

国際医療福祉大学医学部 2021年度4年生用 リハビリテーション医療/医学オリジナルテキスト

著者：角田 亘

*国際医療福祉大学医学部リハビリテーション医学教室主任教授

*日本リハビリテーション医学教育推進機構理事

*日本脳卒中学会理事

(2021年5月1日)

<目次>

1. はじめに
2. 回復期リハビリテーション病棟が目指すこと
3. 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション科医師の役割
4. リハビリテーション医療における入院時の問診
5. リハビリテーション医療における身体診察
6. リハビリテーション処方原則
7. 回復期リハビリテーション病棟におけるカンファレンス
8. 回復期リハビリテーション病棟におけるチーム医療
9. 回復期リハビリテーション病棟から自宅生活へ“つなげる”ということ
10. 介護保険の概略
11. 脳卒中に対するリハビリテーションのポイント
12. 認知症や高次脳機能障害に対するリハビリテーションのポイント
13. 脊髄損傷に対する回復期リハビリテーションのポイント
14. 大腿骨頸部骨折に対する回復期リハビリテーションのポイント
15. 脊椎圧迫骨折・腰部脊柱管狭窄症に対する回復期リハビリテーションのポイント
16. 回復期リハビリテーション病棟における頻用薬剤
17. おまけ：主任教授エッセイ

【序文】

本テキストは、本学医学部学生のためだけに、私が独自でまとめた「全くオリジナルの秘密のテキスト」である。よって、本学医学部学生以外の目に触れることは（固く）禁じる。

本テキストに目を通すことによって、本学医学部学生の皆様が「本学で、医学を学ぶことができる幸運」をあらためて認識し、皆様のリハビリテーション医療/医学への興味がさらに大きくなることを願う。

（文責：角田亘。2021年5月1日）

【1：はじめに】

リハビリテーション医学は、医師国家試験（および OSCE や CBT）では、ほとんど問われることのない医学分野である。医師国家試験合格というのは、もちろん医学生にとっては大きな目標/目的のひとつであるが、皆さんは、医師国家試験に受かるがためだけに本学に入学をしたのではない。世界一を目指す本学医学部に入学した皆さんには、本学でしか学べないことを沢山学んでいただきたい（言うまでもないことであるが、本学でしか学べないことは数多ある。医師国家試験に受かるだけでよければ、その辺にある三流や五流の医大に行けばよい）。本学でしか学べないことのひとつが、「真」のリハビリテーション医学/医療である（将来的には、医師国家試験で問われないような知識と経験をどれくらい持っているかで、医師としての真の度量が決定されるのも事実である）。

リハビリテーション医学は、比較的新しい医学分野であるため、本邦の大学医学部の中で「まともなリハビリテーション医学の講義や実習」があるところは、いまだ少ない（20 大学程度と推測される）。一方で、本学は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職の教育ですでに確固たる実績と定評があり、リハビリテーション医療の分野では、本学卒業生が全国で一大勢力を築いている。さらには、いまやリハビリテーション医学/医療の重要性は間違いなく高まってきており、皆さんがいかなる診療科に進んだとしても、リハビリテーション医学/医療の知識なくして成功することはあり得ない。よって私は、本学医学部の皆さんには「本邦で（そして、おそらくは世界でも）最高レベルのリハビリテーション医学/医療の教育」を行っていきたいと思っている。そして、（他の診療科分野については言及しないが）皆さんには、「リハビリテーション医学/医療の知識と経験については、絶対に日本の他大学の医学生に負けないように（すなわち、日本で一番に）」なって欲しい（本学の成長の歴史を知る私には、そのように医学生の皆さんを教育する責務がある）。加えて本心では、皆さん（学年全員約 140 人）の中から、少なくとも 5 人くらいは（できれば 10 人くらいは）医学部卒業後にリハビリテーション医学の道に進む人が現れてほしいと思っているのも事実である（リハビリテーション科医師になりたい、もしくは“なることに多少の興味がある”人は、実習中に当科医師までお知らせをいただくと幸いである）。

リハビリテーション科医師は、「患者の身体症状、精神的苦痛、日常生活、社会的役割、生活環境、人間関係などを把握し、これら全てに対して多面的かつ専門的なアプローチを行う」ことが望まれる。つまりは、「ただ症状だけを診る」のではなく、「生活や人生を含めた患者の全て」に対峙していかなければならない。リハビリテーション医学/医療が目指すべきことは、単なる症状の回復だけではなくて、「（症状の回復を含めた）患者の生活と人生の回復」なのである。

米国の作家である F. Scott Fitzgerald は「There are no second acts in American lives（アメリカ人の人生に第二幕はない）」と有名な言葉を残したが、リハビリテーション科医師は「A rehabilitation doctor can prepare a second act for disabled persons all over the world（世界中の障害をかかえた人々に対して、人生の第二幕を用意する）」である。医学界では、医療の AI（人工知能）化がこれから発展していくようであるが、「患者をひとりの人間として捉える」ことが大原則であるリハビリテーション医学/医療は AI 化とは縁

がない。リハビリテーション医療とは、「“確固たる専門的医学知識”と“熱く優しいハート”とを持ち合わせた“人間”」だけが行える医療なのである。リハビリテーション科医師は、個々の患者とじっくりと向き合い、時間をかけて丹念にその患者の新しい生活と人生を作り上げていく。

さらには、医療の専門化かつ細分化が進むに伴って、チーム医療の重要性が謳われるようになってきているが、リハビリテーション医療は「チーム医療の最たるもの」でもある。リハビリテーション医療においては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、薬剤師、栄養士、義肢装具士、社会福祉士など非常に多職種の人たち（多くの medical professionals かつ specialists）が、医師を中心として包括的なアプローチを繰り広げていく。リハビリテーション医療の現場をみることで、チーム医療の実際とこれら医療専門職の重要性についても、学んでいただきたいと思います（願わくば“多職種連携”を重んじる本学関連施設における医療専門職のレベルの高さにも、ぜひ気づいてほしい）。

なお、非常に hot で exciting で fascinating なリハビリテーション医学の臨床研究の現状については、皆さんが 5 年生になってから、あらためてじっくりとご紹介させていただく。

リハビリテーション科での臨床実習期間中は、皆さんには、どうぞ全身でどっぷりとリハビリテーション医学/医療の世界に浸かっていただきたい。そして、遠い将来のいつの日か「国際医療福祉大学医学部でリハビリテーション医学/医療を学ぶことができた幸運」をあらためて皆さんに感じていただくことができれば、それは私の本望である。

（文責：角田亘。2020 年 5 月 1 日）

【2：回復期リハビリテーション病棟が目指すこと】

- ・回復期リハビリテーション病棟というところは、「リハビリテーション医療の基本を学ぶためには最適な場所である。
- ・回復期リハビリテーション病棟に入院する患者は、間違いなくなんらかの障害を抱えており、それによって生活に支障をきたしている。そしてついには、QOL も障害されている。
- ・回復期リハビリテーション病棟に入院する患者が、第一に目的とすることは「障害された機能（症状）の回復」である（いわゆる first strategy）。例えば「脳卒中後の片麻痺」「頭部外傷後の失語症」「大腿骨頸部骨折術後の下肢体幹の筋力低下」「廃用症候群患者の心肺持久力低下」などといった症状の回復が、まずは目指される。そして、症状の回復に伴って、生活と QOL も改善されることが望まれる。
- ・しかしながら、現状ではリハビリテーション医療は万全のものではなく、回復期リハビリテーション病棟で適切な訓練を行っても機能障害（症状）が残存することが珍しくはない。そのような場合は「機能障害（症状）が残存していても生活することができる」ことを目的としてリハビリテーション訓練を行うこととなる（second strategy）。機能障害が残存しても、生活や QOL の改善をあきらめてはならないのである。
- ・つまりは、入院中に、その経過（リハビリテーション訓練による機能障害の改善の程度）によって、リハビリテーション医療の目的が変わることになる（strategy が変わる）。別の言い方をすると、回復期リハビリテーション病棟では、「症状を治すことで生活を治す」場合と、「症状が残っても、別の手段で生活を治す」場合とがある。
- ・回復期リハビリテーション病棟入院患者においては、（first strategy であろうと、second strategy であろうと）「生活を治す（生活できるようになる）こと」（および「QOL を高めること」）が最終的な目標となる（逆に言うと、生活の改善に結びつかない機能回復は、あまり重要視されないこともある）。なお、ここでいう「生活」は、「日常生活（特に、日常生活動作 = ADL）」を指すことが多いが「（日常生活のみならず）社会生活」を指すこともある。

- ・回復期リハビリテーション病棟入院患者においては、訓練においては ADL が遂行できるようになったものの、実生活ではそれを遂行できないことがある。これは「できる ADL（能力としては ADL を遂行できる）」と「している ADL（実際には、ADL を遂行できていない）」の解離である。よって、回復期リハビリテーション病棟入院中においては（特に、その後半においては）「できる ADL」を「している ADL」にしていくことが重要となる（訓練成果を実生活に生かしていく）。

【3：回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション科医師の役割】

＜ポイント＞

- ・回復期リハビリテーション病棟のチーム医療において、リハビリテーション科医師は「チームのリーダー」としての働きが期待される。
- ・リハビリテーション科医師は、入院患者の「主治医」となるため、入院患者に対して行われる治療、リハビリテーション訓練、看護ケア、食事提供など全てについて「責任を負う」こととなる。
- ・リハビリテーション科医師には、「チームのリーダー」として、チームを構成する各医療スタッフの意見・判断・考えを最大限に重んじたうえで、それをひとつにまとめることが求められる。
- ・原則的に、リハビリテーション科医師は、毎日患者を診察するべきである（特に、リハビリテーションを行う日には、それに先立って回診することが望ましい）。
- ・リハビリテーション科医師の意見は、決して「絶対的なもの」ではない。リハビリテーション科医師は「チームをまとめるリーダー」という役割をもつが、「医療の独裁者」であってはならない。
- ・リハビリテーション科医師は、リーダーシップについてきちんと学習を積む（例：リーダーシップを説く本を読む）べきである。

＜リハビリテーション科医師が実際に行うべきこと＞

- ① 入院患者の主治医として、入院時に問診・診察を行う。その結果に基づいて入院中の治療方針を決定して、それを患者とその家族に説明する。
- ② リハビリテーション処方を行う（リハビリテーション科療法士に、入院中の治療方針を示したうえで、リハビリテーション訓練についての指示をする）。
- ③ 定期的な症例カンファレンスにおいて、各医療スタッフの意見をまとめて、治療方針の決定および修正を行う。
- ④ 患者の全身状態を管理する（定期的な画像検査や血液検査の確認、内服薬の処方や変更、食事内容の決定、合併症発症時の処置などを行う。安全にリハビリテーション訓練が行えるようにする）。
- ⑤ 必要があれば、他診療科の医師にコンサルトを行う。
- ⑥ 定期的に患者およびその家人に、その時点での病状（機能回復の程度）とその後のリハビリテーション訓練の方針を説明する。
- ⑦ 退院の時期と退院先を決定する（介護力や生活環境をふまえて、自宅退院できるのか否かを判断する。自宅退院できない場合は、いかなる施設/病院に入るべきかを決定する）。
- ⑧ 自宅退院をする場合は、退院後の生活についての助言・提案を行う（介護保険サービスを如何に利用すべきかを考える）。
- ⑨ 患者もしくは家人の心理状態を把握して、それに対する精神的サポートを行う。
- ⑩ 他の医療スタッフの診療内容について助言を行う。

おまけ 1：主任教授エッセイ【大学病院で働くということ】（2015 年秋、某雑誌に掲載）

三重県で暮らす私の父は厳しい人で、私は父に褒められた記憶がない。その父が平成 25 年の年末をもって、寄る年波には勝てないとの理由で（および不肖の一人息子が故郷に戻らなかったがために）、約 40 年間にわたりたった独りで切り盛りしてきた有床診療所を閉院した。若かりし頃の父は、本心としては大学に残りたかったようだが、家庭の事情で開業医の道に進んだ。そんな経緯からか今になっても父は、東京からたまに帰省する大学病院勤務の息子に「大学にいて論文を書かないとは何事なのだ（オリジナルは三重弁）」「大学にいてもゴルフに行く暇があるのか」「大学の医者が町医者と同じことしかできないのか」などと小言を吐く。

確かに、“大学病院で働く”ということは、本来は何か“特別なもの”でなければならないのであろう。大学病院には最新の診療機器があふれ、基礎や臨床などと様々な研究に打ち込める環境も備わっている。人的資源も豊富であって、諸先輩から指導を受けることもできれば、同僚や後輩のサポートに救われることも多々ある。こんな恵まれた環境に勤務する医師が「ただありふれた診療を繰り返して、毎日を変わず過ごすだけ」というのであれば、少なからずの医学の先達は違和感を覚えるだろう。大学病院勤務医師であるからこそ“やれること”、“やらなければならないこと”があるはずだ。

私は、“医療”とは、「その時点でいうる、最良の診療行為を確実に提供すること」であり、“医学”とは「その時点でいうる、最良の診療行為を前向きに変化させる（進歩・発展させる）こと」と勝手に定義している。そして、開業医や市中病院勤務医には、主に“医療の遂行のみ”が求められるのに対して、大学病院勤務医には“医療と医学の両者の遂行”が求められるものと私は考える。大学病院勤務医と開業医・市中病院勤務医の優劣を論じるのは愚の骨頂であるが、両者間で“求められること”が異なることは間違いない。“求められること”が多い分、大学病院勤務医師の日常は、より過酷になるのであろう。ただでさえ難症例が集まり、常に待合室が患者であふれる大学病院では、医療の遂行だけで心身が消耗される。しかし、である。もしも仮に大学病院勤務医師が医学に時間を割かないとなると、医学の進歩は間違いなく停滞する。もちろん、ナショナル・センターやいくつかの市中病院においても研究活動は熱心に行われているが、やはり研究活動の中心は大学病院なのである。斬新なシステム作りの中心も、前例のない患者支援体制構築の中心も大学病院なのである。大学病院勤務医師こそが、なんらかの変化を創り出さなければならない。

一方、これは“負の側面”とも言えるが、ファイナンシャル的にも大学病院勤務医師は特別で、矛盾にも直面する。完全なる非医療人である私の妻は当初、大学病院の給与の安さに驚愕し、そのような“安月給の職場”を好む夫の感覚を疑った。私は「素晴らしい学問の環境に身を置くために、お金を払っているものと理解しよう」などと妻に説いてみたが、彼女の心にそれが響いたとの感触はいまだない。娘のママ友の中には「大学病院勤務って凄いな！」と言う人もいるようだが、現状を知ってしまった妻の心中では、そんな言葉はただ空しく響くだけ。「大学病院に勤務していること自体は、そんなに凄くない」といまや考える妻に、私は大方合意する。「大学病院で何をしているか？」ということが重要だ。それにしてもやはり、妻はファイナンシャル・プロブレムを重視するため、私は「太った豚よりも、痩せたソクラテスになれ」という某大学総長の言葉を小学 2 年生の娘に諭そうとしたが、結果的に娘には「パパ、結構太ってるよ」と一笑に付され、彼女にとっては時期尚早な言葉であったと心得た。とにかかにも、大学病院は“安月給な職場”だからこそ、いろんなことに挑戦しないと“もったいない”と私は考えるようにしている。

さらに続けると、ついには職業倫理の問題につきあたる。ここで私が言う職業倫理とは「社会から期待される自らの職業上の責務を、きちんと果たすこと」であるが、結局、人間の価値を決めるのは、勤務場所や役職名などではなくて、その人が「職業倫理をいかほどに全うしたか」によると思う。確かに一介の開業医であった私の父は、留学をしたこともないし、英語論文執筆の経験も極めて乏しい。しかしながら、父は自らに課せられた職務を潔く遂行した。私たち家族が父の仕事の犠牲になった（父は私の参観日や運動会に学校に来たことはほとんどない）ことは少なからずあるが、父は自分の時間のほぼ全てを地域医療に捧げることで自らの職業倫理を全うした。ここに尊敬の念が生まれることには何の不思議もない。そこで、自らの行

いを棚に上げて私は思う。今こそ我々は、大学病院勤務医師に期待される職業倫理を見つめなおしたい。もしも、それを全うしていないことを自覚したならば、そこで“後ろめたさ”を感じたい。そして、その“後ろめたさ”を新たなドライビング・フォースとして、大学病院医師としてさらなるステップ・アップを遂げていければと考える。

ただし、敢えて述べると、父のごとくの開業医と私のごとくの大学勤務医を比べた場合、後者ならではのアドバンテージは確かに存在する。大学病院勤務医師であれば、臨床であろうと研究であろうと、最先端で独創的なプロジェクトへのアクセスに利がある。変化をもたらす試みを支援するスタッフがいる。そんな環境の中で成果が出せれば、学会発表や論文報告を通じて日本全国のみならず世界各国にそれを広めることができる。「小医は病を癒す、中医は人を癒す、大医は国を癒す」という中国の古い言葉があるが、残念ながら開業医であった父のもとには、国を癒す機会を訪れなかった。これに対して、大学病院勤務医師であれば、医学的な成果を挙げることで“国を癒す”ことができるかも知れない。そう、大学病院には、いつだって大きな可能性が潜んでいる。中壮年の私が口にするのはいささか恥ずかしい言葉であるが、私が大学病院での勤務を望む最大の理由は、こんな可能性にロマンを感じているからに他ならない。

ところで、診療所閉院後の父はさすがに時間ができたようで、数か月に一度の割ではあるが、私と一緒にプロ野球観戦に行くことができるようになった（なんと父は、医大生時代は硬式野球部の所属である）。ただし、スタンドで観戦中であっても、突然に父から「ところで、最近は大学で何の研究をしているんだ？」などと切り出されることがあるので、年甲斐もなく私は、試合観戦中もなんとなく緊張している。そんな訳で、父との野球観戦は、楽しいようで楽しくなかったりもする。（終わり）

おまけ 2 : 主任教授エッセイ【カリフォルニアの朝青龍】（2017 年秋、某雑誌に掲載）

カリフォルニア州にあるスタンフォード大学への留学を終え私が 2006 年に帰国してから、すでに 10 年以上が経過した。先日、留学中に知り合った日本人の友人たちと「どんな時に留学時代を思い出すか？」という話題になった。一人は、サンフランシスコ（サンフランシスコとスタンフォードとの間の距離は、車で 40 分程度）のゴールデンゲートブリッジの写真を見る時にと答え、別の一人は、米国のゴルフ中継で眩いグリーンを目にする時にと答えた。一方で、私の答えは彼らのものとは全く異なる。私は、かの有名な相撲取りである朝青龍を見ると、瞬時にしてあの頃を思い出す。モンゴル出身の第 68 代横綱、朝青龍明徳の姿を目にすると、あのカリフォルニアでの日々が懐かしく思い出されるのである。

2004 年の 10 月、悲願であった米国留学の夢がようやくかない、私はサンフランシスコ国際空港に降り立った。そして、その数日後からスタンフォード大学脳卒中センターでの生活が始まった。ただし、鍛えていたはずの英会話も当初は全く歯が立たず、救急室で患者を目の前にしてもほとんど言葉を発せなく居場所に困る日々が続いた。自宅に帰っても、テレビの英語番組を十分に理解できるわけでもなく、大きな焦りとささやかな絶望が私を包んだ。そんな当地において唯一、ケーブルテレビの「テレビジャパン」というチャンネルだけが日本の番組を流していた。ほとんどが数時間前もしくは数日前に日本で放送された番組の録画放送であったが、その中で二つだけリアルタイムで（日本国内での放送に遅れることなく）放送される番組があった。ひとつは定時の NHK ニュースであり、もうひとつは NHK の大相撲中継であった。渡米前の私は大相撲など見たこともなかったが、当地では「日本語恋しき」との思いからテレビジャパンでの大相撲中継を欠かさず見るようになった。その中継において、いつも画面の中で躍動し主役の座を譲らなかったのが朝青龍である。

日本とカリフォルニアの時差は 17 時間（サマータイム施行時は 16 時間。日本が進んで、カリフォルニアが遅れている）であるため、結びの一番で朝青龍が登場する 17 時 50 分頃は、カリフォルニアでは日付が日本に追いついたばかりの 0 時 50 分となる。私は、本場所開催中は夜中の 0 時 30 分頃になると必ずテレビの前に座り、テレビジャパンにチャンネルを合わせた。カリフォルニアの深夜の静寂の中で登場してくる朝青龍は、いつだってふてぶてしく、仏頂面のまま相手の力士を豪快にぶっ倒すのが常であった。取組後の彼

は、万雷の拍手を浴びせる日本人観客の中を、これでもかといわんばかりに偉そうに堂々と引き上げる。モンゴルから単身で相撲の本場である日本に渡り、いまやふんどし（まわし）一丁の姿で日本の老若男女を虜にする。そんな彼の姿に、私はなんと尊敬の念と憧れを抱いた。かつて経験したことのない苦勞を異国で味わっている私の目には、異国で輝きを放ち続ける彼が強烈なるヒーローとして映った。彼の取り組みが終わる頃のカリフォルニアは深夜の1時となっていたが、眠気が強くなければ私はひとりアパートの外に出て、カリフォルニアの星空を見つめた。そして、朝青龍の仏頂面を思い出しながら、私は自らを鼓舞した。医学と相撲と舞台は違えど、彼のように異国で負けずに戦い抜こうとの決意を自ら確認したのだ。ところが、翌朝になり脳卒中センターに出勤すると、朝青龍にいただいた気合いが効を奏することはなく、やはり事は順調には進まない。そして、深夜になって再びテレビの前に座る時には、なんとも言えない悔しさを私は噛みしめていた。

千秋楽の最後に行われる朝青龍の優勝インタビューは、当地では日曜の午前0時40分頃に始まる。朝青龍は流暢な日本語で無頼かつ痛快な台詞を吐き、場内を沸かしたまま土俵を去る。そんな彼を見ながら私は「次の場所が始まるまでには絶対に・・・」などと誓いを立てた。しかしながら、およそ2か月が経過して次の場所が始まって、たいていの場合私は自らの目標には至っておらず、自分自身を反省するとともに、このモンゴルからやってきた若者に嫉妬の念を抱いた。

結局私は、二年間の留学生活で Pubmed に載る英語論文を数本書き上げ、何点かのインパクトファクターを獲得した。また、渡米当初は無給であったが、およそ半年間を経過した時点からスタンフォード大学から給料をいただけるようになった。日本への帰国直前には、非常に多少ではあったがスペイン語で当地のヒスパニック患者も診察できるようになった。けれども私は、この留学は医学者としては「負けに近い引き分け」であったと思っている。なぜならば、留学期間の最後まで「米国（世界）に追いつきたい」との思いが私を支配していたからだ。米国滞在中の私には「彼ら（現地の研究者たち）からアドバンテージを奪った」と感じる瞬間が全くなかった。留学中の私は終始「追う立場」に甘んじており、心のどこかにいつも劣等感を感じていた。私が米国滞在中に行われた12場所中で10回の優勝を飾った朝青龍と比べると、私の米国留学は成功（勝ち）とはほど遠かった。ただし、である。人生経験（一度きりの人生）という観点から見ると、このカリフォルニアでの2年間は、私にとってこのうえなく貴重なものであった。ひとりの人間としても医学者の一人としても、私の視野は米国留学中に確実に大きく広がった。この留学によって、私の人間性が多少なりとも研ぎ澄まされたことも間違いない。そして、洋の東西を問わず多くの友人の知己を得ることができた。カリフォルニアでの日々は、私にとっては、間違いなく priceless なそれである。

私の座右の銘として「志あるもの、海を渡る」というものがある。この言葉は、おそらくはスポーツ雑誌である「Number」が渡米してロサンゼルス・ドジャースに入団した野茂英雄をたたえた記事の中で見つけたように思う。私はこの言葉を心の拠り所として留学の機会を待ち続け、ついには自らの手でそのチャンスを手に入れた。そして、万事順調ではなかったが、カリフォルニアでの日々は私の人生において最大の財産となった。決してエリート街道を突っ走ってきたわけではない私が、医学道の後輩である皆様にあえてひとつだけ言葉を送るのであれば、この言葉を送りたい。そして願わくば、朝青龍や野茂英雄のように、皆様には海の向こうで成功を遂げていただきたいと思う。

それにしても、米国から帰国後の10年間はまさに「変遷の時」であった。留学当時の米国ではジョージ・ブッシュが大統領の座にあったが、その後にバラク・オバマが黒人初の大統領となり、次いで今ではあの不動産王ドナルド・トランプが最高権力を握っている。朝青龍明徳は、泥酔したうえでの暴行事件で角界を去り、いまや実業家兼慈善家兼タレントのドルゴルスレン・ダグワドルジとなってしまった。一方で私は、あの当時にはいまだ開学の日を迎えていなかった千葉県の新設医学部で、今年から教員の地位を得ている。そして来年度からは私も、アジア各国からこの新設医学部に集まった留学生に対して講義を行うのだが、その中には朝青龍の故郷であるモンゴルからやってきた留学生も含まれている。まさに「We did change!」である。（終わり）