

石川臨内報

第 53 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28回 石川県臨床内科医会総会

- 会長挨拶 会 長 洞庭 賢一... 2
- 特別講演(Ⅰ) 総合診療の将来像
.....自治医科大学 総合診療部 准教授 黒木 茂広... 3
- 特別講演(Ⅱ) Vascular ProtectionのためのRAS系抑制の重要性
...鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
循環器・呼吸器・代謝内科学 教 授 大石 充... 3
- 報告** ●日本臨床内科医会 常任理事会 会 長 洞庭 賢一... 3
- 理事会 副会長 東野 朗... 4
- 代議員会 理 事 上田 良成... 6
- 会誌編集委員会 副会長 永井 幸広... 7
- 禁煙フォーラム石川2013 理 事 西 耕一... 9

特別企画

- 座談会 梅田 俊彦、岩城 紀男、半田 詮、山崎 幹雄
～その2～ 津田 功雄、近藤 邦夫、洞庭 賢一、鍛治 恭介(司会)... 11

地区活動だより

- 中央地区 19
- 加賀地区 22

- 編集後記 理 事 鍛治 恭介... 25



第28回 石川県臨床内科医会総会

平成25年 2 月24日(日) 金沢都ホテル

挨 拶

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

第28回石川県臨床内科医会総会を開催するに当たり、一言ご挨拶を申し上げます。会長を拝命するにあたり「学術・臨床研究の推進」、「社会貢献の充実」、「会員の和・増強」の3本柱を掲げました。

この一年間の活動を振り返ってみますと、日臨内調査研究SMILE STUDY等への参加、学術研修会・県民公開講座「禁煙フォーラム石川2012」の開催、新企画の「教養講座 ー日本酒編ー」、そして若い先生方に一人でも多く石川県臨床内科医会を理解していただくための「座談会」を開き、石川臨内報に掲載しております。また、年末には恒例の「会員親睦会」と、アツと言う間に過ぎ去った感があります。これら一連の諸事業が無事行えましたのも、皆様のご理解・ご協力のたまものと感謝申し上げます。特に新しく役員になって頂いた先生方のご活躍大でありましたこと、誠にうれしい限りでございます。

今年はこれらの事業のさらなる充実を図ると共に、県民の健康に関する事業として内容も一新した「禁煙フォーラム石川2013」を企画しております。5月26日の日曜日、会場も旧県庁跡の「しいのき迎賓館」で開催する予定です。コンセプトとしては、様々な健康器具を用いた健康ブースを設置し、県民参加型のイベントを目指しております。どうか、会員の先生方もお時間をつくり是非の参加をお願いします。

また、毎年会員家族・職員と忘年会を兼ねて開いております「会員親睦会」、これは会員からの好評を得ておりますので例年通り実施したいと思います。教養講座につきましては、今年は「ワイン編」の企画も進んでおります。いずれにしても、これらの事業の実施には会員の皆様のお力添えがあつてこそ。どうか積極的に会の行事に参加して頂き、ご意見賜りますれば幸いと存じます。



特別講演(Ⅰ)

総合診療の将来像

自治医科大学
総合診療部

准教授 黒 木 茂 広



特別講演(Ⅱ)

Vascular Protectionのための
RAS系抑制の重要性

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
循環器・呼吸器・代謝内科学

教 授 大 石 充



報 告

日本臨床内科医会 平成25年度 第 1 回 常任理事会

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

平成25年 4 月14日

1. 会長挨拶

新年度 副会長 余、常任理事 安田・平田先生退任。

垣内 副会長、松本・気谷・白石 常任理事新任される。

国民のため、日本の医療のために活動していきたい。

2. 副会長挨拶

望月先生：役員交代、会長は猿田先生、監事・議長・副議長は継続。

東京都医師会建て替えが予定されている。
日臨内事務局も対応を検討する必要がある。

3. 協議事項

1. 社会医療部

公益事業委員会 洞庭 賢一

・現在3ブロックから委員が出ているが、残りの3ブロックからも委員を推薦していただき、増員をお願いしたい。

・本会として禁煙宣言をしていただき、総会、医学会では禁煙を徹底する。将来的には会員は非喫煙を推進していく。

・今後の取り組むテーマについて

禁煙キャンペーンの展開について、豊田委員の関与を増やす事につき医学会開催県にお願いする。

2. 社会保険部

医療・介護保険委員会 清水恵一郎
「在宅」医療と介護のすみわけ。本人、
家族の意向が重要。在宅医療は医師会が推
進してほしい（日医、厚労省）。内保連・在
宅医療推進関連委員会（清水常任）で参加。
社会保険部 介護保険委員会 江頭 芳樹

3. 学術部

学術委員会 菅原 正弘
スマイルスタディへぜひ多く参加して頂
くようご案内下さい。

日本臨床内科医会 第60回 理事会報告

石川県臨床内科医会 副会長 東 野 朗

日本臨床内科医会第60回理事会が、平成25年
4月13日(土)に東京商工会議所にて開催されま
したので、報告いたします。

開会に引き続き猿田享男会長の挨拶があり、
その後、報告事項・決議事項に入りました。

報告事項 1. 会務及び会計、事業の概況につ
いての報告があり、議決事項に入りました。

議決事項 1. 平成24年度事業報告、2. 平成
24年度収支決算が議決された後、3. 平成25年
度事業計画（案）について話し合われましたの
で、内容の一部を報告いたします。

日本臨床内科医会 平成25年度 事業計画

平成25年度の事業計画は、臨床内科学の発展、
国民医療の向上、特に日本人の生活習慣対策の
充実を中心に据え、

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
- の3項目を柱として、事業内容の充実・発展、

財政基盤の強化、および組織の拡充をはかる、
との総論のもとに各部会より事業計画が提案さ
れました。

- | | |
|----------|----------|
| 1. 総務部 | 2. 庶務部 |
| 3. 経理部 | 4. 社会医療部 |
| 5. 社会保険部 | 6. 研修推進部 |
| 7. 学術部 | 8. 広報部 |

この中から、個人的意見で目を引かれた庶務
部の事業計画を引用させていただきます。

庶務部 会員増強委員会 担当

常任理事 白川 敏夫

I. 報告事項及び課題

1. 平成24年11月時点の会員数は15,823名
2. 当委員会の2期4年間の活動から得られ
た統一意見
 - 1) すべての都道府県で、日臨内の下に都
道府県内科医会があり、さらに地区内科
医会がある、といった系列図にあるとは
限らない。
 - 2) 既存の内科系の学術組織の中には、日
臨内の系列に属するより独自活動を選択

しているところも少なくない。

- 3) 日臨内自体の魅力を高めることが会員増強に結び付くとすれば、すべての部会による活動こそが会員増強活動。
- 4) 会員増強活動の現場は都道府県・市郡地区内科医会。
- 5) 節度をわきまえた勧誘活動であるべき。
- 6) 当委員会活動は、非会員に日臨内の魅力を伝えることと、都道府県・市郡地区内科医会における会員増強活動の支援が中心になる。

Ⅱ. 今後の当委員会の活動方針

1. 非会員への日臨内の周知活動、都道府県・市郡地区内科医会の会員増強活動の支援

- 1) 講演会会場で使用する DVD 版の改良と複数化。
- 2) 入会案内・パンフレット（手渡し、郵送用）の新規作成。

（私案 2 種、資料）日臨内活動内容・成果を同封する。

2. 入会有望医師への働きかけの具体的方法を示す。

1) 担当者（部署）

各都道府県内科医会に会員増強担当者を置いていただく。

2) 具体的勧誘方法として“会費免除体験入会”と“直接勧誘”を実施する。

① 費用（会誌費用、郵送費 etc）負担は？

→ 会誌費用は日臨内負担

② 実施者は？

(1) ある程度以上の組織規模のある内科医会は独自の実施

(2) 小規模な内科医会は日臨内会員増強委員会が代行

③ 入会有望医師のあぶり出しは？

→ 都道府県内科医会

(1) 未入会の内科医、新規開業医、後継医師

(2) 地区内科医会には所属するが、日臨内には未入会の医師

3. 新規の提案

1) 日臨内の全国規模の臨床研究、調査を紹介（DVD、勧誘セット）。

2) 日臨内の活動と成果を紹介（DVD、勧誘セット）。

3) 成功事例の評価紹介。成功事例を解析して今後に生かす。

4) ブロック会議の活用 → 都道府県内科医会の実情調査のためのアンケート調査実施。

5) 他の委員会の意見・提案を聴取し、勧誘に生かす。

6) 不特定多数に伝える手段を考えてみる。

① メーカー MR の活用

② 不特定多数に配送されている医学誌に日臨内学会や総会の開催案内等の掲載依頼

以上、庶務部 会員増強委員会から提案され、了承されました。他の部会の事業計画は会報等でご覧下さい。

その後、平成25年度収支予算（案）、地域医療功労者表彰の件、功労会員の推挙の件が承認されました。

最後に、第27回日本臨床内科医学会（神戸国際会議場）実行委員長挨拶が斎藤清治氏（兵庫県）よりあり、閉会いたしました。

以上、報告いたします。

日本臨床内科医会 第49回 代議員会

石川県臨床内科医会 理 事 上 田 良 成

平成25年 4 月13日、東京商工会議所で開催された。石川県からは代議員として横井正人先生と私が出席した。議長・副議長選出、議事録署名人指名の後、猿田会長と監事の先生が挨拶された。続いて、報告事項として会務・会計・事業概要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を以下に記載する。

1. 総務部

総務委員会 神津 仁 常任理事

平成25年 3 月 5 日現在、会員数は15,806人。平成24年度事業報告の後、平成25年度事業計画（案）が報告された。

調査研究委員会 洞庭賢一 常任理事

インフルエンザ研究 3 件他、計 5 件の倫理審査実施状況。

2. 庶務部

庶務委員会 谷村伸一 常任理事

日臨内医学会・総会の予定。

会員増強委員会 白川敏夫 常任理事

会員が漸減している。非会員に日臨内の魅力を伝える。

IT委員会 福田正博 常任理事

WEB会議システムが導入された。各都道府県のホームページ作成を日臨内で支援する。

3. 経理部

経理委員会 山本晴章 常任理事

平成24年度収支決算と平成25年度収支予算（案）について。

4. 社会医療部

公益事業委員会 洞庭賢一 常任理事

今後、取り組むテーマについては、禁煙キャンペーン・健康推進キャンペーンを。インフルエンザ研究は現状で継続を。その他啓発事業としてワクチン啓発・教育講演を検討。

地域医療委員会 平田泰彦 常任理事

「地域医療の現場から」の問題点についてと「地域医療の今後の在り方」に関するアンケート調査項目について協議した。「超高齢者の診療実態の現状アンケート調査」の発表と「在宅医療の推進」について投稿を依頼している。

5. 社会保険部

医療・介護保険委員会 清水恵一郎 常任理事

医療保険を取り巻く現状、日臨内活動、平成26年度診療報酬改定に対する要望について。

介護保険委員会 江頭芳樹 常任理事

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結果、慢性腎臓病（CKD）診療と地域連携に関するアンケート調査の状況、Smile Projectの状況について報告された。

会誌編集委員会 安藤忠夫 常任理事

「日進月歩」の掲載編数が多い月と少ない月があり、平均するように努めたい。投稿論

文のリピーターが多い、査読で論文の誤字・脱字など入力間違いが目につく。投稿論文の末尾に利益相反 (COI) について言及する論文が散見されるようになった。日臨内も今後対応していきたい。

8. 広報部

ニュース編集委員会 和田一穂 常任理事
医療連携を継続。病診連携・診診連携等を中心とした内容から、さらに細分化した方向にして医療連携をみて行きたい。

平成24年度 第 4 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25年 3 月10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。特に柴田顧問からは、会誌が「読まれる雑誌」を目指すべきであり、実地臨床に役立つもの、幅広い会員からの応募、日進月歩の平均化などのご意見があった。

報告事項

1. 会務に関する報告
2. 27巻 5 号 (3 月) の進行報告
3. 27巻 4 号 (12月) の読後アンケート報告

協議事項

1. 28巻 1 号 (6 月) 各種記事の執筆者の決定、確認
「総説」には、「特集」が消化器班の座談会の内容を取り上げることから、高知大：西原教授に消化器疾患に関して執筆いただいた。
「他科に聞くシリーズ」には、内科医のための消化管エコー描出 (川崎医大：畠 教授) を取り上げることにした。

2. 利益相反 (COI) 規定の検討

日臨内ではCOIについての取り扱い規定 (指針・細則) がないため、日本内科学会および日本医師会の取り扱いを調査した。投稿論文においては、日臨内で作成した自己申告書によるCOI報告書を提出し、論文末に著者のCOI開示を記載する。医学会の発表では、口頭発表時にスライドで申告すべきCOI状態を記載する方針で検討中である。臨床研究でのCOIの取り扱いは重要であり、利益相反委員会を立ち上げ、倫理委員会と協力して対応していく。

3. 28巻 1 号 (6 月) 投稿論文の査読

一般投稿論文10編の査読が行われ、7 編を採用 (原著 2 編、症例報告 2 編、臨床経験 3 編)、返却 1 編、コラム採用 2 編であった。

4. 和文要旨の書き方について

和文要旨を簡潔・明瞭に300字以内が望ましいとされた。

5. その他

英文要旨には問題が多いが、査読での点検は困難であり、投稿者の英文を尊重し、英文の点検はネイティブに依頼している。

平成25年度 第 1 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25年 5 月19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。特に柴田顧問からは、「目でみるページ」が複数ある場合には次号に回すなどの措置をとってもよいとの御意見があった。

報告事項

1. 会務に関する報告

腎・電解質班が実施したCKDのアンケート調査結果を、本年 5 月12日に日本腎臓病学会で内藤先生が御講演された。今秋行われる医学会でのワークショップでも発表の予定である。日本腎臓病学会から、先の発表を原著論文として投稿してほしいとの連絡があり、本会は学会報告との形態で掲載することで、二重投稿にはあたらないとの見解に達した。

2. 28巻 1 号（6 月）の進行報告

3. 27巻 5 号（3 月）の読後アンケート報告

特集関連記事の評価が高かった。

協議事項

1. 利益相反（COI）規定の検討

安藤常任理事から日本内科学会などを参考に、今回新たな日臨内での COI についての取り扱い規定（指針・細則）の原案が作成された。編集委員会で検討した後、6 月30日の常任理事会に提出されることになった。

2. 平成24年度最優秀論文賞の候補選定

原著部門では、吉澤孝之先生達がかかれた「慢性呼吸器疾患の終末期医療－肺がんと比較検討－」が、臨床経験・症例報告部門では、大手信重先生がかかれた「高齢者高血圧に対する積極的治療と評価」に決定した。

3. 10月兵庫医学会講演の掲載記事の検討

4. 28巻 2 号（9 月）各種記事の執筆者の決定、確認

「総説」には、「特集」が血液班の座談会の内容を取り上げることから、名古屋大：嶋田和之先生に血液疾患に関して執筆いただいた。「他科に聞くシリーズ」には、過活動膀胱を取り上げることにした。

5. 28巻 1 号（6 月）投稿論文の査読

一般投稿論文 1 編の査読が行われ、修正後、臨床経験として採用となった。



県民公開講座 第13回 禁煙フォーラム石川2013

石川県臨床内科医会 理 事 西 耕 一

石川県臨床内科医会の年次行事となった第13回禁煙フォーラム石川は、平成25年5月26日(日)、午後0時30分から午後4時00分までの間、しいのき迎賓館で開催されました。

今回のフォーラムは、今までの講演会形式のものとは全く異なり、リレー講演会、健康チェック、健康相談(保健師・医師)、パネル・ポスター展示の同時並行で開催されることになりました。

まず、開会の挨拶を石川県臨床内科医会会長の洞庭賢一先生から頂戴し、その後、来賓の浮田俊彦先生(石川県医師会副会長)や高本和彦様(石川県健康福祉部次長)からご挨拶をいただきました。

リレー講演会は、ガーデンルームで午後1時30分から午後3時30分まで行なわれました。第一部が「喫煙の害」、第二部が「禁煙の取り組み」と休憩を挟んだ二部構成とし、司会は佐原博之先生(石川県臨床内科医会)と池田美智子様(石川県看護協会)が担当されました。第一部では、永井幸広先生(ながい内科クリニック)、高桑 浩先生(金沢市立病院)、竹中 望先生(石川県歯科医師会)、大谷千晴様(石川県栄養士会)、高松 靖先生(内科高松医院)から、各々①「喫煙と生活習慣病について」、②「喫

煙と血圧について」、③「喫煙と歯周病について」、④「タバコの害：味覚障害をご存知ですか?」、⑤「喫煙と女性」と演者の先生方の専門性に関連したご講演を頂戴しました。第二部では、長年喫煙防止活動に取り組んでこられた、森田正人先生(金沢市医師会)、橋本真典様(金沢医科大学禁煙隊代表)、遠藤将光先生(NPO法人 禁煙ねット石川)、濱口優子様・坂下祐紀様・沼田直子先生(いいなの会)、佐原博之先生(さはらファミリークリニック)から、各々⑥「金沢市医師会喫煙防止教育プログラムについて」、⑦「金沢医科大学 禁煙隊の活動について」、⑧「成人式における禁煙アンケートから見えてくるもの」、⑨「『いいなの会』～楽しいのがいいね! 禁煙でつながる人ーひとネットワークー」、⑩「無理なく出来る、たばこのやめ方」についてのご講演を頂戴しました。また、合間に金沢市長の山野之義様からのご挨拶を頂戴し、最後は東野 朗先生(石川県臨床内科医会副会長)から閉会のご挨拶をいただきました。会場は約130名収容可能でしたが、ほぼ満席で医療関係の学生や一般の聴衆が熱心にご講演に聞き入っていたのが印象的でした。



同時並行で行われた健康チェックについては、各団体や医療機関のご協力により、多くのブース（血管年齢、肺年齢、歯周病チェック、肌チェック、血管内皮機能検査、味覚チェック、脳年齢、骨密度測定）を用意することができました。健康チェックは一般市民の関心が大変高く、事前問い合わせが事務局やしいのき迎賓館に多数あり、当日も開催時刻前から受付に数十人の行列ができたため、前倒しで開始されました。整理券制にしたことや、人気が見込まれた血管年齢ブースを3つ用意したこともあり、各ブースは常に一杯ではありましたが、混乱することなく、多くの一般市民が健康チェックを受けることができました。医師による健康相談では血管年齢に関する相談が大変多く、一般市民が血管年齢にとっても関心が高いことが実感されました。また、禁煙相談は6名ありました。



会場には、各団体が作成したパネルや児童が作成した禁煙ポスターが多数展示されており、講演会や健康チェックの合間に、多くの参加者が熱心に見入っていました。



今回の禁煙フォーラムは、石川県、石川県医師会、石川県歯科医師会、金沢市医師会、石川県薬剤師会、石川県看護協会、石川県栄養士会、石川県国民健康保険団体連合会、NPO法人禁煙ねット石川、いいなの会、小松市医師会、白山ののいち医師会、河北都市医師会、金沢医科大学のご支援に加え、健康ブースに機材や人材を派遣していただいた多くの団体や医療機関（石川県成人病予防センター、石川労働局、（株）シーボン、洞庭医院、長尾医院）、そしてボランティアの皆様（金沢医療技術専門学校、協会けんぽ石川支部、北陸学院大学、金沢医科大学看護学部、石川県立看護大学等）のご協力により、ようやく開催にこぎつけることができました。その結果、従来100～200名程度であった参加者が、今回は約700名余にのぼり、600部ほど用意した資料が足りなくなる等、関係者一同うれしい悲鳴を上げた次第でした。

このようにリニューアルした禁煙フォーラム石川を無事成功裏に終えることができたのは、関係者一同の皆様のご尽力の賜物と思っています。来年以降も是非ともご協力いただければ幸いです。どうもありがとうございました。

特別企画

石川県臨床内科医会

「座 談 会」 ～その2～

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

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

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

■地域医療(在宅医療も含めて)

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

梅田: 先生もご承知のようにイギリスの登録医

の悪しき前例があり、そのイギリスの轍を踏まないということで反対した訳です。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

岩城：人間らしい意識がほぼ無い方でも胃瘻を

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

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

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

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

■学術活動

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

岩城：私が日臨内のインフルエンザ研究を立ち

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

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

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

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

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

ロン症が多いとか皆さん言っていますが、マスが小さい。3,000人集まると面白いと思います。そういう所に少しでも参加していただいて、症例を出すということが非常にいいのだろう、そういう参加型の研究をやろうという発想が非常に多くあります。今度行うのはSMILE STUDYと言って、高齢者の糖尿病患者のものです。今のところ、専門の先生が提案してきたのですが、石川県臨床内科医会からも発信したいと思っています。暗い話しばかりでなく、

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

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

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

症例 10.

昭 51. 1 月 5.

名	(男)・女) (明)・大・昭 31 年生	職務上外の別	上・外 乗船中発病・下船中発病
傷	(1) 脳栓塞、半身不遂、不省	診	(1) 50 年 10 月 22 日
病	(2) 急性肺炎	療	(2) 51 年 1 月 16 日
名	(3)	開	(3) 年 月 日
	(4)	始	(4) 年 月 日
	(5)	日	(5) 年 月 日
		診療実日数 26 日	
		転 帰	
		治癒 死亡 中止	
① 初 診	時間外・休日・深夜 回 点	1月2回×4、1月3回×5、TEL×4(30×1) 150×24	
② 再 診	再 診 30× 4 回 120	(150+50×2)×3 117分 40分在	
③ 再 診	内科再診 43× 36 回 1548	(150+50)×5 " 15分在	
④ 再 診	"(乳幼) 48× 回		
⑤ 再 診	時間外 30× 3 回 90	②1 カルテクリン 37	
⑥ 再 診	休日 100× 1 回 100	ハルマジン 67	
⑦ 再 診	夜 150× 5 回 750	メリスロン 67	
⑧ 指 導	30× 2 回 60	ホルミジ-セ 37	
⑨ 普 通	32 回 5350	③1 アニロコワツ 1000 144×2	
⑩ 住 深	2 回 600	500 80×3	
⑪ 暴 風 雨 雪	2 回 900	マニール 1A・セ・コロワ 1A 18×5	
⑫ 内 服	薬 剤 12× 6 回 1197	セキトリン 1A・セ・コロワ 1A 11×5	
⑬ 屯 服	薬 剤 5× 回 72	③2 20% G 200 + ニリン 500 + セ・コロワ 1A	
⑭ 外 用	薬 剤 6× 回 115×7	20% G 200 + セ・コロワ 1A 149×4	
⑮ 麻・毒加算	2× 回	③3 モリアミル 31.500 + フジコ 10 + セ・コロワ 1A	
⑯ 皮 下 筋 肉	20 回 713	+ VC 500 + セ・コロワ 1A 157×3	
⑰ 静 脈 内	11 回 1401	同上 + 5% G 500 119×5	
⑱ そ の 他	8 回 1066	③4 (E.U. 2 B. 本-44... 61	
⑲ 処 置 料	4 回 59	(E.U. 2 B. 沈澱潜血 PH 細菌) × 2	
⑳ 手 術 料	回	R.W. Hb 9-11-B5G, 2L. B5	
㉑ 検 査 料	回	(B5G 白、血沈尿) × 2	
㉒ レ ー	回	(角解説) 眼赤、尿、尿血は当然必要最低限	
合 計	14744 点	度の検査が要している。肺炎に対しアニロコワ	

②1 カルテクリン 37
ハルマジン 67
メリスロン 67
ホルミジ-セ 37
③1 アニロコワツ 1000 144×2
500 80×3
マニール 1A・セ・コロワ 1A 18×5
セキトリン 1A・セ・コロワ 1A 11×5
③2 20% G 200 + ニリン 500 + セ・コロワ 1A
115×7
20% G 200 + セ・コロワ 1A 149×4
③3 モリアミル 31.500 + フジコ 10 + セ・コロワ 1A
+ VC 500 + セ・コロワ 1A 157×3
同上 + 5% G 500 119×5
③4 (E.U. 2 B. 本-44... 61
(E.U. 2 B. 沈澱潜血 PH 細菌) × 2
R.W. Hb 9-11-B5G, 2L. B5
(B5G 白、血沈尿) × 2
(角解説) 眼赤、尿、尿血は当然必要最低限
度の検査が要している。肺炎に対しアニロコワ
ツとセキトリンは常識的であり(細菌、病毒性
ブドウ球菌、肺炎球菌)内服薬の使用で極めて
効果的であり、内服薬の使用で極めて効果的
であり、内服薬の使用で極めて効果的であり、
電解質異常に対する処置(検査と輸液)
が望ましい

図 1 金沢内科医会の勉強会資料 (昭和51年)

肺炎症例のレセプトに関する解説が記載されている。

金沢内科医会等は、昭和61年石川県臨床内科医会設立時、発展的に解消している。

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

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

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

津田：今の研修会のままでいいのではないかと思います。

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

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

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

(資料7)

最近の医療訴訟事例について S51.8.20 金沢内科医会(齊藤)

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

[A] 診断と検査に関する事例

(例1) 胆のう癌誤診 (昭51 東京地裁 原告勝訴、現在控訴)

43才男 昭45 上腹部痛 嘔心嘔吐を主訴。A 医は急性胃炎の診断で治療。以後通院せず 3, 4 回投薬。10 日後 胆石、胆のう症と疑いフェリコールを附加。15 日後 激痛軽減、小康状態。37 日後再度疼痛、黄疸発現し、A 医は閉塞性黄疸と診断し治療。その 17 日後 上腹部に持続性疼痛を認め、癌を疑って外科を紹介。A 医は 30 日間原告より精査・他科紹介を請求し「癌」を「癌」で。B 外科で胆道造影で「癌」を「癌」で。貧血増強、肝機能障害(+) ALP ↑ LDH ↑、胆のう部腫瘍あり癌と診断。C 病院に転院。発病後 70 日位に肝臓癌と判明し手術中止。術後 1 か月で死亡。(結果) 早期発見で死を免れる事も不可能でなく、誤診と治療の怠慢で死期を早めた。43 才の余命 30 年以上 夫、子供 3 名の家庭的・精神的安定と破壊した訴訟料は 210 万円要求。100 万円を勝訴。

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

(例2) 脳腫瘍誤診 (昭49 東京地裁 原告勝訴)

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

図2 金沢内科医会の勉強会資料(昭和51年)

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

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

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

津田：お薬手帳を一本化する必要がありますね。

鍛冶：生活習慣病は内科医の十八番ですが、他に何かありますか。

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

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

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

■これからの臨床内科医会

鍛冶：臨床内科医会の今後の展望はいかがで

しょうか？

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

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

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

津田：総会の出席率、出席数はどの位ですか。

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

津田：研修会は中央地区、加賀地区、能登地区でやっていますか。

洞庭：中央地区と加賀地区で開催していますが、

能登地区はやっていません。中央地区研修会の出席者ですが、30名程度です。

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

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

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

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

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

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

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

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

鍛冶：臨床内科医会の今後のあり方に関してはいかがでしょうか？

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

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

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

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

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

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

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

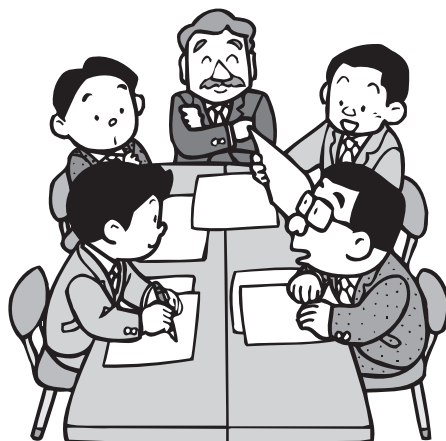
でよろしくをお願いします。

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

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

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

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



地 区 活 動 だ よ り

中 央 地 区

第152回中央地区研修会

平成25年 1 月26日(土)

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

「講演要旨」

急性冠症候群は、冠動脈の粥状動脈硬化プラークの破綻により発症し、病理学的にはコレステロールを取り込んだマクロファージの集積と炎症細胞の浸潤が特徴である。動脈硬化性疾患の発症には、脂質異常症、糖尿病(耐糖能障害)、高血圧、喫煙などの古典的危険因子の集積が関係し、逆にその予防にあたっては危険因子のコントロールが肝要である。中でもスタチンを用いたコレステロール低下療法は、もっとも確実に心血管イベントを抑制し、生命予後の改善に貢献する。

医療現場において、適切な診断と治療を補助する目的でガイドラインが普及してきたが、日本動脈硬化学会が発表するガイドラインはそれらの先駆けであった。ガイドラインは新しい疫学研究や介入試験の結果を受けて改訂される運命にあり、これで万全というものではない。今般、動脈硬化性疾患予防ガイドラインは2012年に5年ぶりの改訂を受けたが、そのポイントは以下である。1. 診断基準に境界域高LDLコレステロール血症(120~139mg/dL)を設け、患者背景によっては注意すべき病態であるこ

とへの注意喚起。2. 患者の層別化をNIPPON DATA 80を用いた絶対リスクを用いて評価すること。3. 動脈硬化性疾患のリスクを包括的に管理することの重要性を強調。4. 高リスク病態の明確化(二次予防の層別化、糖尿病を耐糖能障害と区別、家族性高コレステロール血症の単独記載、慢性腎疾患の導入、脳血管障害・末梢動脈疾患)。5. 二次評価項目としてのnon HDL-Cの記載、などである。

新ガイドラインは旧ガイドラインと比較し複雑で記憶することが困難であり、そのためガイドラインにはリスク評価チャートアプリが付属されている。新ガイドラインを用いると、特に危険因子のない閉経前女性の高コレステロール血症患者はもっともリスクの低い「カテゴリーⅠ」に分類される。低リスク高コレステロール血症患者への無駄な薬物介入が減少することが予測され、臨床現場へのインパクトは大きいと推察される。家族性高コレステロール血症は冠動脈疾患を高率に発症する高リスク病態であるが、スタチンが強力となったため診断が確定されず、具体的な目標値を設定せず漫然と投薬治療されるケースがある。また、本ガイドラインの診断基準に従うと正しく診断されない症例が少なからず存在する。家族性高コレステロール血症が疑われる患者は、一度は専門医の診断を受けるべきであり、石川県臨床内科医会の先生方におかれましては、症例の紹介をお願いしたい。

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

第153回中央地区研修会

平成25年 5 月18日(土)

講演(I)

演題 新時代の心房細動管理
～リバーロキサバン活用のポイント

講師 京都医療センター 循環器内科
医長・診療科長 赤 尾 昌 治

「講演要旨」**1. 心房細動と抗凝固薬**

心房細動は高齢化社会が進むにつれ増加の一途をたどっており、国内の患者数は100万人に達する勢いで、今やcommon diseaseと言ってよい疾患である。日常臨床でも遭遇する機会の多い疾患であるが、ひとたび脳塞栓を起こせば致命的、あるいは重度の脳機能障害を残すことも多い。

脳塞栓予防にはこれまで専ら、抗凝固薬であるワルファリンが使用されてきた。ワルファリンの脳塞栓症予防効果は絶大で、メタ解析の結果からは62%脳塞栓症を減少させることが示されている。しかしながら、ワルファリンは、数多い食事制限や併用薬制限、出血合併症や投与量コントロールの煩雑さから、敬遠されたり、忍容性がないと判断されるなど、適正に使用されているとは言い難い。

こうしたワルファリンの欠点を克服すべく、凝固カスケードのキーファクターを選択的に抑制する経口薬が開発された。先陣を切って、2011年から抗トロンビン薬であるダビガトランが登場し、続いて選択的凝固第Xa因子阻害薬として、2012年にはリバーロキサバン、2013年にはアピキサバンが登場し、その後もエドキサバンが控えている。こうした新規抗凝固薬は、食事や併用薬の制限を受けにくく、頻回の採血モニタリングを必要とせず固定容量の投与が可能で、また効果と安全性のバランスがワルファリンより優れていることから、まさに理想的新薬と期待されて華々しく登場したことは記憶に新しい。新規抗凝固薬の登場により、心房細

動治療は新たな時代を迎えつつある。

2. ROCKET-AF 試験紹介

ROCKET-AF 試験は、リバーロキサバンの心房細動患者における血栓塞栓症予防効果を、二重盲検下ダブルダミー法で、既存薬であるワルファリンと直接比較検討した臨床第3相試験である。ROCKET-AF 試験では、登録基準がCHADS2スコア2点以上の患者で、平均CHADS2スコアは約3.5と高く、すでに脳卒中を起こしている患者が半数を超え、二次予防の患者が多く含まれていることが特徴である。本試験では、年間の血栓塞栓症の発症率が、ワルファリンが2.2%、リバーロキサバンが1.7%と、リバーロキサバンはワルファリンを上回る予防効果を示した。もっとも憂慮すべき副作用である頭蓋内出血はワルファリンの半分以下であり、大出血はワルファリンとほぼ同等であった。

国際治験であるROCKET-AF 試験と平行して、日本人の心房細動患者を対象としたJ-ROCKET-AF 試験が行われ、ここでもリバーロキサバンはワルファリンを上回る予防効果を示した。本試験では、日本人の体格が小さいことを考慮して、用量設定を下げて行われた。これは、承認後の臨床利用を視野に入れて、大変適切な判断であったと思われる。ROCKET-AF 試験にエントリーされた海外の患者では平均体重が80キロを超え、BMIが28を超えていることに比べ、筆者らが行っている下記の日本人AF患者の登録データでは、平均体重は60キロを切り、BMIも22台と圧倒的な乖離がみられることから、日本人で独用量のエビデンスが得られたことは意義が大きい。

3. 伏見心房細動患者登録研究

こうした、心房細動治療の大きな変革期において、伏見区の心房細動管理の現状を正確に把握し、伏見区の脳塞栓患者をひとりでも減らすことを目標として、2011年3月から伏見心房細動患者登録研究(Fushimi AF registry)を開

始した。現時点で、登録症例数は3,277例と、人口の約1.2%にのぼる症例が登録されており、これまでに報告されている0.6%という有病率をはるかに上回っていた。また、CHADS2スコアは2.1点と従来の報告よりも高く、しかしながらワルファリンの処方率は48.5%と、全体の半数以下であった。こうした現状から、実臨床の現場における心房細動患者は、これまで考えられていた以上にハイリスクであり、抗凝固薬の使用率が低い現状（抗凝固薬のunderuse）が浮き彫りになった。さらに、ワルファリンを使用されている患者においても、出血を怖れて弱めのコントロールとなっている症例が多く（抗凝固薬のunder-treatment）、必ずしも予防効果を十分に発揮できていない可能性も示唆された。

今後、新規抗凝固薬が現場に普及していくにつれて、こうした抗凝固薬のunderuse, under-treatmentといった問題がどのくらい解決されていくか、地域における脳塞栓の発症が減少していくのか、また出血を主とする安全性については問題がないか、本研究を通じて注意深く観察していきたい。

講演(Ⅱ)

演題 生物学的製剤時代の実地リウマチ診療

講師 医療法人社団 勝木会

やわたメディカルセンター
理事長 院長 勝 木 保 夫

「講演要旨」

関節リウマチは、多関節炎を特徴とする全身性の炎症性疾患です。詳細な原因は現在でも不明ですが、遺伝的要因と環境要因が組み合わさって発症すると考えられています。発病率は30歳以上の人口の1%程度といわれていますが、40歳代をピークに、30歳代から50歳代で発病する人が多く認められています。

関節リウマチの症状には、関節症状と関節外

症状がありますが、関節症状では、手指、足趾、手首の関節の痛みと腫れが数週間から数カ月の間に徐々に起こります。手指と足趾の関節症状の発生頻度は同程度といわれています。手指に症状はなくても、足趾に症状がある人もいるので実際の診療では足趾をみることも大事なことです。

関節リウマチによる関節破壊に関して、かつては発症後10年ぐらいかけてゆっくり進行すると考えられておりました。しかし現在では、実は発症後1～2年のうちこそ急激に関節破壊が進むことがわかってきております。そのため治療方針も変わり、新たな治療方針としてT2T (Treat to Target)、すなわち目標を持った治療を進めることが重要だと考えられてきております。その骨子としては、関節リウマチに対する治療は単に痛みをとることだけではないこと、疾患活動性を抑えること、すなわち炎症を抑えること、さらに関節破壊を抑制すること、そして関節リウマチであってもごく普通の生活ができるようにすることを最終の目的にして、この目的を達成するために寛解、もしくは、病歴が長く困難な場合は低疾患活動性を達成することを目標としております。

この為には、まず早期診断が重要です。診断には、長い間1987年の米国リウマチ学会(ACR)による分類基準が使われておりましたが、この基準では早期の患者さんを診断できないことが多く、早期診断には適していませんでした。このような状況から2010年に米国および欧州リウマチ学会(EULAR)が合同で新しい分類基準を作成し、早期診断・治療が可能になってきております。日本リウマチ学会でもこの基準が検証され、早い時期での関節リウマチ診断に役立つことが示されています。血液検査をあわせると7～8割が早期診断できるようになった印象です。ただし、関節リウマチ以外の病気でも合計6点以上になってしまうことがあるため、点数をつける前に他の疾患がないか十分に検討する必要があります。

診断がつけば、早期治療が可能となります。ここ数年の間に抗リウマチ薬は様変わりしており、とても期待がもてるようになってきました。1980年代にはMTXが関節リウマチの治療薬として登場し、日本でも欧米に約10年遅れて1999年に承認されました。2000年以降、メソトレキサート（MTX）や生物学的製剤などにより、痛みをとるだけでなく病気の進行を止めることも可能になってきております。そのため、発病してなるべく早い時期に診断してMTXによる治療を開始することが、関節破壊防止のためにはより重要になってきております。現在、MTXは関節リウマチ治療の「アンカードラッグ」として中心的な薬剤となっております。

MTXの副作用には間質性肺炎や肝障害があります。発症2～3カ月で発生することが多いですが、3カ月以上経過してから発生することもあります。合併症や副作用でMTXが使えない場合や、MTXで効果不十分な場合、免疫抑制剤のプログラフを使用することもあります。1990年代後半に欧米で登場した生物学的製剤は、関節リウマチの治療に革命的な変革をもたらしました。炎症性サイトカインに直接作用し、効果が高く、関節破壊を抑制することが知られております。日本でも2003年以降、多くの生物学的製剤が承認を受けております。北陸3県の生物学的製剤の導入は20%との報告もありますが、コストが高いのが問題です。副作用としては感染症とアレルギーに注意が必要です。

いまや関節リウマチの治療はできるだけ早期から始め、その目標は寛解の達成という時代になってきております。さらに新たな製剤の開発も世界的に進んでいます。今私たちにできることは、早期診断と早期治療、3ヶ月ごとに治療を見直し、疾患活動性をいかに低く抑えるかに尽きるでしょう。

加 賀 地 区

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
臨床試験部門長・特任教授 池松 秀之

「講演要旨」

2009年A(H₁N₁)pdm09は、世界中で大きな流行をみせ、多くの国で多数の患者の発生と死亡例が報告されたが、日本の死亡者は非常に少なかった。迅速診断キットを利用した正確な診断とノイラミニダーゼ阻害薬を中心とした早期からの治療が有用であったと考えられる。2010/2011年流行期は、2009/2010年流行期にみられなかったH₃N₂の流行が再びみられるようになり、2011/2012年流行期は日本ではA(H₁N₁)pdm09の流行はみられず、A(H₃N₂)とBが流行した。インフルエンザの流行様式の変化は絶えずみられている。臨床内科医会の過去11シーズンの検討から、流行予測は非常に難しいことであると思われる。

インフルエンザの症状はその型や亜型による違いや、流行年度における違いがみられている。特にA型とB型では年齢により発熱の程度に違いがみられている。また、RSウイルスやヒューマンメタニューモウイルスの感染もインフルエンザ流行期にみられることがあり、症状のみから診断することは困難で迅速診断キットが臨床の現場で有用となっている。現在、迅速診断キットの感度や特異度は非常に高いものになっている。重要なことは適切な検体を適切な手技で採取することである。

日本では、ザナミビル、オセルタミビルに加えて、1回の投与で治療が完結する吸入薬であるラニナミビル（商品名：イナビル）と点滴静

注のペラミビル（商品名：ラピアクタ）が治療に使用可能となっている。各薬剤とも、発症48時間以内に投与開始されれば、発症から初回投与までの時間にかかわらず、初回投与から解熱までの平均時間は30時間前後である。各薬剤の効果はウイルスの型や亜型によって若干異なる。

オセルタミビル耐性ウイルスと呼ばれたNAにH275Y変異を持つH₁N₁型ウイルスが日本でも2008－2009年流行期にみられ、オセルタミビルに対するIC₅₀値は上昇しており、初回投与から解熱までの時間が有意に延長していた。A(H₁N₁)pdm09でもオセルタミビルに対するIC₅₀の値が著しく上昇したH275Y変異株が確認されており、継続的なサーベイランスが重要である。

日本は世界においてインフルエンザ診療の最先端を走っていると考えられ、迅速診断キットとノイラミニダーゼ阻害薬を上手に使いこなして、質の高いインフルエンザ診療がなされることが求められている。

平成24年度 第9回学術講演会

期日 平成25年1月17日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 骨粗鬆症の現状と治療の展望
～金沢大学整形外科外来での活動を中心に～

講師 金沢大学
地域医療救急・整形外科科学講座
特認教授 山本 憲男

「講演要旨」

骨粗鬆症の有病者は1,280万人余りと推測されており、これは日本全体でみると国民の10人に1人が骨粗鬆症ということになる。しかし実際の骨粗鬆症患者の医療機関受診率は、20%程度といわれている。また骨粗鬆症による骨脆弱性骨折である大腿骨頸部や椎体の骨折は、死亡の相対リスクを上昇させることが報告されている。大腿骨頸部骨折受傷者のうち、10人に1人

は1年以内に死亡し、その5年生存率は約50%と報告されている。大腿骨頸部骨折受傷前に自力歩行可能であったものが、受傷後も同レベルまで回復できるのは25%にも満たず、骨脆弱性骨折は高齢者のADLやQOLを大きく低下させる原因となっている。

骨粗鬆症は早期スクリーニングにより、重症化する前から診断と治療を開始することが重要であり、金沢市では2008年度より骨粗鬆症検診を行っている。検診受診者のべ47,000人分のデータを解析したところ、50才以降では一般健康女性においてもYAM値が約1%/年ほど自然低下しており、70才では半数以上が要指導者あるいは要治療者と最終診断されていた。

例年金沢市の検診受診率は25%前後（全国平均は約5%）で推移しており、全国平均と比べると比較的良好な受診率ではあるが、いまだ十分とはいえない状態である。受診率を改善するためには対象者への啓蒙活動はもちろんであるが、同時に骨粗鬆症一次検診あるいはスクリーニングを受けやすくすることも重要である。FRAX[®]は、WHOが開発したFracture Risk Assessment Toolであり、10年間の脆弱性骨折の絶対骨折リスクを計算することが可能で、改定された骨粗鬆症薬物開始判定基準にも導入され、今後より重要性が増していくと考えられる。またインターネット上や、無料で配布されている電卓様計算機で簡単に計算を行うことができるため、X線やDXAの導入が難しい一般かかりつけ医でも導入が容易である。我々は、骨粗鬆症検診施行時にFRAX[®]に関する問診を行うことで、%YAM値とFRAX[®]値との関連をのべ6,500人余りを対象として調査し、骨粗鬆症スクリーニングのための基準値を算定した。今後はこの基準値を活用しながら、より早期からの骨粗鬆症患者の同定と治療の導入を行っていきたいと考えている。

平成24年度 第10回学術講演会

期 日 平成25年 2 月14日(木)

会 場 ホテルサンルート小松

演題① 先天性疾患の最新の治療

講 師 金沢医科大学 心臓血管外科
特任教授 川平 洋一演題② 心不全治療の最近の話題
～新しい治療法を踏まえて～講 師 金沢医科大学 心臓血管外科
主任教授 秋田 利明**平成24年度 第11回学術講演会**

期日 平成25年 2 月28日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 危険！ 高齢者喘息

講師 NPO法人 札幌せき・喘息・
アレルギーセンター 理事長
医大前南 4 条内科 院長 田中 裕士
「講演要旨」

喘息死は、2011年では年間2,060人まで減少してきたが、問題はその88.5%が65歳以上の高齢者喘息である。高齢者の定義は65歳以上ということになっているが、年齢そのものより、介護が必要な合併症や認知症が治療の妨げとなっている。しかし、最近の研究では、難治性喘息の88%は服薬アドヒアランスの不良がその原因と言われ、薬の増量よりもアドヒアランスの低下がないかを確認する必要がある。

服薬アドヒアランスの低下の原因の一つは、喘息が慢性の気管支炎症が主体の病変であることが、市民へ理解されていないことが多い。すなわち、平滑筋収縮による一時的な喘息症状発現さえ乗り越えれば、喘息は治ったという誤った概念が横行していることがその一因である。喘息の原因には、ダニ、花粉、かびが多いが、高齢者では原因のわからない、非アレルギー性の喘息の割合が多く、喫煙・受動喫煙が発症の原因となっていることもある。80歳になっても

発症することが多く、札幌医科大学とその関連病院で1,728名に行った高齢者喘息のアンケート調査では、約半数が60歳を超えてから発症しており、その意味では、高齢者喘息の早期治療（発症して2年以内）のチャンスは第一線の医師の手中にあると言える。早期に治療すれば1～2割の人は完全に治ると言われている。初期症状としては感冒後の長引く乾性咳嗽、息切れの症状が重要で、心不全との鑑別が重要である。風邪をひいたあとに咳が長く止まらないとか、または冷たい風や空気を吸うと、例えば車のクーラーやお盆の時の線香の煙が喘息発作を起こす。

2012年に喘息の治療ガイドラインが改訂となり、喘息発作来院時の治療方法について4つのステップに分けて記載された。さらに、新しい治療方法として吸入ステロイドと吸入長時間作用型 $\beta 2$ 刺激薬の配合薬であるシムビコート®のスマート療法が正式にガイドラインに掲載されたことである。この方法は定期的なシムビコート吸入を行っているにもかかわらず発作が出そうになった場合に、吸入を増やせるというもので、重症な発作を起こさせない方法として期待されている。

最近のトピックとしては、高齢者で多くみられる喘息と慢性閉塞性肺疾患（COPD）のオーバーラップ症候群がある。本症候群では喘息単独、COPD単独の場合よりも呼吸機能（一秒量）の年次低下が著しく、予後が良くない。治療薬としては吸入配合薬と吸入抗コリン薬が有効であり、気道感染に注意して使用する。高齢者の喘息死の多くに、このオーバーラップ症候群が関与している可能性がある。

平成24年度 第12回学術講演会

期日 平成25年 3 月28日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 糖尿病治療からみたアンチエイジング
ーDPP-4阻害剤の新しい可能性ー

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年度 第 2 回学術講演会

期日 平成25年 5 月23日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 慢性腎臓病(CKD)における高尿酸血症ー
CKDの予後改善を図る新たな戦略

講師 東京慈恵会医科大学 慢性腎臓病態治療学

教授 細谷 龍男

平成25年度 第 1 回学術講演会

期日 平成25年 4 月18日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 高血圧と腎器障害
ー重要腎器に封印された日本人の記憶ー

講師 川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学

教授 栢原 直樹

平成25年度 第 3 回学術講演会

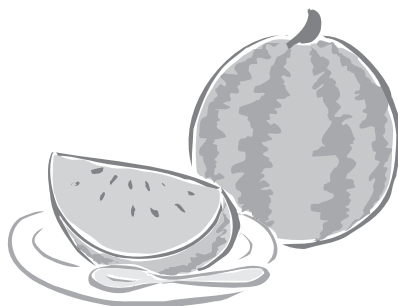
期日 平成25年 6 月13日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 知ってほしい痛みの話と
神経障害性疼痛薬物療法
ガイドラインに基づく痛み治療の実際

講師 京都府立医科大学 疼痛緩和医療学講座

教授 細川 豊史

**編 集 後 記**

▼早々に梅雨が明けた地方もあり、各地では猛暑が記録されています。▼2月の総会後に行われました特別講演において、自治医科大学総合診療部の黒木先生には総合診療を、鹿児島大学の大石先生にはRAS系抑制の重要性に関して、それぞれご講演をいただきました。▼総合診療と言えば、Dr. Gなる番組に人気があるようです。診断を当てる単なるクイズの様で実際の臨床を反映していない、という批判もある一方で、内容によっては、身体所見から鑑別診断を絞り込む醍醐味を味わえることもあります。優秀な研修医が出演していますので、家族と一緒に番組を見る時は、恥をかかないように注意が必要です。▼さて、西 耕一先生からご報告をいただきましたように、今年の禁煙フォーラムは体制を一新して行われました。成功裏に終わりましたことは喜ばしい限りです。関係各位に感謝と敬意を表します。▼また、前号に引き続き、座談会(その2)も掲載させていただきました。座談会で使用した、約40年前の勉強会の資料を、皆様にもぜひ見ていただきたく、大きく引用しました。時を経ても大いに感じる場所があります。▼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ました先生方には、心から感謝申し上げます。自由投稿もお待ちしております。▼向暑の候、皆様には、どうぞご自愛下さいますようお願い申し上げます(恭)。