

群馬県内科医会だより

No.7 2003.12.16

目次

次期改定要望事項	1
看護職、中医協へ	4
医療費財源論	4
医療費の総枠	4
インフルエンザとインターネット	5
介護保険の見直し	6
1日3食	6
急性虫垂炎の治療	7
研修指定医講座「高血圧治療ガイドラインを考える	7
第10回群馬県糖尿病代謝セミナー	8
平成15年度群馬県内科医会総会・医学会	9
平成15年度日本臨床内科医学会	10

次期改定要望事項

三師会（日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会）は、中医協で具体的改定要望事項46項目を提出した。具体的改定幅には言及していない。例により、獅子吼調に改変して引用する。

婉曲な表現ながら、要望に記載された「評価」は「引き上げ」を意味している。又「適正評価」は、診療側は「引き上げ」を意図し、支払側は「引き下げ」を意図して発言しているように感じる。調剤と歯科は省略。

基本的考え方（総論）

- 全ての国民が安心して医療が受けられる医療体制を確保せよ
- 医療の安全に立脚した診療報酬にせよ
- 医学・医療の進歩に見合った制度を確立せよ
- 「もの」と「技術」を別々に評価せよ
- 医療機関の安定的経営を保障せよ

技術料を適正に評価せよ

- 医師の基本的技術を評価せよ

例えば、診療科の特性に応じた外来管理加算の設定等

《編者注》「もっばら小児科」加算はあるが、「もっばら内科」は無い。

- 各診療科固有の専門技術の評価をせよ
例えば、リハビリの月内逓減制の廃止等
- 現在の技術料評価方式を是正せよ
例えば、包括化における「物」の値段を見直すべし
- 手術の施設基準を撤廃せよ
- 「しないから引き下げる」の減算方式を止めて、「したから引き上げる」の加算方式にせよ

機能分化と有機的連携を診療報酬で後押しせよ

- 特定機能病院等は入院機能を評価し、国公立病院は政策医療を推進せよ
- 療養病床の意義を再検討して見直せ
- 診療情報提供料の範囲を拡大せよ
例えば、大病院の紹介外来制を推し進め、紹介患者加算を引き上げ、逆紹介も引き上げ、診療情報の開示にも点数を付け、インフォームドコンセントにも点数を付けるべし
- 診療報酬上も機能分化を図れ
例えば、有床・無床診療所の位置づけを明確化し、診療報酬の大病院集中を是正せよ
- 病院の外来専用診療所の規制も必要じゃないか

《编者注》 病院の外来専用診療所は、 門前診療所とも、サテライト診療所とも呼ばれる。県内では公立藤岡総合病院にある。中医協で議論の対象になったのは初めて かも知れない。

在宅医療推進のため、積極的評価をせよ

- 在宅患者に対する総合的医学管理の適正評価をせよ
- 訪問診察と訪問看護を引き上げ、特に訪問看護は積極的に引き上げを
- 在宅患者の終末期医療、医学管理料の引き上げを
- 診療所の外来機能を積極的に評価、即ち引き上げを
- 往診料と訪問診察料を引き上げ、訪問診察の回数制限の撤廃を

医業経営基盤の安定確保を

- 医療機関の設備投資と維持管理費用も報酬化せよ
- 外来看護料と外来施設料の新設を
- 入院部門の評価、即ち引き上げを
例えば、入院基本料の評価是正（引き上げ）、老人長期入院の評価是正、入院患者の他医療機関受診の縛り撤廃を
- 小児医療を引き上げ、乳幼児医療を重視する診療報酬体系の確立、そ

- して、義務教育期間の児童と生徒への自己負担の軽減を
- 不採算診療項目はそれなりに引き上げを
 - コメディカル人件費を診療報酬へ組み込んで欲しい

その他

- 心のケアを重視し、診療報酬上で点数化せよ
- 救急医療の点数を引き上げ、時間外小児診療報酬も引き上げを
- 生活習慣病指導管理料の対象疾患を拡大せよ
- 院内処方料と院外処方箋料の格差を是正せよ
- 長期投薬処方に加算を新設せよ
- 急性期、回復期、慢性期のリハビリを夫々引き上げ、リハビリ処方料の引き上げも
- 感染性廃棄物、レントゲンフィルム処理液、ディスポ用品等の廃棄に伴う費用を診療報酬に組み込め
- 医療材料が諸外国に比して高い。引き下げを
- 診療報酬も週休2日に対応したものを

《编者注》 具体的には、土曜日も休日並に扱って欲しい等。

- 外来は原則出来高払いとせよ
- 適正な診療報酬を保障するための財源を確保せよ
- 公私医療機関の経営基盤の違いにも配慮して欲しい
- 診療報酬と調剤報酬の整合性を図れ

《编者注》 具体的には、院内処方料と院外薬局処方料の格差

- 診療報酬点数表と請求事務の簡素化を図れ
- 療養担当規則（療担）も見直しが必要ではないか
- 届出が算定要件になっている項目が多すぎる、見直しを
- 診療報酬改定の告示が直前で、実施迄の時間が少なく、医療現場が混乱する。もっと早くして、周知期間を十分に取って欲しい

—日本医事新報、4148号、2003.10.25—

《编者注》 この提案等を元に、中医協で丁々発止のやりとりが始まる。支払側委員からは、既に「現在の社会経済状況に対する認識が無いじゃないか」「医療費のプラス要因ばかりじゃないか」「療養病棟や門前診療所の問題が提起されているが、どんな方向に進めたいのか、態度がはっきりしないじゃないか」等の反論が表明されている。

内保連、外保連、四病協、全自病（全国自治体病院協議会）、各種医療団体、各種学会、各種医会等が、「百会争鳴」状態で、厚生労働省や日本医師会に要望や要求を申し入れる。

診療側委員、日本医師会羽生田理事に期待するところ大。

看護職、中医協へ

中医協基本問題小委員会は、看護職の代表を中医協専門委員にする案を

了承した。これは在宅医療の推進、訪問看護の充実等が今後の課題となるので、厚生労働省が提案していた。中医協に看護職の参加は初めて。

—日本医事新報、4150号（2003.11.8）—

《編者注》 喧々諤々（けんけんがくがく）の議論を戦わす「本会議」ではなく、専門部会への委員参加である。

医療費財源論

10月13日に都内で開かれたシンポ「日本の医療保障財源を考える」で、財務省主計局・向井主計官と坪井日医会長の論戦があった。日本医事新報の4150号（2003.11.8）から要約して引用する。

- ☆ **向井氏**：医療費増加の最大原因は高齢化。自己負担率の引き上げで、増加のペースは緩んでいるが、医療費総額の抑制には余り働いていない。
- ☆ **坪井氏**：一般会計と特別会計の「リストラ」を先ず行い、米国国債の売却をすれば、増税や保険料率の更なる引き上げをしなくてもよい。
- ☆ **向井氏**：予算総額の半分が借金という会計、公共事業費と社会保障費以外は伸びゼロかマイナス。この現状から医療費に更に金を生み出すのは、増税と保険料率のアップしか手段は無い。財布のやりくりは既にやっている。
- ☆ **坪井氏**：特殊法人への補助金カットや国家公務員の人件費カット等を実行すれば、12.5兆円位は出るはず。

医療費の総枠

医療費総額を決めるのは、永田町と財務省であって、中医協ではない。1月11日の朝日新聞に財務省の方針が載っていた。

財務省は13日の財政制度等審議会（財務相の諮問機関）に、次年度には4～5%引き下げる方針を表明する。理由は物価も下落、公務員給与も人事院勧告で下がる中、「診療報酬だけ例外には出来ない」。

《編者注》 中医協は決められた枠内で、その配分を決める機構である。

インフルエンザとインターネット

内科医会の会員の皆様も、インターネットを利用される方が、増えて、県医師会のMLや日本臨床内科医会のMLも、便利に御活用のことと思ひ

ます。また、インフルエンザの様な感染症では、迅速な情報が非常に重要となってくるので、今まで以上に御活用いただければと思い、多少の御紹介をいたしたいと思えます。

日本臨床内科医会では、インターネットDBを利用して、毎年、インフルエンザに関する研究を行っており、先日も、研究結果を御報告させて頂きました。インターネットを利用した研究では、早期からのものであり、このような多数例の研究も、少ないため、毎年の医事新報での報告・感染症学会雑誌への投稿・インフルエンザ（メディカルレビュー社）での報告・沖縄のOptionVでの発表・VACCINE誌へ投稿（<http://authors.elsevier.com/sd/article/S0264410X03005085>）が行われています。今年度も、FLU・STUDY'03-'04/JPAの登録が開始されています。日本臨床内科医会のHP（<http://www.city.gifu.med.or.jp/infstudy04/infstudy.html>）から、登録出来ますので、よろしくお願ひいたします。

さて、インターネットは、いろいろな情報の配信に利用されています。厚生労働省も、ファックスを利用した、インフルエンザ定点約5000による週報告をしていましたが、やはり、一週間前のデータでは、遅いということで、数年前から、約500カ所の医療機関の情報を集めるインターネット調査を行ってきました。今年度は、毎日公表が出来るようになりそうです。HPアドレスの発表は、これからのようですので、情報をお待ち下さい。

また、滋賀県の小児科の西藤先生のDB（<http://research.children.jp/flu2003/>）のように、ML等を利用して、個人的に情報を収集して、毎日公開するシステムもあります。これは、定量性はありませんが、現時点での、全国の大まかな流行状況を知るのに、役立ちます。昨年からは、各県ではなく、各市町村での発生を把握出来るようになりましたので、かなり細かい情報を得ることも出来ます。毎年、情報も増えて、使いやすくなっていますので、ぜひ御覧ください。また、感染症情報センターのHP

（<http://idsc.nih.go.jp/others/topics/newpage2.html>）には、詳しい情報や最新の情報（感染症発生状況やウイルス分離状況）もありますので、ぜひ、ご活用下さい。

以上につきまして、不明な点や御要望がありましたら、私あるいは、県医師会事務局にご連絡下さい。（川島 崇）

takasi@mail.gunma.med.or.jp

介護保険制度の見直し

厚生労働省は、介護保険制度の見直しを審議している、社会保障審議会介護保険部会へ、検討課題を示した。

- 「このままの勢いで給付費が伸びたら、負担が追いつかなくなる」と

給付の抑制を求める。

- 要支援と介護度1の認定が急増している問題に関しても、「大変な勢いで伸びており、見直すべきじゃないか」「要支援は介護保険の枠外で扱うべきではないのか」「要支援の廃止を含めた議論をすべきじゃないか」「要支援と要介護1の改善率が低いのは問題だ」。
- 「ホテルコスト部分は、利用者に負担を求めるべきじゃないか」の意見も出て来ている。
- 日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会等を含む6団体は、連名で次の要望を提出した。
 - (1) 介護度認定区分を簡素化出来ないか
 - (2) 介護版機能評価制度を導入すべきではないか
 - (3) 主治医意見書記入医師に、認定結果を知らすべきではないか
 - (4) 特養入所者と、従来のかかりつけ医の連携を考慮すべきである
 - (5) 介護報酬改定と制度見直しは同時実施せよ

—日本医事新報、4149号、2003.11.1—

《編者注》 比較的軽い、要支援と要介護1の認定数が急増している。そして、これらの人々が介護保険を利用しても、介護度は改善しないで、むしろ悪化している。このまま放置すれば、介護保険制度の破綻は免れない。このような現状から、見直しを迫られている。

一日三食

最近では朝食を食べない子供が多くなり、学校保健の分野で問題となっている。朝食を食べない子供は生活全般にわたって問題が起こりやすいそうである。このあたりは因果関係の方向にちょっと疑問を感じる。ちなみに小生は中学生の頃から朝食は摂らない。宵っ張りの朝寝坊と過敏性腸症候群のためである。知命を過ぎてても非行に走りがちなのは朝食を抜いたせいかもしれない。

たしかにこれから一日の活動が始まるときに空腹では戦ができぬ。しっかり食べた方がよいというのは感覚的に納得できる。「朝食をしっかり食べよう」運動にとどまらず、「一日三食しっかり食べよう」をスローガンとする先生も多くいらっしゃる。ところで一日三食が健康によいという基礎データはどこにあるのだろうか。二食あるいは四食、五食では駄目なのか。一日二食は太るという。それで相撲取りは二食なのだそうだ。一食にするともっと太るのかな。では太らない程度に食事量を減らせば、一食か二食で三食分の栄養効果があり、食費を浮かせることにはならないか。これから食糧難の時代が来たら、食事の回数を減らせば乗り切れるのではないか。日本人が一日に三度食事をするようになったのはそんなに古くないように聞いている。また食事回数の習慣は民族によって様々ということである。

自分で調べなさいというお叱りを覚悟でお尋ねします。医学的に（今はやりの）エビデンスのある正しい食習慣を教えてください。

（大澤 英夫）

osawa@mail.gunma.med.or.jp

急性虫垂炎の治療について

「内科医会だより No.5」に記載された「急性虫垂炎の治療－保存療法を中心に－」を再びむしかえすようで恐縮だが、たまたま本年7月に二例の急性虫垂炎患者を診察。共に同じ病院の外科に紹介、共に当初は同じ保存療法が行はれた。がその結果は少々異なるものであったので以下その概略を述べる。

起始；

A。27歳男性、建築業。7月2日早朝より下腹部痛が出現。嘔気（+）。一日中仕事した後、痛みが増強し同日夕来院。体温37.4°、右下腹部に著しい圧痛、筋緊張が認められた。一見して急性虫垂炎が疑われ某院外科に紹介し入院。

B。52歳主婦。7月中旬より不定の腹痛が出現。24日朝、増強したため来院。体温36.7°、右下腹に圧痛あるも筋緊張は認められず。緊急検査で白血球数11,560（顆粒球74.2%）、CRP 1.71 mg/dl。一先ず虫垂炎を疑い同じ外科に紹介し入院。

経過；

Bは禁食、抗生剤投与の保存療法で入院4日目より摂食を始め、6日目に治癒退院。Aは保存療法を続けたが効せずに関腹。入院16日目に退院。その後も度々腹痛、発熱をくり返す。7月下旬再入院し10日後に治癒退院。

同じ疾患でも各症例で状況が異なり、従って治療法も結果も異なるのは当然と思われる。もし原則があるとすれば臨床の場では臨機応変、柔軟な対応が大原則と思われるが。（大竹 誼 長）

研修指定医講座

「日本人の高血圧ガイドラインを考える」

10月22日、県内科医会及び県医師会共催で日臨内研修指定医講座をマーキュリーホテルで開催した。「日本の高血圧治療ガイドラインを考える」と題して慶応義塾大学教授猿田享男先生が講演された。私が座長の役

を仰せつかったのでその時の模様を簡単にご紹介したい。

猿田先生は、国内で内科を専門に診療にあたっている医師ならそのお名前を知らない人はない程にご高名な、高血圧診療の大御所であり、現在は我国独自の高血圧治療ガイドライン作成の最高責任者としてその任にあたられている。講演は、ガイドラインの移り変わりと米国、欧州、日本各々の相違から始まり正常血圧値の意味、各治療薬の特徴の選択のし方、推奨される併用薬の組み合わせ、降圧目標値と年齢による考慮、臓器保護効果、利尿剤の使い方、等々と続き、更には治療薬の選択による医療経済への影響にも言及された。

膨大な資料によるエビデンスに基づいた歯切れの良いお話は、私達臨床内科医にとって大変貴重な、まさに明日からの診療に直ちに役立つ真に得難い勉強になった。尚、講演の前に座長の役目として短時間打合せさせて頂いたが、温厚にして謙虚、その紳士的なお人柄にすっかり感銘を受けた。

猿田享男先生、ご講演を頂き本当に有難うございました。

(大 竹 誼 長)

《编者注》L I F E 試験、P r o g r e s s 試験、A L L H A T 等次々に大規模臨床試験が発表されている、これらの試験について裏の裏までこまごまとふれられた。今年話題となったA L L H A T について、この試験に参加したアメリカ人の36%がアフリカ系アメリカ人、19%がヒスパニック、また全体の36%が糖尿病、心血管系疾患既存47%等の患者背景を十分考慮に入れこの試験結果をみる必要がある。

来年夏までに委員会の高血圧治療ガイドライン2004年が出る。

第10回群馬県糖尿病代謝セミナー

12月2日群馬ロイヤルホテルであったセミナー（群馬大学森教授主宰）のうち京都大学糖尿病・栄養内科学教授清野裕教授の講演は私たち臨床内科医に役立つ内容だったので印象に残ったものを記した。

- ☆ インスリンの発見によって昏睡で死亡する糖尿病患者は減ったが、心血管障害で死亡する人は増加の一途である。
- ☆ インスリン基礎分泌のため従来中間型、持続型インスリンが使用されていたが超持続型インスリンが開発された。グラルギンは血中への補給を持続的に行うが、ピークが無い。低血糖が夜間に起こらない。
- ☆ 超速効型インスリンの出現でインスリンは直ちに利用されるようになった。超持続型インスリンとの併用で良い結果が期待される。
- ☆ S U 剤の効きの悪い症例に一時的にインスリンを導入することによって、β細胞の機能が回復し、S U 薬が効くようになる。
- ☆ 日本人ではオイグルコン10mg以上、グリミクロン320mg以上の症例でインスリンを1～2週間使用しもとに戻す事を試してみたら如何
- ☆ 日本人のオイグルコンの至適量は5mg以下、グリミクロンは80mg以

下である。

- ☆ II型糖尿病のインスリン抵抗性に寄与する因子は通常知られたもの以外に炎症が問題になっている。
- ☆ II型糖尿病を炎症として捉える人達があり、II型糖尿病の発症、血管合併症の発症、進展が高感度CRP、IL-6等の高い人ほど起こりやすい。
- ☆ 軽微な炎症が問題となる。例えばクラミジア、ヘリコバクターピロリ、サイトメガロウィルス、ヘルペスウィルス。
- ☆ 歯周病は糖尿病の第6番目の合併症、主な原因菌は偏性嫌気性菌、抗体価と高感度CRPが相関する。歯周病治療によってHbA1cが改善する。
- ☆ HbA1cが8%を越えると合併症が急速に増える。
- ☆ 満足すべきコントロールに入っている患者数は高血圧43%、高脂血症41%、糖尿病16%。
- ☆ 病診連携を密にすることが糖尿病治療に最も大切。

《編者注》動脈硬化症の進展に、高感度CRP、IL-6等の上昇が参考となる。II型糖尿病の発生にも炎症説があると知った。

平成15年度群馬県内科医会総会・医学会

平成15年度の群馬県内科医会の総会・学会は9月27日ロイヤルホテルにて開催した。平成元年に発足した県内科医会は、今年15年目を迎えた。会員約120名が参加し立錐の余地もないほどの盛況であった。学会の特別講演に群馬大学の山田 正信講師、国立感染症研究所の岡部 信彦感染症情報センター長をお願いした。演題は副腎偶発腫瘍と、SARSとインフルエンザについてであった。

総会並びに学会については群馬県医師会報12月号に掲載予定である。

《編者注》副腎偶発性腫瘍とは、副腎腫瘍の特徴的な臨床症状を示さないものを言う。クッシング症候群、原発性アルドステロン症、褐色細胞種等これらの疾患のはっきりした症状のあるものは含まれない。画像診断で偶然に見つかるものを言う。驚くべき事に正常者の4%に副腎腫瘍があり、高血圧患者の中で6%は原発性アルドステロン症である。

日本臨床内科医学会

9月14・15日横浜みなとみらい・パシフィコ横浜で開かれた。13日(土)夜6時30分から理事会・評議委員会が開催された。県内科医会から永島、川島、土田3名が出席した。

後藤 由夫会長の挨拶は、(1)本会の現状は会員数の減少等があって躍進とはいえない。(2)今後は若い先生の参加を増やし、内科臨床におけるリーダーシップをとりたい。(3)診療報酬改定に関しては内保連を

通じて要望をだす。(4) 国島常任理事が内保連副代表に就任した。

(5) JATOSやインフルエンザスタディを成功させて臨床内科学に貢献しよう。(6) 会員も自分の殻に閉じこもらないでもらいたい。

(7) 一致団結して発展に邁進しよう。等の内容だった。

『編者注』年一回の本学会に県内科医会会員の出席は少ない。毎年9月の連休に開催し出席しやすいように配慮している。診療報酬関連のシンポジウム、卒後研修のための教育講演、会員の発表と、他の学会にない素晴らしい学会である。