

滋賀県

1) モデル事業実施前の地域の状況と課題

(1) 分娩を取り扱う病院・診療所・助産所数と各分娩数

- 平成17年 分娩取り扱い施設数 病院(19) 診療所(24) 助産所(7)
- 平成17年 分娩場所別出生数(滋賀県)人口動態統計より
- 病院(5595 : 43.4%) 診療所(7,217 : 56%) 助産所(62 : 0.5%)
その他(25 : 0.2%) 合計(12,899 : 100%)

(2) 地域の産科医療の状況と課題

- 産科医師不足の影響で相次ぐ産科閉鎖、縮小(過去5年間に8カ所、H19年度1カ所(予定))
- 医師1名の開業診療所が85%、高齢化傾向にあり医師の約7割が50歳以上
- 産科医師2名以下の病院が約6割
- 医師不足で過酷な労働状態(閉鎖周辺病院への影響も大きい)
- 高齢出産、不妊治療等によりリスクの高い妊婦の増加、低出生体重児も増加
- 病院、診療所、助産所との役割分担、安全性のレベルアップが必要
- 産科医療従事者の育成研修の必要性

2) モデル事業実施後の状況

(1) モデル事業開始による分娩数の変化(H18年12月末)

- ①モデル事業実施前のセミオープンシステムでの分娩数 (報告なし)
- ②モデル事業実施後のセミオープンシステムでの分娩数分娩件数(16件)
登録件数(25件)
＜内訳＞ 立ち会い分娩(6例) 産後の回診(5例)
登録施設として助産所を含めているが、登録症例・分娩件数なし
- ③モデル事業開始により病院から診療所に逆紹介した妊婦数(3件)

(2) モデル事業を実施する上で工夫している点(今後必要と考える点)

- 住民への情報提供や妊娠リスク自己評価表の活用啓発等を推進
- 本事業に参加の診療所医師や利用者からの報告など、研修会等で本事業をさらに啓発していきたい
- 利用者側(本事業で出産された方)に対してのアンケートを実施し、事業評価をしていきたい

(3) 今後モデル事業を継続するための課題

(4) その他

○H18年オープン病院での分娩数の変化

H17年(分娩数249件)→H18年(分娩件数275件)

○逆紹介した妊婦数(11件)

3) セミオープンの地域のオープン化に向けての課題

○医療事故があった際の責任問題(契約等必要) 現在は責任は病院

○分娩を取り扱う産科診療所等(医師1名がほとんど)が参加していることから、現実的には分娩に立ち会うことは困難な場合が多い。

○受け入れるオープン病院スタッフとの日頃の連携が必要

○受け入れるオープン病院は診療所から距離的に近くにあることが必要

4) オープン病院化を推進するにあたり、国レベルで取り組むべき事項 についての提言

5) その他

○他の地域へも普及させていきたいが、受入れ側となる病院が医師不足であり、現実的には拡大していくことは難しい。緊急的な医師確保対策と同時に機能させていく必要がある。

○ハイリスクを扱う病院と診療所との機能分担を明確にしていく必要があるが、ハイリスク分娩加算が勤務医にも還元される仕組みが必要。

○オープン病院ではリスクの高い妊婦が登録されるため、新生児の受入れベットが足りないと受入れが出来ない。NICUの収容が出来ないため、別病院に搬送となった事例もある。

○参加医療機関との調整等、オープン病院の負担も大きい

(登録助産師より)

○助産所で出産を希望する人は、家庭的な雰囲気の中、自然な分娩を望む人であり、低リスクのため、活用されにくいのが現状。

(登録医師より)

○日々診療に追われている中で、安全を重視している。リスクの高い人への対応として、開業医としてはオープンシステムの取組は心強い

○利用者は立ち会ってもらえて、安心感があつたと満足されていた。

平成 19 年 3 月 2 日
於、厚生労働省内

周産期医療施設オープン病院化モデル事業 関係者連絡会議資料

滋賀医科大学女性診療科・母子診療科
喜多 伸幸、四方 寛子、望月 昭彦
高橋 健太郎、野田 洋一

滋賀医科大学医学部附属病院

産科分娩取り扱い状況

平成 18 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日

総分娩数 275例

総出産数 303例

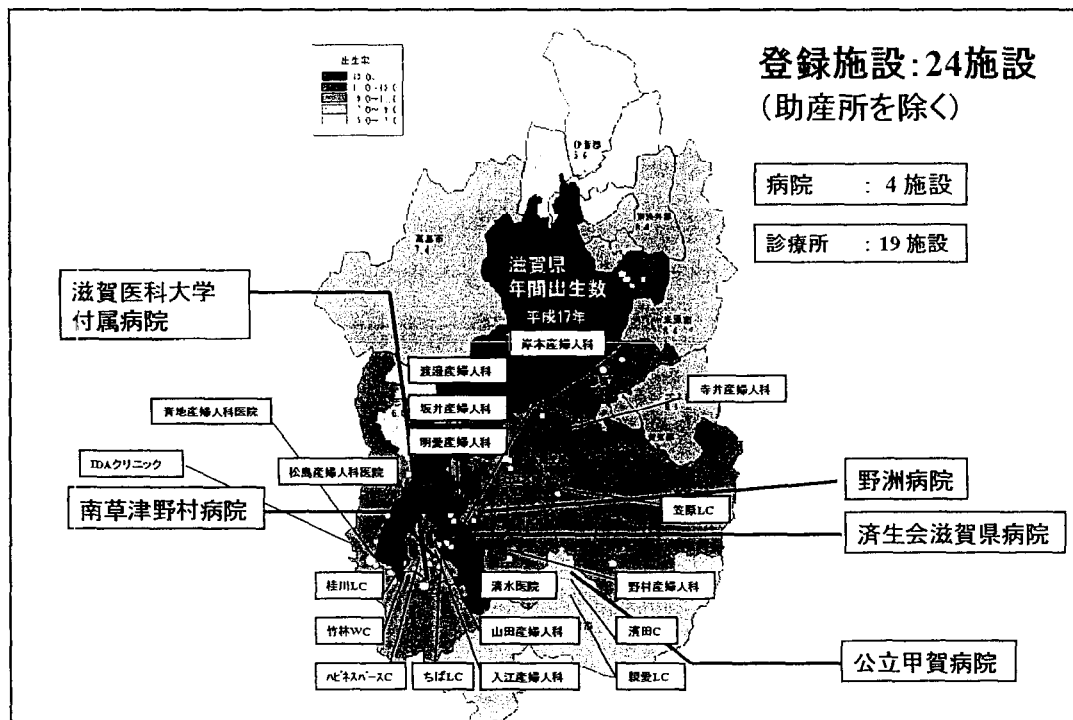
双胎:26例、三胎:1例

滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステム

登録産婦人科医師数 25名
 登録施設数 23施設
 登録助産師数 4名

(平成 18 年 12 月 31 日現在)

平成 18 年 1 月より、症例登録開始



滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステム登録症例ー1

症例	紹介元医療施設	紹介日(平成18年)	診断名	妊娠リスクスコア
1	A病院	1月6日	妊娠28週4日、既往帝王切開	3
2	B病院	1月19日	妊娠26週1日、臍帯付着部異常	1
3	C産婦人科	1月25日	妊娠30週2日、高齢妊娠	6
4	Dクリニック	2月15日	妊娠23週1日、低位胎盤、羊膜下血腫	3
5	E医院	2月28日	妊娠22週1日、既往帝王切開	2
6	Fレディースクリニック	2月23日	妊娠16週5日、双胎妊娠(D-D)	7
7	B病院	3月27日	妊娠22週2日、双胎妊娠(M-D)	7
8	C産婦人科	3月13日	妊娠33週2日、JUGR?、胎盤石灰化	3
9	A病院	3月21日	妊娠11週5日、子宮頸部細胞診異常	2
10	B病院	4月10日	妊娠15週3日、DVT既往	4
11	B病院	5月8日	妊娠15週3日、双胎妊娠(M-D,Discordant)	5
12	Dクリニック	5月9日	妊娠25週1日、双胎妊娠(M-D)	6
13	C産婦人科	6月19日	妊娠35週1日、肥満、妊娠高血圧症候群	4
14	B病院	8月14日	妊娠23週1日、高血圧合併妊娠、肥満	4
15	B病院	8月21日	妊娠20週3日、VBAC	2
16	B病院	8月21日	妊娠21週2日、DM、高齢妊娠、肥満、習慣流産	19
17	Gウイメンズクリニック	9月22日	妊娠27週1日、高齢妊娠、子宮筋腫、IVF-ET後	9
18	Dクリニック	10月10日	妊娠17週3日、胎胎妊娠	5
19	Dクリニック	10月24日	妊娠27週0日、双胎妊娠(M-D)	6
20	Gウイメンズクリニック	10月27日	妊娠35週3日、既往帝王切開	2

滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステム登録症例ー2

症例	紹介元医療施設	紹介日(平成18年)	診断名	妊娠リスクスコア
21	C産婦人科	11月6日	妊娠28週2日、高齢妊娠、子宮筋腫	7
22	Dクリニック	11月14日	妊娠17週4日、双胎妊娠(M-D)	5
23	B病院	12月4日	妊娠35週2日、第一子死産、前回早産	6
24	Hレディースクリニック	12月6日	妊娠36週3日、前回産後血腫	1
25	B病院	12月22日	妊娠19週2日、既往帝王切開	2

登録症例 : 8施設 25症例

妊娠リスクスコア : 6.02 ± 3.60

産科領域における安全対策に関する研究
「妊娠のリスク評価」平成17年4月
主任研究者 中林 正雄

妊娠リスクスコアによる周産期予後判定

妊娠初診時+妊娠後半期 スコア	0~1点	低リスク群
	2~3点	中等度リスク群
	4~点	高リスク群

母体

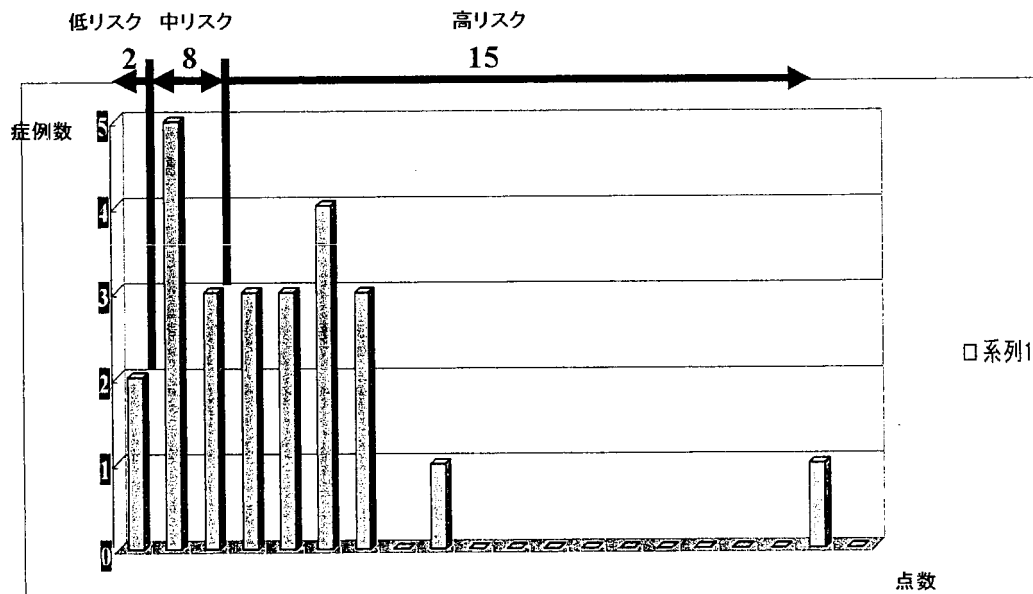
帝王切開率
分娩時大量出血率
輸血率

児

早産率
低出生体重児率
NICU入院率
新生児仮死率

- ・低リスク群はいずれの異常の発生率も0~4%と極めて低率
- ・高リスク群は低リスク群の5~10倍!
- ・中等度リスク群は、その中間値を示し、低リスク群の2~3倍

登録症例の妊娠リスクスコアの分布



滋賀医科大学医学部附属病院
産科オープンシステム分娩症例 - 16 症例 NICU管理症例

診断名	分娩日(週数)	分娩様式	児体重(g)	APスコア	出血量(g) (羊水込み)	登録医の 立ち会い
妊娠 30 週 2 日、高齢妊娠	3月 21 日(38 週 2 日)	帝王切開	2794	9 / 10	780	○
妊娠 28 週 4 日、既往帝切開	3月 29 日(40 週 2 日)	経膈分娩 (VBAC)	2986	9 / 9	735	-
妊娠 26 週 1 日、臍帯付着部異常	4月 5 日(37 週 0 日)	帝王切開	2994	9 / 9	1030	- (産後の回診)
妊娠 33 週 2 日、IUGR?、胎盤石灰化	5月 5 日(40 週 6 日)	経膈分娩	3166	9 / 10	480	○
妊娠 23 週 1 日、低位胎盤、羊膜下血腫	5月 14 日(35 週 5 日)	経膈分娩	2936	8 / 9	1002	-
妊娠 22 週 1 日、既往帝王切開	6月 13 日(38 週 1 日)	帝王切開	2914	8 / 9	998	- (産後の回診)
妊娠 16 週 5 日、双胎妊娠(D-D)	7月 13 日(36 週 5 日)	帝王切開	2270	8 / 10	1150	-
			1514	2 / 7	胆道拡張症	
妊娠 35 週 1 日、肥満、妊娠高血圧症候群	7月 29 日(40 週 6 日)	経膈分娩	3768	8 / 9	600	- (産後の回診)
妊娠 22 週 2 日、双胎妊娠(M-D)	8月 17 日(31 週 2 日)	帝王切開	1710	8 / 9	1560	- (産後の回診)
	妊娠高血圧症候群		1068	8 / 10		
妊娠 11 週 5 日、子宮頸部細胞診異常	9月 13 日(39 週 6 日)	経膈分娩	3152	7 / 9	860	-

NICU管理症例

診断名	分娩日(週数)	分娩様式	児体重(g)	APスコア	出血量(g) (羊水込み)	登録医の 立ち会い
妊娠 15 週 3 日、DVT既往	9月 17 日(38 週 2 日)	経膈分娩	2728	9 / 9	507	- (産後の回診)
妊娠 35 週 3 日、既往帝切開	11月 15 日(38 週 1 日)	帝王切開	2902	9 / 9	570	-
妊娠 21 週 2 日、高齢妊娠、DM、肥満 習慣流産	12月 13 日(37 週 4 日)	帝王切開	2708	8 / 9	1215	○
妊娠 27 週 1 日、高齢妊娠、子宮筋腫 IVF-ET後	12月 13 日(38 週 6 日)	帝王切開	2676	9 / 9	750	-
妊娠 23 週 1 日、高血圧合併、肥満	12月 20 日(40 週 1 日)	経膈分娩	2702	7 / 9	405	- (産後の回診)
妊娠 27 週 0 日、双胎妊娠(M-D)	12月 27 日(36 週 1 日)	帝王切開	2058	9 / 10	1040	-
			2244	8 / 9		

経膈分娩：7 症例、帝王切開分娩：9 症例

出生子数：19例

NICU管理：6 症例(単胎：1 症例、双胎：3 症例)、

1 例先天性胆道拡張症

分娩時総出血量：907 ± 302 ml、輸血症例なし

オープンシステム登録医の立ち会い：3 症例、産後の回診：6 症例

院外母体搬送症例（11 症例）

搬送先施設（5 施設）

妊娠 31 週 5 日、品胎妊娠、切迫早産	大津赤十字病院
妊娠 35 週 1 日、IUGR	済生会滋賀県病院
妊娠 31 週 0 日、切迫早産	大津赤十字病院
妊娠 30 週 2 日、双胎妊娠 (D-D)、切迫早産	大津赤十字病院
妊娠 35 週 2 日、双胎妊娠 (D-D)、PROM	大津赤十字病院
妊娠 34 週 3 日、双胎妊娠 (M-D)、妊娠高血圧症候群	近江八幡市民病院
妊娠 33 週 3 日、双胎妊娠 (M-D)、PROM	近江八幡市民病院
妊娠 32 週 3 日、双胎妊娠 (D-D)、1 児心奇形	京都大学病院
妊娠 30 週 0 日、IUGR	近江八幡市民病院
妊娠 31 週 1 日、PIH	宇治徳洲会病院
妊娠 33 週 1 日、IUGR、18 trisomy、羊水過多症	大津赤十字病院

オープンシステム登録症例

滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステムの問題点

- 産科オープンシステム登録症例と紹介症例との境界が不明瞭。
- 分娩室入室の時期など、分娩の取り扱い方法の相違。
- 分娩時立ち会いの可否
登録医のほとんどが自施設にて分娩を取り扱っているため、分娩時の立ち会いが困難となるケースがある。
- NICU の収容能力の限界
NICU ベッド数：6 床 GCU の併設がないため、収容能力に限界があり、院外母体搬送症例を余儀なくされる。

まとめ

- 平成 18年 1月より滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステムを開設し、12月31日まで 医師:25名(23施設)、助産師:4名の登録があった。
- 平成18年12月31日までに25症例が登録され、既に 16症例が無事出産された。
 - 経陰分娩:7 症例、帝王切開分娩:9 症例
 - NICU管理:6 症例(単胎:1 症例、双胎:3 症例)
 - オープンシステム登録医の立ち会い: 3 症例、産後の回診: 6 症例
- 産科オープンシステム登録症例と紹介症例との境界が不明瞭、分娩の取り扱い方法の相違、分娩時立ち会いの可否などの問題点も明らかとなった。
- NICUの収容能力にも限界があり、登録開始後、院外母体搬送症例が 11症例存在した。

広島県

1) モデル事業実施前の地域の状況と課題

○分娩を取り扱う病院・診療所・助産所数と各分娩数

広島県	施設数 A	妊婦健診		分娩		分娩件数 D	分娩総数 に対する 割合 (%)
		実施施設 数 B	% (B/A *100)	実施施設 数 C	% (C/A *100)		
病院	44	37	84.1	35	79.5	12,683	49.4
診療所	106	93	87.7	40	37.7	12,955	50.4
助産所	20	7	35.0	4	20.0	61	0.2
総数	170	137	80.6	79	46.5	25,699	100.0

広島市	施設数 A	妊婦健診		分娩		分娩件数 D	分娩総数 に対する 割合 (%)
		実施施設 数 B	% (B/A *100)	実施施設 数 C	% (C/A *100)		
病院	15	14	93.3	13	86.7	6,002	59.9
診療所	51	41	80.4	14	27.5	3,979	39.7
助産所	8	2	25.0	2	25.0	40	0.4
総数	74	57	77.0	29	39.2	10,021	100.0

※ 広島県地域保健対策協議会の産科医療提供体制アンケート調査結果による
施設数：平成18年10月1日現在
分娩数：平成17年の件数

(2) 地域の産科医療の状況と課題

①行政および産科医療機関の視点

○広島県全体では、産科・産婦人科を標榜する病院、診療所のうち、妊婦健診を行っている施設は 80.6%となっており、分娩を扱う施設は 46.5%で半数に満たない状況である。分娩件数の割合は病院と診療所はほぼ同じで、助産所の分娩割合はわずか 0.2%である。

○オープン化モデル事業を実施している広島市では、妊婦健診及び分娩を行なっている施設の割合が県平均よりも低く、特に診療所において低くなっている。

○分娩を扱う施設は都市部に集中し、中山間地域には不足しており地域偏在がみられる。都市部においても分娩を取り扱わない診療所が多く、分娩を取り扱う病院、診療所においては産科医師不足もともない産科医師の過重労働が問題になっている。

さらに、産科医師の高齢化、看護師の内診問題などの影響で、分娩の取り扱いの中止を検討している診療所がいくつかあり、近い将来分娩を扱う診療所は確実に減少する見込である。

○産科を志望する医師は、本県においても少数で、その多くが女性医師であるという点は全国的な傾向と同様である。

○産科医師不足及び分娩取り扱い機関の減少・地域偏在に対して、広島県地域保健対策協議会（県、医師会、広島大学等で構成）において、産科医療資源の集約化・

重点化など産科医療提供体制の確保に関して検討中であり、平成19年度中には集約化・重点化計画の最終案が出される予定である。

- 県内唯一の医師養成機関である広島大学医学部が主体となって、広島県地域保健対策協議会と連携をとりつつ、医師の再配置を検討中であり、産科医師は最優先課題として今年度中にも中間案が出される予定である。その結果は、分娩取り扱い病院の集約化という形になり、いくつかの病院で分娩が中止される可能性がある。
- 県立広島病院では、予想される分娩数の増加に対応するため、本年度から産科、新生児科の増床に向けた改修工事に着手する。

2) モデル事業実施後の状況

(1) モデル事業開始による分娩数の変化

- ①モデル事業開始前のセミオープンシステムでの分娩数 0件
- ②モデル事業開始後のセミオープンシステムでの分娩数 2件
(平成18年12月現在の各年度別の件数)
- ③モデル事業開始により病院から診療所・助産所に逆紹介した妊婦数 0件
 - 各件数の考え方
 - 事業前の分娩数：0件（オープンモデルの考え方での事例はなし。通常の紹介件数はあり。）
 - 事業開始後の分娩数：2件（妊娠初期に一旦当院を受診し、その後診療所で健診を継続、分娩は当院で行った事例。）その他、妊娠後期にクリニックから分娩目的で紹介され、分娩に至った件数は多数あり。
 - 診療所・助産所への逆紹介件数：0件（当院に初診した患者に、オープンモデルについて妊婦へ説明した後に、登録医療機関へ健診を継続するよう勧めた事例はない。）

(2) モデル事業を実施する上で工夫している点

- 7つの登録医療機関を集めて「意見交換会」を実施した。(H18.6.22)
- 登録医療機関とオープン病院の妊婦情報共有化のため、「妊婦管理マニュアル」、「妊娠経過表」の様式を作成した。
- 妊婦、一般住民向けの普及啓発用パンフレット、病院に掲示するポスターを現在作成中である。18年度内に完成の予定。

(3) 今後モデル事業を継続するための課題

- モデル事業の運営に関する協議会や周産期医療施設のオープン化の推進方策（県内の他の地域での実施に向けた協議など）オープン病院化連絡協議会の開催について、委員の報償金は補助金に含まれないため、登録医療機関との勉強会とオー

プン病院化連絡協議会の委員報償金は全て病院独自の予算で対応となっております。

3) セミオープン地域のオープン化に向けての課題

- 県立広島病院でセミ・オープンで事業を開始した最大の理由は、オープン病院化を採用する上で大きな問題点があったからではなく、オープンシステムへの需要すなわち県立広島病院へ出向いて直接分娩を扱いたいという診療所、クリニック医師の希望が今のところないからである。また、近く開業予定の医師にも聞いたところ、オープンシステムへの希望者はいない。
- 当院での勤務経験のある医師がオープンシステムを前提に県立広島病院の近くで開業する、というケースでない限り、当分の間希望医師は出現しないと思われる。
- 将来オープンシステム利用希望医師がいる場合は、契約書の締結など事務的体制を整備することに加え、分娩室、登録医の控え室などの施設面の整備が必要となる。

4) オープン病院化を推進するにあたり、国レベルで取り組むべき事項についての提言

- オープン病院化の場合、病院に出向いて分娩を扱う医師の報酬が確保されないとインセンティブにならないと考える。たとえば、当院での現行の分娩料15万円を病院と院外医師で分配した場合（その配分は未定だが）、医師の満足する報酬にはならない可能性が高いと思う。しかし公的病院では、分娩料の決定には独自の原価計算システムがあり、院外の医師に対する報酬もこの枠を超えて算定することは非常に困難な現状である。
以上から、自治体病院が新しいシステムに柔軟に対応して必要な分娩料を算定できるように、国の強力なご指導がいただければと考える。
- 産科医療資源の集約化・重点化計画に基づき、中核となる病院とその他の病院・診療所の機能分担を進めオープン病院化を推進する場合、オープン病院に対する設備整備のための補助金交付（分娩数の増加に対応するための設備整備）