

福岡大学医学部同窓会

鳥帽子会会報

第18号

第14回

福岡大学医学部同窓会総会

平成7年7月8日（土）午後6時

福岡国際ホール

福岡市天神1丁目4-1 西日本会館16階

(詳しくは次ページをご覧下さい)



第18回卒業生謝恩会 高木同窓会長よりパニックマニュアル目録の贈呈

第14回 福岡大学医学部同窓会烏帽子会総会ご案内

下記の通り第14回福岡大学医学部同窓会烏帽子会総会のご案内を申し上げます。多数の会員の皆様のご出席をお待ちしています。

記

日 時 平成7年7月8日（土）

◆同窓会総会（正会員のみ）……………18時00分

◆講演会 黒木政秀教授（生化学第一）18時40分

◆懇親パーティ ………………総会終了後…19時20分頃

会費 正会員、特別会員………5千円

学生会員……………1千円

◆合同二次会（会費3～4千円）……………パーティ終了後・21時頃

場 所 福岡市天神1丁目4-1

福岡国際ホール（西日本会館16階） TEL 092-712-8855

出欠通知 同封の葉書により6月20日（火）までにお願いします。

- ・学内勤務の方は医学部事務課のメールボックスにご投函下さい。筑紫病院の方は学内便をご利用下さい。
- ・学生会員の方は医学部事務課または同窓会事務局にご持参下さい。

平成7年5月20日

会長 高木忠博（1回生）

幹事 小金丸史隆（3回生）

他 総務担当理事一同

目 次

第14回同窓会総会案内	2
教授退任のご挨拶（曾田教授）	3
教授就任のご挨拶（影浦教授）	5
（福島教授）	6
会員寄稿	
将来の医療を考える（朝長教授）	7
ラオス、ビエンチャンより（黒岩宙司）	10
震災地からの便り（木村あづさ）	15
聴診器一本～阪神大震災体験記 （有吉孝一）	15
組織アンジオテンシンⅡ生成系における ヒトキマーゼの役割（浦田秀則）	18
誌上公開講座	
当科における体外受精・ 移植治療について（詠田由美）	24

教室紹介	
生化学第一教室（黒木政秀）	26
支部便り	
福岡支部だより（中山幸一）	27
私の同窓会活動（古原雅樹）	28
大分県支部だより（鬼木寛二）	28
キャンパス便り	
第14回医学祭を開催して（浅原洋資）	29
教育職員人事	30
医局長・医長名簿	31
外来担当医表（福大病院）	32
（筑紫病院）	33
会議報告	34
事務局からの連絡	14
編集後記	35

教授退任ご挨拶



定年退任に際して

耳鼻咽喉科学教授 曽田 豊二

早いもので、医学部に職を得て23年が経ちました。3月30日に今年定年退職の18人の皆さんとともに、学長より職を解くという辞令を頂きました。

そして退任に当たり、所感を述べるように求められました。

機会を与えられ、筆を執りますと色々感慨深いものがあります。

まず申し上げておきたいと思いますのは、この23年間に私に与えて頂いた、多くの友情と共に感に対する感謝の気持ちです。

特に先輩・同僚の方々と共に大学や医学部・病院のことにつき、また学生諸君と医療やカリキュラムのことにつき、共に語って頂いたことを心から感謝しています。心からお禮を申し上げたいと思っています。

大学として、学園の雰囲気の良さは勉強をするのには極めて大切なものです。そのような大学らしい雰囲気は大学の良心から出発するようです。

大学の良さは、その大学の良心が感じられるところにあると思っています。このような大学で、その方向に努力をするのが教員と学生の目標と言えます。そのような一致団結は楽しく、大学の生きる力となりましょう。

また、私は大学人という言葉が好きです。この大学人という言葉を良いと思うのは、大学人の英知と大学人のfrank さと闊達さとともに国際性といいますか、世界に向けてひらかれた窓、学問を基盤とした窓が大学にはある、と思っているからです。このたび大学を去るに当たって、このように大学に長くおらせて頂いたことを本当に喜んでいる一つの理由はここにあります。

ここで、私が学部学生の頃のことを述べておきたいと思います。これは私の経験で大切な部

分と思っているからです。

私は昭和19年に医学部入学しましたが、卒業は昭和29年3月で、学生時代は丸10年かかりました。普通は専門過程4年ですので、6年も多くかかっています。

私の休学の理由は病気で、肺結核でした。戦中戦後に数多く見られた疾患です。しかし当時、肺結核に罹患したということは、社会から隔離された生活をせねばならず、社会復帰は将来にわたってむつかしいと考えるのが常識でした。それで、これにかかると社会の落伍者と自分から考えねばならないものでした。

このように、私は普通卒業の期間より6年も遅れ、もうこれ以上在学は許されない状況になりました。また、学制も丁度変わる時期で、これまた旧制度の学生は、新学制になると色々クリアせねばならない事があり、ここも在学延長はできないようで、考えると焦りました。しかも療養生活という勉強していない状況が続き、勉強に全く自信を喪失しており、医者になるという意欲も次第に薄れ、医学部卒業すら出来そうにない精神状態でした。もうあきらめていたともいえます。

このような時、医学部学生掛の18才の事務官の方が現れ、29才の私に自信と覚悟を植えつけてくれました。その方の、仕事とはいえ、私の復学のための努力と、その親切な行動は私に力を与えてくれました。私の現在あるのは、この当時18才の青年の心配りと、「頑張りましょう」という一言によるのでありました。本当に感謝いたしました。

これが私の医学の出発でしたが、このことは学生諸君には少しはお役に立つ事柄であろうと思い、この退任のご挨拶にはふさわしくないかもしれません、あえて申しました。

またこの療養生活で、私自身に何が役に立つたかと言えば、医療者と患者さん（被医療者）の関係を深く深く感得することが出来たことと思っています。私は、無理が出来ない時でも一生懸命考えて、それなりに行動すれば一つの路が少しづつ拓がることを教わったと思っています。病中に人生を教えられたと言えましょう。自分が病気に対面することで医療者の努力が教えられ、またこのとき、お医者さんとの対話の大切さを知らされました。そして医者に医道があり看護婦には看護婦道のあるのはよく分かっていることですが、また長く患者になっていた私にとっては、患者側から考えても患者道があるということを知りました。

それから、どうやら医師になって、先輩から臨床を教わりながら、身を以て教えられたことは医の倫理、医師の倫理ということを静かに考えよということでした。医療のなかで患者さんへの優しさと、配慮をすべての面で忘れないでいくということでした。医師とは知的専門職であるとは医師になったはじめから良く言われるところで、そのように思っています。そして人間の幸せ、人間の健康を守るため、そしてそのための人間の病に対応する義務を果たさねばならない知的専門職業ということだと次第に知られました。そのために「日々努力する職務」であると教えられてきました。そしてそのために医師は医の倫理に基づいて行動する professionであり、それを自覚し、そして生涯にわたって努力してゆくことを若い頃から教えられました。勿論鍛錬を徹底的にうける必要があると思っています。至極当然なことですがそのためには「志」を持つことが大切であり、その「志」は人々の健康のため、患者の幸せのために燃えることと、その為の伎倆・知識を身につけることの大切さと、また人生を幅広く考える力を持つこと、見識を持つこと、誤らない判断と決断をしうるよう、そのために生涯にわたって常々勉強する、楽しく勉強する職業だと教えられてきました。患者さんを主体にして動きます。ある先生の言葉に「病む人の気持ちを」という言葉があります。良い言葉と思っています。

私はこの度退職しましたが、これは大学を退職したのであって、これからも力の許すかぎり尚々精進する楽しみがあるかと思っています。

福大病院が開設以来22年間に、耳鼻咽喉科は52万の外来患者さんを皆と一緒に診察し、1万1700名の入院患者さんを皆と力を合わせて治療させてもらいました。しかし、これはたまたまこの病院の施設で行われた医療であり、地域の医療の核として、行われたことです。しかしこれからは、病院や診療所で患者さんを待つ医療から地域のなかに進んで出していく努力が、尚一層必要な世の中になってきています。そして病院のなかでも地域のなかでも、いまはチームとして行動する必要がありません。具体的にはこの数年、私どもの領域で行われ地域の医師と手を取り合って行われていることに、そして高齢化社会のなかで特に大切なことに、地域のなかの聴覚の管理があります。乳幼児から高齢者までの管理であり、対応です。そしてまた耳鼻咽喉科の臨床で、もう永くやっている難聴者（児）と母（家族）のつどいです。また、頭頸部悪性腫瘍の患者の会のようにリハビリを含めて早期発見の機会を開発してゆくことなども、この地域に密着した医療の在り方の一つです。身体に障害のある方々への奉仕もそうです。私どもの医療を広く生かし、公益的なサービスにしてゆくことが必要です。これも「志」の一つです。

求めに応じて退任の弁として私の「志」の一端を述べました。本日は研究のことは申しませんでしたが臨床家として、研究はこの「志」に沿い、考えられ行われていることであり、しかもこれは医療と同じ「継続」が命であることも申し添えて終わりにします。



曾田教授 最終講義

教授就任ご挨拶

かげうらみつよし
影浦光義教授の略歴（昭15. 7. 21生）

昭39. 3 九州大学医学部薬学科卒業
 昭41. 3 九州大学大学院薬学研究科修士課程修了
 昭41. 4 九州大学医学部薬学科教務員
 昭41. 5 九州大学医学部薬学科助手
 昭50. 4 福岡大学医学部講師（法医学）
 昭52. 4 福岡大学医学部助教授（法医学）
 平4. 3 連合王国グラスゴー大学留学（5. 3迄）
 平6. 10 福岡大学医学部教授（法医学）

— 21世紀への飛躍 —

法医学教授 影浦光義

多くの方々のお力添えにより主任外教授に昇格させて戴き、薬学出身の私には望外の幸せであるとともに、職責を全うできるかどうか聊か不安もあります。

私は法医学の中で法医中毒学（FORENSIC TOXICOLOGY）[福岡大学医学紀要（20巻4号395-401頁）]の分野を担当しています。法医学（法医中毒学を含む）は犯罪に関わる、あるいはその疑いのある事例について法のもとに人権を護る（真実を明らかにすることによって、被害者、被疑者ならびに事件関係者の人権を正しく護る）ことを目的に遂行される研究、教育および実務です。法医中毒学は主には司法解剖に付された死体の体液・体組織を資料として、その中の薬毒物を分析（検出・定量）し、その結果を解釈して生前の状況を推し量るという過程を通して真実を明らかにし、上記の目的を達成することにあります。このためには体液・体組織中の薬毒物濃度とその作用との関係を知ることが不可欠であり、臨床における事例が極めて重要な参考資料になります。したがって、教室では救命救急センターと協力して薬毒物中毒事例の分析も行っています。スタッフの数の問題があり、今のところ臨床に即対応とはまいりませんが、皆様方にも何かありましたら協力させて戴きます。

我が国の法医中毒学は欧米のそれに比べまだ

まだ立ち後れた面があり、特に法体系や制度の違い（未発達？）に起因するところが大きいようです。我が国の法医中毒学に携わる皆が法医中毒学のEXPERTとして欧米のFORENSIC TOXICOLOGISTと肩を並べられるよう努力したいと思います。

医学部創設以来二十余年にわたり、諸先生、先輩方は秀逸、高邁な理念をもって、試行錯誤しながら今日の福岡大学医学部を築いてこられました。そして今、大学は冬の時代を迎え、また、21世紀における医学のあるべき姿を求めて、医学部もまた新たな改革の必要性に迫られていると思います。小回りの利かない巨大化した総合大学の中にあって、隔靴搔痒の感を懷き、活性化への意欲が失われつつあります。改革には組織の全員が大小の差はあれ、必ず痛みを伴いますし、組織のみならず意識の改革も必須でしょう。実行するには大きな困難が予想されます。組織の一員としてセクショナリズムに陥ることなく、福岡大学医学部のあるべき姿を正しく見据えて行動したいと思います。同窓生諸氏それぞれの視点から御教示下さいますようお願い致します。

私は学生を我が子同様に思い、そのように接しています（説教ばかりで煙たがられていますが）。それ程恵まれたとは言えない教育環境の中で、皆が人間性豊かな医師として立派に育つ

ていくのを頼もしく思っています。しかし、中にはそうでない学生がいます。私は4年生の講義を担当しておりますが、4年生にもなって医学を専攻しているという自覚に欠ける学生がいることを残念に思うとともに、指導不足を痛感致します。このような学生をどのようにしたらなくすことができるのか？これは福岡大学医学部をさらにレベルアップさせる大きな課題の一

つだと思います。先輩諸氏にもそれぞれの立場からお力添え戴ければ幸いです。

皆様方と一緒に力を合わせて21世紀に向けて大きく飛躍したいものです。今後ともよろしく御指導御鞭撻の程お願い申し上げます。

末筆ながら皆様方の御健勝と御活躍をお祈り申し上げます。



福島武雄教授の略歴（昭16. 9. 8生）

- 昭41. 3 九州大学医学部医学科卒業
- 47. 5 九州大学大学院医学研究科修了
- 48. 4 九州大学医学部助手（脳神経外科学）
- 48. 8 福岡大学病院助手（脳神経外科）
- 49.10 海外出張（アメリカ合衆国）51. 7迄
- 53. 4 福岡大学病院講師（脳神経外科）
- 56. 4 福岡大学医学部助教授（脳神経外科学）
- 平 6.10 福岡大学医学部教授（脳神経外科学）

学生時代を有意義に、目的意識をしっかりと

脳神経外科学教授 福 島 武 雄

黄砂を含む春の嵐の到来で、このところ春のいぶきを感じられます。毎年この頃になると新入生を迎える、また医師として第一歩を踏み出す人達を迎える、新たな気持になるものです。私は今年で脳神経外科臨床を始めて27年になります。日本で脳神経外科が一般外科より独立した科としてスタートした時代に入局した訳です。当時は検査といえば脳血管造影と気脳写です。血管造影は今のSeldinger法による連続撮影とは異なり直接頸動脈穿刺を行いフィルムを手動で置き換える撮影法で、気脳写は空気や笑気を腰椎穿刺または穿頭、脳室穿刺により注入する方法で、この頃分割気脳写が始まりました。脳腫瘍、特に後頭蓋窩腫瘍、下垂体腺腫などの確診は気脳写でなされていましたが、検査をうける患者は大変な苦痛で、頭痛、嘔吐、時には意識障害が出現し検査と同時に手術場へ搬入することもありました。今では考えられませんが慢性硬膜下血腫は血管造影で無血管野として診断され、cross filling法が重視されたものです。当時、くも

膜下出血で脳神経外科に紹介されることは少なく、ましてや急性期に検査、手術が行われることはありませんでした。1ヶ月以上経過した、いわゆるdelayed operationが全てで、顕微鏡なしのマクロの手術でした。もちろん教授、助教授以外はできない手術でしたが、今に思えば大変なtechniqueだったと思います。この時代は頭蓋単純写により松果体石灰化の偏位、骨破壊像などをまず把握し、脳血管撮影の読影が大変重視され、これにより腫瘍、血管障害など病変部位、術式を決定していました。昭和50年代になりCT scanついでMRIも導入され脳の形態を画像として正確に把握できるようになりました。治療においても手術用顕微鏡、ビデオシステムが開発され、超音波吸引装置、レーザーメスなど種々の手術機器が導入され脳神経外科臨床は飛躍的な進歩をとげています。脳神経外科の研修もこれに相俟ってCT scan、MRIなど画像診断が中心となり、手術に際しても顕微鏡、ビデオにより直接視覚に訴え研修できるようになります。

ました。助手についても術者しか術野がみえず長時間電気凝固、吸引の操作のみの研修時代とは格段の差があります。このように診断、治療面に著しい進歩はありますが医療がはたして充実したといえるでしょうか。検査が優先され、病状の把握がないがしろになってはいないでしょうか。臨床医の基本理念に立ち戻り、まず訴えをよく聞き、病状を把握し、神経学的所見など臨床所見を充分に把握した後に必要最小限の検査を行なうべきです。治療にあたっては機能面を充分考慮し、人間としてのQuality of Lifeの向上に努めるべきです。昭和49年から2年間米国で臨床医学を学ぶ機会を得ましたが、医学生、インターン、レジデントはいずれも目的意識が

しっかりしているのには目をみはるものがありました。学生は自分の将来を左右する卒後研修を充実させるために積極的に学生時代からここと思う教授に自分をうりこむよう大変な努力をしていました。インターン、レジデントの研修は忙しく、一人前の臨床医になるには結構激しく努力していました。医学教育、医療制度、社会状況など日本と異なる面は多々ありますが専門職に対する目的意識は学ぶべき点だと思います。自分の将来を早く見据えて、目的意識を持って二度とない学生時代を有意義に過ごして欲しいものです。今後も脳へのチャレンジ精神をもって前進するつもりです。夢ある脳神経外科医をめざせ!!

会員寄稿



将来の医療を考える

脳神経外科学教授 朝長正道

大変な難題をもらって困っています。激動と混沌の世界そして日本の中で、これまた危機に瀕しているといわれる医療が、将来どのように変化していくのか、私には予測できません。

混沌から秩序が生まれるのは、ゆらぎが自己組織化するからであり、どんなゆらぎかによって秩序のあり方も変わるとと言われています。ですから私たちは、私たちがどんなゆらぎを混沌に与えるかによって、将来の秩序のあり方に能動的に関わることができると考えられます。

そこで、私があたためている具体的な考えは別の機会に譲り、ここでは私自身が最近実際に活動していること、また私の基本的な考え方を少しばかり書いてみます。

九州医療・病院管理研究会

この研究会設立の経緯は、国立医療・病院管理研究所で研修を受けた九州在住の事務の人た

ちが、中央の方針や情報を先取りして対応したい、そのために病院管理の研究会を作りたい、まとめ役になって欲しい、という話を、一昨年夏もってこられたことに始まります。私は、厚生省の鼻息をうかがい、自分だけは生き残りたいという話には乗らない、医療のあり方を考え、いろんな問題について、九州を発信源とするような研究会を作るならば乗る、と言って断わりました。しかし結局、私の考えでやって欲しいということになり、会長を引き受けざるを得ないはめになりました。

昨年2月の「医療評価」を主題にした第1回研究会は、新聞やテレビが取り上げてくれました。それは医療従事者だけでなく社会に開かれた会であると位置づけたことにあると思います。会には一般人も来ておられ、後で電話や手紙で会の内容や運営、今後の方向などについて評価や注文、励ましなどを頂きました。

第2回研究会は、本年2月に「医療における限界と選択」を主題に行いました。いとぐちとして私が、よい医療、自己決定そして現代社会の価値観についての考えを述べ、続いてそれぞれの立場から大変示唆に富む話がありました。今度も一般人や弁護士の参加があり、最後まで熱心に質問や討論が行われました。

また分科会として経営政策部会と看護管理部会を昨年秋に開きました。さらに今年は病院建築部会を始める予定です。

このような研究会を作り、いろんな人たちと話してきた中で強く感じたことは、医療と医療従事者の閉鎖性と縦割り思考です。社会に対して医療および医療従事者が大変閉鎖的であることは言われる通りです。しかしそれ以上に、医療職種間での対話が大変少ないと、議論する共通の場や言葉がきわめて乏しいことに、今さらながら驚かされました。

そのためでしょう、医療全体に関わる大きな問題も、職種や職場の問題また学問や研究の問題に矮小化されてしまっています。たとえば診療、看護、病院管理、経営、医療経済、地域医療、救急医療、老人問題、福祉、教育、医療倫理などの問題が、それぞれの部署や職種、学会などでばらばらに議論されています。そして別の問題や他の部門や会との関連づけ、あるいは相互の評価と批判は行われていないか、表面的かつ一方的、そして遠慮がちです。

その結果、折角の成果が医療のあり方という基本的問題に集約、統合化されておらず、また臨床や業務現場の知が軽視されています。

研究会の会員は現在約600名で、医師3、看護婦3、事務3、その他1の割合です。この研究会の存在意義は、医療職種間の垣根を越え、さらに一般人とともに、現場の問題や医療のあり方を論議できることにあります。この会の活動が、社会や医療の中で大きなゆらぎに成長して欲しいと願っております。

将来の医療

これについては、医学会や関連の集会で、いろんな角度からの話や議論が沢山あります。これらは大きく2つに分けられます。まず医学や医療を取りまく環境の変化に対応して、こう変わるだろう、こう変わるべきだという話、次に

医学や医療技術はここまで進歩するだろう、そして人類にこんな貢献ができるだろうという話です。つまり予測される変化や進歩にどう対応するかということに重点が置かれています。いうならば大変受動的な将来予測です。

変化や進歩の将来予測そして対策案は、さらには目的や理想も、価値観によって異なります。それゆえ社会や医療の将来を、現代社会の価値観の延長線上で論じるのか、その価値観の見直しから始めるのか、大変重大な問題です。

現代社会の価値観の主流は、近代科学思想を基盤とした物質的、個人的、現世的価値観であると言えます。確かに近代科学は人類に素晴らしい恩恵をもたらしました。しかし同時に、その物質主義と還元主義そして進化思想は人間自身とその存在基盤を大きく揺るがしています。そしてこの近代科学思想から発した生物医学は必然的に細分化しますし、その生物医学を基礎にした近代医療は専門分化と技術化、非人間化する運命にあります。教育もまた単なる知識や技術の伝授、業績主義に陥っています。

私たちは、私たちの子孫の生存と幸福に責任があります。現代社会の価値観での人間活動、中でも科学や医学の進歩、科学技術や医療技術の開発が、未来の人類の生存と幸福を保証できるのか、自分たちが作り出した、また作り出す負の遺産やツケを子孫に廻していないのか、という素朴な問いかけが必要です。

医療の将来を考える時、私は価値観の見直しから始めるべきだと思います。物質的価値観に對しては生命的価値観を、個人的価値観に對しては地球的価値観を、現世的価値観に對しては未来指向的価値観を対比させ、その調和の中から、医療のあり方を選択すべきです。

そのため絶対に必要なことは、教育改革と情報公開です。

江戸時代以来、日本人は、知らしむべからず、依らしむべし、に慣らされています。自分が考えて決めるのではなく、お上が決めてくれるという通念があります。これが一番楽な方法ですし、悪ければ政治や官僚あるいは指導者のせいにできます。だからこそ、権威者や学者といわれる人、政治家や官僚が大きな顔ができますし、彼らは変化に対して基本的に保守的な態度をとるようになります。また社会では権利と義務、

責任が明確でなくなり、公平と公正、自由と平等がその場その場で都合よく解釈されるようになります。

医学教育も学校教育も、また社会教育も、生命的、地球的、未来指向的価値観をもった、主体性と個性を育てる、そして臨床の知を重んじる教育に改革すべきです。そのためには教育者、指導者の意識改革が強く望されます。

医療は社会の中の一システムです。社会意識や価値観の変化を反映しながら変わって行きます。ですから医学や医療が社会から正当な評価をうけるためには、情報公開と社会への働きかけが必要です。もちろん光を当てれば、陰の部分が必ずできます。すべてを明るみ出すことは不可能ですし、またすべてをさらけ出したからといって物事がうまく行くとは限りません。とくに個々の医療では、ある部分は伏せておいた方が患者さんが幸せなこともありますし、パトナリズムみたいな態度が必要なこともあります。また最近はインフォームドコンセントや自己決定権への幻想が作り出されています。

情報公開と相互評価は、社会や行政との間でも、医学や医療の内部でも、もっともっと進めること、また医師は医療に対する自分の信念を社会へ向かってはっきりと話し掛け、語り合うことが必要です。

医療の将来のために、まず変化すべき主体は医療従事者自身とくに医師です。よりよい医療、人類生存のための医療へ向かって、社会や医療をリードできるのは、またその義務があるのは医師です。医師は医療のリーダーとして、自分の考え方や価値観、倫理観について明確な自覚をもって診療と教育、研究にあたり、社会へ働きかけねばなりません。

私は、人類の未来のためには生命的、地球的、未来指向的価値観が世界の指導原理になるべきだと信じています。このような価値観の変革にもっとも近く位置し、しかも人間の多様性を理解しているのは、医師であり、医療従事者です。医療の倫理、論理が社会をリードするような医療の将来を、私は夢みています。そうなれば医療を受ける人も、医療を提供する私たちも、ともに満足できる医療が構築されるでしょう。そして医療および医療従事者とくに医師の使命や活動範囲は、あらゆる人間活動、社会活動にま

で展開されることになります。

医学部、病院、そして大学

私は強い危機感をもっています。福岡大学の評価も、医学部と病院の評価も、下降線を辿っているとしか思えません。中から見ても、外から聞いても同じ評価がされています。

その最大の理由は、全体を包んでいるしらけムードだと思います。そのしらけムードを醸しだしているのは、執行部や教員、職員に、さらに学生にも、大学としての理想と理念そして自己変革への意欲と決断が、お互いにまた外部からも感じられないからでしょう。

社会も学問の世界も大きく変化しつつあります。わが大学、医学部、病院はこれに対応して自らを変えて来たのか。

答えは残念ながら否です。建物が建ったり、新しい機器が入ったり、カリキュラムが変わったり、キャンパスがきれいになったりということは別の次元の問題です。

なぜそうなのか。過去や現在の活動についてきちんと評価がなされておらず、そのため将来像も明確に描けないからでしょう。

評価したり、将来構想を練ったりする物差しが価値観です。前項に書いたように、私たちの価値観を、物質的、個人的、現世的価値観から生命的、地球的、未来指向的価値観へ相対化し、福岡大学のため、医学部や病院のため、学生や後輩のため、そして医学と医療、社会のために、と考えるべきです。

もちろん大学内には、いろんな要求や考えそして将来計画があります。これだけ大きい組織ですから、いろんな複雑な問題が絡み合い、いろんな人たちの考えや思惑が錯綜しているのは当然です。そしてそれを完全に解きほぐすことはとてもできません。しかしもつれたままでも、組織としては変化できますし、その方が変化のエネルギーをより大きくできます。

今大学に一番必要なのは、夢をもつこと、そして夢がもてるような環境を作ることです。

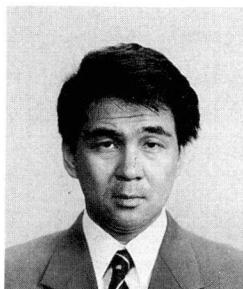
夢づくりには生命的、地球的価値観に根ざした多面性と豊かな想像力が必要です。そしてその夢は、こんな学生を社会へ送り出したい、こういう後輩を創りたい、こんな医師を育てたい、ということを原点にした夢であるべきです。そ

のためには学部や部門のエゴや権益を忘れて、将来の夢を考え、議論すべきです。

夢の実現には未来指向的価値観に基づいて、ああしたい、こう変えたい、あれが欲しい、これも欲しい、という希望と要求、現実的な目標と戦略、そして決断が必要です。そのための環境づくりには、執行部、学部、病院、各部門の

情報公開と相互評価、監査制度と責任体制の確立が必須です。

同窓会の使命は、母校や学生そして後輩の夢づくり、夢の実現を支えて行くことであると思います。大学、医学部、病院の将来、また医療の将来について、大いに議論しましょう。それができる場を作つて欲しいものです。



ラオス、ビエンチャンより

24 December 1994

黒 岩 宙 司 (8回生)

原稿が遅れ申し訳ありません。何やかやと忙しくようやく一段落つきました。

さて活動状況をということですが、僕は現在『ポリオ根絶』の世界プロジェクトの仕事をさせてもらっています。1980年の天然痘根絶は記憶に新しい事だと思いますが、WHOはそれを受けて次の根絶目標としてポリオを選びました。人から人への感染であること、有効な対策があること（ワクチンなど）、世界の関心を得ることが条件となります。1988年のことで西暦2000年までには根絶を達成しよう、すなわちポリオウイルスをこの地上から消し去ろうじゃないか、というCOMMITMENTを出しています。日本はアジア地域特にWPRO (Western Pacific Region) における根絶事業に協力をしており、まず1991年より中国山東省でサーベイランスを中心とした活動を展開し評価を受け、1992年よりラオスでも活動を開始しました。

目標と方法が単純明快なほどすばらしい仕事であると同時に非常に困難な仕事でもあります。Strategyはワクチンを全国一斉に投与すること、信頼できるサーベイランス（患者発見）を確立すること（AFP,Acute Flaccid Paralysisの報告システム）です。

僕は今年の7月からサーベイランスを強化するために国立国際医療センターよりインドシナのラオスへ派遣されております。日本が国際協力をするという時には普通JICA（国際協力事業

団）が担当しており、僕はJICAの依頼のもとに仕事をしていることになります。正式にはLAO／WHO／JICA PHC Projectのなかで、EPI (Expanded Programme on Immunization) を担当しているということになります。任期は2年間です。おもにアクティブ・サーベイランスといって地方でかけ患者発掘、ワクチン摂取率聴取をとおしてシステムの確立を目指しています。

僕の仕事は紋切りの説明では見えにくいものでしょう。どんな生活をしているのか、最近の様子を記しました。はたして臨場感が出ますか？

3 December (Saturday)

職場になっているNIHE(National Institute of Hygiene and Epidemiology)へ行くと、土曜日だというのにWHOのネスピットが珍しくいた。オーストラリア人で1990年からこのラオスに赴任しておりEPIを手がけてきて、共産主義の困難な下で成果を上げたと評価されている。今年の初め、フランス人のRepresentativeが要人の前でこの国は衛生が悪いと口を滑らせ国を追われた後、Acting Representativeになってしまい忙しくなり、なかなかこのNIHEに顔を出さなくなってしまった。僕は7月の赴任だから5ヶ月の付き合いになる。ときどき品の無い英語を口走り腹が立つこともあるが、親日家で日本にはネパールで知り合った日本人のおばちゃんの彼女がお

り、部屋には日本の絵はがきなんぞを大切そうに飾っている。前妻に捨てられたらしく独り身で憎めないやつではある。車の窓に禿頭をつっこんで「元気かい?」とやけに陽気な声をかけてきた。アトランタのCDC (Centers for Disease Control and Prevention) からサッターが来てるから紹介するというのだ。

すごくいい奴だから、と念をおして彼は二階の部屋の扉を押した。

「CDCはポリオ根絶事業でWHOのコンサルタントになってもらっている」とサッターを紹介した。サッターはラオ人のスタッフにコンピューターの指導をしているところだった。ネスピットは僕のことを簡単に紹介した。「JICA（国際協力事業団）はラオスのポリオ根絶に尽力してくれているが、彼はアクティブ・サーベイランスを担当していて、毎月地方へ出かけて患者発掘と、摂取率を取っている。さっき渡したレポートはみんな彼が作成したものだ。俺にはこれといったデータがない。ワクチン摂取率をあげるので精一杯だった。彼について一度サーベイランスへ出かけたらどうだろう？」

サッターは疲れた顔を上げて頷いた。僕は一週間後にラオス南部のカンボジア、ベトナム国境のセコン県、アタプー県へ行くと言うと、いいじゃないか、という話になった。僕らのサーベイランスはかなりきついけど貴方は大丈夫か、と笑いかけると、愛想良く顔が崩れた。二日前に着いたばかりでタイムラグがあるという、物静かな男だ。サッターは滞在日数の関係でセコン県だけのサーベイランスになる。

昼前にサッターは僕の部屋を訪れた。「異国での生活は苦労はないか?」と訊くので、「アフリカに比べたら数段生活は楽だよ。宗教が同じ、主食が同じという点では同じアジアを実感するよ」頷くサッターに僕は質問を投げかけた。「結婚生活を異文化の触れあいのなかで旨くやつていけるのかい?」サッターはスイス人でベトナム人の奥さんとの間に二人の子どもがある。彼は柔軟な笑みを顔中にたたえて頷いた。彼との対応にはとうに答を決めていた。相手は生き馬の目を抜くアメリカの、しかもCDCで8年働いている男で、さらに6年前から、ポリオ根絶宣言をいちはやく今年の9月に達成させたPAHO (WHOアメリカ地区) でポリオ根絶を手がけ

た男だ。すなわち、駆け出しの僕としては『学ぶ』だけの話だ。

5-7 December

ベトナム戦争中、砲弾の下で日本の援助で造られたナムグム・ダムの近くのゲスト・ハウスにこもって来年度のEPIプランニングの会議が開催された。今年の達成状況を検討し来年の計画まで立ててしまうのだ。出席は現地スタッフ、WHO,JICAの他にUNICEFがいる。UNICEFはポリオ根絶の全国一斉投与(National Immunization Days,NID)はワクチンの定期接種をダメにしてしまうと反対だったのだが、最近では急に協力的になり、少なくとも邪魔はしなくなった。ニューヨーク本部がポリオ根絶に反対することが時流に乗り遅れると悟ったらしい。所詮政治の世界だ。UNICEFの代表はロシア人でシロクマのようでかい男で機関銃のように喋りまくる。会議にはWHOマニラ (WPROの本部) からクリスが来ていた。彼には今年の5月にマニラに行ったとき、マクドナルドで59ペソのビッグ・マックを奢って貰った。「いい仕事をしてるじゃないか」が開口一番、オーストラリア人でいい奴だ。要するにWHOやCDCからどんどん人が来てポリオ根絶を支援しているわけで、いかに効率的に力を入れているかが伺える。現在のマニラのEPIのチーフは日本人で、いいスタッフを揃えておりとても仕事がやり易い。会議はまず今年のワクチン接種率が飛躍的に伸びたことを示していたが、当然僕が自ら得たデータとは大きく開きがある。根絶最終段階では何故? ということになってくる。

(ポリオ根絶には日本からかなりの資金援助があつていて、来年のNIDのワクチンはすべて日本が負担した。また先日コールド・チェーンの強化に1億円の支援があり、日本大使を招いてのハンドオーバー・セレモニーがまた開かれるが、とりあえずのスピーチのドラフト作成もしくはならない。JICAの専門家はアホらしいとは言わないが、こんな専門以外の仕事で時間を使わざるを得ないのも事実)

8 December (Thursday)

会食、といつてもWHOのネスピット、クリスの奢りで、CDCのサッターとJICAからは僕

と同僚の帖佐先生、医療機器専門家の高岡さんという面々。いわばみんな友達のようなものだ。ルアンパルバン料理を食べた。ちなみにルアンパルバンは景勝かつ美人の多いところでラオス旅行時にはぜひ行きたいところ。面白いことにこの白人は東洋の魅力にはまった連中だ。サッターの奥さんはベトナム人、クリスの奥さんはマレー人、ネスピットの彼女は日本人、僕はフィリッピンの奥さんが欲しいけれどもう日本にいて残念。

11 December (Sunday)

ラオス南端のセコン県およびアプター県へのアクティブ・サーベイランスへ向かう。車は二日前に目的地に走らせ、我々はビエンチャンから飛行機で飛び、チャンサパック県のパクセで待つドライバーと合流する。パクセの空港に降り立つとビエンチャンと違ってむっとする南国の暑さだ。無理もない、カンボジアの国境はすぐ先にあるのだから。今日は日曜日で仕事は出来ないのでメコン川を渡りワット・ラーを見に行く。アンコール・ワットに似た遺跡で、観光客は僕らの他にアメリカから里帰りした家族の一組だけ（1975年の革命ではかなりの人が国外に逃れた）。山の麓に横たわる寺院の遺跡は全くの手つかずで朽ちていたが、これこそがラオスの魅力だろう、 spoiltされていないのだ。山に向かってのびる石段にはラオスの国花チャンバが白く清楚に咲き誇っていた。

セコン県には4時に着いたが、電気は夕方の6時から8時までと今まで行った中では最短の電気配給だった。その日は運悪く部屋の電気は点かず蠅燭で部屋の灯りをとった。サッターがあまりはやく寝たらいいけないと笑った。「長く寝るほど早死にするというスタディーがある。日本人は長生きだろう。5時間が最適だ」

12-13 December

県の防疫センターに行きEPIマネージャーの説明を訊く。セコン県には四つの郡があり、二つは4月から10月まで続く雨期には交通が寸断され、陸の孤島となるためEPIが施行できない。山岳地帯が多く少数民族の村が散在するなか、ワクチンを抱えて徒步で二日、三日かけて目的地へたどりつき、ワクチンの接種をするヘルス

ワーカーの苦労には頭がさがる。そんな状況下でも来年は1月、2月にNIDが施行される。（7月に北のホアパン県へ行った時には雨で道路がぐちゃぐちゃでモン族の村に一泊し、帰りは土砂崩れのため道路は遮断、ソビエト製の軍用ヘリコプターになんとか乗せてもらいビエンチャンに引き返した）

サッターは村レベルからのサーベイランスの報告状況を聞いていたが結果は芳しくない。ポリオ疑い、コレラ、麻疹、新生児破傷風の四疾患に限定して、ワクチン接種者が村で発見したら郡の防疫センターへ、郡からは県へ、県からは中央のNIHEへと毎週報告するシステムを彼が作り上げており、コンピューターで処理しようというものだが、現実問題としては県レベルのみから単に患者はいないという報告だけが、すなわち、郡レベル、村レベルのデータは無く、患者数0という数字が空しく送られて来るだけだ。このような国ではサーベイランス・システムとは名ばかりで（WHOもCDCもシステム、システムと馬鹿の一つ覚えのように繰り返す）、日本の実行しているアクティブ・サーベイランスが脚光を浴びる所以である。

2日間のサーベイランスで古いポリオの症例が4例見つかりすべて未報告例だった。サッターも容易にポリオが見つかるのに驚いていたが、診断能力は僕の方が一枚上手だった。NIHEの通訳は村によっては30%しか言葉が通じないと頭を抱えていた。余談だが、このあたりはベトナム戦争時にはいわゆるホーチミンルートがはしり、かなり米軍の爆撃があった所で、村には爆弾の殻で植木鉢を造ったりと創意をこらしている。終戦後、不発弾の犠牲になった村人、子供の数はかなりあるという。

サーベイランスが終わりサッターにアドバイスを求めるとき、どんどん話をしてくれた。もしラオスでのサーベイランスの効果が立証されれば、アフリカでも歓迎される筈だと顔を紅潮させた。CDCはドメスティックと謙遜しながらも、既にアフリカの4ヶ国にスタッフを派遣しており、2000年の根絶をWHOとCDCがやった、と言わせようと戦略を練っている。根絶事業はアジアの次はインド、アフリカが対象地域となるが、インドは国がCommitmentを出せば自分たちで解決出来る所で、それだけの潜在能力は十

分あると言うわけだ。来年のカンボジヤのWHOのTAGミーティングでは僕が発表することになるがそのアドバイスもしてくれた。空港ではアトランタに来ることがあれば泊めてやるという、しめた、2年後はオリンピックが開催される。

15-16 December

アタプーはカンボジアとベトナムに国境をなす県で、県の防疫センターの窓から見えるセコン河（メコンの支流）の彼方に続くジャングルには虎が現れるという話だった。6例のポリオがいてワクチン接種率はかなり悪かった。特記すべき初日に赤痢に罹患したことか、アフリカでの症状にそっくりだったから間違いないだろう。原因はパクセの露店で買ったベトナム・サンドイッチ。ともかく発熱の原因がマラリアではなかったので命の危険はないだろう、安心した。一日はラオ人のカウンターパートに働いてもらい、僕は枕だけの窓のあるホテルの部屋で療養、涼しい風の中でモームの短編を2冊読んだ。援助の目的は最終的には彼らにやって貰うことにあるから丁度いい機会だった。ホテルの娘が心配そうに声をかけてくれた。ボーベンニヤン、大丈夫だよ、と笑った。夜は降るような星空だった。

17 December (Saturday)

パクセに戻る。フライトは明日だから今日の夕方は市内見物。ベトナム人が多く町の雰囲気がビエンチャンとは微妙に違う。いずれにしろ田舎から帰った今は大都会にみえる。マーケットをぶらつくが喉が乾き、椰子の実ジュースを飲みたくなって露店に腰をおろした。手際よく椰子の実の口にストローが入れられて出された。旨い。店の女の子が可愛くて写真を撮っていると、隣の店の娘が何やら笑いかけてきた。写真を上げたら、と言ってるらしい。住所が解らないよ、と言うと横にきて腰掛け、拙い字で住所を書いてくれた。訊くとやはりベトナム人だった。明るいのはラオ人と変わりないのだが、おおらかさというか物怖じしない爛漫なところがベトナム人にはあり、美しさにおいても勝っている。こんな爪を伸ばし銀をふった見事なマニ

キュアもラオ人はしない。名前はリー、歳は20、ラオスで生まれベトナムには行ったことがない。カメラを向けると融けるような笑顔。…ラオスの笑顔を同封します。

85年卒業後九大小児科に入局し、89年より91年まで青年海外協力隊でアフリカのマラウイに赴任。帰国後クビになっていた医局はそれでも好意的で、南福岡病院の小児科に勤務。良くして貰い南福岡病院には大変感謝しています。国立医療センターにチャンスがあり93年7月就職、10月国立国際医療センターとセンター化。94年7月から前述のようにラオスへ派遣中です。

国際協力への指針という事ですが、たとえばポリオではボスの千葉靖男先生が中国、ラオスでの臨床トレーニング・コースに、友人である福島大学の神経の先生に短期専門家という形で要請しておられます。僕などは医局が若い医師を自由に協力隊で派遣させ、医局自体も経験を積み情報を得て育つのがいいと思いますが、所詮は指導者次第、日本の医療体制の中では夢物語というところでしょう。ご存じの通り出る杭は打たれる世界であります。実際に日本の国際医療自体もまだ十分に整備されているとは思えません。NGOが増えアムダが頑張っていますが、そういうところで短期間にスタッフが外の世界を知る機会があればいいのでしょうか。

紙面を借りて一言。南福岡病院でお世話になりました梅野先生、アニマル荒木先生、津田先生、ウォーリー松本先生、加野先生、および大学時代の宇都宮先生、稻葉先生、作先生、阪本先生、そして79の真面目な皆様は浮気などなさらずに元気でお過ごしの事と思います。ビエンチャンはバンコクから飛行機でわずか1時間です。機会があればラオスへ遊びに来て下さい。と言っても勤勉な皆様はパッポンの夜を満喫されればバンコクで夜を重ね、あえてメコン河を渡り何もないラオスへ来られることはありえないとは思います。

拙文を同窓会誌に掲載させて戴き大変有り難うございました。人生失うものがあれば得るものもあるようです。頑張っていきたいと思います。皆様もお元気で。ラオスでは今日は雪の降らないクリスマスです。

[連絡先]

CHUSHI KUROIWA

LAO/WHO/JICA PHC Project

% Embassy of Japan

Road Sisangvone Vientiane Lao P.D.R.



活動風景



ラオスの笑顔

今年度末、会員名簿を発行……住所等の届を正確に！

今年11月頃、烏帽子会会員名簿（1995版）を発行する予定です。

事務局ではあらゆる機会を利用して会員の移動の掌握に務め、1992年版発行以後、毎年変更を確認した分については訂正表を皆様にお送りしていますが、まだ訂正されてない方がありましたら早急に綴じ込みの連絡用葉書でご連絡戴きますようお願いいたします。また今後変更のあった場合もその都度至急ご連絡下さい。印刷に間に合う分は極力訂正いたします。福岡大学に在籍される方は学報や人事速報等によって割と掌握が可能ですが、学外の方は特にご協力をお願いします。

我が同窓会では国外勤務や留学の方にも、ご希望の方に対しては直接国外のご住所あて会報などを送付しています。もし国外への送付を希望される方は、国外に出られる場合、帰国される場合など忘れずに送付先をご連絡戴きますようお願い致します。

福岡大学同窓会事務局

震災地からの便り

〒673 明石市松ヶ丘5-6-3 木村産婦人科医院
電話 078-912-8283

木 村 あずさ (5回生)

震災について言うには未だ落ち着いておりませんが、この度の地震に対し、同窓会からのお見舞いありがとうございました。

2週間後には水道が、1ヶ月後にはガスが戻りましたが、交通の便はJR、阪神、阪急とも戻らず、車は通行止めもあるため、人の往来が狭い範囲となり、人口も減ったままです。

震災直後はドアの開閉も出来ず、スタッフも通勤出来ずという状態でしたが、早期に大工さんが入って下さり、今は通常通り、お産も2月末から可能となりました。

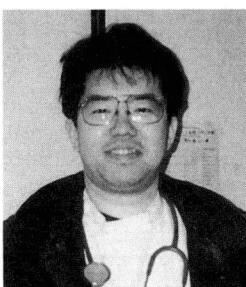
医療という立場から言えば、患者自身に病識をもたせ、投薬の内容等の理解がなければ、電話・FAXとも不通で「この薬がなくなった。」「いつも行っている病院に行けない。」と言って来られる患者さんへの対応は不充分なものとなる危険性がありました。

又、当院は産科と婦人科と両方50%50%でし

ていたのでよかったです。女性の内科系疾患の方がたくさん来られました。個々の患者さんにに関してはプライバシーの問題もあり、この誌上へ書く事は出来ませんが、今後、他県のボランティア医師の帰郷に伴い、県内でボランティア医師をという呼びかけにも応じましたので、外来診療との関係でどういう状態になるか判りかねますが、患者数も変化しましたし、何年も来院されている方が通院出来ない状態も続いておりますし、来月の事は今判らない状態です。

唯、どんな小さな事でも良いですので、被災地への援助等は出来る範囲内としてあげて下さい。精神的にかなり追いつめられている人が多い事も事実ですし、小さな事で心がなぐさめられる事も真実です。

まだ余震も続きます。乱文お許し下さいませ。同窓会の益々のご発展とご活躍をお祈り致しております。



聴診器一本 ~阪神大震災体験記~

〒650 神戸市中央区港島中町4-6 神戸市立中央市民病院
電話 078-302-4321

有 吉 孝 一 (14回生)

1991年3月に福大を卒業した後、私は沖縄県立中部病院で研修を受けた。病院の二階（窓がない二人部屋）に居住し、内科、外科、産婦人科、小児科をローテート。罵声を浴びながら院内を小走りに駆けめぐり、怒声のさなか救急当直をこなし一年目を終えた。二年目は外科レジデントとして執刀の機会が多くあった。鉗子で小手を殴られながら虫垂炎を切り、前立ちに頭

突きをくらいながら胆のうを摘った。めくるめくも充実した日々。深夜、多発外傷患者が運ばれ、輸血が足りない時など、院内の研修医は寝ているところをたたき起こされ、「おい、お前A型か？」文字通り、血までしぼりとられる壮絶な研修であった。

1993年6月。中部病院出身で救急をやる人間が欲しい、と誘われたのが神戸市立中央市民病

院だった。人工島ポートアイランドの中に聳えたつ、1000床を有する近代的大病院。「週一回当直、しかし月一回は土日のいずれかに当直してもらう。」救急部長のすまなさげな声に我が耳を疑った。今まで週三回、当直料なし。当直してお金を貰える事までが新鮮な驚きだった。私は思わず口走っていた。「えっ、天国のような所ですね。」

広域抗生素をガンガン盲打ちするやり方にはどうしてもなじめず、いろいろとストレスを感じる事も多かった。有り難い事に、手術症例は豊富にあり、胃切、腸切と腕を磨いていった。ミナト神戸の美しい夜景を眺めながら、やっと人間らしい生活になったと思った。そうした矢先である、阪神大震災にあったのは。

1995年1月17日、午前5時46分。激しい揺れだったが20~30秒でおさまった。直ちに救急車やパトカーのサイレンが鳴り響くかと思いきや、黎明の街はしんとして音もなく静まりかえっていた。ドアが壊れて閉まっていたため外から開けて貰い、ガスの臭いが立ちこめる中、階段に向かおうとして唖然とした。裏にあった木造家屋がペシャンコに潰れて跡形もない。病院に電話すると、付近からけが人が押し寄せ、停電しているため、研修医が懐中電灯を使って懸命に縫合していると言う。「直ぐ来て下さい。」との声に逆上した私は、あろう事か車に飛び乗り病院へと向かった。過ちに気付いたのは、今にも崩れてきそうなビルの間を通り、亀裂が走るバイパス道路に乗ってからだ。あの時余震が起きていたら一たまりもなかつたろう。ポートアイランドへ降りる神戸大橋のたもとは泥沼と化し、タクシーが一台立ち往生していた。道路を逆行し一旦引き返す事にする。三宮を過ぎると、人々が続々と公園へ避難してくるのに遭った。長田方面、あちこちで立ち昇る火の手、煙でどす黒い空、まるで悪夢の中を彷徨っているかのようであった。

再び歩いて病院へ向かった。瓦礫を踏み越えて通勤しようとするサラリーマンが多く出会い、日本人というのは、こういう時も真面目だなあと感心した。ポートアイランドは交通が寸断され離島と化していた。救急部に陣取り、勢い込んで続々入ってくる重傷患者を待ち構えたものの、朝2例のDOA、多数の軽症患者が島内か

ら來た以外は落ち着きを取り戻しつつあった。この日はそのまま病院に泊まる。

震災二日目。拍子抜けする程患者が少ない。最早、一番役に立たねばならぬ我々が責務を果たしていないのは明白だった。スタッフは延々会議を開き、「いつ水が来るのか」といった議論を繰り返していた。輸液、縫合セット、シーネ等を用意し、近くの港島小学校に向かう。やはり打撲、外傷が多い。風邪薬なども求められる。その日、県の対策本部に、中央市民病院には人員が十分いる事、島を出て巡回診療にあたりたいと申し入れるも、間に合っていると断られる。三次診療を受け持つようにと。

我々の殆どは、主治医として入院患者の世話をせねばならない。これも病院を飛び出す自由がきかない一つの理由だった。家が長田にある患者さんもいる。前日まで外泊していた自宅なのだ。テレビで伝えられるヘリコプターの映像から、それを探し出そうと懸命に目をこらしている。窓の外に目をやるとまだ消えぬ黒煙が天を焦がす。夜になると赤々とした炎が目に焼きつき、身震いをおこさせるのだった。

Tさんは胃癌末期の患者さんだった。尿量が減り、今日明日にも駄目かもしれない、と家族には伝えていた。彼女が入院している11階病棟は被害が最もひどく、天井からの水漏れにより部屋は水浸しだった。また余震の時は上の階ほどひどく揺れるのだ。彼女は布団から瘦せて目ばかり大きくなつた顔を出し、きょろきょろしながら「びっくりしたー」と笑った。驚いた拍子にやや元気になつたようだ。

術後の患者さんさえ、おにぎり、パンの類しかなく、よく咀嚼してこれを食べるほかなかつた。

三日目、四日目と、5階部分が壊れて病院機能を失った西市民病院から、次々と患者さんが転送されてきた。長時間閉じこめられていた人もおり、皆凍えて空腹であった。病棟は次第に満床となり、地面に毛布を敷いたり、待合室の椅子を並べた上に寝かせるより他ない。西市民病院は半壊しながらも救急患者を受け入れているらしかった。

震災五日目の夜、Tさんがどうしても先生を呼べと言つてきかないと言う。そばに行くと息苦しい、しんどいと訴える。「今日は疲れて

るのだから、目をつむってゆっくりお眠りなさい」というと素直に頷く。夫と弟に手を握って貰う。そうして目を閉じ、5・6回下顎呼吸したかと思うとそのまま眠るように亡くなった。

翌日、同僚のオートバイに二人乗りして東灘区へと向かった。自分が役に立っていないのではないかという苛立ちが募っていた。受け持ち患者をすべて県外に転院させ一区切りした所でもあった。東灘は倒壊家屋、死亡者が最も多いた所だ。保健所と相談のうえ救護所を二つ開設し、そこをベースに巡回に回る事にした。風呂に入つておらず身体が痒かった。炭水化物のみの配給のせいか口内炎が多くできた。ただ精神のみ高揚していた。これと同じような状況になった事がある。考えてみると研修医の時に良く似ていた。

救護所では聴診器一本を頼りに診療にあたった。全神経を集中させて聴診し、肺炎、心不全を東灘診療所へと送る。そこでレントゲンや血液検査がなされ、重症例は中央市民病院へと送られた。救急医や研修医がローテートを組んだのだが、ここで医師の臨床能力は明確に表れる。病歴と診察のみで、これこれがわかったと得々としている者もいれば、ただ投薬しているように見える者もいる。普段、聴診器を型通りあてて、すぐレントゲン、血液検査のオーダーを出し、それに頼ろうとする事への戒めを突きつけられているかのようであった。

一週目に多かった外傷、打撲は次第に影をひそめ、上気道炎、肺炎へと移行していた。不眠、いつもこの頃より見られはじめた。次に慢性疾患の急性増悪、心不全や肝硬変等が悪化し始め、三週目頃よりストレス性の潰瘍で吐下血してくる人が多く見られた。長田区の消防署長が吐血によるショックで緊急入院したのもこの頃で、我々の同情を誘った。四週目の今ではこれらに加え、増加した自転車、オートバイによる交通外傷、復興のための労災による外傷が目立つようになっている。奇しくも一次、二次、三次救急がそれぞれの特色と責任を發揮していた。すなわち三次救急医療機関である中央市民病院へは交通の便が悪いため、風邪

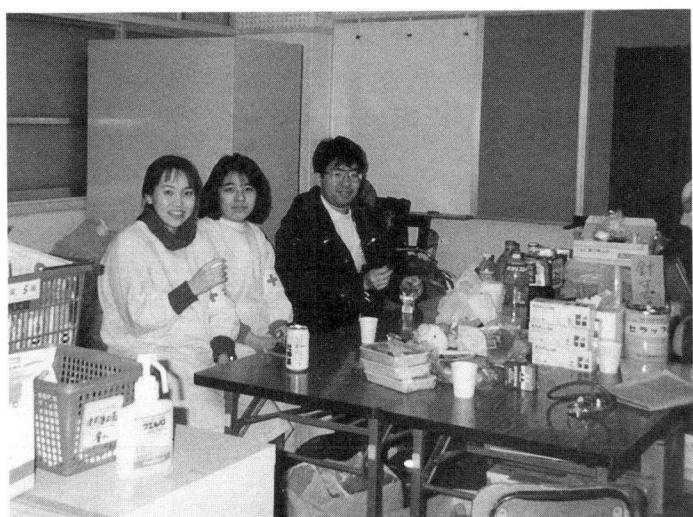
引き、切り傷、擦り傷の類があまり来ず、一次二次医療機関から紹介される重症例のみ多く受け取っていた。また、前述した通り、救護所で頼るべきは聴診器一本であったため、余計な検査をしなくて良かった。非常時の中、理想的な医療システムを垣間見た気がする。

1ヶ月たち、地元開業医への引き継ぎ、救護所閉鎖を考えている時、災害対策本部はようやく重い腰を上げ始めた。患者が殆どいない所や、近くに診療所、病院がある避難所に24時間体制の救護所を置いたり、巡回医療団を編成したりと現状を全く無視したやり方である。こうなると気の毒なのは他県からのボランティア医師団だ。現在、某大学から派遣された2名の医師は、大阪のホテルに宿泊し毎日神戸まで通っている。1日数名の風邪引きを診るために。自らの満足のために医療を施すのでは勿論ないが、果たして各々の能力を十分出した、やり甲斐がある仕事をしているだろうかと残念に思う。

政府や災害対策本部は秩序を求める結果こうなった。しかし、今回の震災で役立ったのは、組織に頼らず、要請を待たずになりふりかまわず駆けつけ、草の根医療を施した人達であった。

今後、皆さんがいる、どの地域で災害が起ころとも、リュックに薬を詰め、聴診器一本ぶら下げて駆けつけよう。一救急医としてそう約束する。要請を受けてからでは遅すぎるのである。

1995年3月、私は瓦礫と灰塵の街、神戸にいる。



事務局付記

事務局に届出の住所・勤務場所によって調査しました所、被災された方は下記の3名の方が判明致しました。

◆木村 あづさ 先生（5回生） 木村産婦人科医院（明石市）

◆高橋 悅司 先生（5回生） 金沢灘病院（神戸市灘区）

◆有吉 孝一 先生（14回生） 神戸市立中央市民病院（神戸市中央区）

同窓会としては早速理事会に諮り少しが見舞金を贈り、先生方の被災のお見舞いと共に救援活動の労をお慰めしました。本当に先生方ご苦勞様でした。

なお事務局の調査不十分のため、上記以外にも被災された方があるかも判りません。

ご本人、又ご承知の方ぜひ事務局までお知らせ下さい。



組織アンジオテンシンⅡ 生成系におけるヒトキマーゼの役割

Max-Delbük-Centre for Molecular Medicine (MDC)
Department of Hypertension Research, Berlin, Germany

浦田秀則（3回生）

はじめに

昨年の8月、小児科の廣瀬先生の多大なるお骨折りによって、帰福報告会なるものをさせていただいた。われわれの学年担任であった犬塚教授を始めとして、同窓の諸氏のみならず、先輩や後輩にも多く出席いただき恐縮すると共に、暖かいお言葉を頂き、この紙面をかりて、関係各氏へ心より感謝の気持ちを伝えたい。その折に、同窓会の池田氏より、報告会の内容を含めて投稿する旨の依頼を頂いたので、私自身が携わった研究内容についてまとめて報告した。最初の依頼より一年近くも遅れた事を深謝したい。

序論

アンジオテンシン変換酵素阻害薬やアンジオテンシンⅡ（AngⅡ）受容体拮抗薬などのレニン-アンジオテンシン（RA）系抑制薬の開発により、生体内におけるレニン-アンジオテンシン系の果たす役割が一層明らかになってきた。即ち AngⅡは従来知られてきた直接血管収縮作用やアルドステロン経由の循環血液量の調節作用のみでなく、心血管系組織の増殖や再構築

にも関与する事が示されてきた^{1) 2)}。

このように AngⅡ自体の病態生理化学的役割が全身循環系だけでなく、組織局所においても重要であることが明らかにされて来た過程の中で、全身性RA系のみでなく、組織局所における AngⅡ生成系も次第に知られる様になった。特にヒトにおける組織局所における AngⅡ生成系に関しては、従来のアンジオテンシン変換酵素（ACE）が主体であると長く信じられてきた。これはアンジオテンシン変換酵素阻害薬（ACEI）が登場して以来臨床的に非常に有効な治療薬となってきた事が主な原因であるかもしれない。しかし最近ヒト心臓の左心室ホモジネート中では ACE は全 AngⅡ 生成活性の 10-15%しか貢献しておらず、残り約80%は、つまり大部分のAngⅡ生成は未知のセリン酵素による事が示され、ヒト左心室では組織 AngⅡ 生成系における既存の ACE 主体仮説が当てはまらない事が示唆された³⁾。浦田らはこのヒト左心室セリン酵素を純化し、その部分構造と生化学的特徴⁴⁾から、さらに遺伝子とcDNAクローニングにより全構造を明らかにし、このセ

リソルビン酵素がキモトリプシン類のキマーゼであることを見い出した⁵⁾。この総説ではヒト心キマーゼについて解説し、この酵素の病態生理化学的役割について考察したい。

ヒト心臓の ACE とキマーゼ

レニン-アンジオテンシン系による Ang II 産生系でその最終段階に位置する ACE の役割は大きい。ACE は主に血管内皮細胞において産生され、全身及び局所組織において Ang II 産生とその他のペプチドホルモンの代謝に重要な役割を持つ⁶⁾。心臓内においては心肥大やその原因ともなる線維化に関与する事が最近の研究によって明らかになっている^{7) 8)}。さらに Cambien 等は ACE 遺伝子の欠如-欠如 (DD) 型の頻度が心危険因子を持たない患者群における心筋梗塞発生頻度に有意に相関することを見い出した⁹⁾。また脳卒中易発症高血圧自然発症ラット (SHR-SP) を用いた研究においても、ACE の遺伝子型と血圧との間に有意の相関があることが報告された^{10) 11)}。これらの遺伝子型分析の結果によると ACE 遺伝子座の近くに、心血管病変に関与する遺伝子が存在するらしい。このように ACE と心臓血管系疾患の関係は注目を集めている。

正常ラットの心臓では ACE 発現は弁膜部と冠血管に高く、次いで右房、左房、両心室の順となるが、洞房結節などの伝導組織には低いことが明らかになっている¹²⁾。ACE 発現は冠動脈結紮による実験的心筋梗塞や心不全で増加し、その増加率は病態の程度と相関している^{1) 7) 13)}。抽出されたラット心臓における局所 Ang II 産生は ACEI の前投与によりその殆どが抑制される。この様にラットの心臓においては ACE はアンジオテンシン I (Ang I) から Ang II を産生する過程の主要酵素であり、しかもその発現は心臓の病態生理と深く関わっている。しかし他の動物種では多少状況が異なるようである。権藤ら¹⁴⁾ や野田ら¹⁵⁾ は犬心臓の冠動脈左前下行枝結紮後に冠静脈洞にみられる Ang II の増加は ACEI の前投与によって殆ど変化を受けず、広域セリン酵素抑制薬であるアプロチニンによって部分的に抑制されることを報告した^{14) 15)}。同様な ACE 非依存性 Ang II 生成はハムスターの頸嚢¹⁶⁾ と心臓¹⁷⁾、猿の肺動脈と冠動脈¹⁸⁾、ラッ

トの後肢灌流実験¹⁹⁾ などでも報告してきた。

一方ヒトでは、実験材料の調達が容易でなく ACE 非依存性 Ang II 生成の詳細は不明であった。占部らはヒトにおいて閉塞性動脈疾患者者の下肢循環に ACE 非依存性の組織 Ang II 産生が関与していて、広域セリン酵素抑制薬の FOY や FUTHAN で症状の改善が得られたことを報告した²⁰⁾。浦田らはヒト摘出心においてその詳細を研究した。即ち心臓移植の際に得られる摘出心と、移植に用いられなかった提供者正常心臓を用いて組織 Ang II 産生の機構を検索し、ヒト左心室ホモジネート中で ACE は全 Ang II 生成活性の 10-15% しか貢献せず、約 80% は未知のセリン酵素による事を明らかにした³⁾。このことはヒト血清では Ang II 産生は ACEI で完全に抑制され、循環血中の Ang II 産生が主に ACE 依存性である事と事情が全く異なっている。浦田らは更にこのヒト心における Ang II 生成を司る未知のセリン酵素を 1.6kg のヒト心臓から純化し、その部分構造からこの酵素がキモトリプシン類のキマーゼである事を明らかにした⁴⁾。

ヒト心臓キマーゼの生化学的特徴⁴⁾

浦田らは高濃度塩抽出、ゲルfiltration、ヘパリン吸着クロマトグラフィー等により約 115,000 倍に純化し 1.3mg の純粋キマーゼを得た。分子量はポリアクリルアミド電気泳動 (SDS-PAGE) とゲルfiltration 分析で約 30kDa であった。Ang II 産生の至適 pH は Ang I を基質として 7.5 から 9.0 の間であった。Con A や Wheat Germ Agglutinin との吸着性など SDS-PAGE 上の形態等より糖蛋白と推定された。

ヒトキマーゼは純粋なヒトアンジオテンシノーゲンを基質としても Ang II 産生活性を示さなかった。純化したヒトキマーゼの酵素活性はセリン酵素阻害剤である SBTI、PMSF、キモスタチン、a1-抗トリプシン、a2-マクログロブリン等によって完全に抑制されたが、アプロチニン、ACEI やその他の酵素阻害剤では全く抑制されなかった。

酵素力学的にもヒト心臓キマーゼは強力で特異的な Ang II 産生酵素である事が明らかになった。Ang I を基質として用いた酵素力学的結果 ($K_m = 60 \mu M$; $K_{cat} = 160 / sec$; $K_{cat} / K_m =$

$2.7/\mu\text{M}\cdot\text{sec}$) を既知の Ang II 産生酵素と比較した結果、ヒト心臓キマーゼは少なくとも *in vitro* では最も強力な Ang II 産生酵素である事が示された。また ACE の非常に高い基質である幾つかの生理活性ペプタイド（ブラジキニン、サブスタンス P, LH-RH, エンケファリン, MS H）は、純化されたキマーゼでは分解されなかつた。これらの事実はヒトキマーゼが Ang I に対して ACE よりも遙かに高い基質特異性をもつ事を示している。さらに詳しく基質特異性を調べるために P1, P2, P'1, と P'2 部を修飾した Ang I のアナログを合成し、純化したキマーゼを用いて酵素力学活性を調べたところ、P1 のフェニルアラニン、P2 のプロリン、C 末端側の切断遊離アミノ酸が 2 個であること、N 末端側の酵素との結合アミノ酸残基が 6 個以上であること等の条件が協力的に作用する必要があることが明らかになった²¹⁾。この条件に適合するペプチド基質は現在のところ、Ang I とニューロテンシンが知られている。

ヒトキマーゼの遺伝子とcDNAの同定⁵⁾

ヒトキマーゼの遺伝子は λ -DASH ヒト遺伝子ライブラリーをラットキマーゼの cDNA と純化されたヒトキマーゼから直接得られたアミノ酸配列に基づいて合成されたオリゴヌクレオチドを用いたスクリーニングによりクローニングされた。この遺伝子配列を利用して Polymerase Chain Reaction (PCR) 用のプライマーを作成し、ヒト心臓から抽出した mRNA を錆型として cDNA もクローニングされた。ヒトキマーゼの遺伝子は約 3 kb と比較的小さく、5 つの coding block と 4 つの intervening sequence からなり、5' の non-coding 部分には典型的な TATA box と CAAT box が見られた。

この遺伝子構造（5 つの coding block と 4 つの intervening sequence）は異種動物のキマーゼ、サイトトキシックセルプロテアーゼ、カテプシン G、カリクレイン、トリプシン等と似た遺伝子構造であった。しかし酵素力学的に性質の似ているキモトリプシンとは異なる遺伝子構造（7 つの coding block）を持っており、キマーゼの進化過程にも興味がもたれる。またヒト遺伝子を用いたサザンプロット分析では、他動物種のキマーゼとは異なり、キマーゼ遺伝子

は一つしか同定できなかった。

キマーゼ cDNA のクローニングに基づいて得られたアミノ酸配列から、キマーゼはプレプロ酵素として生合成され、その活性化には 19 アミノ酸残基からなるプレ配列と 2 アミノ酸残基からなるプロ部分が遊離される必要があることが明らかになっている²²⁾。酵素本体は 226 アミノ酸残基からなり、セリン酵素の活性に必要な 3 つのアミノ酸残基が His⁴⁵, Asp⁸⁹, Ser¹⁸² と同定され、また Asn⁶⁹ と Asn⁸² は糖鎖付着部となる可能性が示唆された。またラットキマーゼ 2 の X 線解析の結果を基にしたコンピューター解析により、酵素内に 3 つの S-S 結合があることが示唆されると共に、基本的構造は他種キマーゼ、カテプシン G やグランザイム等と非常に似ていることが明らかになった。さらにヒトキマーゼの一次アミノ酸配列を他動物種キマーゼと比較すると、ヒトキマーゼに比較的特異的部が幾つかの部分で認められた。しかもこれらの部分はそれぞれ推定上の基質結合部分と近接しており、これらの特異的な部分構造がヒトキマーゼの酵素特異性に寄与している可能性が示唆された。

ヒト心臓内におけるキマーゼの分布²³⁾

クローニングされた cDNA 遺伝子配列を基に、特異的オリゴヌクレオチドプローブを作成し、*in situ* ハイブリダイゼーションを行って、キマーゼ mRNA の所在を明らかにした。その結果キマーゼ mRNA は肥満細胞、内皮細胞、間質細胞において観察され、特に心筋内の冠血管外膜周辺の細胞に特にその発現が強く見られたが、心筋細胞には発現を認めなかった。この所見は、キマーゼは肥満細胞のみにて発現するとする従来の説と異なるものであった。この点を確認するために特異的なポリクローナル抗体を用いて、電子顕微鏡による組織化学的検索を行った。肥満細胞、内皮細胞、間質細胞の分泌顆粒内にヒトキマーゼの免疫化学反応を示す金顆粒の存在が認められた。しかし金顆粒の大部分はむしろ間質部に多く見られ、しかも細胞外結合組織と共に存していることが確認された。そして心筋細胞内には有意の金顆粒は認められなかった。以上の所見はヒト心臓キマーゼは肥満細胞、内皮細胞、間質細胞などで合成された後、分泌顆粒に蓄えられて、何らかの刺激により分泌され、

その後心筋の間質に位置し、細胞外 Ang II 产生に関与することを示唆している（図1）。血中にはキマーゼ様活性は認められないので、キ

マーゼの病態生理学的役割は組織に限局しており、レニンーアンジオテンシン系の中ではparacrine的な役割を担っていると考えられる。

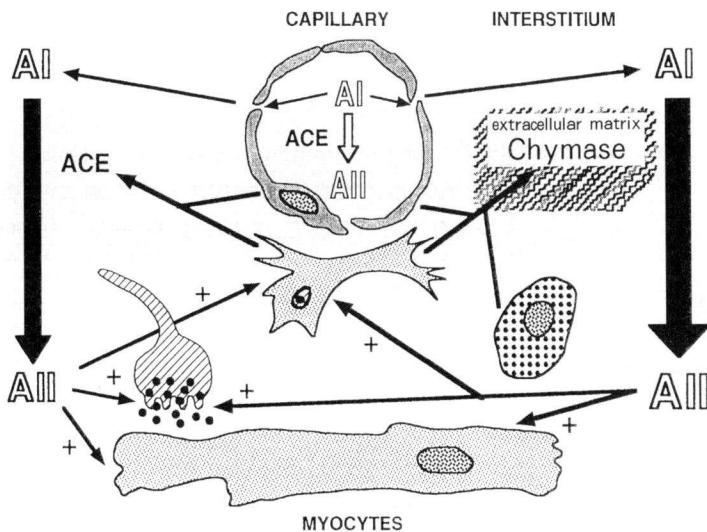


図1 ヒト左心室における組織アンジオテンシンII产生系：アンジオテンシン変換酵素(ACE)とキマーゼ(chymase)の関係

AI, angiotensin I; AII angiotensin II; ACE, angiotensin I-converting enzyme

一方 ACE は主に血管内皮細胞の管腔側に位置し、膜表面より遊離した血中 ACE と共に Ang II 产生の大部分に貢献すると考えられ、产生された Ang II は血管収縮作用によって血圧の上昇や体液量の増加に関与すると考えられる。しかも最近の報告では、ACE は線維芽細胞や血液由来のリンパ球でも产生され²⁴⁾、組織 Ang II 产生にも大きくかかわっており、血管収縮のみならず、心血管組織の増生や再構築に関与すると考えられている（図1）^{1), 2), 13)}。実際臨床的に ACEI は他の血管拡張薬に比して心筋肥大の改善に有効で、このことは前述した ACE の組織における役割を強く示唆している。その上 ACE は Ang I のみならず、多くの他の生理活性ペプチドの代謝に関与しており⁶⁾、組織 Ang II 产生酵素としてはキマーゼとはその性格を異にしている可能性が高い。

ヒトの心臓では、ACE 活性は部位によって異なる。右房は左心室の3倍、右心室は左心室の2倍あり、左心室の ACE 活性は最低である³⁾。一方キマーゼは心房心室

を左右で比較しても差を認めないが、左右ともに心室のほうが心房よりも約2倍ほど活性が高い²³⁾。これらの結果は、少なくとも平常時においては、右心房ではACEが、左心室ではキマーゼが主に組織 Ang II 产生に関与している可能性を示唆している（図2）。

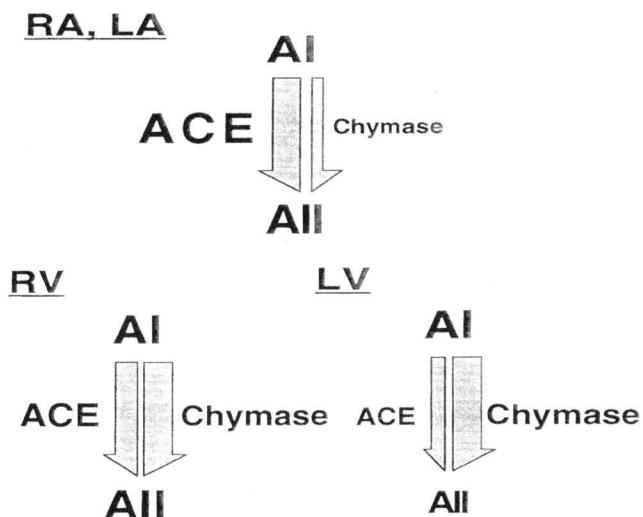


図2 ヒト心臓におけるアンジオテンシン変換酵素(ACE)とキマーゼ(chymase)の関係

RA, right atrium; LA, left atrium; RV, right ventricle; LV, left ventricle; AI, angiotensin I; AII angiotensin II; ACE, angiotensin I-converting enzyme

臨床の考察

最近強力なACEIの一つであるcilazaprilが経皮経管冠動脈形成術後の再狭窄の阻止に対して試験され有効でないことが明らかになった²⁵⁾。このACEIの無効性はヒトだけでなく、猿²⁶⁾や豚²⁷⁾でも確認されているが、ラットでは同じACEIが血管障害後の新生内膜肥厚を有意に抑制した²⁸⁾。この様に血管障害後の再狭窄の機構には種差が見られる。犬の頸動脈障害モデルでは再狭窄にキマーゼ様酵素が関与することが示されている²⁸⁾。さらにACEIはこのモデルでも有効でなく、最近開発されたAng II受容体サブタイプ1(AT₁-R)拮抗薬が再狭窄の抑制に有効であった²⁹⁾。キマーゼの酵素活性はACEIで抑制されないので、ヒトでも同様の機構によりACEIが無効であった可能性を示唆している。したがって、同じレニンーアンジオテンシン系阻害薬であっても、その阻害段階によって臨床的にはその効果が大きく異なる可能性がある。もし臨床的薬効に於いてACEIとAT₁-R拮抗薬間で相違があるとするならば、キマーゼはその差を説明出来るいくつかの因子の中の一つであると考えられる。今後長期に亘る臨床試験によって新生内膜形成のみでなく、他の心肥大や虚血性心疾患におけるAng IIの関わりが明らかになると予想される。

ヒトキマーゼは心臓のみならず他の組織（消化器、皮膚、子宮、肝、血管等）にも多く存在することが知られており^{30), 31)}、しかも細胞外結合組織やアボ蛋白Bの代謝などにも関与することが示唆されている^{31), 32)}。肥満細胞自体の機能を考えるとキマーゼは、組織Ang IIの産生のみならず、他の未知の代謝系への関与も考えられ、免疫性・非免疫性反応に何らかの役割を演じている可能性も否定できない。

まとめ

Ang IIは従来知られてきた直接血管収縮作用やアルドステロン経由の循環血液量の調節作用のみでなく、心血管系組織の増殖や再構築にも関与する事が示してきた。しかも局所組織によつてもAng IIが生成されていることも次第に明らかにされてきた。その中で最近ヒト心組織中のAng II産生酵素としてキマーゼが主体であることが示唆され、その生化学的性状、

一次構造、組織学的所在などが明らかにされた。従ってキマーゼが病態生理学的にどの様な役割を持つかが興味の焦点になりつつある。

謝辞

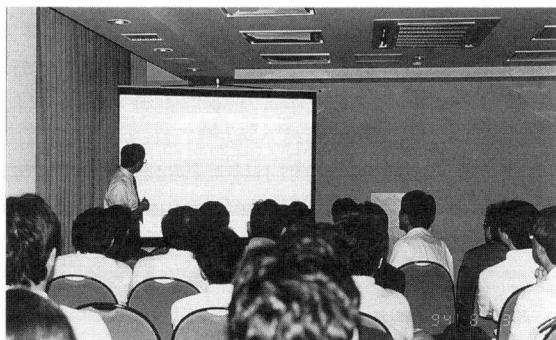
この一連の研究にあたり、直接、間接的に、多大な人々のお世話になって来た。Cleveland ClinicではDr. Bumpus(故人)、Dr. Husain, Dr. Graham、内科第二時代からの先輩と同僚であったDr. Ideishi、とDr. Kinoshita、Case Western Research UniversityではDr. Boehm、とDr. Hirose(小児科)、現在のMax-Delbrück-Centreでは、Dr. Ganten、とDr. Hoffmann、日本の福岡大学内科第二及び体育学部からは、長期に渡る留学にもかかわらず、精神的にさらには物質的に支援してくださった荒川、池田、進藤、田中教授等を始めとする諸先輩、同僚、後輩方に対して、心からお礼を申し上げたい。そのほかにも技術援助を含め、個人的にお世話になった方々等多いと思うが、紙面の都合上、割愛させていただいた。

文献

- 1) Hirsch, A.T., Pinto, Y.M., Schunkert H., et al.: *Am. J. Cardiol.*, 66:22D, 1990.
- 2) Powell, J.S., Clozel, J.P., Müller, R.K.M., et al.: *Science*, 245:186, 1989.
- 3) Urata, H., Healy, B., Stewart, R.W., et al.: *Circ. Res.*, 66: 883, 1990.
- 4) Urata, H., Kinoshita, A., Misono, K.S., et al.: *J. Biol. Chem.*, 265:22348, 1990.
- 5) Urata, H., Kinoshita, A., Perez, D.M., et al.: *J. Biol. Chem.*, 266:17173, 1991.
- 6) Erdős, E.G. & Skidgel, R.A.: *Hypertension*, 8 [Suppl I]: I-34, 1986.
- 7) Hirsh, A.T., Talsness, C.E., Schumkert, H., et al.: *Circ. Res.*, 69:475, 1991.
- 8) Paul, M. & Ganten, D.: *J. Cardiov. Pharmacol.*, 19 [Suppl 5]:S51, 1992.
- 9) Cambien, F., Poirier, O., Lecerf, L., et al.: *Nature*, 359:641, 1992.
- 10) Hilbert, P., Lindpaintner, K., Beckmann, J.S., et al.: *Nature*, 353:521, 1991.

- 11) Jacob, H.J., Lindpaintner, K., Lincoln, S. E., et al.: *Cell*, 67:213, 1991.
- 12) Yamada, H., Fabris, B., Allen, A.M., et al.: *Circ. Res.*, 68:141, 1991.
- 13) Schunkert, H., Dzau, V.J., Tang, S.S., et al.: *J. Clin. Invest.*, 86:1913, 1990.
- 14) Gondo, M., Maruta, H. & Arakawa, K.: *Jpn. Heart J.*, 30:219, 1989.
- 15) Noda, K., Sasaguri, M., Ideishi, M., et al.: *Cardiovasc. Res.*, 27:334, 1993.
- 16) Cornish, K.G., Joyner, W.L. & Gilmore, J.P.: *Circ. Res.*, 44:540, 1979.
- 17) Hirakata, H., Fouad, F.M., Bumpus, F.M., et al.: *Circ. Res.*, 66:891, 1990.
- 18) Okunishi, H., Miyazaki, M. & Toda, N.: *J. Hypertens.*, 2:277, 1984.
- 19) Ideishi, M., Sasaguri, M., Ikeda, M., et al.: *Life. Sci.*, 46:335, 1990.
- 20) Urabe, Y., Ideishi, M., Sasaguri, M., et al.: *Am. J. Cardiol.*, 72:218, 1993.
- 21) Kinoshita, A., Urata, H., Bumpus, F.M., et al.: *J. Biol. Chem.*, 266:19192, 1991.
- 22) Urata, H., Karnik, S., Husain, A., et al.: *J. Biol. Chem.*, 268:24318, 1993.
- 23) Urata, H., Boehm, K., Philip, A., et al.: *J. Clin. Invest.*, 91:1269, 1993.
- 24) Costerousse, O., Allegrini, J., Lopez, M., et al.: *Biochem. J.*, 290:33, 1993.
- 25) The multicenter European Research Trial With Cilazapril After Angioplasty to Prevent Transluminal Coronary Obstruction and Restenosis (MERCATOR) Study Group: *Circulation*, 86:100, 1992.
- 26) Hanson, S.R., Powell, J.S., Dodson, T., et al.: *Hypertension*, 18 [Suppl II]:II-70, 1991.
- 27) Lam, J.Y.T., Lacoste, L. & Bouassa, M.G.: *Circulation*, 85:1542, 1992.
- 28) Shiota, N., Okunishi, H., Fukamizu, A., et al.: *FEBS lett.*, 323:239, 1993.
- 29) Okunishi, H., Shiota, N., Fukamizu, A., et al.: *J. Hypertens.*, 12 [Suppl. 3]:S132, 1994.
- 30) Urata, H., Storobel, F. & Ganter, D.: *J. Hypertens.*, 12 [suppl 9]:S17, 1994.
- 31) Vartio, T., Seppa, H. & Vaheri, A.: *J. Biol. Chem.*, 256:471, 1991.
- 32) Kokkonen, J.O., Vartiainen, M. & Kovane, P.: *J. Biol. Chem.*, 261:16067, 1986.

[付記] 浦田秀則先生講演会について



昨年8月3日に、現在旧東ベルリンにあるMax-Delbrück-centerで研究中の浦田秀則君(3回生)に、様々な分野で今話題の、彼の手によって再発見されたとも言うべきキマーゼについて、上記の要旨のような内容で講演をしてもらいました。

私は、彼の以前の研究地に同じ頃留学していたため、彼が非常に苦労してヒト心臓からキマーゼを精製し、その完全な遺伝子を単離したのを知る機会を得ました。以来、その世界に先駆ける研究に注目して来ましたが、彼こそがこの分野でのパイオニアであり第一人者である事を知っている同窓生が、意外に少ないのが私の不満でした。この誇るべき仕事を皆に知ってもらおうと彼に講演をお願いしたわけです。

平日にもかかわらず、講演会は座れない方も出るほどの盛況で、引き続いて行った懇親会もまさに同窓会の様相を呈し盛況を極めました。遅くなりましたがその時の講演要旨を掲載させて戴きました。

紙上をお借りしましてご協力の皆様に感謝致しますと共に、浦田君の益々のご発展をお祈り致します。

(3回生 広瀬伸一)

誌上公開講座



当科における体外受精・胚移植治療について

福岡大学医学部産科婦人科学 詠田由美(3回生)

1. 歴史

1978年 Steptoe and Edwardsによる体外受精児出生の報告以来、ヒト体外受精・胚移植(IVF-E: in vitro fertilization and embryo transfer)は急速に全世界に普及し、産婦人科不妊症領域における有効な治療手段として不可欠のものとなっている。本邦におけるIVF-ETの妊娠分娩例は1983年の報告から始まった。初期のIVF-ETでは自然排卵周期に沿って1個の卵の採取が行なわれたため、尿中のgonadotropin濃度を追いながら排卵時期を推定し、産婦人科医のお好みの夜中の採卵もしばしば行なわれていた。1989年初頭から、排卵誘発法は改良され、gonadotropin releasing hormone agonist (GnRHa: 子宮内膜症、前立腺癌治療薬)の併用により、多数の卵の採取や排卵時期の調節が可能となった。福岡大学医学部産婦人科では、1989年暮れにマウス胚の培養ならびにIVF-ET実験を開始し、1990年9月に福岡大学倫理委員会の承認を得て、ヒトIVF-ET治療が始まった。

2. 福岡大学病院でのIVF-ETの方法

患者には、まず不妊外来にて一般不妊検査を施行する(約2~3週間で終了)。内分泌学的背景は、良好卵を採取する重要な因子と考えられるため、検査結果により個々の患者にあった排卵誘発法をプログラミングし治療を開始する。GnRHaや排卵誘発剤(hMG)の投与は、外来での超音波卵胞発育モニターワークに行なっている。良好卵2個以上採取可能と判定した時点で排卵誘発剤投与を中止し、翌朝6時にhCGを投与する。これが、卵の減数分裂再開と排卵の引き金となるLH surgeに相当する。排卵はhCG注射

後36時間で起こるため、排卵直前の33~35時間で経腔超音波下に採卵する(図1)。患者は採卵日の朝、3階北病棟に入院し抗生素投与を受け、午後4時から5時に採卵術を行なう。採卵後直ちに卵を3mm径の培養皿に移し培養器の中で数時間前培養後、いよいよ精子と出会いう媒精となる。受精阻害物質を含む精漿を除去する目的で、精液を培養液で充分に洗浄処理後、濃縮精子を用いて媒精する。翌朝(媒精14時間後)、2前核(雌性前核と雄性前核)の有無により受精を確認する。胚移植法は2mm径のチューブに胚を移し、子宮口からチューブを挿入し子宮内に胚移植する(図2)。移植胚数は多胎妊娠による周産期合併症を考慮し、原則として3個以下に限定している。妊娠確認は胚移植2週間後に尿の妊娠反応にて確認する。

3. 現況と将来の展望

当初は卵管性不妊症の治療として開始したが、男性不妊、子宮内膜症や免疫性不妊など、以前は極めて難治と言われた疾患においても妊娠成立可能となった。89年1月より94年12月までの6年間の不妊外来登録患者549例中約25%の132例が体外受精登録患者で、のべ277回の採卵術と223回の胚移植を施行した。現在妊娠42例で、既に31例が分娩に至っている。

当科のIVF-ETの特徴は、培養環境の厳重な管理と移植胚数の制限にある。妊娠成績のみを重視し、移植胚数を無制限に行なった結果、その副作用として多胎妊娠とともに4胎以上の多胎が社会問題となる中、当科では妊娠例中3胎は1例のみで、3胎以上の多胎は現在のところ皆無である。

移植胚数を制限した場合、余剰胚が生じる。現在当科では、この余剰胚の凍結に取り組んでいる。胚凍結の目的の第1は、排卵誘発から採卵術までは患者への身体的・経済的負担も多く、余剰の受精胚を有効に患者に還元することである。また、複雑な不妊原因を複合して有する症例では多種類の薬物療法が必要なものもあり、採卵周期にすべての治療を同時に行なうことに

は限界がある。採卵周期後、自然周期に着床環境を整えた上で凍結胚を移植することが望ましいと思われる。

福岡県内の大学病院で先陣を切って配偶子操作を開始したわれわれは、さらに、日々めざましい進歩を遂げているこの領域に挑戦したいと思う。

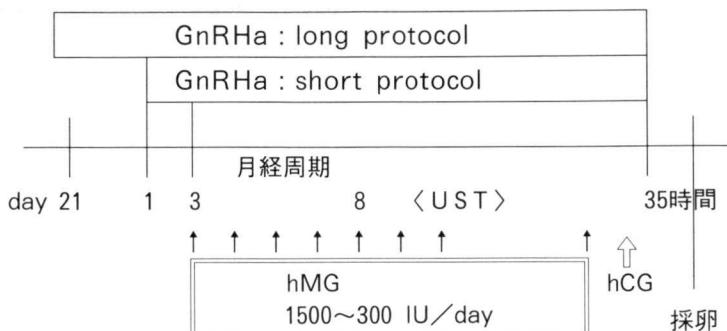


図1 体外受精・胚移植における排卵誘発法

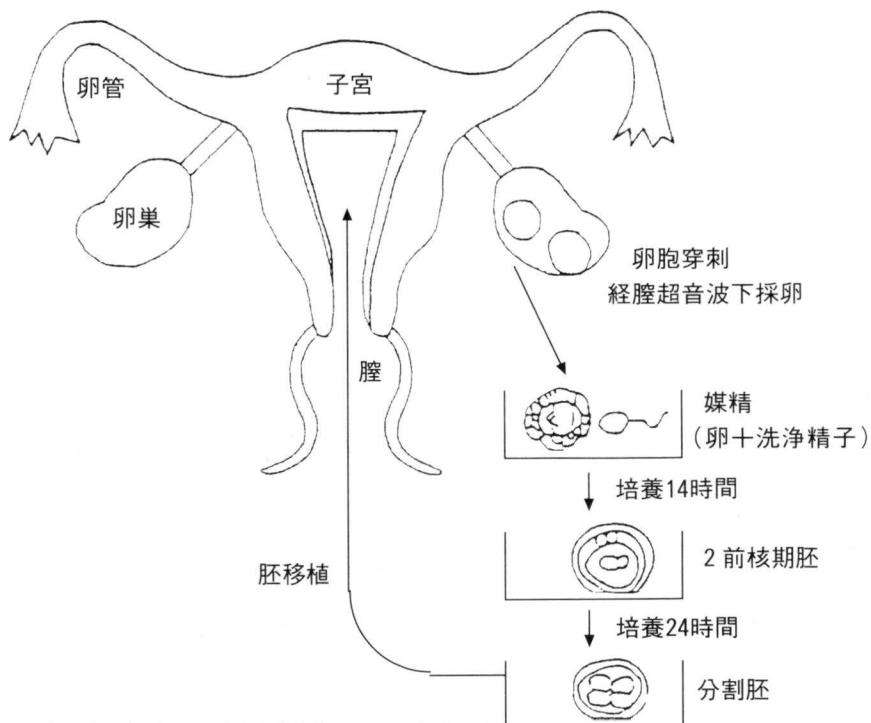


図2 体外受精・胚移植(IVF-ET)の模式図

教室紹介

生化学第一教室

本教室は、前年新設された福岡大学医学部に、昭和48年（1973年）4月大阪大学医学部癌研究施設より松岡雄治教授が赴任され開講しました。この4月から23年目に入っています。初年度は、松岡先生と助手1人技手1人の3人で、研究設備の方も水道もガスも無い状態からのスタートだったと聞いております、その後、当医学部の内外を問わず多くの方々に研究に対して御協力あるいは御参加をいただく一方で、論文博士と（大学院）課程博士の取得者も多数輩出してきており、平成5年4月に開催した開講20周年祝賀会には大勢の方に御参加をいただきました。

現時点でのスタッフは、主任教授で医学部長でもある松岡先生と黒木政秀教授、立石カヨ子助教授、黒木求講師、荒川文子助手、廣吉元正助手、松尾佳野技手であり、大学院生として山中孝彦（4年、第二外科出身）、桑原元尚（4年、第二外科出身）、尾崎弘明（3年、眼科大学院からの研修）、仙波垂水（2年、第一外科出身）、山本貴文（1年、第一外科出身）の5人、また研究生として岩本直子、長崎宏、松下博俊、渡辺繁幸、研究補助員として野田みはる、私設秘書として永田こずえ、の18人からなる基礎医学としては大所帯の教室です。

研究の方は、松岡先生のライフワークである癌胎児性抗原（CEA）を中心に腫瘍マーカーの基礎から臨床まで手掛けており、1980年代後半までは生化学的な手法とモノクローナル抗体を中心とした免疫化学的な手法で、主としてCEAとCEA関連抗原の化学構造および抗原構造の解析と、その結果に基づく測定系の開発・改善を進めてきました。それ以降は分子生物学的手法（遺伝子工学）を取り入れ、いくつかのCEA関連抗原の遺伝子をクローニングするとともに、遺伝子組み換え蛋白を用いた解析で、より詳細なCEAおよびCEA関連抗原の分子構造と抗原構造を明らかにしてきました。

現在では、黒木（政）と荒川を中心とするグループが、CEAに特異的なモノクローナル抗体やそのキメラ抗体を作製してCEA産生癌の早期画像診断とミサイル療法の基礎研究に取り組むとともに、キメラ抗体遺伝子を抗腫瘍活性を有するLAK細胞（一種のリンパ球）に組み込んで発現させ、LAK細胞のCEA産生癌に対する攻撃性を高めようとする、一種の癌の遺伝子治療に取り組んでいます。大学院生では桑原、尾崎、仙波、山本がこのグループで活躍しています。

また、黒木（求）と松尾グループは、CEAの癌組織と正常組織からの遊離機構を追究するとともに、特に白血球に存在するCEA関連抗原の機能の解析を行なっており、大学院生では山中が参加して頑張っています。

一方、立石と廣吉グループは、消化管ホルモンを手掛け、現在は主としてパンクレアスタチンの合成と分泌および作用機序の研究と糖尿病におけるグルカゴン様ペプチド-1（GLP-1）の分泌動態の解析を行なっています。

業績の学会発表は主として癌学会、免疫学会、生化学会で行なっており、いずれのグループも例年国際学会でも発表しております。一方、論文特に原著論文は英文で書くのを原則としており、大学院生にとっては特に最初のころは戦慄苦闘のようです。

研究の厳しさの半面、レクレーションも盛んで、年一回の教室旅行のほか、有志が集まって



の釣りツアーやスキーツアーも恒例となっており、またテニスやウインドサーフィン、スキーバダイビングを毎年楽しんでいる人もいます。最近では、手軽さからか、カラオケパーティの回数も多いようです。

当医学部各教室の発展は現役の学生も含めた

福岡大学医学部同窓会（鳥帽子会）の皆さんのお協力と御活躍があつてのものです。当教室でも鳥帽子会会員のみなさんの、とくに若い力の御参加を心からお待ちしております。

文責 黒木政秀

支部便り



福岡支部だより

福岡支部長 中山幸一（1回生）

この支部も本年6月で2年目になりますが、現在のところ開業している同窓会員を中心に試行錯誤の状態でやっています。昨年の9月より症例検討なども混じえて親睦を深めていますが、回を重ねる毎に、新しいあるいは懐かしい顔ぶれもみられ学生時代の気分に戻ります。

近況では、1回生の加来数馬、瀬知敬一郎先生が早良区小田部で内科消化器科医院、西憲一郎先生が早良区南庄で耳鼻咽喉科医院、堀田博明先生が糸島の前原で精神科クリニック、2回生の内藤英明先生が城南区別府で胃腸科外科クリニック、松岡正樹先生が南区長丘で長丘5丁目内科クリニック、手島康一先生が西区石丸にて消化器外科医院、3回生の片田江民雄先生が新宮で整形外科医院、4回生の兵動和郎先生が南区大橋で精神科クリニック、5回生の古野剛一先生が城南区長尾で婦人科クリニック、6回生の坂上明彦先生が早良区藤崎で循環器内科クリニック、7回生の郭健稔先生が城南区別府で耳鼻咽喉科クリニックを、それぞれ新規開業しております、福岡の地域医療の中核を目指して張り切っています。

本年3月10日の支部会では、昨年12月に同窓会理事会より提案された生涯教育について話し合いましたが、現在、当地の福岡では各学会や医師会関係の生涯教育のための講演会は、ほとんど毎日のように行われており、多い時には日に3～4ヶ所で催されています。卒後教育に関しては、これらの講演でも充分すぎるという事は無いかも知れませんが、支部でしか出来ないような、例えばワークショップ的なより実戦的な、明日からの診療に直ぐにでも役立つようなものが望ましいという意見が多いようでした。そのほか、現在の支部の予算の範囲内で可能な慶弔事に関する取り決めなどについても話し合いました。

今後は、開業の同窓会員のみならず、福岡支部には他大学や国公立病院、あるいは保健所などの行政関係の施設に勤務している同窓会員も多いので、積極的に声をかけて支部会に参加してもらい、病診連携などにも役立つようにする予定です。また他支部に倣ってゴルフコンペなども計画しています。

私の同窓会活動

小生が開業して早くも10年になります。卒業生の中では早かった方だと思います。開業というものは孤独なものです。毎日診療ばかりしていると、忙しい時にはあつという間に一日たつてしまいますが、暇な時には（特に夏頃）、新聞とか雑誌などいろんなものを隅から隅まで読んでも、まだ持て余すほど日を長く感ずるもので。またこんな日が続くと、大きな借金を抱えている身としては「何とかしなくてはいけない。」ともがくため、夕方には疲れが倍増してぐったりします。そんな訳で、いろいろ思い悩んでもしかたないので医師会活動、同門会活動とか同窓会活動に参加するようになりました。初めはソフトボール、ゴルフ大会程度であったのがだんだん高じてきて、今では5つの会の幹事の他、区の理事まで引き受けて目まぐるしい毎日を送っています。

福岡大学医学部同窓会福岡支部である『まかせん会』は、同窓会長の高木先生の意向である、同窓会の活性化ということが発端になって発足したものですが、基本的には「同じ釜の飯を食った仲間が楽しく会して親睦を深め、日頃の鬱憤を発散させたり、情報を交換し合ったり」とい

福岡支部 古原雅樹（2回生）

うことが主目的です。中山幸一先生（1回生）に『まかせん会』会長になって頂き、江下明彦先生（2回生）と小生が幹事となって会を運営しています。結成以来今年で丸2年になります。当初、会則、名簿作成については江下先生にご苦労頂き、立派な形が出来上がりました。福岡市は福大のお膝元であります。勤務医の先生方を含めると280名の大所帯になり、連絡するのにも一苦労です。ですから会開催の折りにはFAX通信網を通じて行います。頻度は3ヶ月に一回の割合で、常時20人前後の出席者しかありませんが、結構盛会で楽しくやっています。昨年は会員に還元できる情報をということで、従業員の給与調査を実施し17の医療機関からの回答を頂きました。また秋からは、勉強会も始めようということになり、現在までに4人の先生方にご発表頂きました（第一回：坂上明彦先生、古原雅樹先生、第二回：田口純一先生、第三回：古賀東一郎先生）。

これからも会員の先生方にとってメリットのある会にしていきたいと思いますので、福岡市で開業、勤務されている先生方はできるだけ多く出席して頂きたいと思います。

大分県支部だより

梅の花もほころび、春もその辺までやって來たようですが、日田・玖珠地区は地理的に孤島的盆地で、夏は蒸し暑いですが冬は寒く、春先まで朝・晩はまだ冷え込みます。

日田に来た頃（約10年前）は都会（福岡）の空気が吸いたくてたまりませんでしたが、徐々に馴れたのか（歳をとったのか？）住めば都のように田舎が良くなり、だんだん外へ出る機会が少なくなりました（多少言い訳かもしれません）。日田は道路事情的に大分県と言うより福岡県に近く、講演会その他県医師会へ行くには2時間かかるって行き、往復4時間をしておりましたのでおっくうになっておりました。し

大分県支部長 鬼木寛二（1回生）

かし大分県も大動脈区が通じつつあり（H.7.3.10 日田・玖珠間高速道路開通し、H.8春には日田・大分全線開通予定）、福岡まで行くのとあまり変わらなくなりました。

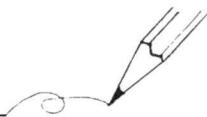
出遅れました大分県支部会も、昨年（H.6.5）増井節男先生（大分アルメイダ病院泌尿器科）のお世話で、「烏帽子」会副会長、小金丸史隆先生に音頭をとって戴き発足しましたので、他の県支部会に負けないように徐々に会を盛り上げて行きたいと考えております。

やっと、九州各地の皆さんと高速道路を通じて手をつなげそうです。

宜しく！！

（平成7年3月）

キャンパス便り



第14回医学祭を開催して

実行委員長 浅原洋資 (M5)



東大幕内教授の講演

秋のうららかな陽気の中、10月30日(日)~11月3日(木)の日程で学生による最大イベントである、「第14回医学祭」を本学七隈キャンパス内各所にて開催致しました。今年は、ややマンネリ化ぎみになっていた分野からのさらなる飛躍と、全学生が参加する魅力ある医学祭を目指し、「挑戦」というテーマを掲げ実行委員を中心企画数の増加とその質の充実の為、準備に献身して参りました。その甲斐あってか、既存の企画から新しいものまで無事かつ盛大に催す事ができ、さらに参加学生・来学者も大きく増加しました。結果として福岡大学医学部の存在を学内外に大きくアピールすることができ、一応の成功を収めたものと自負しております。

これも一重に、医学祭を支えてくださった関係各位の皆様のお陰と、心より感謝致しております。

ます。殊に、鳥帽子会会員の諸先輩方には様々な親身な御助言を頂き、さらに二つの支部と数名の先生方には暖かいお気持ちを頂戴致しました。社会の常識に疎い私どもを、強力にサポートして戴き、大変心強く感じられました。簡単ではございますが、誌上をお借り致しまして厚く御礼申し上げます。

尚、平成7年度の医学祭は「第1回文・発」から数えて第15回目であり、一つの節目として記念すべきものであります。既に、昨年暮れの西医体福大支部総会において、第15代医学祭実行委員長として高橋聰君が承認され新しい実行委員会がその活動を開始しております。時期尚早ではありますが、皆様の変わらぬご支援を心よりお願い申し上げます。



座長をされる岡崎教授

次ページに、「第14回福岡大学医学部医学祭」の会計報告をさせて頂きます。

収 入		支 出	
一般広告	¥ 475,000	医学展	¥ 502,463
O B 広告①	¥ 250,000	パンフレット・ ポスター製作費	¥ 566,075
父兄広告	¥ 195,000	講演会②	¥ 233,753
西医体援助費	¥ 1,000,000	第一企画③	¥ 376,694
後援会援助費	¥ 300,000	第二企画④	¥ 55,228
医学祭補助費	¥ 150,000	運営費・雑費	¥ 248,755
繰り越し金	¥ 100,000	計	¥ 1,982,968
計	¥ 2,470,000	残 高	¥ 487,032

残高は、第15回医学祭へ繰り越し。

①: ¥10,000×12人、福岡支部（南区）¥80,000、北九州支部¥50,000

②: 東京大学医学部第二外科学教室 幕内 雅敏 教授 「肝臓外科と肝移植」

③: メインステージ企画……福岡吉本ブラザーズ公演

④: サブステージ企画……bingo大会・バンド演奏



メインステージ（福岡吉本ブラザーズ）



サブステージ

教育職員人事

平成6年10月2日以降（講師以上）

[退職]

耳鼻咽喉科	教授	曾田 豊二	7年	3月	31日	定年
放射線部	講師	小金丸 史隆	タ	3月	31日	開業・3回生

[昇任]

歯科口腔外科	助教授	喜久田 利弘	6年	12月	1日	
筑紫脳神経外科	教授	田中 彰	7年	4月	1日	
内科第一	講師	俞 孝一	タ	タ	タ	3回生
放射線科	タ	宇都宮 英綱	タ	タ	タ	3回生
放射線部	タ	東原秀行	タ	タ	タ	6回生
産婦人科	タ	江本 精	タ	タ	タ	

[採用]

薬理学	助教授	阿部 正義	7年	4月	1日	
腎センター	タ	兼岡 秀俊	タ	タ	タ	

医局長・医長名簿

1995.4.1現在

診療科	医局長	病棟医長	外来医長
[福大病院]			
内科第一	前田和弘③	王恒治⑥(6西) 中根和彦(6北)	渡辺洋④ タ
タ			
内科第二	岡部真典	古賀学⑦(6東) 道永功⑦(6南)	木下昭生⑤ タ
タ			
精神神経科	福井敏	川谷大治	早稲田隆⑨
タ (ディケア)			伊藤正訓⑩
小児科	雪竹浩③	小川厚⑥	一木貞徳
外科第一	岡本潔⑤	松本伸二	真栄城兼清④
外科第二	岩崎昭憲⑤	秀島輝④	前川隆文②
脳神経外科	長坂進	坂元政三郎⑧	土持廣仁②
心臓血管外科	河野雄幸②	三浦徹也⑨	助広俊吾③
整形外科	浅川康司④	原道也⑦	諫山照刀
皮膚科	幡本明利	幡本明利	清水昭彦
泌尿器科	辻祐治③	松岡弘文⑧	江本純⑧
産婦人科	江口冬樹⑥	牧野康男⑧(3東)	松本信一郎⑤
タ		蜂須賀徹(3北)	タ
眼科	蜂谷隆彦⑧	藤原恵理子	近藤寛之
耳鼻咽喉科	江浦陽一①	木村謙一	吉峯晃一④
放射線科	東原秀行⑥	秋田雄三	野崎善美④
麻酔科	松村健⑦	平田和彦⑫	平田和彦⑫
健康管理科	仁位周介⑧	松村洋⑨	小川健一⑦
歯科口腔外科	後藤尚史	嶋村知記	豊福明
病理部	河村康司		
臨床検査部	安西慶三		
輸血部	鷹野壽代		
救命救急センター	川口浩	吉川浩⑥	
[筑紫病院]			
内科第一	諸江一男③	二宮寛②	占部嘉男⑤
内科第二	二宮寛②	タ	タ
消化器科	櫻井俊弘	タ	タ
小児科	大府正治②	諸岡達也②	大府正治②
外科	山崎宏一④	立石修三⑧	大河原建也
整形外科	城戸正喜①	足達裕①	池田正一
脳神経外科	吉永真也⑤	中山義也⑨	吉永真也⑤
泌尿器科	石井龍⑤	中村英樹⑧	石井龍⑤
眼科	志賀宗祐⑩	志賀宗祐⑩	志賀宗祐⑩
耳鼻咽喉科	辻田直隆	池田研	辻田直隆
放射線科	小野広幸⑦		
麻酔科	水城透③		
病理部	溝口幹朗⑥		

○内の数字は卒業回

福大病院 曜日別外来診療担当医表

平成 7 年 4 月 1 日現在

		月	火	水	木	金	土
内科	初診	吉田 佐々木(准)久野 二田 千手 小河原 上村 小田 田代	西丸 亀井 広岡 向野(質) 笹栗 郡部(真) 兼岡 半田	荒川 内藤 木村 岡部(副)石橋 松永 松尾 漢	奥村 中根 司城 瀬尾	浅野 出石 前田 渡辺(質) 前田 俞 森岡	岡田 木下 渡辺(洋)
	再診	内一 浅野 宮本()	小野 俞 [2階 神経] 中根	奥村 小田(准)	久野 木村 鈴宮 渡辺(質) 森岡 安西 漢 [2階 神経] 西丸 亀井 広岡	岡部(副) 上村 二田	司城 [2階 神経] 予約再来
	午後専門		岡田	前田	瀬尾 王 城谷		
	診	内二 笹栗 半田 武田 渡辺(質) 松尾	内藤 仁位 小河原	吉田 佐々木 出石 村田 千手		荒川 向野(質) 石橋 木下 有富 兼岡 道永	佐々木(准) 前田 松永 白井 古賀
	循環器再来	岡部(真)					
	東洋医学 初診 再診			宮本(漢方)(予約制)		向野(義)(針灸)(予約制)	
外科 第一		池田 梅野 濱田 松本 真栄城		池田 安波 濱田 原田 富田(白井)		安波 梅野 濱田 松本 田中 岡本	
外科 第二			白日 秀島 岩崎 吉武 岡林 酒井		白日 山下 川原 前川 白石 酒井 衣笠		白日 山下 川原 前川 秀島 岩崎 酒井 吉武 白石 岡林 衣笠
※心臓血管外科		木村 河野 中村(歯)	交代制	田代 助廣 三浦	予約のみ 木村		交代制
整形	初診	内藤 池田 緑川 副島	葉 原 松永 張	緒方 謙山 緑川 高岸 松永 山田	池田 浅川 副島 星子	葉 内藤 謙山 柴田 西野 城島	
	再診						交代制
外科	☆専門 外来		膝外來(13:00~15:00) 緒方 原 菊池	リウマチ(13:00~15:00) 池田	スポーツ(13:00~15:00) 岩本	肩の外來(13:00~15:00) 柴田 緑川	
	形成外科	大慈弥 留守			大慈弥 留守		交代制(再診のみ)
産婦人科	初診 (毎日初診可)	瓦林 江本 松本 江口	白川 金岡 蜂須賀 詠田	金岡 和泉 馬渡	白川 瓦林 和泉 江本	蜂須賀 詠田 牧野	交代制 (初診のみ)
	午後腫瘍 専門不妊 内分泌 再来 体外受精 分娩後月検	蜂須賀 江口 江本 詠田 松本		松本 詠田 牧野 馬渡		松本 詠田	
放射線科		神宮 秋田	北川 乳腺外來(岡崎 藤光)	岡崎		神宮 秋田	
皮膚科	初診 再診	古賀 渋江	利谷 清水	利谷 幡本	古賀 清水	利谷 古賀	幡本 交替制
眼科		大島 加藤 藤原 松井 山本	予約再来	大島 林 近藤 尾崎 広重	予約再来(未熟児)	林 加藤 峰谷 中川	予約再来
泌尿器科	初診	他科初診(病棟のみ)	坂本 田原	他科初診(病棟のみ)	大島 辻	他科初診(病棟のみ)	平塚 松岡
	再診	予約再来	大島 平塚 三浦	予約再来	田原 松岡 江本	予約再来	坂本 辻 江本
※耳鼻咽喉科	初診		加藤 木村K 森園 江浦		木村S 江浦 森園 木村K		森園 吉峯 木村K 江浦
	再診	予約再来	吉峯 木村S	予約再来	木村S	予約再来	吉峯
小児科	初診	満留 浜本 山口 新居見 (発達・心理)	小田 一木 安元 (血液) 丹生 柳井	山口 廣瀬 柳井 (腎臓)津留 新居見 (リウマチ・膠原病)	廣瀬 安元 廣瀬 (循環器) 小田 浜本	一木 廣瀬 一木 (神経) 満留 安元	小田 浜本 柳井 新居見
	午後専門外来		満留	(小児喘息・アレルギー) 小田 一木 (感染免疫) 山口 (内分泌・代謝) 廣瀬	13:30~15:30 諸岡 (H.B) 13:30~15:30 山口	(発達再来) (発達再来) 小川 (内分泌・代謝) 一木 喜多山 (頭痛) 満留	
脳神経外科		朝長 福島 岡 土持 長坂		福島 岡 土持 長坂		朝長 福島 岡 土持 長坂	
※精神科	初診 一般	早稲田 村田 米澤	西園 石井	福井 中庭	堤 早稲田 早稲田	西園 中庭	堤 高尾
	予他科受診 (リエゾン)	石井			石井	石井	石井 本田
経知能心理テスト(予約制)				皿田			
科専門再来(予約制)	中庭 福井 伊藤	福井	堤 早稲田 米澤	米澤 伊藤 中庭 古井	堤 石井 米澤 早稲田	石井 中庭 米澤	
	麻酔科	檀 比嘉 平田		檀 比嘉 平田		檀 比嘉 平田	
健康管理科		宗清 平山	小川 後藤	守田 廣橋	養田 仁位	松村 和田	養田 小川
歯科 口腔外科	初診	都喜久田 古賀 古川 豊福 鳴村 後藤	予約再来	喜久田 古賀 古川 豊福 鳴村 後藤	予約再来	都喜久田 古賀 古川 豊福 鳴村 後藤	予約再来
	午後専門外来		午後予約再来	午後予約再来		午後予約再来	
内視鏡		外1 放射線	内1 内2(PM)	健管 外1	内1 外2	健管 外1 外2	放射線 外2
※リハビリーション科		岩崎(西丸 中根)	安部	岩崎(西丸 中根)	安部	岩崎(西丸 中根)	安部

筑紫病院 曜日別外来診療担当医表

平成7年4月1日以降

		月	火	水	木	金	土
内 科 第 一	内科第一	脇山 三好	古部	高雄 古木	諸江 宮脇	広木 宮脇	ローテーション
	内科第二	池田(昭)	佐々木 池田(昭)	二宮			
	消化器科	坂口 真武 山田(美) 岡	八尾 櫻井 鴎池 野田	戸原 林 古川(徳)	中竹 林中山	内田 植市 木丸	松井 平田 中高
	予約	AM 広宮 木脇宮 二	二宮	脇山 池田(昭)	高雄 佐々木	諸江 占古	ローテーション
	再来	PM 坂口 櫻井 中林 真武	八尾 戸原 鴎野	(坂口)	中林	佐々木 竹中	
	専門外来 1PM-3PM	循環器	糖尿病 内分泌	循環器			
内 科 第 二	X線	櫻井 丸田 市池 古川(徳)	真武 平井 古川(徳) 高木	櫻井 丸田 市池 (酒井)	内田 八尾(建) 林 松村	松島 高木 山木	竹畠 中山 古川(徳)
	内視鏡	竹内 中田 島山 林 田中 古川(徳)	松井 帆足 八尾(建) 林 山田(美)	竹畠 中山 高木	真武 丸古川(徳) 平井	真武 八尾(建) 平井 山田(美)	内田 丸古川(徳) 池田
	T C F	竹中 八尾(建) 真武 内田 林 畠山	帆足 八尾(建) 林 (市丸)	畠竹 帆足 内市 〔八尾(建)〕	山中 足田 丸市 〔畠山〕 (北)	真帆 足林 市(畠山) (原)	八尾(建) 竹真 市畠 中武丸山
	腹部 エコー	植木 戸原	戸原 中林 田中	中林 植木 田中	鳩野 岡池 田高	(放射線科) 小野 高野	岡 鳩野
	心エコー	高雄 古木	古部 (午後)	諸江	脇山	宮脇	
小 兒 科	A M	津留 大府 西尾	津留 諸藤 岡川	大府 (柴田)	諸岡 (柴田)	大府 柴田 (津留)	藤井 川上
	専門		(アレルギー) 諸岡		(神経) 大府	(アレルギー)諸岡 (循環器)濱本	
外 科		西田 大河原	有馬 二見	古藤 稻田	山崎 岡本 立石(徳)	有馬 二見	高橋 ローテーション
整形外科		松崎 城戸	足達 有永	松崎 池田	足達 中村	城戸 池田	ローテーション
脳神経外科		吉永	ローテーション	田中	ローテーション	ローテーション	ローテーション
泌尿器科		予約 再来	有吉 中村	予約 再来	有吉 井富	予約 再来(道永)	石井 中富 村田
眼科		志賀 服巻 春野	予約 再来	向野 服竹 巻内	予約 再来	志賀 竹内 春野	予約 再来
耳鼻咽喉科		調辻 田池 田	予約 再来	調辻 田調(希)	予約 再来	調池 田調(希)	予約 再来

会議報告

◆平成6年度第5回理事会 医学部B会議室

平成6年10月28日 19時

議題

1. 生涯教育の進め方について
2. パニックマニュアル編集構想について
3. 財政見通しと会費額の検討
4. その他

◆平成6年度第6回理事会 医学部B会議室

平成6年11月25日 19時

議題

1. 生涯教育の進め方について
2. パニックマニュアル編集構想について
3. 財政見通しと会費額の検討
4. 同窓会会員組織について
5. その他

◆平成6年度第7回拡大理事会 福新楼

平成6年12月22日 19時

議題

1. 生涯教育の進め方について
2. 会員組織について
3. パニックマニュアルについて
4. 会費の委託徴収の件について
5. その他

◆平成6年度第8回理事会 医学部B会議室

平成7年1月27日 19時

議題

1. 会員組織について
2. 会員名簿の編集方針について

3. 生涯教育の進め方について

4. パニックマニュアルについて

5. 評議員の選出方法について

6. 兵庫県南部地震義援金について

7. その他

◆平成6年度第9回理事会 医学部B会議室

平成7年2月24日 19時

議題

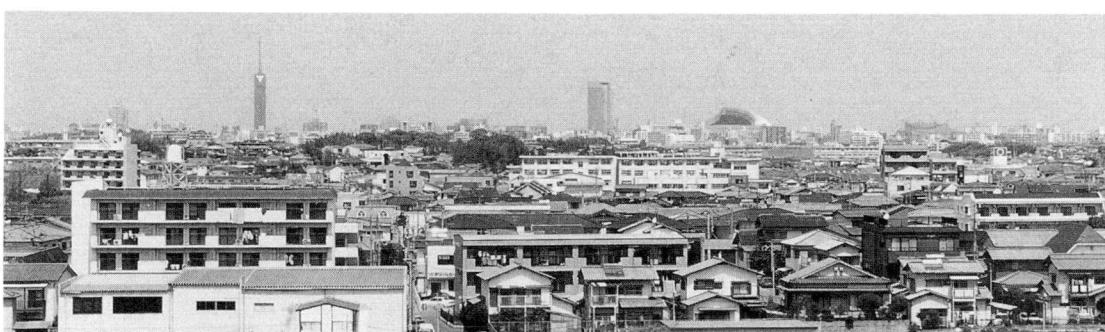
1. 生涯教育について
2. パニックマニュアルについて
3. 評議員選出要領の改正について
4. 会費について
5. 会則細則の改正について
6. 総会の在り方について
7. 新しい障害保険の取扱いについて
8. 職員の給与並びに交通費について
9. その他

◆平成6年度第10回理事会 医学部B会議室

平成7年3月24日 19時

議題

1. 規程案の確認について
2. 平成6年度決算見込み並びに平成7年度事業計画・予算について
3. 7-1評議員会について
4. 第14回総会について
5. パニックマニュアルについて
6. 生涯教育について
7. 会員名簿について
8. その他



情報センター棟から見る福岡タワー、シーホークホテル、福岡ドーム

編集後記

春です。桜咲く春です。季節の移ろいを肌で感じられる、日本の春です。

約2年ぶりに同窓会理事に出戻り、最初で最後かもしれないこの後記を書いています。

我が同窓会も大層な変貌ぶりです。

息吹き芽生える”同窓会の春”の気配をひしひしと感じます。

多くの同窓生を持ち、互いの活躍を知り、協力し合う。福岡大学医学部同窓生として、同窓生同士で、後輩である学生達に、母校に、そしてこの社会に僅かでも貢献できればこれに過ぎたる光栄はないと思うのです。

皆さん、その意気込みを、片鱗を、この会報の中に感じませんか？

それを感じたなら、私達に一言教えて頂けませんか？

私達の独り相撲ではないですよね？ あなたの声が聞きたいです。

総会でお会いしましょう。

95.4. 編集委員（代表） 武末佳子（11回生）

タ 田中伸之介（5回生）

タ 笠健児朗（12回生）



医学部前庭の卒業記念桜

鳥帽子会会報第18号

発行日 平成7年5月15日

発行人 高木忠博

編集人 武末佳子

発行所 〒814-01

福岡市城南区七隈7-45-1

福岡大学医学部同窓会

電話 092-865-6353 (直通)

092-801-1011 (代表)

内線 3032

FAX 092-865-9484

印刷所 〒810

福岡市中央区長浜2-1-30

ロータリー印刷(株)

電話 092-711-7741

FAX 092-711-7901