



「緩和ケア病棟」へ勤めて

アドベンチスト・メディカルセンター
緩和医療科医師 與儀 實津夫

私がアドベンチスト・メディカルセンターの「緩和ケア病棟」勤務を始めるようになって3年が経ちました。今年ついに80歳になります。そして老年医師として、避けられない死を覚悟する人々の傍にあって、自分に出来る「緩和ケア」は何だろうか考える日々です。

私が若年医師としてスタートした1970年代は、医療者や機器不足の環境の中で「緩和ケア」の概念は話題にも上がらない時代でした。

しかし医療体制が整備され治療法が飛躍的に進歩した今日、未だに救えない患者に出会う現実に忸怩たる思いを覚えるようになりました。

人の生死に関わる仕事をする医師の一人として限界を感じる度に、「ホスピス・緩和ケア」への思いを抱かざるを得ませんでした。

元々読書が好きで諸々読んで来ましたが、ある時 Elisabeth Kubler-Ross の「死の瞬間」とその後続くシリーズに出会った時、今迄にない深い感慨を覚えました。改めて、医療の本質を問われ「緩和ケア」について考えさせられたのです。

欧米の医療は歴史上、宗教的「ホスピス」の概念と共に発達して来ました。そして現代医学を採り入れた近代的「ホスピス」運動は、イギリスにおいて1967年 Cicely Saunders による St.Christopher's Hospice の創設に始まると言われます。

一方、我が国における「緩和ケア」は、臨床上大事な分野でありながら長年軽視されて来ました。欧米と同様「ホスピス」運動は宗教的見地から広まり、1981年聖隷三方原病院に「院内独立型ホスピス」、1984年淀川キリスト教病院に「院内病棟ホスピス」が開設されました。

そして「ホスピス・緩和ケア」が医療保険の診療項目として正式に制度化され、「緩和ケア病棟入院料」として新設されたのは1990年です。

私は、那覇市立病院が「緩和ケア病棟」施設基準の認定を受けた時に「緩和ケアチーム」をスタートさせました。しかし、院長職の間を縫ってのカンファランス・病棟ラウンドへの参加は思うに任せず消化不良の思いは否めませんでした。

「緩和ケア」は、治療を諦めた患者に対処する「医療的ケア」に始まります。しかし私が若年医師の頃、当たり前のように「もうやることは無いから」と癌末期患者の回診を敬遠する先輩医師が多々ありました。それを見て私は、「これ以上外科的に治療出来ないからこそ患者の傍へ行くのだ」と後輩医師と共に毎日朝夕の回診を欠かさない様にしていました。

病に敗れ「生きる時間がわずかしか残されていない」ことを告げられた患者にとって、「死とは何か」、「死ぬ迄どのように過ごしたらよいのか」に直面せざるを得ません。しかし最近、「死の受容」について患者自らの著述を含めて種々メディアや出版物を見かけるようになり、時代の隔世の感を覚えます。

私は、医師は、直に人に接する仕事を行う科学者の端くれであると考えています。故に医師は病の治療のみにとどまらず、人間の生きざま・社会全般についても多く学ぶ必要があると考えています。

医師は、臨床上の死を定義通りに「死亡診断書」に作成します。しかし、死は人類発生の昔より宗教とも深く関わりを持つほどに深淵で畏怖を伴います。私は今、予後不良で死と向き会わざるを得ない患者の「緩和ケア病棟」での仕事は残された天職であると考えており、老年医師としてやりがいのある役割と場所が与えられたと思っています。

去年より、我が「緩和ケア病棟」へ琉大医学部の研修医が一人毎月一カ月間参加するようになりました。皆優秀で真面目な研修医であり、老若共に励める時間を与えられ一層の元気と喜びを得る日々となっています。



最後に、最近読んだ本の一部を紹介します。

「医学は今まで、死を敵として扱い、医学の目標は死に対して勝利をおさめることだと考えてきた。一方、最近誕生したホスピスでは、末期患者をいかに逝かせるか、死ぬという避けられない運命をいかに受け入れていくかを教えるようになっている。末期患者に接してきたわたしの経験からわかったことは、死というのはプロセスにすぎず、完了してない仕事をやり遂げるようなもので、死にゆく人ばかりか、その死にかかわるすべての人に、だれも信じられないような成長を遂げさせるということだ」。「死とは、終わりではなく、別の世界への入り口なのです。死を目前にした人たちと共にいるということは、それは…、この世界からつぎの世界へ移る、その移動期間中のかれらのパートナーであり友人となることなのです」。

「死を迎える人たちのリラックスさせるテクニックとして、体の接触はもっとも簡単で、もっとも深いものである。昏睡状態の患者でも、人の声を聞くことができる可能性があるし、自分の体に触れる人がいればそれを体感できる可能性がある」。

(「臨死体験」バーバラ・ハリス；立花隆・訳)。



幸の青い鳥 『ホールインワン』の夢

さんだん花グループ / 統合医療
センタークリニックぎのわん
天願 勇

今は亡き、故・上村昭栄先生からゴルフのお誘いがあったのは17年前でした。

Pゴルフ場の4番ホールでプレーすると先生のホールインワンした姿が臉に浮かびます。『万歳!』大歓声の中、ボールを拾い挙げた瞬間、“青い鳥だ!まさかこんな近くに幸運が”…と喜んだ上村先生の笑顔は最高でした。『ホールインワン』を『青い鳥』・『幸せ』と表現した直観力に同伴したゴルフ仲間が敬服したものです。

ゴルフは1ゲーム18ホールで何回ボールを打ったかを競うもので、最初から少ない打数で各ホールを終えるのが理想です。しかし、どんなに上手でも、最初からうまくいくわけではなく最初の2ホールでたくさん打ってしまうと焦ってしまう。気を取り直して、まだ16ホール残っているのだから、あきらめないで1ホールずつ丁寧にプレーすることが大切です。18のうち4つはパー3で、ホールインワンを狙えます。

アマチュアゴルファーの統計でみるとホールインワンの確率は2,000ラウンドに1回、数万回に1回ともいわれており、まさに奇跡的な出来事です。

大自然の中でのゴルフは、学ばば学ぶほど、人生のあらゆること、想定外の出来事に対し真

剣勝負で挑む心を培います。その先には、『人間万事塞翁が馬』であることを悟ります。4名でスタートし、順番が来たら即・行動する。審判はいないが守るべきマナーとルールがあります。ルール違反は規則にのっとって罰打が適応され、スコアカードの過少申告は失格になります。マナー違反についての決まりはないが、ゴルフは紳士のスポーツなので同伴者や相手が不快と感じられる言動はすべて違反です。打者より前に出ない。スイングに入ろうとする時は動かない。グリーン上でパターを打つ時、ラインの先や後ろにはいない、グリーン上で靴を引かずらない、気が付かないマナーはまだ沢山あります。学ぶほどに奥が深く、たまにバーディーを獲った時は空を見上げて感謝を捧げます。規定打数より1打少ない場合は、バーディー（可愛い子鳥）、2打少ない場合はイーグル（鷲）、3打少ない場合はアルバトロス（阿房鳥）と言います。これらの意味は、“可愛いね”、次は“勇敢だ”、阿房鳥は今では、絶滅危惧種で、“奇跡”でしょうか？

ゴルフ発祥の地イギリスでは、男子は10歳になったらゴルフをさせたそうです。ゴルフを通じてマナーを覚えさせることは、社会人としてのマナーを覚えることにつながり道徳や良識をゴルフで学ばせようという訳です。ゴルフではよい人柄と良いスイングしか役立たない（J. ニクラウス）と言われ、メンバー同士の親睦も大切です。私は小さなうそをつく輩、アイアンの飛距離を自慢する人とは一緒に廻りたくありません。

アフターコロナの時代、オリ・パラ後の世界情勢は益々激しく変動するでしょう。

日本は少子高齢社会ですが、3密を避けてマナーを守り、ゴルフを通じた老若男女の交流に期待します。2021年・全米オープンで優勝した松山秀樹、笹生優花プロの快挙により日本のゴルフ界には明るい未来が開かれるでしょう。人生の秋から冬にかけて、残されたホールを丁寧な廻り、いつかは、“ホールインワン”を実現するのが私の夢です。



父の思い出

（白い粉の秘密）

牧港中央病院
國吉 眞行

私の父は第二次大戦当時軍医として南方の島にいました。戦闘の話は殆どしませんでした。サイドカーに乗って往診中、グラマンの機銃掃射を交わしてジャングルに逃げ込んだ事とか自分のいた部隊では、日本兵からも捕虜からも一人の死者も出さなかった事等を聞かされました。理由は、畑を耕して食料を自給自足し栄養失調や病気の予防に努めたおかげだと自慢していました。

戦後西原で診療所を開設した後那覇保健所長を経て那覇市内で内科小児科医院を開業しました。祖父も戦前、産婦人科医としてやはり那覇市内で開業していました。

そんな環境だったので、私も物心ついた頃から医者になる事には特に抵抗はありませんでした。

父は非常に厳格な性格だったので、幼い頃は父に甘える事はありませんでした。2歳上の姉は父親っ子で父も姉の事はとても可愛がっていました。その姉と私は気が合うので良く一緒に遊んでいました。小学生の時両親の留守を狙って、診察室に良いのがあると言って姉が誘いに来ました。何故か手には湯飲みとスプーンを持っています。ついていくと診察室の薬棚から白い粉の入った瓶を取り出して中身を湯飲みに分けました！舐めると砂糖の様な甘い粉でした。姉は父に時々舐めさせて貰っていて瓶の場所を覚えていたのです。乳糖の様な物だったと思いますが今の様な飽食の時代ではないので、後ろめたさを感じながらも凄いご馳走を発見した様な興奮を覚えました。幸い事故もなくこの危険な習慣はいつの間にか無くなりました。

中学、高校と進学してもあまり父とは会話が無く、医学部に無事入学した後も特に将来の事を話し合う事はありませんでした。自分の診療

所を継いで欲しいとは言わずに、私が望めば納得するまで大学に残っても良いと言ってくれました。将来は胸部外科医を希望していたので、全身管理が不可欠だと感じて先ず麻酔科に入局しました。麻酔科在籍中に標榜医の資格を取った後、保健学部附属病院の外科に入局して外科医としての人生がスタートしました。

沖縄に帰るまで毎年1回帰省する事が父の唯一の条件でした。ある時父の髭剃りを借りて掃除のため分解すると中から白い粉が出て来ました！何故髭剃りから白い粉が出てくるのだろうと最初、不思議に思いましたがそれが父の白くなった顎髭だと知った時あらためて父が年を取ったのだと気付かされました。医学部に入ってから共通の話題が増えたことで少しずつ会話も増えて、子供の頃の怖い父のイメージは薄れていきました。沖縄に帰って来て保健学部附属病院勤務になってからは、医師会の講演会にも一緒に出かけたりして医者として話できる様になり、父が一番臨んでいた関係になっていたと思います。内科小児科を開業しているのに子供が苦手な父でしたが孫は可愛がってくれました。子供が風邪をひいたときは父の家に行きながら薬を貰っていました。良く効くので助かっていましたが多めの処方希望しても‘分かった’と言いながらいつも3日分でした。

父は78歳の年で亡くなりましたが現役のまま生涯を終えたのは良かったと思っています。

趣味だった庭の手入れを手伝うと外科医の私よりも手洗いが厳重でした。ペニシリンが発見されたばかりで結核や癩病も罹患率が高かったこともあり、子供の頃は不特定多数の人が触れる場所や物に触れる事を極端に嫌がり手すりや欄干、お金に触ると注意されて直ぐに手洗いをさせられました。若者が路上に座り込んで飲食する光景や新型コロナウイルス感染症に翻弄されている現代を見るとどう思うでしょう。これまで高齢の患者さんを診る度に、自分の親も同じくらい長生きしてくれればと思いつつ診察していましたが今では自分が比較の対象になっています。



患者さんの人生から学ぶ

小禄病院
高江洲 良一

私は医師として働き始めて以来、訪問診療に積極的に取り組んできました。

現在でも医師とケースワーカー、看護師、栄養士、事務職員など計16人で在宅医療チームをつくり、訪問診療に力を注いでおります。

医療者はただ患者さんの病気だけを見ていれば良いというわけでは無いとの考えから、訪問診療により介護する家族にも目を向け、サポートすることを目的として多職種で取り組んでいます。

在宅医療をする上での当院の強みは、「病床がある」ということです。患者さんが在宅から入院に移行するときにも、患者さんとの関係が途切れない。引き続き主治医として診療することが可能です。患者さんの安心感も違うのではないのでしょうか。また、たとえ同じ病気であっても、患者さんごとに家庭環境は異なります。家族の介護が受けられる患者さんがいる一方で家族が仕事や子育てに追われているなどの理由で介護してもらえない患者さんもいらっしゃるのです。そうした方々をどれだけカバーすることができるか。我々の存在意義はそこにあるのではないかと思います。その方の生活環境、性格なども考慮しながら、患者さん一人ひとりに合わせた最善の治療方法を選択することが重要なのです。

数年前、心臓と腎臓の疾患がある80歳代の女性が入院されました。それまではずっと外来で診ていたのですが、日を追うごとに腎臓の働きが悪くなり、入院治療をすることになったのですが、1カ月ほどして少し回復したものの、退院できるまでは良くなりませんでした。しかし、その方が「家に帰りたい」と言うようになり、やがて診察を拒否、食事も拒否するように

なっていました。ご家族と一緒に説得しても納得してもらえず、ハンガーストライキによる脱水のため腎臓がまた悪くなってしまい、入院透析が必要な状態でしたが、「死ぬなら自宅で」という本人の意志が固く、4月には退院。私は週2回、看取りを目的として昼休みに訪問診療をすることにしました。

その方には3人の娘さんがいます。1人は地元にいるが仕事がある。あとの2人は結婚して県外に住んでいる。どうやって介護しているのかと尋ねると、県外で暮らす2人が2週間ごとに交代で沖縄に来て介護をしているとのことでした。これには本当に驚きました。聞けば入院しているときからそのような生活を続けていたというのです。それほどまでに一生懸命に介護をされているご家族の様子を目の当たりにした私は、入院中、病気をうまくコントロールすることができなかったことを、心から申し訳なく思いました。私が週に2回、30分程度訪問診療をすることなんて、医者として当たり前のことです。ご家族の苦勞とは比べものになりません。理事長になり、病院運営と診療に追われて「忙しい」「疲れた」と思っていた自分を恥ずかしく思いました。ご家族の献身的な介護によって、最初のころは、「食べたら元気になりそうだから、食事はとらない。早くあっち（あの世）に行きたい」などと言っていたその方も御家族の介護にて素直に食事をとるようになり、腎不全が改善し、どんどん元気になりました。今は、ご家族に任せでも安心できる状況になりましたが、私の胸の内には「まだまだ私に診させてほしい」という気持ちが強くあるので、今も2週間に1度、様子を見に行っています。

在宅医療をしていると、患者さんと介護者である御家族の色々な生きざまを見ることができ、とても勉強になります。机上の学問だけでなく、人の人生から学ぶことは多い。生涯学習というのはこういうことを言うのかもしれない。体が動く限りは、在宅医療を続けていきたいと考えています。



『兵どもが夢の跡：嗚呼!!
中部病院研修医時代』

友愛医療センター 呼吸器内科
松本 強

Mentor 宮城征四郎先生に師事していたが、先生の若さの秘訣は日々若い研修医相手に指導をしているからではないかと、不肖の弟子は思い当たった。毎年24、25歳の研修医を指導するが、自分が齢を重ねていることは忘れてしまう。師と同様、自分の子より遥かに若い研修医達と十年一日の如く毎日症例検討し、新病院の広い廊下を連れ立って回診（ラウンド）していると、中部病院での青き研修医時代が蘇える。「三つ子の魂百まで」と言うが、会員諸氏の医師人生でも卒後1、2年の研修医時代は、特に記憶に強く刻み込まれるものではなからうか。40年前に遡り、青き研修医時代の日々を徒然なるままに回想してみよう（記憶不明瞭、盛った話、時効話もあるかと思いつつ）。

研修初日の早朝、那覇より中部病院へとバスで向かった。途中、一人の中年の紳士が乗り込んだ。濃紺のスーツにネクタイ、いかにもインテリ風の出で立ちである。なんと同じ赤道の中部病院前バス停でその紳士は先に降り、病院玄関へと向かった。やはり内科系指導医かな、とも思った。新入研修医会場の同列の席にその紳士はあった。同じインターン（現在の初期研修1年目）であった。M先生は当時40歳代(?)、元検事（または弁護士）とのことであった。一念発起して医師を志したらしい。18名の同期インターンは、4人程度のグループで各科をローテーションした。M先生とは同じグループとなり共に研修した。中部病院の研修は肉体的に非常に厳しい。M先生は温厚、真面目、物腰柔らかく、控えめな方であり、われわれ25歳前後の若手医師と共に過酷な研修に良く耐えた。2～3日に一回程度の地獄の救急当直、当時当たり前であったその後連続36時間程度の

激務も同様にこなした。時に疲労の様子が垣間見え、体調気遣い声を掛けたこともあったが、ご本人は遠慮された。後年、某病院院長を務められていたが急逝された（合掌）。

コンサルタント医師としてウィルス先生 (Dr. Willis) が常駐し、研修医を指導されていた。内科ローテ時は、毎日 13 時よりインターン対象に 1 時間程度先生のレクチャーがある。1 対 4 のレクチャーで逃げられない。横 1 列に 4 名が雁首揃えて座し、先生は黒板やプリントを用いて講義するが、勿論全篇英語で、過度の疲労、慢性睡眠不足、食後の睡魔等でインターンはたちまち眠りに落ちる。先生の前で突っ伏して爆睡する強者もいた。一人でも起きていれば講義は続くが、さすがに全員が白眼を向いてしまうと、手を叩き「Wake up! , Wake up! ○○先生!」となった。先生のプリントは後に分厚い教科書本となった。皆に尊敬され、博識、理想とすべき素晴らしい臨床医であった。

実は医学部の 5～6 年生頃より、エクスターンとして休みを利用し中部病院に出入りしていた。私にとって中部病院は勝手知ったる病院であった。研修医は正にレジデントとして院内居住を義務付けられていたが、当時ご結婚され院外に住まわれていた寺澤先生（後の福井大名誉教授）より窓のない部屋のベッドを拝借し、泊まり込みで深夜の凄まじい救急室 (ER)、緊急手術などを見学していた。研修医が主役で実力が試される場は救急室である。連夜、紙カルテが山のように積まれていた。インターンが初療するが、性格というか、能力の差が出る。救急室の研修医は皆、多忙、疲労、殺気立っているの、診察が遅くカルテが遅々として減らず、溜まる一方のものは非難されよく研修医同士で怒鳴り合った（切磋琢磨）。CPR でも治療方法を巡って怒鳴り合った（侃々諤々^{かんかんがくがく}）。ER 看護師はあくまで強く、これまた怒鳴り合った（海千山千）。要領のいい者は、重症例が搬送されるたびに、サイレンの音に引き寄せられ深夜でも何処からともなく湧いたように出沒し、自分の目標とする手技（蘇生、挿管、CV や chest tube 挿入等）

のみ行っでは、いつのまにか消えていった（虎視眈々）。

さて、ここからが面白い。強烈な個性溢れる伝説的医師が次々登場し、そのエピソードなど当方の記憶も蘇り興に乗ってきた所ですが、残念ながら紙面超過となりました。お後がよろしいようで。



沖縄移住して思うこと

医療法人球陽会 海邦病院
内科 田中 新司

“ハイサイ! ”、私は暖かい気候と青い海に憧れ、2018 年秋に滋賀県長浜市（琵琶湖の北方、冬はかなり積雪あり）から移住し、トロピカルビーチ近くの病院に勤務しています。よろしくお願ひします。

私たち家族は 20 年以上前から夏休暇や NAHA マラソンで沖縄を訪れ、いつか移住したいと考えていました。沖縄に住んだら、青く澄んだ海や夕日を眺め、朝ドラ「ちゅらさん」に登場していたような陽気な人たちと泡盛を飲みながら“ゆんたく”し、毎日がゆったりと過ぎて行くことを思い描いていました。ウチナーンチュは陽気でお酒が強く、泳ぐのが好きで、三線が弾けて、元気なオジーやオバー、また米国人もいるので、ウチナーグチもヤマトグチも英語もチャンプルーで話していると考えていましたので、妻は三線を習い、私は英会話とウチナーグチを少し勉強しました。

年月が過ぎ 3 人の子供たちは巣立ち、妻と 2 人だけになりましたが、永年の夢を叶えることができました。そんな訳で来沖当初は時間があれば観光客のようにビーチ巡りをして美ら海を満喫しました。泳げる時期（内地では 2 か月ほど、沖縄では 1 年の半分もある!）には海に入り、熱帯魚探しをしました。地元の人たちは趣味で泳いだりはしないと聞いて驚きましたが、



ます。フランスでブラインドのワイン品評会があり誰もがフランスワインが一番になるだろうと予想したのに、1位を獲得したのはナパのワインだったそうです。フランス側がリベンジで数年後再度、品評会を開催しましたがそこでもナパのワインが1位となったそうです。それからカリフォルニアのワインの評価が大変高まり値段も急激に高騰していったとのことでした。

ナパバレーではサンフランシスコ湾の低温の海流で霧が出やすく、また昼間は晴天が続き一日の温度差が激しいので高い糖度のブドウができ、雨も降らず気候が安定しているので、どの年も安定したワインができるためフランスのようにヴィンテージはあまり関係ないのだそうです。日中の温度差が激しく、住んでいる人々の服装は毛皮からTシャツ短パンまで様々らしいですが確かにそのようで、少し奇妙に見えました。

どこまでも続く青い空とブドウ畑の緑が目には沁みます。「ここが有名オーパスワンのワイナリーですよ」と案内されました。クラシックの音楽が流れておりベージュ色の大理石でできた建物はとても荘厳な雰囲気にも包まれ圧倒されます。試飲させてもらい日本への配送も頼むことができました。日本での購入と値段はあまり変わりませんでしたが、本場で購入したということに胸が弾みます。二階のテラスからブドウ畑を一望することができます。

圧巻です。ほかのワイナリーの畑と接しているため、自分が想像していたより面積は広いものではありませんでしたが、きちんと刈り込まれたブドウの葉がとても規則正しく配置され手間暇かかったもので、これがあの有名な世界のオーパスワンなのだと胸が震えました。



ワイン列車も経験しました。駅のホームにワイン販売の店があり、そこで購入したワインは列車に持ち込めるという事でした。列車ではランチが提供されそれぞれ料理にペアリングされたワインが提供されます。ゆっくりとした速度で進みナパバレーの端から端までを往復します。ブドウ畑を眺めながら至福の時間を過ごせます。多種多様な国からの観光客がのっていました。



ケンゾーワイナリーも訪れましたがこちらは日本の古民家を思わせる作りで、天井が高く至る所に白菊が飾ってあり、内装はグレージュのトーンでとても品よく和風が表現されていました。ブドウ畑は、葉の一枚一枚まで大きさと向きが整えられており日本の茶畑を連想させるもので、丘から眺める景色は圧巻の一言です。



ナパバレーを訪れるのは、シリコンバレーへの仕事のついでによるIT関連の方が多く、また日本の元総理大臣等政治家の方がたも多くその時は、大使館職員がつきっきりで案内するようです。また現地の方はサンフランシスコから日帰りレジャーとしてゴルフやワインを楽しむ週末は大変混雑するそうです。

以前は何気なく飲んでいたナパワインですが、訪れた後は一杯のワインを目の前にすると



～的外れかもしれませんが、
言わせて下さい～

恩納クリニック
玉城 徳光

中頭病院で8年間、消化器内科、循環器内科を中心に内科診療を全般的に経験した後、縁があり平成13年～恩納村の診療所を引き継ぐことになった。あれから20年が経過している。光陰矢の如し。中頭病院での診療の一コマ、一コマは、数年前の事のように思い出されるのに。

さて、今回の寄稿依頼に対し、この20年余り、他院へ患者さんを紹介したり、逆紹介を受けたりする中で、少し引っ掛かりを感じている点について、この誌面で取り上げさせて頂きたい。

一つ目は、診療情報提供書を記載する際に、紹介医師名の最後に付け足す御机下(おんきか)や、御侍史(おんじし)の記載についてだ。私自身も平成元年に医師になって以来、深く考えることもせず、同様に記載し続けていた。

しかし、数年前から、このまま慣習に流されて、御机下または御侍史と記載し続ける事に、徐々に抵抗感が増していき、ある時期から、その記載を省く決心をした。世間一般の目線で見ただけの場合、先生と記載するだけで、十分敬意を払った宛名書きになっているはずだ。御机下や御侍史はもはや時代にそぐわない言葉ではないだろうか？目上の先生への記載に対しては、悪い心証を与えてしまわないか、懸念も抱いたが、情報提供書の中の文面で、敬意が伝わるように配慮しているつもりだ。

御机下、御侍史の記載の追記に、賛成か反対かのアンケートを無記名で行った場合にどのような結果になるか、興味がある。

話は変わり、当医院に地域研修に来た研修医の先生に、担当した患者さんの紹介状を書いて貰うことがあるが、その文面の最後に、ほぼ決まり文句のように、「お忙しい中、たいへん恐縮ですが、」という言葉が記載される。少し意地悪ではあるが、ある研修医に対し、本当に恐

縮している？と問うと、苦笑いを浮かべて、そのように教わったと返答が返ってきた。時間外の診療とか、こちらに落ち度があって訳ありで紹介する場合などは、状況と一致しているので、恐縮ですが、という言葉遣いに違和感はないが、通常の紹介なら、お互い様、当たり前の仕事なので、よろしくお願いします、だけの方が清々しい言い方だと私は思っている。相手の状況がどうなのか、把握もしてないのに、お忙しい中、と記載するのは、コロナ禍で患者数が減った医療機関などには当てはまらない場合もあり、逆に失礼にならないか、気になってしまう。

最後にもう一つ、外国人患者さんの紹介に際して、問題提起をさせて頂きたい。当医院が立地する恩納村は観光地である事、沖縄大学院大学が近くにある事等もあり、外国人患者の受診も比較的多い。苦勞しながら何とか対応しているが、彼らを総合病院へ紹介したい時に、苦勞する事がある。紹介先病院連携室から、紹介受け入れ条件として、通訳者同伴を求められる事があるという事だ。

通訳者の同伴が簡単にできる場合は、問題ないが、外国人によっては、そう簡単に同伴できる通訳者を探せない時もある。条件なしでのスマートな外国人患者の受け入れ体制の確立を望みたいと思う。

以上、読み手にとっては不愉快な内容の文章になってしまったのでは、とそれこそ恐縮した気持ちにもなっていますが、一度はどこかで口にしたいと思っていたのも事実なので、ご了承頂きたいと思います。



お礼

沖縄病院外科
河崎 英範

厄年である。腰痛悪化で右足が痺れ、流行り病で出勤停止、もらい事故で愛車を失った。わずか数ヶ月間のことで、これであけたと思うも

束の間、穿孔性虫垂炎汎発性腹膜炎で緊急手術を受けることになった。自戒を込め手術体験から気づいたことを紹介する。3月の木曜日、気管支鏡検査でいつもより腰が張り、防護服が重く感じ、検査の合間にストレッチを繰り返していた。昼後から吐き気、その後腹痛、下痢が続き医局仮眠室で休み、昨夜の鶏肉による食あたり、腸炎を疑い家族へLINEするも誰も症状ないとの返信。同僚へ依頼し点滴を受け絶飲食となり入院、経過観察することになった。翌日、CT含め画像評価を勧められたが、症状は軽減しており経過観察したいと申し出（多少がまん）、入院中は病室にPCを持ち込み残務をこなしていた。が、午後から発熱、夕方から下腹部痛、圧痛が激痛となり急遽CT撮影し、噴石を伴う虫垂肥大、腹水貯留を認め、虫垂炎腹膜炎の診断で浦添総合病院へ転院し緊急手術となった。救急外来から病室へ移動。看護師の説明後、担当医師の病状説明、同じ外科医、こちらが年上で緊張され申し訳ない気持ち、お任せするしかない。術前準備をひととおり済ませ手術室へ移動、下から見上げる无影灯、なぜか角度を調整したい気持ちに駆られる。麻酔準備がすすみ、プロポフォール開始の合図、「ゆっくり数を数えて下さい」、1、2、3・・・かわさきさん！遠くで呼んでいる声、「手術は終わりましたよ」との掛け声に目が覚めた。多量の洗浄を要し2時間あまりの手術であったが、麻酔で寝ている私にとっては一瞬であった。例えて言えば動画編集のごとく意識を数時間切り取られた感覚、麻酔覚醒はカメラの絞りがゆっくり開いていくような感覚と覚えている。術直後は硬膜外麻酔が良く効き、痛みは全くなき、手術終えた安堵感と心地よさを感じたほどで、病室に帰室後、家族、同僚へLINEするほどハイテンションであった。

これまで手術を受けた患者さんから術後特異な体験を聞くことがあったが自身の経験を紹介する。術後から翌朝まで目を閉じると、病室の残像が、ゆっくり渦をまきながら流れ、鮮やかな絵画、風景のような映像から漆黒の闇へと変化し続けて

いた。また臭覚が大きく変わり点滴中は体の中から異様な匂いを感じ、特に抗生剤点滴中は強く感じていたが3日目には完全に消えていた(腹膜炎、ドレーン留置中で抗生剤はその後も継続)。臨床研究課題とするには方策が思いつかないが、興味持たれる読者のご意見を期待したい。術後、痛みや症状が軽減につれ、いろいろなことに気づいてくる。看護師さんの定時の検温や、医師のグループ回診、知り合いとはいえ笑顔のやり取りは治療の糧になる。退院間近になると食事が楽しみとなり、院内移動中に廊下のポスターや掲示物、日頃気にさえとめなかったことが見えてくる。インフォームドコンセントが認識され長くなる。十分に理解いただき積極的な気持ちで治療に取り組んでもらうことは大切なことであるが、今回、患者として感じたことは、困った時は信頼し任せるしかなく、腹(胸)のなかを見ていただく人を信頼しないわけではないという気持ちで、外科医の責任の重さを感じるとともに、外科のやりがいを改めて気付かされた良い機会になったと考えている。

結びに、ご迷惑をおかけしました沖縄病院職員の皆様、そしてたいへんお世話になりました浦添総合病院外科、麻酔科はじめ病院スタッフの皆様、この稿をお借りし深く感謝を申し上げます。



シンデミックには ポピュレーション戦略

群星沖縄臨床研修センター
徳田 安春

新型コロナウイルス感染症のパンデミックに対しての切り札はワクチン接種であり、そのペースアップが望まれる。しかし、ワクチン接種が開始される前の期間、日本を含む東・東南アジアの人々では、欧米人と比べて新型コロナウイルスの感染リスクや重症化リスクが比較的小さかった。ファクターXと呼ばれることもあり、さまざまな仮説が挙げられているが、これらのアジアの国々での共通因子をくくってみ

るとすぐにわかるのが2つある。一つめはマスクだ。東・東南アジアの人々では装着している割合が明らかに高い。

もう一つは肥満者の少なさだ。東アジアや東南アジアの人々の平均体重は欧米の人々と比べて軽い。平均体重が軽いことは、肥満者(BMI>30)や過体重(BMI>25、日本の定義では軽度肥満)の人々の割合も少ないことを意味する。BMIはボディーマスインデックスのことで、体重を身長²で割った値だ。実際、世界で2021年2月までに報告された250万人のCOVID-19による死亡者のうち、220万人は人口の半数以上が過体重または肥満者の国々に居住している。

成人の人口の半数以上がBMI>25の過体重である国々では、そうでない他の国々と比べコロナの死亡率が約10倍だ。イスラエルや英国、米国は先進国の中でもワクチン接種ペースが速く、コロナの抑え込みに成功しつつあるが、体重をコントロールすることを進める啓発活動を積極的に行っているようにはみえない。

ウイルスの手強い変異株が今後も登場し、ウイルスとの闘いがしばらく継続する可能性も否定できないパンデミックの中で、体重増加という「シンデミック」への対策をとらないのは、賢明とはいえない。シンデミックとは、二つのパンデミックの複合状況という意味であり、ランセット誌編集者のリチャード・ホートン氏は、今回のパンデミックは新型コロナだけでなく、もともと世界に広がっていた肥満のパンデミックに重なる形で拡大したと考えるべき、と述べている。

米ドーナツ大手のクリスピークリームは、予防接種を受けたことを証明できる人にドーナツを無料で提供している。しかし、これがネットで論争となっている。砂糖入りドーナツを食べるのは肥満のリスクであり、肥満はコロナ重症化リスクだからだ。

一方で沖縄はどうか。沖縄での感染者の重症化リスクも世界での研究と同じ結果であり、やはり肥満がリスクである。沖縄に求められてい

るのは、感染対策だけでなく、パンデミックをシンデミックとも捉えた肥満対策だろう。長寿世界一から転落した要因の一つが、平均BMIの増加であり、肥満者の増加である。その結果、糖尿病、脂質異常症、心血管疾患、各種がん、睡眠時無呼吸症が増加した。

医療者として肥満の予防と治療をどう進めていくかの戦略を抜本的に見直すべきであろう。メタボ健診などの医療機関でのハイリスク戦略だけでは地域住民への効果が弱く、パブリックヘルス的なポピュレーション戦略が必要だと考える。この戦略は英国のジェフリー・ローズが提唱したものだが、生活習慣病への有効性が示された。

実際に世界中で成功したポピュレーション戦略の例を挙げると、ファーストフードや加工食品のカロリー表示義務化、砂糖税の導入、公共交通機関の整備と低運賃化による歩行励行、レンタル自転車システムの導入などがある。新型コロナに対しては、もちろんワクチン接種のペースアップが大切だ。しかしそれだけでなく、これをシンデミックとして認識して、肥満社会沖縄をリバースさせる転換点としてとらえる視点が必要だろう。



ただいま専攻医3年目！

名嘉村クリニック
當山 和代

名嘉村クリニックに勤めて約20年。睡眠医療のことを全然知らなかった私を導いてくれたのは、名嘉村博院長で、いわば睡眠診療の“師匠”であり、とても感謝している。

ところで、先日、同僚のT先生Y先生と昼休みの女子会で卒後年数の話題となった。今年で私は卒後30年になっていた。

「ヒュー、もうそんなに！まだ、7年目のつもりなのに。」という、「先生のやる気は7年目と認める。」と大笑いされた。

中心となり天皇が持つべき権力を手にするようになった蘇我氏を滅ぼした出来事です。その後孝徳天皇が即位し、中大兄皇子は皇太子、中臣鎌足は内臣となり、翌646年「改新の詔」を発令しました。天皇による中央集権国家を目指し元号を使用、新たな政治の役職の決定の他、公地公民制、国郡制度、班田収授法、租庸調の税制を掲げます。大化の改新は乙巳の変をきっかけに始まり、701年大宝律令制定で完成した約50年を要した一連の政治改革というわけです。

Q2. 日本最古の貨幣は？

和同開珎（708年発行）。テストによく出た問題ですが、現在の教科書的な正解は「富本銭」。ふほんせん？習った記憶がありません。それもそのはず、富本銭は1999年奈良飛鳥池遺跡から「丁亥年（687年）」と書かれた木簡と共に出土し、最古の貨幣と認定されました。現在40歳以下の先生方は授業で習っているのかもしれませんが。ただ、鑄造は最古だが、お金として流通した記述がなく出土数も少ないため、日本最古の流通した貨幣はやはり和同開珎のようです。

Q3. 鎌倉幕府誕生の年は？

1192年。「いいくにつくろう鎌倉幕府」の語呂合わせでおなじみです。ですが、これも修正され今の教科書的な正解は1185年となっています。なぜ変わったのでしょうか。平氏一族による政治の下、平氏打倒を掲げた源頼朝は1180年鎌倉に入り、いくつかの源平の戦いを経て1183年朝廷より東国の支配権（守護・地頭設置）を公認されています。1185年壇ノ浦の戦いで弟の源義経の活躍により平氏を滅ぼし、平氏が支配していた西国でも守護地頭設置が許可されます。全国の軍事責任者となった1185年が鎌倉幕府誕生の年となったわけです。では1192年はというと朝廷より「征夷大將軍」に任命された年です。征夷大將軍とはもともと朝廷の官職の一つで朝廷に従わない東北地方を治めるための役職であり、すでに東北地方の奥

州藤原氏を滅ぼしていた源頼朝は単に「大將軍」という称号がほしかったと言われています。歴史の事実の何をもって鎌倉幕府誕生とするかが変わったということでしょうか。ただ語呂合わせは前がよかった。

いかがでしょうか。歴史好きの方々にはあまりにも常識的な事かもしれませんが、私にはへえ～今はこう教わるのねと歴史の教科書内容が変わることが新鮮でした。しかし他にも邪馬台国はどこにあったのか？明智光秀はなぜ織田信長を裏切ったのか？など今もなお歴史的疑問は多くあります。新たに出土したり、技術の進歩で判明したり、これからも教科書の歴史は変わっていくということかもしれません。修正を知り「へえ～」と思えるのは楽しいことです。ただ、現在に繋がる我が国の近代史に関しては教科書で教わった事と、大人になって書籍などで知った事には大きな隔たりがあり、「へえ～」では収まらず、あまりの無知さに反省しきりです。なぜこんな重要なことを学生の時に教えないのかという理由も含め学びなおしているところです。誰が何を根拠に言っているのか、何が事実と言えるのか、事実に近い歴史、日本史、国史を知りたいと思う今日この頃です。ちなみに、上記内容は小中学生の教科書、参考書、資料集、ベネッセHPなどを参考に記載していません。詳細はご確認ください。



『少年』と私

琉球大学病院
玉那覇 民子

こんにちは。琉大医学科9期生の玉那覇です。全く無名の私に原稿の依頼を頂き、驚き、戸惑いも感じていますが、せっかくの機会なので、寄稿させていただきます。

私は、現在大阪の国立循環器病研究センターにいます。しかし、循環器科でも、脳神経科で



もありません。糖尿病や内分泌疾患の診療に従事しています。

最近、心にしみる言葉があります。『少年老い易く学成り難し』とはこの事か、と深く共感しています。

もう15年以上前になってしまいましたが、沖縄から関西に来た頃は、沖縄以外でやっていけるだろうか？そして、まるで沖縄を背負っているかのように、失敗したら沖縄の恥だ！と思っていたこと（笑）を思い出します。

第2内科在職中に糖尿病患者の心理に関する書籍“糖尿病バーンアウト燃えつきないためのセルフケアとサポート”を医局で目にしました。そして幸運にも著書の先生のおられる、奈良の天理よろづ相談所病院へ。それから、京都、大阪の病院で勤務しています。関西で楽しく過ごしているのは、沖縄で御指導下さった先輩の先生方、一緒に頑張った同期の仲間達や後輩、看護師さんをはじめ病院のスタッフの方々、そして担当させてもらった多くの患者さんのお陰であると感じています。

研修医時代に初めて患者さんを亡くしたのは明け方でした。その時の夜勤の看護師さん、病棟の師長さんの温かい言葉は今でも鮮明に覚えています。

冒頭で、『少年老い易く学成り難し』は最近の心境であることを告白しました。少年に関する名言では、クラーク博士の『少年よ大志を抱け』も有名です。まだまだ『少年』の心を持ち続けたいと思います。



写真は宇宙飛行士の向井千秋先生との記念写真です。2015年の内分泌学会で御講演を拝聴しました。一緒に写っているのは、研修医時代

の指導医と関西の友人です（玉那覇は向かって左から3番目）。

病院のことばかり書きましたが、沖縄県外ではちんすこう以外のスイーツ等も楽しんでます。

コロナ禍中、皆様の御健勝をお祈り致します。



ひとの生き方・逝き方で 思うこと

沖縄第一病院
渡嘉敷 かおり

琉大10期生、第三内科腎臓内科で透析療法に携わるようになり、これまで唯一の県外勤務となる福岡県の九州医療センター、県内の多くの各医療機関への出向で臨床現場の経験をさせていただいている渡嘉敷と申します（履歴書だけを見ると誤解が生じそうです）。

私個人は同期と比べても特に何かに長けている医師ではないためか、所属先である三内科のみならず、これまでの出向先や透析当番先等々で先輩・同年代・若い医師の先生方に、その頼りなさ？からか、年代を問わず何かと気に掛けてもらうことも多く、また、多種職の医療スタッフからも何かと応援をもらい、さらには縁あって関わらせていただいた患者さんやご家族からは臨床現場での医師としても一人の人間としての個人的にも色々と考える機会と経験に恵まれてきました。この場をお借りして感謝申し上げます。

普段は腎臓専門医・透析専門医として他科と連携して慢性腎臓病CKDの進行予防に努めつつ、それでもやむを得ず末期腎不全に進行してしまう可能性がある場合には何らかの腎代替療法の選択について早い段階で患者さんやご家族にお話しをしています。それは既に長期透析している患者さんでさえも誰一人として『本心から透析したい人はいない』という言葉聞いてきたからです。将来的に何らかの腎代替療法を選択するしかない状況が残念ながら回避できな

いことは、本人が本当の意味で最も望んだ選択ではなく、生きるため仕方なく何かを選択するという事です（昨今では高齢認知症患者さんが多い時代であり、腹膜透析・血液透析・移植以外の4番目の選択肢ともいえる、『透析導入をしない』という『透析導入の見合わせ』も議論されるようになりました。但し、現時点では悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群や末期心不全などのような緩和ケア診療加算対象に末期腎不全は該当していないので『見合わせ』を選択する場合には他の選択肢同様に事前に現実的な覚悟と諸対応について本気で話し合っ取り組むことが必要です）。

専門領域に関しては経験年数が増すとワンパターン対応に陥りかねない懸念があるものの、方針相談の場ではそれを払拭するだけの各患者さん本人とご家族でも各々の生きる上での価値観に違いがあり、時には私の予想を上回る考え方もあって驚かされることもあります。そこで自分自身の生き方を考えさせられる面もあり、患者さん本人やご家族に出来るだけ『これからどう生きたいか』を話してもらえ・聞き出せるように心がけたいと思っています。透析に限らず、内科医として勤務する現場では他疾患で入院中の高齢長期臥床患者さんが感染症などで急変時における延命処置についてご家族に説明相談する場合はどのように逝かせてあげたいのかを問うことはありますが、できれば（死に方というよりも）『その人らしい生き方』を聞いて方針を相談できれば…と唯一の正しい答えがないことに今後も良い意味で一緒に悩みながら私なりに関わりたいと思います。よく考えたら自分自身の寿命もわからないのに、その点では医師というのは不思議な職業かもしれません。

気付けば自身が今年52歳になる現実で、ここ数年、特にこの一年は同年齢の親しい医師等や未だ恩返しが出来ていない身近な大先輩医師の他界が続きました。世の中がコロナ禍で右往左往しながらもコロナ以外の疾患が待ってくれる訳でもなく、唯々遅しく進むしかない医療現場の一員として、自身の性格としては柄にもな

く成り行きで本職業を選んでしまった？後ろめたさもあり、だからこそ気付けることや何か役に立てることがないかを日々模索しつつ、彼らを思いながら自分を鼓舞して前進していきたいと思います。



趣味と言えば・・・

愛誠園クリニック
平良 民子

この度、沖縄県医師会会報誌の原稿執筆依頼をいただき、物書きはあまり得意ではありませんが、テーマが自由とのこと、また中部地区医師会広報委員の古堅先生よりご指名とのこと、書かせていただきます。

趣味はなんといっても旅行と言いたいところですが、今は禁句に近いので控えることに。さて他にこれといって趣味と言えほどのものは…ただ、周りにたまたま自分より凝っている人がいないことに最近気づいたものが、ジグソーパズルです。初めて挑戦したのは高三の受験に失敗した3月ごろ、姉と散歩の途中文具店で初めて買ったのが300ピースのジグソーパズルでした。姉のものだったはずだったが、私がハマってしまいました。

本格的に挑戦したのは、もちろん入学後、無謀にもいきなり1,000ピースのモノトーンのパズル。人物や建物などの特徴的な輪郭が含まれるピースはわかりやすいものの、空や壁、服などまさしく背景色（グレーから黒）のみのピースは特定がかなり難しいので本当に大変でしたが、完成したときの喜びと充実感は経験したことのないものでした。

ここでジグソーパズルをやったことがない方にご説明すると、まず基本は縁から始めます。どこか1辺が直線のピースを選んではめていきます。当然ながら4隅のピースは直角を挟んだ2辺が直線です。4/1,000個のピースを見つけ

るだけでも快感です。それを組み立てて、縁が完成したら中心に向かってつなげていきます。カラーの場合は色でグループ分けしてから始めます。線や模様で特定できる部分は比較的容易ですが、そうでないピースは突起（凹凸）の形や突起の両サイドの線（私は肩と呼んでいる）が撫で肩か錨肩か、左右上下の長さなど違いを一つ一つ比べて当てはめます。大きさも形も全く同じピースは一つもないのです！1時間かけても3ピースくらいしかできないこともあるので、2、3ピースつなげると、一気に何10ピースもつながることも。どちらの場合も面白いのです。主人などはこのちまちました作業の何が面白いのか全くわからないらしいのですが、ハマる一番の理由はなんと言っても無心になれることです。ピースだけに意識を集中できるので、日常のさまざまなストレスから解放される、まさしく至福の時間なのです。

難点は、やり始めると止まらないことです。一度始めると深夜を過ぎてもますます頭が冴えていくので平日は危険です。毎日20分だけとか、何ピースだけとか決めたはずなのに、つい2～3倍くらいやってしまうので、翌日大変な目になるべく週末だけにすると、1,000ピースだと数週間かかります。出来上がったものは糊付けしてパネルに入れて飾りますが、このスペースを探すのもまた大変です。（それで5,000ピースとかの大作には手が出ず）部屋の壁はさすがにパズルだらけにできないのでトイレの壁に掛けています。子供たちが喜んで選んだ暗いところで光るディズニーものなどにびったりでした。それでも飾れないものが多くソファの下などで埃をかぶっています。最近ではミニパズル（ピースが小さいもの）を選ぶようにしていますが、視力の問題と、ピースが持ちにくいので、やはり普通サイズが一番良いと思っています。

このご時世、自粛生活で家にこもってできるのでおすすめです。最近では自分で撮った写真などでパズルを作ってもらえることもできるようで

す。PCやスマホの画面から離れて集中でき、小学生くらいからは子供とも一緒に楽しめます。ショッピングモールの専門店にたくさん揃っていますので覗いてみてはいかがでしょうか。



インド旅行記

吉クリニック
富山 のぞみ

私は、2008年8月30日から9月6日までの8日間、40℃を超える灼熱の太陽のもと、夫と二人で北インドのデリー、ベナレス、アグラ、ジャイプールなどを周遊した。街中は人でごった返し、どこでも物売り、物乞い、リクシャー（人力車）にしつこく付きまとわれた。

インドの印象

少々？汚い：観光地（タージマハルは一見の価値あり）はきれいに整備されているが、田舎の道路はあまり舗装されておらず、デコボコしていて埃っぽい。あちこちに野良牛（ヒンズー教徒は牛を食べない）が寝そべり、象やラクダが荷物を運び、猿もいた。トイレに紙はなく、和式便器の前に蛇口と缶があり、排泄後手で洗うことになっている。田舎ではトイレが整備されていないのか、早朝にあちこちの畑で村人が用を足していた。



タージマハルにて



車内からの街の風景

貧富の差が激しい：現在も宮殿に住むマハラジャ（王）がいるが、大抵の人は貧しい。カースト制度が色濃く残っており、同じカースト、同じ宗派でしか結婚できず、親が相手を決める。最下層の人は物乞いをするしかない。ベナレスには、自分の死後火葬されるための薪代を稼ぐため、物乞いをしている人達が多くいた。薪代が足りなければ、十分に火葬されないまま袋に入れられてガンジス川を流される。ガンジス川のほとりの火葬場（ただの広場）では、遺体を焼いている火柱が上がり、ガンジス川には何体かの遺体が流れていた。



ガンジス川で沐浴する人々

時間・交通ルールが守られない：都市のごく一部にしか信号はないが、車線は守られず車が無秩序にひしめき合う。わずかな隙間があれば前後左右から車が割り込んでくる。対向車線に出てかなりなスピードで走り、運転手はひっきりなしにクラクションを鳴らしうるさい。寝台列車に2回乗ったが、時間は全く守られずホームの表示や放送もない。出発予定のホームが頻回に変わるため、たびたび確認してはホームを移動し、いつ来るかわからない電車を待たねばならない。インドでは、時間と心の余裕が必要だ。



駅のホームで電車を待つ人々

定刻より4時間遅れで出発した列車は到着が更に遅れ、深夜の田舎道をホテルまで移動する羽目になった。インド国産のTATA自動車だったが、途中ヘッドライトが壊れ、いたるところで野良牛が寝そべるデコボコ道で立ち往生。満点の星空を眺めながら1時間以上待機後、トヨタ車が迎えに来てくれたが、その乗り心地に感激した。クーラーが効いてお尻が痛くならない日本車は本当に素晴らしいと思った。

旅行を終え、飛行機に乗って初めて緊張から解放され爆睡した。インドに行って日本のすばらしさをしみじみ実感した。日本に生まれただけで、本当に幸運だと思う。現地で日本人だというと、羨望の眼差しを向けられた。彼らにとって日本は夢の国かもしれない。だけど、たいていのインド人は目がキラキラ（ギラギラ）していた。彼らは、この人口爆発の国で一生懸命生きている。ここでは、きっと引きこもりやニートは贅沢すぎて存在しないのではないのか。裕福でない限り、必死に働かなければ生きていけないのではないのか。我々日本人は、恵まれているが一生懸命生きているだろうか？死んだ目をしていないだろうか？インドはそんなことを考えさせてくれる国だった。あれからインドは経済発展したのだろうか？子供達が大きくなったら、もう一度一緒にインドへ行ってみよう（インドでは毎食カレーだったが、全く飽きず本当に美味しかった。時々、無性に食べたくなる）。

現在、世界中でコロナが猛威を振るっており、デルタ株（インド株）の拡大が危惧されている。インドの感染爆発は本当にカオスだ、人類の危機だと思う。どうにか早く世界中にワクチンが行き渡り、コロナが収束してほしいと切に願う。

開設されたが、老朽化が進み、2017年1月から約2年の建築工期を経て、新病院に生まれ変わった。これが、新型コロナパンデミック下で凶らずも見事に力を発揮することになった、院長ご自慢の(?)、名付けて「ドライブスルー発熱外来」だ(身内自慢で申し訳ありません)。これは、「車に乗ったまま病院周囲を1周できる」という構造を生かし、正面玄関でトリアージを受けた発熱患者は、院内に入ることなく病院裏に設置している発熱外来の場所まで車に乗ったまま移動、そこで一時的に駐車し、窓越しに医師の診察を受ける。終わると再び正面玄関にまわり、車中で会計と薬の受け取りを済ませ、帰宅するというものだ。また、パンデミック当初、それまでは現場医師の判断ではPCR検査はできず、逐一保健所に相談し許可をもらわなければならない、検査のハードルが高すぎた。しかし、昨年遂に、中部地区医師会がPCR検査センターを立ち上げて下さったお陰で、医師の裁量で検査が可能になり、診断効率が格段に向上した。さらに昨年の12月からは当院もPCR検査機を購入、いよいよ自院でも検査が行えるようになった。このようにして、当院は「ドライブスルー発熱外来」と「自院PCR検査」で診断に力を入れ、「発熱・肺炎難民を出さない」というスタンスの元、日々診療に奮闘している。ちなみに、今年5月連休明けから始まった第4波では、連日、発熱外来患者は100人/日越えが当たり前で、最大140人/日診る日もあり、5月、6月の当院PCR件数は、3,941件で、陽性率は14%であった。連日、個人防護具をまとい、野外の患者の車と電子カルテの部屋の往復で走り回りながらの診療で、滝のように流れ出る汗、まるでサウナ状態。学生時代の運動部でのハードだった練習を思い出す。脳と同時に体も鍛えられるが、なぜか痩せない(笑)。そんなクソ忙しい走りながらの診療の中でも、「コロナ or 非コロナ」を判断するだけではなく、「非コロナ」であれば、考えられる疾患名を想定し、必要があれば検査の追加も行い、なるべく確定診断を行うように努めている。なぜならば、言

うまでもなく「非コロナ」でも重症化したり、見逃してはいけない疾患も数多くあるからだ。例えば、最近経験したのは、発熱を主訴に来院した患者が急性白血病だったり、1週間前から湿性咳嗽を主訴に来院した患者が、後で更に詳しく問診すると、実は1か月以上前に発症していた肺結核だった。

ということで、今回の新型コロナパンデミックは当分続くと思われるが、自分の任務を全うし、周りの医療機関との連携に感謝しつつ、私の役割を果たしていきたいと思う。



**精神科病院で内科医が
身体合併症を診ること**

平安病院 内科
田中 寿幸

2014年5月より平安病院で内科医として勤務している。今回本誌に寄稿する機会を頂き、今年で8年目になるのかと薄くなった前頭頭頂部を叩きながらこれまでを振り返ってみることにした。当院は浦添市で唯一の精神科単科病院として24時間365日、様々な精神科救急患者の入院を受けつつ、一方で長期入院されている患者の療養経過中に生じる問題に日々対応している。

私は医療療養病棟にて主にADLの低下した喀痰吸引や酸素療法など医療度の高い患者の管理をまかされた。病棟に張り付いて気づいたのが誤嚥性肺炎の頻度の多さである。多いのは当然なのだが、問題はその対応のために看護スタッフに余裕がなくなると常時看護スタッフと連携している介護スタッフの負担も増し皆疲弊してしまうことであった。まず誤嚥性肺炎を減らそうと3つの指導を行った。「人間は立って歩くことを選択した動物だから呼吸機能は臥床が長いと落ちてしまう、だから上半身を常時ギャッジアップしましょう。経管栄養の注入時はもっと起こして!」「口腔ケア!」「喀痰吸引

は欠かさない！」と。栄養療法についても電卓をはじいて見直した。精神科病院ではなじみのない細菌培養検査をなんども提出し耐性菌などローカルファクターの把握につとめ、検査室に足を運んでグラム染色を行い抗生剤の選択を行った。看護/介助スタッフへ敗血症のレクチャーも行った。検査から治療開始までスピードが重要な病態があることを伝え、忙しいスタッフへ頭を下げながら検査をお願いしたり一緒に血液培養を採取したりもした。3、4年要したと思うが誤嚥性肺炎ふくむ院内感染症の頻度は入職時より明らかに減った。スタッフが療養患者一人ひとりの問題点について検討する余裕も生まれた。

終末期医療について考えることも多い。単に急変時の延命処置不要のサインをもらうことだけでなく、アドバンスケアプランニングとまではいかないが、まだ意思疎通ができるうちに患者・家族を交えてどう最期を迎えたいか話し合いをしたこともある。悪性腫瘍、慢性疾患、認知症/フレイルのそれぞれの死に至るまでの経過 (Illness trajectory) の違いも実際に経験したことで、すこしずつであるが死期を予測して早い段階でご家族を呼び、元気なうちに面会を重ねてほしいとお伝えすることもできるようになった。学ぶことはまだまだ多い。

一方で精神科病棟からは毎日様々なコンサルトを受けるのだが、内科「的」な相談を受けるのではなく「身体合併症」というカテゴリーでPHSが鳴る。発熱や高血圧、糖尿病以外にも、

腰痛、転倒/骨折、排尿障害、耳漏/鼻閉、眼痛/眼充血、褥瘡/粉瘤、歯科、婦人科の問題など。私は内科医なのかジェネラリストなのか混乱してしまうこともある。でもニーズにはなるべく答えたいと整形外科の本を買ったりもした。画像検査はCTとレントゲンがあるのだが、さらに小型のエコー機がほしいとお願いし、なにかあれば自らエコー検査を行うようにしている。精神科病院特有の身体合併症も経験した、悪性症候群、摂食障害/拒食そして慢性便秘である。最後はあれ?と思うかもしれないが、旧世代の抗精神病薬の投薬歴が長い昔から入院している患者の便秘は頑固である。レントゲンを撮影すると巨大結腸のごとく拡張した腸管には便塊とガスで満ちていて、これはニポー像じゃないの? イレウスではないか?と相談をよくうける。実際に糞便性、麻痺性イレウスに至る症例や、腸管破裂/腹膜炎を呈し緊急手術で摘出した腸管には糞便だけでなく癌も認め器質性でもあったという症例も経験した。悩むことはまだまだ多い。

可能な限り院内で問題を解決できればいいなとあくせくがんばってはみるが、やはり症状によっては総合病院に紹介することも少なくない。いまはCOVIDの対応でとても大変であるのにもかかわらず当院から急変患者の受け入れ依頼の相談に毎回ご快諾を頂いていることには本当に感謝してもしきれない。

頭を下げることもまだまだ多い、でもがんばるぞ!



お知らせ

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会 (Web 講習会) (第2回・第3回) の開催について (ご案内)

日本医師会が主催する「日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会」について、この度、下記の日程で追加開催されることになりましたのでご案内いたします。詳細については開催要綱をご覧ください。

記

- ◆日 時：【第2回】令和3年 9月12日 (日) 10:00～17:15
【第3回】令和3年11月14日 (日) 10:00～17:15
- ◆構 成：プログラムのとおり
- ◆定 員：各回900名 (※先着順のため、定員になり次第締め切りとなります)
- ◆受講形式：日本医師会 Web 研修システムを使用した Web 受講
- ◆受講申込：受講者自身で Web 受講の申し込みサイト (下記) へアクセスし、必要事項を入力してお申し込みください。
- ◆申込開始：【第2回】令和3年8月25日 (水) 13:00～
※応募が定員に達しました。キャンセルにより定員に欠員が出た場合は申込みが可能です。下記サイトをご確認下さい。
【第3回】令和3年10月21日 (木) 13:00
- ◆Web 受講申し込みサイト https://www.med.or.jp/doctor/work/traning_workshop/
※日医HP>医師のみなさまへ>研修・ワークショップ・講習会を見る>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会 (Web 講習会) プログラム

10:00	開会・挨拶 日本医師会長 中川 俊男	
10:05	【専門医共通講習③医療安全 (必修) : 1単位】 かかりつけ医の質・医療安全 (60分) 新田 國夫 (医療法人社団つくし会 理事長) 清水 恵一郎 (医療法人社団清令会 理事長)	応用研修 第2期 1. (3) : 1単位 生涯教育 CC7:1単位
11:05	メタボリックシンドロームからフレイルまで (60分) 飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長 ・未来ビジョン研究センター 教授)	応用研修 第2期 2. (3) : 1単位 生涯教育 CC82:1単位
12:05	<日本医師会からのご案内> (10分) 日本医師会 副会長 今村聡 「日本医師会かかりつけ医診療データベース研究事業」について	
12:15	<休憩・昼食> (45分)	
13:00	地域医療連携と医療・介護連携 (60分) 松田 晋哉 (産業医科大学 医学部公衆衛生学 教授)	応用研修 第2期 3. (3) : 1単位 生涯教育 CC13:1単位
14:00	地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割 (60分) 鈴木 邦彦 (医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長) 渡辺 仁 (医療法人社団渡辺会 大場診療所 副院長)	応用研修 第2期 4. (3) : 1単位 生涯教育 CC12:1単位
15:00	<休憩> (10分)	
15:10	リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害 (60分) 犬飼 道雄 (岡山済生会総合病院 内科・がん化学療法センター 主任医長)	応用研修 第2期 5. (3) : 1単位 生涯教育 CC19:1単位
16:10	地域連携症例 (60分) 石垣 泰則 (コーラルクリニック 院長) 大橋 博樹 (医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長)	応用研修 第2期 6. (3) : 1単位 生涯教育 CC15:1単位
17:10	閉会・挨拶	

【問合せ先】

沖縄県医師会業務1課
TEL : 098-888-0087

開 催 要 綱

日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会（Web講習会）（第2回、第3回）

1. 目的 ・内容	「日医かかりつけ医機能研修制度」における応用研修に規定した中央研修です。 本研修会では、地域包括ケアシステムの構築に向け、かかりつけ医として日常行う診療の他に、地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動への積極的な参加や関係者との連携を行うこと等の社会的機能に関する内容を含んでおります。																
2. 主催	公益社団法人 日本医師会																
3. 開催日	第2回 令和3年 9月12日（日）10:00～17:15 第3回 令和3年11月14日（日）10:00～17:15																
4. 受講形式	日本医師会より「日本医師会 Web 研修システム」（以下、「Web システム」という。）を使用したライブ配信。																
5. 構成	プログラムのとおり ※ 令和3年度第1回応用研修会（7月18日）と同じ映像を配信																
6. 受講者	①「日医かかりつけ医機能研修制度」の申請を希望する医師。 ② かかりつけ医となる全ての医師（診療科や主たる診療の場は問いません）。																
7. 定員	第2回：900名、第3回：900名（予定）																
8. 申し込み 方法	個別の申し込みになります。受講者が Web 受講の申し込みサイト（下記）へアクセスし、必要事項を入力してお申し込みください。申し込み完了後、ご登録のメールアドレスへ受講に関する詳細が送信されます。 ◆ Web 受講申し込み開始日時 ◆ （第2回）令和3年8月25日（水）13:00 （第3回）令和3年10月21日（木）13:00 ◆ Web 受講申し込みサイト ◆ https://www.med.or.jp/doctor/work/traning_workshop/ （日医 HP>医師のみなさまへ>研修・ワークショップ・講習会を見る） から、受講希望の研修会を選択してください。 （注1）先着順のため、定員になり次第締め切りとなります。																
9. 受講確認	Web システムにより、下記①～③にて各講義の受講を確認します。 ① 各講義中に、Web システムが定期的にログで視聴を確認 ② 各講義中に、Web システムがランダムに配信するキーワードを受講者が入力 ③ 講義「かかりつけ医の質・医療安全」に限り、講義配信後に、日本専門医機構の規定によるテスト（5問）を実施 （注2）講義「かかりつけ医の質・医療安全」に限り、①②に加えて③の合格（80%以上の正解）が必要です。80%以上の正解を得るまで繰り返し解答できますが、Web システムから指定された日時までに80%以上の正解が得られない場合は不合格となり、当該講義は未受講となります。																
10. 受講証明	本研修会の受講により認められる単位等と、「全国医師会研修管理システム」（以下、「研修管理システム」という。）への入力は下表のとおりです。各講義の単位等は、プログラムをご参照ください。証明書類は、研修会終了後より受講者が Web システムからダウンロードできます。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>単位等</th> <th>研修管理システム</th> <th>証明書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①応用研修 第2期 1.(3)～6.(3)</td> <td>6(各1)単位</td> <td>入力</td> <td>受講証明書</td> </tr> <tr> <td>②日医生涯教育カリキュラムコード</td> <td>6CC・6単位</td> <td>入力</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③【専門医共通講習③医療安全（必修）】</td> <td>1単位</td> <td>入力</td> <td>参加証</td> </tr> </tbody> </table> （注3）Web システムにて受講が確認された講義の単位等が認められます。 （注4）講義「かかりつけ医の質・医療安全」は、テストの不合格（注2を参照）により未受講となった場合に、①②③全ての単位が付与されません。 （注5）証明書類のダウンロードには、申し込み時に使用したログイン ID とパスワードが必要です。		単位等	研修管理システム	証明書類	①応用研修 第2期 1.(3)～6.(3)	6(各1)単位	入力	受講証明書	②日医生涯教育カリキュラムコード	6CC・6単位	入力		③【専門医共通講習③医療安全（必修）】	1単位	入力	参加証
	単位等	研修管理システム	証明書類														
①応用研修 第2期 1.(3)～6.(3)	6(各1)単位	入力	受講証明書														
②日医生涯教育カリキュラムコード	6CC・6単位	入力															
③【専門医共通講習③医療安全（必修）】	1単位	入力	参加証														
11. その他	<ul style="list-style-type: none"> ・受講費：無料。ただし、郡市区等医師会未加入（医師会非会員）の受講者は、1万円頂戴します。申し込み完了後に送付するメールにて振り込み方法をご案内します。 ・受講の際に必要な「情報端末」「周辺機器」：インターネット環境のある場所で、パソコンやタブレットから、申し込み後ご登録のメールアドレスへ送信される URL から Web システムにログインして受講いただけます。マイク・カメラ等の特別な付属設備は不要ですが、スマートフォンでは受講できませんのでご注意ください。 																

お知らせ

令和3年度 かかりつけ医等 心の健康対応力向上研修のお知らせ

【かかりつけ医等 心の健康対応力向上研修のお誘い】

那覇市医師会 副会長 玉井 修

2019年に始まった新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に世界中に拡大しパンデミックの恐怖は世界中を覆った。活動性の高い若者にほぼ無症状で感染拡大し、体力の弱い高齢者には恐ろしいほどの毒性をもって襲いかかる。現代文明をあざ笑うかの様に、狡猾に忍び寄りグローバル社会の弱点を執拗に突いてくる。何よりも致命的なのは、このウイルスは人間本来の助け合うという美德を逆手に取り、3密を警戒する人々は心の分断に陥ってしまった事だ。コロナ禍の最も凄惨な部分は、目に見えない人の心の荒廃なのではないだろうか。今回の研修ではコロナ禍の中、多くの現場で心の問題と向き合って来られた沖縄県公認心理師協会会長の平安良次先生をお迎えして、沖縄におけるコロナ禍のメンタルヘルスの現状に関してご講演頂く予定である。また、大都市圏を中心にコロナ禍により比較的若年者の自殺率が明らかに悪化しているという。一体何が起きつつあるのだろうか、背筋が寒くなるような心の危機が迫っているのだろうか？かかりつけ医として私たちが知らなくてはならない心のクライシスについて、日本自殺予防学会理事長で、帝京大学医学部客員教授の張賢徳先生にご講演頂く事になった。コロナウイルス感染症の持つもう一つの病（やまい）、心の闇を伝染させ拡散させる事こそコロナウイルスの人類に対する最大の挑戦なのではないだろうか。皆さん、今回の研修に参加して一緒に考えてみませんか？

1 目 的

令和2年、全国の自殺者数は前年比912人増の21,081人と11年ぶりに増加に転じた。女性の自殺に関しては、7,026人と2年ぶりに増加している。沖縄県においては前年比35人減の214人であるが、依然高い水準で推移している。

昨今の新型コロナウイルスの感染拡大は、人々の生活を大きく変化させ、雇用・暮らし・人間関係等に多大な影響を及ぼし、自殺者の増加、特に女性の自殺者の増加が深刻化している。そこで、今回、コロナ禍における自殺予防に焦点をあて、かかりつけ医等がコロナ禍、ポストコロナにおけるメンタルヘルスについての理解を深め、適切な対応や関係機関との連携が行えることを目的とする。

2 主 催 県立総合精神保健福祉センター

3 後 援 沖縄県医師会（予定）

4 開催方法 オンライン（Zoomを使用）

5 対 象 内科医等かかりつけ医及び精神科医、保健医療福祉関係者等

6 研修日時 令和3年11月22日（月）19：00～21：00
（18：30受付開始 19：00研修開始 21：00終了）

7 研修内容

< 第一部 >

座長 山本クリニック院長 浦添市医師会理事 山本 和儀 氏

講師 沖縄県公認心理師協会 会長 平安 良次 氏

講演 「コロナ禍における県民のメンタルヘルス

～新型コロナウイルス感染症に関するメンタルヘルス支援を通して～

日医生涯教育単位：1単位 / CC：10）チーム医療、14）災害医療（予定）

< 第二部 >

座長 琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 教授 近藤 毅 氏

講師 日本自殺予防学会 理事長 帝京大学医学部 客員教授 張 賢徳 氏

講演 「自殺予防はみんなの仕事 ～継続すべきこととコロナ禍でのポイントについて～

日医生涯教育単位：1単位 / CC：5）心理社会的アプローチ、70）気分障害（うつ）（予定）

8 定 員 200名程度（医師 100名、保健医療福祉関係者等 100名）

9 参加料 無料 *ネット接続は各自負担

10 申込方法 右のQRコードもしくは下記URLより申し込みください
（<https://forms.gle/dPhtVYCdeMthAWWe6>）

※令和3年11月5日（金）締切（先着順）
キャンセルされる場合は早めにご連絡ください

11 問合せ先 県立総合精神保健福祉センター相談指導班（比嘉、當山）
TEL 098-888-1443 FAX 098-888-1710

お申し込みフォーム



講演会・例会のご案内

(9月10日～11月13日)

カリキュラムコード(略称：CC)

医師のプロフェッショナルリズム	1 全身倦怠感	18 けいれん発作	35 胸やけ	52 不安	69
医療倫理：臨床倫理	2 身体機能の低下	19 視力障害、視野狭窄	36 腹痛	53 気分の障害(うつ)	70
医療倫理：研究倫理と生命倫理	3 不眠	20 目の充血	37 便通異常(下痢、便秘)	54 流・早産および満期産	71
医師-患者関係とコミュニケーション	4 食欲不振	21 聴覚障害	38 肛門・会陰部痛	55 成長・発達の障害	72
心理社会的アプローチ	5 体重減少・るい瘦	22 鼻漏・鼻閉	39 熱傷	56 慢性疾患・複合疾患の管理	73
医療制度と法律	6 体重増加・肥満	23 鼻出血	40 外傷	57 高血圧症	74
医療の質と安全	7 浮腫	24 嘔声	41 褥瘡	58 脂質異常症	75
感染対策	8 リンパ節腫脹	25 胸痛	42 背部痛	59 糖尿病	76
医療情報	9 発疹	26 動悸	43 腰痛	60 骨粗鬆症	77
チーム医療	10 黄疸	27 心肺停止	44 関節痛	61 脳血管障害後遺症	78
予防と保健	11 発熱	28 呼吸困難	45 歩行障害	62 気管支喘息	79
地域医療	12 認知能の障害	29 咳・痰	46 四肢のしびれ	63 在宅医療	80
医療と介護および福祉の連携	13 頭痛	30 誤嚥	47 肉眼的血尿	64 終末期のケア	81
災害医療	14 めまい	31 誤飲	48 排尿障害(尿失禁・排尿困難)	65 生活習慣	82
臨床問題解決のプロセス	15 意識障害	32 嚥下困難	49 乏尿・尿閉	66 相補・代替医療(漢方医療を含む)	83
ショック	16 失神	33 吐血・下血	50 多尿	67 その他	0
急性中毒	17 言語障害	34 嘔気・嘔吐	51 精神科領域の救急	68	

開催日	場所	名称	講師	CC	問合せ先 参加費
09/10 (金) 19:00	那覇市 (Web講演会)	しん・こきゅうを考えるWithコロナ時代における喘息治療戦略 (WEB講演会) (日医生涯教育講座) 喘息治療における吸入ステロイド～抗炎症作用以外も含め～	知花 和行(獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科准教授)	79)0.5単位	ノバルティスファーマ(株) 益田 弘樹 0120-965-101 参加費 なし
09/15 (水) 19:00	那覇市 (Web講演会)	慢性便秘治療セミナーin沖縄 (Web講演会) (日医生涯教育講座) 変わり始めた便秘診療とその展望	中島 淳(横浜市立大学大学院医学研究科肝胆腸消化器病学教室主任教授)	54)1.0単位	アステラス製薬(株) 稲垣 裕介 098-860-6753 参加費 なし
09/16 (木) 19:00	Zoomを使用 のオンライン開催	令和3年度 那覇市在宅医療・介護連携推進事業 第3回在宅医療・介護スクラム塾(多職種連携研修会) (日医生涯教育講座) 『褥瘡』	仲村 朋高氏(那覇市立病院 皮膚・排泄ケア認定看護師)	13)0.5単位、 58)0.5単位、 80)0.5単位	那覇市医師会 那覇市在宅医療・介護連携支援センター ちゅいしーじー那覇 098-860-5666 参加費 なし
11/13 (土) 14:00	沖縄ハーバー ビューホテル	第121回九州医師会医学会 (日医生涯教育講座) (仮)台湾の医療提供体制 (COVID-19対策を含めて)	邱 泰源(中華民国醫師公會全國聯合會理事長)	1.0単位	沖縄県医師会 平木 裕子 098-888-0087 参加費 なし

※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。

※お願い：11月10日～1月9日迄の講演会例会等が決まれば、9月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。