



「コロナ」に耐えて

城間医院
城間 政州

1年半に及ぶ新型コロナウイルスの感染拡大は一向に収まる気配がない。現在（'21年4月26日）第3波が到来し、国は東京など4都府県に緊急事態宣言を出した。沖縄も感染率全国3位で、連日100名以上の新規感染者が出て感染の拡大と医療逼迫がとても心配されている。

国連が宣言した「パンデミック」という言葉は若い時、公衆衛生学の講義で学んだが、その時はヨーロッパ中世のペスト悪疫恐慌と重なって、この世の終りみたいな印象を持っていたが、今まさに現代の我々がパンデミックの洗礼を受けるとは思いも及ばなかった。

未曾有のコロナ禍は人間のあらゆる営みのみ込んで長期化している。こここの所、外来の患者さんからもコロナ禍による不安や生活苦等が聞かれる。夜ねむれない、気が重い、けだるい。月1回通院してくるゴミ清掃員の若者君は「近頃はゴミが増えているよ、この前は割れビンがナマゴミに混って指を切ってしまった」とこぼしていた。30代の女性事務員は「コロナ禍で仕事が減り、上司のパワハラが多くなった」。70代の団地独居男性は「楽しみにしていた寄合（ユレー）が中止になって寂しい。酒もふえた」。40代のそうざい店アルバイト女性は弁当注文が増えて「とても忙しい、人手不足で息つくヒマもない、家では部活を中止された子どもがイライラして待っている」と。

そしてコロナ禍は個々人をこえて、人々の交流、職場、組織、国家、国際間へと及び、人々の間の連帯や協力にも影響し、世界を混乱させている。

又、人種差別、性差問題、経済格差、種々の

ハラメント、人々の日常の差別問題など日頃は陰にあるものをあぶり出して気付かせてもいる。そしてそれから導かれる寛容とか多様性の重要性も思い知らされた。

又、コロナ禍はいのちの大切さも改めてわれわれに突き付けた。自らの死について普段余り考えないで素通りしているのが日常だが、死と隣り合わせのパンデミックはそれに想いを至すよう立ち止まらせてもいる。中世ヨーロッパのペスト禍では人々は古代ギリシャの神託「Memento Mori」（死を想え、死を忘れるな）を胸に刻んで耐えた。われわれは自らの死や有限のいのちについて深く想うことで恣意的な日常性に埋没した自分から本気な自分、まともな自分に立ちかえり自分の人生と向き合い、自分を高め充実させ、人生がより好ましいものになり他者（自分以外のもの）にも更にやさしくなれることがある。コロナはこのようなこともわれわれに気づかせた。

そして、この未曾有のコロナ禍の中で、自分のいのちの危険を負いながらひたすら業務にはげんでおられる医療関係者やエッセンシャルワーカー Essential Worker（われらがゴミ清掃員君も含めて、社会の日常生活維持に必須の職業の人々）の方々に、ここで心からの感謝と敬意を表します。

今後コロナ禍はどのように終るのか。以下は専門家（國井修、グローバル・ファンズ、News Week 2021年4月27日号）の記載を参考にすると、ウイルスや微生物は人類のはるか前に地球に生まれ、人類はウイルスからお世話になってここまで進化して来た。ウイルスを亡きものにするのではない、そんなことをしたら未来の人類の進化はいびつなものになる。人類は地球を我がもの顔に自らの繁栄だけ追及するのではなく、傲慢を捨て謙虚になって他の生物との共存、棲分けをはかり地球環境を守ることを真剣に考える必要があると。

今、われわれはコロナ禍に邪魔され、追われ、つぶされ、そして耐えている。世界の人々が同

時に (global and contemporary) 苦勞している。人々と苦勞をたたえ合い、苦勞をねぎらい、いたわり、リスペクトし合おう。それがコロナ時代の美德だ。

世界が楽しみにしているオリンピック、パラリンピックはどうなることやら。

耐えることの先には意味があり光明があるものだ。コロナは色々なことを置土産にし、宿題にした。

いずれコロナは去って行く、すると街の中にはいつものように喧騒と、そして歓声も戻ってくる。そんな時、われわれが眺める空はどんな色をしているのだろう。



**カルロス・ゴーンと
ホセ・ムヒカ**

うえむら病院
山内 昌紀

私も 68 才になった。産婦人科をしてから約 40 年になるがまだ現役で働いている。原稿依頼があったので日頃の雑感を肩をはらずに述べてみたい。コーヒーでも飲みながら気楽に読んでいただければ幸いである。

カルロス・ゴーンが富の追求であれだけ強欲に突っ走ったのは、つい最近のことであった。落ちぶれかけていた NISSAN を V 字回復させたまでは素晴らしかったがその後がいけなかった。あまりの金にたいする執着さはその結末として哀れな逃亡劇に至り、まるで劇画の様でつい見入ってしまった。我々は富を追求しこの世で楽しく優雅に生きることが人生の最終目標だという美しい誤解をし夢を見ている人が多い。利益追従主義、経済効率を最優先させ他との生存競争に勝って大富豪になることのみが最高の幸せなのだと思われし周囲が見えなくなってしまう。カルロス・ゴーンという金の亡者は欲望をむき出しにしその最後の滑稽な成れの果てを見事に演出してくれた。少し気になるのは一部

の人間に富があまりにも過度に集中している現実だ。この資本主義の世の中では資本が生む利潤のほうが経済成長のペースを上回り、巨大な資本がさらに大きく強くなっていく。従って富の分配はどうしてもうまくいかなくなる。今でいう GAF A のアマゾン CEO のジェフ・ベゾス氏の総資産は約 20 兆円というから驚きだ。一部の国々の国家予算を遙かに凌駕してしまう。人間はやはりある程度平等であるべきで国家が介入出来ないほどの富の集中は資本主義社会の構造的欠陥とでも言えるのではあるまいか。どうすれば正せるのか誰にもわからない。いつの日かこれが人類の英知によって解決される日を期待したい。

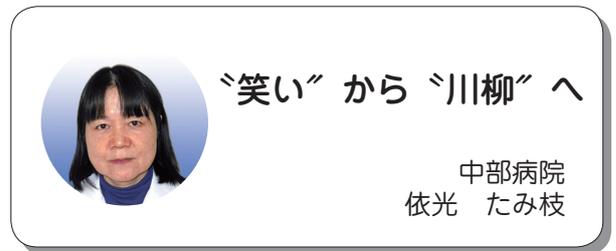
一方、世界にはカルロス・ゴーンとは対照的にホセ・ムヒカ大統領のような人がいる。ご存じと思うが世界で一番貧乏な大統領と言われた前ウルグアイ大統領である。大統領公邸には住まず自ら古びた 1 軒平屋に住み中古車で勤務した。給料のほとんどを寄付し質素に暮らした。彼が来日したときに「日本は独自の歴史と文化を持ちとても洗練されていて西洋よりよっぽど繊細な文化があるのに今の日本のどこにそれが生きているんだろう」と疑問に思ったとのこと。また京都のホテルに泊まった時にトイレの便器のふたが勝手に開いたり閉じたりするのにあきれたという。「あんなことのために知恵を絞るなんて」と絶句し、また電動歯ブラシにも驚き、「なんであんな物が必要なんだ自分の手を動かして磨けばすむ話だろう、無駄なことにとられすぎて過度な便利さは人間を弱くすると思う」「日本人は働き過ぎるんじゃないか。人生は一度きりで、すぐに過ぎ去ってしまう。必死に仕事をするばかりでちゃんと生きるための時間が残っていないから家族や子供たちや友達との時間を犠牲にしてしまう。」かなり耳が痛くなる話である。必死に働くのは金を稼がないといけなからである。しかし贅沢な家や車のローン、あるいは教育費や生活必需品やらムヒカさんから言わせたら不必要品のために貴重な命を削っていく。あまり余裕のある人生とは言

えない。国連の2021年度世界幸福度ランキングは日本は56位とか。ちなみに1位フィンランド（首相は34才の女性。19人の閣僚の内12人が女性）、米国19位、韓国62位、中国84位となっている。寛容さ（温かい人間関係、立場が異なる人たちの意見を聞く）人生の選択の自由度（貧富の格差や男女格差から学業や就業が限られるか）などの項目で点数を落としたらしい。どうやら暮らしやすくないようである。私に関していえばこの年齢で月に5回当直してる。しかも共働きで家族や友人との時間が取れず月日がどんどん過ぎてゆく。何のために生きているんだろう？となってしまう。カルロス・ゴーンにはなりたくないがムヒカさんの指摘はありがたく受け止めて反省せねばなるまい。

さて最近比較的若い産科女医さんが「一度だけの人生なるべく楽しく生きることが大切で、楽しく快適さを求めなければ人生意味が無い」などと言っていた。これも一つの生き方ではあろうし私も若い頃は確かにそう思っていた。しかし年とともに変化してしまった。今はその気持ちにはなれないし恥ずかしくてとても言えない言葉である。目の前の患者さんは時に命を預けて信頼してくださっていることを思えば真剣にならざるを得ない。当たり前である。現在のいろいろな状況が諸先輩方の尽力の上に成り立っている事を考えれば、身が引き締まる思いになる。また生き方に関して言えばたとえば各種ボランティア活動に奉仕している方々の事を考えたらどうだろう。大震災被害の時などに大量に出現するボランティアの皆様には頭が下がる。沖縄で言えば遺骨収集活動のボランティアなど何の収入にもならない快適さとは正反対の作業に奉仕する方々には頭が下がる。彼らは報酬を求めているか？楽しさを求めているか？否である。同じように我々医療の世界でも生と死の狭間で凄まじい苦闘をされている先生方がたくさんおられると思う。それらのことを考える時、私は心が怠惰になったり緩みそうになった時は身震いするほど猛省しなければならないと知っている。患者さんに対しても真剣に向き合

いたいとつくづく思う。出来るだけ患者さんの益になるようにし我々の立場は問わない。従って「人生なるべく楽しく快適にやっぺいこう」というふうにはならない。結果として楽しければそれでいいだけの話だ。楽しくなくてもそれで満足感があればいい。

本業の産婦人科の話をしてみる。毎日分娩や帝王切開をし当直もしているが特に不安はない。足腰は大丈夫だし目耳も大丈夫だ。ただ頭は正常かどうか保証が無い。毎日病院の1階から5階の食堂まで階段を使うのでいい運動にもなっている。約2万人弱くらいの赤ちゃんを取り上げてきた。長い間出産業務をしていると親子本人同士2代にわたって出産させる場合も増えてきた。ありがたいことだ。産科の場合は一瞬先は何が起こるかわからず危険な状態も多い。昔3K（きつい、危険、汚い）と言われたが、今は4K（テレビの話ではない）高収入、高感動、希少価値、高興味心、とすることにしている。斜陽と言われて久しい産婦人科ではあるが次の世代の命を継続せねばならず誰かが頑張らなければならない。老兵は死なずだ！



「笑い」は免疫力をアップすることが医学的にも証明されている。私が「笑い」「笑える」に興味を持ったのは、40年以上前にさかのぼる。PCも普及していない当時、不眠不休の当直で疲れ切った心身を癒してくれたのが、各病棟にあったナース手書きのユーモア集、こぼれ話ノートだった。第1子の産前休暇で、突然できた自由にできる時間に各病棟をめぐり、自らの経験も含めた一冊の「中部病院ユーモア・失敗談集」を手書き作成した。インシデント、アクシデントの失敗談も含んだ「院外持ち出し禁」

のノートは、噂を聞きつけた借り手で一時行方不明となったが、今は無事私の手元に戻っている。そのなかからいくつかを紹介する。

<げっぷ>

胃に大量のガス

Dr. 「ゲップですか？」

Pt. 「いや～、うちはみんな現金払いですよ！」

<肩たたき>

Disorientation の検査、肩をたたき

Dr. 「ここどこですか？」

Pt. 「肩でしょ!!」

<事情聴取>

傷害事件で全身打撲の患者を警察官が護送

Pt. 「ウ～、肩と頭と足が痛い」

ナース 「どこの肩ですか」

警察官 「読谷の方です」

<主語ぬき>

内診を終え陣痛室から出てきた研修医に

ナース 「先生、何センチ？」

研修医 「175センチ」

<初当直>

ナース 「肺 Ca で痛み止めを希望していますが」

研修医 「ハイシー A…??」

<コンタクト不十分>

手術患者申し送り時チェック

ER ナース 「この患者さん、コンタクトがとれません」

OR ナース 「両方の眼とも、ちゃんと取れますよ」

<いいか>

挿管に失敗した研修医に代わり、スタッフが盲目的挿管

スタッフ Dr. 「胃か？」

研修医.呼吸音をチェックし「はい、いいです。」

やにわにスタッフがチューブを引き抜いた。

<アルコール麻酔>

今は眼科開業医 Dr.O の傑作

泡盛で導入して、ウィスキーで維持したら、覚醒後気分爽快で麻酔中のことは完全に忘れていた。そのために謝罪に回った。狂騒状態だったかもしれない。麻酔が浅かったようだ！

<知念ギャグ>

必ず笑うようにと、麻酔科ローテート研修医の申し送り

「酸素は損さ、窒素はそっち、アマンカイ
クマンカイ マーカイン (局所麻酔薬)」

PC・スマホの普及に伴い、笑いはデジタル・動画から豊富に発信されているが、身近な日常の「笑い」が少なくなっているのは寂しい限りである。失敗談は公にはできないので、私のこれからのライフワークの一環として「中部病院ユーモア・失敗談集」にユーモアを追加して自費出版を考え中である。

子育て真っ最中は「笑い」取材の時間的精神的余裕はなく、もっぱら学会出張の機中で「落語」を聴くことで免疫力をアップしてきた。しかし段々と受動的笑いに物足りず、「川柳」に興味に移りこの20年間で1,000句は詠んでると思う。

もっとも情熱と金を注いでるのが、家族のトピックス写真入り「川柳年賀状」である。いくつかを紹介する。

母：庭の花 愛でてるうちに 鍋こがし

私：ホットヨガ ゲットするぜ 美と若さ

高齢で コロナ対応 はずされて

夫：品数は 妻より多い シェフ3年

(平日の夕食担当)

長女：マイホーム 夢とローンの 板挟み

復職に はばかり壁は 保育園

次女：子育ての 苦勞ふつとぶ 子の笑顔

三女：いつになる 時は待たぬと 母は言い
 孫5歳：これは武器？ お経道具を 坊主に尋ね
 4歳：叱られて 理屈でかえす 反抗期
 1歳：だれにでも パーバと呼んで パバ嬉し

オール沖縄研修医歓迎会（即興）
 いばら道 いをとれば バラの道

故郷の八重山病院で定年退職後、34年間勤務した第2の故郷の中部病院に戻ってきた。ICUで若い研修医達に教科書には載っていない事を教え、また彼らからは最新の知識を教してもらい、give&takeで認知症予防も兼ねて仕事ができるのは幸せなことである。人生100年、最期まで“笑い”“川柳”で心も体も晴れやかに過ごせたらと思う。



ハブについて PICO で書く
 ~プライマリ・ケアの臨床研究への期待~
 沖縄赤十字血液センター
 久田 友治

「ハブに咬まれた！」と訴えて受診する患者が以前は少なくなかった。咬まれたけど腫れてこないドライバイトから、腫れが進んで血清（正式には抗毒素）投与に至ったケース、抗毒素投与中のアナフィラキシーショック、そしてハブ採りを生業とした人のDOAと、数十年前の中部病院救急室での患者は様々であった。しかし、この間の環境変化や公衆衛生の力により、沖縄本島ではハブ咬傷が少なくなった。それに伴い、若い医師がハブ咬傷の治療、特に抗毒素投与の適応で戸惑う事があると知った。

私は外科を専門として来たので、2017年度に仕事をした久米島病院では、プライマリ・ケアの最近の知識や技能に乏しかった。そのため、診療は若い医師に尋ねながらの毎日であった。人口が約7千名で病院が1か所である久米島では、年間で数名のハブ咬傷患者の受診が続いて

いた。その診療について尋ねると、救急室に置かれた、ある病院のマニュアルが基本であると教えられた。しかし、細かい所では医師により異なるようであった。

久米島病院では医師が交代で当番をする勉強会があり、内容はプライマリ・ケアが主であった。先の経緯もあり私は勉強会のテーマをハブ咬傷とした。勉強会を無事に(?)終えた後、大学という宮仕えが長かったこともあり、折角なのでハブについて論文を書こうと思った。ハブ咬傷の治療が施設や時代によって異なるようであり、何かを明らかに出来ないかと漠然と思ったのだ。

30数年前の研究生時代のテーマはボスから与えられた基礎研究であったが、40歳から在籍することになった琉大では自分でテーマを考える。臨床の教員なので、どうしても臨床の観察的研究が主となる。その中で十年ほど前に投稿した論文の査読者からPICOで書きなさいとの指示があった。PICOとは、次のようなことを、その時に知った。観察的研究ではまず、自分が調べようとしていること、すなわちリサーチクエスチョンを構造化すること。構造化で必要なのは誰を対象者とするか(Patients)、どんな治療/介入を取り上げるか(Intervention)、比較するものは(Comparison)、何をアウトカムにするか(Outcomes)となる。

当初、リサーチクエスチョンを「どのような患者の病態で抗毒素を投与するか」に出来ないかと考えた。ここで話は数十年前に遡る。インターンは病歴を取りながら、患者が応急処置で行なった緊迫のためのヒモを外し、十字に切開した傷から注射器のシリンジで作った器具で(毒を?)吸引する。足の咬傷なら下腿や大腿の何か所かについて、腫れの経時的な測定結果を紙カルテに記録する。その頃にはコンサルトを受けた外科のレジデントが救急室に降りて来ており、抗毒素を投与するか検討する。その時に習得したのは、「腫脹が進行すれば抗毒素を投与する」であった。

中部病院 ER マニュアル (2003年発行) には、

患者自身が応急処置として行っていた緊迫、切開、吸引について見直しがされているとなっている。県のホームページでは「病院まで時間がかかる場合は、帯状の幅の広い布で、指が一本通る程度にゆるく縛る」としているが、根拠は明らかにされていない。応急処置の必要性について久米島のデータで何か明らかに出来ないかとも思った。

さて、P は久米島のハブ咬傷患者 (の調査票)、I は応急処置または抗毒素投与の実施、C は応急処置または抗毒素投与の未実施、O は予後とした。予後とは機能障害を来したか否かである。統計処理して出てきた結果は、応急処置については緊縛、切開、吸引の実施は何れも予後との関連を認めなかった。また、医師が抗毒素投与を決める際に関連したのは疼痛だけであり、腫脹や出血との関連はなく、また抗毒素投与の実施と予後の関連は認めなかった。

こう言うのは身も蓋もないが、日本プライマリ・ケア連合学会誌にパブリッシュされた論文の結論は次の様に面白いものではなかった。「医師が抗毒素投与を決める際に、疼痛を最も重視する事が示唆された。患者による応急処置の必要性は少ないと考えられたが、抗毒素投与の適応、及びハブ咬傷患者による応急処置の妥当性について更なる研究が期待される。」

ハブ咬傷患者調査票で記入するのは腫脹の有無だけであり、定量的なデータの記入はない。そのため「腫脹がこの程度進行すれば抗毒素を投与する」との結果を得ることは出来ない。科学的でない結果を述べた論文がアクセプトされる訳がない。恩師から習った論文作成法の一つに「イントロダクションは最後に書く」があった。結果に合わせてイントロダクションを変えることもあると理解している。

可能ならハブ咬傷患者調査票の改定が望ましいと考えた。改定しなくとも、今なら複数施設の電子カルテに記録された「腫れの経時的な測定結果」を集めて解析することは可能かと思う。また、抗毒素を躊躇する原因と思われる“血清病”の実態について私も知りたい。プライマリ・

ケアがカバーする領域は広く、その臨床研究の更なる進展を望みたい。



ハーモニカを始める

宮里眼科
宮里 章

演奏できる楽器は、1つもない。小学校ではハーモニカを習った記憶はあるが、よく覚えていないのはうまく吹けなかったからだと思う。中学から高校ではリコーダーをやったが、楽譜が読めなくてうまく吹けなかったので、音楽の時間は楽しくなかった。ギターもやったことはあるが、やっぱり長続きしなかった。

コロナ禍の影響か、外来がさらに暇になった。これまでなら本を読んで時間を過ごしていたが、趣味の自転車を始めてからは、ほとんど本を読まなくなり、読む気力もなくなった。それで何か手軽にできるのではないかと考えたところ、口だけで演奏するハーモニカなら、何とかできそうな気がした。そこで妻の知人が楽器店をやっているので相談してみると、やさしい入門書を紹介してくれた。それは「超カンタン!! 5分で吹ける複音はハーモニカ」という本でした。本当に超カンタンで、ハーモニカは「ドレミ・・・」を「123・・・」と数字で表わす数字譜を使うことを知りました。早速、「ふるさと」の「うさぎおいしかのやま・・・」と歌詞を追いながら、曲に合わせてその番号を吹いたり吸ったりするだけで、楽譜の読めない自分でも吹くことができました。どの曲も忘れていた童謡や唱歌なので、なつかしい思いがします。練習をやっていくと、例えば「荒城の月」のように、吸音が連続して苦しくなる曲がでてきます。そういう曲には、音の配列を少し変えて、楽に吹けるようになっているマイナー・キーのハーモニカというものが 있습니다。日本のさびしい悲しい曲には便利なものです。そこですぐに注文して吹いてみる

と、確かに楽に吹けました。また、ハーモニカにはアルファベットの「A」や「C」、「F」などの記号が付いています。それは、そのハーモニカが何のキーなのかを表わしているとのことですが、何のことやらさっぱりわかりませんが、今はC調のハーモニカだけ持っていますが、楽器店の知人によると愛好家は、多くのハーモニカを持っていると言っていました。その意味がわかりました。曲によっては、メジャーとマイナー・ハーモニカの両方を使って演奏しなければいけない曲もあって、奥が深いです。

次にハーモニカの歴史について、少し調べてみました。ハーモニカの発明には諸説ありますが、1821年ベルリンのオルガン職人のカール・ブッシュマンが、オルガンの調律用に鉄製リードを付けた笛が原型といわれています。また、彼はアコーディオンの発明者としても知られています。初期のハーモニカは全て吹奏楽器であったが、1828年ジョセフ・リヒターの改良によって、吹く吸う交互に配列したハーモニカになり、それ以降ヨーロッパ中に普及したようです。日本には1896年（明治29年）に初めて輸入され、1910年（明治43年）には国産のハーモニカが製造されています。大正から昭和初期に流行し「口琴」と呼ばれたらしい。また、1930年（昭和5年）に世界で初めてマイナー・キーハーモニカが日本で完成されています。最近は小学校で使用されていないのか、ハーモニカのことはあまり耳にしなくなったような気がします。

今はまだ数字だけを追って吹くのが精一杯で、音はずれることも多いですが、頭の体操のつもりでやっています。妻には「あなたの曲はメロディーになっていない」とか、近所の人に「誰か、お孫さんでも吹いているんですか」と聞かれるので、やめてほしいと言われるが、別にプロになるわけでもないし、今は楽しく吹いているので、長く続けられるのではないかと考えています。



肥大型閉塞性心筋症のお話
- Morrow家の驚くべきストーリー -

友愛医療センター循環器内科
平田 一仁

肥大型閉塞性心筋症 (Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy: HOCM) という疾患をご存じだろうか？ 著明な左心室肥大をきたし、左心室流出路での閉塞機転を生じ、心不全症状、失神など多彩な症状をきたす遺伝性心疾患である。心室中隔の非対称性肥大による狭小な流出路および僧帽弁下組織の異常により僧帽弁前尖の前方運動 (Systolic Anterior Motion: SAM) を引き起こす結果、流出路での圧較差が生じ、さらに僧帽弁閉鎖不全を引き起こす (図1A上)。その心雑音は一見大動脈弁狭窄症に似た荒々しい収縮期駆出性雑音だが、2RSBでなく4LSBが最強点となり、頸動脈波が遅脈となる弁性狭窄と異なり、収縮初期には閉塞はなく、中期に閉塞機転がはたらくため二峰性脈を呈する (図1A下)。しかも雑音は、バルサルバ手技や立位で増強するなど、他の心疾患とは正反対の反応を示し、その病態生理、聴診所見は循環器内科医にとって最も興味深い心疾患の一つとなっている。治療は、薬物としては陰性変力作用を有するβ遮断剤などが使用されるが、完全に閉塞機転をコントロールできることはまれで、非薬物療法が必要になる。手術法としては中隔心筋を外科的に切除するMorrow手術 (Morrow's septal myectomy: 中隔心筋切除術 図1B)、僧帽弁下組織の修復・形成または僧帽弁置換術があり、カテーテル治療としては中隔心筋の栄養血管である冠動脈左前下行枝の心室中隔枝にエタノールを注入して中隔心筋の壊死・縮小を図るalcohol septal ablationがある。なかでも中隔心筋切除術は、導入後50年以上が経過した今日でも最も有効に流出路狭窄を解除できるすぐれた手技となっている (図2)。

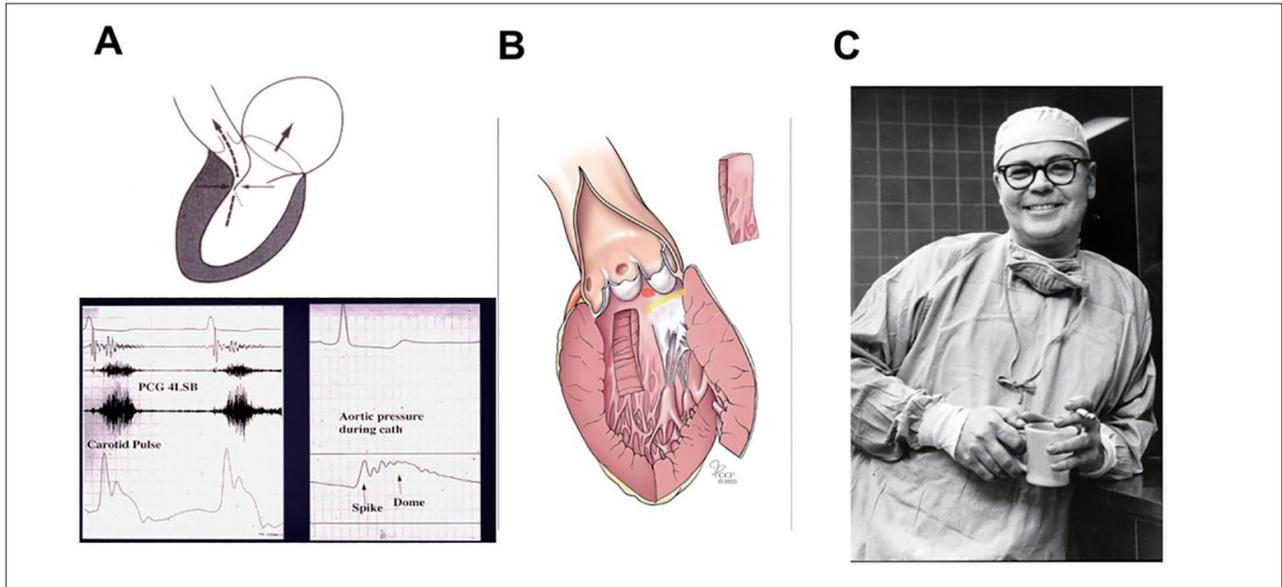


図1 A上: HOCMの病態生理 本文参照。A下左: HOCM症例の心音図(4LSBで荒々しい収縮期駆出性雑音)と頸動脈(二峰性脈)。A下右: 同患者の心臓カテーテル(二峰性脈: 自験例)
 図1 B: Morrowの中隔心筋切除術
 図1 C: Dr. Andrew Glenn Morrow (NIH所蔵: public domain)

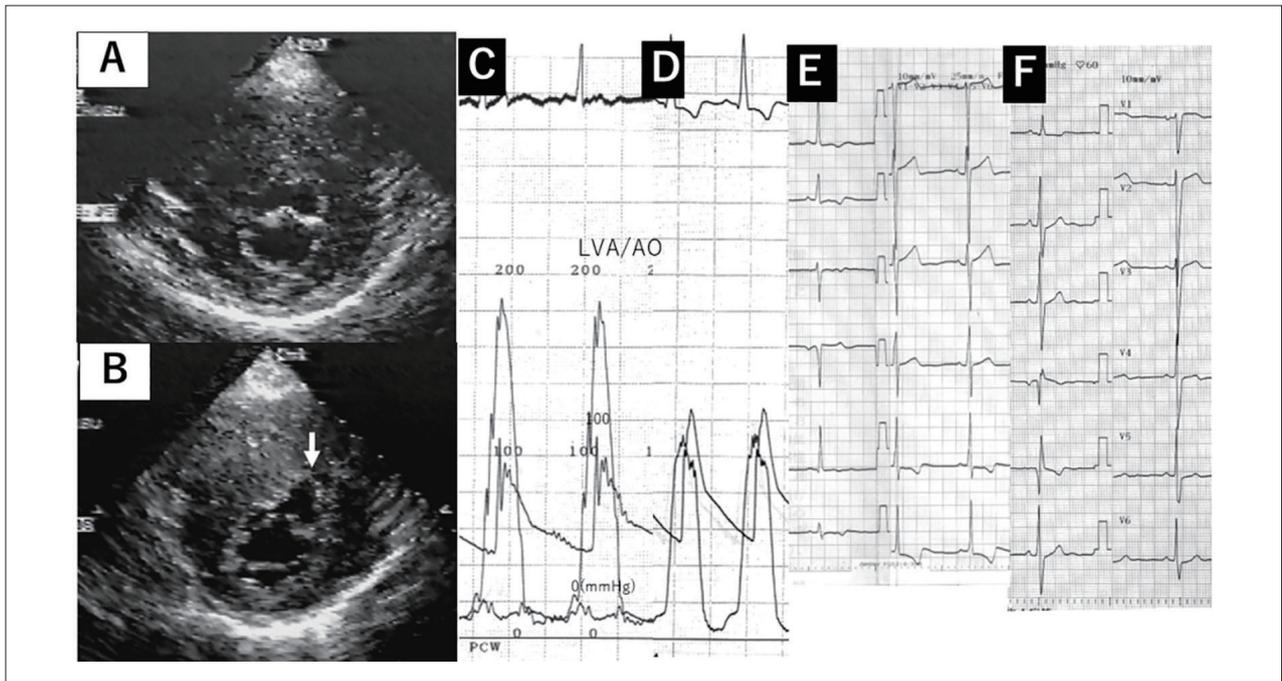


図2 Morrow手術自験例 20歳台女性。A、C、E: 術前 A: エコー短軸像(非対称性中隔肥大)、C: 左室流出路圧較差約80mmHg、E: ECGは著明なLVH。B、D、F: 術後 短軸像で短冊状に心筋が切除され(B矢印)、流出路圧較差は消失(D)、ECGは軽度QRS幅の延長を認める(F)。

この中隔心筋切除術は、米国国立衛生研究所(National Institutes of Health: NIH)に在籍していたDr. Morrow (Andrew Glenn Morrow 図1C)により1960年代に初めて臨床導入された。左室流出路心室中隔の一部を切除することで流出路を拡げ、閉塞機転の原因である僧帽弁前尖のSAMをコントロールできるようになった。

この手術法は瞬く間に世界に広まり、多くのHOCM患者にとって福音となった。当時NIH循環器内科にはEugene Braunwaldという、後にBig nameとなる優れたcardiologistが在籍しており、未知の病気であったHOCMについての多くの重要な知見がBraunwaldとMorrowによりNIHから発信された。^{1,2)}非常に残念なこ

とに、Morrow はまだ NIH 心臓外科在籍中だった 1983 年 60 歳の若さで亡くなった。

医学の歴史に燦然と輝く業績を残した Morrow だが、実は自身が HOCM であったことはあまり知られていない。没後 30 年以上経った 2016 年になって、アメリカ心臓病学会雑誌に “The Father of Septal Myectomy for Obstructive HCM, Who Also Had HCM. -The Unbelievable Story-” と題した論文が Maron と Roberts により発表されたので、要約を紹介したい。³⁾

以下、Morrow が、同僚の Braunwald から HOCM と診断された時のエピソードである (著者拙訳)

>> ある日 Dr. Morrow から、「心臓を診てくれな
いかな？」と依頼された Dr. Braunwald は、聴
診し左室流出路閉塞による古典的な収縮期雑音
を認め HOCM と診断した (Dr. Morrow 40 歳
の時である)。1961 年まだエコーが無かったこ
ろ、HOCM という複雑な疾患の診断基準がまさ
に作られている過程で、聴診のみで診断された

という点においてとても印象深い。Dr. Morrow
は労作時息切れや near syncope を日常的に経
験しており、その後、心房細動となり最終的に
は脳梗塞を引き起こしてしまった。しかし Dr.
Morrow は β 遮断剤、心カテによる評価、およ
び中隔心筋切除術を拒否し続け、60 歳の時、自
宅で突然亡くなった。奥様の承諾を得て、Dr.
William Roberts (当時の同僚で著名な病理学者、
本 editorial 共著者：訳者注) により剖検され
た。剖検では心臓は非対称性中隔肥大、心筋の
錯綜配列及び癒痕、微小血管の器質的異常など
HOCM に典型的な所見を呈した (図 3)。<<

まさしく驚きだが、後日 Maron によるインタ
ビューで Braunwald が、office で突然言われて、
その場でシャツをめくって聴診したこと、診断
結果を伝えたとき、Morrow は半ば自分がそうで
あろうとすでに予想していたように Braunwald
は感じたとのことだった。⁴⁾ なぜ Morrow が診断
後も薬物治療、また自分自身が開発した中隔心
筋切除術を受けなかったのかについてはなにも
言及されていない。

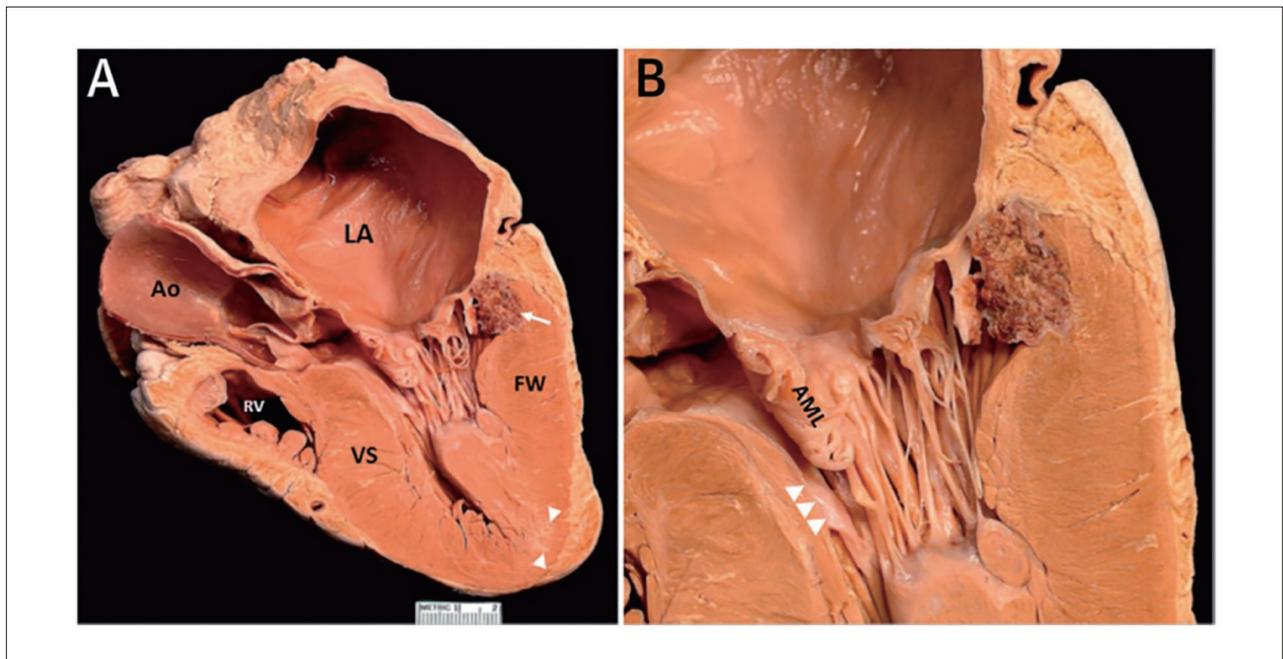


図 3 Dr. Morrow の心臓:重量 645g, A:左室腔の拡大は無いが、左心房が著明に拡大している。心室中隔 (VS) は 20mm と自由壁 (FW) と比較して非対称性肥大を示す。僧帽弁後尖基部に大きな石灰の沈着を認める (白矢印)。心室中隔と心尖部に小さな癒痕を認める (矢頭)。B: 肥大した心室中隔には僧帽弁前尖 (AML) が接着する場所に線維性プラークを認め (矢頭) 生前の流出路閉塞の証拠となっている (著者拙訳 文献 3 より米国心臓病学会の許可を得て転載)。

ストーリーには続きがある。

HOCMは常染色体優性遺伝であり、Morrow家の子孫には残念ながらその遺伝子は伝えられてしまっていた。³⁾Morrowには3名の子供がいたが、そのうちの2名(娘51歳で心移植、息子57歳時中隔心筋切除施行)、および孫1名がHCMであったことが判明している。

没後30年以上の時を経て明らかにされたMorrow家の驚くべきストーリーは、まさに神のいたずらとしか言いようがない。しかし、なぜMorrowは、自分自身が考案した手術を(弟子の手で)受けなかったのだろう。息子もそれで救命されたのに-----。残念ながら今となっては、真相は不明である。くしくもコロナ禍でweb開催となった昨年(2020)のヨーロッパ心臓学会で、HOCMの原因メカニズムの一つである心筋の過剰な収縮を改善する mavacamten (ミオシン阻害剤) という新しい薬剤についての第3相試験結果(Explorer-HCM試験)が発表され、左室流出路閉塞の改善・症状の改善に非常に有効であることが証明された。⁵⁾Morrowの存命中にこのような薬剤があったら、一番先に試してほしいかと思うのは私だけではないだろう。

【参考文献】

- 1.Morrow AG, Braunwald E. Idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. II. Operative treatment and the results of pre- and postoperative hemodynamic evaluations. Circulation. 1964;30 Suppl 4:120-51.
- 2.Braunwald E et al. Idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. I. A description of the disease based upon an analysis of 64 patients. Circulation 1964;30 Suppl 4:3-119.
- 3.Maron BJ, Roberts WC. The father of septal myectomy for obstructive HCM, who also had HCM. The unbelievable story. J Am Coll Cradiol 2016; 67: 2900-3
- 4.Maron BJ, Braunwald E. Eugene Braunwald, MD and the early years of hypertrophic cardiomyopathy: a conversation with Dr. Barry J. Maron. Am J Cardiol 2012;109:1539-47.
- 5.Olivotto I et al. Mavacamten for treatment of symptomatic obstructive hypertrophic cardiomyopathy (EXPLORER-HCM) : a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2020; 396: 759-69



腎がん 前立腺がん 膀胱がん…徒然なるままに 個性的な泌尿器科悪性腫瘍たちを司る多様性の泌尿器科

南部徳洲会病院
向山 秀樹

医学の診療科は大まかに内科系・外科系に分かれてから、そこから樹の枝のように専門科目がわかれており、小生の専門とする専門分野「泌尿器科」はその中の一つの枝のように、学生時代より学んできました(もちろん基礎医学が大事であることは当然ですが、ここでは省かせていただきます、ご了承ください)。いわゆるマイナー科目のひとつでした。ただし大学生のころから、整形外科に関して人は年を重ねて足腰の痛くならないひとはいない、メジャーだという意見は良く聞き、私も同意見でした。そんな私はマイナー科を目指すと心に決めて、大学を卒業し泌尿器科に入局しました(そのころ初期研修医制度はありませんから、ちなみに専門医制度発足の移行期でした)。そして月日を重ね現在に至るのですが、ふと次のような意見を聞いたときマイナー科という概念に疑問がわいてきたのです。

「勤務医として悪性疾患と救急疾患を両方兼ねるのには困難である」これは別に泌尿器科医の言葉ではなかったのですが、日中通常の外来診療(小生の外来は悪性疾患が多いの)を行いながら、外科手術(これも悪性疾患が多い)を行う。そして帰宅したのち、オンコールで緊急疾患に呼ばれる。「勤務医として悪性疾患と救急疾患を両方兼ねるのには困難である」と言う“つぶやき”があった。これを同僚に手術中いったとき、「もっともだ、私は同調する」と返されたとき、さらに、施行していた手術が尿管結石で緊急手術であったことが、あらためて、それまで深く考えてこなかった、(それまでは、自分は general urologist のひとりであると考えていました)。今している悪性腫瘍の手術・抗

癌剤投与等の診療の合間にしている、結石の手術も緊急疾患・緊急手術だと実感し、あらためて泌尿器科と一言でいっても、結構バラエティに富む科だなという考えが頭の中をよぎった瞬間のことでした。前置きが長くなりました。

泌尿器科（もしくは泌尿器疾患）ってすごいんじゃない。

1 発熱で施設から運ばれてくる患者はほとんどが、呼吸器感染症か尿路感染症じゃないか。

2 泌尿器とひとこといっても、悪性腫瘍があって、泌尿器科緊急疾患があって、排尿障害、小児泌尿器、泌尿器感染症、老年泌尿器等々あげたらきりが無い。

3 泌尿器悪性腫瘍だってそうじゃないか。

でここで、思いつきを整理してみよう。感情的ではなく、理論的に考えてみようといかにえり、泌尿器悪性腫瘍ではどうだろうと立ち返ってみました。

小生ががん治療認定医を取得した2008年テキストには総論と各論があり、その各論は16項目に分かれていました。食道がん、胃がん、大腸がん、肝がん、胆道がん・膵がん、肺がん、乳がん等にならんで泌尿器科腫瘍は1項目にまとまっていた。それで他の項目と明らかに違っていたのは何か？それは執筆者の人数でした。他の項目の執筆が1名か2名で、多くて乳がんが3名であったのに対し、泌尿器科腫瘍だけが5名でした。それで内容はというと、前立腺がん・腎がん・尿路上皮がん・精巣がんの4がん種。たった4つ、でもこの4がん種はまったく性格が異なった「がん」なんです。

前立腺がん、現在男性の約10人にひとりが罹患する悪性腫瘍。進行が緩徐なのですが、日本人では10%程度が去勢抵抗性、つまり悪性度の高い腫瘍に移行します。たかが10%でも、分母が大きいので、治療に難渋する症例も少なくない。男性の悪性腫瘍で内分泌治療が行える、ほぼ唯一の悪性腫瘍です。近年やっとなり遺伝子パネル検査を用いて個別化治療が導入されつつあります。

腎がん、抗体薬を除けば、初めて分子標的薬

が標準治療になった悪性腫瘍です。なぜ分子標的薬が有効かといえば、これもがん抑制遺伝子であるVHL遺伝子による癌化メカニズムが最初にあきらかになった悪性腫瘍だからです。現在新時代を築き上げつつある免疫チェックポイント阻害薬、この薬剤の導入も早かった。これはメラノーマや一部の肺がんと共に免疫原性が高いことでもあります。PD-1/PDL-1抗原の作用機序に先立って、免疫応答（がん抗原、細胞障害性T細胞のMHC抗原の認識、NK細胞やLAK細胞等々）が腎細胞がんでは解明されていたことも大きいのです。

膀胱がん、固形腫瘍の中でもっとも早くコンビネーション化学療法が導入された悪性腫瘍（がん）です。加えて、化学的発癌の可能性は、肺がんや喫煙に先立って膀胱がんが証明されていました（1895年に膀胱がんを化学染料）。ちなみにもっと早いのは陰嚢の悪性腫瘍とコールタールでした。近年尿路上皮癌も免疫チェックポイント阻害薬が標準治療になってきましたが、これもBCG等の免疫治療が行われてきたこと、加えてがん抗原を認識する受容体であるTcR抗原が $\gamma\delta$ 型であるT細胞が膀胱がんの増殖に抑制的に作用すること等、従来の免疫治療が導入されてきたことと無縁ではありません。

これら個性的な泌尿器科悪性腫瘍は、免疫チェックポイント阻害薬の導入と、分子標的薬との組み合わせにより、治療方法が日々進歩しており、腎がんにおいてはNCCNのガイドラインで治療方法の推奨がほぼ半年毎に変わっていきます。ガイドラインが変わる根拠となるポジションペーパーを読み解けば、なるほどと頷くものもあれば、自分にとっては首を傾げ、理解がしにくいものもありはしますが、治療方法の手数が増えることは患者にとっては望ましいことでしょうし、医療側にとってもモチベーションの上昇につながります。

ながながと、思いつくままに書いてきましたが、泌尿器科はマイナー科ではありますが、多様性に富んだ科であるとの自負はあります。若い先生方が興味を持ってくれれば幸いです（余談ですが、研修医のYouTubeでは泌尿器科は意外と人気のある科のようなのですが…）。



心の予防接種

医療法人南嶺会 勝連病院
宮平 綾子

『光陰矢の如し』と云われますが、私もあっという間に齢半世紀を越えてしまい、今後の人生、22世紀になっても恙無く元気に過ごせまうようにとの願いを込めて、家の大掃除を始めました。堆く我が家を占拠している物品を整理しながらため息をつく毎日ですが、思い出のある品はなかなか処分出来ません。

中でも長年かけて集めてきた怪談本は数百冊を超え、本棚から溢れて床を覆い、足の踏み場もありませんが、私にとっては大切なコレクション。到底処分する気になれません。一冊につき数十話収録されているとしたら、私は一体何話怪談を読んだのだろう、その情熱をもっと他に向けてもよかったのにと呆れておりますが、私は物心ついた頃からお化け話が大好きでした。母もそれを知ってか知らずでか、私が小学校に上がる頃に『お化けの世界』という一冊の児童文学書籍をプレゼントしてくれました。私は大喜びで、「どんなお化けがでてくるのかな」とわくわくしながら頁を捲っていったのですが…。そこには幼い兄弟の日常が綴られていて、所謂幽霊や妖怪の類は出てきません。しかし、物語は次第に深刻で不気味な様相を帯びてくるのです。

その作品は岡山県出身の児童文学作家、坪田譲治先生が昭和10年に発表した『お化けの世界』です。元気で無邪気な小学3年生の三平とその兄・小学6年生、善太の平穏な日々は、会社の取締役である父親が派閥争いの陰謀により、多額の借金を負わされて失脚したことによって、暗く不安に満ちた日々へと変化していきます。「お父さんが警察に連れて行かれる」、家財道具や家を差し押さえられ、「家が無くなってしまおう」と三平の心は心配と恐怖に

蝕まれ、さらに父親の言動に『死』を感じ取った三平の不安は極限を迎えます。

ある日の授業中、三平は知覚変容を来し、先生や同級生が恐ろしい異形の物に見えてきて、「三平はお化けの国に連れて来られてるんだ」と怯えるところで物語は終わります。

当時の私は子供ながらに「これは児童書というよりも、大人向けの本なのでは」とストーリーの重さに戸惑いました。実際、この作品は発表当時、一般文学として大人と子供の両方に向けて書かれたようです。読後の重く不安を掻き立てられるような後味は何時までも仄暗く記憶に残り、歳を経てもふと思い出すことがあります。怪談ではありませんが、『お化けの世界』は私にとって最も怖い話の一つとして、忘れられない作品です。

安心のために付け加えておきますと、三平と善太の物語は三部作で、そのうちの一つ『風のなかの子供』という作品の中で、父親は無罪が証明されて元の専務取締役に戻り、三平と善太にも元の穏やかな生活が戻ってきます。

それにしても、「坪田先生は何故このように現実の厳しい側面を児童書に描くのだろうか？子供たちにはもっと明るく美しく、優しい光に満ちた世界を見せてあげた方がよいのでは」と私はずっと疑問に思っておりました。

そのことについては坪田先生の『私の童話観』という随筆の中に理由が述べられています。以下、要約です。

「童話作家として何を目的としているかを問われる時、私はまず『本当に子供を喜ばせてやりたい』と答える。」「子供が社会の厳しさを乗り越えて幸せに生きていけるように現実の世界や人生の俯瞰図を客観的に見せてあげることで、子供たちに反省と倫理道徳を習得させてあげたい。そのためには彼らの無邪気な心に悪影響を及ぼさないよう表現に注意し、人生の光の部分も示しながら、子供の心に精神文化の芽を植え付け、外的な生活で生じる苦悩を救えるような内的精神文化を、童話を通して築いてあげたい。」「愛と優しさが偏狭に強調され過

ぎる愛情は、却って童心を本当に弱いものにしてしまうのではないか。甘過ぎる愛情は決して真実の愛ではない。それは作られた偽りの心に過ぎず、結局子供に偽善を教えることになってしまう。私が人生を客観化した現実的な童話を作りたいと心掛けているのも、その場だけ子供を喜ばしておいて、後で泣かせるようなことはしたくないからである。」

そのように考えると、坪田先生の童話はまるで、心の予防接種のようです。

最近では子供向けの漫画やアニメでも現実の厳しさを芸術的に表現している作品が多く、子供たちの心の成長の助けになっていると思われませんが、童話を読みながら自分で独自のキャラクターや情景を頭の中に思い描いていくのも、また楽しいものです。

この原稿を書くにあたって坪田譲治先生の作品集を読み返したのですが、その中に今後の私の人生に必要な予防接種となる作品を見つけましたので、ご紹介致します。それは『一匹の鮎』です。

因幡鳥取の城下に住む扇屋久兵衛は、一人息子の宗助と二人きりの家族です。宗助が7歳の秋の日に、久兵衛は宗助を連れて大山神社に参詣するのですが、その帰り道、宗助が買って貰った絵本を覗いては立ち止まり、絵本に気を取られては転び、遅れて来るのを腹立たしく思った久兵衛は、宗助を置いて先に道の角を曲がってしまいます。そこで宗助を待つのですが、なかなか来ず、怒りながら道を引き返した時、宗助は「お父さんー」と一声残して姿を消してしまっただけでした。それ以後、久兵衛は宗助が他国で苦労している夢を見ては心を痛めておりましたが、やがて天啓を得て宗助を探す巡礼の旅に出ます。三年目の秋、久兵衛は宗助がある海辺の村で穏やかに暮らしている夢を見ます。そして全く同じ風景の村にたどり着き、ようやく宗助に会えると期待を胸に捜し歩いたのですが、とうとう会うことは出来ませんでした。茫然と川面を見つめる久兵衛は、そこに一匹の可愛らしい小鮎を見つけます。流

れに押されては姿を消し、一枚の木の葉に驚いては姿を消していた小鮎を見ているうちに、久兵衛はものの相会し別れることの深い意味に気づきます。たとえ小さな鮎一匹との出会いでさえ、沢山の縁が重なって叶えられるのであり、風に吹かれた一枚の木の葉でさえも別れのきっかけになる。そこには大いなるものの介在があり、再会は誠に期し難い。凡て今会するものは千載の一遇であると悟った久兵衛は、見るもの凡てに愛惜の心を抱くのでした。大いなるものへの畏敬を忘れず、千載一遇の御縁を大切に、私もこれからの修行を頑張ります。



魂が欲すること

友愛医療センター外科
仲地 厚

記憶を辿れば、小学校5年の時に見た衝撃的な出来事が、最初のきっかけだったと思います。

日差しが照りつける夏の午後でした。給食の後、他のクラスよりも先にサッカーができる場所を確保したい5年生の男子数人は、グラウンドの様子を確かめるために校舎の2階の窓から下を見おろしました。

見渡すと、グラウンドに生徒はまだ誰もいなくて、サッカーゴールの側に、別の学年担任のおじさん先生が立っていました。先生は、濃紺のTシャツにジャージ姿で白髪頭を傾けてストレッチをしていました。あの先生は、何をしてるんだろう。と思った瞬間、先生は、おもむろにゴールポストを両手で握るやいなや、体を地面に平行にふわっと、浮かせたのです。地面にくっきりと映った先生の黒い影は、真横にピタッと両足をそろえ、静止していました。

私たちは歓声をあげ、先生の元へ駆け寄りました。間近で見ると、先生の腕の筋肉は、束ねた木刀のように盛り上がり、いく筋もの谷間が

刻まれていました。どんなふうに鍛えればそんな事ができるのか、そんな前腕になれるのか。

先生は、ただのおじさんではなく、密かに、おそらく長期間、鍛錬していたのでしょう。想像していなかったおじさん先生の一面と言うか、生き様をのぞき見た感動が、隆起した筋肉の残像と共に長く心に残りました。

子供の頃に出会った印象的なワンシーンが、その後の生涯に大きな影響を与えた経験は、私に限ったことではないでしょう。どなたにも、思い当たる節があるのではないのでしょうか。

10年後。大学生の私は、大学ボート部に所属していました。国体の代表選考会を目前に、我々は、水上練習と陸上練習を繰り返していました。我々の種目は、ひとりが1本のオールを握り、進行方向に背を向けて4人で漕ぐ種目でした。4人は、細長い艇に等間隔に座り、左右交互にオールを伸ばし先端のブレードで水を押し切って艇を進めます。水面を高速で進むためには、4人が、タイミングを完全に合わせ、抵抗を最小限に瞬時にブレードを水中に差し込みます。ブレードに水が引かかった瞬間に、一気に水を押し出します。一漕ぎのたびに動きを揃え、同じ動作をひたすら何度も繰り返すと、一漕ぎ一漕ぎが筋肉の記憶に練り込まれました。



陸上練習で多用されたローイングエルゴメーターは、極限のきつさを体感させてくれました。私の大腿四頭筋はパンパンになり、背筋は焼き切れそうになり悲鳴をあげ、両前腕は硬くなって手の指は開かなくなりました。

練習がない時は、我々は、近所のジムに通い

筋肉トレーニングにのめりこんで行きました。映画の「ターミネーター」に出演した映画俳優のアーノルド・シュワルツェネッガーがトップボディビルダー時代に出演した「鋼鉄の男」という映画を見て、ますます筋トレに拍車がかかったのを思い出します。筋肉質ではなかったチームメイトのスクワットの重量が短期間で増量し、別のチームメイトの大腿四頭筋がさらに肥大しました。

その年1987年は、ラグビーワールドカップの第1回大会が開催された年でした。屈強な男たちが躍動し、動きの中で自分の体幹を自在に操るテクニックと、一瞬の加速で相手を抜き去る走力が爽快で、すぐにラグビーの魅力にとりつかれました。2009年のブローディースローカップで来日したオールブラックスとワラビーズの対戦を、私は、東京国立競技場のスタンドで興奮しながら観戦していました。2018年の同カップの時も、横浜日産スタジアムの4万6千人の観客と共に歓喜し、翌日からの筋トレは、興奮冷めやらず、気合いが入りました。

2年前の私は、仕事を終えた後に、夜のスポーツジムに通っていました。スポーツジムでは、荷重負荷をかける前に静かに各関節と筋肉のストレッチを行います。その間に、私は、筋と意識の準備をしながらトレーニングへの渴望を惹きさせるのです。

スポーツジムで、最後に息を整えて、ゆっくり向かう特別な場所が懸垂棒です。今日はどれだけの回数ができるか、限界よりも1回、2回増やすためにリミッターを解けるか、戦う準備が出来ているか。と思いながら懸垂棒に向かっていました。

筋肉は裏切らない。筋肉は正直。その通りです。

「自分に妥協せず、自身を厳しく律し継続的にトレーニングを積み重ねれば、筋肉は研ぎ澄まされ、負荷にも耐える強い体が出来上がる。それは、筋肉を形作ることになり、視覚的にも結果が見えて、また増強できる。」と宣言すれば、まるで一流アスリートの心得のようですが、トレーニングをしない間隔が長かったり、強度が弱け



れば、結果が出るはずがありません。だからこそ、信念を持ち、それを継続して取り組める人々に私は憧れを抱き、魅力を感じるのです。

筋トレの価値をどう考えるかは、極めて個人的な事です。私の場合、体を鍛える姿勢は、健康維持のためとか、筋肉を大きくしたい、というのではなく、「私の魂が欲すること。魂を整えるため。」と言う表現が、最も当てはまります。コロナウイルスの影響で、トレーニングジム

に通えない期間が1年以上続いています。さらに、我々の生活の中では、まとまった自由な時間は、欲しくてもそう簡単には手にはいきません。日々のわずかな隙間を、いくつかの種類の仕事とトレーニングに配分する毎日です。

ローイングエルゴメーターが欲しいな。部屋の壁全体のスクリーンに映ったテムズ川の兩岸を眺めながら、息が切れるほど激しく、時には、滑るように優雅に漕ぎたいな。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます） 午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868 - 0893 なくそうやくざ 862 - 0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869 - 8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議

ご注意を！

沖縄県医師会理事 徳永義光

1. 【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適用外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では **補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。その免責部分を補償する団体医師賠償責任保険があります。** この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖縄県医師会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241