



渡島医師会
望ヶ丘医院

田中 慈雄

2001年に当地に戻って父の後を継いで開業医になり18年たった。それまでは病院の放射線科医として8年勤務していた。開業するとさまざまな業務があるが、それでも放射線医学にしがみつくと、近隣医療機関の画像診断をし、自院では超音波以外でもCTや透視装置を装備して診断業務を行っている。胸部CT上、両側肺尖や両側下葉上部に空洞形成があり、周囲に高コントラストの散布性病変が見られれば、結核という診断を下すのは難しいことではない。全肺野に広がる1~3mmの大きさのそろった小結節がランダムに分布していれば粟粒結核の可能性があり、と主治医の先生に報告する。が、教科書的には、結核には、気管支透亮像を有する浸潤影を呈し、感染性肺炎（細菌、マイコプラズマなど）、腺癌、悪性リンパ腫、器質化肺炎、血管炎など同様の所見を呈するものと鑑別を要するものもあるとされ、気道散布性の結核も非結核性抗酸菌症はもとより、ウイルス性肺炎、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症、サルコイドーシスなどと画像的には区別がつかづらいものがある。結核腫だって、好発部に円形で粗大な石灰化を含んでくれれば分かりやすいが、胸膜陥入像や周囲棘状変化など伴われたら癌との区別が難しい。粟粒結核と転移との鑑別もね、要するに、何でもありなのだ。症状など何の情報提供もなければ、胸部CTの読影レポートで診断の欄にはほとんどにおいて結核の可能性もあると記載しなければならない。しかし、結核の典型例以外で診断に全部結核を鑑別に挙げれば、そのレポートは信用を失うと思う。実際には結核もあり得るのだが、結核の典型例でなければ、診断に結核を挙げることはそれほどない。結核は過去の病気ではない、と言われてはいるが、実際には現代社会においては過去の病気だ、との意識があり、結核患者などそんなにいないだろうから、診断に挙げなくても大きなことにはなるまい。結核の診断は画像のみで行われるものではないしな、と。あとは主治医の先生に判断をお任せ（丸投げ）していたのだ。

先日より、実際に結核の患者さんの管理をすることになった。他の地域で結核と診断され治療されていた人が近隣に引っ越してきたのだ。最初は近くの病院に紹介されたいが、そこが受け入れられない、とのことで、なぜかうちのクリニックに問い合

わせが来た。画像で結核の診断をしたことはあっても、結核の治療や管理などしたことはなかったが、もう排菌していないとのことで、わりと気軽に受けた。その後が大変だった。結核というのは公費負担がある。公費負担がある、ということは提出する書類が多い、ということである。そういえば、たまに厚生労働省健康局結核感染症課長とか、北海道渡島総合振興局保健環境部長（渡島保健所長）とかから各指定医療機関の長様宛に文書が来ているが、あんなもん、しっかり目を通して人がどれほどいるのであろうか。その中に「結核医療の基準の一部改正について」とか来ていた。えらい細かい内容だったが、まあ、私には関係ないだろうな、と思っていたら、関係してしまった。そしたら、それとは関係ない経緯で、函館を除く渡島地方の結核審査会の委員をすることになってしまった。

何も知らない、何も分からないまま委員になってしまって、約1年になる。感想としては、「結核いるぞ、おい、わりと近くにもいるぞ!」という感じである。結核なんて過去の病気だと思っていたけど、わりといるので、しっかり月2回の審査会が開催されている。そこでは、治療している医療機関から画像も送られてくるので、それも見るが、典型例ってわりと少ないか?という印象がある。やっぱり胸部CTの読影にはいつも結核を入れなければならないのか?それはしていないが、結核審査会の委員になってから、私の読影レポートには結核の可能性についての記載が多くなったのは間違いない。

結核は過去の病気ではない、しかし、過去の病気のように思っている医師はいっぱいいると思う。私自身がそうだったように、その意識を変革するためには結核審査会の委員は短期間で交替して医師全員が担うべきと考える。眼科だって結核性のぶどう膜炎もある、皮膚科も皮膚結核がある、整形外科だって、私が若いころ、手関節結核のMRI所見について、地方会で発表したことがあるから無関係ではないし、小児結核ももちろんある。結核審査会はお役所の仕事だから、任期というものがある。結核についての啓発のためには、私はこの任期一杯で辞任し、次の先生にバトンタッチするのが肝要だ。結核はいる、あなたの近くにもいる。おのおのがた、(表題に続く)