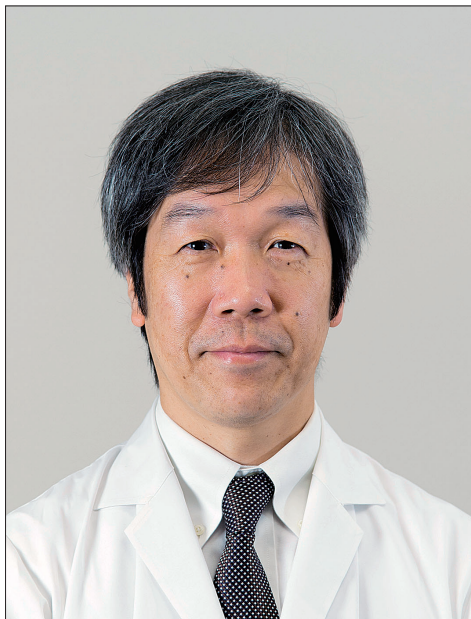




激動のなかで より良い未来に向かって

遠 藤 格

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 主任教授

今年も『同門会誌』を出版することができましたので皆様にお届けいたします。本誌には、昨年1年間の教室のあゆみを纏めております。大変雑駁な内容ですが御笑覧賜れましたら幸いです。さて、6か月前に新年を迎えた際、今年は2020年というキリの良い数字ですし、オリンピックイヤーでもあるのでわくわくした気持ちで迎えたことを覚えています。また御筆箋では『チャレンジの年』と示されたので、色々と頑張ろうと思っていました。ところが新型コロナウイルスのパンデミックにより世界中が大変な状態になり、小生の周囲でも厳しい状況が続いております。ようやく5月25日首都圏も『緊急事態宣言』が解除されそうです。しかし、第二波、第三波が来ることは覚悟せねばなりません。これからも暫くのあいだ、不安な気持ちで生きていかねばなりません。

昨年、一昨年の異常気象といい、今回のコロナといい、改めてここ10年ほどの地球規模の異変に恐怖心を抱いております。ご存じのようにこれほど大きなパンデミックは1918年～1920年のスペイン風邪以来になるわけですが、国際的に問題となった感染症は、1981年のエイズ、2002年のSARS、2009年の新型インフルエンザ、2012年のMERS、2014年のエボラ出血熱があり、最近は頻度が増している印象があります。新しい感染症は、未開の地

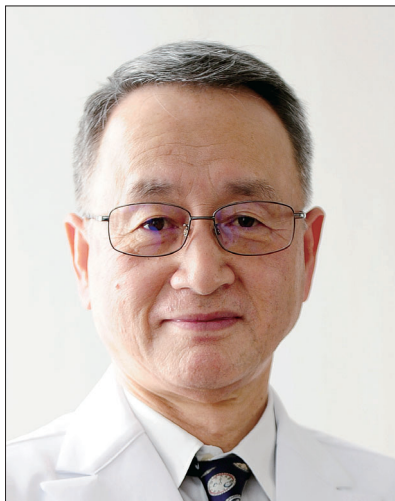
と新興開発地の接点から発生すると言われていきます。最近の急速な地球規模の乱開発が人類と未開の接点の増加を生み、一旦新規感染症が生まれると、グローバル化にともなって急速に感染拡大するという訳です。その意味ではCOVID-19は世界の国々が協調せずに自らの利益を最優先として利潤をあげることに血道をあげてきたことに対する地球からの大いなるしっぺ返しなのかもしれません。実際、世界中でロックダウンが行われることによって、大気が清浄化し、海の透明度が増しているというニュースを目にします。2020年は大袈裟かもしれませんが、人間が生き方を見直すターニングポイントになるような気がします。いずれにしても、ポストコロナ時代は今と同じではありえないと思います。

今回思ったのは、『必要性がある』、と分かっていることでも、よほど大きな圧がかからなければ人間は行動を変えられないということです。生活の激変を嫌い、『できない理由』を先に考えてしまうわけです。しかし今回、我々の行動様式はコロナという外圧によって一気に変わりました。逆境の今だからこそ生まれた「良い変化」もあるようです。いくつかのアンケート調査で共通するのは、『家族と過ごす時間が増えた』という回答が最も多く、次いで『健康への意識が高まった』『無駄な

出費が減った』というものでした。小生の医局では、一気に自宅勤務やWeb会議が浸透しました。学生の授業もWebで6～7人を相手に行っていますが、離れてはいても、以前よりも密にコミュニケーションが取れるようになっています。学生からも、大変好評でコロナ終息後もこの教育法を残して欲しいという声も聴かれます。ですから悪い変化ばかりではありません。地球温暖化やコロナ対策もそうですが、『目先の困難性に目をつぶって、10年後までにやらなければならない』と目標を定めることは可能です。色々と困難は予想されますが、今こそ、10年後（2030年）はこうなっているべき、というビジョンを立てるには良いタイミングだと思います。働き方も、大学の在り方も、学会の在り方もそうだと思います。

パンデミックは社会に大きなインパクトを与えます。欧州で15世紀にペストが大流行したときには教会と地主の権威が失墜し、ルネッサンスが到来したといわれています。スペイン風邪が終わっ

たのは1920年ですが1929年に大恐慌が来ています。その後、日本では全体主義に流れ、1936年に226事件が起こり、1937年に盧溝橋事件が起こり、第二次世界大戦へと突入していきました。現在の米中の様子を見てみると今後の世界の行く末に不安は尽きないのですが、希望もあります。それは、今回、賢明な対処をした女性リーダーの存在です。ドイツ、台湾、ニュージーランド、アイスランド、フィンランド、デンマークなど、女性首相（総統）が国家的危機の中で世界に範となるリーダーシップを発揮しています。Forbes Japanの記事では、彼女らに共通する資質として以下の3つを挙げています。『現実を直視する聡明な力』、『決断して直ちに行動する力』そして『慈しみの心』です。激動の時代こそ優れた女性リーダーに多くのことを学ぶべきではないでしょうか。凡人である小生にとっては、彼女たちに学び上記の資質を身につけるのは些かハードルが高いのですが、10年後の理想の未来予想図を胸に、チャレンジを続けたいと思います。



デジタル社会の行方

嶋 田 紘

横浜市立大学名誉教授

今年も思うところを書いてみたが毎年結論が同じような内容になってしまう気がする。先輩、後輩の同門会の方々には大変に恐縮ですが年に一度のご挨拶ということでしばらくお付き合い願いたい。

戦後の昭和時代は大企業が安定的に日本経済を引っ張り、国民総生産（GDP）も上昇し庶民はその恩恵に預かった。その後平成時代にはIT・デジタル技術が情報革命を起こしネット検索、ネット通販、メールなど日常生活のインフラとして浸透した。

庶民はIT企業が進めるグローバル化のものとデジタル技術が生活を豊かにしたと評価した。我々の医療界でも電子カルテ（デジタル）が導入され、いまや紙カルテ（アナログ）に戻ることは不可能だ。

しかし昨今のIT大企業の個人情報の管理不備、無断利用、独占的市場支配が人々の不信を買っている。大量のヒト情報をAIのプロファイリングという技術で解析して人々の消費行動を予測してカスタマイズ製品を開発したりターゲット広告を標示するまでは良いとしても、最近、米国で医療情報サイトとIT企業が医療データを無断で解析していることが明らかになった。新規薬剤の開発などの目的であるといえは聞こえは良いが個人の医療情報の漏洩は差別化につながる。

医療データ以外でも解析した思想に合わせて種々の介入を行い政府と組んで個人、さらに社会までを支配すれば監視社会ともなる恐ろしい状態だ。

2018年5月のEUの個人情報を保護する厳しいGDPR（一般データ保護規則法）の制定を初めとし

て、自由競争を標榜する米国においても大統領選挙の個人情報の不正流用に対してフェイスブックに制裁金、その他IT大企業への反トラスト法適用、さら監視資本主義についての議論が高まっている。

本邦においても改正案を含めた個人情報保護法や独占禁止法に対する指針、さらに今年には大手IT企業に対して広告掲載基準などを含む取引き透明化法が国会に提出される予定だ。クッキー情報から個人の同定が容易になった現在、クッキー情報を含めた個人情報の保護は勿論、マイクロターゲティングもユーザーの承諾が必要となるよう規制すべきである。

一方デジタル社会のヒトの内的変化も指摘されている。SNSは自由な空間の創造、社会のフラット化を実現すると思われたが現実的には人々がプラットフォームの上でアルゴリズムに沿ったモノトーンな判断を無意識のうちに強いられ、自発性もない脱主体化された孤独な人の集まりになるのではな

いかと危惧されている。かつて大地とともに生き繁栄した人類は今のデジタル社会は便利ではあるが幸福とは言えない窮屈な暮らしに移行している様に見える。旧約聖書の「創世記のバベルの塔」の物語で人類の科学技術への過信を戒めていたが、文明の進歩が必ずしも希望の持てる社会を作っているかどうか検証する必要があるのではないかと。

人は何を目的に科学を発展させてきたのか、科学技術の課題に社会が適切に指導力を発揮してき

たのかという質問にも答えなければならない。

過去には自動車社会の出現に際してシートベルトや排出ガス浄化装置の義務化などの技術の開発によりイノベーションが社会に受け入れられたように多くの課題は技術の発展で解決される。

しかし新たに出てくる課題に対して倫理、社会規範のもとに判断しなければならないことも多い。グローバル化の中でこれらの統一的概念の確立には時間がかかるとしても、全体と個の調和を図るホロニクな関係の立場にたち遅れることなく解決してほしい。

政府は第4次産業革命の時代には科学技術基本計画ソサエティー5.0で、IoT、汎用型AIなどによるバーチャル空間と現実空間の融合で効率的な生産社会を築き経済発展を行うと共に、ブロックチェーンの進歩、スマートシティなどにより社会問題を解決し人間中心のウェルビーイングのユートピアを目指すという青写真を発表した。

産業革命について行けないヒトの不満を解消するための政策やデジタル社会のリテラシーも行う必要がある。人の仕事がAIに奪われてしまう可能性も高く、労働者の貧困化も考える中でBI（Basic Income）などの社会保障など社会の構造改革も必要かもしれない。ブロックチェーンが作るトークンエコノミー経済圏と国の関係はどうなるのか。今

までのような個人や組織に対する信頼関係がなくなり信用度スコアの普及や相互の監視が強くなって窮屈な社会になるのではないだろうか。

科学技術の進歩は止まることはない。しかし素晴らしい可能性とそれと同じくらいの恐ろしい破壊が潜んでいると言われる。想定以上の覚悟と準備が必要だろう。

歴史学者のウィリアム・H・マクニール氏はベストセラー「世界史」の中で英国の第一次産業革命後に1世紀にわたって健康保険、災害保険、労働組合、工場法などの制度や下水道、公園、病院、公立学校、養護施設、刑務所の創設など弱者救済のための大がかりな社会制度の充実が必要だったと述べている。

政府は科学技術の発展に伴う社会課題や環境問題に鑑み、技術と社会をどのように統合するかについて人文社会科学を加えた科学技術基本法の改正を行うようだ。

AI、IoT時代のあるべき社会規範を求めるなかで「最終的に人間の幸福こそが科学の指針となるべきだ」というテーゼを大事にして課題解決のための研究をしてほしい。

科学立国日本のために社会科学系の研究者の奮起を期待したい。

令和2年2月吉日



母の死

市川靖史

横浜市立大学 がん総合医科学 主任教授

昨年の9月に母親が亡くなりました。ラグビーワールドカップで日本がアイルランドに逆転勝ちを果たした9月28日のことでした。86歳でした。

母はこの10年程はいわゆる認知症でした。近年では一人息子の私の顔も確認できない状態でした。私が顔を見せると、「おじちゃんはどうかいねエ」などと話しかけてきます。母自身は何歳の設定で話しているのか、おじちゃんとは誰のことであるのか（一般的な壮年の男性を指しているのか、あるいは〇〇おじちゃんのような知り合いのおじさんなのか。「おじさん」でなく「おじちゃん」というところに知り合いのニュアンスがありそうな気がするのですが）、など私にも確認ができませんでした。しかし「ヤスシ」という私の名前は母にとって確認が可能なようで、「靖史だよ」というと、「あらー、久ぶりじゃないの。少し痩せたんじゃないの」と返します。もう何年も私は顔を見せないという設定になっており、痩せたというのはうれしいけれども痩せていないので、母の社交辞令と考えられます。人間関係を築くための言葉に関しては最後までしっかりとしました。

おとしから両親には私の家のすぐそばにある介護付きの老人施設での生活をお願いしていましたが、その前は私の家の斜め前の一軒家で父と二人暮らしでした。毎晩のように呼び出されたのは、「もうそろそろおいとま致します。お世話になって。家族が心配しているのでもう帰ります」と母が言ってきたという父からの連絡でした。私が出向

くと「この人が私の夫だといってここに引き留めようとする。こんな人は知らない。」というわけです。父が自分たちの結婚式の写真を見せて「ほら見てみろ」と叫ぶのですが、確かにその写真を見るにつけ、私にも今の父と昔の父とは全くの別人のように見えてしまう。二人が夫婦であること、この写真は二人の結婚式であるということを知っているという大きなバイアスの中で、私にはこの別人にも見える男性が父親であるということを何の疑いもなく了解できますが、家以外のどこかにこの写真が貼られていて、それを見ても誰だかわからない可能性は十分にあるだろうと思います。50歳以上の皆様、すでに成人されたお子さんが小学生の時の学校の集合写真をみて、直ちにご自身のお子さんの顔がわかるでしょうか。

人間が社会生活をしていくためには、ひとの顔の認知能力は非常に重要です。このため人間の脳はもともと人の顔を見分けるのが得意な構造となっているそうです。現在、防犯カメラなどと一緒に使われている顔認証システムは、まず「顔検知」を行い、次いで「顔照合」を行います（鈴木武志、情報社会、60巻（7）、2017）。顔検知とは人の顔とそれ以外のものとを区別することです。すなわち顔の認知はその他の「もの」の認知とは異なる方法で行われるわけです。同様に人間の脳内で行われる顔の認知も、顔以外の「もの」の認知処理とは異なる独立した場所で行われているそうです（Matsuyoshi D. et al, Journal of Neuroscience 35,

2015)。さらに未知の顔と既知の顔の認知も脳内の異なる場所で処理されています。面白いことにひとの顔をさかさまに見せると脳の顔認知機能は著しく低下します（倒立顔効果というのだそうです。サッチャー錯視とも呼ばれます。この名称は英国の首相であったマーガレット・サッチャーの倒立顔が最も錯視効果があったという報告にちなんでつけられたそうです。Thompson, P., Margaret Thatcher: A new illusion. Perception, 9, 1980)。倒立顔の認知処理は、本来行われるべき顔の場所ではなく、それ以外の「もの」の場所で脳の活動が始まるためといいます。ヒトの顔としての検知がなされなかった場合、その後の認識も困難になるわけです。母は私の顔をヒトの顔として検知してはいただろうと思います。子供には子供として、大人には大人として、年寄りには年寄として、母は会話を成立させていましたから、誰かはわからないけれども何歳くらいの顔だという認識は可能で、すなわち私の顔もヒトの顔として検知していただろうと思います。それにも関わらず思い出すことが出来なかったのは既知の顔のリストが消滅していたのか、あるいはきちんと思い出すという行為に障害があったのか。

思い出すという行為も不思議なものです。三島由紀夫の「仮面の告白」の書き出しは主人公が生まれた時のことを覚えているとってきかないというものでしたが、うちの長男も自分が赤ん坊の時のことをよく覚えているといいます。長男は初孫であったこともあり、父はビデオカメラを買って小さい時からの姿をいろいろ撮っては、子どもの頃の長男に見せていました。次男以降はその

情熱が消えうせたのか、そのような行事は消え失せていました。次男、三男が自分の赤ん坊のころのことを話すことはほとんどありません。長男の記憶がリアルタイムのものではなく、その後にビデオとして見たものだという種明かしは出来るものの、長男にとっては「でもやっぱり自分は赤ん坊のころに見たものを覚えている」と感じているでしょうし、それを否定されることは心外で奇妙なことでしょう。人間の記憶の再構成に関する研究はとても多く、再構成された記憶の中には多くの偽りの記憶が入り込んでいるといわれます（仲本康一郎、自伝的記憶の再構成的想起における研究、生老病死の行動科学、13、2008）。トラウマ経験者ではその期間の記憶が意識的に想起されなくなり、その空白を埋めるために全く異なる記憶を作ってしまうことがあるそうです。母の場合、加齢によって記憶が抜け落ちてしまい、様々な場面での記憶の再構成が生じていたのかもしれませんが。奥田亜紀子は地味ですが不思議な漫画を描く作家で、「この漫画がすごい2020年」の第5位に選ばれています。彼女の最新の短編では認知症の老婆の記憶が時間や空間を無視して想起され、孫が尋ねたことに対して、本当は孫なのに自分の小学校時代の友達や先生に対して返答し、それを現実の孫が少し不思議な顔で聞いているという物語です（奥田亜紀子 あんきらこんきら 別冊ビッグコミックオリジナル 2019年12月12日号）。認知症であった母の記憶の想起のされ方もこのようなことなのかという気がします。目の前の私に対して私ではないだれか（おじちゃんでしょうか）に話しかけていたのかもしれませんが。母は一人ではんやりとして

いるときは少し微笑んでいましたし、「これはいい」とか「そういえば」などと独り言を言っていました。私や父と話をするときには、何とか話を合わせるために少し困った顔や大げさな笑い顔を作ったりしていました。

それにしても母は夫としては認識の出来ない人物と一緒に暮らすことを強いられ、助けとして呼んだはずの息子ですら、いざ来てみると知らない人である。何とかこの窮地から脱さなければいけないと毎日思案していたはずです。それはそれは怪奇で、恐ろしく、時に絶望的な体験であったのかとも思います。クリント・イーストウッドが監督を務めアンジェリーナ・ジョリーが主演の母親



役を演じたチェンジリングという映画では、息子が行方不明となり5ヶ月後に帰ってくるのですが、全くの別人であり、それでも子供も周囲の人でもこれが息子だと彼女に押し付けようとします。これは自分の子供ではないと言い続ける彼女は精神病院の隔離病棟に強制入院させられてしまいますが、毎日が怪奇で精神的にも追い詰められてしまいます。実際には息子は別人であり、驚くべき事実がわかっていくのですが、この映画では自分の記憶が人から認められず、知らない人間を息子として暮らせと強制された女性の絶望的な気持ちが描かれています。母も同じような恐ろしさを感じていたのであったとすればとてもかわいそうであり、どのように対処してあげたら良かったのかと考え込んでしまいます。物忘れ、人忘れ、様々なことを忘れてしまうというのは、はた目には気楽で面白おかしく映ってしまうのかもしれませんが、本人にとってはとても恐ろしい経験なのかもしれません。

未明に突然心肺停止となった日の前日の夕飯時、私は母と一緒にいました。母は「とてもおいしいわ。味付けがとてもいい。あんたも食べてみなさい。」と私にも自分のご飯をすすめてくれました。私は「おいしくてよかったね。全部食べていいよ。」と答えました。母はにっこりと笑って、食事を続けました。随分と元気になってよかったというのが母と交わした最後の会話でした。なんとなく幸せそうでした。私も幸せでした。母の冥福を祈ります。

合掌



外科医の働き方改革に思う

山口 茂 樹

埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科

日本人の長時間労働はよく知られた事実です。特に医師に関しては著しい時間外労働をともなっている現状です。総務省のデータでは週60時間以上の時間外労働割合は雇用者全体では14%のところ医師は42%と全業種の中で突出しています。開業医は個人事業主として労働基準法の適応外となりますが、勤務医は賃金を支払われる労働者であり労働法規の適用を受けるのでその対応が必要になります。勤務医の長時間労働の原因として特に当直と名ばかり管理職が挙げられています。当直翌日の通常勤務は常態化しており、一部の病院では半日勤務にするなどの改善が図られているものの、多くの病院では充分ではない、あるいは野放しの状態です。また第2部長などの管理職名により管理監督者として労働基準法の労働時間の適用外とすることも行われてきましたが、実際の人事権など実質的な権限や裁量がなければ法的には管理職とみなされません。過去の一般企業の店長における長時間労働に関する裁判でもそのような判断がなされています。

様々な業種で労働時間短縮に向けた改革が始まり、国策により強制的に行われるようになりました。病院もその例外ではありませんが時間外労働の上限に関しては5年間の猶予が設けられました。大学病院は教育病院という名目で地域医療施設にアルバイトに出ますが、これも労働時間に入るとなると私立大学での土曜勤務は週6日目の労働になり大幅な時間外労働になってしまいます。大学

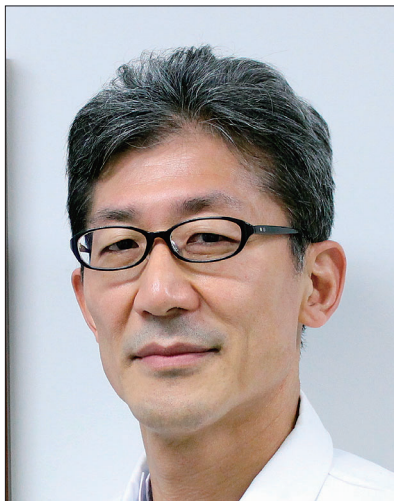
医師の収入の面ではもちろんですが、アルバイトは地域の医療も大きく支えていますのでこれを撤廃することは現在困難です。となると、交代で公休、年休を消化していく以外に手はありません。この春は、年間5日間の年休をとっていないと1名につき30万円以下の罰金が病院に科されるようになりました。年休と認定するためにはその月の週休2日の公休を満たしている必要があります。休日の当直、急変や緊急手術で2日勤務するとその日は公休とみなされず、夏休みで年休を5日とったつもりでも、3日しかみなされないのです。私の施設は土曜日も1日オープンしており、下部消化管外科は月曜朝から土曜午後まで常に手術が走っている状況です。病院から収益のために常に手術数、入院患者数の増加を迫られますが、働き方改革からは一定の制御も必要でこれから本格的に取り組まなければなりません。

大学病院では、診療や講義などの教育はわかりやすく労働としてみなされますが、研究活動をどこまで労働時間とみなすかは曖昧です。昨年公表された文科省調査では全学部大学教員の研究に占める時間の割合は30%前後で、16年前よりも10%以上減少したそうです。原因として学生教育、事務作業、それに医学教員の診療時間割合の増加があげられており、大学病院の医局員に関しては研究に費やされる時間は15%だったとのことでした。

長々と書きましたが、何か医師、特に外科医という仕事のすべてを労働とそれ以外に分けることに

はかなり無理があるように思えます。プロスポーツ選手が試合と練習時間を労働とされたら、一定時間で練習を切り上げることになり、居残り練習は残業になり、年休消化のために練習できない日を作ることになります。ただし、試合が収益になるからといって毎日試合をしたのでは、選手はつぶれてしまいます。外科医は医師の中でも手術を行う特にプロ意識の必要な職種ですから、十分な報酬のもとに自由度の高い働き方があってよいの

ではないかと思います。外科の多忙な診療はチームでまかなうことで一人に過剰な労働が及ぶことを避ける考慮も必要です。また、残業や緊急の多少にかかわらない診療科一律の給与体系、大学病院では一般病院よりも低い給与体系、それと関連したアルバイトを介した地域医療との関係など、解決すべきことは山積ですが、その中で何とか明るい外科医たちを育てていきたいと思っています。



Ms. Annとの出会い

石 川 孝

東京医科大学 乳腺科学分野 主任教授

先月2月12日に高雄医学大学と東京医科大学の姉妹校締結のために、台湾の高雄に行ってきました。次の週だったら、日本での新型コロナウイルスの感染者増加の為、台湾に入国できなくなるかもしれないギリギリのタイミングでの訪問でした。台湾は早い段階から水際作戦として中国からの入境を禁止していたことが功を奏して、日本や韓国ほど感染者が出ていません。2003年のSARSの時の教訓が生きているとのことでした。

高雄は台湾の南端の温暖で安全な港町で、台湾の中でも特に親日的な地域と思います。高雄という地名の漢字は京都の高雄に由来するそうです。高雄へは成田から直行便もありますが、羽田から台北の松山か桃園経由の方が便数も多く、台北からは日本の新幹線によく似た台湾高速鉄道で1時間半程度なので便利です。高雄医学大学は1954年に創立された台湾では最も歴史のある私立医学大学です。何度か訪問しているのですが、大学病院内に管理されたバイオバンクや統計家を8人揃えたデータセンターを含む研究棟があり、関連病院の症例のデータも集積できるようになっていて研究面でも素晴らしい環境の大学です。

高雄医学大学と姉妹校締結に至った経緯についてお話をします。それは全くの偶然でした。東京医大に異動した2014年の12月、毎年参加しているサンアントニオ乳癌シンポジウムに出席するために、ロサンゼルスで乗り変えた飛行機の中でした。発表の準備のため論文を読んだり寝たりしている時

に、隣に座っていたアジア系の女性に話しかけられました。高雄の乳腺外科のHou先生の奥様Ms. Annでした。論文を読んでいたのが学会の参加者と思って話しかけたことで（読んでいたのが論文でよかった！）、家族の事など他愛もない話をする中で、Hou先生は若い頃、NY州のバッファローのロズウェルパーク癌研究所に留学していて、その時の上司が日本人であったことも伺いました（その縁で高部和明先生が2018年に高雄に招待されることになりました）。Hou先生は別の席に座っていたため、サンアントニオの空港で挨拶をして名刺の交換をしました。その時、Hou先生が台湾の乳癌学会の前理事長であることは知りませんでした。

翌年2015年7月に東京で乳癌学会があつて、来日したHou先生とMs. Annに家内と一緒に宿泊先の丸の内ホテルに挨拶に伺いました。その時に秋の台湾乳癌学会に招待され、9月に家内と一緒に初めて台湾を訪れました。台北での学会の後、高雄に移動して高雄医学大学や関連病院を訪問して歓待いただきました。翌日、高雄の街も案内していただいたのですが、その時に高雄市立歴史博物館を訪れた時の衝撃は忘れられません。建物自体も日本統治時代に建てられた旧市役所で貴重な建造物なのですが、その中にジオラマがありました。それは中国から追われた蒋介石の国民党が、台湾に上陸して各地で台湾人を虐殺した事件、いわゆる228事件の中で、この建物の中で起こった虐殺の一部始終を再現したジオラマでした。日本語が話

せる案内から説明を受けてHou先生とMs. Annと話しながら、日本と関係の深い台湾の歴史を全く知らないことを恥ずかしく思いました。

2016年6月にまた東京で乳癌学会があったため、今度は僕たちがHou先生ご夫婦を案内し、といっても何度も来日されていて名所はよくご存知の様でしたが、地元の寿司屋やお祭りなどにお連れしました。

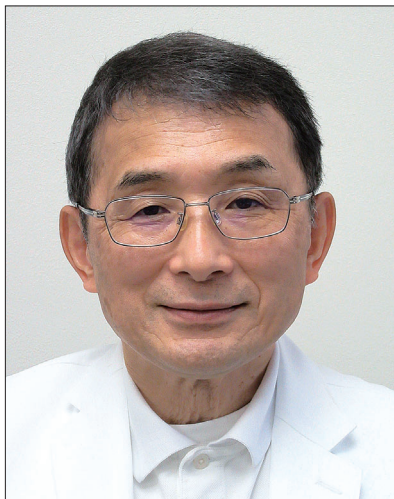
その翌年2017年3月に高雄の国際学会に呼ばれた際には、Hou先生の二人の娘さん達にもお会いしました。お二人はロサンゼルス在住で姉のLindaは内科医、妹のLisaは歯科医で、子供の頃ロサンゼルスに移住したそうです。LindaにはLucasというかわいい男の子がいてご主人も内科医で共働きなので、Ms. Annは孫の世話もあってロサンゼルスと高雄を忙しく往復しています。後で知ったことですが、台湾の偉い先生方のご子息がアメリカで医師をしていることは少なくないようです。羨ましいと思う反面、台湾の置かれている政治的に不安定な状況も感じました。この春の台湾の大統領選挙でも中国からの圧力に抗する台湾の姿を目の当たりにしました。台湾の民主主義が守られることを切に祈ります。

学会の後には家族旅行にご一緒させていただいて、Lucasも家内になつて今は家族ぐるみの付き合いになっています。毎年、台湾か東京でお会いしていて、台湾に行くと家内は学会期間中Ms. Annに連れられて、色んな場所を訪れて色んなものを食べて台湾通になっています。来日した際には、日本を楽しんでいただきたいと思っているのですが、十分にできているかは自信がありません。

このようなHou先生と台湾の先生方との交流から、昨年春、東京医大の国際交流センターの委員会で高雄医学大学のことを紹介しました。偶然にも高雄医学大学のJong学長と東京医科大学の林学長は、研究を通じて面識があることがわかりました。東京の学会で二人が会うことになり、トントン拍子に姉妹校締結の手続きを進めることになりました。大学間でのメールでのやり取りによって、まずは医学生の交流を開始して、それから医師と看護師の交流を進める予定になりました。そこでこの2月、学長の林由紀子教授、国際交流センター長の呼吸器外科の池田徳彦教授を含む5人による1泊2日の弾丸ツアーとなりました。新型コロナウイルスのため、みんなマスク着用で大変忙しい行程でしたが、無事に任務を完了しました。高雄では大勢の関係者が集まって大歓迎を受けましたが、台北の松山空港は中国からの観光客がいなかったためか閑散としていました。

今、僕たちの教室では高雄医科大学と共同研究を準備しています。3月中旬に医局員が短期留学して、3月末に僕が高雄で開かれる国際学会に参加する際にテーマを相談することになっていましたが、コロナウイルス騒ぎでしばらくはメールによるやり取りになりそうです。ぜひ第2外科の先生たちも高雄と高雄医学大学を訪問してみてください。とても温かく熱心な先生方ばかりですので、必ず有意義な共同研究ができると思います。それと共に歴史的に日本と関わりの深い大事な隣国である台湾の歴史を知ることは、日本のアジアにおける立場を考える上でとても大切なことと思います。

3月12日 石川 孝



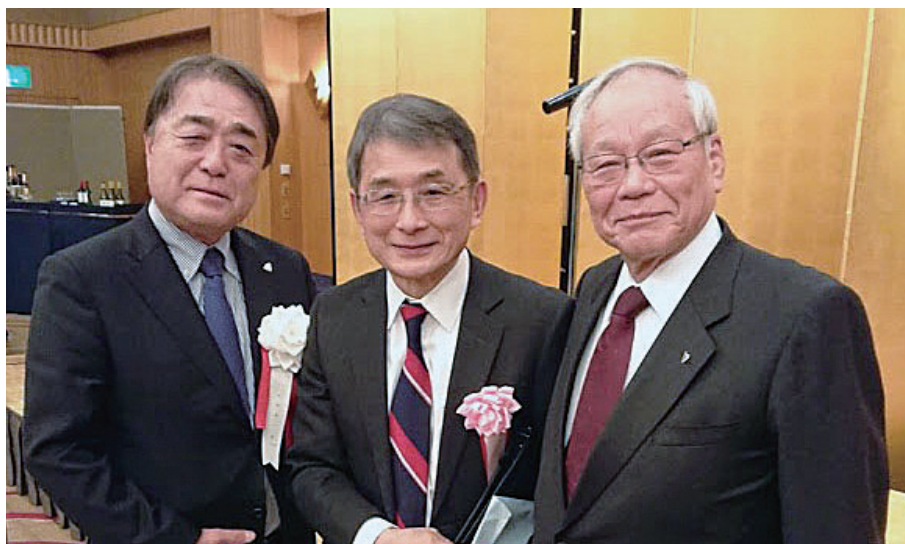
私の外科医としての歩み

池 秀 之

横浜保土ヶ谷中央病院 院長

私が外科医を目指した理由として、母方の叔父が外科医だったことがあります。子供心にあこがれていました。なんとか一浪して市大医学部に入学でき、卒業後の研修は第二外科、第一外科、麻酔科、第二外科と外科系ばかりをローテートし、そのまま第二外科に入局しました。癌研外科に研修に行った同級の古島先生から癌研を薦められ、江口英雄先生から高橋孝先生をお願いしていただき国内留学の道をつけていただきました。癌研の初めの指導医は呼吸器外科の中川健先生で、初日に気管支鏡室につれていかれ見学させていただき少し面喰いました。癌研の2年間の研修のうち7カ月は呼吸器外科の先生にご指導を得たことがDCRとBJSの大腸癌肺転移の論文につながったと思います。癌研で乳癌、胃癌、大腸癌、肺癌、食道癌、

膵癌などの手術、上部内視鏡、下部内視鏡の指導をしていただきました。癌研の手術ではメス、電気メス、剪刀などで切るのは術者で、左手で組織を牽引することの重要性、層を保つことの重要性、ドレーンの重要性、助手がカウンタートラクションをかけること、第2助手が適切な筋鉤を使用して良好な視野を作ることなど手術の基本を教えてくださいました。大学にもどり、土屋教授から直腸癌に対する自律神経温存手術を研究のテーマとしていただき、学位論文とさせていただきました。3年間の大学生活のあとは横浜赤十字病院、横須賀共済病院に勤務させていただきました。横浜赤十字病院に在籍中に松島病院に勤務されていた故河野一郎先生に肛門手術のご指導をいただいたことは肛門の解剖の理解に役立ちました。土屋教授よ



横倉日本医師会長（右）、水野横浜市医師会長（左）と池

り横浜市立市民病院で呼吸器外科の先生が退職されるので、その後任のお話があり、昭和63年に横浜市立市民病院に異動しました。池田典次部長のもとで、消化器外科、呼吸器外科の二股で手術、術後管理に明け暮れました。平成5年3月に山岡医局長より大学にもどらないかという電話があり、大学に復帰させていただくことになりました。嶋田教授より、直腸進行癌に対する骨盤内臓全摘、側方郭清の拡大手術を課題とするように指示をうけ、大木助教授、山口先生、市川先生たちと拡大手術、骨盤内持続温熱還流法、肝動注、門注と朝から深夜まで明け暮れていました。2年間の福浦勤務のあと、平成7年に浦舟病院に異動しました。平成12年にセンター病院が開院しましたが、その準備にもかかわらせていただきました。センター病院では腹腔鏡下手術を藤井正一先生、斎藤修治

先生に担当してもらいました。平成17年に済生会横浜市南部病院に異動することになり、その後14年間勤務しました。南部病院では成井一隆先生と腹腔鏡下大腸手術を始め、その後に斎藤修治先生が赴任され、JCOGへの参加、大腸癌イレウスに対するステント留置に尽力していただきました。大腸癌治療は内視鏡治療、手術療法、化学療法ともこの20年で一変しました。外科では腹腔鏡手術、ロボット手術が普及していますが、志望者が減少しています。しかし、外科手術は自分の手で直接治療させることができるやりがいのある仕事です。今、働き方改革で勤務医の労働時間の削減が言われていますが、多くの患者さんを診て、いろいろ経験することが医師を成長させます。今後は、若い外科医の育成、教育に少しでもお役にたてたらと考えています。



助ける医療から看取る医療へ (外科医療から看取りや 高齢者医療への変遷)

仲 野 明

クローバーホスピタル 総長

老健リハビリセンター クローバーヴィラ 施設長

今この原稿を書いている時は、新型コロナウイルスで日本やWHOが宣言したパンデミックで大変な騒ぎになっており、東京、神奈川でも多数の感染患者の報告がされています。今のところこの感染症が何時終息するのか不明で、夏のオリンピックはついに1年ほどの延期が決定してしまいました。この原稿が同門会誌に掲載される頃には色々な結果が出ていることでしょう。同門会の先生方の健康や経済的被害はいかがだったのでしょうか？

さて今回の投稿の題の意味には、私の外科医としての変遷も関係します。まずはそのことから書き始めます。医療のうち外科を専門職にするような意気込みのある人は、外科は治療学であり常に病気を持った患者さんに対して、メスで直してやる生きがいを旨としている方だと思います。私はそれほど崇高な精神ではなく、昭和時代の外科医が何故かカッコが良かったことが主で自分の手で病気を治せるのは外科だけという思いで外科医の一步を歩み始めたのも事実です。当時は画像の鮮明なCTなどもなく画像診断も未熟であり、手術道具も消化器外科領域でやっと消化管の自動吻合器が開発されつつあり、ほとんどは針と糸だけでいわゆる手縫い手技による吻合でした。その手技は職人のように棟梁（上司）から手術現場で教わることでした。今のように正確な画像診断による術式のシミュレーションもないまま、手術場が勝負の時代でした。そこでは臨機応変の対応力が試され、その結果での達成感で気持ちが高揚していました。

術者は、現在の手術室のように多くの機材や機械（ロボットまで）に埋もれているのではなく、センターに直立した術者が主役でした。特に癌患者さんには、いかに完全に癌病巣を取り切れるが大切で、予後はその術者の技量により決定され、その後の化学療法や放射線治療は、あくまで追加治療で余命延長すらないと当時の外科医は認識していました。特に肝胆膵の悪性疾患ではその傾向が高かったです。その結果として、手術した患者さんはその後のすべてを診なければならないと感じて当時の先輩方の教えもそれが常識とされていました。その後の再発から最後まで診ていました。医療の進歩で、現在は再発しても各種の治療法が選択できるようになり一部は外科医の手から離れてしまいました（腫瘍内科）。またさらにその治療法が無くなった病態でも緩和医療への道、つまり緩和医療医に任せることが出来ます。そのため今の癌外科医（特に消化器外科医）はその最後まで看取することは少なくなっているようです（外来化学療法から再発して在宅医療での看取り医の登場）。確かに外科医が手術のみに専念できるでしょうが、古い外科医である私には何か医師として納得できない気持ちになります。欧米ではかなり前から、私が留学していた30数年でもこのような専門分化は起こっていたことです。さらに専門医制度のためにひたすら手術をこなすことがまずは若手外科医の必須になっていますし、医局としては、その目標数にいかに早く到達できる手術例を提供

できるかどうかに関連病院の評価になっています。確かに外科は技術であるが、やはり人に対する医療の一つでもあるはずで何かが欠落しているように感じます。現状では外科医は、患者と一緒に苦悩するような状況は少ないと思います。医療全体も現在の社会状況の中で色々な過渡期になってきています。

堺屋太一著の『三度目の日本』¹⁾では日本は今年(2020年)に三度目の「敗戦」状態になるだろうと説いている。ここでいう敗戦とは戦争に敗れたことではなく、一国や国民がそれまで信じていた美意識と倫理観が否定されること、つまり価値観が大きく変わることを言っています。世の中の根幹は価値観であり、それは二つの要素からなっていて美意識(何が美しか)と倫理観(何が正しいか)です。それらにより芸術活動や政治・経済活動を行っていくのが社会です。日本の一度目の敗戦は江戸から明治、つまり天下泰平から富国強兵と殖産興業であった江戸時代から明治でした。二度目の敗戦は太平洋戦争で焼け野原となり終戦後の経済成長と官僚主導への変容です。それは官僚が描いた安全、平等、経済成長主義の三つが戦後の目標になりました。安全は平和主義であり、平等はアメリカが教えた民主主義を美化したものでした。その平等とはあらゆる差別はよくないこととされています。しかしその民主主義の権化であるアメリカでも本当はすべて平等ではありません。あえて言うと公正であるが平等ではないと思います。私も留学していた時に実感したことは、白人のボスは仕事に対しての評価は公正であるが、与えられた仕事の内容は他の自国の医師とは平等ではないと思いました。現在の日本の問題は5つあると指摘されていて、一つは少子高齢化、二つ目は地方行政の破綻、三つ目は大不況、四つ目は国際情勢(中国、北朝鮮など)、五つ目は第四次産業革命(ロボット、AI、ビッグデータ)です。現在は三つ目の大不況は予想外に世界に蔓延している新型コロナウイルスにより現実味が現れてきて

います。グローバルな人の移動に伴って、ウイルスが移動し全世界のパンデミックになりグローバルであった経済が最悪な影響を受けました。地方医療についても、これを機に機能分化(病院の差別化)や統一化が進むとも思われます。五つ目では既に外科の現場では導入されているロボットや診断に対するAIさらにビックデータに基づいて病院の医療の均てん化が求められています。2020年の日本にも新型コロナウイルスの感染の蔓延でついに4月7日に安倍首相から7都道府県に緊急事態宣言がなされました。戦前なら戒厳令でしょうが今の日本では法的拘束のない宣言(お願い)になってしまっています。医療や経済は大損害で堺屋太一が予言した太平洋戦争後の官僚支配の破綻による日本の三度目の敗戦がウイルスによってなされようとされています。ウイルス被害に対する経済対策は何となく官僚が作ったものを安倍首相が読み上げている感じです。一強とされている安倍内閣でも政治色が薄く迷走状態の内容でした。もう少しリーダーシップを持ち、将来ある程度批判されるかもしれませんが、大胆で迅速な政策を自分の言葉で話してもらいたかった(多少感情をこめて)と思いました。そのうえ発表の時期もすこし遅いとの印象がありますが、これからが勝負のようです。社会全体が目に見えない恐怖により沈み国民全員が鬱状態のようです。目に見えない病魔による死の恐怖があるのでしょうか。人間はいつか死ぬというイメージは通常は持ちにくいけど、知り合いや著名人の死によりそれが身近に見えてくるものです。

さて、『DEATH「死」とは何か』²⁾はイエール大学のシェリー・ケーガン教授の講義をまとめた本です。中では「生まれてきた者全てが最終的に死を迎える。これは必然でありこの事実から逃れられる者はいない。この宿命を持つ全ての者が自らの死生観を持つ必要がある」と述べられている。医師は常にこの「死」を日常診療のなかで遭遇しています。それゆえ我々臨床医は死生学について

学ぶ必要があると思います。現在の新型コロナのように単なる風邪症状から急速に悪化して死に至ることがあることから、その準備がされていないため死への恐怖心は強いように思われます。このように「風邪でも死ぬ」だとしても特に若者には覚悟は出来てないように考えます。高齢者に死亡のリスクが高いのは多少このウイルスは人間の死生観に配慮しているのかとも思っています（ウイルスには意思や意図もないですが）。最近、厚生労働省より「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成されています。そこではACP（Advance Care Planning）の考え方が基礎になっています。ここでは入院や在宅において繰り返し本人や家族との間で「死」についての話し合いの機会を作り、その覚悟や迎え方について話すこととされています。当初は当惑などありますが、話し合いを繰り返すことで自分の「死」までの治療方針や、それまでの生き方を決めていくことです。自分の最期を想像することです。また医師としての死生観も重要なことです。医師として「死」そのものをどのように伝えられるかがポイントです。そのためにはこのシェリー先生の本はヒントを与えてくれます。本の中での第7講では、「私たちが死ぬまでに考えておくべき「死」にまつわる6つの問題」を掲げており、その始めの1)が「死は絶対に避けられない」という事実を巡る考察から6)の内容は「生と死の組み合わせによる相互作用」があると書かれています。その間の論理の流れは明快です。すべての人が死ぬことは必然であり、そのことが良いか？ 悪いか？ の考察があり、

究極的な真理である寿命は平等か？ についても論議されています。時間軸と境遇の良さでのグラフでの解説は理数系の頭には判りやすい。第8講の「死に直面しながら生きる」の中では死に対する3つの立場として挙げられていて、1は「死とそれに対する「恐れ」の考察」、2は「いずれ死ぬ私たち一人人生で何をするべきか」、3は「死を免れない私たちに採れる最高の人生戦略」である。その中には運命とか宗教についての考察もされている。最後の9講では「自殺」について考察があり、「自殺は常に正当であるわけではないが、正当な場合もある」との結論であり、まったくもつて自殺を否定するものではないとの考察は現代の死生学に問題点を挙げている。この本の全体は大学生向けの哲学講義であり、若い人に「死」について講義している内容であり、また対象が米国人であることから多少日本人の死生観とは異なることもありますが、一度は読むと勉強になり現実の医療の看取りやACPにも参考になります。

多くの人々が外出制限され籠っています。二つの本を紹介しながら、外科医療の前線から撤退し高齢者医療や介護の現場にいる医者が、多くの看取りを経験するようになり勝手に書かせて頂きました。

紹介した本：

- 1) 三度目の日本－幕末、敗戦、平成を超えて
堺屋太一著 2019年5月10日 祥伝社新書
- 2) DEARH「死」とは何か シェリー・ケーガン著
2018年10月10日 文響社



シミュレーションセンター 開設12年を迎えて

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

本誌には毎年、医学教育に関する内容の寄稿させて頂いていますが、今回は附属病院のシミュレーションセンターについて寄稿させていただきます。当センターは開設して12年を過ぎましたが、開設時からセンター長を拝命しており12年間の経過や今後の計画について述べさせていただきます。

シミュレーションセンターの開設

当センターは2007年7月附属病院の施設として開設しました。計画の段階から当時医学部長をされていた嶋田紘名誉教授の多大なご尽力があったと記憶しています。現在では多くの医学部に同様の施設が設置されていますが、当時は最新で画期的な施設であり開設後は多くの大学病院から施設見学の依頼がありました。

当センターは医学部の実習室を大改装し、既存のシミュレーターに加えて最新のシミュレーターを数多く購入して頂き開設に至りました。施設面積は約400m²で開設当時は大きな施設と感じていましたが、利用者や所有するシミュレーターの増加に伴い、かなり手狭に感じています。開設時のスタッフは自分の他に、救命救急部の中村京太先生（現大阪大学特任教授）と看護師の3名でスタートしました。開設当時に苦労したことは、利用者が医学生、医師、看護師、その他の職員、学外関係者など多岐に渡るため、利用に関するルールや使用料や予算などが定まっていなかったことです。いろいろな部署の方がそれぞれの立場で発言するので、まさ

しく「カオス」状態でした。この問題を解決するために多くの方々と話し合いを行い、少しずつ規約を作成しました。予算については運営費や消耗品の購入にはあまり苦労はしませんでした。新たなシミュレーターを購入するには附属病院から予算がつかずに苦労しました。そもそもシミュレーションセンターの認知度が低く、予算の説明の前にセンターの概要から説明する必要があり苦労しました。

開設から現在までの経過

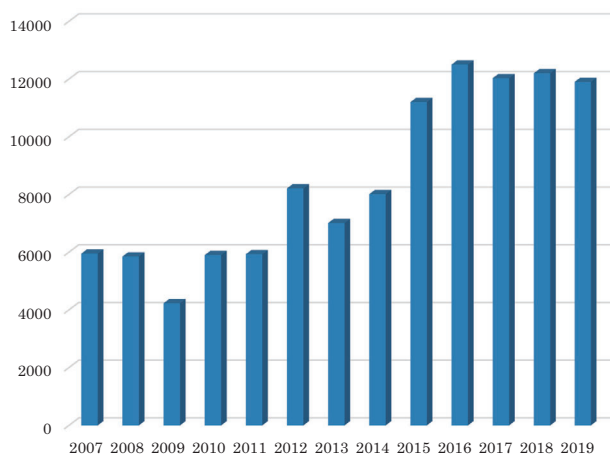
2007年に3名体制で運営を開始しましたが、2016年に中村先生がセンター病院に移動となり、その後は自分の他に看護師1名と事務担当1名の3名体制で運営をしています。センターの業務は附属病院の職員の講習会や医学部の実習だけではなく、多種職の方が多様な講習会や研修会で利用するため、業務内容が複雑でシミュレーターの管理やメンテナンスだけでも非常に手間がかかります。このためスタッフが退職されると後任の適任者を探すのに非常に苦労しました。

2019年より黒澤さん（看護師）と二瓶さん（事務）がシミュレーションセンターの複雑で雑多な業務をこなしています。開設当初は認知度が低かった当センターも長年の功績が認められ、今年は晴れて「病院長賞」を受賞しました（写真）。



シミュレーションセンターが2019年の病院長賞を受賞しました。病院長と現スタッフのお二人（二瓶さん、相原病院長、黒澤さん）。

シミュレーションセンターの学内での認知度の上昇とともに、利用者は着実に増加しました。開設時は年間6,000人程度でしたが、少しずつ利用者は増え今では年間12,000人程度で安定しています。この数字は国内のトップクラスの利用人数です。ちなみにGoogleで「シミュレーションセンター」を検索すると必ず上位に出てきます。これだけで満足するわけにはいきませんが、認知度が上がり利用者が増えたためと考察しています。



シミュレーションセンター利用人数の年次推移

外科寺子屋（外科手術手技講習会）

2008年より医学生や研修医を対象にした外科手術手技講習会を始めました。きっかけはこの充実した施設を用いて教育に役立てたいということ以外に、外科医のリクルートを卒前の早い段階から始めようと考えたからです。毎月1回第3土曜日の14時から17時まで（7月8月は休会で年1回）というスケジュールで継続し、2020年2月で100回になります。毎回15名程度の参加者があり、この間に多くの医学生が卒業し初期研修を終了しました。「寺子屋生」は70%は外科系、45%は外科に進んでおり、個人的には満足しています。しかしながら慢性的な講師不足という問題があり、現在は自分以外に小坂隆司先生（平成12年卒）と三上太郎先生（形成外科）に定期的に参加して頂いていますが、今後この講習会をさらに継続していくには、この課題を解決する必要があります。

安全で質の高い医療を提供するために。

公立大学法人 横浜市立大学附属病院
シミュレーションセンター

トップページ	センター内設備	ご利用方法	備品一覧	外科寺子屋
--------	---------	-------	------	-------

トップ > 外科寺子屋

外科寺子屋

下は、2020年2月に開催した際の練習の様子です。
消化器外科の小坂先生の指導のもと、腸管を縫合しているのは3年生、4年生、5年生の学生です。

採血練習は学生のリクエストで行いました。
その他、要望に合わせて練習もできますのでお気軽にご相談ください。
その際は、準備等もありますので事前にご相談いただくと幸いです。

シミュレーションセンターのHPより。
「外科寺子屋」が紹介されています。

キッズセミナー（ブラックジャックセミナー）

シミュレーションセンターの役割の一つである「地域貢献」を目的として2008年よりキッズセミナー（現ブラックジャックセミナー）を毎年7月末に開催しています。2019年で11回目の開催となりました。開催には第1回よりジョンソン・エンド・ジョンソン他多くの企業の方と附属病院の医師、看護師。事務の方々のご協力を頂いています。セミナーへの参加は市内の小中学生を対象にして42名を募集していますが、毎回200から300名の応募があり人気のイベントになっています。セミナー終了後のアンケートでも非常に満足度は高く保護者からも多くの感謝の言葉を頂いています。しかしながらこのセミナーが地域貢献以外の意義として、「医師（外科医）を増やしているか？」という大きな命題があります。そこで過去11回の参加者の進路に関するアンケート調査を行い、第81回日本臨床外科学会総会（高知市）のパネルディスカッションで発表させて頂きました。結果は大学進学者71名中5名（7.0%）が医学部に進学していました。この7%という結果は決して高い数字とは言えませんが、2018年の医学部進学率は0.8%という狭き門であることを考えると多少の意義は有ったものと考えています。考察は非常に難しいと思いますが、大学側からは地域貢献の意義は大きいと評価して頂いており今後も継続していく方針です。



第6回セミナー（2013年）より
（6人グループで7つのステーションを体験します）

国立シンガポール大学CHSとの友好

本学の方針の一つでもある「グローバル化」実現するために当センターでは国立シンガポール大学のCHS（Centre of Healthcare Simulation）との交流をはじめました。昨年の同門会誌でも報告しましたが、2018年より本学の学生と教員の派遣が始まり、2019年は12名の学生が2週間のシミュレーションプログラムをNUSの学生とともに修了しました。2020年は18名の学生が同プログラムに参加予定です。このプログラムは学生の中でも人気が高く参加希望者も多いため面接で参加者を選考しています。今後はNUSからも本学の実習に参加できるプログラムの作製をしていきたいと思っています。このためには医学部の英語力のアップとシミュレーションセンターのさらなる充実が今後の課題です。



前列は筆者、小坂隆司先生（平成12年卒）、Suresh Pillai先生（NUS）、中村京太先生（大阪大学）、酒井拓磨先生（救命救急）、後列は横浜市大の学生とNUSの学生。小坂先生にはシミュレーションセンター長を引き継いで頂きたいと考えていますが、この写真と見るたびに少し心配になります。

シミュレーションセンターの今後の課題

12年間で自分なりに当センターを発展できたと考えていますが、最後に今後の課題について述べさせていただきます。一つ目はセンターの拡張です。医学科の定員が1学年90名（開設当時は60名）に増員してからは医学部の実習はかなり手狭に感じています。また所有している高機能シミュレーターも増えつつあり、保管場所や倉庫のスペースも不十分です。一時的な対応として隣接しているC4実習室を活用しています。この実習室は多目的教室として昨年改装しましたが機能性が高く、有効利用させて頂いています。しかしながら施設の拡張は必ず解決すべき問題として考えています。二つ目は高機能シミュレーターを新規購入や買い替えをする方略です。腹腔鏡だけではなく、内視鏡や血管造影など多くの分野で1500万円以上の高価なシミュレーターが開発

され、各科から購入の要望が出ています。しかしシミュレーターは医療機器の様な「稼ぐ機器」ではなく、あくまで教育機器なので附属病院の予算で購入するには障壁があります。また医学部の教育予算としては高価すぎてとても単年度の予算では購入できません。そこで始めたのが「募金」です。当初はとても無理かなと思いましたが、「YCUシミュレーションセンター募金」として開始して3年目の来年度にはダビンチのシミュレーター購入の目途が立ちました。その他に運営委員会を開催し必要度の高いシミュレーターに優先順位をつけて各科公平に購入するシステムを作りました。今後は募金のみには頼らずに購入できるようなシステムを考えていきたいと思いますが、皆様のご支援も必要ですので温かいご支援をお願いいたします。