

アダモス医療環境関連ニュース No.5

医療関連ニュース p1~27

入院中に「水中毒」で死亡、2審も病院側の過失認定

2015年5月18日(月) 読売新聞

宮崎市の女性(当時36歳)が過剰な水分摂取による「水中毒」で死亡したのは入院先の病院が適切な措置を取らなかったためだとして、父親が病院を相手取り、損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が15日、福岡高裁宮崎支部であった。

佐藤明裁判長は病院側に約3500万円の支払いを命じた1審・宮崎地裁判決を変更し、賠償額を約2600万円に減額した。病院側は上告を検討する。

判決によると、女性は統合失調症を患い、2012年3月22日、同市の医療法人真愛会高宮病院に入院。洗面台で大量の水を飲み、同日死亡した。佐藤裁判長は1審に続いて病院側の過失を認める一方、損害を算出するにあたって女性の生活費控除率は引き上げるのが適当などと判断した。

医療ニュース

がん誤診で解決金4千万円 遺族と病院側が和解

2015年5月22日(金) 共同通信社

大阪府河内長野市の国立病院機構大阪南医療センターの誤診でがんの発見が遅れ死亡したとして、大阪府の女性(当時50)の遺族が機構と担当医に計4千万円の損害賠償を求めた訴訟があり、大阪地裁(野田恵司(のだ・けいじ)裁判長)で和解したことが22日、分かった。機構と担当医が解決金4千万円を支払う内容で、和解は4月20日付。

訴状によると、女性は2005年にセンターで検査し、担当医が膵臓(すいぞう)の☆胞(のうほう)を良性の「膵仮性☆胞」と診断。その後、経過観察が続き、10年3月にがんと判明した。

同年4月に別の病院で手術を受けたが、すでに腹膜にがんが転移。10月に死亡した。

訴訟で遺族側は「05年の検査で間違った判断をし、その後も漫然と経過観察を続けた。診断を見直していたら死亡を回避できた」と主張していた。

注) ☆は囊のハが口二つ

養成医師の7割が流出する県も、医師流出入推計

慶大医学生が内科学会で発表、「正しい実態把握が不可欠」

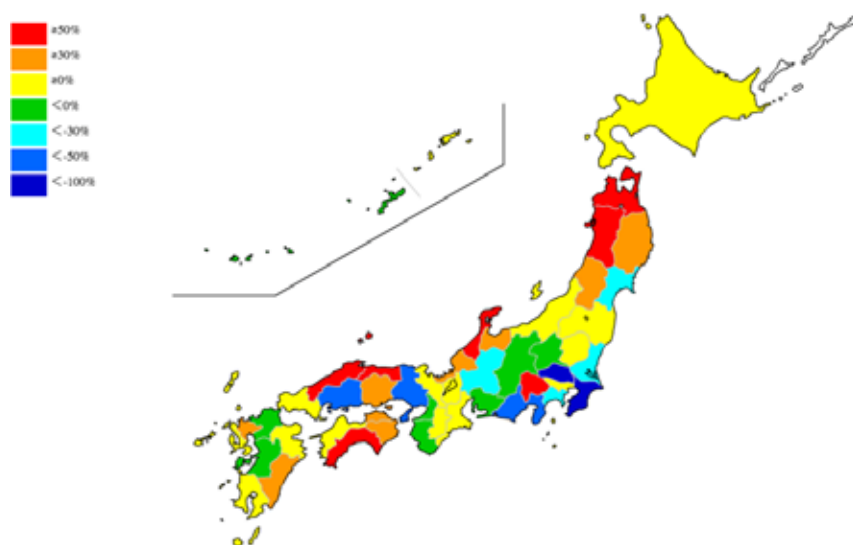
2015年5月18日(月) 高橋直純(m3.com編集部)

慶応大学医学部5年生の岡田直己氏が4月に開催された第112回日本内科学会講演会で発表した「医師流出入動態推計」が話題になっている。都道府県ごとに医師の流出入数を算出した結果、全国7県では、養成数の過半数を越す医師が他県に流出している一方で、千葉、埼玉の2県では自県で養成した医師の2倍以上の医師が流入するなど、医師の流出入には地域差が大きいことが明らかになった。4月の発表以降、地方自治体からも問い合わせがあるとおり、岡田氏は「医師不足解消のためにも客観的な数値が不可欠」と研究の意義を語る。

調査期間は1994年から2012年までの18年間で、厚生労働省の公開データから都道府県別に、各地域にある医学部での「養成数（医師国家試験合格者数）」と「実際の増加数」を算出。同期間の死亡（廃業含む）数を推計し、養成数から除いた数値を計算上の増加数とし、「実際の増加数」の差を流出入数とした。例えば東京都におけるある1年では、1292人が養成された一方、436人が死亡しており、計算上の増加数は856人となる。一方で実際の増加数は648人だったので、208人（養成数の16%）が他県に流出したと推計した。

都道府県別医師流出入率

※岡田氏提供 クリックすると図が拡大されます。



石川では養成医師の7割が流出

その結果、最も県外への流出が多かったのは石川県では養成した医師の68.0%が流出、以下、島根県58.9%、鳥取県56.4%が続いた。一方で、最も流入が多かったのは千葉県で232.2%、埼玉県225.6%、兵庫県72.7%なども流入が多く、大都市近郊の県で医師の流入が多い傾向があった。千葉、埼玉の両県は人口が多いにもかかわらず、医学部を持つ大学はそれぞれ1校しかないことが理

由と言える。医師の流入が多いと思われがちな東京都は、13の医学部があり、逆に16%が流出していた。

「女性医師」は流出率下げる因子

岡田氏は、流出入に影響を与えると考えられる背景因子について重回帰分析を行った。都道府県ごとの医師養成数、女性医師割合、人口10万人当たりの医師数、医師平均年齢、私立医学部立、人口密度、進学率、失業率、高齢化率、給与額（全職）について分析したところ、医師養成数と女性医師割合が有意な因子となった。

人口10万人当たりの養成数が1人増えると流出率が約13%増加、女性医師割合が1%増えると流出率が約7%減る計算になった。この2つ以外は有意な因子とならなかった。つまり、「医師の養成数が多い地域から少ない地域へと移動する傾向がある」「女性医師は移動しにくい傾向がある」という結論になる。岡田氏は「地域ごとの医師養成数の差を医師が移動することで是正される傾向はあるが、是正し切れているとは言えないだろう」と分析する。

今回の研究は全て公開データを使って行ったが、それでも情報収集には時間がかかった。「資料を集めるために3カ月間、厚労省の図書室に何度も通った」と苦労を語る。発表が新聞に取り上げられたこともあり、多くの反響が寄せられた。流出率の高い自治体からは対応策についての相談も寄せられたという。現在は論文執筆の作業を進めている。

発表は岡田氏のほか、ナビタスククリニック立川（東京都立川市）の谷本哲也氏、相馬中央病院（福島県相馬市）の森田知宏氏、山形大学医学部の成松宏人氏（現神奈川県立がんセンター）、東京大学医科研究所の上昌広氏の5人の連名で行われた。研究を指導した谷本氏も「感覚的に分かっていたことでも、数字で示したことが大きい」と意義を説明する。

都道府県医師流出率 ※岡田氏提供データより作成

	都道府県名	流出率 (%)	都道府県名	流入率 (%)
1	石川	68.0	千葉	232.3
2	島根	58.9	埼玉	225.6
3	鳥取	56.4	兵庫	72.7
4	高知	54.4	静岡	68.3
5	秋田	53.9	広島	57.3
6	青森	53.0	茨城	40.9
7	山梨	51.0	宮城	36.1
8	福井	49.2	岐阜	33.5
9	徳島	46.9	神奈川	32.3
10	佐賀	44.8	長野	23.8
11	山形	42.4	大阪	21.6
12	岩手	41.7	福岡	19.0
13	香川	38.5	沖縄	10.5
14	富山	34.6	愛知	10.0
15	岡山	34.2	和歌山	6.5
16	宮崎	33.2	群馬	6.1
17	愛媛	26.2	熊本	3.9
18	山口	25.4		
19	福島	20.4		
20	長崎	19.2		
21	奈良	18.4		
22	大分	16.8		
23	東京	16.0		
24	滋賀	15.6		
25	三重	12.2		
26	鹿児島	8.2		
27	新潟	5.8		
28	京都	5.2		
29	北海道	1.8		
30	栃木	1.1		

准看護師の養成廃止、知事の「執念」 - 大久保吉修・神奈川県医師会会長に聞く◆Vol. 3

マイカルテは過去の失敗の検証がまず必要

2012年7月25日(水) 聞き手・まとめ：橋本佳子 (m3.com 編集長)

——県の「看護教育のあり方検討会」が6月15日に、准看護師養成の廃止を盛り込んだ第1次報告をまとめています。それを踏まえ、黒岩知事は、2014年度から県立衛生看護専門学校の准看護学科の募集をストップし、それ以外の四つの准看護師養成学校に対しても、年間約3200万円の補助金を打ち切る方針を打ち出しています。

先ほどお話しましたが、そもそも私が5月に知事と会ったのは、准看護師養成問題のためです。黒岩知事は、「准看護師の養成廃止は、国の方針だ」と言う。しかし、私たちは、「それは違う」という理解です。確かに当時の厚生省の検討会で、准看護師の養成問題について議論していました(編集部注：1996年、当時の厚生省の准看護問題調査検討会が、「21世紀の初頭に看護教育は統合する」と提言したが、その後、法改正等には至っていない)。

先週(6月19日)の県議会で、黒岩知事が興味深い答弁をしています。准看護師養成について、「2年間ですべての補助金を打ち切るは早すぎるのではないか」との質問に対し、知事は「(国の大方針です)」と答えています。その後、21日、別の方が質問したら、2002年に国が准看護師養成課程の教育充実のため、講義と実習の時間を延長するなどの対応をしたと説明し、「このような国の動きは、1996年の国の報告書をないがしろにするもの。国ができないことを神奈川県でやろうという思いから、養成を停止する」と回答している。いったい、どちらが正しいのか。

黒岩知事は、フジテレビ時代から、准看護師養成には反対していました。だから長年取り組んできた課題であり、知事は譲らないでしょう。「准看護師の養成廃止は、私の信念だ」と言っていますが、私は「それは執念だ」と思っています。

養成廃止の問題は、今年の今頃も議論していた。知事は、県立の学校への補助金をやめるという話をしていました。それがもう1回出てきて、今度は養成自体も全部、やめてしまうと。

——神奈川県の見通しはどのような状況でしょうか。

不足の状態です(編集部注：厚生労働省の2010年12月末の第7次看護職員需給見通しでは、2011年時点で約1万4000人の不足。需要に対する供給は80.8%で、全国最下位)。それなのに、なぜ政策的に准看護師の養成をやめる

のか。現実には、准看護師の養成学校は、経営難で徐々に減っています。だから、ソフトランディングでいいでしょう。

ただ、最近では、准看護師養成学校への社会人入学が増えています。黒岩知事は、「准看護師のレベルは低い」と思っているようです。確かに看護師の専門学校に合格できず、准看護師学校に来る人もいるかもしれません。しかし、「早く働いてお金を稼ぎたい」という考えで、准看護師を目指す人もいます。——准看護師の養成問題は、最終的には県議会がどう判断するか。

県としてお金を出す以上、そうなります。県医師会としては、准看護師の養成の存続と、補助金の継続に関する要望を、県議会の議長宛てに出しています。

同時に、国の地域医療再生基金を活用した、准看護師専門学校の建て替えの問題があります。神奈川県では、この基金を利用して、藤沢と小田原にある二つの准看護師専門学校を建て替える計画です。他の補助金とは異なり、再生基金は国が100%補助するので、「地方自治体が出せないから、やめてほしい」という話ではありません。しかも、県が国に申請、それを国が認めて決まったものです。もうすぐ着工という時に、小田原の学校に対して、県がストップをかけた。

藤沢の場合は、准看護師の養成を廃止して、すべてレギュラーコース（看護師養成課程）にする計画。だからこちらは認められた。一方、小田原の方は、准看護師とレギュラーコースの両方を存続させるため、准看護師の養成に反対する黒岩知事が、「出さない」と言い始めた。それでここ数カ月間、議論しています。知事の考えで、国の補助金を出すとか、出さないとかが決められたのでは、困ってしまう。ですから、小田原の建て替えをストップする法的な根拠を教えてくださいと言っています。

医学部新設は、「遠い話」ですが、准看護師の問題は、小田原の件もあり、あと1、2カ月で決めなければ、という思いです。

そのほか、マイカルテ構想もある。



大久保吉修氏は、県の検討会への県医師

会の委員の推薦を断ったのは、マイカルテ構想に反対しているわけではなく、議論の進め方に疑問を感じているからだという。

——「医療のグランドデザイン」に盛り込まれ、5月から「マイカルテ検討委員会」が発足しています。

何をやるのかと聞いたら、「お薬手帳」からやるとのことだったので、「委員に出すのを少し考えさせてくれ」と言ったのです。その結果、「医師会は、マイカルテに反対」とメディアに書かれてしまいました。

アナログからデジタルの世界に代わる時は、必ず膨大なお金がかかる。お薬手帳はアナログの世界でやっていて、非常にうまく行っています。神奈川県では、デジタル化するための検討をこれまで何回かやってきましたが、数年経つとやめてしまう。その理由は、アナログからデジタル化する際の技術的な問題や、セキュリティーの問題があります。しかも、お金がかかる。県は成功の見込みがないと判断すると予算を早く切ってしまう。仮に各施設が設備投資したにもかかわらず、県が「やめた」と言ったら、困るわけです。これまでの失敗の検証をやらないと次に進めない、というのが我々の考えです。

しかも、話を聞くと、4カ月か6カ月くらいの検討で、ある程度の方向性を出すと言っている。そんなに早く議論をできるはずはない。また准看護師の検討会は、今年1月から議論が始まり、今年11月までは月1回のペースで開催するとされていた。しかし、おおむね賛成ということで、6月の中間報告の段階で、あっという間に結論を出してしまう。だから県医師会としては、委員を出すのを断った。

——医師会としては、マイカルテ構想については反対というわけではなく、まず議論を尽くし、ビジョンを持って取り組んでほしいと考えている。

その通りです。しかし、検討委員会の委員として入ると、その時点で賛成していると言われてしまいます。ビジョンもなく、あっという間に結論が出てしまう。

象徴的なのは、昨年秋の不活化ポリオワクチンの問題です。この問題も、訳が分からないうちに進んでしまった（編集部注：2011年11月から神奈川県独自の事業として、不活化ポリオワクチンの接種申し込みを開始）。すぐに結論が出てしまうのは、昨日、今日に始まったわけではありません。今までの積み重ねの中で来ているので、余計にそう思うのかもしれませんが。

**意外と知られていない、女性特有の脳卒中症状
発症リスクは妊娠や片頭痛、ホルモン補充療法で上昇**

HealthDay News 2015年5月21日(木)

脳卒中は米国人女性の死亡原因の第3位だが、女性特有の前兆や症状があることを知らない女性が多い——こんな研究結果が報告された。米オハイオ州立大学ウェクスナー医療センター（コロンバス）のDiana Greene-Chandos氏らの研究。

調査対象の女性1,000人のうち、異常な胸痛に伴うしゃっくりが女性の脳卒中の前兆だと認識していたのは10人中1人のみだったという。

脳卒中には喫煙などの男女共通のリスク因子のほか、女性特有のリスク因子もあるが、妊娠、狼瘡、片頭痛、避妊用のピル、ホルモン補充療法が脳卒中リスクを高めることを知っている女性は11%に過ぎなかった。

Greene-Chandos氏は、「妊娠、ホルモン補充療法、しゃっくりなど、ささいなことも女性の脳卒中では重要な役割を果たす可能性があるため、認識を高める必要がある。妊娠は、妊娠後期の数カ月および出産直後の時期に、特に脳卒中リスクを上昇させる」と話す。

女性特有の脳卒中症状には、以下のようなものもある。

- 非回転性のめまい
- 頭痛
- 半身におよぶ重度のしびれ

「血栓溶解剤は脳卒中発症後の数時間以内のみ行える治療法であるため、脳卒中の症状を初期に特定し、直ちに受診することが極めて重要だという。被験者の半数近くは、脳卒中後にみられることの多い神経損傷、嚥下障害、抑うつを、リハビリで予防できる可能性があることも知らなかった。

米国では毎年13万7,000人超が脳卒中で死亡し、その約60%は女性だという。

糖尿病女性では進行乳がんリスクが高い 5年生存率も低い

HealthDay News 2015年4月13日(月)

糖尿病の女性では乳がんがより進行した段階で発見される傾向があるとの研究結果が、加ウィメンズカレッジ病院のLipscombe氏らから「Breast Cancer Research and Treatment」電子版に3月17日報告された。

2007～2012年に浸潤性乳がんと診断された20～105歳の患者3万8,407人のデータを解析した結果、糖尿病のある女性では乳がん診断時にステージ1よりステージ2に進行しているリスクが14%、ステージ3であるリスクが21%、ステージ4であるリスクが16%高くなっていた。糖尿病のある乳がん患者は非糖

尿病の乳がん患者に比べて5年生存率が15%低く、腫瘍も大きい傾向にあった。マンモグラフィ受診率も低かった。

「睡眠不足で糖尿病リスク上昇」、機序の一部を解明 夜間に血中遊離脂肪酸値が上昇

HealthDay News 2015年3月5日(木)

睡眠不足がインスリン抵抗性と2型糖尿病リスク上昇の一因となる機序解明の一助となる知見が、「Diabetologia」電子版に2月19日掲載された。

米シカゴ大学のBroussard氏らによる報告。実験では、18~30歳の健常男性19例に1日8.5時間睡眠と1日4.5時間睡眠を連続4日間ずつ行ってもらい、24時間血液試料を分析した。

その結果、短時間睡眠では夜中に血中遊離脂肪酸値が上昇することが分かった。遊離脂肪酸値は通常、夜間睡眠時に低下するが、短時間睡眠では早朝まで5時間にわたり高い状態が維持されていた。短時間睡眠では夜間遊離脂肪酸の上昇と関連するインスリン感受性の低下も認められた。

アルコール依存症のサイン

禁断症状、人間関係のトラブルは「赤信号」

HealthDay News 2015年5月18日(月)

大量飲酒がアルコール依存症へと変わる一線は、どこにあるのだろうか。これを断言することは難しいが、飲酒が問題になるときを判断するための一助として、米ジョージア・リージェンツ大学のWilliam Jacobs氏がアルコール乱用または依存における5つの主な徴候を挙げている。

- アルコールへの高い耐性。これは飲酒量が増加することを意味する。耐性の高い人は明らかな中毒徴候を示すことなく、他の人よりも飲み過ぎてしまう可能性がある。
- 飲酒をしていないときの離脱症状。症状として、不安、震え、神経質、発汗、吐気・嘔吐、不眠、過敏性、抑うつ、疲労、頭痛、食欲不振がみられる。生命を脅かす可能性のある離脱発作がみられる人もいる。
- 飲酒に時間、エネルギーを費やし、それが生活の中心となる。そのため、その人にとってかつて重要だった活動に費やす時間が減ることが多い。
- 仕事のトラブル、結婚やその他の人間関係への障害、健康障害など、悪影響が出ても飲み続ける。
- やめたくても飲酒をやめたり、減らしたりすることができない。

自分や知り合いに上記のようなアルコール中毒の徴候がみられた場合は、かかりつけ医に相談したり、専門医のカウンセリングを受けたりすべきだという。

米国では、アルコール乱用またはアルコール依存の患者数は1,700万人にのぼる。

Jacobs氏は、「長期のアルコール摂取は、脳を含めあらゆる臓器に害を及ぼす可能性がある。アルコール乱用はキャリアや財力、感情の安定を損ない、家族や友人にも悪影響を及ぼしうる」と述べている。

収入多い高齢者の年金、減額検討へ 経済財政諮問会議

2015年5月19日(火) 朝日新聞

政府の経済財政諮問会議（議長・安倍晋三首相）は、収入が多い高齢者の年金を減らす仕組みを検討する。学者や財界出身の民間議員が19日の諮問会議で提言し、6月末にまとめる政府の財政健全化計画に盛り込ませたい考えだ。ただ、負担増となる高齢者からの反発は避けられず、難航が予想される。

民間議員が検討している提言案によると、一定の収入を超える高齢者については、税金で半分が賄われている基礎年金（満額で月約6万5千円）の一部を給付しないようにするべきだという。年金を支える国の負担を減らして、主に税金を支払っている現役世代の将来負担を軽くする狙いだ。

高齢化で拡大が見込まれる医療費を抑えるため、いまは2年に1回の薬価の改定を毎年行うことも盛り込んだ。薬価は、発売から時間がたつにつれて下がるため、改定回数を増やせば、それだけ患者の窓口負担が減ることにもつながる。

新薬より安く効能が同じ後発医薬品の普及も進める。後発薬の普及率は2013年時点で5割未満。いまの目標は「17年度に6割」だが、これを「8～9割」に引き上げる。そのうえで18年度から、効能が同じ後発薬がある場合、新薬を使う患者に差額を自己負担してもらう仕組みも入れるべきだとしている。

このほか、受診回数を減らしてもらうため、外来患者の窓口負担に一定額を上乗せする「定額負担」の導入も検討課題とした。介護保険についても、生活援助や自己負担の上限の見直しなどを求めている。（鯨岡仁）

シリーズ：安倍政権の医療制度改革

「適正化進まない地域、報酬下げ」案も、経済財政諮問会議

甘利大臣、医療費地域格差解消「やってもらおう」

2015年5月20日(水) 池田宏之（m3.com編集部）

政府の経済財政諮問会議が5月19日に開かれ、民間議員が、2020年度のプライマリーバランス黒字化を目指した「経済再生と両立する財政健全化計画の策定に向けた論点整理」の各論を提示した。「医療費適正化の改革が進まない地域における診療報酬引き下げの活用」「標準外来医療費の設定」「後発医薬

品の利用率目標の引き上げ」「過年度デフレ影響を考慮した診療報酬のマイナス調整」などの項目が並んでいる。終了後の会見で、経済財政政策担当の内閣府特命大臣の甘利明氏は、医療費の地域間格差解消については「やってもらう」と強調するなど、歳出抑制の本丸と位置付けられた医療費を含む社会保障費への抑制圧力は強い。

会議では、社会保障を含む「公的分野の産業化」や「インセンティブ改革」を進める点で一致し、今回の提案を基に、骨太の改革に向けた具体的な施策の調整に入る。出席した塩崎恭久厚労大臣は、医療費抑制を一部けん制する発言をしたが、安倍晋三首相は、経済再生や必要な公共サービスを維持しながら、公共部門の産業化やインセンティブ改革を進める必要性を指摘し、「公共サービスの現状、コスト、政策効果について徹底した『見える』化を推し進めたい」と発言。現政権では、内閣府の会議体の力が強いいため、厚労省や医療界の意見がどこまで反映されるか不明確だ。

医療構想「前倒しを」

民間議員が今回示したのは各論についての考え方で、具体的な施策が並んだ（総論については『診療報酬「病床再編する体系に」、経済財政諮問会議』を参照）。社会保障分野の「インセンティブを強化する仕組み作り」の中では、診療報酬について言及。提言の中では高度急性期病床や療養病床の過剰について「背景には、収益の高さがある」とした上で、ニーズに応じた病床配置などに向けて「診療報酬体系を2016年度から大胆に見直す」としている。

その上で、2025年に向けた地域医療構想については「実質的に前倒しする」と書き込まれ、病床再編や地域差解消を促進に向けて、「医療費適正化の改革が進まない地域における診療報酬の引き下げも活用する」とされている。

地域差の「見える化」についても言及。現状までの入院医療費について地域格差解消が進まなかったとの認識を示した上で、「徹底したデータ分析でより一層『見える化』し、適切な体制転換を促す」としている。その上で、外来医療費についても、地域差を分析した上で、「標準外来医療費」を出して、医療費適正化計画に反映するように求めている。2018年度を中間評価段階として、都道府県の取り組みを評価し、その結果を地方への補助金や交付金に反映させる考えも盛り込まれている。

終了後の会見で地域別の診療報酬の引き下げについて「地域ごとに医療費が違ってくる可能性がある」と指摘された甘利大臣は、医療費の地域間格差を挙げ、「（差は）どこから来ているのか。ほぼ同じ条件（で同じことをやっている）なら、同じコストでできるはずだ」と発言。地域間格差を埋めて行く施策については「やってもらう」と述べ、ターゲットに地域間格差の是正にあるとした。

再び「薬価毎年改定」案

「保険収載の見直し」の項目においては、保険収載ルールや適用範囲の見直しの必要性を指摘した上で、中医協の費用対効果評価専門部会の機能を拡充、強化するように「保険収載の適切な事前評価、既収載品の検証を早期に本格導入する」としている。加えて、「医療機関に対する第三者評価を制度的に原則化する」との内容も提言している。

後発医薬品については、財務省と歩調を合わせる形で、2017年度末までの利用率の目標を現状の60%から「80~90%程度」に引き上げるように要求。加えて、2018年度からは、保険償還額を後発医薬品価格に合わせ、スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販類似薬は保険収載から除外したい考えも示している。

「その他の取り組み」では、薬価改定の毎年実施を求めている。薬価の毎年改定は昨年もアイデアが出ながら、「改定頻度の検討」にとどまった経緯があり、歳出削減の観点からは、実施要求が高いことが伺える（『「薬価毎年改定」消える、骨太の方針素案』を参照）。甘利大臣は、2016年度と2018年度の通常改定以外に、消費税率10%の引き上げへの対応をする2017年度の改定を挙げ、「（3年間）物理的に毎年チェックしなくてはならない事態になる。削減効果は事実として検証できるのでは」と述べた。

さらに、提言では、診療報酬本体について、「過年度のデフレ分について段階的なマイナス調整を次回以降の診療報酬改定に反映」して国民負担を抑える考えを示している。調剤技術料については、調剤薬局の利益率などを踏まえて、「1.7兆円に及ぶ調剤医療費（技術料）合理化し、抑制する」方針を示している。

甘利氏「より厳しい要求する」

この日の会議には、塩崎厚労相も出席して、民間議員の提案に対して、反論する場面もあった。社会保障の伸びを高齢化の範囲に抑制する提案については、経済成長や医療技術の高度化を抑制する可能性があることから、「高齢化要因かどうかの二元論に陥らない考え方が重要」とした。さらに、医療における窓口負担増についても、過度の歳出抑制が、経済成長や税収への悪影響を与える可能性を指摘した。後発医薬品については、「新たな目標が必要」としながら、医薬品における成長戦略への期待もあることから、次回パッケージで提案する意向を示したという。

対して、民間議員からは、プライマリーバランス黒字化に向けた集中改革期間である「2016年度から2018年度」「2020年度まで」「2025年度」までと分けて目標を設定するように求める声があった。

終了後の会見でも、塩崎氏や地方財政についての総務大臣の高市早苗氏から抑制について難しさを指摘する意見があったことについて、甘利氏「（簡単にいかないという答弁があったが）資料を踏まえて具体的なより厳しい要求をするつもり」と発言し、社会保障と地方財政に手を入れないと、プライマリーバランスの黒字化は難しいとの認識を改めて示した。

その他、民間議員の提案に盛り込まれた提案内容は以下の通り。・医療等の社会保障サービス分野における民間事業者等の参入障壁の是正・医療関係職種による民間健康サービスへの関与拡大のため、薬剤師、看護師等が行える業務の範囲拡大等の推進・効率的な医療サービス提供のインセンティブに向けた外来医療費の窓口負担（受診時の追加負担や保険面積等）の工夫・診療報酬の個別サービスにおける単価設定の価格の妥当性と事後検証の実施・民間資金の獲得割合に応じた国立大学運営交付金の重点配分の仕組みの導入・研究者等による研究設備の共用の原則化

凍結精子失い、妻は泣き崩れた 病院が無断で保存中止

事故・訴訟 2015年5月20日(水)配信朝日新聞

不妊治療を手がけていた大阪市立総合医療センターで、患者の知らないうちに精子の凍結保存が打ち切られていた。「絶対に子どもがほしい」。そう願っていた妻は、夫からその事実を知らされて、泣き崩れた。

大阪府池田市の会社員、北村哲也さん（30）は2003年、同病院で血液の病気の骨髄異形成症候群と診断された。当時は18歳。治療のために放射線治療を受け、抗がん剤を服用することになった。副作用で精子のもとになる細胞がなくなる恐れがあったため、両親や医師の勧めで03年12月に精子を凍結保存した。保管費用は無償だった。

9年後の12年12

月、交際していた現在の妻（28）と同病院を訪れた。北村さんは「子どもが自分と同じ病気になるかもしれない」と子どもについては消極的だったが、「女性に生まれた以上、絶対に子どもが欲しい」と説得され、「父親になりたい」と考えるようになっていた。

診察室では、産科部長から「凍結精子は保管されています」と説明を受けた。ただ、「専門の医師が異動したので、病院としては不妊治療ができなくなりました。できるだけ早く、別の病院に移管してほしい」と告げられたという。

「すぐに移管先を見つけるのは無理かもしれないので、それまで管理してもらえますか」と尋ねると、産科部長は「勝手に破棄することは100%ない」と言ったという。この点について病院側は否定している。産科部長によると、

13年3月末までに移すよう求めた上で、「期限が来たらピタッとやめるわけじゃない、とは言った」という。

「結婚するまで、置かせてもらおう」。そう話した2人は、今年1月に結婚した。凍結精子を移せるクリニックを見つけ、4月に同病院に問い合わせた。翌日、職員から電話があった。「移管をお願いしていたが返事がなく、管理が行き届かない状況になった。使用に関して医学的には担保できません」

「あかんて」。北村さんが事情を伝えると、妻は泣き崩れた。「あかんてどういう意味？ 何でなん？」

4月25日、北村さんは副院長をはじめ医師4人と職員1人に面会した。電子カルテには「12年度中（13年3月末まで）の移管をお願いした」と書かれていた。ただ、期限を過ぎれば廃棄するとの記載はなく、書面による説明や同意書の作成記録もなかった。

医師たちは「連絡がなかった。病院に責任はない」と謝罪にも応じなかった。北村さんは「大きな病院でちゃんと管理してもらえると信じていた」と話し、病院側の謝罪を求めている。

凍結精子を移す予定だったクリニックの診断で、北村さんの今の精子は動いていないことがわかっている。今後、手術で精巣を開き、精子のもとになる細胞が残っているかを確かめる予定だ。精子が見つかる可能性は30%前後だという。（藤田遼）

■学会、意思確認を奨励

抗がん剤治療などで精子をつくる機能が将来低下する可能性のある人の精子保存を巡っては、日本不妊学会が03年、事前に凍結保存できるとの見解を示した。10代や未婚の男性もおり、一般的な不妊治療と違って長期保存が必要とされ、日本生殖医学会は06年のガイドラインで「保存期間は本人が生存している期間」とし、定期的な継続意思の確認や保存費用の有償化を奨励している。関東のある大学病院では年間2万円の費用負担を患者に求めている。日本産科婦人科学会は07年の見解で、廃棄は「本人から意思が表明されるか、死亡した場合」としている。厚労省によると国による統一ルールはない。

複数の医師によると、これらの指針が出て以降、凍結保存の場合には「1年ごとに継続意思の表明がないと廃棄する場合がある」などと保存条件を文書で示し、同意書を得るのが一般的になったという。（西村圭史）

■精子の凍結保存を巡る動き

03年12月 北村さんの精子の凍結保存開始

12年4月 責任者の元婦人科副部長が異動

12年12月 北村さんが凍結精子の移管を求められる

14年9月ごろ 元副部長が凍結保存中止を指示

15年4月 凍結保存中止が発覚

〈凍結精子〉 専用の保存液に入れ、液体窒素で凍結させて保存した精子。人工授精や体外受精といった不妊治療に使われるほか、長期間の抗がん剤治療などで精子をつくる能力が下がる可能性がある場合に事前に凍結保存する。複数の専門医によると、半永久的に保存できるという。厚生労働省によると、精子の凍結保存には報告義務がなく、国内で保存されている凍結精子の数は把握していない。聖マリアンナ医科大病院によると、凍結精子は60年以上前に始まり、日本でも1958年に凍結精子による人工授精での出産が報告されている。

〈大阪市立総合医療センター〉 1993年開院。産科や婦人科、血液内科など57の診療科をもつ総合病院。昨年10月に大阪市病院局から地方独立行政法人大阪市民病院機構へ移行。5月1日現在で医師は377人在籍。病床数は1063。

恋人見るとドーパミン ときめき、理研が脳解明

臨床 2015年5月15日(金)配信共同通信社

恋人を見てドキドキすると脳内で神経伝達物質ドーパミンの放出が増えることを解明したと、理化学研究所ライフサイエンス技術基盤研究センター（神戸市）などのチームが14日、発表した。

理研によると、ハタネズミを使った研究では雄と雌がつがいをつくるときにドーパミンの放出が増えることが分かっているが、人間でドーパミンと恋愛の関係を明らかにしたのは初めてという。

高橋佳代（たかはし・かよ）研究員は「恋愛のときめきを脳科学的に解明できた。人間は恋人を見ることを『報酬』と感じている可能性がある」と話す。

チームは異性と熱愛中の平均年齢27歳の男女計10人（女性6人、男性4人）を対象に、恋人の写真と、異性の友達の写真を見せたときの脳活動を陽電子放射断層撮影装置（PET）で調べるとともに、見たときの気持ちのドキドキ度合いが高いか低いかを記述してもらった。

すると、恋人の写真を見せたときにドキドキ度合いが高まり、脳の内側眼窩前頭野（ないそくがんかぜんとうや）でドーパミンの放出が増えた。

チームによると、内側眼窩前頭野は褒められてうれしいときなどに活発に働く脳の領域で、美しいものや、母親が子どもを見たときにも活動することが報告されている。

チームは、セロトニンなど他の神経伝達物質も恋愛に関わっていないか研究を進める。成果は海外のオンライン科学誌に掲載された。

その時どうする？患者トラブル調査

8割が患者・家族から暴力や暴言◆Vol.1

開業医よりも勤務医で多い傾向

医師調査 2015年5月19日(火)配信成相通子 (m3.com 編集部)

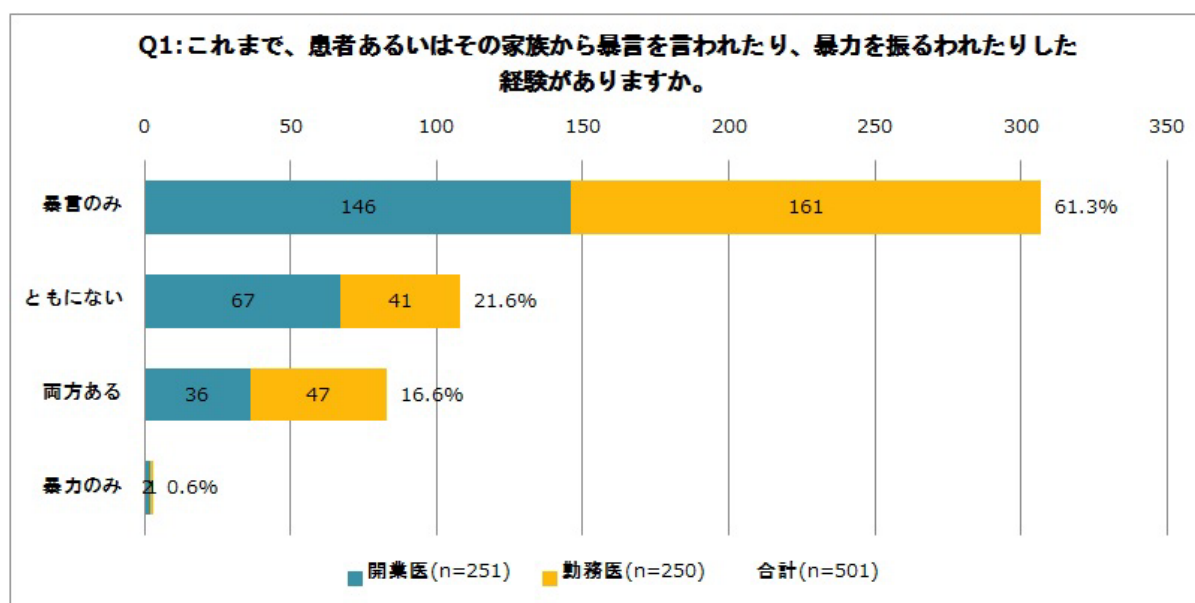
「最近、ハードクレマーが激増している」。そんな声が、m3.com 編集部が今年3月に実施した医師調査で寄せられた（『「外来にレコーダー必須」「1年後の返戻、対応困難」◆Vol.18』を参照）。理不尽な要求をする患者とのトラブルは、最近では、患者の高齢化や認知症患者の増加を背景にしたケースや、医療を否定する内容の本やニュースの影響を受けたとみられるケースも指摘されている。

突然のトラブルが起きた時、まず対応を迫られるのは現場の医師。どうすればトラブルを防げるのか、関心は高いものの抜本的な対応策はなかなか見つからないのが現状だ。

そこで、m3.com 編集部では、医療現場で起きている患者トラブルの実態とその対応法についてアンケートを行った。4月27日から30日までに501人の医師会員（開業医251人、勤務医250人）から回答を得た。その結果を随時掲載する。

Q1:これまで、患者あるいはその家族から暴言を言われたり、暴力を振るわれたりした経験がありますか。

(横棒脇の%は全体に対する項目ごとの割合)



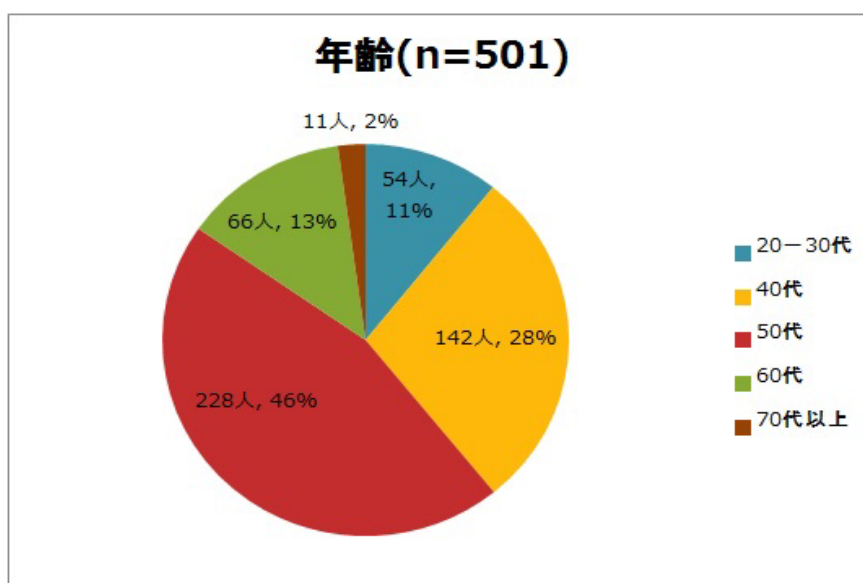
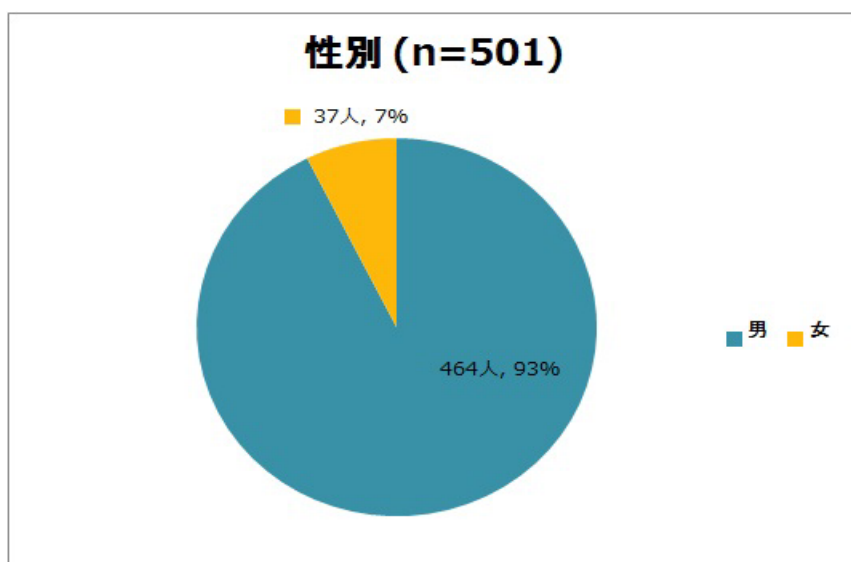
まず全員を対象に、患者や家族からの暴言や暴力の経験の有無を尋ねた。その結果、全体の78.4%がいずれかの経験があると回答。内訳は暴言のみが61.3%と最多だが、16.6%は暴力と暴言の両方の経験があると答えた。どちらも経験がないとしたのは21.6%にとどまった。

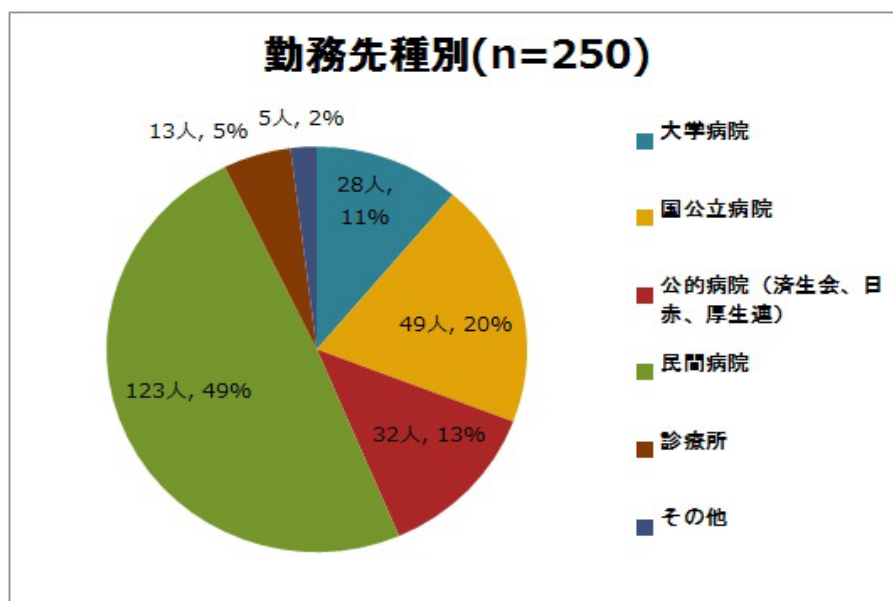
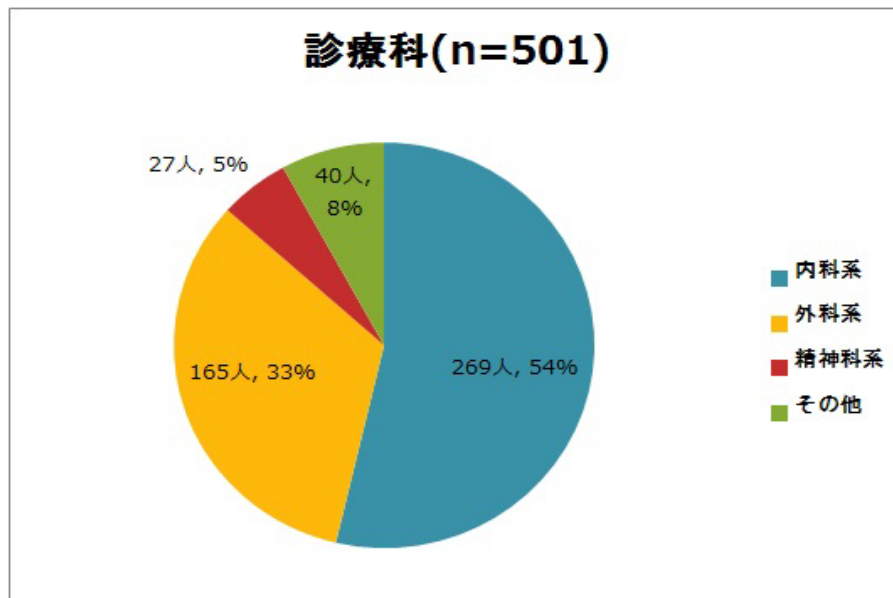
勤務医と開業医の比較では、経験なしと答えたのが開業医は26.4%、勤務医は16.4%で、勤務医の方が、暴言や暴力の経験があると答えた割合が大きかった。

多くの医師会員が、患者やその家族からの暴力や暴言に遭遇していることが改めて裏付けられた形だ。

回答者の属性は以下の通り。

(グラフ内の値は、「人数，%」の順に表示。勤務先種別は勤務医に尋ねた)





シリーズ：その時どうする？患者トラブル調査

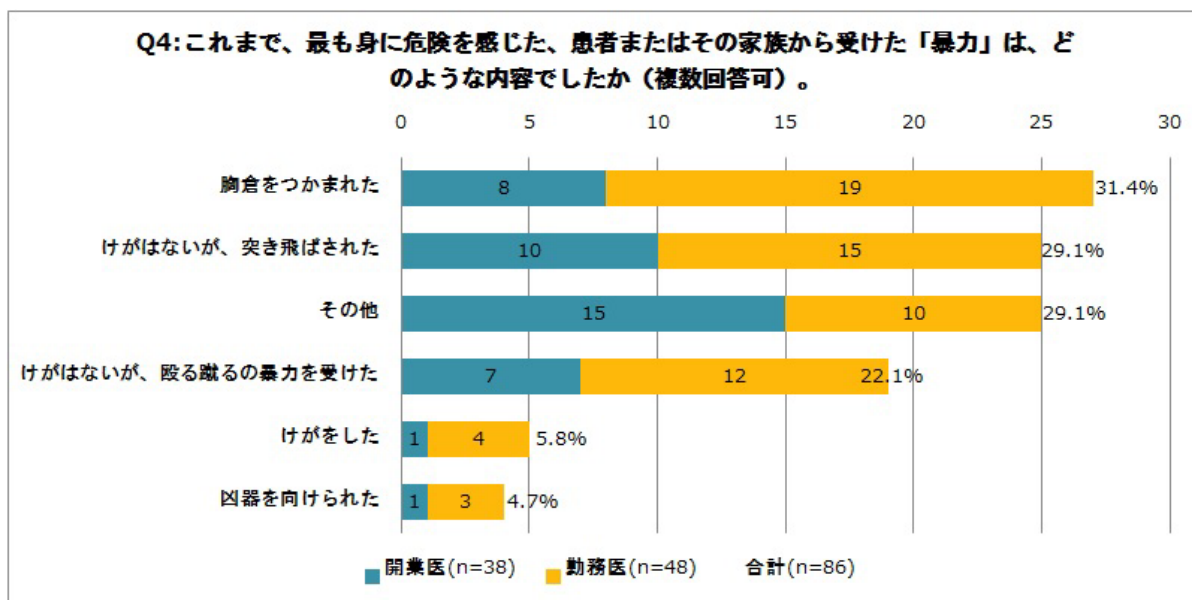
患者暴力、最多は「胸倉つかまれる」◆Vol.2

突き飛ばされ、殴られた医師も

2015年5月23日(土) 成相通子 (m3.com 編集部)

Q4. これまで、最も身に危険を感じた、患者またはその家族から受けた「暴力」は、どのような内容でしたか(複数回答可)。

Q1で医師会員501人（開業医251人、勤務医250人）に患者やその家族から暴力や暴言を受けたことがあるか尋ねた（『8割が患者・家族から暴力や暴言◆Vol.1』を参照）。Q4では、Q1で暴力を受けたと回答した86人に対し、これまでに経験した暴力の中でも「最も身に危険を感じた」事例について聞いている（複数回答）。



（横棒脇の％は、回答者86人のうちその項目を選択した人数の割合）

その結果、最も多かったのが「胸倉をつかまれた」で31.4%。開業医、勤務医合わせて27人で、アンケートに回答した501人で見ると、その5.4%に当たる。「その他」と同数で、次に多かったのが「けがはないが、突き飛ばされた」で29.1%。「けがはないが、殴る蹴るの暴力を受けた」のが22.1%、「けがをした」が5.8%、「凶器を向けられた」が4.7%だった。

暴力でけがをした回答者は少なかったものの、患者やその家族からの危険な行為に遭遇した医師が少なくないことが分かった。

「その他」で寄せられた回答の一部を紹介する。顔を叩かれるなどの直接的な暴力のほかに、物を投げられたり、椅子を蹴られたりといった器物損壊的な行為もあった。

【患者やその家族から受けた危険な行為】

- 物を投げられた。
- 急に顔を叩かれてメガネが少し破損した。
- 杖を振り回された。
- 殴られそうになった。
- 周りの調度品を壊された。

- 静止した家族の指を噛み切った。
- 大腿部を殴られた。
- 松葉杖で殴り掛かれた。
- けがはないが、物を投げつけられた。
- ゴミ箱を蹴飛ばされた。
- 物をぶつけられた。
- つばをはきかけられた。
- 椅子を蹴られた。

シリーズ：その時どうする？患者トラブル調査

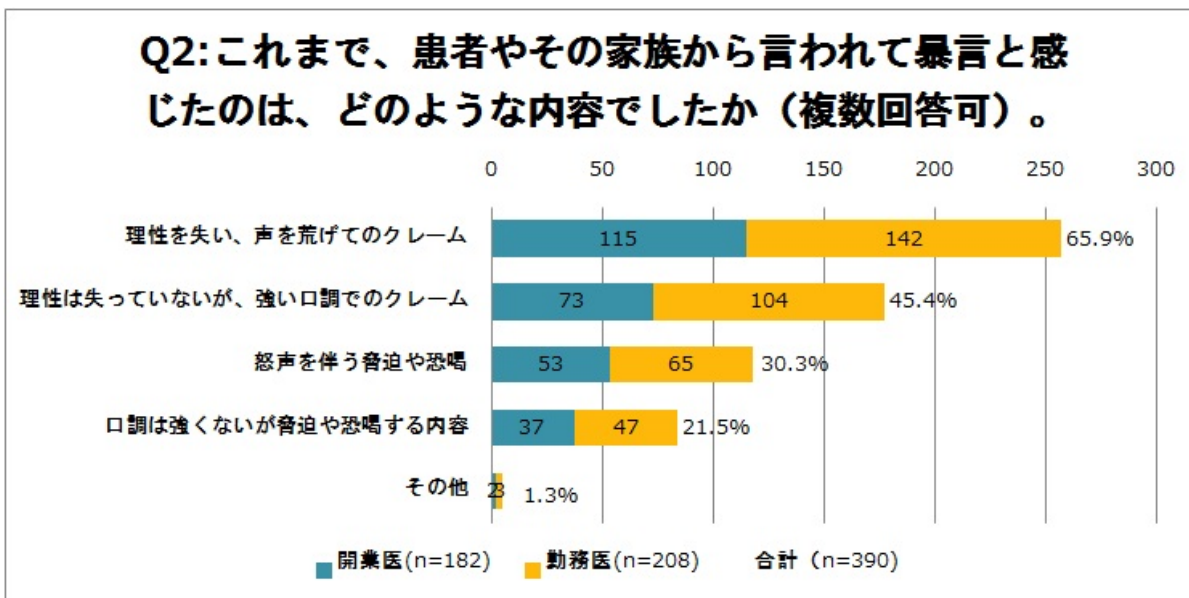
「クリニックに火をつけてやる」◆Vol.3

患者の過激な暴言、「思い出したくない」との声も

医師調査 2015年5月24日(日) 成相通子 (m3.com 編集部)

Q2:これまで、患者やその家族から言われて暴言と感じたのは、どのような内容でしたか(複数回答可)。

Q1(『医師の8割が患者の暴言暴力を経験』)で、医師会員501人(開業医251人、勤務医250人)のうち、患者やその家族から『暴言』を受けたことがあると回答した390人(開業医182人、勤務医208人)に対し、患者やその家族から言われた言葉について、どのようなものが「暴言」と感じたのか、選択肢で尋ねた(複数回答)。



(横棒脇の%は、回答者390人のうちその項目を選択した人数の割合)

その結果、最も多かったのが「理性を失い、声を荒げてのクレーム」で 65.9%。以下、「理性は失っていないが、強い口調でのクレーム」が 45.4%、「怒声を伴う脅迫や恐喝」が 30.3%で続いた。「口調は強くないが脅迫や恐喝する内容」は 21.5%だった。「その他」では、「刺青などを見せる行為」「常識外の要求（を言われた）」などの回答があった。

Q3:その暴言はどのような内容でしたか（自由回答）。

Q3 では、自由回答でその暴言の中身を聞いた。医療機関という場で発せられたとは考えられないほどの過激な言葉も多く、「思い出したくない」と回答した医師会員も複数いた。今回は中でも、患者やその家族から言われた恐喝・脅迫のような内容の暴言について紹介する。

「訴えてやる」などの捨て台詞のほか、「殺してやる」などの身体に危害を加えると脅す内容や、「マスコミに言う」「保健所に言う」「医師会に言う」など、自分の意図に従わせるように脅す内容もあった。さらには、家族にも危害を加えることをほのめかすような悪質な内容まであった。

きっかけは、診療に対する不満や、言いがかりのような事柄も含まれていた。

<告発や行政に訴えるとの脅し文句>

- ・「行政やマスコミにあることないことぶちまけて、潰してやる」
- ・「新聞社に告発するぞ。病院を燃やしてやる」
- ・「人の口には戸は立てられないからね！」
- ・「ネットに投稿してやる」
- ・「出るところに出る」
- ・自分の希望通りの治療や処方強要する内容、他の場所で自院の悪口を言いふらすぞという脅迫など。
- ・自分の都合が悪いとマスコミ関係者が親戚にいると脅してくる。
- ・「おまえは本当に医者か」、「保健所に訴えてやる」、「新聞記者に知り合いがいるんだぞ」など
- ・バックに暴力団が付いているとか、以前あった医療事故の報道は自分がリークしたとか、さまざまです。
- ・「警察呼ぶぞ」
- ・「保健所に連絡してやる！」
- ・「医師会に訴えてやる！」
- ・「上に告げる。なんで治らんとや？」
- ・「訴えてやる 絶対、許さない」
- ・「納得いきません。訴えます」
- ・「今後何らかの法的手段で行動します」の捨て台詞。

- ・「訴えてやる、それでも医者か」
- ・「当方が嘘をついている、〇〇しないと法律的対応を取る、謝罪文を出せ」など。
- ・搬入時点でどうてい無理な状況からの回復を望み、無理なようなら訴えを起こすという脅迫

<直接的な暴力を示唆する言葉>

- ・「殺すぞ。その態度はなんだ。謝れ。土下座しろ」
- ・殺してやるだの、訴えてやるだの、人のいないところに呼び出しかけられたり、病院にメールで悪口を言いつけたり。
- ・患者さんの家族から「殺すぞ」と言われたことがあります。
- ・肝臓癌末期で入院中の年末に危篤状態となり、患者の息子から正月明けるまで生かさないと殺すぞと言われました。
- ・「殺してやる」とか、「おまえ何様か」といった一方的な暴言でした。こちらの話に全く耳を傾けない方がいままで2名いました。
- ・「医者できんようにしたろか」
- ・看護師にぶっ殺してやる、と捨て台詞。机を叩いて怒っていた。
- ・「警察を呼ぶなら、住所を聞き出してやる」
- ・時間外受診を拒否した患者の家族が、脅迫めいた暴言を吐き今から行くから待ってろと言うので警察に通報。
- ・「クリニックに火をつけるぞ」
- ・「刺し違えてやる etc.」
- ・鎮静化 CS を施行した Pt. 『訳の分からなくなる薬を勝手に使われ、何をさせたのか…『殺してやる!』』 ・「てめえの名前は覚えた。家族をぶっ殺してやる」
- ・家族をも含む暴力の示唆。院長へクレームして処分させるとの脅し。
- ・「お前にも家族がおるやろ」
- ・「家族を殺す」
- ・「納得できんわ」「訴えてやる」「家族を殺してやる」
- ・「お前の家族どうなっても知らんぞ」
- ・自宅や近所に嫌がらせの貼り紙をする、診療終了後に 10 回以上往診を強要する電話をかけてくる、電話に出た家族を脅迫するなど。

<過度の謝罪や金銭を要求する文句>

- ・「謝れ、自宅に来い、誠意を見せろ」
- ・「やくざじゃないんだから、金を出せと言ってるんじゃない。誠意を見せろ」
- ・「この手術は失敗だから 1000 万払え」
- ・面談の場で机を叩いて「どうしてくれるんだ」と暗に金銭的な解決法を思わせて解説を図る場面に遭遇した。

- ・「慰謝料をよこせ」
- ・「お前等の責任だろ。誠意を見せろ。口の聞き方に気をつけろ。俺は被害者なんだから。誠意とはなんだか、言わなくても分かるるだろ。具体的に誠意をみせろ」

<その他>

・別の医師の診ている患者さんが不幸にも熱中症になり亡くなられた時、管理医師である私の監督不行き届きが原因であると電話等で毎日のように暴言を吐かれ脅、迫めいた言葉も含まれていた。

- ・「わしを誰やおもてんねん」
- ・「さっさと診ろ〜〜!!! (備品を蹴りながら)」
- ・許さんからな というような恐怖を感じる言葉。
- ・ものすごい剣幕で若い衆を連れて来るぞと言われた。
- ・てめえ、娑婆に出たら覚えてろよ (反社会的組織の構成員? 警察拘留中に、警察官に連れられ夜間救急を受診。自切した指の幻肢痛に対する完全な治療を、夜間救急で要求。困難であることを伝えたところ、上記暴言)。
- ・点滴がなかなか入らないときに名前を聞かれ、「覚えておくぞ!」と威圧された。
- ・「この事態にどのように落とし前をつけるつもりか?」

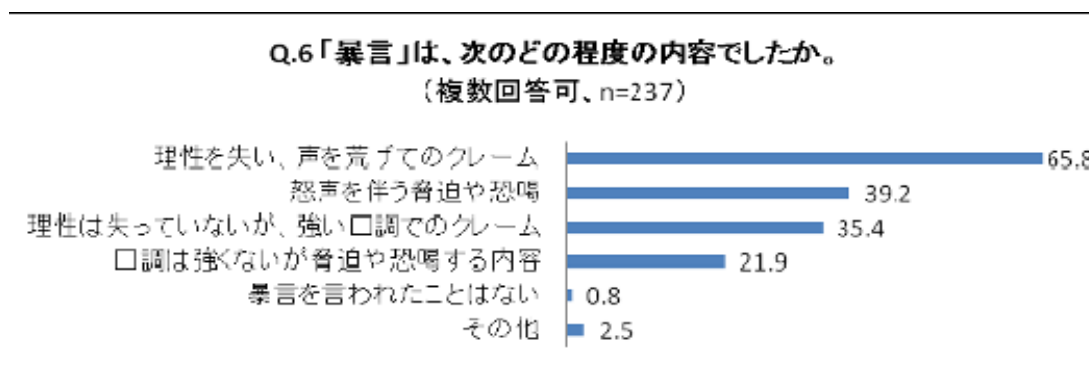
シリーズ： モンスター・ペイシエントの実態

暴言の6割は脅迫・恐喝に発展する◆Vol.3

圧倒的多数は理性失い声荒げるクレーマー

医師調査 2013年6月7日(金) 島田 昇 (m3.com 編集部)

Q.6 「暴言」は、次のどの程度の内容でしたか (複数回答可)。



患者やその家族に暴言を言われたり、暴力を受けたことがある医師に対し、暴言の程度について聞くと、「理性を失い、声を荒げてのクレーム」が65.8%で最も多く、「怒声を伴う脅迫や恐喝」が39.2%で続いた (複数回答)。理性

を失って声を荒げる暴言が圧倒的多数を占めていた。続いて「理性は失っていないが、強い口調でのクレーム」（35.4%）、「口調は強くないが脅迫や恐喝する内容」（21.9%）などの順で、「怒声を伴う脅迫や恐喝」と「口調は強くないが脅迫や恐喝する内容」の合計は61.1%で、暴言の6割は脅迫・恐喝に発展していた。

「その他の」自由回答では、「口調は強くないが、社会的な場面では通常しない表現」（国公立病院勤務、40代女性）、「下足箱に『出ていけ』の切り文字投書」（国公立病院勤務、50代男性）、「酔っていて自由に暴れていた」（国公立病院勤務、40代男性）、「他の患者の診察中にも入ってきた」（開業医、50代女性）などの事例が寄せられた。

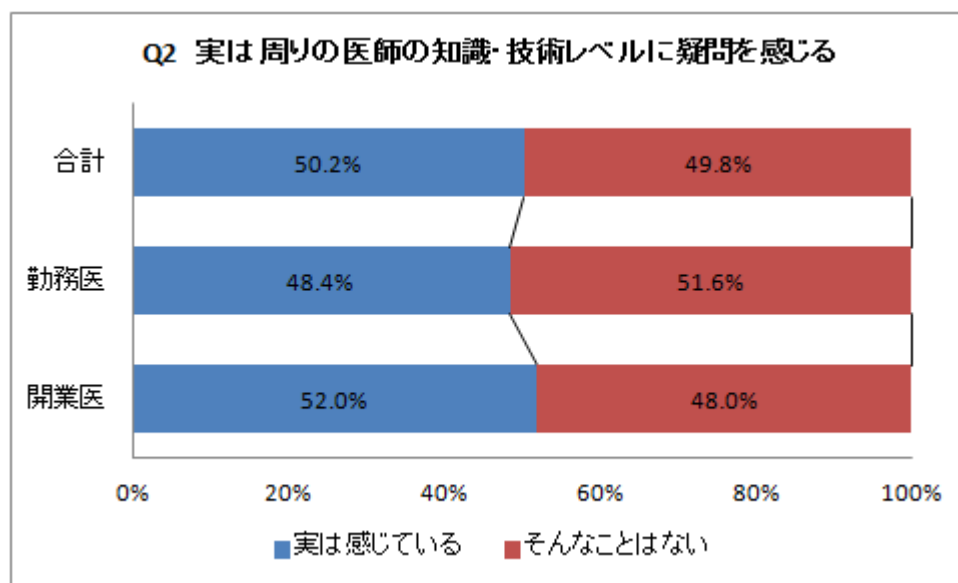
シリーズ：医師「究極の選択」

50%が「医師レベルに疑問」◆Vol.2

「謙虚さを忘れるべきでない」との声も

医師調査 2013年5月13日(月) 池田宏之 (m3.com 編集部)

Q.2 実は周りの医師の知識・技術レベルに疑問を感じているか。



Q.2では、「実は周りの医師の知識・技術レベルに疑問を感じているか」を、m3.com 医師会員に聞いた（調査概要は、『混合診療に否定的、9割弱に上る◆Vol.1』を参照）。全体では「感じている」とした会員が50.2%、「感じていない」と回答した会員が49.8%と、意見が真二つに割れた。「感じている」と

したのは、勤務医では48.4%で半数を下回ったものの、開業医は52.0%で、勤務医と開業医で目立った差はなかった。

「感じている」とした医師の自由回答で多かったのは、勤務医では、手術の技術レベルに関する疑問。「エビデンスに基づかない治療を提供している」「学会等で勉強を続けている姿勢が見られない」との意見もあった。

「感じていない」とした医師の意見で目立ったのは、「自分のレベルがそこまでとも思えない」という謙虚な回答。「自分の不得手な分野は紹介ということで補うことで医療レベルが下がることはない」とする回答もあった。

理由として寄せられた主な意見は、以下の通り。

【感じている（勤務医）】

- ・手術が下手なことを認識していない先輩がいる。
- ・人間的に能力的にも問題のある医師が増えている。
- ・手術に関しては大いに感じる。やればやるだけ合併症を起こす同僚にうんざりすることも多い。
- ・常に現在の医療水準に合った医療レベル維持しようと努力する医師と、単に自己の経験からだけで診療に従事している医師では、明らかに知識・技術レベルに差がある。
- ・勤務医から見て、開業医で微妙な人は結構いるように感じる。開業すると、腕が鈍るのかもしれない。
- ・急速に低下中。人間の能力は10のN乗の差があるのだが、幼年期で既にそうになっていたものが、学問に対する姿勢や、学ぶ方法を教えられなくなって久しい。姑息さはあるが、診療能力は悲惨の極み。
- ・医師も人間であり、機械ではないから一律にはいかない。
- ・地方病院だと、どうしても井の中の蛙になってしまうと思われるから。
- ・特に開業医。金儲けのみで、まともな診療をせず、中核病院に、重症化して搬送されてくる。尻拭いをしている感が否めない。
- ・現在の職場の上司は信頼できる先輩たちであり、とても感謝している。しかし、開業医でも勤務医でも大学でも診療のレベルとして、自分の家族を任せられる医師はほとんどいない。尊敬している先輩や優秀な同期に、自分は医療ができるといった人は誰もいない。自分ができないことを理解して、努力している人しか信頼できない。

【感じている（開業医）】

- ・学会や勉強会に全く出てこない開業医がいる。
- ・診療所勤務だが、患者を紹介しようと思っても、近くの総合病院では自分以

上の治療ができる力量はなく、困ることがある。

- ・日々進歩している医学について行かない医者が多い。昔、自分がやっていた形から抜け出せない医者が多いと思う。

- ・人間全体の状態を把握しようとしめない医者が多すぎる。

- ・レベルに差があるのは当然。ただ、問題は患者にとって有害かどうか。その視点から見ると、大きな問題はあまりない。

- ・能力の低い医師は多い。大学の偏差値だけをとっても、医学部の偏差値が高いわけではない。「やる気」と言えば聞こえは良いが、ごり押しの強い人が医者になっている。基本的な学力が高くないのに、「先生」とおだてられて、努力もしないで医者をしている者が多いように感じる。血压だって真面目に測っていない医者もいる。

- ・知識・技術レベルというより、無責任な印象はある。

- ・周りの医師と言うより、10年前の自分に比し、できるレベルが低下している気がする。

- ・（自分もそれほど知識や技術があるとは思っていないが）初診の中等度高血圧患者に降圧薬を2種類出したり、副鼻腔炎にニューキノロンを低容量で漫然と長期間出したり、そんなことが日常茶飯事に見受けられる。

- ・抗生物質の乱用や検査キットの乱用など、特に耳鼻科の先生の上気道炎の治療に疑問を感じている。

- ・知識・技術レベルというより人間性に問題のある人はいる。 ・自己流が多い。

- ・専門医をいくら取っても、何もできずに基準のみクリアしている医師が多い。

【感じていない（勤務医）】

- ・感じることもあるが、個人の問題と考えているため、組織的に見るとレベルが低いとは思わない。

- ・大学病院の内科に所属している性質上、比較的知識レベルは高いと感じている。

- ・上には上がいるので、満足してはならないと思う。

- ・自分自身が、いっぱいいっぱい、キャッチアップできていないと思うときがある。

- ・毎年、皆でアップデートしている。

- ・たまに今一つと思うこともあるが、誰かが客観的に判断したわけでもなく、印象にすぎないと感じる。

- ・現在の病院は非常にレベルが高く、疑問は感じていない。しかし、過去に田舎の小規模総合病院に勤務していた際には疑問を感じるが多々あった。

・感じることもあるが、自分のことを棚に上げては言えない。そのためお互いフォローし合うべきだと思う。強いて言うなら、謙虚さを忘れるべきではないと思う。

【感じていない（開業医）】

- ・診療スタイルはそれぞれ違っていても構わない。
- ・それぞれ専門分野できちんと取り組んでいる。
- ・「まあこんな程度だろう」と、あきらめている。
- ・中にはそう感じる医師もいますが、ほとんどの医師はそんな感じはありません。
- ・全ての医師が100%の知識、技術はあり得ない。そのため自分の不得手な分野は、「紹介」という形で補うことで、医療レベルが下がることはないと思う。紹介先の情報の開示が必要。
- ・自分の技術レベルが優れているわけではないので、初心を忘れないようにしている。
- ・国際的に考えれば、日本の一般医療のレベルは高いと思う。低医療費で、技術の高い医療を受けられるということでは、先進国にトップレベルだと思う。しかし、その恩恵を感じない患者と、一部尊大な医師や、患者を馬鹿にした医師と面倒くさがる医師も増えてきたことに危惧を感じている。
- ・診療所では医師は自分一人であるため。
- ・開業医だから、周りの医師のレベルを垣間見る機会は少ない。おかしいなと思うことはごくわずか。
- ・「知らない」、「仲良くない」でヒトの技量を判断しがちである。お互いの無知は、嫌悪を導き、やがてヒトの技量の誹謗へとつながる。良くない風潮である。