

あ
と
が
き

オスキーってなに？

毎年秋から年末にかけて大分大学医学部の5年生が臨床実習のために当院にやってくる。地域医療を実体験するためだ。大学を離れ学生と接する機会があまりない私には結構刺激になり楽しみにしている。大学の実状や教授の評判、学生が何を希望し何を感じているのかを聞き、学生と私との感覚のずれなどを楽しんでいる。また日頃の診療を第三者に評価されているというのは自分の勉強にもなり緊張感も生まれる。学生の中にはお世話になった先生のご子息もいて「君が何々先生の息子さんかー」と驚くこともある。なかなかいい制度だと思っている。（報酬は期待してはいけません）

ある日学生実習中、外来患者をひととおり診察が終わり最後に患者にかける言葉「他に何か体のことで質問ありませんか？」と言った。この言葉は外来で私が最も大事にしている言葉である。いつの頃から使い始めたのか、だれが教えてくれたのかも忘れたが秘伝と言っていいくらいの効果がある。患者の顔は笑顔になるし、病気の見落としや誤診も救ってくれる魔法の言葉である。「よし今日はひとつこの言葉をもったいないけど伝授しよう」と思い学生に「皆臨床についたら最後にこの質問をするととても役に立つよ」と鼻高々に伝えた。すると「先生、それを知らない学生はいませんよ。それを知らないとおスキー通りませんから」「・・・なにそれ？」

OSCE(オスキー、Objective Structured Clinical Examination)とは私が大学を去ってから始まった全国的な試験である。学生が臨床実習を行う能力があるかを5年次に進級する前に判定する必須の実技試験とのこと。もう1つCBT(Computer Based Testing)というコンピュータネットワークによる検定試験にも通らないと臨床実習ができないらしい。

これから恥をかかないよう勉強しようと思い、すぐに資料を集めようとしたがこれがなかなか手に入らない。学生に聞いてもテキストは販売されていないとのこと、知り合いの教授に聞いても来年まで待てとのことだった。しょうがなく学生のテキストをコピーさせてもらい読ませてもらった。診察の仕方や簡単な縫合までを網羅したものだった。外来での診察は医療面接の項目にあった。読んでみるとなかなか身につまされる事が多い。例えば「患者さんと適切なアイコンタクトを保つ」じっと見つめてもいいけないらしい「コミュニケーションを促進させるような言葉がけ・うなずき・あいづちを適切に使う」むずかしそう「患者さんの気持ちや患者さんのおかれた状況に共感していることを、言葉と態度で患者さんに伝える。（言葉がけの内容に態度が伴わないと不適切）」達人技ではないだろうか・・・等であった。私が使った最後の質問はクロージングの項目にあり最も試験で忘れてはいけない言葉らしい。

来年度も学生がやって来ることを願っている。しかし学生から評価が低ければ当院の実習は無くなるらしい。私も試験されているのだ。

(編集委員長：谷村 秀行)

あ
と
が
き

お接待

3月21日は弘法大師(空海)の縁日ということで、私の診療所がある鉄輪地区では昼頃から少し騒がしくなる。それは昔ながらの「おせったい(お接待)」があるからだ。元々は巡礼者に食事を提供する風習が起源のようだが、私が子供の頃は地域の家々を回って、ただでお菓子をもらえる日という程度の認識だった。当地でも近頃「おせったい」を行う家はずいぶん少なくなり、今は町内会でお金を出し合ってお菓子を用意している所もある。また最近では衛生上の問題もあってか昔のような粗末な干菓子は無くなり、代わりに製菓メーカーのスナック菓子の小袋を配っているの、ご相伴にあずかる私もしばらくはビールのつまみに不自由しない。そのためか最近では子供に交じって車に乗った大人の巡礼者(?)まで現れるようになっている。(原則としてお賽銭を出した子供だけが対象)

「おせったい」とは大分図書館・豊の国情報ライブラリーによれば、『巡礼者(遍路者)を助けるために、米・味噌・野菜の食べ物や、わらじ、手拭、ちり紙などの必要品を与えてねぎらう風習である。…また遍路への施しが大師(弘法大師空海)への供養・報謝と同意義だという感覚が育まれたからでもある。…』とある。この風習は廃れつつあるが大分県内のみならず全国各地にまだ残っているようだ。

巡礼者をもてなし助けるという行為は相互扶助の精神なのであろう。先の大震災の折に、都内から徒歩で帰宅する人々がまさに巡礼者のごとく道にあふれ、その人々を道々で飲み物や休憩場所を提供した人々がいたという報道があった。これぞまさに日本人の「おせったい」の心なのだと感じ入ったのだが、残念ながら、お接待というと製菓会社のお接待を真っ先に思い浮かべてしまう私のような俗人には、いずれバチがあたるのではないかと密かに恐れている。

(編集委員：吉賀 攝)

あ
と
が
き

明けましておめでとうございます。

私事です。昨年6月から県医師会の常任理事に就任し早くも半年が過ぎました。就任直後より広報部長の役につき何もわからず皆様方の指導や応援を受けながらなんとかやってきました。本当に感謝しております。県医師会の仕事は入ってみて初めてわかることが多く、少しずつ理解し勉強させてもらっている状態です。特に昨年は九州ブロックの開催を大分県が担当し執行部や事務の方々の大変さを肌で感じました。こうやって組織が動くのだなとわかり1人のがんばりでは大きな仕事は無理で協力なしではやっていけないことが痛感されました。また1人の情熱が皆を動かすことがあることも見てきました。

さて今年の活動ですが3月6日(金)に「市場原理と医療ー「反面教師」米国から学ぶ」を演題に医政講演会を県医師会が開催いたします。わが国は現在国民皆保険制度ですが、まさに今市場原理型の医療を取り込もうとしています。医師会員が皆で協力し阻止しなければいけないと考えます。

昨年母校である大分大学医学部の同窓会誌での学生の寄稿文を読んで危機感を覚えました。彼は留年を機に世界を旅行して回り、その1つにタイでの株式会社による病院を見学したそうです。そして日本にも株式会社による病院ができたらいいと心から訴えていました。ものすごく豪華な病院で設備、スタッフも一流、サービスも一流、教育体制も一流で感動したそうです。市場原理による「競争原理でよりよいサービス、品物をより安く」が実現すると思ったのでしょうか。確かに車や電化製品は競ってよい品物をより安く供給したほうが売れます。消費者から見れば選択できるのだから当たり前のことです。しかし企業側からすれば利益がでないと株価は下がるし株主から文句が出て経営陣は辞職に追い込まれます。ということは儲けにならないサービスは売らないことになります。実際米国では高齢者向け公的医療保険のメディケアや、低所得者・身体障害者に対して用意された公的医療制度メディケイドの医療費は安いと患者を拒否している病院もあります。アメリカでさえ弱者は公的保険なのです。企業側から見れば病気にかかりにくく儲けやすい人が私的保険です。またより利益がでる心臓手術を適応のない患者に施したり、肥満手術のクリニックが儲かることから急増し質の悪さから社会問題になっています。さらにより資本力の大きな病院がグループを作り独占状態にし、医療の選択ができなくなった例もあります。医療は「買わないという選択肢が無い」点と「オーダーメイドの製品(患者で異なる医療が行われる)で比べることが難しい」「返品ができない」ことなどから市場原理に合わないのです。お金だけで医療制度は語れません。

演者は医学書院の週刊医学界新聞で長らくアメリカの医療問題を連載しておられた李啓充先生をお招きいたしました。皆様ぜひ来てください。

(編集委員長：谷村 秀行)

あ と が き

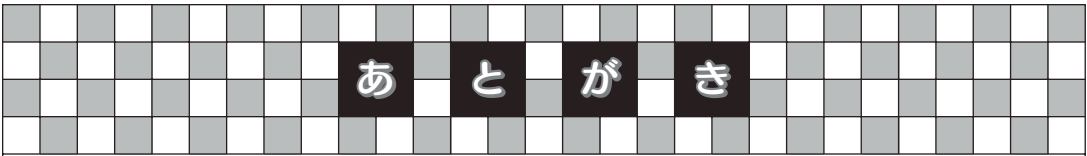
黄色く色づいた銀杏の葉を踏みながら夕日の中を散歩していたら山寺の山門の横に立札が立っていました。そこには「目は高く、頭は低く、心は広く、気は長く」と書かれてありました。心にしました。なんと易しい16文字だが、なんと実践するに難しい一文であろうかと。

さて厚労省は来るべき2025年問題に向け在宅医療、介護に舵を切り昨年より地域連携の推進を本格的に始動したようです。市町村単位でのこの取り組みが下達され指示を受けた市町村は今やつきになってこの体制づくりを急いでいます。地域連携ケア会議と称して多職種の人達を集めて会議を始めています。先づ各郡市医師会はしかるべき人材を送って真剣にこの会議に参加し取り組んでもらいたいと思います。これは大変大きな分岐点となるからです。この動きの中で私が危惧するのは主治医、かかりつけ医の存在が薄められる結果になりはしないのかというものです。厚労省はかかりつけ医の重要性和在宅医療、介護での役割の重さを強調する一方、多職種連携を謳うことで医師にだけイニシアチブはとらせないという矛盾した方向性を打ち出してきています。例えば医療保険と介護保険を分離し、その割合を逆転しようとしたところから我々は気づいていたのです。病床数の削減、病院特性の位置付け、中小病院・有床診療所の締めつけ、特定看護師の養成、ケアマネジャーによる在宅退院者のプランニング、脳血管疾患・心血管疾患の救急車移送先は救急救命士の判断に任せること、慢性期リハビリ・亜急性期リハビリ病院の育成、医療介護総合コミュニティーセンターを株式会社化しその運営は民間企業の参入を許可するなど。

10年、20年、30年と地域のかかりつけ医が地道につくりあげてきた患者家族との信頼や医療の継続性をあまり重要と考えていないような施策はあげるときりがありません。急性期病院に紹介した患者さんが自院に帰ってこないという事例が少しずつ増えていませんか。もしくは知らない間に医療がかかりつけ医のもとを離れている事例は増えていませんか。

これからは一症例、一症例毎にケアマネジャーがかかりつけ医のご意見を伺いたいと面会を求めてきたり個々のケア会議に出席して下さいと要請が来るでしょう。書類を書いて下さいとの要請も多いと思います。面倒くさいと嫌な顔をしてはいけません。忙しくて時間がないと邪険にはしてはいけません。そんなことをしたら地域連携は成立しなくなるか、もしくは地域連携から医師ははじき出されてしまうのですから。何しろ医師はどういってもこの分野のオピニオンリーダーなのですから社会的責任と自負心を持って、さあ参加しましょう多職種との連携医療介護に。ただし文頭の山門の立札にあった16文字の一文を思い出しながら。

(編集委員：後藤 正幸)



あ と が き

『恩賞なき戦い』

NHK大河ドラマ「軍師 官兵衛」も終盤である。官兵衛が幽閉された有岡城の戦いで、荒木村重が謀反を起こすあたりがハイライトだったかもしれない。余談だが村重の妻だし役の桐谷美玲もなかなかよかった。

さて終盤。もうすぐ秀吉の朝鮮出兵という場面である。朝鮮出兵で西国の武将たちは多大な労力と出費を強いられ、このとき力を温存した家康がその後天下取りに名乗りを上げていく。

侵略か自衛かという違いはあるが元寇でも同様の構図であった。恩賞なき戦いを強いられた西国の武将の不満が、鎌倉幕府衰退の原因となっている。「蒙古襲来絵詞」で知られる竹崎季長は、恩賞を得るため肥後からわざわざ鎌倉まで出向いているほどである。

西国は文化や交易の出入り口という美味しい正の面と、対外戦争の前面という負の側面を併せ持つ地政学的特徴がある。大陸に向いているということは蜜もあれば、トゲもあるということであろう。

さてそこで在宅医療と今回の診療報酬改定を考える。今まで押せ押せだった在宅医療に初めての逆風が吹いた。

在宅医療とは何か、在宅の看取りとは何か考えずに進めば、朝鮮出兵や元寇の二の舞と考えるのは穿ち過ぎであろうか？

(編集副委員長：三倉 剛)



あ　　と　　が　　き

小さな問題ですが・・・

平成26年の診療報酬改定で胃ろう造設術が4割～6割の減額がなされた。その事で現場の2人の医師からこれはおかしいとの指摘を受けた。1人は特別養護老人ホームに勤務するA医師、つまり胃ろうの造設を病院に依頼する側の医師である。もう1人は病院に勤務する胃ろうを造設するB医師である。全く立場が違う現場の医師2人から問題との意見が出ておりそのポイントも違っていたのだ。

皆さんご存知のように胃ろうは口から食事の摂れない方や、食べてもむせ込んで肺炎などを起こしやすい方に用いるもので、お腹の皮膚を通して胃にチューブを留置しそこから栄養をいれる方法である。鼻からのチューブなどに比べ、患者さんの苦痛や介護者の負担が少なく、チューブによる肺炎等の合併症も少ないとの利点があり、日本では毎年約8万人程度の胃ろうが造られている(厚生労働省平成24年度社会医療診療行為別調査より推測)。この管理が簡単で安全性が高い胃ろうは、医療の知識がない介護者でも管理できることで急速に増えた後、後述する倫理上の観点より最近は減少してきた。この背景を踏まえて今回の問題点をまとめてみた。

1) 倫理上の問題点

A医師はこの点を強く訴えていた。いわゆる「胃ろうは過剰な延命措置か」という重大な問題を十分な議論をせず社会的な共通な認識をえないまま、医療費の抑制のため胃ろうが造設しにくい方向へと誘導してよいのかとの意見である。日本でも回復の見込みなく食事が摂れない認知症終末期や老衰の方に、尊厳死や平穏死を考え胃ろうは避けるべきとの考えが医療、介護の関係者には強い。私を含めた3人の医師もできれば造りたくなく考えは同じである。しかし実際は選択肢の1つであり、医師としては方法の1つとして提示し家族や本人の意思を尊重し造らなければいけない場合が多々あるのが実状である。この問題は浅学な私が語るには大きすぎ、関係する図書も数多く、リビングウィルや宗教まで関係することなのでここまでとする。

2) 医師の技術料の軽視

B医師はこの点で憤慨していた。胃ろう造設は私も数十例やってきたがこの点数は確におかしい。胃ろうは内視鏡を用いて最低2人の医師と看護師が必要であり技術を要し危険も伴う。点数は器機の内容も含まれており、B医師が用いるキットは4万円(税抜き)程し、点数の4,856点では技術料はほとんどない

のである。また胃ろうチューブを抜くだけの数秒でおわる抜去術では2,000点という高点数が設定されている。卓越した技術をもつB医師としては世界と比べた日本の技術料の低さに怒りを感じるのは当然かと思う。

3) 調査をしてみてわかったこと

この2人の医師から問題提起され調査をしてみてわかったことがある。実際の胃ろう造設件数は点数の減額後も減少していないことである。2014年7月の1ヶ月間での大分県下の胃ろう造設数は104件（国保調べ）で造設術の多い2施設に電話で問い合わせたところ全く変わっていないとのことであった。「依頼されたら造るのは当たり前。依頼する主治医が決めたのに何で断るの？」であった。問題点はこの点数を決めた中央社会保険医療協議会(中医協)の資料である。厚生労働省のホームページから調べたがこの点数を決めるのに様々な会議が行われ研究会やアンケート調査をしている。有無を言わせないデータである。しかしこれが現場の感覚からは全くかけ離れているのだ。例えば胃ろう造設患者の24.3%が経口摂取に戻る可能性があったことや、誤嚥性肺炎により禁食となった患者が適切な嚥下訓練で48.1%が経口摂取できるようになった等である。これをもとに胃ろう造設患者の35%以上を経口摂取に戻すという施設基準ができています。そんな施設があるのであるでしょうか？そこに中医協を今年7月に辞められた日本医師会安達委員のコメントが目に入った。「それぞれの検討事案について出されるエビデンスが、偏りのない、恣意性のない、過不足のないデータでないと、本当の意味でのエビデンスベースにならない。恣意性のある偏りのあるデータで議論すると、エビデンスベースに名を借りた政策誘導に繋がる」と退任の挨拶で述べていた。今回の診療報酬改定の討議をされた先生である。

ほんとに小さな問題ですが・・・。

(編集委員長：谷村 秀行)

あ と が き

小学生の頃、学校で一番憂鬱なのは給食の時間だった。ミルクはお湯で溶いた脱脂粉乳、パンはパサパサのコッペパンか食パン、それにマーガリン。おかずも苦手なものばかり、特に大根の煮物は耐えがたいほど嫌いだったので、午前中に給食室あたりから大根の煮物の匂いがしてくるともう完全にブルーな気分だった。

好き嫌いが多く食べるのも遅いので、他の生徒たちが早々と食べ終わって昼休みの校庭へ飛び出していくのを尻目に、ひとりぼっちで嫌いなおかずをこっそり捨ててしまうチャンスをうかがうようなそんな学校生活が5年生まで続いていた。

ある日のこと、現状を打開するためにトップクラスの早食いであるクラスメートをつぶさに観察し、それを真似ることを試みた。彼はなんとパンにマーガリン、おかずを全部乗せてそれをまたパンで挟んで食べていたのだ。口いっぱいにはおぼり、ミルクで一気に流し込むという方法なら10分足らずですべてを平らげる事が出来る。

このテクニックを会得した私は、クラスでも屈指の早食いになった。昼休みの時間も十分とれるようになり、何より、給食の時間が憂鬱ではなくなった。そして、ここから私の肥満の歴史が始まった……

今日の学校給食は当時とは雲泥の差があって味も栄養のバランスも申し分ない。一方、数年前から米国における学校給食が炭水化物を中心とした高カロリー食である事を指摘する声が上がっていた。その裏には、この高カロリーは食事さえ満足に食べられない貧困層にとって命綱になっているという事実があったのだ。そして今日の日本でも子供の貧困が広がっている。「子供の貧困率」は、平均的な所得の半分以下である世帯に暮らす18歳未満の子供の割合を示しているが、厚生労働省の国民生活基礎調査によると、2012年の時点で前年比を0.6ポイント上回る16.3%（6人に1人は貧困世帯）であったという。給食費を払えなくても救済する手立てがあるが、貧困のために満足な食事は給食のみという子供たちが日本でも増えているのだ。

8月29日「子供の貧困対策大綱」が閣議決定され、貧困の世代間連鎖を断ち切るという基本方針が示された。貧困に直面している子供たちに早急な国の施策を期待したい。少子化対策で不幸な子供を増やしてはならない。せめて子供たちには給食が一番楽しい時間であってほしい。

（編集委員：吉賀 攝）

あ と が き

「医師会とは？」について考えてみました

横倉日本医師会会長が今年6月の所信表明で「国民の生命と健康を守る専門家集団としての医師会を目指す」と位置づけを行いました。医師の責務は国民が健康で文化的な生活を生涯にわたり送る手助けを行うことであり、われわれが担う医学・医療の恩恵は、広く国民に還元されるべきとの考えです。そこで私なりに医師会について考えてみました。

私が勤務医をやめ開業するにあたり医師会にわけもわからず入会したときの話です。大分県医師会の尊敬する先生に「医師会とはなんですか？」と尋ねたところ「医師会とは行政と協力しながら地域住民の健康と安全を守るところだよ」と教えられました。しばらくして他の先生に同じ質問をしたところ「医師の生涯教育の手助けや、行政と折衝する組織だよ」との答えでした。その時はいろいろな考え方があったのかなで終わりました。

それからしばらくして私が医師会の理事になり経理を任されたときのことです。医師会が社団法人から一般社団法人に変更しなければならず、税理士さんと会計処理を行いました。すべての支出の内訳を共益と公益に振りわけしてくださいと頼まれ、何のことだかわからず説明をうけました。

共益事業：特定の集団（ここでは医師会員）に対して行った事業の支出

公益事業：広い範囲（ここでは地域住民）に対して行った事業の支出

医師会の事業内容が2本柱でできていることがわかります。

現在行っている事業を思いつくままにあげて振り分けてみました。

共益：（消費税問題、診療報酬の圧迫、病床削減、有床診療所のスプリングラ問題等）の対応、医療事故の解決の援助、医師向けの講演会、産業医の研修、教育としての保険医の指導他多数

公益：学校医、予防接種、介護認定審査会、死体検案、ペリネイタルビジット、JMAT、介護と医療の連携事業、夜間当番医、市民講座、他多数、主に行政からの依頼が多いようです。県医師会でも昨年の会議、委員会、協議会は年間608ありそのうち県の行政に直接関係する会だけでも183にも上ります。

こうしてみると共益活動の多くは日本医師会が行い、公益活動は郡市医師会が多いのがわかります。日医が「圧力団体」「医師の利益擁護団体」と悪い印象はこのため、公益活動が多い郡市医師会が市民に受け入れやすいのはこのためかと思います。ただマスコミは公益活動を全く取り上げず共益活動のみを取り上げ報道するので我々が国民を守ろうとする医療の市場化の阻止や国民皆保険の維持でさえ悪く聞こえます。医師会として診療報酬を中心とした折衝は共益を目的としているので当たり前のことですが、現場の医師会員が公益を考え惜しみなく活動をしていることは、他の組合や圧力組織とは大きく異なります。そのことは県医師会の会議において無償で災害地に救援にいったJMATで「なぜ私が行くのか」が問題にならずに、「なぜ私に行かせてくれなかった」が問題となったことでもわかります。医師会とは社会貢献団体でもあるのです。

これから医師会の広報をするにあたり、公益部分つまり社会貢献部分を取り上げアピールしていきたいと思います。国民に医師会を理解してもらい国民の健康を守ろうとしている我々をわかってもらいたいからです。医療の市場化を進め利潤を追求する株式会社の病院が社会貢献をやってくれるとはとても思えません。医師会を誤解する国民は気がつかないのでしょうか。

（編集委員長：谷村 秀行）

あ と が き

「貴女のおかげで私は17年間も健康でこの医院を続けてこれました。有難う。」

昨年の忘年会で、私は自院の厨房のお姉さんに心からお礼を言いました。お姉さんはきょとんとして、この人は何を言っているのだろうという顔で笑っていましたが、私は心からそう思ってお礼を言ったのです。私は検食官という立場もあって病院食を食べさせてもらっています。これがとても美味しいうえに栄養バランスをよく考えており、何よりも一食あたりの食材数がとても豊富です。朝食は御飯とお味噌汁そしてもう一品という質素な和食ですが、毎日のお味噌汁の具材は変化し一品も日替りです。この食材数を数えるのがとても楽しみで米、味噌、わかめ、じゃがいも、人参、ほうれん草、鰹節、ごま、ねぎ、油揚げ、卵と数えていくと、患者さんにもらった田舎の梅干しを加えていつも15品目くらいになります。1日に30～40品目を食べることがとても大切というある栄養士さんの意見を元にすれば、朝食と昼食でほぼそれを満たしています。食材を数えれば、その食材を作った人々の苦労を思い人間がいかに多くの人の努力の中で生きているのかを知ることができます。「私は誰にも迷惑をかけずに生きている」と嘯いている人をよく見かけますが、考えてみると社会の中で治安、災害をはじめ公共施設の恵みの中で自分が生きていることがわかるし、第一自給自足の原始生活でもしない限り食材の調達は多くの人々のお世話になっているのです。生きるということは食べること、一人でなど生きてはいけないのです。アジアでは昔から中国は医食同源の思想を示し、韓国の王宮料理は薬膳料理でありました。印度では香辛料の調合で食薬同源の思想を確立してきました。印度の母親たちは、家族の健康状態、精神状態、気候を配慮しながら、ターメリック、クミン、オレガノ、コリアンダー、レッドペッパー、シナモン、カルダモン、ナツメグ、クローブ、フェネル、ブラックペッパー、ジンジャー、サフランといった香辛料の比率と分量を毎食調整すると聞きます。ん？印度の母親たちは究極のprimary care physicianではありませんか？

(編集委員：後藤 正幸)

あ と が き

朝の連ドラ「花子とアン」に登場する「葉山蓮子」のモデルは『柳原白蓮』だという。

別府流川通りの山手にその昔「あかがね御殿」なる豪華な屋敷が有り別荘として白蓮が使っていたという。先日その白蓮の足跡の一部をたどってみた。というか、正確には筑豊の石炭の歴史をたどってみたのだが、そこに『柳原白蓮』の人生が一部クロスしたのである。

彼女を有名にしたのが、筑豊の石炭王「伊藤伝右衛門」との結婚であり、その後別府で出会った宮崎青年との出奔、そして公開離縁状であった。華族令嬢で歌人という白蓮と貧しい出から立身出世を極めた伝右衛門がさながら「ビューティ&ビースト」のように扱われ、今回もそのような設定に見える。

明治期の筑豊北九州といえば石炭抜きでは語られない。また小倉十二師団軍医部長に左遷された森鷗外が「我をして九州の富人たらしめば」という文章を地元紙に寄稿したのもその頃である。徴兵検査に筑豊に赴いた鷗外が人力車を求めたところ、石炭成金のために運賃がつり上がっており、正規の料金しか払わない軍人の乗車を拒否したという話である。

九州の富人（石炭成金）よ、無駄銭を使わず文化にお金をかけよというのが乗車拒否された鷗外寄稿の主旨である。現代でいえば石炭成金はIT長者であろうか。同じような話は今もゴシップを賑わしている。

さて、離縁状を妻から突きつけられた伝右衛門は泥沼の非難合戦や訴訟には持ち込まず、一度反論したきりその後は静かにそれを受け入れた。それを男の度量ととるか、お嬢様の扱いに飽きた結果ととるかは男女の立場の違いによる。我が家でも鋭く意見が異なる 이슈であるが、私は伝右衛門よろしく、それを深くは掘り下げないのである。

（編集委員：三倉 剛）

あ と が き

本年4月9日、Windows XPの12年半にわたるサポートが終了した。XPは高い安定性を誇り、仕事だけでなく家庭用としても人気を博したOSであった。

予告された時点で稼働しているXPが病院に5台、家庭に2台あることがわかった。

病院用が最優先であり、対応策は3通り。①Windows7または8搭載のPCを新規購入。②Windows7または8のディスク（OS）のみを購入して現機種にクリーンインストール（アップグレードインストールはできない）。③購入時に付属していたVistaのアップグレードディスクを使用してのアップグレードインストール（ソフトやデータは残る）。

この3通りのうち、どれを行うかを、手間、費用、現機種が上位OS使用に十分な能力を持っているか等を暫く検討した。色々悩んだが、小生使用のPCには多数のソフトがインストールされており、PC新規購入で再インストールすることを想像すると、PCおよびソフトの購入費用と手間で憂鬱になった。どうにかなるさという気持ちで、まずこの機種で③を適用してみた。うまくいけば、ソフトの再インストールは必要なく、費用も全くかからない。

3月1日（土）朝、Vistaのアップグレードインストールを開始した。外来をやりながらであったが、OS本体のインストールは1時間もかからなかった。しかし、Vistaの蓄積した更新ファイルが250程度ありこのインストールに数時間を要した。引き続き、ビデオカードソフトやInternet Explorerの入れ替え等に時間を取られたが、ほかの仕事をしながら、頃合を見計らって設置場所に行き、マウス操作をするくらいで、夕方までにはほぼ完了した。後日、不具合がないか試したが、業者にインストールしてもらったRS_Base（医療用画像ファイリング・診療支援ソフト）も含め、特に不具合はなかった。Vistaは起動に時間がかかる、動作が重い等の悪評のあるOSだが、CPUとメモリー容量が一定レベル以上であれば問題ないようだ。

数日間使用し、この方法で大丈夫との確信のもと、他の3台もVistaのアップグレードインストールを数日間かけて行った。使用するスタッフからは今のところ苦情は出ていない。残り1台はどういうわけかアップグレードディスクが見つからず、Windows7の新機種を購入せざるを得なかった。新機種の設定、必要なソフトの導入、データ移動等を行ったが、作業自体はアップグレードの方が楽であった。

Vistaのサポートはあと3年あり、新機種に入れ替えるのには丁度よいかなと思っている。

Windows XPは、ウイルス感染の危険性、PCに不正アクセスされる可能性がWindows8の約21倍だが、今後益々高まると言われている。どうしてもXPを使い続けなければならない場合には、「外部とのデータのやり取りを一切行わないのであれば可能」とのこと。しかし、それは「インターネットに一切接続しない」「LANから切り離して使用する」「USBメモリーなどの外部記憶媒体にも一切接続しない」という3条件を満たすことが要求される。これが守れず、患者情報等が漏れた場合を想定すれば、新規購入の方が安くつくと思われる。

（編集副委員長：田代 幹雄）

あ と が き

春先になると周辺の山では野焼きが始まる。最近では、植物や動物への悪影響、公害、火事、人身事故などの恐れがあるため禁止する地域も多くなってきた。別府では4月の初旬に行われる温泉祭りのイベントとして日没後に大平山(通称、扇山)の野焼きを行っている。その様子が新聞などにも取り上げられているのでご存じの方も多いただろう。今年は4月1日に行われ、天気も良かったので数時間で山全体を焼き尽くした。そして大平山に限らず、野焼きの後の山には初夏の訪れを知らせるようにワラビが生えてくる。

シダ植物のワラビは日当たりの良い草地に生える。やや背の高い草地の中に生えたワラビは長さが20センチほどあり、商品価値があるので山菜として店頭で並ぶことが多い。一方、野焼きによって焼き払われた草地に生えるワラビは背丈がせいぜい10センチ程度のものだ。小学生の頃、春の遠足で採るワラビはほとんどそういう短いワラビだったので私には短いワラビの方が「正統派」である。当時は連休の頃になるとワラビを採る家族連れがたくさん見られたが、最近はずいぶん少なくなってしまった。

さて、ワラビはアクの多い植物なので重曹や木灰を使って一晩程度アク抜きをしないと苦くて食べられない。またプタキロサイド(ptaquiloside)とかいう物質が含まれており、大量に食べると出血傾向や骨髄障害などの中毒症状を起こしたり、発癌性もあるという。これは十分アク抜きをすることでほとんど消失し、大量に食べなければ心配いらないらしいが、アク抜きをする手間と、中毒や発癌性というようなマイナスイメージのため昔のように家族でワラビ取りなどしなくなったのだろう。

山で採ってきた短いワラビをアク抜きして、味噌汁や炊き込みご飯にして食べるのが一番旨い。最近は十分アク抜きをした市販品を食すこともあるが、やはり短くてアクで少し苦みがあるような正統派ワラビの方が旨いのだ。そんなワラビを長年食べているが、幸い、今のところ中毒症状の経験はない。

(編集委員長：吉賀 攝)