

会員のば

十二支

旭川市医師会
この優眼科クリニック

今野 優

ちょっと時期をはずした話題になってしまって恐縮です。新年のご挨拶である年賀状ですが、昨今のデジタル通信の発達から、LINEで「あけおめ」の4文字で終わることもできる時代になってきました。巷では、LINEで退職の連絡が来てしまうというご時世ですから、わがクリニックでもLINEで「今日体調が悪いので、お休みさせてください」という連絡が来てまったく驚きません。とはいえ、アナログ世代の自分としましては、LINEの連絡よりも、電話での連絡の方を好ましく思いますし、お正月に受け取る年賀状でのお互いの近況報告を楽しみにしています。

『患者さんに優しい眼科クリニック』を目指して、2003年7月に開業しました。日帰り白内障手術をメインにして、来てくださった患者さんに安心を持ち帰ってほしいと日々精進しています。開業するまでは、親戚・友人と、医局の先生方に年賀状を送っていましたが、開業してからは、医師会の先生方や白内障手術を受けてくださった患者さんにも、年賀状を送るようにしています。

年賀状もオリジナル感を出したくて、毎年年末になるとどんな年賀状にしようかと、アイデアをこねくり回しています。開業して4年間は本屋さんで売っている『年賀状アイデア集』からイラストを探して、どうやったらオリジナル感が出るのかと試行錯誤していました。2008年に子年を迎えて、十二支の始まりということで、自分の顔写真をくりぬいてイラストにはめ込むということで、オリジナルの年賀状ができるのではと思いつきました。

子年は、Maisy（メイシー）というネズミが医者の格好をしているイラストを見つけて、Meisya（目医者）に替えてみました。この年賀状を受け取った患者さんから「先生、初笑いしました！」と言ってもらったのに味をしめ、顔写真はめ込みシリーズを続けようと思いました。丑年は、牛になって牛肉の部分の説明をクリニックの説明に替えてみまし

た。例えば「あなたの視生活のネックを取り除きまず」「目の悩みごとを肩ロース」などなどです。寅年は、阪神タイガースのマスコット・トラッキー（ToLucky）に扮して「Let's Go To Lucky」です。卯年はミッフィーで「今年は年男です。楽しく跳ねる一年になりますように」、辰年はポケモンのタツツーです。巳年はレッドスネークカモンの東京コミックショーで、「今年もレッドスネーク（結膜炎）、グリーンスネーク（緑内障）、ホワイトスネーク（白内障）を優しく退治します」でした。2014年は午年でしたが、2013年9月に「旭川総合観光情報センター」の愛称決定セレモニーにて、旭川市のマスコット「あさっぴー」から「あさテラス」を表彰されたので、その時の写真にしました。2015年末年は、顔写真をイラストに変換してくれるソフトを見つめましたので、羊の上に乗ってロデオをしているイラストにしてみました。そして2016年の申年からイラストの中に顔を入れることに飽き足らず、実際に着ぐるみを着てみることにしました。自ら猿に扮して「よく診て、よく聴き、説明します」です。2017年は喪中でしたので欠礼させていただきました。2018年戌年も犬の着ぐるみで、眼底検査をしている「眼科人間ドック」に扮して目の検診をお勧めしました。そして今年も亥の着ぐるみで「猪突問診」、患者さんの訴えにさらに耳を傾けたいと思います、にしました。

とりあえず、自分の中ではこの十二支を徹底的にふざけた年賀状で、受け取った方に初笑いを届けたいと考えていました。「先生、毎年楽しみにしています」と言ってくれる患者さんもいて、それに勇気もらって続けることができました。医局の先生方や医師会の先生方からは、なかなか反応を聞くことができませんが、はたしてどう思われているのか、と考えますと赤面するばかりです。次の十二支は、どうしましょう。もう55歳で、ふざけたことをしている歳ではないことは重々承知していますが、年末になるとまたおふざけ気分が上がってくるかもしれません。来年のお正月、またふざけた年賀状が届いてしまいましたら「やっちゃったな」と、どうぞお許しくださいます。



後志自動車道開通

余市医師会
林病院

林 和秀

平成30年12月8日、待ちに待った後志自動車道(余市一小樽間約23km)が開通した。昭和46年に道央道が北広島一千歳間で開通し、昭和48年に札幌自動車道が札幌西一小樽間で開通してから実に半世紀近い年月が経過していた。この間に、道央道を中心に道東道や日高道がどんどん延伸し、ずいぶん便利になっているようだが、小樽から先の後志は残念ながら取り残された状態であった。

その風向きが少し変わったのは、ニセコ・倶知安を中心としたスキーリゾートが世界的な脚光を浴び、外国人観光客が著しく増加したのも一因かもしれない。地元では当たり前であったパウダースノー、泉質の良い温泉、羊蹄山の絶景など、地元の私でさえ必ず年に1回以上は訪れてしまうわけであるから、外から来た人は相当感動するのだろう。私が小学生の頃には、関西の人が大勢ニセコにスキーに来ていた。関西弁がゲレンデで飛び交っていたのを今でも記憶している。その後、スキーブームも徐々に下火になりニセコのスキー場もまさに冬の時代に突入した。しかし、そんな状況を救ったのが、オーストラリア人である。今では、ニセコのスキー場を訪れると外国人の方が多いため、外国のスキー場に来た気分になる。

またもう一つの要因は、泊村にある原発の存在であろう。避難路としての高規格道路の重要性は震災で実証されているようであり、そのような事情で整備が進んだとも考えている。

さて、以上のような背景があり、後志道の倶知安までの延伸も決まり工事が進められている。後志にはもちろんニセコ・倶知安だけでなく、わが町余市町にはニッカウヰスキーがあり、日本有数のワインブドウの産地であり、ワイナリーも数多くできつつある。その他、後志管内の町村も多くの海産物や農産物に恵まれており、このような中、物流の要である後志道の完成はこの地域に多大な繁栄をもたらしてくれるものと期待している。

ワカサギ釣りに魅せられて

岩見沢市医師会
竹内医院

竹内 文英

湖の氷に穴を開けて釣る穴釣りは、北海道の冬の風物詩である。子供連れで楽しむなど広く愛されており、気軽にできる釣りだ。が、実は非常に奥が深い。

網走湖は汽水湖であるため、その魚体は12cmほどと大きく、食いが良いため芋づる式に釣れるが、ほかの湖のワカサギは魚体が小さく(5~8cmほど)なかなか釣れない。張り切って行ったものの1日頑張っても数匹しか釣れなかったという話も聞く。意外と釣れないものである。

ワカサギのアタリについて多くの人が勘違いをしていることがある。秋鮭、ブリなどの大きな魚が針を咥えたときのアタリと違い、ワカサギの場合、竿先はほとんど動かないのである。

魚体の小さなワカサギは非常に神経質であり、エサを咥えても違和感があるとすぐに吐き出してしまふ。たまに吐き出すときに間違っって口に針が引っかかり、ワカサギが暴れて竿先が大きく動く。初心者は、これをアタリと勘違いしているのである。

エサを咥えたときのアタリは非常に繊細で、竿先が0.5mm~1mm程度の動きだったり、糸が数mm揺れたり非常に細かい動きである。この繊細なアタリが判ってくると数百~千匹と釣れてくる。大物釣りも魅力的だが、ワカサギの繊細なアタリに魅了されているマニアも多い。

穴釣りのシーズンは1月~2月の短い間である。地球温暖化のためか5年くらい前から氷がなかなか張らなくなり、解禁日が遅くなってきている。私は砂川のオアシスパークに行くのだが、今年の解禁日は1月17日だった。この先さらに遅くなるのではないかと危惧している。



創造性のある絵画を目指して

札幌市医師会
札幌立花病院

安河内太郎

常々、ドビュッシーやショパンの音楽に浸り、印象派の絵画に囲まれた生活に憧れていましたから、48歳（母は48歳で死去）の時、ピアノを弾くことと油絵を描くことにしました。しかし、ピアノは毎日練習しなければならないので、無理だなあと感じ、1年ほどで辞めました。当時、北大第二内科の助教で、後に東大第4内科の教授になられた堀内淑彦先生に、どうして絵を描くのかと聞かれ、「(創造性豊かな)プロ(芸術家)になりたいから」と答えました(その後プロは必ずしも芸術家ではないと思うようになりました)が、本当はお金も無いし、高価な絵は飾れないので、仕方ないから、自分で絵を描こうと思ったのが真相です。堀内先生は天才的な研究者でしたので、一流にならなければ許してくれないだろうと思っていましたから、いい加減なことは言えなかったのです。親父は「医学の勉強だけしていれば良いのだ、何をやっているのか」と大変怒って叱られましたが、後に、診療室にあった棟方志功の絵を外して、僕の絵を飾ってくれました。

しかし、絵を描き始めて50点ぐらいまでは人に見せられるような絵は描けませんでした。家内はいつも「何が描きたいの?」と馬鹿にしていました。どうしたら良いのか聞いても、自分で考えなさいと突き放されました。何が悪いのか? 自問自答の日々でした。

絵を描き始めて9年目、札幌市の狸小路にある松山額縁店の社長に薦められて、個展をすることにしました。来客数は約600名、展示した40点は全て売れましたし、追加注文6点で、46点売れました。家内が作った1本3万円もするネクタイが30点全て売れました。お花30点、祝い金や菓子なども30点頂きました。しかし、この事件は私の芸術性に深刻な疑問を投げ掛けました。誰にでも受け入れられるということは、ミーちゃんハーちゃんの世界だと思ったからです。有名な芸術家の絵はなかなか受け入れられなかったし、数%の支持を得られれば良いくらいのものでした。何とかしなければ、芸術家にはなれない。

とにかく、絵を変えなければと思いました。だから、それまで線画的で、セピア色を多用して心の内面や動きを表現できたらと思って絵を描いてきましたが、師と仰ぐ、優れた芸術家の札幌美術学園の園長・笠井進先生(平成25年7月21日逝去)に「線画を描く人は、息詰まって長生きしないよ」と言われ

ましたし、「絵が暗いよ」と言う人もいました。元々、家に飾って楽しくなるような絵を描きたいと思っていましたから、忠告にしたがって、個展が終わってから、明るい色を使って、線画ではなく、面画を志すように努めています。それからの10年間、たまには気に入った作品ができましたが、その割合が大変低く、低迷していました。やっと、ここ12~3年くらい前から、少しは観られる作品の割合が段々増えてきたように思います。8年前に他界した家内も褒めてくれるようになりましたが、今でも、アトリエには上手く描けないで放置されたままの未完成な絵がたくさんあります。

絵を始めて2~3年後、札幌市医師会美術クラブに入会させていただきました。会では、年に1回の展覧会を催しますが、今年は第50回札幌市医師会美術クラブ展ということになります。平成13年以降の札幌市医師会美術クラブの変遷(完結編)が札幌医通信に掲載されることになっていますので、ご笑覧いただければ幸甚に存じます。



摂食嚥下リハビリテーション

北海道大学医師会
北海道大学病院 リハビリテーション科

千葉 春子

今年1月に北海道大学病院のリハビリテーション科に復帰しました。以前は院内からの紹介がメインの嚥下外来を開設していましたが、育休に伴い一旦閉鎖していました。嚥下障害に対してのリハビリテーション依頼もここ十数年の間で増え続けていて、当院では言語聴覚士(ST)と管理栄養士とリハビリテーション科医師が毎週カンファレンスを開催し、嚥下訓練の進捗状況を把握し治療方針を策定しています。

さて、当科と北海道大学大学院歯学研究院口腔顎顔面外科学教室が隔年で事務局を担当している「摂食嚥下リハビリテーション北海道地区研修会」という、嚥下障害に関わる医療職・介護職等を対象とした研修会を2000年より年1回開催していて、今年で19回目になります。今年当科が担当しています。大変恐縮ですが、この場をお借りして宣伝をさせていただきたいと思います。

「第19回摂食嚥下リハビリテーション北海道地区研修会」

日時：2019年5月11日(土曜日) 10時～16時30分

場所：北海道立道民活動センター(かでの2・7)

プログラム

講演1 「認知症高齢者の摂食嚥下障害と多職種協働による支援—食べる喜びを支えるために—」

北海道医療大学看護福祉学部教授 山田律子先生

講演2 「摂食嚥下障害への歯科補綴学的対応」

医療法人溪仁会 札幌西門山病院 歯科

診療部長 藤本篤士先生

講演3 「サルコペニアの摂食嚥下障害Update～新たな評価法とアプローチ～」

一般財団法人脳神経疾患研究所附属

総合南東北病院 口腔外科主任 森隆志先生

講演4 「摂食嚥下障害における最近のトピックス」

社会福祉法人 聖隷福祉事業団

浜松市リハビリテーション病院 院長 藤島一郎先生

参加費は5,000円で、事前参加登録制となっています。詳しくは「第19回摂食嚥下リハビリテーション北海道地区研修会」ホームページ<https://ec-pro.co.jp/enge19/>をご参照いただけますと幸いです。定員は約500名となっております。例年言語聴覚士の参加が大多数で、医師の方々の参加は毎年十数名と少数派ではありますが、今年はマニアックになりすぎていないため幅広い診療科の先生方にも聞きやすい内容になっていると思います。定員に達する前に記事が掲載されることを祈りつつ筆をおかせていただきます。最後まで読んでいただきありがとうございました。

準惑星セレス (CEReS)

札幌市医師会
医療法人セレス さっぽろ神経内科病院

深澤 俊行

皆様には、日常診療をはじめ、さまざまな場面で本当にお世話になり、ありがとうございます。お陰様で、2017年にはさっぽろ神経内科クリニックと医療法人セレスが開院/設立十周年、2018年7月にはさっぽろ神経内科病院が開院三周年を迎えました。病院は外来/入院診療、クリニックは訪問診療と長期入院を主な役割としています。そして、特に難病医療におけるチームの重要性から、コメディカルの質の向上と有機的な役割発揮に積極的に取り組んでいます。看護外来は、患者さんやご家族の満足度が高く、外来診療全体の質と効率の向上にも繋がっています。また、2018年秋のECTRIMS(多発性硬化症に関する最大の国際学会)に看護部長の演題が採用されました。リハビリにも力を入れており、外来リハビリには他施設からも多くの患者さんを紹介いただいています。社会活動としてクリニックの開業当初から続けている市民向けの公開講座は52回を数えました。また、まだ実施医療機関の少ないパーキンソン病へのLCIG療法を導入し順調に継続できていますが、連携医療機関のご協力はもとより、きめ細かな職種間連携の賜と痛感しています。

「2015年3月、惑星探査機Dawnは準惑星Ceresに到着し詳細な観測データを地球に発信した。私たちが初めて捉えたCeresの地表面には、他の惑星や衛星には見られない明るく光るスポットがいくつも輝いていた」。こうした科学の発見や発展は宇宙科学だけのものではなく、医療にも及んでいます。医療技術の最先端は大きく前進し、優れた薬剤も次々と登場しています。一方で、華々しく進化する医療技術の陰に隠れた慢性難治性の患者さんは決して少なくありません。その代表が神経難病です。そのような方にとっての「自分の病気、そして、自分という人間をよく知ってくれている医療チーム」となり、継続性と専門性の高い医療の提供を私たちは目指します。医療には、さまざまな専門があり、役割があり、目的があります。かかりつけ医として地域に貢献することは私たちの当然の使命ですが、神経疾患、特に神経難病の患者・家族に「添い続けたい」との思いこそ「セレス」開設の原点です。それぞれの職能が研鑽を積み、いつか、準惑星セレスのように明るく光るスポットをたくさんに輝かせたいと思います。ただ、今のセレスはまだまだ駆け出しで微力です。ご指導ご鞭撻のほど何とぞよろしくお願いいたします。

我が青春の80年代は 少女漫画と共に

函館市医師会
石崎小児科医院

石崎 彰一

それまでSFとファンタジー一辺倒だった私が少女マンガにのめり込んだのは、弓月光の『エリート狂想曲』（お受験を扱ったハチャメチャコメディ）に出合ってしまったため。ちょうど自身が浪人で時代と境遇がはまった故であろう。入学後は暇に飽かせて、濫読が始まった。

導入は集英社で～榎村さとの『愛のアランフェス』（フィギュアスケート）、富塚真弓、聖千秋、塩森恵子、岩館真理子（いずれも正統派）。一条ゆかり『砂の城』（メロドラマ）。本田恵子『月の夜星の朝』（正統派のバスケットボール物、これは後年、成人後の物語が女性誌に掲載）、高橋由佳利、清原なつ。吉野朔実『月下の一群』、竹坂かほり、水樹和佳『樹魔・伝説』を経ての『イティハーサ』（日本の傑作SF）。榛野なな恵『Papa told me』。その後一気に拡大。小学館～川原由美子『前略・ミルクハウス』（ラブコメ）、惣領冬実『ボーイフレンド』、秋里和国『花の応援シリーズ』、吉村明美『麒麟館グラフィティ』（この時代にして既にDV夫からの自立を描く）、石塚夢見『ピアノシモでささやいて』（音楽物）、佐藤史生『夢みる惑星』（SF）。講談社～伊藤ゆう、高田祐子、上田美和。白泉社～樹なつみ『OZ』、津田雅美『彼氏彼女の事情』、山岸涼子『日出処の天子』、坂田靖子『バジル氏の優雅な生活』、篠有紀子『アルトの声の少女』、清水玲子（この人の作品はむしろ初期の読み切りが好みでした）。花ゆめ系で川原泉。秋田書店～碧ゆかこ『はるか遠き国の物語』、冬木るりか、中山星香『花冠の竜の国』。あと西村しのぶ『サード・ガール』、波津彬子、名香智子『レディ・ギネヴィア』。

以上、個人的に印象に残っているものを挙げてみた。90年代になると仕事に追われて自然に離れてしまったが、数年前に書店で『イティハーサ』の文庫本を見つけ、途中から読んでいなかったこともあり大人買い（早川書房さんありがとう）。久しぶりに翌朝まで読みふけてしまい、妻に叱られる羽目に。でも後日、妻もこの本の熱烈支持者になったのであるが。昨今はネットという便利なツールがあり、絶版本の搜索や、懐かしの作家さんの新作チェックも容易になり、優雅な読書ライフを楽しませてもらっています。

犬派？ 猫派？

江別医師会
はやし眼科

林 一彦

我が家には現在スコティッシュフォールドとマンチカン、二匹の猫が家族の一員として暮らしていますが、これら動物への心情を妻が語ります。

動物好きの人たちの中で、時々こんな質問が交わされることがあります。「あなたは犬派？ 猫派？」。数年前までの私なら何の疑問もなく迷わず「絶対犬派です」と答えていました。子供の頃から犬は身近でしたし、通算30年近くも犬を飼っていて本当に家族でしたから。そのような状況でしたので、今までは友人宅で私の視界を自由に横切る猫を見ても、私自身はほとんど何の親近感も愛情も感じることはありませんでした。

しかし、猫好きな家族のたつての願いで、二匹の猫と共に暮らすようになりました。それ以来、長年私の心にあった犬派という思いは「単なる思い込みで、誤解なんだ！」と気付かされることになりました。

誤解その1：猫はマイペースで気まま。

いいえ。ただ無理に拘束されたくないだけ。いつも私たちを見ています。

誤解その2：猫は人には付かず家に付くものです。いいえ。ただ警戒心が強いだけ。いつも人に撫でられ、安心してたいのです。

誤解その3：犬は飼い主に忠実だが猫は違う。

いいえ。猫も飼い主を心から信頼しています。「大好きよ」とこちらから伝えると、いつも「私も大好きよ」と甘え鳴きをして気持ちを返してくれます。そして身体をスリスリするなど、行動でも家族への愛情を示してくれます。絶大なる信頼感を持って。

いろいろこう書いているうちに、ふと思ひ込みや誤解というのは猫に対してだけではないのでは、という思いに至りました。人間関係や食べ物のこと、そして私自身のことなどです。自分自身が今まで生きてきたほんのわずかな知識や狭い環境の中で組み立てられた型にはまり「自分は…だから…はできない」、「あの人は…だから近づかない方が良い」「…には行きたくない」などと勝手に思い込み、今まで何と自分を狭めてきたのだらうと思うのです。常識や思い込みにとらわれずに考えていたら、もっと世界が広がっていたのにと気付かされました。

これからは犬派も猫派もなく、雄弁な動物たちにいろいろ教わりたいものだと思っています。

平成30年を振り返って (吉と災い)

小樽市医師会
小樽市立病院

信野祐一郎

突然の原稿執筆依頼で、文才のない小生にとって大変気が重いのですが、新年を迎えて小生の平成30年を振り返ってみました。

まずは元日のこと、年末から来訪していた長男の嫁と孫が帰るので駅まで送ったあと、白石神社に初詣に行きました。おみくじを引いたところ、大吉でした。もちろんすべてにつき良いことが書かれておりました。しかしその後転倒し、右側腹部を強打して激痛がありました。2日、3日と疼痛は強まる一方で、4日の仕事初めにCTで肋骨骨折を確認いたしました。幸い血気胸になっておらず、災いなるも吉だったのでしょうか。

4月よりは大学医局の厚い人事のご利益から、泌尿器科が3人体制から4人体制となって殺人的業務体制から開放されたことは大吉でした。お蔭をもって副院長業務も可能となりました。毎年お盆時期に夏休みをとっていたのですが、今年は長女の身内だけの結婚式を10月1日に沖縄で執り行う予定であったので、その前後に遅い夏休みをとることにしておりました。大行事も近づいていた9月6日。前の晩JRの遅れから札幌へは帰らず借りている部屋に泊まっておりました。3時頃地震で目覚めると突然の停電、自宅に電話して妻の無事を確認後、懐中電灯片手に病院に出勤しました。真っ暗なせいか星がとともきれいでした。こんなに星のきれいな空は、昔かなやま湖でキャンプしたときに見た以来のものでした。到着後、災害対策副本部長としての業務に就きました。地震に続くブラックアウトは大きな災いでしたが、小樽に泊まっていなければ病院にも行けなかったのでしょうかから、前日の小樽泊は吉でした。

さていよいよ10月1日予定の結婚式で、9月29日に沖縄へ出発の予定でしたが、この日台風24号が沖縄直撃で、翌日30日の出発に変更しました。30日は台風が四国から東京へ向かって接近してきており、千歳からまだ台風の来ていない羽田乗り換えの予定でした。大阪在住の長男夫妻も直接那覇便は飛ばないため、伊丹→羽田→那覇の予定として羽田で合流しました。しかし羽田→那覇便が羽田到着後、突然欠航を決定してしまいました。この日に着かなければ娘夫婦も一緒でしたので新郎新婦も到着できず、他の親戚は別便で出発済みのため、主役のいない結婚式になってしまうところでした。羽田空港カウンターでは伊丹に飛んで、翌朝1便で那覇に向かって

はなどと勧められましたが、それでは間に合いません。あれこれ探したところ、羽田→福岡便は欠航になっておらず、福岡→那覇便にも接続することに気づきました。羽田空港カウンターでは1便あとの福岡便を勧められましたが、長男の押しで直近の便をとり、空港内でスーツケースを押しながら皆ダッシュで移動し、何とか間に合い福岡に到着できました。案の定、次の福岡便はその後欠航となっております。沖縄で夕食の予定で予約しておりましたがキャンセルし、福岡空港での博多ラーメンとなりました。その後那覇便は無事離陸し、那覇に到着することができました。沖縄では台風の影響で停電となっており、またしても停電に悩まされるのでした。ホテルは自家発電で大丈夫でしたが、教会は自家発電がなく、台風一過の好天猛暑の中での式となりました。海の見える大きな窓の教会で照明はなくても問題ありませんでしたが、エアコンがつかないため、バージンロードのエスコートは汗だくでした。それでも沖縄の結婚式はネクタイなどいらぬ「かりゆし」(めでたいという語源の沖縄版アロハシャツ)でOKだったので助かりました。

無事結婚式が済み、引き続き人生初の沖縄旅行を楽しむ予定でした。しかし南方で停滞していた台風25号がおもむろに沖縄めがけ接近してきており、沖縄では1週間に2度目の台風直撃でした。直撃しそうな宮古島予定を変更し、石垣島へ渡りました。嵐のため一日を無駄にホテルで過ごした後、帰りの便を心配しながら翌日から無事石垣島観光ができました。一番印象に残った絶景は川平湾でした。ハブクラゲのための遊泳禁止が美しさ保持に役立っているのでしょうか。幸いタイミング良く台風25号を追いかけられるように石垣→羽田→新千歳と帰ることができました。まさに災いと吉の繰り返しの1年でした。

2018年9月6日

札幌市医師会
札幌心臓血管クリニック

道井 洋吏

いつもより強い揺れだなあと目が覚め、地響きのような振動と結構長く続く揺れに流石に不安になり、ベッドから起き出した。東日本大震災の時も東京に居て被災したが、その時よりも強かったような気がする。

窓の外は深い闇で、停電なのは分かっていたが、広域停電で世の中が真っ暗というのは異様な不気味さを含んでいた。

病院に連絡を入れると、やはり停電とのこと。大きく破損した物もなく、人工呼吸器なども非常電源が効いて問題なく作動しているようで、とりあえずはアンビューバッグ押しに急行する必要もないと安心し、眠気覚しのコーヒーを一杯淹れて(幸いガスは止まっておらず火は使えた)から、病院に駆けつけた。

札幌南インターから高速を利用するのだが、道中、街灯はもちろん信号も消えており、交差点への侵入は緊張した。ひょっとして、と淡い期待を抱いてインターを潜ると、ETCだけはきちんと作動していて料金は徴収されました(^;)でもそのあと高速が止まったことを思うと感謝しなければ…。

病院に到着すると、既に理事長の藤田 勉は来ていた。あるいはいつものように院内に泊まっていたのかな。ラウンドしてみると一応は通常通りに動いているようで、水も出ていた。それでもまずは水の確保と、不要な灯りを消しての節電を徹底させた。当初は要所要所の電灯は点いていたのだ。

当院のような循環器急性期診療では、精密微量持続点滴ポンプを多用するのだが、院内には104台のシリンジポンプがあり、ICUを中心に常時70台程度稼働している。1時間あたり2mlや3mlの微量点滴を手動で管理できるわけもなく、代替手段のある人工呼吸器より厄介だと気付いた時は背筋が寒くなった。

極力投与薬剤を整理し、待機中のポンプは全て非常電源に接続してフル充電した(震災後には小型の発電機を購入しておいた。今後、充電ものはこれで対応できるだろう)。

停電復旧の見通しもないまま時間は過ぎて行った。非常電源がどのようなシステムになっているのか分からないが、次第に大きな非常灯が消灯していき、豆電球のような電灯のみが灯っているような状況になってきていた。とにかく非常電源がストップすると多くの人命が危険に晒される。ディーゼル発

電機の燃料は保ってあと半日という話もあり、早急に燃料を確保することにした。

まだ夜も明けきらない時間であったが、患者さんでもある石油配送業者社長に電話するとすぐに対応してくれ、150リットルの軽油が確保できた。が、それだけの専用容器があるわけもなく、キンダリー透析液のポリタンクに詰めて運んだのだが、これが後で消防署からキツイご指導を受けることになる。皆さんもお気を付けてください。

東区北49条の当院は、翌日14時に電源が復旧した。かなり早い方ではなかったか。インフラの心配はとりあえず解消されたが、物流はなかなか回復しなかった。特に患者さんへの食事提供には数日悩まされた。発災当初は屋上でBBQの炭火を熾し、それで米を炊いておにぎりとして配ったのだが、その後もしばらくは白飯主体の食事となる。といってもほとんどレトルトカレーだったが…。職員は弁当持参である。

翌日には知り合いの青年会議所員の伝手で、JA帯広からジャガイモなどの野菜類をたくさん届けていただいた。が、これらを十分に活用することは叶わなかった。というのも、給食業者がこれらの食材を使ってくれなかったからである。安全上、自前の食材でしか給食しないということであるが、調達の目処が立っているわけでもなく、結局頂いた野菜類は職員に分配することになった。

診療は、電源が復旧してからはすぐに救急は受けることにした。外来診療は翌週月曜日から。ただし処方箋は2週間まで。これらは薬剤の卸し状況を見て随時、期間を伸ばしていった。手術も待てる患者さんはできるだけ一旦退院していただいたが、どうしても退院の叶わない方々を優先的に月曜日から再開していった。

改めて普段自分たちがどれだけ防災意識に欠けていて準備できていなかったか、思い知らされた1週間であった。

いくら想像しても全て想定外のことしか起こらない。開き直るしかないのだが、それでも想像力の一助になればと4ヵ月経った今も鮮明に残っている記憶を書き記してみた。

不思議と自宅での不自由の記憶は残っていないのであった。

北海道胆振東部地震 その時、函館五稜郭病院は…？

函館市医師会
社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院

中田 智明

9/6（木）3:02 スマートフォンが、けたたましく警音を発令。9/6（木）3:07 胆振地方中東部を震源とする地震発生。震度7厚真町、震度6強安平町、震度5強札幌市、震度5弱函館市、続いて道内全体がブラックアウトになるなど大きな被害および混乱をもたらしました。このたびの地震によりお亡くなりになられた方々のご冥福を心からお祈りするとともに、被害に遭われた全ての方々に心からお見舞いを申し上げます。

震災当日、未明の地震発生にもかかわらず当院では直ちにスタッフが集まり、午前4:00過ぎには災害対策本部を立ち上げ、院内の被害状況を把握し、発生から2時間半後の5:40頃には病院の方針を決定しました。7:00には全体会議で方針を説明し各自の行動を確認、職員用の食料・水を確保し、迅速に対応することができました。これは当院では数年前より総合防災訓練の内容を大幅に見直し、DMATや市立函館病院と連携した訓練を毎年行ってきたおかげです。幸い当院では大きな被害はありませんでしたが、ブラックアウトにより市内交通網が麻痺するなど通常診療は困難と判断。地震当日は一般外来診療を原則中止とし、緊急性のある患者、残薬不足の患者のみ対応する方針としました。なお、入院患者用給食には支障はありませんでした。

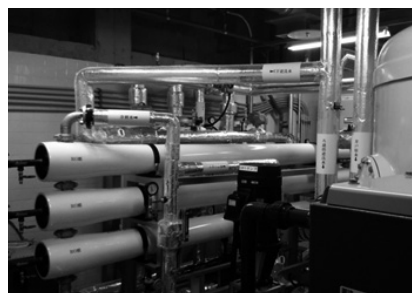
当院ではかねてよりライフライン対策に取り組んでおり、自家発電装置は3台稼働、重油貯蔵も十分にピーク時の8割にあたる1,200kwの電力を約7日間維持できる体制でした。また市水道とは別に井戸水浄化装置による当院独自の水源を持っており、これらによりインフラは維持でき、他施設から透析患者を受け入れることができました。9/6～7の2日間で自院142名、他院78名（市内3ヵ所の施設より受入）の透析患者を受け入れました。特に一日目は3時間透析に切り替えることで、夜遅くまでかかりましたが、全ての患者に無事対応できました。これ

も、透析部門スタッフの献身的な働きのおかげです。

院内スタッフへの情報伝達は、携帯電話による安否確認システムを用いて随時情報を発信したほか、電子カルテやイントラネットのトップページに病院の方針や各部署の復旧状況などをタイムライン形式で掲載しました。また地震当日に計3回、職場長を集めて全体会議を開くなど、停電が長引く中、比較的スムーズに情報提供を行えました。一方、当院利用者に対しては、朝7時台から玄関前にてスタッフが通常診療中止の説明を行い、概ね混乱もなくご理解いただけたと思います。

震災当日の夜20:15に電気が完全復旧し、翌日から通常診療を再開できました。電気や水などの計画的なライフライン対策、スタッフの高い職業意識などにより、全体的に見れば当院の対応には及第点が付けられるとは思いますが、多くの課題も明らかとなりました。今回の被災時点では充分なBCP（事業継続計画）が確立されておらず、大規模地震発生時のスタッフ参集ルールや各部署の役割などが不明瞭であったこと、非常電源マップを整備し周知し、非常電源自体は確保されていたが、いくつか必要性の高いエリアに供給されていなかったこと（非常電源コンセントの未設置）、職員向けの非常食がほとんど準備されていなかったこと、外部との通信用衛星電話など代替手段が確保されていなかったこと、その他懐中電灯やラジオなど災害時用備品が不足していたことなどが挙げられました。現在、BCPの整備を次年度の事業計画にも盛り込み、順次対策に着手しているところです。また、各職員がそれぞれの家庭、個人レベルでの防災対策の必要性を痛感したところです。

実は今回の震災直前の8月に「防災・BCPワーキンググループ」を立ち上げており、それまでの総合防災訓練の反省を踏まえ、当院のBCPに基づく災害対策体制を確立すべく本格的に取り組み始めたばかりでした。現在、今回得られた教訓も組み入れ、新BCPの骨格もできあがり、年度内の完成に向けて努力しています。2019年度早々には当院としてのBCP第1版としてリリースする予定です。これからも地域の急性期医療を担う病院として、大地震などの非常時においても地域の防災・支援の役割を果たせるよう職員が一丸となり、他の医療機関や関係各所と協力しながら対策を進めてまいりたいと思います。



神経内科か脳神経内科か

札幌市医師会
勤医協札幌西区病院

塩川 哲男

私が所属する学会の一つである日本神経学会は、以前から標榜診療科名を「神経内科」から「脳神経内科」にするかどうかの議論を重ねてきたが、2017年9月の理事会で「脳神経内科」に変えることを決定、9,000人近い会員に対しても、2018年3月、高橋良輔代表理事（当時）名で、協力を求めている。

そもそも「神経内科」は日本独特の用語であり、英語ではNeurologyである（Neurological medicineといってもあまり通じない）。日本で「神経内科」の標榜が認められたのが1975年だから、それから40年以上たって、かなり人口に膾炙してきたとはいえ、いまだに精神科や心療内科と混同されてしまう現実をふまえての変更ということだが、現在、新たに「神経科」は標榜できない（＝神経科は消えゆく運命にある）ので、あえて脳神経内科とする必要はなかったのではと思う。日本神経学会に40年近く所属しているものとしては、理事の先生方の気持ちもわからないではないが、もう少し辛抱できなかったのかと思う。

言葉は長くなると必ず略される。これからは「神内」ではなく「脳内」「脳内科」と略されるとなると、末梢神経や筋疾患は診ないのかと誤解されそうである。

ちなみに「脳神経外科」も日本独特で、英語のNeurosurgeryを素直に訳すと「神経外科」となるのだが、脳神経外科（略して脳外科）はすっかり市民権を得てしまい、先の代表理事声明でも、「診療内容が世間に広く知られている『脳神経外科』の内科側のカウンターパートである、との位置づけが明確になります」と脳外科の後追いをすることを正直に“告白”している。

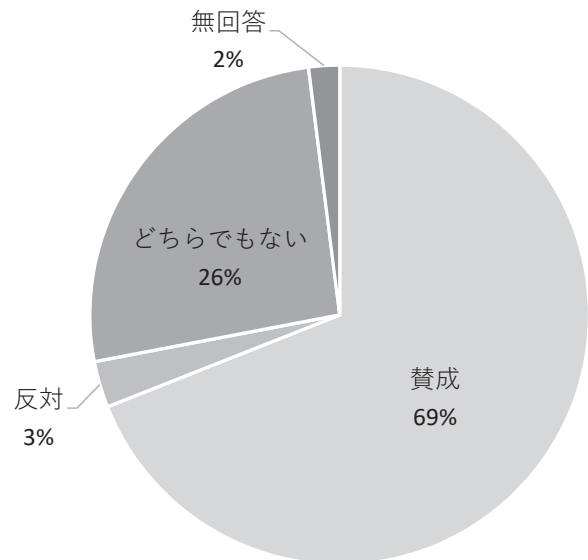
私は某看護学校で、神経内科の講義もしているので、昨年春、2年生58人に、神経内科から脳神経内科への変更について、賛成か反対か、理由もつけて記載してもらった。結果は、賛成が40人（69.0%）、反対が2人（3.4%）、どちらでもないが15人（25.9%）、無記載が1人（1.7%）だった（右の円グラフ）。賛成の理由として、『脳』がつくとわかりやすい」「脳を専門としている科という認識がよくなり良い」「神経内科は精神的な病気というイメージ。脳神経内科は聞こえもよい」「神経内科だと何を対象に診察してくれるのかわからない」など。一方、反対の理由として、『脳』がつくと行きづらいし、重症感が増して聞こえる」（昔、精神科病院のことを

「脳病院」と言った＝筆者注）「神経の起始部は脳にあるが、神経は体中にはりめぐらされているため、『神経内科』のほうがよい」。どちらでもない理由として「違いがよくわからない」「どちらも『神経』の異常だ」「患者にとってはあまり関係ない」「『脳』がつくことによって、頭に障害があることが強調されてしまう」「『脳神経科』はどうか」（これは厚労省からは認められないだろう＝筆者注）といった意見が書かれてあって、看護学生とはいえ、なかなか本質的なところを見ているなど感心した。

そうはいつても看護学生（彼らは専門職と一般人の中間に位置する）の大多数は「脳神経内科」のほうがよいというのだから、これは患者さんを少しでも迷わせないための、避けることのできない流れなのだろうとアンケートをまとめてみて得心が行った。

それにしても学会名（日本神経学会）と機関誌名（臨床神経学）と標榜科名（脳神経内科）が全部異なっているのも珍しいのではないか。この際、学会名は「日本脳神経内科学会」、学会誌は「脳神経内科学」としたら、標榜科との整合性は取れるが、さすがに学会名は長過ぎて恥ずかしい。

当院はまだ「神経内科」で標榜しているが、長年連れ添ってきた同志的な愛着もあり、いつから「脳神経内科」にするか、思案中である。



療養型病院での看取り

室蘭市医師会
皆川病院

渋谷 均

市立室蘭総合病院で外科医として30年以上診療に従事してきた私は退職後、療養型病院に勤務することになりました。ここは登別市にあるベッド数84床（医療療養型54床、介護療養型30床）の医療法人社団楽生会皆川病院です。

地域医療情報システム（日本医師会）によると、西胆振地区は2015年の統計で人口189,696人、65歳以上の年齢割合は34.6%で、全国平均26.6%に比較し高齢化が進んでいる地域です。2020年には人口177,562人、65歳以上36.0%と予想されています。高齢化社会を反映し、当院に入院している患者も超高齢者が多く、その疾患もさまざまです。2019年1月4日時点における療養型病棟入院患者51名の平均年齢は85.9歳（90歳以上21名：41.2%）、介護型病棟30名で87.5歳（90歳以上14名：46.7%）でした。高齢者は何らかの基礎疾患を有しており、肺、心、腎、脳疾患などで急性期病院に一旦入院するとADLは著明に低下し、自立できず、家族内マンパワー不足の問題もあり、自宅退院が極めて難しくなる傾向にあります。国は医療費削減の政策として在宅診療、訪問看護、訪問介護などを積極的に推し進めていますが、この地域ではなかなか思うようにいかないのが現状です。そのため急性期病院で治療を受けた後、自宅退院できない高齢患者はリハビリテーションを兼ねて当院に紹介されてきますが、その多くは終末期の状況にあります。最近では癌の終末期患者を診る機会が多くなりました。西胆振地区には緩和ケア病棟が2ヵ所ありますが、受け入れ人数的にはまだ十分とは言えない状況にあり、多くの患者は一般病院で亡くなっています。私は市立室蘭総合病院で緩和ケア研修会を主催し、ファシリテーターをしていましたので、癌の終末期患者を受け入れ、看取ることが多くなりました。

当院療養型病棟には現在51名中11名（21.5%）の癌患者が入院しており、6名は治癒していますが、5名は担癌状態で終末期の状況にあります。介護型病棟では30名中4名（13.3%）の癌患者がいますが、治癒していると思います。

当院には、癌以外にもさまざまな疾患により終末期を迎える患者を多数受け入れてきました。そのため、当院では毎年40名以上の患者が亡くなります。昨年は41名が亡くなりました。41名のうち14名（34.1%）は癌患者で、そのうち弱オピオイド（トラマドール）を投与した患者は3名、また強オピオ

イド（オキシコドン、塩酸モルヒネ注など）を必要とした患者は3名で、計6名の患者に癌性疼痛対策が必要でした。

2007年にがん対策推進基本計画が策定されましたが、それ以降PEACE PROJECTにより癌を扱う医師の多くが緩和ケア研修会に参加したことにより、癌患者に対するケアのスキルは向上したと思います。今後は療養型病院でも終末期癌患者の看取りがますます必要になると思います。しかし、癌患者を診療していてもオピオイドを使用しないと医療区分が上がらない、またその区分も低いことに関しては納得がいかず、国には医療区分の改善を望みます。

終末期患者の看取りでもう一つ触れておきたいことは、皮下輸液法です。終末期の患者ではport造設などで血管確保ができていれば良いのですが、多くの場合末梢血管での血管確保が難しい、あるいはすぐに漏れてしまうなどお上げの時があります。しかし、このような状況下でも、家族の想いは患者に少しでも長生きしてほしいとの期待があります。われわれ医療者はその期待に応えなくてはならないことがあります。皮下輸液法はこのような時に非常に有効です。具体的にはソリタT3など薄めの輸液500mlぐらい（1ml/分）を皮下注射することで患者の循環動態が保たれ、生存期間が延長します。輸液量は1日1,000mlぐらいまで可能です。この輸液法により、30日以上生存した患者もいます。参考になれば幸いです。



過疎地の病院勤務で思うこと

上川北部医師会
士別市立病院

岩野 博俊

過疎地の病院勤務を始めたが、医師不足は深刻だと思う。地方病院の規模が縮小すると、基幹病院の守備範囲は自ずと広がる。根底に過疎地の医師不足がある以上、基幹病院はさらに疲弊し、小さな病院では診療レベルの低下が懸念される。今後AIの導入などで多少の活路は見出されるかもしれないが、少し先の話であろう。

地方の勤務医、開業医は、目の前の業務に集中するあまり勉強の機会が減り、専門外の分野に至ってはいつの知識か分からぬまま働き続けることになりかねない。逆に、ハイボリュームセンターでは専門分野の診療、学問漬けであり、一般診療とはかけ離れている。

私は最近まで後者であった。これまで3カ所の大学病院で著名な上司のもと、国内を牽引、指導する組織側の一員として働いてきた。この度、一身上の都合で医局を辞め、地方の病院に就職したのだが、まさにいつの知識か分からない状態である。専門外の勉強の機会は探せばあるのだが、能動的に参加するのはエネルギーがいる。結局は必要に迫られて、本を見たり、周りに聞いたりしてなんとかこなしている。そばに気軽に聞ける専門科がいれば話は早いのだが、診療科がない、または頼りにならない場合は他院に相談するしかない。ハードルは一気に上がる。相談を受ける側、搬送依頼を受ける側からすれば、「そんなことも知らんのか」「こんなのを送りやがって」などと思われているであろう。

私も、これまで大学の救急診療に携わっていた時は、最後の砦として、患者が不利益を被らないように、依頼があれば患者と家族の顔を想像し、原則断らずに受け入れてきた。都会では、たらい回しの遠方の救急車や、専門科がある病院に拒否された救急車を受けたこともあった。受ける側からすれば、「これくらいそっちでやれよ」「少しくらい努力しろよ」と思ったことはある。しかし、何にもせずに送りつけてくる常連の医師が救急車に同乗してきた時に、患者の顔だけではなく困っている医師の顔も想像せねばならないことに気が付いた。その医師は同じ診療科であったが明らかに実力がなく、何もしないのではなく、できないのであった。その後も同じ医師からの依頼はあったが、すんなりと受け入れられるようになった。相手の顔を直に見たことで、自分の気分が変わっただけである。

そこで終われば、丸投げを受け続ける基幹病院は

疲弊するだけであり、下位の病院のレベルは低いままである。北海道でそれはまずい。患者にとっても良くない。医師の供給がない限りは、各々ができることを増やしていくほかはない。専門外の仕事はストレスであり最初は時間も精神的な労力も要するが、専門科に導いてもらうことができれば、次第に方針も理解でき、治療にも慣れてくる。教育の面からは邪道だが、手っ取り早いのは身近の専門科に聞くことである。

先日、私のもとに転院してきた血液疾患を疑う患者の治療方針、説明にあたり、近隣の病院の専門科に相談したところ、懇切丁寧に応じていただいた。顔も合わせたことがない相手に非常に丁寧に教えてくださったことに深く感謝し、治療を継続した。当方は方針、治療を理解し実践するのみで、患者は50km先の病院に搬送されずに、先方も患者を受けずに済んだ。相談すら適当にあしらった感を受ける病院もあったが、もし仲の良い友達であれば、もっと親身になるのではないか。知らない者には教えなければ、同じことの繰り返しとなり、負担は減らない。実力不足の医師に勉強不足と切り捨てるのではなく、相手を知り教育することができれば結果的に双方の負担は減ると思う。ただし、診療科がそろっていない病院はこれが難しい。

さて、海外では、数千床の大病院に医師も患者も集約されているが、日本では非現実的である。それなら、専門科が同じ住所にいないだけで同様の役割を果たすシステムができないか。地域の各病院や開業医がもっと結託することができないものか。まずは病院間で搬送基準の策定や、いわゆる当直マニュアル的な取り決めだけでも良いと思う。複数の病院、開業医でチームを組み、分業することができれば、相手の顔と力を知ることになり、全体の底上げにもつながるのではないか。得意分野がある病院には基幹病院でなくとも任せてしまえばよい。究極的には、画像とデータの転送と電話一本のみで気軽に相談、依頼できる関係が望ましい。相手を知ること、自然と補完しあう関係となり、場合によっては研修会なども自然発生するのではないか。もちろんそこに至るには、時間的、人的労力以外にも、病院の収支の問題もあると思う。暇な医師はいないことは承知の上で、もうひと努力で将来の負担を減らすことはできないか。負担が減れば心の余裕ができ、もっと優しさも生まれるのではないかと夢想する今日この頃である。

医師の働き方改革

北海道大学医師会
広島国際大学 医療経営学部

江原 朗

この文章をみなさまがご覧になるころには、医師の時間外労働の上限が国によって示され、適切な労務管理に関するセミナー等が開催されていることと存じます。

この原稿を書いております平成31年1月現在、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、医師の時間外労働の上限を2,000時間/年程度とすることで調整されようとしています。

一方、一般の労働者では1ヵ月に100時間、ないしは、2から6ヵ月にわたって月80時間/月の時間外労働があった場合、過労死の認定がなされる目安とされています(厚生労働省、脳・心臓疾患の認定基準の改正について)。年間960時間の時間外労働を超えると過労死の認定がなされる可能性が高いということですから、医師においては「2回過労死してもよい」と国がお墨付きを与えたようなものです。こうした状況は好ましいものとは言えないと思います。

たしかに、昭和の時代の医療を支えた諸先輩も長時間の診療に従事されたと存じます。しかし、医師数と高齢者との比率を考慮しなければ、医師を含む医療資源の有効活用はできません。1985年の65歳以上人口は1,247万人、1986年の医師数は19.1万人(国勢調査および医師歯科医師薬剤師調査)、2015年の65歳以上人口は3,387万人、2016年の医師数は31.9万人です。医師1人あたりの65歳人口は65人から106人へと1.6倍に増えています。「医師は労働者ではない」とか「今の若いものはたるんでいる」とかいった精神論では解決できないくらい医師への負担はこの約30年で増えています。「やさしさ」とか「ノブレスオブリオージュ」といった言葉ではなく、数値を用いて冷静な議論をする以外に、医療提供体制の継続性を保つことはできません。

OECDの人口あたりの医師数の議論がなされま

す。確かに、日本の人口あたりの医師数は少ないのです。しかし、人口あたりの医師数だけではなく、人口あたりのベッド数や人口あたりの外来受診数を加味する必要があります。図は、入院患者に換算した際の患者1人あたりの医師数です。外来患者と入院患者にかかる手間を比較することは難しいですが、保健所に立ち入りの際に必要なとされる医師数は「入院患者16人に1人」および「外来患者40人に1人」とされています(医療法)。つまり、「外来患者は入院患者0.4人に相当する」と規定しているのです。この条件を踏まえて、人口あたりの外来受診数と人口あたりのベッド数(病床利用率の資料がないため、100%と仮定して、病床数を入院患者数と仮定しています)から入院患者数に換算した患者数を求め、患者1人あたりの医師数を求めてみました。この結果、日本は医師0.09人/患者1人と欧米先進国の半分にも及ばないことが分かりました。

精神論では医療現場は回りません。少子高齢化が進み、医療需要が増えていく中でいかに医療職を有効活用するかが問われています。無制限に働かせれば、その地域の病院から医師が流出します。「医師は高給取りだから無制限に働かせてもいい」と住民が考えれば、その地域の医療は崩壊します。また、医療の充実を政治公約に掲げて首長が選出されても、働く環境の整備がなされていなければ、医師を集めることも、医師の流出を食い止めることも不可能でしょう。

継続性のある医療を提供するには、医師の働く環境の整備は不可欠です。そのためには、医師1人が追うことができる仕事量を計算し、それに見合う勤務環境を確保することが不可欠です。2日に1回夜間にオンコールが来るような勤務体制に継続性はありません。医療資源の有効活用のため、医師以外でもできる仕事の他職種への業務移管(タスク・シフティング)および集約化および搬送体制の広域化をすることも必要でしょう。各地域が医療を確保するために、医療資源をどう有効活用するかを検討する必要があります。医師の過労死を防ぐこと、それに伴って若手医師が特定の診療科および地域医療を敬遠することがないよう道民が一丸となって考えることが必要です。

入院中の患者数に換算した患者1人あたりの医師数の国際比較(2014年値)

国	A) 医師数/千人	B) 入院患者数 (病床利用率100%の条件下、/千人)	C) 外来患者数 (/千人・日)	D) 入院換算 患者数 B+(C×0.4)	A/D (医師/患者)
フランス	3.12	6.22	17.26	13.12	0.24
ドイツ	4.11	8.23	27.12	19.08	0.22
イタリア	3.88	3.21	18.63	10.66	0.36
日本	2.36	13.21	34.79	27.13	0.09
イギリス	2.79	2.73	-	-	-
アメリカ	2.57	2.83	10.96	7.21	0.36

OECD Health Statistics 2017.による。

・外来数/千人・日は、外来受診数/人・年に1000をかけ、365日で割ったものである。

・外来患者数は0.4倍して入院患者数に換算した。

・A/D:入院中の患者数に換算した患者1人あたりの医師数

・各国の外来数はOECDデータの「Consultations」より引用。

・外来数/千人・日は、アメリカ2011年値、イタリア2013年値である。

OECD Health Statistics 2017.

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

整形外科雑感

札幌市医師会
札幌中央病院

畑中 涉

医師1年目の1995年1月に起こった阪神・淡路大震災に、整形外科医として北海道民医連からの医療支援団の一員で神戸の東灘区に震災3日目に派遣された経験もあり、整形外科の中では人工関節よりも外傷医療が好きでした。当院は、循環器外科治療を中心に、透析治療も行っているため、比較的重症な患者さんの受け入れも行っており、2017年4月より、主に上肢を中心とした変性疾患と四肢の外傷治療に従事しています。

ところで、整形外科に対する印象について伝え聞くことが時々あります。整形外科医は「ロキムコ医だ」「寝たきり患者に骨粗鬆症治療なんて意味あるのか」などなど。

痛み止めはロキソニンとムコスタしか出さないから「ロキムコ医」。確かにそのような方もいらっしゃるかと思いますが、自分は体格・年齢・採血結果があればデータを参照に処方工夫をしています。どのように使い分けるのかと研修医に聞かれたことがあります。体格が大きい若年男性と体格が小さい高齢女性が同じ処方内容になるわけではなく、また消化器症状の有無も考慮に入れますと答えていました。アセトアミノフェンは用量依存性に効果が出る薬で、長らく1日用量が1,500mgだったのが、2011年に諸外国並みに4,000mgまで拡大されました。さすがに1日4,000mgまで処方することはありませんが、一定の体格のある方に少量だけ出されていて「薬を飲んでいるのだが良くならないから」と来られる方もいます。ただらと同じ処方を繰り返すのではなく、急性期は十分な除痛を行い、慢性期は薬物療法以外の治療も取り込みながら合併症に注意しながら処方しています。もちろん、採血結果がある場合はeGFR値も参照にしながら処方内容を変えています。

「寝たきり患者に骨粗鬆症治療なんて意味あるのか」。寝たきり患者さんの骨はストーブパイプのような薄い皮質骨となっており、おむつ交換時に簡単に大腿骨が折れてしまうこともあることから「おむつ骨折」と呼ばれています。「おむつ骨折」は、通常の骨接合では困難な場合もあります。骨折を起してしまった施設側と患者家族との信頼関係が損なわれることもたまにあり、骨折治療後に元の施設には戻りたくないという相談されることもあります。そのような骨折を起ささないためにも、骨代謝を測りながら最低限の骨粗鬆症治療は行う必要があると考えています。昔ながらのカルシウム剤を投与しているだけではだめなのです。

今の思い

旭川市医師会
旭川圭泉会病院

椿原 宏典

私は平成元年25歳で医師となりました。以来30年が経ち、今年元号が改まる時を迎えると感慨深いものがあります。

もしかしたら長く生きすぎているかもしれせん。札幌医大で学生生活を送り、そのまま同大学の眼科に入局し、当時は何が何でも病気を治そう、予後をよくしよう、予後を長くしようと皆で頑張っていたと思います。今はその結果、寿命がとても延びたと実感します。それがよかったのかどうか、自分の今までの人生、これからの人生を照らし合わせて考えると、なんとも言えない状態になりました。

私は20歳でクローン病を発症し、闘病生活はさらに長く35年です。昔は難病、今は特定疾患と呼ばれる病気なので、本当に療養は苦しく長いものでした。最悪、死んでも仕方がないと思われる場面も複数回ありましたし、こんな感じで生きていても無駄なんじゃないのと考えていた時期もあります。それでも特効薬がいきなり登場したりして、とても幸運なことに現在は普通に働いています。

私が今生きているのは、私の治療に当たってくれた、あるいは現在当たってくれている先生、医療機関の皆様、各種政策、行政支援の結果であると考えております。日々発展を続ける医療、安定した日本の政治行政がなければ、現在の私は存在しなかったと思います。

55歳になりましたが、今まで私に恩恵を与えてくださった皆様への感謝を忘れず、医師の資格を持ったものとしてできるだけのことをしていきたいと考えております。個人的には診療以外に医師としてできることは限りなくあり、できるだけ積極的にやっていたらと考えております。

最後ではございますが、今までに私に関わっていただき助けていただいたすべての皆様に感謝申し上げます。

終わりの中の始まり

美唄市医師会
美唄すずらんクリニック

福場 将太

医療の世界にまことしやかに流布する伝承がある。「医者健康」。風邪や腰痛、高血圧といった日常的な病気はともかくとして、人生を揺るがすような難病に自分になるはずがない、なってはならない…無意識にそう思っている医者は多いのではないだろうか。例えば名作『白い巨塔』に登場する財前教授は自らが癌になったことに驚愕するが、統計も熟知している癌の専門医であればむしろ一般の人よりも「まあなってもおかしくないか」と思って然るべきところである。

確かに医者は健康に関する知識があり、身近に医療があるわけだから、早期発見・早期治療という意味では病気になりにくいかもしれない。それでも難病が発症しない保証はない。事故に遭って障害を抱えない保証はない。一万分の一の確率でも医者の人口を考えれば自分がそうなっても何らおかしくないのに、科学者であるはずの医者が自らの健康についてだけは盲目的に不敗神話を信じてしまう。

しかし実際には難病や障害を抱える医者はたくさんいる。医学部入学時点で既にそうだった者もいれば、長い医者人生の中でそうなる者もいる。そして僕自身はその真ん中のような存在だ。進行性の網膜疾患であることは学生の頃から承知していたが、実際に生活や仕事が困難になるほど病状が進行したのは、医者の仕事を始めて数年が経過した頃からである。

正直なところ、本格的に見えなくなってもしばらくは何ともないふりをしていた。患者さんに対してもスタッフに対してもできるだけ悟られないよう努めていた。やはりそこには不敗神話への信奉があったと思う。しかし幸いにも精神科医だ。集団療法の中で誰かの弱さが誰かの力になる場面、受け入れることで障害が克服される場面、打ち明けることで痛みを乗り越えていく場面に幾度となく立ち会った。

その中で徐々に認知の修正が起こり、視覚障害を持つ医療従事者の集まりにも参加してみた。最初は居心地の良さを感じると同時に、ここに馴染んではいけないと意地も張っていた。しかし、同じような状態あるいはもっと大変な状態でもこの仕事を続けている人がたくさんいることを知り、ちっぼけなプライドにこだわっている自分がかえってかっこ悪く思えてきた。

そして平成30年秋、学生時代の先輩に誘われて僕は眼科の講演会に立った。視力を失った患者さんの

中には絶望して心の健康まで失ってしまう人がいる。その人たちは精神科や心療内科では対象外とされやすく、かといって眼科で十分なメンタルケアが行なわれているわけでもなく、一人で心を閉ざしてしまうという。だから視覚障害の当事者でもあり心の医療者でもある僕に病気との向き合い方を話してほしいとの依頼だった。

以前の僕ならとんでもないと断わっていただろう。でも自分でも不思議なほど快諾でき、あれだけひた隠しにしていたことを大勢の患者さんの前で笑って話すことができた。さらに、こんな自分だからこそ研究できるテーマがまだ残っているのかもしれないと自分自身の行き先にほのかな希望も灯せた。

もちろん開き直ってはいけないと思う。迷いは常にある。きっとオートリバーステープのように心はまた反転して、病気を恨めしく情けなく思う日もあるだろう。今だって出会った全ての患者さんに自分の障害を告白できるわけではない。それでもこれからは、もしそれに気付いた患者さんがいたら、「ご名答。僕は目が見えない医者なんです。よく分かりましたね」と微笑みたいと思う。

僕の医者人生で不敗神話にすぎた時代が終わる。実はもうとっくに終わっていて、病気のおかげで出会えた人たち、病気が教えてくれた心たちが人生を彩っているのだけど、それを認めるには随分時間を要した。寂しい気持ちもあるけれど、平成という時代が終わって新しい時代が来るように、終わりの中には必ず始まりがある。大いなる間違いかもしれない。自惚れた勘違いかもしれない。それでも今は新しい人生の始まりを信じていたいと思う。

どう考えても無理があった生き方でも、あたたかい患者さんたち、そしてあたたかい仲間たちのおかげでどうにかこうにか歩いているのだから。

まだ当事者としても医者としても未熟な自分。それでも、もしこの文章を読んでもくださった方の中に不敗神話に苦しんでいるお医者さんがおられたなら、一言だけ伝えたい。

大丈夫、道はある！



老老センターで認知症を診る

函館市医師会
函館渡辺病院

三上 昭廣

1999年、アリセプトが「抗認知症剤」として初めて上市された頃から、認知症の「早期発見、早期治療」がテレビや新聞を賑わすようになってきました。時代に遅れまいと当院でも「物忘れ外来」を細々と始め、2012年には道から「認知症疾患医療センター」の指定を受けました。私が認知症診療に本気で向き合ったのは還暦を過ぎた頃でしたが、いつの間にか古希を迎え、立派な老人になってしまいました。「老老介護」が深刻な問題になっていますが、「老老センター」で認知症を診ることになったわけです。

医療一般にとって、「早期発見・早期治療」はきわめてまっとうな考えですが、それが「認知症」となると、首をかしげてしまいます。昔から、高齢者の認知機能低下は「耄碌」や「呆け」と言われ、加齢に伴う当たり前のこととして自然に受け入れられてきました。医学の専門用語では「痴呆」といわれてきましたが、それが高齢者に「侮蔑的」という理由から、「長谷川式簡易知能評価スケール」で有名な長谷川和夫先生の肝いりで、2005年「認知症」という立派な診断名に改訂されました。「認知症」という医学用語により、「侮蔑的」な響きは払拭されたかもしれませんが、製薬会社の社運をかけた販売戦略が功を奏し、「年を重ねると誰にもやってくる認知機能の低下」という自然な人間の有り様が、「手遅れになったら大変なことになる恐ろしい病気」と極端に「医療化」されたことは明らかです。嫌がる高齢の父・母をセンターに連れてきた子供たちは、あたかも癌の早期治療を求めるように、「認知症という恐ろしい病気」の早期発見・早期治療を求めて来るようになりました。

そもそも、抗認知症剤には脳病変の進行を抑制する作用はありませんから、高齢者にとって「早期発見・早期治療」にどれほどの利得があるのかははなはだ疑問です。それどころか、「認知症」と診断された途端に、誇り高く生き抜いてきた翁・媪への信頼や人としての評価が、「認知症だから」という理由で一気に切り下げられてしまうのですから、当人の情けなさは計り知れません。「認知症」という医学用語は、高齢者に対して「侮蔑的」ではなくなったかもしれませんが、「差別的」に使われていることは確かです。「早期発見・早期絶望」というアイロニーを深刻な問題提起として受け止めなければなりません。

少くも呆けても、人の手助けが必要になって

も、「認知症」などという診断と関わりなく、「年とって耄碌したじいちゃん・ばあちゃん」として、社会や家庭の中で最期を迎えるのが理想です。そうは言っても、核家族に「耄碌したじいちゃん・ばあちゃん」の介護を期待することは非現実的です。「老老介護」「おひとりさま」となった高齢者には、いつかは必ず介護サービスの手助けが必要となります。その際、どうしても「認知症」の診断がセンターに求められるのが辛いところです。

実は、5年前に深刻な病が見つかり、医師会の連中は「復帰はありえない」と噂し合ったそうです。ところが、「神に手」に巡り会えたのが僥倖でした。生還してから一日も休まず働いています。大病をすると「ものの見方が変わる」といわれますが、私もその例外ではありません。日々生きているのがありがたくて仕方がないのはもちろんですが、高齢の人を前にすると、「苦勞を乗り越えてこんなにも長く生きてきた」というだけで尊崇の念を抱かずにはられません。もっと正直に言うと、そんなに長生きできそうもない私は、私より遙かに長命な人が羨ましくて仕方がないのです。そんなわけで、私のセンターでは、必要な検査や診断を行い、その結果を丁寧に説明するのは当然ですが、それ以上に、これまでの80年、90年もの間、戦争をくぐり抜け、社会のために懸命に働き、家族を必死に守ってきた長い長い人生を「寿ぐ（ことほぐ）」ことを一番大切にしています。「こんなに長生きできて羨ましい限りです。物忘れは変な病気ではありません。長生きの証しのようなものですから、まだまだ元気に長生きできますよ」と言うと、それまで「恐るべき認知症」の宣言を前に緊張しきってきたご本人もご家族も表情が緩みます。検査結果は「疑いようのないアルツハイマー病」であることを説明したのに、ご本人も、ご家族も「診てもらって良かったね」と笑顔で診察室を出て行かれたとき、私はこの仕事をしている意義をしみじみと感じます。

先に触れた高齢者精神科医療の重鎮、長谷川和夫先生が、89歳になった昨年、ご自身が「嗜銀顆粒性認知症」であることを公表し、「不自由なところは人にお願ひし、腹をくくって一日一日を大切に、自分のできる範囲で人の役に立つことをやっていきたい」と話されています。加齢とともに誰にでもやってくる認知機能の低下を冷静に受け入れ、前向きに暮らしてしていく決意を、先生自身が語られた意義は極めて大きく、やはり長谷川先生は今も私ども認知症に携わる医者リーダーであることを改めて痛感しています。

毎日のように眼鏡を探しまわっている私に、妻に「大丈夫？」と真顔で言われると、老老センターでの認知症診療も「いつまでできるか」と考えてしまいます。

百歳への道なり

岩見沢市医師会
くびどクリニック

後藤 康之

最近、人生百年時代の声がかかりはじめてきた。しかも間もなく百歳に達しようかというにもかかわらず、それぞれの分野で変わらぬ活動を続けている人たちが取り上げられている。私の周囲にも、いわばその候補者ともいべき方が何人か居られる。その中のお一人が、音楽家の坂本博士氏87歳である。つい先日、楽壇生活65周年記念コンサートを終えたばかりである。

1961年に私は東京虎の門病院でインターン生活を送っていた。その折に住んでいたのは、世田谷区三宿という、その頃はまだ閑静な住宅街にあったアパートであった。住み始めて1ヵ月余りも経った頃であろうか。日曜日の朝早く洗面所で洗濯をしながら、好天気でもあり、つい大声を出して“カーロミオベン…”などと歌っていた。と、そのうちに広い庭を挟んだ隣の家から、素晴らしいバリトンが聞こえてきた。そこでこちらも負けじとばかり声を張り上げて…。そんなことが2～3度あったかと思う。しばらくして、その家の表札を見ると「坂本」とだけ書かれていた。

その後、さらにいくばくかの日が過ぎ、たまたま見ていたテレビからあの声が聞こえてきた。ミュージカルの番組であり、出演者の名前に坂本博士とあった。あれ！ プロなんだと少なからず愕然とした。えらいことをしてしまったかなと思ったが、こちらの顔や名前を知られているわけではなしと、そのまま時が経った。

話は急に50年余り進む。先に述べたおおよそのことを高校の合唱団のOB会報に載せたところ、東京在住のOBの一人が、坂本先生が主宰する合唱教室に加わっていたために、先生にその記事をお見せしたのであった。先生は昔の出来事を覚えておられ、大変に懐かしがっておられたとのことであった。そしてたくさんのご自身の作曲した楽譜やCDと一緒に、色紙を頂いた。聞くところによると、ご家族や周囲の人たちにも触れ回られたという。その翌年、60周年記念リサイタルが東京の浜離宮朝日ホールにて開催され、招待券が届けられた。

その日は12月初めにしては比較的暖かく、新橋よりゆっくり歩いて会場を目指した。ホールのロビーには、過去のいくつかのステージを紹介するパネルが並べられており、伊藤京子、草笛光子、ベギー葉山、佐藤しのぶ氏らと協演の写真が人目を引いていた。

プログラムには、多くの著名人よりお祝いのメッ

セージが寄せられていた。その中には、音楽にも造詣が深い故日野原先生のものも見られた。「歌が歌えてピアノが弾けて、指揮も作曲もできる坂本先生は我々の誇りであり、私は今度生まれ変わったらそのような音楽家になりたい…」とあった。当夜の聴衆の多くが同じ想いを抱いたに相違いない。もちろん叶わぬ夢であろうとも。

最後に挨拶に立たれた先生は大変に上機嫌であり、ぜひ65周年のリサイタルをとの決心を披露して、盛大な拍手を受けていた。

ところでその2年後に、サカモト・ミュージック・スクールのコンサートがあった。坂本先生が校長を務めるスクールには、声楽科、合唱科、ピアノ科のほかに、フルート科、ヴァイオリン科、聴音・ソルフェージュ科、さらにはクラシックバレエ科もあり、3歳から70歳過ぎまで100名以上が在籍している。そのほとんどと講師陣により、盛大なステージが繰り広げられた。先生は自身は演奏されず、総監督・構成・演出および合唱の指揮を担当された。このようにその後も毎年のように音楽活動を続けられた。こうして先に述べたように、今回の65周年記念コンサートに至ったのである。

このたびも自身が作詞作曲をした歌曲をはじめとし、懐かしい「ウィーンのしらべにのせて」、それに「ミュージカル ラ・マンチャの男より」の何曲かが選ばれた。いつものごとく盛大な拍手を受けた先生は、それとははつきり申されなかったと思うが、さらに5年後を考えられておられるようであり、ファンの方々もそれを心待ちにしているように感じられた。

5年後には先生は92歳となるはず。そして私は87歳である。何とかして先生の後を追って年を重ねてゆきたいものである。だが100歳を目指すには私にとっては至難と思われる。ずっとずっと年少の頃よりの心身の条件、そして覚悟も必要なのではあるまいか。

最近の新聞欄の投稿句より、『百歳を目指す決す七五三』 読売歌壇俳壇（平成30年12月11日）

