

循環器内科マニュアル誕生秘話

赤石 誠(57 回生)

拙著「循環器内科マニュアル」は、慶應の循環器内科の臨床を世に広めるきっかけとなったものである。これが生まれる背景には、当時の大学病院の診療体制への問題提起や、私が米国留学で得た「人とのつながりの重要性やチーム作りの体験その他」が、結集したものである。マニュアルが生まれるまでの私のたどった道が、まさにマニュアル誕生の道であったと思っている。

1978 年当時の内科学教室

私が大学を卒業して、すぐに中村芳郎先生を慕って、循環器内科大学院に入ったのは 1978 年である。当時の内科は、今とは全く違った存在であった。武見太郎先生(8 回生)が、「内科、本道。外科、外道」と公言し、内科医が医の道を中心であるという価値観が根強い時代であった。長谷川弥人先生(13 回生)が、「慶應の内科学教室入局に際しては、選抜試験を実施する」という方針を堅持していた。慶應義塾大学医学部を卒業しても、慶應の内科学教室に入局を許されず、関連病院で研修を行わざる先生たちがいた。その先生たちは、最後まで大学の医局には戻ってこなかった。そんな時代なので、内科全体の入局者は 20 人を割り込んでおり、私たちの二年上の学年は、内科全体の入局者は大学院を入れてもわずか 13 名という状態であった。これが、のちの関連病院全体の内科医不足につながったのではないかとっている。

1978 年当時の循環器内科

そんな時代の循環器内科は、弱小グループそのものであった。内科学教室の呼吸循環研究室の中の循環器グループであり、率いているのは、教授ではなく助教授。つまり、慶應義塾大学の医学部から見たら、小さな組織に過ぎなかったのである。中村先生の上には、呼吸器の横山哲朗教授がいた。当時の中村先生は、アメリカ帰りの頭が切れる臨床医という感じで、派手な柄物のジャケットを着て、颯爽としていた。大学の医者は、黒縁の眼鏡をかけて、髪の毛ぼさぼさで、よれよれの白衣を着て学者らしい恰好をしているものであるというのが、当時の社会の認識であった。だから、中村先生は内科の中では、異色の存在で、むしろ浮いた存在でもあった(だから、私は憧れたのだが)。私は、内科の中では本流とはいえない弱小チームに敢えて入局したのである。

当時、ベンケーシーというアメリカの医師のテレビドラマが流行り、その中で出てくるケーシー先生の白衣が、日本では見たこともない格好良いスタイルであったので、研修医はこぞってそのような服装をしたものであった。

私が大学院の 1 年生になったときの循環器グループは中村芳郎助教授、半田俊之介講師、中澤博江先生、川村陽一先生、星野忠夫先生、服部成彦先生、秋月哲史先生、大鈴木文孝先生、継 健先生、大学院の 3 年生が村山 晃先生、2 年生が盛 英三先生であった。それに中検の名越秀樹講師がいた。1978 年 6 月

には、三田村秀雄、林 潤一の両先生が出張から帰室した。そしてその7月に、小川 聡先生が留学から帰国した。

循環器の病棟

病棟は4Nという中央棟4階で、胸部外科(その頃、外科も心臓と肺は一緒)と混合病棟であった。秋月先生が、循環器内科の病棟のチーフで私の直接指導をしてくれた。卒業1年目に受けた秋月先生の24時間、365日にわたる指導が、今の私の臨床の基礎を築いたと思う。マンツーマンで、24時間教わったのだから、今では考えられないくらいの英才教育であったと思う。中村先生からは、Hurstの教科書、不整脈のNarula、心音図、心機図のTavel、生理学のSonnenblickとRushmer、心工コーのFeigenbaumを読破するように指示された。また、循環器内科の患者の疾患別にまとめることを大学院生の仕事として与えられ、夜な夜な患者のカルテを取り出し、表にまとめた。だから、入院カンファレンスで患者が入院してくると、その名前を見ただけで、その患者の過去の病歴や検査結果をすらすらと言えるようになっていた。担当医も僕に病歴を尋ねるようなありさまであった。そのため、卒業1年目の大学院生も、なんとなく一目置かれるようになったのだと思う。この大学院の頃の、カルテを夜な夜なカルテ室で整理する仕事が、のちの私の臨床経験を深めることにつながったのだと思っている。



循環器内科マニュアルを出版した頃の筆者

大学院生活

2年目からは犬の実験をするようになった。右心と左心というテーマを与えられた。実験は失敗の連続で、数頭の犬の実験データをとるのに2年近くかかった。その間に臨床例でも右心と左心をまとめ、このテーマについての総説を1984年に「呼吸と循環」に書いている。私の大学院生活はまさに生理学の研究にほとんど費やされた。しかし、この生理学的なバックグラウンドが臨床を見る上で、大変役に立ったと思っている。

当時は、中村先生が学位を承認しても、最終的には、講座トップである呼吸器の教授に論文を提出して承認を貰わないと、学位はもらえなかった。教授に論文を提出すると、可否の判定が戻ってくるのは、最低でも半年以上(下手をすると3年以上)かかるのが常であった。提出された論文は、教授の引き出しの中に読まれることなく保管されたのである。そして、いよいよ医局員が出張となるとおもむろに教授から赤で修正された論文原稿が戻ってきて、「これを清書して、慶應医学に投稿しなさい」と言われるのであった。中には、論文を提出したのに、教授のご意向に沿わなかったためなのか、最後まで学位を貰えなかった先輩もいた。今から考えると、あり得ない世界であった。

そんな中で、私は、出張から帰室した先輩たちの学位論文のための実験を手伝っていた。大学院生は先輩の実験の手伝い、研究室の雑用をすることが当然の仕事とされていた。データの取り合いや論文のauthorshipの争いは仲違いを生み出す。とにかく、仲良くやることが重要であると感じていた。私の直接の指導者であった山崎 元先生は、その私の態度を褒めてくれて、非常に買ってくれた。やるときはやるけれど、出しゃばらないという姿勢は、この大学院生活で身につけたと思っている。その私の態度を評価して、大勢の先輩を飛び越して、卒業5年目の私にアメリカ留学の機会を与えてくれたのではないかとと思っている。アメリカに行けば、自分がやったことは全部自分の仕事として発表できると言われた。

米国留学

1983年に、フィラデルフィアのペンシルバニア大学プレスビテリアン医療センターへ留学した。7月に渡米し、研究室へ行くと、上司のBill Weintraubに「何がやりたいのか?1か月くらい図書館に行って、テーマを見つけてこい」と言われ、8月中旬まで放置された。その間に稚拙ながらもプロトコルを作り、彼に見せた。そして9月頃から実験が始まった。その施設は、基礎の研究施設ではなかった。ボスのRichard Helfantが、臨床の傍ら、実験室を持って生理学の研究をやらせていた場所であった。AHAやどこかの生命保険会社のgrantがその資金源であった。要するに何でもよいからコンスタントに論文を作ることが使命であったのである。

その研究室で、最初は人間関係もぎこちなかったが、半年もするうちにみんなとも打ち解けた。そして、帰国する時には、循環器内科全体でダウンタウンのレストランを借り切って、サプライズお別れパーティを開いてくれた。リサーチフェローのためにパーティなんて前例がないことだったので、私もすっかり感激した。それが、その時のパーティの写真である。人と交わり、違う文化に溶け込み、みんなから受け入れられたということは、私に大きな自信を与えた。私にとって2年間の留学生活は、業績と言う意味でも満足できるものであったが、それ以上に、私の人生観の形成に大きなインパクトを残したという意味で、重要なものであったと思っている。

新棟開院時の慶應病院

その世界から日本に戻るとカルチャーショックが待ち受けていた。これは、当時留学から戻った先生たちがみんな口にすることであった。帰国して2年後の5



送別のサプライズパーティ 中央の髭を生やしているのが筆者

月、私は新棟開院とともに新しい循環器内科病棟 7S のチーフとなった。それまでの循環器内科病棟は上述したように、外科との混合病棟で、外科の術後部屋の中の一床だけが内科で使ってよい集中治療のベッドであったようなお粗末な病棟であった。それが、半田先生の尽力で CCU を併設した循環器内科病棟が 7S にできたのである。当時の看護婦長(当時は、婦長と言った)の土上さんと協力して、循環器病棟をオープンさせた。入院のルールもないし、オーベンの役割も明確ではない。ましてや研修医は、卒業したてのフレッシュマンである。それまでの診療の基準は「外来優先」であった。呼吸循環内科に口テートする医師は、最初に庶務係の川城講師に「病棟の仕事は、外来に支障がないように行うこと」の念押しが行われていた。それ以上の病棟のルールは看護師が決めたことばかりで、医師の中でのルールはなかった。突然、偉い先生から電話がかかってきて、「この患者、入院させてくれ」と言って入院が決まる。入院申し込みをしても、実際に入院の順番を決めるのは入院事務の担当で、そこへは多くの先生から直接電話が行く。事務の人はそれを忖度して入院させるから、通常の順番で待っている患者はいつまでたっても入院順番が回ってこない。患者は、誰かのつてを頼ってお願いするという社会であった。

ルールがなくともうまくいっていると、スタッフの先生はみんな考えていたのだと思う。しかし、実際はとんでもないことが起きていたのである。それを見てきた私は、とにかくルールを作り、病院としてきちんとしたものを作ろうと考えた。患者の枕元には、外来主治医を掲示することも始めた。入院させて、あとは丸投げする先生、不必要に口出しする先生に対して、せめてもの抵抗であった。

新しい病棟作り

循環器病棟が始まったばかりで、看護師も全く不慣れであった。1987年の5月は、土上婦長さんも、一生懸命協力していただいたが、イライラも溜まっていた。私は、あらゆることに対して、相談を持ちかけられた。看護師もオーベンもみんな私に聞きに来た。「〇〇はどうしますか」と聞かれたときも、いちいち具体的に指示をしないと回らないという世界であった。例えばこんな具合に指示するのである。「それは、依頼票を書いて、だけどそれだけだと話が通らないから内線〇〇に電話して、〇〇さんに直接お願いすることも忘れないで」、あるいは「採血して、それを自分で検査室へ届けて。結果は電話で問い合わせること。催促しないと遅くなるよ。循環器内科の検査は最優先でやってもらえ」という感じである。

循環器グループは 7S の 17 床が割り当てられていた。17 床では足りないので、10S の院長床というのを私が勝手に解釈して使用していた。院長床というのは、どこの診療科にも属さないベッドで、病院全体で数床が用意されていたと思う。ここは、病院長直属のベッドということになっていた。しかし、新棟開院直後で、その運用は細かに規定されていなかった。当然、緊急度が高い患者を優先的に入院させるとい

う理屈は正論となる。私が入院係を説得し、積極的に院長床を使用した。私が既成事実を作ったのかもしれない。だから、急性心筋梗塞を10Sに収容したこともあった。とにかく、断らない医療の実践を行ったのである。(今では、当たり前のお話であるが)

循環器内科の臨床体制を見直す

入院の適応、退院の許可の決定はチーフが行うこととした。とにかく現場の判断を尊重してもらうことを、中村、半田先生に認めてもらったのである。そのため、チーフは365日24時間常にポケットベルを持ち歩き、どんなときにも対応することとした。その実践を自ら行うことが、病棟をまとめることであると思った。サブチーフを横塚先生にお願いして、24時間のdutyを1週間交代で行った。また、月曜日の朝8時から病棟カンファレンスを行うことにした。その当時は、月曜日の朝のカンファレンス、月曜日の夕方の入院カンファレンス、外科内科合同カンファレンス、木曜日の朝の心カテカンファレンスの司会をすべて私一人が行っていた。複数交代制になったのは、私がTSを担当しなくなってからである。

また、今までは担当医制で、患者が悪くなると看護師は、担当医に連絡をして、担当医がかけつけるというスタイルであったが、オンコール制を作り、夜間、休日はすべてオンコールが対応するという体制を始めた。土曜日の午後4時に緊急入院が来て、自分の予定が台無しになった若いころを思い出して、そのようなことが起きない制度を作ろうとしたのである。すると若手から、オンコールだと呼ばれて来なくてはならないから、いっそのこと泊っている方がいいという声が出た。そこで、循環器の自発的当直(無料当直：この当直に当直料が出るようになったのは、小川教授の政権になったあとである。)が始まった。また、私は、退院の患者に、緊急連絡先と教えるということをはじめた。「退院カード」には、退院時処方、主治医名が記載されていた。この退院カードは、きわめて患者には好評であった。その分、医療側の負担は大きかったと思う。しかし、このおかげで、患者と病院の信頼関係が作られ、入院に対するクレームやお叱りはほとんどなかった。

コピーで作ったマニュアルの誕生

循環器内科病棟のルール作りが、私の最初の仕事であった。別にルール作りを命じられたわけではないが、病棟に決まりを作らなくてはならない状況に直面したのである。当時の慶應病院には診療科の診療ルールは存在しなかった。上級医が、夕方外来終了後に病棟に来て、ネーベンに指示を出して、それをネーベンが翌日にこなすという日課というのが内科病棟であった。病棟の決まりを作ることや病棟当番制度を確立させることは、次第に他の内科診療科にも波及した。このルールは、ワープロで文章にして、コピーして各オーベン、ネーベン、そして循環器内科のスタッフに配布した。これが循環器内科マニュアルの生まれた理由である。

このマニュアルの第1版は、A5版で、16ページの薄っぺらのものであった。そこには、カンファレンスの日程と場所、外来のスケジュール表、緊急時の連絡先(自宅電話番号も含めて)、緊急入院のオーグ手順、急変時の処置などを記載した。そして1学期が終わる毎に、改訂をしていった。オーベンは、マニュアルに書いたとおりに、診療、処置を加えた。すると回診で中村先生が「なんで、これ(この診療行為)をやっているの?そんなことどこに書いてあるの?」とオーベンいじめを行うようになった。そこで、私はマニュアルにその診療行為の根拠となる文献と、なぜそれをやるかという理由をマニュアルに記載するようにした。要するに、マニュアルは中村先生の回診対策虎の巻に進化したのである、エビデンスはないけれど、きわめて真実に近いと思われること(心不全に対するベータ遮断薬療法：これは、当時、エビデンスはなかったが、少数例の報告や自験例の経験から真実ではないかと思っていた。エンドポイントの設定やランダム化の方法が悪いからエビデンスとは言えないという批判もあったが、きっと真実であろうと誰もが考えている事柄であったのである)も、その理由をつけてマニュアルに記載した。それを1年間に3回改訂を行って、ついには200ページ以上マニュアルにまで育った。今、手元に第25版の「慶應義塾大学病院 循環器内科マニュアル」がある。日付は1994年9月12日版である。これが最後のコピー版マニュアルである。

マニュアルの出版

小川教授が、これを出版するという話を具体化してくださった。その前にも半田先生も、出版するという話を文光堂に持ち込んでいただいたことがあったが、結局実現しなかった。南江堂のマニュアルが現実化したのは、その当時のマニュアルをそのまま本にしましょうという、当時の担当の増田さんという女性の編集者の力添えが大きい。彼女が、読み易くページ割を考えたり、レイアウトを提案してくれた。すると私もさらにアイデアが湧いてきて、原稿の順番を変えたり、展開を広げたりする。その繰り返しであっ

た。原稿に手を入れ、ドクターズルールを加えた。まえがきは、ももとのマニュアルに記載されていたものをさらにシェイプアップして作成した。

1995年9月の日本心臓病学会学術集会が、循環器内科マニュアルの発売日であった。南江堂によると、学術集会の時に、学会場で、用意した本が全部売り切れたそうである。そこで、すぐに増刷が決定した。初版は誤植が多く、第2刷ではその修正を行った。それから、9回か10回増刷が行われたと思う。総発行部数は2万部を越えた。

この本が出たときに、日本心臓病学会の創立理事長である坂本二哉先生が、ベタ褒めの書評を学会誌に書いてくださった。普段は辛らつな書評で有名な坂本先生がベタ褒めなので、さらに売り上げは増えたと思う。当時、循環器内科の研修をした人の多くがこのマニュアルを読んできたと思う。全国に行き、他の大学の先生にお会いすると、このマニュアルの話が出る人が多い。当時では、画期的であったと、今でも自負している。

改訂断念

改訂を勧められ、南江堂と打ち合わせもしたが、改訂をすることを断念した。というのは、その時に、自分であれ以上のものは作れないと自覚したからである。慶應義塾大学病院の1987年から8年間の自分で病棟の最前線に立ち、患者と触れ合い、文献を読み、学会で学び、今日の勉強をすぐに明日の医療に現実化させるというエネルギーと立場がなくなってしまったからである。ちょうど33歳から41歳くらいの頃の話である。

あの若さで、自分の考えと信念を思いっきり前面に打ち出していたのは、我ながらかなりの自信家であったと言わざるを得ない。2016年に、はからずも日本心臓病学会教育貢献賞をいただいた。その受賞理由の一つが、このマニュアルであった。

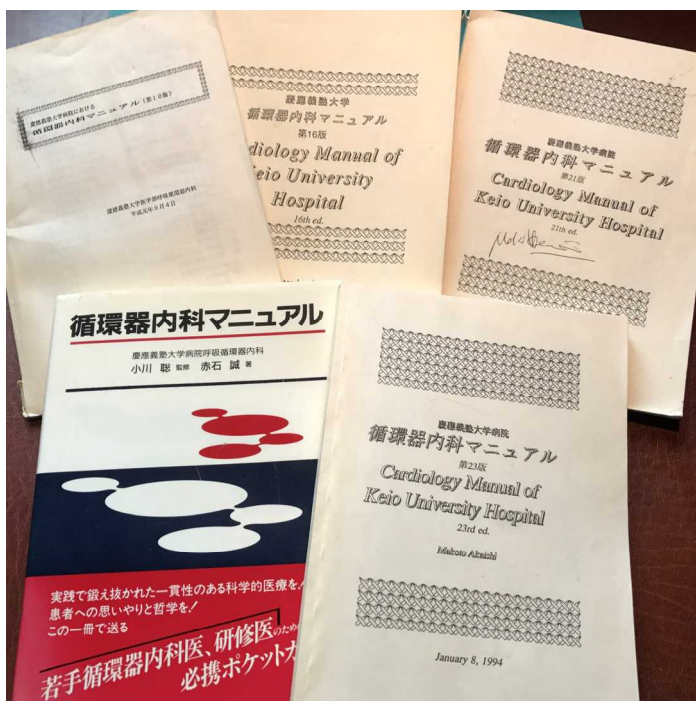
循環器内科マニュアルのまえがき

循環器内科マニュアルの「まえがき」の一部を抜粋する。

「よい内科医とは、多くの知識を知っているということではない。いかにそれらの知識の重みづけをし、有機的に融合させることができるかである。細かい知識をひけらかすような医師は、確かに勉強家で文献学者かもしれないが、必ずしもよい内科医とはいえない」「このマニュアルは、著者が実際に毎日診療しているそのものである。最初から最後まで一人で書くことに執着したのは、診療に一貫性が重要であるといつも思っているからであり、マニュアルを通して1人と循環器内科医を知り、私の後輩に循環器内科医の考え方の1例を示し、これを読んだ医師が、このマニュアルから何かを得て読者自身の哲学に裏打ちされた医学を得てもらいたいからにほかならない。」

今の自分

今でも、自分の思いは、この当時と変わっていない。しかし、実際は、みんなの後ろについて歩くようになってきたと感じている。でも、後ろから歩いていると、前を歩く人の歩き方の良否がよくわかるということがわかった。先頭ばかり走っているとわからないことがあるということ、還暦を過ぎてようやく実感している。



心に残るオーベン…野間重孝

まず少し言訳を述べてから本題にはいることをお許し願いたい。わたしは病院広報や、ネット上の論文評、抄録や論文の手直しなど文章を書く機会が多い方なのではないかと思う。しかし、自分のことを書くのは大の苦手で、これまでも同窓会雑誌などの原稿依頼からは逃げ回ってきた。今回の原稿依頼も何とかうまく逃げてしまおうと思っていたところ、編集長の赤石先生（まさに今回のテーマのわたしのオーベン！）から直々に電話をいただき、絶対に書けとの厳命を受けてしまった。という訳で不得意分野の原稿をよたよたと書いた次第。読者諸氏にはご笑読いただければと思う。

わたしは昭和 55 年（1980 年）に 59 回生として義塾医学部を卒業し、そのまま呼吸循環器内科の大学院に入学した。当時は現在の初期研修医制度はなかったことは言うまでもない。わたしたちと 1 年下の学年は予科時代の学園紛争のため卒業が半年遅れとなり、9 月入局となった。わたしたちの学年の同窓会を「長月会」と称するのもこの事情による。因みに当時は春秋の 2 回医師国家試験があった時代であったため、半年もフレッシュマンが来ないという変則的な状況のため諸先輩方には大変ご迷惑をお掛けしてしまったが、幸い制度上の大混乱には至らなかった（などと書くと諸先輩方から大目玉を食いそうだが…）。呼吸循環器内科という名称も現在では懐かしいものになってしまったが、循環器内科と呼吸器内科が分離されるのは次代の小川教授の時代になってからの出来事で、もうその頃わたしは大学にいなかった。だからわたしには循環器のオーベンと呼吸器のオーベンの両方がいたわけであるが、何と言っても今回は赤石先生のことを書かなければならないだろう。

昔話をすると話がどうしても長くなってしまおう一因に制度の違いを説明しないと話が進行しないことが挙げられる。まず大学院制度が現在とその頃ではかなり違った。現在は無制限とはいわないが、希望者があれば原則として試験に受かりさえすれば大学院に入学できる。ところが当時は勉強ができようができまいが、とにかく各科 1 学年に大学院生は 1 名のみ、それも文部省（現在の文科省…そうか、これも変わっているんですね）が認定した教授の主催する教室のみ大学院生を採用することができるというかなり厳しいルールがあった。一方で無給医局員が大量にいた訳でどちらがよいのか俄には判断できないが、教室運営を分かりやすくするという意味では当時の制度もひとつの行き方だったのかも知れない。ただ、もちろんこれは大学院に行った人間が勉強ができるということとはイコールではないことは言うまでもない。早い話、わたしなどがその良い例だったのだが…。

大学院生は出張病院にでない。その代わり 1 年間自分の専門の病棟で臨床研修を行っ他後、1 年半をかけて「各科回り（もしくは外回り）」と称して、内科の他の分野を 1 学期ずつ回る決まりになっていた。各科回りをするころにはすでに実験グループが決まって忙しいひと中にはいるため、この各科回りは連続して回る必要はなく、大学院在籍中に一通り回ればよいことになっていた。わたしの場合実験グループがなかなか決まらず苦労したのだが、そのかわり各科回りでは各科の先生方に随分かわいがっていた。何が幸いするかわからないよい例だろう。

と、ここで登場していただかなければならないのが赤石誠先生である。平凡な研修生だったわたしなどとは違い、まさしく伝説、レジェンドだった。何しろ予科から学部を通してたった 1 回 B を取ったことがあるとかないとかいう以外、あとは A 以外取ったことがないという稀代の大秀才だった。その先輩が各科回りをちょうど終え、わたしの入局を待ち構えていたのである！因みにここでも少し説明が必要なのだが、当時大学院生のオーベンには原則としてまず 2 学年上の大学院生になるというのが暗黙の了解としてあった。という訳でここに 35 年以上にわたって続く赤石先生との深〜いご縁が始まったのである。つまりわたしの 2 学年上がまさに赤石先生だったのである。しかもわたしは 9 月入局。赤石先生にしても初めて持つネーベン、カがはいったことだと思う（こういうのを世の中で「運命」という!）。

まず現在の研修医制度下で訓練を受けたひとたちには、当時のわれわれの感じ方、思考パターンがそもそも理解できないのではないかと思うことがある。なにしろ点滴、採血の仕方から処方箋の書き方、オーダー用紙の書き方、もちろん患者さんへの接し方、仕事だけではなく先輩や先生たちへの挨拶のしかた、何から何まで文字通り手を取って教えられるのである。もちろん全てアナログで、マニュアルなんぞありはしなかった。そのころフレマン教育を受けたひとのなかで、自分の最初のオーベンを覚えていないひと

などいないと思う。とにかくそこには今の若い人たちには想像できない濃密な人間関係があった。これは公私にわたるもので、わたしは赤石先生のお宅はもちろん、藤井先生、盛先生、三田村先生などのお宅に家内同伴でお招きにあずかり文字通り家庭料理でもてなされた経験が忘れられない。

さて、ではその赤石先生の教育法はどのようなものだったか？いや～、これをスパルタと言わずして何をスパルタというのか？わたしが入局当時はおりしも SOAP 形式のカルテ記載がちょうど始まったころだった。S と O はまあよいとして、A が問題。何度書き直しても OK が出ない。そのうち夜は更けてくる。すると突然赤石先生が再登場、わたしの書いたカルテを一読。「何だ、これは！」と破って捨ててしまう。そしてペーパーをいくつか手渡し、「これを読んでよく考えろ！」と言って行ってしまふ。さすがに夜も大分遅くなると「もう今日はいいから帰れ」と帰されるのだが、これが連日続くのである。しかもわたしの場合、1 年の循環器病棟研修中 2 学期を赤石先生のもとで修行させていただいたのだから、もうお分かりですよ。大変でした…！では間の 1 学期はどうだったか、楽



左から、秋月哲史先生、赤石 誠先生、Richard Helfant 先生、筆者、服部成彦先生



左から、中村絹代先生、赤石 誠先生、中村芳郎先生、秋月哲史先生、Richard Helfant 先生、小川 聡先生、筆者、半田俊之介先生、服部成彦先生

ができたかというとなんでもない。鬼の盛先生がオーブンだったのである。1 年たって各科まわりに出

るに当たってはまず消化器から回り始めたのだが、ほうほうの体で逃げ出したというのが正直なところだった。

しかしである。暫くして頭を冷やして考えてみた。わたしは夜遅くまで確かにヒューヒュー言っていた。でもそれに付き合っただけで赤石先生は病院にいてくれたことに気づいたときはア〜ッと思った。あのペーパーだってわたしのためにわざわざ図書館に行ってコピーしてくれていたのだ。これが有り難くなくて何が有り難いものがあるだろうか。という訳で、今でも赤石先生には足を向けて寝られないのだが、赤石先生分かってきてますか〜？

縁のあるひとというのは徹底的に縁があるものらしく、その後研究グループ（山崎グループ）にはいったときの先輩が何と赤石先生。その後わたしは大学院修了直後にフィラデルフィアに留学するのだが、その前任者が赤石先生だったのである。

ここで、赤石先生のもの凄さをひとつご紹介してこの思い出話のしめとしたい。

わたしたちの専門は心力学だった。もうその頃は分子生物学を専門にするひとたちがだんだん増えており、わたしが割合に早く研究生活から足を洗うことになるのもこの辺の事情にもよるのだが、それはまた別の機会にお話するとして、とにかくわたしはフィラデルフィアに行くに当たっては心力学の幕引きになるような研究がしたいと考えて旅立った。

心筋梗塞が起きると梗塞部位は収縮力を失って受動的な運動を始める。つまり収縮期に出っ張るかたちになる。これを bulge というのだが、これが心機能の決定要素のうち心拍数を除く前負荷、後負荷、（健常部分の）収縮性の変化でどのように変化するのか、これがわたしのアメリカにおける主な研究テーマだった。前負荷については先行する研究もあり、わたしの研究はその追試のかたちになったが、論文は無事 AJP に採択された。そこで取り組んだのが後負荷を単独で変化させてどうかというテーマだった。ところがこれが簡単ではない。何故なら、後負荷を変化させれば必ずそれともなって前負荷が変化してしまうからである。苦勞して何とかたどり着いたのが right heart bypass という前負荷を強制的にコントロールする方法だった。結果は自分でいうのもおかしいが見事なもので、 $P < 0.00001$ とかそういう order の結果となった。ところがどうしても分からない項目が出て来てしまったのである。後負荷を上げているのだから感覚的に考えれば peak positive dP/dt は低下してよいはずである。ところが結果は一貫してわずかではあるが増加しているのである。どう考えても分からない。考えあぐねたわたしは東京に国際電話を掛けて赤石先生に相談した（こういうのを神頼みという）。すると即答。「そんなの当たり前じゃないか。」わたしが訳が分からないでいると、 dP/dt は大動脈弁が閉まる時点で最高値を出し、以後は急速に低下する。しかし、それは大動脈弁が閉まってしまっただけで、 dP/dt の本当の peak 値はもう少し後に来るといっているのである。つまり大動脈弁の閉まりが遅くなればまだ余裕のある dP/dt 値は増加するというのである。そしてその方面の研究論文を教えてくれた。読んでみてホ〜ットというか、いや感動した。何しろこんな難問に即答ですよ、即答！論文はあっさり Circulation にアクセプトされたが、あのアドバイスがなければどうなっていたか。繰り返しになるが、わたしは偉大なオーベンに恵まれた幸せ者である。

以上、「思い出深いひとたち」ということならば、当然のように師匠である山崎先生、スーパーバイザーであり現在でも親しくお付き合いさせていただいている村山先輩など、書かなければならない先生、先輩たちは数多いのだが、今回は「思い出深いオーベン」ということで赤石先生に話を絞らせていただいた。長い文章になってしまい恐縮だが、書きながらいろいろな先生、先輩、同僚たちそして後輩たちの顔が脳裏をよぎった。わたしが自分のことを書くことが苦手な大きな理由のひとつにそもそも昔のことをいろいろと思い出すことを好まないことがあるのだが、この文章を書いてみて、時には落ち着いて自分の過去を振り返ってみることも大切であることに気づかされた。こうした機会を与えて下さった『慶心会誌』（まさにその編集長が赤石先生なのだが…）に感謝して稿を終えたいと思う。有り難うございました。

栃木県済生会宇都宮病院 副院長 (59 回生)

忘れられないオーベン…横塚 仁

私が研修医だったのは 1980 年代初頭、バブルの絶頂の時代で、すでに 40 年近く経ちます。各科のオーベンの先生方はそれぞれに個性的で色々な教育の仕方色々なことを教えていただきました。今となってはどのオーベンの先生にも本当に感謝の一言しかありません。今回は、その中から特に印象的な 2

人のオーベンの先生について書かせていただきたいと思います。はじめにお断りしておきますが、心に残るとか、いい話とか、深い話ではありません。年寄りの昔話として読んでいただければ幸いです。

赤石 誠先生

学1の生理学の口頭試問の準備をしていて、友人から想定問答集が回って来ました。それは彼のクラブの先輩である赤石さんが試験前日に一晩で作ったとのことで、世の中にはすごい人がいる方がいるものだと驚きました。その赤石さんが後に私が研修医となった時のオーベン赤石先生でした。

私はできの悪いネーベンで、とにかく赤石先生にはよく怒られました。その後、2年間の関連病院出張を終えて循環器の医局に入局し、実験グループで再び留学から帰室された赤石先生のお世話になることになりました。この頃には臨床とは違って、かつての病棟でのようには赤石先生には怒られず安心しました。

赤石先生のご指導で心筋の収縮性についての実験をしていましたが、1心拍の各パラメータを例えば拡張末期などのワンポイントではなく、1心周期丸ごとのデータを連続的に読み取らねばならないため、データ量が膨大で、そのため、記録紙のデータを目で一点一点読み取る方法からグラフをdigitizerでトレースしてコンピュータに連続的に入力する方法、次いでアンプからのアナログ信号をADコンバーターを介して直接コンピュータに取り込むことになりました。入力するために必要な機器を購入したり、アンプから入力したデータを取り込むためのプログラムを書いたり、取り込んだデータをコンピュータで解析したりとても楽しい時間を送らせてもらいました。

実験グループのメンバーは皆コンピュータ好きで、手分けをしてプログラムを書きました。プログラムも書き手の個性が出るもので、赤石先生の書いたプログラムはとても個性的でした。プログラムの初めから数行目にいきなりプログラム終了のコマンドが出てきたりして、自分には絶対に書けないプログラムで、グループのメンバー池川先生の言葉をお借りすると目が点になった事を覚えています。

臨床、実験グループで赤石先生には長いことお世話になりましたが、一度も褒められた記憶はありません。ただ、1回だけ、数年前にお目にかかった時に当時の話になり、実験でようやく計測データが得られ、それを実験後に回帰法を用いてE_{max}という圧-容積曲線に対する接線を求めるのですが、「データの解析に1週間はかかるだろうと思っていたが、横塚が翌朝結果を持って来たのにはびっくりしたよ」と言われ、本当に嬉しく思いました。

堀 進悟先生

現在はどうかわかりませんが、私の年代の研修医はハイパーと言われたい、ハイボと言われると恥ずかしいという価値観でした。その頃、ハイパーといえば循環器の堀先生、腎臓内科の鈴木洋通先生、神経内科の畑隆志先生の3羽ガラスということになっていました。堀先生の話し方、廊下で90度曲がる時のターンの仕方、仕草など研修医の多くが憧れを持って見ていました。私もその中の一人でした。病棟では先生の質問に答えられないと、横塚君はBraunwaldのどこどこは読んでいないのね?と言われ、凹むことが度々でした。また、カンファレンスでは色々な議論にそれはすでに議論済みですよというように、立て板に水の如く意見を述べられていらっしゃいました。一方で、病棟では仕事の話が済んだ後で、それ以外のいろいろなお話をさせていただき楽しいネーベン生活を送らせていただきました。そんな完璧な堀先生でしたが、たまたま出張病院が同じだった関係で、出張病院の看護師さんから病棟旅行の時に堀先生が車を運転していて英会話のカセットに集中しすぎて、側溝に脱輪した話とか、これは噂で本当かどうかわかりませんが、意外と朝が弱いとか、寒がりだとかというのを聞いて堀先生も人間なんだなとなんとなくほっとした気がしました。

なにぶんにも40年近く経過し、記憶があやふやなところもあり、また、他の人からの伝聞については事実とは違っているかも知れませんが、ご容赦いただきたいと思います。

よこづかハートクリニック院長 (59回生)



1994年頃

お世話になったオーベン…西村 洋

消息不明状態でしたのでご存じ無い方も多いと思いますが、1988年に内科に入局し、済生会中央病院出向後に1992年に呼吸循環器研究室に入った西村洋です。現在は町田市で両親の跡を継ぎ内科の開業医をしております。

昨年、町田での学術講演会に佐野先生がいらっしゃった時にご挨拶したのを契機に慶心会のお誘いを頂き、明治記念館での島田恵先生の東海大教授就任祝賀会に出席して十数年振りに懐かしい方々と再会しました。

その島田先生からの依頼で断れるわけもなかった原稿ですが、「オーベン、ネーベン」のテーマで書くとしてもお世話になった多くの先生から「選んで書く」のは無理でしたので、当時の思い出と絡めたお話をします。

入局後、今は無い旧棟で内科「血感り」の血液から研修医時代が始まりました。私の初のオーベンは夏目雅子さんを受け持った朴先生でした。当時まだ珍しかったアップルのパソコンをアメリカに行った際に購入して飛行機で膝に載せて帰ってきたという話を嬉しそうにされてたのを思い出します。血液疾患やステロイド服用中の方の採血・ライン確保は困難な事も多く、最初の病棟で一緒だった桑名正隆先生（現在は日本医科大学リウマチ膠原病教授）の腕を練習台にさせて貰ったりしました。非常に感謝しております。

当時は医師国家試験の結果発表前より勤務が開始されていて、国家試験結果発表後に突然消える研修医という事案もあり、今ではあり得ない話でした。研修一年目は、始発で出勤し、終電で帰るような生活でしたが、おかげでその後は大変な時にも「あの頃に比べればまし」と思って過ごせるようになったというメリットもありました。

「呼吸器」は鈴木幸男先生がオーベんで、当時の横山教授のカンファレンスで初めてのプレゼンで緊張している時に、鈴木先生から「先生、楽しそうだね。」と言われたのを鮮明に記憶しております。基本的にふざけて見えるのだなと痛感しました。

「循環器」を回る時に、事前情報として**赤石先生**という先生は非常に厳しく、研修医に「ウォッチング」と呼ばれる一日中病棟のモニターを見続けさせる等の苦行を課す、といったたぐい話がありました。実際にはご存じのように優しく理知的な先生であり、有名な「赤石マニュアル」を読めば歴然としているように実臨床に徹したスタンスもお持ちの素晴らしい先生です。当時は全然意識していませんでしたが、私が循環器を志す動機付けボタンを押したのは赤石先生であったと思います。

大学病院研修後の2年間の関連病院出向先は東京都済生会中央病院でした。出向直前に先輩の先生から心機能検査室に挨拶に行くように言われ、状況を把握しきれぬ内に循環器へ誘導のルートが出来ていて、済生会中央に行く時点で心カテに入るスケジュールが組まれてました。

当時は済生会中央には三田村先生がいらっしゃり、先生から直接のご指導を頂けたのは幸運でした。震災前の神戸に学会で行った時に、三田村先生と神戸のジャズクラブをはしごして、ピアニストの小曾根誠が父親とデュオで演奏するのを聴いたのは楽しい思い出です。

循環器に入室し、吉川勉先生の実験グループで家兎を使用した心不全の実験をしておりましたが、同じ実験グループの1学年下に入ったのが北海道大学の教授になられた安斉俊久先生でした。ボスの吉川先生が米国に行かれていた間に実験をやった時は、終了後、動物棟に兎を戻しに行き、その後2人で「メーヤウ」にカレーを食べにあって疲れを癒やしたものです。安斉先生は大辛口の「メーヤウカレー」以外にも甘口の「グリーンカレー」を「タケノコがいいんですよ。」と時々召し上がり、臨床、研究のみならずタイカレーにも積極的に取り組んでおられました。まだ病院の前にお店はあるようで大変結構な事です。

私のネーベンの1人であった小林一雄先生は、私が北里研究所病院に出向中にも同病院に研修に回ってきて、「腎内代」に行かれた後、現在お隣の相模原市で開業されていて、講演会等でたまにお会いします。当時私がパート先で胸部写真異常を見て、北里研究所病院で精査した結果、悪性血液疾患と判明した若い女性がいまして。本格的な治療に突入する前に病棟の看護婦さん達、小林先生とその患者さんと、病棟とご両親に承諾を貰い、夜の渋谷に遊びに行ったのもちょっと切ない思い出です。患者さんにそういう機会がもう訪れないかも、と思い企画したけど今ではあり得ない話ですね。でも良かったと思っています。私の次に北里研究所病院にいらした島田恵先生のご活躍は皆様ご存じの通り。

あと 20 世紀最後に出向していた清水市立病院（現在は静岡市立清水病院）に慶應から来ていた前川裕一郎先生には、学会に行った時に「お土産」と称してトミカのミニカーを冗談であげてましたが、浜松医科大の教授室に飾ってあることを祈ります。

両親が相次いで病気になり家業を継がなければならなくなった時は、当時の小川教授からご提案頂いた関連病院の話も強引に断って研究室を辞めてしまい、申し訳ないという思いで、却って距離を置いておりました。両親も亡くなり、自分が院長になり 10 年以上経ちましたが、開業して地元の他の医局出身の先生方と接している中、講演会等で慶應の内科の先生とお話すると、同じ医局でトレーニングを受けた感覚を共有する重要さも実感します。大磯に行かれた島田恵先生も多摩地区に近く、お世話になる事もあるかと思えます。むしろこういった関係の大切さは開業して何年も経過して痛感するようになりました。慶心会の皆様のますますのご発展をお祈りして本日の原稿終了とします。

西村内科院長（67 回生相当）



濟生会中央病院時代の三田村先生と私です。おそらくジュリアナ東京に行った時では？

思い出の1枚…馬場 彰泰

思い出の1枚…馬場 彰泰

この度、慶心会誌への投稿を赤石誠先生から勧めて頂き、すぐに現上司の大木貴博部長に相談しました。私にとって最初かつ現在のオーベンは大木先生であり、唯一無二であるからです。大学院には大木先生、高橋栄一先生、森谷和徳先生が先輩としていらっしゃる、卒業したばかりの私は一から指導していただきました。当時も「1年上は親子」「2年上は祖父母と孫」というような関係があり、1年先輩の佐野元昭先生や中村岩男先生や佐藤俊明先生や品川香先生にも大変お世話になりました。今回は熟慮のうえ1枚の写真の掲載をお願いすることにしました。この写真は、赤石誠先生が北里研究所病院で臨床教授に就任されたお祝いの席で撮られたものです。慶心会のオーベン・ネーベンを象徴するもので、勤務先や世代がかわっても集まることができる家族写真のような感じ です。



前列左から、藤井 効先生、赤石誠先生、軽部有希子先生、後列左から、沼澤洋平先生、松原隆先生、小山卓史先生、筆者、目黒知己先生、島田恵先生

第1列の左（赤石先生の隣）は、私が5～6年目の出張でお世話になった藤井効先生（川崎市立井田病院部長）で、その後に野村證券の産業医もなさっていて北里研究所病院との連携も深いものでした。井田病院へ出張した際には、私はまだ未熟で、心臓カテーテルは、診断カテすらも満足にできなかったもので、井田病院で心カテがあるときには、前任の宮崎浩司先生がおいで下さり、藤井先生と宮崎先生のお二人から数ヶ月にわたって手技を教えてくださいました。私が入局した1993(平成5)年には研修システムが現在と大きく異なり、卒業時に（少なくとも内科か否かを）専攻し、初期2年間で内科5科（呼吸循環器内科、神経内科、消化器内科、腎臓内分分泌内科、血液感染症リウマチ内科）を4か月後ずつローテート（残り

1タームは自由選択) することになっていました。その後は3・4年目に関連病院で勤務後、5年目からオープンとして臨床・教育・研究を行うために内科医局(5内科いずれか)に正式に戻るとというのが標準的な流れでした。私は卒業後すぐ小川聡教授の大学院へ入り、最初の2ターム計8か月後を呼吸循環器内科で過ごしました。宮崎浩司先生や岡田豊先生などの年代の先輩方は、心カテ・生理検査・病棟・実験すべてを同時進行で活動的に行っていたらしく、1年目の私には眩しかったです。そんな宮崎先生にピンタされたことがありました。初めての症例報告、ペースメーカー植込後でハイパジールが奏功した拡張型心筋症の症例でした。夕方にスライドと発表確認のために多忙な宮崎先生は時間をとって頂いたのですが、そのミーティングに遅れてしまって大目玉を食ったのです。正直に、同級の研修医の女性と食事について遅れたことを謝りましたが、今となっては良い思い出です。のちにカテーテル指導をして頂いた際には、そちら方面の相談にも気さくに乘って頂いたこと、懐かしく思い出します。上司の藤井先生との2年間で最も印象に残っている症例は、眩暈で来院された心不全の症例でした。といってもEF45%でNYHA ほぼⅠ度、外来通院で非常に安定している症例でしたが、特別な心筋自己抗体が検出されていたため突然死するかもしれないと私は危惧していた症例です(勿論そんな結果が出ていたことはカルテには記載していませんでした)。私が研究日で外出し、病院に戻ってきた際に、「眩暈で来院したので(一般病棟ではなく)ICUに入院させておいたよ」と藤井先生に言われました。案の定、その夜にDCを要するような持続性VTが出現したのです。その後はアミオダロンを導入してICDを考慮することになり、私の後任の神吉秀明先生に引き継ぎました。研究よりも臨床現場での判断がより重要であることを痛感した症例でした。

第1列目の右の女性は軽部(福田)有希子先生です。北里研究所病院から循環器内科へ帰室した先生には軽部有希子先生、鈴木(早川)恵子先生、川上崇史先生、沼澤洋平先生、志賀洋史先生(日野市立病院)がいらっしゃいます。私が北里研究所病院に赴任した際には、伊藤清治先生と軽部先生の3名で心カテに入っていました。福田先生は帰室後も三好俊一郎先生のもとで自己免疫ラットの不整脈機序を解明するために、定期的に北研病院へラットをとりこぎにきていて、しっかり論文にまとめたことに感銘を受けました。三好俊一郎先生は学年が1つ上ですが、大学院では同学年でした。日々の大学院生活や、実験に関する相談などさせてもらいました。大学院1年目のお正月、1月2日だったと思います。なかなか上手くいかなかった実験が、三好先生のアドバイスで成功した時のことが今でも昨日のように思い出されます。後列の一番左は沼澤洋平先生です。当時より実直で人気も高かった彼の現在の活躍をみると、とても嬉しく、また私自身も日々精進しなくてはならないという気持ちにさせられます。赤石先生の背中を見て過ごした彼であれば、現在の研修システムにもあうスタイルで、彼なりに今後も循環器内科への帰室者を増やしていくのだと思います。後列の右端は島田恵先生で、ご説明の必要はないでしょう。大学院以外のオープンの先生には、南雲美也子先生、足立健先生、末吉浩一郎先生、高木俊介先生、伊藤清治先生、麻雑美香先生、副島(谷川)京子先生、高月誠司先生、小山田和弘先生、岡部輝雄先生、神吉秀明先生、坂本宗久先生、古川佳子先生、白木裕人先生など数多くの先生方がいらっしゃいますが、その中で、一番長く一緒に時間を過ごしたのは島田恵先生です。島田先生がいなければ、北里研究所病院にこれほど長くいなかったかも知れません。また学会には必ず応募するというスタンスも、島田先生や赤石先生の背中をみて、自然と学びました。

島田先生の左隣は目黒知己先生です。フレッシュマン最初の病棟チーフは井上宗信先生と阿部純久先生でしたが、目黒先生も病棟チーフをなさっていました。慶應第1症例目のステント(Palman-Shatz)留置症例の受持医となり、非常に厳格にAPTT管理を行ったことを覚えています。目黒先生はチーフ以外にも、赤石先生グループで色々な局面でストレスを乗り越えて活躍されていた姿が印象的です。大学を離れてからも数々の学会や研究会で貴重なアドバイスをいただいたことを覚えています。私が進捗は遅くとも研究を現在まで進めてこられたのも目黒先生の何気ない一言があったからです。あのデータなら心筋細胞膜の染色(鍍銀染色)ができると良いよ、という何気ない助言を実現できたときには、自分が恵まれていることを痛感しました。市川総合病院へ異動してからは、多くの症例を紹介いただいています。**研究グループや職場を離れて何年経っても、このように集まることのできる師弟関係は素晴らしいものであると、赤石先生と目黒先生を拝見するといつも羨望をもって拝見しています。**

赤石先生の後ろには小山卓史先生がいらっしゃいます。当時PCIができなかった私に、永寿病院で勤務されていた小山先生が週1回、北里研究所病院へ訪れて指導してくださいました。橈骨動脈や上腕動脈アプローチも含め、本当に一からの御指導でした。小山先生の第一印象は私が大学院時代に、さいたま市立病院から週1回実験指導にいらしていた時の、怖い印象でした。出張病院で多忙ななか、研究をまと

め後輩（しかも大学院生）にAHAで発表させ、しかも英語論文までまとめて用意される迫力と、何か問題を起こしたらきっと殴られるかもしれないという迫力のためです。赤石先生からのお話があったことでしたが、ご自分の経験をふまえて、まさに「やってみせ、やらせてみせて、ほめるべし」を体現されていました。のちに小山先生が確立されたpost-conditioningの研究の創成期を拝見できたことも貴重な財産です。そんな小山先生のご様子を応援している赤石先生の姿も、後輩としては心に深く残るものでした。今でも心臓病学会などで定期的に近況報告・御相談をさせてもらっています。市川総合病院への移動を迷っている時も、ご自分の経験を踏まえて、力強く背中を押してもらいました。

写真から少し話が逸れますが、私にとって心臓病学会は様々な思い出が詰まっています。現在は毎年秋おもに9月に実施されていますが、以前は春秋2回の実施だったそうです。第21回大会（1980年9月）中、次年に会長をされる先生が主治医であった実兄が拡張型心筋症で帰幽しました。中村芳郎先生が会長をされる前年の第41回大会（1993年10月）に最初の学会発表（KICS関連）をしました。小川聡先生が会長をされた第51回大会（2003年9月）に上田英雄賞を頂きました。第54回大会（2006年9月）には赤石誠先生と三田村秀雄先生と3名で知覧を訪れました。信じてもらえないかもしれませんが、最初の心臓病学会のスライド（当時Macで作成）を、朝倉靖先生に手直ししてもらったことを覚えていています。

本当に私が入局した当時は、たしかに先輩方はとても多忙でしたが、とても仲がよく、それは関連病院でも同じでした。医者3年目の私が、福田恵一先生や吉川勉先生の御指導もあり、KICS関連病院の先生方（村山晃先生、永見圭一先生、野間重孝先生、中川晋先生、鈴木雅裕先生、宇井進先生、根岸耕二先生、茅野真男先生、三谷和彦先生、佐藤徹先生）のご協力のもと、合計数百例の拡張型心筋症例の血清を集めて研究する機会が得られたことも、今でも深く感謝しております。現在でも香坂俊先生が中心となってKICSの検討を続けられていますが、野間先生のお言葉をお借りすれば「気概のある若者」達に頑張っただければと思っています。

小山先生と沼澤先生の間には、平塚市民病院の松原隆先生がいらっしゃいます。私は直接ご指導いただいたことはありませんが、以前に小出希美先生が勤務されていたことと、現在は高木俊介先生がご一緒されていることは存じ上げています。内科の聴診器に赤石先生も投稿されていましたが、いろいろな言い伝えが各オーブンの先生方にはあるのかも知れません。私は心不全グループでしたが、吉川勉先生、安齊俊久先生、中村岩男先生、白木裕人先生のほか、国立埼玉病院の鈴木雅裕先生も先輩にいらっしゃいました。私の鈴木先生の印象は、きっと厳しい先生だとは思うものの、後輩の我儘な研究要望にも積極的に応じてくださる良い印象しかありません。後輩にとっては先輩の何気ない一言がいつまでも頭に残っているものだと思います。例えば、大学4年生CPC（心サルコイド急死例）の時に初めて拝見した後藤信哉先生には、2000（平成12）年第4回心不全学会YIAで「もう少しで1番だったよ」と声をかけてもらったことがありました。さらに、大学を離れても、精力的に学会発表をしていた定永恒明先生から、数年前に英語で質問を受けたことがあります（自己抗体の有する催不整脈性の英訳について）。何年たっても記憶に残ることは良い先輩達のことばかりです。大学時代の一番良い思い出は、小川聡先生の回診の時のことです。教授が金色の聴診器を購入するということで、それまで使われていた銀色の聴診器を頂きました（今でも実家の神棚においてあります）。あまりのことで感極まっている私に、テトラポットのような聴診器を持っていた三田村秀雄先生が「馬場は聴診卒業だってよ」と小川教授の言葉を何度も繰り返して言って頂きました。ほんの些細なことかも知れませんが、今でも感激したことを覚えています。

2016（平成28）年10月から私が異動した東京歯科大学市川総合病院は、1997（平成9）年に内科から循環器科が分かれ、宮崎利久先生、好本達司先生、定永先生も勤務されていました。1999（平成11）年に大木先生が赴任されてからはスタッフとして、佐藤俊明先生、岡田豊先生、田原聡子先生、板橋裕史先生、吉澤彰宏先生、河野隆志先生、眞野恵範先生、小出希美先生、助川博章先生が勤務されています。今年帰室された平井暁男先生も1年間ご一緒でした。おそらく勤務中は大変なこともあったでしょうが、振り返ってみると心に残る記憶があることと思います。日々の外来でも、患者さんから〇〇先生にはお世話になっていましたという言葉が頻繁にあり、「活躍されていますよ」とか「年に1度はご挨拶しています」などとお話しています。後輩の先生方の中で、市川総合病院で腕を磨きたい方を是非とも御推薦ください（大木先生に日々ダメ出しされている私でも何とかやっていますのでご安心ください）。とても良い病院です（色々な意味で）。来年度には、同じような写真が東京歯科大学市川総合病院でも撮れるのではないかと、期待している今日この頃です。皆様ひきつづき御指導御鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

東京歯科大学市川総合病院循環器内科(72回生)

心に残るオーベン…沼澤洋平

早いもので私も医師になって 16 年目となり、いつの間にか先輩方に教えてもらう立場から後輩たちに教える立場になってしまった。しかし、いつになっても医師にとって若い頃に御指導いただいたオーベンと一緒に過ごした時間というのは、一生忘れることのできない貴重な時間だと思う。今回は私が医師 3 年目の時、初めて出張した北里研究所病院でお世話になった心に残る二人のオーベンの先生方を紹介させていただきたい。

一人目は循環器内科の赤石誠先生である（写真 1：左上）。慶心会の先生方で赤石先生を知らない先生はいないと思うが、2005 年当時、赤石先生は北里研究所病院循環器内科部長として勤務しておられた。そこに私が医師 3 年目の内科専修医として慶應から出向することになった。慶應病院で内科研修医をしている頃から赤石先生のごことは様々な先生から伺っていた。その最大の理由として、赤石先生は当時ほぼ全ての研修医、専修医たちが循環器内科の教科書として持ち歩いた「赤石マニュアル」（写真 1：右上）と呼ばれる本の著者であったことが挙げられる（この赤石マニュアル誕生秘話については、赤石先生御本人が昨年（2017 年）の慶心会誌に御自身で寄稿されているため、ぜひ御一読いただきたい）。そのような有名な先生のネーベンとして勤務できるのであるから決してその貴重な時間を無駄にははいけなと当時から考えていた。ようやく内科研修医としての研修を終了したばかりの当時の私にとっては、赤石先生は大学病院の中で考えるとなかなか声もかけづらいほどの大先輩であったが、そのような先生に直接オーベン、ネーベンの関係で御指導いただけるのは非常に楽しみであった。

そんな大先輩に御指導いただくことになり、はじめは当然ながら相当不安と緊張を感じていた。しかし、すぐにその不安は解消された。赤石先生は私のような若者にも大変気さくに接してくださった。その日からオーベン、ネーベンとして病棟を一緒に回診する日々が始まった。この毎日の回診がまた大変勉強になったことを覚えている。患者さんの容態の変化や私からの質問に対して大変細かく解説してくださ

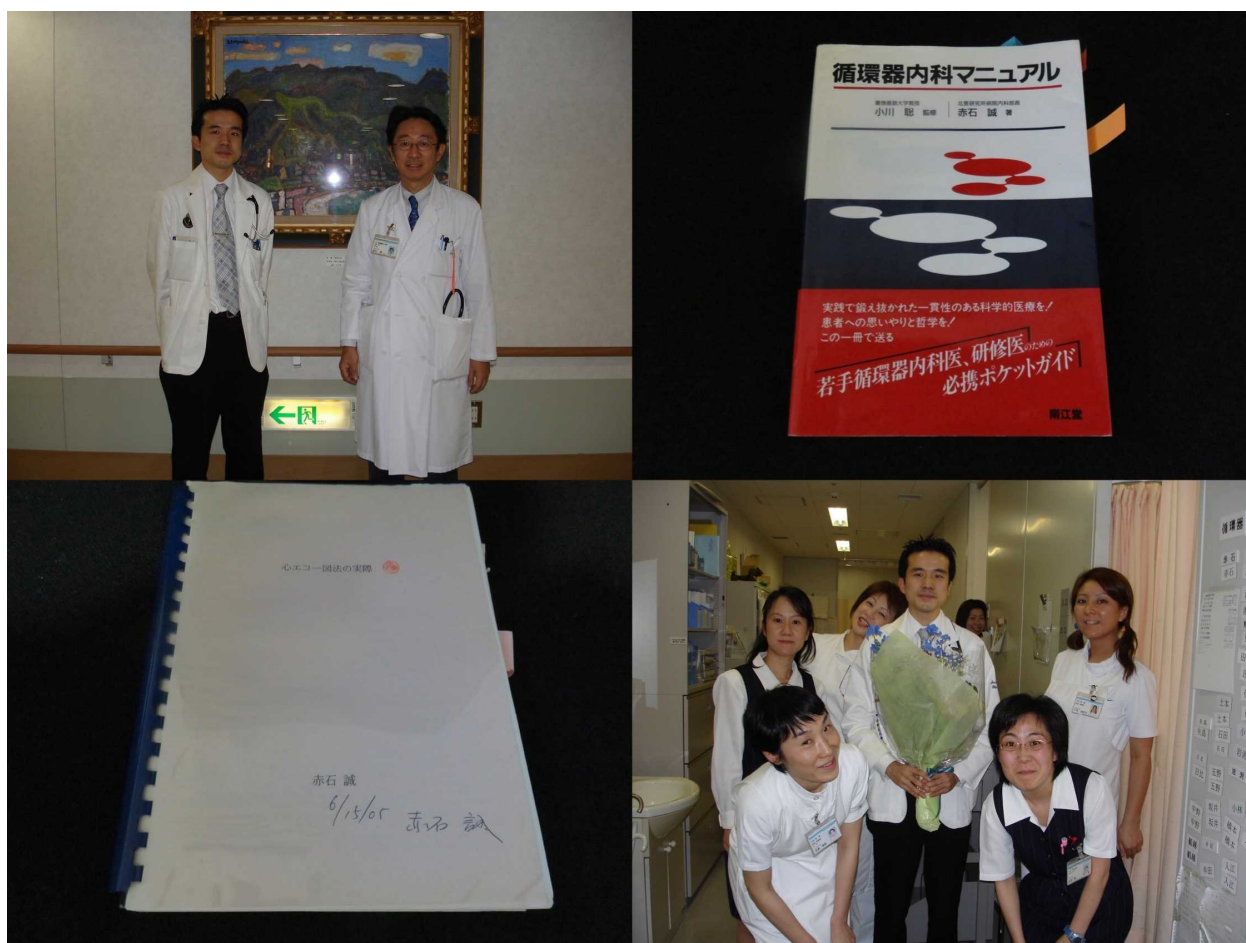


写真 1：「心に残るオーベン：赤石誠先生」左上：赤石先生と私、右上：今でも手元にある「The 赤石マニュアル」、左下：赤石先生のサイン入りの心エコーマニュアル、右下：外来スタッフと私（右のホワイトボードには循環器、赤石先生のマグネットが貼られている）

るからである。一つのことを質問すると数倍の情報量で解説してくださった。失礼な言い方になってしまうかもしれないが、当時の印象として赤石先生そのものがまるで「医学辞典」あるいは「教科書」のような先生だと感じたことを覚えている。

循環器内科の基礎から全てを教わったと言っても過言ではないが、中でも特筆すべきは心エコーの指導であろう。ここに赤石先生から直接いただいたエコーのマニュアルがある（写真1：左下）。なんと当時の赤石先生のサイン入りである。当時全くと言っていいほどエコーの知識のなかった私にとって、この本は一生の宝物である。この本を片手にエコー室に行き、赤石先生の手ほどきを受けながら少しずつ勉強させてもらったことを今でもはっきり覚えている。経胸壁心エコーはもちろんであるが、さらに経食道心エコーも相当な数の経験を積ませていただくことができた。侵襲的な検査であるため、大きな施設では当時の私のような若輩者には触らせてすらもらえない経食道心エコーも、赤石先生とマンツーマンでためらうことなく施行させていただくことができた。はじめはプローブの挿入や操作もままならなかったが、件数を重ねるにつれて少しずつ技量も向上していくのが自分でも実感できた。赤石先生に一年間心エコーを教わることができたことで、当時心エコーに関してだけは同級生の誰にも負けないという自信があったことを覚えている。虚血性心疾患を専門としている今となっては私の心エコーの技量などたかが知れているが、当時赤石先生に教わった心エコーの基礎は、臨床の現場でこれまでに何度となく私を助けてくれたと思う。

赤石先生はとにかく誰かに何かを説明することが非常に上手な先生である。ネーベンであった私に対する指導はもちろんであるが、患者さんや患者さんの家族、病院内のスタッフに対する説明も常に的確で誰からも信頼されていた。ここに外来のスタッフと撮影した写真がある（写真1：右下）。赤石先生を含め、北里研究所病院で御勤務された経験のある先生方にとっては懐かしい写真ではないかと思われる。私もオーベンになったら赤石先生の様な医師になりたいとずっと考えていた。北里研究所病院で赤石先生に御指導いただいてから13年経った今、自分がどこまで理想のオーベン像に近づけたかどうかは後輩たちに聞いてみないとわからないが、これからも赤石先生を理想のオーベン像の一人としていつまでも見習っていきたいと考えている。

もう一人の心に残るオーベンは、同じく2005年に北里研究所病院でお世話になった消化器内科の船越信介先生である。当時私は循環器内科を第一希望としていたものの、研修医が終わったばかりの時期であり、一人前の内科医になるべくすべての内科領域を一生懸命勉強していた。そんな私の消化器内科のオーベンを務めてくださったのが船越先生である。もちろん消化器内科全般について御指導いただいたが、強く心に残っているのは胃カメラの指導である。一度も触ったことがない内視鏡を一から丁寧に教えてくださった。なかなかうまく挿入できずに患者さんに苦痛を与えてしまったこともあったが、船越先生の献身的な御指導のおかげで最終的には一通りの上部消化管内視鏡検査をこなすことができるようになっていった。しかしそれだけではない。驚くべきは御自身が上部消化管内視鏡検査を受ける際に、その施行医として当時のネーベンだった私を指名なさったのである。患者さんに内視鏡を行う際にも緊張するが、自分の指導医に施行するのは緊張というより畏怖の念を覚えた。幸いにも検査自体は順調に進み、船越先生は私が挿入した内視鏡からモニターに映し出された自分の消化管の映像を自分の手に持った鏡で確認されていた。

先日（2018年7月24日）、循環器内科の家田真樹教授の就任祝賀会に参加させていただいた際に、偶然にも船越先生と再会することができた。北里研究所病院で御指導いただいてから13年の時を経て当時のオーベンに再開した時、なんとも言えない特別な感情が込み上げてきた。今回慶心会誌に寄稿するにあたり、当時の写真を見返してみた。船越先生御本人の御許可をいただくことができたのでその一部をここに掲載させていただく。まさに胃カメラを施行させていただいている時の写真（写真2：右上、左上）、近くのお店でスタッフとお食事に行った際の写真（写真2：左下、写真の右上が船越先生）、そして北里研究所病院で研修している際の私自身の写真（写真2：右下2枚）である。私自身は13年という時を経てよく見ると白髪も増え、外見的にも明らかに歳をとってしまった。一方で船越先生は13年前とあまりお変わりなく当時の写真のままの若々しさを感じさせてくださったのも印象的であった。

私は今でも自分の後輩たちに船越先生の話をする。「昔、自分のオーベンでネーベンだった私に御自身の胃カメラを施行させてくださったオーベンがいる」、という話である。例えるなら、循環器の後輩に自分の心臓カテーテルや経食道心エコーなどの侵襲的な処置をやらせることと同じであろう。これほどの勇気が今の自分にあるかと問われると即答できない自分がいるが、船越先生はやはり後輩の教育というものは生半可な気持ちではできないことを身を以て感じさせてくださった一生忘れることができない心

に残るオーブンの一人である。私自身も指導医の一人として、将来的に循環器内科の道を選ぶ若き医師たちのみならず、自分の下で勉強しにきてくれる全ての医師たちにとって充実した時間を過ごしてもらえる様に全力で後輩たちの指導にあたっていきたいと改めて思った次第である。

足利赤十字病院 循環器内科部長（82 回生）



写真 2：「心に残るオーブン：船越信介先生」左上、右上：私に御自身の胃カメラを施行させていただいた船越先生とその現場写真、左下：船越先生およびスタッフと食事に行った際の写真、右下：若かりし頃（北里研究所病院時代）の自分の写真

足を向けて寝れない先輩たち

後藤信哉 (65 回生)

循環器の多くの先輩たち同様、筆者も中村芳郎先生のスマートな講義にて循環器内科に引き寄せられた。1986年に呼吸循環内科の循環器側の大学院生として研究室に入れてもらった。卒後研修制度が確立されていない時代なので、医学部卒業直後に大学院生になった。慶應の多くの学生と同様に、筆者も学生の頃には臨床実習などの講義に殆ど出席しなかった。庭球部では主将であったので昼間は神宮のテニスコートで練習しなければならず、たまに講義に行こうと大学方向に歩くと、悪友たちに中国語の勉強に誘われる。試験に受かるために最小限の勉強をしたが、試験の翌日には全て忘れていた。知識がない、経験がない、病院の中の地理もわからない、本当の意味での「フレッシュマン」を迎えた循環器内科の先輩たちは大変だったと思う。大学院学生であっても、循環器内科の診療ができなければ話にならない。最初のオーベンは吉川勉先生であった。病棟チーフとして宮森(現岩永)亮子先生がいらした。何もできない、何も知らないのだからオーベンとのディスカッションどころではない。もともと無口な吉川先生は、多忙の合間にさっと病棟に来て、私の抜けていた部分(最初の頃はほぼ全て)を速やかに補って下さった。フレマンにも種類はあるが、明らかに筆者は足手まといでしかなかった。



慶應医学部は入試の偏差値が高い。秀才の集まりとされる。しかし、学生時代に全く勉強していないのだから病棟に来て役にも立つはずはない。プライドが高いヒトが多いので、卒業後必死に頑張る。周囲のフレマンは似たり寄ったりであったが、2年目になると病棟業務をある程度任せられるくらいまで成長していた。フレマンの夏頃に赤石誠先生がペンシルバニア大学の留学から帰国された。オーベンより年上であったので、「年の上の偉い先生」であった。しかし、赤石先生は病棟の責任者として循環器内科入院中の全症例の責任者として対応された。突然病棟にいらっしゃる。入院症例の最新状況を把握されようとする。オーベンは外勤などで不在のことが多い。必然的に病棟に常駐しているわれわれに直接質問される。「入院した??さんの今までの尿量は?」、「検尿の結果は?」、「心電図見せて」など矢継ぎ早に質問される。症例慣れしていない筆者らには個別症例の病像も、その経時的変化も頭に入っていない。多くの質問には答えられない。「担当医なのにどうして知らないの?」と叱られることになる。「こっちもいっぱいいっぱいなんですよ」などと逆ギレできる時代ではなかった。全力で食い下がろうと、次の入院の症例では速やかに各種検査結果を頭に整理して、直近の変化もつかんでおこうと努力する。「??の薬はいつ投与した?」、さっきです、「何時何分?」などとたたみかけられる。病棟の診療が真剣勝負であると実感する。夜中の急変時には、深夜でも自宅に直接連絡してよいと赤石先生は言っていた。不勉強なわれわれの修行時代の大変さは自業自得であったが、病棟チーフ時代の赤石先生の努力は大変なものであった。足を向けて寝れる相手ではない。

慶應医学部は入試の偏差値が高い。秀才の集まりとされる。しかし、学生時代に全く勉強していないのだから病棟に来て役にも立つはずはない。プライドが高いヒトが多いので、卒業後必死に頑張る。周囲のフレマンは似たり寄ったりであったが、2年目になると病棟業務をある程度任せられるくらいまで成長していた。フレマンの夏頃に赤石誠先生がペンシルバニア大学の留学から帰国された。オーベンより年上であったので、「年の上の偉い先生」であった。しかし、赤石先生は病棟の責任者として循環器内科入院中の全症例の責任者として対応された。突然病棟にいらっしゃる。入院症例の最新状況を把握されようとする。オーベンは外勤などで不在のことが多い。必然的に病棟に常駐しているわれわれに直接質問される。「入院した??さんの今までの尿量は?」、「検尿の結果は?」、「心電図見せて」など矢継ぎ早に質問される。症例慣れしていない筆者らには個別症例の病像も、その経時的変化も頭に入っていない。多くの質問には答えられない。「担当医なのにどうして知らないの?」と叱られることになる。「こっちもいっぱいいっぱいなんですよ」などと逆ギレできる時代ではなかった。全力で食い下がろうと、次の入院の症例では速やかに各種検査結果を頭に整理して、直近の変化もつかんでおこうと努力する。「??の薬はいつ投与した?」、さっきです、「何時何分?」などとたたみかけられる。病棟の診療が真剣勝負であると実感する。夜中の急変時には、深夜でも自宅に直接連絡してよいと赤石先生は言っていた。不勉強なわれわれの修行時代の大変さは自業自得であったが、病棟チーフ時代の赤石先生の努力は大変なものであった。足を向けて寝れる相手ではない。

筆者の時代の慶應は呼吸循環内科であった。呼吸循環の大学院生は最初の1年間は呼吸循環の病棟の症例を担当する。病棟と同時に各種検査も担当する。心電図の読影は鬼門であった。心機能室の小川聡先生が確認されていたので病院全体の問題に発展することはなかった(全くの素人のわれわれが天下の慶應病院の全ての心電図を一次診断をしていたのは驚きではあるが...)。1つ上の大学院学生の岩永史郎先生は、運動負荷核医学検査を任されていた。岩永先生から引き継いでエルゴメーター負荷とタリウムの静注を担当した。朝食抜きでエルゴメーター負荷をするので、神経性失神の症例が多発するのには参った。岩永先生とは1学年しか違わないが、核医学の説明などには大御所の雰囲気があった。学生時代からしっかり勉強していれば、筆者のようにキャパオーバーにはならず済んだ実例である。

多くの先輩も指摘されているが、当時の慶應循環器の若手医師にとって急性虚血性心疾患の入院は恐怖であった。「突然VFになるかも知れないので片時も心電図モニターから目を離すな」と指導された。再灌流療法がない時代の心筋梗塞症例は本当に急変した。1年目の仲間とウォッチングの交代時間を朝の3時とした。夜から3時まで見るか、朝の3時から翌日まで見るかを分けたのである。前半、後半ともハードであった。筆者は式を挙げていなかったが結婚していた。朝の2時半頃に家を出る時には家内を「けつとばす」ような態度だったらしい。今も家内からは恨まれている。卒業してすぐに結婚したので、新婚生活だった筈だが、当時の記憶はほとんどない(写真などの記録もない)。体力的にギリギリの生活だった。CCUでモニターの音だけ聞いていけばよいので、大学に部屋も机もないわれわれにはCCUマニュアルなどの書籍を読む時間になった。心電図のウォッチングくらいしかできることもないのでフレマンには良い時間だったかも知れない。

フレマンでも外来診療のお手伝いもする。慶應病院の外来患者は当時から数が多かった。病棟もファーストコールであるが、「外来優先」と指導された。横山哲朗教授の外来では患者さんに横を向くように指導する(患者さんは診察医の教授に向かいあいそうになるので、壁の赤丸を見るように話すのがわれわれの役目)。横から聴診された横山先生が、「スタチュール ミッテルグロース」などとドイツ語で何かをおっしゃる。われわれは必死でカルテに横山先生の言葉を書き移す。話す速度と書く速度はもとより異なる。話す速度ではとうてい書けない。筆者はもともと第二外国語がフランス語なのでドイツ語はチンプンカンプンであった。聴診を終えた患者さんを診察室から外に出すのもフレマンの役目である。初診の患者さんが横山先生の方に向きそうになると、われわれが「こちらに来てください」と診察室の外に連れ出す。横山先生は、われわれに、「気管支炎なので治ったら来るように」などとおっしゃる。その通りに患者さんに「あなたは気管支炎なので治ったら来るように」と説明する。当然患者さんは納得しない。「お薬はいただけるのですか？」などと聞かれる。咳のために受診しているのに「気管支炎なので治ったら来るように」は意味がわからない。しかし、診察室に戻って教授に確認することもできないので、「薬はありません。治ったら来て下さい」と繰り返した。患者さんも納得がいかないが、こっちはさらに納得が行っていなかった。中村芳郎先生の外来でも自分が役にたたないのは同じであるが、中村先生は患者さんとお話しされたし、カルテの記載も英語なので理解できる部分はあった。

当時 2 号棟 5 階に研究室があった。個室は教授のみ。助教授と講師の先生には机があった。われわれは机の引き出し 1 つが持分であった。中村先生は Circulation を毎号筆者の引き出しにいられてくれた。定期的に読む余力は当時の筆者にはなかった。

2 年目になると、内科各科のローテーションが始まる。内科各科はそれなりに多忙であった。通常の研修医と異なり、心エコーなどの循環器のデューティを抱えていた。各科、それなりに苦労したが、循環器内科以上に体力的にきつい診療科はなかった。各診療科の下っ端として病棟のファーストコールを受ける。しかし、病棟の急変時にも心エコー検査が当たっていたりする。当時は医師がエコーをビデオに撮像していた。多忙なので、瞬時に撮像・診断する癖がついた。しばしば、「最低 1 心拍は記録するように」指導された。福田恵一先生も同じ指導を受けていた。後日の確認のために 1 心拍は記録すべきであったが、なにせ時間の余裕がなかった。

年金の記録を見ると卒後 3 年目から企業の診療所に内科のパートとして勤務していたことがわかる。パートは半日 x3 回/週であった。病棟、外来、検査の duty をこなしながら週に 3 回外勤に行ける程度に慣れてきたのだと思う。卒後 3 年の大学院生ともなると学位のための研究が必要となる。筆者は心筋梗塞などの冠動脈血栓の形成メカニズムなどを勉強したいと漠然と考えていたが、先輩の指導を受けなければ研究など開始できる筈もない。ここでも赤石誠先生が心機能の研究グループに誘ってくれた。犬を使って心臓のポンプ機能を定量化する実験である。まず、「犬ひき 3 年」と言われた。西館の地下の犬の飼育場から犬を受け取り、2 号棟 5 階の実験室までに連れて行く。横塚仁先生、西川泰弘先生、松原隆先生たちと麻酔した犬に超音波クリスタルを装着して左室、左房などの圧とサイズを計測する。筆者の学位論文は「左室収縮機能におよぼす左房機能の影響」であるが、ほぼ赤石誠先生に書いて頂いた。重ねて足を向けては眠れない。実験グループとして赤石先生のご自宅にも招いて頂いた。奥様が優しく料理をサーブして下さいましたことを記憶している。

1989 年に左房機能の抄録が ESC に採択された。フランスのニースの学会に参加した。岩永先生ご夫



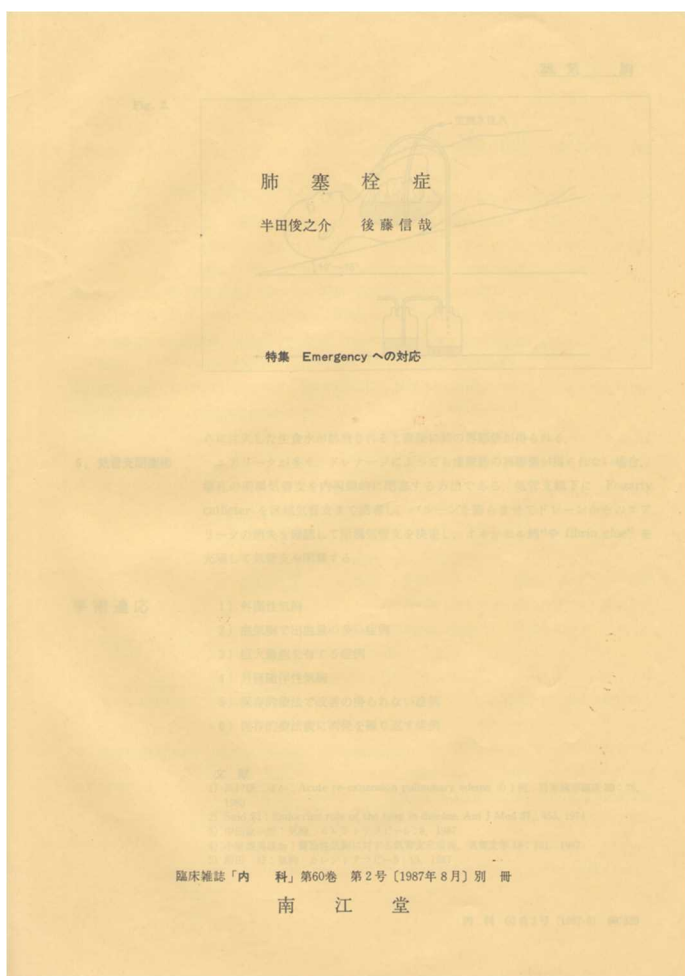
1989年初めてのESCのカヌカニースでの岩永ご夫妻と赤石先生との会食(赤ん坊が92回の信一先生、女性は家内)妻も一緒であった。日頃の生活があまりにも多忙で家族と過ごす時間もなかったので、ESCの学会には家内と長男を連れて行った。ニースでは中村先生、赤石先生に食事をご馳走になり、岩永ご夫妻にも赤ん坊を可愛がって頂いた。この赤ん坊が今は 92 回の循環器内科後藤信一先生である。ニースからの帰り

にパリに寄った。セーヌ川をバックに筆者と赤石先生、エッフェル塔をバックに家内と赤石先生の写真があった。学会発表をして、日本語の論文を書いて学位は無事に取得できた。



1989年初めてのESCの帰りに寄ったパリでのセーヌ川をバックとした筆者と赤石先生(赤ん坊は92回の信一先生)

大学院学生の教育の一環として半田俊之介先生からも雑誌原稿の依頼などを頂くようになった。最初の共著は1987年の8月に出版された「内科」であった。鞆持ちとして学会にも連れて行って頂いた。最初の学会は長崎の核医学会であった。半田先生からしっぽく料理をご馳走になり、またオランダ村(今のハウステンボス)に連れて行って頂いた。学会って楽しいものという強い印象を受けた。循環器内科臨



床の修練を一通り行い、研究らしいことをして学位を取得すれば大学病院における訓練は終わりである。学位取得が近づく頃に半田俊之介先生から海外留学を勧められた。「日本に居ればそれなりに安定しているけれど、関連病院の部長くらいにはなれるかな?米国留学はチャレンジで、行った日に銃で打たれちゃうかもしれないけど大きな業績を上げられるかもしれない」と encourage された。半田俊之介先生ご自身も、上司に「米国留学するなら2度と慶應に戻れないようにしてやる」と言われたけれども、結局は海外に出て能力を獲得するのが生き残るベストの手段であったとおっしゃった。海外留学しようにも知り合いがいるわけでもない。英語もできない。学位のために研究らしいことをしたとは言っても内実はお粗末なものであった。半田俊之介先生は自分も留学先を探すために100通以上 application letter を書かれたと仰

っていた。筆者も Circulation, JACC などの Editor などを中心に、面識がないにもかかわらず application letter を書いた。「海外留学の仕方」みたいな書籍があって、例文をコピーした。コンピューターの時代ではないので英文タイプしなければならなかった。20-30 通は手紙を書いて air mail で郵送した。全くのメクラ打ちなので返事がくるはずもなかった。

もともと心筋梗塞を惹起する冠動脈血栓の形成メカニズムに興味があった。学位論文ができたころから当時輸血センターにいらしゃった池田康夫先生の研究室で教えを受けられるように半田俊之介先生にご配慮を頂いた。池田先生は学者としては先進的で、早稲田大学の理工学部との共同研究により血流と血栓の関係を定量化する装置を開発されていた。筆者も池田先生の開発された装置を用いて、輸血センターに来ていた早稲田の学生たちと血栓の実験を初めていた。当時の池田先生は出世コースから外れた感じで気ままに研究されていた。のちに慶應の内科教授になり、医学部長になり、内科学会会頭になるとは誰も想像していなかった。池田先生との共同研究は循環器内科と血液内科の共同研究の成功例になり、1992 年には筆者の論文が Circulation に掲載された (Circulation. 1992 Dec;86(6):1859-63)。しっかりした英文の論文と一緒に送れば、留学 application も本気度が見えるようになる。池田先生も、血栓の動物実験などの海外の研究室を紹介して下さり、recommendation も書いてくれた。ポツポツと返事は来るようになったけど真剣に採用してくれそうなところはなかなか見つからなかった。血流と血小板、血栓には興味があったので、池田先生のところで真剣に実験した。臨床研究も一緒にするようになった。ある日、池田先生が、「今度村田くん(のちに検査部の教授になられた村田満先生)が帰ってくるので、そのあとにスクリプス研究所の Ruggeri 先生のところに行かない？」と言われた。半田俊之介先生に相談すると賛成して下さった。そこで、Ruggeri 先生に application letter を書いた。無論、池田先生の recommendation letter をつけた。すると、1992 年 7 月から San Diego の Ruggeri 先生のところに来てよいとの返事を頂いた。年間 3 万ドル程度の給与もくれるとのことになり、留学話が一気に本格化することになった。Ruggeri 先生は von Willebrand 因子の分子生物学研究における世界の第一人者であった。循環器臨床訓練を終えたが、分子生物学、細胞生物学に素人の筆者をよく採用してくれたと思う。池田先生と Ruggeri 先生の長年の信頼関係のおかげと感謝している。

1991 年の 11 月の AHA はカリフォルニアのアナハイムにて開催された。幸い、何かのアブストラクトが採択されて、赤石先生、半田先生と一緒に学会に参加した。出張期間内に 1 日空いている日があった。アメリカの大きさを実感していないとアナハイムとサンディエゴはすぐそこに見える。半田先生、**赤石先生**に、「留学先のスクリプス研究所に行ってみたい」というと、赤石先生の運転するレンタカーにて連れて行って貰うことができた！時速 100 キロでも最低片道 2-3 時間かかる。筆者は完全にペーパードライバーであったため、全期間赤石先生が運転された(時差ぼけの中往復 5-6 時間の運転は本当に大変だったと思う)。現地で村田満先生とお茶を飲み、Ruggeri 先生の姿を遠目に見ただけで失礼した。英語もできず、研究の役にも立たない自分を見せない方が得との判断であった。実際、そのときに Ruggeri 先生に挨拶しないのは正しい選択であったと思う。

慌ただしく過ごすうちに、1992 年になり、7月に家内と2歳、4歳の息子を連れて San Diego に行った。現地には末松誠先生、西川泰弘先生たちの先輩がいらっしゃってお世話になった。乾いた砂漠で



カジュアルな砂漠カリフォルニア

を促してくれた。半田先生の指導がなければ長くアメリカにいたかも知れない。根無草になっていた可能性は多いにあった。改めて半田先生のご指導には感謝しなければならない。

米国に行くのも大変だが、帰国はさらに大変である。慶應の無給助手は、つながりがあるような・ないような微妙な関係である。帰っても給料があるわけではない。週に何度もパートに行っても非効率な仕事をするモチベーションは湧かなかった。アメリカにいる間に半田俊之介先生が東海大学医学部の内科学I教室の教授に赴任された。半田俊之介先生は、「帰国のときには東海大学にいらしてください」と手紙を下された。東海大学には阿部純久先生も行かれていた。池田先生も「東海大学に一つの新しい拠点」を作ったらよいとおっしゃった。半田先生が全てご手配下されたので自らはあまり考えることもなく1996年の4月に東海大学医学部に助手として帰国することになった。年をとって、相応のポジションを経て振り返ると半田俊之介先生のありがたみを改めて痛感する。定員数の限られた助手、講師などの大学のポストに一人の新人を採用することは極めて大変である。準備、根回しに膨大な努力を要する。アメリカ生



活にて浦島太郎になった筆者の採用が起こす摩擦にもかかわらず採用して下さった半田俊之介先生には感謝のしようもない。慶應では無給であったので、東海大学では給与のありがたみを実感した(帰国前の東海大の学長面接にて助手

の給与の金額を聞いて、思わず「そんなに頂けるのですか？」と聞いてしまったほど感覚がずれていた)。浦島太郎の筆者を阿部純久先生は根気よくご指導下さった。

慶應以外の私学はどこでも診療と教育の duty が重い。せっかく academic position を得たら最大限活用した方がよい。筆者は、東海大学では「自分の手を動かさない」ことを第一に考えた。慶應では医師を雑用に使っていた。時間単価の高い医師を雑用に使う余力はない。研究は業務とも言えるが病院経営から見れば雑用である。医師・研究者は時間単価の高い仕事をして雑用を時間単価の低いヒトに当てた。大学の経営者からすれば、慶應卒でも、他の大学卒でも医療での稼ぎに差はない。自分が雑用に当てられないためには、自分は他のヒトと違うことを明確に示す必要がある。1996年帰国後、impact factor の高い雑誌に素早く論文を公開することを目指した。幸い、Lancet に1997年、1998年に論文を公開できた。1998年 J Clin Invest, 1999年 Circulation、以後 JAMA, NEJM と続け様に論文を出して他のスタッフと差別化することができた。実験の手が足りなかったので、家内に手伝ってもらったりした。家内は医師ではないので単価が安い。1999年の Circulation の論文は実験を施行した家内も共著者になっている。

還暦を過ぎて過去を振り返ると、実に多くの先輩たちのご恩を実感する。筆者は厚木に住んでいるので、ほとんどの恩ある先輩は東に住んでいらっしゃる。のちに御子息をお預かりして、多くのご指導を頂いた綾部隆夫先生は西方であるが、基本南である。南と東に足を向けないように注意している。安泰な人生のようで、過去には多くの断崖・絶壁があった。筆者は生き方が不器用なので偉いヒトを怒らせた経験が多い。循環器の教科書を書いた Eugene Braunwald 先生には机を叩いて怒られたことがある。日本でも「この世界では生きていけないようにしてやる」と言われたことは少なくない。さすがに怒られたあとは落ち込むが、正直に、誠実に努力すれば関係は本当に困ることには至らない。どんなときにも適切なご指導を頂ける先輩たちには感謝している。

(東海大学医学部内科学系循環器内科学 教授)

ご無沙汰しております。75 回生の小浦貴裕です。

私は大学院を修了後、2000 年から横浜市立市民病院に赴任し現在に至ります。当院は 2020 年 5 月にコロナ禍の中、新病院へ移転しました。循環器診療の体制は、循環器内科スタッフ 8 名、専攻医 2 名で、研修医 3-4 名のローテーション、心臓血管外科 3 名と共に心臓血管センターとして成り、大所帯です。



さて、近況になりますが、ここ数年、自分の診療の中心はフットケアです。何故、循環器内科医が‘足’なのか・・・。

① 末梢動脈疾患(閉塞性動脈硬化症)を始めたきっかけは単純です。

当院、心臓血管センター長の根岸耕二先生に 17-18 年前、EVT(Endovascular Therapy)を勧められたことです。当時は不整脈の基礎として光マッピングを使用した心房細動のメカニズムにつながる研究を原幹先生にご指導頂いており、無限の地道なデータ処理に正直途方に暮れていました。臨床は簡単な病変の PCI を独りで何とかやり始めた頃になります。初めは腸骨動脈領域の非閉塞病変を根岸先生と試行錯誤で、立ち会う業者(当時は規制が緩く、インターベンションのときにはカテ室に詰めていました)のご指導通り(!), ステンント留置を行っていました。その後、腸骨動脈の閉塞病変を始め、徐々に対象血管を浅大腿動脈へと広げていきました。インターベンションの学会(ライブデモ)に末梢動脈疾患も登場するようになり、PCI と共に EVT も勉強しては次の症例に取り組む数年が過ぎました。EVT に関して‘何となく’私が中心となる雰囲気になったのですが・・・。

② 継続の動機はやや不純です。

循環器内科で PCI を丁寧に行うのは当然だとして、それに比べて EVT は雑に行う術者が多く、そのことに疑問を感じるようになりました。例えば、聴診せず心電図を見ずに PCI をすることはあり得ないのに、そもそも足を触らず ABI(Ankle-Brachial Index)も測定せず EVT を行う術者がいる。術前に ABI を調べていなければ術後に測定するはずもなく、客観的評価は一切なく症状の推移のみ・・・(胸痛だけで PCI する luminalist と同じではないか・・・?)。やるならきちんとやりたい、という思いと、患者さんに対して真摯でない術者への怒りから、少なくとも周囲の末梢動脈疾患の患者さんは自分が対処したいと思うようになりました。

③ 今は純粋に‘足’と患者さんを考えています。

間欠性跛行の患者さんだけでなく、安静時痛や潰瘍を伴う重症下肢虚血の患者さんが増加し、浅大腿動脈領域から徐々に下腿動脈領域へ EVT の範囲を広げてきました。重症下肢虚血に対して、壊死範囲をできるだけ小さく抑えるために、あるいは仮に切断に至る場合、その術創の治癒のために、血流の確保は重要です。足壊疽の患者さんに対峙していて、ある時ふと思ったのですが・・・。

研修医時代、赤石誠先生のクルズスで、医療の目標は症状と予後の改善である、と学びました。つまり、患者さんに言うなら、痛みなどの症状を和らげて、怖い病気を避けて長生きできるようにお手伝いするということでしょうか。自分のやろうとしている医療が症状や予後の改善のどちらにも合致しない独りよがりの趣味の医療になっていないか、常に考えながら対処してきたつもりです。ところで足壊疽の場合はどうでしょうか。切断術を行えば、(たまに経験する幻肢痛はともかく)潰瘍や虚血の激しい痛みはなくなり、敗血症から生命を絶たれることは防げます。でも切りたくない患者さんが大半です。悪性腫瘍に侵された内臓を取り除くのと様相が異なり、見た目に明らかな自分の体の一部を失いたくない、そこには患者さんの尊厳を感じます。これも医療の目標の1つかも知れません。

血流確保により潰瘍が治癒しても、そのうち動脈の再狭窄、怪我など契機として潰瘍の再発が多いですが、EVT による救肢率(切断の回避)は高いと言われています。最近足の予後、患者さんの尊厳に思いを馳せながら、切断を回避すべく EVT を行っています。また単に血管を広げる職人を目指すのではなくフットケア全般に取り組んでおり、皮膚科、形成外科の先生方や糖尿病認定看護師さんと共に診察する、フットケア外来を2018年から隔週で開設しました。血流確保のほか合併症対策や内科的管理について私が担当し、潰瘍・壊疽への対処を皮膚科、形成外科の先生に託し、認定看護師が生活指導や訪問看護師との連携を行っています。各分野の専門家の協力が欠かせない領域であるため労力を要しますが、何事も縦割りになりがちな公立病院の風潮を打破して、実質的に少しずつ前進させています。

‘足’は第2の心臓と言われます。それは動脈系の心臓に対して、静脈系の心臓は下肢だからです。また生命維持において、心臓に次いで、移動手段である下肢はADLに直結する重要な臓器です。たかが‘足’、されど‘足’において、循環器内科医としての専門性を発揮できればと考えています。

こう書いてきましたが、週2日の通常外来へ通院中の、あるいは近医へ逆紹介している、かかり付け患者さんは相当数のにほり、フットケア患者よりも虚血性心疾患や心不全増悪などの入院患者の方が多いのが現状です。循環器内科の中で、各スタッフ共に、互いの専門性に配慮しつつ協力しています。

横浜市立市民病院では、CCU6床をもち、カテーテルアブレーションのほか、各種インターベンション(PADやシャントを含む)が可能で、入院中および外来の心臓リハビリにも力を入れています。また再来年からTAVI開始を目論んで来年、ハイブリッド手術室導入を予定しております。心臓血管外科の先生方は横浜市立大学の医局から来られており、臓器別外来のため隣同士、内科・外科の風通しはよく、また優秀なコメディカルの方々の協力も十分に得られています。スタッフ数が増えてきたとは言え対象領域も拡大しており、多くの若い先生方に来て頂ければ有り難いです。以上、近況でした。