

# 石川臨内報

第 56 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 日本臨床内科医学会

●臨床内科医学会 in 盛岡(岩手県)に参加して……………理 事 長尾 信… 2

### 報告

- 日本臨床内科医会 常任理事会……………会 長 洞庭 賢一… 3
- 代議員会……………理 事 横井 正人… 3
- 学術部合同委員会……………理 事 長尾 信… 4
- ニュース編集委員会……………顧 問 西村 邦雄… 5
- 日本臨床内科医会 中部ブロック会議……………副会長 円山 寛人… 6
- 石臨内 会員親睦会……………理 事 沖野 惣一… 12

### 企画

「地域連携室を訪ねて」～恵寿総合病院～……………理 事 藤田 晋宏… 13

### 石臨内行事予定

…………… 18

### 地区活動だより

- 中央地区…………… 19
- 加賀地区…………… 25

### 会員異動

…………… 28

### 訃報

梅田俊彦先生のご逝去を悼む ……元会長 岩城 紀男、元会長 近藤 邦夫… 29

編集後記……………理 事 鍛冶 恭介… 30

# 第28回 臨床内科医学会 in 盛岡(岩手県)に参加して

石川県臨床内科医会 理事 長尾 信

10月11日土曜日の診療終了後に出発しました。JRでの長旅(6時間)でしたが、新幹線を利用している際は苦もなくという感じでしたので、2015年3月の北陸新幹線開通が待ち遠しく感じました。ただ、ほくほく線の利用、越後湯沢駅での乗り換えもこれが最後かもしれないと思うと何となく寂しくも感じました。

11日は各種委員会終了後に洞庭賢一先生、古川健治先生、横井正人先生と一緒に楽しくお酒をいただきました。

今回、石川県からは4つの演題がありました。洞庭先生、古川先生、岩城紀男先生と小生です。発表内容に関しては9月号第29巻第3号の抄録集をご参照ください。

12日夜は待ちに待った懇親会に参加しました。オープニングは歴代ミスさんさの盛岡さんさ踊りでの幕開けでした。華やかで力強い踊りに酔いしれるとともに、もしかしたら徳島の再来?

古川先生と顔を見合わせましたが、今回は何事もなく、岩手の地酒を十分に堪能させていただきました。また、盛岡冷麺、じゃじゃ麺も初めて食べましたが、癖になりそうです。ただ、



残念なのがわんこそばを食べられなかったことです。

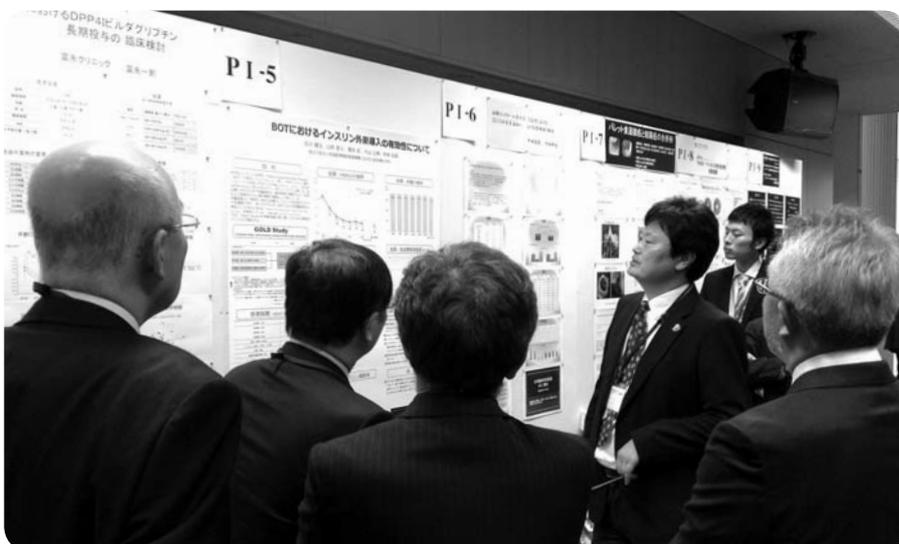
懇親会場において、近藤邦夫先生、西村邦雄先生、半田詮先生ともご一緒させていただき、楽しいひとときを

過ごすことができました。13日は日本医師会館で9時から開催される、かかりつけ医機能強化



研修会に参加することになっており、早朝には盛岡を後にしました。研修会終了は17時30分でしたが、台風の影響もなく無事JRにて帰ってくることができました。臨床内科医学会に参加すると他県の先生との交流もできます。

来年の医学会は熊本で開催されます。石川県の先生方皆さんと楽しいひとときを過ごしたいと思います。ぜひ、時間を作って参加しませんか!!



発表する古川先生

## 報 告

日本臨床内科医会  
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26年10月13日

## 報告事項

1. 平成27年度 総会 4月12日(日) 京都  
平成27年度 第29回 医学会  
10月11日(日)~12日(月・祝) 熊本  
平成28年度 総会 4月 東京  
平成28年度 第30回 医学会 10月 東京  
平成29年度 総会 4月 東京  
まで決定
2. 専門医制度対策委員会(仮称)発足予定  
「総合診療専門医」発足に伴い、日本医師会・日本内科学会とより連携を密にし、会員の専門医制度に対する理解を深める。
3. 支払基金・国保審査委員会連絡委員会(仮称)発足予定  
診療報酬請求のICT化により、保険者・組合の介入が増えたが、その対策。

## 協議事項

1. 社会医療部 公益事業委員会 洞庭賢一
  - 禁煙関連、感染症(予防接種・インフルエンザ研究)、健康のテーマにつき事業を展開している。できるだけ幅広く委員に出いただき事業を充実していきたい。そこで、各ブロックから前記テーマに熱心な2名の委員を推薦していただき、増員をお願いしたい。
  - 予防接種アンケートを計画している
2. 学術部 学術委員会 菅原正弘
  - 内科処方実践マニュアル改定版発刊
3. 学術部 会誌編集委員会 安藤忠夫
  - 盛岡医学会の後、COI正式運用
4. その他

## 日本臨床内科医会 第52回 代議員会

石川県臨床内科医会 理 事 横 井 正 人

平成26年10月11日、ホテルメトロポリタン盛岡本館にて日本臨床内科医会第52回代議員会が開催されました。猿田享男会長、和田利彦日本臨床内科医学会学会長のご挨拶の後、会務及び会計、事業概況の報告があり、引き続き議決事項である平成25年度収支決算報告が可決されました。本会の主要な内容について以下に報告します。

## 1. 総務部

## 総務委員会

平成26年9月3日現在、日本臨床内科医会の会員数が15,591名(石川県は225名)であることが報告された。

## 2. 庶務部

都道府県内科医会の理事、代議員の変更が報告された。

### IT委員会

契約会社の都合で一時中断されていたWEB会議が6月より再開された。WEB会議の練習も実施が可能である。

### 3. 経理部

#### 経理委員会

平成25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。平成26年度日本臨床内科医会収支中間報告（8月末日締）が行われた。

### 4. 社会医療部

#### 公益事業委員会

平成26年度前期事業報告として、日臨内インフルエンザ研究班の研究結果が報告された。

#### 地域医療委員会

第31回総会にて地域医療功労者11名が表彰されたことが報告された。

### 5. 社会保険部

#### 医療・介護保険委員会

平成26年度報酬改定に対する意見、要望のアンケート結果が報告された。主な内容は、

再診料の引き上げ、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、地域包括診療の算定要件の基準緩和、在宅患者訪問診療料の見直し、消費税増税（10%）に対する対応等であった。

### 6. 研修推進部

#### 研修推進委員会

平成25年度申請実績が報告された。認定医新規50名、認定更新31名、専門医新規10名、専門医更新860名であった。

### 7. 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結果をもとに、猿田会長から高血圧症に対する原発性アルドステロン症の実際の頻度は2～3%であろうと報告された。高齢者糖尿病を対象としたSMILE STUDYの平成26年9月現在の全国の登録症例数は、7,750名であった。

## 日本臨床内科医会 第2回 学術部合同委員会

石川県臨床内科医会 理事長 尾 信  
平成26年10月11日 ホテルメトロポリタン盛岡(岩手県)

学術合同委員会は菅原常任理事の司会で進行された。

石川県臨床内科医会からは、古川健治先生（内分泌・代謝班）、横井正人先生（消化器班）、小生（循環器班）が出席した。

### 報告協議事項

1. 原発性アルドステロン症の実態調査の追跡調査について報告。

判定基準該当患者（180例）のうち専門医に紹介された57例の追跡調査を実施した。今

回の実態調査は2009年の日本高血圧学会ガイドラインにて行われたものであるが、さらに、新しいガイドライン基準にも照らし合わせて行う。詳細については明日の臨床内科医会（ワークショップ）で報告する。（平成26年9月 第29巻 第3号 プログラム抄録集 P 416参照）

2. スマイルスタディの進捗状況とアンケート調査報告。

2014年9月末現在、7,783症例の登録をいただいている。10,000例を目標（登録締め切

- り2014年11月30日)に残りの期間に登録をお願いしたい。現在までのアンケート内容については、明日の臨床内科医会(ワークショップ)で報告する。(平成26年9月 第29巻 第3号 プログラム抄録集 P417参照)
3. JPPP試験の進捗状況について報告。  
JPPP試験結果を米国心臓病会議(AHA 2014)にて発表。登録症例数14,658例、登録施設数1,007施設。内容についてはニュースレターにて報告予定。
4. 小冊子実績報告。  
発行が1,551万部。現在新たに製作中のものはなし。患者指導に積極的な利用をお願いする。
5. 内科処方実践マニュアルの改訂について。  
来年の京都で開催される総会にあわせて改

- 訂をする(2年に1回の改訂を予定)。
6. 専門医制度について。  
日本医師会の専門医制度検討委員会に日本臨床内科医会の役員の先生方も入っておられる。日本医師会(担当 小森貴常任理事)、日本内科学会、日本プライマリ・ケア連合学会とも連携して協議検討していく。
7. 今後の座談会開催について。
8. 「女性のミカタ」プロジェクト参加依頼について。  
参加医療機関は、産経新聞(主催)、ファイザー株式会社(協力)のホームページ内等で紹介される。臨床内科医会としても女性の健康寿命延伸をめざす「女性のミカタ」プロジェクトを積極的に推進していくので、会員の参加を促したい。

## 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

### 第1回

平成26年9月7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116号~118号の反省、119号~121号の割付の確認、119号・120号の発行日の変更についての報告があった。次に10月12日・13日に岩手県盛岡市で開催される第

28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締め切りが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、今後のテーマについて、10月12日の第2回編集委員会で検討することになった。

### 第2回

平成26年10月12日、盛岡アイーナ802会議室で開催された。副会長2名、3名の常任理事の挨拶のあと、早速議題に入り、渡邊支部ニュース編集委員の原稿差し戻し、「猿田会長東奔西

走」の会誌への移行、取材状況・今後の取材について確認、第3種郵便に關しての紙面の表示内容について討議した。第3回委員会を平成27年2月8日に開催することに決定して終わった。

# 第15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 円山寛人

日時：平成26年11月30日(日)

場所：名古屋観光ホテル 18階「オリオン」

担当：福井県内科医会

参加：日臨内執行部

各県内科医会（三重県、石川県、岐阜県、愛知県、静岡県、富山県、福井県）

## 1. 開会

### 1) 開会のご挨拶：

野村元積 福井県内科医会会長

### 2) 司会進行：

羽場利博 福井県内科医会幹事

### 3) 会長のご挨拶：猿田享男 日臨内会長

- ・日本臨床内科医学会 in 岩手への参加、執行役員への活動への御礼。
- ・会員数減少に対する懸念。
- ・消費税増加の診療報酬への悪影響（増税と報酬とを別々に扱ってほしい）。
- ・夏からの専門医機構のあり方は現在統一されていない。

教育や募集の仕方など、今後どのように整備されていくのか注意が必要。

- ・更なる高齢化社会に対応できる、在宅を含めた医療システムの構築が求められる。

今回の選挙の結果も含めて、いろんな動きに合わせた対応が必要。それには日本医師会との連携が重要、と結んだ。



## 2. 日臨内執行部より発言

### 【望月紘一 総務担当副会長報告】

1) 会員数：15,529名（平成26年11月10日現在）と漸減している。

2) 平成27年度の総会開催：

4月 京都（日本医学会総会と共に）

平成27年度の第29回医学会：

10月 熊本市（河北 誠 会長）

3) 平成26年・27年のインフルエンザ研究の倫理審査が終了。

“女性のミカタ”プロジェクトに関するアンケートの開始。

### 4) 学術委員会の活動

- ・スマイルスタディは進行中で、8,000症例登録済み。
- ・新専門医制度評価検討委員会（仮称）の立ち上げ。
- ・日医の‘かかりつけ医機能向上講座’の講師依頼を受諾。
- ・学術班員（血液、リハビリ介護、感染症）を募集中→推薦して欲しい。
- ・内科処方実践マニュアルの改訂版を発刊予定。

### 5) 会誌編集委員会

・産学連携における利益相反（COI）の情報開示を医学会（岩手）から開始した。安藤委員（愛知県）

- ・会員へCOIの周知と十分な理解を求める必要がある。
- ・非会員からの投稿には会員である医師名の併記が必要。
- ・集会の共催は事前に事務局に届け出を出してほしい。講演は後援する。

・原稿依頼：「超高齢化社会における医療体制はどうあるべきか？」

### 6) 地域医療委員会（洞庭先生担当）

- ・地域医療功労者表彰の対象者を全国に依頼した。
- ・在宅医療に関するアンケート結果を医学会（岩手）で発表→会誌に掲載。

- 7) 公共事業委員会  
 ・禁煙、感染症、ワクチン等をテーマに事業展開する。

### 【垣内 孟 副会長発言】

今後の医療制度の流れ

- 1) 社会保障制度委員会（H25年国民会議の最終答申）
  - ・給付と負担。負担を従来の世帯別から能力別に、との提言あり。
  - ・70歳までの人の負担を3割→2割にするが、全体としては負担増にしたい。
- 2) 2025年および少子化問題に対し、地域包括ケアシステムが導入された。
- 3) 医療介護推進法による病床再編・入院期間の短縮の断行。
- 4) 平成27年4月の介護保険制度の改定
  - ・利用者・従事者への負担増が目白押しに用意されているようだ。
  - ・保険者申し出診療制度の強化（診療明細書等による）。
  - ・コンピューター審査への移行推進。

(対応策)

- ・日臨内の全国6ブロック選出の委員による保険審査(準備委員)会で検討する。
  - ・医療介護保険委員会においても全国都道府県からのアンケートをまとめ、今後の在り方を日本医師会に提言したい。
- 5) IT委員会  
 264名登録あり。まだまだ増員したい。  
 ・COIについてはPDFばかりでなくWord版も追加したので利用して欲しい。
  - 6) 会員の減少は微減であるが、大問題である。  
 あらゆる分野での活躍・協力が必要。臨床研究への評価は幾分高まっている。良いアイデアを提言して頂きたい。

### 3. 各県内科医会より（各県15分の発言）

(1) 各県内科医会の活動について

- (2) 各県内科医会の抱える課題について
- (3) 日本臨床内科医会への要望について

#### ○三重県

会員数：90名足らず。

(1) 活動

- ・夏期「医学研修会」と秋期、三重大学の4内科の協力のもと「三重症例検討会」を各市持ち回りでを行い、有意義。三重医報に掲載し不参加者にも広報している。

(2) 問題

- ・会員数90名足らずで、勧誘パンフレットを配布するも増員の成果上がらず。平成25年度より、県内の郡市医師会にも勧誘依頼している。

(3) 要望

- ・日臨内への入会でメリットを感じてもらうものが必要。何か方策は？  
 コメント後述。

#### ○石川県

会員数：225名（うち勤務医 58名）平成26年10月1日現在

(1) 活動

- ・定例総会1回と理事会3回を開催した。
- ・日臨内認定医・専門医並びに内科学会認定研修会等の開催  
 中央地区で5回、加賀地区で14回。
- ・県民公開講座「禁煙フォーラム石川2014」の開催、禁煙指導者講習会など禁煙活動に力を入れている。
- ・石川臨内報の年2回発行（第55号を配布し具体的な活動を紹介した）。
- ・日臨内の理事会、各委員会および医学会（岩手）への参加・協力。
- ・会員親睦会  
 会員および家族と職員でゲームや音楽などを楽しんだ。
- ・教養講座等の開催として「ワイン編」で会員の親睦を深めた。

- ・会員等への情報提供として、ホームページを開設した。

## (2) 問題

- ・会員数がなかなか増えないのが問題。
- ・勤務医にもっと入会して貰いたい。
- ・将来開業する医師を勧誘したい。

## (3) 要望

- ・本会の行事への参加を心がけている。学術委員会に若い先生に参加して貰いたい。いろんな会にもっと委員を出したい。

## ○岐阜県

会員数：内科医会 610名（増加）、日臨内384名（減少）（平成26年3月31日現在）

## (1) 活動

- ・岐阜県内科医会雑誌を年2回発刊。
- ・年1回、内科医学会総会・特別講演・ランチョンセミナーを開催。
- ・年2回、医学会・特別講演・ランチョンセミナーを開催。
- ・第58回では一般演題の中から投票・審査により2題を選出し、岐阜県内科医会奨励賞を授与した。
- ・内科医会事務局当番は岐阜大学の内科5講座が持ち回りでやっている。

## (2) 問題

- ・活動が大学中心である。
- ・生涯教育と重なることが多いので、参加者が少ない。
- ・Web講演などに若い医師が移る傾向がある。
- ・会費納入は各市医師会に委託している。
- ・現在、岐阜市に内科医部会が無い。

## 【広瀬 岐阜市内科会代表の補足・コメント】

岐阜および周辺の医師約120名からなる内科医会があったが、公的ではなかったため継続困難となり、昨年解散した。そこで、県医師会がその内科医会を受けることになった。

今後、岐阜市医師会の中に内科医部会を

作りたいと考えている。ただ、公益法人となってから会費等々で困難がある。

市医師会としては学校・介護認定審査会に会員を割り振りしたいが、若い医師がなかなか受けてくれない。可能なら、医師としての公的な地域医療貢献を義務化したい。

医師の間で医療・介護・福祉に対する共通認識を持って欲しい。

## ○愛知県

会員数：約1,200人

## (1) 活動

- ・年2回の理事会・愛知県下内科医会合同例会、および愛知県下内科医合同例会を開催。
- ・愛知県医師会の各種委員会への委員の派遣。
- ・県医師会の救急医療助成金事業による救急医療講座を名古屋・尾張・三河の3ブロックで年1回開催している。
- ・県内科医会のホームページに保険審査情報を掲載し、年2回更新している。

## (2) 問題

- ・県内科医会の収入は約240万円（年会費2,000円）のため講演会の自主開催が困難（文化講演に対し製薬会社の共催が得られなくなった）。
- ・内科医会への入会志向の希薄化  
医学医療の専門家志向、製薬会社による講演会の増加、IT・ガイドライン等による個人学習などに起因。

## 【安藤忠夫 理事のコメント】

- 1) ディスカッション無しでは良質の知識にならない。総合診療専門医制を転機として分化から総合への機運が高まり、内科医会への関心が増すことを期待したい。
- 2) 高齢者と多剤投与について

The NNT (number needed to treat 治療必要数) は、薬の効果が大きく見える数値が出る「相対リスク減少率」に比

し、効果が小さく見えるので、薬の普及のネックになり売り手はNNTを売いたがらない。

しかしEBMの観点からも、結果だけを見るのではなく、NNTにより服用の意味を理解する必要がある。

Q. 日本医師会が認めた薬局における血液検査 (HbA1C) に関して、(事前に) 日臨内に意見を求められたのか? 愛知県では大手薬局がそれを利用してサプリ販売し、問題となっているが…。

A. 【洞庭 日臨内理事のコメント】

- ・求められていない。
- ・薬局におけるHbA1C測定に関しては、補助金の使い方は全国画一ではないので、問題があれば当該県薬剤師会に問い合わせして下さい。

Q. 医師会で研修医を招待してパーティを開き入会勧誘を行っているが、他県でもそのような活動はありますか?

A. 各県いろいろ工夫して勧誘活動している。

◆臨床内科医会に入会するメリットは何か?

コメントは後述。

◆総合診療専門医制について

総合診療専門医シンポジウム「総合診療専門医とは何か? ~私たちの目指すべきもの」の紹介があった。

[1] 総合診療専門医制度構築・定義づけの流れについて (日本専門医機構: 2014年5月7日発足)

\* 「専門医」とは「それぞれの診療域における適切な教育を受けて、十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義された。

[2] 日本プライマリ・ケア連合学会における専門医制度への対応について

[3] 患者が総合診療専門医に期待すること  
\* 第6次医療法改正で「国民(患者)の

役割・責務」(第六条の二)が入った。

[4] 新たな専門医に関する仕組みについて  
~行政の立場から~

- ・厚生労働省医政局の森 桂医師臨床研修専門官から説明。
- ・大病院・地域を支える中規模病院・在宅の立場からの発言があった。

◆日臨内の新専門医制度へのこれまでの対応について報告がなされた。

- ・第1回新専門医制度評価委員会において総合診療専門医について、日医ではあまり議論されていない(洞庭先生)。総合診療専門医の概念が固まっていなかったため、日臨内から提案したいと考えている(猿田会長)、との報告あり。
- ・総合診療専門医は地域を診る医師であり、日臨内会員はこれに該当するであろう。日臨内は日本プライマリ・ケア連合学会と連携して「総合診療専門医」へ参加する必要がある、といった見識もあった。
- ・「新・内科専門医」制度実施に向けた行方案と総合診療専門医の解説があった。

○静岡県

会員数: 県内科医会 977名(H24年度)

→ 967名(H25年度)

→ 950名(H26.10.31現在)

日臨内 238名(H24年度)

→ 231名(H25年度)

→ 231名(H26.10.31現在)

(1) 活動

- ・年度に定時総会1回、常任理事会2回、講演会; 東部1~2回、中部1回、西部2~3回行っている。
- \* 講演に、保健指導・審査に関する内容も入れている。

(2) 問題

- ・活動が東部・中部・西部の3地区独自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をしにくい。

## ○富山県

平成26年度に里村吉威新内科医会会長就任。  
会員数：内科医会278名、日臨内225名でやや減少。

## (1) 活動

- ・日臨内総会・会議・医学会への参加。
- ・学術や保険審査に関わる講演会の開催。
- ・診療報酬委員会・健康増進センターへの協力。
- ・県内科医会CPCの開催。
- ・各医会と県医師会との懇談会。

内藤毅郎副会長より腎臓病の専門医の立場からCKDに関するstatementがあった。

- ①初診時に検尿をする。
- ②尿蛋白定量（随時尿）
- ③腎臓専門医への紹介基準

これらの必要性について講演会を行なうとともに、学会認定指導医制度を作る予定であると述べた。

これに対し猿田日臨内会長から、学校検診に検尿を取り入れてから腎疾患が減少した。大切な検査であるとのコメントがあった。

## (2) 会員数減少の対策として

- ・参加型の学術会にする。
- ・実践的な本当の医療はどうなっているか、もう一步踏み込みたい。
- ・保健医療についての情報提供。
- ・ホームページの導入。

などにより、入会のメリットを内科医会にアピールしたいとの発言があった。

## ○福井県

県内科医会員＝日本臨床内科医会会員（平成25年度より一本化）

会員数：262名（平成26年11月現在）

顧問：福井大学医学部の各内科の主任教授  
全員

事務局は県医師会に委託。

## (1) 活動

- ・年10回の主催講演会と40回近い共催講演会の開催

Webも良いがface to faceを重視し、病診連携を強化している。

- ・ホームページの更新

月1回の症例検討会の全スライドおよび座長のコメントをHPに載せて、不参加者にも学習の機会を広めている。

- ・会員への保険情報の提供としてQ & Aを作成。

- ・福井県内科臨床懇話会に症例発表し、ホームページに寄稿したのに対し、県内科医会会長賞（3万円分の金券）を総会時に授与した。

## (2) 問題

- ・会員の約33%が勤務医。残りの開業医群は高齢化傾向にあり、勤務医も含めた若手会員の確保が急務である。

\*会員増対策として、内科を標榜した他科医にも入会してもらっている。内科医会との会員登録一本化により、52名の増員となった。

Q. 一本化への拒否反応に対しての対応は？

- A. ・説得しかない。  
・大学教授の参加により研修医・医局員の参加確保

Q. 一本化した時、2つの組織（内科医会と日臨内）の会計（負担割合）はどうしたのか？

- A. 会費は8,000円（内科医会3,000円＋日臨内5,000円）、催し物には内科医会で対応している。

\*会費や支出持分は県ごとでばらばら。

## (3) 要望

- ・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。

- ・日臨内認定医制度の位置づけ（日本プライマリ・ケア連合学会との連携等）。

- ・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. 各県からの報告を受けてのコメント

我々の会が、唯一全国的組織である。

- ①全国の内科医の意見を集約して、国にアピールをしている。
- ②臨床内科医として会員が研修を積み、それを患者に還元できるようにしている。
- ③内科医として、臨床第一線における力量のレベルアップに資する。
- ④開業医にいろいろ勉強する機会を持ってもらう。
- ⑤臨床医としての医療・福祉・保険に関する造詣を深める一助となる。
- ⑥国保の審査医も多く、審査委員会での実情に明るいので、会員にいろいろ反映させたい。開業の役にも立てる。

\*目に見えるメリットとするには難しいものがある。

- ⑦地域包括ケアシステムにおいても、臨床内科医こそがそのシステムの中核となれるとのアピールが大切。

#### ◆メリットの「見える化」

「保険診療で我々を守ってくれるのは唯一日本臨床内科医会である」、「臨床保険診療に資する全国的組織は日本臨床内科医会だけである」と、分かりやすい広報活動を行い、入会勧誘し易くして欲しい、との要望が静岡県から出た。

#### ◆総合診療専門医（制度）について

- ・第一線で長くやっている我々こそがそれに当たる。

(望月副会長)

- ・取得後、何か利点がないとモチベーションが下がるのではないか。(猿田会長)
- ・資格取得医が社会的責任を

全うし得るためには、取得基準をある程度高く設定する事も必要ではないかと考える。(洞庭理事)

- ・各学会中心の専門医制度から、第三者機関（日本専門医機構）による第19番目。まとまるように日臨内がしっかり提言協力することが重要。(洞庭理事)
- ・日医の生涯教育もうまく反映させたい。(洞庭理事)
- ・今後の動向に関する正確な情報はやく収集し、会員が混乱しないようにしたい。(猿田会長)

#### 5. その他

次回の開催

担当 三重県臨床内科医会

日時：平成27年11月1日(日曜日)

場所：名古屋観光ホテル 予定。

2025年に向けた大きな流れと、患者さんと共に在る臨床医としての覚悟を再認識した会議でした。当会のこれからの活動のお役にたてればと、細かく報告しました。

洞庭会長・東野副会長、出席おつかれさまでした。



## 第9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26年9月6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。例年は12月に行われていたのですが、師走よりも比較的行事の少ない9月はどうかというご意見があり、残暑の中での開催となりました。82名の会員、関係者の参加がありました。今回は、会員同士の親睦を図る時間を十分取りたいという洞庭会長の意向もあり、演奏等は限定して企画をさせていただきました。

オープニングは、昨年に引き続き若狭豊先生による篠笛で、「秋の月」(滝廉太郎の組曲「四季」)が中秋の名月にちなんで響き渡りました。



洞庭会長による開会のご挨拶があり、臨床内科医会において長年ご尽力された故梅田俊彦元会長のご冥福を祈り、全員で黙祷を捧げさせていただきました。その後、高田重男副会



長による乾杯があり、テーブルの垣根を越えて交流の輪が広がりました。

会が盛り上がってきたところで、F&M(藤田晋宏先生&松沼恭一先生)による演奏がはじまりました。「22才の別れ」、藤田先生が作詞作曲された「始まりはいつも」のあと、アンサンブルつくしの金子さんも加わり「祈り」が演奏されました。アンコールもあり大変な盛り上が



りとなりました。引き続き、アンサンブルつくしによるミュージカル「白い巨頭：つくしバージョン」が披露されました。すばらしい歌声とコミカルな演技に会場が包み込まれるようでした。最後に昨年と同様にトランプゲームとなり



ましたが、ドクターイエロー新幹線に乗ってこりん星から来た安田トランプマンが特別賞のドクターイエローまで持参され、予想外のプレゼントで盛り上がりました。東野朗副会長による閉会のご挨拶があり、お開きとなりました。

昨年に引き続き素敵な司会進行をしていた久保千浪氏(元 MROアナウンサー)、演奏や歌をご披露いただいた皆様、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

## 恵寿総合病院 地域連携室 訪問

石川県臨床内科医会 理事 藤田 晋 宏

11月6日の昼下がり、七尾市の恵寿総合病院に取材に伺いました。小雨の降る中、地域連携室のスタッフの皆さまが温かく迎えてくださいました。取材は病院1階フロアの一角にあるガラス越しに海を眺める場所で行われ、ざっくばらんな話し合いを持つことができました。なお、自分一人の取材力には偏りと限界があると思われたため、当日は石臨内の能登の役員である円山先生・安田先生・佐原先生にも御同行をお願いし、御協力をいただきました。

山本 健院長をはじめ、地域連携室の皆さま方との話し合いの模様を一部座談会形式で述べさせていただきます。

## 〔恵寿総合病院 出席者〕

病 院 長	山本 健
事 務 長	藤岡 浩二
地域連携課	山崎 茂弥 (課長)
	藤澤 豊、宮田 琴江
	黒嶋 紗織、横山 幸子



藤田：最初に地域連携室として取り組んでいることを教えてください。

藤澤さん：地域の中でのファーストチョイスと



会議風景

なれるように、何かあったら恵寿を選んでいただけるような病院になればと思っております。現在能登地域では、羽咋以北の100の医療機関に連携登録をいただいております。頻回に顔の見える連携を作りたく渉外活動に積極的に取り組んでいます。これまでは一人でという時期もありましたが、現在はスタッフも増えたので地域担当を決めて効率よく回ろうと取り組んでいます。

今後、地域包括ケアを見据えて、介護・福祉との連携に積極的にかかわっていきたいと思います。

医療ソーシャルワーカー（以後MSW）の宮田が、ケアマネや在宅とのコネクションを構築しようと一生懸命取り組んでいます。

藤田：自分のところを宮田さんが担当して下さっていて、紹介してすぐに返書を持って来られるので非常に助かっています。先生方、ご意見をお願いします。

佐原先生：石川県医師会が中心になって、いしかわ診療情報共有ネットワークを今年4月から本格稼働させていただいています。それで助かっているのは診療録を参照できるということですね。例えば、うちから御紹介させ

ていただいた患者さんが、入院したその日に  
どういう治療を受けているかがすぐにわかる  
ので、リアルタイムにいっしょに患者さんを  
診てるような感じですがごくやりやすいなど  
思っています。診療録を公開するのはそれぞ  
れの病院のポリシーで決められているので  
すが、診療録を公開しているのは現在3つの病  
院だけで、その中のひとつが恵寿病院です。  
ついこの前、いしかわ診療情報共有ネット  
ワークの報告会と事例検討会があり、そこで  
発表させていただきました。そういうITも  
使いながら、やはり基本は顔が見える関係だ  
と思いますので、顔が見える関係があつての  
ITであると言えると思います。

**藤田**：僕はまだ一度も使ったことがないんです  
が、どのようにすればいいのですか。

**藤澤さん**：ご紹介いただく際に患者さんからの  
同意書をいただければ、その日のうちに接続  
を完了し、その旨を診療所にご報告しますの  
で、診療録や画像検査結果をインターネット  
上ですぐに関覧できます。



藤澤さん、山崎さん

**円山先生**：患者さんにとってすごく使い勝手の  
いいものでなければならぬと思います。以  
前は総合病院ではなんでも揃っていて自分た  
ちでなんでもできるからと門戸が狭かった。  
今は恵寿病院が開業医と積極的に連携して患  
者さんのための受け皿になろうとする姿勢が  
すごく見えていて、一つには例えば共同機器  
利用で、医院では限度があるところを病院側  
が、「機器をお貸ししますよ、どうぞ使って

ください」ということで、連絡を入れたらす  
ぐに対応してくださる。こちらへの気遣いを  
本当によく感じます。私は、医療圏というの  
は、介護を含めて、患者さんのために連携し  
ながら変わって行くというのが、本来あるべ  
き姿だと思っていますので、円山ができるこ  
と、恵寿病院ができること、ほかの病院・診  
療所ができること、それぞれ特徴があります。  
けれどそれしかできないところを連携すると、  
1+1が2ではなく3になり、1+1+1が  
5になります。そうすると患者さんのために  
たいへん有益になり資源の無駄遣いにもなら  
ないので、前向きにわたしたちにも門戸を開  
いて手を差し伸べてくれていて、手をつかん  
だらギュッと引っ張って行ってくれる感じ  
です。あまり引っ張りすぎるなよと感じるくら  
いに（一同笑い）連携がよく、日本でも、こ  
んなに連携が上手くいって、これからももっ  
とよくなるだろうというところは、あまりな  
いのではないかと思うくらいに、恵寿病院の  
立ち位置、スタンスというか思いがわたした  
ちや患者さんにまっすぐ向いていて、大好き  
と思うくらいいいですね。

**安田先生**：2人のお話を聞いたら何も言えな  
くなってしまいますけれど、わたしもいつも感  
謝を申し上げます。これまで各科の先生  
との交流する機会や勉強会、症例検討会を企  
画していただいたこともありがたいと思っ  
ています。もう少し、普段あまり直接お話をし  
ていない先生や同科の先生方とも交流したい  
という気持ちがあります。そういう勉強会を



佐原先生、円山先生、安田先生

企画するのは大変なのはよくわかるのですが、ぜひ機会を作っていたらと思います。それと、これは取材する側からの思いですが、現場でご苦労していることがきっとあると思いますが、病院とわたしたちとの連携をする上で、開業医側でもっとこういうふうにしてほしいという要望もあるでしょうし、病院の先生方、あるいはほかのスタッフの方たちで連携がうまくいくためにしていること、例えば書類を早く出してもらおうこととかいろいろあると思いますが、いかがですか。

**黒嶋さん**：返書をできるだけ早くお返ししたいと思っているので、直接先生方にプッシュすることもありますし、医療秘書課のほうでも先生方にプッシュしてもらっております。本当は先生が自分で返事を書きたいというところを、一部権限を譲ってもらって秘書課のほうで返書を作成し、先生のOKサインをもらって返事を早くするという試みを最近始めています。



宮田さん、黒嶋さん

**円山先生**：その際はかゆいところに手が届かないということにならないように今後の流れ、治療方針を盛り込んだものが望ましいので、できれば先生方に書いてもらえればいいのですが、先生方もさぼって書かないわけではなく、次から次へと患者さんも来られるし、やることもたくさんあって忙しいから、なかなか書けない状況だと思います。その逆で、わたしのほうでも患者さんに「紹介状を書いておくよ」と言っていて、患者さんが病院に

行ったけどまだ届いていないということがあり、すみませんとバツみたいにあやまるということがあります。(他の先生方も、自分もありますと苦笑)

**安田先生**：宮田さんの方からわたしたち開業医側に対する要望はありますか。

**宮田さん**：わたしは、ソーシャルワーカーで地域連携室の中に所属させてもらっており、それを活かして恵寿病院を発展させたいという思いがあります。七尾独自の地域包括ケアを構築するために、総合病院はあぐらをかいてはられません。さきほど円山先生が言われた、大好きになってもらった病院をもっと踏み込んで連携してもらうために、私を使ってほしいと思います。

**藤澤さん**：われわれの地域連携は、外回りと渉外活動が基本となっており、通常MSWは院内の退院調整等で働くケースが多い中、当院のように地域連携室で渉外活動に取り組んでいるMSWはなかなかいません。それを活かしていきたい。

**佐原先生**：退院した後も恵寿病院が、かかりつけ総合病院という形ですと関わっていただけるといいなと思います。

**藤澤さん**：この4月から恵寿病院は在宅医療の後方支援病院という認定を受けたので、そういう活動には積極的に取り組んで行かなければいけないと思います。今の後方病院の仕組みというのが誰でも受け入れるというのではなく、事前に患者さんと同意書を交わす必要があります。手続き以降は責任をもって、24時間受け入れさせていただきます。

**佐原先生**：いしかわ診療情報共有ネットワークを利用して、普段の所見がそこにあれば急に具合が悪くなってこちらに来られたときも非常に役に立ちます。

**円山先生**：患者さんの情報の共有が一番大事なことのひとつ。もしその情報が不足していることが現場で感じられれば、遠慮なくお互い話し合いをしてよくしていけばいいと思い

ます。

**宮田さん**：顔の見える共有とITの共有が大切ということですね。(一同納得)

**安田先生**：横山さんの方から何かございますか。

**横山さん**：7月から連携室に勤務させてもらっており、それまではコールセンターで電話の窓口をしておりました。現在、先輩方から教えていただき勉強させてもらっている最中です。まだ不慣れな点があって、失礼やご迷惑をお掛けすることもあるのではないかと思います。ながら毎日勉強させていただいております。どうぞよろしくお願ひします。



横山さん

**円山先生**：山本先生、院長の立場で大きな病院に2つ体験なさっているわけですが、今、地域連携を行う上で、金沢大学附属病院のこんなシステムを取り入れたらいいのではないかとということがございますか。

**山本院長**：強いていえばITですね。これから大学病院は大変になって来ると思います。在宅復帰云々で締め付けられますしね。そういう意味で七尾地区の先生方とわれわれの関係ということに僕はびっくりしました。そこまでちゃんと連携してできるんだということにね。これから地域の先生方とやりとりするのにMSWがきっと中心になるでしょう。これまで、MSWは非常に能力が高いので、院内のいろんな雑用を次々にかぶせて、なかなか院外に出られなかった。これではいけないということで、院外の先生方のところにもっと行く時間を、そして彼女にしかできないことをやりなさいという方針にしました。雑用を

切り捨てて、さらに活躍できるだろうと思われれます。われわれにできることは、先生方に患者さんを診てもらって、最後の最後にやはり総合病院に入れたいと患者さんの御家族がおっしゃったときに、どなたでも引き受けるというのがおそらく一番重要なことだろうと思います。



山本院長

**佐原先生**：地域包括ケア病棟ができましたよね。

今どういう具合で運営されていますか。

**宮田さん**：現在47床あります。在宅の方で1日吸痰6,7回必要な方や重度の褥瘡があって施設のショートステイでは受けられないときに、包括ケア病棟の空いているベッドを利用して、レスパイト入院として受けるという窓口があるのが特徴的なことかと思っています。一般病棟から包括ケア病棟に移って退院するケースもあれば、在宅からレスパイト入院で受けるケースもあります。もともと元気だった方が急に弱られて他病院に入院することになったケースで、リハビリをすればまたもとに戻れるだろうという見込みの方がおられて、レスパイトとしてこちらに転院され、日常生活リハビリを中心に60日足らずの入院でまた元気になられてご自宅に退院されたというケースがあり、そういうレスパイトの使い方もしております。看護師長も看護師、病棟医長も協力的に対応してくれています。

**山本院長**：病床利用率は6割を超えています。在宅で末期の方々の介護をしている疲れを癒してもらうためにしばらく入っていただく。うちの急性期から退院の前にしばらくここに

移っていただいてリハビリもして元気になって帰っていただく。その2つの道が大きい使い方と思います。レスパイトは結構需要があり、がんの末期だけでなく、それ以外の病気の患者さんのご家族からもリクエストがあります。

**佐原先生：**ずっと在宅で診ていて、最後本当に弱ったときに最後の数日をレスパイトで受けるという形も、在宅医療の一つのあり方で、力が抜けていいのではと思います。

上記のごとく談話の一部を掲載させていただきました。

また地域連携の藤澤さんから、連携室のその他の特徴につき教えていただきましたので、以下に列記いたします。

当院と連携登録していただいた医療機関には下記のようなメリットがあります。

1. 恵寿総合病院の情報を定期的に提供
2. 紹介いただいた患者は優先して診察を受けていただける
3. 病状が安定された患者を積極的に逆紹介する
4. 高額医療機器をご利用いただける
5. 恵寿総合病院図書館の利用ができる
6. 恵寿総合病院の勉強会・講演会・研修会などに参加できる

不足と思われる点があるようでしたら、それは文筆責任者のわたくし藤田の責任ですのでどうぞ御容赦願います。編集していて思ったのは、わたしは取材に行ったというよりも、みなさんから発せられた熱意のある宝の言葉を、こぼれないよ

うに編集させていただいているということです。

連携をするにあたり、大事なポイントは、談話の中でも言われていたように患者情報の共有、フェイス・トゥー・フェイスの関係だと思えます。前者においては現在、いしかわ診療情報共有ネットワークが稼働しており、それをフルに利用されておられる先生にとっては、かなり満足度の高いものとなっているようです。そういう意味では、わたくしは完全に波に乗り遅れています。後者については、顔対顔が、互いのよい関係を築き上げることは言うまでもありません。

それにしても、地域連携室の皆さんの熱意には感心させられます。患者さんを中心に見据え、自院の発展と地域の輪を願い、これだけ能動的に考え、動ける職員がおられることは恵寿病院はもとより地域の宝だと思います。取材に快諾いただきました神野理事長をはじめ、山本院長、地域連携室の皆さんに心より感謝申し上げます。また、御同行いただきました円山先生・安田先生・佐原先生にも感謝申し上げます。談話の中で、諸先生方の病院スタッフへの細かな気遣いに触れ、よき人柄を改めて感じる機会にもなりました。今後、地域包括ケアシステムが各行政単位で構築されて行くこととなりますが、神野先生はわたしたちの所属する七尾市医師会の会長でもあります。この地域での連携が今よりもっとよくなるに違いないと確信しております。



山本院長、職員の方々と



# 地区活動だより

## 中央地区

### 第159回中央地区研修会

平成26年7月12日(土)

#### 講演(I)

演題 がん患者の症状緩和における薬物療法と非薬物療法のバランスについて  
～薬物療法の基本・サバイバーシップ・ケアの視点

講師 金沢医科大学病院  
麻酔科・集学的がん治療センター  
講師 小川真生

#### 「講演要旨」

#### ○サバイバーシップについて

かつて、がんは死の象徴の病気であった。しかし、近年「がん」という疾患の意味は確実に変化している。まず、生存率が向上（5年生存率が約6割）し、がんは長くつき合う慢性的な疾患になった。そのため、診断・治療後も社会生活が続く患者が増加している。統計上、日本人の2人にひとりは一生涯のどこかでがんの診断を受けることになるのであるが、新規がん罹患者の3人にひとり生産年齢人口（15歳～64歳）である。ということは、近所や職場といった身近な環境には、ほぼ必ずがんと向き合う人たちがいるのである。さらに病名告知は当たり前前のことになっており、患者との間のインフォームドコンセントは治療の前提になっている。すなわち、本人ががんと知ったうえで生活するのが当たり前前の時代になったとも言える。がん患者や家族に向き合うときに、これらのことを前提とした患者・家族のサポートが必要になってきている。がんを体験した方が、生活していく上で直面する課題を、家族や医療関係者、他の経験者と共に乗り越えていくことをサバイバーシップという。がんと向き合い、共に生き

ること、そのような患者や家族の生き方を支援すること。まさにそのための支援という意味合いを緩和ケアも持ち始めている。

#### ○がん疼痛のがん性疼痛の非薬物療法とケア

痛みに関与する要因には色々あるが、どのような時に痛みが強くなり、どのような時に痛みが軽くなるだろうか？ 客観的にみて同じ強さの疼痛であっても、患者の心の状態によって、それは強く感じられたり弱く感じられたりする。これを疼痛閾値の変化という。不安や不眠、疲労、恐怖、怒り、悲しみ、うつ状態、倦怠感、孤独感、社会的地位の喪失といったネガティブな感情があると疼痛閾値は低下し、患者は痛みを感じやすくなり、薬剤も効きづらくなる。一方、睡眠、休憩、周囲の人々の共感や理解、人とのふれあい、気晴らしとなる行為、気分高揚は疼痛閾値を上昇させ、患者は痛みを忘れてしまう。痛みの閾値が低いときは薬物療法が効きづらく、逆もまた成り立つ。その違いは驚くほど大きい。何を使っても痛みがとれないと怒る高齢男性が、その孤独な環境を温かいものに変える工夫を医療スタッフや緩和ケアチームが行うことにより、NSAIDsだけで満足できる除痛が可能になることも珍しくない。こうした疼痛閾値を高めるようなケアは、多職種によるチームの協調によって初めて達成できる。

#### 講演(II)

演題 IgG4関連疾患の世界2014

講師 金沢大学附属病院  
リウマチ・膠原病内科  
科長 川野充弘

#### 「講演要旨」

IgG4関連疾患は、今世紀になって発見された全身疾患で、傷害臓器がびまん性もしくは限

局性に腫大、腫瘤、結節もしくは壁肥厚を呈するという特徴を有する。血清のIgG4が著明な高値を呈することと、傷害臓器では、どの臓器においても線維化を伴うリンパ形質細胞浸潤を認め、形質細胞の40%以上はIgG4陽性であることが特徴である。サルコイドーシスのようにあらゆる臓器をおかすのが、高頻度に障害される臓器は、涙腺、唾液腺、膵臓、腎臓、後腹膜/大動脈周囲の5臓器である。診断のためには、傷害臓器の生検が最も重要であるが、動脈周囲のように生検が困難な臓器では、ステロイドに対する非常に良好な反応性により診断する場合もあり得る。

IgG4関連疾患は、高齢男性に好発し、一般には自覚症状は認めないか非常に軽微である。腎機能低下で発症した場合、腎硬化症や糖尿病性腎症と誤診される可能性があり注意が必要である。IgG4関連腎臓病では、造影剤の投与が可能であれば、造影CTを行うと腎実質の多発性造影不良域として発見されることが多い。腎の孤発性のhypovascularな腫瘤を呈する場合には、腫瘍との鑑別が問題となる。腎盂病変も時々合併することがあり、内腔のスムーズな腎盂壁肥厚として描出される。血液学的所見としては、高IgG血症が特徴であり、他に臨床的にアレルギー性鼻炎や気管支喘息を伴いやすい点に一致して好酸球増多や高IgE血症を合併する頻度が高い。また、腎病変を合併したIgG4関連疾患患者では、半数以上に低補体血症を合併する。

稀に単一臓器のみをおかすこともあるが、多くの場合多臓器病変をきたす。多臓器病変の症例の場合、それぞれの臓器病変が同時に起こる場合と、時間経過とともに新たな臓器病変が出現する場合があります。前者の特徴を空間的多発性、後者を時間的多発性と呼ぶ。診断の際には、涙腺、唾液腺等の生検が容易な臓器病変の有無を慎重に評価し、腫大臓器を生検することにより、確実な診断が可能である。

注意すべき類縁疾患としては、多中心性キャッスルマン病（形質細胞型）とANCA関

連血管炎がある。どちらの疾患も病変部にリンパ形質細胞浸潤を伴い、IgG4陽性形質細胞を多数認めることがある。また、高IgG4血症（血清IgG4濃度が135mg/dL以上、IgG4/IgG比8%以上）を伴うこともある。ANCA関連血管炎の中では、特に好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（Churg-Strauss症候群）や多発血管炎性肉芽腫症（Wegener）で鑑別困難な臨床所見を呈することがある。IgG4関連疾患では、好中球浸潤、壊死性血管炎や肉芽腫は認めないことから、これらの存在は、両者の鑑別に有用である。また、CRP高値やステロイドに対する反応性が不良な症例もANCA関連血管炎やキャッスルマン病等のIgG4関連疾患以外の疾患との鑑別を慎重に行うべきである。その他、関節リウマチの滑膜でも多数のIgG4陽性形質細胞を認めることがある。また、関節リウマチでは、約17%の症例で血清IgG4高値であり、注意が必要である。以上より、血清IgG4高値のIgG4関連疾患に対する特異度は必ずしも高くないこと、組織のIgG4陽性形質細胞浸潤も、IgG4関連疾患以外の病態でも認めうることを念頭に置いて診断を進めるべきである。

IgG4関連疾患は、30-40mg/dayのプレドニゾロンもしくは0.6mg/kg/dayのプレドニゾロンで治療を開始するように推奨されている。その後、2週間ごとに漸減し、5-10mgを維持量として半年から3年継続する。IgG4関連疾患では、ステロイドの中止により30%程度が再発することが知られており、中止の時期については慎重な判断が重要である。また、IgG4関連大動脈周囲炎の治療に当たっては、ステロイド投与前に既に瘤の拡張がある症例では、治療によって内腔の拡張が増大することがあり十分な注意が必要である。

最後に、IgG4関連疾患は、悪性腫瘍の合併率が高いことが知られており、ステロイドによる治療経過中も十分な注意が必要である。

### 第160回中央地区研修会

平成26年 9月13日(土)

#### 講演 (I)

演題 禁煙治療の現状と工夫  
～福井県済生会病院での経験を中心に～

講師 福井県済生会病院 呼吸器外科  
禁煙支援推進プロジェクト  
部長 小林 弘 明

#### 「講演要旨」

禁煙治療が2006年から保険適用となり、今では石川県で162医療機関が保険を使えるようになってきている(2014年5月1日現在)。一方で、バレニクリン登場やタバコ値上げなどの際にも禁煙しなかった筋金入りの喫煙者が残り、禁煙支援が困難な例も増えてきている。当院での禁煙治療の現状と工夫について紹介する。

#### 1. 福井県済生会病院と禁煙

当院は福井県内において常に他の医療機関に先駆ける形で喫煙規制を進めてきた。1992年までは至る所に灰皿が置かれ喫煙は野放し状態であったが、1993年：病院の新築移転に合わせて喫煙規制を開始(タバコ自販機撤去、喫煙コーナー)、1995年：『快適病院宣言』を掲げて分煙(タバコ販売中止、患者用喫煙室、職員用空気清浄機など)、2002年：全館禁煙、2004年：敷地内禁煙、と歩んできた。「禁煙を治療の一環として推進している病院」であり、その基本姿勢は2007年に出された病院長通達によく現わされている(表1)。

(表1)

<b>福井県済生会病院の基本姿勢</b> (病院長通達、2007年5月)
職員各位
煙草が体に与える害につきましては多くの癌の原因のみならず、心筋梗塞、脳梗塞、喘息、流産など様々な疾患との関連が証明されております。
当院では他に先駆け、平成7年より院内喫煙規制を開始、平成14年には病院内を全館禁煙とするとともに患者、職員の禁煙指導を行ってまいりました。
さらに、病院を利用する方の環境を守るとともに絶対的な害である煙草から県民全体を守る福井県済生会病院の

明確な意思表示として平成16年10月1日より『快適病院宣言2004』をスタート、病院敷地内全面禁煙としております。

また、平成18年2月には「禁煙教室」を開始、保険診療可能で効率的な禁煙支援を行っております。

しかし、残念ながらまだ来院者や患者さんの一部に駐車場の片隅などでの喫煙がみられます。

禁煙運動は「弱い者いじめ」でも「個人の権利の侵害」でもありません。

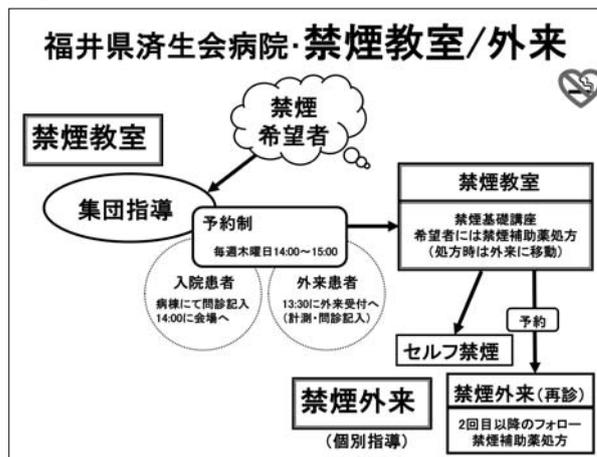
患者さんに対し「将来余計な苦しみを与えないため」、「ご家族や周囲の人を病気にしないため」の医療機関としての責任です。

職員の皆様にはこの趣旨をご理解いただき、敷地内の喫煙者には積極的にご注意、ご指導頂きますようお願いいたします。

#### 2. 禁煙支援推進プロジェクトと禁煙教室/外来

当院の禁煙外来は1994年のニコチンガム発売と同時にスタートしたが、私一人で外来の合間に細々と行い、患者は月に1～2名、成功することはまれであった。2005年12月に医師、看護師・保健師、薬剤師、検査技師、管理栄養士、事務職員、メディカルコーディネーターからなる《禁煙支援推進プロジェクト》チームを立ち上げ、2006年2月から禁煙外来をリニューアルした。まさにチーム医療であり、常時20～30名の職員が関わっている。

禁煙希望者は最初に禁煙に必要な知識を得るための禁煙教室を受講することになっており、完全予約制で毎週木曜日に開催している(図1)。当院には独自の禁煙テキストブック(レクチャー内容のPPT、禁煙日誌、呼気中CO濃(図1))



度・体重記録表、禁煙外来パスなど)があり、院内売店で販売している。禁煙教室では問診・体重測定の後、喫煙の害と禁煙のメリット(医師)、禁煙補助薬(薬剤師)、禁煙中の食事と体重コントロール(管理栄養士)、一酸化炭素の影響(検査技師)について分担してレクチャー(計40分)を行い、呼気中CO濃度を測定している。薬剤を使った禁煙治療を希望する患者については引き続き禁煙外来初回として、看護師・保健師による個別カウンセリングを経て医師の診察・処方、ニコチンパッチを選択した場合には薬剤師の指導で実際に1枚貼ってみることになる。2回目以降の禁煙外来は呼吸器外科外来と並行して実施しており、医師の診察前に毎回20~30分間かけて看護師・保健師がカウンセリング(患者の訴えを傾聴し、禁煙状況を確認し、一人一人にあわせてアドバイス)している。このカウンセリングは自費診療患者や、セルフ禁煙希望者(カウンセリングのみ)にも同様に行っている。また、体重増加が著明な患者については予約制で管理栄養士が栄養相談を行っている。

当院の禁煙外来の成績については、当初の治療開始3ヶ月目での禁煙成功率は77.8%と高く、成功者における1年禁煙継続率は77.2%、1年成功者におけるその後の禁煙継続率は94.9%であった。2010年頃には年間約150名が教室に参加し、禁煙成功率は65%程度となった。なお、ニコチンパッチとバレニクリンでは成功率に差がなかった。その後、禁煙成功率はさらに低下し、最近では60%を切るようになっている。

### 3. 禁煙成功率向上を目指した新たな取り組み

禁煙成功率低下に対する対策として、①電話支援の強化、②禁煙外来クリニカルパス、③SDS検査の導入、④精神疾患患者における連携などに取り組んでいる。

電話支援は看護師・保健師が必ず禁煙治療開始1週間目に行い、「禁煙を開始できているか、薬剤をどう使用しているか、副作用はないか」などを確認し、2回目の受診勧奨も行っている。

予約日に受診しなかった場合や順調でない場合などには、適宜、電話支援やカウンセリング受診を追加している。3ヶ月の保険治療期間終了後も6ヶ月目、1年目などの受診を勧め、1年目には必ず電話支援を行っている。なお、こうした電話支援を円滑に進めるために、「電話することの可否、方法、時間」などについて問診票に詳しく記載してもらっている。

禁煙外来クリニカルパスは2012年に作成したが、患者用と業務用の2種類がある。患者にとってはパスがあることで禁煙治療全体の流れが理解しやすくなっている。一方、業務用パスでは受診時に何をすることが明確となり、スタッフ間の支援方法の標準化に役立っている。

当院での禁煙希望者には精神疾患を有する患者が多く、潜在的なうつ傾向が見られる場合も非常に多い。一方、禁煙はそれ自体が様々な症状(不快、抑うつ気分、不安、集中困難など)を伴い、精神疾患の悪化を伴うことが少なくないと報告されている。そこで、SDSうつ性自己評価尺度(Self-rating Depression Scale)を導入した。これは1965年、米国デューク医科大学精神科教授ツアン博士によって作成され、簡単にできるうつ性評価尺度として臨床的に定評がある。40点以上の場合:軽度の抑うつ性、50点以上の場合:中等度の抑うつ性、60点以上の場合:高度の抑うつ性と判定される。バレニクリンはもちろんニコチンパッチの場合においても、SDSテストにより患者の状態の推移をきちんと把握することは禁煙治療を安全に進めるために有用と考えられる。

精神疾患を有する患者が禁煙できた際には精神面にも良好な変化が見られる。一方、精神疾患が不安定な時期には禁煙が出来ないばかりか、かえって原疾患への悪影響が出ることもあり、担当医との連携を密にすることが重要である。このため治療内容や状況に関する診療情報提供依頼書、禁煙治療開始報告書、禁煙治療終了報告+経過観察依頼書などいくつかの書式を準備している。

現時点で禁煙成功率の明らかな改善は確認できていないが、当院の《禁煙支援推進プロジェクト》メンバーは、患者さんの「禁煙してよかった」とのうれしい声に励まされながら日々支援を続けている。

## 講演(Ⅱ)

演題 頭痛の診断と治療 ～頭の痛い話～

講師 金沢脳神経外科病院

副院長 山本信孝

### 「講演要旨」

頭痛は日常診療でしばしば遭遇する訴えである。頭痛には頭蓋内に器質的異常所見がない一次性と器質的異常がある二次性があり、一次性頭痛の代表は緊張型頭痛で、これは頭蓋周囲の筋緊張によるもので最も多い。対症的な投薬で改善する。片頭痛は緊張型ほどの頻度ではないが症状が強いことが多く仕事や学業に支障をきたすことがしばしばある。閃輝性暗点が先行すれば診断は容易だが、ない場合には拍動性で「動きたくなくなる」「マッサージ、入浴、運動、お辞儀の姿勢等で症状が悪化する」などが参考になる。片頭痛には一般的な消炎鎮痛剤が無効のことが多くトリプタン製剤が有効であることが多い。しかし、トリプタンを月に10回以上使用すると薬剤乱用性頭痛に移行する場合があります注意を要する。片頭痛は患者毎に症状が異なり、治療もオーダーメイドで考えて行く必要がある。二次性の頭痛で最も危険なものは、くも膜下出血である。一般に突然激しい頭痛を生じるが、中には頭痛がないこともある。それでも音が聞きにくくなったとかめまいがしたとか今まで感じたことがない症状が突然現れる。診断にはCTが最も有用で、診断がついた後にMRIやDSAで脳動脈瘤等の検索を行う。脳腫瘍は頭痛を訴えることが多いが慢性的に続き特に朝方強くなる傾向がある。発熱と嘔吐を伴っている場合は髄膜炎の可能性があり、細菌性の場合急速に症状が悪化することがあるので緊急

を要する。

頭痛は本人にとって不安感が強い症状であり明らかに一次性であると考えられてもCTやMRIで二次性を否定することは治療上も有用であり、躊躇すべきものではないと考えられる。

## 第161回中央地区研修会

平成26年11月15日(土)

## 講演(Ⅰ)

演題 薬による胃腸障害

講師 金沢大学附属病院 消化器内科

助教 北村和哉

### 「講演要旨」

ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)の発見ならびに除菌治療により、ピロリ菌を原因とする消化性潰瘍の有病率は減少傾向にある。一方で、高齢化社会に伴い、循環器系や筋骨格系疾患を有する患者数は増加傾向にあり、これらの患者は潜在的なアスピリンや非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)の投与対象となる。アスピリンやNSAIDsは、代謝産物が直接消化管粘膜を傷害することに加えて、シクロオキシゲナーゼ-1を抑制することで、消化管粘膜血流を低下させたり、粘液の分泌を抑制することで消化管障害を引き起こす。NSAID胃潰瘍の危険因子として、高齢、胃潰瘍の既往、高用量や複数のNSAID内服、抗凝固療法の併用などが報告されている。また、NSAID内服者はピロリ菌感染者と同等の消化性潰瘍の危険性を有し、ピロリ菌感染にNSAID内服が加わると、消化性潰瘍の発症リスクは何もない人に比べて60倍も高くなるとの報告もある。NSAID潰瘍の治療は、可能であれば休薬が原則であるが、投与継続が必要な場合は、2009年に発表された「消化性潰瘍診療ガイドライン」に従い、プロトンポンプ阻害薬が第1選択となる。

近年、消化管出血時などにアスピリンなどの抗血栓療法や、ワルファリンなどの抗凝固療法

を休止することが、生命予後を悪化させるという報告が相次いだため、2012年に「抗血栓薬内服者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」が発表された。本ガイドラインでは、血栓リスクと出血リスクを考慮し、血栓高危険群ではアスピリンもしくはシロスタゾール1剤内服下での生検を許容するなど、抗血小板療法下での検査や治療などが新しく規定されている。今後、全国的に本ガイドラインの検証が行われていくものと思われる。

薬剤性消化管障害で頻度の高いものは、前述のアスピリン、NSAIDsによるものであるが、他にビスフォスフォネートによる食道潰瘍や胃潰瘍、5-FUなどの抗癌剤による消化管粘膜障害、抗生剤による偽膜性腸炎、プロトンポンプ阻害薬などの薬剤によるコラーゲン大腸炎、山梔子を含む漢方薬の長期内服で起こる腸間膜静脈硬化症など、多彩な疾患、病態が存在する。原因不明の腹痛や下痢を認めた場合、薬剤性消化管障害も考慮する必要があると思われる。

## 講演(Ⅱ)

演題 内科で遭遇しうる皮膚疾患

講師 金沢大学 医薬保健研究域医学系  
皮膚科学

講師 松下 貴史

### 「講演要旨」

本講演では内科外来で遭遇しうる皮膚疾患というテーマで、湿疹、水虫、蕁麻疹について概説した。皮疹を見る際は、皮疹の分布と時間経過を意識しながら診察する。また紫斑と紅斑の鑑別は重要なので、硝子圧法を用いて識別する。湿疹の代表的なものには急性湿疹・慢性湿疹、接触性皮膚炎、アトピー性皮膚炎などがある。皮膚筋炎はしばしばかゆみを伴い湿疹のように見えるので、注意を要する。ヘリオトロープ疹、ゴットロン徴候、爪囲紅斑、scratch dermatitisなど皮膚筋炎に特徴的な皮疹を見逃さないように診察することが重要である。これまで、皮膚

筋炎・多発性筋炎で検出される自己抗体で保険適応のあるものは抗Jo-1抗体のみであったが、今年から抗ARS抗体が保険で測定可能となった。パジェット病、ボーエン病、菌状息肉症は見た目だけでは湿疹と鑑別が困難な悪性腫瘍なので、ステロイド剤外用で改善しない湿疹は皮膚生検が必要である。白癬には体の部位により足白癬(みずむし)、股部白癬(いんきんたむし)、体部白癬(ぜにたむし)、頭部白癬(しらくも)という病名が使われる。足白癬はさらに趾間型、小水疱型、角質増殖型に分類される。足白癬の治療は抗真菌剤の外用が基本で、症状がある部分だけではなく、足底全体に外用する必要がある。また、外用期間は3ヶ月毎日外用する必要がある。爪白癬はこれまで内服療法が主体であったが、爪白癬に保険適応のある初めての外用抗真菌剤が本年発売された。蕁麻疹はかゆみを伴う膨疹が出没する疾患で、誘発刺激としてはアレルギー性と非アレルギー性がある。アレルギー性蕁麻疹や物理性蕁麻疹などの原因を特定できる蕁麻疹の頻度は約25%で残りの75%が特発性蕁麻疹である。特発性蕁麻疹の原因は複数あり、原因を特定することは困難である。慢性蕁麻疹の治療の基本は抗ヒスタミン剤の内服で、膨疹が出なくなった後も1ヶ月ほど継続し、その後漸減中止する。



## 加賀地区

### 第6回 南加賀糖尿病アカデミー

期日 平成26年7月11日(金)

会場 小松市民病院

演題 糖尿病性腎症の診断と治療  
～新たな展望～

講師 岡山大学病院 新医療研究開発センター  
教授 四方 賢一

### 平成26年度 第4回学術講演会

期日 平成26年7月17日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 男性・女性の下部尿路症状の最新治療

講師 日本大学医学部 泌尿器科学系  
泌尿器科学分野  
主任教授 高橋 悟

#### 「講演要旨」

男女ともに加齢により様々な下部尿路症状が出現する。例えば尿意切迫感のために頻尿、切迫性尿失禁を認める病態を過活動膀胱といい、40歳以上の男女の12.4%に認める。しかし下部尿路の解剖学的性差は大きく、男性では過活動膀胱に加えて前立腺肥大症による排尿症状(尿の出の悪さ)も多い。第一選択薬である $\alpha$ 1-ブロッカーは排尿症状のみならず、畜尿症状にも有効であり、さらに抗ムスカリン薬の併用で排尿症状の増悪を回避しながら、より積極的に過活動膀胱を治療できる。一方、前立腺体積が大きい症例は肥大の進行につれて将来尿開や手術が必要になるリスクが高いこと、また5 $\alpha$ -還元酵素阻害薬の併用によりそのリスクが減少することが明らかにされた。また今年4月ED治療薬であるタダラフィルが前立腺肥大症治療薬として保険承認された。

一方、女性では過活動膀胱に加えて骨盤底の緩みによる腹圧性尿失禁や骨盤臓器脱に伴う排

尿障害も多い。過活動膀胱の第一選択薬は抗ムスカリン薬であるが、最近オキシブチニン経皮吸収型製剤や $\beta$ 3受容体作業薬が発売され、口内乾燥や便秘などの副作用が少ない長所を有する。一方、腹圧性尿失禁や骨盤臓器脱に対する手術療法の最近の進歩は目覚ましく、プロリン製テープやメッシュを使用した新しい術式(TOT法、TVM法など)が普及している。また昨年11月「女性下部尿路症状診療ガイドライン」が刊行され、診療の標準化が期待されている。

### 平成26年度 第5回学術講演会

期日 平成26年8月7日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 精神医学からみた慢性の痛み

講師 愛知医科大学 医学部  
学際的痛みセンター  
准教授 西原 真理

#### 「講演要旨」

痛みを感じるという現象は、一見単純に見えるが、実は相当に複雑な神経情報処理システムに基づいていることがわかってきており、他の感覚モダリティとは相当異なっている。例えば痛みの「中枢」が存在するかどうかという重要な問題についても、その解答はまだ明らかな形では得られていないことや情動との関連についても不明な点が多いことに注意が必要である。しかし、痛みの本体は本講演のテーマである抹消から脳までを総動員した、さらには自律神経反応などその先に含まれてくる出力系までによって表現されるものであることに間違いはないものと思われる。また、そこに痛みの慢性化が加わってくると、精神機能などの影響があり、もう一段問題は複雑になる。

そこで、本講演では痛みの情報処理における最も高次の過程であると思われる精神機能との関わりについて、慢性化した痛みの精神医学的

問題を特に症候学的、診断学的視点から述べてみたい。

### 平成26年度 第6回学術講演会

期日 平成26年8月28日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 脂質異常症治療の新展開  
—オメガ3脂肪酸への期待を含めて—

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

#### 「講演要旨」

世界に類をみないスピードで高齢化するわが国において、虚血性心疾患や脳梗塞・脳出血を中心とした脳血管障害による死亡は、日本人の死因統計上がんと並んで大きな位置を占め、死因30%に及んでいます。益々その頻度の増加が予想されるため、有効な予防、さらにその治療対策の確立は喫緊の課題であります。

本講演では、オメガ3脂肪酸のEPAとDHAの基礎、臨床データを紐解きながら、今後どのように治療薬及び検査マーカーとして実地臨床に活かすかを解説する。

### 平成26年度 第7回学術講演会

期日 平成26年9月11日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 睡眠障害とうつ

講師 東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター  
院長 伊藤 洋

#### 「講演要旨」

睡眠障害と鬱病の関係に関して、若いときに不眠を訴えた医師は、平均34年で鬱病になる確率が約2倍高くなり、自殺も多いという結果が公表されている。また、糖尿病に関するデータもある。睡眠障害は即ち不眠症と思われがちだ

が、90にも及ぶ睡眠障害の分類がある。例えばレム睡眠行動障害、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、むずむず脚症候群等がそうである。睡眠障害の治療としては睡眠薬があるが、例えばノンベンゾジアゼピン (N-BZ)、BZの眠さは静かで暗いところに置かれた状態だといえる。これらはレセプターに付くとγ-アミノ酪酸 (GABA) を介しクロールチャンネルを開け抑制をかける。当然、GABAは生体内にある物質であるため、非生理的な抑制をかけることはない。対して、バルビタール (BARB) は直接クロールチャンネルを開口し非生理的な抑制をかける。以上のように、睡眠障害には、鬱病だけでなく様々な弊害がある。そのため適切な治療を行う必要性がある。

分子精神医学 Vol.10、No.2、Page.149-153  
(2010.04.10)

### 平成26年度 第8回学術講演会

期日 平成26年10月23日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 パーキンソン病治療の現在の考え方、  
そして随伴する認知症への対処

講師 独立行政法人 国立病院機構  
仙台西多賀病院

院長 武田 篤

#### 「講演要旨」

L-dopa製剤は発症早期のパーキンソン病には症状改善効果が優れているが、長期使用、300mgを超えるような高用量投与により、運動合併症の発現は避けられない。また、運動合併症はパーキンソン病患者さんのQOLを大きく妨げてしまうので、高用量のL-dopaを長期間投与する際には、それに伴うwearing offやジスキネジアのリスクを十分に考慮する必要があると言える。

この運動合併症の原因は、薬剤投与によって生じる非生理的な中枢ドパミン濃度の間歇的変

動であり、L-dopaで発生率が高いのは、その短い半減期に起因すると考えられている。近年、今後の治療戦略として、中枢神経系でのドパミン濃度を出来るだけ一定にする（CDS：Continuous Dopaminergic Stimulation／持続的ドパミン刺激）ように工夫することで予防及び治療をしていこうと提唱されている。

この運動症状に対する薬物治療が進歩しドパミン補充液を始めとした治療薬が数多く開発され長期に亘る病気のコントロールが可能になってきている。しかし、認知・精神機能障害、睡眠障害、感覚障害、自律神経障害などの非運動症状がこれまでの予想以上に多く見られる上、QOLに大きく影響することが分かり重要視されるようになってきた。

2012年、重度の嗅覚障害が認知症の前駆症状であるとの研究結果を発表。この研究では、認知機能障害のないパーキンソン病患者44人に「匂い識別覚検査法（OSIT-J）」を行い、3年間の経過をフォローした。その結果、10人の認知症を発症したが、全例エントリーの時に重度の嗅覚障害を示していたことが分かった。つまり嗅覚検査によって認知症の早期発見／早期治療ができる可能性が示唆された。また重度の嗅覚障害を示すグループは脳画像検査でも、脳萎縮とともに広範な脳機能の低下傾向がみられた。以上のように、パーキンソン病患者における嗅覚低下は認知症のバイオマーカーと成り得ると考えられる。



## 平成26年度 第9回学術講演会

期日 平成26年11月20日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 骨粗鬆症診療に関する最新の話

講師 近畿大学医学部奈良病院  
整形外科・リウマチ科

教授 宗圓 聰

### 「講演要旨」

骨粗鬆症は骨吸収の促進、骨形成の低下によって発症する。一方、現在使用可能な薬剤は骨吸収抑制薬と骨形成促進薬に分類されるが、骨吸収抑制薬の代表であるビスホスホネート製剤やデノスマブは骨吸収のみでなく骨形成も抑制し、骨形成促進薬の代表であるテリパラチドは骨形成のみでなく骨吸収も抑制する。このようなことが長期投与の問題点と関連する。閉経後骨粗鬆症において椎体、非椎体、大腿骨近位部全ての骨折抑制効果が確認されているのはアレンドロネート、リセドロネート、デノスマブのみである。これら以外のビスホスホネート製剤、SERM、エルデカルシトール、テリパラチドが確実な椎体骨折抑制効果を有する。70歳以上では大腿骨近位部骨折を予防する必要があることから前者を選択すべきである。デノスマブはビスホスホネート製剤に比してあらゆる部位の骨密度効果が優れており、また、ビスホスホネートによる大腿骨近位部の骨密度増加は3～5年で頭打ちとなるのに比し少なくとも8年間は増加し続けることが示されていることから、高齢者に対する第一選択薬といえる。一方、70歳未満では椎体骨折を予防すればよいので先に述べた全ての薬剤が適応となるが、ビスホスホネート製剤とデノスマブには長期投与に伴う顎骨壊死、非定型大腿骨骨折などの有害事象との関連が指摘されていることを考慮すれば、SERMとエルデカルシトールを選択するのが妥当といえる。テリパラチドは骨吸収促進に伴う皮質骨の多孔性促進の問題を有しており、必ずしも高齢者に適した薬剤とはいえない。

## 平成26年度 第10回学術講演会

期日 平成26年12月11日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 地球温暖化・グローバル化による  
皮膚真菌症への対応

講師 金沢医科大学 皮膚科学

教授 望月 隆

## 「講演要旨」

私たち皮膚科医の外来における患者数には季節変動があり、患者数は夏季のピーク時には冬季の約2割増となり、その内訳も高温やそれに対応する日常生活の様式を反映したものが多く

なる。表在性の皮膚感染症でも白癬、癬風、伝染性膿痂疹は夏季に増加し、高温・多湿の環境が増悪因子と考えられる。近年の地球レベルの温暖化はこれら皮膚感染症に少なからぬ影響を与えることが予想される。

一方、近年のグローバル化により、今まで私たちが見慣れない皮膚感染症に遭遇する可能性がある。今回は皮膚真菌症について、温暖化やグローバル化、あるいは日常の生活様式の変化により、どのような影響が生じているか、そして今後どのような変遷が予想されるかを考察してみたい。

## 会 員 異 動

会員数：225名（前回比 - 1名）

退 会：6名

年 月 日	郡市別	氏 名	施 設 名	退会理由
平成26年 3月31日	西1区	津 川 洋 三	津川医院	その他
平成26年 4月 1日	小 松	上 田 幸 生	小松市民病院	県外転出
平成26年 4月11日	南1区	八 木 泰 夫	八木内科医院	その他
平成26年 5月21日	8 区	梅 田 俊 彦	梅田内科医院	逝去
平成26年 7月 2日	白 の	鎚 木 護 郎	旭診療所	逝去
平成26年 7月 5日	5 区	小 山 有	香林坊メディカルクリニック	その他

入 会：5名

年 月 日	郡市別	氏 名	施 設 名
平成26年 1月 1日	8 区	前 川 実 生	水口内科クリニック
平成26年 2月 1日	8 区	水 口 雅 之	水口内科クリニック
平成26年 4月 1日	西1区	鯨 坂 秀 之	石川県予防医学協会予防医学クリニック
平成26年 8月 1日	6 区	齊 藤 正 典	金沢春日クリニック
平成26年 8月 1日	河 北	入 谷 敦	金沢医科大学



## 訃報

当会2代目の会長 梅田俊彦先生が、平成26年5月21日、享年80歳にてご逝去されました。

私自身は、梅田先生と直接お仕事をご一緒させていただく機会はなかったのですが、一昨年末に「石川県臨床内科医会の誕生と展望」と銘打った座談会にご出席いただいた折のことを、よく憶えております。「大きな声が出せないのだ」と言われながらも、私どものためにいろいろご助言いただきましたことを、今更ながらに感謝の心とともに思い出します。

当会に大きな足跡を遺された梅田先生をお偲びして、岩城紀男、近藤邦夫両元会長から追悼文をお寄せいただきました。ここに掲載させていただきますとともに、石川県臨床内科医会一同、謹んで哀悼の意を表します。

合 掌  
(鍛治)



## 巨星逝く - 梅田俊彦先生を悼んで

石川県臨床内科医会 元会長 岩城紀男

私は昭和51年に開業して以来、金沢大学医学部の後輩としてあるいは金沢市医師会や石川県臨床内科医会の活動などを通じて、梅田俊彦先生の人となりに接し、尊敬し、信奉し、人生の師と仰いで参りました。また先生は快活で、知的好奇心が旺盛で、人間的魅力に溢れる方で、旅行やグルメ、ゴルフなどでは楽しく意気投合し、心の交遊も深めていただきました。

1990年5月のフランスのナンシー市医師会と金沢市医師会の姉妹医師会締結（仕掛け人は浅野周二先生）がきっかけで、毎年5月のGWには夫婦連れでヨーロッパを旅行し、その都度美味しいワインやグルメを堪能したものです。そのハイライトはロマンティック街道からザルツブルグ入りし、ウイーンの楽友協会でサイモン・ラトル指揮のウイーンフィル演奏、ベートーベンのシンフォニー5番を聴いたことでした。

また先生は味覚に秀でていて、イタリアでのカプリ島でのボンゴレやフランスのブルゴーニュでのエスカルゴ、パリの市場近くでの牡蠣（ヒラガキ le Belon）はこの世でもっとも美味

なるものの一つであることで意見は一致、国内では車を駆って福井県美浜町三方五湖の天然ウナギを食べにご一緒しましたが、この時の「口細青うなぎ」の白焼きの香りと美味しさに思わず顔を見合わせました。奥様にお聞きしたところによれば、最期の食事はウナギだったといえます。

昨年の秋、なかなか予約のとれない長野県須坂の仙仁温泉へやはり夫婦連れで遊んだのが先生との最後の思い出となりました(写真)。少しでも元気なうちにと思い医科大の病室を見舞っ



て、お別れの握手をした時に先生が目潤んでいることに気が付き、私も涙をこらえることが

出来ませんでした。  
ご冥福をお祈りして・・・合掌。

## 梅田先生を偲ぶ

石川県臨床内科医会 元会長 近藤 邦夫

梅田先生を御見送りして、半年が過ぎようとしております。まだ、三味線を持ち小唄を唄われている、粹な先生が現れるような気がいたします。心からのご冥福をお祈りいたします。

私と先生との出会いは、20年前の平成6年（開業6年目）に元会長の岩城先生から臨床内科医会にお誘いいただき、入会した時でした。その時の会長が梅田俊彦先生で、副会長が岩城紀男先生、大森 肇先生、小原 修先生、大家他喜雄先生、そのほか内科の重鎮の先生方がおられ、緊張した覚えがあります。温かなお人柄ですが、筋をしっかりと通される強い意志を持っておられました。平成7年、第9回日本臨床内科医学会を初めて金沢で開催することになり、その陣頭指揮を執ったのが梅田先生でした。全国から、千人を超す会員が金沢に集まり盛会に終えることができました。県内の内科医をしっかりとまとめ、人を掌握していく力はすごいと感じました。先生を慕って多くの先生方が集まり、その力を十二分に発揮させていく、それぞれの場を作っていく姿を見せられて、人の上に立つことの難しさとすごさを教えていただきました。

その後、平成8年に石川県医師会副会長に就任されておられます。この時に梅田先生からお電話をいただき、一緒に県医師会に来るように誘われ、私も県医師会理事となることになりました。「誰かが医師会の中からもものを言わないと組織は変わらない。一緒にやろう」との言葉で決心したことは昨日のように思い出されます。平成10年県医師会の会長にご就任され、臨床内科医会の会長には、岩城紀男先生がご就任されております。

その後、県医師会においては、平成12年からの介護保険導入、14年の医師会館の移転新築、18年の検査センターの移転新築、医療環境が厳しくなる中で地域医療を守るために大変なお働きでした。偉大な先生の姿を見ながら育てていただいたことに心から感謝を申し上げます。

いま、超少子高齢社会を迎えて、これまで地域医療を支えてきた臨床内科医会の働きがますます重要になってきております。これからは先生にご指導いただきましたことを肝に銘じ、県民の方々の保健、医療、福祉の推進に、我々臨床内科医会、医師会が一丸となって努力していく所存であります。

### 編集後記

▼落雷、暴風、積雪、冬将軍の早いお出ましに閉口するこの頃ですが、会員の皆様にはいかがお過ごしでしょうか。▼日本臨床内科医学会 in 岩手。長尾先生からのレポートからは、昨年の徳島に続いていると楽しそうな雰囲気伝わります。また、例年よりも早く行われた親睦会も、心躍るものになりました。ゆったりとした心になって、さらに学問を深く味わいたいものです。▼シリーズ「地域連携室を訪ねて」は今回で3回目となりますが、大変な力作となっています。藤田先生がまとめられているように、良好な病診連携は地域包括ケアシステム構築の核となると思われ、今後のさらなる発展が期待されます。▼いつもながら、各種報告や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。来る年が良き年になりますように（恭）。