



20年経った法人化大学の再興を考える —千里の道も一歩から—

嶋 田 紘 (昭和44年卒)

横浜市立大学 名誉教授

私は20年前、医学部長、理事として横浜市立大学の法人化の実践を指導した。俱進会新聞でも当時のことを回顧したが市長から指名された理事長、学長、副学長は見も知らない外部の方々であった。このトップの方々から法人化必要性の説明を受けた記憶は無い。ただ会議では「あり方懇談会」、「プロジェクトR」等の審議を経て決まった路線なのだから文句を言わず従えという官僚的雰囲気醸し出していた。

当時はイギリスのサッチャー首相、米国のレーガン大統領が唱える新自由主義という小さな政府、民営化、規制緩和、市場第一主義という政策が先進国を折檻していた。日本でも中曽根、小泉首相がこの政策にしたがって公務員総人件費2割削減策が決まりその一貫として国公立大学の法人化が始まったと理解していた。

2005年に中田横浜市長の号令一下、本大学は公立大学ではいち早く法人化が進められた。大学法人化の表向きの目的は国または自治体の組織の一部であった大学を独立させ、主体的、自立的、更に効率的に大学を運営し、その結果として公務員を削減するというものであった。

しかし改革を指導していくうちにこのような激しい改革が失敗したとき誰が、どのように責任を取るのだろうかとの考がしばしば頭をよぎった。

20年経った今、国公立大学の法人化改革はどのように評価されているのであろうか？ 概して成功とは言えないようである。

法人化の実行を指導した私にとって責任を感じるとともに母校も含めた大学の行く末を案じざるをえない。

まず、大学の管理能力であるガバナンスは強化されたが執行部と大学教職員の一体性がなく、ばらばらになり教職員は内向きになってしまったといわれる。一体化がなくなれば大きな改革は出来ないだろうし改革も長続きしない。

大学では設置者が選んだ評価者による中期目標結果の評価により運営交付金額が決まることから権力者への付度文化に繋がり主体性、独立性どころか逆にイエスマン

のみが重宝される官僚支配がまかり通るのが一般的だ。

設置者に付度をしなければならぬ大学が国民の付託に応えられない事は過去の歴史が物語るところだ。

それにしてもガバナンスの強化と大学本来の「学問、研究の自由」、「大学の自治」を守ることは全く異なる次元と考えるが両立させることが当事者にとっては難しい様にみえる。大学人はもう一度立ち止まって法人化の目的を考えてほしい様に思う。

大学法人化の二つ目の目的はスタンフォード大学などの米国の一流大学を模して研究のシーズを産学官金融連携によって産業化し大学の財政基盤を強化すると共に国の産業を再興することであった。しかし法人化以降も研究力は低下し続け、特許取得も大学発ベンチャー企業も先行する米国に比べものにならない。

文科省科学技術学術政策研究所が23年8月にまとめた科学技術指標によると日本の論文の本数は00年には2位だったが19~21年の5位、上位10%に入る論文の数は4位だったが13位に低下してしまった。

その要因は法人化による一般交付金の1%削減が若手研究者の雇用を制限し競争的研究資金・外部資金の獲得の事務手続きや教育、社会貢献が研究者の研究時間を削減させたことによるとされる。

国立大学の統計で教員は教育、研究、診療、社会貢献を強いられ年間職務時間は激務と言われる官僚と同じかそれ以上レベルの2700時間にもなるという。そのうち研究する時間は3割しかなく、代行者でも可能な教育が3割弱、社会サービス活動が約2割、学内事務が2割弱という。

前述した競争的研究費の応募、中期目標・結果、評価制度の手続き、対応、社会貢献などで研究時間が削られ2018年度の教員の研究時間は33%で2002年の47%から大幅に減少した。

鈴鹿医療大学の豊田長康学長によると研究者は若干増加しているが研究時間をフルタイムに換算した研究従事者数(FTE)は0.5%しか増えていないという。

国家公務員定員法や国公立大学の法人化を巡る様々な改革が教員や予算を減らしFTEの低下に繋がり研究力の低下に繋がったとしている。

法人化が失敗したとなればその時の私も含めた現場責任者、そして法人化の方針を決めた国、自治体のトップの責任が問われるのが常識であるが“公務員”には何のお咎めも受けない。その責任、リスクはやがて後輩や国民、市民に直接的、間接的に負わされる。

どうも腑に落ちない。このようなグローバル化の法人化大学で責任を取らない“官僚”が改革の前面に出るのはおかしい。少なくとも法人化見直しのためにも第三者による検証結果を明示してほしい気がする。

このような戯言をいつまでも述べても仕方が無い。現実的には次から次へと繰り返される法人化に伴う改革の中で本学としても乗れる物なら乗らないと置いて行かれてしまう。

米国ではハーバードやプリンストン大学のような世界最先端の研究を行う研究大学と二年間のコミュニティカレッジと言われる18歳以上で条件さえ満たせば誰でも入学ができる短期大学、その中間にSATや高校の成績に基準を設けて入学を許可する州立大学がある。アメリカでは大学が機能別に分化している。

本来、大学間の教育や研究レベルに格差があってはならないとされるが政府は批判も覚悟で、背に腹は代えられないという考えから公的支援の対象を選択、集中させる作戦に切り替えた。

2013年12月の国立大学改革プランで各大学の強み特色を生かした機能強化の方向として「世界最高の教育研究の展開拠点」グローバル型、「全国的特色分野の教育研究拠点」ナショナル型、更に「地域活性化の中核的拠点」ローカル型の三つ支援枠（三部リーグ制？）を示した。

1部リーグには国際卓越研究大学として機能を果たせるように10兆円基金が付き毎年200～300億円という手厚い研究支援が施される。昨年、旧7帝大学の対象のうちまず東北大が選ばれた。2部リーグの地域中核・特色あ

る研究大学には旧6医科大学が対象となるが、昨年度には促進費として1500億円が予算化され千葉大、信州大、金沢大、神戸大、広島大学、東京農工大、東京芸術大、大阪公立大、慶応大学、沖縄科学技術大などが選ばれた。今後、国公立を問わず全大学が上部のリーグを目指して申請が行われる。

本学は今年度に2部リーグを目指すと言われるが、5学部しかない中途半端な大学では将来には限界がある。ぜひ国際卓越研究大学に挑戦してもらいたい。本学とは異なる5学部を有する横浜国立大学と新たなコンセプトの基に統合して10学部以上の総合大学を創設して専門性からリベラルアーツまでの人材を備え、スケールメリットを生かして教育、研究力を強化し真の国際的な知的創造機関として政治、経済、社会、文化の面で市民、県民、国民の付託に応えなければならない。神奈川県、横浜市にはその環境が整っているように思う。

大学の選択・集中支援策はドイツ、スウェーデンでも行われたが若手研究者への支援減少が研究力の低下を招き政策変更を余儀なくされている。

繰り返すが国公立大学の法人化が企業化を目指しているのか何を目指しているのか分からなくなった。世界の課題を解決できる人材の育成と研究は大学にしか出来ない。自分の幸福は、社会のあり方と行方に左右される。次世代への投資として世界的に評価される総合大学の創設を考えたらどうか？

私は現在、市民運動「神奈川に公的総合大学設立を目指す会」の発起人として活動している。殆どの人がこのテーマに賛成するが解決するには専門性が高く、何年かかるか分からないと躊躇してしまう。

しかし私は現在の日本の経済停滞、人口減少と迷走する大学改革という現状を追い風にしてこの市民運動を盛り上げて行けば千里の道も確かな一歩になるのではないかと考えている。

一人でも多くの理解と市民運動の参加を期待している今日この頃である。



退任に寄せて「雲外蒼天：幻の主題」

國崎 主 税 (昭和59年卒)

横浜保土ヶ谷中央病院 病院長

2024年3月末をもって、横浜市立大学附属市民総合医療センターを定年退任させていただきます。昭和59年に横浜市立大学医学部を卒業して、40年が経ちました。光陰矢の如しと言いますが、まさにその通りと実感しております。自分が定年の年齢になったという実感が今でもありません。右も左も分からない研修医1年目、上級医の先生方に言われるがままに、頭を全く使う事なく院内をただただ走り回っていた事を今でも鮮明に思い出します。少しだけできるようになった研修医2年目、鼻を少し高くして院内を闊歩しながら将来の夢を妄想していたように思います。当初は脳神経外科医になりたいと思い、そのための下準備のつもりで全身管理を勉強するために、当時の第一外科、第二外科、心臓外科、麻酔科と外科系のみでの研修を行いました。しかし、消化器外科の魅力に取り憑かれ、当時、一番厳しいとされた第二外科（現消化器・腫瘍外科学）に入局をさせて戴きました。故土屋周二先生の主宰されていた第二外科には幾つかの研究室があり、切磋琢磨していたと記憶しております。私は、故杉山貢先生が責任者であった病態生理Grに所属し、様々な基礎研究を行う機会に恵まれ、その知識は今でも私の中に生き続けています。

その後、嶋田紘先生が赴任されてからは上部消化管癌の外科臨床に従事してきました。拡大手術から縮小手術へ、まさに日本の消化器外科の時代の流れを直に感じながら、過ごしてきた40年であったと思います。40年のうち、旧浦舟時代を含めると35年間は大学病院での勤務となり、忙しくも最先端の外科医療に長きにわたり接している事ができた事は光栄の至りです。嶋田紘先生には、「消化器外科手術とは」を基礎から叩き込まれました。

当時は厳しい指導と感じていたかと思いますが、今考えると現在の自分自身を作り上げて戴いたのは、当時の指導があったからこそと感謝の念に耐えられません。その後、23年間の長きに渡り勤務した市民総合医療センター 消化器病センター 外科では、今田敏夫先生、池秀之先生にご指導を戴き、自分の考える外科治療を思いっきりさせて戴いたように思います。また、現教授の遠藤格先生には、様々なサポートをして戴き、日本胃癌学会、日本外科系連合学会など、全国レベルの学会も主催させて戴きました。多くの先生方にご指導、ご鞭撻を戴き、本当に感謝しております。一緒に多くの仕事をしてきた上部消化管研究班の先生方にはご負担をかけたかと思いますが、一緒に仕事できて幸せでした。有難うございます。

自分がこのような長い年月にわたり、大学病院で過ごすことになるとは夢にも思っておりませんでした。これもひとえに、多くの先生方のおかげです。お礼の言葉もございません。

私は「雲外蒼天」という事が好きで、主催させて戴いた第94回日本胃癌学会総会の主題にしようと思っていたのですが、同じ年度の第76回日本消化器外科学会総会（京都府立医科大学 大辻英吾先生）の主題と被ってしまい、急遽「磨斧作針」に変更しました。若い先生方は、くじける事なく目標に向かって突き進んで下さい。2024年4月から、地域医療機能推進機構横浜保土ヶ谷中央病院 院長として従事しております。今後とも、皆様のご指導を戴きながら、地域医療に貢献できますよう、微力ながら尽力したいと考えております。

何卒、宜しくお願い申し上げます。



消えた外科術

市川靖史 (昭和61年卒)

横浜市立大学 がん総合医科学 主任教授
外科くずれ腫瘍内科医

外科学と外科術は違うもの、ということを教えて下さったのは若杉純一先生である。外科術は外科診療の基本である手術の方法を指す。一方で外科学は外科学の診療を支える全ての知識の総体である。外科術が純粋に外科的なものから出来上がっているのに対して、外科学は多くの外科的でないものを内包している。外科術の進歩は明らかに外科学の進歩だけでなく医学全体の進歩に寄与してきたが、外科学あるいは内科学の進歩は、時に外科術の進歩に待ったをかけ、進歩そのものを止めるだけでなく、これまでに外科術が作り上げてきたものを無かったことにすらしてきた。

以前にも書いたけれども、私が旧第2外科に入局したころ、大学はいくつかの研究チームに分かれていて、私は杉山貢先生が主宰する「潰瘍グループ」に所属していた。潰瘍グループには國崎主税先生、遠藤格先生、石川孝先生、秋山浩利先生をはじめ多くの先生が所属していた。私が外科医の修練を始めた時代には、難治性の胃潰瘍、あるいは十二指腸潰瘍のperforationに対する治療法は迷走神経切離術であった。全幹迷切（迷切とは迷走神経切離術のこと）だろうと、選択的近位迷切であろうと、幽門輪の開きが悪くなるため幽門形成術を加える、これが潰瘍の唯一無二の治療方法であった（後に私の思い込みであったことが判明いたします）。旧第2外科の初代教授である山岸三木雄先生（山岸茂先生の御祖父様）の御専門も潰瘍であったとお聞きしている。

私が研修医の時に購入したZollingerのAtlas of Surgical Operation 6th editionには迷切術；Vagotomyの詳細な手術手技が掲載されている。現行では11th edition (2022)が最新のようなのだが、この中にもVagotomyは2つの章で紹介され、“a key component in treating intractable duodenal or gastrojejunal ulcers that are refractory to anti-secretory medicine.”とされている。現代においても本当に迷切術は潰瘍治療のkey componentなのだろうかと思いを疑う。何か使われることのない必殺技が一子相伝で伝えられ、結局使われることなく次の代に引き継がれるも

の、免許皆伝の巻物の中には残って子々孫々にわたりこれを知ることになるというような武術的な感じを抱かされる。Sabiston Textbook of Surgery 21st edition (2022)にもVagotomyは3ページにわたり図譜付きで掲載されている。

日本の教科書をみると、標準外科学第16版（2022年）の潰瘍の外科治療には、穿孔時のドレナージ術や止血術に広範囲切除術が言葉として書かれているが、迷切術の記載はない。へるす出版の新手術アトラス（消化器外科18巻7号臨時増刊1995）には鏡視下手術としての迷切術が記載されているが、その後の達人の手術（2016）、最新の消化器内視鏡外科手術（2018）等の手術アトラスには迷切術の記載はない。このように迷切術の言葉と実際はVagotomyとして欧米の教科書には残っているものの、日本の教科書、手術アトラスの中からは消えてしまっている。高校の教科書から坂本龍馬が消えてしまったのと同じノリだろうか。

2014年「胃外科のすべて」が刊行され、研修医向けの本となっていたが私も購入した（上西紀夫編集代表、株式会社メジカルビュー社発行）。同書は胃外科・術後障害研究会の編集であり、同会の前身は迷切研究会である。迷切研究会は1974年発足で、1979年の第8回迷切研究会は土屋周二先生が当番会長を務められている。迷切研究会は1988年から胃外科研究会と名称を変えている。同じく1988年には、胃術後障害研究会が発足し、10年間継続したが、1998年から胃外科研究会と合併し現在の胃外科・術後障害研究会となっている（https://www.jsgp.jp/index.php?page=about_index）。1989年第2回胃術後障害研究会の当番会長は、杉山貢先生であった。

本研究会の潔さは、迷切研究会であれ胃外科研究会であれ、胃外科・術後障害研究会であれ、会の名称の頭に「日本」という冠がついておらず、実に事務的でさっぱりとしていて、猶興の士の集う手弁当の会という感じがするところにあるような気がする。瘳切研究会には「日本」の冠があるし、肝切研究会とか乳切研究会というの

は聞いたことがない（あったらごめんなさい）。

ところで迷切研究会の名称がなくなった1988年とは昭和63年、私が第2外科に入局した年である。その5年前の昭和57年（1982年）は、実はシメチジンが日本で承認された年である。シメチジンと言っても若い方にはわからないかもしれないが、タガメットという商品名で最古のH2ブロッカーである（と思う）。図1を見ていただきたい。確かに1982年をピークに難治性潰瘍の手術例は激減し1988年には底をつく勢いである。緊急手術の対象である出血、穿孔についてすら緩やかに減少している。

ということは、私が外科医になった当時には既に難治性潰瘍の治療は外科手術ではなかったのである。前言撤回、おわび申し上げます。迷切研究会の名前が変わったのもさもありなんという状況なのだろうと思う。私が第2外科に入局し、潰瘍グループの一員に加えて頂いた時には、すでに潰瘍の治療は手術ではなく、薬物療法に取って代わられていたのでありました。

さて、前述の「胃外科のすべて」の中を見ると「迷走神経切離術」はうれしいことに掲載されていた。さすがは迷切研究会を前身とする胃外科・術後障害研究会の編集である。「すべて」の名に恥じない内容である。ほかの手術手技の紹介には美しいカラー刷りの写真が使用されている一方で迷切術は第1章の「歴史と変遷」の中でデフォルメされたイラストとともにひっそりとではあるが確かに掲載されている。その最後は「ほとんど行われなくなっている。」と締めくくられている。欧米の教科書での扱いは少し違う。「無処置群」と「Best Supportive Care群」の違いを感じる。

1992年の「腹部救急診療の進歩」第6巻には特集：上部消化管穿孔の診断と治療、がありこの中に片村宏先生

が論文を投稿されている（腹部救急診療の進歩 12（6）：845～850, 1992）。題名は「穿孔性十二指腸潰瘍に対する迷切術の意義と治療成績」である。横浜市立大学第二外科の潰瘍グループが記載した迷切術の集大成のような論文である。共著者には杉山貢先生、山本俊郎先生、金正文先生、遠藤格先生、簾田康一郎先生、石原真一先生が名を連ね、そして私の名前も載せていただいている。論文によれば迷切後にもH2ブロッカーの服用が勧められるらしい。薬物療法が外科術を超えたということであろう。外科術としての迷切術は消えてしまったが、その当時の研究成果は論文という形で外科学として残っている。いずれにしても共著者の先生方には大いにお世話になった。外科ということだけでなく、日々の生活の様々なことまでお世話になったことは懐かしく心に残っている。特に杉山貢先生には学位論文のご指導から、米国への留学についてまで様々なお骨折りをいただき、感謝をしてもきれない。

杉山貢先生が令和5年3月31日に亡くなられたとお聞きした。闘病の末のことであつたともお聞きした。お見舞いに何うこともできず、全く不肖の弟子である。杉山先生の御冥福を心からお祈りいたします。合掌。

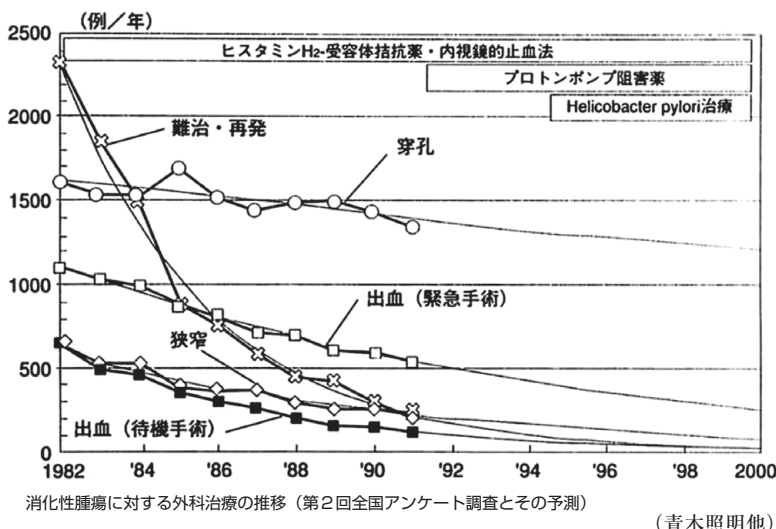


図1 丹羽寛文 潰瘍治療の変遷と内視鏡
日本消化器内視鏡学会雑誌
Vol.53(9), 2011



第100回大腸癌研究会学術集会 を開催して

山口 茂 樹 (昭和61年卒)

東京女子医科大学 外科学講座 下部消化管外科学分野 教授

本年1月25日、26日に第100回大腸癌研究会学術集会を当番世話人として開催いたしました。609名の参加者を迎え盛況のうちに無事終えることができました。大腸癌研究会は1974年に第1回研究会が大阪で開催されて以来、毎回決まったテーマに関して各施設からの演題発表や討論を行う研究会です。そして近年はその前日の数々の委員会やプロジェクト会議に多数の先生が参加し、そこで臨床試験や臨床研究が練られて「大腸癌取扱い規約」や「大腸癌治療ガイドライン」の根拠となるデータが集積、論文化されています。同門会としては1986年、第24回の土屋周二教授に次いで2回目の当番世話人となりました。第24回のテーマは「大腸癌の新しい検査法と診断法」「直腸癌隣接臓器合併切除」でしたが、第100回は日本が世界をリードしてきた分野から今後を見据えて「大腸癌の至適リンパ節郭清」と「これからの早期大腸癌治療に向けて」の2つを選び活発に議論いただきました。

さて大腸癌研究会は私が初めて学会発表を行った思い出深い研究会です。1987年弘前で行われた際のテーマは高齢者大腸癌でしたが、当時はポスター発表がなくすべて口演という形態で、私の発表時間は確か2分でスライドは4枚だったと思います。研修医2年目だった私は現在同門会長の大木先生にデータのまとめ方からスライド作成まで指導していただきました。当時は昭和のアナログ時代で、スライドとはフィルムをマウントと呼ばれるプラスチックの枠にはめ込んだものでした（今の先生方には思い浮かばないかもしれませんが）。ブルーフィルムのスライドが主流でしたが、カラーのスライドを作成してもらいそれなりに高価だった気がしますが、すべて企業の援助で作成できました。思えばこの頃はまだ

バブルの時期でした。今は運航していないYS-11プロペラ機に乗って弘前へ向かいました。会場では演者ごとに用意されたスライドホルダーに持参したスライドをセットし、通常はそれを試写するのですが、それも知らずにそのまま提出しました。会場は口演の会場1か所ですから全参加者が見ている中で緊張の発表の順番がやってきました。すると何と大画面に映ったスライドが逆さまです。私は慌てましたが用意した原稿を読むしかありません。私以上に慌てたのはスライド係の方、弘前大学のスタッフと思われましたが慌てて上下を入れ替えてくれました。しかしその後のスライドも毎回上下を入れ替えてもらうことになりスタッフの方には大変迷惑をかけてしまいました。今の先生方は知らないと思いますし、知っておく必要もありませんが、スライドホルダーはスライドを上下逆さまにセットするものなのです。

入局後、そして静岡、埼玉、東京に移ってから大腸癌研究会の思い出は尽きませんが、第100回の節目の研究会を担当させていただき大変光栄でした。来年には大腸肛門病学会主催が控えておりますので、同門の先生方には何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。





10年ロマンス

石川 孝 (昭和62年卒)

東京医科大学 乳腺科学分野 主任教授

この4月で東京医科大学に赴任して10年になります。“Once upon a time”というほど昔ではありませんが、だいまわりの状況は変わりました。ようやく3年間のコロナのトンネルは抜けだしたものの、世の中はあまりよくない方向に変わっているように思います。僕はといえば来年に学会をひかえて、これまでに増して急かされるように過ごしていますが、こんな生活もあと3年かと思うと焦りと少し寂しさを感じています。でも周りのメンバーはみな健在で“もう誰もここにはいない ひき潮の海のように”という状況にはなっていないのはとても幸せなことだと思っています。

学会のテーマを“アジアと欧米の違い”としました。欧米の診療ガイドラインをそのまま日本に外挿することの問題を議論したいと思っています。だいま前のことですが、慶応大学の消化器外科の故久保田哲郎先生がご講演の中で、当時のASCOの話題として胃癌のD1郭清+照射とD2郭清を比較した臨床試験に触れられました。先生は“D2郭清が標準治療の日本でその代用として上腹部へ照射することなどありえない”と思いながら、シカゴのレストランからホテルへの帰り道、日本では見ない極度の肥満の人達がたくさんいるのを見て、“この体形の人達が患者だったらD2郭清は大変難しい。この比較試験はこの国では意義があるのかもしれない”と納得したと言われていました。一昨年、山田顕光先生がNCDを用いた乳癌学会の班研究で明らかにしたように同じことが乳癌の診療でも言えます。すなわち欧米で創出されたエビデンスに基づくガイドラインを参照する場合、明らかに異なる患者背景で、かつ現在とは異なる診療の環境で得られた結果にもとづいていることを十分留意しなければならないと思います。

またエビデンスの構築にビジネスが大きく影響していることにも注意を要します。莫大な費用がかかる新規薬剤の開発競争に打ち勝つためには、できるだけ早く大規模臨床試験でPositive Dataを出さなければなりません。そのため多くの場合、Cross overを許さず無増悪期間を主

要評価項目として計画されます。そのようなデザインで行われた転移再発のホルモン受容体陽性乳癌に対する臨床試験の結果、一次治療からのCDK4/6阻害剤の使用が推奨されることになりました。転移したホルモン受容体陽性乳癌を治癒させることは難しいものの、長期の経過を取ることが多く時に慢性疾患の様な病態をとります。これまで製薬会社主導で行われた臨床試験結果からCDK4/6阻害剤を一次治療で使用することによって無再発生存期間は延長することは証明されましたが、生存期間は変わっていません。すなわちホルモン剤単剤で治療を開始して病状が進行してからCDK4/6阻害剤を追加しても間に合うことになります。経済的負担を含めた副作用を考えるとホルモン剤の反応を見ながら二次治療としてCDK4/6阻害剤を使用の方が合理的と考えられます。学会や講演会では、巨大製薬会社の支援を受けた臨床腫瘍科の先生達がオピニオンリーダーとなり、一次治療一択のような意見が主流となってその声がどんどん大きくなっていくような気がします。科学の進歩には目を見張るものがありますが、それがそのまま目の前の患者にとって最適なのかについては疑問を感じる事が少なくありません。

治療が大きく変化して外科医としての自分たちの立ち位置は不安定になって大きなうねりの中にいる感じがします。現在、学会で“アジアと欧米の違い”を議論するために、乳癌診療の各部門でコホート研究やアンケート調査を行っています。欧米の大規模臨床試験から創出されるエビデンスは大変魅力的であり、私達は後塵を拝している感は否めません。ただそれに盲目的に従うEvidenced based medicineではなく、それを貴重なデータとして参考にしつつ、現状を冷静に把握して多くの患者を診てきた自身の経験も加味して診療する必要があると思います。今でも日本では乳腺外科医が診断から終末期医療まで乳癌治療のCasting voteを握っています。最近では分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤などの薬剤の進歩によって術前化学療法で半数以上の症例で乳癌を完全消失できるようになってきた半面、早期癌では約80%の症例が手術

のみで治癒できるという貴重なエビデンスもあります。私たち乳腺外科医は時代遅れにならないように勉強しながら目の前の患者に最適な治療を提示する義務があると思います。現在行っている調査をもとにそのことを考えることができる学会にしたいと思っています。

最近10年ロマンスの歌詞が思い浮かぶようにノスタルジックな気持ちになることもあります。来月5年ぶりに市川靖史先生とサンディエゴのAACRに参加してきます。コロナ前は毎年4月にAACRの帰りに南カリフォルニア

に立ち寄って青い空のもと留学時代の恩人や旧友に会って、何もわからず夢を持って渡米した頃の気持ちに戻って新年度への思いを新たにしていました。目の前の事で精一杯でただ登り続けることしか考えなかった少し前を懐かしく思います。10年経っても同じ仲間と歩むことができていることに感謝しています。だいぶ変わっていると思われる僕達のスタート地点に立ち寄ってきたいと思っています。

(2024年3月)



2014年3月28日 関内にて



「ブラックジャックセミナー」 4年ぶりに開催

秋 山 浩 利 (昭和63年卒)

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 診療教授

昨年の同門会誌にも書かせて頂きましたが、附属病院のシミュレーションセンターを兼任させて頂いています。当センターの重要な役割の一つである「地域貢献」の一環として、2008年よりブラックジャックセミナー（旧キッズセミナー）という小中学生対象の医学体験セミナーを開催してきました。しかし2020年から2022年までコロナ禍のため3年間セミナー開催を中止していました。2023年7月29日、実に4年ぶりにセミナーを開催することが出来ました。

ブラックジャックセミナーについて

セミナーへの参加募集は院内のポスターと附属病院のHP等で行いますが、今回は100名以上の応募の中から抽選で42名の小中学生に参加して頂きました（約4倍の競争率です）。

開会式の後に1グループ6名で7つの体験を行います。最初に手術ガウンと滅菌手袋の装着を体験してもらいます。7月で暑い時期ですが、「外科医」になりきってグループごとに記念写真を撮ります。



グループごとに手術ガウンを身に付けて記念写真

今回は感染対策をテーマとした手洗いや手袋の装着を体験するブースを設けました。附属病院感染症科の加藤英明先生にセミナー前の講義とブースでの直接指導をお願いしました。「コロナ禍」でもあり参加した小中学生だけではなく付き添いの保護者の方々も真剣に聞いて言いました。



手洗いと手袋の装着（感染症内科 加藤英明先生）

救命救急ブースではBLS（Basic Life Support）をテーマに胸骨圧迫やAED装着などの救命処置の他に、救急現場のシミュレーション体験やチーム医療についても学びます。外科手術体験と同様に人気のブースです。



救命救急ブースでの胸骨圧迫（心臓マッサージ）やAED装着の体験

外科手術に関するブースでは、①LapMentorによる腹腔鏡手術体験、②ドライボックスによる腹腔鏡手術体験、③超音波凝固切開メス体験、④皮膚縫合結紮体験の4つの体験が出来ます。特に超音波凝固切開メス体験は無影灯や手術代を用いて手術室を再現し、小坂隆司先生を第一助手として迫真の演技で術者を体験できます。保護者の方々にとっても写真ポイントとして好評でした。



手術関連の4ブース
(上段からLapMentor、ドライボックス、
超音波メス、皮膚縫合)

今回は4年ぶりの開催でスタッフ不足が懸念されましたが、「外科寺子屋」に毎月参加してくれる多くの医学生にサポートしてもらいました。その中で医学部4年生の高石龍史くんは小学生時代(12年前)に本セミナーに参加した経験があり、その時に受け取った「未来の医師証明書」をセミナー当日に参加した小中学生に見せてくれました。参加者だけではなく保護者の方々のモチベーションが大いに高まりました。今後も同様に本セミナーに参加してくれた小中学生の中から、医師(特に外科医)を目指す人が現れることを期待しています。



12年前に本セミナーに参加した高石くん(中央)。
今回はスタッフとして参加していました。筆者のサインも残っていました。

最後に

2008年初開催以来、本当に多くの方々の協力で本セミナーを続けてきました。コロナ禍のため4年ぶりに開催することが出来ました。4年ぶりのとなりましたが開催にあたり、シミュレーションセンタースタッフの黒澤さんと二瓶さん、附属病院職員の方々、医学部学生、協賛頂いた企業の皆様など本当に多くの方々にお世話になりました。この誌面をお借りして厚く御礼申し上げます。



入局から30年、消化器・腫瘍外科での 経験と若手へのメッセージ

千島 隆 司 (平成3年卒)

昭和大学医学部 外科学講座乳腺外科学部門 教授
昭和大学 横浜市北部病院乳腺外科 診療科長

2023年4月1日より、昭和大学医学部外科学講座乳腺外科学部門教授および昭和大学横浜市北部病院乳腺外科診療科長を拝命しました。早いもので、私も入局から30年が経ちました。今回は、消化器・腫瘍外科（旧第二外科）での経験を振り返りながら、若手医局員へメッセージを伝えたいと思います。

私は1991年に福島県立医科大学医学部を卒業し、浦舟から福浦へ移転したばかりの横浜市立大学附属病院で臨床研修を受けました。当時は、スーパーローテート研修を行っている大学病院は少なかったため、多くの診療科で経験、勉強することが出来るのが魅力でした。私は1年目の前期（6か月）を第一内科で、後期（6か月）を第二外科で研修しました。研修は早朝のカンファレンスから始まり、昼は手術、夕方から夜にかけて病棟業務をこなす毎日でした。ひとチームで25名程度の患者を担当していたため、紙カルテへの記載、検査伝票の整理が終わる頃には時計が12時を回っており、7-4当直室が常宿と化していました。また、当時は研修医の外勤が許されていたので、先輩方の外勤当直の手伝いもあり、家に帰って寝るのは週1回か2回しかない状況でした。指導医の先生からは「研修医はレジデント、レジデントは居住者と言う意味なのだから、大学に泊まるのは当たり前だ」と教えられたのを覚えています。働き方改革が進む現在では、到底考えられない過重労働ですが、ここぞという時に踏ん張るための忍耐力と精神力が鍛えられたのもこの時期でした。

学生の時に、福島医大の恩師である君島伊造先生から「これからの腫瘍学は手術だけではなく、化学療法や放射線治療を組み合わせた集学的治療が主流になる。腫瘍学に興味があるならば、乳がんの臨床と研究を志すべきだ」という熱いメッセージをいただき、私が乳腺腫瘍学をめざす大きな動因となりました。研修医時代のObenであった山岡博之先生に「もし乳腺外科医になりたいならば、一秒でも早く新教授のところへ挨拶に行け」と尻を叩かれ、就任されたばかりの嶋田紘教授のところへご挨拶

に行きました。真新しい入局者名簿の1ページの1行目に私の名前を書かせていただいたのを覚えています。

1995年4月からの二年間は、カリフォルニア大学サンディエゴ校（UCSD）の外科学講座へ研究生として留学しました。Robert M Hoffman教授のラボで「緑色蛍光タンパク質（GFP）を用いてがん転移を視覚化するためのマウスモデルの開発」に携わりました。今となっては良い思い出となりましたが、GFP細胞の開発は非常に難産であり、1年以上にわたり、毎晩夜中まで実験と失敗を繰り返す日々が続きました。結果が出ない研究生に「日本への強制送還」も見え隠れし始めた頃、私にとって非常に幸運なことが起こりました。第二病理学の宮城洋平先生（現 神奈川県立がんセンター臨床研究所長）がSan DiegoのThe Scripps Research Instituteへ留学されることになったのです。実験ノートを見てもらいながら悩んでいた問題点について相談したところ、障壁となっていたのは細胞内へ遺伝子を導入するためのベクターの不具合であることが分かり、新しいベクターの作成に力を貸してくださいました。そのベクターが見事に機能し、一気にGFP細胞の開発が波に乗り始めたのです。時を同じくして、山岡先生がUCSDへ半年間限定で留学（遊学？）することが決まり、動物実験、論文執筆、そして山岡先生のお世話と、多忙の中でも楽しい毎日を過ごしていたあの頃を懐かしく思い出します。何度となく挫けそうになりながらも、なんとかGFP細胞の開発にたどり着けたのは、第二外科研修医時代に培った忍耐力と精神力があったからだと思います。

帰国後は、横浜赤十字病院、横浜市立市民病院で外科医としての修練を積み、済生会横浜市南部病院へ異動したところから本格的に乳がん診療に携わるようになりました。2006年4月から福浦へ戻り、新設から1年、発展途上の臨床腫瘍科・乳腺外科で市川靖史先生のもと、乳がんの手術と消化器がんの薬物療法に携わるようになりました。その頃から「がん治療を安心して継続するためには多職種による患者支援が必要不可欠」との思いが募り

始めました。2007年に一念発起し、故 三杉和章名誉教授が理事長を務められていた横浜総合医学振興財団からのご支援をいただき「横浜市立大学乳がん学校」を設立しました。毎年、全国から募集した医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師などの医療者と共に勉強を重ね、日本全国でのチーム医療の普及に尽力してきました。この事業は、現在も「NPO法人神奈川乳癌研究グループ よこはま乳がん学校」という形で17年以上継続しており、私のライフワークの一つとなっています。

2010年からの2年間は第31代医局長を務めました。2009年に遠藤格教授が就任されて、初めての医局長選挙で選出されたのが乳腺グループの私であり、医局の先生方には多大なるご迷惑とご心配をおかけしたことと思います。消化器外科の医局長として肝移植の閉腹を手伝ったこと、年末年始6日間の休みのうち3日も消化器の緊急手術で呼び出されたことなどは、現在も「乳腺外科医の武勇伝」として飲み会で酒の肴となっています。一方で、遠藤先生の講演会に同行させていただき、全国のカリスマ消化器外科医の先生方と交流できたことで、「がんの治療戦略」についても多角的な視点で捉えられるようになりました。2年間にわたる医局長としての経験は、現在も私が携わる組織の運営で活かされています。

医局長の任期が終了した2012年に、横浜市北部医療圏での乳がん診療を充実させるため、横浜労災病院の乳腺外科部長として出向しました。一からの診療科立ち上げでしたが、共に出向した山本晋也、原田郁が本当に良く頑張ってくれたおかげで、わずか3年で原発性乳がんの手術件数は250件を超え、横浜市内でも有数の乳がん診療施設になることが出来ました。その後も、足立、門倉、木村万里子、木村安希、柴田、井上と多くの若手が横浜労災病院を支えてくれました。彼ら、彼女たちには言葉では言い尽くせないほど感謝しています。

いつまでも若手、中堅のつもりでいましたが、いつの間にか歳を重ねて50代後半になった時、現役として活躍できる残り時間で「自分は何をすべきなのか」を考えるようになりました。自分に与えられた使命は「臨床や研究、医療者教育を含め、自分の知識や技術を後の世代に

継承していくことではないか」と考えていた矢先に、昭和大学の中村清吾先生から「ぜひ昭和大学での医療者教育を手伝ってほしい」とお声がけいただきました。横浜市立大学の状況、昭和大学の状況など、いろいろと思いましたが、最後は遠藤先生にも背中を押していただき、昭和大学で新たなスタートを切ることを決めました。昭和大学横浜市北部病院での初年度は、私のほかに卒後7年目と3年目の若手医師2名を加えた3人体制でスタートしました。またしても、第二外科研修医時代に培った忍耐力と精神力で、1年間を全力で走り切ったこともあり、診療実績として月に20件程度の手術をこなし、形成外科の協力でインプラント／自家組織による乳房一次再建にも対応できるようになりました。2024年度からは、少しずつ研究や教育に関しても活動を始めていきたいと考えています。

30年以上にわたりご指導いただいた嶋田紘名誉教授、遠藤格教授をはじめとする医局の先生方には改めて感謝申し上げます。今後も消化器・腫瘍外科医局の発展に、微力ではございますがお手伝いさせていただければと思っています。

最後に、消化器・腫瘍外科での経験から得た私の信念を、若手医局員へのメッセージとして伝えたいと思います。

皆さんも臨床、研究に毎日忙しいことと思います。その忙しい中に、人生を変えるような大きなチャンスが隠されています。そのチャンスを見逃さないことです。一度見逃してしまうと同じチャンスは巡ってきません。そして、チャンスを見つけた時は、勇気をもって、そのチャンスを掴むために自分ができる限りの努力をしてください。それが夢に近づく一歩です。挫けそうになっても、諦めそうになっても、そこでもうひと踏ん張りすることが大切です。努力して掴めなくても、その努力が必ず次のチャンスを呼び込みます。努力しないで掴まなければいつかきっと後悔します。人生の中で、本当のチャンスは決して多くないと思います。ぜひ、自分の夢を掴むために、できる限りのチャレンジをしてください。