

光市医師会報

No.417

(平成24年 秋号)



光市 島田埠頭より 島田川河口の砂州（さす） 平成24年10月4日撮影

光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

目 次

| | |
|--|----|
| 高齢化社会を迎えて 光市医師会長 平岡 博 | 1 |
| 認知症講演会 『精神科からみたこれからの認知症』 慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 教授 三村 将 先生 | 2 |
| 第2回市民公開講座 『高齢者の腰痛について』 講師：光市立光総合病院 整形外科部長 桑田憲幸先生 | 7 |
| かかりつけ医通信 ポリオワクチンについて 光市医師会・妊産婦乳幼児保健担当理事 広田 修 | 9 |
| 初心者のための心肺蘇生法講習会 「ファミリーアンドフレンズ CPR」へのお誘い 光市医師会前学術担当理事 光市立光総合病院・麻酔科 竹中智昭 | 10 |
| 認知症とともに生きる 光市医師会副会長・光中央病院院長 丸岩 昌文 | 11 |
| 第14回光市医師会・光市立病院合同症例検討会 好酸球性胃腸炎の1例 光市立光総合病院 谷川 幸治 | 13 |
| 好酸球性肺炎の1例 光市立大和総合病院 倉光 達也 | 14 |
| 症状のない心電図異常 兼清外科 兼清 照久 | 15 |
| 64MDCTによる冠状動脈 CT アンギオグラフィーの検討 —地域での活用を旨として 光中央病院 田村健司 | 16 |
| 理事会報告 7月 8月 9月 | 18 |
| 月例会報告 7月 8月 9月 | 19 |
| 納涼懇親会 | 20 |
| 光市医師会定期学術講演会 第04回光市医師会学術講演会 | 24 |
| 『整形外科が行う運動器疼痛の診断と新しい鎮痛薬の使い分け』 地域医療支援病院岩国市医療センター医師会病院 副院長・整形外科部長 貴船 雅夫 先生 | |
| 第5回光市医師会学術講演会 | 28 |
| 『クリニックにおけるうつ病・うつ状態への対応と課題』 医療法人和栄会 原田医院 副院長 原田 和佳 先生 | |
| 第6回光市医師会学術講演会 | 32 |
| 「COPDのトータルケア ～急性増悪から地域連携まで～」 総合病院 山口赤十字病院 内科部長 國近 尚美 先生 | |

(敬称略)

目 次

| | | |
|-----------|-------------|----|
| メディカルエッセー | | |
| 釣りバカ日誌Ⅱ | しみず医院 清水敏昭 | 36 |
| 病院と病人 | 河内山医院 河内山 清 | 38 |
| 休日診療所報告 | | 41 |
| 入会会員 | | 41 |
| これからの行事予定 | | 41 |
| ゴルフ | | 42 |
| 編集後記 | | 43 |

(敬称略)

超高齢化社会を迎えて



光市医師会長 平岡 博

光市でも高齢化が進み、6年後には65才以上の人口が17701人(約30%)を占め、75才以上は9111人(約18%)になると推定されています。それに伴って、要介護者の人数も増加し、病院や施設で看取れる人数には限りが生じる。だから、在宅医療、在宅介護が重要になるという行政の指針です。

私は、約15年前に室積で開業いたしました。当時介護保険などまったくない時代でした。家で、寝たきりの高齢者を看取る例も年間5~6件はあったと思いますが、最近は随分減少して、施設で亡くなる方が増えています。このことは、介護保険制度が導入された後に、特別養護老人ホーム、老健施設、グループホーム、ケア付き老人アパートなど様々な形態の高齢者向け施設が充実してきたことと関係あるように思います。

家族の形態もずいぶん変化しました。親は光市に暮らし、子供は都会で家を建てて住んでいるようなご家族が増え、独居、あるいは夫婦2人だけの生活となられる家庭が増えました。市内に住んでいても別々に暮らす方も多いのです。家族はばらばらに生活するようになりました。この独居の方々を、家で看取ることができるでしょう

か？

住み慣れた家で、家族と一緒に暮らしたい。という思いをかなえるために、在宅医療を推進することには賛成なのですが、コントロール困難ながんによる苦痛がある場合、独居で命の危険が生じた場合など、最後はしかるべき施設で看取る選択もあるべきだと思います。

認知症の進んだ高齢者に胃ろうを造設するかどうかも、話題になっています。日本医事新報の8月4日号に、日本老年医学会倫理委員会委員長の飯島節さんが寄稿されています。今年1月、高齢者の終末期医療について学会が公表した「立場表明」で、「胃ろうの中止も選択肢に」という内容が、大きく報道されました。自分が元気なうちに、食事がとれなくなった時の選択を記しておくべきかもしれません。

一方、光市には元気な高齢者が数多くおられます。90才近い超高齢者が心臓の手術を受け、再び地域社会で活躍される例や、変形性関節症で長年苦しんでいた方が人工関節置換術を受けられ、元気に歩く姿を目の当たりにすると、積極的な医療の必要性を痛感させられます。認知症があっても、地域の見守りのもと、2人で支え合っていて、仲良く生活されているご夫妻もおられます。

生涯を通して健康な社会生活が送れるように、医師会では、市民公開講座やかかりつけ医通信などを通して、地道な健康の啓蒙活動を継続したいと思っています。地域ケアシステムという、在宅ケアの方式を光市でも取り入れようという動きもあります。会員の先生方のご協力をこれからも、よろしくお願いいたします。

認知症講演会

日時：平成24年7月20日（金）

19：00～20：30

場所：光商工会館 2階 大会議室

製品紹介 19：00～

アルツハイマー型認知症治療剤

アリセプト エーザイ株式会社

特別講演 19：10～20：30



司会：山口県医師会 専務理事 河村康明 先生



『精神科からみたこれからの認知症』
慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室
教授 三村 将 先生

今回は昨年慶応大学の教授に就任された三村先生をお招きして認知症についてお話しいただきました。もともと心理学に興味があり東京大学文学部第3類に入学されていたそうで、神経というよりはこころの問題に焦点を当てたお話を聞けると期待いたしました。

近年における精神疾患の有病率は急上昇しています。ヨーロッパではEU人口5.8億人のうち1.65億人（32.3%）が1年間

で精神疾患として病院を受診しています。これによりEUでは年間約8000億ユーロ（約80兆円）の社会的損失を生じていると試算しています。日本ではDALYs（障害調整生命年数）で精神神経疾患が圧倒的に高い数字を示しており（図1）、その疾病が社会に及ぼす影響が甚大であることを示しています。精神障害の費用について分析しますと統合失調症は非就業費用がほとんどですが、うつ病性障害や不安障害などは休職していたり（absenteeism）、就業していても能率の低下が見られる（presenteeism）などのコストが多くを占めます（図2）。10,000人規模の企業でメンタルヘルス不調に関連する損失は年間10億円に達すると試算されます。日本全体では約3兆円の損失に試算されます。慶応大学医学部の我々の教室では精神的問題を抱えた人たちが社会に貢献できるようにする為に特別なプログラムを用意して支援しています（図3）。

人間は老化と共に記憶力が低下することは自然の摂理であり、およそ30歳頃からその衰えが見られます。加齢に伴う健忘（Age associated memory impairment）は疾病の範疇には含まれません。認知症とするには日常生活に支障が出る病態です。健常の範疇から認知症の範疇の移行領域に軽度認知障害（MCI）が位置づけられます。境界線は定められませんが、軽度の記憶障害があり、正常な認知機能と正常な日常活動を行うものです（図4）。病理学的に認知症はアミロイドとタウの蓄積が確認されており、その蓄積は30歳前後から始まっていると推測されます。PET装置を利用したアミロイドイメージング検査でアミロイド沈着の追跡調査を行うと、アミロイドがたまり始めて約15年経過してから認知症が発症することがわかっています。

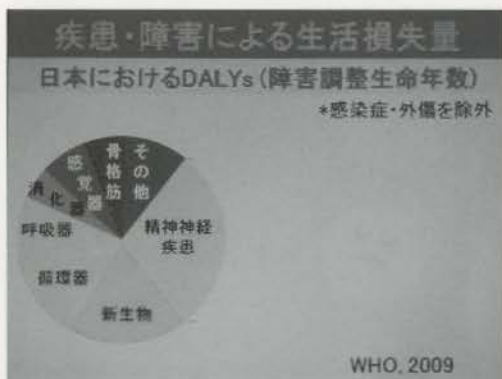


図 1

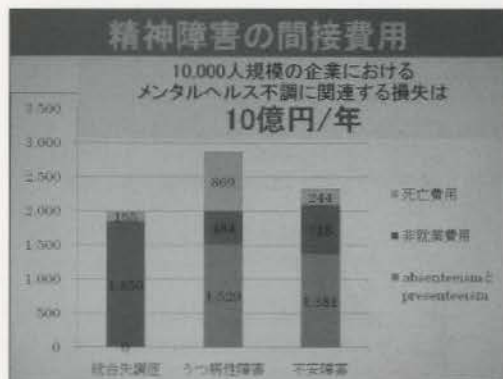


図 2

KEO EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM

- 「働く」ことでの健康増進側面を活かすメンタルヘルス支援の実践—「故障者リスト入りした選手を鍛え育てる」という視点—
- Mission ミッション
メンタルヘルス不調者の働く能力の再生と彼らを取り囲む人々の働く能力の回復
- Vision ビジョン
働くことに伴うストレスを、健康と成長の糧とできる世界の実現
- Value バリュー
固定観念への挑戦

図 3

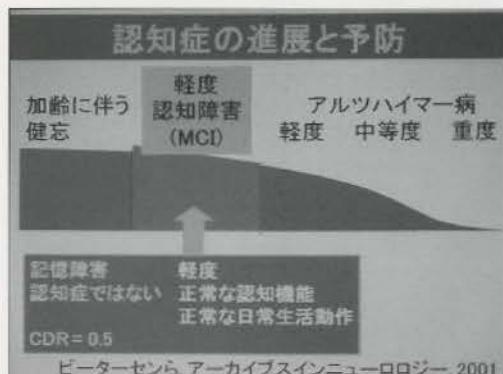


図 4

次にうつ病と認知症との関係をお話します。うつ病は認知症の重要なリスクファクターであると考えられます。うつ傾向のある MCI はそれが無い MCI に比し、認知症発症率は 2.6 倍以上になります。若いときからうつ病を患っている人は認知症になりやすい印象があります。なぜそうなのかは分かっていません。うつ病と認知症について最近の知見を示しておきます (図 5)。コップに半分お酒が入っていて、その状況をどのように受け止めるか? (図 6) あと半分しかないか考えるか、まだ半分も残っていると考えるか、ネガティブ思考、ポジティブ思考ともいわれますが、この思考方法を改善するのに運動療法が効果的です。図 7 に運動による認知症の予防を列記しておきます。若いときから定期的に運動をしている人はそうでない人より認知症にな

る確率が低い結果が出ています。マウスによる動物実験でも活動レベルとアミロイドの蓄積には逆の相関が認められます (図 8)。また、カロリー制限を行ったものとそうでないマウスのアミロイドの蓄積状況を見ますとカロリー制限を行ったマウスの方がその蓄積が少ないデータが出ました。我が、慶応大学生誕の父、福沢諭吉の建学精神に則り、慶応ヘルスサイエンスラボを立ち上げまして、心と食、運動のヘルスサイエンスについて研究しております (図 9)。うつ病や認知症の未病予防が主な活動の中心となります。

考えられるアルツハイマー病 (AD) の治療は次のようなものです。

1. アセチルコリンエステラーゼ阻害薬
2. NMDA 受容体拮抗薬
3. アミロイドを標的とする治療

うつ病と認知症

- 若年発症のうつ病は認知症の重要なリスクである。
- しかし、うつ病自体が認知症発症の真のリスクなのか、あるいはうつ病と認知症とを生じる第三の要因によるのかは明らかではない。
- 高齢発症のうつ病と認知症の関係はまだ明らかではない。
- うつ病およびその認知症発症リスクに関しては生涯を通じた研究アプローチ (life-course approach) が重要である。
- うつ病と認知症との間に潜在的関連因子は多要因であり、それぞれ相互に無関係ではない。

ハイアースとヤッフエ、ネイチャーレビュースニューロロジー, 2011

図 5



図 6

運動による認知症の予防

- 中年期に余暇を利用した運動をした人は、しない人よりも、ADを含めた認知症発症率が50%以上低い。
- 定期的な運動は、特に遺伝的に認知症やADに罹患しやすい人 (APOEε4 保因者) でリスクを低下させたり発症を遅らせたりする可能性がある。
- 65歳以上の東フィンランドに住む1449例の運動習慣を平均21年間フォローアップしたところ、中年期に週2回以上運動を行った被験者781人(運動群)では、週1回以下の1154例(非運動群)と比べて、認知症発症率が50%低く、AD発症率が60%低かった。
- 若年期と中年期のライフスタイルが活動的ならば、それ以降、身体的にも認知的にも活力に満ちた余生を楽しむ可能性が増す。

ロビオラ: ランセットニューロロジー, 2005

図 7

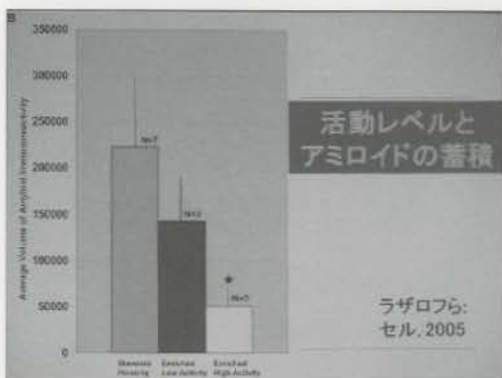


図 8

4. タウを標的とする治療
5. 神経増殖因子
6. 神経再生医療

アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は脳内に不足したアセチルコリン分解を防ぎ、その症状を改善するものですが、あくまで対症療法であり、根治的な治療ではありません。NMDA 受容体拮抗薬も同じです。蓄積したアミロイドを減少させる試みが動物実験や臨床実験でなされていますが、それにより認知症状は改善されません。一度アミロイドが蓄積されてからでは脳細胞の破壊は元に戻らないということでしょう。しかし、だからといってアミロイドがたまる前から治療を始めるかという問題は社会的に受け入れられないでしょう。

厚労省は平成 24 年 6 月 28 日に精神科への入院は原則 1 年以内とする旨の通知を発令

しました。精神科の入院には医療保護入院・同意入院・措置入院がありますが、厚労省は医療保護入院を廃止する方針です。認知症の治療は在宅が中心となり、精神科への入院は認められないとのこと、今後認知症患者の管理はグループホームやデイサービスなどの地域密着型サービスが中心となります (図 10, 11)。認知症の入院治療の適応は図 12 のようになります。

認知症における自動車運転についてお話しします。2002 年 6 月の道路交通法改正により認知症と診断が付けば運転免許の資格がなくなります。重傷度 (CDR) が 1 以下のものについて経過観察としています。てんかんの場合 2 年以内に発作がない場合運転は認められますが、ほとんどの場合抗てんかん薬を服用しているわけで、その薬剤の能書にはほとんどすべて自動車運転は禁止事項とされてい

ます。ところが実際は認知症で免許取り上げは困難で、てんかん患者は自動車運転しています。認知症患者さんが警察に行っても免許証を取り上げられることはありません。ではどうすればいいんでしょう？図13に示すように、医師と警察が協力し合って安全運転教育をしていくこと、そのために教習所にそのシステムを導入することでしょうか？将来は自動運転で誰でも安全に運転できる時代が来ることを望みます（図14）。

日本は世界でも最も急速に高齢化が進んでいる国です。世界中が日本のその取り組みを見守っています。いかにその高齢化がすごいのか……。図15に示すように、65歳以上の人口比率が14%以上で高齢化完了とされ、25%以上で超高齢化社会といわれます。日本はどの国よりも急速に高齢化しています。現在の高齢化率は23%で、超高齢化まであと一歩というところまで来ています。日本のあとを追っているのが韓国と台湾です。

最後は神頼みってことで認知症予防のお札とまとめを示します（図16, 17）。ありがとうございました。

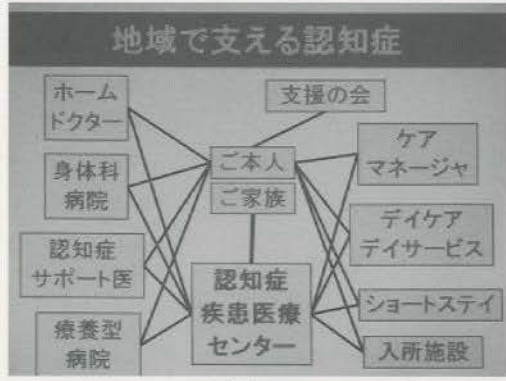


図10

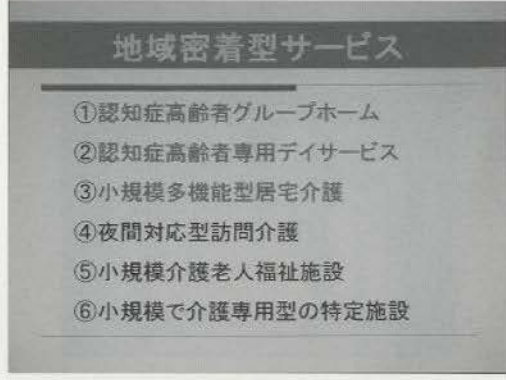


図11

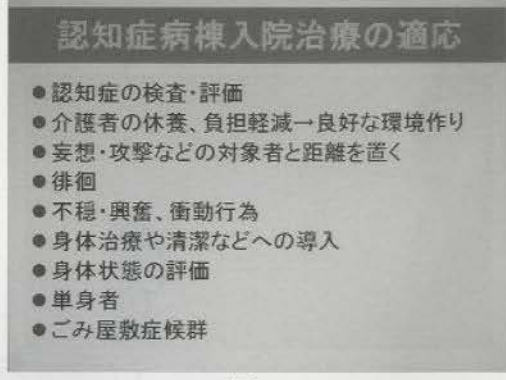


図12

図9

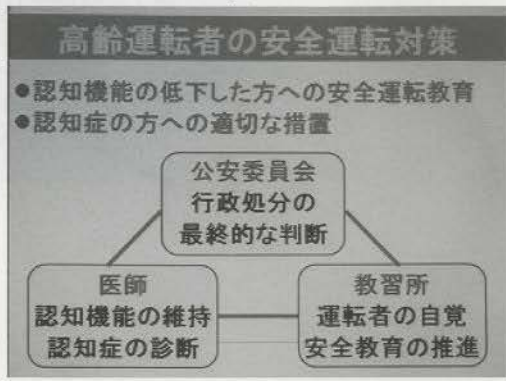



図13

慶應病院新病棟プロジェクトイメージ



- 電動車輛
- 自動運転
- 遠隔操縦

▶ SDM 西山先生
 ▶ 伊藤忠
 ▶ 豊田自動織機
 ▶ 精神神経科

- 電気駆動をキー技術として院内の移動や物流を支援
- 病院内のユニヴァーサルデザイン+エコデザイン化
- 電動ゆえメンテナンスコストも安く済ませられる

図 14

超高齢社会

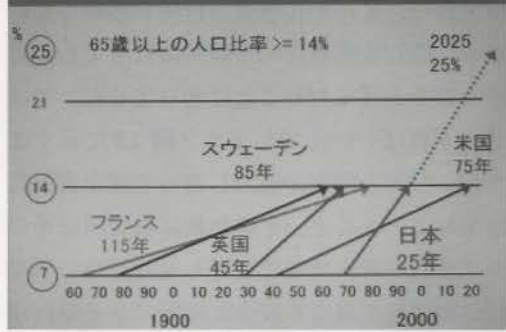


図 15

認知症の予防

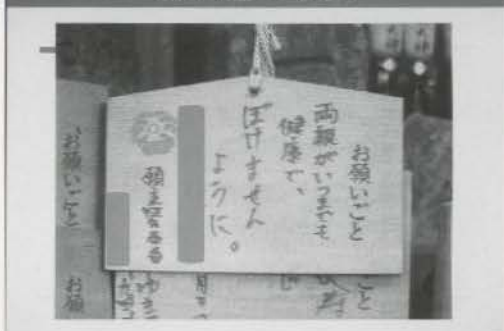


図 16

今日のアウトライン

- 急増する精神科疾患
- 中心はうつ病と認知症
- うつ病を予防するー認知症を予防する
- ポジティブ・シンキング
- 運動、活動性、ダイエット
- 認知症のくすり
- 精神科への入院
- 認知症と自動車運転
- グローバルな視点で「幸齢化」を考える

図 17



第2回市民公開講座 『高齢者の腰痛について』

日時：平成24年9月15日（土）
午後2時より

場所：会場：光市総合福祉センター
（あいぼーく光いきいきホール）

講師：光市立光総合病院
整形外科部長 桑田憲幸先生



今回は、前回希望の多かった腰痛症について40年間整形外科としての研鑽を積み、光総合病院の院長に就任された桑田憲幸先生に高齢者の腰痛症についてお話しいただきました。会場はあいぼーくの一室の広い部屋であるいきいきホールを使用させていただきましたが、前回以上に聴講者が多く椅子を急遽用意するほどでした。100人以上の高齢者の他に健康増進課の職員もお手伝いいただき、大変ありがたいことでした。医師会員の河内山清先生もいらっしゃり、久々にかくしゃくたる姿を拝見いたしました。

内容は医学的な解剖の話から始まり、疫学や人間の体の仕組み、腰痛の起こる要因など広範囲にわたりました。

1. 腰痛とは……
2. どれくらいの方が腰痛を持っている？
3. 高齢者に特有な腰痛の原因
4. 原因が特定できない腰痛
5. 急性腰痛になったら

6. 慢性腰痛の予防

7. 慢性腰痛の腰痛体操

そもそも腰痛の起こる要因は腰部脊椎の彎曲が正常に保てない状態という話は慧眼でした。肥満体やあぐらを組んだ状態などはその彎曲が背部にそりすぎたり前弯状態になったり、正常に保てない状況になります。また、普段の姿勢の問題で猫背になったりおなかが出すぎた状態だったり、つねに腰部脊椎の負担が増強されます。普段から腰部の彎曲に気を配るように日常生活を送ることが肝要であることが理解できました。骨粗鬆症や腰部脊椎管狭窄症、脊椎圧迫骨折などの整形疾患だけでなく、細菌感染や腫瘍性疾患、腹部大動脈瘤でも腰痛が起こることを知らなくてはなりません。また、腰痛症のうち85%は原因が特定できないこと、急性の場合1～2ヶ月で90%は快軽すること、腰痛があっても痛くない範囲で体を動かした方が治りが早いことなど、一般の方が聞いていて、とても役に立つお話が多かったように思いました。

大半の話がその予防に言及されたことは聴講者には大変参考になりました。その具体的な内容について記しておきます。

台所の立ち仕事の場合、足下に10から15cmの台を置き片足をのせこまめに左右の足を替える

バッグをさげでの歩行時、肩からさげるベルトはなるべく短く体に近いところで抱える

掃除機をかけるとき前屈みにならないように気をつける

洗濯物は意外と重いので洗濯機から取り出すときは分けて出す

ものを抱えて持ち上げるとき、膝を曲げて体をなるべく低い位置にして、腰を曲げないように膝で持ち上げる

床に座るときあぐらをかいたり前屈みになると腰に負担がかかるので、正座で座るのがよしい

車の運転は背もたれの角度が110～120度にして腰を椅子にくっつけるように座る。隙間ができるときはクッションなどはさむ

背中が曲がっている方の日常生活の注意点は杖や押し車で前方を支えてやる工夫をすること

寝るときは膝の下に枕を入れて背中を伸ばさないようにして就寝すること

などなど……

腰痛体操について動画を閲覧しながら説明。

最後に

慢性腰痛の持ち主の方へ

1) 安静臥床を続けることは良くありません
筋肉のおとろえ、骨のもろさ、軟骨のおとろえが進み、気分もふさがちになります。

2) 腰痛体操を行いましょう

筋肉のストレッチを行い

筋肉の力をつけ

腰椎の関節軟骨を活性化し

気分を爽快にします



かかりつけ医通信 その2

ポリオワクチンについて

「うぇ～ん! イタイよう～!» 午後の外来、子供たちの元気な(?) 泣き声が響きます。予防接種の時間帯です。注射はイタイですね!

でもワクチンで予防できる病気はどれ一つとっても人生に関わる可能性のある重大な病気ばかりです。

今回は、この9月から不活化ワクチン(皮下注射)が導入される「ポリオ」について、お話いたします。

「ポリオ」は別名「小児麻痺(まひ)」とも呼ばれますが、大人に感染する場合も少なくありません。古くから人類を苦しめた病気の一つで、古代エジプトの壁画にも患者さんの像が描かれています。

ポリオウイルスの感染によって神経が障害され、麻痺を起こす病気です。最初の症状は発熱が多く、数日して熱が下がった後に急に筋力が低下して麻痺に気づきます。症状は足に多く現れますが、呼吸する筋肉が麻痺してしまうと、呼吸障害で死亡することもあります。死亡率は小児で2～5%、大人では15～30%にもなります。ウイルス感染症なので抗生物質は無効で、発症すると治療は極めて困難なためワクチンによる予防が有効です。

日本での患者数は1961年(昭和36年)までは毎年1000人以上、亡くなった方は100人以上で、特に1960年(昭和35年)には全国で5600人を超える大流行がありました。しかし1961年に口から飲む生ワクチン(経口生ワクチン)が緊急に導入された結果患者数は激減し、3年後には100人を下回りました。1964年(昭和39年)からは定期接種化(2回投与)され、結果として1980年(昭和55年)の一例を最後に国内ではゼロとなりました。経口生ワクチンは、飲

むことで腸の粘膜で増殖し免疫をつくります。ポリオウイルスは体内に入ったあと腸の粘膜で増えるため、「飲む」ワクチンはとっても効果が高かったのです。

口から飲むため簡便で、価格も安いワクチンのため世界中に普及し、世界保健機関(WHO)のポリオ接種活動により、1984年(昭和59年)にはアメリカ地域、2000年(平成12年)10月には日本を含む西太平洋地域、2004年(平成16年)にはヨーロッパ地域でポリオ根絶宣言が出されています。野生の(本物の)ポリオが蔓延しているのは世界であと数カ国までになりました。

しかし、「飲む」ワクチンならではの問題点がクローズアップされてきました。

毒性を弱めたポリオウイルスワクチンですが、まれに体内で変異をおこし毒性を回復する場合があります。その結果投与された人が麻痺を起こしたり、糞便からウイルスが排出されるため周囲の人に感染して麻痺を起こす場合があります。ワクチン関連麻痺と呼ばれ問題となりました。その結果、生ワクチンではない、注射のワクチン(不活化ワクチン)が開発され、日本では2012年(平成24年)9月からまずポリオ単独ワクチンが、11月からは三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)ワクチンに不活化ポリオワクチンを加えた四種混合ワクチンが導入される予定です。腸の粘膜に免疫を作る強い効果はありませんが、ワクチン関連麻痺を起こすことはありません。

昨年来、ワクチン関連麻痺を心配してか、経口生ワクチンの接種率が激減しています。折しも2011年9月にはお隣の中国で野生の(本物の)ポリオが報告されています。接種対象の方は、なるべく早くワクチンを受けま

しょう。また、大人でも昭和50年～52年生まれの方はワクチン効果が低かったことが分かっています。さらにこの年代以外の方も海外旅行の際などには、ワクチン接種に関して主治医と相談することをお勧めします。

光市医師会・妊産婦乳幼児保健担当理事
広田 修



かかりつけ医通信 その3

初心者のための心肺蘇生法講習会 「ファミリーアンドフレンズ CPR」へのお誘い

家族や気のおけない友人と一緒に過ごす楽しい時間、かけがえのないひとときですね。でも、そんなときに突然、家族や友人が倒れたらどうしますか？

日本では、心臓の病気が原因で突然倒れる人は、1年間に少なくとも5～6万人と言われています。倒れた場所を調べてみると、自宅が最も多く、職場などが続きます。家族や友人のそばで倒れることが多いのです。突然倒れた人にその場ですぐに心肺蘇生をしなかった場合、病院で高度の医療を行っても死亡することが多く、命は助かっても植物状態のような重症の障害が残ります。病院に着いてからの治療では手遅れというのが実情です。もし倒れた直後に、そばにいた人がほんの少し勇気を出して心肺蘇生法を行えば、病院に着いた後に行う高度の医療よりも、何倍も効果があります。

私たちは、この、ほんの少しの勇気を出していただくためのお手伝いをしたいと思っています。そのための講習会が「ファミリーアンドフレンズ CPR」です。この講習会はアメリカ心臓協会が作成したコースで、正しい知識や

手技を、手軽に楽しく学ぶことができるように工夫されています。

光市医師会と光市立光総合病院は、今年4月から毎月、第3土曜日午前10時に、光市立光総合病院2階講義室で「ファミリーアンドフレンズ CPR」を定期的に開いています。心肺蘇生法（CPR）というと、難しいこと、大変なことと思われるかもしれませんが、そんなことはありません。簡単です。小学生以上で心肺蘇生法を学びたい方ならば、どなたでもご参加いただけます。

コースはDVDを上映し、これに合わせて練習用マネキンで練習するという、実技が中心です。これで自然と技術と知識が身につけていきます。

実際に受講した人のアンケート内容をご紹介します。

「マンツーマンみたいな感じで実技が多く、とても良かったと思います。」

「いろいろと質問させてもらったが、丁寧に教えてもらった。機会があったらもう一度受講したい。」

「実際にならってみないと絶対に実践は難し

いと実感。」

小学校3年生の女の子も「思ったより簡単だった。」と言ってくれました。

コースの内容は最新の心肺蘇生法ガイドライン2010年版にもとづいています。コースでの学習をお手伝いするのは、アメリカ心臓協会の認定インストラクターです。やさしく、丁寧に、わかりやすく をモットーに楽しい

コースを目指しています。

皆さんもぜひ受講してみませんか？ 申し込み方法ですが、平日の8時30分から17時までの間に、光市立光総合病院に電話(0833-72-1000)し、地域連携室 清水に連絡してください。

光市医師会前学術担当理事

光市立光総合病院・麻酔科 竹中智昭

かかりつけ医通信 その4

認知症とともに生きる

ロンドンオリンピックも終わりました。数えきれないほどの感動、涙、笑顔ありましたね。みなさんどうですか。一種目でもメダルを取った競技を思い出すことができますか。出来るかたは認知症は大丈夫です。オリンピックはあったけどメダルは興味ないなあってかたは要注意。是非一度お医者さんと相談してください。

認知症は高齢化社会とともに多くなり、認知症という言葉を知らない人はほとんどおられないのではないのでしょうか。認知症は60から65歳の高齢者の12人に1人、80歳以上では4人に1人とされています。最近の調査では高齢者の方で最もなりたくない病気ナンバーワンだそうです。でも認知症のくわしい事って分かりませんよね。今回は認知症についてお話ししましょう。

認知症は基本的にはもの忘れがある、場所や時間などが分からなくなる、計算や仕事の段取りができなくなるとして一人では普通の生活ができなくなることです。しかし普通のおしゃべりは上手にできるので意外と早期に病気に気づくのは難しいんですよ。

認知症を完全に治す薬はまだありませんが、病状を安定させたり、進行を遅らせる新

しいお薬はいくつか出来ました。最初の薬は日本人が開発しました。その研究者自身のおじいさんが認知症で、なんとか治してあげたいと、大変難しい研究だったそうですが、一生懸命頑張ってきた薬だそうです。早期から服用すると結構効果があります。やる気が出て、今まで出来なかったことができるようになったり、見えないものが見えたりする不思議な症状(幻視)が改善したりします。残念ながらすべての患者さんがすぐによくなるような夢の薬ではありませんが、薬の種類が増え使い方も変わってきてより多くの患者さんの役にたつようになりました。

認知症の治療で最も大切なことの一つは早く治療を開始することです。早期に治療を開始して進行を遅らせることが大切です。さきほど書きましたが認知症が始まっても初期は症状がほとんどないため早期に発見されないことも多いようです。やはり誰でもなりうる病気ですから、日頃からちょっと注意することが大切です。おじちゃん、おばあちゃんと一緒にいて、あれいつもと違うなって気づくことが大切です。好きだったことを辞めたり、くすりの数が合わなくなったり、車をたびたび傷つけるようになったりです。どうかなんて思っ

たら遠慮なくかかりつけ医の先生にご相談してください。それから認知症を疑ったら一度は脳の詳しい検査を受けて下さい。脳梗塞など、治る可能性のある、また予防できる認知症が見つかることがあります。

残念ながら認知症がある程度進行してしまった時は、少し気分を落ち着かせるお薬や、専門的な介護で病状が安定するようにします。精神的な症状がとても強いときは一次的に入院治療していただいたり、介護保険施設などの利用もよいともいます。認知症のかたは上手に表現することは出来ませんが、こころのなかは私たちとかわりません。少し難しいですが認知症の方々の隠れた気持ちがわかるようになれるとすばらしいですね。また最近では認知症のかたが迷子になったり、買い物に困ったりしたときでも安心して生活していける

ような街づくりが進められています。認知症の予防できたらいいですね。今のところ考えられていることは、運動をすること、野菜やお魚などをしっかりとること、社会参加をすること、生活習慣病の治療をすること、本を読んだり、趣味をもって頭を使うことなどが言われています。私は仕事を続けることも大切だと思っています。まだ認知症を完全に治す治療法はありませんが、医学の進歩は目覚ましくいつかは治療できる日が来ると思っています。それまでは認知症を予防し、早期発見・早期治療をして認知症になっても安心して暮らせる光市を作っていきましょう。

光市医師会副会長・光中央病院院長
丸岩 昌文



第14回光市医師会 ・光市立病院合同症例検討会

日時：平成24年9月4日(火) 19:30～

会場：光市立光総合病院 2階 講義室

演題：

好酸球性胃腸炎の1例

光市立光総合病院 谷川 幸治

好酸球性肺炎の1例

光市立大和総合病院 倉光 達也

症状のない心電図異常

兼清外科 兼清 照久

64MDCTによる冠状動脈CTアンギオグラフィーの検討

—地域での活用を旨として—

光中央病院 田村 健司



好酸球性胃腸炎の1例

光市立光総合病院 谷川 幸治

69歳の女性で平成16年にイヌ・ブタ回虫による幼虫移行症の治療歴がある患者さんです。整形で入院中心窩部痛を認めるようになったため当科紹介となりました(図1)。血液生化学検査では白血球が20200/mm³と中等度増加していて血液像では好酸球48%と著明に増加していました。アレルギー検査ではIgE 370IU/mLで特異的IgE(MAST33アルゲン)はすべて陰性でした。糞便内の虫卵検査も陰性でした。腹部CT検査では胃壁の肥厚と軽い腹水が見られました(図2)。上部消化管内視鏡

検査では胃の幽門部を中心に腫れぼったい印象でした(図3)。生検では間質の浮腫・血管拡張が見られましたが、炎症細胞浸潤は目立たないとの返事でした。好酸球性胃腸炎の診断指針(案)に照らし合わせますとほとんどが合致しているようで、治療もそれに沿って行いました。治療経過を(図4)に示します。プレドニゾロンを30mgから開始して徐々に減量しますと、好酸球が急激に減少してきました。3ヶ月ほど治療しましたところほぼ正常に復帰しました。

症例：69歳、女性

現病歴：気管支喘息にて当院で加療中。

H24.3月右大腿骨頭部骨折にて当院整形外科に入院中であった。

H24.4月になって軟便、心窩部痛を認めるようになったため、

当科紹介となった。

既往歴：H16 イヌ・ブタ回虫による幼虫移行症にて治療歴あり

家族歴：特記事項なし

海外渡航歴：H1 上海渡航

腹部理学所見：腹部平坦・軟、圧痛なし、腹水・臍動触知せず、

腸雑音正常

図1

腹部CT検査 (H24.4月10日：当科初診時)

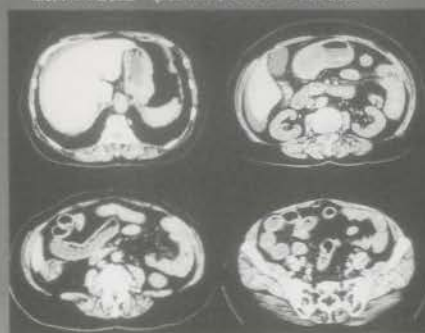


図2

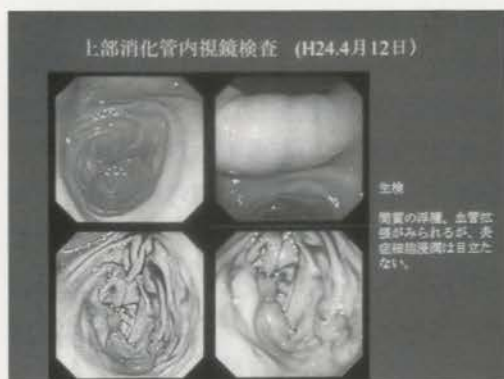


図3

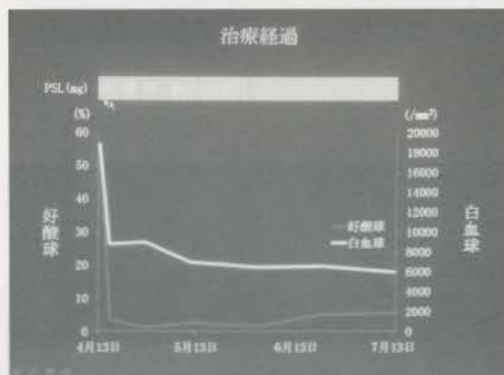


図4



好酸球性肺炎の1例

光市立大和総合病院 倉光 達也

前の症例と言葉は同じよな表題ですが全く違う症例です。患者さんは40歳男性(図5)。37℃台の発熱と関節痛、頭痛で当科受診されました。血液生化学検査ではALP636IU/L AST(GOT)121 ALT(GPT)145IU/Lと上昇を見ました。炎症所見はCRP11.3mg/dlと中等度上昇していました。胸部レントゲン写真では左上肺野に陰影が見られます(図6)。胸部単純CT写真では左上肺野に陰影が見られ

ます。一見して気管支肺炎のように気管支に沿って浸潤影があり、区域に関係なく広がっているように見えます。外来で4日間ロセフィン1g 1日1回静注とクラビット500mg 1日1回内服を併用しました。5日後(6/19)には浸潤影は改善しました(図8)。ところが6月24日頃から咳嗽が悪化し、6月26日胸部CTで反対側の上肺野に肺炎像を認め入院になりました(図9)。血液生化学検査で好酸球が25%と上昇していたためアレルギー性の炎症を考え、入院後プレドニン30mg/日から内服を開始したところ、翌日から解熱し症状も改善傾向となりました。その後プレドニンを減量し7月3日に快軽退院されました。

好酸球性肺炎群の診断は胸部単純レントゲン写真で末梢外側優位型陰影を認め、末梢血の好酸球増多が確認できれば可能です。ステロイドが有効ですが、再発が多いのが特徴です(図10)。

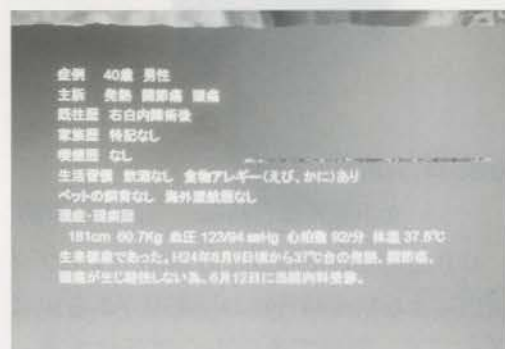


図5

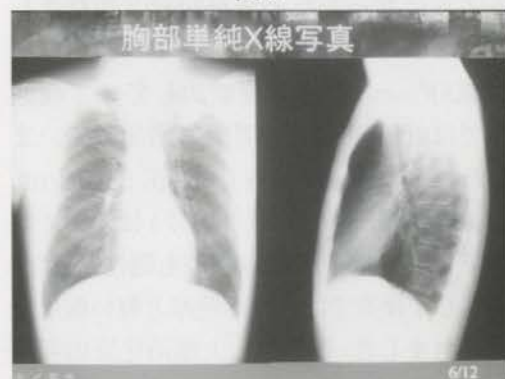


図6

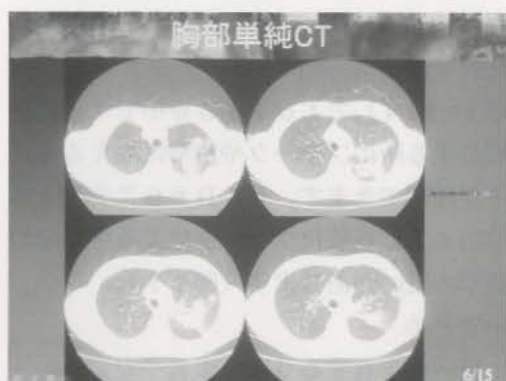


図7

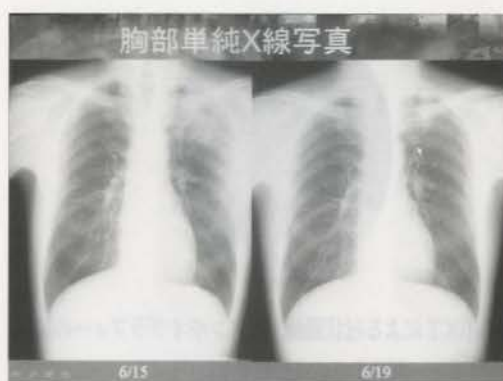


図8

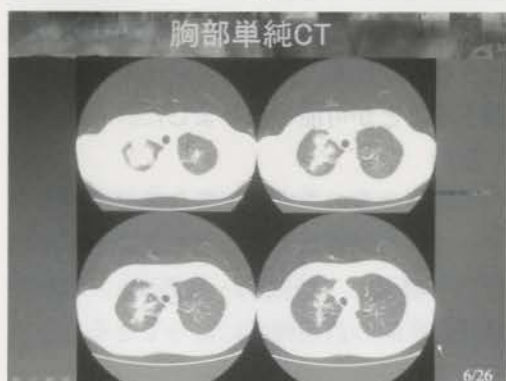


図9

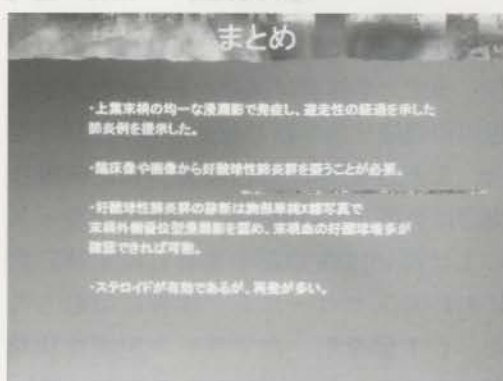


図10

動脈疾患のない症例にはその確認にCTア
ンジオグラフィーは有用と思われました。

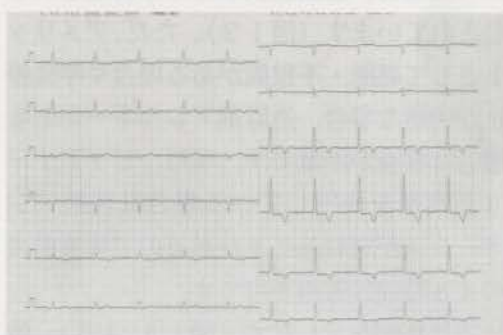


図11

症状のない心電図異常

兼清外科 兼清 照久

71歳の男性です。心電図で左室肥大の
所見が見られ、心筋虚血性の変化を精査す
る目的でCTアンジオグラフィーを行いま
したので症例を提示しました。心電図では
胸部誘導で深いT波の逆転が見られ、V3
からV6にST-Tの陰性化がありました
(図11)。CTアンジオグラフィーの所見
です(図12)。冠状動脈は血流良好で狭
窄所見も見られませんでした。明らかな冠

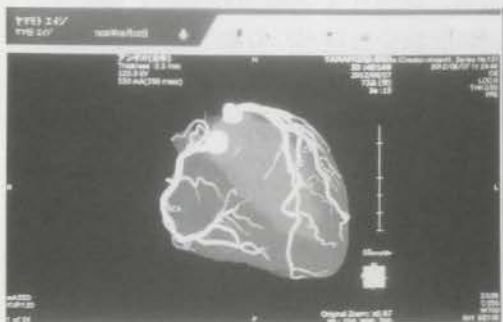


図12



64MDCTによる冠状動脈CTアンギオグラフィーの検討
—地域での活用を旨として—

光中央病院 田村 健司

冠動脈造影CT検査の有用性について報告します。当検査は胸痛があつて冠動脈疾患の中等度リスク群で運動負荷が困難な場合、または運動負荷心電図が判定困難な場合に有用と思われまふ。マルチスライスCTは高い陰性診断率を有し安定狭心症におけるスクリーニング検査にはもちろん、CT値を用いたプラーク組織性状を評価することも可能となつてきています。MDCT (Multi Detector-row Computed Tomography) で有意狭窄が認められなかった場合、冠動脈狭窄はほぼ否定されるとされています (図13)。ただ、デメリットとして頻脈・不整脈がある場合や呼吸停止が困難な場合、造影剤アレルギーがある患者は検査が困難です。また、ピグアナイド系薬剤を使用している場合は乳酸アシドーシスが現れることがあるので検査前後の48時間は服用不可です。

では症例を示します (図14, 15)。糖尿病、高血圧で治療中の患者さんですが、冠動脈病変は見当たりません。38歳の男性で後壁梗塞後ステントを留置した患者さんです。左回旋枝にステントが確認できます (図16)。RCA #2に50%以下の狭窄を疑います。LCA #6に石灰化を含むプラークが見られます。CXステント遠位の#13に石灰化プラークによる50%

以下の狭窄の疑いがあります。90歳の女性です。左前下行枝ステント#6 (H21.1.4) でfollow中です。冠動脈の至る所にプラークや狭窄に見えるところが確認できます。LAD #6ステント遠位の#7に石灰化プラークによる中等度の狭窄の疑いがあります (図17)。

まとめ

糖尿病を有するリスク患者や安定性の狭心症が疑われる患者、高齢の心筋梗塞の患者さんに対し冠動脈造影CT検査を安全に行うことが出来、造影カテーテル検査を回避することが可能となりました。

総括

冠動脈病変の否定が可能な非侵襲的スクリーニング検査を行うことで、患者さんの負担を軽減し (時間的・金銭的)、地域中核病院医師の負担軽減に寄与できると考えています。

冠動脈造影CT検査のまとめ

MDCTは64列装置の導入により画像の時間分解能、空間分解能が飛躍的に向上し、冠動脈画像診断において重要な役割を果たすようになりました。

冠動脈病変の非侵襲的診断法に関するガイドラインでは、陰性的中率99%とされています。

特に陰性的中率が高いことから、MDCTにて有意狭窄が認められなかった場合、冠動脈狭窄はほぼ否定されます。

冠動脈病変の非侵襲的診断法に関するガイドライン

図13

症例① 65歳女性

糖尿病、高血圧にて治療中。胸痛が頻りにあり、冠動脈病変の調査目的。

| 検査項目 | 結果 | コメント |
|---------------------|----------|-----------|
| 1. 左回旋枝 | 冠動脈CTA | |
| 2. 石灰化LAD | 右冠動脈近位部 | #1 [狭窄無] |
| | 中位部 | #2 [狭窄無] |
| | 遠位部 | #3 [狭窄無] |
| 3. 左右の冠動脈、有酸素呼吸器が正常 | 左主幹部 | #5 [狭窄無] |
| 4. 肺はclear | 左前下行枝近位部 | #6 [狭窄無] |
| | 中間部 | #7 [狭窄無] |
| | 遠位部 | #8 [狭窄無] |
| | 第一対角枝 | #9 [狭窄無] |
| | 第二対角枝 | #10 [狭窄無] |
| 5. 明らかな異常所見なし | 左回旋枝近位部 | #11 [狭窄無] |
| | 遠位部 | #13 [狭窄無] |
| | 鈍緣枝 | #12 [狭窄無] |
| | 後側壁枝 | #14 [狭窄無] |
| | | #15 [狭窄無] |

図14

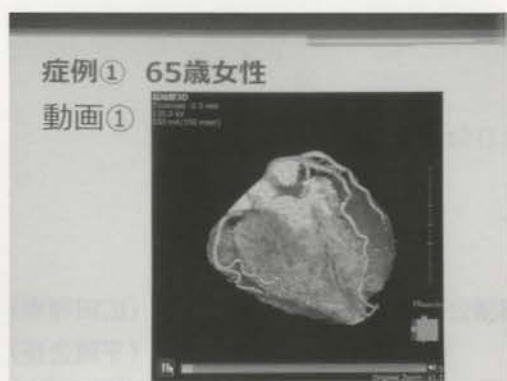


図 15

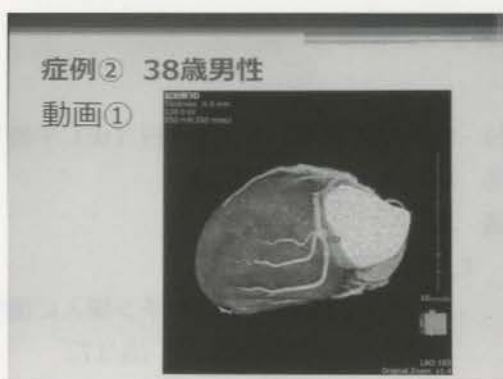


図 16

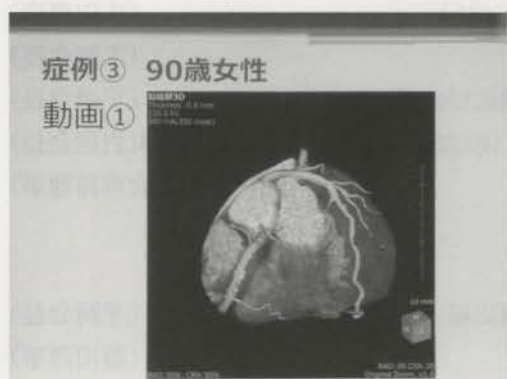


図 17



理事会報告

日 時：平成24年7月10日（火）午後7時30分より

場 所：光市医師会事務局

議 題：

I. 報告事項

1. 不活化ポリオワクチン導入に関する協議会（6/14）（広田理事）
2. 山口県医学会総会（6/17）（平岡会長）
3. 臨時総会決議について（6/21）（松村先生）
4. 郡市小児救急医療担当理事協議会（6/21）（広田理事）
5. 県医師会との懇談会（6/21）（平岡会長）
6. 地域医療支援病院認定—徳山中央病院について（6/27）（平岡会長）
7. 第170回山口県医師会定例代議員会（6/28）（平岡会長・丸岩副会長）
8. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）

II. 協議・承認事項

1. 周南市モーターボート競走診療所医師出務について（平岡会長）
2. 納涼懇親会について（藤田理事）
3. 職員賞与について（佃理事）
4. その他

日 時：平成24年8月7日（火）午後7時30分より

場 所：光市医師会事務局

議 題：

I. 報告事項

1. 結核対策委員会（7/11）（広田理事）
2. 光市健康づくり推進協議会（7/12）（平岡会長）
3. 山口県医師国保組合第1回通常組合会（7/19）（平岡会長）
4. 光市休日診療所運営協議会（7/19）（多田理事）
5. 光市地域包括支援センター運営協議会（8/2）（平岡理事）
6. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）

II. 協議・承認事項

1. 「学校・保育園欠席情報収集システム」について（広田理事）
2. 休日診療所のレントゲン現像器をデジタルにする件
3. 症例検討会（9月4日：19:30～ 光市立光総合病院）
4. 市民公開講座（9月15日）高齢者の腰痛について
5. その他

日 時：平成24年9月11日（火）午後7時30分より

場 所：光市医師会事務局

議 題：

I. 報告事項

1. 周南地域職域連携推進協議会（8/9）（兼清理事）
2. 光市地域包括ケアシステム会議（8/16）（平岡会長・兼清理事）
3. 郡市地域医療担当理事協議会（8/30）（兼清理事）
4. 郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議（9/6）（広田理事）
5. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）

II. 協議・承認事項

1. 尾道方式（ケアシステム）講演会の依頼一片山 壽 先生（平岡会長）
2. 平成25年山口県医学会総会について（平岡会長）
3. 職員給与の件（佃理事）
4. メーリングリストの件（佃理事）
5. 11月からのポリオ4種混合ワクチンの問診票について（広田理事）
6. アレルギー疾患生活管理指導表の料金について（広田理事）
7. その他

月例会報告

平成24年7月24日（火）

1. 緊急時メーリングリストについて
2. 一般社団法人への歩み
3. 合同症例検討会について

平成24年8月28日（火）

1. 一般社団法人への歩み
2. 合同症例検討会について（9月4日）
3. 第2回市民公開講座について（9月15日）

平成24年9月25日（火）

1. 地域包括ケアシステム講演会について
2. 山口県医学会総会（平成25年6月）について
3. 山口県内科医会学会・総会（平成25年8月）について

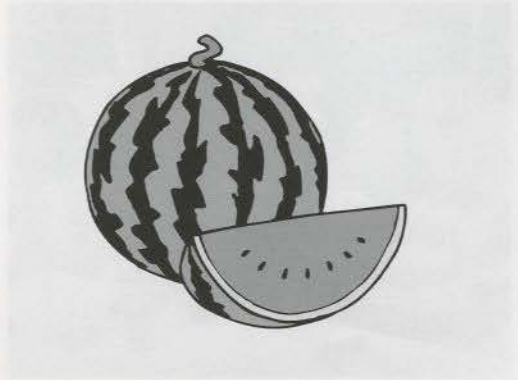
納涼懇親会

日 時：7月26日 (木) 18:30～

場 所：シエロ ディマーレ









第4回光市医師会学術講演会

日時：平成 24年 7月 24日(火)

19:00～

場所：光商工会館 2階『会議室』

～プログラム～

19:00～

製品紹介 末梢性神経障害性疼痛治療剤

『リリカ cap』に関する情報

提供 ファイザー株式会社学術担当

19:15～

学術講演

座長：光市立光総合病院

院長 桑田 憲幸 先生

『整形外科が行う運動器疼痛の診断

と新しい鎮痛薬の使い分け』

地域医療支援病院

岩国市医療センター医師会病院

副院長・整形外科部長 貴船 雅夫 先生



最近の整形外科領域の学会におきまして、痛みとその治療はトピックの項目になっています。従来の痛みの治療はNSAIDsを使用することがほとんどでしたが、それによる消化管潰瘍合併症は悩みの種でした。その半数以上は自覚症状に乏しく、またアスピリンを併用している難治性消化管出血は深刻な問題です。本邦においてNSAIDs長期服用患者の消化管障害発現率は60%以上に達し、その死亡者数は年

間で3500人にもなるといわれます。アメリカでは年間約16500人の推計でエイズに次ぐ死亡者数になっています。痛みの治療方法についてNSAIDs使用には再検討が必要と考えられます。慢性腰痛に対する日本と米国・ドイツの治療方針を比較検討してみますと、いずれも第一選択はNSAIDsですが、第二・第三選択に米国・ドイツではオピオイドや抗てんかん薬がよく使われていることが分かります。世界的には図1のようにNSAIDsだけではなくアセトアミノフェンやオピオイド系薬剤が選択肢として同等にあり、補助薬として抗てんかん薬や抗うつ剤などがよく使われます。

NSAIDsについてももう少し話します。COX選択性により図2のように分類されます。NSAIDsのリスクについて図3に示します。COX-2選択的阻害薬は胃腸障害の軽減が期待されますが、腎機能低下例への腎機能悪化リスクの軽減は期待できません。また、NSAIDs全般に心血管系イベントの発生を増加させることが分かっています。それはまた高齢者において副作用が顕著に表れ、その使用に当たっては慎重であるべきと考えます。アセトアミノフェンは安全性において胃・腎臓への影響が少ない薬剤として最近欧米を中心に広がってきています。日本疼痛学会においても2011年1月21日よりアセトアミノフェンの1日使用限度が4,000mgまで増量されました。

痛みは侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、心因性疼痛に分類されます。多くはその混合であって、クリアに分けられるものではありません。主な疾患を図4、図5、図6に示します。それぞれがオーバーラップしていますのでその構図を図7に示します。

腰椎の整形外科疾患は脊椎の骨変化だけでなく神経圧迫状態が疼痛を惹起するもので、混合型が多く存在します。神経障害性疼痛に対して抗うつ剤・抗てんかん薬・オピオイドなどが適応になりますが、抗うつ剤は我が国では疼痛疾患に対する保険適応はありません。抗てんかん薬としてはプレガバリン（リリカ）が末梢性神経障害性疼痛に、カルバマゼピン（テグレトール）が三叉神経痛に保険適応があるのみで、抗て

んかん薬に関してはその使用に当たっては保険がネックになっています。抗うつ薬と抗てんかん薬のまとめを図8、図9に示します。プレガバリン（リリカ）は前シナプスの $\alpha 2 \delta$ サブユニットに結合して痛みの伝達物質放出を抑制することにより神経性の疼痛を軽減します。日本では神経障害性疼痛ガイドラインでプレガバリンが第一選択薬として選ばれています（図10）。

鎮痛薬と鎮痛補助薬

・アセトアミノフェンとNSAIDsが最も基本的な鎮痛薬
・効果不十分な場合は、鎮痛薬（オピオイド鎮痛薬）や鎮痛補助薬（抗てんかん薬、抗うつ薬、など）の併用を考慮

基本治療

鎮痛薬
● NSAIDs
● アセトアミノフェン

→ 効果不十分 →

鎮痛補助薬
● オピオイド
● 抗てんかん薬
● 抗うつ薬
● 血管拡張薬
● 筋弛緩薬 その他

図1

NSAIDsのCOX選択性による分類

COX選択性による、主なNSAIDsの分類

| 選択性 | 一般名/製品名 | 用量（成人） | 剤形 |
|--------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 非選択的 | シクロオキシゲナーゼ（COX）阻害薬 （メロコキシブなど） | 75-100mg/日-分2-3、 最大100mg/日 | 錠：25mg カプセル：37.5mg |
| | ナプロキセン （ナキセン） | 300-600mg/日-分2-3、 経皮は300mg/日 | 錠：100mg |
| | ロキソプロフェン （ロキソニン）など | 60mg/日-3回/日 経皮は50-120mg/日 | 錠：100mg 錠：50mg |
| COX-2 選択的 | セレコキシブ （セレコクスタ） | 200-400mg/日-分2 （朝・夕食後） | 錠：100、200mg |
| | エトドラク （イベルン）など | 400mg/日-分2 （朝・夕食後） | 錠：100、200mg |
| | エロキシカム （キートン）など | 10mg/日-分1（食後）、 最大15mg/日 | 錠：5、10mg |
| | ナブメトン （レゾフェン） | 800mg/日-分1（食後） | 錠：400mg |

図2

NSAIDsによるリスク -腎臓障害、腎障害、心血管系イベント-

腎臓障害
-NSAIDsの副作用として最も一般的なものは、腎臓障害である
-COX-2選択的阻害薬は、炎症や痛みを軽減して生じるCOX-2を遊離的に阻害することにより、非遊離的阻害による腎臓障害の軽減が期待される

腎障害
-NSAIDsの副作用として腎障害も重要である
-COX-2選択的阻害薬は、腎臓障害を軽減するが腎臓病低下症例への腎臓病悪化リスクの軽減は期待できない。

心血管系イベント
-COX-2選択的阻害薬をはじめとしたNSAIDsは、心血管系イベントの発生を増加させることが指摘される。

図3

優劣受容性疼痛の主な疾患

優劣受容性疼痛の代表的疾患

優劣受容性疼痛

- 関節/フマチ
- 骨髄炎
- 関節腫脹/骨折
- 筋炎/筋痛
- 関節痛/腱鞘炎
- 筋断裂
- 骨折
- 骨折固定

その他

図4

神経障害性疼痛の主な疾患

神経障害性疼痛の代表的疾患（末梢性/中枢性）

| 末梢性神経障害性疼痛 | 中枢性(大脳/脊髄)神経障害性疼痛 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性神経障害 有痛性神経痛/神経痛 複合性局所麻痺症候群 幻肢痛 自己免疫性神経障害 | <ul style="list-style-type: none"> 外傷による脊髄損傷後疼痛 脊髄血管障害による圧迫性神経症 多発性硬化症 脊髄空洞症/延髄空洞症 脳卒中後疼痛 |
| その他 | その他 |

図5

心因性疼痛

非器質的/心因性疼痛

→ 身体の異常によるものでなく、心理的要因に由来する痛み → 1
例：身体表現性障害（疼痛性障害）など

→ 器質的疾患が心因により増悪され、最も重要な因子である痛み → 2
例：交通事故後の慢性性頸椎痛 など

【治療についての考え方】
1に対しては薬物的治療や薬物療法を選択するのは適切でない
2の心因性疼痛以外の要素に対しては、選択するのは可能であるが心理的アプローチに併用して効果を評価しながら慎重に行う。

図6



図 7

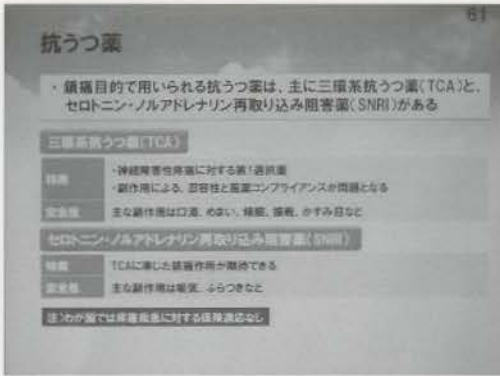


図 8

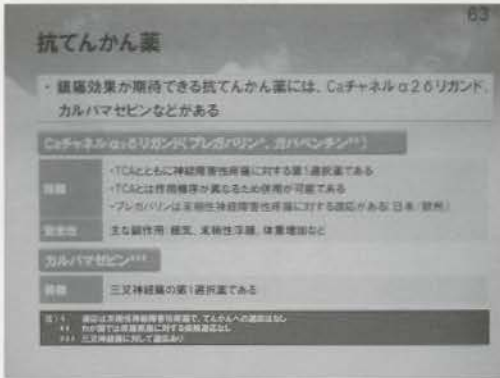


図 9

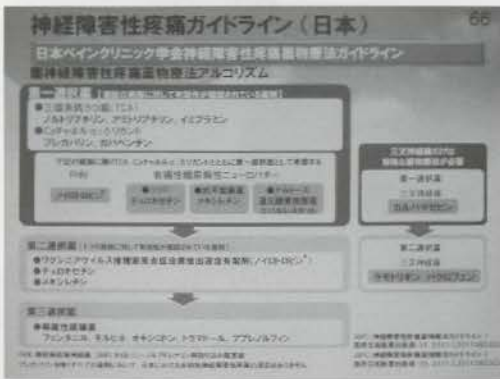


図 10

最後に慢性疼痛についてお話しします。慢性疼痛としての部位は腰・肩・膝が過半数を占めていて受診科は整形外科45%、一般内科21.3%となっており、55%は全く治療を受けていません。慢性疼痛のうち薬物療法を受けているのは22%にとどまっていると報告されています(図11)。また、民間で治療をしているものが20%に達しているのはその多くが現在の治療に満足していないということを示していると思われます。より有効な治療方法を考える意味で、その治療方針を再検討してみる価値はありそうです。整形外科の専門家が提言する疼痛の分類から見た治療法を図12に示します。慢性期遷延性の疼痛に対してはドラマドール/アセトアミノフェン配合錠(ドラムセット)やプレノルフィン貼付薬(ノルスパン)、プレガバリン(リリカ)などが推奨されています。塩酸ドラマドール(クリスピン)やプレノルフィン貼付薬(ノルスパン)は非麻薬性鎮痛剤に分類されておりオピオイド受容体に作用する鎮痛薬で、図13に示すように保険適応があります。ドラムセットとノルスパンのまとめを図14と図15に示します。日本でここ数ヶ月、ノルスパンやリリカの使用量は飛躍的に伸びており、慢性期遷延性疼痛の治療が大きな変革の時期に来ているのが分かります。私が診療しております岩国医師会病院でのここ一ヶ月の治療内容を示します(図16)。内容は脊椎疾患が大半を占めておりまして、投薬なしが半分以上になります。NSAIDsの使用は極力控えておりまして、オピオイド系の薬剤が薬剤の大半です。これから一般内科診療における慢性疼痛の治療が変わっていくことを期待しております。



図 11

疼痛の分類からみた主な治療薬

| 急性性 | 慢性(神経痛) | 慢性(難治性) |
|---|---|---|
| 薬物感受性疼痛 ・急性性疼痛 ・術後疼痛(術後疼痛) ・神経痛(神経痛) ・癌性疼痛(癌性疼痛) | NSAIDs アセトアミノフェン プレガバリン など | 中枢神経系の機能亢進 ・心身-社会的要因による疼痛 ・慢性疼痛(慢性疼痛) ・癌性疼痛(癌性疼痛) ・神経痛(神経痛) |
| 混合性疼痛 ・癌性疼痛(癌性疼痛) ・術後疼痛(術後疼痛) ・神経痛(神経痛) | NSAIDs アセトアミノフェン プレガバリン | 中枢神経系の機能亢進 ・心身-社会的要因による疼痛 ・慢性疼痛(慢性疼痛) ・癌性疼痛(癌性疼痛) ・神経痛(神経痛) |
| 神経障害性疼痛 ・癌性疼痛(癌性疼痛) ・術後疼痛(術後疼痛) ・神経痛(神経痛) | プレガバリン トリマドール/アセトアミノフェン配合錠 プレガバリン | 中枢神経系の機能亢進 ・心身-社会的要因による疼痛 ・慢性疼痛(慢性疼痛) ・癌性疼痛(癌性疼痛) ・神経痛(神経痛) |

図 12

オピオイドの非がん性疼痛における適応

非がん性疼痛に適応のある主なオピオイド

| 一般名(製薬名) | 用途(成人) | 剤形 |
|-------------------------------|--|--|
| トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠(トラムセタ) | 非がん性疼痛(非がん性疼痛) 神経痛(神経痛) | 錠(トラマドール)37.5mg/ アセトアミノフェン(325mg) |
| コデイン(コデインリン酸塩) | 20mg/錠, 60mg/錠 | 錠(コデイン)10mg 錠(コデイン)5mg |
| フェンタニール(フェンタニール) | オピオイドから処方を受けて使用 | MT(パッチ)2.5, 4.2, 8.4, 12.8, 16.8mg |
| モルヒネ(モルヒネ塩酸塩) | 内服(5-10mg/錠, 15mg/錠) 注射(持続剤)2-6mg/錠, 持続剤は 2-10mg/日, <小児用>0.1-0.5mg/日 | 錠(モルヒネ) 錠(モルヒネ)10mg, 200mg 錠(モルヒネ)10, 20, 30mg |
| アレキソラン(アレキソラン) | 通常, 7日経 持続剤5mg, その後は症状に応じて適量 増減(最大20mg) | チーフ(5, 10, 20mg) |
| アレキソラン(アレキソラン) | 術後疼痛 | 注射, 注射 |
| ベンタンソン(ベンタンソン) | 術後疼痛, 心臓疾患, 骨十二筋痛 症, 腎-膀胱結石などの疼痛に適応 | 注射 |

図 13

非医療用薬品 トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠

| トラマドール塩酸塩 | アセトアミノフェン |
|--|--|
| 特長・特徴 ・特異的な薬理作用 ・痛みの原因にかかわらず鎮痛効果を 発現 ・優れた忍容性(副作用) ・依存性は極めて低い(0.001%以下) ・効果発現が速い | ・優れた鎮痛作用(プロパノール, 消化器潰瘍, 腎障害のリスクが低い) ・高頻度の疼痛管理の第1選択薬として 推奨するガイドラインあり ・効果発現が速い |
| 禁忌 ・種々の作用機序により, 広範な疼痛性疾患に有効性を有する ・トラマドール単剤より速効性で, アセトアミノフェン単剤より持続性のある鎮痛効果 ・各成分の必要量を認識し, 単剤投与に比して有害事象発現リスクを軽減 | |

図 14

向精神薬 プレリルフィン

プレリルフィンは、パーシャルアゴニスト(部分作動)薬である。
 ・α受容体との結合力が極めて強く、他のオピオイドの強い鎮痛作用がある
 ・ナロキソンで拮抗されにくい
 ・2011年に薬形性疼痛および難癒痛に伴う慢性疼痛にかかわる効果・効果の承認を取得した

処方するには e-learning の受講が必要である

| 一般名(製薬名) | 用途(成人) | 剤形 |
|------------------|---|--------------------|
| プレリルフィン(プレリルフィン) | 通常, 7日経 持続剤0.5mg, 持続剤は0.5mg/錠, 持続剤は0.5mg/錠 | チーフ(0.5, 10, 20mg) |
| プレリルフィン(プレリルフィン) | 術後疼痛, 心臓疾患, 骨十二筋痛症, 腎-膀胱結石などの疼痛に適応 | 注射, 注射 |

図 15

演者の1ヶ月の外来患者

| | | | |
|--------|------|---------------|-----|
| カルテベース | 251名 | 投薬(注射・外用剤を含む) | |
| 脊椎 | 104 | なし | 147 |
| 外傷 | 63 | あり | 104 |
| RA | 27 | NSAIDs | 22 |
| OA | 21 | プレガバリン | 23 |
| 骨粗鬆症 | 15 | アセトアミノフェン | 10 |
| その他 | 21 | | (9) |
| | | ガバペンチン | 1 |
| | | オピオイド | 15 |
| | | 外用剤のみ | 5 |

図 16

第5回光市医師会学術講演会

日時：平成24年8月28日（火）

19：15～

場所：光商工会館2階 大会議室

【製品紹介】19：15～19：30

『レクサプロ錠』について

田辺三菱製薬株式会社

【学術講演】19：30～20：30

座長：光市立光総合病院

消化器内科部長兼放射線部長 谷川 幸治

講演 『クリニックにおけるうつ病

・うつ状態への対応と課題』

医療法人和栄会 原田医院

副院長 原田 和佳 先生



今回は地元である周南市で精神科クリニックをされておられます原田先生をお招きし、いわゆる「うつ」についてお話しいただきました。実地医であります精神科専門医からお話しいただきますことはわれわれ現場での「うつ」の対応に関して大変役立つことが多いと思われ、講演後にその期待はそれ以上であったことを付記いたしておきます。

いわゆる「うつ」診療にあたりまして実地医家における問題点は多くあります。その問題点をよくとらえて慎重に診療することが肝要です。最初にその問題点を列記しておきます。

- ・「うつ病」か「うつ病以外のうつ」かの鑑別は容易でない
- ・十分な診療時間を提供することができない
- ・患者の希望通りの治療ができるとは限らない
- ・希死念慮を抱く患者の観察に限界がある
- ・臨床医が「復職可」と判断しても、職場の受け入れがないこともまれではない
- ・服薬自体が不利益になることもある

この十数年間で「うつ」は2～3倍に増え、抗うつ薬市場は7～8倍に増えました。現在日本で500～600万人の「うつ」と診断される患者が推計されています。これは一種の過大推計ともいえるもので、いわゆる「本来のうつ病」の数字は変化していません。どういうことかといいますと本来のうつ病ではないそれ以外のうつ状態の病気が増えたということです。ある意味現代病ともいわれるもので、ストレス社会で精神的に弱いゆとり世代が社会に出るといふ時代に突入し、「うつ」であることを利用する人も出てきています。うつ病・うつ状態患者の70～90%は、最初に一般診療科を受診します。仮面うつ病といい、心の不調よりも身体の不調で受診される患者も多く、睡眠障害、全身倦怠・易疲労感、食欲不振など不定愁訴を訴えますので心の病気ではないかと疑うことも必要です。不眠、全身倦怠、食欲不振の三つが揃えば「うつ」を疑ってください。

うつ状態を呈する疾患を列記しておきます(図1)。本来のうつ病はメランコリー親和型うつであり、それ以外はうつ状態を呈するうつ症候群ともいべきもので、ここ十数年で増加したものです。本来のうつ病はずっと昔から増えても減ってもおりません。最近増加したうつ状態で圧倒的に多

いのが適応障害です。その特徴は次のようなものです。

- ・明らかなストレスターを持つ
- ・他罰的
- ・休職することに罪悪感はない
- ・ストレスターを取り除くと症状が軽快する
- ・抗うつ薬の効果が期待し難い

いわゆる現代型「うつ」は次のようなものがあります。

非定型うつ

逃避型うつ

ディスチミア親和型うつ

自己愛性うつ

人格障害に伴ううつ

うつ状態を呈する疾患

- ・うつ病(メランコリー親和型うつ)
- ・非定型うつ病などの現代型うつ
- ・双極性障害(躁うつ病)
- ・神経症および心身症:気分障害、不安障害、身体表現性障害、転換性障害、適応障害など
- ・心因反応:適応障害、PTSDなど
- ・他の精神疾患(人格障害など)に伴ううつ
- ・身体疾患(脳血管障害、甲状腺疾患など)に伴ううつ

図1

「うつ」の鑑別点

| | 現代型 | 従来型 |
|------------|--------------------|----------------------|
| 年齢層 | 青年層 | 中高年層 |
| 病前性格・振る舞い | 自己愛的 もともと熱心ではない | 几帳面・生真面目 基本的に仕事熱心 |
| 症状の特徴 | 不快感 他罰的感情 | 罪業感 自己不全感 |
| 治療関係 | 「うつ病」の診断に協力的 | 「うつ病」の診断に抵抗しやすい |
| 薬物への反応性 | 部分的効果 | 多くは良好 |
| 予後と環境変化の影響 | 慢性化しやすい 環境次第で改善 | 休養と服薬で回復 環境変化は? |

図2

どれも似たようなことを表現していて、本来のうつ病は自責の念が強く決して他人の所為にしないのに対して、現代型「うつ」

(≡ディスチミア親和型うつ)は他罰感情が強く現れます。図2に「うつ」の鑑別点を示します。本来のうつ病と現代型うつとは区別して扱う必要があります。

では実際の診療についてお話しします。うつに悩む患者さんにどう話しかけるか。希死念慮をもつうつ病に対して軽々しい言葉は禁物です。「私はうじうじした人が一番嫌なの」のような人格を否定するような言葉は自殺を促すことになりかねないので注意してください。診療においてうつ病者について理解して欲しいことを図3に示します。また現代型うつへの対応について図4に示します。本来のうつ病と現代型うつとの区別は専門医でも難しいです。安易に現代型だと決めつけるのではなく、あくまでも慎重に診断していただき、それぞれ適切に対応してください。

うつ病者に理解して欲しいこと

1. 病気であることを認め、休養に専念する
2. 早く治療するほど回復も早い
3. 回復するまでは病状は一進一退の時期があること(三寒四温)
4. 目標を下げる(普段よりペースを落とす)
5. 重要な人生の決定は先に延ばす
6. 自殺をしない

図3

現代型うつへの対応

<藤本邦一 著 改定>

- ・抗うつ薬はあまり効果が期待できない
- ~むしろ増悪することもある
- ・傾聴が有効とは限らない
- ・励ますのがよくないとは限らない
- ~時期を選んで、適度な励ましも必要
- ・休職に関しては慎重を要する
- ~休職しても生活リズムを守り、節制するように指導することも必要

図4

次に、抗うつ薬の使い方についてお話しします。抗うつ薬には次のような主な作用があります。

1. 気分高揚作用 (抑うつ気分の改善)
2. 意欲亢進作用
3. 鎮静作用

一般にセロトニン取り込み阻害作用が強い薬剤は気分高揚作用を、ノルアドレナリン取り込み阻害作用が強い薬剤は意欲亢進作用を有します。期待される臨床効果は図5のようになります。笠原氏はうつ病の治療を不安→意欲→快楽の順で治療していくことを推奨しています(図6)。近年出てきましたSSRI治療剤の使い分けについて示します(図7)。また近年発売されました抗うつ剤の特徴について図8に示します。従来から使われてきた抗うつ薬の位置づけ、ノルアドレナリン作用やセロトニン作用、鎮静作用の三点で評価した図を示します(図9)。

現代型うつへの対応

<藤本修、一橋改定>

- ・抗うつ薬はあまり効果が期待できない
- ～むしろ増悪することもある
- ・傾聴が有効とは限らない
- ・励ますのがよくないとは限らない
- ～時期を選んで、適度な励ましも必要
- ・休職に関しては慎重を要する
- ～休職しても生活リズムを守り、節制するように指導することも必要

図5

うつ病の症状が消失していく順序と3種のモノアミンの関与

白川 浩 Ochiai Neurosci 27(2):252-261, 2004

3次元的な精神医学的アプローチの重要性について

図6

SSRIの使い分け

フルボキサミン(デプロメール、ルボックス)
ミルタザピン(リフレックス、レモン)

- ・強迫性障害、社会恐怖(こじり)に有効
- ・妄想などの精神病様症状にも有効
- ・過食や前頭側頭葉変性症にも効果が期待できる

パロキセチン(ハキシル)

- ・不安症状(ノック)を含む神経症症状に有効
- ・社会恐怖(予期不安)、睡眠障害などにも有効

セルトラリン(ジェイソラフ)

- ・過眠、過食、無気力、意欲の低下に対して有効
- ・認知や感情の平板化の軽減が認められる
- ・老年期うつ病の第一選択薬として評価されている

図7

近年発売の抗うつ薬

ミルタザピン(リフレックス、レモン)
デュロキシジン(サイン/リレタ)

- ・睡眠改善、抗不安、食思改善作用を有する
- ・焦燥感が強いうつ病に有効
- ・高齢者は若年者より眠気の副作用が少ない
- ・SSRIやSNRIと併用療法が可能である
- ・SSRIや抗がん剤と併用した際、副作用が期待できる

デュロキシジン(サイン/リレタ)

- ・抗うつ効果の発現がSSRIに比べて早く、中等症から重症の大うつ病では寛解率においてSSRIよりも優れている
- ・疼痛性障害に対して効果を有する
- ・忍容性が高く、中止率が低い

図8

抗うつ薬の位置づけ

(引用: Global Neuroscience 12 (2): 212-217, 2004) 藤本 修

図9

期待の新星

エスチトロプラム(レキサプロ)

- ・最も選択性の高いSSRI～もっとも純粋なSSRI
- ・極めて優れた忍容性と有効性を持ち(MANGA studyでトップ)、脱落率が低い
- ・用量設定がシンプルである
- ・高齢者を含む成人患者の再燃予防に有効である
- ～老年期うつ病の第一選択薬の呼び声が高い
- ・適応障害、ディスチミア親和型うつ、非定型うつにも効果が期待できる
- ・身体表現性障害の患者にも効果が期待できる

図10

参考

Fluvoxamine デプロメール、ルボックス
Sertraline ジェイゾロフト
Paroxetine パキシル
Duloxetine サインバルタ
Milnacipran ドレドミン
Mirtazapine レメロン、リフレックス
Trazodone レスリン、アンデブレ、デジレル
Clomipramine アナフラニール
Dosulepin プロチアデン
Imipramine イミドール、トフラニール
Amitriptyline トリプタノール
Amoxapine アモキサソ
Nortriptyline ノリトレン
Lofepramine アンプリット
Maprotiline ルジオミール
Setiptiline テシプール
Mianserin テトラミド

新しく発売されましたエシタロプラム（レキサプロ）は図の左上の方に位置する薬剤で図10のような特徴があります。

最後にうつの患者さんに医療現場でどのようなアドバイスをするのがいいかを具体的に提案します。

今がどんなにつらくても

- ・反省はしてもなるべく後悔はしない
- ・自分の長所を生かす努力を怠らない
- ・自分は少しずつ成長していると信じる
- ・小さい目標、楽しみを持つ
- ・少しでも笑える時間を持つ
- ・自分に何かごほうびを与える
- ・ひとりぼっちで悩まない

ありがとうございました。



第6回光市医師会学術講演会

日時：平成24年9月25日（火）19：00～

場所：光商工会館2階 大会議室

【製品説明】19：00～19：15

喘息・COPD治療配合剤『アドエア』について

グラクソ・スミスクライン株式会社

【学術講演】19：15～20：45

座長 光市立光総合病院 循環器内科

部長 中村安真 先生

「COPDのトータルケア

～急性増悪から地域連携まで～」

総合病院 山口赤十字病院

内科部長 國近 尚美 先生



國近尚美先生は岡山大学卒業、現在山口赤十字病院で呼吸器内科を専門に診療されております。山口医療圏では防府市を含めて呼吸器専門の医師は國近先生ひとりしかおられず、大変貴重且つご多忙を極めておられます。山口赤十字病院での診療だけでなく山口県の呼吸器疾患のレベルアップのために各地で講演されており、地域連携や山口市喘息死ゼロ作戦などに尽力されております。本日は実地医家の為にわかりやすく呼吸器疾患について全般のお話をさせていただき、次に慢性閉塞性肺疾患について具体的な診断治療をご講演いただきました。

まずはCOPDの定義から

- ・たばこ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺に炎症性疾患である。
- ・呼吸器機能検査で正常に復することのない気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり、進行性である。
- ・臨床的には徐々に生じる労作時の息切れと慢性の咳、痰を特徴とする。

COPDは大きく二つの型に分けられます。気腫性COPDと非気腫性COPDです（図1）。後者は末梢気道病変優位型ともいわれ、胸部レントゲン写真やCT検査で気腫性陰影が少ないので見逃されやすいので注意が必要です。診断は肺機能検査で行われます。

COPDはWHO 2005年の調査では世界中で患者数が約800万人いるといわれ、約300万人が死亡しています。日本では厚生労働省2005年調査では推定患者数が530万人、治療を受けている患者数は22万人しかいないという結果が出ています。COPDの治療を実地医で普及させ、もっと広く治療が行われるよう希望します。日本における死亡順位は図2に示すように全体では10位、男性では7位に位置します。2020年に死亡原因の3位になることが予想されています（図3）。



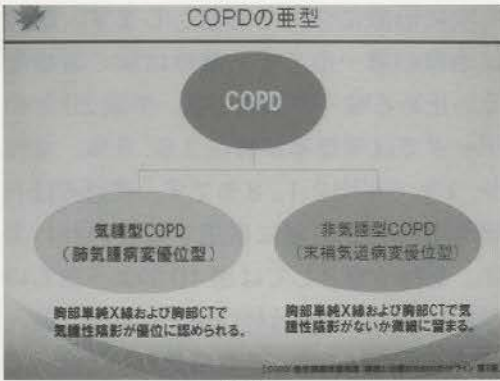


図1

日本における死亡順位(2009年)

| 全体 | 男性 | 女性 |
|--------------|------------|---------------|
| 1. 悪性新生物 | 1. 悪性新生物 | 1. 悪性新生物 |
| 2. 心疾患 | 2. 心疾患 | 2. 心疾患 |
| 3. 脳血管疾患 | 3. 肺炎 | 3. 脳血管疾患 |
| 4. 肺炎 | 4. 脳血管疾患 | 4. 肺炎 |
| 5. 老衰 | 5. 不慮の事故 | 5. 老衰 |
| 6. 不慮の事故 | 6. 自殺 | 6. 不慮の事故 |
| 7. 自殺 | 7. 急性呼吸性不全 | 7. 腎不全 |
| 8. 腎不全 | 8. 腎不全 | 8. 自殺 |
| 9. 肝疾患 | 9. 肝疾患 | 9. 糖尿病 |
| 10. 慢性閉塞性肺疾患 | 10. 老衰 | 10. 大動脈瘤および解離 |

[厚生労働省 平成21年人口動態統計]

図2

死亡原因ランク

| 1993年 | 2009年 |
|-------------------|------------------|
| 1. 虚血性心疾患 | 1. 虚血性心疾患 |
| 2. 脳血管疾患 | 2. 脳血管疾患 |
| 3. 下部呼吸器疾患 | 3. 急性呼吸器不全(ARDS) |
| 4. 下部呼吸器疾患 | 4. 下部呼吸器疾患 |
| 5. 分娩に伴う障害 | 5. 呼吸不全 |
| 6. 慢性閉塞性肺疾患(COPD) | 6. 交通事故 |
| 7. 肺炎 | 7. 肺炎 |
| 8. 癌 | 8. 腎臓 |
| 9. 交通事故 | 9. HIV |
| 10. 呼吸器病 | 10. 自殺 |

図3

COPDの診断

肺機能検査で

$$\frac{\text{1秒量}}{\text{努力肺活量}} = \text{1秒率} < 70\% \text{を満たす}$$

最大限に息を吸えるだけ吸い、それを思い切り強く吐き出した空気の大最量「努力肺活量」と、最初の1秒間に吐き出せる空気の大最量「1秒量」を測定し、「1秒量」を「努力肺活量」で割った「1秒率」を算出します。

この1秒率が70%未満の場合は、COPDの可能性が有ります。

図4

COPDの診断は肺機能検査が有用です(図4)。1秒率が70%未満の場合はCOPDの可能性が有ります。胸部レントゲン写真(図5)、胸部CT検査(図6)を示します。その他に6分間歩行試験も行われます。最近の知見として肺気腫合併肺線維症(Combined pulmonary fibrosis and emphysema: CPFE)という概念が有ります。上肺野に優位に肺気腫・下肺野に繊維化病変を認める病態です。肺機能検査では1秒率が70%以下に至らず、動脈血液ガス分析でもPCO2は正常に近くなり、診断に難渋します。胸部レントゲン写真と胸部CT写真を示します(図7図8)。

検査(1)

画像診断

1. 胸部単純X線写真

過膨張し肺野の透明性の亢進(黒っぽく見える)横隔膜平低下(平たくなる)

図5

COPDのCT画像

| | |
|----|-----|
| 軽症 | 中等症 |
| 重症 | |

図6

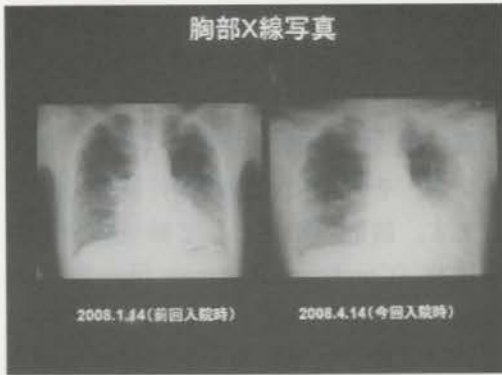


図7

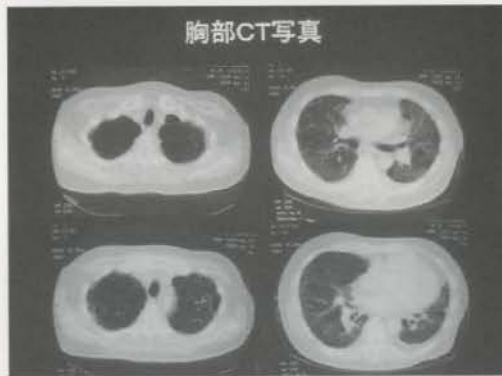


図8

肺の聴診についてお話しします。聴診における複雑音は図9のように分類されます。Rhonchi（ロンカイ）はいびき様の音で大きな気道の分泌物の音です。Wheeze（ウィーズ）は笛声音と表現され高調な連続性ラ音、気管支喘息などに聞かれます。Fine crackles（ファインクラックル）は捻髪音といわれ、バリバリ、メリメリという感じで細かい、音の小さい断続性ラ音です。主に間質の浮腫があるときに聞かれます。Coarse crackles（コースクラックル）は水泡音と訳されブツブツという粗い、音の大きい断続性ラ音です。肺炎に代表的な肺音です。胸部の聴診は前面6カ所・背面8カ所まんべんなく聴診してください。

次に治療についてお話しします。禁煙は治療の第一歩です。禁煙は肺の破壊をくい止める唯一の治療です。平成20年のデータでは喫煙率が男性36.8%、女性9.1%で平均21.8%です。喫煙者は非喫煙者の約5倍癌に罹患するといわれます。薬物治療としては図10のようなものがあります。治療は経口薬ではなく、吸入薬が推奨されます。それは飲み薬と比べて少ない分量で気管支に高濃度で行き渡り、直接気管支に到達するためです。吸入治療薬のラインナップです（図11）。吸入ステロイドとそれに長時間作用型β刺激吸入薬を加えてものがあります。なによりも正しく吸入していただくことが重要です（図12）。外来ではマンツーマンで動作を大きさ気味に指導してください。患者さんによってはとんでもない使い方をしている人

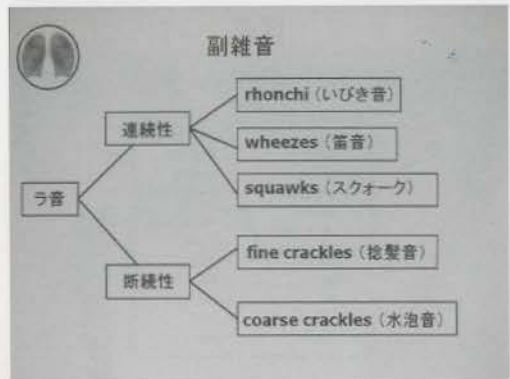


図9

| 薬物治療 1 | |
|--|---------------------------------------|
| 気管支拡張剤 気管支を広げ、空気の通りを良くし、 息切れの症状を改善する | |
| ・抗コリン吸入薬 (LAMA) | → スピリーバ |
| ・β2刺激吸入薬・貼付薬 (LABA) | → セレベント ホクナリンテープ オンプレス オーキシス |
| ・テオフィリン製剤(内服) | → テオドール ユニフィルなど |

図10

があります。芳香剤のように置いておいたり、粉を口に垂らして使ったり、吸ったり吐いたりを繰り返す人もおります。気をつけてください。COPDの急性増悪が死亡の原因になります。また、心疾患や精神疾患・糖尿病とも関連があり、実地医家で治療中の患者さんの中にたくさん潜んでいるかもしれません。是非肺機能検査をして見つけ出して欲しいものです。

薬物治療 3

吸入ステロイド → フルタイド、バルミコート、キューパール
オルベスコ、アズマネックス

吸入ステロイド+長時間作用型β刺激吸入薬
(ICS+LABA)
→ アドエア、シムビコート

- ・気管支の炎症を抑える
- ・増悪回数を減らし、生活の質(QOL)の悪化速度を抑制する。
- ・気管支喘息との合併症例に有効

図 11

吸入指導方法

- ・大きさに手本を見せる
- ・何回も繰り返す
- ・少し厳しく評価する

図 12

最後に山口県では主な総合病院に勤務している勤務医は消化器 106 名・循環器 113 名・呼吸器内科 18 名で、呼吸器の専門医が極端に少ない傾向にあります。特に山口医療圏では防府市を含めてわたくしのところである山口赤十字病院にひとりとなっております。これは異常事態でありますので、是非かかりつけ医であります皆さんにご協力いただき肺疾患の早期発見と安定期の治療、必要であれば専門医への紹介など、専門医との地域連携に積極的に参加いただけますようお願いいたします。ありがとうございました。





しみず医院 清水 敏昭

釣りバカ日誌Ⅱ

1. この1年で釣れたもの。

船釣りを始めて5年、いつのまにか本当の「釣りバカ」になってしまった。ここ1年間の釣行回数は52回(ほぼ週に1回)。釣った魚の種類は33種類で、最も多く釣ったのは真鯛の140匹。変わった獲物としては、なまこ、ウミヘビ、シュモクザメ…そして一番の大物は地球(「根掛かり」ともいう)。

2. テンヤ釣り

今年に入ってから、北九州大里港の「S丸」をよく利用している。この船は真鯛釣りのテンヤ船で、「テンヤ」という針の付いたおもりに生きたエビを1匹付けて真鯛を狙う。何度も釣りに行っていると、同じ場所でも海の状況は1度たりとも同じではないことがわかる。前日は爆釣したのに今日はさっぱり釣れないということが結構ある。潮の流れ方や速さは常に変化し、風の強さや向き、潮の濁り方や水温、陽のあたり方などで魚の居場所や食欲がころころ変わる。従って、海底の状況をイメージしながらその時一番魚の反応する仕掛け(テンヤ)を選び出し、魚の最も反応する

誘い方で誘って真鯛を掛ける。

先日某製薬会社の人と釣行したが、隣で釣っているのに彼は真鯛0匹、こちらは75センチ他12匹釣れた。経験がものという釣りなので、自分だけ釣れるとどんどんはまってしまう(お調子者)。釣った魚は生簀で生かし、港に帰ってからメて血を抜き、神経メ(脊髄を破壊し魚の死後硬直を遅らせる)までして、内臓と鱗を処理して家に持って帰る。我が家では「釣った魚は釣った人が処理する」という厳しいルールがあるので、できるだけ船で魚を処理して持って帰らないと後が大変なのだ。

3. 24時間釣行

一度だけ24時間釣行に挑戦した。

午前2時半起床し、3時に光の自宅を出て4時半に大里港へ。午前5時出航のS丸に乗り真鯛釣りへ。真鯛、甘鯛等釣り午後4時半港着。そのまま同じ港のH丸に乗り換え、午後5時出航のイカ釣りへ。剣先イカを釣り午前1時半港着。その後車で光へ。自宅に着いたのはちょうど午前3時だった。家に着いて思った。「3時に出て3時に変えるってすごくない？」

いくら「釣りバカ」でも24時間釣行はその後していない。

4. 漁船転覆事件

昨年8月、船長が天気予報では出航可能と判断し午前5時出航。角島沖を目指して行くが雨が降り出し、徐々に風が強くなる。すでに沖に出ていた仲間の船から引き返した方がよいと連絡あり途中で引き返す。その帰り道に転覆している漁船を発見。すぐに海上保安庁に連絡し、周辺の捜索を開始。もう釣りどころではない。海保の巡視船が到着し後はまかせて帰港。この

日は響灘で突風が吹いて漁船とプレジャーボートが転覆し、プレジャーボートの人は救助されたが、漁船の船長は死亡し漂流しているのを発見された。釣りに出て釣り糸を垂れることなく帰ったのはこの日だけである。

5. 魚料理

週に1、2回魚を釣って帰ると魚料理が(嫌でも)上達する。刺身はすぐ飽きるの
で昆布メにしたり酒蒸しにしたり和風、洋風と…それでも食べきれない魚は従業員にあげるととっても喜ばれる。

6. 結語

遊んでお土産があるっていいと思いませんか？

魚を食べてくれる人募集中です。すぐ料理できるよう処理済です。



転覆した漁船



ひらめ 92 cm



今年9月に釣った86 cmの真鯛



昨年釣り雑誌の取材で一緒になった釣りガールの秋丸美帆さんと



河内山医院 河内山 清

病院と病人

我輩は猫で・・はない。我輩は人間である。而もビョーニと云う名のオマケの付いた人間である。そう珍しくはないけど、あまり好ましくはないと思われている人間である。

某月某日某時刻、某病院（最高でも最低でも県内）へ入院いたしました。

体温が熊谷市よりも2～3度高くなったからです。何科へ入院したの？

婦人科でないことだけは確かです。何という病気で入院したの？。知恵熱でないことだけは確かです。

病室へ案内され、貫禄の看護師さんから、私の0歳からこんにち十歳迄の行状罪状の尋問がありました。尋問といっても優しく丁寧詳細に問はれましたので、こちらの方からも優しく丁寧にお答えしました。病院の初印象は三つ星。あとで聞いたのですがあれが病歴聴取というのだそうです。それで詐欺とか脅しとか窃盗とかいじめとか合意の強姦とか、問はれたらドキッとして返答に困るような尋問はなかったのですね。なんてったって起訴されるようなことが無くてよかったですなあ。

入れ替わるようにして入って来られたの

がまだうら若き女人一人（いちにん）。
なにやらむ衣らしきものを顔の高さで捧げ持つて、しづしんづと入って来られました。さては若しや天（あま）の羽衣にてや候らむかと胸を躍らせ近づき見れば・・・やア、これは寝巻なり。女人曰く之れ病衣なりと。病衣やてエ。

ちょっとものをお尋ねいたしやすが、この病衣ってのは之を着ると病気が良くなるものなのでっか、それとも病気が悪くなるものなのでっか？

勿論病気が良くなるのです。ほんまにほんまでっか？。本当です、私は嘘は申しません。若しほんまやったらな、これを着た患者さん皆んな快くなって退院しやはるで。病室空っぽや。おたくの仕事もなくなるんやないの。それでよろしいんですか。

それは困ります。真実一路、純情一途とお見受けするこの乙女ご、困惑顔、憂い顔。おそらく今夜は思い悩んで眠れぬ一夜を過ごされるんだろうなあ。つい何時もの悪い癖、へらず口をたたいちまって。すまねえ、ご免な、純情一筋さん。

消灯時刻も近くなって来ました。やって来られたのは新米とベテランの中間位の看護師さん。中肉中背笑顔の素敵な天使さん。私の入院初夜ですから気を使って来て下さったのでしょう。夜中に何かあったらこの緊急呼び出しベルを押して下さいね。どんなことでもいいんですよ。遠慮しないでね。どんなことでもお呼びしていいのですね。そうです、どんなことでもご遠慮なく。

シメシメ。彼女には俺の正体まだバレてないらしいな。どんなことでもいいですよなんて言って呉れたよな。今夜のお楽しみ。ウトウト少し眠ったらしいが寝苦しくて目が覚めました。あ、そやった。緊急ベルを

押すんやった。

少しは気がとがめながらもベルを押す。息せき切って駆けつけて来た彼女、どうしました？。まあそなに慌てなさんな。苦しうない、もそっと近う近う。

何処か苦しいんですか。苦しうないって云うてんがな。あのな、ふっと目が覚めたらな急にあんたの素敵なお顔が見たくなたんや。ただそれだけなんや。さっきどんなことでもいいからって云っただろ。彼女どんな反応を示されるのだらうとおそるおそる顔を見てみますと、これは不思議、摩訶不思議。怒りと嬉しさを混ぜ合わせたような顔をしておられます。器用なんやなこの人は、こんな表情見たことないで。彼女ハッとわれにかえて、あとすぎりし乍ら申されました。

呼び出しベルって体の具合の悪い時だけ押して下さいね。夜勤の私等、残念ながら世間話のお相手してる暇なんて無いのです。申し訳なさそうな様子（こちらで勝手にきめるな）で部屋を出て行かれました。

何時のまにか又ウトウト。そして又パチクリお目覚め。体の具合って云ってたな。よし今度こそとベルを押す。先程のことがあったからでしょう、やや重い足取りでやって来た彼女に向かって云ひました。あのな。俗名鼻くそって知ってるよな。うちには電気団扇しかなかったから。こんなことなかったのに、所変われば品かわる。ここは冷房効いてるから年寄りの水っ漬が出口で凍結しちまって、後から出てくるやつも全部凍ちちまって両方の鼻の穴完全閉塞しちまって呼吸困難なんや。はなくそ全部取ってしまはんと死にじまうかも知れへん。

でもな、ピンセットなんかで取って粘膜傷つけちまうと、俺、薬飲んでっから出

血止まらへんで。指先に何回も唾つけて軟らかく優しくほじってゆくしかないんや。どうだい白衣の天使さん、やって呉れるかい。往復ビンタぐらい来るかと思っていましたが、さすがは躰のいい病院。伏目、だんまりでことすみました。

然しです。この次ベルを押すのは生死にかかわるような時だけにして下さいね、とやさしく諭すように云って静かに出てゆかれました。私の完敗です。

ベルは生死にかかわるときだけだってさ。云って呉れたわな。そんなら男の死にざまみせてやろうじゃないの。今度はベルをたてつづけさまに2～3回、そして断末魔を思はせるように又3～4回。マツツアオな顔してさっきの看護師さんともう一人看護師さん二人で来られました。ハアハアア、ヒィヒィ、フッフ、今度は生死にかかわるんやで。覚悟しときいや。自分の体のことは自分が一番よく分かるって云うよな。マジ私はもう10分ぐらいたら死にそんな気がするんや。考えてみりゃあ私の人生、あんまりいいことなかった。心の底から笑ったことなんてなかった。せめて死ぬ時だけでも笑ひながら死んでゆきたいんや。なー。私の気持ち分かるやろ。

そこで貴女方に頼みや。最後の頼みや。もう迷惑かけんからな。私の死ぬまで、おそらく10分もかからんと思うけどな、二人して私の足の裏をくすぐって貰いたいんや。出来ればリズムカルに強、弱、中強弱、弱ってな調子でな。

私が号令かけたら始めて呉れよな。ヨーイ、ドン。 あっ、こそばゆい、こそばいい、そこやそこ、効くウ効くウ、もそっと強くウ、あっ、たまらへん、もうこたえられへん。あッはッはッハッ、いッひッひッひッひィ、うッフッフ、エッヘッへ、

おッホオー。遂にお時間となりました。
私の魂は一直線に天国へ。

翌朝、よくお眠りになられましたか、という看護師さんの声にびっくり仰天。飛び起きました。俺ってたしか昨日の夜中に天国へ行ったはずなんだがな、どうして今此処に居るんだらう、なあ看護師さん。俺まだらボケやから、何んにも覚えてへんで。さあ、よくは分かりませんが天国で、こんな変な人、入国お断りって今流行の反対デモ集会でもあったんちゃいますか。そうかなあ、その可能性充分ありだしなあ。だけど惜しいことしちゃった。入り口まで行ったのに。絶好のチャンスやったのにィ。

看護師さんが熱をはかって血圧を測りはじめられました。あんたの指きれいやな、白魚みたいやで。皆さんそうおっしゃいます。手の平見せてごらん。

僕これでもな、手相見の名人なんやで。百発百中や。えーとこの線、ずーっと上から来とらへんな。あんた宇宙人やない、地球人や。それに顔見たら、しもぶくれの京美人や。だからあんた日本人に間違いない。どうや当たったやろ。

お見事、当たりました。でもね、患者さんがね、時々私の顔を見て、お前さんベトナム人の看護師さんやろって云ひはんね。あんたはんは一発で日本人やと云うて呉れはった。嬉しいわん。お礼に何か痛い注射でもしてあげまひよか。

かんにん、かんにんやで。ベトナム人にも白魚のような指した人居るんかなあ。

それからな、此処の線、これが少し凹んでるやろ。男性のパヤイは少し凸形になってんのや。あんた性別は女やろ。当り、また当たりました。宝くじとはえらい違いや。しかし性別なんか当てて名人って云ははるのは、ちと誇大広告になるんとちゃいます

か。ちょっと信用でけんようになって来たでこの人。それからやな今度は年齢、年回りの問題。この人何歳かびたりと当てる。これが一番難しいんや。名人の腕のみせどころなんや。どれどれ。あっ、この線、これが此処で止まつちよる。あんたまだ若い。ピタリ来年成人式やろ。そうだよな。目をあげて彼女の顔を見ますと彼女苦笑い。違ってた？。そんなことない害なんやがな。

も一度見せてみろ。おやおや、さっきは見間違えてた。生命線ここ迄延びてるがな。さっきの来年が成人式と云ったのは、あんたの娘さんのことやったんや。

やっぱり当たりやろ。それにしても、あんた若かぶりやなあ。いくつの時に結婚したの？。私は中学生の時にあの子を生みました。へー、ええ根性してるなあ。

それでももうお孫さん居るの？。まさか。だれか其処でオナラしたな。誰や其処ですかしっぺしたな

7月休日診療所当番医報告

| 7月 | | 内科系 | 外科系 | |
|--------|-------|-----|-----|----|
| | 1 (日) | 21 | 10 | 31 |
| 8 (日) | 23 | 11 | 34 | |
| 15 (日) | 13 | 6 | 19 | |
| 16 (月) | 20 | 12 | 32 | |
| 22 (日) | 9 | 10 | 19 | |
| 29 (日) | 15 | 7 | 22 | |
| 計 | 101 | 56 | 157 | |

8月休日診療所当番医報告

| 8月 | | 内科系 | 外科系 | |
|--------|-------|-----|-----|----|
| | 5 (日) | 14 | 16 | 30 |
| 12 (日) | 12 | 13 | 25 | |
| 14 (火) | 21 | 10 | 31 | |
| 15 (水) | 23 | 6 | 29 | |
| 19 (日) | 18 | 8 | 26 | |
| 26 (日) | 4 | 15 | 19 | |
| 計 | 92 | 68 | 160 | |

9月休日診療所当番医報告

| 9月 | | 内科系 | 外科系 | |
|--------|-------|-----|-----|----|
| | 2 (日) | 17 | 1 | 18 |
| 9 (日) | 18 | 4 | 22 | |
| 16 (日) | 23 | 9 | 32 | |
| 17 (月) | 30 | 14 | 44 | |
| 22 (土) | 22 | 3 | 25 | |
| 23 (日) | 9 | 17 | 26 | |
| 30 (日) | 5 | 10 | 615 | |
| 計 | 124 | 58 | 182 | |

入会・退会会員

10月1日付 入会

B会員

市川医院

内科・消化器科 市川 淳二

済生会 八幡総合病院より

光市立光総合病院

耳鼻咽喉科 平田 加寿子

☆ これからの行事予定 ☆

- | | | |
|-----|---------|---------------------------|
| 10月 | 2日 (火) | 学術講演会 |
| | 9日 (火) | 理事会 |
| | 25日 (木) | 山口大学附属光中学校 AED 講習会 |
| | 30日 (火) | 月例会・学術講演会 |
| 11月 | 6日 (火) | 学術講演会 |
| | 13日 (火) | 理事会 |
| | 17日 (土) | 第3回市民公開講座 於：あいばーく光 14:00～ |
| | 22日 (木) | 光三師会懇親会 於：ホテル松原屋 19:00～ |
| | 27日 (火) | 月例会・学術講演会 |
| 12月 | 11日 (火) | 理事会 |
| | 13日 (木) | 忘年会 於：ホテル松原屋 |

緑友会ゴルフコンペ成績

平成24年7月1日

| 順位 | 名 前 | IN | OUT | GR | HDCP | NET |
|-----|-------|----|-----|-----|------|-------|
| 優 勝 | 赤崎 信正 | 51 | 45 | 96 | 14.0 | 82.0 |
| 準優勝 | 兼清 照久 | 47 | 46 | 93 | 10.0 | 83.0 |
| 3 | 平田万三志 | 41 | 44 | 85 | 1.0 | 84.0 |
| 4 | 森本 博士 | 44 | 48 | 92 | 5.0 | 87.0 |
| 5 | 横山 宏 | 47 | 45 | 92 | 5.0 | 87.0 |
| 6 | 諏訪 高志 | 48 | 52 | 100 | 10.0 | 90.0 |
| 7 | 南 典文 | 52 | 58 | 110 | 18.0 | 92.0 |
| 8 | 光武 達夫 | 55 | 51 | 106 | 12.0 | 94.0 |
| 9 | 守田 忠正 | 52 | 50 | 102 | 6.0 | 96.0 |
| 10 | 前田 昇一 | 54 | 53 | 107 | 10.0 | 97.0 |
| 11 | 田中 博幸 | 48 | 60 | 108 | 7.0 | 101.0 |
| 12 | 藤村 朴 | 58 | 57 | 115 | 10.0 | 105.0 |

DC ⑭田中

NP ④平田 ⑧南 ⑩横山 ⑮守本

ドラ短 前田

編集後記

いつも夏になると「今年の夏はあついですね」といいます。けど、今年の夏は格別でした。べとつくような暑さというよりはフライパンの上にいるような灼熱の猛暑。節電のために、なるべく冷房は控えていたのですが、我慢していると室内でも熱中症になりそうで、つい扇風機の前に座り込んでしまいます。お盆に田舎に帰るとさほどでもない、やはり田舎は緑が多いせいかすこしばかり過ごしやすいようです。身の回りを見回せば下はアスファルトにコンクリート。緑は少ないし、家は密集しているうえに室外機からは熱風が吹き付ける。人の多く住む街がヒートアイランドと化するのも当然のこのように思われます。

虹ヶ浜に写真を撮りに行きました。空にはトンビがくると輪を描いてのんびりと空を泳いでいました。高いところからみると人間の営みが違って見えるだろうなあって思ってしまう。今年はおおかたの世間の反対意見をよそ目に消費税増税が決定されました。一部で原発も再稼働され、その建設も再開されました。東北大地震による津波は約二万人の犠牲者を出しましたが、それに伴い放射能という津波が東北地方とその太平洋側の海域に今もなお広がりつづけています。実は経済でも大きな津波が押し寄せて表面的には見えない甚大な影響を及ぼしています。実質20兆円とも30兆円ともいわれる経済対策の資金が投入されているにも拘わらず、経済状況の動向は好転の兆しさえも見せません。おそらく1930年の世界大恐慌に匹敵するかそれ以上の経済的ショックが起こっているものと思われます。デリバティブの破綻で100兆ドルとも200兆ドルともいわれる仮想資産・市場が崩壊の危機にあります。

いうまでもなく有史以来最大の世界中を巻き添えにした未曾有の経済危機です。そんな中で日本の舵取りをする人たちは自分たちの身を守ることに汲々としていて国民の生活と希望に目を向けようとしていないように見えるのは大変残念なことです。

今期は特に変わったイベントはありませんでした。7月に納涼懇親会と9月に合同症例検討会です。講演会は岩国市医療センターの貴船雅夫先生に鎮痛薬の使い方について、周南市の原田和佳先生にうつ病について、山口赤十字病院の國近尚美先生にCOPDについてお話しいただきました。いつもながら目から鱗で先生方の学問的見識の高さと自らの勉強不足を思い知らされるばかりです。市民公開講座は大変好評で2回目は腰痛症について光市立光総合病院の桑田憲幸先生にお話しいただきました。100人以上の聴講者が聞き来られ、興味深く聞き入っておられる姿は私たちを勇気付けてくれるものでした。7月に行われた認知症講演会は慶応大学の三村将先生をお招きし、最近の知見と新しい薬剤についてお話しいただきました。認知症治療薬は新しいものがどんどん発売され、その治療方法も日々躍進しています。高齢人口比率が世界一の増加率を示す日本ですが、どのようにして高齢化社会に対応していくか世界の大実験が行われようとしています。メディカルエッセーは清水敏昭先生にお願いいたしました。個人的に大変立派な鯛をいただいたこともあり、その釣りバカぶりをご披露いただきたいと思いお願い致しました。河内山清先生からも天のお声のような一筆をいただきました。大変ありがとうございました。(KT)

| | |
|-----|---------------------------|
| 発行所 | 光医師会 TEL(0833) 72-2234 |
| 発行日 | 平成24年 11月1日 |
| 発行者 | 平岡 博 |
| 編集者 | 広報担当 |
| 印刷所 | 光市光井一丁目15番20号 中村印刷株式会社 |