

勤務医と医政活動—産科医療の集約・重点化について—

川口市立医療センター

栃木 武一

○**栃木** スライドが少し多いため、次から次へと目まぐるしく変わるかもしれませんが、その点をお許しください。

私の副題でつけましたのが、産科医療の集約化、重点化という内容で、医政活動、勤務医との間のかかりについてまとめてみました。



はじめに

- 現在、実施されている医療政策の中で混乱し、しかも国民に対して十分な方策も取られていない医療領域はまさに小児科と産科領域である。これらの医療は日本の未来を支える若者を育成するために必要不可欠な領域であることは言うまでもない。特に産科医療については崩壊の危機に直面し、日本各地において何処で分娩をすればよいかという点について今や社会問題化しているのが現状である。そこで崩壊の危機に直面している産科領域を中心に今回検討を加えた。

(スライド 1)

現在、社会的問題になっておりますように、産婦人科、小児科の医療が崩壊または崩壊の危機にさらされております。日本全体の未来を支える若者を育成するために必要不可欠な領域であることが言われておりますが、それに対して、決して政策的には十分な役割をしていないというのが現状だろうと思えます。

特に産科領域については、崩壊の危機に直面しております。実際に新聞等報道機関では、私は分娩をどこですればいいのかという点について、社会問題化しているにもかかわらず、その実態は依然と改善されておられません。そこで崩壊の危機に直面している産科領域を中心に今回検討を加えてみました。

(スライド 2)

これは、皆様は新聞等を通じてご存知の三重県の市立尾鷲総合病院の件でございます。大学からの医師派遣がある日突然なくなりました。そうしますと、その市立病院では産科領域の分娩をどうするのかという問題に直面してまいります。結果的に

三重県の市立尾鷲総合病院の産婦人科医師問題

- 大学からの医師派遣中止
- 一年間で5525万円の報酬、分娩件数152件、休みは年末の2日間だけであつた。(55歳医師)
- 今年についての交渉では現状維持の報酬と月一回の週末連休などを求めていた。しかし報酬は譲歩したが休日問題で折り合えず、医師から「心身ともに疲労した」との訴えもあり、結局交渉は決裂した。

(スライド 2)

は、5,525万円の年間の報酬、それで雇われで55歳の医師がそこに行ったわけですが、年末の2日間だけの休暇があつてそれ以外はずっと働いていた。翌年の交渉に当たっては、医師自身の生活ということを考えて、報酬の面もそうですが、休日問題で市と折り合いがとれなくなってしまい、心身ともに疲労したとの訴えがあり、結局交渉は決裂したわけです。

これは、何を言っているかというのと、やはり医師個人の休養を得るといふことも、これは雇用という面では極めて大事なのだということだと思えます。

さいたま市立病院の分娩手当金

- 大学からの派遣医師の引き上げ
- 土日当直のアルバイト医師を対象とする。
- 分娩一件につき当直手当と別に5万円を支給する。
- 平成18年7月より開始した。

KMMMC

(スライド3)

これは、埼玉県の場合でございますが、さいたま市立病院で分娩手当金が、実際に7月より分娩1件につき当直手当と別に、アルバイト医師に対して5万円を支払う。この背景も大学からの派遣医師の引き上げということが発端でございます。

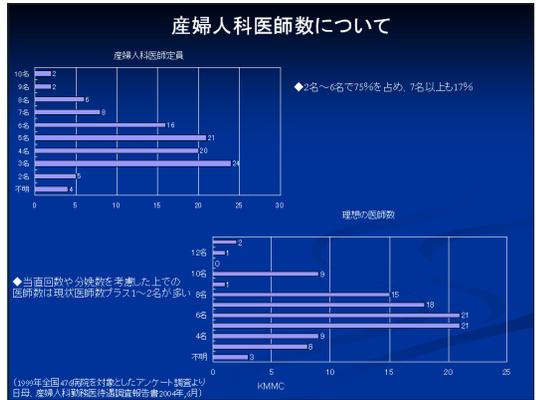
このような社会的問題は、我々産婦人科医にとっても極めてショッキングな出来事でございます。大阪地区においては、当直料が12万円とか15万円というようなところまでどんどんエスカレートしているのが現状だということを聞いています。現実には新聞報道でこのような内容を見ますと、我々産婦人科医はどうすればよいのかという問題に直面してまいります。

10年前の産婦人科勤務医の実態

KMMMC

(スライド4)

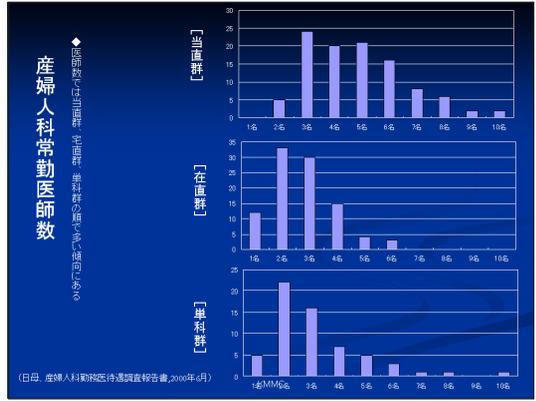
それでは、10年前の産婦人科勤務医の実態について考えてみました。



(スライド5)

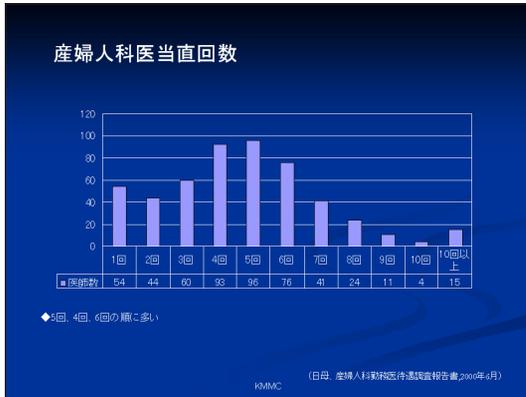
ここに日母と書いてありますが、現在の産婦人科医会で、1999年に全国の476病院を対象としたアンケート調査結果です。この調査はモニターしている対象病院だけを取り上げております。

そこで、実際に従事している医師数は、結果で見ますと3名程度が一番多いです。3名、4名、5名、理想の医師数はどのくらいかといいますと、医師定員数より1、2名多い数を10年前から、私どもは報告書として出しておりますが、誰一人として見向きもしなかったことが大きな問題です。



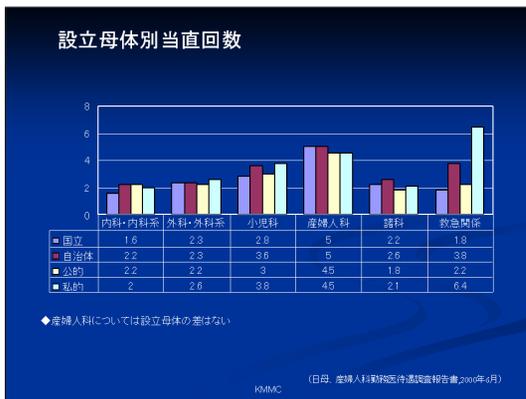
(スライド6)

そこで、当直群、宅直群、在直、すなわち自分は当直しないで家にいる方式です。それから単科群では、明らかに医師数が1名、2人、3人、少ないです。



(スライド7)

次に、産婦人科の当直回数が5回ということでも決して驚くべきものではなく、10回、11回以上というのはさらにいたのです。それが10年前の現状なのです。



(スライド8)

これは、国立、自治体、公的、私的病院にかかわらず、産婦人科は他科に比べて圧倒的に当直回数が多かったのです。この内容を無視してかかってきたために、大変な事態が起きたわけです。

周産期医療崩壊を巡る諸問題

現状認識

KMMC

(スライド9)

次に、周産期医療崩壊をめぐる諸問題で、現状認識をどうするのかということが大事になってまいります。

周産期医療崩壊の様式

- 主たる原因は産婦人科医師不足と関連病院からの医師の引き上げである。
- 崩壊様式には
 - 地方型(過疎地)
 - 都市型(人口密集地域)

KMMC

(スライド10)

主たる原因は、産婦人科医師不足と関連病院からの医師の引き揚げである。先ほど示しました様に、10年前から医師は少なかったのです。大学病院も無理をして派遣医を出していたのです。そういう医局の体制が極めて問題だったのです。そこに臨床研修医制度が入ってきて、関連病院から医師の引き揚げを起こってしまった。おたくの大学はきちんとした研修としての教育をするためのスタッフをそろえなさいと、それがすべてだったのです。

そして崩壊が進んだのは、まず地方型から始まりました。これは過疎地方、東北、それから北海道、地域においては医師の引き揚げのために実際に産科医療ができないという現状がどんどん報道をされてきたのです。そして、今度は都市部にやってきました。

そこで、前のシンポジストで草加市立病院の小児科の先生が出しておりましたが、現実には都市型でも大学からの引き揚げのために産科医療が疲弊してしまった。そうすると、周りの地域の病院はどうなるかということです。産婦人科の患者がどんどんふえてくる、そしたら自分のところもいつかは倒れていってしまうのです。これはドミノ倒し現象です。これが都市型の特徴です。この2つの形態があるということを、先ほど来、どういう形での集約化ということを考えるべきだと、そうじゃないのです。地方型、都市型という崩壊様式があるのだと、それに

よって解決の仕方が違うのだということを認識すべきだと思います。

周産期医療を巡る方策

- 小児科・産科における医療資源の集約化・重点化
- 産婦人科領域での診療報酬点数のアップ
(ハイリスク分娩管理料加算とその共同管理料の新設)
- 出産育児一時金の増額(30万円から35万円の増額)

(スライド 11)

さて、周産期医療をめぐる方策として、国は何をやっているのか、まず医療資源の集約化、重点化をやる、それから診療報酬をあめの手でハイリスク分娩管理料をやればいいと。ところが、このハイリスク管理料を渡した理由は何か、各医療機関で産婦人科医の過重労働に対しての特別手当をこの一部を充てなさいということだったのです。ところが、どこの医療機関もそんな利口なことはしません。自分のところの医療施設が現実には自治体病院も含めて赤字財政の中で、その従業員の労働に対してまわすためのお金の余裕がありますかと、ないです。どこもこれを充てるなんて考えていません。

次に、出産育児金を増額した、結果的にはこれが病院の経営に役に立つのだと、全然これも役に立っていない。

小児科・産科医師集約化へ補助金

- 厚労・総務・文部科学の3省による検討
- 高齢者医療など他の分野に転換するための費用を国が一部負担する。
- 厚労省での検討(平成18年4月)では静岡、三重、兵庫、奈良、徳島、青森(産科のみ)大分(小児科のみ)の7県だけ。
- 厚労省は当面、自治体病院などの公的病院を中心に集約化・重点化を進める方針

(スライド 12)

それで、小児科、産科医師の集約化と、それに対

する補助金という問題が、これは来年に向けての結論で、まだこれは出だしたと思いますけれども、ここに三重、兵庫、静岡、奈良、徳島、青森、この部分の7県だけは自分のところが集約化で他の科に、変えてしまうという場合には補助金を出しましょう。ところが、これをやって本当に補助金が出たからうまくいくのかどうか、補助金が何の役に立つのかということは全然考えておりません。集約化を促進する因子と考えているのです。

産婦人科医師不足 問題

(スライド 13)

現実には、産科医師不足の問題がそこでクローズアップされます。

貴県において危機的周産期医療にもっとも問題となっていることは何でしょうか？

都県名	問題点
栃木	①マンパワーの低下 ②システムの不備
群馬	①マンパワーの低下 ②ハイリスク妊娠の増加
埼玉	①マンパワーの低下 ②システムの不備
千葉	①マンパワーの低下 ②システムの不備
東京	①マンパワーの低下 ②システムの不備
神奈川	①マンパワーの低下 ②福島事件 ③看護師内診問題
山梨	①マンパワーの低下
長野	①マンパワーの低下
静岡	①マンパワーの低下 ②システムの不備
茨城	①マンパワーの低下 ②システムの不備

(スライド 14)

これは、ことしの9月に行われました関東連合ブロック協議会での資料です。その中で1都9県が危機的周産期医療でもっとも問題となっているのは何かということで上げているのは何かといいますと、マンパワーが少ないということです。

医師不足の現状
日本産婦人科医会平成18年度勤務医担当者座談会より,2006-10-14

<北海道・東北ブロック>

北海道	マンパワー不足
青森県	マンパワー不足
岩手県	マンパワー不足
宮城県	マンパワー不足
秋田県	マンパワー不足
山形県	マンパワー不足
福島県	マンパワー不足

KMMAC

(スライド 15)

これは、10月4日に行われた日本産婦人科医会の18年度の勤務医部会担当者座談会の資料です。これは1道6県すべてマンパワーが少なくてしょうがない。ということは、地方も都市も医師不足だと。これは先ほど来、医師不足、医師不足と言っていますけれども、産科領域では医師不足というのは極めて深刻な問題です。このことは普通の内科医が来て産婦人科ができるかという問題になってしまいます。

提言

危機的周産期医療 今できること
日産婦医会関プロ2006-9-10

- ①これ以上、分娩医療機関を減らさない事。国民の医療安全安心を守る
- ②医療制もマスコミも国民・地域住民に周産期医療に関し、正しい情報を伝える事
- ③助産師が充足されるまでの間、保助看法の解釈(看護課長通知・看護師の内診を禁ずる)の変更
- ④看護師の内診が保助看法に違反か否かの解釈は、司法に委ねる
- ⑤マンパワー不足(産科医、NICU新生児医、助産師、麻酔医)
- ⑥一医師・助産師の確保要請をすること
- ⑦産科医療従事者の労働環境の改善と労働対価に見合う給料アップ(給料体系、診療報酬の見直し)。医療費のアップ(国民の理解)
- ⑧脳性麻痺と無過失補償制度の創設(法制化)

KMMAC

(スライド 16)

次に、提言が関東ブロックで出されております。マンパワー不足すなわち、産科医、NICU、助産師、麻酔医を確保することを要請しようという点です。それから産婦人科医療従事者の労働環境、これはどういうことかという、これはあくまでも医療費のアップも含めて、給料の見直しと待遇改善を行うことです。

先ほど来、吉原会長が言われた待遇面は何とかなければならないのではないかと、この問題です。

それから、脳性マヒ等無過失補償制度の問題を法制化しなければいけない。ほかにもございますが、これは私の今回のテーマとは少しはずれますので、削除させていただきます。



(スライド 17)

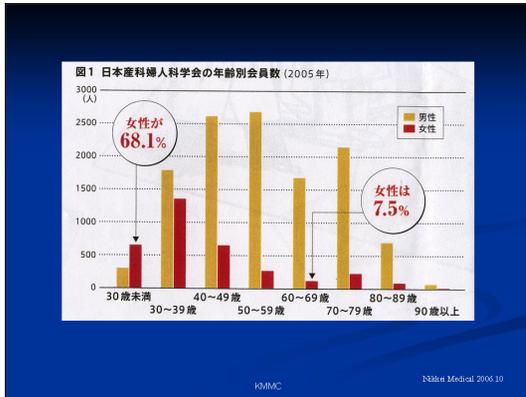
次に、女性医師問題にスポットを当ててみました。



(スライド 18)

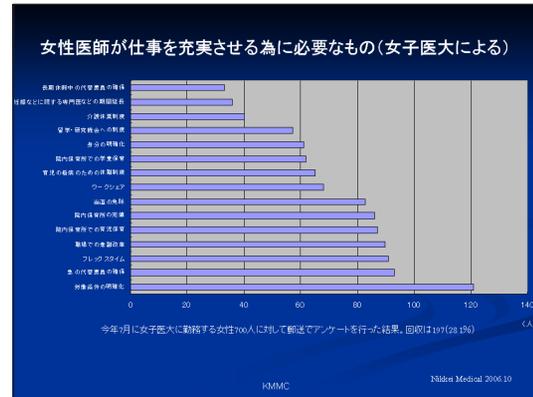
女性医師問題について、ことしの10月号の日経メディカルのイラストです。医療スタッフが文句を言っています。これは女性医師のお腹がぼっと出てきたからバイバイって、こう言っているわけです。本当にこれでいいのかどうか、バイバイなのか、これは少なくとも男女平等の雇用条件、男女が常に同じ条件で働くというのが労働条件です。

私ども、産婦人科医会では前々から何人もの女性医師とともに勤務医のことを話し合っております。そこで出た結論は、男性、女性と区別してはいけない。労働条件の中では、やはり均等でやるべきだということが出ております。



(スライド 19)

女性医師の増加問題が確かに出ています。これは30歳未満の人は68%、ただ全体の比率からいって、現時点はそんなに多くないのです。それよりも、この高齢化を迎えてしまった産婦人科医師が問題です。これは50歳を超えた人たちがもう既に50%をはるか超えてしまったのです。そして、後期研修医の問題は名称に問題がありますが、ことし産婦人科に希望されたのはたった200名です。来年は169名だろうと言われていています。そしたら、これは消えゆく人たちの補充には何ら役に立ちません。そこを考えていただきたいのです。

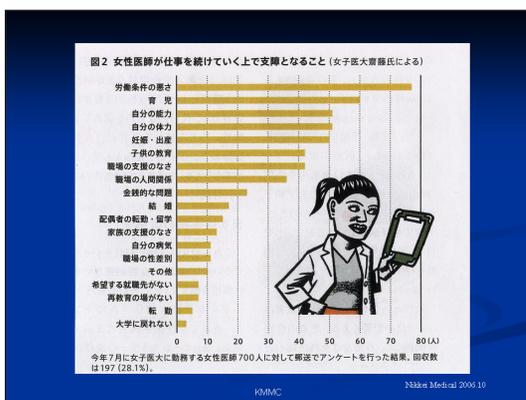


(スライド 21)

次に、仕事を充実させるために必要なものは何なのか、それは労働条件の明確化、わざと表現方法を反対にしてみたものですが、明確化がやっぱり極めて重要なのです。

ところで、もう一つフレックスタイムというのがここへ出てまいります。大阪のある病院でフレックスタイム、私は30時間の労働を自由に1週間使いたいというような、労働条件を話し合いで決めることです。そういうような条件で女性医師を募集しましたところ、全国から女性医師が殺到したという話です。

ですから、決して女性だから先ほどから育児の問題とか、いろんな問題が語られていますが、その問題だけで女性を語ってはいけないのだということ。僕は言いたいのです。女性医師の問題は男性医師の問題であり雇用の問題です。私自身、女性医師だって医師になるためには、それぞれの希望があったはず。それがどこへ消えたのですか。医師になるための希望はなくなって、単に育児のためにやる、そんな問題はないでしょう。それを僕はあえて声高に言いたいのです。



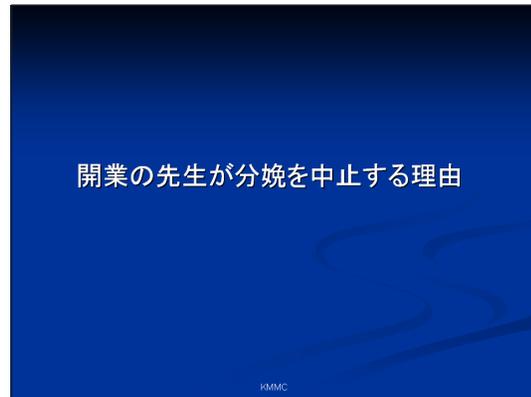
(スライド 20)

次に、日経メディカル10月号に出ているのですが、労働条件の悪さというのを第一番目に女子医大の先生方は上げておられます。そのほかにも出産とか育児がありますが、労働条件というのが極めて重要なのだと、先ほども、どなたかの先生のスライドで労働条件と出ておりました。



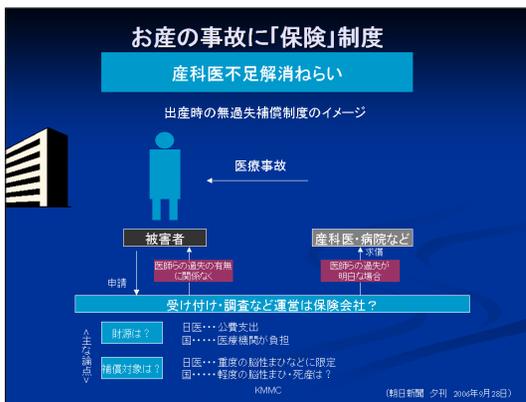
(スライド 22)

次に、医事訴訟問題に移ります。



(スライド 24)

開業の先生方が分娩の取り扱いを今どんどんやめております。その実態はどうなのか。

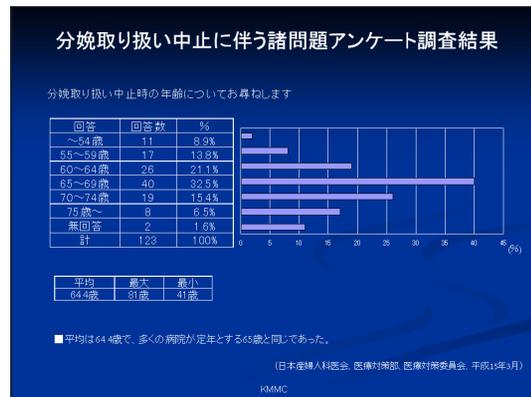


(スライド 23)

これは、9月だったと思いますが、朝日新聞に出していた文です。結局、今我々が訴訟の問題を含めて、無過失補償制度の問題が出てきたときに何が問題になっているかという、財源です。

日本医師会は、公費支出、公費を使ってやりなさいと。ところが国は医療機関が負担すべきだと、これは医療機関が負担したら今の訴訟と余り変わりません。これはよく考えてほしいのです。

特に、産婦人科の領域が最初に補償対象になると思います。重症の脳性マヒを限定すべだというのが日本医師会の考え方、国は軽度の脳性マヒ、死産まで入れるべきだと言っています。この点については拡大解釈してどんどん幅が広がってしまいます。やはりある程度限定されたものをやるべきだと思います。それが医療の質を下げないという1つの大きな原動力になるのではないかと思います。



(スライド 25)

これは、日本産婦人科医会の平成15年だったと思いますが、そのときに辞めていった人たちの年齢構成です。平均で大体64歳を中心とした年齢分布になっている。



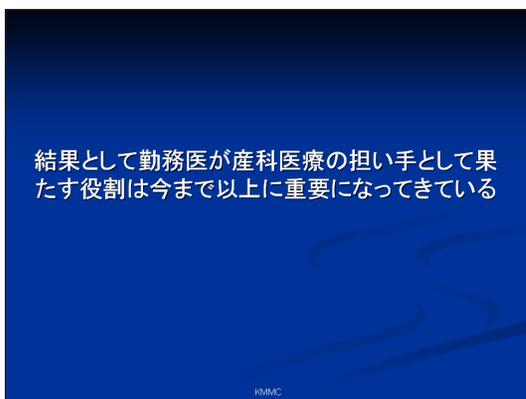
(スライド 26)

その中で、重要なことは高齢体力の限界、いわゆる

る健康を理由として118件が、123件のうち健康を理由で辞めていっています。そのほかにもスタッフが少なくなるとか、分娩件数が少なくなるとかということがございます。ところが、そういうような産婦人科医会のデータは、もう既に2年何カ月前に出ています。でもだれも見向きもしないのです。これも若干問題です。これが結局開業の先生方が、今分娩を取りやめる大きな背景になっています。高齢化です。これは、だれでも年をとっていくわけです。私も昔は30年前は若かったです。頭に毛はありました。今はだんだん薄くなって鏡を見るたびに寂しくなっております。

でも、この現実を私は鏡を見ながら自分で毎日認識しております。更に自分もいつかはうちの父と同じように墓の下にいかなければいけないのです。それは僕自身が今この年になって考える一番の最大の点です。

ですから、決して辞めていく先生方を責めているわけではございません。それに残された若い先生方がどうするのか、これをしっかり考えなければいけないのです。



(スライド 27)

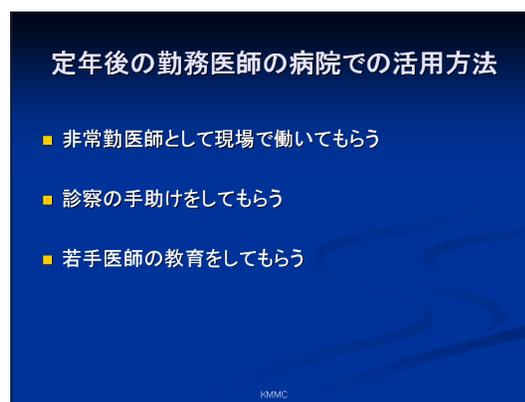
結果として、勤務医が産科医療の担い手として果たす役割は、今まで以上に重要になってきています。これは言い換えれば、病院のここにおられる産婦人科勤務医の先生方が日一日努力されていることが極めて重要なことです。それが、これから過重労働化されていきます。それを産婦人科の勤務医の先生は覚悟してほしいのです。高齢化し、自分だってみんな年をとるのだということを認識

すべきです。



(スライド 28)

さて、次に定年後の医師の活用はどういうことかです。辞めていった医師が毎日盆栽をいじったり、ゴルフをやっていたらいいのか、そうではないと思います。

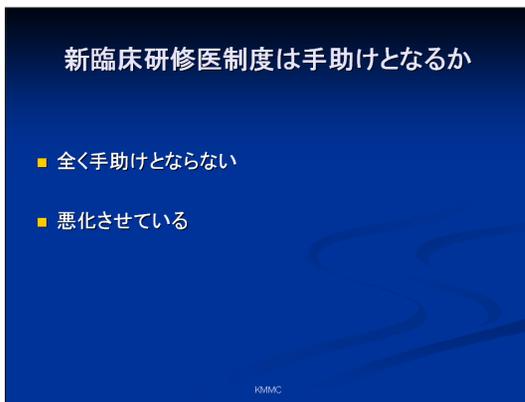


(スライド 29)

定年後の医師、特に病院での活用方法ってあります。非常勤医師として現場でもう一回働いてもらう。決してきつい仕事はできなくても、やはり現場として一線で働く能力は持っております。現在は、例えば65歳が定年だとすれば70まで働くことができます。国会議員になると、80幾つになっても働いているじゃないですか。これはどうするのですか。医師だけはどうか。ただ、視力が衰える、聴力が衰えるということはあります。ですから、その辺は柔軟な体制をとるべきだと思います。

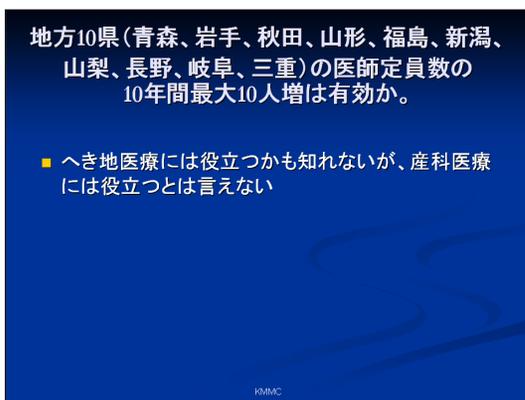
それから、診察の手助けをしてもらう、これは外来診療の時点でいろいろみてもらうとか、やり方はいろいろあります。もう一つ重要なのは、自分の経

験を生かして若手医師の教育に当たってほしい。これは年をとった人が決して孫の手を引けばいいというものではないです。ただ、若い先生方は孫みたいなものです。その手を少なくとも差し伸べて少しはやってあげるべきだという気がします。定年後の医師も、やはり現場の医師、お金の惑わされずに、現場の医師の教育のことを少しは考えてほしい。



(スライド 30)

さて、新臨床研修医制度は手助けとなるか、これは1道6県の東北の先生方と話し合ったときに、全く今の産婦人科医療には手助けにならないどころか悪化させている。余計悪くなっている。この現実を現時点で考えなければいけない。これは10年後にどうですか、私は10年後に交通事故で死んでいるかもしれない。わからないでしょう。だけど現実みんなが困っているのです。それをどうすれば良いのかという点を解決するべき道を探るべきです。

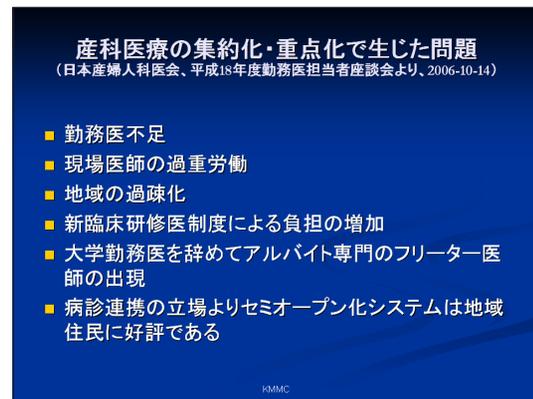


(スライド 31)

これは、10年間最大10人増は有効かと、これは医学部の定員です。医学部の定員を10年後に、産

婦人科医になるために6年間の医学教育を受けて、そしてなおかつ専門医になるために6年間、12年かかって一人前ですよ。そのころになったら僕はとっくにいませんよ。医師を今から10人ふやして、青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、ほかの県もこれで間に合いますか。これ以外に外国人労働者を入れればいいのかという案も出るかもしれませんが、それはちょっと論外ですので入れておりません。

したがって、僻地医療には役立つかもしれないが、産科医療には役立つことはできないだろうというのが私の見解です。



(スライド 32)

産科医療の集約化、重点化で生じた問題、これは10月14日の勤務医部会担当者座談会で出てきた言葉です。

まず、勤務医不足です。これはどういうことかという、青森県の先生が集約化のために今まで200のお産をやっていたのが、急に600になったと、ところが医師数はふえないで600のお産をどうすればいいんだという点です。

ところが、産婦人科の産科の部分はそれで何とかなるかもしれませんが、婦人科の部分、子宮がん、子宮筋腫、いろんな病気があります。そういう手術はまるっきりできない。そしてなおかつ手当金も出ません。それは決して女性だからということではなくて、やはりそこに働いている理由が使命感だけでやっているということが問題だということです。

次に、今度は現場医師の過重労働、今いいました

ように、どんどん自分の労働環境が悪くなってまいります。それからここが問題となりますが、地域の過疎化です。産科医療の場合には、若い人たちは、周産期医療面で医療施設のある場所に引っ越しをしたくなる。すなわち移住したくなる。そのために過疎化が、今度は逆に産婦人科領域のない都市では起こってきてしまう。若い人はどんどんそういう地域へ行って高齢者が残っていく。この過疎化というのは2次的な波及問題でもっと拍車がかかってくると思います。集約化が進めば進むほど、これは現実の人口問題として大きくクローズアップされます。

次に、新臨床研修医制度による負担は増加しています。これはどういうことかという、自分たちは臨床研修医が来たら教えなければいけない。教えなければいけないですが、毎日診療に追われている。どうすればいいんですかという質問ができました。どうすればいいたってやるしかないよという答えなのです。やるしかないといったって人数が限られていてどうしたらいいのだと、これはジレンマです。

それから、大学勤務医について、これはある仙台とか宮城の方の大学の先生方です。アルバイト専門のフリーター医師の出現、これは先ほど立ち去り型のタイプがあるということも里見先生がお話しになりました。これが非常に似ているんです。これはどういうことかという、結局自分はバイトで食べてた方が特定の病院に勤めるよりは給料がいいのです。当直したり、どこかで雇われていた方が簡単だと。それから、なおかつ上司にがみがみ言われなくて済む、医局の中で小さい顔をしてなくて自分なりにお金をためる。そのお金をためてどうすればいいのかという、自分は適当なところで駅前ビルで開業をしたってそれでもいいわけです。今は、いわゆるゼネコンと称する人たちが駅前ビルにメディカルビルを建てて、どんどんそういうような開業をする先生を入れております。

それから、もう一つ、ここに重要な点が隠されているのですが、これは静岡の方の病院で実際に起こっている出来事です。人材派遣会社が関西のある病院から若手、特に中堅医師を引き抜いてきて、それも破格の給料です。我々が勤務医としてもらって

いる給料なんてものじゃないです。何倍もの、何十とは言わないですけども、何倍もの給料をもらって、そして産科の施設がまた息を吹き返したという静岡の例も出てきております。これは、結果的には元の病院の医局員が少なくなっているわけですから、そこでまた同じ問題が生じているわけです。

それからもう一つ、これは悪い面ばかりではないです。これは仙台の方ですけども、病診連携の立場でセミオープン化システムを行い、地区の人たちに好評だったという点です。開業の先生方は妊婦健診をやって、分娩はその拠点病院で行うシステムです。

ところが、ここで拠点病院で大きな問題にぶち当たっております。それは分娩件数が一気に増加して1,200とか1,300の分娩をやってると、ベッド数が足りなくなり、そうするとほかの階の空いたベッドを利用する、そして医師は過重労働になっていきます。それに対しては、「私どもにお金をください」と院長に要求しましたところ、結果的に「いいでしょう」ということになりました。ということは裏を返すと、病院自体は収入がふえるわけです。それに合うだけの評価をしましょうという状況が生じたわけです。これは成功した例です。しかし他の病院ではほとんどが成功しません。

現在の病院における産科医療崩壊の危機を救うために今出来る事は何か

- 現場産婦人科勤務医のドロップアウト防止(待遇面の改善)
- 女性医師の現場復帰
- 定年後の医師の活用
- 地域の開業の先生の手助け
- 地域住民への啓蒙

(スライド 33)

さて、現在の病院における医療崩壊の危機を救うためにできることは何かないのか、まず1つは、重要なことは現場の産婦人科医のドロップアウト、特にこれは中堅クラスの医師が待遇面で改善してあげて離れていくのを防がなければだめです。そうしな

かったら空洞化が起こってしまいます。

私のような、高齢化した人間はあと何年かたてば退職していくと、それまでちょっと我慢すればいいではないかと、若い先生方は若い先生方なりに、自分は教えてもらうのだから我慢すればいいではないか、ところが中堅クラスで医療技術を持った人たちは、自分のもっている給料の何倍もの給料で私立病院がどんどん引き抜いていきます。それをどうするのか、勤務医自身が考えなければいけないです。これは医師会も考えてほしいと思っています。

それからもう一つ、地域の開業の先生方の手助け、これが大事です。私ども川口市立医療センターも、やはり地域の先生から手助けしてもらっています。頼むから来てよと、僕が生き残るためには、開業の先生が手助けしてくれないとできないのだよと、この血の出るような声で叫ばないとだれも来ません。

現実に、北海道では3つの大きな大学があります。その大学がだれ1人として手を結ばない、みんな独立でやっています。こんなばかな社会はないでしょう。今医師不足が騒がれているのに、大学なんて垣根はもう取っ払った方がいいです。そして手助けをすることこそが大事です。

それから、開業の先生方も素直に地区の大きな病院に手助けの手を差し伸べる、これが一番大事です。

それから、もう一つ重要なことは、先ほど来、出ていましたように、地域住民の医療は地域住民とともにつくるのだという考え方です。これなくして、地域住民にあそこの病院に行ったら待ち時間が長いと、あそこの病院へ行ったら冷たくされたと、そういうことではないのです。我々産婦人科医が冷たくしたいと思ってやっているわけではないのです。やはりその中でどうしてもマンパワー不足のためにやむを得ないのです。その悲鳴を地域住民とともに考えて、その地区の行政、それから医師会、特に医師会がきちんと地域の開業の先生方を含めて、病院のあり方、特に産科医療のあり方をもう一回地域住民とともに話し合うことが極めて大事です。これなくして今後の医療は、僕はあり得ないと

思っております。

まとめ

現在、地方や都市部を問わず産科医療に携わる産婦人科勤務医は過酷な勤務を余儀なくされ、今は頑張れるかもしれないがいつかは燃え尽きてしまい産科医療の現場から去ってしまうことは必至である。このような状況下で、今崩壊の危機を迎えている産科医療の現場でやらなければならない事は、現在勤務している産婦人科医師を現場に留めるために医師のQOLを考慮に入れた待遇改善策の検討、更に地域住民へ産科医療の崩壊の危機を啓蒙し、地域における産科医療のあり方を地域住民と一緒に考えることが極めて重要である。

KMMC

(スライド 34)

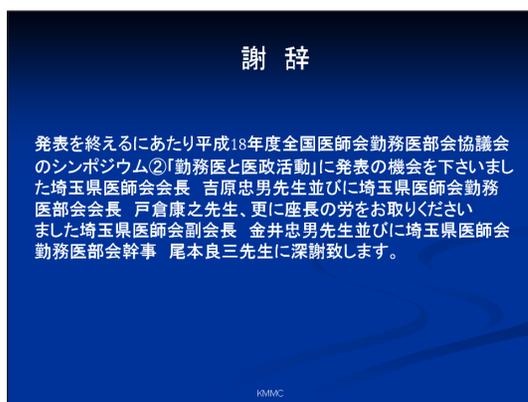
まとめでございますが、現在、地方や都市部を問わず、産科医療に携わる産婦人科勤務医は過酷な労働を余儀なくされ、今は頑張れるかもしれない、体力が続くから、ただいつかは燃え尽きてしまいます。結果的に産科医療の現場から去ってしまうことは必至です。

このような現状下で、今崩壊の危機を迎えている産科医療の現場でやらなければならないことは、現在勤務している産婦人科医師を現場にとどめるために、医師の給料を考慮に入れた待遇改善策の検討こそ重要です。

それから、地域住民へ産科医療の崩壊危機を啓蒙して、地域における産科医療のあり方を地域住民と一緒に考えること。これは、本来の吉原先生の今回の協議会の大きなテーマであるアンガージュマンという言葉に、僕はまさにそのとおりでと思います。僕ら自身勤務医が、やはり住民の中に入って、自分たちの医療の現状を訴える、それなくして、やはりこれからの産科医療はあり得ないのだろうと思います。

先日、11月2日に突然私もTBSの夜中のアクセスという番組に出ました。その中で、例えば義務化がどうですかと言ったときに僕は答えました。義務化なんてことはあり得ない、なぜかといったら、これは職業の自由、人権保護という立場からすれば、義務化なんてことは絶対やってはいけないのです。やはり心と、ある一面少しお金を出さないとなかなか難しい側面がありますが、そういう中で健全な産

婦人科医療を、今の日本に植えつける、これが一番大事だろうと思います。



(スライド 35)

スライドをもちまして、謝辞にかえさせていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。