平成28年6月30日

砺波医師会誌
杏和だより

第205号

◇◇◇ 目　　次 ◇◇◇

〔時　　評〕 ・急患センターにようこそ…？ …… 金井　正信　2
〔活動報告〕 …… 3
〔追　　悼〕 ・故　千保延江先生を偲ぶ …… 福井　悟　6
・平川秋彦先生を悼む …… 河合　康守　7
〔砺波医師会・砺波市歯科医師会合同研修会〕
・新抗凝固薬について …… 加藤　武史　8
・ビスホスホネートについて …… 由良　晋也　10
〔散 居 村〕 ・節目の年に …… 福井　靖人　12
・空き家を取り壊しました！ …… 藤井　正則　13
・休日の過ごし方・・・ …… 伏木　弘　14
・「おすすめのカメラは？」への回答 …… 古谷　陽一　16
・となみチューリップフェアにて …… 槙本　伸哉　17
・予防接種雑感 …… 柳下　肇　18
・北陸新幹線開業１年目に思う …… 柳澤　伸嘉　20
・若冲にあこがれて …… 山下　泉　21
・内科医となって …… 山下　直宏　22
・ネットラジオの楽しみ …… 山下　良平　23
・うまくやればやるほど・・・ …… 山田　泰士　25
・正常・異常なし・普通　と異常 …… 山本　郁夫　26
〔新入会員紹介〕 …… 砺波サナトリウム福井病院　齋藤チカ子　27
…… 市立砺波総合病院 内科　深谷　良　28
〔編集後記〕 …… 網谷　茂樹　29

発行所　砺波市幸町６番４号
公益社団法人　砺 波 医 師 会
発行人　砺波医師会長　金 井 正 信

時　評

急患センターにようこそ…？

力耕会　金井医院
金　井　正　信

急患センターができてから、今ここにいる人は急性期なのか？といったことを時々考えるようになりました。

小院でのことですが、診療終了直前に三日間便の出ないおばさんがきました。少し腹が張っているけど痛みも吐き気もない。手術歴もない。明日まで待っててもいいのにと思いながら事情をきいてみました。過去に、同じことがあって様子を見ていたところ、夜間に強い痛みに見舞われ、夜間外来（私たちの急患センターではない）に行ったとのこと。当直医に、ウンコしに来たの？と言われ、浣腸してもらって、帰ったそうです。トラウマになっているようで、同じことでは行きたくないので今来たとのこと。診てみてもあまり急ぐ要素もないのですが、浣腸してあげました。彼女の中では、夜間外来は、ずいぶんと敷居の高いところとなっているようで、これからも腹痛ではかかれないところのようでした。

昔クイズ100人の子供に聞きましたといったような名前の番組がありました。お父さんがタバコをのむのはなぜ？1位の回答はおいしいからでした。みんなが野菜を食べないのはなぜ？まずいから。といった感じの回答が続き、それなりにさわやかな感じを受ける番組でした。もしなんで夜間外来に来たのと聞いたらどんな答えが返ってくるのか？　たぶん辛いからとか心配だからといった回答が多くて、明日仕事だからとか、今まで仕事していたからといった回答はないと思います。

私たちにとって仕事を終えてからの准夜勤務は愉快なものではありません。しかし、軽症受診者にも、急患センターに来た人は、つらくて心配だから来た、重症でなくて良かった、本人の苦痛と不安を取り除くことができたと思って快くみていきたいと思います。（ずるいやつがいるのは事実です）

きついことを言って敷居が高くなり発病早期に受診しにくいようでは何の意味もありません。夜間外来は、敷居の低いところであるべきです。こんなんでなんできた、ウンコしに来たの？は禁句です。受診の遅れは重症化の最も高いリスクです。必要な人が来にくいのでは急患センターの価値はありません。

もう一つ、私たちの在宅でかかえる患者さんは、政策的な在宅医療への誘導もあり、今後、増えそうな気がします。一方で、1年に1歳ずつ砺波医師会のA会員の平均年齢は上がっていて、かかりつけ医が一人ずつでは夜間の医療を担いきれない現実もあります。私たちにとっても、私たちの担当する患者さんにとっても、急患センターの意味は重大です。急患センターは、我々医師会会員のためにもあるように思えてなりません。

これからもよろしくご協力をお願いします。

活動報告

（平成 27 年 11 月～平成 28 年 4 月まで）

平成 27 年 11 月

4 日　砺波在宅医療支援センター研修会

6 日　救急医療委員会（県医）

7 日　砺波准看護学院創立 50 周年記念式典

9 日　第 9 回理事会

砺波在宅医療支援センター運営委員会

10 日　砺波地域医療構想調整会議

11 日　富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会

15 日　市民公開講座

もっと知ろう！聞いて得する！「おなか」の病気

「ピロリ菌ってなぁに？」

市立砺波総合病院　消化器内科　　稲邑　克久

「大腸がんってどんな病気？」

市立砺波総合病院　外科　　家接　健一

19 日　砺波地区病診連携カンファレンス

24 日　学術講演会

「改訂ガイドラインから読み解く骨粗鬆症対策」

金沢大学大学院　先進運動器医療創成講座　特任教授　　山本　憲男

26 日　平成 27 年度砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会

平成 27 年 12 月

14 日　第 3 回砺波市福祉計画策定委員会

社会保険委員会（県医）

第 10 回理事会（移動）

砺波在宅医療支援センター運営委員会

17 日　市立砺波総合病院肝臓病教室

24 日　第 4 回砺波市福祉計画策定委員会

平成28年1月

12日　第11回理事会

21日　砺波地区病診連携カンファレンス

23日　富山県医師会と語る、新春の集い　医療政策セミナー

富山県医師連盟執行委員会

25日　学術・生涯教育委員会（県医）

26日　学術講演会

「クローン病の治療　～外科医の立場から～」

市立砺波総合病院　大腸肛門科　部長　　田畑　　敏

27日　平成27年度砺波地域災害医療連携会議

29日　砺波医師会・砺波市歯科医師会合同研修会

平成28年2月

3日　砺波准看護学院 平成28年度一般入試合否判定会議・運営理事会

8日　平成27年度第2回臨時社員総会

第12回理事会

砺波在宅医療支援センター運営委員会

9日　砺波准看護学院入試合格発表

地域から医療・福祉を考える会

12日　第2回砺波厚生センター地域・職域連携推進協議会

砺波地域医療推進対策協議会　在宅医療部会

14日　砺波市在宅医療・介護連携推進研修会

16日　砺波地域産業保健センター第2回運営協議会

18日　市立砺波総合病院肝臓病教室

平成27年度砺波医療圏結核予防医師研修会

「管内の結核の現状と結核管理について」

富山県砺波厚生センター　所長　　大江　　浩

「免疫低下患者の結核発症リスクの増加と対策」

高岡市民病院　副院長　　渡辺　　彰

19日　富山県医療審議会　地域医療構想部会

22日　第5回砺波市福祉計画策定委員会

23 日　学術講演会

「循環器疾患と高尿酸血症　～なぜ尿酸を下げるのか？～」

福井循環器病院　循環器科　副院長　　水野　清雄

平成 28 年 3 月

1 日　産業医研修会

「事例検討会」

富山産業保健総合支援センター相談員　　大橋　信也

3 日　第 50 回砺波准看護学院卒業式

4 日　富山県在宅医療支援センター運営協議会

7 日　県・郡市医師会協議会

8 日　第 13 回理事会

砺波在宅医療支援センター運営委員会

広報委員会（県医）

17 日　砺波地区病診連携カンファレンス

20 日　平成 27 年度第 3 回臨時社員総会

学術講演会

「DPP － 4 阻害薬および、SGLT2 阻害薬の有効性と安全性」

京都薬科大学　薬物動態学分野　教授　　栄田　敏之

22 日　砺波医師会・南砺市医師会合同研修会（診療報酬改定説明会）

23 日　平成 28 年度診療報酬改定に伴う集団指導（医科）

24 日　第 191 回富山県医師会臨時代議員会

25 日　富山県医療審議会・富山県医療対策協議会

平成 28 年 4 月

7 日　第 52 回砺波准看護学院入学式

平成 28 年度第 1 回広報委員会

11 日　第 1 回理事会

20 日　地域医療・保健事務懇談会

21 日　市立砺波総合病院肝臓病教室

26 日　学術講演会

「消化管疾患のトピックス」

富山県中央病院　内科　消化器内科　医長　　松田　耕一郎

追　悼

故　千保延江先生を偲ぶ

砺波サナトリウム福井病院
福　井　　悟

まだ松の内を過ぎたばかりの1月8日のこと、先生の1月1日ご逝去の報に接し、かねてご療養なさっている旨を耳にしながらも余りの早さに驚きの念を隠せませんでした。享年92歳でした。

先生は大正14年3月14日ご出生。昭和22年帝国女子医専（東邦大学医学部）をご卒業になり、昭和25年9月～28年9月現在の砺波総合病院にご勤務になりご研鑽の後、昭和28年10月1日砺波市安川の地でご夫君の歯科医の先生のもと内科・小児科医院を開設されました。以来慈母を思わせる温かさと優しさと卓越した技量からたちまち庄東地区はもとより市内一円からの信望厚く地区の医療向上のためにご活躍されました。更には日頃の診療の傍ら地区の小・中学校、幼稚園・保育園、砺波学園などの校医、嘱託医として地域の健康、保健、福祉にご尽力賜りました。

我々の駆け出し時代には、先生はじめ故 吉田頼子先生、故 村中美智子先生、さらには福光の故 松井壽美子先生、福野の故 中島よし子先生など夫々に一家を成し、先達としてご指導を賜りました。

先生とは故 吉田頼子先生ともども杏和会などで久しくお付き合いいただきましたことなど懐かしく思い出されます。

先生は平成22年3月31日をもって閉院なさいましたが、その後は無理をお願いして翌4月1日から同年11月13日まで当院にお勤めいただきました。このように先生の生涯に亘る医療の道に果たされましたご功績は偉大なものがありました。

ここに改めてご遺徳を偲び併せてご冥福をお祈り申し上げます。

合掌

追　悼

平川秋彦先生を悼む

河合医院
河　合　康　守

平川先生は、去る3月16日冥途にむかわれました。85歳でした。

先生は昭和30年、金沢大学医学部を卒業されました。富来町の診療所を経て、昭和32年、砺波市中野診療所に赴任されて以来、中野地区の住民の医療に従事されました。また、昭和46年砺波市庄川町青島に平川医院を開設され、地域住民の医療活動に専念されました。一貫して豪雪地帯での50年以上の永きにわたる地域医療活動に対して、平成26年読売新聞社主催の医療功労賞を受賞されました。

先生は医療だけではなく幅広い趣味を持っておられました。囲碁、麻雀、ゴルフ等、幅広い分野でご活躍されました。特にゴルフは毎週日曜日には呉羽カントリークラブでご指導をして頂きました。最後まで残念ながら師匠を追い越すことができませんでした。当時砺波医師会では、故 伏木唯和先生、故 矢島　治先生、故 水木　隆先生、故 井村和男先生、等と一緒に、冬のゴルフツアーで、沖縄、鹿児島、高知、そして大阪等を巡り、楽しかった日々のことが思いだされます。先生は海外旅行が大好きで、亡くなられる前の最後の旅行はご家族と一緒に2度目のハワイであったと奥様にお聞きしました。

勿論、医師会活動でも数々の役職を務められました。県医師会の代議員、裁定委員、砺波医師会の理事、議長、そして顧問等の要職につかれました。

まだまだお元気で厳しい、ご指導を頂きたかった先輩でした。

ご冥福をお祈り申し上げます。

合掌

砺波医師会・砺波市歯科医師会合同研修会

新抗凝固薬について

金沢大学　医薬保健学総合研究科　幹細胞代謝学　特任准教授　　加藤　武史

新凝固薬について

患者本位の心房細動治療を目指して

金沢大学 附属病院循環器内科 / 幹細胞代謝学
加藤 武史

asahi.com　2004年 3月 5日

【長嶋茂雄氏入院】

長嶋さんは中程度の脳梗塞　右半身に軽いまひ　病院発表

振り出しの頃いで緊急入院したプロ野球巨人元監督でアテネ五輪の野球の日本代表監督を務める長嶋茂雄氏（68）の容体について、東京女子医大病院は5日、「左の大脳に中等度の脳梗塞（こうそく）が起きている。意識は保たれているが右半身に軽いまひがある」と発表した。病状から、長嶋氏が8月のアテネ五輪で日本代表の指揮をとるのは難しくなったとみられる。

記者会見した神経内科の内山真一郎教授によると、病名は心原性脳塞栓（そくせん）症。4日朝、心臓の左心房で不整脈の一種の心房細動が起き、心臓の中に血栓ができた。この血栓が血管を通って左の大脳で動まったとみられるという。意識はあり、問いかけには応じることができる。5日時点では、言語障害は起きていない。

心房細動診療の３ステップ

① 基礎疾患の検索

胸部Ｘ線写真・心電図・採血（甲状腺機能など）

② 抗凝固療法の適応決定

ワーファリン？　NOAC（新規経口抗凝固薬）？

③ 心房細動の治療方針決定

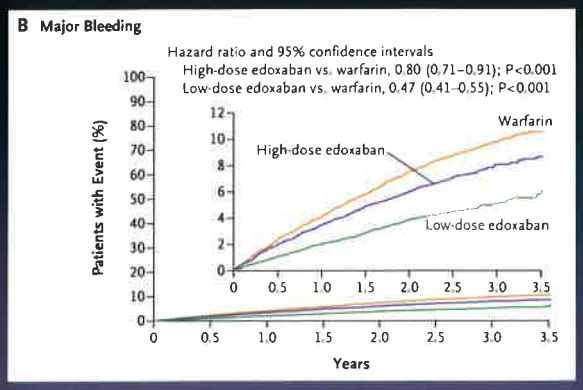
リズムコントロール？　レートコントロール？

CHADS$_2$スコア：塞栓症発症のリスク

	危険因子		スコア
C	Congestive heart failure/LV dysfunction	心不全，左室機能不全	1
H	Hypertension	高血圧	1
A	Age ≧ 75y	75 歳以上	1
D	Diabetes mellitus	糖尿病	1
S_2	Stroke/TIA	脳梗塞，TIA の既往	2
	合計		0～6

CHADS$_2$スコア：塞栓症発症のリスク

WarfarinとEdoxabanによる大出血



NOACの使い分け

患者特性	薬剤	理由
アジア人	アピキサバン ダビガトラン エドキサバン	NOACは有効性はVKAと少なくとも同等。 頭蓋内出血は少ない。 より使いやすい(モニター不要、食品、薬剤の規制が少ない)
高齢者	アピキサバン エドキサバン	合併疾患および高齢者(75歳以上)において頭蓋内出血の少ない薬剤を考慮
良好なVKA管理が困難な患者(SAMeTT2R2スコア＞2点)	どのNACでも	新規患者にはNOACを優先的に使用。ワルファリンの試用は避ける
腎機能低下例	アピキサバン	中等度～重度の腎機能低下例において出血合併症が少ない薬剤
VKAの良好な管理にも関わらず脳卒中の再発をきたす患者	ダビガトラン150mg	虚血性・出血性脳卒中の両方にベネフィットが示されている
出血リスクの高い患者(HAS-BLEDスコア3点以上)	アピキサバン ダビガトラン110mg エドキサバン	頭蓋内出血出現率が低い薬剤
消化管出血の既往	アピキサバン ダビガトラン110mg	消化管出血リスクを増加させない薬剤
服薬回数が少ない薬剤を好む患者	リバーロキサバン エドキサバン	1日1回投与

Shields AM, et al. J Intern Med 2015

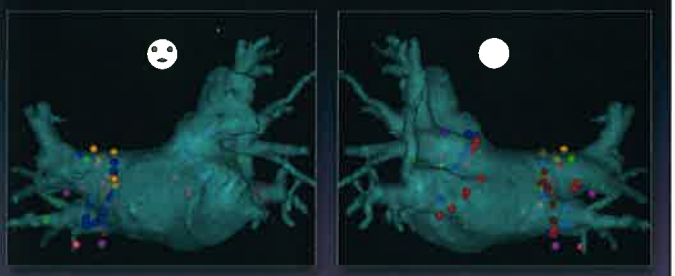
歯科治療と抗凝固療法

ワーファリンを継続した場合の出血合併症
31 / 5431 例 (0.6%)
死亡　なし

ワーファリンを中止した場合の塞栓症
22 / 2775件 (0.8%)
死亡　6件

Wahl MJ, et al. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015

CARTO Mergeを用いた拡大肺静脈隔離術



心房細動治療の現状

- 心房細動は進行性の疾患であり、抗不整脈薬の洞調律維持効果は限定的。
- 塞栓症のリスクを有する患者には抗凝固療法が必須
- 抗不整脈薬は生命予後を改善しないが、患者の症状を緩和することがある。
- 抗不整脈薬で症状が改善しない場合は、カテーテルアブレーションも有用。

心房細動診療の手順

④ 歯科的処置の際は

抗凝固薬は継続が基本

心房細動アブレーションがおすすめな患者さん

- 若くて（70歳未満）
- 症状が強い
- 発作性心房細動

いつでもご相談ください

砺波医師会・砺波市歯科医師会合同研修会

ビスホスホネートについて

市立砺波総合病院　歯科口腔外科　部長　　由良　晋也

ビスホスホネート系薬剤関連顎骨壊死
Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw;BRONJ

注射薬	適応症
アレディア	悪性腫瘍による高カルシウム血症 乳癌の溶骨性骨転移など
オンクラスト テイロック	悪性腫瘍による高カルシウム血症
ビスフォナール	悪性腫瘍による高カルシウム血症
ゾメタ	悪性腫瘍による高カルシウム血症 多発性骨髄腫による骨病変
経口薬	
ダイドロネル	骨粗鬆症 骨ページェット病など
フォサマック ボナロン	骨粗鬆症
アクトネル ペネット	骨粗鬆症

発症機序

- 強力な破骨細胞抑制能に伴う骨代謝抑制作用と骨代謝部への骨沈殿作用による骨硬化と血行喪失.
- 骨リモデリングの旺盛な歯槽突起部の骨は，高い骨代謝速度を有しビスホスホネート剤は選択的に歯槽部に沈着する.
- 放射線性骨髄炎と同様に，顎骨の著しい感染防御機転喪失を引き起こす.
- 歯肉歯槽粘膜の潰瘍，歯性感染病巣の存在，抜歯などの外科処置を契機に感染し，重篤な骨壊死が発生する.
- 抜歯後の感染60%.

疫　学

- 注射薬：経口薬=9：1
- 下顎：上顎=2：1，抜歯：非抜歯=6：4
- 米国口腔顎顔面外科学会：注射薬0.8-12%
- 豪州口腔顎顔面外科学会：
  注射薬0.88-1.15%，経口薬0.01-0.04%
- 欧州骨粗鬆症WG：注射薬95件/10万人年，
  経口薬1件/10万人年
- メルク社：経口薬0.7件/10万人年
  （10万人が1年間，5万人が2年間，2万人が5年間服用）
- 砺波医療圏人口15万人中1件/年　もっと多いのでは？
- 多発性骨髄腫：注射薬26%
- 骨髄腫：注射薬6.9%
- 乳がん：注射薬4.3%

診　断

- 骨の露出の8週間以上の継続
- 頭頸部への放射線治療の既往が無いこと
- ビスホスホネート製剤の治療の経験があること

治　療

- 有効な治療法は確立されていない
- 患者教育，経験に基づく保存的治療を推奨
- 外科的な処置は分離した腐骨の除去
- 休薬後の外科的な処置

- 当科での治療体系，治療例を後に述べる

予　防

- 現在，確実な予防方法はない.
- 専門職による口腔清掃，歯科治療前の抗生物質投与により，発症率は低下するという研究はある.
- 投与期間中の歯科治療回避のために，時間の余裕がある場合には投与開始前に歯科受診させる.
- しかしながら，ビスホスホネートの使用の遅れが生命予後に関係する場合もあり，判断は容易でない.

- 当科では，化学療法前，歯性病巣感染を疑う患者に対し，歯性感染病巣を外科的に短期間で除去している（後述）.
- ビスホスホネート使用前の患者にも，同様の対応が可能である.

危険因子

- 米国口腔外科学会
  コルチコステロイド療法，糖尿病，喫煙，飲酒，口腔衛生不良，化学療法薬

- 米国歯科医師会
  自然に発生ないし抜歯などの歯科手術，高齢（66歳以上），経口グルココルチコイド，歯周炎，BP系薬剤長期使用，癌患者，骨隆起やその他の外骨症

- 当科での印象
  ステロイドなど免疫用製剤，糖尿病，長期注射剤，不用意な抜歯，下顎隆起

処方医、薬剤師の先生方へ

1.注射用製剤投与患者の場合
(1)BP系薬剤投与に際しての患者への確認・説明
•歯科検診を受け，十分な検査を行うこと．
•外科的な歯科処置が必要と歯科専門医が判断する場合，可能な限り注射用BP製剤による治療の開始前に完了し，歯周組織の状態を良好にしておくこと．
•全身状態が許せば，注射用BP製剤による治療開始は，抜歯部位の粘膜形成が完了するか(14～21日）骨が十分に治癒するまで延期すること．
(2) BP系薬剤投与中に抜歯等が必要となった場合のBP系薬剤投与
•注射用BP製剤による治療を中止するべきか予見できるようなデータは存在しない．
•注射用BP製剤使用中に歯科手術が必要となった場合，手術部位が治癒するまで休薬することが推奨される．
•悪性腫瘍に伴う骨関連事象のリスクが高い患者では，注射用BP製剤による治療の継続を検討すること．

処方医、薬剤師の先生方へ

1.注射用製剤投与患者の場合
(3) BP系薬剤投与中にBRONJが発生した場合の対応
•癌患者が注射用BP製剤から得られる利点は主に骨痛の緩和及び病的骨折の管理である．注射用BP製剤の中止に短期的な有益性はない．しかし，患者の病態を考慮して投与を中止することが可能であれば，長期的には既に発症したBRONJの進行を防ぎ，また，別の部位での新規発症リスクの低下ならびに臨床症状の緩和に有益である可能性がある．歯科医・歯科口腔外科医及び患者と相談のうえ，腫瘍の治療を担当する医師がＢＰ治療の継続のリスクと利点を判断すること．
•悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症あるいは骨関連事象（骨痛や病的骨折）のリスクが高い患者では，注射用BP製剤による治療の継続を検討するべきである．また，そのリスクが高くない患者では，注射用BP製剤による治療の中止を検討するべきである．すべての症例で，歯科医・歯科口腔外科医と治療にあたる腫瘍専門医の緊密な連携が推奨される．

処方医、薬剤師の先生方へ

2. 経口製剤投与患者の場合
(1) BP系薬剤投与に際しての患者への確認・説明
•注射用BP製剤と比較して経口BP製剤服用の患者においては，抜歯に関連したBRONJ 発生リスクが低いとされている．しかし，歯科を受診した場合には経口BP製剤服用について歯科医にも伝えることが必要である．
•BRONJの発生を防ぐ最善の方法は，口腔衛生をよく保ち定期的な歯科検診などデンタルケアであるとのコンセンサスがある．
(2) BP系薬剤投与中に抜歯等が必要となった場合のBP系薬剤投与
•臨床医の経験に基づき，米国口腔外科学会より以下のように提言されている．
•BRONJ発生のリスクは非常に低いものの，経口BP製剤による治療期間が3年を超えると上昇する．
•コルチコステロイドを長期併用している場合には，経口BP製剤による治療期間が3年未満でもBRONJ発生のリスクは上昇すると考えられる．

処方医、薬剤師の先生方へ

2. 経口製剤投与患者の場合
(3) BP系薬剤投与中にBRONJが発生した場合の対応
•BRONJ患者では経口BP製剤の中止がBRONJの症状を徐々に改善させる傾向があるとされている．
•経口BP製剤で治療していたBRONJ患者50例を担当していた対策委員会のメンバーの経験によると，経口BP製剤を6～12ヵ月休薬することによって，腐骨の自然排出またはデブリートマン後の症状改善に寄与するとされている．

•われわれの経験では，休薬後6～12ヵ月で腐骨分離した患者はなく，数年を要する．5年以上，分離しない患者もいる．

歯科医、歯科口腔外科医の先生方へ

割愛します．
ホームページやパンフレットを確認してください．

症例2　患者の概要

78歳男性，前立腺癌術後でデカドロンとゾメタ治療を受けていた．2010年2月オトガイ部腫脹，左下顎隆起の義歯潰瘍からの感染でBRONJ発症．ゾメタ中止し，現在まで6年間洗浄を繰り返す．下顎隆起の腐骨分離あるが，出血や肉芽増生はない．

まとめ

•BRONJの治療には，おびただしい時間を要する．
•2年半要した症例1は，早期改善の一例である．
•症例2は6年間洗浄しているが，改善していない．
•休薬洗浄中に亡くなった患者は，少なくない．
•BP剤の投与前の予防処置は，きわめて重要である．
•すでに投与している患者でも，予防は可能である．
•特に，ステロイド剤使用，糖尿病，注射剤使用など，危険因子を伴う患者には，歯科での病巣チェックとメンテナンスは欠かせない．
•時間的余裕のある患者には，かかりつけ歯科医院の受診を勧めてください．
•早急に注射剤を使用したい患者には，当院受診を勧めてください．

散居村

節目の年に

砺波サナトリウム福井病院
福　井　靖　人

今年で55歳。医師になってちょうど30年の節目の年です。それに相応しい楽しみな行事が二つあります。

一つ目は、初めて勤務した大学附属病院精神科病棟の元看護師長さんの米寿の祝賀会が、6月にあり妻とともに出席します。妻とはその病棟で知り合いました。元師長さんにはあまり厳しいことを言われた覚えがなく親しみやすい方でしたし、アットホームな雰囲気でとても居心地がよい病棟でした。金曜日の教授回診や勉強会、医局会などの一連のノルマが終わると、先輩から看護師さんを誘うよう指示されカラオケを遅くまでみんなで楽しんだことが思い出されます。ですから、当時の師長さん・主任さん・看護師さんたちや医局の先輩・後輩のみなさんにお会いできるのが非常に楽しみで、昔話に花を咲かせたり近況を報告し合ったりしながら、年を重ねた自分の姿を見てもらいたいと思っています。

もう一つ、お盆に中学時代の部活（バスケットボール）の同級会を予定しています。中学校を卒業してちょうど40年が経つため、顧問だった大塚保夫先生にも参加をお願いして盛大にしようと企画しました。顧問の先生方や外部コーチの熱心な指導の下、県大会優勝を目指し厳しい練習の毎日でした。練習で鍛えてもらったおかげで今日、心身ともに丈夫でがんばれるのだと思っています。中学時代をバスケット部の仲間たちと過ごせて本当に幸せだったと思っています。卒業後は連絡を取り合うこともなかったにもかかわらず40歳を契機に再会して以来、毎年欠かさず集まっているので、みんなもバスケット部には私と同様な思い入れがあるのでしょう。練習を共にしてきた女子部員も集まる時は一緒です。今回は県外の仲間にも早めに声をかけたので、久しぶりにたくさんの懐かしい顔に会えるのでは、と楽しみにしています。

昔を懐かしむようになったのは、それだけ年をとったということでしょうか？

空き家を取り壊しました！

藤井整形外科医院
藤　井　正　則

増え続ける空き家問題は、全国的な課題です。そして我が富山県に於いても早急に取り組むべき難問の一つです。空き家を放置する事による問題点は、雑草、悪臭等の衛生環境悪化。不法侵入、不法投棄、不審火等による治安の悪化。家屋崩壊、漏電火災等による近隣施設、生活道路への被害の恐れ。衛生害虫や小動物営巣等による不衛生環境の発生。そして景観の悪化等が挙げられます。

旧平村下梨に在った藤井家本家の家屋もその例外ではなく、早急に取り壊す必要に迫られました。前述した問題点が、ほぼ全て当てはまったからです。とは言うものの、先立つ物が無ければ無理な話です。何から始めて、何を準備すれば良いのかを、これから取り壊しが必要な方のために、体験した事を少し述べたいと思います。

取り壊しと更地化には、普通の一軒家で約300万円掛かります。多少大きな家屋ともなると、その倍の500～600万円が相場と言われています。アスベストを使用した建物や診療所では医療廃棄物の問題もあり、かなりの時間と労力そして費用を必要とします。

話は前後しますが、土地家屋を全て相続しない事には、一存で取り壊しが出来ません。依って相続するであろう親族全員から財産放棄の書面にサイン捺印してもらう必要があります。全く知らない人が、実は親族という笑い話もあります。ここの第一歩で揉め事が生じると、話が前に進みません。また古いレントゲン装置はコンデンサーにPCBを使用しており、これを廃棄するには数百万単位の費用が掛かります。しかしPCB廃棄物対策推進補助金支給制度を活用する事で約三割負担で廃棄できます。更に山林や田畑を相続し、それらを名義変更する場合、土地家屋調査士に登記の申請手続きをお願いする訳ですが、法務局の評価額より高額の手数料を請求されました事を申し添えます。

以上、藤井家本家取り壊し顛末でした。

追伸　過日、関西電力から至急面談したいとの連絡がありました。相続した山林上空を関西電力の15万ボルトの送電線が通っており、上空使用権について契約したい旨の内容でした。契約書の他に、山林を第三者に売りません（恐らく水源目当ての中国人）という富山県知事との誓約書まであり、マツコの知らない世界を体験した次第です。

休日の過ごし方・・・

伏木医院
伏　木　　弘

今年のゴールデンウイークは、最長10日間取れたという方もおられます。5月3日～5日の富山県は、天候がひどく乱れて非常に風が強くチューリップ会場も閉鎖されたようである。昔からゴールデンウイーク時は田植えが忙しくて、天候に恵まれることが多かったような気がします。ところがここ数年は台風並みの風が吹き、樹木が倒れたりトラックが横転したりするような強風が吹きます。最近の温暖化のための異常気象で、移動性高気圧と熱帯低気圧の変動が活発になったためであろうか？

私はこの3日～5日に新幹線で長野へ行ってきました。新幹線は早いですね！1時間あまりで目的地に到着し、外孫たちと合流しました。幸いに長野は3日の夜に雨が降っただけで、残る2日間は快適で透き通るような空でした。以前は連休となれば車であちこちへと出向いてはいましたが、最近はゆったりのんびりとビールでも飲みながらぼーっと風景を眺めて旅行するのもいいなあと思います。快晴でゴルフやテニスでもすればいいのに、長野で集合した孫たちの自転車訓練に付き合っておりました。外孫たちと一緒に遊べることは年に数回しかないために非常に楽しい日々となりました。

また先日、夕日のきれいな日に、今年の大学入試のセンター試験の問題にもなった散居村をみようと鉢伏山へ行きました。なんとそこには100名を越えるぐらいのカメラマンが福光方向に向かってシャッターチャンスを狙って集まっていました。私も何枚か写真を撮り、大勢の皆さんの後ろを通って閑乗寺へ向かいました。閑乗寺の山頂にも30名ぐらいのカメラマンがいました。そこで日没を迎え、ゆったりとした気分で風景を眺めていました。目に入る景色は、散居村の水の入った田んぼに夕日が反射してとてもきれいな構図でした。その後、つくしんぼうで同級生のマスターと閑乗寺スキー場に来ていた昔話などしてコーヒーを飲んで帰りました。途中に、ふと当医院へ来ていただいている患者様たちのことが頭に浮かびました。いろんなご年齢の方が来院されてよく世間話をしますが、90歳を超えても非常に元気で認知症とは程遠い方もおられれば、60歳台半ばですでに認知症症状が始まり一人では受診できない方もおられます。遺伝的な要素があるかもしれませんが、その方々の今までの人生にも大いに関係あるように思います。おおらかで多趣味で多くの周囲の方々と楽しく過ごしてこられた方は、やはりご高齢でもはつらつと明朗な方が多いような気がします。それに比べ几帳面で孤独であった方あるいはアルコールにおぼれていた方は、早くして認知

機能が薄れていかれるように思います。休日は土日だけではなく、１年を通して正月、ゴールデンウイーク、お盆、シルバーウイークと少なくとも４回は連続休日があり、この期間にはおおいに満喫するほうが心身にとてもいいのではと誰でも考えられることでしょう。ただし、休日といって頑張りすぎて身体に負荷をかけすぎてもいけないですよね。何事もほどほどがよろしいのでしょうか？

「おすすめのカメラは？」への回答

市立砺波総合病院　東洋医学科
古　谷　陽　一

一応カメラを趣味にしていますと、「おすすめのカメラは何ですか？」とよく聞かれます。この問いは「おすすめの靴は何ですか？」と似たようなもので、ランニング、結婚式、登山など、状況によっておすすめが変わります。カメラも同じく「どんな状況で使いたいのか？」が大切なポイントです。

まずカメラ選びの重要なポイントは「センサー（撮像素子）の大きさ」です（注！画素数ではありません）。センサーの大きい順にフルサイズ、APS-C、フォーサーズ、コンパクトデジカメ（2/3 型、1/1.7 型など）で、センサーが大きいほどきれいに撮れます。ただしセンサーが大きいとその分カメラが厚くなります（大きいセンサーに結像させるにはレンズからの距離が必要だから）。

よってカメラの本体サイズ（厚さ）と画質は次のような関係になります。

カメラ：厚い 画質　：きれい	←→	カメラ：薄い 画質　：荒い

画質を主にすれば持ち運び（携帯性）は犠牲になり、携帯性を取れば画質には目をつぶる、そういうことです。実際、プロのカメラマンも状況に応じて携帯性の優れている iPhone で撮影することもあります。また小さいカメラは被写体が緊張しないというメリットもあります。ただし息をのむような写真は iPhone では難しいでしょう。カメラも靴と同じく状況に応じて、雨の日は長靴、おしゃれは革靴というようなことですね。

あえて「おすすめポイント」を挙げるとすれば携帯性の基準があります。その分岐点は「普段使っているバックに入るか」ということです。そうでなければ結局荷物が一つ増えてしまうので、「普段使いのバックに入らないカメラ」はすべて携帯性で差がありません。カメラを入れるためのバックを準備するほどの大きさであれば、いっそのこと携帯性は気にせずセンサーの大きいものをお勧めします。

（カメラセンサーの大きさはお店やカタログに記載されています）

となみチューリップフェアにて

砺波誠友病院
槙　本　伸　哉

今年はエルニーニョ現象により暖冬となり、砺波は雪も大変少なく過ごしやすい冬でした。待ち望んだ春は少し急ぎ足でやってきて、桜は４月１日に満開になりました。私の大好きなチューリップも４月上旬には市内のここかしこの畑で咲き誇り、あっという間に花は摘み取られてしまいました。私が砺波に住むようになり13年目ですが、こんなに早くチューリップが開花した記憶はありません。そこで気になったのが今年のとなみチューリップフェアです。平成28年の開催期間は４月22日から５月５日までとほぼ例年通りですが、果たして園内のチューリップはどうなっているのだろう、心配半分、興味半分な気持ちで開催最初の日曜日に行ってみました。 正門を抜けて目に飛び込んできた色鮮やかな光景を見て、私は安堵しました。チューリップは満開です。畑のチューリップもほぼすべて開花しており、まさに見ごろでした。しかし当然のように疑問が生まれてきます。300万本にも及ぶ会場のチューリップだけが、なぜ市内のチューリップに遅れて咲いているのか。チューリップの見ごろは開花から１週間、期間はあと２週間、期間後半はいったいどうするのだろう。そこで会場の係の方に聞いてみました。まず開花を遅らせる方法について、冬季は畑に雪をかぶせ、園内の雪で足りない場合は市内某ショッピングセンター駐車場の雪を運びこみます。そして雪が解けて春になったら遮光ネットを覆い、フェア開催に合わせて絶妙なタイミングでネットを外すことで、期間中満開にすることができるとのことです。またプランターを使ったチューリップは、咲く時期をさらにもう少し遅くしたものを準備しておいて、フェア後半に入れ替えするそうです。私が訪れるたびに綺麗に咲くチューリップを見ることができるのは、開催関係者の方々の並々ならぬ努力と工夫のおかげなんだな、と感銘を受けました。

予防接種雑感

柳下小児科内科医院
柳　下　　肇

ここ数年乳児期の定期予防接種がやたら増えてきました。本年はさらにB型肝炎の定期化も決まっており赤ちゃんはたいへんです。任意接種のものも含めると一度に皮下注４本＋経口ワクチンなどという一昔前なら考えられない数の同時接種です。

私が医師になった頃は色々な制約が予防接種にあり、なかなかスケジュール通りにワクチンを進められない子がまだまだいました。その結果、乳幼児の麻疹、風疹、百日咳などはまだcommon disease でしたが、今や若いお医者さんはこれらの病気は経験したことがないんだろうな～、ある意味幸せな時代となっています。

重症化する感染は減っていきこれはこれでたいへん喜ばしい。やはり感染症で失う命は医師としても忸怩たる思いでしたから。ああいう経験はしたくないものです。などと昔話をすると保護者の方々にも予防接種の必要性がより伝わるような気がしています。年の功かしら(笑)。口はずいぶんとうまくなったなと。

数年前の話になりますが、日本脳炎ワクチンの副反応（ADEM）が問題となり積極的勧奨が控えられ、実質的に日本脳炎ワクチンが数年間接種中止となりました。このときの報道は寒気がするほどに偏った気持ち悪いものでした。その後ワクチンがVero細胞由来となり積極的勧奨が再開となりましたがいまだに未接種の対象者は多く、富山県の昨年の調査ではブタの日本脳炎抗体保有は0％でしたが九州、中部では保有率80％を超えている自治体もあることから我々も心して接種を勧めていかなければと愚考しております。

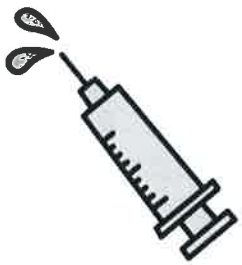
話はころりと変わりますが積極的勧奨の見合わせといえばHPVワクチン、いわゆる子宮頚癌ワクチン積極的勧奨の中止についてです。接種後に不随意運動（？）などの神経症状、精神症状、痛みを訴えるHPVワクチン関連神経免疫異常症候群（HANS）なる疾患概念が提唱され被害者の会（家族会）からの訴えによりそこに政治家もからんでどうやら今日の状態になっているようです。積極的勧奨が見合わされたということは日脳の例からも明らかでほぼ接種中止ということです。今はさらに接種中止に向けて運動を続けていらっしゃるようです。このHANSなる疾患概念が正しいものなのか、そうではないのかははっきりと判断することは難しいのでしょうが、どうやら今のところ医師の多数を納得させるような科学的根拠に乏しいようです。「HPVワクチンの副反応」と訴える女性の症状をうつしたビデオ（報道された）を見ましたが私が見たことのある不随意運動とは違い、いわゆる「発作」が起き

ていないときには普通におはしを持ってご飯をぱくぱく食べられるというちょいと不可解なものでした（専門ではないので馬脚を現す前にここら辺でやめときます）。私には心因反応なのか詐病に見えました。これがすべてではありませんので何ともこれ以上の判断はしかねるのです。ただこのHANSを提唱されているY先生は小児の膠原病ではかなり名を知られており、大学小児科の教授、同大学医学部長、小児科学会会長まで歴任された方。今年の小児科学会ではHANSのシンポジウムがありかなり荒れたようです。エビデンスに乏しく理論的な意見がHANSを支持するY先生からえられなかったとも。治療についてもY先生らしい治療選択なのですが、ほんとにその治療がこの状態に必要なのかどうも納得できません。私、以前学会で色々と症例のことについて相談し教えていただいたことがあり、その時の印象とはまったく違った今のお姿にかなりの違和感を覚えます。この問題、どうもあやしい勢力がからんでいる気がしてならず、政治的圧力もからんでかなり根が深そうです。

私としてはHPVワクチンはするべきと考えている（副反応がある程度あったとしても）のですが、まだちょっと難しそうです。HPVワクチン導入に向けて奔走していた、家族を子宮頚癌で亡くした方々の姿が報道の俎上に登っていないのも「ああ、これ偏向報道の典型例なのだなぁ」と感じています。世論をどこに向けるのか、学会、医師会、製薬会社が動くと「既得権益を守ろうとして」なんていわれるのでややこしいです。

話は脱線しますが小児科医のなかには今回のHANSを「川崎病」の時と同じような目で見る向きもありますが、でも川崎病は今回のHANSとはかなり違うようです。川崎富作先生は私が若い頃研修した病院にいらっしゃって（私は第二小児科、川崎先生は第一小児科の科長でしたので直接の教えは受けていませんが）学会からはじかれたときのことを耳にたこができるくらい聞かされましたが明らかに今回の事象とは違います。HANSの方があやしさ満点です。

と、ここまで書いてネタ切れになりました。とりとめもなく今感じていることを文にしてみました。学会からも離れている町医者のつぶやきです。笑って許して下さい。



北陸新幹線開業１年目に思う

柳澤医院
柳　澤　伸　嘉

北陸新幹線が開業して１年がたった。実際乗ってみると確かに速く、ゆれも少なく快適である。東京駅着のため都内どこに行くにしても便利である。残念ながらトンネルが多いため車窓の景色は以前の北陸線に比べ旅情に乏しい。新幹線開業は北陸の経済にもよい影響を及ぼしているようで、金沢を中心に観光地は休日ともなると混雑している。一方いい面ばかりではなくデメリットも出てきた。

先日、旧北陸線（あいの風、えちごトキめき鉄道）をたどり上越まで日帰り旅をして来た。特急はなくなり列車は１～３輌編成と大分寂しくなった。途中駅も覇気がない。とくに驚いたのは直江津駅の変貌だ。長い南北連絡通路を持つ新しくきれいな橋上駅となっていたが駅舎本体は砺波駅ほどの大きさとなり構内、駅前ともに活気がなく交通の要衝として栄えた面影はなくなっていた。新幹線の上越妙高駅は10kmはなれており、同駅と接続するため在来線の旧脇野田駅は移動新設されていた。高岡と新高岡駅との関係と似ており高岡駅の今後を直江津駅に見るようにも思える。

一方心配なのは城端線の動向だ。高山線は新型ワンマン車輌が導入されたが、城端線は30年ものの旧型車輌のままで、新設された新高岡駅も新幹線駅と直接繋がっておらずまるで城端線を廃止または３セク化移管するための布石とも思える。もし３セクとなると旧北陸線で見たように駅周囲の衰退がおきる可能性があり、廃線ともなると砺波地域全体の衰退を引き起こしかねない。線路がなくなって栄えた町はないのだから。城端線の維持、活性化は新高岡駅の「かがやき」定時停車化よりずっと重要な問題と思うのだが。

若冲にあこがれて

桐沢医院
山　下　　泉

皆様、今年の連休はいかがお過ごしでしたか？私は「若冲展」を観に東京へ行ってきました。もうご覧になった方やこれから行く予定の方がいらっしゃることと思います。今回は若冲生誕300年を記念したもので初期から85歳で没するまでの代表作約80点が一同に展示されています。若冲の絵は世界中に散らばっており、個人所有の作品も多くなかなか本物を見る機会はないと言ってもいいでしょう。以前から主人が若冲ファンだったこともあり今までにも何冊かの画集を見る機会はありましたが、本物を目の当たりにしてその凄さに圧倒されました。最近テレビ番組では「若冲の世界」と銘打ち特集を組み、その精緻な描写技法にスポットを当て身近な動植物に愛情を注いだ若冲の世界観を紹介していました。開催期間がわずか1ヶ月という短さもありその人気は予想以上にすごいものでした。

会場である東京都美術館（上野）の周りは何重にも人の行列ができ、美術館に入るまでに1時間半、館内に入ってからも40分ぐらい待たされました。係員は、快晴の空の下の長い行列に向かってしきりに待ち時間の長さを伝え、熱中症対策に必ず飲み物を持参するようにと声を張り上げていました。展示場もかなりの人混みで誰しも作品を少しでも近くで見ようと押し合いへし合いの混雑、いっこうに進まない行列の中で「こりゃ一種の苦行だ」などと思いました。私の心の中に体力を消耗しながらも「なにがなんでも最後まで見とどけるぞ」と信念さえ生まれました（なんだこの感情は？）それにしても美術館巡りはいつも気力と体力が勝負、皆様行く前には体調管理と作品予習を怠りなく。

若冲の代表的作品は京都、相国寺に寄進した「釈迦三尊像」と30幅からなる「動植綵絵」ですが、私が一番見たかった作品は「鳥獣花木図屏風」でした。ご存知の方も多いと思いますがアメリカ人の若冲作品のコレクターとして有名な「ジョー・プライス」の所有する升目描き作品です。8万6千個ものマス目に色を埋めながらこの頃には珍しかったと思われる象やラクダの動物や花木が巧みな技法で描かれています。今回は美術館の3階に展示されており、許されるものなら屏風の前に座ってじっくり鑑賞したい作品でした。

「千載具眼の徒を竢つ」（センネングガンノトヲマツ）

私の絵を理解してくれる人が現れるまで千年待つと言う意味で若冲の書き残した言葉です。千年はかからなかったけど300年後の今、若冲の作品の描写の素晴らしさが解明されてきました。今回若冲展を見て彼の作品は今や北斎や歌麿をしのぐ日本の芸術、文化の世界に誇る切り札的存在であることは確かだと実感しました。

（ちなみに開催期間最後に近づいた今は待ち時間5時間だそうです。）

内科医となって

桐沢医院
山　下　直　宏

私が桐沢医院内科で開業してから早いもので、15年も経過しました。そこで、今までの医師としての経歴についてご披露したいと思い、筆を執りました。

私が研修を済まして地元に帰ろうと思ったとき、縁のあった先生の勧めで新設の富山医科薬科大学（当時）第一内科に入局したときは、まだ1期生が卒業前の時期であり、教授やその他のスタッフが全国からの寄せ集めでしたが、すぐに打ち解けて無我夢中で頑張ったというのが実情でした。またどの科も少人数であり、各医局の垣根もあまりなく、医局合同の勉強会だけでなく、旅行や行楽も合同で行っていたことが懐かしく思い出されます。

専門や研究のテーマも比較的自由に選ぶことができ、助教授（当時）の先生（大阪大学出身）に教わった呼吸器（と免疫）について研究を始めました。研究費がどの程度あるのかもよく知らず、あまり制限された覚えはありませんが、とにかく自分でも研究費を稼ぐように毎年文部省（当時）科学研究費を獲得すべく応募することが義務であり、4回連続で採択されたことがよい思い出です。

学会活動では、毎年アメリカ呼吸器学会（ほぼ国際学会と呼べる会で全世界から応募があります）で発表することにしており、毎年採択されていました。従って、アメリカの多くの都市を訪れていました。オーストラリア、ヨーロッパでも1度ずつ発表しました。国内では臨床の学会はもちろんのこと、基礎の免疫学会で発表することにしており、応募するだけでもエネルギーを要しましたが、毎年口頭で発表を続けていました。今考えると趣味の世界ではないかと言われそうですが、免疫学の最先端の一翼を担うといった思いだけは持っていました。現在のように、専門医制度が重要視されるようになると、臨床と基礎研究は早い段階で選択が必要でしょうが、当時はこのような自由が利く状態でした。そのおかげといっては何ですが、論文として、ＢＢＲＣ誌、Immunology誌、Clinical　Immunology誌、ヨーロッパ呼吸器学会誌（European Respiratory journal）、Chest誌等に載りました。

臨床経験はほとんど大学附属病院だけですが、早く助手になったため附属病院の外来は長くさせてもらい、教授が学会や会議で不在の時には教授回診の代理もさせてもらっていました。

以上のような新設の大学で比較的自由に活動できた経験は、あまり多くの先生方はなさっていないのではないかと思い、お伝えしました。

開業してからは、不十分な臨床経験や自分の体調から、金井先生はじめ多くの先生方のお世話や、ご迷惑をおかけしたことと思いますが、この場をお借りして感謝ならびにお詫び申し上げたいと思います。今後とも何卒よろしくお願いいたします。

ネットラジオの楽しみ

やました医院
山　下　良　平

既にかなり昔のことになってしまいましたが、勤務医の頃、最も疲れる仕事の一つに入院サマリー入力と並んで保険関連の書類作成がありました。長い手術を終え、患者さんの状態を確認して術後指示を出し、その足で病棟を回診して、夕方遅く、ようやく一息付こうと外科の外来に下りてくると、カルテかごの中に生命保険の入院証明書や傷病手当証明書などのはさまれたカルテがまさに山積みされており、ほとほとうんざりしたことが昨日のことのように思い出されます。現在では、各部署に配置された医療クラークの方が電子カルテから入院サマリーなどを予め転記しておいてくれるので、内容確認と署名のみで済むようですが、その当時はそのようなシステムもなく、患者さんのためだと分かっていながらも強い疲労感を感じたものでした。

開業するとさすがに入院証明書を書くことはなくなりましたが、それに替わって大量の介護保険の主治医意見書や訪問看護指示書、更に各種の健康診断書などを書かなければならなくなり、書類作成に費やす労力にはあまり変わりがない状況となっています。

一日の診療が終わり、職員が掃除をして帰った後、一人黙々と書類の山に向かうのは、勤務医時代と同じです。しかし、当時と異なることが一つあります。それは、今はスマートフォンでネットラジオを聞きながらの、いわゆる、ながら作業を行なっていることです。スマートフォンにはいろいろな機能がありますが、私が最も重宝しているのがネットラジオです。ネットラジオは、通常のラジオと異なりいつでもどこでもクリアーな音質で放送を聞くことができ、本当に便利です。

私がもっぱら聞いているのは、NHKの「らじるらじる」というネットラジオです。診療終了後、書類を書きながら、まずラジオ第1で7時のニュースを聞き、その後、7時半頃からラジオ第2に切り替えて、高校講座を聞きます。聞く時間帯や曜日がだいたい決まっているため、聞く科目は国語（古文、漢文、現代文)、次いで社会（倫理、政治）が中心となっています。高校時代、古文は苦手科目の筆頭で毛嫌いしていたものですが、試験を離れた身になると、アナウンサーの流れるような古文や漢文の朗読、そして講師の先生の解説を聞いていると、内容のおもしろさだけでなく、日本語の繊細さや奥深さに今更ながらに気付かされます。また社会もなかなかおもしろく、中でも倫理は続けて聞いていると、三大一神教や仏教、中国思想、そしてソクラテスやアリストテレスなどからJ.S.ミルやハイデッガーな

どに至るまでの哲学の系譜とその概説を、元々、高校生を対象としている番組であるためとても分かりやすく講義され、たいへん勉強になります。基本的にはただ聞き流しているだけですが、いろいろと知識を新たにすることも少なくなく、書類書きの疲労感が紛れます。そうこうしながら時間が経つと、8時半から「カルチャーラジオ」という番組が始まります。これがまたディープな番組で、特に金曜日の「科学と人間」分野の放送には本当に知的好奇心がゆさぶられます。現在の日本においてこれらの分野の第一人者と目される学者や研究者を講師に招き、毎週1回30分、計10-15回の講義が行なわれます。もちろん一連の講義を毎回聞くことは不可能で、全体の半分でも聞けたら良いほうですが、講義内容には医学に通じる話題も多く、非常に興味深いものがあります。ここ半年間に聞いた講義で主なものを挙げると、「生物進化の謎と感染症」、「私たちはどこから来たのか、人類の700万年史」、「いのちの揺りかご、海の生物の不思議」、「生命と地球の46億年史」などです。このように講義の題名を並べるだけでも、そこで語られる内容の一端がうかがい知れるのではないのでしょうか。但し、これを聞き始めると講義に熱中してしまい、書類書きの作業がまったくはかどらなくなり、更に聞き終わるまで家に帰れなくなってしまうのが難点であります。

勤務医の頃は、一日どんなに忙しく疲れても、医局に戻ると誰か先生がいて、仕事の話やニュースの話題など、何かしらの会話をして過ごすひと時が、疲れを癒す貴重な時間となっていました。今は、一日の仕事を終えた後のしばしの時間、ネットラジオを聞くことをささやかな楽しみとして、日々の診療を行なっている次第であります。

うまくやればやるほど・・・

市立砺波総合病院　整形外科
山　田　泰　士

先日の憲法記念日に、アンケート調査の結果を耳にする。「憲法改正は必要ない」という人が半数をこえているという。さらには、改正を必要とする人は年々減っているという。これをどう解釈するかは、その人の考え方によるが…。今の憲法をうまく使っているからにすぎないように感じる。憲法解釈をかえて、世の中の変化になんとか対応することで、不都合が見えにくくしている。「うまくやればやるほど」、憲法改正は遠のいていくようにさえみえる。

原発の問題もそうだろう。「原発なくても停電はない」なんていう意見である。電力会社が苦労されて、電力供給を絶え間なくしているからにすぎない。「うまくやればやるほど」原発があたかも不要にみえてしまう。

ある先輩が、「病院が黒字だと診療報酬が下げられるから儲けなくてよい。」と言っていた。多くの病院が利益を得れば、診療報酬が削られたということで思いあたることは少なくない。逆に多くの病院が赤字であれば、診療報酬はあげられる。「うまくやればやるほど」病院の診療報酬の増額は必要ないものとされる。

そんな大きな話ばかりではない。私はときにアクロバティックな（こんな表現が適当かは疑問だが）手術をしてしまう。あたかも苦労して治療をしているように見えるだろう。これはヤブ医者である証拠である。なぜなら、名医であればその価値は「うまくやればやるほど」気づかれにくいのである。

正常・異常なし・普通　と異常

山本内科医院
山　本　郁　夫

時に、雇用や就学のために健康診断書作成をもとめられます。その際よくあるのは簡単な健康診断をしてくれ（異常なしの診断してくれということ）と言われることです。数分の問診・診察だけで異常を除外し、正常かどうかの判断はどんな名医でもできるわけがない。こんな実情をその患者さん（この場合患者といえるのかどうか）に説明しても埒はあかないだろう。

今季のインフルエンザの流行り方は例年より「型」・「時期」等、例年より「普通」ではなかったようです。だけど、インフルエンザの流行はその年その年によって様々であるので、その年の流行が「普通」とも「異常」ともいえないのではないかと思います。インフルエンザ罹患患者さんの態度も様々です。迅速キット検査で「陰性でした」と告げると、39℃の熱があるのに“良かった、「普通」の風邪ですね”と喜ばれる方もおいでます。

大分以前、大学勤務の頃、後輩に医師国家試験について雑談的に話しすることがあり、“記述がマークシート式に変わって次の年だったので過去問もなくてね。”、“内科系と外科系の口頭試験もあり余計緊張強いられた。”、“その中で小児の胸部レントゲン提示があったのだけど、よくわからず、異常指摘できず何も言えなくて、かなりショックで、もうダメかと思った。”幾度かこういうことがあったある時、非医師のスタッフが“先生、それは正常例だったのでは”と言う。その時瞬時に（あまりに遅すぎたけど）目から鱗というか、雲間から後光というか得心した次第。そういえば、かの試験官先生は“この写真はどうですか？”と言っただけで、何か疾患があって、病変があるというのはこちらの勝手な思い込みだったのかもしれない。ただ、その時、異常はなさそうと思ったとしても正常だと言い切れる自信の元になる知識は乏しかったわけだ。

正常を知らずにどうして異常がわかるか、ということを言葉・表現を変えても始終先輩・先達に教えられているところです。しかし、「正常」とは何か、平均±２ＳＤ内か、ｐ＜0・05か、年齢、性別、その他の環境条件のバリエーションの考慮はどうか。今、目の前の訴えのある患者さんは「異常なし」かどうか、訴えのない人は「正常ではない」かどうかの判断できるかどうか。

今年度から学校健診で運動器検診が始まりました。そのやり方と準備等の煩雑さが、いささか問題になっていますが、また、新たに　子供たちの体格について「正常」、「異常」の見極めの仕事がふえました。

新入会員紹介

砺波サナトリウム福井病院
齋　藤　チカ子

長らく50年以上砺波市に在住しておりながら失礼しておりました。舅(外茂)や夫(善蔵)が医師会に入会しておりましたのでよいだろうと入会しませんでした。しかしもう二人共他界しましたので今度貴会に入れさせていただくことになりました。

精神科医として働いて来ました。職歴は城端の国立療養所　北陸荘と当時いわれたところに36年ばかりおりました。現在は北陸病院といいます。この後憬れの退職生活を楽しむつもりでしたが、ほんの数か月でよいから　といわれて氷見の私立病院に勤めて、10年近くたってしまいました。このあと現在は市内の福井先生のところでパートでお世話になっています。いつまで職分を果せるか分かりませんが何とか努力してみようと考えております。よろしくお願い申し上げます。

新入会員紹介

ご挨拶

市立砺波総合病院　内科
深　谷　　良

始めまして、深谷良と申します。このたび砺波医師会に入会させていただきました。現在、市立砺波総合病院で内科一般および東洋医学科で働いています。これまでも患者さんを通して医師会の先生方には大変お世話になっております。この場をお借りして御礼申し上げます。この４月からは砺波医療圏急患センター内科当番医も担当しております。

私は昭和30年生まれの60歳です。その昔に大学を卒業して普通に会社員をやっていたのですが気の迷いといおうか天命といおうか医学を志してしまい富山医科薬科大学に入学し直し、49歳で医師となりました。もともとは漢方がやりたくて医師を志したのですが、現在の職場ではありがたいことに内科医をやりながら漢方もできます。両方の良いところをうまく組み合わせてより良い医療を行うことが目標です。

趣味はスキーです。滑走日数は年間数日となってしまい恥ずかしい限りですが私の頭の中にはいつも粉雪の大斜面があり、日常の中でイメージトレーニングに励んでいます。
また、趣味というより日課になっているのですが毎日走っています。走るのは遅いのですが癖になってしまいました。何を間違ったか去年はフルマラソンを年間４回走ってしまいました。人間、走っている間は年を取らないと信じていますのでまだまだ走り続けなければなりません。

実家は砺波で、お寺です。おそらく今後は砺波を離れることはないと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

砺波医師会誌　第205号
編　集　後　記

今月もたくさんの投稿ありがとうございました。たまたま熊本の震災に関連した投稿がなかったので編集後記に書くことにしました。

４月の砺波医師会理事会でJMATの交代があり予備のチームの順番が来たと連絡を受けた後、すぐに熊本で震度７の地震が起こり、刻々とJMATの活動やら要請やらのFAXが医院に届いた。これはもしかして出動かもと思ったのは前震の後の本震からの余震の激しさをテレビで見るようになってからだった。

DMAT、 JMATなどなかった阪神淡路大震災で砺波総合病院から派遣され、神戸の灘区で災害医療を行なった若い頃の記憶がよみがえった。病院長以下多くの職員に手を振られて出征兵士のようにバスに食料や医薬品を詰め込んで山側の有馬温泉経由で神戸に向かった。その時は、若く使命感に燃えてあまり恐怖感はなかった様な気がするがもう忘れたのかもしれない。

今は年をとったのかテレビを見ていると倒壊した建物を見ただけでも、かなりの恐怖感が襲ってくる。はたして自分が災害現場に行った時、この運動不足の体で役に立つのか心配になってきた。砺波からJMATが出動することなく現在に至っているが、まだ避難されている方も多く、お見舞い申し上げ、被災者の皆さんが無事に暮らせるようお祈り申し上げる次第です。

勤務医時代は病院に代診できる医師が存在したが、開業医はいわゆる一人親方で災害現場に向かうと、経済的な問題、通院患者の医療はどうするのかなどの問題が一挙に発生する。また、自院の通院患者で薬切れが発生する。もちろん災害現場でも薬切れが発生する。診療報酬の改定の度に残薬の管理が厳しくなり、手持ちの薬がない人も多い。そうなると残薬調整もゆるくしたほうが良いのかなという程度しか解決策は思いつかない。

今回の地震の初動のJMATは九州の近県のチームが地震発生後すぐに現場に向かっている。次は、東南海沖地震とさかんに言われており中部はまさに多くの被災者が予想され、この時は、同じ中部のJMATである富山県チームは真っ先に出動することになる。災害が起きないのが一番良いがそう言っていられない現実が目の前にある。

網　谷　茂　樹記

〔広報委員〕 山田　泰士、藤井　正則、柳下　肇、網谷　茂樹、柳澤　伸嘉