



# 桐医会会報

2003. 3. 31 No. 53



---

## 目次

---

☆最終講義 原田勝二教授 .....	1
☆第2回生座談会 .....	11
☆それぞれの道 第2回：秋山 稔先生（1回生） .....	29
☆会員納入方法の変更についての重要なお知らせ .....	42
☆第45回東日本医科学生体育大会筑波大学結果（中間報告） .....	44

---

2002年2月7日（木）

最終講義

## アルコール依存症に関するリスク因子

原田勝二教授

### はじめに

アルコール依存症は長期にわたる過度の飲酒が原因で引き起こされる精神神経および各種臓器の慢性疾患であるが、その発症要因には個体の遺伝因子や環境因子が関与し相互作用するので単純には解明出来ないのが実状である。アルコール依存症の発症や進展に遺伝的要因が関係することは、これまで家族、養子、双生児に関する研究結果から多くの研究がなされてきた<sup>1,2)</sup>。さらにアルコール乱用が肝障害や心筋症などの疾患と関連する事も次第に明らかになっている<sup>3,4)</sup>。原因物質がアルコールであることは明らかであるが、アルコール依存症に関する有力な候補遺伝子は特定されていないのは、この疾患は複数の原因遺伝子が関係する多因子疾患であり、更に社会的、心理的要因も加わるからである。遺伝因子の解明のためにアルコール代謝に関する酵素の種類、生化学的特性、臓器ごとの分布、遺伝子レベルでの解析等がこれまで研究者により精力的に行われてきた。中核となったテーマはアルコール依存症と酵素の遺伝的変異との相関研究であった。

これまで無数の相関研究が報告してきたが、遺伝子発現と疾患との関連性、すなわち遺伝子型と表現型との関連が明らかになったものは少ない。主として中枢神経系で重要な役割を演じる神経ペプチドやさまざまな受容体の遺伝的多型との相関研究が行われてきた。また原因物質であるアルコールの代謝関連酵素の遺伝的多型からアルコール摂取量に影響を与える遺伝子も明らかになってきた。一方、アルコール関連障害にうち特定の病型、たとえば離脱症状のうち個体差の顕著なけれん発作、振戦譫妄などの関連遺伝子も明確でな

く、肝障害、肺炎、心筋症などについても特定の遺伝的要因からの発症機序も明らかでない。ここで注意しなければならないことは年齢、性、地域、民族や人種のマッチングが必要であり、加えてサンプルサイズが充分でなければならない。これを無視すれば統計的処理を行っても、false positive や false negative を招き、報告者により結論が異なる場合がある。特に人種や民族の多型性頻度は異なることが多い。アルコール依存症に関する遺伝子は数多く存在するので、強い相関を示す遺伝子が見出されたとしても、個々の遺伝子の影響は小さいと考えるべきである。アルコール依存症などの多因子疾患においては仮に易罹病性遺伝子が見出されたとしても单一遺伝子としてはその影響は限られたものになる。さらにデータの評価を一層困難にさせることは対照群にも当面のリスク因子が見出され、逆に疾患群の中にこのリスク因子を持たない個体が多く存在することである。したがって多因子疾患との相関を示す遺伝子は限定された影響しか与えないとの認識のもとデータの解釈を行うことが重要である。

本講演においてはこれらの知見を総括すると共に、日本人におけるアルコール代謝の遺伝的特異性に焦点を絞り遺伝子の多型性変異とその表現型、およびアルコール代謝との関連を中心に解説する。

### アルコール代謝酵素と Alcoholism

エタノール代謝関連の酵素には Alcohol dehydrogenase (ADH) のほか Cytochrome P450-2E1 (CYP2E1), Catalase が知られているが、エタノールの90%以上は ADH により酸化されアセトアルデヒドとなる。CYP2E1はエタノールや薬物

により容易に誘導されるので、多量飲酒に関してはこの酵素の重要性が指摘されてきたが、ヒトに関してはエタノールによる誘導を積極的に裏ける明確なデータは得られていない。大部分のアセトアルデヒドは Aldehyde dehydrogenase (ALDH) により酸化され酢酸になる。代謝産物の酢酸はケエン酸回路にはいり、10種類ほどの酵素が順次代謝を行う過程で炭酸ガスと水になる。主な代謝の場は肝臓であるが、ほかの諸臓器においても局在する代謝酵素の種類および量に応じてエタノールおよびアセトアルデヒドは酸化される。

ADH および ALDH はそれぞれアミノ酸配列が類似したスーパーファミリーを構成し、多くの分子種からなる。これらの分子種は独立した遺伝子の産物であり、一次、二次、三次構造の違いから、様々な基質に対する親和性が異なってくる。エタノールに対する親和性が高いのはクラス II ADH であり、とりわけ ADH2が高い。アセトアルデヒドに対してはクラス 2 に属する ALDH2 が最も親和性が高い。このため、各組織がこれらの酵素をどれだけ産生しているかにより代謝の主要な場は決ってくる。更に酵素蛋白のアミノ酸配列は遺伝子の塩基配列の変異（ミスセンス変異）によって変わると、補酵素の結合能の変化や立体構造の違いのため酵素活性が変化する。特定の遺伝子が組織内で発現する際重要な役割を演じる各種転写因子の違いのほか、遺伝子の転写制御領域に存在する cis-element の変異も酵素蛋白の量的発現に影響を与える。

ALDH2 の酵素活性欠損型はフラッキングなどのアルコール不耐症を示すのみならずアルコール依存症に対し防御的作用をもつという我々の最初の報告は、毛根中の ALDH2 アイソザイムの有無を、等電点電気泳動を用いて検出することによってなされた<sup>5</sup>。その結果、アルコール依存症患者群では対照群に比較して、ALDH2 活性欠損型が明らかな差 ( $p < 0.001$ ) をもって低頻度に検出された。すなわち、アルコール依存症患者群は圧倒的に酵素活性正常型が多いため、ALDH2 活性欠損によるシアナマイド様節酒効果が作用せず、社会的、心理的要因も重なり飲酒動機が高まると

アルコール乱用に至り、精神的、身体的依存が成立する。従ってアルコールの長期にわたる乱用がさまざまな臓器障害を引き起こすので、アルコール依存症の背景には *ALDH2\*1* 遺伝子、すなわち正常活性型酵素の存在が必要である。逆に *ALDH2\*2* 遺伝子をもつ個体では、飲酒後にシアナマイド様不快症状（フラッキング、心拍数・呼吸数の増加や頭痛など）が生じ、飲酒量が制限されるためアルコール依存症には至らないのである。その後、日本人を対象とした内科、精神科領域での追試がなされたが、同様の結論が得られ現在に至っている<sup>6,7</sup>。

アルコールの代謝産物アセトアルデヒドは主として肝に存在する酵素 ALDH1 および 2 により酢酸へ代謝される。アイソザイムとしての両者の特徴は、細胞内局在性とアルデヒドに対する親和性は異なる点である。ALDH1 は細胞質分画に存在し、ALDH2 はミトコンドリア分画中に主として存在する。ALDH2 はアセトアルデヒドに対する親和性が高く、 $K_m$  値は  $3 \mu\text{M}$  となっているため low  $K_m$  enzyme と呼ばれてきた。一方、ALDH1 は  $K_m$  値が  $30 \mu\text{M}$  と 10 倍ほど高いため high  $K_m$  enzyme と呼ばれる。このため低濃度のアセトアルデヒドの酸化には ALDH2 が主要な役割を演じ、濃度が  $30 \mu\text{M}$  位になると ALDH1 が重要になってくる。ALDH2 アイソザイム活性は主として肝に検出されるが、そのほか腎、心筋にも存在する。ALDH2 アイソザイムは肝抽出液の電気泳動により活性型と不活性型が多型として見出され<sup>8</sup>、これが飲酒後のフラッキングと相関することが判明したので注目された<sup>9</sup>。その後 ALDH2 の遺伝子が明らかにされた結果、exon12 の Glu をコードする GAA の G が A に置換したため Cys (AAA) となっていることがわかった<sup>10</sup>。

ALDH2 は 4 個のサブユニットが 4 量体を形成して初めて酵素としての機能を持つ。活性 4 量体を形成するサブユニットの遺伝子 (*ALDH2\*1*) を N、不活性 4 量体を形成するサブユニットの遺伝子 (*ALDH2\*2*) を D とした場合、遺伝子型としては NN, ND, DD の 3 種類がある。N と D のサブユニットが形成する 4 量体中 1 個でも D が入

る組み合わせは構造上不安定であるため、NNだけが正常活性を持つ酵素となる。 $(N+D)^4$ の2項式展開に従うと NN 型の活性を 1 とすると ND 型はその 1/16 の活性しかなく、また DD 型は全く活性をもたないことになる。事実、最近の研究では、確かに D 型サブユニットを含むとサブユニットは形成されないようである。一方、ヒト *ALDH2\*2* gene を *E. coli.* に組み入れて産生した酵素では NAD の濃度を 10~20mM に上げた assay 系では微量ながら活性を認められる。しかしながら現時点では、*ALDH2\*2* のホモ接合体が何故不活性となるのかについて明確な結論は得られていない。恐らく、*ALDH2\*2* により産生されたサブユニットを含む 4 量体分子は不安定でその構造を維持出来ないのであろう。

*ALDH1* は肝、腎に主として分布しているが、他の臓器においても活性の違いはあるが検出される。アイソザイムとして変異型を示す例が極めて低頻度であるが、白人に報告されている<sup>10)</sup>。また、赤血球中にも活性が検出され、日本人ではこれの低活性型がアルコール依存症では 60% 程見出されることも報告してきたが<sup>12)</sup>、いずれもその構造的違いに関する分子遺伝学的報告はない。*ALDH1* と *ALDH2* の遺伝子構成は解明されており<sup>13), 14)</sup>、両者とも 13 個のエクソンからなり、約 500 個のアミノ酸からなるサブユニットを産生する。染色体上の位置は *ALDH1* が 9q21 であるのに対し、*ALDH2* は 12q24 に存在する<sup>15)</sup>。アミノ酸配列が各酵素間で良く保存されている領域と相同性の低い領域があるが、平均して 75% の相同性が認められる。活性発現からみた場合 Glu-268 と Cys-302 が重要だが、各酵素でいずれも同じアミノ酸となっている。また補酵素 NAD の結合部位と考えられる Gly245/250 および Gly223/225/229 も共通となっている。*ALDH2* の natural mutation (Glu487 → Cys) の部位も各酵素間で良く保存されている。

アルコール依存症者に断酒や節酒の効果を期待して投与されるシアナマイドやアンタビュースは酵素 ALDH の阻害薬であるが、飲酒後に出現する不快症状のため、飲酒継続が困難になるためである。ただし、遺伝性の *ALDH2* 多型はモンゴロイ

ド系民族にのみ検出されることが知られており、このため欧米白人やアフリカ系の黒人では *ALDH2* 多型による自然の節酒効果は全くない。本稿ではアルコール代謝において重要な役割を演じる *ADH2* と *ALDH2* に焦点を絞りそれぞれの意義につき解説する。

Figure 1 に示すように *ALDH2* locus の 2 種の alleles による 3 遺伝子型 (1/1, 2/1, 2/2) に基づき区分した 3 群にエタノール負荷テストを行った場合、アセトアルデヒド濃度のピーク値 ( $\mu\text{M}$ ) については 3 群間で有意差が見出される。*ADH2* の 3 遺伝子型群でみた場合、いずれの群においてもアセトアルデヒド濃度のピーク値には有為差は見出されていない<sup>16)</sup>。また Figure 2 に示すように月平均の飲酒量は *ADH2* 遺伝子型の間では有意差はなかったが、*ALDH2* の遺伝子型で比較すると 1-1 > 2-1 > 2-2 の順に消費量が低下し各遺伝子型の間で有意差が見出された。このことからも判るように、アルコール感受性を規定する最も重要な因子は *ALDH2* の遺伝的変異 *ALDH2\*2* であり、アルコール不耐症の原因遺伝子であると共に、飲酒量をも制限するわけであり、その延長上にアルコール依存症に対する防御遺伝子であるという解釈が成り立つ。Table 1 に示すように *ALDH2\*2* 遺伝子がアルコール依存症に対する防御作用を持つ<sup>17), 18)</sup>。

しかしながら、現在まで世界各地の異なる人種・民族について *ALDH2* 遺伝子の検索を行った結果、Figure 3 に示すように *ALDH2\*2* 遺伝子はモンゴロイド系民族にのみ検出され、アフリカのネグロイド、欧米のコーカソイドでは、これまでのところアジア系との混血を除けば 1 例も見出されていない<sup>19), 20)</sup>。

*ADH2* の多型は Caucasoid, Negroid, Mongoloid 集団において出現頻度の差こそあるが存在する。このため *ADH2* の遺伝子型の多型を用いてアルコール依存症との対照研究を行おうという試みもなされた。ヨーロッパ白人（フランス、スペイン、イギリス）を対象に行われた研究ではスペインを除いて *ADH2\*1* の頻度に有意差は見出されなかつたが<sup>21), 22), 23)</sup>、その後台湾の中国系民族や日本人を

### Acetaldehyde peak value

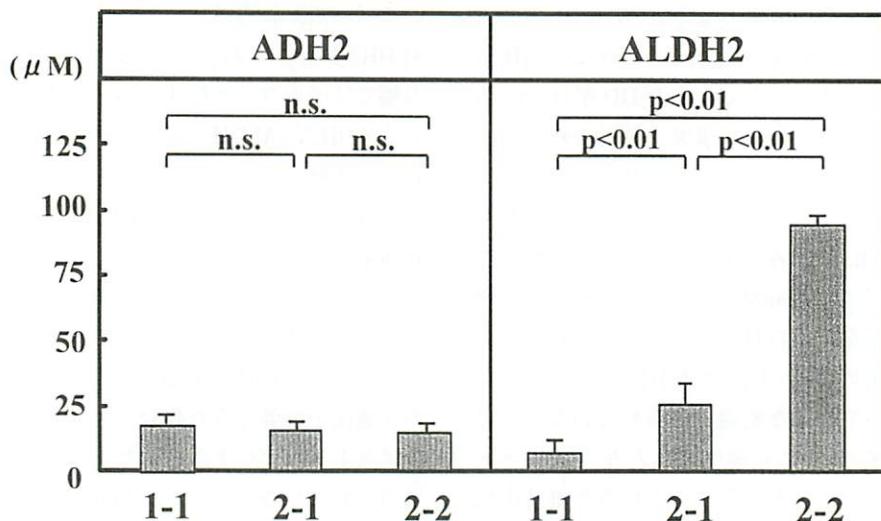


Figure 1 Acetaldehyde peak values in the genotypes of ADH2 and ALDH2 after alcohol consumption (Ethanol 0.4 g/Kg body weight).

### Alcohol consumption (ethanol g/month/head)

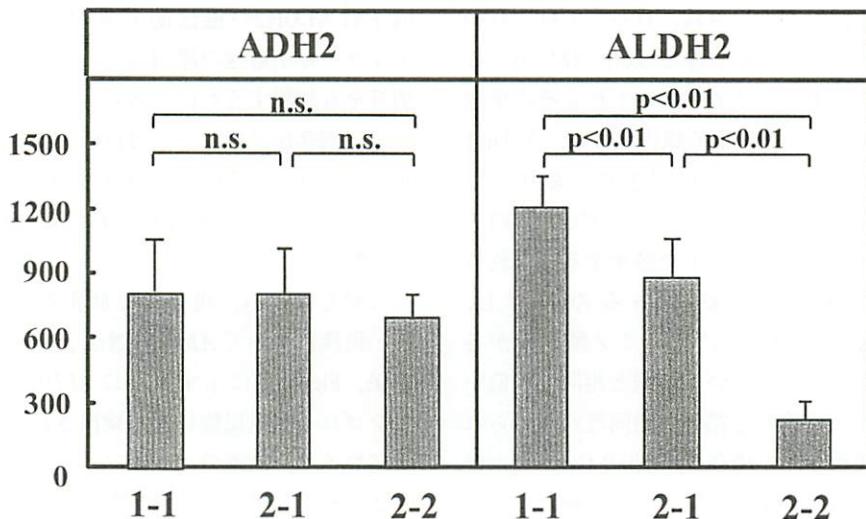


Figure 2 Alcohol consumption in the genotypes of ADH2 and ALDH2

対象とした研究ではいずれも有意差が見出された<sup>17), 18)</sup>。このような有意差が存在する根拠には、in vitro 実験系ではエタノール代謝における Vmax が ADH2\*2 をもつ個体では高いので、アセトアルデヒド濃度が ADH2\*1 より上昇し、結果として飲酒量が制限されるという考え方がある。しかしな

がら、ADH2\*1 および ADH2\*2 のホモ接合型あるいはヘテロ接合型いずれの群間でも  $\beta$ 60 値 0.127 ~ 0.128 (mg/ml blood/hr) で有意差はなく、アセトアルデヒドピーク値や月平均の飲酒量にも差はない、関連性があるのは ALDH2 の多型のみである。ADH2\*1 の頻度に比べ ADH2\*2 の頻度が極

Table 1 Association between *ALDH2*\*1 and Alcoholism.

Genotypes		<i>ALDH2*1/1</i>	<i>ALDH2*1/2</i>	<i>ALDH2*2/2</i>	<i>ALDH2*2</i> Frequencies
Japanese	Controls	58.6%	34.1%	7.3%	0.25
	Alcoholism	90.5%	9.5%	0%	0.05**
Japanese	Controls	58.0%	35.0%	7.0%	0.24
	Alcoholism	88.0%	12.0%	0%	0.06**
Chinese	Controls	52%	36%	12%	0.30
	Alcoholism	88%	12%	0%	0.06**
Chinese	Controls	54%	41%	5 %	0.25
	Alcoholism	91%	9%	0 %	0.05**

\*\* $p < 0.01$

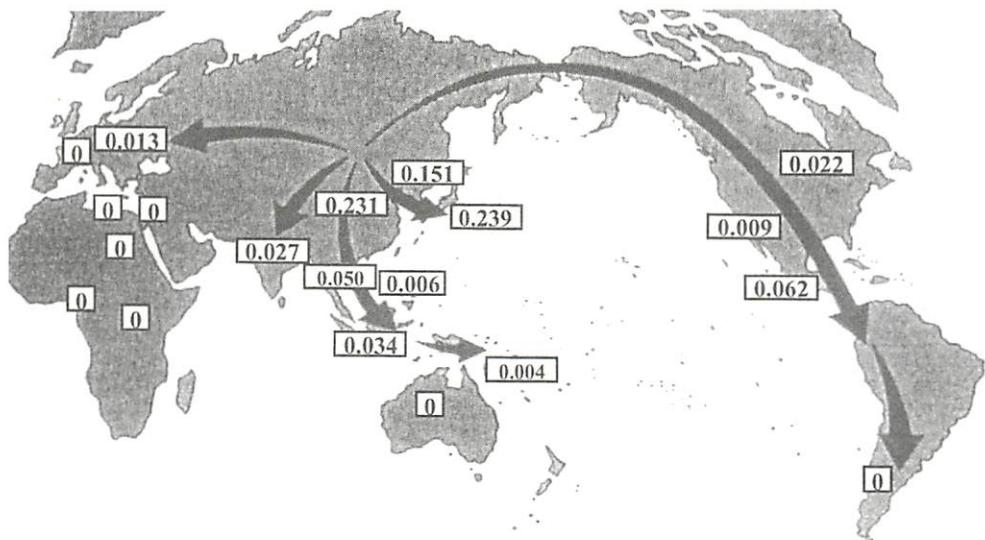


Figure 3 Frequencies of the ALDH2\*2 allele in different ethnic groups.

めて低い集団（フランス，スペイン，イギリス）では有意差がなく，逆に $ADH2^{\ast}2$ の頻度が高い集団（中国，日本）ではアルコール依存症との相関性が見出されている。しかしながら，特定の人種・民族のみにアルコール依存症との相関が見出されることとなり，遺伝的な解釈は困難になる。相反する結果を招いたもうひとつの重要な要因は検査した対象数である。調査人数が少ないと偶然の偏りが生じる恐れがある。これに対し， $ALDH2^{\ast}1$ とアルコール依存症との関連は，対立遺伝子 $ALDH2^{\ast}2$ をもつ個体は，飲酒後増加するアセトアルデヒドの影響で筋肉効果が高まり，乱用に至

らないため、アルコール関連障害を起こさないという極めて単純な関係が成立し、現在までのところ Mongoloid 系のどの集団にも当てはまる。

CYP2E1はエタノールのほか各種薬物による誘導が起こることが、動物実験で判明している。ヒトでも長期大量飲酒により果たしてCYP2E1の誘導が起り、アルコール代謝に影響を及ぼすか否かについては長年の関心事であった。最近、CYP2E1の遺伝子配列および染色体の位置(10q24.3-qter)も解明された<sup>23)</sup>。さらにCYP2E1のpromotor領域中に2カ所の塩基置換が多型として見出されることが報告された<sup>25)</sup>。*Rsa* Iおよび*Pst* Iの

RFLP から *C1C1*, *C1C2*, *C2C2* の 3 遺伝子型である。この多型が酵素誘導と相關することを積極的に支持するデータはないが、*C2 allele* をもつアルコール依存症患者の生検肝細胞では *C1 allele* のみをもつ患者より mRNA の上昇が認められたとする報告もある<sup>20)</sup>。ただし、エタノールが trans-acting factor に何らかの影響を与えたのか不明であり、欧米の白人では日本人に比べ *C2* 遺伝子の頻度が極めて低いことも気になる点である。我々が行った調査では、*CYP2E1* の 3 遺伝子型と月平均総飲酒量との間には何ら相関はなかった<sup>21)</sup>。最近、日本人の *CYP2E1 exon2* に Val72Leu のミスセンス変異が存在することが判明したが、この変異とアルコール性肝障害との間には相関は無く、また飲酒量との間にも関連性は見出されなかつた<sup>20), 21)</sup>。このことはエタノールおよびアセトアルデヒド代謝に対する *CYP2E1* の関与の度合いはこれまで強調されてきた程高くはないことを意味する。ただし、*CYP2E1* はさまざまな薬物の代謝を行っており、何らかの原因で誘導された場合アルコール代謝に対する関与度は低くても微量な生体毒性物質の产生には大きな影響を与える可能性がある。

### ALDH2多型の集団遺伝学的研究

今から 20~30 万年前にアフリカに誕生した新人が現代人の共通祖先であるとの説が有力であるが、われわれモンゴロイドも今から約 5~6 万年前に同系の新人が、アジア大陸へ拡散して形成されたと推測されている。当時、日本列島やオセアニアの島々、オーストラリア大陸はスンダ大陸として陸続きであったため、この地域に人類は進出できたのである。モンゴロイド系の原日本人はアジア大陸の南方から来たのか、それとも北方から来たのかは興味深い問題である。

骨の形態学的特徴からは、我が国の先住民である縄文時代人は、南方系モンゴロイドの特徴を示している。さらに約 1 万 8,000 年前の旧石器時代に属する港川人は、中国南部で発見された同時代の柳江人に類似しているとの報告もある。一方、現代の日本人は形態的に明らかに北方系民族の特

徴をもそなえている。弥生時代人の特徴は寒冷地に適した形態を示し、北方系の要素をもつが、現代の日本人はこれら南方系の縄文人と北方系の弥生人の特徴を兼ねそなえている。北方系の特徴は、弥生時代以後、大陸から渡來した新モンゴロイドからもたらされたものと推定され、このため日本人は二重構造をもつと言われる。同様なことは、ミトコンドリア DNA 分析や HLA の集団的調査によっても明らかにされており、日本人の二重構造モデルの基礎データとなっている。日本人の二重構造モデルを *ALDH2* 遺伝子から検証するためには、縄文時代人、弥生時代人、古墳時代人およびそれ以後の歴史時代の骨から *ALDH2* 分析を行う必要があるが、古代人の骨の入手が困難で未だ研究には至っていない。ただし、末梢血からの血液試料を用い全国都道府県の *ALDH2* 多型分析により、この遺伝子の勾配を調べることにより一端がうかがえる。

少量のアルコールを飲んですぐ顔が赤くなるのはアジア系民族に多いことは、通常経験的に言われていることだが、我々はこれを *ALDH2* の遺伝子型を検査することにより実証することを試みた。その結果、先に述べたように (Figure 3), コーカソイド (ドイツ人、スウェーデン人、フランス人、エジプト人、トルコ人、イスラエルのほか東欧諸国), ネグロイド (スードン人、ケニア人、リベリア人、ファンギ人) はすべて *ALDH2\*1* のホモ接合型であった。これに対し、モンゴロイド (日本人、朝鮮人、中国人、モンゴル人、タイ人、フィリッピン人、マレーシア人、ミャンマー人) には 10%~60% の割合で *ALDH2\*1/ALDH2\*2* のヘテロ接合型もしくは *ALDH2\*2* のホモ接合型が検出された。同じモンゴロイドにおいても、古モンゴロイド系と言われるシベリア地方、南北アメリカ、オセアニア地方、オーストラリアなどの先住民族は頻度が少なく 0~5% の間に分布しているのに対し、中国大陸およびその周辺に分布している新モンゴロイド系の住民は 5~25% と比較的高い頻度を示す<sup>19), 20)</sup>。

日本国内では東北地方や沖縄、九州などでは酒に強い人が多いと言われている。このことを確か

めるため、我々は北海道から沖縄まで、各県ごとに合計5,000名以上の日本人を対象に調査した<sup>30)</sup>。Figure 4には東北、北陸、関東、中部、近畿、中国、四国、北九州、南九州（含沖縄）における $ALDH2^*1$ 型（N）の頻度と各地方における月平均飲酒量を示してある。東北地方や南九州は評判通り飲めるタイプ（N）が多いが、同じ九州でも北の地方では逆に低い。また新潟県や兵庫県など日本酒の産地では予想に反し低かった。我々は $ALDH2^*2$ （D）型遺伝子は弥生時代の文化と共に渡来人によって日本へもたらされたとの仮説を以前から提唱してきたが、この観点からみると確かに中部、近畿地方ではNNは低い。つまり遺伝子勾配がみられ、中部から東や西に向かうにつれNNは増加し、NDやDDは低くなっている。

このように、異なる地域の諸民族間で $ALDH2^*2$ の頻度に違いが見られることの背景には幾つかの因子が関与する。第1に $ALDH2^*2$ はヒトの生命維持には中立であり、アルコール飲料は単なる嗜好品であり、生命活動に必要不可欠なものではないこと。第2に他の多種類の遺伝マーカーから、いつ頃 $ALDH2^*2$ が出現したのかを推定してみると、少なくとも白人、黒人、黄色人の三大人種に

分岐した以降、およそ2万5千年～3万年前に突然変異により生じたものと思われること。第3に新モンゴロイド系の諸部族、民族が周辺に拡散していく場合、遺伝的浮動が働くと共に、混血などの要因も作用したと思われる。しかしながら、ランダムに起こる突然変異が何故、モンゴロイドのみに生じたのかその原因は現在のところ不明である。

## 今後の展望

この疾患はアルコールの長期過剰摂取が原因となっていることが最大の特徴となっているため、遺伝的研究は「依存」のメカニズム解明に向けられてきた。すなわち「依存」に陥りやすい病前特徴と関連する遺伝因子を探索することにより、特定の候補遺伝子との相関が明らかになれば第一次予防の有力な手段となる。米国ではCOGA（Collaboration Study On Genetics of Alcoholism）Projectが5年前にNIHの支援を得て発足し10年計画で行われているが、このプロジェクトの目的はアルコール依存症患者の家系調査により原因遺伝子の染色体上の位置を特定し、更にポジショナルクローニングにより最終的に遺伝子を究明しよう

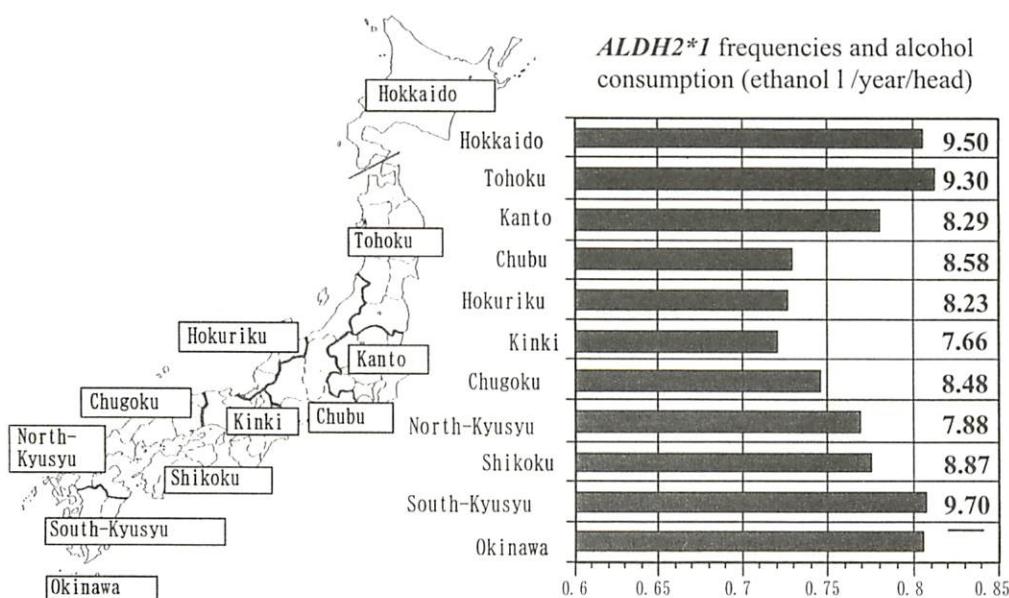


Figure 4  $ALDH2^*1$  frequencies and alcohol consumption in the different districts of Japan

とすることにある。数百家系とその血液試料数千名が集められ、システムティックな研究により幾つかの染色体が候補となっている。6箇所の研究機関が共同で行うため、患者や対照の選択が極めて質の高いものになっていることに特徴がある。COGA project からの最近の報告によるとリスク遺伝子の染色体上の位置は1番、3番、4番、7番が候補となっている。

このほか、脳の情報伝達機能に関連するいくつかの遺伝子多型とアルコール依存症との相関研究がなされてきた。ドーパミン作動性神経系に共存し、ドーパミンの遊離を抑制もしくは亢進させる情報伝達物質とその受容体はCCKのほかにGABA受容体や5HT受容体が知られている。GABA受容体にはイオンチャネル型のGABAARとG蛋白結合型のGABABRが存在するが、蛋白のサブユニットや遺伝子構造に関してはイオンチャネル型のGABAARが最も良く研究されている。今後GABABRのサブユニット構造や遺伝子の構造が明らかになればアルコール依存症との関連からも興味深い知見が得られるであろう。更に、神経伝達物質およびさまざまな受容体産生に関与する遺伝子をターゲットにして、遺伝子ノックアウトマウスを作り、これを実験モデルにアルコール依存症の原因を探ることが可能となる。一方ではCOGAプロジェクトによる研究成果を通じ、アルコール依存形成に関与する遺伝子の染色体上の特定が可能になればポジショナルクローニング法により原因遺伝子を究明することが可能となる。

## 文 献

- 1) Deitrich, R.A., Spuhler, K.: Genetics of alcoholism and alcohol actions. In: Research advances in Alcohol and Drug Problems. 8 (ed. by Smart, R.G., Cappel, H.D., Glaser, F.B.), pp.47-97, Plenum Publishing Corp., New York, 1984.
- 2) Goodwin, D.W.: The genetics of alcoholism. Subst Alcohol Actions Misuse, 1: 101-117, 1980.
- 3) Abittan, C.S., Lieber, C.S.: Alcoholic Liver Disease. Curr Treat Options Gastroenterol. 2: 72-80, 1999.
- 4) Britton, A., McKee, M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. J. Epidemiol. Community Health. 54: 328-332, 2000.
- 5) Harada, S., Agarwal, D.P. Goedde, H.W., Ishikawa, B.: Possible protective role against alcoholism for aldehyde dehydrogenase isozyme deficiency in Japan. Lancet, II: 827, 1982.
- 6) Harada, S.: Genetic polymorphism of aldehyde dehydrogenase and its physiological significance to alcohol metabolism. In: Isozymes, Structure, Function and Use in Biology and Medicine, pp 289-294, Wiley-Liss, New York, 1990.
- 7) Higuchi, S.: Polymorphisms of ethanol metabolizing enzyme genes and alcoholism. Alcohol Alcohol. 29 (Suppl. 2): 29-34. 1994.
- 8) Harada, S., Misawa, S., Agarwal, D.P., Goedde, H.W.: Liver alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase in the Japanese: isozyme variation and its possible role in alcohol intoxication. Am. J. Hum. Genet., 32: 8-15, 1980.
- 9) Harada, S., Agarwal, D.P., Goedde H.W.: Aldehyde dehydrogenase deficiency as a cause of facial flushing reaction to alcohol in Japanese. Lancet II, 982, 1981.
- 10) Yoshida, A., Haung, I.-Y., Ikawa, M.: Molecular abnormality of an inactive aldehyde dehydrogenase variant commonly found in Orientals. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 81: 258-261, 1984.
- 11) Yoshida, A., Dave, V., Ward, R.J., Peters, T.J.: Cytosolic aldehyde dehydrogenase (ALDH1) variants found in alcohol flushers. Ann Hum Genet., 53: 1-7, 1989.
- 12) Takase, S., Takada, A., Tsutsumi, M., Mat-

- suda,Y.: Biochemical markers of chronic alcoholism. *Alcohol*, 2: 405-410, 1985.
- 13) Hsu, L.C., Bendel, R.E., and Yoshida, A.: Genomic structure of the human mitochondrial aldehyde dehydrogenase gene. *Genomics*, 2: 57-65, 1988.
- 14) Hsu, L.C., Chang, W.-C., Yoshida, A.: Genomic structure of the human cytosolic aldehyde dehydrogenase gene, *Genomics*. 5: 857-865, 1989.
- 15) Hsu, L.C., Yoshida, A., Mohandas, T.: Chromosomal assignment of the genes for human aldehyde dehydrogenase-1 and aldehyde dehydrogenase-2. *Am. J. Hum. Genet.*, 38: 641-648, 1986.
- 16) 原田勝二, 福永龍繁, 溝井泰彦: アルコール代謝酵素の遺伝子型分類によるエタノールおよびアセトアルデヒドの代謝能. *アルコール代謝と肝*, 10: 1-5, 1988.
- 17) Thomasson, H.R., Edenburg, H.J., Crabb, D.W., Mai , X.-L., Jerome, R.E., Li, T.-K., Wang, S.-P., Lin Y.-T., Lu, R.-B., and Yin, S.J.: Alcohol and aldehyde dehydrogenase- genotypes and alcoholism in Chinese men. *Am. J. Hum. Genet.*, 48: 677-681, 1991.
- 18) Muramatsu, T., Wang, Z-C., Fang, Y-R., Hu KB, Yan H, Yamada K, Higuchi S, Harada S, Kono H.: Alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes and drinking behavior of Chinese living in Shanghai. *Hum. Genet.*, 96: 151-154, 1995.
- 19) Harada, S.: Genetic polymorphism of alcohol Metabolizing enzymes and its Implication to human Ecology. *J. Anthropol. Soc. Nippon*, 99: 123-139, 1991.
- 20) Harada, S.: Dispersal of the ALDH2 mutant in Mongoroid population. Prehistoric dispersal of Mongoroid (Editor, Akazawa T.), Oxford University Press, London, pp165-171, 1995.
- 21) Fleury, B., Couzigou, P. and Coutelle, C.: Comparative genetic polymorphism of alcohol dehydrogenase (ADH) in alcoholics and controls in France. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 14: 288, 1990.
- 22) Gilder, F.J., Hodgkinson, S. and Murray, R.M.: ADH and ALDH genotype profiles in Caucasians with alcohol related problems and controls. *Addiction*, 88: 383-388, 1993.
- 23) Pares, X., Moreno, A., Farres, J.: Liver and stomach alcohol dehydrogenase in normal and alcoholic individuals from Barcelona. IS-BRA 1992 Satellite Symposium Genetics and alcohol-related diseases. June 18-19, 1992, Bordeaux, France.
- 24) Umeno, M., Wesley-McBride, O., Yang, C.S: Human ethanol-inducible P450HE1: Complete gene sequence, promoter characterization, chromosome mapping, and cDNA-directed expression. *Biochemistry*, 27: 9006-9013, 1998.
- 25) Kolble, K. Regional mapping of short tandem repeats on human chromosome 10: cytochrome P450 gene CYP2E, D10S196, D10S220, and D10S225. *Genomics* 18: 702-704, 1993.
- 26) Tsutsumi, M., Wang, J.S., Takase, S., Takada,: A. Hepatic messenger RNA contents of cytochrome P4502E1 in patients with different P4502E1 genotypes. *Alcohol Alcohol.*, 29 (Suppl 1): 29-32, 1994.
- 27) Ishibashi, Harada, S., Ishii, T.: Genetic polymorphism of ADH2, ALDH2 and CYP2E1, and association with alcohol consumption. In: *Advances in Research on DNA Polymorphisms:* (Editors, ISFH Hakone Symposium Program Committee) pp445-449, Toyo-shoten, Tokyo, 1997.
- 28) Itoga, S., Nomura, H., Harada, S., Nakai, T.: Mutations in the exons and exon-intron junction regions of human cytochrome P-4502E 1 gene and alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp.*

- Res., 23: 13S-16S, 1999.
- 29) Sun, F, Tsuritani, I, Honda, R, Ma, Z.Y, Yamada, Y. Association of genetic polymorphisms of alcohol-metabolizing enzymes with excessive alcohol consumption in Japanese men. Hum. Genet., 105: 295-300, 1999.
- 30) 原田勝二：飲酒行動と遺伝子. 公衆衛生, 63: 324-327, 1999.

## 第2回生座談会

日時：平成13年11月23日（土）16:00～17:30

場所：ホテルニューオータニ 晩の間

### シンポジスト



内田 彰子：(財)国際科学振興財団

スポーツ医学 物理光学

内田 薫：湯原病院・精神科

内田 義之：筑波大学臨床医学系

内科（呼吸器）

海老原克彦：海老原整形外科・整形外科

海老原玲子：茨城県立医療大学・放射線科

大福浩二郎：茨城県立友部病院・精神科

久賀 圭祐：筑波大学臨床医学系

保健管理センター 内科（循環器）

小林 忠正：小林医院

佐藤 英貴：山梨県立あけぼの医療福祉センター

富 俊明：慈生会病院・内科

内藤 寛：三重大学医学部・神経内科

中山 健児：なかやまクリニック・整形外科

平田 雅彦：平田医院・大腸肛門科

星野 稔：星野皮膚科・アレルギー科クリニック

松下昌之助：筑波大学臨床医学系・循環器外科

村山 淳一：村山内科クリニック

村山 耕子：村山内科クリニック

山本 雅一：東京女子医科大学・消化器外科

渡辺 寛：東取手病院・循環器外科

(五十音順)

### 司会

海老原次男：つくば双愛病院・消化器内科

### 海老原（次）（司会）：

桐医会では、一昨年前まで毎年シンポジウムを開いていましたが、卒後20年を機会に一回生から順に卒後20年の軌跡をたどる座談会を開くことにしました。思い出話や大学への期待などをお聞かせ願って、同窓会の発展へつながればと考え企画しました。

去年も一回生の座談会が行われたのですが、そ

のときは大学の教職の先生が多かったので、卒後研修の話題が主だったのですが、今日は開業の先生が多いので、そちらの話でも結構です。

時間も限られていますので一人5、6分で、20年を語るには非常に短いとは思いますが、近況報告や大学に望むこと、学生にアドバイスなどお聞かせ下さい。では並んだ順番をお願いします。

### 大福：

今、県立友部病院にあります。大学を破門になつたり、いろいろありまして、流れ着いたのが友部病院で、今年で10年目になります。県の財政も厳しくて締め付けが激しくて、県庁とやりあう為に、病院に医師組合というものを作りました、茨城県の精神科医療を充実させる為に活動しているところです。組合というといろいろ誤解を受けるのですが、勤務条件とかいった闘争をするのではなくて、医療をいかによくするかということを頑張っております。

### 内藤：

三重大学から来ました内藤です。僕も今年で卒業21年目ですけれども、筑波に9-10年いて、ちょうど三重大学に神経内科が出来たということで、筑波大学の葛原先生が三重大学の教授になられて、当時の中西教授とか金澤先生とかから「内藤、おまえは三重出身だから三重に行け」と言われて行くことになり、今に至っています。筑波大学と三重大学は同じ国立大学ですがかなり違いました、行った当初は「なんだここは」と思ったのですが、今は三重大学の勤務のほうが長くなり、すっかり慣れてしまいました。万年講師で万年医局長で、もう10年間若い人のお世話をさせていただいています。僕らは大体10何年目で行っているのですが、そこから入ってきた人たちは若くて、僕の下がちょうど10年以上離れていて、直接僕たちが指導した人たちではないので、まず言うことが通じません。だから若い人の管理に非常に気をつかいます。幸いうちの教室は人気が高くて毎年5、6人入局があり、今は大体医局に60名ほどいます。大学の中のスタッフは10名程度しか雇えないで残り50名は外に出します。昨今病院の求人の条件が厳しくなって、昔は神経内科は無条件で採ってくれましたけれども、最近はいろいろ不祥事が起こりますとすぐ「引き取れ」と言われます。今年も少し大きな異動をかけたのですが、2ヶ月前に発表するのですがそのときにも各病院の院長と交渉して、下準備をして発表するのですが、発表した途端に本人のほうから「あそこはいやだ」

とか、逆に院長のほうから「こいつはだめだ」など言われ、人の管理に非常に気をつかっておりまます。最近訴訟も多くなってきて、幸い神経内科というのはお年寄りが多くてあんまり大きな問題にはならないのですが、そういった面にも気をつかう毎日でございます。

皆さんご存知かもしれません、今年春から夏にかけて三ヶ月だけちょっと休みを頂きました、「オーストラリアに行って勉強して来い、いろいろ見聞して来い」ということで行かせて頂きました。まあ、ようやく卒業して20年目にして留学することができました。大学の教官を20何年やってて、外に出してもらえないというのはちょっと辛いものがありました。まあいろいろ勉強になりました。

### 松下：

松下です。久しぶりの方もいてほんと懐かしいです。僕は81年に卒業して大学から離れて東京の都立墨東病院で外科研修をし、それからアメリカにも行ってずいぶん離れたと思っていましたが、85年より筑波大学の循環器外科に戻りました。その後89年から大学院にゆき、93年より東取手病院に勤務していましたが、今年の9月からまた大学に戻って、研究を主にやることになりました。それまでは大学の臨床研修では循環器外科で、それから東取手病院では、循環器一般をやっていた生活がガラッと変わって、何よりも勉強しなくてはいけないことになり、大変違った雰囲気の中で変わった生活をしております。まあ、詳しいことをお話しするにしても、この10年の研究の進歩は大きく、自分でもよくわかつてないということもありますので、この環境に慣れ、成果をできるだけ早く出したいと思っています。

### 小林：

卒業後すぐに、都内の国立病院医療センター現在の国立国際医療センターの内科研修医になり、そのまま消化器内科レジデントとして残ることが出来ました。当時の研修内容はとても充実していて、と言うよりも忙しくてと言った方があたって

いるかも知れませんが、その後、開業したことを考えれば、現在の自分があるのも医療センターでの忙しすぎる研修のお陰だと本当に感謝しています。医療センターには「消化器内科の会」という、大学を飛び越えたすばらしい会があります。筑波にもいらした梅田先生が医長として医療センターに赴任され、最初は納会という事で始めた会です。医療センターの消化器に在籍した先生方が次々にメンバーになる訳ですから、現在は数十人となっていまして、今も公私共にお世話になっています。話は変わりますが、これまでの座談会の内容は卒後の研修や留学の話が、当然の事ながら多かったと思います。しかし我々は既に40代後半です。確かに生涯にわたり勉強ですが、今更自分の研鑽というより、今後の自分の身の振り方やポストまたは自分の子供の進路についての話題が、筑波の二回生である私たちの中では多くなっています。先ほど座談会が始まる前の雑談でもそうでした。又、本日は開業されている先生がかなりおいでになっています。この中の二回生の中ではたぶん私が最初に開業したと思います。医師会には開業直後はあまり顔を出しませんでしたが、医院の経営に少々余裕が出てきてからは、積極的に医師会に関わりました。現在は地元の郡市医師会の副会長にさせて頂き、市町村や広域連合の医療問題に口を挟んだり、県医師会や日本医師連盟という日医の政治団体にも顔を出している状況です。当然の事ながら、呑む機会が増えて午前様が、週3回なんてことも度々です。開業して診療にも医師会活動にも充実感を覚える毎日です。大学に残っている先生方も勤務されている先生方も、おそらく今はあまり医師会には関わっていないかと思いますが、今後は是非お願い致します。

#### 山本：

大学出てから今日久しぶりに会う方ばかりなのでほんとうれしいです。大学出てからは女子医大のほうに行きまして、消化器医療センターというところです。まあ、当時は羽生富士夫という教授がいたんですけども、そこでしばらくいて、その後都立荏原病院という新しい病院と、それから

駒込病院に約7年いました。それから、3年前に大学に戻って、消化器外科をやっています。主には肝臓をやっているんですけれども、肝移植なんかもやりますけれども、今の教授の方針で「肝臓だけじゃなくて何でもやれ」ということで、今は診療としては食道から肛門まで全てやっています。大学は大きな医局で在局でも5、60人、外を合わせると100人くらいいるわけですけれども。かなりここ数年の外科に対する入局の数が減ってまして、それはどこの大学でもそういう傾向があるみたいです。MajorじゃなくてMinorのほうに流れています。まあ、非常に忙しいのは確かなんですけれども、でも外科としての仕事量が減っているわけではないので、やはりいろいろな負担がいろいろな人にかかってきているのが事実です。あと、女子医大としては、女子医大事件というのがありまして、皆さんもご存知だと思うんですけれども。大学としても、特定機能病院を取り消されたりなどすごい影響があります。私も大学の中で安全管理対策室というとこに入れられていろいろやっているんですけども、今までの日本の病院というものの中とかシステムとかが、非常に患者さんにとっての病院とか医療ではなかったというところがあるんだと思うんですね。そういう意味で非常に今、女子医大でもそうですけれども、他の病院でも急速に変わりつつあるんだろうなということを感じています。

#### 内田（義）：

まだ大学にいまして、呼吸器内科をやっています。3年ほどアメリカに居りました、9年前に帰ってきてから1年して大学に戻りました。主に喘息の病態生理の研究をしてたんですけども、2年ほど前に筑波大学附属病院で患者の組織の取り違い、気管支鏡をやったときに組織を、実際に病理の受付で、取り違えられたということが判ったのですが、ちょうどその時に、私の患者さんだったのです。非定型好酸菌症の方を肺癌という風に診断して、手術をしてしまったということです。それから約1年間、患者さんの家族のところに何度も私自身足を運びましたし、大学病院内

での体制もいろいろ変えました。それまで大学にいて8、9割方は動物の実験をやっていればよかったです立場だったのですが、急激に変わりました。これから当然のことながら病院での業務がどんどん増えていくのだろうというふうに予想されます。実際に大学を卒業して研究したいとか実験したいとかという卒業生も、すごく少なくなつてというかほとんどいなくなってきたというのが現実なのではないのかなと思います。大学研究のあり方というのがそろそろ変わらなくてはいけない時期なのかなとすごく感じます。昨年、大学の教官で代表取締役社長になって会社を作りました、ちょっと新聞に載りすぎて、身動きが取れなくなつてしまつという状況に陥ってしまいました。そろそろ次の方向性というか、また新しいことをやってみたいなと考えております。会社そのものも研究をする為の会社にしようと思ったんですけど、なかなかうまく運んでないというのが現実です。ぜひみなさんの知恵を拝借したいと思ってます。よろしくお願いします。

#### 内田（薰）：

精神科で阿見の湯原病院に勤務しております。今主人が話しましたように、忙しいことを一つ加えていただいたので、我が家もいろいろと変化が激しく、実は新築いたしました家が7月に雷が落ちて火事になりました。笑い話ですむような状況で終わりましたのでよかったですけれども。ほんとに有名になっちゃったので、近所を歩くのが大変になりました。先ほどお子さんの話がありましたように、うちも高校2年と中学1年ですけれども、私は仕事と子供の世話で動き回っております。仕事のほうは主に阿見町にある湯原病院の勤務と、教育委員会が、不登校児が学校でなく来れる所を阿見町に作りましたので、そちらのほうのアドバイザーをしておりまして、先生方への講演とか保険婦さんへの講演とかが結構入ってきました。それから保健所のほうの精神相談ということで、病院外の仕事が増えてきています。病院のほうにも若い人が少しずつ増えてきてまして、引きこもりであるとかリストカットとか抑うつという事で、

自分の子供と比較してしまいながら、胸を傷めながら診療しています。切実に教育の問題に悩んでおります。そういう毎日で忙しくしております、いつの間にか2人とも太ってしまいました。主人のほうは今年15kgほどやせました。私もこれでも7kgやせました。

#### 海老原（玲）：

卒業してから放射線科の画像診断に進みました。諸事情から3年前にいわゆるバイト生活に入りました。仕事のオファーは多く毎日働いています。今の私の仕事は画像診断でほとんどfilm readingなので、時間の融通はつきますが、もっと家にいる時間を多くしたいので、インターネットで画像診断をやりたいなと思っています。費用としては開業するのと比べれば全然かかるのですが、セキュリティの問題と、あとコンピューターに詳しくないとちょっと難しいであろうし、仕事を始めてしまうとやめられなくなつてしまつと思ったので、二の足踏んでいる状態です。そういう事についてご存知の方がいればお教えいただきたいなと思っています。

#### 富：

卒業後は東京厚生年金病院で研修をし、現在はカソリックの病院である社会福祉法人の慈生会病院に勤務しております。日々臨床に追われておりますが去年は、慈生会病院の姉妹病院であるベトレヘムの園病院の経営を任せされました。昨今の病院の機能分化という点を考慮して病院経営の方向をケアミックス型から療養型へ方向転換を致しました。本年の10月から慈生会病院に戻り院長代行として一般病院の経営に日々頭を痛めております。目下の悩みは慈生会病院の全面改築をどのように計画するかということあります。慈生会病院は70数年のカソリック精神に基づく社会福祉事業の歴史があるため全面改築のコンセプトを現在の社会事情に合わせどのように設定するのかが大きな課題であります。加えて社会福祉事業の歴史的性質から、経済的問題が大きな足かせとなっております。また、東京という地域性もあり近隣には非

常に多くの大病院が乱立しております。このような諸条件の中で特徴ある病院作り、また、患者さんに喜ばれる病院とはどのような病院なのか大変に頭を痛めております。以上が現在の状況であります。

#### 渡辺（寛）：

卒業しまして最初に三井記念病院に5年いまして、それから筑波大学の循環器外科に戻させていただいて、ちょっと訓練を受けたあと、現在の東取手病院のほうへ来ました。心臓外科をやるという話で行ったんですけども、やってたのは年に4件くらいで、2月と8月に打ち上げ花火みたいにボンとやってました。うちらの院長はもともと北里の助教授をやついてた方で、手術は大変上手だったのですけれども、ちょっと僕と考え方が違います。お医者さんていうのは何でも全部できなくてはいけないと、僕はそうは思ってないのですが、心臓外科ができる人は全部できると言う考え方の人でして、病院の看板に各医師が診察しますと、各医師といつても3人くらいしかいないんですけども。で、手術をするときになると大きく本日は心臓の手術がありますので外来等でご迷惑をおかけすると思いますがよろしくお願いしますというのを看板に貼るんですよ。それが宣伝になると、心臓外科のすごい病院なら何でも診てくれるんじゃないかなって、そんなことを信じていたんですよ。それは職員も院長も事務も全部がそう信じていたんです。実際それで一通りやっていたのでしょうか、院長はもともと千葉大を出て女子医大の心研でかなり名を売って、30何歳で北里の助教授になりましたし、当時日本でも有数の解離性動脈瘤の成績を出していた人なので、まともな人なのですけど、やっぱりあの地域はそうだったんですね。そういう状況だったので、話が違うって散々喧嘩しながらも5年いたんです。ちょっとくたびれたって言うので、縁がありまして東京の杏林大学に講師として2年間出たんすけれども、出てみたら大学のスタッフというのは勉強しなければいけないということに初めて気づいて、これはとても無理だと思い、すぐに今のと

ころに逃げ帰って、現在に至っております。もともと院長とはよく喧嘩はしているんですけども、おかげさまで少し真っ当になってきましたので、大体週一くらいで開心術もしてますし、来週以降は年末までずっと週2で手術が入るようになりました。でもご存知のように手術施設基準という、あれは今度年間60例になりましたけれども、ここまで行くと50超えるかというところで、しかもこの4月からバイパスは30%OFFということになつてたんです、厚生省の通達によりますと弁置換も全部含むはずだということになって、この4月にさかのぼって全部差っぴくという重い通達が来て、院長や私もかかかしているんですけども、考えてみればあの地域で僕みたいなのがやれるのも、こういうことだろうと思ってポツリポツリやっています。

#### 村山（淳）：

今日の出席者では偶然多い開業医のうちの一人です。卒業してから大学で内科のレジデントを6年やっている途中で千葉大で生化学の大学院に4年行きました。その後一般病院で修行した後、縁があって7年前に開業しまして、順調にやっております。うちはクリニックビルということで僕らが夫婦で内科、同級の星野先生は皮膚科で植松先生が整形でその奥さんが耳鼻科を開業しています。そのため、お互いに多少専門性を持った仕事が出来るという状態を維持できています。自分で専門外の患者を見るのはすごくストレスを感じます。自分で責任を持てる範囲というのはなかなか決めるのは難しいのですが、複数で開業したので、ある程度自分の範囲で出来るというのがメリットかなと思います。一緒に開業しているメンバーというのは卒業して15年くらい経って、それぞれがキャリアを積んで、相次いで開業しました。たまたま開業時期が一致したということで運がよかったです。ただ、今医療経済の方はものすごく厳しい状況です。日本全体が厳しいので、開業医も例外ではなくて厳しい状況になっています。しかし医療費について、ただ縮小されるだけでなく、まつとうな医療が出来るように改革できるよ

うに、いろいろなところで意見を言っていかないといけないと思っています。そうしないと、今の若い人たちが卒業する頃に問題が積み残しになってしまい、次の世代に負担がかかってしまうのではないかと心配しています。僕は地区の医師会のほうでコンピューター委員会委員長をやっています。全国の情報を共有できるように、地域の医師会のメーリングリストを立ち上げています。大学の先生だけでなく開業医だって、どんどん新しいことを勉強しなくてはいけません。患者さんも病気についてものすごく詳しいので、どんどん新しい知識を取り入れるようにということで、全国から回ってきた情報は地域の医師会のメーリングリストに流しています。2回生はいち早く同級生のメーリングリストを立ち上げましたが、情報の共有や連携の緊密化という点で役に立っていると思います。筑波大学の卒業生の中では少なくとも1, 2, 5, 7期の卒業生のメーリングリストが立ち上がっていて、各期の管理人が相互に連絡が取れる状態です。横にも縦にもネットワークが広がっています。筑波大学には卒後臨床研修部という非常にいい組織があるんですから、もっと卒業生の情報を活用出来るように、整理して公開できるとこれから卒業する方々の研修にも役立つと期待します。今は、開業医もネットを使えば病院にいる時のように情報を得ることが出来る時代です。日々の診療はもう開業後7年も経ったので大変ですけど、まあ子どものちょっとした風邪からタミナルケアまで何でもやっていて、小さい子が来てくれると結構楽しいなと思いながらやっている毎日です。

#### 村山（耕）：

卒業してから筑波大学でレジデントを6年、助手を3年やりその後一般病院に勤務し、7年前に夫婦で開業しました。二人とも内科医なのでお互いの専門性を生かして質の高い診療をめざしています。採血検査の結果は早くわかった方が診療しやすいので必要なものは院内で検査が出来るよう機械もそろえています。私は、午前中は糖尿病、代謝内分泌の専門外来を予約制で行い、午後は内

科一般を診療しています。私の分野は患者の生活指導がとても大事なので指導室をつくり、常勤の管理栄養士とパートの運動指導士さんたちに食事指導や運動教室などを行ってもらっています。開業医で運動教室を常設している施設は日本国内でも非常にまれだと思います。運動指導士は筑波大の体専の修士を出た方たちです。こういった指導はとても大事なことですが、医院経営としてみれば設備や人件費などで採算はなかなか取れません。診療のやり方を自分達で決められるのが、開業している良さですので、採算が取れずとも必要なことはやっているこうと二人で考えています。また、近くの保健センターに頼まれて、地域住民や保健婦さん向けに糖尿病教室や高脂血症の講義にも行っています。最近は何ヶ所も頼まれるので遠いところまで出かけ結構忙しいのですが、開業医というのは地域の医療レベルの向上にも貢献すべきだと思いますので、専門医としてのサービスと思ってやっています。夜はほぼ19時で仕事が終わります。その後自分の時間が十分とれるのでその点開業医はいいなと思っております。開業した当初お母さんのお腹にいた子がもう小学生なんですね。そういうお子さんを診ていると、こうして地域に根付いた医者になっていくのかなと、大学にいたときは違った医者のあり方を体験しています。現場の医師として医療保険制度の変更は大きな問題です。支払い基金や厚生労働省が経済理論だけで決め、直前になって通達が来り、前にさかのぼって実行するなど、はじめに医療をしている側からすれば何とも腹立たしいことが多いです。診療の専門家として私たち医師が、患者の立場を考え、医療の質を落とさないように筋の通った医療制度の改革をやっていくよう社会にはたらきかけていく必要があると思っています。

#### 内田（彰）：

昨年大学を辞めて自転車屋に転向いたしました（！）。なんでそんなことになったかというと、最初は外科に入り2年間外科の研修をして、それから形成外科に入らせていただいて、もともとミーハーでみんながやってないことをやりたいという

路線なんですね。形成外科研修を終えて2年間アメリカに行き、子どもも2人産んで、帰国して記念病院の形成外科科長を2年半やり、大学に戻って、10年間形成外科の講師をやらせていただきました。ほんとはそんなに長居をするつもりじゃ無かったのですが、大学に戻ってみると研究がすごく楽しかったんですよ。筑波大学はいろいろな学部があって、物理工学の先生と皮膚の色の研究をしたり、体育でもトライアスロン部の顧問をしたり公開講座をやらせていただいたら、形成外科でも新しい技術（内視鏡など）の研究をやったりと楽しんでいたのですが、総合大学だからこそそういう事が許されると思っていたら、やはり価値観が違う上司や同僚とのすり合わせがうまくいかず、（今回ノーベル賞をもらった方なんかは自分が嫌だ嫌だと言いながら外から認められてっていうのがすごいなあとは思うのですが、）大学病院として高度先進医療に認定される研究の申請も通りかけていた頃に、教授から外に出ろと言われて、何でこんなに合わないのだろうというのがかなりありました。人生短いし、付き合ってきたスポーツ選手たち（自転車ロードレースのプロチーム）が「私たちと一緒に夢を追ってくれ」と言ってきた事もありまして |2008年Tour de France出場プロジェクト| をサポートしようと決心し、大学を去年の暮れに出ました。それで今スポーツ医学の勉強（国立スポーツ科学センターのクリニックなど）を始めているところなのですが、そういうことをやっている人があまりいないのでどんどん深みにはまってきます。現在日本オリンピック委員会の医学サポート員にもなっています。先日はアジア大会で韓国に3週間行ったりとか、今子どもがダブル受験なのにもかかわらず2月には冬季アジア大会に行ってくれとか、やれアテネオリンピック大会だと、やれカタールでアジア大会だとかどんどん仕事が重なってきて、これからもスポーツ医学のほうにどっぷりかな…と。（中山先生と同じ余生を？）。スポーツ界の秘話などいっぱいあるのですが、時間がないのでまた何か質問などありましたらメールをください。

### 佐藤（英）：

卒業を期に山梨医大に入るということで筑波大学とほとんど関係がなくなりました。最初2年程千葉大学にいて、1ヶ月だけ山梨医大に戻りました、山梨医大の研究生という形で1年ほどアメリカのフロリダ大学の整形外科に、留学しました。向こうで腫瘍とマイクロサージャリーの方の勉強をして、日本に帰ってきて腫瘍で学位も取りました。公立病院に出て、整形の手術の方もいろいろできるようになってきたところで突然教授に呼ばれて「肢体不自由児施設の所長のなり手がいないので、その話が回ってきた。うちでまわせるのはお前しかいないから行け」と言われました。「二日ほど待ってください」とは言ったのですが、断れないと思いましたと結局引き受けました。山梨県韮崎市にあけぼの医療福祉センターという障害者のリハビリ専門の施設がありまして、そこに32歳のときに所長という形で赴任しました。一応県立病院の院長ですのでなるときにもいろいろと問題があった様です。後で聞きますと教授が無理やりに、じゃあ他に誰がいるんだと言うことで入れたとのことです。ほんとは私も二年で辞めるつもりでいました。そこで2年間くらいは、自分が所長ですから何でもできると言うことで、医大に行つては整形外科の患者を連れてきて自分の病院で手術をしていました。2年位して、患者さんに障害の受容と言うことを話している自分の姿を夜考えながら、おれもそろそろ自分のほうが受容しなければいけないのでないかなと思いました。それで3年目くらいからある意味で諦めたというか受容しまして、本当の意味で所長になりました。だから外科医を辞めまして、手術は後輩に任せています。外来とかリハビリとかはやるんですけど。手術をやらなくなつて整形外科としては少し寂しいなという気持ちは常に心の中にあります。ただ、障害の世界というのはやってみると、まだまだやらなきゃいけない事がいっぱいあります。私ががんばってみてどれくらい変わるかと言うとそんなに変わらないというのが現実なんですけれども、そういう意味でのおもしろさで、14年間やっています。14年もやると狭い世界ですので結構全国的

に顔が利くようになりますて、厚生省の審議会にも顔を出しています。文句ばっかり言うので、ありがたくない人だと思いますが、言わせるのも面白いみたいに思われている部分もあると感じています。時々厚生省の人にもメールを送ったりしています。今度の医療法の改正では、整形のリハビリがものすごく切られてしまい困っています。特に障害者リハというのは、評価がとても難しい。いい日はすごくいいんですけど、悪い日はがくんと落ちてしまって一定でないため、どう評価していいのか。それから維持療法が障害者に大事なんですけど、維持って言うのは評価されないんですね。ほおっておけば悪くなると言っても、改善がなければ効果がないと判断されてしまうので、今我々のやっていることを認めてもらうのがすごく難しくて困っています。私の施設というのは肢体不自由児施設、重症心身障害者施設、重度更生援護施設とそれからちっちゃな病院があります。所長としての出張ばかりで、今月もほとんど日曜日に仕事をしていまして、今日だけがほんとは休みだったんですけどね。だから座談会に出てよかったです。だから座談会に出てよかったです。スタッフの問題では、やはり先生方は、私もそうだったのですが、施設というのはどうしても敬遠しがちで、私の後輩もなかなか専門でやる次の人気が来てくれません。何とか2年前から整形外科医が一人私の下に来てくれるようになりますて、少し安心しているんですけれども。

今、あけぼの医療福祉センターは再整備ということで4年後に新しく作り直す計画が進んでいます。でも作り直すっていうのは大変ですね。特に今のような不況の時代には、予算がどんどん削られてくるため、自分の希望は押さえつつ、何を削ろうか皆で話し合っています。大体夢というのは現実のなかで縮んでいくものですが、何とか縮まないようしたいと思っています。こういうご時世ですので、ある程度割り切ってやっていかなければならぬとも思っています。とにかく山梨の片田舎でいろいろとやっておりますので、興味がありましたら、是非一度いらしてみてください。

#### 平田：

私は肛門科という他の先生はあまりおやりにならない科を診療しています。筑波大学を卒業後、東京医大の外科大学院に進学しましたが、一年後に慶應大学の外科研修医になりました。そこに3年おりまして、楽しいなと思っていましたら、義理の父が亡くなってしまい、急遽肛門科医院を継ぐめになりました。まだ32歳でしたので、何がなんだか判らず肛門科の診療を行っていました所へ、金澤暁太郎先生より、ドイツの直腸肛門病学という本を貰すにあたて肛門病の部分は私が訳してくれとのご依頼が有りました。ドイツ語は苦手なので苦労しましたが、その教科書に「痔は生活習慣病だから、ドイツでは手術は殆ど無い」と書いてあったのです。これには愕然としました。外科出身ですからなるべく多く手術をしようと思っていた訳ですから。そして世界の事情を詳しく調べた所、内痔核の手術率はドイツが7%イングランドが5%米国は4%と非常に低い事が判りました。そこで日本でも内痔核の手術はなるべく減らしましょう、生活指導を中心に行いましょうと、学会等で主張しましたら、賛同者が皆無に近かったです。そこで自分の医院だけでも痔は生活習慣病との考え方で、なるべく手術をしないで生活指導を中心の治療に変更しました。現在の私の医院の内痔核の手術率は13%で日本ではかなり低い方だと思います。その代わり一人当たりの外来患者さんの診療時間が長くなります。初診の患者さんは必ず30分以上診療しますし、再診の患者さんも10分、15分はざらです。しかしその事で内痔核の手術率が世界並に下がってきたこと、便秘症の患者さんも86%は下剤を使用しなくても改善が見られる事が判ってきて、学会に積極的に発表する様にしています。15年以上の努力の結果、ようやくここ1、2年は他のドクターも「痔は生活習慣病だ」と言うようになりました、一般紙でも「痔は生活習慣病」との特集が増えました。誤解の無いように付け加えますが、私の所は痔の手術は無いのかと思われるところあります。手術の必要な症例はきちんと手術をいたしますし、その場合は日本大腸肛門病学会の肛門領域の指導医を必

ず2人以上いれて、しかもそのチームが一日3例までしか手術しない原則にしています。その様な病院は日本ではあまり無いと思います。そして最後に申し上げますが、この理念を貫く為、自費診療に致しました。と言っても、30分以上かかる初診の料金が4600円、再診は1200円です。自費で患者さんが来るのかと思う方もいらっしゃると思いますが、事実新患患者数は去年より20%増えています。外科や肛門科の外来ですぐ手術と言われたり、2~3分の診療で丁寧な生活指導を受けられないと言う不満を持つ患者さんが4600円を払っても30分以上説明を聞きたい、又はなるべく手術はしたくないという気持ちから私の医院を受診されるのだと思います。

#### 星野：

大学時代あまり真面目に学校に行ってなかつたので学生時代は成績が悪くて、M6の夏休み前に志望を出すのですが、内科を第一志望にして第2志望のAを皮膚科と書いてBを形成外科と書いて第3志望を耳鼻科と書いて、そしたら夏休みに先生（時の学群長先生）とたまたますれ違ったときに、「君は確かに内科が第一志望だったよね」と言われ、あの頃神経内科を除いて12人レジデントを取るとかいう話で、16人くらい希望がいたらしく「何を尺度に決めるか」というとやはり成績順に決めるので、君の成績ではちょっと」と言われまして、「確かに君は第二志望を皮膚科にしてたでしょ」とか言われて、ちょうど一回生で皮膚科に入られた方が一人もいらっしゃらなくて、「是非入らないか」と言われて、そういうてくれる人がいるなら皮膚科でいいかなと思って、皮膚科になりました。ちょうど何かの縁でレジデントの4年目のときに、日曜日に何もする事が無いから住宅展示場に行ったら、ミサワの展示場で筑波の卒業生の子がいて、いろいろアンケートを書いて、土地は100坪くらい欲しいかなとか、坪25万くらいだったらなど適当なことを書いて帰ってきたら、その子が熱心に来るもんでしょうかなくて、レジデントになって5年目のときに根負けしてそこでいいやって言ってお願いしちゃって、大学に出入

りしていた三井生命の保険のおばさんの名義で農協から80万ほど借りて、大学の講師の先生から100万借りてそれで土地の手付金を払って、それから土日のバイトとかいろいろして、家を建てちゃったんです。その後、研修医が終わる頃に教授に呼ばれまして、「君は筑波に家も建てたし、特に希望がないんだったら、レジデント終わったら大学に残れ」と言われ、まあ流れかなと思って教授の指示通り大学に残りました。平成元年に筑波で皮膚科の東部支部学術大会をやらせてもらつたときに、下働きをしまして、その会計などの報告が終わって、平成2年の2月にバイトで行っていた日立製作所の水戸の病院のほうに皮膚科を新しく開設していただきそこの常勤医になりました。平成3年の春に上野教授が定年退官されて八月に新しく大塚先生が赴任されて来られました。自分にはもう関係ないと思っていたら平成4年の2月くらいに突然電話がかかってきて「また大学に戻りなさい」ということで平成4年の4月から平成7年まで新しい教授の下でまた下働きをしまして、医局長みたいなものとか病棟係とかをやらせて頂きまして、その頃に、やはり時代の違いというか若いレジデントの人たち、皮膚科は結構楽だということで希望者が多いんですよ。5人とか入るのはいいのですが結構休む人も多かったりとかで、ちょっとこっちの方がおかしくなって、例えば学会の準備で「できたら持って来て」とか言って夜待っていてもいつまでたっても来ない。しうがなくポケベル鳴らしても連絡取れないし、いったい何をやってるのかなと思っていると夜10時くらいに部屋に来て「お待たせしました」なんて言って、こっちは飯も食わないで待ってるのに「お前何やってたの」と聞くと「家に帰って飯食って風呂入ってきました」と言い出す始末で、こういう先生の相手をしてるくらいなら自分の子どもの教育した方がよっぽど世の為人の為になるんじゃないかなと思って、平成7年の7月に大学を辞めまして、水戸協同病院の皮膚科に2年くらいいたのですが、旧態依然とした病院でしたね。水戸に赴任して半年後には2年間いたら退職しようと思ったもののそれからははどうしたものかな

と思っていたらちょうど村山先生が開業されていてそこで調剤薬局をやっている社長さんがたまたま水戸まで来られていて、「やらないか」という話になって少しお待ちになっていたので平成9年の9月に今いる村山先生のところで皮膚科のクリニックを開業しました。そして何をやっているかと言うと、お門違いなのですが、牛久の在宅ケアネットワークの会の幹事をやらされてまして、皮膚科で在宅ケアとかあんまり関係ないだろうと最初は思っていたのですが、最近は老人ホームとかそういうところから疥癬とか床ずれとかでお呼びがかかったりして、今水曜の午後診療所を閉めている間に老人ホームを4、5件くらいスケジュールを決めて患者さんを毎週診に行ったりとか、在宅の患者さんとかでも、例えば陷入爪で痛くて歩けないとか言うと手術道具を持っていって手術したりとか、皮膚癌の切除植皮も老人ホームとかではります。皮膚科って開業してもする仕事って変わらないんだなみたいな感覚で働けていますので、それなりに楽しくやらせていただいている。最後に子どものことなのですが、僕は今時のレジデントの先生の教育するなら自分の子どもを教育した方がいいと思ったのですが、やはり自分の子どもの教育には失敗？したかなとも思います。となりにいる平田君なんかはお子さんが2人医者になるということでうらやましいなと思うんですけど、自分の長男は今茶髪にしてピアスあけてます（ピアスは僕があけたんですけど）。長男は私大の薬学の推薦をもらって、俺決めたからと言って、今東京で悠悠自適な生活を送っていて、長女の子のほうは、前に田村正和の「おやじい」とかいうドラマをやっていたときに最終的に広末涼子が医学部受験だとかいって予備校行って終わったと思うんですけどあれ見てる頃は「医者になる」って言っててくれたのですが、何がどう変わったのか防衛大学校に行く事が決まってしまって、なかなか自分の子供の教育とかも難しいものですね。

#### 中山：

卒業して、冬賀秀一先生と二人で，“石を持て

追わるるがごとく”，東京に出てきました。（笑）東京警察病院整形外科に入局して、苦節12年。楽しいこともつらい事もありましたが、同期で入局した冬賀先生が、2年前に東京警察病院の整形外科部長になりました。とっても嬉しいことです。私は平成13年7月にちょうど警察病院のすぐそばの江戸川橋に開業しました。内科の診療所の第三者継承という形でした。その当時第三者継承というのは非常に珍しくてですね、新聞や雑誌などにかなり載りました。詳しくお話をすると、30何年続いていた内科の診療所があって、雇われ院長が高齢のために閉院することになり、後釜を探していましたね。しかし周りに内科の開業医がいっぱいいるもので、内科医の引き受け手がいなくて困っていたんです。オーナーである先代の亡院長が私の父の親友で、私の筑波大学入学の際の保証人ってくれた人だったんです。そういう縁があって、「そういえば警察病院に中山さんの息子がいる」ということで平成2年の暮れに継承の話がきました。ちょうどその年の春に父が亡くなつたこと也有って、父がそこでやれと言っているような気がして、まさに神懸り的な状態で、その内科医院を継承したわけです。立地条件はあまりよくなく、整形外科の患者さんがなかなか増えないし、手術もできない。最初の二年くらいは後悔したものです。今はあきらめの境地で地域に密着しておりますが。未だに半分内科という診療形態なので、四月の改正のときに約9%ダウン、今度は外総診が無くなつて、10月は17%ダウンでした。何か非常に生臭い話ばかりで、でもこの収入減は開業している先生方は勤務の先生方と違って非常に切実な思いだと思います。そういう意味で細々とやっております。在宅の方も12件くらいかかるております。先ほど「赤ちゃんが大きくなって」という話もありましたが、私が開業時に引き継いだ患者さんたいもその後次々に亡くなりました。整形外科の病棟勤務というのはほとんど亡くならないんですね。私が整形になってよかったなと思うことは暗い病棟で働くことがなかった、楽しかったということなのですが、開業してから立て続けに在宅で看取るケースに遭遇して「ああ、私

も町医者の仲間入りしたんだなあ」という感慨にふけったものです。今でも24時間電話がかかってきます。実は今日もここに来る前にも、三時半には出ないといけないので、急患が飛び込んできました。捻挫が1名、骨折脱臼が1名。それから下痢と風邪が、扉に鍵をかけているのにブサーを鳴らしたり、電話の転送をしてなかつたために断りきれず……何とか間に合いましたけど。

ご存知だとは思いますが、私は柔術・空手・キックボクシング・総合格闘技などのリングドクターをやり始めて十数年になります。ここにおられる内田彰子先生が非常にお金に恵まれた団体のスポーツドクターをやっておられるわけですが、私の関わっている競技は、医療の光の全くささいな谷間に咲く競技であります。だけど非常に危険で怪我の多い、場合によっては命に関わる怪我が起こります。ところが、こういう団体はお金が無い。お金がないから医者を雇えない。誰もやってくれない。例えば百数十人のトーナメントなんて、百数十試合を、大体朝の10時頃から夜の7時頃まで座って見てるわけですよ。好きじゃなきゃやつてられないです。噂を聞いて次々に私に頼みに来ます。全部引き受けました。最近では何人か弟子が出来まして、各種大会に振り分けられるようになったのですが、それでもまだ足りない。明日は新宿の戸山公園で、障害者ミニ駅伝というのがありますて大会医師を依頼されました。「医者が欲しい、でも、NPOだから金が出せない」誰にも頼めないから、僕が一時から二時半までやることになります。その後は東京ドームPRIDEという大会があり、そちらに駆けつける予定です。こんな年間30~40くらいの大会のドクターをやっています。もちろん大会数はもっと多いのですが、それは弟子たちに任せています。6月30日にカレンダーを見たんですよ。そしたら月末月始はレセプトで潰れますし、空手やキック、K-1・PRIDEなどの格闘技の大会が続いて、その他に医師会の仕事をいっぱいやっていますから、なんと全く予定の入っていない日がその半年でたったの4日間だったんですよ。つまり家庭をまったくかえりみてない、ひどい父親です。妻と子どもたちは「私

たちは母子家庭だ」言ってまして、家に帰ると僕のいる場所が無いっていうような状況です。でもやはり『継続は力』、内田先生もそうかもしれませんのが、最初は全然そういう気持ちも無くて始めたのが、今ではどっぷりつかってしまって、続けていたからこそ一つの形になっていくのかなと。これからその“一つの形”にしなければいけないのかもしれません。

### 海老原（克）：

僕は卒業後、都会の生活に憧れ日赤医療センターに行きました。しかし、2年で茨城に戻る事になりさらに勉強は好きでなかったのですが埼玉医大（ここもかなりの田舎）に行く羽目になりました。その後、虎ノ門病院に就職し、やっとまた都会に戻ったと思ったのもつかのま、一年で筑波に戻され教職をすることになりました。こうなると一生教職でいこうかなと思いましたが、実家の事情で開業となりました。僕の場合は埼玉医大に行つたのが運がよくて、あちらの先生はみな開業しますからそれなりのプロセスということができていて、りっぱな事務長が手伝ってくれました。ですから非常に楽な開業でした。

僕が開業して思ったのは、平田先生もそうみたいですけれども、僕もこんなに話が好きだったのかというくらい30分くらい患者さんと平気で話す気になれることです。大学病院や都心の忙しい病院にいるいろいろなところを回ってきた人、Hospital shoppingというのでしょうか、いっぱいX線写真やMRIとか持ってきて忙しい外来ですから処理しきれないことがあります。正直、辟易するときもありましたが、今は外来だけで手術はしていませんのでゆっくり話せます。ただ、中山先生もおっしゃたように、なかなか人生はうまくいかないみたいで、今年の保険の改正は整形外科にとってかなりのダメージでした。実際のところリハビリの点数が半減しましたので平均通院日数の多い施設ほど大幅な減収になったわけです。

ところで最近心配なのは勤務医の経済感覚です。たとえば大学に行くと後輩が「開業って大変なのでしょ？僕の勤めている病院は手術中心なので今

回の改正の影響はない」と僕に言うわけです。しかし主たる病院、特に何とか総合病院とかは80%くらいは赤字といわれています。赤字の病院で給料もらっていて全然不思議でないわけです。われわれ開業医にとって赤字イコール首をくくるですが、公務員的というのでしょうか赤字の病院から給料もらって研究日とてバイトして・・・結構心配です。

#### 司会：

卒業してから筑波のレジデントを6年間、それから大学院に入りました。6年では一人前ではないだろうし、研究もしたいということで、大学には合計10年間いました。それから近くの病院で急性期の300床の病院を手伝えということでおりましたけれども、激戦区で、時代の流れと共にケアミックスの病院になり、10年の間に院長もいなくなつて、私が一番上でやっていた時期も1、2年ありました。そういうことをやっているうちに、今度は別のことをしてみたい気持ちがあるところに教授から「新しい急性期病院ができる」ということで行かせていただきました。少しは経営の苦労もしておりますが、急性期病院医療そのものが時代と共に変わってきていて、なじみのない世界になっていました。また、前の病院では割と医師の裁量で出来ていて、職員のことを考えて経営が行えていたのですが、半公的なところでは市民が中心なのか職員が中心なのかそれとも市なり県なりが中心なのかあまりはっきりしません。何を中心に考えていたらいいのか、未だに分からぬところがあります。

私はたまたま近くに10年間おりましたので、開業の先生の何人かとはお知り合いになつていて、今の地域の医師会は100人くらいいますが、そのうち村山先生ご夫妻、星野先生、植松先生と同級生が5人います。そんな感じなので知り合いの医師会の先生が多くてありがたかった。そういう医師会の先生方との連絡役というのが私の一つの役目かなと思ってやっております。

近況報告は大体済みましたけれども、私が桐医会の仕事を始めたきっかけは何かというと、元々

は国試対策です。この同窓会は卒後の最初の一年くらいはありませんでした。で、阿南先生や牧先生からの勧めで作ることになったのですが、何を元にしたらいいのかということで、国試対策の取りまとめとか勉強会の連絡網が役立ちました。私はその連絡役になっておりましたので、そのまま同窓会の仕事をしています。

同窓会は学生との繋ぎ役もやっているのですが、あと二年くらいで臨床研修必修化というが出ていくようです。大学に残ろうとしてもある程度の少ない人数しか残れないようです。私が卒業のときに非常に悔しかったのは残りたいのに残れない人がでてきたことです。同級生で6年間やっていて、母校を恨みに思って出て行く人がいるようではいけないと、学年だけの同窓会は作るつもりだったんです。そこにたまたま医学全体の同窓会を作れということで、自分の学年のこととは分かっているからと、同窓会の役員をお引き受けしました。100人の内40人しか残さないとか、そんな大学じゃ酷いのではないかということで。案の定それからはだんだん筑波に残る人たちが少なくて、人手が足りないといって汲々としたようです。そこへもって今度は臨床研修必修化ということで大学ではもう20人くらいしかとれないことが予想されています。益々母校にとって大事な人材が残りたいのに残れないということには違和感を感じております。

もう少し時間がありますけれども学生に伝えたいことはありますか？筑波大学の特徴とかいいところ、卒後20年程経っていますけれど、卒後研修のこととか開業のこととか、筑波大学に残ったメリットとか。

#### 富：

今の教育のことで、例えば自分の勤務している病院で研修医を引き受けますよという情報を大学に提供したときに、それは受け入れられるのですか？

#### 司会：

大学卒業のときに研修医として行くときの話で

す。

**富：**

平成16年度からの卒後研修を受けいれますということは、たぶん一般病院では悩んでいる施設が多いと思います。大学はいいのでしょうかけれども、地域病院の中で研修医をどのように受け入れるかということは非常に難しいことであります。例えば我々の病院では基本的に管理型病院として卒後研修医の教育を行なおうと思っておりますが、その情報をどの様にまた何処に提供すべきなのか悩んでいるのが実情です。このような事からも、卒業後の後輩が先輩方はどこの病院にいるのかなどという情報を大学へ提供しておけば卒後研修に関する程度は役立てるのではないかと思います。20年も経ったので一般地域病院で働いていても、ある程度自分たちの立場で協力できる人は多いと思いますが、なかなか大学というのはその辺の情報提供という面では今まで充分ではなかったという印象があります。

**司会：**

他の大学ではどうですか？

**内田（義）：**

うちの大学はですね、私はあまり関わっていないのでよく分からないのですが、2年後どうなるのか、うちの大学のプログラムは大体できたんですよ。この11月から動き出したんです。今まで内科のローテーションが2ヶ月ごとだったのが6週間ごとになりましたすごく短くなって、何やっているのか分からないといううちにいなくなるという状況なんですけれども、ただ実質的にはそれでも20人とか30人とか正確な数字は分かりませんが卒業生のほんの一部分しか受け入れられないのは間違いないです。正確な情報ではないんですが、この12月の中旬までに厚生省に、病院群を作つて臨床研修が出来る申請を出さなければいけなくて、周辺の病院でどういった先生たちがどういった認定医だとか専門医だとか持つてて、どういった研修ができるかということの書類を一生懸命各病院

で作っている状況なのではないかと思います。それが筑波の周辺ではどうなっているかということに関しては大学は全く認知していないでしょうし、ですから卒業生がどうなるかということに関しては全くシミュレーションできていないのだと思います。

それからおそらく筑波の場合は筑波の周辺の病院で臨床研修していく形が多いのだとは思うのですが、どうなるかは全く分からぬ。もしかすると将来的には開業の先生たちを含めた病院群という形を探っていくという話なんですよ？厚生労働省は。地域医療も含めてやらなければいけないという形なんですよね。それがね、大学でのディスカッションは全くないんですよね。まあ私の耳に届かないだけかもしれません。

**渡辺（寛）：**

僕は2年間だけですけど杏林大学（あの割り箸事件の）のスタッフをやっていたのですが、そこは東京の典型的な私立大学で開業医の師弟が多いんですよ。そこで保険委員というのもやらされていたんです。新鮮だなと思ったのは、保険委員というのは病院の収入、レセプトをちゃんと書けとか言うだけではなくて、各科の研修医に保険診療というものをちゃんと研修させろという、つまり開業医としてちゃんとやっていけるようにね。その委員長に言われたんですけど、「君は国立大学出身だし、経歴も三井記念病院とかそういうところを回ってきてるけど、日本の医療を支えているのは開業医であり中小病院であり、そこが成り立たなければその地域医療は成り立たない。俗に開業医は儲け過ぎとか言われているけれど、そうではなくてちゃんとフェアに医療をしてフェアにお金をもらうような制度というのを研修させるのも大学病院の義務なんだから、君達はただ単に胸部外科の点数を取るということではなくて、胸部外科の医局員が将来胸部外科でやっていくかもしれないしどこかのスタッフになるかもしれないあるいは研修をした後地元に戻るかもしれないけど、自分の医療をちゃんと正当な評価を受けるような請求の仕方を教えなさいと。不備ではあれ、

一応ルールなのだからそのルールをきちんと教えなさい」という風に僕は教えられました。杏林だと医局の中で胸部外科の関連病院はないわけですよ。だから患者集めに僕らスタッフが一般病院の外来へ出されたりもしたんです、それと下の連中をバイトとして行かせますけど、それ以外は開業医の先生の所に行って心電図を見て、これは検査をしたほうがいいですからといって自分のところに連れてくる技術も教えろと。何より新鮮だったのは、保険というものを大学が教えなければいけないというのは。「こんな教育は君の大学にそういうのはなかっただろ」と言われて「そうだな、なかっただな。あるいは授業出てなかつたから知らないだけかな」と思いました。そう考えると今いる病院は非常に小さい病院で、赤字になれば私立病院ですから給料下がっていくわけですよ。だから必死になってやっていかなければいけないんです。そんな中で今くらいの歳になると、医療行為をなるべくフェアにお金に変える仕組みというのを知っておかなければいけないし、そこに目を向けていては、いけないのでしょうね。ごく一部のアカデミックにやっていればいいという人は勿論必要ですけれども、医療というのは社会との接点だから自分の行為をお金に変えることをきちんと主張できるという訓練というのは、そろそろ必要なこと。そういう意味で言えば僕らみたいな小さな病院でも、そんなインチキしていませんからね一応、それでも一応赤字にならずに、患者さんは76人くらいしか入院しないけど医者が7人常勤でいられたんですよ。給料は安かったんですけど食べるためはどうするかって考えますよね。でも小さい病院って今度の研修の話を聞いても全く論外で、要するに何百床以上でなければいけないというのがありますから。研修医をもらわなくともやっていけますけど、大学を卒業して何人が、そういういた何百床あるようなところずっとやっていけるのかいろいろ考えたら、そういう人々は自分のやっていける方法というのを教えていくべき時期に来ているかなと思います。

司会：

臨床研修というのは保険医をとるためのものなんですね。医者の資格は持っていても、保険医になれるかどうかっていう。

佐藤（英）：

正確に言うと診療ができないんだよね。後ろに保険医がいるということではないと、本人は保険医ではないのだから。

でも筑波大学でそんなことレジデントのときに教えてましたっけ？

司会：

レジデントで入った時に一時間くらいやった覚えはあるんですけどね。訴訟の話とかも。

佐藤（英）：

山梨医大に最初に行ったときに、山梨医大が出来たばかりだったので事務の方が保険のことを聞いてくるんですよ。そんなこと医者に聞くなよっていう感じですよね。どうしてそんなことを聞くのか聞いてみると、大学とか文部省とかから回ってきていて、厚生省から来たのではないで、厚生省がやっている保険のことは全く知らないんですよ。結局多少とも外の病院に行ったことのある先生に「先生これはどうしたらいいんですか」って聞くしかない。そんな状態だから今の文部省がやっている病院でそういう教育ができるかというと、厚生省から役人呼んでこないと難しいんですよ。筑波大学は卒後臨床研修部がありますよね。どこで研修させるかっていう情報を持っていないとしたら、同窓会経由で情報を提供するとかね。そういうことは卒後臨床研修部がやらなきゃいけないんじゃないですか？卒業生に連絡は取れるのですから、基本的な情報は得ることができるわけですよね？

司会：

卒後臨床研修の話は、ほとんどの先生は直接タッチしないと思います。臨床研修病院の先生だ

けだと思うんですよね。われわれは、そういう情報を伝えるとともに、次に、臨床研修が終わった人をどうやってリクルートしていくか、採るほうも行く方もお互いに情報を流せたらいいと思います。

**佐藤（英）：**

でも実際足りないんでしょ？卒業して半分しか自分の大学に残らないということを何処の大学でもするわけだから、何人かは絶対外に出なきやいけないわけでしょ。

**富：**

卒業後大学に残れる人は別として、大半は残れないわけですよね。そうすると卒業の段階で自分はここに行くということを学生が決めるわけです。だから私がさっき言ったのは後輩に、例えば山本先生は女子医大でごくいい仕事をやっているとか、例えば我々みたいに地域の一般病院で地味な地域医療をしているなどという卒業生の情報が卒後の進路決定に役立つではないでしょうか。おそらく大学というのは自校の学生をある程度しか採用できないと思います。当然採用されない学生は外に出て行くわけです。そのときに、卒業生に「こういうところに卒業した先生がいるんだな」とか「そこが卒後臨床研修を引き受けている病院である」という情報は大切だと思います。また少なくとも研修が終わって二年間でハンコを押されて、「はい、どこでも行っていいですよ」という段階ではいろいろと困ることが今後出てくるのではないか。卒業した学生に対して色々な選択肢がありますよということは、卒業生として、いろいろな場所に先輩方はいるわけですから、20年経ってようやくこのような情報が提供できるようになったと思います。

同窓会にホームページっていうのはあるんでしょうか？

**司会：**

今作っている最中です。

**富：**

そういうのに学生さんなり研修中の先生なりがアクセスすればいいわけですが、やる方は大変でしょうね。

**司会：**

確かにまだ臨床研修の必修化なんて形もまだ決まっていないし、お金もどこから出てくるかわからない。その後のことをね、我々と同じようなことが起こると思うので、その後どこに行つたらいいかとかそういう情報を同窓会のなかで、先輩達はどうしているという情報を流したりすることによって、行き先が困ることがないようにしていなければなと思っています。

うちらの時はなかったんですよね。

**司会：**

全然なかったですよ。先輩だってわからなかつたし。

先輩がいなかったですからね。学校ができたばかりで五里霧中でしたからね。

結構地域病院である程度の立場にたってこの病院どうするかっていうお医者さんで、臨床研修をある程度やっていかなければいけないだろうと、そうじゃないと一般医療として残れないだろうという所は結構真剣に悩んでいると思いますよ。だからおそらく大学よりは地域の方が、そうじゃないと研修が成り立たないとスタッフが集まらないですからね。かなりそういう意味では真剣に考えているんじゃないかなと思います。

**司会：**

そういう意味では大きな病院だって、臨床研修の後の、必修化の後の受け皿としてコマーシャルも必要ですね。

**渡辺（寛）：**

でも結局、専門医制度というのがでてくるで

しょ。僕の専門の心臓外科でいうと、今度胸部外科というのが別れちゃうんですよ。胸部外科って呼吸器と消化器と心臓・血管があるでしょ。で胸部外科に入っている人が末梢の手の血管をやるっていうのは変になっちゃうから。心臓・血管専門医は外科の専門医のサブスペシャリティにはいくんです。僕らで言うと心臓・血管外科は、まず胸部外科の認定医から心臓血管外科の専門医を取って、で専門医をとった上に今度は外科の専門医を取った後に心臓血管外科のトレーニングを受ける研修医を取れる専門医というのも出て来るんですよ。そうすると心臓血管外科の専門医であって尚且つ胸部外科もしくは心臓血管外科学会、国際議会で英文を含む論文を何本以上とか基準があって、それを持って、さらに論文を10本以上書いて自分で何件以上執刀したという記録を全部出した、研修医を取れる専門医っていうのをまた取るわけですよ。それらを全部取っていかないと駄目なんです。新卒の医者がそれ以外の病院に行ったらそこで何年勤めていても、専門医を取る為のキャリアにならないとかね。それにはベット数というのはほとんど関係ないんですよ。20でも30でも別に構わない。そういう医者が1人いて何件以上手術をして、それ以外の教育をどつかコアと組めば全然構わない。例えば僕らの病院は複数と組んでも構わない。基本的に筑波と組めば、筑波をコアにしておけばローテーションして一年経てば一年のキャリアになる。ただ同窓会名簿を見て僕らを見てくれても、うちの病院でそれが出来るかは分からないわけですよ。そうすると、もちろん筑波認定施設になっていれば、ローテーションになりますけど。そうなるともう、まさに元の医局講座と同じになっちゃうよね。オープンに出来ないんですよ、やっぱりちゃんととしたシステムで、卒後どこに行けば、先輩が話を聞いてくれて、そこに行く事ができるという情報は同窓会が持っていたほうがいいのかもしれませんね。データベース作ったらそれがうまくいくかって考えたら、もうやっても遅くないんじゃない？

#### 司会：

病院の紹介は必要ですし、学外からも要望はあります。

#### 平田：

ナビみたいに地域別で検索できるとか、科で検索できるとか、あれはやってもらえば僕らも勉強になりますよね。例えばどこで肝臓の専門家がいるとか、地域と科で、それで僕はこういう事が特徴だよって一言書いてもらって、そうすると見学にいきますよね。卒業後の進路の貴重な資料になると思います。

僕はメーリングリストで随分助かってるよね、誰がどこにいるとか。あれだけで随分できるなって思うでしょ。あれをもうちょっと進んでやれば随分違うと思う。

学生さんにとっても、ものすごくいいと思いますよね。

#### 司会：

各学年のメーリングリストはあるんですよね。全学年ではないんですけど。あれが全学年に渡るようなメーリングリストがあればいいと思いますけれど、管理が大変です。

臨床研修の話は後半出ましたし、同窓会でもいろいろご意見を生かしていきたいと思いますが、今日は特に17人中8人が開業の先生なので何か後輩に送るようなことは御座いますか？

#### 小林：

私が開業生活が一番長いという事なので開業医を考えるならという事で話します。学生の時は国試に標準を合わせて勉強でしょう。問題は研修医やレジデントの過ごし方です。今から思うと、皮膚科や小児科、できたら整形外科も回りたかったなという気持ちです。自分の地元は地方だから何でも屋が望ましいからです。逆に都会では自分の専門を活かした特徴のある医院なら成功するはず。あまり重装備にならずに。開業しても誰もがひそ

かに感じるのは、何々附属病院にいた頃と違い、どこかステイタスが落ちたのでは、という卑屈な思い込みです。最先端から取り残されるのではないかと。自分がそうでした。でも今は違います。医療には一次から三次まである訳だから、お互いの役割をしっかり果たせれば良いと考えています。又、開業してからは病院に勤務していたころより、幅広く、医療を通じて社会に関与しています。特に医師会関係で、介護保険や医療行政に携わるからでしょうか。最後に一言、医師会は海千山千の妖怪の巣窟ではなくて、私達医師の情報交換の場でもあり、未来の医療を語る場でもあると考えています。

僕が思うのは学生のうちはあれなんじゃないの。自分が興味のあることとか、行きたい科、好きな科でも、まあそれがたまたま野球部があるからでも何でも構わないと思うんですね、行く理由は。

行った所で一生懸命やって、それで結果として開業医になる人だっているだろうし、大学にずっと残って教官やる人もいるだろうし。目先のこととにとらわれて変な世渡りの技術ばかりで進路を選ぶなんて事をしないっていうのが基本なんじゃないかな。結果は後からついてくるみたいな感じでいいと思うんですよ。

#### 司会：

他に何かありますか？ 同窓会の役員会では、学生との付き合いも多いのですけれど、よく考えると卒業生の同窓会組織なのですね。20年も医者となった後輩がいますが、研修医とかは忙しくてあまり顔も出せなくなっているんですけど、そういう人にも情報は必要ですね。こういう座談会の内容が、今研修している人とか10年目くらいの人とか、そういう後輩の役に立てればと思います。本日はどうもありがとうございました。

---

#### 懇親会スナップ

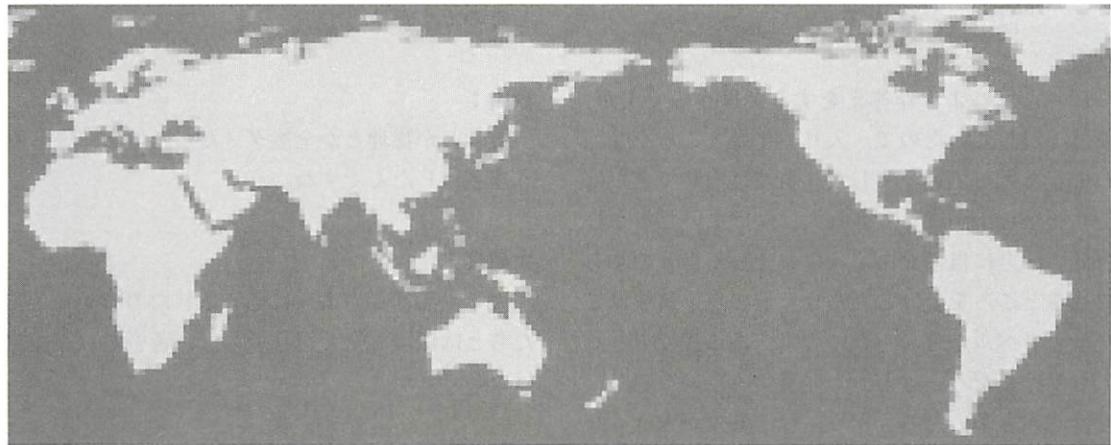
---





# それぞれの道～卒業生を訪ねて～

第2回「国立国際医療センター 秋山 稔先生」



日 時：平成14年12月6日（金）

場 所：銀座アスター新宿賓館

協 力：山口 高史（1回生）

guest：秋山 稔（1回生）

interviewer：大瀬良省三（医学4年）

大島 昇（医学4年）

末廣久美子（医学4年）

五味渕智香（医学2年）

## ＜秋山先生経歴＞



1980年3月	筑波大学医学専門学群卒業
1980年6月－1982年5月	国立病院医療センター外科研修医
1982年6月－1985年5月	国立病院医療センター外科レジデント
1985年6月－1986年11月	国立病院医療センター外科非常勤医師
1986年11月－1989年10月	国立病院医療センター国際医療協力部派遣協力課医員（厚生技官）
1989年11月－1993年10月	国立病院医療センター外科医員（厚生技官）
1993年11月－1999年5月	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課医員（厚生技官）
1999年5月－2002年5月	国立熱海病院外科医長（厚生労働技官）
2002年6月－	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力2課医員（厚生労働技官）
2002年7月－	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力2課 専門官（厚生労働技官）

**司会者（大瀬良）：**

今日は秋山先生の素顔をのぞくということをテーマに、色々なことをお話ししていただこうと思います。まず、どうして筑波大学を選ばれたのか、そのあたりのところからお願ひします。

**秋山：**

皆さん同じような答えをすると思うのですが、僕は1浪していたので、入りやすいところを受験しようと思って選びました。筑波は当時できたばかりだから、すごくできる人は受けないだろうし、自分の学力に自信がある人はおそらく自分の学力を通るところを受けるだろう。その点、筑波はまだ全くレベルが分からないので、ある程度できる人も受けるだろうけど、一発勝負みたいな感じで受ける人も多いだろうから、標準偏差が大きくなり、つまりばらつきが大きくなるので受かるチャンスがあるだろうと思ったわけです。

他の理由といえば、高校の頃は生意気に色々なことをやりたかったわけで、僕はどちらかというとむしろ文系だったんです。本を読むのとかわりと好きで。大学に入ってからはあまり読まなかつたけど、文系のようなこともやりたかったし、精神科のようなことにも多少興味がありました。それから、高校時代の教科では生物がわりと好きでした。今で言うところのバイオテクノロジーですね。丁度筑波の学群長は生化学の阿南先生だったので、そっちの道も面白いかなあと思って、そういうのも入学した一つの理由でした。入ってみたら生化学は全然面白くなくて……。

**大瀬良：**

文系から医学のような理系に進むのは、大変だったのではないですか？

**秋山：**

文系志向というよりも、高校2年生の頃は文系科目のほうが得意でした。でも、3年生の時に文理選択しなくちゃいけないでしょ？ うちの高校は中高一貫だったから、高校2年生の時にはもう全部終わっていたんですよ。3年生のときは本当に

受験勉強をやるような感じで、その時に文系理系を選ばなくちゃならなくて。

**大瀬良：**

じゃあその時点で理系ということは決めていましたのですか？

**秋山：**

数学とか物理とか全然ダメだったけど、いちおう理系にしたんですね。

**大瀬良：**

大学生活はどのように過ごされたのですか？ 僕たちとは環境も全く違うですし、苦労されたのではないかですか？

**秋山：**

大学生活はひどかったです（笑）。でも、楽しかったです。いかに授業を出ないかということを競ってたような感じで。（学校に行かない）1、2位ぐらいはもう決まっていて、その人たちのことはもう絶対抜けない。だから10番以内くらいを狙ってね。学生時代って結構夜が遅くなるじゃないですか。本を読んだり色々話したりして。僕はよく、友達と色々話したりしていました。3、4時とかまで。それから寝るとどうしても起きるのは11時とかになっちゃうじゃないですか。で、11時には学校に行けないから、とりあえず昼ごはん食べて午後からの授業を受けに行くわけですよね。そしたら、「遅かったじゃないか、3人しかいないんだよ。」とか言われたりして。授業に3人しかいないっていう意味じゃないですよ。授業には70人くらいいるんです。でも仲間が3人しかいないっていうことは、4人目が必要だっていうゲームがあるじゃないですか。

**大瀬良：**

なるほど、麻雀ですか。

**秋山：**

そうですね。だから大学に行ってそのまま連れ

出されて、ということもよくありましたね。僕の学生時代はそうですね、麻雀とテニスですか。テニス部はねえ、結構まじめにやってましたよ。6年生の時まで東医体に出ていましたから、それはよかったですと思いますね。別にそんな上手だった訳じゃないんですけどね。他にも心理学研究会にも所属していましたね。

大瀬良：

宿舎生活に関する思い出は何かありますか？

秋山：

僕らの部屋は「安心の館」と呼ばれていました。僕らはテスト勉強を始めるのが遅くて、友達でちょっと出遅れちゃったなってやつが試験前に遊びに来るわけですよ。それで、みんな色々と僕らに質問をするわけ。「えっ、こんなことも知らないの？」とか言ってね。僕らは「どこに書いてあるの？」とか言って教えてもらって、遊びにきた彼らは「自分達よりも知らない奴らがいる。」と安心して帰っていく。それで、安心の館と言われていました。

山口：

秋山先生は試験の要領が良かった。やっぱり頭が良かったんだよ。

秋山：

いや、そうじゃなくて、能力がないんですね。これは何十年もずっと生きていて分かったのですが、前もって始めるという能力がないんですよ。追い詰められないとだめなんです。最近でも学会の準備とかで、今晚寝ないでやれば何時まで遊んでいても大丈夫だと。そういう風に考えて逆算しながらやるんですよ。でも終わったときには、苦しいから次回は前もってやろう、と思うんだけども絶対にそういう風にできない。

大瀬良：

それで間に合わなかったということはないのですか？

秋山：

幸いそれはなかったですね。

最初の2年間は宿舎で生活して、その後はアパートに移ったんですよ。2年間は竹園に、最後の2年間は谷田部に住んでいたんです。すごかったです。始めは電気が通ってなかったんです。最初に帰ってきた人が、ジェネレーター(発電機)を回すんですよ。そうすると電気が付くでしょ。失敗したことが一度あって、朝、窓を空けて電気を付けたまま学校に行ってしまったことがあるんですよ。その頃は実習だったからちゃんと学校に行ってましたよ。で、帰ってきたら部屋が黒いんですよ。羽蟻っているでしょ。羽蟻が部屋中に入り込んで部屋が真っ黒になっちゃったんですよ。羽蟻が電気に寄ってきちゃって。それでとりあえず部屋を閉めて殺虫剤を撒いて、友達の部屋で飲んでそろそろいいかなーと思って戻ったらやっぱり羽蟻は下にみんな落ちてて。それがどれくらいあるのか確かめたくてとりあえず箒で掃いてみたんですね。するとこれくらい(直径50cm高さ20cm位の山)。ああいう昆虫って大量発生する日があって、その時には半端じゃなくすごいんですよね。大量発生した日にたまたまそういうことをやっちゃったんですね。

(食事が運ばれてくる)

秋山：

エビとカニが駄目なんですよ。前は大好きだったんですよ。僕はヴィエトナムのホーチミンに1995年から行っていましたが、なにしろ食べ物が安くておいしいんですよ。それで、エビ・カニ屋さんに週に3回くらい行って食べまくって3ヶ月でアレルギーになっちゃったんです。

そういうえば大学の6年生の時に検疫所実習があって、グループで横浜の検疫所に行ったんですよ。それで中華街に行ったらね、謙ちゃんと(榎原謙先生)誰かがエビとカニが食べられなくて、荒木さん(荒木均先生)が牛肉食べられなくて、10人ぐらいで行ったんだけど、何でも食べられるのは僕と2人ぐらいだったんですよね。それなの

に僕もとうとうエビ・カニが食べられなくなってしまったわけなんです。

大瀬良：

榎原先生とは仲がよろしかったのですか？

秋山：

謙ちゃんとは結構仲良かったですよ。麻雀もよくやったし、スキーもやったし。麻雀では謙ちゃんに負けた記憶はありません。彼のほうは「俺は負けた記憶はない。」と言うかもしれないけどね（笑）。僕らの世代で麻雀ができる人はいないくらいみんなやってましたよ。そういうえば、ヴィエトナムのホーチミンでプロジェクトをやっていたときに鬼塚（鬼塚正孝先生）が中心になって、筑波・ヴィエトナムチャーライ病院医療協力というプログラムを作って、それで鬼塚、謙ちゃんらを中心に毎週6～7名の胸部外科グループの先生が4週間にわたりて来てくれて、講義や最後のグループは3期生の石川先生らで、胸腔鏡下手術のデモもやってくれました。向こうのスタッフも大変喜んでいました。

大瀬良：

学生時代の話ですが、僕たちの場合、試験の前は過去問を参考にして勉強したりするのですが、1回生だと過去問がないので試験勉強をするのが大変ではなかったですか？

秋山：

過去問がないから勉強しなくてよかったです（笑）。逆に過去問がないのが当たり前だったから、楽だったよね。だって過去問があったら勉強しなくちゃいけないじゃないですか。僕らは教官が作ってくれた赤い教科書があって、その教科書をしっかり勉強していればよかったんですよ。友達に悪いやつがいてね、教科書を他の友達に貸したら大事な数値とか単語とかを全部マジックで塗りつぶして返ってきたという……（笑）。塗りつぶされちゃった友達が「ちょっと教科書見せてくれよお。」なんて、寂しそうな顔をして僕のところ

を訪ねてきたりしてね（笑）。なにしろその本だけを勉強すればよかったです。

それと当時はレジュメ班みたいのはなかったですね。ただ、5年生ぐらいのときから勉強会グループみたいのがあって、僕はM6の2学期くらいからその勉強会に入っていました。その時期からだと勉強会に入っていなかった人はもうあまりいなくてね。それで残った連中で勉強会を作ったわけです。要するに一番できるやつと一番できないやつでした。一番できた大越と、一番できが悪かったと自他共に認めていた西村さんと、そのほかに小松さんと、4人で勉強会を作ったんだよね。勉強会では、彼（大越先生）が知らなくて僕が知っていることも存在するんですよ。それで僕が「ええ、お前こんなことも知らないの？」なんて言うと「そんなことどこに書いてるの？」って彼が焦るんですよ。それが楽しかったですね。

「朝倉の内科学」がありますよね。僕はその「朝倉の内科学」を買ったのはM6の8月だったんですけど、他の人たちが持っているのはもう何回も読んだやつで、僕はまだ真っ白のきれいなやつを持っていたんですよ。国家試験の勉強は、とりあえず国家試験の問題集を勉強して、問題に関連する部分に戻って「朝倉の内科学」の教科書のその部分を読むっていう方法でやっていました。一つの問題が終わると、「その問題は神経内科の13〇×ページ」ってページまで覚えている大越が言ってくれるから、「はいっ」と言ってそのページを開いてね。ところが、他の人たちはもう何度も読んでいるので読み終わるのがものすごく早いんだけど、僕なんかはまだ真っ白で初めて読むわけですし、全部線を引かなきゃならないから読み終わるのが一番遅いんですよ。それで大越にお前早くしろよみたいな感じでプレッシャーをかけられながらね。

大島：

ところで学生時代は休みのときに、旅行されましたのですか？

秋山：

旅行はしました。外国は全然行かなかったです。外国は行きたかったけどお金がなくて。北海道とか沖縄ばかり行っていたなあ。沖縄は2回行つて、合計50日くらいましたね。

他にアルバイトもしていましたよ。家庭教師とか塾の講師をやっていて、塾は一番儲けていたときは10万くらい儲けていましたね。時給というか歩合で決まっていて、生徒数が増えると給料も増えるんですよ。僕は最初受け持ったクラスの生徒がものすごく多かったから、月10万とかね。それで多いときには家庭教師が2件でそれぞれ5万くらいで、合計20万弱くらい稼いじゃったりして。仕送りは3万くらいしかなかったけど、ほとんど仕送りなしでも生きていけるくらいで、かえって研修医になって給料下がったくらいでしたよ。アルバイトで稼いだお金は沖縄旅行とかスキーに使ってたね。麻雀は勝っていたからあんまりお金使わなかっただし。麻雀は6年の最後の年明けまでやってたよね。3月はさすがにやらなかっただけ。

大瀬良：

学生時代の終わり頃に進路を決められると思うんですが、どういうふうにして決められたのか教えていただけますか。

秋山：

僕は外科を選んだわけですが、外科に行った理由は非常に簡単んですよ。本腰を入れて勉強を始めた頃、暗記ではなくきちんと理解しながら勉強をしてみると内科とか小児科とか色々面白くて、興味が出てきたんです。それで友達に相談したら、「バカ言ってるんじゃない、お前はどう見ても外科だ」と言われましてね。で、僕もやっぱりそうかなあと思ってね。まず勉強好きじゃないでしょ。それに手は大きいけどわりと手先が器用だったんです。だから外科タイプだったんですね、きっと。それから何人も友達に言われましたしね、お前は外科だろってね。それで「ああ、外科にしようかな」って(笑)。でも外科を選んでよかったですよ、本当に。

日本の外科医というのは、何でもできないとだめなんですよ。アメリカやヨーロッパの外科医は診断はしなくてよくて治療だけできればいいんです。ところが日本の外科医は、診断もきちんとできなくてはいけないし、治療もできなくてはいけない。だから極端な話、外科医さえいれば診療は成り立つんですよ。そういう意味では、外科医になつてよかったなあと思いますよ。でも今は忙しいから人気がないでしょう。今医者は人気ないですよね、外科医も内科医も。小児科なんてほんと人気ないでしょう。彼らを見ていると大変ですね。

外科医というのは全身診なくちゃならないから、オールマイティーでないとできないんですよ。全身管理ができないといけないから、心臓が診れないといけない、呼吸が診れないといけない。僕は消化器外科医なんですが、消化器外科の患者さんを手術すると、術後合併症を起こしたりと色々あるでしょ。そうすると心臓合併症とか呼吸器合併症とか糖尿病のコントロールとかそういうことを全部知ってないと患者さんの管理というのはできないわけですよ。

小児科にしても国際的にももちろん大事だけれども、日本でもやはり大事ですよね。子供がいくら少ないといつても子供はいるわけだから。子供の数に対する小児科医っていうのは少ないのでしょ。小児科医っていうのはなぜ大変かというと、めちゃくちゃ当直が多いんですよ。親が働いていると、子供の具合が悪いことに気付くのは昼じゃなくて夜なんです。だから夜の仕事がものすごく多いんですよ。体力的にかなり辛いですね。昼間だけやっているのならそんなに人気がなくなるようなことはないと思うんですけどね。昼は普通の診療をしなくちゃいけないし、夜は当直をしなくちゃいけないし大変だと思いますよね。

山口：

医者のなかで平均寿命が短いのは脳外科などの外科系と思われがちですが、一番短いのは小児科医という話を聞いたことがありますよ。

秋山：

睡眠時間が一番短いのも小児科医ですよ。だから小児科医としてずっと勤め上げるのはすごく大変だと思いますよ。途上国だと小児科や産婦人科が重要なので、国際協力をする小児科や産婦人科の医者が増えると日本の小児科医が減るなんていふことになるかもしれませんね。

大瀬良：

大学を卒業されてからその後のことをお聞きしたいのですが、研修はどちらでされたのですか？

秋山：

ずっと国立病院医療センターです。なぜ外に出たかというと、1期生の場合はまず外に出なさいと言われたんです。僕は勉強を一生懸命するよりはやはり技術を身につけて早く一人前になりたいという気持ちがあったので、大学にいるよりも外に出たほうがいいと思ってね。それで躊躇なしに外にでました。大学に残ることは全く考えなかつたです。M6の時に実習があるじゃないですか。その時外科の実習は日赤医療センターで胸部外科の実習をしたんですよ。そこの胸部外科の実習がおもしろくて、じゃあ胸部外科に行こうかなと思つて「医療センターに行きたいのですけど。」



と、その時の担任だった堀先生に言ったんです。そうすると「医療センターは医療センターでも、国立医療センターにしなさい。あそこには私の先輩もいますから、何かあつたら面倒は見られますからぜひ国立のほうにしなさい。」と言われて、「あっ、そうですか。」って言って国立を選びました。1980年に大学を卒業して1986年までレジデントで、86年に国際医療協力部のスタッフになりました。外科のスタッフはいっぱいだったので（空きがなかったので）、スタッフになるためにはどこかのスタッフになってとりあえず外科の仕事をしていなさいと言われました。そのとき国際医療協力部のスタッフが空いたんです。その部長になつたのが産婦人科の我妻先生で、先生は筑波にも教えにきていたし、「来なさい。」って誘つていただいて。それで国際医療協力部のほうに入ってその仕事をしながら日本にいるときには主に外科の仕事をやつていたのです。

1989年に外科の1年後輩のスタッフがやめて、そのとき適当な後任者が見つからず、外科の方から「戻つてこい」といわれて4年間外科に戻つて、外科の仕事をしながら併任で医療協力の仕事にも携わつていた期間がありました。1993年に国立病院医療センターのいわゆるセンター化構想が実現し、国立国際医療センターになって国際医療協力局に戻つてこないかということで、協力局のスタッフのままヴィエトナムに行って帰つてきたら国立熱海病院の先輩の外科医がやめちゃつたから国立熱海病院に来ないかという話があつて。それで今年の6月まで熱海病院で外科の仕事をしながら、医療センター併任でもつたので国際医療協力の仕事もやつていました。

国立国際医療センターに7月戻つて、今は医療協力局の専任なんですよ。外科併任じゃないんです。だから外科医としての仕事は今は全くやめちゃつてゐるわけです。

山口：

国際医療協力部の仕事はなんだつたのですか？

秋山：

そもそもその前の段階があって、僕らがレジデントの時にカンボジアの内戦があって、タイにカンボジアから沢山の難民が入ってきたじゃないですか。あの時、厚生省と文部省とで3ヶ月交代でタイ・カンボジア難民医療のスタッフを出したんですよ。厚生省のスタッフ派遣は医療センター中心でやっていたのでみんな行かなくちゃいけなくて。それで、僕もそういう所に行ってやるのもおもしろいかなと思って、カンボジアには3ヵ月半行つたんです。やっぱりやりがいがありましたね。

次に、タイに行きました。今はタイはかなり進んでいますけど、当時はタイの農村部では消化器外科医がいなかったのですよ。僕が行ったのはレジデント3年目の時で、医療センターの3年目っていうのはもうほとんどのことができるという状態だったんです。胃の手術はたくさん経験していましたし、胆石の手術やその他ほとんどのことはできるという感じだったんですね。そういう状態で行つたら、タイのその地方の消化器外科医は僕だけかってね。やりがいもありましたよ。やっていくうちに周りからどんどん紹介が来るわけです。あの時思ったのは、どこで診療しても同じだなってね。日本でやっても海外でやっても。むしろニーズは海外のほうが高いわけだから、海外でやつたほうがいいんじゃないかと思ってね。タイでは、消化器の病気は色々ありました。アメーバ赤痢や胃癌、胃潰瘍、胆道閉鎖症もあるし。甲状腺腫もあったし。全部ありましたね。設備は難民が入ってきたときに日本が供与したものを使っていたのでかなりしっかりしていました。

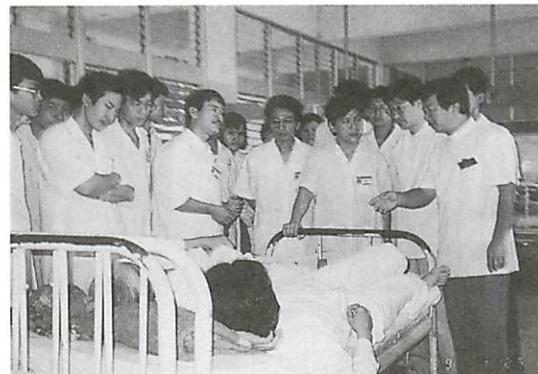
山口：

麻酔はどうやってていたのですか？

秋山：

麻酔はタイの看護婦さんがやっていて（麻酔の免許を持った看護師さん），それがまたおもしろくてね。向こうは足でジャクソンリースを踏むんですよ。全部一人でやらなくちゃいけないので、足で呼吸をやりながら空いた手で筋弛緩剤とかを

注射してました。それをからかうのがおもしろくてね。「ちゃんと分かってるの？」って尋ねると「I know!」とか言って怒られたりしてね。「あっ、失礼しました。」みたいなね。



山口：

ところでむこうの仕事は現地の病院指導をするわけですか？

秋山：

今ヴィエトナムでやっている仕事は、現地国内研修といって都市の大病院が主になって地方の病院を教えているものなんです。病院はナショナルセンターみたいなもので、そこをサポートしてカリキュラム作ったり、フォローアップをどうするなどの相談をしたりしています。病院協力自体今はあまりトレンドではないのですが、その中では卒後教育などがやっぱり効果的ですね。病院の中で臨床教育とか病院管理、看護協力などを一緒にやっていくのが病院協力です。

山口：

けっこう手術は現地でしますか？

秋山：

していました。手術指導も毎週水曜日にしていました。ヴィエトナムの場合そこの院長がすべての責任をとるシステムをとっていたので免許上の問題はなかったです。

大瀬良：

今まで何カ国くらい行かれたのですか？



秋山：

この前数えたら出張は29回、国として10数カ国。アジアでは、中国・タイ・ヴィエトナム・カンボジア・ミャンマー・バングラデイッシュ・スリランカ・ネパール・インドネシア、パプアニューギニア、アフリカではエチオピア・セネガル、中南米ではボリビア、他にアルメニア。調査での出張では、1回の滞在期間はだいたい2週間くらいです。長期派遣は1回だけで、ヴィエトナムの3年10ヶ月。長期は他ないです。次に長いのはタイの3ヶ月です。向こうでの仕事の内容ですが、JICAって知っていますか？国際協力事業団です。29回の出張は全てJICAの出張です。むこうでJICAの業務をするのですが、半分以上は無償資金協力といって、向こうに医療機材を供与したり病院を建てたり、というフィージビリティ調査のようなことをするんです。あとは、短期専門家で行くときは外科医として、外科の指導、超音波や内視鏡の指導などがあります。長期のヴィエトナムでの主な業務はプロジェクト全体のマネージメントです。こういうことが必要だから、日本からどういう専門性の人を呼ぼうとか、誰に日本で研修してもらおうとか。全体の計画を立ててね。そういうことが主な仕事でしたね。外科の仕事もちょっとしていたけど、全体の業務量の10%くらいしかできなかつたですね。

大島：

派遣されるときは一人ですか？家族とですか？

秋山：

僕は結婚していないんですが、家族がいる人は長期派遣の時には一緒に多いです。

向こうではメイドさんも安く雇用できるので、子供産んだばかりでも遊びに行ける。ご飯も作らなくていいし、掃除もしなくていい。向こうに奥さんと行く人は、すごくエンジョイするか適合できないかに分かれますね。

五味渕：

その国のやり方でとまどったことはありますか？

秋山：

最初はヴィエトナムのやり方に戸惑ったこともあります。システムが全然違うんです。例えば賄賂社会。賄賂を出さないとなかなか物が出てこない。一年間賄賂を出さなかったら一年間車が出てきませんでした。払うつもりはありませんでしたが、額がどのくらいかも分からないし、どこにどういう風に払うものなのかも分からなかったです。

大島：

現地で観光する時間はありましたか？

秋山：

最初の二年間、週休一日だったから忙しかったですよ。月曜から金曜は色々な会議をして土曜はそれをまとめなくてはいけなかつたので、むしろ土曜日が一番忙かったです。けっこうきつかつたです。日曜はわりとゴルフをしていました。毎週末ゴルフなどしているとお前はいつも遊んでると言われるけど、実はかなりハードに仕事していましたよ。

山口：

好きな国はどこですか？

秋山：

やはりヴィエトナムですね。大好きというわけではないけど居心地がいいです。でもヴィエトナムでずっと働いている時にタイに行く機会があったのですが、その時はむしろホッとしました。タイ人は表面的にはマイルドなんですが、ヴィエトナム人は攻撃的でギスギスしてます。タイに慣れている人はタイ人はやだってよく言います。タイに3年以上いる人でタイが好きな人は少ないです。それに対してヴィエトナムに3年以上いる人でヴィエトナムが好きな人はけっこういるんですよ。というのもヴィエトナム人は裏表がないんですよ。怒っているときは怒るし。それと、ヴィエトナムの女性はすごく束縛するけど尽くしてくれるという話です。

大島：

現地で何か珍しい料理は食べられましたか？

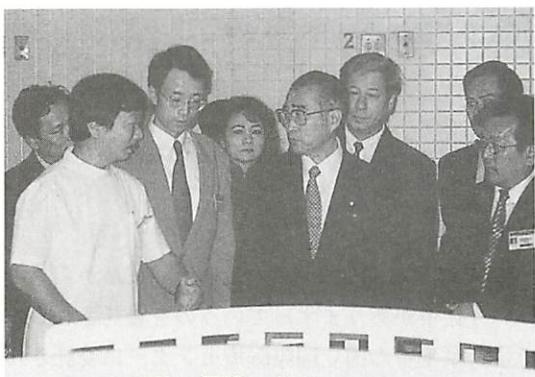
秋山：

ああ、僕は食べませんでしたけど、ハノイでは犬を食べますよ。普通の犬ですよ。ワンワン鳴いているその辺の犬と一緒に。ヘビとかも食べますよね。ヘビはヘビ酒が有名。色々な種類があって、丸ごと入っているのや、ヘビの子供が百匹入っているのや、ヘビの卵が入っているなどです。卵が腐るとたんぱく質が腐った臭いがしますよ。あの臭いのお酒なんです。嫌なんだけど、彼らもまずいと知っていて。これは一気に飲んだほうがいいって勧められて。精力付くと言われたけど後味あじわうと大変です。あとはアルマジロを食べました。アルマジロはボリビアで食べた人に言わせると、臭いって。僕はヴィエトナムで食べたけど臭くなくておいしかったです。鹿肉に近い硬い肉の味がしました。昆虫は食べたことないです。日本でいなごの佃煮は食べたことがあるけど。むこうでも昆虫は普通には食卓に出ないです。

山口：

ところでNGOやWHOの経済的裏付けはどうで

すか？



秋山：

欧米と日本のNGOは考え方違います。日本人のNGOに対するイメージはお金はもらわずにボランティアとして働いているという感じだけれども、それだけでは仕事はできないです。アメリカではNGOの組織がしっかりして給料もあるし、仕事をするためのお金もキープしてあります。そうでないとちゃんとした仕事はできない。ところが日本人はお金がなくても一人で現地にのりこんでいって現地の人と一緒に仕事するのがNGOの仕事っていう意識があるでしょ？でもそれではちゃんとした仕事はできない。だからそのへんの意識を変えていかないと。だんだん変わってきてるのは事実で、しっかりした活動を行っている日本のNGOも今ではだいぶありますよ。情熱だけでは何もできないけど、情熱がないと外国では何もできない。WHOの給料はワールドスタンダードだから途上国の人にとってはすごく高い。だから途上国の人人がポジションに着くと、実績をあげないとそれをキープできないので、自分の実績の為に働いてポリシーの為に働いていないようなケースもありますよ。自分の国でお医者さんやるとなるとすごく給料安いし。

山口：

JICAのお金は政府から出ているのですか？例えば先生のお給料は？

秋山：

今は派遣法があるので厚生労働省から7割、JICAから派遣費が出てます。

大島：

JICAに入る時にテストはあるのですか？

秋山：

JICAに入る訳じゃないですよ。JICAから、こういう仕事がありますっていうのを委託されるのです。厚生省の国立国際医療センターに委託されるのがかなり多いけど、大学に委託されるのもあります。例えば三重大学や琉球大学、慶應大学などがやっています。大学としてそういうのを請け負って、プロジェクトを運営しているところもあるし。でも筑波はやってないんです。筑波でもやればいいのに。筑波なんて一番合ってるなと思うのですが。医療センターを受験する人で国際医療協力をやりたくて来る人が結構いますけれども、彼らにしてもやっぱり病院の業務がメインになるので、いくら国際協力がやりたいと思っても機会があまりないんですよ。レジデントを対象にした国際医療協力研修は昔よりは増えたといえば増えたけれども、少ないですね。国際医療協力局でやっているオープンなミーティングがあるんですけど、レジデントが出たいと思っても臨床の方が優先しちゃうから、そのミーティングに出られなかったり、だから本当にそれをやりたいと思って入ってきた人にとってはちょっとストレスかなと思いますね。

五味渕：

将来、国際関係の仕事を目指している学生達に何かアドバイスはありますか？

秋山：

とりあえず最低限語学は重要ですよね。英語以外にやるんだったらスペイン語かフランス語でしょうね。まあとりあえずは英語が大事でしょう。ただ今の若い人たちは僕らより遙かに上手な人たちも多いですけどね。

山口：

むこうの医者のステータスっていうのは高いのですか？

秋山：

ヴィエトナムの場合ですけれど、医者と教師は尊敬されていますよね。ただ、教師は、給料が安いとかわいそうですね。非常に重要な職業になる人が減ってきてます。1994年頃までは高校の卒業者の上位何人かは必ず全員医学部に行ったそうですよ。1995年くらいから上位10人くらいはみんな経済学部に行くようになったんだそうです。94年くらいまでに入っている人たちはやっぱり優秀ですよ。

山口：

日本でも同じですよ。例えば昔は理学部や工学部が一番人気で優秀な人が行ったんですよ。彼らが今の日本のITの礎を築いたんです。医者は、ポリシーがきちっとあれば、学業はそこそこできればいいと思うんですけどね。

秋山：

今、大学は学業重視で、臨床ができるても学業ができないと話にならないようですけどね。僕が卒業するときは、臨床ができる医者になりたくて研究者志向はなかったですね。そこをはっきり分けなさいっていうのが元々の筑波のポリシーだったのかもしれないですね。今は筑波は普通の大学と同じになっちゃったでしょ。つまり退化したの。もし今高校生の頃に戻ったら、あの頃の筑波大学だったならきっと受けると思いますよ。そういう意味ではわりと筑波に対して愛着があるし、いいことをやっていたと思いますよ。僕は学生としては駄目な学生だったからそういうことを言う資格はないかもしれないけどね。

山口：

医局制度の弊害をなくすために新しく作った大学だからね。僕らのときはすごく自由だったし、色々なことができましたね。だけどだんだん昔の

スタイルに戻ってきているような気もします。本当は進化しなくちゃいけないのにね。

秋山：

昔から大学では実績をあげてペーパーをたくさん書いて研究実績が上がった人が偉くなるみたいな感じだったでしょ。筑波はそれに反発していた。そういうことをやる人はやりなさいと。臨床ができる人は基礎研究はやらないで臨床だけをやって名を成せばいいじゃないですかとね。という感じだったんですけどね。一つの大学だけがそういうことを言っていても周りの大学が賛同しなければそれはドンキホーテみたいなかんじになっちゃいますよね。やっぱりそれは実現しなかったんですね。

山口：

日本の医学教育は卒後教育も含めて少し遅れている感じがします。昔の筑波の理念である教育、研究、臨床をきっちり分けるということも、先生のおっしゃるようにどこかにいってきました。

秋山：

向こうは、今どういう病気が大変だからどういう人を育てたいなどの目的意識がはっきりしています。それで国家的なスタディをしなければいけないから、全部の症例を1箇所に集めてそこで研究をすればいいわけですよ。ところが今日本には大学が100あるでしょ。100個がみな同じような研究をしているわけですよ。効率がいいわけないじゃないですか。お互いが協力しているわけじゃなくて、競争しているのですよ。それじゃやっぱりよくならないよね。

大瀬良：

最近は大学改革とかといって、授業の形態も変わっています。例えばチュートリアルを取り入れたりしてきています。

山口：

僕らのときもチュートリアルはやっていました

よ。また、僕らのとき自分が評価されると同時に僕らが教官を評価していました。例えば、この先生は何言っているか分からないとかね。だから、教官も僕らが一番わかりやすいと評価した先生のビデオを見て一生懸命勉強していましたよ。教えるほうも教えられるほうもそれなりに緊張感をもっていましたね。

秋山：

最初のその建学の理念、ポリシーというのは良いなと思いましたよ。日本の医療システムは医局制度の上に成り立っているので、他のシステムを取り入れようと思っても、無理だったんですよね。でもやっぱり時代を先取りしていたと思うんで、将来的にはやはり、昔筑波大の先生が考えていたような形に、数十年とかでなっていくと思うんですよね。例えば今大学改革とかやっているでしょ。そういうのも考え方の一つの流れだと思うんですね。だから今は他の医学部の友達と話していてもあまり違和感ないでしょ。僕は高校の同級生で医学部に行った連中がたくさんいて、僕のクラス50人の内20人弱が医学部に行ったんだけど、やっぱり色々なことを同窓会とかで喋るじゃないですか？他の大学と筑波は全然違ったんですよ。カリキュラム違うでしょ。「医局とかないの？」とかね。今は他の大学とほとんど一緒になっているから話していてもあまり違和感ないですよね。他の大学も昔の筑波に近づいてきてるんだよね。1年生のころから医学概論みたいのが少しづつ入っていて、だんだんに医学関係の教科が増えていくような。それを始めたのは筑波なんですね。そういう意味じゃ他の大学のカリキュラム自体も筑波に近づいてることもあるし、逆に筑波が医局とまではいかないけど医局制みたいなものに戻っちゃたものもあるし。他とあまり変わらなくなっちゃたって感じですね。

大瀬良：

筑波大学は他の大学の医学部と違って、その病気を勉強していくとかじゃなくて、こういう症候だからこういう病気、というスタイルで授業を

やっているのですが。

山口：

それは今はどこの大学でもみんなやり始めている。それを最初にやり始めたのは筑波なんです。最初に病気を勉強するのではなく、症候から勉強する。いかに患者さんをみる時に役にたつ教育をしようかと考えていましたね。

大瀬良：

今後のご予定はどうなっていますか？

秋山：

来週末から1ヶ月ベトナムに行きます。ちなみに8年連続正月はベトナムです。ベトナムでは旧正月（テト）が休みになるのでカレンダー上は1月1日だけが休みです。ということは8年連続正月がないってことです。ベトナムでは正月が一番涼しいのですが、一昨年はすごく寒くなって気温が17度になったんです。みんなジャンパーとか厚着をしていました。日本人の僕らは半袖でしたけどね。

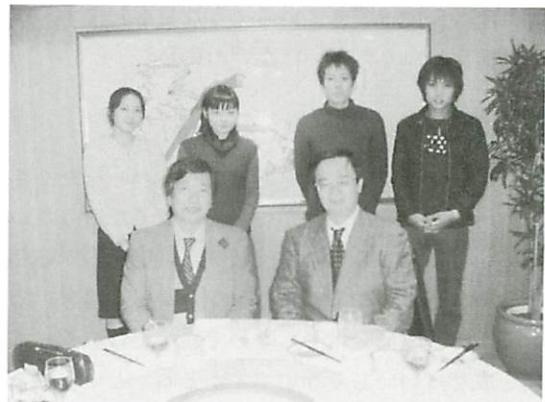
その後来年2月からボリビアへ2年間行きます。今までのベトナムでの仕事は病院協力でしたが、今度は保健医療行政に対する協力を初めてやるのでちょっと重荷なんです。今は病院に対する医療協力はあまりないんです。行政、地域保健に対する協力、エイズ、感染症の予防、貧困対策、母子保健など、よくいうグローバルイシューに関する協力が多くなっています。

大瀬良：

最後に学生に何かメッセージがあればお願ひします。

秋山：

学生時代は時間がものすごくあるでしょ。色々とやつといた方がいいですよ。後悔はないけれど、僕も何かやつとけばよかったなってありますよね。学生時代はいかにさぼるかってことばかり考えていたけど、やっぱり勉強とけば良かったって思



います。勉強っていうのは医学の勉強ばかりじゃなくて、一般教養とかね、もうちょっと本を読んどけば良かったとかね。そういうのもあるし、ゴルフもやつとけばとかね。麻雀やりすぎちゃったかなとかね（笑）。でもあまり気を詰めるとギスギスしちゃうからそれもあまり良くないけど、余裕がないとね。余裕があるのは学生さんの専売特許ですからね。みなさんがんばってください。

大瀬良：

今日はほんとうにお忙しいところをありがとうございました。

一同：

ありがとうございました。

最近何故医師になりたいかよくわからなくなっていたのですが、今回の秋山先生のお話を聞いて、大学入学当時の熱い志が再び甦りました。先生のような世界を股にかける熱い人生を私も送ってみたいで。

（医学専門学群4年 大島 昇）

自分の興味がある分野でのお仕事をされている先生であるということと、一回自分より人生経験を持つ人にインタビューをしてみたいと思っていたことから、今回のOB訪問ははっきりした自分の熱意と結びついたものでした。インタビューの難しさ（自分の立場をふまえたインタビューをす

るということ）を実感しました。どんな質問にも丁寧に答えてくださり、お話は具体的に参考になるものでした。お忙しい中、本当にありがとうございました。

（医学専門学群2年 五味渕智香）

秋山先生の学生時代や世界各国での体験談に、笑いの多い楽しいインタビューになりました。この誌面が国際医療保健方面を目指す、あるいは興味を持つ学生の方々の参考になればと思います。私自身も精力的にお仕事をされる先生の姿に、普段つい忘れてしまいがちな自分の目指す医師像を改めて見つめなおすききっかけを持つことができました。

秋山先生はじめ、このような機会を設けてくださった山口先生、木村さん、桐医会の諸先生方にお礼申し上げます。どうもありがとうございました

た。

（医学専門学群4年 末廣久美子）

今回、秋山先生とお話をできたことは私にとって非常に有益だったと思います。普段つくばで学生生活を送っていると、なかなか実際に医療の現場で働いている先輩方の話を聞く機会がもてません。国際協力事業団という舞台で活躍なさっている秋山先生のお話は、今後私たち医学生がそれぞれの進路を考える上で1つの可能性が広がり、良い刺激になったと思います。まもなく始まる病院実習、さらには実際の現場での医療に向けて、新たな気持ちでベストを尽くしたいと思いました。また、桐医会では今後も様々な現場で活躍する諸先輩方のインタビューを企画していますので、興味を持っていただければ幸いです。

（医学専門学群4年 大瀬良省三）

## 会費納入方法の変更についての重要なお知らせ

桐医会会員の皆様には日頃より桐医会の活動にご理解とご支援をいただき誠にありがとうございます。

さて桐医会発足以来、年会費3000円は郵便振込みにより納入していただいておりましたが、平成15年度からその他の納入方法も選択できるように変更いたしました。いずれかの方法で納入くださいますようお願い申し上げます。

- 1 従来通り郵便局での振込み → 同封した振込用紙をお使いください。
- 2 コンビニエンスストアでの振込み\* → 同封した振込用紙（1と共に）をお使いください。
- 3 銀行自動引き落とし\*\* → 同封した申込書に必要事項を記入、押印の上、桐医会に返送してください。この場合、1、2の振り込みをされないように気をつけて下さい。

\* 桐医会室へ現金払い・

\* 全国ほとんどのコンビニエンスストアでご利用できます。

\*\* 毎年1回引き落としとなります。その際、常陽銀行の場合は事務手続きを委託した「日本信販」の名前が通帳に印字されますことにご注意ください。

会費は今まで通り3000円ですが、これらの振り込み手数料など必要経費として100円を納入の際に会員の皆様に負担していただくことになります。また同封した振込用紙には平成14年度分までの滞納分も含めて請求させていただきました。

皆様のご理解とご協力を願い申し上げます。ご不明な点は桐医会事務局までお問い合わせください。

桐医会  
筑波大学医学同窓会  
E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp  
Tel & Fax: 029-853-7534

筑波大学附属病院内  
財団法人 **桐仁会**  
Tel 029-858-0128  
Fax 029-858-3351

桐仁会は、保健衛生及び医療に関する知識の普及を行うとともに、筑波大学附属病院の運営に関する協力、同病院の患者等に対する援助を行い、もって地域医療の振興と健全な社会福祉の発展向上に寄与することを目的として設立された財団法人です。

1. 県民のための健康管理講座
2. 筑波大学附属病院と茨城県医師会との事務連絡
3. 臨床医学研究等の奨励及び助成
4. 病院周辺の環境整備
5. 患者等に対する援助
6. 患者様、教職員及び見舞い等外来者の方々のために、次の業務を行っております。

**●売店**

飲食料品、日用品、衣料品、切手類、生花、図書等、及び病棟への巡回販売

**●薬店**

医薬品、衛生・介護用品、化粧品、診察・診断用具(打鍼器等)、聴診器リットマンキャンペーン

**●窓口サービス**

付添寝具の貸出、貸テレビ、宅配便、DPE、クリーニング等

**●その他**

各種自動販売機、公衆電話、コインランドリー等

**●喫茶室**    **●食堂**    **●理容室**    **●外来駐車場の整理業務**

## 第45回東日本医科学生体育大会筑波大学結果（中間報告）

種 目	成 績
総合	第4位
女子総合	第3位
陸上競技	女子 1位
準硬式野球	第2位
硬式テニス	(男子トーナメント) 2回戦敗退 (女子トーナメント) 2回戦敗退
ソフトテニス	女子 5位
卓球	男子 1位 女子 2位
バレー	男子 5位
バドミントン	女子 2位
空手	女子 団体1位
水泳	男子 3位 女子 5位
ゴルフ	女子 3位

### 編集後記

今号にはOB訪問第二回目の編集がようやく終わり、載せることができました。今回も興味深い内容になっているので、是非読んでください。

二回生の座談会も貴重な話がもりだくさんです。 (K・H)

桐医会会報 第53号  
発 行 日 2003年3月31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