会員のひろば

初めての同期会

根室市外三郡医師会
町立中標津病院
小池　且弥

私は旭川医大12期生で、平成２年（1990年）の卒業です。卒後一度も開催されることのなかった同期会が、地元旭川組の有志で企画を進めてくれ、昨年のシルバーウイークを活用し、旭川で初めて行われ、各地（海外１名、国内最遠方は熊本）から同期が集まりました。タイトルは「卒後四半世紀、時空を超えて！」です。出席者64名と、卒業生の半数以上が集まりました。25年ぶりに会った友達がほとんどでしたが、卒業時とあまり変わらない人が多く、本当に四半世紀も経っているのかと思うほどでした（中には髪の毛の問題で、誰だか分からなかった人もいましたが…）。

働き盛りの年齢であり、大学病院、公立病院、赤十字病院等の大病院で専門を生かし高度な先進医療を行っている者、開業医として地域に根付き頑張っている者、へき地で医師不足のなか悪戦苦闘している者、そのほか、製薬会社勤務も１名（利益相反関係はありません）等、みな自分の持ち場で活躍していました。

同期会に先立って行われた講演会での、Pediatric Hematology Oncology　Stem Cell Program & Institute for Regenerative Cures　UC Davis Comprehensive Cancer Center　Associate Professor of Pediatrics　佐竹典子先生、旭川赤十字病院　脳神経外科部長　瀧澤克己先生の世界で活躍する姿には、みな刺激を受けていたようです。

これをきっかけに、今後も小規模の同期会が行われるようですし、実際、日本各地で、今回参加できなかった人との飲み会の話も耳にします。

それでもやはり出席者の勤務先を見ると、道内で活躍している同期が多く、「こんなに近くにいたんだ！」「こんなことをしているんだ！」と改めて知ることも多かったです。同期はお互い、便利と言うと言葉が悪いですが、気軽に相談ができるありがたい存在です。実際、私の義父が２度病気をしたときも、それぞれの分野で気軽に相談に乗ってくれる同期がいて助かりました。私も同期で数少ない皮膚科医として、皮膚科関係で何かあれば相談をしていただける存在でありたいな、と思いました。

救命救急センター開設！

旭川医科大学医師会
名寄市立総合病院
丹保亜希仁

当院は上川北部、宗谷、留萌、オホーツク医療圏の一部を含む広域の医療圏を担う総合病院で、17の診療科があります。17番目の診療科として、平成26年10月に救急科が設置されました。そして旭川医科大学救急医学講座のご協力もあり、昨年の８月に北海道で12番目の救命救急センター（地域救命救急センター）の指定を受けることとなりました。重症患者や、専門医の不在地域からの救急患者の受け入れといった従来通りの役割のほか、早期に専門的治療が必要な患者さんの、当院への直接搬送も一定のルールに基づき行っております。道北ドクターヘリ、防災ヘリによる患者搬送の受け入れも、屋上ヘリポートを利用し行っております。さらには、ドクターカー運用も昨年11月より開始しております。

しかし、長距離搬送となる救急患者の救命には、当院での治療だけではなく初診の先生方による評価、診断および早期治療の開始が大変重要です。今後は、症例検討などによる地域との連携強化が必要と感じております。また、患者の病状が軽快した際の継続治療を引き受けていただいたり、さらに高度な医療が必要な患者さんを受け入れていただいている各病院やスタッフの皆様には大変感謝しております。

当院では、１年目の臨床研修医が３ヵ月間ずつ救急科研修を行っております。今年は８名の研修医の先生方と働くことができました。この先生方の今後の成長におきましても、諸先輩方のご協力が必要ですので何とぞよろしくお願いいたします。

話は変わりますが、名寄市立総合病院には旭川医科大学25期生が私を含めて５名在籍しています（そのうち３名は国家試験の勉強会を共にしていた仲間です！）。卒後12年経過し、同門が多くいる当院にて、それぞれが違う専門性をもち協力しあえる現在の関係が大変頼もしく、うれしく思っています。この気持ちを後輩たちにも感じてもらえるように同期、同門の大切さも伝えていけたらと思っております。

救命救急センター開設日（平成27年８月１日）の記念撮影

名寄生活記

上川北部医師会
名寄市立総合病院
石田　健介

どうもこんにちは。はじめましての方ははじめまして。名寄市立総合病院呼吸器内科所属の石田健介です。旭川医大第26期、呼吸器内科所属で2015年４月より名寄で働かせていただいてます。今回降って来たこのご指名で、近況報告などを書いてみます。文才が無いのは自覚しておりますのでご容赦ください。

相も変わらず妻と二人で名寄でまったり暮らしております。妻も名寄での生活を気に入ってくれているようですし、安心しています。名寄って人口３万人以下なんですが、コンパクトにまとまっていて便利なんですよね。イオンもあるし、病院もあるし、10分も移動すればたいていの施設は利用可能。市民ホールも新しくなって音響が素晴らしかったです。

西條という地元スーパーも元気にイオンに対抗しており、意外ととんがった仕入れをしていたりします。オリーブオイルが何種類もあって誰買うんだ状態です。羊をはじめ、お肉が美味しい地域です。野菜もいろんな種類があるし美味しい。お酒が大好きなので、ワイン（スペイン、イタリアが好きです）やビール、日本酒、泡盛、紹興酒、焼酎、ウイスキーにブランデーと店で買ったりネットで買ったりして、料理（食べる専門ですが）と合わせて飲んでおります。

閑話休題。

自分は保守的な思考回路をしておりまして。現在の自分の状況を積極的に飛び出して新天地に向かうタイプではありません。親友にひとり正反対なのがおります。Jさんといいます。このJさん、酒関連で知り合った方ですが、若かりしころは高校を転々とするやんちゃさんで、大学も入ったものの辞めちゃって、食うに困って自衛隊。砲兵隊をやっていたと思ったら退職して、ディズニーランドの警備員バイトしながら築地本願寺で勉強して、浄土真宗（西）のお坊さんになっちゃった。大のワイン好きでソムリエ資格まで取っちゃったんですが、ワインを造りたくなって、10年やっていたお坊さんを辞めてイタリアに留学しちゃいました。

凄い行動力。今度イタリアに行って久しぶりに会うんですけど、彼がどうなっているのか、どんな酒が待っているのか、とても楽しみです。

「けんくん、いい酒があるんだけどさ…」

そんな声が聞こえた気がした１月の午後です。拙文失礼。読んでいただき、ありがとうございました。

レンブラントの家 (Museum Het Rembrandthuis) 探訪記

旭川医科大学医師会
旭川医科大学　循環呼吸医療再生フロンティア講座
長内　　忍

昨年、アムステルダムで開催されたヨーロッパ呼吸器学会に参加した際に、帰国の便が夕方であったため、日中を市内観光にあてることといたしました。同行者のリクエストもあり、「レンブラントの家」を旅の最後に訪れました。

レンブラントは若くして画家として成功したのちに、多額の負債を抱え破産したとされています。その原因の一つが、今回訪れた家の多額のローンや彼の浪費癖であったとされています。破産後に家と調度類など目ぼしいものは競売にかけられてしまいましたが、当時の債務者がそれらの極めて詳細なリストを作成し残しておりました。20世紀初頭、レンブラント生誕300年を記念してこの家の保存が決まった際、その競売リストをもとに、レンブラントが住んでいた当時の状態に近い形に復元できたのだそうです。当時の世界経済を牛耳っていたオランダ商人たちの「凄さ」が伝わるようなエピソードのように思われます。

内部の展示では、当時のキッチン、レンブラントの居室、アトリエなどが再現されておりました。特にステンドグラスからの光が柔らかく差し込むアトリエに佇んでいると、レンブラントの見た光はこのようなものであったかと感慨もひとしおでした。また、多くのエッチング作品が展示され、精緻な線で描かれた宗教画や人物画からは技量の高さと観察眼の鋭さを感じることができました。

特に興味深かったのが、レンブラントが集めたさまざまなコレクションでした。おびただしい数のローマ時代の偉人の胸像や武器甲冑類などがあり、これらは彼の歴史画の描写に欠かせない資料だったのだと思われます。さらに17世紀のヨーロッパでは貴重だったと思われる熱帯やサバンナに生息する動物の剥製、サンゴ、貝の標本なども多数あり、このような品々を忠実にスケッチし、臨場感を醸し出したのだと思うと、傑作には理由があるのだと感心した次第です。また、このような貴重なコレクションが世界中からアムステルダムに集まっていたことから、経済文化の隆盛がオランダ絵画を発達させた大きな要因ということがよく理解できました。

これまで、あまり美術には興味のなかった私ですが、400年ほどの時の流れの中でも輝きを失わない多くの傑作を生み出した巨匠の光と影を垣間見たひとときでした。

Un pain au chocolat（アン　パン　オ　ショコラ）

札幌市医師会
三浦俊祐・貴子皮膚科
三浦　貴子

フランスを旅行するのが大好きです。

約10年前から、ワインの勉強を始めたことがきっかけでした。ワインの名前を覚えるために、フランス語に接する機会ができ、その後さらにフランス語を習うようになりました。そうなるとやはり行ってみたくなります。2009年の５月の連休に、ついに主人と二人でパリに行ったのが最初でした。言葉がさっぱりわかりませんでした（今でもですが）。カフェ等で一所懸命に単語を言うのですが、全然通じませんでした（やはり今でもですが）。

２回目に行った時のことです。TGV（フランスの新幹線）に乗るために、朝ごはんを駅で食べました。朝はどこも混んでいます。Paul（ポール）というboulangerie（ブーランジュリー）（パン屋さん）の列に並びました。“今度こそは”という気持ちで順番を待っていました。ドキドキでした。自分の番になりました。まずはニッコリして、パン屋さんのお姉さんにBonjour（ボンジュール）！　むこうもBonjour!と返してくれました。“Un pain au chocolat（アン　パン　オ　ショコラ）, s'il vous plaît（シル　ヴ　プレ）”（チョコレートパンを一つ下さい）。あとは何か言われてカフェオレも頼みました。パン屋さんで注文するものは、日本にいる時から決めていました。“あんぱん”みたいな発音で簡単でした。アンは一つという意味、アンを言わないと意外に通じにくいのです。たったこれだけなのですが、初めてスムーズにしっかり通じた体験でした。こういうことが旅行の思い出として心に残るものです。もちろん、焼きたてのpain au chocolatは、パリッとしていて大変おいしかったです。

これに自信を得て、何回目かに行った時は、TGVの切符を窓口で買うことにトライしました。モンパルナス駅でレンヌ行きの往復切符を２枚買うことです。日本で文章を作り、フランス人の先生に添削してもらい、丸暗記して臨みました。並んで自分の番になった時は、直立不動で暗唱しているような感覚でした。窓口の黒人のお姉さんは、うなずきながらチケットをコンピューターから打ち出してくれました。もちろん、このレンヌへの日帰りエクスカーションも、とても楽しかったです。そしてさらに、切符をゲットした体験は本当に満足でした。

“あんぱん　オ　ショコラ”が通じた事が原点でした。しかし、毎年行っていたこのパリへの旅行も、昨今の事情で昨年は見合わせました。一日も早く平和になってもらいたいものです。Que la paix soit en France!

川崎病の謎

札幌市医師会
札幌市医師会夜間急病センター
柳瀬　義男

乳幼児に多発して冠状動脈瘤の合併症を残し、時に突然死に至る川崎病。1967年に川崎富作博士がアレルギー学会誌にこの疾患を報告して以来、はや半世紀を過ぎようとしている。「僕の眼の黒いうちには、何とか」と病因解明に執念を燃やしてこられた川崎博士も、昨年90歳になられた。現在も第一線の研究者がその解明を目指してはいるが、その兆しは見られない。何故、謎は解明されないのか？

1970年代になり川崎病の発生数は徐々に増加し、1979年と1982年には大流行に見舞われた。突然死例も増加し、川崎病と診断された乳児の母親が自殺を図るなど悲惨なケースも報道され、小児病棟は川崎病患者で溢れ返り、日本の病院はまさにパニック状態に陥った。さらに米国や欧州各国でも川崎病の発生が報告され、世界的に注目されるに至った。川崎病発表後の1973年、日本大学病理学の濱島教授がリケッチア原因説を提唱し、その後も溶連菌説、ダニ抗原説、プロピオニバクテリウム説などの新説が続々と提唱された。

こうした社会情勢から1982年、日本心臓財団の後援を得て重松逸造氏（放射線影響研究所理事長）を委員長に、各研究分野の英知を集めて川崎病原因究明委員会が結成され、自分も幹事（と言えば聞こえはいいが雑用係）として加わったのだった。発足当時の記者会見で「三年で解明できなければ、自分は腹を切る」と委員長は大見得を切り、委員会はスタートした。日本での原因説に加えて、米国ハーバード大のグループから、患者リンパ球の分析から、原因はレトロウイルス（エイズの原因HIVが属する）とする衝撃的な説が発表された。日赤医療センター小児科部長川崎富作博士より「お前が、原因を究明するように」との命令を受け、各分野の研究室に研究材料を運び（宅配便のお兄さん的仕事）、さらにハーバード大のレトロウイルス説の追試のため、東大と順天堂大の免疫学教室に出向する、にわか研究者の人生がスタートしたのだった。

川崎病とともに各種感染症疾患を対照群に選び、膨大な数の患者リンパ球を分析した。ところがレトロウイルス的な成績は得られず、結論は“川崎病は感染性疾患に似ている”といった程度の期待外れの内容だった。この研究を指導した順天堂大免疫学・奥村康教授は言った。「こうした免疫学的手法では、病気の原因は分からんということが分かった訳や」。

リケッチア説も、溶連菌説も、ダニ抗原説も、どれもこれもこの疾患の原因を裏付けるデータはまったく得られなかった。プロピオニバクテリウム説を提唱した大学教授は、「これで原因は確定したのだから、研究費を全部うちにもってこい」と仰せになったものだが、追試の結果このプロピオニバクテリウムはニキビ（尋常性痤瘡）の原因とされる嫌気性菌で、健康人の皮膚にも常在するありふれたもの、という当たり前のことを再確認しただけだった。

こうしたネガティブデータを引っ提げ、「この新説を裏付けるデータは得られなかった。これは新説と言うより、珍説と呼ぶべきであーる」と大学のお偉い教授方に向かって学会で臆面もなくぶちかましたものだったが、少々調子に乗りすぎたためか、「君は他人の研究にケチばかりつけているが、少しはまともな研究に取り組んだらどうか」と免疫学会の大御所の多田富雄東大教授からお目玉を頂戴した。

原因究明委員会は三年を過ぎたが重松委員長は切腹などすることもなく、研究活動もしりすぼみとなり、委員会は六年で解散した。結局、委員会で原因は解明されなかったが、心臓エコー診断の進歩により冠状動脈瘤の早期発見とその治療法が確立し、突然死の発生はほとんど見られなくなった。

ほとんど無意味な研究データしか得られず、小児科学会の“嫌われ者”に成り下がり、不毛な研究生活に見切りを付けた男は、伊達市からその後は札幌に移り住み、酒とケーブルテレビの映画・ドラマに浸るという堕落した生活を続けたのであった。

大流行はなくなったとはいえ患者発生数は年々増加し、2013, 14年には一万五千名を超える患者の発生が報告されている。それなのに何故、川崎病の原因は解明されないのか。これが川崎病の謎である。口の悪い元同僚がこう言った。「お前のようなレベルの人間が、そんな大それたテーマに手を出すことがそもそもの間違いの元だ」。思わずこいつをブン殴ろうとして止めた。確かに、その通りなのだから。

以前から川崎富作博士は言ったものだ。「東大に現役合格するような秀才は、答えが決まっている問題には強いんだが、あれは“お勉強”であって、本当の学問、未知へのチャレンジとは異質のものなんだよ、君」。確かにそうかもしれない。天下の英才、東大の連中だってハーバード大の連中だって、川崎病の謎を解くことはできなかったじゃないか。

それならばどうする。謎解きと言えば、推理小説の分野だ。推理小説の第一人者と言えば、松本清張だ。彼は大学など出ずとも、その独自の鋭い観察眼と常人が思い付かない新鮮奇抜な発想で文壇の頂点を極めた作家だ。その作品には川崎病の謎を解くカギが隠されているに違いない。これからはケーブルテレビは止めて、酒を片手に松本清張全集を読み返すとするか（お前はアホか）。

コンピュータになりたいか

十勝医師会
足寄町国民健康保険病院
柴﨑　　嘉

コンピュータグラフィックスを駆使した新進気鋭のメディアアーティスト落合陽一氏が、TVの中で「自分は将来コンピュータになりたい」とコメントしていた。これを聞いてふと、以前観たアニメを思い出した。近未来の日本で犯罪捜査に挑む公安警察組織の物語『攻殻機動隊』（1995年劇場版公開）である。この中で脳の神経ネットにデバイスを直接接続する電脳化技術や、義手義足にロボット技術を付加したサイボーグ技術が登場し、犯罪者との息をもつかせぬ攻防が展開される。無論、捜査チームの中に“普通”の人間も存在する。

携帯電話の普及し始めたころに公開されたこの作品の世界にわれわれは確実に近づいている。高速通信網の発達でどこでも情報が簡単に手に入る。さすがに脳に直結はしないが似たようなものである。ただサイボーグ技術はさすがにまだ追いついてはいない。

ではこれを医療に当てはめればどうであろうか。

文献等のさまざまな医療情報は簡単かつスピーディに入手可能となり、EBM、それに基づくガイドラインの普及、情報過疎はほぼないと言える。加えて画像診断や処置・手術をアシストする技術や道具の発達は目覚ましく、使用しない方がむしろ罪とさえ言われかねない状況である。

こうなると改めて“人間”の役割とは、医療とは何であろうか？と考えてしまう。

もしコンピュータ内科医が開発されれば…優れたデータベースとプログラミングを駆使して、的確な問診とキーワードの選別。理学所見から漏れのない鑑別診断に基づく検査オーダー。診断がつけば治療の選択からフォローまで最新の知見に基づきそつなくこなす。なおかつ疲れないし文句も言わない（はずである）。そんなのまだまだ、と思われるかもしれないが、例えば将棋の世界でコンピュータ棋士はプロレベルだし、さらに複雑な囲碁でもアマチュアがコンピュータに勝つのは難しくなっている。分野は違えど思考過程はそう変わらないように思うのは私だけだろうか。

ただ…理学所見を取ること、患者の心情や雰囲気を感じ取ること、さまざまな結果に優先順位を付けて考えることなどは、まだまだ人間の方が優位と思われる。何より患者さんと会話し触れて感じることは、単に正しい答えを導くだけではないものがあるのではないか。私はここに“人間内科医”の存在価値を見出したい。少なくとも現時点でコンピュータになりたいとは思わないのである。

面白うてやがてかなしき…

釧路市医師会
浜中町立茶内診療所
麻生　國雄

「魚と話ができるんだ…」。結婚前の女房にうっかり本当のことを言ってしまったらしい。近くの風連川に連れ出し、その都度アメマス、イトウを釣らせたが、信じてはいないようだ。魚と言っても、浦島太郎をもてなした高級魚たちではない。子どもの相手をしてくれた鯉や鮒、泥鰌といった連中だ。無論、言葉の通じない輩も多い。外道で釣れた鰻など何を叫んでいるのか全く判らず、恐怖すら覚えたほどだ。その後に出会った岩魚、山女魚も方言がきつく、それに大人で、子どもと遊んではくれなかった。

昭和20年８月、長野県大糸線有明駅に降り立った。ホームには松葉牡丹が咲き乱れ、足元の用水に魚が群れ、遠くに北アルプスが濃紺に霞んでいた。３日後、終戦となった。図らずも国破れての山河…常念岳と梓川に育まれることになった。安雲野での３年半、たどたどしかった魚言葉は流暢になった。

「何を戯けたことを…」。貴兄諸氏の声が聞こえてきそう。ここでエピソードを一つ。幼稚園児の息子と相模川近くの用水に向かった。魚掬いを伝授しようと手本を見せ、真似をさせた。いかにもおぼつかぬ所作を見るうち、昔の自分に戻ってしまった。草陰のポイントを指し、ここは泥鰌が２匹、そっちは小鮒が１匹、もうちょっと下にザリガニが２匹…。すべて的中、魚影が見えていた訳ではない。息子の尊敬を初めて勝ち得たのが嬉しく、つい悪乗りした。遠くの堤防に樹が２本並んでいた。「右の樹にクワガタが居るから捕りに行こう」。そしてクワガタを１匹手にした。左の樹に居ないことを確認したのは言うまでもない。

程なく道東に移り住んだ。相手はアメマス、イトウと大型になった。無口なくせに、時に荒々しい口を利く。外国語だ！　取り付く島がなかった。通ううちに浜言葉というれっきとした日本語と判ったが、なにぶん海を知る荒くれで、頭もすこぶる良い。大物のイトウに通い詰めた。吉原の花魁に通い詰める気持ちはさぞかしと思えた。言葉の要らぬ仲にはなったが、ものにはできなかった。いつも逃げられた。最後の大物を呆然と見送っていたその時、突然涙が溢れた。悔し涙ではない。神に感謝した。そして魚たちに感謝した。遊びに命懸けで付き合ってくれたのだ。

あれから30年余り、イトウには会えずにいる。あの野生を輝かせてくれた神々の前に身を晒す自信はいまだない。

幻の高級魚

札幌市医師会
新札幌パウロ病院
高階　俊光

絶滅危惧種とは、「現在生存している個体数が減少しており、絶滅の恐れが極めて高い野生生物の種」のことです。

‘マツカワ「自然繁殖の兆し」’という新聞記事を見つけて驚きました（北海道新聞2014・4・23朝刊）。マツカワは憧れの高級魚だからでした。「マツカワ」は鰈の王様・幻の高級魚と言われています。知る人ぞ知る高級魚です。「王鰈」はブランド名で、正式名称は「マツカワ」と言います。鱗が剥がれにくく、皮の表面が松の皮に似ていることから「マツカワ」と言われています。またヒレの模様が鷹の羽に似ていることから、地方によって「タカノハ」等と呼ばれることもあります。私的には北海道人の釣り人としてタカノハの呼び名の方が粋で親しみを感じています。当時タカノハを釣り上げた人は、本人にとっても大きな勲章でした。

マツカワは雄は全長50cm、雌は雄より大きく70cmにも達する大型の魚体に成長します。主に北海道太平洋沿岸に分布し、水深200mより浅場の砂泥底に生息し、３～６月に産卵します。

私は刺身やお寿司でしかマツカワを食べたことがありません。煮付けも美味しいとのことです。しかし高級なので、煮付けにするのはもったいない気がします。骨に沿って包丁を入れると、身も厚く取り出せます。ヒラメと並ぶ高級魚とされていますが、透明感のある美しい上品な白身でありながら、身が締まりコリコリした歯ごたえ感はヒラメより上で、脂から来る旨味のある味はヒラメ以上との評判があります。

その記事によりますと、マツカワは乱獲で1970年代半ばをピークに激減して、80年代以降はほとんど捕れなくなり、「幻の魚」と呼ばれていた、とのことです。このため88年から稚魚の放流をスタートし、90年に道立栽培漁業総合センターで温度調節によるマツカワの自然産卵誘導に成功しました。2006年以降は年100万匹以上を放流したこともあり、2008年から漁獲量が年120トンを超えるまで回復しました。現在では店頭でも見掛けるようになりました。稚魚の放流数の増加に伴って、漁獲量は確実に増えています。つまり海は“魚の畑”とも言えます。マツカワの雌は生まれてから、体長が50cm以上になって産卵できるようになるまで４年かかると言われています。そのため産卵前に捕食・捕獲されることが多く、自然繁殖に至っていないと判断されていました。ところが釧路管内浜中町の浜中湾でマツカワの天然稚魚が相次いで水揚げされたのです。人工的に放流した稚魚が成長した後に産卵したとみられるのです。というのも、人口放流漁に特徴的な漁体裏の黒ずみなどがなく、天然稚魚と判別されたのです。

その後、新聞でホシガレイの「希望の稚魚　放流」（読売新聞2014・5・14朝刊）という記事を何気なく見付けました。

「福島県相馬市の松川浦の河口で高級魚ホシガレイの稚魚約3,500匹が４年ぶりに放流されました。東日本大震災の津波で稚魚の飼育施設が壊れ、放流が中断、その後、県水産試験場が年明けから仮設施設で育成を再開されたのです。ホシガレイは高級魚で、同県水産課によると、震災前は県内で約３万トンの水揚げがあり、市場でヒラメの３倍の値がつくこともあったとのことです。多くは近海に留まり、約１年で30cm以上に育つようです。相馬支店長は‘本格的操業が再開された時、ブランド魚種として水揚げできるようにしたい’」とのことでした。

マツカワの熱狂的ファンである私は、マツカワ以上のカレイはこの世にいるわけがないと思っていました。ホシガレイなんて聞いたことがなくどんな魚か調べてみました。「ホシガレイはカレイ目カレイ科マツカワ属で」という一行を見て驚愕しました。何とマツカワと近縁種、仲間だったのです。ホシガレイは福島県の沿岸漁業の対象になっており、生息地は大陸棚の砂泥底で、その成長は早く、雄よりも雌の方が大きくなり、最大で70cmにもなる大型種です。大型のほとんどは雌で…など、まったくマツカワと同様です。ホシガレイとマツカワは外見上同様で、その違いは背ビレと尾ビレの模様で、ホシガレイは星状の丸い黒点であるのに対し、マツカワは帯状になった黒縞（黒いライン）とのことです。

何しろ絶対量が少ないので、マツカワ同様に幻の魚で、いかんせん値段が高く、欲しくてもなかなか手に入らない魚で、すぐに超高級料亭などへ持っていかれるようです。私はホシガレイを食べたことはありませんが、味と食感はマツカワとあまり区別がつかないのではと思います。この２つの高級魚の違いは先ほどのヒレの模様と生息域でしょうか。今回２つの新聞記事を見て、さらに調べてみてマツカワとホシガレイが仲間同士と知りビックリしました。マツカワは乱獲で、ホシガレイは震災で激減し、その後絶滅危機から関係者の涙ぐましい努力の結果によって、立ち直ろうとしています。

今後マツカワやホシガレイの養殖と栽培漁業がどんどん進められて、一般の店頭に並んで、“手の届く”魚になってもらいたいです。楽しみにして温かく見守りたいと思います。

モチベーションは持続できるか？

胆振西部医師会
豊浦町国民健康保険病院
小野　　稔

私が約10年の間隔をおいて、旭川医大同窓会誌に寄稿した文章をご覧ください。

2004年10月　“腕っこきの医者をめざして”

積丹町立国保診療所　小野　稔　（１期、50歳）

…プライマリケア、救急医療など毎日の診療に追われている。（中略）…すべての病人を診なければならない。縫うし、挿管するし、向精神薬も投与する。Harrison内科学…（中略）などを丸善で購入した。医者は私ひとりしかいないので、これらの教科書が頼みの綱である。“学生時代に酒ばっかり飲んでいないで、もっとまじめにやっておけばよかった”と後悔している。

さて、積丹は日本海が本当に美しく、酒と魚が美味い（美人も多い）。今夜は、出張の先生が当直してくれるので、いつもの居酒屋で一杯やろうと思っている。

2012年10月　“腕っこきの医者をめざして”

豊浦町国保病院　小野　稔　（１期、59歳）

“素手で診療できる腕っこきの臨床医”をめざし、田舎の町立病院に勤務して10年が過ぎた。（中略）…それで、“腕っこきの医者”になれたのか？

まだ、なれていない。日暮れて道遠し、である。

2004年の文章には、“将来への夢と希望”が満ち溢れている。しかし、それから10年後の文章を見ると、“どうしたの、小野君？　元気ないよ”という感じである。エネルギーが散逸してしまっている。

何故だろう？　（妻いわく、年のせいでしょ…）

大学時代（20年）、論文はたくさん書いたが、臨床は自信がなかった。現場で活躍している医師に、ある種の“引け目”を感じていた。13年前、一念発起し、“プロの臨床医”を目指して、（無謀にも）僻地の診療所にひとりで赴任した。積丹での生活は充実していた。臨床医としての“腕力”も強くなった。

ある日、急性腹症の患者が搬送された。腹部大動脈瘤から血が吹き出しているのをUSが明瞭にとらえた。ドクターヘリで札医大の救急部に送った。患者は奇跡的に助かった。

現在はどうであろう？　私の守備範囲は“心療内科”にシフトしつつある。軽症うつ病と不安神経症の患者が多い。さらに、それらに認知症が複雑に絡み合い、多次元ベクトルを形成する。

“やれやれ……”

新たなモチベーションを作り出すのは、大変である。

2015. 10. 21

学校での啓発活動

渡島医師会
木古内町国民健康保険病院
清水　秀和

医療の話を児童教育に織り込むべきと思います。

私が大学に入学したのは昭和48年です。当時は特に地方の医師不足が社会問題でした。今思えば単純過ぎましたが、私は困っている人がいるからと進路を決めました。大蔵省（当時）が心配していたようですが、国民、政治家は先を考えずに安易に医師増員で解決できると考えたのでしょう。

昭和48年に老人医療費の自己負担が無料化されました。それまでは大した医療を受けずに老衰を迎え、寝たきりになってから往診を受けて在宅死が普通だったようです。卒後しばらくは、そのような事例に時に会いました。医療らしいことはできなかったのですが、不思議なくらい感謝されたものです。無料だからか、やがて皆が病院で亡くなるようになり、それに反比例して感謝されることが少なくなったように思います。

今再び、国は在宅死を推進しようとしています。が、それを受け容れる環境はなくなりました。特に北海道は在宅死の割合が全国最低です。私たちが数十年と巨額の費用をかけて壊したのでしょうか？

福祉先進国において寝たきり患者はいないと言われています。日本で寝たきり患者に要する費用はいくらになるのか。正確な数字は知りませんが、かなりの額が投入される割には幸福感に乏しいと感じます。

学校での啓発活動を始めようと思っています。認知症や高齢者虐待、臨死期の医療のことを考えるきっかけを与えることが、住民・患者の幸福感につながると思います。10～20年すればその子どもたちから将来の地域包括ケア会議構成メンバーも出てくるでしょう。学校教育費は文部科学省管轄で、医療費は厚生労働省管轄ですが、縦割り行政を見直さないと国全体の財政は持たないでしょう。

同じことを考えていらっしゃる、または実行された会員の方がおいででしたら、木古内町国民健康保険病院ホームページに掲載されております連絡先より情報をお願いします。

卒前卒後医学教育についてのご報告とお願い

北海道大学医師会
北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター
消化器外科学分野Ⅱ

村上　壮一

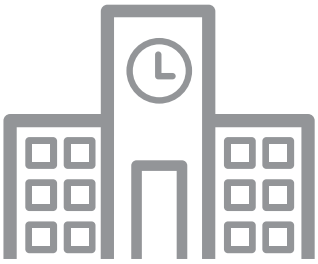
北海道医師会会員の皆様、こんにちは。平素は外科診療、また医学教育にて大変お世話になっております。このたび、「新進気鋭の若い会員」として本誌投稿の機会をいただきましたので、現在の所属における活動のご報告をさせていただくとともに、卒前・卒後の医学教育に関してご協力のお願いをさせていただければ幸いです。

私は元来、北海道大学医学研究科消化器外科学分野Ⅱに所属する消化器外科医であり、外傷外科をはじめとするAcute Care Surgeryや災害医療を研究テーマとしております。しかし2023年より国際認証を受けた医学部の卒業生しか米国USMLE（米国医師国家試験）を受験できなくなることより、本学も国際認証取得に向けカリキュラムを改正、その調整やシラバス作成を主な任務とする「教育助教」として「医学教育推進センター」に召集され、現在両方の業務をこなしております。

「医学教育４隻目の黒船来航」と揶揄される今回の医学教育改革は、「臨床実習の充実」に重きを置かれております（ちなみに１隻目はペリー、２隻目はGHQ、３隻目は1999年「日本に医科大学は存在しない」と酷評した欧州視察団です）。まず欧米に比べ短いとされる臨床実習期間を72週以上に延長する必要があります。内容も見学主体のものを研修医のような「診療参加型」に変更する必要があります。本学では2013年度入学生よりこの新カリキュラムを開始、臨床実習は従来の52週より75週に延長、うち36週は４週１クールの長期滞在型実習とし、各診療科への配置も１～２名とすることでより診療に参加できるよう考慮しております。このうち内科２クール、外科・小児科・産婦人科・精神科それぞれ１クールを必修とするのですが、1診療科への配置を少なくしなければならないため、大学内で実習可能な人数は１学年およそ120名中の半分程度と考えております。新カリキュラムでの長期滞在型実習は2017年度より開始となりますが、それまでにおよそ60名の実習先を確保しなければならず、現在初期臨床研修指定病院を中心に実習受け入れのお願いに回らせていただいております。皆様にはご多忙中さらにお手間を取っていただくお願いではありますが、未来の「良い医師」育成のためご高配いただけましたら幸いです。何卒よろしくお願いいたします。

次いでもう一つの所属である、消化器外科学分野Ⅱにおける活動についてご報告させていただきます。当教室は1924年に柳壮一先生により開講された第二外科に源を発しており、現在は「消化器外科学分野Ⅱ」と消化器外科を専門とするようになったものの、旧第二外科の胸腹部の主要臓器を一手に引き受ける「一般外科」としての流れは脈々と受け継がれております。特に外傷あるいは緊急手術を要する疾患の手術、いわゆるAcute Care Surgery（以下ACS）を行う上では全国でも有数の適性を持つ外科教室であり、地域中核病院を中心に救急患者の生命を守ってきました。しかし近年交通事故の減少やIVR（カテーテル治療）技術の発達による保存的治療の増加により、ACS症例は激減しております。これ自体はもちろん非常に喜ばしいことなのですが、地域病院でOn the Job TrainingとしてACSを修練することが難しくなり、外科医のACS診療レベルの低下、また若手医師への教育困難が懸念されております。都市部では症例の集約によりこれを解決しようとしておりますが、広大な大地に都市が点在する北海道の地域性からは難しく、都市部とは違った対策を講じる必要があります。教室ではACS経験症例数を補うための研修システムの構築が急務と考え、現在外傷外科手術手技講習会の開催、ACS症例検討会の開催、生体ブタを用いた外傷外科手術手技研修会である米国外科学会監修のATOM講習会の開催などを行っております。これらOff the Job Trainingを充実させることにより、診療機会が少なくなりつつあるACS症例にも適切に対処できる外科医を養成できればと考えております。しかし残念ながら十分な資器材あるいは資金を得ることができず、すべてのACS診療にかかわる外科医を修練するに至っておりません。もし可能でしたら余剰の手術鋼製小物などのご供与を始め、皆様の温かいご支援をいただけましたら幸いです。ご高配のほど何卒よろしくお願いいたします。

以上私の現在の活動についてご報告させていただきました。今後も「新進気鋭」と言っていただけますよう、北海道のため粉骨砕身努めさせていただきたいと思います。皆様、何卒よろしくお願いいたします。



Ironman Japan北海道～3年間の救護班を振り返って

札幌医科大学医師会
札幌医科大学　救急医学講座
上村　修二

私の趣味はトライアスロンで、2006年に留萌管内で行われていたオロロンライントライアスロン大会に参加したのが最初でした。その後同大会は開催されず、初参加が最後の大会となってしまいました。その後2009年に長崎県五島のアイアンマンレースを完走し、念願だったアイアンマンの称号を手に入れることができましたが、同大会も翌年は口蹄疫で中止となり、その後はアイアンマンとして開催されることなく、またしても初参加が最後の大会となってしまいました。その後３年間、アイアンマン日本開催はなく､久々に2013年洞爺湖開催が決まりました。高額な参加費と練習不足ではありましたが地元ということもあり思い切って参加申し込みをしたところに、救護班の依頼が舞い込んできました。「救護を頼むなら札医の救急しかない」と道内トライアスロン関係者から言われた運営事務局が、私のところに依頼しに来ました。勧めてくれた関係者が大会でお世話になっている方々だったのと、アイアンマン救護は自分にうってつけの仕事だと思い、選手としての参加を諦めて救護にかかわることに決めたのでした。

ほかのレースと比べて、アイアンマンは長時間、長距離、３種目に対応しなければならない点で大変な救護でした。制限時間17時間で、早朝６時スタート、最終ゴールは夜中の０時近くと長丁場、バイクは雄大な北海道の醍醐味を売りにした180kmのほぼone wayコース、トップアスリートと最終のゴール差が８時間あり、３種目が動的に重なりあいながら展開していくため、救護体制も変化させて対応する難しさがありました。選手にとってもタフなレースですが、救護側にもタフな大会でした。結局、救急の医師、看護師を中心に２交代制で延べ50人前後の救護スタッフを、民間救急車９台と各パート２ヵ所ずつの救護テントに配置する救護体制としました。大会当日、私は大会本部で救護全体を統括する仕事を昨年夏まで３年間かかわらせてもらいましたので、その中で印象に残っていることを紹介します。

１年目は低体温が続出しました。これは救護側も選手側も全く予想していない展開でした。８月末の北海道の気温で雨を受けると選手の体温は奪われ、バイクの長い下り坂では多くの選手が低体温となりました。当初バイク競技中は落車や登り坂以外では止まらないだろうと思っていたのですが、多くの選手がバイクを降りて体を温めてからレースに復帰していました。低体温を想定していなかった救護所はカオス状態でした。２年目以降は低体温対策として下り坂の後に暖房可能な救護所を再配置し、カッパ代わりのゴミ袋を大量に用意しましたが、開催日が１週間前倒しになったことや選手へ低体温対策の必要性が周知されたこともあり、その後の２年間では低体温はそれほど問題にはなりませんでした。ほかには、ゴール後の救護テントで医療以外のマンパワーが不足したため、２年目から医学生に協力してもらうこととしました。

２年目は気温も低くならずに比較的想定通りの展開でしたが、それでもスイム中に浸水性肺水腫の症例がでたり、携帯電話不感地帯でのバイク落車による外傷患者を地元消防と連携して病院搬送したりと、それなりにいろいろなことがありました。

３年目は橋の工事により大幅なコース変更があり、世界一タフなアイアンマンといっても過言ではない選手達にとって酷なコースとなりました。またランコースの一部が救急車ではアクセスできないという救護泣かせのコースでもあり、ランで倒れる選手が続出して、救護班も苦労を強いられました。

毎年100名以上の選手の救護にかかわりましたが、特に問題なく３年間を終了することができました。これも普段から顔の見える関係の救急医や看護師を全道から集めることができたことが大きかったと思っています。また地元の医療機関（特に洞爺協会病院様）や消防機関のご理解と多大なる協力があったからと大変感謝しております。残念ながら来年度のアイアンマンジャパンは中止が決まっています。北海道開催のアイアンマンジャパンは選手にとってかけがえのない思い出となったと思いますが、自分にとっても貴重な３年間となりました。このような機会を与えてくれた大会事務局、また協力していただいた方々に感謝したいと思います（救護体制の詳細については日本集団災害医学会誌に投稿予定）。

山へ

札幌市医師会
市立札幌病院（非常勤）
宮崎知保子

昨年、暮れも押迫った12月21日、登山家の谷口けいさん（43歳）が大雪山系黒岳で遭難、翌22日死亡が確認されたことを、記憶されている方もいるかと思う。彼女は男性４人と黒岳北側絶壁登頂後、700m滑落、脳挫傷により亡くなった。2001年デナリ山（マッキンリー山）登頂後、2007年のエベレスト（8,848m）登頂を含めて世界の7,000m以上のピークを７座制覇している。2008年カメット峰(7,756m、インド）南東壁初登攀により、世界初の女性としてPiolet d'Or賞（ピオレドール賞、登山界のアカデミー賞と言われている）を受賞。このとき4人の男性登山家もまた日本人初受賞している。

山には60歳を過ぎるまで何の興味もなかった。しいて言えば、シカゴ時代に帰国する邦人からもらった新田次郎の『孤高の人』が、記憶の奥底に残っていた程度である。普通の北海道育ちである私は、山は遠くから、麓から、眺めるもので、「山に登る」のは、山岳部とか山岳会とかの特殊なヒト…。夏山でもテントやらシュラフやら食料やら重い荷物を担いで、さらに熊にも面会するかもしれない。冬山なんて、「死に」に行くようなもの、と思っていた。冬山は論外として、夏山にはボチボチ、山歩きでいいのよ、のレベルで、いたしかたなく、時折にでも行くようになったのは、60歳を過ぎて非常勤医師として働くようになったこの数年である。

医師になって数十年、放射線診断医として、その名称さえ定かでなかった北海道で、Sn-colloidによる肝シンチグラムは「わしの方が専門だからよく読める。レポートはいらん」と内科医にいわれた時代から、「なんでレポートがついてないのよ？」と耳に入り、レポートが空気になったかもしれない、と一瞬思えた数年前まで、仕事しかしてこなかった自分。医学部進学が第一希望ではなかったのに、「手に職をつけなきゃ男性と同等の人生は送れない」と文学部を捨てた。

女性初で1975年エベレストに初登頂した田部井淳子さん（76歳）は、当時は「女子だけで海外遠征を」と、女性を強烈に意識しなければならない時代を過ごしたはずである。しかし、谷口けいさんは違った。まず高校生の時、人生は80年だから40歳までは結婚しないと決めた。明治大学文学部史学地理学科二部を自分のお金で卒業。マスコミ業界に就職するが「生涯の仕事」ではないと、生活の不安を感じながらも、自分を信じて二年半で退職。その後、やりたいと思うことをやり続けた。「女性だからできない」と言われるのが嫌い、多分一番嫌いだったと思う。私個人の能力のなさや、意思の弱さからできないのは仕方ないとして、「女性だからできない」というエクスキューズは、私も一番嫌いで、使ったことはない。そんな、谷口さんのこれからの活躍を、お母さんにだってなっていたかもしれない人生後半の生き方を、本当に見たかった。

一昨年、黒岳に二度登った。初回はツアー参加で、三週間後大阪からの友人夫婦と三人でお花畑まで。雪渓が残り、お花も多く咲いていて、次はぜひお鉢めぐりをしたいと思っている。そんな黒岳で谷口けいさんが亡くなった。昨年12月ウユニ塩湖ツアーで、リーダーだったけいさんの友人で、同年代の彼女が言っていた。「寒かったす！　すみませ～ん」って、けいちゃん、照れ笑い浮かべながら、帰って来ると信じていたと。また昨年４月にはこの黒岳でベテランの山男が亡くなっている。彼女が黒岳で死ぬなんて、私が夏の藻岩山で遭難死するぐらいおかしいと思う。どんな冒険でも帰ってこなきゃ、そして自分のやりたいこと、やり続けなきゃ。たとえ70歳でも、80歳になってもその時々に自分のやりたいこと、それが医師であれ何であれ、それができれば幸せと思う。

エベレストなんていう、途方もない怪物のような山は、さておいて、とも思うが、実はやはり一度は見たくて行ってきた。生エベレストを見に、ネパールへ。カトマンズからルクラまでは20人乗りぐらいのプロペラ機、断崖の上の坂になった短い滑走路に突っ込む。ルクラから２日間の行程でエベレスト街道を歩き、ナムチェへ。ナムチェからはエベレストは見えないので、シャンボチェへの丘への急登をゆっくり上り、エベレストビューホテルから、エベレスト、ローツェ、アマダブラム、タムセルクが展望できる。ここまで歩くのも私にとっては、冒険。ツアー参加とはいえ、ろくに山に行ったことがない者が、標高4,000mまでそれなりに歩くのだから。

半世紀ぶりのスケート

根室市外三郡医師会
町立中標津病院
島野　敏司

学生時代、自分はスキー部（アルペン）に所属し、足腰を鍛えるため毎日のように走っていた。そのせいか、卒業後も常々、体を動かしたいと思うようになった。とはいえ、学生時代のように走る気力も体力もない。そこでより気楽に行える、水泳を継続してきた。大会やクラブに参加するほどではなく、週１回のプール通いを習慣としてきた。小樽協会病院、済生会小樽病院時代は、板谷スポーツクラブ・ウェルビーで、斗南病院、市立札幌病院時代は、琴似セントラルスポーツクラブで、札幌社会保険総合病院時代は、新さっぽろコナミスポーツクラブで、北見日赤病院時代はフィットネスクラブ北見で、町立中標津病院では、町立中標津プールを利用していた。勤務先の必須条件は、「プールがある街」であった。

中標津に来て５年目の冬を迎えるが、毎年、12月に入ると１ヵ月間プールはお休みとなる。その理由は、プールの職員がスケートリンク場を運営するために駆り出されるからである。この期間の運動を維持するため、数年前から歩くスキーをしていた。しかし、今年は、歩くスキーをしようにも運動公園に雪がない。さて、どうしようか？　去年、雪はあったが、毎週末土日にオホーツクの爆弾低気圧が来襲し、外出できない日が多く、歩くスキーも思うようにできなかった。今年は、プールは閉館しているし、雪もない。そこで、プールの職員同様、職場替えではないが、スケートをすることにした。スケートをするのは小学生以来になるだろうか。勇気を出してスポーツ用品店「ピア」にスケート靴を買いにいった。昔、懐かしいSSS（サンエス）のスケート靴が、サイズも豊富にスケートコーナーに並んでいた。思ったよりも安くスケート靴が買えたことに気を良くしながら、スケートリンク開幕を待つことにした。

2015年12月19日（土）PM３時ごろ、運動公園で歩こうと思って行くと、スケートリンクにスケーターが５～６人いるではないか。早速、スケート靴を取りに家に帰り、リンクに戻ってきた。使用料は103円。「オー安い」。スケート靴の紐を縛り上げ、いざ、リンクへ！　まあ、転ばないで滑れそうである。しばらくして慣れてくると、実に愉快になってきた。空気はひんやりとし、動かしている体に心地よい。夕暮れの水銀灯に照らされたリンクも、周りの木々も美しいし、今後も楽しめそうだ。

札医大地域医療支援センターの推薦でこの地に来たが、思いがけず、歩くスキー、スケートと巡り合えた。小学校低学年に小樽の桜ヶ丘球場のリンクで覚えたスケートは、半世紀経ってもまだ、体に残っていた。小樽、札幌勤務もいいが、道東の厳しい冬もそれなりに楽しめ、豊かな自然に浸かるのもいいものである。僻地病院勤務も捨てたものではない。

北海道医師会 育児サポート事業のご案内
病児・病後児の預り時に、
ぜひご利用ください！
北海道医師会が利用料金の一部を負担する、会員限定の利用券での支払いが可能です。

子育て中の医師の仕事と家庭を
両立するためのサポートです。

お問合せ先
一般社団法人 北海道医師会 事業第五課
〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目　FAX 011-231-7272
TEL 011-231-1434　E-mail 5ka@m.doui.jp