

総合討論（抜粋）

司会：木内・衣笠

衣笠： まず奈良県の長沼先生から旧厚生省長屋班の研究についてのご質問が寄せられています。「マンパワーの乏しい診療所では出血による母体死亡が多いので、分娩をセンター病院に集約すべきである」という内容のこの論文は 20 世紀のデータに基づいているので、21 世紀でも同じ結果になるのかどうか、やはりマンパワーの乏しい診療所のお産はやめたほうが良いという結論が出るのか、それについてコメントをお願いします」というものです。これは長屋班と一緒に仕事をされた久保先生にまずお伺いしましょう。

久保： 私は長屋先生と一緒に研究をさせてもらいました。そして最後に出した結論は、「長屋班の研究を 3～5 年に 1 回、継続的にやってください」ということでした。しかしそのときに長屋先生が「死亡した妊婦の 3 人に 1 人は助けられた」と言ったことが問題視されてしまいました。ただ現実的には彼の言うように 3 分の 1 の妊婦は助かるようになって死亡数は 3 分の 2 となり、さらに今では半分以下になりました。妊産婦は当時年間 115 人死んでいましたが、去年は 35 人ですから、70 人が助かるようになったのです。ですからあのデータは妥当なものだと思います。

ただ、もう一度新たに統計を取り直したところで、最初に異常が発生したところの施設が少人数のときに死亡率が高いからどうこうということではないと思います。私は一人開業医がダメだと言っているのではなくて、お産はやはり一次でたくさんやってもらう、ただしリスクのある症例に関しては、二次・三次へと上げていくシステムを確立しておかなければいけないということを申し上げたい。

長屋班と同じような仕事をする話は何回も出てきましたができませんでした。その理由は法律的な問題です。イギリスでは母体死亡の報告がきちんと出ていて、再発防止を目的としてデータを集めて発表することは法律で守られています。そういう制度は日本にはありません。長屋先生のデータはかなり踏み込んだ調査をして得られたものですので、もしそれを今回やろうとしてもなかなかできないと思います。法整備が整えば、長屋班のような研究は可能だと思います。

前田： 私はかねてから長屋研究に対しては、かなり批判的なことを公の場で申し上げてきたのですが、当事者や周りの方に聞きますと、あの班が出した結論を結果的に厚労省が自分たちの都合のいいように解釈して公にしまったというところはかなりあります。しかしあの数字は事実でしょうから、それは認めざるを得ないと思います。

私は静岡県で個人診療所をやっております、本当に平嶋先生の今日のお話に感動いたしました。私も年間 700 件程度の分娩を扱っていますが、周りの二次病院がどんどんなくなって、今はそれぐらい扱っている開業医が普通です。そこでいかに母体死亡や周産期死

亡を防ぐかといいますと、まず新規の開業医がもう少し増えないと、この状態では危なくてしょうがないと思っています。

もう一つは、母体死亡や周産期死亡につながりかねないと直感したときに、すぐに送れる病院があって、しかもその病院が満床ではなくてすぐに受け入れてもらえるということです。その2つがないと、いくらネットワークを考えても結局同じです。例えば、大きな二次、三次の病院施設で正常分娩を多く扱って、その結果としてベッドを埋めてしまう。そういう施設の話はどの県でも見聞します。やむを得ずそうなっている病院もありますが、営業重視でそうしている病院もあると思います。でも高次の医療機関はある程度受け入れに対して寛容であってほしいし、それをやっても病院の経営が成り立つという報酬的な裏付けが必要だと思います。救急を受け入れるということに対してもっと報酬を上げてもいいのではないのでしょうか？

平嶋先生のお話のように、二次病院から出張してくれたドクターに対して、今は公には報酬を支払えません。私の医院のすぐ近くに地域周産期母子医療センターがありましたが、産科医がいなくなり今はお産を扱っていません。小児科医が8人、NICUのベッドが10あり、助産師が23名(!)います。そこの産科がなくなって早産を送る施設が近くになくなってしまったので、30週以上の早産は私の医院で出してしまいます。その場合、藤枝市立病院の小児科医が必ずやってきてくれます。さらに選択的帝切でもやってきてくれます。その医師たちは日勤の業務の中でやっていますので、全然報酬を払えないという状況です。これが半年から1年ぐらい続いています。

やはり公務員の医師といえども、働きに応じて報酬を払ってあげられるようなシステムがないと続かないのではないのでしょうか。平嶋先生がおっしゃったのはまさにそのとおりで、公務員の副業というよりも地域のためにやっている出張業務に対してきちんと報酬を出すということも、ぜひ考えていきたいと思います。

衣笠： ありがとうございます。竹村先生は長屋班の研究について何かコメントがございいますか？

竹村： あの本を何度も読ませていただきましたが、あれは1991～92年でしたね。当時は周産期搬送システムが未完成であり、現在のようにほとんどの県が総合周産期センターを有している時代のデータではないと思います。ですから、ただ単に1施設の医者数が少ないことだけに原因が求められて、システムが未整備であったことが注目されなかったのではないかと。ただ、日本はまだ母体死亡に関しては改善すべきところが残っているということを指摘されたということは、大変重要なことだと私は思っています。

久保： システムに関してですが、幾つか改善したことがあります。それは東北だったのですが、県境を越えた搬送で母体死亡がありました。それは、県内しか搬送を受けてくれ

ない。近くだと 30 分で行けるのに県内へ行くと 2 時間かかる。そこで母体死亡が起こったものに関しては、両県で話をして他県へも行けるということが契約の中でできるようになった。ですから、広域圏の話も可能になりました。

あの研究では助かる理由として 3 つ挙げています。まずシステム、次に人的な問題。そして医学的な問題があります。その点についての解析を 197 例の 1 例 1 例全部に回答しております。

衣笠： ありがとうございます。次の質問に移ります。小林哲朗様から、「地方など全体として産科医が足りない状況では、分娩の集約化も必要なのではないか？」というご意見です。できれば小林様ご自身でご意見をおっしゃっていただいてよろしいですか？

小林： NPO 法人お産子育て向上委員会という市民団体の理事長の小林です。私も長屋班の研究は読んだことがあります。今このテーマで私が考えたのは、どちらかというところ全体として産科医不足なのでそれを集約しようという話なのかなと思ったのです。「診療所の安全性に問題があるから集約したほうがいいのでは？」という意見に対する議論になっていたもので、それは別の問題ではないかと思えます。

二次医療施設や三次医療施設の人員が足りている状態ならいいのかもしれませんが、みんなが一次施設の少人数でやっていた場合、大丈夫なのだろうか心配しています。たとえば千葉市だと診療所の出産が 6 割ぐらいと言われていて、すごく頑張っているんですが、もしその診療所が閉じてしまったら、と考えると不安を感じます。高次施設が十分でなくて受け入れてもらえない状況においては、やはり集約化は考えないといけない。行政等で意識的にやらないと、それはなかなかできないのではないかと考えています。先ほどの長屋班研究はありますが、一般市民の感覚では、高次施設との連携がうまくとれていて確実に搬送できるのであれば、診療所が危ないという意識はそれほどないのではないかと、思っています。

衣笠： シンポジストの皆さま、コメントをいただけますか？

竹村： まず「お産を守る会」のどなたかが書かれていましたが、医会が「健診は診療所で、お産は病院で」と言ったことが問題であるというお話が何度か出ていました。少なくとも過去にはそういうことをおっしゃった幹部の方もいらしたかもしれませんが、私が確かめたかぎりでは、寺尾会長は「そういうことには絶対反対だ。地方の診療所の先生方に頑張ってもらうないと、日本のお産はもたない」ということを力説していらっしゃいます。その点だけは申し上げておきます。

それから、集約化ということは一つの施設でたくさんのお産、あるいはスタッフを抱えるということになります。そこで効率が上がるという意味ならいいのですが、今の日本の

大病院は果たしてそうでしょうか？ 産婦人科学会の産科医療提供体制検討委員会では、年間医師1人当たり分娩100件ぐらいが適当だ、ということを開示しています。確かにハイリスクの病院はそうだろうと思います。けれども一般民間病医院で1年に医師1人当たり100件だったら、おそらく経営が成り立たないでしょう。採算が取れるためには少なくとも年300件ぐらい必要ではないでしょうか？ 確かに一人当たり年間100件ぐらいしか扱わない代わりにハイリスク妊娠・分娩を管理できる病院への医師の集約は必要だと考えます。しかし全部がそうなったら、とても日本のお産はまかなえません。やはりローリスクのお産を1人のドクターが300件も400件も取り扱って、そこで非常に能率を上げておいて、ハイリスク症例を豊富な医師体制の病院で扱っていただくという階層化をしないとやっていけないのではないかと考えています。

集約化が必要な部分ももちろんありまじょうが、全分娩をセンター施設に集約化するのは非常に能率が悪くなると思います。

平嶋： 医療崩壊は集約化から起きると私は考えています。例えば大きい病院もそうですが、4人でやっていて1人辞めると、ドミノ式にみんな辞めたりしますね。そして、大病院がさっと引き上げると一気に周りは崩れていきます。だからそういう点で、産科の開業医がすそ野で頑張る。みんなやり方は違いますが粘り腰が強い。やはり産科診療所があってこそ日本独特のスタイルが守られています。アメリカの真似ばかりしないで日本独自のお産文化を守っていかないと、日本の生きる道はない。せつかく二次・三次施設とつくっていても最初から集約化だと、日本から産科医がいなくなるのではないかと危惧しています。

久保： 一次施設の集約の話はナンセンスだと思います。全国調査したところでは、本当にやばい人は250人に1人です。この1人はもう本当に生きるか死ぬかですから、これは一次では無理です。そういうリスクのある人は約7%です。つまり、93%はある程度大丈夫です。7%は最終結果ですから余裕を見ると約3割ですね。ですから、ほぼ7割は一次病院で可能だろうと思います。3割はあまり手を出さないほうがいい。結果的に7%の人は本当にリスクになってくる。0.4%の人は本当に生死の域になります。そして最後は、10万人に3人は死ぬというデータだろうと思います。ですから、その辺りを十分に考えれば、僕はもっと一次医療施設でできると思います。

では二次の集約化はどうしたらできるかという、例えば大阪の泉佐野では集約化されています。あれは同じ市民病院同士でも結構大変でした。例えば北海道ですと、道立病院、市立病院、日赤、済生会にそれぞれ産科・小児科があります。人口が2～3万人ぐらいの市町村に4つの病院があつて、それぞれが別々にお産をやっていくことはナンセンスです。1カ所に産科と小児科の先生が集まればいいのですが、設立母体が違うと議会などで問題になってできない。10年前に最初3大学でやろうとしたのですが、失敗しました。それで

本当に死亡率が下がっていなかったもので、もう一回3大学で進めて、北海道ではそれを実現の方向に持っていった。本当に行政も地方を見ているとやらざるを得なくなってくる。そういう二次病院の集約化について僕は賛成です。

先ほどの「分娩は病院で、健診は診療所」というのはバースセンターの発想であり、僕は二次病院の話だろうという認識をしています。だから、一次の集約化の話はないと思っています。

あとはきちんと集約化をしていくために、行政とどう詰めるかということがすごく大きな問題です。二次病院には最低4人の医師が必要だろうと僕は思います。産科医師4人以上の二次病院が、例えば三次の総合周産期施設1つに対して3~5ある地域は守られます。東京みたいに三次施設1ヶ所に対して二次施設が1ぐらいの地域は絶対に駄目です。地方でうまくいっている栃木県も2つのセンターに二次が7つ8つあります。ですからうまく回っていると思います。

先ほどの勤務医の待遇の話ですが、渡辺先生のところはすごく恵まれています。ハイリスク妊娠分娩管理料の医師に対する還元率はわずかに7.4%です。ですから93%は還元されていません。栃木県は非常に恵まれたところであり、それが全国的に広がればもっと良くなるのではないかと考えています。

渡辺： 今、久保先生がおっしゃったように、私たちは今4人で二次施設をやっているのですが、やはり最低4人は必要だと思います。というのは4人で4日に1回当直で、4日で1回待機ですから、4人いれば2日に1日はお酒が飲める（笑）。そうするとリフレッシュされますね。

医師が1人や2人の病院は普通の開業の先生と同じことしかできません。私たちも2005年までは2人でやっていたのですが、母体搬送を受けるなんてことは全然できなかった。やはり二次病院とすれば、3人ではなかなか困難で4人は必要です。ですから二次病院は、医師1人2人というところがあれば、可能なら近隣の病院に集約することが理想的かと考えています。

杉本： 館山で開業をしている杉本です。私は33歳で開業し、今36歳で非常に若いです（笑）。やはり二次医療施設が復活することが産科医療の崩壊を防ぐと信じています。その二次医療施設は大学など大きな力を加えられる組織が何とか音頭を取ってくれないと、民間だと結局一次医療に力を入れて、分娩数を稼ぐほうに走ってしまうのではないかと考えます。二次医療施設を何とか民間で復活できないかという点について皆様のご意見を伺いたいと思います。

渡辺： 二次医療施設を民間でできるかどうかということですが、あまり経済効率が良く

ないのが二次医療施設です。私の病院の総分娩数は年間 350~360 ぐらいです。ですから、母体搬送紹介に頼っているような病院なので、一生懸命それをやります。やはり病院のほうからは「正常分娩ももっと増やしてくれ」と言われながらやっているという状況です。

私たちのところは日赤病院なので、そんなに黒字にならなくても赤字にならなければ許されますが、通常の民間病院ではある程度の利益を要求されますので、二次医療に専念するという事はなかなか難しいと思います。もう少し二次の仕事に対して手厚く給付されるようなシステムができれば、もっと二次医療は充実するのではないかと思います。

竹村： 民間か公的かということだけではないと思います。例えば大阪はNMC Sという、日本でも非常に早い時期に新生児の搬送システムをつくって、もう 30 年になります。それを立ち上げた 7 病院は、全部民間病院です。淀川キリスト教病院、愛染橋病院、そういった大規模の総合病院的な民間病院です。その当時、公的病院はみんなそっぽを向いていました。公立病院に勤めていると、給料は安いけれども暇だから、勉強もできるからそこにいるのに、よその病院の患者を引き受けてまでやらない、ということでした。そのうちそうではなくなってきた、やがて母子医療センターというものが公的にできましたから、今や公的・民間両方協力してやっています。

ただ個人病院や診療所が少し頑張って二次的なことをやれるかという点と難しい。やはりNICUがきちんとあって、小児科のドクターが複数いて、CTでもMRでも撮れる、欲を言えば小児外科があるようなところ、そういう民間病院ならできると思います。少し頑張らなくて未熟児を診られるからというので小規模の病院が二次をやるのは無理ではないかと思っています。

久保： 民間施設を擁護する訳ではありませんが、開業医の先生に手伝ってもらって、二次病院が復活することは可能だと思います。なぜか？ 今の一番の問題は、30 歳以下の産婦人科医の 7 割が女性です。35 歳で 5 割です。当然多くの女性は、結婚して妊娠・出産されて育児をされますので、その間の雇用形態がどうしても手薄になって二次病院に欠員が出ているのと同じ状態になってきます。そこで、これは女性医師対策ではなくて男性医師対策ですが、例えばリタイアして産科をやめた開業医の先生が、病院医師の当直明けの勤務が 32 時間にならないように外来を手伝っていただく。これを地域の中でやれば、小児救急において小児科開業医の先生が輪番制で当直すると同じことです。もっとも産直は難しいかも分かりませんが、そういう応援が二次病院の中に入ってくるような体制が取れば、二次病院が人的に活性化していく可能性はあると思います。

前田： 杉本先生が先ほどおっしゃったご質問の趣旨ですが、二次病院を復活させるために民間病院か公的病院かという問題ではなくて、医師を派遣するシステムに、もっと公的な、あるいはもう少し圧力的なものがあったほうがよいのではないかという内容ですね。

私は静岡県におりまして、県内で感じたことを申し上げます。静岡県は最初に地域周産期母子センターを7つ指定しまして、今は既にそのうちの3つか4つが崩壊して、新しく指定し直されています。それがまた2つぐらい今度は崩壊しました。なぜかという、それは静岡県に医科大学がなかったからです。かつては東京、大阪、京都の各大学の植民地になっていました。浜松医大ができましたが、残念ながらまだ入局される方があまり多くないものですから、浜松医大で県内の基部になる病院をまかないきれない。そうしますと、東大が引き揚げ、慶應が引き揚げ、京大が引き揚げしますと、そこはもう空白になってしまいます。

各病院は独自に医師を公募します。そうすると1人1人やって来ます。来ていただくのはありがたいのですが、1人ずつ来ると、これはやはり集団にはなりません。そうすると、二次病院としての機能は果たせません。せいぜい一次診療所と同じようなお産しか扱えないし、手術も簡単な手術しかできませんので、その病院にとってはメリットになりますが、地域にとってはそれほど大きなメリットになりません。

私は医局制度がいいとは言いませんが、医局かあるいはそれに代わるような医師派遣システムがあって、せめて地域周産期センターにはその施設の指導者となるべき医師と2-3名の部下をトップダウンで派遣していかないと、千葉県や静岡県、おそらく茨城県や埼玉県も、ともかく医学部が1つしかなくて人口の多い県は非常に厳しい状況になっています。静岡県だけで維持している病院は1つもありません。うちの二次医療圏から二次病院が消えるのは時間の問題で、非常に危機感を持っています。

そうすると、やはり国が「せめて静岡県のこの病院とこの病院ぐらいは、どこそこ大学さんが出してくださいよ」と強い要請を出してくれないと、非常に危険な事態になるのではないのでしょうか？ それから東京では、大きな病院であっても35週以前は全部送るところがあるのです。開業医でも35週を診るのに、二次病院と言われているところが35週の早産を三次に送るのですよ。そんなのは地方では考えられないことですが、東京ではまかり通る。その辺りにやはり地域性があるので、この集約化やお産のシステムの議論は、竹村先生がおっしゃったとおりで、東京にいる方が決めてそれを地方に当てはめるのはおかしい。各都道府県によってそれぞれの事情があるので、各々で決めたほうが絶対がいいと思います。

平嶋（女性）： 竹村先生にお伺いしたいのですが、先ほど久保先生は「診療所が危険だとは一言も言っていない」とおっしゃったのですが、実は2004年10月14日に「お産が変わる」という読売新聞の記事がありまして、その見出しは「出産は病院で、産婦人科医会推進」というものでした。

竹村： 5年前ですね、当時とは医会も変わっています。新聞報道は医会がそういうふう

言ったという話ではないでしょうか？ それを否定したほうがいいということであれば、いろいろな機会に皆さんにお伝えしたいと思っております。

平嶋（女性）： この記事には「日本産婦人科医会の坂元会長は、診療所をかかりつけ医にしている妊婦も、お産時に病院の設備を利用する産科オープンシステムを全国で推進する方針を決めた」となっています。これが夕刊のトップだったのです。その記事が出た後、埼玉県の医会はものすごく反発しまして、「まったく自分たちの考えを聞かずに、いきなりこの報道はないのではないか」ということがあったのです。でもその後、現在の寺尾会長が「そうじゃない、診療所に頑張ってもらいたいんだ」という言葉を、何かの報道でなされたかという、あまり記憶がありません。

石井： 浜松で開業している石井と申します。2004年の医会のホームページから引っ張ってきたのですが、確かに同年1月15日の朝日新聞に「健診は医院で、出産は大病院」と載ったということで物議をかもしました。この件については、医会の常務理事が日産婦医会報（同年3月号）で詳しく説明をしています。そういう意味ではないということは内々では説明されています。ただそれは新聞紙上では訂正されなかった。記事が不正確であったのならそれに対して明確な反論をしてくれないと地域の産科医は困ります。

少し今までの話も含めてお話しさせていただきます。理想的な日本のお産はどういうものかと考えたときに、先ほど平嶋先生が言われたように、開業医があつて、二次三次があつて日本がこれまで良くなったのだから、現在の医療を維持することを求める考え方は、決して間違いではないと思います。

ところが産科婦人科学会理事長の言葉に、「たとえば青森県では下北半島全体のお産を1ヶ所の周産期施設に集約する」というものがありました。まるで日本ではもう集約されることが当たり前のようなことが書いてあります。われわれはそうではないということをお願いたくて、7人が集まってこういう活動をしているわけです。それをもっと多くの方々に、それから学会や医会幹部の方々に分かっていただきたい。そしてそれを明確に学会や医会の会員、そして社会に広報していただきたい。それを切に願うものです。

竹村： お立場はよく分かりました。ただ、ここにいらっしゃるように既に産婦人科医師になって相当年月がたつてもう確立していらっしゃる方は別として、これから産婦人科の医者になろうかどうしようかという方たちをリクルートしていかなければならない立場にある、教授の先生方にとしてみると、今のような制度をそのまま続けていくということを若い者に強いることはできないと、日々現実として感じていらっしゃるようです。地方の1人や2人の医局員しかいないようなところへ若い人は行きませんよね。そういう現実を見ていると、若い先生方が勉強してもらえるような病院は、やはり相当集約化された、いろいろな勉強が十分できるような病院をつくっていかなければならないということ、教授

の先生方は痛切に感じていらっしゃる。私も日本産科婦人科学会の将来計画委員会に入っていますが、それは本当に苦勞なさっているなと思います。

もう一つは、先生方が日常の生活において、ご師弟なりご親戚の方たちに産婦人科の医者になったら、あんなにいい目が見られるんだな、という顔をして診療をなさっていたかかないといけません。もう夜も寝られないしヘトヘトだ、ということでは若い世代はついてこないという現実は、やはりよく認識していただきたい。7人の侍の先生方の意志、武士道、そういった魂は非常に尊いと思うのですが、やはり若い先生方の気持ちもくみ入れていかないといけないと私は思っています。

杉本： 先ほども言いましたが僕はまだ36です。僕が開業に踏み切った最大の理由はまさにそこで、開業するという選択肢があるというのを実践して、僕はまだそんなに潤っていないのですが、例えば僕が潤って「産科開業ってすごくいいぞ」と言いまくると、きっと産科医を選ぶ先生たちが増えてくる。多分ここにいらっしゃる諸先生方のさらに先代ぐらいの先生方は、ものすごくいい思いをされてきた方々ではないかと思います。僕自身は、別に家が医者でもないのに産婦人科というのはよく分からないで、だまされて入れられてしまったところがあるのです。でもこうやって開業することができて良かったと思っています。そういう選択肢を例えば千葉大の学生さんにしゃべってみたりしているだけで、千葉大の医局に入ってくる。そういう話を聞いたりしていますので、産科開業という道を残しておいてもらいたいと思っています。

竹村： 若いドクターが増えることを祈っています。私も院長になったのは34歳でした。

衣笠： 産婦人科医師が開業を考えるにあたって、私のように元手がない者にとっては、自分の施設でお産を扱うもよし、オープンシステムで病院に行ってお産するのもよしと、いろいろ選択肢があったほうがいいのではないかとも思います。しかし日本でオープンシステムはそれほど普及していない。その原因についてお考えがあれば教えていただければよろしいでしょうか？

久保： オープンシステムをやっているところはたくさんあって、うまくいっているところもあります。多分、うまくいくかどうかは経済的な問題であり、収益をどう配分するかという話です。オープンシステムを始めたときに分娩費用をどう折半するかという話がちゃんと解決できると、たとえば愛育病院のようにうまくいっているところでは本当に普通の開業医さんよりはるかに儲けている。そういうサクセスストーリーはあると思います。

竹村： 実は私の家族も愛育病院で、高名な先生に来ていただいて素晴らしいお産をさせていただき、それは感謝しています。しかしそのためには、だいたい通常の2.5倍～3倍ぐ

らのコストを覚悟しないと、オープンシステムは成り立ちません。そういうことができる、東京のごく一部の限られた病院はオープンシステムでやれると思います。けれど、一般的に地方でそれは難しいでしょう。

セミオープンは、まだかなりやっているところが多くて、私どもも近所の先生方で2代目の先生は、ほとんどもうお産はやりたくない。おやじの苦勞を見ていて産婦人科にはなったけれども、あの苦勞はしたくないという方々が、診療所で優雅にやっていらっしゃいます。そしてお産は私どものほうが扱わせていただいて、妊婦健診をお願いしています。これは診療所の先生方も、おばあちゃんばかりではなくて、若い妊婦さんを診られる、そしてコストもある程度取れるとって喜んでいらっしゃるし、私どもとしても里帰り出産と同じです。初めにやりだしたときは、向こうの先生のやり方とうちの病院のやり方とをすり合わせていなかったということもあって、私どもの看護師が「この検査もやっていないんですか？」ということをあれこれ言ったことで、少しトラブルになったことがありました。最近では注意してやっていますので、今は分娩をやめた先生のほうにも結構喜んでいただいていると思っています。また私どもも助かっています。

久保： 本当にそのとおりだと思います。今の検査のお話ですが、母子手帳を2つに分冊化して一冊には今産科ガイドラインに示されているような検査の結果を記載しておく、どの病院に行っても同じ検査結果が見られるというような改定を考えています。それをやると、多分今のセミオープンなどはすごくやりやすくなる。多摩地区では実際にそれをやっています。それに関してはかなりいろいろなところで研究されていると思います。

竹村： そういう意味では、ガイドラインができたことは非常に良かったと思いますね。そしてまた厚労省がそれを追認して、14回の公費負担をやっています。ただお金がなかなか十分に出ていないところが多くて困るのですが。

江口： 江東区で開業しております江口と申します。医療水準はどんどん上がるから、その医療水準を保つためにはやはり集約化をしないと診療所では難しいと思います。私は昭和47年に開業しました。15年前に近所に大きな病院ができて、その部長先生と話し合い、結局長い目で見たらオープンシステムにせざるを得ないだろうということで、平成5年元旦からお産は全部その病院へ送って、私がそちらへ伺って取り扱うようにしました。ところがその先生がご病気をなさって亡くなってしまったら、病院の方針がガラッと変わってオープンシステムがつぶれてしまいました。梯子を外されたようなものです。

私は今、東京医師会で10年間、毎年120例ぐらい医事紛争の裁判事例をやっていますが、やはり産科の紛争が多い。私は「うちは安全だ」と言う人には、「2万～3万のお産をやって何もなかったら大丈夫だと言ってもいい」と言って戒めています。要するに2万～3万人を1人でお産をやるのはなかなか難しい。ですから、必ずどこかで壁に1回ぶつかる

いう覚悟でやらないといけないのです。どんどん医学が進歩すると医療水準は上がります。そういう中で安全を保って受診者の権利なり思いを遂げるためにはやはり集約化も必要です。

しかし一方で、医療者、産婦人科の医師を増やすためには、先ほど杉本先生がおっしゃったように、開業するという道を開いておかなければならないと思います。私は竹村先生と一緒に12年前から学会の在り方検討委員会に出ておりますが、そこに必ず開業という選択肢を残すシステムを作ってくれと頼んでいます。日本医師会の地域対策委員会でも10年前から入って、特に産婦人科の開業という道を開いてくれ、と言っております。また長い目で見たらオープンシステムも導入せざるを得ない。これからはお金がなくてもオープンシステムでやれる方法を確立していただきたいと思います。

赤堀：今日は本当に熱いディスカッションをありがとうございました。今回は長く討論の時間が取れまして非常に喜ばしいことです。この結果は後日まとめて皆様にご報告したいと思います。今、日本の産科医療の供給体制が過渡期と言われるようなこともございますが、本来医療に過渡期というものはなく、こういったさまざまな国の方針なり何なりが本当に医療にかかわる文化を進歩させるのか、ということが非常に疑問です。われわれも皆様も、どこかで大きな声を挙げながら日本の産科医療というものを守っていきたいと思っています。

本日は本当にありがとうございました。これで今回のシンポジウムを終わらせていただきます。