

石川臨内報

第 49 号

発 行

石川県臨床内科医会

金沢市鞍月東2丁目48番地

(石川県医師会館内)

TEL 076-239-3800

目 次

報告

●第26回石川県臨床内科医会総会

会長挨拶	会 長	近藤 邦夫...	2
特別講演 (I) 地域と医療の再生	慶応義塾大学経済学部教授	金子 勝...	4
特別講演 (II) 高血圧治療の転換期	慶応義塾大学名誉教授	猿田 享男...	7

●日本臨床内科医会

代議員会	理 事	洞庭 賢一...	8
学術委員会	理 事	洞庭 賢一...	9
医療・介護保険委員会	理 事	竹田 康男...	10
ニュース編集委員会	副会長	西村 邦雄...	10
編集委員会	理 事	洞庭 賢一...	11

●日本臨床内科医会ブロック会議

理 事 洞庭 賢一... 12

●会員親睦会

理 事 四位例 靖... 13

●県民公開講座 第11回禁煙フォーラム石川2011

副会長 西村 邦雄... 14

地区活動だより

中央地区	15
加賀地区	22

編集後記	24
------------	----



第26回石川県臨床内科医会総会

平成23年 2 月13日(日) 金沢都ホテル

挨 拶

石川県臨床内科医会 会 長 近 藤 邦 夫

本日は足元の悪い中、第26回石川県臨床内科医会の総会にご参加いただきました多くの会員の先生方、またご来賓の先生方には心から御礼を申し上げます。

今日の天候予報は雪との予想でありましたが、天候も回復してほっとしております。今年は、平成18年以来の大雪となりました。元旦は能登の実家に過ごし、能登海浜道路を走りながら雪がくるくる舞う景色を眺め『今年は北陸らしい冬だなー』と思いながら帰って来ました。ところが、それから後は、近年例を見ない大雪となり、不幸にして亡くなる方が出るなど非常に厳しい、全国的な大雪となっております。

まるで、今年を占うかのような、前途多難なスタートとなりました。

私も、会長に就任して3期5年目になろうとしております。十分なことが出来ずにあっという間の5年であります。皆さんのお力でここまでやってこれたことに心から感謝申し上げます。残された1年、石川県臨床内科医会として何をなすべきか、会員のために、県民の方々のためにやり遂げなければならないことは何かを考えているこの頃です。

本日は、22年度の総括と、23年度の夢に向かっての新しいスタートのときと考えております。皆様の活発なご協議をお願いしたいと思っております。

さて、今年度を振り返って、「お礼」と「ご報告」と「お願い」の3つをお話したいと思います。

1点目は、「お礼」です。

まず、昨年(2022年)の10月10日(日)、11日(月・祝)に第24回日本臨床内科医学会を開催できたということです。この金沢に、全国から1,150人もの方に参加をいただき、成功裡に終えることが出来ました。これはひとえに会員並びに本日まで出席の皆様方のお力だと確信しております。

また、初めての試みとして、北陸3県の内科医会の先生方のご協力のもとに行われました。本日は、ご出席いただきました富山県内科医会 会長 若栗 宣人先生、福井県内科医会 会長 島田 政則先生には、心から感謝を申し上げたいと思います。3県の内科医会の先生方には、様々な役割を賜わり、そのお陰で無事終了することが出来ました。



この医学会のテーマを『未来の日本の医療を考えようー内科医の結束をー』といたしました。北陸も地域医療崩壊は、急速に進んできました。そのような現状の中で、地域医療を担う臨床の現場にいる内科医としてどのようになすべきかを検討するためのテーマでありました。城西大学の伊関 友伸先生のコーディネートにより「地域医療再生について」のシンポジウムを開催しました。医療連携、人材育成など様々な提

案がなされ、これから進むべき方向が少し見えてきた感じがいたします。

北陸の地域医療を守るためにも、北陸3県の内科医が力を合わせてこれからもがんばって行きたいと願っております。若栗先生、島田先生、これからもよろしくお願いいたします。

2点目は、「ご報告」です。

『在宅医療について』であります。

昨年の医学会での学会長講演で、『これからの在宅医療』と題して講演させていただきました。急速な高齢化、要医療・要介護者の増加、疾病・介護の長期化、家族の介護力の低下などを背景にして、在宅医療の必要性和それを継続させるための問題点を提起させていただきました。すでに今、在宅医療に取り組んでおられる先生方がご活躍のことは十二分にわかっております。しかし、今後、急速な高齢化と、医療の機能分化が進めば、在宅への誘導は、否応なしに進められると考えます。患者・家族が安心して受けることができる『在宅のあり方』を今から検討する必要があるからです。国が考える医療費抑制のための在宅への誘導は、患者にとって不幸であり、質を担保した在宅をやろうとしたらかなりの財源が必要であることを国は知る必要があります。

来年、2012年、『診療報酬・介護報酬の同時改定』が行われます。この改定は、今後の日本の医療・介護の方向性が決まってしまう重要な同時改定と考えております。現場からの意見をあらゆる手段を使ってしっかりと反映させなければならないと考えます。

診療報酬は上がるのか？ 介護報酬は上がるのか？ 上がるならばその財源はどこから捻出するのか？ 今はペンディングになっている療養病床の行方はどうなるのか？ 様々な問題があります。非常に大きな、かつ重要な問題でもあります。これまでに厚労省の次年度改定の方向性のひとつに、「さらなる在宅医療の推進」があると推測されます。

厚生労働省保険局医療課の鈴木 康裕課長



(老健局老人保健課長として、2009年度の介護報酬改定を取り仕切った)が、2月5日の三保連(内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、看護系学会等社会保険連合)合同シンポジウムで、来年の改訂に向けて、「診療報酬・介護報酬では慢性期や在宅などにも、もう少し目を向けなければならないと思う」と話しをされた。そのために、在宅療養支援診療所の活性化や、在宅医療では移動にかかる時間が多い点を指摘され「集住型など、移動時間を短くしないとやっていけない」とも言われました。

鈴木 康裕課長は、昨年8月、日医会館で行われた『在宅における医療・介護の提供体制－かかりつけ医機能の充実－』という研修会で、同じことを話しています。『集住型』の説明に、高齢者専用賃貸住宅を上げておりました。今後、財政主導の在宅ではなく、患者・家族が安心出来る在宅のあり方を提言していくことが大切であります。様々な情報が出てきますが、地域医療を守る我々としてはそれらに対してしっかりと目を光らせていく必要があります。

3点目は、「お願い」であります。

皆さんは、聖路加病院理事長の日野原 重明(ひのはら しげあき)先生が行っている「いのちの授業」をご存知ですか？ 日野原先生は、今年100歳になろうとしている先生です。全国の小学校に行って、いのちの大切さについて話をしております。子供たちにりんごを持たせ心臓の話をして、また聴診器でお互いの心臓の鼓動を聞かせていのちについて話しをします。そのときに、『いのちとは何でしょう？』と質問

すると子供たちは、心臓、頭、脳といろいろな答えが返ってきます。

そのとき、日野原先生はこのように答えました。「いのちとは自分のために使える時間のことだと考えます。自分の使える時間は大切ですが、同時にその時間を少しでも自分のためだけではなく他の人のために使うことが大切なのです」と答えられました。『いのちは自分の使える時間です』、その大切な時間を、少しでも他の人のために使うことの大切さを話されました。先生方は、毎日毎日本当に忙しい生活を送っておられます。地域医療の中核となつてがんばっておられます。ぜひ、これからも元氣でご活躍をしていただきたいと願っております。『いのちは自分の使える時間です』、この大切な時間を、まずは、ご自分のために、そして、先生の身近にいる隣人のため、特にご家族のため、そして先生方を信頼して来院する患者さんのために時間を使っていただきたいと願っております。

23年度の新しいスタートが始まります。皆様と力を合わせて、地域医療を守っていききたいと願っております。

特別講演(Ⅰ)

医療崩壊のメカニズム



慶應義塾大学
経済学部 教授

金 子 勝

医師の方々と話すと、最適な医療と思っていることが、

医療制度としてはしばしば問題が多く含まれている。医療と医療制度は異なる面を持つということを踏まえ、患者の視点からこの間の医療制度の崩壊を体系的に考えてみたい。

(1) 健康保険制度に穴があき始めている

1. まず保険料引き上げや患者負担増加による診療抑制効果は組合健保や共済組合には出ず、高齢者や低所得者の多い国民健康保険（国保）に現れがちである。

しかも保険料の滞納者・未納者は国保に集中しており、彼らの受診抑制は深刻な様相を呈している。ちなみに、後期高齢者医療制度ができる前（2005年）の統計では以下のようになっている。格差と貧困の拡大が深刻に影響を落としていることがわかる。

国民健康保険滞納世帯数 480万

(10年間で約1.6倍)

国民健康保険資格証明書交付世帯数 35万

(2001年→05年で3倍以上)

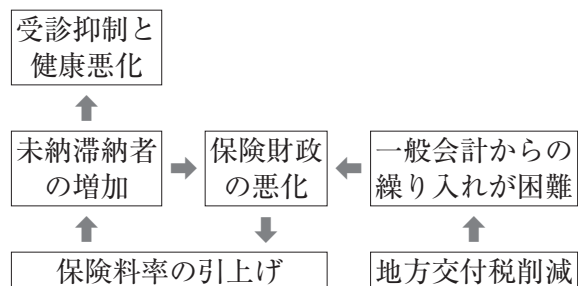
年収200万円以下層の人数が1,000万人を超える（2006年度）

2. 国民健康保険の被保険者構成の変化を見ると、著しく高齢化が進んでいることがわかる。地域で加入者の多い国保は、いまやリスクの高い者だけの「保険」になっている。

	2005年	1985年
農林水産業	4.4%	13.5%
自 営 業	14.9%	30.1%
被 用 者	24.0%	28.9%
その他職業	2.8%	4.1%
無 職	53.8%	23.7%
内)60歳以上	87.9%	

3. そもそも国民健康保険は市町村単位の保険であることに無理がある。「保険」とは広くリスクを分散することによって成り立つ仕組みであるが、市町村単位の保険ではそうした保険機能を発揮できない。むしろ高齢化が進んだ地域では以下のような悪循環が起きてしまう。すなわち、保険財政が悪化して保険料を引き上げると、また未納滞納者が増えて保険財政が悪化してしまうというものである。小泉「構造改革」期の地方交付税削減政策によって弱小自治体ほど財政が悪化し、国保の

特別会計や国保の病院に対する一般会計からの繰り入れが難しくなったことで、こうしたプロセスが加速する。もはや健康保険制度の統合化は避けられない段階に来ている。

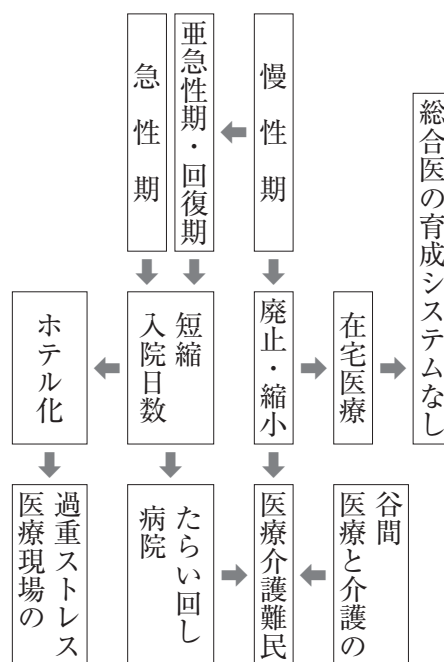


(2) インセンティブという罠：診療報酬による誘導は医療に何をもたらすか

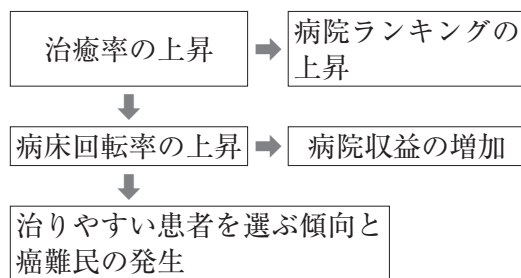
1. 小泉政権下における2006年「医療制度改革関連法」の主な内容は以下の通りである。

- ①国保の現役並み所得の高齢者自己負担：2割→3割
- ②国保の70～74歳の自己負担：1割→2割
- ③75歳以上の新高齢者医療制度の創設
- ④平均在院日数の短縮を図る診療報酬体系の見直し
- ⑤療養病床38万床のうち23万床削減（介護型療養病床は全廃）

2. こうした政策の中で後期高齢者医療制度に焦点が合っているが、実は問題なのは、インセンティブという制度設計が医療を破壊している面が忘れられている。病院は急性期・回復期・慢性期に振り分けられ、それぞれ入院期間が長引くと診療報酬が減っていく仕組みが強まっている。それは、患者がモラルハザードを起こして、社会的入院が増え、したがって医療費の膨張が止まらないという考え方がベースになっている。ところが、病院が営利主義に走ると、かえって患者は「難民」化し、医師への信頼が失われてしまう結果をもたらしている。



3. そういう中で、当初、360の急性期大手病院（18万床）を対象にしてDPC（Diagnosis Procedure Combination）が導入され、その後つぎつぎと拡大されている。これは、診断名によって（手術をのぞく）医療行為が標準化され、入院期間毎に診療報酬が決まる仕組みである。つまり、入院期間が短期で終われば終わるほど高い報酬が支払われることになる。これは、無駄な医療を省く面がある一方で、つぎつぎと患者を追い出したり、儲かる手術に特化したり、必要でも高価な治療を避けたりする傾向を生じさせている。収益ばかりを追求するようになると、以下のようなひどい事例も生まれてくることになる。



だが、互いにごまかそうとしている世界がうまくいくはずがない。こうしたインセンティブという考え方は行き過ぎている。むしろ医師と患者の間の信頼関係を取り戻す政策

が必要になる。

(3) 中核病院の経営困難と地域医療の崩壊

1. 「骨太の方針2002」以降、診療報酬は継続的に引き下げされた。ちなみに、2002年は2.7%、04年は1.0%、06年は3.16%も診療報酬が引き下げられた。問題は、地域の中核病院がこの診療報酬引き下げ政策によって経営が著しく圧迫されていることである。とくに公立病院の場合、追い出せない長期入院患者を抱えており、先に述べた診療報酬インセンティブを導入されると、病院収入はさらに減少傾向を強めてしまう。
2. ここに、小泉政権期の地方交付税削減政策が加わると、弱小自治体の地方財政が圧迫され、公立病院を抱えている場合その赤字を補填できなくなり累積していくことになる。ちなみに、2000年に21.4兆円あった地方交付税は、2006年には15.2兆円（当初予算ベース）まで落ちている。
3. さらに医師不足によって病院が破綻するケースが生じている。そもそもは、1986年の厚生省「将来の医師需給に関する検討委員会」によって医学部定員10%以上の削減が行われてから、医師数はOECD諸国でも下位に落ち込んでいった。そこへ、2004年に臨床研修医制度が変更されたために、研修医が民間大病院に流れ、大学の医局が医師不足に陥った。その結果、地方中核病院から医師の引上げが起こり、残った医師の過重労働が深刻になり、集団退職して病院が破綻するケースが増えていった。そのために、地域によっては救急医療体制さえ維持できなくなったのである。

(4) 地域医療再生の試み

上記のような問題は国レベルの政策転換なしに、問題の根本的解決はない。だが、だからといって問題を放置しておくことはできない。医師会や地域の中核病院が中心となった取り組み

が広がっている。いくつかのタイプがある。

1. 尾道医師会が有名であるが、地域の開業医がネットワークを形成する場合である。
2. 中核病院と開業医がネットワークを形成する場合がある。たとえば秋田南部では開業医が中核病院の1次救急を支援している。糸魚川でも地域に2つあった中核病院の1つである姫川病院が潰れたために、やはり開業医が糸魚川総合病院の1次救急を支援している。あるいは長崎大学病院と地域の医師会が協力して、急性期と在宅医療を結びつける役割を果たしている。
3. 長野の佐久総合病院や諏訪中央病院のように、保健師や看護師を組み込んだ訪問医療によって予防医療を充実する方式もある。その中間的な形態として、中核病院の一部病床を老健に転換し、訪問医療でそれを補う試みである。高畠町立病院もそうして黒字化を図った。
4. 旭川医大のようにITを使った遠隔地医療も普及している。地域の重篤の患者をIT通信で映像診断して、手術が必要かどうか判断する。

こうした地域医療の試みによって、再び医師が地域で尊敬され信頼される存在にならないと、医師会＝既得権益者という「攻撃」を打ち破れないだろう。

特別講演(Ⅱ)

高血圧治療の転換期



慶応義塾大学 名誉教授
猿 田 享 男

2009年日本高血圧学会では、日本人のエビデンスに基づく高血圧治療ガイドラインを作成した。このガイドラインは、2000年～2002年の間に、日本高血圧学会が支援して開始したいくつかの大規模臨床試験の結果が出てきたことから、これらの日本人のエビデンスを盛り込んだしっかりしたガイドラインになっている。今後の高血圧治療がこのガイドラインに従って行われることが望まれる。

このガイドラインの作成時に今後の課題として残されたことは、第1次選択薬から外された α 遮断薬の使い方や、高齢者高血圧患者の降圧目標と使用する降圧薬の問題のほか、新しく登場したレニン阻害薬の使用法や、最近になって次々に登場してきた降圧薬の配合剤をどのように使用していくかといったことであった。

α 遮断薬は、米国における大規模臨床研究であるALLHAT研究において、他の降圧薬に比し心不全を生じやすいとされ、その後、 α 遮断薬が優れた薬剤とするエビデンスが乏しいことから、第1次選択薬から外された。ガイドライン作成後、就寝前の投与で早朝高血圧や尿蛋白が減少するとする報告が日本から出されており、欧米においても第3次薬あるいは第4次薬としての優れた効果が証明されてきている。高齢者高血圧の降圧目標に関しては、T型Ca拮抗薬のエホニジピンを用いたJATOS試験のほか、ARBのバルサルタンを用いて収縮期血圧を140～150mmHgの間に低下させた場合と、140mmHg未満にした場合とで効果を比較したVALISH研究で、両群間に差がないことが明らかにされた。特に75歳以上の後期高齢者では、

140mmHg未満に低下させた場合に、脳心血管疾患が増加する傾向にあり、現時点では高齢者の高血圧を140mmHg未満まで積極的に低下させる必要はないと考えられる。特に75歳以上でⅡ度・Ⅲ度の高血圧患者では、150mmHgを暫定降圧目標とすることが奨められる。

新薬と配合剤の使用に関しては、今後の高血圧治療できわめて重要な問題である。レニン阻害薬のアリスキレンはARBと異なり、レニン活性、アンジオテンシンⅡやアルドステロンを低下させる利点があり、作用の持続時間も長い。ARBよりどれだけ優れているのか更なる検討が必要である。降圧薬同士の配合剤としては、ARBと利尿薬の配合剤が4種、ARBとCa拮抗薬の配合剤が4種登場してきた。ARBと利尿薬の配合剤に比し、ARBとCa拮抗薬の配合剤の方が中心動脈圧を低下させ、臓器保護効果に優れ、虚血性心疾患や末梢動脈硬化を呈する高血圧により有用と考えられる。一方、ARBと利尿薬の配合剤はNa・水貯留を伴う高血圧、すなわち、心不全や腎障害を有する高血圧に有用性が高いと考えられるが、今後、使用経験を積むことによって、最も適する使用法が判明してくると思われる。ARBと利尿薬の配合剤の使用時には、利尿薬に特有な副作用である日光過敏性皮膚炎、高尿酸血症および低K血症に注意しなければならない。今後、これらの配合剤がこれからの高血圧治療における中心的な薬剤となっていくと思われる。

報 告

日本臨床内科医会第44回代議員会

石川県臨床内科医会 理 事 洞 庭 賢 一

平成22年10月 9 日 ホテル日航金沢

日本臨床内科医会 第44回代議員会が、平成22年10月 9 日、ホテル日航金沢で開催された。出席者86名、委任状88名で会は成立した。石川県臨床内科医会からは理事として近藤 邦夫先生、評議員として西村 邦雄先生と私、日本臨床内科医会常任理事として岩城 紀男先生が出席した。議長・大勝 洋祐先生で、司会進行がなされた。副議長は岩淵 仁寿先生が指名された。議事録署名人指名の後、後藤会長の挨拶、続いて報告事項として会務、会計、事業概容が各担当理事より報告された。議決事項の決定もなされた。

報告事項につき各部門から順を追って重要な点だけ記載する。

1. 総務部

総務委員会 南 信明常任理事

平成22年 9 月24日現在、会員数は16,235人であり、半年間で約100名減少した。各種委員会進行状況が報告された。

調査研究委員会 安田 福輝常任理事

日本臨床内科医会のスローガンが発表された。

会員健康度調査を実施中でぜひたくさん送っていただきたい。

2. 庶務部

庶務委員会 立松 廣常任理事

会員名簿は更新されているが、要望が少なく作成は保留中である。

会員増強委員会 白川 俊夫常任理事

岡山県は内科医会と臨床内科医会が統合され102名の入会があった。会員増強のための活動 ①会員増強ツール ②各委員会との連携 ③開業ノウハウの提供 ④地区内科医会から直接勧誘。会員移動に対する事務

の簡素化。

IT 委員会 福田 正博常任理事

日臨内ホームページリニューアル。メールマガジン発信。

3. 経理部

経理委員会 吉田 幸子常任理事

平成21年度収支決算、監査報告。平成22年度収支中間報告。

4. 学術部

学術委員会 菅原 正弘常任理事

〈学術委員会報告参照〉

会誌編集委員会 谷村 伸一常任理事

一般投稿論文、目で見えるページ、日進月歩など内容の大きな変更はない。

5. 社会保険部

医療保険委員会 清水 恵一郎常任理事

22年診療報酬改定の影響。

介護保険委員会 江頭 芳樹常任理事

6. 社会医療部

公益事業委員会 岩城 紀男常任理事

インフルエンザ研究班報告につき、詳細な報告がなされた。

地域医療委員会 平田 泰彦常任理事

地域功労者への手記原稿依頼。会誌「地域医療の現場から」への投稿。百日咳アンケート実施。第25回医学会（北海道）で勤務医の意識に関するシンポ企画

7. 広報部

ニュース編集委員会 中 桂一常任理事

編集の方向、活動体制（年 6 回発行を継続する事）についての説明がなされた。

「論壇」と「会長と糖尿病研究人生」の企画。西村 邦雄先生は副委員長で活躍されている。

8. 研修推進部 垣内 孟常任理事

22年度の審査スケジュールについて説明された。

議決事項は以下の項目が決定された。

1. 平成21年度収支予算

平成22年度 日本臨床内科医会第 2 回学術委員会

石川県臨床内科医会 理 事 洞 庭 賢 一

報告事項

1. JPPP

JPPPGI アスピリンによる消化性潰瘍、消化管出血の調査を行っている。対象者（治験者）15,000人の例を見ない大規模調査であり、脱落がないよう継続にご協力いただきたい。

2. 「内科診療実践マニュアル」10版まで出版され好評である

3. 「処方集」の改訂をめざす

「内科診療実践マニュアル」と同じ日本医学出版で発行予定、同様の形式で体裁を整える。

4. 患者用小冊子累計

発行が1,200万部近くとなり、今後も新刊を企画している。発行中止になったものは新規に企業を募集し、再発刊していく。患者指導にぜひご活用頂くと、本会収入になる、どしどしご利用いただきたい。

協議事項

1. 患者様ムンテラ用説明板ツール企画

血液班でこれに関する企画を行ったが、あまりにも専門的になったので、医師向け小冊子として発刊した。これは本委員会の先生方に配られた。

第 1 弾は生活習慣病関連で高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病を作成する予定である。

2. 日本臨床内科医会会誌執筆

学術委員会担当は「日進月歩」「座談会」「お知恵拝借コーナー」である。約 1 年先まで各班の担当を決め、執筆していただく。



日本臨床内科医会医療・介護保険委員会

石川県臨床内科医会 理 事 竹 田 康 男

平成22年10月9日、第24回日本臨床内科医学会が開催された前日、ホテル日航金沢「弁慶」にて、開催されました。

医療保険委員会は、代議員報告に基づき、具体的な内容検討（重点要望項目の検討など）、今後の日程調整が確認されました。介護保険では、日本医師会の介護保険委員会の状況報告があり、現状の問題点と今後の検討課題について報告がありました。

今回は、特に、平成24年度は、医療保険と介護保険の同時改定のため、早急に要望事項の作成が必要となるということです。平成23年 2 月上旬に要望事項の骨子を地区内科医に提案、下旬に意見のとりまとめ、内保連に提出予定です。特に、今回高齢者の医療介護に関する意見を募集とのことです。皆様方も、ご意見、ご要望がありましたら私まで、連絡いただければ幸いです。

日本臨床内科医会広報部ニュース編集委員会

石川県臨床内科医会 副会長 西 村 邦 雄

平成22年10月10日 ホテル日航金沢

平成22年10月10日、広報部・ニュース編集委員会がホテル日航金沢「桃李」で開催された。寺田副会長、中常任理事が挨拶された後、報告・協議が行われた。第95号から96号までの割付の確認後、開催中の第24回日本臨床内科医学

会の取材・担当を再確認した。学会中の委員会としては、これまでで、一番立派な部屋（桃李からの眺めが良かったため）を用意していただいて、と副会長・常任理事から感謝された。

平成23年 6 月 5 日 東京都医師会館内 日臨内事務所

平成23年 6 月 5 日、広報部・ニュース編集委員会が東京都医師会館内の日臨内事務所で開催された。猿田新会長、中新副会長、和田新常任理事が挨拶された後、ニュース編集委員会の正副委員長を選出し、自己紹介を行った後、協議事項の検討が行われた。第98号と99号の評価とチェックを行った後、第100号から102号までの

割付の確認した。札幌で開催予定の第25回日本臨床内科医学会の取材・担当を決定し、次回委員会の開催日も決定した後、第100号記念号の内容・体裁などについて時間をとって協議した。日本臨床内科医会の創成期からの経緯が一目でわかるようにしようと新執行部・ニュース編集委員会が一丸になって取り組むことになった。

平成22年度 日本臨床内科医会第 4 回編集委員会

石川県臨床内科医会 理 事 洞 庭 賢 一

平成23年 2 月20日

委員会は谷村 伸一常任理事の司会で進行された。後藤会長、柴田顧問、望月副会長から以下のようなご挨拶があった。会誌の内容、論文の量、質とも上げて行きたい。特集号で取り上げる医学会、総会、教育講演などの座長の所属も一緒に掲載するように努める。IT、臨床研究の解説も必要である。今回日臨内役員、編集委員の多くが退任するため、できるだけ役員変更を少なくしてもらいたい旨要請があった。

報告事項

1. 25巻 5 号の進行状況報告。

2. 25巻 4 号の読後アンケートの報告。

アンケートの返送枚数は268件と増加した。FAX 4 件、Eメール返信なし。創傷治療、座談会「血管合併症」、肝臓病学の反響が大きかった。

3. その他

常任理事会報告、委員会報告などなし。

協議事項

1. 26巻 1 号の一般投稿論文 4 編の査読、修正で採用となった。内容は良いが、繰り返し投稿される先生の論文は以前の論文との差別化が必要である。一部論文に冗長な表現の物があり、論旨がはっきりしない。コンパクトにすることが求められた。

2. 26巻 1 号の原稿テーマ、筆者決定。

3. 今後の日程として、4 月総会、9 月医学会で行う座談会の計画。最優秀論文の選定予定。今年の医学会は 9 月に開催されるため、1 ヶ月早く発刊する、ともなって編集委員会も早めに開催する。

平成23年度 日本臨床内科医会第 1 回編集委員会

石川県臨床内科医会 理 事 洞 庭 賢 一

平成23年 5 月15日

23年度から役員変更のため委員会は安藤 忠夫常任理事の司会で進行された。内科学会で編集に携わってこられた猿田 享男会長から症例報告が多かったが、それまでを特集を組むやり方に変えた経験がある、いろいろ知恵を出したいとお話があった。中副会長からはニュース担当から編集担当に変わり読みやすい会誌を作りたいと挨拶。望月副会長は総務担当で連絡係と

してお手伝いしたいと挨拶された。今回から安藤常任理事が編集担当となり、また委員も現在 2 人欠員であるため早急に適当な人選をお願いしているところと説明があった。

報告事項

1. 26巻 1 号の進行状況報告。

医学会（石川）大会の報告はこの号で完了

する。26巻 2 号以降の予定も決定。

2. 25巻 5 号の読後アンケートの報告。

アンケートの返送枚数は290件。糖尿病関連の座談会、後藤会長の総説が多く読まれている。

3. その他

常任理事会報告、委員会報告は役員の分担が一部変更になった。東北大地震対策委員会ができ、義援金振り込み用紙が次号に付けられる。

年間優秀論文に研究部門大山 恭夫先生、臨床経験部門宗雪 年孝先生を推薦することとなった。

協議事項

1. 26巻 2 号の一般投稿論文 7 編の査読、修正で採用となった。一部論文に冗長な表現の物があり、論旨がはっきりしない。コンパクトにすることが求められた。

2. 26巻 2 号の原稿テーマ、筆者決定。

3. 26巻表紙の色を今までと異なり暖色系のカーキ色に決定。

4. 座談会予定：5 月 脳神経班

8 月 腎電解質班

9 月 アレルギーリウマチ班

5. 次回委員会：8 月28日

日本臨床内科医会ブロック会議について

石川県臨床内科医会 理 事 洞 庭 賢 一

医師会にしる医学会にしる、組織が大きくなると、会員相互または役員と会員の意思統一を計るのが難しくなってくる。日本臨床内科医会では県単位で代議員を出し、会全体としてのおおまかな方針を決めて行くわけであるが、実際には県によってそこそこ事情は異なっている。そこで日本臨床内科医会では全国を 6 ブロックに分け、各ブロック毎に会員からは要望を、日臨内サイドより事業説明を行うことによりなお一層の意思疎通を図っている。石川県はと言えば、中部ブロック（静岡、愛知、三重、岐阜、福井、石川、富山）に属し活動している。中部ブロック会議は例年11月の日曜日の昼に名古屋で開催されている。

中部ブロック会議で議論される内容は過去に報告したとおりであるが、今一度確認のため少し説明する。参加者は各県ごと事務方を含め 4 人程度、中部ブロック全体では30人足らずが集まる。まず日臨内執行部から会長、副会長が出

席し会の運営方針、事業計画、現在の課題などの説明がある。目下のところ、春の総会、秋の医学会、会員増強策が話題の中心である。そのあと各県医会から活動状況、抱える問題、日臨内への要望が報告され、それに対する日臨内執行部のコメントがある。

前置きが長くなったが、平成22年秋、日本臨床内科医会が金沢で開催されるにあたり、会長、副会長、総務でその年初めより各ブロック会議へ手分けして参加し、医学会参加の案内をして回った。私も 8 月 1 日に近畿ブロック会議（大阪）、9 月25日関東甲信越ブロック会議（長野）に参加した次第である。ブロック会議に参加するたびに感じることは、それぞれの県によりその活動状況は大きく異なっているということである。例えば、ある県では会長職をその地区の大学教授に持ち回りでお願いし、研修会もCPCのように大学の先生方を交えたようなものを行っている。別の県では会員数が少ないた

め、県独自の活動は難しく、日本臨床内科医会総会、同医学会へ参加することや、本会で企画する学術研究に直接参加することが活動の中心となっているケースもある。そのような中で今回強く感じたことは、やはり、わが石川県の活動は多岐にわたっているということである。そこで今後参考にしたらよいと思われる東京内科医会と神奈川県内科医学会の事業活動について触れてみたいと思う。

まず、東京内科医会では理事会11回、総会2回、セミナー1回、医学会1回、市民セミナー1回、学術講演会5回、三医会合同講習会4回、臨床研究会4回、腹部エコー実地研修会3回、心臓・頸部エコー実地研修会2回、賛助会員部会1回、広報部編集委員会4回が開催され、会誌は年間3回発行されている。会誌の記事の中では「医療連携室紹介」と「先輩医師をたずねて」が興味をそそりそうな企画であり、読者を

引き付けるであろう。

一方、神奈川県医師会では実に多くの委員会があり、それぞれ会がさまざまな活動をしている。箇条書きにすると、1) 総務委員会：各委員会、大学等との調整、2) 情報・医療委員会、3) 保険・制度委員会、4) 学術Ⅰ委員会、5) 学術Ⅱ委員会、6) 糖尿病対策委員会、7) 神奈川県肝炎対策委員会、8) 認知症対策委員会、9) 神奈川県禁煙・分煙委員会、10) 高血圧神奈川スタディ委員会、11) ジェネリック問題対策委員会、12) 神奈川呼吸器疾患対策委員会 これらの委員会で多彩な事業を繰り広げている。

以上のことを参考に、石川県臨床内科医会でも、今後新しい試みを取り入れ、さらなる情報発信をすることが患者サービスになり、ひいては会の活性化につながるのではないだろうか。

第5回 石臨内会員親睦会

石川県臨床内科医会 理 事 四位例 靖

平成22年12月11日(土)、ホテル日航金沢4階「鶴の間」にて第5回石臨内会員親睦会が開催されました。今回は同年10月に開催され盛会に終わりました第24回日本臨床内科医学会の打ち上げを兼ねており、富山県臨床内科医会から内藤 毅郎先生と里村 吉威先生も出席され、約120名の方が参加されました。今回も司会進行はフリーアナウンサーの森下さちさんをお願いいたしました。

午後6時過ぎ、近藤 邦夫会長のご挨拶に続き、岩城 紀男前会長の乾杯にて会は和やかに始まりました。

6時半すぎから、不肖私がバンド・リーダーの「サイド・エフェクツ」による昭和歌謡、

ポップス演奏が行われました。いささか騒がしかったかもしれませんが、懐かしい曲ばかりだったので一緒に口ずさんだ方もいたようです。

続いて加藤 理良先生によるバイオリン演奏でしたが、今年は弦楽四重奏での演奏が披露され、プロ顔負けの素晴らしさに会場は酔いしれました。

そして親睦会のメインは「F&M」(松沼 恭一先生と藤田 晋宏先生のデュオ)による歌とギター演奏です。息の合ったハーモニーと素晴らしい演奏が披露され、最後は加藤 理良先生も参加され会場はおおいに盛り上がりました。

その後は恒例となったビンゴゲーム、ジャンケン勝ち抜きゲームなどが行われ、最後に西村

邦雄副会長が謝辞を述べ会は終了しました。

今回は日本臨床内科医学会の成功もあり参加者も多く、大変盛会だったと思います。会の運

営に御協力いただきました事務局の方々および理事の先生方に深く感謝いたします。

県民公開講座 第11回 禁煙フォーラム石川2011

石川県臨床内科医会 副会長 西 村 邦 雄



平成23年 5 月29日、石川県女性センターホールで、第11回禁煙フォーラム石川2011が開催された。第一部、基調講演として、厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室長補佐で、たばこ対策専門官の高城 亮先生が「我が国におけるたばこ対策の現状」というテーマで、話された。健康増進法や喫煙率の最近の動向など種々の図表を提示された。ついで、山野 之義金沢市長が金沢市の禁煙対策について話された。すべての小中学校で、保護者とともに取り組む受動喫煙防止講座を実施する予定であること、東茶屋街や長町武家屋敷界隈での歩きタバコ・ポイ捨

て自粛に取り組むとのことであった。第二部、草の根禁煙実践中では、現況報告として、福井県健康福祉部の下坂氏が、福井県庁舎全体が禁煙となった経過を話され、出席者の驚嘆を集めた。石川県健康福祉部の濱口氏が、石川県の現況を報告された。石川県臨床内科医会の前会長で禁煙ねット石川の理事長である岩城 紀男先生が、飲食店の禁煙・分煙対策実態調査の報告をされた。聴くことでパワーアップ～わたしの禁煙ストーリーでは、石川県立中央病院放射線部の荒川氏、歯科医院院長の鈴木氏、石川県参事の三宅氏がそれぞれの貴重で感動的な禁煙体験を話された。喫煙防止対策の歴史や現況がわかると同時に、禁煙の実践がわかるバランスのとれたフォーラムであった。



地 区 活 動 だ よ り

中 央 地 区

第140回中央地区研修会

平成22年 9 月11日(土)

講演(Ⅰ)

演題 過敏性腸症候群(IRS)の診断と治療

講師 藤田保健衛生大学 坂文種報徳會病院
神経内科(心療内科)

教授 金 子 宏

過敏性腸症候群(IRS: irritable bowel syndrome)は、慢性・反復性に腹痛／腹部不快感と便通異常があるにも関わらず、大腸腫瘍のような器質的疾患がみられない、機能性消化管障害の代表的疾患である。日本人の約1割がIRSであり、医療機関受診中の患者の約3割にIRSが存在する程のcommon diseaseである。

国際的な機能性消化管障害の診断・治療指針としてはローマⅢ基準(2006年)があげられる。それによるとIRSの診断基準は「過去3ヵ月間、月に3日以上にわたって腹痛や腹部不快感が繰り返し起こり、次の2項目以上がある。1.排便によって症状が軽減する。2.発症時に排便頻度の変化がある。3.発症時に便形状(外観)の変化がある」となっている。月に3回以上と症状の頻度が明確になっている。排便頻度よりも便性状が大腸通過時間をよく反映することから、ブリストル便性状スケール(1～7)を活用することが今後の日常臨床では重要である。

診断には2006年に発行された「心身症診断・治療ガイドライン」(ガイドライン2006)が役にたつ。慢性の腹痛・便通異常がある場合、発熱・体重減少・腫瘍の触知などの警告症候がなく、50歳未満(癌の危険性が低い)場合には、採血・検尿等の簡単な検査で異常がみられないことを確認できたら、ローマⅢ基準に照らし合わせてIRSと診断する。何らかの異常症候があ

れば、大腸内視鏡検査等による精密検査が必要である。

治療の際には良好な患者－治療者関係に留意したい。説明と保証が第一歩といえる。症状が、がんなどの器質的疾患によるものではなく、腸管の機能障害によるものであることを説明し、ストレスの影響、脳腸相関、内臓知覚過敏などについて、わかりやすい言葉で解説する。

ガイドライン2006では、IRSの治療を3段階に分けている。第1段階がプライマリケア段階である。その薬物療法では、高分子重合体(ポリカルボフィルカルシウム:コロネル®)または消化管運動調節薬を投与する。男性の下痢、腹痛にはセロトニン5-HT₃受容体拮抗薬ラモセトロン(イリボー®)を使用することが可能となった。改善がみられない場合には、優勢症状に基づいて、下痢には乳酸菌製剤、腹痛には抗コリン薬、便秘には少量の下剤を併用する。アントラキノン系の常用は避ける。

快食、快便、快眠が生活の質(QOL)に影響する3大要因と言われる。快便が障害されている代表的疾患がIRSとも言える。また、IRSには心窩部痛／もたれ感を主訴とする機能性ディスぺプシア(functional dyspepsia)(快食の障害)、不眠(抑うつ感、興味の喪失)と密接に関係するうつ病が約3～5割程度の頻度で共存することが知られている。このことからIRSはその治療のみならず、その患者さんのQOLも含めて全人的に診療することが必要である。

講演(Ⅱ)

演題 各種神経痛へのアプローチ

講師 金沢大学 整形外科

准教授 村 上 英 樹

頸椎では、神経痛を引き起こす代表的疾患は頸椎椎間板ヘルニアと頸椎症性神経根症である。頸椎椎間板ヘルニアでは、神経根を圧迫して上肢の神経痛を引き起こす場合と脊髄を圧迫して脊髄症状を引き起こす場合がある。頸椎症性神経根症は加齢により変性した頸椎、特に椎体の骨棘や変性した椎間関節によって神経根が圧迫されて上肢の痛みが生じる。いずれの疾患でも Jackson test や Spurling test が診断に役立つ。また、頸椎由来の神経痛で忘れてはならないのが大後頭神経痛である。特に関節リウマチ患者の環軸椎亜脱臼では、環軸椎の不安定性により大後頭神経が刺激されて後頭部の痛みを誘発する。

胸椎での神経痛といえば肋間神経痛である。肋間神経痛のほとんどは非特異的なもので、経過観察で軽快する。しかし、癌の胸椎転移で肋間神経痛を認めることがあるので注意が必要である。その際、レントゲン正面像での winking owl sign が診断に有用である。しかし、このサインが認められる場合にはもう腫瘍はかなり骨を破壊して進行していることが多い。

腰椎では大腿神経痛と坐骨神経痛がある。L3, 4 の神経根が傷害されると大腿神経痛を生じ、L5, S1 の神経根が傷害されると坐骨神経痛を生じる。これらの神経痛を引き起こす代表的疾患は、腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症である。腰椎椎間板ヘルニアの診断には straight leg raising (SLR) test が必須である。腰部脊柱管狭窄症では間欠性跛行をきたすが、下肢の閉塞性動脈硬化症との鑑別が必要である。その鑑別には痛みの領域（場所）と姿勢が重要である。痛みが神経の支配領域に沿って存在し、前屈姿勢で痛みが軽減するようなら腰部脊柱管狭窄症を疑わなければならない。その他、腰椎

で神経痛を引き起こす疾患には腰椎分離症、腰椎すべり症、変性側弯症、馬尾腫瘍などがある。

神経痛の治療にはまず、安静が重要である。安静をとるために装具を使用しても良い。そして理学療法、薬物療法も効果的である。理学療法では低周波が神経痛に効果があり、薬物では NSAID の他にノイロトロピン、筋弛緩剤、ビタミン B12 が効果的である。腰部脊柱管狭窄症には PGE1 も効果が認められている。これらの治療で効果がない場合には神経ブロックが必要になる。手術まで必要となる症例は実際の臨床では稀である。特に頸椎からの神経痛は腰椎に比べて保存療法で軽快する場合が多い。また、神経痛が慢性化した場合には運動やストレッチも効果的である。

第141回中央地区研修会

平成22年11月 6 日(土)

講演(Ⅰ)演題 血液疾患診療の地域連携：
造血器腫瘍を中心として

講師 金沢大学附属病院 血液内科

山 崎 宏 人

高齢化社会の到来に伴って血液疾患患者が増加している。更に治療法の進歩により長期生存が得られることも珍しくはなくなった。ところが病院勤務の血液内科医は慢性的に不足している。今後は、治療を終えた患者をかかりつけ医と共同で診療する体制の構築が必要である。

血液内科医が担当する「血液のがん」には、悪性リンパ腫・多発性骨髄腫・白血病の3つがある。以下に外来診療でのポイントを述べる。

悪性リンパ腫の治療方針決定には病型診断が極めて重要である。しかし、昨今の診断基準においては、病理組織検査のみならず表面抗原解析や染色体・遺伝子検査などの情報も必須とされることが多い。このような検査を施行するためには採取した検体の一部をホルマリンにつけ

ずにそのまま提出する必要がある。寛解後の経過観察では表在リンパ節や肝臓・脾臓の触診を丁寧に行うとともに、CTやFDG-PETを用いて新病変出現の有無を定期的に検索すればよい。画像診断にて再発の兆候が確認出来た時点で専門医に紹介する。なお、治療開始前にsIL-2RやLDHが高値であった場合は、これらを定期的にモニタリングすることで再発の早期診断につながることもある。

多発性骨髄腫は、症状や合併症が多様なため日常臨床で遭遇しやすい。原因不明の腰痛や貧血を認める場合は血清蛋白分画にてM-蛋白の有無を確認する。一方、M蛋白血症自体は健診や人間ドックなどの血液検査で偶然発見されることも多い。そのような場合、高カルシウム血症・腎機能障害・貧血・骨病変などの具体的な臓器障害が出現した時点が治療開始のタイミングである。無症候例や治療終了後の患者では、これらの症状の出現がない限り、あわてて治療をする必要はない。

急性白血病寛解後の経過観察において、再発の兆候をつかむ最も簡便な指標は血小板減少の出現である。ただし、白血病の外来診療では末梢血液像の観察が極めて重要であるため、専門病院での経過観察が望ましい。

講演(Ⅱ)

演題 リウマチ膠原病の診断と最新治療

講師 金沢医科大学 血液免疫内科学

教授 梅 原 久 範

リウマチ膠原病は、原因不明の自己免疫疾患で骨関節を含む全身諸臓器に病変がおよぶ。代表的な膠原病として、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎・皮膚筋炎、血管炎症候群の5疾患がある。さらに、シェーグレン症候群やベーチェット病などを加えれば、比較的良く日常診療でも遭遇する。これらの疾患は、特徴的な臨床症状（皮膚症状、

腎症、口腔症状、眼症状など）を有し、疾患特異的な自己抗体が出現するために、それらを理解することは日常の診療に大変有用である。

また、治療法も年々進歩しており、生物学的製剤の導入に代表される如く、関節リウマチの治療において著しい。

関節リウマチ(RA)は、滑膜炎を病変の主座とする自己免疫疾患である。日本では約100万人の患者数を数え、30~50歳代の女性に好発する。RAの治療の原則は、免疫異常を是正し病態を改善することである。そのために、発症早期から抗リウマチ薬を中心とした治療が推奨され、特に、メトトレキサート(MTX)は「アンカードラッグ」として標準的治療に位置づけられている。しかし、MTXでは疾患や関節破壊の制御が困難な症例も少なくなく、近年、TNF α やIL-6を標的とした生物学的製剤が広く使用されるようになった。本邦でも、TNF α キメラ抗体(インフリキシマブ)、TNF受容体融合蛋白質(エタネルセプト)、TNF α ヒト型抗体(アダリムマブ)、および抗IL-6受容体ヒト化抗体(トシリズマブ)が使用可能である。その結果、TNF阻害薬とMTXとの併用により3~5割の症例を臨床的寛解に導入することができ、関節破壊の進行を完全に阻止し得るようになった。ここに至り、RAの治療目標は、

(1)臨床的寛解、(2)構造的寛解、(3)機能的寛解へとパラダイムシフトを起こした。さらには、寛解導入後に生物学的製剤中止可能なバイオフィー寛解や治療そのものをも中止可能な薬剤フリー寛解を目指す試みも国内外でなされている。

一方、免疫系の制御を介した治療の新展開にも期待が寄せられる。T細胞の共刺激分子制御を目的としたCTLA4融合蛋白(アバタセプト)が、本邦でも本年10月より認可され、高い臨床効果が期待される。さらに、このようなサイトカイン制御、免疫制御による治療法は、RAに限らずベーチェット病、潰瘍性大腸炎、クローン病、血管炎症候群、強直性脊椎炎など多数の疾患にも応用され、その有効性が証明さ

れている。今後は、生物学的製剤など免疫制御薬の的確な使用能力が内科系臨床医に求められてくるであろう。

第142回中央地区研修会

平成23年 1 月22日(土)

講演 (I)

演題 スギ花粉症の研究と実地臨床：新しいものを求めて

講師 福井大学医学部

耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

教授 藤 枝 重 治

【疫学と遺伝子分析】

ここ10年、アレルギー疾患の増加がマスコミで取り上げられ、2月～4月のスギ花粉の飛散期には、連日スギ花粉症に関する記事やニュースに遭遇する。どうしてこのようにスギ花粉症が増加したのであるのか？ その原因として遺伝子と環境が考えられる。

2006-2007年、福井大学医学部耳鼻咽喉科において、1,590名の血清中特異的抗体（スギ、ブタクサ、カモガヤ、ダニ、アスペルギルス、カンジダ）を測定した。スギ特異的IgE陽性者は、20歳代では60%、30歳代では56%、40歳代では55%であった。アレルギー症状のアンケートにてスギ花粉飛散期に症状ありと答えた人は、20歳代では35%、30歳代では37%、40歳代では40%であった。すなわち成人で約35%から40%の人がスギ花粉症を発症していることが判明した。この結果は、2008年に行われた耳鼻咽喉科医およびその家族の全国アンケート調査とほぼ同じであったが、10年前の19%に比べると著しい増加であった。

そこでまず約1,000名における候補遺伝子アプローチによる遺伝子多型（SNP）解析を行った。アトピー型喘息で見出された遺伝子ORMDL3（orosomucoid1-like3）における13 SNP解析にて9 SNPにおいて有意な相関を認めた。とりわけアトピー型喘息での責任SNP

（rs7216389）においても高い有意な相関を示した。その部位のリスクアレルはTTであり、EBウイルスにより不活化したB細胞株に遺伝子導入するとリスクアレルでORMDL3発現が有意に上昇した。ORMDL3発現は、鼻粘膜上皮、線維芽細胞で認め、それぞれpoly-IC刺激で発現が亢進した。リスクアレルによる3群において末梢血からCD4陽性細胞を分離し、poly-IC刺激を行うとリスクアレルTTでIL-10、IL-17の産生が有意に高かった。さらにスフィンゴシン1リン酸もリスクアレルTTで高値であった。

最近では、GWAS（genome-wide association study）によって疾患関連遺伝子探索を行うのが常識となっているが、鼻・副鼻腔アレルギーに関して我々は3次解析まで行った。その結果26SNPまでしぼれた。その中でDecay-accelerating factor（DAF）に注目し解析を行ったところ、rs10746463においてリスクアレルAがスギ花粉症と有意な相関を認めた（ $p=0.00033$ ）。またプラスミドベクターによるリスクハプロタイプを構築し、ルシフェラーゼアッセイを行ったところDAFの転写が有意に低下した。またDAFのプロモーター領域rs10746463がA/Aになっていると血清中IgEの高値を認めた。IgEは総IgEとスギ特異的IgEの両方とも高値であった。これはrs10746463がA/AになっているとDAF蛋白の発現が低いことによることが判明した。

【舌下免疫療法】

皮下投与による抗原特異的免疫療法の最大の問題は、注射時には必ず痛みを伴い、さらに全身発赤、喘息誘発、アナフィラキシーショックの可能性を含んでいることである。これまでの統計では、0.5～2%程度の頻度で全身性の副作用が出現するとされている。免疫療法が効果を発揮するには、ある一定量の抗原が体内に入らないといけない。一般に5～20 μ gの主要アレルゲン含有が必要とされている。注射量はあ

る程度決まっているので、かなり高濃度のアレルゲンワクチンが必要となる。残念ながら本邦においては、それほどまでに高濃度のアレルゲンワクチンは存在しない。

一方、舌下免疫療法では、口腔内にアレルゲンワクチンを直接舌下する。そのため痛みはなく、量を増やすことである一定の濃度であれば、5～20 μ gの主要アレルゲン投与が可能である。このことによって治療効果向上が期待できる。

これまでプラセボ対照無作為化二重盲検試験を含む220人の使用経験では、1) 症状スコアと薬物使用スコアの合計は実薬群が有意に低値であった。2) 薬物の併用は有意に減少した。3) 残念ながら花粉飛散ピーク時に症状を完全に消失させることはできない。4) 症状-薬物スコアは3年間施行すると1年、2年に比べて有意に優れている。5) Visual analog score (VAS) による症状の評価では、ひどい時の20%程度になる。6) 全身性の激しい副作用は認めず、実薬群の中で咳の出現2人、アトピー性皮膚炎の悪化で1人中止した。安全な治療法であると言える。

【網羅的蛋白解析】

舌下免疫療法の作用機序を探索する目的で、血清中網羅的蛋白解析を行った。その結果、実薬群特異的に変動する5種類の蛋白を同定しえた。そのうちApolipoprotein A IV (アポA4) が臨床効果と有意に相関し、症状が改善した者に高い誘導が認められ、改善が乏しかったものでは低値を示していた。作成したリコンビナントアポA4は、CryJ1刺激によるヒト好塩基球のヒスタミン遊離率を抑制した。しかしヒト好酸球のIL-4産生、ヒトCD4陽性T細胞のIL-5産生、ヒト好塩基球のIL-13産生、末梢単核球のIgE産生には影響を及ぼさなかった。また線維芽細胞のEotaxin、GM-CSF産生にも影響を及ぼさなかった。またプラセボ対照無作為化二重盲検試験において実薬群では、プラセボ群に対して、in vitro末梢リンパ球でのCryJ1刺激

によるヒスタミン遊離試験においても有意に低値を示した。アポA4は、外科にて採取され小腸上皮細胞に認められた。以上のことからアポA4が、新しい治療薬の可能性を持つとともに、臨床マーカーとして有用である可能性が見出された。

講演(Ⅱ)

演題 経口抗菌薬の適正使用を考える

講師 愛知医科大学大学院 医学研究科
感染制御学

教授 三 鴨 廣 繁

近年、多剤耐性アシネトバクターによる医療関連感染事例が日本でも散発的に発生し、2010年9月には帝京大学病院での事例が各種報道でも大きく取り上げられた。さらに、NDM-1産生菌に代表される新しい耐性菌が日本で検出され、一般市民も含めてその動向に注目が集まっている。このような耐性菌時代において、抗菌薬の適正使用が重要であることは言うまでもない。抗菌薬適正使用の原則として、早期に治療を開始する、適切な投与量を選択する、データをみながら狭域抗菌薬に変更する、早期に中止するなどが挙げられる。これらを確実に実施できれば薬剤耐性菌の選択頻度は低くなると考えられる。言い換えれば、「可能な限り培養検査を実施する」、「初期治療を重視する」、「いわゆる重症例と考えられる症例ではde_escalationの概念を導入する」、「PK-PD (pharmacokinetics-pharmacodynamics) 理論に基づいて抗菌薬のhigh dose、short durationを遂行する」などが重要となろう。

実際の臨床現場で抗感染症薬のPK-PDを臨床応用すべき場面としては、個人防衛的側面では、重症感染症の治療、最小発育阻止濃度(MIC)の高い原因菌による感染症の治療、周術期感染予防抗菌薬の投与などの場合、集団防衛的側面では、薬剤耐性菌の発現抑制を目指した抗菌化学療法の実施を目指す場合、社会防衛

的側面では、費用対効果に優れた抗菌化学療法を目指す場合などがあげられる。

また、適切な経口抗菌薬療法を実施するにおいては、「宿主－微生物－薬剤」の3者の関係を十分に理解し、科学的に立証された「エビデンス」に基づいた対応を実践していくことが不可欠である。

第143回中央地区研修会

平成23年 5 月14日(土)

講演(Ⅰ)

演題 慢性腎臓病の話題
～腎性貧血を中心に～

講師 金沢社会保険病院

副院長 村 本 弘 昭

腎性貧血とは、腎障害により腎でのエリスロポエチン産生能が低下して起きる貧血である。遺伝子組換えヒトエリスロポエチン製剤(rHuEPO; エスポー[®]、エポジン[®])が1990年に登場し、透析の現場でそれまで輸血にしか頼るものがなかった貧血に驚異的な効果をもたらし、1994年には保存期腎不全患者にも保険適用が開始された。2007年には赤血球造血刺激因子製剤(ESA)の持続型であるネスプ[®]が登場し、ESAの投与間隔が延長し患者の利便性に貢献している。

rHuEPOが臨床で使用され20年が経過したが、透析患者の生活の質(QOL)の向上だけでなく、生命予後の改善も報告されている。同様に保存期の患者においても、QOLの向上や透析導入までの期間の延長が報告されている。この腎性貧血に対する治療は、K/DOQIガイドラインにおけるCKDの進展を抑制する6つの治療法の1つに位置づけられている。

具体的にどの時点から開始し、どのレベルまでを目標とするかについては、2008年に日本透析医学会から発表された腎性貧血治療ガイドラインに詳述されている。まず腎性貧血の定義であるが、腎障害に伴う内因性エリスロポエチン

産生障害に起因する「内分泌疾患」とされ、必ずしもGFRの低下にこだわる必要はない点が重要と思われる。保存期患者のESA製剤の開始基準は複数回の検査でHb値が11g/dLを下回った時点で、目標値は11g/dL以上を推奨し、13g/dLを超える場合は減量、休薬を考慮する、とされている。これに対して米国FDAの勧告では、自国で行った大規模スタディの結果を受け「目標の上限は12g/dL」とされ、わが国より相当低い値となっている。このFDAの勧告は学会内でも異論が噴出し、対象とした患者に心血管病変の強い患者が大勢含まれていたためであるとして、わが国のガイドラインのように「ただし重篤な心血管病変を認める患者では12g/dLを超える場合、減量、休薬を考慮する」という、いわば緩い基準が妥当と考えられている。

腎性貧血の患者は必ずしも腎臓の専門外来だけでなく、糖尿病や高齢者、慢性心不全患者にも多く認められ、そういう患者の貧血を管理することによりQOLや生命予後の改善が期待できると思われる。

講演(Ⅱ)

演題 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

講師 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

炎症性腸疾患(IBD)は、潰瘍性大腸炎(UC)とクローン病(CD)からなります。IBDの原因は未だ明らかになっていませんが、遺伝的素因と関連した免疫の異常が、腸内細菌や食事抗原に過剰に反応して発症に至ると考えられています。我が国ではIBD患者数は増加の一途をたどっており、2009年の時点でUC 121,000人、CD 32,000人に達しています。この傾向は1980年代初頭より顕著となり、食事の欧米化、衛生環境の変化(冷蔵庫や上下水施設の普及)、精

神的ストレスの増加など日本人のライフスタイルの変化との関連が示唆されています。

IBD治療の基本薬は、5-アミノサリチル酸製剤（5-ASA製剤、ペンタサやサラゾピリン）とステロイド剤です。最近、アサコールという下部小腸から大腸で5-ASAを放出する新しい薬剤がUCに使えるようになりました。UCでは、病変部位や重症度に応じて、これらの薬剤を組み合わせる治療法（経口剤と注腸剤、内服と点滴）が確立されています。しかし、これらの治療法に抵抗を示す難治例が少なからず存在し、以前は、その多くが外科的に大腸全摘術を受けることがほとんどでした。しかし、最近の治療法の進歩により、ステロイド抵抗例（十分な量のステロイドに反応しない症例）やステロイド依存例（ステロイドを減量すると悪化する症例）でも、外科手術や長期のステロイド投与を回避することが可能な時代になっています。

ステロイド抵抗例の中等症には血球成分除去療法が、重症例にはシクロスポリンやタクロリムスが適応となります。血球成分除去療法は、体外循環を応用して活性化した白血球を除去する治療法で、副作用もほとんどなく、外来での治療が可能です。シクロスポリン療法は、免疫抑制剤のシクロスポリンを持続点滴する治療法で、入院が必要です。タクロリムスは経口剤ですが、血中濃度の調節が必要なため、投与開始時には入院が勧められます。どちらもステロイド抵抗例の60%から70%に有効とされ、当院でも積極的に取り入れています。これまでCDに適応が認められていた抗TNF- α 抗体のレミケードがUCにも使えるようになりました。一方、ステロイド依存例には、免疫調節剤のイムランやロイケリンを用います。まれに、白血球減少、肝機能障害などの副作用がみられますが、CDの病態には食事抗原の関与が強く示唆され、アミノ酸製剤を中心とした栄養療法の重要性が強調されてきました。確かに5-ASA製剤やステロイド剤との併用により病勢のコントロールは可能ですが、食餌を開始すると少なからず病

気の悪化をまねき、知らず知らずの間に腸の瘻孔や狭窄をきたして手術に至るという経過をとることがほとんどでした。しかし、レミケード（抗TNF- α 抗体）の登場によりCDの治療は大きく変わりました。TNF- α は、IBDの病態形成に主役的な役割を果たしているサイトカイン（免疫反応をおこす蛋白の総称）の一つですが、このサイトカインをキメラ抗体（レミケードの25%がマウス蛋白の構造で残り75%がヒトの蛋白の構造であることからキメラ抗体と呼ばれる）で中和することによりCDの病勢が劇的に改善するだけでなく、これまでの治療法では困難であった粘膜治癒（潰瘍病変のほぼ完全な消失）に至ることが明らかにされました。さらに、最近、マウス蛋白の構造を全くもたない全ヒト型の抗TNF- α 抗体ヒュミラの投与も可能となりました。腸管病変が複雑に進行する前の発症初期からレミケードやヒュミラなどの抗TNF- α 抗体投与を開始し（Top down療法）、CDの自然史をコントロールする時代になったと考えられます。ただ、抗TNF- α 抗体の投与を受けている患者の20%で効果の減弱が認められることや悪性リンパ腫の発症の可能性などの問題があります。

一方、小腸内視鏡の進歩も、CD治療に革新的進歩をもたらしました。これまで、大腸病変は従来の内視鏡により診断治療が可能でしたが、小腸内視鏡によりこれまで検索ができなかった深部小腸の観察が可能となり、臨床症状が全くないCD患者でもかなりの確率で小腸病変を有することがわかってきました。小腸内視鏡は、小腸病変の診断のみならず、従来は外科手術の適応であった小腸狭窄病変に対し内視鏡下バルーン拡張術を可能としています。

加 賀 地 区

平成22年度 第 4 回学術講演会

期日 平成22年7月29日 (木)

会場 ホテルグランテア小松エアポート

演題 虚血性心疾患治療最近のトレンド

講師 湘南鎌倉総合病院

副院長 齋藤 滋 先生

平成22年度 第 5 回学術講演会

期日 平成22年 9 月 9 日 (木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 喘息と COPD の鑑別診断・治療
～喘息治療における配合剤の進化～

講師 獨協医科大学 呼吸器・アレルギー内科

教 授 福田 健 先生

「演者抄録」

気管支喘息と COPD は、類似点が多いが病態的には全く異なった疾患であり、治療法、生活指導、予後が大きく異なる。それ故、両疾患を的確に鑑別診断する必要がある。さらに、両疾患はお互いに合併することが多い疾患であり、喘息に潜む COPD、COPD に潜む喘息を見逃さない事も重要で、合併疾患の治療も加えることで、初めて完全な治療となる。

本講演では、喘息と COPD、それぞれの最新の考え方と治療について述べ、鑑別診断のポイントについて解説する。次に、気管支喘息に潜んだ COPD、COPD に潜んだ喘息を見つける方法について、具体的症例を用いて解説する。

最後に喘息治療における、新しい ICS/LABA 配合剤（ブデソニド／ホルモテロール配合剤）の使用経験を踏まえ、それがもたらす臨床的なベネフィットについて紹介する。

平成22年度 第 6 回学術講演会

期日 平成22年10月20日 (水)

会場 ホテルサンルート小松

演題 生活習慣に合わせた糖尿病治療

講師 大阪大学医学部附属病院

内分泌代謝内科 黒田 暁生 先生

「演者抄録」

「生活習慣に合わせたインスリン療法の試み」と題して、①簡単なインスリン導入を考える BT≠BOT、②食後高血糖を考える、③生活に合わせたインスリン療法、④酒を知る、というコンテンツに分けてお話をさせていただいた。

まず、インスリン導入としては血糖コントロールが不十分あるいは不良の時点（HbA1C が 7% を超える）から導入を考えるべきである。インスリン導入の妨げとなっているのは、HbA1C の値に対する医師の主観が原因である。つまり HbA1C が高いという認識は医師の中にあり、患者にとって HbA1C の高低は医師からの情報しかないため、HbA1C が異常高値を呈さないとインスリンの導入に至らないという現象を起こしている。インスリン導入後は、各個人の血糖パターンを把握するために SMBG における階段状血糖測定、血糖 1 日 1 検（階段状に様々な時間での血糖測定を 1 日 1 回行うこと）を取り入れ、患者自身に食事と血糖変動を認識させ、インスリンの単位数や打つタイミングを相談しながら治療を進めている。その中で、食後血糖に対する考え方としては、栄養素（炭水化物・蛋白質・脂質）によって血中のブドウ糖に変換されるまでの時間を考慮した治療の提案をしている。具体的な例としては、「ご飯喰いですか？おかず喰いですか？」という質問に対する回答によって、超速効型インスリンを奨めるのか、速効型インスリンを奨めるのかという使い分けをしている。さらには、「黒田式カーボカウント計算」にて簡易的に糖質を計算し、食事にあわせたインスリン投与の指導をしている。具体的には食品交換表に基づく食事の

含有糖質量の計算法としては、主食である米飯は重量の40%、パンは50%、ゆで麺は20%、そして副食は一律20gの和と簡便に推定できる。ただ、その場合も上記に述べた栄養素別の血糖値への影響も考慮が必要となってくる。最後に、アルコールは、1.血糖値を上昇させないが、一緒に含まれている糖質が影響を及ぼす、2.肝糖新生を抑制することにより絶食時には低血糖をきたす可能性がある、3.表記（あるいはそれ以下）のカロリーがあり、蓄積されないが本来使われるべき脂質代謝を落とすことにより減量の妨げになる、という理解が重要となってくる。

以上、インスリン治療とは、欠如したインスリン分泌をいかに患者個人の生活に合わせてうまく補充できるかが治療の本質である。これを実現するためには、膵臓がどの様にインスリンを分泌するかを医師のみならず患者自身が理解する必要がある。これを実現するために「糖の流れ」とそれに対応したインスリンの分泌を全て患者に教えて理解してもらい、膵臓のインスリン分泌に出来る限り近い形で測定した血糖値や生活に合わせたインスリンを打つ方法を外来で相談している。最近では各個人のどのような生活にでも対応できるほどの様々なインスリンが利用できる、これらのインスリンを各個人の生活に合わせてどう使いこなすかが重要となってくる。各個人の生活に合わせてインスリンを打つ、つまり膵臓がインスリンを分泌するかのごとくにインスリンを補うことを私は「脳内膵移植」と表現している。先生方の今後のインスリン治療の参考になれば幸いである。

平成22年度 第7回学術講演会

期日 平成22年11月18日 (木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 プライマリケアにおける不眠の重要性

講師 久留米大学医学部 神経精神医学講座

教 授 内村 直尚 先生

平成22年度 第8回学術講演会

期日 平成22年12月16日 (木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 最近のインフルエンザ治療の動向
～インフルエンザの理解の為に～

講師 金沢医科大学 臨床感染症学

教 授 飯沼 由嗣 先生

平成22年度 第9回学術講演会

期日 平成23年 1 月20日 (木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 緩和医療

～自宅は患者さんにとって

希望の療養場所か～

講師 金沢医科大学 麻酔科

教 授 土田 英昭 先生

平成22年度 第10回学術講演会

期日 平成23年 2 月24日 (木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 喘息死ゼロ作戦：吸入療法の理論と実践
～すべての喘息患者さんに

【症状の無い生活】を～

講師 金沢大学附属病院 呼吸器内科

臨床教授 藤村 政樹 先生

「演者抄録」

喘息死はこの20年間で年間6,000人から2,500人に減少してきた。しかし喘息死は、十分な長期管理を行えばゼロにできる可能性があるため、標準的な治療法の普及が望まれる。十分な効果と少ない副作用の両面で、長期管理の基礎は吸入ステロイド療法であり、軽症から重症まで投与量を調整して使用する。しかし、本療法は薬剤が目的の気管支、とくに末梢気管支にまで到達しなければ効果を示さない。吸入する薬剤の剤型にはエアロゾル（加圧噴霧式吸入器）とドライパウダーがある。前者ではゆっくりした吸気速度で吸入する方が効果的であるが、後者

では速い吸気速度で吸わなければ薬剤が飛ばない。一方、エアロゾールでは直接吸入する手技が難しいので吸入補助器（スパーサー）を用いるのが原則であるが、ドライパウダーでは吸入手技が容易である。患者一人ひとりの特徴に合わせて剤型を選択するとともに、吸入指導と定期的な吸入手技の評価が重要である。

平成22年度 第11回学術講演会

期日 平成23年 3 月 3 日（木）

会場 ホテルサンルート小松

演題 糖尿病治療のパラダイムシフト
～インクレチンへの期待～

講師 川崎医科大学 糖尿病・代謝・内分泌内科
教授 加来 浩平 先生

「演者抄録」

既存抗糖尿病薬にみられる低血糖や体重増加等は 2 型糖尿病の血糖管理の上でしばしば問題となる。新たな治療概念としてインクレチン療法に期待が集まっている。インクレチンは食物摂取に伴い、ブドウ糖などの栄養素の刺激によって小腸から分泌され、膵からのインスリン分泌促進に働くホルモンの総称である。上部小腸 K 細胞から分泌される GIP と下部小腸 L 細胞からの GLP-1 が知られているが、抗糖尿病作用を発揮するものとしては後者が重要である。インクレチン関連薬として、分解酵素である DPP-4 の活性を抑制しインクレチン作用を増強させる DPP-4 阻害薬と GLP-1 受容体作動薬ある

いは GLP-1 受容体アゴニスト製剤が既に臨床応用されている。

注射剤である GLP-1 受容体作動薬は、生理的濃度をはるかに超えた薬理的作用を発揮するため、優れた血糖降下作用に加えて食欲抑制による体重増加の抑制効果も得られる。更には動物実験レベルではあるが膵 β 細胞増殖効果も期待されている。

GLP-1 はグルコース濃度依存性のインスリン分泌作用とグルカゴン分泌抑制作用により低血糖リスクを最小限にして血糖改善効果が得られること、さらに体重抑制効果は、理想的な抗糖尿病薬としての特性を有するものと言えよう。一方で、2 型糖尿病でもインスリン依存期にある症例でのインスリンからの切り替え使用は、ケトアシドーシス誘発のリスクとなるため厳に慎むべきである。将来の 2 型糖尿病治療の概念を大きく変える可能性を秘めたインクレチン療法に、今大きな期待が寄せられている。

第42回 石川県臨床内科医会 南加賀地区臨床懇談会

期日 平成23年 5 月20日（金）

会場 ホテルサンルート小松

演題 アルツハイマー型認知症
～最近の話題～

講師 栗津神経サナトリウム

副院長 小林 克治 先生

編 集 後 記

本号が出る頃は、例年梅雨か初夏の暑い日が続いていると思われます。

今年は東日本大震災、福島原子力発電所事故と未曾有の災害にみまわれました。被災地では医療も崩壊しており、近藤会長も被災地へ支援に向かわれました。他の会員の方々もそれぞれに何らかの支援をされている事と存じます。今後の復興を祈りつつ、我々も今後考慮すべき事多しと思います。

宗