

群馬県内科医会だより

No. 14 平成17年6月23日

目次

群馬県もの忘れ研究会	・・・1
群馬県内科医会総会	・・・1
日本臨床内科医会総会	・・・2
第5回群馬血管医学研究会	・・・3
後期臨床研修を巡る諸問題	・・・5
医師国家試験	・・・6
医療関係国試合格情報	・・・6
「どうする日本の医療」	・・・7
医療費抑制の結末	・・・8
審査を巡る裁判	・・・8

第1回群馬県もの忘れ研究会

日時：平成17年7月21日（木）18時45分

場所：群馬ロイヤルホテル

1. 一般演題

1) 痴呆性神経変性疾患の最近のトピックス

群馬大学脳神経内科 池田 将樹先生

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

2. 認知症の診断的アプローチ

群馬大学脳神経内科教授 岡本 幸市先生

《编者注》群馬県内科医会から岡本教授にお願いし、新しく神経疾患の勉強会を年1回開催する事になった。神経疾患の中で最も多い痴呆性疾患を取り上げて数回の研究会を持つことにした。

群馬県内科医会総会

平成17年度群馬県内科医会・総会は5月19日（木）マーキュリーホテルで開催された。群馬県内科医会は平成元年に設立され、今年は17年目になる。平成16年度まで毎年秋に総会と学会を同時開催してきた。内科医会が発展するに伴い、総会と学会を別々に開催したら如何、と数年来役員会のたびに提案され、今年度より春に総会を開催することになった。

午後7時より7時30分まで総会を行い平成15年度事業報告
平成17年度事業計画（案）について報告・提案があった。7時30分より記念講演が行われた。会場は200人を超える会員が集まり立錫の余地の無い程の盛況であった。記念講演は日本臨床内科医会会長の後藤由夫先生の糖尿病性神経障害の診断と治療で、後藤会長のもと日本臨床内科医会が2001年から2年かけて行った、糖尿病性神経障害の実態調査を中心に話された。鶴谷群馬県医師会長、本会顧問前川正先生、家崎智先生にもご出席いただいた。

総会の詳細は群馬県医師会報に掲載予定である。

日本臨床内科医会総会

Narrative Based Medicine (NBM)

日本臨床内科医会総会の指定特別研修講座で、奈良県立医科大学学長吉田修先生の講演を聴いた。吉田先生は昭和37年京大卒業、38歳で京大泌尿器科教授に就任され、京大病院長等を経て現職。東大以外で初めて日本泌尿器学会理事長に就任された。演題は「医学教育の現在と未来」、副題は「課題と対応、現状と展望」。

☆ 従来の大学改革は、大学の都合を優先して、自分勝手にやっていた。今後は大学に入る前の中学生や高校生に目を向ける必要がある。“Super-Science Highschool構想”で、学長も出張講義に出かけている。

☆ 医学教育の課題の一つが、医学知識の膨張である。高久史磨先生が監修された「新臨床内科学」（医学書院発行）は、24年間でページ数が2.4倍に増えている。従って、限られた時間内で、全部は教え切れない。そこで、コア部分のみを教える方向に変わりつつある。

☆ IT化した医学教育では、ヘッドライン検索を教える必要がある。この検索機能を活用しなければ、インターネットの有効利用は出来ない。

☆ デンカル化で、患者にマウスを当てる医師やパソコンに聴診器を当てる医師が漫画になった。

☆ 我々医師は、患者を「疾患名を持った対象」として見ているのではなかろうか。EBMも大切だが、対話を基本とした診療（NBM）も欠かせない。英国の研究では、医師は患者の話を平均18秒で中断する。

☆ 今後は4年制大学出の看護師が増える。医師もチーム医療のリーダーとしての教育が必要となる。従って、看護学の本等を読む必要がある。

☆ 奈良県立医科大学では、臨床実習に入る前に、学生に宣誓をさせている。

「数は力」

大阪出身植松日本医師会長の日本臨床内科医会総会・記念講演は「日医の一年を顧みて」。その要旨から更に抜粋したものを載せる。

☆ 我々医師の主張を実現するには、「力」が必要である。「力」が無ければ、何を言っても「痩せ犬の遠吠え」に終る。

☆ 「数は力」である。日本医師会が西島候補を擁立して挑んだ、前回の参議院選挙に対する政権与党の評価は、「医師会は25万か」。これでは、政治的な働きかけも辛い。混合診療反対の署名は600万集まった。「医師会はやれば出来る」と信じている。

☆ 日本医師会長になって1年経った。去年は4月1日に当選し、直ぐに代議員会があって、事業計画案と予算案を出した。両方とも前執行部が用意したものである。この制度を是正するためには、日本医師会定款を変える必要があり、更には都道府県医師会、更の更には地区医師会の定款も変える必要が生じるので、踏み切れない。

☆ 会長になって、日本医師会が取り組むべき最初の課題は「医療安全」とした。医療事故を繰り返す、いわゆるリピーターに対する取組みも必要。

☆ 3割負担の導入で、糖尿病患者が最も受診抑制を受けた。疾患予防に汗を流している姿を見て貰うために、糖尿病対策に乗り出す。

《编者注》医師会員には、「自分らの主張は正論。この正論が何故通らない。日本医師会等、医師会役員は“このこと”を、ちゃんと厚生労働省等に伝えているのか」と広言する方が多い。

Miracle Drug

米国のNEWSWEEK誌に表題のような表現で紹介されたアスピリンの大規模研究に関する講演で、講師は自治医大循環器内科の島田和幸教授。

☆ アスピリンとパナルジンは、血小板機能抑制が作用機序であり、ワーファリンとヘパリンは凝固機能抑制がメイン。

☆ アスピリンの予防効果は100mgが最高。

☆ 米国では男性内科医が集団で薬剤の治験に取り組んでおり、看護師も同様に集団で治験に取り組んでいる。これらの研究で、アスピリンの効果に性差があることが証明された。

第5回群馬血管医学研究会

群馬大学大学院臓器病態内科学倉林正彦教授が、代表世話人の会で内科医会が昨年より共催している。三題の講演を例によってまとめてみる。

一般演題

過剰は結合組織成長因子（CTGF）の発現が肥大心の「堅さ」を規定する。

—心臓拡張不全の分子メカニズムと血液マーカーの確立—

演者は小坂橋 紀道先生

☆心不全では拡張性心不全が問題になる。拡張不全では堅さ(stiffness)が上昇している。形態学的には心筋の間質のコラーゲンが増量してい

る。

- ☆この心筋の堅さ（線維化）の促進因子としてサイトカインCTGFが関係がある。人の心不全ではCTGFが上昇している。また拡張不全の強いほどCTGFは高い。CTGFとBNPは相関して動く。
- ☆CTGFは線維化の促進に働き、BNPは線維化の抑制に働く。
- ☆CTGFは心筋線維化の促進に、BNPは抑制に働き、ともに心筋細胞で心不全刺激によって協調的に産生される。
- ☆CTGFとBNPの産生バランスが崩れると線維化が促進し、心臓が堅くなる。
- ☆CTGFは拡張不全のマーカーとなる可能性がある。

特別講演1

心房細動におけるARBの役割

演者は福岡大学循環器科 熊谷 浩一郎先生

- ★カテーテルアブレーションの時代になり、肺静脈から発生する高頻度の期外収縮によって心房細動が生じること（異所性心房細動）が証明された。心房細動発作のひきがねになる期外収縮の発生部位は、肺静脈が大部分である。
- ★心房細動は発作性から持続性、慢性へと移行する。心房細動が慢性化するとリモデリングが起こる。リエントリー回路が多いほど持続する。
- ★ARB（カンデサルタン）は左房－肺静脈間のリエントリー、電氣的リモデリングを予防する。
- ★犬を使ったカンデサルタンの心房細動予防実験でも形態学的にも心房筋の間質の線維化を抑制した。
- ★臨床的にもエナラプリルは心不全患者の心房細動新規発症を減少させると言う報告がある。
- ★ARBは高血圧患者の心房細動の新規発症を減少させた。
- ★アミオダロンとアミオダロン＋ARBの比較試験から、ARB（イベルサルタン）は持続性心房細動患者の徐細動後の洞調律を維持させる。
- ★ロサルタンは心線維化の抑制作用がある、また高血圧患者の脳卒中発生率を低下させる。

特別講演2

マルチスライスCTによる冠動脈の非侵襲的画像診断

演者は慶応義塾大学医学部放射線診断科 栗林 幸夫先生

- ☆1971年に世界で始めてCTの1号機がロンドンで臨床使用された。1981年にはヘリカルCTがわが国で使われるようになり、その10年後マルチスライスCT（MDC T=Multidector-row CT）

が誕生した。

☆MDC Tは冠動脈疾患においても有用であることが分かってきた。

CAGに比べて非侵襲性であり、冠動脈疾患のスクリーニング、ハイリスク患者の冠動脈検査に有用である。また、冠動脈のプラークの存在等PCI前の色々な情報が得やすい、またPCI後、CABG後のfollow up、内科的薬物治療の効果の判定等これから利用頻度が高くなる可能性がある。

☆画像処理によって血管病変を分かりやすくする事が可能である。血管壁の情報を連続的に評価でき、狭窄率や血管リモデリングの有無、プラークの性状等を判定できる。

☆IVUSとMDC Tはプラークの面積については相関性があまり良くないが、血管くう（lumen）については良く相関する。

《编者注》

1. 冠動脈造影が頻繁に行われているが、マルチスライスCT(MDCT)が格段の進歩を遂げるとこうした状況は一変するかもしれない。

2. 心房細動、高頻拍では禁忌、また撮影のために呼吸を15秒～25秒間止めることが必要である。

3. ARBは心房細動の発症予防のみならず徐細動後の再発にも有効である。

4. 拡張性心不全と、それに伴った心筋の繊維化にサイトカインCTGFは進行性に働く。BNPはこれに反し抑制的に働くという(小板橋先生)。ARBは心筋の繊維化に対し抑制的に働く(熊谷先生)。

5. 若い研究者の発表は新鮮みがあって惹かれるものが多い、またその教室でどんな研究がやられているのか分かるし、病診連携にも役立つ。

後期臨床研修を巡る諸問題

法で定められた2年間の卒後臨床研修に引き続き、レジデント制度等の「後期」臨床研修制度の整備が必要とされる。臨床内科医会には無関係と思われる方も少なくないと思われるが、臨床研修と専門医制度を巡る諸問題を、4月16日に開かれた、第23回臨床研修協議会の報告から引用する。

☆ 卒後臨床研修を修了した後の「後期臨床研修」（レジデント）が今後の課題となる。医師の質保証のためには、教育システムが必要。

☆ 学会専門医も、外形基準を満たせば広告等が可能となるが、質の担保はなされておらず、“学会のための専門医制度” “医師のための専門医制度” となっており、本来の“医療を受ける人のための専門医制度”にはなっていない。これが問題。

☆ 東大病院では、「研究者養成コース」「専門医取得コース」等のキャリアデザインプロジェクトを発足して、人生設計に役立てている。

☆ 今後の問題として、(1) 後期臨床研修の修了認定基準と、未修了者の扱い、(2) 研修医と労働基準法遵守の問題、(3) 後期臨床研修への国の関与、等が挙げられる。

—日本医事新報、4227 (2005.4.30) —

《編者注》後期臨床研修制度の整備が進めば、開業医等の研修制度整備にも波及してくることは、必至と思われる。

医師国家試験

第99回医師国家試験結果が、3月30日発表された。今回から、個人情報保護法を念頭に、合格者はカタカナ表記で発表された。8,495人が受験し、7,568人が合格したので、合格率は89.1%。

合格基準は、

- (1) 一般問題で必修問題は、1題1点で155点以上
- (2) 一般問題で非必修問題は、1題1点で127点以上
- (3) 臨床実地問題は、1題1点で393点以上
- (4) 禁忌肢問題選択は1問以下

合格者の66.3%が男性で、33.7%が女性。合格率で上位を拾ってみる。

自治医大	100.0 %
筑波大	98.9%
防衛医大	98.2%
横浜市大	96.9%
東京医科歯科大	96.5%
滋賀医大	96.4%
東大	96.2%

ちなみに、群馬大学93.9%

—日本医事新報、4223 (2005.4.2) —

医療関係国試合格情報

	受験者	合格者	合格率
看護師	48,299	44,137	91.4%
歯科医師	3,343	2,493	74.6%
薬剤師	11,590	9,781	84.4%
保健師	9,134	7,440	81.5%
助産師	1,624	1,619	99.7%
臨床工学技士	1,584	1,343	84.3%
柔道整復士	4,122	1,902	70.4%

精神保健福祉士	6,711	4,111	61.3%
社会福祉士	41,044	12,241	29.8%
介護福祉士	90,602	38,567	42.6%
理学療法士	5,102	4,843	94.9%
作業療法士	3,893	3,442	88.4%
言語聴覚士	1,812	1,012	55.8%
診療放射線技師	2,606	1,868	71.7%
臨床検査技師	4,205	3,164	75.2%
視能訓練士	514	494	96.1%
義肢装具士	103	100	97.1%
救命救急士	1,913	1,688	88.2%
管理栄養士	27,871	4,350	15.6%

(平成16年)

—日本医事新報、4224 (2005.4.9) —

「どうする日本の医療」

—市場原理と医療、米国の失敗に学ぶ—

日医ニュース1049号 (2005.5.20) に、李啓充先生の一文が載っていた。

☆ 「市場原理を導入して、患者の選択肢の幅を広げよう」は心地よく聞こえるが、先進国の中で市場原理に任せているのは、アメリカだけである。

☆ 市場原理に任すと、まず犠牲になるのが高齢者である。多病になり易い高齢者は、市場原理では、保険金も高くなる。1965年にジョンソン大統領が、高齢者のためのメディケアを創設し、市場原理から落ちこぼれた人々を救済した。それでも米国には約4千万人の無保険者が居る。

☆ 市場原理を導入して医療費が下がる保証は無い。米国第2位の病院チェーンは、113の病院に2万8千床の病院を持つ。経営状態も悪くない。同社が取る手法は下記のようなものである。

(1) 市場を強引な手法で独占し、競争相手をつぶす。これにより言い

値で「事業」が展開出来る。

(2) 合理化の名の下に、ベテラン看護師の解雇と不採算部門の切捨て

を実行する。

(3) 患者に対しては高額請求をする。

(4) ほぼ例外なく、組織的な診療報酬不正請求に手を染める。テネ

ット社もしかり。

☆ テネット社の病院では、胸部レントゲン写真15万円 (非営利病院では1万2千円)。血液一般検査5万4千円 (同5千円)、頭部CTは66万円 (同10万円)

を請求している。

☆ 日本の財界のみならず、米国政府や財界も「市場開放」を迫っている。上記のような「病院会社」が日本に進出して来た場合を想像して欲しい。

《編者注》部分的には既にお伝えした内容も含まれている。マスコミ等は「光の当たる部分」だけを報道するが、大きくて濃い「陰」の部分があることが強調してある。非営利病院の価格も我々には驚きである。

医療費抑制の結末

日本の包括医療の手本にされるイギリスの実情が、週刊医学界新聞第2588号に載っていた。著者は日本福祉大学の近藤克則教授。

☆ イギリスの医師数と看護師数は、以前から欧州大陸各国に比して少なかった。更に給与の低さと仕事の多さから、医師や看護師を養成しても国外に流出した結果、医師と看護師が不足となった。

☆ 1995年には約1万1千人居た新規登録医師も、2000年には8,700人に減った。これを補う手段として、政府は医師と看護師を「輸入」する策を取った。年間5,000人の看護師が「輸入」されている。

☆ イギリスでは医師の自殺率は他の専門職の約2倍であり、看護師の自殺率は他職種約4倍である。医療事故の多発も注目されている。

《編者注》具体的数値に乏しく、説得力に乏しい一文と感じたが、決して「対岸の火事」でもないとと思われる。「経営が苦しい、医療費の増額を」と主張も必要だが、「医療費を節約するようになる」の主張も必要ではなかろうか。

審査を巡る裁判

Japan Medicine (2005.3.30) に載っていた。内科とは無関係の事柄ではあるが、示唆に富む内容も含んでいる。

☆ 関東地方に6眼科診療所を運営する医療法人診療所では、コンタクトレンズの処方希望者の20歳以下の患者全員に精密眼圧測定を行い、診療報酬を請求していた。

☆ 社会保険支払基金は、これを認めず、査定した。同医療法人は再審査請求をしたが、これも認められなかったため、2003年3月前橋地裁に提訴した。

☆ 同地裁は20歳未満の緑内障発症率は極めて低いとして、療養担当規則に適合しない診療行為と認めて、2005年3月10日に原告敗訴の判決を下した。

《編者注》地元の事例であり、とりあげた。診療所の医師は医師会員ではない。あえて原告が控訴するかどうかは不明。「見逃したら誰が責任を取るのか」との主張が展開されたかと思われるが、このような判例が出ると、色々な診療制限の根拠になり、医療機関は自らの首を絞める結果になりうる。かなり次元の低い提訴と思う。

(I.Nagashima)

