

石川臨内報

第 54 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 日本臨床内科医学会

～神戸に参加して～	副会長	永井 幸広	2
	理 事	上田 良成	3
	理 事	長尾 信	4

報告

●日本臨床内科医会 常任理事会	会 長	洞庭 賢一	5
理事会	副会長	東野 朗	6
代議員会	理 事	横井 正人	7
学術部合同委員会	理 事	長尾 信	8
会誌編集委員会	副会長	永井 幸広	9
ニュース編集委員会	顧 問	西村 邦雄	10
●日本臨床内科医会 中部ブロック会議	副会長	東野 朗	10
●石臨内 会員親睦会	理 事	沖野 惣一	13

企画

「地域連携室を訪ねて」～金沢市立病院～	理 事	鍛冶 恭介	15
---------------------	-----	-------	----

石臨内行事予定

		18
--	--	----

地区活動だより

中央地区	19
加賀地区	28

編集後記	理 事 鍛冶 恭介	32
------	-----------	----

第27回 日本臨床内科医学会 in 兵庫に参加して

石川県臨床内科医会 副会長 永 井 幸 広

本庄会長の会長講演をお聴きし、阪神淡路大震災からすでに18年経ってしまったのだと再認識した。実は震災の2か月前、小生は神戸市で開催された第15回世界糖尿病会議に参加していた。当時、国際会議に初めて参加・発表し、心の高揚と緊張した雰囲気は今でも記憶している。三宮にある「そごう神戸店」で妻へのプレゼントを購入した。その神戸市が被災されたことを早朝のTVで知った。本当に映画の世界でしか起こらないような風景に愕然とした。本庄会長のご講演は「記憶を風化させない」ことの大切さを改めて痛感させられた。

医学会の楽しみの一つに親睦会がある。昨年の徳島市での医学会では、阿波踊りを参加された先生方と一緒に踊り、大いに楽しんだ。今回の医学会では、「日本のジャズ発祥の地」である神戸市ならではのジャズ演奏に陶醉した。また強くもないのに利き

酒をして、客室係をお願いしてアイスノンを持ってきてもらい、頭を冷やして床についた。

講演会や学会に参加して、時間があれば美術館を訪れることにしている。今回も第一目のモーニングセミナーに参加した後、午前中の時間を利用(?)して、小生が最も好きな画家である小磯良平の作品を観に出かけた。

まずは兵庫県立美術館に行き、小磯良平記念室で小磯作品の代表作である「T嬢の像」「斉唱」などを楽しんだ。同時に開催されていた「生誕130年 橋本関雪展」も良かった。次に向かったのは、六甲アイランドにある神戸市立小磯良平美術館である。数多くの作品を堪能でき、小磯良平の初期から晩年にいたる作品の変遷がよく理解できた。ちなみに、会場となった神戸国際会議場の横にある神戸ポートピアホテルに宿泊していたが、ホテルの地下1階には「母子群像」が掲げられており、とてもリッチな気分になれた。

今回は発表もなく（本県からは洞庭先生、角田先生、古川先生、長尾先生がご発表）、気楽に参加でき、大好きな小磯作品を十二分に楽しむことができ、充実した医学会となった。



第27回 日本臨床内科医学会 in 兵庫に出席して

石川県臨床内科医会 理 事 上 田 良 成

今回の学会は、神戸市ポートアイランドで開催された。

三宮駅からポートライナーに乗り、神戸国際会議場へ向かった。車内には列車乗務員のいる気配がしない。乗客はいるが田舎育ちの私には、人の生活の匂いが薄く違和感を覚えた。

本題から外れるが、私は幼少の頃は当地、山中の山野で遊んだ。小中学生の頃は父と一緒に山林の手入れをした。だから自然は自分の生活の場でもあった。

開業して40歳代の時、地元の町内会の役員を務めた。町内会長を務めた翌年、私の居住する上原町に、山中町当局からグリーンシティ建設の提案が持ち出された。聞こえはよいが日常生活で不要になった不燃物等を処分する場のことだ。シティは山林に建設される。当然、山間を削り道路が建設される。削れば土砂崩れも起きやすくなる。また上原町も田畑や共有林は売却され、民家が山裾にまで建てられている。大聖寺土木事務所から土砂崩れ防止のため砂防ダム建設が必要と話された。グリーンシティも砂防ダムも必要性は、私たち町内会役員を含め町民の方々も理解し承諾した。

ただ、砂防ダム建設の必要性を理解してもらうために土木事務所が用意したビデオの内容に、私はある意味で納得できなかった。ビデオで映し出された内容は正に神戸市都市開発の矛盾の一端を垣間見させるものであったからだ。神戸市にある六甲山系は卵の殻のような地盤の上に土が被っている。そのような土地に、

そして、そのような土地を削り取ってから市街地化を進めて行ったはずではないか。そのようなことをすれば元来、土砂災害が起こりやすいのに、更に危険性が高まるのは当然だろう。このような地形を例に取り、砂防ダム建設の必要性が話された。現に六甲山系は多くの砂防ダムが増設されていると言う。別の地のビデオを用意すべきだと思った。

削り取られた土で海岸は埋め立てられた。そして私が足を踏み入れたポートアイランドは六甲山系の土で造設されたのだ。六甲山系から発生する神戸市の土砂災害はその程度は分らないが、ある意味で人為的な感じがする。

学会については、井村裕夫先生の特別講演「少子高齢化社会と医学の課題」と学会長講演「大震災の経験を踏まえて—今後の備えを考える—」が興味深かった。

井村先生は講演の中で、NCD (Non Communicable Disease) が先進諸国のみならず、発展途上国においても増加しており、近い将来その国の経済・社会に大きな負担になると懸念されていた。NCDは遺伝素因に環境因子



が働いて、加齢とともに発症するが、環境因子としては成人になってからの環境の影響のみでなく、胎生期あるいは新生児期の環境が重要であること、胎生期の栄養状態を適切な範囲に保つことが、成人期におけるNCDの発症を減ら

すと考えられていること、そして今後の医学の課題として予防、特に先制医療の重要性を話された。

神戸市の都市計画の一端を思い起こし、今後の医学の課題を考えさせる学会であった。

第27回 日本臨床内科医学会 in 兵庫

石川県臨床内科医会 理事長 尾 信

勤務医時代には学会出張等にて関西圏もいろいろと訪ねたつもりでしたが、大阪・岡山・広島・神戸?? よくよく考えると、神戸には今まで行ったことがないことに初めて気が付きました。妻と行く予定でしたが、子供や愛犬のことで時間が取れなくて参加できず、残念!!

演題は、2012年9月に金沢で開催された第60回日本心臓病学会学術集会で発表した内容に一部追加し、リメイクして発表させていただきました。神戸市がどこからどこ? JR神戸駅が中心? 下調べもせず、その場でいいでしょうの考えで宿泊は、会場との関係も考えて三宮駅周辺に決めました。学会当日の夜の懇親会では、石川県から参加された皆様と楽しい時間を過ごすことができました。しかし、飲み過ぎたよう

で、翌日はすこし酔いが残っていました。昼頃には体調も戻り、神戸見物に出発しました。

神戸公式観光サイト FeelKOBE —Official KOBE Tourism Website— www.feel-kobe.jp/ を利用し、定番モデルコースの一つである北野異人館めぐりと布引ハーブ園コースを参考に散策しました。好天にも恵まれよかったのですが、休日にスーツと革靴でしたので、何となく違和感? また、想像以上に坂道がつらく感じ、運動不足(肥満)を強く感じるとともに、最近妻からも「もう若くないので無理しないこと」と言われていたことを思い出した次第でした。話は変わりますが、ダイエットに取り組もうかな～とも考えていますが…妻は「無理」と言っていますが…がんばっては見たいと思います。

来年は岩手で開催されます。震災の後の復興の状況もこの眼で見てきたいとも思っており、医学会には参加する予定です。



報 告

日本臨床内科医会
平成25年度 常任理事会

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

第1回：4月14日(日) 第2回：6月30日(日)

第3回：10月14日(月) 第4回：11月24日(日)

1. 会長、副会長挨拶

東京都医師会建て替えが予定されている、新しい施設の賃貸料が上がるため、事務所の借りる面積を小さくし、会議は会議室をその都度借りることを検討する。

2. 協議事項

1. 総務委員会

会員数減少は徐々に進んでおり、対策が必要。

2. 庶務委員会

会員勧誘用の郵便セット、日臨内紹介DVD作製、会員増強に関するアンケート、都道府県内科医会で会誌、ニュースを会員増強に利用して頂く。

3. IT委員会

HP作製支援の促進、委員会WEB会議の推進。

4. 公益事業委員会

本会として禁煙宣言を徹底していただき、総会、医学会では禁煙を啓蒙する。会員の非喫煙を推進していく。禁煙アンケートを行い、26年岩手医学会で発表する。禁煙宣言パネルを作製し、配布を検討する。

ワクチン研修会を継続開催し、理解を深める。

5. 医療・介護保険委員会

「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。

6. 地域医療委員会

医療功労賞。会誌コラム「地域医療の現場から」に順次投稿する。

7. 会誌編集委員会

COIに関する指針を作り、平成26年秋から施行する。

8. ニュース編集委員会

支部ニュースのテーマ

「超高齢社会における医療提供体制はどうあるべきか」

サブテーマ（案）

- 1) 在宅医療 2) 医療連携
- 3) 高齢者医療

9. 学術委員会

スマイルスタディが1年延長になった。
1万例目指し、ぜひ多く参加して頂きたい。

日本臨床内科医会 第61回 理事会報告

石川県臨床内科医会 副会長 東 野 朗

平成25年10月12日(土) 17:00~18:00

神戸ポートピアホテル B1「生田」

1. 開 会

猿田享男会長の開会の挨拶の後、次の議題について報告・議決した。

2. 議事録署名人指名

3. 報告事項

●会務及び会計、事業の概要

望月紘一 総務担当副会長より

現在の日臨内会員数 15,777名、今年度ブロック会議報告(担当県・開催都市)の予定について説明があった。

次に、庶務関係として作成された平成25年度の新役員・委員会委員名簿が配布された。訂正及びその後の追加変更について今回の正誤表が提示された。

調査研究関係として、「原発性アルドステロン症の実態調査」「CKDの医療連携に関する調査」「SMILE STUDY」の報告があった。

また、東京都医師会館改築に伴う事務所移転(決議事項)についての説明があった。

次に、今後の医学会開催予定として、平成26年10月 第28回医学会〔岩手県盛岡市〕、平成27年 第29回医学会〔熊本市〕、平成28年 第30回医学会〔東京都〕の報告があり、さらに今後の総会開催予定について平成26年4月 第31回総会〔東京商工会議所・神奈川県内科医会〕、平成27年4月 第32回総会〔京都ホテルオークラ・京都内科医会〕との報告があった。

嶋田 丞 公益事業、地域医療、介護保険担当副会長より

公共事業・地域医療委員会関係について、公益事業委員会では、7月29日~31日にオンライン・ミーティングシステムを使って

のWEB会議の練習を行った。

インフルエンザ研究班から、7月20日に第11回インフルエンザ夏期セミナーを東京で開催し、7月21日に第12回日臨内インフルエンザ研究班会議が開催され、その内容について説明があった。

医療・介護保険委員会では、6月30日に医療・介護保険委員会が開催され、医療と介護が包括的に議論された。介護の面では、①社会保障制度改革国民会議における議論の整理案、②介護保険制度を取り巻く状況、③市町村での体制整備、保険者機能関係などを使って「地域包括ケア」について議論を行ったとの説明があった。

中 佳一 学術部担当副会長より

1) 学術委員会

①原発性アルドステロン症の実態調査：ARR>200かつPAC>150pg/ml(2,650例中6.8%)、②慢性腎臓病(CKD)診療と地域連携に関するアンケート調査：2,287例(47都道府県)日本腎臓病学会誌 25-11 55巻8号、③Smile-Projectの進行状況、④小冊子の発行について説明があった。

2) 会誌編集委員会

会誌の内容につき報告があった。

広報部より、①ニュース編集のお詫び：112号 理事会・代議員会開催日 10月21日→10月12日、②112号の発行日変更、③平成26年度支部ニュースについて、④編集委員の増員についての説明があった。

4. 決議事項

1. 平成24年度収支決算報告資料(資料をご

覧ください)

2. 東京都医師会館建て替えに伴う事務局移転について

上記 2 議題について賛成多数で可決された。

5. 閉 会

第28回 日本臨床内科医学会 学会長 和田俊彦氏より挨拶があり、閉会した。

以上報告します。

日本臨床内科医会 第50回 代議員会

石川県臨床内科医会 理 事 横 井 正 人

平成25年10月12日、神戸ポートピアホテルにて第50回日本臨床内科医会 代議員会が開催されました。猿田会長、本庄日本臨床内科医学会学会長のご挨拶の後、会務及び会計、事業の概況の報告があり、引き続いて議決事項が決定されました。議決事項の主要内容について以下にご報告します。

1. 総務部

総務委員会

平成25年 9 月 5 日現在、日本臨床内科医会の会員数が15,777名（石川県は224名）であることが報告された。

2. 庶務部

会員増強委員会

新体制の発足が報告された。日臨内紹介用のDVDが作成された。

IT委員会

WEBによる会議が計画され、公益事業委員会等で練習を実施したことが報告された。各都道府県のホームページの作成を日臨内が支援することが報告された。

3. 経理部

経理委員会

平成24年度日本臨床内科医会収支決算の監査が行われ、適正であったことが報告された。

4. 社会保険部

公益事業委員会

今後の取り組むテーマとして、禁煙キャンペーンの展開、各種ワクチンの啓発、健康推

進キャンペーンが報告された。

地域医療委員会

第30回総会にて、地域医療功労者12名が表彰されたことが報告された。

医療・介護保険委員会

中医協の分科会が、平成25年 4 月に消費税が 8 %に上がった際に、診療報酬を引き上げることで対応する案をまとめたと報告された。平成26年診療報酬改定に対する日臨内の要望として、「1 処方 7 種類以上の内服薬多剤投与の減算の廃止」、「特定疾患管理指導料の月 2 回の算定から月 1 回450点への変更」等が報告された。

5. 研修推進部

研修推進委員会

平成24年度申請実績が報告された。認定医新規51名、認定更新96名、専門医新規10名、専門医更新1,306名であった。

6. 学術部

学術委員会

原発性アルドステロン症の実体調査の最終結果が報告された。登録症例数は2,650名であった。初診時未治療高血圧患者の中で、 $ARR > 200$ かつ $PAC > 150\text{pg/ml}$ に該当する症例頻度は6.8%であった。高齢者糖尿病を対象としたSMILE STUDYの平成25年 9 月18日現在の全国の登録症例数は、4,487名であった。(注：SMILE STUDYの症例登録期間は平成26年11月30日まで延長された。)

平成25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 理事長 尾 信

平成25年10月12日 神戸ポートピアホテル

学術合同委員会は菅原常任理事の司会で進行。
石川県臨床内科医会からは、永井先生（内分泌・代謝班）、坂東先生（呼吸器班）、小生（循環器班）が出席した。

報告事項

1. 原発性アルドステロンの実態調査最終報告 〔循環器班 班長 中尾正俊 先生〕

522名の登録会員から2,650症例の登録をいただいた。低レニンやPRAの測定精度の問題から、該当基準からPRAをはずし、ARRとともにPACの絶対値もカットオフ値に追加し、日本高血圧学会基準値 $ARR > 200$ かつ $PAC > 150 \text{ pg/ml}$ に変更し、該当頻度は6.8%であった。該当群と非該当群において、初診時の症状や血圧及び血清電解質など臨床的特徴に有意差は認めなかった。今後は、専門医に紹介された189例の追跡調査を行い、該当基準における感度・特異度を検討する予定である。

2. ①わが国における慢性腎臓病診療と病診連携の現状と地域差

②内科医の専門性と研修歴が慢性腎臓病と診療に与える影響について

ーかかりつけ内科医を対象とした

全国アンケート結果ー

〔腎・電解質班 班長 内藤毅郎 先生〕

内容は、5月に開催された日本腎臓病学会シンポジウムにおいて発表されている。この

ようなアンケート調査報告は、今まで本邦ではなく、慢性腎臓病に対する地域医療を考える上で非常に有益な報告といえる。

3. スマイルスタディ中間報告

〔内分泌・代謝班 班長 土井邦紘 先生〕

2013年9月18日現在、2,136施設から4,487症例の登録をいただいている。10,000例を目標に登録期間を1年間延長（2014年11月30日まで）することとなった。なお、石川県においては参加登録52施設112症例であり、皆様のご協力をお願いします。

4. 小冊子についての状況報告。

発行が1,464万部である。発刊中止になったものは新規に企業募集し、再発刊していく。本会収入となるので、患者指導に積極的な利用をお願いする。

協議事項 ー今後の活動方針についてー

1. 内科診療実践マニュアルについて

3年後に改訂（東京での総会に合わせて）

2. 内科処方実践マニュアル改訂について

2年に1回改訂（京都での総会に合わせて）

3. 日本臨床内科医会が考える、かかりつけ医について

議論が行われ、今後も引き続き検討していく。

※資料：医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言

平成25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25年9月1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

1) 利益相反（COI）規定を日臨内ホームページに掲載した。今後、投稿規定に反映したい。

2) 会誌編集委員の交代：神奈川県松葉育郎先生が退任し、今回から湯浅昌平先生（循環器班委員）が就任された。

3) 会誌編集委員会のWEB会議

2. 28巻2号（9月）、3号（抄録号）の進行報告

3. 28巻1号（6月）の読後アンケート報告

協議事項

1. 利益相反（COI）規定の検討

COI開示の投稿規定を12月号に掲載する。投稿規定（案）としては、【投稿にあたっては、日本臨床内科医会「利益相反（COI）に関する指針」に基づき、本会のホームページのCOI各種フォームの様式2により申告すること。申告書の内容は論文の採否には影響

しないが、COIに関する指針の細則に基づき、利益相反関係を掲載し末尾に記載すること】とし、12月号の投稿論文からはCOI開示を勧めていく予定である。

2. 「症例提示コーナー」の問題点の検討

現時点では「出題」を学術班班長に依頼し、班員に「コメントと解説」の執筆を依頼しているが、一部の班員から負担が大きいとの意見があった。今後、同コーナーを存続させるか否かにつき、平成25年度第2回学術合同委員会で協議していただく。

3. 28巻4号（12月）各種記事の執筆者の決定・確認

「総説」には、「特集」が内分泌・代謝班の座談会の内容をとりあげることから、都健康長寿医療センター：荒木 厚先生に執筆いただいた。「他科に聞くシリーズ」には、老年医学（阪大：楽木教授）を取り上げることにした。

4. 28巻4号（12月）投稿論文の査読

一般投稿論文（症例報告1編、臨床経験3編）4編の査読が行われ、すべて採用された。

5. インフルエンザ研究班座談会冊子の12月号と同送について

6. その他

日本臨床内科医会 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25年度 第1回

平成25年9月8日、日本臨床内科医会会議室で開催された。委員長の西村の司会で進行された。猿田会長、中副会長、望月副会長、和田常任理事の挨拶、新任編集委員の紹介・挨拶のあと、議題に入った。ニュース110号～112号の反省、113号～115号の割付の確認、113号・114号の発行日の変更についての報告があった。次に、10月13日・14日に神戸市の国際会議場で開催さ

れる第27回日本臨床内科医学会の執筆担当を手挙げ方式で決定した。特別講演、学会長講演、各シンポジウムの記事の締め切りが学会の2週間後と短く、委員の負担はかなり大きなものとなった。支部ニュース委員からの報告があり、今後のテーマについて、10月13日の第2回編集委員会で検討することになった。

平成25年度 第2回

平成25年10月13日、神戸国際会議場404会議室で開催された。会長、2名の副会長、3名の常任理事の挨拶のあと、早速議題に入り、支部ニュース委員からの執筆テーマを、「超高齢化社会における医療提供体制はどうあるべき

か」に決定した。編集委員の増員は予算的にも不可能であり、支部ニュース委員を至急増員するしかないとの判断に至り、各県内科医会に委員推薦を依頼する前に、執筆データを定める必要があったためである。

第14回 日本臨床内科医会中部ブロック会議報告

石川県臨床内科医会 副会長 東 野 朗

主幹：富山県内科医会

日時：平成25年11月17日(日)

場所：名古屋観光ホテル 18階オリオンの間

1. 開会

今年度のブロック会議は富山県が担当のため、富山県内科医会の若栗宣人会長の司会進行で行われた。

猿田享男日臨内会長より挨拶として会員数の停滞、在宅医療問題、専門医（かかりつけ

医・総合医）と内科学会専門医との関係、4月の保険改定問題、TPP問題、消費税問題等についての発言があった。

2. 日臨内執行部代表として垣内孟副会長より、平成25年10月12日に神戸で行われた第28回日本臨床内科医学会に約1,500人の参加が

あったとの報告があった後、現在の会員数（15,732名）の報告と平成25年度役員・委員会委員長名簿の配布、会員増強に関する状況・活動等についての各県宛のアンケートを計画中であることの報告があり、また各県の内科医会のHP作成支援事業についての説明があった。さらに、東京都医師会館建て替えに伴う事務所移転についての説明があった。

経理関係では、平成24年度収支決算が先日（10月12日）の神戸市での代議員会で監査報告の後承認されたとの報告があった。

公益事業として、インフルエンザ研究、禁煙キャンペーンについて、またワクチン啓発事業の展開を検討中であるとの報告があった。

学術関係では、原発性アルドステロン症の実態調査について10月14日の日臨内ワークショップにて最終報告が発表されたことと、基準該当例について追跡調査の予定であると報告された。SMILE STUDYについては登録症例数が5,447人（10月31日現在）であり、10,000人を目標として一年間延長継続するとの説明があった。その他「内科実践処方マニュアル」の改定計画、CKD診療の病診連携の現状報告があった。

会誌編集委員会で利益相反（COI）指針（案）が提示され、試行が開始されたとの説明があった。

3. その後昼食をはさみ

4. 各県内科医会より、1）各県の活動について、2）各県内科医会の抱える問題について、3）日本臨床内科医会への要望についての発言があった。

●石川県臨床内科医会

洞庭賢一会長より会員数224名（うち勤務医会員55名）との報告があり、事業報告として、第28回石川県臨床内科医会総会の開催と特別講演2題、2回の理事会の開催、研修会の開催（中央地区5回、加賀地区13回）、禁煙指導者講習会の開催、石川臨内報の発行、



「禁煙フォーラム石川2013」の開催、会員親睦会の開催、日本臨床内科医会への参加等の報告があった。

問題点として、会員数の減少傾向と研修会への参加人数の減少について報告があった。

●福井県内科医会

野村元積会長より活動として、年間10回の主催講演会、年間40回近くの共催講演会を行ったこと、ホームページの開設と平成26年にリニューアル予定であること、保険情報の提供を行ったことの報告があった。

福井県内科医会（11月現在、会員数273名）の抱える課題については、平成25年度より会員種別を一本化し、福井県内科医会会員はすべて日本臨床内科医会会員となったが会員の33%が病院等の勤務医であり、残りの開業医群はいずれも高齢化の傾向にあり、勤務医も含めた若手の確保が急務であるとの報告があった。

日本臨床内科医会への要望については、地域医療に従事する内科医が直面している諸問題に対する総合的な対応をお願いしたい、日本臨床内科認定医制度の価値づけ（日本プライマリーケア連合会との連携）、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を望むとの発言があった。

●三重県臨床内科医会

竹内敏明副会長より活動状況として、会員数は90名と少なく、7月に「医学研修会」と秋に「三重臨床カンファレンス」を開催しているとの報告があった。

抱える問題点として、会員をいかにして増やすかに苦慮しているとの報告があった。

日本臨床内科医会への要望として、会員を増やすためには、当会に入会することでメリットがあると感じてもらえるものが必要で、何か方策があればご教示願いたいとの発言があった。

●岐阜県内科医会

山川隆司副会長より説明があった。

会員数は平成25年3月31日現在、岐阜県内科医会608名、日本臨床内科医会385名（平成21年度659名・421名、平成22年度639名・396名、平成23年618名・392名、平成24年度608名・385名）と減少している。

岐阜県内科医会長は岐阜大学にある5つの内科講座の教授が2年交代で持ち回っている。

事業報告として、1) 岐阜県内科医会雑誌第21号第1号を発行、2) 第55回・56回岐阜県内科医総会、特別講演、ランチオンセミナーを開催したとの報告があった。

●愛知県内科医会

安藤忠夫常任理事より説明があった。

愛知県内科医会の活動として、2回の理事会と愛知県下内科医会合同例会、および愛知県下内科医会拡大連絡協議会を開催し、愛知県医師会の各種委員会や市医師会への委員の派遣を行っている。

名古屋内科医会の活動として、会員増強対策を行っていること、新規開業個別指導の説明会、ホームページおよび例会において保険審査情報を提供していること等の報告があった。

愛知県内科医会の課題として、創立の基盤が愛知県医師会の救急医療助成金事業の受け皿として創立された経緯から独自の活動は限られたものとなっており、従前どおり愛知県医師会の分科会として各種委員会での活動が中心となっている。

日本臨床内科医会への要望として、ホームページの「会員専用ページ」は活用されてい

るのか？たとえば「日常診療で役立つツール」は当初の構想からかけ離れ患者指導に使える内容に乏しい。「会員増強ツール」の「日臨内のご紹介改良版」が利用されているかどうか検証が必要である。また日臨内の利益相反問題等について発言があった。

●静岡県内科医会

活動について、玉腰勝敏副会長より説明があった。

事業報告として、定時総会1回、常任幹事会2回。講演会は東部で1回、中部で1回、西部で3回行われた。

静岡県内科医会の抱える問題点として、24年度に27名の新規入会があったが、なかなか新規会員を増やすことが困難である。静岡県内科医会964名、日本臨床内科医会235名（平成25年10月31日現在）。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、会員意見の把握および集約がしにくい。

日本臨床内科医会への要望として、国がジェネリックを使えと言いつつレミケード等の高薬価製剤が大量に使われている矛盾点について説明してほしい。等の報告と発言があった。

●富山県内科医会

若栗宣人会長より事業報告があった。

平成24年4月に平成24年度富山県内科医会総会および特別講演会、6月に新規開業医に対する自主指導、11月に平成24年度富山県内科医会CPC、平成25年4月に平成25年度富山県内科医会および第1回評議委員会、11月に平成25年度富山県内科医会CPCの開催を行った。

また、富山県内科医会内藤毅郎副会長より「慢性腎臓病（CKD）診療と地域連携の現状に関する全国アンケート」についての報告と平成25年11月27日開催予定の「富山性差医療研究会」の説明があった。

その後、各県からの報告を受けてのコメント（日臨内執行部）があった。

各地区の内科医会は各地域で保健活動を推し進めていること、一部のジェネリックの原末が中国・韓国・インドなどで生産され、安全性に問題があるのではないかと。新薬の値段を下げられないのか？ SMILE STUDY、CKDの全国アンケートで日臨内会員以外の医師からの回答が多くあり、その人たちを入会勧誘できないか？ 等の活発な議論があった。

最後にブロック内の打ち合わせがあり、平成26年度の中中部ブロック会議の主幹は福井県が担当し、平成26年11月30日に名古屋で開催することが申し合わされた。

◇出席者

日本臨床内科医会

会 長：猿田 享男、副会長：垣内 孟

石川県臨床内科医会

会 長：洞庭 賢一

副会長：永井 幸広・東野 朗

福井県内科医会

会 長：野村 元積、幹 事：羽場 利博

事務局：岩佐 和憲

三重県臨床内科医会

副会長：井阪 直樹・竹内 敏明

岐阜県内科医会

副会長：山川 隆司、理 事：河合 直樹

愛知県内科医会

会 長：太田 宏、副会長：佐藤 徹

常任理事：安藤 忠夫

静岡県内科医会

副会長：田中 孝・岡崎 博

玉腰 勝敏

富山県内科医会

会 長：若栗 宣人、副会長：里村 吉威

理 事：内藤 毅郎、事務局：野口 貴子

以上報告いたします。

第 8 回 石臨内会員親睦会

石川県臨床内科医会 理 事 沖 野 惣 一

平成25年12月14日(土)に、恒例の親睦会がホテル金沢において開催されました。冬の金沢らしい冷たい風とあられが舞うあいにくの天候でしたが、94名の会員・関係者の参加がありました。今回は、会員による出し物をメインとして at home な懇親の場にしたいという洞庭賢一会長の意向で、企画をさせていただきました。

若狭豊先生による能管と篠笛での「楠公」が



厳かに響き渡り、前川実生先生が所属する“藤本流 ふじ与会”による三味線での「新土佐節」、「奴さん」、「青柳」の三曲が華やかに演奏されて幕開けしました。洞庭会長のご挨拶、高田重男副会長による乾杯のあと、テーブルの垣根を越えて交流の輪が広がりました。

近藤邦夫サンタクロースと洞庭トナカイが現れて子供達にプレゼントがあり、松沼恭一先生と金子昌代氏によるギター演奏と歌が披露されました。「糸（中島みゆき）」と「結詩（井上陽水）」の二曲がしっとりと歌われ、今回ご都合で参加できなかったF & MのF（藤田晋宏）先生の気持ちが乗り移ったかのようにでした。その



後、洞庭会長夫人の多大なご尽力で準備していただいたトランプ抽選会では、多くの方が景品を受け取った後で、二枚あったJoker賞（特賞＋ホテルディナー券）が、いずれも安田紀久雄副会長御家族にわたるという想定外の偶然がありました。再び松沼先生が所属する“アンサン



ブルつくし”によるクリスマスソングで会場が盛り上がった後、安田副会長による閉会のご挨拶がありました。ご挨拶の最後にはマツケンサンバの華麗なステップをご披露いただき、来年のご出演が期待されるものでした。

すばらしい司会進行をしていただいた久保千浪氏（元MROアナウンサー）、演奏や歌をご披露いただいた皆様、きめ細やかなご配慮をいただいたホテル金沢担当者様、事務局の皆様、そして洞庭会長ご夫妻に深謝いたします。



地域連携室を訪ねて

金沢市立病院 地域連携室 ～展開する「味わいの医療」～

石川県臨床内科医会 理事 鍛 治 恭 介

平成25年11月下旬、雷鳴と霰降る荒天の中、金沢市立病院地域連携室を訪問しました。すっかり暖められた応接室に通され、温かいお茶をいただき、不安でしどろもどろの「にわか記者」の私も、少し落ち着きを取り戻しました。当日は、お忙しい中、高桑浩地域連携室室長、中町麻紀子看護部副部長、當間一美退院支援看護師、社会福祉士の小林外栄さん、地域連携室主事の北村章彦さんにお話を伺う事ができましたが、看護師さん達にひっきりなしにかかってくるピッチの電話に、第一線病院の忙しさをひしひしと感じながらの取材となりました。

1. 進む二人主治医制

金沢市立病院では、地域との連携をはかるために、二人主治医制を積極的に推進されています。二人主治医制をとれば、病院の先生には時間の余裕ができて、より高度で専門性の高い医療に集中できますし、開業医にとっても、家庭や社会背景までも熟慮したきめ細やかな医療を提供することが可能となり、また、いざ入院や

検査が必要となれば、スムーズに医療を継続することができます。こうして考えると、二人主治医制はいいことづくしなのですが、患者さん本人にとっては、病院の先生のもとを離れることはとても不安なことのようです。しかし、病院全体が二人主治医制を保障する姿勢を示して下されば、そのような無用な不安を、患者さんから取り除いてくれます。

金沢市立病院では、各科の外来に、二人主治医制を勧奨するポスターが大きく貼付され、また、ポケットサイズのパンフレットも準備されており、推進への強い意欲が感じられます。

病院の先生からも、外来診療時に病状の落ち着いている患者さんには、かかりつけ医を持つことを直接勧められているとのことです。患者さんが理解して納得された場合には、患者さんが希望する診療所を紹介することになりますし、また、もしも適当な診療所がお分かりにならなければ、連携室でいろいろと提案をしてくれることになっています。また、連携室の前には専用のタッチパネルが設置されており、場所や専門分野などから、連携可能なかかりつけ医を検索でき、さらにそれをプリントアウトできるような仕組みになっています。

二人主治医制を、患者さんに不安を感じさせないようにしながら推進しようと、病院全体でいろいろな取り組みがなされていることを感じました。こうした取り組みが始まってから、逆紹介率は実際にステップアップしているとのこと伺い、納得しました。



取材風景

当院では、
「二人主治医制」
をご提案させていただいています。



■皆様の健康を、「かかりつけ医」の先生方と「当院の専門医」が連携し、共同で見守っていきます。
■「かかりつけ医」をご紹介します。手続きは簡単です。

お問い合わせ先
金沢市立病院 地域連携室
☎ (076) 245 - 2626

二人主治医制を勧奨するポスター



二人主治医制を勧奨するパンフレット



かかりつけ医を検索できるタッチパネル

2. 開放病床（患者さんが夜間に緊急入院されても、かかりつけ医に連絡がきます）

金沢市立病院には開放病床が25床あります。紹介入院した患者さんを開放病床を用いて共同診療するということは、今や当たり前のような時代になってきています。市立病院ではさらに、夜間救急などから緊急に入院になった患者さん（紹介状がない場合）に関しても、主治医に通知することを実践されているそうです。患者さん本人から、あるいは、患者さんが持参したお薬手帳から、かかりつけ医を同定し、患者さんが入院されたことを連携室からかかりつけ医に伝える、というシステムです。しばらく外来に来られなかった患者さんが、実は骨折で入院していた、などという情けない話も日常診療ではありうることなのですが、通知がいただければそのようなこともなくなるわけで、かかりつけ医としてはありがたい仕組みです。開放病床利用率も、こうしたシス

テムを動かすようになってから大きく伸びているとのことでした。

3. 画像診断（地域枠を準備）

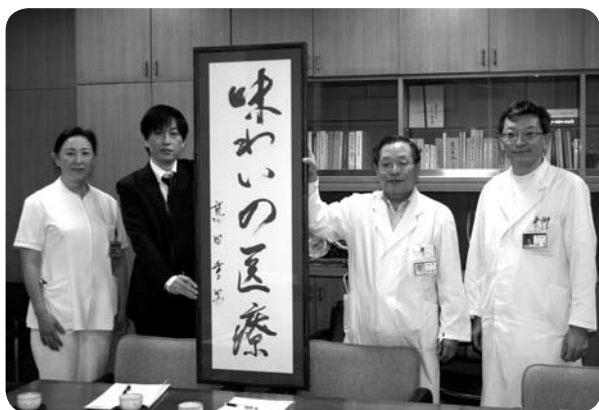
地域の開業医が、頭痛・めまい・腹痛などで、確定診断がつかないことは、残念ながらありうることです。例えば、突然の頭痛、人生最悪の頭痛でなくても、100%も膜下出血を否定することはできないわけですから、明日ではなく今日中にCTを撮影し確認したい、などということはよくあることです。金沢市立病院では、CTなどの画像検査には地域枠を設けてあるそうで、予約はもちろんのこと、さらには「今からCTを撮って欲しい」という要望にも、しっ

かりと応えられるように準備されているとのことでした。心強く思います。さらに、最近320列のCTを導入されたそうです。話題の冠動脈CTや大腸3D-CTにとどまらず、画像診断の可能性が未知の領域に広がることも考えられているようで、今後の知見の集積は、開業医にとっても目が離せません。

4. 各専門外来

睡眠時無呼吸症候群（SAS）外来、メタボリック支援外来、腎臓機能改善外来、心臓リハビリテーション、助産師外来などの特色をもった外来も展開されており、連携室では、お問い合わせをお待ちしています、とのことでした。

たくさんのお話を聞かせていただき、これちゃんと記事が書ける、と確信した私は、すっかりといい気になってしまい、ご多忙の中、1時間弱もお邪魔していることに気がつきませんでした。丁度、そこに高田院長がお越しになりました。高田院長は、「病院とアートの融合」「ホスピタリティーの医療を」などの取り組みをされて、大きな成果を挙げていらっしゃるようです。先日も、患者さんや職員さん、市民の方々の作品展をホスピタルギャラリーという形で病院待合にて開催され、自らも「味わいの医療」との書を揮毫され、出品されています。折角の機会でしたので、無理をお願いして、その書とともに皆で記念撮影をいたしました。「病院と



「味わいの医療」の書を前に記念撮影
左から、當間一美 看護師、北村章彦 主事、
高田重男 院長、高桑浩 地域連携室室長



看護師さんの展示発表会

アートの融合」、訪問したまさにその日も、病院の待合には看護師さん達の作品が展示されていました。この場所は、いつ来てもいろいろな企画が盛りだくさんです。あたかも、美術館の特別企画展示室のようです。

吹き抜けのガラス壁面の前で作品を鑑賞していると、いつしか、たたきつけていた霰も止み、たれこめていた雲の絶え間から明るい光が差し込みました。「味わいの医療」が、地域連携室を含めて、大きく展開することを予感させる情景でした。



連携室の皆さん
前列左が、長谷川真由美 地域連携室担当師長

金沢市立病院プロフィール

病 床 数	311床
開放病床数	25床
開放病床利用率	49.8%
紹 介 率	41.3%
逆 紹 介 率	58.6%
定期刊行物	スクラム(季刊)
オープンクリニカルカンファレンス	1回/2月
	(連携室のまとめによる)

平成26年 石川県臨床内科医会行事予定

平成25年12月 現在

行 事 名	開 催 日	場 所
第157回 中央地区研修会 講演Ⅰ 演題 「内科医のためのめまい疾患診断と治療」 講師 浅ノ川総合病院 脳神経センター長 廣瀬 源二郎 講演Ⅱ 演題 「骨粗鬆症患者の簡単な見つけ方 ―骨粗鬆症の現状とその対策を含めて―」 講師 金沢大学大学院 地域医療救急・整形外科学 特任教授 山本 憲男	平成26年1月11日(土)	石川県医師会館
第1回 理事会	平成26年1月11日(土)	石川県医師会館
第29回 石川県臨床内科医会総会 特別講演Ⅰ 演題 「アレルギー性鼻炎治療の最近の知見 ―鼻アレルギー診療ガイドラインから 舌下免疫療法まで―」 講師 千葉大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍学 講師 櫻井 大樹 特別講演Ⅱ 演題 「(仮)肥満症治療の新たなアプローチ」 講師 公益財団法人結核予防会 新山手病院 生活習慣病センター長 宮崎 滋	平成26年2月23日(日)	金沢都ホテル
加賀地区 学術講演会 演題 「(仮)機能性ディスペプシアに対する治療戦略」 講師 川崎医科大学 消化管内科学 教授 春間 賢	平成26年2月27日(木)	ホテル グランティア 小松エアポート
教養講座 ―ワイン編―	平成26年3月8日(土)	山代温泉 あらや滔々庵
第158回 中央地区研修会	平成26年5月24日(土)	石川県医師会館
県民公開講座 禁煙フォーラム石川2014	平成26年6月1日(日)	石川県立音楽堂 交流ホール
第159回 中央地区研修会	平成26年7月12日(土)	石川県医師会館
第160回 中央地区研修会	平成26年9月13日(土)	石川県医師会館
第161回 中央地区研修会	平成26年11月15日(土)	石川県医師会館

地 区 活 動 だ よ り

中 央 地 区

第154回中央地区研修会

平成25年 7 月 6 日(土)

講演(Ⅰ)

演題 在宅医療と看取り

講師 ものがたり診療所

所 長 佐 藤 伸 彦

「講演要旨」

今のように9割近くが病院で亡くなる社会では、高齢者爆発による多死社会を乗り切る事が出来ないでしょう。「何処で死ぬのかを選べる時代」にシなくてはなりません。今は選択肢がほとんどないのです。家族介護力の不足や療養する部屋という住宅問題、老老夫婦介護や独居、最近では老老親子介護という問題もあり、在宅での最期がすべて美化され、良いものという方向性にも問題があります。

そして何より、治す事を目的とした「医学」だけではなく「死」というものを視野に入れた社会的実践行為としての「医療」が必要になってきます。その中で、在宅医療、さらには病院・施設でも在宅でもない第3の場所を作ろうと思って活動を始め、ナラティブホームというシステム医療を設立しました。ナラティブとは「ものがたり」という意味です。その人の生きてきた人生を少しでも理解し、寄り添うことを理念にあげています。病気というものはその人の一側面を見ているだけです。長い人生の中で私たちはいろいろな事情を抱え、自分なりの価値観をもって生きています。病気という一面だけで終末期ケアはできません。治療か緩和か、医療か物語か、そんな二項対立ではなく、その間での落としどころを探す、(二項バランスと呼んでいます)それが私たちの目指すものです。

本来のインフォームドコンセントであると思っています。

具体的な事は当日お話をさせていただきますが、「ものがたりの郷」という15室の賃貸住宅を中心に、地域ケアと包括ケアをチームとして提供しています。認知症のがん患者も多くなっていますし、がんに限らない多くの疾患の終末期が増えています。認知症の末期、脳血管障害の後遺症の末期、腎不全の末期、心不全の末期等等で、それらが複数組み合わせられているのも高齢者終末期の特徴です。昨年度1年間での看取り数は60名、看取り率は90%です。

「看取り」をキーワードに地域医療を推進し、地域の方の力(地域力)と多職種の間わり合いが、いつかこの地域の一つの文化となればよいと日々活動しています。

講演(Ⅱ)

演題 アルツハイマー型認知症の
新しい治療戦略
— NMDA 受容体拮抗剤を中心に—

講師 国立長寿医療研究センター

内科総合診療部 遠 藤 英 俊

「講演要旨」

従来、わが国の認知症の人は高齢者人口の7～8%を占めるとされてきたが、最近では厚生労働省研究班から推計15%、462万人に上るとの報告も出てきた。高齢化で増える認知症に対して、新たな対策が必要になっている。

イギリスでは、メモリーサービスが設置され、認知症の早期診断と初期集中支援によって地域で生活続ける取り組みが行われている。メモリーサービスには多職種によるチームが置かれており、アドミラルナース (Admiral Nurses)

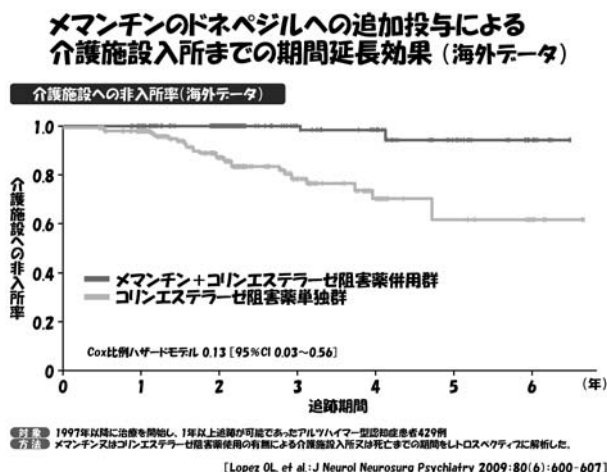
と呼ばれる看護師が在宅の認知症の人を訪問し、家族に対する支援を行っている。

わが国においても、2012年6月18日に「今後の認知症施策の方向性について」が公表された。認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らすことができる社会を目指すため、認知症の状態に応じた適切なサービスが提供されるように「標準的な認知症ケアパスの作成と普及」が掲げられており、「認知症初期集中支援チーム」が認知症ケアパスの起点として位置付けられている。チームは、認知症が疑われる人の家庭を訪問し、生活状況や認知機能などの情報収集や評価を行って適切な診断へと結びつけるとともに、認知症の人あるいは家族への支援を行うことを目的としており、2013年からモデル事業が始まっている。

さて、認知症が疑われた場合、問診、神経心理検査、画像検査などから診断を行うが、認知症の半数以上を占めるとされるのがアルツハイマー型認知症である。アルツハイマー型認知症の中核症状の治療薬としては、12年もの間、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤であるドネペジル（アリセプト）のみであったが、2011年3月以降、ガランタミン（レミニール）、メマンチン（メマリー）、リバスチグミン（イクセロン・リバスタッチ）が相次いで発売され、アルツハイマー型認知症の薬物療法は選択の時代を迎えた。

4剤のアルツハイマー型認知症治療剤の中で、メマリーは、唯一NMDA受容体拮抗を作用機序とする薬剤であり、グルタミン酸によるNMDA受容体の過剰な活性化を抑制することにより神経細胞保護作用と記憶・学習機能障害抑制作用を示すとされている。メマリーの国内第Ⅲ相臨床試験は、MMSEスコア5～14点の中等度から重度のアルツハイマー型認知症432例を対象として実施された。認知機能の尺度であるSIB-Jを用いて評価した結果、SIB-Jスコアの経時的推移が24週間にわたってプラセボ群を上回り、最終評価においても有意に上回るこ

とが確認された。アリセプトなどのアセチルコリンエステラーゼ阻害剤との併用も可能であり、神経細胞保護作用が期待できることから、より早期から併用療法を行い、続けることが有用であると考えられる。また、Modified CIBIC plus-Jの下位尺度であるBehave-ADにおいても、最終評価においてプラセボ群との間に有意差が認められており、攻撃的な症状や興奮などの行動・心理症状（BPSD）に対する有効性が示されている。興奮や攻撃性に対する有効性は、介護者の介護負担軽減に寄与するものと考えられ、海外においては、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤との併用により介護施設入所までの期間が延長したとの報告もある(図)。



これまでのドネペジルの使用経験を通じて、早期発見・早期治療の重要性が明らかとなり、環境・ケア・リハビリなどの非薬物療法を併せて行うことで、症状の進行を抑制することも明らかとなった。そして、現在では、アルツハイマー型認知症治療剤が4剤となり、きめ細かくストラテジーを立てることが可能となった。認知症の人の病態や症状に応じて使い分けることで、より有用性の高い治療を提供することができ、認知症の人のQOL改善はもとより、介護者の介護負担軽減に繋がるものと期待している。

第155回中央地区研修会

平成25年 9月14日(土)

講演(Ⅰ)

演題 生活習慣病の発症・重症化予防における
禁煙の意義と方法

講師 大阪がん循環器病予防センター
予防推進部長 中 村 正 和

「講演要旨」**1. 禁煙支援・治療の意義**

禁煙支援・治療の意義は、喫煙の本質であるニコチン依存症の治療だけでなく、喫煙関連疾患の発症予防ならびに重症化予防にある。喫煙は、WHOが進めている非感染性疾患（NCD：Non-communicable diseases）対策において、対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病の全てに共通したリスク要因である。わが国の喫煙による超過死亡数は約13万人で、高血圧の約10万人と並んで、死亡原因としての寄与が極めて大きいことが改めて確認されている。

2. 日常診療での禁煙支援のポイント

まだ禁煙しようと思っていない患者に対して禁煙の気持ちを高める上手な声かけのポイントは、患者の病状や健康への関心事、社会的立場などを踏まえて、それぞれの患者に合った禁煙の必要性を説明しながら、禁煙すべきことを「はっきりと」伝えることである。

一般に喫煙者は喫煙を嗜好や習慣と捉え、意志を強く持って自分の力で禁煙しようとする傾向がまだまだ根強く、このことが禁煙を阻む大きな原因になっている。そこで、保険による禁煙治療を利用すれば「比較的楽に」「より確実に」「あまりお金をかけずに」禁煙できることを伝え、禁煙に役立つ情報を伝えることが大切である。

3. 禁煙専門外来での禁煙治療のポイント

2006年から外来での禁煙治療に保険適用がなされ、現在、全国で14,000以上の施設が禁煙外来を開設している。禁煙治療を効果的に実施す

るためのポイントは、まず第1に、禁煙したいという患者の気持ちを行動に移すための「橋渡し」をすることである。そのための効果的な方法は、禁煙開始日を具体的に話し合っで決めることである。第2のポイントは、禁煙にあたって患者が不安に思ったり、心配していることを聞き出し、その解決策を一緒に考え、禁煙に役立つ手段的支援を提供することである（問題解決カウンセリング）。第3のポイントは、治療の一環として手段的な支援だけでなく情緒的な支援を行うことである。具体的には、禁煙にあたって患者を励ましたり、禁煙できたことをほめることである。この問題解決カウンセリングと治療者としてのソーシャル・サポートは、禁煙率を高めることが確認されたカウンセリング技法である。第4のポイントは、禁煙補助薬であるニコチンパッチなどのニコチン製剤やバレニクリンの特徴をよく理解して、喫煙者に合った薬剤を選択し、その使用を積極的に勧めることである。有効性については、最近のコクランレビューによると、プラセボに比較して禁煙率がニコチンパッチで1.6倍、バレニクリンで2.3倍高まることが報告されている。ただし、バレニクリンの使用により、因果関係は明らかでないが、めまい・傾眠・意識障害などの副作用を伴うことがあるので、服用中は自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に従事しないように指導することが求められている。服用中も自動車の運転等を希望する喫煙者にはニコチンパッチの処方など、別の方法を検討することが必要である。

講演(Ⅱ)

演題 肝機能障害のみかた

講師 金沢大学附属病院 地域医療教育センター
山 下 竜 也

「講演要旨」

1) 肝機能検査 — テキスト再確認 —

一般的な肝機能検査とは、AST, ALT, ALP, GGTP, T.Bil, PT, Albのセットを指すことが多い。肝機能検査は、(1)肝細胞の障害を反映する検査—AST, ALT, ALP, GGTP、(2)肝臓の生合成を反映する検査—PT, Albなど、(3)有機アニオン輸送能を反映する検査—T.Bil, ICGなど、(4)線維化を反映する検査—FibroTest, APRIなど、(5)慢性炎症や免疫制御変化を反映する検査—抗核抗体、免疫グロブリンなどの5つに整理できる。AST/ALTの比は現在でも疾患鑑別に利用でき、ASTとALTの半減期の差（ASTは17時間、ALTは47時間）は経過観察時に有用である。近年ALTの正常値上限値が見直され、男性で30IU/L、女性で20IU/Lが上限と考えられている。

肝硬変を予測する方法の一つであるAPRIは、ASTをその正常上限で割った値を、血小板数の10万の単位で割ることで簡便に算出できる。

「1」超の場合の肝硬変診断能は、感度76%、特異度71%、陰性的中率は91%といわれており、日常診療で肝障害症例の中から肝硬変や肝硬変に近い状態を囲いこむのに役立つと考えられる。

2) 肝機能異常 — 必要十分な検査の進め方 —

肝細胞障害型か胆汁うっ滞型かを鑑別することが肝要であり、肝細胞障害型肝障害の場合必ず一度はHBs抗原とHCV抗体を測定しなければならない。今日ではHBVとHCVのウイルス性肝炎は、核酸アナログと直接作用型の抗ウイルス薬（DAA）により制御または根治可能となってきたためである。

3) 画像検査 — 腹部超音波検査とFibroscan —

肝障害の診断の際には、超音波検査やCTスキャンなどの画像検査が必須である。

超音波検査は被曝がなく標準的な検査であるが、被験者の条件や検査機種、検査担当医などに影響されるため客観性が乏しい。特に慢性肝炎の診断は専門医でも難しい場合がある。慢性肝障害の診断のために、最近剪断波により肝臓の硬さを測定するFibroscanが保険収載された。線維化が疑われる場合の非観血的検査として簡便に検査ができるため有用である。

4) 肝障害と発がん — 肝癌専門医の立場から —

最近、非ウイルス性非アルコール性の肝癌症例が本邦でも増加傾向である（金沢大学では15%）。このような症例はウイルス検査による肝発癌高リスク群の囲い込みができないため、肝障害が軽度の場合でも慢性肝疾患（線維化）の有無を積極的に診断し、肝発癌リスクの層別化を行い診療にあたる必要があると思われる。

第156回中央地区研修会

平成25年11月9日(土)

講演(Ⅰ)

演題 糖尿病治療—「7つの習慣」から学ぶ

講師 大阪市立総合医療センター
糖尿病センター 代謝・内分泌内科

細 井 雅 之

「講演要旨」

「7つの習慣」スティーブン R. コヴィー

「7つの習慣 成功には原則があった」より

まず、冒頭に本講演は、全世界で1,500万部以上売れている『7つの習慣』と、筑波大学山田信博先生監修の『「7つの習慣」で糖尿病に克つ』を参考にしていることをお断りします。

第1の習慣；主体性を発揮する。

第2の習慣；目的を持って始める。

第3の習慣；重要事項を優先する。

第4の習慣；Win-Winを考える。

第5の習慣；理解してから理解される。

第6の習慣；相乗効果を発揮する。

第7の習慣；刀を研ぐ。

●第1の習慣；主体性を発揮する。

ー自分を変えようと常に意識する。インサイ
ドアウト

ー目的を達成するために必要な行動をとる。

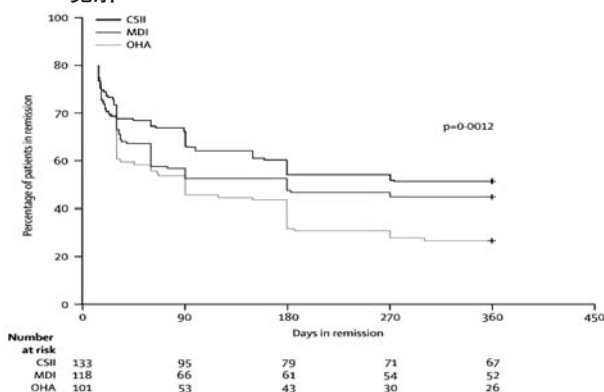
・糖尿病を完治させたい。

2011年、『インスリン療法で糖尿病が治る』
とのテレビ放送が話題となりました。これにつ
いては、関連する臨床論文があります。

2型糖尿病と診断された方を、インスリンポ
ンプ療法群、インスリン強化療法群、経口血糖
降下薬治療群の3群にランダムに分けて治療し、
血糖コントロールが良好になればその治療をや
め、1年間、食事・運動療法だけにします。食
事・運動療法のみで、各群どの程度、血糖コン
トロールが上手くいくかを追跡しました。

その結果、インスリンポンプ療法群やイン
スリン強化療法群といったインスリン治療群では、
6割の方が寛解しました（図1）。

図1 インスリン治療群は治療中止後1年後も60%は
寛解



Weng J et al : Lancet 371 : 1753-60, 2008

1年後のインスリン分泌能を静脈内耐糖試験
（intravenous glucose tolerance test : IVGTT）
により調べたところ、インスリンポンプ療法群、
インスリン強化療法群では、経口血糖降下薬治
療群と比較して、インスリン分泌能が温存され
ていました。これより、早期のインスリン導入
によって、1年後のインスリン分泌能が保たれ
ることがわかりました。

ただし、やはり大前提は食事・運動療法で、
これが順調であれば、インスリン療法も6割の
患者がやめられるのではないかと私は考えてい

ます。

●第2の習慣；目的を持って始める。

ーなりたい自分を想像してから始める。ミッ
ション、ビジョンを明確にする。

ー人生の中で何を持ちたいか、何をしたいか、
どうありたいか？

・目標HbA1cは？

最近、2型糖尿病治療の常識が変わってきま
した。2012年、米国糖尿病協会（ADA）と欧
州糖尿病学会（EASD）より、ADA/EASD
ガイドラインが出されましたが、そこでは、
patient-centered approach、つまり、患者中心
のアプローチということが示され、これにより、
糖尿病治療が大きく変わってきています。

従来、血糖コントロール目標は全ての患者に
おいて、HbA1c 6.5%でしたが、ADA/EASD
ガイドラインにおいて、2型糖尿病の血糖コン
トロール目標は、最も厳格に6%を目指す方、
最も緩やかな8%を目指す方と、段階を追うこ
とが提言されました。

Patient-centered approachとは、すなわち、
患者の心理社会的状態、サポート状況、低血糖
リスク、2型糖尿病の罹病年数、余命、細小血
管障害や心血管疾患の有無、併発症、それらを
全て加味して、その患者の治療目標を決めま
す（図2）。欧米では、高齢者、病歴20年以上、
重症血管合併症をもつような患者は、HbA1c
8.0%を目標というように、治療目標はフレーム
シフトしたわけです。

図2 2型糖尿病の血糖コントロール目標
（ADA/EASD）

最も厳格なレベル およそ6.0%	因子	最も緩やかなレベル およそ8.0%
やるき十分 視力 知識がある 自己管理能力が高い	心理社会的状態	やるきがない 視力でない 知識に乏しい 自己管理能力に乏しい
適切	サポート状況、資源	不適切
低い	低血糖リスク	高い
短い	2型糖尿病罹病年数	長い
長い	余命	短い
ない	微小血管障害	進行
ない	心血管疾患	確立
ない	併発症	多発、重症

Ismail-Belgi F. N Engl J Med 2012;366:1319-1327

わが国でも、2013年6月1日から、糖尿病治療目標が大きく変わりました(図3)。血糖コントロール目標は、血糖正常化を目指す際にはHbA1c 6.0%未満、合併症予防の際には7.0%未満、治療困難な際には8.0%未満とすると、日本糖尿病学会が宣言しました(全てNGSP値)。目標値は従来に比べ、わかりやすくなったと思います。

図3 2型糖尿病の血糖コントロール目標
[日本糖尿病学会(JDS)]

コントロール目標値 注4)			
目 標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。			
注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180 mg/dL未満をおおよその目安とする。 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。			

個々の患者をみて、血糖コントロール目標を決めるべきであると、強調されました。その目標を患者さんとしっかり共有することが、重要だと思います。

●第3の習慣；重要事項を優先する。

- ー自己を管理する習慣。
- ー血糖コントロールを後回しにしない。
- ーまずは1剤、
- ー3剤になればインスリンかインクレチン

薬物療法に関しても、欧米では昨年、変更がありました。従来、欧米では、第一選択薬はメトホルミン(BG薬)しかありませんでした。欧米では肥満者が多く、インスリン抵抗性の患者が多いためです。メトホルミンで不十分な場合、SU薬またはインスリン療法、それでも不十分な場合、メトホルミンとSU薬＋インスリン療法、とのことで、第3段階目でもインスリン療法です。それが、昨年のガイドライン変更により、薬剤の選択肢が広がりました。第二選択薬としてSU薬以外にも、TZD薬、DPP-4阻害薬、GLP-1受容体作動薬、インスリン療法

とあり、インクレチン療法も登場してきました。薬剤の選択法が、わが国に近づいてきたように思います。

では、わが国の『糖尿病治療ガイド』ですが、2型糖尿病と診断がついたら、まず食事・運動療法をとあります。次のステップでは、経口血糖降下薬かインスリンかGLP-1受容体作動薬とあり、選択肢が広いです。さらにその次のステップでも選択肢が広く、一般の先生方などは現場で困られることも多々あるようです。

『糖尿病治療ガイド』では幅の広い治療薬選択ですが、私共は治療薬アルゴリズムを独自に作成しました(図4)。

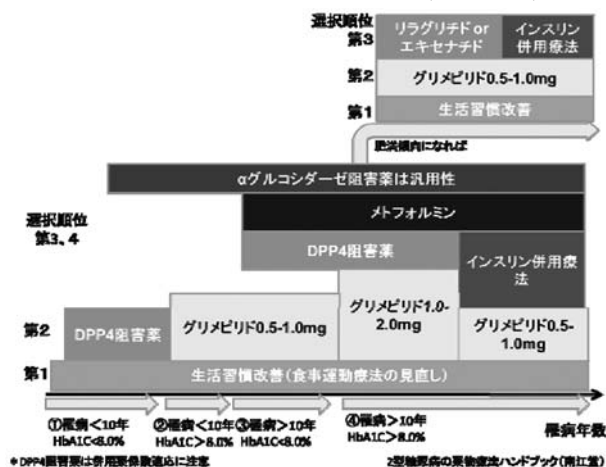
非肥満型では、まず、罹病10年以上か未満か、HbA1c 8%以上か未満かで分けます。罹病10年未満、またはHbA1c 8%未満の方は、生活習慣改善で不十分な場合、DPP-4阻害薬が第一選択薬になります。HbA1c 8%以上、罹病10年以上のどちらかがある場合、DPP-4阻害薬では不十分なことがあり、グリメピリド0.5mgから始めるのが良いと思われます。罹病10年以上かつHbA1c 8%以上の場合、グリメピリド1mgから始めることが多いです。グリメピリドで不十分な場合は、DPP-4阻害薬を足し、それでも不十分な場合は、メトホルミンを使用します。

以上のように非肥満型では、DPP-4阻害薬か、＋グリメピリド、＋メトホルミン、この3剤のパターンが多く、それでも血糖コントロールが悪い場合は、インスリン療法のステップと考えています。

肥満型では、まず生活習慣改善、次にメトホルミン、それでも不十分な場合は、罹病が10年未満など短い方にはDPP-4阻害薬、罹病が長い方はインスリン分泌能が低下していることが多いためグリメピリド0.5mgとしています。以上のように肥満型では、メトホルミン＋DPP-4阻害薬が中心で、3剤目にはGLP-1受容体作動薬を使用します。次のステップでインス

リン療法になります。

図4 2型糖尿病治療薬アルゴリズム (非肥満型)



以上のように、経口薬投与は3剤までとしています。4剤目は、保険の査定にも関わります。経口薬で無理な場合は、GLP-1受容体作動薬かインスリン導入となります。

要約ですが、糖尿病には、早期積極的治療および長期有効性、安全性に優れた治療薬が必要です。『長期的な安全性と忍容性』、『低血糖の防止』、『低リスク』、『体重増加がない』、これが今後の糖尿病治療薬のキーワードになると考えています。

●第4の習慣；Win-Winを考える。

- 自分も相手も幸せな方法を探す
- 患者さん、病院もかかりつけ医もやって良かったと。
- 地域連携で支える。

糖尿病治療では、地域連携が大切ですが、私共も大阪にて、『DM net ONE』という地域連携の会を2008年に発足させ活動しています。日本糖尿病協会発行の糖尿病連携手帳を使って、糖尿病センターへは、6か月ごとの受診をしていただいています。

●第5の習慣；理解してから理解される。

- 信頼関係を築く
- インクレチンを理解する。

DPP-4阻害薬の血糖低下以外の作用ですが、最近、様々な効果が発表されています。

図5は、シタグリプチンによる抗炎症作用の報告です。シタグリプチンを糖尿病患者に12週間投与すると、DPP-4活性が抑制され、GLP-1が上昇しました。その状態において、CRPは12週間にわたって抑制され、かつ、炎症マーカーである血漿中IL-6も抑制されていました。さらに炎症系に関わる他のサイトカインも、mRNA発現が低下していました。

図5 シタグリプチン投与下における、高感度CRPとIL-6

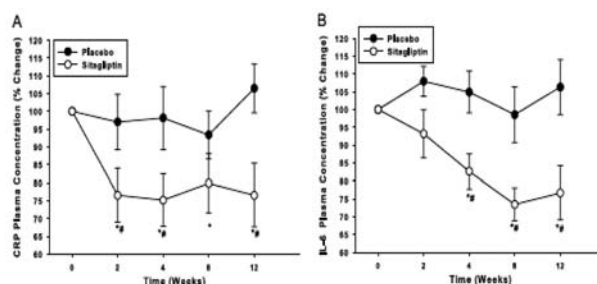


FIG. 4. Percent change in CRP (A) and IL-6 (B) concentrations after 12 wk of placebo and sitagliptin (100 mg/d) treatment in obese type 2 diabetic subjects (n = 10 and 12, respectively). Data are presented as mean ± s.d. * P < 0.05 by RMANOVA (compared with baseline); # P < 0.05 by two-way RMANOVA compared with placebo groups.

また、GLP-1受容体の血管内皮、血管平滑筋や心筋細胞での発現が明らかになり、心血管系へのインクレチンの作用が話題になっています。ラットへのGLP-1投与による心機能改善や、DPP-4阻害による拡張障害の改善、シタグリプチン投与による血管内皮依存性の血管拡張反応の改善も示されています。

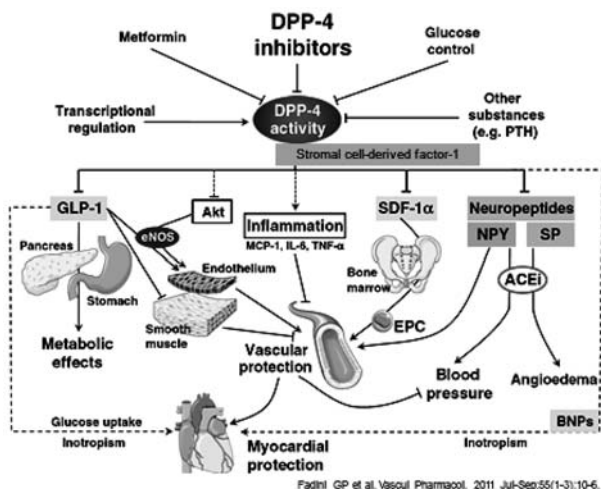
また、最近注目されているのが、SDF-1α（stromal cell-derived factor-1α）です。SDF-1αは、血球系を増殖させる造血幹細胞関連因子で、糖尿病患者にシタグリプチンを投与すると、血中SDF-1αが増え、それによって、血管内皮細胞の前駆細胞が増えて、血球系が改善することが明らかとなりました。

また、がんの化学療法による血球系の損傷ですが、DPP-4阻害薬投与によって、G-CSF（granulocyte colony-stimulating factor）等の血球増殖因子の作用が増強し、血球系の回復が早くなることがわかりました。がん治療の臨床への応用が期待されるような報告です。

このような血管の内皮細胞増殖による心血管系への保護作用は、SDF-1αによるのではないかとされており、さらにDPP-4阻害薬によっ

て、このSDF-1 α が増加することが示唆されています（図6）。

図6 DPP-4の阻害による心血管保護のメカニズム



●第6の習慣；相乗効果を発揮する。

一信頼関係を築く、相互利益を求める。

一力をあわせて大きな成果を得る。

・チーム医療で守る。

・大阪CDEを育てる。

地域連携パスの作成には、コメディカルの方のご協力が大きいのですが、糖尿病に詳しいコメディカルの方を一人でも多く育てるために、大阪糖尿病協会では、『大阪CDE（糖尿病療養指導士）』という資格も制定しました。ぜひ興味をお持ちいただければと思います。

●第7の習慣；刀を研ぐ。

自己を再新活性化する

一自分自身のポテンシャルを高めるため、自分への投資を続ける。マンネリ化しない治療法

一最新情報を得る。

一インクレチンの副作用は？

本年、アメリカから、インクレチン関連薬と膵内分泌腺腫瘍の発生を示唆する報告がありました。しかし、現在のところ、膵炎、膵癌の発生も含めて、インクレチン関連薬との関連は否定されています。ただし、今後、注意をしながら使用していく薬剤だと思われます。最新情報

を得る努力はたえず必要と考えます。

■おわりに

『「7つの習慣」で糖尿病に克つ』の本の中で、清野裕先生は下記のようにのべられています。

継続することが重要であり、

「7つの習慣」が継続を支える。

講演(Ⅱ)

演題 甲状腺疾患診療

講師 石川県立中央病院

糖尿病・内分泌内科 藤井 寿美枝

「講演要旨」

甲状腺疾患は大きく分けて、甲状腺機能に問題がある場合と、甲状腺機能は正常であるが、しこりが問題になる場合がある。従って、甲状腺疾患を疑うきっかけになったものが機能異常の症状や所見なのか、甲状腺腫瘍なのかでアプローチが異なる。しかし、いずれの場合も血中のホルモン濃度の測定と超音波検査による形態の把握が甲状腺診療の両輪となっている。

I. 血中ホルモン濃度測定からのアプローチ

1) 甲状腺ホルモンの過剰（中毒症）をみた場合

fT4が高値か正常、TSHが感度以下の場合である。この状態を起こす疾患の中で、約80%がバセドウ病であり、残りの約10%ずつを無痛性甲状腺炎と亜急性甲状腺炎が占めている。残りは、1%以下の頻度で、機能性結節性甲状腺腫（プランマー病）や妊娠性甲状腺機能亢進症が見られる。

2) 甲状腺ホルモンの低下をみた場合

fT4が低値か正常、TSHが高値の場合である。原因となる疾患の数は多いが、実際に専門病院を受診した患者でみると、医原性の機能低下症を除けばほとんどは慢性甲状腺炎（橋本病）である。

3) 甲状腺機能正常の甲状腺腫をみた場合

甲状腺腫がびまん性の場合、慢性甲状腺炎か単純性甲状腺腫ということになる。しかし、正確には単純性甲状腺腫と診断された中にも、腺腫様甲状腺腫が含まれているので、この3つの疾患を念頭において、鑑別診断が必要である。甲状腺に結節がみられる時は、腺腫様甲状腺腫であることが圧倒的に多いが、結節が悪性であるか否かの判断が最も大切である。

II. 甲状腺超音波からのアプローチ

甲状腺超音波検査が腫瘍性疾患の鑑別に不可欠であることは間違いないが、それだけでなく診断の方向性を考える上で重要なものである。いわば、我々が聴診器で体の聴診を行うような感覚で、施行するべきと考える。甲状腺腫が結節性かびまん性かの診断は、明らかなものであれば触診でもできる。しかし、我々のような専門家でも超音波検査をして初めて、びまん性甲状腺腫と考えていた中で腫瘍の合併を発見したりすることがある。超音波検査なしでは、癌を見逃す危険性もある。

1) びまん性甲状腺腫のアプローチ

血液検査で、抗サイログロブリン抗体または、抗TPO抗体のいずれかが陽性であれば、慢性甲状腺炎、両抗体とも陰性であれば単純性甲状腺腫と診断される。稀に、甲状腺機能正常で、びまん性甲状腺腫をきたすeuthyroid Graves' 病があるが、眼球突出や眼瞼後退などの症状があれば、TSAbを測定して診断可能である（むしろ眼科に受診される患者が多いかもしれないが……）。

2) 結節性甲状腺腫のアプローチ

結節性病変で一番多いのは線種様甲状腺腫である。結節性病変が複数存在し、しかも超音波所見が多様性に富んでいる場合は線種様甲状腺腫と診断してもほぼ妥当である。単発であっても、びまん性の腫大を伴っていれば線種様結節の可能性がある。しかし、常に悪性腫瘍の合併を念頭において、線種様甲状腺

腫と診断はついても、経過観察が必要である。

悪性腫瘍を見逃さないためには、腫瘍性病変を見た場合、一度は穿刺吸引細胞診をしていただいた方がよい。特に、悪性が疑われる超音波所見（辺縁不整、内部エコー低下、不均一な内部エコー、不整な辺縁低エコー帯、大小不同の石灰化、砂状の石灰化、周囲臓器への浸潤像、内部血流増加）を認めた場合は、必ず細胞診を行う。

III. 妊娠と甲状腺

甲状腺ホルモンは胎児の発達や成長、妊娠維持に必須となるホルモンのため、母体甲状腺機能を妊娠早期から管理することは非常に重要な意味を持つ。管理の指針としては、2007年に妊娠時の甲状腺疾患患者の国際ガイドラインが広く活用されているが、アメリカ内分泌学会から改訂版が検討されている。

甲状腺ホルモンT4, T3は甲状腺内で合成後、血中に放出され、99.7%以上はサイログロブリンなどの蛋白質と結合しています。残りの遊離型T4, T3が視床下部からのTRH（甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン）および下垂体からのTSH（甲状腺刺激ホルモン）の分泌にネガティブ・フィードバックをかけることで、機能調節を行っております。TSHはFT4の増減に対して指数関数的に反応するため、甲状腺機能異常を最も敏感に検出する第一スクリーニングの検査項目として汎用されています。TSHの基準値は、かつては10 μ U/mlが上限値とされていましたが、現在は4.0~5.0 μ U/ml、妊婦の上限値は更に低く、国際ガイドラインには、2.5~3.0 μ U/mlと記載されています。

妊娠初期、母体でHCG上昇に伴い、一過性に上昇するFT4, FT3が胎盤を通じて胎児に移行し、胎児の発育と妊娠の継続に重要な役割を果たしていることが、最近になってわかってきました。甲状腺ホルモンが胎児の発育に影響するというデータが各種報告されており、妊娠早期から母体甲状腺機能を評価し、機能低下の場

合は速やかにT4を補充することが重要と言えます。

他方、甲状腺自己免疫疾患が妊娠に大きな影響を与えることがわかってきました。甲状腺自己抗体（抗サイログロブリン抗体、抗TPO抗体）のいずれかが陽性の場合、流産率が正常妊婦の2倍になります。膠原病や関節リウマチなど関連する抗核抗体の場合は約3倍になります。これらの自己免疫性甲状腺疾患は単純な原理による治療は困難ですが、唯一、明るい報告として、抗TPO抗体が陽性の場合、甲状腺機能が正常で潜在性甲状腺機能低下症がなくても積極的にT4を追加すると、流産率、早産率とも抑制されたということです。

加 賀 地 区

平成25年度 第4回学術講演会

期日 平成25年7月4日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 実践的てんかん診療

講師 独協医科大学 神経内科学

教授 平田 幸一

「講演要旨」

2011年4月に鹿沼市で起きたてんかん患者によるクレーン車暴走事故により、てんかん発作と運転免許取得について、世間からも大きな注目を集めている。てんかん発作の有る人の運転免許取得について、最新の道路交通法について詳しく解説。

また、てんかん治療は薬物療法が中心であるが、国内で頻用されている抗てんかん薬の問題点について紹介。ラミクタール（一般名：ラモトリギン）は皮膚障害が他の抗てんかん薬に比べ多い傾向にあるので、その発現に注意する必要がある。イーケプラ（一般名：レベチラセタム）は皮膚障害は稀だが行動異常に注意する必要がある。

また、全般発作の第一選択薬として多く使われているバルプロ酸は、1,000mg/日を超えると催奇形性の発現頻度が9%を超えるので、高用量投与は避ける必要がある。さらに別の報告では、抗てんかん薬を服用している女性から生まれた3歳児のIQが低かったという報告もあるので、挙児希望の女性にはこれらの影響の少ない抗てんかん薬を選択することが重要である。

平成25年度 第5回学術講演会

期日 平成25年8月22日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 前立腺癌徹底研究

～どう診断する？ 治療する？～

講師 東京慈恵会医科大学 泌尿器科学

教授 頴川 晋

「講演要旨」

■前立腺癌の背景

日本の高齢化のスピードは世界一であり、それにともない、前立腺癌も増えています。前立腺癌は高齢者が増えると増加する癌です。前立腺肥大症を10人みたら、1人は癌が見つかります。なので、どのように見逃さずに診断・治療するかということが大切です。

■前立腺癌の臨床的重要性

前立腺癌は発見される5年～10年前に出来ていることが多く、ゆっくりとした経過をとって発見される癌です。また、最近はPSA検診が普及しており、早期発見につながっています。診断年齢の平均は72歳ですが、最近は少し早まり68歳くらいになっています。

前立腺癌は、50代で見つかるのと80代で見つかるのでは臨床的意味合いが違ってきます。

例えば、60代の患者さんのPSA値が高く、生検で癌が発見され手術を行い、癌をすっかり取り去ることが出来たとしても、臨床的な意味合いがあったのか疑問が残ります。

また、ご高齢の患者さんに大きな癌が見つかる

り、手術で取りきるのは難しかったケースもあります。

また、前立腺癌において骨転移は絶対に避けなければなりません。胃癌の転移は骨を溶かしますが、前立腺癌の転移は骨を作ります。骨膜を持ち上げる為、内側からハンマーで叩かれるように痛いのです。

■PSAについて

PSAを発見したのは日本人です。

PSAの値が4～10の値の人を検査すると、約2割の人に前立腺癌が見つかります。見つけてから、どう治療するのがジレンマです。

■生検について

USガイド下経直腸的生検は京都府立医大の渡辺先生が発見しました。

前立腺癌は外腺から出来ると言われていましたが、最近では尿道の前方に出来ると言われるようになりました。なのでPSAを検査しなければ見逃されてしまいます。

■前立腺癌リスク分類

前立腺癌は、低リスク・中リスク・高リスクに分類されます。生存度は低リスク群では低くなり、高リスク群では高くなります。

■治療のオプション

前立腺癌の治療は、①経過観察、②根治手術、③根治照射、④実験治療、⑤ホルモン治療（内分泌療法）に分けられます。

①経過観察

前立腺癌は先程も言ったように、比較的ゆっくり進行する癌ですが、それは2/3程度の患者さんであり、残りの1/3の患者さんの癌は悪性度が高く、治療は易しくありません。以前、160人程度のPSAをフォローしたところ、ずっと一定の人、変動の多い人もいました。

②根治手術

※手術動画鑑賞

金沢大学にも導入されているダヴィンチロボットですが、アメリカでは85%がこのロボット手術が導入されています。ヨー

ロッパでは45%程度です。非常に効率よく手術が行えますが、ランニングコストが年間2,000万円かかり、導入施設はまだ少ないというのが現状です。

③根治照射

放射線治療は非常に効果的な治療法の一つです。中間リスクの60代の患者さんであれば70代までに80%の確率で根治します。しかしその一方、20%の患者さんが再発をしてしまいます。

他に、小線源療法、組織内照射、世界では最先端の技術であるHDR、外照射療法があります。外照射療法のメリットは、腹部を切ったり刺したりせず治療出来ることですが、1ヶ月半通院しなければなりません。ですのでIMRT、外照射が患者さんを選択されることは実際は少ないです。また、小線源療法とHDRは一番強く、PSAがすぐ下がります。

④実験治療（手術前）

手術前の実験治療としては、Sonablate、慈恵医大で導入されている凍結療法、フォーカル療法（焦点療法）があります。

⑤ホルモン治療

ホルモン療法はカナダのハギンズ博士が提唱し、後にノーベル賞を受賞しました。

この治療法は前立腺癌を70%程度縮小させることが出来ます。

骨転移で痛みのある人に対してホルモン治療を行うと痛みが取れるのですが、再発をしてしまいます。初めの頃は女性ホルモン製剤を使っていたのですが、動脈硬化・骨粗鬆症の副作用が多く報告され、現在では殆ど使われていません。それに代わって現在はGnRH製剤が使われています。これまではGnRHアゴニスト製剤が主流でしたが、これからはアンタゴニスト製剤が主流になってくると考えられます。

■前立腺癌の予後

骨転移のある人の5年生存率は20%前後であ

りましたが、最近では40%だと言われています。今後もっと良くなってくると考えられます。今後は前立腺癌ではなく、慢性前立腺炎となることを目指しております。

平成25年度 第6回学術講演会

期日 平成25年9月19日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 知っておきたい血液疾患の
プライマリーケア

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)

教授 中尾 眞二

「講演要旨」

血液病は内科疾患全体の中で10%弱を占めるに過ぎない稀な疾患である。ただし、命に関わる重篤な疾患が多いため、プライマリーケアにおいて血液疾患を示唆する徴候を見逃さないことが大切である。また、かつては不治と考えられていた血液疾患が新薬の登場により最近ではその多くが治せるようになっている。本講演では、血液内科医が患者の紹介を受けた際、紹介前にこれだけはしておいて欲しかったと感じることが多いプライマリーケアの問題点と、血液病診療における最近の治療の進歩を紹介する。

平成25年度 第7回学術講演会

期日 平成25年10月11日(金)

会場 小松市民病院 南館4階研修室

演題 糖尿病に効く食事・運動療法の伝え方

講師 東京都立多摩総合医療センター

内科部長 辻野 元祥

平成25年度 第8回学術講演会

期日 平成25年10月17日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 腎性貧血の診断と治療
－ESA製剤の適正使用のために－

講師 金沢医科大学 医学部 腎臓内科学

教授 横山 仁

「講演要旨」

日本・石川県においては65歳以上の高齢化率は上昇しつつある。2010年には25.8%を記録し、2025年には30.5%に達すると予測されている。超高齢化社会である日本では、成人人口の約13%、1,330万人が慢性腎臓病(CKD)患者であり、高齢者特有のCKDが増加している。CKDは、血液内皮細胞障害・貧血を共通因子として心血管疾患(CVD)のリスクも高い。このため、腎性貧血への適切な対応は、CKD/CVDの予防と予後改善のためにも重要である。

腎性貧血は、腎障害によるエリスロポエチン(EPO)産生低下によるが、それ以外にも、赤血球寿命の短縮、造血細胞のEPO反応性低下、栄養障害などのEPO抵抗性の因子も含まれる。この適切な診断と対応、例えば鉄代謝評価と適切な補充はEPO反応性の改善が期待できる。1997年に発表された栗山らの報告以来、EPO治療によるヘモグロビン濃度とCKDの予後改善効果の評価について異なる発表がなされている。今回、これらについて解説するとともに、日本人における適正な腎性貧血治療による腎予後の改善と、この効果が期待できない諸問題(糖尿病性腎症、低アルブミン血症、炎症等)の評価および製剤選択による安定した腎性貧血の改善効果を示す。

平成25年度 第 9 回学術講演会

期日 平成25年11月14日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

演題 生き辛くなった日本社会
～急増する不安障害と現代型うつ病～

講師 東洋英和女学院大学 人間科学部

教 授 山田 和夫

「講演要旨」

精神科臨床では、現実社会のストレスで倒れてうつ病になった人をよく見ます。患者さんの話からは様々な社会問題や厳しさが垣間見られます。21世紀になって、不安障害やうつ病が急増しています。構造改革が実施され、能力主義・成果主義が導入され、弱肉強食社会となり、強いものが勝ち誇り、弱者は追いやられ淘汰されるような大変生き辛い社会になってきました。

そのような状況の中で救いは、新しく効果の高い抗うつ薬が導入され、不安障害や現代型うつ病も治療し易くなった事です。

ニタリングの必要がないこと、食事制限の必要がないことなどでワルファリンより利便性に優れる。ダビガトラン、リバーロキサバン、アピキサバンは非弁膜症性心房細動患者における第Ⅲ相試験でワルファリンとの比較で有効性と安全性での非劣性あるいは優越性が証明されている。これらの試験の結果に基づき、いずれの薬剤も現時点もしくは将来において非弁膜症性心房細動患者におけるワルファリンの代替薬として適応を有すると考えられる。しかし、これらの試験の対象患者や結果は同一ではなく、各薬剤ごとにエビデンスに基づいて適応を検討する必要がある。

平成25年度 第10回学術講演会

期日 平成25年12月 5 日(木)

会場 ホテルグランティア小松エアポート

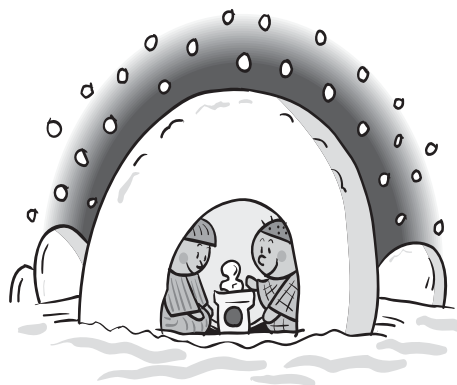
演題 新規抗凝固薬の使用法
ーワルファリンに対する位置づけー
ワルファリンと新規抗凝固薬の
適応患者は同一か？

講師 富山大学 医学部 第二内科

教 授 井上 博

「講演要旨」

非弁膜症性心房細動に対する抗血栓治療薬として、わが国では直接トロンビン阻害薬のダビガトランとXa阻害薬のリバーロキサバン、アピキサバンが使用可能となっている。今後は、同じくXa阻害薬のエドキサバンも使用が可能になると思われる。これらの薬剤はすべて一定用量での経口投与が可能なこと、頻回な採血モ



編 集 後 記

▼素晴らしい演奏あり、素敵演出ありの年末会員親睦会の余韻が残る中での編集後記です。それにしても、近藤前会長のサンタクロース姿はすっかり板についた感じでしたし、洞庭会長の着ぐるみトナカイはかなり個性的に映りました。▼さて、今号。冒頭の日本臨床内科医学会 in 兵庫のご報告は、三者三様で、それぞれ味わいのある体験記になっています。また、日本臨床内科医会の各ご報告では、原発性アルドステロン症、高齢者糖尿病、慢性腎臓病など、学術の取り組みに関しても触れられています。臨床内科医会ならではの質の高いデータの集積が待たれます。▼新企画「地域連携室を訪ねて」にて訪問しました金沢市立病院では、「医療とアートの融合」をテーマに掲げていらっしゃいます。会員親睦会でも改めて感じたことですが、美術や音楽は人の心を暖めてくれます。来年も暖かい医療を地域に届け続けることができますように（アイソン彗星のように燃え尽きてしまわないように末永く、ですね）、と願う年の瀬となりました。皆様方にはどうぞよい新年をお迎え下さいませ。（恭）

