

医療ニュース

東大、教育力1位 大学ランク日本版

大学 2017年3月31日(金)配信朝日新聞

英国の教育専門誌「タイムズ・ハイヤー・エデュケーション (THE)」は30日、初の「世界大学ランキング日本版」を発表した。1位は東京大、2位東北大、3位京都大と、国立の旧帝国大が上位に並んだ。

同誌のランキングの世界版は研究力を軸にランクづけしているが、日本版は日本の事情に即して評価し、学生1人あたりの教員数▽高校教員や企業、研究者へのアンケート▽外国人学生や外国人教員の比率——などを通じて主に教育力を測った。協力が得られた435校を対象とし、150位までの総合ランキングを作った。30位以内のうち21校は国立大で、私立大は6校、公立大は3校だった。

(片山健志)

■世界大学ランキング日本版で上位の大学

(1) 東京大	88.5
(2) 東北大	87.4
(3) 京都大	86.8
(4) 名古屋大	86.3
(4) 東京工業大	86.3
(6) 大阪大	86.1
(7) 九州大	85.1
(8) 北海道大	82.8
(9) 筑波大	81.7
(10) 早稲田大	75.9
(11) 慶応義塾大	75.4
(12) 広島大	75.2
(13) 神戸大	74.4
(14) 一橋大	72.4
(15) 国際基督教大	71.8
(16) 千葉大	70.6
(17) 長岡技術科学大	69.8
(18) 上智大	69.1
(19) 金沢大	68.6
(20) 国際教養大	67.9

〈総合ランキング。数値は各大学の評価を表す「総合点」(100点満点)〉

医療ニュース

日本の科学研究は「失速」 論文数、5年で8%減少 2017年3月23日 共同通信社  
英科学誌ネイチャーは23日、日本の著者による論文数が過去5年間で8%減少し、日本の科学研究は失速していると発表した。

日本政府が研究開発への支出を手控えた状況が反映されたという。

同誌は「日本は長年にわたって世界の第一線で活躍してきた。だが2001年以降、科学への投資が停滞しており、高品質の研究を生み出す能力に悪影響が現れている」と指摘している。

自然科学系の学術誌68誌に掲載された論文の著者が、どの国出身で、どんな研究機関に所属しているかをまとめたデータベースを使って調べた。

その結果、12年から16年の5年間で、中国の論文数が48%、英国の論文数が17%伸びた一方で、日本は8%減少したことが判明した。米国も6%減った。

外部の専門家が事前に内容をチェックする「査読」を受けた論文については、世界では過去10年間で80%増加したのに対し、日本は14%しか増えていなかった。

研究開発への支出額は、ドイツや中国、韓国などが大幅に増やす中、日本は01年以降、ほぼ横ばいだった。同誌は、16年にノーベル医学生理学賞を受賞した大隅良典（おおすみ・よしのり）・東京工業大栄誉教授の成果にも言及。若い研究者の待遇改善が重要だと指摘した。

## 医療維新

シリーズ[女医の悩み2017](#) 中堅、内科、皮膚科、麻酔科で女性医師が多め◆Vol.4  
男女ともに半数前後が医局人事で勤務先を決定

医師調査 2017年3月22日（水） 高橋直純（m3.com 編集部）

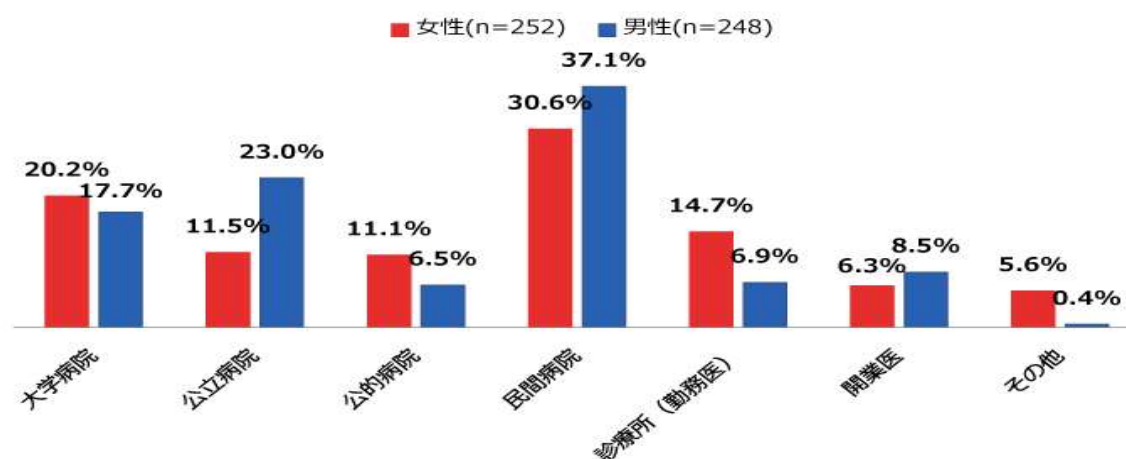
[\[連載第1回はこちら\]](#)

### 【調査の概要】

- ・調査期間：2017年1月9日－1月10日・対象：m3.com 医師会員（30－49歳）
- ・回答者数：500人（女性医師252人、男性医師248人）

シリーズ[女医の悩み2017](#)

Q 先生の勤務先種別を一つお選びください。

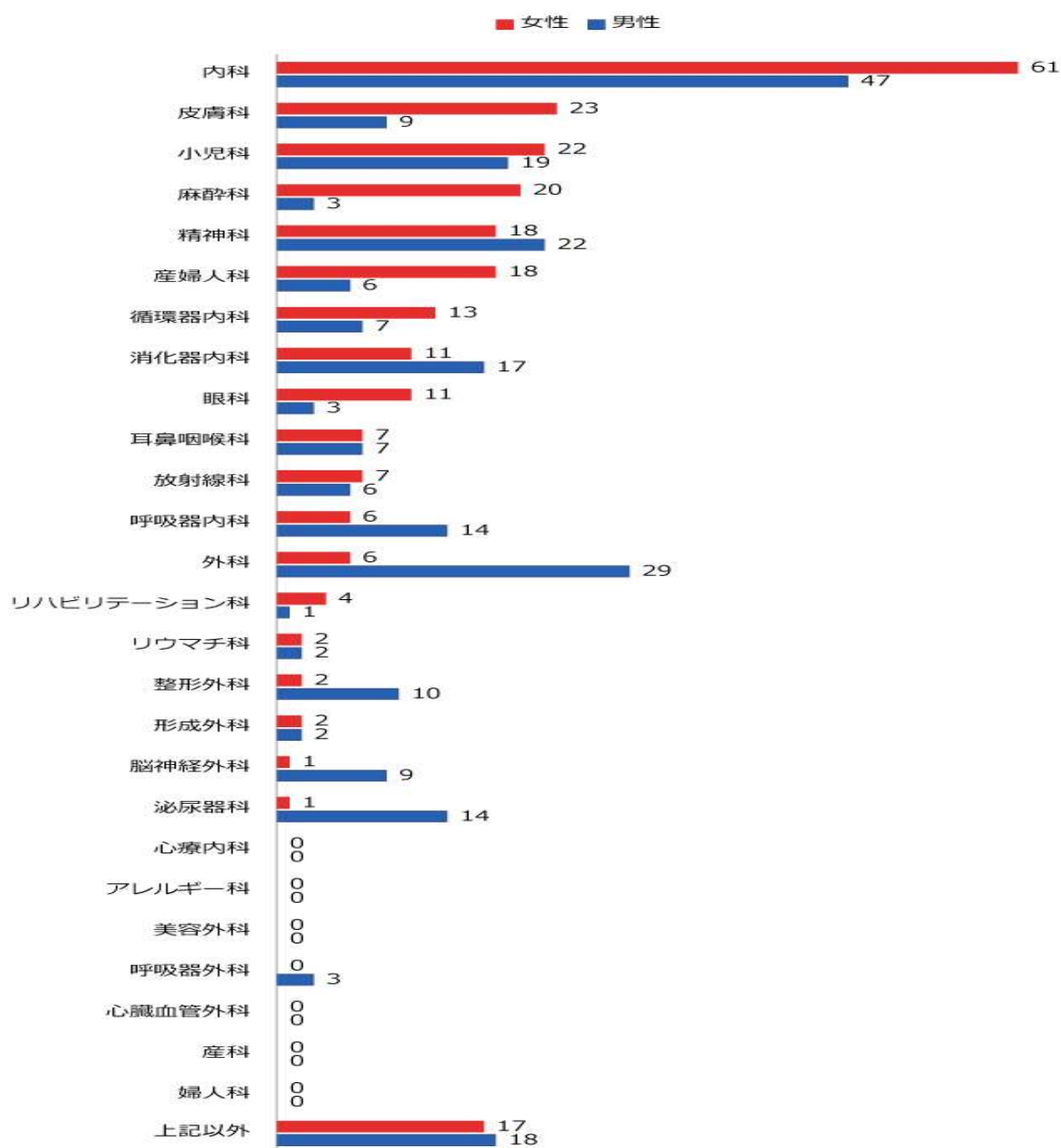
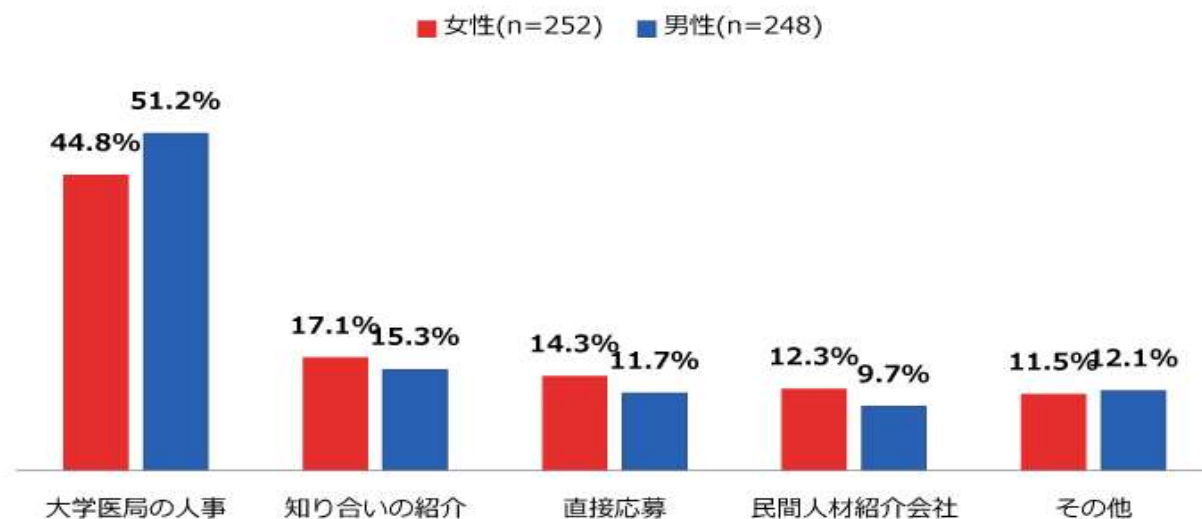


勤務先では、女性医師が男性医師より多かったのは、診療所（勤務医）、公的病院、大学病院だった。

Q 現在の勤務先はどのようにして選びましたか。

男女で傾向に違いはなかったが、わずかに女性医師で医局人事が少なかった。

Q 先生のご専門の診療科をお選び下さい。単位：人



男女ともに約 250 人ずつの 30-49 歳の医師を対象とした本調査（医師全体では女性の割合は 20%程度※2012 年時点）では、男女とも 1 位は内科だったが、女性がより多かった。2 番目に多かったのは女性では皮膚科、男性では外科だった。

## 医療維新

### シリーズ [AI が切り拓く医療の新時代](#)

#### 進化する「Watson」、診断支援や新薬開発にも IBM 社、医療でも広がる活用範囲

レポート 2017 年 2 月 20 日（月）配信橋本佳子（m3.com 編集長）

「Watson の大きな特徴は、大量の文章を読み解き、それを理解し、人間の目では分からなかった新たな関係性を見いだすことができること。診断が容易ではなかった症例でも、患者のデータを基に、文献やガイドラインなどから最適な治療方針の候補を見付けたり、既存の薬とタンパク質や遺伝子などとの新しい関係性を示すことができれば、その薬の適応拡大につながるなど、その活用範囲は広い」

東京大学医科学研究所の例に代表されるように、日本の医療分野でも使用が始まった、米 IBM 社の「Watson」。その特徴を日本 IBM 社ワトソン事業部ヘルスケア事業開発部長の溝上敏文氏は、こう説明する。

「Watson」の開発は、米国で人気のクイズ番組、「ジェパディ（Jeopardy）！」へのチャレンジからスタート。問題文が読み上げられた後に早押しで答える形式のクイズで、2011 年に人間と対戦し、勝利したことから、「Watson」への注目が一気に高まった。

ビッグデータの時代、膨大な医療情報を構成するものは、自然言語で記述された医学論文も含め、その約 80%は、「非構造化データ」と言われる。しかも、毎年、大量の新しい知見が論文等で発表される。いわば“情報の洪水”の中で、「Ingest」（多種多様なデータを読み込む）、「Learn」（その領域で重要な関係性などを抽出）、「Test」（機械学習によるトレーニング）、「Experience」（サービスとして稼働、エビデンスも可視化）というステップを繰り返しながら、「進化」していくのが、「Watson」だ。

「Jeopardy！」への挑戦を通じて、「非構造化データ」であっても、質問の意味を理解し、大量の情報の中から解答を見いだす技術の基礎を築いた IBM 社は、その後に事業化を進めた。その一つが、医療分野だ。

「各業界には、大量のビッグデータがあり、それを有効活用するためのインフラ構築が始まったが、中でも注目されているのが医療分野。膨大なデータがあるものの、それがうまく活用されておらず、一方でさまざまな解決すべき課題を抱えていたからだ。医療分野は多岐にわたるため、IBM ではまず癌の領域に特化して、テキサス州立大学 MD アンダーソンがんセンター、ニューヨークのスローンケタリングがんセンターなどと協力して、研究開発を始めた」（溝上氏）。

「Watson」は、医療分野の中でも用途別に分かれる。臨床用では、癌の診断支援に用いる「Watson for Oncology」が注目される取り組み。研究用には、医学文献などを検索・分析し、新知見を得るための「Watson for Drug Discovery」、臨床研究を行う場

合にその条件に合致する最適な患者を見いだすための「Watson for Clinical Trial Matching」などがある。

研究と臨床の両方に用いることができるのが、東大医科研が使っているゲノム解析用の「Watson for Genomics」だ（『[そうだ！Watson君に聞いてみよう！](#)』を参照）。癌の場合、癌種を超えて有効な薬が少なくない。全ゲノムシーケンスの結果を解析し、癌の原因となる遺伝子変異を見つけ、適応外の薬も含めて選択肢を提示することなどが期待できる。

### 「Watson for Oncology」、最適な治療候補提示

「Watson for Oncology」は、クラウドベースで開発されている癌の診断支援システムだ。肺癌、乳癌、結腸・直腸癌などの癌種をカバーしている。

診断支援の流れは次のようになる。（1）まず電子カルテから、年齢、性別、症状、各種検査結果など、患者の属性データを抽出、（2）それを踏まえ各種ガイドラインなどを基に最適な治療方針を洗い出す、（3）さらに医学文献から、治療方針をサポートする根拠を探し出す、（4）その上で、医師の専門知識によって訓練された Watson の推論モデルを使い、治療方針の優先順位を付ける——というプロセスを経て得られた結果を基に、最終的に医師が治療方針を決定する。

「癌の治療方針は、手術、化学療法、放射線療法などを組み合わせて、提示される。Watson for Oncology を活用すれば、トップレベルではないかもしれないが、それに近い治療方針の決定が、さまざまな医療機関で可能になる」と溝上氏は語る。「Watson for Oncology」は、スローンケタリングがんセンターのほか、インド、タイ、韓国の病院でも導入事例がある。

### 「Watson for Drug Discovery」、癌抑制遺伝子を活性化する新酵素を発見

「Watson for Drug Discovery」の活用事例が、さまざまな癌に関係する癌抑制遺伝子 p53 に関する、米国のベイラー医科大学との共同研究だ。p53 を活性化するリン酸化酵素を予測するため、p53 に関する 7 万もの論文を分析、その結果、既知の酵素に加えて、候補として浮上した酵素が見つかった。その仮説を検証するため、in vitro で研究したところ、実際に p53 と反応する酵素が同定されている。

## 医療維新

「全員加盟の医師の団体」の是非を議論、日医 委員長には京都大名誉教授の本庶佑氏  
レポート 2016 年 12 月 22 日（木）配信高橋直純（m3.com 編集部）

日本医師会の今村聡副会長は 12 月 21 日の定例記者会見で、日医内に設置した「医師の団体の在り方検討委員会」の検討状況の中間報告を説明、「医師偏在を含む医療のさまざまな問題をどのように解決するのか、そのためにどのような団体の在り方が必要なのかを検討している」と語った。

委員長は京都大名誉教授の本庶佑氏、副委員長は今村副会長で、委員には地域医療機能推進機構（JCHO）や日本病院会のトップなどが参加している。10 月 31 日に第 1 回、12 月 8 日に第 2 回の検討会を開いており、2017 年春に最終報告を行う。議論の結果は厚生労働省の医師需給分科会などにも報告する方針。

今後の議論の方向性として、（1）医師の団体が自主的・自律的に何らかの仕組みを作ることに、その必要性の有無、（2）全員加盟の団体を形成することの是非や可能性・実効性の検討、（3）全国的な視野に立ちつつ、都道府県を単位として、医師



の団体等が大学等と協働し、また行政とも連携して問題解決にあたる仕組みの検討、

(4) これらについて、例えば保険医や保健医療機関の在り方等も含め、議論の深化を図っていく——の4点を掲げている。

今村副会長は「医師が一つの団体に所属をして自主的・自律的に活動していくことが望ましいというのは、日医だけでなくさまざまな医療団体、学術会議で提言されていること。今回は本庶先生から、そうした団体の必要性が指摘され、とりあえず日医という場の中で議論をしていくことになった」と説明。

「全員加盟の医師の団体」が日医を指すのかという質問に対しては、「現実問題として、医師会以外に医師が加盟する団体を作るのは困難だと思うが、組織が必要かどうかということをゼロベースで議論していく」と今村副会長は回答。政治とのかかわりを含めて日医の在り方も検討の対象になるかについては「公益社団法人である日医と、政治活動を行う日本医師連盟とは別組織になっており、本来的には一緒にする話ではないと思うが、いろいろな意見が出てくるとは思うので、そのような話しも出てくるかもしれない」と述べた。

#### 車両運転事故、とくに注意すべき薬剤は ケアネット：2016/09/16



処方医薬品やOTC薬服用中の自動車運転に対する公衆衛生上の懸念は増大している。米国・ウェストバージニア大学のToni M Rudisill氏らは、特定の薬剤が車両衝突事故リスクの増加と関連しているかについてシステマティックレビューを行った。Accident; analysis and prevention誌オンライン版2016年8月25日号の報告。

事前包括基準は以下のとおり。(1) 1960年1月1日以降に発表された文献、(2) 15歳以上の運転免許取得、(3) 査読出版物、修士論文、博士論文、学会発表、(4) 無作為化比較試験、コホート研究、症例対照研究、症例対照に類似の研究、(5) 特定の1剤以上でのアウトカム報告、(6) 車両衝突のオッズまたはリスクのアウトカム報告。14のデータベースおよび手作業で検索を行った。文献、データの抽出は、独立した二重選定で行った。

主な結果は以下のとおり。

- 27件の研究より、53薬剤を調査した。
- 15薬剤(28.3%)が車両衝突事故リスクと関連していた。
- 15薬剤は、ブプレノルフィン、コデイン、ジヒドロコデイン、メサドン、トラマドール、レボセチリジン、ジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム、ロラゼパム、temazepam、トリアゾラム、carisoprodol、ゾルピデム、ゾピクロンであった。

著者らは「いくつかの薬剤は、車両衝突事故リスク増加と関連し、運転能力を低下させた。特定の薬剤と車両衝突事故リスクや運転能力との関連は複雑である」としている。(鷹野 敦夫)

原著論文 Rudisill TM, et al. *Accid Anal Prev.* 2016 Aug 25;96:255-270. [Epub ahead of print]

## 糖尿病罹病期間が長いほど薬物治療は複雑化する—インスリン治療の施行率が上昇、

JDCP 研究 HealthDay News : 2016/09/12

日本人の2型糖尿病患者では、糖尿病の罹病期間が長くなるほど薬物治療、とくにインスリン治療の実施率が増加し、治療が複雑化する傾向にあることが、大規模前向きコホート研究（Japan Diabetes Complication and its Prevention Prospective study、JDCP 研究）の解析でわかった。一方で、治療が複雑化しても良好な血糖コントロールの達成は難しい現状も浮き彫りにされた。



天理よろづ相談所病院（奈良県）内分泌内科の林野泰明氏らによるもの。JDCP 研究は、2007～2011年に登録した全国の糖尿病を専門とする医療機関に通院中の40～75歳未満の糖尿病患者約6,500人を前向きに観察したもの。今回の研究では、同研究に参加した2型糖尿病患者5,844人（女性が約4割、平均年齢61.4歳、糖尿病罹病期間は中央値で9年）のベースラインデータを用いて、糖尿病罹病期間が経口血糖降下薬やインスリンによる薬物治療の選択に影響を及ぼすかどうかを検討した。

対象患者を糖尿病罹病期間により四分位で分けて、食事療法単独に比べて薬物治療（経口血糖降下薬またはインスリン）を実施する確率を検討したところ、第1四分位に比べて第2四分位では約2倍、第3四分位では約3.4倍、第4四分位では約5倍と、糖尿病罹病期間が長くなるほど薬物治療の実施率が有意に増加していた（いずれも  $p$  for trend < 0.001）。

また、食事療法や経口血糖降下薬に比べてインスリン治療を実施する確率も、それぞれ約1.5倍、2.1倍、5倍と同様の傾向がみられた（いずれも  $p$  for trend < 0.001）。

これらの薬物治療の実施率は、とくに罹病期間が15～20年の間に増加しており、20年に達するとその増加は緩やかになっていた。一方で、インスリン治療に関しては、罹病期間5～10年の間に実施率は急激に増加しており、その後も線形に増加を続けていることがわかった。さらに、糖尿病罹病期間が長いほど治療は複雑化しているにもかかわらず、平均すると十分な血糖管理目標を達成できていないことも判明したという。**原著論文** [Hayashino Y, et al. J Diabetes Investig. 2016 Jul 7. \[Epub ahead of print\]](#)

## 電子タバコの安全性、どう説明する？—医師間で意見わかれる

HealthDay News : 2016/09/09



電子タバコについて患者に質問されたとき、どう答えるのが最良か—その答えは医師の間でいまだ一致していないことが、米スタンフォード大学予防研究センター（カリフォルニア）内科准教授のJudith Prochaska氏らの研究でわかった。Prochaska氏らは、従来のタバコと比べたときの電子タバコの安全性をさらに調べたいとしている。


研究では、電子タバコに関する医師と患者のオンラインディスカッション500件以上を分析した。患者の質問の約34%は、電子タバコの副作用および危険性に関するもの

であった。27%は全般的な安全性、19%は禁煙に電子タバコを使うことについてであった。医師が取り上げた話題では、副作用と安全性が最も多かったが、ニコチン依存症に関する懸念を示す可能性も高かった。

患者の質問に対する医師の回答のうち、約半数は否定的であり、電子タバコのリスクに着目して使わないように勧めていた。回答の約20%は、電子タバコを禁煙ツールとして使うなど肯定的なものだった。特に禁煙について聞かれた場合、医師の54%は電子タバコをひとつの補助手段として挙げていた。

Prochaska氏は、「ただし、既存研究では電子タバコが禁煙に役立つことは示されておらず、より大規模な研究が求められる」と述べている。共著者の1人は医師に対し、たとえ電子タバコにリスクがあるとしても、断定的な言い方を避けて話すことを検討するように勧めている。 **原著論文** [Brown-Johnson CG, et al. Am J Prev Med. 2016 Aug 23. \[Epub ahead of print\]](#)

## レビー小体型とアルツハイマー型認知症、脳血管病変の違いは

ケアネット：2016/09/05 



MRI上の脳血管病変は、アルツハイマー型認知症（AD）では一般的であるが、レビー小体型認知症（DLB）における頻度や影響はあまり知られていない。米国・メイヨークリニックのLidia Sarro氏は、DLB患者の脳血管病変に関して検討を行った。Alzheimer's & dementia誌オンライン版2016年8月10日号の報告。

連続したDLB患者81例、AD患者240例のMRIによる白質病変（WMHs）と梗塞を評価し、年齢、性別をマッチさせた認知機能正常者（CN）との比較を行った。

主な結果は以下のとおり。

- DLBは、CNと比較し、高いWMH容積を有していた。DLBのWMH容積は、ADと比較し、後頭部および後脳室周辺で高かった。
- 高いWMH容積は、心血管疾患や糖尿病の既往歴と関連していたが、DLBの臨床的重症度との関連はみられなかった。
- DLBにおける梗塞の頻度に、マッチさせたCNやADとの違いはみられなかった。

（鷹野 敦夫）**原著論文** [Sarro L, et al. Alzheimers Dement. 2016 Aug 10. \[Epub ahead of print\]](#)

## 親が長生きなら心疾患で死亡するリスクが低い HealthDay News：2016/08/29

親が長生きした人は、そうでない人に比べて、70代で心疾患により死亡する確率が低いことが英国の研究で示された。長寿の親から生まれた子どもは、血管疾患、心不全、脳卒中、高血圧、脂質異常症になる比率が低いという。ただし、親が長生きしたからといって、座ってばかりで過食してもよいという意味ではなく、親が早くに死亡した人は長生きできないというわけでもない。



研究著者の1人で英エクセター大学医学校疫学・公衆衛生学リサーチフェローであるLuke Pilling氏は、親が短命だった人で



も、自分の選択によって疾患になりやすい傾向を覆すことができると述べている。この報告に対し、研究に参加していない南デンマーク大学疫学教授の Kaare Christensen 氏は、「親と子の寿命の間にみられる相関はかなり弱く、向上の余地は多分にある」とコメントしている。

親が長寿であった場合、その子も長生きできる確率が高いことは知られていたが、Pilling 氏らは、この関連についてさらに詳しく知りたいと考えた。今回の研究では、2006～2010 年に 55～73 歳の英国人 18 万 6,000 人強を集め、8 年間にわたり追跡した。いずれの対象者の親も既に死亡しており、対象者のうち約 4,700 人が追跡期間中に死亡教育、年齢、体重、運動などの因子により統計を補正しても、親の長寿と子の心臓の健康には関連が認められた。この研究の弱点の 1 つは、対象者を 80 歳以降まで追跡していない点であるが、Christensen 氏はそれでもこの研究は重要で優れたものであると称賛している。

Pilling 氏によると、親から受け継いだ遺伝子は、対象者の血圧、コレステロール値、タバコ依存、肥満レベルに影響を及ぼすようだという。「いずれの因子も心疾患リスクに影響を及ぼすものだ。そのほかにも、損傷した DNA の修復が向上するなど、長寿をもたらす因子の存在を示す手がかりがいくつか見つかった」と同氏は述べているが、それを明らかにするには、さらに研究を重ねる必要があるとのこと。

「親が若くして死亡している人は、早期死亡の理由を特定し、治療可能な遺伝性疾患の有無を明らかにできるとよい。ただし、親と子の寿命の間にみられる相関は弱いものであり、一般的には親が短命であったからといって自身の命運も尽きたのだと考える必要はない」と、Christensen 氏は言う。また、両親が 70 歳以上まで生きていても、必ずしも自分も長生きできるとは限らない。親と子の長寿に関連がみられるのは、家族では健康的な生活習慣も似通う傾向があることも一因だと、同氏は指摘している。

原著論文 [Atkins JL, et al. J Am Coll Cardiol. 2016; 68: 874-875](#)

## 2 種類の「体内時計」が睡眠周期に関与 HealthDay News : 2016/08/26

睡眠を遮断したときの脳の各領域の反応には、「体内時計」と「体内砂時計」がともに影響していることが新たな研究で示され、「Science」8 月 12 日号に掲載された。ベルギー、リエージュ大学の研究グループが実施した今回の研究では、健康かつ若年のボランティア 33 人に 42 時間起きていてもらい、その間に注意力および反応時間の試験を実施した。

さらに MRI 検査により脳活動を記録した。予想通り、断眠時間が長くなるほど試験の成績は低下していた。

一方で、検査の結果、「概日リズム」と「恒常的睡眠欲」という 2 つの基礎的な生物学的プロセスの間に複雑な相互作用があることが明らかにされた。

同誌の付随論説を執筆した米ハーバード大学医学大学院（ボストン）睡眠医学教授の Charles Czeisler 氏によると、概日リズムは時計のようなもので、光と暗闇に反応して睡眠・覚醒サイクルを決定する。それに対して、睡眠欲は砂時計のようなものであり、起きている時間が長くなるほど眠りたい欲求が増大する。

このため、たとえば午前 7 時から翌朝の午前 7 時まで起きて



いた後に寝る場合、眠りには落ちるものの、「体内の目覚まし」が鳴って数時間で目が覚めるのだと同氏は説明する。「睡眠時間の長さを決定する主要因は、起きていた時間の長さではなく、体内の『時刻』である」と同氏は話す。


睡眠の専門家である米ワシントン州立大学スポケーン校の Christopher Davis 氏は、「この2つのプロセスは以前から認識されていたが、今回の新たな知見から、断眠中に各プロセスが異なる脳領域にどのように影響を及ぼすのかが明らかにされた」と述べている。しかし、多くの人にとって重要なことは、単純に睡眠を多く取ることだと同氏は言う。

もちろん、普通は連続 42 時間も起きていることはないが、現実的なレベルの睡眠不足でも仕事の能力は低下し、事故リスクが増大する原因となる。また、習慣的な睡眠不足の人は 2 型糖尿病や心疾患などのリスクも高くなる。しかし、仕事によっては長時間起きていたり、夜間に活動したりしなくてはならないこともあり、睡眠を増やすことは口で言うほど簡単ではないと Davis 氏は認めている。また、Czeisler 氏によると、現代の工業化社会では人工光があふれているため、覚醒時間が夜遅くにずれこみ、不眠症増加の一因となっているという。

米国立睡眠財団 (NSF) は、65 歳未満の成人は毎晩 7~9 時間、65 歳以上では 7~8 時間の睡眠を取ることを推奨している。しかし、「正しい」睡眠量は人によって異なると Davis 氏は指摘し、自分の昼間の眠気レベルに注意を払うことを勧めている。

原著論文 [Muto V, et al. Science. 2016 Aug 12. \[Epub ahead of print\]](#)

## 医師への苦情の第 1 位は説明不足!? 患者が求めるコミュニケーションとは

ケアネット：2016/09/01 



患者の意思決定支援はどうあるべきかを患者視点から検討する「第 2 回 SDM (シェアード・ディシジョン・メイキング) フォーラム 2016 『患者視点から考えるヘルスコミュニケーション』」<sup>1)</sup> が 8 月 25 日都内で開催され、3 人の患者団体の代表<sup>2)</sup><sup>3)</sup><sup>4)</sup> が講演した。

同フォーラムを主催した厚生労働行政推進調査事業費補助金「診療ガイドラインの担う新たな役割とその展望に関する研究」班の代表である中山健夫氏 (京都大学大学院 医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授) は、診療ガイドラインは、最善の患者アウトカムを目指した推奨を提示することで、「患者と医療者の意思決定を支援する文書」であるという定義を紹介し、とくに不確実性の高い治療選択において SDM が重要であることを強調した。

### 他の職種より医師への不満が断トツに多い理由とその改善策とは

全国の患者からの電話相談事業を実施している認定 NPO 法人 ささえあい医療人権センター COML<sup>2)</sup> 理事長の山口 育子氏によると、医師への不満は、例年相談内容の上位に入っており、全体の約 25% を占めることが紹介された。これは看護師や薬剤師など他の医療職種に対する不満と比べて突出して多いという。

山口氏は「ヘルスコミュニケーション改善のカギは“チーム医療”である」と考えている。患者は希望や意向を医師には正直に言いにくい、ということがしばしば見受けられるため、多様な職種が関わる中での患者の意思決定支援が望ましいことを説明した。

また、相談内容を分析した結果、医師への不満の背景として、患者や家族が、薬の情報、リハビリテーション、日常生活の疑問、転院に関する問題など医療に関するあらゆる

る情報や支援などすべてを医師に期待する傾向があるため、このように不満が医師に集中する結果になっていると考えている。医療機関において、チーム医療体制は定着しつつあるが、患者に看護師や薬剤師の役割・専門性について質問しても答えに窮する現状があるという。医師以外の医療職種が何のために存在しているのか、患者に説明される機会はほとんどないため、ぜひそれぞれの医療職種の役割・専門性について患者に伝えてほしいと訴えた。

### 医師への苦情第1位は説明不足!? 原因は“日本版”インフォームドコンセント

医師に対する不満や苦情の内容で最も多いのが、非常に基本的な情報に関して「説明を受けていない」というもの。そのような相談を受けた際に、山口氏は、本当に説明がなかったのかどうか必ず丁寧に患者に確認するようにしている。すると、実際には手術や化学療法など大きな決断が必要となる場面では、「1時間ほど説明があった」などと判明することがよくあるそうだ。

この食い違いの原因として考えられるのは、インフォームドコンセントが日本では単に「説明すること」に重きが置かれている点である。治療に関する意思決定が必要な際に多くの場合、患者は専門的な説明を、長い時間にわたり口頭で聞き続けるが、その内容すべてを記憶しておくことは困難である。実際にそのとき話を聞いていたとしても、理解ができていないと、後から「聞いていない」という訴えになってしまうのだ。高齢の患者が増加し、患者自身が説明を理解することが困難なケースも珍しくない中で、どのように必要な情報を共有するかは大きな課題であり、支援ツールの活用などが求められる。

### 医師から患者に「メモを取ってもよい」と伝えて

患者は医師に対する遠慮や自身のプライドなどから、理解していなくてもうなづくことがしばしばあるという。よって、「うなずいたから理解している」と思うのは危険であり、患者自身に言語化してもらい、理解を確認することが大切である。また、口頭による説明には限界があるため、理解の補助として、メモや治療に関する資料などの活用も期待される。とくに、患者はメモを取ることが「医療者に対して失礼では」「やっかいな患者と思われるのでは」などと心配し、控えることがあるため、ぜひ医療者から「メモを取ってもよい」ことを患者に伝えてほしいと山口氏は述べた。

### インフォームドコンセント、なぜこのタイミング?

潰瘍性大腸炎患者の参加者からは、手術の具体的な説明が手術前日であったことに対する不満が紹介された。手術の前日は非常に緊張していたため、説明内容をほぼ理解できなかったという。「医療提供者側にもさまざまな事情はあると思うが、もっと前に説明してくれれば落ち着いて聞くことができ、理解できたと思う」と同参加者は述べた。

これを受けて登壇者の認定NPO法人 健康と病の語り ディペックス・ジャパン<sup>3)</sup> 理事・事務局長の佐藤 りか氏は、同団体が運営する患者体験談データベースではこのような患者自身の医療・健康にまつわる体験動画が閲覧できるため、ぜひ多くの医療者にも活用してほしいと述べた。(ケアネット 後町 陽子)

### 認知症の世界的トレンドはどうなっているか ケアネット：2016/08/31

今後の認知症拡大に関する予測では、年齢特異的および性特異的有病率に経時的な変化はなく、予測される認知症者増加を推進するのは高齢化のみと仮定されている。しかし、この仮定の根拠は疑わしく、傾向変動（長期における有病率の緩やかな減少または増加）は妥当であると考えられる。英国・ロンドン大学精神医学研究所の Martin



Prince 氏らは、認知症の有病率や発症率に関する世界的な傾向を分析した。

Alzheimer's research & therapy 誌 2016 年 7 月 30 日号の報告。



1980 年以降の認知症の有病率、発症率、死亡率に関する追跡研究のシステマティックレビューを行った。主な結果は以下のとおり。

- ・ 認知症の有病率追跡研究 9 件、発症率追跡研究 8 件、死亡率追跡研究 4 件が抽出。
- ・ 認知症の発症率について、高所得国における減少を示唆する幾つかの一貫したエビデンスが認められた。

・ 認知症の有病率を追跡したエビデンスは、研究間で矛盾しており、明確な全体的影響は示されなかった。

・ 死亡率の傾向についての研究はほとんどなかったが、発症率の減少は認知症者の生存期間延長によって均衡がとれている可能性がある。

・ 東アジアでの有病率増加を示唆するエビデンスがあり、これは診断基準の経時的変化が一因となっている可能性があるが、心血管リスク因子プロファイルの悪化と一致。

結果を踏まえ、著者らは「現在仮定される経時的な認知症の年齢別発症率における一定の傾向を裏付けるエビデンスは得られなかったが、認知症拡大の将来的規模など、幾つかの不確定要素が残存する。高齢化は最も大きな要因であり、政策立案者は、現在の有病率予測に基づき、将来のサービス提供を計画する必要がある。追加すべき優先順位として、脳の健康増進、認知症予防プログラム、これら対策の有効性をグラフ化し今後の経過を監視することに注力する必要がある」としている。

(鷹野 敦夫) 原著論文 [Prince M, et al. Alzheimers Res Ther. 2016;8:23.](#)

### 幸せだと長生きするとは本当か？／Lancet ケアネット：2015/12/21



幸福であることで寿命が伸びたり、ストレスによる苦痛が死亡を早めることはないとの研究結果が、オーストラリア・ニューサウスウェールズ大学の Bette Liu 氏らにより報告された。幸福や、精神的負担感（ストレス）が少ない、落ち着いて、くつろぎ感（リラックス）のある生活は、死亡率を低下させることが示唆されている。一方、不幸は、喫煙、アルコールの過剰摂取、肥満、運動不足など、疾患の危険のある生活様式をもたらす可能性があるが、むしろ不健康が不幸の原因となる逆因果関係の重要性が指摘されており、これらの交絡因子で補正すると、不幸は死亡率の上昇とは関連しないとする研究もあり、統一的な見解は得られていないという。

### 約 72 万人の女性で幸福が死亡に及ぼす影響を評価

研究グループは、Million Women Study のデータを用いて、幸福やそれに関連する健康的な生活の主観的指標（ストレスが少ない、落ち着き、リラックス）が、逆因果関係や交絡因子を適切に考慮しても、直接的に死亡を低減するかとの疑問に答えるための検討を行った。

Million Women Study (<http://www.millionwomenstudy.org/introduction/>) は、女性のさまざまな健康問題の解決を目的とする英国の全国調査である。1996 年 5 月 1 日

～2001年12月31日に、イングランドおよびスコットランドの50～69歳の女性約130万人が登録され、電子記録により原因別の死亡の追跡調査が行われた。

被験者には、登録から3年後にベースラインの質問票が送付され、社会人口学的因子や生活様式のほか、健康状態、幸福、ストレス、落ち着き、リラックスに関する質問に、自己評価で回答するよう求められた。

ベースラインの質問票への回答時に心疾患、脳卒中、COPD、がんが認められなかった女性において、2012年1月1日までの死亡（全死因、虚血性心疾患、がん）について解析を行った。

Cox回帰を用いてベースラインの自己評価による健康状態と生活様式の因子で補正したうえで、「不幸」（幸福を感じる頻度が「ときどき」「ほとんど/まったくない」と回答した女性の死亡率を、「ほとんどいつも幸福」と答えた女性と比較し、死亡の率比（RR）を算出した。

71万9,671例（年齢中央値：59歳、四分位範囲：55～63）が解析の対象となり、平均9.6年（SD 1.9）の追跡期間中に4%（3万1,531人）が死亡した。

### 不健康は不幸をもたらすが、不幸で死亡率は上昇しない

「ほとんどいつも幸福」と答えた女性が39%（28万2,619人）、「たいていは幸福」が44%（31万5,874人）であり、「不幸」との回答は17%（12万1,178人）。

ベースライン時に自己評価による健康状態が「不良」または「普通」と答えた女性では、「不幸」と強い関連。（補正RR：0.298、99%信頼区間[CI]：0.293～0.303）。

年齢、自己評価による健康状態、高血圧・糖尿病・喘息・関節炎・うつ状態・不安の治療、社会人口学的因子や生活様式因子（喫煙、窮乏、BMIなど）で補正すると、「不幸」は全死因死亡（「ほとんどいつも幸福」に対する「不幸」の補正RR：0.98、95%CI：0.94～1.01）、虚血性心疾患死（補正RR：0.97、95%CI：0.87～1.10）、がん死（補正RR：0.98、95%CI：0.93～1.02）とは関連しなかった。

ベースライン時に健康状態が「良好」「きわめて良好」と答えた女性では、「不幸」は虚血性心疾患死およびがん死とは関連がなかった。

また、健康状態が「良好」「きわめて良好」と答えた女性では、「ストレスがある」「リラックスできない」「落ち着かない」のいずれの場合でも、全死因死亡率が上昇することはなかった。

著者は、「中年女性では、不健康が不幸の原因となる可能性はある。これを考慮したうえで交絡因子を補正すると、幸福やストレスは、死亡に対し直接的に重大な影響は及ぼさない」と結論している。（医学ライター 菅野 守）

### 赤肉を食べ過ぎると早死にする？ HealthDay News：2016/08/15



赤肉（牛、豚などの哺乳類の肉）を主な蛋白質源としている人は寿命を縮めている可能性があることが、新たな研究で示された。また、植物性蛋白質をより多く摂取している人は、動物性蛋白質を多量に摂取している人に比べて早期死亡のリスクが低くなるという。ただし、全ての動物性蛋白質に同レベルのリスクがあるわけではないと、研究を率いた米ハーバード大学T.H.チャン公衆衛生大学院（ボストン）のMingyang Song氏は述べている。



今回の研究では、以下のことが明らかにされた。

- ・1日の食事に含まれる植物性蛋白質が3%増えるごとに、全死因による死亡リスクが10%低減し、心臓関連死のリスクが12%低減した。
- ・1日の総カロリーに占める動物性蛋白質の比率が10%増えるごとに、全死因による死亡リスクが2%増大し、心臓関連死のリスクが8%増大した。
- ・動物性蛋白質から摂取するカロリーの3%を植物性蛋白質に置き換えると、全体の早期死亡リスクが低減した。低減する比率は、置き換えられた動物性蛋白質の種類により異なった。
- ・加工した赤肉、未加工の赤肉、卵の摂取量が少ないと、早期死亡リスクがそれぞれ34%、12%、19%低減した。加工した赤肉とは、ベーコン、ソーセージ、ハムなど。

米国栄養・食事療法学会（AND）の Jim White 氏は、「この結果は驚くべきものではない」と話し、加工肉には心疾患やがんとの関連が指摘されるナトリウムや硝酸塩が多量に含まれており、赤肉には飽和脂肪、コレステロール、余分なカロリーが多いと説明する。一方、植物性蛋白質には抗酸化物質、ビタミンB群、オメガ3脂肪酸などが豊富で、比較的健康的によいという。「赤肉を食べるのを止める必要はない、もし週3回以上食べているなら、魚や鶏肉、植物性蛋白質に置き換えるとよい」と同氏は勧めている。

本研究では、計13万1,000人超の対象者の食生活を最長30年間追跡した米国の大規模研究2件のデータを分析。1日の摂取カロリーのうち平均14%が動物性蛋白質、4%が植物性蛋白質だった。

興味深い点は、動物性蛋白質と死亡リスク増大に関連がみられたのは、肥満、過度の飲酒、喫煙、運動不足など、他にも不健康な生活習慣のある人に限られていたことである。その理由として、「食事パターンは健康な人と不健康な人で大きく異なり、特に蛋白質源とその摂取量において違いは顕著である。不健康な生活をしている人ほど、赤肉や高脂肪の乳製品から蛋白質を摂取する傾向が高い」と Song 氏は説明している。

卵と乳製品については一貫した結果が得られず、「赤肉よりは優れた蛋白質源だといえるが、魚や鶏肉には劣る」と同氏は述べている。

原著論文 [Song M, et al. JAMA Intern Med. 2016 Aug 1. \[Epub ahead of print\]](#)

## スポーツ選手へ最も処方される精神科薬物は？ ケアネット：2016/08/17



アスリートに精神科薬物を処方する場合、副作用や安全上の懸念、そしてアンチドーピングポリシーをとくに考慮することが重要であるものの、アスリートと連携した精神科医の処方設定を解説しているのは2000年の1報だけである。米国・ウィスコンシン・スクール・オブ・メディシン・アンド・パブリック・ヘルス大学の Claudia L Reardon 氏らは、アスリートと連携したプライマリケア医、精神科医、その他の臨床医の処方を扶助するため、前述の報告をアップデートした。The Physician and sportsmedicine 誌オンライン版2016年8月2日号の報告。

2016年に国際スポーツ精神医学会（ISSP）の医師会員に対し、さまざまな精神状態のアスリートと連携した精神科薬物の処方選択について、匿名のWebベース調査をメールで依頼した。

主な結果は以下のとおり。

- ISSP 医師会員の 40% (40/100 人) が調査を完了した。
- アスリートに使用されたカテゴリ別トップ薬剤は以下のとおり。  
不安や双極スペクトラム障害のないうつ病：bupropion  
全般性不安障害：エスシタロプラム  
不眠症：メラトニン  
ADHD：アトモキセチン  
双極スペクトラム障害：ラモトリギン  
精神症状：アリピプラゾール
- アスリートに処方された精神科薬物は、比較的活力的であり、沈静、体重増加、心臓系副作用、振戦を起こす可能性が低い薬剤が好まれる傾向にあった。
- アスリートへの処方は、一般患者への処方傾向とは逸脱しており、さまざまな要因が考慮されている。(鷹野 敦夫) **原著論文** [Reardon CL, et al. Phys Sportsmed. 2016 Aug 2:1-6. \[Epub ahead of print\]](#)

### 年齢による衰えは 60 歳前から起こる 最初のサインは HealthDay News : 2016/08/12



年齢による肉体的な衰えは、思いのほか早く始まるのかもしれない。米デューク大学ヘルスシステム（ノースカロライナ州ダラム）内科助教授である Katherine Hall 氏が率いた研究によると、肉体的な衰えのサインは 50 代から認められるという。


今回の結果は、高齢になっても自立した状態を保つためには、基礎体力と持久力を維持するための対策を 50 歳になる前に始める必要があることを示唆している。ただし、適切に注意し努力すれば、機能的な自立力は定期的な運動で維持できることが多いと同氏は話す。

この研究では、30 代から 100 歳以上までの成人 775 人を対象として、歩行、片脚立ち、椅子からの立ち上がりの反復などの簡単な課題を実施してもらい身体機能を評価。

その結果、最初に衰えるのは片脚立ちか、椅子から立ち上がる能力であり、50 代から衰えがみられた。有酸素持久力および歩行速度の低下は 60~70 代で認められた。

Hall 氏は、「この知見から、身体能力を維持するには生涯にわたるアプローチが重要だと強調された。80 歳になって椅子から立ち上がれなくなるまで待つべきではない。“加齢”は“高齢”になるまで生じないと思いがちで、それまでは機能的自立度に問題は起こらないと思いついでしまう。この偏見は医療従事者にもみられる」と話す。共著者の 1 人は、「身体機能の検査は通常、70~80 代で行われるが、そのときまでに問題を改善する機会が 40 年間失われている」と述べている。

**原著論文** [Hall KS, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016 Jun 29. \[Epub ahead of print\]](#)

**デンタルフロスの効果は本当にあるのか?** HealthDay News : 2016/08/15  子どもの頃から親に言われるままに、歯と歯茎を守るためにデンタルフロスを使用する習慣を守ってきた人は多いだろう。しかし、AP 通信による新たな調査で、フロスの効果を裏づ

ける十分なエビデンスはないことが示唆された。AP 通信は、過去 10 年間に実施された 25 件の研究のデータについて検討。



対象とした研究の多くは、歯ブラシを単独で使用した場合と、フロスを併用した場合を比較したものであった。いずれの研究も、フロスの使用を支持するエビデンスは弱く、信頼性は極めて低いものであり、質も非常に低く、バイアスが生じている可能性が中程度または高度であるとの結論だった。

長年、歯科関連団体やフロス製造業者をはじめとする各機関はフロスの使用を強く推奨してきた。1979 年以降は米国政府も 5 年ごとに発行される「米国人のための食生活指針 (Dietary Guidelines for Americans)」などでフロスの使用を勧めているが、米国の法律ではこのようなガイドラインは科学的根拠に基づくものでなくてはならない。しかし、連邦政府は AP 通信に対し、フロスの有効性を裏づける研究がないことを認めている。

米国歯周病学会 (AAP) 理事長の Wayne Aldredge 氏は、「フロスを支持する科学的根拠は弱い。一方、喫煙者や糖尿病患者などの歯周病リスクが高い人に焦点を当てた研究では、フロスの便益がさらに明確になる可能性がある」と話している。また、多くの人はフロスを正しく使用しておらず、フロスを歯の側面に沿って上下に動かすのではなく、のこぎりのように前後に動かして使用していると、同氏は指摘している。

Aldredge 氏は、AAP がフロスを推奨しているのは単に米国歯科医師会 (ADA) に従ったためだと述べている。ADA は 1908 年からフロスを推奨している。ADA にフロス使用を支持する根拠を求めたところ、フロス使用により歯肉の炎症がやや低減することを示した 2011 年の研究レビューなどを挙げたが、今回の新たなレビューの著者らは、この研究のエビデンスは「極めて信頼性が低い」としている。

米ノースウェル・ヘルス (ニューヨーク州) 歯科部長の Ronald Burakoff 氏は、「私は、診療の根拠となっているエビデンスについて見直し、変えるほうがよい点があれば変更しようという考え方を支持する」と述べている。

ADA は声明で、フロスは“プラークを落とす”ものであり、“歯間の汚れを落とすことが証明されている”としており、フロスの有効性を裏づけるエビデンスが弱いことは認めるが、研究の対象者らがフロスを正しく使っていないためだとしている。

AP 通信によると、ADA はフロス製品の認定証プログラムを実施しており、製造業者は 1 社 1 万 4,500 ドルの査定費用を ADA に払い、認定後は年間 3,500 ドルの追加費用を払っている。ADA は、このプログラムにより利益は生じていないとしている。

#### 医師によりかける医療費に差、患者転帰には差なし HealthDay News : 2017/04/01



入院時に医師が多数の、あるいは高額な検査や処置を指示することが、必ずしも良質な医療になるとは限らないことが新たな研究で示唆され、「JAMA Internal Medicine」オンライン版に 3 月 13 日掲載された。医療費を多くかける医師により治療を受けた患者で、他の患者と比べて再入院率や死亡率に差はみられなかったという。「医療費が多ければ経過が良好というわけではなかった」と、研究の上席著者である米ハーバード大学医学部の Anupam Jena 氏は述べている。



米国では医療費に地域間や病院間で大きなばらつきがあることは知られていたが、同じ病院内での医師による医療費の差と患者転帰について評価したのは、今回の分析が初めてだという。病棟医（入院患者を専門に治療する医師）の間で、入院1件あたりの補正支出の平均には最も高い医師と低い医師で40%を超える差がみられた。

医師間の支出差をもたらしている原因は完全にはわかっていない。研究著者で米ハーバード大学 T.H. Chan 公衆衛生学部（ボストン）の研究員である Yusuke Tsugawa 氏は、「偶然の可能性もあるが、経験の少ない医師が、経験不足を埋めるために多数の検査や画像診断を指示している可能性もある」と説明している。無駄な支出がどのくらい発生しているかは不明だが、ウイルス感染症に対する抗生物質の処方や慢性腰痛に対する MRI 検査など、「価値の低い」サービスを洗い出すことが重要だと同氏は話す。


今回の研究では、65歳以上のメディケア加入患者のうち非待機的入院症例を無作為に抽出し、医師ごとの平均医療費を調べた。2011年と2012年のデータから医療費を算出し、2013年と2014年の患者転帰に当てはめた。なお、比較の際に異なる期間を用いたのは、医師がある年に診た患者の重症度が、医療費の推定額に直接的に影響しないようにするためだという。

その結果、単一の病院内での医師間の支出差は8.4%と考えられ、病院間の支出差の7%よりも大きいことが判明した。一方、医療費の高さは転帰の向上にはつながらず、医療の質を示す主な指標である30日以内の再入院率と死亡率のいずれにも差は認められなかった。

著者らは、無駄な医療費を削減するには、病院だけでなく医師を対象とした対策が有効との考えを示している。メディケアでは2019年から、医師の実施した医療の費用対効果により報酬を支払うとしており、病院に対しては疾患ごとの包括払い制度の導入も検討されている。米国の医療費専門家である米ジョーンズ・ホプキンス大学ブルームバーグ公衆衛生学部（ボルチモア）教授の Gerard Anderson 氏は、著者らの見解に同意し、医師による医療費全体を見直すべき時期に来ていると指摘している。

**原著論文** [Tsugawa Y, et al. JAMA Intern Med. 2017 Mar 13. \[Epub ahead of print\]](#)

## キノコ摂取頻度が高いほど認知症リスク低い～大崎コホート研究

ケアネット：2017/04/05 



*in vivo* や *in vitro* の研究においてキノコの神経保護作用や認知症を予防する可能性が示されているが、キノコと認知機能低下の関連について調べたコホート研究は少なく、関連が明らかになっていなかった。今回、一般住民を対象とした大規模前向きコホートである大崎コホート研究 2006 において、キノコの摂取頻度が高い高齢者では認知症発症のリスクが低いことが、世界で初めて明らかになった。

本研究の対象は、調査開始時点で65歳以上であった宮城県大崎市の住民1万3,230人。ベースライン時のアンケート調査により、キノコの摂取頻度で「1回未満/週」「1～2回/週」「3回以上/週」の3群に分け、「1回未満/週」群を基準として、認知症発症との関連を検討した。ハザード比は、性別、年齢、BMI、既往歴（脳卒中、高血圧、

心筋梗塞、糖尿病、高脂血症)、教育、喫煙、飲酒、歩行時間、心理的ストレス、食物摂取量などの因子を調整し算出した。

主な結果は以下のとおり。

- ・追跡期間は5.7年間で、認知症発症率は8.7%であった。
- ・キノコの摂取頻度が1回未満/週の群と比べた認知症発症の調整ハザード比(95%信頼区間)は、1~2回/週では0.95(0.81~1.10)、3回以上/週は0.81(0.69~0.95)であった(傾向の $p < 0.01$ )。
- ・この逆相関は、最初の2年間で認知症を発症した参加者と、ベースライン時に認知機能が低下していた参加者を除外した場合も同様であった。

なお、本研究の限界として、認知症の臨床診断データがなくアウトカムに誤分類が含まれていた可能性がある点、キノコ摂取頻度をベースライン調査のみで評価しているため頻度の変化が考慮されていない点、キノコの種類が不明である点などがある。

(ケアネット 金沢 浩子)

原著論文 [Zhang S, et al. J Am Geriatr Soc. 2017 Mar 13. \[Epub ahead of print\]](#)

## 世界的な糖尿病増加の一因に「気温の上昇」HealthDay News : 2017/04/10

地球温暖化と糖尿病が関連するという驚くべき知見が報告された。気温が1度上昇するごとに、米国だけでも新たに糖尿病と診断される患者が年間で10万人以上増加するという。

研究著者らは、寒波などの到来で気温が低い状態が続くと熱をつくり出して体温を維持する働きをもつ「褐色脂肪細胞」が活性化されるとしている。体内の余分な

カロリーを中性脂肪として身体に蓄積する働きをもつ「白色脂肪細胞」とは異なり、褐色脂肪細胞を活性化させるとインスリン感受性が改善すると考えられている。



「褐色脂肪細胞には、エネルギーを燃焼し熱を産生することで、寒い環境でも体温の低下を防ぐ重要な働きがある。一方で、温暖な気候下では褐色脂肪細胞は活性化されにくく、これがインスリン抵抗性や糖尿病の発症につながる可能性が

指摘されている。そこで、われわれは室外の気温と糖尿病が関連するのではないかと考えた」と、研究を主導したライデン大学医療センター(オランダ)のLisanne Blauw氏は述べている。

最近の研究では、2型糖尿病患者にやや寒い気温の環境で10日間過ごしてもらったところ、インスリン抵抗性が改善したとの結果が得られている。同氏らによると、この結果は褐色脂肪細胞の活性化が影響した可能性があるという。また、別の研究では褐色脂肪細胞は1年のうち冬期に最も活性化されることが報告されている。

今回の研究では、1996~2009年の米国50州および3領域(グアム、プエルトリコ、米領ヴァージン諸島)におけるデータと米国疾病管理予防センター(CDC)の全国糖尿病調査システムのデータに基づく成人の糖尿病発症率と、各州の年間平均気温との関連を調べた。1型糖尿病および2型糖尿病の診断は参加者の自己申告によるもの。

また、研究チームは世界保健機関(WHO)のデータベースから得た190カ国の空腹時血糖値の上昇と肥満率に関するデータと世界の年間平均気温との関連も調べた。



その結果、気温が1度上昇すると米国における年齢で補正した糖尿病発症率は1,000人あたり0.314人増加し、また世界中の耐糖能異常の有病率も0.170%増加することがわかった。さらに、温暖な気候の地域でインスリン抵抗性が多い傾向がみられた。

同氏は「今回の研究で、外気温の上昇が糖尿病患者の増加と関連する可能性が示唆された。このように、地球温暖化はわれわれの健康に深刻な影響を及ぼしているかもしれない、この可能性にもっと目を向けるべきだ」と述べている。

一方で、米モンテフィオーレ医療センター（ニューヨーク市）臨床糖尿病センター長のJoel Zonszein氏は、「興味深い研究ではあるが、糖尿病の成因は複雑であり、褐色脂肪細胞という1つの要因の影響がこれほど大きいものとは考えられにくい」と述べている。同氏は、参加者の自己申告による糖尿病発症数が正確なものでない可能性や褐色脂肪細胞の役割はいまだ明らかにされていない点を指摘している。

## 暴言、暴力、逸脱した要求…2人に1人が遭遇する“モンスターペイシエント”の実態 ケアネット：2017/04/03



医療従事者や医療機関に対して自己中心的で理不尽な要求や暴言、暴力、クレームを経験したことはありませんか？

ケアネットは3月、CareNet.comの医師会員を対象に上記についてアンケート調査を実施し、医師会員1,000人の回答を得た。同調査は2013年2月以来4年ぶりとなり、前回の調査結果との比較も行った。調査は、2017年3月16～17日、医師会員を対象にインターネット上で実施した。

このうち、患者・家族から暴言や暴力、その他“通常の域を超えている、診察に著しく影響を及ぼすレベル”の行動や要求、クレームを受けた経験について、「経験がある」と答えた人は55.1%で、4年前（67.1%）よりもやや減少した。ただし、経験者の6割近くが1年に1回以上のペースで遭遇しており、少なからず診療に支障を来している状況がうかがえる。

内容としては、「スタッフの対応が気に食わないなどのクレーム」が最も多く（47.2%）、「自分を優先した診察ほか、待ち時間に関する要求・暴言を吐く」（33.4%）、「治療法・薬剤を指定するなど、自分の見立てを強硬に主張」（30.3%）、「不要な投薬・過剰な投薬を要求」（18.3%）などが続いた。

また、勤務・経営する院内における対応策として、「対応マニュアルやガイドラインがある」と答えた人は32.2%で、前回調査時より3.4ポイント増加しており、以下「対応担当者を決めている」（23.8%）、「院内で事例を共有している」（21.6%）、「対策システムがある」（18.6%）などが続いた。その一方で、「とくに対応策をとっていない」と答えた人が、選択肢の中で2番目に多い29.7%にのぼった。

この内訳を病床数でみると、200床以上では4割以上でマニュアルやガイドラインが整備されているが、小規模ほど対策が遅れている傾向にあるようだ。中には、「不当な目にあっても対応した医師が悪いという風潮が院内にあり、被害医師は孤立」「上司が守ってくれるかどうか、その後のメンタルに大きく影響する」「守ってくれない職場は最低」（いずれも調査内の自由記述コメントから抜粋）など、対応以前に周囲が無理解であることをうかがわせるコメントもみられた。

患者およびその家族の“モンスター化”にとどまらず、事件となるケースも少なくない。近年では2013年に北海道三笠市の総合病院で、精神科医が外来患者に刺殺された事件や、14年に札幌市の病院で、消化器内科医が担当患者に切り付けられ重傷を負った事件、15年には岐阜市で歯科医院長が患者に刺殺された事件など、患者とのトラブルを発端とする凶悪事件は後を絶たない。

今回の調査で、暴力や身に迫る危険を経験した人は、回答全体に占める割合としては少なかったが、「看護師の首を跡が残るくらい絞めた」「病室で拳銃を発砲」などのエピソードが寄せられた。

このほか、「ネットで口コミに辛辣に書き込みされ困っている」「インターネットの掲示板で誹謗中傷された」「外来窓口で突然面識のない患者にホームページで見たことを理由に殴られた同業者がいたため、ホームページに顔写真を載せるのを止めた」といったエピソードは、2013年時の調査では見られなかった新たな傾向である。

今春、新たに入職したり、勤務先の医院を変えて心機一転、臨床に励みたいと考えたりする人も多いことだろう。そんな医療従事者の思いや希望を打ち砕くようなことがあってはならず、日々不安を抱えながら診療に当たるような不健全な状況は、一刻も早く改善されなければならない。今回の調査では「毅然と対応すべき」というコメントが多数寄せられた。しかし個人が「自分の身は自分で守る」以前に理不尽な患者や家族を増長させないための事前策を打つことはできないだろうか。（ケアネット 田上 優子）

## 茶色のフライドポテトやトーストは、がんのリスク？ ケアネット：2017/04/07



食材の成分は、揚げる、焼く、焙るなど熱を加えることで化学変化が起こり、色や風味、食感などが良くなる。穀類、芋類、野菜など炭水化物を多く含む原材料は加熱調理の過程で、化学物質であるアクリルアミドを産生する。このアクリルアミドは水処理剤、土壌凝固剤など工業用途に用いられるポリアクリルアミドの原料となるのだが、食材中のアミノ酸（アスパラギン）と糖類（ブドウ糖や果糖）が、加熱（120℃以上）により反応し発生するという。

### アクリルアミドはヒトの発がんリスクを上げるのか？

アクリルアミドの発がん性は、2002年スウェーデンの動物研究で報告された。ヒトについては、2007年のオランダのコホート研究でER陽性乳がんなどの発症リスク増加が報告された。しかし、否定的なデータもあり、また排除しきれない多くの交絡因子（食品のアクリルアミド含有量の違いや、摂取状況の確認など）もある。そのため、米国国立がん研究所（NCI：National Cancer Institute）は、アクリルアミドについて、「発がん性は懸念されるが、ヒトに対する十分なエビデンスはない」としている。日本の農林水産省も「アクリルアミドの摂取量と発がんとの因果関係は確認されていない」としている。

### アクリルアミド減量「Go for Gold キャンペーン」

そのような中、英国では、英国食品基準庁（FSA：Food Standards Agency）と五輪金メダリストであるデニーズ・ルイス氏が協力して、アクリルアミド減量を目的とした「Go for Gold キャンペーン」を開始した。これは本年（2017年）1月23日に発表さ

れた Total Diet Study で明らかになった、英国人の化学物質摂取が望まれる量を超えているという結果に基づくもの。このキャンペーンでは、国民にアクリルアミドの存在を知らせると共に、日常生活で摂取を減らす実践的な方法も啓発している。

具体的には、でんぷん質の食材を加熱する際は、このキャンペーンの名前の由来となったゴールドンイエローまでにする (Go for Gold)。そのほか、食品パッケージを確認し、食材を加熱調理する温度と時間を超えないようにする、生の芋は冷蔵庫に保管しない、といったものである。とはいえ、でんぷん質の食材は、日常の食生活に重要なものであり意識するあまり栄養バランスを崩しては元も子もない。「Go for Gold キャンペーン」の主張の1つにも「バランスのとれたさまざまな食事をする」とある。

(ケアネット 細田 雅之)

## 成人急性虫垂炎の抗菌薬治療、8年後の再発率は？ ケアネット：2017/04/06



虫垂炎の抗菌薬治療における長期の有用性をみるために、スウェーデン・ヨーテボリ大学の K. Lundholm 氏らは、急性虫垂炎疑い患者に対する抗菌薬単独治療後の長期再発率を調べた。その結果、抗菌薬での初回治療から8年後の再発リスクは約15%であり、著者らは「成人急性虫垂炎の1次治療として抗菌薬治療は安全かつ有効である」としている。World journal of surgery 誌オンライン版 2017年3月24日号に掲載。

本研究では、無作為化試験 (RCT、97例)、住民ベースの研究 (PBT、342例)、非無作為化試験 (Non-R、271例) において、抗菌薬に良好な反応を示した710例について再発 (虫垂切除術を要する) の長期リスクを評価した。

主な結果は以下のとおり。

- ・無作為化された患者とされていない患者の臨床的特性は同様に、抗菌薬治療開始時の腹部症状と全身的な炎症 (CRP、白血球数) の程度による統計学的な差はなかった。
- ・男女で同様の結果を示した。
- ・追跡期間の中央値は2,162日 (5.92年)、範囲は2~3,497日で、サブグループ (RCT、PBT、Non-R) 間で有意差は認められなかった。
- ・虫垂炎切除術を要する累積再発率は、1年、2年、3年、5年追跡時でそれぞれ9%、12%、12%、13%であり、8年後の虫垂切除術の未実施率は86±1.3%であった。(ケアネット 金沢 浩子)

原著論文 [World J Surg. 2017 Mar 24. \[Epub ahead of print\]](#)

## 昨年の医療事故報告、過去最多の3882件 評価機構が公表、「報告が定着」

CBnews：2017/04/04

日本医療機能評価機構は27日、2016年の医療事故の報告件数などを公表した。報告件数は05年の集計開始以降で過去最多の3882件となった。報告が増えた理由について、同機構は「医療事故を報告することが定着してきている」と分析している。

医療事故の報告範囲には、誤った医療・管理を行ったことが明らかで、それに起因して患者が死亡したり、障害が残ったりした事例に加え、医療機関内の事故発生の予防や再



発防止に参考になる事例などが含まれている。



写真＝医療事故の報告件数などを説明する日本医療機能評価機構の後執行理事（27日・東京都内）

同機構によると、任意参加を含めた16年の医療事故の報告件数は、前年比6.2%増の3882件。このうち報告が義務付けられている医療機関の報告件数は3426件で、病床の規模別では100床未満が10件（0.3%）、100－199床が47件（1.4%）、200－299床が184件（5.4%）、300－399床が330件（9.6%）、400－499床が591件（17.2%）、500－599床が238件（6.9%）、600－699床が670件（19.5%）、700床以上が1358件（39.6%）だった。

事故の概要（任意参加を除く）については、「療養上の世話」が1300件で最も多く、全体の4割近くを占めた。以下は「治療・処置」（1032件）、「その他」（404件）、「薬剤」（229件）、「ドレーン・チューブ」（228件）、「検査」（139件）、「医療機器等」（88件）などの順だった。

関連した診療科別（複数回答、任意参加を除く）では、整形外科（544件）が最多。外科（370件）、精神科（275件）、内科（256件）、消化器科（253件）などでも多かった。発生の要因（複数回答）に関しては、確認や観察、報告を怠るといった「当事者の行動にかかわる要因」が4割超を占めた。（2017年3月27日 新井哉・CBnews）

## チョコレート好きな人は脳卒中になりにくい!? ケアネット：2017/03/29



チョコレート摂取は心臓血管に有益な効果をもたらす可能性があるが、前向きコホート研究でのエビデンスは少ない。今回、わが国の大規模コホート研究であるJPHC study（主任研究者：国立がん研究センター 津金昌一郎氏）において、チョコレート摂取と脳卒中リスクの関連を前向きに調査したところ、女性でのみ有意な逆相関を支持する結果が報告された。本研究では、1995年および1998年のベースライン時に、心血管疾患・糖尿病・がんではなかった44～76歳の男性3万8,182人と女性4万6,415人を、それぞれ2009年および2010年末まで追跡調査した。138種類の飲食品を含む自記式食物摂取頻度調査法を用いて、各参加者のチョコレート摂取に関するデータを入手した。また、Cox比例ハザード回帰モデルを用いて、チョコレート摂取に関連する脳卒中のハザード比（HR）を推定した。主な結果は以下のとおり。

- ・追跡期間中央値12.9年で、脳卒中の発症が3,558件にみられた（脳梗塞2,146件、出血性脳卒中1,396件）。
- ・年齢・BMI・ライフスタイル・食事摂取量・他の危険因子の調整後、女性において、チョコレート摂取が脳卒中リスク低下に有意に関連していた（HR：0.84、95%CI：0.71～0.99）。
- ・男性における関連は有意ではなかった（HR：0.94、95%CI：0.80～1.10）。
- ・上記の関連性は、男女とも、脳卒中のサブタイプで同様であった。
- ・しかしながら、残存交絡は除外できなかった。（ケアネット 金沢 浩子）

原著論文はこちら [Dong JY, et al. Atherosclerosis. 2017;260:8-12.](#)

たった2つの質問で、うつ病スクリーニングが可能 ケアネット：2017/03/22

高齢者に対するうつ病のスクリーニングは推奨されている。

中国・香港中文大学の Kelvin K F Tsoi 氏らは、高齢者における2項目スクリーン (Two-Question Screen) の診断精度を評価し、ほかのうつ病スクリーニング法と比較した。2項目スクリーンの質問項目は、「過去1ヵ月間で、気持ちが落ち込んだり、憂鬱な気分、絶望的な気分になりましたか」および「過去1ヵ月間で、しばしば小さなことに悩まされたり、何をしても楽しくないと感じますか」である。



高齢者における、うつ病スクリーニング法の診断精度を評価した研究の、文献検索を行った。主要アウトカムは、感受性と特異

性を含む総合的な診断精度とした。潜在的なバイアスリスクと研究の質についても評価した。

主な結果は以下のとおり。

- ・133件の研究において、4万6,651例が16種類のスクリーニング法により評価。
- ・大部分の研究(64/133件)において、さまざまなバージョンの老年期うつ病評価尺度(Geriatric Depression Scale: GDS)が使用されており、2項目スクリーンは6件で使用されていた。
- ・2項目スクリーンの総合感受性と特異性は、91.8% (95%CI: 85.2~95.6) と 67.7% (95%CI: 58.1~76.0) であった。また、診断精度のAUCは90%であった。
- ・2項目スクリーンは、臨床医評価尺度を含むほかの尺度と同等の精度を示した。
- ・1項目スクリーンは、AUCが78%であり、診断精度が最も低かった。
- ・サブグループ解析においても、うつ病のスクリーニングにおいて、2項目スクリーンの良好な診断精度が示された。

著者らは「2項目スクリーンは、うつ病スクリーニングのためのシンプルかつ簡便な診断法である。その診断精度は、ほかの診断法と同等であり、高齢者のスクリーニングプログラムに使用することが好ましい」としている。(鷹野 敦夫)

原著論文 [Tsoi KK, et al. Br J Psychiatry. 2017 Feb 16. \[Epub ahead of print\]](#)

肥満と関連の強い11のがん種/BMJ ケアネット：2017/03/13



肥満は、消化器系や女性のホルモン関連悪性腫瘍など11のがん種の発生およびがん死と強い関連があることが、英国・インペリアル・カレッジ・ロンドンの Maria Kyrgiou 氏らの包括的な検討で明らかとなった。研究の成果は、BMJ誌2017年2月28日号に掲載された。肥満といくつかのがん種の因果関係が、多くのメタ解析で示されているが、これらの関連を過大に評価する固有バイアスの影響が懸念されるという。このバイアスを回避するアプローチとして、近年、多くのメタ解析の全体に共通する主題のエビデンスを系統的に評価する包括的レビュー(umbrella review)が行われている。

204件のメタ解析を包括的にレビュー

研究グループは、肥満と発がん・がん死リスクの関連のエビデンスの強度と妥当性を検証するために、系統的レビューとメタ解析の包括的レビューを行った(Genesis



Research Trust などの助成による)。

主解析は、肥満の連続測定値を用いたコホート研究を対象とした。これは、カテゴリカル測定値よりも、連続測定値を用いた研究のほうが、個々の試験の推定値の統合の妥当性や標準化が優れると考えられるからである。

エビデンスは、ランダム効果を用いた要約推定量や、メタ解析の対象となった最大規模の研究などの統計的有意性から成る判定基準を適用し、4つの Grade (strong, highly suggestive, suggestive, weak) に分けた。エビデンスの Grade が strong の場合に関連ありとした。

49 編の論文に含まれた 204 件のメタ解析が解析の対象となった。これらのメタ解析は、507 件の研究 (コホート研究 : 371 件 [73.2%]、症例対照研究 : 134 件 [26.4%]、横断研究 : 2 件 [0.4%]) を対象としていた。肥満の 7 つの指標 (BMI、ウエスト周囲長、ヒップ周囲長、ウエスト-ヒップ比、体重、体重増加、肥満手術による体重減少) と、36 の原発がんとそのサブタイプの発生、およびがん死との関連を解析した。

### リスク強度のエビデンスにより、個別化予防戦略の可能性

コホート研究を含み、肥満の測定に連続尺度を用いた 95 件のメタ解析のうち、がんとの関連のエビデンスが strong と判定されたのは 12 件 (13%) のみであった。10 件が BMI、1 件がウエスト-ヒップ比、1 件が体重増加との関連を評価したものであった。

BMI の増加が、発症リスクの上昇と関連したがん種は、食道がん、男性の大腸がん (結腸、直腸)、胆道系および膵がん、閉経前女性の子宮内膜がん、腎がん、多発性骨髄腫の 8 種であった。また、体重増加およびウエスト-ヒップ比が発症リスクの上昇と関連したがん種は、ホルモン補充療法歴のない閉経後女性の乳がんおよび子宮内膜がんの 2 種であった。

BMI が 5 増加するごとの発がんリスクの上昇には、男性の大腸がんの 9% (相対リスク [RR] : 1.09、95%信頼区間 [CI] : 1.06~1.13) から胆道系がんの 56% (1.56、1.34~1.81) までの幅がみられた。また、ホルモン補充療法歴のない閉経後女性の乳がんリスクは、体重増加 5kg ごとに 11% 上昇し (RR : 1.11、95%CI : 1.09~1.13)、子宮内膜がんのリスクは、ウエスト-ヒップ比が 0.1 増加するごとに 21% 上昇した (1.21、1.13~1.29)。

肥満の連続測定値に加え、カテゴリカル測定値を解析に含めると、体重増加と大腸がん、さらに BMI と胆嚢・胃噴門部・卵巣のがん、多発性骨髄腫による死亡との関連のエビデンスが strong と判定された。したがって、全部で 11 のがん種が、肥満との関連のエビデンスが strong であった。

一方、コホート研究だけでなく症例対照研究を含め、肥満の連続測定値とカテゴリカル測定値で評価すると、BMI は悪性黒色腫と髄膜腫との関連のエビデンスが strong と判定されたが、コホート研究のみの評価によるエビデンスは weak であった。

著者は、「肥満は、世界的に公衆衛生の最も大きな問題の 1 つとされる。関連リスクの強度に関するエビデンスは、がんのリスクが高い集団を、高い精度で選択することを可能とし、これらの集団を対象とする個別化予防戦略の可能性も考えられる」と指摘している。(医学ライター 菅野 守)

原著論文 [Kyrgiou M, et al. BMJ. 2017;356:j477.](https://doi.org/10.1136/bmj-2017-024777)

## 肉を多く食べる男性の大腸がんリスク 1.3 倍以上：高山スタディ

ケアネット：2017/03/15



肉を多く食べる男性は、そうでない人と比べて、大腸がんの発症リスクが有意に高いことが、岐阜大学の和田 恵子氏らによる研究で明らかになった。肉を多く食べ過ぎないことが、大腸がんの発症抑制につながるかもしれない。日本人における肉の消費と大腸がんに関するエビデンスは、欧米人のそれと比較して限られている。そのため著者らは、日本において集団ベースの前向きコホート研究を実施し、食肉の消費と大腸がんリスクの関連について評価した。

対象は、1992年9月時点で35歳以上の男性1万3,957人、女性1万6,374人。食肉の消費は、食物摂取頻度調査票を用いて評価した。大腸がんの発症率は、地域集団ベースのがんレジストリおよび2つの主要病院で実施された大腸内視鏡検査における組織学的同定により調査した。

主な結果は以下のとおり。

- ・1992年9月～2008年3月までに、男性429人、女性343人が大腸がんを発症した。
- ・複数の交絡因子の調整後、男性の総食肉摂取量および赤肉摂取量の最高四分位群は、最低四分位群と比較して大腸がんの相対リスクが有意に上昇した。

総食肉（ハザード比：1.36、95%CI：1.03～1.79、p for trend=0.022）

赤肉（ハザード比：1.44、95%CI：1.10～1.89、p for trend=0.009）

- ・男性の加工肉の摂取と結腸がんリスクとの間に正の関連性が認められた。
- ・女性の大腸がん消費との間には有意な関連は認められなかった。

（ケアネット 武田 真貴子）

原著論文 [Wada K, et al. Cancer Sci. 2017 Mar 3. \[Epub ahead of print\]](#)

## 流行のあの健康食、実は不健康？ HealthDay News：2017/03/10



近年、野菜や果物をジュースにして飲む「ジュースング」やココナッツオイルなどの健康食がブームとなっているが、最新の科学的エビデンスのレビューによれば、このような流行は逆に健康に害をもたらす可能性もあるという。

レビューの筆頭著者である米国心臓病学会（ACC）生活習慣・栄養作業部会の Andrew Freeman 氏は、「栄養に関する情報は混乱を来しており、誰かが『これがよい』と言ったかと思えば、翌日には『よくない』と言っている」と指摘。「このレビューの目的は、医師が患者を助けるために必要なツールを提供するために最善を尽くすことであった」と述べている。

同氏らは、健康的な食事パターン全般と、米国で現在流行している特定の健康食に関する医学的エビデンスをレビューした。その結果、以下のような結論が得られた。

- ・「ジュースング」は、ビタミン、ミネラルなど一部の栄養素の吸収率を向上させるが、丸ごとの野菜や果物に含まれる繊維質や栄養素は除去されてしまう。また、ジュースはカロリーが濃縮されているが、飲んでもさほど満腹感が得られないという。

・同様に、高用量の抗酸化物質サプリメントを飲んでも、単に抗酸化物質を豊富に含む食品を食べること以上の効果は得られない。植物から何かを抽出しても、一般的には同様の利益は得られず、むしろ危険となることさえあるという。「バランスのよい食事を摂っていれば、通常、ビタミンサプリメントは必要ない」と Freeman 氏は指摘する。

・ココナッツオイルは、健康食として流行しているが、健康に有害な飽和脂肪を多量に含んでいる。料理には、不飽和脂肪の含まれるオリーブ油やサラダ油を用いるほうがよいという。ココナッツオイルの効果を裏づけるデータは存在しない。

・グルテンフリーダイエットは、グルテン過敏症やセリアック病の人には有益だが、穀類の消化に問題のない健康な人に利点はない。加工炭水化物の比率が高いグルテンフリー食品よりも、全粒穀類のほうが健康によい。

・卵はコレステロール値を増大させるが、これまで考えられていたほどではない。心疾患や高コレステロール血症のリスクが高い人でなければ、1日に1~2個の卵はほとんど影響がないと考えられる。肉や乳製品に含まれる飽和脂肪のほうが、コレステロール値への害は大きいという。

全体として、未加工の食品を中心とする植物性の食事を摂るのがよいと、Freeman 氏は結論づけ、「色の鮮やかな野菜や果物は抗酸化物質の豊富な栄養源である」と付け加えている。原著論文 [Freeman AM, et al. J Am Coll Cardiol. 2017; 69: 1172-1187.](#)

## 腰痛治療の新ガイドライン—まずは薬物療法以外を HealthDay News : 2017/03/02



米国内科学会 (ACP) が先ごろ発行した新たなガイドラインによると、腰痛患者にはまず薬剤を用いない治療法を試すことが推奨される。オピオイド鎮痛薬は最終手段とすべきであり、アセトアミノフェンには効果が認められないため、今後は推奨しないという。

ACP 代表の Nitin Damle 氏によると、明確な原因のない短期的な「非特異的」腰痛の多くは、加温や行動改善などの簡単な方法で改善するという。これに対して、「神経根性 (radicular)」腰痛は椎間板ヘルニアなどによる脊髄神経の圧迫に起因するもので、脚の放散痛や筋力低下、しびれなどの症状を伴う。

ガイドラインでは、一般に12週間未満の腰痛の場合は、温熱シート、マッサージ、鍼治療、脊椎徒手整復により効果が得られる可能性があるとしている。12週間以上続く場合でも、運動療法、鍼治療のほか、ヨガ、太極拳、マインドフルネスによるストレス軽減、ガイドド・リラクゼーションなどの「心身」療法、認知行動療法が有効な場合があるという。

薬剤を用いる場合は、イブプロフェン、ナプロキセンなどの非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) または筋弛緩薬から開始し、効果がなければデュロキセチン、トラマドールなどが次の選択肢となる。オピオイドは依存症や過量投与のリスクがあり、有効性を示すエビデンスも少ないため、やむを得ない場合のみ使用し、数日にとどめるべきであると、Damle 氏は述べている。

「Annals of Internal Medicine」に2月14日オンライン掲載された今回の勧告は、腰痛治療に関するさまざまな研究のレビューに基づくものであるが、薬物療法か否かを



問わず、ほとんどの治療法は効果が「少ない」か「中程度」であることがわかった。特に神経根性腰痛については治療効果を示すエビデンスはほとんどなかったが、運動療法には有用性が認められた。

付随論説を執筆した米ハーバード大学医学部准教授の Steven Atlas 氏は、今回の勧告はプライマリケア医にとっては大きな変更であると指摘する。医師が患者に紹介すべき鍼師を知らない場合もあり、費用の問題もある。治療の決定は実用性の問題に大きく左右されると、Damle 氏も認めている。また、医師は複数の治療法を併用することも多く、もっと実地的な臨床試験が必要であると Atlas 氏は述べている。慢性腰痛の患者は、治療に期待しすぎず、現実的に考えることも重要であるという。

なお、今回のガイドラインでは非侵襲的治療のみを取り上げており、薬剤注入や外科手術などの侵襲的治療については触れていない。

原著論文 [Qaseem A, et al. Ann Intern Med. 2017 Feb 14. \[Epub ahead of print\]](#)

### 患者のカルテを無断閲覧 バイエル薬品の社員 2017年4月11日 共同通信社

大手製薬会社バイエル薬品（大阪市）の社員が、医師の協力を得て実施したアンケートに関連し、患者の個人情報記されたカルテを無断で閲覧していたことが11日、同社への取材で分かった。同社は外部有識者を交えて詳しい事実関係を調べている。

バイエル薬品などによると、2012年と13年、血栓症治療薬について、医薬品の形状や服薬回数などの好みを調べるため、宮崎県内の診療所医師の協力を得て患者へのアンケートを実施。その際、営業社員3人が、回答した複数人の診療記録を、患者側の同意があるかどうか確認しないまま閲覧していた。

調査結果は医学誌に掲載されたが、問題が発覚したため取り下げられた。

厚生労働省は昨年、社員からの内部告発を受けて事態を把握しており、塩崎恭久厚労相は記者会見で「極めて遺憾なことだ」と述べた。厚労省はバイエル薬品による調査結果を踏まえて、今後の対応を検討するとしている。

### ◆地方勤務する意思がある医師の割合は44%。

- ・地方（東京都23区、政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外）で勤務する意思が「ある」のは、44.1%、「ない」は51.3%。年代別で差があり、最も高いのは20代勤務医で、60%が「ある」と回答。
- ・50代以下の勤務医のうち、約半数は地方勤務の意思がある。半年（0.4%）や1年（2.3%）を希望する割合は低く、10年以上を希望する割合は27.1%。
- ・地方勤務の意思がない理由として、どの年代でも、「労働環境への不安」「希望する内容の仕事ができない」を挙げた回答が高かった。年代別では、キャリアの変化に応じて、理由が異なっていた。20代では「医局人事のため選択の余地がない」のほか、「専門医の取得に不安」があることも特徴。30代、40代では「子供の教育環境が整っていない」「家族の理解が得られない」が高くなる一方、「専門医の取得に不安」は低くなり、50代では「家族の理解が得られない」は依然高いものの、「子供の教育環境が整っていない」は減少。（研究班資料による）

「かかりつけ医の普及と定着、日医の最大課題」、横倉会長 第139回日医代議員会、  
医師偏在対策は「大変危惧」 2017年3月26日信橋本佳子 (m3.com 編集長)



日本医師会の横倉義武会長は3月26日の第139回日医臨時代議員会の冒頭挨拶で、かかりつけ医機能の評価を高め、普及と定着を図っていくことが、「日医を挙げて取り組むべき、最大の課題」として、2018年度の診療報酬改定での評価を求めていくとともに、2016年度から開始した、かかりつけ医機能研修制度の充実を図っていく方針を表明した。日本専門医機構が検討を進める新専門医制度はあくまで学術的な評価であり、かかりつけ医は地域医療を支える存在であり、両者は「明確に分けて捉えている」とも強調。

さらに政府が進める働き方改革との関連では、医師は生涯学習を続けていく立場であり、応招義務を課せられていることから、医師の残業規制は法施行後5年間猶予し、その間に勤務環境改善に向けた検討を行うという内容が、政府の「働き方改革実現会議」が今月末までにまとめる「働き方改革実行計画」に盛り込まれる予定だ。

医師の偏在対策についても触れ、「政府内での議論の進め方も含め、大変危惧している」として、日医内に「医師の団体の在り方検討委員会」を設置したことを説明。諸問題の解決に必要な医師の団体の在り方などについての報告書が、間もなく取りまとめられる。



#### 世界医師会会長に就任、「日本の医療制度を発信」

横倉会長は挨拶の中でまず、今年10月から世界医師会会長に就任するに当たり、「我が国の優れた医療制度を、世界が経験したことのない高齢社会における安心モデルにまで高め、世界中に発信していきたい。そうした思いからの挑戦であった」との抱負を語った。

その上で、医療を担う医師の専門家集団には今、医療を取り巻く課題解決に向けた明確な意思表示を行うことが求められているとし、「かかりつけ医機能の評価を高め、さらなる普及と定着を図っていくことが、日医を挙げて取り組むべき最大の課題」と強調。

かかりつけ医機能の評価をめぐる経緯や昨今の動きとして、2016年度診療報酬改定では、地域包括診療料・加算が拡充され、「人」への評価が行われたこと、今年第7次医療計画と第7期介護保険事業（支援）計画が策定され、2025年に向けて地域包括ケアシステム構築が全国で急務となっていることから、かかりつけ医の役割がますます重要になってくることなどを挙げた。2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けた議論に当たっては、「人」に対する十分な財源を手当てするよう、政府与党に強く求めていくという。

かかりつけ医機能の維持・向上に向けて、2016年度から開始した、かかりつけ医機能研修制度の拡充を図っていくほか、この3月から施行された改正道路交通法に対応するため、『認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』を作成したことを紹介。

「専門医は学際的かつ自律的な位置付け」



続けて横倉会長は、かかりつけ医機能の研修やその在り方は、日本専門医機構で検討を進める「新たな専門医の仕組み」とは、明確に分けて捉えていると強調した。

かかりつけ医は、「診療における役割と社会的役割を持って、地域医療を支える存在」。その一方、専門医は医師の自己研鑽の一手段であり、地域医療に混乱を来すことなくあくまでも学際的かつ自律的な位置付けとしての仕組み作りを進めるべきとした。

日医は2016年11月に、日本専門医機構に対し、医師の地域偏在の拡大などによる地域医療への悪影響を是正するよう、要望書を提出。同機構が2016年12月にまとめた「専門医制度新整備指針」では、地域医療への配慮や、同機構と学会の関係が見直されるなどの改訂が行われたとした。

#### 医師、残業規制は5年間猶予

かかりつけ医の普及と定着は、政府が進める「働き方改革」や医師の偏在問題とも密接に関わってくるとした。「働き方改革」については、過重労働が問題になる医師の健康を守ることは必要としたものの、一方で、応招義務があり、日進月歩の医学・医療の習得に向けた生涯学習が必要なことなどから、「罰則を伴う労働時間への上限規制の性急な導入は、地域医療に相当な混乱を来す恐れがある」と政府等に働きかけた結果、「医師については、残業規制を法施行後5年間は猶予し、その間、勤務環境改善に向けた検討を行う」という内容が、「働き方改革実行計画」に盛り込まれる予定と説明。

#### 「医師の団体の在り方検討委員会」、近く報告書

医師の偏在問題については、「政府内での議論の進め方も含めて、大変危惧している」と指摘。そのため、医療界としての提言をまとめるため、「医師の団体の在り方検討委員会」を新たに設置、医師の偏在問題をはじめ、さまざまな問題解決のためにどんな医師の団体が必要か、近く報告書をまとめる予定だという（『[「全員加盟の医師の団体」の是非を議論、日医](#)』を参照）。

最後に横倉会長が強調したのは、「専門職としての能力と倫理の水準を高め、専門職自律の原則に立って、自己規律を行う」重要性だ。医療政策、医療制度の推進に向けて医師が提案していくためには、医療に対する国民からの信頼が必要であるという理由からだ。医師の自己規律の問題は広範にわたるが、中でも医療事故調査制度では、死亡原因を医学的に明らかにし、遺族の納得が得られるように説明し、かつ事故の経験を医療界全体として生かすことができるよう、制度として完成度を高めていくことが必要。

また昨今、若手医師や医学生による不祥事が起きていることから、医の倫理の向上に努めていく重要性を強調。2016年10月に、「医師の職業倫理指針」を8年ぶりに改訂したことも紹介した（『[「医の倫理」こそ、医師の原点 - 横倉義武・日医会長に聞く ◆Vol.1](#)』を参照）。

日医をはじめ、全国の医師会が新生医師会として再出発をしてから、今年でちょうど70年。横倉会長は、「日本は世界における確固たる地位を確保する努力と国内での政策を改善する力を発揮しようとしている」という2011年に発行されたLancet誌の日本の医療に関する論説を紹介。こうした期待があることを謙虚に受け止めながら、我が国の医療政策をリードし、グローバルヘルスにも積極的に関わることで、全国の医師会員、世界医師会加盟の112カ国に及ぶ医師会員の信託に応えていくとし、挨拶を締めくくった。業した新卒受験者の入学年度に当たる2011年度の医学部定員

## 2016年の10大ニュース、1位はノーベル賞受賞◆Vol.1

### 高額薬剤、新専門医制度など医療制度改革の関心高まる

医師調査 2016年12月29日（木）配信高橋直純（m3.com編集部）



2016年を振り返れば、大隅良典氏（東京工業大学栄誉教授）のノーベル医学生理学賞受賞という喜ばしいニュースがある一方で、医療機関や福祉施設を舞台にした大量殺人事件、連続不審死といった思いもよらない事件が起きた。医師の関心が高かった新専門医制度は2017年度からの全面実施が延期されることが決まった。高額薬剤への対応をめぐって薬価制度、中医協の在り方をめぐる議論も、政治主導で進もうとしている。

m3.comでは、年末恒例の医療界1000人アンケートを実施し、2016年の所感と2017年の展望を尋ねた（実施日2015年12月16日～17日、開業医388人と勤務医667人の医師会員計1015人）。調査結果を年末から年始にかけて連載する。

#### Q 2016年の10大ニュースをお選びください（1本以上、10本まで）

順位	医師1000人が選ぶ今年のニュース	全体 n=1015	勤務医 n=667	開業医 n=338
1位	ノーベル医学生理学賞、大隅・東工大栄誉教授が受賞（10月）	376票	1位 246票	1位 130票
2位	オプジーボ50%値下げへ、医療費抑制へ政府主導（11月）	324票	2位 205票	2位 119票
3位	新専門医制度、2017年度の全面実施見送り、決定（7月）	295票	3位 204票	3位 91票
4位	準強制わいせつ容疑で外科医逮捕、勤務先病院が不当逮捕と抗議（8月）	219票	4位 162票	10位 57票
5位	米大統領選で、共和党のドナルド・トランプ氏が勝利（11月）	207票	7位 135票	4位 72票
6位	熊本県で地震、234病医院が倒壊・損壊の被害（4月）	206票	6位 136票	5位 70票
7位	横浜市の大口病院で患者連続不審死（9月）	194票	5位 138票	11位 56票
8位	千葉大医学部生が集団強姦致傷容疑で逮捕、介抱を装い性的暴行か（11月）	177票	8位 126票	13位 51票
9位	勾留中に医師死亡、岩手医大法医が告発へ「自白強要で暴行」（11月）	174票	11位 109票	7位 65票
10位	東北医科薬科大学が開校、琉球大以来37年ぶり（4月）	171票	9位 121票	14位 50票

m3.com編集部が選んだ2016年の医療関連の66のニュースから、1人につき最大10まで選んでもらった。1人当たりの選択数は3.7だった。

1位は大隅良典氏（東京工業大学栄誉教授）のノーベル医学生理学賞の受賞（『[ノーベル医学生理学賞、大隅氏が受賞](#)』を参照）。日本人の同賞受賞は、2015年の大村智・北里大特別栄誉教授に続き2年連続、合計で4人目。

大隅氏は会見などで、繰り返し「基礎科学」の重要性を訴えた。

東京工業大大岡山キャンパスで会見をする大隅栄誉教授＝2016年10月3日午後8時



2位は適応拡大で市場が拡大した抗がん剤オプジーボの薬価を、緊急的に2017年2月から50%引き下げることを選定したというニュース（『[オプジーボ、来年2月から50%引き下げへ](#)』を参照）。薬価の毎年改定も決まり、官邸主導で議論が進行したことへ、危機感を持つ医療関係者も多い（『[安倍首相、「薬価制度、引き続き諮問会議で議論」](#)』を参照）。

3位は2017年度の全面実施が予定されていた新専門医制度を1年間延期するという決定だった（『[新専門医制度、2017年度の全面実施見送りへ](#)』を参照）。本決定に至るまで、日本医師会と四病院団体協議会が緊急会見を開いたり、日本専門医機構の執行部が大きく様変わりしたりするなど、新専門医制度は大きく揺れた。2016年後半から本格化した医師の偏在対策に関する議論とも密接に関係するため、2017年も注目を集め続けるだろう。

4位は東京都足立区の柳原病院で起きた準強制わいせつ事件（『[シリーズ：乳腺外科医準強制わいせつ逮捕・起訴事件](#)』を参照）。逮捕、起訴された男性外科医は一貫して容疑を否認しており、11月からは東京地裁で裁判も始まった。勤務医では4位となった一方、開業医では10位で、関心の差が大きかった。

5位は米大統領選で共和党のドナルド・トランプ氏が当選したことだった（『[トランプ氏当選の受け止め、男女で差](#)』を参照）。日本の医療にどのような影響があるかは未知数だが、医師会員の関心の高さがうかがえた。

6位は4月14日と16日に二度も震度7を観測した熊本地震。医療機関にも大きな被害を与えた（『[シリーズ：熊本地震](#)』を参照）。7位はいまだ解決の糸口が見えない横浜市の大口病院で起きた連続不審死。8位は千葉大医学部の学生による集団強姦事件。指導的立場だった研修医も逮捕される事態に至った。9位は勾留中の医師が死亡した件で、岩手医科大学法医学講座教授の出羽厚二氏が奈良県警を刑事告発した事件（『[奈良・勾留医師死亡事件](#)』を参照）。10位は1981年の琉球大学医学部以来、35年ぶりとなる東北医科薬科大学医学部の開校（『[東北医科薬科大学、一期生100人が入学](#)』を参照）。2017年には千葉県成田市の国家戦略特区に国際医療福祉大学医学部の新設が予定されている。

11位以下は下記の通り。



順位	医師1000人が選ぶ今年のニュース	全体 n=1015	勤務医 n=667	開業医 n=338
11位	タレント女医が詐欺容疑で逮捕、診療報酬を不正請求 (3月)	163票	13位 94票	6位 69票
12位	群大腹腔鏡事故で最終報告書、執刀医と教授を解雇処分 (8月)	155票	10位 118票	17位 37票
13位	相模原市の障害者施設で殺傷事件、19人が死亡 (7月)	147票	12位 96票	12位 51票
14位	紹介状なしで、大病院で初診料5000円、再診料2500円の義務化 (4月)	139票	15位 76票	8位 63票
15位	新潟、研修医自殺で労災申請 遺族「長時間労働が原因」 (8月)	120票	14位 90票	21位 30票
16位	中医協、2016年度、診療報酬改定を答申 (2月)	115票	22位 55票	9位 60票
17位	保険証番号10万人分流出、医療機関から漏れた可能性 (1月)	113票	19位 66票	15位 47票
17位	認知症患者の列車事故、JRの賠償請求棄却、最高裁 (3月)	99票	18位 67票	20位 32票
19位	関西空港ではしか感染、35人に、医師らも (9月)	99票	20位 62票	18位 37票
20位	名大病院、救急医の半数9人退職へ、経緯調査 (4月)	97票	17位 70票	23位 27票
21位	東大、医学系4教授、11の論文不正疑惑を予備調査 (9月)	90票	16位 71票	29位 19票
22位	2017年4月に医学部新設が決定、国際医療福祉大学 (8月)	82票	21位 59票	26位 23票
23位	カジノ法案可決、依存症対策の議論進まず (12月)	78票	27位 42票	19位 36票
24位	電通社員過労死、「長時間・深夜労働、パワハラ」 (10月)	75票	23位 52票	27位 23票
25位	横倉日医会長、新専門医制度で会見、「延期も視野」 (2月)	74票	24位 48票	24位 26票
26位	柔整師の養成を厳格化、療養費不正続き業倫理必修に (8月)	68票	37位 30票	16位 38票
27位	101人の不正を認定、精神保健指定医、大学教授も対象 (10月)	67票	25位 48票	30位 19票
28位	準強制わいせつ罪の初公判、男性外科医「無罪を主張」 (11月)	62票	26位 44票	32位 18票
29位	新卒合格率100%は4校、2016年医師国試 (3月)	60票	34位 32票	22位 28票
30位	福岡市の病院にタクシー突入、3人死亡 (12月)	57票	29位 38票	31位 19票



## 医療維新

### シリーズ [降圧剤論文問題と研究不正](#)

「私からはありません」白橋被告、ノバ社裁判が結審

注目の判決は2017年3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39回公判が、12月15日に東京地裁（辻川靖夫裁判長）で開かれ、検察側、弁護側双方が、前回公判での論告・弁論に対して追加の主張をした。最終意見陳述で白橋伸雄被告は「私からはありません。ありがとうございました」、ノバ社の執行役員も「同様です」と述べた。判決は2017年3月16日。

2015年12月16日の初公判からほぼ1年。本日を含め公判回数は38回に上り、論告・弁論公判後（『[「ずさんな試験の責任は研究者らが負うべき」、白橋被告側弁護士](#)』）に、さらに主張の補充と最終意見陳述を行う時間が設けられた。

検察側は改めて弁護側弁論に反駁する形で、45症例が白橋被告によって改ざんされたなどと主張。白橋被告弁護側は無罪を主張し、白橋被告のみがデータを操作できる立場にいたなどとする事務局の男性医師Aの証言に対しては「責任転嫁するための計算に基づいたもので信用できない」と訴えた。ノバ社弁護側も、検察側の主張には多数の矛盾があると指摘した。

## 臨床ニュース 「糖質制限で1年12kg減」 「減量目的はNG」

m3.com 意識調査「糖質制限、あなたは支持する？」2016年11月22日

### Q. ダイエットを目的とした「糖質制限」を支持しますか？

「支持する」「どちらかと言えば支持する」の自由回答

- 長期の転帰はもちろん不明も、明らかに太りすぎにはよい。完全に糖質なしにはできないので、栄養バランスの上からもそれほどの悪影響は考えにくいのでは。【内分泌・血液科勤務医】
- 自分自身が糖質制限（通常より-40%）でダイエット、12kg減/1年できた。体調は良好。【小児科勤務医】
- 日本人の食事内容の構成は含水炭素が中心でカロリーの大半は糖質であるので、カロリー制限であれば糖質が制限の中心になる。【循環器科勤務医】
- 低血糖やタンパク異化亢進しない程度の少量の摂取は必要だという前提だが、1日の摂取カロリーを制限しながら必要な栄養素を接種するためには糖質でコントロールする方法が現実的に最も行いやすい。
- 半年前くらいから自分で行っていて効果があるから。ただし、ティーンエイジャーはすべきでない。【整形外科勤務医】
- 極端な糖質制限は推進しないが、ある程度の糖質制限は推奨する。2型糖尿病患者の多くは肥満を呈しており、この肥満の多くは糖質過多のカロリーオーバーとなっている。これを減らすことは、ダイエットの一因となるから。【勤務医】

「支持しない」「どちらかと言えば支持しない」の自由回答

- 何らかの疾患のため糖質制限が必要である場合を除き、ダイエット目的の糖質制限は身体に害が及ぶため支持できない。【内科総合勤務医】

- 糖質はブドウ糖となり細胞のエネルギー源となるので、蛋白質、脂質、糖質を合わせてバランス良く制限しないとダメだと思います。ダイエット目的であれば、脂質制限食が理にかなっています。また、脂質制限の方が効率よくダイエットできるのは明らかです。【消化器科勤務医】

- 糖質の代わりに脂質のみならず蛋白もエネルギーに変換され、筋力低下などフレイルの懸念が高まる。【脳・神経科勤務医】

#### Q. 血糖改善を目的とした「糖質制限」を支持しますか？

「支持する」「どちらかと言えば支持する」の自由回答

- 糖の取り過ぎは血管障害をもたらすから。【外科系勤務医】
- グルコーススパイクをそもそも生じさせなければ、血糖降下剤を使う必要がなくなるから。【循環器勤務医】
- 腎機能低下が進行した症例などでは避けるべきだが、合併症のない症例には有効と思う。【腎・泌尿器科勤務医】
- 血糖改善を目的として専門知識のある医師がおこなう限り、支持します。いくつかの代謝障害の患者や腎臓障害の患者は実施できません。【脳・神経科勤務医】
- 面倒な食事療法が簡略化される。作る側の苦勞もなくなるし、食べる方も慣れてしまえばカロリー制限など気にしなくても済むので、安定した食事療法が期待できる。ただ高タンパク食になるので、合併症の無い方に限られる。【精神科勤務医】

「支持しない」「どちらかと言えば支持しない」の自由回答

- 過体重の人は適応ありかもだが、やせ気味なのに血糖値だけ見て満足し、フレイルが増えている気がする。【内分泌・血液科勤務医】
- 個人の食事運動習慣に合わせて適切な食事内容を選ぶべきで、糖質制限が必要とされるケースは非常にまれ。【内科総合勤務医】
- 制限しつづけられるならこの限りでないが、糖質が増えた時のコントロールが悪くなる印象【勤務医】

◆[調査結果の記事はこちら⇒「糖質制限、あなたは支持する？」](#)

## 医療維新

「かかりつけ医以外」定額負担に反対、横倉日医会長

第58回全日本病院学会で講演、「医療者から改革の提案を」

レポート 2016年10月8日(土)配信橋本佳子(m3.com編集長)



日本医師会会長の横倉義武氏は、10月8日に熊本市で開催された第58回全日本病院学会の特別講演で、「かかりつけ医以外」を受診した場合に患者から定額負担を求める仕組みの導入に反対、一方、高額療養費の月額上限の見直しは、「負担能力に応じた利用者負担の見直しは重要な視点」として支持する考えを表明した。

2017年度予算編成の議論が年末に向けて進む中、横倉会長は、「財政制度等審議会が今、声高に言っているのが、患者の定額負担」と説明。民主党政権時代の2011年には、かかりつけ医か否かを問わず、医療機関を受診した場合の「受診時定額負担」が検討されたものの、日医などが患者署名を集めるなどして反対、とん挫した。今回の「かかりつけ医以外」の定額負担は、2008年度診療報酬改定で新設された「後期高齢者診

療料」が想起され、医療現場に混乱をもたらすとして、横倉会長は、「また同じことをするのか」と疑問を呈した。同診療料は、75歳以上の高齢者を総合的・継続的に診る目的の包括点数だったが、算定は1施設のみで、「算定は早い者勝ち」となり、医療機関間の競争も一部生じていた。

さらに「かかりつけ医以外」の定額負担は、日本の医療の特徴である外来のアクセスの良さを阻害し、受診抑制が働く懸念もあると指摘。「この手法は取るべきではない。まずは所得の多寡に応じた負担の在り方を検討すべきではないか、というのが日医の主張だ」（横倉会長）。

高額療養費の月額上限の見直しは、社会保障審議会などで議論されている（『[70歳以上の負担上限見直し、賛否分かれる、医療保険部会](#)』を参照）。「年齢による区分だけでなく、負担能力に応じて利用者負担を見直すことも重要な視点」と考える日医の主張には合致する。ただし、月額上限は、前年の収入で決定するため、定年退職者などには重い負担になるため、「前年まで所得があっても、当該時に所得がない人に対する配慮は必要」と求めた。

横倉氏は、消費増税が延期され、医療保険財政が厳しさを増す中、持続可能な社会保障のために、「我々医療側から提案していくことも重要」と強調。その一例として挙げたのが「健康寿命」延伸への取り組み。「医療等 ID」を活用し、乳幼児健診、学校健診、事業所・特定健診、後期高齢者健診などを一貫して管理したり、国民の健康にかかわる幅広い問題に対応し、「切れ目のない医療・介護」につなげることなどの重要性を強調、かかりつけ医が果たす役割に期待した。

### 社会不安の時期こそ医療の充実を

「経済学的な話を少しさせていただく」と断り、講演を始めた横倉会長は、医療保険財政をめぐる昨今の動きを紹介、2016年度予算編成を振り返るとともに、年末の2017年度予算編成に向けた動向、持続可能な社会保障のための医療側からの提言について解説。

バブル経済の破たん前は、日本の税収と歳出がほぼ均衡していたが、破たん後は両者の差が開き、今は税収不足を国債発行で賄っている。「アベノミクスで多少税収は増えたものの、いまだ開きはある。こうした状況下で、我々は医療を提供している。経済が破たんすれば、医療も危ない。公的国民皆保険をいかに次の世代に継承するかが我々の重要な役割」と横倉会長は述べ、「持続可能な社会保障」という視点の重要性を強調した。

社会保障財源として想定された消費増税が2018年10月に延期され、「次の（診療報酬と介護報酬の）同時改定の財源は大丈夫かと思っていたが、消費増税に代わる財源の確保を求めていく」（横倉会長）。イギリスのEU離脱など、国際経済の先行きの混乱が予想されるものの、「国民の不安が高まる時期こそ、セーフティネットとしての社会保障、特に国民皆保険を堅持することが必要。将来の安心が、社会の安定に寄与し、経済の発展につながる」という主張を展開していくとした。

### 社会保障自然増は「年5000億円」

横倉会長は次に2016年度予算編成を振り返り、2017年予算編成をめぐる議論を紹介。

政府の「骨太の方針 2015」では当初、社会保障費の自然増の伸びを「3年間で、1兆5000億円程度に抑える」とされた。「それまでの3年間の伸びを約1兆5000億円に抑えることができたのは、医療費の適正化等に協力した結果であり、年々進歩する医療技術の高度化などでも医療費は増加するため、あらかじめ抑制すると、国民に必要な医療を提供できなくなる」と問題視していたが、「この懸念が当たってしまった」。2016年度の概算医療費は対前年度比3.8%増で、特に高額薬剤の伸びの影響が大きい

(『「[オブジーボ緊急的対応、医療保険堅持が目的](#)」日医中川副会長』を参照)。「骨太の方針 2015」については、交渉の結果、自然増の額は「目安」であり、「各年度の歳出は一律ではなく、柔軟に対応する」とやや緩和されたという。

2015年夏の概算要求時点では、社会保障費の自然増は6700億円と推計。安倍政権が掲げていた「賃金2%増」を医療分野で対応するには、医療費ベースで約4000億円、国費ベースで約1000億円が必要。結局は「社会保障充実分」として500億円確保できたため、社会保障費の増加分7200億円と、5000億円の間には、2200億円の開きが生じた。2016年度改定における薬価や材料費の引き下げ、大型駅前薬局に対する評価の適正化などで、2200億円を抑制した。

2017年度の場合、概算要求の段階では、社会保障費の自然増は6400億円。2017年度は診療報酬や介護報酬の改定などはない。1400億円をいかに抑制するかが課題であり、「経済・財政再生計画改革工程表」(2015年12月に経済財政諮問会議が取りまとめ)に盛り込まれた一つが、高額療養費制度の月額上限の見直しだ。もともと、70歳以上の高齢者のうち「現役並み所得者」は7%弱。これだけでは1400億円の抑制は難しく、「かかりつけ医以外」の定額負担のほか、スイッチOTCの保険償還率の在り方、入院時光熱費負担の見直し、金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大など、制度改正が必要な事項も今年末に向け議論されることになる。

講演の最後に横倉会長が強調したのは、「持続可能な社会保障」の構築に向け、医療者側から提案していく必要性だ。(1)生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸、(2)糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少、(3)COPD患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少、(4)症状や患者特性に応じてコスト意識を持った処方を診療ガイドラインに掲載するなど学会の支援——などを挙げた。

## シリーズ[医師不足への処方せん](#)

### 「医科技術料の割合、減少傾向」日医が医療費分析

**高額薬剤の期中改定には反対の姿勢** 2016年9月29日 高橋直純 (m3.com編集部)

日本医師会の横倉義武会長は9月28日の定例記者会見で、9月13日公表の2015年度の「医療費の動向」に対する日医の見解を説明。医科技術料の構成比が減少傾向にある一方、薬剤料は増加している状況を問題視し、医療費の配分を「モノからヒトへ」と訴えた。また、高額薬剤の期中改定については、「毎年改定は反対である」。

9月28日の中央社会保険医療協議会総会では、2015年度の「医療費の動向」が議論された(『[ソバルディとハーボニー、2015年度の医療費増の主要因](#)』を参照)。日医が外来医療費の構成比を分析したところ、2001年度と2015年度を比べると医科技術料が50.1%から44.2%に減少する一方、薬剤料は29.0%から36.2%に拡大していた。



医療機関における費用の構成比では、2004年度は49.1%（厚労省推計）だった人件費が2014年度には47.0%（日医推計）に低下。医薬品費、材料費は計27.3%から計28.4%に増加している。中医協で問題視された2015年度の薬剤料の大幅な伸びは、高額なC型肝炎治療薬の影響が大きいと分析。横倉会長は医療費の配分が「この10数年は『ヒトからモノへ』という流れだったが、2017年度予算折衝では『モノからヒトへ』と主張していく」と話した。

また、病院・診療所の従事者数は2002年の252万人から2014年には304万人と1.2倍以上伸びてことを指摘し、「地方創生のためには医療を重要視すべきだ」と主張。

質疑応答では、高額薬剤の期中改定の是非について「毎年改定は反対である。技術料の改定は2年に1度であり、改定財源は薬価の引き下げ分から出すことが続いてきた。

（期中改定では）改定年にしっかりとした技術料の財源確保ができない」と説明した。

診療報酬改定のない年に薬剤費の伸びが大きいことについても「（理由を）突き詰める必要がある。薬価の決め方の在り方を議論すべきだと思う」と述べた。

## 医療維新

### シリーズ [どうなる？「日本の未来の医療」](#)

「公平はナンセンス」？診療科偏在◆Vol.10 2016年8月23日 m3.com 編集部

「インセンティブ付与」「臨床研修改革」で解消を

政府の2016年骨太の方針で、医師の診療科偏在、地域偏在について、「実効性のある」対策の推進が決まり、厚生労働省が具体策を検討している（[『偏在対策「強力」に、「医師の働き方ビジョン」も策定』](#)を参照）。診療科偏在では、産婦人科や外科、小児科などが訴訟リスクや過重労働で敬遠される傾向があり、医師不足が懸念されるが、近年顕著に医師数が増えている麻酔科でも、「医師が余っている」とは言い難い。また、地方偏在は2004年度に開始した臨床研修制度のマッチングで拍車がかかったとされるが、地方の過疎化や高齢化といった日本社会の根本的な問題とも不可分で、医療制度改革だけでは対応は困難だろう。

医師509人（勤務医253人、開業医256人）に、診療科と地域の医師偏在解消に向けて、望まれる対策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）。

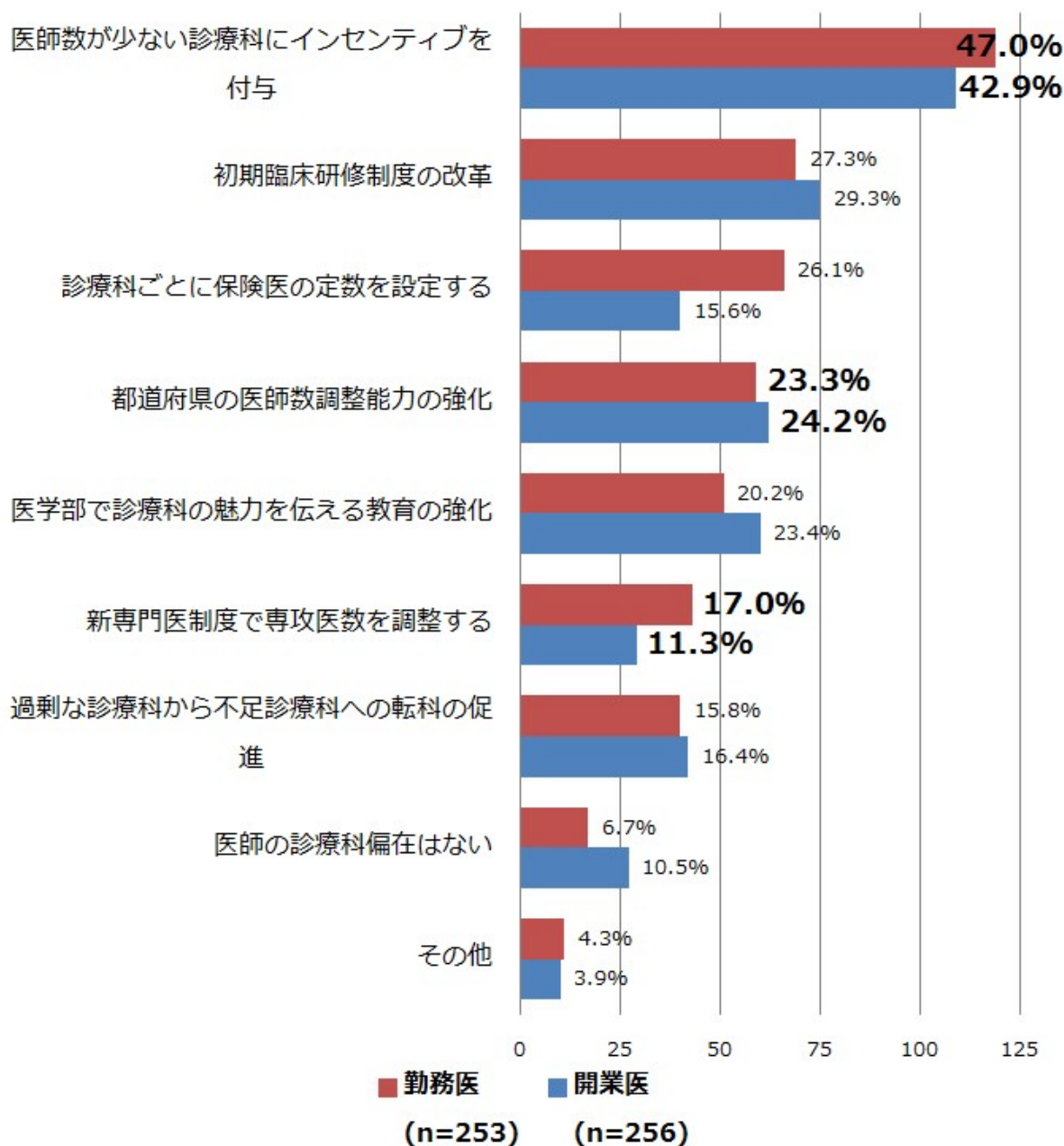
Q. 医師の診療科偏在の解消のため、どのような施策を推進すべきだと考えますか。

（複数回答）※「偏在がない」とお考えの場合は、下から2番目の「医師の診療科偏在はない」の選択肢をお選びください。

勤務医の47.0%、開業医の42.9%が「医師数が少ない診療科にインセンティブを付与」を選んだ。次に多かったのは、「初期臨床研修制度の改革」で、勤務医の27.3%、開業医の29.3%が選択した。「診療科ごとに保険医の定数を設定する」という選択肢は、勤務医の26.1%が支持した一方で、開業医は15.6%にとどまり、意見が分かれた。厚生労働省が医師偏在の対応策として検討している、「都道府県の医師調整能力の強化」は、勤務医の23.3%、開業医の24.2%が支持したが、2017年度開始に向けて混乱が広がっている「新専門医制度」によって、「専門医数を調整する」という施策については、勤務医、開業医ともに10%台の支持にとどまった。「その他」の意見

では、診療科の偏在を公平にすることが「ナンセンス」との意見や、医師の集約化が必要との意見が寄せられた。以下、紹介する。

### 診療科の偏在を解消するための施策は？（複数回答）



- ・時代で需要が減った診療科は減る。公平にすることがナンセンス。【50代勤務医】
- ・偏在はあるが医師の自由である。【50代勤務医】
- ・自由競争である以上仕方が無い。解消は無理。【50代開業医】
- ・今のままで良い。【60代以上開業医】
- ・医師過少地域で、研修期間での半強制的研修。【60代以上開業医】
- ・自治医大や国公立大学医学部で地域定着の医師を義務化する。税金で医師になった者には生涯の義務化を課す。【50代勤務医】

- ・自治医大以外の公立大学にも地方へ。【50代開業医】
- ・男女比の是正。【50代開業医】
- ・都道府県発行医師免許の制定。【40代開業医】
- ・医学部入試の方法の変更。【50代開業医】
- ・**医師（特に専門医）はある程度集約しセンター化。そこへのアクセスの整備を**（例えば高度救命救急センターなどは設置・運営に多大な費用がかかるので、一見高そうだがドクターヘリを整備したほうがトータルでは良いと思う）。【50代勤務医】
- ・給与にもっと差を付ける。【50代勤務医】
- ・まだまだ工夫はできると思います。専門医でありながら周辺の領域も知らないの良い結果を出せないはずなので、それをもっと厳しく審査すれば良いと思います。喘息が専門でも、ステロイドを使用した時に起こり得る、糖尿、副腎不全のことや、緑内障、高血圧の事等、知らなくて専門医と言えるだろうか。良い医療は何かとすることを評価できる人が、意見を出せるようにしてほしい。得てして厚労省の役人、臨床を知らない教授等の話を聞いているとバカバカしくなる。【60代以上勤務医】

#### 地域偏在解消には、「働く医師へのサポート強化」

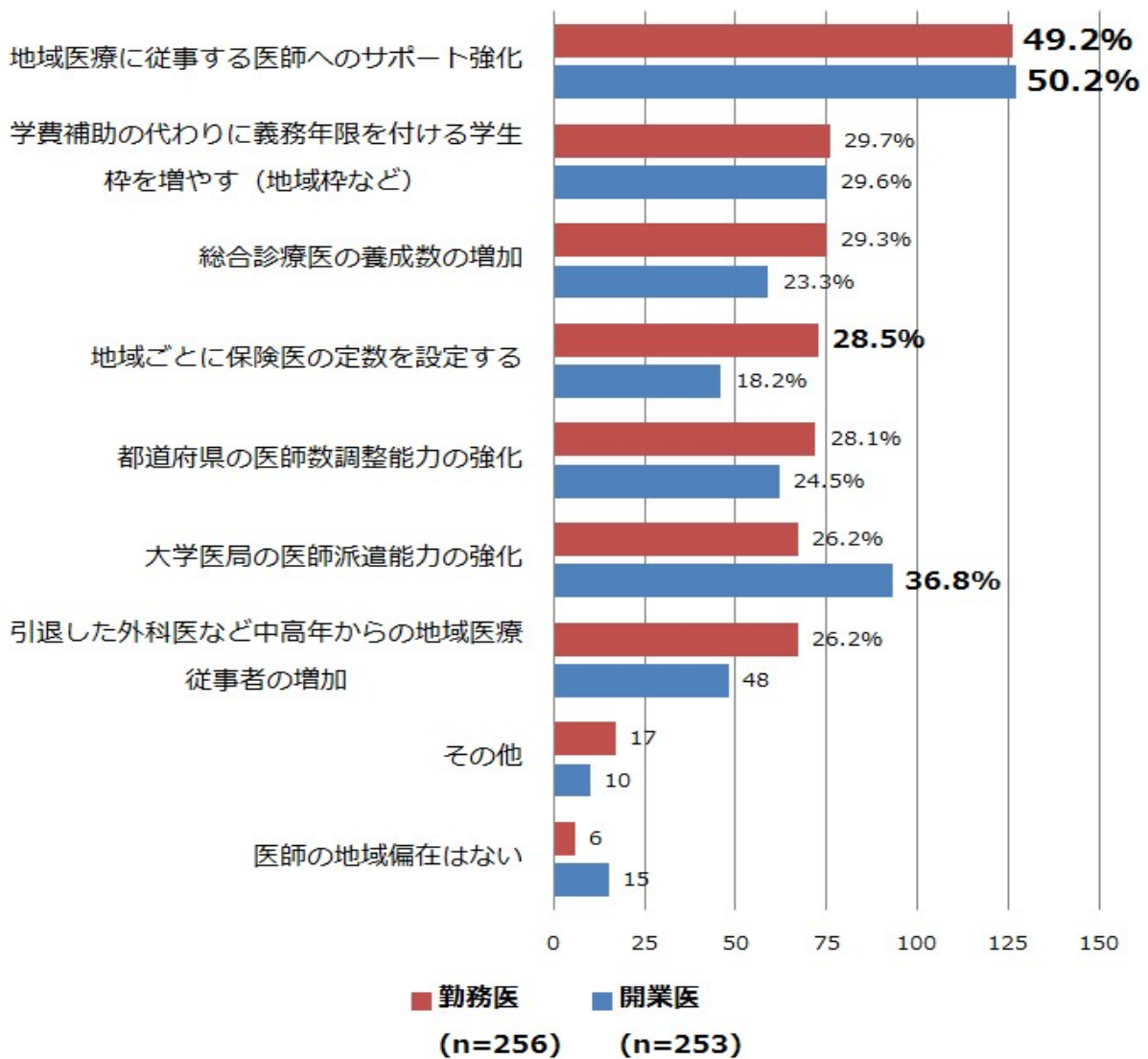
Q. 医師の地域偏在の解消のため、どのような施策を推進すべきだと考えますか。（複数回答）※「偏在がない」とお考えの場合は、下から2番目の「医師の地域偏在はない」の選択肢をお選びください。

勤務医、開業医、いずれも「地域医療に従事する医師へのサポート強化」が最多で、それぞれ、約半数を占めた。次に多かったのが「地域枠」の増員で全体の約3割が支持した。勤務医と開業医で10%以上差があり、意見が分かれたのが「地域ごとに保険医の定数を設定する」と「大学医局の医師派遣能力の強化」。前者は勤務医の支持が強かったのに対し、後者は開業医の支持が強かった。

「その他」の意見を紹介する。

- ・人口分布の調整、コンパクトシティ化【50代勤務医】
- ・地方自治体の再編【40代勤務医】
- ・**地方で診療する施設への診療報酬の増額**【40代勤務医】
- ・需要供給に従って給与を設定する【50代勤務医】
- ・医師の少ない地域の医師勧誘努力、高給与など【60代以上開業医】
- ・**給与にもっと差を付ける**【50代勤務医】
- ・医師数を増やす【50代勤務医】
- ・女性のワークシェアリングによる職場復帰【50代勤務医】
- ・自治医科大学等がきちんと役目を果たすべき【60代以上勤務医】
- ・開業医の保険点数の減少【50代勤務医】
- ・そこは市場原理ではないのか？【40代勤務医】

医師の地域偏在解消のための施策は？（複数回答）



- ・ 地域医療従事を専門医や指導医取得の要件にする勤務医【30代勤務医】
- ・ 自治体限定医師免許の制定【40代開業医】
- ・ 交通網が発達した現在、**地域偏在の定義は何年前を基準にしているの？**【60代以上開業医】
- ・ 都市部の医師数制限【50代開業医】
- ・ 医療機関の集約が望ましい【50代勤務医】
- ・ 有効な手段はないと思う【60代以上開業医】
- ・ 偏在を規則で是正するより、なぜ少ないのか、その原因を調べて、働きやすく環を変えるのが第一。役人が上から目線過ぎる。自分らの無能が招いた結果と反省すべき。  
【50代開業医】
- ・ 医師の偏在を解決するのではなく、患者を医師の多い病院にいかに受診させるかを考えるべき。【40代勤務医】



## 「座りすぎ」の解消で2型糖尿病患者に好影響 HealthDay News : 2016/12/23

2型糖尿病患者は、ときどき立ち上がったたり、のんびりと散歩するだけでも血糖コントロールが改善する可能性が、新しい小規模な研究で示された。



糖尿病患者では、中強度～高強度の運動を行うよう推奨されることが多いが、患者のほとんどはそのアドバイスには従っていないのが現状だ。しかし、今回の研究では、座っている時間を少し減らすだけでも、血糖コントロールの改善というベネフィットが実際に得られることがわかった。

マーストリヒト大学医療センター（オランダ）の Bernard Duvivier 氏が主導した今回の研究は、2型糖尿病患者を対象に、ときどき立ち上がって軽いウォーキングをするよう促し、座る時間を減らすことが、一般的な運動療法の代わりになりうるのかを調べたもの。

運動に関する現行のガイドラインでは、2型糖尿病を予防するには、中強度～高強度の運動を1週間に150分以上行うことが推奨されている。しかし、同氏らによると、患者の10人に9人はこの勧告に従っていないという。

同氏らは、男性の2型糖尿病患者19人（平均年齢63歳）を対象に、以下の3つの運動プログラムをそれぞれ4日間行ってもらった。1つめのプログラムは、1日14時間を座位で過ごしながらか、ウォーキングを1時間行い、立位で1時間過ごすもの。2つめは、ウォーキングを1日2時間行い、30分ごとに立ち上がって合計3時間を立位で過ごすもの（座位時間を減らすプログラム）。3つめは、1日1時間を座位の代わりに室内でサイクリング運動を行うもの（運動プログラム）。座位時間を減らすプログラムと運動プログラムは、1日のエネルギー消費量が同じになるよう調整した。

その結果、座位時間を減らすプログラムあるいは運動プログラムを行うと、対象患者の血糖コントロールが有意に改善することがわかった。とくに座位時間を減らした場合に、血糖値は最も改善していたという。

今回の知見に、米ノースウェル・ヘルス・サウスサイド病院（ニューヨーク州）の Robert Courgi 氏も同意を示している。「長年にわたって糖尿病患者に運動療法を指導しているが、多くの患者では失敗に終わっていた。しかし、結局のところはどんな運動でも血糖値を下げる助けになるようだ。“座っている時間を少しでも減らす”という今回のメッセージは、過去の運動レジメンよりも成功率を高めるものと期待される」と同氏は述べており、この新しい知見は、糖尿病管理における運動療法を再考する際の参考になるとしている。

原著論文 [Duvivier BM, et al. Diabetologia. 2016 Dec 1. \[Epub ahead of print\]](#)

主治医へのヒアリング、1回5分のみ Vol.3 2016/9/27 高橋直純（m3.com編集部）

「勤務医は依然不足」、日病が医師偏在対策で見解

「臨床研修後の地方勤務の義務化」「保険医を更新制」など

日本病院会の堺常雄会長は9月26日の定例記者会見で、議論が進む医師偏在対策についての日病常任理事会での議論を報告した。また、日病の役員等が経営する78病

院に対して新専門医制度に関するアンケートを実施することを明らかにした。10月中に報告する見通し。

常任理事会は9月24日に開催された。堺会長は、まず現状認識として、「医師の総量不足か、偏在なのかでは、病院としては不足している」として、日病の試算では現状の1.2倍（4万人程度を追加）の医師が必要と指摘。その上で、現状のペースで医師を養成する必要があるとし、特に「専門医が多すぎるので、総合診療専門医とは言わないが、総合診療医の育成やチーム医療の推進が必要」と訴えた。

地方での医師不足に関連しては、近年増加している地域卒学生について、「地方ではその地域以外の学生が来て、近い将来に元の地域（出身地）に戻っている。大学側では偏差値の議論になるが、地域卒に関しては地元出身だけに限定できないかという意見が出た」と紹介した。

また、中間結果が公表されたばかりの医師臨床研修マッチングについては、「全国医学部長病院長会議はマッチングが『諸悪の根源』と言うが、首都圏、大都市圏では定員制限がかかっている。2003年は6都府県で研修する医師の割合が51.3%だったのが、2016年には42.6%になり、地方の医師採用数が増えている」と説明。初期研修が終わって大学に勤務する医師は2010年の51.9%から2014年に54.4%に増えているとし、今後も地域、大学に戻る医師が増えることが想定されると指摘した。専門医制度に関連しては、「マッチング制度の導入」、「臨床研修後の地方勤務の義務化」「保険医を更新制にし、地域貢献を要件に課す」などの対策も提案されたという。

質疑応答では、専門医制度を偏在対策に活用しようという意見が出ている点について、堺会長は「（後期研修も）地域住民を通じた研修で力を磨くことが重要。大都会でないと到達目標が達成できないようでは厳しいのでは」と述べた。また、厚労省の審議会で、日本専門医機構の役割・権限の法制化が提案されたこと（『[「専攻医の定員、専門医機構や県の権限法制化」を検討](#)』を参照）を受けた「専門医機構はそれに耐え得る組織か」という質問に対しては、「耐え得るものと期待している。1年間立ち止まったので、ぜひ頑張ってもらいたい」と答えた。

また、自民党の国会議員で組織する「医師偏在是正に関する研究会」が結成されたこと（『[「医局復活で、医師偏在解消を」との意見も、自民党研究会](#)』を参照）について、「気を遣っていただいているようだが、大学医局の復活が近道という意見は、必ずしも当たっていないのでは」とけん制した。

## 医療維新

シリーズ[医師不足への処方せん](#) 2016年8月30日 橋本佳子（m3.com編集長）

### 医師のキャリア、医籍番号で生涯にわたり追跡

#### 厚労省がデータベース構築、2017年度予算概算要求

厚生労働省は8月30日に公表した2017年度予算概算要求で、「医師の地域的な適正配置のためのデータベース構築」を新規事業として要求した。要望額は900万円だが、新規要求の中では注目施策の一つだ。医籍登録番号を活用して、医師免許取得から初期臨床研修、専門研修を経た後も、生涯にわたり、医師の勤務先や診療科などの情報を追跡できるデータベースを構築する。都道府県が医師確保対策を行うために必要となる医師情報を一元的に管理するのが狙い（資料は、[厚労省のホームページ](#)）。

ただし、データベースにどんな情報を蓄積できるか、医師個人を特定できる情報として活用できるか、あるいは統計情報としての活用に留まるか等今後の検討課題は多い。医師のデータベース構築は、厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会」による5月19日の「中間取りまとめ」で、今年末までに検討する医師偏在対策として盛り込まれていた（『[偏在対策「強力」に、「医師の働き方ビジョン」も策定](#)』を参照）。

厚労省が現在保有しているのは、医師の医籍登録番号（医籍登録年月日、氏名、生年月日、性別）と、2年に一度実施する「医師・歯科医師・薬剤師調査」（以下、医師調査）の診療科や調査時点の勤務先などのデータ。医籍登録番号で活用して名寄せし、医師調査のデータを経年的に蓄積すれば、各医師の勤務先などの追跡が可能だ。

これに対し、初期研修医や専攻医に関するデータベースは現時点では存在しない。臨床研修病院を対象に調査し、初期研修医の出身大学などのデータ提出を新たに求めることなどを検討する。専攻医については、日本専門医機構が構築するデータベース費用補助を別途要求しており、そのデータの活用を予定。

構築したデータベースを統計情報として活用する場合には、例えば、ある県が「県内の大学の卒業生がどんな都道府県に勤務しているか」などを把握し、地元定着策を検討することなどが想定される。個人を特定できる利用が可能なら、「内科医が不足している。A県に勤務しているB内科医に連絡を取る」などもできるようになる見通し。

初期研修医や専攻医に関するデータも収集できるか、個人特定の利用が可能かなどは、医師法改正もしくは医療法改正が必要か否か、個人情報保護法に抵触しないかという視点からの検討が不可欠になる。今年末までに、「医療従事者の需給に関する検討会」や社会保障審議会医療部会で検討を進める。法改正が必要な場合は、2017年の通常国会への提出を予定し、初期研修医のデータ収集は、早ければ2017年度から開始できる見通し。一方、専攻医のデータ収集は、2017年度から開始予定だった新専門医制度が延期になったことから、見通しを立てにくい状況だ（『[「新専門研修プログラム」、2017年度は併用含め6領域](#)』を参照）。そのほか厚労省は医師確保対策として、下記を要求している。◆都道府県の医師確保対策を強力に推進するため、地域医療支援センターのキャリア形成プログラムと連携した地域卒医学生に対する修学資金の貸与事業を支援する。：30億円（新規）。

◆新たな専門医の仕組みの導入に伴う医師偏在の拡大を防止するため、専門医の養成数を調整する都道府県協議会の経費を増額するとともに、各都道府県による調整の下で、医師不足地域への指導医派遣等を行う経費を補助する。また、日本専門医機構が各都道府県協議会の意見を取り入れて専門医の研修体制を構築するための連絡調整経費や、専攻医の地域的な適正配置を促すためのシステムを開発するための経費を補助する。：3.3億円（2016年度1.9億円）

医療維新 2016/8/22 橋本佳子（m3.com編集長）

「自ら引き際を知るべし」「医師免許にも更新制を」

何歳まで現役で仕事を続ける？【自由意見◆勤務医編3】

Q ご自身の老後、リタイア後の生活、医療者の定年などについてのお考え、不安、他の医療者に聞いてみたいことなどがあれば、お書きください。

◆m3.com意識調査「何歳まで現役で仕事を続ける？」の結果はこちら ⇒ [医師「70歳まで現役」が最多、薬剤師は「65歳」](#)

## 【勤務医】

### ◆医師の個人差大、定年制は困難

・どこまで責任を持たなければならないかが重要。日常臨床に従事する場合は、特に個々の患者さんの診療に責任が十分持てる範囲に限定しなければならず、管理職的な業務に従事する場合には、身体的機能が低下しても、判断力や記憶力に問題を生じていなければ、その範囲内で対応が可能で、暦年齢で一律に区切ることは難しい。

・医学知識の更新ができない状況や認知症の状況はリタイアすべきですが、個人差があり、定年年齢を設定するのは難しい。

・定年制で、一律に年齢で、職を奪うのは、いかがなものかと。個々人、体力、気力、健康面、財力など異なります。本人が、自ら決める事柄です。医師の場合、患者さんの命を預かる身、判断力、記憶力、知識などが落ちてきたら、自ら引き際を知るべし。

・医療従事者は、「個人差」と概念を、医学的によく知っているはずですが。にもかかわらず、「一律で年齢で区切ってしまおう」という「定年」制度に、「賛同する」というのは、とても違和感を覚えます。

・保険医に定年を設けるべきではない。現役をいつまで続けるかは本人が体力や気力、知力とともに社会情勢等を考慮した上で決めるべき問題である。もちろん、周りから促されることは十分あり得ることだが、最終決定は本人によるべき。そもそも、このようなことが話題となるというのがおかしい！

・一人一人の能力や健康面での違いが大きく、一律に定年制を作ることは難しいでしょう。一般的な目安として、70～80歳で設定することには賛成しますが……。

・医療者の場合、国家資格があるため、現在は本人の気持ち次第というところでしょうが、今後、定年を設けるとすれば、需要と供給のバランスに基づいて決まってくるのではないのでしょうか？しかし、若くてもだめな人もいれば、高齢でもバリバリの人もおり、個人差が大きいため、一律に定年を設けるのは合理的ではないと思います。

・まだまだ仕事がしっかりとできるのに、一律に年齢だけから限界を設けられるのはどうしたものか？と思います。

・ドクターとして働けるかどうかは個人差があると思うので、一律の定年制はよくないと思う。

・可能なら働けば良いと思います。人に迷惑をかけるようなら止め時と思う。仕事を止めることは生活に張りが無くなり、そのことが精神的に老化につながるのではと心配。

・そもそも福利厚生をサポートがきちんとしていない職種に対して、定年制を導入すると定年後苦勞するに決まっている。

### ◆高齢医師には試験を！

・運転免許証に認知症のテストがあるように、75歳以上の医療者も何らかの許可制で医療に従事すべきと考えます。勤務医では75歳以上は、常勤医として働くのは無理でしょうから、ケースバイケースもあるとは思いますが……。特に開業医では求めたいところです。

・自動車運転免許ですら更新審査があるわけで、医師免許も、更新制が必要だと思っている。更新制度が良いものであれば定年制は必要ないと思う。ただ、良い更新制度を作るのも難しいので、定年制も必要かなと考える。



・個人差はあるが、運転と同じで事故などが起こる可能性について、定年制を含む制度の議論が必要だと思う。

・一般論としての定年制を敷かれるのには納得できない。65歳程度で再認定試験を行っていただきたい。65歳でも50代前半の働きができる医師も多いと思われる。平等に扱っていただきたい。

#### ◆他の医師はどうしている？

・勤務医定年後の開業もよく聞く話です。勤務医定年後、生活できるのかどうか。そのためにどれぐらいの備えをする必要があるのでしょうか？

・診療行為以外の仕事やボランティアなどの活動に従事することを、予定あるいは希望している方の人数、割合を知りたいです。

・退職金が出ない今の職場に不満、皆さん方は退職金ほどの程度出て年金がどのくらいもらえるのでしょうか。

・身体が不自由になったりした時、どのような施設があり費用がいくら必要か知りたい。

・いくらぐらいの預金があれば、老後に不安がなくなるのでしょうか？

・リタイア後の資金としてどれくらい準備しているのか、聞いてみたい。

・外国移住を考えたいが、これまでにそのための貯金ができるかどうか心配。全く仕事を辞めた場合、何年くらい年金だけで生活ができるのか？知りたい。

・海外での生活をされている方の体験談が知りたい。

・アルバイトはどれぐらいしているのか？

・いろいろな人の事例、考え方を聞きたい。

#### ◆その他

・社会情勢の予期せぬ変化で、描いていた未来が瓦解しかねない懸念が強いこと方が、はるかに大きな不安要因です。いざとなったら仕事はどこでもできるが、生活基盤の安定は家族のためには最優先事項なので。

・社会保障がしっかりしていれば、このような設問が出るはずがない。政府がしっかりしていないことが問題である。国会議員の選挙は社会保障と税制を考えて投票しよう。アホノミックスに騙されないように。

・日本は死ぬまで働けるシステムを作らないと滅びます。

・貧乏暮らしには慣れているが、自分に判断力が無くなったときに、誰がストップをかけてくれるかと考えると、何人かに依頼した上で、文書を残す必要があると思っている。

・終活は50歳から始めています。

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。

## 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。

### 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」(イエーリング著、岩波文庫)(山形大医学部長 山下英俊氏)
- 若手医師には「医者は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）

## 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もみている。

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。

さらに男女別でみると、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に関し、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。

## 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。昨年下半期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への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 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「2015年6月の給与×12カ月分+2014年の特別給与額」使用。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。（次頁表）



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 (p88. 89 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	鳥根	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。