

高知大学医学部医学科同窓会会報

やまもも

高知大学医学部医学科同窓会
会長 廣瀬 大祐
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
TEL:088(866)0034
FAX:088(866)0065
dosokaij@kochi-u.ac.jp
<http://www.kochi-ms.jp>

第37号

高知大学医学部医学科同窓会総会・同窓会懇親会の報告

本年度の同窓会総会は、8月5日(土) ザクラウンパレス新阪急高知で開催いたしました。議題は、令和4年度事業報告(次ページ参照)や会計決算報告、令和5年度事業計画や会計予算(案)の審議を行い、意義なく承認となりました。

同窓会役員(監査役)を長きにわたり歴任いただいている岡本 啓一先生(1期生)は本年度を持って退き、新監査役として澁谷 祐一先生(6期生)に就任頂き、前田 明彦先生(6期生)を含め本年度は3人体制で実施することとなりました。なお、次年度以降は、前田 明彦先生、澁谷 裕一先生の2人体制となります。

11月25日(土)には、「高知医科大学と高知大学の統合20周年記念式典」をザクラウンパレス新阪急高知で開催いたしました。

第一部の記念式典では、統合後卒業の黒江 崇史先生(医学教育創造センター所属 27期生)より今後も統合のメリットを生かした創造的探究心と豊かな人間性を培う、特に地域に還元できる大学になることを切に望んでいるなど挨拶を行いました。

第二部の医学部同窓会懇親会では、主催者挨拶として同窓会会長 廣瀬 大祐先生、続いて来賓挨拶として高知大学学長 櫻井 克年先生、高知県医師会会長 野並 誠二先生、高知大学教育研究部医療学系長 菅沼 成文先生よりお祝いのお言葉を頂戴し、引き続き、同窓会表彰を執り行いました。授与者は、「長年にわたり高知県の医療発展に貢献する人材に寄与」されている家庭医療学講座 阿波谷 敏英先生に廣瀬同窓会会長より表彰状と記念品を授与いたしました。続いて、今日お集まり頂いた皆様に末広がり運が開けますよう記念し鏡開きを行い、皆様の「ヨイショ、ヨイショ、ヨイショ」の発声に合わせて樽を割り、高知大学医学部長 降幡 睦夫先生(5期生)の乾杯のご発声後、懇談となりました。

なお、懇談中には県内の市町村から特産物の提供と同窓会から記念品を用意し抽選会を開催し盛大で華やかな懇親会を執り行うことができました。懇親会の最後は、西山 謹吾先生(1期生)の一本締めでお開きとなりました。(4・5ページに写真掲載)

この懇親会が5年後の医学部開学50周年のキックオフとなることを願っております。

資料1

令和4年度会計報告(令和4年8月1日～令和5年7月31日)

科 目	受入見込額	受入済額	摘要
会費収入	5,750,000	5,920,000	新入生108名、在来生5名(うち10,000円×2名)、卒業生7名
総会(懇親会)会費	200,000	0	コロナ禍のため懇親会は中止
保険事務代行費	340,000	342,583	保険事務代行事務手数料
広告協賛金	0	20,000	新規事項
利息	40	28	
今年度収入合計	6,290,040	6,282,611	
前年度からの繰越	7,877,690	7,877,690	
総 計	14,167,730	14,160,301	

【支出の部】

科 目	予算額	決算額	摘要	
総会実施経費	200,000	79,460	会場借上費など	
通信運搬費	600,000	585,100	会報35号、36号など送料	
印刷製本費	1,200,000	1,371,397	会報、おこうだより、同窓会封筒の印刷製本費	
事務費・事務用品費	100,000	70,486	電話料金、FAX料金など	
人件費	960,000	960,000	事務職員給与80,000円×12ヶ月	
ホームページ更新料	40,000	58,196	ドメイン・サーバー年間対応費用、HP更新経費	
旅費	18,000	54,000	事務職員の駐車料金は週3日勤務者は36,000円1/2で昨年度支出済みであったが、本学非常勤職員でないため36,000円となり遡及し18,000円を支出	
支部助成費	100,000	0	感染防止のため中止	
研究補助費	400,000	550,000	全国学会100,000円×4件、中四国地区学会50,000円×1件、KMS-RM(100,000円)	
慶弔費	100,000	0		
会議費	60,000	46,184	理事会開催経費及び活動費	
コロナ対策経費	500,000	0		
教育設備の更新費	1,000,000	1,000,000	医学部教育設備に寄付(4/5年目)	
研修医の支援	194,000	106,795	モーニングセミナー	
学 生 支 援 経 費	卒業試験対応への支援	700,000	698,500	卒試問題収集システム機能追加費用
	国家試験対策経費	600,000	600,000	既卒生の模擬試験(3回分)及び特別補講
	幡多地域医療道場に伴う支援	50,000	0	感染防止のため中止
	地域卒学生SEEDへの支援	100,000	0	感染防止のため中止
	白衣授与式への支援	1,000,000	856,405	4年生103名
	よさこい祭り(醫)への支援	50,000	0	コロナ禍のため参加辞退
	南風祭への支援	100,000	0	感染防止のため
	学生支援経費合計	2,600,000	2,154,905	
支出の部(小計)	8,072,000	7,036,523		
予備費	1,095,730	0		
支出の部(合計)	9,167,730	7,036,523		
運用資金次年度への繰越金額	5,000,000	7,123,778		
計	14,167,730	14,160,301		

《会長挨拶》

2023年統合20周年 2028年医学部開学50周年

高知大学医学部医学科同窓会

会長 廣瀬 大祐（第6期卒）

11月25日土曜日に高知大学・高知医科大学統合20周年の式典・懇親会が開かれました。懇親会は大同窓会として同窓会が主催しました。

統合は2003年（平成15年）10月です。その年の5月から個人情報法保護法が施行され、翌年からは新医師臨床研修制度がスタートしました。

個人情報保護法を盾にされ卒業生の進路が確認しづらくなり、また高知県内に残る先生も極端に減ったのはこの頃です。

高知県地域枠や医師養成奨学金貸付金制度など大学教員の努力などにより、現在は毎年50～60人程度の初期研修医が高知県内に残っていただいています。

高知市以外は加速度的に人口減少が進み、それにつれて小規模の診療所から減少しているのが現状です。今後とも若い先生方が十分に働く場所が確保されるのか、どのような医療供給体制を作るのかは大学にとって大きな課題ですし待ったなしの問題です。

5年後の医学部開学50周年までに同窓会として大きな仕事は、個人情報保護法で大きな空白になった名簿を少しでも埋めていくことだと考えています。

同窓会誌やまももをご覧になった皆さん、身近に高知医科大学・高知大学医学部の卒業生がいましたら声をかけて、名簿登録をお願いしてください。

同窓会ホームページでは、年2回発行の同窓会会報「やまもも」や年1回発行の「おこうだより」など過去の分も含めご覧になれますので、ぜひご利用ください。

ID : kms パスワード : yamamomo



懇親会で挨拶する廣瀬同窓会会長



学長懇親会で来賓挨拶をする
櫻井 克年高知大学学長



懇親会で来賓挨拶をする
野並 誠二高知県医師会会長



懇親会で来賓挨拶をする
菅沼 成文高知大学教育研究部医療学系長



廣瀬同窓会会長より
阿波谷 敏英先生に同窓会表彰授与



同窓会表彰後にご挨拶の阿波谷 敏英先生



記念式典で卒業生代表として挨拶する
黒江 崇史先生(33期生)



阿波谷先生とシード学部生、OB・OGを囲んで記念撮影
中央左 脇口 宏高知大学前学長



野並高知県医師会会長
 岡林高知県医師会前会長
 夕部同窓会連合会会長
 降幡医学部長
 廣瀬同窓会会長
 相良高知大学元学長
 脇口高知大学前学長
 櫻井高知大学学長
 菅沼医療学系長
 花崎附属病院長
 瀬尾医学科長
 大阪看護学科長



乾杯のご発声をする降幡 睦夫高知大学医学部長



閉会の挨拶をする
 西山 謹吾先生(1期生)

《1期生リレー随想》



進化する高知大学医学部

小児思春期医学講座

藤枝 幹也 昭和59年（第1期）卒

皆さんこんにちは1期生の藤枝幹也です。私は今年度（2024年3月末）で定年退官を迎えます。私個人の岡豊物語とこれからの医学部への期待を述べます。

1978年4月に岡豊キャンパスの門をはじめてくぐってから、45年も経過しました。医学部の周囲も少しずつですが景色がかわってきました。それでも変わらないのが緑豊かな環境、毎年5-6月には稲が育ち・緑の絨毯を敷き詰めたようになる風景・早くも7月末から8月には稲刈りがはじまるこのサイクル、そして国分川の流れなどが、大好きです。

写真は、ある方からいただいた懐かしい1枚で、入学したばかりのころと思います。この当時の建造物と言えば記憶間違でなければ、管理棟、研究棟（現在の総合研究棟）、教養・講義棟、図書館、駐輪場、テニスコートぐらいで、病院と実習棟は建設中で、食堂、グラウンド、体育館、プールもない状況でした。思い描いていたキャンパスライフとはかなり違っていました。他に娯楽がなかったせいもあり、同級生同士で語らうことが多く、皆仲良く、団結力も強かったと思います。



入学当時の高知大学医学部（旧 高知医科大学）

初めてのよさこい祭り参加も多くの同級生に助けてもらい、学生手作りで行いました。財源がなく研究棟をアポなしでカンパして回りましたが、その場で現金を渡してくださる優しい先生方が多かったです。コロナ禍の一休みはありましたが、今後も参加されると期待しています。国分川ボートレースも同級生に助けられました。桂浜近辺で手漕ぎボートを2槽借りてきて、現在国分川にかかっている橋の周辺で行いました。2人一組でのトーナメント方式で女性組が優勝しました。このレースは1回のみで終了しましたが、安全対策がとれるならまた復活してもらいたいです。

私の学生時代は、教職員の方々との距離も近く、比較的多くの学生が基礎・臨床を問わず教室に出入りし研究や勉強会なども行われていました。今日の先端医療学やリサーチコースへの学生参加につながっていると想像しています。同時に、おおらかな時代であったと思いますが、研究室でアルコール（動物用ではなく）もふるまわれたこともあり、これも良き思い出となっています。

1984年4月に小児科学講座に同期6人とともに入局し(初代教授:故 喜多村勇先生 元高知医科大学学長)、同時に大学院生になりました。大学院生ではありますが、病棟医師が少ないため、夕方までは病棟業務、夕方から検体処理、翌日測定という生活を、学会出張、外勤、長期休暇以外はほぼ毎日続けており、まれに、実験中に受け持ち患者の急変があり実験中断ということもありました。先輩方も同じような働き方をしておられたので、このような生活に何も疑問を抱いていませんでした。今では、働き方改革の関係で、オーバーワークと注意を受けるかもしれません。無事4年間で慢性活動性EBウイルス感染症の細胞性免疫で医学博士を取ることができました。ひとえにご指導いただいた脇口 宏先生(3代目小児科教授 前高知大学学長)のお蔭と感謝しております。

初代教授の故 喜多村先生、2代目の故 倉繁隆信先生、3代目の脇口先生から、多くの薫陶を受けました。一貫した教えは、目の前の患者さんをじっくり観察すること、病態を説明できること、検査法と治療法を探る・無いなら開発すること、でした。さらに小児科医としては当然のことですが、患者さんを1人の人間として接し時に代弁者になること、かつ保護者の観察と傾聴でした。この教育は、私の臨床医としてのbaseになっております。さらに、諸先輩に言われたことは、貴重な症例はCase reportとして発表すること、可能な限り英文で発表することでした。症例の蓄積により、より良い治療法が開発される礎になるからということでした。

2012年4月から4代目の小児科学講座(現:小児思春期医学講座)教授にさせていただきました。私は、医学・医療に関しての教育は順送りと考えていますので、私自身がうけた教育の長所を伸ばし、短所は是正して若手医師と医学生に受け渡そうとしてきました。十分に伝えられているか、と問われれば厳しい面もありますが、今後の後輩たちの活躍により評価されると考えています。

今日、地方国立大学のおかれている立場は厳しいものがあります。国からの予算は潤沢ではなく、かつ、評価される材料が多いほど予算配分が多いといった状況で、これは今後も続いていくと思います。どの部門も慢性的人手不足ではありますが、その中でもキラリと輝く世界に発信できる研究(基礎・臨床問わず)をされている部署もたくさんありますので、若い方々がこれらの研究に注目し、1人でも多くの若手が高知大学医学部で研究、臨床に従事して下さることを希望しています。手前味噌ながら、当講座では産科婦人科学講座および臍帯血研究班とタイアップして再生医療を進めております。ご興味のある方はご連絡いただければ幸いです。

当医学部は良質な臨床医を育てる義務があるため、私どもの講座を含めそれぞれの臨床系講座が県内外問わず国内外にネットワークを持ち、臨床医育成のための強力なパイプを持っています。若い方々がこのネットワークの中で鍛えられ、諸先輩方とともに高知県と日本の医療発展に貢献して下さることを希望します。

最後になりますが、進化論で有名なダーウィンの言葉をお送りします。「最後まで生き残れる者とは力の強い者でも賢い者でもない ただ一つ、変化に最もよく適応できる者である。」高知大学医学部があらゆる世の変化に対して柔軟に対応し、更なる進化を遂げただけのことを期待しております。

《1期生リレー随想》



セカンドキャリアとしての 看護学科教員の17年間を振り返って

臨床看護学講座臨床看護学 教授
高知馬路村ゆず健康講座 特任教授兼任

溝渕 俊二 昭和59年(第1期)卒

2007年5月にセカンドキャリアである看護学科教員としての生活が始まりました。私は48歳でしたが、その機会は突然に訪れました。2000年1月から外科学講座外科2の消化器外科グループのチーフを任せられ、2005年5月から准教授となり、7月には医局長を仰せつかりました。私の専門は食道外科でしたが、術後管理、外来、検査、医局運営等、多忙を極めました。体力的にもそろそろと思っていたところに、看護学科教授への応募の機会を得ました。そして、教授選の結果、臨床看護学講座臨床看護学教授に選考されました。

教授就任後は、メスを置き臨床から離れましたが、唯一、附属病院のチーム医療である栄養サポートチーム(NST)の活動は続けました。2004年4月に伊與木美保管理栄養士とNSTを立ち上げ、2022年3月までの18年間チェアマン(代表)として活動を続けました。「医食同源」は、日頃からバランスの取れた美味しい食事をとることで病気を予防し、治療しようとする考え方です。食事をとること、すなわち栄養をつけることは、病気の治療の土台となるとの信念で活動を続けました。

看護学科教員としては、看護学生への講義を多数担当してきました。医学部看護学科共通専門科目の基礎科目の必修には10教科ありますが、その中の5教科を私が担当しました。1年生に対して「身体のしくみ」(通年、解剖学)、「身体の働き」(2学期、生理学)、2年生に対して「薬の効用と看護」(1学期、薬理学)、「看護と病態」(2学期、病理学)、3年生に対して「病態と治療」(1学期)などの講義を行い、2年半かけて基礎医学のほぼすべてを網羅しています。また、私が就任してから始めた解剖実習、手術見学は、学生からは好評でした。学生と入学時から3年生の1学期まで、連続して関わったことは、学生の成長する過程をみることができてとても有意義でした。2015年度からは、「身体のしくみ」が「感染と免疫」(2年生、1学期)に変更となり、少し残念な思いをしました。

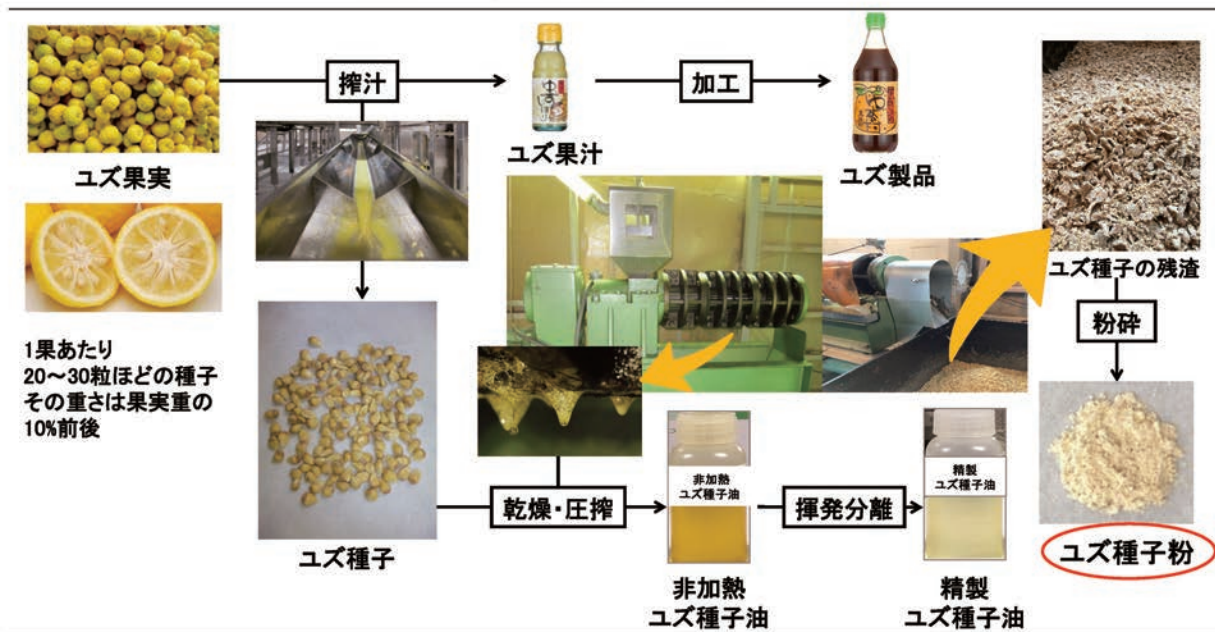
講義は、ファーストキャリアである23年間の外科医としての臨床経験を基に分かりやすい講義を心がけました。そして、17年間看護学科の教育に携わって注意してきたことは、重要な項目を繰り返し教授することと、なぜそのような現象が起きているのかを理論立てて説明することで、単に暗記するのではなく、自分で考える力を身に付けてもらうことを目標としてきました。15コマの講義終了後には定期試験があり、すべての科目の試験で100題テストを学生に課しましたが、学生たちの頑張りにより、17年間落第生を出すことはありませんでした。

この17年間、教育だけでなく研究にも打ち込みました。地元の素材の機能性について、チームで研究を行いました。私たちの教室ホームページで紹介していますが、理学部生物学科を卒業して、基礎研究一筋の渡部嘉哉氏、管理栄養士の宮本美緒氏、そして医師である私がいることで、一つ

のテーマに対して、教室内で細胞実験に始まり、動物実験、そしてヒト臨床試験まで通して行うことができることが私たちの教室の強みでした。特任研究員の川村巧成氏、松浦梓氏には動物実験、北添範子氏にはヒト臨床試験で支えて頂きました。

2009年12月からは、ユズ種子油の安全性試験をきっかけに、馬路村農業協同組合（馬路村農協）と共同研究を開始しました。ユズは1果あたり20～30粒ほどの種子を含み、その重さは果実重の10%前後あります。他の柑橘類が青果で流通するのに対して、ユズは生産量の8割が加工されています。工場内で果実を搾汁することから大量の種子を得ることができます。その種子から油を抽出することを馬路村農協が考案しました。有効成分を保った形で安全な油を抽出する方法としてコールドプレス法を導入し、未変性種子油を抽出することが可能になりました。この油から水溶性成分と固形物を除去した油を『非加熱ユズ種子油』とし、さらに、『非加熱ユズ種子油』を揮発分離したものを『精製ユズ種子油』として研究を行いました。

馬路村農協のユズ加工過程



『非加熱ユズ種子油』は、経口摂取することで抗酸化作用、血糖値改善効果、脂肪肝抑制効果等があることが明らかとなり、発明の名称『抗酸化剤』、『体重増加抑制剤』、『脂肪肝抑制剤』で特許を取得しました。また、苦味成分であるノミリンが機能性関与成分の一つであることを動物実験で確認しており、機能性表示食品の届出が待たれます。『精製ユズ種子油』は、細胞実験において、アレルギーに関与する肥満細胞からかゆみの原因となるヒスタミンの放出を抑える効果が明らかとなりました。塗布することでアトピー性皮膚炎、老人性乾皮症の症状を改善することがわかり、発明の名称『抗アレルギー性皮膚炎外用剤』として特許を取得しました。

ユズ果汁についても研究を行い、研究成果が製品名『ゆずちゃんゼリー』の開発に繋がりました。ユズ果汁を摂取することで、腸内乳酸菌を増やす効果があることがマウス実験で明らかとなりました。関与成分は、ユズ果汁に含まれる酸味の原因である有機酸のクエン酸とリンゴ酸でした。『ゆずちゃんゼリー』は、ヒト臨床試験において便秘改善効果が認められ、これに関しても馬路村農

協によって機能性表示食品届出手続きが行われています。

これらのユズに関する研究成果が評価され、2018年4月からは、当時の馬路村農協組合長の東谷望史氏のご尽力により、本学初の共同研究講座「高知馬路村ゆず健康講座」が設置されました。この講座は、馬路村農協と本学が共同で運営する、ユズに特化した講座です。馬路村農協の浅野公人氏は、馬路村農協に在籍のまま、この講座の特任助教を務めています。この講座では、ユズを健康に貢献する素材として捉え、より充実した研究活動を行い、最終的には高知県発の健康領域新産業創出を目指しています。現在は、ユズ種子搾油後の残渣をパウダー化した『ユズ種子粉』について研究を行っており、経口摂取によってLDL-Choを低下させる作用がマウスで認められました。

17年間、教育と研究の2本柱で頑張ってきましたが、セカンドキャリアとしての看護学科教員を2024年3月に定年退職という形で終えることとなります。2007年から17年間頑張ってきたのもひとえに高知馬路村ゆず健康講座スタッフ、看護学科教員、事務の方々の協力のお陰と感謝しております。この紙面をお借りして御礼申し上げます。サードキャリアは、一兵卒の医師として地域医療に微力ながら貢献できればと思っています。今後ともよろしくお願い申し上げます。

1978年4月に一期生として高知医科大学に入学してから、途中8年間のブランクがありますが、38年間、人生の半分以上をこの岡豊キャンパスで暮らしたことになります。とても感慨深いものがあります。たくさんの方々にお世話になりました。38年間、本当に有難うございました。

最後になりましたが、今後の高知大学医学部の益々のご発展を心から祈念しております。



朝日新聞社提供

《研究発表》

丸山耳鼻咽喉科医院

丸山 晋 平成2年(7期)卒

はじめに

新型コロナウイルス感染症は変異を繰り返しつつ軽症化してゆき、5月8日から感染症法上の取り扱いがようやく5類に格下げとなりました。これで、生物学的にもまた社会的にも季節性のインフルエンザと同等となりました。

コロナ騒動が日本に上陸してから長く苦しい3年4ヶ月でした。

この時私が発熱外来で何をしていたのか、今この時期に記すことに何の意味があるのかを問いつつ、しかし、今後また再び別の新たな感染症の襲来の時には何かしらの参考にもなるかもしれないとも思いつつ、騒動のなかでの経験を振り返ってみます。

ことの起こり

‘19年12月、中国武漢で正体不明の致死性の伝染性呼吸器疾患が出たらしいというニュースが世界に報じられました。その後、この疾患が世界中で確認されるまでに時間はかかりませんでした。もう既に世界中に拡散していたのかもしれない。

日本では1月16日に日本国内で初めて感染者が確認されました(武漢からの帰国者でした)。そして、2月横浜のダイヤモンドプリンセス号でのクラスター発生。さらに、2月13日には国内初の死者が確認されました。その後、感染者が急増し、4月には第一回目の緊急事態宣言が発出されました。第一波です。

第一波の、4か月間の感染者数は今と比べると極めて少ない数ですが、この時の致死率は実に5.36%にもなります。恐ろしい疾患です。

その頃には、この疾患については、ただ、致命的なうつる病気であるということ以外情報も少なく、コロナは正体不明の不気味な疾患で、治療薬もなければワクチンも無く、人々は恐怖に突き落とされてたちまち日本のみならず世界中がパニックになりました。コロナ騒動の始まりです。

ニュースなどではまるで恐怖をあおるかのように毎日感染状況が報道され続けました。

この時には、(情報が無いのをいいことに)ワイドショーなどで専門家でもない人々がわけしり顔で勝手なことをしゃべり放題で、マスコミはそれを垂れ流していました(それで怖くなってワクチンを打たなかったために死んでいったお年寄りの方々はいったいどれほどいたんでしょうか?)。また、差別や非難などの個人攻撃もあつたりなどして、まさしく、騒動・パニックでした。

淡路島では感染者の出た家にそれとわかるように落書きがされたという話まで患者さんから聞きました。「いつの時代のどこの話か!?’と、耳を疑いました。まるで映画の中の話のようです。

医療現場では、受診抑制のために患者さんが消えていなくなってしまっていて暇になりました。小児科と耳鼻科で特に顕著であったと聞いております。私も数か月間給与を受け取ることができませんでした。しかし、案外焦りや不安もなく心中は穏やかに平和でした。歴史に残るような世界規模の事態のあまりの大きさになす術もなかったのかえってせいせいとすっかり諦めがついてしまったのでしょうか。「ジタバタしたってしょうがない。なるようにしかならんさ。」っていう感じでした。ただ、この期に及んで見苦しい振舞いだけはしたくないという思いでした。

そこで私が見たこと・私がどうしていたのか

①冷酷な医療崩壊

医療崩壊が叫ばれていました。重症化した患者さんを診ることができるベッド数は限られているのに、入院治療を必要とするほど重症化する人々がそのキャパシティを越えて増えてしまって、本来であれば病院で治療を受けるべきであるにもかかわらず自宅療養を余儀なくされる患者さんが続出したことを医療崩壊と呼んでいました。実際、入院や治療など医師の助けを待ちながら待ち望んだ救いの手が届かないままに死んでいった方々は多くおられたようです。患者さんからもそのような話を聞きました。しかし、私が自分の目の前で見て経験した医療崩壊は、流行のごく初期からもっと足元でもっと冷酷に起こっておりました。

のどが痛いときに人は耳鼻科を受診するでしょう。咳があれば熱があれば医者へ行くでしょう。医者はそのためにいるのです。そして、この時の患者さんたちは、いつもとは違って、「コロナだったらどうしよう。死んでしまうのだろうか!？」と、とんでもない恐怖と不安までしょい込んでいました。けれども、これらの患者さんたちは、受診できるところがなくて行き場を失っていました。病気の苦しみだけでも辛いのに、「コロナかもしれない」というだけでも怖いのに、更には、「誰にも診てもらえない。誰からも助けてもらえない。いったいこれから私はどうなってしまおうんだろう!？」という、荒野の果てに取り残されたかのような、深い井戸の底に一人取り残されたかのような、見捨てられたような追い詰められたような、そんな背筋が寒くなるようなとんでもない不安と恐怖までも抱えるようになり、途方に暮れていたのです。その時の人々の医療への希求というものはそれは非常に切羽詰まった実に切実なものであったと思います。

だから、私は、医者への助けや医療を必要としている人は誰も拒否しないことにしました。「僕はそのためにここにいる」その為に医者になったつもりでした。医師免許を取った始めから（まさかこんなことが本当に起こるとは思ってはいなかったのですが）こんな時の覚悟はしていたつもりでした。そういう仕事に就いたのだと思っていました。

②逃げることのできない疾患

私が診療拒否をしなかったもう一つの理由が、「この疾患が逃げることのできない疾患である」という認識でした。インフルエンザと同じように、人のいるところであれば世界中どんな片隅であろうともことごとく行き渡るであろうと思っておりました。実際に、騒動の初期に、日本のトップレベルの感染症専門病院で院内感染が報じられ、それでいよいよ覚悟が決まったのです。

③深刻な人手不足と物資の欠乏

それから。この時期にはコロナにかかわるあらゆることがあらゆる場面でことごとく忌避されていました。そして、世界中が巻き込まれたこの騒動では、世界中のあらゆるシーンで絶対的に人手と物資が欠乏していました。その様子を見聞きして、なにかができる人はその人にできることは何でもかんでもみんながそれぞれにやるようであれば世界中が巻き込まれているこの一大事には太刀打ちできないと思いました。

だから、検査だろうがワクチン接種だろうがなんでもかんでも、自分にできることは自分の診療所でも院外でも時間と体力と精神力が許す限りすべてやってやろうと思いました。検査の実施や治療薬の使用に初期には許可認可が必要でしたから、できる申請は片っ端から申請をして、必要とあらばいつでも何でもできる対応できる態勢を整えるように努めました。人手を求める募集があればはいはい手を挙げていました。

そうすると。まだみんながバタバタ肺炎で死んでいっていた頃に、治療薬もなく自分自身もまだワクチンも打ってもらえていないままに、自宅で入院待ちをしているうちに重症化した人たちのご自宅へ往診に行く羽目にもなっていました。でも、行ってもCTも撮れませんかから低酸素血症の確認だけで経過と状況から臨床的にコロナ肺炎であると診断をつけて酸素を開始して、治療薬とてありませんからステロイドを投薬するのができる限りのやっとのことでした。ほんの数名でしたけれども、私が往診した患者さんの中では幸いにして亡くなった方はおられませんでした。けれども、ひとり、心筋梗塞を起こしてしまいました。後送病院のおかげで事なきを得ましたが、危険がかすめて通りました。

こんなことしてて、私自身は、これで感染して死んでしまうのかもしれないなど何度も覚悟を決めました。

往診した日の夜などは、床に就くときに「コロナで死ぬのってっ苦しいのかな？どんなのかな？」「ハッピーハイポキシアだったらいいな」「でも、苦しくたって、我慢していればいつかは終わる苦しみなんだ。じっと耐えて終わるの待っていればいいんだ。」とか、思ったりして眠りについておりました。

でも、医師となった時からそのようなことは覚悟していたつもりでした。「殉死殉職本望！」「死ぬのが怖くて医者やってられるか！感染症が怖くて耳鼻科医やってられるか！」とか軽口叩いてはおりました。でも、死にたかったわけではなかったし、死ぬの怖くなかったわけでもありませんでした。死んでもいいと思っていたわけでもありませんでした。ただ、これで死んでも仕方がないとは思っていました。また、「どうせいつかは死ぬ命を、いつ死ぬかわからない命を、こういうことに使わせていただけるのであればそれは有り難いことである」とも思っておりました。「ここが死に時死に処」ということです。結局今まだ死なずに生き残っておりますけれども。

この頃には、いつ死ぬかもしれないと思っておりましたから、「残してゆくのも残念だ」と、それまでもったいなくて飲まずに置いておいたワインやシャンパンをポンポン空けていっておりました（もともとそんなにたいしたものを持っていたわけでもなかったのですけれども）。そのことは忘れていたのですがこの間妻から指摘されました。

④未知の疾患（多彩な症状）とデマ

そんなふうにして、診療拒否を一切しないことにして、騒動の始まりから発熱外来をして、熱の人咳の人のど痛の人すべて受け入れて診てきました。そうすると、正体不明の疾患の像が徐々に見えてきました。

当初、疾患が未知のものであるにもかかわらず、いかにもそれが季節性のインフルエンザと類似して鑑別困難な紛らわしい疾患であるかのように、「コロナとインフルの見分け方」などといったお知らせとか啓発とか医療者向けの情報が盛んに発信されていました。それでみんな誤解して騙されていたと思っています。と言いますのは、よくよく見ていると、新型コロナの患者さんたちで、熱のない患者、咳のない患者、など多くおられて、コロナとインフルエンザとは似ている症例もあるかもしれませんが、基本的には全く似ていませんでした。今となっては常識みたいなこんなことも当時は全くの不明でした。なのに、不要な啓発情報のために、みなさんコロナの人はインフルエンザの人と同じように熱で見分けられると勘違いをして、体温センサーを玄関に設置してそれで安心しているように見えました。けれども、あれで排除できたコロナの人はコロナの人のごく一部であったろうと思います。全くのナンセンスです。

この件に関しましては、医療関係者ですら、未知のものを未知であると覚悟して構える、そういう胆力とか謙虚さとか疑り深さとか踏みとどまる粘りとか、そういうものをもっと持つべきであったのではなかったのかという思いが僭越ながらいたします。

⑤家庭崩壊

そんなコロナまみれの生活をしていた私は本来家に帰らずに医院に寝泊まりするべきであったのかもしれませんが。けれども、私の医院にはシャワーも炊事設備もありません。致し方なく帰宅していました。その代わりに、ガレージから自室へ直行して、後は基本的に自室から出ず、食事も部屋の前に置いていってもらうようにしていました。幸い自室にはバストイレ洗面冷蔵庫が完備されておりさほどの不自由を感じることはありませんでしたが。家族のメンバーも、互いに誰とも一緒に食事をせず、同じ部屋に長くとどまることはせず、2mのソーシャルディスタンスを取り、家庭内でもマスク励行し、あちこち消毒しながら暮らす、などということを徹底していました。そんなことをしていると、同じ屋根の下に暮らす家族でありながら、数日間誰とも顔をあわせず会話もしない、などということが普通になっていました。なにか気がかりや修復すべき問題があっても手が付けられない。極めて不健全でした。

そんな中で、この3年と4ヶ月の間発熱外来をしてきました。

発熱外来を試してみたら

先にも申しましたけれども、私の発熱外来は、コロナを診ようと思って始めたことではなくて、医療を必要とするすべて人々を受け入れようと思った外来でした。

①なんでも診る

そうしますと、コロナの人も当然多くおられましたけれども、熱や頭痛や咽頭痛や咳などといっ

た症状を呈するがコロナではない（と思われる）方々もたくさん来られました。初期に抗生剤を投薬していればきっとすぐに治っていたであろうと思われる扁桃炎の方が重症化してへろへろの状態です。「助かった！ようやく診てもらえた！！」と転がり込んでくるなどざらでしたし、ほかにも、感染性腸炎の人とか、コロナ以外の疾患で、治療が必要なのにどこからも断られて辿り着くような方々が本当にたくさんおられました。こちらも、コロナを意識しての診療をしていることはもちろんなのですが、あらゆるありうる疾患を想定しつつ診療に当たらねばなりません。診断を絞り込んで必要な対応をします。胸部聴診をして、腹部触診をして、腰背部打診痛をみて、項部硬直をみて、採血をして、など、しておりました。そうして、私で対応できるものは私が対応して、そうでないものは病院や専門科へ紹介したりなどしておりました。

もちろん、コロナの方々もたくさんおられました。みんなどこでも検査をしてもらえず、検査どころか、受診すら拒否された方々でした。遠く他府県からの方々までおられて、本当に情けないやら悲しいやらあきれやるといった思いをしました。

これらの経験から、ますますやらねばならないという意識が強まりました。

②検査だけじゃない（患者は検査ではなくて身の安全治療を求めている）

幸いにして医療機関で医師の診察を受けることができた方々も、なぜか残念ながらしばしば私の発熱外来に来られました。のどが痛くて受診したら、検査だけして「コロナじゃないよ」って、それだけで放り出された人。処方も生活指導もなし。治療のために他院受診を勧められもしない。そのまま悪化して食事も困難になって当院に転がり込んでくる。そういう方々が非常にしばしばおられました。検査施設ではなくて医師のいる医療機関でそのような扱いを受けているのです。本当に悲しい情けない恥ずかしい思いをしました。症状を訴えてきた人に対してなすべきことは、その症状・問題をどう解決するかです。その一つにコロナかどうかを見分けることも含まれますが、コロナではないとなったら、次は、熱があるから来た人の熱にどう対応するのか、のどが痛くて来た人の咽頭痛にどう対処するのか、咳で来た人の咳にどう対応するのか、が、患者に必要なことであり、医師に求められていることであり、医師がなすべきことなのです。当たり前のことですが、医師は検査屋ではなくて、治療を通じて目の前の人のお役に立たなくてはならないのです。治療が肝要なのです。コロナかどうかではない。この騒動の中で、コロナに対する対応を含めて、医療を必要とするすべての人々のお役に立つということが、やるべき仕事だったのです。

③地獄の日々

そんなふうにお話していると、大変のんびりゆっくり丁寧に診療をしていたとお思いになるかもしれませんが、実際には戦場でした。遠く他府県からまでも患者さんが押し寄せて、私は朝から晩まで比喻ではなく文字通り走り続けていました。夢の中では「もうこれ以上走れない・・・」と倒れていました。昼休みは吹っ飛び、夜の解散は11時を回ることもありました。スタッフの何人かは疲弊して辞めてゆきました。あるいは感染を恐れて辞めてゆきました。日曜祝日にも仕事がありました。まさに地獄の大変な時代でした。そんな日々を支えたのは「ここに切実に医療

を求めている人々がいる。誰かがやらねば！」という思いでした。

④発熱外来の実際の様子

騒動の始まりには、この騒動がどのくらい続くのかわからなかったため、通販で買ったアウトドアレジャー用のテントを使っていました。患者さんは、でも、テントに入りきれずに、テントの周りにも椅子を並べてそこでも診療をしました。青空採血までしました。野戦病院みたいです。さらには、車で来た人々は医院の前の駐車場の車で待っていてもらってそこで診察しました。しかし、



駐車場はすぐにいっぱいになり、医院の前の道には患者さんたちの車が角を曲がったところまで並ぶようになりました。私は、院内で通常の診療を何人かして、それから裏口へ走り、そこで防護服を着こんで、裏庭のテントとその周りの患者さんたちを診察して、そのまままた医院のテナントが入っているビルの外を回って医院の表まで走って行って並ぶ車の人々を診察して行って、また医院の裏口へ走って戻って防護服を脱いで、院内の一般診療の続きをする。ということ朝から晩までずっとしていました。テントでは、向かい合わせに出口と入り口を作ってそれぞれに業務用の扇風機を設置して一方向の風の流れを作ります。夜はやはりキャンプ用のランタンをともします。冬には電気ストーブ、夏には冷風扇を使っておりましたけれども、これは焼け石に水でありまして、本当に気休めにしかなりませんでした。患者さんにも我々にもなかなか過酷な環境です。だから、院外で待つ患者さんたちには、夏にはパンチアイスバッグと冷えたOS-1を、冬にはハンドウォーマーを、配ることは、サービスではなくて実際の危険回避にどうしても必要なことでした。それでも、外で待つ間などにぶっ倒れる患者さんたちは何人かおられました。幸いにして大事に至ることはありませんでしたけれども。あるときは、テントに3人のコロナのベトナム人の患者さんたちを並べて一斉に説明をしていたら、そのうちのひとりがバツリと椅子から地面に倒れ伏してしまいました。お元気だった残り二人の患者さんたちと3人でその倒れた患者さんを抱えてわっせわっせと院内に運び込んで介抱をしたということもありました。

後には補助金で立派なプレハブが建ち、随分と負担は減りました。行政には感謝しております。もとはと言えば医療に期待をしている納税者の方々の血税です。そのことを肝に銘じてきっちりしっかりお返しせねばなりません。

コロナ患者さんを見つけたら

①コロナと診断が付いたら、まず、病状の説明をして、生活指導をします。

騒動の初めの頃には、ショックを受けて泣き出したりする方もおられ、また、患者さんたちは“死ぬかもしれない”という恐怖とともに隔離されて独りで闘病することになりますから、患者さんの不安や恐怖への配慮がとても大切でした。

②当時は、保健所に助けを求めるといのが、結構魔物でした。

2類感染症の頃には、コロナが確定してしまうと、私がいくら救急隊に要請しようとも、病院に入院を依頼しようとも、救急隊も病院も保健所からの指示がなければ患者を受け入れることができません。目の前で患者が死にかけていてもです。保健所が救急隊や病院に指示を出してくれるその時まで私が一人で踏みこたえて踏ん張って頑張るしかないのです。これはなかなかの恐怖です。そういうことが実際にありました。

それはそうとして、そのような条件決まりがあるものですから、目の前で既に患者が危険な時には、保健所に直接電話をして可及的早期に対応していただけるようにくどく念を押すのでした。当初保健所を信用していた時には、保健所に連絡して安心していました。患者さんにも「保健所には大至急で対応してくれるようお願いしておいたからね！」って話して帰っていただきました。けれども、この頃すでに保健所機能は崩壊していました。患者に保健所から対応がとどくのは、私が保健所へ電話してから半日以上たってからのことでした。この実態に気づいてからは、僕が自分で動くしかないと諦めて腹をくくらざるを得ませんでした。

それで、何度か辛い怖い目に遭いました。喉頭浮腫は窒息の危険があります。けれども、肺炎を指標とした当時の保健所の重症度判定の基準では重症には入りません。対応してもらえません。耳鼻科医からすると危険でも保健所は動いてくれません。だから、何人もの患者さんに発熱外来でステロイドの点滴をしていました。

保健所の対応といえば、ある冬にはこんなこともありました。医院の外で発熱外来受診を待っていた発熱した若い女性がぶっ倒れました。防護服を着て飛んでゆきます。救急車を要請します。「検査して陽性だったら救急隊断られるな」とは思いながら卑怯なことはしたくないからやっぱり検査します。コロナ陽性です。患者は手がかじかんでいて酸素飽和度が測れません。冬で厚着しているから血圧も測れません。とりあえず、またまた抱えて裏のプレハブになんとか搬入したところで救急隊が到着。コロナ陽性を伝えると残念そうな気の毒そうな顔をして「保健所からの指示がないとお受けできません」とのこと。保健所に電話するとごちゃごちゃ言ってなかなか受けてくれない。この時ばかりは電話で「助けてくださいっ！」って叫んでしまいました。助けてくれませんでした。僕がこの患者に付ききりでごった返している外来が止まってしまっているのを見た救急隊員の方が「我々がみていますから先生外来診療にお戻りください」と言ってくださったときにはもう涙が出そうでした。

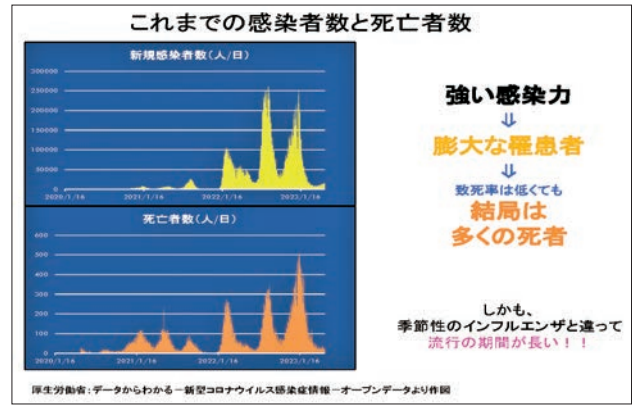
まあ、いろんなことがありました。

コロナ患者に処方する①

抗ウイルス薬を使うのか使わないのか？

コロナと診断が付いたら、対症療法薬を処方して、抗ウイルス剤の処方について検討します。改めてこれまでの経過を振り返ってみますと、ウイルスは変異を繰り返して何度もの流行の波を作りますが、感染力の増悪と反比例するように病原性は減弱してゆき、一方我々人類の方でも、治療薬の承認や開発が進み、また、ワクチンも開発されて広くゆくわたるようになりました。これら

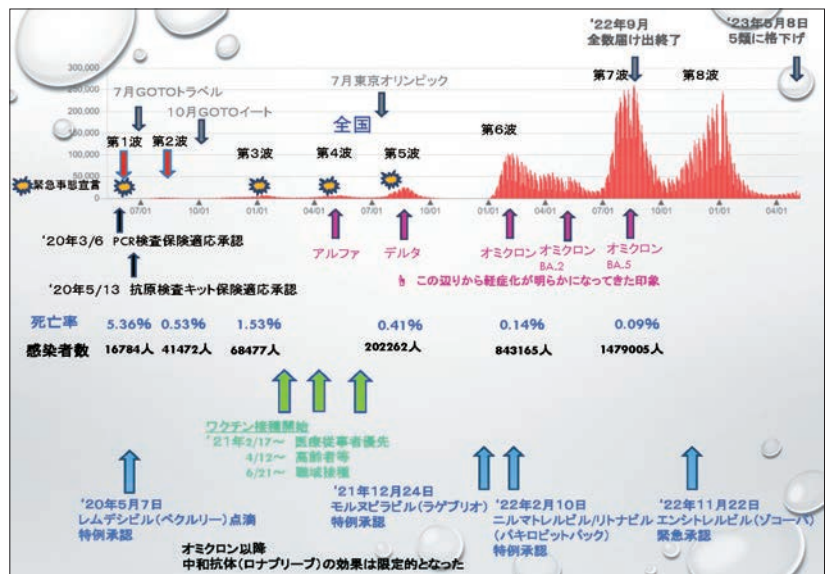
が相まって、今や、コロナは季節性のインフルエンザと同等か、もしかしたらそれよりも軽い疾患によりやく収まってくれそうに見えます。そうやって、この疾患が5月はじめに5類になってからは、世の中のみんなの頭の上に垂れこめていた暗雲が吹き払われたかのように、みんな元の明るく楽しい生活を取り戻そうとしているように見えます。まことにめでたいことだと思います。そんな現在からあのころを振り返りますと、あれは本当のことだったのだろうか？ たったの3年前のことだったのだろうか？と、不思議な気がします。



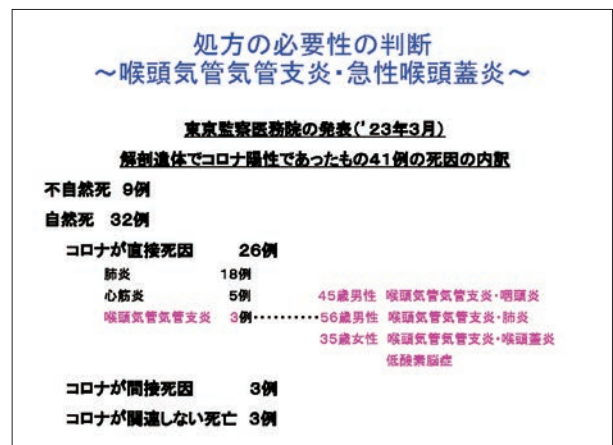
ところで、変異を繰り返して軽症化して実によりふれたどこにでもいるような今の COVID 19 は、本当に治療の必要がない疾患なのでしょうか？ 恐れるに足らないような疾患なのでしょうか。厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」に示されている治療指針も、まるで「抗ウイルス薬を使うな」と言っているかのような印象を受けてしまいます。

しかし、私は個人的には、抗ウイルス薬を積極的に使いたいと考えてきました。

ひとつには、感染力の強さです。変異の度毎に弱毒化するのとは反対に感染力は強まってきました。結果、致死率は低くなってきていても結局の死者数は増加してきているのです。



二つ目の理由は、今なお残るその危険性です。オミクロン以降軽症化して肺炎はみられなくなる一方で、喉頭浮腫が見られるようになりました。東京監察医務院が3月に発表した文献ではコロナ陽性の解剖遺体のうちでコロナが直接の死因であった26例の死因の内訳は肺炎18例心臓血管病変5例に続く3番目の死因は3例の喉頭気管気管支炎です。しかも、注目せねばならないのは、コロナで窒息死したこれらの3例はいずれも60歳未満の若年者です。35歳の女性などは、死因は低酸素脳症となっていて、なんて悲惨なことでしょうか。やはりまだコロナは侮れないのです。



三つ目の理由は、longCOVIDともいわれる罹患後症状です。コロナはインフルエンザなどとは違って、fog head や物忘れ・集中力低下や抑うつ、咳痰息切れ、倦怠感・疲労感、筋肉痛・関節痛、筋力低下、味覚・嗅覚障害など様々な罹患後症状を生じます。罹患後3か月時点での後遺障害の遺残率は10～30%といわれています。これらについてはメカニズムも不明で治療法が確立しておりません。

主にこれら3つの理由により、疾患の危険性病原性はインフルと同等かそれ以上なのだから、私はインフルと同じように、やはり、治療薬を用いることが望ましいと考えています。高齢者やリスクファクターを持つ人などはもちろんですが、インフルエンザと同様に、広く一般の患者さんたちにも処方することが望ましいと考えています。

コロナ患者に処方する③

それでも抗ウィルス薬を処方するのか？

日本ではインフルエンザの患者さんに抗ウィルス薬の処方を躊躇する医師は少数です。抗ウィルス薬を拒否する患者さんも少数です。日本では早期から積極的に抗インフルエンザ薬を投与しています。これに対しては、抗インフルエンザ薬が世に出て以来、「症状改善を一日早めるだけの効果しかない薬など費用対効果を考えると不要なのではないのか？」と言われてきました。しかし2017年にWHOが、インフルエンザによる死者数が諸外国に比べて日本では少ないのは日本では早期から積極的に抗インフルエンザ薬を投与しているからだということで評価する声明を出しています。

そのことを考えると、インフルエンザには抗ウィルス薬を処方するのにどうしてコロナにはこんなに厳しいのだろうか？と、思います。それは、ひとえに経済的な問題であると私は推測しております。しかし、経済的な問題であると軽んじることもできません。今や、貧困もまた大きな社会問題です。夏休みになって給食がなくなると飢えてしまう子供たち、学校へ行けない子供たち、などなど……。現在は国庫で薬剤費が支払われています。つまり、われわれ一人一人の税金が使われているのです。そのお金は、困っている人々の飢えや寒さを救うこともできるお金なのです。一円一銭たりとも無駄に使うことは許されません。そのことを考えるとき、処方をした後では胸が痛むのです。

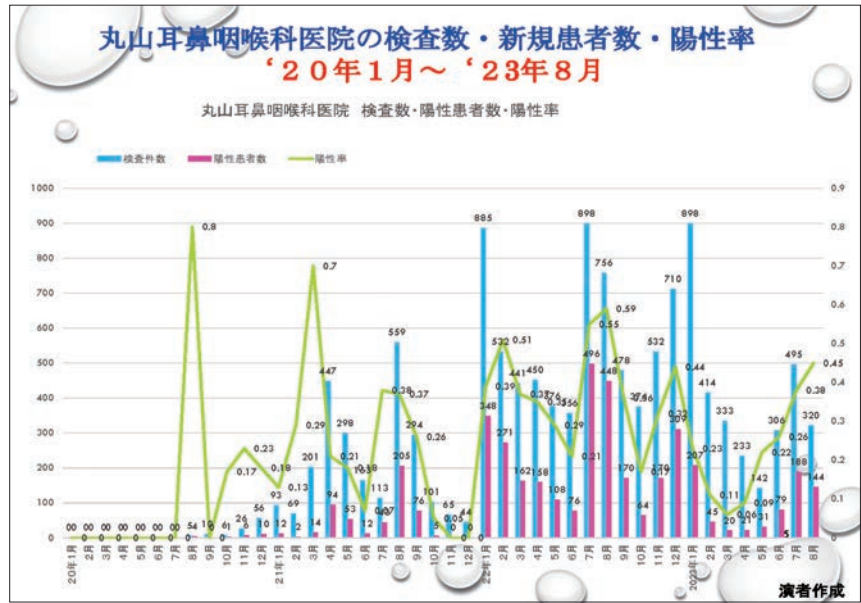
結局、処方をしてもしなくても、「これで本当によかったのだろうか？私は正しいことを行っているのだろうか？」と、いつも胸を痛めて悩むこととなります。

当院の状況

最後にそのように診療をして参りました当院における検査件数・陽性患者数・陽性率の推移です。流行の波は、神戸市と兵庫県と全国と当院とほぼ重なります。

抗原検査や核酸増幅法が使えるようになる前は、抗体検査だけが頼りでした。そんなことを覚えておいででしょうか？その後抗原検査や核酸増幅法などが使えるようになりましたが、検査対象も制限されておりました。しかし、人々は恐怖から検査を求めており、嘘をついてまで検査を

受けようとする方々も多くおられました。当院で初めて陽性患者が確認されたのは、20年の8月でした。当初検査キットの欠乏などから検査対象を絞らざるを得ず、初期は陽性率は高いです。その後、検査キットが潤沢になり、検査が容易となったため、陽性率は下がります。流行の波が繰り返されるたびに、検査数も陽性者数も増してゆきます。一



日の陽性患者数が数人の頃は、兵庫県の陽性患者9人のうち2名が当院の患者さんであるなどといった感じの頃もありました。ひと月の陽性患者数が500人近い月もあり、このような時期には、一日の患者百数十人の過半数が発熱外来患者さんでそのまた過半数が陽性で、一日の陽性患者数が60人などという日もある感じでした。こういう時は昼休みもなく朝から晩までずっと走り続けて終了時刻が夜の12時前だったりしておりました。

当院での検査投薬状況

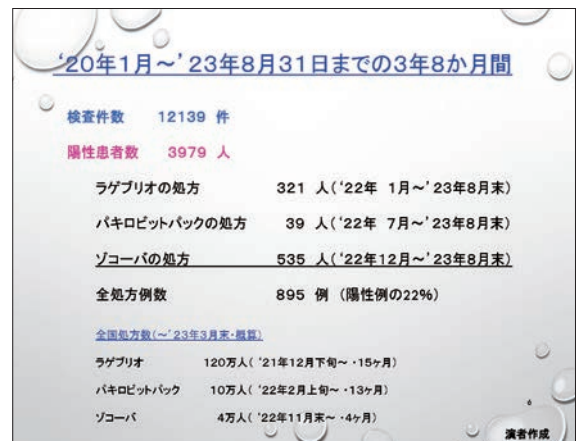
'23年8月末までの3年8か月の間の当院での検査と投薬の状況をまとめます。

12139件の検査を行い、うち3979件が陽性でした。そのうち895例に抗ウイルス薬を処方しております。

ゾコーバが出る前までは、リスクファクターのある患者にしか抗ウイルス薬を投薬することが許されていませんでした。しかし、リスクファクターのある人たちの多くは多数の常用薬を使用しておられ

て、パキロビットパックは併用禁忌薬が非常に多く、現実問題として、多くの患者さんでパキロビットパックの処方をするのができず、ラゲブリオを処方しております。そこへ、リスクファクターを有さない患者さんにも使えるゾコーバが登場しました。その時、「これでコロナがインフルエンザと本当の意味で同列に近づいた!!」と思いました。それで、当院では先に申し述べましたような理由から、ゾコーバを積極的に処方して参りました。

しかし、厚生労働省の「診療の手引き第10.0版」では、これらの薬剤の使用は大幅に制限されてきております。目の前の患者さんのために働くのか、お国の為・日本国民の皆様の為に働くのか？どちらも正しいので、処方をしてもしなくても、スッキリせずに悶々と悩む毎日であります。



※勤務先や自宅などが変更となった場合は、同窓会事務局まで本用紙でご連絡をお願いいたします。

同窓会高知大学医学部医学科同窓会事務局 行

FAX：088-866-0065

メール：dosokaij@kochi-u.ac.jp

【勤務先や自宅などが変更となった場合は、本用紙でご連絡をお願いいたします。】

ご氏名	会員番号	S・H	年卒業
勤務先名			
勤務先住所	〒 TEL		
自宅住所	〒 TEL		
その他連絡先（実家など）	〒 TEL		
メールアドレス			
【ご意見等】			

《事務局からのお知らせ》

会費納入のお願い

同窓会会費は終身会費で5万円です。未納の方は、下記口座への納入をお願いいたします。

【郵便局からのお振込み】

口座番号:01680-2-130874 高知大学医学部医学科同窓会

【他銀行からのお振込み】

店名 : 一六九店 預金種目 : 当座

口座番号 : 0130874 高知大学医学部医学科同窓会

参考までに、令和4年度同窓会の活動実績は次のとおりとなっております。

[在学生への支援]

- ・医学部学生生活支援事業への補助(経済的に困窮している学生に対する支援金)
- ・医学科教育設備への支援 ・医師国家試験対策経費への補助 ・白衣の贈呈(4年生臨床実習開始時) ・コロナウイルス感染対策経費 ・卒業試験対応への支援 ・卒業記念品の贈呈など

[卒業生への支援]

- ・同窓会会報(やまもも)や「おこうだより」の送付 ・高知県内での卒後研修への支援 ・OBとの懇親会及び進路相談 ・学会等主催への支援事業 ・県外支部会への支援(感染防止のため中止) など
- [高知県内での研究活動への支援] ・学内研究発表会(KMS Research Meeting)での同窓会賞

【医学科同窓会会員の皆さまへ】団体勤務医師賠償保険のご案内

高知大学医学部医学科同窓会では、勤務医師賠償責任保険を団体として損保ジャパンと契約しています。現在、約220名の加入者があり、保険料について団体割引15%(令和5年度)の適用を受けております。

- 団体割引は、本団体契約の前年のご加入実績により決定しています。次年度以降、割引率が変更となることがありますので、あらかじめご了承ください。
- この案内は勤務医師賠償責任保険の概要を説明したものです。詳しい内容につきましては、下記取扱代理店または引受保険会社営業店までご連絡ください。

<ご参考>

補償内容(保険金額)と保険料

契約型	医療上の事故		保険料
	対人1事故につき	対人1年間につき	
100型	10,000万円	30,000万円	1年間 一括払 43,206円
200型	20,000万円	60,000万円	54,791円
300型	30,000万円	90,000万円	66,300円



【取扱代理店】 はらだ保険企画 〒780-0063 高知市昭和町10番5号

TEL: 088-823-7152 携帯: 090-4780-6362

メール: harada-hokenkikaku@n1003905.insurance-agt.ne.jp

【引受保険会社】 損害保険ジャパン株式会社 高知支店高知支社

〒780-0870 高知市本町2-1-6