

特別講演

わが国の周産期医療の崩壊を防ごう

日本産婦人科医会副会長

日本医師会常任理事

木 下 勝 之

Prevent the Collapse of Japanese Perinatal Medical Care

Katsuyuki KINOSHITA

Executive Board Member of Japan Medical Association

I. はじめに

わが国における、分娩取り扱いをやめた病院の増加は、新研修医制度が始った平成 15 年から、著明となった。具体的には、平成 13 年 4 月に、分娩を行っていた病院数は、1,025 であったが、15 年 7 月では、931 となり、94 病院で分娩を取りやめた。一方、わが国の診療所の役割は大きく、総分娩数 110 万件に対して、47 万件は、診療所で出産している。しかし、看護師の内診は違法とされていたため、保助看法違反容疑で、警察の大掛かりな捜査は後を絶たず、産科を離れる診療所数は、年々増加し、平成 16 年には、103 件も分娩を取りやめ、平成 18 年度の日本医師会の調査では、19.6% (209 施設) が今後、分娩を中止する予定と回答している。

一方、日産婦学会への入会数は、新臨床研修医制度導入以前の平成 13 年は 379 名、平成 14 年は 346 名、平成 15 年は、359 名であったが、平成 18 年の研修終了後では、301 名であり、平成 19 年は、304 名であった。

このように、平成 18 年、19 年と、産婦人科志望者は、減少したとはいえ、300 名をきることはなかった。また、ここ数年間は、産婦人科志望の若き医師の 60% は女性である。

このように、分娩を取りやめる施設の増加に加えて、産婦人科志望者の減少をみると、産婦人科医療は、逆境にあるとはいえ、このような環境の中でも、敢えて産婦人科を志望する若者が 300 名もいることは、これからの産婦人科医療に希望が

あると解するべきである。

そこで、日産婦学会会員が勇気と希望をもてるように、ここに、産婦人科医療の危機をもたらした原因を考察し、周産期医療の崩壊を防ぐための具体的改善策を提示する。

II. 周産期医療再生のための目標

1. 若手医師を対象として

(1) 産婦人科を専攻した 300 名以上の若手医師が、不妊症や、腫瘍学だけではなく、安心して、興味をもって周産期医療に、取り組めるように、臨床研修プログラムを作成する。

(2) 6 割を占める女性医師が、産休や育児休暇が済んで、臨床に戻る時に、自信をもって、周産期医療ができるように再研修プログラムを作成する。

(3) すべての研修医や学生が、安心して、産婦人科医療に専念できるように、訴訟が少なく、刑事司法の介入がないように、法的整備を行う。

(4) 過重労働にならないような勤務体制を作成し、待遇改善を行い、産婦人科の勤務環境を整備する。

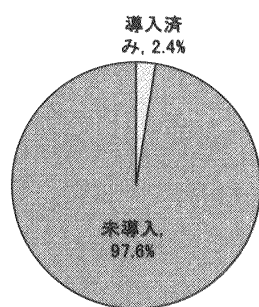
2. 病院の勤務医と診療所医師を対象として

(1) 分娩を取りやめる病院がないように、医師の補充を図り、勤務環境の改善を図る。

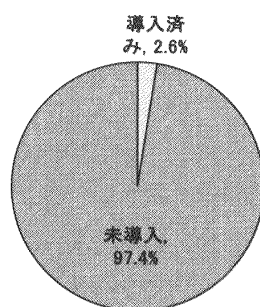
(2) 制度的に、地域から都会への医師の流出を防ぎ、地域勤務の医師確保を行う。

(3) 分娩を取りやめる診療所がないように、保助看法問題を解決して、医師が安心して診療ができるように法的整備を行う。

交代制の導入 (n=634)



ワークシェアリングの導入 (n=616)



出典: 日医総研ワーキングペーパーNo.141

図1 交代制・ワークシェアリングの実態

給与体系: 開設者別【病院】 (n=609)

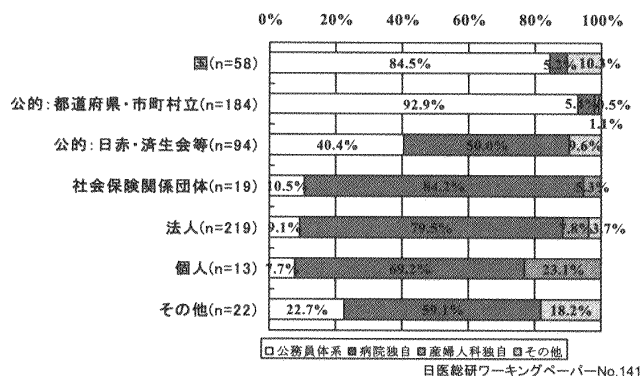


図2 産婦人科独自の給与体系をとっている病院は少ない

(4) 病院, 診療所, 助産所間の緊密な協力, 連携を図り, 事故を防ぎ, 安心できる周産期連携システムを作る。

Ⅲ. 周産期医療再生プラン

上記目標を達成するための, 具体的な再生プランを下記のように作成した。

求められていることは, 着実に実行していくことである。

1. 労務問題の解決

(1) 勤務条件の改善

日本医師会で調査した勤務実態をみると(図1), 交代制を導入している病院は, わずか 2.4% (n=634)であり, ワークシェアリングを導入している施設は 2.6% (n=616)であった。今日の医師不足の実情から, 当面, ゆとりある勤務は叶えられないだけに, 今後産婦人科医師が充足されるまで, ゆとりある勤務状況にすることは, 待たねばならない。

したがって, 産婦人科医師は, どんなに忙しくても, 『大変だ』『辛い』『イヤだ』など, 不平や不満を決して言わずに, 真剣に診療に当たることが, 患者にも, 共に勤務する看護師にも, さらに仲間の医師にとっても, 大事な医師の基本姿勢である。

いつの時代にあっても, 産婦人科医師の生活には, 分娩のために, 一睡もできない多忙な日ばかりが続くわけではなく, 分娩も, 緊急手術も, 何もない, 静かな平安な勤務の日が必ずあるだけに, 忙しい日のあることが当たり前であると考えて過ごすべきであり, 今後の勤務条件の抜本的改善は,

待遇改善に必要なもの 病院長対象 (n=623)

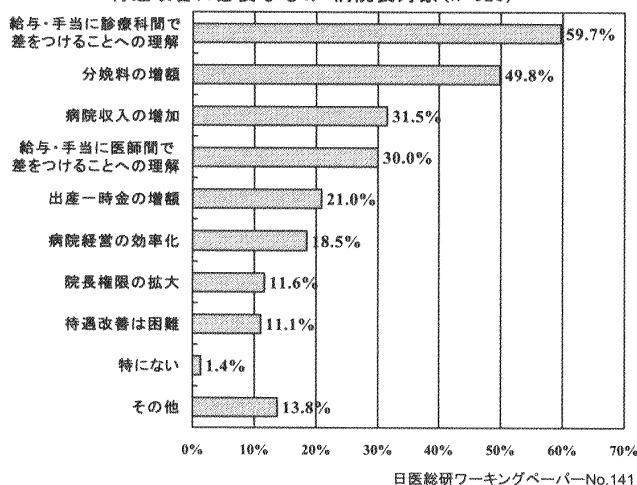


図3 診療科間で差をつけることへの関係者の理解が必要

若手産婦人科医が増えることで, 可能となる。

(2) 待遇の改善

産婦人科医の給与体系は, 国公立病院では, その9割が, 人事院勧告に基づく給与体系であるが, 社会保険関係病院や, 法人, 診療所では, 独自の優遇された産婦人科医への給与体系をもっている(図2)。診療科ごとの, 差をつけがたい国公立病院でも, 仕事量や, 勤務時間が過酷な産婦人科に特化した給与体系を採用するためには, 診療科ごとに格差をつけることを, 他科の医師にも理解させることと, 病院の経営状態がよくなれば, 民間病院のように, 院長の裁量で, 産婦人科医に対する待遇改善は, 可能である(図3)。

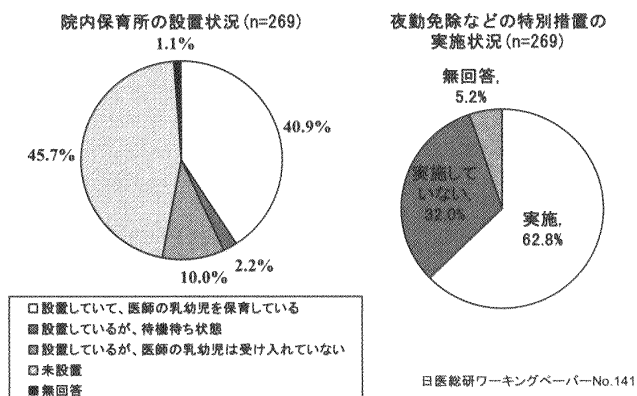


図4 女性医師の就労支援のさらなる改善が必要

したがって、今日の産婦人科医の過酷な勤務状況に対する待遇のアンバランスは、産婦人科を志望する若手医師や、もくもくと診療に従事している勤務医の周産期医療へのモチベーションを下けているだけに、院長の裁量で、産婦人科医の意欲を鼓舞するための施策として、早急に待遇改善は実行に移すべきである。

(3) 女性医師の就労環境と研修

女性医師が、出産・育児により、勤務から一時離れることは、避けられない。若手医師の60%は女性であることから、再び、女性医師が、周産期医療の現場に戻り、活躍することができるようにすることは、周産期医療再生の要の施策となっている。しかし、調査結果が示すように、院内保育所の設備や、育児中の女性医師に対しての夜勤免除などの、体制整備も十分ではないだけに(図4)、今後、女性の医師が、子供ができて、安心して職場に復帰できる保育所の整備は国の施策として、また、周産期医療の再研修システムの構築は、日産婦学会や各大学が行うべき喫緊の課題である。

2. 制度による医師確保対策

地方の医師不足から、分娩の取り扱いをやめた病院が増加している。このために、国は医師の集中化と重点化で、この問題の解決を図ろうとした。

しかし、各県での集中化と重点化は2.4%の県で行われたに過ぎず、20%の県で、目下検討中であり、この計画が地域の産科医療を救う施策とはならない。

(1) 地域からの医師流出を防ぐための、地域枠

の設定

医師は、本来公共性のある職業であるにもかかわらず、医学生や、研修医の希望通りにすれば、都会へと流れていくことをとめることはできない。本来、各県の医科大学は、地元の医師養成機関であるはずが、入学試験の難易により都会からの学生が多く、卒業後は、出身地に戻る傾向があり、卒業校のある県には定着しない。さらに、新研修医制度は、この傾向に拍車をかけた。

そこで、①大学入学者の地域枠の拡大をはかるべきであり、自県の高校からの推薦枠を拡大して、入学生の30~40%は、自県の在住者とすべきである。

②卒後の研修病院を選定するときに、マッチングは卒業校の県に存在する病院から、埋めることを義務化すべきである。

③都会に出ても、初期研修終了後の、3~5年間は、卒業大学のある県の病院での専修を研修制度の一環に組み入れることも必要である。

このように、制度として、地元の県に定住する医師を確保することなしに、問題の具体的解決策はない。

(2) 制度として産婦人科医を増やすこと—診療科枠の設定—

①すでに多くの県で行われているが、都道府県による産科奨学金制度を導入し、産科志望の学生に、卒後産婦人科を地元の県で10年続ければ、奨学金の返還は免除する制度である。

②日本医学会は、各診療科の代表による、診療科の人数調整委員会を設けて、研修後の各診療科枠の人数調整を行うことで、産婦人科医が一定数必ず確保でき、希望者の多すぎる診療科の弊害も解消できる。

Ⅳ. 安心して診療できるための法的整備

産婦人科医療特に周産期医療を担当するものにとって、不安材料の一つは、訴訟件数の増加だけでなく、近年は、刑事司法の介入が多くなったことである。そこで、医師が不安なく、ベストを尽くして診療に従事するだけでよいような、法的環境整備は不可欠である。

1. 分娩に関連する脳性麻痺に対する無過失補

医療訴訟の7割は、分娩周辺の問題である

- 重度脳性麻痺
- 新生児死亡
- 母体死亡
 など
- 全ての脳性麻痺が医師の過失によるものではない

図5 産婦人科医療訴訟

償制度

わが国は、過失責任主義であり、過失がある医療事故に対しては、医師は速やかに損害賠償責任を負わねばならない。しかし、医療行為には、過失がなくても、不可避免的に生じる重大な障害がある。このように不運な場合は、被害者に何の補償もない。そこで、このような無過失であっても、重篤な障害を受けた被害者を救済するために、国は、大規模な補償制度を準備することが望まれる。このような制度は、すでに、ニュージーランドやスウェーデンでは、施行されている。すべての診療科でも同様な事例は起こるだけに、本来であれば、すべての無過失事例を対象にしなければならない。しかし、国の予算を考えれば、現実的には、現在最も、訴訟頻度が高く、必ず医師の医療過誤を問われる分娩に関連した脳性麻痺事例を対象に、無過失補償制度を立ち上げることが、日本医師会で検討された(図5)。この趣旨は、①医師に過失がなくても、不可避免的な重度の脳性麻痺が生じた児と家族へ補償をすることと、②訴訟を減らし、医師の医療訴訟による精神的、時間的負担を除き、安心して医療を行える体制を構築することであった。

この日本医師会の提言は、国の少子化対策の一つとして、自由民主党に認められ、『産科医療における無過失補償制度』として、平成18年度の補正予算に、この制度立ち上げのための準備予算が、1億1千万円組み込まれ、この制度立ち上げの準備が進んでいる。具体的には、現行の35万円の出産育児一時金に、この無過失補償のための基金として、一分娩3万円を増額し、100万分娩あれば、基金には、300億円が、集まる構想である(図6)。

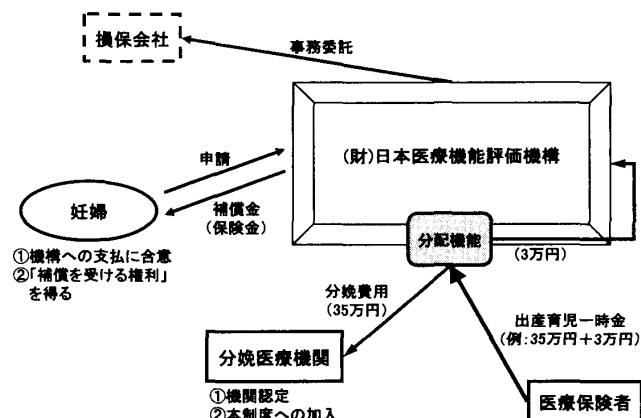


図6 制度のスキーム

この制度が、軌道に乗れば、訴訟ではなく、審査委員会で、過失無過失を判定することにより、無過失でも、被害者は、補償され、また、過失があれば、医師に求償されることになり、訴訟によらず、問題解決される道が開かれることが期待されている。

2. 看護師内診問題の解決

わが国の分娩数は、年間約110万件あるが、その47%は、産科診療所で行われている。一方、就労助産師数は、昭和27年には、5万6千人いたが、平成14年では、2万6千人しかいない。このような、助産師の絶対的不足の状態であるために、産科診療所では、助産師を雇用したくても、応募のない状態が続いており、分娩を医師と看護師で担当しなくてはならない施設が、数多く存在する。

平成14年まで、看護師が医師の指導の下で、産婦を内診して医師の手伝いをすることは、保健師助産師看護師法の看護師の業として、診療の補助を行うことができるという条文に則り、問題視されなかった。しかし、平成14年の突然発出された厚労省医政局看護課長通知により、『内診は助産である』とされ、さらに平成16年再び看護課長通知で、『内診は診療の補助に当たらない』とされた結果、看護師の産婦に対する内診は、できないようにされたことに端を発し、看護師に産婦の内診をさせていた医師は、保助看法違反で逮捕されることが起こった。このことから、看護師内診問題は、産婦人科医の最大の問題となり、安心して診療ができるために、この問題解決なしには、産婦人科

医療の崩壊に歯止めが掛からないと思われた。

その間、日本産婦人科医会は、日本医師会の力を借りて、保助看法問題の解決に必死に尽力していたにもかかわらず、平成 18 年 8 月には、横浜で起こった保助看法違反容疑での警察の大々的な捜査に引き続き、豊橋、さらに、青森でも、同様の事件が起こった。

しかし、平成 18 年 12 月に、豊橋と青森の事件がともに、不起訴処分となり、引き続き平成 19 年 2 月、横浜事件が起訴猶予処分となった。

この、横浜地検、東京高検、最高検察庁の合議による不起訴処分の判断は、今日の危機的周産期医療を破壊するわけにいかないという考えによるものであった。

これを受けて、厚労省は、医政局長通知を発出することで、保助看法問題の解決を計ることを決定し、日本医師会、日本産婦人科医会と日本看護協会、日本助産師会と協議してきた。そして、最終的に、お互いに合意した文書案で、この 3 月 31 日に、『分娩における医師、助産師、看護師等の役割分担と連携等について』と題する、局長通知を発出した。その内容の一部は、『看護師等は、療養上の世話及び診療の補助を業務とするものであり（保健師助産師看護師法第 5 条及び第 6 条）、分娩期においては、自らの判断で分娩管理は行うことはできず、医師又は助産師の指示監督の下診療又は助産の補助を担い、産婦の看護を行う。』『本年 4 月より、助産所の嘱託医師について産科または、産婦人科の医師とすること。』というものであり、この局長通知をも守ることにより、助産師のいない施設でも、医師は、看護師と安心して、分娩ができるようになった(図 7)。

『分娩における医師、助産師、看護師等の役割分担と連携等について』

◆看護師等は、療養上の世話及び診療の補助を業務とするものであり(保健師助産師看護師法第 5 条及び第 6 条)、分娩期においては、自らの判断で分娩管理はおこなうことはできず、医師又は助産師の指示監督の下診療又は助産の補助を担い、産婦の看護をおこなう。

◆本年 4 月より、助産所の嘱託医師について産科または、産婦人科の医師とすること。

図 7 医政局長通知(医政発第 0330061)平成 19 年 3 月 30 日

この、保助看法問題の解決は、脳性麻痺に対する無過失補償制度の立ち上げと同様、産婦人科医療を安心して行うための法的整備の一環として、極めて重要な展開であった。

3. 医療事故に対する刑事司法介入の阻止

医療事故が起こり、過失があると医師は民事責任または、刑事責任または行政処分に問われる(図 8)。民事責任を問う、民事裁判の件数は年々増加し、平成 17 年では、年間 1 千件以上の新受件数が報告されている(図 9)。さらに、民事裁判だけでなく、医療事故の警察への届出件数は、診療に関連した死亡は警察に届けるようにという厚労省のガイドラインが示されて以来、平成 13 年以降 100 件を超え、平成 17 年では 200 件以上になり(図 10)、このような、医療事故への刑事司法の突出した介入は、善良な医師を混乱させることとなり、

事故予防

生涯研修、学術の推進→医療の質の向上
事故事例の検討→原因究明、再発予防
産科医療の研修システムの再構築



医療事故



民事責任→医師賠償責任保険
(無過失補償制度)
刑事責任→業務上過失致死傷
行政処分→医業停止 6ヶ月等

図 8

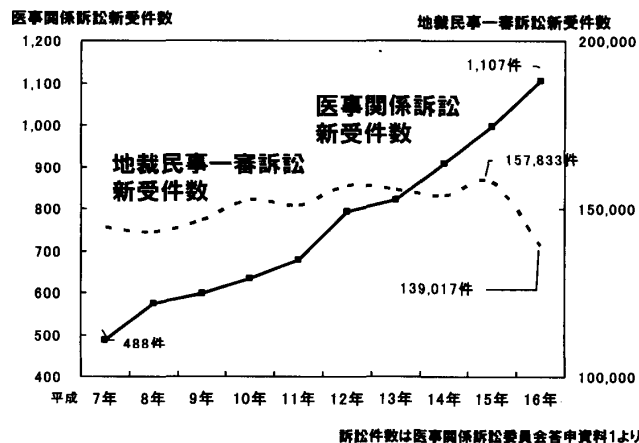


図 9 医事関係訴訟件数の推移

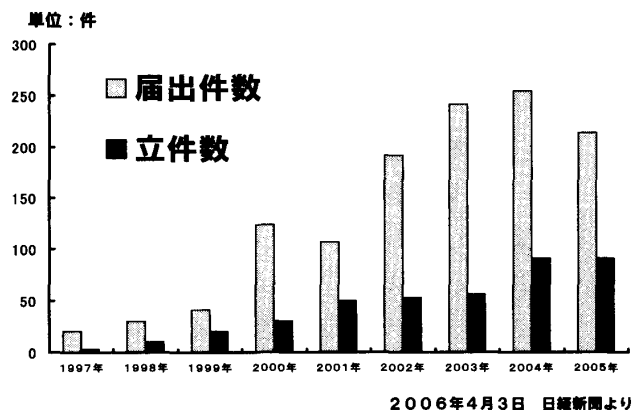


図10 医療事故・事件の届け出、立件数

萎縮診療や、若手医師の外科系診療科の敬遠から、医療崩壊へとつらなる、極めて遺憾なことで、医療界の深刻な問題となっていた。

そんな不安感にある医療界にあって、平成18年2月福島県立大野病院の産婦人科医師が、前置胎盤で帝王切開したところ、癒着胎盤であったため、出血のコントロールができず、不幸にして母胎の救命ができなかった事件で、担当した医師は、医師法21条異状死届出違反容疑と、業務上過失致死傷罪の容疑で、拘留された事件が発生した。

この事件への警察・検察の対応には、わが国の医師全員の反発を招き、全国の医師会、学会から、抗議の声明が日本医師会に寄せられた。

そこで、日本医師会は、『医療事故責任問題委員会』を立ち上げ、医師法21条の問題や、医療事故に対する刑事司法の介入の問題点と、その改善策を検討することとして、委員には、医師だけでなく、元高検の検事長、刑法学者、元刑事裁判官の刑事法学者、医療事故の司法の対応に詳しい英米法学者、医療事故の実務に詳しい弁護士を加えて討議してきた。

この委員会で事実を検証し、討議し、明らかとなったことは、

(1) 『異状死は、所轄警察署に届けること』と規定した医師法21条は、本来、法医学的異状死に適応してきたものであるが、今では、診療行為に関連した死亡も、警察へ届けることとした、厚労省のガイドラインの結果、警察への届出は200件以上であった。このように、医療事故の警察への届

- ・ 1970年～1989年 年間0件～4件
- ・ 1990年 4件
- ・ 1991年 3件
- ・ 1992年 1件
- ・ 1993年 2件
- ・ 1994年 2件
- ・ 1995年 1件
- ・ 1996年 1件
- ・ 1997年 7件
- ・ 1998年 4件
- ・ 1999年 2件

図11 起訴された医療事故

- ・ 手術関連(血管損傷、腸管損傷、空気塞栓など)——12例
- ・ 過料投薬(抗ガン剤、不整脈剤、カリウムなど)——9例
- ・ 誤注入(気管支誤注)——3例
- ・ 異型輸血——3例
- ・ その他——9例
- ・ (2001年～2005年発生例)

図12 診療行為別刑事処分と行政処分事例の検討(平成18年8月の医道審議会より)

出は多く、その結果、警察の強制捜査、家宅搜索、取調べなど、善良な医師・看護師が、犯罪の被疑者扱いされることは、極めて遺憾であり、このまま続けば、医療現場の混乱、破壊をもたらすこととなる。

(2) しかし、書類送検された数は、60～70件であるが、検察による業務上過失致死傷罪としての起訴件数は年間3～5件と少なく(図11)、実際に刑事処分の後、行政処分を受けた事例は、手術関連、薬剤過料投与、誤注入、異型輸血など、明かな、重大な過失であったものであり、検察は、医療事故に対して、謙抑的対応をしている(図12)。

(3) 刑事責任の特色は、事故の加害者個人のみの責任追及であるため、『真実』がかえって隠され、原因究明ができず、事故防止のための、学習モデルにならない。

(4) 刑事司法の介入は、医療機関内での相互不信を増加させ、当事者の孤立感が強くなり、再発防止の取り組みができないことになりがちである。

(5) 素人の警察にまず犯罪性の判断をゆだねることは、真に専門家責任を重視したものではなく、警察の正義であるはずの権力が、濫用される危険が増大する。

(6) 患者や遺族の刑事司法への期待があっても、刑事制裁は、重大な過失や悪質なケースでない限り期待できない。

(7) 同様な悲劇の再発防止や医療安全の向上のためには、医療事故に対する刑事司法は、その有効性に期待できず、その介入は不適切である。

このような議論を経て、以下の提言をまとめた。

1. 『異状死の届出先は、所轄警察へ』としている医師法 21 条に、但し書きを付けて、『ただし、医療に関連する死亡の場合には、保健所への届出をもって代えることができる』とする。

2. 原因究明と再発防止のための、事案の調査・審査機構として、独立の第三者機構を設置し、この第三者機関は、全国の 8 管轄地域に置き、重大な過失による医療事故か否かの審査を行う。

3. 警察、検察は、医療事故に起因する業務上過失致死傷罪の適否の判断に謙抑的姿勢の堅持を強く要望する。
とした。

現在、厚労省は、警察、検察と協議し、厚労省は、検察庁、警察庁と協力して、『診療行為に関連した死因究明等のあり方検討委員会』を開催しており、この委員会で、日本医師会案を中心に、討議を経て、本年度中には、診療に関連する死亡に対する刑事司法の今の流れを断ち切るための、新たな法律制定を計画している。

この 1 年間で、日本産婦人科医会、学会の懸案であった、

脳性麻痺に対する無過失補償制度の創設

保助看法問題の解決

医師法 21 条の異状死の警察への届出義務の改正の方向

が、日本医師会の支援により、一挙に進んだ。

その結果、周産期医療ゆえの、法的課題はなくなり、他の診療科と同じように、安全な、診療環境となった。

このように、周産期医療を行うに当たり、一つ

一つ障害となっている事項をつぶすことにより、周産期医療が再び、夢の多い診療科に向かうものと想われる。

V. 医者と患者間の新たな信頼関係を構築すること(図 13)

医師が安心して診療ができるようにするための法的整備は、いずれも、医療事故が起こった後の対応である。マスメディアの過剰な反応の結果は、医療不信を煽り、明らかに患者の権利意識を助長させることにもなっている。

したがって、再び、患者や、マスメディアの信頼を得て、医師と患者の信頼関係を構築するためには、医療事故を削減していくことに、最大限の努力を払うべきである。

医療事故の原因分析をすすめると、すべての医療行為は、基本に忠実な、診断治療、手術、分娩でなくてはならないことが明らかとなる。

今後、医師会、学会の自浄作用として、医療事故事例の詳細な検討による再発予防策の作成は、必要であり、同時に、医師の生涯教育による、絶えまぬ医療の質の維持と向上に大きなエネルギーを注がねばならない。

特に産婦人科領域では、医療事故の 7 割は分娩周辺期であることから、この時期における再研修計画を、絶えず、実行することにより、医療事故削減を図る必要がある。

医療行為は、人手を必要とするような、緊急事態が常に発生する。一人で行うことができる範囲は限定されている。したがって、医療安全の視点からも、病院、診療所、助産所間の、周産期医療連携体制の構築は不可欠である。

1. 学会も医会も、医療事故の大幅な削減を目標とすること

◆基本に忠実な診断治療、手術、分娩

◆医会、学会は、医療事故事例の原因究明から再発防止策を作成

◆生涯教育と研修による医療の質の維持向上

◆事故の多い分娩周辺期の研修の強化

実例：研修ノート『妊娠分娩時の胎児管理』の作成（日本産婦人科医会）

2. 病院、診療所、助産所間の、周産期医療連携体制の構築

※ 決して搬送を断らない中核施設の設置

※ 診療所も病院医療に参画して、連携体制を作る

図 13 医者と患者間の信頼関係の構築

現在は、医師不足ゆえに、搬送を受けないことが頻繁に起こっている。

しかし、各地域では、少なくとも一カ所に、決して搬送を断らない中核施設の設置が、必要である。すでに、県によっては、医療連携体制が整備されているところもあり、各県では、お互いに情報交換して、この体制を構築すべきである。

このような、地味で堅実な取り組みを実行し、医療事故を削減していくことこそ、国民とマスメディアの信頼を回復する基本である。

Ⅵ. 大学教授、研修病院部長、医局員の 周産期医療に対する熱い思いを 研修医や学生に如何に伝えるか

組織のトップである教授や各病院の産婦人科部長は、部下である医局員たちから、学者として、医師として、人として、尊敬され、慕われなければならない。また、そうあるために、日々、切磋琢磨して、誰よりも勉強することが求められる。そして、教授は、直接、医局員、研修医、学生に何度も機会があるごとに、産婦人科、とりわけ周産期医療の想いを、熱く語りかけよう。人としての魅力により、志ある若い医学徒の心を捉えることができるものである。

裏を返せば、教室員が、教授や、教室スタッフのことや、産婦人科の現状について、不平、不満を言う教室には、医学生も、研修医も、決して入局しないことを、知るべきである。

したがって、すべての産婦人科医は、今日の、産婦人科の逆境にたいして、不平、不満を言わず、自ら精進し、先を見届けようとするのをやめて、先は、みえぬが、先はあると希望し、勇気を持たねばならない。

そして、常に、明るく、誇りをもって、頑張りぬくことで、周産期医療再生のストーリーは、始めて展開すると信じられる。

Ⅶ. 終わりに

我々は、周産期医療の崩壊を防がねばならない。医療界、とりわけ周産期医療の領域は逆境にある。しかし、そんな厳しい環境の中でも、産婦人科を

専攻する、志ある若い医師がいる。彼らが、安心して、ゆとりある診療に携わることができるように、周産期医療の再生プランを一つずつ確実に実行していく必要がある。それは、国でも、学会でも、医会でもない。産婦人科医全てが、一人一人、自分には、何が出来るかを考え、実行する以外に王道はない。

最後に、国家の危機に瀕して、国民に呼びかけた第17代米大統領 John F Kennedy の大統領就任演説を、思い起こし、学会員、医会員は、希望と勇気をもって、この危機を乗り越えていこう。

“And so my fellow Americans, ask not what your country can for you, ask what you can do for your country”

By John F Kennedy

『この国が、諸君のために、何を成し得るのかを問うのではなく、諸君がこの国のために何を成し得るのかを問え』

謝 辞

特別講演の機会をお与えいただいた会長丸尾猛教授に衷心より御礼を申し上げます。

特別講演の座長の労をお取りいただいた京都大学藤井信吾前教授に深甚なる謝意を表します。

調査、分析で、ご援助いただいた日医総研澤倫太郎、江口成美、尾崎孝良、野村真由美、出口真弓、佐瀬恵理子、奥田七峰子氏に、心から感謝申し上げます。

おわりに

10年後の、理想的周産期医療体制を実現するための施策も重要であるが、産科医療を担う医師の撤退を防ぎ、産科医師が増えなければ、計画だけに終わる。周産期医療を再生させるための制度改革を要する課題は、国民のため、学会と医会是一体となって、日本医師会を介して、政治家を動かす、文科省、厚労省、法務省に実現させねばならない。周産期医療の崩壊を防ぐために、学会員は、希望をもって、一致団結して、改善策の効果がでるまで、忍耐強く、不平不満を言わず、この危急事態に対処しよう。