

石川臨内報

第 61 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32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) ベンゾ系 (GABA受容体作動薬) 離脱を目指して
...医療法人若樹会橋本医院 院 長 橋本 進一 先生... 3
- 特別講演 (II) 糖尿病の血糖管理～最近の話題：自験例を中心に～
...金沢医科大学 糖尿病・内分泌内科学
准教授 北田 宗弘 先生... 4

- 当医会発展を願い、自分にできること 副会長 藤田 晋宏... 5

- 地域医療功労賞を受賞して 名誉会長 岩城 紀男... 5
- 日臨内ニュース編集委員会委員長を終えて (功労会員証)
..... 顧 問 西村 邦雄... 7

- 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 副会長 佐竹 良三... 10
- 学術部合同委員会 理 事 長尾 信... 11
- 第34回日本臨床内科医会総会 副会長 佐竹 良三... 12
- 理 事 長尾 信... 13
- 第17回禁煙フォーラム石川2017 理 事 西 耕一... 14

- 「地域医療連携室からのメッセージ」
～公立能登総合病院～ 病院長 上木 修... 16

- 地区活動だより 中央地区 19
- 加賀地区 24

- 会員異動 27

- 編集後記 理 事 高松 靖... 27



第32回 石川県臨床内科医会総会

平成29年 2 月26日(日)

挨拶

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

現在の役員の先生方はちょうど半分が終わったところです。今年は日本臨床内科医会の役員改選があり、会長は猿田先生が継続される予定です。また副会長が2人定年で辞められ、そのあとブロックから1名ずつ、計6名体制になります。しかし、会員減少とそれに伴う財政状況の悪化は大変厳しいものがあります。

一方、石川県臨床内科医会は副会長の高田重男、坂東琢磨、佐竹良三、藤田晋宏各先生、他理事、監事の先生のおかげで順調に推移していると思っています。学術講演会、会員親睦会、禁煙フォーラムなど役員の先生方の強力なご支援により、充実した会の運営ができていますと思っています。引き続きよろしく願いいたします。

昨年も申し上げましたが、本会においても会員増強は重要な問題であります。先生方の勧誘

により、何人かの新入会員の参加が頂けました。引き続き、ぜひ会員増に取り組んで頂きたいと思っています。また、女性医師の入会も積極的をお願いしたいと思っています。

日本臨床医内科学会では、会員増強・保険診療・介護保険への対応、臨床研究の推進、さらに専門医制度、かかりつけ医制度にも力を入れています。石川県臨床内科医会も対応したいと思っています。具体的には、石川県臨床内科医会の先生方に、日臨内学術委員として多く参加して頂いております。ご負担も多いと思いますが、日本臨床内科医会の委員として参加することにより、我々の意見も反映されますし、学会の方向性も明確になると思っています。会員の先生方もぜひ春の総会、秋の医学会には多くの参加をお願いしたいと思います。



特別講演 (I)

ベンゾ系 (GABA 受容体作動薬)
離脱を目指して医療法人 若樹会 橋本医院
院長

橋 本 進 一

社会構造の複雑化にて不眠
や不安障害、うつ症状の患者
さんは増え、ベンゾジアゼピ

ン系薬剤 (以下BZ系薬) が投与される機会も多い。特に日本ではその消費量が他国に比べ多く、副作用や依存性が問題になっている。不要な新たな投与は控え、現在の服用者をBZ系薬から離脱させることは有益である。特にBZ系薬による認知機能低下や転倒骨折の増加は、高齢者医療において重大な問題であり看過できない。

そこで、一般的な睡眠薬の種類と作用機序を理解しそれぞれの利点を理解し、治療することが望ましい。また睡眠薬以外の薬剤でもうまく使用することで睡眠医療の質を上げることができる。そこで当院ではオレキシン受容体拮抗薬であるスボレキサント (以下SV) 商品名ベルソムラを利用して、BZ系薬の離脱を目指した。(通常非ベンゾジアゼピン系とされているゾピクロン、ゾルピデムは作用機序から広義のBZ系薬と考えている)

平成27年11月から平成28年12月末までに外来患者122名 (評価可能患者113名) に投与した。平均年齢77歳、男女の内訳は1 : 3、SV投与前の投薬状況は、A群 : 睡眠薬無し18名、B群 : BZ系投与92名 (B1群 : 連日投与66名、B2群 : 間欠投与26名)、C群 : ラメルテオン3名。SVの投与方法は、就寝前1時間以上前に服用する、当初は毎日服用する、従来のBZ系薬は半量もしくは少し減らして、暫くスボレキサントと一緒に服用する、中止出来そうならBZ系薬は中止しても良いが無理して中止する必要はないとした。A群18名はSVを副作用な

く全例投与可能で、12名はSVが数ヶ月以内に不要になり不眠解消されている。3名が継続投与、3名が他剤追加もしくは変更している。B群全体92名のうち睡眠薬完全離脱が20名、BZ系のみ離脱が37名で、結局BZ系が離脱できた患者は60%以上という結果となった。しかし、SVを中止せざるを得ない患者も10名存在し、その中止理由は悪夢、ふらつき、動悸、薬が残るなどある。B1群66名では31名の47%がBZ系離脱可能で、睡眠薬完全離脱は11名で17%だった。B2群26名ではSV中止例はなく、更に全例でBZ系薬離脱が可能だった。B群でいくつかの症状でSV中止を余儀なくされた患者は、全てB1群 (BZ系薬連日投与群) でありBZ系減量時の離脱症状か併用による症状の可能性はある。いずれにせよSV投与により、BZ系薬は相当な確率で離脱可能であるので、トライしてみる価値はあると考える。

BZ系薬の投与量を減らすにはいわゆる睡眠薬以外の薬剤もうまく使うことが望ましい。当院では種々の漢方薬 (酸棗仁湯、帰脾湯、加味帰脾湯、桂枝加竜骨牡蛎湯、柴胡桂枝乾姜湯、香蘇散、抑肝散、抑肝散加陳皮半夏など) や睡眠作用の優れた抗鬱薬であるミルタザピン、トラゾドンを処方に取り入れ、有効症例を経験している。漢方薬の選択はそれぞれの薬剤に合致した症例が違うために個々に対応する必要がある。またミルタザピンやトラゾドンはうつ傾向にある不眠には有力な武器になるが、特に高齢者では少量から使用することが好ましい。

その他日常臨床で遭遇する不眠として、認知症がらみの睡眠リズムが乱れている場合にはラメルテオンが有用で、幻視を合併している症例が多く、抑肝散や抑肝散加陳皮半夏を加えると治療がうまく行く症例を経験する。抗認知症薬が投与下の不眠は、ドネペジルなどが不眠や不穏の原因になっていることも多いので、まずは投与量を減らす (3 mg 以下) ことを最優先させるとうまく行く場合が多い。何故ならばドネペジルは意欲を高めるものの変に興奮させてし

まうことが多いからである。そのような場合、比較的安全に使用できるのはリバステグミン 4.5mgのパッチ剤だと私は感じている。また、高齢者の意欲低下や悲哀感がベースにある不眠は帰脾湯が効果的であり、このようなケースには第一選択薬としている。

以上からBZ系離脱のためにはまずその患者さんに投与しないことが重要であるが、不眠の治療（私見）は以下の通りである。

1. 睡眠薬ナイーブな症例でメンタル的要素がないケース：スボレキサント
2. 既にBZ系服用者：スボレキサント+BZ系徐々に減量で離脱に導く
3. 睡眠リズム障害による症例：ラメルテオン
4. 認知症で幻視を伴う睡眠リズム障害：ラメルテオン+抑肝散or抑肝散加陳皮半夏
5. 悲哀感を伴う老年期うつ状態の不眠：帰脾湯
6. うつ傾向ある不眠：漢方なら桂枝加竜骨牡蛎湯、西洋薬ならミルタザピンやトラゾドンをうまく使い分ける

特別講演(Ⅱ)

糖尿病の血糖管理

～最近の話題：自験例を中心に～



金沢医科大学
糖尿病・内分泌内科学
准教授

北 田 宗 弘

- 高齢者糖尿病治療を考える
～低血糖を生じない血糖管理～

2013年熊本宣言にて、合併症予防のためのHbA1c値の目標は、7%未満を目指すことが提唱された。しかし、高齢者糖尿病患者では、低血糖を生じる危険が高いため、低血糖の危険がある薬剤（インスリン・スルホニル尿素（SU）

薬・グリニド薬）使用の有無、認知症・ADLの程度を考慮にいたれた高齢者のための緩やかな血糖コントロール目標HbA1c値が定められた。当科に入院を要した重症低血糖患者では以下の3点の特徴：1）高齢者、2）腎機能低下例、3）シックデイにもかかわらずSU薬の服用があった。したがって、重症低血糖を避けるためには、腎機能に応じた低血糖の生じにくい薬剤および用量の選択、さらに患者および家族に対するシックデイ時の対応に関する教育が重要であると考えられる。

● SGLT2阻害薬の効果

～当科における臨床研究～

当科におけるSGLT2阻害薬の処方割合は約20%と増加傾向にある。SGLT2阻害薬は血糖改善効果に加え、体重減少効果をも期待できる薬剤である。しかし、自験例において、SGLT2阻害薬投与後、一時的に血糖および体重の低下を示すが、その後再度悪化する例が存在していた。その原因として、食事療法の非遵守・過食の可能性を考え、その点を明らかにするために、現在当科では2型糖尿病患者に対するSGLT2阻害薬の血糖改善効果および体組成の変化に及ぼす影響を糖尿病食事療法の遵守状況との関連性の観点から検討することを目的とする臨床研究を行っている。対象患者数は主治医がSGLT2阻害薬の投与の適応があると判断した20～80歳の2型糖尿病患者30例。観察期間：1年間。主要評価項目：HbA1c値の変化量。副次評価項目：1）体重の変化量、2）体組成（脂肪量、筋肉量など）の変化量、3）炭水化物摂取量。現在30症例の登録が終了し、現在進行中であるが、試験開始6ヶ月が経過した16例についての主要評価項目であるHbA1c値の中間解析の結果、 $HbA1c\ 9.72 \pm 1.7 \Rightarrow 7.4 \pm 0.6\%$ とSGLT2阻害薬投与は有意な血糖改善を示した。炭水化物・ショ糖摂取量は、SGLT2阻害薬投与開始時より、1か月後、3か月後と低下傾向にあるも、6か月後には増加傾向を呈しつつあった。現在更なる長期的観察を継続中である。

論 壇

当医会発展を願い、自分にできること

石川県臨床内科医会 副会長 藤 田 晋 宏

今年4月の第34回日臨内総会に出席したが、総会への出席はこれが初めてであり、大いに刺激を受けた。昨今、当会の会員数も全国的に漸減しており、執行部を始め、どの県も会員の増強策に苦慮されている。

今回の総会のシンポジウムのタイトルは「日本臨床内科医会の更なる発展のために一今すべきこと」であり、開催日前より密かに楽しみにしていた。シンポジストの一人の先生の提案が印象にある。会員は実臨床に役立つことを望んでいる。当会の果たす役割として、「safety drive in internal medicine」を掲げ、教科書ではなく、実践的なマニュアルの提供。例えるなら学科ではなく実地の路上研修。英文法ではなく英会話の実践を挙げた。また、学会費をむしろ積極的に上げ、これによりクリーンな資金によるバイアスのかからない臨床研究を公募助成し、英語文献を作成し、成果を世に知らしめる

ことを提案された。これらの提案・方向性、個人的には好きだ。

とある書店にて1冊の書籍が目にとまった。本の名は「人生で大切なたったひとつのこと」、薄いのですぐに読み終えた。人生を後悔しないために、もっとやさしい人になることを後回しにしてはいけない。そんなメッセージだ。診療の場において、今のはちょっと親切ではなかったかと、ときおり反省することがある。技量も大切だけど、心も大切だ。医者への不信感もあると聞く。後者がなおざりにされているからか？ 時間に追われているからか？ 結局のところ、人との係わりの中で、私たちは温もりや励ましを感じ、明日に向かって行けるというものだ。この多難な時代を生き抜く者同志として、家庭ほどの温もりは出せないかも知れないが、診療の場において主訴に耳を傾け、心から共感したい。

表彰披露

地域医療功労賞を受賞して

石川県臨床内科医会 名誉会長 岩 城 紀 男



○ヒポクラテスの楯

この度、第34回日本臨床内科医会総会（平成29年4月16日東京）において、名誉ある地域医療功労賞を受賞いたしました。授賞理由は、地域において住民に密着した地域医療活動に永年従事し、優れた功績を挙げ、地域住民の健康増進に著しく貢献したとされています。これは石川県臨床内科医会からの推挙があったた

めとされますが、壇上で猿田享男会長から表彰状と副賞のずっしりと重く、木にはめ込まれたヒポクラテスの顔（ブロンズ像）の楯を手渡された時に、あらためてこれまでの人生の歩みを思い起こされ、深い感動を覚えました。



これまでの内科医院開業後41年を振り返ってみて、内科医としてごく普通の日常診療に励んで参りましたが、地域住民への健康増進寄与という点で今回私が評価されたと思われることは、臨床内科医会時代の活動の中で、一つはインフルエンザ診療ともう一つは禁煙外来・禁煙活動でしょうか。

○インフルエンザ研究

1999年に日臨内常任理事に就任した際に、第3代会長の後藤由夫先生の学術活動を興すことにより日臨内の活性化を図ろうという方針に呼応して、2000年末に日臨内インフルエンザ研究班を立ち上げました。折しもその前年から高齢者へのインフルエンザワクチンが公的接種になり、迅速診断キットが保険適応され、2000年からタミフルとリレンザが世界に先駆けて健康保険に採用され、インフルエンザの診断と治療に格段の進歩をもたらしました。

そのような幸運にめぐまれて、われわれ研究班の業績は加速度的に発展を見せ、世界的に超難関の感染症専門誌 *Clinical Infectious Diseases* (Impact Factor 9.2) に3本以上の論文が採用され、エディターによる“開業医にこのような研究が出来るのは信じられないことで、褒められるべきである”と異例の賞賛記事が2ページに渡り掲載され、誇らしい思いをさせられました。

その後も世界に類を見ないインフルエンザ臨床症例データを蓄積し、インフルエンザ診療マニュアルを毎年発行（通算133万3,000部）して第一線医療陣に供給し、2009年の新型インフルエンザの流行時には、日本は先進国でも飛びぬけて死亡率が少なく、WHOをはじめ世界の注目を浴びました。このように我が国におけるインフルエンザ感染症の初期診断と治療方法の確立に貢献出来たことを喜んでいます。

○禁煙活動と禁煙外来

第3代石川県臨床内科医会会長に就任後、奈



良女子大学高橋裕子教授の主旨に賛同し、医会の活動の一環として禁煙をテーマに取り挙げました。2001年から医療関連団体の協力を得て毎年WHO世界禁煙デーに合わせて禁煙フォーラム石川（石臨内主催）を開催し、2009年5月にNPO法人禁煙ねット石川を立ち上げ、2009年10月には第4回日本禁煙科学会総会を金沢で開催しました。この間医師以外の多くの知己を得て、広く禁煙仲間と共に受動喫煙の防止や児童の喫煙防止教育などの活動に参加させていただきました。

また石川県立中央病院（西耕一先生）の後を追って2003年から禁煙外来を開始し、まだ保険の効かないニコチンガムで叱咤激励しながら禁煙を志す患者の支援を行い、3年後の2006年6月からニコチンパッチが、2008年4月からチャンピックスが保険適応となり、多くの人々が比較的楽にタバコを止めることが出来るようになりました。今後タバコの煙のない社会の到来を心から願っています。

○謝 辞

最後になりましたが、今回の地域医療功労賞受賞に際し、インフルエンザの研究や禁煙活動をよく理解していただき、私以上のご尽力と功績を積み上げていただいています歴代会長の近藤邦夫先生、洞庭賢一先生をはじめ、役員の各先生方に厚くお礼申し上げます。今後の石川県臨床内科医会のみなさんの益々のご活躍を祈って深く謝辞を申し上げます。



日臨内ニュース編集委員会委員長を終えて

石川県臨床内科医会 顧 問 西 村 邦 雄

4月16日に日臨内総会で功労会員として褒賞されました。石川県臨床内科医会の先生方のご協力もあって頂いたものと感謝申し上げます。ありがとうございました。

日臨内の常任理事であった岩城先生から、ニュース編集委員の募集があるのでやってみないかと言われたのがスタートでした。総会・学会の記事を書くだけという話で、実際そう負担にはならず、担当した講演会の要旨を何日以内に書き上げれば良いだけのことでした。他に編集委員会が年に2回開催され、その都度、記事分担を決めるのが習わしです。それに会長・副会長・常任理事が参加され、執行部の新方針や人事などを聞けるので、面白かったというのが実感です。慣れてくると、編集委員会開催日の前日土曜日に前泊して、美術展に通うようにもなりました。東京に出かける良い切っ掛けになったのです。総会のプログラムに必ずある文化講演会を積極的に担当するようになり、演者の著作を読む機会も多くなりました。多方面の話にわたる講演になると、どこにポイントを置いてまとめるか迷うことがあり、演者の日頃の言い分を知った上での要旨作成となるのです。各医療分野の担当も最近余り勉強していないなあと思う分野を選択して、最新的话题に触れる



機会とするなど、やりようはあるものです。ところがそういった気楽さが徐々に圧迫され始めます。少しずつ委員の交代があり、気が付けば古参委員となっていました。副委員長にならざるを得ない事態になったのです。まあ順番だから仕方ないと受けました。

ところが、当時の委員長の和田先生が常任理事に昇格するという想定外の事態が起こります。委員長の役が廻って来たのです。編集委員会の司会をすれば良いだけという覚悟は甘く、総会・学会中は編集委員の突然のアクシデントに備えて、委員長は、会期中は会場にくぎ付けになることという不文律があったのです。もともと、学会中も会場から抜け出すことはほとんどなかったのですが、必ず学会場に居なければなら

ないというのは厳しい掟です。随分、行ってみたいと思っていた名所に行けないことが多くなっていました。また、インターネットが主体となった編集方針について行けなくなっていたこともあり、この春で委員長御免となりました。

振り返ってみれば随分勉強させて貰いましたし、楽しい思い出も出来ました。感謝、感謝です。



報 告

日本臨床内科医会

平成29年度 第1回 常任理事会

第68回 理事会、第57回 代議員会

石川県臨床内科医会 会 長 洞 庭 賢 一

平成29年 4 月15日

役員挨拶

猿田会長：6年間を振り返り、この1年でも会員減少進行が気になっている。日本の医療が大きく変わりつつあり、それに対し日臨内の組織体制の変更、事業の変更も検討している。臨床研究法が通過し、日臨内も対応しなければならぬ。保険診療、在宅医療、審査ももっと考えることが必要である。会費も検討する必要がある。この1年で熊本地震が大きな出来事であった。

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。

江頭副会長：医療・介護保険

菅原副会長：学術、調査研究担当、会員から質問を受けて答えられるような部署が必要（企画部、渉外）。

洞庭副会長：社会医療部

木谷副会長：会員増強に力を注ぎたい。

福田副会長：会誌、ニュース、IT担当で頑張りたい。

第33回 広島 平成31年

第34回 福島 平成32年

2. 総務部 総務委員会 神津常任理事

○会員数14,969名（平成29年 3 月31日現在）

3. 総務部 調査研究委員会 松本常任理事

○平成29年度事業計画（変更点）

倫理委員会設置、ペッパージャー診療所バージョンの開発、新専門医制度への対応、C型肝炎・CKD啓発活動講演会。

倫理審査委員会を立ち上げ、会員の研究を続けられるようにする。そのための研修会も必要である。

「女性のミカタプロジェクト」終了。

4. 庶務部 山根常任理事

○役員名簿の作成

○福利厚生プラン（個人情報漏洩保険、経営ダブルアシストが追加された）

従来通り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

○道路交通法の愛知県の現状

○医業にかかるウェブサイトの監視体制強化（自由診療の広告）

5. 庶務部 会員増強委員会 木谷副会長

○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

報告事項

1. 総務部 総務委員会 望月副会長

○日臨内総会

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 日～9 日第32回 神奈川 パシフィコ横浜
平成30年 9 月16日～17日

- 医師会との関係が重要である
- 内科医会が別にあるところは臨床内科医会への入会を勧める
- 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いるが利用がなかった。
 - スマートフォンアプリ (CURASAW) の状況
 - ペッパー君の開発
- 7. 経理部 経理委員会 山本常任理事
 - 平成29年度 予算案
 - 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 洞庭副会長
 - 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、禁煙座談会論文文化完成、敷地内禁煙ポスター制作案、インフルエンザ研究継続。
 - 岩城特任理事が退任された
 - 公益事業委員会での議論
 - ①金沢市医師会では学校保健の一環で禁煙についていろいろ活動をしている。
 - ②敷地内禁煙シール作成中、なお会員に送付し、医学会の禁煙指導者講習会でも配布予定です。
 - ③東京オリンピックに向け、受動喫煙防止法が腑抜けにならないよう、各地元で頑張る必要があるという意見でした。それを受け、代議員会、常任理事会でもお話ししました。各地域でぜひボトムアップで活動してください。
- 9. 社会医療部 公益事業委員会 白石常任理事 (敬称略)
 - 功労会員：中圭一、高島秀行、安達秀樹、西村邦雄、田中耕太郎
 - 地域医療功労者表彰：全国から14名
石川県から岩城紀男
 - 地域医療構想、地域医療構想は診療報酬・介護報酬で大きく動く
- 10. 社会保険部
医療介護保険委員会 清水常任理事
 - 平成28年度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うち、算定しにくいものもある。平成30年度診療報酬改定の方方向性と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
 - 認知症患者に対する道路交通法の鹿児島県の対応について
- 12. 研修推進部 研修推進委員会 谷村常任
 - 28年度の申請スケジュール
- 13. 学術部 学術委員会 菅原副会長
 - Smile Study
第31回医学会で発表、論文作成。
 - COPDに関するアンケート調査
論文 2 編を出した。
 - SGLT2阻害薬アンケート調査
会誌に掲載。
 - CKDに関する講演会とWEB配信
- 14. 学術部 会誌編集委員会 福田副会長
 - 今後のテーマについて
新しいシリーズを募集。
- 15. 広報部 ニュース編集委員会 加藤常任理事
 - 130号から133号の発行予定
 - EAKSの活用
- 16. その他

日本臨床内科医会 第57回 代議員会

石川県臨床内科医会 副会長 佐 竹 良 三

平成29年 4 月15日、第一ホテル東京にて第57回代議員会が開催された。報告及び議決事項について、各部門から以下の如く報告があった。

1. 総務部

●総務委員会

平成29年 3 月 3 日現在、会員数14,969名（石川県は221名）。

●調査研究委員会

倫理審査法案が通過すると新たに調査研究を始めることが困難になるため、日臨内に倫理調査委員会を立ち上げ、認定倫理審査委員会として申請する予定。

「女性のミカタ」プロジェクトの推進、骨粗鬆症を日本臨床整形外科学会と、過活動膀胱を日本臨床泌尿器科医会との連携、「なでしこフォーラム2017」の開催の報告。

2. 庶務部

●庶務委員会

役員名簿の変更。福利厚生プランの案内。

●会員増強委員会

都道府県内科医会へのアンケート調査報告の発表。

●IT委員会

日臨内ホームページの変更点の説明。ペーパー君ソフト開発の進捗状況。

3. 経理部

●経理委員会

平成28年度日臨内収支決算、平成29年度日臨内収支予算（案）について報告。

4. 社会医療部

●公益事業委員会

禁煙テーマ：禁煙講演会、指導者認定パネルや宣言パネルの配布。

感染症テーマ：ワクチン講演会、接種後30分

経過観察ポスターの配布、インフルエンザ研究論文発表、診療マニュアル第11版の発行。

健康テーマ：東京オリンピックの禁煙についての要望書の提出。

●地域医療委員会

地域医療功労者表彰、14名。石川県からは岩城紀男先生が受賞。おめでとうございます。

5. 社会保険部

●医療・介護保険委員会

平成30年度診療報酬改定への動きについて説明。日臨内要望項目（地域包括診療加算・地域包括診療料の算定上の要件緩和、特定疾患療養管理料の月1回再診での算定への評価・アルツハイマー病の特定疾患への追加、往診料の増点、在宅支援診療所の24時間往診体制の緩和、多剤を専門的な判断で管理した時の処方せん料・処方料の評価）の提出。林常任理事から道路交通法改正についての鹿児島県の取り組みの報告。

6. 研究推進部

●研究推進委員会

平成28年度新規認定医46名、新規専門医16名。

7. 学術部

●学術委員会

Smile Studyの第31回日臨内医学会での発表予定、COPD アンケート調査の日臨内会誌掲載、SGLT2阻害薬アンケート調査の発表と日臨内会誌掲載、CKD啓発プロジェクトについての今後の予定。

●会誌編集委員会

新シリーズの検討（候補は高齢者診療、健康寿命の延伸、癌予防、保険審査、実地医家における臨床研究など）。

8. 広報部

● ニュース編集委員会

平成28年度日臨内ニュースの発行状況及び

委員会報告。保険審査委員会が立ち上がった
ことの告知を行い、「審査委員のひとり言」
(仮題) 掲載予定。

平成29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29年 4 月15日 第一ホテル東京

学術部合同委員会は菅原正弘常任理事の司会
で進行された。

石川県臨床内科医会からは坂東琢磨先生（呼
吸器班）、横井正人先生（消化器班）、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. Smile Study について

本年10月に開催される第31回日本臨床内科
医学会にて詳細を発表する。

2. COPD に関するアンケート調査について

日臨内会誌12月号に 2 論文を原著論文とし
て掲載した。

3. SGLT2 阻害薬アンケート調査について

第30回日本臨床内科医学会にて発表し、日
臨内会誌 3 月号に掲載した。

4. CKD 啓発プロジェクトについて

情報誌を平成29年 5 月より年 3 回、計10回
発刊を予定している。日臨内全会員に配布す
るとともに、スポンサー企業のMRからも医
療機関に配布されることにより、CKD 診療
への取り組み向上の啓発とともに、非会員に
対するアピールも期待される。また、日本慢
性腎臓病対策協議会、日本医師会の後援もい
ただいている。

第 1 号は2017年 5 月に発刊。特集テーマは
「いま実地医家に求められるCKDの早期発
見と管理」（検尿奨励ポスター付き）

第 2 号は特集テーマ「高血圧症とCKD」
で、2017年 9 月に発刊予定である。

5. 実態調査について

今後、家族性高コレステロール血症、C 型
肝炎関連、認知症関連について取り上げて行
く予定である。



第34回日本臨床内科医会総会の報告

石川県臨床内科医会 副会長 佐 竹 良 三

平成29年4月16日に第一ホテル東京において、第34回日本臨床内科医会総会が東京内科医会主管のもとで開催されました。今回の総会では石川県臨床内科医会から2名の先生が賞を受けられました。岩城紀男先生が地域医療功労者表彰を、ニュース編集委員会委員長であった西村邦雄先生が功労会員としての褒賞を受けています。おめでとうございます。石川県臨床内科医会会員として、大変誇らしく感じました。今後ますます第一線でご活躍されることを願っています。

今回、総会時にPepper君がロビーでお迎えをしてくれました。IT委員会からもソフト開発の進捗状況の説明がありましたが、「CLINITION!」(クリニクション)プロジェクト(仮称)で、今年秋に大阪で開催される第31回日本臨床内科医学会にてお披露目される予定です。診療所における患者啓発や満足度向上のためになり、話題性もあり、面白いツールになっていくように感じました。

総会のあと、特別講演、ランチョンセミナー、基調講演と進みました。久しぶりに河盛隆造先生の糖尿病治療に対する熱いメッセージをお聞きしました。「インスリン発見100周年」のシンポジウムが2021年にトロントで開催されますが、その時には日本において1型糖尿病は過去の病気に、2型糖尿病は発症してもすぐに治療して糖尿病でなかった状態に戻るのが当たり前の時代になっているということを言いたい、「臨床医が糖尿病放病にかかっていないか？」より早くからの治療介入の必要性をお話されました。

シンポジウムのテーマは「日本臨床内科医会の更なる発展のために今すべきこと」でした。日臨内の活動の更なる活性化、会員数の増加に

対して、東京内科医会の若井安理先生から斬新な提案がありました。他の類似学会とは違った独自性を前端的にだすこととして、内科以外の医師でも利用できる内科疾患のマニュアル(取扱書)作成、社会貢献として会費を増額し、論文(臨床研究)に対して資金提供と基幹病院の評価を行うということでした。開業してから内科を標榜することもあることから、内科疾患のマニュアル(取扱書)作成はそういう医師を取り込むためにはありと思いました。同じく東京内科医会の大西真由美先生からは、女性医師の立場としての発言がありました。毎年増加する女性医師の数に対して、日臨内では会員数が少ない。産業医をしている医師、企業に就職して臨床開発や安全対策に従事している医師もいるが、臨床経験の継続を条件にしていることが多く、臨床知識を更新していくため、そういう人々に入会を呼びかけること、学会での女性医師のサポート体制の周知なども必要であるということでした。猿田享男先生からは、これまでも言われていることであるが、当会に入会してどんなメリットがあるか、役に立つ面白い講演会を準備することができるかどうかが重要だという追加発言がありました。

懇親会では、会頭、会長の挨拶のあと、猿田会長、新副会長に選出された洞庭賢一先生、他3名の副会長の鏡開き(なかなか5名の呼吸が一致しませんでした)が行われ、ジャズバンドの演奏とお酒に酔いしれながら、楽しいひと時を過ごしました。

第34回日本臨床内科医会総会に参加して

石川県臨床内科医会 理 事 長 尾 信

4月15日の学術部合同委員会および循環器班座談会、そして16日に開催された日臨内総会・懇親会に参加してきました。

座談会は、「学校心臓検診ガイドライン」（日本循環器学会・日本小児循環器学会合同ガイドライン）改訂に合わせて企画されたものです。詳細については、日本臨床内科医会会誌をお読みいただければと思います。

学術部に田中先生（呼吸器班）、大西先生（血液班）の2名の女性委員が参加されることになりました。石川県臨床内科医会においても女性理事も含めて女性医師の参画が望まれるところです。

総会では、シンポジウムテーマ「日本臨床内科医会の更なる発展の為に—今すべきこと—」において、シンポジストの岩井安理先生（東京内科医会常任理事）・大西真由美先生（東京内科医会理事）から忌憚のないご意見がありました。お二人には金沢の地にお越しいただき、皆様とディスカッション出来る機会があればと思っております。

今回の総会において、インフルエンザ研究班で活動されてこられた

岩城紀男先生が地域医療功労者表彰を、ニュース編集委員長として活動されてこられた西村邦雄先生が功労会員証を受賞されました。長年情熱を持って取り組んでこられたことへの評価であり、本当におめでとうございます。



懇親会では、参加された先生方と楽しいひと時を過ごさせていただきました。

秋には大阪で日本臨床内科学会が開催されます。多くの先生方との交流ができる会でもあります。会員の方々には是非ご参加いただければと思います。



県民公開講座 第17回 禁煙フォーラム石川2017

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17回禁煙フォーラム石川は、平成29年5月14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「禁煙は愛」で、サブテーマは「タバコへの、それぞれの思い」でした。

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、禁煙ミュージカル、タバコトリビアクイズ大会、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、新たなプログラムである「禁煙作文発表会」とリバイバルのプログラムである「私の禁煙ストーリー」の2つが追加されました。

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、ご来賓の菊地修一先生(石川県健康福祉部次長)、越田理恵先生(金沢市保健局局长)、近藤邦夫先生(石川県医師会会長)からご挨拶をいただきました。

講演会場では、リレー講演会、禁煙作文発表会、禁煙ミュージカル2017、私の禁煙ストーリー、タバコトリビアクイズの順に行われました。全体の司会は佐原博之先生(石川県臨床内科医会理事)と池田美智子様(金沢大学保健管理センター)が担当されました。リレー講演会の演題は4題でした。発表順に「演題」(所属



／演者、敬称略)を記すと、「禁煙ねット石川はこんな活動をしています」(禁煙ねット石川理事長／遠藤将光)、「小学生に対する受動喫煙防止教室」(グランファルマ アイリスあおぞら薬局／筒井智子)、「タバコのいない世界～サポートがある「禁煙」のすすめ～」(石川県看護協会／横山明美)、「禁煙で歯っぴーライフ」(石川県歯科医師会公衆衛生委員長／西多直規)でした。

今回初の試みである禁煙作文発表会は「禁煙!子どもたちの未来」がテーマで、石川県看護協会の樋



木和子先生が司会を担当されました。現在は中学一年生となっている生徒が小学校6年生当時に書いた作文を作者が朗読する試みであり、磯^{いそ}稚七^{わかな}さん、岡部愛凛^{おかべあいり}さん、指本悠稀^{さしもとゆうき}さん、高木^{たか}萌々子^{ももこ}さん、山名田菜月^{やまなだ なつき}さんの5名が立派に役割を果たされました。



数年ぶりに開催されたリバイバルプログラムである「私の禁煙ストーリー」では、私の外来に通院している慢性呼吸疾患患者3名が登場しました。沼田直子先生の軽妙な司会に促され、各自が各様に禁煙談義を披露しました。3名の患者の禁煙の動機は様々でしたが、「禁煙してよかった」と全員が強く訴えていたのが印象的でした。



同時並行で行われた健康チェックブースは、各団体や医療機関のご協力により、①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、協会けんぽ、フクダ電子）、②脳年齢チェック（石川県薬剤師会）、③骨密度測定（北陸大学、協会けんぽ、国保連合会、県在宅保健活動者連絡協議会）、④味覚チェック（石川県栄養士会）、⑤歯周病チェック／口腔がん検診（石川県歯科医師会、石川県歯科衛生士会）、⑦肌チェック（資生堂）、⑧健康相談（石川県臨床内科医会）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。

会場には、禁煙ねット石川が作成したタバコによる健康被害を示す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。

禁煙カフェでは、いいなの会のメンバーが一般参加者の交流を促していました。



今回の禁煙フォーラムは、石川県、石川県医師会、石川県歯科医師会、金沢市医師会、石川県薬剤師会、石川県看護協会、石川県栄養士会、石川県小児科医会、石川県国民健康保険団体連合会、小松市医師会、河北郡市医師会の共催により、ようやく開催にこぎつけることができました。

参加者は一般と学生合わせて約350名でした。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。



地域医療連携室からのメッセージ

公立能登総合病院

病院長 上 木 修

■当院の特色

当院は、人口減少と少子高齢化が進む能登にあり、皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、地域の中核病院として能登全域の住民の健康を守られるように日々努めております。

また、当院のある能登地域は都市部とは異なり、急性期の治療が終了した患者さまを受け入れて頂ける医療機関・施設が不足しています。そのため、当院では急性期医療だけではなく、訪問看護ステーションを設置し、在宅医療もカバーできるよう努めています。特に最近では、認知症疾患医療センターとしての認可や歯科口腔外科での摂食嚥下機能評価にも力を入れております。

当院の病床は全体で434床（うち一般病床330床、精神病床100床、感染病床4床）あり、利用率は平成28年度実績で一般平均87.8%となっています。

■救急医療

当院は、平成12年5月1日に「救命救急センター」の指定を受け、全能登地区の医療機関、消防本部が一体となる救急医療体制のネットワークの構築に努めています。

石川県内では、石川県立中央病院に次いで



公立能登総合病院 外観

指定を受け、能登地区唯一の「救命救急センター」として24時間365日の救急搬送の受け入れ、二次救急としての入院救急医療及び三次救急医療を担っています。

また、当院の救命救急センターは、「救命救急センター病棟」と「救急外来」で構成されており、日本医療機能評価機構による病院機能評価の付加機能評価（救急医療）の認定を受けています。



救急搬送件数は、平成28年度実績で1,944件あり、これは1日あたり約5.3件搬送がある計算です。件数は、年々増加傾向にありますが、能登地域の救急医療の最後の砦として、断らない救急を実践しています。

■精神医療

当院では、能登地区の自治体病院精神医療の拠点として精神センターを開設しています。また、精神科医等が不足している能登北部の精神科ニーズに応え、医師や臨床心理士などの派遣を行っています。



平成29年4月より認知症疾患医療センターとして認可を受けました。認知症疾患医療センターは地域における認知症疾患医療の中心的役割を担う専門医療機関であり、様々な機関と連携をとりながら、認知症についての相談・鑑別診断・治療方針の決定を行います。

また、認知症疾患医療センターは診療報酬の「B009 診療情報提供料（I）注9」に記載のある専門医療機関として認められています。そのため、認知症の疑いのある患者さまについて鑑別診断等の必要を認め、本人又は家族の同意を得て、当院精神科あてに診療情報提供書を作成いただければ、診療情報提供料の250点に加え、認知症専門医紹介加算の100点を紹介元の医療機関で算定できます。

■摂食嚥下機能評価（歯科口腔外科）

当院では歯科口腔外科において、老化や脳疾患などで食べ物がうまくのみ込めない嚥下障害の患者さまに対し、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査を行い、機能評価を行っています。最近では、患者さまのご家族さまから「食べさせたい」という要望が多くなっており、地域の先生方からもたくさんのご紹介を頂いています。

昨年12月より東京大学と富士フィルムの共同研究に参加しており、協力研究員である歯科口腔外科長谷部長と金沢大学新学術創成研究機構の特別研究員である三浦先生がエコーを利用した嚥下検査の臨床研究を行っています。従来の内視鏡検査ではファイバー挿入による苦痛を与えるなど体への負担が大きく、造影検査も放射線を使用する上に大型機器が必要となってしまいます。これに対し、エコー検査は体への負担も少なく、自然な状態で嚥下機能の評価が行えます。また、検査機器もタブレット端末により小型にできるため、在宅でも簡単に検査できます。

今後、高齢者が増えるなか、食べることに問題を抱えるケースは確実に増加していきます。2年後の実用化を目指し、研究を進めています。



■放射線治療

当院では、がん治療の一つである放射線治療を40年以上行っています。3年前にはなりますが最新の放射線治療装置に更新し、稼働しています。

その際に更新した放射線治療装置は、エレクタ社の新製品で「インフィニティ」といい、当院が日本で初めての導入となります。高度なデジタルテクノロジーが特徴で、わずかなズレを補正し、従来の装置より病巣部を正確に把握できる画像誘導装置を搭載しており、周囲の健康な細胞を避け有効に照射ができるなど高精度な放射線治療が可能となりました。また、治療台の上でじっとしている時間を短縮できるため、患者さまの負担が軽減されます。

金沢大学附属病院放射線治療科とネットワークで情報を共有し、最適な治療を行えるなど診療環境も充実しました。ハード、ソフト面ともに大幅に刷新し、皆さまに高品質の医療を安全に提供できるシステムであると確信しています。

■地域医療支援センター

看護師 3 名、MSW 4 名、事務 3 名の計10名で構成されており、医療機関・福祉施設との連携の窓口として紹介・逆紹介や転院・退



院をスムーズに提供できるように日々努めています。

また、今年度4月から「もの忘れ検査」を地域の先生方に案内しています。これは、頭部MRIと脳血流シンチグラフィー（核医学検査）のセット検査を高額医療機器共同利用と同様の流れで申し込みを受けるので、申し込みや患者さまの診察時にかかる手間が「もの忘れ外来」に比べて軽減されています。特にアルツハイマー型認知症が疑われる患者さまに有用です。

当院へのご相談・ご要望がございましたら、地域医療支援センターまでご一報下さい。



地 区 活 動 だ よ り

中 央 地 区

第172回中央地区研修会

平成29年 1 月14日(土)

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

「講演要旨」

2002年に米国で提唱された慢性腎臓病(chronic kidney disease: CKD)の概念は、わが国でも広く普及している。このCKD治療の第1の目的は、患者のQOLを著しく損なう末期腎不全(end-stage kidney disease: ESKD)へ至ることを阻止する、あるいはESKDへ至る時間を遅らせることである。CKD治療の第2の目的は、心血管疾患(cardiovascular disease: CVD)の発症危険因子であるCKD治療により、CVDの新規発症を抑制する、あるいは既存のCVDの進展を阻止することである。ESKDは血液透析、腹膜透析あるいは腎移植といった腎代替療法を必要とする。このためCKD対策・治療は、国民の健康と健全な医療経済を維持するためにも必須である。このESKDやCVDを抑制するためには、病態の連鎖を断ち切る集学的治療が必要とされる。本稿ではCKDにおける生活・食事療法と薬物療法について解説する。

1. CKD治療の基本となるのは、生活習慣の改善と食事療法である。

保存期CKDでは、CKD進行やCVD発症を抑制するために病態を悪化させる危険因子を解消する必要がある。食塩・たんぱく質などの過剰

摂取、過剰飲酒、喫煙、睡眠不足などの生活習慣もCKDの発症・進展に関与する。このため生活習慣の改善とともに、食塩摂取制限(3~6g/日)、たんぱく質制限(0.6~0.8g/kg体重/日)などの食事療法が推奨されている。

2. 保存期CKDでは血压管理が重要である

CKDにおける降圧の意義は、CKD進行の抑制およびCVD発症や死亡のリスクの軽減にある。降圧療法によるCKD進行の抑制に関しては、診察室血圧にて130/80mmHgまでは到達した血圧が低いほどGFRの低下速度が遅くなることがメタ解析で示されている。またCVD発症のリスクに関しては、CVD高リスク患者を対象とした介入研究のサブ解析で降圧後の収縮期血圧130mmHg近辺のCVD発症リスクが最も低いことが示されている。このため診察室血圧130/80mmHg以下に血圧コントロールを行うことが推奨されている。一方で過降圧にも注意を要する。特に高齢者は収縮期血圧110mmHg未満への降圧を避ける必要がある。

3. 保存期CKDでは、蛋白尿・アルブミン尿の減少によりCKD進行の抑制とCVD発症の予防が期待される

蛋白尿は、微量アルブミン尿の段階からCKD進行およびCVD発症のリスクとなることが示されている。このことからCKDの降圧療法において、持続的に蛋白尿・アルブミン尿を減少させることがCKD進行の抑制とCVD発症の予防のために重要である。特に糖尿病合併CKDにおいてRAS阻害薬(ARB、ACE阻害薬)は他の降圧薬に比べて蛋白尿・アルブミン尿減少効果に優れている。このRAS阻害薬による蛋白尿・アルブミン尿減少効果は、CKD進行の抑制に密接に関連する。さらにRAS阻害薬に

より蛋白尿・アルブミン尿を改善することでCVD発症も減少することが報告されている。このため糖尿病合併CKD患者、および軽度以上の蛋白尿（尿蛋白量0.15g/gCr以上）を呈する糖尿病非合併CKD患者では、RAS阻害薬を降圧薬の第一選択薬とすることが推奨されている。

4. 糖尿病性腎症では厳格な血糖管理も必要である

糖尿病合併CKD患者では、血糖コントロールも重要である。厳格な血糖コントロール（HbA1c 7 %未満）は糖尿病合併CKDの発症および進展を抑制する。さらに近年ではDPP-4阻害薬やSGLT2阻害薬の腎保護効果に関するエビデンスが報告されている。

5. 保存期CKDでは脂質異常症の治療によりCKD進行の抑制とCVD発症の予防が期待される

CKDに合併する脂質異常症の中には、遺伝や生活習慣に起因するものに加え、ネフローゼ症候群に合併するものが含まれる。この脂質異常症もCKD進行およびCVD発症の危険因子となる。脂質異常症のCKDに対する影響は多くのコホート研究により示されており、総コレステロール（TC）上昇、中性脂肪（TG）上昇、LDLコレステロール上昇、HDLコレステロールの低下は、それぞれCKD進行の危険因子となる。また、CKDにおけるTC上昇とTG上昇がCVD発症の危険因子であることも報告されている。このため脂質異常症の管理により、CKD進行の抑制とCVD発症の予防が期待される。このためスタチン系薬剤などによりLDLコレステロールを120mg/dL未満（可能であれば100mg/dL未満）へコントロールすることが推奨されている。

6. 保存期CKDでは貧血の治療により心・腎保護が期待される

CKDでは腎性貧血を来すため、腎機能が低下したCKDステージG3a～G5では貧血の有無を確認する必要がある。CKDに伴う貧血は腎性貧血である可能性があるが、ほかの貧血の原因を見逃さないように注意を要する。赤血球造血刺激因子製剤（erythropoiesis stimulating agent：ESA）により貧血を改善することで、腎保護作用が認められることが示されている。また貧血は心不全の独立した増悪因子であり、貧血の改善により生命予後の改善が期待できる。このため2016年に刊行された「慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン」では保存期CKD患者の場合、維持すべき目標Hb値11～13g/dLとして、複数回の検査でHb11g/dL未満となった時点で腎性貧血の治療を開始することを提案している。

7. 保存期CKDでは骨・ミネラル代謝異常に対する治療も重要である

腎臓はミネラル代謝調節に大きな役割を果たしており、その異常はCKDの進行に伴って必発する。これはCLD-mineral and bone disorder（CKD-MBD）と総称されている。CKD-MBDでは骨病変が起こるのみならず、血管を含む全身の石灰化を介して生命予後に影響する。CKD-MBDの最も頻度が高い病態は二次性副甲状腺機能亢進症である。これはリン（P）が負荷されると骨より線維芽細胞増殖因子（fibroblast growth factor：FGF）23が分泌される。これにより腎臓におけるビタミンD活性化が障害され、副甲状腺ホルモン（PTH）分泌が亢進し骨代謝・回転が高まる。この異常はCKDステージG3aにはすでに始まっている。しかしFGF23とPTHの作用によりPが排泄されるので、血清P濃度が上昇してくるのはステージG4以降である。CKD患者では、血清P濃度の上昇に応じて腎予後および生命予後が悪化することが示されている。このため各施設の血清P、Ca、

PTH濃度の基準値を目標としてCKD-MBDの治療を行うことが推奨されている。

8. おわりに

病態連鎖を断ち切る集学的治療により、CKD進行とCVD発症の抑制が可能である。この集学的治療には薬物療法に加えて、生活指導および食事指導による生活習慣の改善が含まれる。わが国で行われた「腎疾患重症化予防のための戦略研究FROM-J」において、CKDステージ3（GFR30～60mL/分/1.73m²）の症例に対して3ヶ月に1回の栄養生活指導を含む強介入を行うことで腎機能の悪化速度が改善することが示されている。このためCKD診療は、医師のみならず、看護師、管理栄養士、薬剤師などが連携して診療するチーム医療が必要とされる。チーム医療により、多くのCKD患者が集学的治療を継続できる体制を構築することが求められている。

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

「講演要旨」

私の前に講演された金沢医療センター 腎・膠原病内科 北川清樹先生による腎障害の話に興味深く拝聴しました。「尿中蛋白が減少する事＝即腎機能改善と受け取って良いのか？」といった素人の質問を講演後個人的にさせて頂いたところ、丁寧にお答え頂き感謝申し上げます。

さて私の講演ですが【血管外科医が参画する血栓症】として発表させて頂きました。

わかさ内科クリニックの若狭 豊先生に座長の労をお取り頂いた上に、過分な御紹介を賜り感謝申し上げます。若狭先生の座長のもとに内科医ではない血管外科医である私が、自分の経験した血栓症例を中心にお話しさせて頂きまし

た。その上で特に静脈血栓症について会員の皆様にお話をさせて頂きました。

抗凝固剤と言えば大雑把にはヘパリン、ワーファリン、クエン酸、EDTAなどがですが、実臨床で使用されるものはヘパリンかワーファリンが多く使用されてきました。その用法としては不整脈や弁置換術後の血栓予防、脳梗塞後再発防止として選択されました。しかし近年、静脈血栓症の発症が稀ではなく、エコノミークラス症候群というネーミングもあり、広く一般人だけではなく医療従事者にも注目されるに至り、邦人においても長期臥床や飛行機や車の長時間の座位だけでなく、手術後の深部静脈血栓症の院内発生が稀ではない事がわかってきました。現在、整形外科のみならず全ての外科系の科において術前に静脈血栓症のリスクを評価するようになってきております。近年その中で、従来のワーファリン内服による抗凝固療法のさまざまな問題点を解消すべく新しい抗凝固剤が出現しましたが、その使用方法や投与期間について参加された先生方からの御質問を頂きました。要点は新しい抗Xa阻害剤は従来の抗凝固療法とくらべて重篤な出血事項が少なく、ワーファリン内服時のように食事に影響されない、代謝が速い、現時点では拮抗剤がない事についてお話しさせて頂きました。また、いつまで内服を続ければ良いのかという御質問がありましたが、私の個人的な経験から従来のワーファリンによる抗凝固療法においても、PT（INR）はあくまでも出血の危険をモニターするものであって、決して抗血栓効果を示すものではなく、血栓防止の効果はDダイマーでみるべきと考えておりました。換言すればPT（INR）が1.5以下であってもDダイマーが基準値内に留まっていれば、その時のワーファリンの投与量で充分抗血栓療法が出来ているということになります。これまた私のDVT症例の治療経験から血栓が消失あるいはDダイマーの値が基準値内になったからと言って、抗凝固療法を中止すると、再発する症例が少なからずありましたので、中止

するのは投与期間（経過時間）ではなくて、D
ダイマーの値（血液検査）をもって判断して参
りました。以上の事象は全世界での現行の集積
データでも抗凝固療法を中止すると、静脈血栓
が再発しているというデータが支持しているも
のと考えます。

私自身は従来考えられてきた期間（3 カ月～
6 カ月）では再発するため、かなりの長期間の
内服投与を行っている事をお話いたしました。

第173回中央地区研修会

平成29年 5 月27日(土)

講演 (I)

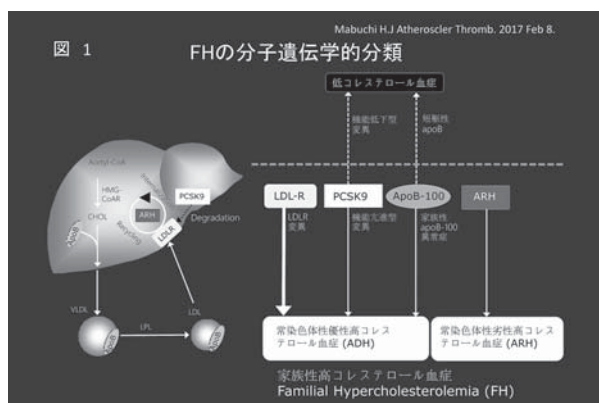
演題 脂質異常症治療の最近の話題

講師 金沢医科大学 総合内科学

教授 小 林 淳 二

「講演要旨」

家族性高コレステロール血症（FH）の成因
はLDL-R変異とアポB変異（本邦では報告なし）
であるが昨今、Proprotein convertase subtilisin
/kexin type 9（PCSK9）の変異に基づくもの
が注目されている（図1）PCSK9はセリンプロ
テアーゼの一種で、692aaからなる分子量約
74kDaの蛋白質で肝臓や小腸、腎臓などで合成
された後、血中に分泌されたPCSK9は、EGF-A
領域を介して肝臓のLDL-Rと結合し、LDL-R
を細胞内のリソソームまで引き込み、その分解
を促進してしまう。LDL-Rの分解が促進すれば
血中のLDL代謝が阻害され高LDL血症となる。



国内外の多くの研究者によりPCSK9遺伝子解
析がすすみ遺伝子変異の中にも、機能亢進型と
喪失型の全く逆方向の変異が存在することがわ
かっている。前者は高LDL血症の、後者は低
LDL血症の成因となる。

我々は以前、PCSK9機能亢進型変異の1つ
E32K変異の一般人口における分布をLDL-コ
レステロール値の多寡により5群に分けて調べ
た（表1）。その結果この変異はLDL-コレステ
ロールの高い2群に存在し、低い3群には存在
しないことがわかった。一方、PCSK9機能喪
失型変異R93C変異の解析も行った（表2）。
総コレステロール値で4群にわけてこの変異の
出現をみたところ、総コレステロール値の低い
2群でより出現率が高かった。

表 1

Noguchi et al: Atherosclerosis. 2010;210:166-72.

一般集団でのPCSK9 E32K変異保有者の分布

	LDL-C quintile					ANOVA P Value
	1 (n=69) LDL-C 47.8-88.1	2 (n=70) LDL-C 88.2-104.3	3 (n=72) LDL-C 104.4-122.5	4 (n=70) LDL-C 122.6-138.9	5 (n=70) LDL-C 139.0-222.4	
Number of PCSK9 E32K Carrier	0	0	0	4	2	
%	0	0	0	5.71%	2.86%	
TC (mg/dl)	146.3 ± 18.0	170.5 ± 13.9	184.6 ± 14.0	203.1 ± 12.3	225.2 ± 19.4	< 0.001
TG (mg/dl)	111.2 ± 73.9	118.2 ± 59.0	112.3 ± 62.9	110.2 ± 46.4	125.6 ± 53.3	0.517
HDL-C (mg/dl)	51.9 ± 11.6	50.3 ± 14.0	49.9 ± 11.7	51.4 ± 11.4	46.0 ± 11.2	< 0.05
LDL-C (mg/dl)	72.2 ± 10.9	96.5 ± 5.4	112.2 ± 5.4	129.7 ± 4.4	154.1 ± 14.0	< 0.001

表 2

H23年度 原発性高脂血症に関する調査研究報告書

一般集団でのPCSK9 R93C変異保有者の分布

	TC quartile			
	1 (n=78) TC 114-173	2 (n=76) TC 174-194	3 (n=75) TC 195-223	4 (n=73) TC 224-343
PCSK9 R93C Carrier(s)	5	5	2	1
%	6.41%	6.58%	2.67%	1.37%
TC (mg/dl)	153 ± 16	184 ± 6.1	210 ± 7.8	243 ± 22
TG (mg/dl)	102 ± 51	115 ± 61	123 ± 58	142 ± 53
HDL-C (mg/dl)	45 ± 11	48 ± 12	50 ± 12	53 ± 14
nonHDL-C (mg/dl)	108 ± 19	136 ± 12	160 ± 14	190 ± 27
LDL-C (mg/dl)	88 ± 15	113 ± 13	135 ± 13	162 ± 24
PCSK9 (ng/ml)	248 ± 104	262 ± 127	287 ± 112	293 ± 124

HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; LDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; TC, total cholesterol; TG, triglycerides; Values represent mean ± S.D.

ではPCSK9機能喪失型変異は低LDL血症の
成因となり冠動脈疾患発症を減らすであらう
か？ この問いの回答が米国の研究者が中心
となったPCSK9機能喪失変異症例の冠動脈疾
患への影響に関する疫学研究である（図2）
PCSK9機能喪失変異症例では変異（一）例と比

こうした事態をうけて、我が国においては2014年にNAFLD/NASH診療ガイドライン（日本消化器病学会）、2015年にNAFLD/NASH診療ガイド（日本肝臓学会）が制定され、その診断や治療に関して一定の方向性が示された。しかしながら、臨床の現場ではこれらのガイドラインの内容を個々の症例に応用する際に、いくつかの問題点が浮かび上がっている。その1つは、診断のゴールドスタンダードが未だに肝生検であり、血液検査等の非侵襲的な診断法が確立していないことである。また、肝組織の病理診断においては診断基準が明確になっても、各病理所見の評価基準が病理医によって一定しておらず、特にNASHの診断に関しては医療機関によって差異がある等の問題が指摘されている。

一方、NASH発症の機序に関しては基礎および臨床研究により多くの知見が集積されつつある。最近ではNASH発症に関して、遺伝的バックグラウンドに加え、酸化ストレス・小胞体ストレス・オートファジーの異常・脂肪毒性・腸内細菌叢の変化・免疫系の異常が報告されている。特に脂肪毒性とこれによって引き起こされる宿主免疫細胞の異常による炎症や発癌の機序が注目されている。

NAFLDの治療においてはNAFLとNASHとでは治療方針が異なる。NAFLや肥満を合併するNASHでは生活習慣の改善や食事・運動療法が基本となる。一方、肥満を合併していないNASHでは、合併する基礎疾患の有無によって治療方針が異なる。基礎疾患がないものではビタミンEの投与が、基礎疾患の合併があるものでは、それぞれの疾患に対する治療がガイドラインにおいて示されている。ただし、現時点ではNASHという疾患に対して保険適応となっている薬剤は存在せず、それぞれの患者の病態に応じた治療を工夫する必要がある。

加 賀 地 区

期日 平成29年 2 月16日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 認知症と自動車運転
ー現状の課題と今後の展望ー

講師 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学
教 授 三村 将

「講演要旨」

超高齢社会の進展する日本では、高齢ドライバーの過失責任が重いとみられる死亡事故が増加している。ひとつの深刻な問題として、「健康な」高齢ドライバーの中に明らかな認知障害を有する認知症ドライバーが混在している点が挙げられる。現在、75歳以上で運転免許の更新を行う際には認知機能検査が義務づけられているが、さらに新たに改正道路交通法が2017年3月より施行されることに伴い、認知機能検査を受検することになる高齢ドライバーの数が飛躍的に増大することが見込まれている。本講演では認知症・高齢者の運転能力、特に道交法に定められている「認知・予測・判断・操作」の能力をどのように評価していくかについて述べる。さらに、運転が不適と思われる認知症の場合に、運転中止後の生活サポートをどのようにしていくかについても触れる。

期日 平成29年 3 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 高齢者糖尿病の薬物治療

講師 千葉大学大学院 医学研究院
細胞治療内科学講座

教 授 横手 幸太郎

「講演要旨」

高齢者糖尿病患者では、血糖低下治療による長期的なベネフィットが未だに明確に示されていると言い難く、逆に、重篤な低血糖あるいは

低血糖を伴いうる厳格な血糖コントロールが、認知症や転倒、脳卒中など高齢者の予後悪化因子をもたらす可能性が報告されている。さらに高齢になればなるほど精神的機能や生活機能、合併症の有無、臓器予備能などが個人によって多様となり、薬剤効果の強弱や副作用発現の可能性、そして服薬管理の困難さを増加させるなど、薬物治療に対して一層の配慮が求められる。

先般、日本糖尿病学会と日本老年医学会が共同で作成した「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」では、患者の年齢、認知機能、身体・生活機能、併発疾患や重症低血糖リスクに応じて血糖管理目標を定めている。特に重症低血糖が危惧される場合は、目標下限値を設定することで、より安全な治療の実現を目指す。

本講演では、高齢者糖尿病の治療において知っておくべきポイントをいくつか挙げ、実際の診療現場において配慮すべき点について講演したい。

期日 平成29年 4 月 6 日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 めまいのリハビリテーションと
漢方薬の選択について

講師 横浜市立みなと赤十字病院
めまい平衡神経科

部 長 新井 基洋

「講演要旨」

「めまいリハビリテーション（以下、めまいリハ）」は各種めまい疾患の治療に対する有用性が確認されており、様々な疾患に起因するめまいやふらつきに効果を有する。めまいリハは、1946年に英国で初めて実施され、本邦では1989年に日本平衡神経科学会（現 日本めまい平衡医学会）で平衡訓練の基準化が行われている。

当院ではめまいリハを無償で行っている。まず患者に入院（5日間）してもらい、集団によるめまいリハを行っている。集団による加療に

は孤独感の軽減や周囲の励ましなど、メリットは数多く、実際にめまい症状のみならず不安や抑うつ状態、QOLの改善をも認めている。

さらに当院では、めまいリハに加えて薬物療法も行っている。めまい治療に用いられる新薬は直近の数十年間で発売されていないが、治療の手札を増やすために漢方薬も治療に取り入れている。効能・効果にめまいを有する半夏白朮天麻湯を、いわゆる「証」をみることなく使用し治療成績を検討した。さらに半夏白朮天麻湯は胃腸虚弱な患者に向く薬剤であることから、治療前の消化器症状がめまい関連症状に及ぼす影響についても追加解析を行った。

めまいは安静にしているだけで治癒するケースもあるが、めまいリハを取り入れることで積極的な治療が可能な疾患でもある。集団によるリハビリテーションと教育、そして半夏白朮天麻湯の併用という選択も視野に入れて、明日からの診療に役立てていただきたい。

期日 平成29年 5 月25日(木)

会場 ルートイングランティア小松エアポート

演題 慢性痛の薬物治療
～病態と作用機序の観点から～

講師 日本大学医学部 麻酔科学系
麻酔科学分野

主任教授 鈴木 孝浩

「講演要旨」

痛みはその発生機序によって、末梢での侵害受容器の刺激による侵害受容性痛と、末梢から中枢への痛みを伝える神経系が障害され生じる神経障害性痛に大別され、痛みの性質や特徴、そして治療法も異にする。侵害受容性であれ、神経障害性であれ、これらの痛みが急性痛で治癒されず、慢性痛に移行した場合には、痛み感知の感受性増強、さらには中枢神経系の機能異常を伴うようになる。通常、痛み刺激が生体に加わった場合、その痛みの中枢への伝達を抑え

るシステムが機能し、痛みの持続、慢性痛への移行を減ずるが、その主を担う下行性疼痛抑制系や広汎性侵害抑制調節が、慢性痛では時間経過とともに疲弊、機能低下することがわかっている。この場合、NSAIDsのみでは有効な鎮痛効果は得られず、むしろNSAIDs長期投与による様々な副作用に繋がってしまう。下行性疼痛抑制系や広汎性侵害抑制調節を賦活化する治療薬が必要になり、その意味で抗うつ薬が重要視されているが、関節痛や腰痛など慢性痛が多く認められる高齢者ではとくに抗うつ薬のリスクベネフィットに留意する必要がある、重篤な副作用の少ないSNRIであるデュロキセチンが優先されている。最近の痛み治療ガイドラインなどを通じ、デュロキセチンの必要性、有用性についてご紹介したい。

響を与えうる重要なものと考えられる。また、初期にはDMARDや生物学的製剤のみではなく、早期に炎症を抑え急性の炎症をとり症状の改善を得るリリーバーとしてNSAID、ステロイドなども適宜併用することも、一般的な治療の一環となっている。本邦発の新しいDMARDであるケアラムは、DMARDとしての作用、抗体産生への作用のみでなく早期の疼痛緩和作用も報告されており、新しい関節リウマチ治療の構築を実現している。

期日 平成29年 6 月29日(木)

会場 ホテルサンルート小松

演題 関節リウマチのこれまでとこれから

講師 聖路加国際病院

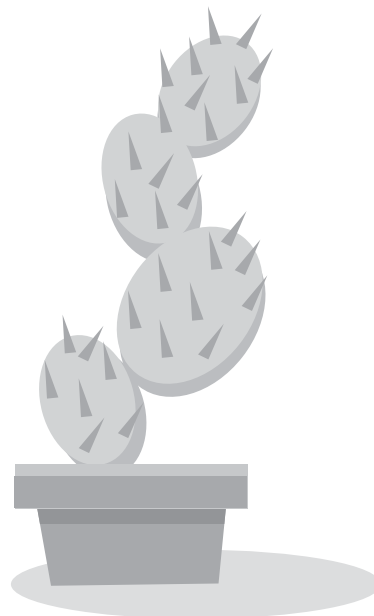
Immuno-Rheumatology Center

センター長 岡田 正人

「講演要旨」

関節リウマチの初期治療は、発症から治療開始までの期間、関節予後因子、臨床的関節炎の活動性、合併症、妊娠の希望、日常生活上の寛解導入の早急性など多彩な因子を考慮し個別化医療がおこなわれる。

早期に短期間生物学的製剤を併用し、寛解導入をしたのちにDMARDにて維持をするという治療法、DMARDによる単剤および併用治療の後に、効果不十分例のみ生物学的製剤を使用する方法がある。有効性を確保するためのDMARDの単剤治療の選択、併用療法の開始基準、各薬剤の用量設定などは、DMARDによる寛解導入率の改善だけでなく、その後の必要となった場合の生物学的製剤の有効性にも影



会 員 異 動

会員数：223名（前回比 + 2 名）

退 会：3 名

年 月	郡市別	氏 名	施 設 名	退会理由
平成29年 4 月	能登北	宮 下 友 吉	宮下医院	その他
平成29年 4 月	金 沢	近 藤 俊 彦	近藤内科医院	その他
平成29年 5 月	河 北	酒 井 章	酒井医院	その他

入 会：5 名

年 月	郡市別	氏 名	施 設 名
平成29年 1 月	能登北	瀬 島 照 弘	小木クリニック
平成29年 4 月	金 沢	伊 藤 透	金沢医科大学
平成29年 4 月	河 北	北 方 秀 一	金沢医科大学
平成29年 5 月	小 松	向 出 大 介	むかいでファミリークリニック
平成29年 6 月	加 賀	伊 勢 拓 之	石川病院

編 集 後 記

平成29年も早半年が過ぎ、暑い夏がやってまいりました。前半の臨床内科医会の活動を振り返ってみたいと思います。

石川県臨床内科医会総会は、2月26日に盛大に行われました。講演は、橋本医院 橋本進一先生による「ベンゾ系離脱を目指して」と金沢医科大学 北田宗弘先生による「糖尿病の血糖管理」の2題でしたが、当学会らしく日々の臨床に大変役に立つ内容でした。

論壇は、藤田晋宏誠先生にお願いしましたが、改めて臨床内科医会の進むべき目標を教えて頂いた内容でした。

今年の地域医療功労賞は岩城紀男先生で、インフルエンザ研究と禁煙活動への功績が認められての受賞でした。

日本臨床内科医会総会は、4月16日に東京で行われ、出席された佐竹良三先生、長尾信先生に学会の雰囲気や内容を報告して頂きました。

第17回禁煙フォーラムは、5月14日に音楽堂交流ホールで行われましたが、今年は受動喫煙防止法案の成立の可能性もあり、例年以上に力が入った活動になったと思います。

地域医療連携室からのメッセージは、公立能登病院 上木修先生にお願いしました。人口減少、高齢化と他の地区にはない問題を抱えながら、地域医療の充実に努力されている病院の姿を教えることが出来ました。

最後に、今年、日臨内ニュース編集委員長を終えた西村邦雄先生にお言葉を頂きました。私たちが日々手にする日臨内ニュースは、委員会の先生方の血の滲むような努力に成り立っていることを教えて頂きました。

では会員の皆様、夏の暑さと体調管理に注意しながらお過ごし下さい。