

の び 会 員

ルアーの釣り

札幌市医師会
平澤内科呼吸器科クリニック

平澤 路生

猫まみれ

遠軽医師会
プライムいくたはら

小森山憲次

片道2時間少し電車で揺られ、道立旭川美術館での「猫まみれ展」を鑑賞してきた。ネコ好きの吾輩としては、知らんぷりはできまい。「まみれ」というだけあって、総勢700匹のネコたちのお出迎えた。これらのネコは決してニャーとも鳴かないし、餌もねだらない。ペン画や版画の中でのネコたちだから。

穏やかな、怒った、甘えたような、さまざまな顔をしている。立体的なネコもある。デフォルメされたネコもいた。掛け軸のコーナーは、ネコを飼えない人たちがネズミ退治のために、との学芸員の説明だった。「この小皿は」と尋ねたら、担当外なので判らないと軽くなされた。

子どもの頃、ウチにはタマと娘のミケと変てこなオスの3匹がいた。ミケは私のお気に入り、尻尾がスーッとした器量好しの利発な三毛だった。ミケが産んだ子ネコを川に捨てたり、頭を叩いたことなどを今でもゴメン、ゴメンと思っている。

遊女の着物の裾に静かに丸くなっているネコ。徒然と外の景色を見ているネコ。これらはネコでなければ様になるまい。ネコは動物の中で一番性交渉が多いとされるが、本能のおもむくまま、だからといって嫌いになることは決してない。私はネコ科の寅年なので、きっとネコが大好きなのだ。将来はボロ家でも買って、ネコたちとネコ、ネコ暮らしたいと思っている。みんな元気でニャー。

その昔 桔梗と言う名の タバコあり
祖父のキセルの たたく音あり
第6回河野裕子短歌賞入選歌
池田理代子選 生田原歌碑ロード内



最近、釣りに凝っています。なかなかうまくいかないのですが、いろいろ工夫して釣り上げたときには、なんとも言えない高揚感があります。

基本どんな釣りでも楽しいのですが、仕事上の制限があり、あまり遠くには行けません。また勝手に魚との真剣勝負と思っているので、釣った魚は自分で食べるべきと考えています。持ち帰ると家族に臭いと嫌がられるので、寄せにオキアミを使った釣りなどは難しい。そのため、ルアーの釣りを主にすることになっています。

その条件の中で、私は、オフショアジギングとエギを使ったイカ釣りを主にやっています。ジギングでは、鰈、平目、鰹を狙っています。鰈の引きは強烈で、やっと釣り上げる状態で、筋肉痛で腕が上がらなくなりました。10kg台の大物を上げてみたい。平目は食べておいしくありがたい存在です。鰹は暴れないが重く、深場から手巻きで巻き上げると釣った感があり、その身は淡泊でいろいろな料理に使えて、職員に配ると喜ばれます。まれに鰹が釣れることがあります。その走りは、どんな感じなのか体験したいです。今年は水温の影響なのか、鰈は大変渋かったのですが、偶然か釣り具屋主催の大会で5位に入賞できました。エギングは近くの石狩新港、小樽港、余市港の岸壁からでも釣れるのが良い。最近やる人が増えてきているようです。また船に乗ってイカメタルでマイカを釣るのも繊細でなかなか楽しい。

ルアーは餌釣りとは違って、近くに落とすだけでは、釣れません。ベイトになっている本物の魚のように動かす必要があります。そのとき何がベイトになっているかを考えて、動かし方を変える必要があります。ルアーの形状、重さなどで動きが変わり、潮の流れでも全く違ったものとなります。どう魚にアピールして、どう食わせの間を作るのか、いろいろなパターンを試す必要があります。遠く離れたルアーの動きを糸と竿から感じ取って釣るのが、中心静脈ルートを取るのに近いものを感じています。

水族館で餌の鰯を入れると、入れて鰯が逃げまどうときは食べるが、時間が経ち、普通に泳ぐようになると食べなくなるのが観察されます。ベイトがいても食わない。食べたいというリアクションをどう作るのか、日々実験としています。

一筋縄ではいかなく、不確実な自然との関わりは、医療と同じでないかと感じています。

デンジャラス・ガーデン

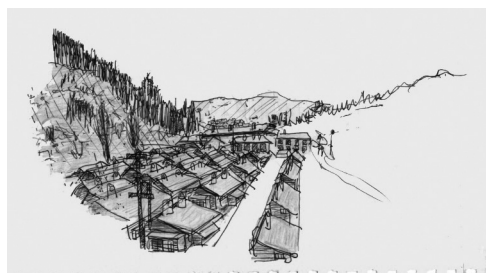
札幌市医師会
円山鈴木眼科

鈴木 信敬

30年前、開業のときに近隣に挨拶に行きましたが、今はその多くが閉院され、鬼籍に入られた先生もいます。

当直の時に、若い患者さんが亡くなれると胸が痛むと、研修医仲間で話し合った記憶があります。50歳以下が若いと思っていた、そんな自分があったという間に65歳以上の高齢者だけが住む「空き家予備軍」（今や戸建ての4軒に1軒）。団塊の世代の最後尾のため、余された私たちは小学校では体育館を仕切っただけの教室でした。年金や入院問題、果ては火葬場不足になるとの予測に、最後にまた同じ憂き目に遭いそうです。

まあ、そうは言っても、護送船団方式のような日本社会のお陰で（これから先は不安）、天気の良い日は休日は庭仕事です。小さい庭がデンジャラスなことが周知されていないようで、崖の下から新天地を求めてムシの大移動もあります。ワラジムシは殺虫剤を浴びせられるまま無抵抗でしたが、最近は暗い中でライトが当たると危険を察知して壁から落ちたり、こちらを見て息をひそめたり、小走りで逃げるものが出てきました。ゲジゲジはスプレーした途端にこちらに猛スピードで来るので（ような気がした）、恐怖で自分の両足がバタつきました。今は、スプレーを噴射したまま気付かれないよう近づいてから一気に向ける。ゲジは走り出す時には既にヨレヨレです。病気や害虫に加担するアリは、行列や密集から巣を見つけます。テレビ報道ではヒアリ騒ぎでフマキラー株急騰、「カダンアリ全滅」は効果抜群で、巣の再生は稀です。戻る玄関先にまたムシが1匹。これが100匹、1,000匹になると思うと、害虫だろうが益虫だろうが、しばしば夏の夜はエンドレスになります☹



スケッチ 炭鉱病院の窓から／日当直アルバイト1978年

不育症について

札幌市医師会
札幌マタニティ・ウイメンズホスピタル

武田 真光

WIND-Women's health Integrative Network of Doctors（旧北海道大学産婦人科医局）所属、現在は札幌マタニティ・ウイメンズホスピタル（以下SMWH）に勤務している産婦人科医の武田真光（ただたまさみつ）です。基本的に産婦人科全分野を診るオールラウンダーと自負しておりますが、専門は不育症診療となります。

自己紹介ですが、2000年に北海道大学を卒業し、産婦人科医局に入局。北は稚内、南は函館、東は釧路と全道各地の関連病院で研修後、2005年からの2年間は山田秀人先生（現神戸大学教授）にご指導を頂き、不育症をテーマに研究に没頭（?）。再度関連病院で勤務した後、2009年11月～2013年3月と北大病院の産科に所属、3年半にわたり歴史ある不育症外来を担当いたしました。当時の水上教授の意向もあり、北大病院における不育症外来は2013年3月をもって閉鎖となりましたが、SMWHで外来を継続し、現在に至っております。

不育症とは「流産、死産や新生児死亡を繰り返し健児を得ることができない疾患群」と定義されています。妊娠後の胎児の喪失、出産後の新生児の喪失という点で、当事者の精神的負担は非常に大きいものがあります。

日本では毎年3.1万人の不育症の方が出現しているとの報告もあり（厚生労働省研究班）、決して稀な病態ではありません。定義が曖昧であり、また医師の中でも連続した3回以上の流産＝不育症と認識されている傾向があり、いつ検査を開始するかについては明確な基準がありません。反復流産（2回の連続した流産）の方でも、約40％に流産の原因と考える検査異常が見つかり、治療により妊娠成功率が上昇するとの報告があること、厚生労働省研究班からも「2回以上の流産、死産、あるいは、早期新生児死亡がある場合を不育症と定義する」と提言がなされたことを考慮すると、2回流産を繰り返した時点で受診していただき、検査を行なうことが標準になるかと考えます。

受診後の妊娠が順調に経過し、元気な児を出産した方をもう数百人と見ています。患者さんの喜んだ顔が現在の仕事に対する大きなモチベーションとなっております。

これからも環境の変化等があるかもしれませんが、患者さんに誠実に向き合い、正しい医療を継続していきたいと思っております。

今後ともご指導、ご支援のほどよろしくお願い申し上げます。

フードバレーとかちマラソンに出場しましたが…

帯広市医師会
JA北海道厚生連 帯広厚生病院

山本 真

40代のある時期、週1回程度、30分だけジョギングしていたことがありました。走った後に銭湯でお風呂を楽しむことが目的でした。帯広市内の銭湯はほとんどが温泉で、400円ほどで温泉・サウナ・電気風呂・寝湯などがあり、露天風呂を有している所もあるのです。銭湯の駐車場に車を停め、30分のジョギング後、入浴するスタイルでした。

3年前に生活様式が朝方にシフトし始めました。腹筋運動やストレッチに加えて、時間があるのでジョギングを再開しました。当初は3.5kmを週1～2回程度、半年もすると30分で5kmを走ることができるようになりました。冬期間もできるだけロードワークをしていました。一昨年10月のフードバレーとかちマラソンの5kmの種目に出場し、26分47秒でゴールできました。

当院はいわゆるランナーも多く、中にはサロマの100kmウルトラマラソンに出場するドクターもいます。コメディカルにも走りを趣味とする人も多く、院内にはランニングクラブもあります。ある日、検査のときに、栄養士さんが「先生が出るなら、私も出よっかな。挑戦してきていいですよ」と挑発してきました。ようし、いいとこ見せるぞと、1回7～10kmのジョギングを大会1ヵ月前には15～20kmに増やしました。

大会当日、アップ時に左大腿部の違和感、走りだし10分後にはしびれるような痛みが。我慢して走っていましたが、どんどん痛みが強くなり、小一時間走ったでしょうか？ 10kmの標識の前で一歩も進めなくなりました。歩くこともできません。道の脇に立ち尽くしました。折からの小雨のため、座ることもできません。後続のランナーはどんどん来るし、反対車線では折り返しのランナーが走っていきます。オフィシャルの車両も通らず、10月末の寒空のもと、結局30分以上そこに立っていました。幸い制限時間があり、約1時間後にはオフィシャルのバスに拾われ、無事帰還しました。

教訓 無理はしないこと。

自問自答 挑発されて、鼻の下が伸びていたのだろうか？

ボウリングの勧め

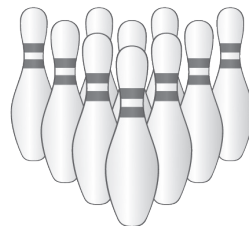
十勝医師会
佐治整形外科クリニック

佐治 清

私は自他共に認めるゴルフ好きですが、実はボウリングにも凝っています。もう10年以上前になりますが、親しい先生方や出入りの業者さんたちとテニスをやり始めたのがきっかけです。冬になってテニスコートが使えなくなり、運動を継続するためにボウリングでもやろうかということになりました。メンバーは7～8人だったと思いますが、すっかりはまってしまいました。春になってもテニスは話題にもならず、最初は備え付けのハウスボール、シューズでやっていたのですが、安物のマイボール、シューズも購入し、毎週集まってわいわい投げていました。そのうちに職員も参加するようになり、現在では十勝地区の職場対抗に3チームで参戦したりしています。

ボウリングの魅力は、なんといっても手軽さにあります。思い立ったらすぐにできますし、仲間を募る必要もありません。天候に左右されず、結構遅い時間までやっています。24時間営業という所もあります。ゴルフでは初心者がいきなりコースというわけにはいきませんが、どんなに下手でも最低のルールさえ守れば他人に迷惑をかけることはありません。道具についてもボールは備え付けの物がありますし、シューズもレンタルで400円前後です。でも、できればマイボール、シューズの購入をお勧めします。ボール一個はアイアン一本分くらいの値段です。

ボウリングは単なるレクリエーションにとらえられがちですが、実は結構な消費カロリーがあり、3ゲーム投げるとウォーキング80分に相当するカロリーを消費するといわれています。冬になってちょっと運動不足が気になる先生方、ぜひ一度ボウリング場に足を運んでみてください。



ラグビーワールドカップが やってきます

札幌市医師会
あべ耳鼻咽喉科アレルギー科クリニック

安部 裕介

経験者の方々には恐縮いたしますが、最近のマイブーム、ラグビーについて少し。きっかけは息子の部活ですが、前回ワールドカップ、南アフリカ戦での奇跡的・感動的な勝利も大きく影響しています。競技経験はありませんが、母校は当時、花園常連校で、体育・体育祭でもラグビーがあり、スクールウォーズなるドラマの影響もあり、馴染みのある競技でした。

ところが、しばらくぶりに触れたラグビーには、いろいろな面で驚かされました。まだまだマイナーなのか、ボールや専用スパイクを売っている店がほとんどなく、嘆きに近い驚きがありました。道具やプレースタイルの変貌ぶりもすごく、茶色の革製のボールはカラフルなゴム製？に変わり、ジャージもビンビンに立っていた襟も控えめに、今風のタイトなスタイルになっています。変幻自在のオフロードパスはまだしも、“味方が取りやすいように縦長の状態で”、とラグビー部の友人から教わったパスは、当時はスクラムハーフしか駆使していなかったスクリュースパスが主体となり、バックスラインへのフォワード参加、密集で相手ボールを奪うジャッカル、キックパス等、吉田・平尾・松尾世代の素人としては驚くばかりです。

高校時代は、華麗なバックスの動き、スクールウォーズの影響で、フランカーの動きばかり注目していましたが、息子のポジションの影響もあり、フランカー以外のフォワードの、地味だが献身的で、少しでもゲインしようとする動きにも目が行くようになりました。“もっとも新しいラグビーの教科書”なる本で研究してみると、アンストラクチャー、ポッド等、ただ熱く前にガツガツだけではなく、戦略的に練られていることも分かってきました。それでも大きな相手に体を張った2人がかりの献身的なタックル、仲間と一体となり耐えながら押すスクラム、仲間とつながりパスなどは以前と変わらず、人生を彷彿させ、惜敗し先輩と共に悔し涙する息子たちの姿などを見ると、日本人のメンタリティーにも充分合う、いいスポーツだと思います。母校と息子らが対峙する日が来ないかな、と淡い期待を抱きながら、前JAPAN監督のエディーが率いるイングランドやオーストラリアが来札するラグビーワールドカップを楽しみしているところです。世界が注目する一大イベント、ラグビーワールドカップ日本開催を応援してみませんか？

バスケットボールの神様

日高医師会
佐藤眼科

佐藤 明彦

バスケットボールの神様は、いるにはいるが、アマチュアの低レベルの選手のことなどは見ていない、と私は思っていた。

私は大学からバスケットボールを始めた。バスケット部を辞めないことが目標、という青年がうまくなるはずもなく、大学時代は6年間ずっと2軍の補欠だった(部員数は12~13人)。さすがに医者1~2年目は時間がなく、バスケットはできなかったが、医者3~4年目になると社会人のチームに入れてもらった。

社会人ではベンチからスタートして、守備では仲間の足を引っ張らないようにし、攻撃では、借りてきた猫だった。社会人バスケットでも、確たる目標があったわけではないので、バスケットスキル的大幅な向上はなかった。私の性格的にも、得点を取って目立ち、などとは考えもしなかった。

子どもができるバスケットは半減する。30歳。子どもが少し大きくなるとバスケットが増えた。35歳。しかし年齢を考え、試合は遠慮するようになった。でも週2回の自軍の練習は淡々とやっていた。40歳になると、両膝痛で、歩くのがやっとになった。自軍の練習の半分は見学していた。この頃によくバスケットを辞めなかった、と思う。45歳で、何となく練習前に筋トレを始めた。すると膝痛が軽減した。49歳からは、歳のことは考えずに試合に行くことにした。トーナメントなら出番はないが、リーグ戦なら10分くらいの出場時間がもらえる。プレイスタイルが50歳で変わるわけもなく、守備はそこそこやって、得点はだいたい0点。目立たない。これが試合での成績だ。私は間違いなく「バスケットを長くはやっているが上手くないおじさん」だ。

しかし、バスケットの神様は、この、バスケットが上手くないおじさんを(青年から)32年間見ていたのだ。そして先月の試合、神様は私にご褒美をくれた。出場9分、得点9、シュート確率80%、アシスト1。攻撃で、これほど濃厚な成績は32年間で初めてだった。チームメイトから手荒い祝福を受けた。うれしかった。

この活躍に味を占めた私は、バスケットボールをあと10年は続けようと思った。バスケットの神様は、バスケットが上手くないおじさんのこともきっと見てくれるはずなのだ。

靴が好き

札幌市医師会
今医院

今 眞人

私は靴が割と好きだ。「割と」である。

本当に靴好きな人は大切に磨き上げ、連日履くなどということはない。私は連日履くし、自分ではほとんど手入れしない。とにかく履くことを楽しんでいる。

30代頃から、人生の転機や自分へのご褒美として、決まったメーカーの靴を一足ずつ買い足している。記念すべき最初の一足の思い出を綴る。

東京で勤務医をしていた私は、ある事情で札幌に帰ることになった。

医師としての根幹を学んだ東京を離れる時、思い出を心に刻むために、どうしても欲しかった靴を買いに行った。金もないのに分不相応、背伸びをした。西麻布の交差点から少し南青山に上ったところの小さな店、恐る恐るドアを開けると、「小僧何しに来た？」と言わんばかりのまなざしを感じた。「背伸びをして買いに来た。郷里に帰ることになり、東京の思い出に」と正直に伝え、店主は微笑んだ。ぼろぼろのソックスだったが気持ちよくフィッティングしてくれ、希望の一足を奥の部屋から出してくれた。事前に調べていった価格を提示され、ほっとした。

しかし、当時の私には思いもつかない一流靴の常識が待っていた。財布を握りしめ、いざ会計…ん？ウン万円高くなっているではないか！

涼しげな顔で店主は言った。

「シューツリーとクリームは、ここに来るお客様は全員お買い求めになられますよ…」

帰りの地下鉄日比谷線に乗るための小銭が残っただけで、財布は見事に空になった。

その靴は今でも履ける。大切に履いているので、20年以上前の靴も、買い足してきた靴も全部現役だ。

買ったその時の日々を思い出しながら、ほくそ笑みながら、そして照れながら履いている。軌跡を楽しみながら、今を歩いている。



ネット詐欺と言いたくもなる話

札幌市医師会
ときわ病院

七戸 眞

当院の医局で他の医師たちと話をしていた時に、B先生からこんな話が出た。要旨は「大手ネット通販A社の無料一般会員からプライム会員（有料）に知らないうちに変更させられていて、年会費を口座から引き落とされていた」というものである。このA社は名前を聞けば誰でも知っているアメリカの大会社で、怪しいイメージのある会社ではない。この先生の話によると、「心当たりがあるとすれば、子どものおもちゃを早く届けてもらいたくて、一度だけ早く商品が届く無料お試し便を利用したことがあった。どうもその規約の中に『解約のお申し出がなければ自動的にプライム会員に移行します』なる巧妙な規約があったらしい」というものである。また、当院のC先生も知らないうちに同じ目に遭わされていたという。

私もA社はたびたび利用するので、この無料お試し便については経験がある。A社で買い物をするたびにネット画面に大きく出てくるので、うっとうしいと思っていた。B先生は「気を付けた方がいいですよ。一度ご確認ください」と私に言うので、念のために調べてみた。すると、私もなんといつの間にかプライム会員になっていたのである。驚愕して、当然すぐネット画面から解約手続きをした。すると「プライム会員サービスのご利用の無い方は返金します」と表示されたのでほっとした。ちなみにB先生は、A社に直接対人電話で苦情を言って、遡って全て返金させたそうである（この電話までたどり着くには、少々手間を要されたそうである）。

なぜ私がプライム会員になっていたのか？ おそらく、家で酔った時に本か何か注文して、その時に無料お試し便をクリックしたか、子どもの誕生日にゲームソフトを買った時にクリックしてしまったのか、記憶が無い。もちろん、私のところにもB先生のところにもA社から「あなたは本日から有料のプライム会員になりました」といった通知メールが来たことはない。来ていたら当然即時解約していたはずである。

ネットで「A社」「プライム会員」「詐欺」で検索すると、私と同様に憤っている人たちは多いようである。客のカード口座番号を手中にした後でこのような行為に走るのは、商道德として私の感覚では全く受け入れられない。皆様もお気を付けください。

スマートフォンアプリが 医療・介護を変える！

札幌市医師会
国立循環器病研究センター

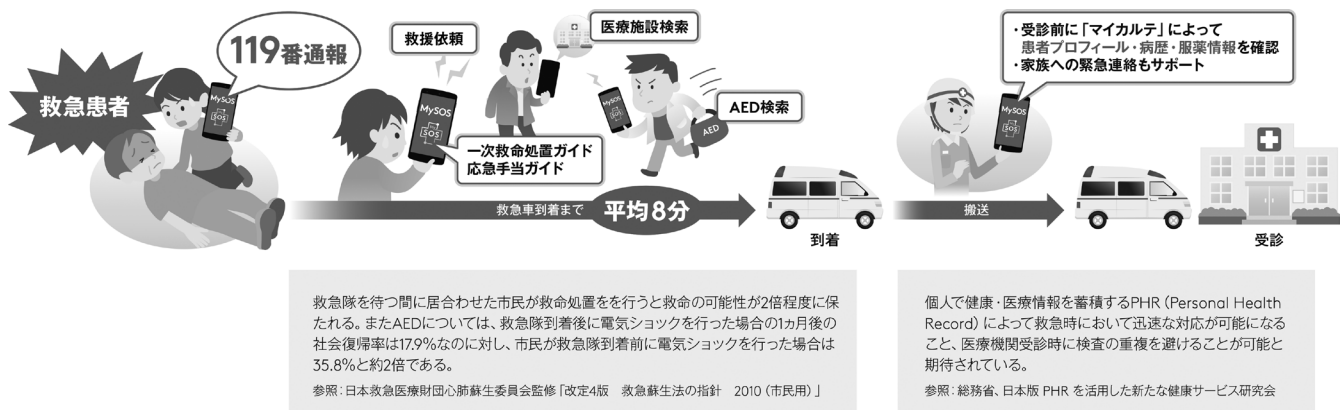
中川原 譲二

会員の皆さんは、「MySOS」（東京慈恵医科大学、アルム社共同開発）（図）というスマートフォンアプリをご存じでしょうか。Google PlayかApp Storeでダウンロードしてみてください。このアプリは、一般市民が救命・救急補助をする際に役立つ内容が格納されていて、①一次救命処置ガイド②成人・小児救急ガイド③応急手当ガイド④救援依頼⑤周辺医療施設検索⑥マイカルテ——などから構成され、救命・救急補助に必要な情報が、その場で取り出せます。また、⑥マイカルテに自分自身のカルテ情報を登録しておくことにより、自分が倒れた時に医療関係者への情報伝達やご家族への緊急連絡に役立ちます。更に、検査結果や処方箋などはカメラ機能で簡単に登録できます。医療機関側が連携設定を行ってれば、その医療機関で行った健康診断の結果データやMRI等の医用画像を、事前登録することによってスマートフォンで確認することもできます。このようなPersonal Health Recordsを格納するスマートフォンアプリの普及は、健康の維持や病気の一次予防、二次予防におけるセルフマネジメント（自己管理）の比重を増大させ、医療・介護分野では、地域での診療情報の共有化、有効活用を通して広域的なチーム医療を推進する起爆剤ともなります。

現在は、50歳世代は言うに及ばず、60歳世代も多くがスマートフォンを携帯する時代となっています。早晚、患者一人一人がPersonal Health Recordsを携帯する時代が始まります。多くの患者が、医療機関に対してスマートフォンアプリへの連携設定を求めてくるでしょう。医療機関側も迅速な対応が必要になります。このような時代の潮流に乗り遅れないように、医療機関側からスマートフォンを持つ患者に対して、積極的に診療情報アプリの使用を働きかける方が得策かもしれません。診療情報管理のパラダイムシフトは、今後の医療・介護のあり方を大きく変えるものと思われます。



MySOS導入効果



画像提供：株式会社アルム

自己中の人が目立つ

札幌市医師会
楡の会こどもクリニック

石川 丹

近年の小児精神科外来診療は子育て相談が多くを占め、筆者の孫の世代に相当する子についての子の世代に相当する親の困り事への対処方法をムンテラしている日々です。親が親として上手な子育てができるように指導しているのが診療の中身で、言わば“親育ち”支援です。

そうした中、子どもも親も自己中心性の強い人が目立ってきています。本稿ではこうした点について振り返ってみたいと思います。

太平洋戦争後22年の1967年に佐良直美が歌った「世界は二人のために」が大ヒットし、レコード大賞新人賞を受賞しました。これはそれまでの日本人の意識を大きく変える契機に成りました。

何故かという、明治以来日本人は“お国のために”という意識を強く持たされ持っていました。現人神の天皇の赤子であると教え込まれていた国民は“お国のために”という錦の御旗つまりスローガンの元で太平洋戦争に突入させられました。兵隊さんは戦死する時は「天皇陛下万歳！と言って死になさい」と命令されていました（が、実際は「お母さん」と言って死んだ兵隊が多かったそうです）。つまり、人々には“一人はお国のために”という意識が建前であったのです。お国とは集団であり国家国民でしたから、一人はみんなのためにという考え方が全体主義ファシズムの結果として常識とされていました。

「世界は二人のために」の世界とは国家国民みんなでありますから、この歌が流行った背景にはファシズムから個人主義への変遷があったのです。天皇主権の明治憲法から国民主権の新憲法の元で個人主義、つまり全体より個人優先が浸透し始めた証拠です。

同じ頃、60年代には登校拒否と称される子どもが出現し始めました。品行方正成績良好の良家の子女が、小学校高学年、中学生に成って突然、頑として学校に行かなくなりました。拒否と称されたのは、本人が確信を持って登校を放棄していると大人には写ったからです。こうした子どもの心理は自己のアイデンティティーの喪失と解釈されましたが、「僕って何者？ 私って誰？ 将来はどうなるんだ？ 学校に行くのが善か？ と思った」つまり“自分見つけ”に悩んだと言えたのです。この悩みに没頭したために学校に行く暇が無く成ってしまった、とも言えましょう。視点を変えると、これは正しく強い

自己主張と言えます。換言すれば、我を張る、俺流でやりたがる、強い自己中心性の発揮です。

その17年後の84年ロス五輪で、女子マラソン銀メダルの有森裕子は「自分を褒めてあげたい」と言いました。これも衝撃的でした。何故なら、日本古来の謙譲精神、侘び寂び精神は自分を控える事に主旨がありました。人に褒められた時「いやあ、それ程ではありません」「お恥ずかしい」などと自分を引いた言が常識でした。人が褒められるのは他人からなのが当たり前であったのに、自分を褒めるという感性はそれまでの日本人の文化的意識からすれば全く逆なのです。ですから、衝撃的だったのです。有森発言以来、自分への御褒美という言葉も普通に成ってきました。

デュマ作『三銃士』では、騎士三人とダルタニャンの合言葉は「皆は一人の為に、一人は皆の為に」で、これは一人も皆も対等の相互扶助意識を示唆しています。聖徳太子の十七条憲法の“和を以て貴しと為す”に相当し、現代の人にも求められる内容です。しかしながら、今の日本では「一人は皆の為に」は非常に薄れてきています。

ですから、自己中心性の強い人が増えているように感じる、という感想は妥当なのです。

近年「金メダルを取って人に感動を与えたい」と言うオリンピック選手は稀ではありません。感動とは個人の心の内から泉のように湧き上がるものであって、他人によって与えられるものではありません。ある人が感動を与えたと思っても、当人は何ら感じない事もあります。「感動を与えたい」と言う人は、自己中を通り越して不遜の域に達している人と言わざるを得ません。

リオ五輪の際の東京招致運動では、フリーアナウンサー女性が披露した“おもてなし”が評判と成り、これが有効であったとの報道がありました。持て成すとは相手を優遇する事で、謙譲の表出行為そのものですから、日本国内では上記のように謙譲が薄れていく中にあるのは、何とも皮肉であったと思います。

こういう現代社会ですから、大人達だけではなく子ども達も自己中心性が強くて自由奔放傍若無人の子が目立つのは当然です。

1950年代、筆者が小学生の頃は1学級60人もいましたが、立ち歩きする子、先生に従わない子は皆無でした。

小児腸重積症の診断から 整復治療までを超音波で診る ～第3回小児超音波研究会での討論から～

函館市医師会
函館渡辺病院

水関 清

小児腸重積症の診断から治療に至るまでの流れを、超音波検査の観点から包括的に学習するという意図のもとで、第3回小児超音波研究会が2017年11月11日、茨城県つくば市で開催された。会長を務められた、東京都立小児総合医療センター・河野達夫医師が掲げられたのは、「腸重積をきわめる」という魅力的な主題であった。

腸重積は乳児期に好発する疾患で、間欠的腹痛にともなう不機嫌・嘔吐・血便を三主徴とし、症候的には、口側の腸管が肛門側に嵌入することによって生じる腸閉塞によるものである。比較的早期の閉塞症状である不機嫌や嘔吐の段階でこの疾患を疑って診断することの重要性は既に広く周知されており、予後規定因子としての早期診断を考える上での超音波検査の位置付けについて、一定のコンセンサスが得られてきた。乳児期によく見られる疾患であることから、いわゆるALARA(As Low As Reasonably Achievable)コンセプトに沿った画像診断手技として、ほとんど侵襲のない超音波検査が推奨されてきた結果、この疾患の診断から整復までの画像所見は、かなりの集積が進んでいる。

腸重積症の典型例の病態を考えると、回腸末端が何らかの機序で回盲部から盲腸へと嵌入して、腸閉塞をきたすものであるため、その先進部を超音波で描出することが診断の第一歩となる。得られた先進部の超音波画像のうち、横断像にはmultiple concentric ring sign、そして縦断像にはpseudokidney signという名称が与えられ、その診断根拠とされてきた。以下、私見であるが、腸重積症の超音波像を細かく見ていくと、これらのパターン認識にはとどまらない画像所見の奥深さがある。

典型例として遭遇することの多い、回腸大腸型の腸重積症の横断像を例にとると、それら重積腸管の層構造は、外筒(＝大腸)外層—外筒内層—内筒(＝回腸)となっており、本来の回腸内腔を介して、さらに内筒—外筒内層—外筒外層という多層構造をとる。外筒外層と外筒内層の間には本来の腸間膜が介在しており、ここに腸間膜を走行する動静脈が引込まれるために、超音波断層横断面像のどこかに、これらの脈管を包む腸間膜や、場合によってはリンパ節を疑わせる類円形の低エコー性腫瘤を認めることが多く、これらの所見を確認することが腸重積症という超音波診断の事前確率を上げることとなる。こ

うした観点に立って、外筒(＝大腸)外層—外筒内層—内筒(＝回腸)という重積腸管ごとの壁構造も、細かく見ていくと、その肥厚像には微妙な差異を認める。発症から超音波検査までの経過時間や重積の程度によって、一概には言えないものの、典型例では、再外側である外筒外層の腸管壁の層構造は保たれており肥厚の程度は軽く、壁のエコーレベルにも変化はないが、その内側である外筒内層の腸管の第2・3層はしばしば肥厚して壁のエコーレベルも上昇し、さらに最内側の腸管壁の層構造は不鮮明化し、第1層の連続性は一部で失われ、肥厚の主体である第2・3層のエコーレベルは低下し、第4層との境界はやや不鮮明化している、などという一連の所見である。

腸重積の治療として最初に試みられる非観血的整復も、ALARAコンセプトに則って、超音波監視下で行うことが望ましいが、その普及が道半ばであることは、第1回のこの研究会の会長講演で明らかにされたことである。そうした趨勢を踏まえて、特別講演では、超音波監視下での腸重積整復術を導入した施設でのノウハウが詳細に解説された。次いで、超音波監視下での生理食塩水注腸による、重積腸管整復過程を示す画像が供覧された。すなわち、①peninsula sign②crab-claw sign③post-reduction doughnut sign④honeycomb sign—からなる4つの画像所見がそれである。以下、簡単に解説すると、①は、大腸内に嵌入した回腸が、注入された生理食塩水の圧によって肛側から口側方向へと押し戻されていく過程で、回盲部付近でいったん留まって腫瘤様に見えるというもの。②は、注入された生理食塩水の圧によって重積腸管が大腸から回腸へと押し戻された後に見られる、浮腫状の回盲弁。③は、この段階での回腸末端の壁肥厚像と内腔に注入された生理食塩水。そして④は、それより口側の回腸内に流入した生理食塩水の像を示すものである。供覧された動画では、重積腸管が回盲部を越えて整復された途端、それまで高かった回腸壁のエコーレベルが速やかに低下して厚みを増し、いわゆるpost-reduction doughnut signの像を呈するという、印象的な所見であった。

会の最後には、整復困難例の見極め、外科治療の実際、そしてあってはならないことであるが、穿孔時の初期対応という、腸重積症という疾患の隅々にまで目配りされた講演が続いた。これまでの小児超音波研究会の主題を振り返ると、第1回はALARAコンセプトの紹介、第2回はpoint-of-care超音波の解説と続いたが、今回のそれも、ALARAコンセプトを念頭に置いたpoint-of-care超音波を端緒とする系統的な超音波走査手技を包括的に学ぶことこそが、腸重積という疾患の診断と治療の質を左右するという会長の高い識見がうかがえる、実り多いものであった。

糖尿病患者と平均年齢

札幌市医師会
宮の森病院

西川 益利

山口県から札幌市に引っ越してきて5年目になりました。最初の1～2年は「雪が降る」＝「スキーができる」ということで単純に喜んでいましたが、最近はヤレヤレ通勤が大変じゃ～、朝から車の上に積もった雪を退けるのは嫌じゃ～と思うようになりました。アマチュア無線で知り合った札幌市内の方に、雪が嫌いになったのは北海道になじんだからですよと慰められると、そんなものかなあと思うこの頃です。

またこの5年間は医学講演会に我ながらよく出席させていただきました。もっぱら北海道医報の医学会・医学講演会開催情報を本誌とネットで検索して、都合が付き次第、結構手あたり次第に札幌市内のホテルで開催される講演会にお邪魔させていただきました。幸い北海道大学病院の近くのマンションに住むことができたので、大学の構内や札幌駅近くのホテルで開催される講演会には冬に雪が積もっていても、勤務先からわが家に一旦帰っても出かけることが容易でした。

糖尿病関係の講演会もたくさん出席させていただきました。SGLT2阻害薬やGLP1受容体作動薬などの新しい糖尿病薬のCMを兼ねた講演会が多かったのと、手当たり次第に出席したので糖尿病関係の講演会に出席する機会が増えたのでしょう。糖尿病の講演会で講師の先生方がよく話され印象に残っていることは、糖尿病は認知症の誘因であり、糖尿病患者の平均寿命は糖尿病がない人より約10年短いということがあります。療養病院で普段から認知症患者さんに多く接している身としては、ああそんなものか、じゃあ当院の患者さんも糖尿病の方はそんなものかなあと思っていました。

そこでとある日に当院の入院患者さんほぼ全員の358人について、年齢と糖尿病の病歴の有無を調べてみました。当院入院の患者さんは超高齢の方が多く、認知症で入院されている患者さんいれば、脳血管障害で入院されている患者さんやその他のさまざまな病気の方々です。また寝たきりの方もいればそうでない方もいます。これらの全患者さんをひっくるめて糖尿病の病歴を持っている方は、現在薬物治療中もそうでない方も含めて61人（約17%）でした。これら糖尿病の病歴のある患者さんの平均年齢は86.3歳でした。一方、糖尿病と診断されたことのない方の平均年齢は87.9歳でした。一応、糖尿病の病歴のある方が1.6歳若いのですが、統計学的な有

意差はありませんでした。また入院患者さんで100歳以上の方（最高105歳）が12人で、そのうち2人（100歳、103歳、単純に計算すると約17%）が糖尿病の病歴の持ち主でした。調べる前には平均寿命が10年くらい短いのなら当院入院患者の平均年齢では5歳くらいは違ふだろう、また100歳超えの方はまずいないだろうと予想していましたが見事に外れました。

認知症などの疾患の有無もひっくるめていること、糖尿病でも透析などの重症が含まれていないこと、療養病院なので患者の層が偏っていることなど、統計の取り方がかなり乱暴な調査ですが、糖尿病患者と非糖尿病患者で年齢差がなく、糖尿病と診断されていても百寿を迎える方がしっかりいらっしゃることにはビックリでした。糖尿病と診断されてもちゃんと治療を受けていれば、糖尿病でない人と同じような寿命を保てることを、今回調べたことが示唆したものであれば良いなあと思いながら、「窓の外の白い雪」＝「低血糖が起こった時に内服してもらうブドウ糖と同じ色」と連想（ナゾトレ?）しました。



心理的な受容体

札幌市医師会
北海道医療大学 生命基礎科学講座

西 基

数年前から札幌市内の事業所から依頼されて、嘱託で産業医の仕事をしている。ご存知のとおり、現在は特定健康診査およびその結果を受けての特定保健指導が実施されている。厳密には、働いている人が受ける定期健康診断は、労働安全衛生法による一般健康診断であって、特定健康診査(高齢者医療確保法)ではないのであるが、検査項目やその後のフォローなどの内容に大差はない。

今仕事をしている事業所では、対象人数の関係もあって、比較的問題の少ない者は産業保健師が対応し、特に問題が大きい場合に産業医が面談するという仕組みになっている。面談を受ける者の中では、やはり糖尿病またはその予備軍が多い(ちなみに「予備群」は本来の日本語にはない言葉である)。

ところが、明らかに検査値が正常範囲を逸脱していて、こちらが医療機関の受診を勧めても応じない人が、それも少なからずいるのである。このままだと心筋梗塞や脳卒中が起こるぞ、目がやばいことになるぞ、足を切らなければならなくなるかもしれないぞ、などと一応の説明はするのであるが、本人はニヤニヤ笑っているだけで、こちらは宇宙空間に向かって言葉を発しているような錯覚に捕われる。自宅の住所を聞き出して、面談のために用意してある札幌市の地図や区役所などが出しているパンフレットから近くの医療機関を探し出た上、傍らのパソコンでネット検索して診療時間・曜日を確認して紹介状を書いて渡す。ところが、ここまでやってあげても、1ヵ月後に呼び出すと、まだ行っていないという。「忙しい」「忘れた」「紹介状をなくした」などの言い訳は普通で、土曜日も診療しているところを探して、本人も「ではそこにします」と言ったのに、「土曜日は家事をしなければならない」などと前言を翻す者もいれば、「車のタイヤがパンクしている」「家族の調子が悪い」果ては「私が病院に行くと飼っている猫が寂しがる」などと言う者もいる。挙げ句の果てに「別に死んでもいいんだ～」とまたニヤニヤしながら言い放つ始末である。

本誌の読者の方々は、受診してきた人と接する場合は圧倒的に多く、受診しない人との接点は多くないと思われるが、受診する人はそれなりに危機感を抱いている。ところが、受診しようとししない人には危機感がないか、極めて薄い。「悪いこと」を「悪いこと」として感じる受容体が少ない、あるいはその閾値が高いようである。要するに、ハッピーなの

である。例えて言うなら、目の前にうまそうなケーキがあると、「これを食べると太るな」などといったことは一切考えず、たちまち食べてしまう。もちろん食べたことを後悔するはずはなく、「ああうまかった」とだけ考える、というパターンである。

もう1つ、面談を受ける者の中で多いのは鬱病である(俗にいう「新型鬱病」は含まない、従来から見られるタイプのもの)。本人はなんとか今の状態を脱しようとして必死で、治療へのコンプライアンス・アドヒアランスも大変よい。ところが鬱病がほぼ治った後になっても、そんなに心配しなくてもよいことに対して過剰な危機感を抱いている。罪悪感も過剰に抱いていて、自分で自分を必要以上に責める(この点、鬱病は精神的な自己免疫疾患にも見える)。当然喜んでよいことがあって、「ああ、それは良かったですね」とこちらが言っても、別に喜ぶ様子もなく「いや、こんなことがあると、将来、悪いことに繋がるかもしれない」などと真顔で言うのはまるで塞翁だ。糖尿病で受診しない人とは完全に逆で、「良いこと」を「良いこと」として感じる受容体が少ない、あるいはその閾値が高いようである。目の前にあるうまそうなケーキを「これを食べると太るな」と考え、「でも食べないで捨ててしまうのはもったいないな」とも考え、さんざん迷ってその日は夜も寝られなくなり、次の日に思い切って冷蔵庫から取り出して食べると、今度は「ああ、食べるのではなかった、太ってしまう」と自分を責める、というパターンである。こういった人たちは、健康に気を遣っている場合が多く、産業医の仕事を始めてから出会った鬱病の人たちは、全員というわけではないが、おおむね健診の検査値に大きな異常がない。受診しようとししない糖尿病の人は多数いる。鬱病の人も多数いる。それなら両方の人も多数いていいはずであるが、このような人にはこれまでほとんど遭遇していない。

元々持っている心理的な「受容体」が、ある程度、罹患する疾患なり態度なりを規定するのであろうか。産業医の仕事を現場で始めてからまだ数年しかたっておらず、経験例数が少ないため、結論めいたことを言うことはできないが、今後、気を付けて見ていこうと思っている。

プラセボ効果と医療的自己、そして逆・四診

札幌市医師会
朋佑会札幌産科婦人科

佐野 敬夫

診察室に入るなり、その患者は悔しそうに涙を流した。

年齢は50代前半。腹部の不快感と下痢のため内科で治療を受けてきたが、いろいろ投薬を受けたにもかかわらず改善せず、お決まりの更年期障害ではないかと言われて3週間前に当院を受診。

心窩部に物がつかえた感じがしてお腹がごろごろ鳴る。漢方というところの典型的な半夏瀉心湯の証であった。半夏瀉心湯は構成生薬の量を調整することで効果をさらに発揮できる。生姜を増量すると生姜瀉心湯になり、吐き気に対して威力を発揮する。実際には半夏瀉心湯のエキスを湯にとかしてショウガのすりおろし汁を加える。下痢が著しいときは甘草瀉心湯にする。クラシエの甘草湯エキスを半夏瀉心湯に1日1～2包加えると甘草瀉心湯になる。

まず半夏瀉心湯を1週間処方したところ、腹部の不快感はかなり改善したが下痢はまだ続いていると言うので、クラシエの甘草湯を朝夕2回加えて処方したら、ほぼ改善に至った。これで済ませばよかったのに、小生の悪いクセで笑いながら「ほらね、更年期障害なんかじゃなかったですよ、やっぱりお腹の病気でしたね」と言ってしまったため、また患者は不安になって消化器専門病院を受診した。

その病院では1日ばかりで血液検査やCTなどの画像診断を行った。その結果、検査ではどこも異常はないと説明された。患者は不思議に思って医師に当院で処方された漢方薬が効いたと話した。その医師が言った言葉。「プラセボ効果って知ってますか？ 漢方なんか効くわけがないですよ。精神的なものじゃないですか」

この時点での考察。症状があったときには検査で異常が出ていたかもしれない。しかし、この医師の判断のようにメンタル的な問題があったかもしれない。メンタルな問題だったら小生の「お腹の病気でしたね」は不適切な説明であった。

さて、泣いている患者に対して、小生はまた笑いながら「正直な医者ですね。でも検査で異常がないので私も安心しました。やった価値はありますよ。確かに薬の効果の半分以上はプラセボ効果ですが、プラセボ効果を発揮するのも医者腕の見せどころです」とメンタルな部分を確認しないで、さらに4週間分処方した。ただし症状に応じて加減するように指導した。

プラセボ効果という言葉はあまり良い印象を受けないが、いわゆる名医はこのプラセボ効果を発揮することは昔から知られていた。自称、日本で一番面白い精神科医、東京女子医大精神科の坂元薫教授は、自分のプラセボ効果は教室内では3番目で、そのデータは重要機密事項なので鍵をかけた引き出しに入れて管理していると述べておられた。

日本心身医学会では、治療的自己（以前は治療的自我と言っていた）の重要性を課題として、その研鑽や教育に力を注いでいる。患者に対する思いやりや洞察力、教養を身に付けるなど、ちょっと哲学的で具体的にどうしてよいのか見当も付かないが、要するにプラセボ効果を発揮する医師になればよいのではないかと考えられる。

ここで具体的に応用できそうなのが東洋医学診断法、すなわち「四診」である。

1つ目は「望診」。患者の全体像を見た瞬間に把握する。弱っているのか、怒っているのか、熱がっているのか等々。名医はこの「望診」で8割くらいの情報を得ることができるそうである。「舌診」も「望診」に含まれているが、分析的でちょっとニュアンスが違うような気がする。

2つ目は「聞診」。患者の声の調子や臭いなどを把握する。元気のある声、弱々しい声。喫煙者の煙草の臭い。生活がすすんでくると入浴もしないので異臭を放つこともある。

3つ目は「問診」。西洋医学の問診とほぼ同じであるが、質問項目がやや異なる。

4つ目は「切診」。患者を直に触れる診断法。「脈診」や痛む場所の確認など。「腹診」は日本独自の診察法である。昔はわれわれ産婦人科医の得意技であったが、今や超音波やMRIなどの画像診断に主役を奪われてしまった。

以上「四診」は治療者から患者への行為であるが、これらは逆に患者から見た治療者の評価にもなる。パッと見てダメなら「望診」で治療者の資格なし。訊ねる声がぶっきらぼうだったり上から目線だったりすると「聞診」でアウト。加齢臭、口臭もアウト。「問診」も見当違いな質問をくり返せば患者の信頼を失う。痛く荒々しい診察は「切診」でアウト。これらをパスすれば、治療的自己を備えたプラセボ効果を発揮する良い治療者となるのではないかと考える。

さて、小生はどうか？ はじめに紹介した患者の経過を鑑みるに、まだまだ先はほど遠いようである。

高齢者へのACP

札幌市医師会
わた内科外科クリニック

和田 隆宜

平成29年12月、日本医師会は定例記者会見にて、第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢者社会と終末期医療」に関しての報告がありました。

答申では、①超高齢社会における終末期医療の現状と課題②患者さん本人の意思決定を支援する仕組みの重要性、意思決定支援におけるかかりつけ医の役割③終末期医療における本人の意思に基づく緩和ケアの質が求められること——などが盛り込まれました。特に、将来のケアについて本人や家族と医療者が事前に話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の重要性が指摘されたことは、印象に残りました。

私が現在従事している訪問診療においてでは、平成29年の春から往診を手伝ってもらっている後輩から奇しくも教わったACPは、既に先輩からは素敵な英字の並びではなく、別のアンケート用紙の形として、伝授されておりました。件の先輩からは、ご本人やご家族とコミュニケーションをよく取るようにすれば、自ずと万が一の時の病状悪化についての対応をどうするか確認をすることは可能だということをお教わったと、自分なりに理解はしておりました。ただし訪問診療の開始当初は、安定している時に意思確認をするというのは、ご本人やご家族にとってもその時になってみないと分からないと言われることも多く、「その時」が近づくまで曖昧にしていたことも少なくありませんでした。しかし中には「先生、わたしや病院で死にたいんじゃない」と強烈な意思表示をして、お望み通り慢性期病院へ入院し、亡くなったおばあちゃんもおりました。

平成29年春からの助っ人である後輩の先生は、普段は急性期病院に勤務し、救急医療にも携わっております。彼はACPの重要性をわれわれに熱く説きました。例えば救急外来に熱発し、意識の低下した95歳超の身寄りのない方が高齢者施設より救急搬送されます。彼にしてみれば、施設職員以外のキーパーソンが不在で、治療方針は誰に確認すればよいのか分からず、しかし救急処置は行わねばならず、そして濃厚な治療を受け、挿管された患者の姿を見てやるせない思いを抱き、また超高齢者に対する医療の違和感を持たずにはいられなかったとのことでした。われわれも彼に触発され、まずは個人宅から終末期医療について救急搬送の希望の有無を確認することを再開いたしました。

個人宅の場合、患者さんやその家族と信頼関係

が築ければ、最も簡単で重要な質問をすることでACPを話すきっかけになることが多いです。その質問とは、「将来亡くなるとするなら自宅か病院か」です。患者さんの意思表示が可能なときは、和気あいあいとした雰囲気の中で家族とともに確認をして、患者さんの本音を探ることができます。患者さんが自宅で亡くなりたいという希望があれば、ご家族と今後将来的に看取りに移行できるかコミュニケーションを密に取って、訪問看護師の導入など環境を徐々に整えていきます。もし病院で亡くなりたいと希望があれば、前述のおばあさんのように病状の経過を見ながら、もしくはご家族が疲弊するなど介護力の低下により自宅での生活がままならなくなるのであれば、対応可能な施設や特養、慢性期病院など受け入れ先を探して紹介することになります。

個人宅への対応はそれなりにまとまってきましたが、高齢者住宅になると少々手こずることがあります。グループホームなど施設に入所している認知症の高齢者に限っては、本人に終末期医療の意思確認をすることができません。ご家族へ施設職員から連絡を取ってもらいACPの打診を行うのですが、その家族らが普段から全く施設へ見舞いに来なかったり、仕事が忙しくて面談の時間がなかなか合わなかったり、遠方に住んでいてそもそも施設へ来られなかったりと、さまざまなケースがあります。何とか施設職員に間に入ってもらい、ご家族の意向を確認するしかありません。確認後は現状とすり合わせていくのですが、仮に施設で看取り希望となると、問題が生じてきます。施設によってはマンパワー不足や職員の未熟などを理由に看取りを行わないところがあり、施設で長年入居している利用者さんでも、もはやそこは終の棲家にはなり得ないのです。食事摂取がままならなくなれば、看取りまで行える施設に転居するか、家族の意向に沿って慢性期病院へ入院となるか選択してもらうことになります。これだけの煩雑さを考えると、元ヤクルトの野村監督の奥さんであるサッチーのようにぼっくりお亡くなりになることは、やはり周りの人たちへ迷惑かけずに済むという超高齢者の理想形ということになるのでしょうか。

今後、団塊の世代が高齢化し、病院以外の受け入れ先となる高齢者住宅や介護サービス付施設の登録が増加の一途をたどっております。と同時に、今の便利な世の中を文字通り造ってきた世代の方々が、長生きするがために自分の死に場所を求めて右往左往したり、医療を受ける上で慎重に検討されたりするのかと思うと、何かモヤモヤしてしまいます。皆がせめて穏やかに過ごせるよう、今後も明るく寄り添っていきたいと思っております。