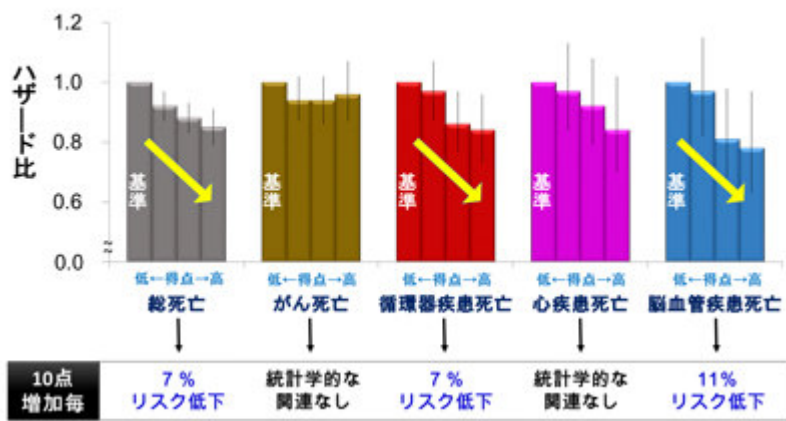


長寿の秘訣と言われる日本人の食生活

QLifePro 2016年03月25日

国立がん研究センターの予防研究グループは3月23日、多目的コホート（JPHC）研究から、食事バランスガイド遵守と死亡との関連について検討した研究結果を発表した。この研究により、食事バランスガイドをよく守っている人ほど死亡リスク、特に脳血管疾患による死亡リスクが低下していることが示されたという。この論文は、「British Medical Journal」に3月22日付けで掲載されている。

図2 食事バランスガイドの遵守得点と死亡との関連



画像はリリースより

日本は長寿国のひとつで、男女とも健康寿命は世界第1位。その理由として、社会経済要因や国民皆保険といった医療制度のほか、日本人の食生活が挙げられる。2005年に

厚生労働省・農林水産省が策定した食事バランスガイドでは「何をどれだけ食べたら良いのか」について目安が示されており、これに沿って食生活を見直すことで健康寿命のさらなる延伸が期待されている。そこで同研究グループは、多目的コホート研究において、食事バランスガイドの遵守度と死亡との関連について検討を行った。

食事バランスガイドの遵守度が高い人ほど死亡リスクが低下

1990年に開始した多目的コホート研究において、研究開始から5年後に行なったアンケート調査の結果を用いて、主食（ごはん、パン、麺）、副菜（野菜、きのこ、いも、海藻料理）、主菜（肉、魚、卵、大豆料理）、牛乳・乳製品、果物、総エネルギー、菓

子・嗜好飲料由来のエネルギーの各摂取量を10点満点として評価し、70点満点の食事バランスガイド遵守得点を算出。対象者を得点によって4つのグループに分け、その後平均15年の死亡（全死亡・がん死亡・循環器疾患死亡・心疾患死亡・脳血管疾患死亡）リスクを比較した。

その結果、食事バランスガイドの遵守得点が高いほど総死亡のリスクが低下しており、遵守得点が10点増加するごとに総死亡リスクが7%減少していたという。死因別に検討したところ、食事バランスガイドへの遵守度の高い人ほど循環器疾患死亡、特に脳血管疾患死亡のリスクが低いことが判明。がんについても遵守度が高い人ほど死亡リスクが低い傾向だったが、統計学的に意味のある違いではなかったという。

諸外国における食事ガイドラインに関する研究でも、同様の結果が報告されている。循環器疾患のリスク低下との関連は、食事バランスガイドの副菜および果物の遵守得点が高い人で顕著に認められた。このことは野菜・果物の高摂取による循環器疾患のリスク低下を報告した国内外の研究と一致する。一方、脳血管疾患死亡のリスク低下は主菜の食事バランスガイド遵守得点が高い人で顕著だった。この結果は、魚や肉の摂取量が多いと脳血管疾患のリスクが低いという国内外の研究データによって支持されるという。今回の研究結果から、食事バランスガイドに準じて、不足しがちな野菜や果物を積極的に摂取し、バランスの良い食生活を心掛けることが大切である、と研究グループは報告している。（横山香織）

「高コレステロール良い」など、患者に広がるコレステロールの誤解とは？

QLifePro 2016年03月15日

低コレステロール域での死亡率上昇は肝疾患などによるもの りんくう総合医療センター 病院長で、大阪大学大学院医学系研究科 総合地域医療学寄附講座・循環器内科学特任教授の山下静也氏は、コレステロールの誤解が広がっている、とサノフィ株式会社主催のメディアセミナーで行われた講演で警鐘を鳴らした。



りんくう総合医療センター 病院長 山下静也氏

山下氏は誤解が広がっている例として「LDL コレステロール (LDL-C) の下げすぎは身体に悪いのか？」などを挙げ、研究結果や論文などをもとに反論した。

「LDL-C の下げすぎは身体に悪いのか？」について、山下氏は 17.3 年の追跡調査を行った「NIPPON DATA 80」の結果をもとに、肝疾患と 5 年以内の発がん症例を除くと、低コレステロール域での総死亡率上昇は認められず、コレステロールが原因ではなく、肝疾患や潜在性のがんによる死亡率の上昇と考えられる、と語った。「人間の胎児の総コレステロールは 50~60ml/dl 程度、大部分が HDL コレステロールで LDL コレステロールは 10~20ml/dl 程度です。マウスなどの動物の総コレステロールでも同じレベルです。したがって下げすぎで問題になることはまずないと考えます」 (山下氏)

1 人ひとりに合わせた LDL-C 管理が重要

山下氏は「高コレステロール血症の怖さは自覚症状がないこと。早期治療で将来の突然死のリスクを減らすことが大事」と、LDL-C 目標値ありきではなく、他の持病や家族歴など、1 人ひとりに合わせた LDL-C 管理の重要性を強調。「LDL-C を約 40ml/dl 低下させることで、1 年あたりの心血管病の発症リスクが 22%低下します。日本人の 4 人に 1 人が亡くなる心血管病の患者さんを 1 人でも減らすことができれば」と語った。

メディアセミナーではほかに、日本ならびに EU の合計約 1 万 2,000 人を対象にしたコレステロールに関する意識調査の結果を発表。日本では EU と比較し、コレステロールに関する知識が不足しており、高コレステロールをリスクとして十分に認識しておらず、心血管病に対する問題意識、当事者意識が低いことが明らかになった。

(QLifePro 編集部) ・サノフィ株式会社 プレスリリース

SGLT2 阻害薬「スーグラ」高齢者対象の全例調査の中間解析結果を公表ーアステラス

QLifePro 2016 年 03 月 04 日

副作用発現症例率は 10.06%、治験時と比較して低く

アステラス製薬株式会社は SGLT2 阻害薬「スーグラ」の高齢者を対象とした、特定使用成績調査（全例調査）「STELLA-ELDER」の中間解析結果が「Expert Opinion on Pharmacotherapy」に 2016 年 1 月 20 日付けで掲載されたことを発表。これを受けて 3 月 3 日に都内でプレスセミナーを開催した。同調査の調査期間は 2014 年 4 月の発売後から 2015 年 7 月まで。スーグラ錠発売後 3 か月間に同剤を服用した高齢者（65 歳以上）2 型糖尿病患者 7,170 例が対象。



千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学講座 教授 横手幸太郎氏

中間解析結果によると、副作用発現症例率は 10.06%（721 例）だった。主な副作用には頻尿（71 例）、陰部そう痒症（56 例）、薬疹（48

例）、浮動性めまい（39 例）、口渇（38 例）脱水（30 例）だった。脱水・熱中症、脳血管障害、皮膚関連疾患、尿路／性器乾癬は、投与開始後早期に発現する傾向が認められた。

投与開始から 30 日未満の期間に認められた副作用は、多尿・頻尿で 66.0%、体液量減少を伴う副作用で 49.7%、皮膚疾患で 60.0%だった。また、転帰別では、性器感染症、尿路感染症、多尿・頻尿、体液量減少を伴う副作用、皮膚疾患は、未回復または不明を一部認めたが、ほとんどが回復または軽快した。

高齢者の糖尿病治療の在り方が変わるきっかけになるか

SGLT2 阻害薬の処方に関しては、日本糖尿病学会の「SGLT2 阻害薬の適正使用に関する委員会」が 2014 年 6 月 13 日に「SGLT2 阻害薬の適正使用に関する Recommendation」を公表（2014 年 8 月 29 日に改訂）。「高齢者への投与は、慎重に適応を考えたいうえで開始する。発売から 3 か月間に 65 歳以上の患者に投与する場合には、全例登録すること」としている。また、日本老年医学会が 2015 年末に発行した「高齢者の安全な薬物

療法ガイドライン 2015」でも「可能な限り使用せず、使用する場合は慎重に投与する」としている。

今回の全例調査の監修医師である横手幸太郎氏（千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学講座 教授）は「今回の全例調査から、注意すべき副作用がはっきりしてきたように思う。これまでの“一律 65 歳以上には慎重投与”という考え方から、コミュニケーションがしっかりとれ、水分補給など自己管理ができる高齢者には、注意喚起したうえで処方するケースがあっても良いのではないか」と語り、今後、相次いで報告される予定の他剤の全例調査の結果に期待を寄せた。（QLifePro 編集部）

▼関連リンク ・アステラス製薬株式会社 ウェブサイト

1 日の歩行時間少ない群で糖尿病リスク高く一国がん

QLifePro 2016 年 01 月 26 日

約 2 万 6000 人のうち 4%が自覚なく糖尿病発症

国立がん研究センターは 1 月 21 日、多目的コホート（JPHC）研究から、歩行時間と糖尿病のリスクとの関連を検討した研究結果を発表した。1 日の歩行時間が少ない群において糖尿病のリスクが高いことが示されたとしている。画像はリリースより

| 1日の歩行時間 | 糖尿病なし 糖尿病あり | | 粗オッズ比 | 95% CI | 調整後オッズ比 | 95% CI |
|-----------|-------------|---------|-------|-------------|---------|-------------|
| | n=25,430 | n=1,058 | | | | |
| 30分未満 | 3,815 | 190 | 1.25 | (1.05-1.49) | 1.23 | (1.02-1.48) |
| 30分-1時間未満 | 5,959 | 238 | 1.00 | (0.85-1.18) | 0.99 | (0.83-1.17) |
| 1時間-2時間未満 | 5,263 | 216 | 1.03 | (0.87-1.22) | 1.04 | (0.87-1.23) |
| 2時間以上 | 10,393 | 414 | 1.00 | | 1.00 | |

調整後オッズ比は所管保健所、年齢、性別、BMI、収縮期血圧、糖尿病の家族歴にて調整

身体活動を上げることが糖尿病発症に対して予防的に働くことはすでに報告されているが、今回は身体活動の中でも「歩行」という多くの人にとって実践しやすい活動に注

目。欧米諸国の研究により、歩行が糖尿病のリスクを下げることはすでに報告されているが、アジア人、さらには日本人を対象とした研究ではその関係が十分に明らかにされ

ておらず、研究グループでは、「1日の歩行時間と自覚していない糖尿病発症の関連」の横断的解析を行った。

研究は、1998～2000年度に実施した糖尿病調査に参加した人のうち、自分に糖尿病があることを自覚している人を除外した2万6,488人（調査時平均年齢62歳人、男性36%）を対象に実施。1日の歩行時間を用いて、「30分未満」「30分以上1時間未満」「1時間以上2時間未満」「2時間以上」の群に分けて、本人が認知していない糖尿病（血糖値やヘモグロビンA1c値で定義）を有することとの関連を調査した。対象者のうち1058人（4.0%）が糖尿病を有していた。

1日2時間以上に比べ、30分未満の糖尿病リスク1.23倍

解析の結果、歩行時間が2時間以上の群を「1」とした場合、1時間以上2時間未満が1.04倍、30分以上1時間未満が0.99倍、30分未満が1.23倍で、30分未満の群では糖尿病リスクが高くなることが分かった。

さらに、研究で糖尿病がない人のうち、5年後調査にも参加した人を対象として解析を行ったところ、対象者数1万1,101人（調査時平均年齢62歳、男性33%）のうち、612人が糖尿病を発症。1日の歩行時間が2時間以上の群を「1」とした場合、5年間の糖尿病発症のリスクは、1時間以上2時間未満の群で1.10倍、30分以上1時間未満で1.12倍、30分未満で1.10倍と高かったが、研究グループでは、統計学的に有意ではないと結論付けている。

1日の歩行時間とその後5年間の糖尿病発症とのリスクの関連が見られなかった理由として、対象者数が横断的な解析より少なく統計的検出力が不十分だった可能性があること、縦断的な解析への参加者は、ベースライン調査と5年後調査の両方に参加した人でありより健康に対する意識が高い対象者であったと推測されることなどが挙げられた。なお、論文の詳細は2015年12月に「Journal of Epidemiology」にてWeb先行公開されている。（横山香織）

▼関連リンク 国立がん研究センター 2016 リサーチニュース

日赤に6千万円賠償命令 左腕まひ「点滴ミス原因」

医療ニュース 2016年3月25日 共同通信社

静岡赤十字病院（静岡市）の点滴ミスで左腕がまひする後遺症が出たとして、同市の女性（39）が計約7200万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、静岡地裁（細矢郁（ほそや・ふみ）裁判長）は24日、病院を運営する日本赤十字社（東京）に計約6100万円の支払いを命じた。

細矢裁判長は判決理由で「病院側が注意を怠って点滴の針を深く刺し過ぎたため、神経が傷つけられた」と指摘した。

原告の女性は弁護士を通じ「主張が認められほっとしている」とのコメントを出した。静岡赤十字病院は取材に対し「判決を精査して対応を検討したい」としている。

病院側は弁論で「針の刺し方は適切なものだった。女性の左腕にまひはあるが、点滴をしたこととの因果関係は分からない」と主張していた。

判決によると女性は2010年12月、甲状腺腫瘍を除去するため入院。手術の前に麻酔を点滴する際、看護師が針を手首に深く刺したため神経が傷つき、左腕が完全にまひする後遺症が生じた。

診療報酬詐欺事件、「日医としても反省」横倉会長

医療ニュース 2016年3月24日 高橋直純（m3.com編集部）

タレント女性医師が診療報酬詐欺で逮捕されたことを受け、日本医師会の横倉義武会長は3月23日の定例記者会見で「医師としての品位保持に努めることは社会および医師集団に対する信頼を維持する基盤であり、（逮捕された女医は）このような意識が欠けていた」と指摘。「日医として今回の事件を反省し、より倫理観の醸成を強くすべきと強く思った」と述べた。診療報酬を不正受給したとして、警視庁は3月9日、医師でタレントの脇坂英理子容疑者を詐欺容疑で逮捕した。脇坂容疑者はテレビのバラエティ番組に「タレント女医」として出演していたこともあり、世間の注目を集めてい

る。脇坂容疑者は東京女子医科大学出身で、同大医師会を通じて東京都医師会、日医の会員だった。



横倉義武会長

横倉会長は「当人は容疑を否認しており断定的なことは言えないが、事実なら国民と医師の信頼関係を損ない大変遺憾」と述べた。また、タレント活動は医師の職務でなく是非を言う立場にないと前置きした上で、「医師であることがタレントとしての大きな要素であった。医師としての品位保持に努めることは社会および医師集団に対する信頼を維持する基盤であり、（逮捕された女医は）このような意識が欠けていた」と苦言を呈した。

また、「日医として今回の事件を反省し、より倫理感の醸成を強くすべきと強く思った」とし、2004年に日医がまとめた「医師の職業倫理指針」の改定作業を進めていることを紹介。2008年に続く3回目の改定で、ほぼ完成しており、4月に国民からパブリックコメントを求めるといふ。

一方で、「職業倫理指針は（このような事件を）想定しておらず、医学教育をしっかりやらなくてはならない」とも述べた。

医師 1600 人の「後輩に薦めたい診療科」 内科、総合診療科が多数占める

医療維新 2016年3月21日 成相通子 (m3.com 編集部) 2月から3月にかけて連載した[若手・中堅座談会「2035年の医療を語る」](#)。座談会実施に先駆け、2015年11月にm3.com 医師会員を対象に、「将来重要度が増す診療科」と「後輩にお薦めしたい診療科」について意識調査を実施した。結果を紹介する。

日本専門医機構の基本領域となっている19の診療科からQ1「将来重要度が増す診療科」とQ2「後輩にお薦めしたい診療科」、それぞれを選んだ理由を尋ねた。回答者は1668人。

Q1 と Q2 の 1 位はいずれも「内科」で、20%以上を占めた。2 位は総合診療科で、Q1

| Q1将来重要度が増す診療科 (n=1668) | | | Q2後輩に薦めたい診療科 (n=1668) | | |
|------------------------|-----|-------|-----------------------|-----|-------|
| 内科 | 337 | 20.2% | 内科 | 375 | 22.5% |
| 総合診療科 | 327 | 19.6% | 総合診療科 | 244 | 14.6% |
| リハビリテーション科 | 166 | 10.0% | 整形外科 | 114 | 6.8% |
| 精神科 | 152 | 9.1% | 外科 | 112 | 6.7% |
| 整形外科 | 132 | 7.9% | リハビリテーション科 | 98 | 5.9% |
| 外科 | 75 | 4.5% | 麻酔科 | 82 | 4.9% |
| 麻酔科 | 55 | 3.3% | 精神科 | 78 | 4.7% |
| 放射線科 | 52 | 3.1% | 放射線科 | 62 | 3.7% |
| 小児科 | 43 | 2.6% | 救急科 | 56 | 3.4% |
| 救急科 | 41 | 2.5% | 小児科 | 51 | 3.1% |
| 産婦人科 | 41 | 2.5% | 皮膚科 | 48 | 2.9% |
| 泌尿器科 | 33 | 2.0% | 病理診断科 | 45 | 2.7% |
| 眼科 | 28 | 1.7% | 眼科 | 43 | 2.6% |
| 脳神経外科 | 27 | 1.6% | 産婦人科 | 42 | 2.5% |
| 病理診断科 | 25 | 1.5% | 泌尿器科 | 31 | 1.9% |
| 形成外科 | 25 | 1.5% | 脳神経外科 | 29 | 1.7% |
| 皮膚科 | 23 | 1.4% | 形成外科 | 23 | 1.4% |
| 耳鼻咽喉科 | 12 | 0.7% | 耳鼻咽喉科 | 20 | 1.2% |
| 臨床検査 | 4 | 0.2% | 臨床検査 | 7 | 0.4% |
| ない・その他回答 | 70 | 4.2% | ない・その他回答 | 108 | 6.5% |

「将来重要度が増す診療科」としては19.6%の票を集めたが、Q2「後輩に薦めたい診療科」としては14.6%で、5ポイント低かった。

Q1の「将来重要度が増す診療科」の3位は「リハビリテーション科」(10.0%)、4位は「精神科」(9.1%)、5位は「整形外科」(7.9%)。Q2「後輩にお薦めしたい診療科」の3位は「整形外科」(6.8%)、4位は「外科」(6.7%)、5位は「リハビリテーション科」(5.9%)だった。Q1とQ2の割合を比較すると、内科や外科、麻酔科、皮膚科、病理診断は「後輩に薦めたい診療科」の方がポイントが高く、総合診療科やリハビ

リテーション科、精神科、整形外科は「後輩に薦めたい診療科」の方がポイントが低かった。将来重要度が増すと思っても、後輩に薦めたいかどうかは「また別の話」と言えるようだ。

Q2「後輩に薦めたい診療科」では、「ない」などの「その他の回答」がQ1と比較しても多かった。2017年度開始予定の新専門医制度も批判が強く、臨床研修制度や医学部教育の改革も進む中で、将来の見通しを立てるのは困難な状況が続いている。

それぞれの診療科を選んだ理由は以下の通り。Q1、Q2で同じ回答が多かったため、診療科別にQ1、Q2で分けずに紹介する。

【内科】

- 開業向け、需要が増える、つぶしがきく。
- 全ての疾患理解の基本、診断学の中心、医療体制が内科中心。
- 団塊の世代が高齢となり癌が増える。新しい薬剤がどんどん出てくるので外科系診療科より内科系診療から良い。
- 高齢者が増えることにより慢性疾患が増え、内科医の需要はますます高まると思う。さらに内科的な先進的な治療法も開発されるだろう。
- 予防医学の発展により、病態を未然に防ぐ治療が発展しそう。その最前線はやはり内科と考える。

【小児科】

- 少子高齢化のトレンドの中、数が少ない子供の医療は重要であるから。
- 公費助成の拡大から受診者数が増える、または減らない。
- 少子化が進む一方で、親の要望は多様化しており、アレルギーなど患者数が増加している疾患もある。原因不明の疾患が多くあり、研究のし甲斐もある。

【皮膚科】

- 老人特有の乾燥肌に起因する、様々な難治性の強い掻痒を伴う皮疹が多く、適確な治療があまりなされていないように感じております。

- 比較的楽な勤務で、しっかりと収入も担保できる。開業コストが安い。美容のニーズが増える。

【精神科】

- 認知症患者の増加による症例数の格段の増加が予想される。
- 体力や臓器の衰えは精神的負担になっていく。特に普段病気と無縁の生活ができている方が、高齢になるにつれて初めて衰えに対し不安を感じ、不眠等の症状につながっていくのではないかと診療をされていて思います。高齢者に適用しやすい、安定剤や眠剤が必要になってくると思います。
- うつが増えている。ストレス社会。メンタルダウンは今後も増える。インターネット社会になり、人間関係も希薄な、精神的に問題がある人が増えている。
- いずれ精神疾患の原因や病態が解明されると考えるため。
- 身体科は予算的に厳しくなってくる。

【外科】

- 再生医療が進むことにより、細胞治療から組織治療へと発展し臓器そのものを置き換える手術が可能になることから、悪いところは大きく切除し、再生した臓器で補完する技術が確立することが予想されるため。
- 死因として心血管の病気が減って、今後増える患者はがん患者ということと、外科医の減少から。数が減少しているにもかかわらず、需要は高い。

【整形外科】

- 高齢者が増えることで、転倒、骨粗鬆症による骨折の増加、介護の必要性の増大が懸念される。整形外科医が必要とされる。高齢社会でロコモティブシンドロームが増えるため。

【産婦人科】

- 少子化対策。不足している。絶滅危惧種。人手不足は慢性的。妊娠・出産は絶対になくならない。病院にとっては純利益の高い診療科で需要はますます伸びるでしょう。

- 晩婚化と高齢出産が進み、出産における相談事項やリスクが高まると考えるから。

【眼科】

- 自由診療領域で伸びる分野がある。
- 超高齢化社会を迎え、加齢黄斑変性症、白内障、緑内障などの患者さんの増加が予測されること、さらに、食生活の欧米化に伴い、糖尿病患者さんの増加も予測され、それに伴い網膜症の発症例も増加し眼底検査などチェック必要性が高まる。
- 比較的体力的に楽で手術もあり、知的な科目だから。
- スマホなどの視覚機器の利用頻度による障害が次第に増加する。
- 再生医療の発達により、より効果的な治療が開発されやすい分野であるため。

【耳鼻咽喉科】

- 粘膜診断が今後進んでくるだろうから。アレルギーが増えるから。高齢化で深刻となる誤嚥に対して、嚥下機能の正確な評価や治療などが必要となるため。

【泌尿器科】

- ダビンチやケモが展開してきているから。
- 高齢化による事象。整形外科と内科は既に飽和していると思われるが、排尿問題に関する科は充足しているとは言えないと考える。
- 女性が進出する余地が多いと思うから。

【脳神経外科】

- 高齢化に伴い、脳機能が衰えてくる。しかし、脳神経の再生医療の研究も進んでくるだろう。おそらく神経内科の点滴治療よりも、脳の特定部位に特定物質や細胞を直接入れる治療が発展するだろう。
- 脳血管障害は日本人の死因の4位になったが、死なないから治す時代になった。

【放射線科】

- 診断、治療とも増えることはあっても、減らない。ITの進歩とともに仕事は増加していく。女性の仕事の継続も可能。夜間も恐らく呼び出されることはなくなる。

- 専門領域が細分化、疾患分類が増えるにつれ、幅広く全身診断ができる画像診断の必要性が増加する。
- 放射線治療の進歩で疾患によっては外科手術より重要になるから。
- 訴訟が増え、読影の頻度が増加すると思うから。

【麻酔科】

- 救急も含めてあらゆる場で活躍が可能で汎用性がある診療科と考えるから。
- 麻酔が出来なければ、基本的な救急外来ができないと思いますし、手技が多いために、成長が早く実感もある科だと思います。
- より簡便で効果的な痛みの緩和治療が重要になる。
- 今後急性期病院では病院経営のために手術件数を増やす方向に進むと思われる。また、医療事故を起こさないためにも麻酔科医による麻酔・全身管理の重要性はさらに高まると考える。
- 高齢化に伴い、大腿骨髌部骨折などの手術が増加するが、麻酔リスクも高いため自家麻酔ではできなくなってくる。また悪性腫瘍の手術も適応年齢の拡大に伴い、同じことが言える。
- 報酬がいい、麻酔点数はさがらない。外来やりたければペイン、内科管理したければICU救急医という選択もある。スタッフも少なく、男で麻酔医というだけで出世の道がひらける。
- まだまだ不足している。

【病理診断科】

- 高齢化が進み、癌患者が増えるので検査も増える
- 以前より重要度は高いと思う。しかし、まだ評価が十分されていないため今までは利益につながらなかった。総合的に今後の伸びしろが大きい。
- 病理医は圧倒的に不足しており、疾患分野別の専門性も高まっている。

【臨床検査】

- 新しい画像診断機器が開発されていくため。
- 検体検査加算料が算定されている。
- 検査の進歩で、診察の意義が薄れていく。

【救急科】

- 本格的な高齢化社会到来により、脳心臓血管障害病変の患者は急増する。一方、医療費抑制という観点からは、救急治療の割り切り加減が求められてくる。救急科こそが、医療問題の中心になるのは間違いない。
- 医療費削減や医師の集約化が進むことで、いわゆる各科の専門医数は削減になる可能性が高い。混合診療の導入の影響を受けにくい。在宅医療の推進の結果、急変して受診された際の対応が必要になる。基本的に現在の状況は救急科にとって追い風ばかりであり、今後重要度が増すことは間違いない。

【形成外科】

- 病気の医療のみならず、外見にも気を使う患者が増える傾向あり。
- 3D プリンターの普及でより自由度の高い形成術が可能になる。
- iPS 細胞の進歩で。
- 保険診療は下降なので自由診療ができるのが重要になってくる。
- 外科手術全体の件数が減るため、医師一人の技術習得の場が減る。一方で患者側も手術創部を目立たない様に望み、乳がんなどは分業で皮膚縫合は形成外科が担当するようになるのでは。

高齢社会になって、褥瘡や足潰瘍が増える。美容をしたい人も増えるので。

【リハビリテーション科】

- 寝たきり防止のために、需要が増える、国も力を入れる。
- 超高齢化社会に突入したら、人の機能回復にあたってのサポートやロコモ対策等重要度は増すと思います。
- 麻痺のある患者数増加の為。健康寿命の維持に重要性が増す。

- さまざまな疾患の予後が改善するにつれ後遺症のリハビリを要する人口が増え、専門的な医師によるリハビリの重要性が増すと思われます。
- 患者数に比べて専門医が圧倒的に少ない。

【総合診療科】

- かかりつけ医の重要性が増す。
- 細分化されすぎて、全体が見える医師が病院にいない。
- 都会では交通機関の利用がスムーズですが、地方に於いては高齢化に伴い通院の手段が限られます。一医療機関において、種々の訴えに対応できる所が、今後、頼りにされていくと考えます。
- 高齢者の割合が多くなり、寄り添う医療が必要になってくると思われるから。
- 厚労省が勧めている。国策によるため。
- 今後、感染症の専門家の必要性が増えてくると思います。今、感染症を扱っているのは総合診療科なので...
- 高齢者医療では濃厚治療より、適度な診断、検査、治療が必要。

【その他】

終末期医療、リウマチ科、老年科、内視鏡化、血液内科、神経内科

シリーズ：[大学・医学教育を考える](#)

新卒合格率 100%は 4 校、2016 年医師国試 近畿大が躍進、九州大が 9 割切る

k 2016 年 3 月 18 日 成相通子、高橋直純 (m3.com 編集部)

3 月 18 日に厚生労働省が発表した第 110 回医師国家試験の学校別合格者状況で、新卒者では順天堂大学、東京慈恵会医科大学、和歌山県立医科大学、近畿大学の 4 校が 100%となった。近畿大学は前回 88.3%で、11.7 ポイント上昇した（全体の結果は[『合格率 91.5%、過去 10 年で最高』](#)を参照）。近年の医師国試で注目されるのは、2008 年度以降の医学部定員増に伴う受験者数や合格率などへの影響だ。6 年間で卒業した新

卒受験者の入学年度に当たる 2010 年度の医学部定員は全体で 8846 人で、前年から 360 人増加。2009 年度以前の入学者も一部含むものの、今回の国試の新卒受験者数は 8660 人で、2010 年度入学定員に対する割合で見ると 97.9%（前回 97.22%）だった。9 割に満たない大学は 14 校で、例えば、近畿大学の 2010 年度医学部定員は 105 人で、今回の試験の出願者数は 109 人だったのに対し、受験者数は 85 人に留まった。

新卒合格率が 9 割を切ったのは前年から 1 校増の 6 校で、高い順に関西医科大学、北里大学、愛媛大学、九州大学、岩手医科大学、久留米大学。九州大学は前回の 94.6% から 87.6% に大幅に合格率が低下。久留米大学は前回の 81.4% から 85.5% に改善したものの、最下位は変わらなかった。

前年度に新卒合格率 100% だった慶応義塾大学、浜松医科大学、千葉大学、金沢大学、帝京大学、鳥取大学の 6 校はいずれも合格率が下がった。鳥取大学は 91.5% で、80 校中最も合格率のポイントが低下した。

一方、山口大学は、前年の 86.3% から 96.6% に 10 ポイント以上上昇した。山口大学の入学定員に対する受験者数の割合は 100% を超えており、受験者数は絞っていないとみられる。は全体で 60.1% で、設置主体別で見ると相違があり、私立 64.7%、公立 64.1% だったが、国立は 57.1% に留まった。

表 1 第 110 回医師国家試験の新卒の合格者数一覧

（医学部を持つ大学・医科大学、計 80 校分を集計。新卒の受験者数に対する合格者の割合が多い順にランキングを作成。同数の場合は、「合格者数」が多い順に掲載）

*クリックすると図が拡大されます。

| 2016 合格率 順位 | 2015 合格率 順位 | 大学名 | 出願者数 | 受験者数 (A) | 合格者数 | 2016合格率% | 2015合格率% | 前年との 合格率差 | 2010入学 定員(B) | 2010定員 増数 |
|-------------------|-------------------|---------|------|-------------|------|----------|----------|--------------|-----------------|--------------|
| 1 | 7 | 順天堂 | 108 | 108 | 108 | 100% | 99.1% | 0.9 | 119 | 9 |
| 1 | 9 | 東京慈恵会医科 | 107 | 107 | 107 | 100% | 99.0% | 1.0 | 105 | |
| 1 | 31 | 和歌山県立医科 | 109 | 105 | 105 | 100% | 96.1% | 3.9 | 100 | 5 |
| 1 | 78 | 近畿 | 109 | 85 | 85 | 100% | 88.3% | 11.7 | 105 | 10 |
| 5 | 50 | 東京医科 | 138 | 127 | 126 | 99.2% | 94.1% | 5.1 | 115 | 2 |
| 6 | 7 | 自治医科 | 117 | 114 | 113 | 99.1% | 99.1% | 0.0 | 113 | |
| 6 | 39 | 日本 | 119 | 111 | 110 | 99.1% | 95.0% | 4.1 | 120 | |
| 8 | 37 | 福島県立医科 | 101 | 101 | 100 | 99.0% | 95.1% | 3.9 | 105 | 5 |
| 9 | 61 | 佐賀 | 93 | 92 | 91 | 98.9% | 93.1% | 5.8 | 106 | 6 |
| 9 | 16 | 横浜市立 | 87 | 87 | 86 | 98.9% | 97.6% | 1.3 | 90 | |
| 11 | 13 | 秋田 | 121 | 120 | 118 | 98.3% | 98.0% | 0.3 | 122 | 7 |
| 11 | 19 | 東北 | 119 | 119 | 117 | 98.3% | 97.3% | 1.0 | 119 | 9 |
| 13 | 64 | 東邦 | 105 | 105 | 103 | 98.1% | 92.9% | 5.2 | 110 | |
| 14 | 1 | 慶應義塾 | 108 | 108 | 105 | 97.2% | 100% | -2.8 | 112 | 2 |
| 14 | 23 | 名古屋市立 | 72 | 72 | 70 | 97.2% | 96.6% | 0.6 | 95 | 3 |
| 16 | 12 | 札幌医科 | 99 | 99 | 96 | 97.0% | 98.1% | -1.1 | 110 | |
| 17 | 33 | 日本医科 | 95 | 95 | 92 | 96.8% | 95.7% | 1.1 | 112 | 2 |
| 18 | 57 | 金沢医科 | 102 | 92 | 89 | 96.7% | 93.8% | 2.9 | 110 | |
| 19 | 1 | 千葉 | 118 | 118 | 114 | 96.6% | 100% | -3.4 | 115 | 5 |
| 19 | 1 | 浜松医科 | 118 | 118 | 114 | 96.6% | 100% | -3.4 | 120 | 10 |
| 19 | 79 | 山口 | 117 | 117 | 113 | 96.6% | 86.3% | 10.3 | 114 | 9 |
| 19 | 21 | 大阪 | 117 | 117 | 113 | 96.6% | 96.9% | -0.3 | 110 | 5 |
| 23 | 43 | 広島 | 116 | 115 | 111 | 96.5% | 94.7% | 1.8 | 117 | 7 |
| 24 | 1 | 帝京 | 135 | 109 | 105 | 96.3% | 100% | -3.7 | 112 | 2 |
| 24 | 46 | 熊本 | 112 | 107 | 103 | 96.3% | 94.6% | 1.7 | 115 | 5 |
| 26 | 59 | 三重 | 125 | 124 | 119 | 96.0% | 93.2% | 2.8 | 125 | 5 |
| 27 | 10 | 山梨 | 124 | 123 | 118 | 95.9% | 98.4% | -2.5 | 125 | 5 |
| 27 | 56 | 弘前 | 121 | 121 | 116 | 95.9% | 93.9% | 2.0 | 125 | 5 |
| 27 | 17 | 大阪医科 | 124 | 97 | 92 | 95.8% | 94.4% | 1.5 | 112 | |

医療維新

シリーズ：[若手・中堅座談会：「2035年の医療を語る」](#)

20年後、総合診療医は増える？“消える”科は？◆Vol.3

診断は機械ができて、精神科は「代替不可」

スペシャル企画 2016年2月8日 聞き手：橋本佳子（m3.com 編集長）、まとめ：成相通子（m3.com 編集部）

渋谷 20年後の医療、社会の変化はどうでしょうか。人口減少で地方は過疎化して、単身世帯が増え、医師がいない地域も出てくる。そういう中で、医療はますます生活に密着する方向になるでしょう。病院を主戦場とする専門医も残らないといけませんが、生活に入っていく、日常生活を見てコミュニケーションを取り、適切な所に紹介するというGPのような役割も重要になります。ご自身の役割はどのように考えますか？



麻酔科医の公平順子氏。

公平 私はまだ、自分の病院でキャリアアップしたいので、開業は考えていません。一方で、友人は何人か在宅医療メーンの開業をしているのを聞いています。私の住んでいる地域で一番足りないのが在宅医療をはじめとする

高齢者のための医療で、東京都内でも同様の状況のようです。

渋谷 病院で燃え尽きたからではなくて、将来性を考えて前向きに、ですか？

公平 それもありますね。今は点数が下がりましたが、まだまだ稼げる時に、開業の新しい形態として転向していました。高齢者の集合住宅などに訪問するとかなり稼げる時期に、転向した友人が多いです。私もそれを聞いて、この業界はこれからだと思っていましたが、最近はそれほど稼げなくなっているようですね。

老人病院（介護療養型医療施設）と診療所をいくつか掛け持ちしたり、介護老人保健施設と提携したり。いろんな形態の働き方はあるようです。実際にトータルで在宅医療が不足していると言っても、一般的なクリニックを構えた開業医とは少々違うので、そ

のイメージがなかなか伝わってこないというか、どういう働き方なのか、キャリアトラックとして見えてこないですね。

渋谷 在宅医療自体、今後どうなのでしょう。そもそも医師を送ること自体に機会費用がかかりますし、本当に医師がやるべきことなのでしょう。

公平 私も疑問に思います。

渋谷 厚労省はそちらに誘導しようと点数を付けたりしている。それでさまざまなモラルハザードも起きたし、過渡期だと思います。

公平 東京の友人は都内に開業したけれども、千葉県など、足りないところまで出張しています。千葉県のベッドタウンには普通のマンション群だけでなく、高齢者向け住宅も多くできていて、需要が高いようですね。

渋谷 経済的合理性で動いているということですね。

公平 そうです。でも、24時間オンコールみたいになってしまうため、何人かでグループを作っているようです。しかし、静岡市では、一般の開業が多くて、まだ在宅は不足しているようですが。そのような開業を視野に入れている人は少ないと聞いています。



岡崎幸治氏（右手前）の話に耳を傾ける、伊藤丈二氏（中央）と公平氏（左奥）

在宅医療が足りないと分かっているにもかかわらず、実際にはコストがかかります。訪問看護ステーションも置くなどのコストを考えると、普通のクリニックを出した方が、一般的で想定しやすいです。

た方が、一般的で想定しやすいです。

渋谷 そういう人たちは、内科などの専門をやっていて、突如転向するのでしょうか。

公平 はい。内科、外科など、さまざまな診療科から、在宅を含めたところに突然転向しています。私の周りではだいぶ増えてきました。

渋谷 卒後10年弱の先生たちはどうですか？周りにいますか？ 杉原 いますね。泌尿器科なので比較的少ないと思っていましたがやはり在宅で開業している先生がいます。

吉野 私の周りでは、あまりいないですね。

渋谷 20年後の診療科について。先生がもし将来院長になったら、どの科が必要ですか？

公平 精神科は確実に残りますね。麻酔科も看護師が色々なことをやる時代は来るとは思いますが、統括する医師は必要です。多くの科で、統括する医師が1人か2人でいい、という体制になる。整形外科は要りますね。色々な意味で整形外科を機械でやるのは難しい。あと、産婦人科、小児科辺り。逆に分からないのは内科や皮膚科など。診断は要らないという意見はもう出ていましたね。

杉原 病理もそうかもしれませんね。

渋谷 そう考えると、本当に総合診療などに集約されるのでしょうか。

森田 総合診療も現在は診断をメインでやっています。

渋谷 それではコモディティ化されてしまう。総合診療はもともと、上から下まで見て完璧な診断をすることではなくて、目の前の人にとって価値のある医療を適切に提供することだと思います。

その人の社会的背景、生活などの要因を考慮して、90歳だったら（特定の医療は）勧めないとか。そういうことが分かる人、まさにコンサルタントですよ。その辺りの医師の役割は、ある意味で最先端、一番変わっていくところです。

岡崎 機械はセリフを読むことができるが、人を説得して行動変容を促すことはできない。例えば、精神科的なことは人にしかできません。社会的背景も含めて、最終的に判断するのは機械にはできない。総合診療をした上でのコンサルタントです。

杉原 牧師さんみたいですね。

公平 昔に戻る、ということでしょうか。

岡崎 患者の前に人として診るのは、機械にはできないので、昔の良い医師の復権を期待します。

渋谷 歴史的には、医師も最初は大したことができずに、ほとんど占い師と変わらなか

った。それが、抗生剤が出てきて、近代的な医療が進んだ。けれども今後は、皆が病気持ちの高齢者になって、医療は地域を診て生活に密着するというサイクル。今やらないといけないのは、「地域」の社会システムを見越した総合的な診療。医師が機械も駆使しながらそうした役割を担う時代に戻るのではないのでしょうか。

【参加者プロフィール】（※所属は2015年11月末現在）

【司会】 渋谷健司氏 東京大学大学院教授

公平順子氏（静岡市立静岡病院所属、2000年卒）、吉野美幸氏（新座志木中央病院、国境なき医師団に所属、2004年卒）、杉原亨氏（東京医科大学病院所属、2005年卒）、伊藤丈二氏（東京ベイ浦安市川医療センター所属、2006年卒）、森田知宏氏（相馬中央病院所属、2012年卒）、岡崎幸治氏（日本海総合病院所属、2015年卒）。

医療維新

シリーズ：[降圧剤論文問題と研究不正](#)

KHS 参加医師、「人事のため、医師として最低の行為した」

ノバ社・府立医大論文改ざん事件、第9回公判

2016年2月16日 高橋直純（m3.com 編集部）

ノバルティスファーマ社の降圧剤を巡る京都府立医科大学での医師主導臨床試験の論文データ改ざん事件で、薬事法（現医薬品医療機器法）違反（虚偽広告）に問われた元社員とノバ社に対する第9回公判が、2月15日に東京地裁（辻川靖夫裁判長）で開かれ、弁護側は、当時滋賀県内の病院に勤務していたKHS（Kyoto HEART Study）参加医師の供述調書を提出。参加医師は、人事上の優遇を得るために、自発的にバルサルタン有利になるように虚偽の報告をしたと証言。「医師として最低の行為を行った」と反省の弁を述べた。

KHSの事務局を務めた男性医師への検察側証人尋問も第8回公判（[『KHS主論文、白橋被告が「手法」「結論」「図表」を作成』](#)を参照）に続いて行われ、KHS論文に疑義

が示された時の対応について説明し、白橋伸雄被告や京都府立医大元教授の松原弘明氏の指示で、自身が解析やデータ管理を行ったとする虚偽の説明をしたと証言。「嫌で嫌でしかなかったが、絶対服従の教授命令や尊敬する白橋先生の指示なので行った」と語った。本事件の取り調べの過程で、「2014年から白橋被告が改ざんしたと思うようになった」とも述べた。

「群分け段階で非投与群に重症者が多かった」

KHS 参加医師の供述は検察官面前調書として作成されたもので、弁護側が証拠調べで提出した。供述調書によると、参加医師は KHS において 100 症例以上を登録したが、そのうち、バルサルタン投与群で 2 例、非投与群で 24 例のイベント報告をした。バルサルタンにとって有利な結果を出すため、投与群のイベント報告数を少なくする一方、非投与群で実際にはないイベント報告をしたとしている。ただ、群分けの段階で「非投与群で重症者が多かった」とも説明し、「全てが完全の虚偽ではなく、非投与群の方がイベント数が多かったのが事実」と述べた。

虚偽報告は「誰からの指示でもなく、自発的にやった」として、人事上の優遇を得るためだったと説明。当時、京都市内に自宅を購入したが、医局人事で滋賀県内の病院勤務を命じられており、通勤に時間がかかるため不本意だったという。循環器内科の医師の数も少なく多忙だったため、次の異動では京都市内に戻ることや優秀な後輩をよこしてほしいという希望があった。KHS は松原氏にアピールする絶好の機会だと認識し、目標の 3000 症例を 30 の関連病院で集めるとなると、1 病院当たり 100 症例になると試算。自身の病院では 150 症例を目標とし、個人でも 100 症例以上を登録した。登録数で上位に位置し、松原氏から表彰を受け、「とても誇らしかった」と供述していた。

「ある程度いい加減な試験と認識」

ノバ社から多額の奨学寄付金を得た大規模臨床試験であることから、「差がなかったとなれば、何の価値もない試験になる。松原教授の面目が潰れ、ノバ社からの奨学寄付金が得られなくなる。KHS をやる以上、結果はバルサルタンにとって有利な結果しかな

く、事務局も同様に考えていると思った」とし、自発的に虚偽報告をした動機を説明した。国から依頼された試験ではなく、「あくまで府立医大の自主的な試験であり、医師が臨床の片手間にやる、ある程度いい加減な試験だと認識しており、重大な違法行為だと思わず、軽い気持ちでやってしまった」とも証言した。

ただ、KHS でバルサルタン有利な結果が出たにもかかわらず、病院や自身が評価されることはなかったとし、「松原教授からありがとう、よくやった、お疲れさまの一言もなかった。私は何のために虚偽報告をしたのか分からなくなり、とても情けなく思うとともに、松原教授を不快に思った」と述べた。自身のした行為については「虚偽報告の結果、誤った結論が学会で発表され宣伝で使われることも理解していたが、その先に多くの医師や患者をだまし、医療業界に重大な悪影響を及ぼすとまでは思い至らなかった。本当に浅はかだった。医師として最低の行為をしたと思っている。深く反省している」と述べた。

調査に対して、事前に口裏合わせ

この日の公判では、前回に引き続き KHS で事務局を務めた男性医師への検察側証人尋問も行われた。2012 年ごろになると、KHS の各論文への疑義が呈されるようになったとし、特にノバ社の社員である白橋被告が統計処理を主導したことが利益相反の点から問題になると危惧した。松原氏、白橋被告の指示のもと、男性医師が統計解析を行ったと説明をするために、事実と異なるデータ管理体制などを事前に 3 人で確認。

「嫌で嫌でしかなかったが、絶対服従の教授命令や尊敬する白橋先生の指示なので行った」などと語る一方、白橋被告がデータを改ざんしているという認識はなかったと強調。だからこそ、自身が統計解析を行ったという虚偽の説明をすることも受け入れたと述べた。

男性医師は統計解析ソフトを持っておらず、さらに日常的に使っていたパソコンは Mac であったことから、白橋被告がソフトと Windows 用パソコンを用意するなど、口裏

合わせを行った。男性医師が解説書を読んでもソフトの使い方が分からないと相談したところ、白橋被告はメールで例題を提示するなどの指導をしてくれたと説明した。

解析結果への疑義が強まると、松原氏と男性医師は第三者にデータを提供し再検証してもらうことで、論文の正しさが証明できると考えたが、白橋被告が執拗に反対し、なかなかデータを提出しなかった。白橋被告と松原氏で口論になったこともあると言う。

白橋被告が改ざんしたと思うようになったのは2014年に行われた検察官の取り調べの中で、エクセルデータを見せられた時だとし、2013年に出された京都府立医大の調査報告については「白橋氏の統計解析はゆるぎないと信じていた。大学の調査は全てのデータがなく、第三者機関も間違っているのではと心配していた」と述べた。

「多くの医師の人生が変わった。本当に残念」

最後に、検察官から虚偽のイベント報告をしたか、データ改ざんをしたか、白橋被告に解析用データを渡したことがあるかなどと問われると「ありません」と繰り返した。データを改ざんした人物に言いたいことがあるかという質問に対しては「本当に残念なことをしてくれた。私を含めた多くの医師の人生が変わった。ノバ社の社員の人生も変わった。本当に残念なこと」と述べた。

男性医師へは、今後、弁護側や裁判所からの尋問が行われる。

医療維新

医師 13 人が医業停止、診療報酬詐欺など 厚労省行政処分、免許取消の該当者なし

2016年3月12日 成相通子 (m3.com 編集部)

厚生労働省医道審議会医師分科会は3月11日、医師、歯科医師計36人の行政処分の諮問を受け、19人(医師13人、歯科医師6人)の行政処分を答申、決定した。残り17人は、「厳重注意」14人、「保留」3人。処分の発行は3月25日。

医師の医業停止処分の事由は、診療報酬詐欺のほか、覚せい剤使用・所持、酒気帯び運転、盗撮など。今回の処分でもっと重い「医業停止3年」の処分を受けたのは5人で、

内訳は医師 3 人、歯科医師 2 人。覚せい剤取締法違反の罪などで懲役 2 年、執行猶予 3 年、覚せい剤 2 袋、大麻 2 袋、亜硝酸イソブチル 3 本没収の有罪判決を受けた東京都の 40 代の医師のほか、経営する診療所で生活保護受給者 10 人を診療したように装い、約 621 万円を詐取したとして、詐欺罪で有罪判決を受けた京都府の 60 代医師、診療所の経営者と共謀して診療報酬の名目で 7 回にわたって 1 万~171 万円を詐取したとして詐欺罪で有罪判決を受けた福岡県の 50 代医師の計 3 人だ。

最も重い行政処分「免許取消」の該当者は、前々回と同様、いなかった（『[医師の「免許取消」はゼロ、2006 年以來](#)』を参照）。前回は、医療用注射器を無許可で販売したとして薬事法違反罪で有罪判決を受けた医師 1 人の免許を取消した（『[聖マリ資格不正取得の 23 人医業停止、医道分科会](#)』を参照）。

「医業停止 2 年」の処分は医師 3 人が受けた。いずれも覚せい剤取締法違反の罪で有罪判決を受けた、奈良県の 50 代医師、群馬県の 30 代医師、兵庫県の 50 代医師。奈良県の医師はクリニック内で自身に覚せい剤を注射していた。

そのほか、酒気帯び運転をしたとして道路交通法違反の罪で有罪判決を受けた福岡県の 30 代医師、千葉県の 30 代医師、長崎県の 30 代医師の 3 人は、医業停止 4 カ月の処分を受けた。

愛知県の 30 代医師と東京都の 30 代医師の 2 人は、スマートフォンで女性のスカートの中を撮影したとして、迷惑行為等防止条例違反の罪で罰金の有罪判決を受け、医業停止 3 カ月の処分となった。また、診療報酬を不正請求したとして保険医の登録を取消された岡山県の 90 代の医師と宮城県の 50 代の医師の 2 人も、医業停止 3 カ月の処分を受けた。

今回は、医療事故などで業務上過失致死罪に問われ、有罪になった医師の処分はなかった。医師 1 人を含む保留の 3 人は改めて調査して審議する予定。また以前の行政処分で免許取消処分を受けた、3 人の医師と 2 人の歯科医師が再免許の申し立てをしたが、いずれも却下された。

厚労省医政局医事課試験免許室は、刑事事件になっていない診療報酬の不正請求については、金額を明らかにしていない。不正請求に関する行政処分は、「金額の多寡に関係なく処分する」（同免許室）としており、これまでは発表していたが、今後は発表しない方針。

【2016年3月25日の行政処分の内容】

合計人数

医師 19 人、歯科医師 17 人

処分期間別

医業停止 3 年 : 医師 3 人、歯科医師 2 人

医業停止 2 年 : 医師 3 人、歯科医師 0 人

医業停止 8 カ月 : 医師 0 人、歯科医師 1 人

医業停止 4 カ月 : 医師 3 人、歯科医師 0 人

医業停止 3 カ月 : 医師 4 人、歯科医師 3 人

.....

嚴重注意 : 医師 5 人、歯科医師 9 人

保留 : 医師 1 人、歯科医師 2 人

QLifePro 医療ニュース 2016年03月07日

がん細胞を死滅させ、がん免疫を活性化する化合物「CU-3」を発見—千葉大

化学療法剤や分子標的薬使用時の免疫不全や副作用が問題に

千葉大学は3月2日、同大学院理学研究科基盤理学専攻の坂根郁夫教授を中心とした共同研究チームが、がん細胞を死滅させ、なお且つ、がん免疫を活性化する化合物

「CU-3」を発見したと発表した。

従来の抗がん剤である化学療法剤は、あらゆる細胞に発現している細胞増殖機構を制御するため、正常細胞の増殖も抑制してしまう。特に、骨髄細胞の分化増殖能を低下さ

せ、免疫系の不全をもたらすことが臨床において問題となっている。また、近年増加している分子標的治療薬も、その薬物の標的蛋白は、正常細胞においても発現しているため、臨床では特有の副作用が生じることが知られている。

DGK α を特異的に阻害する化合物が、画期的な抗がん剤となる可能性

ジアシルグリセロールキナーゼ (DGK) の α アイソザイム (DGK α) は、悪性黒色腫や肝細胞がんの増殖を亢進するが、T リンパ球では逆に増殖停止・不活性化 (anergy) へ誘導する。つまり DGK α を阻害する薬剤は、直接がん細胞死を誘導し、且つ、T リンパ球を活性化することで、がん免疫亢進作用によるがん細胞死滅が期待でき、理想的・画期的な抗がん剤になると考えられた。

そこで共同研究チームは、DGK α 阻害化合物を探索するため、近年開発したハイスループットスクリーニング系を用い、東京大学創薬機構の化合物ライブラリーをスクリーニング。DGK α を特異的に阻害する化合物「CU-3」を得たという。

報告によると CU-3 は、実際にごん細胞の死滅を誘導し、T リンパ球を活性化したという。今後、更に最適化研究を行い、画期的な次世代抗がん剤の早期開発を目指すと研究チームは述べている。(横山香織)

▼関連リンク ・千葉大学 ニュースリリース

医療維新

シリーズ: [大学・医学教育を考える](#)

合格率 91.5%、過去 10 年で最高、2016 年医師国試 女性は 2.5 ポイント高め、自分の番号「光って見えた」

2016 年 3 月 18 日 成相通子 (m3.com 編集部)

厚生労働省は 3 月 18 日、第 110 回医師国家試験の合格者を発表した(資料は、[厚労](#)

[省のホームページ](#))。全体の合格率は前年より 0.3 ポイント高い 91.5%で、過去 10 年で最も全体の合格率が高くなった。新卒に限った合格率は 94.3%で、前年より 0.2 ポイント下がった ([第 109 回の結果はこちら](#))。

厚生労働省（東京都千代田区）の講堂で、
発表された合格者の番号を確認する受験者ら。

全体の受験者数は 9434 人で、8630 人が合格。その
うち新卒者は受験者数 8660 人で 8165 人が合格し
た。6 年間で卒業した新卒受験者の入学年度に当たる



2010 年度の医学部定員は、2009 年度と比べて 360 人増だったが、新卒の受験者数は 410 人（前年比）増え、合格者数は 367 人（前年比）増えた。

男女別の合格率は、男性 90.7%（5802 人）、女性 93.2%（2828 人）。女性の受験者数は過去 5 年で最も多く、初めて 3000 人を突破した。

厚生労働省では午後 2 時から、講堂で合格者の番号が提示され、受験生や大学関係者が多数集まった。防衛医科大学校の鷺見孔治氏は、自分の番号を見つけて「番号が光って見えた」と満面の笑み。「外科系や一般、臨床も難しく、問題文が長かった。本当にぎりぎりだったので、とにかく不安でした。臨床研修が始まるまではゆっくりしたい」と語った。

中国の復旦大学を卒業後、3 回以上の医師国家試験予備試験を経て医師国試一発合格を決めたという斎藤洋人氏は、目を赤くしながら「泣いた。難しくてぎりぎりだったので、うれしい」と述べ、将来については「プライマリケアを行う、“町のお医者さん”を目指したい。一人前の医師になれば、海外に挑戦できたらいいなとは思う」と話した。

合格基準は、一般問題が 1 問 1 点、臨床実地問題が 1 問 3 点で、必修問題は 200 点中 160 点以上（ただし、必修問題の一部を採点から除外された受験者は、必修問題の得点

は総点数の 80%以上)、必修問題を除く一般問題は 199 点中 125 点以上、臨床実地問題は 594 点中 388 点以上。禁忌肢問題は 3 問以下。

医療ニュース

日赤に 6 千万円賠償命令 左腕まひ「点滴ミス原因」

2016 年 3 月 25 日 共同通信社

静岡赤十字病院（静岡市）の点滴ミスで左腕がまひする後遺症が出たとして、同市の女性（39）が計約 7200 万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、静岡地裁（細矢郁（ほそや・ふみ）裁判長）は 24 日、病院を運営する日本赤十字社（東京）に計約 6100 万円の支払いを命じた。

細矢裁判長は判決理由で「病院側が注意を怠って点滴の針を深く刺し過ぎたため、神経が傷つけられた」と指摘した。

原告の女性は弁護士を通じ「主張が認められほっとしている」とのコメントを出した。静岡赤十字病院は取材に対し「判決を精査して対応を検討したい」としている。

病院側は弁論で「針の刺し方は適切なものだった。女性の左腕にまひはあるが、点滴をしたこととの因果関係は分からない」と主張していた。

判決によると女性は 2010 年 12 月、甲状腺腫瘍を除去するため入院。手術の前に麻酔を点滴する際、看護師が針を手首に深く刺したため神経が傷つき、左腕が完全にまひする後遺症が生じた。

医療ニュース

日本人治療の医師「まるで戦争中」 ベルギー連続テロ

2016 年 3 月 24 日 朝日新聞

ベルギーの首都ブリュッセルの連続テロで、日本人 1 人を含む負傷者の治療にあたるブリュッセル郊外の病院の男性担当医（58）が 23 日、朝日新聞などの取材に「まるで

で戦争中に起きた爆発のようだ。朝の混雑した地下鉄で武器を使えば、あらゆる影響が出る」と語り、深刻な容体の患者がいることを明らかにした。

担当医によると、同病院には16人が搬送され、意識不明の状態の日本人男性1人を
含む7人が重傷を負い、集中治療室で手当てを受けている。日本人男性は、「生命保険
協会」（東京都）から国際保険協会連盟に出向中の職員、滝田祐さんとみられる。

医師は「爆発が起きた地下鉄の同じ車内にいた人は集中治療室におり、ほかの車両に
いた人は（比較的）けがが軽かった」と述べ、自爆した実行犯との距離で、けがの程度
に大きな差があることを示唆した。（ブリュッセル＝渡辺丘）

医療維新

「JAL DOCTOR 登録制度」がスタート 日医と提携、ラウンジ利用の特典も

2016年2月4日 高橋直純（m3.com 編集部）

日本医師会と日本航空（JAL）は2月3日、共同で記者会見を開き、「JAL DOCTOR 登
録制度」を開始したと発表した。飛行機内で急病人が発生した時、医師に協力を求める
ドクターコールを円滑に行うために、日医の医師資格証を持つ医師に事前登録を依頼す
る仕組み。国内航空会社では初の取り組みになる。



日医の石川氏（中央）と JAL の加藤氏
登録には日医が発行する医師資格証と
JAL マイレージバンク会員であることが必
要で、JAL の[ウェブサイト](#)から事前登録す
る。JAL は登録医師が搭乗しているかを事
前に把握でき、機内で急病人が発生した場
合には、通常のドクターコールの前に、ま

ず登録医師に援助を依頼する。登録医師は JAL のラウンジサービスが利用できるよ
うになる。独ルフトハンザでは登録医師に対し、マイルのプレゼントや、次のフライトの

割引などのサービスが受けられる特典を用意している（『[ドクターコールで損害賠償、JALは自社で負担◆Vol.1](#)』を参照）。JALの執行役員路線統括本部商品・サービス企画部長の加藤淳氏は、特典について「運用状況を見ながら検討したい」と話した。

加藤氏によると、JALでは1日約1000便を運航しており、機内で急病人が発生するのは年間で350件程度。そのうち、3分の2でドクターコールを呼び掛け、応対する医師が見付かるのは半分程度。JALはこれまでもドクターコールに応じた医療従事者の賠償責任を担保する保険に加入しているが、保険を使ったことは一度もないという。

機内設備では1993年にドクターズキットを搭載、2001年からはAEDを全機に装備している。2016年1月からはパルスオキシメーターや電子血圧計も加わった。また、世界中のどんな地域を飛行していても、提携する東京海上日動火災保険が提供するメディカルコールセンターへ連絡し、救急科専門医から医療助言を得ることができる体制を構築している。

登録サイトには「飲酒や体調不良など、対応が困難な場合は、その旨を客室乗務員へお伝えくだされば、ご辞退いただくことも可能です」と記載している。日医常任理事の石川広己氏は、ドクターコールは医師の応召義務には当たらないとしつつ、「人道的に

求められることがあれば応じるのが医師の考え」と述べた。

本提携は日医がJALに呼びかけた。今後は他の航空会社に呼びかけることも検討していくという。一方で、日医の医師資格証保持者は現在まで約2500人に留まっており、制度の普及の前には資格証の利用拡大も重要になる。



JALが機内に搭載している医療機器

JAL が機内に搭載
している医療機
器の一覧

RESUSCITATION KIT 内容品 (国際線用)

NRTHYZ 2016/01/11

| 器材 | 用途 | 搭載数 |
|----------------------------|-------------------|-----|
| リザーバー付きアンビューバッグ | 人工呼吸 | 1個 |
| マスク(成人・小児用) | | 各1個 |
| O2ボトル接続チューブ(2種) | | 各1本 |
| 液体吸引器 | 液体吸引 | 1個 |
| カテーテル | | 4本 |
| 開口器 | 強制開口 | 1個 |
| 血圧計 | | 1個 |
| 電子血圧計 | | 1個 |
| パルスオキシメーター | | 1個 |
| 聴診器 | | 1個 |
| ドクターライト | | 1個 |
| 消毒液エタノール | 器具消毒 | 1本 |
| 不織布 | シート用(防水) | 2枚 |
| ガーゼ | | 適量 |
| ディスプレイグローブ | | 2組 |
| 絆創膏(紙製) | | 1個 |
| 絆創膏(布製) | | 1個 |
| プラスチック鉗子 | アンビューマスク検破損時などに使用 | 1個 |
| S字フック | | 1個 |
| ストラップ | | 1本 |
| ビニール吐袋 | | 2枚 |
| はさみ | | 1個 |
| 【オレンジポーチ内】—FOR DOCTOR USE— | | 各1個 |
| 咽頭鏡プレート(L・M・S) | | 1個 |
| 咽頭鏡プレート用ハンドル | | 2個 |
| 咽頭鏡プレート用 予備電池(単2) | | 1個 |
| 気管チューブ(カフ付6.5mm) | | 1個 |
| (カフ付7.5mm) | | 1個 |
| (カフ無3.0mm) | | 1個 |
| スタイルット(気管チューブ挿入用) | | 1個 |
| マギール鉗子 | | 1個 |
| 注射器(空気入れ用) | | 1個 |
| バイトブロック | | 各1個 |
| エアウェイ(大・中・小) | | |

説明書・報告書類

| 器材 | 用途 | 搭載数 |
|----------------------------|----|-----|
| RESUSCITATION KIT内容品(国際線用) | | 1枚 |
| 吸引器組立図 | | 1枚 |
| 診療記録 MEDICAL RECORD | | 3部 |

医療維新

国際医療福祉大、成田市で開校へ 2016年4月に看護学部など、「医学部新設の第一段階」

2013年9月27日 橋本佳子 (m3.com 編集長)

千葉県成田市は9月26日、住民説明会を開き、国際医療福祉大学(栃木県大田原市)を誘致し、2016年4月に看護学部と保健医療学部の2学部、計5科の大学を開校する準備を進めていることを明らかにした。説明会の冒頭で挨拶した小泉一成市長は、大学誘致は成

田市の長年の懸案であり、自身の選挙公約でも掲げていたとし、「昨今の医師不足、看護不足をはじめとする、医療従事者不足を改善し、地域医療の崩壊を食い止めるためには、医療関係者だけではなく、行政としても方策を講じる必要があると考え、医療系大学の誘致に向けて、全力を挙げて取り組んでいる」と説明、医学部新設を視野に入れた誘致であることを表明した。

医学部新設は現在認められていないが、政府の「国家戦略特区」の候補として、成田市と国際医療福祉大学は、「国際医療学園都市構想」を提案している（『[「医師淘汰で過剰回避」論に不快感、日医](#)』、国家戦略特区については[首相官邸のホームページ](#)をそれぞれ参照）。10月にも結論が出る予定だが、医学部新設が認可されなくても、2学部での開校を目指す。

キャンパスは、京成電鉄本線で成田空港まで2駅の「公津の杜」駅に隣接する約1万2782m²の敷地。京成電鉄が所有していた土地を成田市が20億円強で購入、国際医療福祉大学に無償で貸与する予定。京成電鉄は8月30日の取締役会で、土地の売却を決断したという。

校舎は9階建て。延べ床面積は2万7767m²で、建築費用は約65億円を予定。国際医療福祉大学が建設するが、30億円を上限に、費用の2分の1を成田市が補助する。成田市の誘致費用は計約50億円に上る見通し。成田市企画政策部部長の渡部辰幸氏は、「医学部新設を諦めたわけではない。医学部新設が基本目標であり、その前段階として看護学部を設置することを目指している。国が医学部新設を認める方針となった場合には、ぜひとも本市に誘致できるよう全力を挙げて取り組んでいる」と語り、キャンパスの隣接地（約1万4000m²）も、「医学部の誘致がかなった場合には、京成電鉄と交渉に入れるという話になっている。方向性が見えるまでは、（土地の使途決定を）待ってらっている」とした。

成田市は、9月の市議会に土地の購入費用の補正予算を提出している。市では特別委員会を設置してこの問題を議論しており、市有財産の取得などの必要な事項について議

会承認を経て、大学誘致を正式に決定。京成電鉄との契約なども含めて、建築確認申請手続きまでを今年内に終え、2014年3月の着工を目指す。

開校予定の大学は5学科で、1学年の定員は340人。看護学科100人、理学療法学科80人、作業療法学科40人、言語聴覚学科40人、医学検査学科80人。成田市は、「市内の消費に与える最大効果は、開校時までには約100億円、4学年が全て揃った開校4年目以降は、毎年40億円強の経済効果も見込まれる」と試算している。小泉市長は、「大学の誘致がかなえば、次世代を担う人材をはぐくみ、街を元気にし、地域医療を向上させるだけでなく、経済波及効果や文化効果、社会的効果をはじめ、医療産業の集積の可能性など、さまざまな大きなメリットがあると確信している」と、期待を込めて語った。

成田市は、10月1日から20日までの間、大学誘致についてのパブリックコメントを求める予定。また10月23日には2回目の住民説明会を予定している。



「医学部新設にも意向を持った大学」

大学の誘致に長年取り組んできた成田市が、医療系大学を選んだ理由として、渡部氏は、「医師不足、医師の地域偏在は全国的な問題になっている。47都道府県中、千葉県の人口当たりの医師数は最低ラインであり、医師数の将来予測でも、埼玉県と最下位を争っている。加えて、当県に医学部を持つ大学は一つしかないため、このことが医師不足の一因とされている」と説明。

成田市は、まず全国の医療系私立大学や医学部新設を検討している大学を対象に、意向調査を実施した。その中から、国際医療福祉大学を選んだ理由について、渡部氏は次のように語る。

「複数の大学が候補に挙がり、前向きな大学に対し、本市への進出の可能性や医学部新設の考え方などについて意見交換を行ってきた。医学部新設が認められていない現状

では、医学部の新設は非常に厳しい状況にあり、既存の医学部のキャンパスを本市に移転してくれる大学もないことが分かったため、まずは医師と同様に不足している看護師の養成機関である看護学部を設置する意向があり、医学部新設の意向も持った大学である国際医療福祉大学と協議を進めていきたいとの考えに至った。地域中核病院に働くマインドを持った医師を養成することで、地域医療の貢献を目指す同大学の姿勢が、本市の考えに近かった」

看護学部の開設は第一段階

26日の住民説明会は、成田市民でも、「公津の杜」駅周辺の住民が主たる対象だったことから、大学誘致に伴う地域の環境への影響を問う声が多かったが、加えて、約50億円の税金を投入して誘致する是非を問う意見、市の説明責任を質す声、医学部新設の可能性についての質問などが上がった。

財政面について、渡部氏は、「国立大学も含めて大学同士が競争にある中、国際医療福祉大学の財政基盤や信用度を把握した上で協議した。計50億円の財政負担は過大なものに映るかもしれないが、起債をして、10年から15年にわたって返済する。財政負担は平準化し、他の事業に影響が出ない形で進めていきたい」と回答。

説明責任の関連では、「いつ決定したのか。なぜ『公津の杜』なのか」との問いには、渡部氏は次のように回答。「大学誘致の話を進めて行く中で、昨年1年間ぐらいは、感触をつかめそうな大学と意見交換をしていた。大学側は、通学・通勤に便利な場所で学びたいという希望だった。今年4月の末に、大学側からは、医学部の設置がまだ厳しい状況の中で、看護学部を先行して、『公津の杜』に開設する話が出た。この話が出た以降、京成電鉄と用地を売却してもらうよう、交渉を進めた」。

「国際医療福祉大学と、どの程度話が進んでいるか」との質問に渡部氏は、「国際医療福祉大学と協議を進めるに至った一番の大きな要因は、同大学は医学部を持っておらず、できれば成田で医学部を開設したいという希望を持っていること。今回は、その第一段階として看護学部を成田に開設するという話」と説明。副市長の関根賢次氏は、

「民主党政権時代に、医学部新設を認めたら、という動きがあった。文部科学省が実施したパブリックコメントでは、医学部新設を認めるべきだという意見が多かったとも聞いている。ただ、医師会などは反対していた。今の段階では、文科省が医学部の新設を認めるとは言っていない。これはあくまで国の方針次第」と付け加えた。

「なぜ公募しなかったのか」との質問も

その後も、税金投入という視点も踏まえ、今後の発展性を含めた大学開設の妥当性や医学部新設の可能性を問う質問が繰り返された。「医学部が最終目標という話だが、可能性としてどのくらいあるのか。医学部を開設する場合、隣接地を使うとのことだが、医学部開設には附属病院も必要であり、土地としては、ほとんど不可能ではないか。

（医学部を作るなら）薬学部がある国際医療福祉大学の本部に作るべきではないか。本当に国際医療福祉大学が成田に来ると確約しているのか」などの意見だ。

関根副市長は、「現段階では国において、国家戦略特区として、医学部の新設を認めようということが議論されているので、その可能性はゼロではない。予定している土地には、医学部の校舎は建築できるが、附属病院については別の土地で考えることになる。国際医療福祉大学も、『ぜひ成田で医学部を展開したい』と考えているのは間違いない」と回答した。看護学部等の実習は、成田赤十字病院や成田病院などにも受け入れてもらう予定だという。

さらに「なぜ公募しなかったのか。公募すれば、成田市にとって、いい条件を引き出すことができたのではないか」との質問も出た。東京都港区は、赤坂小学校跡地の活用事業者を公募、4事業者の中から、2017年度に大学（看護学部）と大学院を開設するとした国際医療福祉大学に決定した経緯がある（詳細は、[港区のホームページ](#)を参照）。港区の場合は、定期借地権を設定して、土地を大学に貸与する方式を採る。

渡部氏は、「成田市が公募をやってもこなかったと思う。自治体が大学を誘致する方法としては、基本的には自治体が敷地をある程度負担し、建設に対しても一定の補助を

する。こうした条件の中での誘致活動を行うことで、大学が来る」と答え、都心一等地の港区と成田市では事情が異なるとした。

そのほか、「住民不在の議論で決まったことに対して、憤りを覚える。（京成電鉄が土地売却を）決定したのは8月30日だというのが、説明会をする前に地域住民に周知をしてもよかったのではないか。また大学が来ることは悪いとは言わないが、はっきり言って、降ってわいた話と受け止めている」などの意見も出た。

医療維新

勤務医の過労自殺、上司の個人責任認めず 公立八鹿病院の控訴審、病院側が1億支払い

2015年3月18日 成相通子 (m3.com 編集部)

公立八鹿病院（兵庫県養父市）に勤務していた整形外科医が長時間労働とパワーハラスメントで過労自殺したとして、整形外科医（当時34歳）の両親が、病院を運営する公立八鹿病院組合と上司の医師2人に対し計約1億7700万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が3月18日、広島高裁松江支部であった。塚本伊平裁判長は、長時間労働とパワハラを認定した上で、「亡くなった医師を含む職員は地方公務員で、（上司の業務も）公権力の行使に該当する」と指摘、病院組合と上司医師2人が連帯責任で約8000万円の損害賠償を支払うよう命じた一審判決（鳥取地裁）を変更し、上司の個人責任は認めなかった。

また、損害賠償の金額は一審の約8000万円から約1億円に増額。病院組合に対して支払いを命じた。一審判決では、過労自殺したのが医師で、「一般人よりうつ病に対する知識があったのに、発症可能性を軽減する行動を自ら取っていなかった」として過失相殺を認め、賠償金額が減額されていた。控訴審では、過失相殺を認めなかった。

控訴審判決によると、整形外科医は2005年4月に医師免許を取得。2007年4月に鳥取大学医学部整形外科教室に入局、同大整形外科で約半年の勤務後、同年10月に公立

八鹿病院整形外科で勤務を始め、うつ病を発症。同年12月に病院宿舎で自殺した。月170時間以上の長時間労働の上、患者の前で頭を叩かれる暴行や、「田舎の病院だと思ってなめとるのか」「仕事ぶりが給料分に相当していない。両親に連絡する」といった叱責などのパワハラを受けていた。

一審判決では、月170時間に及んだ時間外労働と、上司のパワーハラスメントを認定（『[「過労自殺、上司のパワハラ認定」の訳 - 岩城穰・弁護士に聞く](#)』を参照）した上で、病院の管理責任だけでなく、上司医師の個人責任を認めた。公立八鹿病院組合が運営する公立八鹿病院は、国家賠償法の対象となり、地方公務員だった当時の上司2人の個人責任は問えないのが原則だが、一審判決は「民営病院と異なる点はない」として民法の不法行為責任を認定。上司2人にも損害賠償の支払いを命じた。

地方公務員災害補償基金（地公災基金）は2010年8月に同事案を公務労災と認定、約6278万円の遺族補償を支給した。自殺した医師の遺族の両親は、過重労働と上司のパワハラが自殺の原因だとして、病院と上司2人に対し慰謝料など約1億7700万円の損害賠償を求め、2010年12月に提訴。2014年5月26日の鳥取地裁判決（上杉英司裁判長）は、病院と上司2人の連帯責任を認め、約8000万円の支払いを命じた。

一審判決（2014年5月）の8000万円の損害賠償の根拠は、過労自殺したのが医師で、一般の人と比べてうつ病やうつ病に対する対応の知識があったことなどで、過失相殺で2割を減額。さらに地公災基金の遺族補償を差し引いた。鳥取地裁の一審判決に対し、病院側は事実認定などについて広島高裁松江支部に控訴。遺族側も過失相殺の認定と損害賠償金額などをめぐって控訴した。

表 事案の概要

2005年4月 医師免許取得、鳥取大学医学部附属病院臨床センターで研修医として勤務。

2007年4月 同大学医学部整形外科教室に入局。同大整形外科で勤務。

2007年10月 同大より公立八鹿病院に派遣される。同病院で勤務開始。

2007年12月 うつ病を発症。自宅の病院宿舎で自殺。

2008年2月 同病院が外部委員を含む調査委員会を設置。

2008年6月 同調査委員会が「医師死亡事故に関する調査報告書」を作成。

2008年11月 遺族が地公災基金に対し、公務災害の認定を請求。

2010年8月 地公災基金が自殺を公務災害と認定。

2010年12月 遺族が病院組合と上司医師2人を相手取り約1億7700万円の損害賠償を求め、鳥取地裁に提訴。

2011年1月～2月 地公災基金が約6278万円の遺族補償を支給。

2014年5月 鳥取地裁が病院組合と上司医師2人に対し連帯責任で約8000万円の支払いを命じる。

2014年6月 病院側、遺族ともに鳥取地裁の一審判決について控訴。

2015年3月 広島高裁松江支部で控訴審判決。

医療ニュース

病院側への賠償命令確定 医師パワハラ自殺

2016年3月22日 共同通信社

兵庫県養父市の公立八鹿病院の男性医師＝当時（34）＝が自殺したのは、上司のパワーハラメントや過労が原因として両親が損害賠償を求めた訴訟で、最高裁第2小法廷（山本庸幸（やまもと・つねゆき）裁判長）は18日までに、両親と病院側双方の上告を退ける決定をした。16日付。パワハラを認定して病院側に約1億円の支払いを命じた二審広島高裁松江支部判決が確定した。

一審鳥取地裁米子支部は「雇用関係などが民営病院と同じ」と判断、病院側と上司に賠償を命令。だが二審は「医師は公務員で個人は賠償責任を負わない」と一審を変更、病院側にだけ支払いを命じていた。

二審判決によると、男性医師は2007年10月から同病院の整形外科で勤務していたが、上司からのパワハラや過労でうつ病になり、同年12月に自殺した。

医療ニュース

痔の手術後に死亡、賠償命令 病院側に4600万円 千葉地裁

2016年3月26日 朝日新聞

千葉県四街道市にある四街道徳洲会病院で2010年に痔（じ）の手術を受け、4日後に死亡した女性（当時60）の遺族が、病院を運営する医療法人「沖縄徳洲会」などに損害賠償を求めた訴訟の判決が25日、千葉地裁であった。岸日出夫裁判長は、手術後に血液検査をして重篤と判断していれば「生存していた相当程度の可能性があった」として沖縄徳洲会と担当医2人に計約4600万円を支払うよう命じた。

訴えていたのは、夫ら3人。判決によると、女性は10年1月26日、日帰りで痔の摘出手術を受けた。同28日夜、強い痛みを訴えてこの病院に搬送され、翌29日に人工肛門（こうもん）をつける緊急手術を受けたが、翌30日に敗血症で死亡した。

原告側は手術時に医師が痔を適切に取り除かず、女性が下半身の痛みを訴えたのに29日の緊急手術時にも、担当医が麻酔後の神経障害を疑って血液検査を怠り、敗血症に気づかずに死亡したと主張した。岸裁判長は、手術での過失を認めなかったが、血液検査については「縫合不全を含む重篤な疾患の可能性を検討するためにも、検査すべきだった」と過失を認めた。

国際医療福祉大学、北島政樹学長が退任 大友東大教授が新学長に就任、4月から

2016年3月26日 橋本佳子（m3.com 編集長）

国際医療福祉大学は3月24日、北島政樹学長（74歳）が任期満了に伴い、この3月末で退任することを公表した。4月からは学校法人国際医療福祉大学副理事長、および名誉学長に就任する。後任の学長には、この3月末で定年退職する、東京大学大学院医

学系研究科放射線医学講座教授の大友邦氏（61歳）が就任する。同大は、千葉県成田市で2017年4月の医学部新設を目指しており、大友氏が同大学理事長、総長らとともにその責任を担う。

大友氏は、1979年東大医学部卒。米国ワシントン州立大学、ピッツバーグ大学などの留学を経て、1998年東大放射線医学講座教授に就任。消化器領域を中心としたCT、MRIによる画像診断とInterventional Radiology (IVR)などが専門。日本医学放射線学会理事長を5年間務めたほか、第71回、第74回日本医学放射線学会総会会長などを歴任。

北島氏は、慶應義塾大学外科教授を2007年3月に定年退職後、同年4月に国際医療福祉大学三田病院の院長に就任（[『私の医歴書◆北島政樹・慶應義塾大学名誉教授』](#)を参照）。その後、2009年7月から計6年9カ月学長を務めた。

北島氏は、同大の[ホームページ](#)で退任のあいさつを記し、「本学の教育の最大の特長は、チーム医療・チームケアの実践を学ぶ関連職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）であり、これに力を注いだ」と、学長時代を振り返った。医学部新設については、「『新しいものをやろう』と考えるのではなく、『未来を見据えてやっていく』ことが、私のマインド。成田キャンパスは未来を見据えた新たな試み。医学部を新設すると言っても、既存の医学部と同じではなく、国際的な全く新しい世界レベルの医学部を作る」と期待を込めている。

医療維新

「2016年、かかりつけ医を推進」 - 横倉日医会長に聞く◆Vol.1

2015年は医療費抑制圧力への抗戦に苦心

インタビュー 2016年1月5日 聞き手・まとめ：橋本佳子（m3.com 編集長）、高橋直純（m3.com 編集部）

4月から地域医療構想の策定が始まり、2016年度診療報酬の改定率決定やTPPへの日本の参加が決定するなど、日本の医療体制に大きな影響を与える出来事が続いた2015

年。医師、医療者の先頭に立って、医療界の声を主張してきた日本医師会の横倉義武会長に2015年を振り返っていただきつつ、2016年、そして将来の医療に対する展望を語ってもらった（2015年12月10日にインタビュー。計2回の掲載）。

——2015年を振り返って、大変だったことは何でしょうか。



日本医師会の横倉義武会長

一年中大変だったが、その中でも一番は経済と医療の接点でのやりとり。経済財政諮問会議の「骨太の方針2015」や、財務省の財政制度等審議会の建議など、医療費の削減を求めるさまざまな提案がなされた。

我々が一番願っているのは公的医療保険による国民皆保険の維持。それに反するものが出ないようにするための事前折衝が一番大変だった。幸いにして、まあまあのところ落ち着いた。

もう一つはTPP。これも我が国の国民皆保険体制を壊す可能性があり、安倍政権がスタート時から問題提起し続けた。甘利大臣が最後のTPP交渉に行かれる前にもお会いし、公的医療保険への関与がないようお願いし、実際にそのようになった。

——政府が6月にまとめた「経済・財政再生計画」は社会保障関係費の伸びを3年間で1兆5000億円以内に抑えるという目標を掲げ、診療報酬改定に当たっては、財務省サイドも2016年度は5000億円以下にするよう強く求めていました。

初めはもっと厳しい数字が出ており、交渉してあの数字に落ち着いた。1兆5000億円は過去の3年間の実績を基にしているが、色々な制度改正が行われた中での数値。2016年度からの3年間も制度変更がある時に考えるべきであって、初年度から5000億円にこだわる必要はないと主張してきた。

ただ難しいのは、国民皆保険を守るには経済成長が必要ということ。経済成長していれば、皆保険が壊れることはない。バランスを取った提言が求められる。

——2016年の医療界は、どのような年になるでしょうか。

まず日本医師会としてはかかりつけ医の定着を進めたい。政府もようやく色々な文章にかかりつけ医という言葉を使うようになり、国民にも浸透してきた。2013年には、かかりつけ医の定義を明らかにするため、日医と四病院団体協議会が出した「医療提供体制のあり方」で一定の考えを示した。さらに、日医では2015年にかかりつけ医研修カリキュラムを作り上げた（『[2016年度からかかりつけ医研修、日医](#)』を参照）。研修の実施主体は都道府県医師会とし、2016年4月からスタートするので、かかりつけ医を希望する医師はぜひ受けてほしい。

——かかりつけ医に求められる機能を、会長はどのように定義しますか。

第一義的には、相談機能があると思う。患者が健康に不安を持ったり、医療や介護を必要したりした時にサポートしてくれる医師がかかりつけ医だと思う。日医総研が2014年に行った調査では、かかりつけ医に対して、「専門医や病院への紹介」「病気予防」などへの期待が高く、75歳以上では在宅医療や介護サービスへの橋渡しを求める割合が高い。看取りを含む終末期医療も5割近くが希望している。

一方で、イギリスやドイツのように、かかりつけ医を制度化すべきではないと考える。あくまで患者と医師の関係の中で選ばれるべきだ。

——日医のかかりつけ医と、日本専門医機構が認定する専門医としての総合診療医とはどこが違うのでしょうか。

専門医はあくまで学術的にオーソライズされるもの。医療提供体制の中での位置付けは、日医のかかりつけ医であるべきだと思う。かかりつけ医認定制度の推進は医師会にとって2016年度の大きな事業になる。

——「かかりつけ医」以外では、2016年はどのようなことを推進していきますか。

2016年は「地域包括ケアシステム」にもしっかりと対応したい。医療と介護の接点であり、その翌年の2017年は医療と介護の同時改定となる2018年度改定の話し合いがスタートする。地域包括ケアは介護福祉の世界の話という受け取られ方もあり、介護業界の

人たちも医師会の関与に抵抗があったように思う。ただ、最初に地域包括ケアシステムという言葉を使ったのは、公立みつぎ総合病院（広島県）の山口昇先生であったように医師の関与は不可欠。地域の医師会には地域の連携会議に参加するようにお願いしている。

2000年度に介護保険がスタートした時には、医師の関与についての講習会をかなり開いたが、医師会としても改めてやらなくてはいけないと考えている。

——2015年は地域医療構想の都道府県での策定がスタートとした年でもあります。あるべき姿は見えてきたでしょうか。

まだまだ見えてきていない。医療機能と病床数の把握が十分にできていないことも原因の一つだが、そもそも地域医療構想も社会計画の一種で、大きな方向性を示すもの。医療はいきなり変わるものではない。

内閣官房の医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会が2015年6月に2025年時点での病床数予測を現在より15万-20万床減らすと公表し、現場は混乱を来した。構想の策定はボトムアップの形を取るべきと言うのが私の当初からの主張で、厚生労働省も了解している。人口が減れば、いずれにせよ病床稼働率が落ちて、自然に収斂されていくだろう。行政が数値目標を作って「えいや」とやると混乱が起きる。そうならないように、行政と交渉しているところだ。

日本医師会・横倉義武会長新春インタビュー

- 「2016年、かかりつけ医を推進」 - 横倉日医会長に聞く ◆Vol.1
- 最後に残る医師の役割、「責任取ること」 - 横倉義武日医会長に聞く ◆Vol.2