

# 群馬県内科医会だより

No. 11 2004. 10. 18

## 目次

平成16年度群馬県内科医会総会・医学会	・・・1
第32回日本臨床内科医会評議委員会	・・・4
日本臨床内科医会シンポ	・・・6
尾辻秀久新厚生労働大臣	・・・6
混合診療	・・・7
インフルエンザワクチン昨冬は効果は薄新タイプ流行で	・・・8
群馬県内科医会会則	・・・8

## 平成16年度群馬県内科医会総会・医学会

平成16年9月25日（土）午後2時より群馬ロイヤルホテルにて開催した。まず総会が開かれた。総会では、昨年度の総会で提起された群馬県内科医会会則改訂について提案があった。今年1月、内科医会役員会で会則検討委員会を設けることが決まり、会則検討委員会の委員長大竹常任理事のもと、検討をおこなってきた。今年の総会にそのものが提案された。この原案について異議もなく賛成多数で可決された。改訂された内科医会の会則は今回のたよりの最後に掲載する。

2時30分より総会に続き学会が開かれた。今年の学会では、高齢者に多い心房細動とCOPDを取り上げた。

**心房細動の治療**（高齢者に合併した）講演は群馬大学大学院医学研究科臓器病体内科学助教授 長谷川昭先生。以下要約してみる。

☆心房細動（AF）は40歳で2.3%、50歳で5.9%、80歳で10%認められ高齢になるほど新規発症率は高くなる。（Framingham study）

☆循環器外来受診者の中で、70～80歳台では弁膜性AF 3.1%、非弁膜性AF 15.6%、80歳以上ではその比率は4.7%、20.7%と非弁膜症性心房細胞は弁膜症例の5倍と多くなる。

☆高齢者では諸臓器の機能低下があり、心臓は拡張能の低下があっとうっ血性心不全を起こしやすいことを頭において、治療する必要がある。

☆心房細動発作後24時間以内ならば、薬剤によるRate controlだけで70%近くは自然に洞調律に戻る。

☆48時間以上持続すると血栓症を起こす確率が高くなる。ワーハリンによる抗血栓療法を考慮する。経食道エコーによって血栓の有無を

確認する。

☆洞調律に戻る可能性が低い場合には、あえて徐細動しない。例えば心房細動が長期に続いている場合、左心房拡大（左房径50mm以上）等。

☆徐細動には電氣的、抗不整脈薬による徐細動が一般的である。ジソピラミド（リスモダン）、プロカインアミド（アミサリン）、ピルジカイニド（サンリズム）、フレカイニド（タンボコール）等の（点滴）静注、経口が用いられる。これら薬剤の選択にあたっては、心機能を評価して決める。

☆徐細動後、再発予防のために服薬するか、心拍数のコントロールのみにするか、血栓塞栓症の予防をするか否か、症例それぞれ検討し、決める必要がある。

☆徐細動後、再発予防に服用する薬剤について、わが国のガイドラインでも、心機能、心疾患の有無・種類によって、選択順位を示している。最近心機能に影響のないアミオダロンの使用量が増えているという（保険適用はない）。しかし薬を服用しても1年以内に約半数が再発するというevidenceがある。

☆心拍数のコントロール、抑制には、Ca拮抗薬（チルチアゼム、ベラパミル）、 $\beta$ 遮断薬（アテノロール等）、ジギタリスがあるが、ジギタリスは心機能低下がある場合に使用するが、運動時の心拍抑制効果に乏しく、単独で使用することは少ない。

☆血栓塞栓症予防には、ワーハリン、アスピリン、チクロピジンを使用する。血栓塞栓症の危険因子の有無を検討し、薬剤を選択する。抗血小板薬はAFの塞栓症予防には期待出来ないという臨床成績がある。

☆循環器専門医に対する調査で、非弁膜症心房細動で、危険因子をもっている63歳の症例に、ワーハリンを投与している比率は55.7%という最近の調査がある。ワーハリンの使用例は増えているが、抗血小板薬は減っているという調査もある。

わが国ではワーハリンの有効性から、70歳未満でINR2~3、70歳以上で1.6~2.6、INRが1.6以下では血栓予防にはならないという指針がある。

☆発作性でも慢性であっても、心房細動があれば血栓の起こり方は変わらない。

《编者注》 座長は県立心臓血管センター循環器内科部長、内藤滋人先生。

先生のablation症例は国内ではトップクラスである。先生に心房細動のablationについてお伺いしてみた。その適応は、症候性であり、発生頻度が高い発作性心房細動 (paroxysmal AF) であること、若い人の方がよい、薬剤抵抗性の症例、左房径45mm以下であること。また先生の施設ではparoxysmal AF 300症例のablationで約80%の成功率であった。

## COPD臨床のキーポイント

演者は順天堂大学医学部呼吸器内科教授の福地義之助先生

★COPDとは有毒な粒子やガスの吸入によって生じた肺の炎症反応に基づく進行性の気流制限を呈する疾患である。この気流制限には様々な程度の可逆性を認め、発症と経過が緩徐であり、労作性呼吸困難を生ずる。

★COPDと喘息、ともに炎症性疾患であるが、形態学的には異なっている。主役を演じる細胞はCOPDでは好中球、マクロファージ、

CD8+リンパ球なのに対し喘息では好中球（好酸球）、肥満細胞、CD4+リンパ球である。

★内径2mm～4mm以上の細気管支領域、気管支、気管に慢性気管支炎の像が認められ、肺泡領域では肺泡破壊が中心で繊維化は見られない。

★1996年の統計（NICE study）で40歳以上で肺の1秒率70%未満の人は8.5%で、男性は女性の約3倍である。

60歳以上で急速に多くなる。わが国では700万人がCOPDと推定されている。残念なことに、そのうち10%程度しか診断治療を受けていない。

★COPDの最重要因子はタバコである。次の重要因子は大気汚染であり、これらの因子に感染が加わり炎症をさらに修飾するとされている。

★COPDの診断はスパイロメトリーがなくては出来ない。

診断基準としてFEV<sub>1.0</sub>（1秒量）/FVC（努力肺活量）、すなわち1秒率FEV<sub>1.0</sub> %が70%以下である。

★鑑別すべき代表的疾患として、気管支ぜんそく、びまん性汎細気管支炎がある。

★COPDの病期分類（重傷度分類）はFEV<sub>1.0</sub> %、%FEV<sub>1.0</sub>から、5段階に分類される。

★COPDは、通常1秒量の減少で示される閉塞性換気障害であるが、最近、気管支喘息のように、臨床的には可逆性が認められる症例もあることが分かってきた。気管支喘息との合併例があることを念頭において診療する必要がある。

★COPDの慢性期管理のガイドラインとして、抗コリン薬の服用が第一選択薬となる。抗コリン薬の吸入で、タキフラキシー（慣れの現象）はない。また、抗コリン薬吸入の急性効果はCOPD患者の年齢によって、影響を受けない。

★喘息の除外や抗コリン薬等使用にあたっては、気道可逆性検査の目的でスパイロメータによる反応試験が試みられる。

- ★吸入グルココルチコイドの常用は、症状を有する患者で、グルココルチコイドに対してスパイロメトリーで反応を示すか、又はFEV<sub>1.0</sub>が、予測値の50%未満のCOPD患者に限定すべきである。
- ★長時間作用型気管支拡張薬、 $\beta_2$ 刺激薬（サルメテロール）は、そのメカニズムとして気管支拡張作用、粘膜、繊毛、輸送能、粘膜保護作用、抗好中球作用に優れている。
- ★サルメテロール（セレベント）とフルチカゾン（フルタイド）の併用が、効果があることが分かってきた。
- ★インフルエンザワクチンは、COPD患者には効果が期待出来る。肺炎球菌ワクチンについては、エビデンスがまだ十分ではないが、接種した方が良い。

#### 《編者注》

(1) 座長は群馬大学医学部の同級生、根本利和先生。根本先生の紹介から、福地先生は、国内外の呼吸器関係の学会賞を多数受賞されており、今年6月まで日本呼吸器学会の理事長であった。今年の日本老年病学会を会長として主催した。

(2) 先生は講演の中で、スパイロメーターの普及がいまひとつで、内科医の10%程度が使用しているに過ぎないのは残念。その理由として、検査に時間がかかること、患者さんが嫌がること等をあげられた。検査は医者に限らず看護師など誰にでも慣れれば出来る。もっと使って欲しい。保険点数上も300点になる。COPDの診断と、治療の判定にはスパイロメーターが無いと出来ない。と強調された。

(3) わが国では医療保険上では、以下のような症例に、在宅酸素療法が適応されることになっている。「動脈酸素分圧55Torr以下の者、および動脈酸素分圧60Torr以下で睡眠時または運動負荷時に、著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めた、高度慢性呼吸不全例で、慢性呼吸不全の原因の如何をとわれないが、安定した病態にある患者である」と示されている。最近、定義上呼吸不全でない、PaO<sub>2</sub>60Torr以下でない患者に、酸素療法が医療保険上で処方されている、と聞くが、許されるものではない。アメリカでは保険会社が絶対許さないと聞いた。

## 第32回日本臨床内科医会評議員会

平成16年9月18日（土曜日）、岡山プラザホテルで開かれた。評議員204人中、96人が参加し、委任状75通と合わせて、評議員会は成立した。

18:10開会。先ず議長の交代が諮られ、承認された。後藤由夫会長の挨拶は、(1) 今回は中間法人の立ち上げがメイン、(2) 何か新事業が必要、(3) 評議員の方々は、夫々の立場で発言し、行動して欲しい、等が主な内容だった。

次いで、川上忠志副会長より、中間法人について説明があった。

- (1) 公益法人の設立には数年以上かかる見込みなので、中間法人を選択した。
- (2) 従来の組織をそのままにして、移行出来るような内容で、定款を作った。これは法務局へ提出する。
- (3) 承認が得られたら、10月1日より中間法人に移行する。そして、  
来  
年3月31日までは、日本臨床内科医会は活動停止の状態にする。
- (4) 従って、日本臨床内科医会の役員が、新法人の役員を兼ねる二重構造が当分続く。
- (5) 今後も経過措置、精算法人の設立等が必要となる。
- (6) 定款は法務局に提出後に、文言の訂正等があることも、ご承認頂きたい。
- (7) 有限責任 中間法人「日本臨床内科医会」の定款、付則、運営規約も議題とするので、ご承認頂きたい。

《編者注》社団法人をめざしていた日本臨床内科医会としては、苦渋の選択だった。公益法人改革が政府で進行中であり、国会へ法案が提出されるのが2年後、とても待てないらしい。法案が国会を通過してから、社団法人になる道もある。中間法人については、「知恵蔵」を読んだが、いまひとつ理解できない、同窓会、業界団体などが含まれると云う。

次いで、各部、各委員会の報告が足早に行われた。

**総務部**：会員数が漸減している。今年9月8日現在17,380人。理事会、常任理事会、各委員会を開いた。

**庶務部**：準会員も必要だが、勤務医対策も強化したい。

**経理部**：平成15年度決算で、収入128,145,880円、支出101,762,222円、繰越金26,383,658円であった。

**学術部**：(1) 高齢者高血圧治療効果に関する研究(JATOS)を進めている。ご協力頂きたい。(2) 患者向け小冊子を28号まで作成した。ご活用頂きたい。(3) 会誌を充実させたい。具体的には、社会保険関連記事の充実、「介護保険のページ」や、「ITのページの新設」等。

**医療保険部**：(1) 平成16年度の内科診療所における医療技術評価に関する研究に取り組む、(2) 難易度及び時間に関わる内保連調査に協力する、(3) 混合診療について、外保連と内保連は同一基調で反対したい。

**介護保険委員会**：今後の介護予防システムでは、(1) 脳卒中モデル、(2) 廃用症候群モデル、(3) 痴呆モデルに分かれて進められる。

**社会医療部**(公益事業部)：(1) 禁煙宣言をして、禁煙ポスターを製作する、(2) インフルエンザの研究を更に続ける、

**社会医療部**（地域医療委員会）：健康・長寿の10ヶ条を定めた。ご活用頂きたい。

**広報部**：日臨内ニュースを出している。会員管理データ処理に関する委託契約を結んだ。

19:16、議決事項に入り、平成15年度収支決算、平成16年度収支中間報告、そして、中間法人設立が拳手で承認された。

その後、短時間の総会が開かれて散会した。

## 日本臨床内科医会シンポ

9月19日岡山市で開かれた、日本臨床内科医会の「医療保険制度改革と診療報酬体系」での討論内容が、日本医事新報4197号（2004.10.2）に載っていた。

**対馬・健保連専務理事**：平成18年度改定は、介護保険との同時改定が予定され、慢性期と療養病棟がメインになるであろう。経済が好転しつつあるとは言え、給料は上らず、消費者物価等もデフレ基調である。従って、次回の改定でも診療報酬引き下げを要求する。しかし、支払側も診療側も「国民皆保険丸」に一緒に乗っている。この船の難破は望んでいない。

**国島・内保連副代表**：内科診療所はマイナス改定で厳しい状況に置かれている。そこで、内科系診療所の技術評価に関する動きとして、（1）内保連に「内科系診療所委員会」を新たに設置、（2）中医協の調査専門組織でも、診療所を含めた「難易度と時間に係わる内保連調査」を実施する。（3）厚生労働科学研究班でも、内科系診療所は複数の疾患を併せ持つ患者が多いことに関する研究をしている、等があり、改善を期待したい。

**中島・岡山市中島医院院長**：投薬日数制限撤廃が、診療現場に混乱を招いた。内科開業医の代表を日本医師会の診療報酬関係委員会へ参加さすべきである。内保連で、日本臨床内科医会の発言力を強化すべきである。

**遠藤・中医協調査専門組織委員**：最近は所得格差が拡大している。公的医療保険は所得再分配機能を持っている。その意味で、安易に混合診療を解禁してはいけない。

## 尾辻秀久新厚生労働大臣

第二次小泉改造内閣で厚生労働大臣に就任した尾辻秀久氏の就任会見の様子が、日本医事新報4197号（2004.10.2）に載っていた。

尾辻氏は自民党厚生労働部会長で比例区参議院議員。東大教養学部中退で64歳。就任会見の発言要旨を引用掲載してみる。なお、規制改革担当相なる「大臣」もあり、担当の村上誠一郎氏は「これから勉強する」と述べ

た。

- ☆ 個人的には混合診療に賛成である。勿論一定のルールは必要である。その中で、「自分の健康には、金に糸目をつけずに投資したい」の思いは尊重すべきである。
- ☆ 日本の医療制度の特徴の第一は、国民皆保険制度。これはなんとしても守る。第二の出来高払いは既にかかなりの部分が包括化されている。三番目のフリーアクセスには、今後は混合診療が絡む。
- ☆ 小泉総理の指示があるので、一定のルール下での混合診療の解禁に取り組むつもりである。一定のルールとは、今の特定療養費制度の拡充等がある。
- ☆ 株式会社の医療参入に関しても、医師会等の意見を聞いて進めるが、個人的には進めてもいいと思う。

《编者注》同じ日本医事新報に、日本医師会は反対の国民運動を展開すると報じられている。四病院団体協議会も反対行動を起こすことを決めた。

## 混合診療

医療界では、最近急に大きな話題になりつつあるが、一般には余り知られていない。日本医師会がQ & A方式で、小冊子を作っている。「混合診療ってなに？」。

- ☆ 混合診療は、(1) 高度医療で、保険診療で認められていないもの、  
(2) 個室や差額ベッド等、患者の居住性等に関するもの、の二つに分けられる。前者は保険診療で認めるべきであり、後者は混合診療から外してしまうべきものである。

《编者注》混合診療容認と規制改革は車の両輪である。そして、結論は株式会社の医療分野への参入である。ボストン在住の李啓充氏は、「利益の抵触」の視点から、この流れに批判をしている。李啓充著『市場原理に揺れるアメリカの医療』、『市場原理が医療を亡ぼす』医学書院刊

## インフルエンザワクチン、昨冬は効果薄新タイプ流行で

昨冬に使われたインフルエンザワクチンの効きめは、前の2シーズンに比べてかなり悪かった——。全国の内科医でつくる日本臨床内科医会（事務局・東京）が01年から実施しているワクチン接種者の追跡調査でこんな結果が出た。流行の中心が新しいタイプの変異株ウイルスだったため、予防接種をしても効果が薄かったらしい。札幌市で開かれた日本ワクチン学会で10日、発表された。27都府県の46医療機関で、あらかじめ登録

したワクチン接種者約1万2800人と非接種者約3200人を対象に、今年1～4月にかけてインフルエンザにかかったかどうかを調べた。インフルエンザの診断キットで陽性と判定された290人のうち、ワクチン接種者は213人、非接種者は77人。この結果をもとに、ワクチンがどれだけ効いたかを示す有効率を計算すると、大人（15～64歳）で40.3%、子ども（15歳未満）で44.2%だった。有効率は、3年前の冬が大人73.9%、子ども74.6%、2年前の冬は大人75.0%、子ども58.8%だったので、昨冬は大きく下がっていた。調査結果をまとめた臨床内科医会の河合直樹医師（岐阜市）は「ワクチンに使ったウイルスと実際に流行したウイルスが一致していなかった可能性がある。昨年は流行規模が大きくなかったのが幸いした」と話す。インフルエンザの流行はここ数年A香港型が主流だが、同じA香港型でも突然変異で少し変化したウイルス株が次々と現れている。国立感染症研究所などによると、02年ごろに、それまで見られなかった変異型のウイルス株が世界的に流行し始め、日本で昨冬に患者から取れたウイルスも、ほとんどがこの変異型だった。今冬のワクチンは、この変異型のウイルスをもとに作られているという。《県内科医会理事 川島 崇》

## 群馬県内科医会会則

### 第1章 総則

第1条 本会は群馬県内科医会と称し、県内の内科医等をもって組織し、本会員は日本臨床内科医会の会員をかねる。

第2条 本会の事務所は群馬県医師会内に置く。

### 第2章 目的及び事業

第3条（1）本会は、内科に関する研究経験等の発表交換、講演会の開催及び保険診療に関する研究等を行い、併せて会員相互の親睦を図ることを目的とする。

（2）群馬県内科医学会を年1回は開催する。

### 第3章 役員及び顧問

第4条 本会に役員を置く。役員は各郡市内科医会または郡市医師会において推薦を受けたもの及び県医師会が推薦した県医師会理事2名で、総会で承認を得る。

第5条（1）役員より会長1名、副会長1名、常任理事4名、理事若干名、監事2名を互選する。

（2）会長はその所属する郡市内科医会または郡市医師会の了承のもと、役員若干名を推薦することが出来、総会で承認を得る。

（3）役員の任期は2年とする。再選を妨げない。

第6条 本会には、会長の推薦により役員会の承認を得て顧問若干名を置く



ことが出来る。

その任期は当該会長の任期中とする。

第7条 会長は、本会を代表し、会務を統括する。

副会長は、会長を補佐し、会長事故ある時はその職務を代理する。

理事は、会務を掌理しその執行を行う。

監事は、会務を監査する。

## 第4章 会議と運営

### 第8条

(1) 総会 本会は、年1回の定時総会を開催する。また、必要に応じて臨時総会を開催する。

総会における議長は会長が推薦し、出席会員の同意を得る。

(2) 役員会 役員会は必要に応じ会長が招集する。

(3) 委員会 検討を要する案件が生じた場合、役員会は委員会を設置することが出来る。委員は役員会で決定する。

第9条 本会の運営は役員会の議を経て決め、総会で承認を得る。

## 第5章 会計

第10条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終る。

第11条 本会の会費は内規の定めるところによる。

## 第6章 会則の変更

第12条 本会則の変更は、総会の出席会員の議決による。

## 第7章 内規

### 第13条

(1) 本会則施行上、必要な事項は内規として別に定める。

(2) 内規の各項については役員会で決定し、総会の承認を得る。

附 則 本会則は、平成元年4月1日より実施する。

本会は、平成元年4月1日より日本臨床内科医会に加入する。

平成5年9月11日、一部改正。

平成16年9月25日、一部改正。

### 内規

(1) 本会の会費は会員1名につき年額7,000円を徴し、内5,000円を日本臨床内科医会会費とする。

(2) 出席会員とは当日出席した会員をいう。

(1. Nagashima)