



与されるに至ったのか等、薬剤そのもののことはほとんど知らないし興味もない、ということを見出した。また医者 3 年目にトルバブタンの治験第 II 相に参加する幸運に恵まれたのだが、2005 年当時、治験というものに対する医者の反応といえば「書類が面倒くさい、治験薬なんて何だか信用ならないから自分の患者には参加させたくない」といったネガティブなものに満ち溢れていて、薬学部で日夜有機化学合成にいそしんだ自分からすれば、多く見積もってもシーズ化合物の中で万に一つと言われる、ヒトに投与されるまで至ったエリート化合物の扱いがあまりに雑であり、「化合物に失礼にも程がある！」と一人憤慨していた。

とは言え当時の医者のトレーニングはそれなりに過酷なものがあり(個人的な印象としては自分の薬化学での 1 年間の実験生活と同程度だったが、期間がより長かった)、そんなことも忘れて循環器内科医として臨床・研究に明け暮れていたのだが、医者 8 年目の大学院生をしていた時に、ふとしたきっかけで東大医学部バドミントン部の先輩から「治験を積極的に実施するクリニックを立ち上げたいので手伝ってくれないか」とのお誘いを受け、2009 年に東京駅センタービルクリニックの共同開設者となった。それ以来、GCP 準拠の第 II・III 相試験に数多く携わる機会に恵まれ、微力ながら自分が新薬開発に関わることができているという幸福感を感じられる時を過ごしてきた。

実のところこの 17 年間で日本の治験をとりまく環境は大きく変化した。実は GCP 準拠の治験に関しては、そのルールは 1997 年に発出された新 GCP 省令に則っているので変わっていないのだが、当時日本ではその傍系(簡易版?)としてアカデミア臨床試験が盛んに実施されていて、研究者主体で自由度の

高い臨床研究が多かった。それが現在では、医師主導治験や臨床研究法の整備により質・透明性が大きく向上し、世界的な新薬開発の潮流に日本も確実に組み込まれるようになった。

そして今、薬学部で触れた核酸医薬が実際の臨床現場に登場し、循環器内科医である私が患者さんに処方できる時代となった。学生時代の研究対象が、自らの手で患者に届けられる薬剤として形になったことは、研究者・臨床医双方の視点を持つ者にとってこの上ない喜びである。薬学と医学の両方を歩んできた道が、ついに一つに結実した瞬間を迎えていることを、同窓の皆さまにご報告したい。

インクリシランは私が薬学部にはまだ知られていなかった siRNA の生体内システムを利用した gene silencing をもたらすメカニズムだが、つい先日には薬学部当時からアイデアとして存在したアンチセンスオリゴのシステムを利用したペラカルセンの治験にも参加させていただいた。当然(?)普通の医者は siRNA とアンチセンスオリゴの何が違うのかなどには到底理解が及ばないため、講演会などの機会を利用して日本の医者の薬剤リテラシー上昇に少しでも寄与できればと思って日夜活動している。北大薬学部で培った知識と経験、そして先生方・同級生からいただいた励ましがなければ、今日このような感慨を持つことはできなかったと思う。今後も薬学と医学の橋渡しとなれるよう、臨床と研究の現場で引き続き精進していきたいと思う。

同窓会 HP:2026 年 8 月 28 日公開