



桐医会会報

2002. 3. 29 No. 51



第1回生座談会（本文参照）

目次

☆第1回生座談会	1
☆本田克也先生 教授就任挨拶	18
☆磯 博康先生 教授就任挨拶	20
☆2001年度 海外臨床実習報告（M 6 松本知美）	22
☆それぞれの道 第1回：中山健児先生（2回生）	32
☆第12回生 同窓会報告	46
☆2002年度東医体、筑波大学が主管に	49

桐医会は今まで年1回の総会にあわせて様々なテーマについてシンポジウムを開いてまいりました。今回1回生が卒後20年を記念して同級会を開くにあたり座談会も同時に開催し、特にテーマを決めず、様々なことをフランクに語っていただきました。今後 今までのシンポジウムに代えて各回生でこのような企画を催し掲載していきたいと存じますので、よろしくお願い申し上げます。

第1回生座談会

日時：平成12年12月2日（土）13：00～18：00

場所：つくば国際会議場

シンポジスト

飯泉 達夫：帝京大学医学部・泌尿器科
伊藤 克人：東京急行電鉄(株)東急病院・心療内科
大越 教夫：筑波大学臨床医学系・神経内科
奥田 諭吉：筑波大学臨床医学系・内科（代謝内分泌科）
小石沢 正：筑波記念病院・心臓血管外科
上月 英樹：図書館情報大学体育・保健センター
齋藤 重行：筑波大学臨床医学系・手術部（麻酔）
榎原 謙：筑波大学臨床医学系・循環器外科
武島 仁：筑波大学臨床医学系・泌尿器科
(現：龍ヶ崎済生会病院・泌尿器科)
武島 玲子：茨城県立医療大学・麻酔科
塙田 篤郎：県南病院・脳神経外科
松崎 靖司：筑波大学臨床医学系・消化器内科
松村 明：筑波大学臨床医学系・脳神経外科
宮川 俊平：筑波大学臨床医学系・整形外科

(五十音順)

司会

黒沢 進：帝京大学市原病院・消化器内科

宮川：

それでは一期生の座談会を黒沢先生の司会のもと始めたいと思います。よろしくお願いします。

司会：

一週間前に研究会で山口先生に会ったら座談会があるので司会をしてくれと言われまして何もわからぬまま引き受けてしまいまいた。私は、筑波大学を出てから20年ですがあまりみなさんに会つていませんが、顔をみるとちゃんと名前が浮かん

できますからやっぱり20年もたいた時間ではないと、それに比べて筑波の学生の6年間は随分濃い時間だったと思います。聞いているとみなさんにはお互いに会っているようですね。今日は何をやろうかということは決めてこなかったんですが、20周年ということで特に何かやろうということはありますか？ないですか？では、雑談会ということでおろしいですね？特に大学に望む、とか桐医会に望む、などの内容にはしなくていいと山口先生に言われましたので、ざっくばらんにやってみ

ましょう。

まず、私自身の筑波大学同窓会に対する感想を述べてみます。実は私は帝京大学にいるのですが、帝京はいまだに同窓会がないのです。もう筑波大学とほぼ同じ20数年たっていまして卒業生も何千人もいるんですが、同窓会がなくて大学のパワーが弱いわけです。筑波を見ると大学同窓会のパワーが弱いか強いかわからないのですが、やはり東大等を見るとそのパワーに負けるような気がします。帝京はゼロですが東大や京大は非常にパワーがあるって、筑波の同窓会っていうのは真ん中の下くらいでしょうか。医師も就職や転職等において、人間関係が重要なので、同窓会には大いにがんばってもらいたいと思います。雑談はこれくらいにして、今日は、一人一人に発言をしてもらうというか自己紹介をしてもらうということでおろしいですか？では私からふつてしまいますが、まずは齋藤先生、20年間何があったか何をやったのか、まずは口火をきってもらいましょう。

齋藤：

筑波大臨床医学系麻酔科、というよりは手術部で働いております。大学出て20年、麻酔一筋にやっております。2年ほどアメリカで充実した研究もできました。外科系の先生はみんなよくしっていてよくお会いします。仕事柄、外科系の先生方の手術はよく知っているつもりです。自分が患者だったとして、筑波大学のどの先生を選んでも間違いないなと思っています。麻酔というと事故というイメージがあるんですが事故はほとんど起こってないです。非常に気を使ってうちの麻酔の医局の人を教育するのが今の仕事かなと思っています。筑波大の麻酔科のブランドをつくるための努力をしています。筑波大の麻酔科を出た人はどこに行っても通用するような医者をつくりたいと思っています。

司会：

御家族関係については、いかがでしょうか？

齋藤：

一男しかいないんですが。中二で今熱を出して寝ています。

小石沢：

私はレジデントを修了してからちょうど10年間筑波を離れて、卒後16年たってまた筑波に戻ってきました。北茨城3年間、トロント1年間、東京に6年間おりまして、筑波の内側からも外側からも見ることができて良かったと思います。卒後ずっと筑波にいる人と、卒後すぐに筑波を離れてしまった人がいるわけですが、その両方の見方ができたこと、つまり筑波のいい所と悪い所が見えたかなという気持ちがあります。日常の臨床上の仕事は、筑波の方がずっとしやすいと思います。同級生や後輩が大勢いるし、筑波卒業以外の先輩の先生方も筑波大学の理念を理解していくくださるので、いろいろと積極的にできたと思います。もう一つ筑波のいい点は、研究面や臨床面の両方において、若いうちから積極的にいろいろ経験させてくれたことなどです。我々が育った循環器外科では、多くの仲間が留学の機会を与えてもらったり、臨床面では国内のリーディング・ホスピタルに研修に出させてもらったりしました。また、卒後早い時期から講師になったりするのも筑波の特長でしょう。本来他の大学では、1つの教室に講師は2人位しかいないわけですから、レジデントを修了してちょっとで講師になってしまい、そういうような早い時期から一人前にしてくれるという点が筑波の良い点であるのとは裏腹に、若い経験のない人が一人前のつもりになってしまうことがあります。歴史のある大学では、大勢の先輩方がいて、そのピラミッド社会を経験してきた先生が大勢いることを理解した方がいいのかなという気がします。筑波の卒業生はずっと筑波にいる人はそういう経験をしていないし、外に出られた先生はそういう社会の中でやってこられて非常にご苦労があるのではないかとご推察します。筑波のいい所は、歴史は自分たちがつくっていくという自負があり、古い伝統にとらわれず（というより伝統がない訳ですが）どんどん積極

的に新しいことをやっていけることだと思います。我々はどこへ行っても、またいつまでたっても一期生なわけですから、筑波を代表して後輩たちを引っ張って行かなければならぬという気持ちがあります。特に大学に残っている先生方は後輩を良い方向に育てていっていただきたいと思います。世の中の多くの優秀な先生方の中には、歴史と言うピラミッドに押しつぶされてと言っては申し訳ないですが、苦労してらっしゃる先生方が大勢いると思います。私は今筑波記念病院に勤務していますが、榎原先生や齋藤先生と楽しく仕事をしております。私事ですが、最近つくばに家を建てましたのでずっとこの辺にいるので、是非遊びに来て下さい。では近況報告を終わります。

司会：

筑波の良い点悪い点あると思います。私は筑波を出て20年ですがやはり煩わしくないという良い点はあります。反対に何かしようという時に同窓生を頼ることがない点でマイナスの点があると思います。飯泉先生は私と同じで筑波を離れて帝京大学に勤務していますね。では飯泉先生。

飯泉：

帝京と筑波で一番の違いは帝京が私立ということですけれど、僕が帝京に移ったのは86年ですがその頃は帝京はお金があって非常にのんびりしていて研究費もあって買うものはないかと言ってくる位で。製薬会社からの寄付もありましたし。最近は医療費抑制で経営が大変で臨床をしっかりと厳しく言われる。特に今年は学生の国試合格率が悪かったので教育もちゃんとしろとそちらの締め付けが厳しかった。黒沢先生は市原だからあまり学生が行かないでしょうけれど、泌尿器科に5年が来ていて、4年が月火水に9人くらいづつ来て大変な労力です。内科は誰が外来を何人みたかランク付けされていますし毎月教授会で発表されます。外科系は手術に入った件数が出ます。やはり国立大とは全然違います。それに学会にいける日数も決まっています。年間20日以上は行くなど。外来休む時には理由書を書いてはりだす。外

来は朝9時に始まったかチェックされています。

司会：

今は出席はとらないのですか？

飯泉：

さすがに今はそこまではしません。でも外来ではチェックされています。やはり国立と違って採算がとれない。少子化で受験する学生の数が減ってきてかなり危機感があります。今年の受験者数も減りました。病院も赤字と言われて実際に医者の数は減らされています。内科は二、三割。事務系もかなり減らされています。国立とは経営に対する危機感が全然違います。みなさんわからないかもしれませんね。

司会：

私立に行っている先生は他におられますか？いないようですね。それでは、飯泉先生と僕ですね、私立の大学の悩みがあるのは。

塙田：

私立にも色々ありますね。慶應とか慈恵とか古いわけで。帝京は特殊なんじゃないですか？

飯泉：

コスト意識に関しては帝京が一番甘いそうです。帝京は本当は総売上や検査件数が1.5倍あってもいいと言われています。他の私立はもっとコスト意識がしっかりとしていると言われていますが実状はわかりません。

司会：

結局、保険適応外の診療を行うと、審査で削られたりっていうのが特に私の病院のある千葉県は厳しいようです。このため、保険外の適応の検査は全然やらないようになって、検査や投薬もすごく先細りになって患者一人当たりの売上は減っています。国立大学である、筑波は売上のことば言われますか？どういう風に？

齋藤：

言われます。

司会：

手術たくさんやれとか？

齋藤：

患者がいない。きついな。大体医療制度が悪い。

司会：

あの筑波の事件というのは筑波に特有な問題があるのですか？それともどこにでもありうるのでしょうか？

齋藤：

どこにでもある。対応が遅かった。

司会：

対応が遅かった。その時の危機管理についてはどうだったんですか？危機管理委員会とかは作っているのでしょうか？少し脱線して各論になってきていますので、つぎ榎原先生、何かご意見ありますか？

榎原：

厳しいご指摘いくつかいただきました。マスクミとか世論とかは、意外にとてもきついのを実感しました。それを痛感したのがおそらく筑波に残った先生方だろうと思います。特殊な領域の細かいことはわかりませんが、外科に関して言えば、消化器、循環器、呼吸器、含め全ての科の症例数減少は明確でとてもきびしい状況です。形成外科も数が減ったと聞いています。外来の総患者数も減っています。これは非常にクリティカルな問題なんだなということを、教訓として残すべきであると考えています。一度失われた信用をどうやって持ち上げるかも難しい問題だと思っています。

また大学院大学への移行ということで、大きな転換期となったわけですが、これをどう考えていくかも大きな問題です。大学院に入ってきたい人は必ずしも多くはないかもしれないし、筑波大学

が生き残りをかけて大学院大学になったことは良い選択だったとは思うんですが、それなりの結果を出さないとまた筑波はうまくいかんということになりますし。それをどう考えていくかが、我々に科された大きな宿題です。

司会：

その大学院の問題を次は討論してみたいと思います。

最近は学位は大学院を出ないと取りにくいと聞いていますが、大学院を経ない論文博士とかけっこ出していますか？

松崎：

けっこう出していますよ。

司会：

私が、大学に入った時に確か、大学の外に出ても学位がもらえるという約束が口約束であったと思うんですけど、これが今思うと論文博士であるわけです。実は私は幸いにも論文博士を筑波からもらいました。これからは大学院大学になるとそう簡単には論文博士は出せないという形になるでしょうか？

松崎：

本学の大学院改革の背景をまずお話ししようと思います。大学院大学化というのは、少子化で大学院進学も増える昨今、これからの一掃の大学は学部教育よりも研究を重視し、大学院での教育、研究を第一にしていくという方向性を打ち出すということが原点であります。本学の大学院改革に御苦労されておられる先生と、文部科学省の担当の方と現況をお話する機会がありました。その中から、重要なポイントをまずお話ししたいと思います。まず大学院大学というところの問題に関してなんですが、いわゆる旧帝大が試行するものと今回筑波が行うものとは基本的には若干異なるということを認識しておかないといけないと思います。それはなぜかとうと旧帝大の大学院大学化は、予算措置があり、教官所属の変更、さらに院生の定員

が増えるということが基本にあります。いわゆる大学全体の改革となるわけです。筑波の場合の定員増はごくわずかです。予算措置もほとんどありません。なぜそうかというと、筑波大学はすでに、大学院生定員も多く、教官も学系所属で学部配置でないこと、大学院が博士と修士という2課程の部局になっていることで、大学院化がすでに出来上がっているということです。このことは、文部科学省自体が、筑波大学はすでに大学院大学であるという認識を持っているということからも明らかです。ですから、大学院の中を編成変えをして大研究科を作るということで、大学院の充実化をはからうというものです。従来、筑波大学大学院は、博士課程として20研究科があります。1999年度に大学院設置審にはかり今まで理系の8研究科を、まず三大研究科という形でまとめました。2000年度に、新たに大学院設置審にはかり、残った人文・社会科学系の5研究科を1研究科に、さらに、人間系3研究科、専門系2研究科、医学系の6研究科を共通の「人間」を柱に1研究科に、改組再編するわけです。医学系は2001年度に人間総合科学研究科という大研究科に生まれ変わったわけです。このような形態をとる大学院組織と規模を有する大学院は旧帝大とは異なり、筑波大学が目指す、新しい構想といえるかもしれません。ですから、一般に言われる、大学院大学化ではなく、「筑波大学型、大学院重点化」という言葉が正しい認識かと思います。先ほど述べましたように、今まで筑波の大学院は博士課程と修士課程と、二つのラインがありそこの課程長がいわゆる部局長になっています。今回は大研究科とし、部局長を増やし研究科それぞれの独自の意見をさらに大学に反映させて行こうということあります。これはいいことでありリーズナブルなことだと思います。しかし一方、医学研究科は人間総合科学研究科というところに入り込むですから医学が独立しているという独自性はなくなると認識したほうがいいかもしれません。人間総合科学研究科においては医学関連として、三つの新しい専攻ができます。東大のように大学院の定員が膨大に増えるということは、筑波大学にはないわけです。この理由は、

先ほど述べた通りです。筑波大学は大学院大学として学系という組織を核に大学院指導ができるようすで組み立てられているわけです。旧帝大は、大学院を実務化、研究重視化をはかると思います。しかし筑波大学は学系という、旧帝大の目指すものにさらに、より充実した教育を大学、大学院ともに行うということが含まれている、またより一体化しているという良い組織を持っているわけです。九大や東大も筑波型の組織を作り出しました。さらに本学には過去より予算もついており、研究と教育のシステムを分けてスタートしているのです。新たな予算措置をくむことは、すでにそれなりの予算が配置されているということでききません。文部科学省は、今の国立大学を筑波システムに変え、移行していくとしているのが現状です。筑波はある意味では早くから、これらを先行して行っていたわけです。約25年経った今それをどのように統括し、どこがまずく、どのようにしていくのがいいのか。これらの議論をすべき時期に来ているわけです。だから今回大学院大学と言われましてもいわゆる旧帝大の大学院大学とは若干異なるわけですから、筑波大学の大学院重点化をどのように目差すかきちんと議論していかなければいけないと思います。国立大学法人化もひかえ、当然私立大学と同じようなことが今後国立大学にも必ずふりかかると思います。そういうことまで含めてやはり議論をもっていかないと非常に厳しい状況に筑波は陥っていく可能性があると思います。申し訳ありません。だいぶ前段が長くなってしまいました。背景を知っていただかねばと思いつい。ですから、最初のご質問に関しては、大学院の改組・編成ですので、学位授与に関しては、別段今までと、大きく変化するものではないと思います。大学院へいかなくとも、論文博士として、新しい大学院へ申請し、受理されれば学位が授与されると思います。それなくなるということは、まずないのでしょうか。

司会：

論文博士はなくならないことのことのようですね。

私のように大学の外に出てしまった人間にもこれからも筑波の学位が取れるということは、朗報であると思います。

大学院に関係することで、少し本論から外れますが、神戸とか京大とか大学院大学の教授っていいますよね？ 私は不勉強なのでこのようなタイトルがややわかりにくいのですが、説明していただけますか？

松崎：

今述べましたように、筑波大学は大学院の改組・再編をし、大研究科にします。ですから私たちも新しい大学院教官として設置審に資料をだしてその合否を問われたわけです。2001年4月からそれが発令されます。新しい大学院ができるわけです。筑波がどういう形でそれを表にだすかはわかりません。基本的に筑波大学は法制上、教官は学系という研究組織に組み込まれ、学群、大学院で授業、研究・指導を行なうわけです。ですから、おそらく大学院所属という形態はとれないのではないかと個人的には思いますが。呼び方でなく問題は中身ではないでしょうか。今後、どのように我が大学が、大学院重点化をはかり、発展していくかが問われる時期になると思います。筑波大学の大学院改革が旧帝大の大学院大学化と、全く同じであると錯覚せずに、筑波大学が何を目指しているかを教官は正確に認識していないといけないと思います

塙田：

ちょっと質問ですが学生の数はあんまり増えないけど少しあるんですか？

松崎：

ええ少しある。人間総合科学研究科においては医学関連として、ヒューマン・ケア科学、感性認知脳科学、スポーツ医学の各専攻が新しくできます。そこには定員増があるでしょう。

塙田：

で、教官や教授は？ 変わらない？

松崎：

その専攻科にだけ若干の教官数の増があるのではないでしょうか。

松村：

そこに関連して。私は松崎先生ほど内部事情にくわしくないんですが同窓会の座談会ということで、僕らの代は40人しか大学病院のレジデントに残れなくて60人は出ていったわけです。筑波大学はレジデント制度を日本の国立大学で初めて取り入れた。そういうシステムを取り入れて実際40人をとて、最後チーフレジデントをアメリカでは半分の20、20にして、200人の定員を予算としてとったわけです。それが今実際事実上はもうレジデント制度ではなくて昔の旧医局と同じで入局希望者全員とするようなシステムになっています。その分、院外実習させて6年で一応終わったことにするというシステムでやっています。しかし医局がないわけですからその6年できるわけです。つまり筑波の卒業生なり、外からきた人はそう6年で普ツツリきられる。昔の他大学の医局制度っていうのは、例えば助手にする、医局をはなれるまで面倒みるという制度なんですがレジデント制度っていうのは6年間できてしまう。アメリカのレジデント制度はさらに2、3年クリニカルリサーチフェローとかクリニカルフェローがあってそこで臨床や研究できるわけです。ところが今筑波大学にはそういうことがない。今大学院大学とクリニカルの先生が研究をしようと思った場合にいかに臨床と研究を統合させるかが今後の筑波の大大きな問題ではないかと思います。そうしないと研究は研究で動いて、臨床は臨床で動いて、それは今まで臨床の力はあるけど研究の業績はあまり出ないとか、筑波はそういう中途半端な状態ができているのではないかと思います。ですから大学院大学ができることで医局のいいところとレジデント制度のいいところをとりいれて、開設当時は筑波のレジデント制度は非常にいい制度だった

と思うんですけど、今後やっぱり20年くらいに向けて何か筑波の独自の大学院と臨床における研究の合体みたいな方針を考えていかないと筑波の特徴性はでないんではないかと。具体的にはわかりませんが。今回の事故もレジデント制度にまかせっきりで教官は研究ばっかりしているという批判もないわけではない。もうすこし総合的な政策を医学の中で考えていかないと。同窓会のこれから出てくる人たちのためにも。

武島（仁）：

松村先生から、開院当時に考えられていたレジデント制度がなしくずしになっているという話がありました。現在のところ確かに卒業生の七割以上がレジデントとして残ります、しかしこれが悪いことかというとそんなことはない。よく他の大学の先生と話していく、筑波は七割以上のこるというと非常に羨ましがれます。ある大学では三割位しか残らない。違う大学の話はもっと大変です。その大学の入試はセンター試験重視で二次の学力試験はしません、センター試験で成績のいい人を集めて面接をする。そうすると大学を卒業して一般社会に出ている人が毎年センター試験を受けて、良い点を取った年に面接に応募して来る。そうするとどうしても年齢の高い学生が多くなり、家族のある人も増える。そういう人は家族の協力などで卒業まではするけれど、事情が多すぎてなかなか大学には残れない。一方で、現役や一浪の学生は10人を超えない。大学に残って勉強することが許される状況にある学生は10パーセント以下ということになって、そうなると、若い研修医や研究者を集めて活発に仕事をするということができなくなる。ですから卒業生が残るというシステムは始めに理想とされたレジデントシステムは壊れているけど非常にありがたいことだと思います。もう一つ筑波は県内出身者は三割を超えない。三割を超えたなら危険信号で、五割を超えたら回復不可能ということですが、そういった意味でまだまだ活力があるしそれなりのブランドでもあるんだなと思います。しかし、20年も経つといろいろとこのシステムにも問題が出てきます。例

えば筑波大学には助手のポストがなくて講師しかない。確かに若くして講師になれます、レジデントとスタッフをつなぐ中堅層がないため、どうしても上の方が大きい頭でっかちのシステムになります。スタッフの流動性が確保されなければますますひどいことになり、そうなると研修医への負担が増える。附属病院では主治医の欄にジュニアレジデント、真ん中のチーフ、指導する講師の三人の名前が書かれるようになって、指導する医師の責任が明確になっていますが、実際に病棟の仕事は一番下のジュニアレジデントが一番大変で、一所懸命に仕事をしていてもこの前のような事件が起こることもある。そういうたびにはあります。我々の頃は指導してくれた先輩の先生方が若くて確かに非常に良い環境の中で研修させてもらうことができた、しかも時代も良かった。今は安全管理上必要とはいえ要求されることが多くて大変です。とてもじゃないがレジデントが余裕をもって勉強できるような状況ではない。一方で、レジデント自身が自分が責任者なんだという自覚を持つような経験を積む機会が減っている。患者さんに対する説明一つにしても、我々はシニア位から任されてすることも多かったのですが、今は講師がやっている。彼らは側で聞いて筆記するだけです。そうすると主体性がなくなってくる。安全性は確保できるかもしれないが一人前になるスピードは落ちてくる。彼らにとって、主体性を持ちづらくなり、なおかつ煩雑な仕事は増えるばかりです。どのようにしたら彼らに医者として誇りを持ってやっていくような姿勢を植え付けることができるか非常に悩んでいます。

司会：

筑波のシステムの話になってきたんですが、後で筑波のシステムや20年目の総括とかをしようと思っています。次に武島（玲）先生、近況報告をお願いします。

武島（玲）：

私は大学卒業後、筑波大学附属病院麻酔科レジデントになり、6年目で筑波メドカルセンター病

院に行きました。そしてレジデント終了後、大学麻酔科講師になり、その間アメリカに2年間留学させていただきました。その後、8年前に大学を出て水戸済生会病院に3年間勤務し、現在は5年前から阿見町にできた県立医療大にいます。今大学の外ではありますが、回りに学生時代からの恩師もいらっしゃいますし、何かあれば大学麻酔科の斎藤先生にSOSを出したりして、筑波大学を頼りにしています。そういうわけで、近い所にいますのであまり大学を外から客観的には見られないかもしれません。しかし、今、医療大学もいろいろと変化の時を迎えてますので、同じような思いにかられます。卒業して20年たち、昔の筑波大学開学当初の崇高な（？）理念を知っているのは、もう私たちだけではないでしょうか？時代は変化していきますから、20年前の理念に戻れとは思いませんが、そういう理念や理想を聞かされ、その意欲を肌で感じてきた我々が、今、新たな意識を持って、筑波大学の発展に寄与していただきたいと思います。そういう意味で卒業生にはがんばっていただきたいなと思っていますし、外からできることは応援していきます。

司会：

先生の実際のお仕事は、患者を診る医療職ですか、それとも学生の教育が主体の教育職ですか？

武島（玲）：

私の立場は複雑なのです。医療大学は理学療法士、作業療法士、放射線技師、そして看護婦を養成する大学です。私の所属は付属病院で麻酔科をしています。仕事の内容は医療職ですが身分は教育職です。講義はしないで臨床をし、大学教員とは違うけど待遇は教育職という混乱状態です。種々の問題があり、現在検討中という状況です。

司会：

これまで、皆さんの近況を聞きましたが、医師の仕事は診療だけではないようです。

基本的に、患者を診る臨床と、若い医療者を育てる教育と、さらに大学では昇進に重要な研究と、

この三つあるわけです。誰でも、これらの3本柱を何パーセントづつやるかで違った職業形態のようになるわけでしょう。欧米の学会ではこれらのパーセンテージを書かされたりします。大学を出て20年もたつと、大学にいると研究もやらなくてはいけないし、教育もやらされるということで色々悩みがあると思います。では松崎先生、近況報告をお願いします。最近助教授になられてこのような状況にどんな違いがありますか？

松崎：

基本的に生活はほとんど変わりません。私は今年の一月一日に臨床医学系内科学の消化器内科学担当として助教授になりました。仕事の内容は講師のときも助教授も同じで、雑用がさらに増え、むしろ余計大変になりました。先ほど武島先生が言われたように本学は個別に独立した、大学院生の指導の意味を含めた講師が多いですから、助教授だからといって内容的には変わらないのが現状です。結果的にトータルでみると30パーセントは臨床をやって、30パーセント研究。残ったところで教育と管理、雑用ということになってしまします。大体そんな現況です。現実問題、研究・診療・教育という3本柱を均一に行うということはかなりきついことです。我々は臨床医学系教官ですから、現場での診療という仕事の中で卒前、卒後教育を一体とした考えを持たねばいけないと思います。臨床家が基礎研究中心となり、論文書きが第一となるという状況になってしまふと、本来の患者のための臨床の道ではなくなってしまう可能性がでてきます。まず我々は、患者さんあっての臨床医学であるということ、そして human medical life scienceを行っているということを肝に銘ずることが大事かと思います。臨床と臨床研究活動を同時に使う。このようなバランスが重要なではないでしょうか。こここのところが、実際はなかなか難しいところですが。このような状況の中で、やはり現在、教育職として残っている限りは学生並びにレジデントの教育もかなり大きな役割を担わなくてはいけないと考えています。特に夏以降の状況を見ているとやはりレジデント

のみなさんも大変な状況で仕事をしているわけです。教官はそれなりの責任を持たなくてはいけないと思っています。あくまで、診療・研究・教育など様々なことの最終責任は、責任教官と、管理者が担う覚悟を持たねばいけないのでしょうか。それだけ、教官は重い存在だと私は思っています。とくに、助教授以上になると管理という面で責任がさらに重くなります。各人が大学のシステムの中でどういった役割を果たしていくかということ認識し、各問題点を議論していくなくてはいけないのでしょうか。結論的には立場上、責任が重くなり、忙しくなりました。あと個室になりました。

司会：

ますます、責任が重くなっていくようですね。武島（仁）先生はずっと筑波におられたのですか？

武島（仁）：

レジデントが終わってから1年間外に出て講師で1年、その後1年又外に出てその後講師でまた戻ってきました。その後はずっと大学です。平成9年7月に助教授にしていただきました。近況報告ですが、やっていることは雑用が多いかなという感じです。メーリングリストにみなさんが経験しないような経験をしていると書いたんですが実際その通りで、うちでは教授が附属病院や学会で要職にあるものですから、いろいろとその下請けの仕事が多くてどうしても雑用係とならざるを得ないところがあります。助教授以下のスタッフは卒業生ばかりで年齢も若いこともあり横一列で、助教授として違うのは部屋が個室だというくらいです。卒業して20年たって40歳を越して一番初めに愕然としたのは目が遠くなったことでした。最近では手術するのにもついつい眼鏡をはずしてすることもあります、残念ながら肉体的な衰えを感じざるを得ません。若いときには考えもしなかつたことですが、自分の限界が次第に形になってきたようで、感慨と共に多少の寂しさも実感しています。

司会：

歳をとったというのは私も切に実感します。では次に松村先生お願ひします。

松村：

僕は坪井先生、塚田先生と脳外科に残って、ここにいる先生方の多くはレジデント終わってすぐ講師になられたと思うんですけど、僕は同年代の中では一番最後に講師になったと思います。確か38で講師になったと思います。それまでずっと外を点々としていて外の生活の方が長くて今でも大学の方にやや違和感を持って仕事をしています。さき私立、国立ということも出ましたけれど、たとえば国立大学では理学療法士とかソーシャルワーカーが圧倒的にいません。ソーシャルワーカーも言語療法士も一人もいない。今まで働いた病院でソーシャルワーカーがいないのは初めてです。ということに始まっていかに国立の附属病院は制度が固定化しているかにびっくりしたのが最初の印象でした。ですから他の人はだんだんそれで上がっていって違和感ないのかもしれません。最近事故のことがあって思ったのは昔はレジデントがすぐ講師になってバリバリやっていましたよね。スーパーレジデントみたいな形でやっていたのが、今の脳外科の現状を見ますと講師になるのは僕らのことで言うと大体38。奨励研究出せるか出せないかぎりぎりの年齢で大学に戻ってくることが多くなって以前に比べてレジデントと講師の年齢の空洞化がおきてている。そういう中で病棟をしっかり見る、卒業して10年目から15年くらい、その辺が空洞化している。そういう意味でレジデントが終わった後のクリニカルフェローいう制度をもし筑波大学独自のシステムがあれば、もう少し病棟が強化できるんじゃないかと思っているこのごろです。以上です。

司会：

アメリカなんかクリニカルフェローとかクリニカルのプロフェッサーがいて、ハーバード大学の医学部なんかでも日本でいう教授や助教授などにあたる人が何百人もいるんですよね。しかし、日

本はその何分の一かの人材で教育や研究をしなくてはならないことになる。そして、研究でも教育でも同じ土俵で比べられたりする。インパクトファクターなどを重点にするなどのシステムもこれだけ持ってくるからおかしなことになる。つまり、日本の大学というのがアメリカのをちょっとだけまねしてやると、非常におかしなことになる。例えば、クリニカルを中心にやっている人が教授になれない。やっぱり大学の臨床レベルを高めるためにも、クリニカルの教授というふうにしないとダメです。今、筑波でも臨床教授ということができたらいいですよね。でも、あれは外部の人ばかりですよね。それで、しかもどこかの院長とか副院長とか。卒後教育を受け入れてくれるところで実際にM6とか教えてくれる人たちが臨床教授になって欲しいと思うんですけど。また、大学の内部でもどんどん臨床教授のタイトルをだすべきだと思います。

塙田先生あたりはクリニカルプロジェッサーの資格が充分のようですが、いかがですか？

塙田：

やらせてくれれば是非。僕は脳外科に入りましたずっと脳外科をやっています。昨年亡くなられた初代の牧教授、また2代目の能勢教授ともに学内学外を問わず診療グループの充実を図っておられました。具体的にはスタッフと関連病院の充実です。我々1回生以下22回生まで各学年途切れることなく構成員がいますし、卒業生ですでに講師になっている者も多数います。また関連病院も現在14個あります。僕自身は、レジデントや関連病院での研修後9年目に講師にして頂きました。その後、父が経営していた荒川沖の6号線沿いにある県南病院に戻り、能勢先生のご指導のもと脳外科の関連病院をしていただきました。現在は脳外科3名、整形外科と呼吸器外科からも人を出していただき常勤6名で、地域に密着した外科系病院を目指してがんばっております。近くには、国立霞ヶ浦病院、土浦協同病院、東京医大霞ヶ浦病院などがあり、脳外科は割と激戦区なんですけれど脳外科半分、脊髄脊椎外科半分という特色を出し

てなんとかやっています。大学から車で約15分という地の利を生かして、後輩の先生と楽しく診療しています。脳外科の仕事以外では地方労災医員というのをやっているんですけど、これは障害認定の仕事なんです。以前は労災といえば、勤務中の事故や塵肺、振動病などがメインだったわけで、医員も整形外科と内科の先生がほとんどだったようですが、通勤途上の交通事故や、過労による脳心臓疾患が増加傾向で、脳外科の医員の増員がありました。またごく最近では、過重な労働による精神障害や、自殺などでも労災の認定がされるケースが増えてきまして、精神科の労災医員も急速増えたりしています。こういう所謂行政サイドでも筑波大に対する期待は大きく、本学卒の医員も増えています。

司会：

大学にいる先生の立場と、あと塙田先生のような比較的大きな病院にいる立場と、一匹オオカミ的な開業医の先生で、医療に関する考え方が随分違ってきますからね。

塙田：

また、今日は越智先生とか来てないですけど、卒業生でこの近隣に開業された先生も急増しております、筑波大卒の開業医の会なるものがあり、われわれ1回生から10回生ぐらいの先生方が参加していて、年2回情報交換や先輩のアドバイス、または愚痴を言う会を開いております。学年を超えて、気楽に語り合う場として大変面白く、毎回参加しています。藤岡先生、松本先生、篠塙先生、越智先生、小松先生、飯野先生などが1回生のメンバーです。

司会：

開業医の先生がたも、こういう会議に来てもらうのが良いですね。同じ環境にいる先生だと内容も同じ話になってしまします。大学の人だと大学の話しになってしまします。そのような垣根を越えて話ができると面白いですね。ですから、将来はそういうことを宮川先生に企画して頂きたいで

す。

飯泉：

帝京の場合は学生さんは開業する場合が多いので。大病院の息子が多いんですね。病院60個くらい持っているとかね。板橋中央病院病院の院長もそうだし他にもそういう人たちの子供がいっぱいいて、そういう人たちが来てくれ、来てくれって。帝京は働き口はあることはあるんです。あと開業する人が多いから開業するノウハウなんかも開業した人たち、同窓生の間で手伝ったりして。同じ医局の人が集まるなどいうことが今問題になっているとか開業医レベルの人たちの話すのも勉強になるし。それにそういう人たちが多いと送ってきてくれます。紹介率がこれから問題になってくるでしょう。そういうのも大事ですね。とくに帝京は新設なので同窓生が少ないです。日々なんかすごい数。ファックスでいつでも相談に乗るらしいです。同窓生以外のからは乗らないらしいんだけど、同窓生からのはすぐに乗って。そういうシステムにある程度しないと患者待っているだけじゃ駄目じゃないかなと。私立なんかだとかなり紹介してもらえるにはどうしたらいいかをかなり一生懸命やっています。

司会：

では大越先生お願いします。

大越：

私もここに半分くらい筑波の教官とほぼ同じコースをたどり、一応レジデントを3年、その後大学院に進み、さらにレジデント1年を経て、教官になりました。途中2年だけ神経内科を新たに立ち上げるために日立総合病院に行きました。そこでまず感じたことは、一般病院は臨床的にも経営的にも非常に厳しいということでした。たとえば、医師の定員一つにしても患者を増やさないと定員を増やしてもらえない。日立総合病院での2年間の最初の1年目は、毎日外来30~40人、入院15人を一人でやらなければならず、しかも患者のレベルは大学とほぼ同様の症例が毎日のよう

に緊急入院してきました。したがって、最初1年は人の2倍くらい仕事しました。それでやっと2年目に2人目の医師の枠をとることができました。その後、大学に戻ってきて8年間、四捨五入すると50歳になってしまう年齢、みなさんそうだと思いますんですけど。だんだん今後の身の振り方などもそろそろ考えなければならない時期もなってきました。ここにきて多くの人が着々とそれぞれの部署で活躍しているのを聞くとうらやましい限りです。どうも大学にいると視野が狭くなっているような気がします。話は変わりますが、我々1回生は大学入学、レジデント制度など現在の筑波大学の医学の歴史を作ってきたわけです。これまでの筑波大学での25年間はだれかが道筋をつけてくれたレールの上をただ走ってきたような気がします。しかし、これからは自分たちがさらなるレールを切り開かなければならぬ時代に突入します。その中で筑波大学も平成14年に図書館情報大学との合併やその後の独立法人化などさまざまな変革がおこるわけですが、我々のおかれている環境も刻々と変化し、我々の意識も変化しなければならない時代になってきたと思います。私も現在のままで進歩がないような気がしますので自分自身で何らかの方向性を決めなければならぬと思います。

司会：

その後はどうするのですか？

大越：

そうは言ってみたものの現在のところなすがままというところでしょうか？私自身急な変化はなさそうな気がします。また、話はかわりますが。私の所属する神経内科の歴史を簡単にご紹介します。神経内科もはや三代目の教授が主宰しておりますが、歴史の流れとともに、教授も替わり、医局の雰囲気も大きく変わりました。初代教授の中西先生、非常に高貴な方で雲の上の仙人みたいな人で、我々若い頃は口も聞けないほどでした。二代目の金沢先生は教授就任後1年以内に東大に移ってしまいましたが存在感の大きさ、有名皆さ

んもご存じのように天皇や皇后の主治医をされていたようで、また神経学会でも常に目立つ存在です。三代目の庄司先生はこれまでの雰囲気とはがらりと変わり、医療現場における患者のQOLの向上をいち早く重要視され、患者主体の医療を前面に出した患者の診療方針を示した先生です。すなわち、従来の医師が患者治療方針や意志決定に大きく左右していましたが、現在では患者主体でQOLを追求した医療が求められることが時代の流れであるということを強調した診療方針を示しました。この方針は、我々医局運営にも反映され、医局員の“QOL”を重視した医局運営、つまり医局の方針という旧時代の考え方から医局員の個人の意志や幸福、つまり“QOL”を重視した医局運営をしている点です。たとえば、関連病院への医局員の派遣等に関しても本人の意志を重視した決定を行っております。それでは、先ほどから問題になっているレジデント制度に話題を変えます。筑波大学のレジデントシステムの大きな問題点は、レジデント修了によるメリット、特別な恩恵があまりないということだと思います。大学院を修了すれば博士（医学）がもらえますが、現実的にはレジデント修了に関しては特別なものがない。たとえば臨床医学系の教官になるにはレジデント時代の臨床的業績より学術論文が重視されます。また、レジデント修了者が地域の関連病院に出たがらない傾向もあり、レジデント修了より大学院に進み研究をして、大学院卒業後もレジデントを修了しないで研究生活あるいは研究できるポストを望む例が多いと思います。そうなると筑波大学のレジデントシステム自体うまく機能しない状態に陥ります。レジデントシステムをさらにversion upさせ、レジデント修了にもう少しメリットを持たせる制度の構築や6年間のレジデント修了者はレデジントとしての診療業務と社会人大学院生としての研究生活が同時にできるようなレジデントポストを新設するなどの改革が必要があると思います。また、大学病院では2、3年後に研修医の必修化という問題が出てくるので、現在のシステムと変わらなければならない状況になります。その場合、現在と同じ6年間のレジデントシ

ステムでは二年間研修医をして、その後四年間しかいないでその間半分位、外の病院に出ることになり、そうすると実に2年間しか大学にいないで各専門領域を修了しなければならないのは、レジデント個人にとっても、大学病院の質を保つためにも問題ではないかと思います。レジデント6年間修了後も大学で臨床と研究をするためのポストレジデント的なポストを作るべきではないかと思います。この中から誰か筑波大学病院運営に関与する委員が数多く出て、大学病院の改革をしていただけるといいと思います。

松崎：

その通りですね。現在の我々内科医に至るまでもなんら変わらないわけです。レジデントはローテートするわけですから。2年間の研修はジュニアレジデントで全科回るわけです。それで残りの4年間をそのうち1年は卒業臨床研修部から、外にまわして残りの3年間だけがfixした診療グループで動くわけです。その3年間のうち大学にいられるのはほとんど一年です。今後、試行される、スーパーローテートがどのように機能するか、大変重要な問題でしょう。卒後教育を卒前教育とあわせ、医学教育をいかに充実させるか。中核になる人材の確保。これが一番重要な課題でしょうか。

大越：

内科系はそうですけど外科系はどうですか。

武島（仁）：

そこにいわゆる内科と最初から専門性を決めて研修する科との違いがでてくるわけですよね。そこのひずみ、穴埋めをどうするかという問題ですね。スーパーローテートシステムを取り入れよという説は判りますが、一方で我々のようにスーパーローテートからはずされる科の立場としては問題は小さくありません。スーパーローテートになって内科や外科はいいでしょう、レジデントは研修に回るんだから。泌尿器科は回らないし神経内科も同様です。そうすると2年間研修して3年目のときに志望の診療科を決める時になって泌尿

器科を研修していないわけですから、当然、研修医の泌尿器科に対する印象は薄いわけです。今でも苦労して学生を勧誘し、グループとしての活力を増やそうとしているのに、もし若い医師が入ってこないと我々は先細りになってしまいます。専門性の高い科は放っておいても一般医を増やせば文句は出ないだろうというシステムについては我々は反対なんです。けれど反対したからといって國の方針が変わるわけではない。

司会：

齋藤先生が何かいい案があるみたいです。

齋藤：

外科を回るということでは、筑波大には一般外科はないわけで、泌尿器科や脳外科も外科系にはいればいいのではないかと思っています。救急、麻酔も回ると言っているのですが、多数の研修医が来たら試験しようかと思っています。基礎知識のない人に麻酔をさせるのは危ないとおもいます。

司会：

私も、学生時代ですがベッドサイドティーチング（現在ベッドサイドラーニング）でお産一回見たけど良かったと思いますよ。産婦人科に一週間位いて、たった一回見るだけでも、内科になったら二度と見ないわけですからね。

齋藤：

妊娠反応わかればいいじゃないですか。

司会：

でも、離島行ったときには全部一人でやらなくちゃいけない。

齋藤：

普通行かない。

司会：

では次に、伊藤先生近況報告お願いします。

伊藤：

今日は、日本心身学会関東・甲信越地方会が日本橋であったため、少し遅れて出席いたしました。先生方のお話を伺って、私は全然違う医者としての歩み方をしているように思いました。

私は現在、心療内科を専門にしている心身医学認定医と、会社の産業医としての労働衛生コンサルタントという「二足の草鞋」をはいて活動をしています。大学時代に、ここに出席されている松村先生や、今は茨城県の公務員である荒木均先生方と心理学研究会で活動をしていましたが、そこで学んだことの影響を受けて、2週間あったエレクティブの期間は東大分院心療内科を選びました。そこでは、当時、助教授でいらした石川中（いしかわひとし）先生の元で、心身医学や心身医療について様々な体験をさせて頂きました。卒業後はそのまま心療内科へ入局いたしましたが、当時は今のような研修システムが確立されていなかったため、とりあえず内科での2年間の研修を終えてから、心療内科の研修をやってみよう、という試行錯誤の時代でした。

心療内科ではいろいろな心理療法を学びましたが、その中でも森田正馬が1920年代に確立した「森田療法」に興味を覚え、心身医学関係の中で森田療法をやっている樋口正元先生にお願いして、昭和61年から先生がいらっしゃる東急病院に移つて勉強するようになりました。しかし、その時、心療内科は採算性が悪いから医者を一人雇う余裕はない、健康管理センターの医者としての仕事をやりながら心療内科もやってほしい、という条件が付きました。したがって、当時は、健康管理センターの仕事が六割、心療内科の仕事は四割位の割合で活動していました。

その頃は、今ほど産業医という資格が騒がれていませんでしたが、健康管理センターの医者になると自動的に産業医の立場でのいろいろな仕事をするようになりました。職場の巡視、職員の健康相談、健康診断後のフォローアップ、入社健診など、その職務は広範囲に及びました。そして、当時の労働省が産業医のための講習会を年に二回東京と大阪で開いていましたが、それもとりあえず

受けておこうと夏の暑い最中でしたが3日間通って講習を受けました。そして、その講習会を受けておくと労働衛生コンサルタントの資格試験のうち、筆記試験が免除になり口頭試問だけでよい、ということを知って、せっかく勉強した知識がなくならないうちにと思って口頭試問を受けたところ、当時は、そのような試験を受ける医者が少なかったためか、官報に合格の名前が載りました。今は、医師会による認定産業医の資格がありますが、労働衛生コンサルタントは永久資格のため、とくに更新する必要が無く、大変助かっています。

しかし、その後、心療内科としての仕事が少しずつ増えていき、平成8年9月に心療内科が当時の厚生省から標榜科として認められたため、東急病院でも平成11年の1月から心療内科を標榜するようになりました。現在、常勤は私一人ですが、東大から非常勤医師を派遣してもらっています。そして、今では、七割は心療内科の仕事、三割は産業医としての仕事というようになっています。

また現在は、日本心身学会とその関連学会である日本心療内科学会の評議員をしていますが、会則委員会、広報委員会、将来計画委員会など、いろいろな委員を委嘱されているため、学術大会へ出席してもその方に時間をとられて、思うように勉強することができるのが悩みです。日本森田療法学会の方では、心身医学と森田療法の連携を図るような活動をしておりおり、昨年から理事になりました。

また、東大心療内科との関係ですが、一時非常勤講師をしていましたが、学生実習や講義の負担が次第に増えて、東急病院の仕事との両立が難しくなったため辞退させて頂きました。しかし依然として東大心療内科の医局員という立場は残っているため。今ではほとんど医局へ顔を出す時間がありませんが、滞納をしながらですが医局費を払っています。

塙田：

お久しぶりでお会いします。僕は脳外科やっていてニューロサイエンスとはほど遠いんですが、土浦で最近うちの卒業生でもメンタルクリニック

とか開業してるのが多いんです。近い学年がいないので普段聞けないのですが、精神科出身の方でメンタルクリニックやったり。心療内科というのは実際のところよくわからないのでその辺のところを、精神科との境とかどういった患者さんをどう治療するのか、簡単でいいんすけれどちょっと教えていただけたらと。

伊藤：

心療内科と似ている科名でまぎらわしいのは精神科と神経内科です。厚生省で決めた標榜科としては、神経科は神経内科の略ということになっています。

心療内科と精神科の違いですが、それぞれ診療の守備範囲が異なります。心療内科はいわゆる「ストレス病」の診療を行う科です。ストレス病というのは、心理社会的ストレスによって心身に様々な症状がみられる病気ですが、具体的には、心身症、神経症、軽症うつ病（仮面うつ病）、自律神経失調症などの病気を指します。

一方、精神科では、心身症はあまり診ませんが、神経症やうつ病、さらに精神分裂病や躁うつ病などを診療の守備範囲にしています。心療内科では、精神分裂病や躁鬱病を診ることは概ねありません。それは、そのような病気は経過によっては専門の入院施設が必要になるからです。心療内科での入院は通常の内科系の入院と同じなため、精神科での入院が必要な場合には対応できることになります。

また、神経内科（神経科）というのは解剖的な意味での神経や筋肉の病気を扱うところです。しかし、心身医学の素養のある先生の中には、書瘻や痙性斜頸というような神経内科的な心身症を守備範囲にしていることもあります。

最近は、街の中でも心療内科の広告をよく見かけるようになりました。しかし、心身医療をやっている心療内科医、精神医療もやっている心療内科医、心身医療もやっている精神科医がその看板を掲げて診療をするのならよいのですが、それ以外の医師がそのような看板を掲げることもあるようです。したがって、心療内科という科名が患者

さんにとって益々分かりにくくなっているのが現状で、これは学会レベルでも問題となっています。

さて、先程は心療内科と精神科との守備範囲についてお話ししましたが、診療のやり方にも違いがみられます。精神科の医療にはかなり幅があり、心理療法、薬物療法、その間に心理療法と薬物療法を組み合わせた治療というものが見られます。そして、薬物療法を行なう先生は比較的診察時間が短く、薬に関する話題のやりとりで診察が終わりますが、心理療法をやっていくような先生は例え薬を使ったとしても、20分とか30分というように時間をかけて診療を行います。

心療内科とは、実は心理療法を行う内科の略ですが、大学の研修でも心理療法をどのようにして学ぶか、ということにウェイトが置かれています。したがって、実際の診療も、患者さんにとって時間はまちまちですが心理療法を主体にして進めいくことが普通です。

健康保険の上では、心療内科では心身医学療法という治療法が認められていますが保険点数は90点です。一方、精神科では通院精神療法がありますが、保険点数は300点を越えています。

司会：

じゃあ開業してもやっていけるわけですね。

伊藤：

純粋に心療内科としての開業であると厳しくなるようです。したがって、開業する場合には心療内科プラス内科として始めることができます。医局の先輩や後輩の先生方でもそのようなやり方で開業されています。

司会：

時間がなくなったので少し話を戻してみましょう。心療内科の詳しいお話を懇親会で聞くことにして下さい。それでは、卒後20年目の総括、ではないんですが筑波大学の特色の医局がないとか、レジデント制度ということに対して20年目に我々がどういう風に考えるかについての意見を伺いたいと思います。

齋藤：

学生を選ぶときに、これぞと思った人材を麻醉科に勧誘して、医者の質はいい状態になってきていると思います。最近また真面目になってきています。今はちゃんと目的を持って入ってくるしレベルが高い。医局がないことについて、僕はそれが自然なのでなんとも思わない。

飯泉：

誰に言つたらいいか誰がいい医者かわからない。

齋藤：

でも他大学では、科を超えて話すことが、できないって聞いています。それはおかしいわけで、同じ患者を共有してるんだからその患者に対して色々な立場から意見言っていいのではないですか。

飯泉：

やっぱり聞いてみると出身大学の人はね、話していますよ。出身大学同志で友達いるから。だけどやっぱり医科歯科なんかも半分近くがきっと外から来ているんじゃないですか。東大なんかも聞いてみると東大の人同志だと色々な科でお願いして頼んでいるけども他から来た人は頼みにくいみたい。誰にたのんでいいかわからない。それは自分の大学にいるとわからないかもしれない。僕なんかやっぱり筑波から帝京にいったから最初に誰に頼めばいいのかから苦労しますよね。筑波に医局がないっていうけれど僕なんかになるとあまり変わらないような気がします。科で集まって科で行動しているわけでしょう。あんまり変わらないけど。帝京が新しい大学だからもしかしたら古い大学は違う。

小石沢：

医局のことについて意見があります。今私の勤務している病院の理事長がいつもおっしゃっていますが、「筑波大学は医局がないから、医師のストックが無い」つまり、いわゆる関連病院に急に複数の医者を出すときのストックがないわけです。

大学にはレジデントか講師クラスのスタッフしかいないので、卒後10年から15年くらいの一番油が乗りきって、研究も臨床も中心的にやっている人で正規のポジションについていないような人をいわゆる歴史のある大学の医局はたくさん抱えているわけです。だから、関連病院を含めた人事を管理する教授は医局がないことが非常に仕事がしにくいのではないかと思います。将来筑波大学が発展していくためには医局がない今の制度には、マイナス面も相当あると思います。その点をカバーするためにも、大学周辺のいくつかの関連病院ががっちりと連携して、大学の医局のかたがわりをしていかなくてはいけないと思います。また大学の組織の中にも、講師とレジデントの中間的なポジションがぜひ必要だと思います

松村：

筑波大学は医局制度がないことを売り物にしたんだから、そういう全国に先駆けてポストレジデント制度っていうのをまた作る位の気概がなきやだめだと思うんです。フェロー制度、日本で最初に確立するくらいの勢いが欲しいと思います。昔の医局制度ではだめなんです。そうじゃなくて新しく、公務員の定員削減にひつかからない、日雇いでもいいんです。レジデント、月20万でも。そういう国家公務員に入らない枠でなんとかポストレジデントを確保しないといけないと思います。

小石沢：

卒業して大学を離れた方が数年経ってまた戻ってきて、研究できるようなシステムや、アメリカでやっているようなクリニカルフェローやリサーチフェローみたいなシステムが必要だと思います。

司会：

やっぱり大学の中にいるとわからないと思うんですけど、外に出た人が戻りやすいというか受け口になってくれるような風になって欲しいんですね。大学の外に出てしまうと自分が卒業した大学でも、ちょっと敷居が高いところがある。その敷居の高さを何とかしてほしいですね。

松崎：

敷居が高いうんぬんそれは違うと思います。そのような意識はなくし、学内外で連携できるようにしていかないと、今後大きな壁にぶつかることになると思います。結局なぜそれができないかが問題なわけです。本来は講座を崩したことで、内外の交流がむしろし易いようなシステムになっているはずなんです。このようなシステムができあがっていることをよく理解しなければいけないと思います。スムーズにできないのはまずは横の連携がうまくとれていないということ。次に単純に、予算が無く、定員が決められているということだと思います。だからすべての人が大学に容易に残れない。それが問題になっているわけです。だから予算さえあればいくらだって、若い先生方に残って欲しいのです。どんどん大学で研究、研修などしたい方々にきてほしいわけです。僕らだって、みなさんのどこの診療グループだってオーバーレジデントでおいておきたいと思います。しかし現実、なかなかそうはいかない。ですから、それをクリアするのは今後法人化という道がでてきますからその時に考えざるを得ないのでしょうか。実際はそのときでは遅いのですが。その前から、検討しさねばとても追いつかないでしょう。その時が一つのターニングポイントになると思います。私立の帝京大学の先生方と同じ立場に我々だって置かれると思います。その時にどのようにして乗り遅れないようにするか。昔に戻るのではなくて前に向かうために。レジデント制度も変化しようとしています。診療体系も変わる可能性もあるかもしれません。筑波大学附属病院は講座制を廃止し、診療グループ制をしき、各グループの独自性を重んじ、病院全体をレベルアップさせるという、新しいスタンスで開学以来走っていました。現在は、多くの大学病院が筑波スタイルへ移行してきました。これも、大院問題と同じで、本学は先取りとしているわけです。先人の苦労を無にすることなく、現代にマッチした病院体系をさらにより良く構築する必要があるでしょう。過去への逆行が起こると、診療・研究、すべてにマイナスに働くと思います。

ですから、今までの約25年間を振り返り、何がまざかったから、どのようにしたらいいのかを検証し、それをみなで議論し、松村先生が言われたように実証する方向へ持っていくかないと、今後本学附属病院は発展できないと思います

司会：

20年かけてそういう筑波方式の良いところと、悪いところが出てきたわけですね。また、この先大学院大学とかレジデント制度のことと変わっていくわけですから、筑波から発信しなくちゃいけないというところはあるんでしょうね。最後に、あと5分くらいいただきましたので上月先生から簡単に近況をお願いします。

上月：

しばらくぶりです。入ってきた瞬間、小石沢先生が一生懸命話されていたので学生の頃が彷彿としました。私は図書館情報大学の保健センターにいますが、新聞報道でもありますように筑波と合併、というかアブソープションされるようなので戦々恐々としています。

司会：

では奥田先生最後にどうぞ。

奥田：

今日東京で研究会がありまして遅れてしましました。師走に入っても色々、おとといは武島先生、昨日は宮川先生の研究会に出て、その前は山口先生の研究会に出席しました。20周年ということなんですが、さっき東京から帰ってくる時に「かつみ」という例の定食屋さんを懐かしいなと思いながら車で通り過ぎました。あの頃は平

砂の公用棟でお昼は250円の定食を黒沢先生なんかと一緒に食べました。あの頃まわりには何も無かったんですけどフロンティアスピリットというか、何かやろうという意気があった気がします。近況を申し上げますと、内分泌では患者さんが右肩上がりで増えていて臨床も結構忙しいんですけれど教育、研究ということで大学で忙しくやっています。最近は先月、国際内分泌学会というのが例のシドニーのダーリングバンクーバーでありましてこれが例の小出監督と高橋尚子コンビが走った場所も見てきたんですけど、結構オリンピックがあってシドニーは開けてきます。学会の内容は核内の転写因子をやっているんですが、フランスのシャンボンという先生がプレナリーで話されたのは、RXRというところのノックアウトするとアロペチアになる知見を発表しております。これが意外と注目されています。今後ミレニアム、21世紀にはいっていい節目なのでこれからもみなさんのご発展を。それから何か御用があれば申し付けていただければやりたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

司会：

では時間もだいぶオーバーしてきましたので、これから後は会場を移して、そこでスピーチをしてもらうという形にしようと思います。つたない司会でまとまらない20回記念の第1回生座談会となってしまいました。しかし、皆さんにお会いして20数年前の青春時代が戻ってきました。また、色々な分野で活躍そして苦悩していることがわかりました。20年たっても人はそう変わらないと言うのが本日の感想です。今日はどうもありがとうございました。



法医学に賭ける夢の実現に向かって

社会医学系法医学教授 本田克也

昨年、定年退官されました三澤章吾教授の後任としまして、昨年4月から社会医学系・法医学グループを担当させていただいてから、すでに約一年が過ぎ去りました。出身校とはいえ、大阪大学からの転任であったため、初めはわからないことが多い、わかっていると思っていることも、これまでの大学でのシステムと混同していたりして、行き届かなかったり、行き過ぎたりしたところも少なくはありませんでした。にもかかわらず、医学のそれぞれの専門分野で世界に誇る業績を上げておられ、これまで遠くからしか仰ぎ見ることしかできなかつた筑波大学の先輩の諸先生方に、多くの面で助けていただけたことは、大変ありがとうございます。おかげさまで大過なく一年を過ごすことができましたこと、この場を借りましてお礼を申し上げたく思っております。それとともに母校である筑波大学で、一緒に教官として勤めさせていただくことの感激を、改めて噛みしめている次第です。

一年があつという間に過ぎ去り、近年の刑事事件の増加からか、すでにこの一年で、県内で発生したすべての他殺死体である約100体の司法解剖を何とかこなしただけで、未だ本来の目標に向かっては新たな一歩も踏み出せずにいる感があり、あせりを感じることも少なくありません。仕事は増える一方で、専門家が少ないという法医学界の現状に、恨み辛みを述べたいこともありますが、ここはじっと我慢して、長期的展望を持って、着実に前を向いて歩くこと、そのことで、多くの門下生を輩出された偉大な恩師である三澤章吾先生の門下生として、その名に恥じないようにがんばりたいと、ただ心に誓うことしかできません。

私は福岡県出身ですが、昭和50年に本学第2学群人間学類に第一期生として入学し、そこで心理

学を専攻しました。卒業後、人間の心理面のみならず生理面や病気についても学んで、本来の人間学として究めたいという思いが、医学専門学群再受験を決意させ、必死の受験勉強の甲斐あって幸運にも再入学することができました。

医学専門学群を卒業し、進路を選択するに当たっては、生きた人間の心を扱う心理学とは対極ともいべき、人間がすでにモノとなってしまった死体を扱う法医学、どちらかというと医学の本流からは大きくはずれていて、多くの学生からは振り向かれる事のない法医学を大学院から専攻するようになりましたが、それは何故かを、一言で答えることは難しいものがあります。

そこには三澤先生を始めとする、本当にたくさんの方との出会いがあったこと、その出会いを通して、まだ未踏ともいるべき分野であるにも関わらず、それだけに医学の本質に迫れるような広大な世界が開けているのではないか、と思いこんでしまったことが、そこに身を投じようとする悲壮とも言うべき決断をさせたゆえんがあるのかかもしれません。もっとも、法医学には表だって華やかなところもなく、他人から感謝されることもなく、夢と現実との違いに何度も挫折しかかつたこともありました。

法医学という仕事は、表面には見えていない人間や社会を、その裏側の構造にまで分け入って、しっかりと真実を追究していかねばならないことが次第にわかりはじめ、結果として泥まみれになってつかみ取った事実は残酷であり、それを明らかにすることにつらい思いをすることもしばしばでした。

しかし、一方では、法医学は医学の法的問題への適用である以上、医学のあらゆる分野に関わった学びができるという面には、くめども尽きぬ泉

のような感動を味わい続けられる、知的な喜びもあることがわかりはじめました。そして死体を生きた時に遡って見れるようになってから、まるで死体の人権を復活させているかのような、専門家としてのささやかな満足を得ることもできる日々が持てることもありました。

もっともこれがわかるようになったのはずいぶん後のことで、それまでは失敗の連続でしたが。いずれにしても法医学を自らの天職と決断した以上は、その決断が正しかったという答えが得られるように努力していきたいと思った次第です。

さて、筑波大学の人間学類に入学してから大学院・医学研究科で法医学を専攻し終了するまで、筑波大学での学生生活は、何と17年に及びました。その間、さんざん親には愚痴を言わましたが、多くの学問分野の勉強をする時間的ゆとりがえられたことは幸いでした。

その後三澤先生のご紹介で、信州大学医学部助手に採用され、DNA鑑定法では当時最先端の研究をされていた福島教授のご指導を受ける幸運に恵まれました。この間、東京都監察医務院（現在は前・三澤教授が院長をされている）の監察医となり、その後、再び三澤先生のお口添えで大阪大学助教授として異動し、法医学では重鎮ともいすべき若杉長英先生の下で、大阪府監察医を併任し、新たなDNA鑑定技術についての研究も進めてきました。ところがその2年後、国際学会主催の過労がたたってか、若杉教授が急逝してしまった時はもっとも苦しい時期でした。

大阪大学では周りに頼れる人も少ない中で、約2年半、次期教授が赴任されるまで、教室主任としての責務を果たすという重責を課されました。

大阪大学には7年間赴任していましたが、同時に東京都と大阪府の監察医を兼任していましたから、司法解剖と行政解剖を併せた法医解剖数はうなぎ登りに増え、年間300体を数えました。また、法医業務・研究・研究指導・教室運営と多くの責務が重しかかってきて大変苦境に立たされました。しかしそれらを乗り越えた今、これらの他大学での教官としてのあらゆる経験は、三澤教授が私に課されたいわば「武者修行」のようなものであつ

たと、大変感謝しております。また人材の少ない法医学なればこそ、これまで三つの大学で、併せて四名の教授の下に仕えるという経験をさせていただけたことと思っております。

また関東、中部、近畿に多くの友人とのネットワークができたことも財産になると思っています。

信州大学では古き良き伝統があり、地域に密着した名医になるを中心とした医師教育が行われている大学でした。大阪大学では世界一線級の医学研究者の要請に主力が注がれている大学でした。どちらの大学にも筑波大学ではすでに廃止された医局講座制が継続されており、その長所を生かしての、そしてその短所に制限されつつ、特色ある成果を上げていました、しかしそれ以上に、意識させられたことは外の大学から見るほどに、筑波大学のシステム、カリキュラムがいかにすばらしかったかということでした。医学教育としてしっかり目標を掲げ、医師にも研究者にも志向できるようにバランスよく計画されているカリキュラムを取っているのは筑波大学だけでした。

筑波大学では人間学類でも医学専門学群でも、創設に力を尽くされた諸先生方は新しい学問や教育の確立に情熱を燃やされておられ、私もそれらの先生方から多くの人間的かつ学問的薰陶を受ける機会に恵まれました。ただ寂しかったことは、私が本学に戻った時、三澤先生も含めてそれら諸先生方の多くはすでに退官されて、大学を去られていたことです。しかし、後ろを振り返ることなく、私も次世代を担う教官の一人として、私を育てて下さった先生方の情熱を受け継いで、大学のお役に立てるように、微力ながら努力し続けることが、最大の恩返しであると思っております。

筑波大学が創設されてすでに四半世紀を越え、大学の真価がまさに問われようとする時代に来ていると思います。私は、現在はまだ大学教授としてはもちろん、法医学者としても、その地位に匹敵する実力には大きく不足しているとはいえ、筑波大学の発展のために少しでも現実の成果を出すべくがんばりたいと思っております。今後とも変わらぬご指導ご鞭撻ご支援のほど、どうかよろしくお願ひいたします。

教授就任の挨拶



社会医学系社会健康医学教授 磯 博康

このたび、社会健康医学の教授に就任致しました。「社会健康医学」は新しい教室名で、本学の小町喜男名誉教授と嶋本喬前教授・大阪府立健康科学センター所長の「地域医療学」を引き継いだものです。小町名誉教授は地域における脳卒中予防と循環器疫学研究のわが国のパイオニアであり、続く嶋本所長は予防対策と循環器疫学研究の更なる発展に寄与され、お二人とも現在も大阪を拠点として、実践的な予防・研究活動を続けておられます。私はいわゆる「三代目」に当たるわけです。ひとつの分野で三代に渡って、研究を続けているところは意外と少ないようです。循環器疾患をはじめとする生活習慣病の予防や疫学研究は息の長い仕事であり、その研究には良き伝統の継続とともに新しい研究の導入・実践という両面が必要とされます。先代の先生方によって始められ、発展してきた地域における予防対策と疫学研究は、秋田や大阪の地域で40年、高知の地域で33年、茨城の地域で22年目を迎えようとしています。

私は本学の医学専門学群（第三回生）を卒業し、1982年に本学の大学院に進みました。茨城の協和町（県西部に位置し大学から車で45分、人口1.7万人）において、本町で多発した脳卒中の半減をめざして、高血圧管理・予防に重点を置いた対策を、町、医師会、地域住民組織、学校・教育委員会、食品協会、保健所、大阪府立健康科学センター、茨城県総合健診協会といった様々な組織と協力し合って進めてきました。活動の中心は地域住民全員を対象とした、健康教育キャンペーン（減塩と栄養のバランスを強調、一次予防）、健診による高血圧者の早期把握と必要な人の地元医療機関への受診勧奨と追跡並びに健康教育（一次、二次予防）、町医師会の連携による脳卒中の救命医療システムの整備（二次予防）、町地域ケアシ

ステムの導入による要介護脳卒中患者の地域でのケア・再発予防（三次予防）、です。昨今保健、医療、福祉の連携が叫ばれていますが、地域における脳卒中予防対策は、数少ない具体的なモデルのひとつです。予防対策を進めるのと平行して、疫学調査を継続し、対策の評価を行っています。20年間の対策において、住民の塩分摂取量の低下、降圧剤による高血圧コントロールの改善、服薬以外による血圧値の低下がみられ、脳卒中の発症率並びに脳卒中による寝たきり者の割合が40%減少しました。これらの減少は近隣の地域よりも大きく、対策の成果となって現れています。この予防活動が、現在の私の根底にあり、専門が生活習慣病の疫学と予防となっております。

この間、ミネソタ大学の公衆衛生疫学部門に2年間留学、ハーバード大学医学部チャーチング研究所で1年間の研究を行い、現在も共同研究を続けながら疫学の基礎と応用を行なっています。海外の疫学に精通し、その手法を高めることは大切ですが、最終的には日本での地道な予防、研究が根底となることは言うまでもありません。

今後は、これまでの生活習慣の発症要因の研究、実践的な予防対策の拡充をはかりながら、単一の疾患の予防のみならず、高齢化社会を迎えていかに元気で長生きするか、そのための身体要因、遺伝要因、生活習慣に関する研究を進めていきたいと思っています。幸い、先代の先生方のご尽力により、大阪府立健康科学センターには、本学の卒業生が4人、生活習慣病の実践的な研究をおこなっており、共同で研究を進める体制が整っています。また、国立循環器病センター、国立がんセンター、名古屋大学、群馬大学等の研究機関とともに、生活習慣病に関する大規模なコホート研究（追跡調査）を共同して進めています。

桐医会の会員の方々に、わたしの就任の挨拶として、経歴、研究分野を述べさせていただいたのは、このような予防医学の分野に、若い医学生が興味を持ちチャレンジしてもらいたいと願っているからです。21世紀はゲノム医学、再生医学、予

防医学の時代と言われています。まだまだ開発途上の分野ですが、だからこそ、やりがいのある分野といえます。予防医学に興味のある方はいつでも連絡ください。 fvgh5640@mb.infoweb.ne.jp

My Clinical Clerkship in the United States

松 本 知 美

1. Why I applied & What I intended to do

Why I applied

- To prepare for the next stage of my career which entails working in the U.S.
- To learn about the medical system in the U.S., which has a potential solution to the medical issues we currently have in Japan such as:....
- To go and experience a heterogeneous and diverse medical institution, to broaden my horizons, and to ultimately become a doctor who is able to cope with the "Globalization of Medicine."

アメリカで、臨床医学実習を行いたいと思った理由は3つあります。

まず1つめは、このアメリカでの実習を通して、将来海外で働く場合のための準備をすることです。医療現場で使われている英語に触れ、できるだけたくさんの友達を作り、アメリカの医学生と同じように扱われることで、自分の力を試してみたいと思いました。

2つめは、アメリカの医療のシステムを学ぶことです。現在日本が抱える医療問題は、アメリカも同じように、5~10年前に経験していたといえます。渡米する前に特に学びたいと考えていたのは、医療情報の開示、ホスピスの運営、患者の権利の尊重とインフォームドコンセント、医療の効率の問題などについてでした。日本とアメリカでは、文化の違い、地理的な特徴の違いなど様々な違いがあるため、アメリカのシステムを、そのまま日本に適用することは不可能です。しかし、同じ問題に対してひとつの答えを出しているアメリカで学ぶことはとても意味のあることで、わたしがこれから将来の日本の医療に生じる問題や、そ

の変化に対応していく上でもその経験が役に立つであろうと考えました。

3つめは、アメリカの医療を実際に体験し、自分の視野を広げることです。アメリカは、よい意味でも、悪い意味でも世界の医療の最先端を担っており、American Standardは、日本が国際化の過程で将来採用していくことになる Global Standard に最も近いと思います。このアメリカの医療を肌で学ぶことは、日本の医療の国際化に対応できる医師となるのに重要であると思いました。

これらの目標を達成するため、私自身が将来進もうと思っている内科や小児科で実習を行い、さらに、日本ではできない経験のできる他の様々な科でも実習を行いたいと考えました。

2. What I actually did

Beth Israel Medical Center



1,368-bed,
full-service tertiary
teaching hospital
@ Manhattan's
Lower East Side



Beth Israel Medical Centerは、ニューヨークのマンハッタンにある、1368床の3次医療を行う教育病院です。地図上の点はそれぞれ Beth Israel Medical Center の病院を表しています。私はおもに lower east に位置する二つの病院群で実習を行いました。

この病院は、ありとあらゆるタイプとレベルの患者を診療していて、とてもよい勉強になりました。麻薬中毒のホームレスから、お金持ち対象の保険を持っている裕福な患者までいろいろです。HIV患者もあまりにたくさんいて、誰も驚きません。というより、とっても多いので、絶対に陰性、と分かっている人以外は、みんな感染しているものとして処置などは行おう、というのがインターンたちの心構えのようでした。

What I did at Beth Israel Medical Center

- * Internal Medicine (Endocrinology)
- * Pain Medicine & Palliative Care



- Worked on Consultation teams
- Specialty Clinics such as:
- Noon Conferences /Specialty Conferences every day
- Experienced Multidisciplinary Care

ここでは、4月と5月に2ヶ月間の実習を行いました。それぞれ、内科（内分泌）と Pain Medicine & Palliative Care です。どちらも基本的にはコンサルテーションチームの一員として働きました（患者の直接のケアは病棟のインターンやレジデントなどが行いますが、コンサルチームは筑波のそれよりも深く関わっている印象でした。コンサルチームは毎日フォローアップをし、細かいオーダーも毎日出します。例えば、ルーティーン以外の採血オーダーも、コンサルチームの仕事のひとつです）

内分泌内科では、糖尿病、バセドウ病、橋本病、甲状腺炎、甲状腺癌、SIAHD、クッシング症候群の患者などの新しいコンサルテーションと、フォローアップをおこない、Pain Medicine & Palliative Care では、おもに入院患者の慢性疼痛のコンサルテーションを受けていました。どんな疾患からの慢性疼痛かというと、肺癌や non-Hodgkin's lymphoma からの骨転移、甲状腺癌や乳癌の脊椎転移、Sickle Cell Disease Crisis の疼痛（虚血性疼痛）、cryptomeningitis、大腿骨骨折、胆管

炎、Pott's Disease（結核性脊椎炎）、Complete Regional Pain Syndrome、腫瘍、腔瘻からの水腎症、大脚部切断後、ペーチェット症候群などなどです。

ある日ペインのコンサルにいったら、両腕、両手と両足に、見たことのないほどのとても深い潰瘍のある患者さんがいました。足の指などもほとんどなくなっています。糖尿病で麻薬中毒でホームレスというので驚いていたら、フェローの先生がこれは skin popping のせいなんだよ、と教えてくれました。長期の麻薬中毒者では、静脈注入のし過ぎで皮静脈がなくなってしまった結果、その代わりに麻薬を皮下注することを skin popping というそうです。ホームレスで衛生環境が悪いうえ糖尿病で傷が治りにくく、それにも増して繰り返し麻薬を打つために深い潰瘍はどんどん深くなっていたのでした。衝撃的な光景でした。

これらの患者さんの痛みのコントロールの仕方、すなわち、オピオイドやほかの鎮痛剤の使い方、equianalgesic chart の使い方などを学びました（←オピオイドに関しては様々な種類があるため、それぞれの薬剤の等価式と表を用いて、処方する薬剤を調整します。その表のことを equianalgesic chart といいます）。

PCA ポンプもよく使いました (PCA : Patient Controlled Analgesia)。フェンタニル、Dilauidid、またはモルヒネを用います。これは、IV に接続して用いる小さなオピオイドのポンプで、これはこの機械から持続的に投与される Basal Dose のほかに、患者が特に痛みを感じたときに押すことのできるボタンがついていて、患者がそのボタンを押すとあらかじめセットされていた用量の Rescue Dose が出ます。それでも痛い場合ナースが一定時間毎に与えることのできる Bonus Dose もセットすることが出来るようになっています。

フェンタニル・パッチというのは小さなシールで、フェンタニルが含まれており、腕や胸に貼り付けると、皮膚からそれが吸収され3日間はくっつけたままで持続的に痛みがコントロールされます。フェンタニル・ロリポップもあって、このあめをなめると頬粘膜から吸収され、注射器などを

用いなくてもよいため家庭でも速効性に痛みをコントロールでき、とっても便利です。感動しました。さくらんぼ味もあります。他のアメリカのキャンディーと同じように、とっても甘いらしく、みんな虫歯になるようですが…。

入院患者のほかに、一般慢性疼痛外来や、特別外来 (Cancer Pain Clinic, Sickle Cell Clinicなど) も見学しました。このBeth Israel Medical Center の Pain Medicine & Palliative Care 科は、全米で有数のプログラムのようで、これらの外来にもアメリカの様々な州から飛行機に乗って最後の助けを求めてやってくる患者もたくさんいました。部長の Dr. Portenoy の外来は特にものすごい人気で、いつも 4 ~ 6 ヶ月先まで予約でいっぱいです。ドクター達は、知識も、教え方も、患者へのマナーも説明の仕方も本当にすばらしく、Pain のこと以外にも、大変勉強になりました。

手術もしました。髄腔内ポンプを埋め込む手術では手洗いをさせてもらいました。このポンプは、ペースメーカーの様な機械で、同じようにおなかのあたりの皮下にポケットを作つて埋め込みます。この機械の中にオピオイドが貯蔵され、カテーテルはわき腹を 1 周して、先はくも膜下腔に留置されます。一度埋め込めば、持続的に供給される鎮痛剤の量は、ペースメーカーのように、体外から電磁波で調節でき、鎮痛剤の補充は体外から注射器を用いて月に 1 度くらい行います。この手術では、カテーテルを通すため、太い金属棒を患者さんの皮下に突き刺して皮下トンネルを作ります。しかし、この時の患者さんは、300キロ以上あつたため（病棟にある一番大きな体重計で計れる限度を超えていて何キロか分からなかった）そのおなかから背中までのトンネルが無限に長かったです。オペレーターの若い女の先生と私で、透視が必要になったときの為の重い鉛エプロン（本当の鉛！）を着て、大汗をかきながらがんばりました。太りすぎのため、腹腔内の脂肪に押された小腸も大腸も、ヘルニアでちょうど心臓のまえにあって、心音の代わりに腸音が聞こえます。肺は圧迫されて申し訳程度の大きさしかなく、前回の全身麻酔時に気管内チューブから出血したため、

この手術はなんと局所麻酔で行いました。カテーテルも市販のサイズでは長さが足りず 2 本をたしてつなげました。日本では、なかなか出来ない経験でした。

この Pain Medicine & Palliative Care 科の一ヶ月はとっても忙しく、まともな時間にお昼が食べられたのは 2 回くらいでした。

これ以外に、レジデントを対象にした教育の一環である毎日の noon conference、内科の全職員を対象にした週 1 度の Ground Round、週 2 度の内分泌の conference などの講義にも出席しました。

Children's Hospital Boston

Harvard Medical School



6 月には、ボストン小児病院で実習を行いました。ハーバード大学医学部の提携教育病院のひとつです。この病院は、設備も、教官のドクターも、行われている治療も、あらゆるサービスのきめこまやかさもその質も、何をとっても素晴らしい、こんな病院もあるんだと、驚きの連続でした。何より、どの人もとても親切でした。

実習も終わりに近づいたころ、小児医療を行っている病院の中でこのボストン小児病院が、連続 11 年間も全米で 1 位になっていると知りました。(U.S. News & World Report の調査)

写真のハーバード医学部と、ボストン小児病院は隣接していて、他のいくつかの有名なハーバードの教育病院とともに、Longwood Medical District と呼ばれる場所にあります。ボストンのダウンタウンから電車で 20 分くらいです。

ボストン小児病院は 325 床の包括的小児医療機関で、1 年に、18,000 人の入院患者、150 種の専門外来と ER に年 30 万人の外来患者が訪れます。全

米で最大の小児医療機関です。

この写真のピエロさんたちも、この病院の専属職員です。ビッグ・アップルサーカスから来たプロのピエロで、週に5日、年に50週ここで働いています。彼らは、Infection Control 教育と、衛生教育を終了しており、ボストン小児病院では現在8人の専属ピエロが、入院患児一人一人の病室や外来に訪れ、毎日病気の子供を笑わせています。このようなピエロが、全米に現在85人いるそうです。

What I did at Children's Hospital

Mon.	Tue.	Wed.	Thu.	Fri.
Well Child Exam	Allergy	Respiratory	Oncology	Infection Clinic
Urgent Care	Orthopedics	Hematology	Emergency Care	Neurology
+ Lectures Conferences Specialty conferences				



スライドは、私の午前と午後の予定表です。毎週7種の専門外来を見学し、それ以外にUrgent Care 外来と Well Child Exam (定期検診) では、私自身が患者を診ました。問診をして身体所見をとり、アセスメントとプランを考えてから上のドクターにプレゼンテーションし、その後自分で処方箋を書きサインをもらったら、薬の説明をして患者を送り出すところまで自分がやります。お昼には、すばらしい講義や講演、カンファレンスがあちこちでありました。私が見学した専門外来は、アレルギー科、整形外科、リウマチ科、血液内科、腫瘍科、神経内科、School Function Clinic です。

School Function Clinic というのは、学習障害のある子供のための専門外来です。Dyslexiaなどの Learning Disability や、注意欠陥多動性障害 (ADHD)などを疑われた子供がやってきました。Multidisciplinary teams が患児を多角的に評価していました。後で、詳しく説明します。

診察室は、この写真のようになっていました。アメリカの外来ではどこでもそうですが、一人の

医師がいくつかのこのような診察室を持ち、患者とその家族はこのような診察室で医師を待ちます。自分の順番になると医師が入ってきて、診察が行われます。よく見ると、手を洗う場所の横に針捨てがあります。どの診察室にも、どの入院患者の病室にもこのように針捨てが壁に備え付けられています。リキャップをする必要も、汚染された針を持ち歩く必要もないようになっています。

3. What I learned in terms of my objectives

What I learned -in terms of my objectives-

- Respect for patients' rights
 - "Informed consent"
 - The release of medical documents
- Multidisciplinary Medicine
 - The operation of hospices
 - Multidisciplinary Clinics
- Evidence Based Medicine
- Infection Control & Environment of Care

医者になれば、きっと、いずれ学んだであろう知識や手技以外に、私がアメリカでの臨床実習を通じて学びたかったこと、学んだことに、次のようなことがありました。

Patients' Rights



この写真は、すべて患者の権利章典を記したポスターです。患者の権利章典は、数ヶ国語に訳され、このようにあらゆる場所に掲げられていました。すべての病棟、ナースステーションの前、エレベーターホール、外来の待合室にも貼られてい

て、パンフレットも置いてあります。このひとつひとつの項目の中で、2つの条項が特に興味深いと思いました。

Patient's Rights – "Informed Consent"

- Patient's Rights→Physician's Obligation
- "Informed Consent"
 - "Informed Decision"
 - "Informed Choice"
 - "Shared Decision"
- "Sovereign power lies in patients"

1つめは、インフォームドコンセントについてです。

"The patient has the right to be fully informed about his/her health status & medical facts about his/her condition." というのがコンセンサスなのですが、その中でも、私はNegativeな情報が、特にしっかりと伝えられているという印象をもちました。それらを知ることも当然患者の権利であり、むしろそれをもはっきりと伝えることが、医師の義務であると考えられているようでした。

その上で、医師が一番よいと思った検査や治療法に患者が反対し、説明する人を変えても患者の考えが変わらない場合には、患者自身の体のことであり、本人の意見が当然尊重されます。その患者の選択について、考えられる結果や予後について説明するのは医師の義務ですが、そのあとは患者が "unwise decision" をしたと医師は思っても、しっかりとそれを尊重し、気が変わったらいつでも戻ってきてくださいといって、笑顔で送り出します。informed consent という代わりに、informed choice, informed decision, または shared decision と呼ぶ医師もいました。患者自身が一番だと考えて選択したのでなければ、単なる "施し" でしかないでしょう。患者が、自分のしたくないことはいつでも拒否できる自由があると、感じられることが大切なのだと思います。

医療が、常にリスクを含んでいて、不確実なものであることは事実なので、彼らはそれらをすべて患者に理解してもらい、その上で本人に自由な選択権を与えていたようです。“患者主権 (Sovereign power lies with the patients)” であると感じました。防げないミスが起こりえるならば、医療が確実であるかのような印象を誤って与えてしまい、そんな話は聞いていない、と後で言われるよりは、彼らのやり方のほうがスマートなかもしれません。

この原則は、医療のどのレベルでも行われていました。例えば、予防接種を受けるというような日常的なことでも、患者またはその家族は、"What you need to know" と書かれたパンフレットを受け取ります。ここには、なぜ、その予防接種を受ける必要があるのか、いつ、何度受ければいいのか、禁忌、予防接種によるリスク、副作用が起こった場合どうすればよいか、National Vaccine Injury Compensation Program の website と電話番号、もっとその予防接種について学びたい人のために CDC (centers for disease control and prevention) の website とフリーダイアルの電話番号などが記されています。予防接種のリスクの欄には、Serious allergic reactions のことまで書かれ、数百万分の一以下の確率とあります。MMR (Measles Mumps & Rubella) のパンフレットには、大変まれで本当に MMR が原因か専門家も確信をもっていないと書かれた後に、聴力消失、長期の癲癇、意識の低下、永久的な脳障害、とまで書かれています。

また、患者が子供でも、しっかりと本人を主役にして話をします。“Informed Consent” は 5 歳から患者に対して語りかける形で説明し、15 歳からは、生命予後や、治療成績と生存率、後遺症や重大なリスクなどの大変 negative な情報を含む説明もすべて患者に知らせるようにしているとおっしゃっていた先生もいました。

Patient's Rights -the Release of Medical Documents

Right to information

“The patient has the right to receive information about him/herself recorded in any of his/her medical records, and to be fully informed about his/her health status including the medical facts about his/her condition.”

—The World Medical Association
Declaration on the Rights of the Patient
“Lisbon Declaration amendment of 1995”

もう一つの興味深かった条項は、医療情報の開示に関するものです。アメリカでの、患者の権利に関する記述は、法律が州によって違う関係で権利憲章の表現方法も州によって多少違う可能性があるため、Global Standardとされているものを調べました。

引用は、1995年に世界医師会において採択された『患者の権利に関する訂正里斯ボン宣言』の一部です。患者が、自分の医療情報を知る権利が明記されています。唯一の例外は、知らせることで、その患者の命または健康に重大な被害が生じるという、十分な理由がある場合です（知りたくないければ知らない権利ももちろんあります）。医療記録は患者に帰属するという考え方が、Global Standardであるようです。

そのため、すべてのカルテ、コンサルテーションノート、他のすべての患者に関する記録は、その患者がいつか読むという前提で書かれています。さらに、non-judgmentalでなければなりません。“注意：HY！(ヒステリー)”とか、わがまま、とかは、ちょっとまずいということでしょう。Patient denies... というのは患者の病歴や生活歴を記す時よく使われた表現でしたが、現在はPatient notes that.... とか Patient reports that.... という様に記すようになってきています。

また、“Mr. Someone is the most pleasant 70 year-old African American gentleman with a two year history of lower back pain”とか、“John is the most adorable 18 month-old white boy with...”。とかいった書き始めも時々見かけました。いつか患者が見た場合には、こちらのほうが“注意：ヒ

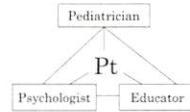
ステリー”よりは、随分いいはずです。

Multidisciplinary Medicine

The hospice
at Beth Israel Medical Center



Multidisciplinary Clinic
at Children's hospital
School Function Clinic



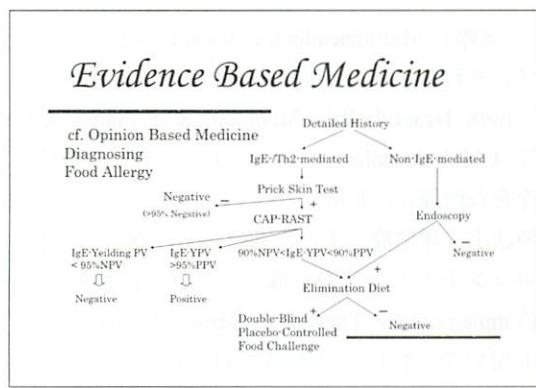
実際に Multidisciplinary Team に参加することで、それを学ぶことも出来ました。

Beth Israel の Pain Medicine & Palliative Care では Multidisciplinary Team は、ペインの専門家を含む医師ら、牧師、ソーシャルワーカー、音楽療法士、理学療法士、作業療法士、看護婦（士）、ボランティアなどから成り、心理学、精神医学、Complementary Therapies、Music Therapy なども用いて、特にホスピスでは、総合的なケアを行っていました。彼らは週に 2 度以上ミーティングやカンファレンスを開き、そこではみんなが同じように発言します。とてもよい雰囲気のチームでした。

Children's Hospital の School Function Clinic も、Multidisciplinary Team での診療を行っていました。特にこの外来は、前述したように、一人の患児を多角的に評価し、その児の得意・不得意な能力を分析し、的確な assistance を推奨する必要があるからです。一人の患児は、小児科医、心理学者、Educator の 3 人とそれぞれ 40 分程度ずつ面談し、その親はまた別に小児科医と、心理学者と面談します。全員が面談を終えたところでミーティングを行い、それぞれからの立場で長いディスカッションが行われます。それぞれの立場からの意見を聞き比べるのはとっても面白かったです。

ある一人の患児と、全員が面談を終え、ミーティングをしていた時のこと。心理学者が、その児には、自分の便をトイレの壁にこすりつける癖がある、と報告しました。この癖は、性的虐待を

受けた子供に特有な、重要なサインだということです。特に、実際に性的虐待を受けた場所でこの癖が出ることが多いようで、児の潜在的な防御反応のひとつと考えられているそうです。これは、当然他のメンバーからの評価にも影響を与え、より的確で、発展した recommendation のレポートができました。一人の専門範囲には限界があるため、このように、いろんな方面的スペシャリストが密なコミュニケーションと、自由なディスカッションをもてる雰囲気はとてもうらやましいと思いました。



EBMの考え方は、日本にも急速に浸透しつつあります。しかし、私はアメリカの治療方針を学んで日本に帰ってきて、日本でどう治療されているか調べようと、今日の治療方針を手にとってびっくりしました。『私はこう治療している』と背表紙に書かれていたからです。本の中にも、治療の根拠となる論文が参照できるようになっていところは少なかったです。

Opinion Based Medicine は Evidence Based Medicine の反対です。

アメリカのガイドラインは、必ず Evidence に基づいています。ひとつの有力な論文が、ガイドラインをすっかり変えてしまうこともあって、このガイドラインによってプロトコールや、regimen はつくられます。実際は、有力な論文のプロトコールや regimen が最終的にはガイドラインとして採用されることもあります。

Children's Hospital では、EBM が鮮やかに用いられている例がいくつもありました。

7ヶ月の女児が、発疹、嘔吐、チアノーゼで緊急受診し、食品中のカスターが原因であったらしいという症例がありました。フローチャートは、食品アレルギーに対する診断の流れです。

IgE-/Th2-Mediated Food Allergy と Non-IgE-Mediated Food Allergy は、病歴から判断できます。IgE-/Th2-Mediated Food Allergy は、アナフィラキシス、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、喘息など、Non-IgE-Mediated Food Allergy は dietary protein enterocolitis, dietary protein proctitis, dietary protein enteropathy, Celiac diseaseなどをいたします。

これらの中間、Mixed IgE-& Non-IgE Mediated の病態もありますが、ここではあまり深く触れません。IgE-Mediated Food Allergy を疑ったら、まず Prick Skin Test を行います。ヘアブラシのようなもの一本一本の先にそれぞれ違った抗原抽出液をのせ、背中などにそれを押し付けます。ヒスタミンと生食もそこに含め positive と negative のコントロールも作ります。Wheel と Flare の大きさによって陰性/陽性の基準があり、これに照らし合わせて評価します。このスキンテストは 95% と高い negative predicting value (*1) を持つため、はじめに行うテストとして最適です。positive predicting value (*2) は 50% と低いため、これが陽性でも診断を確定するには至りません。いくつかの食品をこのように除外し、残ったものに対して CAP-RAST test を行います。CAP-RAST の結果得られる IgE-Yielding Predictive Value については、既に充分な研究がなされており、95% positive predicting value に対応する IgE-Yielding Predictive Value, 95% negative predicting values に対応する IgE-Yielding Predictive Value が、それぞれの食品に対して、既に発表されています。よって、その 95% positive predicting value 以上の値が出た食品に対しては positive, 95% negative predicting value 以下の値なら negative と診断します。

さらに 90% positive predicting values と 90% negative predicting values の間の値が出た食品に対してはまずその食品の除去食を一定期間摂取し、症状の変化を見ます。症状が落ち着けばその食品

が原因であったとしますが、判定が難しい場合は food challenge を行います。これは、double-blind, placebo-controlled です。具体的には、患者は “ある濃度の疑われる食品抽出物を含んだアップルソース”，または，“ただのアップルソース”を食べて、症状の出現の有無を観察されます。患者はもちろん、観察者である医師も、アップルソースの中身は知られません。さらに食品抽出物の濃度を変えたアップルソースを時間をおいて何種類か試します。

(* 1)

negative predicting value (NPV) = probability that a subject doesn't have FA if they test negative

= True-negative/ (True-negative + False-negative)

(* 2) positive predicting value (PPV) = probability that a subject has FA if they test negative

=True-positive/ (True-positive + False-positive)

Infection Control & Environment of Care



突然こんなことをすることになるとは、予想だにしませんでした。

これは、Fitting Test と呼ばれ、このマスクがちゃんとあってるか確かめるためのテストです。私の横に立っている人は、Infection Control Department の人です。私は正しい大きさのマスクを選び、この袋を頭からかぶせて口の前にあいている、この袋の穴からサッカリンの飛沫を注入し、私はその間、写真では見えませんが、手にもった紙に書いてある短いお話を朗読しています。声に出して読む間、サッカリンの甘い味がすれば、マスクがあつてないということなので、違うマスクに変えてやり直しです。結核患者や、他の呼吸

器の隔離が必要な患者と接する場合のため、あつたマスクのメーカーとそのサイズを覚えるように言われます。

他のアメリカの医学生は、何度もこのテストをしているらしく、うんざりした面持ちでしたが、私は、こんなの工事現場でしか見たことない！とびっくりして、興奮し、日本のみんなに見せようと隣の人に写真まで取ってもらいました。このマスクではサッカリンの味がしたため、別のオレンジ色の、アヒルのくちばしのような形をしたマスクに変えられ、結核患者と接する時はいつもその、変なアヒルマスクをするということになりました。(結局そんな機会はありませんでしたが、医学生全員にこのように教育することが重要なのでしょう。)

これは、ひとつの例ですが、これ以外にも、Infection Control の仕方の講義や小テストもあつたりと、自分を守る方法をしっかり教え込まれました。針刺し事故のリスクを減らす様々な工夫がされた注射器や、ワンタッチで針が隠れる翼状針などもあります。また、単純化され、よく整理されたアクシデントマニュアルも見事でした。逆に、日本では見たことのないことばかりだったので、起りこ得る事故のことを考えて怖くなってしまいました。

4. Tips for next year's students

Tips for next year's students

- Be aggressive
“Dumbness”
“Self-assertive vs. Pushy”/ “Attentive vs. Unassertive”
“The only stupid question is the one that is never asked”
- Be aware of the American way of being “polite”
~What independence means to them
- Knock on the door and it will open for you!

私のアメリカでの経験は限られていますが、それでも来年以降にアメリカにいかれる後輩の方に私が何かアドバイスできるとすれば、次の 3 つの

ことです。

1. アグレッシブになる。

Dumbness という言葉があります。ご存知のように、言葉がしゃべれないこと、Stupid という意味があります。アメリカ文化では、ことばをしゃべらずにいることは、馬鹿、であることと同義だと思います。黙ったままでいると、何も考えていないから何もしゃべれないのだと思われてしまいます。どんなに意味のない、日本人の感覚では“馬鹿だと思われるであろう”コメントでも、何もいわないよりはずつといいのです。少なくとも、何かは考えているんだ、とは思ってもらえます。

アメリカで Self-assertive と思われている人は、日本人にとっては Pushy に感じられ、日本で Attentive とされる人は、アメリカ人から見れば Unassertive でしかないかもしれません。

それから、コンスタントに何か質問をしていることがとても大切です。わたしは、よく “This may be a stupid question, but.....” と質問することがありました。そういうときにはみんなが、“The only stupid question is the one that is never asked.” と、いってくれました。日本で同じ質問をしたら、自分でまず調べてからにすればいいのに、と、心の中できっと思われ、調べても分からなかったの？といわれる先生もいるかもしれません。アメリカでそのようなことは一度もありませんでした。彼らは、くだらない質問でも工夫して答えてくれ、相手の興味をそそって、後で調べてみたくなるような説明をしてくれました。知らない、という事実を責められることは、一度もありませんでした。

2. 文化の違いに関する予備知識を仕入れてから行く。

あまり今まで慣れていない文化であれば、少し勉強してから行くともっと楽しめると思います。特に、相手の文化では何が Polite なのかは、よく知っておくと便利です。日米間の文化であれば、Polite である色々な方法の中で、Independence に関するものが、日本人にとっては一番難しいと思

います。

我々は、「お蔭様で」と言うのが Polite であることから分かるように、お互いに依存しあって、助けあっているのが好ましいと思う傾向があります。日本で、他人に Polite であろうとすれば、相手がしてほしいであろうと思うことを、頼まれる前にしてあげるのがいいでしょう。そうすることで、相手のことを考えていることが伝えられます。何か頼まれるまで、知らんぷりをしていたら、全然 Polite ではありません。

しかし、アメリカ人にとって、Independent でいることは、何より大切なことなのです。当然彼らにとっての Polite は、他の人も Independent の存在として扱うことです。相手に対して何から何まで頼まれる前から世話をしようとするはありません。相手から言われるまで、待っています。言われた後でそのことをしてあげるのなら、相手と平等な立場で付き合っているといえるからです。一度自分のしてほしいことを頼めば、とても親切にしてくれ、無理なことでも彼らは一生懸命叶えてくれようとします。私に、注意すら全然はらってくれていないと思われた人でも、勇気を出して行って頼めば、びっくりするほどやさしい人だったということがよくありました。友人関係でも、同じです。

3. KNOCK on the door and it will open for you.

一番はじめにしなくてはいけないことは、ノックしてみることだけです。でも、それをするかもしれないかが、最後には驚くほど大きな違いを生み出することもあります。

ボストン小児病院で、リウマチ科外来の初日のことです。8：30に外来に行けと言われていたので時間通りに着きましたが、誰もいません。しばらく一人で待っていたら通りかかった人がいたので、リウマチ科の人たちがどこにいるか訪ねてみました。8：15から違う建物でカンファレンスをやっているはずだと言います。彼は、親切に私をその建物まで連れて行ってくれましたが、そこの角を曲がったところにドアがあつて、そこでやっ

てるはずだから、ノックして参加すればと言い残して行ってしまいました。一そうよね。わたしもIndependentだから。手を引いて中まで連れて行ってくれるはずはないか…と思って、大きくて重そうなドアの前に立って、しばらく一点を凝視して固まっていました。なにしろ今日が初日で、中にいる人は一人も知りません。何人いるのかも、どんな難しい話をどんなに真剣にしているかも分かりません。全員ハーバード医学部の教授団のはずです。それから少し、ウロウロしてみましたが、でも、とうとうノックしてみました。Come inといわれて、手短かに自己紹介をし、今日から実習させてもらうこと、外来に行くように言われていたため遅れたことを説明して、カンファレンスに私も参加してよいか、と聞きました。みんなにPlease have a seatと口々にいわれて、席に着きました。いきなりカンファレンスを中断させたことも、私以外は、誰も気にしていないようでした。

そのあとの一週間は、毎日午前と午後が違う新しいクリニックだったため、一週間で100人くらいの教授やレジデントに会いました。そのつど、自分から挨拶をして自己紹介をして、そのクリ

ニックで何を学びたいか、何がしたいか、などはっきり伝えないとなりません。初めは、慣れなくて、つかれてしまうときもありましたが、実習が終わるころには、たくさんの人ととても仲良くなれて、全然、日本に帰りたくありませんでした。

是非、まずはノックしてみて、チャンスはしっかりとつかんで、大きな違いを作り出してください。

わたしは、小さなころからずっとアメリカで学んでみたいと思っていました。筑波大学を選んだ理由のひとつは、このプログラムがあったからでした。今、一連のことが終わってみて、本当に素晴らしい機会を与えていただいたことを改めて、幸せに思っています。

松井先生、草刈先生、岩川先生、武田先生、Edo先生、森田さん、アメリカの二つの病院の素晴らしい先生方と両親に、心から感謝しています。ありがとうございました。

来年以降に行こうと思っている方、質問などがあればいつでもどうぞ

それぞれの道～卒業生を訪ねて～

第1回「リングドクター 中山健児先生」

日 時：平成14年1月20日（日）
場 所：リーガロイヤルホテル早稲田
guest：中山 健児（2回生）
interviewer：段村 雅人（医学4年）
西本 れい（医学4年）
林 健太郎（医学4年）
宮本 卓馬（医学4年）
大瀬良省三（医学3年）
新谷 幸子（医学2年）
協 力：厚美 直孝（3回生）
木村みち子（事務局）



＜中山先生経歴＞

昭和56年3月筑波大学医学専門学群卒業
同年より、東京警察病院整形外科入局
同胞援護会昭島病院整形外科医長を経て
平成3年6月東京警察病院退職
同年7月新宿区山吹町になかやまクリニック開設
現在に至る



日本整形外科学会専門医
同 スポーツ医
同 リウマチ医
日本リウマチ財団リウマチ登録医
日本リハビリテーション学会臨床認定医
日本医師会産業医

- 同 健康スポーツ医
・新宿区医師会医療情報委員会委員長
・ワールドシュートボクシング協会コミッションドクター
・全日本キックボクシング連盟コミッションドクター
・K-1オフィシャルドクター
・PRIDE オフィシャルドクター
・国際実践空手道連盟正道会館大会医師

厚美：

今年度から、読み応えのある会報を作ろうということで、新しい企画を始めることにしました。今回はその第一回として、2回生の中山健児先生を訪問させていただくことになりました。

司会者（宮本）：

今回は、“中山先生の実像に迫る”ということをテーマとして、いろいろなお話を伺いたいと思います。まずははじめに、筑波大学医学専門学群入学のところからお願ひします。

中山：

僕はもともと国語の先生になりたかったんです。僕の祖父、父がとても本が好きで家にものすごく大量の本があったんです。興味を持って読もうとしても、古文や漢文であって読めないのが悔しかった。一体何が書いてあるのだろう、って。中学に入って、授業が始まってだんだん家にある本の内容も理解出来るようになり、それがすごく嬉しくて、『国語の先生になれば一生こんな勉強して本読んで暮らせるな』と思ったんです。高校2年の後半で進路を決める時までそう思ってました。

父の仕事は開業医相手の最新医療情報テープ教材を作る仕事で、日本全国の開業医を販売して回っていました。その父親もその昔自分が医者になりましたからね。

けれども、学科試験の後の身体検査で、色盲であることが判り入学させてもらえず、あきらめて東洋哲学を学ぶために文理大に入ったという経緯もあって、父は僕をなんとか医者にしたかったらしいのです。受験の時期には、医学部併願受験を強く勧めてました。だけど、僕は文科系だと思っていたので、進路の選択も文科系。最終的に進路を決める時に、たまたま深夜テレビでやっていた弁護士シリーズものの映画を見て、弁護士になろうと思い立ち、現役、一浪目と法学部を受験したのですが、希望の大学には入れなかったんです。そのうち弁護士になろうという気持ちも薄れ、それまで父からずっと耳元で囁かれて来た言葉が、ボディーブローの様に効いてきたんですね。

「お医者さんはいいぞ、常に勉強していなければならぬし、社会的な地位もある。やりがいのある仕事だし、前向きな仕事。弁護士の仕事はそれに比べれば後向きの仕事。自分自身の身体のことを知ることは楽しいぞ。未だ分からない事がいっぱいあるから、どの分野を選んでも、必ず研究するテーマがある。未開の荒野みたいなものだぞ。」いくらでも自分がパイオニアになれる分野がいっぱい残されているところで勉強するのもいいかなと思い始めて、もう一年浪人させてもらいました。それからが大変だったよね。歴史や古典が得意で、理科は生物・地学しかやってなくて、高校時代は化学・物理も通れば良いという勉強しかしてなかったから。物理・生物を選択したんだけど、内力と外力の違いすら解からないというレベルだったし、数Ⅲもやってなかったからなあ。だけど、やってるうちに物理ってこんなに面白かったんだなあと思いながら勉強したよ。苦労が多くなったから筑波大学に合格したときは本当に嬉しかったですね。

筑波を選んだのは、一つは父親が文理大卒で、筑波と同窓になるから。一つは、当時の榎原学群長のおっしゃっていた、学際的・国際的な大学であるという魅力。そして何よりも、あの広さ！二年間通った駿台予備校の拷問とも言えるほど狭さ、その反動で、入学案内の表紙の航空写真、巨大な原野の中にポツンと浮かぶ大学のキャンパスに魅入られてしまったんですね。

今、痛感します。筑波大学に合格してよかったです、医者になって良かったって。学生の頃には解からなかったけれども、実際臨床医になってみると臨床医ってすごく素晴らしい仕事だなと思う。もちろん研究者も良いのだけど、人との繋がりのなかでの仕事で、感謝される仕事なんですよ。大変だけど感謝されるし、やりがいがある素晴らしい仕事だ、ということを後になって思いますね。医学を学ぶということがまず楽しかったし、医療というものは、大変だけど絶対に報われる仕事だということを、今になってさらに確信していますね。

宮本：

先ほど先生が医者を目指した理由にパイオニアになりましたかとおっしゃいましたが、そういう気概はずっと昔から持たれていたのですか？

中山：

いや、そういう野心もなくて無かったけど、私は大平凡人。今はただの開業医ですしね。でも、勉強は好きでしたね。決して天才でも秀才でもなかったけど努力家ではあったですね。ひらめきの人達っていっぱいいるじゃないですか。僕らの同級生でもいました。僕は必死で勉強して進級するのに、直前まで遊んでいてほんのちょっと勉強するだけで、すいすいと吸収するような、小説「赤頭巾ちゃん気をつけて」のなかにでてくる“芸術家タイプ”っていっぱいいましたよ。彼らには到底かなわないなあって思ってましたよ！

宮本：

大学に入られて、最初は小児科を希望していらっしゃったのですよね？

中山：

僕は子供が大好きで、大学入学以来、将来子供に囲まれて仕事したい、子供の為に何かしてあげられたらいいなと思っていました。だから卒後の進路を決める6年の夏休みまでは絶対に小児科を選択したいと思っていました。ところが…僕はM6の東医体の時、柔道の大会に出て勝ち進んだんです。一試合、二試合勝って、三試合目、内股で一本取ったんだけど相手を自分の足の上に落としちゃって…勝った私の方は立ちあがれなかったんですよ。その後の試合を棄権して大学に戻ったんです。もう痛くて痛くて歩けないでしょ。違うようにしてキャンパス内の学生用の診療室を行ったんです。そしたら、『中足骨骨折』って。ところが、ギブスを巻いて松葉杖を渡されて、そしたら歩けるんですね。たったこれだけのこと、痛くなく歩ける、移動も楽になって、これはすごい…と思ったんですね。患者さんの痛みをこれだけパフェクトに取り去ってくれる科って…病院実習も

経験してみて、ひょっとしてこの整形外科って僕の性格に合っているんじゃないかなって思うようになってきたんです。いろいろな話を聞いているうちにますます整形外科医になりたいと思ったんです。それで急ぎ整形外科を希望したわけ。ところが、同じく整形外科を希望した同級生が10人もいたんです。その頃はまだ医局もなく、大学のレジデントの定員は2名。残りは教授から渡された研修病院のリストのどれかに行かなくてはならない。それぞれの行き先を希望者の内で相談して決めなさい、というものでした。

厚美：

今から振り返ってみると、相談して決めなさいというのはそんなに悪い方法ではないのではないかですか。

中山：

いや、でも当事者にとってみたらこんなに理不尽な話はないよ。今だから話せるけど、責任者にならされた僕は辛かったです。皆の希望を聞いてもしうまく振り分けられなかつたらどうしようか、と思つたり悩みました。なんで我々が決めなきやならないのかって…小さなさかいもあったし、酷な話で、恨めしかったですね。いろいろとあったなあ、いいことも、嫌なことも…辛かったけど、今はいい思い出ですね。

宮本：

それで、ご卒業されて警察病院へ行かれたんですよね。

中山：

うん、親友の冬賀先生（現：東京警察病院整形外科部長）と一緒に、東京警察病院の整形外科に。先輩として、1回生の神山・庄司両先生が入局されていました。

宮本：

警察病院の頃はどのような生活をされていたのですか。

中山：

緊張と無我夢中の日々でしたね。入局したての頃は週に1回くらい講道館にも通っていました。また、ネーベン当直といって、慣れて独り立ちするまで先輩の先生と泊まる見習い当直があるんだけど、整形外科以外の患者さんも見せて貰ったり、当直でないときでも出来る限り残って症例を見よう、と心がけていましたね。僕は結婚していたから毎日というわけにはいかなかったけど、その経験が後にすごく役に立ちました。与えられたものばかりではなく貪欲にあらゆるものを吸収しようという気概を持って研修をすると、全然違うよね。その気概が人一倍すごかったのは1回生の神山先生ですよ。神山先生はそれこそしょっちゅう病院に泊まりこんでいたなあ。もちろん楽しいことも、その倍はやってたみたいだけね。(笑) 本当に貪欲だったね。それから庄司先生(現:公立昭和病院整形外科部長)も素晴らしい先生で、二人の先生が一足先に入局してくれていて、院内の筑波の卒業生の評判が凄く良かったんです。他大学の卒業生たちとは比較にならないくらい能力を高く評価されてましたね。だから私たちはある意味では楽だったし、別の意味で大変だったですね。せっかくの高い評価を落としてはいけないって。



厚美：

やはり筑波大学という看板を背負ってそこから離れられないですよね。先生、大学の歴史が浅いために何かハンディがあったということはありますか。

中山：

ハンディというか、まったくもう放り出されちゃったような寂しさというものがいたよね。大学とは縁を切られたような形だったから…。

厚美：

やはり寂しさってありましたか。

中山：

はい、それはもう…でも、寂しさは今でもありますよ、新宿区医師会には同窓生は一人もいないし。だから今日はこんなにたくさんの後輩が尋ねてきてくれてとっても嬉しいんです。

厚美：

でも、歴史がないために不利だったというようなことは、実際臨床ではなかったですか。

中山：

警察病院では全然無かったです。整形外科医局は東大から来る部長以外は、全部生え抜きばかりの混成部隊だっただから。例えば他大学の医局に入っちゃうと、どうしても自分の大学の卒業生を大事にすることがあるかもしれないけど…

ところで、君たちは今、実際どんなカリキュラムなの。内科学、外科学といった縦割のカリキュラムじゃないんでしょ。

学生：

はい、症候から診断、治療へのアプローチというカリキュラムが組まれています。

中山：

それね、侮っちゃいけない。そのアプローチこそが、正しい臨床のアプローチですよ。筑波の教育が良かったと思うのは、このProblem orientedなカリキュラム。基礎から始まって、生理や解剖の先生、臨床の先生がつぎつぎ出てきてね。患者さんっていうのは症状を訴えて来院するんだよ。初めから病名を言ってくるわけではないんだから…学生の頃は、よそとはまったく違うカリキュラ

ムで、こういうバラバラな勉強法で、はたして大丈夫なんだろうか、これで良いのかなと、不安でしたね。でも今になってみると、自分達の受けた教育は間違いじゃなかったと、自信もって言えるね。研修医になって他大学の卒業生達とおなじスタートラインに立ったとき、自分でも、驚きましたね。僕らの頃には毎年教科書が変わっていて、教員の先生方は本当に苦労されたことだと思います。幸いアメリカ帰りの先生達が中心になってカリキュラムを作て下さっていたでしょ。今から思うと本当に有難かったなと思いますね。

厚美：

では、母校から外に出る時に寂しさはあったけれども、しっかりとした教育のもとにがんばってやれば大丈夫ということですね。

中山：

今君たちが勉強していることがどれだけ素晴らしいかなんて、中に居たら絶対解からない。外に出て、よその卒業生達を見て初めて解かる。だから本当に自信持つていい。僕は本当に誇りを持っているよ、そして感謝してる、筑波大学に。

厚美：

さて、この辺までの話はだいたいあり得る話なんですが、ここから先の展開というのが中山先生の凄いところだと思います。整形外科医をベースにいろいろなことをされている。クリニックもですし、『ゆーねっと』もですし、『K-1』もです。

宮本：

そうですね、中山先生は別名『格闘医師』とも呼ばれていらっしゃいますが、その経緯を話していただけますか。



中山：

東京警察病院は飯田橋にあって、すぐ近くに後楽園ホールや武道館があるんですよ。仕事帰りに時間のあるときはちょっと寄ってみたりするわけです。プロレスだったりキックボクシングだったり、ほんとにふらっと。家に帰ると、『いやー、仕事が忙しくてね』なんてカミさんに言ってごまかしてね。ある時、警察病院に元キックボクシングのチャンピオンのシーザー武志というシュートボクシングの創始者（現役選手）が患者さんで來たんです。それでシュートボクシングを見に行くようになったんです。ある日、僕が観客席で見ていたら、『いつも来てくれていたドクターが今日は急に来られなくなったから、先生、本部席に座って下さい』って。それが僕のリングドクターデビューです。たしか1988年だったかなあ、そこから僕のリングドクター歴がスタートしたんですね。それからプロレスの会場で顔見知りになった週刊プロレスの編集長のターザン山本との邂逅。そういうしているうちにUWFという団体を立ち上げた、前田日明という選手が北海道の大会で胸骨の剣状突起を骨折したんですね。剣状突起ってどれ位の大きさだと思う？

学生：

剣状突起って、こう胸骨体の下のすごく小さい…

中山：

そうそう。でも彼の場合は、すごくデカかったね。6cmくらいあってね、「折れたところに打撃食らってまたひどいことにならヤダ」と本人も言うし、「じゃあ取っちゃいましょう」と言うことになったんです。たぶん剣状突起を取る手術なんかまず行われないだろうけど。部長「前田日明を知っている先生はいるか？」…私「はーい」…部長「執刀するか？」…私「はーい」、と言って前田日明の手術をしたのがUWFのリングドクターになったきっかけ。そのUWFが分裂後、高田延彦のUWFインターのリングドクターをやっているうちに、石井館長が東京でK-1を始めると同時に、ターザン山本編集長が僕を推薦してくれ

て、立上げ以来K-1のリングドクターを任されるようになったんですね。日本での大会は全て見てるし、ルールミーティングにも必ず毎回出席して、一回も休んだことないよ。そのうち、今度は元タイガーマスクのやっている修斗（シユーティング）という総合格闘技からも声が掛かって、修斗のドクターをやるようになりました。ほんとに嬉しかったですね。なにせ憧れの人だった元タイガーマスクの佐山聰の隣に座れただけで、感激。その後も、なんでもありのバーリトウードゥという競技、ニュージャパンキック連盟、全日本キック連盟、新日本キック協会、ブラジリアン柔術、正道会館空手そして今上り調子の「PRIDE」というところからも…最近では女子ボクシングや女子総合格闘技（AXやTVでおなじみのスマック・ガール）からも声がかかってきました。もちろんこれら全ての団体を全部一人で引きうけることなんてできません。身が持たないから。だんだんおなじ志を持つ仲間の輪を広げて行って、手取り足取り付きっきりで彼らを育て上げて、今では手分けしてやっています。それでも僕自身、今でも、年間40回以上会場に足を運び、800試合以上見てますね。今年はますますエスカレートして、この1月～3月だけでもすでに16の大会医師の仕事が入っています。静岡・名古屋・埼玉・大和と、みな日帰りです。遠方の会場のときは本当に苦労しますね。クリニックの仕事には穴を空けられないですからね。翌日の仕事に差し支えない様に始発便・始発列車に飛び乗ったり、夜行列車を使ったり…この歳にはきついです。日曜・休日はほとんど格闘技で埋まっています。だから自分の時間が全くないんです。

リングドクターというのは臨床を持ち込んじゃ駄目なんですね、診療室じゃないんですよ、リングサイドは。リングドクターの本当の仕事は、この選手が試合続行可能かどうかだけ判断する、それだけです。何の基準もないし教科書なんてない。いかにたくさんの試合を観て、経験するかなんです。そして格闘技に対する深い理解、選手達に対する篤い愛情に裏打ちされてなければなりません。出場する選手達の試合に向けての執念・苦労を理

解したうえで、さらに、その試合そのものがその大会の中でどういう意味を持っているか、例えば、セミファイナルとかメインイベントともなれば、お客様がもう一回来たいと思えるような試合でなければならぬとか、その大会が成功するかしないかというところまでかかわってくるのですね。本当はそんなこと考えてちゃいけないんだけどね。選手に何かあってレフェリーにチェックを要請されてリングに上がるでしょ？そのときは、その選手の人生も考えちゃうし、大会のそれまでの流れも考えちゃうし、それからその試合の意味も考えちゃう。全てのことが瞬時に、頭の中を駆け巡るんですよ。そしてごく短時間のうちに最良の結論を出さなくてはならないんです。例えば、5回戦の試合（1ラウンド3分間）で、その2ラウンドの1分位でカットされた。結構深い。でも圧迫して血止めして血が止まればまあ一回はやらせるでしょう。でもかなり深ければ、止めるでしょうね。ところが、それが5ラウンドの2分経過後だったら？一旦チェックして一応止血したからもう一回続行させた。すると再度、こんどは2分30秒たったところで出血した。ちょっと深い。その時どう考えるかというと、試合の流れを考えちゃうんです。自分でも採点していて、負けていれば止めるでしょう。でももしその時点でその選手が2ポイント差で勝っていたら？あと30秒続行させられれば彼が勝つ。でもそこで止めたら、今まで2ポイント差で勝っている彼は負けになるんです。これがもしもタイトルマッチだったら？…プレッシャーはものすごいものです。選手のその試合に向けて払った努力・苦労を知っているだけに…（本当はいけないことなんだろうけど。）試合を止めるか止めないかという判断は、それが誰が見ても明らかな場合は楽ですよ。でも、誰が見ても、『止めてもいいけどやらせてもいい』というグレーゾーンの場合もあるんですね。そのグレーゾーンは、我々もあります。ただし、観客のそれより範囲はかなり狭いけどね。その場合は、格闘技を全く知らない、どっちが勝っているかも分からない人が、出血の度合いだけ診て、はい駄目って言ってしまうことは、格闘技の好きな人、

選手を愛してる人にとってはあってはならないことなんですよね。ダウンしたダメージだったら、それが酷ければ迷わず止めますよ。ナインカントで立ち上がっても、足がフラついてたら止めますよ。だけど、そうじゃなくてカットした場合、創が深かったり、目に血が入るとか、瞼を深く切っていたならば、止めるでしょうが、額や目の下が切れたのだったらそれほど早く止める必要ないんですよ。見掛けはものすごく大量に血が出てるようでも実はたいしたことない。コップ半分の量でも、結構血だらけに見えますからね。

厚美：

使っている技術というのは、医学とスポーツに関する知識なわけなんですけど、それを続行する、しないという判断は選手の人生や大会の意義に深くかかわるということですね。

中山：

そうそう、そういうことなんですよ。だけどね、だいたい格闘技でドクターを頼まれる場合って、『ただ座っていれば良いから』って言われている初心者の場合が多いんですね。団体にとって事故が起ったときの免罪符みたいなもんなんですね。観客はドクターがいるんじゃ大丈夫だって。ところが、何かあった時にどういう処置をするのかの知識もないドクターが知らずに座っている訳ですよ。各試合が終っても選手を診に行くわけでもないし、終わればすぐ帰っちゃう。試合後の選手のチェックって、とっても大事なのに…

厚美：

そういう医師たちと、先生は根本的に違うと思うんですよね。やはり選手も先生を信頼していまよね。

中山：

そうなるまでが大変だったね。最初はやっぱり部外者ですよ。だけど、僕らは試合が終った後でも、一生懸命、親身になって声を掛けてあげるし、他の試合会場でその選手に会えば、この前の試合

良かったよとか、声を掛けるんです。自分のことなんか覚えてないと思った人が自分の事を知ってくれている、名前を知ってくれている、この前どんな試合をしたか知っていてくれるんだ、と思っただけで、なんか信頼感が出てくるよね。たまたまリングサイドに座っているとか、ドクターチェックの時だけちょっと見るだけ…そういう医者には自分の身体を委ねる気にはならないでしょう？だから選手達はいつも自分達の傍にいるトレーナーのことを信じる。トレーナーから大丈夫だよ、と言っていたけど、実はとんでもない、骨折していた、なんてことがよくあるわけですよ。

厚美：

医療って、その技術自体も大切なんだけど、ひとりの医師のどんなに大きい裾野の上に技術というものができ上がっているかという、とてもいい話だと思います。アンディ・フグが亡くなられた時にも先生は大きく関わっていたのですよね。

中山：

アンディ・フグの時はね。正道会館の近くなので、K-1の選手がよく来てました。風邪ひいたとか、怪我したとか…アンディも何度も来た事はあるんだけど。忘れもしない。7月に大会があったとき、なんとなく不調だとは言っていましたね。すぐにスイスに帰ったんです。そして2週間、39度位の熱がずっと続いていたんですね。その後K-1の為に15日に日本に来たんです。アンディは帰ってきても40度近くの熱があるのに、15, 16日と練習してたんです。さすがにもうくたびれ果ててずっと寝てて、19日にどうしようもなくなってウチに来たんですよ。それも昼に。首と右側胸部が腫れていて、熱が下がらない。これは尋常じゃないなと思いました。だけど、土曜日の午後でしょ、悩んだ末、もう一人のK-1ドクターの日医大教授に頼み込んで日本医大にベッドを確保して、2時過ぎに僕の車にアンディを乗せて連れて行ったんです。車中でアンディが、「今年のK-1無理かな」って言うから、「いや絶対無理。諦めて来年頑張れ」という話をしたら、「今年で引退するつ

もりだった。ジムを東京に作って、後はハリウッド映画に進出するんだ」と自分の夢を語ってくれました。その日は3時から横浜で試合前日のルール確認ミーティングを行ったんです。そこから帰ってきたら教授から電話がきて、前骨髓性白血病だって…もう真菌症で肺も全部真っ白、DICも始まっているって。翌日のK-1横浜大会は本当に辛かったです。誰にも言えなくて、教授と二人で明るくふるまってました。アンディが脳出血を起こして危篤の状況で病名告知の記者会見をやらされたんです。記者会見ってやった事ないでしょ、恐ろしいんですよ。何を質問されるか判らないんですから。あらゆる質問を想定して前夜はもう夜中までインターネットで勉強しましたね。やっぱり、やな質問いっぱい受けましたね。テレビでは一部分しか出てなかったかもしれないけど、一時間くらいね。もう絶対やだ、二度と出てやりたくないですね。



厚美：

亡くなった時、先生悲しかったですよね。

中山：

悲しかった。入院中も、「僕の大好きな人がとんでもない病気になっちゃったんだ」って、誰にも言えなかつたから、つとめて明るく振舞っていた

けど、なにか変だって気付く人もいましたから。亡くなつた後は本当にしばらく放心状態でしたね。

厚美：

怪我に関係することで、先生の本(『格闘技を知的に観る方法』 中山健児 KAWADE夢新書)の中に格闘技で起こる症状を医学的に解説しているじゃないですか、あれがまた面白いと思うんですよね。

中山：

あの本の中で、『医学的にみた格闘技界の非常識』というのを書いたでしょ。あれは本当に格闘技の団体のドクターをやっていてこれは是正しなければいけないなということがいっぱいあったからね。

厚美：

あの知識を広めるということも意義あるんですね。



中山：

そう。拳真館という空手のホームページにも載せているんだけどね。

(<http://www.karate.gr.jp/k1doc1.html>)

格闘技のジムや現場では、選手たちは必ずしも正

しい医学の知識のもとに扱われているわけではありません。昔からのトレーナーや指導者たちの誤った知識が氾濫しています。例えば熱を出すと、格闘家たちは一生懸命練習をするんです。汗を出せば熱が下がるんだって信じてるんです。アンディもそうでした。ん~?と思うでしょ?そういう話がいくらでも転がっています。「血の尿が出なければまともな練習しているとはいえない」と言う指導者は多いですね。自分たちがそう言う練習をこなしてきたから。「でも、それってとっても危険な状況だったんですよ。」と何度も言っているのに、判ってもらえない。空手の荒行の最高峰にある百人組手ってあるでしょ、百人の選手と一分間づつ真剣に打ち合う、日本人の選手でそれを達成した人はたいてい病院送りになりますよ。もう皆ボロボロになって、腎不全になるんですね。

厚美：

その辺のところ、僕は先生の今後の活躍を大いに期待したいと思います。ここで、もうひとつの先生の活躍の現われである新宿区の医師会のIT化について話していただけますか。

中山：

医師会がこれまでやってきた病診連携の様々な試みを国が評価してくれるようになって、さらに森首相のIT革命路線が、コンピュータを利用した病診連携の動きへ強力な追い風になったんですね。ところが、新宿区というのは、もっともIT化の遅れたところでしたね。茨城より遅れてるんじゃないかと思います。医師会は600人会員がいて開業医が360人くらいなんですが、FAXの普及率が80%なんですよ。そこにコンピューターや電子メールを導入しようというのが無理な話でした。平成9年にそんな新宿区医師会の理事になったんですよ。理事会と言うのは、まあ医師会の仕事を円滑にしていく為の内閣みたいなもので、その大臣になったわけですね。私は病診連携担当になりました。もうこれからはインターネットの時代でしょ?そこで、医療情報委員会を立ち上げて、その担当理事にもらいました。そのための予算を組

んで医師会にサーバーを置き、インターネットを導入したんです。大変な仕事でした。ほとんど自分一人でやりましたね。何度も何度も講習会を開いたり、コンピューターが動かない、メールの仕方が解からないとか言われると、夜中その先生のところまで出掛け行って、8時頃行って帰りが12時越えたことなんか何回もあったね。そうやって少しづつ、少しづつ輪を広めていって、ある程度基礎が出来たなというところで丁度、国の補正予算から先進的情報通信事業の補助金が出たんです。半額補助の事業でね。病診連携のシステムを日本全国に広げるためのモデル事業としてやらないかという話があって、国立医療センターの秋山先生という方と組んで前の医師会長を説得してもらい、予算を組んでもらったんですよ。補助金と同額の1億円、メンテナンスの1億円、計2億円という多額のお金を、これまで貯めるだけだった医師会から初めて出させるということを、理事・代議員に説得して回りました。それから会員を説得しましたがもう大変だったなあ。ストレスでおかしくなったこともありますね。これによって立ち上がったのが、『ゆーねっと』です。

(<http://www.orth.or.jp/pc/sawamura.html>)

<http://mcdd.dyndns.org/younet/>)

この『ゆーねっと』事業が3年前から始まって、新宿区は日本中で知らない人がいるくらい有名に区になったんです。ところが昨年、会長が変わったね、これがまったく理解の無い人で…

厚美：

先生が目指した事で、実際患者さんのメリットというのは何だと思いますか。

中山：

僕らがやろうとしたことは決して特別な事でもなんでもないんです。普段我々がやっている事をただコンピューターを使ってやるだけなんですね。どういう事かというと、例えば在宅で診ている患者さんがいて、その人が骨折をし、病院に送った。病院で手術をして帰ってきたけど、どんな手術をしたか、例えば何処の会社のなんという材料を

使ってどんな手術をしたのか、どんなふうになつているのかわからないでしょ？X線写真くらい見ておきたいですよね。その後在宅で診ていくうえで、手術はうまくいったのかとか、ひょっとしたら脱臼しやすい角度かもしれないとか。その時に我々が何をするのかというと、家族にレントゲン借りてきて下さい、って頼みます。そうすると家族が病院に行って借りてきて、ウチに持って来てくれます。確認したら、また家族に写真を病院へ返しに行ってもらいます。その一連の仕事をコンピューター上で出来たらこんなに楽なことはないでしょ？新宿区の『ゆーねっと』は何を目指したかというと、1カルテ1患者1地域。つまり、例えばある患者さんがウチに来ます。詳しい検査や入院が必要なら病院宛にコンピューターで紹介状を送る、そうすると病院の端末に紹介状が届きます。その患者さんが病院を受診したときすでに打ち込まれている私のクリニックの診療の情報が病院の端末で見れるんです。あたかも一枚のカルテであるかのように。どんな薬を使っているか、どんな検査をしたか、その結果も。また、病院でCT・MRI・エコー・内視鏡などの検査をした。スイッチ入れた途端その画像は病院内のサーバーに貯められ、その画像を私は自分のクリニックに居ながら見る事が出来るんです。この仕組みは病診だけでなく、診療連携にもそのまま利用できるんです。ひとりの患者さんについてデータを複数の医療機関で共有出来る、患者さんにとって素晴らしいし、開業医の僕らにとってこそ、大変有難いんですね。

厚美：

開業している先生の中にはオープンではなくて、ちょっと閉鎖的な人もいるんじゃないかなと思うんですけど。

中山：

そういう人はたぶん参加しないでしょ。

厚美：

その辺のところ、どうなんですか。

中山：

平成16年には50～70%の開業医を電子カルテ化されるという国の方針がでて、とても間に合うとは思えないけど方向はそう向いているし、その動きに付いて行けない者はもう取り残されて行くんだとおもいますね。

厚美：

新宿区は今どんな状況なんですか。

中山：

今30余りの診療所にコンピューターを配布したところ。今度、やはり『ゆーねっと』を入れた山形県の鶴岡市との間で連携がうまく出来るかどうかという事業が始まります。それから、我々が何が一番苦しかったかと言うとインフラですよ。ISDN しかなかったんだもの。通信料金も馬鹿にならないし、遅いし。光ファイバーが通じてくれればもう院内にいるように、院内と同じスピードで画像が見れるようになるんですけどね。

厚美：

技術が入った時に、それを使う側の意識というのも変わってくるじゃないですか。

中山：

それは一朝一夕には出来ないです。方向性としては、患者さん本位のものなんだけど、それに今はお金がかかるんですね、国が全部出すわけじゃないから。その辺も非常に苦しかったですね。

宮本：

それでは最後に。先生の話を聞いて、学生時代からいろんな活動をなされているなあという印象をうけましたが、そのエネルギーの源を教えていただけますか。

中山：

やっぱり、父親の影響が大きいですね。僕が開業する一年前に亡くなったんだけど、実は父親は僕よりももっとエネルギーに頑張っていました

たね。父親もずっと一生勉強の人だったね。父親は自分が医者になりたかったっていったでしょ？で、僕らを育て上げたあと、自分は東洋医学の勉強にのめり込んじゃって、中国に行くと心に決めたんですね。ところが、中国に留学したくても何の資格もない。国語の教師の資格しかないから、中国では受け入れてくれない。中国留学するためには、薬剤師か、鍼灸士か、医者になるしかない。薬剤師は4年かかる、鍼灸師なら3年ですむ。それで60ちょっと前にして、新宿の鍼灸学校に入ったんですよ、もちろん最年長でした。それで、首席で卒業して、大学と中国大使館の推薦を受けて本当に留学しちゃったんですね。そうしたら、北京中医学院でまた首席になっちゃって、上級のクラスに推薦されて天津の中医学院の上級コースに入って、もしそのクラスを卒業して帰ってきたら、まちがいなく日本一の鍼灸師になってたと思いますね。ところが、時あたかも天安門事件が起ったんですね。そのドサクサの間に消息が不明になったんです。それは、実は天安門事件に巻き込まれたのでは無く、肺がんの腰椎転移で身動きが取れなかつたんですね。むこうでもちゃんと検診受けてたんだけど、向こうの西洋医学のレベルが低かったんでしょうね。天安門事件のさなか、北京の大使館に電話するのに、KDDに依頼してから繋がるまで8時間待たされました。病院を休ませてもらって。8時間後、やっと電話が大使館に繋がったんですが、大使館は在留邦人がどこで何をしてるか全く把握していない。怒りと絶望に陥っていた時に役に立ったのが、日本人会でしたね。その結果ってのはすごく固くて、自分の市にいる日本人の消息を全部把握していくくて、そこを通じてやっと、父が動けないでいることまでわかったんです。北京から軍隊が進攻して来るだのいろんな怖い噂が流れている中、やっとの思いで、車椅子で成田に戻ってきたんです。その父の姿を一目見ただけで、ああ、もうだめだと思いました。その足で警察病院につれていって、レントゲン写真とって、やっぱりもうだめだって思った。その日は父の希望で、自宅に帰り、翌日入院させたけれど、もう手術もできなくて。半年

後父は亡くなりました。私は、日本一の鍼灸師と一緒に、日本一の整形外科クリニックを目指そうと思っていたんですけどね。それでもう心に大きな穴がぽっかり開いたような状態でした。父は2月に亡くなつたんだけど、その年の12月に今のクリニックの第三者継承の話が持ちあがつたんです。何十年続いた内科の診療所があって、実はその初代院長が父の友人で、私が筑波に入る時の保証人を引きうけてくれたんですが、その後継ぎがいなくてもう閉めなきゃいけない、でもこれまで何十年もかかりつけだった患者さんたちがいて、閉院するのに忍びないって。しかし周りには内科の医院いっぱいあって、その地区で内科をやっていくなんていう人は他にいなかったんですね。それで、最後の最後にその白羽の矢が立つのが私でした。なにか天国の父が「やれ」って言ってるような、神懸り的な心境になって、それでそこを引き継いで開業したんです。私はずっと昔から父を目指して、いつも父の視線を背中に感じて生きてきました。父親って言うのはもう、僕なんか比較にならないくらい一生懸命生きてきた人だったから。今でもまだまだ追いかけてもいないなと思っています。私のエネルギーは、なんとか父に恥ずかしくない人生を送りたい、ということですね。恋愛じゃないのがちょっと寂しい？（笑）でも人生は一度だからねえ、今はいつ死んでもきっと後悔しないだろうって思ってますね。万が一日で交通事故にあって死んじゃっても、まあ精一杯生きたかなと。もちろんまだまだやる事はこれからあるんだけどね、本当に今ぱっと死んじゃったとしても、少なくとも三途の川渡るときに後悔はしないと思うな。

宮本：

今後の活動の目標は何ですか？

中山：

継続は力ですよ。最初はファンから始まって何か1つの事をやりつづけることがすばらしいことですよね。別に格闘技だけが僕の人生ではないんですけどね。他の色々な競技は医療の面でもかなり

しっかりしてゐるところが多いですけど、でも僕がやってる、格闘技って言うのは、医療の光の当たらない、日陰の様な分野なのです。お金にもならない、名誉にもならない、でもそこで、自分が好きだから選手達の為になんかしてあげられる、その気持だけを糧に頑張ってきたんです。別にそれで認められる事もなきゃ、お金にもならない。だけど、それでもなんかしてあげたいっていう気持ちがあるから今まで続けてきたわけです。くだらない事って思われるかもしれないけど、世界中のどんな医師よりもたくさんの格闘技の試合を見てきた事っていうことが自分の財産になっています。ずっと続けてきたっていう事だけで価値があると思っています。これからは私のような人間をもっと増やすこと、それこそ『誰にでもできるリングドクター』みたいな啓蒙活動を展開して行かなければならないって思っています。僕が持ってるノウハウとか、経験。そういう物を後輩たちに簡単に追体験できるようなシステムであるとか書物であるとか、そういうものを何か残したいなあと。今までの人生の集大成じゃないけど、格闘技の世界という、医療の日がなかなかあたらない所に、目を向けてくれる仲間を増やしていきたいですね。お金がなくなると、ぱあっと蜘蛛の子を散らすように逃げてく人もいますからね。そのために、まず、自分のクリニックのホームページもないけど、そういうホームページを立ち上げて、みんなで意思の疎通ができるお互いのレベルアップが図れるような、そういう体制をこれから2、3年かけて作っていきたいと思っています。お金にはならないけどね。

木村：

最後になりますが、先生の筑波大と同窓会によせる思いみたいなものをお聞かせください。

中山：

まず、筑波大学に対して、本当に、嘘偽りのない感謝の気持ちを持っています。筑波大に入ったから僕の今的人生がある。例えば僕が他の大学に入っていたら、今の僕はいなかつたんじゃないかな。

な。多分、学生たちはあんまり認識していないかもしないですね、この筑波の教育の素晴らしさって言うのを。それから、もう1つは筑波大学の地理的な特徴、同じエリアの中を移動しているわけでしょう、東京だと分散しちゃう。みんな遠くから大学のキャンパスに集まって、授業が終わるとみんなぱーっと散らばっていっちゃうでしょ。筑波は今的一年、二年は寮に入っているでしょ。これをまず、大事にしなさい。学校から、寮まで平行移動しているわけですね。それを無駄にしちゃいけない、あらゆる出会いがあるから。また筑波大学って言う総合大学にいるのだから、医学だけのサークルだけじゃなくて、いろんな全学のクラブに入るっていうのもすごい財産になるんだよね。この中で生活している時期っていうのは、あらゆるチャンスを使って、いろんな仲間を作っていくのがすごく大事だし、昔はねえ、3年くらいまでもみんな寮にいたわけです。それを上手く利用すれば、人生における素晴らしい時期として輝く事ができると思うんですよ。そういうチャンスっていうのは自分がその気にならないと知らない間に通り過ぎて行くんです。そういうものが無いまま卒業しちゃうのはもったいないよね。少なくとも僕はすごく満喫できました、エンジョイでした。筑波大学って言うのは僕の故郷ですね。すごく感謝してるし、いつも気になるし、こんな風に後輩が訪ねててくれるっていうのはすごく嬉しいんですよ。医師会の会合に出てもね、時々会話のはしばしに、同級生や同窓生の話が出るんですが、そのときはちょっと寂しいですね。がむしゃらに生きてきた何十年、生活や仕事が安定してきた今ごろと言うのは、初めて故郷の事に意識が回るし、ちょうどそういうときにみなさんに来てもらって、ああ忘れ去られてないなあってなんかすごく嬉しい。

筑波大の学生であるっていう事を誇りに思ってほしいし、誇れるように頑張っていてほしい。今やっている勉強っていうのは全て役に立つんだよ。卒業したら役になんか立たないって思っているかもしれないけど、本当にどんなことでも全部役に立つかね。それはね、卒業してから初めて気が

つくんだ。臨床に出て、あー、あのときもっとあそこを勉強しときや良かった、ここもやっておけばよかったです…という、反省の日々なんです。今日は本当に楽しかったです。ありがとう!!



格闘技や新宿区の医師会で活躍されてる中山先生を訪問し、私も将来は志を常に持ち、興味のある仕事をずっとしていきたいと思いました。そのためにも、これから始まる病院実習や授業を大切にし、真剣に取り組もうと思います。

(医学専門学群3年 大瀬良省三)

会報を面白い読み物にするためにこの企画を立ち上げました。この企画のテーマは、「活躍中の卒業生に迫る」というものでした。しかし、学生役員が主体となって始めたのはよかったです、前例が無いのでどうしたらよいか分からず、右往左往していました。

今後この企画が発展していくべきなと思っています。私がこの企画の対象になる事も期待しています。

(医学専門学群4年 段村雅人)

医学を目指している自分にとって、将来自分はどうなるのか、何がやりたいのか、とても不安に、そして疑問に感じていました。そんな折、この企画で実際に現場で活動している中山先生にお目にかかる機会が設けられましたが、中山先生は精力的に自分が成し遂げたい事を探って、そしてこの

筑波大学の卒業生であることに誇りを持っておられて、私はその姿に何かそのエネルギーの様な、あったかくて確かなものを垣間見たような気がします。

自分が今歩いているところを信じられなくて、立ち止まっている人は沢山います。私もその一人ですが、もっと自分を探して一歩でも踏み出せたらと、今回の訪問で感じました。

中山先生はじめ、厚美先生、秘書の木村さん、その他桐医会の先生方に対し、このような機会を設けて頂けたことに感謝致します。有り難うございました。

(医学専門学群4年 西本れい)

OBを訪ねるということで最初は緊張していましたが、中山先生の話はとても興味深く、とても楽しい時間を過ごせました。僕も整形外科になりたいという考えがあるので、先生の話はとても参考になりました。今後もこの企画を続けていき、桐医会の活性化を図ると共に、自分自身のためにも様々なものを得ていきたいです。

(医学専門学群4年 林健太郎)

先日、21歳にしてついに吉川英治の「宮本武蔵」を読み終えました。その最後、佐々木小次郎との試合に船島へ向かう際、彼は故郷の美作の人々に見守られる中、島へと向かいました。浪人として全国を修行していた彼でさえ、その起源は故郷にあるのだと感じました。

今回、中山先生は話の中で自分の心中にはいつも父があり、現在の医師としての起源は筑波大学にあるとおっしゃってくださったような気がします。

自分は現在4年生です。いつか卒業をして世に出る際、自分の医師としての起源もやはり筑波大学になるのだろうと感じました。と同時に先輩方がこの桐医会を発足し、育ててきたその大きな意志の一端でも感じられたのではないかと思っています。

最後に今回「中山先生の魅力に迫る」というテーマのもと、記事を作りました。その為には、

インタビューの内容には殆ど手を加えずに載せるのが一番だらうと感じ、そうしました。ご協力を下さった皆様、特に厚美先生、木村さん、どうも有り難うございました。

(医学専門学群4年 宮本卓馬)

笑いあり、涙あり、感動あり。人生って素晴らしい！

そんな読後感を持ったのは私だけでしょうか。今回の記事で中山健児先生の魅力のほんの一部だけでもお伝えできれば、取材陣の大きな喜びと思

います。

この企画は、「在校生と卒業生の接点としての同窓会の意義」という、本会発足時の理念を新しい形で具体化したものです。学生さんの感想も大変うれしく、会の活動が継続されて本当に良かったと思います。今後も学生役員が主体となってどんどん素晴らしい記事が出てほしいと思います。

お忙しい中、取材に応じて下さった中山健児先生と桐医会秘書の木村みち子さんに厚くお礼申し上げます。

(3回生 厚美直孝)

第12回生同窓会ご報告



第12回生同窓会（於：つくば山水亭）

平成14年1月26日土曜日夕刻、しとしとと雨降る中、筑波大学医学専門学群第12回生卒後10年（正確にはほぼ11年目）の同窓会をつくば山水亭で行いました。昨年の11月、現在大学近辺で勤務している者数名で飲んだ時に、「10年だね、同窓会やるか！」ということになり本会の開催に至ったということは、どこにでも転がっているようよくある話であります。その飲み会に遅れて行った私が発起人代表となったというのもこれまたよくある話であり、この文章もその関係で書かせて頂いております。

準備においてはコンピューターに強い者、イベントに強い者などが学生時代を彷彿させるような素晴らしい力を發揮してくれました。私といたしましては、それらのまとめ役ということで忙しいフリをしつつも、彼らの活躍を見て学生時代を思い出し一人楽しんでおりました。

当日は40名を超える同級生が集い、ご家族（チビッコ含む）をいれると70名近い会となり大盛況でした。中には新幹線や飛行機でかけてくれた人、「つくばは卒業以来だ」という人もいて、久しぶりの再会を楽しみました。12回生同志でご結婚されたカップルには、ご夫婦揃って参加していただきほっとしました。また、チビッコは皆父親又は母親にそっくりで、「瓜」「再生」「遺伝子」「42回生」などの言葉が頭に浮かびました。

全体的な印象として多くの人が口にしていたのは「皆変わらないなあ」ということでした。確かにウエストサイズが教授クラスもしくは市長クラスになった者もいましたが、全般的に学生時代の面影そのまままで、皆まだ若若しいのか、当時から老けていたのか、にわかには判断し難くちょっと不安になるくらいでした。しかし持ちこたえるのはここまで、10年後はきっと大変化だろうね、と

いうのも一致した意見でした。

当日、皆の近況を載せた、学群棟の写真をモチーフにした素敵な表紙をまとった小冊子を作成し配布しました。ご指名がありましたので巻頭言は小生が書かせていただきました。誠に僭越ではありますがあなたの場を借りて転載させていただきたく存じます。残念ながら欠席された方たちに、雰囲気だけでも味わっていただければと思います。

会場を出てもまだ雨は降っていました。「ではまた10年後」の挨拶とともに、12回生は足早に夜のつくばの街へ散っていきました。

第12回生を代表して
筑波大学臨床医学系外科 清野研一郎



青林檎たちは今

10年という月日を考える。大学を卒業してからこのかた間に追われてばかりいたようで、これを俄かに特別重みのあるものとして自覚することは少々難しい。よっぽど子供の頃のほうが充実していたような、そんな自虐的な気分にもなる。

しかし10年である。

先日、テレビで映画「私をスキーに連れてって」をやっていた。ちょっと懐かしくなってしばらく見ていた。映画の中に88年と大きく書いてある場面が出てきたから、あれはきっとその頃の映画だ。この映画流行ってたなあ、ホイチョイだったよなあなどとボーっと見ていたその時、アッと言ふようなシーンが出てきた。

小型無線機である。沖田浩之（故人）がニヤニヤしながら、仲間と連絡を取るのに自慢げに無線を操っている。これにはやられた。全く忘れていた。なんと言うことだろう。東京でも志賀でも万座でも「お洒落」なはずの彼らは、お弁当箱より大きい無線機を誇示していた。話している内

容は缶ビールのサイズとか、どうでもいいことが多かった。「女26、色々あるわあ」、セリカの空中ジャンプ、などちょっと人を見下した感じがよしとされる雰囲気の中で使われていた通信手段は、小型無線機とピンクの公衆電話だったのである。しかし当時の我々は、少なからず羨望のまなざしでそれを見ていたのではないだろうか。もちろんこれらのシチュエーション、今なら子供でも持っている「ケータイ」が使われる場面であり、今更無線機が出てきたら何か特殊なマニアのための映画と勘違いされることであろう。

1988年といえば、我々はM4、東医体主管があった年である。ケータイの普及はまだだったが、わが筑波大学医学専門学群に教育用という名目で富士通のパソコンがいきなり50台「も」一括納入された頃だ。2人に1台。高嶺の花だったコンピューターを大学が貸与してくれるというのだ。なんと太っ腹なことか。2人で相談して家に持つて帰ってもいいのだ。レポートは必ずワープロで書くこと？ 時代は変わったと感じた。

その後、エグゼクティブたちだけのものだったホルターよりずっと大きい肩掛け携帯電話は手のひらに収まるようになり、そこから世界に情報を発信することも可能となった。そして今、我々は自分専用のパソコンで文章を書き、文献検索を自分の机で行い、同窓会の連絡をメールで行っている。

この映画は僕に、この10年のITの進歩と普及の早さをさまざまと見せてくれた（こんなところで気づくのもどうかと思うけど）。この10年、他にも様々なことがあったけれど、社会全体の著しい電子化は歴史的に見ても特徴的なことといえるだろう。そしてこのことはきっと、10年ぶりに集う我々の身にも小さくない変化をもたらしてきたことと思う。

今回の同窓会準備は主にインターネット上で行われてきた。キーボードを叩きながら学生時代の自分達を思い出し、ちょっと照れた。

さて、大学卒業時、12回生のために小児科の中

原千恵子先生から短歌をプレゼントしていただきたいことを覚えているだろうか。

抱えてる 孤独の海の大きさが
財産である 青林檎たち

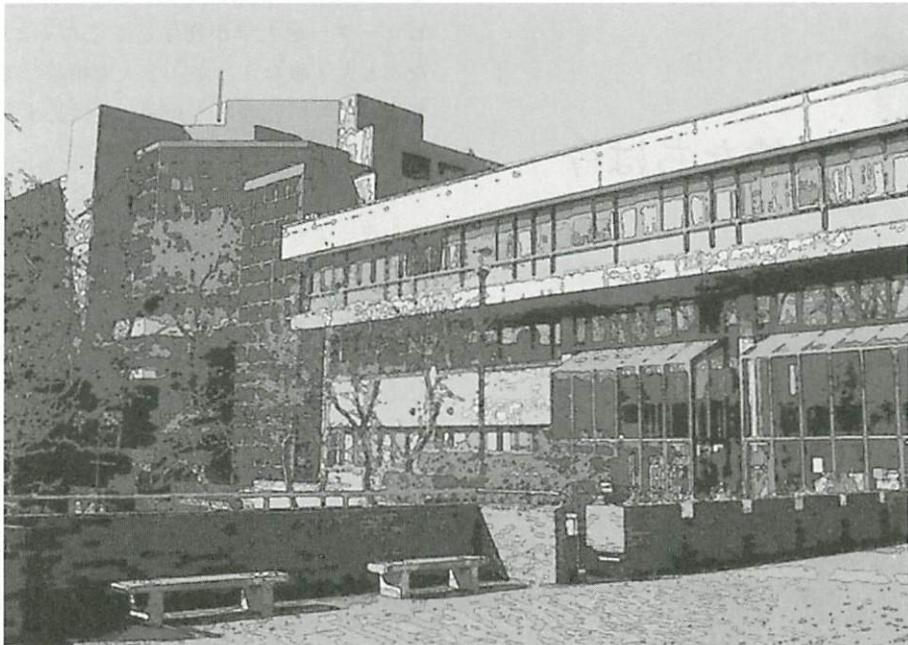
この歌をこの度あらためて思い出して僕が感じたことは二つある。

一つは言葉の強さということ。世俗のめまぐるしい変遷に対し、この歌の持つ普遍性といったらどうだろう。あの卒業時の心境に、すっと帰って行くことができるのではないだろうか。

もう一つは「青林檎」たちの成長について。「財産」をどのように活かし、それぞれの「海」はどのような色に変わったのであろうか。「林檎」の味はどうなったのか。「財産」は増えたのか？ 捨ててきたのか？

今日の再会に心からお祝い申し上げます。皆さん、「しなびた林檎」になっていないことを祈りながら。

2002年1月26日 筑波大学医学系棟にて
同窓会発起人代表 清野研一郎



2002年度東医体、筑波大学が主管に

2002年度“第45回東日本医科学学生総合体育大会（東医体）”を、我が筑波大学医学専門学群が主管することになりました。例年の東医体開催に伴う経費は、各大学からの参加登録費として徴収するものの他、諸OB、関連の方々などからの净財により賄われているようです。本大会を成功させられますよう、桐医会会員の皆様にもご支援、ご協力いただきたいと思います。

桐医会会长 山口 高史



第45回東医体筑波大学運営委員

筑波大学医学専門学群卒業生の みなさまへのお願い

東医体理事

基礎医学系病理学 野口 雅之（3回生）

卒業生の皆様にあってはますます御健勝のこととお喜び申し上げます。さて既に御存じの方もいらっしゃるとは思いますが、来年度、本学が東医体の主管校の一つになって、第45回東日本医科学生総合体育大会が行われることになりました。例年の東医体の開催に伴う経費は、各大学からの参加費と登録費として徴収するものほか、諸OB、OG、関連の方々などからの净財のよって賄われています。例年主管校では同窓会などが中心になって、諸OB、OGの方々に寄付をいただいて、赤字にならぬようにしているようです。

かつての所属クラブよりOB、OGの方々には

寄付の依頼があったかもしれません、本学全体としての大会運営を円滑に行える様、寄付金を募集することになりました。つきましては一口5千円で、卒業年度に関わらず、何口でも御寄付をお願い致します。特に、東医体で活躍された先輩方にはよろしくお願い申し上げます。

振込先として常陽銀行と郵便局を用意しました。どちらに振込みをして頂いてもかまいません。皆様の御協力の程よろしくお願ひいたします。

・常陽銀行 研究学園都市支店

口座番号：普2114326

口座名称：筑波大学 寄付金用財務伊藤悠城

・郵便局 筑波学園郵便局

口座番号：00130-6-144535

口座名称：第45回東医体筑波大学運営本部

第45回東医体（東日本医科学生総合体育大会）を主管するにあたって

第45回東医体筑波大学運営委員会

運営委員長 河合 要介

東医体（東日本医科学生総合体育大会）も回を重ね、早いもので第45回を迎えようとしています。

筑波大学医学専門学群と東京医科歯科大学、聖マリアンナ医科大学、昭和大学医学部の4校が主管校として準備を進めています。東医体は平成8年（1996）より複数主管制が実施され、初めて筑波大学が主管することになりました。我々筑波大学が以前主管したのは1988年の第31回大会の時なので、その時より14年後、2回目の主管が任されたという事になります。今回、筑波大学は、水泳・サッカー・準硬式野球・ヨット・ラグビー・スキー・アイスホッケーの7種目の主管を引き受けすることになりました。これは他の3校に比べると多く、仕事も多いということになります。また、これらの種目は、茨城県外で開催を予定している

競技ばかりです。我々としては、今まで東医体に参加してきた事とは全く別の、東医体を管理運営するという立場になり不安でいっぱいです。さらに全体での参加人数が、約13500人という国体にも匹敵する規模のとても大きな大会でさらに不安もあります。筑波大学医学専門学群として、第45回東医体を成功させたいと思います。

しかし、なにぶん微力な私達であります。会場の選定・確保、運営等に関して、関係各方面のご協力、ご支援をいただかなければ到底成し遂げることはできないものと思慮いたしております。特に資金面では、東医体連盟からの準備金、参加各大学から競技を実施するに必要な分担金だけでは賄いきれるものではありません。つきましては、大変恐縮に存じますが、皆様からの御寄付をお願いしたいと思う次第でございます。

大会成功にむけて、誠心誠意努力してまいります。勝手なお願いとは思いますが、ぜひとも主旨を御理解いただき、御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

第44回東日本医科学生体育大会筑波大学結果

種 目	成 績
陸上競技	女子 総合1位
卓球	男子 団体 優勝 女子 ベスト8
バドミントン	男子 団体 一回戦敗退 女子 団体 準優勝
水泳	男子 総合5位 個人優勝 女子 総合4位
サッカー	(トーナメント) 準優勝
剣道	男子 団体一回戦敗退 個人優勝 女子 団体予選リーグ敗退 個人3位
バスケットボール	男子 ベスト8 女子 準優勝
バレーボール	男子 ベスト16 女子 予選三日目から棄権
準硬式野球	(トーナメント) 二回戦敗退
ハンドボール	(トーナメント) 結果5位
硬式テニス	(トーナメント) ベスト8
ソフトテニス	男子 団体 予選リーグ3位 女子 団体 決勝リーグ進出
ゴルフ	男子 団体8位 女子 団体6位
ヨット	団体8位 個人8位
アイスホッケー	12月開催予定
ラグビー	不参加

お詫び

今年度発行致しました“桐医会 会員名簿2001”に、お亡くなりになられました名誉会員伊藤 岩先生、中西孝雄先生を誤って掲載いたしました失礼をお詫び申し上げます。

お二人の先生のご冥福を心よりお祈り申し上げます。

事務局より

第22回桐医会総会のお知らせ

日 時：2002年5月18日（土）17:00～

場 所：筑波大学医学専門学群 4A411

多数のご参加をお待ちしています。

お気軽においで頂ければ幸いです。

編集後記

今回の会報から「卒業生を訪ねて」という企画が始まりました!!今までよりも一層読み応えのある会報になっているので、より多くの皆さんに読んでいただけることを願っています。

(K. H, T. M)

桐医会会報 第51号

発 行 日 2002年3月29日

発 行 者 山口 高史 編集 桐医会

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

筑波大学医学専門学群内

印刷・製本 株式会社 イセブ