

平成17年度医学振興银杏会総会開く

平成17年度の総会は5月21日(土曜日)医学部 银杏会館にて行われた。午前11時松本圭史理事長 他役員一同が恒例の佐多、楠本両博士の胸像に献花を行った。



松本理事長(中央)と研究助成・奨学金受賞者

「評議員、支部長、級会代表の合同会議」

合同会議は昼食を挟んで正午から大会議室で開かれた。阿部源三郎監事の司会で各地から集まった支部長が 郷土の活動を報告。阪大卒業生は病院勤務者が多く 開業医が少ないため懇親会の参加者が減ってきたことが報告され、世代の交代を感じさせた。日本医学会総会準備委員の堀正二(昭45)氏が 今度の総会は岸本忠三(昭38)氏の会長の下に 開催されるので学会参加を含めて御協力の程 お願いしたい旨の発言があった。

「定期総会」

総会は早石雅有(昭42)副理事長の司会で定刻に開催。叙勲受賞者の報告と訃報者への黙祷を 厳粛な雰囲気の中で行なわれた。議長は理事長が行い、事業報告及び収支決算と予算について黒木尚長理事が説明し原案通り承認された。名誉会員の推薦があり岡村純(昭31年)氏が長年に亘る 学友会に対する功績によって選ばれた。基調講演に高杉豊(昭43)大阪府副知事をお迎えし「衛生行政の課題と展望」を語っていただいた。医学部出身の副知事が今の府政にどの様に 関わっているかを詳しく説明された。府政を取り巻く状況が少子高齢化によって激変し子供への虐待、不登校問題や認知症に対する対策と、最近ではSARS、鳥インフルエンザ、HIV、BSEや結核など 広域的に行政が管理していかなければならない感染症が増えたことを講演した。生活習慣病や 癌など予防医学には阪大医学部の卒業生の協力が是非必要であると結んだ。講演の後、遠山医学科長、荻原病院長、大和谷保険学科代表、木下微研所長、長田生命機能研究所長が学内の現状を報告し 定刻に総会は終了した

平成16年秋の叙勲

瑞宝中綬章	前川 正信 先生(昭25)
瑞宝中綬章	藤田 毅 先生(昭31)
旭日小綬章	田中 忠彌 先生(二内)
旭日小綬章	永山 克巳 先生(昭28)
瑞宝小綬章	白井 潤 先生(昭28)
瑞宝小綬章	寺田 近義 先生(昭28)
旭日双光章	横山 克巳 先生(昭23)
旭日双光章	虎谷 良雄先生(昭23専)
瑞宝双光章	寺田 晃 先生(昭25)

平成17年春の叙勲

瑞宝中綬章	坂本 幸哉 先生(昭24)
瑞宝中綬章	前田 晃 先生(昭26)
瑞宝小綬章	中田 健 先生(昭32)
旭日双光章	奥井 清治先生(昭24専)
瑞宝双光章	斎木 秀彦先生(昭25専)
紫綬褒章	高野 久輝 先生(昭40)
紫綬褒章	審良 静男 先生(昭52)

受賞

日本医師会最高優功賞 加納 治男 先生(病態) 日本医師会最高優功賞 青山 喬 先生(昭43)
日本医師会医学賞 郡 健二郎 先生(昭48) 野口英世記念医学賞 山西 弘一 先生(昭42)

医学系研究科長就任ご挨拶



遠山正彌(昭47)

学友会の会員の先生方にはますますご清栄でご活躍のことと存じます。私は平成17年4月1日付けで大阪大学大学院医学系研究科長(学部長)に就任いたしました。大阪大学医学部は諸先輩、同輩そして後輩の先生方の不断のご努力により医科学、生命科学、高度先進医療の国際的リーダーとしての地位を確保しております。また医学系研究科の外部資金の獲得は抜きんでのものがあり、さらに21世紀COEプログラムには医学系研究科より3種のプロジェクトが採用されるなど学内においても生命科学推進のリーダ的部門としての責務を果たして参りました。また学部横断的研究としては工学部との研究教育プロジェクトの推進(医工連携)はすでに立ち上がっております。

今後の方向性ですがまず研究面の方向性から述べさせていただきます。医学部には研究の国際的リーダとして活躍されておられる先生方が数え切れないほどおられます。これらの先生方を核として糖鎖研究、子供の心の発達研究、ガン研究、感覚医学、生活習慣病、再生医学などに関して学部横断的、他の研究施設や大学との連携を強め国際的拠点の形成を目指します。その意味からも寄付講座などは積極的に受け入れる所存です。診療面は荻原病院長をリーダーとして大きな構造改革を目指しておりますが、附属病院に診療、教育に秀でた人材を確保し医療、教育の質の向上を 目指すために臨床教授制度を導入いたしました。内部の人材の活用のために病院教授制度を導入することが5月の教授会で決定し、10月より発足致します。また医療面では大阪大学医学部の附属病院が大阪市内を離れて10年以上

が経過しました。附属病院が先進医療の拠点とともに地域医療に貢献するにはどうしても市内での大きな拠点も不可欠です。この問題についても積極的に取り組んで行く決意です。人員面では文科省より定員削減が押しつけられ長年苦慮して参りましたが法人化により年俸制で人材が確保できることとなりました。医学部中央および各講座のの委任経理を活用し特任助手の採用を可能としました。このことにより医学および付属病院におきまして重要な部署ではあるものの必要な人員が確保できない部署に医学部的な視野で人材を配置することが可能となりました。また講座での特任助手が自ら雇用できることは自ら自分の研究をより強化しうることとなります。講座の再編成と適正な教官配置も避けて通れない道です。また教育につきましては教育センターなどを中心として縦糸と横糸のうまく絡んだ教育体制の構築、卒前教育と卒後教育の連携、他学部との連携教育の推進を目指します。優れた後継者育成には定数は正も含めた大学院、修士課程の改革も不可欠といえます。また診療・研究倫理の徹底化も重要な課題です。いずれにしても、元気で活力のある医学部を目指すとともに運営におきましては公正、公平、透明をキーワードにいたします。

これまでの国際的リーダーとしての大阪大学医学部は法人化後の荒波を乗り越え盤石のしかも時代に柔軟に対応できる医学部の発展しなければなりません。この重責を担うにはいささか軽量の感は否めませんが全力を尽くす所存でございますので皆様方のご支援、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

トピックス 異種移植の臨床応用をめざして 遺伝子組換えブタの開発競争

移植医療の成績向上にはめざましいものがあり、移植を希望する患者の数は年々増加している。しかし、医療の発達により脳死は減ることがあっても増えることはなく、世界的にみて移植医療は深刻な臓器不足の問題に直面している。この問題を解決するために人工臓器、再生医療とともに異種臓器移植が期待されている。

異種移植用の動物種の選択条件として、①解剖学的条件および生理機能がヒトに似ていること、②十分な数が確保できること、③危険な微生物に汚染されていないこと、④ペットは除外すること、などがあげられるが、霊長類からヒトへの移植はWHOが禁止しており、これらの条件にあった動物としてはブタが最有力候補になる。霊長類以外の動物からの移植では超急性拒絶反応(HAR)が大きな障壁になる。

ヒトがサル以外の動物に対して自然抗体をもち、グラフトが"分"の単位で拒絶されることは古くから知られていた。教室の宮川らはモルモットからラットへの心移植モデルで、抗原抗体反応の関与しない補体系の活性化経路でもHARが起ることを発見し、補体制御因子に種差があるため異種の補体の活性化を制御できずHARが起る可能性を示唆した。1989年当時、ブタには異種抗原が無数にあり、異種抗原や特異抗体の完全除去は不可能とされていたので、この補体制御因子の種差説は異種移植の研究に火をつけた。ヒトの補体制御因子を強発現するブタを作ろうと言うプロジェクトが世界各地で始まったのである。

一方、1990年代後半に異種抗原のひとつが糖鎖であること<ヒトでは α 1-3 Galactosyltransferase(α 1-3GT)がないため糖鎖先端に α Gal(1-3)Gal-R構造がないが、霊長類以外の脊椎動物には α 1-3GTがある>、ブタに対する自然抗体の80%以上が α Gal(1-3)Galに対する抗体であることが判明した。その結果、 α 1-3GT遺伝子を持たないブタの開発競争が始まり、2002年にアメリカで α 1-3GTノックアウトブタが誕生した。

遺伝子改変ブタの臓器をヒヒやカニクイザルに移植する実験でHARが起きないこと、移植した臓器は十分に機能すること、生着は平均1ヶ月を超えることが確認されている(表参照)。2003年には α 1-3GTノックアウトブタからヒヒへの移植成績が報告された。腎臓は普通に移植すると1ヶ月しか生着しなかったが、胸腺を同時に移植すると80日間生着した。一方、心臓は8例中2例が100日以上生着し、そのうち1例は175日生着した。

現在、ヒトの補体抑制蛋白を発現し、かつ α 1-3GT遺伝子を持たない次世代ブタの開発で熾烈な戦いが行われている。我々は10年前からこの開発競争に参戦し、今第3世代を開発中である。すなわち、第2世代に加えて細胞表面の糖鎖を大きく改変する糖転移酵素(本学生化学教室谷口直也教授がクローニングされたGnT-III)遺伝子を持つブタで、 α Gal(1-3)Gal以外の抗原もなくそうという目論見である。(年間2億円近い膨大な戦費が必要で、戦況には厳しいものがあります)

分子治療学講座 臓器移植学 白倉良太(昭和43)

表 ブタ・サル間異種移植の成績

発表年	ブタの改変遺伝子	n	移植される動物	移植法	平均生着日数	変位(日)
<心臓>						
2003	CD46	12	ヒヒ	腹部異所性	81	62-113
2003	CD46	16	ヒヒ	腹部異所性	71 ± 29	< 137 (>90 x6)
2003	hDAF(homoZ)	10	ヒヒ	腹部異所性	37	4-139 >50 x3
2003	hDAF(homoZ)	4	ヒヒ	同所性	16	1, 9, 25, 30
2004	hDAF(homoz)	3	ヒヒ	同所性	14.6	11, 13, 20
2004	GalT-KO	8	ヒヒ	腹部異所性	*	1) 56, 59, 67 2) 23+, 78, 110 3) 16+, 175
<腎臓>						
2003	hDAF(homoZ)	11	ヒヒ	腹部異所性(TK)		

2003	hDAF(homoZ)	5	ヒヒ	腹部異所性(VTL)		60~90
2003	hDAF	24	ヒヒ	life-supporting	20 ± 3	< 75
2003	hDAF	20	ヒヒ	life-supporting	8	4~31
2003	hCD55+hCD59	4	ヒヒ		8 ± 2	
2003	hDAF	30	カニクイ	life-supporting	29 ± 12	
2003	hDAF	7	カニクイ		34	19~51
2004	GalT-KO	8	ヒヒ	life-support+VTL	47	~83
2004	GalT-KO	3	ヒヒ	腹部異所性	29	20~34
homoZ = homozygous				TK = composite thymokidneys		
Gal T-KO = α 1-3GTノックアウト				VTL = vascularized thymic lobe		
数字+ = euthanize with graft function						
* 免疫抑制法が異なる3群あり						

提言 “平成18年度医療制度改革 診療報酬改定への危惧”

平成十八年の大規模と予想される医療制度改革、診療報酬改定に向け、国の各種検討会議・検討会で論議が進められている。

六月二十一日の閣議決定「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」や六月六日の財政制度等審議会・建議「平成十八年度予算編成の基本的な考え方について」などから改革の中身が垣間見えてくる。患者負担増と医療機関への負担増である。根底にあるのはいかに医療費を抑制するか、医療費の伸びを経済の伸びに抑えることである。医療機関への財政的な裏付けのない負担は益々増えてくる事になる。小生は、勤務医なので主として勤務医の立場から考えてみたい。現状でも医療機関に対して、医療の安全を高める、医療の質を高める、在院日数を短縮する、医療の機能分担、インフォームドコンセント等多数の項目が要求されている。

医療の安全を高め、医療の質を高めるためには、体制と人員が必要である。医療機関の機能分担についても、国による広報はないため、現場の医療機関が十分に説明しなければならない。患者にわかってもらうためには、それなりの時間が必要である。また、時によると、地域医療連携等で、説明しなければならない。人と時間が必要である。

インフォームドコンセントを十分に実施するためには、医師による説明にそれなりの時間が必要である。医療は大量生産ではない。必ず、人の手が必要である。新たな事をおこなうには、必ず人が必要である。

欧米の医療と比較すれば、例えば、入院患者一人当たりの、医師数、看護師数は、我国では断然低い事は良く知られている。その様な状態で、医療の安全性を高める、在院日数の短縮化等を図ろうとすれば、医療機関に負担が掛かるのは当然である。診療報酬上の保証がほとんど無い中で、生き残るためには医療機関が耐えなければならないのが現状である。

平成十八年の医療制度改革においても、医療費の伸びが抑えられ医療機関の負担が増すと予測される中で、各病院は体制を維持できるだけの収入を確保しなければならない。それが出来なければ、生き残れない。

まずは、医療費原資の拡大を求めたい。それでも、病院間の格差が大きくなり、急性期病床の減少と慢性期病床の増加、しかし、全体としては病床数の減少という、国の方針どおりに進んで行くのであろうか。先行きは暗澹たる気持ちである。応じた体制を作る時期に来ている。

米田 正太郎(昭和45)

リレー随筆 薬害のない当たり前の医療と独立情報誌・・・その113

薬害のない医療、よい薬の普及という「当たり前」のこと卒業以来心がけてきた。10年前頃日本にも登場し期待を寄せたEBM(科学的根拠に基づく医療)が、最近日本では逆行傾向にすらある。

そこで薬をめぐる現状を概観してみたい。

医薬品の規制は薬害を教訓に進んだ。1961年に判明したサリドマイド事件の後、厳しい規制が世界的に実施された。ランダム化比較試験(RCT)が法的に要求されるようになり、高血圧、糖尿病、高脂血症、癌など慢性疾患の治療薬は、「長期RCTで寿命延長」が当然必要と考えられ、実際、初期の降圧剤臨床試験では寿命を延長した。学問分野でも薬剤疫学、EBM、システムティックレビューなど科学的基盤が整備されてきた。しかし、その後寿命延長は証明困難となり、1990年以降「真の進歩」といえる新薬はまれとなってきた。60年代の規制強化は重荷となり、見かけとは逆にICHを根拠に実質的規制緩和が始められた。グリタゾン剤やスタチン剤、プロトピック軟膏、イレッサなどは規制緩和の産物である。

今や製薬産業は、各国の医薬品政策や大学の研究、WHOさえも動かす大きな組織と資金力を誇る。

1) データ操作 2) 対象者拡大 3) 各界への資金提供(官、学、メディア、患者) 4) 情報非公開
5) 市民・患者への直接宣伝などを通じ、「真の進歩」とはいえないものの普及が図られている。たとえば、最も健康で長生きのコレステロール値240~260mg/dLの人を「高脂血症」という病人にして低下剤を使ってよいのか。降圧剤で心筋梗塞は減っても死亡が増えてよいのか。世界のタミフルの80%以上を日本で使うような医療でよいのだろうか。

私は97年病院を辞し、薬の良悪を見分け、製薬企業から資金援助を一切受けない医薬品情報誌作りに専念している。市民向け『薬のチェックは命のチェック』誌(年4回)、医師薬剤師向けTIP誌(月刊)、オーストラリア治療ガイドラインシリーズ(翻訳)などを中心に良質の情報発信を心がけている。幸い、私たちが「当たり前」に分析し日本から発信した情報が世界の人々に役立つようになってきた(プロトピック軟膏の発がん性やイレッサの毒性情報: <http://npojip.org>)。今後も世界により情報を発信していきたい。

どうやら私は「変わったやつ」「過激な人」と見られているらしいが、本人はいたってまじめに

「当たり前」と思ってやっている。

今回は母と子の城、久産婦人科久靖男先生(昭43)にお願いしました。

NPO法人医薬ビジランスセンター 浜 六郎(昭44)

話題一 スポンの甲羅一

海亀の一種の「タイマイ」という語は奈良時代から使われているが、それが「鼈甲(べっこう)」と称されるようになったのは江戸時代のことだ。タイマイの装飾品を幕府が禁止したとき、これを鼈甲、すなわち「スポン(鼈)の甲羅」と言い逃れたことからという(中江克己「江戸の職人」中公文庫)。

度重なる禁令でも首を引っ込めていればそのうち嵐は通り過ぎることに庶民は慣れきっている。中世の道理に代わって幕藩体制の統治の論理として登場したのが「公儀」の「御威光」である。江戸初期の公家諸法度、武家諸法度に代表される禁止令は、議論もなく、「してはならぬ」という結論のみ。まるで生徒手帳に書かれた校則のようなものだ。いざ退学の処分を課そうとしても情状酌量の過程を踏まなければならない。どこに禁止の根拠となる規範があるのだろう。

日本の法令は、憲法・法律・省令・通達・条令など多重構成でありながら違反に対する刑罰の定めのないものもある。

法令の作成に中央は熱心であっても、ひとたび公布すればその出先における実効性にはほとんど無関心で済ませてきた。そこに縦割り行政と先延ばしが加われば鬼に金棒の無責任。

今夏、「静かな時限爆弾」と表現されたアスベスト公害をめぐる法令のあり方に注目したい。

大湊 茂(昭45)



戻る