

群馬県内科医会だより

№15 平成17年8月23日

目次

平成17年度群馬県内科医学会	.....	1
第1回群馬県もの忘れ研究会	.....	1
「どうする日本の医療」(その2)	.....	4
中医協委員の任期	.....	5
日病協と日医の関係	.....	5
中医協の新会長	.....	6
日病協の改定要望書	.....	6
医療費を巡る「鼎論」	.....	6
過去の因縁	.....	8
日本医師会と大学病院の相互理解の場	.....	9
日本医師会枠	.....	9

平成17年度群馬県内科医学会

今年度の群馬県内科医学会は平成17年10月15日(土)午後2時から開催されます。5月に総会を開催したので学会だけとなる。会場は前橋の群馬ロイヤルホテル。特別講演は下記のように決まりました。

1. 貧血—診断と治療の進歩—

群馬大学大学院医学研究科

社会環境医療学講座・総合医療学(旧総合診療部)

田村 遵一教授

2. 内科医に必要な放射線の知識と先端放射線医療

群馬大学大学院医学研究科

病態腫瘍制御学講座・腫瘍放射線学(旧放射線医学)

中野 隆史教授

《編者注》昨年までは内科医会総会と学会を同時開催し、大変忙しい思いをした。今年度より総会と学会を春秋にわけて開催することになり、時間的にも余裕ができた。そこで役員会で会員の一般演題をいれたらどうかとの提案があり、今年度から会員の演題を募集することにした。

第1回群馬県もの忘れ研究会

7月21日(木)群馬ロイヤルホテルで開催した。群馬県内科医会では病診連携の面からも、地元群馬大学医学部附属病院の各内科の診療内容、研究等もっと知りたいと思っている、勉強会、研究会を共催し、各科との連携を強固にしたいと考えている。今回、群馬大学脳神経内科の岡本幸市

教授にお願いし、神経疾患の研究会を年1回開催することにした。いま臨床内科医にとって痴呆性疾患の診療は避けて通れない問題である。今後3年間は痴呆の勉強会を年1回持つことにし、会の名称を「もの忘れ研究会」とした。当日の演題から、印象の強かったものをいつものように、勝手にまとめてみた。

演題1 痴呆性神経変性疾患の最近のトピックス

演者は神経内科助手 池田将樹先生

☆アルツハイマー病の発生機序について、アミロイドカスケード仮説が信じられている。アミロイドの前駆蛋白が関連遺伝子の変異によってアミロイド蛋白になる。アミロイドβ蛋白の沈着が老人班である。

この後神経細胞に神経原繊維変化が現れる。

☆家族性アルツハイマー病(FAD)はアルツハイマー病全体の約5%で、常染色体優性遺伝形式である。アミロイド蛋白を発現するトランスジェニックマウスはアルツハイマーとよく似た病理変化と記憶機能障害を生じる。

☆FADは早期発症型(65歳未満で発症)、晚期発症型(65歳以上)に分ける。臨床経過や病理像は孤発性アルツハイマー病と同じである。

☆アルツハイマー病の遺伝子は現在3種類見つかっている、アミロイド前駆体遺伝子、プレセニリン-1、プレセニリン-2。

演題2 群馬県の「もの忘れ検診」の現状

群馬県医師会副会長 月岡 関夫先生

特別講演 認知症の診断的アプローチ

演者は群馬大学脳神経内科学教授 岡本幸市先生

☆認知症は行政用語で医学上では現在痴呆を用いることになっている。

☆認知症の出現率は70~74歳で3.6%、85歳以上で27.3%といわれている。現在189万の認知症の患者がいて将来的に2020年には292万に達する。

☆認知症の初期の記憶障害と加齢による記憶障害との鑑別は容易ではない、加齢によるものは日常生活に支障はない。

☆アルツハイマー病の前段階として注目されている軽度認知機能障害MC I (mild cognitive impairment) がある。

☆認知症の症状として、中核症状と周辺症状に分ける。中核症状は記憶障害、判断力障害、見当識障害、言語障害、失行、失認、周辺症状として、不安、抑うつ、徘徊、不眠、被害妄想等がある。

☆認知症の主な原因疾患として1. 脳血管障害(血管性痴呆) 2. 神経

変性疾患（1. アルツハイマー型痴呆2. 非アルツハイマー型痴呆）

3. その他の原因疾患がある。

☆痴呆を皮質性痴呆と皮質下痴呆、また前方型痴呆と後方型痴呆に分類することがある。皮質性とはアルツハイマー型痴呆、皮質下性とはパーキンソン病に伴う痴呆を指す。また前方型痴呆は前頭側頭葉変性症を、後方型痴呆はアルツハイマー型痴呆を指す。

☆アルツハイマー型痴呆のうち65歳以前に発症したものをアルツハイマー病、65歳以降に発症したものをアルツハイマー型老年痴呆と呼ぶことが多い。

☆Treatable dementiaの臨床的特徴として次のような事が上げられる。

1. 進行が比較的速く、症候の変動の比較的大きい
2. 注意力、集中力の低下、意欲と自発性の低下、覚醒レベルの低下、忘れっぽさ、失名詞などが多い
3. 部分的ないし、完全に治療可能な状態（可逆性）
4. 原因は多岐

☆Treatable dementiaに属する主な疾患

1. 脳血管障害 2. 慢性硬膜下血腫 3. 正常圧水頭症 4. 脳腫瘍
その他ヘルペス脳炎、神経梅毒、腎不全、肝不全、甲状腺機能低下症ビタミンB1、B12欠乏症、膠原病等々。

☆痴呆をきたす可能性のある薬剤

向精神薬、抗うつ剤、眠剤、ベンゾジアゼピン系薬剤、抗てんかん薬抗パーキンソン薬、抗腫瘍薬、副腎皮質ホルモン等。

☆認知症の評価スケールとして改訂長谷川式HDS-RやMMSEがあるがHDS-Rで20/21、MMSE 23/24がカットオフポイントである。

☆認知症で鑑別に必要なものとして、せん妄とうつがある。

☆アルツハイマー型痴呆の特徴として、1. 記憶障害や様々な認知機能障害のために日常の生活に支障をきたす。2. 緩徐に発症して進行する。3. 局所神経症候が診られない。

☆アルツハイマー型痴呆の初期徴候。新たにインプット（記銘）できない（記憶の三段階：記銘、保持、想記）。失認・失行がらみで（運転中に道に迷う、着衣の乱れ）

☆アルツハイマー型痴呆の診断に役立つ髄液検査、髄液中のA β ₁₋₄₂の低下、タウ蛋白、リン酸化タウ蛋白の上昇が参考になる。

《編者注》

1. 演題1の池田先生の講演は、アルツハイマーの脳病変、老人斑、神経原繊維変化について

での最近の考え方を分かりやすく説明された。

また神経変性に関わる遺伝子について最近の知見を示された。

2. 群馬県の「もの忘れ検診」は群馬県医師会、群馬大学神経内科、精神科、群馬県保健福祉部、群馬県こころの健康センターで、医師会、行政、研究機関の協力のもとに2001年から開始した検診システムである。

全国に先がけて始まったこの検診システムは全国の医療機関、都道府県保健福祉部で注目されており、群馬県の検診にならって始めた県もある。

3. 岡本教授の特別講演は、この会の発足にふさわしい内容で、認知症について診断から治療まで分かりやすく解説された。私達臨床内科医にとって明日からの日常臨床に早速役立つ講演であった。

4. 痴呆症、認知症関連の出版物は最近多くなってきている。最近読んだ2冊の本を紹介する『アルツハイマー』（保健同人社 3000円）アルツハイマー病を始めて記載したアルツハイマーの伝記。1995年フランクフルト大学病院でアルツハイマー病第1例目のカルテ（アウグステ・D）が発見され、これを契機に書かれた。この第1例目についての精神科医アルツハイマーの臨床的、神経病理学的記載が詳しく載っている。また19世紀後半から20世紀初頭にかけてドイツ医学全盛時代のウエルニッケ、クレペリン、ニッスル等高名な研究者の名前がでてくるのも大変楽しい、また医学史に興味のある方は是非共ご一読願いたい。共著者の一人マウラーはフランクフルト大学精神科正教授。

『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』（協同医書出版社 3300円）

山口晴保編著、山口先生は群馬大学出身で大学院で神経病理学を修め、卒後神経内科に進んだ、現在群馬大学医学部保健学科教授。先生はアルツハイマー病の病態解明をめざして25年来研究を続けている。本著は医師のみならず認知症の介護、リハビリ等に携わる方々を対象に書かれている。大半は山口先生が書いたもの。認知症、アルツハイマー痴呆について基礎的なことから現在問題になっている関連遺伝子まで分かりやすく記載されている。この本1冊で認知症が全て分かるようになっており、診察室に用意しておきたい本である、豊富な内容なわりに廉価であるのも有り難い。

「どうする日本の医療」（第2回）

前回に引き続き、日医ニュースに載った、李啓充先生の一文から引用する。

☆ 混合診療完全解禁で、次のことが起こる可能性がある。

(1) 現在のフリーアクセスが無くなる。高度医療は公的医療保険では、

受診出来なくなる。

(2) 「えせ」医療が蔓延する可能性がある。未承認の怪しげな薬が横行

する可能性が捨てきれない。

(3) 医療保険自体が悪用されるかもしれない。美容整形等を、保険

病名

を付けて治療する輩も出る。

(4) 保険未承認の薬が使えれば、無理に大金をかけて承認を得る必要が

無くなり、新薬の開発は廃れ、保険診療自体が時代遅れとなる。

☆ 「市場原理の導入」「競争原理の導入」は非常に聞こえが良い。そもそも、言葉は悪いが、「医療とは、命をかたにとって行う非常に危うい生業」である。従って、医療には厳しい倫理が求められる。市場原理下では、「命が惜しければ、金を出せ」となる。

☆ 会議側は、「患者の選択の幅を広くする」と主張しているが、市場原理に委ねているアメリカでは、選択の幅は決して広くない。

☆ 医療倫理の原則は四つある。

- (1) 患者の自律性を尊重する。
- (2) 患者に害をなさない。
- (3) 患者の利益を追求する。
- (4) 正義と公正に基づいた医療を行う。

《編者注》混合診療解禁派は、市場原理と競争原理を導入すれば、今の自動車と同様に、安くて優れた医療が入手出来ると説いている。株式会社は慈善事業で医療を展開する訳ではない。

中医協委員の任期

厚労省の「中医協のあり方に関する有識者会議」は、第5回の会議を開き、次のことを決めた。

- (1) 委員の任期は最長6年とする。
- (2) 従来、診療報酬に関する諮問を受けたその日に、即日答申を出し

ていたが、今後は慎重に審議した上で答申することにして、即日答申は避ける。

—日本医事新報、4233（2005.6.11）—

《編者注》診療側委員の選出は、病院団体の代表の入り方に絞られている。日本医師会推薦で入るのか、日本医師会とは別の枠で入るのか。これに関して、同じ日本医事新報に載った、有識者会議の審議メモには、「診療側委員については、国民の目に見える形で病院の意見を反映出来る医師の参画を推進し、委員構成の見直しをすべきである」と載っている。次項もご参照を。

日本病院団体協議会と日本医師会の関係

日本医事新報、4233(2005.6.11)に載った全日本病院協会定例代議員会で、日本医師会の青木常任理事は、次のような内容の来賓挨拶をした。

- ☆ 日本医師会は四病協と全国医学部長病院長会議と意見交換をするが、日本病院団体協議会（日病協）を病院団体の意見を聞く窓口とはしない。
- ☆ 中医協改革を契機に、医療界が分断されることを危惧する。

中医協の新会長

中医協の星野現会長は、6月11日辞任し、早稲田大学商学部教授の土田武史氏が新会長に就任した。

土田新会長は、（1）各委員の意見を十分に踏まえて結論を出す、（2）エヴィデンスは尊重する、（3）委員は、患者と国民の視点で合意形成に努力して欲しい、（4）我が国の国民皆保険制度は維持すべきである、等を述べた。

—日本医事新報、4234（2005.6.18）—

四病協の改定要望書

病院団体の四病協は、次回の改定要望書を厚労省の保険局長に提出した。

- ☆ 医療の質向上と医療安全に係わる項目を新設せよ
- ☆ 外来診療点数において、病床数毎に異なる項目は、同一点数とせよ
- ☆ 精神病棟の入院基本料を引き上げてくれ
- ☆ 2対1を超える新看護基準を新設してくれ
- ☆ 外来リハビリ処方料を新設してくれ

《編者注》四病協とは、日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会が組織する団体。前号で紹介したが、「日病協」の中核団体が組織している団体である。日本医師会を経ないで、厚労省に直接提出している点にもご注目を願いたい。

医療費を巡る「鼎論」

6月24日の朝日新聞に、医療費を巡る3者の主張が載っていた。川崎市立病院内科医長・鈴木 厚氏、厚生労働相・尾辻秀久氏、そして経済財政諮問会議議員・吉川 洋氏である。以下3氏の論点を要約してみる。いずれも同新聞の記者が、それぞれインタビューした内容の要約で、3人が書いた原稿ではない。これも知っておいて、読まなければならない。要約した記者が、本人の校正を経たかどうかは不明。

「医療経営が苦しい。医療費を上げてくれ」だけの主張で、医療費が上がる時代ではない。要求には証拠と論拠が必要である。

質確保には増額が必要 — 鈴木 厚氏

- ☆ 保険証一枚、全国どこでも受診出来る日本の医療保険制度。日本は安い値段で質の高い医療を提供している。民宿の値段で、高級ホテルのサービスを受けているようなものである。
- ☆ 日本国民は、1年平均21回受診している。これは米国の4倍、スエーデ

ンの8倍である。それが、パチンコ産業とほぼ同じ31兆円で済んでいる。

☆ 国民の「医療の質と安全性を高めて欲しい」の願いは、医療費の増額でしか対応出来ない。安易に医療費を削ることは、国民が自らの首を絞めかねないことを知るべきである。

☆ 昔は治療法が無かった腎臓病は、透析で命が助かっている。心筋梗塞も心臓カテーテル等で治療を受けている。これらの救命治療は高額である。医療技術の進歩は「高価」である。「医療費の増額 = 医師の収入の増加」ではないことは知って欲しい。

☆ 自己負担4割となって、果たして国民皆保険と言えるか、自覚して欲しい。

☆ 家族に病人が出たら、他の出費を削って家族を救うはず。国も新幹線、高速道路と国民の命を守る医療か、よく比較して欲しい。

《編者注》数年前に東京の学士会館で開かれた、日本臨床内科医会の医療保険委員会で、鈴木先生のお話を伺ったことがある。理路整然としたお話だった。

無駄を省き「皆保険」を守れー尾辻秀久氏

☆ 医療費抑制は、社会保障の中で最大の課題である。この点では、経済財政諮問会議と同じ意見である。しかし、方法論では意見が違う。

☆ 医療費の伸びと経済状況は必ずしも連動していない。そして、病気で苦しむ人に、「国に金が無い。我慢して下さい」とは言えない。従って、経済成長率やGDPを指標にした抑制策には賛成出来ない。

☆ 経済財政諮問会議が主張する、一定期間毎の見直しには賛同する。現実には高齢者が1人増えると、若者5人分の医療費が増える現実も知って欲しい。

☆ 具体的抑制策として、次のことを考えている。即ち、

(1) 都道府県毎に医療費適正化計画を定める：高齢者医療費でも、都

道府県間で差がありすぎる。具体的には入院日数の短縮等が計画の中心になる。

(2) 政管健保も都道府県単位で運営し、都道府県毎に医療費と保険料

が連動する仕組みにする。これにより地域間格差に真剣に立ち向かうようになる。

☆ 軽症の風邪は保険医療では診ないとか、自己負担率を上げる等の抑制策は、国民皆保険制度に背く施策である。

☆ 現状の現役世代の負担率3割は、これ以上増やすことは出来ない。しかし、自己負担率1~2割の高齢者の場合は、まだ議論の余地があると思う。

《編者注》「金が無い。我慢して下さい」は、既に厚労省は国民に強要していると思うのだが。

医療費も指標を設け、経済と連動を一吉川 洋氏

☆ 厚労省は「医療費は適正な抑制が必要」と言うが、何が「適正」かの判断には、目標となる指標が必要。

☆ 確かに、高齢化と医療技術の進歩で医療費が伸びるのは自然なことであり、病気の発生と経済動向は原則無関係である。

☆ 医療費論議は医療保険で支払われる「公的給付費」で考える必要がある。この公的給付費の伸びに、国民の同意が無ければ、その制度の維持は難しい。負担する側から見れば、公的給付費は経済規模と連動せざるを得ない。

☆ 過去数年間のGDPを指標に、一律抑制を図る『キャップ』制には賛成出来ない。こんな乱暴なことは医療では実行出来ない。

☆ 個別政策毎に抑制策を考える必要がある。具体的には、

- (1) 生活習慣病対策をしっかりと実行する、
- (2) 医療機器の引き下げ、
- (3) 医療業務の電子化で、効率を高め、無駄を省く、
- (4) 社会的入院を抑制する、
- (5) 過剰投薬を無くす、
- (6) 軽症疾患の自己（窓口）負担率のアップ等。

☆ 保険の目的はリスク回避である。従って、高額医療の自己負担額の軽減策を充実する必要がある。

☆ 公的給付費を、数年毎にあらかじめ設定した指標と比較し、定期的に見直す必要がある。

《编者注》経済財政諮問会議議員として、混合診療に触れていない。混合診療は医療費抑制にはならないことを物語っているようだ。あるいは、朝日新聞の記者が文字化しなかったのかも知れない。

過去の因縁

日本医事新報、4236号（2005.7.2）の「お茶の水だより」に載っていた。

☆ 昭和32年、厚生省は診療報酬の甲表と乙表の2表案を出した。日本病院協会は甲表に賛成した。

☆ 甲表に反対していた当時の武見日本医師会長は激怒して、日本医師会の推薦で中医協に出ていた、日本病院協会副会長の神崎三益氏に辞任を要求した。同氏は一旦辞表を出したが、厚生大臣に説得されて撤回した。

☆ その後は、中医協において、日本医師会と日本病院協会（後の日本病院会）はことごとく対立するようになった。

☆ 日本医師会の松原常任理事は、「診療側が2団体に分かれると、厚労省は交互に医療費を増減して、結果として全体の医療費が抑制される事態

になりかねない」と危惧している。

《编者注》甲表や乙表も段々と死語になりつつある。次項もご参照を。

日本医師会と大学病院の相互理解の場

日本医師会と全国医学部長病院長会議は、「大学病院の医療に関する懇談会」を設置し、今後3ヵ月に1回のペースで会合を開き、相互理解を深めることを決めた。

昨年末の混合診療問題で、東大・京大・阪大が混合診療賛成の行動に出たことに、日本医師会も認識が足らなかったことを反省し、大学病院側に呼びかけて実現した。6月23日に初会合が持たれた。

日本医師会は、この懇談会と四病協を病院団体の窓口として扱う方針。

—日本医事新報、4236号（2005.7.2）—

日本医師会枠

日本病院会代議員会で挨拶した、武見敬三参議院議員は、次のように述べた。「日本病院団体協議会（日病協）が発足したことは大変結構である。しかし、病院団体の中医協委員は、日本医師会推薦の5人枠の中で出るべきで、日本医師会の枠を縮小して、病院団体代表が別枠で出ると、医療界が分断される。結果として診療側全体の利益が損なわれる」。

—日本医事新報、4232号（2005.6.4）—

（I.Nagashima）