

石川臨内報

第 52 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26回 日本臨床内科医学会

～徳島に参加して～	副会長	永井 幸広	2
	理 事	長尾 信	2
	金沢社会保険病院 内科部長	古川 健治	3

報告

●日本臨床内科医会 常任理事会	会 長	洞庭 賢一	5
代議員会	理 事	上田 良成	5
学術部合同委員会	副会長	永井 幸広	7
会誌編集委員会	副会長	永井 幸広	8
●日本臨床内科医会 中部ブロック会議	理 事	長尾 信	9
●石臨内 会員親睦会	理 事	四位例 靖	12

優游涵泳

教養講座 ー日本酒編ー	理 事	上田 良成	13
	代表取締役・杜氏	松浦 文昭	15

特別企画

座談会	梅田 俊彦、岩城 紀男、半田 詮、山崎 幹雄	
～その1～	津田 功雄、近藤 邦夫、洞庭 賢一、鍛治 恭介(司会)	17

石臨内行事予定	25
---------	----

地区活動だより

中央地区	26
加賀地区	31

自由投稿

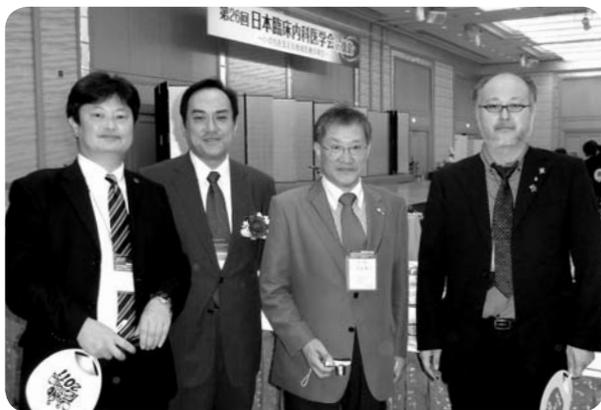
内科医にとってのOsteopathy的思考	もみの木醫院 院長 上田 操	33
編集後記	理 事 鍛治 恭介	34

第26回 日本臨床内科医学会（徳島）に参加して

石川県臨床内科医会 副会長 永井幸広

平成24年4月から日本臨床内科医学会誌編集委員となったため、10月6日の夜に学術部合同委員会に初めて参加しました。残念ながら小生が所属する内分泌班の先生方の参加は得られず、お話ができなかったのが心残りです。

今回の医学会では、開業後8年半に経験した、新規バセドウ病患者の臨床的特徴について検討した成績をポスターにて発表してきました。約2割の症例で甲状腺中毒症状を認めず、他疾患で来院されていました。身体所見をとる際に、頸部触診の重要性が再認識されました。また約1/3の症例で、発症前にストレスとなるライフ・イベントを経験していることが明らかになりました。問診する上でも念頭におくべきと感じました。



懇親会の席上、小生の論文「新規糖尿病薬シタグリプチンの有効性に関する検討」が、平成23年度臨床研究部門の最優秀論文賞に選ばれ、表彰を受けました。



当医会としては、4年前に洞庭先生が長崎で開催された日本臨床内科医学会で最優秀論文賞を獲得されておられます。いずれも当医会の諸先生方のご協力なくしては達成できなかったものであり、この場をお借りし感謝申し上げます。今後も当医会の臨床研究が益々発展することを祈念しております。

今回の医学会で最も心に残ったのは、懇親会の場で「阿波踊り」を皆さんと踊れたことでしょうか。「踊る阿呆に見る阿呆、同じ阿呆なら踊らにゃ損々」を実体験できた一時であり、徳島の方々のもてなしの心を強く感じました。家に帰ってからも記念品にいただいたDVDをみながら、家族の冷たい視線を感じつつ、一緒に踊っている小生です。

第26回 臨床内科医学会 in 徳島 に参加して

石川県臨床内科医会 理事長 尾 信

10月7日・8日の2日間にかけて、徳島で開催された医学会に参加してきました。私は当日からの参加でしたが、理事会・代議員会・各種

委員会が前日から開催されており、洞庭会長をはじめとして多数の先生方が参加されておられました。

永井副会長のお話によると、他都県の医会の先生も参加されて前夜祭を行ったとのこと。皆さんお酒が非常に強く凄かったとの話をお聴きしました。

今回、石川県からは3つの演題がありました（永井先生、社会保険病院の古川先生と小生です）。また、インフルエンザ研究班特任理事の岩城先生は、インフルエンザ研究のワークショップの座長として、世界に誇りうる研究の成果等の講演をまとめられておられました。

小生の発表内容に関しては9月号の抄録集をご参照ください。また、今回の発表を会誌に投稿しましたので、採用された際には会誌を一読いただければ幸いです。なお、今回の発表投稿に関しては、小松市 湯浅医院 湯浅豊治先生のご助言・ご助力のおかげであり、この場を借りてお礼申し上げます。

話は変わりますが、私は学会関連で徳島を訪れたのはこれで2回目です。

12年前に訪れた前回時は、自家用車で鳴門海峡を通過して淡路島を中心に散策しながらでしたが、夜間の移動を中心にした強行軍で非常に疲

れた記憶がありましたので、今回は時間的制約もあり、航路を選択しました。なお、洞庭先生・西村先生はJRで大阪駅まで行き、そこからバスを利用されたとのこと。調べたところ、徳島と大阪を結ぶ高速バスはかなりの本数が出ており、アクセスがよければ航路と変わらない時間で移動可能のようですが、大阪駅とバス停との移動距離が若干あるとのことですので注意が必要のようです。

医学会初日の夜は、一番楽しみにしている懇親会に参加いたしました。

徳島といえば「阿波踊り」、娯茶平連の賑やかで力強い阿波踊りを堪能するとともに、永井先生・古川先生と一緒に阿波踊りを踊ることができ、良い経験をさせていただくとともによい記念にもなりました。

自宅に帰り家族に今回のエピソードについて話した際に、「来年は本場の阿波踊りを見に行こう!!」となりました。来年が楽しみです。

また、来年度の医学会は神戸で開催されます。皆さんも行きましょう!!

第26回 日本臨床内科医学会に参加して

金沢社会保険病院 内科部長 古川 健 治

本年の、徳島で開催されました日本臨床内科医学会に参加しましたので、報告させていただきます。私は糖尿病を専門としていますが、前任地の石川県済生会金沢病院にいた時より、ながい内科クリニックの永井先生達と糖尿病の地域連携の会を行っており、そこで症例を持ち寄ったものがまとまり、今回報告することになりました。

本会は徳島で開催されたわけですが、恥ずかしながら徳島は今まで一度も行ったことが無く、

いったいどうやって行けば良いのかというところから始まりました。以前愛媛の方には何度か行ったことがあり、その時の感覚で、岡山を經由し電車で行くのか、東京経由で飛行機の乗り継ぎなのかなと漠然と思っていたのですが、洞庭医院の洞庭先生に相談したところ、関西方面から高速バスが出ていて、それが一番早いとのことでした。

前日の土曜日京都で所用があり京都泊、いろいろな経緯がありまして夜中の2時頃まで祇園

周辺を徘徊していました。学会当日何とか寝坊をせずに起きることはできたのですが、案の定アルコールが抜けておらずひどい状態でした。京都から高速バスに乗るという方法もあったのですが、元々バス酔いしやすい性質であり、3時間バスに揺られると大変なことになるかと思い、行けるところまで電車で行ってからバスに乗ろうと試みたわけです。結果的には、明石海峡大橋の手前まで電車を使い、そこから高速バスで1時間20分、昼前には到着することができました。バスに乗る頃にはアルコールも大分抜けており、車窓からの淡路島の景色や鳴門海峡の渦潮も楽しむ余裕が出ておりました。

徳島到着後ポスターを貼り終わり昼食を、徳島と言えば徳島ラーメンということでまず徳島ラーメンの店に。その後はいわゆる繁華街をぶらぶら、徳島はアニメによる街おこしを行っており、この日は丁度そのイベントの真っ最中、学会に加えイベントもあり、道理でホテルの部屋が取りにくかったのだと納得がいきました。奇妙な仮装をした人達の間をすり抜けながら、嗚呼これも徳島なのだたと街の雰囲気を楽しみました。



その後再び学会に参加し、発表、そして懇親会へと進みました。懇親会のメインは、何といっても永井先生の最優秀論文賞の表彰式と阿波踊りのライブ。永井先生の表彰式は、全国から集う先生方の前での表彰、私共も同じ石川県臨床内科医会の会員として鼻高々でした。阿波



踊りを生で見たのは勿論初めてであり、会場の熱気のためか気分も高揚し、踊る阿呆に見る阿呆、同じ阿呆なら踊らな損々とばかりに見よう見まねで踊りも参加してしまいました。

以上、第26回日本臨床内科医学会に参加してということで、取り留めのない話をさせていただきました。今回の学会参加は駆け足ではあったのですが、自分では満足いく発表ができましたし、石川県臨床内科医会の先生方と楽しい時間を過ごすことができました。又徳島の町も満喫とは言わないまでも、楽しむことができました。来年は神戸で開催とのことですが、再度このような報告ができればと思っており、来年にむけて発表のネタを模索している今日この頃であります。



報 告

日本臨床内科医会
平成24年度 第3回 常任理事会石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一
平成24年10月8日 徳島

〈徳島関学会長〉

931名の参加があった。800名ほどを想定していたので、多数ご参加いただき大変良かった。

〈望月副会長〉

○日臨内総会開催予定

第30回総会 (会長 菅原先生)

平成25年4月14日(日)

東京商工会議所

特別講演1：永井良三先生

「(仮題)特定健診の評価」

ランチョン2題

特別講演2：天野篤先生

「(仮題)心臓バイパス手術」

鼎談「医療に関する話題」

が企画されている。

第31回総会 (会長 中先生)

平成26年4月(日)

東京商工会議所

○医学会開催予定

第27回医学会 (会長 本庄先生)

平成25年10月13～14日

神戸国際会議場

第28回医学会

平成26年

岩手県

〈中副会長〉

原発性アルドステロン症の調査機関を平成25年1月13日まで延長し、ぜひ3,000例は症例を集めたい。

〈菅原常任理事〉

24年11月から、高齢者2型糖尿病患者に対するシタグリプチン治療における有効性・安全性に関する研究 (SMILE STUDY) が開始される。ぜひ多くの先生方に参加して頂きたい。

日本臨床内科医会 第48回 代議員会

石川県臨床内科医会 理 事 上 田 良 成

平成24年10月6日、ホテルクレメント徳島で開催された。石川県からは代議員として高桑浩先生と私が出席した。議長・副議長選出、議事録署名員指名の後、猿田会長と今回の学会長、関啓先生が挨拶された。続いて、報告事項として会務及び会計・事業の概要が各担当理事より報告された。また議決事項も決定された。

議決事項では消費税に対する要望書(案)も提出されたが、概要は以下の通りである。

社会保険診療が消費税非課税であることにより生ずる控除対象外消費税問題は、税率5%の現在でも、医療機関の経営を非常に圧迫している。この状態のまま税率が引き上げられると、医療機関はさらに厳し

い環境に晒され、ひいては地域医療崩壊の危機に立たされる。社会保障の充実を目的に導入された消費税によって、地域医療を崩壊させてはならない。社会保険診療が消費税非課税であることを改め、国民の負担を増大させることなく、課税の仕組みに入れることを強く要望する。

報告事項につき、各部門から順を追って重要な点を記載する。

1. 総務部

総務委員会 神津 仁 常任理事

平成24年8月31日現在、会員数は15,833人である。今後の医学会・総会の予定が報告された。

調査研究委員会 安田福輝 常任理事

調査研究活動は意味深い、興味深い活動を展開することで、本会の活性化、新会員の入会促進に繋がる。必要に応じて倫理審査を行う。

2. 庶務部

庶務委員会 谷村伸一 常任理事

平成23・24年度役員名簿作成。

会員増強委員会 白川俊夫 常任理事

会員数と若手医師の入会について。

IT委員会 福田正博 常任理事

ホームページへのアクセス状況と読まれている項目。各都道府県のホームページ作成について。WEBからの入会書類送付ページ作成。メールマガジン。

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・監査報告。平成24年度収支中間報告。

4. 社会医療部

公益事業委員会 洞庭賢一 常任理事

岩城紀男 特任理事

インフルエンザ研究班からの報告として、第10回インフルエンザ夏季セミナー要旨(1. 学校感染再考、2. 2011-2012年シーズンの迅速診断キットの成績と抗体価の測定結果に

ついて、3. 2011-2012年シーズンのワクチンおよび抗インフルエンザ薬の有用性)、更にインフルエンザ研究班会議の開催、そして平成24年前期の研究発表について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

1. 地域医療功労者表彰

2. 日臨内会誌「地域医療の現場から」コーナーへの投稿

3. 「超高齢者の診療実態の現状」アンケート調査の実施

が報告され、また今後の活動方針が示された。

5. 社会保険部

医療・介護保険委員会 清水恵一郎 常任理事

1. 医療を取り巻く最近の動向として(1)社会保障改革推進法が成立、社会保障財源のため消費税率引き上げ、(2)消費税率引き上げで「3年連続」診療報酬改定の可能性があること。

2. 平成24年度診療報酬改定の影響については、院外処方診療所の6割が「一般名処方加算」。「時間外対応加算」は無床診の26%が届出しているとのこと。

3. 高齢化社会に対応した「総合診療医」の養成。

などの情報提供が議題とされた。

医療・介護保険委員会 江頭芳樹 常任理事

介護保険は医療保険の約30%になってきている。企業による介護ビジネスではなく、医療関係者が介護保険に関わることでより良い介護が提供できる。

6. 研修推進部

研修推進委員会 垣内 孟 常任理事

日臨内専門医・認定医について。

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の実態調査」中間報告、内科処方実践マニュアルの進捗状況、患者用小冊子の状況について報告がなされ、「高齢者における2型糖尿病患者の薬物療法

における前向き調査研究」などを協議。

会誌編集委員会 安藤忠夫 常任理事

会誌内容の向上に伴い、企業からの別刷り要望願などが事務局に寄せられるようになったので、ルール作りを行った。読後アンケート集計結果から見ると、「特集記事の座談会、その解説」がよく読まれている。また「投稿論文」に要旨を付けたところ、以前の

1.6倍の反響があった。総説は特集の内容に沿わせたほうが良い。「症例提示」がよく読まれるように工夫したい。

8. 広報部

ニュース編集委員会 和田一穂 常任理事

現在、「医療連携」をテーマとしている。「会員の声」、「各県の現況」の記事について報告された。

平成24年度 第2回 日臨内学術部合同委員会

石川県臨床内科医会 副会長 永井幸広

平成24年10月6日 ホテルクレメント徳島

委員会は菅原常任理事の司会で進行された。猿田会長、中副会長、望月副会長から御挨拶があった。石川県臨床内科医会からは洞庭会長（循環器班）、坂東先生（呼吸器班）、小生（内分泌・代謝班）が出席した。

個性を生かしながら、編集スタイル・体裁を整えていく予定である。

3. 患者用小冊子の状況

現在、多発性骨髄腫を作成中である。

(I) 学術部学術委員会

報告事項

1. 「原発性アルドステロン症の実態調査」中間報告

平成23年2月1日～9月28日までの報告症例数は1,772例であり、今回の基準に該当する症例は424例（23.9%）であった。より精査を行えば、その半分程度の頻度になるものと予想される。石川県は、登録数では全国第6位であった。登録期間を本年12月まで延期することにし、3,000例まで目標に。引き続きの登録をお願いしたい。

2. 内科処方実践マニュアルの進捗状況

既に2～3割の原稿が届いているが、来年4月の総会で発刊予定であり、是非とも11月中に原稿を提出していただきたい。執筆者の

協議事項

1. 「高齢者における2型糖尿病患者の薬物療法における前向き調査研究」の件

本年11月1日～平成26年11月30日までの期間、65歳～90歳未満の2型糖尿病患者を対象に、シタグリプチンの有用性を検討する前向き調査研究（SMILE STUDY）が実施される。参加予定施設数は1,000～1,500施設であり、目標症例数は10,000例とする。

2. 座談会について

平成25年4月の総会では血液班、内分泌・代謝班、10月の医学会ではリハビリ・介護班、腎・電解質班、平成26年4月の総会ではアレルギー・リウマチ班、感染症班が各々担当することになった。

3. その他

(Ⅱ) 学術部会誌編集委員会

報告事項

1. 会誌内容の向上に伴い、企業からの別刷りや著者物使用許諾願いが事務局に寄せられるようになった。
2. 6月号から「投稿論文」に要旨を付けたところ、以前の1.6倍の反響があった。「総説」については特集の内容に沿わせるほうが良いとの意見が根強い。「症例提示」がよく読まれるように工夫をしたい。
3. 投稿論文2編を査読し、2編とも修正のうえ採用とした。

協議事項

1. 会誌の表紙の色は4種類とし、4年ごとに元に戻るようにする。
2. 査読論文の統計処理に関しては、原著者において十分吟味のうえ論文を提出していただきたい。会誌編集委員会においては、統計処理の専門家に目を通していただく方法を考慮中である。
3. 医学会・総会での講演記事の「原稿料」については、講演料に含まれるとの考え方で支払っていない。会誌で原稿料を支払う場合は、「総説」・「他科に聞くシリーズ」だけである。

4. 企業からの別刷り要望に関しては以下のルール作りを行った。
 - ① 企業から著者に直接承諾を取ってもらい、承諾願いの文書様式に、別刷り希望者名、別刷り頁と発行部数などを記載する。
 - ② 承諾願いの文書コピーを日臨内事務局に送ってもらう（メールのPDFも可）。
 - ③ 編集委員会を代表して編集委員長と担当常任理事が承諾願いの文書を確認する。
 - ④ 了承が得られれば、製作を指示する。
 - ⑤ 別刷り費用を日臨内事務局から企業に請求する。その際、日臨内事務局手数料（新設）も同時に請求することとする。
5. 著作物使用許諾願いについては、その都度、著者および会誌編集委員会代表の編集委員長と担当常任理事が判断して許可し、著作物使用料を請求している。
6. 第26回日臨内医学会（徳島）の推薦演題座長の件。
7. コラムの内容に関しては、「失敗経験」や「人に勧めたいこと」などを加えることにした。
8. 座談会の演者紹介に従来のものに現職も加える。
9. 「特集」「総説」「他科に聞くシリーズ」の掲載予定。

平成24年度 第2回 日臨内会誌編集委員会

石川県臨床内科医会 副会長 永井幸広
平成24年9月2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、安藤常任理事から御挨拶があった。

報告事項

1. 会務に関する報告
会誌の表紙の色は4種類とし、4年ごとに元に戻ることとなった。論文の別刷りを製薬会社からインテルナ出版に要望があるが、今

後、ルール作りが必要と思われる。著作物使用許諾願いに関しては、その都度、木村編集委員長と安藤常任理事とが内容確認を行い判断している。

2. 27巻2号（9月）、3号（抄録号）の進行報告

前回査読され、統計処理による問題で大幅修正を依頼した1論文は、著者から取り下げの希望があり了承された。他2論文は、「原著」ならびに「臨床経験」として掲載となった。

3. 27巻1号（6月）の読後アンケート報告

「症例呈示コーナー」のアンケート結果が伸びておらず、今後、より見やすくするなどの検討が必要と思われる。

協議事項

1. 27巻4号（12月）各種記事の執筆者の決定、確認

「総説」には抗凝固療法を、「他科に聞く

シリーズ」には小児喘息を取り上げることにした。

2. 10月徳島医学会講演の掲載記事の確認

3. 27巻4号（12月）投稿論文の査読

一般投稿論文2編の査読が行われ、修正にて2編とも採用となった。

4. その他の案件の協議

会誌の原稿料を支払う場合は、「総説」ならびに「他科に聞くシリーズ」のみであることを周知確認する必要がある。用語で表記が異なるもの（例：インスリンとインシュリン）の統一を今後考慮する必要がある。投稿論文で統計処理されたデータに関して、適切な統計処理を用いて行われているか十分に検討する必要があり、今後、統計学専門家に依頼するシステムの構築などを含めて検討していくことになった。

平成24年 日本臨床内科医会中部ブロック会議

石川県臨床内科医会 理事長 尾 信

平成24年11月11日 名古屋観光ホテル

1. 開 会

今年のプロック会議は本県が担当のため、洞庭会長の司会進行で行った。

猿田日臨内会長の挨拶の後、各県出席者の自己紹介があり、次の議題について報告・協議した。

2. 日臨内執行部より

望月日臨内副会長から、現在の日臨内会員数（15,760名）、今後の総会・医学会の予定について説明があった。

次に、学術部関係として、「内科処方実践

マニュアル”平成25年4月発刊予定]、「高齢者2型糖尿病の薬物療法に関する調査(SMILE STUDY)の開始について」、「原発性アルドステロン症の実態調査」の期間延長についての報告があった。

また、公共事業・地域医療委員会関係について、「日臨内インフルエンザ研究2012~2013」が実施予定であることと、「超高齢者の診療実態調査」が実施され今年の日本臨床内科医学会で報告されたことの説明があった。

先の日臨内理事会・代議員会に於いて決議さ



れた「消費税に対する要望書」については、各関係機関に要望書の提出及び広報がなされた。

余日臨内副会長から、消費税増税に対する日臨内の対応及び、各県のホームページ作成の斡旋について説明があった。

また、会員増強への対策については、各県のイベント時に出席者に対して入会の働きかけを行っていることが報告された。

3. 各県内科医会より

(1) 静岡県

平成23・24年度の事業報告があり、活動が東部・中部・西部の3地区単独で行われているため、加入周知の徹底、会員意見の把握及び集約がしにくい問題があると報告があった。

会員数は、平成24年10月31日現在、静岡県内科医会981名、日臨内236名。

日臨内に対して、各県からの保険に対する意見や要望を集約し、内保連への働きかけをこれまで以上に強化し、その成果をしっかりと広報してほしいと要望した。

(2) 富山県

平成23・24年度の事業報告及び事業計画の説明があった。

また、富山通信病院の高田正信院長が「CAVI」の開発により、平成23年度産学官連携厚生労働大臣賞を受賞されたことの報告があった。

(3) 福井県

年間10回の主催講演会と約40回の共催講演会を開催している。

また、福井県の取組みとして、東日本大震

災からの避難者支援活動「ひとりじゃないよプロジェクト・福井」の事業活動紹介が行われた。

現在、福井県の会員区分は、日臨内と福井県内科医会の2つに加入するA会員と、福井県内科医会のみ加入するB会員の制度をとっているが、平成25年度より一本化し、A会員のみにする予定。なお、平成24年11月現在、福井県内科医会の会員数は274名。また、会員の増加に向けての対策として、会員の優秀な論文や発表を日臨内雑誌に投稿する等予定している。

福井県は、南北に長い地形のため、若狭地方の会員が福井市へ通い辛いという状況があり、今後対応すると報告があった。

日臨内へ下記3件の要望が行われた。

- ① 地域医療に従事する内科医（臨床内科医）が直面している諸問題に対する総合的な対応
- ② 日臨内認定医制度の位置づけ（日本プライマリケア連合会との連携）
- ③ 診療報酬改定に関する独自の情報収集や情報発信力の強化

(4) 三重県

平成24年度の事業報告及び事業計画の説明があった。

三重県が抱える問題は、年2回開催している臨床カンファレンスへの出席者が少ないこと、会員数が100名に満たないこと、地区医師会単位で内科医会がある地域があり三重県臨床内科医会の明確なビジョンがないことが挙げられた。

日臨内へは、地域の後期研修医など若い内科医が、興味を持って参加・入会できるような企画・アピールが必要であると要望した。

(5) 愛知県

活動内容の報告の他、ホームページを作り直す計画が説明された。

また、名古屋内科医会では会員増強対策として、開業医の医師会入会者を対象に内科医

会入会案内を送付して、会員増強を図る活動を開始した。

愛知県が抱える問題は、日臨内の医学会や会誌への投稿が少なく、大規模調査への参加が少ないこと、名古屋内科医会では生活習慣病の治療実態調査の回答率が6～8%しかなく会員の関心が得られていない状況が挙げられた。

なお、日臨内はスマイルプロジェクトを立ち上げたが、目標の10,000例を達成するために有効な方策があるか質問された。

(6) 岐阜県

平成24年度の事業報告及び事業計画の説明があった。

岐阜県内科医会の役員構成について、平成24年度から、顧問は岐阜県医師会長が就任することになったことと、会長は岐阜大学にある5つの内科医局の教授が2年交代で持ち回ることになった。

なお、内科医局に入ると岐阜県内科医会へも入会するようになっていく。岐阜県内科医会の会員数は、平成23年度現在611名。

若い会員の診療へのモチベーションを上げるための対策を要望し、日臨内として検討することとなった。

(7) 石川県

平成24年度の事業報告及び事業計画の説明があった。

石川県では会員数の増加、特に勤務医の入会について働きかけをしていく。

日臨内へ学術研究班の人数を増やしてほしいと要望したことに対し、日臨内からは、人数の制限をしているわけではないので、是非各班から推薦をしてほしいとの回答を得た。

4. 各県からの報告を受けてのコメント

(日臨内執行部)

会員増強について、質の良い調査研究に参加していただき、その成果を日臨内以外の先生の目に触れるように発表していきたい。

若い先生の勉強の仕方がインターネットの普及により変化してきており、教科書的な講演はだいたいインターネットで調べることができるため、研究会では症例の検討等、一歩踏み込んだ内容にしていかななくてはならない。

5. その他

(1) 第27回日本臨床内科医学会の紹介について
兵庫県内科医会の齊藤常任理事より、第27回日本臨床内科医学会の紹介があった。

平成25年10月13日(日)、14日(月・祝)に神戸国際会議場に於いて、「今 内科医に求められるもの」をテーマに開催する。

(2) 各県の会費について

① 静岡県	3,000円
② 富山県	7,000円
③ 福井県 (A 会員)	8,000円
(B 会員)	4,000円
④ 三重県	7,000円
⑤ 愛知県	2,000円
⑥ 岐阜県	2,000円
⑦ 石川県 (管 理 者)	12,000円
(それ以外)	6,000円

(3) 平成25年日本臨床内科医会中部ブロック会議について

平成25年は富山県の担当で、平成25年11月17日(日)に開催することが決定した。

●出席者 (順不同、敬称略)

日臨内 猿田亨男、余 昌英、望月紘一
富山県 若栗宣人、里村吉威、内藤毅郎
福井県 野村元積、新井芳行、羽場利博
岐阜県 山川隆司、河合直樹



愛知県 太田 宏、佐藤 徹、安藤忠夫
 三重県 竹内敏明、高橋岳夫
 静岡県 篠原 彰、石川制二、田中 孝、
 岡崎 博、玉腰勝敏

石川県 洞庭賢一、上田良成、長尾 信、
 (事務局 西尾幸栄、中山嘉寿)
 兵庫県 齊藤清治
 (第27回日本臨床内科医学会)

第7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24年12月15日、ホテル日航金沢にて第7回石川県臨床内科医会会員親睦会が約120名(会員の先生方、御家族、職員の方々)の参加のもと、盛大に開催されました。



午後6時過ぎ、洞庭賢一会長の開会挨拶の後、永井幸広副会長の日本臨床内科医会最優秀論文賞の表彰が行われました。続いて、石川県医師会会長で石川県臨床内科医会前会長の近藤邦夫先生による乾杯の御発声があり、会は和やかに始まりました。

今回のアトラクションは、金沢市出身の歌手、小杉奈緒さんのコンサートで始まりました。スタンダード・ナンバーにオリジナル曲を交え、独特な癒し系ヴォイスに観客は魅了されました。

続いて、加藤理良先生によるヴァイオリン演奏が披露されました。「ハナミズキ」「アヴェ・マリア」「アメージング・グレイス」「愛の讃歌」の素晴らしい演奏の後、アンコールでは映画「リトル・マエストラ」の中で演奏される「威風堂々」が披露され、会場は感動に包まれました。

そしてメインは、おなじみ「F&M」(藤田晋宏先生、松沼恭一先生)に加藤先生が加わり、



「案山子」「時代」「誕生」が披露され、会場は大いに盛り上がりました。



その後、サプライズで近藤先生がサンタクロースのコスプレで登場し、子供達にプレゼントを配り、大変喜ばれました。

そして恒例のビンゴ・ゲームがあり、さらに今回は一発逆転ジャンケン大会が2回あり、会場は大いに盛り上がりました。

最後は、副会長の高田重男先生による閉会の御挨拶と一本締めにて終了いたしました。

親睦会も7回目となり、この会を楽しみにしている病院さんもあると聞きました。今後さらに新しい企画を盛り込み、皆様に楽しんでいただけるよう頑張りたいと思います。

最後に会の運営に御協力いただいた沖野理事、事務局の方々に深く感謝します。



優游涵泳

教養講座 一日本酒編一 を開催して

石川県臨床内科医会 理事 上田 良成

笑われるだろうが、先生方をはじめ皆様方の
お陰で8月4日に開催した今回の企画には、あ
る種の自己満足を感じている。

開催前後の私の思いが交錯してしまっている
が、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たかった。そして何よ
りも自分自身の肌で感じ取りたかった。私がそ
うであれば、必ずや出席していただいた先生方
も共感されるだろう。準備に数日間は要する。
しかし、これもよい思い出になる。そして開催
すると言っても、ほんの一晚だけなのだ。常日
頃、医師会活動や熱心に診療に取り組む先生方
とは比べ物にはならない。

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。
実は開業後、かなり以前より誘われるままに入
会していたのだが、この会が一体何の会なのか
分からないと言うか、知ろうともしないままに
いた。出席したのは小松市で開催された講演会
のみだったように記憶している。

数年前、加賀地区の前任者が辞められたので、
前会長の近藤先生から私に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。その
場に顔見知りの先生はいなかった。第一印象は、
医師会とほぼ同様のことをしているようだと言
うことだけだった。それに内科を標榜している
先生方も全員が入会している訳ではない。その
ような心境ゆえに、その後2年余り理事会を欠
席した。

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私は、「理事

は続け、今後は出席します」と答えた。改めて
出席すると、理事会では先生方が熱心に活動さ
れていたが、その後も私は自分にとっての意義
を見い出せずにいた。



やがて転機が訪れた。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。長崎で日
臨内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。そして、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旧態依然の作業をして
いて、負担に感じていた私にとって正に福音
だった。

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
臨内会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、二名の
先生に限らず理事の先生方が、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
源泉について最も関心を惹かれるようになった。



昨年の情報交換会、そして今年の新年会でお二人に尋ねてみた。答えは「楽しいから」、そして、もう一つは「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。臨内会はそれができる会です。きっと次に続きますよ」だった。勿論、苦しい時もあったに違いないが、それらの言葉は私の心に響いた。

チャンスが到来した。洞庭先生が新しく会長に就任され、今までの情報交換会は役割を終えたと言われたのだ。それに対して一抹の寂しさを感じていた私は、思い切って提案した。元来、億劫な私が、である。「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。出席の理事の先生方から大いに賛同をいただいた。そして、日本酒をテーマにしようと思った。こうなれば後には引けない。突き進むのみだ。

以前、山中温泉で私が幹事になり交換会を開催したことがある。その時は明確なテーマを決

めなかったのが、今一つ引き締まった会にならなかったのではないかと、後になって思う。経験は参考になるものだ。それ故に、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、きっと誰もご存知ないだろう。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所として、「花紫」をお願いした。松浦さんは力作の資料を作成し、懇親会にはつくしやオリジナルの「鮮」の「にごり酒」まで持参された。これは非売品だ。只ただ旨かった。人生で二度と出会うことはないだろう。

先生方には、お忙しいところを出席していただいた。私としては喜んでいただき、褒めてまでいただき、嬉しい気持ちで一杯だ。勿論、私自身も企画した時点から楽しい気持ちになっていた。今回の開催で、先生方のバイタリティーの源泉を少し垣間見ることができたようだ。改めて皆様に感謝します。



自然の神秘の力

松浦酒造(有)

代表取締役・杜氏 松浦文昭

日本酒は、日本の風土が育てた世界に誇る醸造酒であります。日本は、アジア・モンスーン地域により熱帯と寒帯気候が共存し、四季の明確な変化があります。春・夏・秋・冬とともに自然の力によって旬の食材が豊かな国でもあります。さらに、石川県は海と山に囲まれており、新鮮な旬の食材に大変恵まれております。

自然の恵みと自然の神秘の力で醸される日本酒。自然の摂理に従って、自然の恵みがお酒に変わっていく過程の中にはいくつもの大変驚くようなメカニズム・法則があります。それを鋭い五感で感じ取り、発見してくれた先人の努力には驚くことばかりです。科学技術のはるか昔からの発見で、科学的根拠は後から裏付けとして付いてきたと断言できます。歴史の年代が繰り返り下がるとともに進化し、日本酒の醸造技術の基本は、江戸時代末期にほぼ確立され産業化されておりました。日本酒が誕生したのは縄文末期から弥生時代にかけて。糶カビを利用したのが奈良時代。火入れの技術は室町時代（ワインの火入れに先駆けること約300年）。生産量アップのため合理化が加速したのが安土桃山時代。そして、酒造りが産業化したのが江戸時代となっております。当時既に酒造りの担い手であった先人の杜氏は、科学的な知識の無かった時代にもかかわらず、経験と鋭い観察と勘によって酒造技術を確立してくれました。それは誠に精密かつ緻密な技術であり、日本の大きな誇りであります。

では、酒造のメカニズムと過程を簡単にご紹介いたします。まず原料であるお米の穂は、日中光合・交配し、夜から朝にかけて気温が下がっている時にデンプン質を造り出してくれます。このデンプン質はブドウ糖がいくつも繋がっているものなので、ブドウ糖一個一個に切

り分けて分解させなければなりません。ここで必要なのが糶です。糶は、米に糶カビを培養した固形培養で、デンプン質をブドウ糖に分解する糖化酵素が生成・蓄積されています。蒸米表面の水分を発散させながら、糶菌が蒸米内部の水分を求めて中心部まで入り込んでいきます。この入り込んだ糶菌の根の部分に糖化酵素が生成・蓄積されていきます。蒸米の乾燥と糶菌の菌糸の伸びとの競争によって糶が出来上がり、お米（デンプン質）を果実（ブドウ糖）に変化させてくれる自然の摂理となります。このことが最近クローズアップされ、あらゆるデンプン質を糖化させて味わいを膨らませる塩糶ブームとなっております。



デンプン質をブドウ糖に糖化しながら次は発酵に入ります。発酵は、酵母が一個ずつに切り分けられたブドウ糖を食べてアルコールと炭酸ガスを生成することです。日本酒の発酵は酸素を必要とする開放状態で行われますので、空気中の野生酵母やその他の微生物に汚染されないように本仕込みの前に酵母の数を圧倒的に増やし、また力強くなければなりません。そこで、酵母の増殖（拡大培養）を本仕込みの前に行うのが酒母造りです。酒母では14日間かかりますが、その中で3℃上昇させて2℃下げる操作を約4日間続けることにより、数を増やすだけではなく力強いたくましい酵母達が育てられています。まるで子育てと同じように感じられます。ほんの一部分の自然の摂理をご紹介しましたが、このような自然の摂理を江戸時代までに見つけ出していることが本当に凄いことだと実

感じ、先代の杜氏に感謝しながら、日々酒造りに励んでおります。

杜氏は、春から秋までは農業あるいは漁業等を営み、冬場は酒造りの季節労務に従事し、長年にわたり酒造りを支えてくれておりました。近年では、日本経済の急速な発展と労務の近代化等、社会状況の変化により季節労務は減少し、この杜氏制度は衰退してしまいました。今では、各酒蔵にてこの杜氏に代わる酒造の担い手を養成している状況でございます。

こんなに素晴らしいはずの日本酒が健康に良くないという悪いイメージがなかなか払拭出来ずにおります。戦後の高度経済成長という時代背景から、日本酒本来の役割と魅力を見失い遠回りしてしまった経緯もございました。しかし、最近ようやく日本酒の役割と魅力をご理解していただけるようになり、自然の恵みを表現する酒造りに進化してまいりました。日本酒は、旬の食材の味わいを膨らませて引き立てる名脇役の醸造酒です。ワインがバターやオリーブオイ

ル等を使用した西洋料理を引き立てる油絵に對比、日本酒は食材そのものの味わいを膨らませて引き立てる水墨画のようだと言えます。

自然に逆らうことなく、自然の恵みに感謝し、自然の調和を大切にすることが製造責任者として一番求められる時代となりました。ここ石川県をはじめ日本で育まれた美味しい旬の食材・お料理を見たら、必ず飲みたい…体が自然と求めてしまう…、そんな日本酒をこれからも追求してまいりたいと思います。

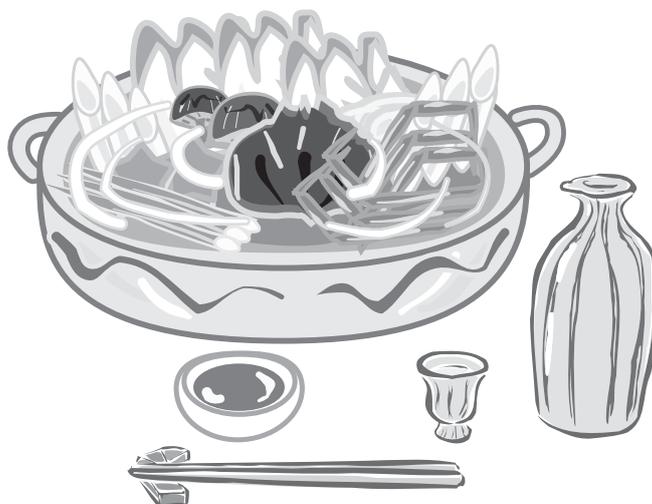
何卒ご支援・ご指導を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

松浦酒造(有)

加賀山中の酒 獅子の里 醸造元

創業：安永元年（1772年）

HPアドレス：<http://www.shishinosato.com>



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きます。

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ひします。

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ましたと思います。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

鍛治：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

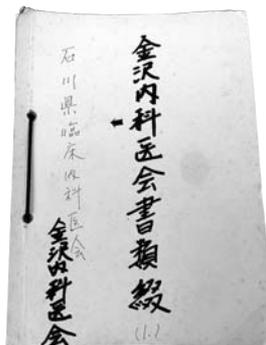


写真1：金沢内科医会書類綴の表紙
金沢内科医会から石川県臨床内科医会に向けて矢印が記されている。

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。**鍛治：**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」とい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、色々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
てきまして、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
が繰り返されていますが、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
と言う話がありましたが、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
いただいています。

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、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



近藤：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りまして。

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ね。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は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されています。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し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きます。

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えます。

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～



石川県臨床内科医会行事予定 (1月~11月)

平成24年12月 現在

行 事 名	開 催 日	場 所
平成24年度 第9回学術講演会 演題 「(仮)金沢大学整形外科外来の現状」 講師 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	平成25年1月17日(木)	ホテル グランティア 小松エアポート
第152回 石臨内中央地区研修会 講演Ⅰ 演題 「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—」 講師 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 講演Ⅱ 演題 「COPDと慢性気道疾患の診断と治療」 講師 独立行政法人 国立病院機構 七尾病院 病院長 藤村 政樹	平成25年1月26日(土)	石川県医師会館
第1回 理事会	平成25年2月2日(土)	金沢都ホテル
平成24年度 第10回学術講演会 講演Ⅰ 演題 「一般診療における先天性疾患の 最新治療(仮)」 講師 金沢医科大学 心臓血管外科 特任教授 川平 洋一 講演Ⅱ 演題 「心不全治療の最近の話題 ～新しい治療法を踏まえて～(仮)」 講師 金沢医科大学 心臓血管外科 主任教授 秋田 利明	平成25年2月14日(木)	ホテル サンルート小松
第28回 石川県臨床内科医会総会 特別講演Ⅰ 演題 「総合診療の将来像」 講師 自治医科大学 総合診療部 准教授 黒木 茂広 特別講演Ⅱ 演題 「Vascular Protectionのための RAS系抑制の重要性」 講師 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	平成25年2月24日(日)	金沢都ホテル
平成24年度 第11回学術講演会 演題 「(仮)血管障害への新しい治療アプローチ」 講師 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	平成25年3月28日(木)	ホテル グランティア 小松エアポート
第153回 石臨内中央地区研修会	平成25年5月18日(土)	石川県医師会館
県民公開講座 禁煙フォーラム石川2013	平成25年5月26日(日)	しいのき迎賓館
第154回 石臨内中央地区研修会	平成25年7月6日(土)	石川県医師会館
第155回 石臨内中央地区研修会	平成25年9月14日(土)	石川県医師会館
第156回 石臨内中央地区研修会	平成25年11月9日(土)	石川県医師会館

地区活動だより

中央地区

第149回中央地区研修会

平成24年7月14日(土)

講演(I)

演題 見逃せない不整脈と治療

講師 金沢大学附属病院 循環器内科

古 莊 浩 司

「講演要旨」

「不整脈」は、健診も含め目にすることは珍しくないが、致命的なものから放置してよいものまでさまざまなものが含まれ、どの「不整脈」が臨床的に重要であるのか判断に迷うことも多い。そこで、今回は実際の症例を取り上げながら、1)「動悸」を主訴に受診したら 2)「失神」を主訴に受診したら 3) 突然の心不全・突然の脳卒中 という3つのコンテンツに分けて、「見逃せない不整脈」の診断と治療について取り上げた。

1)「動悸」を主訴にした症例

「動悸」という訴えがあるので、その性状や起こり方などの問診が重要である。特に発作性上室性頻拍症では、突然の開始と突然の停止を自覚できることが多く、話をよく聞くことで診断がつけられる疾患である。逆に心電図やHolter心電図などの検査でとらえようとしても難しいことが多く、問診で強く疑われれば、ほぼ根治可能な疾患として、直接入院して電気生理学的検査→カテーテルアブレーションという方法をとれる疾患である。また、中年以降の女性に多い流出路起源の期外収縮も、自覚症状としてADLに影響することも多いが、近年カテーテル治療により非常によくコントロールできる不整脈となっており、ここではnon-contactマッピングシス

テムなど最近の治療法の進歩を紹介した。

2)「失神」を主訴に受診した症例

失神とは、「一過性の意識消失発作の結果、姿勢が保持できなくなり、かつ自然に、また完全に意識の回復がみられること」と定義される。その原因には様々なものが含まれるが、不整脈が原因である場合、致命的になりうるものであることも多く、鑑別診断として重要である。発作の無い安静時の12誘導心電図で特徴的な変化を示すBrugada症候群やQT延長症候群に加え、最近の話題として早期再分極症候群も見逃してはいけない不整脈であり、その特徴を示した。これらの治療法としての植込み型除細動器も年々進歩しており、その治療機能の進歩とともに、長期的管理における「遠隔モニタリング」の有用性についても触れた。さらには、「失神」の原因検索のための検査として、植込み型ループレコーダの有用性とこれに伴う最近の診断チャートの変更も示した。

3) 突然の心不全・脳卒中症例と不整脈の存在

高齢者の急性心不全が増加しているが、収縮性の保たれている心臓でも加齢や高血圧の存在により拡張障害を来しており、一度悪循環に入ると急性心不全として発症することも多い。その悪循環のきっかけとして、心房細動や心房粗動などが関与していることもまれではない。また、突然の脳梗塞を来した症例、特に大きな塞栓症を来す例では、無症候性の心房細動が原因となっていることが多いことがわかっている。いずれにしろ、来院時に洞調律であったとしても、その後の管理や心原性塞栓の発生・再発の可能性を考えると、決して見逃してはいけない不整脈である。心房細動に伴う心源性塞栓症の予防方法として、従来からのワルファリンに加えて、最近ダビ

ガラン、リバーロキサバンといった新薬が使用可能になっており、今後これらの薬剤をいかに使いこなすかも臨床上重要である。また、細動そのものに対するアブレーション治療の進歩についても触れた。

【まとめ】

実際の症例を挙げながら、見逃してはいけないが、ちょっとした注意で見つけることのできる不整脈について、臨床的特徴や最近の治療法について概説した。こういった疾患を念頭に置いて、問診・身体所見・12誘導心電図などの初期時対応を行うこと、ならびに専門医との連携により、より良い不整脈診療が行われることを願っている。

講演(Ⅱ)

演題 今後の在宅ケアシステム
ーがんと認知症ー

講師 長尾クリニック
院長 長尾和宏

第150回中央地区研修会

平成24年9月29日(土)

講演(Ⅰ)

演題 タバコと健康と人生
ー医療者にとっての喫煙問題と今後の展望ー

講師 東北大学 環境・安全推進センター
東北大学大学院 医学系研究科 産業医学分野
教授・統括産業医 黒澤 一

「講演要旨」

タバコの煙には、4,000種以上の化学物質が含まれます。200種は有害物質で、40種以上は発癌物質です。α線による内部被曝を起こすポロニウムも含まれているそうです。既知の物質のうち、タバコ煙の発がんリスクは最高レベルです。タバコのために死期を早めた人は国内で約15万人にも上り、死因順では、がん、虚血性心疾患、脳卒中などが続きます。慢性の呼吸器

疾患であるCOPDはタバコで起こる疾患であり、国内で年間1万5千人以上の死亡原因になっています。イギリスの長期にわたる研究でも、喫煙者は約10年寿命が短いという結果です。

受動喫煙でも被害は深刻です。米国の都市で公共の場を禁煙にした直後、心筋梗塞の発生が激減したと報告がありました。以来、各地から同様の報告が相次ぎ、受動喫煙と虚血性心疾患のイベント発生は動かしがたい事実と考えられるようになりました。国内の推計でも、受動喫煙関連死亡は少なくとも年間7千人弱に上ります。さらに、三次受動喫煙と呼ばれる健康被害の懸念が急速に拡がっています。喫煙者が親である場合に、子供にリスクの高いアトピー性皮膚炎・気管支喘息・中耳炎などの種々の病気との関連が懸念されています。

一般に、喫煙者はタバコをやめたがりません。他に変わるストレス解消手段がないからという理由です。しかし、このことはニコチン中毒症状そのものでもあります。理由の一部は、脳波を観察することによって垣間見ることが出来ます。喫煙者のα波は、喫煙によって9Hzから10Hzへ急激に上がります。ストレスが晴れる瞬間です。快感なのでしょう。ニコチンが切れてくると周波数は再び低下しますが、タバコでニコチンを供給すれば、そのたびに周波数は一過性に上がります。一見、特効薬のようですが、大きな罠がありました。健常者の脳波のα波の周波数は、10Hz前後で安定しています。喫煙者ではα波の基礎周波数が低く、ニコチンによって高められますが、健常のα波周波数をニコチンなしには維持できません。これがタバコでしか晴れないストレスの正体です。

禁煙は、ニコチンの離脱症状を伴います。特に禁煙初期には強く、時に耐え難いものであり、禁煙の継続を困難にしています。保険診療として認められた禁煙治療における禁煙補助薬は、離脱症状を緩和する効果があり、禁煙達成を助けるものです。タバコの健康被害が甚大であることを鑑み、禁煙外来に積極的な医師が増える

ことが重要であると考えます。また、医師は禁煙外来のような個別の治療の主体であるとともに、喫煙問題に大きな関心を抱き、禁煙の社会啓発のポピュレーションアプローチのリーダーとしても、最もふさわしい役割を演じられる立場でもあります。喫煙者の中の膨大な禁煙無関心層に対する啓発は重要課題であり、避けて通れません。社会全体の意識が変化していくことが、国民全体の禁煙を推進していく原動力となると思われます。医師は、それらを誘導していく重要な役割を果たさなくてはなりません。

世界に目を向けると、国際条約（FCTC）を通して、世界が一つになってタバコ問題の解決に向かっていきます。わが国のメディアの認識不足、または偏向があり、このことはあまり国内の報道に取り上げられていません。残念ながら、タバコに無関心な医療関係者が多いのが現実であり、この点、世界情勢からはかなり遅れをとっています。医学的な事実を並べてみれば、タバコ対策が医師にとって重要な疾患予防対策の最も効果的な方法であることは一目瞭然です。我々医師一人一人が関心を持ち続けていくことが大切ではないでしょうか。

講演(Ⅱ)

演題 日常診療で見逃したくない下垂体疾患

講師 金沢医科大学 糖尿病・内分泌内科学
准教授 中川 淳

「講演要旨」

内分泌疾患は、その症状が疾患によるものとみなされ難かったり臓器特異性に欠けたりすることから、日常診療で見逃してしまう危険性が高い。特に下垂体疾患は、遭遇する機会が稀なこともあってその傾向が強いが、適切に診断したいものである。一口に「見逃す」といっても内容は一律ではない。1) 先端巨大症やCushing病のように、典型的な症状の患者さんが目の前にいても全く気付かない“見えども見えず”の見逃し、2) 下垂体前葉機能低下症や男性のプ

ロラクチノーマのように、一見とらえどころのない訴えを「内分泌疾患によるものではないか？」と“疑わないと見えない”見逃し、3) TSH産生腫瘍や中枢性甲状腺機能低下症を甲状腺原発の疾患と誤診してしまうような“不十分な理解”による見逃しが挙げられる。

典型的な先端巨大症例の写真を示して「この疾患は？」と問えば、答えられない医師はまずいない。しかし、実際にその患者さんが高血圧などで受診したとき、鑑別診断に挙げることができるとは限らない。日頃から併発しやすい疾患を念頭に診療を行う必要がある。高血圧、糖尿病、睡眠時無呼吸症候群、慢性頭痛、手根管症候群、変形性脊椎症、膝関節症、咬合不全などの中には、常に本症が隠れていると考える。典型例ではそのつもりで容貌を見れば分かるが、初期では顔貌のみで疑うのが困難なことも多い。このような場合でも、脈拍の触診のついでなどに手を握ることで皮下組織が分厚い印象を受けることがある。いずれにせよ、本人が容貌変化や手足肥大を病的と考えて受診することは減多になく、スクリーニング検査を躊躇すべきではない。成長ホルモンはエピソード分泌を示すためスクリーニングには不向きでありIGF-Iを採血する（肝機能障害時などIGF-Iが上昇しない場合もあるので注意）。

Cushing病・Cushing症候群もまた、典型例は容貌を一目見れば診断可能であるが、実際に遭遇すると思ひ至らないことも多い。高血圧や糖尿病、女性では無月経、小児では成長停止など、本症に伴いやすい病態に日頃より注意する。満月様顔貌・中心性肥満の他に注意する身体所見として、赤色皮膚線条とともに、皮膚が全体に薄い印象を受けることは重要である。一般検査成績では好中球増加・リンパ球相対的低下・好酸球低下が発見の契機となる。低カリウム血症は重症でないと出現しないが、異所性ACTH症候群では他の所見に先駆けて気付かれることも多い。疑ったらACTHとコルチゾールを必ず同時採血するが、随時採血で参考値であって

も否定にはならない。我々は外来で少量デキサメサゾン抑制試験を行っている。デキサメサゾン0.5mgを23時に服用、翌朝採血する。コルチゾールが $3.0\mu\text{g}/\text{dL}$ 未満に抑制されれば否定されたと考える。

閉経前女性でプロラクチノーマを見つけることは困難ではない。月経異常があれば必ずプロラクチンを採血する。スクリーニングでは $15\text{ng}/\text{mL}$ 以上を異常として、下垂体MRIをエンハンス含めて撮影する。ただし薬剤性高プロラクチン血症も多いので十分な問診が必要。問題は閉経後女性や男性の場合で、分かりやすい症状がないため、視野・視力障害で初めて見出されることも多い。男性では性欲低下を以前より自覚していることがある。性欲低下を主訴に受診する患者さんは必ずしも多くはないが、意外に不定愁訴の中に潜んでいる可能性がある。

内分泌系でのフィードバックの理解が不十分であると、甲状腺機能異常に遭遇した際、TSH産生腫瘍や中枢性甲状腺機能低下症を甲状腺原発の中毒症や機能低下症と誤診してしまう危険性がある。Basedow病や亜急性甲状腺炎など原発性中毒症ではTSHは必ず抑制されている。TSH産生腫瘍ではTSH高値と思われがちだが、甲状腺ホルモン高値でTSH正常であれば可能性が高い。同様に、甲状腺ホルモン低値でTSH正常であれば、中枢性甲状腺機能低下症を疑う。

中枢性甲状腺機能低下症が疑われれば、さらに進んで他の前葉ホルモン採血や下垂体MRIを行う。甲状腺機能低下が中枢性と判明したことを契機に巨大下垂体腫瘍が発見されることもある。一方、下垂体機能低下による慢性的副腎不全では訴えが漠然としていていることも多く、まず疑ってみる必要がある。一般検査成績では好中球減少・リンパ球相対的増加・好酸球増加に注意する。重症化すれば低ナトリウム血症・低血糖が出現するが、原発性副腎不全とは異なり高カリウム血症は少ない。その他、不定愁訴が成長ホルモン欠損症状である場合、勃起不

全を他の不定愁訴として訴える場合もあり、ACTH・コルチゾール、TSH・fT3・fT4、プロラクチン、IGF-I、LH・FSH・男性ならテストステロン・女性ならE2を採血する。費用面から症状等に応じて選択・分割して検査してもよいが、プロラクチン・IGF-I以外は上位・下位ホルモンを必ず同時採血する。視床下部・下垂体を中心としたMRIを必ずエンハンス含めて撮影する。

第151回中央地区研修会

平成24年11月10日(土)

講演(I)

演題 パーキンソン病の診断と最新の治療

講師 金沢医療センター 神経内科

坂 尻 顕 一

「講演要旨」

- ・パーキンソン病は、アルツハイマー型認知症について多い神経変性疾患であり、現在、約14万人とされ、高齢化とともに今後も増加傾向が予想される。
- ・パーキンソン病の診断は、安静時振戦、筋固縮、寡動、姿勢反射障害のうち、いずれか2つがみられ、頭部CT、MRIなどの脳画像で異常が指摘できず、パーキンソン病治療薬の効果がみられるものとされる。治療効果の目安は、一般的にL-DOPA合剤300mgとされる。

なお、バイオマーカーとして、MIBG心筋シンチが有用である。

- ・パーキンソン病の治療は、薬物治療が主体で、抗コリン剤・アマンタジン・L-DOPA合剤・ドパミン受容体アゴニスト・MAO-B阻害剤・COMT阻害剤・L-DOPSなどに加え、近年、ゾニサミド・アポモルフィンなどが加わった。ゾニサミドは、従来、抗てんかん薬として使用されていたが、パーキンソン病治療薬としても使用されるようになった。作用

機序として、MAO-B阻害作用、ドーパミン合成促進作用、淡蒼球外節への $\delta 1$ 受容体を介する作用などがあげられる。その他に、2011年に改定されたパーキンソン病治療ガイドラインの変更点を織り交ぜながら、パーキンソン病治療を紹介した。

- ・パーキンソン病では、主要な運動症状のほか、側屈を伴う体幹ジストニア、うつ・幻覚妄想などの精神症状、睡眠障害、自律神経症状、むずむず脚症候群、疲労感などがあることを紹介し、一部は具体的症例を提示し、治療方法を示した。
- ・パーキンソン病の非薬物療法として、リハビリ、深部脳刺激療法がある。深部脳刺激療法については、自験症例を提示した。また、近い将来期待される遺伝子治療、ES細胞、iPS細胞などの再生治療などについても紹介した。

講演(Ⅱ)

演題 我が国における造血幹細胞移植の現状

講師 金沢大学 医薬保健研究域
医学系細胞移植学(血液・呼吸器内科)

中尾 眞二

「講演要旨」

同種造血幹細胞移植(以下造血幹細胞移植)は、健康なドナーの造血幹細胞を用いて患者の造血系と免疫系をドナーのものに置き換えるという、大胆な治療方法である。かつては、一部の難治性造血器悪性腫瘍のみに適用される特殊な治療法であった。最近では、支持療法やドナー選択法の進歩により、造血器悪性腫瘍や骨髄不全に対する標準的な治療法として、血液内科・小児科診療に欠かせない治療手段になっている。

【造血幹細胞移植の変遷】

日本の造血幹細胞移植は、1970年代に金沢大学病院で産声をあげた。造血幹細胞移植(当時は骨髄移植)が開始された当初は、主に通常の化学療法では治せない非寛解状態の白血病に対

する最後の手段としてこの治療が行われていた。しかし、腫瘍量の多い患者にいくら大量の抗がん剤投与や放射線照射を行って造血幹細胞を補充しても、結局は再発することが明らかになったため、造血幹細胞移植は寛解状態の患者に対して行うのが一般的になった。さらに、造血幹細胞移植ががんを根治させるメカニズムが、主としてドナーのリンパ球やNK細胞による免疫学的な効果であることが分かり、移植前処置に、患者骨髄を破壊するような大量の抗がん剤・放射線照射を用いない骨髄非破壊的移植(ミニ移植)が造血幹細胞移植の主流になりつつある。これに伴い、移植前処置毒性に関連した死亡率が低下した結果、50歳くらいと考えられていた移植患者年齢の上限が現在では70代にまで引き上げられている。

造血幹細胞のソースは、かつては血縁ドナーの骨髄に限られていた。最近では、少子化に伴い同胞内にHLA一致ドナーを見つけることが難しくなっている。このため、骨髄バンクに登録された非血縁ドナーからの造血幹細胞移植や臍帯血移植の例数が年々増加している。最近では、非血縁ドナーからの末梢血幹細胞移植も可能となった。中でも臍帯血移植は、一種の廃品利用であるためドナーへの負担が全くないことや、HLAが多少異なっても重篤な移植片対宿主病(graft-versus-host disease; GVHD)が起らないなどの理由から、非血縁者間骨髄移植を上回る勢いで増加し、年間の施行例数が8,000件に達しようとしている。ただし、臍帯血に含まれる造血幹細胞の数が限られているため、移植後の血液学的回復が遅い、患者体重が80kgを超える場合には移植片を見出しにくいなどの欠点もある。

【造血幹細胞移植の課題】

造血幹細胞移植は、現存する免疫療法の中ではもっとも強力なものである。このため、本来は造血器腫瘍以外の様々な悪性腫瘍に対しても試みられるべき治療ではあるが、移植に関連した死亡の確率が20%前後あることが、予後不良

の血液腫瘍以外の固形腫瘍に対する適用を妨げている。その主な要因は、ドナーのリンパ球が患者の正常組織を攻撃することによって起こるGVHDである。GVHDを抑えるための様々な免疫抑制療法や移植前処置の工夫がなされているが、いまだ確立されているとは言い難い。もう一つの大きな課題は移植後再発の克服である。大量の抗がん剤や放射線治療を行い、ドナーの免疫が患者の体内に残った腫瘍を攻撃させるような工夫を施したとしても、なお一部の腫瘍は再発する。再発率を低下させるためには、化学療法や分子標的療法によって、移植前の患者体内に残存する腫瘍細胞をできるだけ少なくすることが鍵になる。

【今後の展望】

昔に比べれば治療毒性が大幅に軽減されたとは言え、造血幹細胞移植はいまだにかなりの治療関連死亡を伴う「荒っぽい治療」である。このため、がんを根治させるための試みとして、最近では造血幹細胞移植のような非特異的な免疫療法よりも、がん細胞を選択的に攻撃する分子標的療法の開発に多くの人の関心が集まっている。実際に、かつては造血幹細胞のもっとも良い適応とされていた慢性骨髄性白血病は、メシル酸イマニチブのような分子標的薬が開発された結果、造血幹細胞移植を必要とする患者は激減している。それでは分子標的療法によって今後多くのがんが治せるかと言うと、実際にはそうではない。慢性骨髄性白血病のような「前がん状態」では、標的療法は有用性が高く根治も期待できるが、急性白血病のように増殖能力や変異能力の高いがんに対しては、分子標的療法の効果は限定的・一時的である。また、細胞周期の静止期にあるがん幹細胞を分子標的療法で根絶することは非常に難しい。したがって、新規の化学療法・分子標的療法によって腫瘍量をできるだけ少なくし、がん幹細胞を含めた残存がん細胞を、毒性の低い造血幹細胞移植によって根絶するという戦略がもっとも有効と思われる。

加賀地区

平成24年度 第4回学術講演会

期日 平成24年7月26日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 アルツハイマー病の診断と治療の進歩

講師 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

平成24年度 第5回学術講演会

期日 平成24年9月20日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 動脈硬化予防のための脂質管理
—スタチンを中心に—

講師 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

平成24年度 第6回学術講演会

期日 平成24年10月18日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 年齢のハードルをこえるインスリン治療
—安全・確実・現実的なアプローチ—

講師 信州大学 医学部 糖尿病・内分泌代謝内科

教授 駒津 光久

「講演要旨」

糖尿病治療の基本は、より正常に近い血糖コントロールを達成し、慢性の血管合併症の発症・進展を防ぐ事にある。その結果として、「健常人と変わらない生活の質を維持し、長寿を得ること」が最終目標である。講演の前半では、血糖コントロールのターゲットについて、近年のいくつかの重要な臨床研究のデータをもとに、現時点での考え方を紹介する。UKPDS研究で示されたように、2型糖尿病と診断されたら早期から治療介入を行い、血糖コントロールを行う事が合併症抑制、ひいては死亡率の減少につながる。一方、動脈硬化や細小血管合併症をすでに有する患者では、厳格な血糖コント

ロールを達成しても、あまり有益な結果が得られないのみならず、死亡率が増加する場合もある。この死亡率増加の真の原因は不明であるが、強化療法による低血糖の増加や、血糖コントロールが不十分でありながら「強化療法群」に割り付けられたため、無理な治療強化により生じる血糖変動などがその理由にあげられる。しかし、詳細に解析すると、介入開始前に冠状動脈の石灰化が少ない患者では、強化療法により心血管イベントは明らかに減少するので、血糖コントロールの目標は、その患者の背景を考えた上で決定することが重要である。2012年4月に発表されたアメリカ糖尿病学会／ヨーロッパ糖尿病学会のポジションステートメントでも、この観点から、新しい個別化した血糖コントロール目標が提案されている。

講演の後半では、血糖コントロールの手段としての基礎インスリンの重要性について、私自身の経験も踏まえて紹介する。2型糖尿病では、経口薬2-3剤使用で、目標HbA1cを継続的に1%以上こえるようなコントロールとなった場合は、血糖コントロール悪化の原因を探るとともに、外来で基礎インスリンを少量から(0.1 U/kg)開始する事が安全・確実・現実的なアプローチである。この際、経口血糖降下薬は原則そのままインスリン導入することが治療効果を実証するために重要である。インスリン量は朝前血糖値を参考に漸増する(fix fasting first)。高齢者では、目標とするHbA1cは状況による緩和されるべきであるが、その目標に達成する努力は継続すべきである。高齢というだけで、インスリン適応のある患者を漫然とコントロール不十分な状態にさらしておくことは慎むべきである。治療は、常に「リスクとベネフィット」を考慮して実践することを最後に強調したい。

平成24年度 第7回学術講演会

期日 平成24年11月29日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 肝・胆・膵癌の薬物療法：最近の話題

講師 杏林大学 医学部 内科学 腫瘍内科

教授 古瀬 純司

「講演要旨」

肝・胆道・膵癌は消化器癌の中で比較的頻度の低いがんと考え、1990年代まで大規模な臨床試験はほとんど行われず、標準治療もほとんど確立していなかった。しかし、1990年代に入って積極的に臨床試験が進められるようになり、この数年、標準治療が確立してきた。

1. 肝 癌

2005年、ヨーロッパを中心に肝細胞癌に対するソラフェニブのプラセボ対照第Ⅲ相試験が行われ、有意な予後の改善が確認された。わが国では第Ⅰ相試験が行われ、2009年5月、保険適用が承認されている。ソラフェニブの適応はChild-Pugh Aの肝機能良好かつ 1) 肝外転移あり、2) 脈管浸潤あり、3) TACE不応、としてコンセンサスが得られている。副作用は手足皮膚反応、下痢、疲労、高血圧、食思不振、肝障害などがあり、適切な副作用コントロールが大切である。

2. 胆道癌

わが国では、GEMあるいはS-1の第Ⅱ相試験が治験として実施され、それぞれ胆道癌に保険適用が承認されている。一方、GEM単独とGEM+シスプラチン併用療法(GC療法)の比較試験が英国と日本でそれぞれ行われ、GC療法の有用性が示されたことから、切除不能胆道癌の標準化学療法として確立した。GC療法では、通常用量のGEMと低用量のシスプラチン(25mg/m²)が用いられており、外来での実施が可能となっている。

3. 膵 癌

切除不能膵癌に対する塩酸ゲムシタピン(GEM)と5-FUの比較試験により、GEMの

有用性が示されたことから、標準治療として広く用いられている。日本と台湾の共同試験としてGEM、S-1、GEM+S-1併用療法（GS療法）の3群による第Ⅲ相試験が実施され、GEMに対するGS療法の優越性は証明できなかったものの、S-1の非劣性が確認された。分子標的薬としてはGEM+エルロチニブ併用療法がGEMに比べわずかながら有意な延命効果が認められた。これらの結果から、現在、GEM、S-1、GEM+エルロチニブの3つが標準治療として選択されている。さらに最近では、FOLFIRINOX療法やGEM+ナブパクリタキセルなど新しい治療法の有用性が証明され、近い将来保険適用に承認されるものと期待されている。

肝・胆道・膵癌では、この10年の間にそれぞれ標準化学療法が確立し、予後は明らかに改善してきている。患者の状態に応じた適切な適応や副作用管理が求められる。

平成24年度 第8回学術講演会

期日 平成24年12月6日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 インフルエンザ診療
—2012-2013シーズンに向けて—

講師 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

自由投稿

内科医にとってのOsteopathy的思考

もみの木医院 上田 操

Osteopathyは、1874年アメリカのA.T.Still MDが創始者である。人間の自然治癒力を回復・増強させることが目的の手技療法。日本でOsteopathyを手がけている医師は数名しかいないように思う。Osteopathyという言葉は知っていても、これは本来、整骨師や鍼灸師の仕事でしょう・・・と思っている方が多いと推測する。では、静脈注射は本来どの職種の仕事なのか？「静注しておいて」と医師は看護師に指示するが、本来は医師の仕事である。仕事には深さがある。アメリカではオステオパシーは医師（DO：Doctor of Osteopathy）が担っている。

DOになるには、MCATという医学部受験資格試験のあとMedical Doctor（MD）を目指す医学生と同様のカリキュラム+200時間以上の手技療法の実習をして医師国家試験資格が得られ、それに合格することが必要である。USA

の医師の約6%がDOで、その多くはFamily Doctorとして地域医療に貢献している。USAのカイロプラスティックはOsteopathyの一部を専門職のカイロプラクターに委ねている。

日本では昔から整体という施術があり、「あやしげな民間医療」と解釈している人もいるだろう。この整体は、アメリカのOsteopathyをかじった人達が閉鎖的に自主学習し、施術を行っているという説もある。しかし民間医療と呼ばれるものの中、いくつかが長年存続しているのは、その医療・施術により改善した人が多かれ少なかれ存在するからである。その裏に「どうせ民間医療でしょ」と言われるのは、サイエンスとしての証拠・効果・改善の程度と確率が証明されていないことが多いためであろう。

実際にOsteopathyの効果をEBM的に証明するのは困難である。複雑で精巧な人間の体が調

子を崩すには一つの原因だけだろうか？ 風邪を例にとってみると、風邪の病因はウイルス感染・・・これは正しい。よく風邪をひく人、殆ど風邪はひかない人、この差はどこにあるのか？ ウイルスの研究・対策はなされているが、病気になる人間自身の問題に対してはあまり研究が進んでいない。それは病気の受け入れ側＝人間を解析するには、年齢・性別・体質・性格・環境等あまりにも多くの因子があり、統計処理が難しいからかもしれない。個体差の激しい人間の治療を一種の薬剤ではなく実力の異なる人間が行う効果の判定は自覚症状であることが多く、自覚症状を判定に認めたくない西洋医学の土俵には乗せにくい。統計的には入院日数の減少など間接的な方法に頼るしかない。同じようなことだが、西洋医学医である私たちは食事摂取がアンバランス、睡眠不足、湯冷め等が風邪の誘因になることを経験的に知っている。Osteopathyは病態をいかに的確にとらえ、総合判断し、いかに手技療法を行うかが効果に反映する。治療結果を確認して手技を終了する。Osteopathyの一部を整形外科医に伝えたことがある。「手術の成績はすぐには出ない。数十年後の判定もありうる。しかし、Osteopathyの効果はすぐに判定できるので嬉しい」とのこ

とだった。

ここで、もともと整骨医学と翻訳されていたOsteopathyは整形外科医の仕事では・・・という思いを抱かせる。私もOsteopathyを学び始めたのは、「労働者の腰痛・肩こりを何とか原因療法で改善したい、整形外科医になろう」と思ったからである。USAの医科大学で教鞭経験のあるDOから600－700時間の講義・実技実習を受けた。100時間を超えたころから、これは内科疾患にも有効と思い始めた。

Osteopathyは視診・触診で正常状態から外れるものを見つけ、個体全体の中でその所見がどんな位置にあるのか？ どこがKey Lesionなのか？ どの程度回復させれば良いのか？ を考察する。USAの大学教員であるDOは、主として手技で治療している。Family DoctorをしているDOは、日本でいう西洋医学とOsteopathy手技療法で治療をしている。

私は、Osteopathyを学び始めて五感での診察が楽しくなり、内科・整形外科等の診断学が使いこなせるようになったように感じている。今まで見えなかったものが見え、触知できなかったものが識別できるようになってきたのだ。内視鏡の初心者にはわからない凹凸や色調の変化が熟練者には見えるように。

編 集 後 記

▼爆弾低気圧の寒波の下、いよいよ年の瀬です。▼徳島で行われました臨床内科医会。当会からは、永井副会長が最優秀論文賞を受賞されました。同賞は、4年前に洞庭現会長も受賞されており、石川県臨床内科医のレベルの高さを示すものとして、大変誇らしいものです。まさに、『面目躍如』。改めましておめでとうございます。阿波踊りもさぞかし盛り上がったことでしょう。▼さて、「教養講座－日本酒編－」。何か窮屈で閉塞感のある時代、あえて、医師が医療以外のことも楽しむ。そうした余裕をもつことが必要だと教えていただきました。これぞ、『優游涵泳』。出典は論語ですが、「ゆったりとした心のままに、じっくりと学問や芸術を深く味わうこと」の意です。水にひたり泳ぐように教養を楽しむ、さらなる企画を、と考えるのは私だけではないと思います。▼そして、『温故知新』。特別企画として、臨床内科医会の誕生と展望を先達の先生方に語っていただきました。今ある問題点の歴史的背景を知ることが明日への知恵になることを確信しています。▼いつもながら、各種報告・学術講演の抄録をお寄せいただき、有難うございます。自由投稿も随時お待ちしております。新しい年が良き年になりますように祈念しながら……(恭)。