

る。

4) 今後の方向性

- 県内全域をカバーするためにはオープン病院を増加させる必要がある。すなわち、現在三重県が地域周産期センターに指定している5施設の内、三重大学を除く4施設についても早急にオープンシステムを導入し、各地域の周産期医療ネットワークを形成する。
- 上記5施設と紀南地区の紀南病院産婦人科の合計6施設をセンターとしたネットワークを相互にリンクすることで、三重県の全分娩施設をカバーする周産期医療ネットワークを形成する。
- それに伴い、県内の全ての分娩をローリスクは診療所で、ミドル～ハイリスクは2次または3次周産期医療施設で診療する体制が整う。また、同時に、ローリスク群に突発的な事態が起きた場合にも、地域基幹施設を経由して県内のネットワーク内で迅速かつ適切な対応をおこなうことが可能となる。
- 受け入れ側の病院のオープン化だけではなく、診療所医師や患者市民の本制度に対する正しい理解を広める必要がある。
- オープン病院の一時的負担増加ではなく、診療所、患者、受け入れ病院全てにとってメリットがある体制を組む必要がある。
- さらに2次的効果として、ローリスクやミドルリスクをハイリスクにならないように対応することで、重症新生児の出生を減少させることができれば、医師不足に悩む NICU 医師への負荷を軽減することも期待される。

3 オープン病院化推進のための国への提言

現在我が国の周産期医療が直面している問題は、分娩取扱い医師の絶対数の不足、医師数ならびに診療レベルの地域間格差、診療所間格差である。現在、厚労省、文科省、地方自治体などにより医師不足地域の大学を対象とした医学部入学定員増や、地域推薦枠の拡大など様々な医師不足対策が行われているが、10年後にならなければ効果は発揮されない。

すなわち、近年の産科専攻者減少に対して何ら対策を講じない場合には、高齢化に伴って産科医師数は減少し続けることが予想されている。今後10年間減少し続ける医師のみで現在の周産期医療レベルを維持し続けなければならない。そのためには、以下の対応が考えられる。

- 減少する医療資源の有効活用：すなわち、オープン病院化事業の全国的な普及が必要であると考えられる。
- 現在産科医療に携わっている医師のレベルアップ：オープンシステムを核とした周産期医療ネットワーク内での症例検討会を通じて、地域全体の医療の標準化とレベルアップを図る。

- オープンシステムによってローリスク妊婦は診療所で、ハイリスク妊婦は周産期基幹病院で妊娠管理と分娩を行うことが普及したら、妊産婦死亡や周産期死亡が改善することが期待されています。減少した産科医師でも現在の世界トップレベルの周産期医療を維持することが出来ると期待されています。しかし、分娩は正常に進行していたはずのものが突然異常出血に見舞われることが稀ではありません。リスクスコアが高ければリスクが高いことはいえませんが、リスクスコアが低くても100%安全といえないのが妊娠であり分娩なのです。例えば、妊婦死亡の何割かは、特に合併症もなくローリスクと思っていた妊婦が分娩時あるいは分娩後に大量出血などの症状を発症していることを考えると、ローリスク妊婦に診療所で異常が発生したときの対応システムを充実させる必要があると思います。地域内の全ての周産期救急疾患に対応するためには、地域全体をカバーする（セミ）オープンシステムを構築すると平行して、これらのオープン病院を核にして、地域内全ての診療所と病院をカバーできる周産期医療ネットワークを整備する必要があります。
- オープン病院では登録医やハイリスク患者の受け入れにより負担が増大することが危惧されています。本事業を推進する国の立場から、オープン病院医師に対する待遇面での改善を各自治体ならびに病院開設者に指導して頂きたい。

4 その他

- 今後は、個々の病院のオープン化推進だけではなく、国レベルの行政が主導して、都道府県単位ごとのあるいはさらに広域のブロックごとのオープン病院化周産期基幹医療施設間のネットワーク化を推進することで、地域ごとの周産期医療レベルの維持と向上を図り、もって近年加速度的に進行する分娩取扱い診療所の閉鎖と産科医師の離職を食い止める必要があると考えます。
- 同時に、周産期医療に携わる医師の労働に対して、時間外手当やハイリスク分娩手当など適正な評価を行うよう国立病院機構や自治体病院などに対して指導を行って頂きたい。病院によっては、ハイリスク分娩管理料を担当医師に還元していない病院もあります。この制度の適正な運用を指導して頂きたい。例えば報告制にするなどもふくめて、検討して頂きたい。
- 一部の地域では助産師不足により分娩取扱いを中止した診療所が出始めています。医師には、分娩取扱いをする意欲があっても助産師がいなかつ逮捕・起訴されるかも知らない不安定な状況になったため、分娩取扱い中止を選択するのです。産科医師と同様に助産師も都会の大病院に集中しています。地方での助産師養成を促進するために、現在ある助産師養成コースの定員を増加させる政策を早期に実行して頂きたい。助産師養成コースの定員増加の律速段階となっているのが「10例の正常産取扱い」という実習です。学生一人当たり10例の正常妊婦を確保するのが困難なため、助産師コースの定員を増やせないのです。たった10例の実習で、卒業後国家試験に合格したら開業助産師の

資格が出来るというのは、現在の医師の卒後臨床研修必修化制度の考え方とは全く矛盾したものです。助産師においても学生の間は見学を義務化するだけにして、卒業後に国家試験を合格した後1年間の研修をすることにすれば、助産師の養成は飛躍的に増員できると思われます。移行期に混乱が起こるという問題に対しては、移行期の数年間だけ期間を限定して、研修指定病院で分娩実習10名を済ませたものだけが指導者（医師または助産師）の監督の下に臨床に従事できる、とすることで対応可能と思われます。是非とも早急にご検討願いたいと思います。

- 上記の大学看護学科における既存の助産師養成のみでは養成に年数（4年）もかかり、また地域的偏りや人数にも限界があるので、上記に加えて、既に看護師の資格を有する看護師を1年間の助産師教育により養成する助産師養成コースの新規設置を促進していただきたい。現在の設置基準は教官の資格要件が厳しく、助産師不足の地方では教官の確保が困難で、助産師養成所を開設することが出来ない地域が全国に多数存在する。助産師養成所の設立条件、特に教官の資格条件の緩和を要望します。
- 産科医療に関連した新生児後遺症などに対する過剰な医療訴訟圧力も若手医師が産科を敬遠する一因となっています。無過失保証制度の早期実現と充実が必要であると思います。
- 診療関連死を医師個人の責任に帰して、極めて安易に医師を刑事訴追する風潮が、近年の若手医師の産婦人科、特に周産期離れを加速している事実を客観的に認識して、国としての方針を早急に打ち出す必要があると思います。地方自治体の要望に応じて赴任し、平均的な診療をしていて、たまたま突然遭遇した異常症例に対して全力で対応したが、結果が期待されたものでなかったというだけの理由で刑事訴追され留置場で犯罪人として扱われることが早急に改善されない限り、意欲ある医学生の外科系診療科離れを加速することになります。その状態が最も深刻な産婦人科です。一刻も早い、「診療行為に係る死因究明制度」の設立を要望します。その際、日本医師会の「刑事訴追からの不安を取り除く取り組み」など現場の関係者の声を十分反映させた制度にして頂くことを希望致します。

