



運命の赤い糸
—日米太平洋の懸け橋—

医療法人十全会
おおوراクリニック
理事長・医学博士（内科医）
大浦 孝

山口栄鉄博士のご功績 2016年12月のバジル・ホール来琉200周年記念碑除幕式典は大成功裡に幕を閉じた。県内の2016年行事のトリとなった。バジル・ホール（1788～1844）の発掘は斯界の碩学・山口栄鉄博士の労を多とする御功績である。圧巻はヨーロッパの眼、中でもかつてのフランス皇帝ナポレオン（1769～1821）の眼がLoo Chooに注がれた瞬間であった。幽閉の地セント・ヘレナでバジルはナポレオンに謁見（1817）する幸運に恵まれた。彼は武器を持たない王国を信じることはできなかった。しかるに彼の発する鋭い質問は極東の島国・琉球王国を想像する天才の頭脳であった。更に「琉球国の民はナポレオンの名さえ聞いたことがないのですよ」とのバジルの説明にナポレオンは爆笑した。これは200年後の現在まで続く、欧米諸国の注視する視線の先駆けであった。



泊高橋手前、とまり緑地内の記念碑

山口先生の御功績の詳細は公的部分として他稿に譲り、ここでは山口先生の私的側面から人物となりをお紹介したい。

山口栄鉄と大浦太郎 故・大浦太郎（1915～2002）は伯父である北米沖縄県人会初代会長の西銘徳太（1873～1938）の米国における足跡を追いつづけていた。西銘徳太は久高島の出身で那覇に出て西町から県立一中（現首里高校）へ通学していた。その頃、伊波普猷を中心とした有名なストライキ事件（1894）があり、その首謀者の一人として西銘徳太も退学を余儀なくされた。その後東京の明治法律学院に在学しアメリカへ渡ったことまでは知られていた。日米開戦の直前に徳太は死去した。遺産相続人の一人として大浦太郎が指名されて、渡米を予定していたが開戦となり渡航不能となった。以後は西銘徳太とその家族の動向を探し求めている。

山口栄鉄（1938～）は琉大英文科を卒業して渡米50年、長い間イエール大学で教鞭を取り、定年退職後は帰郷し、その頃新設になった沖縄県立看護大学の教授として5年間英語学を担当していた。ちょうどその頃、郷里沖縄の新聞紙上にイエール大学の卒業生の優秀な県人子弟として一人の人物が存在することが紹介された。その名は西銘ジョイ、卒業式のガウン姿の写真入りであった。新聞記者の紹介で大浦太郎はその記事の存在を知る。そのジョイとは、何と西銘徳太の遺児、西銘二郎（1931～2001）の次女なのだった。長年の探索に糸が繋がった瞬間であった。さらに新聞記者の紹介で、ジョ



西銘二郎とジョイ

イが山口栄鉄の教え子であることも判明した。大浦太郎と山口栄鉄の両者がさらなる赤い糸でつながった瞬間だった。急遽、看護大学学内で、大浦と山口の会見の場がもたれた。徳太の孫娘がイエール大学での教え子であったという奇縁で、その会見は、互いの身の上話にまで花が咲き、大いに意気投合したのだった。さらに、米国在の西銘二郎一家とも連絡が取れ、その家族が来沖する契機にもなった。

山口栄進と大浦太郎 ところで会見の席で、大浦太郎がノモンハン戦争（1939）の激戦の中で生き残った数少ない一人である事が判明した。実は山口栄鉄の兄・山口栄進はノモンハン戦争で戦死したことになっているが、その最期は不詳のまま判然としていなかった。渡米後も栄鉄は兄の面影を追い続けていた。後日、栄鉄は栄進の遺品である軍人手帳を持参し大浦太郎に呈示した。太郎は軍人手帳に細字で記される軍務従軍状況の報告文の一行一行丁寧に目を通したあと、しばらく眼を閉じたまま、無言のまま、いく分かの静かな時間が流れた。太郎は自分の体験を通して、激戦の中で生死を分けた運命の全てを悟ることができた。栄進の最期は、我がことと紙一重であったから、その場の状況を太郎は、臨場感をもって、脳裏の一辺に再現することができた。かくして兄・栄進の最後の映像は弟・栄鉄の脳裏に刻み込まれた。ここでも、目に見えない運命の赤い糸を感じないではいられない。

山口栄鉄と大浦孝 父・大浦太郎は15年前、88歳でクモ膜下出血のため急逝した。その遺品の整理中、その中から私は、山口栄鉄収録によるインタビューのカセットテープを発見した。山口栄鉄による大浦太郎の人物紹介・評伝でもあった。ここでも運命の赤い糸を感じることができる。私は生前の御厚誼にお礼を兼ね山口に面談を申し入れた。対談の中で、山口栄鉄の人生と私の人生が一部重複する部分があり、

人生の妙を教えてくれて味わい深い対談となり、今では語るに落ちない親友になっている。山口の帰郷のたびに彼の人生と私の人生の類似点と相違点を確認し検証する話し合いの場となっている。又、この先10年へと思いは果てることがない。これは即ち、沖縄の戦後70年の歴史の検証ともなり、また今後10年の道標（みちしるべ）ともなっている。
(親しみを込めて敬称は省略させて頂きました。)

文献：

- 山口栄鉄「英人バジル・ホールと大琉球一琉二百周年を記念して」不二出版 2016年
- 大浦太郎「米国移住の祖 西銘徳太」琉球新報社 2000年
- スチュワート・D・ゴールドマン著、山岡由美訳「ノモンハン1939」みすず書房 2013年
- バジル・ホール著、春名徹訳「朝鮮・琉球航海記 1816年アマースト使節団とともに」岩波文庫 1986年



ロサンゼルス市内のエバーグリーン墓地にて 西銘二郎



**準高齢者医師が
振り返る研修医時代**

沖縄協同病院内科
喜久本 朝善

過日老年学会・老年医学会から従来の高齢者の区分を見直す提言があった。それによると私は現在の前期高齢者改め準高齢者という事になる。確かに前期高齢者と呼ばれる世代、とりわけ私を含めて団塊世代と呼ばれる60歳代後半の人達は高齢者と呼ばれる事に違和感があると思う。

そうは言っても60歳代も後半になると、長年酷使した体は至る所にガタがきて悲鳴を上げてくる。毎日を手足の痛みや痺れとの闘いを強いられている身ともなれば、自ずと残りの人生を計算し「終活」という二文字も脳裏をかすめるようになる。残りの人生の全てを注ぎ込む程の趣味を持ち合わせてないので、医師をやめると暇を持て余しろくなことをせず、女房殿からの覚えも悪くなる事必定である。それ故、体力の続く限り生涯現役と言うのが残された人生の唯一の選択肢となる。その生涯現役を目指している私であるが、毎年入ってくる初々しい前途洋々たる研修医を見るたびに自分の研修医時代を重ね合わせてしまう。

もう40年以上も前の事で記憶も定かでないが、当時100日試験と呼ばれていた卒業試験が12月から2月まであり、3月中旬頃に国家試験があったと思う。3月25日に卒業式が終わると2～3日で市役所、銀行、不動産会社での諸手続きを済ませ、慌ただしく荷物の梱包をして運送会社に配送を依頼し、仙台から秋田へ向かう電車に乗ったのを覚えている。

初期研修を行った秋田市の某病院は、当時としては珍しく各科ローテート研修を行っており屋根瓦方式であった。1週間程度のオリエンテ

ーションの後に、研修医7人（半年遅れで秋田大学からさらに2人）は各科に配属され、3カ月毎に病棟を異動した。

希望に反して最初に配属されたのがリハビリテーション科であった。そこでは臨床の手技を習得することはなかったので、他科に配属された同期の研修医に遅れを取っていると焦りを感じた。そのリハビリテーション科を終えた後に消化器病棟に配属された。その初日の夜ナースステーションで仕事をしていると、急変していると血相を変えて看護師が飛び込んできた。駆けつけると新米研修医にもわかる心肺停止の状態であった。挿管などした事もない動転した私は当直医師への連絡を依頼し、当直医が来るまで何をすべきか考えた結果、国家試験勉強で入れた知識を生かし心肺蘇生を行う事とした。必死に心臓マッサージとmouth to mouthの人工呼吸を行った。当時はPHSや携帯電話はもちろんポケットベルもまだない時代で、看護師は当直医に連絡を取る為にあちらこちらに電話をかけた。当直医が駆け付けたのは約10分後であった。患者は胃癌末期で当直医の指示で心肺蘇生を中止した。40年余の医師人生の中で癌末期の患者への心臓マッサージ、そしてmouth to mouthの人工呼吸といずれも最初で最後であった。

当時のその病院は手取り足取り教えてくれるような体制はなく、自分で調べるか分からない事は先輩医師を捕まえて教えてもらうというのがルールであった。また、色々な手技に関しても1回目は見せてもらえるが、2回目からは自分でやると言うのもまたルールであった。当然2回目から一人で出来るわけもなく、本を読んでイメージを頭の中に叩きこんで先輩医師に頼み込んで傍に付いてもらい行った。そのようにして気管挿管、腰椎穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髄穿刺、中心静脈カテーテル挿入、セルジンガー法による血管造影、肝生検、胃透視と胃内視鏡（入院患者の胃透視や胃内視鏡は外来が始まる前に主治医が朝早く行うのがルールであっ

た) などの手技を習得していった。当然の如く次第に自信と度胸が付いて行った。3年目の医師ともなると後光が射してかなり偉く見えて、教えを乞うにも緊張した事を覚えている。

脳卒中の患者が来ると総頸動脈直接穿刺で脳血管造影を行い、腹部血管造影を行う時は既製品のカテーテルはなかったので、前日にアルコールランプを使用してカテーテルを3本作製し滅菌し翌日検査で使用していた。また、高カロリー輸液にしても既製品がなく中心静脈カテーテルを挿入した後に院内薬局で製造してもらっていた。

医師不足の時代で医療訴訟も今よりはるかに少なく、インフォームドコンセントと言う概念もなかった。大学の肺癌の講義では「たとえ患者が医師であっても癌と告知してはいけない」と教えられた。そのような時代であったから許された事も多く、今になって考えると怖いもの知らずに随分無謀な事をしたものだと思ふ。

同期の研修医同志は助け合い競い合い切磋琢磨した。4畳半の当直室には重症患者を抱えた研修医達が雑魚寝をしており、布団を敷いて空になった押し入れの上下にも研修医が寝ていた。一年の約半分は病院に泊まっていた。半年が過ぎると一人当直が始まったが、初めての当

直の時は不安だったので研修医同志で協定を結んで複数で泊まった。食事は医局で出前の弁当を頼む事が多く皆夜遅くまでたむろしていた。救急車が入ってきて一人では手に負えない時は、医局に連絡すると同期の研修医達が3~4人応援に駆け付けた。救急患者を診るのが楽しくやりがいを感じ、また、時々歓楽街の川反に繰り出しエネルギーを充電した。40年余の医師人生で最も充実しかつ楽しかった時代であった。その同期の研修医達とは年賀状を交換し連絡を取り合い、学会や旅行などの機会を利用して旧交を温めた。

現在は常勤嘱託医師として勤務しているが、時間的余裕が出来たせいここ数年研修医時代に失った患者達の事が時々フラッシュバックする。他の医師が診ていれば助かったのではと思う症例、あの時はやむを得なかったが今なら助けてあげられると思う症例である。灰色の脳細胞に鞭打って日進月歩の医学に取り残されないように自己研鑽を積み、目の前の患者を一人でも多く助ける事がこれら失った患者達への供養になると考えている。叶うなら青年時代の若々しい柔軟な脳に戻り、現行の充実した体制のもとでもう一度研修医生活を送ってみたいと思ふ。「少年老い易く学成り難し」を実感している準高齢者医師である。





「ケトン体が
人類を救う」!?

琉球大学 産婦人科
金城 忠嗣

私は大学病院の産婦人科医です。病院の性質上、妊娠糖尿病の方もたくさんいて、日常的に管理しています。いまさら書くことでもないのですが、妊娠糖尿病とは、妊娠の影響で発症する糖代謝異常です。妊娠していない時は糖尿病ではないのに、妊娠すると糖代謝に異常が出るのです。また、妊娠が終了すると（お産すると）、たいていは糖代謝異常もなくなります。妊娠糖尿病の管理は、こうです。目標血糖は食前 100mg/dl 以下、食後 120mg/dl 以下。高血糖を予防するために、まず食事療法（1,600～1,900kcal。標準体重からたいていこのくらいになる）を行い、それでも目標を達成できなければ、インスリンを使用します。これでお産までもっていきます。これが、産婦人科ガイドラインにも載っているように、日本の標準的な治療です。

最近、宗田哲男著「ケトン体が人類を救う」という本を読みました。この本に出合ったきっかけは、母が、この本面白かったよ、と勧めてくれたことです。

この本には、なんと、これまでの診療の常識を覆すことが書かれていたのです。

- ・ カロリー制限は意味がない。血糖を上げるのは糖質なので、糖質制限で血糖をコントロールする。
- ・ 糖質を制限すると高ケトン血症になるが、高ケトン血症は危険ではない。
- ・ むしろケトン体は胎児のメインのエネルギー源である。

- ・ さらに言うと、ケトン体はヒトのメインのエネルギー源である。
 - ・ ヒトには糖代謝とケトン体代謝という2つのエンジンがあるが、今までメインと思われていたブドウ糖（糖代謝）はむしろサブのエネルギー源である。
- といったところです。

まず、バックグラウンドとして、筆者は産婦人科の開業医です。そして、自身が糖尿病です。糖質制限と出会い、自分でいろいろ食事を試して、自分の体を実験台にして、血糖を測定しています。日本糖尿病・妊娠学会の学会会場で簡易ケトン体測定器を見つけ、それで自分の患者さんの母体、胎児、胎盤、新生児のケトン体も測定しています。

本にはこう書かれています。

カロリーは低くても、糖質が入っていれば血糖値は上昇する。

カロリー制限では血糖値は管理できない。血糖を上げるのは、糖質である。たんぱく質や脂質は血糖値を上昇させない。

糖質を制限すれば、

- ・ 血糖が上昇しないので、厳格なカロリー制限はいらぬ
- ・ 血糖が上昇しないので、インスリンもいらぬ

糖質を制限すると、脂肪が分解されて、ケトン体ができる。「ケトン体は危険である」という主張があるが、それは、「妊娠中にケトン体が高いままに生まれた子は、2～5歳時の知能指数が下がる」という、1991年に出された米国の論文（Rizzo T, et al. Correlations between antepartum maternal metabolism and child intelligence. N Engl J Med 1991; 325 (13): 911-916）が根拠になっている。しかし、この論文のケトン体はグループ①：グループ②：グループ③= 140：170：180（ μ mol/L）であ

る。ちなみにグループ①は正常妊婦、グループ②は妊娠糖尿病、グループ③は糖尿病合併妊婦である。成人のケトン体の基準値は $76 \mu\text{mol/L}$ 以下なので、それに比べたら高いが、つわりのひどい妊婦ではケトン体は $3,000 \mu\text{mol/L}$ にもなる。分娩前後の 140 と 180 をくらべてもほぼ意味がない。当時（20 年以上前）の糖尿病は、「Hb A1c」と「空腹時血糖」で管理されていた。まだ「食後高血糖」や「平均血糖変動幅増大」が酸化ストレスリスクとはわかっていなかった。食後高血糖や平均血糖変動幅増大こそが、知能低下と関与していた可能性がある。また、糖尿病の妊婦は低血糖を起こすが、この低血糖と子どもの IQ の検討もなされていない。知能低下は（ケトン体でなく）血糖管理の悪さを反映したものであるという可能性がある、と論じます。

さらに、筆者は実際に正常の経過の妊婦の血中のケトン体、臍帯血のケトン体、絨毛のケトン体、新生児のケトン体を測定し、多くがケトン体が高いことに気づきます。特に、新生児は全員（99 例）が高ケトン血症（平均 $246.5 \mu\text{mol/L}$ ）で、しかも全例が 100 以上の値であって、基準値以下の新生児はいなかったそうです。新生児や胎児の血糖値が 35mg/dl くらいなら、胎児の脳のエネルギー源はブドウ糖では足りない。血糖値 35mg/dl は、ミトコンドリアがなくてブドウ糖しかエネルギー源として使えない赤血球の最低必要血糖値の可能性がある。胎児の脳はケトン体を主なエネルギー源として使っている可能性がある、とのことでした。

これは、これまで習ってきたこと（胎児の脳はブドウ糖をエネルギー源としている）と全然違います。

これが真実だとすると、妊娠糖尿病の管理の仕方が変わります。カロリー制限ではなくて、糖質制限をする。当然ケトン体が上昇するが、それは当然で自然なことなので特に問題にしない、ということになります。もしかしたら、大部分はインスリンが必要ないか、もしくは大幅

に減らせるかもしれません。もっと楽に血糖コントロールができるかもしれません。

糖質制限の、今はわからない悪い側面もあるかもしれません。しかし、筆者が嘘を言っているとも思えません。

真実かどうかを知るためには、妊娠糖尿病の、従来型の管理と、糖質制限での管理を無作為化比較試験で、妊婦の血糖値と必要だったインスリン量、予後、胎児～新生児の予後、小児の知能指数などを比べればいいのでは、と思いました。上司にも相談してみましたが、妊婦への介入試験は倫理的に難しいのでは、という意見をもらいました。もしできるならかなり興味深い研究になるな、と思いました。残念。しかし、今後、糖尿病での糖質制限がメジャーな治療になってくるなら、こういう研究も出てくるでしょうし、いずれ真実がわかるときが来るのではないかと思います。

身近なところで新しい考え方を知ることができ、ワクワクしました。知的好奇心を刺激され、読みながら興奮していました。皆さんはどう思われますか？

