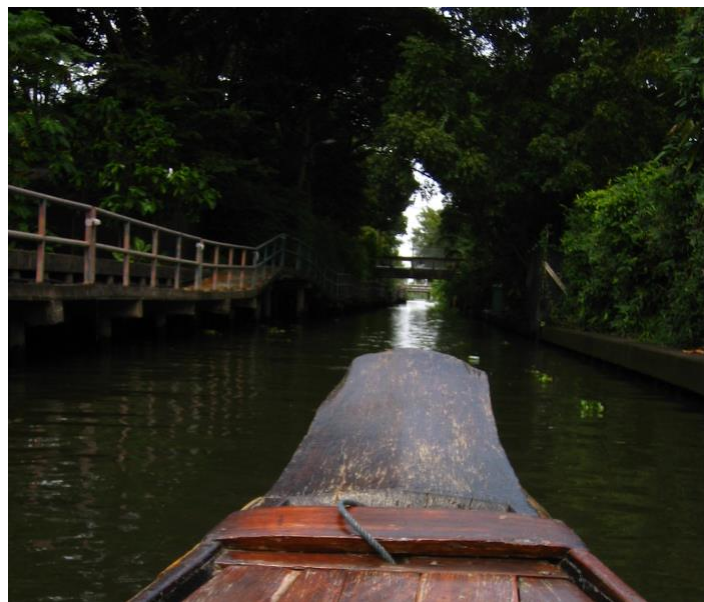


● 11月のメッセージ … その2

バンコクで会った人たち、思ったこと・・・「国際貢献ってなんだろう」

海外では、日々めまぐるしく異なる人々と会うことが多い。特にバンコクは、アジアで仕事をしている人たちにとって、一番集まりやすい場所なのだろう。

土曜日はガンビア時代の同僚 Martin Weber (WHO Regional Adviser) と 15 年ぶりに再会した。彼は、ガンビアを去った後、ジュネーブの WHO 本部、WHO インドネシアを経て、現在ニューデリーにある WHO 東南アジア地域オフィスでシニアアドバイザーとして働いている。今回は、Kim Mulholland 教授 (ロンドン大学とメルボルン大学の教授を兼任して文字通り世界中走り回っているオーストラリア人。ドイツ人の Martin とは、ガンビア時代から、二人コンビで、世界で最も見捨てられてきた途上国の肺炎について、臨床疫学研究を続けている) から、Martin とバンコクで会うから Koya も来ないかと誘われた。確かにこのふたりと一同に会するのに、バンコクほど便利なところはない。近年ベトナムでの仕事量が増えた Kim にとって、バンコクはオーストラリア・ロンドンとアジア各国へ移動する際の絶好のハブになる。私もタイでは、いくらでもやることのあるのに加え、今回はアジア太平洋エイズ国際学会に参加するタイミングと重なったので、3 人がバンコク市内のマンハッタンホテルで一同に集まることができた。私の目的は、ふたりから長崎大学熱帯医学グローバルヘルス (TMGH) 校へのアドバイスと協力を得ること、話題はさらに大きく展開し、世界の肺炎研究の国際コンソーチアムをつくらうという話で盛り上がった。



日曜日は、15年間付き合ってきたタイ国立衛生研究所(タイ NIH)の Nuanjun と Archawin が、私と安波先生、それからランパンからやってきた Panita 先生のために水上マーケットツアーを企画してくれ、ほとんど地元の観光客しかいない静かな水上を一日ぶらぶらしながら、たわいもない話をして、おいしいものを食べて、そのなかで今のタイの国内情勢、エイズ医療の課題などを耳にした。彼らが今後やりたいことの本音も含めて…。

月曜日は、一年半ぶりにタイ NIH を訪れた。ここに初めて来たのは、15年前のこと、JICA 専門家としてタイ人エイズ研究者の指導をしようと意気込んでやってきた。2004年タイ NIH 機能強化プロジェクトが終了し、それ以降は、タイ NIH の最後の JICA 専門家として私が一人残った。2005年に、長崎大学に就任するためここを去ったが、私が去った後も、昨年までの7年間、私のためにオフィスを残しておいてくれた。このプロジェクトを通じて、タイ NIH のエイズ研究者と日本の様々な専門領域の先生方との国際共同研究が実り、国際的な専門誌に発表した論文は24本、8名の博士論文に貢献した。現在も5本の論文が投稿もしくは投稿準備中である。これらの日・タイ共同研究から蓄積された膨大な情報と検体の価値は計り知れない。この日は、それらをさらに活用する方法について協議をした。既に発表された論文の解析に使われたデータをウェブ公開すれば、もっと世の中に貢献できるのではないかなど…。それにしても、1998年に初めてここを訪れたとき、若かった JICA 事業の育成対象だった研究者たちは、今では、みんな博士になり組織図の上に名前を連ねている。ひとしきり会議をしたあとで、川べりのレストランで会食をした。この日に3時間もバスにのって遠くから私に会いに来てくれた元プロジェクトスタッフもいた。15年前には、いつもけんか腰でつかかってきたタイ NIH の研究者も上機嫌で参加してくれていたのが嬉しかった。



火曜日から木曜日には国際エイズ会議に参加し、再びアジアの持つエネルギーと国を変えてゆくダイナミズムを感じつつ、ふと、「国際医療貢献ってなんだろう」と自問していた。私は、15年間タイと関わり、7年前に長崎に赴任してからはベトナムやフィリピンと関わり、東南アジアの保健医療現場が急速に変貌を遂げてゆくのを肌で感じて

きた(変貌の具体例は、いつか詳しく述べたい)。今は、その変貌する様子を彼らと一緒に間近で観てきたことが、とても幸運なことだったと感じることはあるが、自分が何かに貢献したかどうかは、よく良くわからない。振り返ってみて、ともに学ばせてもらった喜びの方があまりに多く、彼らに対して感謝の気持ちしか湧いてこない。今、日本の医療現場に再び立ってみて思うに、アジアの保健医療は、これからもさらに変貌を遂げ、いくつかの分野では、日本を追い越してゆくのだろうと思う。「アジアに貢献」などという、日本の優越感は早く捨てて、置いて行かれないよう一緒に学べる能力を養うことの方が先決のような気がする。

金曜日には、ロンドン大学の教授で、シンガポール国立大学の客員教授を務めながら、インドシナ半島の医療政策に役立つリサーチを目指して10年以上もバンコクをベースに研究活動をしている Richard Coker 教授と会って長崎大学 TMGH 校構想について半日話をしてきた。話しをしているうちに、Richard と私は 20 年以上も前に、偶然にも同じ時期に同じ職場(ロンドンセントメアリー病院ジェフリー病棟)で働いていたことが判明し、大いに盛り上がった。彼も多様な文化をもつ東南アジアに魅せられここに留まって学び続けているひとりである。

平成 25 年 11 月 23 日

福岡へ戻る機上にて



タイ NIH との共同研究(ランパン HIV コホート)関連論文リスト(2013 年 10 月時点)

1. P Pathipvanich, N Tsuchiya, A Rojanawiwat, W-P Schmidt, W Auwanit, P Sawanpanyalert, K Ariyoshi. Changing burden of HIV/AIDS to clinical settings in northern Thailand over fifteen years. Jpn J Infect Dis. 2013;66(5):375-8.

2. S Sapsutthipas, N Tsuchiya, P Pathipvanich, K Ariyoshi, P Sawanpanyalert, N Takeda, P Isarangkura-na-ayuthaya, M Kameoka. CRF01_AE-specific neutralizing activity observed in plasma derived from HIV-1-infected Thai patients residing in northern Thailand: comparison of neutralizing breadth and potency between plasma derived from rapid and slow progressors. *PLoS One* 2013;8(1):e53920.
3. N Tsuchiya, P Pathipvanich, A Rojanawiwat, N Wichukchinda, I Koga, M Koga, W Auwanit, P E Kilgore, K Ariyoshi, P Sawanpanyalert. Chronic hepatitis B and C co-infection increased all cause mortality among HAART naïve HIV patients in northern Thailand. *Epidemiol. Infect.* 2012 Nov 1:1-9.
4. Mori M, Matsuki K, Maekawa T, Tanaka M, Sriwanthana B, Yokoyama M, Ariyoshi K. Development of a novel in silico docking simulation model for the fine HIV-1 cytotoxic T lymphocyte epitope mapping. *PLoS One*. 2012;7(7):e41703. Epub 2012 Jul 27.
5. Sriwanthana B, Mori M, Tanaka M, Nishimura S, Miura T, Pathipvanich P, Sawanpanyalert P, Ariyoshi K. The effect of HLA polymorphisms on the recognition of Gag epitopes in HIV-1 CRF01_AE infection. *PLoS One*. 2012;7(7):e41696. Epub 2012 Jul 27.
6. Mori M, Sriwanthana B, Wichukchinda N, Boonthimat C, Tsuchiya N, Miura T, Pathipvanich P, Ariyoshi K, Sawanpanyalert P. Unique CRF01_AE Gag CTL Epitopes Associated with Lower HIV-Viral Load and Delayed Disease Progression in a Cohort of HIV-Infected Thais. *PLoS One*. 2011;6(8):e22680. Epub 2011 Aug 3.
7. Rojanawiwat A, Tsuchiya N, Pathipvanich P, Pumpradit W, Schmidt WP, Honda S, Auwanit W, Sawanpanyalert P, Ariyoshi A. Impact of the National Access to Antiretroviral Program on the incidence of opportunistic infections in Thailand. *International Health*. 2011; 3(2): 101-107.
8. Gesprasert G, Wichukchinda N, Mori M, Shiino T, Auwanit W, Sriwanthana B, Pathipvanich P, Sawanpanyalert P, Miura T, Auewarakul P, Thitithyanont A, Ariyoshi K. HLA-associated immune pressure on Gag protein in CRF01_AE-infected individuals and its association with plasma viral load. *PLoS One*. 2010 Jun 17;5(6):e11179.
9. N Wichukchinda, T Nakajima, N Saipradit, E E. Nakayama, H Ohtani, A Rojanawiwat, P Pathipvanich, K Ariyoshi, P Sawanpanyalert, T Shioda, A Kimura. TIM1 haplotypes control the disease progression to AIDS in a HIV-1-infected female cohort in Thailand. *AIDS*. 2010 Jul 17;24(11):1625-31.
10. Saeng-Aroon S, Tsuchiya N, Auwanit W, Ayuthaya PI, Pathipvanich P, Sawanpanyalert P, Rojanawiwat A, Kannagi M, Ariyoshi K, Sugiura W. Drug-resistant mutation patterns in CRF01_AE cases that failed d4T+3TC+nevirapine fixed-dosed, combination treatment: Follow-up study from the Lampang cohort. *Antiviral Res*. 2010 Jul; 87(1): 22-9.
11. Tsuchiya N, Pathipvanich P, Yasuda T, Mukoyama Y, Rojanawiwat A, Matsubayashi T, Saeng-aroon S, Auwanit W, Matsuyama A, Sawanpanyalert P, Ariyoshi K. Demographic, socio-economic, behavioral and

- clinical factors predicting virologic failure with generic fixed-dose combination antiretroviral therapy before universal health insurance coverage in northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2009 Jan;40(1):71-82.
12. Rojanawiwat A, Ariyoshi K, Pathipvanich P, Tsuchiya N, Auwanit W, Sawanpanyalert P. Substantially exposed but HIV-negative individuals are accumulated in HIV-serology-discordant couples diagnosed in a referral hospital in Thailand. *Jpn J Infect Dis*. 2009 Jan;62(1):32-6.
 13. Wichukchinda N, Nakayama EE, Rojanawiwat A, Pathipvanich P, Auwanit W, Vongsheree S, Ariyoshi K, Sawanpanyalert P, Shioda T. Effects of CCR2 and CCR5 Polymorphisms on HIV-1 Infection in Thai Females. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Mar 1;47(3):293-7.
 14. Saeng-Aroon S., Yoshida LM, Ariyoshi K, Taguchi M, Pathipvanich P, Rojanawiwat A, Matsuda M, Kannagi M, Sawanpanyalert P, Sugiwa W, Auwanit W. An Efficient Tool for Surveying CRF01_AE HIV Type 1 Resistance in Thailand to Combined Stavudine-Lamivudine-Nevirapine Treatment Mutagenically Separated PCR Targeting M184I/V. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007 Dec; 23(12): 1461-8.
 15. Wichukchinda N, Kitamura Y, Rojanawiwat A, Nakayama EE, Song H, Pathipvanich P, Auwanit W, Sawanpanyalert P, Iwamoto A, Shioda T, Ariyoshi K. The polymorphisms in DC-SIGNR affect susceptibility to HIV type 1 infection. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007 May;23(5):686-92.
 16. Pumpradit W, Ariyoshi K, Petkanchanapong W, Wichukchinda N, Chaiprasert A, Rojanawit A, Sawanpanyalert P, Pathipvanich P. *Mycobacterium avium* and *Burkholderia pseudomallei* (Melioidosis) coinfection in an HIV-positive patient. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2006 Dec;24(4):239-43.
 17. Wichukchinda N, Nakayama EE, Rojanawiwat A, Pathipvanich P, Auwanit W, Vongsheree S, Ariyoshi K, Sawanpanyalert P, Shioda T. Protective effects of IL4-589T and RANTES-28G on HIV-1 disease progression in infected Thai females. *AIDS*. 2006 Jan 9;20(2):189-96.
 18. Rojanawiwat, A, Miura T, Thaisri H, Pathipvanich P, Umnajsirisuk S, Koibuchi T, Vongsheree S, Iwamoto A, Ariyoshi K, Sawanpanyalert P. Frequent Detection of Epstein-Barr Virus and Cytomegalovirus but not JC Virus DNA in Cerebrospinal Fluid Samples from Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients in Northern Thailand. *J Clin Microbiol*. 2005 Jul;43(7):3484-6.
 19. Wichukchinda N, Shiino T, Srisawat J, Rojanawiwat A, Pathipvanich P, Sawanpanyalert P, Ariyoshi K, Auwanit W. Heterosexual transmission of novel CRF01_AE and subtype B recombinant forms of HIV-1 in northern Thailand. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2005 Aug;21(8):734-8.
 20. Pathipvanich P, Rojanawiwat A, Ariyoshi K, Miura T, Pumpradit W, Wongchoosie S, Yingseree P, Warachit P, Sawanpanyalert P., Mortality analysis of HIV-1 infected patients for prioritizing antiretroviral drug therapy. *J Med Assoc Thai*. 2004; 87: 951-954.

21. Saeng-Aroon S, Wichukchinda N, Myint L, Pathipvanich P, Ariyoshi K, Rojanawiwat A, Matsuda M, Sawanpanyalert P, Sugiura W, Auwanit W. Study of Antiretroviral Drug-Resistant HIV-1 Genotypes in Northern Thailand: Role of Mutagenically Separated Polymerase Chain Reaction as a Tool for monitoring Zidovudine-Resistant HIV-1 in Resource-Limited Settings. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Aug 15; 36(5): 1051-56.
22. Pathipvanich P, Ariyoshi K, Rojanawiwat A, Wongchoosie S, Yingseree P, Yoshiike K, Warachit P, Sawanpanyalert P. Survival benefit from non-highly active antiretroviral therapy in a resource-constrained setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003 Feb 1; 32(2): 157-60.
23. Myint L, Ariyoshi K, Yan H, Frater AJ, Auwanit W, Pathipvanith P, Yamada K, Matsuda M, Chiba T, Fujita K, McClure M, Weber JN, Sugiura W. Mutagenically separated PCR assay for rapid detection of M41L and K70R zidovudine resistance mutations in CRF01_AE (subtype E) human immunodeficiency virus type 1. *Antimicrob Agents Chemother*. 2002 Dec;46(12):3861-8.
24. Ariyoshi K, Promadej N, Ruxrungtham K, Sutthent R. Toward improved evaluation of cytotoxic T-lymphocyte (CTL)-inducing HIV vaccines in Thailand. *AIDS Res Hum Retorivurses*. 2002; 18: 737-9.

● 11月のメッセージ ... その1

咯血・血痰が結核患者を救う・・・？



サンラザロ病院18歳の結核患者

待ちに待った論文が国際的に権威のある結核専門誌 11月号に載った。島崎貴治医師がフィリピンの国立感染症病院サンラザロ病院結核病棟で行った研究である。(Shimazaki T, Marte SD, Saludar NR, et al., Risk factors for death among hospitalised tuberculosis patients in poor urban areas in Manila, The Philippines. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013 Nov;17(11):1420-6.)

この研究は、4年前にフィリピンの国立感染症病院(サンラザロ病院)から Shane Marte 医師が、長崎大学の熱帯医学修士課程へ留学したのがきっかけで始まった。彼女が、熱研内科で修士プロジェクトをやりたいと申し出てきたとき、いつものように、「あなたの病院では何が一番問題なのか」と聞いた。間髪を入れずに彼女が知りたいと言ったのは、結核病棟入院患者の死亡率の高さだった。それを何とかしたいと・・・

サンラザロ病院結核病棟での結核研究が始まったのは、Shane 先生が帰国した翌年の 2010 年秋のことで、彼女の支援に沖縄出身の島崎先生が派遣されることになった。我々の手元に特別の研究資金があったわけではない。ただ、ひとりの日本人医師をこのような野戦病院へ派遣して、何かでできることはあるのか？

実は、たくさんある。島崎先生は、その時点から 1 年前の 2009 年 10 月から 12 月までに結核病棟へ入院した患者 407 名のうち 403 名のカルテを見つけ出し、Shane 先生と一緒にすべて目を通し、退院時の生存を調べたのだ。ただし、カルテをチェックする際、あらかじめ準備しておいた情報シート(通常この情報シートを準備するのに数か月かけて膨大な量の文献を読破しなければならない)に臨床情報を体系的に収集した。あとは、その臨床情報をすべてコンピューターへ入力し、様々な統計手法を用いて解析するのみである。

最初に確認されたのは、Shane 先生が言っていたとおり、結核病棟に入院した患者の死亡率は驚くほど高かったことである。調査期間中に対象となった入院患者の平均年齢は 41 歳と若く、エイズ患者が含まれていないにもかかわらず、入院中に亡くなったひとは 151 名(37.5%)もいた。

次の疑問は、この病院の結核病棟で死亡率をそこまで高くしている原因は何かということである。途上国の現状をご存じのない方は、治療レベルが低いからだろうと思われるかも知れない。しかし、結核の診断・治療に高価な機材や薬が必要なわけではない。フィリピンで最も有名な国立感染症病院の医療スタッフの臨床能力は決して低くない。理由は、患者の受療行動にあった。それを裏付けるショッキングな結果が得られた。ひとつは、死亡した患者の実に 3 割は、入院後 3 日以内に亡くなっていることである。結核という病気は、高病原性鳥インフルエンザや SARS、あるいはウイルス性出血熱のように発症後急速に病状が悪化し、死に至るような病気ではない。ほとんどのケースは、何か月、時には 1 年以上かかかって緩やかに進行する病気である。にもかかわらず入院後、数日の間にこれだけの患者が亡くなっているということは、本当につらくて、食事もとれないくらい病気が進行して、文字通り「死にそうになる」まで、病院を受診するという行動をとらない(いや、それほど貧しい)ことの現れなのだろう。もうひとつのショッキングな結果は、喀血・血痰があった患者は、これらの症状がない患者に比べ死亡率が半分に以下に下がっていたという点である。これには驚いた。一般的な教科書(といっても、それらの教科書は、ほとんどが欧米・日本の先進国の患者が対象である)とは全く正反対の結果であり、最初は、誰もが「本当か」と思った。何かの間違いで、喀血・血痰の「ある・なし」を逆に記録したのではないかも疑ってみた。しかし、何度確認しても同じ結果であり、やはり間違いではない。それにしても、どうして、「喀血・血痰が患者を救う」というようなことが起きるのだろうか。サンラザロ病院の Villarama 先生や Dimaano 先生らと議論を重ねた。それは、血を吐いた患者は「死」を予感したから、比較的全身状態が良い段階でも受診行動をとったのだろう。

それでは、このサンラザロ病院における結核による高い死亡率をどうやって下げることができるのか。その答えは、明らかである。結核患者をもっと早く見つけ出し、早期に治療を開始してやることである。そのためには、病院で待っていては、いつまで経っても解決できない。結核の抜本的な対策は、やはり病院へ患者がやってくるまでの間に施さなければならない。すなわち結核菌をまわりにばらき始める発症前の結核患者を早く見つけ出し治療に結び付け、治療を完結させるかが勝負である。

一方、現在の入院結核患者の治療法を改善する方法はないのか。今回の研究から、結核菌以外の細菌性肺炎の合併が3人にひとりの患者で診断されており、死亡率を4.5倍も高めていることが判明した。細菌性肺炎を合併すると急に熱が高くなったり、咳や痰の量が多くなったり、あるいは息が苦しくなる。これも緩やかに進行する結核患者を病院へ向かわせるひとつのきっかけになるのだろう。細菌性肺炎と一口に言っても、多種多様な病原体が起こし得る。そして、その治療法の適否は、病原体の種類によって異なる。しかし、今回改めて調べてみて分かったのだが、結核に合併する細菌性肺炎の起炎菌については、ほとんど調べられていない。島崎先生は、現在、この研究をさらに発展させ、結核入院患者に合併する細菌性肺炎の起炎菌を調べる研究に取り組んでいる。

平成 25 年 11 月 2 日

長崎にて



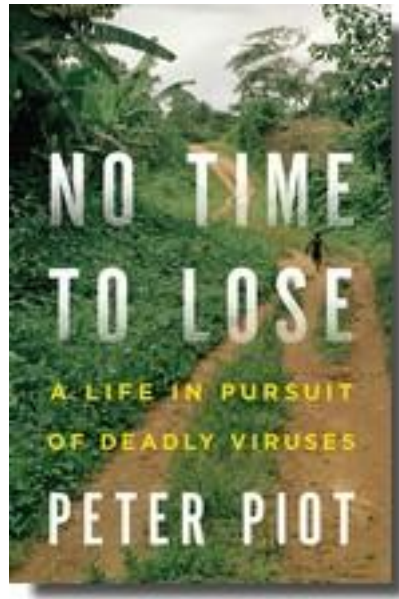
タガイタイ(Tagaytay)タール湖

● 4月のメッセージ

今週は、シンガポールで開催されている世界保健サミットアジア会議(4月8-9日)に参加していた。

この会議は、毎年ベルリンで開催されている世界保健サミット(World Health Summit)のアジア版である。シンガポール大学のジョン・ウオン(John Wong)教授らが中心となって、この会議をアジアで開催することが初めて実現した。アジア各国の大臣~政務次官級の保健省関係者(いわゆる Policy makers)のみならず、各国の医療従事者、学術関係者やアジアで事業を展開する企業から約900名が集う会議で、東南アジアの保健医療が、今後どのような方向へ向かっているのかを知る意味で意義のある会議だった。

私がこの会議に出席した理由は、他にもあった。ひとつは、2015年10月に開校予定の長崎大学熱帯医学・グローバルヘルス(GH)大学院(仮称)創設の一環として、ロンドン大学衛生熱帯医学大学院(London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM)と長崎大学との間で学術交流協定を結ぶことである。私は、日本は、そして日本人は、もっと低~中所得国の保健医療の向上に貢献できるはずだと思っている。しかし、現状は、「貧しい人たちのために、役立ちたい」という純粋な志をもつ日本人が多くいるにもかかわらず、日本人が期待しているほどの活躍は、外からは聞こえてこない。私は、あまりに、この世界を知らないまま、すなわち学術的な基礎をもたないまま、途上国へ飛び出しているケースが多いことがその原因のひとつだと思っている。日本国内の保健医療従事者が、しかるべき、格・免許を得てから仕事についているのと同様に、海外で働くには、それが、いかなる医療専門職(国連職員、研究者、草の根的NGO活動、難民キャンプ等々)であろうと、それぞれに必要な国際水準の教養・知識と技術が必要なのだ。熱帯医学GH大学院創設の目的は、そのようなひとのための学術的な基礎を教示することにある。しかし、現時点で長崎大学に、あるいは、日本国内だけでその目的を達成させるための十分なスタッフがいるかと問われると、答えはノーである。だからこそ、世界最高峰の大学とちょっと混ざって、謙虚に学ばなければならないと考えている。日本のサッカーが、ワールドカップで通用するようになってきたのは、世界水準の選手が欧州からJ-リーグに加わり、欧州のトップリーグで活躍する日本人選手が増えてきたように・・・。



ピーター・ピオット先生の著書”No time to lose”

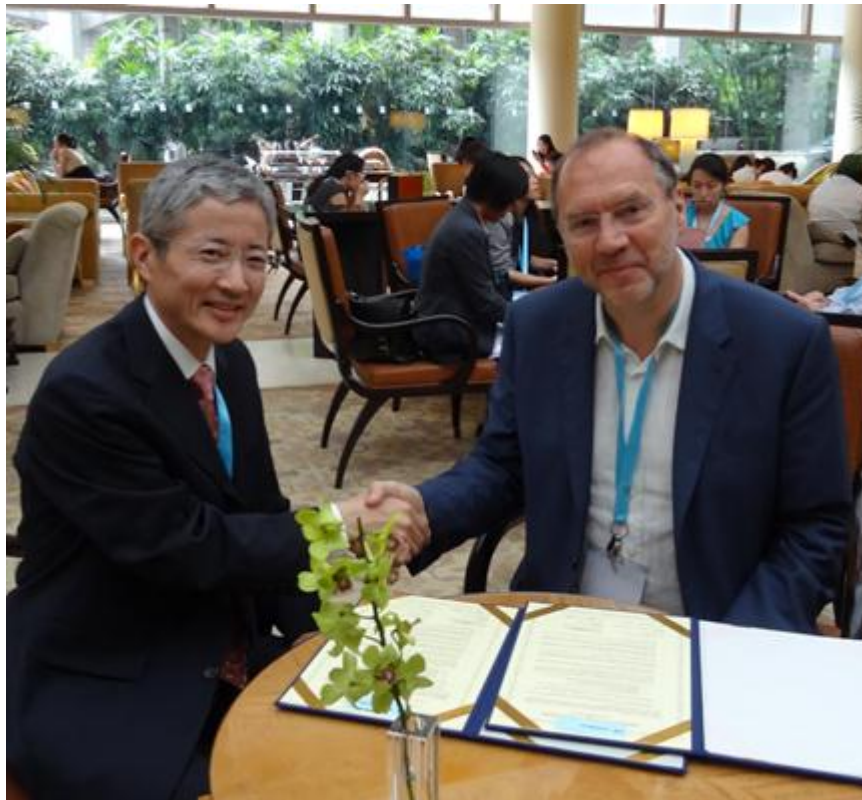
現在の LSHTM 学長は、ピーター・ピオット (Peter Piot) 先生だ。彼が辿った軌跡は、昨年出版された回顧録 ”No time to lose” で詳しく述べられている (日本語訳も出版される予定とのこと)。もともとベルギーの田舎町で育ち、ゲント大学医学部を卒業したピオット先生は、当時の恩師から、「感染症の研究に未来はない」と忠告されたにもかかわらず、アフリカでの感染症研究を夢見て、アントワープ熱帯医学研究所で微生物学を専攻する。そこでウイルス学を学んでいた 1976 年、中央アフリカのザイール (現コンゴ民主共和国) で、全身から出血し死に至る原因不明の発熱疾患の流行が発生する。そのひとりの患者から採取された血液検体が、彼が学んでいた研究室へ送られてくる。それが物語の始まりだ。まだ 30 歳前後の若かった彼は、ただ、この病気の原因を突き止め、流行を制圧したいという一心でザイールの奥地へ派遣されることを切望し、それが (駆け出しの若手研究者をいきなり現地に派遣するということは、通常ありえないが、いろんな幸運が重なって) 実現する。当時、世界には、いわゆる「新興感染症」という医学用語はなく、新興感染症をモニターする国際的な組織などなかった時代である (現在では、WHO のグローバル感染症警報・対応ネットワーク Global Outbreak Alert and Response Network, GOARN などがある)。あったのは、米国疾病予防センター (Center for Disease Control and Prevention, CDC) のみ。気が付いてみると、アフリカの奥地では、まだ駆け出しの彼が、巨大な資金的バックアップのある米国 CDC よりも先立って、人類が記録した最初の「エボラ出血熱」流行に立ち向かっていた。ピオット先生は、エボラウイルス発見者のひとりである。さらに、その数年後、原因不明の免疫不全を来す病気が同じザイールで流行し始める。今度は、米国 CDC から依頼され、この病気の原因究明に向けて、彼がリーダーとなって現地で研究を展開することになる。そして、その原因が当時米国の同性愛者だけで流行する病気だと思われていたエイズ (HIV 感染症) であること、そしてアフリカのエイズ・HIV 感染に関する臨床像や流行形式など、その後の予防対策にとって必須となる重要な事実を次々に明らかにした。ここまでは、彼のウイルス学者、熱帯医学臨床・疫学研究者としての活躍である。その後、

国連エイズ合同計画(UNAIDS)の初代事務局長に抜擢され、WHO、UNICEF など派閥意識の強かった国連機関を協調させ、「エイズ制圧」という共通の目標に向かわせるという、当時誰もが不可能だと信じていた UNAIDS のミッションを実現させ、現在の姿にまで発展させた立役者となった。世界の製薬企業を説得して、アフリカにエイズ治療薬を普及させることに大きく貢献したのも彼である。私は、昨年まで、ピオット先生と個人的な付き合いはなかったが、幸運にも、私とピオット先生との間に多くの共通の友人がおり、彼らの薦めもあって、昨年 11 月にピオット先生の長崎招聘が実現した。出会った瞬間から、親友であるかのような気持ちにさせてくれる心の広い先生である。11 月 28 日長崎空港から原爆資料館までお連れする車の中で、すぐに核心に迫る話が始まった。そのなかで、彼が最も強く反応してくれたのが、「日本は、もっと世界の保健医療に貢献できるはずだ」という点だった。その後、長崎で二晩過ごされ、熱研をはじめ、長崎大学が片峰学長のリーダーシップのもと、大学全体として熱帯医学・国際保健医療分野に力を入れていることを確信されたことが、今回の学術交流協定の締結につながった。

シンガポールでは、LSHTM からシンガポール大学へ派遣されている Richard Coker 教授とも、今後ロンドンと長崎と一緒に取り組むアジアにおける研究教育プログラムについて話し合いを持つことができた。長崎大学熱帯医学 GH 大学院が開校するまでに、どれだけの世界のトッププレイヤーたちを長崎・日本にひきつけ、日本の若い世代と一緒にプレイしてもらおう環境を整えるか、そのグランドデザインを欧米で博士レベルの教育を受けた長崎大学教授らとともに考えているところである。

平成 25 年 4 月 11 日

機上にて

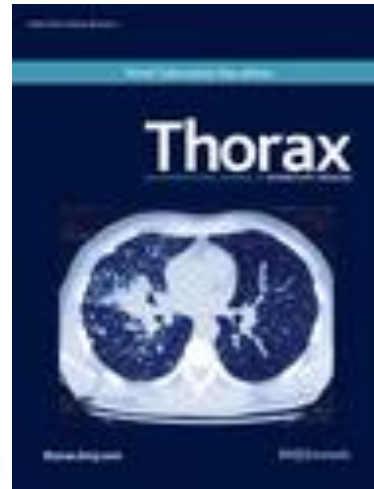
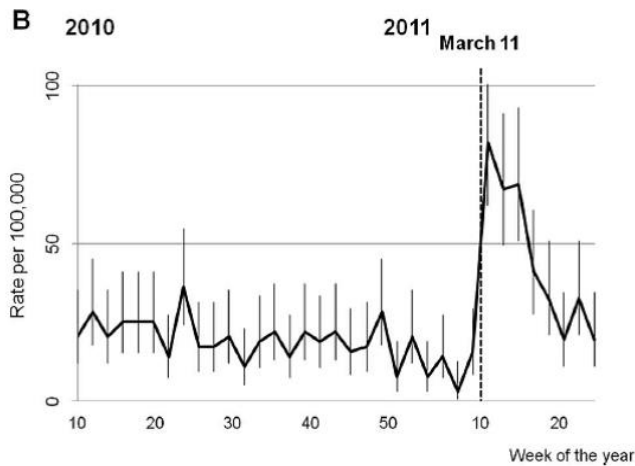


学術交流協定にサインを頂いた直後の写真

● 3月のメッセージ

3月11日午後2時46分、私が住む町中にサイレンが鳴り響いた。今でも、あの時の「胸につまる悔しさ」を鮮明に思い出すことができる。

その現地へ、誰よりも早く震災を受けた最先端へ飛び込んだ熱研内科の鈴木助教が、精魂込めて書いた論文が、先月の英国の専門誌 Thorax にて掲載発表された。彼は、国境なき医師団の緊急医療援助チーム第一陣に選ばれ、震災の翌々日にはヘリコプターで現地へ派遣され、1週間もの間、津波の二次被害にあわないよう常に避難ルートを確認しながら、助けを求める病人を探し医療を提供して回った。今回発表された論文は、そのときに出会った現場の医師から信頼された鈴木先生が、依頼を受けて行った被災地肺炎の研究成果をまとめたものである。あの時、現場で何が起きたのか、本当に肺炎が増えたのか、なぜ肺炎が増えたのか、どのくらい増えたのか、次の災害ではどうすればよいか、熱く、しかし、冷静に学術的な立場から記録・解析した被災地肺炎に関する初めての国際級の学術論文である。日本の災害で肺炎が目立った背景には、日本の超高齢化社会があることを明らかにしている。



気仙沼市における人口 10 万人あたりの肺炎入院患者数の推移を震災前後で比較した図: 震災後 3 か月の間に肺炎罹患率が 5.7 倍、肺炎関連死亡率が 8.9 倍に増えた。

Daito H, Suzuki M, Shiihara J, Kilgore PE, Ohtomo H, Morimoto K, Ishida M, Kamigaki T, Oshitani H, Hashizume M, Endo W, Hagiwara K, Ariyoshi K, Okinaga S. Impact of the Tohoku earthquake and tsunami on pneumonia hospitalisations and mortality among adults in northern Miyagi, Japan: a multicentre observational study. *Thorax*. 19 February 2013 doi:10.1136/thoraxjnl-2012-202658

長崎にサイレンが鳴り響く日は、一年にもう一度ある。8 月 9 日午前 11 時 2 分。東日本大震災では、1 万 5881 人が亡くなり、2,668 人が未だに行方不明である。長崎に落ちた原爆では、東日本大震災の約 4 倍の 73,884 人が亡くなった。東日本大震災のサイレンを聞いて胸が苦しくなる現代に生きる人たちは、同時に自分の知らない過去の惨事に対しても思いを馳せる機会でもあるのだと思った。

ところで、私も含め、公衆衛生に少しでもかかわるひとたちは、亡くなった人の数で、事の重大性を比較する習性がある。人の死を数で表現し、比較して、あたかも、それが事の重大性と直接相関するような錯覚を持つことがある。世界でたった数例しかない希少疾患で人が苦しんでいたとしても、誰かが苦み、悲しむ人がいる限り、それぞれの気持の重みに異なるところはないのに…。特に、病棟回診をしているとそう思う。臨床医としては、常に目の前の患者さんの持つ病気が大事であり、その重要性と疾患の頻度とを関連付けることはない。はたして研究者の立場としては、どうなのか…と、ふと思った。

平成 25 年 3 月 11 日

長崎にて

追記:これまで毎年、教授挨拶を書いてきたが、多忙さが頂点に達した去年は、忙しさにかまけて、とうとう書けなかった。そこで今回から、これまでの、少しかしこまった教授挨拶から、ブログ?日記?形式に変えて、もっと気楽に、もっと頻繁に、あれこれ書いてみることにする。



<関根一郎名誉教授と瑞代さんの写真集「道草」より>