

会員のほ

Dr.まーぼーのおひさまひろば

釧路市医師会
おひさまクリニック

須貝 雅彦

ふとしたことから、地域FMで番組を持つようになって一年が経ちました。地域で医療をするようになって、地域住民向けの講演会などを積極的にしていきたい、と考えていましたが、地域限定とはいえ「マスコミ」に出るとは思いも寄りませんでした。

初めての打ち合わせの日、FM局の方が用意されたプランは「育児や子どもの病気などについて私がアドバイスする」というものでしたが、何かしっくりとこない…。私は小児科医ではありますが、父親としては忙しさを理由に育児にあまり携わっていませんでしたので、思い切って「育児支援関連の方をお呼びして、育児経験が少ない私に教える番組にしませんか」と提案しました。一瞬、何のことが理解してもらえず、沈黙がありました。「はああ、じゃ、そうしましょうか」ということで、コンセプトが決まりました。

た。番組名は『Dr.まーぼーのおひさまひろば』に決定、ゲストを毎回呼び出して「まーぼーに教える」というスタイルになりました（妻も「一母親」として出演しています）。

釧路に来てまだ数年、地縁・血縁もない私は、早速ネタ切れの恐怖を味わい続けることに。わずかでもつながりのできた人に出演許可をいただき、取材(?)に行き、そして収録、ということ毎月やっております。初めての収録ではあまりに噛みすぎて、わずか15分のコーナーの収録に1時間かけてしまいました。その後もなかなか上手にはならず、「え、え、えっと、」「…(沈黙)」など“事故”を連発し、FMスタッフがみるみる編集上手になっていきました(苦笑)。ゲストの中には、FMに出演慣れしている方や、(立て板に水を流してもこうはなるまい)と思うほど上手く、口を挟めない回もありました(失格)。

そんなこんなで一年間、何とか続けてきました。これまで実にいろいろな方に登場していただきました。救命士、子育てカフェ店長、助産師、科学館学芸員、児童相談所職員、薬剤師、医師、英語教師、管理栄養士、歯科医、そしてボランティアで教育をしている人たち…。「取材」と称してずうずうしく会わせていただき、つながりもできました。時間的に大変な時もありますが、面白い経験をさせていただいています。

先日、契約更新を打診され、また一年、続けることになりました。これからも子どもたちのために頑張っている人たちを広く知ってもらい、少しでも育児支援になればと願いつつ、この役割を楽しみたいと思っています。



収録風景

アイランドの旅

札幌市医師会
札幌複十字総合健診センター

駒井恵美子

昨年8月、ロンドン経由でアイランド11日間周遊の旅に参加した。出会ったアイランドの人々の優しい心遣いが、旅を一層楽しくさせてくれた。

雨上りの草花の美しさ、六角形の石柱(柱状節理)、聖書の場面を彫ったハイクロス、牧草地に取り残された廃墟、メアリーさんの私有地にあった古代のBeehive hut、氷河期に形成された石灰岩のパレン高原、テーブル型ドルメンなど、異次元の世界に迷い込んだようだった。

ゴールウェイ郊外“Glenlo Abbey Hotel”の敷地にあるレストランは、チャーチルの棺を故郷のブランドン村に運んだこともあるオリエント急行の車両。ディナーはサーモンロールサラダ、サーロインの赤ワインソース添え、タラのオープン焼き、洋ナシの焼タルトなど、美味しい料理、ギネスを飲みながら往年の俳優たちで話が弾んだ。

アラン諸島の一つ、イニシュモア島は、岩盤に海藻を敷き石灰岩の破片で作った石垣が、パッチワークのような牧草地を作り出している。道端に咲いている緋色のフクシアが彩を添えていた。

2500年前の要塞ドン・エンガスは、大西洋に垂直に落ちる断崖絶壁。立っただけで足が震えてきた。野原の中に石積みの枠だけが残っている教会や、修道院の廃城、崩れかけた墓石の中に比較的新しい24歳で亡くなった男性の墓石を危なく踏みつけそうになり、この島で暮らしている人がいることを実感させられた。

島の名物ロブスターを食べに入ったレストランで、ミュシャの絵から抜け出したような美しい女性に出会った。

紀元前3200年ごろの古墳ニューグレンジは、冬至になると太陽光線が真っ直ぐに奥まで入るように設計されていた。冬至には抽選で入場者を入れてくれる。

ダブリンの街中には赤・ピンク・青など、カラフルなドア、装飾的なドアノックの邸宅が並んでいた。

国立美術館には数十年前、個人の邸宅で盗難事件にあったフェルメールの《手紙を書く婦人と召使》があり、来館者もなくゆっくり鑑賞できた。ここにイエーツの息子の絵画がたくさん所蔵されていた。

トリニティカレッジには、膨大な蔵書がある図書館があり、その中に西暦800年ごろ僧院で制作された色彩豊かな手書きの福音書《ケルズの書》があった。ラテン語の4つの福音書はアンシャル書体、動植物や人物をモチーフにして装飾を施された豪華な写本である。

わずかな時間の駆け足旅行であったが、再訪したい国の一つになった。



ハイクロス (高十字架)



Beehive hut



ドルメン



カラフルなドアが並ぶダブリンの街中

認知症対策に日医講座の リハビリテーション対策を 1つの支柱として進めよう

旭川市医師会
吉野神経内科耳鼻咽喉科アレルギー科医院

吉野 成一

本年3月13日、日本医師会生涯教育講座「認知症かかりつけ医研修会」が旭川市で開催され、今高齢者に一番関心の高い「認知症リハビリテーションの実際」について研修をしてくださいました。もちろん大盛況でしたし、内容も現実的で具体策の提示があり、かかりつけ医として2歩も3歩も前進でき、また、盛り上がりにも満ちていました。

最近、認知症の権威のある先生方の研修会、また関係誌の発表もたくさんありますが、そのいずれもそれなりの評価ができるものばかりです。今回の研修会で医療法人社団光生会の村上功先生、医療法人社団博朋会の平川博之先生の「認知症リハビリテーションの実際」は、私たちかかりつけ医が「認知症短期集中リハビリテーションの流れ」として医療の中で認知症の早期対応を主軸として、多種多様の方式を提案、医療の枠の中で算定の基準として理学療法士等の対応を加え進めることなどを「日数手技効果」として、具体的に採り上げて手順を御教示いただいたこと、かかりつけ医として大変参考になりました。さらに必要ができた場合、専門医の画像診断薬物療法へと円滑にバトンタッチすることと、初期認知症状を、介護担当と二人三脚で進める行動をさらに充実させることが、かかりつけ医の認知症の初期対応の一つであると痛感しました。

幸い、私たち旭川市では、そんな形での働きがたくさんあります。旭川市役所の介護高齢課が音頭を取って「介護認定を受ける前」の初期もの忘れと思われる高齢者を対象として「集中力見当識言語数値力の開発を進めるグループの編成」を呼びかけて働いていますし、旭川市医師会では「地域ケア推進委員会」が認知症対策を介護担当者と連携している進めています。また旭川医療センターでは、4つの地域包括支援センターとの合同でかかりつけ医介護担当者の具体的組織を作り、認知症を含めて広く研修する態勢を樹立しています。

北海道から大きく動き出す要素がたくさんありますので、そんな機運が渦巻いている現況を、さらにみんなで力を合わせて認知症改善を進めるべきだと思います。先の研修会もかかりつけ医の具体的活動そしてリハビリを実施した時の報酬の算定など、とても具体的に行動しやすい研修でした。

これを参考にして、認知症に関連する医療分野を加えて北海道医師会でも各都市医師会が医療・介護

連携に動き出すように指導してほしいと望んで擲筆します。

3つの笑顔

北見医師会
末松整形外科医院

末松 典明

人にとって笑いは重要である。人が笑った後には共感、充足感、幸福感が生じると言われている。人は笑顔が好きだ。人は笑いに救われて日々を生きているとも言える。私たち医師が診察する上でも笑顔や笑いは重要である。例えば医師の笑顔は患者さんの緊張をほぐすし、患者さんの笑顔を見ると医師もつい張り切ってしまう。だが、そもそも人はどうして笑うのだろうか。人の笑いの起源は謎で、定説はない。筆者は人類が進化の過程で3種類の笑いを順に獲得したと考えている。以下に「長い廊下」の具体例を通して説明したい。

<長い廊下の笑顔>

若い研修医のツヨシが病院へ続く長い渡り廊下を歩いていく。向こうからたまたま同期のコウイチがやってきた。懐かしい、コウイチに会うのは何年振りだろう。学生時代に下宿が一緒だった。互いの笑顔がほころぶ。「やーっ」「おーっ、元気かっ」この時の二人の笑いは、再会という良いことがあったので嬉しくて笑っている。これが人類史上、第一の笑いで「嬉し笑い」である。良いことがあったので嬉しくて笑う。良いこととは例えば、味方や異性との遭遇・勝利・成功・願いの達成・本能充足・優越などである。治療がうまくいった時は、医師も患者さんもこの「嬉し笑い」である。

コウイチとすれ違ってから、ツヨシが再び長い渡り廊下を歩いて行くと、なんと、向こうから院長先生がやってきた。ツヨシは慌ててニッコリと笑いながらお辞儀をした。この時、ツヨシのニッコリ笑顔は、院長への服従・忠誠・敬意を表す笑顔である。これが人類史上第二の笑いで「態度表明の笑い」である。相手に自分の親愛・愛・誠意・献身・信頼・忠誠・協調・敬意・感謝・同意・服従などを表明するために笑う。サービス業の笑いもこの「態度表明の笑い」である。診察室での医師の笑顔、患者さんや家族の笑顔も通常はこれである。医師が患者さんへの思いやりを笑顔で示すことはとても大切なことである。テレビで観るタレントの笑顔や北朝鮮の人々の笑顔も、この「態度表明の笑い」である。

さらにツヨシが渡り廊下を進むと、向こうからなんとタモリがやって来た。廊下でサングラス、ふざ

けながらやって来た。テレビより本物の方が面白い。すれ違いざま、我慢できずツヨシは笑ってしまった。これは面白いから笑っているのだから、「面白笑い」、人類史上、第三の笑いである。

とにかくこの渡り廊下は長いので、人類数百万年の長い歴史を想起させる。冬は寒く氷河期を感じさせる。

さらに進んでいくと、「ツヨシ先生！」突然、背後からの高い声にツヨシは振り返った。見ると、廊下のはるか後ろ、跳ねるように走ってくるのは看護学生のアヤカ。ツヨシは隣の看護学校に整形外科を教えに行っている。アヤカは来週の試験の問題を何とか教えてもらおうと、笑顔を精一杯作っている。これは親愛・愛情を装った「態度表明の笑顔」。人の場合、こういった偽装が入るので話が複雑になる。対するツヨシはアヤカのことをスタイルがいいので前から気に入っていて、今満面の笑顔である。これは嬉しいので笑っている。期待も膨らむ。

そんな二人が廊下で会話する情景を、たまたま通りかかった整形外科部長が見て、観測した。白髪の部長はツヨシがアヤカの100%偽装に気付かず、輝いた目で嬉しがって有頂天なのを笑った。部長は面白いから笑う。部長はアヤカが病院事務のイケメンと半同棲しているのを知っていた。部長の住所が近くなのだ。部長はアヤカと彼氏が手をつないで嬉しそうに笑顔で歩いているのを何度も見ている。

さて、初老の部長は笑いながらも若い二人をうらやみ、どす黒く嫉妬している。この二人の関係がこれ以上進んでほしくないと思っている。そんなことがあってなるものか。笑いには多種類の感情が付加される。

<笑いの三原色>

現実には上記の三つの笑いが組み合わさっていることも多い。色の三原色と似ている。例えば、以前から互いに望んでいた人と対談している時は兩人とも笑顔である。この時の笑顔（笑い）は親愛や敬意を示す「態度表明の笑い」であると同時に、望みが叶った「嬉し笑い」、充実感を伴った「嬉し笑い」でもある。

人には偽装もある。嬉しくないのに嬉しそうに笑ったり、面白くない冗談にも笑ったりする。PETやfMRIなど脳の画像検査において、このような笑いの違いが分かるかもしれない。実生活において人は相手の笑いの本質がこの3つのどれであるのか、あるいは偽装なのか、しっかりと検討をつける必要がある。現実にはツヨシはアヤカの偽装を見抜けず、部長に笑われた。ところが、人はわざと自分の心理を見抜かれぬように、3つの笑いのうち、どれともつかぬように笑うことがあるのでやっかいだ。また、例えば相手を威嚇するために笑うのは、一種の「嬉し笑い」をして、相手に彼我の力の差を思い知らせるためである。せせら笑いも、「嬉し笑い」の一種で

優位な自分が相手は無価値に思っている場合である。

また、中には同一人物に3つの笑いが連続的に現れることがある。例えば、コウイチが友人のツヨシの前で今日は盛んにギャグを連発したとする。はじめは面白くて笑っていたツヨシも、そのうちに義理で笑う（態度表明の笑い、偽装）ようになる。ツヨシとしてはどうして今日に限ってコウイチがくだらんギャグをそんなに連発するのかと思っていたら、実は部長になぜか理不尽に厳しく叱責され落ち込んだツヨシを慰め励ましてくれているのだと分かる。ツヨシはコウイチのその友情が嬉しくて笑顔になる。部長も後で自分の狭量を後悔している。

<どの笑顔が一番幸せか>

この三原色の笑いの中で、人にとって一番望ましいのは、良いことがあって笑う「嬉し笑い」である。この笑いは永続的で、充実した笑いであることが多い。しかし現実にはなかなかそんなに良いことがないので、「嬉し笑い」の代用として、娯楽番組を観て、「面白笑い」をして心の緊張からしばし開放され喜ぶことになる。この「面白笑い」は慰めの笑い、刹那的で使い捨ての笑いとも言えるが、この笑いのおかげで救われることもあるから大事にしたい。ユーモアで思いやりと愛を表現することもできるのである。

また、「態度表明の笑い」は意識的・意図的な笑いで、基本的には「嬉し笑い」のように見せかけているのである。人が生きていく上で必須の処世術ともなっている。この「態度表明の笑い」は意識的で偽装・演技の笑いとも言えるが、状況によっては思いやりの笑いや勇気づける笑い、励ます笑いにもなる。相手に夢や希望、憩いを与えることも可能である。

良いことがあった後の「嬉し笑い」は、人類のこれまでの生き残りに最も深くかかわってきた笑いだと思う。遠い昔、太古には生死をかけた出来事がしばしばあって、生き残った者だけが笑ったのだろう。その時の笑いが今の「嬉し笑い」の原型ではないか。だから、「嬉し笑い」は人類の生き残りの証人と言えるだろう。そして現代の私たちの実生活においても、この「嬉し笑い」が多いほど幸せな人生、生き残れる人生と言えるのではないだろうか。

振り返ってみると、人の祖先は数百万年前にチンパンジーとの共通祖先から別れた。その後、人は途方もなく長い時間の廊下を歩きながら、いつしか笑いを獲得し、それをさまざまに発展、展開させてきたと言える。

リワークの経験から 学んだこと

札幌市医師会
札幌平岡病院

浜島 泉

産業医にメンタルヘルス対応を求められる時勢になった。頻繁にある訳でないのと、個別に複雑な事情があるために、参考書を求めても、慣れた人に相談しようと思っても、十分な解説にお目にかかれない。

入院治療を終了して職場復帰可能という診断書を持参した職員から職場復帰を求められたが、産業医の意見を、と求められることがある。この場合に産業医はどのように対処するのか。それだけでなく、どのように対処するのが事業所と職員にとって幸せなのかを考えてみる必要がある。私にはできませんと拒む訳にはいかない。

とりあえず、ガイドラインに従って、さまざまな対策を整えてみる。首尾良くいって当たり前。いかないこともある。それぞれ異なる要因が複雑に関与しているからである。それらを解明していくことで、ガイドラインを綿密にして、手を打ちやすくしていくことにつながればよいと思う。

われわれが学ぶ場での事例の紹介がない。プライバシーがかかわるためと考えられる。そこで、自分が携わった事例から学んだ教訓を基にして、対応策を考える際の参考にできるような留意事項をまとめたので、発表してみる。これが、どこでも可能だとは思わないし、どのケースにやっても、うまくいくというのではないかとも思う。不首尾に終われば、それを教訓として、次の手を考えるのに、何らかの拠り所を用意しておく必要があると考えて提起した。

<リワークケース>

一番多いのが、のっけから復職相談（休職6ヵ月～1年）のケースである。こんな事態が進展していたのかと思うが、休職継続はできないという事態を何とかしなければということになる。

診断書だけでなく、診療情報書を取り寄せてみる。それでも、復職に必要な情報は得られない。復職の取り決めの段取りになる。人事担当者だけでなく、現場担当者も入れて相談してみる。休職したころの状況を知っている人は、不安を語る。本人の意向を聞こうということで、いつごろまで半日勤務、いつごろから全日勤務、いつごろから夜勤にも従事する、という希望を聞いてその予定を組む。スケジュールを組む段階では、中間管理職が手伝って、本人が書くことにした。対人業務では、その特異性も考慮した。職場とすれば、定数が欠けている訳だから、「なるべく十分働いてもらいたい」「復帰する以上は長期

に働いてもらいたい」「職場の雰囲気になじんで働いてもらいたい」などの注文がある。休職に至った経緯もあり、復帰という心理的ハンディキャップもある。離職は防ぎたい。

復職プログラムのスケジュールを組んで実行してみた。とりあえず、関係者が一致したところで、長い人では2ヵ月のスケジュールを組んだ。本人の組んだスケジュール通りには働けないということで、部署の変動ということになったケースがある一方で、スケジュールを練り上げて復帰できた例もあった。

異動になったケースでは、対人業務職種への復帰は無理だと本人が認識したため、事務職を経て、希望に近い職種へ復帰できたことが収穫だった。復職を希望したが本人自身の復職スケジュールを組めなくて、復職希望を取り下げ、離職に至ったケースがある。これらはいずれも復帰を申請した段階でわれわれが予測した通りに進行したが、きめ細かく対応したお陰で説得力ある結末を迎えることができた。これを思い込みだけで処理すると、本人が納得できなくて訴訟ということになりかねないので、注意が必要だったと総括したところである。

<手順>

職場復帰前の条件整備

体力、生活リズムは備わっているか
睡眠、起床時刻、朝食の時刻、歩行力、坐位時間、体調、思考力、読書、午前の行動力、昼食の時刻、時間、午後の行動、夕方の行動、夕食の時刻、その後の行動、服薬、通院頻度、家族との関係

具体的な対応

リワーク支援センター通所（今のところ利用していない）

計画作成のための打ち合わせ（スケジュール作成の協力）

試し出勤（狭い範囲の手伝い程度）

慣らし勤務（午前または午後勤務、間欠出勤、朝礼の後に勤務など）

復帰支援担当者（上司、同僚）を決めて、打ち合わせを綿密にする

通勤に慣れ、職場に慣れ、職務に慣れる、のステップアップ

まず、人事労務担当者だけに任せず、それぞれの担当者が、それぞれに綿密に検討することが大切である。

・人事労務担当者

どのようなスケジュールで復帰してもらいたいか

職場でどのような仕事に携わってもらいたいか
他の同僚の役割とどう調整するか、人間関係の問題点があれば配慮する

元の職場、職位が適切ななか

適切でなければ、別の職場で働いてみて、元の職種へ復帰する方法を考慮する

- **業務担当者（上司）**
現場でどのような任務（責任）を担ってもらえるのか
元の役割とどう調整するか、部署が変わるのか、変わらないのか
どのようなスケジュールで、どの仕事に復帰するのか
- **同僚（同じ職場になる人々）**
本人の復帰スケジュールを尊重して見守り、力を引き出す心構え
担当の仕事量をどう調整するのか、どう支援して引き上げるのか
- **本人の意欲（本人が書くことが成功のカギ）**
どのようなスケジュールで復帰したいのか
復帰して何（どのような仕事）をしたいのか
どのような役割を引き受けることができるのか
職場の同僚とどのように付き合うのか
- **新型うつ病といわれている特徴に留意する**
他人任せ、主体性欠如、切実感の乏しい人が多くなっている
コミュニケーション能力に欠陥がある人にはそれなりの対応を考慮する
直面する仕事の優先順位に標準的な判断ができない人がいる
主体的力量を分析して向上する能力が劣っている人には援助する
- **勤務の終了時に、復帰者と支援者が面談して、その日の記録をする**
さらに一定の時期には人事担当者とも面談する。あらかじめ約束しておく
- **復帰プログラムの評価、判定をどうするか**
一定の時期を決めて、十分復帰できるか、職員にふさわしいかを判定する
本人の評価、同僚の評価、上司の評価、人事担当者の評価、産業医の評価、スケジュールが妥当か、できるだけ個別に評価して、総合判断する

<予防と治療>

これらのケースに対処した中で、復帰以前の段階で介入できたら異なった経過をたどったかもしれないという想定問題が起こってきた。そこで、さまざまに想定してみ、今後は予防段階、治療段階で介入する備えをしていく考えを取り入れることにした。すなわち、1. 予兆を軽視せず、対策はできるだけ早い時期に開始する。2. 治療段階から、それぞれの担当者が復帰に備えた検討をする。3. 双務性を担保しておく。

休職となるのはやむを得ない場合もあるが、防げるものなら防ぐ。そのために、事例に関する総括をしておくことが望ましい。個々の事例で反省事項が異なるという個別性に配慮する必要がある。

- **休職に至りかねない職員は、予兆があるものである**
サインを見逃さず、中間管理職が介入を開始する

早期の介入が効果的との感触がある（反省から）

- **休職が始まる時点での心構え**
休職を躊躇したり、備えなしに休職したりすると復帰が難しい
なぜ休職に至ったのか（本人資質、人間関係、業務）の分析
どのように改善した段階で復帰を検討するかという共通認識
どの時点で話し合いをするのがいいのかを考えて積極的に行動する
- **治療計画、到達点（治療目標）（どのような状況を目指すか）**
まず克服しなければならない主眼点を明らかにする
治療によって治すべきこと、治療以外に改めるべきことを明確にする
- **休職に至るまでの職場での予防対策（防げなかったこと）の反省**
欠陥が修正できていないと復帰支援に影響する
- **双務性について**
復帰する職員と職場の双方の努力義務
復職が不首尾に至った場合、どちらか一方の責任に帰することは適切でない、これを巡って補償をする、あるいは裁判を申し立てるということは不幸なことである。その場合に、不首尾の判断の根拠になるものを用意しておく必要がある。裁判となっても、第三者が判断できるような根拠、データを作成しておく、という考えである。以後の復職指導に役立つ、という考えに通じる。

同じような不幸な事態を繰り返さないためにも、関与した人が教訓として残すことで、システムとして確立することになってほしい。批評をお願いします。

参考

1. 平成24年7月6日付基安労発0706第1号「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引」
2. 札幌市産業医協議会平成18年度第6回産業医研修会
講演 「職場のメンタルヘルスの事後指導～休むとき・戻るとき」
講師：勤医協札幌丘珠病院
精神神経科 田村 修 先生
3. 札幌産業医研修会平成25年度第8回産業医研修会（カンファレンス）
講演 「職場のメンタルヘルスの事後処置」
講師：いしかわ心療・神経クリニック
院長 石川 博基 先生
4. 事例に学ぶメンタルヘルス「人事労務担当者としての職場復帰支援のポイント」
独立行政法人 労働者健康福祉機構 「産業保健」 第71号 23ページ 2013年1月

根室での出来事

根室市外三郡医師会
根室共立病院

由利 佳代

道東地区最東端の根室に入職して6年目の春になった。根室に来ることが決まって、仲の良かった同期会メンバーに連絡すると「何しに行くのー？ 探検しに行くのー？」と言われたものである。実際、大学時代は洞窟探検に明け暮れていた。

一、北方領土のこと

そんな私が、ビザなし交流随行医のお話を聞いたとき、大喜びしたのは言うまでもない。国後島、色丹島での交流行事や観光・墓参りに随行したのが、来根1年目であった。当時インフルエンザが異常に流行っており、タミフルカプセルが不足し、リレンザを大量に持って行った覚えがある。上陸前には、ロシアの担当官によって体温検査を二度も受けさせられた。幸い発熱者はなく、無事に全員上陸できた。

国後島はとても景色のよい島である。今年はクリミア問題で遠のいてしまった感無きにも非ずだが、北方四島が返還されれば観光資源としても道東地区が潤うことは間違いないと思われる。

これらのことは、その年に開催された、大阪のとある会で安倍衆議院議員にお会いして歓談した。自民党が野党であった時のことである。平成24年12月に内閣総理大臣になられたので、驚いている次第である。当日ご一緒させていただいた来賓の山中伸弥教授とも記念撮影をさせていただいた。3年後の平成24年にノーベル賞を受賞されることになり驚いている次第である。お二人とも今ではとてもお近づきになれないが、当時はのんびりしていたのである。

二、医師会のこと

根室では病院院長が地区医師会長でもあり、病院側から医師会に入会させていただいている。ありがたいことである。

医師会には震災後の神戸で働いていたころ、大阪で最初に登録していただいた。当時は実家の医院に医事懇話会という医政に関する事務所があった。そのご縁で現在でも二重会員である。北海道では「北海道医報」という立派な月刊誌が届けられるが、大阪では「府医ニュース」という週刊新聞が届けられ、東京での講習などの案内も載っており、重宝しているのである。

三、今年の根室の異常気象のこと

5年も根室にいと、いろんなことに出合った。鹿にもぶつかったし、スピード違反も取られた。

それにしても今年の雪には恐れ入った。4回雪に閉ざされ、そのうちの1回は、明治観測以来最深と

いう大雪に見舞われてびっくりしている次第である。根室の皆さんは情が厚くよくしていただいております、当分根室ウオッチングは続きそうなのである。



平成21年安倍晋三衆議院議員(当時)と



平成21年山中伸弥京都大学教授(当時)と

医療よ医師よ がんの治療と胃がん取り扱い規約

札幌市医師会
日本胃癌学会 特別会員
社会医療法人恵佑会病院

佐々木 勉郎

がん治療の野方凶さが蔓延している。がんと聞いて直ちに緩和ケア病棟に入りたいと言うとか、ファミリレストランのテーブルにあるお品書きのようなのをせかせか見せて、さあどっちと迫ったりとか。で、どっちがいいかと知人に相談されることがある。どっちもどっちで、何を考えているのかと思うことが多い世の中になって危ない。

がんは自然科学的知識の事柄で、一言で言えば一個のがん細胞から始まり、ある程度に進行すると治療法はなくなり、終末は多数の転移で倒れてしまう。それは世界中の医療人が共有する統計学の知識でもある。

「癌」は上皮細胞の悪性化した疾患で、生物は上皮以外の細胞も多く、その悪化も必ずあるから、それは「がん」とひらがなで書くことというのが日本の学会の多くの約束事である。

次に悪性の定義と理屈であるが、光学顕微鏡が主たる判定道具のため、「細胞核の異常性」「核の極性喪失」「細胞間の間質の喪失」が三大視点であって、back to backが特徴と習う。であるから、がん細胞が塊状にならないと見抜けない。

生物の細胞は代謝で毎日膨大な数が死滅し、新生している。その新生時にたまたま遺伝子異常をきたす。その過誤ががん化であり、がんの恐怖はその細胞が自死機能を失った無秩序増殖を続け、増殖した先端がちぎれて転移巣をとどこかまわらず作り、10~20年余りで死亡する故である。

ところで、医者ががんを発見できるのは小指頭大で、細胞数では 10^6 個すなわち100万個程度で、そうなるには数年を要するのが臨床病理学の通説である。すなわち、がんが発生してから数年は潜在増殖し、発見されるのは転移が現れるころである。が、この転移がいつなのかは正確でなかった。

しかし、胃がん取り扱い規約の委員たちはそれを相当正確に見定めた。すなわち胃がんが粘膜層に留まる時期 (10^6 個前後) はリンパ管 (ly) や血管 (v) 内にがんの顕微鏡所見はほとんどなく、それが粘膜下層にがんが及ぶと数パーセントに診る。だが、それは著者が現役のころに標本数百枚の連続切片で追跡した結果、脈管侵襲は原病巣に連続しており、このレベルでは遊離した転移巣は多分ない。

次いで、胃の筋肉層から漿膜下層に広がり漿膜側に露出すればlyやvはその順で頻度が増え、周辺のリンパ節や他臓器に転移巣を診るようになる。だが、

この時の脈管進展の連続性は世界中で誰も見ていない。一方でがんの腹膜転移 (p) は別な理論があるが、誌面の都合ではかに譲る。

このようながんの経時的に変化する知見を、切除標本の一例ごとに病理学者と外科医が学会の都度、何年も一堂に会し、肉眼および顕微鏡的に探し出した知見を並べてみると、規約にある90を越す因子が指摘された。それらの因子の検索がなされて初めて一例ごとの特徴ある病態が固定され、その結果を統合して一般にも知られている病期 (ステージ)、すなわち病態の進行状態とがんの生物学的悪性度が1期から5期に分類できた。さらに当時は胃がんの治療法が手術以外に期待できるものがなかった時代であったから、個々の手術例の生存年月をステージ分類に重ね合わせ、手術によって長期生存が叶うか否かが確認された。すなわち、1期は原発巣の切除でよい (5年生存率80%以上)、2期は近傍のリンパ節郭清を合わせる (60%以上)、3期はリンパ節郭清範囲を広げ、補完療法でがんを取り切る (40%以上)、4期は手術以外の治療法の追加で効果を期待する (20%以上)、5期は手術効果が期待できない上に即治療効果はない、という意味付けができ、経験を積みめば、いつどこで誰がやっても同じ成績になる基準になったのである。

以来50年、現在は手術、放射線、薬物、免疫の治療手法の効果もそれぞれ確認され、その組み合わせに治療法が確立されている。しかし、なお手術が第一選択の理由を述べてみる。

○免疫：前述の如く、がんが見付かった時には、既に100万個の細胞数になっている。60兆個の生体細胞が毎日の細胞代謝の中で、(これは予測であるが) 活性酵素などによる過誤的な染色体異常 (=すなわち、がん化) を起こした新生細胞の数が数十万個あるとの通説をふまえて考察すると、そのほとんどが健全免疫機序で拒絶される中で、それを免れて増殖するがん細胞は免疫拒絶の際に付け入った結果であり、逆に言えば既に免疫許容になっており、故に免疫手法が闘い難い細胞なのである。

○薬剤療法：がん細胞は臓器の成熟細胞が代謝で幹細胞から新生する時の遺伝子過誤により発生するものであるなら、臓器固有の性格をも引き継いでいる。ということは、そのがん細胞を薬剤で死滅させると同時に健全細胞も必ず障害を受ける。また体積のあるがん塊の中心部に薬剤を到達させるのは効率がよくない。故に薬剤療法は、特異な症例以外では切除する以上の有効性は少ないと考えられる。

○放射線療法：局所療法で、原則的に切除と同様に期待でき、また放射線感受性の病巣には著効である。しかし消化管などのように正常細胞の密接混在する臓器や体躯の深部にある例には適さないことが多い。特別な感受性と有効性の確認ができたのは別として、適応は広くない。

○手術：今も治療の中心であるが、やむを得ずと言いつつながら組織欠損を残す手術は野蛮である。できれば悪塊のみを消し去って、組織欠損は残さないのが理想である。しかし相手が手の届く範囲での病巣であれば、切除に勝る根治法は今のところない。

以上総括的に見れば、転移に対する治療法が隘路である。胃がんの治療は原発巣と3段階のリンパ節郭清がセットであるが、手術以外ではそれが明確でなく、切除標本がないと正確な病期の確認はできない。病期が不明では治療法の決定も治療法の完了時期も、その評価もできない。したがって薬物療法や免疫療法は結末が明確でなく、予後もやってみないと分からないから手術との比較はできない。これが現状である。

巷にある諸々のがん関連の書物は、病期（ステージ）を基準にしたものは皆無である。医学は自然科学の手法で立ち、それを仲間のために活用した結果の民族伝承文化であり、そのがんのステージ論は世界のがん学会、外科学会をはじめ多数の学会が認めたものである。その点で言えば、自然科学的手法で出した結果を科学の手法に用いずに拒否はできない。

今のところ「がんの治療成績を病期分類せずに成すのは不可能」というのは世界中の黄金律である。

しかも、日本の取り扱い規約は世界が使っているTNM分類などを上回る精密さである。

さらに言えば、治療の評価は生存率を統計的有意差検定する以外になく、それは多項目の各々が変化する多変量解析では、例えば肉眼的と組織学的の間という疎な比較では1,000症例という膨大なレベルで、20%以上の差がないと有意差「なし」と出る。ということは、発見されるがんの多くが早期がんである現状で、規約の因子レベルより粗なレベルで比較すればほとんどの治療法が有意差「なし」になり、誤差の中に悲劇が隠されてしまうのである。

平成24年10月に、胃がん取り扱い規約が世に出た50周年記念の講演会が築地の国立がん研究センターで開催され、著者も久しぶりに参加した。今初期の規約委員のほとんどは既に亡かった。当時その末席にあった生き残りとして、90個におよぶ因子が明確でない治療例を、手術を前提にした病期（ステージ）で比較するのはナンセンスであると警告したい。新しい治療法の効果判定には別な規約を作る必要があるが、それには顕微鏡レベルのがんを何らかの手法で確認できるようになる必要がある。そしてなお現在の規約の病期は世界に類のない予後判定基準で、日本人がその精密度をさらに自ら厳しく磨き続けることを願ってはやまないものである。

お知らせ

— 生命保険「団体扱い」のお奨め —

◇ 医業経営・福利厚生部 ◇

会員の皆様が加入されている下記生命保険会社（8社）の保険を、当会の『団体扱い契約』にしますと保険料が割引されます。

契約者が会員本人で『個人扱い』にてご加入されているご契約がありましたら、該当の生命保険会社担当者へ『北海道医師会の団体扱い』に変更したい旨、お伝えいただき、所定の手続きをお願いいたします。

記

【団体扱い生命保険会社名】

日本生命、ジブラルタ生命、第一生命、住友生命、明治安田生命、富国生命、朝日生命、三井生命

※実際の割引料につきましては、ご契約の保険会社にお問い合わせください。

※当会を退会した場合は、会員へ確認の上、個人扱いへ変更させていただきます。

団体扱いに変更された場合の保険料の払込方法は、以下のとおりです。

開業会員⇒「国保診療報酬」から引去

勤務医会員⇒口座振替により毎月12日に

所定の口座から振替いたします。

【口座振替 取扱銀行】

北海道銀行 本店、各支店

北洋銀行 本店、各支店

2行のみ

「問い合わせ先」

○団体扱い該当の生命保険会社

または

○北海道医師会『事業第五課』（TEL011-231-1434）