

超音波の臨床だけでなく画像の成り立ち等の基礎的な知識の必要性を感じたため、超音波画像の定量化に関する研究をされていた臨床病理部の伊東紘一教授（当時、現常陸大宮済生会病院）にお願いして研究生にさせていただきました。義務年限終了後は、自治医科大学臨床検査医学講座に所属し、谷口信行助教授（当時、現教授）には、超音波の臨床および研究について直接ご指導賜りました。さらに日本超音波医学会機関雑誌の編集委員（総合領域担当および幹事）の一員に加えていただくなど、学内外で様々な経験を積むことで育てていただきました。

他方、義務年限は果たしたものの、その後は地域医療の現場から離れ、自分の好きなことだけをやってきたことに対して、自治医科大学卒業生としては少なからず寂しい気持ちもあり、現在も地域に根ざして精力的に地域医療を展開しておられる多くの卒業生の先生方には、頭の下がる思いです。そして、従来の論文のインパクトファクターを偏重した教員の選考とは異なり、自治医科大学卒業生という「看板」が他の候補者にはない「強み」となり、私がこの職を拝命することになった大きな要因の一つと考えています。この「看板」は、これまでの自治医科大学卒業生の皆様方の血のにじむような努力と、ご苦労によって培われたものであり、卒業生の皆様方に感謝する次第です。

浅学菲才の身ではありますが、これからも引き続き教育および研究者としての立場から、地域医療に少しでもお役に立てますよう研鑽して参りたいと存じます。自治医科大学医学部同窓会の皆様方には、今後ともご指導ご鞭撻賜りますよう、どうぞよろしくお願いいたします。



『自治魂！』



～風評被害を乗り越えるために～

総合南東北病院消化器センター
西野徳之（北海道 10 期）

【はじめに】

『医療の谷間に灯をともし』

このフレーズは自治医大を卒業しても、そして義務年限を終了しても、僕の間では輝きを失っていません。「僕がやらねば誰がやる」今の心境はこの一言に尽きます。



北海道出身で 10 期生の西野徳之と申します。北海道最北の利尻島や北方領土を眼前に見据える根室市で僻地勤務をしていました。現在は縁あって、福島県郡山市の総合南東北病院 (<http://www.minamitohoku.or.jp/>) に勤務し、消化器センター長を拝命しております。

【風評被害】

現在福島は原発禍の風評被害に晒されています。

それは農業や観光だけに限らず、医療の分野でもその影響も著しいのです。しかも、沿岸部の津波の被害にあっ

た地域だけでなく、県庁や医大のある福島市や私が住んでいる人口 30 万人程の郡山市でも、医師不足のために日常診療は逼迫しています。

震災以降福島を離れた常勤医師は福島県全体で 70 名以上にのぼります。非常勤医師の引き上げもあり、医療現場では現状を維持することも難しいのです。県医師会の試算では震災前からの医師不足もあり、充足数からマイナス 500 名程になるそうです。

東日本大震災による不幸な原発禍がありました。でも、もし「福島第一」・「第二原発」が「大熊原発」・「富岡原発」なら、これほどの風評被害もなかったかもしれません。なぜなら、女川原発や柏崎原発など他の 15 地域（44 基の原発）では県名ではなく、地域名で呼ばれているからです。福島の原発のみが県名で呼ばれているために、福島県全体が危険であるような印象を受けてしまうからです。原発から 50-60Km 程の離れている福島市や郡山市では放射線量は $0.30 \mu\text{Sv}/\text{H}$ 程度（全国各地の平均では $0.03-0.09 \mu\text{Sv}/\text{H}$ ）です。見えない放射線被害が虚像として風評を創り出しているのです。

【医療危機】

当院のそして我々が置かれている状況は福島県の医療の現状の縮図です。

今回私が、そのことを多くの方に知って頂き、改善にお力添えを頂きたいと思い資料を呈示して、NHK に取材依頼の投書を出しました。NHK では独自の research をしたうえで、当院を取材し、紹介してくれることになりました。この報道は 3/4(月)の夜 9 時からのニュースウォッチ 9 で「密着 大病院 医療危機の実態」として特集で放送されました。現在 NHK の HP からその内容を視聴できます。機会があればご覧下さい。

http://cgi2.nhk.or.jp/nw9/pickup/index.cgi?date=130304_1

【福島県における当院の現況】

郡山市は福島県の中央に位置し、新幹線の駅もあり、鉄道や高速道路の便も良いため交通の要衝になっています。北は福島、南は白河、東はいわき、西は会津からも患者さんが受診されます。郡山市の人口は約 30 万人ですが、二次医療圏に大きな病院がないため、郡山市の病院に紹介もしくは救急搬送されることが多いのです。二



次医療圏の人口を合わせると対象人口は60万人を超えます。郡山市には公立病院はなく、5つの私立病院があります。実は救急車が多く搬入される郡山市の消化器内科の常勤医はすべての病院の勤務医を合わせても10名不足しかいません。当院に限らず、この医療圏の消化器診療がいかに危機に瀕しているのかはお分かり頂けるものと思います。言い変えると福島県全域が僻地化していると言えるかもしれません。

昨今地域の住民の当院への期待は大きく、年間受診患者数は10年以上にわたり5-10%程の増加を継続しています。

当院は地域がん診療連携拠点病院として県内では大学病院と並び、中心的な役目を果たしております。その他に日本病院評価機構 ver.6.0 認定、ISO9001/2008年版も取得しており、先のDPCの群分けでは「二群」認定されました。

これは陽子線治療による先進的な医療と救急医療に力を入れていることが評価されたようです。救急車の搬入件数は年間6000件を超えます。屋上にはヘリポートを備え、年間50-60件程の症例が搬入されます。当院はもともと脳神経外科から始まった病院ですが、現在では精神科と血液内科以外のほぼすべての診療科が揃っています。

病床は461床で平均在院日数は13日程度であるにもかかわらず、稼働率はほぼ100%で推移しています。

癌治療に関しては、手術はもちろんこと、放射線治療にも傾注しています。陽子線治療に加え、LINACはもちろんIMRTやr-knifeなどの治療の選択が可能です。またFDG-PETも6台稼働させていて、県内外からも多くの症例が紹介されます。

2010年の院内癌登録への新規がん患者総数は1844人でした。内訳は胃癌307人、気管・肺253人、大腸(結腸・直腸)250人、口唇・口腔および咽頭127人、前立腺120人、食道83人、膵臓58人、肝・肝内胆管37人、胆のう・胆管25人などです。

当院の常勤医は130人以上います。医師総数だけなら多いと思われるかもしれませんが、震災後から、私どもの消化器内科が減っています。震災前に9人いた医師は現在3名で、そのうち一人は70歳を越えたクリニックの院長です。救急や入院などの診療業務のほとんどを僕と5年目の後期研修医の濱田先生の二人で対応しています。

【消化器内科の現況】

2011年の消化器内科の内視鏡の検査実績は上部内視鏡は12,392件(緊急内視鏡115件、緊急止血治療92件、ESD127件、胃 polypectomy 16件)。大腸内視鏡3,461件(Polypectomy 465件、緊急止血8件、ESD4件)。ERCP318件(ENBD207件、ERBD34件、EST108件、EPBD50件、碎石治療82件)。

もちろん、現在のスタッフで上記の検査を対応できないので、週に10名程の出張医に検査を依頼しています。

ちなみに3年目だった濱田先生が一人で一年間に施行した検査実績は上部内視鏡1,993件(緊急止血治療49件、ESD13件、胃 polypectomy 6件)、大腸内視鏡835件(Polypectomy 130件)、ERCP約100件にのぼります。

一日当たりの入院患者数は震災前には60-80名程度でしたが、今はかなり制限していますので40名程度です。もちろん、入院の患者の診療ができるのは我々二人の常勤医のみです。

【僕の一週間】

当院は月曜から土曜までの診療を行い、上記のように忙しい病院です。それに対応するためには僕の起床は5:30AM、仕事開始は6:00AM、カルテ診察、回診、外来、検査など終日ほとんど休みなく、走り回って仕事をしています。昼食も昼休みも取ることはほとんどありません。帰りは20:00-22:00、一日休憩なしの14-16時間となります。食事は帰宅後一日一度。朝起きてもおなかはずかないし、病院到着後から仕事は始まります。

外来は週三回、予約で40-50名、新患は約10名、精査もしくは入院依頼の紹介が毎日2-3名を診ています。もちろんこれは、僕一人で診る症例だけです。外来は7-8時間かけないと終われません。それからERCPなどの治療内視鏡検査になります。加えて黄疸や吐血などの緊急症例がほとんど毎日搬入されます。ですから、週換算の労働時間は80-100時間ほどになります。僕は産業医もしていますが、職場での労働環境の指導をしていながら、自分の環境は変えようがありません。

もちろん、日常業務にはカルテ記載から、入院指示、DPC入力、退院時サマリー、保険書類などもすべての業務が含まれます。対象は消化器のあらゆる疾患です。重症膵炎、劇症肝炎、出血性胃・十二指腸潰瘍、黄疸、総胆管結石、胆管癌、膵癌、胃癌、食道癌、結腸・直腸癌、潰瘍性大腸炎、クローン病などを一人主治医で診療しています。

また、一人が出張すると、もう一人がすべての症例を診ることになります。もちろん、二日に一回のon call、週末待機もありますから、学会出張もままなりません。

【僻地医療との違い】

一つの病院という単位でみると当院は「大きな病院」と思われるかもしれませんが、郡山市やその二次医療圏まで考えて頂くと、その過疎化と医療基盤の脆弱性は際立っています。すでに一人の医師や一つの病院が努力したところで改善できるような問題ではなくなっているのです。

医療崩壊の序章はすでに始まっているのです。今後2-3年先には医療崩壊が確実に進んでいくはずですが、根本的に抜本的な改善策を講じなければ医療崩壊を止めることはできません。だからこそ、'今'動かないと間に

合わないのです。

「僻地」も医師が充足していない場所が多いですが、今の我々の状況と一番の違いは、alternativity ‘代替性’です。‘誰かが診てくれる’か、‘自分しかいない’かです。

私も北海道の利尻島で、4年半、根室に半年勤務していたので、「僻地」の実情はよく理解しているつもりです。「僻地」の場合、「ここで診れない」患者は搬送して、後方支援病院へ送ることができます。しかし、当院は後方支援病院そのものであり、地域がん診療連携拠点病院で、最後の砦なのです。我々がgive upすることは医療難民・癌難民を容認することに直結します。ですから、我々が無理して、受け入れを行っています。

【国の役割】

我々も医師の確保に関しては独自に鋭意努力を続けてきました。残念ながら、風評被害は予想以上に県外の医療関係者にこころのアレルギーがあるようで、なかなか福島県で働いてくれる医師は見つかりませんでした。

地元の医師会、県そして医大でも解決ができない問題で、その根幹に原発禍の風評被害が関与するとなると、国の指導で解決すべき問題なのだと思います。それでも国や厚生労働省が改善に動きだす気配は一向に感じられません。

復興庁の計画の中にも「医療」は置き去りにされているように思います。「医療」はお金では解決できません。必要なのは医師や看護師などの人材の確保と補充です。我々は福島の医療を守るために頑張っていますが、いつまでも続けられるのかはわかりません。我々にも限界があります。医療は命を預かる緊張感を強いられる職業です。ですから、適度にon/offのある仕事ができなければ、危機管理も含め質の高い医療は提供できません。過労死という言葉が頭をよぎります。命を賭けて仕事を全うできるかとまで考えると、簡単にYESとは言えません。

【自治医大に期待すること】

本学の使命は「自治医科大学は、医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上及び地域住民の福祉の増進を図るため」だと僕も理解していました。ですから、当院のような大きな町の大きな病院が医師派遣をお願いするのは心苦しく思っていました。しかし、最近の本学のHPを拝見し、「自治医科大学の新たなミッション」に、「医療の谷間がへき地を意味した時代から、都会にあっても医療難民があるという現在の日本の医療状況にあって、自治医科大学が今ここで建学の精神に立ち返り、かつ時代に合わせ、将来を見据えたミッションの新たな策定をすること」とありました。大学も時代とともに価値観を変えていることに大きく励まされるとともに、震災や風評被害に苦しむ福島県のためになんとかご尽力を頂けないものかと思うに至りました。

そこで本学の医局や地域医療振興協会へも医師派遣の要請を致しましたが、現在までは実現していません。

【復興は医療から】

医療は生活基盤そのものです。地域に生活するときに医療体制が整っていないければ、住民はそこに住むことに不安を抱きます。医療が崩壊するとき、病院が破綻するだけでなく、地域の人々の生活基盤そのものが崩れてしまうのです。我々がしっかり地域の健康を守っているからこそ、福島の方々はこの地で安心して暮してゆけるのです。ですから、医療の充実こそが福島の復興を支えることなのだと僕は思っています。今、我々が「立ち去って」しまったら、福島の医療は確実に崩壊します。それだけ我々の双肩には重責がのしかかっているのです。でも、問題はいつまで続けられるのかということです。

今抜本的な改善策を講じなければ、医療崩壊は加速します。一度崩壊のカタストロフィが始まると雪崩を打ったように一気に福島全体に蔓延してしまうでしょう。

今まではあえて、医師不足の実情を隠してきました。我々の努力で患者さんに悟られずに、不安にさせずに現状復帰を目指したいと思ってきたからです。しかし、これ以上隠し通すことはできません。ならば、問題点を日の下にさらけだし、多くの方に共有してもらう方がいいと考えました。実際、NHKの放送を見た患者さんからも、現状に驚き、そして考え行動しなければというようなご連絡も頂きました。

さらに、県外の多くの方々にも知って頂くことで、問題を解決するためのお知恵を拝借し、多くの手をお借りしたいと考えました。我々だけでは先に進めないのです。みなさんの力をお借りしなければ、守り続けることも前に進むこともできません。

どうか、みなさんのご理解と、ご協力を賜りたいと存じます。

【今、僕らができること】

医療崩壊の序章は震災直後から始まっていました。解決策は持ち合わせませんが、嘆いているばかりでは何も解決しません。まずは現状の把握と情報発信すること。それが僕の今できる仕事以外の最大限にできることです。

以下のサイトは実は福島再生のために貢献できることを願って作り始めたサイトです。福島が大変だから、我々が疲れたから助けて下さいというつもりはないのです。我々は大変だけど、このような患者さんとの出逢いがあり、医師としてのmotivationを高めてくれるからこそ、この福島の地で医療を研鑽し、継続してゆこうと思っています。そして、ここで経験したことをひとりでも多くの若い医師に伝えてゆきたいと思っています。その中で、自然な発露で福島で働きたいと思ってくれる方に来て頂きたいと思っています。

『研修医諸君！本音で「医道（いのみち）」について語ろうー良医となるための100の道標（みちしるべ）ー』

僕が指導医として研修医を指導している風景を切り

取った一場面をエッセイにして紹介しています。お時間のあるときに、是非お立ち寄り下さい。

<http://resident.minamitohoku.or.jp/i-no-michi.shtml>

【気づきの医療】

医療における気づき、とくに診察や腹部単純 X 線の画像診断における意義と pit fall をみなさんにお伝えしているサイトです。

<https://www.facebook.com/home.php#!/KIZUKINOIRYOU>

【内視鏡の女神】

気づきがないと見過ごしてしまいそうな早期癌例に遭遇した時、内視鏡の女神さまが微笑んでくれると感じることがありませんか？そんな症例を共有したいと思って立ち上げたサイトです。

<https://www.facebook.com/home.php#!/VenusofEndoscopy>

【m(_)_m】

今は心ある医師のあたたかい手を待っています。

どのような形でも結構です。アドバイス、出張支援、常勤でなくても結構です。当院でなくとも構いません。福島のそして被災地への支援をして下さい。看護師さんや技師さんでも結構です。お力をお貸し下さい。

それは個人という事でなくとも、一カ月交代とか継続的な支援を頂けるという事でも構いません。どのような形でも結構です。

多くの会社や組織がそうであるように、スタッフにも余裕がなければ継続はできません。実現可能で、再現可能で、代替可能な組織の構築をしてゆかなければ、手伝いに来てくれる方もいないでしょう。

将来的には福島の出身の若い研修医を迎え入れ、彼らを育てながら、ともに福島の再生へ向けて、そして福島の復興を医療から支えたいと思っています。でも即効性がありません。

当院は若手の先生にとっては非常に良い収斂の場として活かすこともできるのではないかと考えます。なぜなら、当院は救急も含め患者さんが非常に多く、多くの症例を経験することができます。消化器の検査も多いので、濱田先生のように activity や motivation が高ければ、他ではできないような研修をすることができるはずです。

ですから、来て頂ける先生にとってもご自身の carrier up に役立てられるはずです。来て頂ける先生にとっても、そして、福島の患者さんにとっては、もちろん我々福島の医師も大歓迎です。

是非、福島にこころを、そして手をお貸し下さい。200万福島県民を代表して、読者の皆様にお問い合わせ申し上げます。みなさまとあらたな出逢いがあることを心から願っております。

「CRST研究・論文こぼれ話」 連載～その9～

CRST 代表 松原茂樹
自治医大産婦人科（東京2期）

CRST (Clinical Research Support Team-JMU) の概要については、別に記してあるのでご参照下さい (<http://www.jichi.ac.jp/dscm/CRST.html>)。骨子は、「地域で研究し論文作成する仲間を、その道の芸達者集団が援護支援する」。利用料金はゼロ円だ。ぜひご利用いただきたい。

「研究・論文こぼれ話」を連載している。CRST メンバーが、長年の臨床・研究の中で経験した事象、苦勞した事、Reviewer との思い出のやり取り、数日差で先を越された苦い経験、などについて話をしていく。輝かしい発見の経緯が語られもするだろうが、苦い経験もでてくる。「うれしい話」だけでなく「悲しい話」や「怪談」もでてくる。論文・教科書には載らない裏話が出てくる予定だ。それらを追体験することで、読者は得るものがあるだろう。いやいや、自治医大卒業生の悪いクセがまたでてしまった。得るものがなくてもかまわない。エッセイとして、暇つぶしの種になればそれでよい。万一、今後の研究・論文作成にこれらエッセイが役立てば、望外の喜びだ。

「生物統計学の研究紹介」

自治医科大学情報センター・医学情報学 三重野牧子

研究・論文こぼれ話、過去の記事を読ませていただきますと、著名な先生方の輝かしいお話ばかりで、「こぼれた」話しかない私が書かせていただくのは恐れ多いことですが、このたびはお邪魔いたします。医師でもなく実験をしているそぶりもない、ということで学生にも「先生何しているのですか？」と時々聞かれてしまいます。今日は、最近取り組んでいる研究のご紹介を少しさせていただければと思います。

生物統計学は、臨床研究デザインからデータ管理、統計解析まで幅広くカバーする学問です。データ解析だけでなく、方法論の良さの評価、さらには新しい方法論の開発まで含まれます。得られたデータに対して、臨床的にも統計的にもより良い方法で、治療効果等を評価することが重要と考えます。以前たまたま、再発寛解を繰り返す神経疾患の臨床試験に関わる機会があり、治療効果をどう測るかについて考えていました。その際に既存の方法（単純な再発率のみで判断）だけでなく各人の背景因子や再発の起こりやすさなどを考慮した方法が良いのではないかと考えました。そこで、実際のデータをもとに仮想的なモデル集団を作成し、治療効果の推定方法に関する比較研究を行った結果、提案した方法が良さそうだということを報告することができました。