

創立
30
周年記念誌

石川県臨床内科医会

目 次

1 挨拶

「創立30周年記念誌発刊のご挨拶」 会 長 洞庭 賢一… 1

「石川県臨床内科医会創立30周年にあたって」
日本臨床内科医会 会 長 猿田 享男… 2

2 石川県臨床内科医会30周年に当たって

「インフルエンザ研究の奇跡」 名誉会長 岩城 紀男… 3

「30年の歩みを振り返って－第24回日本臨床内科医学会の開催－」
名誉会長 近藤 邦夫… 5

「30周年にあたって」 顧 問 林 清次… 7

「創立30周年記念誌」 顧 問 西村 邦雄… 8

「臨床内科医会のこれからの重要性」 副会長 高田 重男… 9

「能登地区の活動と雑感」 副会長 円山 寛人… 11

「学術講演会を企画して」 副会長 東野 朗… 13

「臨床内科医会は内科診療のゴールド・スタンダードを示してくれる」
副会長 永井 幸広… 18

「30歳になった「石臨内」と私」 理 事 安田紀久雄… 19

「30周年に当たって」 元事務局 西尾 幸栄… 21

3 記念講演

「日本臨床内科医会の現況と展望－日本臨床内科医会の臨床研究－」
日本臨床内科医会 会 長
慶應義塾大学 名誉教授 猿田 享男… 23

4 活動報告

「中央地区研修会活動報告」	理 事 横井 正人…	31
「石川県臨床内科医会30周年にあたり」	理 事 竹田 康男…	32
「日本臨床内科医会学術部会誌編集委員会－活動報告－」	理 事 坂東 琢磨…	33
「県民公開講座 禁煙フォーラム石川の歩み」	理 事 西 耕一…	34
「教養講座－日本酒編－を開催して」	監 事 上田 良成…	36
「教養講座 ワイン編」	副会長 東野 朗…	38
「親睦会」	理 事 沖野 惣一…	40

5 第24回日本臨床内科医学会（平成22年10月10日・11日）	41
----------------------------------	----

6 歴代会長・副会長名簿	49
--------------	----

7 石川県臨床内科医会 役員名簿	50
------------------	----

8 石川県臨床内科医会・日本臨床内科医会のあゆみ	51
--------------------------	----

9 10年間の研修会報告（中央地区・加賀地区）	60
-------------------------	----

10 復刻版 石川臨内報第52・53号	
---------------------	--

特別企画 石川県臨床内科医会「座談会」	79
---------------------	----

11 編集後記	理 事 鍛冶 恭介…	95
---------	------------	----

創立30周年記念誌 発刊のご挨拶

会 長

洞 庭 賢 一



30周年記念誌を発刊するにあたり、一言ご挨拶申し上げます。これまで10周年、20周年の区切りに記念誌が発刊されております。今回はちょうど会長職を拝命している関係で、この記念誌発刊のご挨拶を書くことになりました。

この様な記念誌を発刊できた事は、この10年で多くの先輩方、また現役員の先生方が活発に公益的な事業、また会員のための様々な会を企画・運営していただいたからに他なりません。まさに石川県臨床内科医会の力そのものであると思っております。この10年はまさに医療・介護の激動の時代であり、その中で患者さんのため、ひいては地域医療を守るため、我々石川県臨床内科医会の先生方が果たした役割は大変大きなものがあります。その10年の軌跡がここにつづられています。

さて本誌の企画には編集委員長の鍛冶恭介理事、総務の横井正人理事にご尽力いただいたこと、重ねて御礼申し上げます。また本誌の内容では、20周年から後の10年につき安田紀久雄理事におまとめいただきました。またこの間の大きな事業として第24回日本臨床内科医学会（平成22年、近藤邦夫名誉会長）、インフルエンザ研究（岩城紀男名誉会長、日本臨床内科医会特任常任理事）、中部ブロック会議（西村邦雄顧問）、また長きにわたり事務局をしていただいた西尾幸栄様にもご執筆いただきました。現在展開中の事業である、禁煙フォーラム、親睦会、中央地区研修会、加賀地区研修会、教養講座など盛り沢山の内容になったことはうれしい限りです。

本誌が過去30年の記録としてだけでなく、次の10年に向けた指針となれば幸いです。

石川県臨床内科医会 創立30周年にあたって

日本臨床内科医会 会長

猿 田 享 男



石川県臨床内科医会が創立30周年を迎えられましたこと、誠におめでとうございます。日本臨床内科医会は、1975年に日本内科学会が、京都大学医学部内科学の脇坂教授が会頭として開催された際、当時京都内科医会の会長であられた高島雅行先生と話し合われて、内科臨床の第一線で頑張られている先生方が、一層活躍でき、しかも内科臨床と直結する会があってもよいのでは、ということで「臨床内科医の集い」が創設され、それが前身となって、1985年に名古屋市で正式に日本臨床内科医会が誕生したと、伺っています。それゆえ、創立30周年を迎えられた石川県臨床内科医会は、日本臨床内科医会の創設後すぐに誕生した伝統のある臨床内科医会であられます。これまでの石川県臨床内科医会の活動状況を過去の記録から辿らせていただきますと、日本臨床内科医会の創設の理念をしっかりと把握して活動されてきておられ、敬意を表します。

石川県臨床内科医会のしっかりした組織や人事体制、さらに事業計画の内容等を拝見させていただきますと、日本臨床内科医会の会員の皆様が求められている、医学・医療の最先端の知識や技術を届けるべく、多くの講演会や研究会が実施されておられます。また、会員の皆様方にとって大変重要な保険関係の最新情報もしっかりと知らされているほか、日本臨床内科医会が実施している、公益事業や学術研究に多くの会員の方が参加して下さっており、大変嬉しく思っています。

平成22年には、現在石川県医師会長の近藤邦夫先生が会長として日本臨床内科医学会が金沢で開催され、格調高い学会であり、私はまだ顧問の時でありましたが、講演会を楽しませていただいたことをよく覚えております。

現在の石川県臨床内科医会の会長であられる、洞庭賢一先生には、日本臨床内科医会の常任理事として、医療社会部の公益事業委員会の委員長としてインフルエンザ研究班の活動、禁煙運動や感染症対策等で大変御活躍いただいております、さらに、調査研究委員会の副担当としても御健闘いただいております。

石川県臨床内科医会が創立30周年を1つの節目として、これからも一層御発展下さることを願っております。

インフルエンザ研究の奇跡

名誉会長

岩 城 紀 男



インターネットの威力

日本臨床内科医会の活動はその頃低迷していて、それを打破するため1999年に第三代の後藤由夫会長が就任し、学術活動を通じて本会の活性化を図る方針を掲げた。丁度その時に私は常任理事に抜擢され、大学人に負けない学術的研究を負託されていた。そして考え着いたのが毎年冬になると大流行し、必ず我々の診療所に治療を受けにくるインフルエンザであった。当時前橋市医師会インフルエンザ研究班が1987年に発表した「ワクチン非接種地域におけるインフルエンザ流行状況」（前橋レポート）が反響を呼び、予防接種は効果なしという風潮が蔓延し、1994年に任意接種に切り替わり、全国的に小学校児童に対するインフルエンザ予防注射が中止された。インフルエンザワクチンは本当に効かないのか？

2000年の晩秋のある日、当時インターネット委員会担当常任理事であった私あてに、委員有志でインターネットを利用したインフルエンザ研究を立ち上げたい旨、岐阜の河合直樹氏から電話があり、即座にOKを出した。彼は岐阜市医師会のコンピューターを駆使し、データベースを組み上げ、早速ワクチン接種群、非接種群の前向き症例を会員有志から募集したところ、3週間であつという間に1万例あまりが収集された。このように大量データの集積と迅速な解析が可能なインターネットの威力は絶大であった。

時の運に恵まれて

研究のスタート時にいくつかの幸運に恵まれた。2000年に65歳以上のインフルエンザワクチンの公的接種が始まり、多くのワクチン症例が集まった。また1999年よりインフルエンザ迅速診断キットが保険適用となり、外来で精度の高い診断が可能となり、2000年には抗インフルエンザ薬（タミフル、リレンザ）が世界に先駆けて保険適用となった。そのため診療所における診断と治療体制が整い、世界に類を見ないインフルエンザ臨床症例データを蓄積、解析することが可能となった。その結果年齢によっては必ずしも38度以上の発熱は必定ではない事など、これまでのインフルエンザの診断基準や臨床像を塗り替えてしまった。

特筆されるCID誌掲載

これらの大量のデータを纏め、国内および国外の欧米医学誌、国際学会等で数多くの論文を発表し、この分野における確固たる学術的橋頭堡を築き上げた。中でも河合直樹班長の超難関の感染症専門誌Clinical Infectious Diseases (Impact Factor 9.2) への挑戦は見事で

あった。Full Paperとしては3本、Correspondenceも併せると6本目で、C I D採択率は14%になる。特にC I D誌2006年8月15日号（2003-2004, 2004-2005年のA型・B型におけるOsetamivirの有効性比較）論文に対し、Prof. Baum (Beth Israel Medical Center, New York) によりEditorial Commentaryとして2ページに渡り「The study participants should be applauded...」（研究参加者は賞賛されるべきだ…）など異例の賛辞が寄せられ、症例の多さ、ネットワークを使用した研究の先進性が絶賛された。

Clinical Infectious Diseases(CID)誌2006年8月15日号
（2003-2004,2004-2005年のA型・B型におけるOsetamivirの有効性比較）

A Comparison of the Effectiveness of Osetamivir for the Treatment of Influenza A and Influenza B: A Japanese Multicenter Study of the 2003-2004 and 2004-2005 Influenza Seasons

Naoki Kuroki,^{1,2} Hideyoshi Ikematsu,^{1,2,3} Maria Inoki,¹ Tatsunori Maeda,¹ Isaka Saiki,¹ Nobuo Hirata,¹ and Seishiro Kamimura²

¹Japan Physicians Association, Tokyo, and ²Department of Clinical Research, Hirodo Hospital, and Yukuoka Red Cross Hospital, Yukuoka, Japan

[See the editorial commentary by Baum on pages 445-6]

Background. To compare the effectiveness of osetamivir for treatment of influenza A and B, a prospective, multicenter study of the 2003-2004 and 2004-2005 influenza seasons in 3331 patients in whom influenza had been diagnosed by use of an antigen detection test kit.

Methods. Osetamivir was administered to 1618 patients with influenza A and 1483 patients with influenza B. No anti-influenza drugs were administered to 21 patients with influenza A or to 27 patients with influenza B. Patients receiving osetamivir therapy were divided into 4 groups according to the time between onset of symptoms and administration of the first dose of osetamivir (0-12 h, 13-24 h, 25-48 h, and >48 h). The patients were also divided into 4 subgroups on the basis of age (0-6 years, 7-15 years, 16-64 years, and ≥65 years). Virus isolation was performed after completion of osetamivir therapy for 44 patients with influenza A and 31 patients with influenza B.

Results. The duration of fever was significantly shorter for patients with influenza A and B with osetamivir than for patients who were not treated with an anti-influenza drug ($P < .001$). For patients with influenza A, the duration of fever was significantly shorter for patients with influenza A for the 0-12 h, 13-24 h, and 25-48 h groups ($P < .001$) and for all age groups ($P < .001$). After 4-6 days of osetamivir therapy, the virus isolation rate (51.6%) was significantly higher than the influenza A virus isolation rate (14.1%) and the influenza B virus isolation rate (10.6%) in both the osetamivir-treated and osetamivir-not-treated groups.

EDITORIAL COMMENTARY

Osetamivir and the Influenza Alphabet

Stephen E. Baum
Beth Israel Medical Center, New York, New York

[See the article by Kuroki et al. on pages 439-44]

The recent emergence of avian influenza with its attendant high mortality rate, and the resurgence of influenza in the United States, have focused attention on the need for effective influenza therapy. Influenza A was dominant in 1618 patients, and influenza B in 1483 patients. The mean onset of fever and initiation of therapy was 24 h after onset of symptoms, and the time after initiation of therapy at which the temperature returned to normal was recorded. The patients with influenza A and B who were treated with osetamivir had a significantly shorter duration of fever than those who were not treated with osetamivir. The age of patients receiving osetamivir was significantly younger than that of those who were not treated with osetamivir. The duration of fever was significantly shorter for patients with influenza A and B with osetamivir than for patients who were not treated with an anti-influenza drug ($P < .001$). For patients with influenza A, the duration of fever was significantly shorter for patients with influenza A for the 0-12 h, 13-24 h, and 25-48 h groups ($P < .001$) and for all age groups ($P < .001$). After 4-6 days of osetamivir therapy, the virus isolation rate (51.6%) was significantly higher than the influenza A virus isolation rate (14.1%) and the influenza B virus isolation rate (10.6%) in both the osetamivir-treated and osetamivir-not-treated groups.

私たちのCID誌論文にEditorial Commentary by Prof. Baum (Beth Israel Medical Center, New York) が2ページ掲載

この中で「The study participants should be applauded...」（研究参加者は賞賛されるべきだ…）などEditorial Commentaryとしては異例とも言える最大級の賛辞が寄せられ、症例の多さ、ネットワークを使用した研究の先進性も絶賛されている。

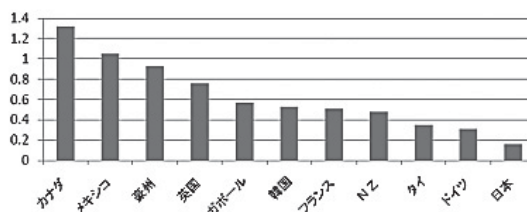
インフルエンザ診療マニュアルの貢献

2006年当時、一部の上司の反対を押し切って第1版を発刊した。その後も年毎に季節性インフルエンザの流行の変容が見られたため、毎年これを発刊し第9版（2014-15年版）を数え、通算126万6千部に達した。この冊子はevidence-based medicineであり、いまや我が国の事実上のインフルエンザ・ガイドラインにもなっている。先般、世界は日本の新型インフルエンザの死亡率の低いことに驚愕したが、このマニュアルが今後も世界をリードする我が国のインフルエンザ診療のレベルの高さに寄与することを願ってやまない。

新型インフルエンザの死亡率の各国比較

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	シンガポール	韓国	フランス	NZ	タイ	ドイツ	日本
集計日	2/13	4/10	3/12	3/12	3/14	4月末	5/14	—	3/21	—	5/18	5/26
死亡数	推計 12,000	428	1,111	191	457	25	257	312	20	225	255	199
人口10万対死亡率	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.57	0.53	0.51	0.48	0.35	0.31	0.16
PCR	—	全例	—	—	—	全例	全例	160名はPCRで確定	—	全例	—	184名はPCRで確定

※尚、各国の死亡数に際してはそれぞれ定義が異なり、一概的に比較対象とならないことに留意が必要。



出典：各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

25

30年の歩みを振り返って —第24回日本臨床内科医学会の開催—

名誉会長

近 藤 邦 夫



創立30周年、誠にありがとうございます。先人たちが、会員の連携、地域医療の充実、内科医の生涯教育等々の課題をしっかりと取り組んだ歴史がこの30年の歩みであると考えております。昨今、非常に厳しい医療環境ではありますが、会員の先生方が、地域医療をしっかりと支えいただいていることに心から感謝申し上げますとともに、この記念すべき年、洞庭賢一会長のもと、役職員の方々が一致団結して、強力な、機能性の高い、臨床内科医会として大きく飛躍している姿を見させていただき、大変喜んでおります。

さて、石川県臨床内科医会はこの30年の間に2回の全国大会を金沢で開催することができました。第9回（平成7年9月23日、24日）、24回（平成22年10月10日、11日）の全国大会です。この2回の全国大会の開催は、小さな県ですが、会員がしっかりと結束して成し遂げた結果だと確信しております。

第9回の大会は、梅田俊彦先生が会長の時に、金沢文化ホールと金沢ニューグランドホテルを会場に行われました。私も演題担当で会場を走り回っていたことを懐かしく思い出されます。当時222名の会員が協力して、全国から1,100名もの参加者があり、記念品が足りなくなり後日郵送したことは忘れられない思い出です。

それから15年後に、第24回の日本臨床内科医学会が開催されました。そのきっかけは、私が石川県臨床内科医会の会長に就任してまもなく、理事会を開催しているときに、前会長の岩城先生からお電話があり、「石川県で、全国大会をやらないか？」とのお誘いをいただきました。会長就任直後ではありましたが、すぐに理事の先生方にお諮りして、「やりましょう」と力強いご賛同をいただき、準備に入った次第です。準備委員長を現会長である洞庭先生にお願いして、大変助けていただきました。

当時は、小泉政権が聖域なき構造改革の名のもとに、非常に厳しい医療費抑制政策が行われ、地域医療崩壊の真ただ中でありました。北陸も地域医療崩壊が加速度的に進行しており、その地域医療崩壊の阻止、地域医療の再生が大きな課題となってきました。その後、政権が代わり、日医の執行部も大きく変わり、変化を期待していましたが、未だ日本の医療の進むべき道が見えてきませんでした。理事会でもご議論いただき、このとき大切なのは更なる医師集団の結束・団結であり、専門職能集団として力を発揮するには多くの医師の協力が不可欠である。その中でも大切な団結のキーパーソンとして、地域医療の中心的役割を担っている我々内科医の結束が特に重要であることを提案させていただきました。議論を重ね、テーマを、「未来の日本の医療を考えよう—内科医の結束を—」といたしました。もう一

つは、新たな取り組みとして北陸3県の臨床内科医が協力して、北陸4つの医学部の先生方の教育講演等の企画を行う初めての試みでした。その後、富山、福井、石川の3県の内科医が協力して開催する運びとなり、役員の先生方には大変なご活躍をしていただきました。当時の若栗宣人富山県内科医会会長、島田政則福井県内科医会会長には心から感謝を申し上げます。座長をはじめ、数多くの役割を3県の役員の先生方にご担当いただき無事滞りなく終了することができたことは、これからの様々な事業を行うための、大切な取り組み方法の一つではないかと考えさせられました。

懇親会では、城下町加賀百万石の文化に触れ、楽しんでいただけるような趣向を用意し、芸妓衆の踊りや素囃子、バイオリン演奏、そして秋の金沢の山海の幸、北陸3県の銘酒を取り揃えて、ゆったりとした時間を味わっていただけたのではないかと考えております。その後全国の先生方から金沢での大会が高く評価されており、これも一人一人の先生方の力の結集の結果だと感謝しております。全国からの参加者は、同時期に「ねんりんピック」が行われたにもかかわらず、全国から1,150名の参加者がありました。

この第24回臨床内科医学会の開催は、我々会員にとって大変な労力を有しましたが、それ以上に楽しみ、充実感をいただいたように思っております。そして何よりも、石川県臨床内科医会としてしっかりと結束できたことが一番大きな収穫であろうと確信しております。地域医療のキーパーソンは、我々臨床内科医であります。これから地域医療構想、地域包括ケアシステムの構築、医療事故調査制度など、様々な課題が山積しております。先生方の働きが、ますます重要になってまいります。30年の節目の年を迎えて、洞庭会長のもと、さらなる発展を期待しております。

30周年にあたって

顧問

林 清 次



石川県臨床内科医会が昭和61年に発足して30年とのこと誠におめでとうございます。

私は、昭和の終わり頃開業、その後5～6年してから本会へ入会したように記憶しています。元来が不精者で、誘われ仕方なく入会したように覚えています。当時加賀地区の副会長が見谷巖先生から金戸昭先生に交替された頃のように覚えています、思い違いがあるかもしれません。

加賀地区の年2回の懇親会には、能美、小松、加賀市の先生方がつどい、県からは近藤邦夫前会長や洞庭賢一会長にも出席いただき交流を深めました。勉強熱心な先生方が多く、啓発されることも多くありましたが、お互いの顔を覚えられたことがとてもよかったと思います。

この間、金戸先生が地区内科医会の為にご尽力されている姿を拝見していましたが、平成20年頃、亀田正二先生と私が地区代表の副会長に指名されました。以後、金戸先生の後を踏襲、時々の理事会の出席も思い出です。

平成22年の金沢での日本臨床内科医学会が一番の思い出です。準備の為に何度も会合もありました。地域医療に関するパネルディスカッションの取りまとめをお願いした、埼玉の城西大学の伊関友伸先生のもとへ、亀田先生と2人で訪問したことが懐かしく思い出されます。この頃、地域医療について私なりに考えさせられることも多くありました。

名ばかりの副会長でしたが、その後、東野朗先生にバトンタッチしていただき、今日、当時のことを感謝しております。

今後の石川県臨床内科医会のご発展を祈念しております。

創立30周年記念誌

顧問

西村 邦雄



日臨内ニュース編集委員長について

23年2月に、日臨内ニュース編集委員長の和田一穂先生が、常任理事に昇格することが内定したことに伴い、ニュース編集委員会で、小生が新編集委員長になることが内定しました。23年4月の総会で猿田新会長をはじめ日臨内新執行部がスタートすることになっていたのが、3月11日の東日本大震災のため、定期の総会が開催中止となりました。臨時役員会が4月10日に開かれ、それに引き続いて理事会開催、代議員会開催、総会開催と異例の進行で、会長・副会長・常任理事が決まりました。この経緯が第98号の日臨内ニュースに掲載されています。23年6月25日発行の第99号の日臨内ニュースの表示で、初めて編集人に西村邦雄と記載されました。和田先生について編集委員歴が長かったための人事の結果です。年に2回開催される編集委員会の司会進行、ニュースのゲラのチェック、総会・医学会の取材や調整が主な仕事です。一番困るのは、講演会取材担当予定の委員が急用で欠席した時の穴埋めとして、常時、総会・医学会に詰めていなければならないことです。医学会が開催されている地方都市での観光がまず不可能になりました。そのため懇親会のパーティー参加が一番の楽しみになっています。取材担当分野として文化人の特別講演を選んでいきます。講演内容を正確に伝えるために、演者の書いた本を買い求めることもしばしばです。このような機会がなければ読むことはなかった分野を知る良いきっかけになっています。後、2年は編集委員長を務められたら十分かなと思っています。

中部ブロック会議について

石川県臨床内科医会の副会長をしている時を中心に何回か参加しています。日臨内の会長・副会長および各県の会長・副会長・総務担当理事が参加しています。各県の現状と問題点、日臨内執行部に対する要望事項、会員増強の具体的対策などが話し合われます。毎年同じような内容の会議になるのですが、日臨内執行部と各県の執行部との意思疎通を活発化するには、必要不可欠な会議です。石川県で内科医学会を開催するための宣伝に、他のブロック会議に参加したこともよい経験でした。中部ブロック会議とは全く違う運営形態で行われており、地域により、いかに事情が異なるかを実感させられました。

中部ブロック会議で痛感したこととして、内科医会の各県における立ち位置です。静岡県では、内科医としての団体が3段階あり、石川県のように臨床内科医会が内科系の開業医の集まりの総まとめ的な機能を果たしていないという事実です。石川県のようになっている県は全国で3分の2くらいでしょうか。とても一本化することは、ありえないと思います。石川県で臨床内科医会が発足する際に、岩城先生・津田先生にはとても苦勞されました。とてもありがたいことであつたと感謝にたえません。

臨床内科医会のこれからの重要性

副会長

高 田 重 男



臨床内科医会との出会いは、金沢大学第一内科の助手になった時です。半田詮先生から臨床内科医会への入会を勧誘いただき、何度か講演会に出席させていただきました。

今回、石川県臨床内科医会30周年にあたり、原稿を書かせていただくことになりましたが、この機会に臨床内科医の重要性について述べさせていただきます。私が、医師となり第一内科に入局したのは、昭和49年です。この年は武内内科から服部内科への移行の年にあたります。武内教授は、内科の臨床医学教育に熱心であり、幅広い内科医の素養と、専門医としての能力の養成に力を入れられました。この内科医師養成の方針は、服部教授、小林教授、現金子教授へと金沢大学第一内科の伝統として受け継がれています。入局した当時は、医師の数も少なく出張病院では20～50人の入院受け持ち患者がいました。私は循環器が専門でしたが、消化器・腎臓・糖尿病代謝・呼吸器疾患のみならず、神経疾患や血液疾患も診療しました。その当時の内科の実力があれば、総合内科専門医の試験も余裕をもって合格できたと思われます。

その後、多くの大学で専門別外来が設置され、専門医志向が強くなっていきました。この流れは、大学院の部局化、講座制の見直し、教育と研究組織の分離など、文部科学省の方針と相まって、各専門内科別の診療科と専門医育成に重点が置かれました。このため、専門分野しか診られない医師が多く育ち、臨床の現場では混乱も見られました。私の専門分野の循環器でも、冠動脈などのカテーテル治療を専門として、医者は不整脈や心不全の治療ができないという極端な専門分化となりました。地域での一般病院での内科診療にも、いろんな不都合が出てきました。

その不都合を補てんするため、総合診療科が大学を中心に設置されました。しかし、当時の医療では、大学病院の役割は高度専門医療を担う病院であったため、総合診療科が十分機能しませんでした。その一方で、専門医の弊害から、総合的に診る医師の必要性や政策的な面で総合診療医が注目されています。

平成23年に厚生労働省が設置した「専門医の在り方に関する検討会」の議論を経て、平成26年5月に日本専門医機構が発足しました。専門医制度は基本領域とサブスペシャリティー領域の2段階制とする、専門医の認定は中立的第三者機関（日本専門医機構）で行う、第三者機関は研修プログラムの評価・認定を行う、総合診療専門医を基礎領域に位置付ける、という制度改革が行われることとなりました。内科については、移行措置はあるものの、平成37年には総合内科専門医のみとなります。その特徴としては、臨床経験を重視した点で、200例の症例と80疾患群の経験が要求されています。2段階部分との連続性についてはまだ日本専門医認定機

構からプログラムが示されておらず不明です。

新しい専門医制度は、医師の育成において大きな変革をもたらすと同時に、まだ解決されていない問題が多くあります。内科医にとっては、従来の第一内科が掲げてきた幅広い内科の素養と専門医としての能力の養成に合致するものです。これにリサーチマインドの修得が加われば理想の内科医像となります。

一方、かかりつけ医はどうなるのか？これまで、幅広い内科の素養をもった医師が地域医療を支えてきました。また、今回の制度で育成された内科専門医は、地域医療にとっても重要な役割を担うことが期待されます。しかし、今回の制度改革では、かかりつけ医は内科専門医の更新は不可能になると思われます。イギリスのG Pにおいても、G Pのみでは地域医療はできず、専門的医療を行うG Pも制度化されています。今回の制度では、総合診療専門医がかかりつけ医機能を担う制度設計にされているように思われてなりません。

われわれ臨床内科医は、これからの地域医療にどのような役割を果たすのか早急に考える必要があります。過疎地においては、総合診療専門医が重要かもしれませんが、その他の市町村では臨床内科医が中心となり、地域包括ケアシステムを構築していくことが妥当であります。臨床内科医会の在り方は、地域医療の在り方と直接に関連しています。会員とともに、この重要課題について議論し、新しい住民のための地域医療を実現する必要があります。

能登地区の活動と雑感

副会長

円 山 寛 人



この2015年は、新幹線が金沢まで開通し、東京がぐっと近くなった。それに伴い観光は勿論、医学においても首都圏との交流が深まり、加速度的レベルアップが期待される。

一方、今年は団塊の世代がついに高齢者となり、10年後には健康寿命を超えてしまう。それに向けて人口構成が大きく変わっていき、ついには2025年問題を迎えることになる。それと共に、医療環境も変容を余儀なくされる。

ところで、私は能登地区の副会長として平成26年に安田紀久雄先生（第三代、H. 18年～）からバトンを受けた。初代副会長は大森肇先生（S. 61年～）。二代目が村本信吾先生（H. 8年～、現在当会顧問）、現在、公立能登総合病院で勤務される傍ら「七緒の会（能登地域の糖尿病パスの会）」を牽引し、今なお臨床医の地域連携に精力的にご活躍中である。今年の第32回日本臨床内科医会総会では地域医療功労者表彰を受賞された。慶祝の極みである。ところで創立20周年記念誌（村本先生）にもあるように、当初活発であった活動もこの能登地区は地域が広く、かつ会員も30名ぐらいという事もあり、少しずつ低迷傾向にあった。

そこで、近藤邦夫会長・安田紀久雄副会長が新たにご就任された平成18年に、石臨内情報交換会 I N能登が初企画され、和倉温泉で開催となった。目的は、患者さんの生きざまに寄り添う臨床内科医としてのレベル向上と会員相互の理解・親睦を深めることにあった。第1回は医療制度改革関連法案や特定健診・特定保健指導の情報（小川純先生）、在宅診療所関連問題（魚谷浩平先生）のご講演に始まり、宴会では本音の語らい、趣味の披露、そして翌日のゴルフコンペ。参加者は梅田俊彦元石川県医師会長、近藤邦夫前会長、洞庭賢一現会長はじめ中央地区や加賀地区の先生方13名と能登地区10名の総数23名であった。

私自身、中央地区の役員の先生方と膝を突き合わせての会話はこの会が初めてで、顔の見える時を共有する大切さを改めて実感した。実に有意義な会で、これを能登・加賀交互に継続していこうということになった。I N能登の第2回は平成20年に開催された。この時の講演は保険診療と総合医問題について（魚谷先生・近藤会長・洞庭先生）だった。参加者は岩城紀男先生、升谷一宏先生を始め、役員の先生方を含め21名だった。

そして、このような研鑽と親睦を深める活動が、平成22年の第24回日本臨床内科医学会の石川県開催に繋がっていった。岩城先生の後押し、実行委員長としてまとめ上げた洞庭現会長や、近藤邦夫会長（当時）のリーダーシップのもとで石臨内会員が一つになった。その時は全国から1,100人余りのご参加があり、高い評価も頂いた。福井・富山県内科医会からのご協力も有難かった。

その他、能登地区の主な活動としては定期的で開催される「禁煙フォーラム石川」等中央地区への協働がある。

さて、日臨内の重要な活動として「臨床内科医に必要な知識・技術の習得とその生涯向上による社会貢献」がある。残念ながら当地区では石臨内主催の勉強会（講演会・研修会）はほとんど皆無である。しかしながら七尾市医師会、薬品メーカー、在宅連携推進会（中能登「あじさい会」、七尾市「ななお紫蘭の会」）主催・共催による勉強会の開催は多い。県医師会生涯教育カリキュラムコードに該当するものが相当数で、昨年度は約60回開催された。岩城紀男先生（インフルエンザ感染症）や高田重男先生（高血圧症）にも七尾でご講演いただいた。ただ、勉強の機会は多いものの、受講者の顔ぶれが比較的決まっている。いかにしてより多くの臨床内科系医師の参加を促すかが今後の課題である。

石臨内の活動広報・会員増員のためには、本会主催・共催による勉強会を能登地区で増やす事が望ましいであろう。また、勤務医との連携・一体化を図り、勤務医・開業医の新規入会による組織強化も求められる。

診療報酬関連についても、日本医師会や日本臨床内科医会との連携の下、より早い情報提供と現場の声を届ける機会を充実させたい。

いずれにせよ「会員であるメリット」を明確に打ち出すことが肝要である。

ところで、日本の人口動態推計では総人口は2030年をピークに下り坂に入る。しかし、今、増え続けている後期高齢者率はその後も更に増え続けるようである。これらの事は医療介護必要度の増加とそれを支える労働力および税収の減少を意味する。いわゆる2025年問題、この対策として医療病床の適正(?)化、平成30年からの要支援1,2対象者の施設通所の切り離しを含む地域包括ケアシステムの制度構築が進められている。そして社会保障費の更なる削減施策、マイナンバー導入（税収確保）など…かなり急いでいるようだ。

この地域包括ケアでは、社会を構成する各々が地域の特性を鑑み、協働しなければうまくいくまい。ただ、私達が大きくかかわる医療介護については、医師が、とりわけ臨床内科系医師がその中軸を担うことになるであろうし、さもなくばこのシステムはうまく稼働しないと思われる。患者さんにとって大変重要なこの時期に、近藤邦夫前会長に石川県医師会長を続けて頂けた事は石臨内にとっても大きな支えである。

一会員として臨床内科医であることの誇りと責任を再確認した節目の年であった。

結びに、創立当初から本年30周年を迎えるまでご尽力を戴いた関係各位に敬意を払うと共に、今後益々の日本臨床内科医会および本会の発展と、病める方々の心に寄り添う医療の更なる充実を衷心より祈りたい。

学術講演会を企画して

副会長

東 野 朗



小松市医師会の学術講演会の企画を担当して、早や15年になります。小松市医師会の学術講演会は臨床内科医会の研修会を兼ねています。平成12年に担当になった当時は学術講演会とは名ばかりで、製薬業者の自社製品の宣伝の場となっていることが多く、企画も業者が一方的に持ってくるのが習慣となっていました。

ひどいときには共催メーカーの製品の優位性を連ねた、あてにならない、そして自分のスティーではなく他所から持ってきた大量のデータをスライドに流し、共催企業の製品名を連呼する演者がいたこともありました。そのあとには、お決まりの営業所長の長々としたご挨拶に立食パーティーです。

この様な講演会では参加者が少ないのは当たり前です。

多忙な診療後の貴重な時間を製薬業者の宣伝を聞くために時間を割く方が少ないのは当然だと思いました。現実には先輩先生方にも同様な指摘を受けお叱りもいただきました。

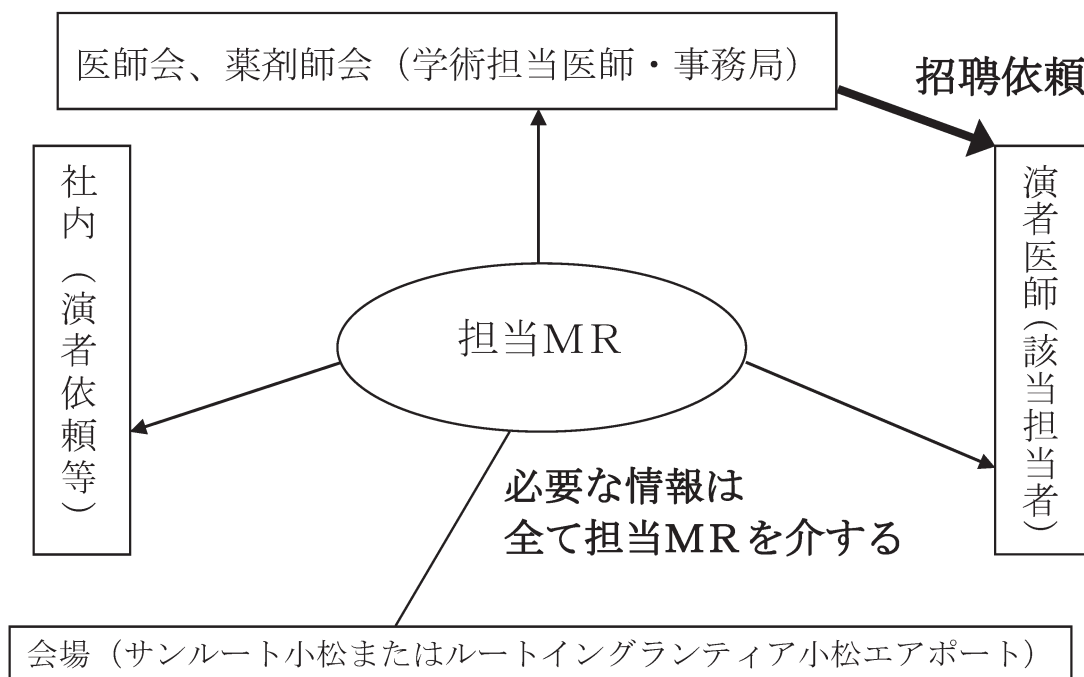
そこから学術講演会の内容、システムの改善に取り組み始めました。当然スポンサーである共催企業はあくまでも自社製品の売り上げを増やすことが究極の目的です。一方、聞きにくる方々は最新のそして中立的な医療情報を求めています。ですが一方的に共催企業にこちらの要求を突き付けても、共催に応じてくれる業者はいません。お互いに膝を突き合わせて何度も話し合い、お互いの利益、目標をすりあわせ歩み寄り、講演内容、演者を決めていかなければなりませんでした。まずは参加者を増やさなければ、全国から著名な演者を招聘できません、その逆に著名な演者を呼べれば参加者が増えます。

講演内容が中立的であれば参加者は増えるが共催企業の製品が売れるとは限らない、講演会後に共催企業の製品の売り上げが増えないと次回から共催をお願いできません。

色々と相反する問題を解決していかないと理想に近い学術講演会は企画できないことを思い知りました。

その過程で何人ものやる気のある有能なMRと巡り合い、また協力を得ることもでき、その結果として共催企業の担当者に対する講演会の企画運営マニュアルを作成することができました。以下にお示しするのがマニュアルです。

準備に関する行動モデル図



準備を円滑におこなう手順

- ・ 医師会（学術担当医師）との打ち合わせ
～「テーマ・演者」の慎重な選定、日程確定、事務局連絡
- ・ 社内でのコンセンサスの徹底
～「演者」担当課所への連絡体制構築、社内調整
- ・ 会場への日程連絡・準備の徹底
～会場レイアウト、垂れ幕、控室、等々準備事項
- ・ 案内方法の綿密な準備
～案内状完成→配布開始時期の決定、卸・医師会への案内協力依頼

演者の選定／テーマ決定の注意点

- ・ 会社選定リストの持ち込みによる医師会学術担当医師との話し合い
- ・ テーマ→演者、演者→テーマ、2通りのアプローチ有り
 テーマ→：医師会学術担当医師より要望聴取
 －具体的な演者の提案
 演 者→：演者が講演できるテーマの提案
 －演者研究テーマの提示（最近の論文等の抄録）
- ・ 日本医師会生涯教育の単位とカリキュラムコード取得のテーマも考慮

会社対応（演者依頼・医師会依頼）

・演者依頼

- －具体的な日程の2、3日を演者側へ打診（できるだけ木曜日で）
（講演会実施課所長→演者担当課所長）

・医師会依頼

- －講演会日程・演題・演者の連絡
（決定次第、すぐに）
- －演者への招聘状有無の確認、医師会からの招聘状が必要
医師会に作成依頼

会場への対応について（注意点）

・講演会実施日の会場確保（仮押え）

- －講演会実施日（予定）決まり次第、サンルート小松に電話し会場確保（サンルートが取れなければ、ルートイングランティア小松エアポート、石川県こまつ芸術劇場うららも可能）

・会場（講演会場、控室）の十分な時間確保

講演会場；17：00～21：30、控室；17：00～21：00

・会場レイアウト／見積り作成・提出依頼

レイアウトについては会場の広さに応じた席数等

・飲食物の手配、当日他会場の催し確認

※控室のコーヒーやお茶（出す時間の指定）軽食は不要

※隣室での騒がしいイベントが無いかの確認、要徹底

・垂れ幕作成依頼

- －案内状を渡し、演者・演題名を入れた垂れ幕の原案を作成してもらう

医師会学術担当医師との連絡・確認・打ち合わせ

・連絡事項（順に）

演者の決定→演題の決定→演者の行程スケジュール→案内状作成および送付時期→参加医師数見込み→講演会終了後、出席人数の報告

・確認事項

演者講演後の会食の有無（医師会主催の慰労会など）配布する案内状、案内状配布開始時期等

・打ち合わせ事項

講演テーマ（決定まで）、座長決定、案内状作成

・演者への講演内容の抄録の依頼と提出

講演内容の簡単な抄録を前もって依頼し終了後なるべく早く学術担当医師と小松市

医師会事務長に提出する（会誌に掲載のため）

案内状の作成、案内方法

- ・演題未定であっても仮の演題で、まずひな形を作成し、医師会学術担当医師に渡す
- ・演題確定次第、配布用原稿を作成し上記と同様に医師会学術担当医師に渡す
- ・学術担当医師に配布開始時期を確認し、MRの手撒および取引卸による案内を実施
- ・医師会にも提出、医師会報と同封してもらう
- ・最終的には、1ヶ月前・2週前・1週前・前日・当日と配布のテンションを上げていく
配布状況は出席医師数見込みとともに学術担当医師に報告

卸・医師会・薬剤師会への対応

- ・学術担当医師所属施設の取引卸と連動
 - 一案内状作成、配布に関する打ち合わせ
 - 一出席医師数確保に向けた協働作業
- ・取引卸への案内状配布依頼（開始後速やかに）
- ・医師会への伝達・確認事項
 - 一講演会実施日・演題・演者・座長
 - 一演者招聘依頼状作成依頼
 - 一日医生涯教育研修単位・カリキュラムコード・臨床内科医会研修単位
 - 一医師会報郵送時期の確認、医師会配布枚数の確認
- ・薬剤師会担当者に講演日時内容を連絡し手続きをしてもらう

講演会当日に関する注意点

- ・案内状配布（「本日開催」スタンプ付）
- ・演者担当者との連絡、演者行程状況確認
- ・会場入り（早め）、垂れ幕・レイアウト確認
- ・控室および会場の飲食物配布の徹底
- ・受付一医師会・薬剤師会と分ける
- ・講演会設営メーカー担当者の会場駐車位置
 - 一会場入り口から一番遠くに置く

最後に…

- ・講演会の成功への秘訣
 - 手順の確認、着実な遂行、創意工夫、熱意!!
- ・やって終わりではない
 - 出席された先生へのフォロー、良い話を聞いたとの反響→処方獲得・実績が得られ

てこそホンモノ

- ・最終的な実績確保をどうとらえるか

医師会・出席された先生・座長・演者と共催メーカーとのさらなる信頼関係の構築が第一義

このマニュアルを各企業にお渡しして協力を求めています、今では各製薬企業が勝手に利用しているようです。

最後に2012年に発覚したディオバン問題に端を発した製薬企業と医療界との関係問題が暗く講演会の企画にも影を落としています。

グラクソ・スミスクラインは早々に本社の指示で日本での講演会共催の禁止を表明し、武田薬品はブロプレスの不適切広告問題のため、本年10月より講演会への協賛中止を打ち出しました。

以前よりこのような事態に至ることを皆様もある程度予想していたことと思います。そのためにも中立的な講演会を志していたのに残念です。

今後の厚生労働省、製薬業界、医療界の動きがどうなるかが、今後の学術講演会の企画に大きな影響を与えるのは必至です。今後の医療界と製薬業界の健全な発展を祈念し終わりとします。

臨床内科医会は内科診療の ゴールド・スタンダードを示してくれる

副会長

永井幸広



石川県臨床内科医会が30周年を迎えられたこと、誠におめでとうございます。小生は昭和61年卒ですから、本会はそれよりも前からスタートしていることになります。当然ながら本会の発会の経緯やその発展に関する内容は、本会の20周年記念誌や医報を通じての知識であります。諸先輩方のご苦勞は計り知れないものがあつたと存じます。

臨床内科医会は禁煙事業、インフルエンザ研究など多くの公益事業を展開しており、とりわけ岩城先生が中心となっておられるインフルエンザ研究は、国外でも高く評価され、日常診療では欠かすことのできない情報源となっております。また後藤由夫先生が書かれた糖尿病神経障害に関する臨床研究の論文は、日本糖尿病学会でも広く引用される貴重な報告です。猿田享男先生が取り組まれた、本邦における原発性アルドステロン症の実態調査、富山県の内藤毅郎先生が中心となられた慢性腎臓病の実態調査は、貴重な成果であり、今後の内科診療に大きなインパクトを与えるものと確信しております。

小生も数年間、会誌編集委員を務めさせていただきました。編集委員会は年4回東京で開催され、投稿論文の査読や「目で見えるページ」、「日進月歩」を数回担当いたしました。委員の先生方は非常に真摯な態度で論文に向き合っておられ、質の高さを実感いたしました。また会誌の論文内容はすべて実臨床に沿ったものであり、内科診療を行っていく上でゴールド・スタンダードを示してくれるものと思われます。実際に臨床内科医会が発刊された「内科臨床実践マニュアル」、「内科処方実践マニュアル」は痛いところに手が届く内容が非常に多く記載されており、内科研修医にも是非とも読んでいただきたいと思います。

本会も中央地区ならびに加賀地区で研修会を実施しております。他の講演会とは異なり、実臨床に即した内容の講演を演者の先生方をお願いしており、大変勉強になる会と思っております。多くの先生方のご参加をいただき、日常診療にお役立ていただければ幸甚です。

以上のような点からも内科を標榜される先生方は是非とも本会にご入会いただき、情報を共有化され、日常診療に活かしていただきたいと思います。

「養え医の心、磨け医の技、日臨内」

30歳になった「石臨内」と私

理 事

安 田 紀久雄



「石臨内」様、30歳のお誕生日、おめでとうございます。一家の大黒柱としてこれからもますますご活躍されますように祈念しております。

今回、30歳の記念誌がでるということで、この機会に、あなたのあゆみと私との関わりについて振り返ってみることにしました。

中央では、昭和50年に全国臨床内科医の集い「第1回全国臨床内科医連絡協議会」が開催され、以後、毎年日本内科学会総会にあわせて行われてきました。

昭和60年に、第11回全国臨床内科医会連絡協議会総会が第1回日本臨床内科医会総会として登録されました。石川県でもこれに呼応して、昭和61年に、ついにあなたが誕生したのでした。これは、それまであった金沢内科医会を発展的に解消して、加賀と能登からも参加を得て、総勢222名の会員で3月に第1回の石川県臨床内科医会総会が開催されたのです。初代会長には永田良作先生が就任されました。

私はその3年後の平成元年に父のやっていた中能登町の安田医院へ五代目として赴任しました。田舎の診療所では患者さんは看板など見ないでこられます。そのため、情報は広く、そしてある程度深く収集することを余儀なくされます。そのときに臨床内科医会の中央地区講演会の案内をいただきました。なかなか興味ある演題が記載されており、是非参加したいと思いました。そのためには臨床内科医会の会員にならねばならないものと勝手に決めつけ、電話で参加を申し込んだのでした。思えば、この誤解が以後の私とあなたとの「腐れ縁」(失礼!)のはじまりなのでした。

能登地区は会員数が少ないこともあり、入会するとまもなく、なにもわからないまま理事に就任させられました。そして、あれよあれよと言ううちに、平成7年に金沢で全国学会である「第9回日本臨床内科医学会」が開催されたのでした。梅田俊彦先生が会長で、文化ホールで行われました。私は雑用係としてあちこちうろろしていましたが、強く印象に残っているのは、想定外の参加者数でパンフレットなどが足りなくなり、後日郵送することになったことと、五木寛之氏の「こころの風景」と題する、しみじみとした講演を聴いたことでした。前者はうれしい誤算ではありましたが、金沢が魅力あるブランドネームとして浸透していることのあらわれなのでした(これは、北陸新幹線が開通した今、なおその感を強くしています)。

平成8年に、能登地区副会長として能登総合病院の村本信吾先生が就任、平成10年には三代目の会長として岩城紀男先生が就任されました。これ以後、あなたは禁煙活動へ力を入れ、平成13年から「禁煙フォーラム」を継続的に開催することとなったのです。禁煙へのあなたの貢

献は多大であり、30年の歩みの中でも特筆すべきものと思われます。

さらに、あなたはこれ以後、糖尿病の末梢神経障害の実態調査や重要な臨床データの集積に尽力してゆきました。

平成18年には近藤邦夫先生が会長に就任されました。わが能登、穴水の出身で、高校の先輩にあたり、私が最も尊敬する先輩の一人であります。そして、あろうことか、私は村本先生のあとを受けて、能登地区副会長に就任したのでした。

能登地区の活性化をめざして、肩に力が入り、会員の増強をめざして多くの先生に臨床内科医会への参加を呼びかけました。数名の先生に入ってくださいましたが、それ以上の活性化につながらず、自身、臨床内科医会にいることの意義を見出せず、一時退会を申し出たのでした。しかし、近藤先生は直接私に電話をくださり、なんとか一緒にやってゆこう、と言われました。尊敬する近藤先生からの直接のお電話に舞い上がり、「はい、喜んで」と答えてしまったのでした。

近藤先生は会員間の交流が重要との認識から、加賀と能登で情報交換会を企画され、私も和倉温泉や加賀温泉での会に参加しました。今では多職種の会などでは顔の見える関係を築くために「飲み会」が重要との認識が当たり前になっていますが、当時の交換会もそのとおりで、加賀地区や中央地区の先生方との関係がホットなものになったことはいまでもありません。また、会員の活動には家族や従業員の協力も重要とのことで、会員親睦会も開催されました。これは今でも継続していますが、毎年楽しく盛り上がっています。

そして、いよいよ平成22年秋に、「第24回日本臨床内科医学会」が再び金沢で開催されることとなったのです。「未来の日本の医療を考えよう、内科医の結束を」をテーマに、石川県立音楽堂とホテル日航金沢を舞台に盛大に開催されました。私はシンポジウムの座長をさせていただき、多少の貢献はできたのでは…と思っています。1,100余名の参加を得て、会は成功裏に終わりました。近藤会長はこの後、県医師会長に就任、それとともに現洞庭賢一先生が平成24年に会長に就任されました。

こうしてあなたは着々とその成果を世に問うて来られ、これからも未来の国民の幸せのために活躍されることでしょう。

あなたの役割は、医療行政に現場の意見を取り上げるように尽力すること、そして、会員の診療能力の向上のために学術的指導力を発揮することです。

理事会に集まっている会員の顔はみな凛々しく、真剣で超真面目な方ばかりです。頼もしくもあり、誇らしくもあります。しかし、ときには羽目を外し、規格外の行動をする輩がいてもいいのではないかと思います。

還暦を2、3年過ぎた私です。あなたとの付き合いもそう長くはないかもしれませんが、まだまだ若い者には負けないぞとの気概を持ち、これからも規格外の発言をして蜜月の関係を保ってゆきたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。

30周年に当たって

元事務局

西尾 幸 栄



石川県臨床内科医会、創立30周年おめでとうございます。

「光陰は流水の如く」と言われますが、平成17年、当時の岩城紀男会長のもとに20周年記念行事の一環として行われました講談師 神田紅さんが、函館戦争に身を投じ壮絶な戦場において、敵味方なく治療を施した幕末の医師—高松凌雲、博愛と義、その人となりを熱く語られた事を思い出します。

それから10年が経つわけですが、その間を振り返って印象深い幾つかの事業を紹介させていただきます。



一つには「県民公開講座 禁煙フォーラム石川」があります。

平成13年、当時の岩城会長がタバコによる健康被害を広く県民に広めようと、毎年世界禁煙デーに合わせて企画された事業です。

当初は参加者も少なく、翌年の開催も危ぶまれるような時もありましたが、岩城会長や前会長の近藤邦夫先生、現会長の洞庭賢一先生、そして石川県庁の沼田直子先生や県立中央病院の西耕一先生など多くの先生方の熱意と、県内市町長並びに医療関係団体などの共催により、大きな波となって今日に至っている様子を拝見させていただき、微力ながらこの事業に関わった者として大変嬉しく思っています。



二つ目に、平成22年10月、石川県立音楽堂をメイン会場に開催された「第24回日本臨床内科医学会」があります。

本県では平成7年に「第9回日本臨床内科医学会」が開催され、私も当日は受付業務の手伝いをさせていただき、ある程度の流れは理解できましたが、半信半疑の状態で準備に入りました。

た。ただ、前回の学会では認定医制度が始まった年でもありまして、予定人数を大幅に上回った参加者への対応が困難を極めたことを受けて、学会長の近藤先生、実行委員長の洞庭先生、副会長の西村邦雄先生などと相談しながら進めたことが、つい昨日のような気がします。

参加人数は大会運営に直結するだけに事前申し込みの状況が気になり、学会ムードを高めるために何が出来るかなど、福井・富山両県の事務局と頻繁に連絡を取りあいました。

更に、実施日を同じくした「ねんりんピック石川2010」が金沢市を中心に開催されると言う難問が出てきました。

膨大な参加者だけに宿泊先の確保など、一時はどうなることかと肝を冷やしながら学会を迎えましたが、参加者も1,100名を超え、心配していた宿泊先のトラブルも無く、最後の「医療関係者公開講座」を終えての先生方の笑み、そして握手を交わす様子が今でも鮮明に蘇ってきます。

三つ目に、毎年加賀・能登交互で開催される「情報交換会」や職員の慰安も兼ねた「会員親睦会」があります。

これらの会は、会員間の情報交換の場でもありますし、会の活性化を図るとともに会員増強の一環として始められた事業でもあります。

年末に開催される会員親睦会はイベント内容を変えながら行われるため、出席者からの評判も高く、毎年人数が増えて定員枠をも検討された程です。

10年余り、石川県臨床内科医会のお世話をさせていただきましたが、いろいろな事がありました。

事業活動を行うための「情報収集」や、躊躇しながらハラハラ・ドキドキの予算・決算、そして、楽しみを持ちながらの県外視察など、いま、これらが全て懐かしく良い思い出となっていることに、これも偏に先生方のお力添えの賜物と厚く感謝申し上げます。



日本臨床内科医会の 現況と展望

－日本臨床内科医会の臨床研究－



日本臨床内科医会 会長
慶應義塾大学 名誉教授

猿田 享男

1. 日本臨床内科医会の現況 (Fig 1)

日本臨床内科医会は、1975年に京都において京都大学医学部内科の脇坂教授が日本内科学会を主宰された際に、当時京都内科医会の会長であられた高島雅行先生との話し合いで、内科臨床の第一線で活動されている先生方が、一層活躍でき、しかも内科臨床と直結する会があってもよいのでは、ということで「臨床内科医の集い」が発足され、それから約10年後の1985年に、名古屋において正式に日本臨床内科医会が創設されたと伺っています。

日本臨床内科医会の理念はFig 2に示すように、日本医師会、日本内科学会と密接に連携して、臨床内科学の発展、地域医療・保険の分野に貢献し、国民の福祉の向上に期することであり、会誌・ニュース・出版物により、日常診療に直結する医学情報の提供、さらに全国医学会や研修会で知識・技術の取得とレベルアップに心掛けることであります。会員への医療保険・介護保険の最新の情報の提供も考えられています。このほかインフルエンザ研究等、公共事業によって国民に役立つ医療提供も重要と考えられています。

現在の日本臨床内科医会の執行部はFig 3に示す通りで、現在の会長は第4代目の猿田享男で、副会長は望月紘一先生他4名で、常任理事は14～15名で、それぞれ諸委員会の委員長として活躍されております。

会員数は2014年11月の時点で15,529名であり、高齢化とともに会員数は減少してきています。

会員の最も多い県は福岡県で1,760名、最も少ない県は香川県で21名であり、石川県は225名と報告されています (Fig 4)。

2. 日本臨床内科医会が注目する

総合診療医の問題

日本専門医機構による専門医制度が今後どうなっていくのか、特に新しい専門医として設置が決まった総合診療専門医は、日本臨床内科医会の先生方が注目される専門医です。その人数や応募資格、さらにこの専門医になるための研修や試験が注目されるのですが、その詳細については検討が始まったところであり、この専門医の小委員会の委員として、桐野高明、吉村博邦、小森貴、有賀徹の諸先生方が決定されています (Fig 5)。Fig 6は、小森先生が示された総合診療専門医制度構築の基本理念であります。国民の健康福祉に貢献することが第1の目的であり、地域で活躍する総合診療医が誇りをもって診療に従事できる専門医資格とされており、安易に取得できる専門医資格ではないようです。小森先生は、Fig 7に示すような総合診療専門医の医師像を考えられておられます。

3. 日本臨床内科医会で実施された

2つの大規模臨床試験とその意義

日本臨床内科医会は、会員が15,000名を越える全国組織であることから、全国規模の臨床研究が実施しやすく、貴重な研究成果が得られ、その成績をすぐに国民に還元できると考えられています。そのようなことで、これまでに多くの臨床研究がなされてきましたが、その中で私が特に関係した2つの臨床研究について、述べてみたいと思います (Fig 8)。

1) JATOS (The Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure Elderly Hypertensive Patients) と VALISH 研究

この研究は、厚生労働省で日本の医療レベルを向上させるための対策委員会として医療技術評価推進検討会 (座長：高久史麿教授：

1998年 (Fig 9) が設置され、その委員会で日本の医療レベルの向上のためには、EBMに基づく医療の普及が重要とされました。EBMの普及には、各診療領域で診療ガイドラインを作成するのがよいとされ、Fig 10に示すような疾患別に診療ガイドラインを作成することになりました。私はその時、日本高血圧学会の理事長をしていたこともあり、最初に高血圧治療ガイドライン2000年版を作成したのですが、その時、ガイドラインの作成に必要な日本人のエビデンスがあまりにも少ないことに驚き、早速、日本高血圧学会が後援して、エビデンス作成のため大規模臨床試験を行うことになり、Fig 11に示すような7つの臨床試験を開始することになりました。その1つがJATOSであったわけです。

Fig 12に示すように、当時は高齢高血圧者の血圧をどこまで下げるのがよいのか、その際どのような降圧薬を用いるのがよいか明らかではありませんでした。そこでJATOSではCa拮抗薬のエホニジピンを基礎薬として、65歳以上85歳未満の高齢高血圧患者を対象とし、140mmHg未満と厳格な降圧目標とした約2,200名と140–160mmHgの緩徐な降圧目標とした2,200名とで、2年間に亘り、脳・心・腎疾患の発症が比較されました (Fig 13)。

Fig 14は対象者の試験開始前の基礎データですが、両群間に差がみられませんでした。2年間の両群間の収縮期血圧の差は9.7mmHg未満であり、目的通りの試験が実施され、Fig 15に示す通り、脳・心・腎疾患の発症率は、75歳未満では140mmHgへと厳格に降圧させた群の方が有意に低値でした。一方、75歳以上の後期高齢者では、140mmHg未満へと厳格に降圧させた群の方が、140–160mmHgの間へと緩徐に降圧させた群よりも、脳血管障害がやや多い傾向がみられました。それゆえ、高齢者高血圧では、特に後期高齢者で高血圧の程度がⅡ～Ⅲ度のものでは、降圧目標をまず収縮期血圧で150mmHg程度

にするのがよく、それから可能であれば140mmHgを目指すのがよいと考えられました。一方、75歳未満の高齢者では140mmHg未満を目指すのが妥当と思われました。

次に同様の研究をARBのバルサルタンを用いて検討したのがVALISH研究です。Fig 16に示す通り、この研究では70歳以上85歳未満の高齢高血圧者3,260名を対象として2群に分け、収縮期血圧を140mmHg未満とした場合と、140–150mmHgの間へと緩徐に降圧させた場合とで、脳・心・腎疾患の発症率を3年間に亘って比較されました。その結果、Fig 17に示すように、収縮期血圧150mmHg以上では、脳・心・腎疾患の発症が有意に高く、150mmHg未満に低下させることが大切なことが示されました。75歳以上と75歳未満とに分けた検討では、75歳未満でも75歳以上でも、ともに140–150mmHgの間でも、140mmHg未満でも大差はなく、JATOSのように75歳以上で140mmHg未満とすると、脳・心・腎疾患の発症が増加する傾向はみられませんでした。

以上の2つの研究から、高齢者の高血圧では75歳以上の後期高齢者では150mmHgを降圧目標として、それで問題なければ140mmHgを目指して降圧させるのもよく、75歳未満の高齢者では140mmHg未満を降圧目標とするのがよいと結論され、日本高血圧治療ガイドライン2009にはこの結果が考慮されました (Fig 18)。なお、使用する降圧薬としては、Ca拮抗薬とARBが主として奨められ、効果不十分な場合には少量の利尿薬の併用、あるいはCa拮抗薬とARBの併用がよいと考えられました。

以上のような高齢高血圧者の降圧目標を検討した研究は世界で少なかったため、Fig 19に示すように、欧州高血圧学会／心臓学会のガイドラインや米国のガイドライン(JCN8)でも、日本のこれらの成績がエビデンスとして取り上げられています。

2) 原発性アルドステロン症の実態調査

(Fig 20)

原発性アルドステロン症 (PA) は、1955年、米国のConn教授によって発見された副腎球状層から発生した腺腫による高血圧であります。**Fig 21**はConn教授によって発表された第1例目の症状と検査値をまとめたものです。著明な高血圧、高Na血症、低K血性アルカローシスが特徴的であり、腺腫から過剰分泌されたアルドステロンにより、腎臓からのNa・水再吸収が促進され、循環血液量が増加して、血圧が上昇し、低レニンを呈します。

アルドステロンやレニンの正確な測定が最近まで困難であったことや、副腎の精密な検査法が困難であったため、PAは発見されることが少なく、稀少疾患と考えられていました。かつて私が厚生省特定疾患副腎ホルモン産生異常調査研究班の班長をしていた1984年～1988年の全国調査では、PAの頻度は1%以下と考えられていました。PAには腺腫によるものと過形成によるものがありますが、腺腫によるものが約80%でした (**Fig 22**)。ところが、近年検査法が進歩し、血漿アルドステロンやレニンの測定が比較的になり、CT検査等の画像検査が普及し、PAの発見頻度が高くなりました。特にオーストラリアのBrisbaneグループのStowasserらは (**Fig 23**)、高血圧患者の中で18%にPAが発見され、低K血症を呈する者は10～15%と報告し、PAを血漿アルドステロン濃度/レニン活性比でスクリーニングすると、PA疑いの患者が比較的になり発見できることを報告しました。この報告後、世界各国でPAの頻度が検討され、高血圧を専門としている施設では、高血圧患者の5～10%に発見され、一般患者を対象とする施設の高血圧患者ではその頻度は低く、1～2%ではないだろうか、米国のこの方面の専門家であるテキサス大学のKaplan教授が報告されました

(Fig 24)。

日本でも高血圧と副腎疾患を専門とする施設では、PAの頻度は5～6%位であるとする報告が出されています。実際に日本の高血圧患者の中にどのくらい存在するのか注目される場所であり、特に一般診療の現在での頻度を知ることが日常診療上重要と考え、日本臨床内科医会として全国調査をすることになりました。

Fig 25は、実態調査方法を示しますが、診察室を受診した初診時未治療高血圧患者あるいは降圧薬を1カ月以上休養して高血圧を呈する患者を対象とし、血漿アルドステロン濃度 (PAC)、血漿レニン活性 (PRA)、血清電解質等を測定し、日本の高血圧治療ガイドラインに示されたPAのスクリーニング法に従って検討しました。その方法では、PAC/PRA比 ($ARR > 200$) で $PAC > 150 \text{ pg/ml}$ の場合にPAの疑いが強いと判定しました。

Fig 26は、試験登録患者の概要と診断基準の該当者・非該当者をまとめたものです。最終的な結果は**Fig 27**に示す通りで、総登録症例数2,648例、該当例180例で6.8%がPAの疑いとなりました。該当例180例のうち、57例が専門医へ紹介されて精査を受け、その結果、精査まで行われた患者の1.9% (12/57例) がPAと診断されました。

Fig 28に57例の精査結果を示します。PAと診断された12例中、5例が片側腺腫、2例が両側腺腫、1例が過形成、4例はPAに問題ないと思われましたが、病型を確認できませんでした。

今回のような一般外来での高血圧患者を対象とした研究として、成瀬光栄らは全国の国立病院機構の外来患者を対象としてPAの頻度を検討し、**Fig 29**に示すように1,286例の高血圧患者で、 $ARR \geq 20$ 、 $PAC 12 \text{ mg/dl}$ を診断基準とし、8.7%でPAが疑われ、精査でPAの疑いが特に強い患者が3.3%で、PAと確定診断されたものは約1.7%であったと

報告されています (**Fig 30**)。私どもの結果と成瀬らの結果からみて、一般外来の高血圧患者の中のPAの頻度は約2%程度と推定されます。

以上のような研究により、高血圧患者の診察に際して約2%が2次性高血圧のPAである可能性を考慮して診察する必要があると思います。PAのうち腺腫であれば手術摘出で完全治癒する可能性があるため、PAの確実な診断が求められます。しかし、問題となるのは、PAの診断のきっかけは、血漿アルドステロン濃度と血漿レニン活性の測定に基づくARRであり、このような検査を高血圧患者のすべてに実施することは医療費の面で問題があるかと思われます。かつてはPAが発症してから発見されるまで本態性高血圧として治療されていて、治療抵抗性であったり、低K血症を認めるようになり、その時点でレニンやアルドステロンが測定されて診断される状況でした。最近ではPAの頻度がかなり高いことが明らかになったことで、高血圧患者の診察時にレニンやアルドステロンが測定されることが多くなりましたが、高血圧患者の約2%程度の存在であるPAを発見するため、一般外来を受診する高血圧患者のすべてにレニンとアルドステロンの測定をすべきか議論のあるところでもあります。

近年の遺伝子研究の進歩でPAの成因がかなり明らかになり、Liftonらは体細胞膜のK⁺チャンネルKCNJ5の遺伝子異常で、細胞内へNa⁺流入が促進されることによって細胞Ca⁺⁺が増加し、球状層細胞ではCa⁺⁺の増加によってアルドステロン合成酵素が刺激され、PAが発症してくる症例が40~50%を占める報告がされました (**Fig 31**)。日本人のPAの検討でも、50%がこのような異常を呈することが明らかにされています。

かなりのPAがこのような機序で発症することを考えれば、PAの治療として抗アルドステロン薬（スピロノラクトンやエプレレノ

ン）とCa拮抗薬の併用がかなり効果的と考えられています。前述した細胞膜のK⁺チャンネルKCNJ5の異常が明らかになる前から、PAの薬物療法として抗アルドステロン薬とCa拮抗薬の併用投与療法は効果的な治療法として実施されており、**Fig 32**に示すように手術摘出に近い効果が報告されています。それゆえ、ARRの結果から、PAが疑われる症例において精密検査を実施するとともに、治療法として抗アルドステロン薬とCa拮抗薬の投与を行うことも考慮しておく必要があるかと思われます。特にPAの確定診断がつかない症例や過形成のPAが疑われる場合には、抗アルドステロン薬とCa拮抗薬の併用療法は必須の治療と思われます。

以上述べたように、日本臨床内科医会是全国的な組織であることから、多数例を対象とした臨床研究を速やかに実施しやすく、今後も意義ある臨床研究の実施が求められます。

日本臨床内科医会の現況と展望 —日本臨床内科医会の臨床研究—

慶應義塾大学名誉教授
日本臨床内科医会会長
猿田享男

Fig 1

日本臨床内科医会の理念

日本医師会、日本内科学会と緊密に連携して、臨床内科学の発展、地域医療・保健の分野に積極的に貢献し、国民福祉の向上を期する。

日本臨床内科医会の活動

1. 会誌、ニュース、出版物で日常診療に直結する医学情報の提供と、全国医学会や地区研修会等で臨床内科医会に必要な知識・技術の取得とレベルアップに心掛ける。
2. 医療保険・介護保険等の最新の情報やそれらの改訂に関する情報を提供し、会員が日常臨床現場で安心して働けるように心掛ける。
3. インフルエンザの研究をはじめ国民に役立つ臨床研究を日本臨床内科医会として実施し、医療の進歩に貢献する。

Fig 2

日本臨床内科医会 執行部と役割

会長
猿田享男
副会長
望月紘一、嶋田 丞、中 佳一、垣内 孟
常任理事
和田一穂(ニュース) 松本 郷(総務・調査研究)
菅原正弘(学術・学術) 清水恵一郎(社会保険・医療・介護)
神津 仁(総務) 山本晴章(経理)
洞庭賢一(社会医療) 安藤忠夫(学術・会誌)
谷村伸一(庶務) 木谷輝夫(研修推進)
福田正博(IT) 白川敏夫(会員増強)
白石恒明(社会医療) 江頭芳樹(社会保険・医療介護)
監事
西家倅仙、迫 龍二

Fig 3

日本臨床内科医会 会員数

2014年11月10日の時点で15529名

会員の多い順の10県			会員の少ない順の10県		
1	福岡県	1760名	1	香川県	21名
2	愛知県	1101名	2	茨城県	26名
3	東京都	1076名	3	山梨県	31名
4	大阪府	833名	4	滋賀県	43名
5	埼玉県	778名	5	島根県	73名
6	神奈川県	769名	6	高知県	78名
7	京都府	613名	7	鳥取県	85名
8	兵庫県	580名	8	三重県	91名
9	広島県	424名	9	栃木県	99名
10	鹿児島	403名	10	山形県	100名
石川県 225名					

Fig 4

日本専門医機構における専門医の問題

専門医制度の中で新しい専門医として設置が認められた「総合診療専門医」は、どのような専門医で、どのように資格をとるのか。

「専門医」とは、それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師と定義される。

専門医制度を2段階制とし、初期臨床研修を修了したのち、医師は18基本診療領域・総合診療専門医のいずれかの専門医資格の取得が求められる。

「総合診療専門医」の詳細はこれから決定される。現在、桐野高明先生、吉村博邦先生、小森貴先生、有賀徹先生方の小委員会検討中である。内科、小児科、救急などの諸領域の研修が求められるが、詳細は不明。決定までに数年が必要とされるとのこと。

Fig 5

総合診療専門医制度構築の基本理念

(日本医師会—小森常任理事)

1. 総合診療専門医の質の向上をはかり、国民の健康福祉に貢献することを第一の目的とする。
 2. 地域で活躍する総合診療医が、誇りをもって診療に従事できる専門医資格とする。安易に取得できる専門医資格とはしない。これから総合診療医資格の取得を目指す若手医師に夢と希望を与える制度となることを目指す。
- ・ 現在のところ、総合診療専門医の医師像の定義はまだ議論の途上にある段階。

Fig 6

総合診療専門医の医師像

(日本医師会—小森常任理事)

1. 主として従来の一般内科を中核として、精神科、皮膚科、小児科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について広い領域にわたって基本レベルの診療を行う医師を目指す。
2. 総合診療専門医には、頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
3. 領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
4. 総合診療専門医は、医療の提供とともに疾病の予防、介護、看とり、地域の保健・福祉活動など、人々の命と健康にかかわる幅広い問題について、適切な対応ができる医師。

Fig 7

日本臨床内科医会で実施された 2つの大規模臨床試験とその意義

1. JATOS(The Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients)
2. 日本における原発性アルドステロン症の実態調査研究

Fig 8

医療技術評価推進検討会報告書

(座長: 高久史磨教授 1999年)

1998年6月に本検討会が設置され、医療技術評価の成果を通じて「科学的な根拠に基づく医療(EBM)」の普及および推進等について検討された。その際、EBM推進の1つの方策である診療ガイドラインの策定についても検討され、しつかりしたガイドラインを作成することが必要とされた。そしてこのような検討会の内容を実際に推進していくことにより、一層医療の質を高めることが可能であるとされた。

Fig 9

厚生労働省の医療技術評価推進検討会でガイドラインの作成が必要とされた上位10疾患

1. 本態性高血圧症
2. 糖尿病
3. 喘息
4. 急性心筋梗塞およびその他の虚血性心疾患
5. 白内障
6. 慢性関節リウマチ
7. 脳梗塞
8. 腰痛症
9. 胃潰瘍
10. くも膜下出血およびその他の脳出血

Fig 10

日本高血圧学会が最初に後援した主な大規模臨床試験

1. CASE-J研究 (Candesartan Antihypertensive Survival Evaluation in Japan Trial)
2. JATOS (The Japanese Trial To Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients)
3. DIME研究 (Diuretics in the Management of Essential Hypertension Study)
4. HOMED-BP研究 (Hypertension Objective Treatment Based on Measurement by Electrical Devices of Blood Pressure Study)
5. COPE研究 (Combination Therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events Trial)
6. VALISH研究 (Valsartan in Elderly Isolated Systolic Hypertension Study)
7. COLM研究 (Combination of Olmesartan and Calcium Channel Blocker or Diuretics in High Risk Elderly Hypertensive Patients Study)

Fig 11

高齢高血圧者の降圧目標がいまだはっきりせず、もっとも適する降圧薬は何かが明らかでない。そのため2つの大規模臨床試験が計画された。

1. JATOS研究 (The Japanese Trial To Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients)
JATOS Study Group: Hypertens Res 2008;31:2115-2127.
Ca拮抗薬を用いて65-85歳の高血圧患者の収縮期血圧を140mmHg未満へ厳格に低下させた場合と、140-160mmHg未満に軽度低下させた場合で2年間の経過観察。
2. VALISH研究 (Evaluation of Valsartan on Cardiovascular Mortality and Morbidity in Elderly Isolated Systolic Hypertension)
Ogihara T et al: Hypertension 2010;56:196-202.
この研究ではARBのバルサルタンを用いて70-84歳の高血圧患者の収縮期血圧を140mmHg未満に厳格にコントロールした場合と、140-150mmHg未満に低下させた場合とで、3年間に亘って効果を観察。

Fig 12

JATOSの概要

目的 エホニジピンを基礎薬とし、高齢者高血圧患者における厳密な降圧群(SBP<140 mmHg, A群)、緩和な降圧群(140<SBP<160 mmHg, B群)とを、2年間の治療効果につきPROBE法により比較する

対象 SBP ≥160 mmHgが持続している本態性高血圧患者(65-85歳)

一次評価項目 脳血管障害、心臓血管障害、腎障害

二次評価項目 総死亡率、有害事象

症例数 市販後調査成績に基づく

試験期間 2001年4月～2004年12月

Fig 13

Baseline characteristics

	Group A (n=2,212)	Group B (n=2,206)
Male/Female	874 / 1,338	843 / 1,363
Age(yrs old)	73.6 ± 5.3	73.6 ± 5.2
Baseline SBP/DBP (mmHg)	171.6 ± 9.7 / 89.1 ± 9.5	171.5 ± 9.8 / 89.1 ± 9.5
Smoking (%)	18.7	17.5
Hyperlipidemia (%)	52.5	51.6
Diabetes mellitus (%)	11.9	11.7
LVH (%)	49.3	50.3
Past history of stroke (%)	4.2	4.5
Past history of CVD (%)	3.4	2.6

LVH: left ventricular hypertrophy, CVD: cardiac and vascular diseases

Fig 14

群・年齢別のイベント発症率

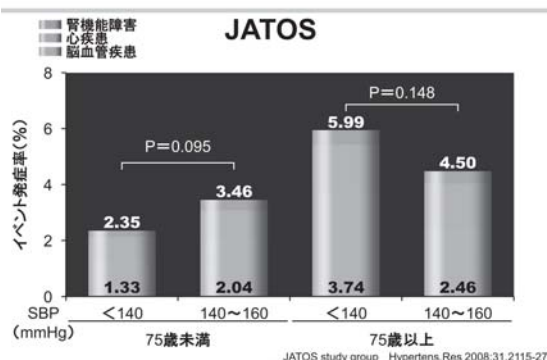


Fig 15

試験デザイン



デザイン: 前向き無作為・オープンラベル・エンドポイント盲検 (PROBE)試験
医師主導型臨床試験

対象: 70歳以上かつ85歳未満の収縮期高血圧患者3,260例 (平均年齢76.1歳)

方法: 患者を降圧目標値140mmHg未満の厳格降圧群 (1,545例)と、140mmHg以上150mmHg未満の緩徐降圧群 (1,534例)に無作為に割り付け、バルサルタン40mg/日、80mg/日で投与開始し、降圧不十分の場合はバルサルタン160mg/日に増量、かつ/またはARB以外の他の降圧薬を追加する。

後援: 日本高血圧学会

www.clinicaltrials.gov (identifier NCT00151229).
Ogihara T et al: Hypertension. 2010;56:196-202

Fig 16

到達血圧別の心血管イベント発症率 VALISH

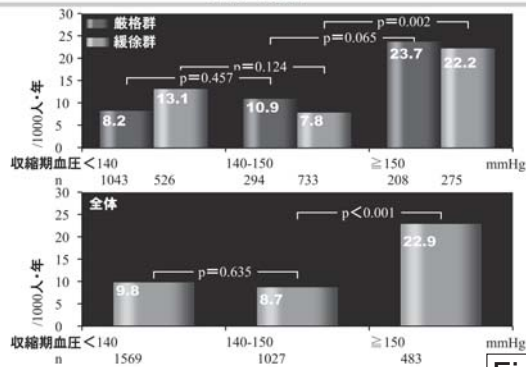


Fig 17

高齢者高血圧の治療目標と降圧のスピード

- 高齢者においては、高血圧基準である140/90mmHg未満を目標として積極的に降圧する。ただし、臓器血流量、自動調節能障害が存在するため、降圧のスピードに配慮する。
- 降圧薬として、Ca拮抗薬とARBが適する。
- 後期高齢者(75歳以後)で収縮期血圧160mmHg以上のⅡ度、Ⅲ度高血圧では140/90mmHg未満を最終降圧目標とするものの、150/90mmHg未満を中間降圧目標として慎重に降圧する。

Fig 18

JSH2014、ESH/ESC2013およびJNC8における診察室血圧の降圧目標の比較

	JSH2014	ESH/ESC2013
若年、中年、前期高齢者	<140/90	<140/90
後期高齢者	<150/90	<150/90
糖尿病	<130/80	<140/85
CKD(蛋白尿陽性)	<130/80	<130/90 蛋白尿(+)
		<140/90 蛋白尿(-)
脳血管障害 冠動脈疾患	<140/90	

	JNC8
高齢者(≥60歳)	<150/90
成人(<60歳)	<140/90
糖尿病	<140/90
CKD	<140/90

Fig 19

原発性アルドステロン症の実態調査

日本臨床内科医会

中尾正俊(循環器班班長)、菅原正弘、中 佳一、望月紘一、猿田享男および日本臨床内科医会会員

(日本臨床内科医会会誌 2014;29:416)

Fig 20

Conn教授による原発性アルドステロン症の第1例の概要

34歳の女性

主訴:間歇的攣縮、脱力、筋麻痺

病歴:1947年下肢の麻痺を認める。その後タニニー様症状も認める。

血圧は180~190mmHg以上で、尿蛋白+。

検査所見:血清クレアチニン0.54~1.02mg/dl、血清

Na146~151mEq/l、

K1.6~2.5mEq/l、血清 pH7.62、低レニン。

尿中Na、K排泄を指標としたDOCの効果との比較で鉱質コルチコイドの増量。

∴ 副腎腺腫が後に摘出されて、症状改善した。

Fig 21

厚生省特定疾患副腎ホルモ産生異常調査研究班による調査

1. 1984~1988年の5年間に於いて全国の39の内分泌専門施設の症例

腺腫	278例	83.5%
過形成	55例	16.5%

2. 1997年における調査

腺腫	367例	84.4%
両側過形成(IHA)	36例	8.3%
片側性副腎過形成	7例	1.6%
糖質コルチコイド薬効性アルドステロン症(GRA)	1例	0.2%
その他	24例	5.5%

諸外国 過形成20~45%

Fig 22

オーストラリアBrisbaneグループによる原発性アルドステロン症の高頻度報告

アルドステロン・レニン比25以上で疑い、フロリネフ+食塩負荷3日間によるアルドステロン抑制試験で診断

1. 約300名の高血圧患者中の54名が原発性アルドステロン症(18%)

2. 54名中 低K血症は7名(13%)

3. 片側でアルドステロン産生亢進15名(31%)。このうち低K血症は6名。

4. 両側のアルドステロン産生亢進(両側過形成)34名(69%)。すべてが正常K血症。

Stowasser M et al: J Hypertens 2003;21:2149-2157

Fig 23

Prevalence of autonomous hyperaldosteronism and APAs in patients tested by ARR

(Kaplan NM: Hypertension 2007;50:454-458)
このreviewの中で対象300名以上の報告を抜粋

	患者数	研究タイプ	ARR Threshold	Raised ARR(%)	Abnormal suppression by salt loads(%)	APA(%)
Hiramatsu et al	349	R	40	7.4	NA	2.6
Lim et al	495	R	27	16.6	9.2	0.4
Nishikawa et al	1020	R	20	6.4	NA	4.2
Loh et al	350	R	20+PA>15	18.0	4.6	1.7
Fardella et al	305	P	25	9.5	4.9	0.3
Douma et al	978	R	30+PA↑	21.2	13.8	NA
Rossi et al	1046	R	35	12.8	6.3	1.5
Hood et al	835	P	40	12.3	NA	0.7
Mulatero et al	2160	R	50	10.6	7.0	1.6
Fogari et al	750	P	25	12	6	2
Strauch et al	403	R	50	21.6	19	6.5
Stowasser et al	300	R	30	18.6	17.7	5
Mosso et al	609	P	25	10.2	6.1	0
Williams et al	347	P/R	25+PA>8	7.5	3.2	NA
Rossi et al	1125	R	40	11.2	NA	4.8

R:referred patient P:primary care NA:結果がしっかりしていない

Fig 24

実態調査方法

対象：診察室を受診した初診時未治療高血圧患者あるいは降圧薬を1か月以上休薬して血圧が上昇し、高血圧を呈した患者。（高血圧は診察室血圧で140かつ/または90mmHg以上）

スクリーニング法

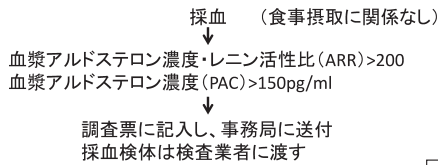


Fig 25

登録患者の概要と診断基準の該当者・非該当者

性別	男性 1383	女性 1126
年齢	58.0±12.9歳	
身長(cm)/体重(kg)	161.4±9.4cm/63.8±13.9	
血圧(mmHg)	166.9±20.3/97.4±13.7	
四肢脱力	有：68例	無：2582例
多飲・多尿	有：97例	無：2550例

	診断基準該当者	診断基準非該当者
	181例	2468例
男女比(%)	32.6/67.4	53.6/46.4
血圧(mmHg)	167.7±24.6	166.9±20.0
	98.6±14.7	97.3±13.6
血清Na(mEq/L)	141±2	141±3
K(mEq/L)	4.4±3.2	4.3±2.1

Fig 26

研究結果

総登録施設：298施設。該当基準例の報告施設98施設（98施設の中の40施設が精査のため専門施設へ紹介を行っていた）

総登録症例数	2648例
該当例	180例
専門医へ紹介例	57例

6.8%

精査されて原発性アルドステロン症と考えられた症例 1.9%

Fig 27

ARR>200、PAC>150pg/ml、PRA<1ng/ml/hr
に該当した症例数のうち57例で確定診断

- 原発性アルドステロン症 12/57例
アルドステロン腺腫（片側） 5例
アルドステロン腺腫（両側） 2例
過形成 1例
未確定 4例
- 原発性アルドステロン症と確定診断された症例の治療
12例中の1側性腺腫例は手術摘出
その他の症例は
16例 抗アルドステロン薬
7例 Ca拮抗薬
3例 ARB、β遮断薬、利尿薬

Fig 28

EBM推進のための大規模臨床研究 わが国の高血圧症における 原発性アルドステロン症の実態調査研究 Primary Hyperaldosteronism in Japan (PHAS-J)

研究責任者： 成瀬光栄
独立行政法人国立病院機構
京都医療センター 内分泌代謝センター 内分泌研究部

Fig 29

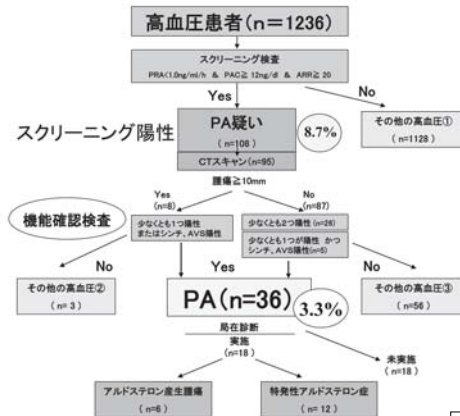


Fig 30

原発性アルドステロン症の原因

2011年、Liftonらのグループにより、腺腫例のかなりのもの、また彼らが経験した家族性過形成の症例で、体細胞K⁺チャネルKCNJ5の遺伝子異常が発見された。この異常でNa⁺の細胞流入が促進され、慢性的な膜の脱分極を来して細胞内Ca²⁺が増加して、アルドステロン合成酵素が活性化されて、アルドステロンの産生亢進と細胞増殖が生じる。

Choiら 36.4% Boulkrounら 34%
Azizanら 41% Taguchiら 65.2%

(Choi M et al: Science 2011;331:768-772)

Fig 31

原発性アルドステロン症と本態性高血圧の 治療による血圧の変化

(Rossi GP et al: Hypertension 2013;62:62-69)

	治療前血圧 (mmHg)	3年後の血圧 (mmHg)
手術治療によるPA (n=10)	164±20/100±12	137±15/83±9
薬物治療によるPA (n=70)	165±21/101±12	133±11/83±7
薬物治療によるEH (n=143)	159±22/96±13	139±15/86±9

Fig 32

活動報告

中央地区研修会活動報告

理 事

横 井 正 人



石川県臨床内科医会設立30周年おめでとうございます。先輩の先生方の努力によって、このような伝統が築きあげられたと思います。

私は石臨内の学術担当として、おもに中央地区研修会の企画を担当させて頂いております。伝統の継承という意味をこめて、今後の中央地区研修会の開催のあり方について考えてみました。今までの講演会の大部分は、製薬会社の協賛という形で開催して参りました。昨今、大手の製薬会社の講演会に関する活動内容に変化がみられています。会社自身による自社製品の宣伝を兼ねた講演会の企画は継続されているものの、医師が企画する学術活動に対する協賛は、予算が縮小されて減少してまいりました。さらに、製薬会社の協賛が得られる場合でも、協賛する製薬会社の製品に関する内容を必ず含まなければいけないという条件が付いてきます。これらのことから、中央地区研修会の開催にあたり、講演の内容によっては、協賛を得ることが困難な場合が生じているのが実状です。しかし、製薬会社の製品に関連した講演ばかりでは、講演の内容に変化がなく興味がわきにくくなります。それでは、どのような講演会の開催のあり方が考えられるでしょうか。

話題に取り上げられることが多い薬剤に関する講演会や、ガイドラインが改訂になった疾患に関する講演会は、関連のある製薬会社に依頼するのがよいと思います。製薬会社が、講演会の内容に適した講師の先生を選定してくれると思います。一方、糖尿病や高血圧など、製薬会社の協賛が得られやすい内容であっても、あえて製薬会社に協賛を依頼せずに専門の先生をお呼びして、普段お考えになっていることを自由に話していただくのも有意義だと思います。また、製薬会社の協賛を得ることが困難な場合として、診療における一般的な知識や基本的なスキルに関する講演があげられます。たとえば、「実地医家に必要な救急医療」、「神経症状のみかた」、「心電図異常のみかた」などです。このような内容を講演としてとりあげて、石川県内の基幹病院の先生に、直接、石臨内から講師をお願いするのはいかがでしょうか。これは病診連携の機会を兼ねることができます。日頃、患者さんをお願いしている先生を講師としてお招きし、その先生の臨床におけるノウハウを拝聴するのは勉強になると思います。ただし、この場合、講師の先生に対する謝礼は石臨内からお支払いすることになります。今後は、このように製薬会社に協賛を依頼する講演会に、石臨内から直接、講師を依頼する講演会をおりまぜてすすめていこうと考えていますが、いかがでしょうか。

医師にとって生涯学習は大切なことだと思います。学習によって得た内容を患者、社会に還元し、そこからまた新たな学習内容を見出す。この繰り返しを、たとえ細々とであっても続けることが理想だと考えています。石臨内がそのお手伝いをできるように、多くの先生から石臨内の学術活動についてご指導、ご意見を頂戴できれば幸いです。

石川県臨床内科医会 30周年にあたり

理 事

竹 田 康 男



私自身、10年前から、元石川県臨床内科医会会長の岩城紀男先生の推薦のもと、医療・介護保険委員として仕事をさせていただいています。30周年にあたり、私が現在所属しています委員会の現状を中心に述べたいと思います。

臨床内科医会のホームページに、日本臨床内科医会の特色を5項目あげています。そのひとつとして、「医療保険・介護保険に関しては、診療報酬の問題点を浮き彫りにして、会員に情報提供する一方で、内保連や中医協に提言し、これまで多くの提言が診療報酬改定に取り入れられています。」この仕事が社会保険部のメインの活動であり、その他内科系診療報酬の向上、診療報酬点数表の疑義解釈、医療保険制度、介護保険制度等に関する事項についても検討しています。

現在の体制は、本年度から猿田会長のもと江頭芳樹副会長を中心として、医療保険は清水恵一郎常任理事、介護保険は林芳郎常任理事のもとで安達秀樹委員長、田中章慈委員長の指導のもと十数人で合同開催されています。年2回の総会と学会前日さらには1～2回、東京での会議が合同で開催されています。また、日本医師会とのパイプも強い委員会です。

実際の活動としては、平成24年改定時は、初診、再診料の引き上げ、特定疾患療養管理を月1回450点へ、また対象疾患の範囲拡大、認知症指導管理料の要件の緩和、7種類以上処方した場合の処方箋の減額、消費税対策（原則課税、0税率等）などを委員会で議論し、内保連、厚労省に要望してきました。

日本臨床内科医会は、内保連に属し、メインとしては、在宅診療診察にかかわる点数に関してのかかわりが強い学会です。しかしながら、外科的な手技、手術時間は診療報酬に換算しやすいのですが、内科的な診察、指導の意味については、厳しい状況です。これからは内科医も、現在の医療、診療報酬体制に声を上げていくことが必要と思います。一人一人の思いが大きな力になりますので、ご協力よろしくお願いします。また、診療報酬の改定時の年には、各県からの診療報酬の要求を委員会でまとめていきます。石川県においても会員へのアナウンスをさせていただいていますが、これまで以上に積極的な参加をお願いします。

日本臨床内科医会学術部 会誌編集委員会 ―活動報告―

理 事

坂 東 琢 磨



平成26年8月より会誌編集委員会に参加させていただいております。以前に学術部専門委員として呼吸器疾患に関する投稿論文の査読を一度だけ担当したことはありましたが、継続的に論文査読や雑誌編集作業に参加したことはありませんでした。そのような状況にあったにもかかわらず、突如編集委員にご指名いただいた後は、投稿された論文すべてについて目を通すことはもちろんのこと、それぞれについて採否の意思表示とその根拠を述べなければならないことになり、私にとっては最も緊張感あふれる任務となっておりますが、日臨内会誌に投稿される論文は実地内科医療において直接かつ瞬時に役立つ内容が多く、特に専門領域外の論文を精読し関連の学会ガイドラインや論文を収集調査し、さらに他のベテラン編集委員の先生方のご意見を直接耳にして深く考察することは、新たな知識を蓄積することのみならず自分自身の考察能力の向上に役立つことこの上なく、任命していただいた日本臨床内科医会の猿田享男会長とご推薦いただいた石川県臨床内科医会の洞庭賢一会長に重ねて深く御礼申し上げる次第です。

さて、日臨内会誌は日臨内ホームページに記載されている通り「会員の日常診療に直接役に立つ情報を簡潔にわかりやすく伝えること」を目的としています。とりわけ多くの企画の中でもカラー印刷の「目で見えるページ」は臨床診断に直接役立つ教育的内容を含む画像診断を主な内容とした症例報告で、毎回編集委員が持ち回りで執筆を担当しています。書く側、特に私にとってはテーマの選択や記載にはかなりの時間をかけ、相当な緊張感をもって挑んでいる思い入れのある企画なので、会員各位におかれましては是非ご一読いただけるようこの場をお借りしてお願い申し上げます。また、学術部専門委員が担当する最近の医学知識を連載する「日進月歩」も短時間で最新の知識を得ることに適する内容かと思えます。

会誌編集委員会における最も重要な業務は会員から投稿される論文の審査です。本会誌には毎回数多くの論文投稿があり、そのため毎回膨大な編集作業が待ち受けています。現在の編集委員会では題名の適否、研究調査方法やその記載方法の妥当性、倫理的問題の有無、考察の妥当性、統計処理の正確性に至るまでこと細かに議論を尽くしており、その結果投稿時とはまったく様相を異にする仕上がりになる論文もありますが、実際に活字となった論文はまさに著者と編集委員の努力の賜として光り輝き、次の編集作業への意欲の源となっています。

今後も現状の体力と気力が持続し、そして自分勝手な思い込みで申し訳ありませんが、何よりも会誌編集委員としての役割を果たし得ると思える限りこの仕事を継続させていただきたいと考えておりますので、会員各位におかれましては益々のご指導ご鞭撻のほどをお願い申し上げます。

県民公開講座 禁煙フォーラム石川の歩み

理 事

西 耕 一



県民公開講座禁煙フォーラム石川は、その当時の石川県臨床内科医会会長で後に第4回日本禁煙科学会学術総会会長も務められた岩城紀男先生が発案されました。石川県臨床内科医会の先生方を中心に関係者が集まり、5月31日のWHO世界禁煙デーにちなみ、喫煙による健康被害を広く啓発し、禁煙希望者を支援することを主旨とした、県民公開講座禁煙フォーラム石川を2001年から毎年開催することになりました。

第1回は2001年5月27日午後1時から4時までの間、金沢市保健所 健康ホール「すこやか」で開催されました。「たばこから子どもを守るために」をメインテーマとし、西 耕一と高橋裕子先生が基調講演を行い、寺西衣姫氏、山田倫栄氏、奥村浩二氏、生水真紀夫氏による「パネルディスカッション：たばこから子どもを守るために」が開催されました。参加者は約140名でした。

第2回は2002年5月26日午後1時30分から5時30分までの間、石川県女性センター「ホール」で開催されました。「禁煙、分煙、防煙をめざして」をメインテーマとし、佐川哲也氏と大神 明氏が基調講演を行い、西 耕一、上田 操氏、奥村浩二氏、橋口昌美氏による「パネルディスカッションー禁煙、分煙、防煙の実際と課題ー」が開催されました。参加者数は約150名でした。

第3回は2003年5月25日午後1時30分から5時までの間、金沢ニューグランドホテルで開催されました。この年に禁煙フォーラム石川の標語「石川のきれいな空気を吸おう、禁煙は愛！」が作成されました。「こどもたちをたばこから守るには」をメインテーマとし、佐本明氏と阿部丈亮氏による基調講演、北野勝彦氏、安井秀樹氏、藤森雅美氏、橋口昌美氏、受川美紀氏によるパネルディスカッションが開催されました。参加者数は約250名でした。

このような基調講演とパネルディスカッションからなる構成の禁煙フォーラムは第5回まで開催されました。

第6回と第7回は石川県で禁煙活動に取り組んでいる関係者の活動報告が行われ、中島素子氏、遠藤將光氏、森田正人氏、盛一二差子氏、加藤 寿氏、西 耕一、岩田廣美氏、坂下裕紀氏、滝川氏、岡野氏、岩城紀男氏、村田祐一氏、橋口昌美氏、北山敏和氏、禁煙隊、小川賢太郎氏、永山明光氏が発表されました。

第8回では第1回禁煙コンテストが行われ、8名が表彰され、認定証が渡されました（図1）。

第9回のポスターでは、第8回で基調講演をされた望月友美子氏のご厚意により、U I C C（国際対がん連合）の図柄が用いられました（図2）。

第13回からは会の構成ががらりと変わりました。リレー講演会、健康チェック、健康相談



(図1：禁煙コンテストの認定証)



(図2：UICCの図柄の入った第9回ポスター)

(保健師、医師)、パネル・ポスター展示の同時並行の構成で、平成25年5月26日(日)午後0時30分から4時までの間、しいのき迎賓館で開催されました。健康チェックが予想以上に人気を呼び、従来100~200人程度であった参加者が、約700名余にのぼり、関係者一同うれしい悲鳴を上げた次第でした。

第14回と第15回は、開催場所を県立音楽堂に変更し、第13回で好評であったプログラム(リレー講演会、健康チェック、健康相談、パネル・ポスター展示)に加え、禁煙カフェが設置され、参加者とリレー講演会の演者との交流がなされました。

なお、禁煙フォーラム石川と直接の関係はありませんが、石川県臨床内科医会の事業として2001年から2009年まで禁煙指導者講習会が開催され、受講者には石川県臨床内科医会推薦の禁煙指導医が認定されました(図3)。

禁煙をテーマとした公開講座は、本来対象となるべき喫煙者がほとんど参加されないジレンマを根源的に抱えており、会の継続にあたっては関係者のモチベーションをどう高めるかも重要な課題の一つとなっていました。石川県臨床内科医会を中心とする関係者皆様のご尽力とアイデアにより、なんとか15年間継続することができました。

ここに皆様への心からの感謝の気持ちを記し、稿を終えたいと思います。いつもありがとうございます。また、今後ともよろしくお願いします。



(図3：禁煙指導医)

教養講座 ー日本酒編ー を開催して

監 事

上 田 良 成



平成24年8月4日開催した。何故に開催したのか。それは臨床内科医会は「本当に楽しい会」、しかも「その気になってやれば何でもできる会」であることを私は具現化し、自分自身の肌で感じ取りたかったからだ。

さて、私が石川県臨床内科医会の加賀地区理事に選ばれた当時のことを振り返ってみたい。実は以前より誘われるままに入会していたのだが、この会が一体どのような目的の会なのか知ろうともせずに過ごしてきたのが本当のところだ。出席したのは小松市で開催された講演会のみだった。

そして、加賀地区の前任者が辞められたため、私が後任の理事に就いてほしいと依頼された。「何故、私が」と思いながら、初めて金沢での理事会に出席したが、第一印象は内科を標榜している医師が全員入会している訳ではないことと、活動内容も医師会と大差ないのではないかということだった。また顔見知りの先生もいなかった。そのような心境ゆえに、2年余り理事会を欠席した。

ただ今思うに、県レベルで先生方との繋がりができたのは臨床内科医会あってこそだ。

ある時、前加賀市医師会長の稲坂先生から理事会出席について言及された。欠席を続けていたことに後ろめたさを感じていたので、それを契機に出席するようになったが、自分にとっての意義は見い出せずにいた。

やがて転機が訪れた。長崎で日臨内医学会が開催された時のことだ。演題の一つに本田先生の「レセプトオンライン請求の実際と医療機関の対応」があった。帰りの列車で金沢市の竹田先生から解説も聴いた。毎月のレセプト点検に負担を感じていた私にとって正に福音だった。この時、初めて理事になっていて本当に良かったと感じた。

また、小松市の東野 朗先生が理事に就任された時、石川臨内報に書かれた挨拶も印象深かった。会長の近藤先生や洞庭先生の「医療や石臨内運営のバイタリティーの源泉は、一体どこから湧き出てくるのだろうか」と言う内容だった。

理事会に出席するようになって以来、理事の先生方が、自分が興味を持っていることに対して、提案して学んだり研究する姿にある種の驚きと憧れを抱いていたが、この挨拶を読んで以来、私はバイタリティーの源泉に最も関心を惹かれるようになった。

近藤、洞庭両先生に尋ねてみたことがある。答えは「楽しいから」、そして「先生も今一番したいことを企画してやってみたらどうか。石臨内はそれができる会です。きっと次に続きますよ」だった。

チャンスが到来した。洞庭先生が新しく会長に就任され、従来の情報交換会は役割を終えたと言われたのだ。それを聞いて一抹の寂しさを感じた私は、思い切って提案した。

「情報交換会に代わるものとして、医療以外のことを勉強しませんか」と。理事会に出席していた先生方からも大いに賛同を頂いた。そして、日本酒をテーマにしようと決まった。

私はどのような企画にするかを最大のポイントと位置付けた。日常、味わい親しんでいる日本酒。しかし、杜氏の仕事の詳細は、きっと誰もご存じないだろう。勝手な推測で失礼だが、日本酒の楽しみ方、味わい方に精通しておられる先生方も数少ないだろう。そのことを知るだけでも私たちの人生は豊かさを増すのではないか。

以上のような経緯で、テーマを「教養講座－日本酒編－」と決めた。そして、講師には山中温泉の地酒、獅子の里の「つくしや」で杜氏をしておられる松浦さんをお願いした。

また、会場は最高に雰囲気がよく美味しい料理が食べられる「花紫」をお願いした。

その気になれば・・・、今でも当日のことが懐かしく思い出される。



教養講座 ワイン編

副会長

東 野 朗



平成26年3月8日、山代温泉あらや滔々庵「有栖川山荘」にて近藤邦夫石川県医師会長、洞庭賢一石川県臨床内科医会会長以下15人の方々の出席をいただき開催しました。

会の初めに「ボルドー・ブルゴーニュ古酒の旅」の演題でプレゼンテーションを行いました。ボルドーとブルゴーニュのワインの違い、ワインに使われるブドウの品種の違い、土壌の違い、気候の違いについて自分のボルドーとブルゴーニュ旅行での経験を踏まえて、簡単に以下のようなプレゼンテーションをデジカメの画像を使いながら行いました。

ボルドーとブルゴーニュの地を訪れ、畑を歩き土壌の断層を見、落ちている石灰岩をしゃぶり、自分なりに感じたことを少し書かせてもらいます。当日は赤ワインだけを提供しましたので赤ワインのみの話題にとどめました。

ボルドー（メドック地区）は基本的に河川に沿った土壌のため、石灰岩の岩盤に分厚い粘土層を交えた堆積地層です。ただしサンテミリオン、ポムロールの一部は河川から離れています。粘土質の土壌に適した代表的な赤ブドウの品種、皆様がよくご存じのカベルネソビニオンとメルロが主に栽培されていますが、最近では日本でもこれらの品種のブドウは育てやすいため、良いワインを造るワイナリーでは主要な品種となっています。ボルドーでは前述の2種を含めて約4種類のブドウの品種で作られたワインを混ぜて仕上げます。日本やアメリカ、チリ、オーストラリア、南アフリカなどボルドー以外では単一品種で仕上げるのが中心です。

一方ブルゴーニュでは赤ワインに使われるブドウの品種はピノノワール一種のみです。果皮が薄く雨には弱いので、日本の風土には向かない品種です。ワインに向いた良いピノノワールが育つ土壌は石灰岩の岩盤に薄い表土が乗っているようなところです。また、ブルゴーニュのブドウ畑の近くには河川はありません。低い丘が連なり、丘の頂上は吹きさらしで霜が降りるためブドウが育ちません。丘の頂上に近い表土の薄い厳しい環境のところはミネラル分が多く、香りの華やかな（バラ水のような）ワインができます。赤ワインから少し話がそれますが、極上の白ワイン（品種はシャルドネです）のコルトンシャルルマーニュなどがそのようなところで作られます。赤ワインに話を戻すと、丘から下に行くほど粘土質の堆積土が多くなりジューシーさ（果物香）が強くなります。ボルドーワインのように甘くて濃いワインになります。

ロマネコンティやラターシェなどは丘の一番上から少し降りたところに位置します。ミネラル分とジューシーさのバランスが良いのはそのためかもしれません。ワインの評価を決めるのは甘さやうまさではなく香りの成分、特に果物香ではなく花の香り、良い香水の香りを持つ

ものです。そのためには石灰岩の土壌や気候、いわゆるテロワールが決め手となります。

以上稚拙なプレゼンテーションの後に試飲を有栖川山荘で行いました。ワインの範囲を狭めて、今回はボルドーのみとしました。試飲した内容はボルドー5大シャトーのChateau Lafite Rothschild 1986・Ch. Margaux 1985・Ch. Latour 1985・Ch. Haut Brion 1989・Ch. Mouton Rothschild 1985です。

その後、今回新たに改装したあらや滔々庵のテーブル席の会場に移動していただき、女将の御好意で用意していただいた赤ワインにマッチした数々の料理、片野の天然鴨や能登牛などを肴に数々の銘醸ワインを楽しんでいただきました。

無事、本会が盛況のうちに終了できましたことを、ご出席いただきました皆様に厚く感謝いたします。

追伸 ワインはすべて当家からの持ち出しです。



親 睦 会

理 事

沖 野 惣 一



石川県臨床内科医会では、平成18年から年に一度の親睦会が催されてきました。会員相互の親睦をはかるということはもちろんですが、通常の懇親会と異なり、会員家族や病院・診療所スタッフにも一緒に楽しんでいただくというのが特徴的な会だと思います。

当初は12月始めに開催されていましたが、ちょうど師走で忙しい時期であることや悪天候が重なりやすいこともあり、平成25年からは9月開催に変更となりました。毎回、ホテルの宴会場での賑やかな交流がみられますが、ここ数年は会員や関係者による出しものが以前以上に多数行われるようになっていきます。笛や三味線、ギター演奏、コーラス、さらにはミュージカルまであり、2時間あまりの親睦会もあっという間に終わってしまうような盛況です。プレゼントゲームも時間の関係もあり、ビンゴからトランプカードに変遷しています。特筆すべきは平成19年の第2回目の親睦会以降、8回連続して出演していただいている「F & M」（藤田晋宏先生と松沼恭一先生のデュオ）で、いまや本会親睦会の顔ともいえる存在になられています。

いろいろと趣向を変えながらも相互の親睦をはかる会として、これからも継続していきましょう。まだ出席されたことのない先生方も、ぜひお気軽にご出席ください。



第 24 回日本臨床内科医学会
(平成 22 年 10 月 10 日・11 日)



2010 in KANAZAWA

第24回 日本臨床内科医学会 開催

未来の日本の医療を考えよう
内科医の結束を……

- ◆会期:2010年10月10日(日)・11日(月・祝)
- ◆会場:石川県立音楽堂・ホテル日航金沢



本部事務局
(石川県臨床内科医会)

〒920-8201 金沢市鞍月東2丁目48番地 石川県医師会内
TEL : 076-239-3800 FAX : 076-239-3810
E-mail : 24rinnai@ishikawa.med.or.jp



未来の日本の医療を考えよう

内科医の結束を……

- 学会長** 近藤邦夫（石川県臨床内科医会会長）
- 会 期** 平成22年10月10日（日）、11日（月・祝）
- 会 場** 石川県立音楽堂
〒920-0856 石川県金沢市昭和町20-1 TEL 076-232-8111
ホテル日航金沢
〒920-0853 石川県金沢市本町2-15-1（JR金沢駅東口前） TEL 076-234-1111
ANAクラウンプラザホテル金沢
〒920-8518 石川県金沢市昭和町16-3 TEL 076-224-6111

役員会

- 理 事 会：平成22年10月 9 日（土） ホテル日航金沢
代 議 員 会：平成22年10月 9 日（土） ホテル日航金沢
常任理事会：平成22年10月11日（月・祝） ホテル日航金沢

委員会

- 学 術 部 合 同 委 員 会：平成22年10月 9 日（土） ホテル日航金沢
医 療・介 護 保 険 委 員 会：平成22年10月 9 日（土） ホテル日航金沢
I T 委 員 会：平成22年10月 9 日（土） ホテル日航金沢
ニ ュ ー ス 編 集 委 員 会：平成22年10月10日（日） ホテル日航金沢

式典（セレモニー）

- | | | | |
|-------------|---------------|---------|---------|
| 1. 学会長挨拶 | 第24回日本臨床内科医学会 | 学 会 長 | 近 藤 邦 夫 |
| 2. 会長挨拶 | 日本臨床内科医会 | 会 長 | 後 藤 由 夫 |
| 3. 来賓祝辞 | 石 川 県 | 知 事 | 谷 本 正 憲 |
| | 日本医師会 | 常 任 理 事 | 三 上 裕 司 |
| | 石川県医師会 | 会 長 | 小 森 貴 仙 |
| 4. 次期学会長 挨拶 | 北海道内科医会 | 会 長 | 西 家 皐 仙 |

懇親会

- | | | | |
|------------|----------------|--------|---------|
| 1. アトラクション | 金沢素囃子（金沢市伝統芸能） | | |
| 2. 開会挨拶 | 第24回日本臨床内科医学会 | 学 会 長 | 近 藤 邦 夫 |
| 3. 来賓挨拶 | 石川県健康福祉部 | 部 長 | 木 下 公 司 |
| | 金沢市健康推進部 | 部 長 | 西 村 賢 了 |
| 4. 表 彰 | 日本臨床内科医会 | 会 長 | 後 藤 由 夫 |
| | 最優秀論文賞 | 古賀総合病院 | 松 岡 均 夫 |
| 5. 学会長表彰 | 第24回日本臨床内科医学会 | 学 会 長 | 近 藤 邦 夫 |
| 6. 鏡 開 き | | | |
| 7. 乾杯挨拶 | 金沢市医師会 | 会 長 | 小 山 信 |
| 8. 中締め挨拶 | 石川県臨床内科医会 | 副 会 長 | 安 田 紀久雄 |



学会長挨拶：
近藤邦夫（石川県臨床内科医会会長）



会長挨拶：後藤由夫（日本臨床内科医会会長）



来賓祝辞：三上裕司（日本医師会常任理事）



来賓祝辞：小森 貴（石川県医師会会長）



次期医学会会長挨拶：
西家峰仙（北海道内科医会会長）



来賓祝辞：北川龍郎（石川県健康福祉部参事）



開会の辞：島田政則（福井県内科医会会長）



閉会の辞：若栗宣人（富山県内科医会会長）

（敬称略・肩書は大会時のものです）

特別講演



松田章一（金沢ふるさと偉人館館長）



鎌田 實（諏訪中央病院名誉院長）

教育講演



金子周一（金沢大学附属病院消化器内科教授）



戸邊一之（富山大学大学院医学薬学研究部内科学第一講座教授）



矢野聖二（金沢大学がん研究所腫瘍内科教授）



山岸正和（金沢大学医薬保健研究域医学系臓器機能制御学循環器内科教授）



横山 仁（金沢医科大学医学部腎臓内科学教授）

パネルディスカッション



基調講演：伊関友伸（城西大学経営学部マネジメント総合学科准教授）

シンポジウム



I・特別講演：河岡義裕（東京大学医科学研究所感染・免疫部門ウイルス感染分野長、教授）



III・特別講演：斎藤 博（国立がん研究センターがん予防・検診研究センター部長）



II：新田永俊（独立行政法人国立病院機構金沢医療センター神経内科部長）



II：鈴鹿有子（金沢医科大学耳鼻咽喉科教授）



II：干場 勉（石川県立中央病院いしかわ総合母子医療センター部長）



II：筒井清広（石川県立中央病院皮膚科診療部長）

日臨内セミナー



田倉智之（大阪大学大学院医学系研究科医療経済産業政策学教授）

医療経営セミナー



三輪亮寿（三輪亮寿法律事務所所長）

医療関係者公開講座



大田仁史（茨城県立健康プラザ管理者）

（敬称略・肩書は大会時のものです）

座 長



梅田俊彦（石川県臨床内科医
会名誉会長）



小川 純（石川県臨床内科医
会理事）



魚谷浩平（石川県臨床内科医
会理事）



西 耕一（石川県臨床内科医
会理事）



医学会開催に向けて、会場での打合せ風景



石川県立音楽堂1階フロアでの受付風景

（敬称略・肩書は大会時のものです）



来賓挨拶：
木下公司（石川県健康福祉部部長）



来賓挨拶：
西村賢了（金沢市健康推進部部長）



懇親会での乾杯風景（挨拶：小山 信 金沢市医師会会長）



懇親会での鏡開き

（敬称略・肩書は大会時のものです）



懇親会での乾杯風景



金沢伝統芸能 素囃子
金沢東・西・主計町芸妓衆による「正次郎連獅子」



懇親会での地酒コーナー



懇親会風景



懇親会風景



オーケストラアンサンブル金沢の
大村俊一・一恵ご夫妻による
バイオリンデュオ



記念品を作ってくださった、
女流友禅作家の水野陽子氏



医学会を終えての記念撮影

(敬称略・肩書は大会時のものです)

＜歴代会長・副会長名簿＞

歴代会長・副会長名簿

歴代会長

代	氏 名	就 任 日	退 任 日	総 会	期 間
一代目	永 田 良 作	昭和61年 3 月23日	平成 6 年 2 月27日	設立総会	8 年間
二代目	梅 田 俊 彦	平成 6 年 2 月27日	平成10年 2 月22日	第 9 回総会	4 年間
三代目	岩 城 紀 男	平成10年 2 月22日	平成18年 2 月 5 日	第13回総会	8 年間
四代目	近 藤 邦 夫	平成18年 2 月 5 日	平成24年 3 月 4 日	第21回総会	6 年間
五代目	洞 庭 賢 一	平成24年 3 月 4 日		第27回総会	

歴代副会長

	氏 名	就 任 日	退 任 日	総 会	期 間
1	岡 本 敬 一	昭和61年 3 月23日	平成 6 年 2 月27日	設立総会	8 年間
2	大 森 肇	昭和61年 3 月23日	平成 8 年 2 月25日	設立総会	10年間
3	小 原 修	昭和61年 3 月23日	平成 8 年 2 月25日	設立総会	10年間
4	梅 田 俊 彦	平成 2 年 3 月11日	平成 6 年 2 月27日	第 5 回総会	4 年間
5	岩 城 紀 男	平成 6 年 2 月27日	平成10年 2 月22日	第 9 回総会	4 年間
6	大 家 他喜雄	平成 6 年 2 月27日	平成16年 2 月15日	第 9 回総会	10年間
7	津 田 功 雄	平成 8 年 2 月25日	平成18年 2 月 5 日	第11回総会	10年間
8	村 本 信 吾	平成 8 年 2 月25日	平成18年 2 月 5 日	第11回総会	10年間
9	見 谷 巖	平成 8 年 2 月25日	平成14年 2 月24日	第11回総会	6 年間
10	木 戸 哲 也	平成10年 2 月22日	平成14年 2 月24日	第13回総会	4 年間
11	近 藤 邦 夫	平成14年 2 月24日	平成18年 2 月 5 日	第17回総会	4 年間
12	金 戸 昭	平成14年 2 月24日	平成20年 2 月17日	第17回総会	6 年間
13	西 村 邦 雄	平成18年 2 月 5 日	平成24年 3 月 4 日	第21回総会	6 年間
14	亀 田 正 二	平成18年 2 月 5 日	平成24年 3 月 4 日	第21回総会	6 年間
15	安 田 紀久雄	平成18年 2 月 5 日	平成26年 2 月23日	第21回総会	8 年間
16	林 清 次	平成20年 2 月17日	平成24年 3 月 4 日	第23回総会	4 年間
17	永 井 幸 広	平成24年 3 月 4 日		第27回総会	
18	東 野 朗	平成24年 3 月 4 日		第27回総会	
19	高 田 重 男	平成24年 3 月 4 日		第27回総会	
20	円 山 寛 人	平成26年 2 月23日		第29回総会	

石川県臨床内科医会 役員名簿

(平成27年12月現在)

名 誉 会 長	岩 城 紀 男	近 藤 邦 夫
顧 問	見 谷 巖	津 田 功 雄
	村 本 信 吾	金 戸 昭
	西 村 邦 雄	林 清 次

役 職	氏 名	医 師 会 名
会 長	洞 庭 賢 一	金 沢 市
副 会 長	永 井 幸 広	金 沢 市
	東 野 朗	小 松 市
	高 田 重 男	金 沢 市
	円 山 寛 人	七 尾 市
理 事	竹 田 康 男	金 沢 市
	西 耕 一	金 沢 市
	高 松 靖	金 沢 市
	横 井 正 人	金 沢 市
	山 口 泰 志	金 沢 市
	鍛 冶 恭 介	金 沢 市
	高 桑 浩	金 沢 市
	大 溝 了 庸	金 沢 市
	伊 東 哲 郎	加 賀 市
	加 登 康 洋	小 松 市
	佐 竹 良 三	小 松 市
	湯 浅 豊 司	小 松 市
	坂 東 琢 磨	白山ののいち
	長 尾 信	白山ののいち
	角 田 弘 一	河 北 郡 市
	沖 野 惣 一	河 北 郡 市
	松 沼 恭 一	羽 咋 郡 市
	安 田 紀久雄	七 尾 市
	佐 原 博 之	七 尾 市
	藤 田 晋 宏	七 尾 市
	北 川 浩 文	能 登 北 部
監 事	若 狭 豊	金 沢 市
	上 田 良 成	加 賀 市

＜石川県臨床内科医会・
日本臨床内科医会のあゆみ＞

石川県臨床内科医会・日本臨床内科医会のあゆみ

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
昭和51年 5月 齊藤昌道先生を中心とした金沢内科学会の活動（昭和56年 3月以降休会） 昭和61年 金沢内科医会を発展的に解消し、これを母体として、加賀地区（小松内科懇話会を中心に）および能登地区からの参加を得て、石川県臨床内科医会を結成し、3月23日（日）於ホリデイ・イン金沢にて、第1回総会を開催し、会長に永田良作先生が就任した。 創立時の会員数 222名 役 員 会 長：永田良作 副会長：岡本敬一 大森 肇 小原 修 理 事（総務）岩城紀男 津田功雄 （経理）浅野 繁 （保険）梅田俊彦 山崎幹雄 （学術）瀬野 孝 刀禰恒夫 村本卓郎 平沢謙太郎 西村邦雄 藤田士郎 （広報）高松弘明 木戸哲也 上出秀夫 升谷一宏 （地域医療）中田 勲 （税務）矢木泰夫 （企画）半田 詮 高沢 至 監 事：上田好雄 梅田 明 第1回日本臨床内科医学会（京都）で、石川県臨床内科医会会員アンケート調査を行い、	明治36年 4月 4日 日本内科学会創立 目的「内科学の研究とその奨励を為す」 （平成17年 4月大阪第102回総会） 昭和50年 4月 権藤祐一先生（福岡県）の呼びかけで、全国臨床内科医の集い、第1回全国臨床内科医連絡協議会が開催され、以降毎年内科学会総会に合わせて開催された。 昭和60年 4月 第11回全国臨床内科医会連絡協議会総会（名古屋市）を第1回日本臨床内科医会総会として登録し、高島雅行先生（京都府）が初代会長に就任した。 日本臨床内科医会 三大目標 ★内科学卒業後（生涯）研修の強化 ★臨床内科医のあり方の改善 ★内科系診療報酬の向上 昭和62年11月 第1回日本臨床内科医学会が京都で開催される。

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
高松弘明先生が「在宅医療における臨床内科医の役割」を発表。その後、第2報（津田功雄）第3報（岩城紀男）と発表した。 本会の浅野繁尚先生（金沢）の連続演題発表も特筆される。 平成2年3月 第5回石川県臨床内科医会総会にて在宅ケア医療・保険・福祉の連携に関するシンポジウムを開催 その後、総会毎に医療費問題などにも取り組んだ。 平成6年2月27日 第9回石川県臨床内科医会総会 会 長：梅田俊彦 副会長：大森 肇 小原 修 岩城紀男 大家他喜雄 理 事（総務）津田功雄 西村功 能登康夫 （経理）山崎幹雄 （保険）梅田 明 （学術）西村邦雄 前川信政 長田清明 近藤邦夫 柳瀬晴也 向出雄二 見谷 巖 三林 裕 （広報）木戸哲也 上出秀夫 白藤 勲 升谷一宏 （地域医療）高松弘明 中田 勲 藤田邦彦 土谷 保 （企画）半田 詮 安田紀久雄 監 事：松本吉典 浅野 繁 平成7年2月26日 10周年記念座談会（神津日本臨床内科医会会長に聞く） 平成7年9月23～23日 第9回日本臨床内科医学会 石川県臨床内科医会主催で金沢市で開催 金沢市文化ホール、金沢ニューグランドホテル	日本内科学会 認定内科医の経過措置による認定（昭和62年4月から5カ年）が行われ、本会から1,282名が認定された。 平成7年9月 「在り方検討委員会」発足 津田功雄先生と近藤邦夫先生が参加 平成7年9月1日から日本臨床内科医会認定医制度申請受付開始

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
ルにて盛大に行われ、会場は予想外の1,239名の参加者で溢れた。 メインテーマ「より実践的な医療を目指して」 シンポジウム「ライフスタイルの改善」 健康医学から見た食事指導の実際 運動療法の理論と実際 禁煙指導の理論と実際 アルコールの功罪 シンポジウム「臨床内科医の診療報酬の改善をめぐって」 厚生省健康政策局医事課長 今田寛睦 日本医師会常任理事 糸氏英吉 石川県臨床内科医会 能登康夫 招待講演 「こころの風景」 作家 五木寛之 平成8年2月25日 第11回石川県臨床内科医会総会 新副会長に村本信吾先生、見谷巖先生が就任 平成10年2月22日 第13回石川県臨床内科医会総会 梅田俊彦会長が退任され、新会長に岩城紀男副会長が就任	日本臨床内科医会認定医 ・平成7年度に発足し、第1回合格者は3,290名で石川県は83名が認可された。 ・しかし、その後日臨内の念願であった社団法人化のため厚労省と折衝するが、公益法人の検定や認定制度の廃止を通告される。 ・平成13年10月6日、鹿児島での理事会、評議員会、臨時総会にて「法人化を最優先する」それに伴い「認定医制度の廃止」が決定された。 平成9年5月 日臨内医療保険部、平成元年から担当された、岩城紀男先生から、魚谷浩平先生に引き継がれる。 平成11年4月 日臨内の神津康男会長が退任され、新会長に後藤由夫先生が就任 平成12年9月23日 第24回日臨内医学会総会（仙台）

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
平成13年2月25日 第16回石川県臨床内科医会総会 「医療構想改革と医療法改正」について、日 医常任理事桜井秀也先生が特別講演される。 平成13年5月27日 「禁煙フォーラム石川2001」を開催、一 般市民、教育関係者、医療関係者ら204名参 加 平成13年11月 「禁煙指導者講習会」開催 講師は本会理事の西耕一先生 平成14年2月24日 第17回石川県臨床内科医会総会 「糖尿病性末梢神経障害一日臨内全国調査」 について日臨内会長後藤由夫先生が特別講演 される。 平成15年2月23日 第18回石川県臨床内科医会総会 「診療報酬改定の影響」について、岩城会長 が内科医の現状について言及 平成16年12月 「石川県下における糖尿病性神経障害ならび に足病変に関する実態調査」が開始、永井幸 広先生が担当 平成17年2月20日 第20回石川県臨床内科医会総会 ホテルイン金沢	学術部の充実、専門医による編集協力 本県から洞庭賢一理事が参加 ニュース編集員として、西村邦雄理事が参加 平成13年4月 「高齢者高血圧の治療効果に関する研究」を 開始 平成14年10月21日 第26回日臨内医学会総会（鹿児島） 認定医制度の中止と新研修制度発足 平成14年11月 FLU-STUDY2002（インフルエン ザ）の研究開始 岩城本県会長（日臨内常任理事）が担当理事 として活躍 平成16年9月18日 第18回日本臨床内科医学会（岡山） 有限責任中間法人日本臨床内科医会が誕生 平成16年11月 FLU-STUDY2004（インフルエン ザ）が開始。B型インフルエンザ大量に発生 する。 平成17年度 学術部会誌編集委員（洞庭賢一）、社会保 険部医療保険委員会（竹田康男）、広報部 ニュース編集委員会（西村邦雄）が委員とな る。

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
平成17年5月29日 「禁煙フォーラム石川2005」開催 石川県女性センター「ホール」 平成17年10月30日 石臨内20周年記念行事 1 幕末の医師、高松凌雲伝 講談師 神田紅 2 健康フォーラム インフルエンザなんか怖くない 創立20周年記念誌発行 平成18年2月5日 第21回石川県臨床内科医会総会 新会長に近藤邦夫先生が就任 平成18年5月28日 第6回禁煙フォーラム石川 石川県教育会館「ホール」 石川県における禁煙の取り組みを紹介 平成18年9月30日 情報交換会イン能登の開催 和倉温泉ホテルたな嘉 「最近の医療制度改革関連法案について」 小川 純 能登島CC 平成18年10月28日 会員親睦会 ホテル日航金沢で開催 会員相互の交流、会員のご家族・スタッフとの交流、新規会員の勧誘 平成19年2月25日 第22回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル	平成17年9月17日～19日 第1回（通算19回）中間法人日本臨床内科医会医学会総会（奈良県新公会堂）が開催される。 テーマ：医療の原点を求めて 平成18年度 研修指定医制度から新・認定医制度となる。 平成18年9月16～18日 第20回日臨内医学会を東京都で開催 平成19年度 専門医制度スタート 平成19年4月8日 第24回日臨内総会を大阪府で開催

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
平成19年5月27日 第7回禁煙フォーラム石川 金沢ニューグランドホテル 平成19年6月30日 情報交換会イン加賀 山中温泉河鹿荘ロイヤルホテル 後期高齢者医療制度について 魚谷 浩平 平成20年2月17日 第23回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 平成20年6月14日 情報交換会イン能登 和倉温泉「のと楽」 和倉ゴルフクラブ 平成20年5月25日 県民公開講座 禁煙フォーラム石川2008 石川県女性センター 平成20年10月18日 会員親睦会 ホテル日航金沢 参加者108名 平成21年2月22日 第24回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 平成21年5月31日 第9回県民公開講座 禁煙フォーラム石川2009 石川県女性センター「ホール」	平成19年9月15～17日 第21回日臨内医学会を愛知県で開催 平成20年4月1日 特定健診・特定保健指導が始まる 平成20年4月13日 第25回日臨内総会を東京都で開催 平成20年9月13～15日 第22回日臨内医学会を長崎県で開催 平成20年9月14日 日本臨床内科医学会で洞庭副会長が平成19年度臨床研究部門の最優秀論文賞を受賞 平成20年12月1日 中間法人法の改正により中間法人から一般社団法人になる。 平成21年4月12日 第26回日臨内総会を東京都で開催

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
平成21年6月13日 情報交換会イン加賀 ホテルアローレ 「保険診療について」 魚谷 浩平 片山津ゴルフクラブ 平成21年10月17日 会員親睦会 金沢都ホテル 参加者90名 平成21年10月24～25日 金沢エクセルホテル東急 第4回日本禁煙科学会学術総会 岩城 紀男会長 「タバコの無い社会をめざして ー禁煙は体にやさしい思いやりー」 平成22年2月14日 第25回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 平成22年5月30日 第10回禁煙フォーラム石川2010 石川県女性センター 平成22年6月22日 情報交換会イン能登 能州いろは 和倉ゴルフ倶楽部 平成22年10月10～11日 第24回日本臨床内科医学会 石川県立音楽堂 「未来の日本の医療を考えよう 内科医の結束を・・・」 教育講演 特別講演 会員発表 ランチョンセミナー	平成21年10月11～12日 第23回日臨内医学会を埼玉県で開催 平成22年4月11日 第27回日臨内総会を東京都で開催 平成23年3月11日 東日本大震災発生

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
学会長講演 セレモニー パネルディスカッション シンポジウム 医業経営セミナー 日医内ワークショップ 医療関係者公開講座 参加者1,105人 平成23年9月3日 情報交換会イン白山 かんぼの郷白山尾口 平成23年12月17日 会員親睦会 ホテル日航金沢 参加者120名 平成24年3月4日 第27回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 会長に洞庭賢一先生が就任 平成24年5月27日 禁煙フォーラム石川2012 石川県女性センター 平成24年8月4日 教養講座 日本酒編 山中温泉「花紫」	平成23年4月9日 震災のため、開催を予定していた第28回日臨内総会（東京）を急遽中止 平成23年4月10日 役員により、主として書面による総会を開催し、議事を議決した。 後藤由夫会長が退任され名誉会長に、新しく猿田享男会長が就任される。 定款を改定 平成23年4月10日 「介護保険主治医意見書 記載のポイント」を発刊 平成23年9月18～19日 第25回日臨内医学会を北海道で開催 平成23年10月3日 日臨内会員にも被害が出たため、全国に義援金を募り（5月より）、被災された会員にお見舞いを送る。 平成24年2月1日 「原発性アルドステロン症の実態調査」を開始 平成24年4月15日 第29回日臨内総会を京都府で開催 平成24年10月6日 日本臨床内科学会で永井幸広副会長が平成23年度臨床研究部門の最優秀論文賞を受賞「新規糖尿病薬シタグリプチンの有効性に関する検討」 平成24年10月7～8日 第26回日臨内医学会を徳島県で開催 平成24年11月1日 「スマイルプロジェクト」を開始

石川県臨床内科医会	日本臨床内科医会
平成24年12月15日 会員親睦会 ホテル日航金沢 参加者120名 平成25年2月24日 第28回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 平成25年5月26日 第13回禁煙フォーラム石川2013 しいのき迎賓館 平成25年12月14日 会員親睦会 ホテル金沢 参加者94名 平成26年2月23日 第29回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 平成26年3月8日 教養講座 ワイン編 山代温泉「あらや滔々庵」 平成26年6月1日 禁煙フォーラム石川2014 石川県立音楽堂交流ホール 平成26年9月6日 会員親睦会 ホテル金沢 参加者82名 平成27年2月15日 第30回石川県臨床内科医会総会 金沢都ホテル 猿田日臨内会長による特別講演 平成27年5月31日 禁煙フォーラム石川2015 石川県立音楽堂	平成24年12月 「慢性腎臓病診療と地域連携の現状に関するアンケート調査」開始 平成25年4月14日 第30回日臨内総会を東京都で開催 平成25年4月21日 神津康雄名誉会長ご逝去 平成25年4月25日 「内科診療実践マニュアル」の姉妹誌「内科処方実践マニュアル」を発刊 平成25年10月13～14日 第27回日臨内医学会を兵庫県で開催 平成26年4月13日 第31回日臨内総会を東京都(主催：神奈川県)で開催 平成26年4月26～27日 東京都医師会館解体のため日臨内事務局を2年間の予定で住友商事竹橋ビルに移転 平成26年10月12～13日 第28回日臨内医学会を岩手県で開催 平成27年4月12日 第32回日臨内総会を京都府で開催 平成27年4月25日 「内科処方実践マニュアル」改定第2版を発刊

研 修 会

中央地区

平成18年

第117回	1/28(土)	外来における呼吸器感染症治療 ーどのような抗菌薬を選択するのかー
		不整脈の治療とカテーテルアブレーション
第21回総会	2/5(日)	教育講演 心臓外科の現状
		特別講演 生活習慣病と睡眠障害
第118回	5/20(土)	関節炎の臨床ー膠原病内科医の視点からー
		心血管疾患と生活習慣病における最近の話題
第119回	7/22(土)	イベントフリーの老後を目指して
		GERDの新しい考え方ー特にNERDの病態と治療ー
第120回	9/9(土)	神経変性疾患の最近の話題
		高齢者統合医療と漢方医学
第121回	11/18(土)	呼吸器疾患と栄養管理
		糖尿病治療における最近の話題

平成19年

第122回	1/27(土)	臨床医に求められる微量元素の知識ー特に肝疾患との関係ー
		シリーズ在宅医療講座 第1回 神経難病には在宅医療の基本がつまっている
第22回総会	2/25(日)	糖尿病腎症の寛解を目指した治療戦略
		糖尿病合併症に対する薬物療法の可能性
第123回	5/19(土)	内分泌性高血圧症ー最近の動向と問題点ー
		日常臨床に役立つ腹部エコー (実地研修)
第124回	7/21(土)	頸動脈エコー検査 最近の進歩
		CKDとしての糖尿病腎症ー寛解を目指した診断と治療ー
第125回	9/8(土)	禁煙指導者講習会 職場における禁煙指導
		新たな代謝・循環器疾患の治療戦略
第126回	11/10(土)	C型慢性肝炎の治療
		虚血性脳血管障害における抗血小板療法
第127回	1/12(土)	分子標的治療の現状と今後

平成20年

第127回	1/12(土)	感染症へのアプローチ
		冬季の呼吸器感染症ーインフルエンザ診療の最新情報ー
第23回総会	2/17(日)	生活習慣病とタバコ・コーヒー・ワインについて
		先端性冠動脈インターベンションにおける 積極的脂質低下療法の意義
第128回	5/17(土)	実践、心エコー
		ハイリスク救急疾患&ハイリスク救急患者

名古屋市立大学臨床機能 内科学 講師 中村 敦
独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター 循環器科 医長 阪上 学
昭和大学医学部第一外科 主任教授 手取屋 岳夫
久留米大学医学部精神神経科 助教授 内村 直尚
金沢大学医学部附属病院 リウマチ・膠原病内科 助手 川野 充弘
金沢医科大学循環制御学部門 教授 梶波 康二
東京大学医学部附属病院 検査部 講師 下澤 達雄
兵庫医科大学 総合内科学 上部消化管科 教授 三輪 洋人
国立病院機構医王病院 特命副院長 駒井 清暢
東北大学大学院医学系研究科 先進漢方治療医学講座 教授 荒井 啓行
公立能登総合病院内科 医長 上田 章人
金沢大学大学院医学系研究科 がん遺伝子治療学 助教授 篁 俊

日本大学医学部内科学講座 消化器肝臓内科部門 教授 荒川 奉行
つちやま内科クリニック 院長 土山 雅人
金沢医科大学内分泌代謝制御学 教授 古家 大祐
自治医科大学附属大宮医療センター センター長 川上 正舒
福井大学医学部第三内科 教授 宮森 勇
浅ノ川総合病院 内科部長 荒木 一郎
(財)広南会 広南病院 脳血管内科医長 古井 英介
岡山大学大学院 医歯学総合研究科腎・免疫・内分泌代謝内科学 助教授 四方 賢一
日本赤十字広島看護大学 教授 川根 博司
大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科 講師 木原 進士
金沢大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授 酒井 明人
埼玉医科大学国際医療センター 教授 棚橋 紀夫
金沢大学がん研究所 分子標的がん医療研究開発センター 腫瘍内科研究分野 教授 矢野 聖二

自治医科大学附属病院 臨床感染症センター 感染症科科长・准教授 五味 晴美
福岡市 原土井病院 臨床研究部 部長 池松 秀之
岩城内科医院 院長 岩城 紀男
金沢大学医学部附属病院 循環器内科 教授 山岸 正和
金沢大学医学部附属病院 循環器内科 助教 岡島 正樹
福井県立病院 救命救急センター 医長 林 寛之

第129回	7/12(土)	シリーズ在宅医療ー今こそ在宅緩和医療をー あなたの家にかえろう～すみなれた家で死ぬということ～
		外来でよく遭遇する血液疾患の診断と治療法
第130回	9/20(土)	禁煙治療の実際～薬物治療の進歩をまじえて～
		カプセル内視鏡の最新の話題
第131回	11/15(土)	外来で行なう簡単なインスリン導入について
		日常臨床における腹部エコー検査

平成21年

第132回	1/24(土)	睡眠障害について
		慢性咳嗽について
第24回総会	2/22(日)	信頼に支えられた医療
		ホルモンと高血圧
第133回	5/16(土)	心エコーー疾患編ー
		危険な疼痛の見分け方
第134回	7/25(土)	日常診療に役立つ老年期精神障害の見方～認知症を中心に～
		シリーズ在宅医療3 「長崎における在宅医療連携の取り組み ～長崎在宅Dr.ネットの実践を通して～」
第135回	9/12(土)	禁煙指導者講習会
		消化器癌に対する化学療法
第136回	11/28(土)	最近策定された皮膚疾患のガイドラインから
		甲状腺エコーと穿刺吸引細胞診

平成22年

第137回	1/23(土)	日常診療におけるCOPDの診断と治療
		気道感染症における粘膜免疫の重要性、 予防と治療の最近知見
第25回総会	2/14(日)	話題提供「石川県臨床内科医会テーマ進捗状況報告」
		遺伝学の源流を訪ねて
		糖尿病治療の新たな展開ーインクレチン関連薬を含めてー
第138回	5/15(土)	虚血性心疾患の診断・治療ー新しいデバイスも含めてー
		四肢血管超音波検査の基礎
第139回	7/24(土)	禁煙指導者講習会 禁煙治療の実際
		地域連携とがん緩和ケア
第140回	9/11(土)	IBS(過敏性腸症候群)の診断と治療 ～もっと診よう!もっと知ろうIBS～
		神経痛へのアプローチ
第141回	11/6(土)	膠原病の診断と最新治療
		血液疾患診療の地域連携

さくらクリニック 院長 桜井 隆
石川県立中央病院 血液免疫内科 診療部長 山口 正木
医)かとうクリニック 院長 加藤 正隆
金沢大学医学部附属病院 消化器内科 助教 加賀谷 尚史
福井中央クリニック 笈田 耕治
浅ノ川総合病院 消化器内科 荒木 一郎

金沢大学 精神科神経科 金田 礼三
石川県済生会金沢病院 呼吸器内科 診療部長 小川 晴彦
慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授 田中 滋
福井大学医学部 内科学 教授 宮森 勇
金沢大学附属病院 循環器内科 古荘 浩司
金沢大学脳神経外科 教授 濱田 潤一郎
石川県立高松病院 副院長 北村 立
白髭内科医院 白髭 豊
岐阜大学再生医科学循環呼吸病態学 非常勤講師 飯田 真美
金沢医科大学 腫瘍内科学 教授 元雄 良治
金沢医科大学 環境皮膚科学部門 教授 望月 隆
石川県立中央病院 糖尿病・内分泌内科 診療部長 藤井 寿美枝

京都大学呼吸器内科学 講師 室 繁郎
徳島大学疾患酵素学研究センター 教授・センター長 木戸 博
石川県臨床内科医会 理事 永井 幸広
新潟大学 名誉教授 新潟南病院 名誉院長 柴田 昭
横浜市立大学大学院医学研究科 分子内分泌・糖尿病内科学 教授 寺内 康夫
金沢大学附属病院循環器内科 助教 薄井 莊一郎
金沢医科大学病院 胸部心臓血管外科 小畑 貴司
新潟大学医学部 保健学科 関 奈緒
金沢赤十字病院 副院長 西村 元一
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 神経内科 教授 金子 宏
金沢大学附属病院 臨床准教授 村上 英樹
金沢医科大学 血液免疫制御学 教授 梅原 久範
金沢大学附属病院 血液内科 山崎 宏人

平成23年

第142回	1 / 22 (土)	スギ花粉症の研究と実地臨床～新しいものを求めて～
		経口抗菌薬の適正使用を考える
第26回総会	2 / 13 (日)	地域と医療の再生
		高血圧治療の転換期
第143回	5 / 14 (土)	慢性腎臓病の話題～腎性貧血を中心に～
		最新の研究班治療指針に基づいた炎症性腸疾患の治療戦略
第144回	7 / 23 (土)	心不全治療戦略～最近の話題～
		連携パスを用いた多職種参加による在宅医療
第145回	9 / 10 (土)	糖尿病治療の新展開～GLP-1受容体作動薬の可能性を探る～
		喫煙関連疾患の画像診断～肺気腫とその周辺～
第146回	11 / 19 (土)	骨粗鬆症に関する最新の知見
		生活習慣病としての睡眠時無呼吸症候群の実地臨床

平成24年

第147回	1 / 28 (土)	最新の結核治療について
		最近の認知症診断と治療 ～日常診療に役立つポイントを交えて～
第27回総会	3 / 4 (日)	津波災害時の医療～開業糖尿病専門医の立場から～
		妻を看取る日
第148回	5 / 19 (土)	ネフローゼ症候群の現状と最新の治療
		上部消化管疾患の診断ならびに治療 －胃酸関連疾患を中心に－
第149回	7 / 14 (土)	「不整脈」を見つけたら
		今後の在宅ケアシステム－がんと認知症－
第150回	9 / 29 (土)	タバコと健康と人生 ～医療者にとっての喫煙問題と今後の展望～
		日常診療で見逃したくない下垂体疾患
第151回	11 / 10 (土)	我が国における造血幹細胞移植の現状
		パーキンソン病の診断と最新の治療

平成25年

第152回	1 / 26 (土)	冠動脈疾患予防のためのコレステロール治療 －動脈硬化疾患予防ガイドライン2012年版を中心に－
		COPDと慢性気道疾患の診断と治療
第28回総会	2 / 24 (日)	総合診療の将来像
		Vascular ProtectionのためのRAS系抑制の重要性
第153回	5 / 18 (土)	心房細動の治療
		関節リウマチの診断と治療

福井大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学 教授 藤枝 重治
愛知医科大学大学院医学研究科 感染制御学 教授 三嶋 廣繁
慶応義塾大学経済学部 教授 金子 勝
慶応義塾大学 名誉教授 猿田 享男
金沢社会保険病院 副院長 村本 弘昭
滋賀医科大学大学院感染応答・免疫調節部門 消化器免疫分野 教授 安藤 朗
金沢大学附属病院循環器内科 助教 薄井 莊一郎
中川医院 院長 中川 彦人
石川県済生会金沢病院 代謝内科医長 古川 健治
香川県立保健医療大学 老人老年看護学 教授 佐藤 功
近畿大学医学部奈良病院 整形外科・リウマチ科 教授 宗圓 聰
たかおかクリニック 院長 佐々木 文彦

金沢市立病院 呼吸器内科 科長 中積 泰人
京都大学医学部附属病院 老年内科 科長・講師 武地 一
盛岡大学栄養科学部 教授・前宮古市長 熊坂 義裕
日本対がん協会会長・元国立がんセンター総長 垣添 忠生
金沢大学附属病院 血液浄化療法部 助教 北川 清樹
石川県済生会金沢病院 消化器科医長 代田 幸博
金沢大学附属病院 循環器内科 古荘 浩司
長尾クリニック 院長 長尾 和宏
東北大学病院内部障害 リハビリテーション科 准教授 黒澤 一
金沢医科大学病院 糖尿病・内分泌内科学 准教授 中川 淳
金沢大学医薬保健研究域医学系 細胞移植学 教授 中尾 眞二
独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター 神経内科医長 予防・治療開発研究室長 坂尻 顕一

金沢大学医薬保健研究域医学系 臓器機能制御学・循環器内科 講師 川尻 剛照
独立行政法人国立病院機構 七尾病院 病院長 藤村 政樹
自治医科大学総合診療部 准教授 黒木 茂広
大阪大学医学部附属病院 老年・高血圧内科 病院教授 大石 充
京都医療センター 赤尾 昌治
やわたメディカルセンター 勝木 保夫

第154回	7/6(土)	在宅医療と看取り
		アルツハイマー型認知症の新しい治療戦略 ーNMDA受容体拮抗薬を中心にー
第155回	9/14(土)	生活習慣病の発症・重症化予防における禁煙の意義と方法
		肝機能障害のみかた
第156回	11/9(土)	糖尿病治療ー「7つの習慣」から学ぶ
		甲状腺疾患の診断と治療

平成26年

第157回	1/11(土)	内科医のためのめまい疾患診断と治療
		骨粗鬆症患者の簡単な見つけ方 ー骨粗鬆症の現状とその対策を含めてー
第29回総会	2/23(日)	アレルギー性鼻炎治療の最近の知見 ー鼻アレルギー診療ガイドラインから舌下免疫療法までー
		肥満症治療の新たなアプローチ
第158回	5/24(土)	内科医が知っておくべき小児の感染症
		閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療(EVT: endovascular therapy)の現状～日本のEvidenceから～
第159回	7/12(土)	がん患者の症状緩和における薬物療法と非薬物療法のバランスについて ～薬物療法の基本・サバイバーシップ・ケアの視点～
		IgG4関連疾患の世界2014
第160回	9/13(土)	禁煙治療の現状と工夫 ～福井県済生会病院での経験を中心に～
		頭痛の診断と治療～頭の痛い話～
第161回	11/15(土)	薬による胃腸障害
		内科で遭遇しうる皮膚疾患

平成27年

第162回	1/24(土)	膵癌の診断と治療
		COPDの診断と治療ACOS
第30回総会	2/15(日)	日本臨床内科医会の現況と展望 ー日本臨床内科医会の臨床研究ー
		食事療法、薬物療法に関する最近のトピックス
		魚油の脂質改善・抗動脈硬化作用とその作用機構
第163回	5/23(土)	機能性胃腸症の診断と治療
		「β遮断薬を用いた高血圧と慢性心不全の治療法」 ～高血圧治療ガイドライン2014におけるβ遮断薬の位置付け～
第164回	7/25(土)	呼吸器感染の診断と治療
		肺癌に対する分子標的治療薬の基礎と臨床

ものがたり診療所 佐藤 伸彦
国立長寿医療センター 内科総合診療部長 遠藤 英俊
大阪府立健康科学センター 中村 正和
金沢大学附属病院 消化器内科 特任教授 山下 竜也
大阪市立総合医療センター 代謝・内分泌内科 部長 細井 雅之
浅ノ川総合病院 糖尿病内分泌センター長 織田 展成

浅ノ川総合病院 脳神経センター長 廣瀬 源二郎
金沢大学大学院 地域医療救急・整形外科学 特任教授 山本 憲男
千葉大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍学 講師 櫻井 大樹
公益財団法人結核予防会 新山手病院 生活習慣病センター長 宮崎 滋
金沢医科大学 臨床感染症学 教授 飯沼 由嗣
金沢医科大学病院 心血管カテーテル治療科 准教授 土谷 武嗣
金沢医科大学病院 麻酔科・集学的がん治療センター 講師 小川 真生
金沢大学附属病院 リウマチ・膠原病内科 科長 川野 充弘
福井県済生会病院 呼吸器外科部長 小林 弘明
金沢脳神経外科病院 副院長 山本 信孝
金沢大学附属病院 消化器内科 助教 北村 和哉
金沢大学附属病院 皮膚科 講師 松下 貴史

金沢大学附属病院 がん高度先進治療センター 大坪 公士郎
石川県立中央病院 呼吸器内科 医長 西 耕一
日本臨床内科医会 会長 猿田 享男
京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学 准教授 福井 道明
東邦大学医療センター佐倉病院 糖尿病・内分泌・代謝センター 教授 龍野 一郎
金沢医療センター 消化器科 部長 加賀谷 尚史
平光ハートクリニック 院長 藤田保健衛生大学循環器内科 客員准教授 平光 伸也
金沢医科大学 呼吸器内科学 准教授 水野 史朗
金沢大学附属病院 呼吸器内科 副科長 木村 英晴

第165回	9/12(土)	タバコに関わる生活習慣病～糖尿病を中心に～
		実臨床から考える認知症診療の実際 ～こう考えるとアルツハイマー型認知症の診療は 難しくない！～
第166回	11/14(土)	冠動脈疾患に対するカテーテル治療の変遷と 抗血栓療法について
		ペインクリニックにおける最近のインターベンショナル痛み 治療

済生会滋賀県病院	糖尿病代謝内科	部長	稲本 望
社会医療法人財団新和会 センター長	八千代病院	認知症疾患医療センター	川畑 信也
金沢医科大学病院	心血管カテーテル治療科	教授	北山 道彦
石川県立中央病院	麻酔科	部長	新田 俊一

加賀地区

平成18年

第1回	4/20(木)	メタボリックシンドロームと高血圧
第2回	4/27(木)	前立腺疾患の診断と治療
第3回	5/18(木)	Up date な糖尿病治療薬へのナビゲーション
第4回	6/8(木)	実地診療におけるFDの診療指針
第5回	7/13(木)	腎臓へのこだわり
第6回	8/10(木)	排除が見えてきた麻疹・風疹 では、日本脳炎・インフルエンザは？
第7回	9/14(木)	ヒトは血管から老い、血管から病む
第8回	10/12(木)	新研修医制度導入後の現状と問題点
		最近の大規模臨床からみた高血圧治療
第9回	11/9(木)	関節リウマチ治療の最前線
第10回	12/14(木)	痛み治療のためのABC
第11回	1/25(木)	過活動膀胱の成因と治療
第12回	3/22(木)	降圧薬選択における性差の考慮

平成19年

第1回	4/12(木)	認知症と成年後見制度
第2回	5/24(木)	日本における降圧薬合剤の歴史・変遷
第3回	6/21(木)	NASHの最新の診断と治療
第4回	7/12(木)	ストレス一日決算主義のススメ
第5回	8/9(木)	疾患別に抑える循環器治療薬
第6回	9/13(木)	知っておきたい血液疾患
第7回	9/27(木)	痛みの治療の為のABC
第8回	10/4(木)	緩和医療の地域普及
		急性期病院における緩和体制と地域連携の在り方
第9回	10/11(木)	関節リウマチ薬物療法の新展開
第10回	11/1(木)	PTSD～心的外傷後ストレス障害～
第11回	11/15(木)	日本人における血管を標的とした虚血性心疾患治療の最前線
第12回	12/14(金)	糖尿病患者の心イベントを抑制するためには
第13回	1/17(木)	高血圧の日常診療とアルドステロン
第14回	2/28(木)	ARBによる血管年齢改善とアンチエイジング
第15回	3/6(木)	慢性咳嗽の診断と治療：咳喘息・アトピー咳嗽
第16回	3/27(木)	2型糖尿病・メタボリックシンドロームの病態と治療戦略

平成20年

第1回	4/17(木)	虚血性脳血管障害の慢性期治療
第2回	5/15(木)	新しいコレステロール低下療法
第3回	6/12(木)	C型慢性肝炎の最新治療と将来の展望

東京大学大学院 医学系研究科 内科学 教授 藤田 敏郎
金沢大学大学院医学系研究科 集中的治療学 教授 並木 幹夫
川崎医科大学 内科学 教授 加来 浩平
川崎医科大学 内科学 教授 春間 賢
埼玉医科大学 腎臓内科 教授 鈴木 洋通
大阪大学 名誉教授 上田 重晴
名古屋市立大学大学院医学研究科 生体防御学分野 教授 岡嶋 研二
金沢大学大学院医学系研究科 先端医療技術学講座 教授 高田 重男
金沢大学大学院医学系研究科 先端医療技術学講座 教授 高田 重男
金沢医科大学大学院医学研究科 血液免疫制御学 教授 梅原 久範
京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医学部 教授 細川 豊史
福井大学医学部附属病院 泌尿器科 教授 横山 修
大阪大学大学院医学系研究科 老年・腎臓内科学 講師 大石 充

筑波大学大学院 企業法学専攻 教授 新井 誠
慶應義塾大学 名誉教授 猿田 享男
済生会吹田病院 院長 岡上 武
横浜労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター長 山本 晴義
国立病院機構大阪医療センター 循環器科 科長 安村 良男
金沢大学大学院医学系研究科 細胞移植学血液内科 教授 中尾 眞二
京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部部長 病院教授 細川 豊史
小松市民病院 外科部長 村上 眞也
市立豊中病院 外科緩和ケアチーム 林 昇甫
東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター 教授 山中 寿
国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部長 金 吉晴
金沢大学医学部附属病院 循環器内科 講師 高村 雅之
佐賀大学医学部 循環器・腎臓内科 教授 野出 孝一
国立病院機構京都医療センター 内分泌代謝センター 内分泌研究部 部長 成瀬 光栄
大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学 教授 森下 竜一
金沢大学医学部附属病院 呼吸器内科 准教授 藤村 政樹
富山大学医学部 第一内科 教授 戸邊 一之

埼玉医科大学国際医療センター 教授 棚橋 紀夫
自治医科大学さいたま医療センター センター長 川上 正舒
虎の門病院 分院長 熊田 博光

第4回	6/20(金)	運動器不安定症に関連する各種疾患について
第5回	7/10(木)	脳塞栓予防も考慮した心房細動治療
第6回	7/31(木)	PSA era における前立腺癌の早期発見と治療選択
第7回	8/7(木)	メタボリックシンドロームの本質
第8回	9/11(木)	冠動脈疾患の診断と治療
第9回	9/25(木)	B型肝炎の最新の治療
第10回	10/9(木)	わが国の感染症動向に関する最新の話
第11回	10/30(木)	呼吸器感染症 最近の話
第12回	11/20(木)	潰瘍性大腸炎、クローン病に克つ
第13回	1/15(木)	気管支喘息とCOPDの関係およびアレルギー性鼻炎
第14回	2/26(木)	“CKD” 最近の進歩
第15回	3/12(木)	一般医のためのうつ・自殺対策

平成21年

第1回	4/16(木)	メタボリックシンドロームと高血圧
第2回	5/21(木)	生活習慣病における脂質・血圧管理の意義
第3回	6/4(木)	今こそ、 β 遮断薬を見直す
第4回	6/18(木)	2型糖尿病のインスリン療法
第5回	7/2(木)	ノーフォールト
第6回	7/30(木)	肺がんの診断・検査・治療
第7回	8/20(木)	動脈硬化は全身病～WindowとしてのPAD～
第8回	9/17(木)	知っておきたい血液疾患Part II
第9回	10/22(木)	RAS阻害薬の臓器保護作用
第10回	11/12(木)	2型糖尿病易発症の体質はどこまで解明されたか
第11回	12/3(木)	アレルギーの実地診療 およびそれに潜む法的リスクとその対策
第12回	1/28(木)	2型糖尿病治療の新展開
第13回	2/18(木)	画像診断 最近の動向
第14回	3/25(木)	直接的レニン阻害薬(DRI)の可能性

平成22年

第1回	4/15(木)	高齢者における「うつ病」と「認知症」の初期対応と治療
第2回	5/6(木)	高血圧治療の転換期
第3回	6/17(木)	いかにスムーズに外来でインスリン導入を始めるか
第4回	7/29(木)	虚血性心疾患治療最近のトレンド
第5回	9/9(木)	喘息とCOPDの鑑別診断・治療 ～喘息治療における配分例の進化～
第6回	10/20(木)	生活習慣に合わせた糖尿病治療
第7回	11/18(木)	プライマリケアにおける不眠の重要性
第8回	12/16(木)	最近のインフルエンザ治療の動向

日本大学医学部附属練馬光が丘病院 整形外科 教授 大幸 俊三
財団法人心臓血管研究所 研究本部長 山下 武志
千葉大学外学院医学研究員 泌尿器科学 准教授 鈴木 啓悦
帝京大学医学部附属病院 内科学 主任教授 寺本 民生
和歌山県立医科大学 循環器内科 教授 赤阪 隆史
広島大学大学院医歯薬学総合研究所 分子病態制御内科学 教授 茶山 一彰
国立感染症研究所感染症情報センター センター長 岡部 信彦
東北大学加齢医学研究所 抗感染症開発部門 教授 渡辺 彰
社会保険中央総合病院 炎症性腸疾患センター長 高添 正和
大阪市立大学大学院医学研究科 呼吸器病態制御内科学 教授 平田 一人
日本医科大学 腎臓内科 教授 飯野 靖彦
東海大学医学部 基盤診療学系 教授・精神医学 保坂 隆

東京大学大学院医学系研究科 腎臓・内分泌内科 教授 藤田 敏郎
金沢大学医薬保健研究域 医学系 臓器機能制御学 教授 山岸 正和
自治医科大学附属さいたま医療センター 副センター長 百村 伸一
聖マリアンナ医科大学 代謝・内分泌内科 教授 田中 逸
昭和大学医学部 産婦人科教室 教授 岡井 崇
金沢大学 呼吸器内科 講師 笠原 寿郎
東京医科大学外科学 第二講座 重松 宏
金沢大学大学院医学系研究科 細胞移植学血液内科 教授 中尾 眞二
東北大学大学院医学系研究科 腎・高血圧・内分泌学分野 教授 伊藤 貞嘉
順天堂大学大学院 教授 河盛 隆造
田邊皮膚科外科医院 田邊 昇
兵庫医科大学 内科学糖尿病科 准教授 宮川 潤一郎
金沢医科大学 放射線科 主任教授 利波 久雄
滋賀医科大学 内分泌代謝・腎臓・神経内科 講師 宇津 貴

順天堂大学医学部 精神医学講座 教授 新井 平伊
慶應義塾大学 名誉教授 猿田 享男
順天堂大学医学部 内科学代謝内分泌学講座 准教授 引世 貴久
湘南鎌倉総合病院 副院長 斎藤 滋
獨協医科大学 呼吸器・アレルギー科 教授 福田 健
大阪大学医学部附属病院 内分泌代謝内科 黒田 暁生
久留米大学医学部 神経精神医学講座 教授 内村 直尚
金沢医科大学 臨床感染症学 教授 飯沼 由嗣

第9回	1/20(木)	緩和医療
第10回	2/24(木)	喘息死ゼロ作戦・吸入療法の理論と実践
第11回	3/3(木)	糖尿病治療のパラダイムシフト

平成23年

第1回	4/21(木)	本邦における今後の痛みの診療
第2回	5/26(木)	変わる。心房細動治療
第3回	6/9(木)	危ないめまい・危なくないめまい
第4回	7/14(木)	抗うつ薬治療の現在
第5回	8/25(木)	明日からの診療に実践できる心房細動と心不全の診かたと治療
第6回	9/8(木)	造血管腫瘍
第7回	10/20(木)	インフルエンザの現況と対策
第8回	11/24(木)	認知症の診断と治療の進歩
第9回	12/8(木)	かかりつけ医でも知っておきたい水電解質異常
第10回	1/12(木)	心不全治療薬の使い方
第11回	3/22(木)	脳動脈狭窄・閉塞に対する治療戦略

平成24年

第1回	4/12(木)	骨粗鬆症におけるSERMの位置づけ
第2回	5/31(木)	潰瘍性大腸炎の治療ストラテジー：自験例を踏まえて
第3回	6/21(木)	DPP-4阻害薬の有用性の拡がり 新たなポジショニングの確立
第4回	7/26(木)	アルツハイマー病の診断と治療の進歩
第5回	9/20(木)	動脈硬化予防のための脂質管理
第6回	10/18(木)	年齢のハードルをこえるインスリン治療
第7回	11/29(木)	肝胆膵臓の薬物療法：最近の話題
第8回	12/6(木)	インフルエンザ診療 2012-2013シーズンに向けて
第9回	1/17(木)	骨粗鬆症の現状と治療の展望
第10回	2/14(木)	先天性疾患の最近の治療 心不全治療の最近の話題～新しい治療法を踏まえて～
第11回	2/28(木)	危険！高齢者の喘息
第12回	3/28(木)	糖尿病治療からみたアンチエイジング

平成25年

第1回	4/18(木)	高血圧と腎器障害
第2回	5/23(木)	慢性腎臓病（CKD）における高尿酸血症
第3回	6/13(木)	知ってほしい痛みの話と神経障害性疼痛薬物療法 ガイドラインに基づく痛みの治療の実践
第4回	7/4(木)	実践的てんかん治療
第5回	8/22(木)	前立腺癌徹底研究 どう診断する？治療する？

金沢医科大学 麻酔科 教授 土田 英昭
金沢大学附属病院 呼吸器内科 臨床教授 藤村 政樹
川崎医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科 教授 加来 浩平

大阪大学大学院医学系研究科 疼痛医学寄附講座 教授 柴田 政彦
心臓血管研究所 常任理事・研究本部長 山下 武志
聖マリアンナ医科大学 耳鼻咽喉科 教授 肥塚 泉
近畿大学医学部精神神経科学教室 教授 白川 治
東邦大学医療センター大森病院 循環器内科 教授 池田 隆徳
金沢大学附属病院 血液内科 講師 山崎 宏人
防衛医科大学校 内科学2（感染症・呼吸器） 教授 川名 明彦
東京医科大学 老年病科 教授 羽生 春夫
帝京大学 内科学 教授 内田 俊也
自治医科大学附属さいたま医療センター 循環器科 教授 百村 伸一
広南病院 血管内脳神経外科 部長 松本 康史

杏林大学医学部 整形外科学 教授 市村 正一
大阪市立大学大学院 医学研究科 消化器内科学 講師 渡辺 憲治
帝京大学医学部 内科学 教授 江藤 一弘
金沢大学大学院 脳老化・神経病態学（神経内科） 教授 山田 正仁
千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 教授 横手 幸太郎
信州大学医学部 糖尿病・内分泌代謝内科 講師 駒津 光久
杏林大学医学部 内科学 腫瘍内科 教授 古瀬 純司
九州大学先端医療イノベーションセンター臨床試験部門 特任教授 池松 秀之
金沢大学地域医療救急・整形外科学講座 特任教授 山本 憲男
金沢医科大学 心臓血管外科 特任教授 川平 洋一
金沢医科大学 心臓血管外科 主任教授 秋田 利明
札幌せき・ぜんそく・アレルギーセンター 理事長 田中 裕士
久留米大学医学部 糖尿病性血管合併症病態・治療学 教授 山岸 昌一

川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学 教授 相原 直樹
東京慈恵会医科大学 慢性腎臓病態治療学 教授 細谷 龍男
京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座 教授 細川 豊史
獨協医科大学 神経内科学 教授 平田 幸一
東京慈恵会医科大学 泌尿器科学 教授 額川 晋

第6回	9/19(木)	知っておきたい血液疾患のプライマリーケア
第7回	10/17(木)	腎性貧血の診断と治療
第8回	11/14(木)	生き辛くなった日本社会 急増する不安障害と現代型うつ病
第9回	12/5(木)	新規抗凝固薬の使用法
第10回	1/23(木)	抗菌薬の特性に応じた投与方法の実際
第11回	2/27(木)	機能性ディスペプシアと慢性胃炎
第12回	3/13(木)	DPP-4阻害薬の使い方と新たな展開

平成26年

第1回	4/10(木)	MRに騙されない大規模臨床試験の読み方
第2回	5/15(木)	肥満≠肥満症 肥満症の最近の話題
第3回	6/13(金)	これでわかる！心房細動の診かたと治療
第4回	7/17(木)	男性・女性の下部尿路症状の最新治療
第5回	8/7(木)	精神医学からみた慢性の痛み
第6回	8/28(木)	脂質異常症治療の新展開
第7回	9/11(木)	睡眠障害とうつ
第8回	10/23(木)	パーキンソン病治療の現在の考え方 そして随伴する認知症への対処
第9回	11/20(木)	骨粗鬆症治療に関する最新の話題
第10回	12/11(木)	地球温暖化・グローバル化による皮膚真菌症への対応
第11回	1/29(木)	高齢者の睡眠障害について
第12回	2/12(木)	外来治療における抗菌薬の使い方
第13回	3/26(木)	認知症の病型診断と治療

平成27年

第1回	4/24(金)	糖尿病薬物治療の最近の流れ
第2回	5/21(木)	高尿酸血症・痛風診療の最近の話題
第3回	6/4(木)	看護師が行う禁煙指導
		難しい卒煙も成功できる禁煙外来の実際
第4回	6/11(木)	わが国から胃癌関連死を撲滅するためのロードマップ
第5回	7/16(木)	冠動脈疾患に対する抗血小板薬の有用性と、消化管障害リスクへの対応および抗凝固療法併用への対応
第6回	8/21(金)	高血圧治療up to date - β blockerの位置づけも含めて -
第7回	8/27(木)	福井県立病院陽子線がん治療センターにおける陽子線がん治療について
第8回	9/10(木)	骨と多臓器間のネットワークによる代謝制御 - 骨は全身の司令塔? -
第9回	10/22(木)	「糖尿病患者の健康寿命延伸を目指して」
第10回	11/19(木)	「MDS(骨髄異形成症候群)の病態と治療 update」
第11回	12/10(木)	「2型糖尿病における脂肪細胞の慢性炎症とインスリン抵抗性～肥満は糖尿病・脂質異常症・高血圧症など、さまざまな代謝疾患発症の増悪因子～」

金沢大学医薬保健研究域医学系 細胞移植学 講師 中尾 眞二
金沢医科大学医学部 腎臓内科学 教授 横山 仁
東洋英和女学院大学 人間科学部教授 横浜尾上町クリニック 院長 山田 和夫
富山大学医学部 第二内科 教授 井上 博
金沢医科大学 臨床感染症学 教授 飯沼 由嗣
川崎医科大学 消化管内科学 教授 春間 賢
兵庫医科大学 内科学 糖尿病・内分泌・代謝科 教授 宮川 潤一郎

東京大学医学部附属病院 臨床研究支援センター 教授 山崎 力
金沢医科大学 総合内科学 教授 小林 淳二
東邦大学医学部内科学講座 循環器内科学分野 教授 池田 隆徳
日本大学医学部 泌尿器科学系 泌尿器科学分野 主任教授 高橋 悟
愛知医科大学医学部 学際的痛みセンター 准教授 西原 真理
千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 教授 横手 幸太郎
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 院長 伊藤 洋
独立行政法人国立病院機構 仙台西多賀病院 院長 武田 篤
近畿大学医学部奈良病院 整形外科・リウマチ科 教授 宋圓 聡
金沢医科大学 皮膚科学 教授 望月 隆
金沢医科大学病院 健康管理センター 臨床教授 古田 壽一
金沢医科大学 臨床感染症学 教授 飯沼 由嗣
鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座 教授 浦上 克哉

東京慈恵会医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科 准教授 西村 理明
東京慈恵会医科大学 名誉教授 慢性腎臓病病態治療学 教授 細谷 龍男
高槻赤十字病院 看護部 禁煙専門看護師 谷口 まり子
市立堺病院 呼吸器内科 部長 郷間 巖
北海道大学大学院医学研究科 がん予防内科学講座 特任教授 浅香 正博
三重大学 臨床研究開発センター 教授 西川 政勝
自治医科大学 内科学循環器内科学部門 主任教授 荻尾 七臣
福井県立病院 陽子線がん治療センター センター長 山本 和高
東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 教授 竹田 秀
東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学 特任教授 植木 浩二郎
自治医科大学附属病院 内科学講座 血液学部門 准教授 鈴木 隆浩
富山大学大学院医学薬学研究部 内科学(1) 教授 戸邊 一之

<復 刻 版>

次ページからは、記憶にとどめるべき座談会（平成 24 年 11 月 26 日開催）の復刻版である。

特別企画

石川県臨床内科医会

「座 談 会」 ～その1～

- 日 時 平成24年11月26日(月) 午後7時～ ●場 所 金沢都ホテル 5階
●出席者 梅田 俊彦、岩城 紀男、半田 詮、山崎 幹雄、津田 功雄、
近藤 邦夫、洞庭 賢一、鍛治 恭介(司会) (敬称略)

今年度から洞庭新会長のもと、大幅に理事が交替しました。その結果、石川県臨床内科医会設立当初の経緯を知らない理事が多くを占めることになりました。そこで今回は、当会の設立時に関わられた先達の先生方に、当時の熱い思いをお聞かせいただき、現役世代への叱咤激励も含めてご意見を伺えればと考え、座談会を企画しました。現会員の方々に、ぜひご一読いただき、今後の当会の発展に繋げていただければと思っています。

座談会は、『石川県臨床内科医会の誕生と展望』をメインテーマに、自由にご発言いただきましたが、内容は、①石川県臨床内科医会の誕生、②内科医のアイデンティティ、③地域医療、④学術活動、⑤これからの臨床内科医会、の5つに分けることができました。誌面の都合で、後半の3つのテーマに関しては次号に掲載させていただく予定にしております。

鍛治：最初に洞庭会長よりご挨拶を頂戴したいと思います。

洞庭：元々の企画は「座談会」という形ではなく、先輩医師にお聞きするというものでした。このような座談会をやってみたらという話に変わり、非常に面白い企画という事でこのよ



うな形に変えさせていただきました。私も前会長の近藤先生の後を引き継いで半年が過ぎました。幸いにも若い先生方に沢山入会していただきまして、夫々が考

えたこと、思ったことを実行に移していることを大変喜んでます。1年、2年と経過する事により、その先生方が中心となって行くことと思いますので、そういう意味でも一度石川県臨床内科医会の設立時の話をお聞きし、参考にさせていただいたら良いと思っています。

具体的には、今、日本臨床内科医会が会員増について非常に悩んでいます。石川県臨床内科医会は設立時の会員数が220人、現在は230人から240人位を推移していますが、人数はそんなに変わっていません。これまでに亡くなられた先生など、退会された先生は沢山いらっしゃいます。しかし若い先生方の入会により、何とかその人数を維持しているのが現状です。全国的には非常に厳しく、会員は減る一方です。多い時で22,000人いた会員が今は15,000人台になっています。会の力を維持するためにも是非入会していただきたいと思っています。

会員増の観点から病院の先生方にも入っていただきたい、知恵を絞りたいと思っています。一つ感心したのは、20年以上前の座談会で既に消費税や内科の診療報酬、そして内科医の立場をどうするかなどを議論されておりました。また、TPPに絡んで混合診療のことも先生方は考えられていたのかな、と感心しています。今日は自由に発言していただき、我々が参考にさせていただける座談会になれば良いと思っています。今日はよろしくお願いします。

鍛治：早速本題に入らせていただきます。今回の座談会については、主に第3代会長の岩城

先生にご相談をさせていただきました。人選に関しても岩城先生のご助言で選ばせていただきました。生憎、小松市の小原 修先生、金沢市の齋藤昌道先生はご都合で参加できないのですが、FAXでメッセージをいただきましたので、議事の途中で紹介させていただきたいと思います。本日、お手元に各種資料（註、臨内報創刊号など）をお配りさせていただきましたが、これらにとらわれることなく、自由にご発言いただければと思います。

半田：資料を見ながら思うのですが、四半世紀が過ぎ去ってしまって、随分懐かしいものばかりです。昭和の話に始まるわけですので、今は亡き初代会長の永田良作先生はじめ、医会の設立に当たって大変ご苦労された先生方のご冥福を祈り、黙禱したいと思います。

—— 黙禱 ——

ありがとうございました。

■石川県臨床内科医会の誕生

鍛冶：最初に第2代会長の梅田先生からご発言をお願いしたいと思います。

梅田：座談会のご案内をいただいた時、私も27



年前の事となると記憶が飛んでしまっていることに気がきました。当然なんです。その後、資料をいただいて見てみたら、こういう事もあった、ああいう事

もあったと色々と思い起こした事があります。当時の背景とかを聞かれても少しずれた話をするのではと、実は心配をしています。齋藤先生が内科医会を立ち上げられましたが（註：昭和51年金沢内科医会、写真1）、その後、本会の設立には、特に岩城先生、津田先生が大変ご尽力されたことを一言申し添えたいと思います。私は、当時余り貢献していなかったように思っていますが、金沢で開い

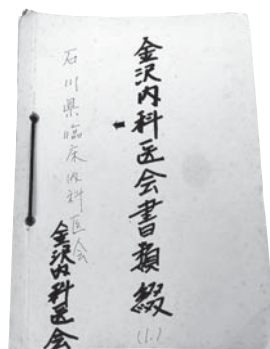


写真1：金沢内科医会書類綴の表紙
金沢内科医会から石川県臨床内科医会に向けて矢印が記されている。

た「第9回日本臨床内科医学会」が一番の思い出になります。

鍛冶：四半世紀前の話、ということになりますが、岩城先生如何でしょうか。

岩城：昭和50年4月に、福岡県の権藤祐一先生の呼びかけで全国臨床内科医の集

いが開かれ、その後、昭和60年4月に第11回全国臨床内科医連絡協議会総会が名古屋市で開催され、この総会を第1回日本臨床内科医会総会として登録し、京都府の高島雅行先生が初代会長に就任されました。その年、総会後に石川県医師会に「石川県に内科医会があったら参加しませんか」と言う連絡が入りました。

幸い、石川県には昭和51年5月に齋藤昌道先生を中心とした「金沢内科医会」が発足し、金沢市を中心に河北・松任の先生方も入って学術研修会開催などの活動を行っていました。昭和56年3月以降、余り活動は無かったのですが、中央からの要請に対して、津田先生と私が諸先輩のご支援を得ながら金沢内科医会の役員会を開き、金沢内科医会を母体として、石川県臨床内科医会を発足させ、日本臨床内科医会に参加することを諮りました。

また、加賀地区には小原先生を中心とする小松内科懇話会があり、大森先生が世話役を担う能登地区と併せて、全県的な会として合流するに至りました。翌年の昭和61年3月23日(日)にホリディイン金沢、現在のホテル金沢で第1回石川県臨床内科医会総会を開催し、当時、石川県医師会の会長をされていた永田良作先生に会長をお願い致しました。

当時の時代背景としては、昭和61年、イギリスのチャールズ皇太子とダイアナ妃が来日、その前年には御巢鷹山の日航機墜落事故が発

生し乗員乗客520名の方々が死亡、58年には医療界で長年日医会長をされ、猛医を振るった「喧嘩太郎」武見太郎先生がお亡くなりになり、医師会の力は黄昏時期を迎えつつありました。また土光会長の臨時行政調査会が発足し、昭和56年に診療報酬改定があり、これを機に医療費削減政策が開始されました。

小児科や眼科、耳鼻科は古くから開業医の会としての医会があり、日本内科学会が明治36年に創立されていましたが、内科開業医は余り参加することが無く、全国的な内科医の会が欲しいと皆さんが心に思っていたわけがあります。

津田：もともと福岡の先生方が非常に熱心で、日本内科学会の一角に全国臨床内科医の集いを持たれていた訳です。昭和50年4月の学会ですが、どちらかと言うと日本内科学会は学問を中心に活動していました。一般の開業医、臨床に直結した内科医のための集いというのは無かった訳で、これでは開業医の先生方に何もメリットが無いと言う事で、福岡の先生が発案し、こういうものが出来た訳です。それが発展的に「日本臨床内科医会」として出来上がったのは昭和60年4月6日です。当初、福岡の先生と京都のグループが非常に熱心でしたが、東京はなかなか纏まらなかったと言う経緯があります。でも、次第に実を結ぶようになりまして、日臨内ニュースの第1回創刊号は平成2年1月1日に発刊されました。それまで日臨内ニュースは無かったのですが、学会も開かれるようになり、日本臨床内科医会会誌の第1号が昭和61年7月15日に発刊されました。石川県で活動を始めたのは、先程岩城先生がお話になられたように、永田良作先生から「石川県にもこんなのを作ったらどうだ」とお声が掛りまして、もともと金沢内科医会がありましたし、小松では小原先生がお世話している小松内科懇話会が活動していました。能登の方でも同じような会が行われていたこともあり、三つの会を一つにま

とめて「石川県臨床内科医会」を作ったわけですが、石川臨内報第1号の創刊号に記されているように昭和61年3月23日の設立総会で創設した訳です。その後、全国各地で開かれる日本臨床内科医会の会合に出席し、情報収集し、その情報を会員にお知らせしてきました。当初一番困ったのは、会員資格をどうするかということです。外科の先生、産科の先生など全ての先生方は開業されると内科を標榜します。もともと内科専門としている先生にとっては気分が余り良くないので、会員資格を云々と言うこともありましたが、何とか会の発足に至った訳です。

半田：その時代は時代背景もあり、色んな事情がありました。当時の我々の気持ちとしては、大学の内科学教室で何年も内科学の研鑽を積んできた



医師と、それ以外の科目を研鑽した医師とは、一線で区別してもらいたいということがありました。一言で言えば、「内科」と言う言葉が草刈り場になっており、誰でも内科を標榜する状況を苦慮していたのです。たとえば、戦後に新設された整形外科の先生は、外科系の先生が整形外科を標榜されることを、こころよく思っておられませんでした。しかし、実際には、骨折などは従来、外科の先生が治療していましたし、我田引水的な考え方が交錯していたのも否めないことです。また、内科という言葉、語彙、語意の解釈、考え方が人によって異なりますし、また、時代の経過によっても変わってきています。医学の進歩も伴って、現在では、循環器内科、消化器内科などと、内科の頭に一杯冠が付いていますし、患者さんにも分かりやすくなるように、厚生省からも標榜科の指示が出る時代となっています。山崎先生如何でしょうか。

山崎：半田先生から
のご指名ですので、
随分前のことで忘
れてしまっていますが、「内科」と
言う問題に関して
は、半田先生が仰
るように、あの頃



話題になっていました某先生や某先生と言う
方々に頭を下げてご辞退をお願いした経緯は
あります。丁度その頃、金沢市医師会が内科
系・外科系など、色々分けて競合しないよう
に医療機関のマップを作ろうと言う話があり
ました。その資料を集めたところ、例えば、
某先生は婦人科の筈だが内科と表示してくる。
そこで大変困って診療科別のマップの作成を
取り止めたことがあります。それから、先日
岡本先生に偶然お会いしたので、「先生あの
頃はどうかだったかね」とお聞きしましたとこ
ろ、中央から永田先生に連絡が入り、当時、
金沢市医師会長は中島先生だったかと思いま
すが、中島先生に話をして金沢市医師会を纏
めないとどうにもならないとの事になったそ
うです。当時、県医師会は岡本先生が総務担
当をされていたもので、私が岡本先生に呼ば
れて、金沢市にも内科医会があるが、何とか
石川県として一本に纏める話はないかと言う
事でした。その頃、金沢市のすこやか健診を
スタートしようか、しまいかと言う時期でも
あり、また、学童の心臓健診のスタートの時
期でもありましたので、その話を岩城先生に
バトンタッチをして、岩城先生をお願いした
ような気がします。あの頃は、齋藤先生が厳
しく厳格に金沢内科医会を運営されていたよ
うな記憶があります。昭和56年3月以降、会
の集まりはなかったのですが、それに関わる
ような話題は少しあったような気がします。
齋藤先生は、「石川県でやるなら俺は抜け
た」と齋藤先生らしい降り方をされた記憶が
あります。

近藤：私は平成元年に開業し、この時代のこ
とは良く分からないのですが、平成3年頃だ
ったかと思います。午後6時30分頃、岩城先生
から電話で「今何している」と聞かれ、「診療
しています」と答えると、「まだやっている
のか、臨床内科医会に入れ」と言われ、入会
した経緯があります。その後、先輩の先生方に
教えられながら臨床内科医会をやってきました
で、金沢市で開催された「第9回日本臨床内
科医学会」では学術担当をさせていただきました。
第1回の石川臨内報を見させていただ
いて、昔から同じような問題が繰り返し言わ
れてきていますが、なかなか解決できず、諸
先輩が言い続けてこられたのだと思いました。

洞庭：石川県臨床内科医会の設立にあたって、
県全体を纏めることについてのご苦労はな
かったのですか。

津田：小松市の小原先生は好意的で、一緒にや
りましょうと言ってくれました。能登の先生
からは金沢に出てくるのは大変だと言う話は
ありましたが、皆さん協力的でした。

鍛冶：小松の小原先生からは、「設立時、梅田
元会長の発議に賛同して、小松内科医会を代
表して、南加賀選出の唯一人の設立委員とし
て活動させていただきました」とFAXをいた
だいています。

近藤：当時、羽咋には大森先生が、能都町の升
谷先生も発足当初より協力していただいでい
ます。

半田：近藤先生は能登地区での研修会を度々開
催されていますが、能登の先生が金沢まで出
て来られるご苦労を考えると、良い事だと思
っています。

鍛冶：石川県臨床内科医会創立20周年記念誌を
見させて貰ったのですが、小松内科懇話会の
発足が昭和30年ですね、先見の明があったの
ですね。

洞庭：全国的に見ると、医会の一本化は少ない
です。石川県は普通ではない全国のモデルな
のです。

津田：その県で、内科医会はあるが、日本臨床内科医会には入らない訳ですね。岡山県なんかはそうであったかと思います。

近藤：静岡県もそうですね。県内には内科医会と臨床内科医会があり、連携が上手く取れていない県があります。

梅田：日本臨床内科医会の発足当時、他県では、日本内科学会があるのに、何故、日本臨床内科医会を創らなければならないのか、と言うご意見がありました。日本内科学会の組織と、我々臨床医会とは少し違うのだよと言う事で、日本臨床内科医会が創設されたわけですから。それにも拘わらず、それは造反だと言う言い方をされている人もいました。

近藤：そういう意味でも石川県は非常に上手く医会が出来たようです。中部の会議に出席しますと、県毎に色々ご苦労があります。大変だと思っ



て聞いています。半田：四半世紀の間に随分大きな変化がありました。その一つに病診連携があります。当時は、病診連携が今ほど充実していませんでしたので、開業する時、3ベッド、5ベッドを持つのが一般的でした。それから、当時は救急車を呼ぶにも現在のように簡単に電話で呼ぶこともできません。患者さんの診察を自分の専門外の先生にお願いする、或いは入院させてもらう時には自分のコネでお願いする時代だったかと思います。それを考えながら昔と今を比較していかないと話題が混乱すると思いますので一言お話ししました。

■内科医のアイデンティティ (診療報酬や認定医制度も含めて)

鍛冶：今までのお話で、石川県臨床内科医会の誕生の背景には、一つには日本内科学会が学

術的なものしか取り組んでいなかったということ、また、内科の研修をしっかりと積んでいない医師が、開業する際には内科を標榜するといった問題点などがあったように感じました。内科の研鑽を積んだ真の内科医のアイデンティティを確立しようということが、動機の一つだったのかな、と感じましたが如何ですか。

津田：恐らく臨床内科医会の理念は、今も生きていていると思います。日臨内ニュースの創刊号に記載されていますが、昭和50年4月に開催された全国臨床内科医連絡協議会で三つの理念が示されています。一つは内科学卒後（生涯）研修の強化、二つ目は臨床内科医のあり方の改善、三つ目は内科系診療報酬の向上となっています。昔の診療報酬点数表を覚えておいでのことと思いますが、初診料はともかくとして、再診料の加算で「内科加算」と言う項目がありました。内科の標榜が無くても、耳鼻科や眼科などで、処置料の算定が無ければ内科加算は算定できるという仕組みになっていました。例えば、眼科で眼処置をしないで点眼薬の投与、皮膚科で皮膚科処置をしないで塗薬を投与することにより内科加算が算定できる時代でした。それから、昭和40年代は田舎の医師は、患者さんに通院するための交通手段がなかった関係で、頻回に往診をされていました。都市部は患者さんの数が多かったこともあり、開業医は往診をしないという風潮となり、強い風当たりがあったような感じがします。内科医は往診をするのが当たり前のようなことで、在宅医療を積極的にやろうじゃないかと呼び掛けをしたこともあります。

鍛冶：齋藤昌道先生から、「わたしの時代の内科医は随分と深夜も含め往診が多かった。最近では、ほとんど往診を知らない開業医ばかりの様で、それで本当の家庭的医療が出来るのだろうか、と懸念しています」とFAXをいただいています。ところで、内科加算と言う

言葉を初めてお聞きしましたが、内科専門医でなくても算定できるということですね。内科のスペシャリストでなくても、処置がなければ算定できる、ということは不合理な気がしますね。

岩城：診療報酬の話になりましたが、内科医に



は内科加算や内科の各種指導料などの項目があるのですが、外科・内科、婦人科・内科、皮膚科・内科などの医療機関では、内科+各科での技術・評価による

診療報酬請求が可能となりますので、言ってみれば二重の技術料に対して診療報酬算定が出来るということにもなりますね。

当時は、本来の内科を専門とする医師の立場は弱く、内科医の診療報酬の在り方は大きなテーマでした。それまでは薬価差益があり、技術料の替りに薬価差で開業医は何とか経営していたわけですが、昭和56年以降、毎回薬価改訂がなされ、潜在的技術料である薬価差が無くなってきて、内科医の経営状態が怪しくなってきました。これではいけない、内科医は団結すべきだ、と全国的にも随分盛り上がって参りました。

鍛冶：診療報酬に関するところは、日本内科学会が担当する訳でもなく、何処も声を上げるところがなかったのでしょうか。臨床内科医会というところで、内科医が結束して、内科医の立場を、診療報酬を含めて向上させようとする目的があったようですね。

半田：実際には、一時、整形外科とか皮膚科も政治的な圧力をかけて点数が上がったという事例がありました。そういうのを見ていると、内科医だけの加算点数があつていいのでないかという風潮もあったのではないかと思いますね。

梅田：標榜科の問題ですが、日本が自由標榜制

になっているからでしょうが、日本臨床内科医の認定制度は屯坐しましたね。学会認定もなかなか難しいと思います。国が認定するようなものでなくては、診療報酬点数に反映されないと思います。「何でも内科」と皮肉られますが、皆内科を標榜するという矛盾が生じますが、どうしようもないですね。

半田：たとえば、バリバリの外科医が冒頭に内科と標榜する、これは今も解消されていませんね。時代の流れかもしれません。

津田：その事について、私のメモ帳を見ますと、昭和63年2月26日に永田先生をはじめとして数人集まりまして、「診療科名等の表示に関する検討会」を開いて、その対応を話し合っています。そこをどうするのか、認定医という言葉も出ています。専ら内科を専門とする内科医を会員にしましょう、内科標榜できる条件を付けましょうというような事などについて議論した事も書いてあります。

鍛冶：本当は、内科を専門としている医師だけを絞り込んで、差別化して、それが例えば、診療報酬に反映されるような制度に結びついていけば良かったのですが、なかなかそう簡単にはいかなかったようですね。

洞庭：一つは認定医制度ですが、日本臨床内科医会認定医制度が発足したのが平成7年です。平成13年に中止になったのですが、その理由は法人化の時に所謂バーターに掛けたということです。当時、編集委員会で平成10年、11年の時に日本臨床内科医会に出ていましたが、法人化の時に認定する訳にはいかないとの理由で中止となりました。今伺っていて、内科の標榜に拘られたと言う事は分かりますが、現在は逆に甘いと言うか、もともと何科であつても我々と一緒に勉強をし、それなりの学会発表をしていただくなど、実績を挙げれば何科の先生であつても余り拘っていないのが現状です。もともと、外科系の先生でも一生懸命に症例を集めているという先生が出てくれば、それはそれでいいと思っています。

いま、認定医や専門医は日本全体でも問題になっていますので、我々もそこに絡んでいけないといけない。もう一つは診療報酬ですが、内科は確かに弱いと言われています。数年前に京都の安達先生が、また2年ほど前からは日本臨床内科医会の清水先生も中医協の方に出ています。臨床内科医会だけでなく他科でも同様ですが、数年前から本道のところで排除されるような方向を危惧しております。日々一生懸命やって、少しでもそこへ食い込んで行こうという体制にはなっています。

津田：以前、齋藤昌道先生が金沢内科医会の講演会の後で必ず診療報酬点数の算定方法についてお話をされていた記憶があります。

梅田：会員にとってはよい話が聞けるということで、人集めにも繋がったものと思います。

鍛冶：私が入会したころには、魚谷先生も中央地区の学術講演会の合間に保険診療のお話をされていましたね。臨床内科医会の三本柱の一つに診療報酬の向上とありますが、重要なテーマなのだな、と再認識しました。

津田：診療報酬点数の改善は日本臨床内科医会の三本柱の理念の一つですので、今も目標としているものと思います。診療報酬については、内保連と言うのがありますが、あまり活動できていないようです。

山崎：外保連はどうですか。

津田：外保連は強いですね。診療報酬点数もアップされています。

岩城：外保連は申請の仕方が上手で、要求項目に対するエビデンスをキチンと付けて、こうだからこうして欲しいとデータで提示しています。

鍛冶：臨床内科医会から内保連に働きかけて、診療報酬に反映された何か成功実績のようなものはないのでしょうか。

近藤：日本臨床内科医会の清水恵一郎先生が、内保連に提出された項目を毎回出しています。内保連、外保連に提出された要望項目は日本医師会に、そこから厚生労働省に提出されま

す。日本臨床内科医会からの要望項目は内保連へ、内保連での選択項目を日本医師会へ、そして厚生労働省への流れです。そこで、清水恵一郎先生が日本臨床内科医会で要望した項目で認められた項目についてご報告されています。

津田：診療報酬の要望項目については、中部医師会連合でも社会保険特別委員会で協議し、日本医師会長へ中部医師会連合委員長の名前で要望して



いますが、なかなか上手くいかないようです。

鍛冶：診療報酬の要望書を内保連に上げて、とのことですが、何か中身が見えるような形になっているのでしょうか。例えば、石川臨内報にこの要望はどうなったかなど、その結果が分かるともう少し盛り上がるかと思うのですが。

洞庭：日本臨床内科医会の理事会で清水先生からの報告はあります。

岩城：診療報酬改定の要望については、日本医師会ルートと内保連ルートがあります。日本内科学会や日臨内など内科系学会からの要望書は内保連に上がりますが、その後は日本医師会の社会保険診療報酬検討委員会で検討され、最終的には日医常任理事の社会保険担当と厚生労働省の診療報酬担当官が話し合って決めるようです。社会保険診療報酬検討委員会の委員の前には、膨大な要望書がうず高く積まれる訳ですが、日本臨床内科医会からの要望書はその膨大な資料の1枚にすぎない訳ですね。内科系が50%ぐらい占めますので少し触ると膨大な予算措置が必要となるため、なかなか触りたがりません。そのため内科医の診療報酬は一向に上がらず、件数の少ない在宅医療に関する点数のみが毎回徐々に上げられ、在宅患者にしわ寄せが来ています。

梅田：結局医療費を上げると言うのは、新しい検査とか薬品代とかで少し上がりますが、薬価引き下げにより何にもならない状態ですね。

津田：薬価差益に依存しない内科診療を目指して、と会誌に書いたこともあります。今は院外処方をしていますが。

梅田：昔の薬価差益は大きかったですね。

津田：25%位、薬によってはそれ以上あったかと思っています。

岩城：その薬価差益を技術料に振り替えてくれれば良かったのですが、内科医の技術料とも言うべき薬価差益を我々からどんどん取り上げられてしまいました。

近藤：内科標榜の数が多いのですね。内科に関わる点数を付けると診療報酬の額が大きくなるわけです。点数を1点上げると莫大な金額になる訳ですね。

津田：婦人科を標榜していても、糖尿病の患者さんが来れば標榜と関係なく診る訳です。私は国保の審査員をしているのですが、私のと

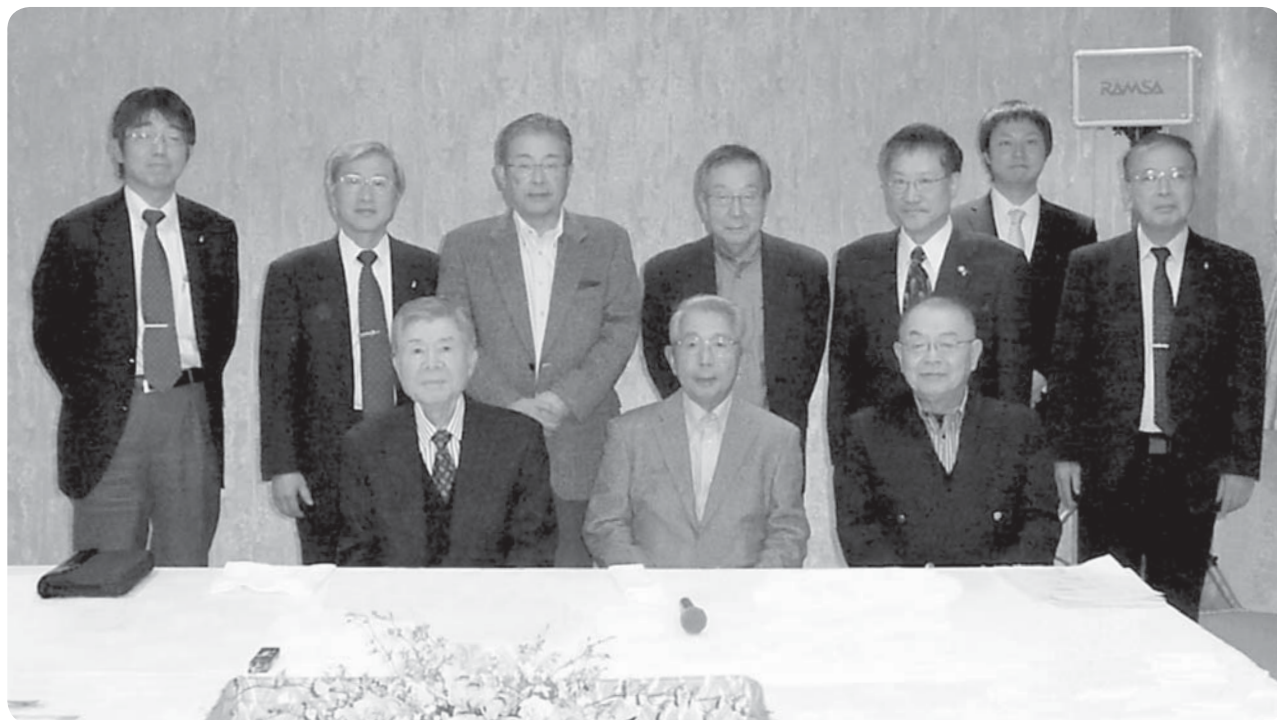
ころに内科を主な標榜科目としている医療機関のレセプトが回ってきます。例えば、外科を標榜している医療機関のレセプトは外科の審査委員が見る訳ですが、その中身は殆ど内科です。こんなのあるのか、と言う物もあります。例えば高コレステロール血症でメバロチンとリピトールが併用投与されているものも過去にありました。

梅田：結局、適応症だけで投与されるケースが起り得るわけですね。

鍛冶：そのようなこととお聞きしますと、我々臨床内科医こそが、やはり、高いレベルでの内科医療を社会に提供する義務と責任があると痛感します。



～次号に続く～



特別企画

石川県臨床内科医会

「座 談 会」 ～その2～

- 日 時 平成24年11月26日(月) 午後7時～ ●場 所 金沢都ホテル 5階
●出席者 梅田 俊彦、岩城 紀男、半田 詮、山崎 幹雄、津田 功雄、
近藤 邦夫、洞庭 賢一、鍛治 恭介(司会) (敬称略)

石川県臨床内科医会設立時に関わられた先達の先生方に、『石川県臨床内科医会の誕生と展望』をメインテーマに議論していただいた今回の座談会ですが、先の第52号(平成24年12月)には、①石川県臨床内科医会の誕生、②内科医のアイデンティティを掲載いたしました。今号には、その続編としまして、③地域医療、④学術活動、⑤これからの臨床内科医会、の内容を掲載しております。現会員の方々におかれましては、ぜひご一読いただき、今後の当会の発展に繋げていただければ、と思っております。

(なお、石川県臨床内科医会の前身の一つである金沢内科医会(斉藤昌道先生主宰)の勉強会の記録を岩城元会長が保存されていました。資料(もちろん手書きです)から、当時の臨床内科医の矜持を感じることができます。内容の一部を、掲載させていただきました。)

■地域医療(在宅医療も含めて)

鍛治: 石川臨内報の創刊号に家庭医の話が出ています。第一線で地域医療を支えているのは臨床内科医だと思うのですが、家庭医の話が出たときに、これまでの資料を見ますと、反対の意見を表明されています。私としては地域の第一線で何でも診られるような、プライマリケアができる医師がいるということは非常にいいことだと思うのですが、家庭医を作ろうとした政府の考え方にどうして反対されたのか、分からない部分があります。臨床内科医が、すでに家庭医の役割を担っているので、今更そのような制度を作らなくてもいいということだったのでしょうか。

梅田: 先生もご承知のようにイギリスの登録医

の悪しき前例があり、そのイギリスの轍を踏まないということで反対した訳です。

津田: 例えば、ある地域に1,000人の住人がいると仮定します。そこに100人の家庭医がいますと1家庭医に10人を割り当ててるのです。フリーアクセスが無くなってしまいう訳です。

鍛治: 私が持っている家庭医のイメージとは異なって、その頃提唱された家庭医とは、フリーアクセスが無くて、しかも丸めの医療をさせられるという官制家庭医だったのですね。

梅田: イギリスでは、治療を受けるときは何か月も待たなければならないという弊害が起きています。

岩城: 日本には自由開業医制があり、自主性を重んじますから、それを官制にしようとする患者側にも医師側にも制約が掛かり、医療を行う上でも支障が起こって参ります。患者の病態に合ったオーダーメイド医療などが行えなくなるために反対した訳です。

津田: 現在の特健診特定保健指導事業もそうですね、検診項目を予め決めて、この範囲でやりなさいと言っていますね。

近藤: 特定健診特定保健指導事業などのように登録制にしていけば国が管理できますね。そうすると、全てを包括してあとは点数を下げていけば締め付けは簡単にできますし、所謂ゲートキーパーみたいな形ですね。そういったことがあの時期に言われ、日医も「これは反対だ、国は自由開業制の問題にまで触れてきて、国が管轄する医療という形になるのでこれを反対する」という主旨だったのです。

鍛治: 在宅医療を考えた時に、どうすればこれらの問題を解決できるのでしょうか。我々臨床

内科医は、朝から夕方まで外来患者の診察で忙しいので、往診ができるのは夜だけです。忙しい開業医がどうしたら地域医療を支えられるのか。今後、ますます高齢者世帯が増えていく中で、難しい問題だと思います。そのような中、在宅専門で活動する医師も登場していますが、我々ができない部分をやってくれているという見方もできるかな、とも思いますが、如何でしょうか。

山崎：在宅を廻っている医師は簡単な診察行為のみで、もし、その患者が重症化したら誰が診るのか。結局は我々の医療機関に持ってくるようになりますし、また、患者さんの症状が良くなった時に引き取ってくれるのか、ということもありますね。

津田：最近在宅医療について、マスコミが多く取り上げていますね。緩和ケアや看取りまでやって、という医師がほとんどだと思いますが、そうでない医師がいるとすると困りますね。

岩城：在宅医療も患者さんにとっては非常に経済的負担になりつつあります。在宅医療支援診療所を算定していますが、月2回行きますと患家ではかなりの自己負担金が生じます。そのため症状が安定している患者さんの所へは、そのことを考えて往診回数を減らしたりしています。

洞庭：診療報酬での在宅医療の算定については、施設基準等算定要件があって、なかなか算定できないのが現実です。

半田：昔は、往診料の点数も高く、「難路」「往診距離」「夜間」「深夜」など加算点数も多くありましたね。

梅田：私が開業した当時、今はお亡くなりになっていますが、往診を専門にされていた先生もおいでました。

近藤：在宅を考える時に経済的な問題も含めて考える必要があります。困窮している国民の方も多く、昔と違う社会が今ある訳です。岩城先生がお話しされましたが、我々も在宅診

の届け出をしております。しかし、患者さんの状態が変わっても点数が高い診療費はとれないですね、そのような先生は多いと思います。できるだけ高額にならないように考えている先生も多いのではないのでしょうか？ もう一つは、在宅医療で提供すべき医療とは何かということです。病院にいるときと同じようなレベルの治療をすると、医療費が高くなると同時に患者さんの負担も非常に高くなります。訪問看護師・ヘルパーなど色々な職種の方が入って行けば、快適な在宅を送れるかもしれませんが、そこは、財源の問題があります。もう一つは死生観の問題です。家族は、患者さんもそうですが、どの辺まで医療の提供を必要とするかと同時に、どのような最後を求めているのか常日頃考えていくことが必要です。例えば、欧米だと死に対しての概念も違います。自分はもう無理だとわかると、受け入れる方が多いと聞いております。死生観の違いですね。余り触れたくないことですが、自分の死が近い時にどう考えるかを話し合っ、テーマにしながら国民的に死生観について考えていかないと、難しい問題が出てくると考えます。際限なく医療費を使わざるを得ない。これでは持たないですね。我々も考えなければいけないかもしれませんが、患者さん、家族の方もどういう死に方、どういう生き方をするのか、その辺りを考えていかないと…。現在、シルバー産業といわれる中で、営利を強く求めるために様々なトラブルが発生してきております。ある意味悲しいことですが、その辺りを踏まえて考えないといけないと思います。もう一つは、がんなどの終末期の方は時間が限られているから、まだいいと思いますが、認知症の場合はかなりエンドレスですね。今後増加する疾患で、家族がずっと見ていくとき、在宅・施設でどのように対応をすべきか、すごく難しい問題が一杯あると思いますね。

岩城：人間らしい意識がほぼ無い方でも胃瘻を

すると 5 年や10年は生きておられます。最近この問題については社会的にもタブーから解放たれて、真剣に討論されるようになってきました。胃瘻をすると施設では管理がしやすいのですが、その後の患者の生き方が問われています。尊厳死を取り戻そうという動きもあり、その辺りを国民的課題として大いに議論していただければ良いですね。

津田：在宅で、高専賃で、簡単な診察で在宅医療と言えるか、との話が出ましたが、やはり在宅酸素療法や人工呼吸を自宅でやっている人を診に行くとか、緩和ケアを自院でやっているとか、そこまで進んだ在宅医療をすべきだと思うのです。私も開業してから、人工呼吸のカニューレ交換や胃瘻の交換などを覚えましたがからね。

梅田：例えば、訪問看護という制度自体の問題がありますが、すべて医師の指示のもとで、キチンとやらないといけないと思います。

鍛冶：在宅医療のテーマについて沢山議論をしていただきました。近藤先生がお話しされましたが、終末期をどう迎えるか、国民的な議論を考えていかなければいけないですし、在宅医療の質を適切に評価して、それに見合う診療報酬体系にしないといけない、ということを感じました。

■学術活動

鍛冶：ここでテーマを変えて、生涯研修や学術活動の充実など、現在、事業としてやっていること、例えば岩城先生がされている“インフルエンザ研究”や、今高田先生が実施している“原発性アルドステロン症実態調査”などの調査研究などについて、お話ししたいと思います。日本臨床内科医会には、15,000人の会員がいますので、データは出やすいということもありますが、研究という面で今後どのような展開ができるかについて、何かご意見はありますか。

岩城：私が日臨内のインフルエンザ研究を立ち

上げた最大の理由は、この研究は開業内科医にしかできない研究だったからです。当時の後藤由雄会長から、研究をきっかけに臨床内科医会を活性化しよう、という提言がありました。さて、我々ができる研究は何かと考えた時、大学研究室でもできない、病院医師にも手が届かない研究、それは毎年冬になってやってくるインフルエンザだ！ ということに気がついたのです。

臨床内科医会が取り上げる研究は、二つあると思います。一つは大学で研究した成果をいかに臨床に応用すればよいか、臨床応用ですね。もう一つは、大学ではできない研究課題を見つけてそれに挑戦するというやり方だと思っています。

鍛冶：インフルエンザ研究のデータは全国的にも沢山集まりますし、素晴らしい着眼だったと思いますが、何か他にアイデアがありませんでしょうか。

近藤：後藤会長の時に、糖尿病研究をされましたね。開業医の先生 1 人が10症例くらい集めれば何百例という症例が集まりますよね。その他、治験の話もありました。石川県臨床内科医会の中で、糖尿病や高血圧・脂質グループなどでできないか検討しましたが、治験の報酬の受け入れ窓口の問題で進んでいません。このことが解決すれば、臨床内科医会の専門集団として、治験も取り組むべき重要な課題だと考えております。

洞庭：高血圧のエホニジピンを使って臨床研究をされました。それが今の高血圧のガイドラインに反映され、世界的にも評価される研究です。それに会長が後藤先生から猿田先生に変わっています。会長が変わって、その先生の得意分野に特化してできるというのが強みかと思っています。高齢者の糖尿病の調査は後藤会長の時に行われました。今は猿田会長ですが、“原発性アルドステロン症の実態調査”をやっています。これも件数を集めると世界的な研究になる訳です。今までもアルドステ

我々がどのように参加するのが重要です。私は、2009年のインフルエンザのパンデミックについて、日本の先生方のインフルエンザ治療が評価されたと思います。WHOもCDCガイドラインを変えた訳です。今後も次の強毒性のインフルエンザが出た場合どうするのか、やはり基本はインフルエンザの治療指針を維持して、状況を見極めながらやることが重要です。研究に参加することによって、その辺の判断が正確にできるのでないかと思います。是非研究に参加していただきたいと思います。

鍛冶：語弊があるかもしれませんが、臨床内科医会員は質の高い端末ですので、集約されれば素晴らしいデータが出る訳です。インフルエンザ研究がまさにその良い例だと思います。さらに、そうした研究が、実は日本臨床内科医会と言う内科専門集団から発信されたということも、もう少しアピールできればいいのかなと感じました。

岩城：薬というのは現代医学の武器の一つです
から、内科医は多くの武器の中から良いもの

症例 10.				昭 51. 1 月 分.				
名		(男・女) (明・大・昭) 31 年生		職 務		上 外 乗船中発病・下船中発病		
傷 病 名	(1)	月経検査・半身不遂、尿不全			診 療 開 始	(1)	50 年 10 月 22 日	診 療 実 日 数 26 日
	(2)	急性肝炎				(2)	51 年 1 月 6 日	
	(3)					(3)	年 月 日	
	(4)					(4)	年 月 日	
	(5)					(5)	年 月 日	
⑩ 診 察	① 初 診	時間外・休日・深夜	回	点	1 日 2 回 × 4、1 日 3 回 × 5、TEL × 4 (30 × 1) 150 × 24 (150 + 50 × 2) × 3 11 時 前 40 分 在 (150 + 50) × 5 " 15 分 在	② ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	63 × 19	
	② 再 診	再 診	30 × 4 回	120				
	③ 再 診	内 科 再 診	43 × 36 回	1548				
	④ 再 診	" (乳幼)	48 × 回					
	⑤ 再 診	時 間 外	30 × 3 回	90				
⑪ 料	① 指 導	30 × 2 回	60	② 普 通 32 回 5350 往 深 難 2 回 600 診 暴 風 雨 雪 2 回 900	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	144 × 2 500 50 × 3		
	② 普 通	32 回	5350					
	③ 往 深	2 回	600					
	④ 診 暴	2 回	900					
	⑤ 風 雨 雪	2 回	900					
⑫ 投 薬 料	① 内 服	薬 調 処 12 × 6 回	1197	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	20% の 20% + マリン 500 + シヤメリン 1A 20% の 20% + マリン 500 + シヤメリン 1A モリアミル 3% 500 + マリン 500 + マリン 500 + マリン 500 同上 + 5% の 500	115 × 7 148 × 4 157 × 3 119 × 5		
	② 屯 服	薬 調 処 5 × 回	72					
	③ 外 用	薬 調 処 6 × 回						
	④ 麻・毒加算	2 × 回						
	⑤ 注 射 料	① 皮 下 筋 肉 20 回 713 ② 静 脈 内 11 回 1401 ③ そ の 他 8 回 1066						
⑬ 処 置 料	① 4 号室材料	回	88	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	R.U. 2.B. 赤・脱・... 61 R.U. 2.B. 赤・脱・... PH 細菌) × 2 R.W. Hb 9-1-BSG, 2L, BS (BSG 白、血球凝集) × 2	(前記) 尿、赤、糖、血、尿、当、必要、最少、限、度の、検査、が、24 時間、1 月、1 日、に、対、し、ア、ル、ブ、ロ、ン、ク、を、壁、に、対、し、は、常、規、的、で、あり、(細、B、受、感、性、テ、ス、ト、-、0、) 欲、し、い、が、内、服、薬、の、使用、に、極、め、た、く、細、心、に、意、を、注、意、し、た、り、モ、リ、ア、ミ、ル、糖、を、調、り、含、量、低、減、不、十分、と、思、わ、れ、る、電、解、質、異、常、に、対、し、注、意、(検査、と、輸、液、) 望、ま、い、		
	② 薬・特材	回						
	③ 手 術 料	回						
	④ 手 術 料	回						
	⑤ 手 術 料	回						
⑭ 検 査 料	① 尿 3 回 255	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿				
	② 血 糖 3 回 249							
	③ 尿 糖 精 (兩) 1 回 110							
	④ 尿 糖 精 (兩) 1 回 20							
	⑤ 尿 糖 精 (兩) 1 回 55							
⑮ 合 計	① 尿 3 回 255	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿				

図1 金沢内科医会の勉強会資料（昭和51年）

肺炎症例のレセプトに関する解説が記載されている。
金沢内科医会等は、昭和61年石川県臨床内科医会設立時、発展的に解消している。

を選んでいけば患者さんにとっても良いことだと思います。あと、内科医の取り組むべき研究ですが、大学で取り扱えない研究ということで、生活習慣病の食事内容とか、アルコールとか、タバコなど疫学的エビデンスが出ていますが、臨床的エビデンスはまだまだですね。

鍛治：今年度の事業などを見ていても、学術研修も生涯研修会ということで、臨床内科医会の大きな柱の一つですが、学術研修会は市医

師会や県医師会でも開かれていますし、メーカー主催のものもあります。臨床内科医会独自のものとなっているのかどうか、その点何かご意見をいただければと思います。

津田：今の研修会のままでいいのではないかと思います。

近藤：中央地区研修会はできるだけ実地研修を含めて色々なことを変えながらやっています。今、在宅シリーズの研修会をやっています。参加される先生は何時も一緒なので如何に沢

山の先生に来ていただけるか、保険診療の研修会などは来てほしいなと思う先生は出席されないということもあります。沢山の先生方に出席していただくためにはどのような研修会をした方がよいのか、難しい点があります。

鍛治：臨床内科医会がスペシャリティーの内科医を自負して認定医制度を作ろうとして、法人化の過程で中止となりました。今後臨床内科医会が社会に対して自分たちの存在感を高めていくとか、働きかけて、こういうことを臨床内科医会がしているのだ、ということ世の中の人に理解してもらえ

(資料7)

最近の医療訴訟事例について 551.8.20 金沢内科医会(齊藤)

内科系の最近数年間の訴訟事例を簡単にまとめてみる。症例検討の意味のことも興味があると思います。ご参考にします。

[A] 診断と検査に関する事例

(例1) 胆のう癌誤診 (昭51 東京地裁 原告勝訴、現在控訴)

43才男 昭45 上腹部痛 嘔心嘔吐を主訴。A医は急性胃炎の診断で治療。以後通院せず3、4回投薬。10日後 胆石、胆のう症と疑いエリコールを附加。15日後 激痛軽減、小康状態。37日後再度疼痛、黄疸発現し、A医は閉塞性黄疸と診断。その17日後 上腹部に持続圧痛を認め、癌を疑って外科を紹介。A医は2週間患者より精査、他科紹介を請求し3ヶ月の"応付"。B外科で胆道造影で示す、貧血増強、肝機能障害(+) ALP↑ LDH↑、胆のう部腫瘍あり癌と診断。C病院に転院。発病後70日位に肝臓転移。胆のう癌発癌、肝臓・胆管・肺転移の判明で手術中止。術後1ヵ月で死亡。(結果) 早期発見で死を免れる事も不可能でなく、誤診と治療の怠慢で死期を早めた。43才の余命30年以上 夫、子供3名の家庭的精神的安定と破壊に差額として210万円要求。100万円を勝訴。

(判決解説) 胆のう癌の黄疸発現前の早期発見の検査方法はなく、債務不履行には当たらない。この黄疸にあり閉塞性とは信じたので内科的治療を続けた事は、現状医療水準に照して明らか。誤診"ある"原に胆のう造影、肝機能検査の施行を怠った事、胆石と軽信した事は誤りであり、精査、他科受診の要請を南無はつた事は完全な債務不履行である。死期を早められた精神的苦痛、現代医学水準に照し適切な十分な治療を受けるに死に至った精神的苦痛甚し。

(例2) 脳腫瘍誤診 (昭49 東京地裁 原告勝訴)

45才男 昭25 以来の死に別確定因。S41 突然頭痛 記憶力低下。治療で頭痛とれども 記憶力低下進行。4日後再度後頭部激痛

図2 金沢内科医会の勉強会資料(昭和51年)

齊藤昌道先生が作成された医療訴訟例に関する勉強会の資料。当時の医療事情が伺えるとともに、その折りの内科医会の向学心を感じる。

れば、自然と、臨床内科医会の医師が社会から差別化して見てもらえることに繋がるような気がします。社会に対する発信と言う意味で、これも岩城先生ですが、禁煙フォーラムなどで、一般県民・市民にどんな働きかけができるかが重要なところかなと思います、その辺のところはどうですか。

岩城：先程、生活習慣病の生活指導について少し触れましたが、今お年寄りの方たちにとって頭の痛い問題は、高額なサプリメントです。これは際限のない話で、ポリフェノールの種類だけでも数千種類がありますので、その臨床効果を検証するには、とても膨大なエネルギーが必要で、超難問です。

津田：お薬手帳を一本化する必要がありますね。

鍛冶：生活習慣病は内科医の十八番ですが、他に何かありますか。

洞庭：臨床内科医会では減塩キャンペーンを考えています。今、良い薬があるので高血圧は薬でコントロールされます。しかし、基本はやはり生活習慣ですから、運動療法でキチンと管理して、その上での薬です。最近は反対になっていますが。世界的な食塩の消費量を考えても、今の日本はもっと減らしてもいいのではないかと言う話があります。その辺りは、今検討しています。

近藤：糖尿病については、糖尿病対策推進協議会という会を設けています。この協議会には石川県、石川県医師会、糖尿病学会・協会が参画し、毎年糖尿病フォーラムを開催しています。糖尿病月間の11月に行っています。そこに臨床内科医会も参画してもいいのかなと思います。

洞庭：実際、その協議会の中には臨床内科医会の会員も多く参画しておりますので、医会の知名度を上げるということについても考えて行く必要があるかと思っています。

■これからの臨床内科医会

鍛冶：臨床内科医会の今後の展望はいかがで

しょうか？

洞庭：会員の確保という点では、岐阜県を本会も見習わなければならないのですが、岐阜大の内科の教授が会長になっています。その医局の先生方は強制的に入会されるので会員数は多いです。岐阜大の内科は5つあり、会長が廻ってこないケースもあることから、任期を3年から2年に変えたそうです。

近藤：日本臨床内科医会の会員数は年々減っていますね、だから会員の増強が非常に大切です。岐阜県の臨床内科医会については大学を含めて上手くいっていますね。入会率の多い医師会の例では、九州の方では鹿児島や大分が100%に近い加入率です。これは大学などがまとめて入会する訳です。日本臨床内科医会を考えたときに、若い先生はメリット、デメリットの話になってしまっていますが、やはり我々は、臨床を、地域医療をやっている臨床内科医として結束することが大切です。一つにまとまって我々の意見を国に提言し続けることが地域医療を守ることだと考えます。これからは、在宅の問題や地域医療再生の問題を含めて、内科医の役目はとても大きいと思います。医師会も一緒ですが、内科医の先生方に入会していただき、一緒にやっていかないと難しいと思います。

岩城：ただいま日臨内は大きな危機を迎えつつあります。それは会員の高齢化で、一時会員が18,000人位いましたが、今15,000人位に減ったようです。プライマリ・ケア連合学会が結成されたこともあり、若い内科開業医をそちらに取られて内科医の結束が乱れて来るのではないかと危惧しています。

津田：総会の出席率、出席数はどの位ですか。

洞庭：ここ数年約50名くらいです。会員数230名のうちの50名ですので、もう少し出席して欲しいと思っています。

津田：研修会は中央地区、加賀地区、能登地区でやっていますか。

洞庭：中央地区と加賀地区で開催していますが、

能登地区はやっていません。中央地区研修会の出席者ですが、30名程度です。

岩城：能登地区で開催されても七尾市、珠洲市と地理的に随分離れているので、集まるのがなかなか難しいですね。

洞庭：七尾市辺りの先生方は中央地区研修会に出席されていますが、中央地区の先生方の集まりが少ないです。研修会は土曜日に開催していますが、他の会合と合致して出席できないということもあります。出席すると、それなりの知識が得られるので面白いと思うのですが、とても残念です。

津田：眼科の先生は、更新のための点数を取らないと認定医は取れないということを聞いたことがあります。

近藤：眼科や耳鼻科を選考するときに専門医として認定されます。臨床内科学会の認定医・専門医がありますが、公的なものとなっていない。現在、どの専門医も診療報酬上の差はありませんね。

津田：内科でも認定医・専門医のようなものが、価値観の問題があると思いますね。日本臨床内科医会認定医制度発足の年に、梅田先生が金沢で第9回日本臨床内科医学会を開催しましたところ、全国から非常に多くの先生方が出席されました。ああいう雰囲気というものは今ないですね。

半田：近藤先生が会員の親睦会を始めましたが、近藤先生は、この親睦会は会員相互の会でもあり家族も出席されては如何ですかと言われ、私も出席しました。この会は各施設の忘年会にも利用されては如何ですかとも言われましたが、今どのようになっていますか。

近藤：今もやっています。忘年会を兼ねている先生もおいでですし、皆さん楽しみにしています。私が会長になった時に実施したことが3つあります。第24回日本臨床内科医学会、これは会長になった時に岩城先生から、これをやらないかという連絡が入りました。私は理事会に諮ってからとお答えし、理事会に

諮って引き受けた訳です。もう一つは、石川県医師会も加賀、能登への移動理事会をしていますが、そのような形で会員との連絡会をしていました。この会は無くなりましたが、会員親睦会には、スタッフが居て我々が助けてもらっているということから、スタッフも一緒に出席しています。今も参加者は多いです。

鍛冶：臨床内科医会の今後のあり方に関してはいかがでしょうか？

半田：過去を振り返って、未来に向けて行くためには、どういう選択があるか。沢山集まって、リーダーはこぼれそうな人を持ち上げながら行かないと、ただ突っ走って進んで行くと、付いて来る人が減ってくるのですね。その辺を若い先生方が、何処に焦点を置くのか。どんな社会でも同じかと思うのですが如何ですか。

岩城：リーダーの在り方として、理論が先走って会員が付いてこないと言われましたが、実は私も反省しています。近藤先生の会員の掌握は素晴らしいと思いました。会員親睦会でもそうですが、北陸三県での第24回日本臨床内科医学会の開催など、全ての会員に呼び掛けて、会の集まりをどうやったらいいのか、その辺りをやっていただき大変感謝をしております。会と言うのはトップが走るより、下から盛り上げて行かないと盛会にならないと思います。

梅田：会員の増強をどうするか、若い人をどうやって掌握するかに尽きると思います。若い先生がどのようなことに興味があるのかですね。それと、メリットですか、どうやってメリットを出していくかですね。

山崎：内科と言うよりも今は消化器内科・循環器内科など、色々ありますので、これが一つに集まるのに災いしているのではないかと思います。その辺りをどう纏めていくのか、その辺りが難しいですね。梅田先生がなされた第9回日本臨床内科医学会、「より実践的な

医療をめざして」というテーマで開催しましたが、これが大事なことではないかなと思います。また、各専門・スペシャリストに共通の話題を探して、講演会を開くなどしてはどうかと思いますが、難しい問題ですね。

近藤：極論かもしれませんが、なんでも内科でもいいのかなと思っています。時代の流れの中の一つに、標榜でないと駄目だと言う時代が終わっているのです。若い先生が地域の中でサークルを作りながら、そこに臨床内科医会の先生が核になって、県医師会や郡市医師会でもいいのですが、若い先生達と議論しながら、医療・福祉などについて考えるようなサークルを作っていかないと、なかなか臨床内科医会に入りましようと言っても難しいと思います。そういうサークルを広げていく医師会も若手医師によるビジョン委員会もあります。今、中央地区研修会では内科だけでなく、他科の先生方にも勉強してくださいと言っていますが、拡大していくことが大事だと思います。やはり、地道だけど着実な方法がよいのではないかと思います。臨床研究の話も多くの先生方に参加していただき、様々な方法を使ってやらないとなかなか難しいのではないかと思います。

洞庭：日本臨床内科医会の執行部も、少しでも参加型にできないかと考えています。取り敢えず臨床研究ですね。それを今度のスマイルスタディー、高齢者の糖尿病治療に関してどうするかという研究です。それも会員と、会員になりたい人、会員でない人、3つに分けて参加していただくということ。そういうものをキッカケにして会員を増やそうという意識はすごくあります。今後とも周りの先生を誘っていただいて、一緒にやりましよう、やっていかないとなかなか纏まらないと思います。20年前の先生方の方針を今更ながらですが、背景は随分変わっていますので、それに合わせて活動していく必要があるだろうと思います。お知恵を拝借したいと思いますの

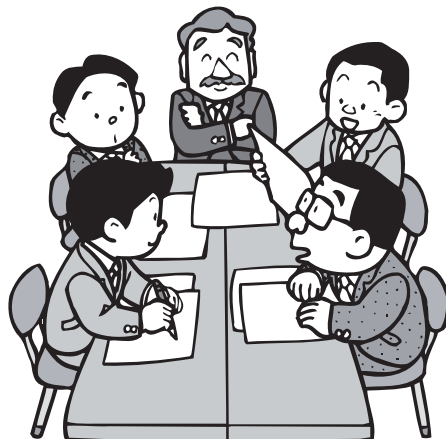
でよろしくをお願いします。

津田：地域で、郡市単位でも結構ですが、代表者を指名して、今後内科医会をどうしようか、そのようなことを考えてもらうようなことをされては如何でしょうか。

洞庭：この座談会の話考えた時に、先生から中央地区研修会で公開座談会が面白いのではないですかとのご意見をいただきました。その折は先生にお声をかけるかもしれませんのでよろしくをお願いします。

津田：各郡市医師会にも立派な先生がおいでですね。白山ののいち医師会は勤務医の先生方と大変親しく、「まっとう連携くん」のシステムで患者さんの紹介、CT・MRIなどの予約に利用しています。それぞれの地域で素晴らしいことをしていますので、そういう紹介もされては如何でしょうか。

鍛冶：今までの議論の中で、今後の臨床内科医会の発展には、魅力ある会づくり、より多くの医師の参加、臨床医としての学術活動、専門家としての社会への発信、それぞれが必要であることを痛感いたしました。臨床内科医会が、「地域医療を支える旗手としての責任を担っていること」、さらに「皆で努力して向上させていかなければいけないこと」を再認識いたしました。このたびは、先生方の貴重なご意見ありがとうございました。これを持ちまして座談会を終わらせていただきます。



編集後記

理事

鍛治 恭介



澄み渡り抜けるような青空、素晴らしい表紙の記念誌が出来上がりました。

平成27年2月に開催された第30回の記念総会後、洞庭賢一会長のメーリングリストへの呼びかけから、本誌発刊の準備が始まりました。

編集には総務の横井正人理事と石川臨内報担当の私に協力要請がありましたが、その際同時に会長ご自身が温められていた構想を示して下さいました。即ち、①大きな足跡を残された先生方にそれぞれのテーマで執筆いただく、②この10年の医会の出来事をまとめる、③「石川臨内報の復刻」を内容として含め、且つ、写真を多くして親しみやすい誌面にする一との方針でした。

目次をご覧いただければお分かりになると思いますが、洞庭会長の青写真通りの誌面が出来上がったと思います。各先生方にご執筆いただいた内容は、それぞれの思い入れを強く感じさせるものとなりました。軽いメッセージや流行りの「つぶやき」がはびこる昨今ですが、こうして文章に記録することは、考察を伴う作業である分、重みが増し読み応えが出てくるものだと改めて感じています。また、出来事のまとめに関しても、例えば、研修会のテーマや演者を眺めるだけでも、不思議に時の流れを感じることができます。写真についても、選択した画像をよく吟味し誌面に配置しましたし、さらに、近藤邦夫元会長が主催された第24回日本臨床内科医学会の模様を別途カラーページで挿入しました。面白いもので、医学会開催から未だわずか5年というのに、もうこの記録写真に懐かしさを覚えます。

こうして出来上がった記念誌を見ますと、何方かが将来この冊子を手にして、我々の気概を感じてほしいと願うとともに、そう遠くなくとも臨床内科医会に参加したいと感じていただければ、との思いを深くします。

さて、臨床内科医会の次の10年、我々の行く手には、表紙のような青空は広がるでしょうか。おそらく奇策はないのでしょうか。臨床内科医として地道に研鑽を積み一步一步進んでいく、その先にこそ、明るい未来が広がるのでしょうか。次の記念誌がどのような表紙になるのか、今から楽しみです。

最後になりますが、本誌発刊にあたりご寄稿下さいました日本臨床内科医会会長の猿田享男先生、ご執筆下さった先生方、元事務局の西尾幸栄氏に重ねてお礼を申し上げますとともに、実務面で多大なご協力をいただいた山崎正治氏、中山嘉寿氏に心から感謝の意を表します。

平成27年12月

「石川県臨床内科医会創立30周年記念誌」編集委員長

石川県臨床内科医会創立30周年記念誌

発行／石川県臨床内科医会

〒920-8660 金沢市鞍月東2丁目48番地
(石川県医師会館内)

T E L 076-239-3800

印刷／株谷印刷
