

会員のば

ブラックアウトから 一年を経過して

釧路市医師会
うえはら耳鼻咽喉科クリニック

植原 元晴

胆振東部地震とそれに引き続いて発生したブラックアウトから一年が経ちました。電気というインフラが如何に大事であり日常生活に不可欠なものであるかが改めて認識された出来事でした。このブラックアウト以降、再発防止に向けて本州との送電線の増強やガス発電所の増設、洋上風力発電所の新設などを行っておりますが、必ずしも万全の対策とは言えない状態です。東日本大震災以降原子力発電の停止などで火力発電所への依存度が増し自然エネルギーの活用が叫ばれていましたが、最近では電力の安定供給のためにこれ以上太陽光発電の比率を上げないよう電力会社による買い取り拒否が起きてきており、そのような中で太陽光発電の固定価格買い取り制度が11月に廃止となり売電価格が大幅に下落するようです。このクリーンで災害などでも影響の少ないエネルギーの活用が減っていくのでは大変残念ですが、太陽光発電の最大の問題は電力消費の少ない日中に発電し電力を消費する夜間には発電しないことでしょう。日中に発電した電力を蓄電池などにためて夜間に使うことでこの問題は解決できますが、その蓄電池の価格がまだ非常に高いことで、一般家庭用の半日から1日分の電力を貯める蓄電池で100万円以上、高いものでは普通車一台分程にもなります。11月に固定買い取り制度が終了した後は電力会社に電気を売るよりも蓄電池に貯めて自分で消費する方がメリットは大きいようですので蓄電池を購入する家庭が増えるかもしれません。

私は東日本大震災後に蓄電池用として日産自動車のリーフを購入しました。以前釧路市医師会で日産自動車の方に講演していただいたことがありますが、リーフは自動車としても二酸化炭素を排出しない環境に優しい車として評価されておりますが、ニチコンのLeaf to Homeを設置するとリチウム電池に貯めた電気を家に給電することもできます。昨年のブラックアウトの時はうっかり充電を忘れていて満充電の半分くらいの電力しかなかったため病院と

自宅に電気を継続して給電することはできませんでしたが、数時間に限定して診療も行い、夜は自宅の照明もつけることができました。リーフの電力容量は一番古いモデルで一般家庭の2日分の消費電力に当る24kwh、最新のモデルでは62kwhにまでアップし、私は先日新しいモデルを購入し、古いモデルと合わせて2台で1週間は電力を自給できる計算になり、これでブラックアウト対策は万全と考えております。固定用の蓄電池では病院と自宅の両方に設置しなくてはなりません、自動車ですので移動してどちらにでも給電が可能のため、費用の面でも有利です。自宅を建てた際に太陽光発電パネルを設置していますが、固定買い取り制度の廃止に備えて太陽光発電した電力をリーフに蓄電できるように変電設備を設置する予定で、今後は電力の自給自足が可能です。電力会社も電力消費の安定化のために深夜の電気料金を下げており、深夜、リーフに十分な電気を貯めておき日中に給電すると電気料金の節約にもなります。このシステムがもう少し安価になり一般家庭に普及すれば原発など無くても十分にエネルギーの安定供給は可能ではないかと考えています。国や電力会社や自治体は、このような小規模な発電事業に対して積極的な支援が必要でないかと思います。

またリーフは電気自動車としてもカタログ上は一般道でフル充電していれば458km走行可能で、高速道路を無充電で釧路から札幌に行くこともできます。最近では高速道路のパーキングエリアに急速充電設備が増えてきており、途中で休憩しながら充電できます。月々3,000円弱の会費で全国のさまざまな充電スポットで無料で充電できるため、交通費は高速道路の通行料金だけと大変お得です。また電気自動車の加速性能はガソリン車とは比べ物にならない程高く、アクセルを踏んだ瞬間あっという間に高速走行に移行できるレスポンスには驚きます。エンジン音はないので静寂性も高く、車としてもポテンシャルの非常に高いリーフの面白さも実感しておりますが、難点は同じクラスのハイブリッドなどと比べて価格がやや高いことでしょうか。

何かリーフの宣伝みたいになってしまいました。日産自動車とは利益相反は一切ありません(COI開示)。今後は日産自動車のみならず、他の自動車メーカーも同様に充電にもなるような電気自動車を世に送り出して価格競争が起こり、安価になることを願っております。

ムーラン・ルージュの歌

旭川市医師会
旭川高砂台病院

澤木 渉

幼かりし頃の思い出というか、当時のころの一端を走馬灯のように吐露します。私は男鹿半島の入り江の街に生まれました。曾祖父の代までは荒波に舵をきる漁師でしたが、祖父の代になると陸に職を求め、父は南樺太豊原市の王子製紙豊原工場の職に就くも先の大東亜戦争の招集を機に青春の地と決別、昭和20年8月15日を福岡の地で迎えて武装解除、その数日後、父らを運ぶ列車は車窓の全ブラインドを降ろすよう命ぜられて爆心の広島を通過しています。父は内地で終戦を迎えたので、抑留の辛苦を味合うことなく郷里に還れました。祖母は号泣して父の名を連呼し、両の手で幾度も幾度も父のほっぺたをさすってくれたそうです。兄と父とは15歳離れていますので、そういう意味でも祖母はいつそ父が愛おしかったのでしょう。

昭和22年には母と出逢い身を固めますが、母は昭和15年に東京新橋の美容師養成所を志願し、戦前美容師資格を取得して戦後もそれを活かして生計の一助としました。昭和19年戦況が厳しくなるにつれ勤務先の美容院は解散を宣言、生きてまた会おうと誓い合い帝都を離れるのですが、現実には厳しく戦後焼け野原の東京に母が帰ることはありませんでした。しかしこうして今があるのはあの戦況厳しい時代を生き抜いた両親があつてのことに他なりません。7歳年上の姉がいて私が生まれたのは昭和31年です。私は物心ついた頃には一階の母の美容室でお絵かきをしていました。当時のヘアスタイルのモデルは欧米のスターであればソフィア・ローレンやオードリー・ヘプバーン、日本人であれば司葉子や若尾文子の時代です。特にオードリーはキュートで可愛らしく、画帳は彼女で彩られました。そんないつもと変わらぬ日々の中の晩秋の早朝6時、両親は美容室のお客さんたちのソファでくつろぎ珈琲を口にしながら談笑しています。私はその光景にこころ楽しいひと時を味わっていました。その後父は背広にワイシャツの腕を通すと、一度見返り手を振って家を出ます。

父を見送ると母はトーストのくずや珈琲カップを片付けます。気づけば管球ラジオから音楽が流れています。何気なく母がハミングします。ムーラン・ルージュの歌でした。直訳すれば赤い風車、フランスの画家ロートレックを描いた昭和27年のイギリス映画の挿入曲です。私もこの曲が好きです。そして画家ロートレックの生涯にも心打たれました。昭和37年、先の東京オリンピック開催を2年後に控えた満6歳の頃の思い出です。

還暦に思うこと

室蘭市医師会
日鋼記念病院

富田 雅義

気付くと自分も来年でいよいよ還暦を迎えるという年齢になっていた。

ご存知の方も多いとは思いますが、十干と十二支の組み合わせが巡って、もう一度生まれた時と同じ暦に還る（赤ちゃんに還る）という理由で還暦と呼ばれている。また、生まれた児が健やかに成長するようにと、魔除けの意味を持った赤い色の産着を着せていた風習があり、そこで還暦を迎えた人にも同様に元気でいられるようという願いを込めて、赤いチャンチャンコを着てもらおう慣わしになったとのことである。すなわち、還暦と赤ん坊の間には、切っても切れぬ根本的な繋がりが存在するのだ。

最近はその経つのが妙に早く思えるのと同時に、誰もが通る道ではあるものの、視聴覚の衰え、歩行時のつまずきやすさ、思い出そうとすることが出てこないもどかしさを覚える場面の増加など、徐々にではあるがさまざまな機能低下を肌で感じるが多くなっている。八十歳、九十歳が当たり前になっているご時勢であり、ここまで大過なく来ることができた感謝はしながらも、還暦ということに対して取り立てて大きな感慨がある訳ではなかった。ただ、節目の年として己を見つめ直し、今後の身の処し方を改めて検討する良い機会なのかもしれないとは捉えている。

そんなことを考えるようになった本年、娘が男児を授かった。生まれたての時はもちろん、まわりの新生児との区別もままならなかったのであるが、里帰り分娩のおかげで我が家にしばらく居た彼を観察していると、日が経つにつれて周囲が笑ってしまうほど、同時期の写真の私とソックリになってきた。当然の事ながら、当方の血は四分の一しか受け継いでいない筈なのだが…。婿方には申し訳なく感じつつ、また顔貌（かおかたち）はどんどん変化してくると思いつつ、嬉しいような照れくさいような気分になっている。生まれ変わりだねともからかわれる始末で、その度に、こちらはまだ死んでいないのだからせめて生き写しと言ってくれと返している次第である。

後進の目処が立っていないなどの諸事情もあって、まだまだ現在の仕事から完全にリタイアはできないが、『生まれ変わり』に恵まれたことでもある。第一線でご活躍されている多くの先輩にはお叱りを受けるやも知れないが、これまで背負い込んできた荷を少しずつ降ろしながら、そろそろソフトランディングのタイミングを計る準備をしていこうか。

薬剤処方のこと

札幌市医師会
うめつ小児科

岡村 暁子

当院は先代の母が昭和51年に開院し、今年で42周年を迎えました。

開院当時は院内薬局が当たり前の時代であり、これまでずっと院内薬局を続けてきました。特にこの約30年は一人の薬剤師さんが調剤を続けてくれましたので、安心して薬を提供することができていました。しかしこの方の体力的なことから、今年からフルタイムの勤務が難しくなりました。当院は住宅街の中にあり、近くの既存の調剤薬局まで緩やかな坂を上りながら250mから300m歩くことになります。車で来院されている方には問題ないでしょうが、病気の子どもを連れて歩くにはやや遠いという距離です。約1年間、他の薬剤師さんや、近くに調剤薬局を開いてくれる方がいないか探しましたが、現時点ではいい解決策は見つかっていません。患者さんにその日の処方はこちらがどうかを決めてもらったり、薬剤師さん不在の時間は院外で、などと院内と院外を併用しています。

1年前から「院外処方希望の方には処方箋で対応します」とお知らせしてきましたが、正直なところ希望者は少ないのが現状です。これはちょっと予想外でした。当院では診察の後そのまま待っていれば会計時に薬も一緒に出てきますが、会計までの待ち時間が長いので院外を希望する方がもっと多いと予測していました。私もずっと院内薬局でやってきますので、軟膏の塗り方、吸入の仕方、細かい飲ませ方など自分の思い通りに処方や投薬説明ができることに慣れてしまっています。患者さんも私も、長年慣れていることを変えるのはお互い少しストレスということなのかもしれません。

それでもありがたいことに、患者さんたちは院外処方だけの時間があることも理解してくれています。初回はやや戸惑いを示しても、その後はふつうに受け入れてくれたり、ご自身の都合に合わせてその都度院内・院外を選択される方も出てきました。私の方がまだ慣れず、ささいな間違いをしてはスタッフに助けってもらったりしています。

本当にベストの解決策はまだ見つかりにあてませんが、時代による変化には抗うことはできません。診察内容やスタッフの対応など、他の点で少しでも患者さんの満足のいく医療を提供していかなければと改めて思う日々です。

療養型病院運営雑感

函館市医師会
函館記念病院

安東 直之

昨年6月に函館の地に赴任し、現在まで療養型病院の運営に携わっている。赴任前は東京で約6年間にわたり主に訪問診療に従事していたが、医師としてそろそろ病院での診療に戻りたいと考えていた私にとって、まさに渡りに船の機会であった。

地方の公立病院での勤務の経験があった私にとって、当地の医療資源の豊富さには目を見張るものがあった。それは同時に病院管理者からすれば、地域において当院の特性を打ち出すことができなければ、当院が地域に埋没してしまうのではないかという危機感も感じずにはいらなかったことを今でもよく思い返す。

赴任当初から当院の病院運営の方向性について明確なイメージを描いていたわけではなかったが、医師不足から管理業務はもとより診療に追われる毎日を過ごすなかで、おぼろげながら見えてきたことがある。それは「どんな症例でもひとまず受け入れる」ことの大切さである。当院の患者の多くは、地域の急性期病院やリハビリテーション病院から、あるいは訪問診療先の施設からの入院患者である。赴任当初は病床稼働率向上が第一であったので、紹介を「断らない」ことを自らに言い聞かせていた。しかしながら、病床の稼働率云々よりも、療養型病院であっても（社会的入院は別として）医学的管理が必要な患者は「断らずに引き受ける」という方針の病院があっても良いのではないかと次第に考えるようになった。

幅広い症例に対応できるよう、自身の研鑽はもとより、人員体制や医療機器の充実等が従前より更に必要にはなるが、当地赴任から約一年を経過して、このシンプルな方針が地域において当院の特色として徐々に認知され、受け入れられているようにも感じる昨今である。

終末期における臨床倫理と アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

函館市医師会
函館市病院局

氏家 良人

私は45年間の医師生活のうち、40年ほどを主に救急医療や集中治療に従事してきた。救急医療の中でも救命救急、集中治療を専門として、院外からの重症救急患者、また院内の急変患者をICUでたくさん診てきた。その中には、多くの法的、倫理的判断が必要な場合があったが、8年前まで私は臨床倫理や医療にまつわる法律や法に関する知識に疎い人間だった。そして、そのことにも気づかないままであった。

このような私が10年ほど前に日本集中治療医学会の倫理委員長に就任した。最も、倫理的でない者が委員長に就任したと揶揄もされた。その後、2012年からは理事長として多くの法的、倫理的問題を考える必要に迫られるようになった。救急集中治療領域においては、脳死患者の家族に対する臓器提供のオプション提示、終末期に陥った患者に対する延命措置継続の可否、宗教的理由で輸血を拒否する患者への対応、禁忌薬物の使用の可否、小児や高齢者、障害者への虐待、高齢者に対するDNAR取得と治療の手控えなど、多くの臨床倫理的判断が必要な問題が挙げられる。

しかし、私を含めて多くの医療者は新しい治療技術や知識は一生懸命学んできたが、倫理的アプローチに関しては学ぶ機会が少なかったのではないだろうか。2011年から日本集中治療医学会では1日6時間、4日間の1クール24時間となる臨床倫理セミナーを年に2回開催することを始めた。講師は、臨床倫理、法学などの専門家である大学教授や准教授で、受講者は最初私を含めた学会の倫理委員のメンバーだけであったが、今では毎回の受講者が100名を超えるようになってきた。その中で、われわれは多くの法的、倫理的なことがらの基本を学び、また、医療者ではない臨床倫理や法学の先生たちとの意見交換をし、彼らも医療者の考え方や医療状況の多様性の知識を深めている。

われわれ倫理委員のメンバーは、終末期医療の法的小よび倫理的問題を学び、その上で、2014年、日本救急医学会、日本循環器学会と合同で「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」を作成した。このガイドラインは、延命はある期間可能であるが救命は困難で、本人や家族もこれ以上の延命を望まない場合、その延命措置を中断するプロセスを示したものである。作成する上で、過去の判例、厚生労働省などのガイ

ドラインを読み解いていったが、「患者の治療中止を希望する自己決定」と「終末期であるという治療義務の限界」この二つがあれば、法的には治療中止は可能であろうという判断ができた。

われわれが最も参考にしたのが、2007年に厚生労働省が作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2018年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と変更)である。これは、発表時は批判も受けていたが、医療や患者の多様性も考慮し非常に良く作られたガイドラインである。3学会のガイドラインは、それに、終末期の判断、治療中断の方法や緩和ケア等を含めて作成していった。

救急集中治療においては他にも倫理判断が必要な問題が多々あるが、個々の医療者がそれぞれのガイドラインの作成を待って、それに従って行えば良いということではないと思っている。医療者が問題に直面したときに自分たちで考え倫理判断ができることが大切であり、そのためには倫理判断のアプローチを学ぶ必要がある。倫理判断の方法のひとつに4分割法というものがある。医学的判断、患者の意思、患者にとってのQOL、そして、その他のさまざまな事柄を4つに分けて、医療ケアチームや家族が判断していくのであるが、患者の意思とQOLの判断が最も難しい。living will や advance directive、POLSTなどは有用なこともあるが、患者の意思は変わり得るものであり、本人のQOLも変わり得る。定型的に書かれた一枚の書類では目の前の判断を誤る可能性もある。ACPは時間をかけて、本人と家族、本人とかかりつけ医が話し合いながら、患者の生き様、そして人生の最終段階の本人の希望を理解してゆく過程と理解している。

北海道のほとんどの地域が超高齢化社会となり、私の母親も今年101歳で眠るように亡くなった。生物は必ず死を迎える。人は誰でも、人として最期まで十分に生きることができ、優しく医療・介護を受けられ、穏やかに人生を終えられる、このような当たり前のことを守ることが医療者としての重要な役割であると理解してきたこの頃である。

米国留学で学んだ貴重な研究

札幌医科大学医師会
札幌外科記念病院 顧問

安倍十三夫

自己紹介として、私は昭和40年(1965年)、札幌医科大学(12期生)を卒業、1年間の中央鉄道病院での実地修練(インターン)を行い、1966年、専門分野の決定に際し、諸先輩の意見を参考にして熟慮の末、海外留学が可能で優れた指導者の下で先進医療の研究に取り組める教室として、母校の第二外科講座への入局を決めた。

4年間の研究で胸部外科学の基礎的知識と技術を学び、研究面では、当時いまだ手術成績が不良であった「先天性心疾患のファロー四徴症根治手術成績向上を目的」に、新しい術式の開発の研究で動物実験を行い、この研究成果を専門誌、日本胸部外科学会誌に投稿し、無事、論文採用の報告を受けた。この論文採用の報告結果を和田教授に伝え、更に最先端の研究と多くの臨床経験を積みたく、米国留学の希望を申し出たところ、運良く、教室の先輩が留学を終えて帰国されることで、後任に推薦が得られた。

米国留学生活での研究

米国留学大学は、米国中西部、ミズーリ州、セント・ルイス市(人口約200万人)、ワシントン大学胸部外科研究生となった。主任教授はArthur E Baue教授で、名門・ハーバード大卒、マサチューセッツ総合病院(MGH)の胸部外科チーフをレジデント修了し、性格は温厚な紳士で、ショックに関する研究では米国第一人者で多臓器不全(MOF)の最初の命名者で、研究費も豊富で、私の帰国後はエール大学医学部長(Dean)に栄転されている。

留学時の研究主題は肥大心筋の病態生理の究明でした。圧負荷肥大心と容量負荷肥大心は正常心との比較で、安静時と運動負荷、薬剤負荷でいかに変化するかを比較検討した。

圧負荷肥大心の作成法：生後3ヵ月前後の仔犬を用い、開胸し、上行大動脈に狭窄を作成し(圧差15～20mmHg)、術後6ヵ月間郊外の農場に放牧し、成犬になり実験を行う。

容量負荷心の作成は成犬の両側大腿動静に口径5mm瘻孔を作成し、同じく術後6ヵ月間放牧し、安定期の肥大心を作成した。

実験方法は心臓の左前下行枝に冠血流測定装置を固定し、術後1週間、運動負荷を行うTreadmill(走行台)で10回ほど訓練を行う(正常犬、圧負荷犬、容量負荷犬同等に行う)。心拍出量測定、動静脈血の酸素含有量の測定で各群の心筋100g当たりの心筋酸素消費量を積算する。

実験結果：圧および容量負荷で生じた肥大心筋は、

安静時では正常大の心筋と比較し、心筋重量100gの酸素消費量は両群間で有意差は認めなかった。しかし、両肥大心筋ではMaxの運動ないし薬剤負荷が加わると正常心筋と比較し、有意に心筋酸素消費量が増加する結果を得た。

これらの実験結果から、肥大心筋を有する高血圧症、スポーツマン心臓、肥大型心筋症、弁膜症(特に、大動脈弁狭窄症)を有する疾患で、後天性要因である高脂血症、高血圧、加齢が加わると動脈硬化が進行し、血管の狭窄、石灰化が増悪する。自験例でも、家兎を用いた研究論文で報告している。

米国留学中の3年間で作成できた論文は、筆頭論文2編、共著論文10編、合計12編であった。

開心術における肥大心保護法の重要性

人工肺を用い、弁膜症、先天性心奇形等の心内修復術を心室細動常温下で行うと、術後に心強直(Stone Heart)の合併症で死の転帰の報告が1970年前後に多数見られた。特に、大動脈弁狭窄で左室肥大心での発生が高頻度に見られた。術後の剖検で肥大心筋の心内膜層で冠状動脈の分布が乏しい部位での虚血による出血、壊死の合併で心筋梗塞による死因であった。

留学中に圧負荷で作成した左室肥大心の実験モデルは、開心術の肥大心筋保護法の研究で、正常心では、Stone Heartの発生頻度は少なく、肥大心筋を用いての研究は心筋保護の保存液の作成でも貴重な実験モデルとなり、多数の専門誌にも報告してきた。

また、われわれも動物実験での成果から、独自に心筋保護液を作成し、Sapporo Medical College Solution(SMC液)と命名し、長時間(3時間)の無血・静止手術野を必用とする複雑な開心術に使用し、著しく手術成績の向上を得ることができた。

肥大心筋を用いた研究で数々の研究費を取得した。①文部省科学研究費・一般研究B(1978～80年：3年間)②厚生省循環器病研究費(1991～93年：3年間)③文部省科学研究費(1998～2000年：3年間)

平成14年度(2002年)「開心術における心筋保護法の研究」で北海道医師会賞、北海道知事賞受賞の栄誉を取得でき、米国留学の研究が基礎となり、教室員の努力も実り、手術成績の向上に寄与できたものとする。

私が札幌医科大学在任中(1991～2002年)の期間で23名の教室員が海外に留学した。この中で川原田修義先生(札幌医科大学心臓血管外科)、渡辺敦先生(同大呼吸器外科)、桑木賢次先生(東海大・心臓血管外科)3名が大学教授となり活躍中である。3名とも海外留学経験者である。

最近、海外留学を志す若い研究者が減少していると聞き、大変残念である。積極的に海外に出て見聞を広げ、優れた研究成果を取得されることを祈念したい。

生涯教育とライフワーク

札幌市医師会

青木 功喜

はじめに

20年前に青木眼科を閉院したにもかかわらず、北海道医報の原稿依頼は会員として光栄です。深謝し筆を執ります。

私は38歳の時に12年間お世話になった北大眼科を辞任して白石区本通5丁目に開業しました。2丁目には三代目北海道医師会長の吉田信先生が内科を開業しておられました。開業後間もなく吉田先生と武田俊男先生に勧められて札幌東ロータリークラブ(RC)に入会し、以後40年間ロータリアンとして職業奉仕と国際奉仕活動を続けております。我が家は親兄弟5人皆医師であったので、存在感のある開業医になりたいと思っておりました。8丁目の笠原正秀先生にはRC例会後、毎週帰る道すがらご子息の笠原正典先生(現北大副学長)の成長を聞き、自分なりに開業生活を続けることができました。

修業時代

北大眼科医局当時はred eye clinicの感染症の時代で二代目藤山英寿教授のもとトラコーマのティールアルバイトを終え、三代目の杉浦清治教授のご配慮でローマ大学(イタリア)および欧米の眼科にも留学できました。開業後は患者診療とともに、内外の大学で研修したことを開業後も続けたいと、北大公衆衛生学教室の石井慶蔵教授と湿度の高い日本と東南アジアに多いアデノウイルス(HAdV)による流行性角結膜炎(EKC)の研究を、台湾・高雄、韓国・釜山、フィリピン・マニラのEKC患者のHAdV分離同定の年次推移をまとめ、「Int. J. Epidemiol 16:68-108」に「Comparative studies on aetiology and epidemiology of viral conjunctivitis in three countries of east Asia-Japan, Taiwan and South Korea」として報告でき、46歳の時に日本医師会最高優功賞を頂き、以後私の生涯教育が始まりました。

生涯教育

授賞式ではあの眼光鋭い目で十一代目武見太郎日本医師会会長から福沢諭吉訓の「世の中で一番楽しく立派なことは一生涯貫く仕事を持つことであり、開業医として立派に研究をやり遂げなさい」と言われました。また恩師の杉浦清治先生が日本眼科学会宿題報告のため収集したHAdVの株を北大の大学紛争ですべて失った際の悲しそうな顔が脳裏に焼き付き、修業時代にソーク研究所を訪れた際にジョナス・ソーク博士に直接聞いた言葉「成功するかどうかは、その人の能力よりも情熱に負うところの方が

はるかに大きい。自分の仕事に身も心も捧げる人こそ、勝利者になるのだ。失敗などと言うものはない。単に早く諦めたに過ぎないのだ」という3人の教訓が40年間の生涯教育の支えとなりました。

Epidemic Keratoconjunctivitisと感染症サーベイランス

44歳から始まった感染症サーベイランス事業には日本眼科医会を代表して厚生省解析委員として参画し、横浜市大と北大大学院情報科学科 Bioinformatics講座(渡邊日出海教授)でEKCの新しい病原体53、54および56型の新型を発見できたのは北大眼科五代目大野重昭教授のご理解とご協力の賜物で、国際アデノウイルス学会で承認されたのは、還暦も過ぎた2008年の時でした。しかし開業医生活のもとでの研究では世界の競争にはついて行かず、65歳で開業を辞めました。

ライフワーク

しかし六代目の石田晋教授のご好意により2009年74歳で客員研究員として研究の機会が与えられ、2011年NIHの“ゲノムによるアデノウイルスの分類と命名の基準Workshop”では、北海道医療大の北市伸義教授とEKC株の総括をすることができました。2013年には日本眼科学会雑誌117:721-726に総説「院内感染起こす新型HAdVのBioinformatics」を、本年は「Journal of Clinical Virology 112:1-9」にReview「Challenges in management of Epidemic Keratoconjunctivitis with emerging recombinant human adenoviruses」をopen accessでき、私のライフワークもまもなく終わりを迎えます。

おわりに

この60年間、初心を忘れずに生涯学習の精神を保ち、medical scientistの責任を自覚し、医療の公共性を重んじ、医療を受ける人々への還元と医学の進歩と発展に微力を尽くせたことを、お世話になった内外の研究者の皆様に感謝し筆をおきます。

