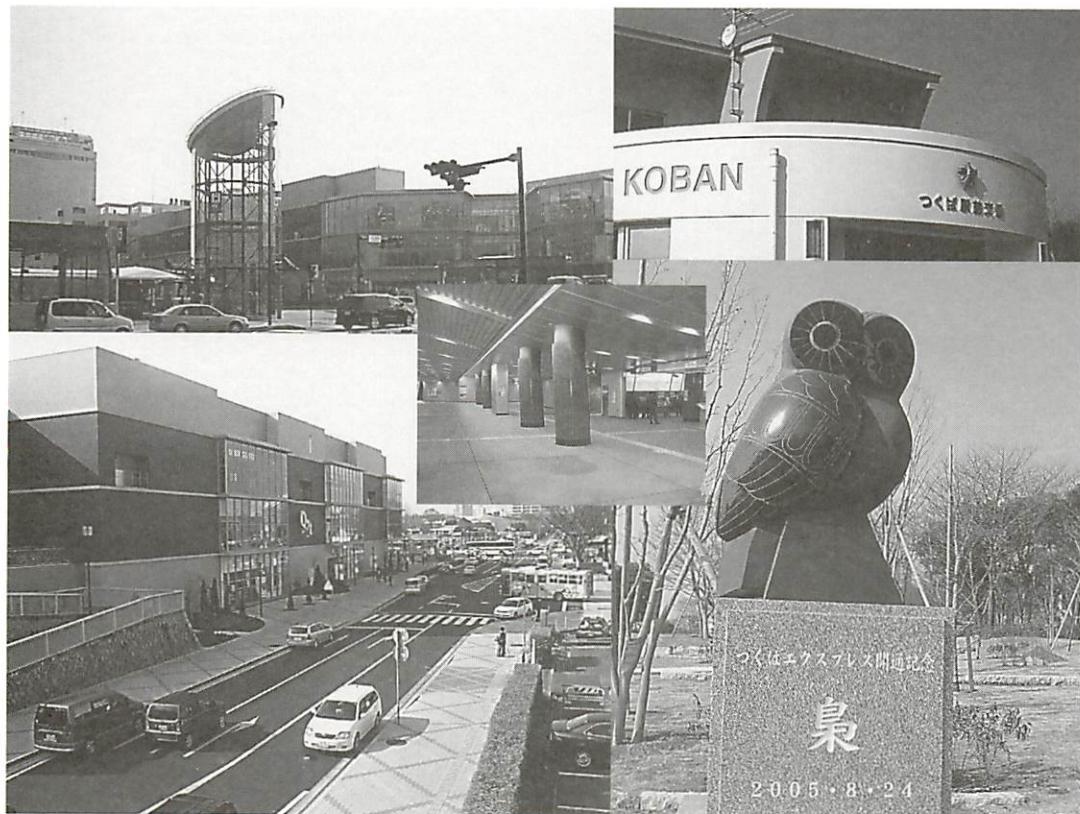


筑波大学医学同窓会



# 桐医会会報

2006. 3. 24 No. 59



## 目次

☆第5回生座談会	1
☆今川 重彦先生 教授就任挨拶	18
☆設楽 宗孝先生 教授就任挨拶	21
☆玉岡 晃先生 教授就任挨拶	23
☆兵頭一之介先生 教授就任挨拶	25
☆会費納入のお願い・事務局より	27

# 第5回生座談会

日時：平成17年10月22日（土）19:00～21:00

場所：グランド東雲

## シンポジスト

原 尚人：筑波大学臨床医学系・外科（乳腺・甲状腺・内分泌）

三宅 智：国立感染症研究所 企画調整主幹

武藤奈緒子：虎の門病院・耳鼻咽喉科

望月 真：国立国際医療センター・病理部

横瀬 智之：病理生物情報解析センター

渡邊 宗章：小川町国保中央病院・外科

（五十音順）

## 司会

竹村 博之：竹村医院・内科



竹村（司会）：

本日はお忙しいところ、「5回生は今」ということでお集まりいただきましてありがとうございます。それでは、簡単にまず自己紹介を致します。

私は竹村博之です。筑波大学卒業後、筑波大学附属病院の内科レジデントを6年、その後内科の常勤で大学院4年やりました。内科の専攻はリウマチ・アレルギー内科というあまり一般的ではない科だったので、レジデントも少なく、スタッフも少なく大変でした。筑波大学臨床医学系（リウマチ・アレルギー内科）講師を何年かやって、その後、実家が内科の医院を開業していることもあります。実家に戻って開業しているという状況です。開業医も専門診療を主にやる場合と一般診療をやる場合とがありますが、私は一般診療が主で、公衆衛生学的指導が主になっております。血圧、糖尿病、高脂血症を主に診ております。

さて、今日は、7人の同級生に集まっていたのですが先に自己紹介をやってですね、その後今話題のお話へと続けたいと思います。それで

は、まず、横瀬先生お願いいたします。



横瀬：

横瀬智之と申します。大学卒業後、病院病理のレジデントになり、筑波大学附属病院に4年間おりました。その後、当時東京都に養育院という部署があり、その直轄病院の“東京都老人医療センター第二病院”だった“多摩老人医療センター”の臨床病理科に移り、7年間いました。その後、移り癖があるものですから“国立がんセンターの東病院”に隣接する研究所支所の中にある臨床腫瘍病理部へ移りました。皆さんご存じかもしれません、柏にあり、TX（つくばエクスプレス）の“柏の葉キャンパス駅”の近くにあります。7年研究と病理診断に携わった後茨城の方へ戻り“茨城県立中央病院 地域がんセンター”的病理に2年間居りました。以上のような経歴で、ずっと国公立の病理を主体に勤務してきました。最近ですけれども茨城県立中央病院を辞めまして、民間の検査センターの方へ移ってもうすぐ3年になるところです。そちらの方では、

病理のセクションを子会社として独立させるという話が最初ありまして、その下準備を3年間行なって外に出るという算段になっておりました。それで、ようやく12月に幕張の方に診断センターだけを独立させる形で“ワールドビジネスガーデン”という幕張メッセの手前の35階建てビルの24階の一室を借りて診断業務を専らとしたセンターを開設します。病理はあと標本作成の部分がありますので、そちらの方は1、2年内にはまた幕張の方へ移そうということで現在動いております。以上です。



#### 望月：

望月　眞です。横瀬君と同じようにずっと病理をやっております。大学を卒業してすぐ“都立駒込病院”で3年間、病理の研修をやりました。レジデントという形ではなくて

研究員という非常勤のポストがありまして、そこに滑り込んだという形です。当時、学外に出る時のレジデントの試験というものが都内でいくつかあったのですが、全て落ちまして、最終的にそこに落ち着いたというスタートでした。駒込病院の後は、自治医大へ助手で行きました。それも駒込病院に非常勤で自治の先生が随分いらっしゃっていて、その関係で、人手が足りないということで自治医大に行っております。自治医大で7年やって、そこで学位など取って、次に“NTT関東通信病院”へ、こちらも人手がない、来ないかというお誘いがあって、其処で何年かやりました。部長が変わったり、いろいろありまして、その後また誘われて、“東京医大八王子医療センター”で、独り病理医という形で独りでやることになってしまったのですが、そこで7年、高尾山の麓でやっていて、今年の6月から“国立国際医療センター”の方に移って、今病理をやっております。“国立国際医療センター”的方も人がいなくて誰かいないかという誘いがあると移るという形で、なんだか病理業界、人が少ないというのを逆手に取っていろんな所を渡り歩いているというような

状況になります。今は、病理学会で広報委員をやっていまして、そこではホームページを作ったり、雑用をやっています。以上です。



#### 渡邊：

渡邊宗章です。卒後、筑波大学のレジデントに進みまして、フィックスは岩崎教授の消化器外科6年を終えましてから“守谷第一病院”“小川町国保中央病院”“筑波学園病院”“龍ヶ崎済生会病院”再び“小川町国保中央病院”で外科をやっております。経歴はいろいろ変わってきてる訳ですが、世の中の切り替わりも速さを増していくですね、今僕らが直面している問題は、後であるいは話題になるかもしれません、茨城県内の医師不足です。筑波大学が創立当初、茨城県に医学部が出来たことによって、関東の中で医療過疎と云われていた県が非常に喜んだという経緯があったわけですが、今再び医師不足が起きてきている。望月先生や横瀬先生のような病理、専門の先生も勿論不足しております。小児科医それから放射線科医は非常に厳しい状況でいるわけですが、一般の内科の先生や外科の医者という者すら充足していないのではないかというのが、今非常に感じることなのです。隣りに厚生省の三宅先生がいらっしゃるので、そこら辺のお話も伺えるのかと思いますが、充足しているかどうかというのは評価の仕方次第という面もありますので、そんなことで今日のお話しの会に参加させていただこうと思っております。



#### 三宅：

三宅　智です。卒業して直ぐに厚生労働省に入り、最初の年は当時、社会医学系に小町喜男先生がいらっしゃって、高知県で循環器疾患の予防をやってる保健所があるからそこに行ってみないかということで“土佐山田保健所”へ、厚生労働省からの出向で行きました。最

初の3年間そこで過ごしまして、いわゆる予防・公衆衛生の第一線で貴重な経験をさせていただきました。その後、厚生労働省に戻りまして健康政策局総務課で、医療法などの元締めのようなことをやっているところで末期医療の検討会、あるいは輸血療法の検討会だとかの事務方をやりました。私は、大学の学生時代に癌の末期については病名を告げてはならないと習ったことをはっきり覚えています。当時、非常に悟りを開いたというような立派なお坊さんでも「自分は大丈夫だから病名は告げてくれ」と言われたけれども、癌の末期と告げられたら急に精神的に落ち込んで亡くなってしまったという事例があり、そういうことが、当時、医療現場のひとつの哲学というか、方針でした。しかし、その後もう一方で癌については人によっては告げるべきではないかという病名告知の問題がこの検討会で提起され、これが継起になって流れが大きく変わったような気がします。そのような経験をしました。その後、公害の水俣病対策の事で熊本県に行ったりとか、労働衛生の仕事をしたり、今いろいろ問題になっているアスベストの問題とか塵肺の事だとかにも携わりました。その後は医薬安全局の仕事とか副作用関係の仕事、それから島根県に出向して健康福祉関係全般の地域の仕事をし、その後東京に戻り環境省で茨城県の神栖町でも問題になった旧日本軍の毒ガス問題の対策にあたりまして、この4月から“国立感染症研究所”に移っています。今はその企画調整主幹という研究費の調整、本省との架け橋の仕事をやってますけれども、鳥インフルエンザの話でにわかに忙しくなっております。先ほど渡邊先生のほうから医師不足のお話がありましたけれども島根県も隠岐の島、中山間僻地を抱えておりますが、島根医大を卒業して残るのは2、3割位の人で僻地医療は大きな課題でした。やはり地域の中で仕事をすることに魅力を持つてもらうというか、地域の中で必要とされる事にやりがいを見つけてもらうという事が大事だとは思いますけれども、もう一方で子育てをしている年代は、そうは言っても子供が小さいうちはいいのですが中学・高校・大学と…大学も入っちゃえばいいんでしょ

うけど、なかなかそういうところずっと生活するというのは難しい面があるというその辺をうまく出来ないかと考えて、島根でちょっと工夫したのが赤ひげバンクというのを作って、子育てが終わったぐらいの人で病院の勤務が終わったぐらいの人達にもう一度島根に戻ってきて働きませんか、と呼びかけるような仕組みを作ったりしました。地域差というものがありますが、今の東京一極集中には弊害の部分ありますし、よく考えて本当に一番生活しやすい仕組みというかですね、東京・大阪に集中するということは、僕もいま東京に居ますけれども決してそんな住みやすい環境じゃないですね。日本の社会は成熟してきていますから、あまり効率ばかりでは無しに生活の質を考えてもう少し地域的なバランスを考えて生活できるようなものができればいいなと願っております。まあそういうのをつらつら考えていきましたら長くなってしまいました。



武藤：

武藤奈緒子です。私は“虎の門病院”的耳鼻咽喉科専修医の試験を受け、耳鼻咽喉科のレジデントとして2年間研修、後期レジデントとして3年間、その後1年契約で2年間働き、8年目から正職員（医員）になりました。当時の部長が腫瘍を専門としていたのでかなり悪性腫瘍の患者さんが多かったのですが、95年に部長が急逝した後2回部長が変わり、私にとっては3代目の部長ですが、それぞれ個性的です。私の就職後半年してみえた10年上の先生と私の3年下でやはりレジデントで入ってきた先生と3人が最古参です。部長が虎の門ではニューフェイスというような状態でした。自分のやり方を通して初めていろいろ確執がありました。今は専攻医が2人いて1人は8年目でもう1人は4年目です。外来と手術と検査とこなし、外来は更に4人非常勤の先生がいらして週1度診療に当たっています。常勤が6人いるのでマンパワーは十分そうに見えますが、説明書や同意書などのペーパーワークが

増え、以前より忙しくなっているように感じます。院長の方針で、外来患者の数よりも1人の患者から如何に高い点数をとるかを重視する様になってきています。また来年から一部外来が電子化するので当然時間効率は悪くなるので、外来患者数が多い必要が無いと言いますが、実際に患者数が多いので現実的なのかどうか…病棟も回転率を良くすると病床率が落ちるし、病床率を上げようすると在院日数が増えるしコロコロと方針が変わって戸惑いもある様です。私自身は去年の夏に病気しまして職場復帰した今も治療中、少し楽をさせてもらっています。以上です。



原：

原 尚人です。今日は学内残留組を代表というほどのものではないんですけど参加させていただきました。私は卒業してすぐ“東京女子医大”的内分泌外科というところに入局しました。

これは我々の分野のいわゆるカリスマで筑波大学の教授でいらっしゃる藤本吉秀先生が卒業前に“女子医大”に移られたので、追いかけるような形で入局しました。そこで10年お世話になりました最後のほうには2年間ほどアメリカのシカゴというところに留学もさせてもらいました。縁ありましてちょうど10年経ったところで大学に戻るという機会がありまして、以来教官をやらせていただき、もう11年半ぐらいになりました。今やっている事というのは、乳腺甲状腺内分泌外科といいます。最近このように名前が変わったんですけれども、ひとつの柱は乳癌もうひとつは甲状腺疾患です。そのほかには内分泌疾患で副腎とか副甲状腺などです。なるべく新しい事をやりたいと思い、まず副腎の手術も腹腔鏡下で始めました。その際には渡邊宗章先生にも随分お世話になりました。県内でもそれはだいぶ軌道にのってきました。あとはもともとの専門である甲状腺癌も内視鏡下で世界で初めて手術を行ないました。この2月にやっとその郭清もともなう甲状腺癌の手術が高度先進医療を認可していただきました。今後も少し

ずつ新しい事もやりたいなと思っています。その一方で卒後研修センターの教員もやってます。以前はレジデント担当教官といったものです。新しい教育システムになって大学に残る人がどんどん減っていて、それこそ宗章先生が言われたようにどんどん遠くの病院に卒業生がとられてしまうかもしれませんと危機感を持ってます。なんとか大学圏内に残ってもらって研修もして、そのまま大学や関連施設に残ってもらおう、というか。そういうことも色々考えています。以上です。

望月：

ところで、今、筑波大学にはどれくらい人が残っているの？レジデントは。

原：

去年から新システムになりました、予想どおりレジデント希望が激減しております。去年は第1希望が6, 7割で最終的に残ったのも6, 7割。今年は5割強で60人。現時点では今年は5割をきっています。第1希望が4割とか3割のレベルです。

渡邊：

後期研修が始まった段階でその辺は数字が変わってくるのかな。

原：

来年の4月から後期研修でどれくらい大学に戻ってくるかと。10月31日が1次の締め切りで、来週ですね、そこでどういう評価になるのか解からないんですけど、少なくとも世間の流れと同じように大学に残るというよりは一般病院に流れるというのは他の県の大学と同じようです。ただ、ちょっとだけ歯止めに掛かったのは、良い悪いは別にして、前野先生が専門の“卒後臨床研修センター”というのを作っています。そういうシステムがあったお陰で、地域的に中途半端にも関わらずまあ善戦したかなというところはあります。何もしていなかったらかなり悲惨でしたよね、皆東京に行ってしまいますよ。まあ正直言って、厳しい

状況下でなんとか歯止めを掛けているというところだと思います。東京から近いから、虎の門、聖路加とか、そういう人気がある所に第1希望を出している人が多いでしょうね、正直なところ。

#### 望月：

でも、地方の大学、金沢医大とか三重大とかは、10、20人しか残らないというから。それにしては健闘している？

#### 原：

なんとか、努力をして。でも、アンケートを取ると年々減っている。

#### 望月：

国際医療センターには6月からいるんですけれども。東京の方へ逃げて来ている先の病院なんだと思うんだけど、そこで皆研修はするものの、将来的にいったい自分は何処に行ってどうしたら良いのか、まだ悩んでいるという人が多いですね。

#### 原：

まさにポイントだと思います。6年生は誰の話を聞くかといったら、1、2年先輩の話しか聞かないんです。もっと上、数年もしくは教官をやっている10年、20年選手に、大局的な自分の流れを聞くということが遠くなっている。すぐ上、来年自分がどうか、給料が良いかとか厳しいかとか。

#### 望月：

国際医療センターは3年目のどれだけシニアに残ってもらえるかの対策が問題となってます。

#### 竹村：

筑波大学の場合は、ローテーションも多かったしね。それでも魅力が無いですかね。

#### 望月：

というか、僕らの学年だって6、70人しか残っていないはずですよ。あの頃は給料払えないから外

へ出て行けみたいな格好でね。

#### 渡邊：

僕なんか近くから見ていて、筑波大学の卒後研修の必修化に伴う動きというものは一歩先に出ていて、スーパーローテーションを組んでシミュレーション的な動きもあったし、その努力は非常に評価すべきものだと思うんですね。ただ、あくまでもそれは研修医の話なんです。後期研修も含めて研修医の話であって、その後、実際に自分で判断して動ける医者がどれだけ茨城県に踏み留まってくれるかという辺りが今の状態では見えてきていませんし、実際筑波大学にどうなっていますか？と聞いても答えられることはないと思うんですね。後期研修に対するリクルートの努力というのが手一杯で、それ以上の動きは何も出ていない。見えてますと、卒後研修の必修化に伴う動きをしている病院は県内でも中の上以上の規模の病院です。の中以下あるいは中の下以下の病院をどうするかという、まさに僕がいる所は中から外れて下の部類に入るような病院といって差し支えないと思いますが、そういう所で研修医が欲しいということは事実上ない訳です。自分ひとりで判断して診断治療を行える医者じゃないと、もはや今の緊縮財政の医療の中で、他人に教えながら片手間に診療をやるとか、あるいはその反対の片手間に教わりながら診療をやるというようなことで病院が成立しないわけですよ。全員が目一杯働いて、例えば僕のある週の勤務時間が何時間でしたかと、超勤という考え方ではなくてですよ、計算すると80時間を越えていたんですね。これは、休日に当直が入れば僕が特殊なんじゃなくて今は誰でもそうなっちゃう。全員が均等に働く、それでなんとか最少限の医者で病院を支えていく、というのが正に国策に見合って医療費を少しでもなんとか抑えて良いものを提供しようということだろうと思うんですね。そこから先のビジョンというのは卒後研修必修化の流れの中でまだ全然出てきていないということですね。県内の医師の払底ぶりというの、例えば“水戸医療センター”あそこは500床ですか。麻酔の常勤医はわずか1名です。放射線

の読影医、わずか1名です。あそこは、従来の国立という病院の範疇で水戸の救急医療の中核を担っている病院ですよね。200億円かけた新病院に移ったばかりです。その病院の立派な建物の中身を覗いてみるとそんな現状です。外科医が自分で麻酔をかけて手術をする。それが悪いとは言いませんが、果たして今の時代の世の中の人がそれを皆知っているかと。かなりそこら辺が緊迫しているなというふうに感じます。実際に見渡してみて放射線の読影医が常駐でいる病院というのは本当に限られています。小児科の先生はもう言うに及ばず一般の医者はどうなっているかというと、一番最近話題になったのが“北茨城市立病院”で、30人近くいた医者が半減してしまう。あそこも200床プラスの病院です。立地条件を考えていたいでも解かるように、そこで支えなければ、福島県に行くか日立、水戸まで南下して来るかしか病院の無い所ですね。30人居た常勤が13人になってしまうというのは、これはつまり同様の内容の診療は不可能ですよということですね。ただ打つ手が無い。それぞれの市の言い分、勤務医の言い分それぞれに納得できる要因があるのですが、一歩離れてみればその現状に何も打つ手は無い。それから“県西総合病院”これも自治体病院ですけれども此処も大幅に人が減ってしまっている。病理医も居なくなった。放射線医も居なくなってしまった。放射線の読影をするのに宅急便で送ってくれと。筑波大に宅急便で月曜日に送ったら金曜日までにはレポートと一緒に送り返す。有り得ないですよね。4、5日間、手元にフィルムが無くなっちゃうわけですから。そんなキツい思いをしなければやっていけないという状況です。これを緊急事態といわないでなんだろう、ということを是非皆さんに聞いていただきたい。ちなみに、私の病院はピークには外科医が4人居りました。今は僕ひとりです。内科医も2人です。眼科の先生が2人と口腔外科の先生が1人。もちろん大学には熱いラブ・メッセージ、ラブ・コールを送ってるけど、無い袖は振れないという。実際内訳を聞いてみるとそのとおりだと納得せざるを得ないということですね。

### 武藤：

読影のことだけを考えれば、遠隔画像診断がありますが、渡邊先生の言う事の根本的な解決にはならないですね。

### 三宅：

人口当りの医者の数というのをはじいてみれば、たぶん都内なんて過飽和になっていますね。それでも何故、東京に集中しちゃうのか。何なんですかね。

### 渡邊：

さっき、先生が地域に魅力があるのか、ということをおっしゃっていたけれど。

### 竹村：

卒後研修必修化により、研修医はより人が多くて都市部の良い病院を目指してしまうことになっちゃいましたよね。

### 三宅：

人が多いというのは、スタッフが多い大きい病院を目指すということですか。

### 竹村：

スタッフが多ければ教えるスタッフも多いし研修医も勉強にもなる。だから、あれは若い医者の教育には良いけれど、病院の格差を助長してしまうかと。

### 渡邊：

役割分担はあって良いかなと思う。階層的な医療の構造というのがあって構わないと思うのですけれども。

### 三宅：

今の臨床研修はいろいろな所をローテートして、病院だけでなく地域の中で研修したり、いくつかの病院が連携して僻地の病院も経験してもらう仕組みができるようになっています。かつての、研修とは名ばかりで、ようするにこき使われてヘト

へトになって後は自分で独力で学ぶ、というのに比べると、やはりちゃんと雑学ばかりではなく実際にきちんとしたカリキュラムに基づいたものを学んでもらおう、ということで、2年間の臨床研修ができたんだと思うんですよ。その意味では大きな進歩だと思います。それをより充実したものにして実際役に立つものにしていかなければいけないですよね。過渡期的なもので、いろいろな課題はあるとは思います。

#### 望月：

筑波大学というのは、俺らの頃からそれをやっていたわけだよね。ジュニアレジデント・シニアレジデントという形でね。国際医療センターなども昔からそうしたことをやっていて。だから、こういったシステムを行き渡らせようという、そういう感じなのかなあ。だから原先生が言っているみたいに検討しているというのは昔からやっていっているという…

#### 三宅：

かつての仕組みの問題点というのは大学というのはかなり研究のほうに重点がおかれていますが、良い医者を育てるという視点がどこかにおいてこられていましたが、それが一つの目論みなわけで、その仕組みが動き出して研修医がどこかにガーッと集中したり色々な事があるとは思うんですけどね。そのなかで本当に良い医者を育てるというのは、どういうふうに仕組みを作っていくらいいのか。僕が島根に行ったときに、西の方の岩見地方の医師会の先生が2年間あるんだから、最初は救急の脳卒中で運ばれてきたような人を診てもらって、その人が退院していくって、リハビリしてどうなるかとか、あるいは癌で診断された人が2年間の間にどんなふうになっていくのか、いろんなところをローテートしながらも1人の患者を2年間フォローしていってもらって、たとえば死をむかえるところまでとか、あるいはリハビリでこんなに良くなつたとか、そういう事を経験できる仕組みが2年

間の臨床研修の中で作れないかなあと。それがまさに地域医療の中の患者を診るという事のメリットじゃないかなと言われ、そういう事を取り入れていろいろやってみました。

#### 渡邊：

それは一つの意見だろうと思います。ただ今日私の事を振りかえってみて、学ぶべき時期に学ぶべき事を学ぶ、と言うことが非常に大切で、本当に良い医者になろうというモチベーションはね、血氣盛んな若い時に求めても本当の意味はなかなか伝わりにくいと思いますね。なにしろ一人前の医者になりたいという時期ですね。沢山の症例を見たいとかいろんな事詰め込みたいとかいう時期で、そういう気持ちが触れ合うとかテレビドラマでやってるような事はなかなか気持ちが向きにくいですね。

#### 原：

ちょっと現場からいいですか。僕らは立場上、インタビューとか面接という形でそういう事を彼らから直接意見を聞いています。例えば大学で残ってもらって、そこからあちこちの地域に行ってもらう。これ事態は楽しいんだけども、一つすごく切実な問題があると言われます。3ヶ月に1回とか2ヶ月に1回とか、ちょっとちゅう引っ越しできないといけない。これは非常に難しい問題です。病院によっては、ある程度通える範囲に住めばよいと思ったら、要するに5分以内で来てくれと、其處に住んでくれと注文がくるそうです。でも給料そのものの自体はなんとか均一化をはかれても引越し代・それにかかる費用は誰も保障してくれないですから。ましてや大学とか病院によっては給料をそんなに出せないところもある、そうすると同じような条件だと一つの病院に集中してしまうというのは致し方ないなと。都会の病院は交通機関が発達しているからそこまで制約されないけど、地方ほど不便なだけに注文がつきます。車で15分で行けても酒を飲んでしまったら無理だから歩いて行ける距離に、と言わいたらそのたびにその病院の近くに引っ越しをきやいけない。こ

れを保障するとかそういう事が無い限りは実際に見た目の給料とか条件が同じでも全然違うと。このことで今、研修医達に非常に不満が出ているわけです。我々もマネージメントして病院群みたいなかたちで引っ越さなくていいようにローテートを固めようと、そういうのも作ったんです。そうすると残念ながら固めたからといってそこに良い病院が固まると限らない。やっぱりどうしても格差があると。それを両方は無理だと。そうするとどうしても…今の若い人は非常にドライですよね。すると給料は明らかに良いとか、給料は同じでも引っ越さなくても良いとかそういう意味での楽が出来るとか。そういうのを考えいくと都内の病院で給料とか生活が同じでも楽なほうへ流れいくでしょう。それはやはり、いたしかたない。彼らの本当の本音を聞くと、これはやばいなと。何とかしない限りは逆転する手立ては無いかなと。いまそこで正直なところ行き当たっているという感じです。

#### 望月：

僕は自治医大、関東通信病院、東京医大の八王子を併せて全部官舎というか社宅を渡り歩いていたんだけれども。

#### 原：

官舎があっても引越し代を全部出してくれるかとか、家具代とか所帯を構えるたらカーテン・縫製等とか買い換える必要がありますよね。それって意外とばかにならないし3ヶ月ごととか半年ごとになると敬遠してしまうよね。もっとすごい事になると2ヶ月単位になると国の補償とか困ってしまうとか。そういう切実な問題がでてきてしまう。

#### 渡邊：

若い先生方の、というか要するにアピリカントの希望を市場原理に委ねたときに何が起こってくるかというと、なかなか厳しい現実しか見えて来ないんですね。それで一極集中していって結局そこで値崩れがおこって周囲にまたUターンしていく

る、時間が経つとまた一極集中がおこってくるというそういう波動を繰り返すような形で。これはいろいろな集まりで話させてもらっているんですが、国保中央病院に50年以上勤めた先生で、80を悠に超えられていて、さすがに体がきついからもう辞めさせてくれということで今年の春に勇退されたんですけども、その先生が送別の席で僕に話して下さったんですけど50年前に無医村に近いようなところに行って病院勤めを始めたと。いつも誰か先生に来て欲しいということを願って、筑波大学が出来た時に真っ先に当時の小宮先生に、うちの病院に何とか人を出して下さいとお願いしたときに、「待って下さい。あと6年経って卒業生が出たら大学から頭を下げてお願いに行きます。うちの卒業生を使って下さい。それまで6年待って下さい。と言われたまま20年間結局何一つ変わりませんでした。」という事を最後におっしゃったのは、僕は筑波大学代表でもなんでもないけれども、この地に大学を作った、ということで非常にズキンと厳しい言葉として受け取ったんですよ。今が過渡期ということではあるんですが過渡期といえども現場には患者さんはいるわけでね、それをどうやって…。一説によれば医療機関を今の3割マイナスしたほうがいい、つまり今の6、7割ぐらいまで数を減らすんだという目論見があるんだという…デスラーのメールによるところから。

#### 竹村：

医療費を抑制するというのが大前提で。市場原理を導入しよう方向になっているから。

#### 渡邊：

市場原理のなりゆきであれば誰も責任を取る必要が無いというのが正直なところなのかな。

#### 竹村：

やっぱりこのままでは格差は広がりますよね。官僚も頭いいんだからわかっているはずなんですよ。医療格差広がるのは見えてるはずなんですよ。ただ医療費を抑制するというのが大前提になっちゃってる。医者は足りなくなるところは足りない

くなるし、東京、都会はどんどんとはいわないけれど充実してくる。そのような流れは国として修正しないことには。

#### 望月：

病理はですね、都内でも人が足りない。

#### 三宅：

国というのは官僚が動かしているんじゃないんです。ちょっと昔はそんなふうに思われてたところがあるかもしれないけど、この前の選挙で解かれた様にね国は誰が動かしているのかというと国民が動かしているんですよ。それを考えないと。

#### 渡邊：

病理・放射線・麻酔・小児科っていうのはどうしようもなくてね。

#### 望月：

人が足りないから競争なく職を得られているというのもあるんですけども。

#### 竹村：

医療は高度化していく一般の人には解からないですよ。ただ国民が方向を決めるといつても…。

#### 三宅：

高度化してるから解からない、で済ましたらだめんですよ。解からせる努力をしなくちゃいけないんですよ。国民も解かろうとするんですよ。そこはもうコミュニケーション、自分達の伝えたいたいものをハッキリと如何に解かりやすく伝えていくということをしていかないとそれは解決していかないんですよ。

#### 渡邊：

わかり易くという点をどこにとるかというと、このあいだの選挙の結果を見るとですね、相当な大衆化をしないと。例えば日本医師会とかが、先ほど僕がお話ししたような文章をホームページなどで公表はしているんだけど、もっと大々的なキャ

ンペーンをはってマスコミを巻き込んで新聞の何面かに載るような格好で発表していったら、これは社会不安を招きかねないような非常に大きな問題ではあるわけなんです。ただそれは故意か恣意的であるかどうかは別にすると、わりと皆さんのが今現在の幸せのために、目のつかないような形にして放置しているというのをわかりますね。誰の責任なのか解りづらいですけどね。

#### 横瀬：

お医者さんって儲かるの？と朝日新聞に載っていましたよね。読んでみると数字上は一般的のサラリーマンに比べると、例えば開業医は高収入に見えるようになっていますが、初期投資の費用とかリース代とか引かれていないものが沢山あります。非常にアンフェアだと思うのです。

#### 望月：

僕が高校3年の時に高校がキャンペーンをはってね、これから医学部にいくと儲からないっていうやつなんだけど、それにも関わらず学年の4分の1が医学部にいったんですよ。理系選択の半分が医学部を受験したという、僕らの頃は空前の医学部ブームだったんですよ。そのときはすでに今の医者になっても儲からないし辛いだけというのが見えていたみたい。

#### 竹村：

昔は医者の子供は医者になるのが多かったんだけれども今は少なくなってきたてる。

#### 望月：

東京医大は今でも親子が多くて名字が同じだと、おまえもしかして教授の子供？ いえ違います、とか。

#### 原：

とにかく大学じゃなくてもいいんですが、誰かが、広い範囲で見た人がマネージメントするということが必要だと思うんですね。今まで、良い面悪い面あったと思うんですけども、医局と称

する誰かが在る意味全体、個々を見たり、地域を見て、おまえは1年我慢してくれ、その代わり来年は良い思いを…とか何となくの公平性ってある意味保たれていたと思うんですよ。なんとなくこいつは人間に向かないとか淘汰したり。それが今はできなくて全部本人に委ねられている。皆やはりハッキリ言えば自分が一番楽だと良い条件に集中するにきまってるわけだし、それをマネージメントするものは無い訳です。今受ける側はしょうがない、皆きてほしい、と商売みたいに、給料は高額ですよ、とか楽させますよとか色々手を拱いて来て下さいという形になってるわけですね。そうすると益々、こういう事いったらいいけど、若い人はつけあがってうわべの条件だけ良い所に集中してしまう。はっきり言えばそこで試験で落ちた、しょうがない、おまえは其処に行くか、みたいな感じになってきちゃうわけですよ。現実としてこうなっているこの2年で。

#### 渡邊：

まったくこの2年で起こった事でね。実際に大学には県内全体を見回して医師の配置を考えてくれる人物がいないでしょ。

#### 原：

無理ですね。やっぱり。

#### 渡邊：

指導力無しで何が起こるかといったら自然競争だけです。

#### 望月：

うちの研修医のある人が、これから研修2年終わって3年目になるものの、それまで内科と外科しか別れていないので、これからどこの専門に行こうかをこれから考えなくちゃいけない、結局2年モラトリアムが増えただけ、と言っていたんですけども、この2年間は混乱しただけで、結局は元にもどるのかな。

#### 原：

それがこれからのね…

#### 武藤：

2年経ったらスーパーローテーションを見直すという話は聞いたけれど、2年経って3年目にスーパーローテーションを経験した人達がどうなるか解かってくるのにこれだけの混乱を巻き起こしておいて2年で再検討していいのか私は疑問に思っています。

#### 望月：

虎の門は何か影響受けた？虎の門病院自体はずっと昔からこのシステムでやっていると思うんだけども。

#### 武藤：

以前は内科は内科レジデントとして、外科は外科レジデントとして、マイナーな科はマイナーな科で専修医として試験を受けてたのが、スーパーローテーションになってからはそれが全部まとまって内科志望も外科志望もマイナー志望も同じ様にローテーションしないといけないようです。

#### 渡邊：

この場で不適切な話題かもしれないけどさ、教える先生方は教えがいがあるというか手ごたえがあるというか、あるいは研修医達は熱意をもって望んでいるのか、というあたりが実は一番大切なよね。

#### 武藤：

耳鼻科はね、スーパーローテーションの必須科目ではないんです。麻酔科もそうだけど。

#### 先生一同：

えーっ！！

#### 望月：

あと病理はね…おまえ将来病理やりたいのと聞くと、いえ内科ですって言われちゃって、教える

方も身が入らない感じがある。まあ適当にやってみたいな感じで。

渡邊：

そうだとしたらね、その2年間というのは世の中にこれだけ大きな波紋を与えて強行する意味があったのか。

三宅：

かつての仕組みに比べてね教育目標を越えるにおいて、ちゃんとやらせなさいよというようなコーディネイターというか面倒みる人をおいて仕組みを作りなさいよという仕組みを作ったんですよね。あとそれに魂を入れるかどうかというのは現場にかかっていると思う。

渡邊：

ただね、それは日本の医療の現状から乖離した高いところで決まった話なんだろうし。

三宅：

それでね、いつもそういう話があるんだろうけど、要するに言われたからやる、仕組みがこうなったからやるのか、本当にこういうものをやっていかなくちゃいけないと思ってやるのか、それによるんだと思うんだよね。勿論仕組みを作った時に、何故そういう事をやるのかという事が浸透しなければなかなかそういうふうには動いてはいかないとは思うんだけれど。これまでの日本の仕組みがこうなりましたと、ではそれに合わせてやっていきましょうというのがこれまでずっとあったと思うんですよ。これから本当にどういうふうにしていくかというのは自分達で考え自分達でやれば、たぶん上手く回っていくんだろうし、それをちゃんとやらなければ上手く回らないという事になるんだろうと思うんだよね。さっき原先生が言った引越しの話もあるんだろうけど、それはまた2、3ヶ月でころころ変わっていたんでは大変だろうけど田舎のところだけは2ヶ月行ってこいと、あとは大きな病院で経験する大きな症例は沢山経験してもらって、だけど2ヶ月だけ行つ

てその後半年とか1、2年後に昔診た患者さんをフォローしてこいという仕組みを作ろうと思えば出来ると思う。新しい仕組みをつくれば必ず前のは比べて問題点や不満がでて来ると思うけれど、それをチャンスと思って生かして良いものにしていくのかどうかという、そこにかかると思うんだよね。

原：

非常に良い点だと思うんですけど、一律そなつたら良いと思うんですよ。ところが、一律そなつできないところに問題があると。たとえばさつきの問題点でいくと、やっているところとやっていないところがあると。たとえば筑波などは県南の都市部などもあれば北の地域医療もあるけれども、東京の大病院たとえば“虎の門”“聖路加”とかはそういうのがないから100%そういうのが無いと保証される。で募集する人達は選ぶ方だから、そういう人が残念ながら多いとなると全部集中してしまうという現実が倍率の中でどうしてもでてしまう。こういうことを言っては悪いけれども、マッチングは試験みたいなものですよね、だから大学の入試と同じで、今度逆に地域医療とか好きな人が入ってきてくれるかもしれないけれども、マッチングで本当はそういうのを望んでいたんだけれども試験で落ちたからしがなく地域に回る病院に来たという人がいるというのが現実であって、そういう人達がどういう行動をとるかという。

三宅：

結局ね、そういう行動をした人達のツケは自分達に回ってくるんだと思うんだよね。ちゃんと良く考えて自分がどういう医者になりたいかによってこういうコースを選んで、こういう信念の基で研修の仕組みを作っているこういう病院に行きたいと、そうしてそれを長い目でみて良い医者を育っていく、地域のことも考えられる医者を育てるという仕組みを作ったところに良い研修医が集まつてくるようになっていくんだよね。

**渡邊：**

希望的観測ですね。

**望月：**

そろそろまとめるとして、今、三宅が言ったみたいに自分が何をやりたいか、そっちの方向に来てるかどうか？卒後20年たったわけでしょう…

**三宅：**

五年生の時に澤口先生のところに病院実習行つた時に最初に言われたのは、「君は入学した時にGIOって教わっただろう。どういうことを学ぶために此処にきているのか？」ということが最初の問い合わせだったんだよね。僕らが教わった時の教育・原点というのは、そういうところにあつただろうし、これからだってそれはとても大事な事だと思うんですよ。ここは我々にとってチャンスだと思う。筑波大が変わったと言ったけど悪く変わったところは良くしてもらわないといけないし、良いところは残してもらわないといけないし、それは我々でやっていかないといけないんじゃないですかね。

**望月：**

で、どう？三宅は卒業した時の方向性というかやりたい方向に今は来てるなって感じ？

**三宅：**

いやいや色々ありますよ。でもね面白いですよ、行政も。

**望月：**

俺はね、いわゆる病理診断をやろうということできて、いろんな病院で病理診断中心の仕事をしてずっと来ています。あとは若い人を育てていかなないと病理は潰れるなど、横瀬と二人でここに来るのは筑波大の若い人々に病理にきてくれないかと訴えたいということもあったんですがね。

**竹村：**

今後の個人の希望と言ったらなんですが、展開

などをひとりづつ簡単に。…では私から。私は開業しましたから病院に戻ることは無い。今の開業医の仕事で一生終わる。よっぽどの事が無い限りはね。地域の中での仕事ですよね。良い悪いは別としてね。それほど素晴らしい理想とかは無いけれども地域で地道にやっていくという人生になりますよね。

**三宅：**

地域の中でやっていて面白い事はなんですか？

**竹村：**

面白い事は、人ととの触れ合いですね。いろんな人がいますよ。最後まで高度医療を受けたいという人もいれば、もう年取ったからいいですという人もいますよ。そういう見極めが一番難しいですね。その人その家庭の。

**渡邊：**

恐いのはそこにまでガイドラインができそうな勢いがあるって事だよね。

**三宅：**

本当に見極められるのかな。

**竹村：**

本当にそうです。患者のニーズは色々です。

**渡邊：**

望まない患者を治療する必要があるのかどうかという事だよね。

**竹村：**

望んでいる人もいるからね。

**渡邊：**

望んでいる患者さんを治療するのは普通のことだよね。

**竹村：**

話がずれますが、今後、医療訴訟が増えてくる

と過剰診療にならざるを得ない。医療訴訟も時代の流れですが、そのため医療費がかさんでしまうというところは有りますよね。

渡邊：

その通りですね。

竹村：

暗い話でもうしわけない。

原：

明るい話としては、川上君が教授になってくれて副院長で頑張ってくれていることです。さらに彼に續けと教授を目指してかんばっている同級生が何人もいます。彼らが頑張ってくれれば5回生もある程度病院の中核となっていろいろなことができるかもしれません。近い将来の夢としては新病院考想があります。独法化になったものですから国からの援助が無くても、自分達でお金の算段が出来れば、建てられるかもしれない。まだ解かりませんけれども今のところ2、3年後を目指して建てる予定なんです。新病院を建てて新しい考想、新しいシステムで今までと随分違った、筑波の悪いシステムを総取り換えして、それをきっかけにそういう病院をやりたいなど皆が動いているという、ちょっとだけ夢があるんです。その中で5回生の川上先生が新病院考想の真っ只中でやつてくれているという事なんです。彼が来てくれてそういった話をしてくれれば一番良いんだろうけど。逆に忙しすぎて。

渡邊：

口を滑らせてはいけないところまでのほってしまっているの？！

原：

折角電車も出来たことだし駅のほうに新しいものができればね。綺麗な病院がね。結構ボロくなっちゃったでしょう、30年たって。

渡邊：

うん。古いね。

原：

さすがに大学病院はね。国の援助を期待したいけど恐らく難しいだろうと。そうなると独自でやるしかない。で今は一生懸命第3セクター的なものからいろいろなところへ働きかけて、県、市、企業と合同でお金をね。お金を出してくれるぐらいの魅力あるテーマというのをうまく出して、資金繰りの最中だと思います、今は。

三宅：

つくば市の人口も増えて。

原：

やっと20万超えたみたい。

三宅：

これからもっと増えるね。つくばエクスプレスが出来てその辺の将来的なものが計算できれば。

原：

ただ難しいのは、どういうものを目指すかですね。県内での拠点を目指すのか、あるいはそれとも東京から沢山患者を呼ぶくらいのものをを目指すのかとか。教育病院を目指すのか、とかそういうのを中枢部に聞いた事があるんですけども、みんなやって欲しいと。しかしそれは無理だと。

渡邊：

東京からひとを集めようという意気込みがあるんだったら県南地区のみんなを束ねて有機的に患者さんも医者も色々な検査だとかも融通しあいながら全て合わせて5000床のベッドを使うことを考えなければダメですよね。筑波大学附属病院が700床強が新しくなりましたといったってそのようなものは 東京からみたら、とりたてては魅力ないわけだから。

**望月：**

東京医大の霞ヶ浦病院が縮小したからね。患者がこないということで。

**原：**

皆がその意見を出し合ったりするのは、共通IDみたいなもので診察券共通としてデータを把握できる、紹介状がなくてもフィルムがなくても病院の検査の写真がなくても、そのIDで患者さんの承諾を得るパスワードだけいただければ全部画面に出ると。

**渡邊：**

売上がそこの病院にチェックがつくという事あたりが限界なんですよ。例えば原先生が○○病院にいって手術をして、それがその全体の収益の一部分になるというカウントのしかたをするぐらいの視野を持つと北関東医療中心地という考想が出てくるだろうけど。似たり寄ったりの規模の病院が大同小異、相似形でやっていても将来的な展望があるわけではないので。

**三宅：**

病院だけでは無しに竹村医院でみた、地域医療でみたことちょっと。

**竹村：**

それは勿論、保険証のように共通IDを持てれば…

**原：**

保険証のように共通IDを持てれば薬しかり薬歴しかり共通の電子カルテ化してしまえば良いんですよ。

**渡邊：**

僕はずっとそう思っていました。筑波大学の卒業生がこれだけたくさん根付いて、それぞれ分けてなく仲間として気持ち良く付き合って病院をやっているんだけど、病院のトップの方はうちの病院が、うちの病院がと皆が言うわけ。それは止

むを得ない事なんですけれど。横のつながりは実はもっと幅広くしようと思えばできる良い環境があるんだから筑波地区5000床持つという考想もいいと思いますよ。

**原：**

僕もそう思って出したんですけどね。折角、大学にはシステム工学系のプロがいるわけじゃない。そういう人達に是非にはいってもらって簡単に出来るんじゃないのかなあと思って。

**渡邊：**

今週の消化器カンファは○○病院ですよとか、今週の何科のオペは○×病院ですよとか。

**原：**

そうモニターで良いわけですよね。テレビカメラで診ればいいんだから。

**渡邊：**

5000床・医者何百人という構想があれば、それは日本の中で初めて生まれた地域であり魅力的に見えるのかもしれないけれども。

**竹村：**

一時、医療IT化政策というのも出ましたけれども、立ち消えになってしまいましたね。

**望月：**

多摩地区では糖尿病に関しては進んでいたけれど。

**原：**

それこそ医療費の節約になると思うんですけどね。皆が一つのカルテを共有出来るし。

**渡邊：**

情報は共有出来るし、専門医だって不足しなくなっていくだろうし。

**原：**

結局、皆うるさく言うのは個人情報だから。それはプロに任せいくらでもセキュリティは守れるんじゃないかなと。

**横瀬：**

医療圏を作った時に結局、患者さんが選択するのは東京の有名病院とか有名な医師だと思うんです。患者さんの心の中では必ず比較が起きるんですね。そうした場合に県南医療圏ならば県南医療圏なりにクオリティの問題がきっとでてくると思うんです。いくらITで繋がって便利になったからといって患者さんは、やはり利便性以外の部分も選びますからね。今の研修医の方達と同じ状況が起きるのではないかと思う。どうやってクオリティを上げるかということも医療圏のモデルを構築する際には考えていかないといけないかと思います。

**竹村：**

いろいろと話も尽きないかと思うのですが、そろそろお時間となりました。今日は皆様お忙しいところお集まりいただきまして有難うございました。それではこれで終わりにしたいと思います。

## 「5回生から届いた近況報告」

**飯島昌一**です。

現在埼玉県の戸田市立医療保健センターの診療室長をしています。自分の専門分野である神経内科と一般内科、それに心療内科の患者も診ています。公立の医療機関はどこも似たような状況だと思いますが、当センターも指定管理者制度適応の検討対象となり、赤字減らしが急務となっています。とにかく外来患者を増やし収入を少しでも増やす事が大事で、接遇改善や医療の質を少しでも高めることに日夜努力をしています。その甲斐あってこの3年で自分の外来患者数は丁度4倍に増えました。もっとも以前は老人保健施設の施設長をやっていたので外来回数が少なく、4倍に増えた

といつてもあまり自慢できませんが…。そうそう老人保健施設の施設長は3年前までの約8年間務め、昨年まで埼玉県老人保健施設協会の副会長も務めていました。全国老人保健施設協会会長の漆原先生ともずっと一緒に仕事をしていたので老人保健施設の事はよくわかります…。そんな状況です。以上です。どうかよろしくお願ひいたします。

**竹村克己の近況報告**

レジデント6年 勤務医12年 栃木県鹿沼市に内科透析クリニックを開院して4年になります。

1. 最近感動したこと：H17年12月ホノルルマラソン4時間35分で完走したこと。来年も走ります！
2. 最近楽しかった事：「5回生は今」の会合をすっぽかし（幹事の博之君ゴメンネ）、同級生の野村・浜田・鈴木敏之と大学以来22年ぶりに麻雀をやった事。当初負け続けていましたが、最後の半チャン6回目に親の4暗刻をつもり、ぶっ飛び・焼き鳥・役満御祝儀付で大逆転大勝ちしたこと。もちろん裏技はしていません。
3. 最近頑張ったこと：H17年10月 ISO9001認証取得したこと。幹部スタッフ6人と毎朝7時集合でがんばりました。栃木県医療機関では2番目です。それとH18年1月10日透析学会総会と腎臓学会総会に2題演題書いたこと。まだまだ研究スピリッツは忘れていませんよ。
4. 最近つらいこと：若いつもりでいましたが、どうも老眼になってしまったようです。近くが見づらいです。また仕事が忙しく院長の立場上、若い子にナンパはできず、孤独なこと。この間沖縄に一人旅して同級生の和気ちゃんと杉本さんに慰めてもらいました。ありがとうございました。
5. 最近ショックなこと：陰毛に白髪が生えてきたこと。
6. 筑波大後輩への自慢：開業2年目で納税番付栃木県ベスト10以内に入ったこと。今年から個人情報保護法により納税番付は廃止なので、新聞記事は末代までの自慢です。あとうちの

クリニックのスタッフがみんな美人でかわいいこと。院長自ら面接で決めています。

#### 学籍番号781195（懐かしいネエ！）田島 裕

同窓生の皆さん、ご無沙汰しています。卒後の道程は、以下の通りです。

1984年学群卒業→そのまま大学院へ（生化学）→1988年卒業→そのまま、群大付属病院検査部へ就職。在前橋→1990年「島流し」になり、佐賀医大付属病院検査部助手へ→13年過ごす→2004年順天堂大学感染制御科学科（COE特任）講師。在東京→僅か1年半でトラバーユ→医科歯科大学情報医科学センター（科技振特任）助教授→現在に至る。

シゴト：大したことはしていないが、動物の細胞を培養してみたい。

家族構成：まだ独身。そろそろ元気が薄れ、生活に疲れてくる。

趣味：無機（生）化学。野良ネコを可愛がる。史跡巡り。オタク（アキバ系？）。

#### 整形外科専門病院から 辻野昭人

3年前に大学の教官を辞して、130床の整形外科専門病院に勤務しています。大学では、教育・研究・診療が仕事でしたが、現在は診療に重点を置きながらも、学会活動や講演などを行っています。外科医にとって手術ができる年代は限られています。今何がやりたいのか、何が出来るのか、何をやるべきなのか考え異動しました。

ここ5年間でも、治療法はかなり進歩しました。質の高い治療を行うためには、症例数と臨床研究が不可欠です。現在私は、年間約400例を執刀しており、それ以上の保存治療を行っています。プロスポーツ選手も治療しており、テレビで対戦している両者が患者であると、どちらを応援してよいか迷ってしまいます。昨年は日本肘関節学会を院長が開催しました。大学や総合病院でない当院が、このような学会を開催するのは珍しいことです。

地方の小さな病院ですが、地域の方はもちろん、遠方からも来院して頂いており、身の引き締まる

思いです。

#### 筑波大学臨床医学系呼吸器内科 野村明広

筑波大学で、呼吸器内科の講師をやって10年近くになりました。同じ5回生から臨床医学系の教授が2人も出たことや5回生が各診療科で活躍しているのは大変嬉しくありますが、その一方で退官してゆく先生を目の当たりにすると、寂しくも思います。最近老眼が入ってきたせいか、点滴を入れるのに少々苦労しています。点滴刺入部に焦点が合うのに時間がかかるし、あまり顔を近づけ過ぎると目が回ってしまうという有様です。

さて呼吸器内科に目を向けてみると、高齢化社会を迎え、呼吸器内科患者は増加の一途であります。大学病院では、入院は他科で、退院は呼吸器内科ということも間々あります。ただ、他科からの転科の場合には、裏口退院が多いのですが…。肺癌は、今も昔と比べてほとんど生存率の向上もなく、ある意味、人口調節している科とも言えるのかもしれません。先日血液内科のムンテラに同席する機会がありましたが、正直言ってちょっとやらやましくもありました。化学療法で治る可能性があるという話から始めるあたりは、当科のムンテラとは180度異なります。もし肺癌や呼吸不全の特効薬ができたら、人口増加に一役買うこと間違いなしです。しかし、若者よりも高齢者が増加するのが難点ですが。

何か新しいことを見つけようという心意気だけは忘れないで毎日働いています。

#### 平林国彦

循環器外科医としてスタートした臨床医の道を、1994年3月の大学院卒業を契機にやめ、以来途上国の保健医療活動に従事しています。現在は、国連（ユニセフ）の職員として、世界でも最も保健指標が悪いアフガニスタンで、子どもの生存と母性の保護を目的に活動しています。

#### 村田美穂です。

国立精神・神経センター武蔵病院第2病棟部長をしています。

神経内科でパーキンソン病が専門です。最近のヒットは抗けいれん薬のゾニサミドが抗パーキンソン効果をもつことを見つけて（たまたま），治療が終わって現在申請中です。病院はぼろですが，スタッフ，レジデントは結構頑張ってくれていて，「この病院に入院してよかったです」といってくださる患者さんが多いのが，最近の私の自慢です。このごろになって，つくばで学生時代やレジデントのときにずいぶんいい教育を受けさせてもらえたと感謝しています。あの頃はこれが普通と思って，とくに気が付かなかったけど。私もうちのレジデントに20年ぐらいたってから，結構いい教育をう

けたなと思ってもらえるように頑張ろうと思っています。

横瀬智之です。

昨年暮れ，病理生物情報解析センターという，病理専門会社を設立しました。場所は幕張メッセの近くのワールドビジネスガーデン・マリブースト24階です。いわゆる臨床検体から研究材料まで幅広く病理に関わる業務を行っております。

窓からは西日に映える海が見えます。学会等でお近くにお寄りの際は是非お寄り下さい。

（五十音順）

# 教授就任の挨拶



筑波大学大学院人間総合科学研究科

スポーツ医学専攻

今川重彦

平成17年8月1日付けで筑波大学大学院人間総合科学研究科スポーツ医学専攻・教授を拝命致しました。この度桐医会から執筆の機会を頂きましたことをここに深謝致し、自己紹介とともにこれから健康スポーツクリニックの在り方および研究・教育の抱負を述べ、就任の挨拶とかえさせて頂きたいと思います。

## <自己紹介>

第1回生として1980年筑波大学医学専門学群を卒業し、同大学大学院博士課程医学研究科生物系専攻を1984年に修了しました。その後筑波大学附属病院レジデントを経て1986年4月より Harvard University, Brigham&Women's Hospital, 血液学 Franklin Bunn 教授のもとに留学し、この時から生涯の研究テーマである erythropoietin (Epo) 遺伝子発現制御機構の研究を開始しました。帰国後、1989年9月より2000年3月まで自治医科大学医学部血液学に在籍し、高久史磨学長のもと血液学の臨床・研究・教育に従事しました。そして2000年4月より筑波大学臨床医学系血液内科講師としてつくばに戻り、2005年8月より現在のスポーツ医学専攻を担当致しております。

## <健康スポーツクリニック>

従来スポーツ医学というとアスリートを対象とした競技選手の傷害やトレーニング・栄養管理などと受けとられやすいと思われます。実際は、もちろんこの領域も含まれますが、さらに拡大して生活習慣病を対象とし、これらの病因解析から治療および予防を含めた総合的なとらえ方でスポーツ医学は成り立っています。現実、スポーツ医学

専攻は、臨床医学系から体育を含めた構成員で成立しています。筑波大学附属病院では前任者の奥田教授が創設された健康スポーツクリニックを、この機にさらに拡大発展させるプロジェクトを開催しており、この紙面をお借りして紹介させて頂きます。この健康スポーツクリニックは従来の競技選手の傷害を対象とした整形外科的治療とともに、各内科が独自に行ってい生活的習慣病に対する教育および運動療法から栄養指導を、今後は当健康スポーツクリニック外来が各科よりコンサルテーション形式での依頼で行うというものです。対象は、生活習慣病患者はもちろん、大学職員から一般の生活習慣病患者予備軍と競技選手となります。そして内容は、

- ①高血圧・糖尿病・肥満・高脂血症・骨粗鬆症・腰痛・肩こり・貧血などの運動療法と栄養指導
- ②健康診断で異常を指摘された人の精査
- ③競技選手の傷害の治療・アスレチックリハビリテーション

が主体となります。そして実際の手順は、

- 1) 生活習慣のチェックとしてアンケートを用いた問診を行います。
- 2) この結果をもとに患者に教育・生活指導を行います。
- 3) メディカルチェックとして採血・採尿など基本検査、整形外科的チェックを行います。
- 4) 3) の結果をその日のうちに患者に伝え、運動療法および栄養指導の必要性を説明します。
- 5) さらに健康運動栄養手帳を交付して自己管理办法を指導します。この健康運動栄養手帳には、このままの状態、あるいは悪化した場合

の今後かかるであろう医療費の概要を示し、この時点で運動療法・栄養指導に基づいた自己管理を行った場合との比較を説明します。

6) この段階で希望される患者に次のステップとして運動安全域の設定を、専門の循環器内科で行います。これはすべての運動療法施行者に義務付け、今後問題となりうる心疾患の可能性を検討します。ここで問題のある患者は安全域内の極めて低レベルでの運動を設定します（運動の種類および時間の制限）。それ以外の、問題ない患者はトレッドミルあるいはエルゴメーターを用いた運動処方が提示されます。そしてここで informed consent を得ます。

7) 実際の運動療法は、院内の入院患者および外来患者、そして予備軍でもすべて主治医あるいはスポーツクリニック担当医の監視のもと院内外で行います。また、予備軍も開始当初は院内で行います（将来的には capacity の問題で施設の拡大、人員の増加が必要となります）。

8) 栄養指導を当院栄養管理室の管理栄養士により行います。4月より他大学との共同で行う NST (nutrition support team) 支援ソフトを導入し、運動療法と栄養指導の併用効果をコンピューターで明示する新規性の高い内容です。

9) 以上は監視下運動療法ですが、非監視下運動療法として、

- ①心疾患患者に対する pulse oximeter システム
- ②高機能歩数形（従来の万歩計に、日常生活による消費カロリーを計算できるシステムを組み込み、コンピューターで集中管理できる e-wellness システム）

などを用い日常の運動習慣を身につけて頂きます。

さらにスポーツクリニックのコアメンバーで、定期的に委員会を開き患者に対する運動療法・栄養指導の効果の検討・修正および改善に努める所存です。運動というとハードトレーニングを想像されるかもしれません、一般を対象とする当ク

リニックでは、継続することが重要であり、1日30分前後の普段の脈拍を軽度増加させる程度の運動習慣を身につけることを目標とするものです。そしてこれを地域住民の健康増進の貢献として発展させていく所存です。これは筑波大学ならではの医学と体育の連携のもとに行う、全国初の試みでありどうか関係各位のご理解・ご協力をお願いする所存です。

#### ＜研究＞

赤血球産生を調節しているのが erythropoietin (Epo) というホルモンです。トップアスリートが大会前に高地トレーニングを行います。これは高地=低酸素環境下でのトレーニングのため、低酸素応答系の転写因子である hypoxia inducible factor-1 (HIF-1) を安定化する。これにより Epo 遺伝子発現を亢進させることによって体内での赤血球造血を盛んに行い、赤血球に含まれる酸素を運搬するヘモグロビン (Hb) が増加し、体内に蓄積する酸素が増加します。このため血液から筋肉へ運搬された多量の酸素はミオグロビンに運ばれエネルギーとして蓄積する。この一連の過程により持久力を要するアスリートは高地トレーニングを重要視しております。一方 Epo は GATA という転写因子によりその遺伝子発現が抑制されています。車にたとえるとアクセルにあたる HIF-1、ブレーキに相当する GATA 両者の均衡で Epo 遺伝子発現が調節されていることを我々は解明するとともに、新たな貧血治療薬として HIF-1促進／GATA 阻害薬の開発を行っております。しかし Epo とともにこれら新薬がドーピングとして使われる可能性が大であり、現在はこれら遺伝子ドーピングの detection システムの開発も同時進行中です。

#### ＜教育＞

医学進学1年目の学生でスポーツ医学に関心のある人が多数います。彼らの関心を継続発展させるために、早期からアスリートおよび生活習慣病～予備軍患者に対する運動療法・栄養指導を実体験させることにより、モチベーションを高めると

ともに競技成績の向上・患者における有効性を理解させることを第一と考えます。また研究指向の学生には早期よりテーマを与え、短期間に実験結果としてまとめる能力を身に付けさせ、世界的レベルの up-to-date な研究に直接触れさせることを

目標として行きたい所存です。以上、紙面の制約上、説明の行き届かない点が多々あるとは存じますが、関係各位からの助言および御指導・御鞭撻・御協力を何卒宜しくお願い申し上げます。

# 教授就任の挨拶



筑波大学大学院人間総合科学研究科  
感性認知脳科学専攻 システム脳科学分野  
(基礎医学系) 設楽宗孝

2005年8月16日付けで筑波大学大学院人間総合科学研究科感性認知脳科学専攻システム脳科学分野教授に就任致しました。この度はこのような執筆の機会を与えてくださいました桐医会役員の先生方に心から感謝致します。さて、私はこれまでに脳のもつ様々な機能はどのような仕組みによって実現しているのかということを、脳をシステムとして捉えその動作原理（情報処理原理）を解明するための研究、すなわちシステム脳科学の研究を行ってきました。かって、脳はあまりにも複雑でありその動作原理を解明するなどということはとても不可能であると考えられていた時代もありましたが、近年この分野は急速に発展しつつあり、もしかすると脳の動作原理を本当に解明できるのもそんなに遠い将来のことではないかもしれません、とすら思わせるものがあります。その意味で、脳科学は「21世紀の科学」であり、まさに今後その核心に迫る研究が次々に生まれてくるのではないかと思っています。そのような革新的の芽を筑波大学より発信できるよう、筑波にシステム脳科学の拠点を築き上げ、優秀な研究者を輩出できるよう尽力して参りたいと思います。

私が所属することになりました感性認知脳科学専攻は人間の「感性とこころ」の問題を総合的に扱う専攻です。このような非常に高次の問題を脳科学で扱うのはきわめて難しいのですが、しかし同時に21世紀の科学として期待される、わくわくするものもあります。私自身は研究以外では尺八演奏をしたり（琴古流師範で芸名・照鳳）風景写真の撮影をしたりという感性が必要とされることを趣味としていますが、感性認知脳科学専攻に所属することになったのも何かの縁かな、と思っ

ております。

本稿では、折角の機会を頂きましたので、脳研究についての雑感を私の研究内容も含めて述べさせていただきたいと思います。

## 脳の情報処理の仕組みを探る

脳は非常に複雑な情報処理マシンであると言われますが、現在工学的に実現しているコンピュータとはかなり異なる情報処理原理によって動作していると考えられます。非常に複雑な計算を同時並行的に行って100%正確ではなくてもかなり妥当であると考えられる解答をすばやく導き出すのが脳の特徴の1つであるわけですが、では、その動作原理を解明するためにはどのようなアプローチをとればよいのでしょうか？かって、David Marr博士はその著書 Vision の中で、脳研究には3つのレベルがあると述べました。第1はハードウェア研究のレベル、これは、脳のニューロンや回路の解剖学、そこで作動している分子を調べるレベルです。第2は、脳ではどういう計算をしなければいけないかというアルゴリズム（処理方式）を研究するレベルです。そして、最終的には第3のレベルである、計算理論のレベル、即ち、脳の中で何が計算されていてその計算が可能になるのはどういう仕組みによるのかを解明していくことになります。これまでの脳研究は主として第1のレベル、そして研究によっては第2のレベルまで行なっているものもあります。しかし、第3の計算理論のレベルでの本当の成果はまだほとんど無いと言っても過言ではありません。システム脳科学研究が目指すものは第1および第2のレベルの成果をふまえて第3のレベルの動作原理解明

であり、それは21世紀に最も期待される科学研究の1つだと言えます。そして、脳機能の計算原理が分子レベルからシステムレベルまでを繋いで総合的に理解できたとき、或いはその理解に到達するまでの過程においてさえも、様々な応用、例えば、脳疾患のより良い治療法への寄与、より良い生活を送るための脳科学からの提言、などが実現していくでしょう。そのような点にも期待しつつ、私は最近モチベーション系の研究を中心に行っています。これは目標指向行動、即ち、ゴールを達成して報酬を得ようというモチベーションに基づいて計画をたてて実行し、学習によりその行動をより良いものにしていくときの脳の情報処理の仕組みを解明しようというものです。この問題は、近年社会問題化すらしている「やる気」や「意欲」といった事柄に密接に関わるのみならず、将来的にはモチベーション系に障害があることで特徴づけられるような精神疾患に対して脳の計算原理の観点からの仕組みの理解と治療法への応用といったところまでを視野に入れたいと思っています。また、この目標指向行動では、近年、学習のメカニズムとして、教師付き学習、教師無し学習に加えて脚光を浴びてきている「強化学習」、即ち、報酬の有無を手がかりとして試行錯誤により行動を改善する学習方式が取られているとされていますが、更に、最終的な報酬を得るために報酬までの道のりにいくつかの過程があるような場合でも、長期的な視点に立って行動を計画してゴールに辿り着こうとすることが知られており、その情報処理の仕組みの解明が待たれます。これは、「報酬予測」をどのように行ない、また、リスクとの兼ね合いを考慮しつつどの位将来までの予測を行うかという問題であり、「報酬」を「身体にとって positive な価値を持つもの」と置き換えるれば我々の日常生活の実に広い範囲に応用しうる基本的行動様式のメカニズム解明につながります。現在、このような「行動決定問題」は経済理論の分野とも融合しつつ急速に発展している分野であり、今後の脳科学の発展によってこれらの問題が解決されることを望むと同時に筑波からその

解明の一端が発信されることを望んでおります。

### 研究について学生・若手研究者に望むこと

私は大学院卒業以来ずっと研究所（現・（独）産業技術総合研究所）で研究を行っていたのですが、研究所から大学に移ろうと思った理由の1つは若手研究者の育成です。21世紀これから科学である脳研究の発展には若手の育成が最重要だからです。さて、大学に赴任して、大学院の様子をこれまで見ての印象は「ずいぶんマイペースでやっている若者が多いなあ」というものでした。人それぞれ研究のペースは違いますし、研究に対する情熱があって各自適切なペースで行なっているのならばそれで良いとも言えます。しかし、私がかって米国NIHに留学中に見たものは、週末でも研究している人たちの姿であり、しかも senior researcher 程そうであった、ということです。当時、巷では、米国人は日本人と違って週末は必ず休暇を取り、余裕のある生活をしているなどと言われていましたので意外ですらありました。やはり、その位一生懸命行わないと senior researcher のポジションは取れないと言うことでしょう。勿論、時間数だけでなく、効率よく集中して行うことや、常識にとらわれない発想、論理的思考など、良い研究成果を上げるために必要な方法論は色々なところで言われ尽くされている感があります。しかし、現実に研究を進める上ではやはり、他の事柄を犠牲にしてでも研究だけに集中する一定の期間が必要だという基本的事柄を心に留めつつ第一線の研究成果を上げることを目指してほしいと思います。

最後になりましたが、私達が実際にに行っている研究について、ホームページ

<http://www.md.tsukuba.ac.jp/public/basic-med/>

physiology/sys-neurosci/

を参照していただけすると幸甚に存します。

今後ともご指導ご鞭撻の程、よろしくお願ひ申し上げます。

# 神経内科教授就任の御挨拶



筑波大学大学院人間総合科学研究科  
病態制御医学専攻 神経病態医学分野  
(臨床医学系 神経内科) 玉岡 晃

この度、筑波大学大学院人間総合科学研究科病態制御医学専攻神経病態医学分野（臨床医学系 神経内科）教授を拝命し、2005年12月16日付で助教授より昇任いたしました。私は当大学に講師として赴任して以来、既に14年になりますので、古株の部類に属するかも知れませんが、気分を新たに神経内科学教室の運営に取り組もうと思っており、自己紹介も兼ねて御挨拶申し上げたいと思っております。このような執筆の機会をお与え頂きました桐医会の関係各位に心から感謝申し上げます。

## [自己紹介]

私は1980年東京大学医学部を卒業し、2年間の内科研修の後、豊倉康夫教授（故人 東京大学名誉教授、東京都老人医療センター名誉院長）が主宰されていた東大神経内科に入局させていただきました。東大神経内科は我が国で最も歴史のある神経内科学教室の一つであり、当時全国の神経内科の指導者を輩出していたところでした。東大およびその関連病院で4年間の神経内科全般の研鑽を行ない、日本神経学会の専門医資格を取得いたしました。その後、東京都老人総合研究所にて井原康夫博士（現 東大神経病理教授）の元でアルツハイマー病（Alzheimer's disease; AD）の生化学的研究に従事し、脳血管・老人斑アミロイドの構成成分に関する研究で医学博士を取得しました。井原先生の紹介によりハーバード大学のセルコーア教授の元に留学し、引き続きADの研究に従事しました。論文を2報ほど書いたところで、金澤一郎東大神経内科教授（現 国立精神神経センター総長）の御推挙により、1992年に筑波大学神

経内科講師として赴任してまいりました。つくばの環境は自然が豊かでハーバードのあるボストンとも似ており、留学先からの直接の赴任でしたが、あまり違和感も無くスムーズに新しい生活に移行できたことを覚えております。講師時代は、臨床、教育、研究と思う存分にやらせていただき、この間に飛躍的に業績を伸ばすことができました。特に研究学園都市つくばの特性を生かした共同研究には恵まれ、ADの分子病態に関する有意義な研究が出来ました。1997年には助教授に昇進しましたが、その後は純粋な学問的な仕事以外に種々雑多な業務が加わってきました。学会開催の事務局の仕事や入学試験や専門医試験の問題作成、各種の学内委員会、等々ですが、これらの業務を通じて組織の運営や危機管理を学ぶことができたと感謝しております。昨年4月以降神経内科のグループ長としての責務を果たして参りましたが、昨年暮れに教授職を拝命し、現在に至っております。

## [教育・研究・臨床の抱負]

（教育）大学の臨床医学部門では社会的使命として、まず第一に責任感と協調性のある優秀で有能な臨床医の育成を目指さなければならないと思っております。その目的のために今後の教育改革を導入しながら、筑波大学の優れた伝統、則ち学群での統合教育や卒後臨床研修でのレジデント制度などの利点を生かしてまいりたいと思っております。医学的知識の伝授にあたっては、単に授業形式による知識の伝達を行なうだけではなく、洞察力と自己発展性を身につけさせるように、チュートリアルなどの自己学習能力を備えさせるための

カリキュラムの充実・改革に力を注いでまいりたいと思います。また、医学教育は卒前・卒後教育が有機的に連携して行なわれることが理想的であると考えておりますので、そのためには、客観的臨床能力試験（OSCE）や問題志向型の思考訓練の徹底が重要であると考えております。こうした能力の開発を実践するために、POS（problem-oriented system）の考え方方に馴染ませていくと同時に医療技術に関しても常にスタンダードなものを習得させるよう、日常の回診や実習における教育にあたりたいと思います。大学附属病院における診療は高いレベルが要求されておりますので、これに答えるべく職員とともに日夜努力することによって、より良き診療内容の達成を日夜心がけたいと思います。このこともレジデントや学生にとっての理想的な教育施設としての大学病院の使命の成就に寄与するものと確信しております。

（研究）大学の臨床医学部門のもう一つの重要な使命は、臨床医学、即ち疾患の原因究明を初めとする病態研究であり、このような領域で活躍できる研究者を臨床医の中から育成しなければなりません。神経内科学においては特に、近年のニューロサイエンスの進展の強い影響のもとにあり、臨床医学の場においてもある程度基礎的な研究成果を理解する能力が要求されることが多くなってきました。このような、言わばリサーチマインドを有する臨床医、臨床系大学院生を、研究の場ばかりでなく、セミナーや抄読会などの様々な機会を通じて育成していきたいと思います。私は東京都老人総合研究所にてADの研究を開始して以来、ハーバード大学、筑波大学と一貫して、主にADを中心とする神経変性疾患の分子病態の解明に取り組んできました。特に筑波大学に赴任してからは、アミロイド $\beta$ 蛋白の識別定量、老化動物脳、頭部外傷によるADモデル動物、慢性脳低灌流のADモデル動物などに関する有意義な共同研究を、つくばの各種研究施設と行なってきました。神経

内科領域には未だ原因不明の難病が多いため、今後はAD研究を更に進展させるとともに、研究対象をパーキンソン病や多系統萎縮症、タウオパチー、筋萎縮性側索硬化症、トリプレットリピート病など、他の神経難病にも拡大していきたいと思っております。

（臨床）筑波大学神経内科は以前より、茨城県下および近隣地域の神経・筋疾患のセンター的な機能を期待され、担ってまいりました。茨城県神栖町で発生した有機ヒ素中毒患者の発見も全般的な質の高い神経内科の臨床が背景にあって初めて可能となったものと考えられます。神経疾患は高齢者に有病率が高く、我が国の急速な高齢化に伴い、神経内科の需要は益々増えております。また環境汚染等に由来する未知の神経障害を経験する可能性も考えられます。今後も筑波大学神経内科が高い水準の臨床を維持できるように努力するとともに、安全確保と個人情報保護に配慮しながら、患者中心の全人的医療を実践してまいりたいと思います。

#### [学生やレジデントの皆様への一言]

高齢化社会を迎えるにあたり、神経内科の需要は益々高まっております。実際県北、県中はもちろん、つくばエクスプレスや常磐線沿線、都内の基幹病院からの神経内科医の要請に応じきれないのが現状であります。疾患研究から基礎医学の道にすすむ者、脳卒中の救急医学に従事する者、慢性疾患のリハビリを得意とする者、教育職に進む者、等々、神経内科医の進路は極めて多種多様であり、各人の価値観や生活設計に応じて多彩な選択が可能であります。神経に興味のある学生やレジデントの方が一人でも多く、神経内科に参加してくれることを期待しております。ご興味のある方は是非ご一報くださいますようお願い致します（atamaoka@md.tsukuba.ac.jp）。

## 教授就任の挨拶



筑波大学大学院人間総合科学研究科  
病態制御医学専攻 消化器病態医学分野  
(臨床医学系 消化器内科学) 兵頭一之介

崎田教授、大菅教授、福富教授、田中教授の後任として平成17年9月1日付けで第五代目の消化器内科教授に就任いたしました。この桐医会会報の紙面をお借りして筑波大学同窓会の皆様に、ご挨拶申し上げる機会を頂き誠にありがとうございます。

私は昭和56年に岡山大学を卒業し同第一内科(消化器内科)に入局、昭和60年に同大学院を修了後、香川県立中央病院を経て、平成3年国立病院四国がんセンター内科に移りました。一貫して臨床現場に身を投じてきました。大学院での博士課程の研究テーマは慢性ウイルス性肝炎組織中に浸潤したリンパ球サブセットの解析でした。ここでは細胞障害性T細胞がウイルス感染自己肝細胞を攻撃することを明らかにし、これが肝炎発症の機序であることがわかりました。B型肝炎にはインターフェロン治療が開始され、さらに主たる感染経路であった母子間感染を阻止する抗体やワクチンが開発されました。当時C型肝炎ウイルスは、まだ発見されておらず、非A非B型肝炎と呼ばれていました。C型肝炎ウイルスの発見後、これにもインターフェロンが有用で、さらには献血スクリーニングシステムの確立により輸血後肝炎の大部分は防止することが可能になりました。ところが、このような目覚しい肝炎研究の進歩にもかかわらず臨床の現場では、多くの患者さんは肝癌を発症し、その治療に追われる毎日でした。幸い肝癌にはインターベンショナル・ラジオロジーが有効で、多くの患者さんの延命を図ることができましたが、胃癌や大腸癌には5-FUしか有効な薬剤は無く、さらに膵癌や胆道癌にはほとんど延命を望める治療薬はありませんでした。ここで私

はこの大きな領域における医学の無力を思い知らされました。このような経緯で、私は四国がんセンターに移り、本格的に進行がん治療に取り組むようになりました。そんな時、私の後輩の内視鏡医から「早期がんを見つけて内視鏡切除することでがん患者に意義のある医療を提供できる。しかし、先生は再発・転移がん患者の化学療法に力を注いでいるが、それほど意味のあることのようには思えない。よくやっていけますね。」と不思議そうに問いかけられたことがあります。当時は「いつか進行がんも薬で治せる時代が来ると思っている。それが、内科医の本業だと思うけど、夢だね。」と強がるしかありませんでした。最近、私はこれまでの仕事を振り返り、次のように思うようになりました。医学の貢献は病を予防し、病を治し、天寿を全うさせることではあるが、いずれにしろ生命には限りがある。つまり病気の進行度に応じて余命の長短はあるが、残りの人生を有意義に過ごせる時間を延ばすことこそ、われわれの使命である。私は、この15年間、消化器がんにおける新薬開発のほとんどすべてに関与してきましたが、ご存知のように未だ治療成績は十分ではありません。しばしば抗がん剤は、がんの外科切除に例えて、腫瘍内科医のメスと言われますが、これまでこのメスの切れ味は良くありませんでした。しかし医学の進歩とともに次第にメスの改良や開発が進み、昔に比べるとずいぶん切れ味が良くなってきました。現在の一番大きな問題は、このメスを使う医師の腕が無いことです。

次に医学教育のことについて触れたいと思います。私には、がんセンターに研修に来た医学生やレジデントの教育経験はありますが、これまで大

学での教育経験はありませんでした。筑波大学に赴任して医学教育システムが充実していることに驚いております。大変、崇高な理念と優れた先駆的な取り組みがなされ、これこそ医学教育だと実感しています。ただひとつ気になることがあります。これは日本の医学教育全体につながることだと思いますが、高度に細分化し専門化した医学を、どのようにどこまで教育するかという点であります。私が医師になった頃に比べて医学に必要な知識や技術は、同一分野においても数倍以上と考えられます。これを医学生にすべて習得させることは困難でしょう。ともすれば広く浅く医学を学ばせることになりかねません。現在の卒後研修医制度も、これと同じことを繰り返しているように見えます。これは general physician を目指す者あるいは専門を決めかねている者には最適の制度と考えられ、家庭医あるいは診療所の医師数を充足させることには有効に働くでしょうが、果たして病院の専門医の育成に役立つ方法かどうかは疑問です。私を含めて専門医を長く経験したものにとって、門外漢の分野の専門診療は不可能ではないでしょうか。つまり専門性を持って医学に進みたいものには、早期にその道を開く教育、研修制度が必要だと思います。総合診療科もひとつの専門職であります。医学教育は知識と経験の両者がバランスよく盛り込まれなければなりません。例えば Café-ore spot を見ても Peutz-Jegher Syndrome、神経線維腫症の知識が無ければ気付かないし、それが診断の糸口 (cues) となることすらわからないでしょう。予備知識が無くても注意深い観察から自ら調べ疾患に行き当たることもあるでしょうが、これは遠回りです。やはり知識を入れ経験することで確固たる記憶となるでしょうから、こうして知識と経験は糾える縄のごとく強固にしなければならないでしょう。新知見を得るには、その基礎が必要だということです。ピカソの抽象画も洗練されたデッサン力に裏打ちされたもの、コンピュータソフトを使いこなしていくもプログラムの知識が無ければソフト自体を改良したり創造したりはできないことと同じです。この様

な観点から優れた臨床医を育てるため努力したいと思います。

研究に関しては臨床に立脚した診断と治療に有用な研究を進めたいと思います。EBMに基づく診療を実践しつつ、新たな EBM 創造のための臨床試験を遂行していきたいと考えています。このように言うと時に患者さんを mass として視る弊害に陥ることがあるとの指摘を受けることがあります、私は、医療は不確実さを内包しており、多くの方に最良とされる治療を提供することこそ重要だと考えています。もちろんしっかりととしたインフォームドコンセントが必要ですし、個々の患者さんに対しては臨機応変に治療の modification を行うのは言うまでもありません。大学の使命のひとつに高度先進医療の開発があります。これは臨床試験のノウハウに熟知した研究者によって倫理性と科学性を担保しながら慎重に進められなければなりません。臨床試験は患者さんの協力の下、医師、看護師、薬剤師、臨床試験コーディネーター、製薬企業など、多職種の人々によって進められますが、これをコンダクトする医師には、その分野における豊富な経験と知識、さらには交渉能力と先見性などの高度のバランス感覚が要求されます。私はこの様な臨床試験の優れたリーダーを育成したいと思います。臨床研究は、どんな些細なことでもかまいません。例えば通院治療室のカーテンの色を白から他の色に変えてみる。抗がん剤の投与を受ける患者さんの印象を看護師が調査し、そのデータから適切なものはどれかを検討する。つまり臨床試験においては最良のアウトカムを求めて多くの人たちの協力があって初めて成功を収めることができるということです。この様な研究姿勢から診療の質の向上と連帯感が熟成されるはずです。

最後に、新米の教授を暖かく迎え入れて下さった筑波大学の諸先生方に感謝申し上げるとともに、同窓会諸兄におきましても、今後ともご指導、ご鞭撻をいただけますようお願いし、ご挨拶と致します。

## 会費納入のお願い

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、今年度の会費を下記の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。

支払方法	用紙	期限	手数料*①	備考
郵便局振込み	同封の振込用紙	なし	100円	*②
コンビニエンスストア振込み	同封の振込用紙	2006.6.10	100円	全国ほとんどのコンビニで利用可能
銀行自動引落し	同封の申込み用紙（押印して返送して下さい）	~2006.6.10 (申込み) 2006.7.27 (引落し日)	100円	常陽銀行の場合、事務委託した「日本信販」と印字されます
桐医会事務局での現金払い	なし	なし	なし	*③

\*① 年会費は従来通り3000円ですが、手数料など必要経費として100円を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17年度までの滞納分も含めて請求させていただきました。

\*② 払込みには納入期限がございませんが、納入金額の過不足が発生しないように最新の払込用紙のご使用をお願いいたします。

\*③ 桐医会事務局は学系棟4階ラウンジです。月・火・金は事務員がおります。

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

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

## 事務局より

今年度から名簿に自宅の電話番号を記載しておりません。

ただし、事務局としては電話番号、E-mail アドレスを把握しておきたいので返信用葉書に記入をお願い致します。これからのお問い合わせは厳重に管理いたします。名簿について御意見、御要望のある方は、事務局までご連絡下さい。

## 訃報

ご逝去の報が同窓会事務局に入りました。

ここに謹んでご冥福をお祈りいたします。

名誉会員 浅井 克晏先生（平成16年5月15日逝去）

名誉会員 東條 静夫先生（平成17年11月12日逝去）

正会員（10回生） 大谷 浩司先生（平成17年12月9日逝去）

賛助会員 関澤 清久先生（平成18年2月9日逝去）

## 第26回桐医会総会のお知らせ

日 時：2006年5月20日（土）16:00～

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おります

## 編集後記

卒業の季節が近付いてきました。

一年次のころから手伝ってきた桐医会の仕事もこれが最後となります。長い間お世話になりました。

さて、今回の内容は五回生座談会、教授就任挨拶などとなっています。ぜひ、お読みください。 (K・Y)

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ヤンペーン

**●窓口サービス**

付添寝具の貸出、貸テレビ、宅配便、DPE、レンタル電話、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**

郵便はがき

3 0 5 8 5 7 5

恐れ入ります  
が50円切手を  
お貼り下さい

茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学専門学群内

同窓会 桐医会事務局

行

通信欄

郵便はがき

3 0 5 8 5 7 5

恐れ入ります  
が50円切手を  
お貼り下さい

茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学専門学群内

同窓会 桐医会事務局

行

通信欄

※ご自宅の電話番号は、名簿には掲載されません。

事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

### 変更届・訂正届

年 月 日

フリガナ	回 生			名簿・会報等の送り先
氏 名 (旧 姓)				<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 帰省先
現住所	E-mail			※ TEL ※ FAX
	〒			
勤務先等	所 在 地			
	〒			TEL
				FAX
機 関 名	専 門	身 分		

<変更・訂正個所>  氏名  住所  勤務先  その他

※ご自宅の電話番号は、名簿には掲載されません。

事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

### 変更届・訂正届

年 月 日

フリガナ	回 生			名簿・会報等の送り先
氏 名 (旧 姓)				<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 帰省先
現住所	E-mail			※ TEL ※ FAX
	〒			
勤務先等	所 在 地			
	〒			TEL
				FAX
機 関 名	専 門	身 分		

<変更・訂正個所>  氏名  住所  勤務先  その他

桐医会会報 第59号

発 行 日 2006年3月24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