

会員のば

日本と中国 生活習慣の違い

帯広市医師会
北斗病院

徐 亮

初めまして。現在北海道で働いている外国人医師徐亮（ジョリョウ）と申します。まず自己紹介をさせていただきますと思います。私は2006年に中国医科大学臨床医学部（日本語コース）を卒業しました。2006年7月～2007年7月まで大阪で研修しまして、2011年7月再度日本に来て、帯広の北斗病院で臨床研修を開始しました。2013年2月に日本医師国家試験に合格し、同年4月1日から帯広協会病院で初期研修が始まって、2015年3月31日に初期研修終了のため、3年目の4月から整形外科後期研修医として北斗病院で勤務しています。

最初日本に来た時、生活上も仕事上もいろいろ困ったことがあって、すごく不安でしたが、今徐々に慣れてきて、毎日楽しく仕事をしています。「郷に入れば、郷に従え」ということわざが中国にもありますが、外国の生活習慣に慣れるまでは予想より大変です。日本と中国の伝統文化は大体似ていると思いますが、生活上にいろいろ小さなマナーや習慣の違いもあると実感しています。それでは飲食文化の違いについてお話をさせていただきます。

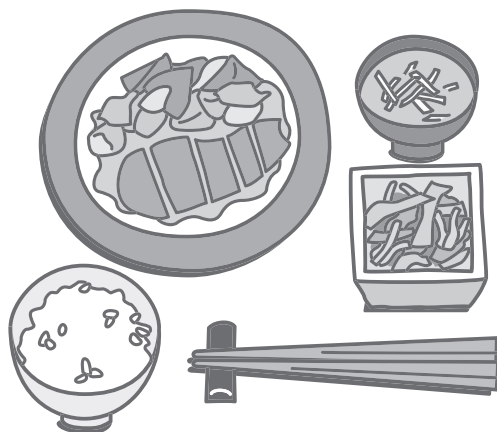
まず、日本人は食前「いただきます」と食後「ご馳走さまでした」とよく言いますが、中国では基本的に言わないです。飲み会の時、「乾杯」とよく言いますね。中国ではお酒を全部飲むという意味ですが、日本ではただ盛り上がるために皆一緒に飲みましょうという意味でしょう。

私の実際の経験ですが、日本人の友達を自宅まで呼んできて招待した場合、友達がお腹いっぱいまで食べてくれたら良いなと思って、そしてケチな印象を残さないように料理をドンドン出してあげて、最後に少し残った方がちょうど良いと考えていました。それに対して日本人の友達は「物残しは浪費だ」とか「残ったら料理がまずいと思うでしょう」といろいろ配慮してくれて、結局お腹が痛くなるまで一所懸命食べてくれました。事後に「もう駄目だ」「や～食べ過ぎた」と笑いながら言ってくれました。実

際は中国では僕と同じような考え方の人がほとんどです。ですから中国人の家で食事をする時、残っても全然構いません。自分が好きなように正直に言えば良いと思います。

一方、日本料理も「ヘルシー」「美しい」「美味しい」など高く評価されて、高級料理として中国で人気があります。私も現在お寿司などの日本料理にはまっています。ほぼ週1回位食べています。

現在僕の住んでいる町・帯広は、僕の故郷と大体同じ気候なのですごく住みやすいところです。日本人は皆Friendly、優しくて、僕のような外国人としてはすごく安心に生活できます。特に北海道の人たちは善良純朴で、本当に好きです。



健診医になって

札幌市医師会
天使病院

中村 一博

昨年の7月から天使病院で健診の仕事をしています。それまでの循環器内科の仕事とは勝手が違い、最初のころは院内の診療科へ紹介状を書き過ぎて、患者さんと診療科の諸先生にずいぶんご迷惑をおかけしました。臨床医の感覚で健診をすると、どうしてもover diagnosisになってしまうのです。最近になりやっと「ここまでは正常」と考えても良い線が見えてきました。例えば、みなさんは「骨島」というものをご存知でしょうか。これは胸部X線写真で肋骨上に見える結節影で、腫瘍のように思えてしまうのですが、肋骨の骨髓腔に残った正常な緻密骨なのです。恥ずかしながら私は健診医になるまでこのことを知りませんでした。

だからといって、大切な所見を無視しているわけではありません。この1年間で、胃癌、肺癌、胆管癌、サルコイドーシス、間質性肺炎、子宮筋腫、耳下腺腫瘍、甲状腺腫瘍、声帯癌などを発見し、院内の各診療科で治療していただきました。健診という何となく退屈なイメージを持っていましたが、これだけいろいろな病気が見つかりと退屈する暇がありません。

健診の知識を補うため、学会や研修会にも頻回に参加しています。卒後30年目にして新規に「人間ドック学会」へ入会しました。「人間ドック健診情報管理指導士」資格取得のため、東京で2日間の研修も受けました。今年の人間ドック学会総会では口演発表をする予定です。某高等学校の学校医になり、子どもたちの側弯症にも詳しくなりました。産業医になったため、今度新しく健診に導入される「ストレスチェック」制度の対応もしなければなりません。循環器内科のときは不整脈の勉強ばかりしていましたが、今は勉強の範囲が必要に迫られてどんどん広がっていきます。

人間ドック学会の研修会では理事長が挨拶をされるのですが、そのたびに理事長は「人間ドックは奥が深くベテラン医師にこそふさわしい」「人間ドックで発見された癌は手術可能なものが多く予後改善に貢献している」と私のような新参会員を励ましています。そして私もこの仕事の人々の役に立っているように思えてきました。すべての施設の健診業務が面白いわけではないと思います。天使病院では各診療科が健診をバックアップしているからこそでしょう。私にとって、天使病院でこの仕事ができることは幸せだと思っています。

Long time no see

赤平市医師会
あかびら市立病院

中村 昌路

私はあかびら市立病院の研修医となった。

札幌から富良野に向かう途中に赤平はある。かつて炭鉱で栄えたこの街は徐々に人口が減少し、高齢化は全国平均の10年先を進んでいる。そんなこの街の病院は研修指定病院としては非常に小さい病院で、人と違うことを好む私は、求められているのならば、好奇心からこの街に行くことを決めた。

幼いころ、父の転勤が多かったため、北海道に住んでいた時期があった。ここぞとばかりに北海道を味わう両親に連れられ、スキーを毎週末に楽しんでいた。およそ20年前の3月、北海道からの転出が決まった。富良野へ遊びに行くたびに、車窓から見えて気になっていた赤平のスキー場へやって来た。コースは非常に面白いが、3月の雪は重かった。轍ができたコースを母とともに滑っていると、母が怪我をし、私はスキー場を急いで滑り降り助けを呼びに行ったことを強く覚えている。負傷した母がその時搬送されたのが市立赤平総合病院であった。

そうした思い出のある赤平に私はまた行くことになった。整形外科は現在外来のみで、多くの診療科が縮小し、20年前とは病院の役割も変わってきている。かつて来た旧病棟は現在取り壊し中であるが、今年度4月より名称が「あかびら市立病院」となり、新病棟もオープンした。研修では実際に経験できることも多く、学習のきっかけが多い環境である。大きな病院ではないが、そのことでかえってほかにはない貴重な経験を体験できる生活が送れている。

あらしの夜に

北海道大学医師会
北海道大学病院 消化器外科 I

敦賀 陽介

卒後5年目のころ、GWに道東の町立病院に当直出張に行く機会があった。

当時はまだ宅直で、病院と宿舍が離れているため、夜に呼ばれたら借りている町の公用車を運転して病院に行くことになっていた。札幌を出るときはかなり暑かったのだが、到着すると夜には同じ北海道とは思えないような季節外れの大雪となってしまった。

宿舍で待機していると、近くで救急車のサイレンの音が聞こえてきたため、これはきっと呼ばれるなと思いながら身構えていると、案の定、病院から呼び出しの電話が来た。外に出てみると吹雪でほとんど視界がないような状態であった。車に乗り込み、通りまでバックで出したのだが、通りの反対側に路駐してあった乗用車にぶつけてしまった。猛吹雪の中、誰の車か分からない上に、救急車はすでに病院に到着している。事故処理をしている余裕はない。ごめんなさいと病院にそのまま向かった。

搬送されてきた患者さんを診察すると、ふらつきを主訴とする高齢男性で、カルテを見ると1ヵ月ほど前に頭部をぶつけて受診歴がある。これは、あれだろうとCTを撮ると、典型的な慢性硬膜下血腫であった。診断がついて、ちょっとほっとしながら、看護師に脳外の転院搬送先を尋ねると、釧路で、どんなに急いでも2時間半はかかるという。依頼の電話をすると、受け入れを快諾してくれたため、本人と家族に説明し、こんな天気でちゃんとたどり着けるだろうかと不安に思いながらも救急車を送り出した。

そこでようやくぶつけた車のことを思い出し、役場の人に警察に連絡を取ってもらい、車の持ち主を探してもらったところ、なんと先ほど釧路に送った患者さんの車であった。どうりでやけにサイレンが近いと思った。救急車は宿舍のすぐ裏の家に出動していたのだ。患者さんには連絡のしようがないので、先ほど説明したご家族に詫言いて、事故処理は役場でしてもらえらることとなった。ご家族の急病で動転されているところに余計な心配を増やしてしまい大変申し訳なく思ったが、あまりの偶然に驚いてしまった。

256分の1の奇跡

札幌市医師会
静明館診療所

大友 宣

土曜日の夕暮れ時、私は目を疑った。始めはよく分からなかったが、見れば見るほど、考えれば考えるほど、奇跡だった。

横須賀で住んでいたところから歩いて2分にある京急ストアに私は居た。朝ごはんはと土日の食事は私が作ることが多い。妻がインターネットで動画を観ている中、私はエコバック一つと古いレジ袋二つ持って一人買い物に出掛けた。前の日はしめサバを食べたし、その前は製菓メーカー共催の勉強会で美味しい弁当を食べていた。

スーパーに入るとほとんどの店の入り口近くに野菜売り場がある。多くは右側にあるように思うが、統計を取ったことはない。野菜売り場が入り口にあるのは、メインの食材を先に買ってしまおうと余計なものを買わなくなってしまうからだ、と、新聞の記事で見たことがある。だから賢い消費者としては、メインの食材を念頭に置きつつ野菜を買わなくてはならない。在宅医療をしているとこういう生活記事が気になってしまう。三浦半島は大根が美味しい。ブリカマと大根を目指して買い物をすることにした。大根と生姜を買った後、肉・魚コーナーへ向かった。京急ストアでは肉コーナーの次に魚が現れる。何気なく肉コーナーを見ながら進んでいった。

その時、私の目にひとパックの手羽先が映った。何か違和感があり、それを手に取った。パックには8本の手羽先が入っていたが、すべて向きが揃っていた。私は20年ほど前に医学部で教わった解剖学の知識をフルに活かし、その手羽先を「みぎ」手羽先と同定した。他のパックを見てみると「みぎ」と「ひだり」は混ざって入っている。そう、そのパックだけが8本「みぎ」手羽先が揃っていたのである。その確率は2の8乗分の1、すなわち256分の1である。札幌新川高校に入った時の倍率は1.2倍、信州大学理学部は8倍、北大医学部では10倍くらい、横須賀で在宅医療連携拠点事業に申し込んだ時は4倍だった。倍率が高いほど入ることは奇跡的だと思っていた。256分の1の奇跡が目前にある。興奮しながらそのパックを買い物かごに入れ、ほかにはもう買い物はしなかった。その夜は家族で「みぎ」手羽先をグリルで焼いて食べた。

5月から静明館診療所で在宅医療を主にしています。よろしくお願いいたします。

過剰反応！？

札幌市医師会
新札幌パウロ病院

高階 俊光

先日ある商社に勤める知人がヨーロッパのある国から一時帰国し、会う機会がありました。女房は「接触感染するエボラ出血熱がアメリカやヨーロッパで感染が始まっているらしい。まだ潜伏期かもしれないから、会うのを延期かキャンセルしたらどうか。私たちはいつ死んでもいいが、孫たちがいるから移ったら大変」と当日メールしてきました。私は一応医師で女房は素人なので、そんなことありえないと思いましたが、最近私は孫の名前を出されるとどうも弱いのです。知人に絶対に接触しないと話して会うことにしました。

午後5時に彼は遅れることなく三越デパート入口のライオン像の前に現れました。彼は私と違って下戸であり、また7時から用事があるとかで、とりあえずデパートの中にある宮越屋でコーヒーを飲みながらお話することになりました。

コーヒーが運ばれてきました。彼はすぐに小さな容器に入ったミルクに手を伸ばし、コーヒーに入れました。私もコーヒーが少々濃い目でしたのでミルクを入れたかったのですが…彼の触れた容器に手が出ず、ミルクを入れませんでした。1時間半ばかり彼が赴任したさまざまな国の事情や日本との現状など比べながら話に花が咲きました。しかしながら私は時折気もそぞろになり、その間彼の触ったテーブル部分に注意を配り、その場所を決して触れないようにしていました。話は興味深かったのですが、女房の言葉を思い出し、友人の触ったテーブル部分も気になります。話している間、水を飲まないで必死にトイレを我慢していました。というのも、喫茶店に入る前に尿意があったのですが、行きそびれていたのです。足を組んだり、手で押さえたり、体をよじったり、そして両足を内側に大きく拘縮して我慢しました。どうしてトイレを我慢していたか分かりますか？ それはトイレに行っている間、友人がテーブルのどこに触ったか分からなくなるからです。アメリカで感染した看護師は、防護服を脱ぐときに体液に触ったことが原因で発症したとの情報が私の頭をよぎりました。

1時間半のお話が終わって、友人がコーヒー代を払うと言いましたが、私はレシートに彼の手が触れないうちに素早くレシートを取り、私が支払いました。3階からエスカレーターで下るときも自分だけは雇いたくないと、先に下りる友人の触ったエスカレーターのベルトの部分テーブルと同様にチェツ

クして触らないようにしたことはもちろんのことです。ここまでは女房に言われたとおりパーフェクトです。

無事に1階に下り別れの挨拶のときです。「それじゃ」と彼がなん〜と私に握手を求めてきたのです。「エッ！ ああー」と小さく声を出しました。勘弁してほしいと思いつつ、恐る恐る手を出さざるを得ませんでした。手は小刻みに震えこわばっていました。私の努力が音をなして崩れた瞬間です。努力はうそをつかないというのは嘘です。努力は必ずしも報われないときがあるということです。もし友人がエボラ出血熱に感染していたら、この握手が私の運命の分かれ道になるやもしれません。さらに彼は私の背負っているザックに触ってきて「重いね」と言ってきました。私は頭の中で“左ト全”が歌っていた「老人と子供のポルカ」の中の「やめてくれ」を思い出し、心の中で叫んでいました。普段山歩きをしているから慣れていて「大したことないよ」と苦渋の返事です。

その後、私は握手した自分の右手をどこにも触らないようにして小走りにトイレに急ぎました。今にも爆発しそうな膀胱の解放のために！ 左手だけで用を済ませた後、石けんで7～8回両手を洗いました。帰宅後すぐに何も知らない女房から「手を洗ってね」と言われました。そしてこの話を女房にしたら爆笑し、こう言いました「握手までは完璧だったね」と。その日女房は気持ちが落ち込んでいたのですが、この話でパッと気持ちが明るくなり、「笑うことっていいね」と言っていました。

私がこの文章を書いている時点では、日本ではエボラ出血熱の感染者はいません。私は人類が滅亡するのは原子爆弾や中性子爆弾でもなく、スペイン風邪のような感染症ではないかと思っています。女房の過剰反応にもたいがいにしてほしいと思いつつ、あやつり人形のごとく弄された友人との久しぶりの再会でした。

わたしと英語

札幌市医師会
腎臓内科めぐみクリニック

佐藤 恵

2011年に開業いたしました腎臓内科めぐみクリニックの佐藤恵と申します。原稿のご依頼が来て何を書こうかと考えておりましたが、ふと思いついたことを徒然と書いてみます。

2013年の8月から英会話を再開しました。国際学会でオーラルの発表があり、追い込まれて必死であったことも理由のひとつでした。

わたしは小学校3年生のときに札幌に引っ越してきましたが、それを機にYMCAに週2回英語を習いに行くようになりました。ほかにはピアノ、書道にも行っていました。なぜこのように習いごとが多くなったのかは覚えていませんが、ちょうど父が開業し、両親ともに非常に多忙となり、子どもは外に習いごとに出されていたように思います。

YMCAでの英語の教えは非常に斬新で、休み時間以外はすべて英語で話し、最初の1年間は書くことは一切せず、耳から聞いて発音することを徹底しておりました。2年目から書くことを教えられ、3年目では学年を超えて難しいクラスへの編入試験にチャレンジできる機会がありました。ほかの習いごととは異なり、させられている感をまったく感じさせない教え方だったので、楽しく通っていた記憶があります。夏休みを利用してホームステイする企画もあり、ぜひ参加したかったのですが親の反対もあり実現には至りませんでした。

YMCAの英語は時間的な問題で中学生の途中でやめてしまいましたが、おかげで中学での英語は非常に楽でした。しかし高校、大学での受験英語になっていくと次第にそれまでの興味がなくなり、必要最小限という程度に留まりました。

大学入学後、それまで抑えていた好奇心を爆発させ、在学中に二度ほどホームステイをし、短期間でしたがカリフォルニア大学デイヴィス校に通いました。最初は現地での英語が理解できずに戸惑いましたが、周囲から聞こえてくる音がすべて英語という環境にいと、そのうち耳から入ってくることにについては理解できてきます。言われていることが分かってくると、何とか知っている単語で説明しようと努力するようになってきます。若かったこともあり、そういった変化がうれしくて楽しくて、自分からも進んでいろいろな人たちとコミュニケーションを図ろうとするようになりました。そのままもう少し滞在できるとよかったのですが、帰らなければならない時間はすぐに来てしまいました。日本に戻っ

て同じような環境を維持しようとしたましたが、努力虚しくあつという間に元に戻ってしまいました。

仕事をするようになってからは多忙になり、まったくかけ離れた生活をしておりました。またわたしは医局時代、留学や国際学会にエントリーする機会がなく、このまま英語にも国際学会にも縁がない生活になるのかなーとぼんやり思っておりました。その後、縁あって愛媛県松山市で仕事と勉強をする機会を得ました。そのときお世話になったボスは、年齢や時間に関係なく、やろうと思った時が行動するときだということを教えてくださり、その後の1年で3つの国際学会にエントリーし、発表の機会を得ることができました。さすがに学会で出掛けていくと、期間も短いので最初はまったく分からず、少し度胸がついたあたりで帰ってくるので、無力感のみが残ってしまいます。そこで、松山ではカナダ人の先生に英会話を習いました。週一回でも英語を聞くようになってから学会に出掛けていくと、多少なりとも耳が慣れているので、同じように話せなくても気持ちが楽に感じました。

わたしの人生のなかで日本語の次に一番長く関わりのある英語、しかし、情けないほど話せず、習っていたというのが恥ずかしいくらいその痕跡がありません。その後、札幌で再び仕事をするようになってから、今度はちゃんと話せるようになるまで英語を習おうと誓いを立てました。今は毎週一回仕事が終わってからの1時間、英語の先生のお家に行っています。1年が過ぎ、先生の言っていることが分かるようになり、ようやく慣れてきたかなというところに先生の母上がアメリカからやってきました。好奇心旺盛な彼女はわたしのレッスンにも参加します。母上の英語を聞き、普段英語の先生がいかにわたしに分かるように話してくれていたかを痛感しました。極め付けは、母上が息子（英語の先生）に『あなたは どうしてそんなにゆっくり喋っているの?』と言っているのを聞いたときです。まだまだわたしの英語の壁は厚く高く、勉強は続きそうです。

渋滞学の教え

室蘭市医師会
市立室蘭総合病院

佐々木智子

世の中には面白い学問がある。医学の世界に日々どっぷりと浸かっていると、それ以外の学問への関心が疎かになりがちだ。

最近、興味深い本を読んだ。「渋滞学」というタイトルで、非線形動力学が専門の東大教授が執筆されている。内容は数学、物理学に関することが多いのだが、素人にも分かりやすい。

これまで渋滞現象の解析にはリトルの公式、(待ち行列の長さ) = (待ち時間) × (人の到着率) が用いられてきた。しかし、実際の渋滞には前が空いていてもすぐには詰めない車がいたり、坂道があったり、空間構造を考慮したモデルが必要である。それが渋滞を考えるための新しい概念、「非対称単純排除過程 (ASEP)」である。時間、空間に関してすべての物理量が離散化されており、人や車など動いていくものを自己駆動粒子として取り扱い、その動力学を解析することができる。このモデル、神経細胞内の物質移動にかかわるキネシン濃度変化の研究にも使えるというから驚きだ。

渋滞学によると、車の自然渋滞が起こる二大要因は「車間距離」と「反応速度」である。車間距離を40m以下に詰めると、ブレーキの連鎖反応が後ろに伝わってしまう。また、前の車の加速、減速にすばやく対応できないと、ブレーキの連鎖反応が増幅して後ろに伝わってしまう。

渋滞は車だけに限らず、人の流れでも起こる。満員電車から出る際に、皆が一斉に降りようすると、出口でアーチ状に人が集まりそれ以上進めなくなる。時には譲歩・協調も重要である。全員が自己利益を最大化しようと行動すると、社会的に損をしてしまう。譲り合うことで全体が得をすることもある。ゲーム理論の一つである「囚人のジレンマ」に通ずるものだ。

数学、物理学のみならず、渋滞学は生物学、心理学、倫理学などさまざまな学問との複合であるといえる。ふと思った。この渋滞学、医療や病院経営に応用できないだろうか。便秘、経腸栄養チューブの詰まり、外来での待ち時間、希望する病院への転院待ちなど、渋滞に近い現象はいくらでもある。

医学の視野はまだ狭い。時には医学以外の学問にこそ、発想の転換を図るヒントが隠されていることもある。外からの新しい風を積極的に取り入れることで、現在の医療が抱えるさまざまな「渋滞」の突破口が開けるのではと考えさせられた。

人の本質を伝えるものは？

札幌市医師会
NTT東日本札幌病院 ペインクリニックセンター

御村 光子

通常は自分の記憶にあることを反芻するたび、頭の中で物事が整理され、単純化されて了解可能なものとなるようである。その中で何度思い出しても説明できない経験がある。

15年以上前の、とある病院のICUでのこと。80歳を過ぎた男性の患者が、間質性肺炎による急性呼吸不全で入室された。私が主治医として直ちに気管挿管し、人工呼吸器を装着した。人工呼吸管理が長期化する見通しであったため、気管切開を行った。それにより鎮静剤を切ることができ、また病状が改善したこともあって、彼はメガネをかけて新聞を読み、家族や医療者と簡単な会話を筆談で行えるようになった。気管切開下に発声可能な場合もあるが、これはうまくいかなかった。朝晩の挨拶をすると彼は必ず笑顔を返してくれた。各種モニタを装着され、プライバシーもほとんどなく、自分の意思を伝えがたい状況で苛立つこともなく、淡々と一日一日を送っておられた。彼が身につけていたものは、眼鏡のほかは病院で使っている病衣のみであった。一時好転した病状はその後悪化し、結局永眠された。彼を見送った後、担当していた20代のかわいらしい看護師が眼をうるませてこう言った。「すてきな方でしたよね」。私は大きくうなずいた。「本当に！」

若い女性に「すてき」と言わせる要因は何であったのか。ICU入室から亡くなるまで、彼は一度も言葉を発することなく、せいぜい短い文を書き記すのみであった。身を飾るものはほとんどないばかりか、栄養摂取、排泄をはじめ、すべて他人の手に依存し生命を維持する状態。このような状況でありながら、おそらく私も看護師たちも自分たちの意識下に彼の「敬意を払うべき人格」を認めていたに違いない。センスの良い服を着て、機知に富んだ会話ができるのなら周囲に好印象とともに「その人」に関する情報は伝わるであろうが、お仕着せの病衣を着た意思の疎通もままならない人であっても、その人の本質はどこかに表現され、周囲に伝えられるのかもしれない。

しかし、それが何によるのか、何度思い出して考えても答えを見出せないでいる。

ムソルグスキーの墓前で

札幌市医師会
札幌宮の沢病院

笹岡 彰一

クラシック音楽は苦手でも、若いころにハマった曲はなかったですか。たとえば、組曲「展覧会の絵」。富田勲のシンセサイザー版や山下和仁のギターソロ。ロックバンドELP¹⁾が編曲したライブ録音も衝撃でした。ムソルグスキーは友人の画家ハルトマンの遺作展から曲想を得ました。「バーバヤガ」「卵の殻をつけた雛の踊り」など10曲で構成する組曲を有名な「プロムナード」でつないで統一感をもたらし、聞き手の感受性を刺激します。そして終曲が「キエフの大門」。もちろんキエフは現在ウクライナの首都です。

昨年、ロシアへ旅行しました。まずサンクトペテルブルク。ここは18世紀ロシア帝国時代に造られた人工都市、最北の大都市です。エルミタージュをはじめ、多くの離宮や宮殿が残っており、多くの運河が流れる美しい街です。宿泊したホテルの近くにサンクトペテルブルクの目抜き通りの起点になるアレクサンドル・ネフスキー修道院があり、隣接する墓地にはチャイコフスキーなどの著名人が眠り、少し奥に進むとムソルグスキーの墓を見つけました。花が置かれた墓石はピアノを模していました。

続いて黄金の環やモスクワを巡りました。モスクワには12路線の地下鉄が走っています。空爆に耐えられるようにホームは地下深く、長いエスカレーターで降りていきます。地下鉄5号線にはキエフスカヤ駅があり、キエフ方面鉄道駅に連絡します。この地下鉄駅ホームにはウクライナの豊穡な文化や生活を描いた多くのモザイク画装飾があり、さながらウクライナ観光の宣伝のようです（実際にはソ連政府にウクライナは抑圧されていたらしい）。

さてキエフの話に戻ります。調べるとキエフには複雑な歴史がありました。ウクライナは9世紀に東スラブ民族国家「ルーシ」としてキエフを首都に建国されます。通称はキエフ大公国です。ルーシとはキエフ周辺の地名であり、「ロシア」の語源です。城壁に囲まれたキエフの入口に大門が建造され、黄金の門と言われます。12世紀ごろには多数の公国に分裂し、モスクワ公国などが強国化しました。一方、キエフ大公国は13世紀にモンゴル帝国の侵攻で終焉を迎え、黄金の門も破壊されました。

その後もウクライナは隣国からの侵略と占領に翻弄されます。もっとも影響が強かった国がポーランドで、ウクライナを占領してポーランド化政策がなされました。そのためウクライナは東西で言語と宗

教が異なる結果になりました。東はロシア正教、西はカトリックです。さらにロシア帝国の支配を受け、ソ連時代を経て、ウクライナ独立です。

ロシア側からはウクライナは建国の地であり、ウクライナ側からはロシアに占領されたとなります。さらに分裂の原因になったポーランド自体も作曲家ショパンの伝記で知られるように、ロシアに分断された歴史を持っています（「展覧会の絵」にはロシアによるポーランド弾圧の表現を秘めているとか）。侵略された歴史的遺恨を背景に持つ、宗教・言語対立がウクライナ問題の本質かもしれません。自主独立を目指すのか、歴史上の最大版図が本来の形と考えるのか。どこか日本を取り巻く近隣国との関係に似ているような。

なお黄金の門は19世紀に発掘され1982年に再建されましたけれど、ウクライナ紛争が終結しないと行きづらいですね。もっともロシアの観光都市はいたって安全です。旅程の事前申告を要するビザ申請や言葉の問題など自由な個人旅行には不向きな国ですが、少し長い休暇がとれるならいかがでしょうか。

1) エマーソン・レイク・アンド・パーマ：1970年結成の英国ロックバンド。最初期モーク・シンセサイザーを取り入れ、解散後も人気が高い。



図1 ムソルグスキーの墓（右）：アレクサンドル・ネフスキー修道院にはチャイコフスキーやドストエフスキーの墓もある。左は作曲家ボロディンの墓。



図2 モスクワ地下鉄キエフスカヤ駅ホームにあるモザイク画

米国での患者体験

北海道大学医師会
北海道大学大学院医学研究科

氏家 韻欣

昨年の秋まで2年ほど夫の米国留学に伴い、気ままな駐在妻生活を送りました。もうすぐ2歳になる息子にも恵まれ帰国、職場に復帰致しました。主に出産を通して医療現場を垣間見ることもできましたので、報告させていただこうと思います。

医療についても米国はかなり分業化されており、初めはかかりつけ医（family doctor）を受診し、必要あれば総合病院・専門科へ紹介、という流れが原則です。総合病院・専門科を受診するハードルは高く、基本的に患者自身の判断のみで受診することはできないようです。産婦人科は直接受け入れてくれましたが、あまり週数が早いと予約を入れてくれない所もあるようです。私の時は医師の都合のため予約を延期され、初診時は10週に入っており不安な日々を過ごしました。別の機会に family doctor ではなく専門医としての（？）内科を受診しようとしたところ、ほとんどの病院で2～3週間後と言われたこともありました。

受診した診療所は平屋建ての数部屋を診察室として使用しているような小ぢんまりとした所でした。一般的な診療所であれば、通常診察は診療所、エコー等検査の際は別の検査機関へ、ということも多いようです。また、産婦人科医であってもエコーをするには別の資格が必要なようで、他の施設に回され検査技師が行います。私がかかった医師はその資格があり、エコーも備えられていましたので、ほとんどは診療所内で完結できました。そもそも日本では、病院によってはサービスの毎に行われるエコーですが、米国では通常2～3回（初期の確認、中期・後期）のみです。もちろん状態によってはそれ以上行われることもあります。複数回行っても治療介入できることはあまりなく予後に影響しないため、またエコーが胎児に与える影響も不確かなため、などという、いかにも合理的と思える話も聞きましたが、真相は分かりません。

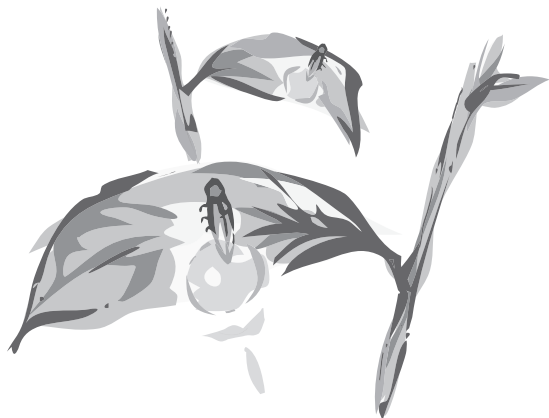
通常検診は、体重、血圧、尿検査、胎児心音確認のみです。こちらから質問が無ければそれで終了。ものの数分で終わります。完全予約制なのでほとんど待たずに済み、待合室で前後の人に会うこともほとんどありませんでした。そのほか、初期の簡単な出生前診断を含む採血は希望の有無も聞かれず施行されましたが、中期の糖負荷試験等の一般的な検査、検診の間隔は大体日本と同様なようです。ただ、50g糖負荷で異常値が出てしまうと、次の段階が体格

の違いなのか100g糖負荷というとても濃い濃度であり、文字通り頭がしびれるような甘さを体験しました。つわりも抜けきらない時期に、しかも空腹時に激しい甘さを摂取する気持ち悪さも厳しいものでしたが、やはり血糖が上がるためか、採血を繰り返す中、空腹は感じませんでした。なお、病院が主催する両親学級にも英語の勉強がてら参加してみましたが、赤ちゃん人形の肌の色が多彩なことにお国柄を感じました。因みに出産前の会話として、日本では主に性別はどちらか？といった話が出ると思いますが、米国では瞳の色、髪の色等も話題になるようです。

ところで、米国では『病院にかかる』のではなく『医師にかかる』という感覚のようです。通常日本と言う「病院に行く」は、『go to the hospital』と言うと総合病院等を想定され、そんなに重症なのか？と思われるかもしれませんが、『see a doctor』と言うそうです。実際、出産時は医師が契約している総合病院の病室を“間借り”し、執刀や入院中の診察は診療所の主治医が往診に来ます。

また、ご存知の通り、医療保険は自分で買うのが基本です。今回私は夫の職場の関係で、それなりにカバーされる高額な保険に入らなければならず、結果的にはそれが功を奏したようです。出産に関しては、初診時に10ドル払った他は一切払った記憶がありません。明細を見ると、各種検査で結構な価格がついており、無保険であればかなりの出費になったであろうと想像されます。また、息子の健診や予防接種も費用を払った記憶がありませんので、十分元は取れたのではないかと思います。

家族で唯一米国人の息子は、当然自分の生まれた国のことなど露知らず、カタコトの日本語を話すアンパンマン好きな男の子に育っています。



胃瘻について

札幌市医師会
宮の森病院

西川 益利

耳鼻咽喉科から内科に変わり、高齢者医療に携わって2年近くになりました。耳鼻咽喉科での高齢者医療といえはまず難聴でしょうか。しかし難聴はあっても補聴器を使うことができるのは、比較的健康な高齢者で、当院では補聴器を使用されている方は多くないのが現状です。また音声機能障害、嚥下機能障害も耳鼻咽喉科領域ですが、私はあまり得意の分野ではありませんでした。まだバリバリの耳鼻咽喉科医のころ、嚥下機能障害の患者さんに食道入口部括約筋に対する手術は行いましたが、喉頭を摘出して気管孔を形成する喉頭気管分離術は行いませんでした。耳鼻咽喉科医として嚥下機能障害の患者さんに対する処置で多かったのは経鼻チューブの挿入で、喉頭や食道入口部を直接観察しながらチューブを挿入することができるので、他科入院の患者さんで挿入困難な症例の依頼を受けていました。

内科医として高齢者医療の現場で働くようになって感じたことは、耳鼻咽喉科で見慣れた経鼻チューブによる胃管より、胃瘻の患者さんが多いことです。高齢者で嚥下機能障害をきたし、誤嚥性肺炎を繰り返すようになると、多くの方は胃管か胃瘻または点滴による栄養補給を受けることになります。経鼻チューブはやはり挿入困難な患者さんがいらしたりするので、主役にはなれないようです。その点、胃瘻は一度造ってしまえば管理も難しいものではなく、眼前の鼻からチューブが入るという違和感もなくすっきりしています。当院でも平成27年6月時点で約2割強の患者さんが胃瘻を造っておられました。当院へ入院する以前に胃瘻造設術を受けておられた方や、入院中に胃瘻造設術を受けられる方もいました。胃瘻を造られている患者さんは誤嚥性肺炎で発熱をきたすことが少なく、穏やかな表情をされている方が多く、経口摂取できなくてもそれなりにハッピーなのだろうと漠然と思っていました。

しかし高齢者医療の現場でいろいろ学ばせていただくうちに、胃瘻は必ずしも良いものではないとされていることが分かってきました。また平成27年5月27日の新聞に「日本病院会」が延命中止を提案された記事が載っていました。日本病院会のホームページを開いてみると、胃瘻の患者さんに対してかなり厳しいことが書いてありました。ご高名な先生方がこの提案の倫理委員をなされており、臨床の場ではケースバイケースで対応しなければなりませんとはありましたが、私としてはこの提案を素直に受

け入れる気持ちにはなれませんでした。胃瘻と延命の問題は私にとっては永遠に解けそうもない難問なので、にわか内科医が勉強のつもりで、とりあえず当院における胃瘻患者さんの現状を調べてみることにしました。

当院に入院中の患者さんの約2割強が胃瘻を造られており、80～90歳代の方が最も多くいらっしゃいました。調べた時点で入院中の患者さんには100歳を超える方が16人いましたが、胃瘻を造っている100歳代の方はいらっしゃいませんでした。胃瘻患者さんと非胃瘻患者さんの平均年齢は胃瘻患者さんの方が若く、胃瘻を造らなければならないということ自体がより厳しい全身状態であることを示唆しているものと思われました。胃瘻を造って1年以上が経過された方は8割で、3年以上の方は4割弱、5年以上となると2割弱でした。経口摂取できず胃瘻も造らない方は経鼻チューブや中心静脈などで栄養補給することになりますが、これらの方は両者を合わせても入院全患者さんの1割未満でした。

胃瘻と延命に関してはとてもデリケートな問題が含まれており、法的整備やガイドライン作成で済むような問題ではなく、私も確固たる意見を持っているわけではありません。私の場合は結局のところケースバイケースで対応しているのが現状ですが、このケースバイケースでさえもとても難しい場面に遭遇することが日常で、後日に反省していることしきりです。いろいろなケースを医局で先生方と「こんなことがありました。その時こうしました」などと話している時、口に出る言葉と頭の中でぐるぐる回転している思考が少し違っているなあと感じていることも多々ありました。

認知症などの進行により嚥下機能障害が認められるようになり、誤嚥性肺炎で発熱を繰り返し苦しんでいた患者さんが、胃瘻造設術後は発熱の機会も減って、発語は無いけど穏やかな笑顔が見られるようになってこられた時は、医師としてやはり胃瘻を勧めて良かったという気持ちになります。札幌市の街並や遠くに大雪山が一望できる療養型の当病院で、患者さんが穏やかな笑顔で窓の外の四季を眺めながら、さらなる療養生活を送っていただくことを願うのは、あながち間違っていないだろうと思うようになってきたこのごろです。

最後に、胃瘻造設術ではいつもお世話になっている宮の森記念病院の真崎茂法先生をはじめ、同病院のスタッフの皆様に、「いつもありがとうございます。今後ともよろしくお願いします」と述べさせてもらって拙文を終わりとします。

気になるK値 —貴院のデータは大丈夫？

札幌市医師会
麻生循環器内科

小畑 博敬

近年、生化学検査における測定技術の進歩は著しく、極めて少量の血液でさまざまな検査項目を高い精度で測定可能になっています。

しかし、検査精度を上げる上で極めて重要である「採血してから測定が開始されるまで間の検体の保存状態（時間的・環境的）」はどれほど改善されているでしょうか。今や、検体の保存状態は測定値の精度に影響を及ぼす最大の要因であると言っても過言でないにもかかわらず、その実態は全くのブラックボックスであり、検査業者を信用するしかないのが実情です。

従来、検査業者は、生化学の一般検査項目については、検体の保存は採血後24時間までは全血常温(15～25℃)でよいとしていますが^(注1)、検体回収の実態はどうなっているのでしょうか。また、本当に採血後24時間までは全血常温保存でよいのでしょうか。気になるところです。

実際、私の施設では、過去に、夏場に血清K値が異常な変動を示す症例が多発したため、検査業者に原因調査を依頼したところ、検体回収過程の温度管理が悪いことが原因と判明したことがありました。

今年も夏を迎えるにあたり、業者に検体の温度管理を徹底するように依頼した上で、血清K値を調べたところ次のような事実が判明しました。

私の施設では、午前と午後に一回ずつ検体回収が来ています。午前は10時15分に回収され60～90分後に測定されますので、採血後1～2時間で測定されることになります。午後は15時30分に回収され、約4時間後に測定されます。従って、午前の回収後に発生した検体が測定されるのは採血後4～10時間後になります。

今回私は、午前中の検体を二分して、同一検体を午前と午後に提出してみました（採血後回収までの期間、検体を全血常温で保存しました）。

調査症例数は当初10例を予定しましたが、あまりに明白な傾向が認められたため、8例で終了しました。

結果：

午前回収 K4.1±0.3mEq/L

午後回収 K3.7±0.3mEq/L

t検定で有意差(P<0.0001)が出ました。

時間を置いて測定することによって、K値に平均で0.4mEq/Lの違いが生じたということです。常識的に考えれば、午前に出した検体の値が正しくて、

午後から出した検体に問題があると考えられます。誤差が生じた原因としては、あらかじめ検体の温度管理に配慮するように頼んでいますので、採血してから測定するまでの時間が影響しているのではと推測しています。

K値に0.4mEq/Lもの誤差を生じるということは、私のような循環器の医師にとって深刻なことです。

特に、利尿薬や抗不整脈薬を投与している患者さんや、補液を続けている患者さんのK値が0.4mEq/Lいつもの値より低いということになれば、非常に大きな変化と考えます。場合によっては、治療内容の変更が必要になるかもしれません。

現在、検査業者に対して、事実確認と対応策を求めているところですが、まだ回答がありません。事実を明らかにすると、これまでの検体回収体制の見直しが必要になるからなのでしょう。

理想的には、自施設で血清分離して提出するのがよいのですが、そのような余裕がありませんので、午前の回収後に発生した検体については、別回収で提出しているところです。

皆様の施設では、問題ないでしょうか？

ちなみに、Na値に関しては、午前と午後に出した結果に有意差なしでした。

(注1)

検査前工程の標準化ガイドライン（日本衛生検査所協会）



研究者はなぜに研究するのか

札幌医科大学医師会
札幌医科大学医学部 耳鼻咽喉科

白崎 英明

私はもうすぐ卒後30年になります。大学の准教授として勤務しておりますが、いまだに私の趣味は実験することです。昨年秋に母校の釧路湖陵高校から道東地域の医学部を目指す高校生を対象にした講演を依頼されたことがきっかけで、厚生労働省のホームページやその他の情報源から、日本の基礎医学研究者を取り巻く環境と問題点を知ることができました。昨年小保方さんの事件がありましたが、背景に潜む日本の基礎医学研究の問題点“研究者はなぜに研究するのか”について書こうと思います。

私は札幌医大を卒業後、耳鼻咽喉科の大学院に入学し、基礎医学研究の面白さにはまって深夜まで、たまに徹夜で、アレルギーに関する動物実験などを行い学位取得しました。その1年後には喘息で最も有名なロンドン大学国立心肺研究所のBarnes教授のラボにポスドクとして2年間留学しました。そのラボは世界中から集まった30人の大所帯で、優秀な研究者が集まっております。医師は半数で、医学部卒以外の研究者が多かったです。たいてい1～2年で元の国に帰りますので、毎月のように歓送迎会がありました。バリバリの分子生物学をやって、上位ランクの雑誌に論文を出していた優秀な研究者が、送別会では銀行マンになるだの、証券マンになるだのがたびたびありました。渡り鳥のようにロンドンの後はカナダの大学の研究所に移ると言うアメリカ人もいました。あんなに実験を楽しんでいたのに、なぜ銀行員になるのかを聞くと、研究のみでは家族を養っていくのは難しいとのことでした。日本人の研究者は日本からサラリーを得て留学しておりましたが、前述した研究断念組は自身やラボのスタッフが獲得したグラントからの給料で生活しておりました。グラントの研究期間は通常1～2年で修了するので、次のグラントを得るにはインパクトファクターが高い雑誌に掲載される必要があります。そういう背景のためか、ラボの論文には再現性が乏しいものがちらほらありました。いわゆる一発ものの論文です。私にとっての実験は、小学生の時にはまったプラモデルを作るのと同じ感覚で、いまだにワクワクしてやっておりますが、留学時代も深夜まで実験していたら不思議がられておりました。現在も週末に札幌にいる時は、早朝から当科の実験室にて一人で基礎的な研究をやっております。私にとっての研究は知的欲求を満足させてくれる趣味であります。医学研究断念組にとって研究は重要な生活の糧

だったと思われます。

さて、日本の基礎医学研究の現状はどうでしょうか。平成23年の日本学術会議基礎医学研究会からの情報では以下の通りです。

- わが国の博士研究者（ポスドク）の人口は18,000人
- 40%以上が任期制の職を3回以上経験しており、雇用形態については60%以上が不満
- 年収400万円以下が40%、800万円以上はわずか1%
- 医学博士は16%
- 41歳以上の未婚率は30%
- 7割以上が月々の生活費が20万円以下
- 海外の留学経験あるのがわずか22%

このように日本の現状も厳しいです。一方、小保方さんが在籍していた理化学研究所の待遇は別格です。理研のホームページによると、ヒラの研究員で平均年収660万円、研究課長で960万円、研究部長で1,110万円となっております。ちなみに小保方さんは年収1千万円を超えていたと囁かれております。小保方事件は、このような背景があって起こったかかもしれません。日本人とユダヤ人が世界で最も賢い人種と信じている私としては、日本の基礎医学研究が発展するため、第二の小保方事件を引き起こさないためにも、基礎医学研究者の生活環境の向上が必要であると思っております。

私のような臨床医で、大学院が終わってからも研究を続ける人種はかなり稀な存在となっております。いずれ絶滅種にならないように願っております。

最後に臨床系医局に残って研究する利点を列挙いたします。

- 臨床医として診療もするので、収入も通常の勤務医と同じ。
- 希望すれば海外留学も可能。
- 研究成果を国内外の学会発表できるので、飛行機にたくさん搭乗できる。
- 患者サンプルを使うことができるので、臨床応用に直結する成果が期待される。

北海道でも実験を趣味のように思える医師が増えることを願っております。

病理診断—昨今

旭川医科大学医師会
旭川医科大学名誉教授

小川 勝洋

大学を定年退職後、ある病院の病理診断部門の立ち上げにかかわったことから、以来週1回そこで病理診断を行っている。小生が病理に入ったのは1968年であるから、約半世紀にわたって病理診断にかかわってきたことになる。病理診断の件数は、1970年代になって内視鏡生検がさかんに行われるようになって爆発的に増加したのであるが、振り返ると近年この分野の発展は目覚ましい。

最近の進歩について思うことの一つは、機器の精度が上がり、標本作製の工程など多くのことが自動化されており、昔は技師の人たちの職人技に頼っていたことは大幅に軽減したのではないかと思われる。また、顕微鏡や撮影装置の性能も格段に上がっており、昔は光学的に写真にしていた顕微鏡画像は簡単にデジタル化できるようになったため、メールやインターネットで送信できるし、データベースに貯めておくことも容易になった。病理診断は視覚に頼る「百聞は一見に如かず」の世界であるから、顕微鏡像のデジタル化が容易になったことは画期的である。

二つ目には、病理診断で得られる情報量は昔に比べると格段に増えている点である。病理診断は、従来は主に病気の種類を決定、確定するために行われてきたが、最近では質的な要素が加わり、特に免疫染色の発達により細胞の増殖活性、癌遺伝子の活性化、癌抑制遺伝子の不活性化、増殖因子レセプターの活性化などを比較的容易に調べられるようになった。それらの情報は診断精度を上げるだけでなく、癌の標的治療など治療法の選択にも深くかかわっている。

さらに三つ目には、臨床と病理の間での患者情報のやり取りが格段に効率化した点で、これにはITの果す役割が大きい。以前はカーボンコピーの病理診断申し込み用紙に、臨床側は上段に患者氏名、性、年齢、臨床診断、手術所見などを記入し、病理側では下段に病理診断名とその組織所見を記入し、1枚目を臨床側に送り、2枚目を保存ファイルに閉じていた。その時代は臨床側も病理側も書類は手書きであったから、しばしば悪筆で互いに何が書いてあるのか分からず、電話で話し合うこともまれではなかった。これに対して現在の病院ではカルテは電子化されていて、病理診断の申し込みは電子的に行われ、患者情報を詳しく知りたければ電子カルテを開いて調べることができるし、消化器バイオプシーなどに

ついてはあらかじめ内視鏡画像を見てから顕微鏡を覗くようにしている。これらは診断精度を上げるだけではなく、検体の取り違いなどのインシデント防止にも役立つ。さらに、問題症例については担当医とカンファレンスを行っているが、PCモニターに電子カルテ上の臨床データと顕微鏡画像を同時に映し出して一緒に見るようにしているので、時間をかけずにスムーズにディスカッションを進めることができる。

病理診断は良質の医療を実施する上で重要な役割を果たして来たと思うが、近年の発展を見ているとますますその感を強くする。



とある3年目医師の選択

旭川医科大学医師会
旭川医科大学解剖学講座 機能形態学分野

野村 太一

初めまして。旭川医科大学解剖学講座機能形態学分野の野村と申します。このたびは縁あって会員のひろばに執筆させていただくこととなりました。拙文ですが、お付き合いいただけると幸いです。

私は2013年に旭川医科大学を卒業し、2年間市立札幌病院で初期研修を行った後、旭川医科大学解剖学講座機能形態学分野で神経に関する研究をさせていただくこととなりました。

身近に難治疾患の家族がいたこともあり、医学部入学前から難治疾患の研究に興味がありました。そのため、学部生の時から同講座に出入りし、多発性硬化症のモデルマウスを用いて研究を行っていました。基礎研究はとても魅力的で、特に新しい発見をした時には比類の無い喜びを感じました。ただ、同じくらい臨床にも魅力を感じ、卒後は2年間市立札幌病院で初期臨床研修を行いました。

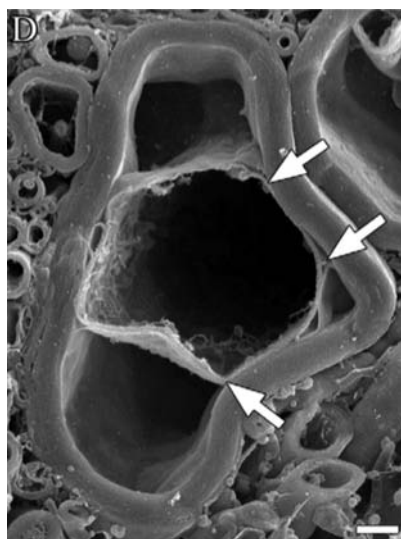
初期研修の2年間は毎日がとても充実し、貴重なものでした。泊まり込みで患者さんの経過をみたり、末期患者さんや重篤な患者さんを看取ったり、Dr.Carに乗って救急車の中で処置をしたり、学会発表をさせていただいたり、症例報告を書かせていただいたり。何よりも、たくさんの人々と出会い、とても大きな影響を受けました。また、心から尊敬できる方々とも出会うことができ、人生の財産となりました。しかし、ベッドサイドで実際に治療法のない患者さんを見るたびに基礎研究が必要なのではないかとの思いが強まり、思い切って研究の世界に飛び込んでみることにしました。

現在は臨床業務を離れ、基礎研究に明け暮れています。臨床とは異なり、指示出しの時間や回診などといった、日々の定時予定はほとんどありません。また、急な呼び出しもなく、ほとんどの時間を自分で管理できる点が昨年までと一番変わったことだと感じています。ただ、思うように実験が進まないことがほとんどで、使える時間を目一杯使って研究をしないとなかなか進みません。そのため、夜遅く、時には翌朝まで実験をすることもあります。

基礎研究を行っていると、動物と実際の患者さんの病態とは異なっていると感じるが多々あります。モデル動物はあくまでもモデルであり、病態も患者さんとは厳密には異なることがほとんどです。また、研修医の時、同じ診断の患者さんたちの間でも症状の進行や薬の効果などが多種多様であることに驚きましたが、この点においても動物を用いた解

析では詳細に検討できない点が多く、研究と臨床との間に大きな乖離があると感じています。わずかではありますが、臨床医の経験を活かして、このような問題点を克服できないか、日々頭を悩ませております。そして、今後難治疾患の病態解明や治療法開発など臨床への架け橋となる研究ができれば、と思っております。

研究者としても人間としても未熟であり、一人前になれるかどうか分かりませんが、後悔のないよう研鑽を積んでいきたいと思っております。最後までお読みいただき、どうもありがとうございました。



走査型電子顕微鏡で観察したマウス多発性硬化症モデルの脊髄における脱髄の様子

Neurosci. Res. 75, 190-197, 2013より引用