

会員のば

自己紹介

札幌市医師会
いしい内科クリニック

坂上 慎二

平成23年4月から、先代の院長でいらした石井純先生の体調不良により、札幌市豊平区のいしい内科クリニックを継承いたしました。石井先生とは北大1内の同門の関係で後輩にあたります。専門領域も糖尿病・高脂血症で同じということもあり、診療内容には大きな変更なく続けております。

これまでは、しばらく大学病院勤務でした。大学病院のような総合病院では診療科が細かく分かれていますので、自分が担当する患者さんの症状・疾患はかなり絞られます。しかし、診療所にはさまざまな症状の患者さんが来られますので、困惑することもしばしばです。よく分からなくて、専門医の判断を仰ぎたい場合でも、どの診療科に紹介したらいいのか迷うような訴えをされることも少なくありません。

そのほか、経営はもちろん、電子カルテの不具合や職員の退職など、開業されている先生方ならみなさん経験されるであろう問題にも、いやおうなくぶち当たっています。

さて、話は変わりますが、先日テレビでAK98というのをみました。中国でデビューしたアイドルグループで、どうも日本のAKB48のパクリのようです。中国での著作権度外視の模倣品に関する話題には事欠きませんが、日本にはずいぶん前にフィンガー5というグループの歌手がいました。この頃私はまだ子どもでしたが、後々このグループが「和製ジャクソン5」として売り出されていたことを知りました（ジャクソン5はマイケル・ジャクソンが幼少時に兄弟で組んでいた米国のグループです）。フィンガー5ははっきり「和製～」と言っていたところが潔い感じですが、AK98の話を書いて、日本のいつか来た道だと感じました。

私も多くの先輩方のいつか来た道（もちろんパクリの道ではありません！）を歩き始めたのですが、いろいろとアドバイスをいただくことができ、心強いかぎりです。どうぞ今後ともご指導いただきますようお願いいたします。

PICC(peripherally inserted central venous catheter)のすすめ

札幌市医師会
静和記念病院

長島 君元

2009年より静和記念病院に勤務し、麻酔科医として、主に手術麻酔に従事しております。

当院は、急性期のみならず慢性期病棟を有するケアミックス型の病院のため、入院患者の多くに内科や外科治療の一環として中心静脈カテーテル（以下CVC）が使用されております。

私も、これまで麻酔や救急患者に必要なに応じてCVCを挿入してきました。しかし、カテーテル挿入後は、基本的に担当する科の医師にその後の管理を全面的に委ねてきたため、CVCの長期管理には正直無関心でした。

しかし、当院に来てから急性期のみならず、慢性期患者において、呼吸管理等で他科の先生と共同で患者を管理するようになってからは、内科や外科の医師が管理するCVCが、私の想像以上に長期留置管理され、それによる頻度の高いカテーテル感染、そして繰り返されるCVC挿入部位の変更といった状況が頻繁に行われていることをひしひしと感じるようになりました。繰り返されるカテーテル穿刺の結果、穿刺困難な状態に陥り、麻酔科の私にCVC挿入の依頼も時にあります。このようなケースの中には、体中のありとあらゆる血管がつぶれてしまい、エコーを使用しても穿刺すべき血管自体が血栓化し、collapseした状態を呈しており、物理的にカテーテル穿刺が困難な例もあります。

そこで、長期留置の必然性、およびそれによって繰り返されるカテーテル感染の問題に対処するためPICCを導入しました。PICCとはperipherally inserted central venous catheter、末梢挿入型中心静脈カテーテルといい、主として上腕の血管に穿刺し、カテーテルを中心静脈まで挿入するという手技です。上腕の血管は、血管穿刺の頻度が低い部位のため、血管自体も比較的健康状態で存在し、また長期留置においても、従来の鎖骨下や内頸静脈に穿刺するCVCに比べ、感染率も極めて低いとされています。

また、上肢からのアプローチのため、気胸等の従来の中心静脈穿刺に伴うさまざまな合併症のリスクがないため、比較的安全に行える手技といえます。このため、小規模な病院のみならず、大規模な施設でも今後普及する可能性があるのではないかと考えております。

CVC挿入は、全国どこでも手軽に行われているのは周知のことですが、その背景には意外にもさまざまな合併症があり、時に重大な事故に発展した報告

例も散見されます。昨今の訴訟多き医療現場においては、不用意なリスクをとる必要性のないPICCは、医師にとっても患者にとっても、ストレスの少ないCVCであり、他の施設においても推奨される方法と考えます。



ドジョウ(泥鰌)と 野田総理

小樽市医師会
三ツ山病院

本間 勉

1. はじめに

ドジョウは鯉に近い魚であるが姿も生態も全く異なり、川や池や田んぼなどどこにでも棲むありふれた魚であるが、面白い特性を持って悪条件の環境にもめげず適応した生活を送っており、まさに自然の妙理に尽きると感じた野田総理はドジョウのこの妙理に感銘を受けて、いろいろな面でモットーにしたと思う(謙遜の美德)。

2. ドジョウの特性

①十本のヒゲ…唯一の鋭い触覚で水底の餌をあさる。時には泥水に潜って餌探しをするが、水や空気が少なくなると休息や短日時の冬眠までして頑張りるのである(必死の条件)。

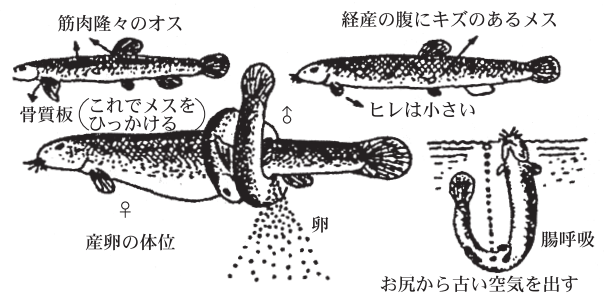
②腸呼吸…エラで水中の空気・酸素を呼吸するのは他の魚と同じであるが、ドジョウは「腸呼吸」という妙技を持っており、ときどき水面に口を突き出して、新鮮な空気を腸で吸って古い空気を腸から“ジョウ”と音を立てて排出し水底に戻る。腸の末端部の毛細管が網の目状に発達して、ここで“ガスの交換”が行われている。腸呼吸ができなくなると溺死するのである(ドジョウの採取道具は釜…割竹製で水面に一部を出す)(救いの条件があると思う)。

③ドジョウ踊り…高水温・低気圧で水中のO₂が減少すると、腸呼吸が盛んになり、上下運動が活発になる。これを「ドジョウ踊り」「オドリコ」と言ってい

る。外国では「ウェザーフィッシュ」「天気魚」と呼んでいる(苦境ほど活動)。

④ドジョウのキン玉…オスはメスより小形であるが、成熟すると背ビレの前後の背中に筋肉瘤々の隆起がニカ所にできるのである(背水の陣)。

⑤ドジョウの排卵法…排卵の近づいたメスをオスが何匹も興奮して追いかける(種の相手等関係ない)。早いもの勝ちで図のように大きな胸ビレの根元にある“円盤状の骨質板”でメスを引っ掛け、メスの胸に巻きつき自らの生殖器をメスのそれに合わせて精液を出しながらキン玉でメスの腹を締め付けて排卵させるというすさまじい方法である。このとき、メスの下腹部は“ウロコははがれ”“皮膚は破れ”傷跡に凹が生ずる。いかに激しいかが分かる(経産魚は一目で分かる)(同志の団結)。



ドジョウ

3. ありふれた魚でどんな悪条件にもめげず適合する、自然の妙理をモットーとした総理に感動するものである。

4. 東北大震災の復興も遅延して四面楚歌になっているが、必ずや近い将来に国民の安堵する日が来るものと信ずる。

5. 文献…歴史研究、その他2~3



膵臓癌vs膵嚢胞

札幌市医師会
琴似ロイヤル病院

丹野 誠志

私は消化器内科医で、特に膵臓、胆道疾患を専門としています。今回、このような執筆の機会を与えていただきましたので、「膵臓癌vs膵嚢胞」というテーマで、これらの病気と日常診療ではあまりかわることのない先生方にも是非お伝えしたいことがあり、原稿を書かせていただくこととしました。

いまだに消化器難治癌であり続ける膵臓癌ですが、予後不良である理由のひとつに早期診断が非常に困難であることが挙げられています。これには、肝臓癌におけるウイルス性肝炎のような効率的な高危険群を膵臓で設定することは難しいという事情がありました。しかし、もっとも本質的な原因は、発見時には大部分が進行癌であるため、膵臓癌の初期像がいまだに詳しく明らかにされていないという部分にあります。ずっと以前には胃癌、大腸癌でも同様の問題がありましたが、早期癌の所見が知られるようになってからは内視鏡機器の進歩とともに比較的容易に見つけることができるようになりました。したがって、膵臓においても上皮内癌を含む膵臓癌の詳細な初期像が明らかになれば、高い精度で小病変を診断できる状況になると考えられます。

このような現状を打破するためには、膵臓癌の罹患率を考慮すると、高危険群を設定する戦略で対応する必要があります。そこで今もっとも有望な方法と考えられるのが膵嚢胞を高危険群として早期の膵臓癌を発見できないかという考え方です。

膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN: Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm) という膵嚢胞があります。かつては粘液産生膵腫瘍と呼ばれていた疾患で、膵臓に見られる嚢胞の多くはこの腫瘍であると考えられます。近年、このIPMNを有する症例では、IPMNの大小にかかわらず、IPMNとは離れた部位に膵臓癌を高率に合併することが分かってきました。具体的には5~10%、標準化罹患率比では一般人口の15~20倍という高い頻度で膵臓癌を合併することが明らかになってきたのです (Tanno S: Gut 2008, Pancreas 2010, Pancreatology 2010)。

IPMNを有する膵臓になぜ膵臓癌が多く発生するのか、そのメカニズムは誌面の都合上省略しますが、このように高発癌状態にあると考えられるIPMN症例を多数集積し、膵臓専門医の手によって定期検査していくことができれば、小さな初期段階での膵臓癌発見につながり、膵臓癌の初期像を明らかにできるのではないかと私は考えています。さらにIPMN

症例のなかでも、どのような症例に特に膵臓癌が多いのかといった詳細な危険因子を絞り込むことができるかもしれません。このような危険因子はIPMNを合併していない症例での早期診断にも幅広く応用できる可能性が高く、これらの意味でIPMNは膵臓癌の早期診断法を確立していく上でのモデル的疾患になりうると私は考えています。

最後になりますが、本稿「膵臓癌vs膵嚢胞」では、難治癌である膵臓癌と、これとは対極にあって、放置してもかまわないと思われがちな膵嚢胞との意外な関連性について述べさせていただきました。本稿が北海道における膵臓癌の早期診断に少しでも役立つことができればと思います。

2011年プロ野球ドラフト騒動

札幌市医師会
内科・胃腸内科平岸台クリニック

宮崎 広亀

今期のプロ野球、パ・リーグでは北海道日本ハムファイターズが開幕から好スタートを切り、驚異のペースで勝ち星を重ねた。しかし終盤で失速、日本シリーズ進出をかけたクライマックスシリーズでは3位のライオンズ相手に良いところなく敗退した。主力選手の故障離脱、シーズン途中での監督退団表明など厳しい条件も重なり、残念な終幕であった。

ファイターズは安定した投手陣と固い守備で少ない点差を守り抜くのが持ち味である一方、特に最近では打線の破壊力に欠けるところがある。打線のてこ入れは今後の課題であり、来期戦力の拡充に期待する。

戦力の拡充と言えばドラフト会議であるが、日ハムは今回の目玉であった本格派右腕、東海大学菅野投手を1位指名し、本人が入団を強く希望していた読売巨人軍との競合抽選の末に契約交渉権を獲得した。読売の単独指名を信じていた選手側は直後から態度を硬化させ、球団からの指名後挨拶に一度は応じたが、結局は一方的な入団拒否の申し入れと、浪人して来期のドラフトを目指すとの会見が行われた。幼い頃から憧れの某球団で野球をする夢にこだわるのだという。しかし、この決断に対し、冷静な意見を述べることでできた大人が身近にどれだけいたのだろうか。スポーツ選手が1年間も真剣勝負から遠ざかることのリスクだけでも計り知れない。

プロ野球選手を目指す者が憧れの球団への入団を夢見るのは責められないが、一部の球団に戦力が偏ることはプロ野球興業の面白みを損ない、その人気を危うくする可能性がある。だからこそドラフト制度が導入されており、希望球団への入団は担保され

ないのが現実だ。選手個人の視点に立ち、職業や職場選択の自由を奪うドラフト制度に異を唱える向きもあるが、それはドラフトの意義に真っ向から対立するものだ。少なくともこの問題に関しては、選手はあくまでも駒のひとつとして扱われることを甘受するべきなのではないか。

ドラフト指名を拒否する権利は選手に認められている。しかし、その判断は指名球団との交渉の結果下されるべきで、ルールに則った公平な抽選により決定した交渉相手に対し、交渉のテーブルにすら着こうとしない態度は社会人として許されるものではない。いろいろな意味で大変残念な今回のドラフト会議であった。入団を拒否された球団には、今後一層魅力のある球団へと成長してくれることを心から祈るのみである。

医政局長通知の間違い

札幌市医師会

竹村 敏雄

「医療法人の危機」として発表

医政発第0330010号平成19年3月30日の医政局長通知は、平成19年4月1日から実施されているが、経過措置があって、平成19年4月1日以前に設立された医療法人は、当分の間、改正前の旧医療法第56条の規定が直ちに適用されることはない、とされている。

この経過措置によって、既設の医療法人はこの通知の規制を受けないので、医師会では問題にされなかった。

私・竹村敏雄は、この通知に間違いがあることに気付き、平成20年5月1日第1076号の北海道医報に、「医療法人の危機」として発表した。

医療法人解散時の大間違い

1) 自己資本比率の見直し

従前、定められてきた自己資本比率に関する要件については、廃止するものとする。

分かりやすく書くと、平成19年4月1日以降に設立された医療法人では、解散時に自己資本比率による残余財産取得ができなくなったということである。

2) 残余財産の帰属先に関する見直し

医療法人の非営利性を強化する趣旨から、解散時の残余財産の帰属先は、国または地方公共団体や公共医療機関の開設者などになって、自己資本を拠出した医師は帰属先から除外された。

しかし、これは非営利性の強化ではない。医療法人は公益法人ではないので、大間違いである。

営利と非営利

1) 民法

民法の法人は、公益法人と営利法人の二つだけが規定されている。

営利を目的とする団体は商事会社設立の条件に従って営利法人を作ることができ、商事会社の規定を準用するとされている。

2) 商法第2編の会社

会社とは商行為をする目的で設立した団体である。

営利を目的とする団体で、商法の規定で設立したものは、商行為をしなくても会社とみなす。

すなわち、会社は営利法人なのである。

3) 医療法

医療法によって、病院や診療所の開設許可が行われている。

営利を目的にしていれば、病院や診療所の開設許可がおりないので、病院や診療所はすべてが非営利性である。

医療法人は非営利性が強いので、医療法立法当初から、剰余金の配当を禁止されている。

医療法で、営利を目的にすることができない日本の医療機関に、営利を目的にしている会社という営利法人が参入してくることは、法律上、絶対にありえないことである。

医政局長通知が間違っている理由

医政局長通知で、医療法人の非営利性を強化する趣旨から、残余財産の帰属先を国または地方公共団体等にしたのは間違いである。このままでは、医療法人は公益法人並みになってしまう。

医療法人の非営利性を強化する趣旨から実行しなければならないことは、剰余金の配当禁止が正しく行われているかどうかを、厳重に監査することである。

医療法の条文に書いてある残余財産の帰属先は、立法当時と同様に、自己資本を拠出した医師となっているので、冒頭に述べた経過措置が実行されている。

医政局長通知で、残余財産の帰属先を変更することはできない。

医政局長通知は、医療法を正しく行うための詳細な指針を示すのが役目であって、法律を変更することはできない。

医政発第0330010号医政局長通知の中の医療法人に関する事項は、前述したような間違いがあるので、可及的速やかに、平成19年3月31日以前の規定に戻すことが必要である。

在宅医療の魅力とは

札幌市医師会
さっぽろ在宅医療クリニック

西川 就

当院は2008年に在宅医療を専門とするクリニックとして開業しました。無我夢中で診療を行っているうちにあっという間に3年が過ぎましたが、開業当時に比べると少しずつ在宅医療を行うクリニックも増えてきており、またさまざまな機会で在宅にかかわる方々と知り合う機会が多くなってきています。特に今は知り合いの在宅医と相互代診の方法を取り決め、やっと札幌を離れることも可能となりました。これによって肉体的にも精神的にも大きくストレスが減ったことを実感しています。

さて、表題にある在宅医療の魅力は、在宅医の考えによって千差万別かと思えます。あくまで外来がベースで、その一環として往診を行うクリニックもあるでしょうし、完全に在宅ターミナルケアを主体としているクリニックもあります。

自分が考える在宅医療の魅力は『ある程度以上の医療(サポート)を必要とする方へ、十分な医療サービスが提供できる』ことです。

というのも自分が勤務医として外来を行っていたとき、どんなに重症で時間をかけて診察したい患者がいたとしても、混んだ外来の中では現実的に難しいことが多々あり、それは大きなストレスでした。外来を真面目にやればやるほど患者は増えますが、その中に重症患者がいたとしても、現行の診療報酬ではその方だけに時間をかけて丁寧に親密に診療をすることは許されないでしょう。クリニックがつぶれてしまいます。

ただ在宅医療に関しては、厳密に適応を考慮する必要はありますが、ある程度の人数制限をしてもまかなえるだけの診療報酬が約束されており、結果としてじっくりと一人一人の患者に向き合えるというメリットがあります。その分検査や治療に関しては多くの制限があり、難しい診療ではありますが、自分にとっては最も医師としてのやりがいを感じる診療体系です。

今後の高齢化社会や医療技術の発達により、『外来には行くのが難しいけれど、入院はしたくない』という患者はさらに増えることが予想されます。一人でも多くの医師が在宅医療の魅力に気付き、参入してくれることを祈っている今日この頃です。

旭川肺を診る会

旭川市医師会
市立旭川病院

岡本 佳裕

私が市立旭川病院に勤務するようになって11年目になります。旭川では毎月一回、当院のカンファレンス室で「旭川肺を診る会」が行われていました。平成17年から私が事務局をしています。平成23年2月に400回を迎えたので、手元にある資料と今まで諸先輩からお聞きしたことを振り返りたいと思います。

「旭川肺を診る会」は旭川医科大学が開設された後、旭川の呼吸器疾患に関する医療の向上に寄与することを目的に、大学病院で呼吸器診療を担っていた坂井英一先生が主導して作られたとお聞きしています。当時、すでに札幌では「札幌肺を診る会」が活動しており、夏休みの8月を除く年11回開催していました。旭川では夏休みも返上して勉強することで、いつか札幌に追いつき追い越そうと毎月開催になったとお聞きしています。

「旭川肺を診る会」の第1回は正確な日付は不明ですが、昭和52年7月ごろだろうと推定されます。現在も年1回特別講演会を行っていますが、記録に残っている中で最も古いのは第40回(昭和55年10月23日)の学術講演会で、国立がんセンターの土屋了介先生が「CT、Xerotomographyの肺癌診断への応用」と題して開催されました。最新の知識を積極的に学んでいたことがうかがえます。また、出席者名簿では第34回(昭和55年4月)のものがあり、坂井先生をはじめ14名で開催されていました。その中に、現在もときどき参加されている開業医の福居勝信先生のお名前を見つけて、旭川市医師会の胸部検診専門委員の福居先生が昔から胸部X線写真にご興味を持たれて仕事をされていたのだと納得した次第です。

現在は旭川医科大学呼吸器センター教授の大崎能伸教授を会長として、市内、近郊の諸先生に参加していただき、毎月第2木曜日午後6時半から市立旭川病院の7階カンファレンス室で行っています。胸部X線写真の読影と呼吸器疾患の症例検討が主なメニューです。CDなどの電子媒体も見ることができ、初めての先生も胸部X線写真を持って気軽に参加してください。

34年間続いている「旭川肺を診る会」ですが、これからも歴史を意識しつつ地域の呼吸器診療に貢献していきたいと思っています。

最後に、講演会などこの会の運営にご協力いただいている第一三共株式会社にも、この場を借りてお礼申し上げます。

聾啞者の壁：カメラとともに

札幌市医師会

門脇 純一

3歳から聾学校に通い、特殊な経験、教育を受けた男児の痛ましいほどの努力の姿をテレビで見て(2010年NHK)、感動してペンをとった。

この子、小さな頃からヒトみしりが激しかったようだ。小学3年のとき、カメラに出くわす機会があり、それが興味を持つきっかけになった。その後、カメラをよく使用する機会があったようなので、カメラマンの常識程度のことは身につけていたと思われる。ただ、難聴という先天的なハンディの壁は、そう簡単に越えられるものでないことは想像できる。

彼も成長して高校生になり、撮影会が開催される機会が回ってきた。そのとき、彼にとって最初の惨事が待っていた。彼の選んだ被写体は思春期の女生徒だった。彼は緊張しながら、写真の対象になってくれるように依頼した。これに対して、相手の女性からは何の反応もなく、彼は大きなショックを受けた。それからは、写真撮影前の依頼をすることに恐怖がつきまとうようになってしまった。

しかし、幸いなことに、彼には強力な写真家の先生がついていた。その先生は、日常の彼の生活、性格を熟知していて、一つの壁に遭遇していると考えていた。

そして、ある日、カメラを駆使する機会が巡ってきた。行く先は奈良公園であった。写真の先生は生徒の彼にとって壁を乗り越えるよいチャンスと考え、宿題にもしていた。怖い被写体を、学生の彼はこともあろうに外国人を選んだ。すごい勇気のいることを実行した。レンズの裏側の彼の表情はどんなだったか、想像するだけでもこれまた勇気がいる。

ところが、彼は同じ行動を続けた。すなわち、何度も被写体に外国人を選択をした。ところが、2度目、3度目にはカメラを見る外国人のほうの表情に笑みが見られるようになったという。この時のカメラマンの満足した表情もみてみたいものだ。彼は一つの壁をカメラとともに飛び越える、人生の一步を踏みだした尊い経験をしたのだと信じたい。

北見市の混乱

北見医師会
小林病院

川村 澄人

ご存じの方も多いと思うが、北見市では老朽化した市役所の移転問題が最大の課題になっていて、2年前に当選した小谷毎彦現市長は現在地での建て替えを公約としたのであるが、平成22年10月一転してJR北見駅近くに移転させる方針を表明したことから、北見市庁舎の移転先に関する住民投票を求める「市庁舎・都市再生を市民参加で進める会」が、7,352人の署名を添えて提出したにもかかわらず、平成23年1月の臨時市議会で同会が提出した請願が不採択になった。

今回、なぜ北見市民の多くが市役所移転に反対しているかということ、市役所という北見市のシンボルが、北見日赤病院の増改築問題がからんで、強制的に退去させられる印象を市民に与えているからである。日赤側は北見市に対し、市役所敷地を30年間無償貸し、契約期間が終了する時には更地にして北見市に返還する？という変な契約も結んでいる。30年経てば壊すような建物に多額の費用を投じるつもりなのか？また北見市が日赤の増改築に支援する金額が57億円とも70億円ともいう巨額である点も、市民の不満や不安を増大させている。

この巨額投資の背景には、「北見市の地域医療を支えるために、北見日赤病院の増改築は待ったなしだ」という意見や、「北見には市立病院がなく、日赤がその役割を果たしているのだから、いくらでも投資してよい」という意見がある。これについては市内の医師達も反感を持っている人が多い。私が所属する小林病院は、300床を抱える管内の基幹病院である。365日、休みなく24時間体制診療を継続している。発熱、腹痛のみならず、飲み屋街で転んで頭から出血しているサラリーマン、心肺停止の患者さんなど数多く救急診療をしている。しかしながら、当院は一切、行政から支援を受けられていない。北見の救急医療を論ずるには、われわれのような救急医療を担当しているすべての病院も交えて、財政支援をどうするか？検討いただきたいと思う。病院の増改築は、当院も必要である。

「市庁舎・都市再生を市民参加で進める会」の会長は、77歳という年齢を感じさせないバイタリティーあふれるお方である。真剣に北見市の将来に懸念を抱いている。市の将来に関係するような重要な議題については、直接民主主義である住民投票を行うべきと私も思う。

認知症の多職種連携 「見える事例検討会」の紹介

旭川市医師会
北星ファミリークリニック

八藤 英典

認知症は人口の高齢化と共に患者数が増えています。旭川市医師会の地域ケア推進委員会では、今年度から在宅緩和ケアWG（ワーキング・グループ）に加えて認知症WGを結成し、かかりつけ医の認知症対応能力向上を目標に活動しております。私も地域ケア推進委員会の一員として、認知症について考える機会が増えました。

認知症の問題は医学だけで解決できることは少なく、多くの場合、保健・福祉・法律の力も必要になってきます。その際、多職種による事例検討会が解決の場として設定されることがありますが、事例そのものを提示するための準備が大変だったり、意外に全体像が見えにくかったり、事例検討会を開いても結局は問題解決につながらなかったりということも多く経験します。

事例検討会に『マインドマップ』というノート術を取り入れることで、より効率的で深い掘り下げも可能な新たな事例検討会を開発した八森淳先生（医師、公益社団法人地域医療振興協会 市立伊東市民病院 臨床研修センター長）に、今回旭川にいらしていただく機会を得ました。現在、八森先生はもともとご自身でやっておられた事例検討会を「見える事例検討会」と命名され、目下、全国各地で紹介活動がされておられます。

この「見える事例検討会」の体験講座が、平成23年12月8日に旭川にて開催されました。八森先生から事前に、できるだけ多くの職種が集まると会が盛り上がりるとアドバイスをいただいておりますので、医師（精神科医、神経内科医、家庭医）、ケアマネジャー、看護師、保健師、医療ソーシャル・ワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士、司法書士、弁護士、住民ボランティアなど多くの職種の方にお声かけして集まいただきました。

私自身は旭川で診療を始めて実はまだ1年半でしたので、事例検討会参加メンバー人選にあたりましては、地域ケア推進委員会副委員長であり家庭医でもある今本千衣子先生にも協力をしていただきました。

肝心の事例提示は、私の連携先のケアマネジャーさんをお願いしました。事前に事例提示者と八森先生が事例で困っていること、解決したい問題について打ち合わせをして会が始まりました。

マインドマップには、事前に①プロフィール、②生活（IADL）、③経済、④地域、⑤環境、⑥介護者、

⑦ADL、⑧医学的判断といった大きなカテゴリーが記載されています。これまでの事例検討会の経験から開発した「見える事例マッピング・テンプレート」です。それぞれの情報を埋めていくように、ファシリテーターの大友路子さん（社会福祉士、横浜市六浦地域ケアプラザ地域包括支援センター）が情報を引き出していき、それを八森先生がマインドマップに記載していきます。参加メンバーはその情報を眺めながら、問題解決に必要な情報をそれぞれの職種の視点から質問をして引き出していきます。今わかっている情報がホワイトボード上に一度に見渡せるため、どの情報が不足しているのか、また、どの情報とどの情報にどのような関連があるのかが目の前に見えやすく、頭の中が整理されていきます。ある程度、情報が出そろった段階で10分間の休憩を挟み、問題解決の時間です。

問題解決の時間では、最初に八森先生がマインドマップ（見える事例マッピング）を指し示しながら、今までに出てきた情報をまとめて説明してくださいました。そこで参加者全員が同時に事例についての理解がより深まります。今回は司法書士や弁護士の方が参加されており、彼らから、いかにして事例の方の財産を守るかという視点でご発言をいただきました。医療者だけで事例検討をしているだけではなかなか出てこないご意見だったので、まさに多職種連携の醍醐味として、異なる視点からのご発言は医



療者である自分にとっては新鮮で大変勉強になりました。

また今回「見える事例検討会」を体験してみて、いくつか気づいた点がありました。

第一にホワイトボードを同時に見ながら各自が発言するので、多職種であっても共通の土台で気兼ねなく意見が言えます。そのため、より可視的に解決の糸口をみんなで探ることができます。

また第二にマインドマップで描かれるため、参加者全員の共通認識としての全体像がイメージしやすく、解決のための新たな視点がおのずと見えてきます。何より、ファシリテーターが個々の事例についての情報を引き出し深めていきますので、事例提示者による事前の準備が少なくても効率的に検討会を行うことが可能であり、事例提示者の負担がほとんどありません。また、今回は、メインテーマとして「誰も私の面倒をみてくれない」という事例当事者の発言がケアマネジャーから紹介され、事例の全体や根底にあるものが検討会の進行とともに見えてきました。

これらの点から「見える事例検討会」は、今までの既存の事例検討会に比較してより多くの意見を引き出しやすく、認知症のように多職種の連携が必要な場合には殊に深化する検討会のやり方として、適切な検討会の方法になっていく可能性を感じた次第です。ぜひ、興味を持たれた方がいらっしゃいましたら、Facebookページやブログにアクセスしてみてください！

Facebookページ： <http://www.facebook.com/mierujirei>

ブログ： <http://blog.goo.ne.jp/mieru-jirei>

開催の希望・問い合わせ： mieru-jirei@h2oir.com

「何をしないか」 という選択

北海道大学医師会
札幌北楡病院

中田 匡信

医師の義務感が本能かは分からないが、多くの医師は目の前に患者がいると何らかの医療行為をせずにはいられない。患者が命にかかわる病状であればなおさら、良かれと思うすべての医療行為を試したくなる。しかし医療とは、外科的にせよ内科的にせよ、患者に侵襲を加える行為である。自分の選択した医療行為は果たして患者のためになっているのか？もしかしたら有害ではないのか？しない方がよかったのではないのか？医療が生体に及ぼす影響力を実感するほど、医療行為に対する自省の視点が必要だと思うようになった。何かを「する」ことがベター

で、「しない」ことが怠慢であるとは必ずしも思わなくなかった。患者に対して、「何をしないか」という選択を強く意識するようになった。

かつての自分も含め、若い医者ほど自らの医療行為の怖さを自覚せず、思いつく限りを施す傾向があるように感じる。結果、医療のてんこ盛りになる。指導者はその中で、医学的に必要な医療とそうでないものを教示し、医療行為に対する謙虚さを教える必要があると思う。

話は変わるが、近年の新規医療の進歩には目を見張る。私は血液病の診療に携わる者だが、リツキサン、グリベック等の新規薬剤が、わずか10年ほどで次々と世に出て、多大な恩恵をもたらした。しかしこれらの新規薬剤は、すばらしい効果の一方でいずれも高額である。開発の費用が膨大で、結果それが薬価に反映されるからである。開発コストが薬価として報われなければ誰も薬を開発しないだろうから、高額になるのは当然なのだろう。そして血液病に限らず、今後も登場する画期的医療の多くも高額になるだろう。

このような、お金はかかるが効果も高い、これからの時代の医療の恩恵を国民が均等に受けるために、国民皆保険制度、高額療養費制度などの維持が必要なのだけれど、医療費は年々増加している。このまま制度を維持できるか危うくなっている。ゆえに、今後は必要性の高い医療と低い医療を分別して、後者を削減しなければならなくなるだろう。医療を「節約」で語ることに反感を持つ人はいまだに多いが、ことはキレイゴトではない。医療は医学であり経済である。必要性の低い医療のために、必要性の高い医療を犠牲にしてはいけない。この国の限られた医療資源の中でいかにベターな医療を行うか。費用対効果の観念を、われわれ現場の医師も認識する必要があると思う。

われわれは日々の診療の中で、「何をしないか」という選択を、医学と医療経済の二つの理由からしなければならなくなっている。日々の診療から、医療の質を落とさずに不要なことを削ぎ落とすというのは、医学的な知識と経験を要する専門作業で、政治家や役人やマスコミにはできない。これはわれわれ臨床医の今後の課題になると思う。



医療よ医師よ 医の意志よ

札幌市医師会
恵佑会札幌病院 顧問

佐々木廸郎

吉本隆明とフーコが人間の意志について意見を交わした記録を読んだ。吉本が西洋の哲学は人間の意志について厳しく思考しなかったのではないかと問うた。フーコは「そう言われればそうだと思うざるをえない。そのことは西洋にとってこれからの課題である」と言っている。その数年後にフーコは亡くなった。

西洋哲学はデカルトの「コギトエルゴスム＝我思う、ゆえに我あり」が巨大な原石になって他をなぎ伏せている。我流に理解すると、思わないということに許さない。思わず知らずやっちゃったを許さない。最大事は女性のヒステリー発作を許さない。ヒステリーは我知れずである。ついでに言えば、後で気が付く癲癇病みだって発作のときは記憶にない。

精神分析の開祖であるフロイトはヒステリー発作と格闘して、無意識を学問の中に据えた。無意識と意識を並べてみて無意識の意識化を試みた。しかし、当時すでに信心深くある者は信心の底には不可侵の神があってそれは無意識の中であることや、無意識の中からは意識は表出しにくいことも知っていた。毎夜、人は意識を失う。夢にかかわった記録がたくさん残っているのはこのことで、明恵の記録をみると東洋はそれを正常と知っていた。

医学生の際の外來実習で、吸入麻酔で指の瘰癧の切開を見学したときに、患者が小声で数を数えるようにと言われた。そうする内に麻酔が効いて数えなくなったのを期に小切開をして排膿したが、意識が蘇ってくると何かを眩いでいて、よく聞くと麻酔の前に指示された数を「63、64、65」と続けていて、意識が回復するにつれ止まったのである。それは意識下で始まった数える意志が無意識裏にも引き続き、意識が蘇って別の意志がそれを止めたことを示したのである。その時分はすでに大槻憲二が戦前からやっていた、栃木の精神分析学研究所の会員になっていたせいもあって、催眠術に関心があり意志が無意識を潜ることにしても観察する癖があった。

それから半年か下って、保険審査委員をやっていたあるとき、慢性疾患なるものを政府が決めて、慢性疾患指導料を算定したときに、ややして指導料を申請しない高名な開業医の先生があった。審査委員の多くが後輩に当たった間柄であった。審査委員会の先輩格の先生が個人的に指導料の存在をお知らせして手紙を書いた。しばらくして丁寧で簡潔な返信が届き周りに聞かされた。「私はもうその任に堪え

る存在ではない。悪しからずご放念願いたい」。机を囲んで委員のわれわれは襟を正して刮目した。が、多くが評価しながら目をそらす社会の傾向は今も止むことはないであろう。自身の意志で医を主施する見事さであった。

また忘れ難い先生のお一人に向井一朗先生がある。北大医学部二期卒の熱血漢は学級の代表で、医を志す学徒の理想に燃えた意志の人であった。二期は昭和二年の卒業である。太平洋戦争に際しては率先行方極秘の軍医を勤めて敗戦を迎え、祖国復興に邁進する。戦後の極貧の中で、豊平区の難民窟と称される人々の中に身を挺して病と闘う。その頃、徐々に保険診療が定着し、先生の診療は保険外診療とされ無報酬でも許されない。意志によって勧告を無視すると制約が募り保険医を剥奪され、追放になった噂を聞いた記憶があった。

私事で恐縮であるが、大学に入って初めて東京を見たときに、小石川林町の住宅の書棚で西田の「善の研究」を教えた伯父が、医学部卒業の頃に大学の理事長を終えて、神奈川県藤沢市鵜沼桜が岡という所に隠居した。新宿からの湘南ライナーで訪問し、やがて病を得てからは度々見舞いに行った。藤沢の駅も小さかったし、駅舎もない路面電車の江ノ電に乗り換えて「石神」で降り、池畔亭の看板を右折してすぐの左手であった。最晩年はパーキンソンになったので学会の都度見舞った。東大の医科研の教え子が特効薬を開発したと聞いて悔しかった思い出がある。伯父は都立の校長が長かった。

ある日、見舞った後に藤沢まで歩こうと線路にそってくと、電信柱に向井医院という瀬戸引きの看板が見え、その右手の小路を振り向くと、三角屋根の仕舞屋の玄関構えの右壁に医院の標札が掛かっていた。近寄ってみると医学博士向井一朗と書いてあった。あ、先生はここに居られたか。まじまじと質素な門前に立って去り難かった。そうこうする内に伯父は亡くなって藤沢と縁が切れた。

そしてさらに何十年かして、東京の学校を出た娘が結婚したのは今から10年に満たない頃であった。住むのが藤沢と聞いて懐かしかった。が子どもが二人になるのを機に引越して「鵜沼」だということで驚いた。その間幾度か訪れたときに向井先生をかいつまんでも、既に歴史に薄れ噂にもなかった。

鵜沼と言うので江ノ電があるかと聞くと、それは東急の2階から出て石神の駅は地べたで家のすぐ横ですと言う。古い同窓会名簿を見ると、先生が亡くなったのは昭和55年で門前に立った住所は鵜沼の1873番地とあった。それを前後に機と暇を見て、藤沢図書館や市役所の古文書館などで先生を聞いたが仔細は不明で、私が知ったのは社会保険審査会の学識経験者の外科委員と専門委員会の専任委員を続けられたことなどであった。

専門の専任は重鎮である。保険医を剥奪され札幌

を去った先生がいかに処しておられたか知りたいと思いつつ叶わなかったが、つい最近になって納得した。

ある夏休みに娘が孫連れで来て、明後日帰ると言うのでお土産買いに“ばば”と連れ立って街へ出て、昼食を取った夜に腹痛になり大騒動の末に入院になった。無事一週間後に帰ったが、緊急であったので個室料金の部屋しか空いてなかった。止むを得なかったが予定外の出費だったと少しお見舞いを上げるかと言ったら、いや藤沢は後で全額戻ってくる。でも特別個室は無理でしょうと言うと、それもきっと大丈夫だと言う。お産のときも子どもが入院したときも、藤沢は子どもや年寄りなど弱い者にとっても優しいのと言って、その通りになったと後で家内が伝えた。そうか向井先生の眼差しが今まだ生きていると感激し、嬉しくなったのである。

己が意志で心を装い、身を賄う。わが身の処し方を画する。戦前からある医家の意志は、これが叶わなくても善であることを皆が疑わなかった。日本人の美德もそうであった。そして意志はまた評価の天秤棒に載っている。天秤棒は割り箸ほどの個人の棒から家に備わる心張り棒、集落には私はああんりたいというその人、郡なれば銅像の人、国には富士山のごとき国手である。しかし、それに載ろうとする心の構えがなくては何も無い。戦前だとか戦後とか、御託を並べる前に人間として在るべき意志の理想的構え方は万古の黄金律のはずである。それが今や日本の山河はあっても人の心が貧乏している。

戦前の医師は意志の通りに診療をすることができた。学生時代に隣にあった鉄筋3階の開業医に、夏休みのたび押しかけて見習いをやった。樺太医専の助教授が徹父の開業を跡継いだ博学な先生は、国民医療皆保険の普及におよんで「保険診療の指針」を手にしてこれで何も考えなくなる。患者さんを診てどんな検査をするか、その結果を見てさらに何をするか病気を追い詰める、その結果どのように思考を繰り返し療法を組み立てるか。本当は大変ですよ医者になるのは。それがほとんどこの一冊で考えなくなる。盲滅法の検査をして並べるとそれはこれって病名が出て、薬もその病気にはこれって適応薬のリストが並んで。何も考えないで医者がやっていた。薬だって錠剤だから中身は知らないでやっている。考えないと意志薄弱になる。そしていま50年後、思い出すたびに片付かない顔になる。

フーコと吉本の間答に見える心底は西洋の意志は神の金縛りであり、吉本の哲学は己の意志の上にある。それが当たり前だと吉本は言う。

吉本に注目し指を差した先輩医師に和田武雄元札幌医科大学長があった。軍艦乗りの将校で、森有正と肝胆相照らした哲学者でもあった。先生にも、戦後の個人的鎮魂華の意志の威厳と面影を間々見せていただいた。

戦前の威厳と膨大な意志達はその敗戦と自決で終息し、後は権限と権力と権利の狡猾さに血迷った教育が畜生に似て肉欲に意志を結んだ。

司馬遼太郎が「日本の国は違うんではないかこんな国ではなかったはずではないか」と自分の敗戦時の違和感に返事を書く想いで文章を続けたと書き残している。医学部の教育でもその後の世代に逸物を見た記憶がない。また、ノーベル賞然り、オリンピック然り、宗教然り、哲学然り、民族学然り、芸術然り、ここに共通なのは「道」の意志の欠落にある。医学は医道と称したのを覚えている。

行動のない意志はない。心のない行動はない。善悪のない心はない。意志のない善悪はない。常に堂々巡って継が太まり結節が固くなる。意識下に意志を発すると無意識裏にも持続し、意志はかくして強くなる。

以前あったインターン制度は1968年、昭和43年に意味も語らずに消滅したが、当時の教育病院には「医道の名残」がはっきり見えたものであった。さらに言えばこの数年前、その廃止後の第一世が定年で大学教授の席を去った。もう今は日本中のすべての教授はインターンの医の字も知らず、医の意志の持ち方、意志の磨き方など伝えようにも持ち合わせがない人間でうまった。世界中のどこにも身を挺して後輩に医療を伝えない民族はないのに。

火急の時間が過ぎていく。教育制度から医療人育成からを、明治7年に遡って見直さないと、せっかくの皆保険も食い荒らされて自滅するだろう。

医師会は国民の平安な健康を維持できるか。基礎と臨床医学のすべてを知ってその実技をわきまえた上に自分の意志で専門を定める。その最初の方も中程も後半ものいずれかに欠損があれば医師にはならない。それは医師モドキといい、お医者さんごっこに似ているだろう。医師会はそのどこに存在する意志をもつか。意志をどこに定めるか。医師会は救世の主体ではないか。

