

石川臨内報

第 60 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 日本臨床内科医学会

- 第30回 医学会に参加して理 事 古川 健治... 2
- 第30回 日本臨床内科医学会に参加して理 事 長尾 信... 3
- 第30回 日本臨床内科医学会に参加して高田 宗之... 5
- 第30回 日本臨床内科医学会(東京都)での「特別表彰」受賞に感謝
.....わかさ内科クリニック 若狭 豊... 6

論壇

- 有為転変は世の習い副会長 坂東 琢磨... 7

報告

- 日本臨床内科医会 常任理事会、理事会、代議員会会 長 洞庭 賢一... 8
- 代議員会理 事 横井 正人... 10
- 日本臨床内科医会 中部ブロック会議副会長 藤田 晋宏... 11
- 第11回 石臨内会員親睦会理 事 沖野 惣一... 15

企画

- 「地域医療連携室からのメッセージ」
～医療法人社団浅ノ川心臓血管センター金沢循環器病院～病院長 池田 正寿... 17
(編集：高松 靖)

行事予定

- 20

地区活動だより

- 中央地区 21
- 加賀地区 30
- 能登地区 34

会員異動

- 34

- 編集後記理 事 高松 靖... 34

第30回 医学会に参加して

石川県臨床内科医会 理事 古川 健 治

本年度の日本臨床内科医学会が、去る10月9日・10日、東京、新宿の京王プラザホテルで行われ、参加しましたので報告させていただきます。4月にあった総会も東京だったのですが、場所は新橋であり、新宿の駅で降りたのは久しぶりでした。まず、「一日の平均乗降客数が世界一でギネス記録にも認定されている駅としても知られており、その大きさや複雑さからネット上では「魔窟」とも呼ばれる」¹⁾新宿駅の複雑さに悩まされました。特に、宿泊が駅の東口側で学会場が西口側だったので、どうしても新宿駅を横切らねばならず、西口と東口の行き来が地下経由でしか行けないことに気がつかず初めは大変な思いをしました。

以下報告になります。

まず、医学会に先立ち、10月8日には学術部合同委員会が行われ、参加しましたのでこちらの内容を報告させていただきます。

1. Smile Study：二編に分けて論文化し、米国または欧州糖尿病学会で発表予定。
2. COPDに関するアンケート調査。
3. SGLT2阻害薬アンケート調査：いずれも第30回日臨内医学会で発表、論文化予定。
4. CKDに関する講演会：武田薬品との共催で7月16日(土)、講演会及びWEB配信が実施された。
5. CKD啓発用刊行物について：CKDの病態および診断、治療に関する啓発活動の一環として情報誌「CKD journal」を年3回10回シリーズでの発行を検討中。
6. 内科診療実践マニュアル：第30回日臨内医学会時に参加者に配布。

以上が報告事項であり、その他、メディアへの広報活動の充実の必要性や、本学会員の臨床上の疑問に対して学術の方で対応できないかと

いった意見がありました。また、今後の本学会の方向性に関して議論され、他の基幹領域、サブスペシャリティー領域の学会とは一線を画す学会を目指すべきといった意見や、内科を専門としていなかった医師が内科を標榜して開業した時の手助けとなるべきといった意見が出され、継続して議論していくことになりました。

委員会終了後は、恒例の石川県臨床内科医会の懇親会を行いました、といっても、洞庭先生と長尾先生と飲みに行っただけなのですが。今回は歌舞伎町の入り口のところにあった居酒屋が会場で、翌日に備え遅くならないように終了しました。

さて肝腎の医学会ですが、今回のメインテーマは、「真の長寿社会を目指して ～今、実地内科医がすべきこと～」であり、このテーマ通り高齢化社会に向けて、実践的な内容が多く非常にためになるものでした。個人的には、専門の糖尿病分野の著明な先生方の話を多く聞け、そういった面でも有意義でありました。自分の発表は第一会場で行われ、会場も広く少々緊張しましたが、猿田享男会長にもご質問いただき、恙なく終えることができました。

初日の夜は祝宴が行われ、恒例となった出し物として、伝統芸能の豊年斎5代目家元・櫻川びん助氏による「江戸芸かつぼれ」「寿獅子舞」が披露されました。また、菅原正弘学会長のご専門が糖尿病のせい、こちらの祝宴にも糖尿病分野の著明な先生が何人も参加されていました。菅原学会長の恩師の河盛隆造 順天堂大学スポーツロジセンター長や、金沢大学出身の内湯安子 東京女子医大糖尿病センター長とは面識もあり、お話しさせていただきました（石川県臨床内科医会のメンバーで、自見はなこ参議院議員を囲んで撮った写真をのせます）。



祝宴終了後には大会事務局の打ち上げが毎年行われており、昨年から参加させていただいていますが、本年度は会費制で大規模なものでしたので、こちらにも報告させていただきます。場所は、歌舞伎町の外れの新宿ゴールデン街すぐ側で、夜の新宿らしい場所でありました（会場のあったビルの写真を載せます）。店は広く、カラオケもあり、ダンスもできる、いわゆるキャバ



レーといった場所でしょうか、貸し切りでくつろぐことが出来ました。菅原学会長の挨拶に続き、福田正博 第31回医学会学会長が来年ニューオータニ大阪で医学会を開催すると挨拶されました。大阪らしく楽しめる学会にすると断言されておられたので、今から楽しみにしています。



続いて宮川政昭 第32回医学会学会長が再来年パシフィコ横浜で医学会を開催すると挨拶をされました。こちらの方は例年と違って9月の開催なので注意が必要です。我らが洞庭会長も挨拶され、

石川県臨床内科医会のアピールをされました（写真を載せます）。

以上、雑多な内容になりましたが、医学会の報告をさせていただきました。

1) Find Travel より

第30回 日本臨床内科医学会に参加して

石川県臨床内科医会 理 事 長 尾 信

今回、医師になって学会と名のつく会に初めて家内と共に参加しました。

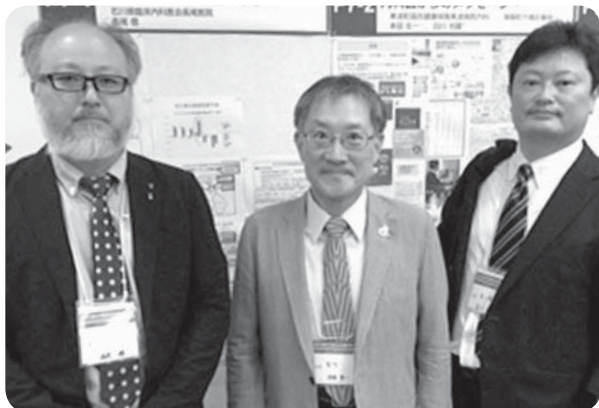
医学会の内容は盛りだくさんであり、特に内科診断学実践コースは、非常に面白いため



になる内容でした。

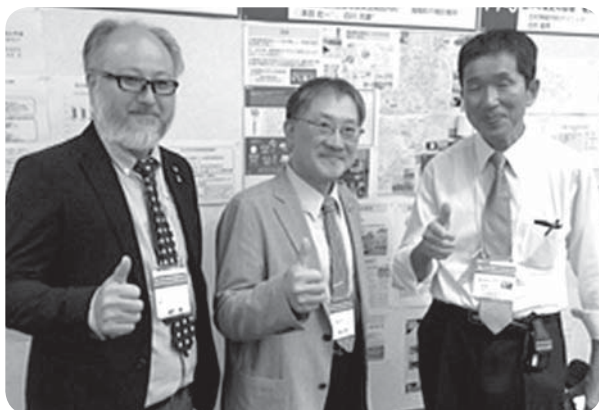
自身としては、ポスター発表「認知症の地域連携と今後～在宅医療の取り組みから～」を発表してきました。

祝宴では、高田宗之先生・西村邦雄先生ご夫妻をはじめとして、石川県から参加された多くの先生方とお酒を酌み交わしながら、楽しい時間を過ごすことができました。夏場、自身の体調がイマイチでしたのでこの日のアルコールが美味しいこと !!



自見はな子先生もご来賓としてご出席されており、一緒に記念写真を撮らせていただきました。

そして、27年ぶりに大学の同級生平間圭介先生（北海道）に偶然お会いすることができ、医学会に参加する意味がここにもあると思った次第です。



学会終了後は、初めての月島もんじゃ焼きに行ってきました。事前に知人からお話を聞き、お薦めしていただいた、「能登」本店を予約して行ってきました。二人で年甲斐もなく騒ぎながらももんじゃを堪能してきました。

帰途は日頃の苦勞をかけているお詫びのつもり？ もあり、北陸新幹線のグランクラスで帰ってきました（家内は大喜び!! 点数稼いだかな？ 子供達には内緒ですが）。



とにかく、楽しく過ごせた有意義な2泊3日でした。来年は大阪で開催されますが、もうすでに妻は楽しみにしているようです。

若狭豊先生 研究功労賞受賞

第30回日本臨床内科医学会において、石川県臨床内科医会監事の若狭豊先生が“研究功労賞”を受賞されました。

若狭先生は、インフルエンザ研究を中心に日本臨床内科医会の様々な研究活動に従事され、石川県臨床内科医会においても幅広く、長年継続的に、そして献身的に貢献されました。このことが評価に繋がったものと思います。

私が先生と最初にお会いしたのは、平成13年の開業間もない時期でした。

生命保険加入のために検診医として、当院に土曜日午後にお越しいただいたことと記憶しております。

当時から、お話しもさることながらスマートで紳士という印象を強く抱いております。

中央地区研修会をはじめとして様々な研修会



や講演会でよくお見かけし、懇親会等で親しくさせていただく中で先生のお人柄に触れ、また、臨床医としての側面以外に研究活動に対する姿勢にも感銘を受けております。

この度のご受賞を心よりお祝い申し上げます

と同時に、先生の今後益々のご健勝とご活躍を祈念しております。

今後も我々をご指導いただければと思っております。本当におめでとうございます。

第30回 日本臨床内科医学会に参加して

石川県臨床内科医会 高 田 宗 之

10月8日から10日、東京で開催され参加して参りました。

昨年の熊本に続き、4回目の参加でした。今回は、「真の健康長寿社会を目指して」を主題に行われました。小生は家内と共に参加しました。8日午後出発し、夜おもてなしとして行われました特別ディナーに参加。ディナーは、東京スカイツリー内「Sky Restaurant 634」にて行われました。東京の素晴らしい夜景と一流のフランス料理を堪能しました。



9日は、まず参加証を頂き開会式に臨みました。プログラムを見ますと、今回の学会では基調講演、シンポジウム、特別講演、教育講演、内科診断学実践コース、在宅訪問診療実践コース、産業医スポーツ医研修、ランチョン・モーニングセミナーなど充実していました。

当会から、洞庭会長が地域医療において多職種連携の必要性を実例で示し詳細に講演され、好評でした。又、ポスター発表では、長尾信先

生が地域医療と認知症について実情を提示され、注目されました。基調講演では、高久日本医学会会長が分子標的治療の著しい発展について言及されました。学会長講演では、健康長寿社会実現を合言葉として3つのBと2つのCを示されました。

内科診断学実践コースは、自分の知識整理のつもりで出席しました。胸部写真、心電図、臨床検査の3会場とも立ち席ができるほど好評で、実地医家にとっては身近な事項でした。

9日夜は、式典と祝宴が行われました。祝宴は伝統芸能の豊年斎5代目家元・櫻川びん助氏による「江戸芸かっぽれ」、「寿獅子舞」を堪能しました。前夜に続くおもてなしでした。



10日は、今話題の新規抗凝固剤のモーニングセミナーがあり、脳梗塞の原因の1つである心房細動の治療戦略について解説され盛況でした。腹部写真の診断学コースも満員でした。ランチョンセミナーの積極的脂質低下療法では、ス



トロングスタチンでLDL-Cを下げることでアテローム血栓性イベントが減るから第一選択薬はスタチンであると講演されました。

その後、午後1時に会場を後にして家内と銀座を散策。今回北陸新幹線開通によって時間が有効に使え、有意義な2泊3日の学会参加でした。



第30回 日本臨床内科医学会(東京都)での 「特別表彰」受賞に感謝

わかさ内科クリニック 若 狭 豊

この度の京王プラザホテル(新宿)で行われた、第30回日本臨床内科医学会1日目の式典の席上、特別表彰を戴く栄誉を頂きました。受賞理由は、これまでの日本臨床内科医会の調査研究に対する功績に対してということで、大変恐縮しております。ノーベル文学賞のボブ・ディランとは到底比較にはなりません、それでも、私にとっては非常な驚きであり、生涯最大の名誉と思い、2016年10月9日(日)午後6時30分からの式典にて、猿田享男 日本臨床内科医会会長から表彰状をお受けいたしました。菅原正弘学会会長ならびに選考委員の先生方に厚く御礼申し上げます。当日の壇上での返礼スピーチの中でもお話しさせて頂いたことですが、石川県臨床内科医会は30年の長い歴史の間、今日まで非常に活発な活動を続けており、私の仕事への評価もその中の一つであると考えています。近藤邦夫 前会長、洞庭賢一 会長はじめ会員の皆様へはあらためて敬意と感謝を申し上げます。特にインフルエンザ研究班 担当特任理事の岩城紀男先生にはいろいろと活動の場を与えて頂きありがとうございました。

受賞理由となる調査研究については、最近ではJPPP (Japanese Primary Prevention Project with Aspirin in the elderly) への135名の登録やSMILE STUDY (Impact of Sitagliptin on Diabetes Mellitus in Japanese elderly patients) への66名の登録に対する評価と思っております。本第30回医学会でのランチョンセミナー5に紹介された登録観察研究(GENERAL)にも現在18名の登録と進行中であります。これに前後して相連なるGarfieldレジストリー、AFIRE studyなどにも参加しています。このような臨床研究は日々の診療の励みになると思います。このような臨床研究は日々の診療の励みになると思っております。ありがとうございます。ありがとうございます。

この受賞の喜びを私の家族やクリニックの職員たちとともに分かち合いたいです。ありがとうございます。

論 壇

有為転変は世の習い

石川県臨床内科医会 副会長 坂 東 琢 磨

本年4月より副会長を担当させていただいておりまして、私自身そのような状況に置かれてからはころりと態度を一変させ多少なりとも何よりも積極参加姿勢が職務遂行において最も大事なのではないかとの思い込みの元、また様々な行事でお話しさせていただく機会もあり、無論楽しいひと時を過ごさせていただくことは喜ばしい限りではございますが、時には場違いなご挨拶を申し上げてしまっていることは「大変なる失礼をいたしまして、・・・」と心よりお詫び申し上げるしかない次第でございます。

巷間よく耳にする話題といたしましては、石川県臨床内科医会のみならず日本臨床内科医会の会員が減少傾向にあることでありますが、会員が減ると当然会費収入が減り、メリットが不明瞭な状態のまま会費値上げが実行されるとさらに退会マインドを刺激するという「負のスパイラル」は容易に想像できることなので、ここは土俵際の粘りをみせ、たとえ一時収支が悪化しようとも現状に耐え、知恵を絞り新規入会者を獲得し、また一時離れた先生方を呼び戻すことを思案すべきではないかと考えるわけでございます。

しばらく前から日本臨床内科医会のお仕事もいただいておりますが、こと学術関連の委員会では活発で様々な先進的臨床研究が行われていること、これがまさしく日本臨床内科医会のアピールポイントではないかと思ひ込んでおりまして、特にインフルエンザの臨床研究をはじめ多くの臨床医が注目するテーマが目白押しであることをアピールし、こうした活動に共感される方々をお誘いすることが会員増加の一助になるのではないかと考えております。

会の充実の第一歩は会員増加であり、充実した内容の広報活動もまた今後の検討課題ではないかと考えます。最後に読み返しましたところ、差し出がましい内容ばかりで誠に申し訳ありませんでした。会の充実に関しましては、他にも様々なご提案があろうかと思います。ご助言ご指導のほど、よろしくお願い申し上げます。



報 告

日本臨床内科医会

平成28年度 第3回 常任理事会

第67回 理事会、第56回 代議員会

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

平成28年10月10日

役員挨拶

猿田会長：30年医療、介護同時改定が心配である。専門医制度保留、中でも総合診療専門医の問題は混乱状態である。この委員会に中副会長が委員として入る。臨床研究は国家が関与するような圧力があり、問題がある。100歳以上が6万人を超した、今後ますます在宅医療が大切である。

望月副会長：代議員会の議事進行について検討が必要である。会誌、ニュース、広告（車の広告）、道路交通法の概要（認知症対応）を周知。倫理審査委員会（研究をサポートする）、会費値上げと会の運営、各地区役員の交通費を今後考える。

中副会長：日臨内あり方委員会（組織、会の運営、役員増員）、総合診療専門医（機構の委員として参加、日臨内会員の考え方を調査し、反映させていきたい）

報告事項

1. 総務部 総務委員会 望月副会長

○日臨内総会

第34回 東京 第一ホテル東京

平成29年4月16日

第35回 京都 京都ホテルオークラ

平成30年4月15日

第36回 名古屋 平成31年4月28日

○日臨内医学会

第31回 大阪 ニューオータニ大阪

平成29年10月8～9日

第32回 神奈川 パシフィコ横浜

平成30年9月16～17日

第33回 広島 平成31年

第34回 福島 平成32年

○熊本地震

○自見はな子先生参議院選挙当選

2. 総務部 総務委員会 神津常任理事

○会員数：15,077名

(平成28年8月26日現在)

3. 総務部 調査研究委員会 松本常任理事

○女性のミカタプロジェクト

4. 庶務部 山根常任理事

○ドクター総合保障制度

① 弔慰金制度、② 団体保険制度（休業損失、入院、治療費、その他）、③ 保険コンサルティング、④ 日常生活保障、⑤ ゴルフに関する保険、⑥ 地震など災害による休業損失補償ができるようになった。

5. 庶務部 会員増強委員会 木谷常任理事

○会員増強策に対するアンケート結果を会員に知らせ活用していく

6. 庶務部 IT委員会 和田常任理事

○日臨内ホームページの更新

○会員のホームページを安価に作成して、日臨内ホームページからもリンクするという提案があった

○スマートフォンアプリ（CURASAW）の状況

7. 経理部 経理委員会 山本常任理事

○平成27年度収支決算、監査

○会費値上げを検討していかないと、今後運営が難しい

8. 社会医療部 公益事業委員会 洞庭常任理事

○医学会で禁煙、感染症講習会を継続

- 医学会で禁煙宣言パネルの配布
 - 接種後注意ポスターは完成し配布
 - 禁煙座談会論文文化進行中
 - 敷地内禁煙ポスター制作案
 - インフルエンザ研究継続
9. 社会医療部 公益事業委員会 白石常任理事
- 地域医療功労者表彰
 - 在宅医療の推進を今後の活動方針とする
 - 審査支部間差違の調査
 - 支払基金の話題をニュースに掲載
10. 社会保険部
- 医療介護保険委員会 清水常任理事
- 平成28年改正では在宅専門医療機関にとって多少マイナスになった
 - 認知症地域包括診療料・加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ医診療料、薬剤総合評価調整管理料と連携加算などの内、算定しにくいものもある
 - 平成30年診療報酬改定の方向性に対応につき検討していく
11. 社会保険部
- 医療介護保険委員会 林常任理事
- 病床機能報告制度
 - 地域医療構想の将来推計
 - 介護保険の財源不足から応能負担が進む可能性を危惧している
12. 研修推進部 研修推進委員会 谷村常任理事
- 平成28年度の申請スケジュール
13. 学術部 学術委員会 菅原常任理事
- Smile Study を海外学会で発表
 - COPDに関するアンケート調査結果を第30回日臨内医学会で発表と論文化
 - SGLT2阻害薬アンケート調査
 - CKDに関する講演会とWEB配信
 - 内科診療実践マニュアル（改訂版）を第30回日本臨床内科医学会時に参加者に無償配布
 - 小冊子実績
14. 学術部 会誌編集委員会 福田常任理事
- 平成27年度優秀論文選考
 - 論文査読
 - 倫理指針、論文と敷居が高いものはコラムへ
 - 自動車会社から報告依頼
15. 広報部 ニュース編集委員会 加藤常任理事
- 128号から130号の発行
 - EAKSの活用
 - 配送体制
 - 医学会の取材、保険審査委員会の記事を載せる
 - 投稿原稿（医薬品のプロモーション、診療報酬改定の日臨内対応）
16. その他
- 医学会、理事会、代議員会の運営
 - 日医かかりつけ医機能研修制度についての対応



日本臨床内科医会 第56回 代議員会

石川県臨床内科医会 理 事 横 井 正 人

平成28年10月8日、京王プラザホテルにて日本臨床内科医会 第56回 代議員会が開催されました。猿田会長、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、引き続いて平成27年度収支決算報告が議決されました。以下に主要な内容について報告します。

●総務部 総務委員会

平成28年8月26日現在、日本臨床内科医会の会員数が15,077名（石川県は219名）であることが報告された。

●庶務部 会員増強委員会

各都道府県内科医会へのアンケートの結果が報告された。70%以上の各内科医会で会員増強のための対策を行ってはいるが、60%以上の内科医会で会員数が減少していた。会員数が増加した内科医会は全体の約20%であった。

●庶務部 庶務委員会

会員の福利厚生を目的とした、東京海上日動による保険制度の開始が報告された。割安な保険料で加入できる保険コンサルティング、団体保険制度、日常生活で法律上の賠償責任を負った場合の補償、地震などの災害による休業損失補償等のプランがある。詳しくは日臨内のホームページ参照。

●庶務部 IT委員会

日臨内ホームページ作成会社（株式会社ユニフ）より、会員向けウェブサイト構築サービスの提供が開始された。

●経理部 経理委員会

平成27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。続いて平成28年度日本臨床内科医会収支中間

報告が行われた。

●社会保険部 公益事業委員会

禁煙、感染症、健康の各テーマについて、現在進行中の活動内容について報告があった。

●社会保険部 地域医療委員会

地域医療功労者14名が表彰された。石川県からは、伊藤博先生が表彰された。

●社会保険部 医療・介護保険委員会

平成28年度診療報酬改定について意見が述べられた。以下にいくつか紹介する。認知症地域包括診療料については、内服薬が5種類以下という要件が盛り込まれたため算定可能な対象患者は限定的であった。地域包括診療料については、算定を届け出る施設が少ないため施設基準の一部が緩和されたが、算定の届け出の増加にはつながっていない。薬剤総合評価調整管理料については、患者の処方薬を減らすことによる患者自身の自己負担の減少よりも、管理料の算定による患者自身の自己負担の増加が上回るケースが存在する。また平成30年度診療報酬改定については、消費税率の10%への引き上げが延期となったため、厳しい状況が予想されるとした。

●研修推進部 研修推進委員会

平成27年度申請実績が報告された。認定医については、新規申請40名、更新申請109名であり、専門医については、新規申請10名、更新申請8名であった。

●学術部 学術委員会

SMILE STUDYについて、結果を2編の論文にまとめ、アメリカまたは欧州糖尿病学会で発表予定であることが報告された。COPD、SGLT2阻害薬に関するアンケート結果は第30回日臨内医学会で発表し、その後論文にする予定であることが報告された。

第17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 藤 田 晋 宏

日 時：平成28年11月6日(日) 11時30分～15時20分

場 所：名古屋観光ホテル 18階「オリオン」

担 当：愛知県内科医会

出 席 者：日本臨床内科医会 執行部……会 長 猿田 享男

副会長 垣内 孟・望月 紘一

各 県 内 科 医 会……………富山県、石川県、福井県、静岡県、三重県、愛知県
岐阜県は欠席

司会進行：愛知県内科医会 会長 安藤 忠夫

1. 開 会

猿田会長よりご挨拶。東京での日臨内医学会が1,500人近くの参加者あり。会員の発表内容の質が向上しているのが喜ばしい。大きく次の3つに触れられた。①高齢化社会2025年問題、地域包括ケアシステム構築。平成30年診療報酬改定が会員の不利にならないように。②若いドクターの入会が少ない。若い人に魅力ある会にして行く。会員数15,000人を割りそう。③専門医制度で19番目の総合診療医について各会の意見がバラバラ。



平成30年9月16～17日 神奈川

- 熊本大地震への義援金報告
- 自見はなこ先生当選の件

2. 日臨内執行部より発言

《望月副会長報告》

1) 総務部

- 会員数：平成28年10月27日現在、15,071名と漸減している。
- 今後の日臨内総会の予定
平成29年4月16日
東京（第一ホテル東京）
平成30年4月15日
京都（京都ホテルオークラ）
平成31年4月28日 名古屋
- 今後の医学会
平成29年10月8～9日
大阪（ホテルニューオータニ大阪）

2) 調査研究委員会

- 「女性のミカタ」プロジェクトの現状
- 倫理審査委員会再開の件

3) 庶務部 庶務委員会

- 会員の福利厚生向上を目指して各種保険制度を開始

4) 経理部 経理委員会

- 平成27年度決算報告が先の代議員会にて承認された
- 会費値上げについて検討を開始した

5) 学術部 学術委員会

- Smile Study症例を固定し、分析・解析方法について検討中
- COPDに関するアンケート調査、SGLT2

阻害薬アンケート調査の結果が第30回医学会で発表された

6) 学術部 会誌編集委員会

- 平成27年度最優秀論文賞、第30回医学会で表彰された
- 臨床研究のあり方に関する倫理指針について

7) 広報部 ニュース編集委員会

- 奇数月10日発行、年6回発行予定

8) 社会医療部 公益事業委員会

- インフルエンザ夏季セミナー開催報告
- 禁煙、感染症・ワクチンについて活動

9) 社会医療部 地域医療委員会

- 4月総会にて地域医療功労者を表彰
- 今後、在宅医療、地域包括ケアシステムについて検討

その他：①認知症の診療点数を付けてくれないか宮城県から提案があった

②日臨内会費値上げの件

《垣内副会長報告》

1) 会員増強委員会

- 都道府県臨床内科医会へのアンケート調査を本年7月実施。多数のご意見をお寄せ頂き、ありがとうございました。今後検討し、会員増強に繋げたい。この5年間に64%の内科医会で会員が減少。会員増加21%、不変15%。

2) IT委員会

- 日臨内ホームページで日臨内紹介スライド更新、研修履修単位検索可能。ホームページ作成会社が会員向けサービス開始。スマートフォンアプリ (CURASAW)、読者数が頭打ちの傾向

3) 研修推進委員会

- 平成28年度申請スケジュール。更新対象者には日臨内事務局より申請書送付。第一次審査期間平成29年1月、第二次審査29年2月5日。公表は平成29年4月16日 (第34回日臨内総会)

4) 医療保険委員会

- 平成28年4月1日から診療報酬改定に基づく診療が開始されたが、基本的に診療報酬額は微減すれども従前と余り変わらず。外来では、診療所や中小病院の医師の主治医機能の評価が多少拡充された。月1回の訪問診療でも在宅時医学総合管理料算定可となった。往診料の休日加算が認められた。
- 平成30年度診療報酬改定は、診療報酬・介護報酬同時改定であり、しかも医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画などの見直し時期でもある。また10%消費税が延期されたため、「財源なき改定」となり、極めて厳しい局面が想定される。しかし是々非々で対処したい。
- その他、オプジーボは高価ながん治療薬。イギリスとアメリカで薬価が違う。

3. 各県内科医会より発表

(1) 各県内科医会の活動報告

(2) 抱える課題

(3) 日臨内への要望について各々順次発表

《富山県》

- (1) 非弁膜症性心房細動に対する抗凝固療法の実施状況につきアンケート調査を行った。1年に1回CPCを行っている。緑内障を使用禁忌とされるPLに関する情報交換、富山県眼科医会からの回答報告。性差医療研究会を行っている。第7回テーマは「エストロゲンと女性OABの関係」「メンズヘルスの現在」。

(2) 会員数の伸び悩み

(3) 会員増加の方策

《石川県》

- (1) 平成28年10月現在、臨内会員219名 (うち勤務医会員57名)。総会、理事会の開催。研修会 (中央、加賀、能登地区合わせて21



回) の開催。県民公開講座として第16回「禁煙フォーラム石川2016」開催。禁煙指導者講習会開催。会員親睦会。石川臨内報の発行(59号、60号)。常任理事会、調査研究委員会、倫理審査委員会、インフルエンザ研究班、学術部合同委員会、会誌編集委員会、ニュース編集委員会等、日本臨床内科医会への参加。非会員へも総会、研修会、禁煙フォーラム等の情報提供、案内を行っている

- (2) 会員数の伸び悩み。微減。
- (3) 会員を増やす方策

《福井県》

- (1) 平成28年10月現在、臨内会員250名。会員に対する活動：①年間10回の主催講演会の開催、年間30回近くの共催講演会の開催。②ホームページの開設。ホームページを充実して若手を取り込みたい。③保険情報の提供。④福井県内科臨床懇話会での発表症例の中でホームページに寄稿頂けた症例に対して、福井県内科医会会長賞を総会時に授与。県民を対象としたAED講習会への講師派遣。
- (2) 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。医師会入会と同時に臨内会にも同時加入のしくみとなっている。現在、会員の約3割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るため、勤務医を含めた若手会員の確保が急務である。

- (3) 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(日本プライマリケア連合会との連携等)。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。

《静岡県》

- (1) 平成28年9月末現在、静岡県内科医会941名。臨内医会214名。東部、中部、西部で各々講演会開催。
- (2) 入会は任意となっているので新入会を増やすことは難しい。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、会員意見の把握および集約がしにくい。改めて、入会案内と申込書を会員全員に送付することを検討したい。
- (3) 6月の例会で日臨内担当理事に「診療報酬改定への日臨内の関わりとその結果」という演題で講演をいただき、その後の保険審査に関する討論にも参加いただき非常に有意義な例会となった。今後ご協力をお願いしたい。臨内に入ることの実利は何か？

《三重県》

- (1) 臨内会員数85名。主たる事業として例年7月頃に学術講演会、秋期には「三重臨床カンファレンス」を企画開催して来た。内容は特別講演及び症例検討(3症例)で、三重大学の第一内科、第二内科、第三内科、神経内科の4科の先生方の協力を得て実施。大学の先生方からは専門的な質疑応答、開業医の会員からは、実地臨床の側面から意見質疑等、活発なディスカッションが繰り広げられている。忘れかけた症例に対する医学的考察、HOW TOに触れ、現在の最先端の医療知識・技術に触れる意義ある催

しとなっており、今後も継続したい。また広報活動の一環として、これらの特別講演及び症例検討の要旨を三重県医師会の機関誌に投稿し県下の開業医の先生にお知らせしている。

- (2) 会員をいかに増やすか苦慮している。厚生労働省の大臣輩出の多い県。今年度は開業医の先生方の会員獲得に努めたいが、臨内に入ることへのメリットが説明できないので入会への誘いができない。
- (3) 会員を増やすために当会に入会するメリットを感じてもらう必要があるが、何か方策があればご教示願いたい。本年6月に日臨内会員増強委員会から都道府県内科医会にご依頼のあったアンケート調査を参考にするなどして会員獲得に努めたいと考えている。

《岐阜県》

弔事につき欠席。当日の資料から抜粋したものを次の通り報告。

平成28年3月現在、岐阜県内科医会586名、臨床内科医会367名と微減。今年度からの新企画：春と秋の県内科医会講演会で実地医家セッションを設ける。テーマは保険診療、内科診療スキルアップなど。県医師会主催の一部の講演会について県内科医会の共催を予定。これにより医師会に所属しない勤務医等の県内科医会会員にも医師会主催の講演会に参加する機会を作る。

《愛知県》

- (1) 年2回の合同例会および理事会、年1回の愛知県下内科医会連絡協議会の開催。医療保険審査情報の提供。医療安全対策委員会の報告。日医生涯教育講座の企画。年2回のホームページの更新。愛知県医師会の各種委員会へ委員を派遣。日臨内への常任理事、理事、代議員、学術委員の派遣など。
- (2) 会員の減少と、それに伴う会費収入の減

少。愛知県内科医会の年会費は2,000円。不足を補ってきた繰越金は年々減少し、運営も厳しくなっていく。

- (3) 平成28年9月号の日臨内ニュース「論壇」に日臨内のあり方委員会が提案されている。あり方委員会で会員減少対策につながることを期待したい。新専門医制度については、「論壇」にあるごとく内科医、総合診療医の考え方を集約し取りまとめたいただきたい。本年10月に開催した愛知県内科医会理事会では、日臨内会費の値上げには賛成できない。「値上げすることで会員に何かメリットがあるか」と問われそうであるとの発言があった。日臨内ニュース製作費が、会誌製作と郵送代に次いで高額を要している。ネット配信にして経費の節減を考えるべきではないか。支出の抑制について検討が必要と思われる。先ず、身を切る改革が求められるのではないか。

4. 各県の報告を受けて日臨内執行部のコメント

ディオバン問題から、研究にかかわる倫理審査が厳しくなった。若手の先生がやりたい研究テーマを日臨内としても協力できないか検討したい。

総合診療医は、日頃みなさんが診療されているそのもの。もともと自己研鑽という観点で臨内の認定医専門医制度を作った。認定証は誉れとして堂々と待合室等院内に掲示していただきたい。

臨内に入ることの実利として他の専門医制度とどうリンクさせられるか。

診療報酬の件は大学では教えない。当会は臨床実地の唯一の全国組織であり、果たす役割は大きい。

週刊誌の薬批判については日本医師会で1回声明を出したが、効果はなかった。今は静観している。

5. 次回開催日

平成29年11月5日。主管は静岡県内科医会。
場所は名古屋観光ホテル。

石川県は平成31年担当。

石川県は研修会の開催が多く、臨内報等こ

れだけ多くのものを計画実行しているのはすばらしいと、執行部よりお褒めの言葉をいただいた。各県共に臨内会員が漸減しており、会員を増やす方策に苦慮されている。

洞庭会長、佐竹副会長、ご出席お疲れさまでした。



第11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28年9月3日(土)に、恒例の親睦会が金沢都ホテルにおいて開催されました。昨年同様に9月初めでの開催となりましたが、徐々に秋めいた夕べに78名の会員、関係者の参加がありました。

はじめに洞庭賢一会長による開会のご挨拶があり、その後、近藤邦夫県医師会会長からのお話がありました。医師会の立場から臨床内科医会に対する想いを語っていただきました。引き続き高田重男副会長によるご挨拶と乾杯があり、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、加藤理良先生によるバイオリン演奏がはじまりました。



「いつか王子様が」、「Time to Say Good-bye」、「リベルタンゴ」の3曲について選曲されたお気持ちもお話しされながら弾かれ、素晴らしい旋律に会場は



圧倒された雰囲気となりました。特に「リベルタンゴ」は有名なヨーヨー・マのチェロに勝るとも劣らないバイオリンでした。アンコールでは「四季」より、第2楽章「冬」を演奏いただきました。引き続き親睦会の顔とも言える藤田晋宏先生と松沼恭一先生によるデュエット「F&M」の演奏が行われました。加藤理良先生のバイオリンも加わっていただき、「時代（中島みゆき）」、「悲しくてやりきれない（加



藤和彦)」、「秋桜（さだまさし）」の3曲を歌っていただきました。アンコールでは藤田先生オリジナルの「たんぽぽ」も披露され、会場は熱気に包まれました。

最後に恒例のトランプゲームとなりましたが、今年は真っ赤なマスクをかぶった安田赤レンジャーが現れ、司会の久保千浪氏とともに当局即妙のやりとりでカード



ドを引き、出席者にプレゼントが渡されました。

閉会のご挨拶は坂東琢磨副会長からあり、熱のこもったスピーチと声かけにより会場を更に盛り上げていただき、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いた久保氏、演奏や歌をご披露いただいた加藤先生とF&M、細やかなご配慮をいただいた金沢都ホテル担当者様、事務局の皆様、そして洞庭会長ご夫妻に深謝いたします。



地域医療連携室からのメッセージ

医療法人社団 浅ノ川 心臓血管センター
金沢循環器病院

病院長 池 田 正 寿

■当院の特色：

当院は北陸でも数少ない循環器疾患診療に特化した専門病院です。循環器疾患に対して最新の知見・豊富な経験・高い技術をもって治療に取り組んでいると自負しております。

365日24時間、救急患者さまを受け入れ、適応があれば緊急カテーテル検査・治療から緊急外科手術まで対応で

きるよう院内体制を整備しています。また2016年からは手術室と血管造影室の機能を兼ね備えた最先端のハイブリッド手術室を導入し、内科・外科の垣根を超えたハイブリッド治療を開始しました。現在は、胸部大動脈瘤・腹部大動脈瘤に対するステント グラフト内挿術や植込み型デバイス治療（ペースメーカーや除細動器）を同室で実施していま

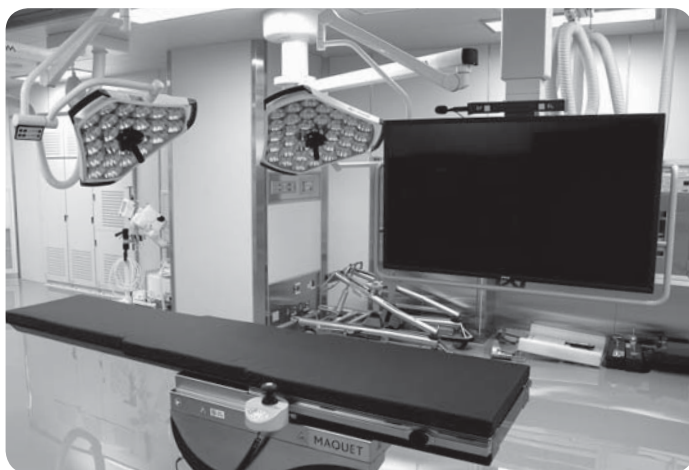


金沢循環器病院 外観

すが、今後弁膜症に対する血管内治療を開始すべく準備を行っています。

■循環器内科：

マルチスライスCTスキャン・超音波診断装置を用いて心臓だけでなく全身の血管系の検査を随時実施しています。血管造影室では年間1300例に及ぶ造影検査を実施しています。冠動脈に対するカテーテル治療は橈骨動脈アプローチを中心に年間552例（2015年）と北陸地区で最多の症例数です。治療に際しては生理的心筋虚血を評価する冠血流予備能検査や血管内超音波検査・光干渉断層法を活用してlogicalな治療を心掛けています。また高度石灰化病変に対するロータブレード治療やより細径カテーテルを用いた低侵襲治療などより高度なテクニックを要する治療も実施しています。冠動脈以外にも頸動脈狭窄・腎動脈狭窄・下肢動脈狭窄・透析シャント狭



ハイブリッド手術室

窄・中心静脈狭窄などに対する血管内治療（脳外科を標榜していないので頭蓋内治療は未実施）も積極的に行っています。

カテーテル治療以外では、重症心不全に対する植込み型デバイス治療・和温療法（乾式遠赤外線低温サウナを使用した治療法）・非侵襲的陽圧呼吸療法なども取り入れて治療成績向上に取り組んでいます。

下肢閉塞性動脈硬化症に対しては血管内治療以外に心臓血管リハビリテーション、フットケア治療、和温療法なども適応を考えて実施し生活の質の改善に努めています。

■不整脈科：

不整脈診療は従来薬物療法一辺倒であったのに対して、ここ10年位の間にめざましく進歩しています。植込み型デバイスの小型化・高機能化が進んだこと、心房粗動・細動、発作性上室性頻拍、心室頻拍に対してカテーテルアブレーションを実施して根治することが可能となったことがその理由です。当院の不整脈専門医は1名ですが2015年は93件のアブレーション治療を行いました。

また不整脈治療のみならず重症心不全に対する両心室ペーシング治療（心臓再同期療法）や不整脈死を予防するための植込み型除細動器治療も実施しています。

■心臓血管外科：

冠動脈バイパス手術をはじめ、弁膜症手術（弁置換術・弁形成術）、胸部・腹部大動脈瘤手術（人工血管置換術・ステントグラフト内挿術）、心房／心室中隔欠損孔閉鎖術、閉塞性動脈硬化症に対する血行再建術、下肢静脈瘤治療（血管内レーザー治療、静脈瘤除去手術、高位結紮術、硬化療法）を行っています。適応がある限り腎透析症例や脳梗塞後

等の合併症の多い患者さまの手術も積極的に行っています。

静脈瘤治療やリンパ浮腫治療では看護師・理学療法士などの多職種でチーム医療も行っています。



リハビリ風景

■心臓リハビリテーション：

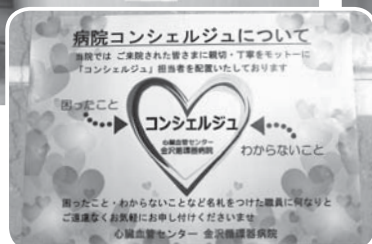
心臓リハビリテーション指導士の資格を有するスタッフをはじめ、医師・看護師・理学療法士・臨床検査技師・薬剤師・管理栄養士等の協同で心臓リハビリテーションチームを編成しています。医師の指示のもと患者さま一人一人に合ったリハビリテーションを実施して治療効果を高めています。薬物療法や手術などの従来治療では困難な重症心不全および閉塞性動脈硬化症患者さまに和温療法（乾式遠赤外線低温サウナを使用した治療法）を実施して生活の質の改善を図る試みも実施しております。

■医療型療養病床：

当院の性格上循環器疾患を有する患者さまが主体とはなりますが、在宅復帰が困難である医療依存度の高い患者さま（中心静脈栄養・酸素療法の継続が必要な患者さまや気管切開を受けておられ頻回の吸痰が必要な患者さま等）の療養の場を提供しております。



医療コンシェルジュ



■訪問看護：

2015年6月より訪問看護を開始しました。高齢化によりますます増加すると予測される慢性心不全患者さまの在宅療養を支援し、再入院を極力減らす取り組みに努めています。その他患者さまやご家族の不安に対するアドバイスも行っています。担当看護師がご自宅に訪問させていただきますが、金沢市内全域を対象とするのは難しいのでご希望される方は当院外来でご相談いただければ幸いです。

■地域医療相談室：

患者さまにより良質な医療を提供するため病診・病病相互連携の窓口として地域医療相談室を開設しております。当院の医療機器を用いて診断を希望される先生方はまず地域医



地域医療相談室



診療情報コーナー



かかりつけ医紹介ガイドブック

療相談室にご連絡下さい。患者さまの身近に「かかりつけ医」の先生がいて下さることは益々増加する高齢者の方にとって極めて大切なことであると思います。地域の諸先生方とは紹介・逆紹介を

通じて積極的に交流を深め、ともに地域医療のレベルアップに努めたい…と考えております。当院では連携していただいております開業医の先生方の情報を載せた「かかりつけ医紹介ガイドブック」を作成するとともに、開業医の先生方の「診療情報コーナー」も設置しております。当院への相談や要望事項がございましたら地域医療相談室までご一報下さい。



地域医療相談室の皆さん

(編集：高松 靖)

平成28年12月 現在

行	事	名	開	催	日	場	所
第172回	中央地区研修会						
講演Ⅰ	演題	「慢性腎臓病（CKD）における 生活・食事療法と薬物療法」 講師 国立病院機構 金沢医療センター 腎膠原病内科 医長 北川 清樹			平成29年 1 月14日（土） 16:00～19:00		石川県医師会館
講演Ⅱ	演題	「血管外科医が参画する血栓症」 講師 金沢医科大学病院 末梢血管外科 教授 四方 裕夫					
第32回	石川県臨床内科医会総会						
特別講演Ⅰ	演題	「ベンゾ系（GABA受容体作動薬） 離脱を目指して」 講師 医療法人 若樹会 橋本医院 院長 橋本 進一			平成29年 2 月26日（日） 13:00～16:20		金 沢 都 ホ テ ル
特別講演Ⅱ	演題	「糖尿病の血糖管理 最近の話題」 講師 金沢医科大学 糖尿病・内分泌内科学 准教授 北田 宗弘					
県民公開講座	第17回	禁煙フォーラム石川2017			平成29年 5 月14日（日） 13:00～16:00		石川県立音楽堂 交 流 ホ ー ル
第173回	中央地区研修会				平成29年 5 月27日（土） 16:00～19:00		石川県医師会館
第174回	中央地区研修会				平成29年 7 月 8 日（土） 16:00～19:00		石川県医師会館
第175回	中央地区研修会				平成29年 9 月 9 日（土） 16:00～19:00		石川県医師会館
第176回	中央地区研修会				平成29年11月18日（土） 16:00～19:00		石川県医師会館

地 区 活 動 だ よ り

中 央 地 区

第169回中央地区研修会

平成28年 7 月23日(土)

講演 (I)

演題 日常臨床における

水・電解質異常の考え方

講師 金沢大学附属病院 腎臓内科／救急部

特任助教 北 島 信 治

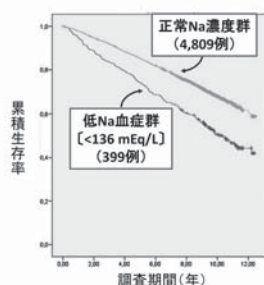
「講演要旨」

日常臨床において、水・電解質異常に遭遇する機会が増加している。要因として、高齢者の増加や、心血管障害や悪性腫瘍の増加などの他、治療薬や低張性輸液の頻用などの治療関連の要因も考えられる。2005年にはNEJMにボストンマラソン参加者の低Na血症についての論文が発表された。現在では運動後の低Na血症(exercise associated hyponatremia : EAH)として機序や対策についての議論が深まりつつある。本講演では、水・電解質異常のうち、頻度が高く、かつ時に診断や治療に難渋する低Na血症をメインテーマとした。低Na血症の予後についての最近の知見 (Fig 1~4) や、実際

Fig 1

低Na血症患者の予後

正常Na濃度群に比べ、低Na血症群の累積生存率は低下していた。



Hoorn, E. J., et al. J Bone Miner Res. 2011;26(8):1822-8.

Fig 2

低Na血症の頻度と予後の関連

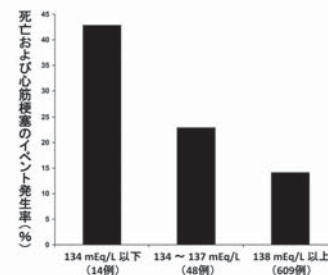
低Na血症の患者は心筋梗塞や死亡の発生率が高く、低Na血症が高度である場合にそのリスクが増大する。

症例数 671例
平均年齢 64.5歳

悪性腫瘍、冠動脈疾患、脳卒中の既往なし

Na 137 mEq/L 以下
→ 9.2%

Na 134 mEq/L 以下
→ 2.1%

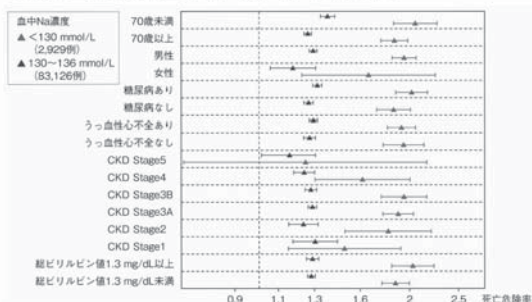


Sajadieh, A., et al. Am J Med. 2009;122(7):679-86

Fig 3

低Na血症患者の症例背景別にみた死亡危険率

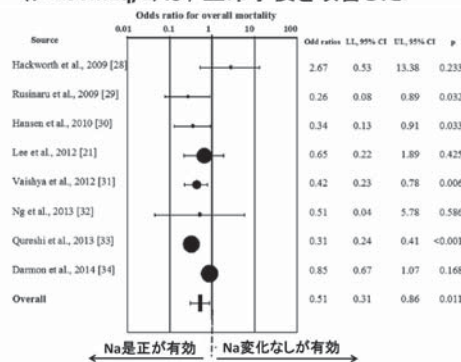
糖尿病、心不全、腎障害、肝障害の症例においても低Na血症は死亡のリスク因子であった。



Kovesdy, C. P., Circulation. 2012;125(5):677-84

Fig 4

メタ解析の結果において、低ナトリウム血症の是正(>130mEq/L)は、生命予後を改善した。



Corona G, et al. PLOS One. 2016;11(3):e0152846.

の症例を通しての鑑別診断の難しさについて提示し、その際に、2014年に発表された、欧州3学会合同の低Na診断・治療ガイドラインについて解説を加えた。また講演内では、診断や治療に際して有用と思われる尿検査の3つのTIPS (Fig 5~7) についても解説した。

Fig 5 TIPS① 尿比重から尿浸透圧を推測する

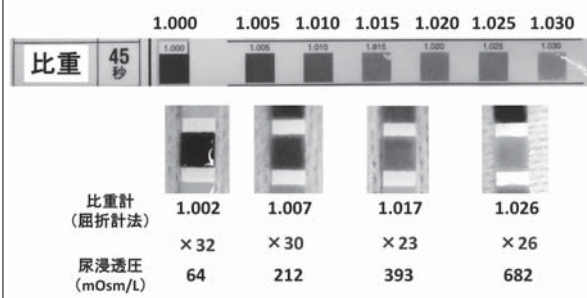
$$\text{尿浸透圧(概算)} = (\text{尿比重 下2桁}) \times 25 \sim 40$$


Fig 6

TIPS② 血漿浸透圧, 尿浸透圧からADH分泌を推測する

・ADHの推定分泌量(理論値)
 $= 0.38 \times (\text{血漿浸透圧} - 280)$

・ADH分泌の予測値(実測値の近似)
 $= 1.7 \times \text{尿浸透圧} / \text{血漿浸透圧}$

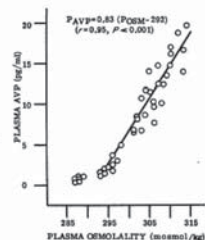


Fig 7

TIPS③ 尿Na + Kによる低Na血症の進行を予測する

尿(Na + K)濃度 > 血清Na濃度 → 血清Na濃度は低下していく

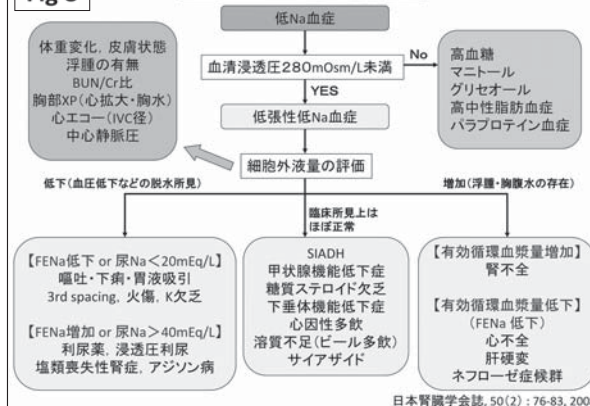
尿(Na + K)濃度 < 血清Na濃度 → 血清Na濃度は上昇していく

体内へのNa + Kおよび水の出入りが, 血清Na濃度を变化させる



今回提示した症例は腎移植後でステロイドを含めた免疫抑制剤などで治療中に嘔吐や下痢などの消化器症状を呈した症例であった。最終的に、背景には相対的副腎不全による低Na血症を有していた症例であったが、これまで本邦でも一般的に用いられている低Na血症診断のアルゴリズム (Fig 8) を用いて診断までの流れを解説した。その後、現行のアルゴリズムにおいて初期の段階で必要となる、“細胞外液量の評価”に関する限界と問題点について解説した。次いで、2014年に発表された、欧州3学会共同の低Na診断・治療ガイドラインで用いられて

Fig 8 低ナトリウム血症の鑑別診断



いる新アルゴリズム (Fig 9~12) に関して解説した。新アルゴリズムでは、細胞外液量の評価の前に、尿浸透圧および尿中Na濃度の評価が先立っている点などに関して、背景や利点を解説した。治療に関しては、以前から治療開始後の合併症として留意しなければならないODS: 浸透圧性脱髄症候群 (以前は、CPM: 中脳橋髄鞘崩壊症と呼称) と、近使用されるようになったバプタン系薬剤に関して追加解説 (Fig 13~15) した。

Fig 9 低Na血症の診断アルゴリズム(欧州ガイドライン)

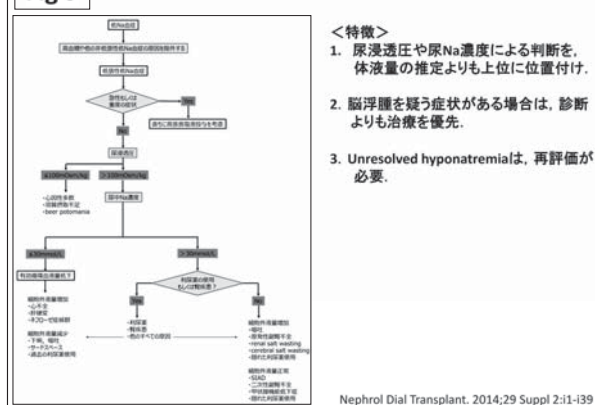


Fig 10

① 急性・症候性(重度)の低Na血症は直ちに治療を行う

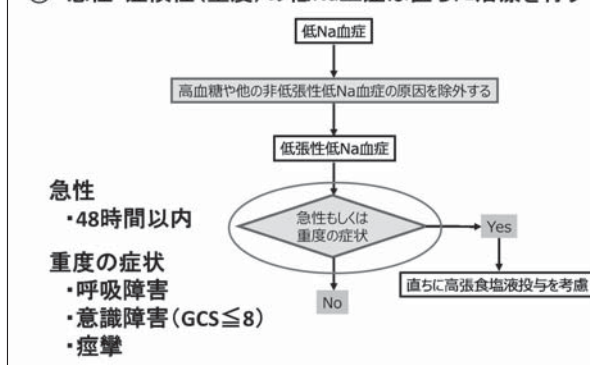


Fig 11 ② 尿浸透圧(浸透圧調節系)の評価を行う

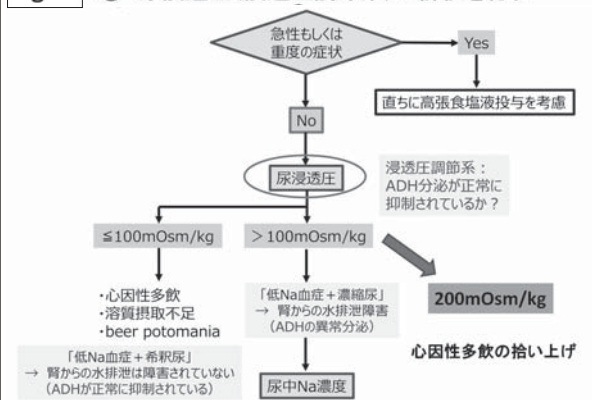
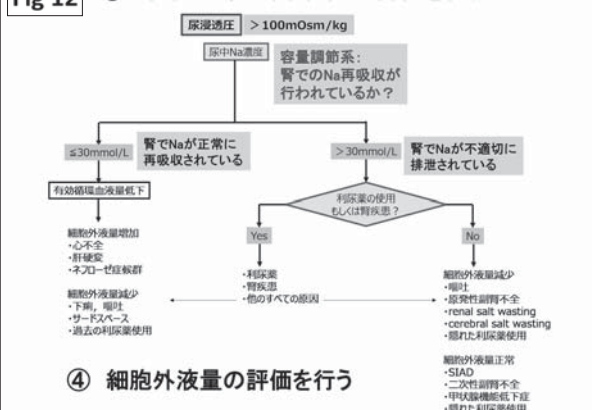


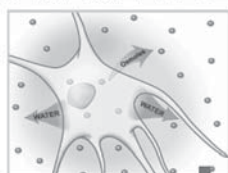
Fig 12 ③ 尿中Na(容量調節系)の評価を行う



④ 細胞外液量の評価を行う

Fig 13

⑤ “無症候性”低Na血症には緩徐な補正を目指す



細胞内液と外液との張度のバランスが取れている状態 (低Na血症での平衡状態)

急速な補正

細胞内脱水を悪化させ、ODSを発症させる危険がある

Fig 14

無症候性低Na血症における治療方針

1. 低Na血症 (= 高自由水血症) が病態であり、補正の基本は細胞外液量低下がなければ飲水制限である。具体的には水分を15~20ml/kg/日 (最大800ml) に制限し、食塩摂取を10g/日以上とする。
2. 細胞外液量低下がある場合は生食を投与し、有効循環血流量を是正する。
3. 細胞外液量増加の場合は専門医と相談して治療する。
4. 難治例はフロセミド、トルパブタンの使用を考慮する。

Fig 15

バソプレシン受容体拮抗薬(パブタン)による低Na血症の治療

> バソプレシン受容体拮抗薬が治療選択となる低Na血症:

- ① 中等症の低Na血症に、高張食塩液の代替として使用。
- ② 中等症以上の症状のない低Na血症で、水制限の効果がないか、忍容性が悪い場合。

N Eng J Med. 2015

> バソプレシン受容体拮抗薬の低Na血症治療に関するメタ解析結果:

- ① 血清Na濃度は上昇する。
- ② 死亡率低下はない。
- ③ 合併症や重度の副作用の増加はない。浸透圧性脱髄症候群の発症はない。
- ④ 血清Na濃度の急速な上昇のリスクはある。

Am J Kidney Dis. 2010, Am J Med. 2011

Fig 16

まとめ

- ① 急性・症候性(重度)の低Na血症は直ちに治療
 - ② 尿浸透圧(浸透圧調節系)の評価を行う
 - ③ 尿中Na(容量調節系)の評価を行う
 - ④ 細胞外液量の評価を行う
 - ⑤ “無症候性”低Na血症には緩徐な補正を目指す
- ☆ 尿検査 3つのTIPS
1. 尿比重から尿浸透圧を推測する
 2. 血漿浸透圧, 尿浸透圧からADH分泌を推測する
 3. 尿Na + Kによる低Na血症の進行を予測する

講演(Ⅱ)

演題 膠原病の診断と治療
(外来にて膠原病を疑うポイント)

講師 金沢大学附属病院 血液浄化療法部

准教授 古市 賢 吾

「講演要旨」

膠原病は、多彩な臨床症状を呈する事が多く、特に病初期においては診断が困難なことも多い。比較的初期に見られる症状から膠原病の可能性を鑑別診断に加え、診察、検査を進める事が必要である。また、検査項目の中では、自己抗体のチェックも診断に有用である。しかし、いずれの自己抗体も病因と直接関連している抗体は少なく、また、検査としても感度、特異度が必ずしも高くないものも多いため、注意が必要である。

今回は、関節痛、発熱、リンパ節腫脹、検尿

異常など比較的外来診療の際に遭遇しやすい臨床症状や検査異常を呈した症例を示しながら診療のポイントをご紹介する。診察時の身体所見における注意点、鑑別診断、追加すべき検査項目などを中心に話を進める。また、最近新たに保険収載された検査項目などについてもご紹介する。加えて、一部治療法についても概説する。

また、近年見直しが行われ、306疾患となった指定難病に関しても、その背景や指定が受けられる症例のポイントなどについても紹介したい。

膠原病は、病因が不明な疾患が多く、日常臨床の中でも診断に難渋する症例が少なくない。また、経過観察が有用な場合も少なくない。本講演が診療の一助になれば幸いである。

第170回中央地区研修会

平成28年9月10日(土)

講演(I)

演題 眠りの基礎と臨床

—睡眠と生活習慣病の関係も含めて—

講師 医療法人社団 浅ノ川 桜ヶ丘病院

病院長 岩 崎 真 三

「講演要旨」

人は、人生の3分の1を眠って過ごす。近年、睡眠障害の存在がクローズアップされるようになった理由は、①睡眠障害がもたらす多くの問題が明らかになったこと、すなわち a) 精神的な問題（うつ病やアルコール依存症の併発、など）や身体機能への影響（生活習慣病の悪化、など）との関与、b) 作業能率の低下や事故多発の可能性（新幹線の運転士や飛行中のパイロットが乗務中に眠り込み大事故に繋がるなど、社会的問題に発展：本邦での睡眠障害で生じる経済損失は年間3兆4,693億円）に関与することが明確になったこと、②24時間社会になって生活が不規則となり、寝る時間が絶対的に足りない人が増えてきたこと（日本人の27.2%（4

人に1人）が不眠である）、③不眠を生じやすい高齢者人口が増加の一途を辿っていること、などが挙げられる。

本講演では、「眠りの基礎と臨床」について、①睡眠の仕組み、②不眠症の理解と治療・予防法、③不眠と生活習慣病の関係などを中心に解説し、当院におけるオレキシン受容体拮抗薬（スボレキサント）の使用状況および有効症例を紹介した。

『睡眠』には、①脳を発育させること、②脳と体に休養を与えること（脳と体を休ませ疲労回復させる働き）の2つの役割がある。睡眠は、①体を休ませる睡眠、すなわちレム睡眠（REM: Rapid Eye Movement）と脳を休ませる睡眠、すなわちノンレム睡眠（Non-REM）に分類でき、レム睡眠は浅い眠りでその間に夢を見るなどの特徴を有し、ノンレム睡眠は深い眠りで入眠直後では成長ホルモンがまとめて分泌される。健康成人の睡眠パターンでは、このレム睡眠とノンレム睡眠の組み合わせ（睡眠単位）が約90分周期で一晩に4－5回繰り返される。

「よく最適な睡眠時間は何時間？」と聞かれるが、必要な睡眠時間は人それぞれで、昼間で起きておかなければならない時に睡魔に襲われなければ睡眠は足りていると考えられる。80－90%の人は睡眠時間が6－9時間のバリエアブルスリーパーであるが、5－8%の頻度でナポレオンやエジソンに代表される6時間未満の睡眠でも十分なショートスリーパー（短時間睡眠者）、3－9%の頻度でアインシュタインや小柴博士（ノーベル賞受賞者）に代表される9時間以上の睡眠を必要とするロングスリーパー（長時間睡眠者）がいる。日本人は世界各国と比較して平均睡眠時間が男女ともに最も短いという統計結果がある。

不眠症は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害の4つのタイプに分類され、そのいずれかが存在し、その不眠症状が週2回以上あり1ヵ月以上継続しており、苦痛を感じるか社会

生活または職業的機能が妨げられている場合に定義される。

不眠を訴える患者の主疾患を不眠症の通院先(科別)でみたところ、「生活習慣病」が46.3%を占め第1位で、「精神科系疾患」(30.1%)を上回る調査結果であり、不眠症患者では糖尿病や高血圧、心疾患などの有病率が高いことが判明している。にもかかわらず、通院中で不眠症状のある患者の睡眠薬処方率は49.8%と約半数でしかなく、科別においては精神科通院中の睡眠薬処方率が89.4%であるのに対し、内科他通院中の睡眠薬処方率は33.5%とかなり低く、生活習慣病による不眠症患者には未だ適切な睡眠衛生指導や十分な薬物治療がなされていないのが現状であった。不眠症により、摂食ホルモンであるレプチン・グレリン分泌の異常、食欲亢進、自律神経系の変調、糖代謝異常などが重なって生活習慣病を発症・悪化させ、その合併症状である頻尿、抑うつ、神経痛などの影響でさらに不眠が誘発されてしまうという悪循環が生じており、その悪循環を断つためにも生活習慣病患者においては不眠症を積極的に治療していくことが重要である。

現在の不眠症治療においては、薬物療法の前に睡眠衛生指導を行なうことが重要であり、厚生労働省による(快適な生活を得るための)睡眠衛生指導:「睡眠障害対処 12の指針」を紹介した(「睡眠障害の対応と治療ガイドライン」を参照)。薬物療法においては、睡眠覚醒メカニズムから睡眠薬を分類すると、①恒常性維持機構(疲労や睡眠不足による睡眠物質の蓄積から誘導される睡眠)による睡眠薬:GABA受容体作動薬(BZ系および非BZ系睡眠薬)、②体内時計(概日リズム)機構(規則正しい睡眠覚醒リズム=サーカディアンリズムにより誘発される睡眠)による睡眠薬:メラトニン受容体作動薬(ラメルテオン)と③覚醒調節機構による睡眠薬:オレキシン受容体拮抗薬(スボレキサント)に大別できる。

従来型のGABA受容体作動薬は、血中濃度

消失半減期の長さの違いで使い分けられ、例えば入眠障害のみでは超短時間型のゾルピデムやエスゾピクロンを、中途覚醒や早朝覚醒では中間作用型のフルニトラゼパムやエスタゾラムを用いる。ただし、鎮静・催眠作用、抗不安作用以外に筋弛緩作用も有していることから、近年では転倒リスクの高い高齢者には使用しない傾向にある。また、作用機序の異なる新規睡眠薬に属するラメルテオンやスボレキサントは、半減期による分類に当てはめる必要はなく使用頻度は増加しつつある。また、睡眠薬の頓用追加は、持ち越し効果を防ぐ観点から「0時までには超短時間型を使用する」のが原則であり、睡眠薬の漸減・休薬には漸減法と隔日法がある。

当院(桜ヶ丘病院)の使用状況からみた精神科領域におけるスボレキサント(ベルソムラ=「美しき眠り」)の有用性については、①老年期認知症患者の不眠には非常に有用(ただし、BPSDやせん妄を伴う症例には少量の新規抗精神病薬を、単剤で無効な場合には超短時間型非BZ系睡眠薬の併用を要する場合がある)、②適応障害(うつ状態)、不安性障害、身体表現性障害などによる不眠(いわゆる、神経症性不眠ないしは非器質性不眠)にも有用(ただし、単剤での有効例とSSRIやSNRIないし超短時間型非BZ系睡眠薬と併用での有効例がある)であったが、③統合失調症や双極性障害のような内因性精神障害による重症の不眠や衝動性が強い精神疾患の不眠には無効であった。

最後に、『良眠は一日にしてならず』であり、日本における睡眠の日はWorld Sleep Dayの3月18日と本邦独自の9月3日(“ぐっすり”)である。

講演(Ⅱ)

演題 COPD 及び気管支喘息の治療と、
禁煙の重要性

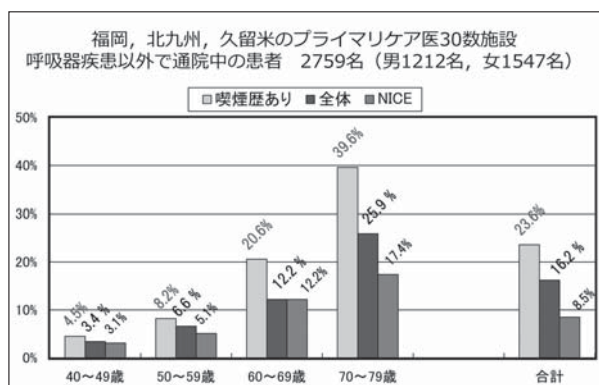
講師 金沢大学附属病院 呼吸器内科

助教 原 丈 介

「講演要旨」

COPDの診断

COPDは日本の死亡原因の第9位であり、増加の一途をたどっている。福岡県のプライマリ・ケア医30数施設において、呼吸器疾患以外で通院中の患者2,759名に呼吸機能検査を実施したところ、1秒率70%未満の症例が喫煙歴のある患者の23.6%を、患者全体でも16.2%を占めることが分かり、プライマリ・ケアの場において、多くの患者が潜在していることが報告された。



COPDの診断率は依然として低いが、その理由として、病態・症状が徐々に進行するので患者さんが自覚症状に気付かないケースが多いことがあげられる。逆に言えば、自覚症状を自覚する頃には病態はかなり進行していることが多い。COPDの有名な症状の一つとして息切れがあるが、息切れを自覚しない患者もいる。その理由として、①COPD患者の中では疾患の早期から息切れを感じないように身体活動性を制限する者が存在すること、②COPDの症状を、喫煙や加齢によるものとして見過す患者が多いこと、③COPD患者（Ⅰ期 9%、Ⅱ期 34%、Ⅲ期 39%、Ⅳ期 18%）のうち、息切れを訴える患者は半数のみであったこと、④薬剤使用後に

初めて息切れが存在したことに気付く症例がいることなどがある。さらに、病期が進行しても症状を自覚しないか過小評価している患者の多くは急性増悪を起こすまで医療機関を受診しない。一方で、COPD患者は、同年齢の健常者と比して活動性が低下しており、この活動性低下は早期のCOPDにも認められる。COPD患者は早期に呼吸機能が低下することも報告され、早期のCOPDを効率良く検出する方法の確立が急務である。

COPDの診断には、症状、胸部X線、動脈血ガス分析と比較し、スパイロメトリーが最も有用である。喫煙歴のある40歳以上に全員スパイロメトリーを行えば、潜在的なCOPDを早期に発見できると考えられるが、現実的でない。簡単な質問票を使ってスクリーニングを行い、COPDが疑われた患者に、スパイロを勧めることが現有用である。世界的には、COPDのスクリーニングには、IPAG (International Primary Care Airways Group) 質問票が用いられることが多く、原著では、カットオフ値17点でCOPDのスクリーニングに有用とされている。検診で利用する際は、14点のほうが感度、特異度とも上がるとの本邦からの報告もある。ただし、このIPAG質問票を実臨床で使用する際には、以下に述べるいくつかの不都合な点がある。

①BMIが日本人COPDに合わない、②質問事項が煩雑で高齢者に難しい（BMIの計算が出来ない、質問が二者択一であり選択に迷う、風邪かどうかわからないから受診している、アレルギー症状ってなに？ など）、字が小さい、ポイントが高い方が良くないことがタバコに関する質問から推測できてしまう。個人的には、COPD集団スクリーニング質問票（COPD-PS）のほうが使いやすいと考える。COPDのスクリーニングに有用であることは既に報告されており、カットポイント4点以上で、感度93.6%、特異度43.3%、陽性的中率50.3%、陰性的中率91.7%。日本内科学会雑誌（2015；104(6)：1129-1144）に質問票を用いたCOPDの臨床

的・治療的診断の手順が記載されており、多忙なプライマリ・ケアの現場でも有用と考えられる。

気管支喘息の診断

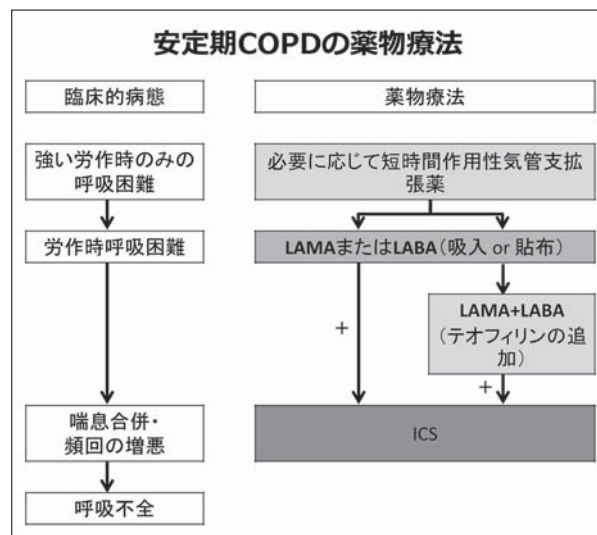
臨床現場において、COPDと最も鑑別が難しいのは気管支喘息（特に高齢者喘息）である。高齢者喘息とは65歳以上の喘息のことを指すが、計算の上では、本邦において326万人の高齢者喘息患者がいる。成人喘息に占める割合は43.5%とする厚生労働省からの報告もある。さらに、本邦の喘息死の90%が高齢者である。ご存知のように、気管支喘息の診断には問診が重要である。気管支喘息の初発症状として、①感冒後の長引く咳嗽、②早朝4時頃の発作性の咳嗽や喘鳴、それらによる覚醒、③発作性の咳嗽、喘鳴、呼吸困難があるが、特に、高齢者喘息では、④日常生活（特に歩行時、階段を昇る）での息切れが主体との報告がある。喘息の世界的ガイドライン（GINA 2012）では、喘息に特徴的な症状として以下の記載がある。①発作性の繰り返す呼吸困難または喘鳴を認めるか？ ②夜間、咳の発作に悩まされるか？ ③労作後に喘鳴や咳を伴うか？ ④大気中のアレルゲンや汚染物質に曝露することにより、喘鳴、咳、胸苦しさを感ずるか？ ⑤感冒後、咳などの症状が持続するか？ ⑥喘息の治療や自然経過により症状が改善するか？

初診時に、COPDか喘息か迷った時には、「慢性気流閉塞を示す疾患への症候群的アプローチ」も参考になる。Step 1～Step 5に従い、まず慢性気道疾患の存在を確認し、喘息、COPD、ACOS（Asthma-COPD Overlap Syndrome）として症候群的に分類し、スパイロメトリーにより確定し、初期治療を施し、必要ならば専門医に紹介するという段階的なアプローチである（GINA revised 2014）。なお、ピークフローメーターはスパイロメトリーの代用にはならないが、1～2週間くり返して測定して著明な変動がある場合、喘息と診断して

差し支えないと考える。今までの文献では、臨床経過から以下の2パターンをACOSと診断しており、治療中の患者の判断材料としてよいと考えられる。①喘息と診断して、吸入ステロイド剤（ICS）を含む薬剤にて十分治療しても閉塞性換気障害が残り、さらに20本×10年以上の喫煙歴がある場合、②COPDと診断され治療されているにもかかわらず、発作性の症状がある場合である。

COPD及び気管支喘息の治療

COPDの治療は気管支拡張薬が基本である。安定期COPDの薬物療法は、強い労作時のみ呼吸困難症状がある場合、必要に応じて短時間作用性気管支拡張薬を使用する。病状が進行し、労作時に呼吸困難症状が出る患者には、長時間作用性抗コリン薬（LAMA）または長時間作用性 β_2 気管支拡張薬（LABA）を投与する。さらに、喘息合併症例や頻回の増悪を繰り返す患者では、ICSや喀痰調整薬を追加することが示されている。気管支喘息の治療は、気道の炎



症を効率よく抑制できるICSが基本薬となる。重症度に合わせて、長時間作用性気管支拡張薬、シングレア®に代表されるロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放性剤や抗IgE抗体を併用する。LAMAであるスピリーバ®レスピマット®は、ICSのみでコントロールできない患者に対して早期から追加する薬物として

喘息治療ステップ				
	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4
長期管理薬	ICSが使用できない場合は以下のいずれかを使用 ・ LTRA ・ テオフィリン徐放性剤	ICSで不十分な場合に以下のいずれか1剤を併用 ・ LABA ・ LTRA ・ テオフィリン徐放性剤 ・ LAMA	ICSに以下のいずれか1剤あるいは複数の併用 ・ LABA ・ LTRA ・ テオフィリン徐放性剤 ・ LAMA	ICS以下の複数の併用 ・ LABA ・ LTRA ・ テオフィリン徐放性剤 ・ LAMA ・ 抗IgE抗体 ・ 経口ステロイド ・ 抗IL-5抗体
発作治療薬	吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA
気管支サーモプラスティ			○	○

ICS：吸入ステロイド薬、LABA：長時間作用性β2刺激薬、LAMA：長時間作用性抗コリン薬、LTRA：ロイコトリエン受容体拮抗薬、SABA：短時間作用性β2刺激薬

効果が期待できる薬剤である。さらに、好酸球性気道炎症が強い患者に対する抗IL-5抗体製剤も使用できるようになった。金沢大学附属病院呼吸器内科では、より重症な喘息患者を対象に、気管支サーモプラスティを積極的に行っている。

気管支喘息以外で、ICSを使用すべき症例は、①COPDで、高度の気流閉塞（%FEV1が50%未満）があり、増悪回数が多い（例えば過去3年間に3回以上）症例、②喘息とCOPDを合併（＝ACOS）した症例と考えられる。ICSはCOPDの肺炎発症のリスクをさらに増加させるが、肺炎の発症は死亡には影響しておらず、肺炎にて入院したCOPDの生存率が低いこともない。フルチカゾンと比較し、ブデソニドがCOPDの肺炎発症を増加させる報告は少ない（ただし、ICSの種類を比較した前向きhead to headの検討はされていない）。

禁煙の重要性

禁煙はCOPDの発症リスクを減らし、疾患の進行を抑制する最も効果的で経済的な方法である。喫煙は喘息の発症を誘導するだけでなく、患者のQOL低下、喘息増悪や呼吸機能の悪化を促進する。また喫煙はICSの抗喘息効果を減弱させる。

第171回中央地区研修会

平成28年11月12日（土）

講演（I）

演題 骨粗鬆症における抗体製剤の有用性

講師 松野リウマチ整形外科 院長
東京医科大学 医学総合研究所

客員准教授 松 野 博 明

「講演要旨」

目的：近年、数多くの骨粗鬆症治療薬が開発され、様々な骨密度測定方法による治療成績が報告されているが、診療所においてはradial dual-energy X-ray absorption (DXA) equipmentにより評価される場合が多い。Denosumab (DMAb) は完全ヒト型抗体の骨粗鬆治療薬であるが、過去にRheumatoid arthritis (RA) 合併例や、RAでglucocorticoid (GC) 服用患者に対するDMAbの効果はradial DXAにより評価した報告はなかったので検討を加えた。

患者と方法：年齢60歳以上のpostmenopausal osteoporosis (PO) でradial DXAによる% Young adult mean値が70%未満の437例を対象にDMAbによる治療を行った。DMAb治療群はPOのみの205例、RAを合併した157例、RAでGCを服用していた66例である。対象は4週または1月に1回の経口bisphosphonate (BP) 服薬によるPO群78例、RA群34例とした。これらの症例に対して継時的radial DXAによる骨密度測定を行った。またDMAb治療例には骨代謝マーカーである尿中type I collagen cross-linked N-telopeptide (NTx) の測定を追加した。

結果：radial DXAによりDMAb治療群で有意な骨密度増加作用が確認されたが、BP治療群では認められなかった。DMAbの骨密度増加作用は、RA合併例では非合併例に比べて時間的に遅れて出現した。DMAbによる尿中NTx抑制効果は、RA群、RA＋GC治療群ではPO群と比べて弱かった。治療継続

率はDMAb群がBP群に比べて統計学的に有意に高かった。

結語：DMAbの治療効果はradial DXAにおいても十分証明され、高い治療継続率が得られた。DMAbの治療はPO群、RA群、RA＋GC群、全ての骨粗鬆症患者に有効な治療であるが、RA合併例ではその効果発現はPO群と比較して時間的に遅れて出現した。

講演(Ⅱ)

演題 非結核性抗酸菌症の診断と治療

講師 金沢市立病院 呼吸器内科
呼吸器・睡眠センター

中 積 泰 人

「講演要旨」

【抗酸菌について】

抗酸菌属は結核菌と非結核性抗酸菌とらい菌に分けられる。結核菌は哺乳類にのみ生息しヒトヒト感染するが、土・塵埃・水など自然界には存在しない。一方、非結核性抗酸菌は土壌中や水中・塵埃などの自然界に広く存在する環境常在菌でヒトヒト感染はないが、現在の抗菌薬では完全な殺菌は困難である。

【肺非結核性抗酸菌症】

Mycobacterium avium-intracellulare complex (MAC) が肺に病変を形成する非結核性抗酸菌症を肺MAC症と呼び、肺非結核性抗酸菌症の約90%を占める。結核は減少しているが、肺非結核性抗酸菌症は7年前と比べて2.6倍増加しており、死亡者数も増加の一途を辿っている。次に多いのは肺*M.kansasii*症が4%、肺*M.abscessus*症3%であるが、肺*M.abscessus*症は7年前に比べて5倍に増加している。

【MAC菌の感染経路】

以下の2つが考えられている。

- 1) 生活環境水からの感染(浴室で、浴槽内出水口・排水口・シャワーヘッド・浴槽水)

- 2) 土壌からの感染(農作業やガーデニング時の自宅土壌、週2回以上の土壌暴露)

【肺非結核性抗酸菌症の主な病型と特徴】

1) MAC症

- ① 線維空洞型(結核類似型): 中年以上の男性に多く、陈旧性結核、COPDなどの既存の肺疾患に併発した患者が大部分で、重喫煙者、アルコール多飲者が多い。多くの場合2～4年くらいの間に次第に悪化する。
- ② 結節気管支拡張型(中葉・舌区型): 80%以上が中年以上の女性で、わが国で非常に多いタイプ。非喫煙者が多く、極めて緩徐な経過で、5～10年の経過観察が必要である。

2) *M.kansasii* 症

わが国では、MAC症に次いで2番目に多い。男性の比率が圧倒的に高い。症状、X線像ともに肺結核症と類似する。

【肺非結核性抗酸菌症の診断】

胸部画像で小結節性・分岐状陰影・空洞性陰影・気管支拡張所見等があり、かつ、2回以上の異なった喀痰の抗酸菌培養陽性、あるいは1回の気管支洗浄液での抗酸菌培養陽性などがあれば診断される。診断には臨床症状は問わない。

【非結核性抗酸菌症の臨床検査】

非結核性抗酸菌の細胞壁を構成する糖脂質抗原であるGPL-coreに対するIgA抗体による血清診断法として「キャピリア® MAC抗体ELISA」がある。感度84%、特異度100%であり、肺MAC症の補助的診断検査として非常に有用である。しかし、*M.abscessus*などの迅速発育菌が陽性になる場合があり、注意が必要である。

肺MAC症の薬剤感受性検査はCAMを除き確立していない。CAMが唯一の有効な薬剤で、CAMの最少発育阻止濃度(MIC)が、32μg/ml以上で耐性である。

【肺MAC症の治療】

治療の開始時期は副作用を考慮したうえで現行の化学療法をいつ開始するのが妥当なのかは

明確な根拠がいまだなく、臨床医の総合的な判断に依存する。肺 MAC 症の治療は、RFP、EB、CAM の 3 剤併用療法を基本とし、必要に応じて SM または KM の併用を行う。CAM 耐性は、CAM の単剤使用か（CAM 単剤治療は数か月以内に CAM 耐性を誘導する）、CAM とフルオロキノロン（FQ）剤の併用例に多いため、このような治療はできるだけ避ける。外科療法の目的は病勢の進行抑制や遅延など病状コントロールである。

治療期間は、明らかなエビデンスがなく、日本では推奨された治療期間はない。現時点では、長期治療した方が再発率を低下させる可能性が高く、菌陰性化後 1.5～2 年間の治療が望ましいと考えられている。

【肺 *M. kansasii* 症の治療】

薬剤効果が最も高い肺非結核性抗酸菌症であり、INH、RFP、EB で加療し、菌陰性化後 1 年間の治療を行う。薬剤感受性試験は RFP のみ有用である。

【肺 *M. abscessus* 症の治療】

マクロライド系（CAM あるいは AZM）内服 + AMK と IPM/CS の 2～4 か月間点滴終了後、マクロライド系 + キノロン系（STFX あるいは MFLX）+ ペネム系（FRPM）の内服治療に変更し、培養陰性化後 1 年間の治療が推奨されている。しかし、50～70% の菌陰性化しか期待できず、常に手術を念頭に置く必要がある。

【関節リウマチと生物学的製剤】

肺非結核性抗酸菌症と診断された RA 患者に対する生物学的製剤投与は原則禁忌であるが、最近では一定の条件に合った場合に限り、生物学的製剤の投与を考慮してよいとされている。

【その他の治療法】

去痰薬、補中益気湯、栄養療法、少量エリスロマイシン療法などが試みられている。

【新薬】

Solithromycin、Liposomal AMK の吸入などの新薬が期待されている。

【非結核性抗酸菌症の一般的な生活の注意点】

肺 MAC 症の場合、浴室の清掃時には換気をよくして、マスクを着用する。給湯水やシャワーヘッドの管理に注意する。農作業やガーデニングを避ける。

また、一般的には規則正しい生活、栄養バランスのとれた食事、適度な運動、ストレスを上手に発散するなどの生活の改善で、体の抵抗力や自然治癒力を高めることが大切である。

加 賀 地 区

期日 平成28年 7 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 高齢者の Total Management
～フレイルにならないために～

講師 東京大学大学院 医学系研究科
加齢医学(老年病科)

教 授 秋 下 雅 弘

「講演要旨」

近年、日本老年医学会では健康と要介護の間に位置する高齢者の状態を「フレイル」と定義し、啓発と対策を呼びかけている。「フレイル」は、従来は「虚弱」「衰弱」などと表現されてきた。移動能力や握力の低下、体重の減少や疲労感などを呈し、75歳以上の高齢者はこのフレイルという中間時期を経て徐々に要介護状態へと移行する。つまり、このフレイルの時期に適切なケアを行うことが、健康寿命を伸ばすことにつながる。フレイルから要介護に至るには、ADL（日常生活動作）の低下、認知症、うつなどの身体的・精神的要素のほかに、独居や経済的側面などソーシャルな要因も関係する。つまり高齢者医療はこうした包括的アプローチが必要であり、一般的な成年への医療が病気の治療であるのに対し、高齢者医療は治癒（キュア）だけでなく総合的なケアの視点が重要である。

一方、高齢者では、生活習慣病などの慢性疾患に認知症、骨粗鬆症といった高齢者特有な疾病が合併し、その結果もたらされるポリファーマシーが、加齢変化に基づく薬物感受性の増加とあいまって薬物有害事象の発生増大につながるリスクがある。

また、認知機能の低下、視覚機能の低下等により服薬管理能力が低下した結果、残薬の増加や服薬アドヒアランス低下を招き、思ったような治療効果が得られないこともあり、数や回数を減らして簡便な処方にすること、一包化や貼付剤、介護者による補助・管理などのアドヒアランスを保つ工夫を積極的に取り入れるべきである。

講演では、この「フレイル」と「高齢者の薬物療法」を中心に、関連する文献データに自験データを交えて「高齢者の Total Management」の重要性について紹介したい。

期日 平成28年 8 月18日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 糖尿病薬物治療の現状と将来展望

講師 川崎医科大学 内科学

特任教授 加来 浩平

「講演要旨」

糖尿病患者は増加の一途をたどっているが、有病率は特に中高年以降で高まり、受診患者の60%以上を高齢者が占める。患者の高齢化が進む一方で、非高齢者で極めて低いことは懸念すべき点である。治療目標達成の向けた疾病管理に薬物療法が果たす役割は大きいが、早期介入、早期併用は重要なポイントである。本邦では、現在作用機序が異なる7種類の経口血糖降下薬が使用可能である。中でもDPP4阻害薬は、今や薬物療法の主役として幅広く使用されている。

最近登場したSGLT2阻害薬は過剰なグルコースの尿中排泄されるインスリン作用から独立した作用機構をもつ新規血糖降下薬である。

糖毒性の改善に伴いインスリン抵抗性やインスリン分泌能が改善する。エネルギーロスが体重減少をもたらし、肥満者では主に内臓脂肪の減少を反映する。一剤で血糖・血圧・脂質改善効果に加えて体重抑制を可能にする反面、尿糖増加による尿路・性器感染症、SU薬やインスリンとの併用時の低血糖、内因性インスリン分泌の著明低下者でのケトアシドーシスのリスクなどが留意点としてあげられる。これらはいずれも予測が可能であり、適切な患者のトリアージによって回避は可能と思われる。

糖尿病薬物療法の適応を考える際には、常にリスク（安全性）とベネフィット（有効性）のバランスを考慮すべきであり、しかも患者毎に個別化されねばならない。長期にわたる糖尿病管理において、患者QOLに配慮した治療法、治療薬の選択は医療者が常に留意すべきことである。

期日 平成28年 9 月30日(金)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 向精神薬の理論から使い方のコツまで

講師 杏林大学医学部 精神神経科学教室

教授 渡邊 衡一郎

「講演要旨」

精神科領域の治療において、向精神薬は中核となり、適切に使用されることで疾患の改善や症状の緩和につながります。

しかし、薬剤の使用はかならずしも効果をもたらすだけでなく、薬剤のプロファイル次第で様々な副作用が生じることがあります。

本講演では、向精神薬を処方するにあたって知っておくべきことについて、又、使い方のコツについて解説いただく予定です。

期日 平成28年10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 これからの腰痛マネジメント

講師 東京大学医学部附属病院 22世紀医療センター
運動器疼痛メディカルリサーチ&マネジメント
講座長

特任教授 松平 浩

「講演要旨」

デカルト以来、痛みは感覚的経験の一つであり、その程度は概ね組織損傷の程度に一致すると考えられてきた。この前提は現代医学教育まで受け継がれた。腰痛分野でも、椎間板、椎間関節、仙腸関節、筋・筋膜といった個々の組織損傷との関連機構の探求に多くの専門家が力を注いでいる。一方、国際疼痛学会(1979)は痛みを「不快な感覚的・情動的体験」と定義し、Fordyce(1968)は、慢性痛患者の疼痛行動に着目、その後Loeser(1982)は、侵害刺激、疼痛感覚、苦悩、疼痛行動からなる痛みの多層モデルを提唱した。苦悩は中枢での否定的な情緒反応であり、苦悩の表現として疼痛行動が助長する。慢性痛診療では、患者の情動的体験と疼痛行動を把握しアプローチする事が必要になる。事実、痛みに対する不安や恐怖といった負の情動が加重されると、正常では疼痛信号が脊髄レベルで過剰な伝達を抑制する中脳辺縁系トパミンシステム、更には下行性疼痛調整系の破綻を来して痛み閾値が低下し、活動性の低下、過剰医療、休業といった不適切な行動が助長する。近年、複数の慢性痛に関する疫学調査から治療満足度は決して高くない事が浮き彫りになったが、その理由として、中枢機能異常も踏まえた情動、行動に対するアプローチが乏しい事もあると考えている。以上の背景から、慢性腰痛を「腰部の不快な感覚および脳での不快な情動がもたらす痛み行動」と捉える方が望ましい。難治・慢性化した腰痛患者に対しては、既に強化されている苦悩と痛み行動を軽減させる事が極めて重要である。痛み感覚の制御はあく

までもその一手段であり、医療者側が痛み感覚の制圧に躍起になる程、患者は自主性を失い痛み行動を強化させる可能性がある。慢性腰痛管理の主軸は、適切な運動療法を処方しつつ患者の健康行動を増やす事である。これに向かう過程において、適切な薬物療法により下行性疼痛抑制系を賦活し痛み閾値を上げる事も重要である。

期日 平成28年11月17日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 抗凝固療法の実際と出血時の対応
～DOACが登場して～

講師 金沢大学附属病院 高密度無菌治療部
病院臨床教授 朝倉 英策

「講演要旨」

血液は、正常な場合には血管内では凝固せず循環し、血管外では凝固(止血)することにより、血栓症や異常出血を阻止している。しかし、このバランスが時に破綻する。すなわち、血管内であるにもかかわらず凝固して血栓症を発症したり、血管外に出ても凝固しないこと(異常出血)がある。止血は重要な生理機序であり、この機序がないと人間は瞬時も生存することができない。一方、血栓症は病的状態であり、脳梗塞、心筋梗塞、肺塞栓に代表されるように、重篤な後遺症が残ったり、最悪の場合は死に至る。この血栓症発症を阻止する治療法として、抗血栓療法が非常に重要であるが、近年のトピックスはDOACs(Direct Oral Anticoagulants)が登場したことにより、心房細動や静脈血栓塞栓症の抗凝固療法が大きく進歩したことであろう。

DOACsの特徴としては、血栓症予防効果はワルファリンと同等以上で、副作用としての出血(特に頭蓋内出血)が明らかに少ない点が挙げられる。現在使用可能なDOACsとしては、リバーロキサバン(イグザレルト)ほか4薬剤

があり、全4薬剤ともに心房細動に対して使用可能である。また、3薬剤では静脈血栓塞栓症に対しても使用可能である。DOACsが登場した当初は、頻回の血液検査は必要ないとされてきたが、この点に関しては議論すべき点が多い。例えば、ダビガトランは血中濃度とAPTTの値がある程度相関するが、用いる試薬によって値が異なる。リバーロキサバンとエドキサバンはAPTTよりもPTが延長しやすいが、同様に用いる試薬によって薬物感受性が異なる。アピキサバンは、PT、APTTともに延長しにくい。PTやAPTTはDOACsの出血副作用チェックの観点からはある程度の意義があるが、効果判定の観点からどのマーカーが適しているか今後の検討課題である。

DOACsの登場によって抗凝固療法の選択肢は増えたが、モニタリングの方法、出血時の対応など解決すべき問題点は少なくない。講演では、DOACsに伴う出血時の対応を含めて考察したい。

期日 平成28年12月8日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 高コレステロール血症治療のレガシー
ー当地における家族性高コレステロール血症
研究の歴史を中心にー

講師 金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科
先進的地域医療研究講座 脂質研究室
名誉教授 馬 渕 宏

「講演要旨」

私のライフワークを決定づけたのは1974年に竹越先生から紹介されてきた高コレステロール血症患者さんでした。初診患者のルーティン手技としてアキレス腱反射を行ったところ、「痛い…」と言ったので触てみると、アキレス腱が極端に腫れていることが判りました。その後、これはFHの重要な身体所見であることが判ってきました。海外の学会でも『Are you

Achilles tendon's Mabuchi?』と言われました。FHの3主徴 (Trias) は①高コレステロール (LDL-C) 血症、②腱黄色腫、③冠動脈疾患であることを証明し、韓国の教授から『Father of FH』と言われました。FH患者の治療に劇的な効果があり、多数の患者を救ったのはスタチンです。発見者の遠藤章先生にノーベル賞を期待致しておりますが未だ実現していません。私はFH患者のスタチン療法に関する論文をNew Engl J Medに2編報告し、他の論文と合わせて3編となり、“Mr. New Engl J Med”と名誉な称号を頂いています。FHの成因に関して画期的な業績を挙げたのはBrown & Goldsteinで、1985年のノーベル医学賞が授与されていますが、彼らはスタチンを「高コレステロール血症のペニシリン」と評価しました。以上のようにFHの基礎的、臨床的研究は探求し尽くされた感がありましたが、さらに風穴を開ける研究が2003年Abifadelらによって発見されました。PCSK9はLDL-レセプターの分解を助長する物質であります。このPCSK9の作用を強めれば、LDL-Rが分解して高LDL-C血症となり、逆にPCSK9のモノクローナル抗体を注射すればLDL-Rが増加し、LDL-Cが低下することになります。現在までにPCSK9抗体によるLDL-C低下療法の著名な効果が証明され、世界的にPCSK9抗体注射薬が市販されました。FH症例やスタチン投与によって十分な効果が得られない症例にこの薬剤が投与されている。今後、更なる長期の安全性と、最終的に心血管イベント減少効果を確認できる大規模臨床試験結果が期待されています。

能 登 地 区

平成28年 9 月16日(金)

演題 肺がん治療の最新トピックス
～免疫療法について～講師 金沢大学附属病院
がん進展制御研究所腫瘍内科
准教授 衣斐 寛倫

平成28年10月 8 日(土)

講演 ②

演題 アルツハイマー型認知症の薬物療法

講師 香川大学医学部 精神神経医学講座

教授 中村 祐

平成28年10月21日(金)

演題 認知症の事例提示等

講師 公立能登総合病院

精神センター長 平松 茂

講演 ①

演題 認知症患者の摂食・嚥下障害について

講師 恵寿総合病院 副院長 川北 慎一郎

会 員 異 動

会員数：221名（前回比 + 1 名）

退 会：1 名

年 月	郡市別	氏 名	施 設 名	退会理由
平成28年 7 月	加 賀	松 下 重 人	松下内科クリニック	その他

入 会：2 名

年 月	郡市別	氏 名	施 設 名
平成28年10月	会員外	長 尾 龍之介	藤田保健衛生大学
平成28年11月	小 松	小野江 為 人	小野江医院

編 集 後 記

過ぎやすかった秋もあっという間に終わり、日本海から吹き込む北風とともに雪もちらついてまいりました。今秋のうれしいニュースは、若狭豊先生が第30回日本臨床内科医会特別表彰を受賞されたことでしょう。日頃から治験を行うなど研究熱心な先生の努力が評価された結果と考えております。本当におめでとうございます。

「論壇」は副会長 坂東琢磨先生に執筆いただき、当内科医会に対する熱い思いを語っていただきました。リニューアル企画「地域医療連携室からのメッセージ」は、池田正寿病院長自ら書いていただきましたが、金沢循環器病院の魅力をあますことなくアピールし、読み応えのある記事にしていだけました。また、ご多用の中多くの記事を執筆いただきました先生方にも心から感謝したいと思います。ありがとうございました。