

群馬県内科医会だより

No. 29 平成20年6月18日

目次

第4回群馬感染症研究会	・・・	1
第1回群馬メタボリックシンドロームフォーラム	・・・	1
第5回上毛GIフォーラム21	・・・	2
第4回群馬県もの忘れ研究会	・・・	3
平成20年度群馬県内科医会総会・群馬県糖尿病推進会議の学術講演	・・・	3
外来管理加算	・・・	6

第4回群馬県感染症研究会

日時：平成20年6月21日（土）6時より

会場：マーキュリーホテル 本館2階「紫宸の間」

参加費：1000円

講演 インフルエンザウイルスの薬剤耐性についての一考察

川島内科クリニック 院長 群馬県内科医会理事 川島崇先生

特別講演 グローバル化する感染症の脅威～SARS・鳥インフルエンザの教訓～

東北大学大学院医学系研究科微生物学分野 教授 押谷仁先生

《編者注》押谷仁先生はWHOの感染症地域アドバイザーとして、SARSや鳥インフルエンザについて指揮をとりこれらの病気の蔓延を防いだ方で、世界的に知られています。2005年9月から東北大学の微生物教室の教授として活躍しています。今回は新型インフルエンザ対策についても国際的視野からご講演いただけます。

第1回メタボリックシンドロームフォーラム

日時：平成20年6月26日（木）7時より

会場：マーキュリーホテル 新館2階「鶴の間」

基調講演1 群馬県下におけるメタボリック症候群の実態

日高病院メタボ糖尿病治療センター センター長 下村洋之助先生

基調講演2 糖尿病におけるインスリン抵抗性の役割－酸化ストレスを含めて－

獨協医科大学越谷病院 内分泌代謝・血液・神経内科 教授 犬飼敏彦先生

特別講演 メタボリックシンドロームの分子メカニズム

住友病院 院長 松沢佑次先生

《編者注》今年度から群馬県内科医会がとして共催することになったメタボリックシンドロームフォーラム。特別講演の松沢先生はこの分野では先駆的なお仕事をされ、わが国では常にリーダーとして活躍してきた。メタボリックシンドロームの提唱者であり、アディポサイトカインの命名者でもある。第1回のフォーラムにうってつけの方です。今年度から始まった特定健診についても関係あるお話を伺えると思います。

第5回上毛G Iフォーラム21

日時：平成20年7月12日（土）4時45分より

会場：マーキュリーホテル 本館2階「紫宸の間」

会費：500円

特別講演1 胃拡大内視鏡の臨床応用

福岡大学筑紫病院消化器科 講師 八尾建史先生

特別講演2 メタボリックシンドロームとしてのNASHとNAFLD

愛知医科大学消化器内科医 教授 米田政志先生

関口利和先生より次のようなコメントを頂きました。

特別講演1の「胃拡大内視鏡の臨床応用」と題して講演する八尾建史先生は九州大学の御卒業で、東京女子医科大学で研修された後、福岡大学筑紫病院に勤務され、平成12年10月に同大学の講師に昇進され、現在に至っております。その間、英国のNottingham大学に客員助教授として1年間招聘されています。胃拡大内視鏡は胃粘膜の病変を拡大して詳細に観察することにより、良性疾患はもとより、悪性病変の的確な診断と病変の範囲を見極め治療内視鏡に役立てるために開発されております。今度その臨床応用と題して、数多くの症例が供覧され、消化器病に従事する臨床医は必見の講演と思われます。

特別講演2の「メタボリックシンドロームとしてのNASHとNAFLD」の講演者 米田政志先生は以前にもこの会で講演されました。その時にもNASHの話がされましたが、今回、本格的にメタボとNASHの関連を病態、診断、治療について講演される予定です。

NASHはNonalcoholic、Steato-hepatitis、非アルコール性脂肪性肝炎の略ですが、メタボの患者が増加して現在、B型肝炎やC型肝炎の後に注目される肝炎になると推定されています。

米田教授は弘前大学医学部を御卒業後、旭川医科大学、獨協医科大学を経て、昨年9月 愛知医科大学の消化器内科の教授に就任されました。新進気鋭の研究者でもあり、臨床医でもあり、充実した講演が期待されます。（関口利和）

第4回群馬県もの忘れ研究会

日時：平成20年7月18日（金）6時45分より

会場：マーキュリーホテル 新館2階「鶴の間」

一般演題1 アルツハイマー病診断におけるVSRADの有用性について—VSRAD勉強会（VSRAD解析結果の再現性）報告より—

前橋赤十字病院神経科内科 部長 針谷康夫先生

中央群馬脳神経外科病院放射線科 技師長 後閑隆之 技師

一般演題2 脳機能画像を用いた認知症へのアプローチ

群馬大学医学部付属病院 神経内科 田野しのぶ先生

特別講演 アルツハイマー病治療薬の開発動向

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 教授 武田雅俊先生

神経内科岡本教授より次のようなコメントを頂きました。

今回の一般演題では、アルツハイマー病(AD)の早期診断におけるMRIやSPECTの有用性について話される予定で、日常診療でも役立つと思います。

特別講演は大阪大学精神科の武田雅俊教授で、「アルツハイマー病治療薬の開発動向」という魅力的な演題です。武田教授は、ADの生化学的研究で有名ですが、最近ではADの発症関連遺伝子の探索や、治療および予防の研究も精力的にされておられます。AD病変の主流をなすアミロドベータ(A β)蛋白の代謝過程が急速に解明されてきており、これに基づいたADの新しい治療法の開発も急ピッチに進行しています。例えばA β 産生抑制薬(NSAIDs、スタチン、 β -セクレターゼ阻害薬)、A β 凝集抑制薬、A β 分解促進薬などの検討が進んでいます。A β のワクチン療法も臨床試験で脳炎がみられたことから一時中断していますが、経口アミロイドワクチンや受動免疫療法なども検討されています。AD研究をリードする武田教授から、世界におけるAD治療薬の開発の現状や今後の展開などについて、夢のあるお話を拝聴できるものと思われまので、多数の先生のご来場をよろしくお願い致します。(岡本幸市記)

平成20年度群馬県内科医会総会・群馬県糖尿病推進会議の学術講演から

5月8日（木）に開催された内科医会総会の演題から群馬大学の村上教授、名古屋大学堀田名誉教授の講演を菊池先生と伴野教授にまとめて頂きました。

学術講演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

2006 年国民健康・栄養調査では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等のメタボリックシンドロームはその予備群まで含めると 40 歳から 75 歳で男性の 2 人に 1 人、女性では 5 人に 1 人であり、約 1870 万人と推計されている。

そのような状況で、2008 年度から特定健康診査及び特定保健指導が開始された。これは内臓脂肪性肥満に着目し各保険者に義務付けたもので、有病者の 25% 減少を目標とするものである。これは過去のパイロットスタディで、自覚症状が出にくいため 2 次健診の受診率が 50% と低かったため、そのアウトカムも評価し、健診結果を step1~step4 にて階層化し、保健指導対象者等を抽出、選定するものである。一方その基準値としては、従来 of 基準値とは異なり、例えば空腹時血糖は 126mg/dl でなく 100mg/dl、HbA1c は 5.8% ではなく 5.2% とし、当初健診項目にあったクレアチニンや尿酸は削除され、GOT や G P T の肝機能はその階層化の判断基準から除外されている。

メタボリックシンドロームの病態として、脂肪細胞から分泌される生理活性物質やアディポサイトカインの異常が重要である。これがインスリン抵抗性、高血糖、脂質異常、高血圧、血管障害等の諸兆候の原因となっている。例えばアディポネクチンはインスリン感受性を改善し、TNF はインスリン抵抗性を増大させる。またこの様な諸兆候を示すことより、メタボリックシンドロームはいろいろのリスクを持ち合わせるものであり、マルチブルリスクファクター症候群とも呼ばれている。

ところで臨床検査値としては、LDL/HDL 値が血管内プラークの退縮と関連し重要であると考えられる。同値が 1 次予防として 2.0、2 次予防として 1.5 未満であることが有意であり、糖尿病や高血圧症等の合併があれば同値が 1.5 未満であることが望まれる。

群馬大学医学附属病院検査部ではライフスタイル介入試験として、若年女性の運動前後のアディポネクチン、レプチン、TNF 等を測定し、群馬県地域貢献特別支援事業として中高年女性を対象とした検査を行い、1 週間に 2 回以上の運動が有効との指針を出した。また迅速遺伝子解析法(SMAP 法)の開発も行い、オーダメイド医療への対応をしている。特に糖尿病では、アディポネクチン遺伝子の SNP 解析によるインスリン抵抗性指標の検討が有用である。また居心地の良い誇れる採血室を用意してあるので是非おいで頂きたい。

現在、糖尿病と臨床検査についての問題として、HbA1c の国際標準化がある。日本では JDS 値(%)であるが、今後 IFCC 値(mmol/mol)への移行も検討されている。
(菊池一真)

特別講演 「糖尿病神経障害の病態と治療は今」

中部労災病院長 堀田 饒 (ほった にぎし) 先生

糖尿病の三大合併症のうち、神経障害については網膜症や腎症のように失明や人工透析といった、苦しんでいるのが目の当たりに見える患者が少ないためか、軽視されがちです。しかし、わが国でも壊疽のため年間 3000 本以上の足が切断されており、年々増加しているとのこと。また、神経障害によるシビレや疼痛に対しても特效薬がないのが現状です。しかし、唯一、糖尿病性神経障害の治療薬としてアルドース・リダクターゼ阻害薬 (ARI) であるエパルレスタット (epalrestat: 市販名キネダック[®]) があります。

糖尿病性神経障害ではポリオール代謝経路が重要な役割を演じており、高血糖状態では、アルドース・リダクターゼの活性が亢進して、ブドウ糖がソルビトールに変換される経路が増大し、これが神経細胞に蓄積して細胞浮腫が起き、神経障害の原因となるとされています (図)。ARI はソルビトール産生を阻害することにより、神経障害の治療に働くと解釈されています。堀田先生は、早くからポリオール代謝について研究されており、ARI の臨床応用についても、多大な功績をあげられました。

エパルレスタットが臨床で使われるようになって 11 年が経ちました。今回の特別講演では、堀田先生に「糖尿病神経障害の病態と治療は今」と題して講演をおねがいしました。なお、堀田先生は、2002 年まで名古屋大学医学部教授を勤められた後、現在まで、中部労災病院の院長をされておられます。切手の収集家としても有名で、特に医療に関する切手を沢山所蔵されており、Diabetes Journal や「さかえ」等、多くの雑誌に切手と医療に関する連載もされておられます。講演中でも随所に切手が折り込まれていました。

糖尿病性神経障害は、有髄線維や無髄線維、そして神経線維の太さなど、どの神経線維が侵されるかによって、症状は多彩であることを示されました。そして、糖尿病性神経障害の診断法を示されましたが、振動覚 (感覚神経障害) と瞳孔機能 (縮瞳率: 自律神経障害) が有効な手段とのこと、さらに、質問票と簡単な身体診察からなる MNSI (Michigan Neuropathy Screening Instrument) が糖尿病性神経障害の評価には、神経の専門医にも劣らない診断率を示したことも紹介され、これを用いた「東海スタディ」の結果を示されました。

また、神経障害の発症リスクは、糖尿病の罹病期間、血糖コントロール状態のみならず、高血圧や高脂血症も関与しており、これらの治療も大切であり、特に神経細胞の変性前からの治療が大切とのことでした。そして、糖尿病の診断がなされた時点では糖尿病発症から 4 ~ 7 年は経っていること、さらに、糖尿病予備群の段階で既に神経線維の密度が低下していることも示されました。

ARI が臨床で使用されるようになってから 11 年が過ぎ、多くの臨床研究が行われ、その有用性が評価、蓄積されてきているとのことです。また、新たなポリオール代謝経路の亢進による神経組織等の障害の機序も判明してきているとのことです。これまでは、ポリオールの神経細胞への蓄積、そして浸透圧の上昇が神経障害を引き起こすと考えられていました。近年、ポリオール代謝経路の亢進により、一酸化窒素 (NO) の産生低下、プロテイン・キナーゼ C 活性異常、酸化ストレス、非酵素的糖化後期反応生成物 (AGEs) の産生など、種々の代謝以上が引き起こされ、これらの異常が相互に絡み合って諸障害を起こしていることが解明されてきたとのことでした (図)。さらに、この機序は、神経障害のみならず、網膜症や腎症にも関与していることも解明されつつあり、ARI の神経障害以外の合併症への効果も報告されてきているとのことでした。今後の展開が楽しみとの感触を得ました。(伴野祥一)

外来管理加算 (鳥取県内科医会だより No. 201)

「これじゃ、再診料を引き下げた方が良かった」等のブーイングが起きているこの加算、「医科点数早見表」から引用し、考察してみる。例により、変更、加筆等をしている。

具体的算定要件迄読むと、「再診料の小幅引き下げの方が良かった」のボヤキも納得出来るが、「診療本来の姿を具現化しただけじゃないか」と言われれば、正面からの反論は難しい。

元々、この外来管理加算は、再診料を引き上げただけでは、再診の多い科 (眼科、耳鼻科、整形外科等) を潤す結果になって、再診が少ない内科系各科に行き渡らないことを防ぐ意味で考えられ、従来は「内科加算」として「自動算定」されていた。

算定要件：外来患者で、慢性疼痛疾患管理、厚生労働大臣が定めた検査、リハビリ、精神科専門療法、処置、手術、放射線治療を行わない場合に限る、別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合に算定。

【編者注】上記記載表現はかなり難しい。右欄 (1) に、「外来管理加算は処置、リハビリ等を行わずに、計画的な医学管理を行った場合に算定出来る」と、簡単に載っている。これが分かり易い。

具体的算定要件 (1) 「微にいり、細にいり」要件が例示されており、自動算定が許されない内容となっている。具体的対話の内容例示が載っているので、一読しておく必要がある。

- (1) 丁寧な問診を行え、
- (2) 詳細な視・聴・打・蝕診を行え、
- (3) それを踏まえ、症状の再確認と、病状の説明、療養上の注意など

を懇切丁寧に説明し、

(4) 患者の療養上の疑問や不安の解消に努める。

具体的算定要件(2) 入室から退室迄が概ね5分を超えて、一貫した診察をした場合に算定可能。診療内容の要点を診療録に記載。合わせて、上記時間要件を満たした証拠も記載せよ。

【編者注】時間要件は、診療側はもとより、支払側までもが、「そこまで強いるのはどうか」の疑念を呈していたが、厚生労働省の「押し切り勝ち」となった。リハビリのように、「何時何分から何時何分迄」と具体的時間を記載するのは、何か屈辱的であり、侘しい。「5分以上は診たぞ」旨の記載が求められている。そして、それが推定出来るカルテ記載が必要となる。

算定上の注意：自動算定不可の項目は更にある。

(1) 外来管理加算は、標榜科に関係なく何科でも算定出来るが、他科で処置等をした場合は、元の科も算定出来ない。

(2) 往診した場合でも、上記条件を満たしておれば、算定可能。

(3) やむを得ない事情で、看護する者等から症状を聞いて薬剤を投与した場合、再診料は算定出来るが、外来管理加算は算定出来ない。電話再診も同様の扱いとなる。

【編者注】上記(3)の場合、症状等のカルテ記載を怠ると、「不診投薬」として、再診料そのものも算定出来なくなる可能性がある。具体的には、(1) 何時、(2) 誰から、(3) どんな方法(電話、直接等)で、症状等の聴取を行ったかも記載しておけば、無難。ただし、度重なると問題視される。

【編者注】厚生労働省は、「この算定要件を満たせば、自ずと時間当たりの診察患者数は限られる。これを超えた患者数で、外来管理加算が算定されていた場合、個別指導の対象になり得る」と恫喝的に、中医協で息巻いていた。言い換えれば、医療費抑制策の目玉として評価している。自画自賛と言うべきかも知れない。

【編者注】日本医師会代議員会では、「お薬だけ受診を容認した内容もある。お薬だけ受診の方が安ければ、お薬だけ再診を助長することになる」の質問があった。

【編者注】日本医師会代議員会で、「勤務医負担軽減財源の所で、厚生労働省から、『診療所再診料を下げるか、外来管理加算を見直すか』の二者択一を迫られ、苦渋の選択として後者を受け入れた」と執行部は回答した。

外来管理加算の事後検証(鳥取県内科医会だよりNo.202)

改定前の3月26日、厚生労働省は平成20年度改定の結果検証9項目の案を中医協の診療報酬改定結果検証部会に提示した。

日本医事新報（4380号、2008.4.5）から引用。

（1） 病院勤務医の負担軽減の実態

（3） 外来管理加算、意義付けの見直しの影響

この内、（3）に関しては、「厚労省の試算通り240億円の財源が生み出せたかを是非調べて欲しい」の意見が出た。調査の実施は秋以降となる。

【編者注】単なる悲鳴だけでは、見直しにならない。見込みを上回る過剰な削減効果等、患者が蒙った「迷惑」等の検証を、診療側も用意しておく必要がある。

（ I.Nagashima ）