

波と鳥

第28号

2015



室蘭市医師会誌

波之鳥

第28号

2015

室蘭市医師会誌

目次

表紙
横山 貴康
カッタ 福永 純

巻頭言

地域医療構想の行方 稲川 昭 1

随想

骨軟部腫瘍治療にかかわった四十年を振り返って 井須 和男 3

ICをもう一度考えよう 渋谷 均 6

病気を理由にする若者と老人の危機管理と 土肥 修司 7

野鳥観察 近藤 哲夫 10

座談会

高齢化社会と医療 12

渋谷 均・石川一郎・森田伸行

皆川夏樹・佐藤弘太郎

追悼

千葉壽良先生 弔辞	遠藤 秀雄	29
安立かほり先生を偲んで	遠藤 征子	30
神島 章先生の思い出	三村 博通	31
下地晋先生とのスペインゴルフ旅行の思い出	畠山 正照	32

ふんかわん

滝の恩恵	富田 雅義	33
室蘭の気候	立木 仁	34
私の「若草物語」	斉藤甲斐之助	35
セレンディピティ― 若草物語第二章にあたり	佐藤 弘太郎	39
雑感 開院一年を迎えて	石丸 浩平	40
ゴルフというスポーツ	上戸 敏彦	41

編集後記

立木 仁	43
------	----

地域医療構想の行方

室蘭市医師会会長 稲川 昭

人口減社会での少子高齢化の警告がなされてから数十年、特に社会保障の関係では自然増の高齢者、支える側の維持に必要な少子化対策が功を奏せず、団塊ジュニアによる出生ボーナスも無く只々成り行きに任せているスローガンだけの政治に空しさを感じこの国の目指す「豊かさ」に心が躍らないのは私だけでしょうか。(出生率一・四三、家族関係社会支出費対GDP比較では英・仏・独の約半分、小児の貧困率は十五・七%と年々悪化の一途など)

平成二十六年六月に成立した「医療介護総合確保推進法」のもと北海道では二次医療圏ごとに地域医療構想を策定しなさいという従来経験したことのない手法で地域医療の方向性を決めて行かなくてはならない難題が議論されております。国は二〇二五年を目標年度に設定し、膨大な医療データを分析し、将来人口・高齢化・疾病構造予測などから地域の医療・介護需要予測を「転ばぬ先の杖」として資料を提供し、将来の医療提供体制の「形」と「枠」を定めなさいと言っております。特に医療費増の「元凶」となる入院ベッド数がターゲットとされ議論されてきております。その中で議論の基礎となる需要予測は国の確固たる分析手法なので議論の余地は無いとも言われておりますので、そのデータを基にした議論となるとベッド数の減少指導は自ずと決まっております。特に慢性期病床は在宅医療等への誘導が顕著であります。受け入れ態勢の整備は福祉関連も多く時間がかかることが予想されます。急性期病床から回復期病床への変換は7対1病床の医療内容により診療報酬誘導がなされるのでしょうか。地域の各自治体は地域将来人口構想の策定を命じられ、出生率一・八〇から二・〇七前後を基本にした将来構想を練っているようですが実現可能性は疑問です。日本の医療提供体制は公的病院・私的病院が混在して成り立っており、病床変換がどの様な強制力を持って発現さ

れるのか未知数の所が多い様です。(現在は地域の自主性に任せるといふ事になっておりますが財政審から民間病院への病床転換命令の権限強化の法案も準備されているようです。)日本医師会からは地域医療構想は地域にとつて不足している機能を手当てるものであり病床削減を意図するものではないはずと言われておりますが、地域医療構想実現に消費税増収分の一部を原資とした「新基金」が提案されておりますのでどう有効に利用していくかも議論となつていきます。

その一方で二〇一四年四月に地方消滅と言うセンセーショナルな提言を行った地方創生会議から首都圏の二〇二五年高齢化危機回避戦略として、地方移住の可能性についての報告書が発表されました。現状追認の政策では首都圏の医療・介護需要が増大し、医療・介護人材の需要が九十万人増加し、地方の人口減をますます加速させると言及しております。その中で現状の急性期医療密度と介護ベッド準備率という新しい指標を基に全国の二次医療圏を分析し西胆振医療圏は医療ではレベル七の最高点、介護ではレベル六の最高点となっております。これは今までこの地域で医療を実践してきた医療人・行政・福祉関係者の努力の結果であり、この地域にとつて若者が居住し人手を要する重要な財産・産業として維持されていかなばなりません。首都圏の若者を中心に三十五%の人が地方移住を希望しているという調査も出てきております。日本版CCRCも地方創生の一翼として議論されてきております。過去において小泉改革・臨床研修医制度で大都市と地方の医療格差が広まり、新たな専門医制度も大都市の論理が先行してあります。地方の医療体制維持には逆境がまだまだ続きそうです。が医師を育てる大学教育にも期待しながら、医療・雇用・教育・文芸・自然環境など多くの歴史とメリットがある西胆振がその強みを発揮し住み良い医療提供体制が皆さんとともに維持されていくことを願つて議論していきたいと思つております。



骨軟部腫瘍治療にかかわった 四十年を振り返って

井須 和男

(JCHO登別病院)

大学の卒後四十周年同期会の案内が届きました。同期のメーリングリストには、近況報告が寄せられてきています。卒後四十年ともなると、ほとんどはいわゆる高齢者に入ることとなり、勤務医をそれも常勤で続けているものは多くありません。我が身を振り返ってみても、昨年の三月に永年勤務した北海道がんセンターを退職し、JCHO登別病院に管理者として勤務することになりました。臨床医としてのキャリアは、ほぼ一貫して整形外科領域の腫瘍の治療に関わってきました。医療全体からみればほんの小さな領域で、限られた医師が治療をおこなうやもするとマニアックな分野と見なされてきました。それでも、大きな目でみると癌治療の変遷、医療を取り巻く環境の変化により、単に治療成績の向上だけでなくいろいろな変化がありました。今回、貴誌よりの寄稿のご依頼をいただき、主に癌治療の変遷を一方からみたという意味で愚見を述べさせていただきます。

骨軟部腫瘍は稀な疾患ですが、骨肉腫という言葉は、一九六〇年代に映画、テレビドラマを通じて知られていました。若年者に多い死に至る病ということで、白血病とともに悲劇的な取

り上げ方をされてきました。私が整形外科の研修を始めた頃は、手術は切断術が主流でしたが、術後の化学療法が導入されてきたころでした。やがて、抗癌剤の種類は増え、発表される生存率はどんどん向上していきました。日本は時あたかもバブルの時代に突入し、骨肉腫もこのまま治ってしまうかのように感じられたのは時代の風潮も影響していたかもしれません。しかし、一九九〇年代には、成績の向上はなくなり、五年生存率七〇％程度に落ち着くようになりました。化学療法は停滞しましたが、手術に関しては切断術が変わって、患肢を温存する広範切除が主体となり、人工関節、血管柄付き骨移植など多くの再建技術が進歩しました。骨肉腫以外の骨軟部腫瘍においても、化学療法による成績の向上が試みられましたが、組織型により効果に差のあることが明らかになりました。発生が多く、比較的效果が似通っている軟部肉腫においては、化学療法の効果が明らかではなく議論が錯綜しましたが、高リスクのグループでは有用であろうとの結論になりました。二〇一〇年代に入ると分子標的治療薬による延命効果が軟部肉腫で示され、多くの薬剤が臨床試験中で一部は保険収載されました。

化学療法の導入による「治療成績の向上」は多く発表されましたが、その客観性には早くから疑問の声がありました。成績の比較には無作為比較試験により示されたエビデンスが必要との考えです。アメリカ、イギリスでは一九八〇年代に術後化学療法あるなしの比較試験が行われ明らかな成績の差が見られました。当時、この試験の倫理性については疑問の声もあり、日本でも試験をおこなおうとの声は皆無でした。しかし、比較

試験をおこなうべしとの声も強かったようでその後も継続的に試験が行われています。個人的な偏見では、比較試験でなくしては研究費がでないので比較試験をするが、明らかに差の予想される試験は避けられていたように思います。多くの試験で治療グループ間に有意差を示したものはほとんどありませんでした。骨軟部腫瘍では症例数が少ないため、多施設の研究グループが試験をおこなうようになりました。骨肉腫に関してはヨーロッパ、アメリカにいくつかのグループができ、二〇〇〇年代からはこれらが協力した試験もなされるようになってきました。

日本では、各施設で独自の治療法がなされていきましたが、一九八〇年代後半より厚生省が助成金をうけている施設で骨肉腫に対して同一のプロトコルを使用した試験がおこなわれるようになりました。比較試験の計画もいくつもありましたがうまくいきませんでした。結局、医師だけでできる仕事ではないということになり、日本臨床研究グループ(JCOG)に骨軟部腫瘍グループとして参加することになりました。二〇〇四年には軟部肉腫、二〇〇九年には骨肉腫を対象にした試験がスタートしました。

骨肉腫の試験には研究代表者と参加しましたが、約二年をかけて施設間の意見のとりまとめ、審査をうけて八〇ページ以上のプロトコルを作成しました。試験が開始されてからも登録症例数の伸び悩み、有害事象などへの対策に追われました。もともと症例数の少ない疾患であるため予定登録期間六年、追跡期間を含めると総研究期間一六年を予定するという、まさに「人生は短く術のみちは長い」ということになってしまいました。実際に、私は昨年の北海道がんセンター退職に伴い研究グルー

プを離れることになりました。せめて、生きているうちに結果を知ることができればいいなと思っています。

これは、極端な例かもしれませんが、現在の治療では大枠は標準治療と呼ばれるガイドラインに従うことが求められています。初期の化学療法では外国で発表されて一本の論文の成績を頼りに、治療法を決定することもありました。いくつかの施設では、患者さん毎に治療が変わっていました。保険治療との境界も曖昧で、骨軟部腫瘍に対する抗癌剤の適応が認められ出したのは一九九〇年代のことです。それまでの二〇年近くは厳密に言えば適応外ですが実際に審査された例はほとんどありませんでした。逆に保険適応が認められてからそれ以外の治療については査定されるようになってきました。

このような事情から、最近問題になったのはカフェイン療法です。以前より、カフェインの併用により化学療法の高効果が高まるという報告がおこなわれてきましたが、一部の施設での実施に止まっていました。ネット、マスコミでその効果に注目され、実施施設には全国から患者が集まっていたとのことですが、ただ、カフェインは保険適応にならずそれ自体は安いのですが、保険治療の併用禁止のルールに則ると高額な他の治療もすべて自己負担となります。そこで、当時あった先進治療の申請をおこないこれは通って、無事他の治療は保険適応となりました。ところが、先進治療は保険医療をめざすのが目的ということになり、カフェイン療法は試験をして有効性を証明しろという話になってきたのです。通常は、製薬会社がこの試験をする訳ですが、あまりに安価な薬で試験の膨大な経費を賄うことができず、この実情は、実施医師が国会でも訴えて話題となりました。

した。結局、医師主導試験としていくつかの施設が集まり、試験が開始されました。その後、対象患者の死亡例（他の抗癌剤の有害事象）が問題となり、当初の研究計画での登録終了後にも治療をおこなったことが発覚しました。調査委員会が作られ、不適格症例への治療、同意書の不備、データ不備など試験実施上の問題が指摘されました。そこから、この試験結果では治療成績は不明とされました。全国から集まった患者さんを前に不適合ですとは言いがらかったこと、臨床試験として行っているとの自覚が研修医までには浸透していなかったであろうことなど単純ではない問題もありますが、結果として、現在ではカフエイン療法をおこなうことは不可能になっています。

カフエイン療法が、実施者の主張するほどの効果があったかどうか結論はだせません。特殊なノウハウの必要な治療法で全国的に広く行えない治療だったのかもしれませんが。この問題の示すところは、きちんとした試験をするためにはデータセンターを中心とした試験の管理体制、進行状況の監視が必要とされるということだと思います。科学研究全体が個人プレーから組織に変わっていくのもさびしい話ですが、この分野に関しては仕方ないのかもしれない。

私が医師免許を取った頃の、癌治療の大きな話題のひとつは癌告知でした。当時は基本的には、癌との病名を患者さんに伝えることはありませんでした。胃癌を胃潰瘍などと告げて手術をおこなうことが広く行われていました。私のかかわった医療の場では、そこまであからさまではありませんでしたが、癌との言葉は避けていたように思います。「癌ですか」との問いに「癌ではなく肉腫です」と答えるような訳のわからないこともあり

ました。その頃、アメリカで提案された術後の評価法の一項目に「患者の評価」というのがありました。当時、日本ではこの取り扱いに困り、これを除いた項目で評価するのが一般的でした。インフォームド・コンセントの概念が次第に普及し、二〇〇二年の骨腫瘍取り扱い規約第3版には、インフォームド・コンセントで一項目をたてました。割り切って考えれば、医師は嘘をつく必要がなくなった分、気が楽になりました。その分、話し方等には気を遣うようになりました。この頃から、コミュニケーション研修、悪いニュースの伝え方研修、緩和ケア研修などの受講が必要とされてきました。医師役、患者役を割り振られてロールプレイングをやるのも気恥ずかしいものです。スキルには今一つ自信がもてませんが、実際に患者さんと話し合っていると、感情の動揺、衝撃の深さをみせながら多くの方がその事実を受け入れていくのを見ることができました。この場面では、こちらが教えられることも少なくありません。進行期の患者さんでも基本的には、情報はきちんと提供することになります。それが可能になったのは、痛みのコントロールを中心とする緩和ケアの進歩だと思います。現在では、癌で死亡する方が全死亡の約1/3といわれています。癌での死亡の利点として、死亡までに期間をとれ人生の後始末ができることがあげられています。実際にどうなるかはわかりませんが、多くの方をみていると個人の差が大きいように思います。今後、癌患者として治療を受けることになる可能性は高いと思いますが、そのときにどのような感想を抱くものなのか興味あるところです。

まとまりのない話を書き連ねましたが、これで一応の区切りをつけたいと思います。

ICをもう一度考えよう

渋谷 均

(市立室蘭総合病院)

平成二十七年四月から市立室蘭総合病院では五名の研修医、さらに昨年度からの二年目研修医を加え計六名の臨床研修医が我々とともに臨床と研究に励んでいる。若い先生達が院内で躍動する姿を見ることはわれわれ指導医にとつても新鮮な刺激となっている。臨床経験を積んで実力と人間性を備えた立派な医師になって欲しいと願う。

新入生といえば、看護学生も同様である。市立室蘭看護専門学校は八十名あまりの新入生が今年も入学し、日夜勉学と実習に励んでいる。私は学院長という立場から医学概論を彼らに十回講義することがノルマとなっている。そもそも医学概論とは医療に携わる者が共通に持つていなければならない知識や心構えと理解しているが、先日「informed consent : IC」について話をする機会があった。

ICとは「病名、医療情報を患者に十分に提供したうえで、患者またはその保護者に自己決定権を与えて、同意を得た上で医師と患者の共同で意思決定をすること」であり、主体はあく

までも患者であるという考え方である。ICが行われるようになったのは第二次世界大戦で人体実験を行ったナチス医師団が契機となっている。彼らは超高度実験、低体温実験、マラリア実験、毒ガス実験、海水飲用実験、断種実験、サルファ剤治療実験など想像もつかないような非人道的な実験を数多く行ない多くのユダヤ系の人達が犠牲になった。その行為は一九四七年にニュールンベルク裁判によりその実態が明らかとなり、反倫理的、反道徳的として糾弾された。その後一九六四年第十八回世界医師会は人体実験法に対して「ヘルシンキ宣言」を採択し、その後、一九七四年の改訂に際してICという言葉が使用された。その後一九八四年の「リスボン宣言」で患者は「知る権利」「拒否する権利」「自発的同意」の権利が保障され、自己決定権を保護するための説明を医師に義務づけることでICは法理上完成した。

ICは基本的に医療行為を行うあらゆる職種に求められる。それ故医師以外のコメディカルの人達もICに対する知識と技法が必要であり、勉強会などによる知識の普及が必要である。医療の実践の場において、特に医師が患者に侵襲を加えるような医療行為に際しては十分にICを行い書面で保存することが必要になる。私は医療安全委員会の委員長を兼ねているが、患者の苦情はほとんどIC不足による行き違いが原因となっていることが多い。納得のいく説明ができていれば先ず問題にならないと思われるケースが数多く見受けられる。この際、新しく医療人となった研修医、コメディカルのスタッフ、また現在医療行為を行っているすべての医療者がもう一度ICとは何かと言う原点に立ち戻り再認識する機会を持つて欲しい。

病気を理由にする若者と

老人の危機管理と

土肥 修 司

(市立室蘭総合病院)

病気や体の不具合は、しばしば自身の怠惰心や依存心や現実からの逃避の理由にされてきた。若者流に言うところ『病みと怠惰とが融合』してしまうのだそうだ。日常には、仕事の不成就や遅滞、報告の欠如、時間のルーズさや些細な失態などで気分も塞ぎ、時には体の不調(病気)を言い訳としたくなることもあろう。

先日の機内の出来事もそれに類することのようだ。二〇一五年六月某日、ANA七便(ボーイング777-300)は、四百五十名以上の乗客を乗せて、定刻丁度にゲートを離れ滑走路に向った。これから離陸するという直前の機内放送があったが、飛行を待つ先行の機体もないのにと、不審に思っていると、しばらくして「急病人が発生したのでゲートスポーツに引き返す」というアナウンスがあった。この種の緊急事態に対してはおそらく空港会社ではシミュレーションを用いてや実地的な訓練を重ねてきたに違いない。離陸の直前だったので、私の関心は救急車をどこに待機させているかということだが、機は滑走路か

ら離れた場所ですばらく待機し、それからスポーツに移動した。だが、救急車はみられない。私の座席からはドアが開けられたのは分かるが、委託荷物を降ろす様子がない。短時間で済みそうだと安堵した一方、少し時間がかかっていることが気になっていたのだが、機は四十数分後に無事に通常の航路に乗った。

医師である私は、四十分も時間を浪費した折角の機会だから、乗客の急変など、この種の出来事の発生はどれくらいあるか知りたくなった。客室乗務員に尋ねてみたのだが、若い乗務員は、クレマーと思ったのか、顔に警戒心をみせたので、名刺を渡して、年長の客室乗務員に尋ねたいと伝えた。しばらくしたら年長の乗務員から、今回は三十歳前半の男で過喚気症候群らしいという。兎に角その客は「すぐ飛行機から降りしてくれ」というので機長が判断したという。「この種のことは良くありませんよ」と少し困惑していた。

豊かな社会となり、個人の意志が社会を動かすキーワードとして生きてきた人の中には、我儘放題とまではいかなくとも、自己中心的な人もいる。十年前に個人情報保護法が制定されて以来、個人的理由がますます先鋭化してきたようだ。勿論これは若い人の特権ではなく、病院では老人と称される人の中にも、もう少し我慢が出来ないものか、と思うような人もいる。時に常軌を逸した行動もみられる。

社会が認めるのなら楽だけを追求する、あるいは我慢をするよりは自分の意思を強く主張するようになる。昨年十二月五日、JFKで起きた大韓航空の「ナツリターン事件」による四十歳女性副社長の逮捕は、韓国社会の「恥部」をさまざまに形

あぶり出した。財閥が幅を利かす隣国のヒエラルキー社会のそのオーナー一族の傲慢ぶりが露見した事件であったようだが、間の悪さが次々と起きて怒りを増幅させたようでもある。起訴された女性にこころの不具合があったのかもしれない。

過去にうつ病と診断された患者の話では、「人は誰でもうつ病になる。生きていけば背負うものが増えて、潰れそうになる時期がある。そのタイミングで病院に行けばうつ病だと診断される」ようだ。神戸大(医)や浜松医大でも教授や准教授も、自身の都合が悪くなると、学長のパワハラを受けてうつ病になった、不眠症とPTSD(心的外傷後ストレス障害)になった、との診断書をつけて、法廷で争う時代なのだから、身近の大学に同様なことが起きて驚いてはいけないのだ。それほど問題も広い。

若者の多くは、怠けの原因を「危機感のなさ」と述懐しているのだが、私はこの気持ちがよく分かる。日常的な危機感には、生活が掛かっているという経済的危機感と自分の誇りを失うかもしれないという精神的危機感がある。怠惰な学生時代から決別するために、アメリカで臨床を学ぼうと、意を決してYMC Aの英会話スクールに通い始めた頃のことだ。英会話スクールの日は決まって何故か分からぬが体調が悪い、しかし夜のスクールを終え自宅に戻ると気分が晴れ晴れしてくる、の繰り返しであった。今は下着丸見えがファッションとして定着している時代だが、当時は若い女性は超ミニスカートの眩しい時代、そんな彼女らから「Hi, how are you this evening, Dr. Dohi, May I」と言われた途端に気分がうつうつになっ

てしまうのだった。「はあく、アイ、アム、ファイニン・」。私には、何か月後にはアメリカの大病院でレジデントを始めなくてはいけないという、「危機感」とは云えないまでも、差迫った気持ちはあった。だが、目的意識も明確で英語の力もある意欲的な若い女性たちの周りでは、英語が全く駄目な私は、情けなく、みじめで孤独であった。女性たちの周りで馬鹿話をしている、私には軽薄過ぎると思われた男もいたのだが、彼らの周りで、私は深く落ち込み、自分に無性に腹が立ち、会話をする自体が嫌になったのだ。そして、「この胸の苦しさはうつ状態だ」と思い込んでしまった。だが私は、英会話スクール中は席を立つことも、気分の不調を訴えることも、人の迷惑とすることもしなかった。ひたすら耐えたのだ。落ちこぼれには配慮はない時代であった。遂に体調が悪いことを理由にスクールを休み、英会話の上達の短期効果は全くみられなかった。それ以来、英会話が出来る人は、アメリカ人でもイギリス人でも、ドイツ人でも中国人でも、日本人でも尊敬心が高じて、対等に話せないという長期影響を引きずっている。

従ってアメリカでの研修医時代も、言いたい弁明も私の英語能力では長くなり、何でも簡潔に済ませることは私には不可能だった。幸いアメリカ社会のシステムに楯突くこともなく、大きな失敗も無く生きていた。二年目に麻酔科医の救急・ICU担当にも慣れてきた頃であった。ある夜、私は三日毎の当直業務の深夜、その夜の何回かのコールで、疲労もあり眠りたかった。o.o.o.o.o (心肺蘇生法要請コード) the west wing room のブーパーコールで呼び起こされた。疲れ果ててぐっすり眠っていたようだ。そして幾度かのコールの後飛び

起き、全く別の病棟に駆け付けてしまった。目的の病室に駆け付け、待ち受ける人垣の中、私はすぐに気管内挿管を試みようとした。そばの誰かが言った「Hey, this guy's dead」。そして救急担当の麻酔科医がなぜすぐに現場にこなかったのだ、と深夜の病棟現場に駆け付けたレジデントやナースが一斉に私を注視した。いろいろ弁明をすることもできない。「Sorry, I was not good feeling」と私、しばらく沈黙があった後、グループのチーフレジデントが、「Oh, you are sick. . . . OK」と両手を広げて言った。その場は収まった。だが誰も私の言葉を信じているとは思われなかった。その夜以降、言葉はだめだが仕事はできると評価されていた私への信頼が撃沈したように感じられた。チーフとの意志の疎通を図る機会を探したが果たせず、弁明したいという思いも段々薄れていった。

病気という言葉は、短期的には収まりのよい響きなのだが、長期的にはそうではない。信用を失うという危機感と結びついている。相手に理解してもらおう説明をする、という力量も必須なのだ。

危機感の乏しさを引きずりながら、成人として四十年間以上生きてきたことになる。そして老人の上に心配症でもある私は、ANNA便機内での見聞後は、現実的な思いを巡らせていた。もし機内での体調の異変が自分の心臓や脳や、あるいは体の一部に生じたらどうするか。東京から札幌千歳までの約二時間をどう乗り切れるか、我儘と思われようとも、機から降りて、救急車そして救急病院に身を任せようか。だが「我慢していけるだろうか」、それを合理的に判断できるだろうか、そして救急車

や救急病院では自分の尊厳が保持されるであろうか、ということであった。急な体の異変のなか、心配や不安が高じてくるなか、的確な判断ができるだろうか。札幌の病院の方が何かと便利が良い。人に迷惑かけないで生きる、というのは私の守ってきた信条、まあ誇りでもあるのだ。四十年後の今は、経済的危機感ともかく、高齢者は人に迷惑を掛けないで、尊厳をもって生きていけなくなるという精神的な危機感にいつも直面していると認識されたのである。

だが機内を見回してみたが、爆睡している人も多く、そんな心配をしている人はいないようにみえる。病院でも、時に孤独を恐れているような人は目につくし、患者の悲痛な表情にも遭遇するが、精神的な危機感を感じているのか、いないのかわからない。だが、老人が自殺を試みるなら、新幹線の中でガソリンをかぶるなどと、多くの人に迷惑をかけるのではなく、人知れず静かに死んでどうか、と若い人も高齢者も思っているに違いない。「人に迷惑をかけないで逝きたい」とは、ボケる前も後も母親が何時も言っていたことだった。

だが、危機感を持つているからといって、事態が好転するという保障はない。病院の経営もそうだ。赤字体質からの脱却には、五年間危機感をもって挑んだのだが、成し得なかった。英語と同じで、力量が伴わなかったからなのだろう。最近では、病気に代わる良い「言い訳」がないかと探している。

野鳥観察

近藤 哲夫

(室蘭・登別総合健診センター)

私が野鳥観察の趣味を持ったのは約五
六年前からです。

室蘭に住んでからのことで、それまで
は野鳥への興味はほとんどありませんで
した。

室蘭が野鳥の宝庫であると聞かされ、
実際に少し注意してみると、多くの珍し
く美しい鳥に出会うことができました。

それ以後、自分でも驚くほどバード
ウォッチングにのめり込んでしまいまし
た。

今回は、室蘭地域で撮った何枚かの写
真をお見せしますが、私はカメラの知識
は無く、写真撮影のテクニクも全くの
素人ですので、お恥ずかしい写真ですが、
ご覧いただければ幸いです。

日本三大鳴鳥

この三羽は日本の三大鳴鳥と呼ばれ、
室蘭では初夏にとてもきれいな囀りを聴
かせてくれる。

オオルリ、コマドリは美しい色をして
いるが、ウグイスは意外とそうでもない。

オオルリ



オスはこのようにきれいな色だがメスはかなり
地味な色をしている

ウグイス



“梅にウグイス”と言うが梅の木には殆んど
止まらない

コマドリ



「コマドリが出た」という情報が流れると
多くのバーダーが集まってくる人気者

ハチクマ



個々の羽根の色、模様が実に多彩。
スズメバチ等の巣を襲う。渡り鳥。

ノスリ



毎年10月にはマスイチ浜から多い時には1日
100羽が海を渡っていく。
本来は渡り鳥だが一部は留鳥。

チゴハヤブサ



飛びながらトンボを捕まえてそのまま食べる
事が有る。渡り鳥。

座 談 会

高齡化社会と医療

渋谷 均・石川一郎・森田伸行
皆川夏樹・佐藤弘太郎

編集委員 (齊藤・生田・堀尾・柳川・野尻・今・立木・富田)
事務局 (高橋・小杉)

平成27年7月22日
於:ホテルサンルート室蘭



森田伸行



渋谷 均



石川一郎



佐藤弘太郎



皆川夏樹

斉藤 今晩は、波久鳥の座談会にお忙しいところお集まり頂きありがとうございます。リラックスして忌憚のない、思いを喋って頂ければと思います。

野尻 この波久鳥の座談会がうまく行きますように、口が滑らかに滑りますように、先ずはアルコールの方で乾杯したいと思います。乾杯！

高齢化社会

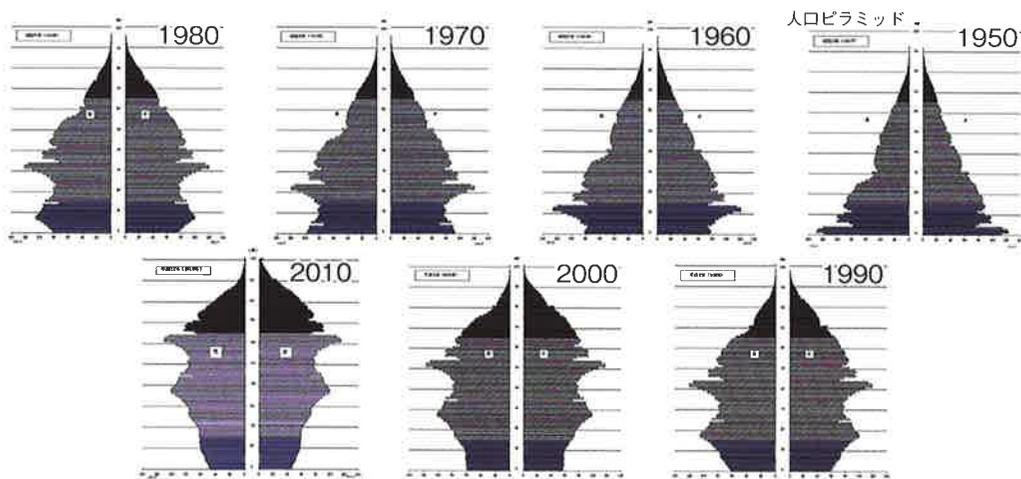
斉藤 今日のテーマは「高齢化社会と医療」です。今日ご出席頂いたゲスト五名、年代は三十代から六十代、基幹病院、精神科病院、診療所のドクターの五人のゲストをお招き致しました。

高齢化社会の定義ですが、六十五歳以上の人が七%を超えると高齢化社会と言います。高齢社会は十四%以上、その次が超高齢社会で六十五歳以上の人が二十%を超えた社会、日本は既に超高齢社会に突入しております。人口構成でみるのが解り易いと思ひ人口ピラミッドを一九五〇年から一〇年毎に二〇一〇年まで提供致します。一九五〇年の重厚なピラミッドから、徐々に釣鐘型、壺型と変化

してきました。一九五〇年当時の日本の人口は八千三百万人、二〇一〇年の日本の人口は一億二千八百万人、六十年間で大体一・五四倍に増えていきます。高齢化社会と医療というテーマですが、先ず、高齢化についてお話をスタートして頂ければと思います。

渋谷 今、高齢と言っても、六十五歳以上が高齢者でなく、元々医学の中では七十五歳以上を高齢者と学会の発表でもなっています。僕の若い頃は七十歳でかなりの高齢者と言われました。年齢と身体年齢は違いますから、高齢者の定義は難しいです。七十五歳でピンピン元気な人は沢山居ます。僕の外来ではホントにもうゴロゴロ七十五歳以上の人が居てみんな元気です。でも若い人が居ないというか、結婚年齢がどんどん上がり、相変わらず出生率は一・四という状況ですから、此れからは益々大変な世の中になって行くでしょう。

石川 僕が医者になった頃は、(手術に關しては)七十代を超えた人の変性疾患に關しては「まあ考えましようか」程度でした。最近はどう「七十台は若いから」と手術の適応になる。八十歳を超えると



ちよつと、躊躇をして、「内科の先生に相談をしてから考えましょう」となります。それでもダメとは言わなくなりました。日本人の平均寿命が女の人で八十七歳となると、患者さんへの説明も「八十歳を超えていても、いつとき一ヶ月位痛い思いをしても頑張つて、残りの七年間を元気に過ごしては」と常に話しています。昔よりも高齢の方が元気で、昔で言えば高齢者と言われていた人が、元気に社会の中で頑張つて楽しんで生きていられる社会は、良い時代になったと思います。

斉藤 高齢化社会と言うと暗くなるけど、当たり前に考えるとみんな長生き出来て元気に社会で過ごせて、余暇を楽しんで幸せな社会と逆に捉えた方が良いのかと。

石川 経済的な問題で、「やっかいな者」に見られがちですが、これは間違っていると思います。そういう人たちが元気に過ごせるような社会的な仕組みが付いて行っていないのが問題だと思えます。

佐藤 漠然とした感想ですが、医学部に入つてまだ十五年位の話ですけど、高齢者を支える制度が出来て、介護保険、ケアマネとか出て来たり、元気な高齢者という話で、セカンドライフとか、第二の

人生という捉え方の印象があります。裕福な定年後の人達が地元でアクティブティしたり、全国旅行していたり、ざつくばらんな感想です。

在宅とか、訪問診療をしていますので、何となく八十歳、九十歳の人達が戦前頑張つて室蘭を発展させ、戦後の高度成長で頑張り、多分享受させて頂いている世代だと思うので、その人達が頑張つて来たので、最後はその人が居たい場所で、最期を迎えたり、ご家族を含めて、恩返しという言い過ぎですけど、お手伝いしたい気持ちはあります。

皆川 ほんとは何歳位まで生きるのが良いのかな、生物学的には如何なのかな、といつも考えます。他の生物はたいがい生殖が済んだら死ぬものが多いですね。若干の違いはありますが、此れだけ八十歳、九十歳、百歳まで生きるのは、他の生物では考えられない。その人達がどう生きていけば良いのか、何を樂しみにしたら良いのか、何を仕事にして行けば良いのかは、まだ何も結論は出ていないだらうし、このまま医学が頑張つたら百二十歳、百四十歳と寿命が延びるのが不安です。やはり八十歳位が妥当なんじゃ

ないかと正直なところ。適正な年齢とは、生物学的には何か。どんなに頑張つても百二十が頭打ちとか、とも聞きますけど。

生田 五十代の頃上の人はそのんなに楽しいものかと率直な感想なり意見を持っていたが、僕も六十四で、六十過ぎたら五十代に想像していたよりもっと楽しい人生があつて、生殖年齢終わつても楽しい人生あるぞと実感を持っています。

自分自身で何歳というのを止めようという直感を持っています。自分は六十四歳と周りに期待する生き方は、あまり面白くなく自分は三十代並の感覚で生きる人は増えて来ているかと思えます。

森田 精神科の医者で、昨今お年寄りと接する機会が多いので、高齢化と老化は違うという感覚があり、単に年齢で高齢と、身も心も年老いて老化は、どうも違う、高齢の方でも老化していない方が多いという印象がある。団塊世代の方は六十五歳超えですけど、高齢化しても老齡化していない方が多い、特に団塊の人達にとり印象があり、経済的にも自立、比較的恵まれた人が多いという印象。このまま団塊の人を中心に高齢化が進んだ

時に、かなり日本の状況は変わって来るという不安と期待をもって今生きています。

話は変わりますが、自殺は精神科がよく係わりますが、日本の場合は人口比率の中で、自殺率が一番高いのは高齢の方です。六十五歳以上、九十歳以上になるとダントツに各世代の中高くなる。それは経済的問題、身体的不安という原因があげられますが、今のお話の団塊世代を中心に高齢化して行くと、自殺の分布もかなり変化すると思います。必ずしも高齢化社会が暗い社会という訳でもなく、やや楽観的に考えております。

斉藤 自殺は認知症とは関係ないですか。
森田 認知症の方が八十、九十になつてくると自殺する状況では無くなりますから、軽く認知症の方は有るかも知れませんが、認知症以外の方が殆どだと思います。

斉藤 精神科で老年期というのは。
森田 一応、社会定義上の六十五歳以上、老年期として。

渋谷 老年期に入ってから、バリバリの人が沢山居ますよ。定義を変えなくちゃいけないですね。年代別に自殺の比率は

解っているのですか。

森田 日本の場合は男性に限って言うとな、四十代、五十代位にピークが有り、その後下がりますけど、八十、九十になつて上がるというスタイルですね。

渋谷 四十代、五十代は仕事とかでね。そのあと高齢になった時に、お金の問題とか、独居とか、そういう不安で自殺すると。

森田 そういう事だろうと言われています。

斉藤 昔はどうでしたか。

森田 昔も高齢の方は高く、四十代、五十代はここ十年、二十年位だと思えます。
斉藤 昔とは家族で支えていた時代で、三世代、四世代で、今は独居、夫婦だけの世帯がありますね、それらに関係がな

森田 今よりは平坦に近かったと思えます統計上は。今は高齢者の自殺率が高くなつて来ています。

皆川 長野で医者になりましたが、姥捨て伝説が頭から離れません。同時に間引きがありました。昔の社会は狭くて、家族か、せいぜい村が単位でした。その社会の中で貧しく淘汰される人は、その狭

い社会の中で淘汰された。それは自殺にも通じる話だと思ふし、私の考えで言えば、九十、百の方は、自分が一人で暮らしていれば、どう生きて何を目的にして何に金を使ってよいか解らなくなつてこの先不安なのだと思う。

逆に少子化も昔の間引きと同じではと、我々の社会自体が、あまり生まない方が良いという選択をしているのでは、と最近思っています。

斉藤 勿論、高齢化と共に人口減少が始まる訳ですが人口減少が本当に悪い事なのか、一九五〇年は八千三百万です。我々子供の頃つて、街でもどこでも人が沢山居て賑やか、今は人口が一、五倍ですけど、街出てみても寂しいですね。

石川 室蘭から札幌に出ると人の多さにウンザリする。こんなに人つて居たんだと、痛感します。現在の問題が一つある。
野尻 でも北海道も減っているでしょ。

斉藤 ピークは二〇一〇年位で、ジワジワと減つて来ています。一頃の爆発的な増加はない、段々高齢化、少子化で人口減少。其れがホントに不幸せな事なのか。
佐藤 姥捨ての話ですけど、いま室蘭の広報で人口が何人減つたか見えていますけ

ど、いま九万切った、転出が多いと、外
来でも高齢の夫婦で頑張っても、どちら
か亡くなると奥さんはまだ外来に通うと
思うけど、たいがい札幌の息子さんの居
る施設に入り、そして室蘭の人口は減る
と思います。其れは姥捨てとは違います
けど、一言では言えませんが、もう少し
地元で本人が望むなら、頑張れたり、室
蘭、登別で、高齢になっても住める仕組
みが無いのか、子供は近くに置いた方が
親も幸せだろうと、札幌に集中していく
流れが有る。外来で聞く時には此処に居
たいというイメージはあるが札幌に集中
若者が学校、仕事でなのですが、室蘭の
転出が多いのは高齢者も施設等に入るの
は残念と個人的には思います。

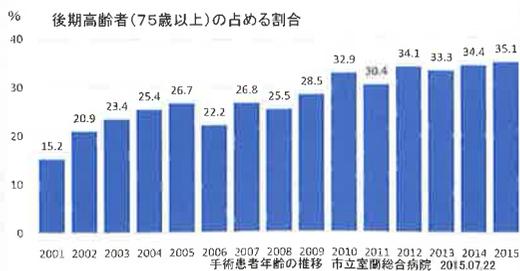
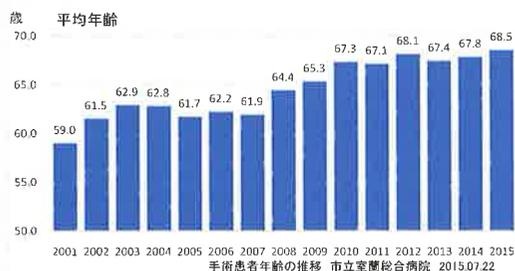
今日の診療

渋谷 病院の資料説明良いですか。僕自
身が医者になった当時、最初の室蘭、昭
和五十二年から五十四年にいた当時手術
は、五百例位で変わりません。此れは二
〇〇一年からのデータで、僕も二回目室
蘭に来て三十年近く、例えば二〇〇一年
から比較してみても、手術全体のデー

です。もちろん手術の中には癌から、ヘ
ルニア、アッペ、ヘモ、全部含みます。
手術する方の平均年齢は二〇〇八年位か
ら上がり、二〇一〇年位から更に上がっ
て来ています。間違いなく高齢者の手術
が増えていく一つのグラフです。

七十五歳以上の占める割合は、やはり
二〇一〇年から増え一／三以上は七十五
歳以上の患者さんです。胃がん患者は十
年位、やはり内視鏡的なEMR、ESD
が出来ることから減り年間三十〜四十位
しか有りません。大腸がんの数が上がっ
て来ています。年間七十〜九十位の大腸
がん、平均年齢をみましたら七十歳、昔
昭和五十二年、五十三年の時の患者さん
は若かったです、がんセンターの先生と
話したら、大体大腸がんの平均年齢は五
十代、六十代まで行かないそうです。若
い人はがんセンターで、間違いなくこの
室蘭あたりと、最低十歳以上の開きがあ
ります。大体大腸がんの発病はせいぜい
六十代位で、この辺の地域は大体七十超
えていると、その手術の患者の高齢化が、
間違いなく有る。

石川 外傷を除いて、大体同じです。働
いている人たちは、多少痛くても我慢し、



よっぽどでなければ手術はしませんから。70歳越えの変性疾患の手術は圧倒的に多いです。

今 発症時期が遅い訳ではなく、病院利用する時期が遅いということ？

石川 発症時期は変わりないと思います。
渋谷 室蘭の高齢者が三十何%で、高齢者しかいない。

斉藤 年をとつても手術でQOLが上がるのは非常に有難いけど、九十以上の方が透析とか、かなり大きな問題を孕んでいます。

皆川 僕らは往診専門で、通院が困難になつてほぼ寝たきりの患者さんが主です。母集団の中で、手術した人の八割は元気になるが、残った二割の所に行っているわけです。そちら側の方はかりを診ていると、なんでこの状態でこんな手術を、と思つてしまう。御免なさい。手術すべきかどうかを見定める事はできないのか、と。

斉藤 だれが判断するかだね。

皆川 医者がやるしかないのでは。

渋谷 先生、手術するほうはみんなそう思っている。ただ家族は、患者の意識ある、無しに関わらず、家族は結局してく

れ、普段見に来ない家族に限つてそう言う。

佐藤 まさに、手術の時には。

斉藤 実にその通り。

皆川 ピンピンころりという言葉は良い言葉だと思います。みんなが望んでいる筈ですけど、いざとなると手術お願いします、となる。

斉藤 長く診ている婆ちゃん八十代後半で大腸がんでしたけど、「これで亡くなつても良いよね」と話をし、家族にも全部念押し、最後の最後に大阪の娘が来るのです、卓袱台返しなのです。

渋谷 普段見ていない家族ほど、そう言いますね。医療訴訟もそうでしょ、普段見ていないものに限つて問題を起こす。

斉藤 罵倒され、なんでこうなるまで、病院に紹介しなかつたのか。

渋谷 遣らざるをえないのです。僕達は何を考えているのかと言つたら、高齢者、超高齢者の手術をした時は如何に上手に治して、如何に早く療養型の先生方をお願いするしかない。家族がやって下さいと言う。日本はこれから、リビング・ウイルという、日本尊厳死協会ではないけれど、入院し不測の事態の時に「私にこれ

以上の医療をしないで下さい」、その取り組みを国が積極的にやるべきだと思う。でないと寝たきりの老人、胃ろうの患者、意識は無いが生きている、家族がOKと言えば外せるが、今は出来ない、生きているうちにある程度、リビング・ウイル的な事を普及しなくては、医療経済は破たんする。

腸閉塞になるまで？

斉藤 医者になつた頃色々検査をして病気を見つけて、そして外科の先生に依頼という流れでした。いま検診を七十五、八十でも受けます。しかもCT、MRIも有るし、今の内視鏡の解像度も良いから、病気がドンドン見つかる。わざわざ病気を見つける必要はない、具合が悪くなつたら考えれば良いのではと、ある程度年齢の上の人達はですよ、七十五、八十の人達はがん検診受ける必要があるかといつも思います。

生田 僕は日常考えるのは、まだ八十代の人で元気な人はがん検診を受けて、昔六十代の人を診たように僕らも患者さんに接して良いと思います。

九十歳位過ぎて、便潜血は陽性、どう考えても大腸がんという人はおります。検査後すぐに外科に送るかというところ、一寸待てと、今やってもそんなに予後は良いとは限らないし、手術の負担も大きい、腸閉塞まで我慢しようと、腸閉塞起こしたら外科に送ると圧倒的に簡単にパツと取ってくれる。僕が驚くほどに、歩いて帰って来ます。腸閉塞は一日も耐えられないので、腸閉塞を起こしたら救急隊、行動を起こすというか、僕的には診療所の内科医としてはそうした行動をとっている。

皆川 摂食嚥下障害を診て、胃ろうの問題に取り組んでいます。高齢の方の胃ろうは、私は嚥下障害を診断するテクニクがあるので、回復するのであれば胃ろうもよいのだが、回復しない嚥下障害で高齢者であれば胃ろうを作らない選択は当然だと思う。食べられなくなったら終わりというシンプルな意味で。それが中々難しい。癌の手術を外科的にすることで、其の後に又回復するということが見定められないのであれば、手術をしない選択はある。それと同じだと思う。それをちゃんと見定めてあげるのが医者のも

仕事ではないかと思えます。

生田 十数年前に、僕から転送した患者さんが胃ろうを作って帰ってきた人がおりましたが、開業してから胃ろうはゼロです。患者さんの家族にどう言って良いのか、九十歳代の家族の方には食べられなくなるのは、此れは寿命だからと言うのです。

野尻 胃ろうは病院で頼まれてやっていますけど、診断基準が有り、其れは脳外科サイドでは、徐々に減少傾向にあります。ある程度の判断、将来的な回復等を考慮されていると思います。

先ほどの腸閉塞はあまりにも、P.Sの悪い方であれば考えますけど、今現在、九十を超えても、新聞は読まれるは、ちゃんと歩いて来られるなら、其れはきちんと対応してはいけない。それが、現在の高齢者への医療だと思えます。

僕がどうしようか迷っているのは、色々な検診を果たして幾つまですれば良いのか、平均寿命の年までで良いのか。日常診療で検診をどうするか、昔は七十代後半で止めていたが、そのあとは八十を超えたらと、女性の平均寿命は八十七、八ですし、男性も八十ですから、やらざる

をえないのかと、全身状態を考えて、一番負担のない方法をと考えています。

渋谷 一つ言える事は、検診に来る婆さん達は元気だ。僕の処は乳癌で来るけれども、ホント元気八十二歳位で来る訳。

石川 野尻先生が検診迷っているのは、制度としての検診なのですか。

野尻 いや、胃がん検診を二年に一度検査をしている人達に対してどうするか、最後は今、患者さんに聞いて「もうしない」と言ったらカルテに記載し、検診は終わりという事になりますから。

石川 今の話からすれば、ケースバイケースで八十五になっても、九十近くになっても、元気できて、まだ元気で居たいから検診してくれと来たら、断わる理由がない。

生田 検診はがんを見つけて外科に願います。最後にある程度診断を付けて、死に方の道筋を付ける意味合いが有ると思います。最後死ぬまでホントにきちんと最後までやって、病氣見つけて治療しないで、こういう最後になるかも知れませんがよと家族に知らせるのも検診の意味だと思います。だから、百歳でも検診やつ

の方が良いと思うのです。内科医は最後まで診断が命だと思う。治療かどうかは別だと思えます。

渋谷 基本的には、意識も有りしっかりしていれば良いけど、逆に言う意識もない患者が腸閉塞になって、どうしますかと言われた時に、家族がやって下さいと言う訳、何それと言いながら、頼まれたらやらざるをえない。

皆川 やらない方が良いですよということ強く言うべきでは？

渋谷 其れは、内科の方でムンテラしても家族は最後に決めて来ている。やってくださいと。

佐藤 外科に来る時は、既に決まっているのですね、ある程度。

皆川 欧米では認知症の患者には胃ろうを作らないという原則があって、その辺はいかがですか。一概に認知症ならだめ、というのどうかと思うけど、欧米はそれが通っている。

渋谷 安楽死でさえ、まだまだ問題で、簡単にはなかなか行かない。その中でマスコミがきちつと、例えば今の医療費がこうなっているのだから、事実を周知して貰えば良いが。

森田 今、家族への説明する場合は、認知症でも胃ろうが必要になった時は、ほぼ寝たきりで、選択肢として説明はせざるをえないですね、ただ認知症で長年、

本人の状況を見て一緒に生活したり、一緒に苦労されてきた家族には胃ろうがあると説明しても、まず希望しないです。点滴などと、そのようなご希望が多いです。本人が痛がるのか、それこそ腸閉塞ではないけど、苦しむのであれば何とかして欲しいと希望は多いかも知れません。最近は昔と違って、依頼したら手術や処置をして下さるので、ホントに我々は助かっています。

やはり手術して頂いた後のQOLは、違いますし、認知症の方であっても、QOLに資するものであれば、手術、処置をして頂ければ非常に喜ばしい、嬉しいと思います。昔は兎に角、精神科の患者というと、まだ話が出来てる患者でも中々手術をして頂けない時代が有って、社会的生命が終わっている人間に、手術をしてどうすんだと、良く外科の先生から言われた経験があり、最近はQOLを考えてしてくれる感覚を持っています。

増えつつける医療費、二十五年問題

石川 かなり哲学的な人間の生死の問題とか、医療が科学として進んでくると、どこまでも延命措置ができるようになり、どこで線を引くかという問題はあります。根本的には医療者が決めてよいものか、自分なりのスタンスとか考え方は必要だと思います。最終的にはいろいろな方法があることを提示して、ケースバイケースですが、最終的に選択するのは受療者側、患者さん側、患者さんに認知症がある場合には家族が選択すればよいことではないかと思えます。

今日のテーマですけれど、高齢化社会で言えば、僕はあまり否定的に捉えてはいません。僕らからすると高齢化社会になってご老人が増えることは、僕らにとっては頑張って仕事をする対象が増えるということだと思います。元気に最後まで居て欲しいと思うわけです。一律に医療者の側が決めるのではなくて、出来る限りの事をしてあげれば良いと思います。「高齢者はもうそんなに治療をしなくても良い」とか「医療財政が逼迫して赤字になる」と政府に言われ脅され、

「二十五年問題」などと脅しをかけられて、どこかで治療に線引きをしなければなどと自分がそういう発想になっていくのが怖いと思います。僕らはどちらかというと患者さんを守ってあげる立場でないかと僕は思っています。医療財政が赤字になって、どうしてそうなったのかを、根本的に振り返ってみる必要があると思います。それなのに、なんで一生懸命働き年金も貯め、この日本を支えてきた人たちに、しわ寄せをしなきゃならないのかという思いが僕の中にある。医療財政が赤字だからといって、みんな肩身の狭い思いをしている。お年寄りに「私なんかにお金を使わなくて良い」みたいなことを言われると、腹が立ちます。なんでこの人たちにこんな思いをさせるのだと。僕らは医者を集まりであるならば、むしろバックアップしてあげるような考え方を持った方が良いと思います。

斎藤 僕もね、其の通りだと思えます。

年を取った方が、良い医療を受けれるのは幸せな事だと思えます。みんなが遠慮するのは、おそらく制度が悪い、いま七十五歳以上は一割です。払っていくお金はタクシー代よりも安いのです。やはり

自己負担が増える事によって、余計な医療を受けないという感覚が働きます。現役世代が三割負担ですので、お金の有る高齢者は三割負担する。無ければ二割でも良いですけど、困った時にセーフティネットワークで支えてあげる。でないとい医療費は天井が無い、青天井になる。胃を、大腸を調べてくれとか、八十の方が来ますけど、負担金は微々たるものなのです。

石川 僕は逆にそれは良いことだと思えます。微々たる金額で調べられる。こんな幸せなことはないと思います。

斎藤 アメリカで大腸の内視鏡すると、**生田** 十万円位掛かりますね。

斎藤 医療費としては、多分四、五十万円です。自己負担は保険により違いますけど、アメリカで大腸の内視鏡は、リッチな人でないと受けられない。日本では、八十でも八十五でも受けたいと言うと受けられる。

石川 素晴らしい国だ。

皆川 素晴らしいのは賛成ですけど、患者さんが受けたいと希望するだけで皆受けられるのはおかしい。

石川 それはね

皆川 そこを否定出来ないのが辛い。往診でも、来て、と言われたら行かなければならない。原則は、「医者判断」だと思っけど、我々の判断はどこにあるのだろうと良く思います。お電話で来てと言われると、契約として行かなくちゃいけないみたいになってる。

佐藤 看護師さんに行って貰います。

渋谷 国家予算が九十何兆しか無いのに、医療費三十九兆、石川先生が言っているのは、理想社会です。誰でも皆保険だから、その中で医療を受けれるのは解るけど、金さえ有れば、高齢者に治療、手術、良いよとやるけど、此れを継続して行き、少子化社会になった時にどこに金があるのかを国が考えているから段々二十五年の問題も含め、締め付けをして来る。

次の世代を考えた時に、国の言うのも当たり前で、その中で医療をどうするかを考えなくてはいけない。医療者だから患者さんだけ治していれば良いのは、ある程度は若い医者はそれで良いが、ある程度経営参画する医者は、やはり今後の日本の医療を考え、其れなりの事を考えなくてはいけない。長女がオーストラリア人と結婚しているが、あそこでは医療

費は無料、父親が公務員で、あそこは豊かな国、金が有れば出来るという事、その代わりオーストラリアはGeneral Practitionerと言いつつ、GPの診察を受けないと次に行けないから、システムがしっかりしている。日本だって昔は公務員は無料だった、段々三割になったけど国の財政を考えれば、其れなりの負担もしなければならぬ。話は繰り返すけど年寄でなく子供に。

石川 どっちかという問題ではないのです。

渋谷 ほんとはそうだけど、一千兆の借金をしている国だから。

石川 医療財政が赤字になった原因を考えなければならぬと思います。以前にいた病院の先生から言われて、ハッとすることがあります。大腿骨頸部骨折の方に人工骨頭を入れるのですが、人工骨頭は大概のものは輸入品です。頭部が二重になっていて長持ちをされると言われていますが、七十歳を超えたような人には本来は必要がない。一重のもので十分なんです。それだと国産のものもあり、輸入のものに比べて一／三くらいの値段で入れられるんです。

アメリカとかヨーロッパの医療機器の企業は、日本の医療が国民皆保険で、どんなに貧しい人でも裕福な人でも同じ治療ができるので、売り込めばどんどん使われると考えるわけです。アメリカでは売れないから、日本に高額なものを売り込んでくる。医者側の側は高いものが良いだろうと考え、患者さんにはわからないし、病院の収入・利ざやの大きいものを使うようにとする。事務からも高いものを使うように言われる。医者が、本当にこれは必要か判断してやらないから医療費が上がる。その先生からは「自分の首を絞めて行くことになるぞ」と怒られました。それでハッとしたのです。僕にはその時までそんな発想はなかった。今現実に僕たちの医療環境を見てみると、日本の医療が国民皆保険で進歩しているが故に、高くて不要なものが日本に輸入され、僕らは選択の余地がなく使わざるを得なくなっています。厚生省が認可の段階で、高いもの・不必要なものを、外国の企業の言い値で高いものを使えと尻押しをしている。

皆川 胃ろうが必要かどうかというところで、ちゃんと判断をして、その人の先

の話をしてするかどうかを決定するという事も、医者判断にすべきではないですか。

石川 胃ろう作るか作らないかは、その状況の患者さんはその人を死なせるかどうかの話に近いと思って。

皆川 いまの状況だと、誰か施設の担当医が判断して、病院に送ったら消化器の内科の医者はパッと作るシステムなのです。止めようが無いです。先生のところは解らないですが、多くの場合そうだと思います。

野尻 胃ろうに関しては、その患者さんの主治医の先生が家族と話し合ったうえで、その必要性を認めたらうえで依頼されて来るのです。僕らが口を挟むというか、其れは無理なんです。消化器としては。

皆川 其の後のところを引き受けている人間としていえば、最初の内科医のところも嚥下障害の診断をしっかりとっている訳でもない。胃ろうを作っても其の後に普通に食べられたり、ということも往々にして有ったり。先ほどの生田先生のお話でも、大腸がんを発見されても、そのまま高齢だし様子を見て、そのままお家で看取るということを想定してという発

想が主治医としてはあつていいと思う。

生田 僕は家族に説得しますね。

皆川 その判断をするから医者ではないですか。請負で依頼が有りましたからやりましたという事になるのでは。

石川 胃ろうは、野尻先生が話した主治医の先生が責任を持ってズーッと診てきてる訳で、家族の人とも面識があつて、患者さんを理解し、そこで判断し、ご自分の意見を言いながら、選択肢を提示して、チョイスして貰えば良いと思います。

僕が先ほど言いたかったのは、今現在でもこの辺に当てるプレートでも、ステンレスとチタンのもので値段が倍以上違う、アメリカならチタンは高いから使えないから、チタンを日本に輸出して来るステンレスを日本に輸出しない。選択の余地がない。

齊藤 アメリカ人は医療費を負担するから選択する。

石川 アメリカ人は、安い保険しか入れない人達はチタン選択の余地がない。その人達に使えるステンレスのものがアメリカでは売っている。出ていけば、治療上はステンレスでも全然大丈夫だと思えます。

渋谷 ステンレスは重たいだけか。

石川 いえ、全然全く同じ。僕の言いたいののは、日本の医療費が赤字なのは、全部とは言いませんけど、矢張り食い物にされている面がある。無批判に良いと宣伝されて使うのも、悪いのでは、薬は良く解らないですけど。

皆川 胃ろうって元々アメリカでは、若いビジネスマンが特殊な嚥下障害で、背広着て其の後も活動しているようなビデオを宣伝で作っている。高齢者に使うイメージは全然ないです。

野尻 特に昔消化器でしていたのは、所謂サラリーマンで、IBDになつていて人で、そうすると日中はものを食えないと夜中どうするか、経鼻で管入れてやると大変だと、それで胃ろうと言う発想が出て来ています。一番最初はそこなんです。

皆川 そもそもが高齢者の発想は無いですよね。胃ろうには

野尻 其れが色んな過程で応用されてきたという経緯が有ります。

少子化問題

渋谷 日本の医療制度を根本的に見直すとか、少子化対策をどうするかとか、高齢者をどうするかとか

野尻 少子化対策で言うと、土曜日のウエークアップという番組が有つて、朝の八時から始まります。番組で金沢市の近隣の町で、人口が六千人位から八、九千人に増えた。其れはもう少子化対策です。インフラで上下水道とか、電気料とか、色んなものを安くした。其れに保育費を安くする。その処に力を入れるか、やはり財源が大事で、その町が色んなPRして企業誘致が出来た。其処がバックに有ります。それらを市としてやらないと、ただアドバルーンだけで、少子化対策しているというのは、この地域でも拙いのです。色んなバックアップをどうするか、具体策を考えて貰わないと。

渋谷 其れは病院だけで考えても一緒に、うちも保育所が有るが看護師の為の保育所、あれは間違いで、なんで看護師だけ優遇されるんだと言ったら、色んな職種が居るのだから、レントゲン、理学療法

士、その子たちが結婚して子供が出来ても入れられない。製鉄記念室蘭病院はどうです。

立木 医者の子供が入っていると聞いた事ない。

渋谷 だからダメなんだ。医者の子供でも入れるものを作ってあげないと、基本的に看護師さんを優遇し過ぎだよ。やむなく医者の子供を預かって貰う事は有るけど、二人一緒に勤務すると子を見る人がいない。親が此処に居てくれれば良いけど、例外はあり得るけど、通常は業種沢山あるのだから、その子達が結婚しても、見てくれない。

野尻 其の業種の人の子は。

皆川 いわきの市立病院の時に私の子は平気でした。

富田 最近、少しは緩くなってきています。看護師集めの看護対策。

渋谷 其れは可笑しいと言っているけど、こんな小さな処でも、少子化対策プラス、親がきちんと安定した職業が有れば、子供出来たら辞めなくてはいけない。見てくれなかったら、親が此処に居なければ、その安定した職場を与える事に関してもまだまだ市立病院でさえそう。其れ問題

だなと思つて、言っている。

斉藤 此れは社会保障費の配分を若い世代に振らないといけない。高齢世代をどうするか、増大するのは当たり前、今の制度をどうするのかという処に行きつくのです。今のままでは駄目ですよ。

渋谷 結局国が、口ばっかりで、もう一寸しっかりやらないと。

皆川 介護保険は良い制度で、一割負担で良いと思う。改めてですが、どのあたりまでの医療が必要かという事を、フリーアクセスがある日本の医者の方が判断できない。我々も往診していても、病院へ通院が難しい、と往診をしているが、土壇場になると三大病院にお願いしたいというケースが多い。患者側の希望は止められない。北欧とか家庭医制度が有つて、そこで診ないと大きい病院には行けない。それも絡んでいる話では、と。

斉藤 制度を変えようとするれば、フリーアクセスを制限するとか出てくるのでは。
皆川 安く受けられる事は良いことだと思います。其れを高くするという事よりも自分らのプライドとして、我々はファーストで診ている以上は、大きい病院に行つてもこういう事になる、という

説明をし、あまり幸せなことになることと思われれば、防波堤のようになることも必要では、と。

斉藤 僕が言ったのは、フリーアクセスを制限する事と、自己負担を今の一割負担では受診に対する抑制がかからない。だから二割なり、三割なり、リッチな高齢者は三割で良いと思いますけど、それらをやらないと、今後増大する。

皆川 一番最初が安いのは良い事でしょう。次に行くところで、救急で行ったり、紹介状無ければ高い方向は間違っていないのかなと。

斉藤 医療に対する評価は余りにも自己負担が低いと患者さんには解らない。例えば、大腸の検査を受けたという時に自己負担は千五百円なのです。

皆川 ファーストの医者が大腸の検査が必要かどうかという事をどこまで言えるか。

斉藤 両方でしょうね、大腸の検査の必要な人をセレクトすると、あまりにも気楽に受けられる体制はどうなのでしょう。

皆川 検査や手術した方が良いかどうかをちゃんとファーストが判断しなくちゃ

いけない。

生田 僕もそうだと思います。

斉藤 判断するというプロフェッショナルな高価な判断をしている訳だから、其れなりの負担を患者さんにして貰うと。

生田 僕は医療費全体を下げる為に、患者さんに自己負担を増やすのも一つの手段だと思うのですが、もう一寸工夫が足りないのではないかと思います。往診している先生の不満は病院で退院して、療養型の病院に送るというルートは出来ているが、実は病院の先生達が、自宅で看取りまで行う先生がその気で居る事を知らないのではないかと、だから金の掛かる医療、制度は有るのに選択できていない気がするのです。もう少し工夫すれば、金の掛からない安い医療が出来る環境が有るのに、お互いが知らないのではないかと僕は思います。

いきなり、患者さん自己負担倍にする前に、まだ室蘭地域の中で大きな病院の先生は手術が終わって、外来には来れないけど、往診可能の先生に頼んだら、十分出来るのが利用しきれいなという気がします。これを機会に大きな病院の先生に、彼らみたいに自宅で診て、頑張っ

ている先生の存在をもっと宣伝して貰いたいと僕は思います。

在宅医療は

斉藤 今後高齢者、超高齢者がどんどん増えてきます。そういう人達にどういう医療を提供していくのか、お二人在宅医療の方が居ますので、一つお聞きしたいのは、在宅医療は医療の話なのですよね、在宅で療養している方は夫婦か、独居かになりつつあると思います。医療よりも圧倒的に必要なのは介護じゃないかと思う。これを先生方は在宅で訪問診療だと言いますけど、所謂出前ですよね、若い、支える世代が居なくなってきた、医療が成り立つのが一つと、月に二回行く訪問診療、行く意味が有るのかと。例えば、アメリカではとてもそんな事は出来ないで、いまIT使って、お年寄りでもiPad使えますから遠隔医療です。必要な時には往診、手術、それが段々主流になって来るだろうと、日本は在宅というと全部訪問ですけど、自分自身診療所でやってきて、お年寄りはそのな訪問する必要は無く、緊急時に往診する事

は有っても、殆どは看護師さんをお願いして、何か有ったら行くと伝えて来たし、ITが発展して行けば、益々お医者さんが出向くという医療は無くなる気が実はしています。

生田 片手間に往診している開業医ですけど、まず内科医のスタンスとして実際の患者さんを診て、匂いを感じるのはいっぱいではできない事で、だから二週間に一回でも、月に一回でも定期的に行くのは、医者が実際に診るという意味が有る。現実的には、その患者さんが来ると言ったら、家族総がかりで、介護タクシー使って、僕の診療所に来ます。出てくると医療費は安い、介護タクシーを使うから高くつく。

皆川 私は昔からやっていますけど、確かに私もおかしいと思います。一回往診で自己負担八百円、至急往診でも八百円、月二回で各八百円と思うとすごく安い。でも、いつ電話してもよい、いつでも往診に行きますよ、と約束する「管理料」が四千二百円ありますから、患者さんには安い実感が無いのです。来て貰って八百円で、守られている、という「管理料」が四〜五千円。昔の感覚からすると、や

はりズレています。国はがんでいつ死ぬかわからないような大変な方、何度も電話で呼び出されて往診するような大変な方が家で死ぬ、死なせるために、高い管理料の設定にしたんだと思う。

齊藤 それを悪用されて、施設を訪問しては、荒稼ぎしたのが有りましたね。

皆川 昔の開業の先生がやっていたように、近くても来れない方のところに行く事が、八百円にしかならないというのがおかしい。在宅診療を当たり前にしていくのであれば、一回当たりの往診料を高くして、管理料を下げていかないと。自己負担八百円（往診料八千円）では、私らみたいに専門でやっているとすると、伊達から呼ばれていくと半日潰れますから、それで八千円では無理。

齊藤 これ僕の実感ですけどね、テレビが壊れて修理を呼ぶと二万円位かかる訳です、お爺さん具合が悪いから来てねと行っても、自己負担は千円にもならない。此れどうなのかと思って、実際一人の患者さん診ていて、在宅の人にとっては、一年間で緊急往診が必要な回数はそんなには無い？

皆川 無いです。

齊藤 がんの末期は別ですよ。

皆川 その時には構えて行きますから。そういう人は管理するのがもっともな患者さんであって。

佐藤 件数で言うと今二百人位で、月に四十回位往診なのでですけど、深夜とか時間外は少ないと思います。

出前医療の話は、僕も同感で、やはりナースがポイントだと思っています。病棟だとナースの本来の仕事を聞くと、生活と医療を支えていく処にやりがいだったり、重きを置いている方が多いのが実感としてあります。

生活介護の話は、当然高齢化するので、併発する疾患もあるので、両方をバランスよく見て貰うというのは看護師さんが一番、良いところに居る専門性なのかなと思っていて、訪問してくれる看護師さんだったり、地域で看取るようなサービス、看護小規模多機能と言いますが、デバイスとお泊りと訪問介護全部やっているような、独居だったり、自分の自宅では看取れないが、地域の看護師さんとか介護士さんがいる場所では暮らしたり看取れる、そういうところと僕ら街の開業医が旨く連携しながら、時には医者

が行かなくてはダメな時に訪問診療するというような風にやっつけていく。

ただ今、月に二回というのは、在宅の医者を増やさないといけないという政策が有るので、梯子が有ります。来年は改定が有りますけど、在宅患者に重症度を付けて、重症ながん患者さんとか、ターミナルとか、神経難病のターミナルとか、多少月に何回か行くことで点数を上げようと、逆に認知症とか、老衰とかある程度安定している方には、もう少し点数を下げようと、グレードを付ける動きもあります。介護、医療の保険点数に、僕自身は二〇二五年、二〇四〇年の先を見据えて、もう少し在宅をやる医者を増やそうという政策誘導が来ている今、一時的なアンバランスというのも多少あるので、点数高過ぎかというのの有ると思います。ゆくゆくは自制され、適正になって行くのではないかと思ったり、在宅医療に携わる看護師さんが増えるるとよいかと私は考えております。

ITの活用が増えるのもっともで、ヨーロッパの家庭医と話していると、お前ら時代遅れだろうという感じで、向こうはナース・プラクティショナーという看

看護師さんと医者との間のポジションの職種が有るので、日本とは事情が違うのですが、その人達が行くので医者はそんなに行かない。家で看取るといふ処で医者が行く安心感みたいな日本の文化であるので、そこを今後どうなっていくか僕も解らないですけども、ITの発達なり、医者が在宅側に増えたりする流れだったり、どこかで揺り戻される事は有るといふ感じは思っています。

斉藤 ITと言ったのは、二十四時間チェックするのはITしかないので。朝おはようと言えるのはITです、勿論ドクターが直接行ってコンタクト取るのは理想ですけど、これだけ高齢化すると、生田先生が言うような理想は未来、将来継続出来るか。

生田 二十四時間係るような患者さんはまた大きな病院にお願いします。僕は時々行ける患者さんだけ往診しています。開業時は入院、治療、外来までも大きな病院で一貫しており、僕ら開業医に患者さんを紹介してくれない時代でした。何年か経ったら、紹介患者点数が付くようになって、診療所と大きな病院の患者さんのやり取り量も増えたと、スムーズに

なりました。百人死ぬのなら、病院に百人集めて看護師さん五人で看取った方が安上がりだと思います。でもそれでみんな満足出来ないから、ある人は贅沢でも良いから自宅で、その処に全体の流れをスムーズにしたらという事が僕の言いたい事なのです。先生達も看取るといふ意気込みは凄いです、患者さんに見ると家族が看取るとの大変さは、病院の看護師さんに頼んだ方がスッキリする事もあると思います。最期まで看取るといふ気持ちも批判的で申し訳ないです。

皆川 私も昨年開業したばかりですが、張り切って看取りをする気はない、元々無かった。在宅医療、という事ではない、昔の話、病院に通えなくなったから一寸行くか、という感じ。昔は多かった。**斉藤** ズーッと診ていると、最後まで付き合っただけなくちゃ。

皆川 今の厚労省の流れは、がん末期の方は家で死になさい、そこに高い点数を付けるけども、元々の訪問診療は、家に居た人間が通院できなくなったから一寸覗きにきて、でした。私は、先程の「管理料」がばか高いのは考えていなかったもので、開業してびっくり、という感じで

す。当地は驚きましたが、三大病院で全部賄えるくらい、凄くキャパが有るので、そこに行かれています方の事をとやかく言う気はなく、行くのが大変になったから一寸お願いで全然良いです。

斉藤 段々家で診てくる方が増えて来ると、具合が悪くなると救急車で運ばれますね。

皆川 それを含めて。

渋谷 其れは全然良いのです。患者さんは家に帰りたい人は沢山居る、最近一名久しぶりに看取った患者が居りました。家で死にたい人が居るのだから、其の人は奥さん、娘さんが大丈夫と言うから、最後は呼吸困難みたいになって、その代わり看護師は毎日、そろそろ行かなくてはと、週に一回とか、僕自身も久しぶりに行きましたけど、最後辛かったら救急車で連れて来てと、それで良いのです。マンパワーって限られているから、そんなに辛かったら、本輪西ファミリークリニックもそうだけど、後方病院との連携だから、受け入れますから良いのだと思う。ただ本人は凄く満足する。家に居て、最後の末期は家族に見守られ亡くなったという事。

皆川 この土地の強みだと思ふのですね、内地に居たらこれだけ病床数が有る事は無いので、やむなく退院させられるケースもあつたけど、此処は幸せなことだ。

渋谷 単にガン末期の患者だけでなく、色んな末期は沢山ある訳、そういう患者さんでも家族みんな最後を迎えられる。

皆川 最後の最後には受け入れ。

渋谷 其れは元々の主治医がきちんと、ここら辺なら三大病院で担っている筈だから、全然問題ないですよ。

富田 何年か前だと、当院でもその通りですと言えたのですが、昨今うちのドクターの数はなかなか増えません。確かにベッドは余っている、余っていると云つたら変だけれど、稼働率が悪く、診るドクターの数が厳しい、減る要素ばかりで、増える要素がなく、そういう意味で今後に向けてという事では我々自身が不安です。

立木 少子化対策が大事だと、私も思いますが、昔室蘭だったら、製鉄所からワツと人が出て来て、人口十八万とか居たのですけれど、製鉄所も殆どオートメーションになり、昔と同じ生産量を凄く少ない人数でしています。凄く若い人が減つて

も、就活とかでは売り手市場でもないし、むしろ会社側が選ぶ立場であつたり、ハローワーク行つても一〇に行つていないとか、就職できない事情が有つて、基本的には日本は人口をそんなに必要としないのではと思ふ。

いまピラミッドの上が膨らんでいますけど、おそらく五十年経つたら、わりと細い竹みたいな真つ直ぐな状況になつて、その辺で落ちて良いいのではと思ふます。其れまでいかに団塊の世代や団塊ジュニアの世代を支えていくかですけど、現役世代も頑張らないといけないが、高齢世代もそれぞれ負担して行かなければならない。ただ、リッチな人に負担して貰つてと、私もそれが一寸疑問で、リッチな人が負担すべきという社会主義的な発想が若い人達のモチベーションを奪っているのではないかと、別に程々で良いやという風になつている。むしろ、若くして国に富を持たせられる人を優遇する世の中になつて行かないと、日本が寂れて行くという感想を持っています。

堀尾 今回の座談会の話題は広い範囲でしたけれど、それを絞つて、胃ろうを作るとか、認知症の人に作るとか、どこまで

治療を行うかという事に関してコメントしたい。自分が生きて居るといふ感覚がない人とか、認知症、老衰、そういう人達に積極的な医療をやるべきではないと思ふ。ただ大阪の娘とかが突然来て、僕も経験が有りますが、普段来ない家族が来て、是非やつてくれと言ふのです。だからそういつた患者さんに関するガイドラインみたいなものを作つて、「此れが有るから作れませんよ」と断られる、我々が断られる制度作りが必要ではないかと思ひました。

皆川 ガイドラインが難しいので、主治医が駄目と言つても、次の医者に行く訳です。

堀尾 国家とは言わないけれど、高いところ

齊藤 娯捨てみたいな話です。

皆川 胃ろうを含め、高齢者の水分・栄養補給について、老年医学会がもう数年前にガイドラインを出しています。

渋谷 マスコミが取り上げてもつと積極的にやらないといけな

佐藤 確かに、国民へのガイドラインの周知を

終わりに

斉藤 長々と有益な懇談会になったと思いますけど、最期にまとめを今先生にお願いたします。

今 ではご指名ですので、最後にまとめという程のものではありませんけど、みなさん今日は室蘭市医師会波久鳥の座談会、今日は高齢者社会と医療というタイトルで、長きに渡りまして、二時間を超えましたが、最期まで積極的なご発言頂きました。ありがとうございます。

今日は世代間の格差とか、寿命とか、高齢と老化は違うとか、生命の倫理観とか色んな幅広い話から始まりまして、社会制度の問題、特に医療経済の問題、最後は在宅医療についての話題もありました。これらの問題はどれを取っても簡単な問題ではなく、これから社会を上げて取り組んでいかないといけない問題ですけども、こういった話を飲みながら、今日は忌憚なくざつくばらんな話をしていただきまして、編集委員長の狙っているところは旨く行ったかなと思います。あとは事務局の力を借りまして、旨く調整しながら、形にしていきたいと思えます。

今日はほんとにありがとうございました。



千葉壽良先生 弔辞

千葉壽良先生の御霊前にお別れのご挨拶を申し上げます。

先生は昭和二十二年北海道大学付属医学専門部をご卒業。

その後、市立札幌病院診療院で精神医学を研さんされ、昭和三十年十二月、三十才の若さで鷺別の恵愛病院初代院長として赴任されました。それまで胆振中部、西部には精神科の病院はなく、先生が初めての精神科専門医でありました。心を病む患者さんやご家族の皆さんにとつてどんなにか心強い吉報であったか伺い知れるところであります。

当時の室蘭と登別の人口は約十四万人で現在と余り変わりありませんが、たった一人の精神科専門医で外来診療や入院診療、更に往診と休む暇のない忙しい生活をなさっていたと伺っております。精神科の病気は劇的に良くなることもありますが、慢性的な経過を取ることもあります。研究心の旺盛な先生にとつて学問的な興味と医療の難しさを体験された十年間であったと思います。ご自分の理想とする医療を求めて昭和四十年に中登別の地に三愛病院を開設され、医療や福祉の実現に邁進されてこられました。

そして、地域に多大な貢献をされ、それが子供さん達に引き

つがれております。三愛病院は次男泰二先生が更に発展をされておられます。

私は先生と一緒に働く機会には恵まれませんでしたが、昭和四十二年以降恵愛病院で診療を行っていますが、折に触れて患者さんのお話の中で先生が慕われている様子を伺うことが良くあります。

先生の御性格は一見取つき難いようですが、実際はざつくばらんでありながら他人を思い遣る心の豊かな先生で登別医師協議会では会員間のネットワーク作りと親睦を、胆振地方の精神科医の集まりでは看護者の研修や患者さん同士のソフトボール大会を通しての交流等各医療機関の連携とスキルアップにご指導を頂いたことを思い出しております。

先生は精神科医師として七十年の実績をお持ちでしたが、長年の御苦労からここ数年体調を崩しておられ、案じておりました。

六月十九日訃報に接しご高齢とは申せ大変残念でなりません。当地における精神科医療のこれまでの御貢献に感謝し、ゆっくりにお休み下さいと申し上げたいと存じます。

平成二十七年六月二十二日

社会医療法人友愛会理事長

遠藤 秀雄

安立かほり先生を偲んで

社会医療法人友愛会恵愛病院

副院長 遠藤征子

私が安立かほり先生とはじめてゆっくりとお会いしたのは、昭和四十五年秋の当地方の女性の医師の会に、おさそいを受けて出席させていただいた時だったと記憶しております。その頃は、今は亡き櫻庭シゲ先生、高橋ハル先生や、上田静江先生方も御一緒でした。

安立先生は、大正三年生まれとは思えない程、おしゃれで考え方や物腰も若々しく、私共昭和組とも同じ目線で初参加の私達を盛り立てて下さいました。

先生は当時、男性医師と同じ位の行動力をお持ちで、医師会行事等にもすすんで参加されておられ、私も学校医、産業医等の御指導をいただいた大先輩でした。

又、大変な旅行好きで、多い年には年五回も旅行をされていたそうで、特に医師会親睦会の旅行を大変楽しみにされておられ、香港旅行のお話は何回も聞かされました。

先生のご趣味は絵画もあり、晩年は故、曾根先生達が主催されていらしたチャールズ会にも参加されておられ、沢山の絵画を出品され、又入選された時には「必ず観て下さいネ」とおつ

しやり鑑賞させていただいたこともありました。

先生は昭和二十年に、よき伴侶にめぐり合い、お二人のお子様を立派に育てながら、昭和二十四年に独立開業されたとお聞きしております。

当時の室蘭市医師会は、救急医療システムのない時代で、昭和三十七年からは年間を通して月に二〜三回くらいの夜間、休日、祭日の当番が開業医に順に回って来る、二十四時間勤務の当番医制度がありました。その他にも日中、夜間を問わずに、往診、検死あり、と大変忙しい時代でしたが、その当時の私達若者と一緒に一生懸命に医療に専念されておられたのを記憶しております。

先生は常に自分の理想を全うされ、悔いのない人生を歩まれた方だと尊敬申し上げます。

最後になりましたが、先生のお宅からいただいた沈丁花が今年の春も我が家の庭でやさしく香っており、在りし日の先生との想い出が胸にこみあげて参りました。

七十有余年の長きに亘る医師としての御活躍と、そのあとの闘病生活、大変お疲れ様でした。

どうぞ安らかにお眠り下さいますように。

合掌



沈丁花 恵愛病院提供

神島 章先生の思い出

三村 博通

神島章先生の追悼文のご依頼を受け、改めて先生はもう遠いところへ旅立たれたのだと実感し、とても寂しいです。今私は静かに思い出を辿りながらこれを記しています。

章先生と初めてお逢いしたのは、昭和四十七年五月に私が帰蘭し父の後を継いだ時でした。

既に章先生は開業なさっていて中島地区の内科医の中心として活躍中でした。私の患者さんの診察をお願いした事から交流が始まり、実に四十年を超える長いお付き合いでした。

先生は、歌舞伎の鑑賞や大相撲の観戦が特に好きで、歌舞伎の幻想的な美しさや重厚な動きを良く小生に語ってくれました。

度々歌舞伎のお誘いを受けましたが、無粋な小生にはどちらかという大相撲の方が相性良く、両国へは何度かご一緒致しました。

相撲の後は、先生の定宿の高級ホテルのレストランで夕食を取り、その後はホテルのバーで東京の夜景を眺めながら一献を交わしたものです。

「東京の宿は〇〇ホテルが一番だ。」と豪語していた先生は、大都會の騒音の街中で味わう何とも言えない静寂な一時を私に

教えたかったようです。大学時代のご友人達とも、上京の折にはこの様な時間を満喫しておられました。

又、先生を語る時、ゴルフ無しには語れないほど先生はゴルフがお好きでした。四十年前、私がゴルフを始めたのを切っ掛けに先生からゴルフの手解きを受け、毎週のように一緒にゴルフをしていましたが、それだけでは飽きたらず、仲間を集い『木曜会』を旗揚げするまでと成りました。以来三十年余、会員一同毎週白鳥ゴルフクラブで腕を競い合ったものです。とりわけ雪の季節の東京方面へのゴルフ旅行は会員一同の何よりの冬の楽しみでした。『木曜会』の面々での打ち上げはゴルフ談議が尽きる事無く、酔うほどにカラオケとなり、先生の歌う演歌は高音でも美声でした。

人生の充実期に入ると、先生は室蘭北ロータリークラブの会長を務め、東奔西走し社会奉仕活動を精力的に行っていました。私をロータリーに誘って下さったのも先生でした。

私事になりますが、私が病院を運営していた時、医師の招聘に苦慮している事を知ると快く引き受けて下さり、診療を手伝って戴きました。又、私が日鋼病院に二ヶ月入院した折には、心配して足繁く病室に見舞いに来てくれました。長い人生を先生と私は何時も一緒でした。お互い、丸顔で頭髪も似ているせいか何処へ行っても『兄弟ですか』と言われましたが、正に章先生は私にとって兄のような存在でした。私の話すたわいのない話に、うなずきながらほほ笑んでいた先生のお姿を忘れる事は出来ません。

今も神島章先生は私の胸に生きています。

合掌

下地晋先生との スペインゴルフ旅行の思い出

島山正照

(白鳥台医院)

下地晋先生は一月末逝去されましたが、十五年前の二〇〇〇年十二月年末・年始の休日を利用してスペイン、アンダルシア地方へのゴルフツアーに伊達の故中野俊彦先生と共に誘いし旅行してきました。セビリアからイベリア半島をバスで南下、マラガまでのゴルフと観光でした。

偶然にも今年のゴールデンウィークに、私と妻は同じ地方への再度の企画・予定となっていたので行つて来ました。今回は前回と逆コースでマラガからセビリアそしてポルトガルのリスボンまでの海岸線の北上でした。

マラガからの地中海沿岸はコスタ・デル・ソル（太陽の海岸）と呼ばれて世界的リゾートの一つとして知られています。又ヨーロッパ随一のゴルフリゾートとも言われています。このコスタ・デル・ソルの名門ゴルフコース、バルデラマでは一九九七年ライダーカップがあり、名物ホール十七番（パー5）でタイガーウッズがグリーン手前の池に落としてアメリカが負けました。当時我々四人共無事池ポチャはなくホールアウトしまし

た。今回はここでの事も思い出されました。

下地・中野両先生共七十歳を過ぎているのに「一度もカート運転してゴルフをしたことがない。困った」と言っていました。私は「先生達は左ハンドルのベントンを運転している方だから簡単ですよ」と言ったのを覚えております。それだけ足は丈夫だったんですね。プレイを終えてクラブハウスに戻ると当時売り出し中の若手ガルシアが一人でアイアンの練習をしていたのを皆で少し見ておりました。

今回ジブラルタルで海の向こうにアフリカ大陸を見ていると二〇〇〇年十二月三十一日が思い出されました。当時は早朝にお二人共海峡を渡りモロッコ観光に出かけました。（私は妻が船酔いのタイプなので参加せずホテルの近くのゴルフ場を予約していました。）夜八時過ぎホテルのフェアウエルパーティーに出席する予定でしたが、なかなか戻らず全てが終わり二〇〇一年の午前一時過ぎに疲れた様子で帰ってきました。でも地中海と大西洋を結ぶ海峡の船上の年越しはなかなか体験出来ない記念に思われました。

翌日からはゴルフをキャンセルすることなく楽しく旅行を続けたことを記憶しております。

ふんがわん



滝の恩恵

富田 雅義

(日鋼記念病院)

家内との街歩きほど厄介なものはない。子供たちが家にいるうちはいろいろと理由を付けて可及的回避を図ってきたが、夫婦二人暮らしになると避けて通れないことが多くなってきた。二十代の頃は取って気にしていなかったのだが、妻とは歩行スピードや歩幅がかなり異なっているために合わせようとすること自体負荷がかかること、通りがかりの店舗の前での頻繁な「一寸待つて。」攻撃がボディブローのように効いて疲労感が増幅することが原因と分析している。

とはいうものの、閉じこもりばかりでは彼女のフラストレーションが溜まることは明らかであり、数年前の八月下旬の話しであるが、立ち寄る店がない場所であれば少しはマシなのではとの浅薄な考えで自然の中の散歩を提案、賛同が得られ、鳥牧にある賀老の滝に向かったので

あった。

鳥牧の道の駅から程なく、国道から山側に向かう道路へ行けば目的地との案内表示があり、以前日本海側をドライブした際に気になっていた場所であった。国道から曲がって途中対向車がぎりぎりすれ違ふことができるほどの道をしばらく行くと駐車場があり、そこからは谷を下る感じで二〇分程度歩いたところに滝のビューポイントがあった。落ち口から下に向かつて一気に流れ落ちる高さ七〇m、幅三五mの堂々とした滝で、松前藩の財宝を龍が守護しているという龍神伝説が残されているとのことであった。

滝といえばマイナスイオンが豊富な場所というイメージである。マイナスイオンの効果については賛否両論があるそうだが、少なくとも、豊富に発生するとされる森や溪谷、滝に身を置くこと自体、気分爽快感に繋がりがり心身の癒しになっていることは間違いない。

まあそんな訳で、滝の恩恵を被らんとしはしの時間を谷底で過ごした後、帰途に着いたのである。だが帰りの上り坂が思いの外辛く、日頃の運動不足がたたってか息切れのため途中休憩、上着を一枚

脱いで背負っていたリュックに入れ、私を追い抜いていった妻に手渡す羽目になった。暑さの残る時期でもあって汗まみれになり、肺胞深く吸い込んだはずのマイナスイオンも全て体外に出てしまったようであった。自然からいろいろと頂きものをするはずであったのだが、それどころか、家内に思わぬ弱みを見せてしまうこととなり、二度と歩行スピードの違いに関する訴えを口にできなくなった。何をしに行ったのやらである。

このように非常に冴えないお出かけ話だったが後日談があった。滝を訪れた翌日、自宅にてインターネットで何の気なしに開いた某サイト内のスピードクジを何気なくクリックした所、一万P(円)おめでとうの文字が……。確かに一等賞として毎日誰かひとりに当選する由の記載はあったのだが、まさか本当に当たりがあったとはと驚かされたのと同時に、金額的には大袈裟に言うのも憚られるが、これが滝の効能、竜神効果であったのかと思わずにはいられなかった。

尚、その後このクジを何度引いても一等はおろか二等も三等も当たったためしがないことは言うまでもない。息切れの

苦しかった記憶が遠のいている此の頃でもあり、そろそろまたあの滝を訪れてみようか。

室蘭の気候

立木 仁

(製鉄記念室蘭病院)

札幌から室蘭に引越してきて十九年になるが、室蘭というのは実に暮らしやすい気候である。何と言っても冬が暖かく、雪が少ないのがよい。札幌は雪が積もると通勤が一苦勞だし、駐車場の雪かきも重労働である。

室蘭は夏が涼しいのもよい。ケツペンの気候区分というのがある。北海道はほぼ全域が亜寒帯に属する。亜寒帯の定義は最寒月の平均気温が氷点下3度を下回ることで、氷点下3度を下回らない地域は温帯になる。北海道で温帯に属するのは、市では室蘭と函館のみである。温帯は最暖月の平均気温が22度以上ある温帯湿潤気候と、22度未満の西岸海洋性気候に分けられる。函館は温帯湿潤気候であ

るが、日本の本州以南はほぼ全域が温帯湿潤気候である。これに対し室蘭は西岸海洋性気候である。国内で西岸海洋性気候の地域は極めて少なく、室蘭は西岸海洋性気候としては国内最大の都市である。世界的にみるとパリやロンドンが西岸海洋性気候である。もつとも室蘭が西岸海洋性気候に入るのは、室蘭地方気象台が海に飛び出した場所にあるからだという説もある。海というのは、夏はクーラー、冬はヒーターの働きをする。そういえばあそこの気象台は地盤が硬くて、震度が低めに出ることも有名である。

室蘭の気候で難点といえば湿度が多いことか。昔千歳町(中央町三丁目)の新築マンションに3年半ほど住んだが、引越す際にタンスをどかしたら、壁が真っ黒にカビでいて肝をつぶした。息子がそこに住んでいる間じゅう喘息を起こしていたが、中島に引越したらたてきめに治った。タンス裏をカビさせたのは自分の不注意であり、家主さんと息子には申し訳ないことをした。中島では時々タンスの裏を覗いているがカビではない。中島の方は湿度が低いのかもしれない。現在の拙宅は製鉄病院から八丁平に

上がる坂の途中にあるマンションで、イタンキの海が広く見渡せる。晴れた日の夕方など、鷺別方面の海から雲のような濃い霧の塊が地面を這うように押し寄せ、東町から輪西のあたりがあつて、いまにのみこまれていくのをよく見る。

車で走っていると、たまたまかも知れないが、母恋の仏坂とか、白鳥台の展望台のあたりでよく天気が一変する。室蘭は面積の狭いことでは屈指の都市だが、その中でも地域によって気候が異なるようだ。いわゆるミクロクリマであろうか。フランスの銘醸ワインは同じ村でも畑によって微妙に気候が違っているので、味も違ってくるのだという。そう聞くと何だかわインを呑みたくなってくるが、一本五百円のコンビニワインを常飲している自分にとっては、そっちのミクロクリマは無縁の世界である。



私の「若草物語」

齊藤 甲斐之助

(旧若草内科クリニック)

「定点観測」という言葉があります。一箇所にとどまって観察をつづける。あるいは、「継続は力なり」という言葉もあります。飽きずに同じ対象と取り組みつづけるということは学問の世界に限らずどの分野にあつても地味ではありますが非常に大切なことと思います。そうは思うのですが、

元来が飽きっぽい性格の私が三十年近く若草町に居続けたことは奇跡に近いかもしれません。

父親が転勤族で小学校は三つ、中学校も三つを転々とし、さすがに高校は一箇所でしたがその後も三つの教育機関で学問にいそしみました(詳細は言わない)。幼稚園を含めると十一箇所です。

大学を卒業後、型通り医局に入局した私ですが、やはり持ち前の根無し草的な性格が頭をもたげたのでしよう、入局八

年目に「そろそろ」と教授に恐る恐るお伺いをたてたのです。

有り得ないことなのですが、どういふ風の吹き回しか、「君、やりたまえ」という恩師の言葉が今も脳裏にありありと残っています。

一人前とはとても言えない医者でしたが若さというものは恐ろしいものです。早速開業場所の選定に取り掛かりました。まずは室蘭地区、医学生の頃から日鋼病院に出入りしていましたのでこれは簡単に決めました。大病院の近くでは患者さんが来るわけではない、ここは謙虚に、でも困ったことがあればきつと助けてもらえるだろうからあまり基幹病院から離れず、ここは都合よく考えました。

何しろ若輩でしたから先輩方の邪魔にならぬよう開業医の空白地を、とこう考えたのです。まことにびつたりの場所が今の若草ファミリークリニック、旧若草内科クリニックだったのです。

三十三歳になった春、雪こそ消えていきましたが寒風吹きすさぶ荒地で地鎮祭の鍬を振りました。

若草町の山の方には住宅はありませんが、平地の方はバラバラとしか家はあり

ません。前の道路は今でこそ片側二車線、ホームックやイオン、回転寿司もあれば、怪しげな場外馬券売り場まであるという賑やかな通りですが当時は一車線どころか舗装すらされていない有様でJRの線路まで一気に見通せる広々とした荒野でした。

医局の仲間が見に来て「お前、本当に大丈夫なのか」とこれももありありと覚えていきます。

開業するにあたって借金はするわけです。銀行には経営計画書とかいうものを出さないと融資してくれない。この辺は適当に患者数を入れて辻褄を合わせるわけですが、そんなに悲壮な思いはありませんでした。医局の人事で何回か出張したところのある道北の町立病院の院長（外科医）に、これこれしかじかですけれど夜逃げするようなことになったら宜しくと電話をしたのですが「おう、いつでも来い」と力強い返事はいただいております。

医局併用住宅の設計施工は当時室蘭で工務店を営んでいた義父が請け負ってくれました。どちらかという土木工事を専門としていたらしくコンクリートが

打ち上がってから診察室はこのあたりにしよう、受付はこの辺りで仕切ろう、とか融通がきいていい加減な建物が出来上がりました。オール室蘭（登別の業者も入ってはいましたが）で半年の工事期間を経て昭和六十一年十月に開院しました。今も現役で使っていますが（途中増築はしました）基本は三十年前の建物なのです。

医療設備の方は、これは機械をいじるのが趣味の私ですので東芝、富士フィルム、フジノン、アロカの担当者に無理難題を言って、押し通して、そこそこの設備を導入しました。

経験は浅いけれど、最新の診断設備を導入し、真面目に！診療すれば何とかなるだろうと、そして本当に何とかなったのです。医局の前の砂利道はすぐに拡幅、舗装され立派な幹線道路となり、住宅が次々に建てられるとともに飲食店や大型スーパー、様々な店舗が進出し一時は地価上昇率が道内でも有数の水準というところで話題になりました。ゆっくりと眺めることが出来たJRの特急列車も住宅が立ち並んでまったく見えなくなりました。その頃には医局の友人たちも

私を「先見の明がある」と評価するようになったのです。内科医の充足を切望していた道北の院長も私が逃げてくることをすっかり諦めてくれたようでした。

開業後もいくつか変化がありました。二年後に医療法人化し四年後に増築、近くの病院でまだまだ使えるCTを入れ替えに伴い処分するという情報がありこれを有難く頂戴することになり更にCT小屋を増設、隣の地主があと三五〇坪買わないかということでこれは有難く購入しました。気がついてみれば敷地七〇坪、建物二〇〇坪、無床の診療所としてはかなり大きなものになったのです。家内も内科医ですので二人で百人以上を診察することもありました。

四十歳、五十歳、この辺りは夢中だったのだと思います。内視鏡や超音波診断装置もその時々最新のものに入れ替え、CTもヘリカルCTに更新し毎日の仕事に飽きるということはなかったと思います。虫が騒ぎ出すこともなく若草町に落ち着いておりました。時々札幌に出ますし、無床診療所ですから一週間ほどの休診と祝祭日を組み合わせれば海外旅行も気兼ねしながら行くことは出来ました。

開業して二十数年間、

診療が本業としますと副業、と言いますか趣味といっても良い仕事か私には常に取りました。レントゲン写真の条件設定やら増感紙の選定、自動現像機の手入れなどはカメラの趣味に繋がるものがあります。電子スコープや経鼻内視鏡の導入時期も早かったと思います。近年の医療は診断機器なしには成り立ちませんがそれらが私にはあまり苦にならなかったのです。

開業してすぐより外注検査データの電子保存はおこなっておりましたが二〇〇一年からは電子カルテの開発に本格的に携わるようになりました。頻繁に東京に行くようにもなったのもこの頃からです。明電舎というそれまでは医療と関わりがなかった企業が診療所向けの電子カルテシステムを開発するというところで開発に関与する医療側三名のうちの一名に私を選んでくれたのです。SEを始めとした様々な業種の人たちも若草を入りやすいになりました。

その頃はJR東室蘭駅も古いままで、東京からの客人に恥ずかしいからもう少し何とかしてよ、という気持ちでしたが、

この開発プロジェクトが終わりを迎える頃JR東室蘭駅はエスカレーターを備えた立派なバリアフリー駅になったのです。残念、

二〇〇二年、自分の考えに近い電子カルテシステムが出来上がり、少し遅れて二〇〇六年からPACS（医療画像システム）を導入しペーパーレス、フィルムレスでの診療所運用を可能としました（それでも紙は必要です）。

まだ私の虫は騒ぎ出しませんが、毎日の診療は忙しかったけれど苦ではなかったのです。何よりも診療をつづける限り黒字は法人に内部留保の形で残っていきます。「順風満帆」という言葉がありますけれど、傍から見ればそのようであったのかも知れません。

私の電子カルテシステムには昭和六十年からの若草町での診療記録がすべて残されています。電子カルテ以前のものでもカルテ、アナログ画像などはスクリーンによりデジタル化してあるので数秒で呼び出すことが出来るのです。自分自身の昭和六十一年の胃バリウムも参照できますし、心電図もずっと残っています。期せずして三十年近い「定点観測」を若

草町でおこなったことになりました。

時々、長い通院歴のある患者さんのデータを見て、たとえば当時五十代の方が八十代になるまでの検査データや胸部写真やら心電図を見ながら二十数年の変化を眺めて感慨にふけったりしていました。

そんな私の心に変化が生じたのはいつごろからでしょうか。はつきりとはしないのですが多分五十半ばのことだったと思います。診療所を作り、増築し、拡張し確かに立派なものが出来上がっていました。

子供たちは若草で育ち、社会人となつていずれも室蘭地区を離れていきます。時々札幌、たまに海外に出かけたりはします。しかしながら、どこに出かけようとも必ず若草に戻らなければなりません。若い頃のような自由が今の自分にはもうない。虫が騒ぎ出したのです。

「疑心暗鬼」という言葉があります。自分はおそらくすると若草の囚人になってしまったのだろうか。気がついてみれば私は二十数年をかけて自分自身の牢獄を若草に作り上げたのではないか。人は私このことを根無し草、あるいはデラシネと

呼ぶかも知れません。でも、私はもう一度自由になりたい、と心から思うようになりました。

思い返せば若くして開業した頃、六十までやればいいや、とこう思ったのです。その頃、二十五年先は遥かに遠く一休本当にそのような日が来るのであるうかと考えていた筈です。

五十八歳、その日はあっけなく通り過ぎていき、気がついてみれば還暦もとうに過ぎていました。一緒に過ごした患者さんは亡くなった方も多いのですが、高齢化社会、老人は意外と手強いのです。この三十年近い付き合いの患者さんたちを放りなげていくことは出来ませんが、自分自身の年齢を考えると突然に終わる可能性もないわけではないのです。

事実、若草町で過ごしていた二十数年、私よりも後に開業し、私よりも先に何らかの理由で診療を終わらせた先生を何人も見てきました。

開業医は誰も肩を叩いてくれません。自分で決めなければ何事も進まないのです。一人では持て余すような大きな診療所、職員をどうしたものか、毎日六十人、七十人、時には百人を越える患者さんを

引き続き診てもらうにはどうしたものか。ちよつと悩みましたが、

若い人たちに譲るのが一番だ、そうしよう、と決めて昨年春ですが北海道家庭医療学センターに土地、建物、法人を譲渡しました。私の思考回路は意外と単純なのです。

自分ではとても出来なかった長年のアク抜き、断捨離は若い人たちがしてくれました、家庭医を目指すそうで小児用のキッズスペースが日当たりの良い一番快適な場所に設けられました。老人よりも若者を優先させることは私も大賛成ですが、お年寄りには少し気の毒か。

ひとつ残念なことは、北海道家庭医療学センターの都合でクラウド型ですが非常に使い勝手の悪い電子カルテシステムに変更されたことです。これは電子カルテのいわゆる悪い部分すべてを網羅したそれはひどいものなのですが、電子カルテの問題点をおさらいするには適したものでした。

病院を譲渡した後、一年間を若い先生方と一緒に過ごし三十年弱の刑期を無事務め上げた私は今年の春、若草監獄を出所し人生をリセットすることが出来まし

た。昨年からは東京のある会社で地域包括ケアを見据えた地域電子カルテの開発に参画しております。今は様々な電子カルテが乱立し混沌とした状況ですがうまく収束してくれるか、マイナンバー制度がひとつのキーワードになるだろうと考えています。医療情報システムは私の見果てぬ夢、ライフワークなのです。

二十一世紀、

高齢化にともなう医療、介護の激変、過疎化と地域医療の崩壊など課題は山積しています。どう解決するのか、解決出来るものか、考えただけで卒倒しそうです。これから若草での医療を担う北海道家庭医療学センターの先生方には、老婆心ながら「大変な時期のご開業で気の毒ですね」と言いそうでした。三十年前、医師会の先輩方にご挨拶にお伺いしたとき、皆さん口をそろえてそう私に仰ったのです。何を仰います、気の毒なものか、と若く傲慢な私は密かにそう思ったものです。若さとは恐ろしいものではあるのですが、無限の可能性を秘めているように思えるのです。

「家庭医療」、「在宅医療」、「総合診療」といった理念を掲げて医療に取り組む若

い人たちに老医は少しの疑問と大いなる尊敬の念をいただき、さあ、新しい若草物語に挑戦していただきたいと、そう期待しております。

二〇一五年六月

於 士幌町立病院（北海道地域医療振興財団短期支援）

セレンディピティー

若草物語第二章にあたり

佐藤 弘太郎

（若草ファミリークリニック）

皆さんは飛行機に乗った際、機内誌をお読みななるだろうか？

紀行文やエッセー、商品説明など多様なジャンルの情報に触れることができるため、私は離陸前から食い入るように見ているタイプの人間である。その中で、ふと俳優「竹野内豊」のインタビュー記事が目があった。主演している現在上映中（二〇一五年九月時点）の映画「Home」の記念というようなものであつ

た。空き巣を職業とする父（竹野内豊）と結婚詐欺を職業とする母（松雪泰子）と家庭内暴力、育児ネグレクトなどがあがり竹野内に拾われてきた三人の子供達の物語とのことであつた。

私は映画のタイトルと上記の登場人物がどのような展開をする映画なのか無性に気になった。そして東京出張のスケジュールのどこかの合間で、映画鑑賞ができないかと飛行機着陸後に、スマートフォンで調べてみた。すると出張の主目的であるセミナー終了後の懇親会に参加しなければ映画鑑賞が可能である映画館を見つけることができた。さてどうしたものか。当初の予定とおり懇親会に出るべきか、はたまた予定を変更して映画鑑賞をするべきか。懇親会に出ること得られるものと、映画鑑賞で得られるものを天秤にかけて：というような理性的な思考は後付けしたものだ、なんて声が聞こえてくる。ただ映画は見えていないので、どのようなものを得られるのかは分からない、懇親会はある程度予想はついていて、というような声も聞こえてくる。あれこれ考えが浮かんだものの、結局、映画館へ向かった。

映画の内容は大変示唆に富むもので、血縁よりも機能、家族の本質は何か、他者のために生きる際の人間の強さを示すものであつた。

さて、このような偶然の出会いを掴んだり、楽しむことを私はセレンディピティだと捉えている。自分の既定路線から少しはみ出させてくれる出会い。そのきっかけが時にとても大きな影響を人生に与えることもあるだろう。自分のアンテナに何がひっかかるのか：は自分でありながら自分でコントロールしていない直感のようなもので、その直感からの呼びかけを感度よくキャッチする心体の余裕が必要な気がしている。

今回、若草内科の継承のお話も、そのような意味では私にとってはセレンディピティであつた。当初は大変なことになつたと思つたこともあつたが、日々外来患者さんや地域住民の皆さんと接するにつれ、継承させていただき本当に良かったと思うようになっていく。というのもPTAを頑張っている人、町内会や老人クラブの役員さん、化石収集・闘鶏・湿原管理など多様な趣味を謳歌している皆さんから、先生たちが来てくれて本当

に良かった、と感謝されているからである。また私自身も皆さんの健康維持の一翼を担うことができることを楽しんでゐる。これもひとえに齊藤甲斐之助先生の二十八年間の信頼と実績の賜物であり、この場をかりて感謝申し上げると共に、その財産を損なわぬよう一層の努力をしていきたいと思つてゐる。

最後に、映画「at Home」の最後で「ただいま」と竹野内が言つて幕が閉じる。自宅から何らかの理由で外出して帰宅したときに何気なくいう「ただいま」。外来患者さんであれば元気に外出できている証拠であるうし、訪問患者さんであれば無事に自宅へ退院できたという安堵の一言となるであろう。「ただいま」と「おかえり」。そんな当たり前のような日常を支えていく町医者でありたい。



雑感

開院一年を迎えて

石丸 浩 平

(いしまる神経内科)

私、石丸が弘前大学医学部を卒業して三十年出身地室蘭市に戻り勤務医として二十年間勤めました。昨年九月に登別市新生町一丁目で開業させていただきました。会員の皆様、諸先輩から多くの激励をいただきました。また、開業以来この一年間に、主として神経内科疾患について数多いご紹介・ご相談を頂戴しました。皆様にご満足していただけるような返答・ご提案をきちんと差し上げることができたのか、と常に自問自答を繰り返す毎日です。

勤務医時代と異なることは数多くありますが、一番の変化は雇用主として自ら率先して働くという点です。職員の意思統一を図るために強いリーダーシップを発揮し、患者さまへのサービスを中核に据えて毎日仕事をする事です。幸いに、

素晴らしい素質をもった職員たちに恵まれました。良質のサービスを提供するため、定期的に院内勉強会を開催しております。また各職種毎講演会に参加させて、切磋琢磨を続けています。

自身の勉強法もかなり変化しました。医師会主催の講演会出席を心がけ、内科全般にわたる最新知識の習得に気をつけるようになりました。勤務医時代には札幌や東京に向いての講演会参加で得ることが多かった専門領域の勉強は、基本に立ち返って、最新論文のレビューを中心に行っています。毎日の臨床に地方がっていた実感があります。

生活リズムは着実なものとなりました。その分、学生時代・大学医局時代・勤務医当時から変わらず続く趣味である音楽鑑賞が毎日の生活に一定の比重を占めています。今後は演奏会も出かけたと思います。今後は、いまのところ仕事が安定するまではCD鑑賞で我慢しています。私の年代はちょうどLPからCDへの移行期に音楽に夢中になりましたので、仕送りや研修医の薄給をやりくりして高価なCDに注ぎ込んだものでした。当時泣く泣く買えず我慢した商品が次々と投げ売り

に近い価格で再販されている昨今の状況、青春時代を取り戻そうという気持ちとともに、数年ぶりにCDがマイ・ブームです。

だらだらと綴りましたが、これからも室蘭・登別の地域医療に一定のお手伝いが出来れば幸いです。医師会の先生方にはご指導宜しくお願い申し上げます。

ゴルフというスポーツ

室蘭市医師会ゴルフ部幹事

上戸 敏彦

(かみと耳鼻咽喉科クリニック)

ゴルフほどストレス発散にならないスポーツはないと思います。他のスポーツでは終わった時はタイムやスコア、勝ち負けに関わらず、ある程度達成感を感じるものです。ゴルフに関しては達成感などあまり感じることもなく、ストレスが溜まっていく一方です。それでもゴルフは面白いと多くの方が思っています。それはなぜでしょう。

ゴルフは非常に長い棒(シャフト)の先についているヘッドという部分で野球より小さい卓球の玉くらいの大きさのボールを打ち、それもドライバーでは野球のホームランより遠くに飛ばし、なおかつ方向性や正確な距離感も要求されます。豪快かつ緻密なスポーツだからだと思えます。だからこそ面白くもあり、難しいでしょう。

いつも上手くいく筈もなく、ストレスが溜まることになりました。もつとアバウトでも良いのかも知れませんが、私など変なところで潔癖性が出てしまう性格の人間には許せなくなるのでしょうか。完璧なショットが打てるほど上手い訳ではないのです。

最初にティーグラウンドに立った時、特にドライバースhotを打つ前はいつも緊張します。素振りは完璧です。ただ、玉がそこにあると何故かスイングが変わってしまいます。以前に他人にビデオを撮らせて貰った時には愕然としてしまいました。あまりにも素振りと同じショット時のスイングが違いすぎるのです。それでもたまには今日一ショットが出ますので嬉しくなります。それが自分

の実力と勘違いをしていますが。たまにしか良いショットが出ないので良いショットが出た時には余計嬉しく感じるのかもしれない。

僻み根性で言わせて貰えば、いつも良いショットをしている人はゴルフなんて簡単で面白くないでしょうと言いたくもありません。ドライバーが良い時はアイアンが悪く、アプローチが良い時はパターが悪いか、何かが良い時は別の何かが悪いことが多い傾向があり、多くの人はこういう経験をしているようです。

ドライバーからアイアンショット、アプローチ、パター全てがある程度が良い時も本当に稀にあり、所謂ゾーンに入った時にベストスコアが出ます。私のゴルフに関しては、ここ二〜三年はドライバーの調子が悪くハンディキャップが低迷していましたが、今年は少し良くなり、スコアもやや良くなる傾向にあります。ただ、何かが良いと何かが悪いという法則のため、以前は比較的良かったアプローチが最近よくダブったり、トップしたりするミスがよく出ます。アプローチはミスです。以前はドライバーは

すだったようです。なんでもイップスになるものです。ショットが良くグリーン近くまで来てからアプローチでの失敗はがっかりしてしまいます。だから練習するのでしょうか。

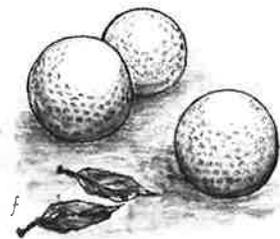
仕事が終わるのが遅いためそれから練習場に行くと呼りも遅くなります。ラウンドでうまくいかなくても練習場では大抵その失敗は修正でき、スツキリします。ラウンドでのストレスを練習場で発散しているのかもしれない。でもまたラウンドで失敗するので堂々巡りになります。なかなかうまくならないのでゴルフをやめてしまおうかと思うこともたまにありますが、そういう時に限って良いスコアが出て優勝なんかしてしまふものです。どうもゴルフの神様は気まぐれのようなのです。

パターはなぜか調子が良く入る時となかなか入らない時があり、不可解です。どうしても練習が面白くない為あまりしないということも有るのかも知れませんが。ゴルフは練習したからといって必ずしも上手くなる訳ではありません。けれどもある程度は練習しなければうまくなりません。本当に難しいスポーツです。

ゲーム性が高いスポーツでもあり、自然の中でするスポーツなので運も関係してきます。すっかり愚痴のようになってしまいました。すぐくストレスがかかるとスポーツですが、楽しいスポーツでもあります。

以前は先輩などから勧められたり、医局のコンペなどがあり医者のほとんどがゴルフをしているという印象がありましたが、趣味の多様性に伴いゴルフをする人が減り、室蘭市医師会のゴルフ部会員も減少の一端をたどっています。高齢になり引退される先生がいる一方で、新しく入部してくれる先生がいません。ゴルフは好きだけれどもしがらみの中でのゴルフはしたくないという考え方もあるようです。今年は三人の先生がゴルフ部に入ってくれました。二人は製鉄記念病院の勤務医の先生で開業医と顔見知りになるいい機会ではないでしょうか。日鋼記念病院の先生も三人いますので、市立病院の先生にもなんとか入部していただけたらと思います。競技志向の先生もいれば、エンジョイゴルフの先生もいますが、みんなで楽しくゴルフができればと願っています。

最後に全道ドクターズゴルフ大会についてお話しさせていただきます。三年後に室蘭市医師会が担当することになりました。室蘭ゴルフ倶楽部を予定していますが、ゴルフ部の会員が主体となり準備を進めなければなりません。前回の開催での反省点などを踏まえ、至れり尽くせりというほどではなく、全道の医師会員の先生が心地よく、楽しくゴルフが出来れば良いのではと思います。室蘭市医師会員特にゴルフ部会員の先生方には色々ご協力していただくことになろうかと思われませんが、その節は宜しくお願い申し上げます。



編集後記

私は数年前から波久鳥の編集委員に名を連ねているが、実質的に波久鳥を作り上げているのは委員長斉藤甲斐之助先生と、室蘭市医師会事務局の高橋氏である。私などが編集後記を書くのは大変おこがましいのであるが、今回の座談会、高齢化社会と医療」を聴いて、いろいろ思うところがあった。

座談会は、斉藤先生が提示されたテーマを基調として、地域医療の第一線で活躍されている先生方の本音の議論が聞けて大変面白かったが、考えてみると今年五十四歳になる私は、二十一年経ったら七十五歳の後期高齢者となるわけで、二十一年という年月が長いようで短いのは、二十一年前の平成六年が、ついこの間のことに思えるからである。当時は浦河赤十字病院や函館協会病院などに独りで行かされて、医者として何となく独り立ち出来たかなという自信がつき始めた頃であったし、二番目の子供が生まれたのもこの年であった。

自分が「近い将来」高齢者となるにあたって思うのは、介護などで他人の面倒

になる前に「ポックリ」往生したいということである。国内のあちこちにポックリ寺というのがあって参拝客が詰めかけているそうで、みんな願う所は同じなのである。私の父は四十九歳の若さでも膜下出血で倒れ、わずか数時間で息を引き取ったが、早逝はともかく死に方としては羨ましいと母と話している。

先日八十代後半のドクターが急性細菌感染症で緊急入院されて治療を担当した。ほどなく全快して退院されたが、回診の際ドクターが、折角これで往生できると思ったのに実に残念だと仰られた。私も思わず、お気持ちはよく解ります本当に残念でしたねと返事したが、その場に居合わせた奥様や看護師が訝しい顔をしたことは言うまでもない。普段であれば、何を仰るんですかこれからお元気で長生きして下さいよと返すところであるが、先輩ドクターに向かつて上っ面の美辞麗句を並べても詮ないのである。

波久鳥は通算二十八号になる。休刊の時期もあったようだが、先輩たちが営々と作りあげてきた伝統ある刊行物であり、これからも末長く続くことを心から祈っている。

(立木 仁)

「波久鳥」二十八号編集委員

齊藤 甲斐之助
三村 博通
生田 茂夫
堀尾 昌司
福永 純
柳川 謙
野尻 秀一
横山 貴康
今 信一郎
立木 仁
富田 雅義

室蘭市医師会誌 波久鳥

発行日 平成二十七年十二月一日

発行所 室蘭市医師会

印刷所 株式会社日光印刷