

群馬県内科医会だより

No. 9 2004.6.1

目次

日本臨床内科医会理事会・評議委員会	・・・1
群馬県内科医会平成16年度第1回役員会	・・・3
高齢者リハビリテーションの新しい考え方	・・・3
A i	・・・4
医師国家試験	・・・5
医療国家試験	・・・6
医療関係者国家試験の合格状況	・・・6
個別指導（鳥取県臨床内科医会だよりから）	・・・7
第1回上毛GIフォーラム21	・・・10

日本臨床内科医会理事会・評議員会

平成16年4月10日（土）内科学会最終日に東京国際フォーラムで開かれた。理事会・評議員会の概略を報告する。

会長挨拶 日本臨床内科医会の会員が減少傾向であり、若い会員、勤務医、研修医等の入会を歓迎します。日臨内に準会員制度を作り研修医または、それに準ずる医師をターゲットとした特例をつくる。医師免許取得後5年未満で本人より申し出があったものに限る、5年間は全国共通の日臨内の準会員として扱う。

会員数 平成16年3月25日現在の会員総数は17,448人。群馬県は425人。最も多いのは福岡県1,726人、最も少ないのは山梨県の9人、東京都は1,328人。

会長挨拶の後、委員会報告があった。その中から医療保険、介護保険委員会の報告を簡単に記す。

医療保険委員会

☆ 今回診療報酬改定は、診療報酬本体の改定率0のあおりを受けたにしろ、内科無床診療所においてはほとんど見るべきものはない。

☆ 特に再診料がすえおかれた事は初診料の増点、検査判断料の増点、薬剤の長期投与加算があったにせよ前回改訂での大幅な減点を伴う事もなく実質大きく変わらない。

☆ “長期投与に伴う再診料の減少を含めた手当を、特定疾患処方管理加

算で対応した”とのことであるが、点数設定については、了とするが、
けて満足いくものではなく、とても再診料などの減を補えるもの
ではない。むしろ28日分以上の長期投与を是とするような点数設定
ではないか。

- ☆ 生化学的検査点数は、過去十数年毎回のごとく引き下げられており、
今回さらに約15%の減点となり、これで良質な検査データが得られ
るのか、内科系医療機関の生命線であるその精度に影響が出ないかと
危惧される。
- ☆ 次回改訂にむけて、今後とも粘り強く初診、再診料の内科医加算、処
方料、処方せん料の内科医加算などの“内科の無形の技術料の評価”
を引き続き要望していかねばなるまい。

介護保険委員会

- ★ 民間業者の“掘り起こし”により、要支援と要介護1の認定が急増し
ている。
- ★ 業者が地域の老人リストを入手して介護認定を受けるように勧めてお
り、いわゆる業者による“老人の囲い込み”の方向が目立ってきてい
る。
- ★ 2006年度の介護保険の抜本改革について、一番の問題は要支援、
要介護1を従来の在宅サービスをはずして、代わりに介護予防サービ
スを新設するという厚労省の方針である。
- ★ 現在5兆円の介護保険費は2025年には約20兆円となると予想さ
れている。
- ★ 地域の病院から、かかりつけ医への逆紹介については、なかなか広が
っていないのが現実であり、介護保険が必要な患者はかかりつけ医へ
戻す事が連携の基本である事を、理解して頂く努力を続ける。
- ★ かかりつけ医の役割が減っていく方向にあり、ケアマネージャによる
要介護老人の囲い込みが目立ってきているが、我々の介護保険への関
心と理解が低い事も一因であろう。
- ★ 意見書の書き方が悪い事例が相変わらず散見される。

群馬県内科医会平成16年度第1回役員会

平成16年5月19日（水）午後7時より群馬県医師会4階理事室にて開

催した。

出席者： 永島 勇、阿部 純、大竹 誼長、関口 利和、大沢 英夫、
土田 英一、平原 昭、吉松 弘、川島 崇、木村康、松田 秀也、
鈴木 憲一

議事

(1) 日本臨床内科医会評議委員会報告（永島）

(2) 平成15年度事業報告について

(3) 平成15年度決算（案）について

(4) 平成16年度予算（案）

(5) 平成16年度事業計画（案）

1. 今年度の群馬県内科医会総会・学会を9月25日（土）にロイヤルホテルで開催する事に決めた。

(6) 研修指定医講座

日本臨床内科医会研修指定医制度に基づく群馬県内科医会主催の研修指定医講座のうち決まったものは下記の通りである。

1. 高脂血症フォーラム10月30日

2. 第11回群馬糖尿病代謝セミナー（森教授主宰）12月予定

3. 第5回群馬血管医学研究会（倉林教授主宰）来年2月予定

すでに研修指定医講座として群馬G.Iフォーラム21を5月8日に実施した。

研修指定医講座については今後たよりやはがきで会員宛に連絡することになっている。

(7) 会則検討委員会報告

前回の役員会で会則検討委員会を県内科医会内に設置することを決めたがすでに2回の委員会を持った。（委員長 大竹、平原、吉松、

川島、鈴木各委員）今後も委員会を開き役員会に報告し、総会に諮るとの報告があった。

高齢者リハビリテーションの新しい考え方

「高齢者のリハビリテーションとは、脳卒中の機能回復」と思っていたが、「そうではないぞ」の報告書が出た。週刊医学界新聞2579号（2004.4.5）に載っていた。高齢者リハビリテーション研究会が出した報告書を巡る、研究会設置者の中村老健局長と座長の上田敏先生の対談。題して「リハビリテーションの総検証」。

☆ 老健局が出したので、「高齢者」を付けたが、実質は「リハビリ白書」と思って頂きたい。

☆ この報告書が出た背景には、（1）2005年には介護保険法の改正案

を国

会に出す必要がある、(2) 2006年には、介護保険と診療報酬が同時改定となる、(3) 介護保険発足当初は、65歳以上の10人に1人が認定を受けていたが、現在では7人に1人が認定を受けている現実等がある。

☆ 介護保険の理念は、「自立支援」「介護予防」「リハビリテーション」。

☆ 介護保険で、リハビリが容易に受けられるようになったのは事実。しかし、量の拡大に、質の向上が伴っていないのも事実。

☆ 介護保険の発足で分かったことは、「死亡原因の疾患と、生活機能低下の原因疾患は異なる」という事実であった。

☆ リハビリの対象とすべき疾患は、(1) 脳卒中のように、急激に悪くな

って、その後に回復するタイプ、(2) 廃用症候群や変形性関節症のように徐々に悪化するタイプがある。従来後者はリハビリの対象とは考えられていなかった。言い換えると、脳卒中モデルと廃用症候群モデルがある。

☆ リハビリの実施方法は、「発症直後の急性期に、治療と並行して実施」が原則だが、多くの国民は、「発症直後は安静にして、治ったらリハビリを始める」のイメージを未だ持っている。そして、療養担当規則でも、リハビリは補足的治療法として定義されている。

☆ リハビリ実施の原則は、(1) 先ず現状を把握して、目標を定め、(2) 早期から短期間に集中して実施、(3) 終了後は、期間限定の在宅リハビリ等を実施する。決して、長くすればそれだけ効果が出るものではない。ダラダラと非効率的なりハビリを長期間実施して、患者に「訓練人生」を強いてはならない。

《编者注》不勉強の私には、「目から鱗」の項目がたくさんあった。

Ai

これが何の略かをご存じの方は少ないと思われる。AiはAutopsy imaging (死亡時画像病理診断) の略号である。

最近開かれたAi学会での話題を幾つか取り上げる。

☆ 筑波メディカルセンター病院では、PMCT(Postmortem CT)を既に600例

行っている。これにより、原因不明のCPAの90%において、死因が特定又は推定出来た。剖検に比して、Aiの同意は得やすい。特に乳幼児で承諾が得やすいことは大きい。乳児突然死症候群の診断を避けるこ

とは意義深い。ちなみに、Aiで大動脈解離、気道内異物、結腸がんの穿孔、くも膜下出血、脳出血、脳腫瘍等が確認出来た。

☆ 冠動脈の血栓や、肺動脈塞栓も、PMMRI (Postmortem MRI) で確認出来

る。千葉県警と千葉大学は変死体のCTによる検死を試みている。CTとMRIを比較すると、MRIの方が情報量が多い。

☆ 我が国のCTとMRIの普及率は世界有数である。従ってAiの素地は整って

いる。しかし、実施に当たっては、死体をシーツで包む、夜間や時間外に撮る等の配慮が必要となる。

☆ 藤田保健衛生大学の黒田教授は、「WHOの統計では、調査した22カ国中

で、日本の剖検率は最低。その原因の一つは、20万円の剖検費用と、遺族の遺体が傷つくことへの抵抗感である。Aiはこの解決法の一つにもなる」と、コメントで指摘している。

《编者注》 前回到引き続きMedical Tribune (2004.2.24)から引用した。全国的に大学病院の剖検率は下降線をたどっている。群馬大学病理学教室の剖検数は年間60例～70例、編者が在籍してた昭和30年代後半の剖検数は250例前後。現在大学院生10名前後が在学中、専門医を取得するためには、ひとり5年間で50体の剖検が必要で、それが困難になりつつある。なお外部から解剖を依頼する場合、剖検費用は105,000円。

医師国家試験

今年で第98回となった医師国家試験の結果が、4月21日発表された。日本医事新報、4175 (2004.5.1) から引用する。

☆ 受験者は8,439人、合格者は7,457人、合格率は88.4%。

☆ 新卒者は、7,620人が受験し、7,077人が合格し、合格率は92.9%。

☆ 既卒者は、819人が受験し、380人が合格し、合格率は46.4%。

☆ 男性合格者は4,935人、女性合格者は2,522人。凡そ3人に1人は女性。

☆ 男性合格率は86.3%、女性合格率は92.7%。

☆ 合格率の最高は自治医大で、97人全員が合格。次いで順天堂大学97.7%、防衛医大96.9%、東京医科歯科大学96.6%、群馬大学96.3%。

☆ 合格率の最低は、123人が受験し、91人が合格した独協医大74.0%、次いで金沢医大74.8%、帝京大学77.2%、久留米大学76.3%、兵庫医大78.6%。

《编者注》 不合格者は昨年決った卒後臨床研修でのマッチングでは、契約解除となる

由。

医療関係国家試験

医療関係の国家試験も実にたくさんの職種がある。日本医事新報4173（2004.4.17）、4174（2004.4.24）、4176（2004.5.8）からの引用。

	受験者	合格者	合格率
歯科医師	2,960	2,197	74.2%
薬剤師	11,048	8,653	78.3%
精神保健福祉士	5,831	3,589	61.6%
社会福祉士	37,657	10,733	28.5%
介護福祉士	81,008	39,938	49.4%
診療放射線技師	2,505	1,851	73.9%
臨床検査技師	4,931	3,894	79.0%
視能訓練士	503	484	96.2%
言語聴覚士	1,658	1,130	68.2%
理学療法士	4,289	4,199	97.9%
作業療法士	3,469	3,313	95.5%
救命救急士	1,831	1,594	87.1%

《編者注》需給調査に基づいて養成していると思われるが、「へー」と思うほど少ない職種、「ホー」と思うほど多い職種がある。

医療関係国家試験の合格状況

日本医事新報、4171（2004.4.3）から引用。

保健師（第90回）

受験者 8,715人 合格者 8,048人 合格率 92.3%

助産師（第87回）

受験者 1,761人 合格者 1,694人 合格率 96.2%

看護師（第93回）

受験者 49,204人 合格者 44,874人 合格率 91.2%

臨床工学士（第17回）

受験者 1,352人 合格者 1,183人 合格率 87.5%

個別指導（鳥取県臨床内科医会たよりから）

個別指導は、学習塾では「手厚さ」の象徴だが、医療保険の世界では、逆に「寒気」で受け取られる。過去も現在も変わりなく、同じ指導項目が繰り返されている。

色々なニュースソースからの情報を改変、統合して載せる。

診療録の記載

- 病名が多すぎる。既に転帰済みの疑い病名、治癒済みの急性病名等は削除すること。

《编者注》改善されなければ、主病名の記載が蒸し返される。

- 病名の転帰は医師が責任をもって記入すること。

《编者注》裏返せば、「医師以外のスタッフの記入は好ましくない」の意。更に付言すれば、軽視してはならない記載事項である。

- 診療録の記載が、簡単な身体所見だけで済まされている。患者が述べる症状や経過（S）、医師が把握した身体所見（O）、検査所見を含めた結果の解釈（A）、そして今後の診療計画（P）に沿って、充実した記載をすることが望ましい。

《编者注》電子カルテの導入を機に、SOAP記載を導入する計画も聞くが、本来電子カルテとSOAPは無関係である。

- 諸検査を実施した場合、検査伝票の貼付だけに終らせず、それらの結果の解釈、今後の治療方針への反映等の記載が望ましい。

《编者注》「御意」と言わざるを得ない。

- 診療録に無い病名が、レセプトに載っている。許されることではない。

《编者注》多くは医師以外のスタッフによる記載と思われる。「嚴重指導」の切り口にもなりうる。

- 日付の記載が、平成16年と2004年（西暦）が混合して使われている。どちらかに統一することが望ましい。

《编者注》きつい指導ではないが、従うべき指導事項。

- 読める字での記載が、診療録記載の基本。他人が読めない文字での記載は、記載無しに等しい。記載した本人が読めることは、記載の最低条件。

《编者注》横文字混じりで、他のスタッフが読めない、読もうともしない診療録は、もはや医療の記録とは認められない時代となりつつある。内容が理解出来ない記載の診療録が「開示」され、それが何かで「公開」されたら、医療不信に火をつける結果になる。

- 複数の医師が診療に当たる場合、診療医師名の記載を明確に。後世誰か分からない署名では、記載とは見なせない。苗字だけでなく、フルネームで。

《编者注》字体でしか識別出来ない記載等は論外。

- 更新された診療録に過去の診療内容の要約が載っていない。薬も処方から始まっており、処方内容の記載が全く無い。

《编者注》改善報告書の提出を求められるか、再指導となり次回も重点的に検証される。

- 特定疾患等の指導料を算定した場合の、指導内容が余りに簡単過ぎる。許されない。具体的記載内容を求める。

《编者注》ゴム印、複数の指導項目ゴム印に○等は、指導内容の記載とは認められなくなっている。手書きでの具体的内容が求められている。

- 慢性疾患で長期受診中の患者に、他疾患で注射等の治療を施した場合の病名が記載されない場合が多いので、記載すること。

《编者注》このような例が、病名不備で返戻された場合は、審査委員会の好意として対処する必要がある。

- 訂正が塗りつぶしで行われている。二本線で消して、訂正した内容が分かるようにすること。

《编者注》付箋や伝票のベタ貼りも好ましくない。その下の記載を隠す目的と受け取られる。

- 単なる「リハビリ」の記載だけでなく、リハビリを必要とする疾患の状態、リハビリ内容等の簡単な記載、その効果の評価、治癒状態等の記載を求める。リハビリのゴム印だけの記載で、算定は許されない。

《编者注》点数表の解釈を熟読して算定する必要がある。

- リハビリの回数と、診療録に記載された診察の回数に不一致が見られる。診察所見の無いリハビリ算定は無診リハビリとみなされる。決して許されることではない。

- 在宅自己注射指導管理料は、用法・用量・副作用対策の記載等が求められている。その記載の無いことは、許されることではない。算定要件を確かめること。

- 栄養指導等、実施時間が具体的に規定されているものについては、開始時刻だけでなく、実施時間の記載を求める。実施時間の時間記載皆無は許されない。

- 退院時リハビリ指導料等、各種指導料にも、算定要件がある。この算定要件に沿った記載を求める。算定要件に定められた記載が無い請求は許されない。

《编者注》「医科点数表の解釈」に記載してある、諸点数や諸加算算定要件の一言一句も注意して読む必要がある。しかし、文言が理解し難い表現であることも事実。

診療内容

- 診療録は、定められた様式を踏襲した用紙を用いること。規則に反して、自院の都合で作成した診療録用紙の使用は許されない。
- 薬が処方されているのに、診察した事実の記載が無い。無診診療と受け取られ兼ねない。許されることではない。
- 診療内容、点数算定がワンパターン。

《编者注》色々の症状を訴えて来ても、外来の定食的診療が指摘されている。

- 精神科疾患がメインで受診しているが、内科的特定疾患病名を記載して、その指導料を算定している。精神科診療で指導料を算定した場合、他の内科診療指導料は算定出来ないのが原則。

《编者注》重複算定例である。

- 点滴の施行には、必要理由の記載が必要。更には、原則として病名の記載も必要不可欠。
- 経口摂取可能な患者に、ビタミン剤の点滴は許されない。経口摂取不能の患者に限られるべきである。

《编者注》注釈を付けても通り難いと思われる。なお、注釈は手書きが好ましいと、ある講演で聞いた。ゴム印や印刷した注釈の貼付は通らない公算大である。

- ビタミンB12を含む活性型総合ビタミン剤とビタミンB12製剤の併用が

多数例で見られる。これは許されることではない。

- 末梢神経炎の病名の元に、ビタミン剤の注射が多数例にみられた。診断根拠の記載が無いので、その記載を求める。そして、経口摂取可能な患者に注射するのは、許されない。
- かなりの多数例において、胃潰瘍の診断で、その治療が行われているが、その診断根拠が不明。診断に必要な検査は、可能なら施行すること。

《编者注》やたらと胃潰瘍として、やたらと抗潰瘍剤の投与をしたことへの指摘であろう。

- 胃潰瘍治療で、同じ薬剤の注射と内服が併用（同じ時期に両方を投与）されている。許されることではない。

請求業務

- 薬が無くなり、時間外や休日にそれを受け取るだけで来ても、時間外加算や休日加算は算定出来ない。
- 長期投与が許されていない睡眠薬等を、倍量投与して「長期投与」している例が多数見られる。許されることではない。

その他

- 保険医の移動や、診療時刻の変更等の届出は速やかに行うこと。

第1回上毛G1フォーラム21開催（日本臨床内科医学会研修指定医講座）

去る5月8日（土）、前橋市マーキュリーホテルで群馬県内科医会、群馬県医師会の共催の認可をいただき、消化器病を主題にした講演会を開催しました。

講演は全部で2題で、まずはじめに研究講演として、

獨協医科大学消化器内科 講師 米田政志先生の「カプサイシン感受性神経およびCGRPを介した肝血流制御」という難しそうな題名でしたが、要するにユーシービージャパン（共催メーカー）のストガー（抗潰瘍薬）はカプサイシン感受性知覚神経を介して肝血流量を増加させるので肝障害は少ないだろうという趣旨でした。これだけの話しでは時間が余ってしまうので、現在トピックになっているNASH（非アルコール性脂肪肝炎）について講演され、NASHは脂肪肝が肝硬変に短期間に進行する危険性があるが、肝線維化を防止する薬剤を模索したところビタミンE 300mgやA-II拮抗薬のニューロタンが有効だったと報告し注目されました。当座長は原町赤十字病院院長山田昇司先生が担当された。

続いて特別講演に移り

福井大学医学部第二内科助教授 東 建先生が「ヘリコバクター・ピロリ感染症と胃癌—アジアの特徴」と題して1時間講演された。日本人で胃癌が数多く発生するが、H.pylori陽性者がほとんどで、陰性者から発生しないとのこと。しかしH.pylori陽性者が全て胃癌を発生するわけではないのでH.pylori感染に、その他のリスクやH.pylori菌株の毒性などが関与して発生するとした。

世界中にみるとH.pylori感染率の高いのはアジア諸国が高く、次いで日本、欧米の順に低くなるのだが、胃癌死亡率は日本が最も高く、次いで韓国、中国と続き、タイやインドネシアは低くなっているとのこと。日本の死亡率の高いのは日本人のH.pyloriのほとんどが強毒株だということ。すなわち、H.pylori菌体内のCagAという蛋白のチロシンリン酸化部位の多型性から「東アジア型」と「欧米型」とに分けられて、「東アジア型」に感染した患者は胃粘膜の炎症と萎縮の程度が強いとのこと。日本人の感染は「東アジア型」が多いとのこと。

しかし、胃癌発生には菌株の違いだけでなく、宿主の感受性の違い、環境因子、感染期間などの因子が、相互作用して発生すると考えられている。食事との関係で食塩、大量飲酒と同時の喫煙によりリスクが高くなるといわれている。発癌を予防するためにはどうするのかの質問には除菌し

ないよりは除菌した方がよい。除菌しても100%予防できないが、胃癌の発生は減ってくる可能性が高いといえるとのことでした。以上が東先生の講演要旨でしたが、極めて感銘深い講演で有意義なものでした。座長は高崎市医師会理事、乾純和先生が担当された。

今回の講演会の出席者は50名足らずでしたが急な発会でしたので、案内が行き渡らなかったのではないかと反省しております。

第2回は来年の5月連休明けに予定しておりますので落ち度のないように準備致します。（関口 利和 記）

《编者注》上毛GI、フォーラム21は関口利和群馬県内開会理事が代表幹事として主宰して今年度から始まった研究会で、今後研修指定講座として毎年この時期に開催される予定。

(I.Nagashima)

群馬県内科医会顧問 前川 正先生

梅雨雲がうっとうしい季節です。お元気でお過ごしのこととお察し申し上げます。いつもの情報誌です。お目通し戴ければ幸いです。なお今年度の群馬県内科医会・総会並びに学会は9月25日（土）に決まりました。ご出席下さいますよう宜しくお願いします。

群馬県内科医会会長 永島 勇

群馬県内科医会会員各位

梅雨の候、お変わりなく、ご活躍のこととお察し申し上げます。いつもの情報誌です。お目通し戴ければ幸いです。今年度の群馬県内科医会・総会並びに学会は9月25日（土）に決まりました。是非ともご出席下さいますようお願いいたします。

この内科医会たよりは郵送とe-mailで配信しております。メールアドレスをお持ちの先生方には是非とも経費節減のため、e-mailでの配信を考えておりますのでメールアドレスのご連絡を下記の県医師会西田宛にお願い致します。

nishida@mail.gunma.med.or.jp

群馬県内科医会会長 永島 勇