



『医療崩壊』を考える

地 寄 剛 史

はじめに

30年ほど前、私が医者になった頃は、夜間や休日に小児科医が外来診察をするところは大阪府下でも極少数で、ほとんどの患者さんは翌日まで我慢するか、内科や外科の救急病院で診察を受けるかでした。また少数の小児科医がいる救急病院では、他市や他府県からの患者さんも訪れ、そこに出務する医者は一晩中診察に追われることもよくありました。当直勤務をしていると、市や府・県を越えて、重症患者が搬送されてくることもしばしばありました。その後、次第に小児科の救急体制が整備され、各地で夜間や休日に小児科医が外来診察をするところが増え、患者さんは軽症から重症まで地域の医療機関で対応できるようになってきましたが、今度はそこに勤務する医者が足らなくなってきたようです。「医療崩壊」と「医療体制の整備」は、反対のこのようで、実はトランプの表と裏のように密接に結びついているのではないのでしょうか。

『1. 病院勤務の小児科医の「本音」について』

「風邪の親子連れ」など少々衝撃的な表現ですが、一次医療と二次、三次医療の役割分担を明確にするとの理解でよろしいでしょうか。一次医療を扱う我々開業医といたしましても、しっかりした後送病院がなければ、安心して日常の診療はできません。重症患者を適切に治療していただける病院が定数割れ、さらには病院小児科の崩壊を招くことになれば、一次医療を扱う開業医もその存続が危うくなります。病院に勤務する小児科医と開業医では、「アイデンティティ」は少し違いますが、運命共同体ではないかと思えます。

『2. 豊能広域こども急病センター』について

豊能広域こども急病センターの存在が、病院勤務の先生方にお役に立っているとすれば、微力ですがセンターに出務している開業医として嬉しい限りです。医療体制、特に救急医療体制を整備するには非常に多大な人的資源を必要としますので、90%以上の患者さんが満足されている現状は大成功だと思います。また、開業医にとりましても、夜間、休日に何かあったら行きなさいと気軽にいえるセンターは大変心強い存在です。センターについては、田中先生から実状を述べよとの指令ですので、開業医から見た現状を後ほどまとめたいと思います。

『3. 病診連携について』について

「かかりつけ」としての逆紹介や、紹介患者の受け入れは、むしろ私たち開業医からお願いしたいことで、先生のご尽力には大変感謝しています。また、「顔の見える関係」を作ることは医師会としまし

でも非常に重要と考えていますが、病診連携の会を開いても出席される先生とされない先生が分かれてしまい、苦慮しているところです。こちらこそ、今後ともよろしく願いいたします。

『4. 病院内での試み』について

これについては、唯ただ先生のご活躍を祈念するのみです。私が勤務医の頃、主治医の休みの時に（当時は研究日と称して週1日程度の休みがありました）なるべく呼び出さないようにしましたが、家族の希望などでうまくいかなかった記憶があります。

『5. 今後の課題』について

保護者の方への啓蒙については、私ども開業医も積極的におこなわなければならないと思います。先生のご指摘以外で開業医にとって問題になることに、大病院志向があります。血液検査などで、カゼとわかっていても、熱が下がらなければ「大きな病院に行ったほうが良いですか」と聞かれる保護者の方がおられます。聞かれる保護者の方には十分説明するのですが、直接病院に受診される方もあり、勤務医の先生方にご迷惑をおかけしているのではと危惧しています。

小児科医療の標準化には少し難しい問題があると思います。豊中市医師会に入会を希望される小児科開業の先生方の面談に立ち会いますと、多くの先生が開業の理由の一つに「自分の思い通りの医療をおこなうこと」を挙げられます（病院では、自分の治療方針と違う医療をおこなわなければならないときもあるでしょう）。もちろん勉強会などで共通認識を育てるのに異論はないですし、そのような努力は必要だと思います。しかし、医学的に瑕疵がなければ、なるべく幅広く寛容に対応していただければ幸いです。患者さんにとっても、選択肢が広がることは利点でもあると思います。

追加1「豊能広域こども急病センター」

豊能地区4市2町が、地域の開業医と大阪大学附属病院小児科学教室、国立循環器病センター小児科と協力して夜間・休日の一次救急をおこなう目的で平成16年4月に開設しました。また、二次後送病院として、各市の市立病院と済生会吹田病院が輪番で担当しています。ただ、実際には出務医師の大半を大阪大学附属病院と国立循環器病センターに依存しているのが実状です。現在、開業医の勤務枠は、日・祝日の朝から深夜12時までと、水、木、土の午後7時から12時までとなっています。また、医師会の会員の中でも出務されない先生方も多く、豊中市医師会所属の出務医師は僅か7～8名ほどです。私自身もそうですが、世間では定年退職の60歳近くの身にとって、深夜の勤務は翌日にこたえます。しかし、地域医療を支えるためには是非必要な機関ですし、多くの開業医に参加していただきたいものです。パン食い競争を走らずにパンだけを食べる方が、沢山おられるのは残念です。

追加2「愚考」

ここ2・3年、開業医仲間が集まると、時に「モンスターペアレント」の話になります。どうも最近理不尽な要求をされる保護者の方が増えてきた気がします。感染を防ぐため通常の診察とは別におこなっている予防接種の時間に診察を希望され、お断りすると「診療所の前で死にかけて倒れても診ないの

か！」と極端なことを電話で言われるお母さんや、一度血液検査をした後、発熱が続くのでもう一度検査をしましょうと言うと「初めの検査で、何でわからへんのや！」と怒鳴るお父さんなどを経験しました。もともと小児科は、母親に病気の説明をした後、父親に同じ説明をし、さらに母方の祖父母に話し、父方の祖父母に話をするといったことが必要な科ですが、それがモンスターペアレントともなると、惨状は容易に想像できます。ある雑誌の対談で、某小児科の教授が、「小児科への希望者が減ったのは、モンスターペアレントのせいである。保護者はもう少し余裕を持って経験の浅い医者を育てて欲しい。」とされていました。マスコミなどの適切な報道で、世の中の風潮が変わればと思います。

- 会長 小児科医療だけではないのですが、医療崩壊というのは病院崩壊から発している。その発端は、医師不足というのが大きな要因であると思いますが、先生の最初言われたサブスペシャリティーを発揮できるようなシステムが病院にあって、余り雑用に煩わされなくて、自分の専門分野をそこで生かせるようであれば、小児科とか産婦人科とかの人的不足は防げられると思われませんか。
- 松岡 世の中、トータルとして言われるとちょっと困るんですが、少なくとも病院に医者呼び込

む、確保するという意味では、身につけてきた技量を生かしていただけるようなシステムを頑張ってお守ることは大事かなと思っています。病院をやめていく人がいるとしたら、自分の思っていたようなことができないということが1つ大きな理由かと思っていますので、その辺を考えてあげる必要があると思っています。

雑務とおっしゃったんですが、私が思っているのは、診療以外の事務的な雑務という意味ではありません。来られる患者さんをその先生の専門に合わす、つまり1次医療とかをなるべく開業の



先生にお願いして、本当の専門性を要求される患者さんだけ来院していただくという意味です。

- 徳平 いま松岡先生がおっしゃったように、市民病院のもととのあり方、考え方として、豊中市の市民病院なのだから当然豊中市の市民を守る病院であるべきだとか、何でもかんでも——と言っ



徳平先生

たら語弊がありますけれども、少し具合が悪かったらすぐに大きな病院で診てもらおうという大病院志向というのがありますね。例えば軽い風邪だったらまずは開業医さんに行くという流れをどのよ

うに一般の患者様たちに理解していただくか。松岡先生がおっしゃったように、専門性を持った病院、それは大学病院が主たるものですが、市民病院もそういう形にすべきかどうかは、私にはちょっとわかりません。ただ、軽症の患者様から重症の患者様まで全部が押しかけると、どの科でも同じなわけですが、マンパワーに不足が生じますので、パンクしてしまう。激務になる。勤務医は、収入的に言えば、開業したほうが絶対いいわけですし、激務に対する正当な対価が支払われていない部分があるので、「立ち去り型のサボタージュ」と書きましたけれども、勤務医が辞めて行くということが起きているんじゃないかと思

います。その意味で、豊能広域子ども急病センターを立ち上げられてから、先生がおっしゃったように、外来の患者が激減しています。その分病院の収入は落ちるわけなので、その辺の兼ね合いが、部長だけが考えて、いろいろしてきた面があるような気がして、豊中市として、医師会として、各科どうしていくかを大局的に考えていただくことが大事ではないかと思

います。私どもの知恵だけでは進まない部分が多々あると思

- 松岡 豊中病院は、週4日、夜通しあけているということで、逆にいうと週3日は閉めさせていただいているということです。

- 徳平 そういうことはほかの科にも広げることが必要だと私も思います。

- 松岡 私も、原稿にちらっと書いたんですが、これは小児科だけのシステムではないような気はしています。

- 徳平 豊中市の開業の先生方の協力がなくて絶対成り立たないと思います。これが立ち上がった経緯といいますか、その辺の意識をどのように持っていったらこういうことができるんでしょうか。

- 松岡 実際、出務していただいている豊中市医師会の先生が、きょうの地寄先生の文章では思ったより少ないという印象でして、これがちょっとどうなのかなと思ったんですけれども、これができていく過程を豊中病院でいながらよくわかっていないところも多いんですが、私の理解する範囲では、新しい臨床研修制度がつくれるのをきっかけに、最低2年間新しい小児科医が世の中に生まれてこないということと、この地域の各市民病院が24時間365日ひいひい言いながら当直していたという事情、大学病院とか各現場の市立病院のスタッフの悲鳴をもとにこういうのがつくられていったというふうに理解しています。

- 司会 徳平先生、こういうのは実際に産科医療をやっていかれる上で参考になりますね。

- 徳平 もちろん参考になります。今後そういうことを産婦人科のほうでもやっていきたいと、先日開業医の先生方との会合でも少し申し上げたんですが、現実にはやろうとすれば、開業の先生たちにとっては非常に負担がふえる話になります。具体的に話を進めていくにはどうしたらいいかは、僕も皆目わからないのが現状ですね。



小西先生

○小西 市立豊中病院は、小児科のほうで、実際に外来が減ってきて、病院運営にとってはマイナスの部分もあるんじゃないかと感じるんですけれども。



片桐先生

○片桐 私が赴任したときは既にやられていたんですけれども、資料を見ると、単純に小児の救急外来の受診者だけを見ても1万ぐらい違いますね。外来患者1万人分は確実に減っているだろうと思います。

○小西 その辺、物すごく矛盾する部分があるということを感じたんです。病院というのは、機能を明確化していくことは大事だと思いますけれども、一般病院で言うと、患者を減らしていくのは存続問題にかかわってくる部分もあります。ただ、公的病院はそういう使命を持ってやっていくのが道理だと思うんですけれども。

○片桐 東部長は、1日100人ぐらいは来られていた当時はよくご存じなんでしょう。



東先生

○東 そうでもないです。片桐先生のおっしゃる通りで、以前は1日平均100人で、土日など忙しいときは200人くらい来てました。

○片桐 今のうちの救急科の外来に100人

の子供を追加したところを想像すると、阿鼻叫喚の状況だったと思うんですね。

○小西 以前はそういうごった返しが市民病院内で……。

○松岡 10人、20人みて1人入院患者を探すみたいな作業で、大変なストレスでした。

○小西 それが結局立ち去り型サボタージュみたいな先生を生んでいくという状況になってくるわけですね。

○松岡 と思いますね。今でしたら、ある程度センターで診断がついて、入院をお願いしますということで引き受けさせていただくので、割とストレスも少ないですし、もっと言えば、研修医にも診療させることができると。従来の救急外来は、若い先生にはとても無理だと思います。

○東 小児救急の話ですけども、僕自身は、今のあり方が本当にいいのかなと思っているんです。あれを始めた当初は、阪大病院から派遣されてきていた小児科医が来れなくなるという事態に4市民病院がなりましたので、どこかへ統合してやりましょうとなったんだと思います。たしかそうでしたよね。

○松岡 そうです。

○東 各市民病院でのごった返しをあそこへ持っていっただけかなと。市民病院はみんな楽になりましたけれども、マンパワーの上では豊能地域で必要な小児科当直医の数は減っていないと思います。開業医の先生方の協力で補っているのかもしれませんが。

僕なんかは、小児科医は逆に1次診療が好きな人が集まっているんじゃないかと思っていたんです。豊中病院の研修医は、1次診療をやる機会がほとんどなくなっていると思います。松岡先生ご自身が前に、そういう研修を研修医にさせる場をつくったほうがいいのかもわからんとおっしゃっていたと思うんですが、小児科医はそういうこともできないといけないんじゃないかと思うので、そういう意味ではちょっとどうかなというのが1つです。

全国的に言うと、救急システムはいろいろあり

まして、入院施設がバックにあって、そこで1次診療が済むのがいいんじゃないかと言っている人もたくさんおられると思うんですね。だから、あそこにつくったのがよかったのか、そうではなくて、4市の市民病院の中でどこかの病院がそれをしたら一番いいのか、今でもちょっと疑問に思っています。でも、市民病院の小児科医の先生方にとっては、したいことができるようになったし、よかったのかなと思います。

○松岡 東先生の2つ目のご意見の、若い医者に早く見せなくていいのかというのは、私は5年か10年前は絶対見せたほうがいいと思っていたんですが、今の卒後数年の先生方を見ますと、もし小児科医を確保しようと思ったら、最初は見せないほうがいいと思うんです。(笑) 1次のごった返しているのは見せずに、小児科にさせておいて、後から見せるというのがベターであろうというのが今の結論です。ちょっと悩んでいる人は、むしろセンターに行かせないことにしております。

○東 ある程度の力量をつけてから行ってもらうということですか？

○松岡 ある程度小児科が固まってから見せたほうがいいんじゃないかと思うんです。

○司会 徳平先生、小児科の松岡先生が主治医制をなくすと言われていますが、産科ではやはりいつ終わるか判らない分娩をいつまでも待つという主治医制は難しいと思うのですが。

○徳平 基本的には主治医制なんですけれども、外来を担当しているときに自分がみてきた患者様が入院されていてお産になるとか、そういうときには病棟医制を引いていまして、必ず主治医がその方のお産をとるわけではありません。しかし緊急事態になりますと、患者様も、外来でずっと診てきてもらっているので慣れておられますので、その先生がかかわることが多々あります。

うちも女性医師がかなりの部分を占めております。中にはデイトムだけの先生もおられます。

そういう方は積極的に帰っていただきます。居残って仕事をされることもございますけれども、いつもそうしているわけではなくて、なるべく自分のできる範囲の能力を発揮していただこうと考えておりますので、主治医制もちょっとフレキシブルに考えております。

○司会 松岡先生から病診連携として随分うまくいっていると書いていただいていますけれども、開業医の先生がもっとこういうふうに対応してくれたらいいのではないかというご意見はございませんか。

○松岡 ほとんど満足しているんですけども、もしつけ加えさせていただけるとしたら、私は医療の標準化にこだわりたいと思っています。今の状況で患者さんにとって一番不幸なのは、行く医者ごとに言われることが違うということではないかと思っています。その辺をできるだけ統一に向けて……。小児科の特別な事情といいますか、説明を受けるのが患者さんご本人ではなくて、お母さんとかご家族であるということもあるのかもしれませんが、少なくとも、例えば発熱3日目でこういうせきをしている子供さんについての治療方針は統一されるべきだと思うんです。あと、それをどうお母様に説明するか、ニュアンスの違いとか、お母様によってははっきりぱぱっと言う先生が好きとか、やわらかく言う先生が好きとか、それは非常に重要だと思うんですけども、客観的な事実といいますか、治療方針は統一したいと思っています。

○会長 整形外科は全然違うんです。命に余り関係がないので、痛みをとるか運動をとるか、患者さんによっては、手術をするぐらいだったら痛くてもかまわないとか、ひざが曲がらなくなるようだったら手術をしたくないとか、ゴルフがしたいから、すぐにでも手術したいとか、患者さんのニーズや生きざまによって治療に対する体系は全然違うんです。医者も、早く手術をしてあげて、早く痛みをとって、曲がらんでもいいから仕事をしなさいと

いう立場の人がいるし、整形外科の医療に関しては、診断は標準化しても、治療方針は患者さんのニーズによって全然違ってくる。内科なんかはどうなのでしょうね。

○片桐 運動器の特殊性がちゃんと出ていると思います。内科のほうは、一般的にはある臓器の障害があると、その臓器の回復を目指しているわけで、臓器の回復はクオリティーの回復とほぼ一致するので、患者さんの思っておられるクオリティー・オブ・ライフから見たニーズと治療の選択は、整形外科ほどバラエティーが多いわけではないと思います。

○会長 どちらかと言えば、標準化しやすいと。整形外科よりははるかに簡単だと思いますね。

○司会 話題は尽きませんが、小児科の問題は、一応これで終わらせていただきまして、次に産婦人科の徳平先生にお願いいたします。

○徳平 原稿を5ページにわたって書かせていただきました。どういふふうに書いたらいいかわからなくて難渋したんですけども、まず医療崩壊について全体的なことを申し上げて、次に市立豊中病院の取り組みについて書きました。

医療崩壊というのは、いろんな側面があってできていると思うんですけども、「はじめに」のところを書きましたように、産婦人科、特に産科・周産期領域は、3年余りの間に医療崩壊の危機という段階を超えて、既に崩壊のプロセスにあると思います。毎日のように報道されておりますように、産科医不足のため、大きな病院でも産科を閉めるという事態が起きております。それに対して各市の長たちはいろんなことを画策しているようです。この、豊能地区というのは産婦人科にとってかなり恵まれている地域だと思います。豊中市に限って言いますと、開業されている産婦人科の先生も結構たくさんおられますし、かなり頑張っている市ではないかと思っております。

「世界トップの周産期医療」と書かせていただきましたけれども、20年、30年前にはお産で亡

くなる方もたくさんおられましたし、周産期で死亡される赤ちゃんもたくさんおられました。ただ、「最近の日本産婦人科学会の統計によると」というところにありますように、絶対助からないということがやっぱり起きてまいります。最近の医療の発展によって助かることも多いんでしょうけれども、そういった不幸なことが起きたときに大きな話題になっています。マスコミ報道に見られますように、産婦人科医をバッシングすることが多々起きているような気がしてなりません。ただ昨今、産科に限らず、いかにドクターは大変かということが徐々にマスコミにも理解されるようになって、報道の雰囲気もちょっと変わってきたように思います。

産婦人科の医師の減少については、この資料にもありますように、全体的な医師数は増えていきますけれども、産婦人科は逆に減ってまいりました。特にお産をやめている産婦人科医がたくさんいますし、婦人科医に転向する方がふえております。また、今新しい先生の七、八割が女性医師になっておりますので、その方たちの分娩や、育児休暇、その後離職してしまうということへの対応が問題になってきております。

「産婦人科医師不足の背景と対策」については、まずは、産婦人科を選択する医師が少ない。あと、産科をやっていた先生がやめてしまわれる。それと、先ほど申し上げたように、女性医師が著しく増加しているという3点ではないかと思っております。産科が昔から言われているように激務であること、お産というのはいつ何どき何が起こるかわからないということですし、長い時間拘束されるということもございます。また、それに対する正当なインセンティブが与えられていないように思います。全国を見てみますと、今までは1人医長といった言い方をして、1人でお産を扱っているような、今思えばかなり危険なことをはらんでいるような状況もありました。その場合でも、緊急事態が起こったときにそれを受ける病院があれば、救われる道もあると思うんです。

「お産というのは安全で当たり前」という事が国民の常識となってきましたので、もし不幸な結果となってしまったときに、どこか医療サイドに判断や処置について間違ったことが起こったんじゃないかと考えるのはある意味道理かとは思いますが、医療訴訟も、産科の場合、1人当たりに換算しますとかなり高頻度になっております。「医師不足」「過重労働」「医療訴訟」の3つが、それぞれ原因と結果となって医師不足を加速させたと思います。

現在の周産期医療の体制については、国が96年から総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターをつくりまして、大阪府には総合周産期母子医療センターが5施設、地域周産期母子医療センターが13施設あります。地域周産期母子医療センターは、平成19年度までなかったんですが、昨今の医療崩壊に対して、府下にも地域周産期母子医療センターをつくらうということで、13施設が認定されました。市立豊中病院もその中に含まれております。

市立豊中病院の取り組みについては、先ほどから小児科の松岡先生もおっしゃっておられるように、地域の連携は絶対欠かせないと考えております。市民病院は、もちろん豊中市民のための病院であろうと思いますが、市民病院のあり方は市によって全然違ってまいります。豊中の場合は、ほかの科を見ても、かなり充実していると思います。近隣の他市の市民病院を見ますと、産婦人科医が足りないとか、麻酔科医が足りないとかのスタッフ不足が目立ちます。その点、豊中病院はかなり恵まれております。

男性医師が少ないことや、女性医師が増加していること、過酷な労働条件のためスタッフが疲弊して限界に来ているということをかんがみまして、平成20年5月から「二人主治医制度」というのをスタートさせていただきました。二人主治医制度というのは、病診連携の中にも出てくる言葉ですが、中核になる市民病院を中心に、周り

の豊中市、箕面市、池田市の3市の開業している先生方に役割分担をしていただいて、急変時には当院で受け入れるような体制を確立しようということです。スタートして1年弱です。今後また話し合いをしていってより良いシステムを作るために、改善しないといけない部分はたくさんあると思っております。(資料2参照)

それと、院内で助産師外来というのを充実させるようにしております。今までは医者がずっとみていたのを、二人主治医制度を使ってリスクの少ない妊婦健診を近隣の病院の先生方に診ていただくということと、助産師外来を十分利用することによって、毎日50人とかの患者さんが20人ぐらいに減っているような状況です。それによってスタッフの業務の軽減がはかれます。そのことによって、特に昼間は時間ができますので、救急患者さんにあったり、入院患者さんを手厚く診ることもできますし、学会活動などいろいろな面で勉強できる環境がつけられると思います。

あと、女性医師の勤務環境につきましては、まだまだなんですけども、今年改善された面もごございます。志の高い女性医師もたくさんおられるにもかかわらず、結婚されて、お子さんをお生みになって、育児も大変で、家族のバックアップも不足しているとなりますと、やむなく離職されるという方もおられます。ただ、ある程度子供さんが大きくなったら戻ってきたいという方もたくさんおられますので、その先生方にいかに復職していただくかということが大きな問題になってきています。そうすることによって、男性医師や独身で頑張っている女性医師の助けにもなろうかと思えます。うちも、ご多分に洩れず、平成19年スタッフが次々とやめていくということがありました。

○司会 本誌別稿(31頁参照)に、錦織先生は、女性産婦人科医からみた産科崩壊を書かれています。産科は夜の当直の先生方をいかに確保できるかであると。女性医師が、日中はある程度カバーできても、夜までカバーできていないこと

が男性の先生方に余計に過重労働になっているという端的なご指摘をいただいています。徳平先生は、それをやわらかく、女性医師がいてくれて、やっとうまくいっているんだというふうに言っていたらいいんですけども、実際には、男性の先生方にとっては夜の当直とかがそれだけ多いわけですよ。

○徳平 そうですね。夜間に限らないんですけども、何か緊急事態が起きると、1人では対応できない緊急の手術とかもございまして、だれかを呼び出すわけで、オンコール医師というのが大事になってきます。いつ何のとき何が起こるか分からないという側面がありますので、その辺の拘束感が産科医療は強いのかなと思います。

○司会 市立豊中病院の産婦人科は、常勤の先生が何人おられるのでしょうか。

○徳平 今産休とかで休んでいる方もございしますが、専攻医まで合わせて、現在9人おります。そのうちの6人が常勤、3人が専攻医です。専攻医1人は、6月には阪大のほうに行かれますので、6月以降は8人になりまして、常勤6人のうち、オンコールができる医師は3人です。

○司会 当直、オンコール3人とはあまりにも少ないですし、夜間救急受け入れができないのは当然ですね。厚生労働省が、昨年10月、都立墨東病院の問題が出た後、総合周産期母子医療センター——第3次救急と受け取っていいですね、そこの医師数を再調査した結果、都立墨東病院は常勤医が6人、非常勤が9人ですが、全国の総合周産期医療センター74カ所のうち、3施設が墨東病院よりも少ないと。非常勤を加えた場合は、6割以上の46施設が墨東病院を下回っていると。一番高度な周産期医療センターで、なおかつそういう産婦人科医の不足が起きているそうです。

1つの病院に産婦人科医がどれくらいいたら適切なのか、水野先生は一度それに対して見解

を述べられたことがありますが、それをご紹介いただけませんかでしょうか。

○水野 2年程前、産婦人科医の集中配置のシミュレーションを行ったことがありまして、その時のデータを基に私の試算を紹介させていただきます。い



水野先生

かなる状況でも周産期死亡は社会的に容認され難い風潮がありますので、不敬であるとお叱りを頂戴するかもしれませんが、秋篠宮妃殿下が悠仁様を御懐妊の際、臨月に入られてから

は、総勢7～8名の産婦人科医、小児科医、麻酔科医からなるチームが24時間体制で待機していたことをベースに人員配置を考えました。あらゆる領域の合併症を有する妊婦を管理し得るようになる為、全ての診療科を有し、産婦人科が周産期医療以外も担当する地域最大の中核病院への集中配置と想定しました。具体的イメージは、1件の子宮広範摘出術実施中に少なくとも1件の緊急帝王切開術と1件の経膈分娩への同時対応が可能で、その間も産科と婦人科各1診の外來診療を継続出来、土曜日や休日には予定手術を行わない代わりに採卵や顕微授精を含む不妊専門外來を開設している施設です。勤務医の職場環境も労働基準法遵守が要求される時代ですから、夜診は無いとしても8時間毎の3交代制で産婦人科医の総数21人(笑)と弾き出しました。周産期医療のセンター化が一般的な欧米では産科医だけで30人以上の施設が珍しくないことを考えますと、この人数でも、慎ましい数字と御理解下さい。日本産婦人科学会の会員数から産婦人科医の総数は…現在は更に少ないでしょうが…1万1千人。20歳～65歳の人口、大阪産婦人科医会員に占める分娩取扱施設の比率等を勘案し、周産期医療に対応し

得る人員は3千人～4千人程度。日本の総人口が1億2千万人ですから、全国に150～200か所程度のセンター施設が設置可能で、これは、今年、特例措置で政令指定都市になった岡山市でやっと1か所。産科医不在で一躍有名になった隠岐群島を有する島根県では全県で1か所と云うことになります。

○司会 大阪府医ニュースの「勤務医の窓」に藤本昭先生が投稿されている中に、若い医師に敬遠される理由として、当直回数の多さと待機という拘束があるということで、そういう事態を解消するためには1施設当たり17人の産科医が必要とされていると。この数をどこから出されたかよくわからないんですが、徳平先生、今の水野先生のお話と、今の市立豊中病院でやっていける産科のことを考えると、実感として産婦人科医はどれぐらい必要とお考えでしょうか。

○徳平 ほかの科の先生が働いていないとは決して申しませんが、産科医はかなり拘束時間が長いんですね。それに対する対価も全く払われていない。それでもやってきたわけですけれども、そういうことをやっている、しんどいし、年もいつてくるし、やってられんと、立ち去っていく先生もだんだんふえてきます。それにも増して、供給される産科医が少ないと悪循環になります。

そうなると、水野先生の数字をとったらえらいことになるんですが、各市の市民病院は、産婦人科をつぶしたくないという考えがもちろんあります。近隣で言うと、僭越ながらうちの市民病院に集約するしかないだろうと思います。すべての病院にスタッフを充足させることは不可能ですので、うちを中心に、周りの市からの産科、婦人科も含めて、スタッフをすべて集めるということで、近隣との話し合いをしていく。現在その方向でいきつつありますが、ただ非常勤というのを頭数に入れていいのかわからない部分もあります。医者になって3年目、4年目の先生に緊急事態に対応できるかという、絶対できないですね。指

導医という立場の40代から50代ぐらいの先生が一番不足しております。もちろん若い先生も少ないんですけども、指導医をふやすという意味で、周りにいる指導医を1カ所に集めると、教育もできるし、症例もたくさん集まってくる。3市、4市で、豊中病院に医師を集めて、15人か20人いると、いろんなことができると思います。

○司会 実態と随分かけ離れているわけですね。いかに産婦人科医が不足しているかということですね。

○徳平 大阪府立母子保健総合医療センターは、今たしか医師が10人ぐらいしかいないと思います。あそこそ15人か20人にふやすべきだと思うんです。周産期医療については、最近大阪府でいろいろな動きが出ていますけれども、まず自分のところの周産期母子医療センターを充実させる。根幹ですので、その辺をまず充実させて、各地域ごとにだれかが考えて、市議会も巻き込んで——政治的な問題がかなりありますので、その辺を徐々に動かしていくしか周産期医療の崩壊を防ぐ方法はないかと僕は考えております。

○司会 現在市立豊中病院産婦人科では受け入れておられませんが、もし夜間救急を受け入れるとして、産婦人科二人当直制とした場合、その15人ないし20人でやっていけますでしょうか。

○徳平 二人当直は理想ですね。責任をもって手術にあたる医師は10人以上は必要でしょう。

○小西 激務プラス訴訟イコール医師不足という負のスパイラルとおっしゃっていましたが、それが診療科で顕在的になって、医師不足がこれからも加速していくんじゃないかと思います。根本的にそれを防ぐ方法としては、大学の教育であったり、大学へ入る前の高校の教育であったりということも必要だと思いますけれども、何か具体的な方策があるのでしょうか。

○徳平 一介の部長としては難しいんですけども、3年前に始めた新臨床研修制度も医師不足にかなり拍車をかけていまして、大学関係者とい

ろいろ検討した結果、先ほど私が申し上げた集約化ということを積極的にやっていかないと無理かなと考えます。その中で、開業されている先生との密な連携は大事なので、小児科の先生はいろいろ教育の場を持たれてやっておられますが、私どもも、顔の見えるような関係を通して、いろいろ教育し合っ、お互いの足りない部分を補っていかないとだめだと思うんです。

ただ、市民病院と豊中市の中の開業医さんだけを考えているわけにはいかないので、北摂全体として考えると、南のほうは、2つの市民病院が合併しているような状況もございますけれども、あそこは2つの病院が同じぐらいの規模だったので、周産期に関しては泉佐野病院、婦人科は貝塚病院ということができたと思います。この辺の市民病院を考えますと、豊中が規模の大きい状況になっていますので、ここに合ったやり方としては集約化するしかないのかなと思っております。

- 小西 今のところは、医療システム的に解決するしかない状況が起きていて、産婦人科医をふやそうというような取り組みは特にないと。
- 徳平 産婦人科医をふやす取り組みは難しいですね。ただ、なりたい人は、少ないけれども、やっぱりいるんです。府下では、毎年三、四十人の新しい産婦人科医が生まれています。その先生方は、最初はやっぱりたくさんの仕事をしたいんです。ある病院に派遣されても、何も仕事が無ければおもしろくない。若い医者モチベーションは、いろいろな症例にあたって、いろいろ教えてもらいたい。腕も上げたい。そういう意味では、うちの病院は恵まれています。恵まれているところは、どんどん人が集まってきます。ただ、若い先生を指導する医者が少ないので、その辺をふやすためには、指導医の立場の先生方を集約していくということが大事かもしれませんね。

それと、救急体制も整備していかないと、いつ何どき何が起こるかわかりません。緊急事態が発生したときになって人がいない、麻酔科もいな

いということでは、大変なことになります。すぐに受け取るような体制を構築していくことが一番大事だと思います。

- 小西 そうした結果、医者がふえていくことにつながっていくと。
- 徳平 そうですね。だから、正のスパイラルもあるわけで、そっちのほうに持っていくには、人をふやすのはなかなか難しい問題ではあるんですけども、ちょっとずつでも病院がいいことをしていけば、人も集まってくるのではないかと考えております。
- 司会 産婦人科の問題は、訴訟の問題、過重労働の問題、労働に見合った給与体系ができていないとか、1つ1つ取り上げても大変な問題だと思いますけれども、結局、産科崩壊をさせないための病診連携をどうして行けばよいのか、どういうふうにできているかということでは、水野先生が実行していただけることについてお願いします。
- 水野 「産科崩壊をさせない為の病診連携」との御紹介は過分に過ぎますが、産婦人科医は外科系ですから、例えば常位胎盤早期剥離のような開業医の手に余るような手術症例に出くわしますと、患者さんを可及的速やかに受け入れて下さる市立豊中病院のようながっちりした後方支援をして下さる病院がなければ、やっていけないわけで、産科崩壊、ひいては医療崩壊の主因の一つが過重労働の中で勤務医の先生方が疲労困憊されていることにあるわけですから、開業医が勤務医の先生方の御負担を少しでも軽減出来る形で病診連携を行うことが求められていると考えております。で、些かなりとも私共の診療所の行っていることがそれに該当していれば幸いです。

病診連携の1つ目は、既に徳平先生から御紹介のありました「二人主治医制」(私は「セミオープンシステム」によるワークシェアと了解いたしておりますが、)への参加です。先に「豊能広域子供急病センター」が出来て、小児科の時間外受

診の患者さんが激減して小児科の先生方の負担は軽減したものの、市立豊中病院は減収になったとの御議論がございましたが、そのような営業面での問題はさて置き、妊娠32週までとは云え、少しでも市立豊中病院の先生方が外来で診療しなければならぬ妊婦さんの数を減らすことに協力できれば良いと考えております。ただ最近、この制度の運用に水を差すと云いますか、困った問題もあるのですが、その点につきましては本誌の拙稿（29頁参照）をお読み頂きたく存じます。

2つ目は「開放型病院共同指導」所謂オープンシステムです。理屈の上では、より高度な医療を行い得る病院に、開業医が出向いて診療を行うので、勤務医の先生方の負担軽減が出来るはず…なのですが、実際やっておりますと、無理だな…と。分娩時には診療所を閉めて病院の分娩室に駆け込むわけですが、急いで駆けつけても、既に赤ちゃんが生まれていたケースが何例もありまして、このような場合は、勤務医の先生方の負担を増やしたことになってしまいます。又、分娩時には自院を閉じなければならぬわけですから、診療所の営業と云う観点からすると、月に数件が限界です。全例開業医が対応する事例が何十件にもならなければ勤務医の先生方に周産期医療での負担軽減を実感していただけないでしょうから勤務医の負担軽減の役には立たないというのが正直なところですよ。

3つ目、実はこれが、最も勤務医の先生方の負担軽減に繋がるかと思うのですが、産直医としての出務です。開放型病院へ保険外診療である分娩を持ち込むことを了承してもらうことの代償として、産直を請け負っています。詳細については本誌別稿に述べさせていただきますので割愛いたします。当初は月に2回だったのですが、産科医不足の為、徐々に回数が増えまして、現在は土曜日1回を含む月に5～6回の宿直で、今年は元日の日直と宿直も致しました。ただ、本誌の別稿で錦織先生も述べておられます

が、病院のIT化が外部からの産直医招聘に際しての障壁となっていることは一般にはあまり知られていないようです。

本誌別稿（24頁参照）で吉村（猛）先生が述べられていることに関連いたしますが、産科医療の窮状、問題点、解決策としてとりうる手段を阻害する因子について医師会は積極的に情報発信、問題提起していくこと。医師会がそのような行動をとって下さるように個々の会員が活動することも病診連携の4番目に加えるべきなのかもしれません。

○司会 産科崩壊を防ぐために病診連携がどうできるのか。水野先生の実行しておられる、具体的な3つの方法を述べて頂きましたが、もう1つ、「全員が燃え尽きる前に ぎりぎりの産婦人科医たち」という新聞記事によりますと、大淀病院問題のあった奈良で、1次救急を開業医が担い、最初4病院が参加されて、この春6病院が新たに加わられた、在宅当番医制というのが1つ方法ではないかと。

もう1つは、松岡先生が言われた急病センターのような施設を開設して、一次救急を受け、必要に応じて2次救急に搬送するというのでしょうか。先程徳平先生が、豊中地区は非常に恵まれていて、1次の産科医療施設が多数あるというふうに言われましたけれども、市立豊中病院のような中核病院があるから1次の産科病院が成り立っているとも言えます。例えば、ある市民病院がなくなったら、受け入れてもらえる病院がないから、しんどくてやっておれないと地域の開業の先生方がやめるという、これも産科医療崩壊を招いているわけで、市立豊中病院があってこそほかが成り立っている面が多分にあります。

そういう中でぎりぎりやっておられて、夜間救急を受け入れるための解決方法としてはいかがでしょう。

○徳平 今後検討に値するお話だと思います。

○司会 ただ、奈良でも、1次で各当番制で受

- け入れているときに、一度も受診したことのないいわゆるハイリスクの方が来られたときに、例えば常位胎盤早期剥離の診断をして、それを送るところを慌てて探して、受け入れてもらえるかどうか大変だったというエピソードを紹介されています。
- 徳平 産科の特殊性がありますので、産科の1次というのは難しいかもしれないですね。来て初めて3次に値するような救急だったというのがよくありますので。
- 司会 非常に難しいと思いますね。
- 徳平 その時点でその先生は次どこへ送ったらいいかを考えないといけないわけで、結局役に立たないのかもしれないですね。
- 司会 そうですね。もう1つは、水野先生のように産直に行くと。錦織先生も、結局は夜間当直していただける先生をいかに確保できるかが産科医療を支えるのに大切だと言っておられるんですけども、私たち高齢化した者が実際に産直ができるかという問題も出てきます。何でもなしのお産は引き受けられるとしても、いざとなったとき、例えば血圧が非常に上がっている妊婦さんをどうするか、ここの病院ではどういう薬を使っているとか、リスクが上がった場合の対応が難しいような気がします。
- 徳平 確かに難しいですね。
- 司会 二人当直制度の一人を開業医がになうというのはいかがでしょうか。
- 徳平 現実問題としてちょっと無理ではないかと思えます。
- 司会 徳平先生のほうから、もっとこういうふうの開業医のほうが協力してくれたらできるのではないかというのは……。
- 徳平 今おっしゃられたことがすべてだと思うんですけども、輪番というのはなかなか難しいですね。小児科みたいにどこかの施設があれば、そこに出向いて行って、交替して行くということができるかもしれないですけども、各病院施設の問題もありますし、医師以外のスタッフの問題もあ

りますので。

- 司会 今言われたのは、例えば市立豊中病院が全部引き受けるから、そのかわり箕面の市民病院から当直が来てくれるとか、ほかから来てくれるという意味ですか。
- 徳平 そういう意味です。だから、大きな病院への集約が必要になってくるのではないかと思うんです。そうしておいて、2人当直制をひけば、2人当直以外の先生はオン・オフタイムがはっきりしますので負担は軽くなると思います。
- 司会 その集約化するという意味は、そこに救急が来るんですから、最低2人の先生の当直が前提でしょうね。その場合、市民病院の先生とか大学の先生方がアルバイトで産直するというのが、公務員は給与の面でおかしいと一時新聞で随分たたかれて、当直医の減少が産科医療崩壊の一因になったと思っていたんです。先ほど松岡先生から、急病センターのほうには大学や、循環器病センターの先生が来られているとお聞きしたんですが、それはどうなっているのでしょうか。
- 徳平 現在も大学から応援医師をお願いしてまして、正式な文書を交わせば、アルバイトという形ではなくて医師派遣という形でできます。
- 司会 今までマスメディアからたたかれたようなのは……。
- 徳平 昔みたいに、黙ってどこかの病院に行くとか、そういうことはやっぱり難しいので、正式に事務手続をとって派遣していただくという形をとっています。
- 司会 それはクリアになったわけですね。
- 徳平 そういうことです。
- 司会 各当番制というよりも、先生が言われている拠点病院に集まっていたかというのが一番実現性があるとおもわれますか。
- 徳平 はい。それが現実的だと思います。
- 司会 例えば、先生が前に「豊中地区における産婦人科医療を考える会」の中で、夜間の電話対応に煩わされる先生方の苦労も大変で、そ

ういうのを開業医とかが分担できないかという意味のことを言われましたけれども、その後それは立ち消えのような印象なんですけれども、それは今どういうふうにお考えなんでしょうか。

- 徳平 基本的にはそう思っているんですけども、先ほど先生がおっしゃったように、今市民病院では夜間の救急は基本的にはお断りしているんです。

あと、最近夜間の電話自体がすごく減っています。マスコミ報道のいい部分が出たせいなのかもしれないですけども、コンビニ的な質問とかは余り見かけなくなったというのが実情です。

救急の問題は、もちろん婦人科も絡んでまいりますので、今後検討の1つに入れていかないといけないと思っておりますが、具体的なことは動いております。

- 司会 最後に私、ちょっと心残りになっているのは、徳平先生が産婦人科崩壊が負のスパイラルに入っていると言われましたが、何年ぐらいでこれが底をついて、何年後に今のレベルに回復できるか、予測は非常に難しいですが、まだまだ崩壊が続いていくと先生は予測しておられると思うんですが。

- 徳平 全国レベルはそうでしょうね。ただ、大阪府は、先ほど申し上げたように産婦人科医のなり手も多くなりますので、その人たちが巣立ちしてくれば戻ってくるとは思います。ただ、そのときに受け入れ側の市民病院なり中核病院の体制がいかに働きやすい病院になっているかということが大事なので、その辺を、集約化も含めて、女性医師の問題など、改革していかないといけないと思っております。何とかなるかなとは思っておりますけれども。

- 司会 何か希望が見える、負のスパイラルだけではない面をご指摘いただきまして、ありがとうございます。

それでは産婦人科の問題はこれで一区切りさせていただきます。次に、救急医療を担当し

ていただいております東先生にお願いいたします。

- 東 今回書かせていただいた原稿は、初めて市立豊中病院と豊中市の救急の数がある程度書いて、その後、自分なりに考察をさせていただきました。小児科の先生も産婦人科の先生もおっしゃっていたんですけども、北摂地域はまだましというか、恵まれているというのは共通したことだと思います。医療崩壊ということですけども、崩壊というのは、確立されたものが崩れていくことだと思うんですけども、救急科に関しては、もともと確立されていたかどうかさえあやふやなところがありますので(笑)、崩壊以前の問題かなと思っています。地域によって救急医療体制は全然違いますし、救急をやっている病院と言っても、地域の中でどういう役割をしているのかも違います。それだけではなくて、救急部の院内での役割も、病院によってちょっと違うと思うんです。院内のことは言っても仕方がないのかもわかりませんが、例えば市立豊中病院では、午前11時までしか外来は受け付けしてくれませんので、急病でなくても、11時を過ぎると救急科に行ってくださいと言われて、救急科に来られるんです。豊中病院の救急科は、必ずしも急病だけみているだけではなくて、通院患者さんなんかのこともみているということです。

地域の中で市立豊中病院の役割は何かというと、心筋梗塞、脳卒中、急性腹症の手術とか、消化管出血の内視鏡での止血とか、そういうものは絶対やらないといけません。それ以外のところをどうするかが実は問題じゃないかと思えます。今言いましたような疾患をみることについては、院内の医師のモチベーションは高いですけども、例えば高齢者の方が食べられなくなったから何とかしてと紹介されてきますと、市立病院ですから、そういう患者さんもある程度みていかないといけないと思うんですが、そういう患者さんが余りふえると、ベッドもいっぱいになってしまうということが結構問題かなと思っています。

全国的にも救急患者の数は減っているというデータがあり、ここ2、3年は救急搬送件数が減っています。特に都市圏ではそういう傾向があります。豊中市については、2005年が救急搬送件数が一番多くて、あとは減ってきているんです。マスコミで救急車の利用についていろいろ取り沙汰され始めて2年になっていないので、必ずしもマスコミ報道の影響だけではないような気がします。なぜそういうことが起こっているのかわからないんですけども、数を見ると、結局減ってきているのは65歳未満の方で、65歳以上の方はずっとふえてきて、2005年ぐらいからは横ばいになっていますが、割合としてはまだふえ続けています。今後ますます高齢者の救急患者はふえていくと思われまます。マスコミは、高齢者のことについてあまり触れていないのですが、実際、2次救急をしていると、高齢者の患者さんをどうするかということが、今後の一番の問題と感じています。

市立豊中病院の救急科の患者さんの数は、表に載せていますように、2004年に子ども急病センターができて、1万人以上がたつと減ったんですけども、それ以降もだんだんと減ってきています。いわゆるコンビニ受診は減ってきているのではないかと思います。救急搬送件数は、豊中消防の搬送件数と同じで、2005年がピークで、それ以降は減少傾向にあります。救急からの入院患者は、もう少し後の2007年ぐらいがピークでした。救急車の受け入れ数の減少は、豊中消防の数と平行しているとはいえ、グラフにかいたとおり、受け入れ不能件数も急が増えてきております。2004年ぐらいまでは、1カ月で50件以上救急を断ると、消防署のほうから人が来て、何とかしてくださいと言われたんですが、今は月に100件以上断っていて、それが当たり前になってきているということです。ここの病院だけがそういうことになっているのではなくて、例えば淀川キリスト教病院はすごく救急車の搬送件数が多いんですけ

れども、受け入れ不能件数もすごく増えています。

なぜ受け入れ不能になっているかという理由で、比較的増えてきているのは満床という理由です。それと、専門外というのがあります。市立豊中病院に関しては、受け入れ不能というか、断っているというのを入れるんですけども、専門外という理由がふえているということです。

昔から市立豊中病院の救急外来はごった返して、待ち時間が土、日になると2時間待ちとかが時々出ていましたが、そういうのはましになってきている感じですけども、混雑で受け入れ不能という件数は余り変わっていません。満床ということについては、ベッド利用率は97～98%だったのが今は下がってきているんですけども、内科とか一般の病床については95%を常に超えているような状況です。在院日数が短縮したのに、ベッド利用率は全然下がらないという状況がここ5年ぐらい続いているようです。患者さんの大病院志向もあるのかもわかりませんが、小西先生、個人病院さんも結構満床に近い状態が続いているんですね。

○小西 満床の状況はあるんですけども、うちなんかはマンパワー不足、看護師さん不足というのが根底にあって、受け入れが不能な状況もあると思います。

○東 市立豊中病院が満床に近いということは、地域の個人病院とか付近の市民病院はみんな満床に近いということで、そのために3次救急患者が流れていったりするんです。この地域では千里救命センターがすごく頑張っています。これがあるから、救急医療体制がまだ破綻していないのかなと思うんですけども、そこも常に満床に近い状態が続いています。

専門外ということについては、市立豊中病院では、整形外科が一番多いんですが、ただ整形外科については小西病院さんとかが受け入れてくれているので、まだ何とかなっているのかなと思っています。市立豊中病院では診るほうも、研

修医ですから自信がないし、患者さんのほうも、できたら専門医にみてほしいと。例えば、電話のやりとりでも、専門医でなくてもいいですかと言うと、専門医にみてほしいと言って、そちらに行かれたりします。初めから専門医でないから診れませんと断る場合もあるようです。それは担当医によって違いますけれども。

満床ということが救急医療体制を維持していく上で一番問題ではないかと思いますが、それと高齢者の患者さんがふえているということは関連しているのではないかと思っています。救急科になぜ高齢の患者さんが来るかという、急性期病院は、なるべく在院日数を短くして、ある程度めどがつきそうだったらすぐ帰ってしまうので、そういう方がまた舞い戻ってこられるということもあります。以前に比べると、高齢者の患者さんを長期入院させてくれるような病院が減っています。国の政策でそういうような方向づけをされているので仕方がないんですけども、医療機関に限らず、そういう患者さんを引き受けてくれるような場所ができれば、救急医療体制を維持する上では有利になってくるのかなと思っています。

また、地域によって救急医療体制が全然違います。皆さんご存じだと思いますが、地方に行けば、基幹病院がすべて受けてくれるということがあります。大阪府では、周辺に市民病院があって、ある程度救急をやっているんですけど、大阪市内では、救急医療体制を維持してきたのは個人病院の力だったと思います。そういう何でも受けてくれていた個人病院が、患者さんを選んだり、救急を返上したりする傾向が最近あるようです。救急医療をやっても全然得にならない、経営的に有利じゃないからということで、やめていっているんじゃないかと思っています。都市圏で救急医療体制を維持するためには、救急医療をやると経営的に有利とかということがあれば、もう少し問題が少なくなってくるのかなと。

一方で、高齢者の患者さんをどんどん救急で

取り扱うようなことをやると、医療費もすごくかかります。結局、自宅とか介護施設で介護しているわけですけども、悪くなったときに救急医療体制に任せないで済めば、救急医療体制にも余裕ができるんじゃないかと思います。高齢者でも良好なADLが期待できる場合には、積極的に救急医療を行うにしても、ADL不良の高齢者の患者さんをどうしていくかということを真剣に考えていかないと、救急医療体制が何とかまだ維持できているような地域でも苦しくなっていくのかなと思います。高齢者の切り捨てじゃないかと言われれば、そういう面も無きにしもあらずですが、状態が悪くなった場合に一律に治療を行うことが患者さんのためとは限りません。

救急科は、確立されていなかったという言い方をしましたけれども、救急医が救急医療を維持してきたわけではありません。今でも救急専門医がそろっているのは特殊な3次救急だけです。私は救急専門医ですけれども、専門医がいるような市立病院はむしろ例外で、大抵は内科の先生とか外科の先生が救急医療をやっています。今あちこちで市民病院が体制を維持できなくなり救急をとれなくなっているのは、主に内科の先生が、救急医療をやるのはもうしんどいということをおっしゃり始めたせいかなと思います。なぜそうやってきたのかというと、救急を受けてくれる病院が減り、特定の病院に患者が集中してきているせいだろうと思います。そのあたりは、はっきりした数字もないですし、私がそういうような印象を持っているだけで、正確なところではありません。

「おわりに」のところに書いていますように、この地域はまだましなんですけれども、このまま同じようなことが続くと、今までまだと安心していたこの地域の救急医療体制も怪しくなっていくんじゃないかと思っています。

○司会 ありがとうございます。救急の一端を担っていただいている小西先生、いかがでしょう。

○小西 うちの、外傷が中心で、整形外科の手

術とかは回してもらっているわけですがけれども、一番感じるのは、老人がふえています。うちなんかも、大腿骨頸部骨折が多いですから、高齢化で、その人の退院後の行き場がないということが一番回転率を下げている原因になっていると思います。東先生が言われたように、その辺のシステムを社会的に構築していただかないことにはなかなか難しい。療養型病院などがもうちょっとそういう受け入れ先にとっても、療養型も今は慢性期の人でなかなか空かない状況になっていますので、それに代わる中間的な施設みたいなものが社会的に整備されればよいと思います。

地域連携ということでは、開業医の先生方が早期から退院の後は受け持つといったバックアップ体制も大事なのではないかと思います。

あと、高齢化が進んでいまして、健康老人とかいう形で言われていますけれども、やはり寝たきりも含めた弱った老人がふえてきている現状です。そういう弱ったご老人を、切り捨てたくないんですけれども、社会の中でどういう位置づけでみていくか、国民全体でそういうことを考えていく時期に来ているのではないかと。最終的なゴール、亡くなられるというゴールに向けて、医療の中でどういうことができるかということだろうと感じます。

それと、先生のところは大きな病院ですので、ナースは潤沢にそろってくると思うんですが、個人病院レベルでは、救急をやめられる理由は、マンパワー不足で看護師さんがそろわないといった部分もかなりあります。7対1看護になったので、大病院志向で、ナースがそっちのほうに流れてしまいましたので、個人病院レベルでは確保がなかなか難しい状況になって、マンパワー不足から救急もやめざるを得ないという状況が起こっているのではないかと思います。

○司会 2次救急を担っていただく病院が減っているのも、救急医療の崩壊につながっていると聞いています。もう1つ、小児科の松岡先生のほう

から、子ども急病センターのようなものがほかの科でもあれば、随分救急医療も助かるのではないかと。というご指摘をいただいていますけれども、実は豊中市も休日急病診療を行っていることをご存じかどうか、児島会長からそれをちょっと紹介していただきたいと思います。

○会長 豊中市医師会は、医療保健センターに協力して、従来は土曜の準夜、午後6時から9時までと、祝祭日の10時から5時まで、救急医療をここと庄内と2カ所でやっておりました。現在は土曜日はやめて、日祝だけやっております。(資料3参照) その受け入れを市民病院なんかに2次でお願いしたりしているんですが、今言われましたように市民病院などは忙しいということで、断られることがあるので、できるだけこの休日急病を充実させようということで、2次救急として先日は済生会千里へお願いに行きました。この休日急病で手に負えないものは引き受けてくれないかということで、院長と救急の先生にお願いに行くと、オーケーをいただいております。医師会なりに、夜間や祝祭日の救急医療に対しては取り組んでいるところです。

あとは、市内の小西先生のところのような救急を受け入れている病院にできるだけお願いして、病院連絡協議会というようなところに、大したことはないですけども医師会から援助したりというのはさせていただいています。

○司会 出務していただく先生方も限られた中で、随分努力していただいているみたいですね。

○会長 広報をして、できるだけ出務をお願いしております。新しく入会された先生にもぜひ出務してくださいというお願いをして、何とか回っているところです。

○小西 ここにそういう診療所があることの市民の認知はどうかしているんですか。

○会長 やっているのはあくまで豊中市医療保健センターなので、市の広報を通して周知されていると思います。

○司会 先生方、お手元の資料を見て頂きますと随分の患者さんを見ていると思うのです。特に連休、お盆休み、お正月休みとかの実績は充分評価できると思います。

○松岡 土曜日はやっていないんですか。

○会長 以前はやっていましたけれども、向こうができてから、ここは閉鎖しています。

○松岡 実は、豊能広域子ども急病センターは、日曜日はずっとやっているんですが、土曜日は3時開始なんです。3時までは開業の先生も結構あいているだろうということで。豊中病院の立場で言いますと、3時までは1次の患者さんが来てもお断りできないということがあります。

○会長 ここはもっと遅くて、いわゆる準夜帯をやっていたんです。

○松岡 どっちにしても、昼間は難しいですね。

○会長 向こうと重なるからということだったと思うんです。

○司会 東先生、病診連携について掘り下げた議論が幾らでもあると思うんですが……。

○東 病診連携についてですけれども、病院としてそれに積極的に取り組むということで、地域の開業医の先生方からの紹介は極力断らないようにしているはずです。紹介していただく患者さんは、入院が必要な患者さんが多いですけれども、ベッドがなくて、お断りせざるを得ないということがあります。ベッドがないと言っても、大きな病院ですので、例えば今はあいているけれども、あしたの朝には患者さんが入るといようなベッドもありまして、それを全部入れてしまうと回らなくなるので、入れていないんです。

ただ、ちゃんと連絡をとっていただいている場合に満床でお断りしているのに、連絡なしで来られた人が入院してしまったりすることもあるので、来られる前には、特に入院が必要だと思われるときは絶対連絡をしてから来ていただきたいと思います。今ベッドが非常に少ない状態で回っていますので、その辺はぜひお願いしたいです。

それと、小西先生もおっしゃいましたけれども、高齢者の方とかを自宅で見取るとか、昔はやっていたと思うんですが、今後そういうようなことも当たり前、或いはおかしくないというふうな社会的なコンセンサスみたいなものをつくってあげたらと思うんです。それは個人のレベルではとてもできないことですが、そういうことになっていくようでしたら、開業医の先生方も最期までごらんになっていただくとか、そういうことにも協力していただけたら、病院側、救急部としてはかなり助かるようになっていくんじゃないかと思います。

そういうことをされている開業医さんもおられるかもわかりませんが、亡くなりそうになったら、とりあえず病院へ送ってしまうということがほとんどのようですので、その辺を、今すぐというわけではないかもわかりませんが、ご協力いただけたらと思います。

○司会 東先生、小西先生のご指摘の高齢者の在宅医療、ターミナルケアについて、医師会にあってどのように取り組んでおられるのか、児島会長からお願い致します。

○会長 在宅医療講演会を開催しています。(資料4参照)これは医師対象ではなくて、一般市民や看護師にも充分理解できるような内容で、在宅における寝たきり患者や認知症高齢者、終末期患者などをめぐる話題について第一線で活躍中の講師を招いてご講演していただいています。この講演会によって在宅医療とはどういうものなのか、在宅ターミナルケアとはどういうものなのかを理解していただくように努めています。

実際には終末期の患者が自宅で最期を迎えたいと思って自宅へ帰ってきて、いざ最後に患者が苦しむ姿を目の前に見ていると家族は入院させたくってしまうのではないですか。いままではそういう患者は一次や二次救急の病院が入院させてくれていましたが、厚労省のベット削減の意向により一次、二次救急病院が少なくなり三次救急へと流れて行ってしまうと思います。

終末期の患者を診ているほとんどの開業医は患者が自宅で亡くなりたと思っているなら最後まで診るつもりでいると思います。

○司会 病院ではなく家庭で看取られる方が年々増加しているといった把握は現時点でなされていませんでしょうか。

○会長 今、そのようなデータは手元にはありませんね。

ところで東先生の本誌別稿図2（20頁参照）の救急車受入不能の理由という時間帯は、一般勤務時間が終わってからの話ですか、それとも昼間も含めての話ですか。

○東 昼間も含めてです。

○会長 昼間なら、専門ドクターが市民病院にいないというようなことは、あり得ないわけでしょう。

○東 いましても、診療に携われない時間帯があるんです。

○会長 それはありますけれども、常時、例えば婦人科の先生がどなたかおられると。全員が手術とかお産に立ち会っているというようなことは考えにくいと思うんです。だから、時間内に専門外で断るとするのは、市民病院の立場としてどうか。時間外、5時か6時を過ぎてから、婦人科の先生がいないからというのはわかるんですが、昼間に、例えば整形外科の患者を送って、整形外科の専門医がいないからというのはあり得ていいものなのかどうかということを我々開業医としては思うんです。

○片桐 標榜科と専門科はニュアンスが違うと思います。標榜していることとその患者を専門医として診れるかどうかというのは、ちょっと違うと思います。

○会長 それはわかりますけれども、例えば整形外科の一般の骨折で昼間行って、専門外だから——多分この専門外と言われているのは救急の先生の専門外だと思うんですが、市民病院としては整形外科の先生がだれかいるだろうから、ちょっとぐらゐてくれたらどうかなというのは気分

としてあります。何も先生を責めているわけではなくて、大きな病院のシステムとしてです。

○片桐 例えば、手術のキャバがないとか、そういうことだと思います。この場合、専門外というのは、統計的な分類だけで、それ以上の意味はないと思います。

○東 救急搬送されてきた場合に、最初にみるのは専門医じゃないんです。専門医でなくてもいいですかと言うと、患者さん側が専門のほうに行きますと言って、断ってくる場合もあります。例えば、整形外科で時間内でも、専門医にみてほしいと。耳鼻科なんかですと、手術日がありますと、診てもらえないんです。みてもらうにしても、以前朝9時に来た患者が、待つんだったら診ますとと言われて夜まで待ったとか、とんでもないこともあります。だから、事情はいろいろです。正直言って、患者さんのほうもほかに逃げているところがあるところがあって、かなりの数がそれの中に含まれています。

私の考えは、初療をやるのは専門医でないほうがいいと思っているぐらいなんです。救急搬送で、最初から専門医の診断が必要な場合はそんなにありません。専門医に比べて、よくできる研修医の方が先入観なく全身を評価できるということさえあるかもしれません。そのあたりは医療側も十分説明していないと思うんですが、何か言われるのも嫌だしと断っている場合もあるかもわかりません。例えば、骨折がわかっている場合は、最初から整形外科にみてもらえる病院に行ってもらったほうがいいかなと思ったりもしますが、画一的に専門医がおられませんと断っているわけではないということです。

○司会 議論は尽きないと思いますが、以上で一応各科別の医療崩壊、病診連携のあり方を終わらせていただきたいと思います。

○会長 徳平先生が病院の集約化という話をされましたね。集約化がもしできれば、例えば北摂4市で、みんなが同じような病院を持って、同じ

内科を持って、同じ整形外科を持って、同じ耳鼻科を持っているというのは、僕は効率的ではないと思います。だから、病院だけではいけないけれども、病院と行政とが一緒になって、例えば今言われたように、例えば日曜日の婦人科は豊中でやっていて、そこにはほかの市の勤務医さんも手伝いに来ると。そうすることによって、人的にも物的にも有効に使えると思うんです。同じ日に、小児科は箕面の市民病院でやっているということが集約化だと思うんです。

例えば、四国で集約化せよといったら、車で3時間も4時間もかけていけないといけないけれども、北摂4市ぐらいだったら、豊中市民病院へ行くのも吹田の市民病院へ行くのも、そんなに時間がかからない。片桐先生、そういうことは可能なんですか。病院サイドと行政と両方かむと思うんですが。

○片桐 地理的とか医学的には、大阪大学があって、それぞれ関連の深いところがあって、この狭い地域ですから、できるとしたら北摂でしょうね。これはやるとしたら、大学みたいなところが、じゃあ北摂はそうしましょう、それに協力してくれるなら医者を出しますけど、協力してくれへんかったらちょっとそこは……というやり方しかないでしょうね。大学も、ちゃんとしたことをするんだと見直される機会があるとしたら、ここですね。

○会長 箕面に豊能広域こども急病センターができて、市民病院の小児科の1次救急がかなり楽になったんですね。あれができたときに、4市が寄って、全部の市長が自分のところに持ってきたかっただんです。豊中の市長は豊中へ持ってきたい、箕面は箕面へ持ってきたい、それでどう決着をつけたのか知りませんが、箕面に落ちついたということなので、先生が言われるように4市の行政が寄ってそういうをつくるというのは無理かもわからないです。

○片桐 特に子供のことでですから、最後まであそこが反対したからつぶれたんだと言われるものとい

うのがあって、実にうまくいって、結果オーライという感じですよものね。例えば、心臓の病気がここからなくなって、どこそまでというような話になると、選挙なんかにも影響するというようなところもある。

○会長 要するに、市長のメンツですな。その辺、先生、旗を持ってやってください。島野先生には時々言うんですけども。

○片桐 こういうのは大学に花を持たせるといって、ちゃんとリーダーシップを発揮して、本当の意味での地域の拠点になるべきでしょうね。

○会長 そうすると、人的、物的資源が……

○片桐 絶対楽です。

○会長 例えば、箕面で5人働いて、豊中で5人働いて、10人ずつ働いていると、きょうは豊中でやっているといったときに、別に10人なくても8人ぐらいでさばけると思うんですよ。

○片桐 研修医の先生が病院間を回ったらいわけですからね。すぐく自由度を上げないといけないんですけども、ある意味そういうのは条例とかで決めたらしまいの話なので。

○会長 だから、僕は、徳平先生が言われた集約化ということ……

○片桐 全科一挙というのは、現実的にはほとんど無理なので、小児科がこんなふうになってなると、やっぱり産婦人科ですよ。外科系というのは、なかなか難しいです。麻酔科と一緒に動かないといかんところがあって、麻酔科を集約したら、集約から外れたところは手術ができないということになるので、だれもが納得するところで、小児科はこれで一応成功で、やっぱり産婦人科が状況等も一番チャンスが大きいでしょうね。

○会長 人的不足、勤務医の忙しさをみんなで緩和してあげれば、ちょっとは勤務医から発する医療崩壊というのは減るような……。

○片桐 大学が音頭をとって狼煙を上げると同時に、豊中市医師会も絶対そうすべきだとキャンペーンを張って、同時に大阪府医師会もやっているというふうな根回しが一番現実的かなと。

- 会長 で、行政に働きかけると。
先生方、旗を振ってやってください。
- 司会 最後に今後ますます必要になってくるであろう病院の集約化についてお話しいただきました。
それでは、医療崩壊全体について片桐先生にお願いしたいと思います。
- 実は、片桐先生は、大阪府医ニュース「勤務医の窓」に何回か投稿されていますし日医ニュースの医療崩壊という座談会にもご出席になって、いろいろと発言しておられます。私たちが今まで気がついていない医療崩壊の根源についてご指摘をいただいているのではないかと思います。
- 片桐 前任地からの成り行きで、大阪府勤務医部会の役をするようになりました。人が右とよれば、つい左とよってしまう性格もあって、違う視点で書くということがちょっと意識的になっているかもしれませんので、どこまで本当かということはありません。
- 昔と比べて病院の医師が不足しているかという、相対的には、やること、あるいは考慮に入れるべきことがすごく増えてしまって、同じ体制でいってれば、不足するのはやむを得ないことかと思えます。一番問題は、患者、あるいはその家族の方と医師との関係が昔と全然違うと。私たちが医者になったころは、先輩の先生方は、いかに自分がしんどい時間を過ごしてきたかを自慢と誇りを持っていつも僕らに言っていました。自分は何日家へ帰れへんかったというのが自慢だった。それでも、後で考えたらすごくやりがいがあったから、君たちもそういうふうによれという教育をした。そういうややノスタルジック、楽観的な態度が、今に至ってえらい目に遭っている1つの理由かもしれないと思っています。これはみずからも反省しないといけないと思います。
- なぜそういうことになってしまったかというのは、これほど良質の医療サービスを、さあどうぞと気前よくやっている制度は世界でもなかなかないと思います。それに慣れてしまったというのは絶対

あると思いますし、医者の方も悪かったと。米国のいろんな制度、業績とか、臨床のやり方とか、アメリカの医療はすごいところがいっぱいあって、常に取り入れていかないといけないところはあるんですけども、物の考え方も一緒になって取り入れるからこんなことになるんだろうなと思います。

表現その他に多少誇張が入っておりますが、一番ひどいなと思ったのはインフォームド・コンセントです。全部説明して、それで選択すると。確かにそうなんですけれども、ああいうものを入れるときに、そんなことが今のスタッフとか時間とか体制でできるわけがないじゃないか、と偉い先生が1人も言わなかった。言わなかったのは、偉い先生というのはそういう現場にいないので、我々現場の医者を見捨てたと僕は思います。

その点について、厚労省を批判するようなことも、特にコードネームのついた記事なんかでは書きますけれども、特にここ10年ぐらいにこういう制度になってきたのを、日本の医療のリーダーとして活躍されていた方たち、それは日本医師会の幹部という意味ではなくて、こういう面においては学会とかの幹部の方もたくさんおられたと思うんですが、その方たちは、今になった事態をやっぱり反省してほしいと思います。無批判にいろんな制度を取り入れるのがどれぐらい危険なことかというのを何もわかっていなかった。わかっていたけれども知らん顔をしていたか、どちらか知りませんが、今現場の医者がすごく迷惑をしているし、困っていると思います。だからその点について、我々勤務医部会は内部からきちっと総括をして、責任ある答えを聞きたいと思っています。

- 司会 ありがとうございます。先生には本誌別稿（6頁参照）で、医療崩壊の原因について多方面から指摘して頂いています。今、改めてインフォームド・コンセントの弊害と批判をしなかった医師の責任を強調して頂きました。それに関連しますかどうか吉村猛先生は本誌別稿（24頁参照）「医師会のやる気」の中で、マスメディア

の医師バッシング、民事判決、厚労省の課長通達等々に対する公式見解を發表することのない医師会の対応を厳しく指摘されています。医療崩壊についての今までの医師会の対応をどう思われますか。

○片桐 医療崩壊が進んでいく過程で、医師会の上意下達が不十分であったことは否めませんが、時期を逃さず、適切な意見を発信していくことは、簡単なことではありません。医師バッシング、医療訴訟などについての発言はとくに難しいと思います。医師会はいわば当事者団体とみられますので、正論はどうしても形式化してしまいます。しかし今後は、何か事があれば、次期を逸さず、やや意外な視点から、注目をひく意見を述べることのできるシステム、すなわち人とツールを整備すべきだと思います。

○司会 最近日本医師会も日本産婦人科医会も定例記者会見を開催していますが、その実効性など、どのように評価されますか。

○片桐 記者会見の実効性には限界があると思います。「医師会はたぶんこう言うだろう」と思われたとき、主張することを予想外の文脈で語ることが第一です。予想されたとおりの意見には誰も耳を傾けないからです。

○司会 小川先生もまた本誌別稿（25頁参照）の中で『伝えない』が医療崩壊を加速させていると指摘されています。その理由の一つに「我々医者は自分の優れた部分を他人に評価を求める事を卑しい行為であるとして忌み嫌う風潮がある。自分が黙々と努力し続ければ周りの人達が評価してくれるとして、伝える努力をしてこなかった。」この医師の伝えるべきを『伝えない』という小川先生の言う「医師の美学」以外に「伝えない」理由を先生は原稿の中で少しずつ触れておられるように思うのですが…。

○片桐 医師は「言葉にださずとも誠意は通じる」という物語に縛られすぎているのかも知れません。この物語を信ぜずして医療は、少なくとも一昔前

の医療は成立しなかったでしょうから。しかし今は違います。最近私は「すべては言葉で表現できない」というのは、語り尽くした後にはじめて言えることだと強く感じるようになりました。我々はなぜ伝えなかったかを考えるより、我々は自らの立場を語り尽くす、という文化を育てるべき時がきているようです。

○司会 児島先生は以前、医師会は既得権益擁護団体と受取られかねないという危惧を示されたことがありますか。

○会長 そうですね。診療報酬が下がり、医業収入が確実に低下しているにもかかわらず自己負担金が上昇しているために医療費が高いと、実際にはそうでないのに、医者はもうけているとか、医師会は既得権を守るために活動している、と国民からみられているという「変な負目」が医師側からの強い発信をためらわせているということですね。しかし、前田先生が本誌別稿（27頁参照）の中で医療は基本的人権を支える社会的共通資本であると記されているように医療は水道、電気、ガスなどのライフラインのような、それなしでは生活が成り立たないものです。この「医療は社会的共通資本である」という事を、医師が診療中にそうであるように誠意をもって政府、厚労省、国民へアピールする必要があると思います。医師会は決して“既得権益擁護団体”ではなく日本のすぐれた医療制度を守っていこうとしている事、また一方ではいかに地域住民の健康の増進のために活動、貢献しているかを発信すべきであると思っています。

○司会 そうですね。じゃあ、あとは私達が冒頭に「社会的共通資本を充実するために」とか「医療崩壊を阻止するために」とか銘うって、どんどんアピールすることですね。

○会長 そうですね。

○司会 さて医療崩壊をきたした最も大きな原因は、片桐先生もご指摘の通り「医療費亡国論」以来の低医療費政策であり、小泉内閣の経済

至上主義が崩壊へのシナリオに一層拍車をかけたと思います。低医療費政策下に病院崩壊が顕在化してきましたが、いまや診療所崩壊へと波及しているといわれますが…。

○会長 確かに診療報酬の低下、医業収入の低下は、診療所における新たな医療機器の購入はもちろん、古い機器の更新すら難しい事態を招きつつあります。それが、診療所崩壊でしょうか。今後顕在化するならば診療所の機能低下は言うに及ばず、ますます病院負担を助長することになるでしょうね。今、厚労省は勤務医の待遇改善のために病院の診療報酬を増やす方向なのは正しいのですが、それを前回の改正で診療所の診療報酬を削減することによって行いましたし、マスコミもまさにその論調ですけれども、とんでもないことだと思っています。

○司会 水野先生には、以前よりマスコミや厚労省についていろいろ書いておられますが。

○水野 厚労省は規模が大きすぎて語り尽くせませんし、マスコミについても言い出せばきりがありませんが、マスコミには一つ搦め手から入る手もあります。米国のテレビドラマ「ER」は日本でも人気でしたが、このドラマには学会が張り付いて、少しでも救急医療現場の実情にそぐわないシーンは医学監修者が容赦なく撮り直しをさせたそうです。日本でも「業界もの」で医療現場が舞台になることは少なくありませんが、抜鉤に抜鉤器もピンセットも用いない等のありえない演出がまかり通っています。日本でも医学監修者にはその分野の第一人者の先生を学会推薦で送り込み、ピンピンとドラマの撮り直しをさせるぐらいのことをしてもよいでしょう。また、毎年医師会員の投票で、その年に映画やドラマで医師を演じた全ての俳優さんを対象に「医師の選ぶ最も医師らしい俳優さん大賞」、「医師の選ぶ絶対にあり得ない医師を演じた俳優さん大賞」を大々的に喧伝して表彰するのも一興です。無名の俳優さんが受賞を機に有名になることでもあれば、マス

コミも無視はできないでしょう。「ふざけるな！」と御叱りを買いかもしませんが、案外こんな方法がマスコミに対する発言力強化に有効かもしれません。

○司会 非常に面白いご提案ですね。真剣に検討され実現したら、楽しくて実効性が期待されそうですね。

さて今回の片桐先生の原稿のリスク・マネジメントの項では「医者誰でも間違える」だから厳しい監視と責任追及を、というマスコミの報道姿勢が大衆の医師バッシングに阿るもので、医師の結果責任を追求したり非常識きわまる医療訴訟判決や医師の刑事責任追及につながっていると述べられています。平成18年に先生が書かれた文章では今回のようにマスコミ報道にふれられたあと「ひとりの医師が何十人もの患者を限られた時間で診察せざるを得ないという現状こそ最大のリスクではないのか。国は、わかっているはずなのに、対策をとろうとしない。これは国家の思想としての『リスク・マネジメント』の壊死である。この点を主張し続けることこそ、私達医師の、そして医師会の使命であろう」と述べておられます。この言葉に尽きるように思いますが。

○片桐 そうですね、付け加えるとすれば、「医師は人である。だから人以上の能力を発揮できない」でしょうか。使命感や職業論理は疲れた体に鞭打って診察を行なうことを可能にしますが、残念ながら診察に関わるリスクを減らすことはできません。なぜなら我々医師は、限りある能力しかない人だからです。

○司会 片桐先生は本誌別稿（11頁参照）の中で医療崩壊の道は大きく二つあり、片方は復活の道、もう片方は破滅への道とされています。今医療崩壊をきたした要因、例えば医学部定員の増加等といったあらゆる点に適切な手がうたれたとして底入れには早くて何年ぐらいかかるか、また今の医療レベルへ戻る、きっと今よりも進歩した形での復活でしょうけれども、何年ぐらいかか

るのか予想は難しいでしょうけれども…。

○片桐 早くて数年から十数年はかかります、というべきでしょうけど、敢えて別の言い方をしたいと思います。数年以上かかる、と思っている限り、いつまで経っても復活はしません。もし私達医師すべてが未来に目を開き、国民の皆さんも医療の未来を見つめるようになって頂けたら、明日からでも復活の道を歩めるような気がします。そうすれば医療の復活はすぐ手の届くところにあるかもしれない、そう信じたいと思います。

○司会 片桐先生には復活への道として「私達一人一人が医療崩壊に立ち竦み、目を閉じ、耳を塞ぎ、自分の殻に閉じこもってこの嵐をやり過ごそうとすることは最悪の選択である。」と指摘していただいています。小西先生には本誌別稿（34頁参照）にて『医療崩壊』を崩壊ととらえず『医療維新』と捉えるのが正しいと指摘していただいています。

○小西 私は、現場サイドばかりで、医療崩壊ということを余り意識して考えたことはなかったんですけれども、今回先生方のいろんな話を聞かせていただいたり、インターネットでいろんなことを見て、医療崩壊というのは必然として起こってきたのかなと。150年前、明治維新という形で、江戸幕府が崩壊しています。そういう崩壊が起こるときは維新が起こりますので、今回も崩壊というよりも医療維新を起こしていかなければいけないのかなと感じました。

実際、アメリカ式の資本主義は完全に崩壊してしまいました。そこでオバマ大統領が出てきて、イェス・ウィ・キャン・チェンジということで、変革、変えていこうという状況が起こっています。100年に1度という深刻な不況をどう乗り切っていくかというときに、アメリカという超大国であっても、変革、チェンジをしないといけないと。片桐先生がおっしゃるように、アメリカ式がよくないことだというふうに世界中が思い出してきたことがあるんじゃないかと。アメリカは、その中で強欲的な資本主

義であったり、キリスト教とイスラム教に代表されるような宗教衝突、マイノリティー差別のような格差社会、そういったもの全てをチェンジしていこうというのがオバマ大統領の政策だと思います。

日本でも、自民党、民主党に代表されるような政界再編の中での変革、不況に揺れる経済界の中でも変革が必要になってきていますし、今般行われる裁判員制度で法曹界も変革が起こっていきます。その中で、皆さんがおっしゃったように、医療、教育、マスコミ、すべてが変わっていかないといけないと思います。

医療維新という考え方を持っていくために何ができるかということで、皆さんご存じかどうかかわからないですけれども、「医療崩壊」を書かれた小松先生が、医療志民の会というのを4月11日のシンポジウムで立ち上げたそうです。この会の趣旨は、医師、患者、学者、ジャーナリスト、いわゆる医師会でもなく、官僚、厚労省でもない中間的な立場の方が寄り集まって、医療をどう変えていこうかという立場で話し合う会を発足したということです。このような集まりが、医療維新を行う上で重要な位置を占めると思います。ただ、この中に今のところ官僚とか医師会が入っていない。ここのグループの立場としては、今困っている医師不足とか、ドクターの激務とかをどのように変えていったらいいかを上に直接問いかけて、政界にも働きかけるといふ趣旨で発足されているようですけれども、最終的には厚生省とか医師会もそこに入って、全体で医療維新としてやっていくのが正解かなと感じました。

○司会 医療崩壊について小西先生に総括して締めくくっていただきました。勤務医の給与、過重労働、適正医師数、地域格差、卒後研修制度問題等々、最近では麻酔科や外科崩壊も指摘されています。限られた時間とはいえ司会の不手際で個々の問題についても十分な議論を尽くせませんでした。しかしそうした中で、意義深いご発言を下さり本当に有難うございました。

最後に児島会長から……。

- 会長 皆様、本当にありがとうございました。貴重なご意見、お考えをいただきました。市立豊中病院に勤務されている先生方と我々診療所の医師とが、手を携えてこの問題に取り組まなければならないと思います。
- 司会 長い時間に亘ってどうもありがとうございました。

付記：市立豊中病院麻酔科の先生にもご投稿いただき、本日の座談会にご出席いただく予定でしたが、入院をしておられるとお伺いしました。先生の一日も早いご回復をお祈り申し上げます。



資料 1

小児科(15歳未満)
豊能広域こども急病センター

ホーム 地図・交通アクセス
Newsletter 感染症状況

受診前のご準備 他の救急医療施設の紹介 症状から見た救急診療施設 こどもの病気 センターについて

設立の経緯

日本では少子化が進行し、こどもの数は減っているにもかかわらず、こどもの急病時にはすみやかに小児科医に診て欲しいという指向が高まっているために、夜間救急受診患者の約半数を小児が占めています。そのため、多くの小児科医が夜間救急患者の対応に追われ、しかも当直明けも通常勤務を行わなければならないという過酷な状況に陥っています。その結果、小児科をやめてしまう医師が増加する一方、小児科医になろうとする新人医師も減少して、全国的に深刻な小児科医不足が生じているのです。

各市にある市立病院等では、日中の外来患者さんや入院患者さんの診療に加えて、休日・夜間に訪れる多くの救急患者さんの診療を、限られた人数の小児科医によって続けることが困難になってきました。

このような厳しい状況の中で、小児救急医療を維持するために2004年4月「豊能広域こども急病センター」が豊能地域の4市2町(豊中市・吹田市・池田市・箕面市・豊能町・能勢町)によって設立されました。豊中市・吹田市・池田市・箕面市の各医師会、大阪大学医学部小児科と国立循環器病センターの協力によって診療担当医を確保し、財団法人箕面市医療保健センターが運営しています。

当センターに時間外の小児救急診療を集約することによって、各地域の市民病院の小児科は夜間・休日も入院患者さんの診療に集中することができるようになり、より良い環境で医療を行うことができるようになっています。

小児の夜間診療を行う医療機関が、豊能地区では当センターだけになってしまい、住民の皆様にはご迷惑をおかけしておりますが、上記のような事情をご理解いただけますようお願い致します。

施設ご案内

