあたる380症例の分娩数(総出生児数:404人)を数える事となった。ただ、この背景には、本院周辺の分娩施設の閉鎖は、1診療所のみにより留まり、閉鎖に伴う妊婦の流入と言うよりはむしろ、NICUが従来の6症から、9症に増床、さらに12症のGCUが新設されたことより、従来受け入れ困難であった早産・低出生体重への管理が可能となった要因が大きい。

### ③登録症例の推移

5年間の登録症例の推移を示す(図4)。分娩数と呼応するように、22年度には29症例と過去最高の登録症例数を記録した。しかし、この増加理由は分娩数のそれとは異なり、登録施設の1施設が平成21

年 10 月をもって分娩の取り扱いを中止したことから、平成 22 年には、さらに 1 施設が登録医の身体的理由から分娩の制限をかけたことにより、結果として本システムの利用率が増加した。

#### ④ 5 年間の登録症例のまとめ (図 5)

この 5 年間の全登録症例数は、11 施設・82 症例であり、助産所並びに助産師からの症例登録はなかった。なお、登録症例中 2 症例が紹介元の施設にて分娩を終了されており、1 症例が登録後に他院を紹介され、3 症例が登録されるも当院来院されず (登録医によると他施設での分娩希望)、また 14 症例が多胎妊娠 (うち 1 例は品胎妊娠) であり、このうち品胎症例 1 例を含む 3 症例 (妊娠 22 週 2 日・双胎妊娠 M-D、妊娠 25 週 1 日・双胎妊娠 M-D、妊娠 17 週 3 日・品胎妊娠) は当院 NICU ベッド満床のため、他施設への母体搬送を余儀なくされた。そのため、実質登録管理症例は、76 症例となる。この 76 症例における妊娠リスク自己評価法<sup>5)</sup>による妊娠リスクスコアは  $4.165 \pm 3.40$  となり、ハイリスク分娩の集約化という観点から見れば、登録医とのリスクの共有が実現しているものと解される。

このうち、単胎妊娠 62 症例中 55 症例、多胎妊娠 (すべて双胎妊娠) 11 症例の全症例が、既に分娩を終了している。以下、これら分娩症例を解析・検証するが、多胎そのものが潜在的リスクを有しているため、単胎妊娠と多胎妊娠を分けて結果を示す。

#### ⑤ 分娩症例のまとめ (単胎妊娠) (表 4)

55 症例中、31 症例が経膈分娩、24 症例が帝王切開分娩にて生児を得ている。

帝王切開率は 43.6%にも達し、そのリスクスコアは  $4.75 \pm 4.08$  と高く、この背景には、既往帝王切開が 11 例、高齢妊娠が 6 例、その他、高度肥満症例 4 例 (重複症例有り) と、リスクスコアに合致した要因の関与がある。一方、経膈分娩のリスクスコアは  $3.55 \pm 3.08$  と中リスクに分類されるスコアを示し、分娩時総出血量は経膈分娩、帝王切開分娩ではそれぞれ、 $563.6 \pm 354.0\text{ml}$ 、 $812.4 \pm 449.3\text{ml}$ 、輸血を要する症例はなかった。NICU 管理を必要とした症例は、5 症例、9%であり、全員無事に退室している。登録医の分娩時立ち会いは、計 27 症例、49.1%に及び、経膈分娩：14 症例、帝王切開分娩：13 症例であった。

#### ⑥ 分娩症例のまとめ (多胎妊娠) (表 5)

全多胎症例に帝王切開術が施行されている。1 例のみ、第 1 子経膈分娩後、陣痛促進等を行っても重症微弱陣痛を回避できず、帝王切開を施術している。妊娠リスクスコア・分娩時出血量は、それぞれ、 $6.27 \pm 2.05$ ・ $1295.14.75 \pm 4.08828.4\text{ml}$  と、当然のことながら単胎妊娠と比し、高スコア、高出血量となっている。また、NICU 入室率も 59.1%と単胎妊娠の 7 倍近くになる。なお、双胎妊娠には登録医の立ち会いはなかった。

#### ⑦ 妊娠リスクスコアならびに分娩時立ち会いの推移

平成 21 年までは、比較的 average 妊娠リスクスコア (4.85~6.60) であったが、昨年は  $2.23 \pm 1.70$  と中リスクに分類される症例の登録状況であった。これと逆相関するが如く、登録医の立ち会い症例数が増加している。前述したように、2 施設が

分娩取り扱い中止あるいは分娩制限を行ったことにより、本来自施設にて管理されていた症例の登録によるところが大きい。

#### ⑧総括

本結果の総括を、表7に提示する。

#### D. 考察

以上、平成18年に開設した本システムの5年間の実績を概説した。未だ症例数は少ないながらも、5年間維持できたことに関しては、それなりの評価に値するものとする。開設当初から問題となっていた登録症例と紹介症例との境界が非常に曖昧・判断に苦慮するとの指摘は、その後も引き続き本システムへの登録を呼びかけることにより、リスクの認識が浸透していき、紹介症例と姿は変えつつも、早期紹介への機動力として一躍をかけた可能性がある。その一例として、多胎妊娠が挙げられる。未だ十分とまでは言えないが、滋賀県の総合周産期母子医療センターである大津赤十字病院や当院に紹介される事例が増加していることをから、啓蒙的意義は果たせたのではないかと推察する。また、立ち会い症例の増加に伴い、特に夜間などマンパワーの増員が期待できるのみならず、若手産科医や助産師がエキスパートの分娩技術を体得する場を提供することも可能となり、若手医師に対する指導的役割も担って頂ける。現に最近では予定帝王切開の際に登録医が第一助手となり、後身の指導に当たるケースが散見され、当院のような三次医療機関において、本来重要視されるべき重症患者への対応に要する時間が確保される

ことも利点と言えよう。ただ、助産所あるいは助産師からの登録がなかったことは、このような施設で分娩を望まれる妊婦と助産師との関係は、三次医療機関に属する我々産科医療従事者との関係とは一線を画するものであることを反映している事も事実である。

一方、登録症例の低リスク化に伴い、健診等の分担も可能となり、当院外来業務の軽減にも繋がるが、その際、重要なことは情報の共有である。すでに、仙台市産科セミオープンシステム診療マニュアル「共通診療ノート」<sup>6)</sup>に代表されるような情報共有記録媒体が存在するが、滋賀県にも可及的速やかに導入することが必要と思われる。他の地域でも様々な形態の情報媒体が存在すると推察されるが、積極的に入手し、参考にさせて頂く予定である。

さらに、低リスク症例の増加により、現時点では症例数からも当院における分娩許容数の範囲内ではあるが、将来的にその範囲を超えた場合の対応も視野に入れる必要がある。当院では、文部科学省管轄「周産期医療環境整備事業－院内助産所整備事業」も平成22年3月1日より開始し、現段階では、1例のみの分娩ではあるが、今後ローリスク妊娠・分娩に関しては院内助産所の利用が現実化していることより、本来のセミオープンシステムと院内助産所の融合により、さらに新しい診療形態が生み出される可能性がある。

ところで、本システムは、産科診療に従事する医師の過重負荷を根本的に軽減する方策となり得るのであろうか。国策

としても無過失補償制度の導入、ハイリスク分娩管理加算の拡大、ハイリスク妊娠管理加算や妊産婦緊急搬送入院加算の新設等種々の施策がとられつつあるが、いずれも即座に現状を打開する解決策にはなり得ない。多くの地域では、ハイリスク妊婦の紹介や、セミオープンシステムの導入が既に実施されている。日本医科大学多摩永山病院中井教授らは、厚生労働科学研究の報告書「オープン・セミオープンシステムの現状」<sup>7)</sup>の中で、アンケートによる調査結果として、このようなシステムは、地域医療レベルの向上、医療事故防止、ハイリスク妊娠の集約化、分娩場所確保に効果があるものと評価されるが、妊娠・分娩に関わる医師の増加や勤務医の業務軽減への効果については、約半数の施設で効果が認められていない、と述べている。たしかに、本システムそのものは、現状の医療資源を有効利用することに主眼が向けられており、抜本的なマンパワーの増加を直接的に期待できるものではない。例えば、我々も既に報告<sup>8)</sup>しているが、育児中の女性医師の就労支援に取り組む等の施策と本システムを融合させ、医師の負担軽減とともに、中長期的には本システムを地域基幹病院へ移行させ、周産期医療体制の改善に努めていく必要があると考える。

#### E. 結論

滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステム（セミオープンシステム）開設後、今日に至るまでの5年間の実績を検証するとともに、新たな問題点、今後の展望についても考察した。産科医療

従事者の過重負荷をすぐさま取り除く施策は残念ながら存在しないが、例えば育児中女性医師のワークフォースや院内助産を有効活用するなど、本システムが確保する医療資源のみならず他の資源と融合させることにより、本システムが周産期医療体制の根本的改善に寄与するものと期待する。

#### 文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療術評価総合研究事業）「産科領域における医療事故の予防対策」平成17年度総括・分担研究報告書 主任研究者：中林正雄 滋賀県における産科オープンシステムの現状 59-81
- 2) 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」統括・分担研究報告書 研究代表者：岡村州博 滋賀県における産科オープンシステム（セミオープンシステム）の現状 294-309
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」平成20年度総括・分担研究報告書 主任研究者：岡村州博 滋賀県における産科オープンシステム（セミオープンシステム）の現状 219-241
- 4) 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「地域における周産期

医療システムの充実と医療資源適正配置に関する研究」平成 21 年度総括・分担研究報告書 研究代表者：岡村州博 滋賀県における産科オープンシステム（セミオープンシステム）の現状 143-155

F. 健康危険情報  
なし

G. 研究発表  
なし

5) 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療術評価総合研究事業）「産科領域における安全対策に関する研究」平成 16 年度総括研究報告書別冊 妊娠リスク自己評価法 主任研究者：中林正雄

H. 知的財産権の出願・登録情報（予定含）  
なし

6) 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療術評価総合研究事業）「産科領域における医療事故の解析と予防対策」平成 18 年度総括・分担研究報告書 主任研究者：中林正雄 「仙台市産科セミオープンシステムの現状」 分担研究者：岡村州博 71-84

7) 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「わが国の新しい妊婦健診体制構築のための研究」平成 21 年度総括・分担研究報告書 主任研究者：松田義雄 「オープン・セミオープンシステムの現状」 中井章人 217-223

8) 厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「地域における周産期医療システムの充実と医療資源適正配置に関する研究」平成 21 年度総括・分担研究報告書 研究代表者：岡村州博 「滋賀県における産婦人科女性医就労支援の取り組み」 研究分担者：村上節 135-142



# 表1 滋賀医科大学医学部附属病院 産科オープンシステム

2006年1月1日より開設

地域の医療機関と緊密に連携し、ハイリスク分娩の集約化を行い、さらに相互啓発的な対話を通じ医療機関間の協力のもと、効率的かつ安全にして快適な分娩を通じて地域住民に貢献する

登録(産婦人科医師、助産師)

↓  
症例登録

↓  
妊婦健診(登録施設、当院)

↓  
症例により入院管理  
分娩

経膈分娩・帝王切開  
登録産婦人科医師・助産師  
+ 当院産婦人科医師・助産師

滋賀医科大学附属病院 産科オープンシステム予約申込書

紹介医 産婦人科 先生 ※併診のご希望があればご記入ください。	紹介先 医療機関名 所在地 TEL FAX 先生
--	---

1. 分娩の時期と分娩の対応について

[1] 転院の時期について

a) 陣痛発来、又は、破水時  b) 36週以降

c) 24週以降  d) その他(予定日超過等)

[2] 分娩介助を希望した場合

a) 立会いを希望(入院準備をいたします)  b) 立会いをしないが分娩後に来院

c) すべてを病院担当医に任せる

2. 分娩予定日 平成 年 月 日 (初産婦・経産婦)

3. 受診希望日 平成 年 月 日 ( ) 時 分

(受診希望日は休日ご連絡いただいても結構です。)

4. 両親学級受講希望 有 ・ 無 (去立会い分娩希望 有 ・ 無)

5. 備考(連絡事項)

〔 〕

※患者様氏名・保険証番号等 当院受診歴(有・無) (I D )

フリガナ	生年月日	明・大・昭・平(男・女)
患者氏名	電話(自宅)	年 月 日
生 産	電話(携帯)	
	電話(病院)	( ) ( )
保険番号	公費負担番号	
記号・番号	公費負担受給者番号	
区 分	身 振 割 合	0割・1割・2割

※ 休診日 土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)

※ お問い合わせ先

図1 オープンシステムの流れ

**表2 滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステム**  
2006年1月1日～2010年12月31日

登録産婦人科医師数	26名
登録産婦人科施設数	25施設
登録助産師数	6名
登録助産所数	5施設

**表3 登録産婦人科施設・登録助産所**

五十音順

**登録産婦人科施設**

公立甲賀病院、済生会滋賀県病院、南草津野村病院、野洲病院

青地産婦人科医院、IDAクリニック、入江産婦人科、笠原レディースクリニック  
桂川レディースクリニック、岸本産婦人科、希望ヶ丘クリニック、坂井産婦人科  
清水医院、親愛レディースクリニック、竹林ウィメンズクリニック、ちばレディースクリニック  
寺井産婦人科、野村産婦人科、ハピネスバースクリニック、産科・婦人科濱田クリニック  
平田医院、松島産婦人科医院、明愛産婦人科、山田産婦人科、渡邊産婦人科

**登録助産所**

朝比奈助産院、北川助産院、芝原助産院、ふちもと助産院、槇田助産院