

群馬県内科医会だより

No. 28 平成20年4月25日

目次

群馬県内科医会総会平成20年度	・・・	1
群馬県糖尿病代謝セミナー	・・・	1
群馬県血管医学研究会	・・・	2
群馬県内科医会役員会平成20年度第一回	・・・	4
後期高齢者医療	・・・	5
外来管理加算を巡る攻防	・・・	6
外来管理加算の算定要件	・・・	7
没になった決議文(案)	・・・	7

平成20年度群馬県内科医会総会

日時・場所 5月8日(木)午後7時よりマーキュリーホテルで開催
群馬県内科医会総会は午後7時より開き終了後、昨年と同様に**群馬県糖尿病推進会議**として講演会をおこなう。

特別講演1 『メタボリックシンドロームと糖尿病』－臨床検査の視点から－ 群馬大学大学院 医学系研究科病態検査医学
教授 村上 正巳先生

特別講演2 『糖尿病性神経障害の病態と治療戦略は今』
中部ろうさい病院 院長 掘田 饒先生

《编者注》 糖尿病はチーム医療と言われる。今年度から歯科医、管理栄養士、糖尿病療養指導士にも参加を呼びかけています。身近に関係者がおりましたら、お伝え下さい。

第14回群馬県糖尿病代謝セミナー

平成20年2月21日(木)群馬ロイヤルホテルで開催された。特別講演に秋田大学山田祐一郎教授、一般講演に群馬大学山田正信講師の講演があった。山田先生の講演をメモしたので、例によって紹介する。

『低レニン性高血圧の治療』 山田正信先生

二次性高血圧の中で原発性アルドステロン症は実際には6～13%と多いということが分かった。

脳血管障害が原発性アルドステロン症では25%に認められ、本態性高血圧に比べて特に高い。発症する平均年齢が平均53才と若いのが問題だ。

また脳血管障害を起こす患者のなかには、かなりの割合で原発性ア

ルドステロン症がある可能性があるかもしれない。
K を 3 . 7 以下で切ると原発性アルドステロン症の 7 割が引っかかる、レニンを 0 . 3 /ml/hr 以下、アルドステロンを 1 5 ng/dl 以上で切ると、それぞれアルドステロン症の 7 割が引っかかる。
低レニン性高血圧症の中から原発性アルドステロン症を鑑別することが、脳血管障害を回避するために是非とも必要。
ARB で原発性アルドステロン症の高血圧を治療することは可能であっても、血圧を下げて脳血管障害の予防につながらない。

特別講演 『2 型糖尿病の病態と治療－消化管の役割を見直す』
秋田大学医学部内科学講座内分泌・代謝・老年医学分野
教授 山田 祐一郎先生

《編者注》原発性アルドステロン症、我々の外来にもかなりいるはずそのつもりで診て欲しいと山田正信先生

第 8 回群馬血管医学研究会

1 9 年度群馬県内科医会病診連携セミナーの一環として 2 0 年 2 月 2 9 日、マーキュリーホテルで開催された。以下、研究会の内容概略を報告する。

一般講演

「糖尿病、腎不全における血管石灰化機序の解明、～ AGE-RAGE が血管平滑筋石灰化に重要な役割を果たす～」と題して群馬大学大学院の須賀俊博先生がご自身の研究成果を発表された。糖尿病や腎不全患者の血中に高レベルに存在する AGE (Advanced glycation endproduct = 終末糖化産物) はその受容体である RAGE (Receptor for AGE) を介して細胞内情報伝達系を活性化することが既に知られている。そこでアデノウイルスを用いて RAGE を培養血管平滑筋細胞に強制的に発現させ、これを AGE で刺激。その結果、血管平滑筋細胞はアルカリフォスファターゼその他の骨芽細胞特異因子が陽性の骨芽細胞に変換した。その機序を解析したところ、RAGE の活性化が Notch シグナルを活性化することが明らかとなった。即ち RAGE シグナルと Notch シグナルが密接に相互作用し合い、血管平滑筋細胞のアルカリフォスファターゼその他の因子の産生を誘導することが初めて認められた。このことは糖尿病や腎不全患者の血管石灰化の進展予防や治療に新しい道が招かれたわけであり、今後の更なる成果が期待される。少し難しい内容だった。

特別講演

「大血管障害抑制を目指した 2 型糖尿病治療戦略 ～チアゾリジン薬へ

の期待～」東京大学大学院准教授植木浩二郎先生が講演された。元来、日本人の糖尿病は「やせ型」でインスリン分泌が少ないタイプが多かった。今では肥満型で欧米人タイプが増えている。BMIについても日本では25以上、欧米では30以上が肥満とされ差があるが、これで肥満による合併症の発生頻度が同程度である。脂肪組織からアディポネクチンが分泌されるが、これに善玉と悪玉がある。脂肪組織の肥大化に遊離脂肪酸のマクロファージ活性化が加わると悪玉アディポネクチン産生が促進され、結果として高血糖、高血圧、高脂血症へとつながる。この最終段階の病態を個別に叩くのではなく、その前段階即ちマクロファージ活性化の段階で叩く必要がある。この課程でチアゾリジンの働きが期待される。

Su剤はインスリン分泌を促し、血糖を下げる。即ち高インスリン血症となるが、これはインスリン抵抗性を高めることにつながり、長期間の使用で膵細胞を減少させる恐れがある。少ないインスリンを有効に使うことが必要であり、それにはインスリン分泌と直接関係ない（抵抗性を高めない）血糖降下作用のあるチアゾリジンが有用である。アディポネクチンは血糖の他に直接血管にも作用すると思われる。その分泌量は元来日本人は少なめであり、肥満すると更に減少する。アディポネクチンが分泌を促す薬剤としてフィブラート系及びチアゾリジンがある。また、オスモチン（タバコの草に含まれる）もアディポ分泌促進や炎症マーカー抑制作用がある。オスモチンは一部の野草にも含まれる。

糖尿病の大血管障害抑制戦略としては、合併する高血圧、高脂血症というリスクファクターをいかに厳密にコントロールするかが重要であり、それには今まで正常域値である血圧 130/80以下、総コレステロール値180mg/dl以下を更に下げねばならない。その為に大血管障害3割減を目標にした、Do it 3 studyを実施中である。血糖のコントロールは先ず生活習慣（食事、運動）の改善を基本に薬剤としてチアゾリジンを加え、その上にSu剤の併用を考える。但し心不全及び肥満の発生には充分留意せねばならぬ。生活習慣改善に重きを置かず、血糖値のみを主眼とするインスリン強化療法はリスクが高い。

以上が特別講演 の概要である。

特別講演 「心血管イベント抑制のために：ホルモンからのアプローチ」

東京慈恵会医科大学循環器内科教授 吉村道博先生のご講演である。吉村先生はご自身を「Endocrinologistが循環器病診療に携わるようになった」と紹介してお話しを始められた。以下、ご講演の要約である。

心臓はポンプ機能と共に内分泌機能をも併せ持つ臓器である。Na利尿ペプチド(ANP, BNP)をはじめアルドステロン、ACTH等が心の状況に

応じて分泌される。

ANP, BNPは共に心負荷が強まると心房、心室にて合成、分泌される。心不全の病態はホルモン無しには語れない。その治療は基本的にレニン - アンジオテンシン - アルドステロン系の作用を抑制することであり、ここにANP, BNPが係わる。即ちNaの再吸収を抑え体液の貯留を防ぐことである。

アルドステロン分泌は副腎由来が主だが、腎、心、脳、血管等様々な臓器にも微量に存在。腎尿細管でのNa再吸収促進、体液貯留、血圧上昇へとつながる。人間の進化の過程と同じく海の魚は心臓は極めて小さい。動物は陸上に上がってからその心臓は次第に大きくなってきた。人の副腎は誕生後発育し、アルドステロンを分泌するようになる。アルドステロン単独ではそれ程悪さをしない。食塩と一緒にになると心肥大や血管炎等の害毒を流す。塩を摂取しないアフリカのマサイ族は血圧が低いが、ハンバーグを食べるようになって食塩摂取が進み血圧が上がるようになった。この間血中アルドステロン値の変動はない。即ちアルドステロンの害を抑えるには厳しい減塩が必要（日本人平均摂取量は10～12g/日を2～3g/日に減らさないといけない）。抗アルドステロン剤は生命予後を改善する。心不全状態ではアルドステロン産生抑制の要あり。しかしアルドステロンはNaを使って身体を守っている。即ち細胞の脱水を防いでいる。

ACTHは下垂体の他に心臓からも分泌される。それは循環中のACTH量を反映している。ACTH、コルチゾール、アルドステロンは一連の働きの中で血圧を上昇させる。

コルチゾール、アルドステロン共に血中ではその値は低い方が良い。

心不全の治療はRA系作用を抑え、BNP作用を高めることにある。ピオグリタゾン組織コルチゾール産生を抑制する可能性がある。また、ARBはアルドステロン分泌抑制作用が認められる。両者の合剤の出現が期待されるところである。

会場は満席だった。各特別講演の後、演者と会場の出席者との間に活発な質疑応答があり、それは更にその後の情報交換の場にも持ち越された。第8回「群馬血管医学」研究会は和やか且つ盛会のうちに幕を閉じたのである。
(大竹誼長)

平成20年度群馬県内科医会役員会

4月3日(木)午後7時より群馬県医師会4階理事室にて開催した。
議事として(1)平成19年度事業報告について

(2)平成19年度決算(案)

- (3) 平成 2 0 年度事業計画 (案)
- (4) 平成 2 0 年度予算案について
- (5) その他

出席役員 永島、関口、大竹、吉松、岩田、中野、久保、川島、
菊池、原、木暮

平成 2 0 年度事業計画 (案) は次のように決まった。

- 1 . 4 月 1 3 日 (日) 日本臨床内科医会総会理事会代議員委員会 東京
- 2 . 5 月 8 日 (木) 群馬県内科医会総会、群馬県糖尿病対策推進会議 マーキュリーホテル
- 3 . 6 月 2 1 日 (土) 第 4 回群馬感染症研究会 マーキュリーホテル
『グローバル化する感染症の脅威 (仮題) ~ SARS、鳥インフルエンザと地球規模大感染症の危険性 ~ 』 東北大学 押谷 仁教授
- 4 . 6 月 2 6 日 (木) 第一回群馬メタボリックシンドロームフォーラム
マーキュリーホテル
- 5 . 7 月 1 2 日 (土) 上毛 GI フォーラム 2 1 群馬ロイヤルホテル
- 特別講演 1 仮「胃の拡大内視鏡について」 福岡大学 八尾 建史講師
- 特別講演 2 仮「NASH の最近の話題について」 愛知医科大学 米田 政志教授
- 6 . 7 月 1 8 日 (金) 群馬県もの忘れ研究会 マーキュリーホテル
- 7 . 9 月 1 3 日 . 1 4 日 . 1 5 日 日本臨床内科医学会 長崎
- 8 . 9 月 2 7 日 (土) 関東甲信越ブロック会議 高崎ビューホテル
- 9 . 1 0 月 群馬県内科医学会
- 1 0 . 1 1 月 群馬県腎臓リウマチセミナー
- 1 1 . 2 1 年 2 月 糖尿病代謝セミナー
- 1 2 . 2 1 年 3 月 群馬血管医学研究会

後期高齢者医療制度 (鳥取県臨床内科医会だより No . 2 0 0)

やっと構想が固まった。日本医事新報 (4 3 7 5 号、2 0 0 8 . 2 . 1 9) から引用する。

後期高齢者だけの診療報酬点数表は作らないで、一般点数表の中に、後期高齢者だけを対象にした項目を設ける。

後期高齢者医療は、「外来・在宅」中心の医療を基本とする。具体的には、

- (1) 後期高齢者の慢性疾患は、基本的に外来 (主に診療所) が在宅で診る。
- (2) 後期高齢者が急性増悪時に入院した場合でも、回復したら、スムーズに元の外来・在宅主治医に戻す。

後期高齢者診療料 (月 6 0 0 点の包括払) は、慢性疾患 (糖尿病、脂質

異常症、高血圧性疾患、認知症等)に対する、全人的かつ継続的な管理を評価するものである。急性増悪時に、550点以上の医療を実施した場合は、別途出来高算定も出来る。包括範囲は、医学管理等、検査、画像診断、処置である。

患者の同意を得て、定期的に診療計画を立て、計画的な指導・診療を行う診療所が算定し、半径4km以内に診療所が無い場合に限って病院でも算定できる。フリーアクセス制限を排除する意味から、一定の研修を受けた常勤医師がいる医療機関で算定出来るとなった。

研修体系は未だ出来ていないが、4日以内が考えられている。この研修を受けた医師は、「高齢者担当医」と呼ぶが、公的資格は付さない方針で、一般名詞的に使用される。

未定の部分もあり、3月中の関係通知で決まる。後期高齢者診療料の算定条件は、当初よりかなり緩和されたが、今後充実に変更される可能性がある。

連携病院は、後期高齢者外来患者緊急入院加算(500点)、在宅患者緊急入院診療加算(1,300点)、後期高齢者総合評価加算(50点)、後期高齢者終末期相談支援料(200点)等が算定可能となる。

外来管理加算を巡る攻防(鳥取県臨床内科医会だよりNo.199)

診療所再診料引き下げが見送られたが、代わって外来管理加算の算定条件強化が浮かび上がって来た。MediFax(5337号、2008.2.4)等から引用しているので、若干表現が「古い」かも知れない。

診療側は「無形の技術料」と認識し、自動算定しているが、支払側は、「算定根拠が不明確で、形が無い。言い換えれば無形である。診療記録等で有形にすべきである。現状では加算料に見合う医療サービスを受けた実感が無い」と主張し、厚労省は「医療費抑制効果」と、「勤務医負担軽減の財源捻出手段」の一石二鳥を狙っている。

厚労省が提案した「5分条項」に関しては、診療側は勿論反対し、支払側も「それはどうも云々」で積極的賛成を控えた。

そこで、厚労省はこの加算を算定する際には、具体的に下記の4「行為」が必要とした。これらを「無形」で済まらず、「有形」にするには、「間違いなく実施した証拠として、診療録に記載すること」となる。

- (1) 問診で得られた患者の訴え等を総括する。
- (2) 身体診察で得た所見とそれに関する医学的判断の説明。
- (3) 従来の治療経過を踏まえ、今後の療養上の注意等の説明と指導。
- (4) 「今日の説明で分からないこと」、「その他に、気になることや心配は」を患者に聞き、対応する。

以上を行い、記録することが求められると思われる。上記4行為とその要旨記載で、殆どの場合5分以上は必要となる。個別指導の目玉になる可能性を秘めている。記載レスで簡易算定すると、返還を迫られる可能性が生まれる。

【編者注】「体制側に寝返った」と言われることは覚悟している。診察本来のあるべき姿を形にしようとしただけである。診療側が「無形の技術料」とうそぶいて、「内科加算」として、既得権料的に自動算定していた加算にメスが入ったとも言える。単なる減収論議ではなく、診療側も「為すべきを為し」てから、議論すべきである。

特に(4)は目新しい。「米国では常識」と公益側中医協委員は指摘していた。従来のカルテ記載充実の指摘に、「返還」のお墨付きが加わったことも意味している。

【編者注】このMediFaxに、「お薬だけ外来」の言葉が堂々と載っていることに少し驚いた。内容を読めば、「外来管理加算を算定しなければ、薬だけでも再診料の算定は可」とも受け取れる。

外来管理加算の算定要件

決定前の議論ではあるが、日本医事新報(4372号、2008.2.9)に「外来管理加算」に関する、中医協での遣り取り(駆け引き)が載っていた。

厚生労働省の言い分は、下記のようなになる。

- (1)「外来管理加算は、患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切・丁寧に行う等、療養継続に向けた医師の取り組みへの評価」が基本的考え。
- (2)算定に当たっては、問診、診察、説明、患者のその他の疑問への対応、以上の要点のカルテへの記載の5項目実行が必要。
- (3)明確な時間設定はしないが、上記を守れば5分以上は必要となる。
- (4)1時間当たり最大12人となり、6時間診療で72人。これを明らかにこえる事例は指導の対象となる。

【編者注】前号にも載せたが、厚生労働省原医療課長の、「薬だけを貰いに来た患者への加算は止めて貰う」の発言は、「薬だけ再診」の容認とも受け取れる。

没になった決議文(案)

4月13日に開催された日本臨床内科医会総会の理事会、代議員会で下の様な決議文(案)が提案されたが、2の外来管理加算の時間要件撤廃等については、本文が療養担当規則に反するとして取り下げなった。

—決議文（案）—

日本臨床内科医会は、第一線の地域医療を担う医師集団の立場から、永年に亘って築き上げてきた患者と医師の信頼関係を崩壊させ、ひいては医療現場を無視した地域医療の崩壊をもたらす平成 20 年度診療報酬改定に対して、理事会・代議員会において以下の決議を行うものである。

1、 後期高齢者診療報酬体系の見直し

後期高齢者の外来での医学管理を評価する「後期高齢者診療料」は「1 人の患者の主病を診る 1 医療機関が算定」との要件があり、病態が変化することの多い高齢患者にとって最良の医療選択の余地をなくす医学管理料である。さらに、複数の疾患を合併している高齢者にとっては、専門性の異なる複数の主治医が連携して治療にあたる体制が好ましく、疾患名が異なる場合は複数の医療機関でも算定可能と、要件を変更すべきである。

2、 外来管理加算の時間要件撤廃等

厚生労働省の通知では、再診料の外来管理加算要件について、「医師が実際におおむね 5 分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる」この場合「診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点より診察終了時間までとし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る」としている。

以上のように、新要件では終始医師が診察・診療をした結果の「5 分」を要すると規定しているが、外来診療は医師単独で行っている場合は少なく、むしろ医師と看護師等を中心とするチーム医療で成り立っている場合が多い。従って、今次の「5 分要件」は医療機関が努力して作り上げてきた チーム医療の否定に繋がる要件であることは明白であり、外来管理加算の算定要件「5 分の時間要件」は、撤廃すべきである。

尚、患者の都合や希望でやむなく特例的に容認してきた所謂「処方みの受診」は疾患管理上行われるべきでない、ことは当然である。

以上の項目に付き理事会・代議員会において決議するものである。

平成 20 年 4 月 13 日

日本臨床内科医会

《編者注》実際に外来管理加算の 5 分要件によってこんなことになることを知った。高コレステロール血症にて通院中の A さん、スタチン 1 剤投与中、3 月の医療費は 1 回通院で 7 6 2 点、3 割負担で 2 2 9 0 円、今月は薬のみの希望で、4 3 7 点 1 3 1 0 円だった。患者さんは喜んでいたが、これから薬だけの人が増えていくことになるであろうし、大変なことになってしまった。

(I.Nagashima)