

石川臨内報

第 57 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30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) 日本臨床内科医会の現況と展望
ー日本臨床内科医会の臨床研究ー
...日本臨床内科医会 会 長 猿田 享男 先生... 3
- 特別講演(Ⅱ) 最適な2型糖尿病治療を目指して
...京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学
准教授 福井 道明 先生... 11
- 特別講演(Ⅲ) 魚油の脂質改善・抗動脈硬化作用とその作用機構
...東邦大学医療センター佐倉病院 糖尿病・内分泌・代謝センター
教 授 龍野 一郎 先生... 11

表彰披露

- 地域医療功労者表彰を受けて 顧 問 村本 信吾... 14

報告

- 日本臨床内科医会 常任理事会 会 長 洞庭 賢一... 15
- 代議員会 監 事 上田 良成... 17
- 学術部合同委員会 理 事 長尾 信... 18
- 第32回日本臨床内科医会総会 理 事 長尾 信... 19
- 監 事 上田 良成... 19
- 禁煙フォーラム石川2015 理 事 西 耕一... 21

企画

- 「地域連携室を訪ねて」～金沢医療センター～ 理 事 鍛冶 恭介... 24

地区活動だより

- 中央地区 28
- 加賀地区 32

会員異動

- 35

- 編集後記 理 事 鍛冶 恭介... 35



第30回 石川県臨床内科医会総会

平成27年 2 月15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

私の二期目も後半となり、引き続き会員の先生方はじめ役員の皆様方の変わらぬご支援を賜りますよう、お願い申し上げます。

今年の総会には日本臨床内科医会会長猿田享男先生においでいただき、日本臨床内科医会の役割と、今後の展望につきお話しいただきました。これに沿って石川県臨床内科医会も事業展開して参りたいと存じます。

会誌の充実がはかられ、禁煙フォーラムを継続開催し、研修会・親睦会も順調に行われております。ひとえに副会長ならびに理事・監事の先生方のおかげと、大変感謝いたしております。また、現在HPを充実中であり、今年は30回目の節目の総会と言うことで、記念誌の制作も鋭意準備中です。

そして今後の課題として、まずは会員増強、

特に女性会員の増加が必須です。現在勤務医で将来開業をお考えの先生、また現在開業の女性医師もぜひご入会いただきたいと思います。次に臨床研究の推進です。日本臨床内科医会の企画研究に積極的に参加すること。さらに石川県医師会と協力し、例えば高血圧・糖尿病・脂質異常症などの治験・臨床研究を受けるためのグループに積極的にかかわっていきたいと考えています。

医療の基本は言うまでもなく安全・安心、そして信頼。患者の安全、医師の安心のもと、質の向上を目指し信頼を得る必要があります。この事を今後も柱にしていきたいと思っています。そのためにご意見・ご助言、また会への積極的参加をお願いしたいと存じます。



特別講演 (I)

日本臨床内科医会の 現況と展望

—日本臨床内科医会の臨床研究—



日本臨床内科医会 会長
慶應義塾大学 名誉教授

猿 田 享 男

1. 日本臨床内科医会の現況 (Fig 1)

日本臨床内科医会は、1975年に京都において京都大学医学部内科の脇坂教授が日本内科学会を主宰された際に、当時京都内科医会の会長であられた高島雅行先生との話し合いで、内科臨床の第一線で活動されている先生方が、一層活躍でき、しかも内科臨床と直結する会があってもよいのでは、ということで「臨床内科医の集い」が発足され、それから約10年後の1985年に、名古屋において正式に日本臨床内科医会が創設されたと伺っています。

日本臨床内科医会の理念はFig 2に示すように、日本医師会、日本内科学会と密接に連携して、臨床内科学の発展、地域医療・保険の分野に貢献し、国民の福祉の向上に期することであり、会誌・ニュース・出版物により、日常診療に直結する医学情報の提供、さらに全国医学会や研修会で知識・技術の取得とレベルアップに心掛けることであります。会員への医療保険・介護保険の最新の情報の提供も考えられています。このほかインフルエンザ研究等、公共事業によって国民に役立つ医療提供も重要と考えられています。

現在の日本臨床内科医会の執行部はFig 3に示す通りで、現在の会長は第4代目の猿田享男で、副会長は望月紘一先生他4名で、常任理事は14~15名で、それぞれ諸委員会の委員長として活躍されております。

会員数は2014年11月の時点で15,529名であり、高齢化とともに会員数は減少してきています。

会員の最も多い県は福岡県で1,760名、最も少ない県は香川県で21名であり、石川県は225名と報告されています (Fig 4)。

2. 日本臨床内科医会が注目する 総合診療医の問題

日本専門医機構による専門医制度が今後どうなっていくのか、特に新しい専門医として設置が決まった総合診療専門医は、日本臨床内科医会の先生方が注目される専門医です。その人数や応募資格、さらにこの専門医になるための研修や試験が注目される場所ですが、その詳細については検討が始まったところであり、この専門医の小委員会の委員として、桐野高明、吉村博邦、小森貴、有賀徹の諸先生方が決定されています (Fig 5)。Fig 6は、小森先生が示された総合診療専門医制度構築の基本理念であります。国民の健康福祉に貢献することが第1の目的であり、地域で活躍する総合診療医が誇りをもって診療に従事できる専門医資格とされており、安易に取得できる専門医資格ではないようです。小森先生は、Fig 7に示すような総合診療専門医の医師像を考えられておられます。

3. 日本臨床内科医会で実施された 2つの大規模臨床試験とその意義

日本臨床内科医会は、会員が15,000名を越える全国組織であることから、全国規模の臨床研究が実施しやすく、貴重な研究成果が得られ、その成績をすぐに国民に還元できると考えられています。そのようなことで、これまでに多くの臨床研究がなされてきましたが、その中で私が特に関係した2つの臨床研究について、述べてみたいと思います (Fig 8)。

1) JATOS (The Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure Elderly Hypertensive Patients) と VALISH 研究

この研究は、厚生労働省で日本の医療レベルを向上させるための対策委員会として医療技術評価推進検討会 (座長：高久史麿教授：

1998年 (**Fig 9**) が設置され、その委員会で日本の医療レベルの向上のためには、EBMに基づく医療の普及が重要とされました。EBMの普及には、各診療領域で診療ガイドラインを作成するのがよいとされ、**Fig 10**に示すような疾患別に診療ガイドラインを作成することになりました。私はその時、日本高血圧学会の理事長をしていたこともあり、最初に高血圧治療ガイドライン2000年版を作成したのですが、その時、ガイドラインの作成に必要な日本人のエビデンスがあまりにも少ないことに驚き、早速、日本高血圧学会が後援して、エビデンス作成のため大規模臨床試験を行うことになり、**Fig 11**に示すような7つの臨床試験を開始することになりました。その1つがJATOSであったわけです。

Fig 12に示すように、当時は高齢高血圧者の血圧をどこまで下げるのがよいのか、その際どのような降圧薬を用いるのがよいか明らかではありませんでした。そこでJATOSではCa拮抗薬のエホニジピンを基礎薬として、65歳以上85歳未満の高齢高血圧患者を対象とし、140mmHg未満と厳格な降圧目標とした約2,200名と140–160mmHgの緩徐な降圧目標とした2,200名とで、2年間に亘り、脳・心・腎疾患の発症が比較されました (**Fig 13**)。

Fig 14は対象者の試験開始前の基礎データですが、両群間に差がみられませんでした。2年間の両群間の収縮期血圧の差は9.7mmHg未満であり、目的通りの試験が実施され、**Fig 15**に示す通り、脳・心・腎疾患の発症率は、75歳未満では140mmHgへと厳格に降圧させた群の方が有意に低値でした。一方、75歳以上の後期高齢者では、140mmHg未満へと厳格に降圧させた群の方が、140–160mmHgの間へと緩徐に降圧させた群よりも、脳血管障害がやや多い傾向がみられました。それゆえ、高齢者高血圧では、特に後期高齢者で高血圧の程度がⅡ～Ⅲ度のものでは、降圧目標をまず収縮期血圧で150mmHg程度

にするのがよく、それから可能であれば140mmHgを目指すのがよいと考えられました。一方、75歳未満の高齢者では140mmHg未満を目指すのが妥当と思われました。

次に同様の研究をARBのバルサルタンを用いて検討したのがVALISH研究です。**Fig 16**に示す通り、この研究では70歳以上85歳未満の高齢高血圧者3,260名を対象として2群に分け、収縮期血圧を140mmHg未満とした場合と、140–150mmHgの間へと緩徐に降圧させた場合とで、脳・心・腎疾患の発症率を3年間に亘って比較されました。その結果、**Fig 17**に示すように、収縮期血圧150mmHg以上では、脳・心・腎疾患の発症が有意に高く、150mmHg未満に低下させることが大切なことが示されました。75歳以上と75歳未満とに分けた検討では、75歳未満でも75歳以上でも、ともに140–150mmHgの間でも、140mmHg未満でも大差はなく、JATOSのように75歳以上で140mmHg未満とすると、脳・心・腎疾患の発症が増加する傾向はみられませんでした。

以上の2つの研究から、高齢者の高血圧では75歳以上の後期高齢者では150mmHgを降圧目標として、それで問題なければ140mmHgを目指して降圧させるのもよく、75歳未満の高齢者では140mmHg未満を降圧目標とするのがよいと結論され、日本高血圧治療ガイドライン2009にはこの結果が考慮されました (**Fig 18**)。なお、使用する降圧薬としては、Ca拮抗薬とARBが主として奨められ、効果不十分な場合には少量の利尿薬の併用、あるいはCa拮抗薬とARBの併用がよいと考えられました。

以上のような高齢高血圧者の降圧目標を検討した研究は世界で少なかったため、**Fig 19**に示すように、欧州高血圧学会／心臓学会のガイドラインや米国のガイドライン(JCN8)でも、日本のこれらの成績がエビデンスとして取り上げられています。

2) 原発性アルドステロン症の実態調査

(Fig 20)

原発性アルドステロン症 (PA) は、1955 年、米国の Conn 教授によって発見された副腎球状層から発生した腺腫による高血圧であります。Fig 21 は Conn 教授によって発表された第 1 例目の症状と検査値をまとめたものです。著明な高血圧、高 Na 血症、低 K 血性アルカローシスが特徴的であり、腺腫から過剰分泌されたアルドステロンにより、腎臓からの Na・水再吸収が促進され、循環血液量が増加して、血圧が上昇し、低レニンを呈します。

アルドステロンやレニンの正確な測定が最近まで困難であったことや、副腎の精密な検査法が困難であったため、PA は発見されることが少なく、稀少疾患と考えられていました。かつて私が厚生省特定疾患副腎ホルモン産生異常調査研究班の班長をしていた 1984 年～1988 年の全国調査では、PA の頻度は 1 % 以下と考えられていました。PA には腺腫によるものと過形成によるものがありますが、腺腫によるものが約 80 % でした (Fig 22)。ところが、近年検査法が進歩し、血漿アルドステロンやレニンの測定が比較的になり、CT 検査等の画像検査が普及し、PA の発見頻度が高くなりました。特にオーストラリアの Brisbane グループの Stowasser らは (Fig 23)、高血圧患者の中で 18 % に PA が発見され、低 K 血症を呈する者は 10～15 % と報告し、PA を血漿アルドステロン濃度／レニン活性比でスクリーニングすると、PA 疑いの患者が比較的容易に発見できることを報告しました。この報告後、世界各国で PA の頻度が検討され、高血圧を専門としている施設では、高血圧患者の 5～10 % に発見され、一般患者を対象とする施設の高血圧患者ではその頻度は低く、1～2 % ではないだろうかと、米国のこの方面の専門家であるテキサス大学の Kaplan 教授が報告されました

(Fig 24)。

日本でも高血圧と副腎疾患を専門とする施設では、PA の頻度は 5～6 % 位であるとする報告が出されています。実際に日本の高血圧患者の中にどのくらい存在するのか注目されるところであり、特に一般診療の現在での頻度を知ることが日常診療上重要と考え、日本臨床内科医会として全国調査をすることになりました。

Fig 25 は、実態調査方法を示しますが、診察室を受診した初診時未治療高血圧患者あるいは降圧薬を 1 カ月以上休養して高血圧を呈する患者を対象とし、血漿アルドステロン濃度 (PAC)、血漿レニン活性 (PRA)、血清電解質等を測定し、日本の高血圧治療ガイドラインに示された PA のスクリーニング法に従って検討しました。その方法では、PAC/PRA 比 ($ARR > 200$) で $PAC > 150 \text{ pg/ml}$ の場合に PA の疑いが強いと判定しました。

Fig 26 は、試験登録患者の概要と診断基準の該当者・非該当者をまとめたものです。最終的な結果は Fig 27 に示す通りで、総登録症例数 2,648 例、該当例 180 例で 6.8 % が PA の疑いとなりました。該当例 180 例のうち、57 例が専門医へ紹介されて精査を受け、その結果、精査まで行われた患者の 1.9 % (12/57 例) が PA と診断されました。

Fig 28 に 57 例の精査結果を示します。PA と診断された 12 例中、5 例が片側腺腫、2 例が両側腺腫、1 例が過形成、4 例は PA に問題ないと思われましたが、病型を確認できませんでした。

今回のような一般外来での高血圧患者を対象とした研究として、成瀬光栄らは全国の国立病院機構の外来患者を対象として PA の頻度を検討し、Fig 29 に示すように 1,286 例の高血圧患者で、 $ARR \geq 20$ 、 $PAC 12 \text{ mg/dl}$ を診断基準とし、8.7 % で PA が疑われ、精査で PA の疑いが特に強い患者が 3.3 % で、PA と確定診断されたものは約 1.7 % であったと

報告されています (**Fig 30**)。私どもの結果と成瀬らの結果からみて、一般外来の高血圧患者の中のPAの頻度は約2%程度と推定されます。

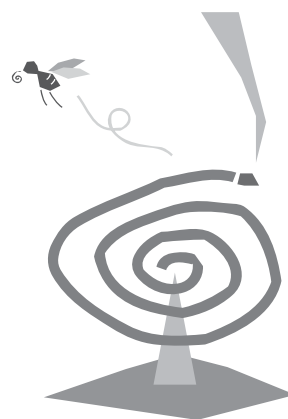
以上のような研究により、高血圧患者の診察に際して約2%が2次性高血圧のPAである可能性を考慮して診察する必要があると思います。PAのうち腺腫であれば手術摘出で完全治癒する可能性があるため、PAの確実な診断が求められます。しかし、問題となるのは、PAの診断のきっかけは、血漿アルドステロン濃度と血漿レニン活性の測定に基づくARRであり、このような検査を高血圧患者のすべてに実施することは医療費の面で問題があるかと思われます。かつてはPAが発症してから発見されるまで本態性高血圧として治療されていて、治療抵抗性であったり、低K血症を認めるようになり、その時点でレニンやアルドステロンが測定されて診断される状況でした。最近ではPAの頻度がかなり高いことが明らかになったことで、高血圧患者の診察時にレニンやアルドステロンが測定されることが多くなりましたが、高血圧患者の約2%程度の存在であるPAを発見するため、一般外来を受診する高血圧患者のすべてにレニンとアルドステロンの測定をすべきか議論のあるところでもあります。

近年の遺伝子研究の進歩でPAの成因がかなり明らかになり、Liftonらは体細胞膜のK⁺チャンネルKCNJ5の遺伝子異常で、細胞内へNa⁺流入が促進されることによって細胞Ca⁺⁺が増加し、球状層細胞ではCa⁺⁺の増加によってアルドステロン合成酵素が刺激され、PAが発症してくる症例が40~50%を占める報告がされました (**Fig 31**)。日本人のPAの検討でも、50%がこのような異常を呈することが明らかにされています。

かなりのPAがこのような機序で発症することを考えれば、PAの治療として抗アルドステロン薬（スピロラクトンやエプレレノ

ン）とCa拮抗薬の併用がかなり効果的と考えられています。前述した細胞膜のK⁺チャンネルKCNJ5の異常が明らかになる前から、PAの薬物療法として抗アルドステロン薬とCa拮抗薬の併用投与療法は効果的な治療法として実施されており、**Fig 32**に示すように手術摘出に近い効果が報告されています。それゆえ、ARRの結果から、PAが疑われる症例において精密検査を実施するとともに、治療法として抗アルドステロン薬とCa拮抗薬の投与を行うことも考慮しておく必要があるかと思われます。特にPAの確定診断がつかない症例や過形成のPAが疑われる場合には、抗アルドステロン薬とCa拮抗薬の併用療法は必須の治療と思われます。

以上述べたように、日本臨床内科医会是全国的な組織であることから、多数例を対象とした臨床研究を速やかに実施しやすく、今後も意義ある臨床研究の実施が求められます。



日本臨床内科医会の現況と展望 —日本臨床内科医会の臨床研究—

慶應義塾大学名誉教授
日本臨床内科医会会長
猿田享男

Fig 1

日本臨床内科医会の理念

日本医師会、日本内科学会と緊密に連携して、臨床内科学の発展、地域医療・保健の分野に積極的に貢献し、国民福祉の向上を期する。

日本臨床内科医会の活動

1. 会誌、ニュース、出版物で日常診療に直結する医学情報の提供と、全国医学会や地区研修会等で臨床内科医会に必要な知識・技術の取得とレベルアップに心掛ける。
2. 医療保険・介護保険等の最新の情報やそれらの改訂に関する情報を提供し、会員が日常臨床現場で安心して働けるように心掛ける。
3. インフルエンザの研究をはじめ国民に役立つ臨床研究を日本臨床内科医会として実施し、医療の進歩に貢献する。

Fig 2

日本臨床内科医会 執行部と役割

会長
猿田享男
副会長
望月紘一、嶋田 丞、中 佳一、垣内 孟
常任理事
和田一穂(ニュース) 松本 郷(総務・調査研究)
菅原正弘(学術・学術) 清水恵一郎(社会保険・医療・介護)
神津 仁(総務) 山本晴章(経理)
洞庭賢一(社会医療) 安藤忠夫(学術・会誌)
谷村伸一(庶務) 木谷輝夫(研修推進)
福田正博(IT) 白川敏夫(会員増強)
白石恒明(社会医療) 江頭芳樹(社会保険・医療介護)
監事
西家倅仙、迫 龍二

Fig 3

日本臨床内科医会 会員数

2014年11月10日の時点で15529名

会員の多い順の10県			会員の少ない順の10県		
1	福岡県	1760名	1	香川県	21名
2	愛知県	1101名	2	茨城県	26名
3	東京都	1076名	3	山梨県	31名
4	大阪府	833名	4	滋賀県	43名
5	埼玉県	778名	5	鳥根県	73名
6	神奈川県	769名	6	高知県	78名
7	京都府	613名	7	鳥取県	85名
8	兵庫県	580名	8	三重県	91名
9	広島県	424名	9	栃木県	99名
10	鹿児島	403名	10	山形県	100名
石川県 225名					

Fig 4

日本専門医機構における専門医の問題

専門医制度の中で新しい専門医として設置が認められた「総合診療専門医」は、どのような専門医で、どのように資格をとるのか。

「専門医」とは、それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、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る。

専門医制度を2段階制とし、初期臨床研修を修了したのち、医師は18基本診療領域・総合診療専門医のいずれかの専門医資格の取得が求められる。

「総合診療専門医」の詳細はこれから決定される。現在、桐野高明先生、吉村博邦先生、小森貴先生、有賀徹先生方の小委員会にて検討中である。内科、小児科、救急などの諸領域の研修が求められるが、詳細は不明。決定までに数年が必要とされるとのこと。

Fig 5

総合診療専門医制度構築の基本理念

(日本医師会—小森常任理事)

1. 総合診療専門医の質の向上をはかり、国民の健康福祉に貢献することを第一の目的とする。
2. 地域で活躍する総合診療医が、誇りをもって診療に従事できる専門医資格とする。安易に取得できる専門医資格とはしない。これから総合診療医資格の取得を目指す若手医師に夢と希望を与える制度となることを目指す。
- ・ 現在のところ、総合診療専門医の医師像の定義はまだ議論の途上にある段階。

Fig 6

総合診療専門医の医師像

(日本医師会—小森常任理事)

1. 主として従来の一般内科を中核として、精神科、皮膚科、小児科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について広い領域にわたって基本レベルの診療を行う医師を目指す。
2. 総合診療専門医には、頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
3. 領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
4. 総合診療専門医は、医療の提供とともに疾病の予防、介護、看とり、地域の保健・福祉活動など、人々の命と健康にかかわる幅広い問題について、適切な対応ができる医師。

Fig 7

日本臨床内科医会で実施された 2つの大規模臨床試験とその意義

1. JATOS(The Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients)
2. 日本における原発性アルドステロン症の実態調査研究

Fig 8

医療技術評価推進検討会報告書

(座長: 高久史磨教授 1999年)

1998年6月に本検討会が設置され、医療技術評価の成果を通じて「科学的な根拠に基づく医療 (EBM)」の普及および推進等について検討された。その際、EBM推進の1つの方策である診療ガイドラインの策定についても検討され、しつかりしたガイドラインを作成することが必要とされた。そしてこのような検討会の内容を実際に推進していくことにより、一層医療の質を高めることが可能であるとされた。

Fig 9

厚生労働省の医療技術評価推進検討会でガイドラインの作成が必要とされた上位10疾患

1. 本態性高血圧症
2. 糖尿病
3. 喘息
4. 急性心筋梗塞およびその他の虚血性心疾患
5. 白内障
6. 慢性関節リウマチ
7. 脳梗塞
8. 腰痛症
9. 胃潰瘍
10. くも膜下出血およびその他の脳出血

Fig 10

日本高血圧学会が最初に後援した
主な大規模臨床試験

1. CASE-J研究 (Candesartan Antihypertensive Survival Evaluation in Japan Trial)
2. JATOS (The Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients)
3. DIME研究 (Diuretics in the Management of Essential Hypertension Study)
4. HOMED-BP研究 (Hypertension Objective Treatment Based on Measurement by Electrical Devices of Blood Pressure Study)
5. COPE研究 (Combination Therapy of Hypertension to Prevent Cardiovascular Events Trial)
6. VALISH研究 (Valsartan in Elderly Isolated Systolic Hypertension Study)
7. COLM研究 (Combination of Olmesartan and Calcium Channel Blocker or Diuretics in High Risk Elderly Hypertensive Patients Study)

Fig 11

高齢高血圧者の降圧目標がまだはっきりせず、もっとも適する降圧薬は何かが明らかでない。そのため2つの大規模臨床試験が計画された。

1. JATOS研究 (The Japanese Trial To Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients)
JATOS Study Group: Hypertens Res 2008;31:2115-2127.
Ca拮抗薬を用いて65-85歳の高血圧患者の収縮期血圧を140mmHg未満へ厳格に低下させた場合と、140-160mmHg未満に軽度低下させた場合で2年間の経過観察。
2. VALISH研究 (Evaluation of Valsartan on Cardiovascular Mortality and Morbidity in Elderly Isolated Systolic Hypertension)
Ogihara T et al: Hypertension 2010;56:196-202.
この研究ではARBのバルサルタンを用いて70-84歳の高血圧患者の収縮期血圧を140mmHg未満に厳格にコントロールした場合と、140-150mmHg未満に低下させた場合とで、3年間に亘って効果を観察。

Fig 12

JATOSの概要

目的 エホニジピンを基礎薬とし、高齢者高血圧患者における厳密な降圧群(SBP<140 mmHg, A群)、緩やかな降圧群(140<SBP<160 mmHg, B群)とを、2年間の治療効果につきPROBE 法により比較する

対象 SBP ≥160 mmHgが持続している本態性高血圧患者(65-85歳)

一次評価項目 脳血管障害、心臓血管障害、腎障害

二次評価項目 総死亡率、有害事象

症例数 市販後調査成績に基づく

試験期間 2001年4月～2004年12月

JATOS

Fig 13

Baseline characteristics

	Group A (n=2,212)	Group B (n=2,206)
Male/Female	874 / 1,338	843 / 1,363
Age(yrs old)	73.6 ± 5.3	73.6 ± 5.2
Baseline SBP/DBP (mmHg)	171.6 ± 9.7 / 89.1 ± 9.5	171.5 ± 9.8 / 89.1 ± 9.5
Smoking (%)	18.7	17.5
Hyperlipidemia (%)	52.5	51.6
Diabetes mellitus (%)	11.9	11.7
LVH (%)	49.3	50.3
Past history of stroke (%)	4.2	4.5
Past history of CVD (%)	3.4	2.6

LVH: left ventricular hypertrophy, CVD: cardiac and vascular diseases

JATOS

Fig 14

群・年齢別のイベント発症率

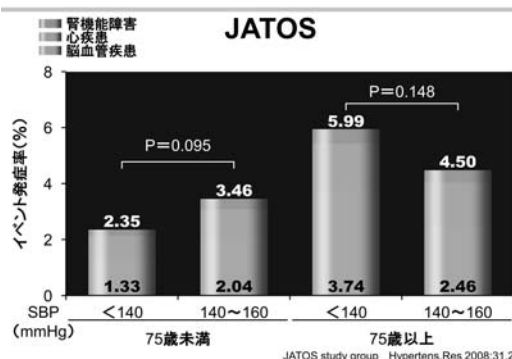


Fig 15

試験デザイン



デザイン: 前向き無作為・オープンラベル・エンドポイント盲検 (PROBE)試験
医師主導型臨床試験

対 象: 70歳以上かつ85歳未満の収縮期高血圧患者3,260例 (平均年齢76.1歳)

方 法: 患者を降圧目標値140mmHg未満の厳格降圧群 (1,545例)と、140mmHg以上150mmHg未満の緩徐降圧群 (1,534例)に無作為に割り付け、バルサルタン40mg/日、80mg/日で投与開始し、降圧不十分の場合はバルサルタン160mg/日に増量、かつ/またはARB以外の他の降圧薬を追加する。

後 援: 日本高血圧学会

www.clinicaltrials.gov (identifier NCT00151229).
Ogihara T et al: Hypertension. 2010;56:196-202

Fig 16

到達血圧別の心血管イベント発症率

VALISH

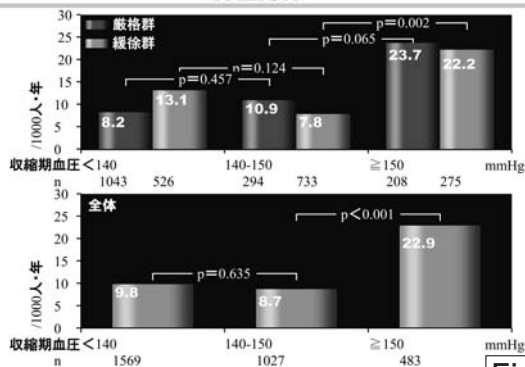


Fig 17

高齢者高血圧の治療目標と降圧のスピード

- 高齢者においては、高血圧基準である140/90mmHg未満を目標として積極的に降圧する。ただし、臓器血流量、自動調節能障害が存在するため、降圧のスピードに配慮する。
- 降圧薬として、Ca拮抗薬とARBが適する。
- 後期高齢者(75歳以後)で収縮期血圧160mmHg以上のⅡ度、Ⅲ度高血圧では140/90mmHg未満を最終降圧目標とするものの、150/90mmHg未満を中間降圧目標として慎重に降圧する。

Fig 18

JSH2014、ESH/ESC2013およびJNC8における診察室血圧の降圧目標の比較

	JSH2014	ESH/ESC2013
若年、中年、前期高齢者	<140/90	<140/90
後期高齢者	<150/90	<150/90
糖尿病	<130/80	<140/85
CKD(蛋白尿陽性)	<130/80	<130/90 蛋白尿(+) <140/90 蛋白尿(-)
脳血管障害 冠動脈疾患	<140/90	

	JNC8
高齢者(≥60歳)	<150/90
成人(<60歳)	<140/90
糖尿病	<140/90
CKD	<140/90

Fig 19

原発性アルドステロン症の実態調査

日本臨床内科医会

中尾正俊(循環器班班長)、菅原正弘、中 佳一、望月紘一、猿田享男および日本臨床内科医会会員

(日本臨床内科医会会誌 2014;29:416)

Fig 20

Conn教授による原発性アルドステロン症の第1例の概要

34歳の女性

主 訴: 間歇的攣縮、脱力、筋麻痺

病 訴: 1947年下肢の麻痺を認める。その後テタニー様症状も認める。

血圧は180~190mmHg以上で、尿蛋白+。

検査所見: 血清クレアチニン0.54~1.02mg/dl、血清

Na146~151mEq/l、

K1.6~2.5mEq/l、血清 pH7.62、低レニン。

尿中Na、K排泄を指標としたDOCの効果との比較で

鉱質コルチコイドの増量。

∴ 副腎腺腫が後に摘出されて、症状改善した。

Fig 21

厚生省特定疾患副腎ホルモ産生異常調査研究班による調査

1. 1984~1988年の5年間にわいて全国の39の内分泌専門施設の症例

腺腫	278例	83.5%
過形成	55例	16.5%

2. 1997年における調査

腺腫	367例	84.4%
両側過形成(IHA)	36例	8.3%
片側性副腎過形成	7例	1.6%
糖質コルチコイド奏効性アルドステロン症(GRA)	1例	0.2%
その他	24例	5.5%

諸外国 過形成20~45%

Fig 22

オーストラリアBrisbaneグループによる原発性アルドステロン症の高頻度報告

アルドステロン・レニン比25以上で疑い、フロリネフ+食塩負荷3日間によるアルドステロン抑制試験で診断

1. 約300名の高血圧患者中の54名が原発性アルドステロン症(18%)

2. 54名中 低K血症は7名(13%)

3. 片側でアルドステロン産生亢進15名(31%)。このうち低K血症は6名。

4. 両側のアルドステロン産生亢進(両側過形成)34名(69%) すべてが正常K血症。

Stowasser M et al: J Hypertens 2003;21:2149-2157

Fig 23

Prevalence of autonomous hyperaldosteronism and APAs in patients tested by ARR

(Kaplan NM: Hypertension 2007;50:454-458)

このreviewの中で対象300名以上の報告を抜粋

	患者数	研究タイプ	ARR Threshold	Raised ARR(%)	Abnormal suppression by salt loads(%)	APA(%)
Hiramatsu et al	349	R	40	7.4	NA	2.6
Lim et al	495	R	27	16.6	9.2	0.4
Nishikawa et al	1020	R	20	6.4	NA	4.2
Loh et al	350	R	20+PA>15	18.0	4.6	1.7
Fardella et al	305	P	25	9.5	4.9	0.3
Douma et al	978	R	30+PA↑	21.2	13.8	NA
Rossi et al	1046	R	35	12.8	6.3	1.5
Hood et al	835	P	40	12.3	NA	0.7
Mulatero et al	2160	R	50	10.6	7.0	1.6
Fogari et al	750	P	25	12	6	2
Strauch et al	403	R	50	21.6	19	6.5
Stowasser et al	300	R	30	18.6	17.7	5
Mosso et al	609	P	25	10.2	6.1	0
Williams et al	347	P/R	25+PA>8	7.5	3.2	NA
Rossi et al	1125	R	40	11.2	NA	4.8

R: referred patient, P: primary care NA: 結果がしっかりと示されていない

Fig 24

実態調査方法

対象：診察室を受診した初診時未治療高血圧患者あるいは降圧薬を1カ月以上休薬して血圧が上昇し、高血圧を呈した患者。（高血圧は診察室血圧で140かつ/または90mmHg以上）

スクリーニング法

採血（食事摂取に関係なし）
↓
血漿アルドステロン濃度・レニン活性比（ARR）>200
血漿アルドステロン濃度（PAC）>150pg/ml
↓
調査票に記入し、事務局に送付
採血検体は検査業者に渡す

Fig 25

登録患者の概要と診断基準の該当者・非該当者

性別	男性 1383	女性 1126
年齢	58.0±12.9歳	
身長(cm)/体重(kg)	161.4±9.4cm/63.8±13.9	
血圧(mmHg)	166.9±20.3/97.4±13.7	
四肢脱力	有：68例	無：2582例
多飲・多尿	有：97例	無：2550例

	診断基準該当者	診断基準非該当者
男女比(%)	181例	2468例
男女比(%)	32.6/67.4	53.6/46.4
血圧(mmHg)	167.7±24.6	166.9±20.0
	98.6±14.7	97.3±13.6
血清Na(mEq/L)	141±2	141±3
K(mEq/L)	4.4±3.2	4.3±2.1

Fig 26

研究結果

総登録施設：298施設。該当基準例の報告施設98施設（98施設の中の40施設が精査のため専門施設へ紹介を行っていた）

総登録症例数 2648例
該当例 180例 6.8%
専門医へ紹介例 57例

精査されて原発性アルドステロン症と考えられた症例 1.9%

Fig 27

ARR>200、PAC>150pg/ml、PRA<1ng/ml/hr
に該当した症例数のうち57例で確定診断

- 原発性アルドステロン症 12/57例
アルドステロン腺腫（片側） 5例
アルドステロン腺腫（両側） 2例
過形成 1例
未確定 4例
- 原発性アルドステロン症と確定診断された症例の治療
12例中の1側性腺腫例は手術摘出
その他の症例は
16例 抗アルドステロン薬
7例 Ca拮抗薬
3例 ARB、β遮断薬、利尿薬

Fig 28

EBM推進のための大規模臨床研究
わが国の高血圧症における
原発性アルドステロン症の実態調査研究
Primary Hyperaldosteronism in Japan(PHAS-J)

研究責任者： 成瀬光栄
独立行政法人国立病院機構
京都医療センター 内分泌代謝センター 内分泌研究部

Fig 29

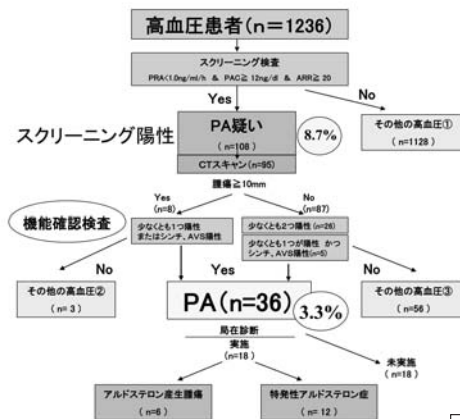


Fig 30

原発性アルドステロン症の原因

2011年、Liftonらのグループにより、腺腫例のかなりのもの、また彼らが経験した家族性過形成の症例で、体細胞K⁺チャネルKCNJ5の遺伝子異常が発見された。この異常でNa⁺の細胞流入が促進され、慢性的な膜の脱分極を来して細胞内Ca²⁺が増加して、アルドステロン合成酵素が活性化されて、アルドステロンの産生亢進と細胞増殖が生じる。

Choiら 36.4% Boulkrounら 34%
Azizanら 41% Taguchiら 65.2%

(Choi M et al: Science 2011;331:768-772)

Fig 31

原発性アルドステロン症と本態性高血圧の治療による血圧の変化

(Rossi GP et al: Hypertension 2013;62:62-69)

	治療前血圧 (mmHg)	3年後の血圧 (mmHg)
手術治療によるPA (n=10)	164±20/100±12	137±15/83±9
薬物治療によるPA (n=70)	165±21/101±12	133±11/83±7
薬物治療によるEH (n=143)	159±22/96±13	139±15/86±9

Fig 32

特別講演(Ⅱ)

最適な 2 型糖尿病治療を
目指して

京都府立医科大学大学院
医学研究科
内分泌・代謝内科学 准教授

福 井 道 明

食後高血糖をきたす患者は
動脈硬化のハイリスクである

ことがDECODAスタディーや舟形スタディーで証明されています。血糖値の変動は血管内皮細胞の障害や単球の血管内皮への接着を介し動脈硬化を促進するため、できるだけ血糖値の変動を避けることが望ましい。HbA1cが同じ6.5%であっても高血糖、低血糖を繰り返しているものより血糖値の安定しているものの方がいい。食後高血糖を改善する方法としてまず食行動として野菜を先に食べること、よくかんでゆっくり食べることが望ましい。また同じ炭水化物の量でも血糖上昇をきたしにくい（グライセミックインデックスの低い）食物を摂取することで高インスリンひいては脂肪の蓄積を抑制することができます。食後高血糖を改善する薬剤としては α グルコシダーゼ阻害剤、グリニド系の薬剤、DPP4阻害薬がある。服薬アドヒアランスを高めるという意味ではDPP4阻害薬が適すると思われる。

日本糖尿病学会が推奨する食品交換表にもとづくカロリー制限とは、糖尿病治療の原則である個人のライフスタイルを尊重しながら、適正なエネルギー量で、栄養バランスがよく、規則正しい食事を実践し、糖尿病合併症の発症または進展の抑制をはかれる食事です。今話題の低炭水化物食では体重減少、内臓脂肪減少によるインスリン抵抗性の改善、食後高血糖改善効果がありますが、継続率が低く、癌、心血管イベント、死亡率の増加が懸念されます。たんぱく質摂取過多による腎症悪化の可能性もあります。

また筋萎縮によるサルコペニアの可能性もあります。筋肉量の低下を防ぐためにはレジスタンス運動が望ましい。スロートレーニングやインターバル速歩も筋肉量を増やします。また血糖改善、体重減少効果のみならず、運動することにより分泌されるマイオカインの作用で、認知症、癌、動脈硬化、骨折などを防ぐ効果も期待できます。食事・運動療法の継続した指導をお願いしたいと考えます。

心血管イベント予防のために、家庭血圧の管理をすることも重要です。家庭血圧の平均値のみならず、その変動も臓器障害との関連が強い。また家庭血圧が正確に申告されていないこと、特に血糖、血圧コントロールの不良の方、血圧変動の大きい方は正確に申告されていないこともわかったので、日常臨床で注意しながらデータの判断をしていただきたいと思います。可能であればメモリー機能を有する血圧計を使用していただき、正確な血圧を把握することが望まれます。

以上、血糖、血圧のコントロールをする際、平均値のみならず、その変動を小さくし、質の良いコントロールをすることが合併症予防に繋がると考えます。治療としては食事・運動療法を中心に行い、必要であれば適切な薬剤を使用することが望ましいと考えます。

特別講演(Ⅲ)

魚油の
脂質改善・抗動脈硬化作用と
その作用機構

東邦大学医療センター 佐倉病院
糖尿病・内分泌・代謝センター
教授

龍 野 一 郎

イヌイットは北極圏に住む
先住民族で、以前はエスキ
モーと呼ばれていた。エスキモーという言葉は

アメリカインディアンが付けた名前で「生肉を食らう人たち」という意味であり、これが差別用語と認識され、「人々」を意味するイヌイットが使われるようになった。このイヌイット（エスキモー）人は以前から心筋梗塞などの生活習慣病の発症が少ないことが知られており、1971年にデンマークの疫学者ダイエルベルグとバングによって魚油の主成分であるオメガ3系多価不飽和脂肪酸（EPA・DHA）の摂取の多い事が原因であると報告された（Lancet 1：1143-1145, 1971）。しかし、イヌイットは魚を食べていなかった。実は魚を食べていた海獣（アザラシなど）を狩猟し、その生肉を生食していたのだった。

さて、日本人は魚食の好きな代表的民族だが、日本人の健康に魚油は役立っているのだろうか？ その問いに対する初めての疫学調査は千葉県で勝浦市川津の漁民と柏市藤心に在住する農民を比較する事によって行われた。その調査の中で漁民は農民に比べて魚の摂取量が3倍も多く（EPAとして平均2.6g/day）、中性脂肪の値がほぼ半減していた。そして、心血管疾患・脳血管障害の発症率がいずれも有意に低いことが明らかにされた（Lancet 2：1132, 1980）。この研究はその後数年にわたって行われ、カツオ漁の不良な年には漁民のEPAの摂取量が低下して、それにつれて心血管の発症率が増加することもわかった。このような研究を基に日本では高純度EPA製剤が作られ、1990年に閉塞性動脈硬化症の適応で、その後高脂血症の適応が追加された。そして、EPA製剤の心血管障害への有効性は大規模臨床研究JELISによって証明された（Yokoyama M, et al. Lancet 369：1090, 2007）。

生活習慣病と深くかかわるオメガ3系多価不飽和脂肪酸（EPA・DHA）はどのように働いているのだろうか？ 中性脂肪低下に代表される脂質代謝プロファイルの改善作用は有名であるが、加えて抗炎症作用が注目を集めてきた。多価不飽和脂肪酸は細胞膜に取り込まれて、膜

の流動性などを変えるだけでなく、取り込まれた多価不飽和脂肪酸は膜から切り出され、アラキドン酸カスケードに乗って生理活性物質に代わって作用している。魚油の研究が始まった1970年代はアラキドン酸カスケード研究が盛んで、その代謝産物である様々なプロスタグランジンが分離同定された。御存じのようにアスピリンなどのNSAIDsの標的酵素であるサイクロオキシゲナーゼはアラキドン酸カスケードの律速酵素である。これらの成果は結実し、1982年に「プロスタグランジンおよびそれに関わる生物学的活性物質の発見」に対する功績としてスネ・ベリストローム、ベンクト・サミュエルソン、ジョン・ベーンの3氏にノーベル医学生理学賞が授与された。このアラキドン酸カスケードでEPAはアラキドン酸と同様に代謝されるが、そのできた生理活性物質の作用は一般に弱い、加えてオメガ3多価不飽和脂肪酸が細胞膜へ取り込まれることによって細胞膜のアラキドン酸が減少し、効力の強い生理活性物質の産生が相対的に減少する。これらの結果として血小板凝集・炎症・免疫反応が抑制されると考えられている。

では、DHAは何をしているのだろうか？ オメガ3系多価不飽和脂肪酸の研究過程においてDHAはアラキドン酸カスケードで代謝されない物質と考えられ、これまであまり重要視されてこなかった。ところが最近の科学の進歩はその常識を覆しつつある。ハーバード大学のグループはオメガ3系多価不飽和脂肪酸から新たな代謝産物（リソルビン・プロテクチンなど）が生成されることを発見し（J Exp Med. 196：1025, 2002）、しかもこれらの代謝産物が強力な抗炎症物質であることが証明された（Nature 461：1287, 2009）。最近では鳥インフルエンザの発症・重症化予防にもこの物質が重要な役割を担っていることが動物モデルで証明された（Cell 153：112, 2013）。このような中、2013年1月に新たな魚油製剤ロトリガ（EPA/DHA製剤）が発売された。

ロトリガは日本人の高中性脂肪血症患者への治験において、ロトリガ 2 g 1 日 1 回投与で従来のEPA製剤 1800mg 1 日 3 回投与と同等の中性脂肪低下効果が証明された (J Clin Lipidol 7 (3) : 199, 2013)。心配されたDHA投与によるLDLコレステロールの増加作用はなく、リポプロテインプロファイルではsmall dense LDLを減少させ、大型のLDL粒子を増加させるなど良好な脂質代謝作用が認められ、新たな治療薬として一歩を歩みだした。最近、メタボリック症候群の腎硬化の発症がマウスモ

デルを使ってロトリガの投与によって抑制され、その作用がロトリガに含まれるDHAから産生された抗炎症性脂質メディエーターによることが示唆されている (Molecules, 17, 19 (3), 3247-63, 2014)。

このように魚油の研究が始まってわずか40年、科学の進歩は多価不飽和脂肪酸の研究に光を与え続け、魚油オメガ3多価不飽和脂肪酸が生体の恒常性、そして健康維持に重要な役割を担っている事が続々と明らかにされて来ている。





地域医療功労者表彰を受けて

石川県臨床内科医会 顧問 村 本 信 吾

1 月も残り 1 週間となった日、洞庭会長から突然の電話が入り、「あなたを、日臨内の地域医療功労者として推薦したいのですが、引き受けませんか」との内容でした。日臨内に、そのような表彰制度があるとは知らなかったので、戸惑いましたが、お引き受けしました。直ぐに、石川県の事務局から、被表彰者として推薦するのに必要な書類を書いて欲しいとの連絡が入りました。石川県では初めての事例であったため、参考となる資料は本部事務局から送ってもらいました。

日本臨床内科医会総会は、4 月12日(日)に京都市で行われました。その 2 日前から日本内科学会総会が、11日からは日本医学会総会が開催されており、2 泊 3 日の旅に京都へ出かけました。11日は天候に恵まれ、京の春を満喫しました。内科学会から医学会総会の会場に向かうシャトルバスに乗っていると、桜並木から花吹雪が視界を遮らんばかりに舞い落ちて、旅心を和ませてくれました。

12日は、日本臨床内科医会総会本番でした。一連の総会行事が終了後、表彰式がありました。最初は、会の功労会員表彰でした。続いて、地域医療功労者表彰があり、私は壇上に上りまし

た。今年は特別多かったそうで、全国から17人が推薦され、参加した14人に、猿田会長から、一人一人、表彰状とヒポクラテスの肖像の楯が授与されました。会場に来ておられた洞庭会長始め、石川県の会員の皆様に心の中でお礼を述べながら、猿田会長から拝受しました。



平成 8 年 2 月から、石川県臨床内科医会副会長を10年間務めさせて頂き、平成18年 2 月からは顧問として、会の発展に寄与して来たつもりです。これからも健康の許す限り、皆様と共に歩みたいと思っています。

表彰式後、一階下の「翠雲」の会場に移って懇親会が開かれました。ホテルオークラの料理を味わいながら、石川県から出席していた数人の会員と、石川県医師会の近藤会長も一緒になって、楽しい一時を過ごしました。



報 告

日本臨床内科医会 常任理事会

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

平成26年度 第 5 回

平成27年 2 月22日

役員挨拶

猿田会長：嶋田・安藤・白川先生が退任。

望月副会長：役員改選、猿田会長、副会長継続、選挙。

- 嶋田副会長 → 江頭副会長
- 九州ブロックから常任理事未定
- 安藤常任理事 → 山根先生
- 白川常任理事 → 未定
- 地区代議員、山形議長は決定
- 副議長は中部、中四国から出ていただきたいが未定。
- 各県の会長は理事（ブロックで会員数に応じ出す）で出ていただき、会長連絡会を作る（会長召集で2年に1回）。会員への情報は会誌、ニュース、HPで発信しているが、各県へ直接定期的に情報発信する。いずれも日臨内が何をやっているか理解不十分という意見があり、それを解消する。

中副会長：専門医制度、吉村先生の資料。定款の問題、弾力的な運用。

嶋田副会長：良い会になっている。九医連での介護の現状をまとめる例を提示。

協議事項

1. 総務部 総務委員会 望月副会長
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
平成29年度 第31回 医学会 大阪

平成30年度 総会

平成30年度 第32回 医学会 神奈川

平成31年度 総会

名古屋（日本医学会が名古屋で開催）

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。日医小森常任を講師に招き、現状を確認した。

2. 総務部 総務委員会 神津

会員数 15,429名、役員・代議員は一部未定。

3. 総務部 調査研究委員会 松本

インフルエンザ研究。「女性のミカタ」プロジェクト。

4. 学術部 学術委員会 菅原

JPPP・内科処方実践マニュアル改定版発刊、小冊子・JPPPは、循環器学会、脳卒中学会等で発表されている。サブ解析中。スマイルスタディ 8,059症例。内科処方実践マニュアルは4月総会で配布。小冊子募集中。専門医検討委員会の報告。女性のミカタの状況。患者アンケートで倫理審査が必要。会員の研究発表も倫理審査が必要。今後検討していく。

5. 学術部 会誌編集委員会 安藤

柴田先生退任。目で見えるページを小冊子。内科学会利益相反のQ&Aを掲載。役員COIを年1回申告。投稿既定の字数制限。座談会予定。

6. 社会医療部 地域医療委員会 白石

地域包括ケアシステムで会員が活躍する場面が増える。26年度地域功労賞 17名推薦。

7. 社会医療部 公益事業委員会 洞庭

医学会で禁煙、感染症（予防接種、インフルエンザ研究）講習会。禁煙アンケートの論文化。

医学会で禁煙宣言パネルの配布。予防接種アンケート集計中。その他役員から禁煙ポスター作製を検討。ジェネリック医薬品について会員の考え方、取扱いの現状調査。

8. 経理部 経理委員会 山本

収支は厳しい状態が続いている。原因は会員減、専門医・認定医の更新が少ないため。

9. 広報部 ニュース編集委員会 和田

119・120号：一部原稿が来なかった。写真が小さい。122号：退任、新任役員の挨拶。123号：認定医・専門医の告示、常任理事挨拶、保険委員会発足、編集委員の変更。支部ニュースの原稿が来ないことがある。ニュースとHPのすみわけ。

10. 社会保険部 医療介護保険委員会 清水

医療関連情報、主治医のあるべき姿（厚労省）、内科系診療における技術評価。

11. 医療介護保険委員会 江頭

26年度診療報酬改定の概要。

12. 庶務部 谷村

13. 庶務部 会員増強委員会 白川

PP作成。

14. 庶務部 IT委員会 福田

HPトップページにバナー追加。長野HP完成、鹿児島HP作成中。メルマガは2,700名。TV会議再開している。近く説明書配布。

15. 研修推進部 研修推進委員会

木谷（代理：谷村先生）

26年は専門医 83名、認定医 39名。27年度申請スケジュール。

16. その他

平成27年度 第1回

平成27年4月12日

役員挨拶

猿田会長：嶋田・安藤・白川先生が退任、ご苦労様でした。

望月副会長：役員改選、猿田会長、副会長継続、新しく江頭副会長。

- 常任理事：山根則夫先生、加藤雅史先生、林芳郎先生
- 代議員議長：山形淳先生、副議長：大野尚文先生

協議事項

1. 総務部 総務委員会 望月副会長

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

(埼玉県担当、新橋第一ホテルで開催)

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

平成29年度 第31回 医学会 大阪

平成30年度 総会

平成30年度 第32回 医学会 神奈川

平成31年度 総会 名古屋

(日本医学会が名古屋で開催)

倫理審査委員会の要件が厳しくなり、委員会存続を検討する。

2. 学術部 学術委員会 菅原

委員の一部入れ替えがあった。

3. 学術部 会誌編集委員会 安藤

柴田先生退任。目で見えるページを小冊子。

4. 社会医療部 公益事業委員会 洞庭

委員変更、座談会企画、ワクチンアンケートを医学会で発表。

5. 経理部 経理委員会 山本

出張費が一番安い値段で算定する。

6. その他

日本臨床内科医会 第53回 代議員会

石川県臨床内科医会 監 事 上 田 良 成

平成27年 4 月11日 京都ホテルオークラ

JRの車中で、渡辺淳一著「花埋み」を読みながら私は京都へ向かった。明治初期、遠くけわしい医学の道を志し、自分と同じように業病に罹患して苦しむ女性を救うために、幾多の困難を乗り越え日本最初の女医となった「荻野吟子」の生涯を描いた物語だ。

今回、女性医師に若干の関心を持って代議員会に出席した。全国から130名余りが出席。名簿に載った女医は2名だった。

猿田会長挨拶の後、以下の如く報告があった。



1. 総務部

総務委員会

今後の総会、医学会の予定。事業報告と事業計画。功労会員推挙。

調査委員会

「女性のミカタ」プロジェクト、日臨内インフルエンザ研究。

2. 庶務部

会員増強委員会

会員数が漸減。それを食い止めるためのカギは、(1)日臨内を周知させ活発に活動すること、(2)各都道府県医師会に学術部門を作り活動すること、(3)活動的な内科医会と連携すること、(4)日臨内医学会開催が会員増

強に有効であること。

これは最後の質問時に私が話したことだが、日臨内も女性医師が僅かなのではなかろうか。これからの時代、男女共同参画と女性医師が働きやすい環境作りを目指したらよいと思う(話を補足してあります)。きっと会員増強に繋がるだろう。

IT委員会

ホームページ、メールマガジン、WEB会議、スマートフォン活用。

3. 経理部

経理委員会

4. 社会医療部

公益事業委員会

禁煙、ワクチン講演会、予防接種アンケート、インフルエンザセミナー。

地域医療委員会

明日の第32回総会にて地域医療功労者として17名を表彰。

能登総合病院の村本先生も表彰される予定。おめでとうございます。

今後の活動方針は在宅医療の推進、地域医療。

5. 社会保険医療部

医療・介護保険委員会

かかりつけ医に対する国民の期待は「専門医への紹介」と「医師としての姿勢」とのこと。

平成26年5月の診療報酬改定についての一番の問題点は、「薬価・医療材料費の減額分を診療報酬本体へ回さなかった」こと。

6. 研修推進部

研修推進委員会

認定医・専門医について。

7. 学術部

学術委員会

内科処方実践マニュアル改訂版発刊、スマイルスタディー、JPPなど。

会誌編集委員会

8. 広報部

ニュース編集委員会

平成27年度 第 1 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27年 4 月12日 京都ホテルオークラ

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）、小生（循環器班）が出席した。

報告事項

1. スマイルスタディーの進捗状況について。
2014年11月30日（調査締め切り）で、8,059症例の登録をいただいた。現在解析を進めているところであり、再調査依頼があればご協力をお願いします。
2. 原発性アルドステロンの実態調査追跡調査結果については、循環器班 班長 中尾正俊先生（大阪）が論文としてまとめているところです。
3. 新しい専門医制度について。日本医師会（担当 小森貴常任理事）とも連携し、日本内科学会等ともお話をしているところである。
4. JPPS試験についての報告。JPPS試験がANAが毎年行っている「今年の循環器研究ベスト10 2014」に選出された。

今回のJPPS試験が、真に臨床上の課題に答えるための医師と患者の双方に益する試験として成功裏に完結したことは、全国にまたがる日本臨床内科医会に属する第一線の開業医・勤務医の先生方の渾身の努力の賜物と言える。そして、第一線の臨床医が地道に取り

組んだ研究が世界のトップクラスに並んだことは、まだ我々日本の医師も捨てたものではない自信につながるものである。

5. 小冊子実績報告。発行が1,596万部。新たに新規作成のものはなし。患者指導に積極的な利用をお願いする。
6. 内科処方実践マニュアル改訂版発刊について。改訂第2版を2015年4月に発刊した。

協議事項

1. 平成27年度学術委員会新体制について
学術委員長には土井邦敏先生（京都）が選出された。
2. 内科診療実践マニュアル改訂版の発刊について
来年度に改訂版を発刊予定であり、委員のご協力をお願いします。
3. 新規事業としてCOIを確認しながら、認知症、COPDについての研究を開始したい。

日本臨床内科医会総会 in 京都に参加して

石川県臨床内科医会 理 事 長 尾 信

医学会総会、内科学会が重なったため、宿泊予約をするのに苦労された先生方も多かったのではないのでしょうか。私は学術部合同委員会出席もあり、前日入りしカプセルホテルでの宿泊でした。ネットで検索し予約したのですが、これがなかなかのものでした。学生時代からどこでも寝れることが特技の一つと言われていたので、十分満足できるアメニティーでした。特に枕がすごく良かったので、後日ネットで注文してしまいました。

当日は早起きして鴨川の河原へ散策に向かい



ました。常任理事の菅原先生（東京都）とばったりとお会いしましたが、軽い足取りですごく速い早歩きで颯爽とかけて行かれました。詳しくはお聞きできませんでしたが毎日の日課のようでした。川べりの桜は少し散りはじめた程度でしたので気分も良く散歩することができました。偶然にも皇太子殿下の車列が通られ物々しい警備の中でしたが、祇園四条沿いの歩道で手を振ってお見送りをさせていただきました。

今回、総会において村本信吾先生（石川県七尾市 公立能登総合病院 前院長）が地域医療功労者表彰を受けられました。以前よりお名前は存じていましたが、今回初めてお会いしました。懇親会でも気さくにお話しさせていただき、楽しいひと時を過ごすことができました。

後日、3年前の70歳時にお書きになられた自叙伝風の本とともにお手紙までいただき、先生のお心づかいには敬服する次第です。現在も病院にて勤務されておられるとお聞きしており、お元氣でご活躍されることを祈念しております。

第32回 日本臨床内科医会総会

石川県臨床内科医会 監 事 上 田 良 成



平成27年 4 月 12日、京都ホテルオークラで開催された。入口には端午の節句が間近いためか「鎧・兜」が飾

られている。

能登総合病院の村本先生が地域医療功労者として16名の先生方とともに表彰された。おめでとうございます。ご苦労様です。

その後、功労会員として9名の先生方が表彰された。日臨内の運営に尽力された先生方である。感謝します。



ランチョンセミナーで私は「2型糖尿病治療の現状と今後の治療戦略」を聴講した。演者は滋賀医科大学の前川聡先生。

内容であるが、(1)食事・運動療法が減少。(2)経口剤の開発によりSU薬中心の単剤治療からDPP-4阻害薬に他剤を併用した併用療法に置き換わっている。それに伴い血糖コントロールも改善。(3)糖尿病治療戦略が2極化。一つは高齢者糖尿病で、動脈硬化性疾患、認知症など種々の疾患を合併しており、糖尿病治療の目標は個々の合併症も鑑みて適切に対処すべきである。もう一つは若年者糖尿病で、高血圧症や脂質異常症を合併するメタボ型糖尿病であり早期からの治療が重要である。



特別講演は「現政権の社会保障政策と国民皆保険制度の今後」を聴講。演者は前中央社会保障医療協議会委員の安達秀樹先生。

内容であるが、(1)世界に冠たる国民皆保険制度は「原則」全員加入するとされていること、社会保障制度における「自助、共助、公助」のあり方について、自民党政権下で共助は自助の延長とする解釈が述べられていること、消費税増税分は全額社会保障費に充てられない、即ち公共事業拡大のために使うと言うこと。(2)このような現政権の方針の下で繰り広げられる経済政策は貧富の格差を助長し、国民皆保険制度の崩壊を招く。それは日本固有の共助型社会から米国のような自己責任型社会への変換を意味している。もう一度熟考して国民皆保険制度を堅持すべきである、等であった。



日臨内医会総会に相応しい講演である。

今年の10月には熊本で第29回日臨内医学会が開催される。美味しい焼酎がたくさん頂けるとのこと。楽しみに。



県民公開講座 第15回 禁煙フォーラム石川2015

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である第15回禁煙フォーラム石川は、平成27年 5 月31日(日)午後1時から午後4時までの間、石川県立音楽堂交流ホールで開催されました。テーマは「大切な子ども達を守りたい」で、サブテーマは「禁煙は愛」でした。



受付風景

今回のフォーラムでは、好評であった昨年のプログラム(リレー講演会、健康チェックブース、健康相談、パネル・ポスター展示、禁煙カフェ)に加え、禁煙ミュージカルがリレー講演会の間に行われました。

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、来賓の近藤邦夫先生(石川県医師会会長)、山野之義様(金沢市市長)、菊地修一先生(石川県健康福祉部次長)からご挨拶をいただきました。

リレー講演会と禁煙ミュージカルは午後1時から午後3時30分まで行なわれました。司会は佐原博之先生(石川県臨床内科医会)と横山明美様(公立松任石川中央病院)が担当されました。演題は全部で8題あり、発表順に「演題」(所属/演者、敬称略)を記すと、「小学校における禁煙教育の意義—成人式アンケートからみえてくるもの—」(NPO禁煙ねット石川/遠藤將光)、「なぜ私が禁煙運動をしているのか」



会長挨拶



市長挨拶

(石川県小児科医会/村田祐一)、「タバコによる子ども達のお口の変化」(石川県歯科医師会/中谷武治)、「小児科外来での受動喫煙実態調査」(まるおかクリニック/丸岡達也)、「子どもの禁煙支援ABC」(石川県南加賀保健福祉センター/沼田直子)、「子どもたちを危険ドラッグから守る為に、看護師として私が行っていること」(公立松任石川中央病院/横山明美)、「禁煙外来の実際」(石川県臨床内科医会/鍛冶恭介)、「子ども達をタバコの煙から守ろう!あなたもできる禁煙支援」(金沢大学保健管理センター/池田美智子)となりました。

4番目と5番目の講演の間に、松沼恭一先生(石川県臨床内科医会)が所属しているアンサンブル「つくし」の皆様が、素敵な禁煙ミュージカルを披露されました。私自身は健康相談を



フォーラム会場

担当しており、会場で直接拝見することはできませんでしたが、素敵な歌声は健康相談ブースにも轟きました。



禁煙ミュージカル

最後は西耕一（石川県臨床内科医会）が閉会の挨拶を行いました。会場は約300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やミュージカルに聞き入っていたのが印象的でした。



健康相談

同時並行で行われた健康チェックブースは、各団体や医療機関のご協力により、①肺年齢チェック（石川県成人病予防センター）、②血管年齢チェック（石川県成人病予防センター、洞庭医院、長尾医院、高松医院）、③脳年齢チェック（石川県薬剤師会）、④骨密度測定（保健師OB2名：協会けんぽ：保健師2名、機器2台貸出：国保連合会）、⑤味覚チェック（石川県栄養士会）、⑥歯周病チェック（石川県歯科医師会）、⑦肌チェック（資生堂）、が設置されました。健康チェックは一般市民の関心が大変高く、各ブースはほとんど常に一杯ではありましたが、3回目ということもあって混乱

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高い関心を持っていることが改めて実感されました。



肺年齢チェック

会場には、禁煙ねット石川さん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、リレー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。



ポスター展示

禁煙カフェでは、チロリアン風の衣装を身にまとった女性のみならず男性スタッフが会場に華やかで微笑ましい雰囲気を醸し出し、リレー講演会の演者と一般参加者の交流を促していました。



禁煙カフェ

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、石川県小児科医会、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、河北郡市医師会の共催、金沢市、石川県体育協会、石川県教育委員会、金沢市教育委員会、石川県PTA連合会、石川県学校保健会、石川県産業保健総合支援センター、石川県病院協会、石川県助産師会、石川県母性衛生学会、石川県小児保健協会、石川県産婦人科医会、金沢骨を守る会、いしかわ子育て支援財団、北陸公衆衛生学会、国際ソロプチミスト金沢ーくろゆり、全国健康保険協会石川支部、石川労働局の後援により、ようやく開催にこぎつけることができました。



反省会

一般参加者が320名、学生参加者が100名にも
のぼり、本年の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、当日お手伝いし
ていただいた80名の関係者を含む各種団体の皆
様のご尽力の賜物です。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。



地域連携室を訪ねて

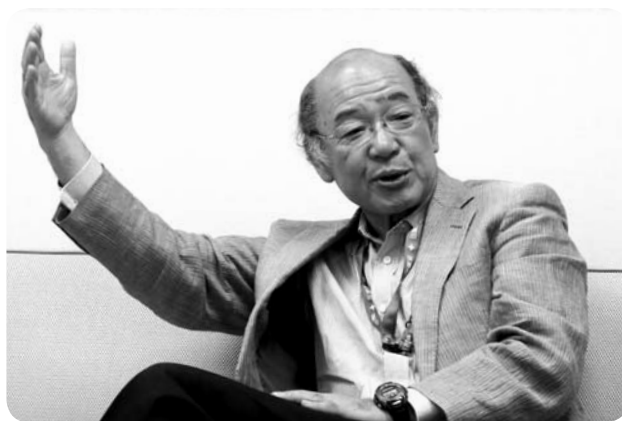
金沢医療センター地域医療連携室を訪ねて

～高度医療と地域支援、その絶妙のハーモニー～

石川県臨床内科医会 理 事 鍛 治 恭 介

《はじめに》

取材に訪れたのは金曜日の夕方。予想はしていたものの、連携室の方々はまさに東奔西走の忙しさの只中にありました。分刻みのスケジュールの中わざわざ時間を割いていただいた鵜浦雅志院長、今年4月から連携室室長に就かれた太田肇先生、下嶋看護師長さん、尾角医療ソーシャルワーカーさん、大伴係長さんから、いろいろとお話を伺うことができました。地域連携室を語るためには、まず、金沢医療センターの基本理念の理解が必要



鵜浦雅志 院長



取材風景

であることを教えていただきました。すなわち、金沢医療センターは高度医療を提供するとともに、地域支援も担当している病院であるということです。金沢医療センターは、「石川中央医療圏におけるがん診療拠点病院」「妊産婦や新生児に対し高度な医療を提供する基幹病院」「エイズ拠点病院」「臓器移植病院」等々、各分野の高度医療を担う病院として指定を受け、その責務を担われています。たとえば、がん診療においては、がん診療部に属する全ての医師に加えて薬剤師、看護師、診療情報管理



太田肇 地域医療連携室室長



下嶋 地域医療連携看護師長



地域医療連携室



がん相談支援センター・医療福祉相談室

連携室とがん相談支援センター・医療福祉相談室は隣合わせに配置されている。

士も参加する検討会（現在は血管病センターなどの検討会も統合してFace Link in KMC（Kanazawa Medical Center）として公開されています）を開催したり、専従スタッフが対応するがん相談支援室を設置したり、さらに院内でコミュニケーション・スキル・トレーニングを実施したり等、高水準のがん診療を提供し続けています。その一方で、金沢医療センターは地域医療への貢献も目標に掲げ、2008年4月には地域支援病院としても承認され、その責任を果たしています。そして、その中心的な役割を担うのが、今回訪問した地域医療連携室ということになります。

連携室では、開業医や他の医療機関から紹介された患者さんを受け入れる「前方連携」と、外来患者さんを開業医に紹介したり、入院患者さんを他の医療機関・施設に紹介したり、在宅療養への移行を促進したりなどの「後方連携」を行い、地域完結型医療の実現を目指されています。

1. 前方連携（充実の救急医療）

診療所では診断や治療が難しい症例に出会った場合には、まずは連携室に電話をとることになります。私の経験では、連携室に電話がつながったらまずは一安心、断られたことはありません。紹介患者さんの病態によっては、連携



相談室

部屋は完全に仕切られており、プライバシーに配慮されている。ゆったりとしたスペースの中、ソファで落ち着いて相談ができる。

室が各専門科との交渉の際に板挟みになるようなことがないのか、いつもそのあたりが気になっていましたので、この機会に質問してみると、「入院治療を要する急性期疾患であれば、地域支援病院として受け入れるという院内方針が徹底していますので、そのようなことはありません」とのご回答、誠に心強い思いがしました。救急医療体制も充実しており、内科系当直、外科系当直、小児科当直、ICU当直、CCU当直と多くの医師が院内におられ、幅広い疾患に対して協力して受け入れ態勢を整えています。2次救急医療機関として「24時間体制の急性心筋梗塞」「脳卒中の専門的診療」「24時間体制の糖尿病合併症診療」「精神科身体合併症」「重篤

な小児救急患者」にも対応されています。さらに、休日に撮影したCTなどの画像も、遅滞なく放射線科専門医が読影する仕組み（休日画像読影）が整備されており、救急医療に大きな安心をもたらしています。

2. 後方連携（先手の対応）

急性疾患患者さんの受け入れと同時に、退院に向けた調整も連携室の大きな役割です。特に身体機能が落ちている高齢者の場合はいろいろと難しい問題が出てくることが想像できます。高齢者の入院治療をお願いしたあと、ADLが落ちてしまわないかどうか心配しながら共同診療をしていると、入院早期から、筋力低下を防止するためにリハビリが実施されていること、さらに、家庭での介護力など各々の事情を勘案した退院支援に早くから取り組まれていることに気が付きます。どのようなシステムで動いているのか気になっていたのですが、6人のソーシャルワーカーと退院調整看護師が個々の患者さんを担当し、患者さん、家族と相談しながら支援しているそうです。月に30～40人を受け持って退院支援以外の相談も行っているそうです。

3. 驚きの数字

今まで見てきましたように、連携室では積極的な前方連携と後方連携を展開され、文字通り地域完結型医療を実践されているわけです。取材の際に各種の統計も教えていただきましたが、紹介率60.3%、逆紹介率71.4%は承認要件をはるかにクリアしていますし、自宅等復帰率は93.1%、また、医療相談件数は12,000件を優に超えています（いずれも平成26年度）。尽力されている方々があってこそその納得の数字だと思いました。

4. 高度医療と地域支援、 その絶妙のハーモニー

今、自院で癌と診断した患者さんを金沢医療



緩和ケア外来

平成27年4月からがん相談支援センターの
真向かいに移転された。

センターに依頼する時のことを思い返してみます。紹介の際には、がん診療拠点病院としての機能に期待しながら、精査加療をお願いしますし、この際、公開された症例検討会にも参加できます。一方、患者さんもがん相談支援センターや医療福祉相談室で個々の事情を考慮した相談を受けることができます。その後、先進の緩和ケアの介入や指導のもと、引き続き地域や在宅で管理を行う場合もあるでしょう。こうしてみてみますと、金沢医療センターが掲げる理念である高度医療と地域支援は、それぞれが別々に動いているわけではなく、絶妙のハーモニーを奏でながら機能していることに気が付きます。「今さら何を」と言われるかもしれませんが、安心感の秘密はここにあったのです。

金沢医療センタープロフィール

病床数	554床
開放病床数	20床
開放病床利用率	78.3%
紹介率	60.3%
逆紹介率	71.4%
定期刊行物 戸室石だより	4回/年
症例検討会(オープン)	
Face Link in KMC	毎月第3水曜日
日本医療機能評価機構認定病院	
(平成26年度のデータ)	

《おわりに》

取材中にも矢継ぎ早にかかってくる院内ピッチに対応される下嶋師長さんの多忙さには目を見張りましたし、金田退院調整看護師さんに至っては、業務多忙で部署を離れられない状況（そのため、応接室での集合写真にはお越しになれませんでした）。そんな中ではありましたが、予めご準備いただいた関連資料や要点を押

さえたご説明など、温かいご配慮が身に染みた取材でした。太田連携室室長が、「当院の連携室職員はそれぞれの天職を全うしている、と僕は思っている」と帰り際にポツリとつぶやかれましたが、頼れる病院の基本は、やはりそこで仕事をされている方々の心意気にあることを実感いたしました。



取材を終えて記念撮影

左から尾角ソーシャルワーカー、大伴係長、太田室長、下嶋師長、鵜浦院長
金田退院調整看護師は連携室詰めでご一緒できず（残念！）



連携室の皆さん

地 区 活 動 だ よ り

中 央 地 区

第162回中央地区研修会

平成27年 1 月24日(土)

講演 (I)

演題 膵癌の診断と内科的治療における最新のトピックス

講師 金沢大学附属病院
がん高度先進治療センター

大 坪 公士郎

「講演要旨」

本邦において膵癌の罹患数、死亡数は増加傾向にあり、2013年の死亡数は肝癌を抜いて第4位となった。膵癌は主要な悪性腫瘍の中で最も予後不良であり、早期診断法の確立や有効な治療法の開発が急務である。

膵癌の診断に関しては、危険因子、臨床症状、膵酵素／腫瘍マーカー、腹部USにて膵癌を疑った場合、まずCT、MRIを行う。診断がつかない場合には次にEUS、ERCP、PETを行う。また、時に自己免疫性膵炎や膵神経内分泌腫瘍などの膵腫瘍との鑑別が困難な症例もあり、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）を中心とした細胞診・組織診を行うことが推奨されている。

膵癌の内科的治療に関しては、膵癌診療ガイドライン2013年版では、遠隔転移を有する膵癌に対してゲムシタンビン単剤療法、S-1単剤療法、ゲムシタンビン＋エルロチニブ併用療法が推奨されている。ここで、2013年12月FOLFIRINOX療法が保険収載され、膵癌診療ガイドライン2013年改訂版では全身状態が良好で65歳以下などの条件を満たす症例では第一選択として推奨されている。さらに2014年12月にはゲムシタンビン＋パクリタキセル（アルブミン懸濁型）併用療法が保険収載された。同療法

はFOLFIRINOX療法とは異なり、明らかな腹水、腹膜播種を合併している症例にも使用することができ、今後広く普及してゆくことが期待される。また、局所進行切除不能膵癌に対しては化学放射線療法（フッ化ピリミジン系抗がん剤あるいはゲムシタンビン併用）と化学療法単独（ゲムシタンビン単剤療法、S-1単剤療法）、術後補助化学療法としてはS-1単剤療法が推奨されている。

膵癌の支持療法としては、胆道閉塞に対する胆道ステント、胃十二指腸閉塞に対する外科的胃腸吻合術（3ヶ月以上の予後が期待される症例）や消化管ステント、骨転移による疼痛緩和目的の放射線療法などが挙げられる。

講演 (II)

演題 ACOS（喘息とCOPDのオーバーラップ症候群）について

講師 石川県立中央病院 呼吸器内科

西 耕 一

「講演要旨」

気管支喘息のコンポーネント（アトピー素因、発作的呼吸困難、大きな気道可逆性）とCOPD（慢性閉塞性肺疾患）のコンポーネント（喫煙歴、体動時の呼吸困難、不可逆的な気流閉塞）の両者を併せ持ち、持続的な気流制限を呈する症候群が最近注目されており、ACOS（喘息とCOPDのオーバーラップ症候群）という疾患概念として捉えられつつあります。この概念が現れた背景について簡単に説明します。

気管支喘息（asthma）は紀元前から人類が罹患している古典的疾患です。Asthmaはギリシャ語の「aazein」という“鋭い咳”を意味する言葉に由来しており、紀元前8世紀にイリアス（希）に登場しています。紀元前4世紀にヒ

ポクラテス（希）は仕立て屋、漁師、金細工師に喘息が多いこと、気候と関係していること、遺伝的要因がある可能性があることを記載し、2世紀にガレノス（希）は喘息が気管支の狭窄・閉塞によるものであると述べています。1860年にソルター（英）は喘息の病態が気道閉塞の可逆性と気道過敏性であることを報告し、19世紀末～20世紀初頭にアドレナリンやエフェドリンが開発されると、気管支拡張薬として喘息の治療薬に使用されるようになりました。1990年代以降の英国や米国の喘息ガイドラインにおいて喘息は慢性の気道炎症であると定義されるようになり、抗炎症薬である吸入ステロイド薬が気管支拡張薬に取って代わって喘息治療の中心薬となり、現在に至っています。

一方、COPDは歴史が浅く、大気汚染、喫煙、高齢化が人類にもたらした近代的疾患といえます。19世紀初頭に肺気腫（病理学的診断）、慢性気管支炎（症候性診断）という疾患名が記載されるようになり、20世紀半ばには急速な工業化や石炭暖房の普及、喫煙率の増加、人口の高齢化により、呼吸疾患の増加が英国などで社会問題化し、1963年には慢性の呼吸困難を主症状として、閉塞性換気障害を示す病態としてCOPDという疾患概念が提唱されました。この当時のCOPDは喘息を含む概念でしたが、1995年に米国胸部疾患学会は、「COPDは慢性気管支炎や肺気腫または両者の合併より完全には可逆的ではない閉塞性換気障害がもたらされた病態」と定義し、喘息を除外しました。2001年のGOLDガイドラインでは、「COPDは完全には可逆的ではない閉塞性換気障害を特徴とする疾患」として呼吸生理学的に定義し、慢性気管支炎と肺気腫を区別しない立場を示し、長時間作用性気管支拡張薬がCOPD治療薬の中心となりました。

2010年以降はCOPDの不均一性が再認識されるようになり、COPDと喘息や肺線維症など周辺疾患との分離が難しい症例が顕在化し、当初述べたようにCOPDと喘息の分離が難しく両者の特徴を併せ持つ疾患群に対してはACOS

という疾患概念で捉えられる考え方が現れてきました。本稿の趣旨とは異なりますが、COPDと間質性肺炎との分離が難しく両者の特徴を併せ持つ疾患群に対しては、CPFE（combined pulmonary fibrosis and emphysema）という疾患概念も提唱されています。

COPDには診断基準「長期にわたる喫煙歴があり、気管支拡張薬投与後のスパイロメトリーで1秒率（FEV1/FVC）が70%未満であること」がありますが、気管支喘息には診断の目安「発作性の呼吸困難・喘鳴・咳の反復、可逆性の気流制限、気道過敏性の亢進、アトピー素因、気道炎症の存在」はあっても広く認められた診断基準はありません。したがって、両者の特徴を併せ持つACOSについても診断基準はなく、各々の研究者が独自に診断し、検討を加えているに過ぎません。しかし、気流制限を呈する疾患群の約1/3がACOSであった、COPDにおいては加齢とともに喘息の合併頻度が増加する、あるいは75歳以上の喘息患者ではCOPD合併率が高い、などACOSに関する報告が最近次々となされています。

ACOSの発生機序には3つの仮説が提唱されています。喘息とCOPDが偶然同じ個体に生じたとするイギリス仮説。喘息とCOPDの発症・悪化要因が一部共通しているため、両方の疾患を発症する個体が存在しても不思議はないとするオランダ仮説。喘息患者が喫煙や加齢のため非可逆的な気流制限を呈するようになりACOSに移行する移行仮説の3つです。

あいまいなACOSという疾患概念が目目される理由としては、①ACOSは喘息やCOPDに比べ、増悪頻度が高い、経年的肺機能低下速度も速く、死亡率も高いといった特徴があること。②早期診断、早期治療が必要だが、診断基準がないこと。③したがって、治療介入の臨床試験が少ない（ACOSは喘息やCOPDの臨床試験から通常除外されるため）ことによります。

なお、ACOSの治療介入について、専門家のコンセンサスとしては、吸入ステロイド薬と気管支拡張薬の併用が勧められます。

第163回中央地区研修会

平成27年 5 月23日(土)

講演 (I)

演題 機能性胃腸症の診断と治療

講師 金沢医療センター 消化器科

部 長 加賀谷 尚 史

「講演要旨」

胸やけ、腹痛、下痢、便秘などの消化器症状で、医療機関を受診する患者は多い。内視鏡も含めた各種検査の結果、器質的疾患を認めない『機能的疾患』の占める割合は高い。

機能性消化管障害 (FGIDs; Functional Gastrointestinal Disorders) は、Rome 会議でその定義が論議されてきた。現在の基準は Rome III であり、食道、胃十二指腸、腸、機能性腹痛、胆嚢・オッディ括約筋、直腸肛門の各臓器の機能障害と、新生児・幼児、小児・青年期の機能性障害について定義されている。

機能性疾患は、生命予後に影響を与える場合は少ないため、医師は、『疾患に対する重要性の認識』が低いとの報告がある。一方で、『QOL が低下し、患者の社会生産性が低下することは、社会全体の損失になりうる』という報告もあり、日本消化器病学会ガイドラインでも『QOL の維持、患者満足度を目指した治療』が推奨されている。

GERD (胃食道逆流症) のうち、内視鏡的異常を認めない NERD (非びらん性胃食道逆流症) も機能性疾患である。酸逆流増加には肥満が関与するとされる。戦後、日本人の栄養状態が改善し肥満者は増加した。①体重が増えると胃酸分泌は増加する点、②ピロリ菌感染が陰性であれば高齢者でも胃酸分泌は保たれる点、③日本人のピロリ菌感染率が低下している点から、経年的な日本人の胃酸分泌は増加し、GERD 患者数も増加している。GERD の症状は多様であり、質問票 (FSSG、GerdQ) を用いることが診断に有用である。

FD (機能性ディスペプシア) は、『胃もたれ症状や上腹部痛が長期間繰り返し出現するが、器質的疾患が認められない』疾患であり、従来

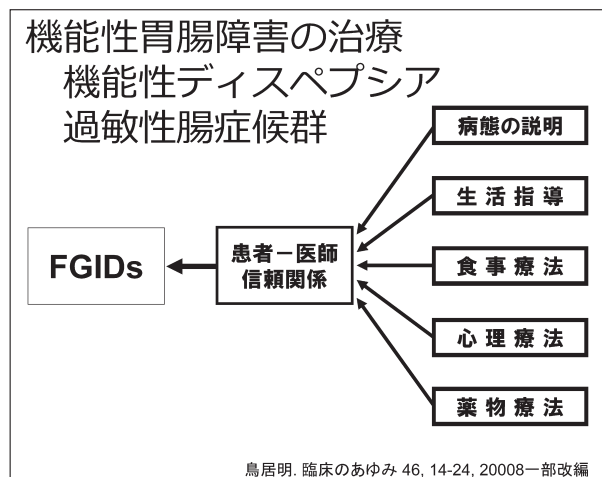
は慢性胃炎と診断されていた疾患である。つらいと感じる食後のもたれ感、早期飽満感を中心とする『食後愁訴症候群』、心窩部痛、心窩部灼熱感を中心とする『心窩部痛症候群』に分類され、有病率は10-20%、30-40代に多い。消化管機能障害として『適応性弛緩反応の障害』、『圧上昇、酸に対する知覚過敏』が認められ、これらは『ストレス』による修飾を受ける。症状を診断するためには、質問票 (FSSG、出雲スケール、GSRS) が有用である。薬物療法としては、酸分泌抑制薬、運動機能改善薬、H. pylori 除菌が推奨されているが、近年アセチルコリンエステラーゼ阻害薬の有用性が証明されている。

IBS (過敏性腸症候群) は、便回数、便性状が変化し腹痛や腹部不快感が排便で改善するものである。有病率は10-20%で、潜在的には1,200万人もの患者数と考えられている。下痢出現時には、学校や仕事の欠勤、バスや電車に乗れないなどのQOL低下がある。IBSの発症にも、消化管運動異常、知覚過敏、ストレスなど心理的異常が関与する。腸管運動とストレスの相互関係『脳腸相関』においては、セロトニンが関与する。患者ではセロトニンの血中濃度は上昇しており、セロトニン再取り込みレセプター遺伝子の異常が報告され、セロトニン受容体拮抗薬が有用である。IBSには、腸管感染症後に発症する一群があることも知られている。

慢性便秘は、排便頻度、便性状、排便前後の気分の不調が主症状である。高齢者に多く、薬剤副作用として便秘をきたす例も多く知られる。大腸機能異常として、通過遅延型と、排泄障害型がある。食物繊維を中心とした食生活改善に加え、各種下剤が用いられるが、近年小腸クロライドチャンネルに作用し、腸管内への水分分泌を促進する薬剤も用いられる。

いずれの機能性疾患も、警告症状、すなわち高齢、出血、体重減少、嚥下困難、家族歴のある悪性疾患などを見出した際には、内視鏡検査を早急に予定すべきである。そうでない場合には、症状をコントロールする治療を検査と並行して進めることが望ましい。治療は、いずれの

疾患も生活指導、食事指導、薬物治療に加えて、『消化管の機能的変調によって起こる病態であり、生命予後に影響する可能性が低いこと。愁訴は医学的対応が必要な病態として受け止め、治療方針をたてる』ことで、患者との適切な治療的関係を構築することが肝要である。



講演(Ⅱ)

演題 β 遮断薬を用いた高血圧と慢性心不全の治療法
～高血圧治療ガイドラン2014における
 β 遮断薬の位置付け～

講師 平光ハートクリニック 院長
藤田保健衛生大学 循環器内科
客員准教授 平 光 伸 也

「講演要旨」

我々の施設では、 β 遮断薬を高血圧、虚血性心疾患から慢性心不全に至るまで、幅広く使用している。なぜなら、 β 遮断薬は長期予後を改善することが、数多くの大規模臨床試験で確認されており、実臨床でもその有用性を実感しているからである。

β 遮断薬は、心筋梗塞後、狭心症、頻脈、心不全を合併する高血圧患者には積極適応とされている。しかしながら、国内における β 遮断薬の使用率は欧米に比べて極端に低いのが現状である。またわが国では、虚血性心疾患に対してCa拮抗薬が汎用されているが、1995年にJACCに報告されたTIBBS試験ではビソプロ

ロールがニフェジピンに比べ昼間の狭心症発作を抑制することが示され、生存率もビソプロロールが有意に高い事が示されている。さらには、慢性心不全患者を対象に実施したCIBISⅢ試験のサブ解析結果から、ACE阻害薬のエナラプリルを先行して投与した群より、ビソプロロールを先行して投与した群のほうが、突然死を有意に抑制することが示されている。また2013年6月には、ビソプロロールにおいて心房細動の適応が追加され、ますます β 遮断薬の重要性が注目を集めている。つまり、 β 遮断薬は慢性心不全のみではなく、高血圧、虚血性心疾患、不整脈にも有効な薬剤であると言える。

現在、 β 遮断薬は本邦において約30種類が上市されているが、薬剤特性など違いがあり、すべて同じではない。 β_1 受容体に対する選択性は、 β_2 受容体を遮断する事で起こる気管支収縮、末梢血管収縮、糖脂質代謝への悪影響等を回避するために重要である。本邦で発売されている内服の β 遮断薬の中では、ビソプロロールの β_1 選択性が最も高い。また最近、 β 遮断薬の中でも油に溶けやすい、つまり親油性の薬剤（ビソプロロール、カルベジロールなど）が水溶性（アテノロールなど）の薬剤に比べて、有効性が高いことが明らかになっている。実際、アテノロールを降圧薬として使用することに否定的な報告が2004年、2005年にLANCETに報告された。アテノロールは、水溶性であるため、左室肥大抑制効果が弱い事、（致死性不整脈による）突然死を十分に抑制できないことが指摘されている。

高血圧治療の最大の目的は心血管イベントを抑制することである。我々は日常診療において、 β 遮断薬を使用すべき患者に対し、心保護作用を有する優れた β 遮断薬、すなわち各種ガイドラインで推奨される薬剤を選択することが重要である。欧米のガイドラインで推奨される β 遮断薬のうち、本邦で使用可能な薬剤は、メインテートとアーチストのみである。この2剤を血圧・心拍数・合併症などで使い分けていくことが、今後、 β 遮断薬療法の主流になると思われる。

加 賀 地 区

平成26年度 第11回学術講演会

期日 平成27年 1 月29日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 「高齢者の睡眠障害について」
ー認知機能や精神保健との関連を含めてー

講師 金沢医科大学病院 健康管理センター
臨床教授 古田 壽一

「講演要旨」

脳の老化とともに睡眠にも老化現象がみられることが知られている。そのため不眠を主とする睡眠障害の訴えが加齢とともに増加する傾向がある。終夜睡眠ポリグラフィでは高齢者では睡眠の連続性が低下（中途覚醒が増える）し深睡眠が減少（眠りが浅くなる）することが示されている。夜間の不眠は日中の覚醒度を低下させ、日中の機能低下をもたらす。また、概日リズム的にみた場合、概日リズムは老化によって数時間前進し、高齢者は早く眠くなり、早く目が覚めるようになる。

高齢者の睡眠障害の診療にあたっては、夜間の睡眠不良と日中の居眠りが睡眠／覚醒サイクルを壊してしまうこと、自然光は体内時計のリセットに役立ち、規則正しい生活は概日リズムを安定させることから、よい睡眠をもたらすため身体活動と自然光曝露などの生活指導を行う必要がある。また、薬物、内科的疾患、うつ病、高齢者に多くみられる原発性睡眠障害など睡眠を障害する原因について考慮することが重要である。

平成26年度 第12回学術講演会

期日 平成27年 2 月12日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 「外来治療における抗菌薬の使い方」
ー劇症型溶血性レンサ球菌感染症も含めてー

講師 金沢医科大学 臨床感染症学

教 授 飯沼 由嗣

「講演要旨」

市中においては、呼吸器感染症、尿路感染症、腸管感染症、皮膚軟部組織感染症など、感染フォーカスおよび起因病原体ともに多種多様な感染症が発生する。その中でも、呼吸器感染症は病原体や病態の多様性から、様々なガイドラインが関連学会から発表されてきたが、適切な抗菌薬選択とともに、マクロライドの予後改善作用が注目されている。尿路感染症や腸管感染症では、とくに大腸菌などの腸内細菌科細菌の薬剤耐性に注意を払う必要がある。また皮膚軟部組織感染症の最近の話題としては、溶血性レンサ球菌が原因で発生する劇症溶連菌感染症の増加傾向が挙げられる。本講演では、外来感染症の病態および治療の最新情報をお伝えしたいと考えている。

平成26年度 第13回学術講演会

期日 平成27年3月26日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 認知症の病型診断と治療

講師 鳥取大学医学部 保健学科
生体制御学講座

教 授 浦上 克哉

「講演要旨」

現在65歳以上の15%が認知症であり、“ありふれた疾患”と位置づけられている。

また、65歳以上の高齢者は認知症に最もなりたくないと思っている。このような関心が高い疾患であるが、もの忘れなどの初期症状は「年

だから仕方がない」と見過ごされがちで、早期発見ができない。一口に認知症といっても認知症をきたす疾患は多くあるが、主要な疾患としては4種類である。認知症の中で最も多いのがアルツハイマー型認知症であるが、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあり、これらの疾患の鑑別診断が求められる。

Alzheimer 型認知症、血管性認知症、Lewy 小体型認知症、前頭側頭型認知症の4疾患の病型診断について概説した。Alzheimer 型認知症の簡易診断法として、遅延再生、時間の見当識、視空間認知機能の3項目の検査を行い、さらに尿検査、血液検査、生化学検査、画像検査を施行する。血管性認知症の画像検査では、脳萎縮と共に脳梗塞病変等の脳血管障害所見を示すことが多い。症状として幻覚、妄想が目立つ認知症では、Lewy 小体型認知症を疑ってみる必要がある。前頭側頭型認知症では、性格変化、行動の脱抑制または言語機能の障害で始まることが多く、記憶力障害が主訴になりにくい。

平成27年度 第1回学術講演会

期日 平成27年 4 月24日(金)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 糖尿病薬物治療の最新の流れ
～CGM(持続血糖モニター)の
知見も含めて～

講師 東京慈恵医科大学
糖尿病・代謝・内分泌内科
准教授 西村 理明

「講演要旨」

糖尿病患者における血糖値は常に変化している。

しかしながら、血糖コントロール指標の代表であるHbA1cは、長期にわたる血糖変動の平均値を反映する指標である。血糖変動を見るために血糖自己測定(SMBG)が頻用されてきた

が、1日数回測定した血糖値から血糖変動の全容を推測することは困難であった。

近年、連続して血糖値を測定することができるCGM(Continuous Glucose Monitoring)機器の使用が認可され、血糖変動の全容を見ることが可能となった。

本講演では、CGMの知見を含め、新しい糖尿病治療の流れについて触れる。

平成27年度 第2回学術講演会

期日 平成27年 5 月21日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 高尿酸血症・痛風診療の最近の話題

講師 東京慈恵医科大学 名誉教授
慢性腎臓病病態治療学

教授 細谷 龍男

「講演要旨」

わが国における高尿酸血症の患者数は、現在では1,000万人に達しているのではないかと推察される。

高尿酸血症は、高血圧の発症因子であるとも言われており、薬剤介入による血圧への影響については、アロプリノール等によって尿酸値を正常化すると、その程度は大きくないものの、血圧が低下するという報告がある。

次にCKDとの関係であるが、海外においてアロプリノール投与により血清尿酸値を低下させると腎臓の機能はよくなり、CVイベントリスクが低下したことが報告されている。すなわち、尿酸値コントロールすることはCKDの進展を抑制するばかりでなく、CVイベントの発症も抑制する可能性があると言える。

アロプリノールは腎不全の患者において、活性代謝物であるオキシプリノールが蓄積しやすく、高尿酸血症・痛風の治療ガイドラインでは、腎機能に応じたアロプリノールの減量を提唱させていただいた。しかし減量により、尿酸値の低下度は減少し、これまで腎機能低下患者にお

いて十分に尿酸を下げる薬剤はなかった。しかしアロプリノール登場から40年経ち、日本ではXO阻害薬が相次いで2剤開発された。フェブキソスタットとトピロキソスタットである。いずれも主に肝で代謝を受け多排泄経路を取り、代謝物も活性を持たないため、腎機能低下合併例でも減量の必要がない特徴を持っている。このように、新規XO阻害薬の参入によって、高尿酸血症自体が尿酸塩沈着症のみならず、各臓器疾患の進展抑制の観点から治療意義が見出されてきており、今回は高尿酸血症に関連する最新トピックスを纏めて概説する。

平成27年度 第3回学術講演会

期 日 平成27年 6 月 4 日(木)

会 場 ルートイングランティア小松エアポート

講演Ⅰ 看護師が行う禁煙指導

講 師 高槻赤十字病院 看護部

禁煙専門看護師 谷口まり子

講演Ⅱ 難しい卒煙も成功できる禁煙外来の実例

講 師 市立堺病院 呼吸器内科

部 長 郷間 巖

「講演要旨」

○講演Ⅰ

私は、日本禁煙学会認定専門指導者の資格を持ち、6年間で550人以上の禁煙指導に関わっております。

「たった一度の面接でさえ、重大な影響を与えることがある。」

「現実には、治療者によって治療効果に大きな開きがあり、同じ治療理論や原理によって行っても、治療の（または反治療的）方法は大きく異なるのである。」

と言われるように、どのようにアプローチし何を話すのか、また指導する者の態度も重要であると考えております。

（ウィリアム・R・ミラー、ステファン・ロールニック）
（2012）『動機づけ面接法』星和書店

私は、患者さんの心が動くような指導を心がけています。

患者さんが禁煙に成功し、その後の人生のベクトルを良い方向に変える事が出来るような関わりを目指しております。

今までに学んだ禁煙指導について、お伝えしたいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

○講演Ⅱ

禁煙外来は、12週間という制約があり、使用できる禁煙補助薬もニコチンパッチとバレニクリンの2種類が認められているのみです。しかし、この12週間を有効に用いられるように療養や服薬の工夫をし、また上手に支援することで、自力では難しかった「やめたい喫煙者」に「吸いたい気持ち」を克服し成功してもらうことが可能です。

喫煙者の吸い続けたい思いにも寄り添いつつ、自らの力で卒煙を選び取ってもらうためのコツをお話しできればと存じます。

平成27年度 第4回学術講演会

期日 平成27年 6 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 わが国から胃癌関連死を撲滅するためのロードマップ

講師 北海道大学大学院 医学研究科
がん予防内科学講座

特任教授 浅香 正博

「講演要旨」

胃癌予防におけるピロリ菌除菌の有用性は証明されたが、除菌により胃癌の発生が完璧に抑制できないことも同時に明らかになった。

したがって、胃癌を撲滅するためには、除菌による一次予防とサーベイランスによる二次予防をどのように組み合わせるかが最も重要になってきた。幸いにも、日本の厚生労働省はへ

リコバクターピロリ感染胃炎（慢性活動性胃炎）に対して除菌の保険適用を認可し、2013年2月21日より処方可能となった。世界で初めて

のことである。ピロリ菌の除菌を中心にわが国から胃がんを撲滅するためのロードマップについて考察する。

会 員 異 動

会員数：221名（前回比 － 4 名）

退 会：4 名

年 月 日	郡市別	氏 名	施 設 名	退会理由
平成27年 1 月21日	北 7 区	松 下 泰 三	松下クリニック	逝去
平成27年 1 月30日	南 1 区	平 松 昌 司	平松医院	その他
平成27年 3 月31日	小 松	二 口 喜八郎	自宅会員	その他
平成27年 7 月 7 日	能登北	伊 藤 英 章	伊藤医院	逝去

編 集 後 記

▼石川県臨床内科医会総会も30回の節目の年を迎えました。総会では日本臨床内科医会会長の猿田享男先生に同会の現況と展望をご講演いただきました。先生は、地域医療・保健の分野に積極的に貢献し国民福祉の向上を期する、とした本会設立の理念が、時代が変わっても普遍的価値であること、さらに、地域からの臨床研究発信の重要性を説かれたと思います。喫緊の課題である地域包括ケアの構築には、地域医療の担い手である臨床内科医会の果たす責務がいよいよ大であることを改めて思いました。▼当会の顧問をお務めいただいている村本信吾先生が地域医療功労者表彰を受けられました。心よりお祝い申し上げます。長尾信先生が日本臨床内科医会総会 in 京都の報告の中で記されたエピソードが、村本先生のお人柄をよく表していると感じました。心配りがあってこそその地域医療、先生におかれましては、今後も大所高所からのご指導をお願い申し上げます。▼禁煙フォーラムは今年も大盛況でした。松沼恭一先生が所属されるアンサンブル「つくし」のミュージカルはとても楽しく、会を大いに盛り上げて下さいました。▼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。▼さて、今年の夏は暑いでしょうか。山積する課題には、熱く取り組まねばいけません（恭）。