

東大病院だより

表題：海野濤山書

No. 68



寅
2010年
新年特別号

hd 東大病院
The University of Tokyo Hospital

CONTENTS

- ◆病院だより「年頭にあたっての挨拶」……………(武谷) ……2
- ◆新外来棟および新入院棟の完成に貢献された
黒川高秀元病院長を悼む ……………(加我) ……3
- ◆立体駐車場建設工事に伴う埋蔵文化財調査 ……(三浦) ……4
- ◆あなたの足、腰、健康ですか？ ～うすく始めるロコモ予防～ ……5
- ◆東大病院から世界へ発信
新しい病気の発見、原因の解明、診断機器・治療剤の開発 - (10)
20. 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ……(目土管原田村) ……6
- ◆第3回(平成21年度後期)東大精神ヘルスマップについて ……5
- ◆平成21年度東大病院海外研修報告……………(葛城) ……9
- ◆医学歴史ミュージアムの紹介 (14)
— 齋藤茂吉記念館 (その1) —……………(加我) ……11
- ◆東京大学医学部附属病院の最近50年の歴史 (その7) ……15
- ◆表紙「虎と竹の図」の説明 ……………16
- ◆出来事 (12月から1月) ……………16

病院だより「年頭にあたっての挨拶」



病院長 武谷 雄二

さまざまな価値観のなかで、何よりも優先すべきことは健康であることに異論を唱える人はまずいないでしょう。言い換えますと私たちが最も関心があるのは自身の健康であります。医療は治安や防災に与る警察、消防と同様に、安全で安心できる社会を支える基盤を提供するものであります。私たちは皆が快適に生きがいをもって生活できる社会を理想としていますが、その中心となる要件は、だれもが、いつでも、どこでも質の高い医療にアクセスできるということであります。

ところが、我が国の右肩上がりの経済成長が失速してから、私どもの医療が上述の基本的条件を満たすことができなくなり、世間で医療危機、医療崩壊などと叫ばれる事態に陥っております。戦後、驚異の経済復興をなし得、世界的に近代的先進国家として羨望のまなこで見られてきた我が国が、そのための基本的条件であります安心して暮らせる社会から遠のきつつあるというのは大変残念でなりません。

我が国の医療が機能不全をきたしつつある理由はいくつかあります。まず、医療は日進月歩であります。その速度に比例し、あるいは進歩のスピード以上にコストがかかるようになり、我が国のGDP（国内総生産）のなかでの医療の進歩に見合う経済的負担が困難となってきたことがあげられます。この点に関して、わが国は先進諸国のなかではGDPの内訳で総医療費の占める比率は最も低い国といわれています。また、医療に強く求められる安全性に費やされるコストは安全性の向上率に対して指数関数的に増加するともいわれており、安全性を十分に保証する人員と財政面でのリソースが確保できにくくなっています。これらに加え、世界各国の中でいち早く少子高齢化社会に到達した我が国は、そのような人口構成に相応した国民の医療ニーズを充足させるためには世界でもっとも高い医療費が必要となっています。このように、私どもが直面している医療事情の背景には我が国特有の経済状況、人口動態、国家予算の配分、医療に対する国民の期待度などさまざまな要因が複雑に絡み合っています。

一方、医療の質を高めたいという国民の希望、あるいは医療の現状に関する社会の理解は徐々に高まっております。各界、各領域から医療に関する議論がわきあがって

り、かつて今ほど医療について社会全体が真剣に考えた時期はなかったのではないのでしょうか。このことはとりも直さず医療に対する国民の期待がいかに高いかを物語っているものでしょう。

ともすれば、これまでの医療は医療提供者主導で治療法を決定し、治療を受ける側は受け身になっていました。ところが、当然のことですが、いまでは医療は十分な情報を得たのちに患者自身が自主的に判断する時代になっております。このような時代を迎え、どのような医療が望ましいか、どのような医療を作り上げるかということに関しても国民全体が考えていかなければならなくなったともいえましょう。

昨今、多くの病院が経営難に直面し、大胆な経営努力が叫ばれています。しかし、経営状況が良好な病院が必ずしも良い病院とはいえません。病院の経営の合理化は必要ですが、他方、病院は一部の人の利益に資するものではなく、すべての人々に公平に優しい施設としてみんなで育てていくものであります。従って、一般の営利企業と異なり、経済性のみで淘汰されるべきものではありません。医療人はそのような大切な使命を自覚し、人道にかかった活動を行うことで社会に根ざし、社会との信頼関係を築いていかなければなりません。

今年も医療を取り巻く環境は厳しいものであります。一方、東大病院は高度で質の高い医療を行うとともに、医学の教育、研究を通じ我が国の医療の現在、未来にとって大きな責任を負っています。本来の使命を果たさないと東大病院といえども将来の存続、発展が約束されないこととなります。東大病院がかけがえのない使命を帯びていることを職員各位が自覚し、職務に精励することでその存在意義をアピールできれば、必ず多くの支援が得られるものと確信しております。

東大病院では、多数の職種の職員で構成されている総合的機能を備えた特定機能病院として多様な医療が展開されております。いわばさまざまな問題を抱えた我が国の医療の縮図にもたとえられます。そのため多くの方々から医療に何を求め、何に不満をもっておられるのかがよく理解できる立場にあり、率先して国民の目線で国民の医療に対するニーズに応えられるように努めていくのが東大病院に勤務している私どもに課せられた重要な役目といえます。そして、このような私どもの地道な努力が混迷する我が国の医療における一灯となり、やがてそれが医療界全体を明るくすることができることを願っております。

職員一同、混乱を極める我が国の医療界における東大病院の社会的役割の重要性を胸に刻み、本年も皆様方に奉仕できますことを喜びといたすものであります。何とぞご支援を賜りますようお願い申し上げます。

新外来棟および新入院棟の完成に貢献された黒川高秀元病院長を悼む

東大病院だより前編集長・現顧問
東京大学名誉教授 加我君孝

東大病院元病院長、東大医学部元医学部長、東京大学名誉教授の黒川高秀先生（整形外科）は、平成21年12月12日肺炎のため東京都小金井市の桜町病院で亡くなりました。

平成4年、当時の病院長の黒川高秀先生の時代、東大病院はそれまでの薬剤の購入他で支払い困難となり財政困難に直面しました。この困難を乗り越えるために黒川高秀病院長のリーダーシップのもと、支払いの費用にあてるため各科の委任経理金を借りて返済するという前代未聞の出来事が起きました。幸いこの困難は乗り越え、翌年には500万円の黒字になったことが平成5年に発刊された東大病院だより第1号に記事があります。

黒川高秀先生はエネルギーに東大病院と東大医学部の発展のために取り組まれ、現在ある近代的な東大病院の建築の恩人であります。それまでの外来も病棟も古く評判の悪かった東大病院の再建のために努力し、平成6年に新外来棟が完成しました。さらに新入院棟の設計、予算の獲得、新築に情熱を注ぎ、平成12年の完成に導きました。新入院棟の建築に当たっては文部省と交渉し、それまでの文部省の基準では、その頃新築された他の国立大学の附属病

院の規模とアメニティのものしか出来ないとし、理想の病院を作るために基準のワクにこだわらないことを求め、遂に現在の入院棟が完成したのです。それ以前に完成した外来棟も広々とした現代的な病院になっています。

東大病院だよりは、初め黒川高秀先生が考え、武藤徹一郎病院長の時代の平成5年5月25日に第1号のゼロックスコピーから始まり、7年後の平成12年に当時の病院長であった武谷雄二先生の支援によりカラー化され現在に至ります。

整形外科では、脊椎外科を専門として電気生理学的に神経を同定しながらの手術とロシアの脚延長術を行っておられました。趣味として先生は車好きでスピード狂的な意外な面があり、カローラレピンを愛車としてしばしば高速道路をとばしておられました。

最後に、黒川高秀先生は病院長、医学部長を歴任し、かつ整形外科の教授で多忙であったにもかかわらず、東大病院で実習をした医学部学生のレポートに沢山の朱を入れて真っ赤にして返した教育熱心な教官でありました。このような実績から歴史に長く残る教授として今後も語り伝えられることと思われま

ここに御冥福をお祈り申し上げます。



故 黒川高秀先生



平成6年6月25日
東大病院新外来棟竣工記念祝賀会で
医学部長として挨拶する黒川高秀先生

立体駐車場建設工事に伴う埋蔵文化財調査

2009.12～2010.2

立体駐車場建設工事に伴う埋蔵文化財調査現場から 富山藩上屋敷（江戸時代）の貴重な遺産 「耳カワラケ」と「一分金」が発見される

旧中央棟北側での立体駐車場建設に先立ち、昨年12月から本年2月までの予定で、本学埋蔵文化財調査室により、埋蔵文化財調査が進められている現場から、多量の遺物とともに「耳カワラケ」と「一分金」が発見されたとの報告が埋蔵文化財調査室 追川吉生助手から東大病院だより編集担当へ寄せられた。

これらの遺物は、250年以上の年月が経った今も変わらぬ金色の輝きを放ち、いずれも発掘で出土することは大変珍しいものである。「耳カワラケ」は、金泥または金箔が施されていた痕跡が残っており、当時儀礼を伴う食事の場で用いられた。「一分金」は、江戸時代に流通した長方形の金貨で、表面上部に扇枠に五三の桐紋、中央部に「一分」、下部に五三の桐紋が刻印されている。裏面には、当時、大判を除く、すべての金貨の鑄造を行っていた金座の後藤庄三郎光次の「光次」の花押が刻印されている。

また、藩邸内の食生活を知る資料としてアワビの貝殻等の食物残滓が発掘された。

今回の発見は、新鮮な驚きと感動に満ちた新年のトピックスとなった。（東大病院だより編集担当 三浦）

出土された埋蔵文化財



耳カワラケ



一分金



埋蔵文化財調査現場



耳カワラケと一分金が発見された地下室

あなたの足・腰、健康ですか？ ～今すぐ始めるロコモ予防～

ロコモティブシンドローム：locomotive syndrome（ロコモ）をご存知でしょうか。運動器症候群とも呼ばれ、骨や関節、筋肉など体を動かすための仕組みである運動器の障害により、「要介護」になるリスクが高い状態のことをいいます。加齢などで運動器の働きが衰えることがロコモになる主な原因です。

近年日本は高齢化が進み、ロコモになる人が増えています。年齢を重ねると特に、身体の動く部分、関節や背骨に問題がおこり身体を動かすのがつらくなりますが、だからといって、動かさないでいるとますます運動器が衰え、ロコモの症状は進行します。ロコモを予防するためには、日ごろから関節や背骨にやさしい適度な運動を心がける必要があります。

次の7つのロコチェックの内、一つでも当てはまれば、ロコモの心配があります。新年を迎えるのを機に、あなたもロコモーショントレーニング（ロコトレ）を始めましょう！

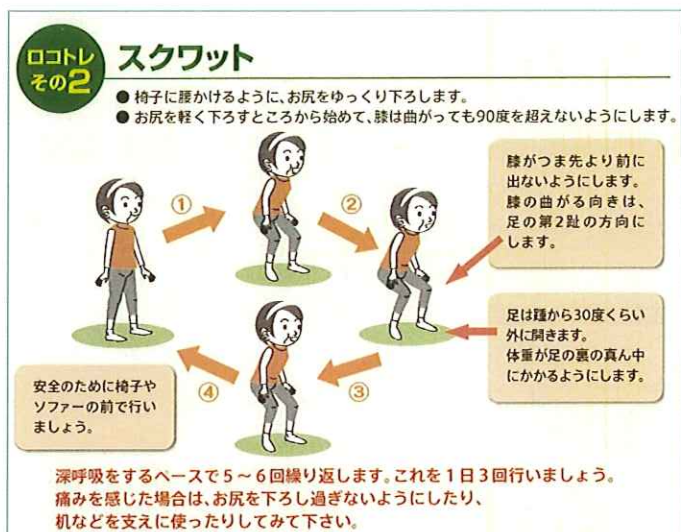
7つのロコチェック

- 1) 片脚立ちで靴下がはけない
- 2) 家の中でつまずいたり滑ったりする
- 3) 階段を上るのに手すりが必要である
- 4) 横断歩道を青信号で渡りきれない
- 5) 15分くらい続けて歩けない
- 6) 2kg程度の買い物（1リットルの牛乳パック2個程度）をして持ち帰るのが困難である
- 7) 家の中のやや重い仕事（掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど）が困難である

その1 開眼片脚立ち



その2 スクワット



その3 その他のロコトレ



ロコトレ（社団法人日本整形外科学会「ロコモパンフレット2010年度版」より抜粋）

http://www.joa.or.jp/jp/media/locomo/locomo_pamphlet.pdf

東大病院から世界へ発信

—新しい病気の発見、原因の解明、診断機器・治療薬剤の開発— (10)

20. 肝胆膵外科・人工臓器移植外科

教授 國土典宏
准教授 菅原寧彦
助教 田村純人

当教室は明治26年に始まる外科学第二講座（初代教授佐藤三吉先生）を母体としています。教室の発展の中で胸部外科（第5代教授木本誠二先生）、小児外科（第7代教授石田正統先生）が診療内容の充実と共に独立・発展しました。第9代教授出月康夫先生の時代には全国に先駆けて内視鏡下胆嚢摘出術が導入されるなど、第二外科は臨床面で新進気鋭の気風を持ち味としています。第10代教授幕内雅敏先生が平成6年に着任されたのち、教室は肝胆膵外科を専門とする方向に大きく舵を切り、平成9年より肝胆膵外科、人工臓器移植外科の二つの講座を担当しています。

今回は、当科で行われている肝移植について述べさせていただきます。

当科の肝移植

前教授の幕内雅敏先生は、1993年に前任地の信州大学に於いて世界初の成人間の生体肝移植を成功裏に施行されました¹⁾。東京大学に着任されたのち、1996年1月に東大病院での第一例目の生体肝移植を施行されています。その後、着実に症例を積み重ね、世界有数の施設として今日の地位を築き上げました。

2008年末には成人症例は350例に達し、肝移植数で国内2番目、生存率で全国平均を12-16%上回る成績（5年生存率86%）を維持しています。2001年に脳死肝移植実施施設として認定され、現在まで9例の脳死肝移植が行われています。

肝細胞癌とC型肝炎に対する成人生体肝移植

現在、肝細胞癌とC型肝炎症例で成人症例の約4割を占め、重要な課題となっています。

C型肝炎は肝移植後の免疫抑制下にあってもほぼ100%再感染しますが、当科では緻密な術後管理により pre-emptive approach によるインターフェロン治療を導入し、5年生存率は79%、抗ウイルス療法の効果を示す SVR 率は現時点で34%と良好な成果を上げています²⁾。

肝細胞癌に対してはミラノ基準が世界的に広く普及し、本邦では保険適用の基準とされています。同基準は単発ならば直径5cm以下、多発ならば3個以下で最大径が3cm以下の場合、癌の無い肝移植適用症例に比べても遜色のない成績が得られるとの1996年の報告に基づくものですが、当科では、より範囲の広い独自の「5-5ルール」（最大腫瘍径5cm以下、5個以下）を採用し、より多くの患者に肝移植の機会を提供しています³⁾。同基準内での3年無再発生存率は94%であり、ミラノ基準に固執する意義は薄れつつあることを示す重要なエビデンスとして認識されています。

劇症肝炎に対する肝移植

意識障害を伴う急性肝炎、いわゆる劇症肝炎に対し肝移植は非常に有効な治療手段です。

全国調査集計結果によれば、内科治療による急性型、亜急性型の劇症肝炎の救命率はそれぞれ50%、13%であるのに対し、肝移植による救命率は86%、67%でした。当科では2007年末までの間に劇症肝炎36例に対し生体肝移植症例を施行し、5年無生存率は87%です⁴⁾。脳死肝移植は3例を施行し全例生存中です。

外来で精査を開始する慢性肝不全症例とは趣きが大きく異なり、劇症肝炎では意識障害を含む急速な病状の進行を前に、ICUでの血液浄化を含む呼吸循環の全身管理とドナー候補の評価を同時に行う必要があります。他施設からのコンサルトも多く、将来は3次救急の一部分として肝移植も可能な「急性肝不全センター」を整備することにより東大病院のますますの発展に寄与できる部分が大いのではないかと考えています。

生体ドナーの安全

さて、ここまでレシピエントの疾患に焦点を当てて述べてきましたが、実は、生体肝移植でもっとも重要なのは、ドナーです⁵⁾。

本来健康である生体ドナーに生じる合併症や社会復帰への影響は大きな問題であり、国際的に標準化された基準を用いて評価し、真摯に向き合う必要があります^{6,7)}。一般の消化器外科での癌等に対する手術は、手術が無事に済めば成功であると思うことが許されますが、生体ドナーではレシピエントの生死如何に関わら

ず手術創は残りますし、そもそも本人の健康にとっては益する部分のあり得ない手術です。したがって完璧に安全な手術が望めるよう厳格に術前評価を行うこと、そして専門の移植コーディネータのガイダンスのもとに社会的な注意をはらうなど、全国に先駆けて体制を整えてきました⁸⁾。さらに、提供される肝臓の体積や血流を正確に評価し、スタッフ全体で情報を共有できるように肝切除シミュレーション技術を導入し(図1)⁹⁾、また、ドナー側に多くの血管を残しても無理のないレシピエント手術が可能のように、組織バンク¹⁰⁾より他家血管グラフト(ホモグラフト)の提供を受ける等(図2)、安全性を高める様々な技術を積極的に導入してきました^{11,12)}。

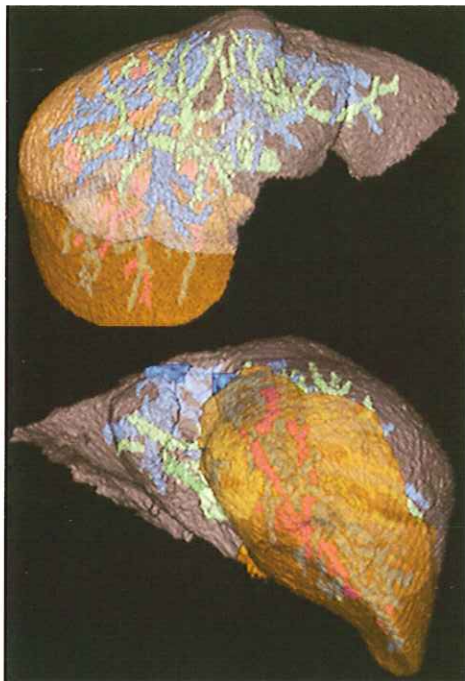


図1 生体肝移植ドナー肝切除のコンピュータシミュレーション

当院での肝移植医療の今後

以上、当科の生体肝移植を中心に述べましたが、我々は生体ドナーの活用は脳死ドナー不足に対する一時的な回答であると強く認識しています。本邦の脳死ドナー不足がいつの日か解消されることを願ってやみません。

また、すこし観点の異なる問題ですが、外科医不足の移植医療への影響を看過することはできません。現状では、組織バンクの活動や脳死下での臓器摘出に携わる外科医は深夜や未明の動員であるにもかかわらず、報酬や労災補償の規定はなく、情熱と信念に支えられたボランティアスタッフでの活動が実情です。これは一診療科を越えた問題であり、移植医療の健全な発展には院内外の関係者のご協力を頂いての改善が必要と思っています。

参考文献

1. Hashikura Y, Makuuchi M, Kawasaki S, Matsunami H, Ikegami T, Nakazawa Y, et al. Successful living related partial liver transplantation to an adult patient. *Lancet* 1994; 343: 1233-4.
2. Tamura S, Sugawara Y, Yamashiki N, Kaneko J, Kokudo N, Makuuchi M. Pre-emptive antiviral therapy in living donor liver transplantation for hepatitis C: observation based on a single-center experience. *Transpl Int*. 2009 Dec 15. [Epub ahead of print]
3. Sugawara Y, Tamura S, Makuuchi M. Living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Tokyo University series. *Dig Dis*. 2007; 25(4): 310-2.
4. Matsui Y, Sugawara Y, Yamashiki N, Kaneko J, Tamura S, Togashi J, Makuuchi M, Kokudo N. Living donor liver transplantation for fulminant hepatic failure. *Hepatol Res*. 2008; 38(10): 987-96.

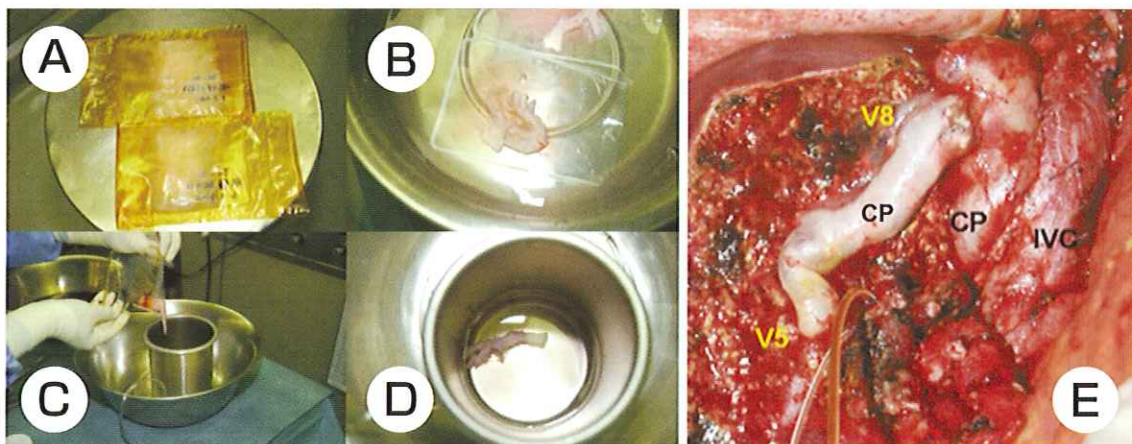


図2

- A 東大組織バンクに凍結保存された他家ヒト血管グラフト(ホモグラフト)
- B 手術室で使用のため解凍
- C 解凍後の洗浄
- D 完全に解凍され、肝グラフトバックテーブルチームに手渡される状態
- E ドナーに中肝静脈を温存した右肝グラフトに使用され、血流が再開した状態。(V8, V5: 中肝静脈の分枝、CP: ホモグラフト、IVC: 下大静脈)

5. Tamura S, Kokudo N. Donor evaluation and hepatectomy for living donor liver transplantation. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2008; 15(2): 79-91.
6. Tamura S, Sugawara Y, Kaneko J, Yamashiki N, Kishi Y, Matsui Y, Kokudo N, Makuuchi M. Systematic grading of surgical complications in live liver donors according to Clavien's system. Transplant International 2006;19(12): 982-7.
7. Tamura S, Sugawara Y, Kokudo N, Makuuchi M. Systematic Grading of Morbidity After Living Donation for Liver Transplantation. Gastroenterology. 2008; 13(5): 1804
8. Yamashiki N, Sugawara Y, Tamura S, Kaneko J, Nojiri K, Omata M, Makuuchi M. Selection of liver-transplant candidates for adult-to-adult living donor liver transplantation as the only surgical option for end-stage liver disease. Liver Transplantation. 2006; 12(7): 1077-83.
9. Satou S, Sugawara Y, Tamura S, Kishi Y, Kaneko J, Matsui Y, Kokudo N, Makuuchi M. Three-dimensional computed tomography for planning donor hepatectomy. Transplant Proc. 2007; 39(1): 145-9.
10. <http://uttb.umin.ac.jp/> (accessed Jan 16th, 2010).
11. Kokudo N, Imamura H, Sano K, Zhang K, Hasegawa K, Sugawara Y, Makuuchi M. Ultrasonically assisted retro-hepatic dissection for a liver hanging maneuver. Ann Surg. 2005; 242(5): 651-4.
12. Sugawara Y, Makuuchi M, Sano K, Imamura H, Kaneko J, Ohkubo T, Matsui Y, Kokudo N. Vein reconstruction in modified right liver graft for living donor liver transplantation. Ann Surg. 2003; 237(2): 180-5

第3回（平成21年度後期）東大病院ベストスタッフ賞について

第3回（平成21年度後期）東大病院ベストスタッフ賞が、平成21年12月28日（月）16時20分から管理・研究棟2階第一会議室で執り行われ、武谷雄二病院長から今回選出された18名の教職員に「東大病院ベストスタッフ賞」が授与された。

今回の授章でも同年7月16日の第2回授章式と同様に病院の質や評価を高めることに大いに貢献していながら、なかなか多くの人に気付かれないような職員を顕彰し、病院の至宝として選出された教職員に心より感謝と賞賛の気持ちが表された。



第3回（平成21年度後期）東大病院ベストスタッフ賞の表彰式
平成21年12月28日（月） 管理研究棟2階 第一会議室

平成21年度東大病院海外研修報告

光学医療診療部 准教授 藤城 光 弘

はじめに

このたび、私どもは、総合研修センターにより開催される職員研修の一環として、平成21年11月2日から8日の7日間、米国ロサンゼルスでの海外研修に参加する機会を得た。今年度の海外研修は、継続教育制度、院内感染対策を主テーマとして実施され、研修参加者は、医師（藤城光弘（代表））、看護師（毛利美礼（副代表）、川上知美、村上智子）、臨床検査技師（佐々木賀津乃）、診療放射線技師（渡辺靖志（副代表））、臨床工学技士（新美保子）、管理栄養士（澤田実佳）、事務系職員（荘野典文）の9名であった（写真1）。主な研修内容として、ロサンゼルスで継続教育に定評がある病院（プロピデンス・リトルカンパニー・オブ・メリー病院、カリフォルニア州立ロサンゼルス校（UCLA）付属ロナルドレーガン病院、ロサンゼルス小児病院、プロピデンス・セント・ジョセフ・メディカルセンターの各病院）を訪問し、病院スタッフによる講義に引き続き、病院視察を行った。本研修の特徴は、様々な職種の病院職員が一堂に会し研修を行う点にあり、それぞれの立場から繰り出される専門職ならではの意見交換は、普段とは違った視点で病院や医療のあり方を考え直す大変有意義な機会であった。



写真1

米国の医療制度

オバマ政権となり、国民皆保険制度の導入についての記事が新聞紙上を賑わせているように、米国と日本の医療制度における最大の違いは国民皆保険の有無である。米国では、民間保険に加入する金銭的な余裕のある高所得者層と公的保険（メディケア、メディケイド）に加入できる高齢者、身体障害者、低所得者などを除く、いわゆる中間所得者層の多くは医療保険に加入していない。2007年の無保険者数は4,500万人超とされ、人口の15%を占める。無保険者は、病気になってもなかなか病院を受診することとはなく、どうしても我慢できなくなった状態で公立病院の救急外来を受診する。当然、高額な医療費を払えず回収不能となる。回収不能の医療費は年間500億ドル（約4.5兆円）ともいわれ、総医療費の5%に及ぶ。高い高いといわれる日本の国民総医療費が33兆円（2007年）。しかし、これは米国の比ではなく（2兆2412億ドル（約200兆円））、総医療費の年次推移をみると、日本では微増にすぎないが、米国ではここ10年で2倍以上に膨れ上がっている。一方で、入院患者の平均在院日数は4.8日であり、日本の34日（一般病床19日、療養病床177日）と比べ極端に短く、米国における医療単価が如何に高いか（日本の医療単価がいかに安い）が理解できる。

さらに、両国における医療制度の大きな違いは、プライマリケア医（主治医）の存在である。日本では専門医を自由に受診できるが、米国では、契約のある主治医をまず受診し、主治医が必要に応じて専門医を紹介する。専門医志向の強い米国では、24種の一般専門医と145種以上のサブスペシャリティがある。ほとんどの医師は診療所を開業しており、担当した患者に入院適用があると、契約している病院に入院させて自分自身が受持ち医となり患者を診る。医師が病院に張り付く必要は全くなく、コメディカルスタッフが行える医療行為の範疇が極めて広い（採血、点滴のみならず、気管内挿管、処方なども専門職では可能）。大学病院などの教育病院を除くと、

病院で雇用される医師はインターン（研修医）や救急医以外はほとんどいない。一方で、看護師や検査技師などは全員が病院雇用であり、病院の主体はコメディカルスタッフである。それを如実に示すように、本研修中に病院ですれ違った医師（正確には医師と認識できた方）は片手で余るくらいしかおらず、病院における医師の存在とは何なんだろうと考えさせられた（写真2）。

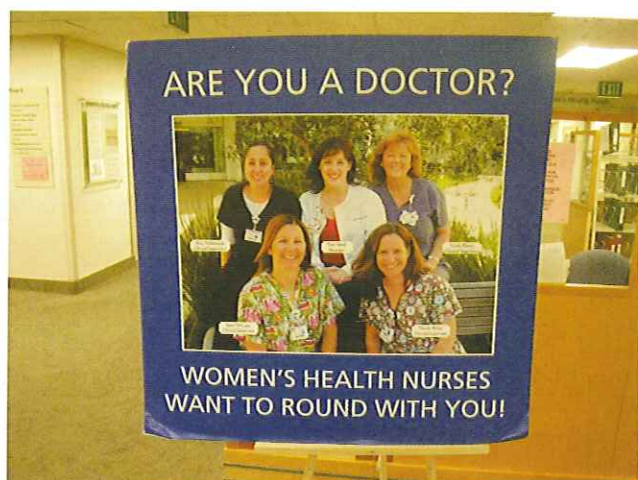


写真2

以上が、米国と日本の医療制度の大きな違いであり、内容を読み進められた読者の皆さんは、どちらの国に住みたいと思われるであろうか。きっと、患者さんと医師、コメディカルスタッフでは、回答が大きく異なるのではないだろうか。

継続教育制度

日本と異なり、米国では専門医資格のみならず医師免許も更新が必要であり、医師である以上、継続的な生涯教育が要求される。この免許更新制度は、実は医師に限ったものではなく、各種コメディカルスタッフに付与されている多種多様の資格にも更新が必要であり、その継続教育制度が整備されている。例えば、管理栄養士資格は5年に一度更新され、75時間の認定プログラム受講が要求される。病院スタッフは、これらの資格更新のみならず、雇用されている以上、病院の定める継続教育を受けなければならない、病院の理念や患者の安全管理、院内感染対策などの一般的な内容から、所属部署ごとに行われる専

門性の高い内容に至るまで幅広い教育が行われる。特筆すべきは、少なくとも1年ごとに専門技能評価が行われる点であり、技能が不十分な場合は再教育プログラムまで用意されている。継続教育の成功は、離職率減少という形で表れており、正看護師不足に悩んでいた米国では、プレセプター（指導者）制度を軸とした新人看護師教育を充実させることで離職率が激減した。新人教育、継続教育、再教育、技能評価のいずれにおいても、日本は不十分、もしくは、職種によってはほとんど行われていない現状があり、早急な対応が求められると感じた。

院内感染対策

東大病院の院内感染対策は CDC（米国疾病予防管理センター）のガイドラインに準拠して行われているため、視察先の病院における院内感染対策と東大病院とでは大きな乖離は見られなかった。米国でも手洗いの励行が重要視されており、週一回の覆面調査による手洗い監視が行われ、そのデータが公表されていた。最近の話題は、新型インフルエンザ（A: H1N1）対策であり、視察時にも、至る所に咳エチケットと手洗い励行を促すポスターが貼られ、入院患者への訪問者の制限（1回の訪問者（16歳以上のみ可）は2名まで）が行われていた。また、新型インフルエンザ専用の院内ホームページの立ち上げ、救急病棟トリアージスペースの確保、患者数のモニタリング、衛生材料の在庫評価と管理の徹底、新型及び季節型用インフルエンザのワクチン接種キャンペーンなど、様々な対応がなされていた。

おわりに

私自身、東大病院に勤務して10年となるが、これだけ長期間にわたり、多職種の方と共に学び、語り、興じた経験は初めてであり、楽しい思い出だけが残る海外研修であった。今回の経験を、東大病院の発展のために微力を尽くすことでお返ししたいという思いは参加者全員の共通するところである。最後に私どもにこのような研修の機会を与えてくださった、病院長はじめ、関係各位に心より感謝申し上げます。

医学歴史ミュージアムの紹介 (14)

— 齋藤茂吉記念館 (その1) —

加我 君孝

1. はじめに

小田急線梅ヶ丘駅を降りて、北口より2~3分のところに都立梅ヶ丘病院がある。住所は世田谷区松原6丁目。その玄関の前に齋藤茂吉の碑が建っている(写真1)。その碑には茂吉の短歌「茂吉われ院長となりいそしむを世のもろびとよ知りてくだされよ」が書かれている。その解説に「大正15年に港区青山から当地に移設された青山脳病院は、昭和2年から同20年まで齋藤茂吉氏が院長として経営に当たられた。昭和20年東京都に移管され現在に至る。病院の増改築を記念してこの碑を建てる」とある。なぜ世田谷区松原にあるのに“青山脳病院”と言ったのであろうか。都立梅ヶ丘病院は発達障害児の医療を中心とする小児の精神神経病院であり、その隣に光明養護学校、都立青島養護学校があり、まるで小児のための大きな療育センターのようである。東京都は、都立梅ヶ丘病院、八王子小児病院、清瀬小児病院を、都立府中病院のキャンパスに新たに建設中の都立小児病院として統合し、本年4月よりオープン予定である。齋藤茂吉の記念碑はどうなるのであろうか。

齋藤茂吉記念館は昭和42年に設立され、財団法人によって運営されている。設計は谷口吉郎で、山形県上市北町字弁天1421にある(写真2)。



齋藤茂吉
昭和5年 学士院賞受賞の翌日²⁾



写真2
齋藤茂吉記念館 (右) とそのパンフレット (左)

2. 生い立ち

① 山形での小学生時代

《1888(明治21)~1896(明治29)》

茂吉は明治15年5月14日、現在の山形県上市市にあたる、稲作と養蚕の金瓶村に、農家の父守谷熊次郎、母いくの三男として生まれた。その地は山形盆地の南に位置し、東に蔵王がある。明治21年金瓶尋常小学校入学、明治29年上山尋常小学校高等科を首席で卒業した。幼年期は病弱でおとなしい性格であった。9歳の時に宝泉寺の住職に習字や漢文を習った。宝泉寺を自分の家のようにして育った。親戚の齋藤三郎右衛門により凧絵の指導を受けた(写真3)³⁾。茂吉の並々ならない資質が注目された。



写真1

青山梅ヶ丘病院玄関前の齋藤茂吉の碑

「茂吉われ院長となりいそしむを
世のもろびとよ知りてくだされよ」



写真3 茂吉が書いた凧絵³⁾

② 東京での開成中学校時代《1896(明治29)》

明治29年、卒業した後に、東京浅草で浅草医院を開業していた親戚関係にある36歳の齋藤紀一の養子となることと中学への進学の話がすすめられた。この時は後に茂吉の妻となる紀一の娘・輝子は1歳にもなっていなかった。茂吉は周囲から齋藤家に入って医学の道に入ることをすすめられ上京した(写真4)³⁾。この年の9月、開成尋常中学校(現在の開成高校)に入学した。この時代も進学率で有名だった。成績は1年終了時は学年で2番、2年では1番と優秀であった。中学3年になって佐々木信綱編「歌の葉」を買って読み、和歌へ強い関心を示すようになった。卒業時の成績は105名中16番であった。



写真4
浅草医院内での記念撮影(上京直後)³⁾
前列左より2人目が茂吉、その右隣が養父・紀一

③ 一高時代《1896(明治29)～1905(明治38)》

第一高等学校を受験したが不合格、1年浪人して一高の医学部コースの三部に合格した。

養父の齋藤紀一は、明治33年、40歳になってからドイツに留学、ハルレ大学に入学し2年後卒業、ヨーロッパ各国の脳病院を視察、明治36年に帰国し浅草医院の分院を「帝国脳病院」と改称し精神科医療の経営に乗り出した。同年8月に赤坂に青山脳病院を創設した。写真5にみるように壮大なレンガ造りのローマ式洋風精神病院であった。これで養子として迎えられた茂吉が精神科医になることが決定的になった。



写真5 帝国脳病院の模型³⁾

茂吉は「子規遺稿第一篇、竹の里歌」を読み、子規の「写生」の思想に基づく俳句を詠み心を奪われ、真似をして和歌を「模倣」して作るようになった。明治38年7月、齋藤家の次女輝子の婿養子として入籍した。一高三部を64名中15番で卒業し、同年9月に東京帝国大学医学科に入学した(写真6)³⁾。



写真6
第一高等学校卒業写真(明治38年5月)³⁾
前より3列目左が茂吉(夏服)、矢印は英語を教えた夏目漱石

④ 東京帝国大学医科大学時代

《1905(明治38)～1910(明治43)》

明治38年9月1日に東京帝国大学医科大学すなわち、現在の東京大学医学部に入学した。卒業は腸チフスにかかったため1年遅れ明治43年、卒業時の同級生は127名、もし腸チフスにかからなければ明治42年に卒業したはずであった。教官は基礎医学では病理学・山際勝三郎、解剖学・小金井良精、大沢岳太郎、生理学・大沢謙二、衛生学・緒方正規、法医学・片山国嘉、薬理学・高橋順太郎であった(写真7)¹⁾。臨床医学は内科・青山胤通、三浦謹之助、入沢達吉、外科・佐藤三吉、近藤次繁、小児科・弘田長、産婦人科・木下正中、皮膚科・土肥慶蔵、眼科・河本重次郎、耳鼻科・岡田和一郎、整形外科・田代義徳、そして

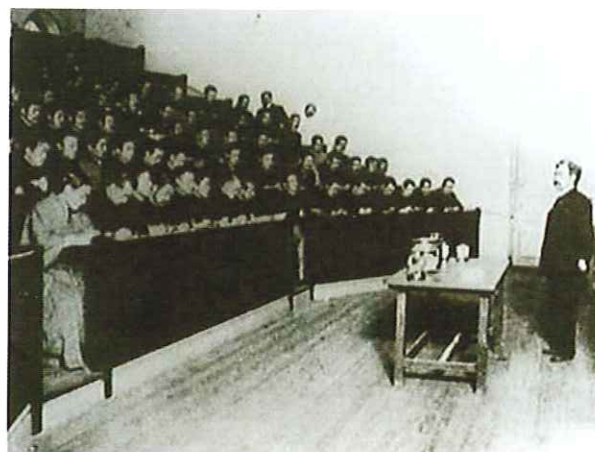


写真7 山際勝三郎の病理解剖学講義³⁾
(前列和服姿の右が茂吉)

て精神科は呉秀三であった。基礎医学も臨床医学も東京大学の医学部の基礎を作ったパイオニアの教授ばかりで、全員ドイツ留学の経験者であった。この時代の学生は、教室で良い席をとるため赤門が開く前から登校した。しかし学生の茂吉は体力がなく、席取り競争に勝てず、試験も要領が悪く、目立たない学生であったらしい。第3学年になると、臨床で患者の前に出るので、威厳をつけるべく、学生は全員鼻下に八字鬚を蓄えた。同級生は茂吉というと山形弁と黙考、体裁を構わない田舎のおやじさんという雰囲気、愛された人物であった。ただし授業中でも折に触れて短歌を作ってノートに書いていた。同級生から「万葉の歌詠み」と呼ばれ、たいしたものだという評価であった。同級生の神尾友修（神田の耳鼻咽喉科の専門病院で100年の歴史を持つ神尾病院の初代院長）は、茂吉は学生の頃からボーっとして困ったことがあると述べている。同級生からタバコをよくもらった。「そーけ、だけ」という山形弁の茂吉は愛嬌者であったという。

精神科の呉秀三教授の講義を聞いて精神医学・心理学に強い関心を持った。1年生の時の心理学の講義の助手は、後に森田療法で知られる森田正馬であった。精神病学の講義は4年生の時に聞いた。義父が帝国脳病院を経営していたため将来精神科医になる運命にあった。

学生時代、伊藤左千夫の主催する馬酔木に掲載された短歌5首の一つ

我が見ても美しくしぎぬに喜びて
羽子つく見れば命ほりすも

「短歌における四三調の結句」と題する研究論文をアララギに発表した。学生ではあったが森鷗外主宰の観潮楼歌会にたびたび参加し、北原白秋をはじめとする著名な歌人とも接するようになった（写真8、9）³⁾。



写真8 伊藤左千夫邸「無一塵庵」にて（明治42年5月頃）³⁾
左より伊藤左千夫、間宮英宗、後列左より茂吉、山本薫秋、土屋文明



写真9 北原白秋の描いた茂吉³⁾

医師開業免許を明治43年10月に受けたが、歌に熱中し旺盛な創作時代を迎え、次々と短歌と評論を発表した^{2,4)}。

うつせみのいのちを愛しみ世に生くと
狂人守りとなりてゆくかも

大正2年、数年前より脳血管障害で病床にあった母いくが危篤となり、約1週間看病した。5月23日に亡くなった。

みちのくの母のいのちを一目みん
一目みんとぞいそぐなりけれ

のど赤き玄鳥ふたつ屋梁にみて
足乳ねの母は死にたまふなり
（歌集「赤光」の死にたまふ母）

卒業試験の準備のため短歌の制作を中止し準備していたところ、伝染病の腸チフスにかかり熱発。日本赤十字病院に入院した。

この度は死ぬかも知れずと思ひし
玉ゆらの氷沈の氷とけ居たりけり

1年留年し、翌年卒業試験を受けて卒業した。成績は132人中131番であった。

⑤ 精神科医としての卒後修練（東京府巢鴨病院）時代 《1911（明治44）～1917（大正6）》

卒業後明治44年30歳で呉教授の精神・神経医学教室に入局し、間もなく精神病院の東京府巢鴨病院（後の松沢病院）に勤務した（写真10）³⁾。東大病院には精神科の病棟がなかった。教室もこの病院に置かれた。この時代は根岸短歌会の同人として活躍した（写真11）³⁾。大正6年1月までの7年間、精神医学の実地修練を行った。しかし、医局で沈黙黙考し短歌の制作をすることが多かったという。医学の勉強には熱心でなく、論文を書くこともなかつ

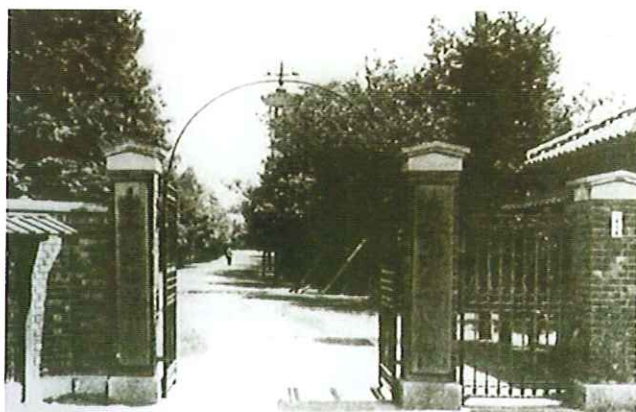


写真10
東京府巢鴨病院正門（東大精神科附属病院）³⁾



写真12 県立長崎病院で診察する茂吉（大正10年）³⁾
中央が茂吉



写真11
根岸短歌会同人（明治44年5月）³⁾
前列左より：民部里静、藤真、伊藤左千夫、石原純、木村芳雨
後列左より：中村憲吉、茂吉、木村秀枝、古泉千樞、土屋文明

た。脳の病理切片の観察やワッセルマン反応の検査を経験した。最後には医局長にもなった。

七とせの勤務をやめて街ゆかず
独りこもれば昼をねむし

⑥ 長崎医学専門学校「精神病理学」教授時代 《1917（大正6）-1921（大正10）》

茂吉に長崎医学専門学校の精神科の教授の話が来た。東京を去って長崎での単身赴任生活を経験した。

朝あけて船より鳴れる太笛の
こだまはながし並みよるふ山
（歌集「あらたま」）

茂吉教授は患者の診療に診療はお手のものでカルテの

表現も非凡、一字一句細心の注意を払った。しかし講義は苦手であった。「法医学と精神病理学」の講義を担当した。精神科は人気がなく医局員はたった一人しかいなかった（写真12）³⁾。

ものぐるひの被害妄想の心さへ
悲しきかなや冬になりつつ

1919年スペイン風邪（インフルエンザ）にかかり体調を崩した。妻の輝子が長男を連れて長崎に来たが、スペイン風邪にかかったためまた東京へ帰郷した。輝子は自分勝手な味付けの炊事しかできず、夫の身なりに構わず、社交好きな派手好みで、ピアノを真夜中に弾き近所から迷惑がられた。精神科医の岡田靖雄は輝子のことを「軽躁」と表現している⁴⁾。スペイン風邪の際には咯血し九州帝大の耳鼻咽喉科の教授の久保猪之吉（東大医学部明治33年卒）の診察を受けた。その後療養した。茂吉は文学ばかりで医学の研究論文がないとなると将来の評価が低くなることを心配し、渡航にあたって制限の少ない私費でドイツ留学する決意を固めた。研究論文を書き学位をとるためであった。そして長崎を辞した。

いつしかも三年明けくれし長崎の
友を思へばこころゆらぎ

（次号につづく）

引用参考文献

- 1) 東京大学医学部明治43年卒業記念張 1910
- 2) 新潮日本文学アルバム齋藤茂吉 1985
- 3) 図録齋藤茂吉記念館 2002
- 4) 精神病医齋藤茂吉の生涯. 岡田靖雄. 思文閣出版 2000

東京大学医学部附属病院の最近50年の歴史

その7：平成16年(2004)～平成20年(2008)

医学部附属病院の動き

国内外の動き

平成16年(2004)	<ul style="list-style-type: none"> 1月 労働安全衛生管理室設置 4月 東京大学は国立大学法人東京大学となる 病院執行部、病院運営審議会設置、人事部、医療評価・安全・研修部、企画経営部、教育研究支援部、入院診療運営部、外来診療運営部及び中央診療運営部を設置、栄養管理室設置(医療サービス課より分離)、外来化学療法室の設置 9月 広報企画部設置 	<ul style="list-style-type: none"> 1月 山口県で鳥インフルエンザ発生 1月 自衛隊イラク派遣開始 4月 医師の卒後研修が義務化 5月 小泉首相訪朝、拉致被害者家族が帰国
平成17年(2005)	<ul style="list-style-type: none"> 1月 財団法人日本医療機能評価機構による評価の認定 4月 医療機器・材料管理部を医療機器管理部と材料管理部に分割 4月 医療社会福祉部を地域医療連携部に改組 4月 こころの発達診療部設置 7月 事務組織の再編成 (医療支援課を経営戦略グループに組織再編し、事務部各係をチームに再編) 10月 経営戦略グループから経営戦略課へ改組 12月 感染対策センター設置、医療安全管理対策室を医療安全対策センターに名称変更 	<ul style="list-style-type: none"> 2月 国内初のヤコブ病の患者を厚労省が確認 2月 京都議定書発効 4月 個人情報保護法全面施行 4月 福知山線脱線事故発生 10月 郵政民営化関連法案成立
平成18年(2006)	<ul style="list-style-type: none"> 1月 トランスレーショナルリサーチセンター、22世紀医療センター設置 3月 第Ⅱ期中央診療棟(現中央診療棟2)竣工 4月 接遇向上センター、がんセンターボード、組織バンク及び産学連携室設置 	<ul style="list-style-type: none"> 2月 世界人口が65億人突破 8月 冥王星が太陽系の惑星から除外される 12月 サダムフセイン元イラク大統領死刑執行
平成19年(2007)	<ul style="list-style-type: none"> 1月 患者相談・臨床倫理センター、検診部、バスキュラーボード設置 4月 院内保育園(いちよう保育園)開園 	<ul style="list-style-type: none"> 5月 南極の氷河が米カリフォルニア州の面積ほどの広範囲で溶けていたことが判明
平成20年(2008)	<ul style="list-style-type: none"> 4月 がん相談支援センター、国立大学病院データベースセンター及び外来化学療法部設置 産学連携室、広報企画部をパブリック・リレーションセンターとして改組・転換 5月 医学部・医学部附属病院創立150周年記念式典を挙げる 7月 小児医療センター、新生児・小児集中治療部設置 	<ul style="list-style-type: none"> 5月 中国四川大地震発生 9月 リーマンブラザース経営破綻をきっかけに世界金融危機が拡大 10月 南部陽一郎氏ノーベル物理学賞受賞 小林誠氏ノーベル物理学賞受賞 益川英氏ノーベル物理学賞受賞 下村脩氏ノーベル化学賞受賞

表紙「虎と竹の図」の説明

表紙の「虎と竹の図」は、現在、東研究棟に置かれている内科物理療法学初代教授 真鍋嘉一郎博士のブロンズ像（小野田高節作 1933年）の台座正面に描かれている「虎と竹の浮き彫り」である。

真鍋博士は、明治11年（1878）8月8日（戊寅の年）の生まれで、明治後期から昭和初期に医学者として、日本で物理療法、レントゲン学、温泉療法を行った先駆者で、福島県の飯坂温泉街の十綱（とつな）橋のもとには、博士が飯坂温泉で日本で初めてラジウムを発見した記念碑が建てられている。

真鍋博士の活躍は、東大病院だより No.55（平成18年11月30日発行）に内科物理療法学講座の誕生として紹介されている。



内科物理療法学初代教授
真鍋嘉一郎博士のブロンズ像
（小野田高節作 1933年）



日本最初のラジウム発見の記念碑
（福島県飯坂温泉）

出来事

平成21年12月～平成22年1月

12月4日（金）

接遇講座「映画おくりびとと納棺夫日記」
時 間：17：30～19：00
場 所：臨床講堂
講 師：青木新門氏（映画「おくりびと」の原作である「納棺夫日記」著者）
主 催：接遇向上センター

12月8日（火）

リスクマネジメント研修（講習会）
時 間：17：30～19：00
場 所：臨床講堂
講 師：東邦大学医学部 社会医学講座教授 長谷川 友紀氏
演 題：医療安全の動向と実際
（リスクマネジメント委員会、医療安全対策センター）

12月9日（水）

平成21年度第3回メディア懇談会
外科医療を少しでもよくするために一根治に基
づいた施策の提言をテーマとして、小児外科
岩中 晋教授とメディア関係者により、平成
21年度第3回メディア懇談会が管理・研究棟2
階第一会議室で開催された。
（パブリック・リレーションセンター）



12月16日（水）

東大病院クリスマスコンサート
時 間：16：45～17：45
場 所：外来診療棟1階玄関ホール
演 奏：東京大学吹奏楽部
（医療サービス推進委員会）



12月18日（金）業務改善総長賞表彰式

時 間：14：00開始
場 所：安田講堂
2009年度業務改善総長賞表彰式が行われ、本院では、管理課経理チームと医事課入院チーム・収入管理チームが特別賞を受賞した。
病院管理課経理チーム
「医療材料等調達支援システムの開発」
病院医事課入院チーム・収入管理チーム
「入院退院手続きの効率化による患者待ち時間の短縮」



12月28日（月）

第3回（平成21年度後期）
東大病院ベストスタッフ賞の表彰式
時 間：16：20～
場 所：管理・研究棟第一会議室
詳細は、掲載ページ（P8）参照

1月27日（水）

第22回東大研究倫理セミナー
22世紀医療センター
場 所：医学部鉄門記念講堂
第Ⅰ部 17：00-17：35
更新受講者講習会
荒川義弘（病院臨床試験部副部長）

第Ⅱ部 17：40-18：10
基調講演（新規受講者は必修、更新受講者は任意）
「日常診療と臨床研究をどう区別するか」
田代志門（東京大学大学院医学系研究科グローバルCOE特任助教）

第Ⅲ部 新規受講者講習会 18：15-19：40
1 各種指針と医学系研究科・医学部における研究倫理審査体制

赤林 朗（医学系研究科・医学部倫理委員会委員長）

2 臨床研究における個人情報管理
大江和彦（ヒトゲノム・遺伝子解析研究個人情報管理者、病院医療情報管理委員会委員長）

3 病院治験審査委員会への申請と臨床試験部の支援

黒川峰夫（病院治験審査委員会委員長）
まとめ 黒川峰夫

主 催：医学系研究科

1月28日（木）ミニコンサート

時 間：16：45～17：30
場 所：外来診療棟1階玄関ホール
演 奏：竹本聖子氏（チェロ）、渡邊沙織氏（ピアノ）
（医療サービス推進委員会）



発 行 平成22年2月9日

発行人 病院長 武谷 雄 二

発行所 東京大学医学部附属病院

編集顧問 加我 君 孝

編集担当 パブリック・リレーションセンター

連絡先 ☎ 03-3815-5411

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

E-mail: pr@adm.h.u-tokyo.ac.jp

印刷：（株）学術社