

# 会員のば

## 初めてのPET検査

札幌市医師会  
産科・婦人科ひなたクリニック

三橋 裕一

## 私の災害時の対策

札幌市医師会  
いけだ内科循環器クリニック

池田 勝哉

東区に開業し、早いもので9年が過ぎました。この間、近隣の先生・五班そして東区の先生をはじめ、多くの先生や医師会の方々に大変お世話になりました。この誌面をお借りし、改めて厚く御礼を申し上げます。

さて去年を振り返りますと、熊本での大地震や複数の大きな台風が北海道にも上陸するなど、災害が多かった年でした。東日本大震災の時には計画停電の可能性もあり、停電に備えて何とか最低でも電子カルテや処方せんなどを印刷するプリンターを自家発電で使用できないかと考えていました。太陽電池パネルなどの設置には高額な費用がかかり、ガスを使用した自家発電機もありますが、基本は屋外使用で院内では無理。困っていたところ、ある家電の雑誌で、コンセントからの蓄電で停電時に最低限の電力を確保する方法があったのでご紹介します。

用意する物は①全自動バッテリー充電器②自動車用バッテリー③インバーターが主な物です。全自動バッテリー充電器は車のバッテリーの充電に使う物で、これを使って自動車用バッテリーをコンセントから充電しておきます。そして停電時に前もって充電されてある自動車用バッテリーをインバーターに接続し、使いたい電気機器をインバーターに接続すると使用可能となります。多少面倒ですが、電子カルテ・モニターを各二台1時間程度動かすには十分でした。気になる費用もすべてで14万円前後と、他の自家発電に比較すると格安です。上記はすべてカーショップで購入が可能です。仕事場のみならず家庭での停電時の備えにもなるかと思い、紹介させていただきました。

今年48歳、開業10年となった。節目の年となるためにPETを含む健康診断を受けてきた。本当は1年前から検査を受けたいと思い、健診センターへ問い合わせの電話を入れていたが、クリニックを休まなければいけないため延び延びになっていたのだ。スタッフの勧めと、節目となる年が後押しをしてくれ、半日休診にして受診することができた。

西18丁目にある某クリニックに8:00過ぎに到着し、ゆったりとした雰囲気の中で受付をした。コンシェルジュの方に案内され、更衣室で検査衣に着替えた後、最初は脳のMRI検査である。頭部を固定され顔面に剣道の防具のようなものがはめられる。そのまま円柱の中に入っていく。顔面からの距離は15cmあるかないかである。これには閉所恐怖症ではないが、かなりパニックとなった。何とも言えない恐怖心、不安をあおるあの独特の音、医師なのに途中でやめてくださいとは言えない気持ち。これらすべてが混じり合って、吐き気も出てきた。必死に楽しい出来事を思い出し、何とか耐えた30分は辛かった。何事もなかったようにコンシェルジュとともに移動する。狭い空間は大丈夫でしたか？の言葉に、自分がパニックになっていたことを見透かされたように感じたのだが、クールに対応した。

次は甲状腺のエコー検査。ものの5分で、これは楽勝である。

その後、PET検査を受けるために、放射性薬液の注射の後、全身に浸透するために約1時間の安静と、放射性薬液400mlをゆっくり飲む。途中のトイレも放射性物質が入った尿が飛び散るのを防ぐため、座って排尿をするようにと指示があった。

携帯はもちろん、読書も制限され、何もできずに1時間は寝るしかなかった。

時間が来て、部屋に案内される。胸部CT検査と引き続き全身PET検査である。これはMRIとは異なり音がしないため、30分間はあっという間であった。

追加検査が必要かどうかの判断に30分待ち、それもクリアして着替えの許可が出た。

出された軽食を頂きながら、少し緊張してきた。父親が自分と同じ年に膵臓がんで亡くなっていることがふと頭をよぎり、ますます緊張してきた。診察室に呼ばれ説明を受けるが、結果は特に問題なしでほっと胸をなでおろした。

初めて受けたPET検査は決して安い金額ではなく、100%万能ではないが、全身をくまなくスクリーニングできるため、まだ受けたことのない方には受けることをお勧めしたい。

## ウイルス肝炎撲滅計画

札幌市医師会  
札幌厚生病院

髭 修平

世界保健機構（WHO）が設立されて10年後の1958年に、世界天然痘根絶計画が総会で可決された。ご承知の通りその計画は達成されて、1980年5月にWHOによる天然痘根絶宣言が行われた。天然痘は1万年前には既にヒトの病気で、島国の日本には仏教伝来の6世紀半ばに大陸から入り込んだと考えられている。天然痘は感染力・致命率は高かったものの、ヒトのみが宿主であること、さらに何といてもジェンナーにより種痘が発明されていたため根絶が可能となったのである。

天然痘の根絶計画から約60年後の2016年5月、WHOの総会で、2030年までにウイルス性肝炎を撲滅するとのコミットメントが示された。わが国では、2016年10月からB型肝炎ワクチンの定期接種（いわゆるユニバーサルワクチネーション）が開始され、C型肝炎に対しては2014年からインターフェロンフリーの経口剤のみの治療が急速に広まっており、2030年にはかなりの程度抑制されていることが期待される。

一方で、これらの予防や治療には多額の費用を要することがネックにもなっている。近年のC型肝炎治療の有効性は95%以上となっているが、1人あたりの薬剤費で数百万円を要する（それでも2016年薬価改定で600万円台から400万円弱に値下がりした）。発展途上国に対しては、わが国の100分の1程度の薬価で製造を認めているものもあるが、いかに安価な薬剤を提供できるかが世界規模での目標達成の鍵になると思われる。

肝炎ウイルスの中でも、特にC型肝炎ウイルスについては、1989年のウイルス発見後、インターフェロン、リバビリン、ペグインターフェロン、そして、直接作用型抗ウイルス剤（DAA）の登場により急速に治療効果が上がり、高齢者にも広く治療が可能となっている。肝炎の多くが非A非B型肝炎で根治治療も無かった時代から肝臓病診療にかかわってきた者としては、昨今の劇的な治療効果の上昇は感慨深いものがある。肝臓病はウイルス性からNASHなど代謝性へシフトしつつあるが、肝炎専門家が絶滅危惧種になる日は果たしていつになるのだろうか？

## 患者と医者との関係

札幌市医師会  
石川泌尿器科

上田 峻弘

「鎮咳剤は効力があるのか？」という問いに対して、私は50年の臨床経験から、効力がないと思っている。私だけでなく、多くの臨床家は一般的な鎮咳剤は効果が無いとの意見が大半である。しかし、「効果がある！」と一部の医者仲間ではささやかれている。実際に服用すると咳が止まる患者がいることは確かのようなのだ。これが「プラセボ効果」である。薬の治験において、必ず実薬と偽薬の2群に分けてその差で効果を判定する。その理由は、偽薬でかなりの割合に有効例が出るからである。効くと思って飲めば、効くのである。私の経験では、風邪のひき始めの時にはなかなか効かないが、数日経過してから受診した患者には効く例が多い。どうも風邪が治りかけた時に飲むと効くようだ。私が身内に「咳には効く薬が無いよ」と言い薬を出さないと、近医を受診し、薬を服用すると数日で咳が止まることが多い。効くのはリン酸コデインであるが、便秘になるし麻薬に指定されているので使いづらい。この事実を説得してもなかなか解ってもらえないので、あえて逆らわないようにしている。

小耳に挟んだのであるが、ある先生は患者に「一番良い薬を出しておくからね！」と説明することである。その先生は名医としての評判が高い。不治の病の患者に「きっと良くなるよ！」と励ますと患者は信頼してくれ、一時は元気になる。これが「パターンリズム」である。日本の昔の医者はそうであった。今流の「インフォームド・コンセント」と言っても、難しい医学用語を並べたてて「どうしますか？」と患者に治療法を選択させても、それは酷である。終末期の患者さんに「今日は顔色がいいね。大丈夫だよ！」と励ますと安らかな死を迎えるものである。私にはなかなか実行できない。どうしてかということ、それは事実ではないからである。「あの先生の言うことを聞いていると結果がどうであっても満足だ」と言ってもらえる医者は名医である。これが「カリスマ性」である。

古代から「病の治癒は患者の自然治癒力による」と言われてきた。正に病は「神」が直すのである。確かに医学が進歩して人間が長生きできるようになった。これは、第一に公衆衛生、第二は医学の革命ともいえる抗生物質の発見と副腎皮質ホルモンの応用、それと人工臓器、臓器移植ではなかるうか等と考えている。偏ったことを述べさせてもらったが、世界の全人類の平均寿命は確実に伸びている。

## 上には上がいる

札幌市医師会  
まつしま耳鼻咽喉科クリニック

### 松島 純一

去年も年間10回ほどの演奏会が終わり一息ついて  
います。春先に例年通り国際学会発表があり、その  
後また演奏会シーズンです。50歳で大学を辞してか  
ら十数年同じパターンです。年間10回も演奏会があ  
れば、積分効果で演奏会も手慣れたものでしょうが、  
マンドリン・バイオリン・合唱・独唱と手を出し過  
ぎているのでそれもかなわず、です。

いつから始めましたかと聞かれますが、在任中は  
仕事のみで、辞めてからです。大学入学前は音楽と  
は無縁でしたが、小学校の担任が藤原歌劇団の藤原  
義江氏の話の時々してくれ、いわく、唄うと窓ガラ  
スが揺れ、時にピッと割れた。稀代のアジテーター  
ですね。真に受けて、ガラスに向かって高く大きな  
声出しを行っていました。窓ガラス割れるわけない、  
ですよ。

40年前、北12条にあった木造の二階建てのサーク  
ル会館には、大きな音楽団体としてオケラ・男性合  
唱団・マンドリンがありました。入学時、さて、何  
をするか思案しました。オケは下積み長そう、唱は  
年取ってもできそう、若い内に楽器はやっておいた  
方が無難かなで、マンドリンとなりました。音楽好  
きなので、当然耳鼻科に入りました。

さて、仕事のみ生活から解放されると、無限に  
時間が余っている錯覚に陥り、入学時代の記憶が蘇  
り、すべてこなそうかとなりました。ただ、バイオ  
リンと唱の自己流は良くないので先生に付きました  
が、やはり下積みは長いですね。今年のバイオリン  
はチゴイネルワイゼン、唱は学生王子のセレナーデ  
でした。学生時代にチゴイネルワイゼンの楽譜を見  
た時、なんて難しい曲だな、との印象を持ったのを  
覚えています。音大の卒業試験の課題曲の一つで、  
演奏するのは夢のまた夢でした。一応、この年で弾  
けたと言うのは、若い時に訓練を受けていない私は  
稀有中の稀有の存在と思っています。今回の出来は、  
下駄を履かせてもらって、可ですか。運指と譜読  
みはマンドリンと同じで、相当助けられました。ポ  
ーイングは褒められました。いかんせん音程に自  
信がない。暗譜し、信じられないでしょうが譜面台  
に置いたチューナー (tuner) とにらめっこで弾い  
ていました。速いパッセージはtunerが付いていけ  
ませんので、仕方なく自分の耳を使いました。ここ  
で唱をしていたのが役に立ったと思っています。多  
分バイオリンだけでしたら、50歳から始めた私はこ  
こまで到達できなかったと思います。マンドリン・

唄の良いところを使って初めてチゴイネルワイゼン  
に到達でき、一見、無駄とか面倒くさいと思われる  
ことでも、関連付けてすると何とかなるんだ、とい  
う気持ちを、さらに確認しました。これは私の人生  
戦略で、仕事でも通してきました。

tunerに関して笑えない話を一言。定年後とかに  
チェロのような弦楽器を始める方の話を良く聞きま  
すが、若い時にしていた人以外、上手くいったとい  
う話を聞いたことはありません。私の専門は、耳鳴  
り・めまい・難聴・音声です。60代の患者さんが眩  
暈を訴えてきました。当然ストレスの有無を聞きま  
す。ストレスは無いそうです。仕事を終えたので最  
近チェロを始めたそうです。当然音程は取れません。  
それで、譜面台にtunerを置き、それを見ながら毎  
日サンデーですので、朝から晩まで練習しているそ  
うです。疲れていたのでしょうか。加えて左右に無用  
に動くtunerの針を見据えていたので、頭が混乱し  
てめまいを起こしたと判断しました。何回かの治療  
後、めまいは治ったそうです。聞きますとチェロは  
止めたとのこと、気の毒なことをしたと、私は反省  
いたしました。

今回の演奏会では、プログラムで私の出番前に、  
“イヨマンテの夜” “オロチョンの火祭り” の活字が  
躍っているのを発見しました。私のカラオケの持ち  
歌で、どなたかなと出番を待っていましたら、小柄  
な男性のお年寄りが歌い始めました。私の固い声質  
とは真逆の、医師会合唱団で一緒したテノールの  
故産先生のような、細いですが綺麗なお声でした。  
終了後、私のそばで片づけをしていたので、思わず、  
「失礼ですがお年は」と聞きますと、「85歳」とのこ  
と。「お声綺麗ですね、私の好きな曲をお歌いくだ  
さいましてありがとうございます。楽譜はどこで  
お手に入れましたか」と聞くと、「シリーズもので、  
CDと一緒に付いてきたものですよ」とのお返事。「と  
ころでおいくつからなさっているのですか」と聞き  
ますと、「70歳からです」。愕然！「え、そうですか、  
私は50歳からです。すごいですね」。上には上がいる。

相手との距離を計りつつ踊るダンスが認知症予防  
に効果があるとのこと。この業界では稀少価値のテ  
ノールですので、ソロではなくduetで歌い続けたい  
ですね、ボケないために。今年から、そうします。  
Time to say goodbyeか椿姫の乾杯の唄。アイン  
シュタインは年取ってもバイオリンをしていたの  
で、これも大丈夫か。ちなみにバイオリンは、昨春  
ブダペストでの国際学会で、現地の友人医師に紹介  
された楽器屋で買いました。4本ありましたが、音  
色で選びました。耳が良いと、ヨイショされました。



## ガキ大将との決闘

札幌市医師会  
新札幌パウロ病院

### 高階 俊光

小学校4年生の時、クラスにHというガキ大将がいました。私と私の友人以外のクラスメートは皆Hに付いていました。私がHに合わせなかったのが、Hには気に食わなかったのでしょう。ある日昼休みに呼び出され、言いがかりを付けられ、決闘をすることになりました。Hの運動神経は簡単にバク転ができるなど、本当に群を抜いていました。ですから簡単に私をやっつけられると思っていたのでしょう。相撲での対決です。私は小柄で運動神経は普通でしたが、体格は上半身と下半身が極端にアンバランスで、小学校の体育の時の野球のボール投げで70～80m投げる人もいるのに、私は20数mでした。しかし下半身、足腰は村のお祭りの子ども相撲大会でいつも優勝していたオヤジ譲りのガッチリ型です。60歳を超えた今でもBMI24.0にもかかわらず、ふくらはぎは43cmもあり、太ももは55cmです。このためほとんど相撲に負けたことがなく、高校生の時には相撲部で私より二回りも大柄な同級生と相撲を取り、原爆投げで投げ飛ばし、顔に怪我をさせたほどです。Hと私が取っ組み合って相撲のごとく投げ飛ばし合いましたが、常に私がHを投げ飛ばし上から抑えると、他の男子みんながHを助けるのです。そして私が上になるたびに他の同級生がHを助ける…その繰り返しです。決着は付きませんでした。決闘の後、私はとても疲れてしまい、午後からの授業中に居眠りをしてしまいました。小学校の授業で居眠りをしたのはこれ一回きりです。それ以降も皆に無視されたりもしましたが、今と違って死ねと言われてたり書かれたり物を隠されたりする嫌がらせはありませんでした。私の相撲の強さを知ったのか、それ以降決闘の申し出はありませんでした。昔は遊びの中でこれ以上やったらダメという暗黙の了解、手加減があったように思います。今はそうでないことも多く、憂慮すべきことだと思います。

その後、Hは引っ越しして、中学校は別々になりました。そして私が入学した地方の進学校で、何とあのHと同じクラスになったのです。入学後しばらくしてからHから「俺、小学校の時、お前をいじめたよな」と言ってきました。しかし私には何のわだかまりもなく、それから良き友人になりました。ちなみにこのHは入学しての第一日目の一時間目の社会科の授業で、しかも一番前の真ん中の席で、一応形だけ開いた本を弁当箱の前に立て、隠すようにして早飯をしたのです。クラスの全員は唾然としなが

らどうなることかと注視していました。しかし目の前のHに対し、先生はニヤリとただけで何も言わずに授業が始まりました。授業中もHはなおも食べ続けていました。Hの勇気？に授業そっちのけで皆感心したものです。Hは世界史だけは抜群にできて、常に学年で一番でした。世界史で大学に入ったものだといわれたぐらい凄かったです。Hが読んでいたのと同じ世界史の高い本を買ってもらいましたが、全く頭に入りませんでした。高校卒業以来一度も会っていないHと、どこかで会いたいなあと思っています。

高校生ぐらいまでは、クラスの集団の中で、ガキ大将を作る多数派に合わせるという雰囲気があると思います。私は従うことなく、ただマイペースでわれ関せずでした。しかし、今ではそれが許されない時代なのでしょうか。多数派に入るといえる種々の心の安定が得られますが、反面自由でなくなることも意味しています。朝日新聞の天声人語の欄に「友が降り電車に一人残されてため息深く演技終了」（高1. 小崎遥佳）というのがありました。

いじめがあるとすぐに「みんな仲良く」と大人は子どもに言います。実に分かりやすい言葉ですが、少しでも社会生活を送った人間なら「みんな仲良く」なんてできるわけがないと知っています。クラスやどんな組織だって、どこにでも嫌なやつはいると思います。周りの空気を読みすぎて、疲れている子どもがこれ以上増えないように願うこの頃です。



## 外科医になって思うこと

旭川市医師会  
森山病院

### 松田 佳也

旭川市内の元生会森山病院の松田佳也と申します。一外科医として勤務しておりますが、今回この場を借りて、いろいろ思うことを書かせていただこうと思います。

今の職場は、周りの方々が私自身をひとりの外科医として尊重してくださり、大変働きやすい病院であります。

かつての勤務先で、朝6時半病棟回診開始のところがありました。まだ睡眠中の患者さんもいます。私は間に合うよう朝4～5時の起床でしたが、もともと夜型の自分に早起きは苦痛で、絶対起きられるようカフェイン入り栄養ドリンクを前夜9時に飲んで床に就いていました。外来・1日3～5件の手術・土日祝祭日の日当直・カンファレンス準備など各種雑務による疲労ですぐ眠れますが、胃腸の弱い私は日頃のストレスまたはカフェインのせい、深夜2～3時に腹痛で目が覚めトイレにこもり、朝5時過ぎに頭はカーッと、疲弊しきったまま出勤することがありました。さらに手術の際、「(手術中不潔にならぬようにしていたのに)腕組みするな」「お前がカメラ光源準備しとけよ」「(執刀前覆布かけや器械準備など)さっさとやれよ」と、私自身数種の専門医資格を持っているにもかかわらず、研修医の先生が怒られているようにダメ出しをされ「俺ってそんなに悪いのか?」「いちいちそんなに怒られないといけないこと?」と思いながら日々過ごしていました。どうも短気な人が職場にいると出勤したくなくなります…。どうしていつもイライラして、せっかちな医者がいるのでしょうか? 医者は社会人でもあります、緊急事態または多忙でなくても、もう少し周囲の人と仲良く接することはできないのでしょうか? 部下が体調悪く倒れてもうつ病になっても過労死してもすべて自己責任、というのでしょうか? これって、パワーハラスメント? おかげさまで、その病院勤務の約半年間で体重は75kgから62kgとなり、帯状疱疹に3回罹患というありがたい経験をしました。

研修医のとき、「指導医は研修医を叱ったらダメ」という教育方針の某科にいた同期の先生方が大変うらやましく思いました。他科によっては平日に1泊またはそれ以上の日当直アルバイトに行き、土日祝祭日はほとんどアルバイトや当直がなく休日を満喫できるという、これまた羨ましく思いました。私の所属科は、土日祝祭日はだいたい日当直やアルバイ

トで丸つぶれでした。私が研修医のときの夏休みですが、医局では「夏休みは2週間」とされていましたが、直近の上司の圧力で「研修医の夏休みなんて5日間でいいに決まってるだろが」と言われ、1週間も取らせてもらえませんでした。グッとこらえ泣き寝入りし、現在に至っております。

某医育機関在籍中は、年に4～8回の学会発表(道内・全国会)がほぼ義務でした。発表を聴きに行くだけはダメ、「学会行くなら演題出して発表しろ」とプレッシャーをかけられていました。学会日程が通常業務(外来・手術)に被らないようカレンダーとにらめっこしながら飛行機を予約、会場に着いたら発表、終わったらその日のうちにそのまま旭川にとんぼ返り。学会に来るたび「これから飲みに行くぞー」と会場に来られている先生方の会話を耳にするとお酒の苦手な私は違和感を覚え、「よくもまあそんな余裕とお暇があるんですね」と思いながら私は帰りの飛行機のため空港に向かいます。観光なんでもっての外ですし、講習会や他の演題を聴講する時間もなく、さっさと会場から立ち去ることがほとんどでした。たまに私が学会出張先で目上の先生方との酒の席に呼ばれ、そこでネチネチ小言やダメ出しがあればせつかくの解放感が台無しで、下戸の私は「こんなだったらホテルでコーラ飲みながらダラダラゴロゴロしたかった」と思ったものです。なんで学会先に来ると、酒を飲んで宴会をしたがるのでしょうか? 大学に所属していたら、とにかく何でも学会発表しないとカッコ悪いのでしょうか? 専門医維持のためと割り切って、学会に演題を出し発表することを繰り返していましたが、何か無理やり強引にネタをひねり出してまで演題を出し続けることが億劫になっていきました。

以上のようなことを思っていたのは、私だけではなかったようです。「なんか自分で無駄に忙しくしていますよね」「仕事忙しくてノイローゼやうつ病になっても自己責任って言われちゃうよね」「医局をいつ辞めてやろうかって、いつも毎日考えているよ」「学会発表しなくても論文書かなくても食っていけるよ」。こう話していた同門の先生方は、みなさん医局を離れてしまいました。

「お前ごときが何をほざいている?」とお叱りを受けると存じますが、外科医を志す者は少なくなっているといわれており、外科医の職場環境が改善されることを切に願います。ただ、どうしても短気ですぐ怒る医者とはやっぱり一緒に働きたくはないです。過労死はしたくないですし。

# 私は正社員

札幌市医師会  
能戸眼科医院

## 小竹 聡

原稿依頼がありましたので、少しでも会員皆様の役に立つ話題をと思い、昨年同門会誌に書いた原稿の焼き直しではありますが、会員の皆様と情報共有したいと思います。くれぐれもNHKにだまされないようにしてほしいです。

2年前の夏、NHKを名乗る男性（仮名を山田とします）が外来に現れ、職員に「この医院には何台テレビがありますか？」と聞いたようです。当院は待合室にはテレビはなく、職員の休憩室にやや大型のものが1台、院長室に13インチの小さなものが1台あります。このことを聞きだすと、「法人は1台ごとに受信料がかかります。2台目からは半額です。2台の契約してください」との説明があったようで、私に回ってきました。「そんな話は聞いたことなかったが、それでは大病院などは受信料がとんでもない金額になるのではないですか？」と尋ねると、「大病院では1台ごとではなく、部屋ごとで頂いています」との説明があり、「実際には契約していただいている病院、医院がたくさんあるので、このようにそれぞれ訪ねて契約し直してもらっています」と言います。個人の不払いが多いので、取れるところから取ろうという魂胆のようです。

家庭用は複数あっても1契約でいいとの話でしたので、院長室のものはすぐ移動できるので自宅に持ち帰ると話すと、山田は、「別に今日外さなくとも、今月中にNHKに撤去の連絡を頂ければ今月分も料金はかかりませんので、とりあえず、2台ある契約にしてください」とねばります。うちも暇な病院とはいいいながらも、こんな話をしているうちに患者さんも来たので、とりあえず契約書にサインし、彼のNHKの名刺を頂き、契約解除の連絡先を確認し、山田を帰しました。

後日、契約解除の電話をNHKにしたところ、「解除の書類を送りますのでそれを送り返してください。ただ、今月分だけは2台分引き落としになります」と言います。それは話が違ふと山田の話をして、電話口の女性としばらくもめたのですが、彼女の言い分は、「①山田はNHKの正社員ではなく、下請けの会社の人間である。②NHKでは彼らを事前に十分に教育したつもりだが、山田が勝手に間違った理解をした。③下請けの山田ごときの不祥事を国民から集めた大事な受信料を使って金銭的に補填することはできない。④私はNHKの正社員で（ここは強く強調するのです）、山田をきっちり指導し直しま

す」。何を言ってもこれしか繰り返しません。とにかく私は正社員だと繰り返して強調し、よほど下請けと違って正社員は偉いという意識があるようで、これが一番驚きました。

いらっとしたので、あなたの上司と替わってくれと言うと、「上司は席を外しております」と言います。それでは後から電話を頂けるかと尋ねると、できないと言います。私もこの日は午後診療のない日だったので結構長く話したのですが、いつまでたっても席を外している上司は出てきませんでした。こんなときには上司につないではいけないというマニュアルでもあるのかと彼女を問い詰めると、「次々上の上司を出せと言うお客様がいらっしゃるのでそういう決まりになっています」としぶしぶ認めていました。もしかすると上司は隣にいて、会話を聞いて楽しんでいたのかもしれませんが。「われわれは患者さんとトラブルがあると最終的には院長が対応するしかないが、そのとき、あなたが逆の立場で、院長が対応しないと云ったらおかしいと思いませんか？」と尋ねましたが、「個人的にはそう思いますが」と口を濁していました。しかし、そんな下々の病院とNHKを同じにするなというのが本音のようです。

NHKはいろいろ批判浴びることは多いながらも、私は受信料もまじめに払ってきました。しかし、こんな上から目線で視聴者をないがしろにする組織は必要ないですね。民放だけでも構わない、NHKは見ないので受信料は払わないという人たちの言い分に同意したくなります。対応した社員はNHKで働いていることがすごく誇らしく、彼女は会話中10回くらい「私は正社員です」という言葉を繰り返していました。上司はそれ以上に誇り高く、クレーム対応は下っ端の正社員の仕事で自分の仕事でないと思っているのでしょう。

その後もNHKからは迷惑をかけた山田をきちんと指導いたしましたとの報告もなく、山田自身からも謝罪の連絡もなく、おそらく、彼女の段階ですべて握りつぶされたのでしょう。あるいは山田は山田で、「俺は悪くない。NHKの正社員にそう教育された」と憤慨しているのかもしれませんが。まあ、NHKとしては下請け社員が間違っただけで説明してくれた方がNHKの収入が上がるわけですから、むしろ山田は「うまくできました」と褒められたかもしれません。

皆さん、NHKの正社員に「きちんと」教育された下請けの人たちが、NHKのために少しでも受信料を稼ごうと日夜、歩き回っているようですので、十分気を付けてください。中まで上がり込むことはできないでしょうから、テレビは1台ですと言い張ればよいだけのことのようにです。



# 超高齢者の腎機能について

札幌市医師会  
宮の森病院

## 西川 益利

山口県の田舎町から札幌市にやって来てマルマル3年が過ぎました。還暦を過ぎてから耳鼻科から内科に変わり、札幌市郊外の療養型病院に勤務させてもらっています。当院は札幌市街を一望することができて夜景もきれいで、患者さんの療養生活にもまた私自身にも快適な日々を過ごさせてもらっています。

当院の入院患者さんは高齢者が主体で、そのうち85歳以上から100歳過ぎまでの超高齢者が療養型病床、療養型老健を合わせて約7割で、薬を内服されている方も多くいらっしゃいます。薬によっては推算GFR（以下eGFR）やクレアチニンクリアランスの値で用法や用量が決められているものがあります。長期入院の超高齢者では腎機能低下だけでなく全身の機能低下が起こることから、薬を減量することがあります。また腎機能の低下が起こってしまった超高齢者の患者さんにおいては、いつまで薬を続けたほうが良いのか判断に困ることもよくあります。このため腎機能に関して最新の知識はどうなっているのだろうと、とりあえず買ったCKD診療ガイドを読んだり、札幌市内の医学講演会に出席したりして勉強しているつもりですが、還暦を過ぎた頭にはなかなか理解が難しいです。手っ取り早く息子たちにアレコレ聞いてみようかとも思ったのですが、オヤジのプライドが邪魔をしたままです。

85歳以上の超高齢者の腎機能については文献が少なく、超高齢者医療に関する講演会もあまりありません。CKD診療ガイドの裏表紙内側の「eGFR男女・年齢別早見表」も85歳までしか記載がありませんでした。そこで85歳を過ぎた超高齢者の腎機能はどんなものだろうと、10月のとある日に当院の入院患者さんについて調べてみました。85歳以上患者さんで血清クレアチニン値、体重、年齢のデータが取ることができた225人を対象に統計解析らしきものをしてみました。平均年齢は91歳(男90歳、女92歳)で、女性が圧倒的に多く男女比で1:5でした。寝たきりの方がほとんどなのでいわゆる健康高齢者ではありませんが、調べてみるのもまんざら無駄ではなからうと思いました。

今回の調査では、血清クレアチニン値は0.2mg/dlとか0.3mg/dlとかの超低値の患者さんも結構いて、これはいわゆる寝たきり高齢者で痩せて筋肉萎縮が起こっているの、筋肉由来とされるクレアチニンが少ないのだろうと理解しました。またとあ

る文献に高齢者のeGFRを計算するには血清クレアチニン値に0.6を当てはめるのが良いと書いてあったので、血清クレアチニン値0.6mg/dl以下の方の体重と0.6mg/dlを超えた方の体重を比べたところ、血清クレアチニン値0.6mg/dl以下の入院患者さんの方が平均体重は少ない結果でした。検定したところ有意差がありましたので、やっぱり痩せた高齢者は血清クレアチニン値が低いんだなあと納得しました。

GFR推算式は血清クレアチニン値と年齢で計算でき、血液検査さえすればよいので、検査時にオーダーすれば自動的に計算値が記入された結果用紙が返ってきます。ただ超高齢者ではこのeGFR値は不正確とされているようです。今回の調査ではeGFR値が正常とされる90ml/分/1.73m<sup>2</sup>や100ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上の患者さんが多数いらっしゃいましたが、これらの値はまず信用ならないものと考えました。

体重の値が必要なCockcroft-Gault式（以下CG式）も計算してみました。CG式の値は当院で利用している検査会社の検査用紙には体重記入欄があるのですが、CG式の値をオーダーすることはできません。電子カルテを採用している施設では、プログラミングソフト次第で自動的に計算することも可能でしょうが、当院では紙カルテなのでそれもできません。このため今回の調査ではPCソフトに手入力して計算を行いました。eGFRの値と異なり、CG式の値では90ml/分以上の患者さんはいませんでした。また今回の調査結果ではCG式の値の方がeGFR値よりばらついていなかったの、CG式の値の方がeGFRより腎機能を評価するものとしていくぶん有用なのかと思いました。しかしCG式の値をいちいち手計算や早見表などで求める必要があり実用的ではありませんでした。このためeGFR値のようにオーダーすればCG式の値も検査結果用紙に自動的に値が記入されてくることはできないかと、当院で利用している検査会社にお問い合わせしたところ、快く引き受けてくれる運びとなりました（札幌臨床検査センターさんありがとうございます）。

これまで腎機能の評価にはeGFR値だけではなく、クレアチニン値やBUN値、検尿や尿量、全身状態などなどから推測してきました。またNOACなどの処方の際はCG式の値も計算していました。これからは畜尿が必要な実測クレアチニンクリアランス検査もナースに無理を言おうか、さらにはシスタチンC検査も追加しようかなんて思っています。さてCKDをミュージシャン・タレントのDAIGO（ダイゴ）風（またはピコ太郎のPPAP風？）に言うと、C:チンプン、K:カンプン、D:でした！

## 眼の大きなマウスと私

北海道大学医師会  
北海道大学大学院 保健科学研究院

### 藤川 恵子

父親が医師であったため、小さい頃から自然に自分の将来に関しても、同じような仕事に就くと感じていました。しかし高校生になって、これまでの自分とは違う世界を見てみたいと強く思い、東京に出て外語大フランス語科に入学し、日本航空に就職しました。海外に出る機会が多くなると、逆に自分の与えられた人生について自然に考えるようになり、そこでまた北大の医学部に入り直し、本来の仕事と気付いた医師の道に進みました。自分を知るために、ここまでかなりの時間がかかりました。

卒業後、医局から関連病院で内科研修中に、病気になる原因について考えることのできる技術と知識を身に付けたいと思いました。卒業後に大学院に進学していたこともあり、北大からの交換大学院生として大阪大学で免疫学のトレーニングを受ける機会を得ました。遺伝子や分子によって制御されている人体の仕組みは、当時の分子細胞免疫学の進歩もあり非常に魅力的な世界で、私はそれまでサイエンスを取り立てて意識してきたわけでもないのですが、サイエンスは医学でのツールということを知りました。しかし分子の世界と人間の病気の間には、実際は大きな距離があります。当時確立されてきていた、疾患モデル動物を作成して、そこからその病気について研究していく遺伝子改変技術（ノックアウトマウスなど）を勉強したいと考えました。その時日本に講演に来ていたアメリカのボストンにあるハーバード大学医学部のオルト先生のところで勉強することになり、渡米しました。

出会ったオルト先生は、自分の師であると思っ  
ています。とても仕事は厳しい先生ですが、プライベートはリベラルで、愛情にあふれた方でした。ここではポスドクとして雇用されたのですが、自分では、仕事に向き合うための姿勢が、厳しい生活の中で自然と身についたと思います。そこで新規遺伝子を見つけ、その仕事を続けるため共同研究者がラボを持ったセントルイスにその後移り、その新しい遺伝子を除いたノックアウトマウスを使って、感染症に関わる分子のメカニズムについて研究してきました。ボストンは美しい街で紅葉もきれいでヨーロッパのようでしたが、アメリカの中西部に位置するセントルイスも自然が美しく、研究室までの道のりの木や花がきれいで見とれてしまうこともありました。共同研究者の自宅に住んで生活しましたが、彼はヨーロッパから来た人で、奥さんはアメリカの人

で、皆で話していてもよく仲良く生活していたと思うほど多彩な顔ぶれでした。マウスでの仕事は神経の分担を日本ですることにして、帰国しました。その後、北大でマウスを飼育している間に、飼育している方から眼が大きいと指摘されることがありました。これまで免疫や感染症の研究では比較的早い時期にマウスを観察していたので、眼については気が付きませんでした。

私は内科医で、眼科的知識は少ないのですが、すぐに眼圧を測定しました。そうすると、マウスの眼圧が非常に高く、そのため眼球が腫大して外からも眼が大きく見えていたことが分かりました。マウスの飼育をしてくださった方の家族が緑内障で、そうした意識が高いことが発見の助けとなりました。緑内障は視神経の疾患で、私が分担することにした神経系の病気の一つではありますが、以前は感染症を  
していて予測はしていない研究の展開でした。マウスでは、緑内障での眼圧と視神経症の関係を見ることと同時に、このマウス生体内に、食べさせた物質の効果の評価ができる系を作りました。さまざまな食品の持つ眼圧効果作用や視神経障害を軽減する効果があるかどうかなどを発展させて調べているところ  
です。

現在は、以前から公衆衛生での病気の予防に関心を持って  
いるため、JR札幌病院にて産業医として労働衛生の勉強を  
させていただいているところです。もちろん眼の大きなマウスも、  
医学研究という仕事を手伝ってくれています。

