

群馬県内科医会だより

No. 30 平成20年9月9日

目次

平成20年度群馬県内科医学会	・・・	1
群馬県腎臓・リウマチセミナー	・・・	1
第4回群馬県感染症研究会	・・・	2
第1回メタボリックシンドロームフォーラム	・・・	2
第5回上毛GIフォーラム21	・・・	4
第4回群馬県もの忘れ研究会	・・・	5
「概ね5分」－外来管理加算の算定要件－	・・・	6
再診料は“医師の魂”	・・・	7
後期高齢者終末期相談支援料の「終末」	・・・	7

平成20年度群馬県内科医学会

日時 平成20年10月18日(土)午後2時より

場所 群馬ロイヤルホテル

1. 一般演題
2. 特別講演1 「頻脈性不整脈に対するカテーテルアブレーション」
県立心臓血管センター部長 内藤 滋人先生
- 特別講演2 ヘリコバクターピロリ感染と胃癌“最新の話”
国立国際医療センター 内視鏡部長 上村 直実先生
- 一般演題募集中です。問い合わせ先：群馬県医師会内 西田

《编者注》心臓血管センターはアブレーションでは国内有数の症例数を持っています。会員の先生方の中には内藤先生に紹介された症例をお持ちのことと思います。アブレーションの基礎から臨床まで、お話していただきます。

群馬県腎臓・リウマチセミナー

日時 平成20年11月20日(木)18時45分より

場所 マーキュリーホテル

講演

群馬大学大学院生体統御内科学講師 廣村 桂樹先生

特別講演

川崎医科大学 腎臓・リウマチ内科教授 柏原 直樹先生

第4回群馬県感染症研究会

平成20年6月21日(土)18時よりマーキュリーホテルで開催されました。

65名の参加があり、下記の講演のあと、熱心な質疑が行われました。今後、群馬県で対応に苦慮する時には、アドバイス頂けるように、お願いしたいと思います。

講演 『インフルエンザウイルスの薬剤耐性についての一考察』

川島内科クリニック 川島 崇

日本臨床内科医会および、新潟大学のグループとの共同研究の結果の一部を報告した。

2003年以降、アジアを中心に出現したアマンタジン耐性A型インフルエンザは、高い伝搬率を獲得しており、日本でも、2005年度以降に増加している。

当初は、H3N2のみであったが、2006年度からは、H1N1にも広がり、耐性率も増加した。ただ、米国等では、一部に、耐性株の低下も見られており、今後とも、モニタリングが必要と思われる。

また、ヨーロッパでは、タミフル耐性株が出現している。日本では、耐性株が少ないが、今後、増加する可能性もあり、十分な注意が必要と思われる。

特別講演 『グローバル化する感染症の脅威

～ SARS・鳥インフルエンザの教訓 ～』

東北大学大学院医学系研究科微生物学分野

教授 押谷 仁 先生

押谷仁先生は、世界保健機関(WHO)西太平洋地域事務局で、感染症地域アドバイザーとして、SARS(サーズ)や鳥インフルエンザへの国際的な対応の指揮をとりました。

SARSの蔓延を防いだ男として、世界的に知られています。

2005年9月から東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授として活躍しています。

講演では、SARS(サーズ)や鳥インフルエンザへの国際的な対応について、実際の状況を踏まえて、説明頂きました。

新型インフルエンザ対策についても、現在の日本の対応が十分でないこと、今後に対応すべき点など、示唆に富んだ説明をして頂きました。

(川島 崇)

第1回メタボリックシンドロームフォーラム

平成20年6月26日(木)7時よりマーキュリーホテルで開催され

た。特別講演・メタボリックシンドロームの分子メカニズム（松沢佑次先生）を例によってまとめてみた。

1980年代の後半にシンドローム X(Reaven)、死の四重奏(Kaplan) が提唱された。1991年にインスリン抵抗性症候群(DeFronzo) が取り上げられた。

演者の松沢は1987年に内臓脂肪症候群を提唱した。内臓脂肪をキーファクターとしてその下流に糖尿病、高脂血症、高血圧、を引き起こし、最終的に動脈硬化を促進する。高コレステロール血症とは独立した動脈硬化のハイリスクの状態である。

2000年になって NIH のグループを中心に既存のいくつかのマルチプルリスクファクター症候群をメタボリックシンドロームという名称に統一するようになった。

内臓脂肪蓄積の第一スクリーニングのウエストについて、わが国では CT スキャンを使った基準があるのに対して、欧米の基準は根拠に乏しい。

松沢等は脂肪細胞は巨大な内分泌臓器であり、ここから分泌される新しい機能を持つ生理活性物質をアディポサイトカインと呼んでいる。

脂肪細胞は多彩な機能を持つアディポサイトカインを分泌する内分泌細胞である。糖尿病に関連する TNF やレジスチン、血栓形成に関係する PAI-1、高血圧に関連するアンジオテンシノーゲンなどである。

アディポネクチンは強力な抗炎症性蛋白で、抗糖尿病、抗動脈硬化、抗腫瘍性に作用する。

力士の肥満は、アンコ型でも内臓肥満ではなく、皮下脂肪型でコレステロール、中性脂肪も平均以下で、全く正常である。

また、松沢等は内臓脂肪の蓄積は低アディポネクチン血症を起こしその結果として糖尿病、動脈硬化、高血圧、心不全、がん、肝硬変を引き起こすという結果を疫学的調査で見出した。

健康を維持するには、内臓脂肪を減らす、アディポネクチンを増加させる、減量により血栓形成に関連する PAI-1 は減りアディポネクチンは増える。

人類の進化の歴史と共に脂肪細胞に機能異常が起こってきた。一に運動、二に食事、三に禁煙、適量のお酒はアディポネクチンを増やす。日に40グラムのアルコールは17日間でアディポネクチンを11%増やすという研究がある。

《编者注》森教授を中心に立ち上げた研究会、内科医会が共催。この分野で先端的な研究をされきた松沢先生をお呼びした。今年度から特定健診が始まり、会員の

先生方には大変役立つ講演だった。日高病院の下村先生、獨協医大の犬飼教授の講演も面白く拝聴した。

第5回上毛GIフォーラム

7月12日(土)午後4時45分より、マーキュリーホテルにおいて、約50人の参加者を得て、消化器病の講演会が開催された。

特別講演は、「胃拡大内視鏡の臨床」と題して、福岡大学筑紫病院の消化器科講師、八尾建史先生が、胃粘膜を拡大した内視鏡を中心に、ハイテクを駆使して感銘深く供覧して頂いた。内視鏡に関する講演は、なんと言っても画像の説得力が重要で、一見すれば納得できる講演であった。

胃拡大内視鏡の臨床目的は、微細胃病変特に胃癌の微小病変を的確に診断することで通常内視鏡では診断できない病変を、異常微小血管網の変化、表面粘膜のピットパターンの異常、demarcation line(癌部と非癌部の境界線)の確認などを指標にして、拡大観察すれば診断は可能であるとしている。しかし分化型癌に対しては有効であるが、胃の未分化型癌では表面変化の拡大は複雑であり、一定の所見は得られないので今後のさらなる検討を要するとした。

いずれにせよ、画像診断の講演は百聞は一見にしかずで、鮮明できれいな写真を見ているだけでも楽しいものであった。

特別講演は、「メタボリックシンドロームとしてのNASHとNAFLD」と題して、愛知医科大学の米田政志教授に、NASHの最新の知見を講演して頂いた。

NASH(non-alcoholic steato-hepatitis)は非アルコール性脂肪性肝炎と訳され、NAFLD(non-alcoholic liver disease)は非アルコール性脂肪性肝障害とされている。後者は広義の脂肪肝であり、非飲酒家で肝障害がみられるもので、多くは肥満や高血圧、糖尿病、脂質異常症のいわゆるメタボリックシンドロームの一部を担っている可能性が高いと考えられている。

NAFLDからNASHへ、さらに肝硬変、肝癌へ移行する悪性疾患で、比較的短期間に進行する不可逆性の肝疾患とされている。今のところその成因については不明だが、炎症を伴うので未知の感染も考えられている。

診断は肝エコーで肝腎コントラスト陽性、GOT,GPTが長期に亘り異常を呈するものは、最終的に肝生検で炎症、線維化を確かめる。

治療は発症の明確なメカニズムが不明なので、確立されておらず、肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療を原則としている。よってARB、

ACE阻害剤、スタチン、インスリン抵抗性改善薬、ビタミンEなどが有効なことがある、と述べられた。

いずれにせよ、NASHは悪性疾患なので、嚴重な経過観察と治療、今後確立されるであろう治療方法に期待するところである。(関口利和)

第4回群馬県もの忘れ研究会

7月18日(金)マーキュリーホテルで開催した。

特別講演は「アルツハイマー病治療薬の開発動向」の演題で、大阪大学精神医学教室 武田雅俊教授にお願いした。以下まとめてみた。

アルツハイマー病治療薬は歴史的にみると、脳代謝改善薬ホパテ、セロクラール、サーミオン等が先ず使われた。次に神経伝達物質であるコリンエステラーゼ阻害薬が続いた。現在わが国で許可されているドネペジルが代表的な薬剤である。

アルツハイマー病の基本病理は、老人斑、神経原線維変化、神経細胞の脱落である。老人斑は アミロイド沈着と変性突起からなり、神経原線維変化は、過剰にリン酸化されたタウとユビキチンとからなる。

アミロイドとタウの病理と神経細胞脱落との関係を明らかにすることはアルツハイマー病研究の重要な課題である。

アルツハイマー病治療薬は、このような病理過程を標的として開発されつつある。タウの病理過程の抑制、アミロイドの産生抑制、

アミロイドの分解促進、アミロイドのワクチン療法などがある。現時点ではアセチルコリンエステラーゼ阻害薬(ドネペジル、ガラントミン、リバスチグミン)NMDAアンタゴニスト(メマンチン)が使用されている。わが国では、ドネペジルが許可されているがその他は未許可である。

APP(アミロイド前駆体物質)を切断し、A β 産生にかかわるセクターゼは主要なアルツハイマー病の創薬標的の一つである。

セクターゼ阻害薬として遷移状態模倣型、ジペプチド型、スルホンアミド型などが見出されている。

セクターゼ阻害薬を含む根治療法が予防・治療効果を発揮するためには、軽度認知障害(MCI)の段階、もしくは発症前の無症候期に治療を開始するのが理想である。

非ステロイド抗炎症薬が 42セクターゼを特異的に阻害することが見出され、この方面からの開発も進んでいる。

マウスを使ってアミロイド 蛋白で免疫したとき、老人斑の形成が予防できることが発見された。

ワイス社によって人での治験がおこなわれたが、髄膜脳炎が280名中6%に出現したため、この治験は中止になった。治験は中止になったが、ワクチン接種患者の剖検によりヒトでも老人班が消え得ることが示唆された。また、抗体が上昇した患者では上昇しなかった患者に比し認知機能の低下が有意に軽く有効性が示唆された。

A 分解酵素としてネプリライシンが同定され、実験的に遺伝子治療に成功した。

《编者注》冒頭にアルツハイマー病は21世紀最大の「悪性疾患」である、で始まった。精神科領域では認知症について、基礎的研究、臨床的研究共に先端的な大阪大学精神科の武田教授、認知症治療薬の開発にも携わっている。ワクチン治療の時代が間近かと期待していたがワイス社の治験は副作用で中止になったという。

「概ね5分」 - 外来管理加算の算定要件（鳥取県臨床内科 医会だよりNo.203）

後期高齢者医療制度と外来管理加算に象徴される今回の改定。その意義と意味を、じっくり掘り下げた一文が日本医事新報（4388号、2008.5.31）に載っていた。今回は厚生労働省の原徳壽医療課長のインタビューから、唯我独尊的に、外来管理加算を中心に「憶測」してみる。例により大幅に脚色した。

外来管理加算の算定要件に関して、様々な異議と批判があることは承知している。医師の技量を時間で測るつもりは全くない。「丁寧な診察」を算定要件にしようと考え、その具現化があのような形になった。従って、「丁寧診察料」と考えて頂いても構わない。

勤務医の負担軽減の財源を、ここから生み出す必要もある。従って、診療所の「収入が減った」は当然のことで、減らないで財源が生みだされないと、支払側から「おかしいじゃないか」と言われる。

「5分以下の『お薬再診』を認めたことになるのじゃないか」の批判があるが、診察無しの投薬はあり得ない。それは指導・監査の対象になる。

医師が患者と対面し、「お変わりありませんか」「ええ、変わりありません。いつもの薬を下さい」「分かりました」の診察を否定するものではない。この場合は外来管理加算の算定はご遠慮頂きたい。家族から様子を聞いて薬を出す場合も同様である。決して、医師の対面を前提とした「お薬再診」を否定した訳ではない。

初・再診料は、具体的に何を意味しているのか分かり難い。「医師の無形の技術料」と言われても、「じゃ、病院の再診料と診療所の再診料に差があるのは、何故だ」と問われると答え難い。

医療機関の機能を明確化する意味で、「高度急性期医療は大病院で、急性期以後の医療は中小病院で」も基本方針にした。「俺たちも急性期医療をやっている」と中小病院から異論が出るが、中小病院が高度急性期迄取り組むのは医療資源の無駄的な面もある。

【編者注】私なりに愚推的考察を試みる。

(1) 薬だけの無診投薬は、諸法規で禁じられている。今回の外来管理加算の算定要件強化で、「外来管理加算を算定しなければ、無診投薬も許される」は誤解である。

(2) 厚生労働省の「概ね5分」は、時間で個別症例を扱おうと、医学的論争にもなり、厚生労働省も「火中の栗」を拾う行為になる。従って、「総量規制」で取り組むと思われる。「診察時間60分当たり30人の外来管理加算の算定は異様」となるが、このような医療機関が一度指導を受けると、「余罪的」指摘事項が多発する可能性がある。

【編者注】原徳壽（はら のりひさ）課長は、1981年自治医大卒。1990年厚生省入省。2006年7月から保険課長。

再診料は“医師の魂”（鳥取県臨床内科医会だよりNo.203）

上記と同じ日本医事新報に、中川俊男日本医師会常任理事の会見内容も載っていた。上記関連部分のみ引用する。

そもそも「大病院が急性期を扱い、中小病院は急性期以外を扱え」は決め付け過ぎ。

外来管理加算の時間的算定要件には勿論反対したが、最終的には飲まざるを得なかった。しかし、柔軟な運用にして、ストップウォッチで診察時間を測る必要はなくした。

「再診料を引き下げた方が良かった」の意見もあるが、再診料は数少ない医師の技術料であり、特に診療所の医師にとっては“医師の魂”と思っている。従って、これに触れて貰っては困るので守った。ご理解頂きたい。

【編者注】中川常任理事は、1977年札幌医大卒。新さっぽろ脳神経外科病院院長。2006年から日本医師会常任理事。

【編者注】既に載せたが、再診料の引き下げを飲んだら、日本医師会執行部は代議員会を乗り切れなかった可能性がある。「影の執行部」もご参照を。

後期高齢者終末期相談支援料の「終末」（鳥取県臨床内科医会だよりNo.204）

発足当初から、悪評高いこの相談料。厚労省が錬り、中医協で協議し、

日本医師会も了承したものである。「凍結」が決まったことで、この支援料は「安楽死」となるであろうが、各方面夫々の「想い」を特集的に載せてみる。時系列的にお読み頂きたい。

舛添厚労相：「この支援料は、意図が善意であっても、結果として逆の結果になることもあり得る。立ち止まって検討してみたい」。(MediFax 5404号、2008.5.16)

宇都宮厚労省企画官：「終末期の診療方針を患者等と十分に話し合うことを評価したつもりである。決して終末期患者の切り捨てを意図したものではない」。

【編者注】厚労省の意図は善意であろうが、結果的に逆になった。

中医協：6月25日の答申で、「後期高齢者終末期相談支援料の凍結に同意答申するが、検証もしないで凍結が諮問されたことは、極めて異例であり、極めて遺憾である」と指摘した。(MediFax、5433号、2008.6.26)

対馬健保連専務理事（中医協委員）：「この支援料は中医協に諮問された案である。我々中医協委員は、それに基づいて議論した。今後国民の一部が言っただけで、決まったことが検証無しに凍結では、悪い前例になる」。

舛添厚労相：「確かに異例であるが、後期高齢者医療制度廃止法案が参議院で可決される政治情勢も異例であることをご理解頂きたい。国会は国権の最高機関である。これをきっかけに、終末期に触れることが一切タブーになってはならない。むしろ国民的議論を喚起する契機になって欲しい」。(MediFax、5433号、2008.6.26他)

山本日本薬剤師会副会長（中医協委員）：「国会は確かに国権の最高機関であるが、我々中医協も権威を持っているつもりだ」。(MediFax 5433号、2008.6.26)

中川日本医師会常任理事：「この相談支援料は、終末期の丁寧な説明等が評価された点で、意義があった。それが、『患者がいつ亡くなるかを決めたら、医者が儲かる仕組み』等と、曲解に近いイメージが先行したのが残念である。このような論調には、厚労省も毅然として反論して貰いたい」。(同上)

【編者注】日本医師会は中医協で賛成した立場がある。

西澤全日本病院協会長：「中医協はもっと毅然とした態度を貫いてもよかったのではないのか。合意して決めたことを簡単に覆すべきではない。『凍結』であって、廃止ではない」。(同上)

(I.Nagashima)