

石川臨内報

第 51 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

第27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) 津波災害時の医療 ～開業糖尿病専門医の立場から～
.....盛岡大学栄養科学部 教 授
前 宮古市 市 長 熊坂 義裕... 4
- 特別講演(II) 妻を看取る日
...公益財団法人日本対がん協会 会 長
元 国立がんセンター 総 長 垣添 忠生... 6

論壇

- 石川県臨床内科医会新会長挨拶洞庭 賢一... 8
- 石川県臨床内科医会新役員紹介 9
永井 幸広、東野 朗、高田 重男、横井 正人、山口 泰志、鍛冶 恭介
高桑 浩、佐竹 良三、長尾 信、沖野 惣一、円山 寛人、山崎 雅都

報告

- 日本臨床内科医会 理事会・代議員会 会 長 洞庭 賢一... 17
- 常任理事会 会 長 洞庭 賢一... 18
- ニュース編集委員会 顧 問 西村 邦雄... 19
- 編集委員会 副会長 永井 幸広... 19

県民公開講座 第12回 禁煙フォーラム石川2012 ...石川県立中央病院 西 耕一... 20

地区活動だより

- 中央地区 22
- 加賀地区 26

編集後記 27



第27回 石川県臨床内科医会総会

平成24年3月4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、年度末の大変お忙しいところ、第27回石川県臨床内科医会総会にご出席をいただき心から感謝を申し上げます。

さて、昨年3月11日に発生しました東日本大震災から、1年が経とうとしています。震災で亡くなられた多くの方々のご冥福をお祈り申し上げますとともに、被災された方々にも心よりお見舞い申し上げます。

しかしながら、被災者の方々への対応が遅々として進まない現状をみて、大変遺憾に思っているところです。一日も早い復興を心から願っております。

さて、私も、石川県臨床内科医会会長に付託されて3期6年を終えようとしております。私は、今期で会長職を辞することに致しました。

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、県民のためにやり遂げなければならないことは何か、を考えながらやって参りました。ここまでやってこられたのも皆様のお力添えがあったることと心から感謝を申し上げます。

この6年を振り返って、皆様に「お礼」と「ご報告」、そして「お願い」をしたいと思います。

1点目は、『お礼』です。

これまで、多くの理事・会員の先生方に支えていただきましたことに対して、厚く御礼申し上げます。特に、一昨年の10月10日・11日の両日、「第24回日本臨床内科医学会」を金沢市で開催できたことです。全国から1,150人も参加者があり、成功裡に終えることが出来ました。

これもひとえに会員並びに本日もご出席の皆様方のお力だと確信しております。

また、初の試みとして、北陸3県の内科医会の先生方に様々な役割を担っていただき、無事終了することができました。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。次に、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ております。

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(考える)ためのテーマでありました。

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頑張っていきたいと願っております。執行部も変わりますが、富山県内科医会並びに福井県内科医会の先生方には、これからもよろしくお願いたします。

2点目は、『ご報告』、在宅医療についてであります。

一昨年の医学会での会長講演で、『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、家族の介護力低下等を背景に、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。日本は、

急速に少子高齢化に突入しております。

医療・介護・福祉を含む社会保障費の需要増大と、少子化に伴う生産年齢層減少による日本経済の減速、世界的な経済低迷による財源の縮小が大きな問題となっています。国は「社会保障・税一体改革」と称して財源確保のため、消費増税が議論されています。継続的な社会保障財源をどこに求めるかが大きな焦点となっております。

本年4月に診療報酬・介護報酬の同時改定が行われますが、僅かなプラス改定になりそうです。しかし、問題は山積しています。

在宅医療・介護は、地域医療を支える内科医の大きな責務であり、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、引き続き検討する必要があります。国が考える医療費抑制のための在宅への誘導は、患者にとっては不幸です。質を担保した在宅には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。現在、在宅に携わる多職種間の連携を図りながら、これからの在宅の受け皿作りを行っていますが、引き続き皆さんと一緒に頑張っていきたいと思っています。

3点目は、『お願い』です。

皆さん、聖路加病院理事長の日野原 重明先生が行っている“いのちの授業”をご存知ですか。昨年の総会でお話しをさせていただきました。

日野原先生は、今年100歳を過ぎてもお元気です。昨年、奥様の看取りをされたドキュメントが放映され、多くの事を学ばせていただきました。全国の小学校に行き、いのちの大切さを話しております。子供達にりんごを持たせ、心臓の話をし、聴診器で夫々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。

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ています。自分の使える時間は大切ですが、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。

『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、地域医療の中核となって毎日本当に忙しい生活を送ってられます。これからも、お元気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きたいと願っております。

これから、24年度の夢に向かって新しいスタートの時であります。皆様と心をつなげて頑張っていきますので、よろしくお願い致します。

〈追記〉

総会後にいろいろな変化があり、今期より、日臨内の常任理事を兼ねて、洞庭賢一先生が石川県臨床内科医会会長にご就任されております。おめでとうございます。有能な会長と、若い先生方が結束して石川県臨床内科医会のさらなる発展を祈っております。

また、石川県医師会においても、内科医の先生方のお力は大変大きいと認識しております。今後この難しい医療、福祉、介護の問題解決に、先生方とともに力を合わせて立ち向かっていきたいと決意しているところであります。今後ともよろしくお願い致します。

特別講演(Ⅰ)

津波災害時の医療

～開業糖尿病専門医の立場から～



盛岡大学栄養科学部 教授
前 宮古市長

熊坂 義裕

この度は、伝統ある石川県
臨床内科医会にお招きを頂き、

心より御礼申し上げます。また、この後にご講演をされる垣添忠生先生の前座を務めさせて頂き、大変光栄に存じます。早いもので東日本大震災から来週で1年となりますが、開業糖尿病専門医の立場から津波災害時の医療について経験したことをお話させて頂きます。

私は、2009年まで宮古市長を3期12年務めました。現在は、管理栄養士養成施設である大学の専任教員を務める傍ら、宮古市に開業した医院の理事長として診療を行ってきました。

3月11日の東日本大震災では、私の住む宮古市も甚大な被害を受けました。津波は東洋一と言われた高さ10mの防潮堤（宮古市田老地区）をも乗り越え、街が一瞬にして破壊されてしまいました。現段階で判明している宮古市の死者・行方不明者は、527人に上ります。また、家屋の被災戸数は岩手県内の自治体では最大の6,934戸（うち全・半壊は4,675戸）に達しています。市長時代には世界一の津波防災都市を自認し、全国に先駆けて「津波防災都市」を宣言して津波に強いまちづくりに努めてきましたが、それが一瞬にして破壊されてしまったことに大きな衝撃を受けました。私の人生観も一変しました。市内全戸に配布していたハザードマップの想定に近かったことや、市が指定した津波の際の避難所に逃げた人、そして保育所・幼稚園、小・中学校にいて避難した児童・生徒に犠牲者が出なかったことは救いでした。

宮古市では、中核病院の県立宮古病院が高台

に位置していたため無事でしたが、診療所は半数近くが被災しました。幸い私の医院は間一髪で被災を免れました。私の専門は糖尿病、院長は循環器です。地域の中核病院である県立宮古病院に心臓カテーテル検査・治療のできる循環器科常勤医が数年来不在であることや、日本糖尿病学会専門医が宮古地域に私しかいないという厳しい医療環境の中で、私の医院は診療に携わってきた経緯があります。

石川県では想像できないかもしれませんが、宮古医療圏の人口10万人当たりの医師数は121.4人（2006年時点）で、岩手県全体の平均186.8人の65%、全国平均217.5人の55%に過ぎません。三陸沿岸部は震災前からどこも医師不足が深刻でしたが、東日本大震災はもともと脆弱だった三陸沿岸部の医療を一層危機的な状況に追い込んだのです。医療機関のほぼ全てが壊滅した自治体もあります。

このようなことから、停電・断水・通信不能・職員が被災・家族の安否が不明（私も3日間妻の安否が不明でした）という非常に困難な状況の中ではありましたが、震災の翌朝から診療を開始し、医療需要が一段落する4月中旬まで毎日診療を継続しました。この間、院長と2人で延べ約3,000人を診察しましたが、津波で家を流されたり、かかりつけの医療機関が診療不能に陥ったために、インスリン製剤や循環器疾患等で服用していたワルファリンカリウム・降圧剤等を求めて大勢の患者さんが来院しました。薬を失うことで、慢性疾患が急性疾患に変わるという災害医療の一面を垣間見る思いでした。なお、宮古医師会有志による夜間の避難所巡回診療にも参加しました。

津波災害時の医療は、阪神・淡路大震災の時とは大きく異なります。死亡原因の9割以上は津波に巻き込まれた直後の溺死（窒息死）であり、基本的に亡くなっているか助かったかのどちらかしかありませんでした。全国各地から多くのDMATが被災地に派遣され活動しましたが、上記の理由から本来の目的である救命活動

の機会はそう多くはありませんでした。地域の医療機関が津波で壊滅したり、医師も死亡したりしたためそのまま留まらざるを得ず、本来の目的とは異なる避難所での救護活動という想定外の事態が各地で発生しました。

災害時の医療で重要なことは、何と言っても医薬品の確保ですが、当院では院内処方をしてきた事が功を奏しました。とはいえ在庫には限りがありとても不安でした。そんな折、私が非常勤講師を務める京都大学糖尿病・栄養内科の稲垣暢也教授と連絡がつき、日本糖尿病協会(清野 裕理事長)を通じて震災から僅か5日後の16日に、緊急災害対策用の持効型インスリン(ランタス)240本が埼玉県の製薬工場からヘリと車を駆使し、私の所に届いたのです。直ちに県立宮古病院に120本、宮古医師会に60本を届け、60本は当院に保管し、「インスリン治療可」という情報を保健所・市に連絡して各避難所に掲示してもらいました。結果的には、宮古地域では卸ルートもいち早く3月下旬には回復しましたので多くを使用しなくて済みましたが、とても安心できました。

ところで、通信不能・停電・道路が寸断・ガソリンが無いという状況の中での情報の伝達は非常に難しく、紙に書き歩いて避難所を回るしかないのです。しかしながら、避難所に入らず親戚や友人・知人の家に身を寄せた被災者も大勢いましたので、医療情報から隔絶されてしまった人も多かった事が後で判明しています。

今回の津波災害では、電子カルテは言うに及ばず、デジタル情報を得ることは殆ど不可能でした。そのような中で、患者さんが持っている「おくすり手帳」や「糖尿病連携手帳」は正にアナログ情報ですが、今回はこれらの重要性を痛感しました。宮古薬剤師会の長年の努力により、当地域の「おくすり手帳」の発行率は非常に高く、医療の混乱を防ぐ結果となったのです。避難所等で治療された県内外の応援の先生方からも、とても参考になったという評価を聞いております。

糖尿病医療について触れます。災害直後は「まずは助かってよかった。ご飯を食べれてよかった。」の世界であり、避難所においての食事は菓子パン・カップ麺・お菓子・缶詰が多く、選択の余地はございませんでした。「親切を無駄にしてはいけない。」という思いから全て食べてしまう人が多く、血糖コントロールが悪化したケースが見られました。でも、私は何も言いませんでした。というより「言えませんでした」。「血糖コントロールは平時に価値を持つ」という事を思い知らされたのも今回の震災でした。なお、避難所の栄養状態については、当時学部長を務めていた盛岡大学栄養科学部で、5月中・下旬に栄養調査を行った岩手県内の避難所の約半数にあたる124か所の栄養価計算を県からの依頼を受け算出しましたが、概ね問題は見られなかったことが判っています。

今回の経験から、今後の災害時の糖尿病医療対策について2つ提言をさせていただきます。1つ目は、DMATのDをDiabetesにして「糖尿病のDMATをつくる」事です。糖尿病の患者さんは年々増加しており、最新の厚生労働省の調査では、糖尿病予備軍も併せて2,210万人と言われております。ということは、国民のおおよそ5人に1人ということになります。例えば、今回の宮古市のように地域住民の2割以上が被災すれば、それに応じた糖尿病患者さんがいるわけですから、災害時に糖尿病は特に力を入れなければならない疾患となるからです。2つ目は、「おくすり手帳」や「糖尿病連携手帳」の徹底した普及です。災害時は何と言ってもアナログ情報に勝るものはありません。

岩手県内では、9月に希望者全員が避難所から仮設住宅等に移りました。栄養管理や健康管理において避難所では、保健師・管理栄養士等が早期に問題を発見し、指導や受診に繋げることができていましたが、仮設住宅等では、避難所の時よりも一人一人が見えにくくなっていることから問題が出ています。特に男性の1人暮らしに問題の多いことが宮古市の管理栄養士ら

の巡回訪問調査で明らかになっています。経済的困窮が追い打ちをかけているケースでは、医療機関への受診を控えさせ、疾病の発見が遅れることも懸念されます。

ちなみに当院では、家が全・半壊して避難所や親戚・知人宅に身を寄せた糖尿病患者63例のHbA1cを震災前と震災後で経時的に観察しています。震災2カ月後は改善したケースの方が多かったのですが、仮設住宅や借り上げ住宅等に移った5、8、10カ月後では、悪化に転じる例が多くなっています。この背景としては、経済的困窮や調理環境の変化等による影響が考えられます。現に、糖尿病コントロールを始めとして、懸念していた仮設住宅生活者等の持病の悪化や新たな疾病の発症が、現実になってきたことを日常の診療でも強く感じるようになりました。

また心のケアも、これから国を挙げて急いで取り組まなければならない大きな問題と考えます。阪神大震災では、自殺・うつ・PTSD等は仮設住宅等に移ってからの方が深刻化したことが知られており、心のケアは17年経った今でも継続的に行われています。まして今回の災害は、阪神大震災とは比較にならない規模の大きさです。このような思いから私が運営法人（社会的包摂サポートセンター）の代表となり、全国規模で、一つのダイヤルで、24時間365日無料で、外国語対応も含め、あらゆる相談に応じる「よりそいホットライン」というのを立ち上げています。

今回の震災復興は、10年・20年単位の長期戦になります。被災地で開業する医師として、そして生き残った者の責任として、今後も長期にわたり努力する覚悟です。先生方におかれましても、今後も引き続きご支援のほど何卒宜しくお願い致します。

お役に立つ話だったかは甚だ不安ですが、最後までご清聴頂き心より感謝申し上げます。有難うございました。

《略歴》

1952年福島市生まれ。

東北大学工学部中退、弘前大学医学部卒業。弘前大学医学部助手、岩手県立宮古病院内科科長を経て宮古市内にて開業。

1997年宮古市長就任、合併後の新宮古市長も含めて3期12年務め2009年退任。全国市長会を代表して社会保障国民会議や社会保障審議会医療部会等の政府委員を務める。

2010年から盛岡大学栄養科学部教授（前学部長）。弘前大学医学部学部長講師、京都大学医学部非常勤講師、（医）双熊会理事長、

（社）社会的包摂サポートセンター代表理事を兼務。健康日本21（第2次）策定専門委員会委員、日本病態栄養学会理事、日本糖尿病学会専門医、医学博士。

特別講演(Ⅱ)

妻を看取る日



公益財団法人

日本対がん協会 会長

垣添 忠生

私の妻は、06年春に右肺下葉に径6ミリの影が見つかり、肺がんの診断で陽子線治療を受けた。病巣は完全に消失し、二人で大いに喜んだ。ところが半年後の07年3月、右肺門部のリンパ節に1個転移が生じ、CTガイド下の針生検により小細胞肺がんと特定され、化学療法と放射線治療を受けることとなった。シスプラチン+エトポシドの化学療法を月に1回、3～6月に受け、さらに7月に肺門部に対して放射線治療を受けた。07年10月、治癒を確認するつもりでMRI・PET検査などを受けたところ、脳・肺・肝・副腎転移を含む多発性転移が発見された。二人とも瞬時に「もう駄目だ」と思った。妻は私の立場を考えて、苦しい抗がん剤治療をイリノテカン、次いでアムルビシンと2種

類受けてくれたが、無効だった。妻は自分の死期を察知しており、「家で死にたい」と以前から明確な希望を述べていたので、07年12月28日から08年1月6日まで、年末年始の病院が休みの期間中外泊した。外泊手続きを取ったが、二人の意識は「死ぬために家に帰る」というものだった。12月28日は意識も明瞭で、久しぶりの自宅と自宅での食事を心底喜んでくれた。その翌日から急激に容態が悪化し07年12月31日、自宅にて死去した。全経過1年半、再々発してからわずか3ヶ月である。

妻が亡くなってからの約1年、特に最初の3ヶ月は、「死ねないから生きている」ような最悪の精神・肉体状況となった。3ヶ月毎に少しずつ立ち直り、約1年かけて見かけ上、普通の生活を送れるようになった。

08年12月末から09年1月初めにかけて、ちょうど妻が亡くなって1年経った年末年始の休暇中、毎日一章ほど一気に原稿を書き上げた。書くことに悲しみを癒す大きな意味があることを発見した。内容は、妻の病歴と4日間の在宅医療から考えたこと、そして妻亡き後の私の悲嘆との向き合い方などである。原稿を中学・高校時代の同級生 嵐山光三郎氏に見てもらった。すると、「十分に書物になり得る」との評をもらった。併せて新潮社を紹介された。

09年12月に「妻を看取る日」と題した本を新潮社から刊行してから12ヶ月で14刷、部数は55,500部に達した。そして、出版社を通じて、この書物のことを扱った新聞を通じて、あるいは私のところに直接、膨大な読者からのお便りをいただいている。

今、わが国では年間に約20万人の人ががんで配偶者を亡くしている。私の経験を本にしたことでこれだけの反応がある。ということは、死別の苦しみ・悲しみにうち沈んでいる人が世の中に如何に多いかを如実に物語っている。また、在宅で幸せに見送ることができた方、在宅の望みが叶わず、病院で苦しむ身内を送った方など、数多くのお便りもいただいた。

がんの在宅医療・遺族ケアなどを含めて、私の経験とそれに基づき、今考えていること等をお話したいと思う。

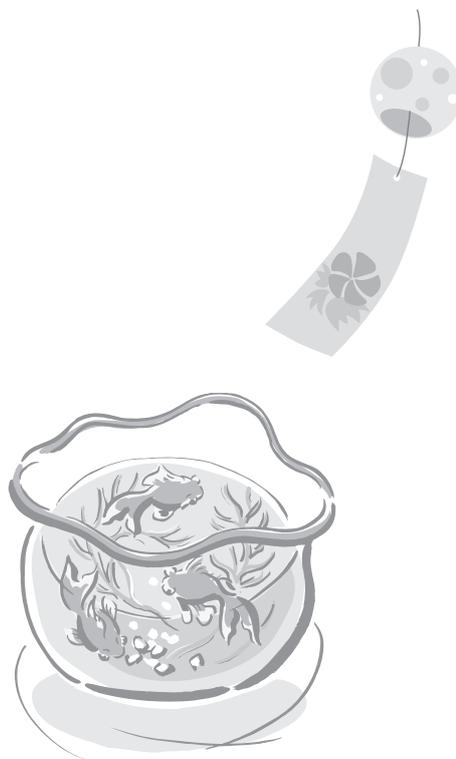
<参考資料>

「患者さんと家族のための がんの最新医療」
岩波書房

「妻を看取る日」 新潮社

「悲しみの中にいる、あなたへの処方箋」
新潮社

「がんと人生」 中央公論新社



論壇

第5代石川県臨床内科医会会長を
拝命して

洞庭賢一



このたび、第5代石川県臨床内科医会・会長を拝命いたしました。就任にあたり、一言ご

挨拶申し上げます。3期6年近藤邦夫先生（石川県臨床内科医会・前会長、日本臨床内科医会・前常任理事）がされた後をお引き受けすることになりました。同時に日臨内・常任理事、おまけに(?)石川県医師会・総務をもお引き受けし、本当に大丈夫なのか、十分仕事ができるのかと、いまさらながら不安に感じております。幸いにも今回役員的大幅交代があり、特に新しく役員になっていただいた先生方には、将来の石臨内、日臨内を牽引していただけるものと大いに期待しております。私は、役員の方々が充分そのお力を発揮できるよう、僭越ながらお手伝いする役割が与えられたものと肝に銘じている次第でございます。

さて、日臨内に参加したのは大学卒業後の早い段階で、日本内科学会と同時に入会したこともあり、内科学会の中の“開業医さんの会”であると当時は漠然と思っていました。平成2年に金沢で開業して、梅田俊彦元会長が主催された平成7年、第9回日本臨床内科医学学会に参加させていただきました。その折には、ここ石川県では内科の先生方がおかげでよくまとまり、開業医にとって大変有益な学会であるとの感想を持ちました。その後、石臨内には岩城紀男元会長の時から理事として参画させていただきました。続いて近藤先生が会長になられた時に、いくつかの事業目標を示されたわけですが、なかでも平成22年、第24回日本臨床内科医学学会を主宰するにあたり、石臨内のさらなる会員増強、結束を目指すために、総務部を作るこ

とが提案されました。小川 純、竹田靖男両先生とともに石臨内・総務部を運営できましたことは実に得難い経験となりました。

一方、日臨内・社会医療部・公益事業委員会においては、国内外において高く評価されている、岩城先生主導によるインフルエンザ研究に参加させていただき、これは現在も鋭意継続中です。また、日臨内編集委員として、平成13年から日臨内会誌編集に携わるという貴重な機会に恵まれました。この時の後藤由夫会長、柴田昭編集顧問、前編集委員長 中尾正俊先生、現編集委員長 木村直躬先生、常任理事 菅原正弘、安藤忠夫両先生方とのご縁も、学会活動に広がりが持てたと実にありがたく思っております。

今後石臨内は、1.学術・臨床研究の推奨、2.社会貢献の充実、3.会員増強を目指す所存です。日臨内インフルエンザ研究は、臨床現場からデータ収集に協力し、治療・予防を通して国民に還元できるよう、積極的に参加していただきたい。また、現在行われている原発性アルドステロン症調査研究、今後予定されている糖尿病研究などにも進んで参加・ご協力いただきますようお願い申し上げます。また、石臨内独自の研究も順次企画されると思いますが、ぜひおひとりでも多くの先生方に参加していただきたい。それが会の活性化につながると確信しております。

もう一点、禁煙キャンペーンは元来草の根的市民運動ではありますが、国民の健康を守る視点からも非常に大切です。日臨内においても、今後の方策を検討して参りたいと存じます。

そして最も重要な案件は、新規会員の勧誘です。ぜひ友人の先生をお誘いいただき、ともに学会活動をやりましょう。市民から信頼される

開業医集団として、その地位を確固たるものにしていくことが最重要であろうと考えます。

今後とも、皆様方のさらなる御協力をお願いし、挨拶に代えさせていただきます。

石川県臨床内科医会 新役員紹介

新任挨拶



ながい内科クリニック
永井幸広

この度、洞庭会長から副会長を拝命いたしました。

はなはだ若輩者であり、大変恐縮いたしておりますが、任を受けたからにはできる限り本会のため、尽くしてまいる所存です。よろしくご指導・ご鞭撻のほどお願いいたします。

これまでは学術担当として、中央地区研修会や各種アンケート調査を実施してまいりました。この4月からは横井先生が主担当になっていただき、小生も補佐させていただきます。中央地区研修会は、各種メーカー主催の講演会とは異なり、実臨床にそった内容の講演ばかりであり、日常診療のレベルアップにつながります。多くの会員の先生方のご参加をお願いいたします。

臨床研究面におきましても、糖尿病神経障害の実態調査・シタグリプチンの臨床効果・HAKUSAN研究などに関与させていただき、多施設の先生方のご協力を得て、論文化までたどりついております。また5月13日に開催された会誌編集委員会におきまして、小生の「新規糖尿病薬シタグリプチンの有用性に関する検討」が、平成23年度の臨床経験・症例報告部門の最優秀論文賞をいただくことが決定されました。本会では、洞庭会長が平成19年度の最優秀論文賞をお受けになられた以来の受賞であり、大変名誉なことと存じます。本研究にご協力いただきました諸先生方に、この場をお借りしま

して深く感謝申し上げます。多施設共同の臨床研究は数が集まり、また施設に偏らない症例収集が可能になります。

会員数をいかにして増やしていくかは重要な課題であり、本会が魅力あるものと感じていただくことが必要です。これからは、会員同士が種々の情報をメーリングリストにより自由に共有でき、日常診療に役立てられ、かつ臨床研究面でもこれまで以上に活発に展開できれば、非会員の先生方にも魅力ある会として認識され、本会はさらに発展できると思います。地域医療を充実させていくことは本会にとっても大きな責務でもあり、その一員になることに誇りをもってもらえることと思います。本会の今後の発展に皆様方のお力添えを何卒、よろしくお願いいたします。

「総合医(かかりつけ医)」問題



東野病院 副院長
東野 朗

このたび、洞庭新会長のもとに新体制となり、副会長の一人に指名された東野朗です。宜しくよろしくお願いいたします。加賀地区からは亀田正二先生・林 清次先生が副会長を勤められていましたが、今回お二人が退任された関係で、不肖東野が引き継ぐこととなりました。また従来と異なり、中央地区・加賀地区・能登地区・勤務医とに分類し、それぞれから一名副会長を選任しています。中央地区は永井幸広先生、能登地区は安多紀久雄先生、勤務医から金

沢市立病院の高田重男先生、そして加賀地区からは私となりました。宜しくお願ひいたします。

私心ですが、現在の日本臨床内科医会は、活動的で人気がある団体とは言えない状況のように思われます。それに対して、一般社団法人日本プライマリー・ケア連合学会には最近多くの若手医師が集まっています。みなさん御存知の方も多いかと思いますが、同団体について簡単に説明しますと、同会は2010年4月に日本プライマリー・ケア学会と日本家庭医療学会と日本総合診療医学会が合併し出来上がった団体です。合併の目的として、国民や医療界に「総合医・家庭医の役割」の重要性を認識してもらうことにあると謳い上げています。

厚生労働省と日本医師会との「総合医（かかりつけ医）」問題に対する検討の結果を待たずに見切り発進をして、「プライマリー・ケア認定医」「家庭医療専門医」の資格認定を開始しました。詳しくは、日本プライマリー・ケア連合会のホームページを御覧ください。

一方、日本臨床内科医会の事業計画では

- 1) 臨床内科医の位置づけと地位の向上
- 2) 内科学生涯研修の強化
- 3) 内科診療報酬体系の合理化と改善

となっています。しかし、日本医師会が定義する「かかりつけ医」の中心的存在と自負する臨床内科医会としては、日本医師会と厚生労働省との検討会の結論を待つことなく、独自の活動を検討する時期ではないかと考えます。

今後の洞庭新会長の日本臨床内科医会、石川県臨床内科医会での活動を少しでも支えられるよう、微力ながら尽力する所存です。

石川県臨床内科医会副会長に 就任して



金沢市立病院

高田重男

平成24年4月より、本会の副会長に就任いたしました、金沢市立病院の高田重男

です。洞庭会長より、臨床疫学研究を中心に担当するようご指示をいただいておりますので、微力ながら取り組んでいきたいと思ひます。会員の皆様のご支援をよろしくお願ひいたします。

現在、日本の医学教育は米国の制度を取り入れ、コアカリキュラム制が行われています。ここでは、従来の座学（教室での講義）から臨床実習や課題探求型の教育への変更が行われています。特に、問題解決型教育（Problem-based learning；PBL）やクリニカルクラークシップにその特徴があります。しかし、米国においてもその教育方法には問題が指摘され、修正が行われています。PBLについては、多くの教員と時間を使いながら教育効果が少ないことが指摘されています。特に課題探求・解決能力の養成については、十分な成果が得られていません。そこで、一部の大学では、PBLの改訂とともに1年の在学期間の延長を行い、臨床疫学研究を取り入れています。指導教員は、ある程度めどのついた臨床疫学研究を学生に与え、論文にまとめさせています。修了生には、医学博士以外に臨床公衆衛生の学位を与えています。

このように、医師に問題点を見つけさせ、解決方法を探し、臨床統計学を学び、文献検索を行い、業績をプレゼンテーションし、論文としてまとめることは、医師として必要な多くのことを学習することができます。日本でも“リサーチ・マインド”を持つ医師の養成の必要性が古くより指摘されています。私の所属する病院でも、職員の教育に研究を取り入れています。金沢大学保健学類の卒業研究の受け入れ、臨床

研修医への選択科目としての臨床疫学研究、医療開発室の設置、科学研究費等の競争的資金の獲得等を行っています。

石川県臨床内科医会としても、日本のみならず世界に発信できる臨床疫学研究を行い、本会の活性化につながれば幸いです。

理事就任挨拶



横井内科医院

横井 正人

この度、石川県臨床内科医会の理事を拝命いたしました。臨床内科医会では主

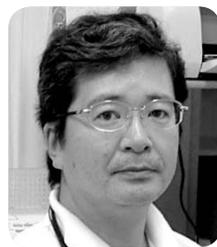
に学術を担当させていただきます。中央地区研修会のプログラムづくりが仕事の中心になると思います。不慣れなところもありご迷惑をおかけすることがあるかと思いますが、御指導の程を宜しくお願いいたします。

私は金沢市の出身ですが、開業するまで長い間石川県を離れておりましたので、簡単に自己紹介をさせていただきます。昭和63年に東京医科大学を卒業し、そのまま同大学の消化器内科に入局しました。消化器内科では肝臓疾患、特にウイルス性肝炎・肝癌の診療に従事しておりました。平成18年に退局後、金沢に戻って開業し、現在に至っております。内科医として開業して6年になりますが、その間に気が付いたことをいくつか述べてみます。開業当初は、数名の同級生以外の医師の方はほとんど存じ上げませんでしたが、この6年間で懇意にしていただけの方が随分増えました。これには、臨床内科医会をはじめ医師会への参加や病診連携のつながりが大きなきっかけになりました。診療に関しては、病院勤務の頃は肝臓疾患の患者さんばかり診ておりましたが、開業してからは肝臓疾患、特にウイルス性肝炎の患者さんは数名にすぎず、多くは糖尿病や高血圧などの生活習慣病の患者さんでした。肝臓疾患の診療に対するこ

だわりはあったものの、生活習慣病の管理に対する技量向上を優先すべきと考え、自院での治療成績を検討して、患者さんにフィードバックできるように心がけてきました。また、認知症の患者さんの多さを実感しつつあります。認知症を早く見つけ、周辺症状に対応し、ご家族へも配慮することが大切なことだと思ふようになりました。高齢女性の患者さんの骨の脆弱化を予防することも重要なことだと理解できるようになりました。

日々の診療で大切なこと・必要なことを、臨床内科医会の研修会や講演会にとりあげることができればと考えています。御意見・御要望があれば、メール等でご連絡いただければ幸いです。宜しくお願いいたします。

音と香りは夕暮れの大気に漂い



やまぐち内科クリニック

山口 泰志

初夏 信州白馬の夕暮れ時 レストランから眺める外景は、先程までうっすら

見えていた残雪の稜線に霧が立ちこめて、真っ白なスクリーンのような背景に、近くの赤松や杉の木々の梢や針葉樹の緑が鮮やかなコントラストをなしています。あたりには、夕食の準備が進む厨房からのざわめき。それでも少しずつ時が進むにつれ、背景の白はあまり変わらないのに緑の葉は次第に色を失って、鈍い色彩からモノトーンの世界に。すると針葉樹の一本一本の細かな葉までがさらにくっきりと見え、あたかも練達の手になる水墨画のよう。室内に目を戻すと、前から灯っていたはずの照明がいつの間にか輝きを増し、それでようやく宵闇が迫っているのに気付く。やがて針葉樹のシルエットはワインの香りとともに暗闇に溶け込んでゆく…こんな幸せなひとときの移ろいをドビュッシーは見事にわずか3分程の小品の世界に封じ

込めました。「音と香りは夕暮れの大気に漂い」は、ボードレールの詩集「悪の華」におさめられた「夕べの調べ」という詩の中のわずか1行の句に触発された、彼の代表作「前奏曲集 第1巻」の第4曲です。印象派の絵画が変わり行く風景の一瞬の美を切り取ったのに対し、音楽には具象性には劣るものの、こうした時の移ろいを感じられる点に優位性があるのかもしれませんが。20世紀を代表するピアノ曲の名作故、ギーゼキングやミケランジェリ始め、古今の大ピアニストが競って優れた演奏を残していますが、最近はクールなタッチのポール・クロスリーや麻布のような素朴な味わいのモニク・アースの演奏がお気に入りです…。

以上、駄文で誌面を汚しましたことをお許し下さい。かくの如き非学術的な輩が臨床内科医会の理事に不適任なのは某防衛大臣以上かもしれませんが、微力なりにその責務を果たさせて頂く所存です。何卒宜しくお願い申し上げます。

理事就任ご挨拶



半田内科医院

鍛 治 恭 介

金沢市小立野で開業しております半田内科医院の鍛治と申します。このたび、

石川県臨床内科医会の理事を拝命いたしました。どうぞよろしく願いいたします。

私は、平成15年に金沢大学附属病院第一内科を辞し、現職の半田内科医院で勤務を始めました。その折に、本臨床内科医会に入会させていただきました。

前職の第一内科では、主に消化器内科に従事させていただいていましたが、ナンバー内科であるがゆえ、限られた臓器に偏らない幅広い疾患を勉強させてもらいました。一内に入局したばかりの時には、それこそ、家には眠りに戻るだけ。その当時、どの研修医もそうであったように、修行という言葉がふさわしい時期を過ご

させてもらいました。今でも感謝の気持ちで思い出すのは、大学病院時代のある1年間で、他の誰よりも剖検をとらせていただいたことです。科学技術の粋を結集した最先端の画像機器によって、生前に十分に診断がついているはずなのに、剖検ではさらに思いもかけない所見が見つかる、そうした経験を通じて、内科学の深遠さを思い知らされました。

開業して常日頃感じるのは、自分の診断と治療が一体どのくらいの水準にあるのか、という不安です。問診が的確なのかどうか、という根本的な問いから始まり、身体所見が正しくとれているのか、鑑別診断が適切であるのか、感度特異度を意識した検査をオーダーできているのか、という懸念です。大学や大病院にはカンファレンスというシステムがありましたが、一般的な開業医にはそのようなものはありません。若輩の私などは、独りよがりの診断と治療に陥っていないのか、いつも思い煩わずにはられません。

幸い、同じ思いを持っている内科医はたくさんいるのでしょう。志ある医師仲間のメーリングリストでは、毎日のように悩める症例が提示され、また、それに対して実に適切なコメントがついてきます。臨床内科医会の良さもそのようなところにあると、私は思っています。これまで臨床内科医会の諸先輩方は、時期を逸さず勉強会を企画したり、あるいは、興味あるデータを収集し、開業医発のエビデンスを構築されたりしてこられました。素晴らしいことだと思います。患者さんを診察する際には、どのフィールドで医療をしているのか、ということも重要です。大学と診療所では、疾病の事前確率はもちろんのこと、使用できる医療資源も異なってくるわけですから、開業医発のデータが、大学発のデータとは、また違った意味で重要性を持ってくるのだと考えています。

諸先輩方に教を賜りながら、職責を果たすべく、頑張らせていただく所存です。どうぞよろしくご指導下さいませ。

理事就任挨拶



金沢市立病院

高 桑 浩

この度、理事を拝命いたしました金沢市立病院の高桑です。私が石川県臨床内科医会に入るきっかけは、2010年に石川県で日本臨床内科医学会が開催される前に、現会長の洞庭先生よりご紹介いただき、石川県臨床内科医会を知り、入会致しました。高血圧治療ガイドライン2009の発表後に、医師の生活習慣病診療について、洞庭先生が中心となりました意識調査に協力させていただきました。日本臨床内科医会会誌に報告されています。これまでに多くの研修会の案内をいただいていたのですが、参加したことはありませんでした。ほとんど活動には参加していませんでしたが、洞庭先生より理事就任に声をかけていただき、承ることにいたしました。本会に研究部門を新たに立ち上げるということで、石川県から発信できる研究に協力できるよう、微力ながら会の発展に貢献したいと考えています。また、代議員を承り、代議員の任務も遂行していく所存です。

今年に入ってから研修会に参加させていただいていますが、もっと早くから参加をすればと後悔しております。研修会は、会員の自主的な参加に任されていますが、多くの会員の皆様に研修会への参加をお願い致します。

私は、昭和62年に浜松医科大学を卒業後、金沢大学第一内科へ入局し、腎臓・高血圧を中心に研究・診療に従事してきました。金沢市立病院では腎臓内科を担当しています。卒業後25年経ちますが、この間に多くの新しい種類の降圧薬が発売されるとともに、高血圧治療ガイドラインが発表され、改定を重ね、高血圧治療の考え方が大きく変わってきました。家庭血圧の重要性や血圧日内変動の考えがガイドラインに盛り込まれています。また、近年は慢性腎臓病が注目され、慢性腎臓病ガイドライン2012が今

年6月に改訂されています。日本人の研究・エビデンスが蓄積されることで、ガイドラインが改訂されています。一部の施設での研究では十分な登録数は得られないと思われませんが、石川県の臨床内科医会会員が協力して、日常臨床の中からエビデンスの構築を得られるよう、研究部門の一員として努めたいと考えます。会員皆様のご指導・ご鞭撻とご協力をよろしくお願いいたします。

理事就任の挨拶



さたけ内科クリニック

佐 竹 良 三

小松市医師会の佐竹良三です。この度、石川県臨床内科医会の理事をおおせ任りました。私は、地域のかかりつけ内科医・神経内科医として開業し、6年が経ちました。最近では体力の衰えを自覚してきて、通院患者さんが週一回から週二回のデイサービスを利用するように、自分も同じような頻度でジムを利用したいと思っています。(要指導1または2で期間は6ヶ月になりました。)

猿田享男先生は、「国民から強く求められているのは、最新の医療を安全に提供することである」と述べられていますが、日々の忙しさの中で、なかなか新しい知識や情報を得ることも、遅れがちになってしまうこともありました。日本臨床内科医会のホームページに、この会の特色として、日本内科学会や内科系専門分科会の全国学会の内容は、高度に専門化されたものが多いようですが、臨床内科医学会の地区講演会は、直接、現在の診療に役立つ内容を重視していますと書いてあります。実際に県医師会や臨床内科医会の学術講演会は、日々の診療で問題に思っていたことの解決や対処する方法がタイムリーに伺われたこともありました。これまでは、諸先生方によって配慮されたありがたい講習会プログラムを利用させていただいていまし

た。今後は、微力ですが、臨床内科医会の発展に寄与できるようにがんばりたいと思います。よろしく願いいたします。

石川県臨床内科医会 理事就任にあたって



長尾医院

長尾 信

この度、近藤前会長・洞庭現会長はじめ理事の皆様のご指名を受け、平成24年4月より臨床内科医会理事を務めさせていただく長尾と申します。白山市旧美川町で開業しております。自己紹介に関しては、石川臨内報（第50号 前号）でも紹介させていただいておりますので、宜しければそちらをご覧くださいければ幸いです。

少し近況と今後の抱負を少し述べさせていただきます。

私は現在、公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団の特別研究員として、月1回東京で開催される「在宅推進の会」に参加しております。今年度の第1回目のテーマは、千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授 藤田信輔先生より、「2025年への2次医療圏別医療需要予測について」話題提供をいただきました。全国そして各地域の医療需要について、現状とともに今後の予測について、2次医療圏ごとの予測データをもとに様々な切り口からのお話でした。今後の日本、そして地域医療の置かれた厳しい状況のお話がありましたが、それを踏まえ、今後の進むべき方向性も示されておられました。地域医療を今後進める上で欠かせない情報と思いました。今回のお話も含め、それ以外についても臨床内科医会MLを介して、皆様方に情報を出させていただければと思っております。また、白山ののいち医師会情報担当理事として、様々な地域医師会活動に参加させていただいております。今回、私は白山ののいち地域より選

出されておりますので、特にこの地域の諸先生方に臨床内科医会の活動をお話ししながら会員増強に務めるとともに、この活動が医師会活動にも活性化を与えることができるように、理事として石川県臨床内科医会の一翼を担って行きたいと考えております。今後とも宜しく願いいたします。

石川県臨床内科医会理事に 就任して



おきの内科医院 院長

沖野 惣一

平成24年4月から、石川県臨床内科医会理事を拝命いたしました。開業してまだ5年足らずの若輩ですが、いつもお世話になっている洞庭新会長をはじめとする諸先輩方が築き上げてきた本会にお役に立てるよう、努めさせていただきたいと思っております。

出身は、現在開業しているかほく市(旧河北郡七塚町)です。金沢大学を昭和62年に卒業し、同大学神経内科(高守正治教授)に入局しました。最初の3年間のほとんどは、旧国立立山中病院と旧国立金沢病院において内科一般の研鑽をさせていただきました。山中の稲坂 暢先生、金沢の木田 寛先生という、旧第1内科でも有名な臨床に厳しい先生方に毎日怒られながらも愛情あふれるご指導をいただき、その経験のおかげで、開業した現在も何とかやれている感じがします。神経内科では、大学と関連病院で多くの勉強をさせていただきましたが、平成12年に現在の山田正仁教授が赴任されてからは、認知症にも関わりを持つようになりました。認知症の早期発見から在宅診療までの継続的診療、神経難病のケア、脳卒中の一次予防・二次予防が自分の開業時の主目標でしたが、そのためには、広範な「臨床内科医」としての知識が不可欠であると再認識しているこの頃です。本会における学術的活動に関わらせていただくことで、自

分の専門分野以外の知識も up to date にできることはありがたい限りです。

また、本会の総会では興味深い講演が多く、特に本年の垣添先生のお話しには感銘しました。亡き奥様との関わりについてはもちろんでしたが、悲しみから立ち直る課程で毎朝腕立てや腹筋を300回されていると聞き、耳を疑いました。自分も筋トレの重要性を実感し、2年以上前から朝の診療前に行っていますが、未だに腕立て・腹筋を30回という程度で、垣添先生の1/10に過ぎません(それでも多少の胸筋・腹筋はついてはきましたが)。月に数回のフィットネスクラブでのエアロビクス以外には体を動かすこともなく、酒量ばかりが増えて、睡眠の質が悪化している毎日を何とか打開したいと考えていますが、日々の診療のストレスと疲労感でつい飲み過ぎてしまうという現状です。

以上、自己紹介も兼ねて現況を記しました。今後は自己管理につとめながら、臨床内科医会の皆様と多方面で交流させていただき、自分の寄与できるところを探していきたいと思っておりますので、よろしく願い申し上げます。

あらためて はじめまして



円山病院 病院長
えんやまグループ 理事長
円山 寛人

あの、日本中が津波に呑み込まれた3.11から早や15ヶ月が過ぎました。被災地の復興・日本経済の立て直しに待たなしの現況の中で、混迷を深める国会運営。連日のメディア報道からは、国会の論点は、国民の生活のための国政を協議するというより、政治で飯を喰う人達の互助会(談合)活動や権力奪取ゲームの様相を呈しているようにみえます。リーマンショック後、年間約30兆円落ち込んでいる日本経済において、消費税率引き上げはいずれ(やるべきことをやった後なら)止むを得ないのでしょうが…。

ここで最も危惧すべきは、小泉政権から始まった社会保障費定額削減政策で圧縮され続けた医療保険現場に、新たな消費税引き上げ策に伴う、姿を変えた更なる医療費削減が加わることです。当然ながら、健全な経営が良質の医療・介護を支えてくれる訳ですが、仮に5%消費税が引き上げられ、諸々の購入経費が2倍になり、それを患者さんに請求できない現状で、皆さんの施設ではそれでも健全経営ができちゃうのでしょうか?

申し遅れました。この度理事を拝命致しました円山です。

いま少子高齢社会が進む中で、社会構造や疾病罹患率の変化に伴い、医師として患者さんに寄り添うためには、幅広い医学的知識を持つことは基より、介護知識にも精通することが肝要です。医療と介護が両輪で動いて初めて、障害に苦しむ方々とそのご家族のお役にたてると思っています。そのためにこの臨床内科医会があるのであれば、皆さまのご指導を戴きながらこの職責を果たしていきたいと思っております。

【プロフィール】

円山寛人(えんやまひろと)1951年生まれ。

資格:循環器専門医、老年病専門医、内科認定医、健康スポーツ認定医、産業医、労災指定医、身体障害者福祉法指定医、厚生労働省(新潟検疫所金沢・七尾出張所)嘱託医、国税局七尾税務署嘱託医、禁煙指導医。

現在の活動

公的活動:七尾市医師会理事、七尾市総合社会福祉協議会副会長、七尾市認知症対策プロジェクト委員会委員長、七尾市自殺対策委員会委員長(昨年度まで)、印鑰(いんにゃく)神社奉賛会会長、学校医(七尾高校、天神山小学校)。

私的活動:円山病院病院長(外来、入院、訪問診療、産業医)。えんやまグループ理事長(円山病院、えんやま健康クリニック、介護老人福祉施設 千寿苑、介

護老人保健施設 えんやま、グループホーム やくしの里、七尾市在宅介護支援センター えんやま、デイケア すこやか、デイサービス せんじゅ、デイサービス なでしこ。

性 格：(多分) 温厚で上がりやすい。頼まれた事に「ノー」と言えず、引き受けて自分の首を絞めてしまうタイプ。

趣 味：仕事。ほかにスポーツ(ゴルフ・剣道・バドミントン…)、勝負事(囲碁・将棋・麻雀…)、俳句、芸術鑑賞、歌、自然との触れ合い…など、多芸。しかし、いずれも一流には程遠く、結局は「多芸は無芸」の闕。セカンドライフワークは子育てに関わること(子どもは未来の宝物)。

モットーは、『今、目の前にある事にベストを尽くす。』仕事でも他の事でも！ 尊敬する人は、父と母。還暦以降の人生目標は、「いま自分が在ることへの恩返し」を皆さんに対してさせて頂くこと。また、料理・絵・焼き物・旅行など…老後もやりたいことだらけ！

こんな私です。これからも宜しくお願い致します。

理事就任にあたって



山崎医院

山崎 雅都

初めまして、七尾で内科を開業している山崎です。

この度、石川県臨床内科医

会の理事に推薦して頂きました。「自己紹介を」と言われハタと困りました。紹介するものが何も無い事に気が付いたからです。ハテサテ困った、何をもって自己紹介としようか？ 愚考した末に、会に参加することにした思いを綴る事にしました。還暦の少し前だったと思います。薄れゆく向学の念を如何にしようかと考え

ていた頃、副会長の安田先生から「入らない」の一言で入会したのです。「少年老い易く…云々」は遠い昔の事、一度覚えた事を忘れなかったのも遠い昔の事、前期(?) 高齢者と成った今、覚えたつもりの事柄が霞にかかって出てもこず、近頃流行の合剤に至っては、(あれだよ、あれ)と言っているうちに看護師に黙って「物忘れ外来」のパンフレットを渡される始末。脳のアミロイドカスケードは？ アミロイドPETでも撮ってみるか？ 話題の抗体療法はまだphaseⅢの段階だし、preclinical ADの段階でなければ効果が無いようだし(間に合わない)、かと言って糖尿病でもないのにビオグリタゾンやシタグリプチンをノムのも変だし、ここは、EPAでも飲んでおくか。などと妄想を働かせているうちに“そうだ！ 繰り返せばいいんだ”と、筋肉の記憶も3~4日は保たれることだし、筋肉と脳を一緒にするのも変な話ではありますが。生来、怠惰に過ごしてきた自分が「先苦後楽 心機一転 一寸の光陰軽んずべからず」などと大仰な文言を掲げたとしても守られるはずもなく、ただ繰り返すのみと心の片隅に仕舞っている昨今です。でも、やっぱり怠惰だナァ〜。

理事一年生です。何も解りません。先生方のご指導よろしくお願い致します。

追伸

趣味：カラオケ=ただし、ねぶか節(ねぶかとはネギのこと)。ゴルフ=ボールが前に行くだけ。お酒は少々。剣道にクレー射撃。

報 告

日本臨床内科医会
第58回 理事会、第47回 代議員会石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一
平成24年4月14日 京都ホテルオークラ

日本臨床内科医会 第58回理事会、第47回代議員会が平成24年4月14日、京都ホテルオークラで開催された。内容が同じため、まとめて説明する。代議員会は出席者119名、委任状62名で会は成立した。石川県臨床内科医会からは常任理事として近藤邦夫先生、理事として私、代議員として竹田靖男先生、特任理事として岩城紀男先生が出席した。議長は大勝洋祐先生で、司会進行がなされた。副議長は山形 淳先生が指名された。議事録署名人指名の後、猿田会長の挨拶の中で、アルドステロン症研究の意義・インフルエンザ研究の評価・若い先生を会員として迎え入れる事など話された。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以下に記載する。

1. 総務部

総務委員会 神津 仁 常任理事

平成24年3月20日現在、会員数は15,990人であり、各種委員会進行状況が報告された。役員交代は常任理事近藤邦夫先生から洞庭賢一へ、副担当理事交代はIT化など委員会強化等のため行われた。3.11義捐金を被災県の会員にお渡しした。

調査研究委員会 安田福輝 常任理事
(代理で望月副会長 報告)

インフルエンザ研究2件他、計4件の倫理審査。

2. 庶務部

庶務委員会 谷村伸一 常任理事
全国医会の役員変更について。会員増強委員会 白川俊夫 常任理事
ブロックから医会へ支援、体験入会・勧誘資料について。会員は16,000名で推移、IT化・専門医委員会と共同で働きかけをしたい。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。ダウンロードできる項目が増えたメールマガジン発送。見られている項目の報告。携帯へメールマガジン配信。動画も載るようになった。

3. 経理部

経理委員会 山本晴章 常任理事
平成23年度収支決算報告。平成24年度収支予算案報告。例年並み、例年通りの予算化。インフルエンザ研究の収支。いずれも少額の黒字。

4. 社会医療部

公益事業委員会 平田泰彦 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。2011-12シーズンは新型が消失し、A香港が主体、ワクチンもあまり効いていない。地域医療委員会 平田泰彦 常任理事
会誌「地域医療の現場から」への投稿。「各地での認知症地域支援体制の現状アンケート調査」実施。地域功労賞表彰。禁煙啓発ポスター。

5. 社会保険部

医療保険委員会 清水恵一郎 常任理事
本年は診療報酬改定があった、その要点。日臨内活動、総合医について。介護保険委員会 江頭芳樹 常任理事
地域包括システム基盤強化・医療と介護の

連携強化・認知症にふさわしいサービス・人材確保の4点が改定の基本的視点。

6. 研修推進部 垣内 孟 常任理事
日臨内認定医・専門医制度の変更。更新保留・更新点数の変更

7. 学術部

学術委員会 菅原正弘 常任理事
原発性アルドステロン症実態調査。JPPP進行状況。糖尿病における骨粗鬆症調査報告、関節リュウマチアンケート調査報告。内科処方実践マニュアル実施予定。患者向け小冊子。24年秋から糖尿病調査を企画している。

会誌編集委員会 安藤忠夫 常任理事
特集・座談会とは別に総説を企画する。投稿既定のうち、論文分類の見直し、臨床研究にはヘルシンキ宣言の倫理規定を加える。抄録廃止。HbA1c値の取り扱い。インフルエンザ研究、会誌の内容の転載料をとる。著作権ポリシー。常任理事会便り。

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。過去の読後アンケートを調べた結果、総説・座談会がよく読まれている。反面、投稿論文があまり読まれていないので、工夫が必要。常任理事会便りを掲載する。

8. 広報部

ニュース編集委員会 和田一穂 常任理事
診療報酬改定情報。医療連携。新しく企画された。医会へのアンケート（ニュース・会誌・会報・HPについての調査）。

議決事項は以下の項目が決定された。

1. 平成23年度事業報告
2. 平成23年度収支決算
3. 平成24年度事業計画案
4. 平成24年度収支予算案
5. 地域医療功労賞受賞者に関する件
6. 役員交代

平成24年度 日本臨床内科医会 第1回 常任理事会

(敬称略)

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一
平成24年 4月15日 京都国際会館

◆会 長 2年目で本格始動。

会員増、研究を行いたい。

垣内：京都では会員増強になるよう、研修会の時、総会・医学会を宣伝している。

菅原：東京では半年の体験入会で会誌・ニュースを提供。

今後の総会（春）予定

25年東京、26年東京、27年医学会、京都？

◆副会長

望月：専門医活動、診療報酬について力を入れる。

余：今回の京都総会は会計が苦しい、学会

センターに頼むと1,400万を提示してきた。京都医会役員が走り回り、900万ほどで抑えた。本会から300万補助があったが、今後検討が必要。

中：学術委員会は40名集まったが、20名は代議員以外。

嶋田：医療・介護委員会があり、安達先生から有用な話があった。9月1～2日、福岡でプライマリケア学会があるが、ここで臨床内科医会との連携シンポが開催される。

◆総務部 **神津** 総合司会

◆庶務部 白川

体験入会：菅原先生から30秒TVスポットで30万も検討してはいかがか。

◆経理部 山本

今後広告料収入が大きく減少することが考えられる。

臨床研究は公費（科研費等）をとることも検討が必要。

実績での予算立てが必要。

◆学術部 安藤

HbA1C：当分併記する。

学術部と連携を図るため、編集委員会の議事録を学術部へ送る。

前回、リハビリ・介護の座談会で内容が批

判されたが、いろいろな立場の人が討論するので、そのあたりの批判は慎重に。

◆社会保険部 清水

安達先生からキーワード：

1. 病院診療体制の再編
2. 在宅医療強化
3. 社会に求められる役割（医療を受ける人に対し医師、病院の役割）

◆広報部 和田

ニュース・HPのアンケート。

◆その他

90日処方に対し日臨内はどう対応するか（青森県）。

生活保護者に対するジェネリック推進。

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 顧問 西村 邦雄

平成24年2月5日、広報部・ニュース編集委員会が東京の日本臨床内科医会会議室で開催された。猿田会長・中副会長・和田常任理事が挨拶された後、協議事項に入った。第102号の反省点、103号の途中経過などが話し合われた。104号・105号・106号の割付を決定し、4月総

会の執筆担当も決定した。支部ニュース委員の執筆テーマを地域の医療連携として、原稿執筆を依頼することになった。秋の徳島での医学会の執筆分担は、次回の委員会で決定することとし、散会した。

平成24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 副会長 永井 幸広

平成24年5月13日 日臨内事務局

委員会は安藤常任理事の司会で進行された。猿田会長、柴田顧問、中副会長、望月副会長から御挨拶があった。

報告事項

1. 会誌編集委員会人事の変更に関して
洞庭賢一先生が理事に御就任されたため、

委員を御退任されることになった。洞庭先生の副委員長職を石塚尋朗先生（福島県）がされることになった。また、新たな委員として、石川 進先生（愛知県）と小生が新たに加わった。

2. 常任理事会、委員会の報告

本年4月1日からHbA1cがNGSP値に変更されることになったため、4月以降の新たな投稿論文に関しては、NGSP値に統一していくことになった。学術部班長との連携強化のため、情報交換をメールで行うようにすることとした。会誌に新たに「お茶の水だよりの」コーナーを設けることにした。

3. 27巻1号の進行報告

4. 26巻の読後アンケート報告

協議事項

1. 投稿規程の見直し

本年6月より会誌の投稿規程が改訂されることになった。具体的には、「臨床研究」が原著論文と同格扱いになり、ヘルシンキ宣言を基礎とした各種倫理指針の準拠、被験者からのインフォームドコンセントおよび施設内倫理委員会による研究計画の承認などが盛り込まれた。「短報」は削除された。

2. 最優秀論文賞の選定

平成23年度の最優秀論文賞に、臨床研究部門から、伊藤正吾先生の「糖尿病患者における尿中アルブミン、慢性腎臓病（CKD）の臨床研究」が、臨床経験・症例報告部門から、内藤龍雄先生の「特発性縦隔気腫の5例」と小生の「新規糖尿病薬シタグリプチンの有用性に関する検討」が選ばれた。

3. 10月徳島医学会講演の掲載記事の検討

市民公開講座「生きること・死ぬこと」の記事を掲載してはどうかとの意見があった。シンポジウムⅠの井坂 晶先生は厚生労働省技官ではなく、福島県臨床内科医会との指摘があった。

4. 27巻2号 各種記事の執筆者の決定・確認

総説には、現在、医会としてアンケート調査を行っている「原発性アルドステロン症」を取り上げた。

5. 27巻2号 投稿論文の査読

一般投稿論文3編の査読が行われ、修正にて2編が採用となった。残りの1編に関しては統計処理に問題があり、大幅に修正していただき、再度、評価することになった。

6. 26巻5号 座談会の写真取り違えに関して、

インテルナ出版からお詫びの言葉があった。今後このようなことがないよう、十分に配慮したいとのことであった。

県民公開講座 第12回 禁煙フォーラム石川2012

石川県立中央病院 呼吸器内科・禁煙指導外来 西 耕 一

石川県臨床内科医会の年次行事となった、第12回禁煙フォーラム石川2012は、平成24年5月27日（日）、午後1時30分から午後4時00分までの間、石川県女性センターホールで開催された。

今回のフォーラムは、総合司会を金沢市教育委員会の盛一二差子氏にお願いし、4部構成で

行われた。

第Ⅰ部のテーマは、「がんばっています！行政の取り組みNOW!!」である。まず、金沢市長の山野之義氏から、「ぼい捨て防止条例について」のご講演を賜った。「ぼい捨て防止条例」は、正式には「金沢市におけるポイ捨て等



のない快適で美しいまちづくりの推進条例」と言い、平成24年金沢市議会3月議会において、全会一致で可決された。この条例は、「市民ひとりひとりが、自分の住むまちに愛着をもち、周囲の人々を思いやる心をはぐくむ社会的気運を醸成しながら、市と市民や地域、事業者とが協働して美しいまちづくりをめざす」という基本理念のもとに作成されたものである。「喫煙・ぼい捨て・ふんの放置に対し、注意・指導・勧告し、命令しても従わない場合は過料をとること」が条例に盛り込まれている点が画期的であるが、施行から3年後をめどに見直しが行われる点が気になる点である。

次いで、加賀看護学校 庶務課長の畦地和子氏から、「受動喫煙防止行動計画～加賀市の取り組みから～」のご講演を賜った。加賀市においては、平成24年3月1日から公共施設の建物内禁煙が実施されており、受動喫煙防止のための取り組みを行政が率先して実行している。受動喫煙防止の観点からは、金沢市の「ぼい捨て防止条例について」より、相当進んだ取り組みであり、県内の他の自治体が追随することを願うばかりである。

第Ⅱ部は、県民活動の紹介であり、竹中歯科医院 院長 竹中 望氏、金沢市医師会 理事 高松 靖氏、石川労働局 広島義信氏、禁煙ネット石川 理事長 岩城紀男氏、いいなの会 濱口優子氏から、各々の団体の活動状況についてご紹介いただいた。原則スライド1枚の発表は、各演者にとってさぞかし難題であったと思われるが、要領よく簡潔に活動状況についてご発表

いただいたのは、さすがである。

第Ⅲ部は、「県内の喫煙対策状況と石川県の取り組み」について、石川県健康福祉部 健康推進課の大河幸恵氏から、「望まれる職場の受動喫煙防止対策」について、西から発表があった。大河氏からは石川県の公共施設、特に公立小中高校ではかなり敷地内禁煙が進んでいるが、一部の地域では十分でないことが示された。西からは、職場の受動喫煙対策を費用をかけず、確実にいき、従業員の健康を守るには、分煙よりも禁煙が望ましいことが改めて強調された。

第Ⅳ部では、医療機関で禁煙治療を受けた5名の喫煙成功者に各々の体験談を発表していただいた。禁煙ストーリーは例によって5人5様であるが、1人も喫煙者時代を恋しく思ってい



る人はおらず、禁煙が大きな喜びをもたらすことが改めて認識された。

最後に関係者の皆様、本当に苦労様でした。来年もよろしくお祈いします。



地区活動だより

中央地区

第147回中央地区研修会

平成24年 1月28日(土)

講演(Ⅰ)

演題 最近の認知症診断と治療

ー日常診療に役立つポイントを交えてー

講師 京都大学医学部附属病院 老年内科

講師・診療科長 武地 一

「講演要旨」

社会の高齢化の中で認知症患者、特にアルツハイマー型認知症患者は急増している。認知症という脳の病気は専門性が高い疾患であり、診断・治療・ケアで難しい側面も持つが、一方で、非常にありふれた疾患であり、さいわい、コツを覚えれば認知症を専門としない医師、あるいはプライマリケアを担うドクターも適切な診断・治療・ケアが可能と考える。2011年には、国内で3種類のアルツハイマー型認知症治療薬が新たに発売になり、新しい局面を迎えている。

まず、診断について。従来に比べて認知症という病気が幅広く知られてきたこと、治療可能性があることが一般市民にも伝わり、初期段階で医療機関を訪れる患者が増えてきた。病歴聴取や診察のポイントを身につけることが大事である。次に、認知機能のスクリーニング検査や画像診断の要点を押さえておく必要がある。画像診断では、形態画像としてのCT/MRIの基本的な使い分けや読影上のポイントとしての虚血性変化の見方、正常圧水頭症と脳萎縮との鑑別が重要である。バイオマーカーとしてのアミロイドPETも普及しつつあり、今後の展開に注目する必要がある。

治療薬として、この10年、アミロイドに対しての根本的治療薬としてのワクチン・アミロイ

ド生成阻害剤なども治験が行われてきたが、残念ながら市販されるに至っていない。2011年に新たに加わった薬剤を含む、3種類のコリンエステラーゼ阻害剤とグルタミン酸NMDA受容体拮抗剤を適切に使用していくことが重要である。中核症状の治療の他に、以前は周辺症状・問題行動と呼ばれ、最近では行動・心理症候と呼ばれることが多いBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) の治療も内科医の守備範囲になってきている。更に認知症の医療を成功させるためには、生活面のアドバイスや認知症ケア・地域連携の知識も必要である。

講演(Ⅱ)

演題 最新の結核診療について

講師 金沢市立病院 呼吸器内科
呼吸器・睡眠センター

中積泰人

「講演要旨」

【結核の疫学】

世界人口の1/3が結核菌に感染し、その中から毎年880万人が結核を発病し、145万人が死亡している。地域的には結核患者はアジア・アフリカで84%を占めている。日本は先進国の中では最も多く、欧米先進国の4倍以上であり、結核の中蔓延国である。金沢市では、新規結核患者の約60%が70歳以上の高齢者で、しかも肺結核塗抹陽性が約70%であり、高齢者対策が重要である。

【結核の診断】

肺結核を疑う症状として2週間以上持続する咳が重要である。しかし、高齢結核患者の半数は呼吸器症状がなく、急激な食思不振や全身状

態の悪化が多く、背後に結核が隠れていないかという意識を常に持つことが大切である。結核発病のリスク因子として、糖尿病・胃切除歴・悪性腫瘍・エイズ・腎不全・塵肺・免疫抑制薬治療（ステロイド・抗癌剤・TNF α 阻害薬など）がある。

肺結核の胸部X線写真所見は、上肺野優位に好発し、空洞形成・小結節影・浸潤影等多彩な陰影所見を認めるが、小葉中心性の小粒状影の「つぶつぶの陰影」が基本的な所見である。小葉中心性粒状影と気管支肺動脈束で形成される陰影である木の芽生え様（tree-in-bud appearance）の所見は、活動性肺抗酸菌症の初期病変での診断に非常に有用であり、肺結核を疑った場合は胸部CT検査で精査すべきである。抗酸菌検査は喀痰検査を3回施行することが重要で、可能な限り良質な喀痰を採取する必要がある。塗抹検査（蛍光染色法）、培養検査（MGIT法）、核酸増幅法（PCR法等）などを行う。

QFT（クワンティフェロン）は結核菌特異抗原を用いた全血INF- γ 応答を定量するもので、BCG接種の影響を受けずに結核感染の診断が可能で、ツベルクリン反応検査を凌ぐ検査法である。接触者検診・結核診断の補助等に有用であるが、活動性結核と潜在性結核感染、「感染の既往」と「最近の感染」を区別できないなど、限界はある。

【肺外結核】

肺外結核としては結核性胸膜炎が最も多く、粟粒結核・頸部リンパ節結核・腸結核・脊椎結核・腎臓結核などがあり、結核は全身の感染症であることを忘れてはいけない。粟粒結核は全肺野に径2-3mmのびまん性の粒状影の散布で、気道系と関連のないランダムな分布を示すが、胸部X線写真では早期に診断することが困難なことが多い。

【結核診断における注意点】

- 1：結核の可能性を常に忘れず、まず結核を疑うことから始める。
- 2：結核の確定診断は結核菌の検出（培養陽

性）である。

- 3：結核のX線所見は多彩で特異的な所見は存在しない。
- 4：肺外結核の存在を忘れない。
- 5：肺癌との鑑別を念頭におく。
- 6：臨床所見や画像所見は、自然軽快と憎悪を繰り返すことがよくある。

【結核の感染】

肺結核は空気感染するため、喀痰塗抹陽性で激しい咳の患者は感染性が高い。結核が疑われた場合、患者には通常のマスクを着用してもらい、医療従事者はN95マスクを正しく着用することが重要である。日常診療においては咳エチケットを徹底することが重要で、特に2週間以上の咳の持続や、激しい咳の患者にはマスクの着用を勧め、可能な範囲で隔離して胸部X線検査を行うなど、優先診察を行う必要がある。また、結核の感染と発病はまったく異なり、発病するのは感染者の10%から20%である。

【結核の治療】

肺結核の初回標準治療法は、INH・RFP・PZA・EB（またはSM）の4薬剤を2ヶ月間、その後INH・RFPを4ヶ月間投与するが、80歳以上の高齢者、肝炎等でPZAを使用できない場合は、INH・RFP・EB（またはSM）の3薬剤を2ヶ月間、その後INH・RFPを7ヶ月間投与する。重症結核、再発例、塵肺・DM・HIV感染など免疫低下をきたす疾患、ステロイドなど免疫低下をきたす治療時には、INH・RFPによる維持療法を3ヶ月延長する。通常は、結核化学療法開始後2週間の治療で感染性はかなり減少する。潜在性結核感染症の治療では、INHを6-9ヶ月間投与する。

【非結核性抗酸菌症】

わが国における肺非結核性抗酸菌症は、近年増加を続けており、2007年の罹患率は人口10万人あたり約6.3人と、国際的にも最も高いレベルにある。およそ年間8,000人以上の新規患者が発生していると推定されている。MAC症、その中でも中葉舌区型（1次型）のものが多く、

気道病変が主体で中高年の女性に多いのが特徴である。結核とは同じ抗酸菌症であるが、ヒト-ヒト感染はなく、結核とは扱いが全く異なるが、診断時には常に鑑別が必要になる。

【感染症法】

結核は、平成19年4月から感染症法の2類感染症となったので、結核と診断した場合、直ちに保健所へ連絡が必要である。発生届や治療開始時の公費負担医療の申請は患者の医療費の負担にも関わるため、迅速な手続きが必要である。

第148回中央地区研修会

平成24年5月19日(土)

講演(I)

演題 ネフローゼ症候群の現状と最新の治療

講師 金沢大学附属病院

腎臓内科・血液浄化療法部

北川清樹

「講演要旨」

ネフローゼ症候群は、糸球体性の大量の蛋白尿による低アルブミン血症の結果、浮腫が出現する腎疾患群である。その診断は、1973年に報告された厚生省特定疾患ネフローゼ症候群調査研究班による診断基準を用いて行われてきた。最初の診断基準が作成されて約40年が経過し、その間に腎臓病学は目覚ましく進歩した。この間に開発された治療薬や治療法を取り入れた、わが国のネフローゼ症候群の診療指針が2011年に発表され、診断基準も改訂された。

ネフローゼ症候群の本体は、糸球体からの大量のアルブミン漏出である。それに伴って低アルブミン血症を伴うが、 γ グロブリンが上昇する膠原病や骨髄腫に伴うアミロイドーシスなどを原因とするネフローゼ症候群では、低蛋白血症を示さない場合もある。このため、今回の診断基準改訂においては、大量の尿蛋白が本症候群の本質であることから、大量の尿蛋白(尿蛋白量排泄量 3.5g/日以上)を必須条件の第一

としている。その結果起こる低アルブミン血症(血清アルブミン値 3.0g/dL以下)を第二の必須条件とした。また参考条件として、第三に本症候群の病態生理の本質である浮腫を位置づけた。第四に高コレステロール血症を現在の表現である脂質異常症(高LDLコレステロール血症)とし、従来の総コレステロール 250mg/dL以上とする定義は削除された。

さらに今回の診療指針では、成人の原発性ネフローゼ症候群(微小変化型ネフローゼ症候群(MCNS)・巣状分節性糸球体硬化症(FSGS)・膜性腎症(MN)・膜性増殖性糸球体腎炎)に対する標準的な治療法が示されている。MCNSの初期治療はステロイド(プレドニゾロン 0.8~1mg/kg/日〔最大 60mg〕相当)を用いて行う。頻回再発型・ステロイド依存性・ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群を来す症例では免疫抑制剤を追加投与する。FSGSやMNの初期治療もステロイド(プレドニゾロン 0.8~1mg/kg/日〔最大 60mg〕相当)を用いて行う。ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群を来す症例では、免疫抑制剤の併用を考慮する。

これらの治療により完全寛解(尿蛋白<0.3g/日)へ導入された症例の腎予後および生命予後は良好であるが、治療が無効(尿蛋白 \geq 3.5g/日)であると予後は不良である。この難治性あるいは頻回再発型ネフローゼ症候群の症例に対して、当科ではアフェレシス療法の白血球除去療法(LCAP)を施行し、その有効性を報告している。当科で施行した14例中9例はLCAPおよび後療法が有効であり、治療後に尿蛋白の減少を認めた。さらに本治療法の特徴的な所見として、LCAPで蛋白尿減少効果を認めた症例は、その後の免疫抑制療法にも良好な反応を示した。今後は機序の解明とともに前向き試験により、本治療法の有用性を検証する必要がある。また、当科ではMNの電子顕微鏡所見と予後の関連について検討し、報告を行っている。MNでは、糸球体上皮細胞と基底膜の間に免疫複合体が形成される。この免疫複合体が単一病相か

らなる均一型と病相が混合する混合型に分類した。さらに、均一型の一部では免疫複合体が基底膜の深層にまで及び、これを深層型と分類した。本分類は治療反応性や腎予後・生命予後などに関連することを示している。

これらの診断や治療法の進展に加えて近年では、原発性ネフローゼ症候群の病態に迫る研究結果が発表されている。特に特発性MNとFSGSでは、病因に関連する液性因子の報告が行われた。

今後は、これらの液性因子を用いた診断や新たな治療の開発が期待されている。

講演(Ⅱ)

演題 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—

講師 石川県済生会金沢病院 消化器科
医長 代田 幸博

「講演要旨」

胃酸は強酸性で、胃液内のペプシンを活性化し食物の消化吸収を助けるのみならず、細菌やウイルスの殺菌、有害物質の分解にも役立っており、生体防御システムとしての役割も担っている。一方、酸毒性に対する粘膜防御機構の破綻や酸の過剰分泌により、消化性潰瘍に代表される様々な病態が発生する。これは他臓器には見られない上部消化管特有の病態である。

胃食道逆流症(gastroesophageal reflux disease: GERD)は、食道裂孔ヘルニアや下部食道括約筋の一過性弛緩による胃酸の食道への逆流や、下部食道の蠕動収縮障害により食道からの胃酸クリアランスが低下することで発症する。GERDは内視鏡的に粘膜障害(mucosal break)を有する逆流性食道炎と、粘膜障害を認めない非びらん性胃食道逆流症(non-erosive reflux disease: NERD)を包括する概念であり、後者には食道の知覚過敏の関与も示唆されているが、いずれもプロトンポンプ阻害剤(proton pump inhibitor: PPI)が奏功する。ただしPPIは逆流自体を

改善しないため、PPI中止後に再燃する難治性GERDへの移行を防ぐためには、逆流を軽減するための食生活への介入や肥満の解消が重要である。また、PPIは胃癌や食道癌等の悪性腫瘍および他の消化器疾患による症状を隠蔽することがあるので、内視鏡検査等の検査を実施することも重要である。GERDは男性に多い疾患であるが、高齢女性では骨粗鬆症による円背が進行するため、60歳以上の女性ではGERDの頻度と重症度が増加することも留意しておく必要がある。GERDに関連する疾患としてBarrett食道や非心臓性胸痛、慢性咳嗽、喘息、睡眠障害なども問題視されている。

機能性ディスぺプシア(functional dyspepsia: FD)は、Rome III基準で機能性消化管障害(functional gastrointestinal disorders: FGIDs)の一つに分類される。内視鏡検査などで器質的疾患を確認できず、6ヶ月以上前から症状があり、最近3ヶ月間は、1)つらいと感じる食後のもたれ感、2)早期飽満感、3)心窩部痛、4)心窩部灼熱感の症状が1つ以上あることで診断される。消化管の運動機能異常や内臓知覚過敏、心理的因子が病態とされ、運動機能異常は胃排泄能試験で評価が可能である。胃内容物が半減するまでの時間を表すgastric emptying time 1/2は20~50分が正常とされるが、当院で検査した症例の中には200分を越える症例もある。十二指腸への胃酸の暴露が運動機能異常の一因とされていることから、PPIが治療の第一選択薬となるが、無効な症例も多い。複数の医療機関でエコーやCT、内視鏡検査で異常がないとされ診療を終了されてしまう症例も多く、疾病への理解が重要である。FGIDsの一つに機能性胸やけという疾患が存在するが、これは胃食道酸逆流を伴わない胸やけ症状であり、PPI抵抗性NERDとオーバーラップすると考えられる。

胃・十二指腸潰瘍は胃酸関連疾患の代表格であるが、過酸が関与する病態は十二指腸潰瘍とZollinger-Ellison症候群くらいであり、多くの

胃潰瘍はヘリコバクターピロリ菌 (Hp) や NSAIDs、喫煙、ストレスなどにより、粘膜防御機構が破綻することで発症する。「No acid No ulcer」といわれる程、PPIにより胃酸を抑制すれば大半の潰瘍を治癒させうるが、要因となっている因子を除去することが再発防止の観点からも重要である。本邦における上部消化管出血のリスク (オッズ比) は喫煙、Hp感染、アスピリン、その他のNSAIDsでそれぞれ3.2、4.9、5.5、6.1とされ、潰瘍の治療にはこれらの因子の除去が必要不可欠である。反面、低用量アスピリンやNSAIDsの投与継続が必要とされる患者においては、潰瘍の既往があれば一部のPPIで継続投与が保険診療で認められており、NSAIDs開始時の問診が重要である。

潰瘍から出血を認める上部消化管出血を発症した場合は、内視鏡的処置に加えて胃酸を速やかに抑制することが重要である。胃酸の存在下で活性化するペプシンはpHが4以上で失活し、また止血に必要な凝固因子はpHが5.4以下で機能が抑制される。そのため上部消化管出血においては、胃内pHを5.4以上に維持することで正常な凝固能を保ち、かつ形成された血餅や血栓がペプシンで分解されてしまうことを抑制できる。昨今盛んに行われている胃癌の内視鏡的治療である内視鏡的粘膜剥離術 (endoscopic submucosal dissection: ESD) は、腫瘍の大きさに関わらず病変の切除が可能で根治性に優れた治療である反面、旧来の治療に比べて出血などの合併症頻度が高いとされているため、内視鏡的な止血技術のみならず、十分な胃酸抑制が安全な治療を行う上で重要であり、PPIの存在意義は大きい。

上述した上部消化管疾患において、胃酸は疾患発症の中心的因子ではあるものの、胃酸の存在のみでは発病しない。胃酸の存在に加えて胃内容物の食道への逆流、消化管運動機能異常、胃粘膜防御機構の破綻などが加わることで、GERD、FD、消化性潰瘍を発症する。治療はPPIによる胃酸の抑制が主力となるが、病態の

本質を理解し要因の排除を念頭に治療に臨むことが肝要である。

加賀地区

平成23年度 第9回学術講演会

期日 平成23年12月8日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 かかりつけ医でも知っておきたい
水電解質異常

講師 帝京大学 内科 内田 俊也

「講演要旨」

水電解質異常は、すべての医学領域において出現する重要なテーマである。かかりつけ医の立場でも水電解質異常に遭遇する機会が増えていると思われる。水電解質異常の背景に存在する病態生理を正しく理解することがもっとも重要であり、実際的にはただちに随時尿を採取して電解質濃度とクレアチニン濃度を測定し、血液検査値と合わせて「排泄率」と「グラムクレアチニンあたりの排泄量」を計算することが大切である。排泄率は、生じた電解質異常に対し腎が適切に反応しているか否か、すなわち異常の首座が腎にあるのか腎以外にあるのか推定することができる。グラムクレアチニンあたりの電解質の排泄量は、摂取不足あるいは過剰産生、または腎以外の異常排泄に原因があるか否かがわかる。

両者組み合わせると、基本的な病態が見えてくる。さらに、他の検査所見などから細かい鑑別診断を進めれば比較的容易に診断にたどり着く。原因が確定できれば、治療法は自動的に決まり再発防止にもつながる。この簡単な方法がすべての水電解質異常に対するアプローチの基本姿勢である。

高齢者の増加・悪性腫瘍の増加・心血管疾患患者の増加などで水電解質異常を発現しやすく

なっている。さらにサイアザイド利尿薬と合剤になった降圧薬の使用増加により、低Na血症を発症することが増加している。低Na血症のために嘔吐すると、ナトリウム欠乏が生じ低Na血症が致命的なレベルに発展することがある。低Na血症では、意識レベルの低下から転倒・骨折のリスク、QOLの低下など、水電解質異常のとどまらない問題に発展することがある。また治療も難しく入院しての治療が望ましい。甘草を含む漢方薬の投与では、低K血症・代謝性アルカローシス・高血圧をきたす偽性アルドステロン症を惹起することがあり、これも注意深い観察が必要である。骨粗鬆症の治療で用いられるビタミンD製剤による高Ca血症・多尿・脱水・急性腎不全も決して珍しくない。このように薬剤性の水電解質異常は、認識されている以上に蔓延している可能性があり、ときに致命的でもあるので常に血液検査などで監視する必要がある。水電解質異常の早期発見・早期治療において、かかりつけ医の役割はきわめて重要であることを強調したい。

尿酸は電解質ではないが、体内および腎での動態は電解質と同じように理解することができる。最近の話題として、CKDに合併する高K血症・代謝性アシドーシス・高尿酸血症などが

腎不全の進行因子であることもわかってきており、臨床医学における水電解質異常は新たな展開を見せている。

平成23年度 第10回学術講演会

期日 平成24年1月12日(木)

会場 ホテルグランテイヤ小松エアポート

演題 心不全治療薬の使い方

講師 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

平成23年度 第11回学術講演会

期日 平成24年3月22日(木)

会場 ホテルグランテイヤ小松エアポート

演題 脳動脈狭窄・閉塞に対する治療戦略

講師 広南病院 血管内脳神経外科

部長 松本 康史

平成24年度 第1回学術講演会

期日 平成24年4月12日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 骨粗鬆症薬物療法における
SERMの位置づけ

講師 杏林大学 医学部 整形外科

教授 市村 正一

編集後記

3月の総会では、日本対がん協会会長の垣添忠生先生、そして盛岡大学栄養科学部教授・前宮古市長の熊坂義裕先生の二つの講演を拝聴することができた。垣添先生の講演では、奥様を看取られた際の激しい心の動きをお聞かせいただき、その愛情の深さに心を揺り動かされた。同時に、人間味あふれる心豊かな先生が、癌と戦う日本の医師のリーダーであることに、一種誇りのような感情を持った。熊坂先生からは震災後の生々しい医療現場をお話しいただけた。「慢性疾患が急性疾患に変わる」、「血糖コントロールは平時に価値を持つ」など、日常診療では思いもよらない体験を本会報にも綴っていただいた。ところで、永井幸弘先生が、自稿でも紹介していただいたが、平成23年度の臨床経験・症例報告部門の最優秀論文賞を受賞された。心からお祝い申し上げるとともに、何とも誇らしい。さて、小生、今回から会報の編集を担当させていただくことになった。生の原稿に接すると、やはり思うところは多い。文才あふれる諸先輩の原稿のあと、編集後記で、文字通り後塵を拝することとなった。駄文、しばしご容赦を願いたい。

(恭)