

会員のば

北海道に、もう20年

恵庭市医師会
産婦人科・小児科クリニック リブ

菊川 晴美

初めまして。産婦人科と小児科を夫とともに開業しております。

私は結婚を機に北海道に移住し、今年で20年になります。移住とは大げさですが、本州の西端の山口県で大学までを過ごし、友人に沖縄の人はいても、北海道出身者は皆無。当時放送していた『北の国から』のイメージで、皆から「熊に食われるな」とか「吹雪で遭難するなよ」などと言われつつ送り出されました。

1994年7月、室蘭に上陸。北海道の涼しさを期待したものの、この年は猛暑。後輩にエアコンを無償で譲って来たことを後悔しました。ちなみに、その後輩からは結婚祝いにバスタオルのセットが届きました。幸い翌年からの夏は例年の気温に戻り、今も自宅は扇風機で暮らしています。

室蘭では山口での車をそのまま乗っていました。スーパーの駐車場で、山口ナンバーを見たと思われる見ず知らずの人に「遠くから仕事かい、大変だね、がんばりなよ」「内地の車じゃ冬は越せないよ、バッテリーとタイヤ変えないと危ないよ」と声を掛けられ、これはよそ者への嫌味？それとも親切？と一瞬、迷いました。親切でした。

私が育った地では、もし、隣に住む人から「毎日遅くまでお仕事大変ですね」と言われたら、「そうなんです、忙しくて」と返してはいけません。「夜遅く帰ってきて、物音立ててすみません。気を付けます」と応えるべきで、さらに相手は「いいえ、お気遣いなく」と言いつつ、意図が伝わったことを確認します。もし、下の階に住む人から「お子さん、いつも元気ですね」と言われたら「おかげさまで病気ひとつしません」ではなく「うちの子が走り回って騒がしいですね。静かにさせます」と応え、下の階の人は「いいえ、大丈夫ですよ」と返すものだと、親から教えられておりました。これは決して意地悪ではなく、狭い土地に近接して暮らす知恵ですが、正直少し疲れます。北海道は広くおらかで、暮らしや

すいところですよ。

そして冬が来て、なぜ道路の上方に矢印が付いているのかを知り、節分には大豆ではなく殻つき落花生をまくと知り、赤飯に甘納豆が入っていることに驚き、雪の日に傘は必要なくかえって危ないと教えられました。

今では古い友人に電話で「北海道弁になったね」と言われます。すっかり北海道人のつもりでしたが、最近分からない言葉に出会いました。『ジョッピンかる』と『エスカロップ』。北海道は大きく、奥深い。道産子への道は遠いようです。



丸瀬布の道の駅で素敵な木工レリーフに出会いました。クリニックを開院する時に、待合室の壁にレリーフを制作していただきました。

北海道で作られている木工作品や革製品はとても魅力的です。

ドイツ留学記

北海道大学医師会
国立病院機構北海道がんセンター 放射線診断科

竹井 俊樹

こんにちは。この度伝統ある北海道医報「会員のひろば」に原稿を依頼され大変恐縮しておりますが、駄文にお付き合いください。

2014年も半ば過ぎ、ブラジルW杯もドイツの24年ぶりの優勝で幕を閉じました。眠い眼をこすりながら試合を見ていた先生方もいらっしやるのではないのでしょうか。

小生は現在北海道がんセンターに勤務する一画像診断医ですが、その前は母校(北大)をはじめ室蘭、旭川等で務めた後に、ドイツ南部のバイエルン州ミュンヘン市に在る、ミュンヘン工科大学の核医学教室(Markus Schwaiger教授)のもとに私費にて研究留学をさせてもらっておりました。札幌市とミュンヘン市が同じ1972年に冬・夏季の五輪を開催したのを契機に、夏季五輪期間中に姉妹都市提携を結んだことは、小生(1974年生)以降の世代だとミュンヘン市民にも中々知られていませんでした。ドイツ第3の都市であるミュンヘンは、12世紀半ばにもともと僧院(Mönch、英Monk)であったのが発展して街として成立したと最初の記述があり、その後はさまざまな領主の時代(ノイシュヴァンシュタイン城で有名なフリードリヒ2世も含む)を経、第一次大戦後のドイツ革命まで王制が敷かれました。

人口130万人台と一昔前の札幌に近いですが、高層建築が幅広く制限されているため人口が分散し、札幌よりも相当広く感じました。しかし自家用車を持つには困らない程の公共機関の発達(地下鉄で7路線、バスや電車も多数)と自転車文化が成熟し、街の中心部にも緑があふれ馴染み易く、夜中男性独りでも歩ける治安のよい街でした。季節性も豊かで、春はアスパラの解禁とともにピアガーデンに活気があふれ、夏はサバの塩焼き(意外ですが名物です)とともに皆が屋外でビールをマス(maß、1リッター入りのジョッキ)で飲み干します。秋には昨年より札幌でも開催されたオクトーバーフェストで街中が大賑わいし、冬はクリスマスマーケットで(また!)ビールとホットワインを飲みつつ、クリスマスへ向けて一直線に盛り上がる、年中お祭りの街です。スポーツもそうですが、経済的にも欧州の中心地の一つで、国内はもちろんEUの周辺国にも大体飛行機一本で行けますので、東欧からアフリカ大陸の端まで十数カ国、約80カ所の街に行けるだけ行き(特に印象に残ったのはベルリンの壁とミュンヘン郊外ダッハウ収容所、およびポーランドのアウシュビッツ収容所で

す)、街の人間と歴史文化(と料理と酒)にどっぷり触れることができました。

ドイツ人は思っていたより英語を話さず、役所でも英語が通じないのでヒーヒーでしたが、昔取った杵柄(まだドイツ語必修の世代です)でとりあえず読めたのと、現地でも語学学校に通い続けた結果、今でも相当文法など怪しいのですが、相手に言いたいことが通じ、価値観を分かち合えた時の安堵感は格別でした。

最後に留学中は何を研究していたかということ、ミュンヘン工科大学はPET(陽電子断層撮影)とMRI(磁気共鳴画像)の一体型複合機(PET-MR)が世界で最初に導入された施設であり、附属病院(1,100床)と一体でもある同施設にて、悪性疾患の診断率についてこれまでの機器との比較を主体に、時には中心として(※)、時には補助的にさまざまなプロジェクトに加わり、最先端の分野で一定の仕事をするのでできました。またドイツ人の読影の仕方にも学ぶところが大きかったです。ドイツ(バイエルン州)の医療は他欧州と同様、かかりつけ医(レントゲンやエコーも無いところが多い)が主体でいきなり大病院に行くことは救急以外ではできないのと、健診事業がほとんどないため、相当進行した状態での癌の画像診断や治療を開始する方が非常に多かったようで、日本の皆保険をはじめとする諸種の制度が大変恵まれたものであり、退化させない方法を何とか生み出していく必要があるものと考えております。

あともう一言だけ、特に若い先生方に伝えたいのは、ぜひ留学経験をお勧めしたいです。母校の柵み等とは隔離された世界(といっても今の世の中ネットで日本の情報は簡単に手に入るのですが…)で立派な論文が書ければ言うことはありませんが、じっくり人生を考えたり、日本の常識が通用しない他の世界を楽しんだり、他国の友達を作れる経験をするだけでも(地域医療とは関係ないとお怒りを買いかもしれませんが…)、後の医師人生にとって必ず財産になると思います。最後まで読んでいただきありがとうございました。

※参考文献：J Nucl Med. 2014 Feb;55(2):191-7.



リンダーホーフ城：ミュンヘン南西部に位置するルートヴィヒ2世が1874~78年にかけて建築した宮殿。ノイシュヴァンシュタイン城とは異なり小城ではあるが、ルネサンス様式にバロック、ロココ様式も加えられた大変美しい城です。ぜひ一度。

部品メーカーとカーディーラー

江別医師会
江別市立病院

葛西 孝健

新車は故障が少ない。故障しても1カ所。部品を直せば元通りに走ることができる。部品メーカーは田舎町には必要ない。都市部にあって依頼があったら直してくれる、それが大切。

10万km走った車は故障しやすい。一旦走れなくなるとあちこちに故障が見つかる。どこを直せばいいのか、直したところで走れるようになるのか…。田舎町に部品メーカーは少ないが、板金やディーラーは存在している。どこが悪いと調べると、手元にある修理器具で直したり、それができなければ部品メーカーに頼みまたメンテナンスしたり…。一部は修理して、あとは近距離だけ、直しても走れない、と助言されるかもしれない。

昔から、田舎町の板金やディーラー、都市部の部品メーカーが協力しているいろいろな車に携わってきた。部品メーカーは都市部にあればいいと述べた。でも、都市部にも板金やディーラーは必要だ。ボディの小さい傷でメーカーを頼っては効率が悪いし、新車でも原因不明の異音がすることも。都市部にも10万km車は走っている。カーナビの修理屋が、エンジンの不調を見つけて修理してくれたらとても奇特だ。通常はそうはいかないから、板金やディーラーが車全体を見て、それぞれの部品メーカーと連携する。どこが悪いか、もう走れないのか…。整備士だけでは決められないかもしれない。そんなとき、車に携わる他の関係者との話し合いをする。

10万km車が長く走る世の中になった。部品メーカーはより精密な仕事を要求され、他の部品や車全体に目を向けることは少ない。だから、故障や車の寿命について正しい判断ができ、できる限り手元にある修理器具で直し、それができなければ部品メーカーの技士や他の車両関係者と連携が取れる、そんな整備士が求められている。

部品メーカーの技士、板金・ディーラーの整備士がそれぞれの長所を尊重し合い、協力し合うことが大切だ。

アムロジピンは長寿の秘薬??

札幌市医師会
宮の森病院

西川 益利

私は昨年末に山口県から北海道にやってきました。これまでは耳鼻咽喉科医として約30年間やってきましたが、今は内科医として札幌市内にある宮の森病院の療養型病棟に勤務しています。北海道医師会ホームページの「医学会・医学講演会等開催情報」で老人内科関連の講演会を探しては、札幌市内で開催されている講演会に参加し勉強させてもらっています。これまで高血圧、心房細動、糖尿病、認知症、大腿骨骨折などなどに多数参加しました。講演会で話を聴くたびに、まあ自分の知識はなんといい加減なものだなあと認識を新たにしています。

「高血圧治療ガイドライン2014」関連の講演会にも何度も出席させていただきました。高血圧の薬にはARB、ACE阻害剤、カルシウム拮抗剤、β遮断剤などがあり、利尿剤も併用するという初歩的なことも学び直した次第です。また85歳以上についてはエビデンスが無い、個々の症例に合わせるようにと聴きました。講演会場入り口でガイドライン本の無料配布があった時、それをいただいて帰って読み直しました。高齢者高血圧のページには80歳以上の高齢者についても降圧療法が勧められていましたが、さらに高齢である85歳、90歳以上については記載が見当たりませんでした。今自分が勤務している宮の森病院に大勢入院されている90歳以上の超高齢者に、ガイドラインは無いけど降圧剤は何か良いだろうか？ また今現在はどんな降圧剤がよく処方されているのだろうか？ ちょっと調べてみようかな？と思うようになりました。

宮の森病院に入院されている患者さんは80歳や85歳ではまだまだ若い方で、100歳を超える方もたくさん入院されており、100歳超でも降圧剤を内服継続されている方がいらっしゃいます。ちなみに平成26年5月の宮の森病院・療養型病棟の入院患者の平均年齢は84歳、宮の森病院・療養型老健の入院患者の平均年齢は88歳でした。入院患者の年齢は年々高くなっており、今では100歳を超えた患者さんは珍しくなくなったとのことでした。これらの入院患者を対象に、5月に処方された降圧剤の種類を、処方箋を基に薬局や医事課で調べてもらったところ、病院全体では一番多いのがカルシウム拮抗剤で、アムロジピンが断トツに多く、次いでニフェジピン（アダラート）、さらにARBのバルサルタン（ディオバン）、αβ遮断剤のカルベジロール（アーチスト）が多く処方されていました。利尿剤はフロセミドが多く、次

いでトリクロルメチアジド（フルイトラン）、スピロノラクトン（アルダクトンA）の順でした。

通常、入院患者さんは前医での処方薬をそのまま継続していただいております。ジェネリックを含めて全く同一薬が無い場合は、同系列の薬に変更しています。自分の受け持ち病棟で調べたところ、半数以上の患者さんが降圧剤を内服されていました。全病棟の患者さんを対象にした調査では入院後間もない方は避けて、1年以上入院されていて、調査時に90歳を超えている患者さんを対象としました。たまにある当直の夕方時間に、ナースステーションで自前のタブレットPCにカルテから患者情報を入力していきました。ナースたちはこの先生は自分の受け持ち病棟でも無いのに、何を変なことをやってるんだろうと思っていたかもしれませんが、そこはオヤジギャグをかましたりしてボチボチやっていきました。宮の森病院は円山公園がすぐ近く、ナースステーションから見える札幌市内の風景はとてもきれいで、自分は気に入っています。PCの入力に飽きたら（単調な作業で、直ぐに飽きるのですが）、ここが病院でなかったら、札幌市内の夜景を一望しながら飲む生ビールは美味しいだろうなあ…とっていました。

90歳代、100歳代で1年以上も入院されている患者さんには、同じ薬をずっと継続されている方もいれば、症状にあわせて薬の種類や分量が変更になった方も大勢いました。中には内服をやめてしまったり再開されたりした方もいました。このため、調査を簡単にしないと、カルテからデータをピックアップする時も、またそのデータを統計解析するにも複雑になって大変なので、入院中にもっとも長く内服している降圧剤と利尿剤の名前を、それぞれ3種類までピックアップすることにしました。薬の種類だけのデータ解析とし、薬の分量の増減、ジェネリックへの変更は問わないことにしました。また1～2ヵ月で変更されているような薬は除外しました。

今回調べることができたのは97名でした。ほとんどが女性で（男性は8名）、全入院患者さんの約1/4でした。多くの方が認知症などで寝たきりです。健康な超高齢者は含まれておらず、片寄った集団でのデータと思われました。それでもどんなものかと、ざっくばらんに集計してみました。当院の入院前に降圧剤や利尿剤を全く服用していなかった患者さんは28人で、1/3以下でした。ご紹介いただいた病院、診療所での降圧剤で、処方が一番多かったのがアムロジピンでした。利尿剤のフロセミドも多く処方いただいていた。また入院後の処方でも一番多かったのがアムロジピンで、その他の内服薬も病院全体の処方箋の結果と同じ傾向でした。また調査した患者さんの中には5年以上入院されている方が40名いたので、次第に降圧剤も飲まなくてもすむ方も増えるのかなと思いましたが、調べた時点では降圧剤や利尿剤を全く内服していない患者さんは32名で、

思った以上に多くありませんでした。

以上をまとめると、90歳以上で1年以上入院されている患者さんの2/3以上が降圧剤や利尿剤を内服されていました。しかも大多数の方はアムロジピンを内服されていました。テレビショッピングの商業風なまとめると「高血圧症は長寿の秘訣です！」「長寿者の多くの方がアムロジピンを内服されています！」「長生きのためにアムロジピンを毎日飲みましょう～！」…（あくまで個人の感想です）を付け加えて…ナンテことになりました。これはやはり不当表示？でしょう。85歳、90歳以上の超高齢者においては薬による血圧のコントロールも必要ですが、やはりナースや介護職員たちの献身的な介護、栄養管理、リハビリテーションなどなどのトータルケアでのサポートが、入院患者さんの年々長寿者増加のより重要なポイントだと思っています。



テッ、クマだ!?

札幌市医師会
札幌清田病院

後藤 義朗

6月には猛暑日、次は梅雨模様の異常気象が続いた。やっと平年の夏到来と思ったら、「春グマ 目撃急増」と報じられ(道新6/18)、熱気が急に冷めた。場所は、札幌市宮の森や網走市の住宅地の中、藻岩山スキー場の南斜面でも数m先で目撃された。ヒグマ学習センター代表は、若いクマではという。一昨年主食のドングリが豊作で、クマの繁殖が増え、コグマが親離れをする時期と一致する。若いクマは好奇心が旺盛で、成獣の縄張りを避けるので、結果的に市街地に出没しやすい。

せたな町の山林で、昨年女性を襲ったクマがまた人を襲った。里山が整備されないと山のクマと人間の生活域が交わり、クマは人に対する警戒心が薄れる。山に入る機会のない筆者も市街地で遭遇してもおかしくはない。その茂みに隠れているかもしれない。北海道は、人や農業への被害を減らし、共存を目指した適正なクマ数とする管理計画を始動させた(朝日新聞5/29)。まずは、クマの生息数の把握である。推定2,200~6,700頭という数字は狩猟者のアンケートによるもの。本年夏に富良野市の東京大学演習林(約300km²)で実態調査を行う。方法は、有刺鉄線の囲い中に残った毛のDNAを分析する「ヘアトラップ法」だ。

すべてのクマが人間を襲うわけではないが、クマとの遭遇を可能な限り回避したい。鈴、笛で人間がいることを事前に知らせるのがベスト。北米の研究では、人間の持つ弁当やおやつ、キャンプ場から出る残飯がクマを近づけるので、家庭ゴミは屋外に放置しない。

万が一の場合の対応策が、『クマにあったらどうするかーアイヌ民族最後の狩人姉崎等』(ちくま文庫2014年)に載る。クマの実態を見て、その心が分かる姉崎は、「自分がクマになりきる」ことで猟をした。警句は「背中を向けて逃げてはいけない」。動くものに対し攻撃的になるからだ。木登りは上手で、走るのは自動車並みなので逃げられない。「大きいクマは安心」で、親離れしたばかりのクマはまだ気持ちも落ち着いていないので危ない。また、コグマだったら、近くに親がいるからなおさら危険だ。

「死んだふり」はあくまでも俗説。クマは生きていくかどうかを鼻で突付いて確認する。クマの吐息を感じても演技できまい。姉崎は「死んだふりより腰抜かせ」とし、相手を見て、話しかけて落ちつかせよというが、そんな余裕などないだろう。東北のマ

タギは、自分の持ち物を速くに投げる。クマは最初に投げられたものに噛み付く習性があるからだ。だが、荷物を確認したらまだ戻ってくるから気を抜けない。なお、比較的有効な手段はベルトを振ること。どうやらクマは蛇が苦手らしい。これは、登別のクマ牧場でも確認されている事象だ。

菅野 茂らは、『よいクマわるいクマ、見分け方から付き合い方まで』(北海道新聞社発行、2006年)でヒグマとの共生法と遭遇時距離別対応マニュアルを記した。至近距離(10m以内)にいれば、もう戦うしかない。クマ除けスプレー(唐辛子に含まれるカプサイシンを含有する。強烈な痛みを与えても皮膚炎症はなく植物等も枯らさない)、アメリカやカナダのレンジャーが常備)を取り出し、クマの方を向いたまま、ゆっくりと風上に移動する。5mをめぐりに、クマの鼻めがけて噴霧する。無効の時でも「逃げたらだめ」。決戦に控え「なた」を準備する。弱点は鼻の下の軟らかい部分なので、大声を上げてここを一撃する。相手が怯まないと最後の手段だ。手で首を守って、かがんで腹を守る防衛姿勢をとる。

アイヌの人々はクマを「キムンカムイ(山の神様)」として尊敬する。クマは毛皮に肉を包んで背負ってきてくれ、「熊の胆」という薬も持ってきてくれる神様だ。イヨマンテで丁寧に感謝のお祈りを捧げ、魂を神の世界に送り返す。一方、ウエンカムイ(悪い神)は畑を荒らし、家畜を襲い、人を襲う悪いクマのこと。それには罰があたる。アイヌの人はクマとの付き合い方を伝承しているから共存もできる。いざという時には戦う準備もある。アイヌの男は、なたやナイフを腰の左右に付け、女はタラという紐をたたんで持っている。後者の紐は蛇のようにくねらせて撃退する。さらに、至近距離で遭遇した場合は、クマを驚かせない「唱えごと」がある。「決して慌てず、落ち着いてクマに話しかけ」正式な挨拶をするとクマは分かるという。「私に飛びかからないでください…(アイヌ語で語る)」(STVアイヌ語ラジオ講座7/27放送)

「なめとこ山の熊」(宮沢賢治著)のクマは別格だ。人間とクマとのせつない命のやり取りをするのが猟だ。かのクマは猟師の小十郎と交した約束を守って、2年後に彼の家の前で死んでいた。皮も肝もくれた。人間より律儀なクマはあくまで童話の世界のことだ。クマのキャラは数多い。クマのプーさん、ディベア、ゆるキャラのくまモン…。現実にはやはり違う。

人を襲うウエンカムイは増えないでほしい。森にドングリがなる広葉樹を増やしていき、野草が豊富な自然林を復興させると、クマが人間の生活圏に近寄らず結果的に共存できる。実現している北欧、北米での保護管理計画ではクマの頭数管理ではなく、むしろ共存のために人間の教育・管理を重点にしているのが特徴だ。ドングリが増えたらクマの数が増

えるが、縄張りにあぶれる数が問題だ。森を復興させるにも年月がかかるので、生態系のバランスを重視した計画と実行が今後の課題だ。

突然のクマ出没に備え、なたや綱、さらにクマ撃退スプレーを持ち歩いていたらクマ以上に「危険」と見なされる。警察官の職務質問に、「クマと戦うためです」と正直に答えてみても信用はされまい。

ガサッ！ 庭の植え込みの中で黒いものが動いた…。てっ！ど、どうする！？ おまじないも憶えていない。まず、あわてるな。

息苦しい出来事

旭川市医師会
市立旭川病院

安藤 敬子

わが家の庭の隅にサクランボの木があって、枝が歩道に張り出している。実が赤くなるころには、下校途中の小学生が群れていて、その跡にはサクランボの種が散らばっている。生垣の内側で草取りなどしていると、子どもたちの会話が聞こえてきて面白い。5～6人の男の子がやって来て、1人が「サクランボを採ったら罪の意識を感じるかァー」と声を上げたところ、仲間が一斉に「感じな～い！」と叫んで枝に取り付く。ある時は高い枝に届かず苦勞している子に「採ってあげようか？」と聞いたら、「自分の食べる分は自分で採る」と断られて、???となったこともあった。

先日も草取りをしていたら、近くの小学校の5年生だという女の子が2人やってきて、「おばさんの家のサクランボを取っている子どもがいる」と言うので、「子どもは取ってもいいんだよ」と答えると、「ダメです。人のものを盗んでいるんです。こっちに来てください」と断固として譲らない。歩道に出てみると、小学1～2年くらいの女の子（姉）と、その妹（5歳くらい）と弟（3歳くらい）がいて、周りに噛んで吐き出したサクランボが散らばっていた。全体に垢じみた印象の姉弟である。

5年生の子が「ごめんなさいと謝りなさい！」と何度も迫ったところ、姉が蚊の鳴くような声で「ごめんなさい」と言った。三姉弟は下を向いたまま全く顔を上げないので、表情は分からない。5年生の子に「知っている子なの？」と訊ねたら、「知らない子だけど、通りかかったらサクランボを取っていたから知らせた」のだそうだ。年甲斐もなく戸惑った私は「サクランボはこれから赤くなって美味しくなるのに、早いうちに採って捨てたらかわいそうだよ。散らばっているサクランボを拾って片付けなさい」と言っておいてから、大急ぎで庭の内側の熟した実

を採ってきて、20粒ほどを姉に渡した。すると5年生の子が「優しい人で良かったね。お礼を言いなさい」。姉がまた小さな声で「ありがとう」。どっちが大人で、どっちが子どもか分からない一幕であった。

実は、数日前に若い先生が来て採っていった後だったので、子どもの手の届くところには未熟な実が残っていなかった。だから、食べてみて吐き出したのだろう。姉は茂みの中をよじ登ったらしく、髪には枯葉やゴミが沢山付いていた。妹と弟は歩道で待っていたらしい。私が髪の毛のゴミを取っていたら、5年生の子も一緒に取ってくれたのが救いであった。

彼女たちが去った後、5年生の子の言葉を思い出しながら息苦しさを感じた。なぜ、「取った」ではなく「盗んだ」というきつい言葉を使ったのだろう。人の物を取ったらダメと教えられているのをきっちり守っているのは分かるが、小さな子どもの悪戯も許せないほど彼女は真面目に四角四面に生きているのだろうか。まるでコンピュータのようだ。全角の“コンマ”と半角の“コンマ”を厳密に区別して、私の思うように動かないコンピュータのようだ。いつか彼女自身が疲れてしまわないのだろうか。今時の子どもは、こんなふうにキッチリ教育されているのだろうか。こういう子どもが大勢いて、そのまま大人になったら、世の中の“遊び部分”がますます減ってやりきれないな。根がチャランポランな私には、そんなキッチリした世の中は息苦しくて困る。

しかし、小さい子どもといえども悪事を見逃しておいてよいのか？ ほとんどの大人は子どものころにいろいろな“悪さ”をしながら、次第に善悪の判断力を付けてきたはずだが、一方、悪戯が高じて本当の悪事と悪戯の区別がつかなくなり、どうしようもない大人になってしまう可能性だってある。どのように話しかけたら良かったのだろうか。姉は内心では反発していたのではなからうか。「欲しい時は家の人に断わってから取りなさい」と言いたいけれど、留守がちのわが家では意味がないし、それに度々、子どもに呼び鈴を押されては面倒だ。

はたまた、子ども心を誘惑するようなサクランボの植え方をしている私が悪いのか、歩道に張り出している枝を全部切ってしまうべきか。

三姉弟のくたびれた服装（汚したのではなく）と、姉の抑揚のない声色を思い出し、ずっと気になっている。

腰痛～厄介な道づれ

札幌医科大学医師会

浦澤 正三

この原稿を書き始めた6月24日現在、既に四週間余り腰痛に悩まされている。五十代以降、いわゆる五十肩の類(たぐい)の肩関節痛に数回見舞われたが、腕が肩より上に上らず、たまのゴルフにやや不便を感じた程度で大した実害はなかった。還暦を過ぎ肩の痛みをすっかり忘れたところから、厄介な道づれ～腰痛～との付き合いが始まった。

最初のころは年に1～2度訪れ、5～6日後にはいつとはなしに消え去るあまり気にならない存在だったが、七十代に入り年2～3回から4～5回へと次第に訪れる回数が増えるとともに、加齢による身体機能の低下に輪をかける日常行動の不自由さにいささか辟易気味のこのごろである。

個人的体験からすると、私の腰痛の始まりには二通りありそうである。一つは「腰が重いなあ」とうすうす感じつつもそのままに過ごしていて、何かの動作であるいは朝寝床から起き上がる時にはっきりと痛みを気付く場合、もう一つは俗に言う“魔女の一突き”で、腰に急激な負荷がかかった際に「ズキッ」と痛みが走る場合で(これも注意深く観察していれば、僅かな前兆があるのかもしれないが)、重いものを前屈みになって両手で持ち上げた時、ゴルフ場で深く腰を落として思いきりバンカーショットをした時、スコップで屋根や道路の重い雪を放っている時などに起きる。

その後の典型的な経過はというと、局所の痛みは急激に増強し、僅かの刺激にも激痛が誘発されるようになり、上半身は次第に前屈(30度程度)、さらにこれに側湾(私の場合、左に凸)が加わり右前屈姿勢となる。回復期には前傾姿勢が徐々に復元するが、この過程でもしばしば腰部に激痛が走り、加えて痛みとともにガクッと腰が抜けるような発作に見舞われることがある。完全回復には通常1週～10日間かかる(前半に憎悪し後半に回復する)が、加齢に伴い最近はより長期化の傾向がある。

腰痛のために約束を反古にしたこともしばしばである。大学の会議などは無理をしても出たが、遊びのゴルフでは明日は直るか明日は直るか一日延ばしに延ばして、遂に土壇場で取り止め仲間に迷惑をかけたこともある。また無理を押し付けて出かけ、腰が曲がらずカップインしたボールを、一緒に回っていたC名誉教授に拾っていただいたこともある。

長い腰痛との付き合いの中で、痛みを軽減するため簡単な腰部のサポーターを5、6本買い求めたが、

中に体型に合わせて作った本格的なコルセットが一本ある。これは過去最も過酷な腰痛体験の後に作られたもので、その直後の冬の雪下ろし中、再度腰痛に見舞われた私は、堪らず長年住み慣れた一軒家を出、現在のマンションへ引越したのであった。

1980年代初頭、私たちの世界に先駆けたヒトロタウイルスの細胞培養と単クローン抗体作成の成功が切っ掛けとなって、私はJICAの依頼により、1988年～1996年の期間、一年おきにフィリピン国・熱帯医学研究所で開催された第3国研修「下痢症の実験室診断」(講習会)において、「ウイルス性下痢症の疫学と診断」の講師を務めることとなった。約5日間の講義と実習を担当したが、成田での宿泊、現地での準備など土日を挟んで毎回9～10日間の出張であった。

最後の講習会に出発する4日前の日曜日(1996年9月22日)、大学でその準備をしていたときのことである。講習会で使用する試薬、器具類の東京の旅行者への事前発送のために、これらを詰め込んだ顔まで届く大きなダンボール箱を、三階の研究室から両手に抱えて一階の玄関へ向かって歩き出した途端、腰に「グキッ」と激痛が走った。「しまった！」と投げ出すように荷物を床に置いた。瞬間、「軽快には1週間～10日はかかる」、「途上国研修生への講習会は10月1日から始まり中止はできない」などのことが脳裏を駆け巡り、「これは大変なことになった」と思った。

以後現地での実習開始まで痛みが続くことを前提に、帰宅後準備したものに、厚さ2cmの2枚の板を釘でL字型に打ち付けた上半身固定板、衣類を引っ掛けるため先端を曲げた長さ90cmの太い針金のフック、お尻がはまらないよう西洋便座に差し渡す厚さ1cmの板切れ、一週間分の鎮痛座薬がある。翌23、24日は、右前傾化した上半身にサポーターを巻き、教授室に閉じこもり極力安静に努め、25日は終日在宅就床した。

こうして出発の26日朝を迎えた。出立の一時間前に床から立ち上がろうとしたが、これが難行であった。まず全身を右側臥位とし、痛みのために何度も失敗しながら両腕を使い、やっと上半身を起こし座位となり、次いで近くの椅子を頼りに徐々に立位となるまでに約20分を要した。

教室員の二人(助手としてフィリピンまで同行するO君と運転手のK君)に両肩を抱えられながら、L字型の固定板が置かれたO君の車の運転助手席へ。脊柱が直線状になるように、上半身を固定版とともに助手席シートにしっかりと括りつけた上、両腕で助手席シートを抑え、時おりの車のパウンドに「イタッ」の声を押し殺しながら千歳空港へ向かった。

座席幅の広いJALスーパーシート上に載せたL字型固定板に上半身を固定し(シートの背は大きく固定できず)、両手で両脇の肘掛を押さえ固定板ごと上

半身を後方に押し付けながら成田へ。離陸時加速の際には、予期していた通り、脊柱の固定板への圧迫により、着陸時の減速に際しては逆に脊柱の前方移動が起こり（これは前席の背面に両腕を突っ張り極力抑えたが）、激痛が走った。この日は空港そばのホテルに一泊したが、ホテルへのバスの乗り降り的一段、一段が忍耐の連続であった。夜は下着をつけたまま就寝。

翌27日は、出発1時間半前に目覚ましを設定。痛みのためベッドの離床、着衣に1時間を要し、朝食もそこそこ空港行きのバスに。鎮痛座薬を使用するも、歩行時、空港へのバスの乗り降りなど頻回の激痛に見舞われながら空港に到着。車椅子を借用してL字型固定板を載せ、その上に座りやっと痛みの連鎖から解放された。以後は同行のO君に押しってもらって移動する。

空港カウンターで携行器材を含む11個の荷物とともにチェックイン。車椅子優先で真っ先にゲートを通し、国際便のドアまではVIP気分だったが、空港内の車椅子はここまで。機内の通路は狭いため、ここで男性3人に両腕、脚を抱えられ機内用車椅子に移された（かつてない激痛に悲鳴をあげるのをやっと堪える）。機内の指定座席まで運ばれ、例のL字型固定板の上に男性二人に抱えられ、再び着席させられる（激痛で仁王様の顔になる）。

再び離着陸時の激痛を経験しながら約6.5時間のフライトの後、マニラ国際空港着。連絡の手違いで研究所の車の姿なく、ようやく研究所に到着したのは夜8時過ぎ。急ぎ携行した保冷荷物を低温室に収納し、研究所講内の宿泊施設に入る。

就寝前に部屋内部の配置を整える。仕事机前の椅子にL字型の板を括りつけ、ベッドの傍にパイプ椅子を一脚置き、その上に靴下を、椅子の背に下着類を掛ける。ベッドの左側に腰を下ろし、右側臥位から次第に仰臥位となるが、前屈姿勢を徐々に真っ直ぐに伸ばすには時間を要し、痛みを伴う。本日は随時鎮痛薬を使っていたが、体を動かすことが多かったため病状は悪化した。激痛の回数数え切れず。

28日（土）6時起床。昨夜と逆の順でベッド上に起き上がり、パイプ椅子を頼りに立ち上がる（この間所要時間15分）。椅子を支えにそろそろと室内を移動しトイレへ、持参の板切れを便座に差し渡し用をたす（30分）。左手を椅子に、右手で日本から持参した針金製のフックを用い、下着、ズボン、靴下を順に引っ張り上げて身に付け、上着を付ける（この一連の着衣作業に約30分）。洗面、前日用意したパンの朝食を済ませ（30分）、車いすに乗って部屋を出る。この間、「イタタッ」の激痛回数は数え切れず。

本日は次週から始まる講習会の準備の日。実習場所、試薬の点検、調整、一部の实習内容のテストなどを行う。研究所構内の移動はO君の押す車椅子で。

以下、日々の業務の詳細は省略し、手帳の「イタタッ」の激痛発生回数を拾ってみると、休日の29日は約10回；参加者の登録、オリエンテーションの30日（月）は約10回；車椅子での講義、実習で多忙であった10月1日は20～30回；押しってもらう車椅子では不可能で、自ら車椅子の両輪を手回しして実習テーブル間を動き回った2日は約70回；デモ主体の実習のあった3日は7回；実習の残り研修成果の評価と考察、研修生との交歓の4日は、軽度の疼痛数回あるも激痛0といった具合であった。5日間の講習会が終わり帰国する5日（土）には、前屈姿勢、軽度疼痛はあるも激痛はなく、腰痛バンドを締め一方の肩を支えられながら、杖をついて自力で歩ける程度にまで回復した。

帰国。成田空港のエスカレーターで忘れていた「イタッ」が蘇った。片足がエスカレーターに踏み込んだ際に脊柱の後方加速、エスカレーターから踏み出した際に前方移動が起きるため、飛行機の離着陸時と同様の原理によるものであった。

また、成田空港より都内ホテル行きのバス乗り場に移動する際、改めて腰痛症の怖さを再認識することになった。未だ腰痛による前傾姿勢が残り、視野はほぼ前方に限定され（左右の見通しは悪い）、歩幅は狭く歩行は遅い。この状態で、港内の広いバス道路を横切り中央のバスレーンに向かう。右側遠くよりバスが来るのを知りながら、余裕があると見て渡り始める。歩行が遅く予想外に時間を要し、加えて視野が狭いので横から近づいて来るバスの姿は見え、「渡りきれるか、轢かれぬか」とヒヤヒヤしながらやっと渡り終える。考えてみるとこの状況は、高齢者が車の往来の頻繁な広い道路を渡る状況によく似ており、青信号の間に渡りきれずに事故に遭うということでもない事態をわがこととして実感することができた。

この経験に懲り、帰宅数日後、当時症状はほぼ消失していたが某整形外科病院を受診し、身体計測に基づくコルセットをしつらえてもらった。今では長年の使用によりよれよれとなったコルセットの中で、当時に比し5～6キロも体重の落ちた躯幹が遊んでいる状態だが、下着を大量に着込んでなお使用している。

ところで、この文章を書き始めて以来の今回の道づれさん～腰痛はというと、いつもとはかなり異なる気難し屋だった。忘れたころに文章を書き継いでいたこの一か月間、居なくなると見えて再び舞戻るといったことを繰り返し、書き終える最近になってようやく立ち去って行った。二か月間もの長い付き合いであった。決して私を見捨てないだろうこの厄介な道づれ、余生も互いに騙し合いながらの道行きと覚悟している。

愛犬の死

旭川市医師会
今本内科医院

今本千衣子

その日、少なくとも自分にとっては唐突に、愛犬が私の目の前から消えてしまいました。

この数年は、日常診療や在宅緩和ケアに関連した活動があり、時の必然として札幌に住む高齢の両親や同胞の介護も加わり、毎日をくぐりぬけるのが精一杯で余裕のない日々を送って来てしまったように思います。

愛犬プッチはキャバリアの女の子、生後2ヵ月で12年前にわが家に来ました。

お転婆で、先に飼われていた温厚で静かな紳士的なオスのミルクとは正反対の性格でした。何の因果か、刷り込みのように私のことを母と認識し、他の家族の言うことはなかなか聞かないのですが、私の言うことだけは聞くママ依存犬でした。3人の子どもたちが次々に進学や就職で旭川を離れて、それでも、まあ寂しくないと思えていたのも、きっと愛犬の存在があつたことだったのでしょう。彼女はいつも、必ず、私の視野の中にいたのです。共に同じ時刻に寝て、同じ時刻に起きていました。

5月中旬のある夜、珍しく嘔吐を繰り返しました。「あれ、おなかでも壊したかな」程度の認識でしたが、次の日も同じように大量の水溶性の嘔吐を繰り返しました。さすがにこれはおかしいと思い、「まあ食意地の張っている子だから、何か食べてしまった？腸内異物のイレウスかしら？」と、軽い気持ちで獣医さんに連れていきました。

獣医さんの開口一言の言葉は、私には晴天の霹靂でした。

「なんでこんなになるまで放っておいたのか？これほどまでに腎機能も悪いのだから何かしら兆候は絶対にあつたでしょう。本当に何も気が付かなかつたのですか？」

今まで、義祖母、義父母を見送りましたが、自分の家族に対して、その病にまったく気が付かないとか手遅れになるような事態は、およそ経験がありませんでした。

獣医さんのところでの血液データは、人間でも見たことのない信じがたい数字でした。BUN130、クレアチニン5.6…。

「この値では何の処置もできません。腸内異物だけでは腎不全は起こらないですからね。バリウムを飲ませて1日様子を見ます。今日は帰ってください」

頭が混乱していました。2日前まで普通にしていたとしか思えない愛情の対象の異変の現実を、全く

受け入れられずにいました。

次の日の土曜日、獣医さんの病院に行きました。

「幽門より先にバリウムが進みません。何が理由か分かりませんが、この腎不全ではどうなるか。万が一に腎機能が回復すれば、術中死を前提にオペしますが、とりあえず今日は連れて帰ってください」

何が起っているのか皆目分からず、ただ、この腎機能では予後が厳しいことだけはさすがに分かりました。自宅に戻り、様子を見に東京から帰ってきてくれた息子と娘に手伝ってもらいながら、その夜、どうしても“分かりたく”て、自分たちで腹部超音波と透視をしました。転移性肝がん、典型的アップルコアサインのある大腸癌でした。おそらく癌の直接浸潤で、尿管も完全閉塞をしてしまったのだろうと思います。

運悪く、次の日は日曜当番医でした。せめてもの救いは、帰省した子どもたちが病気の犬を終始見守ってくれていたことです。プッチは子どもたちに尻尾を振り、静かに何事もないかのように彼らの傍で寝ていました。最後の生きる力のありつたけを振り絞っていたのかもしれませんが。

彼らが最終便で東京に戻った次の朝、私のいつも起きる時刻に、彼女は“発症”して3日で息を引き取りました。当然のことながら忌引があるわけではありません。いつものようにその日も日常診療を続けざるを得ません。

愛犬の死を通して、自分がいかに、身近のものを失う本当の重みを分かっているかを痛感しました。「どうしてこんなになるまで放っておいたのか」という獣医師からの叱責の重さ、そして、医療者にとっては必然の結果としても、家族にとっては『突然にやってくる死』は、そう簡単には受け入れられるものではないこと、厳しい予後の説明は、なるべくあらかじめ家族に心の準備として必要であることの本当の重みを考えざるを得ませんでした。

もっと一緒にいられると思っていた利害関係のない大切な存在を失い、今まで自分が医療者として患者さんの家族に発していた言葉は、果たして、その意味を真に理解していたのだろうか、適切であったのだろうかと自問自答の日々でした。

そのことを私に知らしめて“きちんとしなさいね”と諭すかのように、あつという間に彼女は逝ってしまいました。

今は、少しずつですが、ようやく共に生きてきた愛犬との日々がありがたうと思えるようになりました。生きているということは当たり前じゃない、そんなことを思う日々です。

立ちのぼる煙よ天に花卵木 衣女

童神 ～私の宝物～

札幌市医師会
新札幌聖陵ホスピタル

佐竹美恵子

童神（わらびがみ）とは、沖縄の言葉で「神のように穢れを知らない心の持ち主である子ども」のことです。奇跡的に授かったわが子がうちに来て6月で5年が経ちました。この子の誕生には何か神様の力が働いたように思えてならない出来事が続き、「神の子」という意味合いのある名前を付けました。その出来事の一つとして、妊娠する前に生まれて初めて流れ星を見て、とっさに「子どもを授けて」とお願いしたことは忘れられません。

この子がわが家に来てから、私たち夫婦の生活は一変しました。何しろとても長い年月、夫婦二人の生活だったわけですから…。

私が大変お世話になりました、金谷美加先生の著書にも書かれてありましたが、「妊娠、出産だけがゴールではない」という言葉は、つくづく身に染みている毎日です。運良く私は産後うつなどにはならず、毎日楽しい生活を送っています。美加先生、本当に幸せです。ありがとうございました。

息子はとても元気に育ってくれて、今では私の方が体力が追いつきません。水泳は2歳からやっていて、クロールや背泳ぎで25mプールを何回も往復します。また逆上がり、飛び箱、マット、うんてい、スキーなどが得意です。男の子なのでまずはスポーツが得意になってくれて何よりです。それとピアノをととてもがんばっています。発表会に向けて、エステンの「お人形の夢と目覚め」とベートーベンの「ピアノソナタ テンバスト第3楽章」を練習中です。

また日常生活では、常識のある子にきちんと育てたいという思いがあり、かなり怒ってしまうことがあります。私も息子もいつも体と体でぶつかり合っていて、言いたいことを言って、最後は仲直りです。私的には怒りすぎもあり、日々反省の毎日です。そんな私に「ママ大好きだよ」といつも言ってくれる天真爛漫の息子が、私にとっての「童神」であり、私の宝物です。

それから最近ケンカの多かった主人に一言。忙しい仕事にもかかわらず、休日や自分の時間のある限り、ほとんど子どもと一緒にいてくれてありがとう。この場を借りてお礼を言いたいです。

私と「皇輝」、これからもよろしくね。



私の宝物

北海道医報ファイルについて

北海道医報本誌を1年分綴ることができるファイルを用意しております。

ご希望の方には無償にてお送りいたしますので、下記まで送付先ならびに希望数をご連絡ください。

記

申込先：北海道医師会事業第一課

〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目

TEL 011-231-7661 FAX 011-252-3233

E-mail ihou@m.dou.jp



好日好読 音楽療法～精神の深呼吸

空知医師会
方波見医院

方波見康雄

医療は音にかかわりが深い。心音や呼吸音あるいは腹部の聴診の音、そしてエコー検査もまた、超音波という人間の聴覚では聞き分けられない音だ。病める者の訴えもまた、声という音だ。こうした音に、いかにして耳を研ぎ澄ますかは、臨床医の大きな課題のひとつでもある。音楽の鑑賞や演奏を趣味とする医師が多いのも、こうした耳事情のせいもありそうだ。

いつだったか、日野原重明先生（聖路加国際病院理事長・日本音楽療法学会理事長）を囲んだ懇親会の席上で、札幌厚生病院緩和ケアセンター長・福原敬医師が、ベートーベンの「月光」を即興で弾いた。その妙なる音はたぶん、血液内科医そして緩和医療医としての臨床経験と音楽とが交響して紡ぎ出したものだろう。

このお二人を含めた、音楽・福祉・看護・医療などの専門分野の熟達した8人の実践者の共著が、『音楽療法ハンドブック 看護と福祉領域のための』である。76ページほどの冊子だが内容が充実、音楽と医療・看護や介護ケアのかかわりについて、ユニークな視点をもたらす好著である。

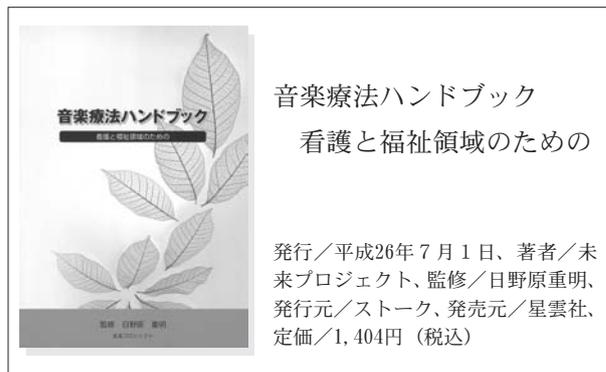
では音楽療法とは、いったい何か。共著者・中山ヒサ子さん（札幌大谷大学芸術学部教授・元チエンバ口奏者、NPO法人和・ハーモニー音楽療法研究会理事長）が執筆した第3章「音楽と音楽療法」の一部を要約引用しておく。

「コンサートと音楽療法の大きな違いは、提供者と対象者における中心点の違いのように思います。コンサートのような音楽活動は、特にクラシックでは、すでに完成されたものをいかに正確に作曲者のメッセージを再現し、自分の解釈を加味して聴衆に伝えるかということが主眼になる。つまり演奏者が中心になる。

音楽療法の中心は、あくまでも対象者です。対象者の心の在り方に添って音楽は自在に変化し、セラピスト（療法士）は、ある時は対象者の音楽を受け取ってお互いに味わうことや、時にはさりげなく対象者の内面の世界へと音楽で導いて行くことがあるからです」

中山さんは、札幌厚生病院緩和ケア病棟や在宅で神経難病を患う人びとに、音楽療法士としてのボランティアにも従事。北海道の音楽療法のパイオニアのお一人でもある。

あるとき、彼女がこういう話をしていた。



音楽療法ハンドブック
看護と福祉領域のための

発行／平成26年7月1日、著者／未来プロジェクト、監修／日野原重明、
発行元／ストーク、発売元／星雲社、
定価／1,404円（税込）

「演歌、それも、極め付きのご演歌をYouTube見ながら練習しています。演歌にはしみじみとした人情味があり、気分がほぐれますね」

演歌の練習は、緩和ケア病棟で末期がんを患う一人の年老いた男の切実な求めに応えるためだった。

演歌もまた立派な音楽だ。それでは、「音楽療法」で言う「音楽」とは、どのようなものなのだろう。詩人まど・みちおの詩「おんがく」が、いみじくも「音楽」を求める人間（対象者）の内面世界を深い言葉で描いている。

かみさまだったら
みえるのかしら
みみを ふさいで
おんがくを ながめていたい
目もつぶって 花のかおりへのように
おんがくに かお よせていたい
口にふくんで まっていたい
シャーベットのよう広がってくるのを
そして ほほずりしていたい
そのむねに だかれて

演歌を聴いた彼の男は、悲懐の涙でわが目をぬぐいながらも、自らが求めた歌の調べに頼りすぎるようにして、現世（うつしよ）との永訣の前のひと時を穏やかにすごしたという。

NHKラジオに「音の風景」という5分ほどの番組がある。聴いていると、なにげない日常の生活や自然界のさまざまな音から、多様な風景が懐かしくも目に浮かんでくる。音には風景があるのだ。音楽もまた同じだ。

演歌を熱望した老人もまた、その調べが展開する懐かしい人生模様の風景の中で大きく深い呼吸を、なんども繰り返したのであろう。音楽療法にはいわば、ゆったりとした精神の深呼吸を、病める者と弱き者、心挫ける者に贈るといふ、科学知を超えた感性の創造的営みがある。

本書は、音楽療法のこうした大切さを、学際的視点と執筆者の豊かな経験から分かりやすく解説している。看護や介護福祉を志す学生のテキストとしてもお薦めしたい良書である。