

## みんなのカプリッチオ

## ことわざ全集その32

## スペシャリストとプロは違う

HT

よく耳にする言葉です。

ドライバーに例えるなら、レーシングドライバーは“スペシャリスト”、トラックドライバーやタクシードライバーは“プロ”ということになるのではないのでしょうか。

どちらも、職業として考えれば“プロ”ということになりますが、レーシングドライバーは勝敗が全ての結果であり、高度な技術が要求されます。時には危険を冒してまで勝つことを優先しなければならぬ場面もあります。それに対し、ト

ラックドライバーやタクシードライバーに求められることは、まずは安全です。もちろん、レーシングドライバーとは異なる高度な技術が要求されますが、同乗者、周囲の人々に安心感を与える運転技術が必要だと思うのです。

つまり、スペシャリストは“最高の技術”であり、プロは“最高の安心”であると思うのです。

自分自身が周囲の人たちを安心させてあげることができたら最高ですね。

## ことわざ全集その33

## お金だけが幸せではない

HT

幸せはお金ではない、でも、お金がなかったら幸せにはなれない。なんてことを聞いたことがあります。では、お金と幸せがどのような関係なのでしょう。

先日、インターネットでアメリカのおもしろい調査結果を見つけました。収入と幸せ度の関係です。年収約630万までは、収入が増えるに対し幸せ度も増加するのですが、それ以上は非常に緩やかな上昇でプラトーに近くなるというものです。

僕が学生時代に読んだ本にユダヤ人の言葉がありました。

「お金は人生の不安と危険を排除するだけあればよく、それ以上の幸せは本人次第である」

人が人を支配するのが当然であった60年前の時代を生き抜いた人が言った言葉で、非常に説得力があり、今でも記憶しています。

現代の日本人は保険が好きな理由もここにあるのでしょうか。

この言葉は、裕福さに麻痺してしまった私たちに何かヒントを与えてもらったような気がします。

## SARTランニングクラブ通信 上尾マラソン2010 小江戸川越マラソン2010

国立障害者リハビリテーションセンター 肥沼武司

### 上尾マラソン2010

2010年11月21日（日）晴れ。太陽の下に立っていると少し暑いくらい。マラソンをするには良い気候。この日、SARTランニングクラブのメンバーで上尾シティマラソンに参加！ ハーフに5名出場しました。新メンバーの工藤さんはハーフ初挑戦とランニングクラブも楽しみが増えてきました。

上尾マラソン参加人数は各部門合わせて1万人以上。ものすごい人数が上尾の地に集結します。本大会は陸連公認の大会でもあり、大学のトップクラスの選手が集まります。そのためスタート最前線は緊張感のある雰囲気を発しますが、後方は仮装するランナーなどfun runの一般市民の方々と全体的に楽しい会場になっています。

さて、我々メンバーは全員完走！ さらに内田さんは100分超えのすばらしい記録をたたきだし50代の底力を感じさせました（すごい）。

恒例の補給宴会は上尾駅近くで乾杯！ 最初のビールの1口目は「ク〜ッ！！」っと声が出るほど最高の味でした。



レース前



補給宴会

川田さん、西山さん



工藤さん、内田さん、著者

初ハーフ！川口総合病院 工藤さんの完走記  
「閉鎖まであと3分でーす。」2ヶ所の関門を時間ギリギリに通過し、人生初のハーフマラソンなんとか完走できました。まったく走ることは縁のなかった私ですが、半年ほどで準備できました。ちなみに私の年齢は今年51歳。皆さんも気楽に挑戦し、少し走れるようになったら、ぜひSARTへの

入会をお勧めします。大会終了後はエネルギー補給会がセットであります。5人の前にいきなりジョッキー10杯、補給しすぎにかなりの注意を要しますが、筋肉痛を忘れるには有効です。ランニングブームで埼玉県でも各地で大会が開催されています。一緒に走りましょう。

### 小江戸川越マラソン2010

さて、上尾マラソンから1週間後。今度は川越でマラソン大会が開催されました。川越マラソンは今年初めての開催の第1回記念大会となります。天候も良く、初めての大会でどんなことが待ち受けているのかワ



大量の送迎バス

クワクしながら会場に向かいました。

はじめに驚いたのは会場へ向かう送迎バス。川越駅から「これでもか!」というほどバスが並び、次々とランナーを運びました。通常送迎バスはぎりぎりまで詰め込んで送迎するのが定番ですが、川越では乗車人数を決めて誰ともぶつからないくらい余裕のスペースで次のバスに。大量にバスをチャーターするなんて川越市財政潤っているなあと感じさせられました。

レースコースはフラットだけでなく多少のアップダウンもあり、ランナーを飽きさせないコース設定。またボランティアスタッフが多く、周りが盛り上げるなどの光景が見られ、東京マラソンを参考にしたのか、そんな雰囲気全体を感じさせました。

ランニングクラブメンバーは3名参加!全員無事完走しました。そして恒例の補給宴会ですが会場(水上公園内)はアルコール禁止となっており、屋台は多いけど少し物足りない感を持ちました。ビール好きの著者はメンバーと乾杯したく徒歩で川越市駅に向かい、途中の焼肉チェーン店に飛び込み、乾杯しました。周りのお客さんもランナーばかりで、「みんな考えていることは同じなんだなあ」と思い、ビールで喉を潤しました。

来年、興味がありましたら出場してみたいはいかがでしょうか。結構いい大会でした。

ブラスバンドが大会を盛り上げます



内田さん、著者、平野さん



恒例の補給宴会 完走証を手に



## 次回、SARTランニングクラブ

### 参加予定大会

今回は5月4日ごろ開催の「春日部マラソン」に照準を合わせ参加しようと思います。

この大会会場はBBQがOKとのことで走り終わった後に、ささやかながら現地で焼肉パーティーを

催そうと計画しております!! 是非皆さん興味がありましたらSARTランニングクラブのメンバーとして一緒に走りませんか!ご連絡お待ちしております。

### SARTランニングクラブメンバー募集

「関心はあるけど1人で大会に出るのはちょっと・・・」という方もチームとして一緒に出場すれば完走の喜びを皆さんで分かち合えること必至です。趣味の範囲で、以下のゆる〜い内容で一緒に楽しく走りませんか?

- [1]: 練習は各自自主活動
- [2]: 大会出場の際所属は「SART」と記載
- [3]: 出場後は走った分のカロリーをビール等で補給宴会
- [4]: 連絡窓口(国立リハビリ 肥沼t-koinuma@sart.jp)まで

## エピソード集その6

H・シーサー

このエピソードは僕が実際の診療でのお話を紹介させていただきます。但し、登場人物のプライバシー、個人情報に配慮して一部内容を変更させていただいております。

その日、いつものように僕は乳腺MRIを担当していた。

午後だけで10件の乳腺MRIが予約されており、テキパキと患者さんの入れ替え、撮像、処理をしなければ、5時までには終わらない。

個々の患者さんの病態については前日の夜に全て確認済みである。事前確認の利点は次のことが考えられる。

ポジショニングをする際に僅かな時間で患者さんと病態について会話することにより信頼関係を築き安心感を与えることが出来る。同じコミュニケーションでも天気の話や一般的な話は、場が和むかも知れないが信頼関係は築けない。さらに、撮像中にシーケンス追加、削除をある程度予測でき、短時間で的確な判断が可能となる。これらのことから、自分自身の検査に対する余裕も生まれ、結果的に検査の正確性や時間短縮につながる。

「検査を終了するときとは、検査中、自分の頭の中で読影レポートが出来上がった時だ」

そう先輩から教わった。

10人目の患者さんは、Aさん、40歳、既婚で1児の母である。MMGで右A領域に多形性の微細石灰化を伴う2cm大の境界不明瞭で高濃度腫瘍を認め、カテゴリ4の画像である。さらに病変を含んでAC領域に淡く不明瞭な微細石灰化を認める。分布はやや横に広がり認め、明らかな区域性とは言えず、撮影担当技師も悩んだと思われるレポートであった。MMGの結論としては、「A領域に認める2cm大の腫瘍は乳頭腺管癌疑い。微細

石灰化は腫瘍に伴うもので形状は多形性で、AC領域に分布するものは淡く不明瞭と形状が異なり乳腺症の可能性もあるが、AC領域への広範な乳管内進展を否定できず」というものであった。

超音波検査でも「A領域に2cm大の境界不明瞭内部不均一、後方エコー増強の腫瘍形成性病変としてカテゴリ4、乳頭腺管癌疑い。AC領域には軽度の乳腺肥厚を認めるのみで、積極的に乳管内進展を疑う所見ではない。腋窩に明らかな転移を疑う所見は認めない」という結果であった。

針生検の結果は乳頭腺管癌であった。

僕の施設では手術が確定した患者さんだけMRI検査を行っている。つまり、良悪性の診断の為に、切除範囲を決定するための検査と言うことになる。

今回のMRI検査でのポイントはA領域の腫瘍ではなく、淡く不明瞭な微細石灰化が分布しているAC領域が乳腺症によるものか、それともA領域に付随した乳癌の一部なのか？

術式パターンとしては3つ考えられる。

1. AC領域に広範な乳腺症があり、淡く不明瞭な微細石灰化はそれによるもので、その一部のA領域に乳癌が出来た。理由は微細石灰化の形状が異なることと、分布が区域性ではない。術式はA領域の部分切除とセンチネル。
2. A領域に乳癌をつくり、AC領域に乳管内進展を起こした。理由は乳癌が乳頭腺管癌で乳管内進展を起こしやすい組織型だからだ。この場合、乳房の上半分ということになるので、全部切除とセンチネルということになる。

3. AC領域に広範なDCISが存在し、A領域で一部浸潤し、腫瘤を形成した。この場合発育形態が異なるが、術式は上2番と同じである。

患者さんの希望は部分切除であった。

このエピソードを経験したときは全部切除してインプラントという選択肢もあったが、それほど普及してはいなかった。

私はMRI検査室で造影剤の注射を担当しているN先生にこう言った。

「MRIで決着ですね。私は乳癌はA領域だけでAC領域の微細石灰化は乳腺症と考えます。理由は腫瘍に伴う微細石灰化は壊死型ですが、AC領域に認める石灰化は分泌型と考えられるからです。先生はどう思います？」

「いや～、これは難しい症例ですよ。他の病院でしたら、それほど悩まずに全部切除を選択しますが、この患者さんは可能であれば部分切除を希望して来院したようですからね。」

しかし、MRIの結果は僕の予想に反したものであった。A領域の腫瘤は典型的な癌パターンを呈し何ら問題はない。しかし、AC領域は漸増型に濃染されたのである。このパターンは多くは乳腺症であるが、新生血管をもたないDCISもこの乳腺症のパターンになることがある。

今であれば両側乳房のMRIを撮像し、左右比較することも可能であるが、当時は分解能の問題から、片側乳房のMRIのみを施行していた。

「N先生、どうでしょうか？これ以上シーケンス増やしても情報量が増えないと思いますので、検査はこれで終わりにしますね。他のモダリティと総合的に考えますね」

「わかりました。来週、Aさんの術前カンファレ

ンスなので、Hさん、読影レポートよろしくお願  
いします」

いつもどおり、17時半くらいに予定の検査が全  
て終了した。体はまったく疲れていないが、精神的に妙に疲れている。こんな時不思議と甘い物が  
欲しくなる。言い訳かも知れないがささやかな自  
分へのご褒美である。

カルテを返却したりして、読影レポートを書き  
始めるのは18時半くらいからである。

Aさんを除く9人はそれほど問題なくレポート  
を仕上げたが、Aさんだけはどうしても書けない。  
再度、Aさんのカルテを見るためにカルテ室に  
行った。

僕はいつも悩んだときは、その患者さんの家族  
構成を含めて再度考え直すことにしている。

Aさん、40歳、既婚で1児の母。子供は5歳の女  
の子で幼稚園の年中である。不妊治療の末、やっ  
と授かった子供らしい。若年で乳癌になり、子供  
のためになんとか病気を克服したいという母親の  
熱意がカルテに記入されている。やはり、母親は  
強いと思った。その反面、可能であれば乳房を全  
部失いたくはない。そう考えるのも自然のことで  
ある。

カルテをほぼ全部読み切ったとき、僕の気持ち  
は決まった。

僕はいつも悩んだときは「自分の家族だったら  
どうしようか？」そう考えるようにしている。医  
学的な根拠ではないが、自分の判断に後悔をした  
くないからだ。

－自分のカミさんであれば、どんな姿でも元氣  
に生きていてもらいたい。5歳の子供が大きくな  
ったときもそう考えるに違いない－

今であれば、術中迅速病理診断で切除断端を病  
理で診てもらおうか、C領域の淡く不明瞭な微細石

灰化をマンモトームを施行して、良悪性の診断を術前に行うことは容易であるが、当時はその方法もそれほど普及していなかった。

僕の結論は「右乳房全部切除」である。

－術前カンファレンスで－

術前カンファレンスは1週間分の手術の患者さんの術式を最終決定する場所である。研究会で行う症例検討会とは違い、その患者さんの一生を左右するものなので非常に緊張する。

参加者は、乳腺外科医、病理医、腫瘍内科医、放射線科医、放射線技師である。

Aさんの主治医であるT先生Aさんの病状説明に入った。主訴、MMG、US、MRI、針生検の病理診断の結果を読み上げた。

「皆さんどうでしょうか？」

数人の医師が

「悩ましい症例ですね～」

T先生が

「ここは、一番画像の数を診ているHさんの意見はどうですか？」

「はい、MMG、US、MRIの3モダリティ全て悩ましい結果となっています」

「本人が可能であれば乳房を残したいと言ってるからね～。そうでなければ、悩まないんですけどね」

「そうですね」

「Hさんの意見を率直に聞かせてもらいたいんですけど」

「はい、私はAC領域の上半分には癌があると思います。つまり、淡く不明瞭な石灰化も癌と考えます。理由は本院のデータではMMG、US、MRIでDCISや乳管内進展について、感度、特異度が最も高いのはMRIです。USは感度は高いですが、特異度は低いです。そう考えるとAC領域のMRIでの濃染はDCISもしくは乳管内進展を強く疑います」

「わかりました。Hさん、参考になりました。患者さんと相談してみます」

そう言ってカンファレンスが終了した。

－Aさんの手術が終わり、1週間が経過し、Aさんは元気に退院した。－

Aさんの病理結果が出たところを見計らって病理科に出向いた。

「U先生、失礼します」

U先生は女性の病理医である。乳腺病理で著名なK先生の元で勉強中の美人の先生だ。特に意識しているわけではないが、何か解らないことがあったときはいつもU先生に聞きに行っている。

「Aさんの結果どうでしたか？」

すると、非常に厳しい答えが返ってきた

「癌はA領域の腫瘍だけで、その他には広範なやや強めのductal hyperplasia（乳管過形成）を認めます。Atypicalというほど強いものではありませんが、やや強めですね。標本見ますか？」

「ありがとうございます。見てもわからないと思いますが・・・」

「病理も数を見るのが大事なんです。どうぞ」

やっぱり標本を見てもわかるはずなかった。

僕は病理結果を聞いて、非常に大きなショックを受けた。もちろん、悩んだ末に出した結果であるが、カンファレンスでは僕の意見を取り入れたと言ったらおこがましいかもしれないが、患者さんのAさんと主治医のT先生に申し訳ない気持ちでいっぱいであった。

自分の先輩であるSさんにこのことを打ち明けた。するとSさんは

「外科医というのは全て自分の責任でメスをいれるんだよ。だから、カンファレンスなどで意見を聞くときは相手が医師か技師なんて関係ない、自分が信じている人の意見を聞きたいと思うものな

んだ。それが結果的に正しかろうが、間違っているように思うよ」

僕はいてもたってもいられなく、T先生のPHSに電話した。

「T先生ですか」

「どうしました？」

「今、お時間ありますか」

「いいですよ。私の部屋でいいですか？」

「今からお伺いします」

「お待ちしております」

—T先生の部屋の扉を開けて—

「T先生、すみません！」

「もしかしてAさんの病理結果のこと？」

「はい」

「僕も昨日病理結果見たけど、しょうがないよ」

「でもAさんは部分切除が希望だったんですよね」

「そうだけど、実は今日Aさんの外来だったんだけど、Aさんは十分に納得していたし、局所再発の心配はないことを説明したら喜んでたよ。子供のためにまだ死ねないって！」

「そうですか」

「医療は蓋を開けないと解らないことが沢山ある。結果が問題ではないと思いますよ。私は一番努力している人の意見を聞きただけです。最後は私の責任で決断します。これからもHさんの意見を聞くからよろしくお願いしますね」

Sさんと同じ答えが返ってきた。

—明日からまたがんばろう—