

会員の ひろば

北海道医報では、特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容等を除いた幅広い多様性のあるご意見を掲載させていただいております。

ヘルニアを切ったの記

石狩医師会
花川病院

すがぬま ひろし
菅沼 宏之

2023年1月21日9時、自宅前の雪をスコップで押し込んだときに腰にぐきっときた。久しぶりのぎっくり腰か。痛い。雪かきを少し続けたが痛みで断念した。その後予定通り妻の車で散髪に行ったが歩くとお尻から大腿にかけて強烈に痛い。床屋で椅子に座ると楽になったが背もたれを後ろに倒すとこれがまた痛い。直立座位のままヒゲを剃ってもらい、洗髪も前屈みでももらった。家族との待ち合わせ場所にたどり着くため歩いているうち、腰を曲げて歩くと痛みが和らぐことに気がつき、人目をはばからず腰を深く曲げて地下街を歩いた。妻には何で整形外科に行かなかったのとあきれられる。硬膜外ブロックで一発で治まると説教された。

23日に麻生整形外科病院を受診した。MRIを撮影したが若干腰を伸ばして撮影し痛みが増した（もちろん技師さんは膝を曲げるなど配慮してくれていた）。L5/S1のヘルニアであった。先生から自然に吸収されることもあると説明を受け保存治療に望みを託した。いったん診察室を出たが深く腰を曲げ（50度くらいか）ないと歩けないので、希望して硬膜外ブロックを受けた。腰を伸ばしうつ伏せになった時点で痛みをこらえるのに必死、腹圧をかけさらに痛みが強くなる。ブロック後も痛みは治まらなかった。その後職場に出勤。4日後に日本医療機能評価機構による高度・専門機能の訪問審査を受けるのでその準備をしなければならない。5年前の資料を見つけ、アップデートする。あいまに担当患者のいる3つの病棟を回った。徐々に症状は悪化し3日後には腰の角度は70度になっていた。患者さんからは「お大事に」と声をかけられる。審査員へのプレゼンテーションの資料を作り、この内容で行くと

皆に説明する。ある病棟の師長から「その格好で出てくると、この病院大丈夫かと思われそうですよ」と言われ、事務長からも「お休みください」と言葉をかけられ休職することにした。

2月27日、訪問審査は他の先生にお願いし麻生整形外科病院を再受診。先生にどうしますかと聞かれ「切ってください」と即答、入院となった。車椅子で隔離室を兼ねた特別室に案内される。足にしびれが来ているのに気がつき安静を保たなかったことを後悔した。仰向けに寝られないので痛みの少ない姿勢（側臥位で股関節を屈曲）でひたすら手術を待った。

3日後に台にのって手術室に入り気がつけば病室に戻っていた。思ったより身体は楽で腰を伸ばしても痛みはない。手術を受けたのは学生時代の腎生検、肩鎖関節完全脱臼後の靭帯再建術に次いで3回目だったが、手術後の体調は段違いに楽で30～40年間の医学の進歩を身をもって実感した。翌日からリハビリテーションを開始。PTから骨盤の柔軟性を増す運動の指導を受け、また麻生整形外科病院の病棟の広い廊下を少しずつ歩いた。歩いている姿を見た主治医より退院の許可をいただき入院8日目に退院した。自宅で3日間療養し職場にも復帰した。腰を伸ばして歩いている姿を見た多くの職員から良くなったことを喜ばれ、皆様に心配をかけていたことを知る。若手医師からは快気祝いにシャンパンを贈られた。

リハビリテーション医でありながら疾患に対し無知で病状の重症度を理解できていなかったこと、入院するまで無理をして症状を悪化させたことを反省させられた。S1の神経症状は残っているが地道にリハビリテーションをしていきたい。手術をしていただいた麻生整形外科病院坂本直俊先生、また回診等がかかわっていただいた他の先生方、リハビリテーションスタッフ、看護スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。再発しないよう努力し、この経験を普段の診療に生かしていくことを決意する次第です。



死者の人権を守る —死因の究明

旭川医科大学医師会
旭川医科大学

しおの
塩野 ひろし
寛

死亡の種類は大きく内因死（自然死、病死）と外因死（不自然死、自殺、他殺、災害死など）に分けられる。

人が死ぬと医師は死亡診断書（死体検案書）を書く。これが市役所の戸籍係に提出されると除籍となり、天国に旅立つことになる。

しかし医師がご遺体を診て病死か外因死か判断できないとき、中毒死、自殺、他殺、災害死が疑われるときは、24時間以内に所轄の警察署に異状死体として届け出る必要がある（医師法第21条）。

届け出なければならない異状死といってもその定義は大変むずかしく、厚生労働省でも統一見解を持っていない。日本法医学会が1994年に具体的な「異状死ガイドライン」を発表したところ（〔4〕診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるものについて）

注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。

診療行為自体が関与している可能性のある死亡。

診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。

診療行為の過誤や過失の有無を問わない。

の定義に従えば、医療事故ではない診療中の合併症まですべて警察署に届け出ることになると萎縮医療につながるとして、平成13年には日本外科学会や日本内科学会から猛烈に反対が出た。すべて警察に届け出るのではなく、第三者機関を設置し、そこに届け出るべきであると。

異状死体の定義の問題は今も医療事故を中心として議論が続けられている。

一方、自殺は高齢者社会を迎えて増加の一途をたどっている。他殺は新聞に大きく報道されるので非常に多いように思われるが年間500人に満たない。

人が死に旅立つとき、病気で死ぬのか、外因死で死ぬのかは、死にゆく人の運命なのであろうが、残された家族にとっては死因により大きな影響を受ける。自宅の風呂の浴槽内での溺死でも、心筋梗塞やてんかん大発作のための溺死は病死、滑って転んでの溺死は外因死となる。病死であれば生前自らかけていた保険金額となるが、特約の契約をしていれば外因死の溺死となると金額は2ないし3倍の額となる。

また労働災害死や交通事故死では、病死の何倍か

にあたる保険金が家族に入ることになる。自殺では、加入後まもなくでは保険金が支払われない。バブルのはじけた頃は、高額保険金獲得を目的に他殺を自殺や病死に見せかけたり、交通事故死に見せかけた事件が起きている。妻に1億円以上の生命保険をかけてトリカブト毒とフグ毒であるテトロドトキシンをカプセルに入れて飲ませ、急性心筋梗塞を装って死亡させた沖縄のトリカブト事件や、埼玉の本庄保険金殺人事件では、複数の人に合計で15億におよぶ保険金をかけ、栄養剤と称して大量の風邪薬を飲ませ、解熱鎮痛薬の成分であるアセトアミノフェン中毒で死亡させたのは、その典型的な事件である。

一方、運転者の単独交通事故死と思われた例に、心筋梗塞発作や脳出血、時には急性アルコール中毒などが死因の場合がある。交通死亡事故は業務上過失致死の死亡であるにもかかわらずその1割も解剖していない。死因を外表のみで判断しているため、真の死因が不明のまま、事件後時間が経ってから社会問題となっている例も多い。

病理解剖はあくまで病気の原因を明らかにする解剖であるが、司法解剖はあくまで死因が病気なのか外因死なのかを究明する解剖である。そして死者が生前言い残して逝ったことを、解剖を通して聞いてあげる、いわゆる死者の人権を守る解剖なのである。

私にとって解剖は、これらの死因を明確にしておかなくてはならないという一種の正義感のようなもので、真夜中や休日でも剖検をし、メスを走らせる原動力となっていた。死因が明らかになったために、交通事故死が実は病死で、保険金が安くなり遺族から抗議があつて辛い立場におかれたこともある。

しかし、人の死に様を暴くというのではなく、解剖により真実を見抜き、真の死因を明らかにすることが社会にとって必要だと信じて働かなければ法医学者は寂しい。これが私のメルヘンなのかもしれない。



痛みながら、 執筆テーマを探った1週間

空知医師会
砂川市立病院

わたなべ なおみ
渡部 直己

北海道医報「会員のひろば」からの原稿執筆依頼が送られてきて、筆不精の私はどうしようかと思いました。とりあえず2022年11、12月、2023年度1、2月の投稿を拝読。その内容は臨床的内容、趣味的内容等が主体で気軽で良いと勝手に判断。テーマを何にするか考えることにしました。

- ①趣味：サロマ湖100kmウルトラマラソン完走を目指した40～50歳の自分。月間300kmを目指してトレーニング、体重も落ちて、65kgまで低下（現在は78kg）。ガーミンのランニング時計、たくさんのランシューズ、マラソン参加の遠征など、睡眠を除いた生活の半分がランニングだったかも。2013年位からはマラソン記録が伸び悩み飽きてしまい終了。そんなことで58歳時の2019年末秋には、3人の子供の手が離れたこともあり一部保険を解約したお金でキャンピングカー仕様のスーパーロング・ハイルーフハイエースを購入、車中泊キャンプを楽しみましたが、計画していた東北旅はコロナ禍でできず、これまた中途半端となってしまったエピソード候補。
- ②仕事1：中空知のコロナ診療も呼吸器内科というだけで、初期から関わってきましたが、対応する入院患者様は中等症Ⅰ、Ⅱの呼吸不全患者様ばかり。当初地域の呼吸不全患者様は、道央圏に送っていいはずでしたが、道央圏の感染病棟が爆発して、中空知は勿論、南は苫小牧、北は羽幌から、毎週のように当施設へ金曜日の夜から土日に搬入される患者様たち。コロナの抗炎症治療法も手探りの中、体力とメンタルを持っていかれた $\alpha\sim\delta$ 株のコロナ禍での診療体験についても考えましたが、すでに記事としては句を過ぎているため、このエピソードもボツ。
- ③仕事2：還暦を越えてもなお、私を苦しめるのは専門である肺癌の診断と治療の進歩のスピードと（ガイドラインが2021年から2022年にかけて100頁増えました）、その理解および実践をして、適格治療を患者様に提供するため、ゲノム診断に十分な量の気管支鏡下の検体採取の難しさ等々日々の診療について書こうかなと思いましたが、愚痴になるのでこれもボツ。
- ④家庭について：3人の子供は関東、関西、札幌に在住。みな結婚して親の役目は果たせほっと一息。可愛い孫も2人（夏には3人になります）でき、うれしい限りです。孫の成長（画像中心）は、何

故にこんなに嬉しいのだろうかと思感しています、等家族について書こうと思いましたが、平凡なのでこれもボツ。

- ⑤健康：内臓脂肪蓄積傾向がある自分。肥満によるNASHがあり、一念発起、マラソンを2007年位から始め、サロマ湖100kmウルトラマラソンや北海道マラソンに参加するほどに、嵌ったことは既に記載しましたが、東北大震災以降、ランニングモチベーションが低下。体重が68kgを超えるとALTが31（正常値上限）超えの肝障害持続する自分。禁酒だけではだめで、徹底的な体重管理、カロリー制限しかないようです。最近の検診では肝炎から肝硬変への進行が指摘され、食道静脈瘤もダイナミックCTで確認。適度な運動とカロリー制限中心の自己管理の徹底を再開したところです。同時期に、背部痛と血尿があり。良性疾患の「痛みの王様」尿管結石を発症、体外衝撃波治療もつい先日経験しました。
- ⑥健康2：尿管結石が落ち着いたと思ったら、今度衝撃波治療を受けて2日後の夜から、なぜか後頭部痛、後頸部痛に悩まされ、頭部の前屈、後屈、左右に振ることが一切できなくなる、いわゆる“ストレートネック”状態になりました。この首の痛みは、尿管結石発作時よりひどく、起きていても、寝ていても痛い状態が続き鬱になりそうです。カロナル、ロキソプロフェン飲んででもだめで尿管結石のためにもらった座薬も併用。YouTubeをみてテーピングも試してみました。なんとか整体に予約を取って施術もしてもらいましたが、炎症が強く、無理はできないとのこと。冷却と安静を進められました。痛みが少し解放された時間に締め切りが迫ったこの原稿をしたためています。1時間前は痛みで泣きそうでした。週明け予定している仕事のスケジュールをこなせるかも心配です。週明け整形でMRI撮像してもらいます。痛み止め追加してもらいます。近くの整体にも行きます。必死でよくします。そして、必死で原稿書いています。

結果何もまとまりませんでした。こんな感じで生きています。

“ストレートネック闘病記”の後日談を報告する機会があればよいのですが。

この内容で勘弁していただきます。

原稿執筆の思い出は、「痛い」でした。終わり。

8番ホール

苫小牧市医師会

和田 啓二

先日ゴルフ番組を見ていたとき、どこかで見た風景だ、と以前プレーしたことのあるコースを思い出しました。そこは有名なアメリカ西海岸にある Pebble Beach Golf Links。その8番ミドルホールはグリーンから見ると断崖絶壁の上から第2打目を逆光の中打ってくるような絶景のコースになっています。

テレビでは断崖絶壁の上での映像でボールの位置は赤い線の崖側、崖に向かってやや斜面の途中に見えます。落下防止の柵などはありません。選手はアメリカのトッププロのジョーダン・スピース。何時もですとプロ、アマ問わず絶対にその位置からは打とうとしません。赤い線と崖の間は1メートルにも満たない場所で、このとき同伴競技者を含めキャディは追加一打を負荷して後方からのプレーを勧めたようです。というのも崖から落下しますと真っ直ぐ下まで約20メートルの高さがあり下は海が入り込んでいます。奥行き（グリーンまでの距離）は約100メートル位あります。引っかかる場所もあります。しかし、トッププロは1打の重みを知っているので何とかできる、という判断だったようです。私もプレーをしていて崖のない斜面の普通の左足下りの状況でさえ時々体制を崩して転倒したりすることがあります。今回はその状況で体制を崩すことは許されないわけです。

私が数年前にこのコースを周った時、8番ホールはティーグラウンドから崖の手前までは表示で約230ヤードで、プロはアイアンで第1打を攻めアマにもならない素人はドライバーです。その時はティーグラウンドが少し前に出ていたような気がしましたが私はドライバーで気持ちよく振り抜きました。ボールの行き先はフェアウェイが少し山なりになっていて落下地点は見えません。初めてですから第2打地点が崖の手前であるとは聞いていますがどの程度か計り知れません。キャディは付いていません。4人で1打目を打ち終わりフェアウェイを歩いてボールを探しながら進むと3人のボールは見つかりましたが私のはその辺にはなくどうも崖に向かって転がっていったようです。崖に向かって近づいて行くと徐々にその全貌が見えてきて遥か下の湾の恐ろしさに立位ではエッジの近くまでは行けそうありません。崖の深さに脅威を感じ20メートルが100メートルにも見えます。しかしボールを確認するためにはどうするか、と考え四つん這いになってエッ

ジまでゆっくり進みました。下を見ると目眩するくらいの高さでボールを探すどころではありません。後退りしながら5メートル位後方に立ちゆっくりとため息をついて、1打目のボールは諦めリブレースエリアに新しいボールを置きました。ところがエッジから3メートル位離れたエリアですが、打とうとすると今度は視界の恐ろしさに足がすくんで震えてしまい第3打目も崖の下でした。足の震えはその後も収まらずボールをさらに後方に置き、崖の左側をそろそろとアイアンで進みました。その晩ホテルに帰ってからも恐怖心が取れなく眠れませんでした。ゴルフを始めた頃より一生に一度はプレーをしてみたいゴルフコースと言われ願いが叶ったのですが、私は一生に一度しかできないコースかも知れない、とつくづく思いました。あの崖から落ちた人はいないのだろうか、と聞きましたがそのようなことは一度もないとのことでした。本当かな。

スピース選手ですが、第2打を体重を崖の反対側にかけて打ったようです。スウィング後ボールは真っ直ぐ飛び、その後身体は崖の反対方向に倒れかかり落ちないで済みました。ボールはグリーン横に行きナイスショットです。ただその後のインタビューで子供のことを思ったらできなかった、と話していたようです。足がすくまないで打てたのかな？と同じ人間だったら思ってしまう。一度その湾の景色を見てしまうと足の震えは止まらないと思います。プロは違うのでした。

久々に思い出したコースに自分の経験を重ね合わせましたが、再びプレーしたいなと思う今日この頃です。



8番ホール 手前グリーンからの写真です

朝の運動

北見医師会
白川整形外科内科

しらかわ ひさつな
白川 久統

私の朝の運動習慣について書かせていただきます。
ただ今56歳の私ですが、話は30代に遡ります。母の兄弟には生活習慣病を患っている人が多いと聞いていましたが、とうとう健診で尿酸値高値が発覚。学生時代ラグビー部で走り回っていましたが、卒業、医局入局以来忙しさにかまけて運動らしい運動もせず、私の体重は変動を繰り返しながら徐々に増加していました。このままでは、動脈硬化、心筋梗塞、脳梗塞へまっしぐらかと流石にまずいと思いました。娘も生まれ、親としての自覚もわずかばかり出てきたところで、一家を路頭に迷わせるわけには行かない！と私の健康生活が始まりました。妻の協力で、糖尿病食の朝、夕食。勤務先の病院食。そしてこの頃から私の朝の運動が始まりました。この時、始めたのが朝1時間のエアロバイクです。夜間の呼び出しで、睡眠が十分にとれなかったとき以外は続け、半年経過する頃には体重が10kg以上減り、標準体重となりました。しかし、やはり体質なのでしょう。体重減少に伴い尿酸値は減少傾向ではありましたが、それでも7から8台で経過。食餌療法、運動療法のためのコントロールは断念し、薬物療法を導入することにしました。するといとも簡単に尿酸値6未満が達成されました。その後、食餌療法は体重の状況をみながら、強弱をつけ調整し、自転車は継続しました。その後、子供と一緒に家族で親子マラソンに参加する機会があり、それをきっかけに週に1～2回はランニングするようになりました。そのような中で息子が中学校でソフトテニス部に入り、もっと上達したいので、早朝市営コートで行われているクラブチームの練習に参加したいという話がありました。中学生の参加は保護者の同伴が必要ということで、同伴。見学しているだけでは時間ももったいないし、一緒に運動できるなら一石二鳥と私もクラブに入会させていただき、それ以来、朝のテニスが続いています。早朝5時から6時の1時間。4月から10月まで半年間。できるだけ毎日参加を目指していますが、雨の日はお休み。仕事の関係で行けないこともあり、平均すると週4回には届かないくらいです。秋になると風の強い日は落ち葉掃除で時間が過ぎてしまうこともあります。早いもので始めて10年が過ぎました。クラブには90歳台で頑張っている方もいらっしゃいます。そんな皆さんの背中を見ながら、なかなか上達はしませんが細々と続けて行きたいと思っています。

九份逍遙

石狩医師会
石狩病院

えぐち みちお
江口 周生

コロナ禍でここ3年間、海外旅行とは完全に無縁だった。やっと規制が緩和されてきたので逸る気持ちを抑えきれず、令和4年10月になって遅い夏休みの行き先を考える。長くは休めないで、近くて入国し易い台湾に決めた。家族で台北市内を観光し、小籠包と台湾式マッサージを満喫、ショートトリップ先として九份を訪れた。中心街にある忠孝復興駅前のバス停からバスに乗り2時間程で目的地に到着した。丁度夕刻あたりに着くよう出発時間を調整しておいた。行かれた方も多いと思うが、台北の東北約30kmに位置する山間の小さな町で、赤い提灯が連なる町並みは何ともいえぬノスタルジックな雰囲気醸し出している。1893年に金鉱が発見されて繁栄を誇るも、金鉱脈が尽きると寂れて打ち捨てられた。

しかし映画のロケ地やモデルとなったことで観光地として復活し、今や絶大な人気を集めている。上り下りがきつい細い路地は迷路のようだ。目当てのカフェに辿り着けず困っていたら、土産物屋のお姉さんが親切に行き方を教えてくれた。

香港に行ったとき、ホテルの場所がわからなくなってしまい、若いカップルが親切に案内してくれたのを思い出した。

民主化運動が厳しく弾圧され、自由を謳歌していた香港の政治体制が大きく変わったのは、それから間もなくしてのことだった。彼らは今どうしているのだろう。台湾有事が取り沙汰されており、中国のトップは武力行使を統一の手段として放棄しないと明言している。日が落ちて提灯に艶めいた灯りがともり、人々は皆スマホで写真や動画を撮りながら、各々の楽しい時間を過ごしている。穏やかで平和な夜の訪れだが、直ぐ傍には目的を遂げるために血を流すことも厭わない冷酷非情な国際政治の力学が存在していて、どちらも現実の世界であることに間違いない、そんなことを考えながら、ふとズボンのポケットを探ったらアレ？ 九份に着いてバスを降りる時、間違いなくピッとタッチした悠遊カードがない！ ポケットからスマホを出し入れた時に、ケースの縁に引っ掛かり出てきて、ひらひらと音もなく九份の地面に落ちてしまったようだ。愕然として妻と娘にその旨を告げると二人は顔を見合わせ、“またこいつやらかしたな、海外に出ると何時もこうだ、嫌になっちゃう”オーラを全開で出し始めた。私としては“これでまたひとつ旅の思い出作りができたし、スマホを失くすよりいいだろう”とアホな負け惜しみを言うしかなかった。

JMTDR（国際救急医療 チーム）設立40周年

函館市医師会
函館新都市病院

あさ い やす ふ み
浅井 康文

今年は関東大地震（1923年）から100年、北海道南西沖地震（1993年）から30年、東日本大震災（2011年）のから12年です。第28回日本災害医学会が盛岡市で開催され、最終日の3月11日に、JMTDR/JDR設立40周年の記念シンポジウムが開かれました。国際救急医療チームはJapanese Medical Team for Disaster Relief (JMTDR)、現在は国際緊急援助隊 (JDR : Japanese Disaster Relief) と呼称されています。

JMTDRは、カンボジア難民支援として1979年から日本政府が医療チームを派遣、その教訓を踏まえ1982年に設立されました。1987年には国際緊急援助隊法が制定され、救助チーム・医療チーム・専門家チームの派遣などを中心とした人的な支援体制が確立されました。1992年に成立した「国際連合平和維持活動等に対する協力に関する法律 (PKO : Peace-keeping Operations)」に基づき、紛争起因はPKO、JDRは自然災害と線引きされました。JDRは、GO（政府組織）で、国連の要請主義に従い、そしてボランティア組織で、派遣期間は原則2週間です。

筆者は道立札幌医科大学に在職中は、2000年まで法律によりJMTDRに登録していても、地方公務員は海外派遣に加わることができませんでした。1995年1月17日の阪神・淡路大震災の際、例外的に政府の要請（村山富市内閣で、旭川市出身の五十嵐広三内閣官房長官）で、JMTDRとして神戸市・東灘区へ派遣されました。その後2000年に身分（地方公務員：公務外であれば、参加可能。JICAより業務を委嘱、覚書を締結）、補償（労働者災害補償：地方公務員災害補償法）などの問題が法律で改正されました。2001年1月14日の中南米エル・サルバドル大地震では、地方公務員として初めて派遣されました。政情不安下でライフルを持った軍隊に守られての医療活動でした。

2003年10月より、国際協力事業団 (JICA) が独立行政法人となり、国際協力機構 (JICA) が発足しました。初代理事長に緒方貞子氏が就任し、New JICAとして皆盛り上がりました。現場主義で、語録として、「そういうことは頭の問題はなく、体の動かし方の問題なのよ」「人道機関はね、理屈が通らなくても、生きて人を帰すことのほうが大事なのよ」などがあります。

インドネシアのスマトラ島沖地震は2004年12月26日に発生し、大津波により被害は10か国に及びまし

た。先遣隊としてバンダアチェに派遣され、そのまま第一次隊となりました。この地域はインドネシアからの独立運動が一番盛んな特別区であり外国人立ち入り禁止でしたが、軍隊に守られての派遣でした。この地震では、スリランカ（1次・2次）、モルディブ、タイ、インドネシア（1次～3次で自衛隊に引継ぎ：All Japan）と4か国への同時派遣で、JICAの機材、医薬品備蓄全部が払出しの状態となった大掛かりな派遣でした。

派遣時にあたっては、大学からのご理解と、職場に残っていただいている方々への感謝も忘れられません。活動としては、医療調整員として、2005年に鈴木靖先生（元北海道消防学校、札幌市スポーツ局）がインドネシア地震災害（ニアス島）で活動しました。医師としては、2006年に丹野克俊先生（元札幌医科大学、森山メモリアル病院）がインドネシア・ジャワ島中部地震、2015年にネパール地震で札幌医科大学救急医学の沢本圭悟先生の派遣があります。JMTDRの1979年から2022年までの医療チームは、1986年以前：計22チーム（延べ482名）、1987年以降計59チーム（延べ約1,000名）の派遣実績があります。現在の緊急援助の世界は昔と較べて隔世の感があり、派遣の医療班の規模は、他国と同じように巨大化しています。WHO（世界保健機関）のタイプ2の導入（外来・手術・入院機能を持つ野外病院を展開）や、ASEAN（東南アジア諸国連合）をはじめとする災害医療に携わるチームの成長など、新しい展開が進んでいます。

JMTDRは、日本の国際協力の中で貢献が最も目に見える協力の一つです。今年の2月6日発生トルコ・シリア大地震では、トルコ政府の要請を受けて、救助チームは発災当日に出発、それに引き続いて医療チームも出発しています。今後とも、災害に対する、シームレス・Sustainableなフィードバックやフォローが必要です。

2005年に災害派遣医療チーム (DMAT) が発足しましたが、阪神・淡路大震災での教訓を生かしており、DMATの研修では、JMTDRの研修のノウハウが多く用いられています¹⁾。

文献

- 1) JMTDR設立40周年記念寄稿集、JICA、1～30、2023



約17年間、慢性期病院に勤務して感じたこと

札幌市医師会
札幌西円山病院

いそべ
磯部 たけし
健

札幌西円山病院は常に進化し続けている。そう感じています。私は2006年7月から当院に勤務しています。初めは介護病棟や回復期リハビリ病棟などに配属されましたが、2007年4月より障害者一般病棟（8B病棟）に配属され、それ以降、同じ循環器内科出身の先輩医師（北大出身の優秀な先生です）とペアを組み、8B病棟を2人の医師で守り続けています。この約16年間で入院している患者さんの様子も変わってきました。以前はほとんどの患者さんが経管栄養を選択し、寝たきりの方がほとんどだったのですが、最近になり、寝たきりの患者さんも確かにいますが、比較的まだ動ける患者さんも入院するようになってきました（ただ全体的に病態は重症化しているという印象はあります）。入院日数も以前に比べれば劇的に短くなってきています。ある程度治療が終了したほとんどの患者さんは、次の療養先に転院もしくは退院するようになりました。リハビリやケアを駆使し、患者さんが次の療養先で安心、安全に暮らせるよう調整するのが私たちの主な仕事となります。そのためには、もちろん患者さんを内科的にも安定させることが条件になります。

私が勤務を開始した当初は、峯廻攻守院長（現在の名誉院長）でしたが、その診療の姿勢から、高齢者医療の哲学を学ばせていただきました。また、私自身が札幌医科大学旧第二内科で診療の基礎から教えていただいた、浦信行院長になってからは、難しい時代を切り開く、これからの高齢者医療の方向性を示していただき、私も微力ながら、札幌西円山病院の進化に協力することができました。2016年4月からは神経内科の先生方にも診療部に加わっていただき、その後、神経内科総合医療センターが設立されました。神経内科の先生方はとても勉強熱心で、私もとても良い刺激をもらっています。

当院の病院理念は「親切、丁寧、敬愛」です。私もこの理念を常に念頭に日々診療しています。高齢者に寄り添い、信頼される医療を提供することが私の使命と感じています。過去には単に慢性期医療を中心に提供していましたが、慢性期救急医療を含む多機能慢性期病院として、Subacute患者さんをも受け入れる病院へと進化しつつあります。私が当院に勤務し続けて感じたことは、患者さんやご家族との距離が近い医療を提供できているということです。急性期の病院と比較して、患者さんひとりひとりに合った、テーラーメイドの医療を提供できます。

先ほども言いましたが、患者さんやご家族に寄り添い、他のメディカルスタッフと密に連携し、その患者さんにとってどうしたら幸せになれるのか、真剣に向き合っ、方向性を決めることができます。これは当院の強みと感じています。当院は老年内科を標榜しています。ぜひ、若い先生方にも老年内科の現場がどういうものなのか、見に来てほしいと感じています。そして急性期病院ではあまり体験できない、その人自身全身をトータルケアできる現場を体験してほしいと思います。

当院には回復期リハビリ病棟、医療療養病棟もあり、多くの先生方が活躍されております。また、全体の病床数は603床、その他に60床の介護医療院も併設しております。当院では、障害者一般病棟、医療療養病棟、回復期リハビリ病棟においてそれぞれ専門的治療を提供できております。私が日々感じていることは、当院に勤務している病院スタッフひとりひとりが自分の仕事にプライドを持って仕事ができているということです。今後も私自身も誇りを持って、より質の高い高齢者医療を提供していきたい、そう感じています。他の病院に勤務する医師に、「札幌西円山病院なら安心して任せられる」、そう感じてもらえるよう日々研鑽を積み、努力したいと思っています。

ご高齢な患者さんを入院させる必要がある、そんな時には、当院もぜひ選択肢の一つに挙げていただけたらありがたいです。診療連携などでご縁があった際は、当院に相談していただけたらと思います。患者さんには「札幌西円山病院を選んでよかった」と思っただけのよう、誠心誠意努力することをお約束いたします。最後になりましたが、札幌西円山病院を今後ともよろしくお願ひ申し上げます。



札幌西円山病院正面玄関にて撮影

「バーの扉」*ススキノ編・中編 Fight (f)or Flight

札幌市医師会
華岡青洲記念病院

はなわか けいいち
華岡 慶一

私の苦手な人間は、「想像力を欠いた人間」だ。自身も普段から「もの」の解釈には、できるだけ多面性に配慮しようと心がけているが、これがなかなか難しい。自分の心の状態と、相手の心の状態（価値観・方法論）が関係する。議論が噛み合わない主張をする人の答えは、すでに決まっている。自分の都合（褒めてくれるスポンサーの利益）に合うように。それは、スポンサー側の「ピグマリオン効果」であり、本人側の「自己願望の成就」である。人類は、進化論的に、他者に対してマウントをとり、いかに自分の遺伝子を残すか（進化の最適戦略）に腐心してきたのだ。

社会に出てしばらくしてから、民主的合意形成の難しさを痛感するようになった。議論に基づいた弁証法的手法では、無能（空論）に引き寄せられ、止揚命題は空疎化した。

医学領域では、デカルト以来、因果律に基づいた「唯物論的科学」・「物質（要素）還元主義的科学」は多数派だ。

私は最近、従来の因果律的科学に対して「非因果的連関の原理」・「量子もつれとシンクロニシティ」は、未来の可能性と考える。そのためには、「観測する側（認識）」と「観測される側（対象）」つまり「精神」と「物質」を統べる理論体系の構築が必要だ。

この世の本質を追求する真の科学研究者とは、「たったひとつの疑問（本質的テーマ）を生涯考え続けられる人」のことらしい。私には、その「能力」も「胆力」も「興味対象（量子生物学については全く無知だった）」もなかったので「宇宙飛行士」に憧れた。結果、私の選んだ道（循環器急性期医療）では、目前の問題にすぐさま対処しなければならない。だから、今に至るまで、成立しない会話（合意を旨さない議論）に意味はない（J・J・ルソー）と思っている。果たして、我々は、進歩しているのだろうか？

今、私がいると感じている世界は、あたかも、顕在意識と潜在意識の間を行き来しているかのようだ。夢幻／潜在意識／想像界が右脳の夢なら、現実／顕在意識／象徴界と感じているものは左脳の夢なのではないか？ 最新神経科学研究によれば、我々の判断（情報処理）の95%が潜在意識で処理されているという。また、顕在意識において、自分自身が「愚か」なのか「無知」なのか、「いずれでもない」に確信を持てる人間は、一体どれだけいるのだろうか（ダニング＝クルーガー効果の正と負）。現状を見ても、状況は深刻である。Twitter（最大140字）は——文章リテラシーに依存しないで——読めた気になれる限界点であると言われている（それでも日本人の1/3が実際は読めていないという統計もある）。結局、個人の認識と対象の関係は——カントを引くまでもなく——対象が本人の認識（能

力）に従うのだ（自分の能力通りの解釈に収斂する）。歴史を振り返ると、それをメディアが悪用して大衆を煽り、衆愚政治（民主主義）を生み出す構造は、新聞時代も、TV時代も、ネット・SNS時代も基本的には変わらない。寧ろ、衆愚が——隅々まで炙り出されて——発信するようになった（自分も例外ではない！）。それは活字でも映像でも——新聞・書籍でも映画・TVでも——Twitter・SNSでもYouTube・TikTokでも同様だ。時代と媒体は変化しても人間の能力（リテラシー）は限界が自ずと規定されている。

個々の関わり方の観点からは、リテラシー能力の異なる関係の議論（Fight）は、お互いの益にならない。そんな時は、「逃走（Flight）してもいい」と気付いた。その時に注意しなければならないのは、自分の「心」の状態だ。心は取り巻く環境によってしばんだり、膨張したりする。負の感情（嫉妬・エゴの感情）の影響を受けると、心のあり方に厄介をもたらす。それは様々な形態で心の隙間に忍び込み、内部に染み入る。結果、未来からのメッセージ（全ての記憶・記録が存在している「ゼロ・ポイント・フィールド」からの）はネガティブなものとなる（負の引き寄せの法則）。

院内会議報告が届いたのでこれ幸いと、中座した。報告内容は予想通りだった。瞬間、私の体は無性に酒を欲した。強い酒を。これまでもこんな時は酒の力に頼ってきた気がする。それで失敗も成功（成長？）もした。果たして今日はどちらなのだろう？ その時私は、書を捨て街へ出ることを選んでしまった（否、会議を捨て「バー」のある街へ）。車を呼んで36号線を西上し、狸小路の西の外れにあるワインバーへ入った。シャルドネで、マッシュしてないポテサラとエビフライをタルタルソースで頂いて、強い酒を所望した。しかし、グラッパもマールもジンもないという。シングルモルトの気分ではなかった。仕方なく支払いを済ませて外へ出た。3条通りを東へ下りながらある地下のバーの前に来た時、そこで起きた昔の妙な話を思い出した——それは、波長のあわない人間に、「干渉」した結果（負の感情に任せて）、不協を発したことの当然の帰結だった（心と脳は「藁クズ」で一杯だった）。「さすがにここは無いな（デジャブー）」と思った時、ふと、頭に「ある考え」がよぎった。もしか、何かに導かれているのか？ とすれば、今日の演出家は、タヌキではなく、キツネなのか？ ……こうなったら久しぶりの「ススキノ冒険物語・バーの扉の向こうのファンタジー・ランド」巡りか……。男子が大人になったら「バー」は、チャンドラーを引くまでもなく、「Fantasy」の世界であり、扉は『別世界への入り口』である。だからこそ探偵もバーにいる。この冒険には、いくばくかのルールがある——それは、縄張り最低限の決まりごとだ。まずは、心が収縮している時は、知らないところには近づかないことだ。また、良いバーは外れにある（ハズレではない）と相場が決まっている。そこで、キツネを探して南下することにした。ススキノ横断である。この判断が「吉と出たか凶と出たか」は後編で。

Physician-Scientistを続けて 今思うこと

札幌医科大学医師会
札幌医科大学附属病院

なか せ ひろ し
仲瀬 裕志

Physician-Scientistという言葉、みなさんよくお聞きになりますよね。

Ganesh K先生のNat Rev Gastroenterol Hepatol (参考文献)には以下のように記されています。“Physician-scientists are uniquely positioned to bridge the gap between practising clinicians and biomedical scientists.”直訳しますと、Physician-Scientistは、臨床医と生物医学者の間のギャップを埋める立場にあります。

私は、いま札幌医科大学消化器内科学講座でPhysician-Scientistとして、臨床・教育・研究に従事している立場にいます。なぜ、自分がいまアカデミアで働いているのか？それを説明するためには、私自身の経歴を語る必要があると思います。

私は、まず医者として第一線でやっていくには、臨床なかでも救急を学ぶ必要があると考え、平成2年神戸大学医学部を卒業後に、神戸中央市民病院(現：神戸市立医療センター中央市民病院)のレジデントとして勤務を開始しました。その後も、臨床医として一般病院で研鑽をつんでいこうと、高槻病院、そして西神戸医療センターで仕事をしていくこととなります。当時は内視鏡に夢中で、内視鏡を持たない日はなかったです。西神戸医療センター在籍時は7年目の医師でバリバリの消化器医として、外来患者も数多く診察し、上部・下部・ERCPなんでもござれ、ときには血管造影までやっていました。大変でしたが、毎日、病院で働くことが楽しくて！

でも、その私がいま大学という場所で、基礎と臨床研究に取り組んでいます。

そのきっかけは、京大名誉教授千葉勉先生からの、京大大学院へこいという言葉でした。正直、大学院には、全く興味がありませんでした。しかし、当時の西神戸医療センターの小森部長から、『一度大学院で研究してこい、基礎研究は絶対臨床にも役立つからな。終わったら西神戸に戻ってくればいから』という言葉強く信じ(この願いははかなく消えていきます。人生なんてこんなもんです。絶対、思ったようにはいきません(笑))、京大大学院に進むこととなります。

京大大学院では岡崎名誉教授そして田畑教授(京大再生医科学教授)の厳しくも楽しいご指導のもと、基礎医学に専念することとなります。ここで学んだ一番重要なことは、研究における準備の大事さ、そして緻密さです。そして、常にデータを見る時に本当にそうか？という目でいつも見ることでした。Natureの論文でさえも、間違っていることがあるということも学びました。準備・緻密さというのは、臨床でも必ず必要なことなのです。みなさん、内視鏡や内視鏡治療を行う場合にも、患者さんの基礎疾患・バイタルを必ずみますよね。そう、準備200%で物事に取り組むことに、基礎と臨床との間に何も違いはありません。

医者になって、内視鏡の腕も上がって、ちょっと天狗になっていたときに、基礎医学の道に進んで、

コテンパンにされました。医師として、様々なことへの取り組みへの甘さ、それを気づくことができたのも、大学院で研究生活をおくることができたからだと思います。この経験が自分にとって本当によかったと今しみじみと感じています。もし、そういう経験がなければ、おそらく小生は思い込みの強い(診断や治療にバイアスをかけてしまう)医師になっていたかもしれません。

基礎研究はそんなにうまくはいきません。但し、一番重要なことは、「なぜうまくいかないのか？」ということについて、1つ1つ物事を検証する、この過程が重要なのです。これは、臨床においても大事なことです。医師は「なぜ、患者さんがよくなるのか？」ということを考えて治療していかねばいけません。小生の分野だと、様々な新薬ができています。昨今の若い医師の中には、病態を考えずに、いろんな薬をつかうような傾向があります。それは絶対にいけません。効かないのであれば、その理由を明確にして、そして次の治療を考えていくことが大事なのです。

臨床医学は極めてPracticalな学問ですが、その基盤となっているのは基礎医学です。「なぜ？どうして？」というClinical Questionを解決する際に、基礎医学の知識が必要なのです。だからこそ、若い先生には、一度は基礎研究の道に触れてほしいと思います。長い4年と感ずるか？短いと感ずるか？大学院に入学しても、研究結果がでないときには、「なんでこんな経験せんとかあんのや！」と感ずることもあるかもしれません。そして、「そんな経験しなくても、おれは一人前や」という方もおられるかもしれません。でも、基礎研究を経験したとしないでは、その後の医師としての物事に対する考え方、そして進め方が大きく変わると思います。

全く、基礎研究など興味のなかった私だからこそ、みなさんに言えるのだと思います。

物事をじっくり考える時間、それを作ってほしいのです。そして、その後、研究と臨床を継続するという荊の道(いいすぎかな?)を選ぶもよし、臨床に戻ってもよいと思います。でも心に刻んでおいてほしいことがあります。みなさんが抱えているClinical Questionを解決することは患者さんの幸せにつながるということだということを。

そろそろ締めくくりたいと思います。お時間のある時に、Ganesh先生の文章を手に入れて読んでください。彼女の病院でのとっても素敵な仕事ぶりが目に浮かんできます。彼女は、最後に以下のように述べています。

“The ability to combine such responsibility with curiosity-driven scientific inquiry and the potential to positively influence many lives brings tremendous meaning and joy to the day’s work.”

この文章、本当にしびれますねえ！

この寄稿を読んでもくれた若い先生が一人でもPhysician-Scientistを目指してくれれば、こんなに嬉しいことはありません。

参考文献

Ganesh K. The joys and challenges of being a physician-scientist. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2021;18 (6) :365.

冬のうた

上川北部医師会
名寄市立総合病院

おおいし ゆり こ
大石由利子

我が家は2016年10月、長男が1歳になる直前に名寄市にやってきました。名寄は「雪質日本一」を標榜する町。冬を楽しまない手はありません。とはいつつ、子供が小さいことや最低気温がマイナス20度を下回る冬の寒さを言い訳に、もっぱら近所の公園でそり遊びやかまくら作りなどして雪質を感じることもなく冬をやり過ごしていました。

そうこうするうちにあっという間に6年が過ぎ、2022年冬シーズンがやってきました。今年は今までとは少し事情が違います。長男は小学生になり学校でスキー授業が始まります。名寄で生まれた二男も5歳になりスキーだってできそうです。子供のために今年は気合を入れなくてははいけません。雪が降る前に家族4人分のスキーを一気に購入しました。スキーを買ったのはかれこれ20年ぶり、いや30年近く経っているかもしれません。私が知るスキー場は“カービング以前”のスキーをはいた人々で溢れ、スピーカーからは松任谷由実の「恋人がサンタクロース」や広瀬香美の「ロマンスの神様」、globeの「DEPARTURES」が繰り返し流れていた時代(古過ぎて分からない方すみません。ググってみてください)。しかし今やスキー売り場にはカービングスキーしかありません。いや、2016年時点でそうだったはずですが時代に取り残されていたことを改めて実感したのでした。

果たして、無事自宅から車で15分程度の距離にある地元ピヤシリスキー場にてスキーデビューを果たした我が家ですが、ここで名寄の凄さに驚愕します。なんと、小学生と幼児のリフト券は事前申し込みでシーズン券が無料です。ボーゲンも怪しいのにスキーウエアのチケットホルダーにはシーズン券が輝く北国キッズの誕生です。スキースクールには申し込みが間に合わず通えませんでした。シーズンが終わる頃には一人でリフトにも乗れるし、なんとかブルークボーゲンで斜面を滑り降りるようになりました。環境ってすごいですね。

さらに今年は新たな冬の楽しみ、雪像作りにもチャレンジしました。名寄では『なよろ雪質日本一フェスティバル』という雪まつりが開催されるのですが、それに合わせて市民ミニ雪像コンテストが行われます。高さ1m以上の雪像を作り、コロナ感染の影響を考慮し写真で応募するスタイルで、後輩にそそのかされ人生で初めて雪像なるものを作ることになりました。まず100均で雪を削る小さいコテの

ような物やスコップなどを購入し準備開始。作成日は天気は良いけどマイナス15度にもなるような寒い日です。寒さがすぎるため雪がサラサラで固まらず出だしから絶望感が押し寄せます。雪像用に雪のブロックを新たに作るのには断念し、除雪でできた雪山を削りだす方針に変更です。2日かけて眉間からチェーンソーが生えた人気アニメのキャラクターを無事作りあげました。名寄に来て雪像スキルまで身につけてしまいました。おまけで特別賞をいただき、雪まつりで使える金券で皆の空腹を満たしました。

あとは、憧れのシマエナガに会いに行きたいとか、せっかく名寄にいるのだから極寒の早朝にサンピラーを見てみたいとか、カーリングもいいなとか、まだまだ冬を楽しめそうな気配です。ちなみに私は札幌出身なのですが、かつて憧れていたダイヤモンドダスト(寒い日に空気中の水蒸気が凍り朝日を浴びてダイヤモンドのように世界がキラキラ輝く自然現象)は、いつでも見られるため感動も薄くなってしまいました。慣れってすごいですね。

小さい子供を育てるには、職住近接、コンパクトシティの名寄は、冬さえ克服できればとても住みやすく楽しい町なのです。Kiroroの「冬のうた」を聴きながら、これを書いているのは3月末。今年の名寄の長い冬ももうすぐ終わりそうです。

