会員のひろば

北海道医報では、特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容等を除いた幅広い多様性のあるご意見を掲載させていただいております。

IQ値とは

札幌市医師会
札幌いがらし人工関節クリニック
村上（むらかみ）　俊也（としや）

子供の頃、やんちゃだったので怪我が多かったが、何より先生のご機嫌を損なうことが多かった。品行方正に頓着できるのなら、疾うにやっているはずで、できないものはしようがない。事あるごとに母親が学校へ呼ばれるわけで、随分と迷惑をかけた。低学年の頃だった。いつものように母が帰宅して話があった。また、お小言かと思ったが、あるテスト結果の通知だった。今風に言えばメンサの入会資格を満たす好成績を告げられたという。ただ時の通信簿が優秀だった記憶はない。

IQ値が記載されたカルテを見たのは札幌肢体不自由児総合療育センター（現コドモックル）に勤務した時だった。当時、銭函の小児総合保健センターが未熟児、新生児の救急医療を担い、手稲の療育センターが乳幼児の心身、身体障害を担当していた。対象は染色体異常、二分脊髄症などの先天性疾患をはじめ、重度心身症、白質脳症や周産期異常による脳性麻痺、出生後外傷による身体障害やペルテス病などである。装具の見立て、運動療法の処方、手術などが我々の仕事である。施設には養護学校が併設されており、子供たちは全道から集まる。医食住学が揃う環境で入院生活を送ることになる。学業優秀な子もいるが、知的障害を持つ子が多い。思い返すとIQ40前後くらいの子供たちが特に可愛かった印象がある。そう感じたのは子供たちに対する差別からではない。私の能力の限界からである。子供たちは親元を離れ、集団生活を強要される。それを理解できる子もできない子も容赦はない。親の暴力が原因で障害を負った子には帰省先がない。正月も閑散とした療育センターに取り残される。対麻痺児は匍匐し、ペルテス児は尻這いし、寝返りしかできない子たちは些細な段差を乗り越えるのも苦労する。他愛のないボール転がしでさえ、この子たちには困難なのである。さらに意思の疎通も難儀である。会話の機微を共有できる子もいるが、重度障害になると冗談は通じぬ。親も子も一生、拭えぬハンディを持ちながら生きている。その姿を見るのは実に哀れであった。それでも、慰みと感じたのは、私を見つめる子供たちの笑顔。今も忘れない光彩陸離たる瞳たちであった。そういう子供たちとの関りの中で、私も学んだのである。中でも動魄したのは人間の精神はIQと反比例するということだ。嘘が無くなり、猜疑が消えるのである。世人は知識を養い、知恵を磨き、もって社会に奉仕すべしと説く。しかし、詭弁を弄し、人品を取り繕い、悪事をなす時に働くのも小賢しい知恵たちである。下手な知恵による虚飾がない子供たちには純真無垢の精神が宿る。その破顔一笑は実に天真爛漫で美しいものだ。「知恵出でて大偽あり」、「人生　字を識るは憂患の始め。名前を書ければ充分。」と古哲の言葉があるが、なるほどIQ高きがゆえに聡明なることもあるまい。はたしてIQ値とはなんであろうか。今年もコドモックルに併設されたドナルド・マクドナルド・ハウスから寄付依頼がきた。ふと、あの子供たちを思い出した。

丸くなる話

旭川市医師会
道北勤医協一条通病院
黒須（くろす）　拓郎（たくろう）

最近、世の中がやけにギスギスしている。やたらと権利ばかり主張し、他者の気持ちを慮ろうとしない。おあいこで良しとせず完膚なきまで叩きのめす、引きずりおろすまでやめようとしない。ああ嫌だ。

みな、もっと丸くなろう。今の社会に必要なのは、とがることではなく丸くなることだ。そこにきて絶好のお手本となる生物がある。ダンゴムシだ。

わたしは幼少時からダンゴムシが大好きである。彼らは危険を感じると丸くなる。われわれ人間もそろそろ、彼らに学ぶべき時分かもしれない。世の中をもっと丸く生きやすい世の中にするために、知っているようで知らない彼らの魅力をご紹介しよう。

①名前の秘密

和名はオカダンゴムシ。団子みたいな虫。ところが、英名ではpill bug（お薬の玉みたいな虫）という。なんと、私たちの業界にも深いつながりがあったのだ！

②ダンゴムシとは名ばかりで

ダンゴ“ムシ”と呼ばれているが、実は甲殻類。エビやカニと同じ仲間である。食べると意外に旨いかも！？しれない。

③変なこだわり

甲殻類なので何度も脱皮して大きくなる。この“服の脱ぎ方”にこだわりがある。必ず下半身から先に脱ぐ。なんともセクシーである。数日かけて上下とも脱皮する。脱皮した殻は捨てず、もぐもぐ食べる。なんともエコである。（エコでセクシーといえばいつぞやの環境大臣を思わせる…）

④妙なクセ

ダンゴムシには妙なクセ（習性）がある。彼らは、分岐路に差し掛かるたび曲がる向きを左右ジグザグと変えて進む。例えば、札幌中心部のような“碁盤の目”の道路であれば、北→東→北→東といった具合に進む。これを「交替性転向反応」という。敵から逃げる時に同じ場所でグルグル回ることがないようにとか、エサを探す時により遠くに探しに行くことができるためとか、理由は諸説ある。しかし、本音はダンゴムシに聞かないと分からない。

⑤丸くなっている時間

この問いこそ私が幼少時からずっと抱いていた疑問であり、また、生涯の研究テーマでもある。時と場所を変えてこれまで３回ほど実験したが再現性がなく（１／２／３回の結果はそれぞれ27.72／6.16／33.66秒、エラーバーが大きい…）、未だ論文発表には至っていない。新進気鋭の若手研究者、助手として力を貸してくれる方を募っている。

この記事を読んで、少しでもみなが丸くなってくれると幸いである。

ゲーム機争奪戦

札幌市医師会
手稲渓仁会病院
箱山（はこやま）　聖子（みなこ）

2025年６月５日次世代機として話題になっていた「Nintendo Switch２」が発売された。それをきっかけに、初代 Nintendo Switch が発売された頃のことを、久しぶりに思い出した。

初代スイッチが発売されたのは 2017年３月３日。当時、我が家の子どもは、小学校１年生と幼稚園の年少さんだった。春の発売だったものの、少なくとも夏頃までは「手に入る見込みはほとんどない」という空気が続いていたように思う。

それが秋を過ぎ、クリスマスが近づくにつれて、ちらほらと「もう持っている」という話を耳にするようになり、親のほうが次第に落ち着かなくなっていった。サンタさんが持ってきてくれると信じて疑わない子どもたちを前に、同じように小学生・幼稚園児を抱える家庭同士で、どこに入荷した、抽選に当たった、といった情報を共有しながら、皆で必死になっていたのをよく覚えている。我が家が入手できたのはクリスマスの１週間前だった。

それに比べると、今回のスイッチ２は、転売を防ぐために、各店舗が発行するクレジットカードでの決済に限定するなど、販売方法自体が工夫されていた。我が家も、たまたまその条件に合っていたことで、結果的に購入することができた。

あの頃、サンタさんがスイッチを難なく持ってきてくれると胸を弾ませていた子どもは、今では中学３年生と小学６年生になり、我が家にはサンタさんは来なくなった。

今回の購入については、「受験が終わってから使っていい」という話で、中学３年生にだけ伝えた。（購入できた喜びで思わず伝えてしまったのが真実だが）小学生の弟は、まだそのことを知らない。

ゲーム機の話題ひとつで、あの頃の慌ただしさがよみがえる。それは、手に入るかどうかに一喜一憂していた忙しさだけでなく、幼い子どもたちの毎日に追われていた、子育てそのものの慌ただしさでもあった。今はその熱気も落ち着き、箱に入ったままのゲーム機が、静かに出番を待っている。

心電図自動診断の弱点とは？

札幌市医師会
札幌健診センター
中村（なかむら）　一博（かずひろ）

今や心電図自動診断に頼らずに、心電図を読影することは稀でしょう。フクダ電子によると心電図自動診断の精度は、健診で95％、臨床では約80％とされています。心電図の誤診を避けるには、自動診断の弱点を把握しておくことが大切だと思います。そこで今回は「心電図自動診断の精度評価ならびに有用性向上へのアプローチ　第２報：汎用心電計による心電図自動診断精度の現状と問題点」（加藤貴雄ほか：心電図，40，263-271，2020）という論文を、ご紹介したいと思います。

この研究では一般企業の健康診断50,000例の心電図オーバーリードの中から、自動診断結果が不適切と判断された1,108例の心電図の所見を検討しました。不適切診断の内容は（カッコ内は不適切診断全体に占める割合）、１位：心筋梗塞の過剰診断（29.3％）、２位：ST-T変化の見落とし（13.6％）、３位：期外収縮の誤診（11.9％）、４位：脚ブロック／軸偏位の不適切評価（11％）、５位：洞性／異所性Ｐ波の見落とし（10.1％）、６位：WPW症候群の誤診（8.8％）、７位：心房細動の誤診（4.9％）でした。

それぞれの所見について、細部を見ていきます。まず、１位の「心筋梗塞の過剰診断」では、V1,V2誘導のＲ波増高不良をQSパターンと判断し、前壁梗塞と誤診した例が多く、２位の「ST-T変化の見落とし」では、Ｓ波の終点あるいはＴ波の始点の同定が困難なことが原因と思われました。３位の「期外収縮の誤診」では心室内変行伝導を伴う上室期外収縮を心室期外収縮と誤診した例、４位の「脚ブロック／軸偏位の不適切評価」では軽度の軸偏位を左脚のヘミブロックと誤診した例が多く見られました。５位の「洞性／異所性Ｐ波の見落とし」と、７位の「心房細動の誤診」の原因は共通しており、「心電図自動診断は振幅が小さいＰ波を検出し、さらにｆ波と区別するのが不得意」ということにつきます。また頻度は低いのですが、危険なものとして「房室ブロックの誤診（1.1％）」があります。自動診断で房室解離を認識できなかったために、完全房室ブロックを見落とした症例が提示されていました。

ここからは、これらの弱点に医師はどう対処すればよいのか、私の意見を述べていきます。この研究では健康診断の心電図を対象としているので、無症状を前提として考えてみます。まず１位の「心筋梗塞の過剰診断」ですが、私はV1,V2誘導のQSパターンを見たら、まず胸部誘導のST-T変化の有無をチェックします。前壁心筋梗塞は左冠動脈前下行枝の閉塞が原因ですから、ダメージを受ける心筋は広範囲となり、QSパターンだけでなくSTの変化や左右対称の陰性Ｔ波（＝冠性Ｔ波）を伴うことが多く、QSパターンのみの心筋梗塞はあまり見られません。ST-T変化が全くなく、V1,V2誘導のQSパターンのみの所見であれば、やせ型の体形や肺気腫などによる立位心が原因となっていることが多いので、胸部Ｘ線写真で立位心の有無をチェックします。

２位の「ST-T変化の見落とし」では鏡像関係にある誘導をチェックします。ST-T変化で一番問題になるのは心筋虚血の所見ですが、心筋虚血でSTが上昇した場合は、その対側（前壁であれば下壁）のSTは低下します。例えば、V1～V4誘導のSTが上昇して、Ⅱ,Ⅲ,aVF誘導のSTが低下していれば、前壁の心筋虚血を疑います。

３位の「期外収縮の誤診」では心室内変行伝導を読み取ることが必要です。心室内変行伝導を伴う上室期外収縮では、連結期が短いＰ’波を認めます。心室期外収縮にはＰ’波はありませんから、Ｐ’波の有無をチェックすれば良いと思います。

４位の「脚ブロック／軸偏位の不適切評価」は、左脚前枝ブロックであれば－45度、左脚後枝ブロックであれば＋120度以上の軸偏位が診断基準ですから、そのような極端な軸偏位の有無を確かめます。

５位の「洞性／異所性Ｐ波の見落とし」と７位の「心房細動の誤診」については、ともかくＰ波に着目するしかありません。心電図自動診断はＰ波の検出が不得意なので、医師の目で確認する必要があります。特に心房細動についてはＰ波とｆ波の鑑別と共に、RR間隔の絶対性不整という心房細動特有の所見を見落とさないことが大切です。

最後に「完全房室ブロック」についてですが、これもＰ波の検出が不得意な自動診断に見落とされやすい所見です。医師の目でＰ波を確認し、PP間隔、RR間隔を評価して房室解離の有無をチェックする必要があります。

このように、残念ながら心電図読影では自動診断のアルゴリズムに組み込むことが困難な、複雑な判断を要する所見が多々あります。今後AIなどを活用することにより、自動診断の精度が向上することも期待されますが、それが実現するまでは、医師自身が読影力を上げていく努力をするしかありません。自動診断はあくまでも「補助」であり、診断の主体は自分なのだという意識を持てば、心電図読影における誤診を減らすことができると思います。

災害時医療の一回想

札幌市医師会
クリニック・イン・ザ・モーニング
岡田（おかだ）　純一（じゅんいち）

北海道医師会会員の皆様、2025年もお疲れ様でした。十年ぶりに寄稿依頼をいただき、題材を心に探しながら眠りについた2025年12月８日の夜、不気味な携帯アラームの後に強い揺れがありました（北海道・三陸沖地震：マグニチュード7.4）。横揺れする食器棚を押さえながら昔の体験を思い出したので、やや古い話ですが筆を進めてみます。

・北海道南西沖地震（1993年７月12日：マグニチュード7.8）

防衛医科大学校病院（埼玉県所沢市）の後に自衛隊中央病院（東京都世田谷区）で初任実務研修を終え、自衛隊札幌病院（当時は札幌市豊平区）内科医官として着任した私にとって、初めての病院当直の夜でした。当直に入って来院患者が落ち着き、遅めの夕食を終えた22時過ぎに大きな揺れが生じました。病院内で被害がなかったのは幸いでしたが、当直室に戻ってTVをしばらく観ていると、どうやら奥尻島で大被害が発生していることが伝わってきました。しかし離島であり通信技術の限界があったのか、映像配信が全く入らない状況でした。各町村から緊急発信される生の電話音声中継のみが黒い画面でTV放送され、被害状況は推測するしかありませんでした。

奥尻島には航空自衛隊レーダサイト基地があります。「患者の航空搬送があり得るから、今夜は眠れないな」と緊張感を高めていたところ、まもなく病院職員がやってきて私に告げました。「あっ、先生、もう当直いいから行ってください、30分後に病院出発です」半分気が動転しそうになりながら大急ぎで準備を整え、真駒内駐屯地に待機していた丘珠航空部隊のヘリに大量の医療資材と共に押し込まれ、まもなく私は朝陽が降り注ぐ奥尻空港へ降り立っていました。日赤医療チームがいち早く震災現場入りする実績は有名ですが、この震災は離島という状況もあり、私を含めた自衛隊医療部隊が救援の先陣でした。

高台に位置する空港で直ちに医療チームの班編成を行い、付近の民家各所に被災患者が救助収容されていることを知らされました。海岸部の青苗地区は地震そして津波、さらに大規模火災が起こって壊滅状態にあり、我々はもうもうと立ち昇ってくる煙に目を抑えつつ、町民の誘導のまま各所へ救助に向かいました。私が初動で救助した被災患者の多くは鈍的外傷でした。津波は溺死もあるが瓦礫による強力な打撲傷（交通外傷に近い）が多いことを学びました。また津波災害は被災直後に生死が分かれてしまう一面を感じました。幸運にも救助された方々はいずれも意識清明、でも動けない、身体は砂だらけという状態でした。島外へ後送すべき被災者のトリアージを先ず行ったのですが、搬送を隊員に任せるにあたって困ったことがありました。紹介状書式の準備がなかったのです。急を要する現場で「○○先生　御机下」などと認めている場合でもなく、やむを得ず民家玄関先に置いてあった段ボール箱を拝借して面を破り、賞状のような大面に黒マジックで状況を記して渡し、その後ヘリで札幌や函館に搬送されました。

救援部隊の一番下の医官であった私はその後、余震が続く青苗地区の端の患者救助、地元消防団との遺体捜索と収容も手伝いました。同乗させていただいた消防団のトラック荷台は帰路の途中で遺体でいっぱいとなり、消防団の運転手と私以外は車を降りて徒歩で遠路を戻りました。自衛隊の拠点として提供された町民会館も二日目には遺体収容で満杯となり、我々は屋外に新たな天幕を設営せざるを得ませんでした。夜半になっても、背中直下を突然突き上げる余震に驚きつつ、眠りの浅い夜を重ねました。

この地震津波は日本海側で生じた過去最大級の災害であったため、救助物資の事前準備も想定外でした。とりあえず使えそうなものと、病院倉庫から大量の点滴や創傷処置資材などをヘリに積み込み、私はシートベルトはおろか立ったまま資材にヘリの窓へ押し潰されつつ移動しました。結果として、このような医療資材を緊急現場であまり使うことはなく、時が経過すると意外な需要に気付かされました。「血圧とか、いっぱい薬を、でも全部家において逃げてきた」「インスリンを使っていたんだけど、どうしたらいいの」「家族が見つからなくて不安で、なにか眠れるような薬とかはないの」「ここに水をもらえませんか（入れ歯の入ったコップを差し出して）」など、慢性疾患への継続対処や被災後の精神面を含めたフォローが震災における大切な救援課題であることも学びました。

日本ではその後、大震災が重なりましたので本震災の被災規模は比較して小さく感じるかも知れません。しかし、離島という特殊環境で発生した事例として一つの教訓と思います。結びで話題を変えて恐縮ですが、もう少しお読みください。震災と通信技術について思うところがあります。

・災害時の通信について

奥尻島震災派遣当時（1993年）の主たる通信手段は固定電話でした。病院からの医師の呼び出しもポケベルのみ、ガラケーはおろかPHSすらない時代でした。地図も持たされないまま突然見知らぬ島へ降り立った私は、本当に原始的ですが、地形と太陽の方角を確認しながら移動していました。

現在、携帯端末の充電があってキャリア中継基地局も無事ならば震災時も情報（位置・安否・状況）を集めることが可能です。実際、12月８日の北海道・三陸沖地震の夜は、TVよりもXで個人が配信する現地動画が情報量と質で優っていました。携帯端末を含めた電源確保がいかに重要かは「北海道胆振東部地震（2018年）」のブラックアウトでご存じと思います。しかし、基地局が機能不全に陥ってしまった場合を皆様は想定したことがありますか？

解決方法は衛星通信です。現在の携帯端末でもSOS衛星通信発信は可能ですが、インターネットにつなぐためには地球上空の人工衛星にアンテナを向けるしかありません。すでにご存じの方もいらっしゃると思いますが『Starlink』という商用サービスがすでに稼働しています。奥地の山小屋などで活用されて好評のようです。それほど高くはない初期設備費用と定時使用料がかかり、アンテナへの電源供給も必要ですが、病院など中規模以上の拠点施設であれば配備しておくと震災対策としてかなり有効と思います。個人使用向けパッケージもあります。私はポータブル電源と小さなソーラーパネルを所持していますが、将来的な導入を検討し始めています。

最後に、本文書の最初の方をご覧ください。2025年12月８日に起こった北海道・三陸沖地震と1993年の北海道南西沖地震の規模はほぼ同一です。奥尻島は震源直上ゆえに大きな被害が生じましたが、怖さのレベルは一緒なのです。「北海道・三陸沖地震後発地震注意情報」は解除されたようですが、日本海溝沖はエネルギーが蓄積されているように私個人は感じます。余談なく、平時であればこそできる「備え」を皆様個人でできる範囲で整えてください。

ブルースリー物語　その２

帯広市医師会
帯広中央病院
吉田（よしだ）　貢（みつぐ）

さて検死の結果から、ブルースリーが長年悩んでいた慢性頭痛の原因も、再発を繰り返す、一過性の脳浮腫であったと推測される。ただリーに目覚め型の頭痛や食事に関係しない嘔吐などの脳圧亢進症状があったかどうかは不明である。CTやMRI検査がなかった当時の精密検査は、血管造影による連続撮影と断層撮影だが、異常はなかった。（1973年の映画エクソシストで、この検査を見ることができます。）

ブルースリーはストリートファイターでもあったので、彼が脳浮腫になりやすい体質となった理由は、頭部（脳）に蓄積したダメージが原因と思われるが、あまりこの説を唱える人はいない。なぜならリーは過去の多数のケンカや決闘で負け知らずで相手から自分の頭部に打撃をもらったことなどないからだ。

だが「ニュートン様の運動力学（作用反作用）の法則」を忘れていないだろうか。相手からの打撃を自分の頭部にもらわずとも、自分の拳で相手の頭部に打撃を与えると、相手の頭部から自分の拳に同じ衝撃が反り、その反作用が自分の脳にまで伝わって来る。もちろん自分に反って来た力の大半は自分の脳に達する前に体の中で分散吸収されてしまうので、頻回に相手の顔面を強打しなければ問題はない。

享年74歳の無敵のボクサー、モハメッド・アリも、試合では相手を殴りまくって、自分はほとんど殴られていないが、引退して３年の42歳でパーキンソン病と診断され、闘病生活を送っていた。

ただし、グローブをつけて相手の顔面を殴っても、頭部の骨は非常に硬いため、自分の脳を痛める前に自分の拳を痛めるリスクの方が大きく、ボクサーはケンカをしても絶対に素手で相手の顔は殴らない。

素手で相手の顔を殴るには空手のような「硬気功」の鍛錬が必要だ。空手家の鍛えた拳は瓦や板を割り、相手の頭部を殴っても自分の拳を痛めない。

一方のブルースリーもケンカで、いきなり相手の顔面を躊躇なく殴っていたので、硬気功をマスターしていたはずで、リーの「二本指片手腕立て伏せ」がそれを証明している。そしてブルースリーぐらい素手の拳で相手の顔を殴りまくった格闘家は、最近では存在しないのではないだろうか？

素手の空手の試合で相手の顔面を殴ったら反則なので、実際に相手の顔面を素手で本気で殴り大ケガさせたことのある空手家は、そう多くないはずだ。

一方のブルースリーは香港で若手俳優スターとして活躍していた10代の頃、その陰でストリートファイトに明け暮れており、無敵のケンカ番長で相手の顔を殴りまくっていた（と言われている）からだ。

作用反作用の話に戻り、叩く対象が胸部や腹部、ミットやサンドバッグぐらいの柔らかさなら大丈夫だが、頭のように硬いものはダメだ！極論を言うと、５階から飛び降りて地面の硬いコンクリートに向けてライダー・キックを放てば、地面から足を経由して反ってくる衝撃で脳挫傷となり即死だろう。

リーが「詠春拳」道場に入門したのは、手合わせで一度だけカンフーの使い手に遅れをとったからとも言われているが、ケンカを止めないため僅か３年で破門されており、師から「硬気功」の危険性に関して十分な指導を受けていなかった可能性がある。

岩や鉄骨を素手で叩き割る「硬気功」の大道芸を行う者が、自分の脳を痛めることは周知の事実で、練習の虫だったリーの硬気功の鍛錬のやり過ぎが、脳にダメージを蓄積したもう一つの原因と思われるからだ。ちなみに伝統的な中国武術は、甲冑を着た相手と武器で戦うのが前提なので、拳は鍛えない。

さて、皮膚や筋骨を鍛えることはできるが、頭部は金的と同じく急所であるため、頭部をどれだけ殴っても、脳が鍛えられて丈夫になることはない。

それどころか、特に頭部を殴り合うボクサーに多く見られるように、脳にダメージが蓄積され、症状の軽重は様々だが、後から「パンチドランカー」と俗称される症状に悩まされるようになる。

その当時は何でもなくても、徐々に頭痛や手足のしびれ、体のふるえやバランス感覚の喪失、さらに進むと呂律が回らない、パーキンソン病、認知症、などの様々な脳神経症状が出て来る。

顔を殴るのが専門のボクシングが、頭蓋内出血で一発死亡となる危険性があるにもかかわらず、現在でも禁止されず大人気の理由は、やはり拳で顔を殴ってノックダウンさせるのが、エンタメとして最もエキサイティングだからだろう。

1959年にリーは、カンフー他流派の相手を決闘で大怪我させ、とうとう警察沙汰になってしまう。ケンカ両成敗とはいえ香港警察が把握できたリーのケンカの数が多すぎて、今後一度でもケンカをしたら刑務所行きのお達しが下った。だがケンカが三度の飯より好きなリーは絶対にケンカを止めず、このまま香港にいれば俳優生命が絶たれてしまう。そこで両親は当時18歳の、血の気の多いリーの頭を冷やす目的も兼ね、実姉の住むアメリカに渡らせた。

リーはシアトルに住んで職業訓練学校でもあったシアトル・セントラル・カレッジに通い、1961年にワシントン大学に入学する。当時のカリフォルニアでは中国武術も盛んで、道場主らは空手道場に追いつけ追い越せと、各地の体育館などで白人を対象としたパフォーマンスなどを行っていた。（つづく）

帯広と膵癌と私

帯広市医師会
帯広厚生病院
松本（まつもと）　隆祐（りゅうすけ）

昔の「部屋とＹシャツと私」という曲のテーマのようですが、年男にあたり私が力を入れている膵がん早期診断プロジェクトについてお話ししたいと思います。

私は1978年に現在の勤務先である帯広厚生病院で生まれました。2003年卒のため医師人生23年目ですが、そのうち通算19年間も自分の生まれた帯広厚生病院で勤務できていることに運命と喜びを感じています。

膵癌はご存じの通り５年生存率が10％以下の難治癌ですが、早期診断して手術できれば10年生存率は10㎜未満で93.8％、10－20㎜で78.9％（Kanno et al, Pancreatology 2018）と長期生存が期待できます。北海道は全国よりも膵癌死亡率が高く、男性の標準化死亡率では北海道全体で1.21倍、札幌市 1.22倍、函館市 1.30倍、帯広市 1.30倍（北海道健康づくり財団による北海道における主要死因の概要 2013-2022）と高いです。

このため帯広市医師会協力のもと2018年から帯広厚生病院、帯広第一病院、北斗病院、帯広協会病院、帯広中央病院が連携病院として「とかち膵がん早期診断プロジェクト」を開始しました。内科系の開業医や病院に下記の膵がん早期診断チェックリストを配布し、該当する患者を紹介してもらい精査を行います。先行する広島県のJA尾道総合病院で成果を上げており参考にさせていただきました。2018年から2024年末までに3,320名が登録され、膵癌は最初から画像で指摘され紹介された症例も含んでいますが579名（17.4％）でした。2024年度の膵癌患者は103名でそのうち73名（72.3％）が紹介症例であり、各医療機関からの皆様のご協力に感謝いたします。今まで十勝ではstage０の上皮内癌は見つかっていませんでしたが、プロジェクトを開始してから毎年見つかっております。

2018年からの３年生存率は17％（Stage０あり 19.2％）とがん診療連携拠点病院等の相対生存率19.2％（がん統計2015年診断）、５年生存率10.1％（Stage０あり 11.9％）とがん診療連携拠点病院等のネットサバイバル生存率12.7％（がん統計2014-2015）と全国平均と遜色ないデータになっており、今後十勝地区の膵癌死亡数の減少が期待できます。

現在は十勝医師会の協力も得て十勝地区全体でプロジェクトを行っており、各医療機関の医師、技師を対象にUSハンズオンセミナーを毎年開催し十勝地区のエコー技術の向上、均てん化に努めています。

また以前は毎年膵癌について市民公開講座を行っていましたが、新型コロナウイルス流行後は行っておらず、地元紙にプロジェクトの記事を掲載してもらい啓蒙活動に努めています。2025年冬からは「すい臓がんリスク診断アプリ」のポスターを内科系医療機関に配布し、患者がアプリの質問に答え、高リスクと判定された場合は連携病院に紹介してもらうシステムも始めました。

このプロジェクトにご協力いただいている帯広市医師会、十勝医師会、各医療機関の皆様に深く感謝いたします。12年後の60歳にはこのプロジェクトで膵癌死亡数が減少していることを再度報告できるように頑張っていきたいと思います。

膵がん早期診断チェックリスト

臨床症状	黄疸、原因不明の上腹部、背部痛
家族歴	膵癌の家族歴（親、兄弟姉妹、子で2人以上）
膵炎の既往	急性膵炎、慢性膵炎
糖尿病	初発発症、急速な悪化
血液検査	肝胆道系酵素上昇、膵酵素上昇 腫瘍マーカー高値（CEA、CA19-9）
エコー検査	膵管拡張、膵嚢胞、膵石灰化、膵腫瘍、描出不良
すい臓がんリスク診断アプリ	高リスク

2044年（令和26年）の楽しみ

北海道大学医師会
釧路赤十字病院
大中（おおなか）　一矢（かずや）

私は東北の出ではありますが、縁あって北大の産婦人科に入局し早数年がたちます。私は元来飲み会が好きな質ですし、学生時代に酒を覚えて、働きだしてからもなお、この十数年、忘れたころに二日酔いするという過ちを繰り返してきました。焼鳥にビール、寿司に日本酒、チーズにワインなど、定番の組み合わせの妙はよく存じております。

しかし、令和６年の11月に家族が増えてから、なんとなく飲みにくくなって、それ以来飲まずに過ごしています。別に断酒した、というのではなくて、いつでも飲める状態だが本当にただなんとなく、飲み会をノンアルコールでやり過ごしてきたわけです。アルコールを飲めるけど飲まない志向（Sobar curious）を実践してみてのメリットは

・酒を飲んでないだけなのに達成感がある
・胃もたれしない
・二日酔いなどの飲酒関連のリスクがなくなる etc…

これまで、酒好きとして飲めるなら飲もうという意識でやってきました。しかし、飲んだくれる側の気持ちとして、やはりきっと飲まないほうが清くて正しくて偉い、車を呼んで帰宅するときなどには、少し開いた車窓から吹き込む冷たい風を、酔いでほてった顔に当て、素面の運転手にどこか負目を感じるものです。酒を入れなければ自分が清くて正しくて偉く、卑下するような負目はありません。

最近はややもすると宴会の翌日には胃腸が悪くなりがちで、アラサーといえども若くないと感じておりましたが、これは年齢ではなく酒量が増えていたのでしょう。ノンアルならまだまだ暴食できるというのは新たな発見でありました。ノンアルビールも近頃はだいぶ飲みやすくなり、食事と合せるのも別段不足はないのです。煙草がこの20年で市民権を失っていったように、もしかすると、これからの20年で酒がひと昔前の飲み物となってしまうのかもしれません。

ところで私が研修医のとき、思い立って断カフェインしていた時期がありました。あるとき当直明けにどうしても眠くてコーヒーを飲みましたら、目の前の霧が一気に晴れていくような感覚がありました。またあの感覚を得たいと思ってカフェインを解禁してみたけれども、それは一度きりで二度得られなかったばかりか、元のカフェイン依存に戻ってしまうには数日もかかりませんでした。その経験からも、この１年せっかく飲まなかったのだから、あと19年は飲まないでおいて、そして「ひと昔前の飲み物」をわが子と酌み交わす日のために、とっておこうと考えておるのであります。

博多ラーメン

札幌市医師会
日本製鉄株式会社北日本製鉄所
川崎（かわさき）　能道（よしみち）

ラーメンには、千円の壁があるそうで、物価上昇の中でも普通の味噌ラーメンは札幌市内で、千円札でおつりがくるお店がほとんどでした。しかし最近は普通の味噌ラーメンでも千円を超えるお店が増えてきています。

2025年５月にNHKの「**ドキュメント72時間**」で「博多24時間のラーメン店で」が放送されました。福岡市にあるラーメン１杯290円で24時間営業のラーメンチェーン店「博多ラーメンはかたや堅粕店」に３日間取材した番組でした。私は学生時代に福岡県で過ごしたので博多のとんこつラーメンのお世話になることが多く、懐かしく観ました。福岡市博多区のことを「博多」というのですが、福岡県内では、福岡市全域を「博多」としばしば言います。放送の後、７月に大学の同門会で福岡に行く用事があったので、博多駅から徒歩15分ぐらいのところにある同じチェーンの別のお店「博多ラーメンはかたや川端店」に行ってきました。白いとんこつスープにチャーシューとネギが載ったシンプルなとんこつラーメンで、九州でしか味わえない味で美味しかったです。値段も放送された時と同じ290円でした。おそらく福岡市内で最安値だと思います。九州で初めてとんこつラーメンを食べたときはラーメンに紅ショウガやゴマを入れることが不思議でした。

学生の頃（ほぼ40年前です）によく通っていた博多の24時間営業の長浜ラーメン「元祖長浜屋」は、札幌ラーメンが平均400円の時代にラーメン１杯250円でした。替え玉（麺のお替り）50円、替え肉（小皿に入ったチャーシュー）も50円でした。替え玉の注文時に好みの麺の硬さを「カタ」などという仕組みでした。貧乏な学生のお腹を満たしてくれた思い出のお店でした。

その「元祖長浜屋」も、40年の間にお店の移転や「元祖長浜屋」の元従業員の方が「元祖長浜家（け）」（こちらは市内に２店舗）を開業するなど様々な出来事がありました。それぞれ食べに行きましたが、ほぼ同じ店内の内装と味でした。現在の「元祖長浜屋」はラーメン一杯550円になっていて、店員さんも外国の方がいます。福岡に訪れる際には、ぜひ本場の「博多ラーメン」を体験されて好みのお店を見つけてください。