

# 現在の私を支えている経験と学び

## 医師1年目の大学附属病院

### 研修医として点滴・注射の腕を磨くことから始まった

医師としての私の考え方や治療スタイルは、当然これまでの経験と学びを経て成り立っています。すこしふりかえってみたいと思います。

1993年に私は医大を卒業、医師免許を取得しました。医師としての第一歩は、医師免許をもらって5月のゴールデンウィーク明けからの母校の大学附属病院の整形外科(研修医)でした。最初は様々な科を勉強する今の臨床研修制度と違い、そのころはいきなり自分の就職する科を決めて就職(入局という言葉を使います。)しました。

整形外科医局には同期が9人入り、最初は入院患者さんの点滴や採血の担当からはじまりました。

しばらくして、病棟医長から主治医としての担当を申し渡されました。担当した患者さんは、33歳の関節リウマチの患者さんでした。その方は16歳で発症し、身体中の関節がグラグラになっている状態でした。

当時、関節リウマチは不知の病でした。ずっと大学病院で治療されていましたが、体中の関節が冒されていました。ある日自宅のトイレで前かがみになった際に頸椎脱臼を起こし、医意識不明の状態で見送られ、救急搬送されていました。

意識の回復も望めず、最期の看取りをする医師として新米研修医が選ばれたのです。入院して3日、私の仕事はただ点滴を交換し、人工呼吸器を観察し、モニターを見て記録をつけるだけでした。

最期の日深夜に心電図モニターの波形が徐々に延び、心停止にいたりました。当直の先輩ドクターを呼び、一緒に心臓マッサージをほどこしました。

関節リウマチでボロボロになった身体は、胸郭を圧迫するたびに肋骨がバキバキと折れ、口からは血液の混じった泡が飛び出しました。心臓マッサージで肋骨が折れる感触は、今もなお鮮明に覚えています。最後の体重は、30キロを切っていたと記憶しています。

この1年目、あまりなくなる方のいないはずの整形外科の病棟で、死、を様々な経験しました。肺がんや肝臓がんの患者さんが転倒して骨転移で弱った部分を骨折し、整形外科で手術をして最期を看取るといったことがたくさんありました。

## 星ヶ丘厚生年金病院脊髄損傷センター

### 理学療法、連携治療の重要性を知る。病気の治療だけでなく人の背景を考える。

1年の間に、同期の9人は次々と外の病院に出向していきます。なぜか分かりませんでしたが、私だけが病棟に残っていました。

医師2年目に、枚方市にある星ヶ丘厚生年金病院の勤務になりました。ここには整形外科病棟だけでなく脊髄損傷の専門病棟があり近畿地区の脊髄損傷の患者さんが集まっていました。ほとんどの患者さんは身体が下肢麻痺、四肢麻痺の方で回復の望みがない人たちでした。

そして1995年1月17日に阪神淡路大震災が発生しました。当時病院裏の寮にすんでいましたので、病院にすっ飛んでいくと、患者さんはビックリして泣いていましたが、幸い壁にヒビが入ったくらいで大きな被害はありませんでした。

「これだけの地震だから、患者さんが搬送されてくるかもしれない」

そう思ってずっと待機していたものの、当日に運ばれてきた患者さんはいませんでした。1～3週間ほどの間に、脊椎を骨折した脊髄損傷の患者さんがどんどん入院してきました。

半年後に結婚予定だったのに、下半身マヒになってしまった女性。落ちてきた大型のブラウン管テレビ(当時は薄型のTVはなかった)で脊髄を損傷し、家も焼けて仕事ができなくなってしまった方……。

この大震災で、人生が変わってしまった人がたくさんいました。

他にも暴走族でバイク事故で下半身麻痺になった17歳の高校生、お祭りのみこしの下敷きになり下半身麻痺になった21歳の男性、プロデビューを目指していたのにバイク事故で片足切断し脊髄損傷で車いすになった方はそれでも当時つきあっていた女性と結婚されていました。

患者さんが病院にいることは非日常ですが、いつか退院すると日常にもどりご自身の状態を受け入れて生活していくことになります。この病院ではケースワーカーや臨床心理士、看護師、理学療法士、医師と一緒に患者さんの生活状態、家族の関係、仕事の内容などを把握し、できるだけ社会復帰できるように検討するシステムになっていました。そのことは今も医療介護連携の考え方に非常に役立っています。

「多分、ここは1年だろう。次はどこに転職になるのか？」

こうしていると教授から電話があり、「小室君、次は松山だ」と告げられました。

## 松山赤十字病院リウマチセンター

### リウマチ治療に触れ、全体を診るトータルマネジメント治療を学ぶ

松山では、愛媛県松山市にある松山赤十字病院でした。当時四国でいちばん大きな病院でした。

松山市民にとって市内の同病院は規模も大きく、信頼されていました。

私が勤務したのは整形外科ではなく、当時日本では数少ないリウマチ専門のリウマチセンターでした。ここには人工関節手術とリウマチ治療で有名な山本純己先生がおられました。

当時、リウマチの治療にMTX(メソトレキサート)という薬はまだ認可されていませんでした。このセンターでは、治療にすでにMTXを使用していました。

整形外科は別にあり、このセンターではリウマチだけを診ていました。私はここでリウマチの診察の仕方や治療法について本格的に修行を開始しました。関節のさわり方から、投薬の方法、分量、手術の術前術後管理など基本的なことを勉強していきました。

この先生からは、手術では適応が大事ということ学びました。適応とは、「病気の状態に応じてどの時期にどんな手術をすると良くなるか？」ということです。

その先生に質問したことがあります。

「人工関節の手術で、いちばん大事なことは何ですか？」

内心、私は技術的な答えを期待していました。ところが、返ってきたのはまったく予想外の答えでした。

それが、「手術でいちばん難しいのは適応だ」という答えだったのです。レントゲン画像で変形がひどいから手術するというわけではありません。たとえば変形がひどくても痛みがあまりなく、周囲の助けが手厚く、生活に不便を感じておられない方が手術をうけたいと思うのでしょうか？変形は軽度でも痛みで動けなくなっている一人暮らしの方は手術をうけてでも治りたいと思うでしょう。つまり適応はその他人事の生活状況や背景によってもちがってくるのです。



松山赤十字病院リウマチセンター山本純己先生と

この先生からは、先にお話した「トータルマネジメント（手術、薬、リハビリ、ケアの四つを等しくやること）」の重要性も学びました。

リウマチの治療は、全身に症状がおよびますし投薬の副作用を予防するためにも常に全身の状態に気を配らないといけません。このリウマチセンターでは、全体を見渡してトータルマネジメント治療することの大事さを叩き込まれました。

## 大学院博士課程

### 関節炎の研究成果を挙げ、今の慢性疼痛治療の原点となる

松山勤務は2年の予定でしたが、自分の意思で1年に短縮しました。

同センターでリウマチ治療にたずさわるうち、関節炎に強い関心を持つようになりました。大学院で関節炎をしっかり勉強しようと、1年にしたのです。1996年に大学院に入学し、関節炎の研究を始めました。

6月1日に大学病院に戻りましたが、1週間後には意外な話が待っていました。

「和歌山の新宮にいでくれ」

1週間後に、医局長からこう申し渡されたのです。同時に大学院生になった4人で2泊3日のローテーションを組み、月に1～2回ずつほど、新宮に出かけていました。

信じられないかもしれませんが、大学院生は普通に大学病院で診療と手術もしますが、医師免許を持っていても大学での診療は当時無給でした。外の病院でバイトして生活費を稼いでいました。和歌山の病院は母校の系列病院でしたが、その先生が病気になり、ピンチヒッターとして無給大学院生が派遣されたわけでした。週末に大阪から4時間半かけて行き2泊3日の当直で給与をいただき、月曜からは、大学病院の診療時間が終わってから、夜中の3時4時まで実験に明け暮れたものです。

ストレスがあると関節炎の症状が悪くなる――。

私は、研究でそのことを証明しようとしていました。

リウマチで痛みが慢性に継続すると、ますます関節の腫れ（炎症）がひどくなり、さらに痛みが増す、さらに関節炎がひどくなる悪循環――

実際に手術に至ったリウマチ患者さんの関節内の細胞を採って培養し、痛みの物質（神経ペプチド）を測定すると、それが増えています。そして神経ペプチドを患者さんの細胞にかけると、炎症を起こす物質（サイトカイン＝神経伝達物質）が細胞に作用し、炎症がさらにひどくなるのです。ペプチドというのは、「たんぱく質の小さなつながり」です。

実験で私はこのテーマを証明し、リウマチ学会で発表したり、国際学会にも年に1～2回は発表しました。今の私の慢性疼痛の治療の原点です。

## アメリカ留学

### 日米の研究スピードの差を体感、企業との共同研究に目覚める

もう少し研究を深めたいと思い、留学への希望がふくらんできました。大学院4年のうち1年を残し、3年で実験を終わらせました。自費留学のため、この3年間は必死にアルバイトをしまくりました。

4年目、アメリカ留学が実現しました。留学先は、サンディエゴにある「Scripps Research Institute Arthritis Division」でした。基礎研究を行う研究所では民間では世界で最も規模の大きいところでした。

1999年当時、軟骨の再生医療が流行でした。当時多くの整形外科医が留学してこのテーマに取り組んでいました。軟骨は細胞の少ない組織なので、再生はなかなか難しく、現在も発展途上です。近年ようやく培養軟骨による治療が保険診療でできるようになってきています。

1年目は3か月は英語のストレスでなやみ、6か月目に英語で夢を見て感動し、英語でプレゼンしてやっていけるかとおもえました。なかなか成果が出ませんが、お金はなくなっていきます。当時ドル高だったアメリカでもらっていた給与は最低限の給与だったのでゆとりはありませんでした。2年目も半ばをすぎてようやく成果が出始め、そこでやっとアメリカでの生活を楽しむ余裕を感じることができました。イチローや伊良部を観に行ったり、皆で砂漠にキャンプに行ったり、ゴルフにいったりしたものです。

当時日本との違いで驚かされたのは、研究者の姿勢でした。

自分の手がけている研究は、どうすればビジネスに結びつくか――。

そこにいる研究者はみな、ここをまず考えていました。

研究で何かを開発しても、それを広げるためにはビジネスが関係してきます。そこを熟知しているため、最初からそこを重視しているのです。

日本ではまず根回しが必要になり、根回しをやっているうちに遅れてしまいます。日米の研究スピードの差は、とにかく先に進める文化があるかないかです。

当時自分と同じようなテーマを研究している人が世界には、5人くらいいると文献をみたり学会では感じていました。

成功するのは人より早く成果をだした人だけです。ですから仕事の結果をだすのに時間をかけてはいけないなど切実に感じました。

日本に帰国後、自分が実現したい様々なプロジェクトを実現するために会社を作り、いろいろな企業と協力するようになったのはこの留学経験のおかげです。

この留学中に整形外科学会の専門医の資格と博士号の学位も取得しました。



M. Lotz教授と



## 阪和住吉総合病院

生活保護や独居の方、高齢者医療にたずさわり、高齢者骨折予防研究を始める。

アメリカ留学は、2年4カ月でした。帰国したとき、大学病院に席はありませんでした。戻ろうかと大学の整形外科医局に連絡すると、「しばらく医者をやっていないから、リハビリに良いだろう」と、大阪住吉区にある系列病院の阪和住吉総合病院への勤務を指示されました。この病院へはナンバー2、整形外科医長として勤務しました。

近くには、西成区のいわゆる「あいりん地区」があります。ここには全国からいろいろな人が集まり、身寄りがなかったり、住所不定だったりします。高齢者で生活保護、独居の方がたくさんおられる地域でした。連絡先はどこか。手術するにしても、承諾を得る身内の方がいるのか。亡くなったらどうするのか。退院したら、帰るところはあるのか……。

入院して最初に、これらを調べます。家族がついてくることもなく、その患者さんの面倒を一から見なければならぬような人が多かったのです。

今私は、問診で患者さんのバックグラウンドを詳しく聞いています。この病院での経験で、バックグラウンドを知る重要性を意識したからです。同時に、治療だけでなく、介護やケアもやらなければいけないとも実感しました。

このころ帰国したばかりで日本でも何か研究したいと考えましたが、地域の病院で日常診療しており、大学研究室もからも地理的に遠かったので試験管を振るような研究はできません。なにか研究をしたいー地域の病院で今もそのころも多いのは高齢者の転倒による骨折でした。高齢社会の進行のなかで、骨粗しょう症や高齢者の骨折予防が整形外科の大事なテーマだ――。

目の前の現実を見て、高齢者の骨折についての研究を開始しました。

それまで、高齢者はどのように転倒しているのか？転倒場面を実際目にするには多くありません。転倒した後を発見することが多いのです。高齢者の転倒の仕方を解明するため乳幼児と高齢者の歩行が似通っているところに目を付け、子供が遊んでいるところをビデオカメラで撮影し、100回以上の転倒を観察しました。この内容は医療の質安全学会で発表し、賞をいただきました。

また民間企業から助成金を得て、「骨折防止のためのヒッププロテクター」を考案しました。いままでにもあったのですが、住友ゴムと共同研究し、エアクッションのプロテクターを開発しました。

ほぼ4年勤務した2006年、母校が枚方に新しい大学附属病院を開設することになりました。そこのスタッフとして戻らないかと教授から言われ大学病院に戻ることにしました。戻ることになった理由には、二つありました。

一つは、松山のリウマチセンターで学んだ人工関節の技術です。もう一度しっかり勉強し、エキスパートになりたいと思っていました。もう一つは、リウマチ治療の最先端治療である生物学的製剤を使いこなせるようになるためです。当時、生物学的製剤によるリウマチの革新的な治療が始まっていました。ただし、使いこなせるようになるためには、症例がある程度集まる病院に行く必要があったのです。

大学病院に戻る前、私は、日仏整形外科学会 (Société Franco- Japonaise d' Orthopedie) の交換留学生として渡仏することが決まっていました。

「4月からフランスにいきますが、それでもよろしいでしょうか？」

この申し出が受け入れられ、病院開院と同時に、整形外科助手として勤務を始めました。フランスに留学に旅立ったのは、その3ヵ月後でした。

## フランス留学

多くの手術を見学し、「うまい手術はアート」と実感する

留学はせっかく行くので季節の良い4月～7月を選びました。フランス中部のリヨン、そしてパリです。パリ第2大学で、テーマは手術の技術を磨くことでした。整形外科はフランスが発祥とされています。現代では、インターネットの発達で情報は世界中から得られますが、英語中心なので、フランス語圏の情報はやはりはりにくいものです。先進国なら人工関節の手術にレベル的な大差はないものの、英語圏とフランス語圏では考え方や独自の流儀が異なります。それは優劣とは違いますが、留学は文化の勉強しにいくようなものでした。



Dr.CatonとCourpied教授と

上手な手術はアート——。上手な手術をたくさん見ることで、この表現を実感しました。上手な技術を見ないと、技術は向上しません。下手な手術をいくら見ても、下手な手術しかできません。留学先の大学病院でも、人工関節の上手な手術をたくさんみせていただきました。料理人はおいしい料理を食べ、おいしい料理の作り方を学ばないと自分でおいしい料理を作れるようにはなれません。それと同じことです。

交換留学生や研修医は世界から集まっていました。国や地域による文化や医療体制の違いを肌で知ることができ、視野が広がりました。モロッコ、アルジェリアなどの北アフリカ旧植民地圏からやギリシャ、レバノン、ブルガリアなどの地中海圏から多くの医師が参加していました。

また、外来は英語では「アウトパシエントクリニック」です。「外の患者さんのクリニック」という意味ですが、フランスでは「コンサルタシオン（コンサルテーション）」の看板がかかっています。「相談しにくるところ」というわけです。病院のなかで点滴とか注射はあまりありません。処方箋を書いてもらうのも外、注射液なども薬局で購入して自宅で看護師さんにきてもらって注射します。日本も医薬分業が推進されていますが、フランスではもっと進んでいるのを感じました。

外来では、教授の横に医療クラーク（秘書）がつかます。秘書がすべて記録し、医師は医療や相談に専念できるようになっています。今は日本でも普及しつつありますが、「医師以外ができることは分業」の考え方は日本よりもはっきりしていました。

## 枚方の大学附属病院

生物学的製剤を使うリウマチ治療と人工関節手術の日々

3ヵ月半後、フランスから帰国しました。帰国後は、開院した大阪府枚方市の大学附属病院への勤務が決まっています。帰国すると、整形外科外来医長とリウマチ膠原病科病棟医長を兼務しての勤務が始まりました。

私がそれまでに勉強してきた治療や習得したい技術を実践してスキルを上げる時期でした。この時上司の教授にいわれたことは人工関節の手術をまず普通にできるようになるには100症例をこなさなければならないということでした。幸い母校の大学病院は教授が人工股関節手術の専門であったので、多くの人工関節手術が行われるようになっていました。1年で100症例以上の人工関節手術に参加することができ自分のスキルを上げることができました。また関節リウマチの治療には生物学的製剤を積極的に使用し、リウマチを「治す」治療パターンを修得していきました。こ

これらのスキルが現在の治療に大いに役立っています。

近くの救急病院にも週1回アルバイトにいき、その手術もほとんど一人で切り盛りしていました。入院されたらレントゲン画像を携帯に送ってもらい、処置の指示をする、電話で手術の指示をするといった今でいうオンライン治療のようなことをやっていました。その週に入院した患者さん数名を1日で手術してしまう、こうした経験の積み重ねで、手術スキルはずいぶん向上したと思います。

留学前の大阪の病院では、転倒防止プロテクターを考案しました。骨折しないためには転倒を予防しないといけな——。転倒予防の研究は続けていたので、次にここに着目しました。

そこで、転倒のリスクを早期に予測し予防するため、新しい「転倒予測スコア(みまもりスコア)」作成に取り組み始めました。みまもりスコアについては、第3部でお話したいと思います。

この大学附属病院で2年半ほど経過した頃、実家の小室整形外科院長を務めていた父の健康状態の悪化があり、医院を引き継いでほしいとの連絡がありました。ちょうど42歳のころです。大学にずっと勤務して自分の専門性を高めることも一つの道でしたが、もし自分が引き継がなければ実家の医院はいずれなくなってしまうかもしれない、もし医院を閉じないといけなくなれば、その時自分はどうするであろうか?と考えたとき、やはり実家に戻って医院を引き継ぐであろうと思い至りました。

そして実家にもどり小室整形外科医院を引き継ぐことを決意しました。2009年1月のことでした。その時期は体調を崩して胃炎になったうえ、腰痛と座骨神経痛で動けなくなりました。今から考えると、頭では納得していても今までの大学医局でのキャリアを捨てて実家の医院を引き継ぐといった環境変化にストレスを感じていたのでしょう。先にお話したストレス性に悪化した心因性疼痛と考えられます。その時はほぼ歩けなくなって入院しました。動けるようになるまで1か月かかりました。このときの経験も、今の私の治療に役立ってくれています。2009年7月に大学を辞め、副院長として実家に帰ったのは2009年8月でした。

## 小室整形外科

### 患者さんに応じ、全体を診るオーダーメイドの治療を目指す

2010年4月から、院長として整形外科医院を引き継ぎました。

昔、子供のころ父の診察を隣でみていたり往診についていたりしていたことを覚えています。夜遅くや休みの日でも急患は訪ねていました。そういえば子供のころ家族旅行はしたことがなかったですね。自分の実家の医院が休診しているのは父が70歳をすぎて病気がちになるまで見たことはありませんでした。そんな地域のお医者さんを40年以上もやっていたのですから、たいしたものだと思います。自分がひきつぐならその姿勢はつづけたい、つづけようとおもいました。

とはいうものの最初は30歳もはなれている父との共同診療は考え方もちがうし、衝突することもしばしばありましたが、衝突と説得を繰り返し、機器をあたらしくし、診療スタイルも徐々に変えていきました。数年で父が完全に診療から退き、私が院長そして運営をする法人の理事長としてやっていくようになりました。

現在の診療スタイルは患者さんの訴えは全部聞き、対応しよう。自分の専門である整形外科とリウマチに関しては、専門的な治療を提供しよう——。

院長になったとき、地域のクリニックとしての姿を決めました。「患者さんに応じ、運動器を中心として患者全体を診るオーダーメイドの治療」を目指したわけです。

そのためには問診を詳しくとる必要があります。

たとえば腰痛、肩こり、膝痛、といった運動器の疾患がある方はよく問診すると、耳鳴り、不眠、動悸、めまい、かゆみ感など一見体の痛みとは関係ないようにおもわれる症状をいわれる方が結構いらっしゃいます。

耳鳴りやめまいは耳鼻科、不眠は内科や神経科、動悸は循環器内科で相談されます。ところが、こうした症状は別々にみえて、すべて患者さんのおかれている生活環境におけるストレスに起因していることが多いのです。各科で個別に診ていては、症状の本当の悪化原因は突き止められません。

大学病院は、手術が治療のメインになります。加えて、大学病院では専門が各科に分かれていて、全体を診る医療はできません。ですからこのような生活環境からさまざまな病気を引き起こすといった病態はなかなかつきとめることができません。勤務医、研究職、大学病院医師としての経験はスキルを向上させることが第一でした。診療所での医療は治療のために患者さんの生活もふくめた相談が必要になってきます。結果として、さまざまな病気の相談をうけ治療することになっています。まずは相談をうけ、自分で治療できるところは専門外でも治療し、専門医に相談すべきところは紹介するネットワークづくりを積極的にしています。そのような治療のためには地域連携は重要であり、診療所でありながら院長になってまず地域連携室を設立しました。地域医療連携については、第3部でお話したいと思います。