

### 徳島の心療内科が倒産、負債総額約1億7000万円

m3 2016年8月16日 東京商工リサーチ

医療法人弘子会（徳島市八万町内浜、設立1995年3月16日、資産総額3693万9249円、橋本弘子理事長）は7月27日、徳島地裁より破産開始決定を受けた。破産管財人には野々木靖人弁護士（大道晋法律事務所）が選任された。負債総額は約1億7000万円。

1995年、橋本和典氏が「はしもと和クリニック」として開業した診療所であり、主に心療内科を手掛け、患者の心のケアに努めて1億円台の営業収益を確保していた。しかし、橋本和典理事長が患者との間でトラブルを抱えることとなり、2011年8月、妻の橋本弘子氏が理事長に就任し「弘子メンタルクリニック」として再出発したが、営業収益は1億円を下回る状況に陥った。

このような中、2014年3月、橋本和典氏と橋本弘子氏との間での個人的なトラブルがマスコミによって大きく報道され、加えて2015年8月26日には橋本弘子理事長が覚せい剤所持の疑いで逮捕されるなど対外的信用は失墜、玄関に閉院案内を掲示して事業を停止する中で、今回の事態に至った。

### G P Sで看護師の居場所把握へ 伊勢日赤と鳥羽商船、愛知県立大 アプリ共同開発 m

3 2016年8月17日 伊勢新聞

災害時に訪問看護などで病院の外へ出ている職員の居場所を把握しようと、鳥羽商船高専と伊勢赤十字病院、愛知県立大学看護学部がスマートフォンの衛星利用測位システム（G P S）を活用した位置情報アプリの共同研究に取り組んでいる。スマホなどの端末を職員が持ち歩き、病院内のパソコンに居場所と移動経路が表示される仕組み。同病院は近く訪問看護で試験的に取り入れる。

スマホを持つ個人が現在地を知るアプリはあるが、病院として職員全員の位置情報を把握しなければ安否確認が取れないなど課題があった。アプリの開発は、伊勢志摩で地域防災研究をしている同大看護学部の清水宣明教授（コミュニティケアシステム）が、鳥羽商船高専の江崎修央教授（情報科学）に依頼し始まった。電話回線が途絶えてもG P Sの位置情報は使える可能性が高い。

両氏の研究に伊勢日赤が興味を持ち、十六日には同病院で第一回会合が持たれた。伊勢日赤の訪問看護は看護師十人体制で伊勢市と度会郡四町を基本としているが、大台町や鳥羽市まで出向くこともある。南伊勢町の患者宅へは往復約百キロもかかるため、災害などの非常時に院外へ出ている看護師らの居場所を把握することが困難となっていた。アプリは、G P Sの位置情報をインターネットの情報共有サービス「クラウド」に上げ、パソコン上で職員の位置と移動経路を把握。利用には職員がクラウドに登録しなければならない。

江崎教授は「患者の容体が急変した際、最も近くにいる医師や看護師を特定し、向かわせることにも応用できる」と話す。同病院の青木悦子看護副部長は「使い勝手を確認

し、実用化につなげたい」と意欲を示す。認知症老人の徘徊（はいかい）防止にも活用できないか検討する。

### 医師の7割、「医療施設の集約化」支持◆Vol.11

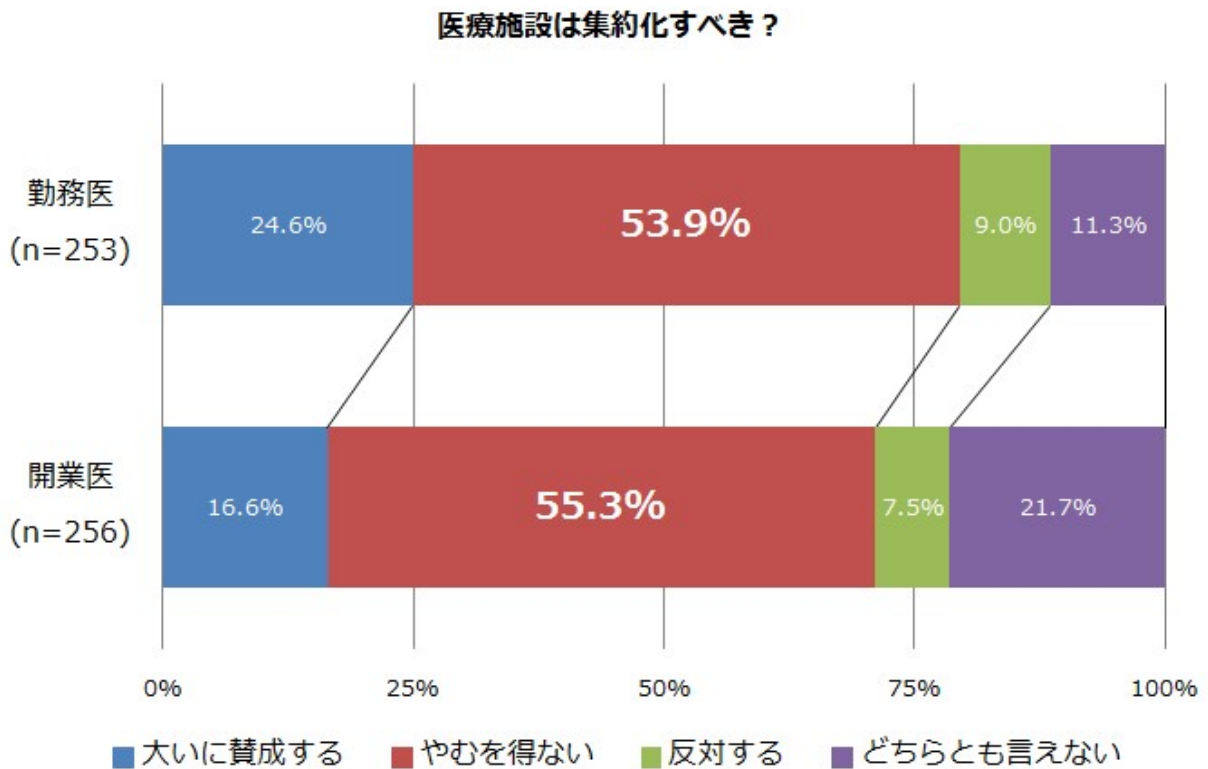
人口減少で「やむを得ない」が過半数 シリーズ：[どうなる？「日本の未来の医療」](#)

医療維新 2016年8月16日 m3.com 編集部

2008年ごろから、日本は人口減少社会に突入した。2016年5月現在の総人口（概算）は1億2696万人だが、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計では、総人口は2030年には1億1662万人、2060年には8674万人にまで減少すると見込まれている。人口減少に伴い、医療需要の減少も確実だ。地域によっては既に高齢者人口の減少も始まっており、日本全体でも、団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年に医療需要が最大化した後の医療需要について、国や都道府県が地域医療構想で検討している。将来的に、大幅な病床数の削減を目指す都道府県も出てきた。

医療従事者不足や待遇改善、専門医の養成の視点からも、医療施設の集約化が必要との指摘が出ている（『[外科の待遇改善、「医師と施設の集約化必要」](#)』などを参照）。医師509人（勤務医253人、開業医256人）に、医療施設の集約化の是非を尋ねた（調査の詳細は『[高齢者の保険診療に制限、過半数の医師が支持◆Vol.1](#)』を参照）。

Q. 高齢者人口の増加とともに増え続ける医療需要ですが、将来的には人口減少とともに需要の減少が見込まれています。医療従事者の不足などの観点も踏まえ、人口減少に備えて医療施設の集約化が必要との指摘があります。医療施設の集約化に賛成しますか。



勤務医、開業医のいずれも、「やむを得ない」が過半数を占めた。「大いに賛成する」は勤務医の24.6%、開業医の16.6%で、「やむを得ない」と合わせると、勤務医の78.5%、開業医の71.9%が「医療施設の集約化」を支持するという結果になった。「反対する」は勤務医の9.0%、開業医の7.5%が選択し、勤務医の方が多かった。ただし、開業医の21.7%は「どちらとも言えない」を選んでおり、「集約化やむなし」の声が強いものの、実際にどのように集約化を進められるのか、その方法によっては反対意見も強まりそうだ。

### 胃の手術でガーゼ置き忘れ 和歌山の病院、確認ミスも

m3 2016年8月19日 共同通信社

国立病院機構南和歌山医療センター（和歌山県田辺市）で1月、胃の手術をした60代の男性患者の腹部にガーゼ1枚を置き忘れるミスがあったことが18日、同センターへの取材などで分かった。看護師ら手術担当者が院内の規則に反し、ガーゼの枚数確認を怠っていた。5日後に摘出手術をし男性に体調悪化などの異変はなかった。

同センターなどによると、男性は1月27日、胃を全摘出する腹腔（ふくくう）鏡手術を受けた。5日後の2月1日、経過を調べるためのエックス線検査の際、臓器が傷つかないよう腹部に入れた縦約30センチ、横約15センチのガーゼが残っているのが見つかった。センターはその日のうちに摘出した。

看護師や医師が、手術部位を縫う前にガーゼの枚数を数え間違えた上、センターの規則で定められている縫合後と手術終了時の枚数チェックをしていなかった。

体内にガーゼを何枚入れたのかを記録するチェック用紙への記載もしていなかったという。

センターはミスを認めて男性側に謝罪。中井国雄院長は「ルールの徹底と同様の事例が起こらないよう周知や対策をしている」とコメントを出した。

### 「大学主導に逆戻り、医師の偏在に拍車」 新専門医制度、「1年延期」、支持する？

#### 【自由意見◆Vol.2】

医療維新 2016年8月15日橋本佳子（m3.com編集長）

Q 専門医取得をめぐるご自身の悩みや不安、さらには新専門医制度への意見、提言などがありましたら、ご自由にお書きください。

◆m3.com 意識調査「新専門医制度、「1年延期」、支持する？」の結果はこちら ⇒ [新専門医制度の「1年延期」は半数が支持、「移行の必要なし」も半数](#)

#### 【専門医制と医師の偏在、どう考える？】

・地域医療の保持と専門医制度は本来無関係。地域医療に関しては別の対策を立てるべき。【勤務医】

・最も大事なことは専攻医を教育することであって、偏在解消などそれ以外のものを教育より重視する考えが間違い。【勤務医】

・専門医研修の認定施設の間口が狭くなり、もしくは数が集約されることによって減り、希望する施設に行けないだけでなく、希望する診療科にすら行けないのではないかと不安に思っている研修医たちが多い。システムのこれを解消できるのか？【勤務医】

・大学病院主導への逆戻りで医師の偏在に拍車をかける。専門医の明確な要求水準とそのためプログラムの作成は多くの医療機関にとって容易なことではない。現状の学会主導のお手盛りの専門医性に問題はありますが、一方であれもこれもと理想を押し付けるような臨床プログラムを課すことは、病院の日常臨床機能にマイナスの影響がある。その辺りの現場の実情に合った専門医制度を模索すべきである。【勤務医】

・新専門医制度は医師の偏在を加速する無意味な試みかと思います。大学病院をはじめ、大病院を通過しないと資格が取れないんですから。もっと現場の意見を抽出する必要があったかと思いますね。【勤務医】

・新専門医制度が始まると、地域医療は完全に崩壊します。【勤務医】

・専門医制度に限りませんが、大学病院や都内に権力とマンパワーが偏ることは避けてほしいです。【勤務医】

・十分に中小の病院でも研修ができるようにしないと、地域の病院は消えていく。【勤務医】

・専門医を取得するには大病院（都市部）でないと困難、維持するにも都市部でないと困難。僻地医療とマッチできません。高齢者を僻地から都市部へ移動させた方が効率的と思うくらい・・・。【勤務医】

・地域ごとに専門医の数の枠が限定されるのは、おかしい。全国各地で、専門医として、認めるべき。【開業医】

・女性医師の結婚、妊娠、育児などの時期に重なることへの配慮が不十分。大都市圏で考えられた制度であり、地域医療の事情を十分に認識した案とは言えず、地域の医療崩壊を招く恐れが大きい。【勤務医】

・新専門医制度が成熟したものになれば、診療格差、地域格差が全て解消する。医師の職業選択の自由は医師になれないわけではないので論外。【勤務医】

・地域と診療科の偏在の解消が必要。ある程度強制力が必要だと思います。【勤務医】

#### 【専門医の更新に意見あり】

・旧制度時代に取得した専門医資格を持つ医師が、現在の制度で行われる試験に合格できるかが問題。従来の制度での専門医を持つ医師も再度試験を受けるべきと考える。

#### 【勤務医】

・何歳まで専門医取得を継続すべきなのか悩んでいる。新専門医制度は学会の資金稼ぎではないのか？【勤務医】

・専門医取得の症例集めに追われることが不安。【勤務医】

・新専門医制度は新規に取得する方向ばかりに目が行き、既に取得して今後維持する場合への配慮が足りない。地方の医師、開業医はどんなに意欲が高くても時間的、経済的、環境的にハードルが高すぎる。【開業医】

・専門医を保持し続けられるかどうか不安。今後、家族の介護などで難しくなる場合、猶予期間がほしい。【開業医】

・地方で開業していると講習をなかなか受けに行くことができず、単位取得に不安を感じる。そろそろ並んで待っていると、何のための講習か疑問を覚える。【開業医】

・専門医を継続するのが難しくならないか。当たり前のことを行っているだけでは不十分、 $+ \alpha$  を求められているのが負担である。【開業医】

・いつまで専門医を維持するか思案中です。【開業医】

・さんざんお金を取っておいて、今さら開業医が新専門医制度で更新していきません。試験まで受けて手に入れた資格なのに今まで通りの制度で良いと思います。【開業医】

#### 【カリキュラムに疑問】

・年に1度の学会総会では、専門医制度更新に必要な単位を取得するための講義受講が優先され、観客の少ない演題発表が続き、討論も低調でした。新専門医制度は必要単位が多すぎて、大学勤務医だけ、更新可能な状態です。【勤務医】

・インターネットで各自研鑽したらいいのであって、チャンと演題をネットで見たいと思います。あまりに専門医会で決めすぎです。地方の専門医の方は維持が大変です。それを分かっているのが理解不能です。【開業医】

#### 【各基本領域別、影響は？】

・現在の状況では、専攻医のほとんどがいずれかの診療科の専門医になることを前提にしているが、内科や外科の専門医という専門性に関しては疑問が消えない。総合診療専門医というのは、本来内科専門医に相当する医師があるべき姿であり、内科(外科)のサブスペシャリティ部分が専門医という考え方に相当すると思う。個人的には総合診療専門医というカテゴリーは必要ないと考えている。総合診療専門医を作るのであれば、内科専門医というカテゴリーはなくしてサブスペシャリティの専門医を認めるべきであろう。ただし、このようにすると、総合診療専門医は何をする診療科なのか、よく分からなくなる。診断だけをする診療科なのか？もし、そうであれば、現在の循環器内科などのサブスペシャリティ部分の専門医は診断は行わなくても良くなるのか？専門医制度は、旧来メジャーと呼ばれた診療科に対して、大きな問題を突きつけていると思う。

#### 【勤務医】

・新専門医制度に移行すると専門医取得に時間がかかり過ぎ、内科希望者が減少してしまう懸念が大きい。【勤務医】

・内科専門医のハードルを上げることは医療水準の向上にはつながらない。今回の改訂は、専門学会主導が主流の中での内科学会の復権のためであり、学会同士の政治的な争いにしか見えない。もちろん、地域医療や若手の医師のことを考えているわけではない。【勤務医】

・自分の所属する外科学会は、各論ではなく、どういう大きな未来像を描いているのか、全く分からない。手術は、大きな病院のみに集中させるということだろうか。【勤務医】

・新専門医制度の導入により専門医のレベルが下がることことに学会は全く危機意識を持っていない。臨床の先生方は、たった3年の研修で取得した病理専門医の診断で治療を信頼しますか？私の時代は、5年の研修ののち試験を受け、合格しても病理専門医のスタートラインに立ったにすぎないと思っていましたが。少なくとも私は新専門医制度の病理専門医の診断は全く信用しません。【勤務医】

## テロ対応医療チーム、政府新設へ…東京五輪備え

医療ニュース 2016年8月15日 読売新聞

政府は大規模テロ事件の国内での発生に備え、現場に駆けつけて救命治療にあたる医師らで構成する専門チームを新設する方向で検討に入った。

首相官邸が直接指揮を執ることで、警察などとの連携も強化する。2020年の東京五輪・パラリンピック開催時までには新設したい考えだ。

海外で相次ぐ大規模テロや日本を訪問する外国人観光客の増加などを受けてテロ対策強化は急務となっており、政府は東京五輪本番に向け、事件対応の専門訓練を積んだ医療チームの設置が必要と判断した。

負傷者が多数にのぼるテロ事件では、現場や臨時医療拠点で処置にあたる医師を即時に集め、配置することが必要となる。このため、新・医療チームは首相官邸内の危機管理センターに直結する組織とする方向で調整している。

## 子供が原因不明の手足まひ、8割が症状残る

医療ニュース 2016年8月10日 読売新聞

昨年夏以降、手足に原因不明のまひなどが起きた子どもが相次ぎ、一部の患者から「エンテロウイルスD68」が検出された問題で、日本小児科学会は、まひが表れた患者のうち8割に症状が残ったとする中間報告をまとめた。

中間報告によると、手足のまひが起きた患者のうち、ウイルス性の脊髄炎が原因とみられる54人を分析した。

まひが完全に治ったのは5人のみで、33人は改善が一定程度でとどまり、11人は改善が見られなかった。

手足のまひ以外に、4人に意識障害、11人に手足に感覚障害が起きた。8人は顔面まひやのみ込みの悪さを覚えていた。

45人の画像分析では、全員に脊髄に異常が見られ、このうち20人は脳幹にも異常が確認された。

## 専門医で「診療報酬に差」、勤務医の約半数が支持◆Vol.8

開業医は反対意見が多数派、「責任も相応に」「判断基準に困る」

シリーズ：[どうなる？「日本の未来の医療」](#)

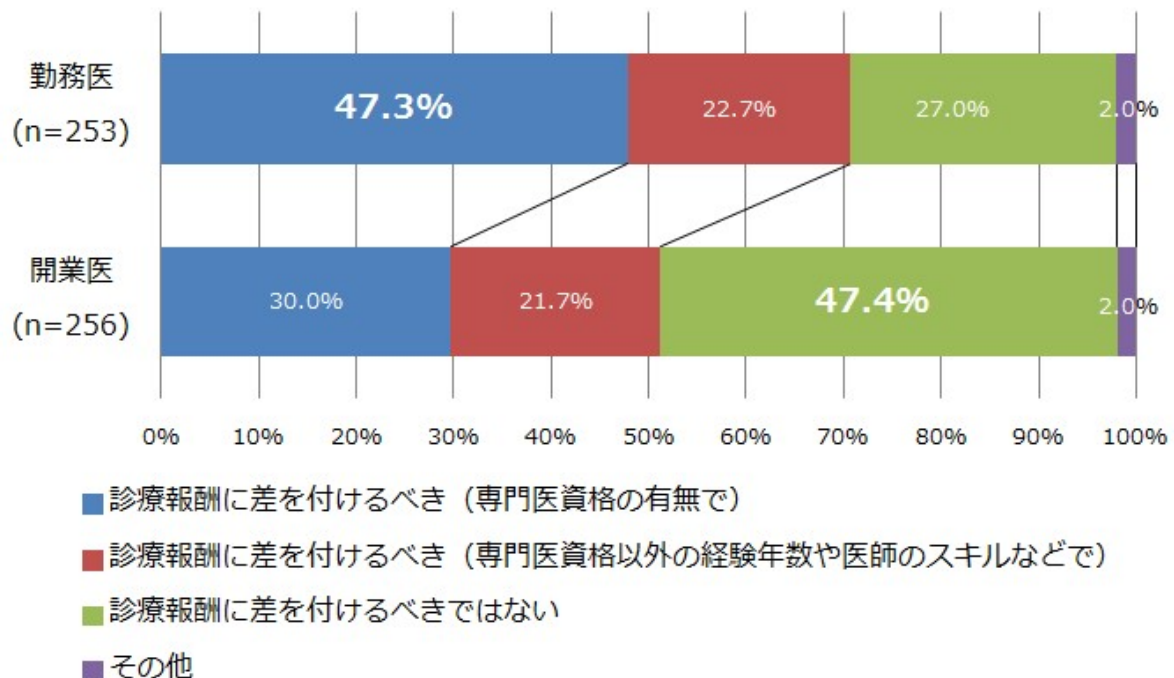
医療維新 2016年8月9日 成相通子（m3.com編集部）

日本外科学会がこの4月に実施した若手を対象にしたアンケートでは、外科専門医資格を取得しても給料や地位が変わらず、メリットが実感できないという厳しい意見が多く挙がった。同時に、7割は「昇給や昇格などのインセンティブを付けるべきだ」と考え、6割強は、地位や待遇が上がるのが保証される制度になるならば、「取得の条件が現状より厳しくなっても良い」との意見に賛同していた（『[外科専門医、取得しても意味ない？高い？](#)』を参照）。

m3.com会員の医師はどう考えるのか。医師509人（勤務医253人、開業医256人）に尋ねた（調査の詳細は『[高齢者の保険診療に制限、過半数の医師が支持◆Vol.1](#)』を参照）。

Q. 専門医の認定要件を厳しくする代わりに、診療報酬上のインセンティブを付けるべきという議論があります。現在、日本の医療制度では同じ診療行為に対して、医師の経験年数などによる診療報酬の差はありません。専門医などの医師の資格や経験年数などによって、診療報酬などに差を付けるべきだと考えですか？

専門医資格で診療報酬に差を付けるべき？



勤務医の47.3%は、専門医資格の有無で「診療報酬に差を付けるべき」と回答。専門医資格以外の経験年齢や医師のスキルなどで差を付けるべきとしたのが22.7%だった。反対に、開業医は47.4%が「診療報酬に差を付けるべきではない」と回答。専門医資格の有無で差を付けるべき、としたのは30.0%にとどまった。全体では、専門医資格の有無もしくは、他のスキルなどで、診療報酬に差を付けるべきとの考え方が勤務医、開業医のいずれも過半数を超えた。差を付ける方法については、経験年齢や医師のスキルのほか、さまざまな意見があるが、専門医資格の有無がある程度の目安になると考えている人が多いようだ。

「その他」で寄せられた意見は下記の通り。

- ・多くを知っている医師ほど、いろいろな気付きがあるので、診療に時間がかかります。人数が診られないので、報酬はかえって少なくなる可能性があります。専門医も名ばかりの人が多く、どれだけ患者が健康を回復しているかなど、関心のない医師もいます。専門医と言っても、診療内容は個人差があるので、簡単に考えては行けないと思う。専門医であっても、他科のことを8割程度は知らない医師として使い物にならない。【60代以上勤務医】

- ・専門医なんて名目だけで何の役にも立っていない。臨床を30年もやっていない大学教授に注射してもらうか？【60代以上開業医】

- ・保険上は差を付けるべきではない。【60代以上開業医】

- ・差を付けるべきだが、判断基準に困る。【60代以上開業医】

- ・ 専門性ばかりを重視するのは考えもの。【50代開業医】
- ・ 個人の資格と病院の規模を併用で。【50代勤務医】
- ・ 専門医資格及び経験年数の両方。【50代勤務医】
- ・ 専門医であれば報酬増で良いと思うが責任も相応に重くすべきと思う。【50代勤務医】

## 新専門医制度、「ドミノ的に全医師に影響」- 邊見公雄・全自病会長に聞く◆Vo1.1 「大きな期待と少しの不安」から「大きな不安」へ

シリーズ：[真価問われる専門医改革](#)

医療維新 インタビュー 2016年8月7日聞き手・まとめ：橋本佳子（m3.com 編集長）

地域医療を担う立場から、新専門医制度の影響を懸念してきた団体の一つが、全国自治体病院協議会。2015年11月18日の時点で、全国自治体病院開設者協議会などの関係団体とともに、新専門医制度について、「医師の診療科偏在や地域偏在が助長されていないか、国が責任を持って検証、対策を講じる」ことなどを盛り込んだ要望書をまとめ、公表していた。

厚生労働省の「専門医養成の在り方に関する専門委員会」の委員でもあり、日本専門医機構の第二期執行部の理事に就任した全自病会長の邊見公雄氏に、会長の立場として、新専門医制度の「1年延期」という判断（[『2017年度の専門医養成の方針、8月上旬までに集約』](#)を参照）をどう受け止めているのかについて、これまでの経緯なども含めてお聞きした（2016年8月4日にインタビュー。計2回の連載）。

——新専門医制度に対する懸念は、いつ頃から強まってきたのでしょうか。



全自病会長の邊見公雄氏

新専門医制度が議論されていた最初の頃は、「大きな期待と少しの不安」という気持ちで見えていました。「大きな期待」があり、新専門医制度により地域医療が良くなると考えていたのは、主に三つの理由からです。

第一は、全国自治体病院協議会としては、総合診療専門医に興味があったこと。全自病の会員には地方の中小病院も多く、そこで頑張っている医師たちに、（臓器別の）専門医と同じ資格を持ってもらいたいと考えていました。

また専門医の中には、脳神経外科のように、口頭試験も行うなど、ハードルが高い専門医がある一方、講演会などに何回か出席し、点数を稼げば取得できる専門医もあります。学会により専門医取得のハードルが違うので、それが是正されると考えたのが、第二の期待。

第三は、（新専門医制度の創設に向けて議論し、2013年4月に報告書をまとめた厚生労働省の）「専門医の在り方に関する検討会」の座長は、高久史磨先生（日本医学学会会長）は、自治医科大学の学長を16年間務めており、地域医療のこともよくご存じで、信頼していたため、より良い制度ができるという期待があったこと。同検討会には、八戸



市立市民病院副院長の今君（今明秀氏）が委員として入り、自治体病院の立場から意見を言ってもらっていました。

一方、「少しの不安」は新しい制度であるため、何が起きるかは分からないというもの。しかし、2015年5月頃から「少しの不安」は「大きな不安」に変わっていきま

した。

——それは何らかのきっかけがあったのでしょうか。

知り合いのある県の臨床整形外科医会会長から、「外科はどう？整形外科の基幹施設は指導医のハードルが高いから、県内で基幹施設になれるのは、大学病院一つしかない」とか、ある県立中央病院長から「2人の外科医が、大学に引き揚げされた。新専門医制度は、（2004年度から必修化された）臨床研修制度よりも、医療現場に悪い影響を及ぼす」と言った声が聞かれるようになったのです。実際に、（日本専門医機構が作成した）専門研修プログラム整備指針を2、3見てみると、現行制度よりも非常にハードルが高まった領域がありました。

さらに自治医科大学で義務年限がある医師たちも、奨学金を返済して「足抜け」し、都会を目指したり、若手医師たちは、初期臨床研修に入る段階から、専門医取得を考えて研修先を選ぶようになるとも考えられます。今は市中病院で初期臨床研修を行う医師が増えていますが、新専門医制度が始まれば、大学病院での研修を希望するようになるなど、ドミノ的に全ての年齢層の医師に影響が及ぶことになるでしょう。

新専門医制度の制度設計が具体化するにつれ、懸念が強まってきたことから、全自病では昨年11月の常務理事会で集中討議し、新専門医制度の見直しを求める要望書をまとめるとともに、外からいくら言ってもなかなか変わらないことから、まず日本専門医機構の社員になって内部から機構を変えようと思い、社員入会の申し込みをしたのです。そもそも私どもの協議会は、これまで18の基本領域では専攻医の20数%、サブスペシヤリティを入れると30数%の研修実績があり、恐らく我が国で一番の専門医養成施設群です。もっとも、この申し込みは、「なしのつぶて」でした。

——そもそもなぜハードルが高くなったとお考えですか。

「専門医療」ではなく、「専門医学」の立場で、医療の現場から遊離した制度設計を行ったことが、ボタンをかけ違った最大の理由でしょう。

ここ数年、地域医療の崩壊とその充実が叫ばれ、医学部入学定員も「地域枠」を中心に大幅に増えました。一方で、大学については、最近、医師の“大学離れ”もあり、論文の数や質が落ちてしまった。「大学がその地位を挽回するために、新専門医制度を作ったのでは」と見る人もいます。

「専門医学」では、例えば、整形外科では、肩、手、腰、股関節、足、スポーツ整形、小児整形などと、非常に専門を細分化して考えます。私は極端に言えば、整形外科は、基本領域なのだから、その指導医は「上半身と下半身の2人でいい」と思う。

その上、新専門医制度の専門研修プログラムは、今は大学病院などの基幹施設が上にあり、連携施設がその下にあるという「親分、子分」の関係になっていることが多い。しかし、そうではなく、両者は同格であり、基幹施設が真ん中に、その周囲にハブのように連携施設があり、連携施設で研修できない部分を基幹施設で学ぶという体制で進める必要があると考えています。

いろいろ働きかけをしても、埒が明かなかったことから、私は2015年12月の厚生労働省社会保障審議会医療部会で、「本部会は、医師の需給や偏在をはじめ、医療全般に関する“親会”として、さまざまなことを議論すべき」と発言、日医の釜菴先生（常任理事の釜菴敏氏）がすぐ賛成して、新専門医制度のことを取り上げるべきと提案しました。

### 【掲載スケジュール】

- [Vol.1 新専門医制度、「ドミノ的に全医師に影響」](#)
- [Vol.2 「1年延期、正直ほっとしている」](#)

## がん新薬、腎臓に適用拡大 高額のおプジーボ

医療ニュース 2016年8月5日共同通信社

免疫の働きを利用した新しい仕組みのがん治療薬「おプジーボ」（一般名ニボルマブ）を、腎臓のがんの治療に使うことを5日、厚生労働省の部会が了承した。約1カ月後に正式承認され、保険適用が認められる。

おプジーボは、優れた効果が期待されるが、極めて高額な新薬。現在、皮膚がんの一種の悪性黒色腫と非小細胞肺癌が保険適用となっている。

新たに認められるのは、手術不能か転移性の腎細胞がんで、年間4500人程度が対象になる見込み。開発元の小野薬品工業（大阪市中央区）は、血液や頭頸部（けいぶ）のがんへも適用するよう申請している。

おプジーボは、肺癌患者が1年間使うと3500万円かかると試算され、保険財政への影響が懸念されている。薬価を定める中央社会保険医療協議会（中医協）で、価格設定の新たなルール作りを議論している。

## 医師の7割以上は「かかりつけ医なし」◆Vol.4

### かかりつけ医の基準は「人柄、信頼できるか」

シリーズ：[どうなる？「日本の未来の医療」](#)

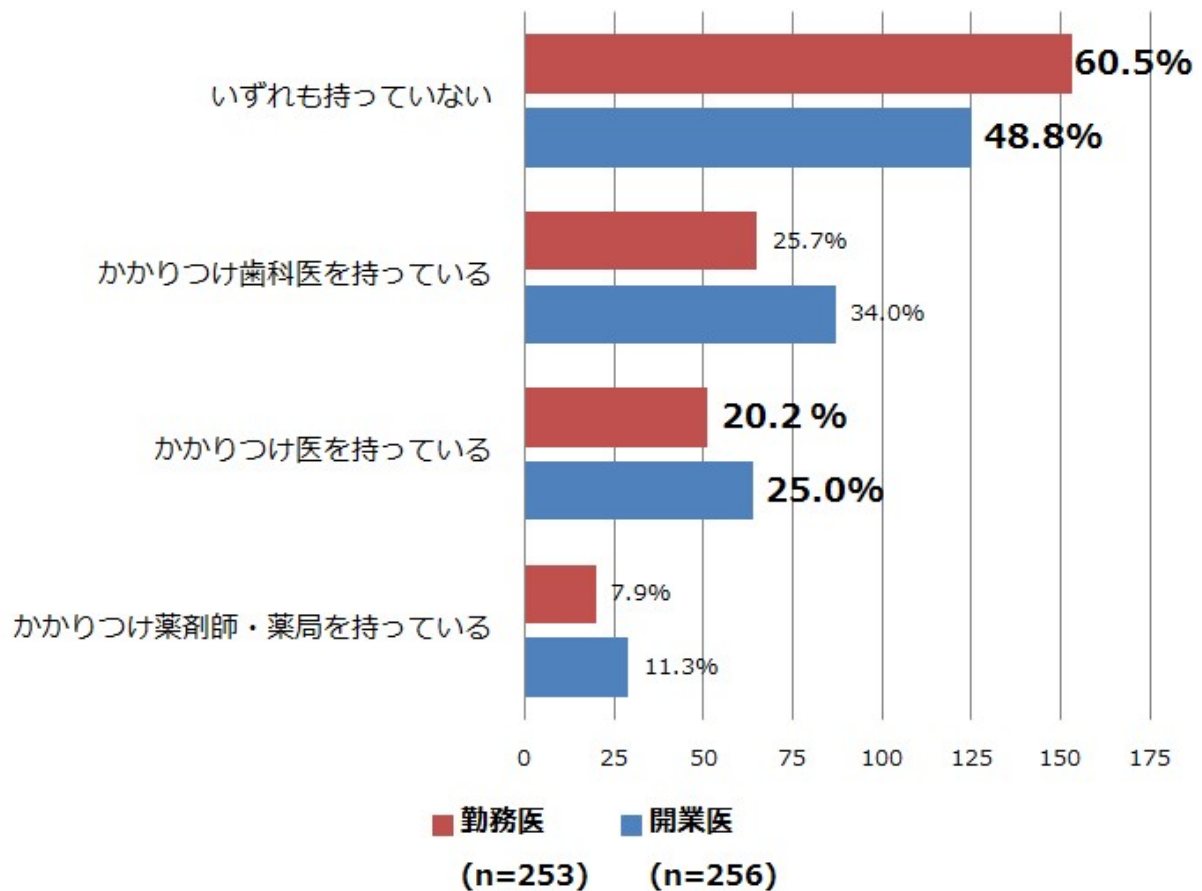
医療維新 2016年8月5日 成相通子（m3.com編集部）

政府は、軽症患者の大病院受診を抑制し、地域の病院や診療所への受診を促すため、「かかりつけ医」制度の普及に取り組んでいる。2016年度改定では、かかりつけ医のほかに、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局も診療報酬で評価され、医療機関からの積極的な取り組みが期待される。一方で、診療報酬上の「かかりつけ」になると患者の窓口負担も増えることから、一部では敬遠する動きもみられている。

医師509人（勤務医253人、開業医256人）に、かかりつけ医の有無とその選ぶ基準を尋ねた（調査の詳細は[『高齢者の保険診療に制限、過半数の医師が支持◆Vol.1』](#)を参照）。

Q. 先生ご自身は、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局、かかりつけ歯科医はお持ちですか？該当する選択肢をお選びください。（複数選択）

### かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局、かかりつけ歯科医は？



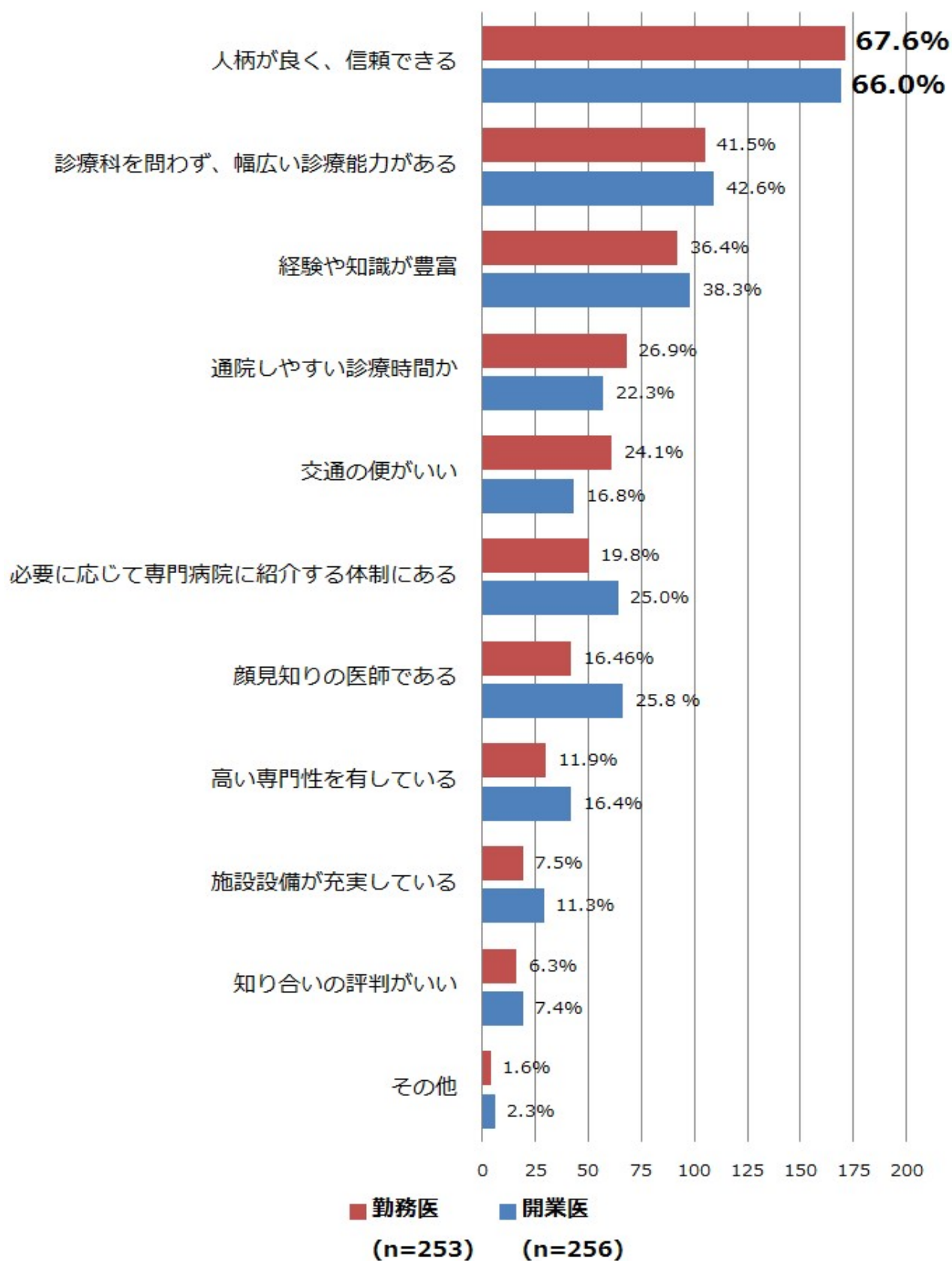
かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局、かかりつけ歯科医を持っているかを聞いたところ、勤務医の60.5%、開業医の48.8%が持っていないと回答した。持っているとの回答で、一番多かったのは「かかりつけ歯科医」で勤務医の25.7%、開業医の34.0%が選んだ。「かかりつけ医」については、持っていると回答したのは、勤務医の20.2%、開業医の25.0%で、全体では7割以上が持っていないという結果に。「かかりつけ薬剤師・薬局」にいたっては、1割前後しか持っていなかった。

「かかりつけ医」を選ぶ基準を尋ねたところ、最も多かったのは「人柄がよく、信頼できるか」で、勤務医の67.6%開業医の66.0%が選んだ。次に多かったのは、「診療科を問わず、幅広い診療能力を持っているか」で勤務医の41.5%、開業医の42.6%が選択した。高い専門性や診療能力も重要だが、「かかりつけ医」とするには、人柄と信頼できるか否かが重要な条件になるようだ。

「その他」では、「歯科医は働いていた病院に近かったから、以降20年通っている。かかりつけ医は、入院し手術後フォロー受けているから」「患者の気持ちを尊重する医師」「病状の評価は決して簡単ではありません。正しい可能性を評価できる医師が何人いるか、それが問題ではないでしょうか」「必要なし」「自分が診るので不要」などの意見が寄せられた。

Q. ご自身が「かかりつけ医」を選ぶのはどのような基準でしょうか。（複数選択）

ご自身の「かかりつけ医」を選ぶ基準（複数選択）



## 日本医師会、週刊誌の医療報道に懸念 かかりつけ医への相談を呼び掛ける

医療維新 2016年8月3日高橋直純 (m3.com 編集部)

日本医師会常任理事の道永麻里氏は8月3日の定例記者会見で、週刊誌などを中心に近頃、医薬品や手術を否定する記事が多く出ている状況について、「一部の限られた側面だけを論じ、医療への適切なアクセスを阻害することになる」と懸念を示した。また、医薬品について不安がある時は、かかりつけ医に相談してほしいと呼び掛けた。

具体的にどのメディアの記事が問題かという質問に対して、横倉義武会長は、「(名指しすると)日医が対決する形になることで、記事が先鋭化する心配がある。今回は国民の皆さまに、不安を覚えている時はかかりつけ医、処方してくれる先生に相談してほしいというメッセージ」と答えた。

また、手術不信へのきっかけとなった、腹腔鏡手術で死亡事例が続いた群馬大学医学部附属病院について、横倉会長は「私も外科医であり、連続した事故は起きてはならないと思う。手術で亡くなる人はあるが、デスカンファレンスで徹底的に議論していた。そのような努力を繰り返してきた中で、日本の安全な医療がある。群大では、そういう姿勢が十分ではなかったと思う」と指摘した。

### 「適格性疑われる医師のチェック機構、働かず」

群大病院の改革委員会、「最終提言」を公表 シリーズ: [群馬大学腹腔鏡死亡事故](#)

医療維新 2016年8月2日 橋本佳子 (m3.com 編集長)

「ガバナンスの不備があったところに、適格性が疑われる医師が存在した。ガバナンス不備のために、普通は働くはずのチェック機構が働かず、極めて俗人的な運営が行われていた」

群馬大学は8月2日、都内で記者会見を開き、同大医学部附属病院改革委員会の最終提言を公表、その席上、同委員会委員長を務めた木村孟氏(大学評価・学位授与機構顧問、元東京工業大学学長)はこう述べ、腹腔鏡下および開腹の肝切除術で死亡事故が相次いだ事故の背景には、群大病院のガバナンスの不備があったことを問題視した。



最終提言を、群馬大学学長の平塚浩士氏(左)に渡す、木村孟氏(右)。

「患者中心の医療がなされていなかったことが、医療事故が相次いだ根底にある。その一番の理由は、病院としての組織体制がほとんどできていなかったこと」と木村氏は問題視し、第一外科と第二外科というナンバー外科の二つの組織が独立に運営されていた点に最もよく現れているとした。「同じ(消化器系の)医療をやっていたにもかかわらず、相互のコミュニケーションがなかった」(木村氏)。木村氏は、病院長や診療科長、さらに学長も含めて、「幹部のリーダーシップが欠けていた」とも指摘。

木村氏は、群大全体の中での医学部の位置付けにも触れ、他の学部比べて、医学部は歴史が長く、職員数も多いことから、「突出していた」と評し、「医学部の場合は、ヒエラルキーが徹底して存在していた。はっきり言えば、教授が大変偉い」（木村氏）といった構図が、病院および大学としてのガバナンスが働きにくい背景にあったと説明。

最終提言では、こうした事故の「背景と課題」に続き、「改善に向けて」として、第一、第二外科の診療体制を統合し、医学系研究科もそれに併せて再編するほか、病院のガバナンス強化などを挙げている。

「病院組織としてのシステムを改革しなければいけない。システムの弱さが、情報のやり取りなどの場面で、問題が生じていた」と木村氏は述べ、組織にヒエラルキーがあり、看護師が教授に情報を上げる際などにも困難さがあったと指摘。一連の医療事故では、術後に死亡例が相次いだという事実が、病院の安全管理部門などに伝わらなかったことが問題視されている。「重要なのは、人事システムの改善。他の分野では極めてオープンなシステムになっている。どうしても、大学には利権構造がある。公明正大な選考システムがないといけない」（木村氏）。

結論として、木村氏は、「旧風土からの脱却が最も必要」と強調し、病院の組織改革の必要性を指摘した。最終提言では、「現存する体制の見直しと、これまでの改善策の成果を評価し、病院システム全体の徹底的な効率化を図るべき」などと指摘し、改善に向けた取り組みの進捗状況を病院コンプライアンス委員会によって定期的に精査し、速やかに社会に公表することを求めている。

木村氏は、自身がエンジニアとして、その分野の事故調査に関わってきた経験を踏まえ、次のように医療安全に取り組む病院の組織文化が重要であるとした。「言えることは、事故は、一つの原因では絶対に起きない。必ず3、4の背景、ミスがあって起きる。適格性を欠く医師がいただけでは、この事故が起きない。この医師がたまたまいた環境がそうした環境だった」。

#### ナンバー外科の統合、「形式的な改革に終わらないように」

群大医学部附属病院改革委員会は2015年5月に第1回委員会を開催、10月26日に中間まとめを行った（『[「医療者の適格性疑う医師が原因」群大病院改革委](#)』を参照）。並行して、外部委員から成る「医療事故調査委員会」が事故原因や再発防止策を検討していたことから、齟齬がないようにするため、「医療事故調査委員会」がほぼ固まった段階で、修正すべき点の有無を精査し、最終提言「群馬大学医学部附属病院における医療の質保証体制の今後の改善に向けて」をまとめた。「医療事故調査委員会」は7月30日に報告書を公表（『[「死亡事故の背景、「手術数の限界を超え、悪循環」](#)』を参照）。2日は続いて群大も会見し、関係者の処分を発表した（『[群大、執刀医と教授を解雇処分](#)』を参照）。

最終提言の内容は、中間まとめと基本的な内容はほぼ同じ。群大病院では、2015年4月から、第一、第二外科を統合した「外科診療センター」を設置、2017年4月から医学系研究科も、外科学講座として一本化し、講座内に診療科の専門分野に対応する教育研究分野が置かれる予定であることから、「この体制の変更が形式的な改革に終わることがないように特段の注意が必要」と追記。

そのほか、「病院のガバナンス強化」として、「喫緊の課題であり、厳格な選考に基づく病院長の任命や病院長が実質的な人事権を持ち行使することが可能な制度の改正が必要」なども最終提言で加えている。



群馬大学医学部附属病院改革委員会の委員長を務めた木村孟氏。

### 「適格性を欠く医師」の認識は変わらず

最終提言では、「今回の重大事案は、肝胆膵部署における体制的欠如と、医療に従事する者としての適格性を疑わざるを得ない医師が、この体制の主要な構成員であったことによって起こったものを思われる」と記述。

「この認識は変わらないのか」との問いに、木村氏は、「医療事故調査委員会」の報告書では、「人を責めてもシステムは良くならない」としている点を踏まえ、「システムは改革しなければならないが、その原因となったのはやはり“人”であり、その点はやはり記載している」と答えた。同委員会の調査については、「ドラフトの段階で見せてもらったが、短期間にあれだけの調査をやった委員会は、あまり例がないのではないか。私は高く評価する」が木村氏の認識。

群大病院が改革を続けるための課題として、木村氏が挙げたのは、「人」と「金」。2004年度の国立大学法人化以降、運営費交付金は毎年減額されている現状を踏まえ、次のように答えた。「財政的に非常に大変で、人を増やしたくても増やせないなど、医学部の場合は、工学部などとは異なり、まともに影響する。非常に難しい問題だが、学長が重要性の程度を判断して、運営費交付金を（重点的に）手渡すくらいしかできない。大学病院は地域の基幹病院であり、それを抱える大学としては、相当覚悟してやってもらわなければいけないのではないか」。

## 群大、執刀医と教授を解雇処分（8月4日追記） シリーズ：[群馬大学腹腔鏡死亡事故](#) 事故調、病院改革委の提言を受け、改革状況を報告

医療維新 2016年8月2日 高橋直純（m3.com編集部）

群馬大学医学部附属病院で同じ執刀医の腹腔鏡手術や開腹手術を受けた患者が相次いで術後に亡くなっていた問題で、群馬大学は8月2日に改革状況について会見を開き、7月29日付けで、旧第二外科の元助教の執刀医（2015年3月末に退職）を懲戒解雇相当、旧第二外科教授の竹吉泉氏を諭旨解雇の懲戒処分にしたことを公表した。前病院長らを2人を減給相当、前副病院長、旧第一外科の教授など病院の管理職ら5人を嚴重注意などの処分とした。

群大の平塚浩士氏は解雇処分の理由について、執刀医は（1）医師法に触れる可能性があるほど診療録の記載が不十分だった、（2）術後の患者への説明が不十分だった、（3）腹腔鏡手術の導入、導入後の対応が不十分だった、（4）腹腔鏡下肝切除術の学術

論文に不適切な記載があった、(5) 大学の名誉、信用を失墜させた、(6) 死亡事例が続いた際に、医師として適切な対応をとれなかった——と説明。

教授については、(1) 執刀医への指導が不十分だった、(2) カンファレンスを適切に開催していなかった、(3) 腹腔鏡下肝切除術に関する論文の不適切な記載があった、(4) 大学の名誉、信用を失墜させた、(5) 死亡事例が続いた際に、管理職として適切な対応をとれなかった——と説明した。

教授の処分が、執刀医よりも処分が軽い理由について、平塚学長は、「解雇なので処分としては、重いと思っている」とし、カルテ記載をするよう執刀医にアドバイスした、腹腔鏡下手術導入時に十分な準備をするよう指示していることなどを挙げた。群大医学部付属病院長の田村遵一氏は、カルテを記載するよう指導されても記載が不十分で、手術の適応などは執刀医本人が決めていたとし、執刀医と旧教授のいずれにも責任があるとしたものの、「管理ができなかった人間に比べて、実際に執刀した人間の方が責任は重い」と指摘した。

### 2016年8月4日追記

退職金については、執刀医には払われておらず、診療科長は7割が支払われる。旧第一外科の教授を文書による厳重注意としたのは「本来なら協力すべき立場だった」とした。

また、2012年8月に掲載された元教授や執刀医の腹腔鏡手術に関する論文に関連し、実際より良い成績で報告されている点について、元教授は「合併症については考えていなかった。1例は数え間違えた。故意に数を間違えたわけではない」と説明しているという。平塚氏は「論文不正であれば重大だが、本人は不正ではないと言っている。撤回されていることもあり、これ以上の追及はしない」と述べた。

### 処分の状況

旧第二外科の元助教（執刀医） 2015年3月末退職

懲戒解雇相当

旧第二外科教授・元診療科長 【教授】

諭旨解雇

前副病院長（2011年4月—2015年3月） 【教授】

厳重注意（文書）

元医療安全管理部長（2010年4月—2011年3月） 【教授】

厳重注意（文書）

元医療安全管理部長（2011年4月—2014年3月） 【教授】

厳重注意（文書）

旧第一外科教授・元診療科長 【教授】

厳重注意（文書）

旧第二外科元助教 2016年3月末退職

注意（口頭）相当



元理事（病院担当 2007 年 4 月—2011 年 3 月）、元医学部附属病院長 【教授】

減給相当

自主返納：役員本級月額の 10 分の 1 相当額の 3 カ月に相当する額

前理事（病院担当 2011 年 4 月—2015 年 3 月）、前医学部附属病院長 【教授】

減給相当

自主返納：役員本級月額の 10 分の 1 相当額の 3 カ月に相当する額

前学長（2009 年 4 月—2015 年 3 月）

自主返納：役員本級月額の 10 分の 1 相当額の 5 カ月に相当する額



## 群大、内科と外科「大講座制へ」

収益重視で手術数増加という指摘には反論 シリーズ：[群馬大学腹腔鏡死亡事故](#)

医療維新 2016 年 8 月 3 日高橋直純（m3.com 編集部）

群馬大学医学部附属病院で同じ執刀医の腹腔鏡手術や開腹手術を受けた患者が相次いで術後に亡くなっていた問題で、群馬大学は 8 月 2 日に改革状況について都内で会見を開き、学長の平塚浩士氏と病院長の田村遵一氏は、医学系研究科の教育研究組織（医学部講座）の再編では、内科と外科では大講座制に再編すると説明した。また、遺族が要望している旧第二外科の執刀医と元診療科長の説明の機会について、大学として引き続き要請していくと約束した。一方で、収益重視のために手術数を増やしていったという指摘に対しては反論した。平塚学長は「県内医療の『最後の砦』としての信頼を回復し、地域の皆さまの医療と健康に貢献できるよう、一丸となって改革に取り組んでいく」と誓った。

### 「恐れ意識が足りていなかった」

事故調や改革委の提言を受けて、一連の問題が起きた要因について平塚学長は「大学の責任は重いと思ったのが正直なところ。全体のガバナンスがなかった。そのために病院長の権限を強くする。医療人の意識改革が必要だが、簡単なことではなく、なかなか直らないと思う。時間をかけて行く必要がある」、田村氏は「命を軽く見ているつもりはないが、慎重さや恐れ意識が群馬大学は私も含めて足りないのではと思う。大学は診療科の集まりという面がある。それでは問題ということで各大学は改革に努めてきたが、群大は遅れていた。もう一度検証して自分たちを見つめ直す」と述べた。

承認取消となっている特定機能病院については、「信頼を一刻も早く得られるようにしたい」（田村氏）とした。群大では、病院コンプライアンス委員会を既に設定しており、今後の改善状況を定期的に確認し、公表していく。

### 大講座制、一人の教授で勝手に決められなく

群大の医学系研究科では現在、外科では病態総合外科学（旧第一外科）と臓器病態外科学（旧第二外科）、内科では病態制御内科学（旧第一内科）、臓器別病態内科学（旧第二内科）、生体統御内科学（旧第三内科）という講座構成になっている。一方、群大病院では、今回の医療事故を機に、2015 年 4 月から、旧第一、旧第二外科を統合し「外

科診療センター」を、同様に内科も「内科診療センター」を発足させたが、医学系研究科に旧体制が残っていた。

2017年度からは内科学、外科学として運営することにし、内科では、循環器▽呼吸器・アレルギー▽内分泌代謝▽腎臓・リウマチ▽血液▽脳神経、外科では▽循環器▽呼吸器▽消化器▽乳腺・内分泌▽肝胆膵▽小児の各分野に責任者を置くことになる。田村氏は、「外から見ても分かりづらいと指摘があり、大講座制にした。基本的なところは共通なので、それぞれ一つの講座として運営する。一人の教授が勝手に決められなくなる効果があり、若手にとっては最初から専門に入らず、ローテーションで勉強できる」と強調した。同日に公表された「病院改革委員会」の最終提言では、この体制変更が、「形式的な改革に終わることのないよう」と釘を刺されている（『[適格性疑われる医師のチェック機構、働かず](#)』を参照）。

### 執刀医と元教授には説明を要請

群大は、腹腔鏡手術や開腹手術を合わせ、計50例について日本外科学会に調査を依頼しており、委対象とした50例の遺族に対して説明をする方針（『[死亡事故の背景、「手術数の限界を超え、悪循環」](#)』を参照）。調査に当たってヒアリングを行ったのは事故調査委員会が対象とした18例のみだが、残り32例については医療の質・安全管理部長の永井弥生氏は「外科学会には全ての資料を提供しており、今の段階で十分医学的な検証ができています」と説明した。遺族が要望している執刀医と元診療科長の説明の機会について、大学としてはこれまでも要請してきたと説明。2人は既に群大の職員ではないが、引き続き要請していくと約束した。

### 事故調の指摘に「収益重視ではない」と反論

7月30日に公表された医療事故調査委員会の報告書では、問題の背景に「手術数拡大が院是とあった」と指摘している（『[死亡事故の背景、「手術数の限界を超え、悪循環」](#)』を参照）。このことに対し、田村氏は「今回不本意だったのは、経営のために手術が増えたと認識されていること。手術をすれば赤字になることもあり、利益追求でないことは承知してほしい。旧第二外科は難しい手術も多く合併症も多いので、DPC病院でもあり、収益性とは反対になる。頑張って手術数が増えるのは助かる患者が出てくるということで、医師の実力も付く。旧第二外科は先行する旧第一外科に負けないで頑張ろうとしたかもしれないが、収益重視ではなかった。群大は手術数が多いと指摘されているが、肝胆膵以外での手術成績が悪いということではない。内部では眼科の手術が多いので、他と比べてもしょうがないという意見もあった」と反論した。

### 「群大病院の改革状況」概要

#### 1 診療体制

##### (1) 外科診療センターの設置（2015年4月から）

5つの臓器別診療科に専任の診療科長を配置し再編統合  
共通運用マニュアルの作成

週一回木曜午前7時からセンター合同カンファレンス

##### (2) 内科診療センターの設置（2015年4月から）

7つの臓器別診療科に専任の診療科長を配置し再編統合

## 2 医療安全管理体制

### (1) インシデント報告体制の充実

バリエーション報告対象の具体化（2014年10月から）

医療の質・安全管理部門と他部門との連携強化

### (2) インシデント・アクシデント等の能動的把握体制の構築

全死亡症例のスクリーニング（2015年1月から）

入院期間延長事例の検証

### (3) 死亡症例検証委員会の設置（2015年4月から）

### (4) 医療安全管理体制の強化

複数部署・他職種でのカンファレンス調整や問題事例の積極的把握

医療の質管理への介入

### (5) インフォームド・コンセント及びカルテの記載の充実

統一形式の説明同意文書の作成・承認体制の構築

診療録ピアレビューの強化

診療情報管理士によるカルテレビュー

## 3 医療安全教育

### (1) 医学生に対する医療安全教育の強化

### (2) 医療安全研修の充実

## 4 倫理審査、保険請求

### (1) 各種倫理に関する委員会の周知徹底

### (2) 臨床倫理委員会及び専門委員会の充実

### (3) 保険診療管理センターの設置（2014年12月から）

## 5 病院長のガバナンス

### (1) 医療安全管理体制の強化に伴う、病院長報告の強化

### (2) 診療科及び部門に対する病院長の院内巡視

### (3) 病院独自の内部通報要綱設置

## 6 コンプライアンスの遵守

### (1) 医学部附属病院コンプライアンス推進室の設置（2015年4月から）

病院内に設置

### (2) 病院コンプライアンス委員会の設定（2015年4月から）

学長の下に設置し、学外有識者を構成員に加えてチェック体制を強化

## 7 組織体制

### (1) 医学系研究科組織の見直し（2015年11月から）

内科、外科は大講座制

### (2) 教授選考方法の見直し

医学研究科において、選考委員会に外部委員を含める

群大事故調、「医師の責任追及」から「組織の問題」に変化  
上田委員長、「我が国には同僚評価の文化が根付いていない」

シリーズ：[群馬大学腹腔鏡死亡事故](#)

医療維新 2016年7月31日橋本佳子（m3.com 編集長）

「計35回の会議以外にも、昼夜を問わず、各委員が報告書の内容に手を入れて、共有するやり方で進めた。私が海外出張の時は、Skypeで報告書を読み合わせるなどした。結局、210時間以上に及ぶ審議を行い、長い時は2日間連続の委員会も開催している」

7月30日に公表された、群馬大学医学部附属病院の肝臓手術の死亡事故に関する外部委員会の記者会見の冒頭、委員長の上田裕一氏（奈良県総合医療センター総長）が言及したのは、報告書作成のプロセスや考え方だ。3時間に及んだ会見のうち、約2時間は報告書内容の説明に充てられた（報告書は、[群大のホームページ](#)）。



群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会の委員長を務めた、上田裕一氏。

報告書の内容は、群大病院が、院内の委員に外部委員を交えて調査を行い、2015年3月に公表した報告書（以下、前回報告書）とは大きく異なる（今回の報告書は『[死亡事故の背景、「手術数の限界を超え、悪循環」](#)』を参照。）。前回報告書では、群大旧第二外科の執刀医の技量を問題視する箇所が目立った。これに対し、今回報告書は、死亡事故の続発は、同科と群大病院の診療および安全管理の体制という組織上の問題が大きいとしている。

前回報告書をめぐっては、外部委員の了解を得ずに、執刀医の行為に「過失があった」と追記、それが問題視され、文言を削除するという混乱があった（『[最終報告書から「過失あり」を削除、群大病院](#)』を参照）。その後、群大病院は、特定機能病院の承認取消に至った。一連の事故の検証と再発防止策の検討が求められ、社会的に注目される中で、群大病院ではなく、群馬大学長自身が設置したのが今回の外部委員会だ（『[「承認取消は数億円の影響」、群大病院](#)』を参照）。

上田氏は記者会見で、調査は、個人の法的責任の追及ではなく、再発防止のための改善策の提言を目的としたと強調。その旨は今回報告書に明記されている。

二つの報告書の相違を記者会見で問われた、副委員長の長尾能雅氏（名古屋大学医学部附属病院副院長、医療の質・安全管理部教授）は、「今回は外部委員のみで集まり、調査をした。私は前回調査も担当したが、ほとんど委員会には招かれず、調査が進んだ」「今回は、前方視的な視点で調査し、広い視野で事故の背景から探っていくことにこだわったのが特徴」と説明した上で、次のように答えた。「前回報告書で、『過失があった』と記載されたのは、内部主体で調査が行われたことの弊害だと感じている。群大ではこれまで、内部主導で調査をしてきた歴史があった。そのこと自体が、前回のよう結果を生み得るものだった」。

今回報告書には、前回調査と報告書作成の経緯に触れた部分がある。「前調査委員会の報告書は、事故調査委員ではない病院長が、総括報告書案を作成していたという問題に加え、病院長が、遺族に分かりやすいように、との配慮から、個別報告書の事例ごとに、『過失があったと判断される』と追記し、外部委員の許可なく、それを最終報告書として公表したことは大きな問題であった。このような問題を招いた要因として、これ

まで群大病院で行われていた医療事故調査の多くが、病院長および副病院長の指導の下で行われていた経緯が指摘できる。病院長がリーダーシップを発揮し、責任を果たそうとしてきた姿勢は理解できるが、第三者性、独立性、校正性の面からは問題があり、医療事故調査のあり方に大きな課題を投げかけた」。

上田氏も、「前回調査では、迅速な対応を非常に重視し、できるだけ早く報告書をまとめたという意向があったのではないか。今回はそうしたプレッシャーはなかった」と説明。外部委員会は、医師2人、看護師1人、弁護士1人、患者・一般の立場2人という6人で構成。全員が院外委員だが、消化器外科の専門家はおらず、医学的な検討は、日本外科学会に依頼して実施した。上田氏自身は、心臓外科医。「外部委員の専門性はあまり関係がないと思う。調査を左右するのは、委員の“気持ち”であり、（前回調査と今回調査の相違は）委員の構成メンバーの違いにあったのだろう」（上田氏）。

もっとも、今回報告書は全体的には評価しつつも、遺族には不満が残る（『[群大の被害者弁護団「執刀医への刑事告訴を検討」](#)』を参照）。「執刀医の問題」についての記載が薄れているほか、今回調査が腹腔鏡下および開腹の肝切除術の計18例を対象としているのに対し、日本外科学会は2007-2015年に旧第一外科、旧第二外科の死亡症例64例のうち、検証の必要があると判断した計50例を調査対象としており、遺族らは他の事例についての調査も求めている。

記者会見の中で、上田氏が語った象徴的な言葉がある。「なぜ私が委員長に指名されたのか、その理由は分からない。察するに、（地理的に群大に）近い多くの医師が断られたから、奈良という遠くから、私が来なければいけなかったのだろう。我が国には、同僚評価の文化が根付いていない」。こう上田氏は述べつつ、日本外科学会による50例の事故調査については、「専門領域の学会としての見識を示した」と評価した。



記者会見には、6人の委員のうち、4人が出席。3時間に及んだ。

### 「ブリストルの遺産」を参考に調査

外部委員会は、2015年8月30日から、2016年7月14日まで計35回開催。計12人の病院関係者にヒアリングを行い、執刀医に対しても2回ヒアリングを実施している。事前にヒアリング対象者に開示した上で、今回報告書を公表した。

対象としたのは、2009年度以降で、執刀医が関与し、腹腔鏡下もしくは開腹による肝切除術後の死亡例で、合計18事例（予定手術後1カ月以内、もしくは同一入院期間内の死亡）。「18事例を対象に調査するのは初めて。今まで3事例くらいの事故調査は行ったことがあるが、それ以外は1事例程度。それでも3カ月から6カ月は要することがあった。18事例を委員6人で調査するのは、大変なこと」（上田氏）。

今回報告書で扱う「医療事故」は、2015年10月からスタートした医療事故調査制度における、医療法に基づく「医療事故」とは概念が異なり、厚生労働省のリスクマネジメントマニュアル作成指針などで示されている広義の「医療事故」の定義を用いていると説明。

さらに、上田氏は記者会見で繰り返し、「調査の目的は、責任追及ではなく、再発防止である」と強調した。今回報告書は、(1) はじめに、(2) 事実経緯、(3) 検証結果、(4) 「日本外科学会報告書」の抜粋、(5) 再発防止に向けた提言、(6) おわりに――から成り、83 ページのうち、23 ページを(5) に充てている。

事故調査や再発防止策の検討に当たって、参考にしたのが、英国ブリストル王立病院で起きた一連の小児心臓手術事故について分析した、「ブリストルに学ぶ：ブリストル王立病院小児心臓手術（1984～1995）特別調査委員会報告書」と、この報告書の要点を紹介した「医療の質の保証―ブリストルの遺産―」（古瀬彰：胸部外科 59 巻第 5 号～11 号、2006 年）。「報告書の評価の範囲は、特定の医師の手術死亡率といった単純な指標にとどまらず、病院の設備、医療スタッフのコミュニケーション技術やチームワーク、管理者のクリニカルガバナンス（医療組織を医療の質と安全で規律づけるための仕組み）など、さらには英国の医療体制（NHS）にも及んでおり、多岐にわたっていた」と、今回報告書に記載している。

#### 「提言内容の進捗状況を 1 年後に確認」

上田氏は、「できるだけ前方視的な視点の評価に務めたが、調査自体は後方視的に行ったため、明確ではない点があるなど、難しさもあった。また日本外科学会の支援なくしては、調査は到底できなかったが、手術の成功例や合併症例などの調査は行っておらず、群大病院の手術症例全体を検証したわけではないなどの限界があることを理解してもらいたい。ただし、当初予想した以上に、種々の要因があることが分かった。それぞれに深めていくと、マンパワーが圧倒的に不足しており、とても時間が足りず、十分に調査ができたとは思っていない」とその苦勞を語った。またヒアリングを了承した遺族に対しては、感謝の言葉を述べるとともに、「患者側には弁護団も付いている。他の事故調査と比べると、いろいろなハードルがあったというのが実感」と難しさにも触れた。

今回報告書では、「提言した内容の進捗状況を 1 年後に確認する機会を持ち、その結果について公表する予定」と明記。特定機能病院の承認取消状態が続く群大病院が、本報告書を基にどんな改善策を講じ、医療安全体制の確立に務め、患者や社会からの信頼を回復できるか、これからの再生に向けた本番だ。

### 医学部長・学長お薦めの本◆vol. 10

#### 全国の医学部長、医科大学長アンケート

医療維新 スペシャル企画 2016 年 7 月 28 日高橋直純（m3.com 編集部）

#### Q 医学生や若手医師にお薦めされる本を一冊教えてください。

- 「福翁自伝」（弘前大学医学部長 若林孝一氏）
- 「夜と霧」フランクル著、「生と死の倫理」ピーター・シンガー著（岩手医科大学医学部長 佐藤洋一氏）
- 特定の本は上げないが、医学生は多くの本を読んで幅広い教養を身に付け、人間性を磨いてほしい。（東北医科薬科大学医学部長 福田寛氏）
- 「権利のための闘争」（イェーリング著、岩波文庫）（山形大医学部長 山下英俊氏）
- 若手医師には「医者現場でどう考えるか」ジェローム・グループマン著（美沢恵子訳）をぜひ一度読んでほしいです。（福島県立医科大学医学部長 鈴谷達夫氏）

- 「医療者の心を贈るコミュニケーション 患者さんと一緒に歩きたい」 日下隼人著 (医歯薬出版) (埼玉医科大学学長・医学部長 別所正美氏)
- 「話を聞かない医師 思いが言えない患者」 磯部光章著 集英社新書 2011 (東京医科歯科大学医学部長 江石義信氏)
- 「外科の夜明け」 J・トールワルド著 (大野和基訳、養老孟司解説) (昭和大学医学部長 久光正氏)
- 「星の王子様」 (サン=テグジュペリ著) (東京慈恵会医科大学学長 松藤千弥氏)
- 「医療の倫理」 星野一正著 (聖マリアンナ医科大学 医学部長 加藤智啓 氏)
- 「科学者という仕事」 (酒井那嘉著) 中公新書 (富山大学医学部長 北島勲氏)
- 「カラマーゾフの兄弟」 ドストエフスキー著 (福井大学医学部長 内木宏延氏)
- 「医の原点」 (岐阜大学医学部長 湊口信也氏)
- 「平静の心—オスラー博士講談集」 (名古屋市立大学医学部長 浅井清文氏)
- 「成功への情熱 PASSION」 稲盛和夫著 PHP (愛知医科大学医学部長 岡田尚志郎氏)
- 「ぶれない」 平山郁夫著 (大阪医科大学学長 大槻勝紀氏)
- Stephen B. Hulley, et al. Designing clinical research. 4th Ed. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins (近畿大学医学部長 伊木雅之氏)
- 「失敗学のすすめ」 畑村洋太郎著 講談社文庫 (大阪市立大学医学部長 大畑建治氏)
- 「城砦」 クローニン著 (島根大学医学部長 山口修平氏)
- 「医戒」 フーフェランド著 (産業医科大学学長 東敏昭氏)
- 「白い航路」 吉村昭著 (鹿児島大学医学部長 佐野輝氏)
- 「海賊と呼ばれた男」 百田尚樹著 (講談社文庫) (匿名)

## 身もだえするような恐怖 障害者排除する社会懸念 DPI 日本会議 尾上浩二 識者 評論「相模原殺傷事件」

医療ニュース 2016年7月28日

この事件が報じられた時、身もだえするような恐怖を感じた。私は生まれた時から脳性まひの障害があり、子どもの時に入所施設にいた。就寝時も身体機能の訓練の一環として、ベッドに体を固定された状態で寝かされていて、全く身動きできなかった。そんな時に犯人が侵入し、突然刃物で切り付けられたら…。被害に遭われた人の恐怖、理不尽さは人ごとではないと思ったのだ。

警察に対し、容疑者は「障害者なんていなくなればいい」と語ったという。2月には衆院議長宛てに「私は障害者を抹殺することができる」との文章で始まる手紙を書いていたと報道された。

なぜそんな考えを持ち、犯行にまで至ったのかは現段階では分からない。ただ、障害者に対する露骨な差別意識が背景にあることは間違いない。

手紙は引用するのもちょうちよする内容だが、「私の目標は重複障害者の方が安楽死できる世界です」と書かれている。

さらに「戦争で未来ある人間が殺されるのはとても悲しく、多くの憎しみを生みますが、障害者を殺すことは不幸を最大まで抑えることができます」とあり、障害の有る無しで生命を選別し、障害者は殺されて当然とする考えに立っていることが分かる。

こうした考えを優生思想という。ナチス政権下、ドイツでは「T4作戦」などにより、20万人にも及ぶ障害者らが虐殺された。今回の事件からは、それに通ずるものを感じざるを得ない。

日本では「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」ことを目的に掲げた優生保護法が1996年まで続いた。障害者や関係者の粘り強い運動でようやく廃止されたが、優生保護法下で行われた不妊手術などの被害者に対する謝罪や補償は、いまだになされていない。この問題を私たちの社会は総括せず、けじめをつけないまま現在に至っている。

加えて最近の閉塞（へいそく）感の中、マイノリティーに対する憎悪に基づく「ヘイトスピーチ」や「ヘイトクライム」が平然と行われるような社会状況がある。社会的に困難な状況にある人たちへの暴言をたしなめるどころか、「よく言った」ともてはやす風潮も見られる。こうした中で、この事件が起きた重さを考える必要があるのではないか。

今年4月、障害者差別解消法が施行された。差別解消を進め、障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会＝インクルーシブな社会を実現しようとする法律だが、それが施行された年に優生思想に基づく虐殺事件が起きたわけだ。

私たちの社会は、インクルーシブな社会に向かえるのか、それとも障害者を排除する社会に向かってしまうのか。無関心が一番の問題だ。今回の事件を、決して猟奇的なものとして片づけることなく、私たちの社会が進むべき方向が問われていると捉えたい。

× ×

おのうえ・こうじ 60年大阪市生まれ。DPI（障害者インターナショナル）日本会議副議長。子ども時代を養護学校（現在の特別支援学校）や施設で過ごした後、普通中学・高校に進む。大阪市立大入学後、障害者運動に携わるようになり、同会議事務局長などを経て現職。

## 新規がん患者100万人超 死者37万人、高齢化で増加 国立センター16年予測

医療ニュース 2016年7月15日 共同通信社

国立がん研究センターは15日、2016年に新たにがんと診断される患者は101万2000人、がんで死亡する人は37万4千人になるとの予測を発表した。新規の患者が100万人を超えるのは初めてで、高齢者の増加に伴い、発症する人が増えるとみている。

予測は、国や地域のがん対策の目標設定などに役立てるのが目的。患者数の予測は昨年より2万8千人増えた。実際の統計でも患者数は1970年代から一貫して増え続けているという。

予測された部位別の患者で最も多いのは、大腸がんの14万7200人。胃がん（13万3900人）、肺がん（13万3800人）、前立腺がん、乳がんと続き、上位5位は昨年と同じだった。男性は計57万6100人、女性は計43万4100人。

さらに男女別で見ると、男性の1位は前立腺で、胃、肺、大腸と続く。女性は乳房が最も多く、大腸、肺、胃の順となり、5位は子宮だった。センターは特に前立腺がん



関し、採血の検査で見つかりやすいため、検査の実施状況によって患者数は予測と異なるとみている。

死亡する人は昨年より3千人増加。肺がんの7万7300人が最多で、2位は大腸がん、3位は胃がんだった。

がん統計をまとめるには数年かかるため、センターは14年からその年の予測を開始。14年は88万2200人、15年は98万2100人と予測した。将来、実際の患者数などを予測と比較すれば、がん対策の効果が検証できる。

センターは6月、都道府県から集計した患者数を基に、12年の新規患者は推計約86万5千人で、最多を更新したと発表していた。

※がんの統計 がん患者の実態を把握し、対策に役立てる統計データにするために1950年代から「地域がん登録」が進められた。国立がん研究センターは、これらで集められた75年から2012年までの統計を基に、年代や性別ごとに発症の傾向を割り出し、新規の患者数の予測を算出した。予測は、がん対策の目標を立てたり、将来、対策の効果を評価したりするのに使う。16年からは全ての患者の情報を集める「全国がん登録」が始まり、データの精度が高まると期待されている。

## 学の研修医の採用実績、過去最低の40.5%

医学部定員増効果で採用数は過去最多の8622人 シリーズ：[医師不足への処方せん](#)

医療維新 2016年7月15日橋本佳子（m3.com編集長）

厚生労働省は7月14日、2016年度の臨床研修医の採用実績を公表、医学部定員増の効果もあり、2年連続で過去最多を更新、8622人に上ったものの、「大学離れ」は止まらず、大学病院の採用割合は全体の40.5%（2015年度41.7%）と過去最低を更新したことが明らかになった（資料は、[厚労省のホームページ](#)）。臨床研修制度の開始前の2003年度は72.5%と大半が大学病院で研修しており、開始直後の2004年度の55.8%との比較でも、15.3ポイントも減少した。

地域別に見ると、大都市部のある6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）を除く道県の採用割合は、57.4%（2015年度56.4%）で過去最高。臨床研修制度のマッチングでは、大都市部の募集定員を抑える仕組みが導入されており、一定の効果が出ている（『[臨床研修、京都の募集定員だけ「補正」](#)』を参照）。

2016年度の採用実績は8622人で、2015年度の8244人よりも378人増加した。2010年度の医学部入学定員は、2009年度比で360人増であり、2016年度の採用実績には2009年度以前の入学者が含まれる。8266人の内訳は、臨床研修病院5127人（対前年度比319人増）、大学病院3495人（対前年度比59人増）で、臨床研修病院の伸びは大きい。大学病院の採用割合は、2004年度の臨床研修必修化以降、ほぼ一貫して低下しており、2004年度は55.8%だったが、2010年度は46.4%、直近でも、2014年度42.8%、2015年度41.7%、2016年度40.5%と漸減している。

臨床研修制度については、研修医が大都市部に集中しやすいとの指摘があったことから、2010年度から都道府県別の募集定員を設定、2015年度からさらにその計算式を見直すなど、地域差是正の方策が講じられている。6都府県の採用割合は、2003年度は

51.3%だったが、2004年度は47.8%、その後ほぼ横ばいが続き、2010年度も47.8%だったが直近では2014年度44.4%、2015年度43.6%、2016年度42.6%と低下傾向にある。

2015年度比で採用実績が増えた上位5県は、以下の通り。秋田県35.5%増（62人→84人）、広島県29.9%増（134人→174人）、佐賀県27.5%（51人→65人）、和歌山県24.4%増（82人→102人）、奈良県20.0%増（85人→102人）。

## 疑義照会関連が20%突破 - 薬局ヒヤリ・ハット下半期 日本医療機能評価機構

医療ニュース 2016年4月12日 薬事日報

日本医療機能評価機構は、2015年7～12月までの薬局ヒヤリ・ハット事例をまとめ集計報告を公表した。報告件数は2450件で、特に疑義照会関連が前回の15.6%から20.9%に増加して2割を突破するなど、薬剤師が水際で事故を防いでいる事例が着実に増えていることがうかがえた。昨年下半年に報告されたヒヤリ・ハット事例は、調剤関連が1934件（78.9%）と減少した一方、疑義照会関連が511件（20.9%）と増加した。特に疑義照会関連のヒヤリ・ハット事例は、前回の405件から100件以上も増加しており、その大半は医療機関での処方誤りを薬局で発見した事例だった。疑義があると判断した理由については、「処方箋と薬局で管理している情報で判断」（46.0%）が最も多く、仮に変更前の処方通りに服用した場合の影響については、患者に健康被害があったと推測される事例が64.8%に上った。具体的な事例として、禁忌である薬剤の併用処方等が報告されている。一方、調剤関連のヒヤリ・ハットの内訳を見ると「数量間違い」が562件で最も多い、「薬剤取違い」395件、「規格・剤形間違い」293件と続く。

## 県別医師給与、推計の全国平均は1098万円 厚労省賃金調査、2014年調査比ほぼ横ばい

医療維新 2016年6月3日 成相通子（m3.com 編集部）

厚生労働省の「2015年賃金構造基本統計調査」、都道府県別の医師の賃金が公開されている。年収に換算したところ、医師の全国平均は約1098万円で、2014年調査の約1150万円より約52万円低く、平均年齢は40.0歳で前年より0.8歳若かった。

年収の推計値が最も高かったのは岩手県で約1851万円、最も低かったのは大阪府で約816万円だった。ただし、岩手県の平均年齢56.1歳だったのに対し、大阪府35.1歳で大きな開きがある。全体的な傾向として、医師不足地域は平均年齢とともに年収の推計値も高く、都市部はいずれも低い結果となった（資料は[厚労省のホームページ](#)）。

調査は、2015年7月に、医療や福祉などを含む16大産業の民間事業所を対象に、一定の方法で抽出。10人以上の常用労働者を雇用する5万785の事業所を集計対象とした。医療機関の場合は、国立病院機構と都道府県、市町村立の病院など地方公営企業の運営する病院以外が対象で、国立大学法人や学校法人なども含まれる。質問事項は2015年6月の賃金と、2014年1年間の賞与を含む特別給与額、年齢や超過勤務時間など。年収の推計値として、「2015年6月の給与×12カ月分+2014年の特別給与額」を用いた。

他の職種についても、同様の方法で年収の推計値を出したところ、看護師は約478万円

（平均年齢38.2歳）、薬剤師は約533万円（同38.7歳）、自然科学系研究者は約601万円（同38.2歳）、歯科医師は約655万円（同38.2歳）、大学教授は約1087万円（同57.5歳）、弁護士は約1095万円（同35.6歳）だった。

表1 2015年の都道府県別医師給与（推計値、2015年賃金構造基本統計調査による）

都道府県	年収（千円）	年齢	勤続年数
01 北海道	10,870.2	34.6	4.4
02 青森	13,763.4	41.7	6.3
03 岩手	18,513.6	56.1	9.9
04 宮城	14,058.9	40.7	7.7
05 秋田	15,256.6	42.0	6.8
06 山形	8,203.0	34.2	1.9
07 福島	16,076.5	49.9	6.4
08 茨城	12,570.1	41.9	4.1
09 栃木	9,855.5	38.5	6.2
10 群馬	12,829.6	41.5	6.2
11 埼玉	14,739.4	46.0	7.2
12 千葉	13,880.6	40.8	5.8
13 東京	9,022.1	38.7	4.5
14 神奈川	11,650.2	42.0	8.4
15 新潟	13,701.3	41.1	4.1
16 富山	9,351.5	37.6	4.6
17 石川	12,042.6	44.1	6.2
18 福井	15,726.6	47.3	11.0
19 山梨	13,883.9	40.6	6.6
20 長野	16,357.7	42.0	7.0
21 岐阜	8,966.1	32.0	3.1
22 静岡	14,538.9	47.8	7.9
23 愛知	12,041.4	39.4	2.9
24 三重	12,605.3	42.5	5.6
25 滋賀	14,444.2	44.1	5.1
26 京都	12,023.6	42.7	4.8
27 大阪	8,157.7	35.1	3.3
28 兵庫	11,844.5	38.9	2.7
29 奈良	10,203.6	39.6	4.4
30 和歌山	10,648.8	45.0	4.2
31 鳥取	10,533.0	50.1	8.3
32 島根	10,077.9	42.2	4.8
33 岡山	12,521.1	33.7	3.6
34 広島	15,362.3	45.6	6.7
35 山口	13,268.0	44.5	6.6
36 徳島	14,523.7	45.9	6.3
37 香川	13,827.1	43.3	9.3
38 愛媛	12,620.5	52.4	6.2
39 高知	16,166.4	48.9	5.5
40 福岡	8,925.9	38.2	4.8
41 佐賀	14,153.3	39.7	4.2
42 長崎	11,820.8	46.1	4.2
43 熊本	12,990.0	43.5	6.1
44 大分	11,113.8	43.6	6.8
45 宮崎	15,282.1	44.0	4.1
46 鹿児島	17,504.9	50.5	8.2
47 沖縄	11,704.8	45.5	8.5
全 国	10,982.4	40.0	5.1

## 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 割切るシリーズ：[大学・医学教育を考える](#)

医療維新 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。

設置主体別の新卒合格率は、公立 97.0%、国立 94.4%、私立 94.2%。既卒の合格率は全体で 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 (p 29, 30 に一覧表掲載)

(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)

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	(A)÷(B)%
1	7	順天堂	108	108	108	100%	99.1%	0.9	119	9	90.8%
1	9	東京慈恵会医科	107	107	107	100%	99.0%	1.0	105		101.9%
1	31	和歌山県立医科	109	105	105	100%	96.1%	3.9	100	5	105.0%
1	78	近畿	109	85	85	100%	88.3%	11.7	105	10	81.0%
5	50	東京医科	138	127	126	99.2%	94.1%	5.1	115	2	110.4%
6	7	自治医科	117	114	113	99.1%	99.1%	0.0	113		100.9%
6	39	日本	119	111	110	99.1%	95.0%	4.1	120		92.5%
8	37	福島県立医科	101	101	100	99.0%	95.1%	3.9	105	5	96.2%
9	61	佐賀	93	92	91	98.9%	93.1%	5.8	106	6	86.8%
9	16	横浜市立	87	87	86	98.9%	97.6%	1.3	90		96.7%
11	13	秋田	121	120	118	98.3%	98.0%	0.3	122	7	98.4%
11	19	東北	119	119	117	98.3%	97.3%	1.0	119	9	100%
13	64	東邦	105	105	103	98.1%	92.9%	5.2	110		95.5%
14	1	慶應義塾	108	108	105	97.2%	100%	-2.8	112	2	96.4%
14	23	名古屋市立	72	72	70	97.2%	96.6%	0.6	95	3	75.8%
16	12	札幌医科	99	99	96	97.0%	98.1%	-1.1	110		90.0%
17	33	日本医科	95	95	92	96.8%	95.7%	1.1	112	2	84.8%
18	57	金沢医科	102	92	89	96.7%	93.8%	2.9	110		83.6%
19	1	千葉	118	118	114	96.6%	100%	-3.4	115	5	102.6%
19	1	浜松医科	118	118	114	96.6%	100%	-3.4	120	10	98.3%
19	79	山口	117	117	113	96.6%	86.3%	10.3	114	9	102.6%
19	21	大阪	117	117	113	96.6%	96.9%	-0.3	110	5	106.4%
23	43	広島	116	115	111	96.5%	94.7%	1.8	117	7	98.3%
24	1	帝京	135	109	105	96.3%	100%	-3.7	112	2	97.3%
24	46	熊本	112	107	103	96.3%	94.6%	1.7	115	5	93.0%
26	59	三重	125	124	119	96.0%	93.2%	2.8	125	5	99.2%
27	10	山梨	124	123	118	95.9%	98.4%	-2.5	125	5	98.4%
27	56	弘前	121	121	116	95.9%	93.9%	2.0	125	5	96.8%
27	47	大阪医科	104	97	93	95.9%	94.4%	1.5	110		88.2%
27	41	徳島	97	97	93	95.9%	94.8%	1.1	112	7	86.6%
31	72	宮崎	96	96	92	95.8%	91.1%	4.7	110	5	87.3%
32	16	大阪市立	93	93	89	95.7%	97.6%	-1.9	92	2	101.1%
33	11	昭和	115	114	109	95.6%	98.2%	-2.6	110		103.6%
34	38	山形	134	129	123	95.3%	95.0%	0.3	125	5	103.2%
34	20	京都	106	106	101	95.3%	97.2%	-1.9	107	2	99.1%
36	63	長崎	103	103	98	95.1%	92.9%	2.2	120	15	85.8%
36	27	藤田保健衛生	110	103	98	95.1%	96.4%	-1.3	110		93.6%
36	65	富山	107	103	98	95.1%	92.6%	2.5	110	5	93.6%
36	13	兵庫医科	103	103	98	95.1%	98.0%	-2.9	110		93.6%
40	1	金沢	126	120	114	95.0%	100%	-5.0	117	7	102.6%

41	28	岡山	115	115	109	94.8%	96.2%	-1.4	117	7	98.3%
41	48	東京医科歯科	96	96	91	94.8%	94.3%	0.5	100	10	96.0%
43	28	筑波	115	114	108	94.7%	96.2%	-1.5	110	2	103.6%
43	73	埼玉医科	114	113	107	94.7%	90.8%	3.9	115	5	98.3%
45	74	新潟	131	128	121	94.5%	90.7%	3.8	125	5	102.4%
45	15	京都府立医科	110	110	104	94.5%	98.0%	-3.5	107	2	102.8%
45	24	島根	109	109	103	94.5%	96.5%	-2.0	110	5	99.1%
48	58	名古屋	108	107	101	94.4%	93.5%	0.9	112	4	95.5%
49	18	群馬	106	104	98	94.2%	97.4%	-3.2	117	7	88.9%
49	26	神戸	104	104	98	94.2%	96.4%	-2.2	108	3	96.3%
49	77	川崎医科	122	104	98	94.2%	88.4%	5.8	110		94.5%
49	49	奈良県立医科	106	104	98	94.2%	94.2%	0.0	113	8	92.0%
53	60	滋賀医科	114	114	107	93.9%	93.2%	0.7	115	5	99.1%
54	51	高知	113	109	102	93.6%	94.0%	-0.4	112	7	97.3%
55	32	大分	109	108	101	93.5%	95.9%	-2.4	110	5	98.2%
56	34	琉球	119	119	111	93.3%	95.5%	-2.2	112	5	106.3%
56	55	香川	105	104	97	93.3%	93.9%	-0.6	112	7	92.9%
58	25	福井	102	101	94	93.1%	96.5%	-3.4	115	5	87.8%
59	40	旭川医科	130	128	119	93.0%	94.9%	-1.9	122	10	104.9%
60	75	愛知医科	113	99	92	92.9%	90.1%	2.8	105		94.3%
61	61	東京	110	110	102	92.7%	93.1%	-0.4	110	2	100%
62	51	信州	116	115	106	92.2%	94.0%	-1.8	113	3	101.8%
63	69	東京女子医科	111	111	102	91.9%	92.4%	-0.5	110		100.9%
63	67	防衛医科大学校	74	74	68	91.9%	92.4%	-0.5	-	-	-
65	41	岐阜	112	110	101	91.8%	94.8%	-3.0	107	7	102.8%
66	70	東海	116	107	98	91.6%	91.8%	-0.2	110		97.3%
66	36	北海道	107	107	98	91.6%	95.1%	-3.5	112	7	95.5%
68	1	鳥取	106	106	97	91.5%	100%	-8.5	103	13	102.9%
69	76	獨協医科	107	104	95	91.3%	88.4%	2.9	115	5	90.4%
69	45	聖マリアンナ医科	108	103	94	91.3%	95.2%	-3.9	115	5	89.6%
71	44	鹿児島	101	100	91	91.0%	94.7%	-3.7	115	10	87.0%
72	21	産業医科	109	108	98	90.7%	96.9%	-6.2	105		102.9%
72	66	福岡	111	107	97	90.7%	92.5%	-1.8	110		97.3%
74	68	杏林	102	84	76	90.5%	92.4%	-1.9	111	6	75.7%
75	30	関西医科	123	113	101	89.4%	96.1%	-6.7	110		102.7%
76	54	北里	124	110	98	89.1%	94.0%	-4.9	112	2	98.2%
77	51	愛媛	118	117	104	88.9%	94.0%	-5.1	112	7	104.5%
78	45	九州	106	105	92	87.6%	94.6%	-7.0	110	5	95.5%
79	71	岩手医科	135	113	97	85.8%	91.3%	-5.5	125	15	90.4%
80	80	久留米	130	117	100	85.5%	81.4%	4.1	115	5	101.7%
		その他	70	69	38	55.1%	58.5%	-3.4			-
		総 合 計	8943	8660	8165	94.3%	94.5%	-0.2	8846	360	97.9%

#### 4 割の病医院で受診抑制、保団連調査 健康診断を受けない若年層も増加

医療維新 2016年4月1日 高橋直純 (m3.com 編集部)

全国保険医団体連合会は3月31日に開催したマスコミ懇談会で、5年ぶりとなる受診実態全国調査の第1次集計を発表。4割の病医院で経済的理由による受診抑制があったとし、住江憲勇会長は「忸怩たる思いでこのデータを見ている。さらなる患者負担の増加は容認できない」と訴えた。

調査は全国の保険医協会、医会の会員8万645の医療機関(医科、歯科)を対象に2015年12月から2016年1月にかけて実施(一部、2月から3月)。第1次集計では2月末までに集まった1万1984施設(回収率14.8%)の回答を分析。最終結果は2016年夏ごろになる見込み。

経済的理由と思われる受診中断事例の有無については、「あった」が40.9%(2010年38.7%)、「なかった」が27.6%(同34.2%)、「分からない」が30.4%(同26.4%)となった。2010年と比較すると「あった」はほぼ横ばいだが、「なかった」が6ポイント減少する一方で、「分からない」が4ポイント上昇しており、判断に迷う事例が増えていることが分かった。一方で、小児科では「あった」が7.8%にとどまり、全国で小児の医療費助成制度の拡充が進んでいる効果が示された。

この半年間で遭遇した事例を尋ねたところ、最多が「薬が切れているはずなのに受診に来ない」(67.1%)で、「受診回数を減らす要望」(60.8%)、「薬代を減らす要望(ジェネリック希望等)」(60.3%)と続いた(複数回答)。

75歳以上の患者窓口負担の2割への引き上げについては、73.0%が「受診抑制につながる」と回答した。自由記述欄を分析した結果として、是非については「反対意見が多数を占める一方で、『やむを得ない』との意見も一定数見られる。しかし、『高所得者に限る』など条件付きの意見が多い」と説明した。

保団連監査の竹崎三立氏が自身の診療所の患者を分析したところ、患者一人当たりの1カ月間での受診回数は2008年の1.98回から2015年には1.3回に減少していたと報告。「長期処方希望と薬の飲み伸ばしによる自己防衛が進んでいる」と指摘した。また、非正規社員の増加を背景に、若年層で健康診断を受けていない割合も増えているという。

住江会長は「自由記述で、労働環境の悪化が現役世代の受診困難につながっているという指摘が出ているのが今回の調査の特徴。将来的な健康格差につながる」と指摘。高額療養制度の改正や75歳以上の窓口負担2割化などのさらなる患者負担の増加は容認できないと訴えた。また、薬剤費の増加を抑えて、診療報酬本体に回すべきと主張した。