

病診連携ニュース

## ねっとわーく

Net Work

2017年 夏号 No.57



北九州では数十年に一度の大雨で、避難を余儀なくされたところか、数十人に及ぶ犠牲者がでております。この報道を目にするたび、昨年起こった熊本の震災が脳裏をよぎります。震災時は当院の救急救護班が熊本まで派遣され、その援助や復旧の任務に就いたのが、昨日のこのようにまだ生々しい記憶として残るさなかのこの災害です。福岡県と熊本県は隣同士とはいえ異なる県ですから別々の行政管理下にあり、北海道人はその広大な距離感ゆえ、ややもすると北海道と青森県で発生したようなレベルで感じているかもしれません。しかし、実際は、北海道の釧路管内どころか、たとえば震災は釧路市で、大雨は白糠町で起こったようなものです。それを思うと、本当に被災者の方になんと申しあげてよろしいのか、言葉が見つかりません。

そして、日本列島というと連日の猛暑です。なんと避暑地であるはずの北海道も、連日、真夏日を更新しております(7月16日、現在)。もう毎日のように観測史上初めてという言葉が飛び交い、帯広市や旭川市のような常連はともかく、阿寒湖畔までが35度を超えるような暑さで最高気温の記録を更新し、北海道が沖縄より暑いというなんとも信じられない気象が続いております。昨日(7月15日)の報道番組の中、帯広駅前インタビューをうけた女性旅行者が、「せっかく避暑に来たのに、これじゃ東京の方が涼しい、、、」と、絶句しておりました。もちろん東京も暑く、まして湿度が全然違いますから、「東京の方が涼しい」は少し大袈裟な表現とは思いますが、大枚のお金をかけて北海道くんだりまで来たのですから、そう言いたくなる気持ちは理解出来ます。

では釧路はというと、やはり釧路市もご多分に漏れず、毎日、25度前後の気温を続けており、毎日毎日、暑い暑いと、合う人会う人と、挨拶代わりにその話になります。隣町の帯広市に比べれば10度以上も低いのですから、全然、過ごしやすいはずなのですが、釧路人達は、帯広の35度に匹敵するような猛暑のように表現します。

しかし、これらは釧路人の多少過大な表現を含むとは言え、すべてがそれでは説明できないわけで、これらを生物学な観点から捉えると、もともと気温の低い釧路での急激な気温上昇に対する一時的な体の順応不全による不快感・違和感なのか、それとも、もともと釧路人が、暑さに弱い民族なのか、一度、釧路人の汗腺の発達ぐわいを調査してみたいものです。(すでに論文があれば申し訳ありません。その際は、私の無知としてお許し下さい)

そのように民俗学的な大きな話ではありませんが、最近、一つ興味深く(面白いと)感じた事があります。それは、釧路も暑い日が続いているさなかの7月11日、旭川医科大学 奥村教授(第三内科)の当院での講演前の一言です。「釧路も暑い。これじゃ釧路ではないですね。」が、奥村先生の第一声でした。奥村教授は、猛暑の旭川から来たわけで、釧路は暑いどころか逆に涼しいはずですが、それでも、釧路に来た途端、暑く感じるということは、先程の旅行者ではありませんが、人はそのイメージ(先入観)で心も体もある程度準備しているのではないかと感じたからです。たとえば、釧路は寒いとは言わないまでも涼しいから少し厚手のスーツにしようとか、長袖を持って行こうとか等々、そのように考えただけで、自然に知性や知識が体に準備をさせているのではないかと感じたからです。これはある意味、人間の高度の脳機能による準備行動ではないでしょうか。しかし、今回の場合、その知識や知能によって、体が勝手にいらない防御反応を起こすなら、それらはかえってありがたい迷惑と言うことになってしまいます。そう



総合  
病院 釧路赤十字病院  
地域医療連携室

〒085-8512 釧路市新栄町21番14号  
電話 (0154) 22-7171(代) (内線835)  
FAX (0154) 22-7145 (地域医療連携室専用)  
E-mail : r.hp.renkei@kushiro.jrc.or.jp  
URL : <http://www.kushiro.jrc.or.jp>



考えると、今は絶対的タブーの体育会系用語の「根性」と言う言葉も、ある意味では有効な励みだったのかもしれないと思うに至りました。もう限界が見えてきた（感じている）選手に、監督が根性を出せと叱咤激励し、諦めかけたその選手が、息を吹き返し、残された最後の力を振り絞って戦う姿は、スポーツの美学で、観戦者の感動を誘う一コマです。もちろん、私は根性論をかざし、根性が足りないとか、逆におまえは根性があるなんてことを申しているではありません。あくまで**人は高度の頭脳を持つおかげで、その知識や情報や状況で、自分の行動にいらぬ制約（限界）や先入観をもたらしめていることがあるのではないか**と言うことです。（先のスポーツの例では、まだ余力があるのにもう限界だと感じてしまうことなど。）その呪縛を取り除く一つの方策であったり、立ちはだかる障害のブレイクスルーを促すきっかけとなる応援の一つが、根性と言う言葉に代表される励まし（言葉）だったのかもしれないということです。

一方、講演の詳細は次号に譲りますが、奥村教授の講演のなかでもかく私が一番驚愕したのは、奥村先生がご担当される臨床検査所見に乏しい消化器系患者さんのなんと30%が、プラセボ投薬（例えば砂糖）だけで改善してしまうそうです。もちろんそこには奥村先生と患者との絶対的な信頼関係が前提で、さらにはそれらにまつわる脳生理学的機構は、私ごときにはまったく理解出来ませんが、これは言い換えれば、人は自分を自ら病気にしてしまうことが出来る動物だと言えます。それが、**ストレスであったり、先の天候のような些細な先入観であったり、原因は様々で程度も異なるかもしれませんが、人の頭脳は高度な機能を有している代償として、それが思わぬ落とし穴になりかねない**ということではないでしょうか。私の幼少時、このような言葉をよく聞きました。「病は、気から」。これは、根性論とも関連し、とても危ない言葉かもしれませんが、この複雑な世の中、案外と侮れない格言かもしれません。

これまで、人が持つ高度の頭脳ゆえに引き起こされてしまう過剰もしくはネガティブな反応について考えてみました。しかし、これはあくまである意味、心の中すなわちソフト的なことです。しかし、最近我々はここに来て高齢化社会に突入し、その脳機能の破綻、すなわちハード的な障害に伴う認知などの社会的な問題を経験するに至りました。その一つが、高齢者の交通事故です。そこで、本号では、高齢者と交通事故と題し、認知の観点から精神科、視機能の観点から眼科にそれぞれの専門の観点から検討いたしました。これを機に、皆様方からの屈託のないご意見を是非ともお寄せください。また、ねっとわーく編集委員会では、これとは別にいつも皆様よりのご意見を募集しております。皆様方からご意見が拝聴できれば、企画者としては望外の喜びでございます。（文責 副院長 五十嵐弘昌）

## 高齢者と交通事故

高齢者の交通事故の増加を受けて、その対策とし本年3月12日より認知検査が厳格化されました。交通事故は、高齢者だけではなくすべての車を運転するものに起こりうることです。昔からの飲酒運転やごく最近でのスマホやポケモンGOの操作による事故もそのひとつです。しかし、今日までの報道を見ると、いわゆる高齢者の事故は、間違いなく増加傾向にあり、その原因が他と異なる要因が多いことも事実のようです。（2017年1月17日、道新・朝刊）



ここで私は、高齢者の免許発行基準について議論するつもりは毛頭ありません。まして高齢者の定義でさえ曖昧です。ただ、人間は歳を重ねるに従い、確かに老化現象は進行します。それが視力の衰えであったり、瞬発能力の低下であったり、持久力の衰退であったりと、ある程度、客観的に測定し数値化できるものであれば良いのですが、こと認知に関しては複雑です。しかし、これが人として最も大事で、最も高度な機能による人の尊厳に関わる問題で、車の運転にとっても最も大事な判断能力に影響します。この認知検査が厳格化されるということは、免許の更新を規制しようとする意図以外なにもないのですが、ここで高齢者が運転免許を維持することの意義と課題（問題）について調べてみると、

- ①身分証明書となる（公的証明書の発行時、宅配便などの受け渡し時など）
- ②自家用車がインフラのない地域での唯一の生命線となることが多い
- ③ネットの活用が困難（苦手）

- ④運転がある意味での生きがい
- ⑤長い生活習慣。変化を好まない。他の交通手段が煩わしい
- ⑥歳というだけでは、やめるきっかけにはなりづらい。年齢での線引きは不可能。（私信）
- ⑦最も便利な道具の一つだが、個人が所有できる最も強力な凶器となり得る諸刃の剣
- ⑧安全基準（判断）の多くは、その場その場での個人の主観に委ねられる

などが、あげられておりました。もちろん、私の知る限りでの評論からの抜粋ですので、ご了承ください。

①と②は、議論の余地のない大事な免許の保有理由ですが、その他はあまりにも個人差があり、検討（解決）するにはとても大変かもしれません。とは申せ、ひとつひとつ私なりに検討してみますと、①の身分証明書としては、マイナンバーカードが発行されたので、今後はその重要性がなくなるものと思いますし、1,000円で運転経歴証明書の発行もしてもらうことができます。しかし、最大の問題は、②のインフラのない地域での生命線としての車です。これは、各地方自治体で、運転免許の自主返納を啓蒙する運動を盛んに行っておりますが、北海道はその返納率は非常に低いことが知られております（2015年 警察庁まとめ）。返納率が低いのは、北海道が広大な土地に恵まれているのが逆に災いしているのと、過疎化に伴うインフラ整備の衰退も大きな問題です。

③については、その世代として致し方ないかと思われませんが、④、⑤、⑥については、各々の考え方なので、ある意味ファジーな説得しかありません。しかし、50代、60代、70代、80代へのある大学でのアンケート調査では、80代が運転に自信があると答えた人が最も多かったそうです（2016年12月9日、産経新聞）。そして、その説得に失敗すると、最大の問題の⑦と⑧の対策が必要になります。車は大変便利な道具ですが、人を傷つける可能性のある最も身近で危険な道具で、さらにその使用の安全基準が、免許さえあれば、すべて個人の主観に委ねられているということが、昨今の高齢者事故の最大の懸念材料ではないでしょうか。各地域では、高齢者向け運転教習の普及を図っておりますが、これだけでは解決にならないのも事実で、やはりそれに大きく関わるのが、今回、法律が変更された認知検査の厳格化（これで十分かどうかの議論は別として）でしょう。法令施行から約2月後の平成29年5月末現在、認知検査の3段階の分類で、認知検査が必要な1分類と判定された方は11,617人（431,338人中）で、そのうち取り消しに至ったのは14人だそうです。また、自主返納は987人だそうです。ちなみに北海道は、457人（17,721人中）のうち、取り消しは釧路での1人でした。

この原稿を執筆中の本年6月30日、道警の有識者会議より高齢者の免許に対する意見書が提出されました。そのなかで、“安全装置のついた車に限定する”は、想定内と言うよりこれは高齢者に限ったことではないように思いますし、我々も十分にその恩恵に預かりたいところです。しかし、“75歳以上の方の運転は、昼間のみ限定する”とか、“高速道路の運転は禁止する”などの答申が盛り込まれております。これは、議論を呼びそうですが、やはりそこまで事故にたいする対策が緊急課題であることが伺われます。もう2025年には、団塊の世代が後期高齢者へと突入します。

さて、かくいう私は、何歳で車の運転を卒業するのでしょうか。

70歳、75歳、80歳、、、いやいや自動運転に期待しましょう。将来、颯爽と走る真っ赤なスポーツカーから、一人では歩くのおぼつかない腰の曲がった、耳のものすごい遠いおじーちゃんが、運転席から降りてくるなんていう時代が来るかもしれません。でもそれじゃー何のためのスポーツカーかわからなくなりますね。だからといってその時の気分や車種によって自動運転のモードが変わるのでは困りますが。

（文責 副院長 五十嵐弘昌）

補足：ちなみに自動運転の技術は、日本の発案で研究が10年前に始まりました。しかし、その岩盤規制のおかげで、今は後進国となってしまったそうです。そこで、やっと警察庁が2017年4月13日に、遠隔操作自動車の公道実験の基準案を公表しました。でも、これでは世界との開発競争には勝てないそうです。昨今、村度が一大ブームとなっておりますが、この岩盤規制こそ、巨大企業からの圧力（村度）だったとの話です。



# 認知症と道路交通法改正の歴史



精神科部長  
今井 智之

精神疾患—特に認知症に罹患している患者による交通事故は、近年急激に進行しつつある高齢化社会において、とても大きな問題となりつつあります。わかりやすい例を挙げれば、時折報道される「高速道路の逆走」などはその典型例で、健康な運転者ならばまず起こしえないような事故や交通違反を犯してしまうことが知られています。2001年の改正道交法で、運転に支障をきたす恐れがある精神疾患として、特に認知症（当時は「痴呆」）が明記され、免許停止・取り消しに関して個別の判断が行われるようにはなりました。以後も数年毎の法改正の度に精神疾患への言及は増え、徐々にではあるものの法整備がなされつつあることが窺われます。

高知大学・上村らの研究（2007年）によれば、同附属病院受診中の運転免許を保持する認知症患者のうち、実に41.0%が何らかの交通事故を起こしており、特にアルツハイマー型／脳血管性／前頭側頭型の各タイプにより、迷子運転・枠入れの失敗／操作ミス・速度維持困難／信号無視・追突・わき見運転…といった事故危険運転の特徴がみられると報告されています。それにもかかわらず、恐らくは病識の乏しさからでしょうが、認知症患者の多くは診断が下された後も運転を継続しがちで、殆どのケースで運転能力の低下は自覚されることもないといい、担当医の「運転困難」という評価との大きな乖離がみられています。加えて、担当医による運転中断勧告の1年ないし4年後も、運転免許の更新は滞りなくなってしまうケースも数多くみられたといい、2002年から実施された（自己申告による）病状申請書は、たとえ提出義務があるにせよ、なんら抑止力とはならないことが警告されています。

これらのことから2009年には、75歳以上の免許更新者に講習予備検査＝認知機能検査の義務化がなされ、更に2013年には病状申告書の虚偽記載に罰則規定が設けられたものの、重大事故が減る気配はなく、ついに2014年には医師による任意通報制度が開始され、認知症などの精神疾患患者の運転に対し、医療サイドから「法的なブレーキ」を

かけることは可能となっています。なお、道交法第101条の6第3項に「刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、（略）届出をすることを妨げるものと解釈してはならない。」とあり、通報はいわゆる守秘義務違反には当たらないとされているものの、民法上の損害賠償請求などの訴訟に巻き込まれるリスクは、実は（例えば成年後見制度と同様に）ゼロとはいえず、その点で医師は届出にあたり、患者・家族への丁寧な説明および診療録記載はより欠かすことができないと考えられます（届出を行った医師を保護する法整備も期待したいところですが…）。

さて今回の法改正にて、運転免許更新時に受けた認知機能検査において第一分類＝認知症疑いとなった場合、臨時適性検査の施行または診断書提出の命令が下されることとなりました。道警運転免許試験課の推計では、道内では2200人前後が第一分類に該当するとされています。臨時適性検査は専門の医師＝私ども精神科医により行われる一方、公安委員会の命令に基づく診断書提出は専門の医師のみでなく「認知症に係る主治の医師」、すなわち認知症サポート医をはじめとしたかかりつけ医の先生方にも求められることとなります。北海道医報29年3月号および北海道医師会ホームページに掲載の「診断書記載ガイドライン」を読む限り、これまた成年後見制度の診断書と同様、いささか手間のかかるものではありませんが、先日日本医師会により提示された「診断書作成の手引き」に基づいた適切な記載を要します。

私どもは、公安委員会および保健所といった関係機関と連携しつつ、患者さんの認知機能評価および法の適切な運用に協力して参ります。

参考：かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き 平成29年3月 日本医師会  
：日医ニュース 平成29年4月5日号（第1334号）日本医師会  
：指標 認知症に係る診断書提出命令制度 北海道医報 平成29年3月号（第1182号）北海道医師会  
：認知症の人の自動車運転—医学的研究と倫理的課題—上村. 総合病院精神医学117-123 Vol.29(2)2017 日本総合病院精神医学会



# 自動車運転免許と眼科



眼科  
五十嵐 弘昌

人は、自動車の運転というより生活すべてにおいて、周囲の情報の大部分を視覚より得ており、その情報を正確に取得し判断後、行動に移します。したがって、視覚検査は、運転するうえで、当たり前ですが絶対条件です。

ところで、視覚検査と言って、皆さんは何を連想されるでしょうか。

迷わず視力検査（含 矯正視力）でしょう。これは、眼科で行う精密なものから学校レベルで行うスクリーニングのものまで幅は広いのですが、実は、視力にはいくつもの種類があることをご存知でしょうか。簡単に言っても、最小分離能、最小識別能、形態認識能の3つあります。さらには、広義の意味で、見てからそれを認識できるまでの時間ですとか、行動を起こすまでの時間ですとか、明暗時視力・順応ですとか、私がここで思いつくままに書いてもこれだけでできます。

一方、視覚検査を、運転教習に関するものに絞ったとしても、色覚検査と視野検査が含まれます。しかし、視野検査については、検査もさることながら、解釈は視力検査よりさらに複雑です。このように、運転免許に必要な視覚検査だけを見ても、最低限、視力と視野が必要不可欠なのですが、実際の免許センターで行っている検査は、視力検査でも精密視野検査でもなく、ただの**適性検査**ということです。ここで、この適性検査の良し悪しを議論するつもりはありません。もちろん眼科での検査は優れてはありますが、このような検査を免許センターで行っていたら大変なことになってしまい、現実的なことではありません。さらに、視野検査はさらに複雑ですから、70歳以上の高齢者講習で水平半盲の検査は施行されておりますが、免許センターレベルで精密視野検査は、不可能としか言いようがありません。

このように述べていくと、それでは現行法で行くしかないのではないかとと思われると思いますが、実はその通りなのです。しかし、ここからは、あくまで私の個人的な意見として記載させていただきますが、眼科領域における免許の発行基準は、見える見えないの最低限の基準を示すだけで、それ以上、すなわち車を運転してもよいかどうかは、

他のさらなる判断基準に委ねるべきだと考えております。なぜなら、ややもすると皆さんは、運転免許は、視力の適性試験のみをパスすれば更新できていると思っています。実際の免許センターに行ったらそのように感じて不思議ではありません。

それを裏付けるのは、私は眼科医として、その適性検査に引っかけた患者からよく相談を受けます。しかし、意見が平行線をたどることがほとんどです。彼らの言い分は、免許がなくては何処にも行けない。もちろん病院だって来れない。あんな田舎で車がなければ、死ねと言われるようなものだと、極論を言われる方までいらっしゃいます。一方、田舎だから大丈夫とか、ちょっとしか乗らないとか、スピードはださないから安全運転だとか、夜は乗らないようにしているとか、とにかく自分の都合の良いように理由をつけて、家族の猛反対を押しきって、車を運転しているご高齢者を多くみうけます。ここまで来ると、もう何を言ってもだめです。ちなみに、免許の自主返納は、都心部ほど高率というより、都心部がほとんどだそうです。もちろん交通事情が異なりますが、まさに私の外来患者の状況を反映する事実です。

今日、車社会形成過程では想定されていなかった時代に突入し、これからさらに高齢者のドライバーが増えるなかで、高齢者のドライバーに限らず、これからも適性検査としての視力基準だけが免許の更新基準とするのは、すこし乱暴だと思います。視力は重要ではありますが、あくまで一つの必要検査基準とし、他の適性検査、運動機能、反射神経、聴覚、認知（判断速度）、性格などなど、もっとシステムティックで複雑なの組み合わせが必要かと考えております。

参考文献：

平成25年と26年の「視野と安全運転の関係に関する調査研究」：警察庁委託事業

## ポイント

**運転免許更新時の視覚検査は、ただの適正検査であり、視力検査ではありません。**

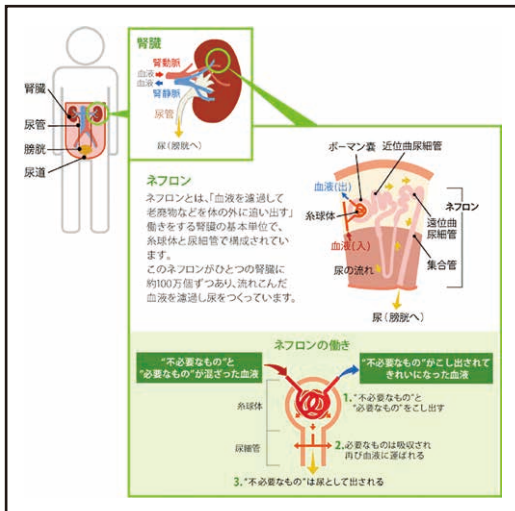


# 糖尿病教室

## 仁義(腎機)なき戦い!~CKDって何だ?~

第三内科部長 / 古川 真 with 釧路赤十字病院糖尿病研究会

みなさんこんにちは！内科の古川です。さて糖尿病のお話をする時に必ず出てくるのが合併症のお話です。どんなに血糖値を良好に保っても合併症を起こしては折角の努力の甲斐がありません。今回は医者がどうやって合併症を見つけようとしているかというお話です。で、今回は腎臓のお話です。皆さん腎臓は皆さんの体のどこにあるかご存知ですか？大体お臍の高さで、背骨の前辺りにあります。大きさはこぶし大位です。



この腎臓の働きの一番重要なことは、尿を作り出すことです。腎臓には非常に大量の血液が流れ込んでいて、その血液をろ過して体にとって要らなくなった物質を体の外に出す働きがあります。どうやって血液をろ過しているかというと、体の中で一番太くて大きな腹部大動脈という血管から直接腎臓に血液が大量に流れ込んできます。その量、実に1分間に1リットルとされています。腎臓に入り込んだ血液は徐々に細い血管に分かれて腎臓の縁の部分に流れていきます。その一番細くなったところで、血管がぐるぐると“とぐろ”を巻くようになります。その“とぐろ”を巻いたような血管はまるで糸玉の糸玉のように見えるので（肉眼では見えません。顕微鏡で見たのですが。）“糸球体”（しきゅうたい）と名付けられました。この“糸球体”血管は“ネフロン”とよばれるフィルターのような組織に包まれており、そこで血液がすごい圧をかけられ体にとって要らなくなった老廃物を尿として搾り取るというようなイメージでいいかと思います。この腎臓の機能（腎

機）を表すのが、皆さんの普段受けておられる血液検査では、検査の紙の“Cre”（クレアチニン）という項目に当たります。大まかな話ですが大体1.0mg/dlよりも高い数字になると要注意です！もっと精密な値では“eGFR”（糸球体ろ過量）という数字で表されます。この数字が60（ml/分/1.73m<sup>2</sup>）未満なら“CKD”の疑いがあります！えっ？“CKD”って？新手的アイドルグループ？じゃあ48か？いいえ違います！何らかの原因で腎臓の機能が低下してしまった『慢性腎臓病』というのが“CKD”です！これと尿たんぱくが出てくるかどうかを組み合わせて医者は“CKD”のどの段階にあなたがいるのかを判断します。もしも“CKD”であったなら、きちんとネフロンのダメージを治療しておかないと、このダメージは徐々に進行してしまいます。治療で重要なのは、勿論“どろどろ血”を改善するため血糖を良くするのも重要なのですが、実はそれだけでは十分ではありません。先ほど話した通り尿を作り出すときには、“糸球体”や“ネフロン”にも凄いの“圧”が掛かっているのです。その圧を和らげてあげないと“糸球体”や“ネフロン”のダメージを十分取ってあげることができないのです。ですから、糖尿の場合でもかならず血糖とともに血圧の十分な治療が必要になってくるのです。血圧の目標も通常の高血圧の方よりも少し厳しめで、上の血圧が130mmHgで下の血圧が80mmHgとされています。そうです腎臓はあなたの体を守るため、日夜血圧と闘っているのです！まさに『腎機なき戦い！』を日々繰り返しているのです！さあ、みなさんも自分の腎臓を守るため、是非御自宅の血圧計で血圧をチェックいたしましょう！

|       | eGFR  | 尿蛋白     |      |      | 重症度の説明                  |
|-------|-------|---------|------|------|-------------------------|
|       |       | (-) (±) | (1+) | (2+) |                         |
| ステージ1 | ≥90   |         |      |      | 腎障害が存在する<br>eGFR正常または亢進 |
| ステージ2 | 60-89 |         |      |      | 腎障害が存在する<br>eGFR軽度低下    |
| ステージ3 | 30-59 |         |      |      | 腎障害が存在する<br>eGFR中等度低下   |
| ステージ4 | 15-29 |         |      |      | 腎障害が存在する<br>eGFR高度低下    |
| ステージ5 | <15   |         |      |      | 腎不全                     |

# 医療講演会「難聴とめまいを理解するための基礎知識を整理する」



氷見教授

当院、4階講堂において、本年5月24日(水)、「難聴とめまい」と題し、札幌医科大学 耳鼻咽喉科学講座 氷見徹夫教授の講演を拝聴致しました。氷見教授は、今回は当院において2度目の講演で、前回、平成19年4月の新生児聴覚スクリーニングについての講演から数えて、ちょうど10年ぶりとなります。

講演の最初は、まず難聴についての説明でした。難聴は、患者さんがどうしても周りを気遣うため、聞こえていなくても微笑で返答することから、**ホホエミの障害**と呼ばれているそうです。しかし、これは何も難聴の方でなくとも、外人さんが話す言語はしっかり聞こえていてもまったく理解出来ず（聞こえてないのと同じ）、思わず微笑みを返してしまう我々も立派なホホエミの障害です。

氷見先生の講演の最初は、音の伝導ルートについてでした。音が、まずその波動で鼓膜を振動させ、それが耳小骨を介して蝸牛へと伝わり、最終的に蝸牛の有毛細胞が音の波動を電気信号へ変換するまでの過程をわかりやすくご説明して頂きました。そして、難聴には、伝音性と感音性とがあります。伝音性難聴は、主に鼓膜から耳小骨までの障害、外傷や中耳炎などで発生し、補聴器などで対応できます。

一方、感音性難聴は、有毛細胞以下の障害による難聴で、有名な疾患に老人性難聴や特発性難聴があり、特に老人性難聴は、高周波領域を感知する有毛細胞が脱落していくようで、その結果として老人性難聴は、高い音が聞こえなくなりますが、低音域は比較的保たれるのが特徴とのことです。たとえば言えば、いくら大声で叫んでも聞こえない老人に、小声ではそばそと低い声で悪口を言う聞こえてしまうのは、このことが原因と考えられます。ですから、悪口を聞かれないときは、正々堂々とはっきり面と向かって言ひましょう。

(注：責任はとれませんので、あくまで自己責任でお願いします。)

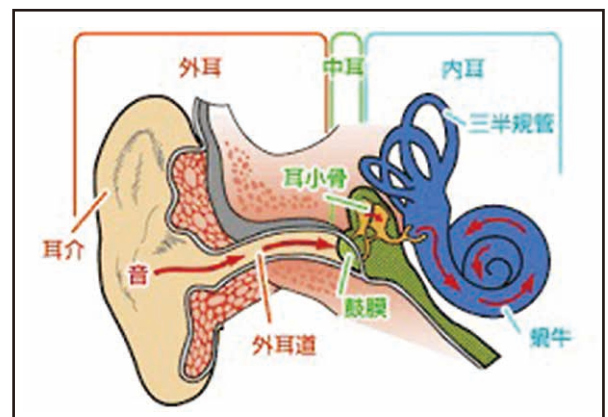
本章の最後に、氷見教授のライフワークともいえる難聴の治療、なかでも人工内耳についてのご説明がありました。装置は一口で説明できるほど

単純ではありませんが、世界で最もすぐれた人工感覚器とされているとのことです。そこで、氷見教授は、新生児聴覚スクリーニングで、なるべく早期に先天性難聴を発見し、これを使用することが、少しでも障害を早期に克服する可能性があることを強調されておりました。しかし、現実には新生児聴覚スクリーニングが十分普及していないとのことで、特に釧路は、、、と小声で申されておりました。また、これに関連して、国からの委託研究であるAMEDで、人工内耳の家族支援、就労支援、社会支援を北海道でのモデル事業として手がけているそうですが、その認知度は低く、社会的啓蒙やシステムの構築に現在奔走中とのことでした。

次に、めまいについての講演を拝聴しました。めまいは、体のバランスを保つ仕組みの障害で起こり、末梢性、中枢性（脳梗塞）、循環器系（起立性低血圧）などの障害で起こりますが、耳鼻科領域で扱うめまいは、末梢性の障害がその主体で、半規管や耳石器に代表される加速センサーの障害によるものです。氷見教授が仰るには、めまいは、難聴より理解するのは難しいとの事でしたが、まさにその通りでした。それでも、かなりかみ砕いてご説明して頂いたのは、半器官は回転運動、耳石は重力などを感知する器官で、それらの信号を前庭神経が中枢へ伝え、中枢からそれにともなう姿勢制御が促されます。その代表が、頭位の変換による眼位の補正です。それが障害されると、眼振へと至ります。そうなると、周りから見てもまさに目が回っていることがわかります。ちなみに、乗り物酔いも半規管の一過性の機能障害によるものだそうです。

以上、1時間でしたが、ここに書かせて頂いたのはほんの一部で、盛りだくさんの内容を理路整然とご説明くださいました。教授ともなれば、如何に難しい事を考えているのかとついつい側に寄りたいたい存在となってしまいますが、日本を代表する教授は、さにあらず庶民にも親近感のあるすばらしい先生でした。

氷見先生、本当にありがとうございました。3度目の講演を楽しみにしております。



# 赤十字キャンペーンを開催しました

平成29年5月20日(土) 1Fエントランスホールほか

赤十字運動月間の5月に毎年行っているイベントです。

地域の皆さんへ赤十字活動を紹介し、活動への理解とご協力をお願いしているものです。



【内視鏡手術体験】



【日赤さかえ保育園】



【健康チェック】



【はしご車搭乗体験】



【ハートラちゃん】



【AED体験】



【興津小学校金管同好会】

当日は晴天に恵まれ暖かく、来場者は500名を超えました。会場となったエントランスホールや外来待合のスペースは、普段の病院とは違う賑わいを見せていました。

イベントでは、「AED体験」や赤十字奉仕団のご協力による「点字体験」、マクドナルドによる「ドナルドショー」などを行いました。また、日赤さかえ保育園児による「よきこいソーラン」や興津小学校金管同好会による演奏、PUBU with MEGUによるライブで大いに盛り上がりました。お祭り広場ではヨーヨー釣りや綿あめ、輪投げなど小さなお子さんに楽しんでいただくことができました。ちびっこ写真撮影コーナーでは、救護員、ナース、ドクターの制服に着替えたお子さんの写真をその場でオリジナル缶バッジにしてプレゼントしたところ、とても好評でした。

この赤十字キャンペーンは、「赤十字ってどんな活動をしているの?」を見て、聞いて、体験して理解できるイベントとなっています。来年も5月に開催しますので、ぜひご来場ください。