会員のひろば

歌舞伎鑑賞の勧め

札幌市医師会
新札幌整形外科病院
吉本　　尚

家内が何かのきっかけに歌舞伎俳優・市川海老蔵さんのAmeba Blogをフォローするようになり、奥様の小林麻央さん、お子様の麗禾（れいか）ちゃん（６歳）、勸玄（かんげん）くん（４歳）の動静を聞き及ぶようになった。「海老蔵さんがこんなことを書いている」「麗禾ちゃんの顔が間違って出ちゃった（顔出し禁だったようで…）」「勸玄くん、可愛すぎる～」などなど。知名度の高い歌舞伎界名門中の名門「成田屋」の跡取り、市川海老蔵さんのことであったので、割と取っ付きやすく、私自身も徐々に興味を持つようになった。Blogでの彼らの生活を知るほどに、いずれは本業の歌舞伎鑑賞をと思いつつも、日本伝統芸能独特の敷居の高さ故に思い切りがつかずにいた。

昨年６月、麻央さんの乳癌を公表する海老蔵さんの記者会見にも何となく背中を押され、遂に同年７月23日、歌舞伎座に家内とともに初観劇することとした。ところが、歌舞伎座のWebサイトからチケット発売初日に抜け目なく購入しようとするも、すでに１階席が満席！！　２階の良い席を予約できたが、ここで「ご贔屓文化」にいきなり直面した。

何はともあれ、初観劇、東京銀座の歌舞伎座、完全にお上りさん状態でキョロキョロ。夜の部16:30から20:47まで４時間以上の長丁場。海老蔵さん主演の歌舞伎十八番「鎌髭」と「景清」、江戸絵両国百景「荒川の佐吉（市川中車（香川照之）さんも出演）」など、スペクタクルな日本古典芸能に完全に魅了されてしまった。特に幕間の舞台装置の変換、花道を使用することによる場の立体感、見事な歌舞伎浄瑠璃など、素晴らしさは語りつくせない。

これに味を占め、同年10月札幌ニトリ文化センター「古典への誘い」、歌舞伎十八番「勧進帳」、同年11月博多座「花形歌舞伎：石川五右衛門」と立て続けに観劇。どんどんその魅力にはまっていった。年明けには、遂に成田屋後援会に入会！（入会金１万円、年会費２万円）、それにより、発売前のチケット予約や、今まで予約不能であった素晴らしい席での観劇が可能となり、逆に「ご贔屓文化」の恩恵に与かれるようになった。

三月大歌舞伎（歌舞伎座）「助六由縁江戸桜」「義経千本桜」、６月渋谷Bunkamura ABkai（エビカイ）「石川五右衛門外伝」、七月大歌舞伎（歌舞伎座）歌舞伎十八番「矢の根」「加賀鳶」「連獅子」「駄右衛門花御所異聞」などを立て続けに観劇、特に６月ABkaiは、妻の小林麻央さんが亡くなった直後であり、また、七月大歌舞伎はお母さんを亡くしたばかりの愛息勸玄くん初舞台かつ史上最年少宙乗りがありなどなど、いろいろな意味で会場の盛り上がりもひとしおであった。

古典歌舞伎の台詞の難しさ（イヤホンガイド解説を持ってしてもfollow難）、歌舞伎文化全体像の理解不足、その他の俳優さんたちによる舞台の観劇不足など、まだまだクリアすべきことが多いが、せっかく夫婦共通の趣味として定着してきた歌舞伎鑑賞なので、海老蔵さんの團十郎襲名や勸玄くんの成長なども楽しみにしながら、今後とも続けていきたいと思っている。歌舞伎最高！！(๑˃̵ᴗ˂̵)

著者と家内、歌舞伎座にて。二階席、三階席、花道を後方に臨む。

團菊祭五月大歌舞伎夜の部終了後。多くの観客が笑顔で帰路へ。
歴史を感じさせる装いの歌舞伎座のライトアップが見事です。

ファイターズ讃歌

札幌市医師会
いなづみ皮フ科クリニック
富永　晃広

調子の悪さが続いていましたが、ここのところ（８月半ば現在）、連勝できるようになってきました。このまま勝ち星を重ねてくれるといいところですが。

思えば、シーズン初め、オープン戦のころはかなり期待していました。WBCで主力はいなくとも、大谷選手の怪我での離脱があっても、ほかの選手、ファームからの選手が活躍していました。

レギュラーシーズンが始まって、多少負けが込んでも、正直、たかをくくっていました。去年の優勝チームだからそのうち勝つだろうと。それが、だんだん雲行きが怪しくなってきました。あれよあれよと連敗を重ね、今や、５位定着。６位とはわずかな差で、何とかという状態です。チームも今年はあきらめたのか、エスコバー投手、谷元投手を放出して、ファームからの選手に経験を積ませるような姿勢に見えます。優勝はおろか、Ａクラス入りも怪しい状態ですから、当然かもしれませんが。それでも、事ここに至っても優勝を諦めたくないのは勝手な話でしょう。

ファイターズの試合を見るようになったのは、ここ数年の話。北海道に移転してきた時も、さして関心は抱かず。札幌駅での移転お披露目も後から知って、そんなこともしていたんだなあと思った次第。それ以降も、テレビ中継があっても、野球中継を見ることもなく、ほかのチャンネルを選んでいました。はっきりにわかファンですが、それでも、去年の優勝パレードが目に浮かぶのです。また、この風景が見たいと思うのです。そして、ファイターズに讃歌を送るのです。

愛猫との別れ、そして三代目

十勝医師会
音更病院
守屋　　至

わが家には、いま三代目の猫がいる。振り返ると、何年も家に出入りしていた野良猫を飼い始めてから、もう飼育歴23年目になる。ちょうど引越しすることになり、毎日のように出入りしていた野良猫に対してこう言った。

「明日、○○時に引越しをするからその時にここに来てね！」「その時間に来てくれたら新しいお家に連れて行くよ！」

きちんとその時間に来てくれた猫を連れて引越しした。飼い方もあまり上手でなかったが、出会ってから10数年生きてくれた。

突然の別れですっかりペットロスになり、早速次の子猫を手に入れたのが19年前のこと。今度は飼い方にも馴れ、18歳の天寿を全うしてお別れさせてもらった。いつもは２階で一緒に寝ていた猫が高齢で上って来られなくなり、階下でニャーニャー鳴くため、抱きかかえて連れて来ていた。次第に老猫は階段を降りられなくなり、一緒に１階で眠るようになった。最後には歩行困難となり、寝室まで移動できないとニャーニャー鳴くため、猫様の言う通りに添い寝をして過ごすはめになった。

ここまで可愛がるともうペットロスどころではなく、やり尽くしたため、もう猫は飼わなくても良いような気がしていた。それでおしまいになれば良いのだが…。

葬儀屋さんにお願いしてからしばらくすると「子猫あげます」の文字が…。つい電話をかけて…その後は言うまでもなく、今の三代目がいる。

われわれ団塊の世代はとうに還暦も過ぎ、子どもも大きくなり、仕事も若い時のように24時間緊急対応することも無くなり、休日も取れるようになっている現在。この猫は孫みたいなもの、何をしてもかわいらしく感じ、甘い甘いおじいちゃんになっている。餌が口に合わないと知るやすぐに買い替え、首輪に馴れる前からいくつも買いそろえ、遊びは何をさせるか？　箱の中はおもちゃだらけ、おやつは何が好きか？　各種取り揃え。

ところがである。今度の猫は体が弱く、食べ物ですぐにお腹を壊すので、美味しいものを食べさせたくともかなわない。おもちゃで遊ばせたくとも、疲れるせいかあまりのって来てくれない。おまけに、すぐ傍にいるのだが、抱っこが大嫌い！　とほほほ…。やっと猫とのんびり遊べるようになったところでこんなもんですね。三代目め！　いつかは抱っこが好きな猫にしてみせる（？）。

体の弱いツンデレ猫を、これからも可愛がっていく。

自家用車

札幌市医師会
佐藤診療所
佐藤　幸彦

９年ぶりの買い換え、スバルのエントリークラス、デザインが好きで、前から欲しかった車です。マイルドなスバル信者ですが、前の車は他社のミニバンで、家族とドライブが目的でした。乗り心地も良く、パワーも充分。一応４駆でしたが、雪道以外はほとんどＦＦ状態だったのかもしれません。高速道路も無風なら快適でしたが、風雨の強いときは確信の持てない修正舵を頻繁に当てることになり、峠道もアンダーが怖くてスローインセイフティーアウト、運転を楽しむ車ではありませんでした。

今度の車は車台が更新され、サスも専用設計となり、評価も高く期待していました。が、家族から「前の車より揺れる」と言われてしまいました。前のはかなり重かったため、揺れや振動がゆったりだったのかと。今度のは当たりは柔らかですが、不整を正直に伝えてきます。うねりでは跳ねるような感じがあり、うねりに左右差があると大きく揺れます。高速だとちょっと不安。下りコーナーでそんなことがあると、抜重時にリアがズッと滑るように感じます。一瞬ですし、スピードもそれほど出しませんので、その一瞬で収束、オーバーステアの恐怖はありません。アンダーを感じることもなく、前輪の向いている方に素直に曲がる感じ。リアの踏ん張り感は希薄。限界は高そうですが、それを確かめてみる腕も勇気もありません。

エンジンはパワフルとは言い難く、CVTでもあり、背中が押しつけられるような加速はありません。キックダウンすると6,000rpmまで吹け上がりますが、そのままじわーっと加速。ちょっと物足りなさもありますが、実用十分です。過去４ＡＴを乗り継いできましたが、ＡＴは回転に比例して増速するので、CVTには若干の違和感を覚えました。が、慣れると好印象。マイルドとはいえ私も信者ですので、これいいじゃん、と言ってみたりします。

不評のCVT、出足もっさりですが踏めばそこそこ。無段変速なのでシフトショックもなく、街中では滑らかです。年老いた母を病院に連れて行くときに「お前、運転が優しくなったねぇ」と言われたという話を聞いたことがあります。

床まで踏み込むと疑似多段シフトになるらしいのですが、6,000rpmまで引っ張ると、１速で57km/h、２速で95km/h、３速で134km/hになります。Ｓモードにすると2,000rpm以上を維持、峠や登り坂では走りやすいです。パドルシフトもあり、Ｄのままでも反応します。コーナー手前で減速しながら２つ３つ下げておくと脱出手前からトルクをかけていけるのは気持ちが良いです。程よい頃合いでＤに戻ります。CVTは高出力エンジンには向かないという話もありますが、例えば10式戦車（全装備重量44ｔ、最大出力1,200ps/2,300rpm）はCVTです。変速ショックがないため、スラロームしながらの射撃が可能とのこと。どんなCVTを積んでるんでしょ。

アイサイトはver.３です。最新のツーリングアシストではありません。レーンキープは高速ならまずまず、郊外路でも使えないことはありません。が、コーナーがきつかったり、白線が消えかかっているとオフになります。ステアリングに手を添えている必要があり、面倒だと考えていましたが、実際に使ってみると予想よりも負担が軽減され、運転が楽だと感じました。

クルーズコントロールは郊外路でも大丈夫。前走車認識状態で追従していれば停止までします。再発進はアクセルを踏むか、右手でリセットすると追従再開します。問題は追従していない定速走行からの停止で、前方に停止車両がいればプリクラッシュブレーキになると思われますので、ブレーキは自分で踏む必要があります。赤信号でも止まってはくれません。コーナーで前走車を見失うと設定速度まで加速してしまうことがあり注意が必要です。

免許返納、終活が視野に入ってきています。運転を楽しむのは、この車が最後でしょう。ストラットタワーバーでも付けてみようかしら。次に買い換えるときは、安全装備重視、燃費重視、老人の足です。果たしてスバルはEVを出しているでしょうか。トヨタも2040年を目途に内燃機関から撤退し、シティーコミューターなどを提供する交通インフラの会社になるんだそうです。

トラックやバスはどうなるんでしょう。電化できない鉄道区間は廃線でしょうか。化石燃料を使っているものは代替手段が開発されるのでしょうか。そもそも火力発電で充電って矛盾してませんか。想像もつかないことばかりで、将来ちょっと不安です。

地図

札幌市医師会

西岡　　洋

国境線

1950年生まれの私は、字も読めない幼少期より地図が大好きで、当時自宅にあった古い地図帳を眺めていました。国別に色分けされた世界地図は、日本、朝鮮半島、南樺太、台湾が真っ赤で、満洲には薄い赤が塗られていました。残念ながらこの戦前版地図帳は、私が小学校入学直前の1957年の引っ越しで廃棄されたようです。

小学校低学年時代には「地図帳がない！」と私が騒いだためか、親がどこからか調達してくれた新品ではない２代目の地図帳がありました。しかしその地図帳には大日本帝国はなく、朝鮮半島に北緯38度で一直線に境界線が引かれていたのが強烈な印象として残っています。現在テレビなどで「38度線」ともいわれる右上がりの「軍事境界線」ではなく、東西一直線の正真正銘の「北緯38度線」でした。この地図も小学校高学年時にはなくなっていました。

境界線といえば、日ソ間の国境線ですが、今年１月、書店で偶然見つけて買った復刻版の昭和25年版中学校社会科地図帳（帝国書院）では、まだ進駐軍の居た時代ですが、北海道本島と国後島・水晶島の間（貝殻島は小さすぎて記載されていません）と、宗谷海峡に国境線が引かれ、自分が使った昭和41年版最新高等地図（日本書院）では、いずれの国境線も記載がなく、昭和51年版の最新基本地図（帝国書院）では、択捉島と得撫島の間と千島列島の向こう端、占守島とカムチャツカ半島の間の２段構え、樺太国境も宗谷海峡と北緯50度線の２段構えに。「なんで実効支配できてない所に国境線を引いたの？」と出版元に手紙で質問したら「文部省のご指導で…」という返事だったように記憶しています。文部省検定済教科書でもないのに。

1979年版のイギリス製のデッカイ地図帳「The Times Atlas of the World」では、国境線は北海道本島と国後島・水晶島の間で、歯舞・色丹にのみ「Occupied USSR」（ソ連占領）と記載され、その1999年版では、国境線は北海道本島と国後島・水晶島の間のままで、国後島も含め（択捉島はページの外）「Administered Russian Federation Claimed by Japan」（ロシアが統治し日本が返還要求している）と記載されています。

1985年、某カトリック教会で、ドイツ人神父私物の西ドイツ製のこれまたデッカイ世界地図帳を見せてもらいました。発行がブラント首相の東方外交以前だったようで、東ドイツとポーランドの間の国境線はオーデル・ナイセ線でなく、もっと東の第一次世界大戦後の国境線でした。この地図での日ソ国境がどうだったかは残念ながら記憶にありません。

世界地図の国境線の位置は、発行国の思惑が反映されるようで、下手にその地図を相手国に持ち込むと、没収されることもあるようです。

豊かな盆地

一般に地図は標高の低い場所から高くなるにつれて緑色、黄色、茶色と、等高線を境に段階的に濃くなるよう塗り分けされますが、山が茶色とは緑豊かな日本の山にはそぐわないようです。

またこの色分けが示すのはそこの標高であって、そこが平坦かどうかを表しているものではありません。北海道中央部を南北に連なる、平坦で稔り豊かな名寄・上川・富良野の各盆地も多くが標高100メートル以上で黄色く塗られることが多いです。本州中央部の長野・松本・諏訪・伊那の各盆地は標高300～700メートル以上もあり、茶色く塗られる場合もあります。道内の空港から関西・伊丹空港行きの飛行機に乗ると、天候や飛行ルートにもよりますが、これらの盆地が一望されます。これらは意外に広く、緑の農地が広がっています。以前は、地図の色塗りの印象から、武田信玄や上杉謙信が「なんであんな山国を取り合いしてるんや？！」と思っていましたが、飛行機からの眺めで考えが変わりました。

上は北

最近はスマホで簡単に世界中の地図や衛星写真が、それも３Dで見られるようになり、上記の盆地以外にも、山奥だと勝手に思い込んでいた地域に広大な畑がひろがっているのを“発見”することもあります。さらにGPSのおかげで空が開けている場所なら現在地が分かり、迷い子にならなくて済むようになりました。ひと昔前まではクルマにしか積めなかったカーナビがポケットに入るサイズになり、飛行機内でもWi-Fiにつないで現在位置やすれ違う飛行機まで分かり、機長でもないのに勝手に多忙になったりしています。

私は地図では上が北だと思っていますので、カーナビもそのように設定していますが、知らない土地でタクシーに乗って、どんな経路で行くのかな？と思ってカーナビをのぞくと、たいてい進行方向が上で、角を曲がると画面も回り、こちらの首の回りが追い付けず結局ワケが分からなくなってしまいます。札幌駅構内の市街地図も、南向きに見る地図では南が上、西向きに見る地図では西が上と、たいしたご親切で、これでは完全に左右と遠近だけの世界、個人的には違和感を覚えますが、きっとこれが多数派なんでしょうね。

以上、医学医療と全く無関係な駄文にお付き合いいただき、ありがとうございました。

婦唱夫随

札幌市医師会
独立行政法人地域医療機能推進機構札幌北辰病院
三橋　公美

札幌北辰病院に勤務してから、今年で29年目となった。後輩に恵まれ、土・日・祭日は、しっかり休みが取れるようになった。

結婚してから渓流釣りが好きになった妻に誘われ、温泉付きの釣行にいつの間にか行くようになった。

５月の連休の頃には、山菜採りを兼ねて八雲町の山崎にイワナ釣りに家族で出掛ける。以前約10年間、ヤマメの稚魚を放流したことがあったが、放流を止めてから10年以上経つと、ほぼイワナだけになっている。ここは日帰りなので、温泉付きという訳にはいかない。

７月の海の日を含めた連休には、初日は早朝３時に起床して家を出発。羽幌に朝７時前に到着、コンビニで朝食を摂ってから、８時30分のフェリーにて焼尻にわたり、長年の友人宅で昼食を頂き、その前後で防波堤の穴釣りで、ガヤ釣りをする。夕方５時のフェリーで羽幌に戻り、羽幌の温泉ホテルで、１泊する。運が良ければホテルのベランダより花火が見られることがある。翌日、朝食後に増毛町に向かい、箸別川に入渓する。ウグイが多いが、イワナに混じって良型のヤマメが顔を見せてくれる。昼頃には、岩尾温泉のある岩尾川に入る。ここでは、河口付近よりイワナの良型が顔を見せてくれる。ヤマメはいるが、数は少ない。岩尾温泉は今年よりリニューアルされ、３組限定で宿泊できるようになった。温泉も肌がスベスベになり、あったまる温泉であった。最終日も岩尾川で遊び、昼過ぎには帰宅し、イワナのフライで夕食となった。

８月は、遠軽町の生田原川で、ヤマメ釣りを行う。この日も早朝に家を出発し、午前10時過ぎには竿を出している。キタキツネがいつも迎えてくれる。ここは、ほとんどがヤマメで、十分釣りを堪能したら温根湯温泉に泊まり、翌日も昼頃まで釣りをしてから帰路に着く。

９月は、連休を利用して清里町の緑に釣行する。ここのベースキャンプは住留という温泉宿で、１組限定の宿である。ここで２泊３日釣りを楽しむ。この頃になると、シャケやカラフトマスが産卵に上がってきて本流は釣りにならず、川沿いの林道を上って、上流での釣りになる。大型のオショロコマや良型のヤマメが顔を見せてくれる。

釣りを楽しむためには足腰が丈夫でなくてはと思うが、運動不足な日々を過ごしているこの頃である。

魔法の国から学んだこと

札幌市医師会
きよた泌尿器科クリニック
尾田　寿朗

昨今、書店でトヨタやANAなどの企業の名前の付くビジネス本をよく見かける。中でもディズニーが多い。手には取ってみるものの興味が湧かず、購入までには至らない。

５年ほど前、職員旅行で東京ディズニーランドに行くことになり、せっかくの機会なのでディズニーアカデミーを受講した。この講座は企業・団体向けと学校向けのプログラムがある。修学旅行に使う学校もあるようだ。企業向けの参加はサービス業が多く、医療関係は１割程度だという。内容は、実際ディズニーランドの研修でも用いられている企業理念の共有や、従業員の行動規準など、話と実践を交えたものだった。大手企業のやっていることを真似してもどうだろうと思いながら受けた。その後、受講内容を念頭にパークを回った。今までと変わった点は、パークで働く人の動きに自然と目が行く。話しかけ方、視線、どれも素晴らしい。誰でも初めからそうできた訳でもなく、教育プログラムが良いのだろうか？

それ以来、ディズニーランドにさまざまな疑問が出てきた。100分以上待つアトラクションもある。イライラしたり揉めごとは無いのか？　落とし物や迷子とあれほどの人がいる以上、トラブルはつきものだと思うが、見たことがない。常に掃除道具を持った人がいるのは分かるが、ゴミが落ちているのも見たことがない。妻の買い物に付き合うときは、30分でも長いが、たった数分のアトラクションのためにその倍以上並んでも、すごく待った気がしない。不思議だ。やはり夢と魔法の国だからだろうか？

ディズニーランドの真似なんて到底無理だが、少しだけできることがあると思った。院内の雰囲気はもちろん、職員の意識レベルを上げることだ。ディズニーでは、従業員をキャストと呼び、客をゲストと呼ぶ。そしておもてなしの精神を大切にしている。一人一人が自分の配役があって主である。その考え方は、どんな仕事にも通用すると思う。クリニックで、私も一人のキャストであり、患者さんはゲスト、満足して帰ってもらうためにはどうすればよいか、日々考えなければならないのだ。難しいが、念頭に置いて仕事をすれば、自然と意識が変わる気がする。もちろん、ディズニーランドは楽しむところだと思う。ただ、学びもたくさんある。ディズニーランドだけでなく、コンビニやガソリンスタンドなど、身近な場所にもあるだろう。50歳を過ぎ、私自身視野が狭くなっているかもしれない。そうならないために、新しいことに挑戦し、興味を持ち続けていこうと思う。

患者体験記

札幌市医師会
月寒グロリアクリニック
平畠　功二

若かりし頃、診療の合間に楽しんだバスケットの試合で、左膝半月板を損傷して関節鏡の手術を受けた。それ以来入院の経験はなく、毎年の健康診断でも特記する疾患はなく、毎朝リュックを背負って徒歩通勤をしていた。

毎年出席する学会が、昨年は６月に横浜で開催された。その夜、胃部不快と嘔気のため多少苦しんだが、翌日には症状が軽快し、普通に朝食を摂取できた。難なく札幌に戻り、いつもの診療に邁進していた。

ところが８月下旬、突然の悪寒戦慄38℃台の発熱が出現。胃部不快のため食事も摂取できず、夏風邪かと思い、採血をするとCRP（17.7）・肝機能が高値にでた。明らかな疝痛発作はなかったが、胆のう炎か…？　疑いつつ近医の毎年健診を受けている内科を受診した。案の定、急性胆のう炎と診断され、外科のある病院受診を勧められた。

一瞬のうちに自分が入院手術をすること、その間のクリニックの体制はどうするか、いろいろなことが頭をよぎり、まずは大学の医局に相談させていただいた。自分の体調も忘れ、代診と待機当番、帝王切開予定の患者様の紹介などに奔走しつつ、自分の受診のための手配も合わせて行った。ベッド数19床の産婦人科クリニックにとって、院長である私の入院は一大事のことであった。大学（一般社団法人WIND）の対応の速さには本当に感謝申し上げたい。

早速、留守の代診を頼み、総合病院の内科を受診した。本当なら入院して検査をしつつ手術だが、当方の状況を察していただき、通院検査にて内科を終了し、外科を受診した。外科待合室では長い待ち時間があり、患者様の気持ちを痛いほど味わった。そのうちに代診の医師から緊急手術の呼び出しがあり、自分の腹腔鏡での手術の説明もそこそこに戻ることになったが、日程としては月曜日入院、火曜日手術、順調にいけば土曜日退院ということになった。術中開腹手術に変更になれば医師の応援を新たにお願いしなければならず、ラパロで手術ができるように祈りつつ手術室に向かった。術後まだ麻酔が効いている時、うなされつつ、妻への第一声は「開腹でないか？」だった。胆のうの炎症が強く、かなり癒着していたようだが、外科医の腕の良さに感謝した。術後の回復も順調で、５泊６日の患者体験記が幕を下ろした。

留守を守ってくれたスタッフをはじめ、支えてくれた多くの皆さまに感謝し、元気に職場復帰をしております。

身だしなみ

札幌市医師会
手稲渓仁会病院
奈良　　理

先日、素足でサンダルを履いている研修医を見かけ、思い出したことがあります。私が今でいう初期研修医の頃、昨今のように医師の労働時間が云々ということが議論されることのない、議論すること自体がはばかられる、あるいはそんなことを考える暇のなかった頃の話です。

ある日、熱傷の女子中学生が搬送されてきました。熱傷面積の重症度としてはそれほどではありませんが、整容的、機能的な問題から、専門的な入院加療が必要な状態でした。主治医となった私の仕事は連日の創部管理でした。連日創処置をしていたため、患者さんや家族とも話をすることが多くなりました。私の担当する患者さんは当然一人ではなく、同期が一人だったので、必然的に病棟の半分は担当していました。また、救急搬入があれば病院にいる限り、あるいは札幌にいる限り、呼び出されました。そのような日々のため着替えがなくなることもあり、靴下を履かずにいることも多く、時には忙しさの象徴のように感じていたこともありました。住まいは比較的病院から近く徒歩15分ぐらいでしたので、短時間シャワーを浴びに帰ることは可能でしたが、いつ呼び出されるか分からないので、ポケベルを手放すことはありませんでした（正しくは許されませんでした）。今のように携帯やメール、LINEなどがあればすぐに出勤しなくてもいいことでも、当時はポケベルが鳴れば必ず出勤でした。そのような日常だったので、おそらく靴下を履かずにその中学生のところに行くことが多かったのだと思います。救命救急センターの治療が一段落し、形成外科の病棟へ転棟が近づいたある日、いつものように創処置と回診をしているとその中学生が「お母さん、先生に靴下買ってあげて」と言いました。当時私は研修中とはいえ、26～27歳だったと思います。その言葉を聞いた瞬間に恥ずかしい思いをしたことを今でも鮮明に覚えています。そして、その日から素足で患者さんの前に立つことは慎むようになり、現在に至っています。

今はいわゆる白衣ではなく、カラフルなスクラブを着た研修医も多く、病院も変わりつつあります。病院の雰囲気が明るくなり、清潔で爽やかな印象を与える一方で、医師の身だしなみという点では自由すぎるなあと思うこともあります。素足でいることにも賛否はあるかもしれませんが、素足にサンダルで外来や病棟で診療するのはいかがなものかと、自戒の念を込めて研修医には話しています。

日々是精進

札幌医科大学医師会
札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学
石井　雅之

この度北海道医報「会員のひろば」への原稿執筆の依頼を頂きました。依頼文には“新進気鋭の若い会員の方から広く新鮮な原稿を求める”と記載されておりました。新進気鋭とは身に余るお言葉ですが、せっかくの機会を頂きましたので、寄稿させていただきます。

まず、所属している札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座ですが、2015年11月に竹政伊知朗教授が着任されました。“最新かつ安心確実な医療・北からの発信・人材育成”の新たな３つのスローガンのもと、さらなる発展を目指しています。当教室は国内で４番目（東北以北で初）のダビンチの認定施設となり、また、最新の直腸癌手術の術式であるtaTMEや経肛門手術（TAMIS）なども行っており、全国から多くの先生が見学に来られています。

私ですが、平成15年に札幌医科大学入学、平成21年に卒業し、今年で卒後９年目を迎えました。５年目より札幌医科大学大学院にて研究させていただき、本年３月に無事学位を取得できました。昨年より、研究と並行しつつ臨床に復帰したばかりで、現在は下部消化管グループで診療させていただいています。ブランクと知識不足を実感しながら日々診療に取り組んでいます。医師免許を取得し働き始めた頃の９年目の先輩医師の方々は、とにかく頼りがいのある先生ばかりでした。自分自身９年目を迎えて、先輩方のような知識や技術があるとは到底思えておりません。新しい教室員も増え、私にも後輩ができて指導もしていかなければならない立場になりつつありますが、まだまだ自分自身追いついておりません。最新の知識の習得、手術の上達、学術活動、日常診療など、やらなければならないことは山のようにあり、頭を悩ましている日々が続いていますが、日々精進していきたいと思います。

健診医、それから

札幌市医師会
天使病院
中村　一博

本誌の2015年９月号に「健診医になって」という拙文を掲載していただきました。今回は、その続編です。

この２年の間に、私にはいろいろな変化がありました。まず、画像診断能力が上がったような気がします。当院では胸部X線写真と胃バリウム検査の読影は各科の専門医の先生にダブルチェックをしていただきます。そのコメントを読みながら、自分でも教科書で勉強しているうち「見えていなかったものが見えてくる」ようになりました。また、健康診断の制度について詳しくなり「協会けんぽ生活習慣病予防健診」や「特定健康診査」などの内容を説明できるようになりました。最近は、協会けんぽ健診結果票の仕様書を読み込み、健診結果票作成ソフトを使って病院のパソコンで結果票を作りながら「このソフトは使いにくいな」とプロの事務員のような口をきいています。

日本人間ドック学会総会には３年連続で口頭発表をしています。症例報告２回、胸部Ｘ線写真の読影方法についての研究報告１回で、内容よりも「発表を続けること」に意義があると思っています。健診センターから院内の診療科への紹介数は年間数百人で、病院全体の初診患者数から見れば微々たるものですが、増患に少しでも役立ちたいと思い、当院への受診をお勧めしています。

健診医として日々を過ごしているのですが、先日こんなことがありました。いつものように健診結果を説明しようと受診者の前で問診票を見てみると、既往歴に心臓病とあったので「どんな心臓病ですか」と訊ねました。「５枝バイパスです」との答えに驚いて、受診者の顔をじっくり見てしまいました。そして、私が前に勤めていた病院で診た患者さんだと気が付きました。その患者さんは５年前に息切れのため私の外来に受診し、心エコーで診て、ほとんど心臓が動いておらず緊急入院、その場で北大病院に連絡したところ、できるだけ早く引き取ると御返事いただき、２日後、約束通り転院となりました。北大循環器内科で冠動脈の３枝病変と診断され、循環器外科で５枝バイパス手術を受け、今でも北大病院に週１回通院して心臓リハビリを受けているとのことでした。「この先生が、俺を助けてくれたんですよ」と診察介助の看護師に何度も話す患者さんの元気な姿を見て、「助けたのは私ではなく、北大の先生達なのだが」と思いながらも嬉しかった。30年も医師の仕事を続けていると、このようなこともあるのだなと思いました。

精神腫瘍科？～がんとうつ

札幌市医師会
かんわ心療クリニック
稲川　　信

近年、精神腫瘍科という名前が出てきましたが、お聞きになったことはございますか？

がん患者さんに告知をしたときに、患者さんがすごく落ち込んでしまって心配になることはございませんか？　もしくは、告知した後に患者さんやご家族がうつ状態や不眠になることがあると思います。丁寧に病気や治療についてご説明しても、患者さんが落ち込んだままなかなか元気にならないと、内科・外科・婦人科・泌尿器科・耳鼻咽喉科などの先生なら『自分は精神科ではないし、かといっていきなり精神科を紹介したりすると患者さんはさらに落ち込んだり、怒ったりするかもしれない』と悩まれることもあるかと思います。

そのような時には「がんの告知を受けると精神的に動揺したり苦しくなるのはもっともなことです。その辛さが強い時には、がん患者さんの心のケア専門の医者がいるので、一度お会いになってみてはいかがでしょうか？　逆に心の状態や睡眠ががんの経過に影響することもございます」といった感じで、精神腫瘍科をご案内いただけたらと思います。

患者さんが心配して「私がうつ病や精神病ってことですか？」などと聞かれたら「うつ病とまでいかなくても、がん患者さんの心の状態や睡眠障害などに関わる精神腫瘍科（サイコオンコロジー）という分野があります」とご説明いただけたらと思います。実際に各国の調査でも、がん告知後の患者さんの多くが不安や衝撃を受け（昔キューブラー・ロスの話を聞かれて覚えていらっしゃる先生も多いかと思われます）、その約40％が「適応障害」に、また約20％は「うつ病」になるといわれております。また、患者さんの精神状態が治療への取り組みや免疫力にも影響するともいわれております。がんになったら落ち込むのは当たり前と考えがちですが、治療が必要な患者さんも混じっている場合がございます。治療はまずは丁寧な面談から入ります。紙面の都合で具体的な精神療法技法や薬物療法については省きますが、患者さんのご一助になれるかもしれません。

加えてご家族に関しましては、告知後だけではなく看病・介護が続く中で、もしくは終末期や死別後にうつ状態になることもございます。そのような方々にも「精神腫瘍科」という所があることをお伝えいただけたらと思います。

回顧録

札幌市医師会
足立外科クリニック
足立　孝雄

卒後数年目で医局より道東地方の国保病院に短期出張を命ぜられました。着任して間もなく、東南アジアからの酪農留学生が作業中に背部から乳牛の角に突かれ、運び込まれました。頸部から下の完全麻痺状態で、頸髄損傷と判断し、とっさの判断で航空自衛隊にヘリコプター搬送を依頼しました。面倒な手続きを経て、無事大学病院に搬送できました。

当時の日本では、まだ救急医療体制は十分には確立されておらず、患者搬送も救急車に限られていました。

ある時、欧州の救急医学、施設、制度を調査する医師団の募集があり、私も参加を決めました。北海道から九州まで、全国から24名の救急に関心のある医師が参加しました。昭和51年５月９日～５月28日(20日間)の日程で行われ、欧州各国の救急医療体制、ドクターカー、ドクターヘリを含む搬送システム、救急医療施設の構造、救急患者のintensive careなどが調査研究のポイントでありました。

始めに訪れたコペンハーゲンでは、救急システムのFalck本部の見学、Ambu bagの会社訪問、Bispebjerg Hospital訪問、パリではHospital Necker, SAMUの視察、ミュンヘンではKrankenhaus München Harlachingを訪問し、ドクターヘリの見学、スイスではチューリッヒ大学の屋上ヘリポートなどを見学しました。当時の日本では考えられない救急医療体制が確立されており、感銘を受けて帰国しました。

帰国後、各地で救急医療への関心が急速に高まり、川崎医大、和歌山県立医大で次々とドクターヘリが導入されました。平成７年１月17日に発生した阪神淡路大震災では、川崎医大のドクターヘリが多数の患者さんの救急に貢献したと聞いています。

私も欧州調査団に参加したことから、各地の多数の救急関連医師との交流を深めることができました。特に親しい６名の医師（３名は大学救急部の元教授）と30年来、ご夫婦でお付き合いしており、毎年各地に持ち回りで会合を重ねています。25周年目には「友愛の六稜の星～六夫婦ものがたり～」と題して記念誌も作製しました。

私も今年で開業40周年を迎えました。開院時より札幌市の夜間救急当番医を引き受け約30年間、微力ながら札幌市の救急医療に貢献できたのではと思っています。

耳かき、癖になっていませんか

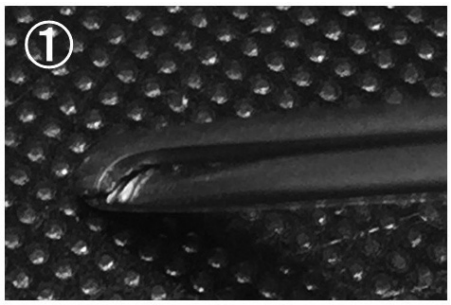
札幌市医師会
ごう耳鼻咽喉科クリニック
郷　　充

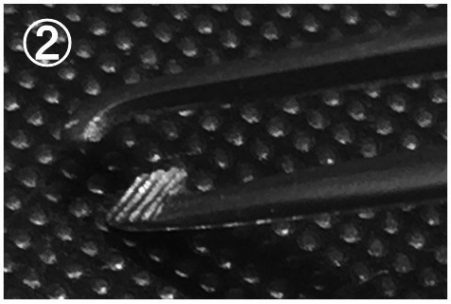
夏になると耳鼻科では耳漏、かゆい、痛いという症状で受診される外耳道炎＝外耳炎の患者さんの割合が増えます。汗で雑菌が入りやすいことや、皮膚炎の悪化の影響もあるようですが、機械的刺激によるものが多いようです。耳の穴が腫れ過ぎて鼓膜が全く見えない人から、耳垢があると言い張るものの全くない人など、千差万別です。

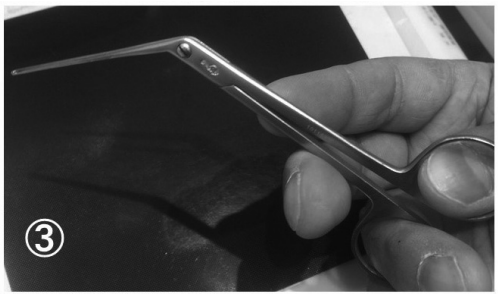
今年の５月に「情報ライブ　ミヤネ屋」での耳掃除に関する特集を偶然見ました。アメリカの耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の発表をもとに「綿棒・ヘアピン・車のキー・つまようじやその他のものを耳に入れてはいけない」、つまり耳掃除は全くするな、という趣旨のものでした。とはいえ、学校検診でも鼓膜が観察できないほど耳垢がある例もあり、仕方なく受診を促すこともあるので、一般視聴者の視点としてたいへん参考になりました。ミヤネ屋調べを載せるのも恐縮ですが、約90％の人が耳かきをしていて、理由としては、１位：かゆくなる／２位：習慣・癖／３位：清潔に保つため／４位：水が溜まるから／５位：聞こえにくくなるから／とのことでした。さらにコメンテーターとして出演の「やくみつる」さんが、トイレも含め家の随所にこだわりの耳かきを用意していて、一日数回は耳掃除をするというのが驚きでした。

そもそも耳垢には個人差があり、薄いかさぶたのような乾性耳垢（日本人の約86％）と、粘土のような湿性耳垢とに分かれます。また、外耳道外側1/3の軟骨部と、その奥の骨部の境目が気持ちよいのも感覚的に分かりますが、耳垢の産生される分泌腺は軟骨部にしかないので、多くは気持ち良いと思いながら奥に押し込んでいることになります。「やくみつる」さんのレベルとなると、耳かき＝ほどよい痛み刺激と快感でしょうから、もはや耳掃除ではないと推察されます。これまで耳鼻科医としてのキャリアの中で、耳掃除は２～３週に一度くらいが適切と答えていたものの、いくら耳の中をカメラで映し出して病態を説明しても短時間では理解が得られにくいことになり、こちらも説明の「さじ加減」が必要なのかなと思えました。

わが家には、１歳と小１と小５と中１がいますが、３週に一回くらいでしょうか、誰かに「耳垢取って」と言われて、私が酒気帯びでなければ、リビングの照明のもとで小此木（おこのぎ）式丁寧鉗子（麦粒）を使って取っています。コツといえば耳たぶを後上方かつ外側に引っ張って、外耳道をまっすぐにしてつまみ出す点でしょうか。この鉗子のよいところは、①②のように先端が丸いので、乾いた耳垢であれば滑らせながら浮かせられるので、外耳道の接触面が少なくて済むのと、③のように、手術の剥離子のようにちょっと広げながら奥に進めることができるので、やや狭めでも感触と角度でつまみ出すことができる点です。







急な発熱で中耳炎を疑って、いざ鼓膜を見ようと思っても泣きわめきと炎症で耳垢を取るどころではなく、鼓膜を確認できないこともありますので、日常の外来では大きな耳垢があるときには取るようにしています。日々の生活のなかでのルーティンはさまざまですが、何事もやりすぎは禁物です。皆さんは耳掃除ではなく、耳かきになっていませんか？

壁や障子だけでなく トイレにも目と耳が…

札幌市医師会
新札幌パウロ病院
高階　俊光

先日、恩師を囲む会がありました。人数は恩師を含めて６人です。若い時にみんな恩師の元に出張に行って、公私にわたって産婦人科医としての礎を身に付けさせてもらったドクターの集まりです。私が一番下で、その中の大先輩から「先生はトイレで教授の悪口を言って医局を出されたんだよね」と言われました。この「大先輩のお言葉」は初めて聞くことで、何のことか分かりませんでした。よく聞いてみると、トイレで私が用を足していた時に教授の悪口を言ったそうで“個室”にいた教授がそれを聞いていたとのことです。

この後、教授は医局長にそのことを伝え、医局中にそれが蔓延して大問題になり、医局長は頭を抱えてしまったとのことです。こうして医局員に広まったのですが、なぜか私には届くことなく、医局を去って27年余り経って知るところになりました。でもそう言われてみて思い起こせば、医局で印象に残っている出来事が２つあります。

１つは、ある医局員の歓送迎会で、テーブルを介して運が悪いことに、否とてもラッキーなことに、教授が私の向かいの席にいたのです。私はお酒に弱いですがお酒大好き人間で、飲むにつれ酔いが進み、つい向かいの教授の存在を忘れて周りと冗談を言ったり、同僚をおちょくったりと大いにふざけていました。すると、いつも温厚な教授が突然語気を強めて私に「軽口を叩くな！」と怒鳴ったのです。これには周りがシーンとなりました。私は頭をスパナで叩かれたような気分で、酔いも醒めました。この出来事はあまりにも強烈でしたので、よく覚えています。

もう１つは、ある日ゴルフ好きの先輩から、

先輩「（私に）先生はゴルフをしないのかい？」

私　「いいえ、しません。もう少し偉くなったらしようと思っています」

先輩「何を言ってるのよ、お前、今がピークだぞ！」

私　「エッ！」

先輩はかなりの強い口調で、無表情、無感情で言われたものですから、驚きました。「今がピークだよ」と言われた時、何のことか分からなく、先輩のいつもの後輩への口うるさい一言、その類くらいにしか思っていませんでした。しかし振り返ってみますと、先輩のご指摘のとおり、その時が私の医局でのピークでした。そんな訳で、ゴルフはまだしていません。

歓送迎会の時の教授の「軽口を叩くな」、先輩の言った「今がピークだよ」という言葉の意味が、冒頭での「大先輩のお言葉」で氷解したのです。すなわち、これらの３点が20年以上の歳月を経てつながって線になり“教授への悪口”は実は軽口だと分かったのです。あの優しい教授から「軽口を叩くな」と怒鳴られたのは、トイレの出来事が素地にあったと思うのです。

トイレで教授は自分のものを水で流しましたが、私の軽口は水に流してくれなかったのです。私はもう少し医局にいて偉くなりたかったのですが…。在局中はウンと頑張って論文を書いたのですが、教授にすべて見透かされていて虚しいものだったのです。

しかし、私自身は医局を出されたとの思いはありません。昔は今と違って、とても封建的で教授はとても権威があった時代ですから、すでにその時、医局を離れていてそんな噂を耳にした、私をとても可愛がってくれた大先輩にはそう思えたかもしれません。

それにしても“神聖な”場所でぽつりと言ったたった一言の軽口が教授に聞かれるなんて前代未聞で、私にしたら運が悪いとしか思えません。教授は‘クソッ’と思ったことでしょう。笑っちゃいますよね。「口は災いの元」と言いますから“自然の営み”の際には、ムダ口を叩かないように一歩前進して、ただただ尿線に集中することなんですね。ちなみに大先輩は常に恩師に寄り添い、タクシー代5,000円以上もかけて恩師を自宅まで送りました。尊敬するその大先輩の姿から、今は死語になりつつある「師の影を踏まず」の言葉を思い出しました。

本当に「沈黙は金」という言葉が五臓六腑に染み渡った、思い知らされた出来事でした。とはいえ、教授、先輩、大先輩の３点が線になったと自分なりに勝手に想像しているだけのことで、本当のことは定かではありません。

現在の大学病院の医局では、教授が絶対的な権限を持つということはなくなりました。昔は教授の一存で地方に飛ばされたり、と悲喜こもごもあったものです。その教授とは退官後、自宅にお邪魔した際、私の好きなお酒をごちそうしてくれ「去る者が多いのに、また寄って来てくれるのは嬉しい」と言われました。その含蓄ある言葉に感激したものです。教授は私の軽口のことを覚えていたのでしょうか。忘れていたのでしょうか。３年くらい前に仏籍に入られ、今となっては医局で広まったという噂が真実か、そうでないかを確かめることはできなくなりました。教授が存命中に、真偽のほどを聞いてみたかったと思います。サラリーマンの鉄則に「トイレに入ったら絶対にしゃべらないこと」というのがあると、会合が終わってから大先輩から教えられました。本当に壁や障子だけではなく、トイレにも耳、目があるのですね。

今は医局とあまり関係なく、静かにヒッソリと暮らして生きています。

人類の未来への懸念

札幌医科大学医師会

浦澤　正三

近頃はあまり世間体を気にしなくなり、行動や発言も社会に害を及ぼさないかぎり許されるだろうという心境である。八十年余りの人生、個人的にはさまざまなことがあったが、われわれをとりまく国際社会も、第二次大戦、米ソ冷戦から最近の中近東の混乱に至るまで、激動の連続であった。将来も異なる国々、民族間の争いが止む気配は見えない。

定年最後の年とその前年、衛生学の講義の中で『成長の限界～ローマクラブ「人類の危機」レポート～』[資料1)]と『限界を超えて～生きるための選択～』[資料2)]の両著書のさわりの部分について述べた。以来、自らも人類の行く末について時おり考えているが、その過程で疑問に思い始めたことがある。＜科学技術＞＜経済成長＞＜効率＞＜グローバリゼーション＞＜自然保護＞など、いずれも響きの良い、使い勝手の良い言葉で、現役時代には何のこだわりもなく多用してきたが、これらの言葉が意味するところは、真に正しいといえるのだろうか？ということである。

科学史の上では、いつの時代にもそれなりの新しい発明・発見があり、技術革新があったであろう。18世紀後半から19世紀にかけて英国に始まった産業革命において、蒸気機関の発明に基づく紡績機の開発と大量工場生産、蒸気船、蒸気機関車による物資の迅速大量輸送が可能となり、私有財産制度や資本市場が整った。産業革命を経て整えられたこのような基盤の上に1820年頃より急激な＜経済成長＞の時代が始まる[資料3)]。平行してこの間、世界人口の増加も著しく、幾何級数（ある期間は超幾何級数）的に増大している[資料1)]。

物理学の発展に始まり、諸々の科学が花開いた20世紀初期にあっては、その応用としての各種＜科学技術＞の発展は、人類にばら色の未来を約束するように思われたことだろう。諸科学の発展と経済の成長はさらに各種技術の開発を促し、経済的＜効率＞（時間当たりの仕事量またはその経済的価値）が追求されることになる。

このように、世界は‘早いことは良いこと’‘大きいことは良いこと’‘消費は美徳だ’と、大量生産、大量消費を繰り返し国内総生産（一人当たりG. D. P. [資料3)]）を膨らませてきた。1972年発行の『成長の限界』の中で、2050年に90億、21世紀中に100億に達するであろうとされた世界人口も、最近の国連世界人口予測によると、現在既に73億、2050年には97億、今世紀末には112億と推定されている。

これらの結果としてもたらされたもの、それは化石燃料など地球資源の大量消費であり、大気中二酸化炭素量の急増、地球温暖化など環境汚染、環境破壊の進行である。上記の『人類の危機レポート』も「世界規模での人口と資本の成長抑制は待ったなし」と警告を発している。

第二次大戦後40年以上にわたった東西冷戦の終結後は、国境を越えた資本、情報、人の移動が活発化し、経済、社会、文化などの諸活動が地球規模に拡大した（＜グローバリゼーション＞[資料4)]）。その結果、国家の枠を超えて活動するグローバル企業が出現し、多様な地域文化の世界的拡大が促進される一方、文化の世界的な均一化、さらには弱小民族・文化の消滅が加速されるという事態も起きている。

人間は古くから生活のために、彼らが居住する自然環境をそれなりに保全・保護しようと努力してきたと思われる。一方で上述したように、人間の存在自体が、また人間活動の影響する領域の広がりが、動植物その他より成る多様な自然と、その生態系を破壊・侵食しているとの危機への認識から、近年＜自然保護＞の重要性が強く叫ばれ、各種団体による地域限定的あるいは対象限定的な環境保護活動が展開されている。しかし、産業革命この方止むことのない人間活動の歴史を振り返るとき、人間の言う「自然環境の保護」「環境にやさしい」などといった人間中心主義的な自然保護の考え方は、人間の驕りそのもの、または環境破壊の危機的状況へのカムフラージュといったものでしかないのではないか、と思えるのである。

冒頭に述べた＜科学技術＞＜経済成長＞＜効率＞＜グローバリゼーション＞＜自然保護＞などに対する私の疑念は、これらの概念はいわば両刃の剣であり、これらのキーワードで代表される人間活動の持続的推進はすなわち人類絶滅への道ではなかろうか、というものである。

宇宙飛行船から見た真っ暗な宇宙に明るく浮かぶ地球、孤立し愛おしく、太陽系の１惑星として自然に恵まれ豊かに見える地球、生命誕生38億年の歴史を刻む地球。この「青い地球」は一体誰のものだろう、と今なお考え続けている（札医通信投稿中）。

参考資料

資料１）ドネラ・H・メドウス＋デニス・L・メドウス＋ジャーガン・ラーンダズ＋ウィリアム・W・ベアランズ三世著、大来佐武郎監訳、ダイヤモンド社、1972年

資料２）ドネラ・H・メドウス＋デニス・L・メドウス＋ヨルゲン・ランダース著、茅　陽一監訳、2版、ダイヤモンド社、1996年

資料３）「我々はどこから来て、どこへ向かうのか：3 GDP、語られぬ限界」　2017年1月4日　朝日新聞

資料４）「グローバリゼーション」（2017年3月27日（月）05:42 UTCの版）『ウィキペディア日本語版』

年寄りは、より幸せだ

札幌市医師会
札幌北クリニック
大平　整爾

加齢がもたらす負の諸要因を挙げれば、病気・貧困・社会的地位の喪失・退屈・孤独・絶望等々と、多くを直ちに数え上げることができる。現役時代、忙しい日常生活に振り回されて「人は人と人との関係の中に生きる」などという言わずもがなの事実を忘れがちだったものが、年と共に仕事の質・量が変わってくると、それをしみじみと実感する――近くに住む商社マンが部長から「顧問」になった直後の感想である。男が働いていれば仕事上の付き合いが多く「仕事縁」には事欠かない。

会社などの仕事が減れば、その人は血縁や地縁を頼ることになるのだが、これらを日頃妻君に任せっきりの男性は、自宅・自室に残されてポツネンと過ごす羽目になる。このように人生の後半が孤独で憂鬱で衰退の時期であるという紋切り型の通説とは正反対に「私共は年を加えるに連れて人生がかえってよくなるのだ」という“Paradox of Aging”とも言うべき科学的研究の成果を表題のように掲げるのが、アメリカ・スタンフォード大学の心理学者ローラ・カーステンセン（1953～）である。彼女は膨大な調査結果から１）高齢者には時間を推し測る力がある２）残された時間を知ることから細かいことは除外してより人生を味わい尽くそうとする３）感情的に大切なことに、エネルギーを費やす（バランスのとれた感情的解決が得られる）４）快・不快を合わせ受け入れる等々の高齢者の特性を見出して「年寄りは、より幸せだ」と強調するのである。カーステンセンのこの考え方は「社会情動的選択理論」と称され「人生の残り時間が少なくなると、人々は通常、強い選択を行うようになり、自分の持つ資源を、情動的に満足できるような目標や活動に注ぎ込むようになる」と説明されている。まあ、そうしたこともあるかもしれない。

さて既述の「退屈」は目標の喪失であり「孤独」は心理的な閉じこもり「絶望」は思いこみと捉えることができるのであり、とすればいずれにもこれらから脱却する術がないわけではあるまい。“Old soldiers never die, they just fade away.”（老兵は死なず、ただ去りゆくのみ）という馴染みの言葉は、通常「老人は老醜をさらす前に後進に道を譲るべきだ」「後進に道を譲り、潔くその地位を明け渡す」というような意味で使われている。マッカーサー元帥がその地位を去る際にこの言葉を使用した場合には、確かに「潔くその地位を後進に譲る」の意味であったと思う。しかし、年配者の心得の一つとされているこの解釈は実は誤りで、「若い軍人が[老いぼれ達の出番はもうない。彼等（年寄り達）は戦いで死ぬこともなく、ただ消えていくだけだ。最前線で戦って散華するのは自分たちだ]という気持ちを込めて歌う戦陣歌で老害防止ソング」だともいう。その証拠に、原文の後に“Young soldiers wish they would.”とあり、theyとはold soldiersだと考えるからである。だが、心身共に元気であれば年齢に関係なく、社会的な仕事を続けていいのであろう――ついこの間ご逝去された日野原重明先生には直接お会いしてお話しいただく機会を数回頂戴したが、105歳９ヵ月のご寿命をほとんどすべて現役で過ごされたことに驚きを禁じ得ないのである。「自分で仕事を作る」・「自分向けの仕事を作ってくれる人がいる」と先生ご自身が言っておられたのが、印象深く耳に残っている。日野原先生は、こうすることを可能にする心身のエネルギーを持ち続けておられたのであろう。だから、晩年、先生は「老人力」をないがしろにしないことを願っておられたのだった。2007年の折茂　肇先生の論著（日東医誌58巻１号）によると、1992年の65歳以上者の自立機能は2000年の81歳以上に相当するという。

これは糖尿病患者についての比較であるが、８年の間に高齢糖尿病患者の自立機能は16歳くらい若返っていることになる。半世紀前の医学部３～４年生の時に、何人かの60歳で定年退職される教授の方々の最終講義を受講した。思い返すと、現在の60歳がいかにも若いことを実感するのである。加齢に伴っていろいろな喪失が避け難いが、その喪失をどう捉えて埋める補充がどのようになされるかによって、それぞれの老年期のあり様が決まるのであろう。自ら銘して、このことを心に深く刻みたい。

ロンドンのHelp Age Internationalという団体が「高齢者が暮らしやすい国」の国際比較をこのところ続けて施行している。2015年の結果を道新で見たのだが、１位はスイス、２位がノルウエー、３位がスウェーデンと北欧が続き、日本は第８位とあった。食生活、予防医学や医療環境が評価されたようである。アメリカは第９位。国連が1991年に高齢者のための５原則を発表しているが１）自立２）参加３）ケア４）自己実現５）尊厳とある。自らの努力を無論のこととして、支えてくれる援助者を持たなければならないであろう。

大平整爾会員は平成29年９月５日ご逝去されました。
８月17日にご投稿いただいていた原稿をご家族のご了解を得て掲載いたします。
先生のご冥福をお祈りいたします。

三樹会病院における泌尿器がんの治療

札幌市医師会
三樹会病院
佐藤　嘉一

１．当院の泌尿器がん症例

当院は泌尿器科単科の病院としてはわが国で最多の99床を有し、１日平均外来患者数約200名、年間約9,500例の新患患者さんが受診されています。他院の先生方のご支援のおかげで、多くの患者さんを紹介いただいております。これらのことは、多くの泌尿器科のがん患者さんを診断・治療させていただいている理由となっています。当院では医師全員が、泌尿器科指導医・専門医であり、手術も含め、診断・治療に充分な経験を有しております。そのため、当院では手術時間が、より短時間で行われ、このことは患者さんへの低侵襲に結びつくものと思われます。

２．泌尿器がんの治療

当院では、泌尿器がん全般の治療を行なっていますが、特に前立腺がん、膀胱がん、腎がん、腎盂尿管がんの手術・薬物治療に力を入れて取り組んでいます。腎がん、腎盂尿管がんに関しては腹腔鏡手術も取り入れております。

前立腺がんに関しては、現在内視鏡を併用した開放手術で前立腺全摘を行っております。当院ではがんをすべて取り除くこと（根治性）を重視することは当然ですが、前立腺全摘の合併症である、術後の一時的尿失禁、勃起不全の頻度を少しでも減らし、またできるだけ短期間で手術前の状態に戻れるよう、日々努力を重ねています。手術後の性機能の問題に関しては、当院では性機能の専門外来があり、勃起改善薬（バイアグラ・レビトラ・シアリスなど）のほかにも、注射による治療なども行っています。性機能外来では、他の施設で前立腺の手術をされた方も治療を受けに来ています。

膀胱がんの手術では、通常、経尿道的に内視鏡による膀胱腫瘍の切除が行なわれます(昨年１年間230例)。表在性の腫瘍では、経尿道的切除により、腫瘍を取りきることも可能です。しかし表在性の膀胱腫瘍においても、膀胱を中心に再発が起こりやすく、膀胱内に抗がん剤注入や、定期的な膀胱鏡検査が必要です。膀胱腫瘍の筋層侵潤性や、多発性で内視鏡的手術では取りきれない場合など、膀胱全摘が行なわれます。最近では、根治性をさらに上昇させるため、術前化学療法を施行し、手術を行う症例が増えています。この手術では、尿路変更も同時に行われますので、回腸導管が多く行われていますが、患者さんとその環境に最もあった方法を選択するようにしています。

３．進行がん患者さんの治療

進行がん・転移・再発の患者さんに対しても、新たな薬剤を用いた抗がん剤治療や、疼痛緩和や尿路管理などのケアを積極的に行っております。前立腺がんに対する新たな抗アンドロジェン剤や、腎がんに対する分子標的薬が開発され、薬物療法の選択肢も広がっています。これまでと異なり、転移を有する患者さんにも希望のある治療ができるようになったと感じています。しかし、選択肢が広がった分、選択が難しい側面もあり、患者さんの病状と有効性や副作用のみならず、治療環境やコストも考慮し、適切な治療法を相談して選択するように心がけています。他院の放射線科・緩和ケア科との連携も密にし、根治、予防的、疼痛緩和等の放射線療法や緩和ケアへのご紹介をさせていただいております。

泌尿器がんの治療において、病状や治療の経過を随時、患者さんとご家族にお話しし、担当医との信頼関係のもとに治療やケアを進めてゆくことが重要と考えています。

４．まとめ

社会の高齢化が進む現在において、患者さんの病気の状態だけでなく、患者さんの周囲の治療環境を考える必要があると考えています。患者さん自身が、ご自宅ではご家族を介護している場合も少なくありません。通院するためには、ご家族の協力が必要な高齢の患者さんも多く、通院の問題も考えなければなりません。また地方からいらっしゃる患者さんにおいては、地元の医療機関との連携も重要になります。このように患者さんの病状のみならず、ご家族や地元の環境を考え、患者さんの希望に沿う医療を提供していきたいと思います。

プロモーションコードとカルテル

札幌市医師会
柏葉脳神経外科病院
平尾　紀文

臨床試験不正問題や試験結果の過剰解釈に基づいた宣伝などを教訓にして、2013年４月から日本製薬工業協会（製薬協）は、医療用医薬品のプロモーションのあり方と行動基準を示したプロモーションコード（コード）を運用しています。宣伝の適正化は利益相反関係の観点などからも望ましく異論はありません。一方で、このコードに準じた薬剤情報の提供の自主規制はやや過剰なのではと当惑することもあります。なぜ強い自主規制の運用に至ったのかを考えてみました。

ある新規糖尿病治療薬についての大規模研究が欧米で施行されて、その結果が2017年初夏に発表されました。心血管イベントを有意に抑制した点が画期的で、学会発表と同日に大手ジャーナルWeb版にも掲載されました。しかし“国内承認用量以外の用量も使用されている”ことが自主規制に抵触するとの理由で、この研究結果をプロモーションに交えることは不可能とされました。それに留まらず、自主規制が遵守されているかを他社が監視しているありさまで、公開情報までを配布禁止対象にする姿勢に違和感を持ちました。その他、最近は講演会などで他剤との比較情報を目にしなくなりましたが、これも自主規制で禁止されている“他社品の中傷・誹謗”に該当すると理由付けされています。自主規制の対象は、専門家自身の経験に基づくアドバイスにまで及んでいるのです。

製薬協のサイトでこのコードを閲覧してみると、“医薬品の適正使用を歪めるおそれ”“医療関係者に誤った認識を与えかねないことから”などの理由から情報提供を自主規制しており、その範囲は日ごとに拡大しているようです。正しい情報を適切な形で提供することに異論はありません。しかし、広く公開されている情報までをも検閲対象にして、また経験に基づく薬剤間の比較など中傷には到底該当しない情報までをも禁止している現状は“適正使用を歪めるおそれ”の範疇をはるかに超えているのではないでしょうか。ここまで強い規制を課したのは“医師の情報解釈能力は低く容易に間違ったことをするので、医師に余計な情報を渡してはいけない”との判断が製薬協にあるのかもしれません。実際に、過去の過剰プロモーションに少なからず振り回されたのは事実ですので、見下されても反論できません。しかし、薬剤用量を確かめもせずに処方することはまずありえません。また“国内承認用量”以外を処方しようにも、パソコンに警告されますし、薬局から疑義問い合わせが届くので不可能です。“国内承認用量以外の用量も使用されている”を情報提供禁止の理由にすることには無理があるのではないでしょうか。

では、この強い自主規制は何を目指しているのでしょうか。その真の目的は、企業間の競争の排除ではないでしょうか。臨床研究結果が豊富な薬剤があればそれのプロモーションは有利になり、そうでない薬剤は不利になります。対抗してデータを出すにはコストがかかります。各社の情報提供を最もデータが少ない薬剤と同程度に抑えておけば競争はなくなり、どの薬剤にも一定の売り上げが期待できます。また、オピニオンリーダーが薬剤比較のコメントを出すと、例え私見であっても、その後には何らかの競争が生じています。余計な競争を避けるためには、そのような薬剤比較は表に出ないほうが望ましいのではないでしょうか。競争は企業を疲弊させるという点は、古今東西どの業種とも同じなのです。競争を排除したいベクトルが、このコードという形で具現化してきたというのは、考えすぎではないと思います。このコードに基づく強い自主規制を、情報のカルテルと呼びたいと思います。カルテルとは、寡占状態にある同一業種の企業が競争を避けて利益を確保するために結ぶ協定と定義されます。医療業界も販売側がカルテルを結ぶ時代に突入したのです。

この情報カルテル時代に、われわれはどう対応するのが最善でしょうか。それは、情報への攻めの姿勢に転ずることと考えます。情報が配布されるのを待つだけでは、いずれ何も得ることができなくなります。日ごろからネットなどでアンテナを張り、理解を深めたい事象に遭遇したら、その疑問を積極的に投げかけるべきです。質問への対応にまではまだ自主規制は及んでおらず、また今後もそう簡単には及んでこないと予想します。こちらからの積極的な問いかけが“合法的に”幅広い知識を獲得する一番の近道になるのではないでしょうか。

最後に、今後さらに提供可能な情報の範囲が“自主規制”によって狭められるようでしたら、営業担当者は不要になるかもしれません。営業人件費の軽減に合わせて、規制当局は薬価のさらなる切り下げに必ず踏み込んでくると予想します。情報カルテルは、国民医療費を削減する力を秘めているのです。この情報カルテルを応援してあげることを通じて、医療費削減に貢献したいと考えます。