

# 緑陰随想



30年ぶりの東医体 軽井沢再訪  
札幌市医師会 境野 環 樹

アフターファイブ  
岩内古宇郡医師会 寺山亜希子

50の手習い (パート2)  
上川北部医師会 谷 光 憲

定年  
札幌医科大学医師会 堀尾 嘉 幸

「ディズニーランド」と「嵐」  
北海道大学医師会 渡利 英 道

スコットランドと北海道～竹鶴の足跡をたどる旅  
美幌医師会 安井 浩 樹

$1/2 + 1/2 = 1/4$   
胆振西部医師会 秀毛 寛 己

上ノ国物語①-コシャマインの戦い-  
檜山医師会 伊東 則 彦  
経田 剛

小樽市医師会 阿久津会長3期目始動  
小樽市医師会 瓜田 雷 己

開業4年目の雑談  
千歳医師会 網塚 久 人

在宅医療の地域格差  
空知南部医師会 島田 啓 志

閉院 整理中  
空知医師会 小林 公 民

ご油断召さるな。  
渡島医師会 田中 慈 雄

北海道の未来～交通手段と地域経済の関係  
函館市医師会 小葉松洋子

北海道に戻っての地域医療  
北部檜山医師会 川岸 直 樹

「ここは、傘の雫が掛かる島なのです」  
函館市医師会 水 関 清

10日間の市議会議員選挙  
石狩医師会 間口 四 郎

(順不同・敬称略)



札幌市医師会  
さかいの小児科

## 境野環樹

夏がやってきた。東日本医科学学生総合体育大会(東医体)の季節だ。数年前、30年ぶりに軽井沢を訪れた。ソフトテニス部の大会に、部活動をご指導なさっている恩師ご夫妻をお連れし、応援するためだ。

新設医大だった、母校、旭川医科大学の(旧)軟式庭球部は、愛好会から発し、1982年、第25回東医体で初出場を果たした。大会は、コートの確保の点から、軽井沢で開催される。予選リーグを突破するまで、5~6年はかかった。現在は、男子、女子とも団体戦優勝の実績がある強豪校だ。当時、小樽から新潟へフェリーで渡り、新潟-軽井沢間は鉄道で移動した。途中、横川駅で「峠の釜めし」を求めた。新幹線が通った現在も、軽井沢の移動手段として自動車は必須で、フェリーを利用するという。

テニスコートがある軽井沢風越公園は、長野五輪のカーリング会場になり、拡充が図られていた。サーフェスはオムニコートに変わっていたが、傍に立つと、不思議と往時の心持ちになった。気がつく、先生はOBから贈られたテニスウェアに身を包み、コート内で学生に指示をお出しになっていた。休憩を取りながら、先生は終日コートの内、先生の令夫人と我々夫婦は外から応援した。学生たちは、礼儀正しく、丁寧に対応してくれた。一方で、乱打の際やラリーが決着するごとの応援合戦も盛んで驚いた。また、各校のウェアは色彩豊かで、頭髮を赤、黄、紫、緑など、いわゆる「東医体ヘア」に染め、夏を謳歌していた。試合が終わると、黒に染め戻し、卒後臨床研修施設の試験、面接に向かうという。

決勝トーナメントの大事な一戦に、先生は、朝早くからコンビニの軽食を手にコートにお入りになった。せっかくの軽井沢、先生をお送りして別行動を取ることにした。軽井沢は、明治期に来日した宣教師たちの避暑地として発展した。旧軽井沢銀座、苔の絨毯とカラマツ林の中に佇む別荘、上皇、上皇后両陛下のロマンスの舞台となった軽井沢会テニスコート、軽井沢ユニオンチャーチなど、予選落ちし時間があつた当時を思い出しながら訪れた。

数日の滞在中、夜はオーベルジュで食事をし、ソニーの故・大賀典雄氏が私財を投じた軽井沢大賀ホールでコンサートを聴いた。また、近隣のワイナリーを訪ね、併設のレストランでランチも堪能した。

先生が「テニスを通して医療人教育を」をお続けになって40年。その一端を改めて認識した再訪だった。



岩内古宇郡医師会  
いわない眼科クリニック

## 寺山亜希子

死語でしょうか、分からない世代の方は辞書で(これも死語かも)、スマホでググってみてください。皆さんはどう過ごしているのでしょうか。

5時になんて仕事を終えている先生はいないと思いますが、仕事終わりの楽しみはありますか? 毎日の仕事で疲れてしまって、平日なんて、帰って、ご飯を食べて、お風呂に入って、明日の診療、手術に向けて、体調を整えるのに精一杯でしょうか。今時期だと週末のゴルフのために打ちっぱなしに行くことが多いかもしれません。ウィンドウショッピング、デパ地下のお惣菜やデザート、外食、映画、習い事、スポーツジム、本屋さんでぶらり、私の大好きなマッサージなど都会では選択肢がたくさんあり、実行しようと思えばすぐできてしまう、うらやましい限りです。その日のストレスをその日のうちに解消することも場合によっては可能でしょう。

限られた環境(岩内)でできることは、ゲオでビデオ・DVDを借りて観る、歌屋でカラオケ、町営プールでウォーキング(泳ぐことができないので)、ゴルフの打ちっぱなし、散歩をする、パチンコ・パチスロ(車で5分以内に2件、10分以内に1件計3件もある)などでしょうか。気軽にできるおしゃべりの相手やごはんの友も近くにはいません。人の目もあるので、プールやパチンコ・パチスロは却下、他は好きではないことやできないことなので却下、私のアフターファイブはここではほぼ選択肢がなく、都会でなければ成り立たない...?? 仕事後はストレス解消できず、日々ストレスが溜まっているような気もしています。同じような環境の先生方、どのようなアフターファイブを過ごしていますか。

余市まで高速道路ができて、実際札幌から1時間半強で来ることができて楽になったという声を聞くと、高速道路が共和町までできたり、新幹線ができると札幌から通勤も可能になったり、毎週週末に札幌へ行くことができるようになったり、私のアフターファイブ、週末も充実し、輝かしい??ものになるに違いないと思います。



上川北部医師会  
たに内科クリニック

谷 光 憲

何を書こうか迷ったが、前回同様楽器のことを書くことにした。約5年前に、ステラプレイスの楽器店に何気なく立ち寄った際に、店員さんから声をかけられたことがきっかけで、20年ほど前に衝動買いしたテナーサクスを久しぶりに、埃をかぶったケースから出してレッスンを受けたことを書いた。

その後レッスンを重ねて、札幌コンサートホールKitaraで、1曲ではあるが身内の前で披露できたことは、自分の音楽人生の中で、一生の思い出になると思う。その後、アルトサクスを購入して、それなりにレッスンを重ねて、念願だったテイク・ファイヴをホテルのバーで仲間内だけで演奏した。CD伴奏に合わせての演奏で、まだ自分の実力では無理な楽曲だったこともあり、散々な出来であった。その後、サクスの練習にも行かなくなり、一時はサクスをやめようかとも考えたが、「折角始めたのに、簡単にやめていいの？」という妻の一言で、違う音楽教室を探し、今も続けている。最初の若い女性講師には、基本中の基本を厳しく教えていただいたことに感謝している。現在の講師は、年が近いこともあり、「音楽は楽しんでなんぼ！」をモットーに楽しく教えてもらっている。

年何回か、地元のホテルで市民対象の講演会を開催しているが、今年から講演会終了後にミニコンサートを行っている。数ヵ月前のミニコンサートに、名寄出身のプロサクソ奏者の深田元春さんとコラボする機会に恵まれた。彼は、日本全国、時に海外でも演奏活動をして非常に忙しい人で、講演会2日前にしか音合わせできなかった。彼には、講演会の2日前にクリニックに来てもらい、発表する2曲を徹底して教えてもらった。初日の練習後、こんなに大変ならミニコンサートをやめようかなと考えたが、「やらない後悔より、やって後悔した方がいいのでは？」と妻に言われたこともあり、思い直して翌日にも音合わせをしてもらい、何とかミニコンサートをやり遂げた。彼の音楽に対する姿勢を見て、その道のプロとは、その時の最善を尽くし、妥協を許さない人をプロと言うんだと痛感した。自分も医療のプロとして、これからも自分に厳しく生きて行こう！と、今回のミニコンサートから学んだ。

講演会終了後、参加してくれた患者さんから「コンサート良かったよ！」と言ってくれ、今度もまたトライしようという気になった。チャレンジする気持ちはある限り、何歳になっても上達することを信じて、診療後にサクスを練習する毎日である。



札幌医科大学医師会  
札幌医科大学医学部薬理学

堀 尾 嘉 幸

臨床の先生なら、定年を迎えても同じように働くことができると思いますが、基礎の者にとっては定年は大転換の時期です。大きな変化だからかえって直前まで考えない、コワイものから逃げ出したい心持ちがあります。でも、逃げてばかりもいけないんでどうでしょうか？

諸先輩はどうしていらっしゃるか？ 産業医になった先生がいらっしゃいます。看護学校の校長先生や老健施設の責任者になられた方も。また、人間ドックを担当されている方もおられます。老健施設も人間ドックもだいぶ忙しそう。精神科の先生になった方は、早期退職後研修をしてその後専門医の資格も取られた由。実は10年ほど前までは、厚かましくも定年後は臨床の末席に何とか座ってやろうと考えていました。学生相手に行うPBL (problem based learning) の授業や実地技能試験OSCE (Objective Structured Clinical Examination) の評価とか、少しでも臨床に近いものをずっと毎年分担させてもらっていました。が、世の中そんなに甘くない。知識の上でも体力の上でもなかなか難しい。もし直直なんてしたら身が破滅するかも。

毛色の変った職はないかしら？ 珍しいところでは、定年後に和食のかっぱぼう店で修行されている先生がいらっしゃるという新聞記事を目にしたことがありました。この方はどうされているのかしら。

一番憧れを感じる職に就かれた方は、今注目の抗TROP 2抗体による癌治療を開発されたH先生をおいて外にありません。同じ大学に勤めておられましたが、定年よりだいぶ前にご退職されました。耳にしたところでは、空知のM市で本格的ワイナリーを何年か前からご家族で開かれ経営されているとか。ホームページを探したところありました。quercus-mikasa。今年の秋に初めてのワインをリリースされるとあります。スゴイ。

さて我が身の振り方をどうしようか。いたずらに振ってても埒が明かない…。重たい腰を上げて、去年の夏に産業医の資格を取ろうと1週間カンヅメになってきました。研修会では留学先も分野も同じという先生にお会いして安心しましたが、知り合いはその方お一人。若い受講者が多いのに驚きました。で、結局、資格は頂くことができましたが、今のところはペーパードライバー、開店休業中。実地訓練をしておかなくては。





北海道大学医師会  
北海道大学大学院医学研究院 産婦人科学教室

## 渡利英道

私には19歳の娘がいる。2～3歳の頃から「ディズニーランド」を愛し、小学生の中学年からはアイドルグループの「嵐」をこよなく愛している。

「ディズニーランド」については娘が保育園や小学校の頃は年に2回は必ず行ってはキャラクターと写真を撮り、ファストパスチケットを駆使して効率的に乗り物に乗ったものだ。特に小学校高学年になるとビッグサンダーマウンテンとスプラッシュマウンテンがお気に入りとなった。一度、娘の7歳下の息子に「怖くないから大丈夫」と言い聞かせて無理やり乗せて以来一切乗らなくなったので、家内が息子のお守りで、娘と乗るのはもっぱら私の役目となっていた。ちょうど小学校の卒業直後の3月にオランダで学会があった時には、演題を提出しつつ奮発して家族4人で「ディズニーワールド」を訪れたが、これは家族にとってかけがいのない思い出の一つとなっている。その時のことで一番思い出すのは、朝一番でスプラッシュマウンテンに乗った時のことである。アメリカ人は開園早々から並んで入場するという考えがないようで、待ち時間なしで娘と二人でスプラッシュマウンテンに乗車できた。戻ってきて降車しようと思っていたその時、私たちの前に座っているアメリカ人が降車せずにそのまま行かせろと係員に主張しだした。確かに待っている人たちがいなかったので迷惑はかからないと思ったが、日本ではこのようなことは基本許されないことだと思った。ところが、係員はゴーサインを出してそのまま2回目に突入したのである。娘とともに「ラッキー！」と喜んで2回目を楽しんだのだが、この経験を通じてアメリカ人の合理的で柔軟性の高い気質は素敵だなあと感じたものである。日本人の几帳面さももちろん好ましいが、時に融通の利かないことにつながることを考えると、マニュアル通りではない臨機応変な対応というのは日本人が見習っている面ではないかとも思う。最近では娘が息子に「今度一緒にスプラッシュマウンテン乗ろうね」などと話をしているのを耳にして少し寂しい気もしたが、50歳代も半ばを迎えてそろそろ親父には体力的に厳しかろうと考えて気遣ってくれている節がある。娘も成長したものである。

「嵐」のメンバーの中の娘の一番のお気に入りは、松潤である。確かに正統派のイケメンであるが、娘

曰く、「松潤が一番だけど、グループとしての「嵐」が好き」なんだそうである。私は娘のおかげで「嵐」の曲を自家用車のディスクに入れて聞かされたことから、カラオケで歌えるまでに成長し、おかげで病棟の若い看護師さん方とも違和感なくコミュニケーションをとることができ、大変ありがたいと思っている。さらに娘のおかげで札幌ドームのコンサートにも参戦する機会があったが、確かにファンに対する感謝の気持ちに溢れており、チームワークが良くお互いの役割分担をよく理解しており、お互いを信頼し尊重しあっていることが伝わってくる素晴らしいグループであると直に感じる事ができた。これは教室運営にもそのまま当てはまることではないかと思っている。つまり、全員が「エースで4番」である必要はなく、むしろさまざまな興味の方向を持っている人たちの集団であること、それぞれの個性や能力をお互いに認めあって尊重しあえることが、その組織が強い集団になっていくために必要不可欠であると考えている。

その「嵐」が2020年を節目に活動休止するとのことで大変寂しい限りであるが、私を含めた北大産婦人科の教員が「嵐」のように周囲に対する気配りができる素敵な集団であり続けたいものだと、教室運営を任されて1年を経過してつくづく思う今日この頃である。





美幌医師会  
美幌町立国民健康保険病院

## 安井浩樹

余市蒸留所でおなじみ、ニッカウキスキー創業者でジャパニーズウキスキーの父、竹鶴正孝がスコットランドへ渡ったのが1918年、昨年2018年はその記念すべき100年後であった。その記念すべき年にスコットランドを旅行する機会を得た。ご承知の通りスコットランドは英国大ブリテン島の北部、広さは北海道とほぼ同じである。旧友のいる港町アバディーンを基点にして、竹鶴が訪れたエルギン、クライゲラヒー、ダフタウンといった、いわゆるハイランド地方スペイサイドの町を巡り、まさに蒸留所巡りの旅であった。ちなみに、エディンバラもグラスゴーも全くルートには入っていないので、札幌、旭川はよらずに、網走を起点に道東を巡ったイメージであろうか。

何だかスコットランドの話をしているのか、北海道の話をしているのか分からなくなってきた。

エルギンで2泊したのが、ライヒモレイホテル、今回の一番のお目当てであった。竹鶴がちょうど100年前に2週間ほど滞在し、ホテル正面の駅から汽車に乗ってロングモーン蒸留所まで通ったホテルである。ロングモーン蒸留所は、竹鶴が初めて見学を許された蒸留所である。ホテルの建物は当時のまま使われていて、竹鶴と同じ部屋だったらどうしようなどと考えてもみたが、増築した快適な部屋であった。ホテル正面の駅舎はそのまま残されていたが、現在駅自体は西に200mほど位置が移動して小さく平凡な駅舎が建っていた。一方、旧駅舎はコミュニティセンターやオフィスとして使用されていた。それでも、切符の窓口らしき仕切りや屋根、ホーム跡の天井の造りは、その建物が駅であったと知らなくとも、煙の匂いや汽笛の音、ホームに佇む竹鶴の姿

を想像するのは容易であろう駅の面影に満ちていた。人影の少ないコミュニティセンターに足を踏み入れてみる。もちろん、駅員や乗降客はいない。扉をくぐったホールにある高い天窓のガラスから降り注ぐ光は当時、竹鶴の希望と不安を照らしたことであろう。ちなみにロングモーンへ行く鉄道はすでに廃線となっており、翌日車で訪れたロングモーン蒸留所のはずれには、当時駅があったことを思わせる、ホームの段差や建物が草で覆われていた。この辺りも、相生線の駅跡や線路跡を歩いているような錯覚に陥る。ロングモーン蒸留所には人影はなく、無造作にならんだ樽の間を歩き回る不審者に、牧場の牛たちが一斉に顔を向けた。

何だかスコットランドの話をしているのか、北海道の話をしているのか分からなくなってきた。

その後も日本でも有名なザ・マッカラン蒸留所、グレンフィディック蒸留所などをめぐり、約6日間のスコットランドの旅を無事終えた。エルギンにあるグレン・モレイ蒸留所で駅に行く道が分からなくなり、通りがかりのおばさんに聞いたところ、ご親切に歩いて駅まで案内してくださった。途中、地域の病院の敷地を抜けて近道をしたのだが、「スコットランドは医者が少ないからね～」とぼやいていた。そんなスコットランドであるが、かつて「ゆりかごから墓場まで」と言われた、英国の医療制度の破綻のあとさまざまな施策により、回復の兆しがみられている。それは、多職種連携チーム医療であったり、医療、介護と福祉の連携であったり、我々が目指しているものとそれほど変わらないように思う。ただ違ふとすれば、その意志決定や変化の早さである。90年代に破綻した医療制度が、2000年代に入り制度改革が推し進められており、それは現在も進行中である。スコットランド人からの伝聞としてお聞きいただきたいが、「イングランドより、スコットランドの方がずっと医療制度が進んでいる」そうである。医師不足をバネにして、医師の労力を減らす工夫が実を結びつつあるということであった。

そういえば、スコットランドの話をしていただけなのか、北海道の話をしていただけなのか分からなくなってきた。

いつかそう言えるように頑張っていきたい。スコットランドと北海道にslangevar（乾杯）！



100年前に竹鶴が滞在した、ライヒモレイホテル

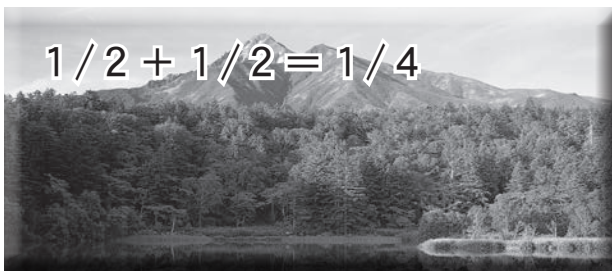


エルギン駅 旧駅舎



車窓からみたロングモーン蒸留所





胆振西部医師会  
豊浦町国民健康保険病院

秀毛 寛己

最近、スマホでm〇.comなるサイトのクイズ回答が習慣化している。毎日2問。国家試験、各科診療、雑学、統計、専門医試験問題など画像、病理、内視鏡、データ含めて全科のジャンルからの出題である。驚くのは、最近の国試の内容だ。われわれのころは診断と治療内容（薬の名前等）のみ分かればよかった。「救急外来に、転倒して股関節部痛の老女が家人付き添いにて独歩来院。一般撮影異常なし。その後どうしますか？」といったような臨場感のある質問が試験に出るようだ。現実的に、「明日整形外科に行きなさい」でもいいと思うし、病院の診療の周辺状況（整形手術できるのかとか、ベッドは空いているのかとか、かかりつけは救急の病院と同じかとか）で対応は分かれてしかるべきだが、答えは「CTで異常がなくてもMRIでしか骨折の証明ができない場合を想定して、安易に投薬して帰宅させてはいけない」というようなものであったと思う。学生さんも大変だなと感じると同時に答えの解説に異議を唱えたいくなるような（現実の標準化を五折の一つに勝手に押し付けている）設問もある。

簡単な問題だなとスマホ画面のマークにタッチして、解答を見たら間違っていて、解説を見ると自分が選んだ内容なので、あれっと思いよく見たら指がずれたのか違うところにチェックが入っている。寝ぼけ眼で起き掛けの布団の中でやっているからだろうが、こういう日は何となく一日面白くない。考えてみたら医師国家試験もどういわけかうっかり一段ずれてマークを塗りそのまま解答を続け、最後に一行足りないのに気づき、しっかり鉛筆で塗りつぶしたところを消しゴムで必死に消してまた記入した冷や汗の出る思い出がある。ずれたまま提出した方が得点が多かったかどうかは不明だが、どういわけか昔から、書類記入とか計算とかまともに一回でうまくいったことがない。電卓も苦手で検算するたびに違う合計になって嫌になる。計算と言えば、くやしい思い出が2つ。

その成績で進学先がほぼ確定するという大切な県下一斉試験が当時あった。国語は日常会話ができる程度、社会、物理、化学はせいぜい2～3割がやっというレベルで必然的に英語と数学にしわ寄せがきた。英語は順調、最終日の数学も無難にこなして最後の設問となった。2つの図形の面積の和を求め

る問題で、片方は計算結果1/2を得た。もうひとつの求積結果も偶然1/2となった。これで目標クリアと安心して30分以上余った時間を見直し時間にあてた。その前の数学のテストで、腕時計が止まっていることに気づかず途中まで超余裕、その後全速力で必死に答案を書き続け時間切れ提出となったことを苦く思い出しながら、心地よい達成感を感じていた。そして終了時刻となり満を持して1/2+1/2=〇を記入した。ところがこの試験結果が後日報告され188点だったのでおかしいと思いチェックしたら、最終手前まで全問正解。最後の問題も論理の道筋と立式に誤りなく、足し算の答えが1/4で×となっている。やはり採点間違いだと思いホッとして訂正にいかうとした刹那、答えは1だここで雷に打たれたように初めて気づいたのだった。あとは、足し算もできない悔しさと恥ずかしさでただ声を上げて笑うしかなかった。二度目は教養2年後期末で、誰も解けなかった（らしい）一見複雑そうな量子場のエネルギー計算問題だが、極座標を用いれば簡単な微分方程式になって高校生でも解ける問題になったのに、最後の足し算を間違えてしまった（優はもらえたが）。この記憶に残る2つの足し算の間違いの後は数字の計算に悩まされずに済む道に進んだ。最近、長谷川式認知症スケールで100から7を2回引いた答えの質問に86以外を自信をもって答える被験者、アクセルを踏んでのにブレーキを思いっきり踏んだと主張する高齢者を見ていると、ベルクソン風にと考えると直観認識作用は同じ気がして自分のことのように感じる。

さて、外科医の時は引き算（病巣を取り去る）ばかり、北海道に来てからは掛け算＝九九（＝救急）がメインになっている。九九（＝救急）は計算不要の一種の歌詞であり、内科みたいに薬の難しい足し算もしないで済むから自分のような生来落ち着きのないあわて者でも何とかなっているのだろうと思われる。



檜山医師会  
道江差保健所・江差高等看護学院

伊 東 則 彦

町立上ノ国診療所

經 田 剛

幕末、伊勢松阪出の偉大な探検家・松浦武四郎による北海道命名から、昨年は150周年。これに対し、檜山においては蝦夷管領（鎌倉時代、蝦夷沙汰識・えぞさたしき、蝦夷代官・えぞだいかん、ともいう。北条得宗家御家人）、上ノ国守護（室町時代・津軽安東氏配下）、松前藩（豊臣期、江戸時代大名）等独自の蝦夷史があった。

【コシャマインの戦い（1457～1458年・室町時代）】

①概要：アイヌ対和人

戦乱の軸としては、アイヌ対和人の対立軸が多数説。概ね、狩猟民族であり、多勢・地の利大のアイヌに対し、和人が逆転辛勝・小差判定勝ちと憶測された。

②前半戦；和人館の総崩れ様（1457年）

アイヌ・コシャマイン父子軍が多勢優勢で、和人の道南十二館の大半●10ヵ所が落城、陥落し、2ヵ所（○上之国花澤館（かみのくに・はなざわだて）⑫と○下之国茂別館（しものくに・もべつだて）⑬）のみが辛うじて持ち堪えた。枢要な×大館（松前守

護）も陥落⑧。和人間には大きな衝撃、恐怖が蔓延したのではないかと思う。前半籠城戦ではアイヌ10-2和人の大差で、アイヌが圧倒的優勢。

全くの推測の域であるが、小規模の館籠城和人50人くらいで見積もると10ヵ所で計500人～千人以上の和人が犠牲になったと思われる。一説では、志苔館（志濃里館とも、しのりだて、函館市志海苔町）では和人300人が籠城防戦したが粉碎、ほぼ玉砕であった。

また、攻撃側のアイヌ（一説では、総軍勢計一万；東部アイヌ（日高アイヌ他）4千余、北部アイヌ（余市アイヌ他）2千余、西部アイヌ（内浦アイヌ他）3千余）、は、『攻撃三倍の法則、三対一の法則（攻撃側は防御側の3倍以上の兵力を要す・一般論）』より、これ以上のアイヌ死傷者が有ったと憶測される。少なくともアイヌ・和人計千名以上～数千の戦死者も考えられる。

③後半戦；蠣崎信弘の反撃（1458年）

後半戦に上ノ国花澤館主蠣崎季繁のもとにあった蠣崎信弘（武田信弘）が反撃し七重浜（旧上磯町）にて奸計誘き出し、遂にコシャマイン父子を討ち取ったとされる。この勝利者総大将の蠣崎信弘の子孫が、松前氏へ改姓し松前藩（一万石格、幕末に三万石格）に繋がり、江戸時代を繁栄、生き抜いた。

コシャマインの戦いについて、戦場は、後志余市から胆振鶴川まで広範囲であった。特に、長万部国縫・国縫川でも大激戦の伝承がある。

④以後、蝦夷動乱期；アイヌ・和人の戦い争乱頻発

アイヌも敗戦後、後に、ショヤコウジ兄弟の戦い（1512年戦国期前半）、シャクシャインの戦い（1669～1672年江戸期前半）などアイヌと和人の紛争、戦乱は頻発した。



コシャマインの戦い（前半、1457年・室町時代）コシャマイン父子軍の攻勢と和人・道南十二館の大半落城。辛うじて『花澤館（上之国守護）⑫』と『茂別館（下之国守護）⑬』のみ2ヵ所残った。『大館（松前守護）⑧』も落城。（国土地理院地図に著者加筆）





## 小樽市医師会 阿久津会長3期目始動

小樽市医師会  
うりた循環器科・内科クリニック

瓜田 雷己

小樽市医師会は今年6月7日、定時総会を開催し役員選挙を行いました。理事全員の推挙により、阿久津光之会長が3期目の指揮を執ることになりました。理事2名、監事1名が交代しましたが、その他は留任となり今後2年間、阿久津体制をサポートすることになりました。

医療を取り巻く環境は、少子高齢化・医師偏在・働き方改革など今後大きく変貌する可能性を有しています。小樽市医師会の課題も多くありますが、阿久津会長は特に取り組まなければならない3つの重要課題を挙げています。

第1には令和元年5月現在の小樽市の高齢化率は40.2%と40%を超えました。人口も115,506人と減少の一途をたどっています。日本の医療の最大の問題点であると言われる「医療ニーズと医療提供体制のミスマッチ」は小樽市においても喫緊の問題です。将来に繋がる持続可能な医療、連携し効率的かつ効果的な医療体制のしくみ作りが求められています。小樽市医師会は地域医療構想の中心的な役割を果たし、地域医療連携推進法人についての検討も必要かと考えています。

第2は「夜間急病センター」問題です。小樽市の夜間急病センターは夜6時から翌朝7時まで、外科・内科の2診療体制で運営していますが、財政上の問題を抱えています。夜6時から9時まででは会員出向で、夜9時以降は大学医局等のご協力で賄っています。会員の高齢化・減少、医師の働き方改革による医局等からのサポートが今後大きな問題となる可能性があります。また休日当番も今後、会員の減少が見込まれるため検討課題です。今年4月から土曜午後内科・外科一次救急当番を夜間急病センターにおいて、会員出向で行うよう変更しました。

第3の課題は看護学校問題です。各地の医師会立准看護学校の閉校が進んでいる中、小樽市では医療機関・介護施設における看護職員の約40%が小樽市医師会看護高等専修学校卒業生であり、人材確保の面からも極めて重要な存在です。しかし少子化に伴い受験者数の減少、年間約1千万円の赤字を今後どのように解決していくのか、極めて難しい問題です。諮問会議において検討中ですが、財政問題への対応、看護学校存続の有無を含め今年度中に方向性を示す考えです。

難しい課題が山積していますが、阿久津会長のもと小樽市医師会は地域医療を守り、発展するよう努力を続けます。



## 開業4年目の雑談

千歳医師会  
千歳しなの内科

網塚 久人

12年間勤務した札幌東徳洲会病院から千歳市で開業しておよそ3年半が経ちました。事務・看護師あわせて7名のスタッフでスタートしましたが、現在も7名中5名が働いてくれており、とても意思疎通しやすく働きやすい環境で診療させてもらっています。

開業するまでは消化器科のなかでも胆膵領域という非常に狭い分野を専門として20年近く診療してきたため、開業当初は1日中一般内科の外来診療をするという状況において、どこまでを担うべきかという戸惑いもありました。しかし最近はやや診療スタンスがつかめてきたような気もしています。もともと病院勤務時代には将来クリニックを開業している自分というものを全く予想していませんでした。しかし年齢も50歳を超え急性期病院での勤務というものにぼんやりと不安を感じ始めていた平成27年1月に開業の話があり、2週間考え決心し同年12月に当地にて開業しました。

前勤務の病院は年間1万件ほどの救急車が搬送される急性期病院で、研修医も毎年10名程度入職していました。現在は立派な救急部ができておりますが、10年ほど前までは当直医と研修医のみで当直をしており、救急車などの初療も研修医に指導しながらすべて自分たちで診療を行っていました。多いときには一晩の当直で17名の内科入院患者が増えることもあり、そうなる自分が診ていた消化器科の15名の入院患者に一晩で17名の一般内科の患者が追加されることになり、とても大変だったことを思い出します。それでもなんとかなっていたのは、当時の消化器科センター長（現院長ですが）が必ずその状況を把握してほかの医師へ振り分けてくれたからであり、それが患者さんに対する安全弁になっていたと思います。そしてその中で10年近く研修医の指導にも関わらせていただき、研修医と一緒にカンファレンスを行ったり、Up To Dateの抄読会をしたり、研修医用の当直ハンドブックの作成に関わったりしました。病院勤務時代はいろいろ大変でもありましたが、今考えると現在の一般内科医としての素養はこの多忙な病院勤務時代から培われたものが多かったのだと気づかされ、今更ながらその機会を頂いた状況に感謝しています。開業して個人でいると知見が狭くなりそうで不安ですが、今後も目の前のことを一生懸命こなしながら現在の医療についていければと考えております。





## 在宅医療の地域格差

空知南部医師会  
国民健康保険由仁町立診療所

島田啓志

私が以前、村営の無床診療所で働いていた時のことです。在宅医療の診療報酬は、月1回訪問の場合は在宅時医学総合管理料の算定はできず、在医総管は月2回以上訪問した場合のみ算定可能でした。月1回の患者で医療材料を提供する場合には在宅寝たきり患者処置指導管理料（1,000点ほど）を算定していました。真に必要な患者には、その経済的負担を説明し、月2回訪問にさせていただき在医総管を算定しました。月10名ほど、在医総管を算定すれば、外来と訪問診療、訪問看護の診療報酬のみで村からの繰入金なしで経営でき、「足るを知る」経営を心がけていました。実際には、人口3,000人の中山間地域の農村でしたが、在宅患者は50名ほどおり、一人の医師で外来診療の傍ら、全ての在宅患者さんに月2回の訪問診療をすることは不可能でもありました。

後の診療報酬改定で月1回の訪問診療でも在医総管が算定できるようになり、機能強化型や連携型の施設基準の新設など、在宅医療を推進するために診療報酬から後押しは続きます。良し悪しは別にして、診療報酬の誘導により、ビジネスとして在宅医療展開が試みられている側面を感じています。その間、在宅患者の誘導を条件に施設が在宅医にキックバックを求めた不適切事例が話題になったこともありました。そして、現在でも、都市部では定期的な訪問診療を行うのみで、夜間休日の往診対応が不親切な在宅医療支援診療所があることも耳にします。都市部では在宅医療の量の確保が求められ、やむを得ない現状もあるのでしょうか。しかし、多死社会の中、受け皿として診療の質を担保しながら在宅医療を拡大することは医療者に課せられた課題であると感じています。

その一方で、郡部の在宅医療は拡大してきたのでしょうか？ 由仁町の属する南空知医療圏では10万人あたりおよそ400名の患者が訪問診療を利用しているとされます（医療計画による）。由仁町の人口は5,000人であり、計算上20名在宅患者がいるはずですが、2018年、由仁町で働き始めた時、それほど的人数はいませんでした。在宅医療にも地域格差があり、その地域格差は、札幌と地方の構図だけでなく、地方の同じ医療圏内でもその中核都市とそれ以外でも存在している可能性があります。

現在、24時間体制で在宅医療を担う在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院は370ありますが、そのうち43%が札幌にあり、都市部に偏在しています。人口1万人未満の町村にはわずか28のみです（2019.5北海道厚生局）。人口1万人未満の自治体は121もありますので、そのほとんどに24時間の在宅医療がないこととなります。

（在宅医療が診療報酬で優遇される前から、患者のニーズに応えるために随時、日中夜間を問わず往診対応してきた医療機関もあるでしょう。そのような医療機関は施設基準ではカウントできていないことを先にお断りいたします）

エンドオブライフにおいて、患者の「家に帰りたい」を叶えるためには、いつでも往診できる在宅医の存在が必要不可欠です。在宅医の不在のため、都市部でだけその願いが叶えられ、郡部では叶わない構造があるのだとすれば、私は、在宅医療の地域格差も社会的な課題であると考えています。



## 閉院 整理中

空知医師会  
小林産婦人科医院

小林公民

私は縁あって砂川に住んで55年となりました。砂川市立病院に6年7ヵ月勤務し、小林産婦人科医院を開業して48年です。亥年の1月2日生まれの満84歳で、18年前より外来のみですが、一応現役です。一病息災とはいかず多病アップ・アップでしたが、やはり80歳を過ぎると体のアチコチのがたが激しくなり、まだ多少元気のうち、すっきり整理しようと、令和元年12月31日閉院と決めました。

84歳は平均寿命を超えて、まあ普通に働き得ているのですから不満は言えないのですが（同期の北大医35期91名中の38名が鬼籍）、日本医師会の「医師会年金のご案内 人生100年時代到来」等を拝見すると、人生で第二の微妙な年齢に差し掛かっていると思ってしまう。84歳といえば、残りせいぜい15～6年しかない。残り一切手を引いて晴耕雨読、余裕をもってのんびり旅行や趣味を楽しめばよい、と思うのですが、子孫には美田を残さず、残せず、ではなく多少は残してやりたいが、戦後の貧しい時代を過ごした世代の心情でしょう。

私の頃は、公立病院等に勤務して、たいてい5～6年で開業しました。現在は各科の細分化、専門医取得のため、長く勤めて腕を磨き定年まで勤務する先生が多くなりました。それだけが原因とは思いませんが、開業医の後継者不足が深刻です。後継者がいても、大病院の専門にどっぷり漬かり、当地で良い伴侶を得たならば、言うことはありません。こちらとしては、200坪の木造の襦袢医院を壊して綺麗な更地にするしか方法が無かったわけです。

解体工事は来年の雪解けを待って行きます。最近の解体工事は高額です。当医院が鉄筋だったら5割以上アップだったでしょう。一番の問題は個人情報の関係で、カルテの処理です。電子カルテは良いと思うのですが、私みたいなアナログ人間の手書きのカルテ2トン弱は大変でした。ただ良い業者を見つけたので、いつでもお知らせします。



渡島医師会  
望ヶ丘医院

## 田中 慈雄

2001年に当地に戻って父の後を継いで開業医になり18年たった。それまでは病院の放射線科医として8年勤務していた。開業するとさまざまな業務があるが、それでも放射線医学にしがみつくと、近隣医療機関の画像診断をし、自院では超音波以外でもCTや透視装置を装備して診断業務を行っている。胸部CT上、両側肺尖や両側下葉上部に空洞形成があり、周囲に高コントラストの散布性病変が見られれば、結核という診断を下すのは難しいことではない。全肺野に広がる1～3mmの大きさのそろった小結節がランダムに分布していれば粟粒結核の可能性があり、と主治医の先生に報告する。が、教科書的には、結核には、気管支透亮像を有する浸潤影を呈し、感染性肺炎（細菌、マイコプラズマなど）、腺癌、悪性リンパ腫、器質化肺炎、血管炎など同様の所見を呈するものと鑑別を要するものもあるとされ、気道散布性の結核も非結核性抗酸菌症はもとより、ウイルス性肺炎、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症、サルコイドーシスなどと画像的には区別がつかづらいものがある。結核腫だって、好発部に円形で粗大な石灰化を含んでくれれば分かりやすいが、胸膜陥入像や周囲棘状変化など伴われたら癌との区別が難しい。粟粒結核と転移との鑑別もね、要するに、何でもありなのだ。症状など何の情報提供もなければ、胸部CTの読影レポートで診断の欄にはほとんどにおいて結核の可能性もあると記載しなければならない。しかし、結核の典型例以外で診断に全部結核を鑑別に挙げれば、そのレポートは信用を失うと思う。実際には結核もあり得るのだが、結核の典型例でなければ、診断に結核を挙げることはそれほどない。結核は過去の病気ではない、と言われてはいるが、実際には現代社会においては過去の病気だ、との意識があり、結核患者などそんなにいないだろうから、診断に挙げなくても大きなことにはなるまい。結核の診断は画像のみで行われるものではないしな、と。あとは主治医の先生に判断をお任せ（丸投げ）していたのだ。

先日より、実際に結核の患者さんの管理をすることになった。他の地域で結核と診断され治療されていた人が近隣に引っ越してきたのだ。最初は近くの病院に紹介されたらしいが、そこが受け入れられない、とのことで、なぜかうちのクリニックに問い合

わせが来た。画像で結核の診断をしたことはあっても、結核の治療や管理などしたことはなかったが、もう排菌していないとのことで、わりと気軽に受けた。その後が大変だった。結核というのは公費負担がある。公費負担がある、ということは提出する書類が多い、ということである。そういえば、たまに厚生労働省健康局結核感染症課長とか、北海道渡島総合振興局保健環境部長（渡島保健所長）とかから各指定医療機関の長様宛に文書が来ているが、あんなもん、しっかり目を通している人がどれほどいるのであろうか。その中に「結核医療の基準の一部改正について」とか来ていた。えらい細かい内容だったが、まあ、私には関係ないだろうな、と思っていたら、関係してしまった。そしたら、それとは関係ない経緯で、函館を除く渡島地方の結核審査会の委員をすることになってしまった。

何も知らない、何も分からないまま委員になってしまって、約1年になる。感想としては、「結核いるぞ、おい、わりと近くにもいるぞ！」という感じである。結核なんて過去の病気だと思っていたけど、わりといるので、しっかり月2回の審査会が開催されている。そこでは、治療している医療機関から画像も送られてくるので、それも見るが、典型例ってわりと少ないか？という印象がある。やっぱり胸部CTの読影にはいつも結核を入れなければならないのか？それはしていないが、結核審査会の委員になってから、私の読影レポートには結核の可能性についての記載が多くなったのは間違いない。

結核は過去の病気ではない、しかし、過去の病気のように思っている医師はいっぱいいると思う。私自身がそうだったように、その意識を変革するためには結核審査会の委員は短期間で交替して医師全員が担うべきと考える。眼科だって結核性のぶどう膜炎もある、皮膚科も皮膚結核がある、整形外科だって、私が若いころ、手関節結核のMRI所見について、地方会で発表したことがあるから無関係ではないし、小児結核ももちろんある。結核審査会はお役所の仕事だから、任期というものがある。結核についての啓発のためには、私はこの任期一杯で辞任し、次の先生にバトンタッチするのが肝要だ。結核はいる、あなたの近くにもいる。おのおのがた、（表題に続く）





函館市医師会  
湯の川女性クリニック

小葉松 洋子

皆さんは移動手段を選ぶ時にどのような観点で選んでいますか？例えば通勤なら、距離に応じて徒歩、自転車、バス、電車、地下鉄、鉄道等いろいろ考えられますが、もしかしてあなたはクルマですか？日本人のほとんどが田舎ではクルマなしでは生きていけないと考えているそうですが、今、地方が疲弊している最大の原因が、地方社会がクルマに依存しきっているためであることを、さまざまなデータを基に理論的に明らかにし、「脱クルマ」を通して地方を活性化する方法を紹介しているのが「クルマを捨ててこそ地方は甦る」（著者 藤井聡 京都大学大学院教授・都市社会工学専攻 PHP新書）という書籍です。

クルマ社会が進展すれば、鉄道はどんどん寂れていって、駅前商店街がダメになり、地域の地元商業や公共交通産業に大きな打撃を与えます。現在の北海道にどれだけ多くの（旧）駅前シャッター街があるのでしょうか？地理的な条件が厳しいとはいえ、JR北海道の慢性的赤字問題も、クルマ社会化が大きな影響を与えたことは間違いありません。

日本は少資源国です。社会の持続可能性を考慮すると、人と物の移動手段はなるべく少ないエネルギーで迅速に大量輸送できることが優先されるべきと考えますが、そういう観点からは多分、鉄道の右に出る交通手段はないでしょう。しかしJRをどんどん廃線にして、代替輸送手段をバスやトラックにすると、輸送に必要なエネルギー量は増加し、地域から産油国へ流出するお金が増えます。もちろん、豊かになった住民が1人1台でクルマ移動しても同じことが起こります。長い目で見ると、移動に必要な資源量は少ないに越したことはないはずですが。

先人が苦勞して敷いたレールを「赤字」という理由でどんどん廃線にするのはあまりにも考えなしで、モッタイナイ。そもそも民営化された鉄道会社は、保線のコストも全て負担させられています。バスやトラックには多少の税金の負担はあったとしても、道路整備のコストは直接負担していません。両者を単純に料金で戦わせるのは、あまりにも不公平と言わざるを得ません。わが国では、物流の中に鉄道の良さを取り入れる工夫がもっとあっても良いのと思います。

また新幹線の札幌延伸に伴い、青函トンネル内で

の貨物列車との競合をなくし新幹線の高速化のために貨物は海上輸送を検討するという話も出ていますが、それじゃあ貨物は連絡船に逆戻りですか？とツッコミを入れたくなります。

日本ではクルマ社会が街の郊外化をもたらし、中心市街地がシャッター街化してしまいました。郊外型大型ショッピングセンターは地元資本ではない場合がほとんどですので、住民が同じ金額を消費しても地元に残るお金は減少します。実際に藤井研究室の調査では、地元商店街で使ったお金の5～6割が地元に戻されるが、大型ショッピングセンターでは1～2割しか地元には還ってこず、その大半が地域外に流出するそうです。

函館も例に漏れず、街が郊外へ広く薄く溶け出しています。市街地が郊外まで拡大すると、行政が担う上下水道、道路などのインフラ整備や除雪の負担は増えても、住民の郊外型生活は、お金が外に逃げる構造になっているため、実は税金等は増加しないのです。無論、そのしわ寄せは住民一人当たり提供される行政サービスレベルの低下になります。

あなたが何で移動し、どこでお金を使うかで、当たり前ですが地域経済には影響があるのです。その行動を大勢が毎日繰り返すことで、塵も積もれば大きな影響になります。どんな乗り物で出かけて、どこでお金を使うかなんて私の自由だろう！とお思いでしょうが、地域経済とはその地域にどれだけのお金がぐるぐる循環しているか、ということです。それを理解し、地域を愛し、多少不便でも、多少高くても地域のためにお金を使う人が多い地域と、そうでない地域の間には差がついてくるのは必然です。

お金の問題のみならず、クルマは健康問題にも大きな影を落とします。同じ距離を移動するのにクルマで行く場合と公共交通機関で行く場合を特定条件の元で比較すると、消費カロリーはクルマが公共交通機関の半分以下となり、その生活が毎日何十年も続いた結果として肥満率、病気のリスクは増加し、果ては一人当たりの医療費まで増加することになります。毎日コソコソ歩くということが、健康にはいかに重要かということです。

ここまで書くと「自動車産業の敵」と言われそうですが、いえいえ、日本の高性能で故障の少ないクルマをどんどん輸出することには全く異論ありません。しかし人間は誘惑に弱い生き物です。クルマがあるとついつい近くでもぶ～んと乗ってしまうのを止めた方が、実はいいことがいっぱいあるよ、という事実を皆さんと共有したい、という趣旨でございました。



北部檜山医師会  
今金町国保病院

## 川 岸 直 樹

2016年から17年にかけて半年ほど常勤で勤務し、今年2月まで月1回の診療をしておりましたが、今回は期限なしで赴任することになりました。高校卒業まで室蘭で過ごし、東北大学に進学したので、腰を落ち着けて北海道で暮らすのは、36年ぶりです。2016年までの大学勤務時代は、主に肝臓、胆道、膵臓、腹部臓器の移植に従事し、今年2月までは、腎不全、腎臓移植を主に診ておりました。

もともと、最終的には北海道に戻って地域医療を考えていました。高校の生物の先生が天売島に赴任したことがあったのと、ドキュメンタリー番組などを見ていて、離島で200人ほどの住民全部を一人で診ることに憧れを持った時期もありました。信頼関係を構築した後、全島民のゲノム解析をして、出入りの少ない社会ではどのような特徴があるのか興味がありました。ただ、室蘭の両親のことがあり、天売島・焼尻島ではあまりにも遠方でしたので、道南の医師不足に困窮している地域を探しました。私が所属していた医局には、当然、道南に関連病院はなく、自分で北海道庁のwebサイトから探しました。シカゴの学会中に目星をつけ、帰国後成田から電話したのですが、事務長がびっくりしていたのを今でもよく覚えております。

今金で診療を始めてからは、頭の中から足の先まで、幅広く病気を考える「ドクターG」をモットーにしてきました。ただ、医師一人ができることには限界があり、「患者さん一人一人がいかに効率よく適切な医療を受けられるか」を模索し、自問自答する毎日です。私は、大学生活が長かったこともあり、「無駄な」ものを含めると専門医、指導医などを12持つておりました。しかし、地域医療に貢献できる、「肝臓」「消化器病」「病院総合診療」「がん治療」<sup>1)</sup>などに集約しました。住民の専門医志向は少なからずあり、「今金でできるもの」と「専門病院へ行くべきもの」に線を引いて診療しています。これまで、十数名のウイルス性肝炎<sup>2)</sup>、指定難病の肝臓病患者さんを当院で診てきました。人口あたりの有病率からすると、まだ未治療の患者さんもいるはずなので、今後も最新治療の研鑽を積んでいきたいと考えています。

当院のような常勤医3名の病院で問題となるのは、スタッフも含めた救急体制の維持です。2年前

に、当院での救急医療の現状を報告しましたが<sup>3)</sup>、札幌医大、他院からの応援医師により、過労死を出さずにギリギリで運営している状態です。昨今「働き方改革」なるものが謳われていますが、当院の医師には無縁のものです。AIを利用した医療補助システムを、工学部と連携し模索することを考えていますが、喫緊にはできません。東北地方に比べると、圧倒的に「コンビニ受診」の少ない地域であると前回勤務時から感じておりますが、住民の方々には不要不急の受診は控えるよう、広報でもお願いしています。

前回勤務時にもしていたのですが、一般の方々向けに「病気と健康」についての講演会を定期的開催しています。専門領域にとどまらず、幅広くお話しすることで、予防医学、健診、自己管理の重要性を理解していただくよう努めています。また、当地域では高齢者の栄養失調による貧血、肺炎が多く見受けられます。当院では、4職種研修を終えたNSTチームが、今夏にも発足します。保険点数も取れることでスタッフの意識も上がりますし、何より栄養をつけてもらって、病気になる方が一人でも減ることを期待しています。

私の家族は4人ですが、妻（室蘭生まれ）は仙台でバリバリ働いておりますし、留学時代ストックホルムで生まれた長女、ピッツバーグで生まれた長男は、成人し東京方面です。80代の両親は、70年近く室蘭に住んでおりますので、そのまま居てもらっています。ということで、今金には単身赴任で生活していますが、週に2～3回は当直で、週末は室蘭か仙台に居りますので、官舎での家事はほとんどしていません。また、ユーラップ岳、狩場山を眺めながら河川敷でウォーキングをしていますし、休肝日が週に2～3日ありますので、これまでになく健康です。

北海道弁や、北海道地元局のローカルニュースを毎日聞くことにまだ慣れていませんが、地元に戻ったという喜びを噛み締めながら、この地域の医療を支えていきたいと思っています。

### 文献

- 1) 川岸直樹、原田猛、楯秀貞：遠隔地小規模病院で緩和医療をおこなった直腸GIST術後Trousseau症候群の1例。日本病院総合診療医学会雑誌. 13 (2) :16-20, 2017
- 2) 川岸直樹、原田猛、楯秀貞：今金町国保病院におけるC型肝炎、B型肝炎に対する経口薬による治療。地域医療. 55 (2) :102-105, 2017
- 3) 川岸直樹、原田猛、楯秀貞：今金町国保病院における救急搬送受け入れ状況：道南ドクターヘリ運用前後4年間の検討。日本病院総合診療医学会雑誌. 13 (2) :29-33, 2017





函館市医師会  
函館渡辺病院

## 水 関 清

19世紀末葉に欧米人がThe Inland Seaと呼んだ瀬戸内海には、700ほどの島が点在する。その西南部に位置し、九州の大分・宮崎両県と四国の愛媛県が向かい合う「宇和海（うわかい）」と呼ばれる海域には、リアス式と呼ばれる沈降海岸が見られる。屈曲の激しい複雑怪奇な海岸線が続き、なぜ島にならなかったかと思うほどの、細く長く伸びた半島が入り混じる。

島であっても、半島であっても、山と山の鞍部が形づく入江が抱く、わずかな平坦地が広がる場所に、目地の漆喰が白い瓦屋根の集落が密集するという特徴は、共通である。集落を縫うようにして走る、見通しの悪い細い海岸道路を挟んで、小さな岸壁とそれに付随した浮棧橋がある。民家の軒と軒の間に挟まれるようにして、細い道が、たどたどしく背後の山へと向かう。登り坂をたどった先には、丹念に石を積み上げて築いた段々畑があり、蜜柑や薩摩芋、そして日々の食卓に添える野菜等が育てられている。

宇和海の、愛媛県に属する海域には10ほどの有人島が点在し、千人に満たない規模の人口を、背後に迫る山塊で隔てられた、いくつかの浦々で分かち合っている。陸上交通は難路の連続で、集落の中心部を結ぶ船便が便利である。船便が運ぶ本土からの物資以外は自給自足の島の生活。宅配便もタクシーも、救急車を呼んでも島の中にはやって来ない。海岸に点在する集落には、小さな診療所があるが、医師は常駐せず、複数の診療所を掛け持ちで担当する。医療機器も最小限のもののみで、住民が画像診断などを受ける機会は限られる。

どんなところで暮らしていても、人々が暮らすところには、多様な医療需要があるが、その密度が希薄で、医療従事者の常時配置が困難な場合にどうするか。そうした島では、予防医学が重視されるという観点から、地元駐在の保健婦活動と連携した、巡回診療船事業が続けられてきた。岡山済生会病院・大和人士院長の指揮のもとで、昭和37年に開始された「海をわたる病院」事業がそれである。今から45年前のこと、そうした「海をわたる病院」の現場を、医学生の手で見つめる機会を頂いた。夏休みの一時期を、面積3.9km<sup>2</sup>、当時の人口約700という、宇和海の離島・日振島で過ごしたのである。

細長い島の西側は断崖が連なり、東側には岬に隔

てられた3つの集落がある。はるか承平の昔(935年頃)、「伊予掾」として赴任した藤原純友が、海賊の一団を率いて出沒したのは、この日振島のある海域である。島には純友が築いた砦や海賊たちが使用したという井戸が残る。当時は、本土からの送水管が敷設される前の時代で、島の水は、高価な海水淡水化装置によって得ていた。この井戸も、「純友さんの井戸」として、軒を寄せ合う集落で使う生活用水の供給源として、なお現役であった。

島に一軒だけの旅館は、純友にちなんでその名も「海賊荘」。診療船の主役である医師や看護婦たちはここに宿泊し、私たち医学生の宿はその奥にある潮風に晒されて軒が白く反り返った寺のお堂であった。

「海をわたる病院」の活動に戻ろう。昼間は、医師の診察介助をし、撮影された医療画像をまとめて整理するなどの業務を担い、夜は、駐在保健婦・医師・島民の方々との懇談の場に陪席するのが、私たち医学生の仕事であった。漁師の一日の仕事開始に合わせて、採血などの検査は早朝から始められる。医師の診療は、漁師が沖から昼食のために帰ってくる時間に集中的に行われる。午後は、漁師の家族や、現地駐在の教員、警察官、公務員などが受診され、夏の陽が海面に近づく頃に、やっと1日の業務が終了する。

中でも、八面六臂の駐在保健婦活動には目を見張った。すなわち、年1回の診療船の定期巡回事業の際には、毎日島民の暮らしの場に出向く中で蓄積した島民の健康情報を、担当医に要領よく伝えて健診の質を向上させ、場合によっては適切な二次検診につなぐ、という重責を担っていた。そこには、診療船の定期巡回事業の一端を担いつつ、島民が「自分の体は自分で守る」という予防医学の考え方を浸透させるという、実務としての保健婦活動が、理念と無理なく溶け合ってひとつになり、しっかりと根付いていたのである。

そんな一日の終わりに、お堂の外に設えられたのが、沸かした海水をドラム缶に満たした露天風呂であった。慎重に踏み板を踏んで、火傷せぬように入ったこの日の湯の感触は今も鮮やかである。

一浴してお堂に戻って、夕食をとった。一日中一緒に働いて気心が知れた、件の50代のベテラン保健婦さんも同席していた。週1回、診療所に医師が巡回する日には診察介助をするが、それ以外は、ひたすら人々のもとを訪れて血圧を測り、家で食べる味噌汁の味を確かめ、体調の良しあしを聞いて回る。急患があれば、本土の医師に連絡して時には応急処置をするという。島に一人しかいない医療職として、懸命に担い続けてきた職責の重さを語り、この島には犯罪がなく、どの家も鍵をかけないと、ひと通り島を褒めた後、ポツリと漏らした一言は、さらに忘れがたい。

「ここは、傘の雫が掛かる島なのです」



## 10日間の市議会議員選挙

石狩医師会  
石狩湾耳鼻科

間 口 四 郎

耳鼻科の小医院を開業したのが2001年、以来医師会の会議、行事にはご無沙汰で、新年会は最初の年に出席しただけだった。家庭が一段落し、久しぶりに出た新年会が2018年1月。その時に立石会長が耳元で囁いたのです。「来年の市議会議員選挙に事務局の天野君を立候補させたいんだよ、これは古河先生とずっと前から相談していたことなんだ。天野君は医療行政に詳しいから、石狩市の医療のためにも議員になって欲しいんだよ」と。「そんな楽しい話があるなら、僕も仲間に入れてくださいよ。手伝わせてくださいよ」。その時の新年会に集まった医師が20人、一人30票集めれば600票。「当選できますよ」。酒も入っていたせいでしょう、久しぶりの新年会で選挙を話題にして陽気に挨拶をする自分がいました。でもその後、天野君は家族の反対もあり、立候補には難色を示していました。

「先生、立石会長から電話ですよ」。職員が電話を持ってやってきた。5月9日の午後だった。「なんとか説得に応じてくれたよ。ついては午後7時に集まってよ」。それは選挙告示日の3日前でした。

今まで行ったことがなかった医師会会議室。メンバーは5人。準備期間があまりに短いので、今回は見送るかどうかを議論。「ポスターの印刷が1週間かかるので、出来上がるのは投票日の前日になりそう」「今回はちょっと無理なんじゃないの」「選挙カーどうすんの」「選管の職員から『こんなギリギリにマジか?』と言われた」でも最終結論は「GO!」今回のチャンスを逃したら次回はない。手続きはたくさんあるけれども、12日の立候補届出に間に合うか頑張ってみよう、と。間に合ったら、13日に集まって改めて選挙対策を立てようと。

そして事務手続きは間に合いました。立石会長と天野君はほとんど徹夜状態。ポスターは選挙用の特殊な用紙をなんとかかき集めたようで、写真は急遽、動物専門の写真家が担当。それで、ポスターはなんとか間に合った。ポスター貼りは石狩病院の職員が遠く浜益までくまなく貼ってくれました。しかし私の描いていた選挙運動とは大きくイメージが異なっていました。選挙カーなし、めんこいウグイス嬢なし、お揃いの蛍光色のユニフォームなし。医師会の新年会に集まった先生方をお願いして、目指せ600票、立石会長の電話作戦。ドブ板選挙になりました。

握手の数が票の数、なんてうそぶいていたものの、戸別訪問はご法度、公職選挙法は、いろいろ制約があり厳しいです。投票日までの毎日、メンバーが集まり、翌日にやることだけを相談。翌々日以降のことを考えると頭がパニック、収集がつかなくなるのです。

立石会長の戦略、選挙事務所を前半は立石クリニック、後半は私の石狩湾耳鼻科に移動する。事務所の看板なら表に天野君の名前を人目に出せると。18日夜8時、選挙活動も終わり、3人でささやか打ち上げ会。家に帰り、運だけはいい、保健所のガス室を間一髪で逃れたテンと名付けているうちの黒猫の腹を撫でながら、「おいテン、今回は頼むからこの俺に運をくれよ」とつぶやいていた。

投票も終わり、5月19日夜、開票所の花川南コミュニティセンターに赴く。開票作業は午後9時からというのに、気が急いで家では待ちきれず、手ぶれ補正のついた最高級の天体双眼鏡、実況中継用の連絡用iPadを持参し、8時には受付をして「参観人No 5」の名札をもらった。2階の座席から1階の開票風景が見て取れる。10時から30分おきに開票速報のプリントが張り出される。25人の立候補に定員は20人。立石会長と緊張でカラカラの喉をお茶で潤しながら状況を見守る。10時半の速報、41.86%の開票で500票！ 当選が見えてきた。知人で報道担当の能村ロックさんに撮ってもらったのが下の写真、嬉しそうですね。11時50分、最終発表は985票で10位当選。能村さん曰く「直前の立候補は作戦だったんでしょう?」「いやいや、策を弄する余裕なんてない、てんやわんや状態」。会長曰く「次々に問題が起こるのに、それがなんとか解決されていく楽しい一日一日だった。でも医師会が今までこんなにまとまったことはなかった。貴重な経験だった」。



左：著者 中央：天野君 右：立石会長