

加齢研ニュース

平成 22 年 12 月 1 日
東北大学加齢医学研究所
研究会同窓会発行

【所長室便り】

福 田 寛

1. 加齢医学研究所のあゆみ

加齢医学研究所は、平成 23 年に創立 70 周年を迎えます。来年 5 月 10 日、11 日に記念式典、国際シンポジウムを開催いたしますので、同窓の皆様には是非、ご出席のほど御願ひ申し上げます。

この節目の時期にあたり、本研究所が果たしてきた役割を振り返ってみたいと思います。

加齢医学研究所の前進である抗酸菌病研究所は、当時国民病と言われた結核とハンセン病の克服を目的として昭和 16 年に創立されました。

初代所長は当時の東北帝国大学総長であった熊谷岱藏です。熊谷は、膵ホルモン・インスリンの発見と結核医学研究で昭和 27 年に文化勲章を受章し、二代所長である海老名敏明は結核医学研究で昭和 31 年に朝日賞、昭和 35 年にはコッホ賞を受賞しています。さらに、今野淳のヒト型結核菌同定法としてのナイアシントの確立、鈴木千賀志の胸郭形成手術導入など、めざましい成果をあげました。

一方、抗生物質の開発などにより昭和 20 年代後半に結核の死亡率が急速に低下するなかで、昭和 30 年代はじめには、研究の方向性を、がん制圧、特に肺癌制圧に向けて舵を切りはじめました。昭和 33 年には「肺がん発育本態研

加齢研ニュース 第 54 号 目次

所 長 室 便 り (福田 寛)	1
新任教授挨拶 (中里 信和)	3
分野紹介 (呼吸器外科学分野)	5
随 想 (佐竹 正延)	6
(吉岡 孝志)	11
(手塚 文明)	13
研究員会便り (岡村 大治)	16
所内人事消息	17
研究会同窓会広報 (佐竹 正延)	19
編 集 後 記	20

加齢医学研究所研究会同窓会第 10 回講演会

日 時：平成 23 年 7 月 2 日（土）午後 5 時から

講 師：西成 活裕氏（東京大学先端科学技術研究センター 教授 総長補佐）

テーマ：高齢者のモビリティと渋滞学

究部門」が設立され、がん研究を目的とする新研究部門の設置が相次ぎました。佐藤春郎の実験腫瘍学の確立、黒木登志夫の世界初の試験管内発がん実験の成功などがあります。この流れから肺がんの外科治療（鈴木千賀志）や、世界初のポジトロン CT（PET）による癌診断法の開発（松澤大樹）、日本初の脳死肺移植法の開発と実施（藤村重文）という現在に繋がる成果が生まれています。また、昭和 37 年には、国内初のがん化学療法研究部門が設置されています（斉藤達雄）。さらに、工学系との共同研究により世界初の心臓超音波断層法が開発されました（田中元直）。医工学研究を主とする教室の誕生です。

昭和 60 年代に入ると所名（抗酸菌病研究所）と研究内容との乖離が顕在化するようになり、将来構想で白熱した議論が行われた結果、渡辺民郎所長の下で平成 5 年に加齢医学研究所への改組が実現しました。新たな設置目的は、「難治癌および加齢脳疾患の制御」と定められました。この改組は、超高齢化社会の到来に伴う加齢疾患の克服という社会の要請を先取りしたものとと言えます。また、同時に、当時急速に発展しつつあった分子生物学手法による研究への転換の側面も持っていました。発生・分化・がん化・老化など加齢現象の基本的分子メカニズムの解明や免疫機構・DNA 損傷修復機構など生体防御機構の解明、腫瘍の増殖機構や治療抵抗性の分子機構の解明とその制御、脳発達の分子メカニズムの解明が新たな研究の方向性となりました。

また、これらの基礎研究を通じて開発された最先端の診断・治療法の実用化を計る場として大学病院が位置づけられます（平成 12 年までは抗酸菌病研究所附属病院）。現在、加齢研の臨床科は、呼吸器外科、腫瘍内科、老年内科、加齢核医学科の四つですが、附置研臨床所の臨床研究分野としての使命を果たすとともに、大

学病院全体の中での臨床科としての重要な役割をも果たすことになります。

（東北大学百年史から引用、改編）。

2. 法人化以降のあゆみ

平成 16 年の国立大学法人化から今日にいたるまで、加齢研は激動の時期を過ごしたと言えます。帯刀益夫所長の下で新たな体制に対応するとともに、ちょうどこの時期に将来構想検討を開始しました。一年余に及ぶ議論の結果、① 加齢医学研究は、将来とも重要な課題であり、研究所名および設置目的は変更しないこと、② ヒトを対象とする脳研究を強化すること、③ バイオ・インフォマテクスを強化することを決定しました。この方針に沿って、平成 18 年に脳機能開発研究分野（川島教授）、平成 20 年には老年医学研究分野（荒井教授）を新設しました。さらに、外部資金等を活用して、人体用 3 テスラ MRI 装置を導入したのを皮切りに、動物用 7 テスラ MRI、近赤外線スペクトル装置（NIRS）、脳磁図計測装置（MEG）、二光子レーザー顕微鏡などを加えて、人体レベルから動物、細胞レベルまでのイメージング装置を備えた、世界でも有数の神経イメージングセンターが完成しました。このように、脳研究の体制は組織的にも装置の面からも大きく強化されたと言えます。

一方、バイオ・インフォマテクスの強化については、具体的強化策を実現できないまま時間が経過していましたが、本年 10 月、加齢制御研究部門にイン・シリコ解析研究分野を新設し、この分野の専門家である情報科学研究科の木下教授に兼務を御願ひする形で実現いたしました。

3. 全国共同利用・共同研究拠点

すでにお知らせしました通り平成 22 年 4 月 1 日より、「加齢医学研究拠点」としての正式

な活動を始めております。全国公募で36研究課題を採択して共同利用・共同研究を開始いたしました。今後は共同利用・共同研究の実績を積み重ねるとともに、研究者コミュニティーに開かれた拠点の運営を行い、中間評価に備えることになります。拠点を支える研究組織の最適化ということで、平成22年4月1日より、これまでの5研究部門を、加齢制御、腫瘍制御、脳科学の3研究部門体制に改組を行いました。「加齢制御部門」では、加齢の基本的メカニズムの解明や、それを修飾するゲノム損傷の修復メカニズム、免疫などの生体防御機構の研究を行います。「腫瘍制御部門」では、発癌機構の解明や腫瘍増殖の制御メカニズム解明などの基礎研究を展開するとともに、最先端の癌診断法・治療法の開発を行い、難治癌の制御をめざします。「脳科学研究部門」では、脳の発達と加齢に関する基礎研究を展開するとともに、認知症など脳加齢疾患の先端診断・治療法の開発をめざします。また、これに先行して平成21年10月1日より、附属施設として「スマート・エイジング国際共同研究センター」を設置しました。このセンターは加齢医学研究拠点における国際展開と産学連携の核として構想したものです。平成23年2月には6階建て、三千平米の建物が完成し、3月24日に竣工記念式典および記念講演会を、完成したこの建物で行う予定で準備を進めております。

一方、役目を終えた附属ゲノムリサーチセンターは平成22年度末をもって廃止します。このように、平成18年に始まった組織改革はほぼ一段落したと言えます。しかし、忘れてはならないのは次の世代に繋がる新たなミッションを探索する時期が来ていることです。嘗て結核や癌研究がそうであったように、研究のピークを迎える時期と平行して次のミッションへの転換が図られています。

(文中、敬称略)。

4. 雑感(所長個人の部屋便り)

本年のホームカミングデーのコンサートに性懲りもなく男声合唱団OBとして参加して萩ホールで歌ってきました。今年は間宮芳夫作曲の「合唱のためのコンポジションⅢ」で、実に難しい曲でした。漁師の網引き歌やかけ声、僧侶の読経・人々の念仏の音から題材を採ったもので、「合唱という西洋音楽の形式で日本の生活にある音や音楽を表現できるか」という間宮の意図が感じられます。前衛的でもあり日本音楽的でもあるこの曲が1960年代に作曲されているのは驚きです。ソロパートが二部に分かれているのに加えて、テノール、バリトン、バスがそれぞれ二つに分かれる部分もあります。また、不協和音も多く、歌っているほうも、合っているのか合っていないのかよくわからないという曲です。意外なことに、4合唱団のステージの中で最も評判が良かったそうですが、「男声25部合唱」という揶揄もあったそうです(30人強で歌った)。

【新任教授挨拶】

神経電磁気生理学分野 中 里 信 和

【長めの前置き】

このたび、平成22年5月1日付にて、加齢医学研究所附属スマート・エイジング国際共同研究センターに新設された、神経電磁気生理学分野(英文名称=Department of Electromagnetic Neurophysiology)を担当させていただくことになりました。どうぞよろしくお願い申し上げます。

私は本年2月1日付にて、東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻機能医科学講座運動機能再建学分野の教授に着任したばかりです。したがって、加齢研の役職は、兼任という扱いになります。

加えまして、東北大学病院で担当させていた

だく診療科名としては、着任時の旧名称を3月1日付にて、てんかん科に変更していただきました。分野の英文名称としても、すでに Department of Epileptology を使わせていただいており、来春にはこれに沿った形で日本語名称も変更すべく調整中です。

前置きが大変に長くなってしまいましたが、早い話、私が専門とする分野は、(1) 疾患名称でくくった場合には「てんかん学」がメインであり、(2) 臨床研究・基礎研究の手段としては脳波・脳磁図・脳の電気刺激などを中心とする「電磁気生理学」が続き、これに派生する形で(3) 脳機能マッピング・脳神経外科術中モニタリング・脳死判定…… などが続くわけです。

歴史的には、てんかん外科医として有名な、かの Wilder Penfield 先生の業績でも知られますように、てんかん学の進歩と神経科学の進歩は表裏一体となっております。脳の一部が興奮することで生じる「てんかん発作」は、脳の機能を知る上でまたとない情報を提供してくれます。また、患者さんの悩みを解決するためには、一瞬の出来事である発作の瞬間の異常をとらえる必要があります。この点、時間解像度に優れた脳波や脳磁図などの電気生理学的検査は、てんかんに必須の検査法といえるわけです。

医学部卒業後に入局したのは本学の脳神経外科です。てんかんの外科治療を目指していたのですが、通常脳波に限界を感じて、途中から脳磁図の研究に専念した時期もあります。2007年に第1回の国際臨床脳磁図学会を松島で開催したのは、私の研究生活の中では最も誇らしい出来事でした。しかし、脳磁図だけでは、多くのてんかん患者さんを救えないというのを感じておりました。日本では、欧米先進国やアジアの主要国と比べても、てんかん医療の体制がきわめて遅れているのです。

以上の理由により、私が臨床的なターゲット

して「てんかん」を前面に立てることは、どうしても避けて通れない責務だと感じている次第です。日本に大学として初の包括的てんかんセンターを作ること、これが私の第一の目標です。

しかし一方で、てんかんだけを前面に立ててしまいますと、てんかん以外の領域に関しては、私の研究分野を狭めてしまうことになりかねません。大学に着任してから、この点に関しては内心悩みに悩んでいるところでした。そのようなわけで、加齢研所長の福田寛先生と、スマート・エイジング国際共同研究センター長の川島隆太先生から、新分野の創設に関するお話を頂戴したことは、私にとってはこのうえなく光栄で、うれしい出来事でありました。兼任という立場ではありますが、「てんかんはもちろん、それ以外の領域の研究も今までどおり続けていいのだよ」と、お墨付きを頂戴したものと理解し、心より感謝申し上げる次第です。去る5月25日に開催された教授就任記念講演会におきましては、以上の理由から「てんかん学と神経電磁気生理学」という演題でお話しさせていただきました。

【感傷的な自己紹介】

私の出身は岩手県陸前高田市であり、自然だけで申し上げると「風光明媚な陸中海岸国立公園のど真ん中」であり、社会経済学的に言えば「半農半漁で冬は出稼ぎ」という地域です。言語学的に申し上げますと、母国語は気仙語です。

気仙語といえば、加齢研の出身で岩手県大船渡市に開業されている山浦玄嗣先生が有名です。ご著書の「気仙語入門」を手にしたのは、私の医学部生時代です。慣れ親しんだ方言が、理路整然と文法書にまとめ上げられており、大変に感激しました。昔から気仙地区は中央政権にもおもねることなく自主独立の精神を貫いてきました。あまりに田舎で誰も見向きもしなかった、とも言えますが。とにかく、リベラル

な精神が気仙語の敬語表現にも潜んでいる（天皇陛下にも命令形がある）ことを知り、大変に感激したのを覚えております。

気仙を離れ、高校進学のため盛岡に出てきた時が私にとっては人生最大のカルチャーショックでした。それ以降、大学に入ろうが、アメリカで暮らそうが、日本に戻って少々逆カルチャーショックぎみになろうが、はじめて盛岡に出た頃を思えばたいしたことはなかったと思っています。

【独善的な抱負】

何はともあれ、臨床面での包括的てんかん診療システムの立ち上げが私にとっての緊急課題です。

幸いなことに東北大学病院の理解を頂戴して、来春までに7台のビデオ脳波モニタリングシステムと7名の脳波専属技師の雇用を認めていただきました。規模だけからいいますと、文句なしに国内最大の「てんかん発作モニタリングユニット」が誕生します。加えて、10年前に広南病院に勤務した当初から毎月開催していた「てんかん症例検討会」も、さらに規模が拡大しています。神経内科・小児科・脳神経外科・精神科・高次機能障害学など関連各科の先生方はもちろんのこと、宮城県内の開業の先生方や、東北各県の専門医、さらには看護師・検査技師などコメディカルも含めた規模に発展しつつあります。この会で患者さんの発作のビデオと脳波をみながら、治療方針を検討するわけですが、発作ビデオをみる機会のない方も多いので、教育的意義も大変に大きいと考えています。症例検討会の結果によっては、外科治療に進む患者さんもいますし、薬を変更する場合もありますし、さらには心因性非てんかん発作であることが判明する場合があります。機器と人員がそろそろ来年には、文字どおり国内トップの包括的てんかんセンターを立ち上げたいと考えていま

す。

てんかん診療が軌道にのれば、おのずと神経科学に興味をもつ若い人たちが集まってくるはず、というのが私のもくろみです。スマート・エイジング国際共同研究センターの研究者の皆様とも協力しながら、脳波や脳磁図、脳の電気刺激など、中枢神経系にかかわる電磁気生理学に関してはメッカと言われるようになりたいものだと願っています。臨床応用を念頭に入れることによって、研究者が研究結果に重い責任をもつことになりますが、これは研究面ではとても重要なことだと考えています。

気仙のリベラルさを前面に出しつつ、臨床と基礎研究の掛け橋になり、なおかつ自分自身がスマートにエイジングしたいものだ、というのが今の私の願いです。

皆様、何とぞよろしくお願い申し上げます。

【分野紹介】

呼吸器外科学分野

当研究分野は1950年に抗酸菌病研究所外科学部門として肺結核の外科療法の研究を目的として発足しました。その後、時代の変遷とともに研究対象を肺癌、縦隔腫瘍、呼吸病態生理、肺移植へと拡大して発展してきました。診療面では、肺癌、縦隔腫瘍、気胸などを対象に年間約250例の手術を大学病院で行っています。近藤教授以下スタッフ9名、大学院生4名で、研究、大学病院での呼吸器外科診療、学部学生の臨床ベッドサイド教育を担っており、忙しい毎日を送っています。

現在の主な研究

(1) 呼吸器外科領域における診断・治療手技の開発と展開

1993年から胸腔鏡手術を導入し、気胸、肺癌に対する肺葉切除術、縦隔腫瘍摘出術、重症

筋無力症に対する拡大胸腺摘出術などに適応拡大してきました。現在では大多数の手術に胸腔鏡を併用して手術創の縮小と低侵襲化を図っています。肺癌Ⅰ期症例に対する外科治療成績は5年生存率90%以上の良好な成績を得ています。また、慢性呼吸不全患者の難治性気胸に対して、先駆的に局所麻酔下気瘻閉鎖術、PCPS補助手術などを導入し、良好な成績をあげています。気管支内視鏡では、LIFE-Lung system, 超音波気管支鏡, バーチカル気管支鏡によるナビゲーションシステムなどを導入し、より精度の高い診断を目指してきました。治療的気管支鏡においても、早期肺癌に対する光線力学療法, 気道内ステントを用いた気道狭窄の治療などに成果をあげています。

一方、肺移植に関しては、2000年3月に本邦初となる脳死肺移植を行いました。2010年10月までに脳死肺移植29例（本邦最多）、生体肺移植7例を経験し、良好な成績を得ています。

(2) 肺移植の基礎的研究

古くから世界に先駆けて肺保存液の実験的研究に着手し、独自の肺保存液（EP4液）を開発し、2000年以降EP-TU液として製品化して臨床応用しています。虚血・再灌流傷害に関わる多数の基礎研究を展開し、PGI2誘導体やheat shock protein 70誘導剤などの効果を示しました。拒絶反応の分野では、慢性拒絶反応におけるマクロファージの関与、免疫抑制性サイトカインIL-10の経気道的遺伝子導入による急性拒絶反応抑制などを実験的に示しました。現在、細胞内サイトカイン染色法を用いた非侵襲的な拒絶反応の診断法の開発、急性肺傷害や慢性拒絶反応における血管新生抑制物質vasohibinの役割などに関わる研究を進めています。

(3) 呼吸器病態生理学

急性肺傷害の病態解明に関わる多数の研究を展開し、Ⅱ型肺胞上皮細胞の能動的イオントラ

ンスポートの役割などを示してきました。また、肺高血圧・肺血管再構築におけるPPAR γ , オステオポンチンの役割を示しました。一方、胎児肺を用いて肺血管の発達様式の検討を行いました。臨床研究では、高齢肺癌患者の術後肺炎発症における上気道防御反射低下の意義を示しました。現在も、遺伝子改変動物などを用いて、急性肺傷害や肺高血圧症に関わる基礎的研究を進めています。

(4) 肺癌の基礎的研究

肺癌の分子生物学的検討を行い、p53, Kras, MMP, survivinなどの発現意義を検討しました。また、肺癌細胞の増殖機構におけるステロイドホルモンや血管新生抑制物質vasohibinの役割をなど明らかにしました。豊富な臨床検体を活用し、肺癌組織の網羅的な分子生物学的検討を進めています。

(5) 肺の再生に関わる基礎研究

肺の再生に関わるstem cellの検索、肺血管内皮細胞修復における骨髄由来細胞の役割などに関し研究を進めています。

【随 想】

ひとは死なない？

佐 竹 正 延

筆者が医学部を卒業したのは35年前ですから、大分、昔のことになります。ひきつづき微生物学の研究室に大学院学生として進学し、ウイルスの感染実験に取り組んだのが最初。以来、従事しました研究内容としては、医学・生命科学の基礎的な実験、所属した組織としては大学などの研究所ですから、医学部卒とは名ばかりの、診療行為には全く縁のない35年間でした。医学部を出ておりながら医師にもならず（なれず）、何とまあ、とお思いになるかもしれません。しかし医学部の1学年、100人の中に数人は、そういう奇怪な人種がいるのです。患者さんに

接してその訴えを聴くなど、他人の為に割く時間などない。新知識の発見を目指す研究の世界の方がより高尚である。若気の思い上がりを胸に、一心不乱に、傍目も振らず、研究一筋の（つもりの）生活であった訳で、そんな自分が還暦近くになってから、月に一度の訪問とはいえ、病院に“ドクター”として“勤務”することになるとは思いも寄らなかった。

医学部の同級生は100人しかおりませんで、しかも6年間は何事をするのも一緒という共同生活ですから、仲間としての紐帯には強いものがあります。さる病院の勤務医である同級のA氏から、たまには病院に勉強に来ないかとの誘いに、何の魔が差したのか、うかうかと乗ってしまいました。A医師の毎日は激務です。何の経験もない私でもカルテ書き位はできるだろうから、メディカル・クラークとして手伝ってもらおうとの魂胆なのでしょう。私の不安を鎮める為に、彼はこうも言いました。市中病院の内科診療では、10種類の病気を知っていれば十分であると。昔、内科学の講義を聴き、教科書を読んだ時の記憶では、疾患の多岐・複雑さ加減に辟易したのが、臨床を志望せず基礎研究を選択した主たる動機の1つでもありましたから、A医師の10パターン説には驚くまいことか。再び彼曰く、頭がフラフラしたら脳梗塞。胸がドキドキするのは恋しい。ではなく、同じ胸でもゼーゼーすれば心不全。以下、同様にして、合計10パターン。

まさかと思いつつも生まれて初めて、病院の外来診察室の向こう側、即ちドクターの側に立っては見たものです。といっても何かができる訳ではありませんから、練達のA医師の後ろで見学しているだけ。半日、立っただけでしたが、A氏の言が真実であることを知りました。外来患者さんの年齢構成を見ておりますと、20-30歳代は稀、40-50歳代が少数、圧倒的に60歳以上が多いのです。高齢者の病気と

なりますと、加齢に伴う高血圧やら動脈硬化性疾患が多く、従って病気の種類は限られてくるのです。次から次へと患者さんが押しかけ、次から次へと降圧薬や抗脂血症薬が処方され、ようやく午前の外来診療が終了。昼御飯をあわただしくかきこんで、午後からは病棟にて入院患者さんの診察です。私はまたもや金魚（A医師のことです）のフンでしたが、患者さんの年齢構成には再び驚いてしまいました。外来では60歳以上が大部分と書きましたが、病棟ではさらに20歳ほど跳ね上がり、80歳以上の方が多く見受けられます。しかも疾患の種類は外来よりもさらに狭まり、脳梗塞・心不全・肺炎・腸閉塞の4つを勉強すれば間に合うのではないかと思うほど。つまり内科病棟とは、極端な位の老年内科病棟のことなのでありました。

お年寄りの患者さん達は、おしなべて静かです。そもそも病気で具合が悪い所に、絶食して点滴を受けていたり、マスクで酸素を吸入していたり、息も絶え絶え。表情イキイキと話に興ずるはずもなく、ずっと口を閉ざしたままですから、内科病棟は異様な静寂さを保つこととなります。その沈黙を破るのは看護師さんの仕事と、患者さん家族の話し声くらいでしょうか。

一通り、病室を回診した後は、詰所（ナース・ステーション）にてカルテのチェックと書き込み。時には患者さん家族への説明も行います。A医師の傍で聞いていて驚きましたのは、医師として最善を尽くす所存ではあるけれど、それにも拘らず、いつ病状が急変・悪化するや知れぬ、いつお亡くなりになっても不思議ではない容態であるといった具合に、随分と悲観的な見通しを述べる場面が少なくないことです。1つの理由としては、医師側の予めの防御という要素が考えられます。つまり、楽観的な言説ばかりを弄していると、万が一にも病状が悪化した場合、そして不幸な転帰をとった場合、家族への申し開きが困難になる、よって予防線を張っ

ておくという、医師側の都合があります。近時はうかうかしておりますと、患者さん側から訴訟に持ち込まれるケースが増えていきますから、予防線は大事です。こういうのを、(医師側の)防衛医療と呼ぶのだそうです。

医療というものは、医師が患者に与えるものである。よって患者は医師の判断・指示にアレコレ言うものではなく、黙って従っていればよいのである。そんな権威主義的な医療がまかり通っていたのは、我が国では太平洋戦争に敗れるまで。米国流民主主義の定着に伴いジワジワと、患者さん側の権利意識は高まりを見せ、パターン・メディシンはとうの昔話となりました。今ではドクターはへたをするショッピングの対象。こちらのドクターが気に入らなければ、すぐさまあちらのドクターに乗り換えるなど平気の平佐の趨勢となっております。そこまで極端ではないにしろ、セカンド・オピニオンといって、主治医以外の第3者の医師の意見も聴いた上で、患者さんが治療法を選択するのは、割と当たり前になってきているのではないのでしょうか？

です。ドクターの説明を鵜呑みにしないのは、患者さん側の権利意識向上の現れです。しかしながらA医師が、悲観の見通しを繰り返して患者さん側に伝えるのは、もう1つ重要な理由があるからなのだそうです。それは何か、と申しますと何と、患者さんやその家族は皆、病院に来たからには病気は必ず治るもの、医師は病気を治せるもの、と思い込んでいるらしい。病院や医師の使命が、病気を治すことにあるのは相違ありません。従って治せるはずの病気なのに医師が治せないとしたら、技量なり知識が不足している医師の怠慢が責められてしかるべきでしょう。しかしながら、どんな病気でも治るものであり、医師たる者はどんな病気でも治せるはずだ、ということでしたら話は半分、違って参ります。

A医師によれば、どんな病気であれ治るものと、患者さん側が誤って認識しているのが問題なのだとのことでした。それで彼は事ある毎に、否、用心深くも事ある前に、事の無い様、病状見通しの悲観的要素につき説明するのだそうです。患者さんは高齢である。極めて危ういバランスに乗って生命が維持されているのが老人というものである。バランスがちょっとでも崩れるとあっという間に、それまで元気でピンピンしていたとしても、それこそ数日と言わず一晩で、或いは数時間のうちに容態が急変する。それが高齢者の病気の最大の特徴であると力説しておりました。そしてこの点を飽かず、繰り返し、自分は家族に説明しているのであると。患者さんの希望を打ち砕く為に、A医師が活動している訳では、勿論ありません。現実を直視せよと、言いたいのでしょう。

A医師の話に驚愕しつつ、病院から研究所に戻りました私は、事の真偽を確かめるべく、知人のドクター数人に尋ねてみたものです。詳細はともかくとして彼等が異口同音に訴えたのは、A医師と同じ。患者さんと家族は、病気は治るものと決めてかかっている、との点でありました。私の聴き取りましたドクター数名の見解がどれだけ普遍的であるのか、また定量性を有しているのかは、難しい所です。日本全国の相当数の医師を対象に、大規模なアンケートなり聴き取り調査を実施する必要があると思われます。残念ながら私は、そのような資料・データ・調査結果の存在を知りませんので、以降の論は、友人数人の見解のみをベースにして進めざるを得ないことを、お断りしておきます。

それで、“病気は治る”との見解は一見、妥当でもあり、望ましくもあるように思われます。治らないこともあるのを説明する我が友人A氏の方が、患者からすれば非常識なドクターなのかもしれません。しかしながらここで、論を極端に拡張してみればどうなりましょう。病気

がいつでも治るものであるのなら、ひとは決して死なないことになりませんか？ 病死でなければ事故死がありますが、怪我においてもその治療には医療行為が介在することが普通です。現代社会では病気や怪我に医療行為が伴わないことは稀であります。そして病気や怪我は必ず治るのだとしたら畢竟、“ひとは死なない” ことにならざるを得ません。

そうしますと、病気が治らないことに納得しない患者さんなり家族とは、ひとは死なないものだとも思っているのでしょうか？ A 医師によれば、然りです。我が大和民族はどうやら（またしても、定量性・普遍性の根拠を欠く見解を披露します）、病気は必ず治るところか、ひとは死なない、とまで信じ込んでいるようなのです。耳を疑うような話です。なぜなら我等は古来、尚武で聞こえた民であり、“武士道は死ぬことと見つけたり” の葉隠精神で有名でありましたし、つい 70 年前の太平洋戦争中は、世界中を相手に戦争を仕掛け、挙句に一億玉碎まで一旦は覚悟したのではなかったか？

“病気は必ず治る” も、“ひとは決して死なない” も、少なくとも現時点ではこの世の真実ではありません。患者さんも家族も勿論、知識としては知っているのです。それにも拘らず、真実とはかけ離れた幻想を信じ込んでいるのが、現今の我等なのかもしれません。では、なぜ知識を知識として受け入れず、幻想を信じたいのでありましょうか？ その由縁や如何に、が本稿の主題です。

太平洋戦争と申しますとその折は、敵国観察も充分ではなく、我等は神州の民であるとの自己誇大の感情に身を任せて、闇雲に猪突したのが我が国の敗因であったとの史家の言があります。見たくはない現実を幻想とすり替える、はなはだナイーブというか、リアリティの無さが、日本民族の通弊であると指摘されて久しいものがあります。同様の性向が、自分の生老病死を

眺める局面にも反映されていると言えなくもありません。しかしながら民族特有の性質なるものは固定している訳ではなく、時代とともに変遷する曖昧なものであります。実際、太平洋戦争中には一億玉碎であったのが、70 年を経るといつの間にか、ひとは死なないにまで振れてしまったのです。そうしますと、時代の風潮というか社会の気分、我等の死生観の変化の因を求めるべきかもしれません。

病気は治りひとは死なないとの観念と、最も良く合致する社会要因は何でありましょうか？ 少し飛躍しますがそれは、社会は進歩するとの信仰ではないかと思考するのですが如何なのでしょう。太平洋戦争にて完膚なきまでに打ち負かされた我が国民は、深刻な精神的トラウマを被ったものと想像されます。しかるに戦後暫く持続した高度経済成長は、虚無を埋めるべき精神復興運動、いわばルネサンスであったのではないか？ その後の 1990 年代には土地バブルが崩壊し、失われた 10 年などという不況を経験したにも拘らず、相変わらず我々は、経済は右肩上がりに成長するものと認識し、成長して欲しいと願望し続けている気が致します。海の向こうのアメリカさんでも、IT バブルが起こり、崩壊し、住宅・金融バブルが起こり、崩壊しました。何度でもバブりたいのが人間の営み。まして我々、日本人の場合は、成長なりバブルは単なる経済の話ではありません。精神復興運動なのですから、どうしても成長しバブルないと気がすまないものがあるのです（今や願望というより、強迫観念に近い）。こうして経済成長に精神的価値が賦与されて、社会はポジティブな一方向へのみ進むもの、即ち、社会の進歩史観が形成されていきます。社会を不滅の前進運動とする捉え方が、大雑把ですが、我々の近時の死生観に影響しているのではないのでしょうか？ 少なくとも両者は、軌を一にしているように見えます。

とはいえ、社会が進歩することと、ひとの病気は必ず治ることの2つは、直ちに等号で連結できる訳でないのは当然です。2項は互いに相容れない内容ではないことを暗示しているにすぎません。懸隔を埋めるとしたらそれは何か。社会にあって、医学・医療を我々がどの様に扱っているのが、理解のための鍵となります。

冒頭で私、基礎医学の研究に従事していると述べましたが、公的な場における研究活動の特徴は、ネガティブな要素は決して表面に出ない、出さないことです。実験などしております、思ったような結果がすぐに出るとは限りません。失敗が多いのです。そして失敗から学び工夫して、ようやく実験が成功します。ではありますが、失敗はあくまで研究にまつわる内情、裏話であって、表に出ることはありません。研究成果を学会なり論文にて発表する段ともなれば、成功した事柄のみを話し書くのです。医学が科学の一分野である限りは全く当然で、研究においては前進する、進歩する、ポジティブなことののみが評価されるのです。医学部を卒業して35年と書きましたがこの間、前進のみを旗印として研究生活を過ごしてきたと言っても宜しい訳です。何も私の個人的特殊事情ではなく、医学研究者ならどなたでも、研究には前進しかあり得ません。こうして医学研究に従事する多数の人々の直接的・間接的・経年的蓄積が、最終的には医学の進歩につながっていることは、研究者間のみならず、社会一般にも認容されているものと思われます。従って、経済・社会現象で見たのと同様に、いやそれ以上に、医学においては進歩史観を疑うことなどあり得ないのではないのでしょうか。医学研究において達成された発見の価値については、全くの無謬として受け入れているのです。誤謬が起こるのは研究者自身の不正、データや論文の捏造の場合に限られます。

真理の追究は間断なく行われ、科学は常に前

進する。そう認識している医学研究者のメッセージは、そのまま社会に発信されます。マス・メディアに採り上げられる様々な医学上の発見は、事実でありましょうから、医学研究が話題となるのは喜ばしい事です。しかしながら医学が医療に結びつく場面では、扱いが微妙な事柄がない訳ではありません。例えば筆者はがんの基礎研究に従事しておりますが、がん研究を推進する為に、がん撲滅運動のスローガンを掲げるとしましょう。説得力を持たせるためには、標語をより具体化する必要があります。あるいは税金が投入される研究であるので、国民に対する説明責任を明確に表現する要請も生じます。こうして出口目標が先鋭化されますと、“がん死亡、半減作戦”と銘をうたれることになります。即ち、向こう何年かの間に、がんによる死亡数を半分に減らそうとのキャンペーンです。がんは不治の病のイメージが強く実際、進行がんは今でも不治の病ですので、こんなに希望の持てる提案はそうはありません。一人、がん研究者の意気が上がるばかりでなく、広く、国民の元気が出る、景気の良い話ではないでしょうか？

しかしながら、ここでちょっと立ち止まって考えますに、がんによる死亡が半減したら、しかも人はいずれ死ぬもののだとしたら、がんの減った分だけ別の何かで死ぬのが増えはしないだろうか。例えばがんの悪液質でゲッソリして死ぬことはないものの、脳梗塞のヨレヨレで死ぬのが増えはしないのでしょうか？

大分、粗雑に論を進めているのではありますが、上述の極端な推論からも学び取れる教訓はありそうです。“がんによる死亡を半減させよう”、それ自体は正しい目標と言えましょう。“医学や科学は前進して止まないものである”、これまた正しい見解と言わざるを得ないでしょう。しかしながら両方とも、それらが正しいのはおそらく、何等かの前提条件つきで、或いは

制約下でのみ、正しいのかもしれませんが。つまり、がんによる死亡が半減するとしても、他疾患による死亡が相対的に増加することがないならば、望ましい結果が得られましようが、そうでないとしたら、がん死亡の半減はむしろ、望ましくない別の死に方を増やすだけの結果につながりかねないのです。さらに、人の病気を治すべく、医学・医療は前進し続けて止まないのではありませんが、あらゆる病気を完璧に治すまでには到っていない。むしろ中途半端な前進でしかない為に、人工呼吸器でもって生命を維持する植物状態のような状況が生じている訳です。まとめますと、“前進”や“進歩”を野放図に解釈してしまうが故に、病気は常に治るものであり挙句、ひとは死ぬことはないかのような錯覚に陥るものと思われます。

病気も死も避けられないことは、知識としては知っている。しかしながら心理・感情としては受け入れ難い。こうした状況を助長しているのが、無制限の進歩史観であると思われます。進歩の観念自体は、特に医学・科学にあっては事実には則するものなのですが、制約なしに語られることに問題がありそうです。研究を推進する科学者であっても、その成果を享受する市民であっても、語られる言葉は簡単である方が理解し易いし、説得力もありそうです。故に人々は、進歩の体系の一々につけて回らねばならないはずの前提やら制約を、取り払ってしまうのであると思われます。しかしながら知識を知恵にまで深化させるのが真の知性というものでしょうし、その為には先ずは、社会・経済のみならず、医学・科学に信奉されている進歩の観念自体を、少しく見直す必要があるのかもしれませんが。病棟における“ひとの病気は必ず治り”“ひとは死なない”信仰に接して、拙文を認めた次第です。

随想

吉岡孝志

山形に来て3回の冬と4回の夏を過ごした。夏と冬の寒暖の差が激しく、特に今年は冬から急に夏に移り、その夏も暑さ厳しくいつ終わるともなく続き、9月末になったら急に20度も気温が下がった。夏の暑さは、仙台とたえ気温が同じでも苦しく感じる。北九州市に子供のころ住んでいたことがある。夏は暑く夕立が来てそのあと太陽が降った雨を水蒸気として天に戻すよう照り返し一度は蒸しかえるが、一応空気が冷やされるのかサッパリしていたように思う。山形の夏がことさら暑く感じるのは、多分風がなく空気が停滞しているからだと思う。

冬は、極端に寒く雪も多いというわけでもない。体感として寒いと思うのは、秋から冬に向け月に10度ずつ平均気温が下がっていくからかもしれない。雪に関しては、山形県内でも山形市が最も少ないらしい。それでもひと冬に何度か思い出したように短時間に急に降って積もる。たった1-2時間のうちに10cm以上も積もり、車を動かすのに雪おろしをしなければならなくなる時の気分的ダメージは大きい。雪おろしの作業もそうだが、車自体に辿り着くのが大変である。尤もこのように感じるのは宮城県にいた時間が長くなったせいかもしれない。小学生のころ3年間青森に住んでいたが、一晩に1m以上雪が積もるのも少なくなく、家から外に出るための雪除けの手伝いをさせられた記憶がある。

こんな気候だからか、そんな事全然関係ないのか、町全体が長閑な気がする。犯罪なども少ないようで、テレビのニュースで凶悪な事件が伝えられることは少ない。町おこしの話とか農作や学校行事の話が多い。コマーシャルでも、地域関連ものが結構ある。たまに仙台でテレビニュースを見ると、犯罪事件のニュースについ

目が行ってしまふ。仙台にいたころは仙台の治安があまり宜しくないなど、感じたことは一度もなかったが、山形に来てから、仙台も犯罪が多いなど感じてしまふ。

人もまた、ゆったりしている、もしくはのんびりしているように感じる。臨床医なので、患者さんと接することが多いわけだが、あまり細かく詰め寄ってくる人は少ない。クレームの多い人も居るが、東北大学で診療していた時に比べればかなり少ない。山形の患者さんは、仙台に比べて年齢層が高いことも関係しているのかもしれない。尤も医療水準に対して要求度の高い人たちや経済的に余裕のある人たちは、仙台もしくは東京の病院に行くという話もあるので、本当のところはもう少し観察が必要である。

最近では、山形市だけではなく県内の各所に行く機会も増えてきた。山形県は、山形市を含む村山地区、北に新庄市が中心の最上地区、南に米沢市を中心とした置賜地区、西に酒井市と鶴岡市を有する庄内地区に分かれる。山形大学医学部を起点に車を使って移動すると、新庄が1時間半から2時間、米沢が1時間弱、酒田がたっぷり2時間かかる。冬場に関しては、まだ移動経験が乏しいのでどのくらい掛かるか見当もつかない。2月ある研修会で酒田に行ったが、3時間程度かかったが、その時は雪道ながら吹雪いていたわけではない。車を使わず移動しようとする、さらに時間的には遠くなる。米沢・新庄は鉄道1本線上にあるので良いが、酒田や鶴岡は一度新庄まで行かねばならない。聞きかじったところでは、山形市は、庄内や置賜からは歴史的には一段下と評価されているらしい。庄内の酒田市は江戸北回り航路の重要拠点で「東の堺」とも呼ばれ、豪商本間氏で有名で、米沢は言わずもがなの上杉家の城下町である。本当かどうか良く分からないが、「日本海沿いの奴らは、山形市民を小馬鹿にしないか？」という人もいる。

山形市は、山形県の諸都市より仙台市に近い。仙台市と接しているので当たり前のようなのだが、仙台から山形大学医学部附属病院まで、法定速度を守っても約50分で着くことを考えると実感させられる。実はこれ、山形市自身にとってはあまり幸せなことではない。山形県には山形と庄内に2つの空港がある。庄内空港は、全日空も日本航空も飛んでいて、それなりに利用者もいるらしく不採算とはなっていないようだ。山形空港は元々影が薄いが、日本航空の不採算空路撤廃で日に2-3便しか飛ばなくなるようである。山形市内から山形空港まで約30分、仙台空港まで約1時間である事、山を登るのに息切れして止まりそうになりながらも一応東京まで走っている山形新幹線の存在も併せ考えれば、山形空港自体の撤廃もあるかもしれない。山形市内の商店街も休日閑散としている。お客さんが仙台に行ってしまうからだそうだ。福島市も市民は休日のショッピングには仙台に行くという話なので、商業的には仙台市独り勝ち状態のようだ。仙台市に近くて少しだけ得をしているのは、温泉やサクランボ狩りなどの観光地だけのように思われる。

仙台から近いので引っ越し気にもならず、大学近くに寝るためだけのアパートを借りている。昔は、「山形大学に来たら、ここで骨を埋めるつもりで引っ越して来い」と言われたらしいが、ここ10年東北大学から来た人で、引っ越している人はいない。東京・大阪・名古屋からも来ている人も事情は同様。仙台を引き払って山形に移ろうといっても、「勝手にどうぞ」と家族に言われるのが落ちかもしれない。

脈絡も無く取り留めのないことを延々と書いたが、「加齢医学研究所だよりに随想をと」頼まれた時、原稿用紙6ページ分と言われた。本当は、新しい教室の立ち上げの事でも書けば、主題性のある文章も書けたと思うが、現在進行形の苦労話ほど自分にとってつまらないものも

無い。岩波書店国語辞書によると「随想」とは、「あれこれ心に浮かぶことを思うこと。またそれを書きとめた文章」だそうなので、駄文ご容赦願いたい。

(山形大学医学部 臨床腫瘍学講座 教授)

国立病院機構と臨床研究

手塚文明

同窓会の皆様には大変ご無沙汰しております。加齢研を離れて15年になりましたが、国立仙台病院（現在の国立病院機構仙台医療センター）に転じた時にとらえられた「窓が広く開かれたような感覚」を今も良く覚えています。私が国立病院（機構）で携わることになった臨床研究について少しくお話ししたいと思います。

1. 国立病院に臨床研究部を設置

昭和51年厚生省訓令により主だった国立病院に「臨床研究部」が設置されました。これは30年以上も昔に遡ります。当時の厚生省が国立病院に研究機関としての役割を期待したからですが、その先見性に今も驚きを禁じえません。第1の理由は、「医学研究は大学で行われるもの」との考えが一般的であった時代に、あえて大学以外の「一般病院」に研究部門を設けようとした点であり、それがいかに困難な挑戦であったかは想像に難くありません。しかし、今や「医学研究」は大学の占有物でなくなり、その裾野が着実に広がり、一般病院からも多くの研究成果が発信されるようになりました。第2は、医学研究の中に「臨床研究」を明確に位置づけて推進を謳った点です。昭和50年代に「臨床研究」という用語はほとんど知られず、厚生省が文部省・大学の「基礎研究」に対抗して考え出したとも言われていますが、来るべき時代のニーズを先取りしていたことは明らかです。

戦後、我が国の医学研究は大学の基礎研究を中心に発展し、今や十分な国際競争力を備えるに至りました。しかし、他方で、エビデンス力の高い日本発の臨床研究が少ないことが指摘されています。そのためか、最近の医学研究は逆振子のように「臨床研究」へ急傾斜している感さえありますが、医療現場にEBMを求める運動が広がり、基礎研究の成果を臨床へ還元するtranslational researchや新薬開発のclinical trialなど臨床の有用性を求める研究への期待が高まっていることと無関係ではないでしょう。しかし、優れた臨床研究の実施には特に組織的な体制整備が不可欠です。そのような事を考えるにつけ、既に30年以上も前に臨床研究の制度設計に着手した厚生省の先見性に感服せざるをえません。

2. 国立病院機構としての再出発

このようにして設置された国立病院の臨床研究部は、当然のことながら研究機関としての社会的認知が低く、乏しい予算・人員・設備に耐えながら、模索的な活動を続けていました。しかし、平成2年に臨床研究部長協議会が結成され、平成8年に外部評価制度が導入され、しだいに病院間交流と政策医療に関わる共同研究を目指すようになります。平成16年の独立行政法人化にともなう「国立病院機構」のスタートは臨床研究に大きな弾みを与える契機となりました。国立病院機構は全国に146病院、6万床のベッドと5千人の医師を擁しています。この大きなスケールメリットを生かした臨床研究体制を構築し、我が国をリードする医療標準の創出を基本目標の一つに掲げることになったからです。もちろん質の高い研究成果はスケールが大きければ得られるという訳ではありません。しかし、一つの病院が大標本を容易に収集できるデータベースを有する欧米に伍するために、私たちの日本は多施設共同研究を充実させてゆ

くしかありません。国立病院機構はそのモデルになることを目指しているのです。この共同研究に参加する施設はすべてが良質で均一なレベルを共有していなければなりません。そのために、日常的な診療活動や経営管理の標準化とQC活動の推進を含め、様々なネットワーク事業を積極的に試みているのです。

3. 治験への挑戦

最初に構築されたネットワークは治験の推進に関わるものでした。治験は新薬開発の臨床研究ですが、かつての我が国ではどこか暗いイメージを漂わせ、被験者をモルモット扱いにするといった風評や、医師によるデータ捏造や研究費乱用といった不祥事が絶えなかったようです。しかし、こうした状況は平成10年の新GCP完全実施により一変しました。この法的規制により研究の科学性・倫理性・透明性が求められ、被験者の権利・安全・補償が確保されることになったからです。ところが、新GCPの実施は医療機関と医師の負担を増し、また高コストをもたらしたため製薬企業は新薬開発の場を海外に移し、国内の治験実施数が著しく減少してしまったのです。そして、我が国では新薬の承認が遅れ、患者の新薬へのアクセスが遅れるといった深刻な事態が起これ、海外で承認されている新薬が国内では使えないという患者の不満も高まってきました。この事態を「治験の空洞化」と呼んでいます。厚労省はさまざまな打開策を講じ、国立病院機構もこれに呼応して努力しました。平成16年、機構本部に中央治験推進室を置き、全国の病院に治験管理室とCRC定員を配し、迅速な連携を可能にする「治験ネットワーク」を構築しました。さらに製薬企業との交渉を重ね、適正かつ迅速な治験を実施する条件を整えました。その結果、国立病院機構の治験実施件数と契約金額は目に見えて増加し、我が国における空洞化に歯止めが

かかりつつあります。しかし、製薬企業による国内治験には限界があり、今後は医師主導治験や国際共同治験に積極的に参加していく必要があると考えられています。

ところで、治験への参加と実施には大切な副次的意義があるように思います。まず臨床研究の理念を学ぶことです。欧米では古くから臨床研究の伝統があり、臨床研究一般が理念的にも制度的にも良く整備された環境で実施されてきました。そこでは治験が臨床研究の一部であることが容易に了解され、臨床研究一般の原則と制度に立って実施されているのです。しかし、日本では臨床研究の歴史が浅く、臨床研究一般の理念と制度が整わないまま「治験」が先行することになりました。そして、治験のために整備された法律や指針が臨床研究一般をリードすることになっているのです。近年、厚労省や文科省から臨床研究や疫学研究に関する倫理指針が相次いで提示されていますが、全体としての整合性に問題があり、個別の指針を越えた臨床研究一般の理念的かつ制度的な整備を急ぐ必要があるように思います。そのために、治験は貴重な経験となるのです。次に、治験を通して臨床研究の手法を学ぶことです。我が国における臨床研究の遅れは医師の研究企画力の不足によるとも言われています。これは臨床研究を軽視してきた従来の医学教育の結果ですが、ほとんどの医師が臨床研究に関するデザイン作成や結果解析に必要な理論と技術を欠いているのです。治験は主に製薬企業が作成した研究計画に従って行われますが、そのデザインには極めて優れたものが含まれています。私たちの治験参加はそれを学び、自らの研究計画の立案能力を高める学習となり、さらに医師主導治験の実施を可能にしてくれるものとなるのです。

4. ネットワーク研究の構築

国立病院機構においては、治験に加え、政策

医療研究、指定研究、EBM 推進研究、グループ共同研究といった様々な臨床研究ネットワークが構築されています。それらの研究費は各病院の診療収益の 3% を本部に上納する方法で確保され、そこからの再配分によるものです。政策医療研究と指定研究は厚労省および機構本部が社会的ないし行政上の要請に基づいて実施するものですが、他は機構内の病院や職員なら誰でも手挙げによって発案し参加できる仕組みとなっています。病院や職員の自主性と積極性を重視し、日常診療の中から見出された問題を課題として取り上げ、EBM の確立を目指します。しかも、課題が採択されれば、その研究実施者に研究デザインの作成や結果の解析に必要な理論と技術を指導し、研究者の育成にも力を注いでいるのです。現在まですでに数十本の研究課題が採択され、多くの研究者が参加して全国ネットワークを走りました。いずれ研究成果が *Lancet* や *New England Journal of Medicine* に掲載され、我が国のみならず国際的にも通用する医療標準モデルを創出できるよう目指している訳です。

5. 進化する臨床研究

国立病院時代の平成 8 年から平成 15 年まで続いた外部委員による研究実績の評価は評価方法の不透明さに難があって廃止され、国立病院機構になってから新たな定量評価尺度を採用しました。これは「臨床研究活動実績の評価項目」というポイント表で、毎年この尺度を用いて病院の活動性をポイント表示します。その結果に従って研究助成金を配分し、また、ちょうど J1・J2 のように、臨床研究部門の昇格・降格の入れ替え措置を実施することになっています。実際、この入れ替えは 2 年ごとに行われました。

国立病院機構は平成 21 年度から第 2 期中期計画の実施に入っています。これに先立って、独立行政法人評価委員会は第 1 期中期計画の臨

床研究実績に対して「3A」の最高評価を与えました。平成 16 年度から始まった独法化において臨床研究は良いスタートを切ったと言えます。これは、ともすると経営重視にならざるを得ない状況にありながら、健全な経営と臨床研究の推進を両立させた関係者の努力の賜物と思います。ただ課題も指摘されました。その第 1 は社会的にインパクトのある情報発信が少なかったことであり、この推進が第 2 期の大きな課題の一つです。

折りしも、平成 21 年度から国立がんセンター等のナショナルセンターが独立行政法人化され、厚労省は 19 政策医療分野のすべてを独法化ナショナルセンターに統括させる方針を打ち出しました。この方針により、ナショナルセンターが、これまで国立病院機構が推進してきた政策医療 8 分野を剥ぎ取っていくことになりました。しかし、これに対して、国立病院機構は前向きにとらえることにしたのです。これまで政策医療は、病院を特定の研究領域に束縛し、新たな研究活動を志向する場合の足かせにもなっていました。これから解放されることによって、国立病院機構の臨床研究は、時代や病院の診療実態に即した必要に応じて自律的な研究テーマを策定することが可能となる訳です。こうした考えに基づいて、新たな「国立病院機構研究ネットワークグループ構想」が提起されてきました。ここ数年の研究実績を総括して、当面 21 領域に関する研究グループを編成し、それぞれの研究課題に挑戦することになります。グループリーダーには各領域で最も高い研究力（研究活動実績ポイント）を示した病院を充て、グループ研究の成果は院長協議会の専門委員会で評価することにしました。研究実績の評価を院長協議会に委ねることは、同じ機構内病院でも臨床研究が疎外されているところもあり、病院長の理解と病院全体の支持を深めるためにも有意義な仕組みになることが期待されて

います。

このように、国立病院（機構）の臨床研究は、それぞれの時代の要請を受け止めながら、自らの体制を整えては改めて現在に至りました。その歩みと方向は決して誤っていないように思います。そして、まだ進化の途上にあります。私は残念ながら平成 21 年に仙台医療センターを定年退職しましたが、長年にわたり国立病院（機構）における臨床研究体制の整備に携ってきました。大学には大学らしい研究があり、一般病院にはそれに相応しい臨床研究があるものです。特に加齢医学研究所の基礎研究と国立病院機構の臨床研究との間に、いつか建設的な協力関係が生まれることを夢んでいます。

（前・国立病院機構臨床研究センター長・臨床研究部長協議会会長，2010 年 10 月 31 日）

【研究員会便り】

研究員会委員長 岡村大治

前任の中村晃委員長がご異動になられたため、本年 10 月から、委員長代理を務めさせて頂いております、医用細胞資源センターの岡村大治です。次期委員長が選出されるまでの短い間ではございますが、皆様方のご意見を伺いながら、精力的に研究員会活動を進めて行きたいと思っております。

皆様ご存知の通り、今年度から歴史ある「生化学セミナー」を、研究員会が主催させて頂くことになり、年 4 回のペースで行っております。当面はこれをいかに盛り上げ、いかに定着させていくかが課題かと認識しております。「生化学セミナー」には、研究所内での情報交換の場としてだけでなく、若手研究者により質の高い発表の場を作ると趣旨もありますので、この貴重な機会を会員の皆様のご協力を頂きながら、インパクトの大きなものにしていけたらと願っ

ております。何卒宜しくお願いします。

では、本年度上半期の研究員会の活動をご報告申し上げます。

研究員会活動内容（平成 22 年 6 月～10 月まで）

研究員会セミナー 2 件

日 時：平成 22 年 7 月 2 日（金）午後 4 時～

場 所：加齢研セミナー室 1, 2

講 師：伊藤 拓水

所 属：東京工業大学

演 題：サリドマイド催奇性における主要な標的因子セレブロン1の同定

担 当：鈴木 孝幸（所属 神経機能情報研究分野・内線 8566）

日 時：平成 22 年 8 月 11 日（水）午後 4 時～

場 所：加齢研セミナー室 1

講 師：横谷 明徳

所 属：日本原子力研究開発機構・先端基礎研究センター

演 題：難修復性の DNA 損傷に関する物理学的及び生物学的アプローチによる研究

担 当：志村 勉（所属 病態臓器構築研究分野）内線 8509

平成 22 年度加齢研生化学セミナーについて

本年度より生化学セミナーは毎回 2 研究室、時期は 6 月、9 月、11 月、2 月に行なうことになりました。

第 1 回生化学セミナー

担 当：医用細胞資源センター 加齢ゲノム制御プロテオーム寄付研究部門

日 時：6 月 25 日（金）午後 4 時から

会 場：加齢研セミナー室（1）、（2）

1. 「クロマチンリモデリングとゲノム安定性」
講 師：加齢ゲノム制御プロテオーム寄付研
究部門

安井 明 先生（他）

2. 「多能性関連分子によるマウス始原生殖細胞の生存・分化における機能解明」

講 師：医用細胞資源センター

岡村 大治 先生

連絡先：加齢医学研究所・研究員会事務局

齋藤 内線：8576

第2回加齢研化学セミナー（加齢研セミナー共催）

担 当：ゲノムリサーチセンター

日 時：平成22年9月24日（金）午後4時から

場 所：加齢研セミナー室（1），（2）

講 師：渡辺 光博

所 属：慶應義塾大学医学部 腎臓内分泌代謝内科 分子代謝システム医学講座

演 題：胆汁酸代謝調節によるメタボリック
シンдрームへのアプローチ

推薦研究員：山本 徳男（所属ゲノムリサーチ
センター・内線8875）

第3回加齢研化学セミナー

担 当：生体防御学分野 腫瘍循環研究分野

日 時：平成22年11月19日（金）午後4時から

場 所：加齢研セミナー室（1），（2）

第134回集談会（H22.7.3）での研究員会第
17回発表コンテスト

今回の受賞者は浜田良平先生（医用細胞資源
センター）、中山勝文先生（生体防御学分野）
になりました。おめでとうございます。表彰式

は1月の新年会にて行ないます。

研究員会主催スポーツ大会（ボーリング）

日 時：平成22年9月29日（水）18:30か
ら勝山ボウリングクラブ

参加者：43名

分野別団体優勝は腫瘍循環研究分野です。

表彰は研究員会新年会にて行ないます。

今後の予定

研究員会主催新年会

日 時：平成23年1月28日（金）第135回
集談会終了後

昨年度と同様にポットラック形式で行ないま
す。

研究員会では、今後とも会員の皆様の活発な
情報交換と交流の場を提供するべく、精力的に
活動して行きたいと考えております。何かご要
望等ございましたら、ぜひ今後の活動に生かし
ていきたいと思っておりますので、岡村（odaiji@
idac.tohoku.ac.jp）までお気軽にお寄せ下さい。
今後とも、皆様のご参加をお願い致します。

【研究会同窓会広報】

庶務幹事 佐 竹 正 延

庶務報告

1. 研究会同窓会会員の確認

（平成22年11月現在）

会員数 1,681名

（所内在籍者246名、所外779名（過去5
年間の会費未納者は201名で、郵便物は
送付していません）、海外77名、退会
者216名、物故者220名、住所不明143名）

賛助会員 28施設

購読会員 17件

物故会員（平成22年6月～平成22年11

月までの連絡)

加藤 慶五先生

平成 20 年 1 月 1 日

三品 均先生

平成 21 年 1 月 5 日

菅原 庸雄先生

平成 21 年 10 月 26 日

佐々木光慶先生

平成 21 年 11 月 16 日

白石晃一郎先生

平成 22 年 3 月 13 日

加藤 嗣郎先生

平成 22 年 3 月 22 日

野崎 久男先生

平成 22 年 4 月 11 日

楊 炳光先生

平成 22 年 6 月 8 日

工藤 進三先生

平成 22 年 8 月 15 日

2. 加齢研ニュース発行

53 号 平成 22 年 6 月

3. 第 134 回集談会

日 時：平成 22 年 7 月 3 日（土）午後 1 時から

場 所：加齢医学研究所 大会議室

一般口演 11 題、

堀内久徳新任教授特別講演

4. 平成 22 年度加齢医学研究所研究会同窓会

総会、講演会および懇親会

日 時：平成 22 年 7 月 3 日（土）集談会終了後

場 所：総会 加齢医学研究所 大会議室
午後 4 時 45 分から

講演会 加齢医学研究所 大会議室
午後 5 時から

講師 黒木 登志夫 氏

「日本語は非論理的か」

懇親会 加齢医学研究所 中会議

室 午後 6 時 15 分から

5. 加齢研ニュース発行

54 号 平成 22 年 12 月

6. 2010 版同窓会名簿発行

平成 22 年 12 月

今後の予定

1. 第 135 回集談会

日 時：平成 23 年 1 月 28 日（金）午後 1 時から

場 所：加齢医学研究所 大会議室

一般口演

2. 東北大学加齢医学研究所附属スマート・エイジング国際共同研究センター

竣工式典

日 時：平成 23 年 3 月 24 日（木）

場 所：スマート・エイジング国際共同研究センター

国際会議場及び交流スペース

3. 東北大学加齢医学研究所創立 70 周年記念式典

日 時：平成 23 年 5 月 10 日（火）

場 所：仙台勝山館

4. 東北大学加齢医学研究所創立 70 周年記念国際シンポジウム

（第 44 回加齢研シンポジウム）

日 時：平成 23 年 5 月 10 日（火）・11 日（水）

場 所：仙台勝山館

5. 第 136 回集談会

日 時：平成 23 年 7 月 2 日（土）

6. 平成 23 年度加齢医学研究所研究会同窓会総会、講演会および懇親会

日 時：平成 23 年 7 月 2 日（土）午後 5 時から

講 師：西成 活裕氏（東京大学先端科学技術研究センター教授 総長補佐）

テーマ：高齢者のモビリティと渋滞学

7. 加齢研ニュース発行

55号 平成23年 6月

56号 平成23年12月

[編集後記]

「加齢研ニュース」第54号をお届けいたします。

私事です。先日卒業25周年の高校の同窓会があり、幹事の1人として準備手伝いをいたしました。高校の同窓会でしたので、友人たちはいろいろな職種についており、中には海外青年協力隊に参加しており外国在住のため欠席する

者もありました。遠く離れているため出席できない彼らにも参加してもらえないかと、仲間の一人が思いついたのがSkypeとupstreamによる同窓会生中継。当日は時差を乗り越えてアメリカからの参加もあり、大変盛り上がりました。

加齢研ニュースも加齢研在籍者と諸先輩方を結ぶ紙面上の同窓会の場の一つです。こちらも盛り上がるような紙面づくりを心掛けて参りますので、今後ともどうぞ皆様のご支援とご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

(加藤俊介)