# 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。

## 夏に想う

札幌市医師会
小児科西町クリニック
池田（いけだ）　和男（かずお）

７月に生まれたからなのか、小さい頃からの楽しい思い出が初夏のこの時期に特にたくさんあったからなのか、大好物のとうきびやスイカや花火があるからなのか、一年のうちでもこの季節が一番好きです。私の生まれ育った帯広では、「川がり」という町内会の川遊びの行事もありました。三世代で住む自宅の小さな庭での花火も楽しかったのですが、時々小さなやけどをしては、そのたびに祖母から「お便所行って、自分のおしっこをかけてきなさい！」と言われ、そのあとに赤くなったところに摺り下ろしたキュウリで湿布してもらったことも懐かしく思い出されます。そのキュウリ（夏の季語ですね）も嫌いにならずむしろ大好きです。花火は最近では一年中あちこちで上がっているような気もしますが、PCに向かっている今（７月11日夜）もドン・ドンという音が聞こえます。雨の合間に円山と藻岩山の間で花火が上がっているようです。豊平川、真駒内、大倉山、盤渓、モエレ沼などの花火も自宅マンションから見えますが、高層ビルや山に遮られて欠けた花火なのが残念です。花火と言えば、７月４日の米建国250年に合わせた祝賀行事では約85万発が首都ワシントンの夜空に打ち上げられたとのことでした。日本三大花火の秋田大曲１万8,000発、長岡は２日間で２万発、土浦２万発、隅田川でさえ２会場合わせて２万発、帯広の勝舞花火大会が２万発だそうですから、85万発とはどれほどの音や煙だったことでしょう。ワシントンでは周辺の大気汚染が通常の６倍以上、特に打ち上げ開始後には皮膚や気道を刺激するマグネシウム濃度が通常の90倍以上、PM2.5の濃度も急上昇したと報じられていましたので喘息や皮膚炎を発症した人がいなければ、と願うばかりです。米国には七夕のような行事があるかどうかわかりませんが、もし花火の打ち上げが４日でなく７日であったならMILKY　WAYでのベガとアルタイルの年に一度の逢瀬も騒がしくて大変だったことでしょう。PM2.5に関しては、最近の研究では大気汚染物質の中でもとりわけPM2.5への長期的な曝露が川崎病の発症リスクを高めることが日本を含む複数の国で報告されています。小児科医（小児循環器医）として、たくさんの川崎病の患者さんの診療に携わってきましたが、川崎富作先生が初めて報告されてから60年近く経た現在でも原因は完全に解明されてはいません。日本では毎年１万５千人前後のお子さんが川崎病に罹患しており、決して珍しい病気ではありませんが、生来の川崎病にかかりやすい体質を背景に、何らかの原因物質（細菌やウイルス由来）が主に空気によって運ばれる可能性が高い事、発症には体内で生じる「危険関連分子パターン（DAMPｓ）」、特に酸化脂質が重要な役割を果たしていることが分かってきています。これらの川崎病の原因についての新しい知見はCOVID-19の流行によるRSウイルスやロタウイルスなどの特定のウイルス感染の動向（減少）とMIS-C（小児多系統炎症性症候群）という川崎病によく似た病気の世界各地からの報告などから得られています。現役の小児科医でいる間に川崎病の原因が明らかになってほしいと願っています。夏の思い出から、川崎病へと話が飛んでしまいましたが、「会員のひろば」への投稿の機会を頂いたお陰で、懐かしい子供時代の事や大好きだった祖父母のことも思い出させて頂きありがとうございました。

# 循環器内科医のスポーツドクター回顧録

札幌市医師会
ソリス札幌クリニック
佐久間一郎（さくまいちろう）

FIFAワールドカップ2026の実況放送があった日、私のサッカー審判員の恩師である沖野隼夫先生とお話をする機会があった。先生は室蘭ご出身で、東京教育大時代にアジア・ユース大会に出場された。卒業後北海道の高校教員となり、１級審判員として日本サッカー協会審判インスペクター等として活躍された。札幌北高等学校校長で退職されたが、北海道サッカー協会で長く審判委員長を務めておられた。

私が「先生、ワールドカップは観ておられますか」と尋ねると、「はい、全試合観ていますよ。そういえば、前回アメリカでワールドカップがあった時は、佐久間さんも一緒にアメリカで決勝戦を観たよね。」･･･すっかり忘れていた。32年前、1994年のパサデナでの決勝戦はブラジル対イタリアで、ワールドカップ決勝史上初のPK戦となり、イタリアのロベルト・バッジョがPKをゴール左上にふかして失敗し、ブラジルが優勝した。当時私は北海道サッカー協会医事委員長で、北海道サッカー協会会長他４名と、ロサンゼルスへの決勝戦観戦ツアーに参加していた。

そういえば、24年前の2002年コリア・ジャパンでは、横浜で決勝戦を観戦したことも思い出した。そこで私の循環器内科医のスポーツドクターとしての40年間を振り返り、今後、医師としてワールドカップを現地観戦する可能性を若手の先生方にご指南すべく、老婆心ながら本投稿を思い立った。

**私のスポーツ歴**

高校時代：札幌南高等学校ではボート部だった。当時札幌南高と北高にはボート部があり、茨戸湖でナックルフォアを漕いでおり、私はコックスをしていた。

大学時代：北大医学部サッカー部に入部した。東医体では学部１年時に優勝し、私はバックスであったが、審判員を目指して学部３年時には２級審判員となった。

医師・循環器内科医となってから：１級審判を目指し、毎年30試合以上主審をしたが合格せず、48歳で走れなくなり審判員は定年とした。

日本体育協会（現：日本スポーツ協会）公認スポーツドクター：札幌逓信病院整形外科・菅原誠先生（現松田整形外科記念病院理事長）のご指導で1985年９月に取得（２期生）。1986年３月１～８日、第１回冬季アジア大会日本選手団(岡野俊一郎団長、主将は橋本聖子選手）のチームドクターとして選手村の札幌プリンスホテルに宿泊した（生後１週間の娘と出産直後の妻を自宅に残し）。その後北海道マラソン医事担当（1996～2023、2011～2023統括責任者)、北海道スポーツ協会スポーツ科学委員会（1987～委員、2023～委員長)、女性アスリート健康サポート北海道（2019～2025監事・特別顧問、2025～会長）などを歴任。

札幌サッカー協会理事・医事委員長：1985年９月19～21日、中国・瀋陽市で開催された、札幌・瀋陽友好都市提携５周年を記念した少年サッカー交流試合に副団長・随行医師として参加（団長は札幌市助役)。札幌市中学校選抜チームは瀋陽市とミュンヘン市のチームに勝って優勝した。

**北海道サッカー協会理事・医事委員長（1985～2003）として**

後に「キャプテン翼」で有名となった全日本少年サッカー大会に、本部ドクターとして10年間ほど帯同した。当時同大会は毎年８月の第１週に東京・稲城市のよみうりランド（読売クラブ）で開催されており、競技中および全チームが宿泊したランド内施設の医事対応に従事した。

Ｊリーグ・ドーピングコントロールコーディネーター（DCO）(2002～2016)。FIFAワールドカップ2002 Korea-Japanでは日本サッカー協会医事委員会所属医師がDCOを担当することとなり、大会前にＪリーグ（J1、J2）でドーピングコントロール業務の経験を積み、日本アンチ・ドーピング機構(JADA)のDCO資格を取得した。全国の競技場に出向き、試合終了後各チーム２名、計４名の採尿を行い、サンプルを郵便局から検査施設へ発送する業務であった。

FIFAワールドカップ2002・DCO。札幌ドームで開催された３試合のドーピングコントロールを担当した。試合は正面VIP席で観戦でき、試合終了後はドーピングルームで採尿と採血（当時はあった）を行った。静脈がみえない黒人選手の採血も無事完了できた。

JADA・シニアDCO（2011～2016)、Ｊリーグ National Federation Representative（NF Rep 2016～)。その後、同一競技のドーピングコントロール業務を担当できなくなり、NF Repがサッカー協会の責任者として業務に参加している。

FIFAワールドカップ2002の決勝戦は、ドーピングで何回か訪れていた横浜国際総合競技場で行われ、チケットは日本サッカー協会から入手することができた。

**FIFAワールドカップへの関わりを望まれる先生方へのアドバイス**

これからワールドカップへの関わりを望まれる先生方は、まず日本スポーツ協会公認スポーツドクターを取得し、さらに日本アンチ・ドーピング機構のDCOとなることをお勧めする。サッカーでは地区協会もしくは都道府県協会の医事委員、できればNF Repにもなること、他のスポーツ競技では、自身の競技団体の医事委員となり、さらにドーピングにも関与することであろう。Ｊリーグを担当していれば､2030～40年代に日本で再びFIFAワールドカップが開催された際に呼ばれる可能性があると思われる。FIFAはドーピング検査員は医師でなければならないとしている。さらに世界アンチ・ドーピング機構のDCOやFIFAのDCOとなると良いであろう。

# 私のサッカー観戦の楽しみ方と高校時代の体育祭の思い出

札幌市医師会
新札幌パウロ病院
高階（たかしな）　俊光（としみつ）

小生は高校時代、サッカーに夢中になり、ポジションはハーフ（今のミッドフィルダー）でレギュラーでした。高校サッカーの大ファンでもあります。以来事あるごとにテレビ観戦しています。日本でのワールドカップ（以下、Wカップ）もたまたまチケットを入手して見に行きました。

野球は得点が８対７のルーズヴェルト・ゲームが面白いと言われていますが、私がサッカーで面白いと思うのはどちらかが先制点をあげてからの両チームの選手の顔の表情とプレーから両チームの精神模様を観戦するのがとても大好きです。

一般に強豪チームが先制していても追いつかれると、強いチームであればあるほどその精神的なダメージが大きく、１対１になって追いついたチームは押せ押せムードで活気づき精神的に優位に立ちます。そして次の１点をどちらが取るかで試合を決定づけることが多いと思いますが、これを象徴するようなゲームがWカップでありました。Wカップサッカー2010年南アフリカ大会で４強をかけてオランダと優勝候補のブラジルが対戦しました。前半はブラジルが押して１対０とリードしていました。後半にオランダが１点を返し１対１に、その後精神的に焦ったブラジルがオウンゴールで２対１となりオランダが逆転しました。その５分後に動揺したブラジルの選手がオランダの選手を踏みつけ一発退場になりました。10人になった「王国」が誇るブラジルの守備陣がバランスを崩し、一気に崩壊して全く反撃できませんでした。これは強豪が追いつかれて動揺した結果です。

一般に過去の対戦で２対０での勝者は強いチームで、同じ相手に対し組みやすしの気持ちを持っており、敗者は痛手を負ってダメージを引きずっていると思います。

2026年１月11日に第34回全日本高等学校女子サッカー選手権は神村学園高等部（鹿児島）－柳ヶ浦高校（大分）の決勝でした。インターハイの九州予選では神村学園高等部が柳ヶ浦高校を２対０で破っています。前半は神村学園高等部が圧倒的に柳ヶ浦高校を押しまくり、柳ヶ浦高校の選手の顔は苦渋に満ちていました。しかし柳ヶ浦高校が前半の終わりにわずかなチャンスを生かし、コーナーキックから前に走り込んだ選手がヘッディングで１点を入れました。後半に入り柳ヶ浦高校は得点の入った時の歓喜がそのままプレーに表れ鉄人28号のように別の強いチームに生まれ変わり（別人28号）どこまでも走り回って対等な試合運びで得点を許しませんでした。これに対して神村学園高等部は時間とともに焦り出し両者の顔の表情が逆転していました。守り切った柳ヶ浦高校が初優勝しました。神村学園高等部は九州予選で勝っていて心のスキがあったかもしれません。この両選手の顔の表情と精神模様は見ていて実に面白かったです。

小生が高校１年の時、体育の時間はいつも隣のクラスとサッカーの試合です。しかし１度も勝ったことはなく全く歯が立ちませんでした。それもそのはず隣のクラスには猛者（もさ）連中の中に動物的勘を持つ体格のいい身長の高い超超高校級の怪物選手１人がいたのです。体育祭があり高校１年生の我がクラスは２、３年生のチームを撃破し、決勝に駒を進めいつも練習している隣のクラスと決勝となりました。結果はいつものごとく２対０の完敗でした。怪物１人にやられたのです。この体育祭で優勝が怪物のクラス、準優勝が我がクラスと１年生のクラスが優勝と準優勝を飾ったのです。体育のサッカーでいつも怪物のクラスに鍛えられた結果でした。その選手は当時サッカーの大学選手権で優勝した東京教育大学（現筑波大学）に入学と同時に準レギュラーになりました。その後タバコの問題でサッカーをやめたと聞いて本当にガッカリしたものです。あれだけの選手はもったいないと思ったものです。今では考えられないことと思うのですが、なぜか当時グランドの拡声器スピーカーから歌手森進一氏のデビュー曲「女のためいき」（昭和41年）が大きなボリュームで繰り返し流れていた中でのサッカー試合でした。そのくらい大ヒットしていたのです！当時は全く違和感がありませんでしたが、今考えてみるとそのアンバランスが実に懐かしいです。どうしたことか「女のためいき」を聞きながらのシュートは１本も入りませんでした。入ってくれと祈る気持ちのPKも外してしまいました。通常得点率７～８割のPKではキーパーは右か左に予想して飛ぶので、キーパーのポジションの真ん中に蹴り込めばよいと小生は思うのですが、高校生の多感な時期、PKを外したのは「女のためいき」のせいではなく足元がちょっと狂っただけのことと思います！？半世紀以上も前のことが愉快過ぎて振るっている古き良き時代でした。

今でもサッカー中継を都合でどうしてもテレビ観戦できない時には、女房に録画を撮ってもらいスコアを聞かず観戦するのを常としています。

約60年前のサッカーで明け暮れていた体育の時間は、後期高齢者となった今でもサッカー観戦を楽しむ者として素晴らしいタイムスリップしたような思い出になっています。

# 再び消費税の話を
# ―ブルースリー物語に代えて―

帯広市医師会
帯広中央病院
吉田（よしだ）　貢（みつぐ）

北海道医報７月号の指標に消費税に関しての藤原論説が掲載された。消費税の歴史から始まり、医療機関における消費税の話が網羅されており、消費税の分かりにくさがよく分かる貴重な資料となった。

消費税の問題点は、小生も2023年の２、４、６月号の「会員のひろば」で述べさせていただいたが、藤原論説を読んだ後で改めて読み直すと、消費税導入の際に医師会がとった対応の話に訂正が必要となった。

また執筆時に「ゼロ税率」なる言葉を知らなかったため、分かりづらい説明になってしまっている。

そこで今回は、ブルースリー物語の最終回を中止して、再び消費税の話を、病院などの医療機関における問題点に絞って、述べることを御許し願いたい。

医療機関における消費税の問題とは、兎にも角にも、仕入れ時に支払った消費税を回収できず、大損しているということに尽きるだろう（損税）。

消費税を回収するとはどういうことかと言うと、例えば１億円の医療機器を購入した際に消費税を１千万円支払ったとしよう。もし患者さんから消費税をいただいているならば、病院が政府に納める消費税は、患者さんからいただいた消費税から、仕入れで支払った消費税の１千万円を引いた額でいいので、仕入れで支払った１千万円の消費税を回収できるのである。これを消費税の「仕入税額控除」と呼ぶ。

以上のように、消費者から消費税をいただく場合は、仕入れの際に支払った消費税を回収できるので、消費税で損をすることはない。そのような取引を「課税取引」と呼んで、課税取引を行う事業者を「課税事業者」と呼ぶ。

しかし、医療機関における社会保険診療は、患者さんから消費税をいただかない「非課税取引」なので「仕入税額控除」ができず、結果、仕入れで支払った消費税１千万円を取り戻すことができないのである。この損をした１千万円は「控除対象外消費税」と呼ばれる。もちろん、仕入れがほとんどいらないビジネス、例えば藤原論説にあるような、金融取引、土地の譲渡、教育などは「非課税取引」であっても、消費税で損をすることはない。

消費税の導入に際して医療機関の社会保険診療が「非課税取引」となれば、患者さんは病院を受診しても消費税を払う必要がなく、患者さんの負担増がなくて良い話だと思ったのだが、その裏には、仕入れで支払った消費税を病院側が負担しなければならない「損税」という、大きな落とし穴があったのだ。

藤原論説では「日本医師会は、非課税とゼロ税率との違いを十分理解できていなかったものと思われる」と簡単にスルーしているが、医師会どころか、多くの人が知らないはずで、小生も知らなかった。

では「ゼロ税率」とは何の話だろう。

その前に、もう一度確認するが、消費税で損をしないためには、医療機関も消費税の「課税事業者」となって、患者さんから消費税をいただくしかないのである。ただ、現実問題として、今さら患者さんから10％の消費税をいただくことは難しい。

ここで藤原論説の出番となる。実は患者さんから「ゼロ円」の消費税をいただけば、仕入れで支払った消費税を控除できる仕組みがあり、それが「課税取引」における消費税の「ゼロ税率」なのである。

お役所用語なので言葉遊びのようだが、「非課税取引」で消費税をいただかないのと、「課税取引」で「ゼロ円」の消費税をいただくのとでは、事業者側にとっては致命的な違いがある。「ゼロ税率」の場合は「課税取引」であるので、仕入れの際に支払った消費税は「仕入税額控除」が適用されるからだ。

ただし、「ゼロ税率」の際の「仕入税額控除」は、消費者の支払う消費税がゼロ円なので、前述した、引き算の方法ではできない。そこで「ゼロ税率」の場合、仕入れで支払った消費税を「控除対象消費税」とし、通常は還付金として国から支払われている。

「ゼロ税率」の代表は輸出取引である。

例えば、海外で販売した自動車の消費税はゼロ円なので、国は自動車会社に対して、仕入れで支払った消費税の還付金として、2023年度はトヨタ自動車一社だけで６千億円が、国から支払われている。

日本の輸出大企業30社に対する、消費税の還付金の総額は2.7兆円にもなっていた。

一方、社会保険診療は消費税の「非課税取引」なので、医療機関には、仕入れで支払った消費税に対する還付金が一切ないのである（涙）。

財務省は、仕入れの消費税分は診療報酬のアップで補填していると述べているが、藤原論説によると５割を超える病院で補填不足が生じており、何よりの問題点は、消費税で得している病院と損している病院との二極分化が生じていることであろう。

そのような問題が判明する以前から、日本医師会は日本政府に対して、診療報酬と消費税とは、本来全く別の話であるので、診療報酬の上乗せではなく、医療機関も輸出取引のように「ゼロ税率」を適用し、仕入れで支払った消費税は還付金で戻していただきたいとお願いしているのだが、そうすると国の実質的な負担額が大幅に増加してしまうので、財務省の承認が得られる見通しはたっていない。

最後に、ブルースリー物語も含め、小生の拙文のご高覧、誠にありがとうございました。（終）

# 過疎地（地域）医療のすすめ

**―過疎地医療をコスパ、タイパ、そしてメンパから見てみると―**

羊蹄医師会
真狩村野の花診療所
富田（とみた）　均（ひとし）

20年間ですが、この地で過疎地の医療、介護に携わってきました。私自身が高齢者となり、この過疎地における医療の持続性について考えるようになりました。

近年の医療の現場でも費用対効果を指す「コスパ（コストパフォーマンス）」、時間対効果を意味する「タイパ（タイムパフォーマンス）」が日常的に重要視されています。世間ではさらにコスパ、タイパとは違い、効率に関係なく自身の精神的消耗や幸福度を重視する「メンパ（メンタルパフォーマンス）」という概念が重要視されてきました。

コスパ、タイパの「限られた資源の中で最大限の効果を求める」考え方は、医療資源や人材の不足している過疎地では必要な考え方だと思います。

過疎地医療では、一人の医師が外来、救急、在宅、夜間対応、多くの書類作成、学校医、産業医、予防接種、行政対応まで多くの役割を担うことが少なくありません。少人数で地域医療を担っているため、高いコスパを発揮しているとも言えます。しかし実際は「人的余裕を削って（＝医療従事者の自己犠牲の上に）成り立っている医療」であることが多いと思います。これは短期的には成立しても、長期間持続しにくく、このことが過疎地において医療従事者が定着しにくい背景のひとつだと思います。

この３つの「パフォーマンス」を通して、過疎地医療の問題、魅力を考えてみたい。

**１．地方の「コスパ」の限界**

過疎地における医療を経済的な「コスパ」だけで測ろうとすると、経営効率の低さや赤字リスクばかりです。人口減少と高齢化が進む地方では、設備投資に対するリターンは低く、医療機関の維持そのものが厳しくなってしまう。これは国、行政の支援なしでは解決が難しい。

それでも地域医療のコスパを「１人の医師が地域社会に与える影響度」として社会的価値から考えるとちょっと気持ちが楽になる。特に過疎地においては、一人の医師の存在が地域全体の安心を支え、コミュニティの崩壊を食い止める一助になっていると俄然やる気も出てくる。「社会的な費用対効果」の高さを感じることこそが、地方（過疎地）で医療に従事する最大の意義（喜び）かもしれない。

**２．地方の移動時間という「タイパ」の課題**

地方医療において最大のネックとなるのが「タイパ」である。北海道の医療機関は広範な診療圏を有する（北海道では狭い方の我が村でも東京都世田谷区の２倍の面積）ため、地方では患者の通院手段の問題、訪問診療や訪問看護の移動時間、専門外来受診や急病時に都市部へ赴く時間など、地方は医師、患者にとって多くの時間を「移動」に費やさなければならない。緊急を要する患者はもちろん、外来診療に時間を取られる医師にとっても、この時間的ロスは小さくない。

このタイパの課題を解決する鍵は、やはりデジタル技術の活用（医療DX）だと思います。オンライン診療、遠隔画像診断、他医療機関や多職種間でのリアルタイムな情報共有システムの構築が進めば、無駄な移動時間や待機時間を劇的に削減できます。限られた医療資源、人材を最大限活用するために、テクノロジーによってタイパを向上させることは地方で医療を営むためには不可欠と考えます。

**３．過疎地医療を継続していくのに最も重要な指標は「メンパ」**

過疎地でどれだけコスパやタイパを良くしても、医師自身の精神がすり減り、バーンアウト（燃え尽き症候群）してしまっては元も子もない。

過疎地医療においては、国が求める24時間365日の拘束感による精神的プレッシャーや専門外の疾患にも対応しなければならない孤立無援の不安といった、メンパを著しく低下させる要因と常に隣り合わせにある。

一方で、地域住民との温かい顔の見える関係性や、「自分がこの地域を支えている」という強い手応えは、医師の自己効力感を高め、メンパを向上させる強力な特効薬です。なかなか動いてくれない自治体の理解と協力が得られれば孤立感はさらに薄らぐと思います。

田舎での「孤立」を「自立」へ、そして地域住民、行政との「連携（連体）」へと昇華させる仕組みを作れるかどうか、それが過疎地での医師のメンパの分かれ道だと思います。

地方で医療に従事してこられた各先輩方も強い責任感だけではなく独自のモチベーション（原動力）をお持ちになり医業を継続してこられたと思います。私も「地方だから、医師として豊かに生きられる」と思ってもらえるような仕組みを作り、次世代の医師に過疎地の医療を魅力あるものとして引き継ぎたいと願っています。

**おわりに**

過疎地で医療を続けていけるのには、家族、妻のみならず子供（達）の理解と支えがとても力になっていると感謝しています。

# 先ず隗より始めよ

札幌市医師会
札幌健診センター
中村（なかむら）　一博（かずひろ）

「先ず隗より始めよ」という故事成語があります。事を始めるには、まず自分からという意味ですが、大きな事を始めるには、まず小さな事から手をつけよ、という意味にも使われています。中国の辺境にある小国、燕の昭王が郭隗に、すぐれた人材を集めるにはどうすればよいかを訊ねたところ、郭隗は「まず、取り柄のない私を厚遇してください。そうすれば、すぐれた人間が、私（隗）よりもっと厚遇されるだろうと集まってくるでしょう」と答えたことに由来します。

人間ドックでよく見られる異常所見として、高脂血症、特に高中性脂肪血症（高TG血症）と脂肪肝があります。これらの原因は糖類の過剰摂取と、飲酒であることが多い印象を受けます。BMIが正常か、むしろやせ型の体形で高TG血症と脂肪肝を認める方には、大抵、ジュース（野菜ジュースを含む）、スポーツ飲料、砂糖入りの缶コーヒー、エナジードリンクなど、糖類の入った甘い「加糖飲料」の過剰摂取が見られます。

加糖飲料を摂ると血糖値が急上昇し、いわゆる「血糖値スパイク」が起こります。血糖値の急上昇に伴いインスリンが大量に分泌され、インスリンにより脂質合成が促進されて、ブドウ糖は肝臓に取り込まれ中性脂肪に変換されます。さらに飲酒によりアルコールが中性脂肪の分解を抑制するため、肝臓には中性脂肪が蓄積しやすくなり、脂肪肝が形成されていきます。また、体内のコレステロールの70～80％は主に肝臓でアセチル-CoAから合成されています。食事由来のコレステロールは20～30％にすぎません。高脂血症の方に「脂っぽいもの」を食べないように指導しても、思ったほどには効果がないのはこのためです。

私は人間ドックの受診者さんとの面談を仕事にしています。午前中に人間ドックの検査を受けた受診者さんに、午後、検査結果を説明するのですが、特に高TG血症と脂肪肝を認めた方には、「野菜ジュース、スポーツ飲料、甘い缶コーヒー、エナジードリンクなどの甘い飲み物を、毎日飲んでいませんか」と質問します。また、「チョコレート、のど飴、ハチミツ、ジャム、お菓子、菓子パンを、毎日食べていませんか」ともお聞きし、「菓子パンはパンではなく大きなお菓子です」と説明しています。

残念ですが、多くの一般の方々は野菜ジュース、スポーツ飲料、エナジードリンク、ハチミツは「体に良い」「糖類が入っていない」と思っています。のど飴は薬だと思ってなめています。のど飴の袋の裏を見ると、「名称：キャンディ、原材料名：砂糖、水飴、ハーブパウダー、ハーブエキス」と原材料の先頭に砂糖が記載されています。のど飴は「名称：キャンディ」ですから薬ではなく飴です。いわゆる野菜ジュースは、リンゴやオレンジ、ブドウなどの果汁を加えて、飲みやすいように甘く味を調整した「果汁入り野菜飲料」であることがほとんどです。スポーツ飲料のボトルには原材料名のところに「砂糖、果糖ぶどう糖液糖」、エナジードリンクの原材料名にも「砂糖類（砂糖、ぶどう糖）」と明記されています。これを体に良いと信じて毎日飲めば、高TG血症や脂肪肝にならないはずがありません。

BMIは正常なのに中性脂肪だけが異常に高く、腹部エコーで脂肪肝を認めた20代の受診者さんがいました。原因を調べるため、飲み物について詳しくお話を聞くと、エナジードリンクを毎日飲んでいることがわかりました。肝機能異常はまだ出現していなかったので、腹部エコーの画像を見せながら、「エナジードリンクをやめれば脂肪肝は改善します。頑張ってみてください」とお話ししました。そして、１年後、再び人間ドックを受けていただいたところ、中性脂肪は正常化し脂肪肝も消失していました。

こうした経験を重ねると、軽度の高TG血症と脂肪肝については、加糖飲料の禁止と減酒の指導で十分効果があるように思えてきました。糖尿病や高脂血症の投薬を受けている受診者さんでも加糖飲料が病状を悪化させることについて、主治医からは「何も聞いていない」という方が多数います。糖尿病専門医の先生方には賛同していただけると思いますが、軽度の糖尿病や高脂血症では、まず投薬よりも生活指導、特に加糖飲料の過剰摂取をやめさせることが重要だと思います。

現在、私たちの周囲には甘いものが溢れています。しかし、人類の歴史において飢餓の期間が長かったため、血糖値を上げるホルモンは複数ありますが、下げるホルモンはインスリンしかありません。人類は糖類による急な血糖値上昇に対処できるようには、まだ進化していないのです。患者さんへの生活指導では「先ず隗より始めよ」の故事にならい、まず甘い飲み物と甘い食べ物をやめさせるという、小さな事から始めてみてはいかがでしょうか。

# 一寸の虫にも互分の魂 ～槐安国のシシャ!?

室蘭市医師会
本輪西ファミリークリニック
北海道家庭医療学センター
佐藤弘太郎（さとうこうたろう）

“五分”の魂が本来であるが、タイトルの“互分”は誤植ではない。

大変個人的な話となるが、しばらくお付き合いいただきたい。約30年前の夏休み、私は神奈川県にあるA野高校の３年生であった。与えられたテーマを題名に小論文を書く宿題があり、「一寸の虫にも五分の魂」というテーマを私は選んだ。文章の内容はさておき、机の電気スタンドに飛んでくる虫を無意識に潰すことに抵抗を覚えることから着想をえて作文した。それ以降の人生で私は、室内で見つけた虫もできる限り屋外に逃がすようにして、虫を不用意に殺さないことを１つの暗黙のルールのようにして過ごしてきた（例外：カメムシは布ガムテープを使用しています）。

さてX年５月15日の朝に起きた体験についてお話をしたい。福井県へ出かけた際、永平寺へ行った。６時からの朝のお勤めの見学が７時過ぎに終わり、８時半の見学開始まで時間があった私は、建物内部で待つことができないことをお坊さんから告げられ、時間があるなら寂光苑に行ってみたら、と助言をいただいた。そこで永平寺を左手に見て川沿いを歩いていくと、道元禅師の銅像や鐘楼、歴代のお坊さんたちのお墓が祀られている場所に辿り着いた。厳かな雰囲気の中、最深部のお堂まであゆみを進めてお参りし、その後引き返すかたちで鐘楼がある小広場まで戻り、ベンチで８時半まで待つことにした。

ベンチに座り、小腹も空いたので栄養バーを食べながら、今回の見学に際して持参した「正法眼蔵入門（頼住光子著）」を読んでいた。すると右目の視野の隅に、蟻が動いているのを認めた。よくよくその蟻を見ると、動きが鈍い。瀕死のようだった。状況から考えると私が気づかない間に踏んだのだろう。自分としてはベンチに腰掛けて本を読んでいただけなのにも関わらず、なんと蟻を踏んで瀕死に追いやった！ことに衝撃を受けた。さらにその蟻は、なおも歩こうともがいていた。

ふと突然、瀕死の蟻と自分の存在の間に何一つ違いがなく、それが入れ替わろうが不思議ではなく、自分もいつ蟻のように瀕死になるとも知れない、と思わさった。可哀想というよりはお互い様、そもそも同一の存在の中の裏表、のような感覚である。とても不思議な感覚だった。私が瀕死の蟻を見ているのか、瀕死の蟻が私を見ているのか、なんとなく１つの舞台の上で蟻と私が演技をしているかのような、感じだ。さらにその舞台自体が私自身でもあるかのような感じである。そのような全体と個をまるごといっぺんに捉える視座から、世界をありのままに見ることで、それぞれのエネルギーが溢れている、と感じられた。そしてそのエネルギーとつながって存在している宇宙の中の一閃としての自分なのである。虫も私もお互いに存在しあっているのである。私なりの理解としては「無一物中無尽蔵」という禅語の意味するところで、何者でもないけれども、何者にでもなるのである。

「一寸の虫にも五分の魂」とは、小さく弱いものでもそれ相応の分別や覚悟を持っているという意味だが、「一寸の虫にも互分の魂」というのは私の造語である。虫が弱く人間が強いということではなくて、両者がお互いから発揮されている魂のようなものを共有し合い不可分なのである。そのようなモードで世界を感じる時、森や雲の輝かしさがまぶしく、自分の存在はただ今そこに立ち、過去も未来もそこにある感覚になる。このモードを「孤独・セルフネグレクト」の診療にどのように実装するかは、私の取り組んでいるテーマの１つであるが、医療者と患者の双方がお互いの存在のつながりをふんわり活かすかたちでの実践となるのだろう。

蛇足だが、槐安国とは、夢物語の蟻の国の名前である。会員のひろばを利用して、私の気づきを活字としてまとめさせていただきました。駄文で甚だ恐縮でしたが、ここまでお付き合いいただきどうも“あり”がとうございました（合掌）。

# ペルーの思い出

札幌市医師会
五稜会病院
津田（つだ）　昇吾（しょうご）

五稜会病院に入職して４年目になります。日々多くの方の診療にあたる機会に恵まれ、充実した日々を送っております。当院では例年１回（今年度からは２回！）１週間の休暇を取得できます。２週間、３週間と休暇を取得するのは難しい職種ですが、１週間を２回の取得を院長に提案したところ、この案が採用されました。メリハリは大事です。当院では院長をはじめ医師間および他の職種との風通しが良いのが特徴だと感じます。

この期間を利用して例年海外を訪れています。今回は１年目と２年目に訪れたペルーについて触れたいと思います。ペルーと言えば、マチュピチュ、クスコ、ナスカの地上絵をはじめ多数の観光スポットで有名ですが、実は世界でも有数の美食国家でもあります。

世界の食文化を紹介するグルメガイドサイト「TasteAtlas」が各国の料理文化全体を総合的にランキング化した「Best Cuisines in the World 25/26」においてペルーは第３位にランクイン。ちなみに日本は６位です。アンデス山脈やアマゾン、海岸部など多様な気候帯で育つ豊富な食材と、先住民の伝統にスペイン、アフリカ、中国、日本などの移民文化が交わったことで、多彩な味わいが発展したといわれています。特にセビーチェ（魚介のマリネ）をピスコサワー（ブドウを原料とする蒸留酒ピスコをベースにライム果汁、シロップ、卵白をシェイクして作るカクテル）とともに食し、ほろ酔いの状態で、首都リマの、喧噪から離れた美しい海岸沿いの地区を散策することは至高の幸せです。

一方で、一歩閑静な地区から離れると、交通インフラが未発達ゆえのヘビーな交通渋滞およびそれに伴う排気ガスの臭い、鳴り止まないクラクション、電線が垂れ下がったまま放置された舗装されていない道路など。こうした側面もまた、旅の醍醐味です。有名な観光地では味わえない、「海外の雰囲気なるもの」もまた、思い出になります。こうした刺激を求めて、今年も海外に出かけます。

## 北海道医報へのご投稿等について

◇広報委員会◇

北海道医師会では、会員の皆さまから「学術投稿」「会員のひろば」等各種原稿を下記要領にて募集しております。ぜひともご投稿いただきたくお願い申し上げます。
なお、写真作品のご投稿につきましては、ホームページに「フォトギャラリー」を設けておりますので、ご応募ください。

### 投稿要領

**１．原稿の締切**
毎月５日までにいただいたものは原則として翌月号に掲載となります。ただし、「会員のひろば」については、受付状況により掲載号を決定します。
できるだけメール等の電子メディアでお寄せください。

**２．原稿の体裁と字数制限**
(1) 原則として横書きといたします。
(2) 引用文以外は、すべて常用漢字、現代かなづかいを使用してください。
(3) 誤字、脱字、明らかな間違い等は広報委員会において訂正いたします。
(4) １回の掲載紙面は、原則として「学術投稿」は２頁、**「会員のひろば」は１頁**を限度とします。
医報１頁は約2,200文字です。ただし、タイトル、写真、図表等を含んでおりませんのでご考慮ください。
(5) 長文原稿および連載物は、広報委員会にて採否決定の上で分割掲載、掲載号等を決めさせていただきます。

**３．原稿の訂正、返却**
次の場合は、広報委員会の決定に基づき、執筆者に対し訂正を求めるか、または返却いたします。
(1) 特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容
(2) 匿名の投稿
(3) 本誌以外に既掲載のもの、あるいは投稿中のもの（二重投稿）
ただし、特に必要と認められる場合はこの限りではない
(4) その他掲載に支障がある内容

**４．ホームページへの掲載**
特にお申し出のないかぎりホームページに掲載されますので、予めご了承ください。

連絡先：北海道医師会事業第一課
TEL 011-231-7661　FAX 011-241-3090
E-mail：ihou@m.doui.jp