



桐医会会報

2008. 9. 1 No. 64



「世界らん展日本大賞2008」準グランプリ「優秀賞」
カトレア・トリアネ ‘オカダ’ (本文参照)

目次

☆教授就任挨拶 水谷太郎先生	1
☆教授就任挨拶 須磨崎亮先生	4
☆教授就任挨拶 原 尚人先生	6
☆最終講義 山口 巖教授	8
☆7回生同窓会報告 奥山 尚先生・戸田郁子先生	17
☆Experts from Tsukuba ~筑波大学出身のリーダー達~ 森下和広先生(1回生)・松崎靖司先生(1回生) 本間敏明先生(1回生)・谷中昭典先生(1回生)	19
☆海外実習報告 小笠原清香・塩田 勉・西野 誠	30
☆「世界らん展」日本大賞2008受賞 斎藤正博先生(3回生)	39
☆院内にスターバックスコーヒーオープン	41
☆第28回(平成20年度)桐医会総会報告	42
☆会費納入のお願い・事務局より	44

教授就任の挨拶



筑波大学大学院人間総合科学研究科
疾患制御医学専攻 麻酔・蘇生学分野
(臨床医学系 救急・集中治療部) 教授 水谷 太郎

桐医会の皆様へ

2007年11月16日をもって、救急医学・集中治療学担当を拝命いたしました。私は筑波大学の卒業生ではありませんが、桐医会の賛助（教官）会員として、正会員同様に会員の皆様とおつきあいができるることを光栄に思い、感謝しています。メディカルセンター病院勤務やフロリダ大学留学を含み、筑波大学および附属病院で働いた期間が30年近くに達しました。私にとって、筑波大学は第2の母校であり、つくば市は第2の故郷といえます。

附属病院では救急・集中治療部および救急・集中治療診療グループとして活動しています。病院の組織としては2008年4月から本格的な活動を開始し、まだ少数ですが精鋭のスタッフに支えられ徐々にアクティビティを上げているところです。茨城県のみならず全国的に救急医療あるいは医療全体について崩壊の可能性が危惧されています。この様な流れを何とかくい止め、今後、若手桐医会会員を中心に後継者を育成して行くことが私に与えられた重要な使命の一つです。

せっかくの機会なので、私がどんな人間か知つて頂くために、昔のことを少し述べてみたいと思います。私も、多くの若い医学生同様、卒後の進路には迷いました。学生時代に興味があったのは、脳神経外科、麻酔科、放射線科などでした。当時は大学病院で研修する研修医が圧倒的多数でしたが、昔からへそ曲がりだったので、一般病院で研修することにしました。結局、ヒヨンなことから研修医生活は虎ノ門病院の外科レジデントとして送ることになりました。虎ノ門病院はユニークな病院でした。医師国家試験等が卒業前に行わ

れる様になったのは比較的近年のことです。以前は卒業後に国試が行われ、発表や移籍登録は5月、6月でした。そのため卒業生の多くは、医籍登録まで、旅行など、つかの間の自由を楽しむことができたのでした。しかし、虎ノ門病院ではそうは行きませんでした。初出勤は国試終了の翌々日くらいだったと記憶しています。大急ぎで荷物をまとめて、引越屋さんのトラックの助手席に乗り一晩がかりで金沢から東京に移動しました。住まいは病院の中、最上階の病棟を改装した場所で、文字通りレジデント（住み込み医者）でした。病院では1週間程度のオリエンテーションが行われた後、早速医師としての仕事を任せられました。公式には医師免許を交付されていない人がここまでやっていいのかと多少の不安を感じましたが、毎年そのように行っていて特に問題はなかったというのが当時の事情だったと記憶しています。昨今の医療事情からは想像もできないやり方でしたが、任せる方の度量も相当のものだったと思います。内科を含む外科系各科をローテートしました。研修医でも様々な手術や手技を任せられ多くの経験ができましたが、今考えると多少危ない面もあったと思います。とにかく私にとって虎ノ門での経験が医師としての原点であることは間違いありません。偶然ですが、最初にローテートしたのが麻酔科で、この経験がその後の進路に影響を与えたかも知れません。2年目になって虎ノ門病院でそのまま外科を続けるべきか否か少し迷っていたところ、その少し前に虎ノ門から筑波大学（当時、現・水戸済生会病院）麻酔科に異動された渡邊誠治先生から、筑波大学の麻酔科に来ないか、というお誘いを受け3年目の途中から筑

波大学に移ることにしました。麻酔科指導医の資格を取れば将来役に立つだろう、といった軽い考えでした。

筑波大学に異動してからは、様々なことがありました。麻酔科のレジデントとしては、内藤裕史教授の指導の下、様々な症例の麻酔を担当しました。当初、実際は現在の後期研修医と同程度の麻酔経験しかなかったのですが、早くから随分難しい症例の担当も任され、随分勉強になったと思います。また、当時、発足したばかりの救急部業務に参加できたのも貴重な経験となりました。その後杏林大学に異動された島崎修次部長（当時）の指導下に、多発外傷、熱傷、中毒、多臓器不全などの診療を当時の麻酔科および他科の先生方と共に担当しました。当直は、麻酔と救急をあわせて月10回くらい担当した記憶があります。当時、一緒に仕事をした若手麻酔科メンバーとしては、近藤陽一先生（現・国立成育医療センター）、佐藤重仁先生（現・浜松医科大学麻酔科蘇生科）、渡辺徹先生（開業）、渡辺とよ子先生（現・都立墨東病院周産期センター）などの諸先生方が挙げられます。その少し後になりますが、救急部の専任となった鈴木宏昌先生（現・西南医療センター）、湯浅洋司先生（現・取手協同病院）、河野元嗣先生（現・筑波メディカルセンター病院）とは当時から今日までおつき合いが続いており重要なネットワークとなっています。なお、島崎先生からはその後も折に触れ様々なアドバイスを頂いています。私が麻酔科シニア・チーフレジデントであった頃、（今もそうですが）麻酔科スタッフには優しい先生が多く、余り叱る人がいないように見受けられました。そのため、その頃、私は意図的に叱り役を務めることにしました。当時「水谷は怖い奴だ」という印象を受けられた会員の先生がいらっしゃるとすれば、その様な事情があったことに免じ、この機会にご容赦頂ければ幸いです。

内藤先生が1981年に中毒情報センターを学内に開設され、その後約5年間にわたり中毒情報提供および近隣で発生した患者の治療に従事したことや忘れられません。この頃の経験は私達の研究活動に大いに反映されました。内藤先生の名著「中

毒百科」もこれらの活動が基礎となったものと推測しています。筑波大学中毒情報センターの業務は、財断法人・日本中毒情報センターに継承され今日に至っています。

1987年から1年余、筑波メディカルセンター病院麻酔科科長として出向した際には、当院内に設置されていた中毒センター情報提供業務を兼務するとともに、中毒患者の診療は麻酔科が担当しました。田中誠先生（現・筑波大学麻酔科）と一緒にタンクに入り、一酸化炭素中毒患者の高圧酸素療法を行ったことも、今では楽しい思い出です。

岐阜大学の土肥修司先生に紹介して頂き、1994-1995年、文部省在外研究員としてフロリダ大学の麻酔・集中治療科に留学できることも貴重な経験でした。実験室での研究以外に、ICU、OR、熱傷ユニットなどにもしばしば出入りし、臨床の実態にも触れることができました。フロリダに友人ができたことで、その後クリティカルケアの教科書執筆やネット版麻酔器学習教材の日本語訳を依頼されたり、筑波大学の医学生を受け入れて貰うなどのネットワークが現在でも続いています。

私は以前から心肺蘇生の標準化が必要だと考えてきました。科学的な根拠に基づく有効な蘇生法を共通の考え方で実践するには様々な方法があり得ますが、現時点で教材や教育法が良く体系化されているのはAHA（American Heart Association）のシステムだと思います。私も微力ながらそれらの蘇生教育活動に参加しています。その活動をとおして更なるネットワークが形成され、新生筑波大学救急・集中治療部の貴重な人材の一部を得ることができました。また、これらのネットワークは患者さんの転送や相談にも生かされています。これは本来意図しなかったことですが、大変な力となりました。人同士の縁というのではなく不思議なものだと思います。

冒頭に述べたように、今日、日本の医療、特に救急医療システムは崩壊の危機に瀕しています。政府・厚労省の政策に失敗があったことは明らかですが、原因は多岐にわたります。魔法のような

即効薬はありません。医療システムの整備だけではなく、人々の意識を変える、医事関連の法律を整備する、政治を変える、マスコミを身方にするなどの多面的なアプローチが必要だと考えます。今後、私に与えられた期間、人の出会いを大切に

し、様々なネットワークを更に育て、意欲ある若手医師を育成してゆきたいと思います。桐医会の諸先生方から、更にご支援ご鞭撻を頂ければ幸いです。

教授就任の挨拶



筑波大学大学院人間総合科学研究科

疾患制御医学専攻 小児内科学分野

(臨床医学系 小児科学) 教授 須磨崎 亮

2008年3月1日付で小児科学教授を拝命し、着任したことを、桐医会の皆様にご報告いたします。2年前のアドミッションセンター勤務の際に、皆様へのご挨拶を兼ねて私の経験と研究について書かせていただきました(桐医会報2006.9.1. No.60)。そこで本稿では、筑波大学小児科と地域医療の現状と将来について記したいと思います。

近年巷間では、医師不足や小児科医不足が声高に報道されています。私達の筑波大学小児科もこのような社会状況と無縁ではありませんが、あまり短期的な視点からこれへの対処法を検討することはいたしません。小児科内のスタッフや関連病院の先生方と相談しながら、以下のような方針を定めております。

医療の質を高めること、患者様がいつでも便利に受診できるというアクセスを確保すること、医療費を安価に保つことを、同時に満たすことはできないと言われています。この3項目の中で最も求められているのは医療の質を高めることであり、少し我慢せざるを得ないのはアクセスであることが社会の共通認識となっていました。今後の筑波大学小児科のあり方を考える際にも、医療、医師の質を高めることを基本に据えてまいります。

筑波大学小児科について

筑波大学小児科が最も重視する目標は、質の高い小児科医の養成にあります。診療・教育・研究の高度化を目指すのは当然ですが、「若い小児科医の成長に役立つか?」という視点からその優先順位をつけていくことが私たちの一致した考え方

です。

筑波大学小児科は開設以来、小児科と小児外科や他診療科と密接に連携しながらこども中心の診療を進めてきました。このいわば小児病院的なスタイルは、我々にとっては当然の事として定着していますが、他大学の小児科と比較すると極めて恵まれている点です。小児科内でも教授の専門領域に留まらず、新生児、循環器、血液腫瘍、神経、代謝内分泌、消化器など主要な分野を網羅しており、各診療チームが協力しながら診療にあたるという伝統が確立しています。小児科医の育成にとっては、満遍なく高度の診療技術を身につけられるので、理想的な環境です。今後も各チームの診療水準の向上をはかり、全人的な診療の伝統を磨き上げて、競争力の高い小児診療施設を目指します。

一方、この運営方法は診療・教育には有効ですが、各チームの構成人員が少なく分散するので、高度の研究まで手が回り難いという問題があります。これを乗り越えるために、各チームが横断的に協力して、小児科として大きな研究テーマに挑戦することを計画しています。例えば、成長・発達に基盤をおいた生活習慣病の解析で国際的レベルの研究成果が挙げられるように準備中です。また、小児科内のみならず他の診療科や他専攻・他学群とも積極的に共同研究を推進して、学際的な筑波大学に相応しい研究スタイルを確立できるよう励んでまいります。

大学病院では高度医療が中心であり、救急診療や小児保健などの分野で欠ける点があります。欧米では通常、大学付属の小児病院があり、総合的な小児医療を自然に学べる環境が整っています

が、我々はこの点で工夫が必要です。質の高い小児科医の育成のために、大学病院と関連病院の共同作業が必要な根拠がここにあります。とくに重要なのは、小児救急医療を担う筑波メディカルセンター病院と筑波大学小児科の緊密な連携です。救急医療と高度医療のドッキングこそ、小児科医の育成に最も重要な医療環境です。また、時間外診療の半分は小児が占めていますので、救急診療に重点においていた小児プライマリケアの教育コースは非小児科医にとっても魅力的なプログラムになるはずです。つくば医療圏における教育環境の改善に役立ち、例えば初期研修医募集の競争力向上にも大きなインパクトが期待できます。さらに何より、このような診療体制は地域の患者さんにとっても有用なシステムです。本年6月に筑波大学附属病院と筑波メディカルセンター病院の間で包括的連携協定が締結されましたが、我々はその果実を手にできるように計画を進めております。

茨城県の小児診療体制について

筑波大学小児科の出身者はすでに155名に達しており、茨城県内のみならず東京、神奈川、埼玉などでも大活躍されています。しかし、茨城県内の主要病院小児科の多くは我々の仲間によって支えられています。それだけに、とくに茨城県の小児医療に責任をもって対処する必要があります。この場合にも、医療の質の向上を優先して考え、小児科医の育成に役立つ環境を目指して努力していく方針で、我々は一致しています。

とくに重点的に取り組んでいる点は、病院間のネットワークを強固にして重症者や特殊な診療を要する患者さんを適切な医療施設で診療すること、最も負荷のかかっている時間外の小児科診療を合理化することの2点です。前者は診療の質の

向上そのものであり、後者は小児科医のQOL確保や合理的な研修体制の整備に直結します。例えば、茨城県立こども病院と大学で協力しながら各自の特徴を伸ばすこと、新生児医療に関する県内医療施設の責任分担と連携、茨城県立医療大学と筑波大学で協調して小児神経領域の高度化を目指すことなどは、ネットワーク強化の成果です。

時間外診療の合理化でも目覚しい成果が得られつつあります。焦点となっていた深夜の小児一次診療は、茨城県内では県立こども病院、土浦協同病院、筑波メディカルセンターの3か所で担う方針が決定されました。本年からスタートした医療法に基づく茨城県の医療計画にもこの旨が記載されています。県内の主要診療施設の小児科責任者が協力して練り上げた方針が正式に認知され、小児科勤務医の負担が大きく軽減される方向が明確になりました。小児科医養成の面でも、十分な症例数と負担の少ない勤務体制の両立が可能になった意義は大きいと期待されます。もちろん医療提供者側の環境改善だけではなく、社会のニードに応える体制作りにも努めています。救急車の受け入れなど2次医療は多くの病院で分担して、県内どこでも30分以内に入院の必要な子ども達を診療できる体制を構築しています。また、携帯電話サイトなどITを駆使した小児診療情報の提供を筑波大学のオリジナルな活動として開始することを、情報学群の先生方との共同研究を通して準備中です。診療・研究の質の向上と共に、これらの社会的に有意義な活動を進める中で、小児科医は鍛えられ、やりがいをさらに高めて、魅力的な医療環境が構築できていくと確信しております。

今後、桐医会の皆様のご指導、ご支援を頂けますよう、切に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
疾患制御医学専攻 乳房内分泌外科学分野
(臨床医学系 乳房甲状腺内分泌外科) 教授 原 尚人

平成20年6月16日付けをもちまして筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻外科(乳房代謝内分泌)教授を拝命いたしました原尚人と申します。

私は昭和59年(1984年)に筑波大学医学専門学群を5回生として卒業しました。卒後10年間東京女子医大内分泌外科でお世話になり、平成6年(1994年)から筑波大学臨床医学系の教官(教員)をやらせていただいております。

教員生活も14年になり、最近はとみに大学の先輩方や同級生のご子息たちの医学専門学群へ入学してくださる数が増えてまいりました。つい先日同級生と話していた際、私が「最近は学生の講義で気を遣うよね、関係者が多くてうっかり下ネタも話せない。」というとその同級生いわく「そもそもお前が教壇に立っていることそのものがおかしい、学生時代に講義でお前の姿を見たことがない。」とダメ出しされてしまいました。

そういうれば自分の学生時代を振り返ると優等生とはまったく縁のない生活を送っておりました。私はアイスホッケー部に所属しており、練習や試合は東京を中心とした遠方で、しかも真夜中、朝方夜明け頃に帰宅して即就寝、講義に出なければと一応は思いつつ結局起きられず気がつくと夕方、アルバイトか陸上トレーニング、また遠征という毎日。たまにがんばって起きて講義にでても結局寝続けて、来るなと言われる始末。しかも酔って大怪我をしたり卒業試験の直前から国家試験前まで入院や手術を繰り返したり。こんな私が無事卒業でき、国家試験も合格したのはひとえに同級生たちのおかげでした。

自分の進路についてお話をさせていただきます

と、M5のころよりこの道を専門にすることは決心しておりましたが、大学に残るか学外にでるか迷っておりました。というのも当科は開学とともに、当時東大にいらしてこの道の第一人者になっていた藤本吉秀先生が教授として赴任され、日本で初めて乳房と甲状腺、副甲状腺、副腎などを中心とした内分泌専門の外科を創設されました(当時は代謝外科といいました)。その後私がM4になったとき藤本先生は東京女子医大へ移られ、内分泌外科を開設されました。私がこの道を進むにあたって、ご高名な藤本先生に教えを請いたいという思いが強くなり、筑波大学附属病院の外科ローテートという魅力的なシステムも振り払い東京へ飛び出しました。

こうして東京女子医大内分泌外科へ入局、研修医生活が始まりました。当初は無我夢中でしたが、徐々に慣れてきて専門のことも少しほとんど理解できるようになると、逆に不安も出始めました。大学の外科に残った同級生たちは消化器、循環器、呼吸器、小児と次々に新しい経験をしていくのに対して、自分は専門以外何も経験せず、わからずじまいになってしまうのでは、という思いでした。そういううちに女子医大のシステムで2年目はJR東京総合病院で消化器一般外科を、3年目には女子医大に戻り麻酔科を4年目は諫訪中央病院、5年目は国立国際医療センターでやはり消化器一般外科の修行をさせていただき不安は少しづつ解消されてきました。それでも未経験の分野への興味は募り、各病院で小児を無理やり受け持たせてもらったり、医療センターでは出張の身でありながら本来のレジデントと同様に心臓血管呼吸器外科を特別にローテートさせていただい

たりしました。また、女子医大にいるときも他科との合同手術のときなどに形成外科の教授に直接教えていただいたりもしました。今にして思えばかなり図々しいレジデントだったのですが、おかげ様でどれもが今の自分のスキルアップや技術の応用に役立っていると思います。

自分が教える立場になってみると、全く畠違いの科の若い先生が熱心に教えを請いに来ると、ついつい夢中になって教えている自分に気づきます。ただ、最近はスーパーローテートで何となく他分野でもわかった気になるのか質問にくる方が少なくなったような気がして寂しい思いがします。

女子医大のレジデント（医療鍼士）が終了し、そのまま女子医大に助手として残っている間に米国のシカゴ大学へ2年間留学し、molecular biology の実験をやらせていただきました。ずっと留学にも基礎実験にも憧れがあったため、夢のような2年間でした。しかも卒業以降初めて自分の時間をすべて自分で管理することができ、目いっぱい予定を詰め込んで大いに実験し、大いに遊びました。

日本に帰り、女子医大からの出向で、表参道にある伊藤病院という甲状腺専門病院で働き始めて間もないころ、いつしか卒業して10年の月日がたったある日、人生の転機が突然やってまいりました。それは、母校である筑波大学臨床医学系講師というお話でして、おりしも自分の専門を貫こうと決意していた時期の私にとって願ってもないお話だったため、喜び勇んで赴任させていただい

たものでした。女子医大にいるときも、出張先でも筑波大学医学専門学群の卒業生である先輩方にいつもお世話になっておりましたし、同級生や後輩とも常に交流をもっていたため、筑波大学に帰ることに何の不安も抵抗もありませんでした。

大学に戻ると学内や近隣の病院にいる多くの同級生たちが暖かく迎えてくれました。我々5回生は学内組が比較的多くて、その後も増えてしばらくは常に20人近く同級生がいたと思います。そのおかげでほとんど各科に同期がいるため、いろいろと相談にのってもらったり、尻拭いをしてもらったりと随分と助けてもらったものでした。

今回の昇任にあたっても、同級生をはじめとした友人、大学の部活や医局の諸先輩方や後輩達に本当に支えていただいたことを感謝しております。優等生ではなかった私が後輩や学生に伝えていきたいことは、まず自分は反面教師であること、そして学校やクラブや職場の仲間が人生においてなによりも宝であることだと思っております。そして、今まで私を支えてくださったその仲間へのご恩返しとして、まず恩師である藤本先生がつくられたこの乳腺甲状腺内分泌外科という老舗の「のれん」を守っていくこと、そして外科の発展、さらに筑波大学医学群、附属病院を中心とした筑波大学全体の発展のため最大限の努力をしていくことと心に念じております。そのためには皆様方のご協力が不可欠と存じます。今後ともご指導、ご鞭撻いただけますようお願いいたします。ご挨拶とさせていただきます。

2007年3月6日（火）

最終講義

「筑波大学循環器内科の30年」

山 口 巍 教授

私は、2年ほど附属病院で留年いたしましたが、本日はこのような最終講義の機会を与えてくださいまして、心から感謝しております。「筑波大学循環器内科の30年」という話になりますが、どうぞおつき合いをよろしくお願ひいたします。

昭和52年、私が赴任した時の循内スタッフであります（図1）。

臨床医学系創設にあたって杉下靖郎助教授、現在、筑波記念病院の理事長、病院長であります小関迪先生が最初に循環器内科を立ち上げられました。ほぼ同時に新富芳明先生が来られて3人体制で1年間で循内の基礎を築かれました。昭和52年10月に伊藤巖先生が教授に就任され、それから後に体育に移られました松田光生先生、それに加来功臣先生と私が加わりまして、7人で2年目をスタートしたのです。循環器内科の原点となった当時の懐かしいメンバーであります。臨床研究領域は、伊藤先生が大動脈炎の研究、高血圧を主に診療なさっておられ、杉下先生と小関先生、新富先生が運動負荷の分野を担当され、既に新プロジェクトのもとで活躍しておられました。松田先生は、心エコーを専門になさっておられまして、加来先生は、ベクトル心電図の大家であります。私が電気生理担当ということで、10人に満たない最小限の人数で当時の循環器領域を賄おうとされた、当時の杉下先生の意向がよく伝わっていた時代であります。

「循環器内科の30年」に入りますが、開設以来の入院患者数の推移を示します。2000年ごろから徐々に患者数が増え（図2）、疾患別にみると、多いほうから申しますと、虚血性心疾患が一貫して伸びております。それから、不整脈が2000年ご

ろから急激に伸びてきております。これは、虚血性心疾患、不整脈という2つの疾患の分野で、検査、治療にカテーテルを用いた、病巣を標的とした独特的の upstream 診断、治療が開発・普及し、診療機会が増えたことにも加えて看護部と放射線部と循環器内科との協力体制の充実と、循環器外科グループのバックアップの結果であります。もちろん、治療技術上の大きな改革や進歩はありましたけれども、マンパワー不足を凌ぐ筑波大学附属病院全体の支持と協力がなければ、発展できなかったということを痛感します（図3）。

入院患者の疾患・病態別では、心不全と心臓弁膜症に特徴が見られます。心臓弁膜症は、ごらんのように徐々に減少しております。治療法の著しい進歩はもとより、予防医学の発展と普及により、心臓弁膜症の患者さんそのものが減った結果です。一方、心不全は割合こそ少ないのでですが、徐々にしかし明らかな増加傾向がみられます（図4）。

虚血性心疾患の患者数の推移を、治療法の導入時期の観点から見てみると（図5）、1987年ごろには急性心筋梗塞（AMI）に対して PTCR（血栓溶解療法）が盛んに行われてきました。それ以前にはAMIに対しては、心カテは禁忌であると見做されておりまして、特に高齢者には心カテは積極的には行われませんでした。1991年ごろにPCI（経皮的冠動脈形成術）が確立され、初めて非開胸の冠動脈への直接的な治療上の大きな改革により大変インパクトのある時期を迎え対象が飛躍的に増加しました。2000年初頭にはステントが開発されまして再狭窄発生率が45%から30%に改善しました。さらに、2003年、2004年からは薬剤

溶出ステント（drug eluting stent）の開発により、一気に再発率が1桁台に減少しました。この間、私ども循内ではPCIのスタッフが1人から3人に増加いたしましたのも、症例数が飛躍的に増加した一つの要因となりました。

虚血性心疾患の入院患者の平均年齢は1997年から2000年の50歳代から、現在では65歳を超えました。メタボリックシンドロームの若年化ということが最近言われておりますが、発生頻度より人口の高齢化が先行していることがわかります（図6）。

わが国の人ロピラミッドでは60歳以上の人口増加は一目瞭然であります。1985年ごろは、65歳以上の患者さんの心カテや、PCI施行頻度は先程述べましたように限られていました。その後のPCIの進歩により平均寿命が延長した20年後の今では90歳以上でもPCIが行える時代に入りました。

ここで不整脈に話題をかえて治療法の変遷と患者数の推移を示します。1991年に筑波大学附属病院において6例連続でWPW症候群に対する高周波カテーテルアブレーションのライブを行いました。その頃から全国的に高周波カテーテルアブレーションが徐々に普及して参りました。当初、カテーテルの対象は副伝導路の他は房室結節リエントリーが主体であります。この根治にはリエントリー回路の一部を切断する必要がありますので、リエントリー回路の正確なマッピングと結びついて、この治療法は比較的短期間のうちに臨床心臓電気生理分野で受け入れられるに至りました。さらに1995年頃から植込み型除細動器（ICD）がわが国で採用されました。高周波カテーテルアブレーションが心室頻拍（VT）にも応用され、不整脈に対する非薬物治療が重視されてきました。Brugada症候群が心臓突然死の原因として注目され始めた時期を経て、カテーテルアブレーションの適応が心房細動にも拡大し、今日に至っております。高齢化社会を迎えて心房細動は、心不全との関連性や合併症が多いことから臨床の広領域から、診療機会が増加する傾向にあります。当科でも青沼教授を始めとする治療グルー

プが、全国から集まる難治性の患者さんの対応に追われているところです（図7）。

本邦における高周波カテーテルアブレーションの第1例が1997年であります。当院においてデモンストレーションを行いましたときの記録を示します（図8）。

心不全、心筋疾患、大動脈炎症候群の患者数の推移をみますと（図9）、心筋疾患は1990年の中ごろまで徐々に増加しております。肥大型心筋症（HCM）の拡張型心筋症（DCM）への移行例が増加し、病態の評価法や、検査、治療法が進歩した時期に一致します。それ以後、βブロッカーをはじめとして、薬物療法においても有効例が少なくないということがわかって参りました。患者が外来通院治療のほうに移行したために、徐々に入院患者は減少し始めましたが、その一方で、心不全の治療を目的とする患者の増加は、心室再同期療法（CRT）という心臓ペーシングが取り入れられた新しい心不全治療の導入と装置の開発が積極的に行われていることに関連があります。

続いて疾患別患者数の推移を示します（図10）。小児期に診断される先天性心疾患は外科的治療の進歩によって、私どもの内科的治療の対象は以前と比較して減少しましたが、一方、末梢血管疾患、閉塞性の疾患は増加傾向にあります。肺循環疾患の増加は、原発性肺高血圧や、肺血栓塞栓症に対する有効な薬物療法が開発されたことのあらわれであります。特に前者でわれわれ筑波大学循環器内科は基礎研究により薬物療法の開発に先駆的な役割を果たしました。

当科が取り組んでいる難治性疾患の一つである肺高血圧に対して有効な治療薬はこれまでありませんでしたが、エンドセリン受容体遮断薬が臨床の場で用いられるようになり、その有用性が証明されつつあります。その有効性を示唆する基礎データをわれわれが世界に先駆けて得ることができたことは幸運であります。スライドには、肺高血圧モデルラットに対してエンドセリン遮断薬が用量依存性に肺高血圧を抑制し、それに伴い右室肥大の進行も抑制することが示されています（図11）。

高齢化社会がますます進行する状況にあって大学病院の循環器内科の役割として、虚血性疾患を中心に、心不全・不整脈に係る諸要因への対応を含む根治療法への要望が高まることは当然であります。臨床（治療）に直結する研究の推進とともにメタボリック症候群やCDK等の観点からも益々他の診療科との連携体制が必要になります。

不整脈の分野では、「Substrate」、「Modulating factor」、「Trigger」の3要素が重なって不整脈が発生するという病態生理に基づいた治療を主体に発展した経緯があります。1900年代には解剖・組織学・電気生理学の手法により主に Modulating factor の成因の研究が行われ、それらの結果をもとに1980年末頃から急速に、カテーテルアブレーションに代表される Substrate を標的とした治療法が取り入れられてきました。

1969年のSherlagによる心腔内電位図記録法の開発は近代不整脈の幕開けとなり、刺激伝導系（不整脈）を理解する上で、心内膜マッピングおよびペーシング法に大きな進歩をもたらしました。Einthovenが心電計を開発した1903年から約60数年かかってここに到達したわけでありまして、心臓電気生理の分野では、心電計の開発に匹敵するインパクトがあったのです（図12）。

1970年代後半には、洞不全症候群や房室ブロックなどのペースメーカーの適応、刺激伝導系の機能評価の他に頻脈性不整脈の機序解明の検査も行われてきました。心房細動（AF）を伴うWPW症候群は、突然死のリスクを有する危険な疾患でありますが、忘れられない症例として、1982年にnarrow QRSの一過性心房細動の既往歴があり52歳にしておそらく第1回目のWPWのAFの発作によって突然死に至った症例の発作中の心電図を示します（図13）。WPW症候群は当初薬物療法の対象となる疾患でありましたが、現在では、カテーテルアブレーションによって、完治する不整脈になりました。スライドに高周波によりδ波が消失する瞬間を示します（図14）。

2001年に筑波で開催されました日本心臓ペーシング・電気生理学会（現在の不整脈学会）のときのスナップであります。中央左側がHis束記録法

を開発したオクラホマ大学のSherlag先生夫妻、右が高周波が用いられる前に直流通電によるカテーテルアブレーションを世界で初めて行ったUCSFのScheinman先生夫妻です。堀原一先生ご夫妻、故杉下靖郎先生の姿もあります（図15）。

1970年初頭には洞結節機能評価に洞結節（SAN）と心房間の伝導時間の間接的測定法が臨床的に行われており、私も実験で臨床測定法を再現して検証する研究でUCLAの実験laboと心カテ室の間を行きました。ウサギの右房摘出標本のcrista terminalis（CT）にガラス微小電極を刺入し、心房の各部分から電気刺激を与えて、Sinus node - 心房間の伝導時間から臨床的なカテーテル電極を用いた間接的な洞房伝導時間測定の意義を検証する実験です。ASは、atrial septum、心房中隔を指します（図16）。

スライド（図17上段）のなだらかな傾斜をしているのがSinus node電位で、立ち上がりが急峻でほとんど消えているのが、crista terminalis（CT）電位です。この洞結節から心房に至るまでの時間が順行伝導ということになりますが、早期にcrista terminalisを電気刺激しますと、それが洞結節を逆行性に捕捉する、すなわちCT - 洞結節逆行伝導時間が測定できます。

ここで実験中にCT早期刺激を加えたときに、偶然、心房細動が誘発された時の記録を示します（図17下段）。洞結節は自動能で拍動しておりますので、電極を洞結節細胞内に固定維持することは大変に困難なのですが、CTの電極も洞結節にある電極も運良く各細胞内に維持された時の記録で、心房細動発生時の洞結節の反応が観察できます。早期刺激のCT電位から逆行性に捕捉された洞結節が以後頻回に、不規則に脱分極しており2:1房 - 洞（逆行）伝導ともいえる低電位で様々な形態を呈しております、洞結節電位の「疲弊」がうかがえます。これがAllesieらが提唱したelectrical remodelingのメカニズムの一部を説明するものではないかと私は考えています。一過性の心房細動の持続時間が長くなれば長くなるほど、洞結節が疲弊して、結果として洞結節の機能悪化、すなわち規則的なイオンチャネル機能

(構成機構)が回復しにくくなり、結果的に心房細動の持続を可能にするのではないかと思われます。

スライドに洞房伝導時間の測定法の原理を示します(図18)。逆行(CT→洞結節)伝導28ミリセカンド、順行(洞結節→CT)伝導は35ミリセカンドで、このことから、それぞれ異なる伝導路を経由することがわかります。すなわち、洞房伝導には、いろいろな回路があって、preferential pathwayといつても固定した回路ではなく、自動能(伝導)の規則性維持の役割が大きいことを意味します。

さて、1970~80年代の新しい心臓電気生理(不整脈)検査法の主な対象のひとつが Sick sinus 症候群(SSS) がありました。その診断に洞結節回復時間の測定が用いられました(図19)。その洞結節機能をペーシング法を用いて臨床的に評価する試験と、さらに自律神経の影響を受けない自動能を示す固有心拍数という臨床指標をわれわれは開発し、本症候群へのペースメーカー治療の適否を判定しました。年齢から自律神経の関与を考慮し計算された予測固有心拍数の概念をもとに、45歳未満と45歳以上で正常値が定められております。この予測固有心拍数と、硫酸アトロピンとプロプラノロール(β ブロッカー遮断薬)の静注によって決定される、薬理学的自律神経遮断後の心拍数との比較によって、本症候群の病態から、治療を選択するのです(図20)。

薬理学的自律神経遮断後の固有心拍数(IHRo)が正常なものは、自律神経の平衡障害による SSS と診断され、IHRo が異常低値を示すものは、内因性の洞結節機能障害、洞結節細胞群の数が少ないなど器質的障害が示唆され、この患者グループがペースメーカ植込みの適応になります。前者は、ペースメーカ植込み不要と診断されます。

洞不全症候群のメカニズムについて、450msec以上が器質的洞結節機能障害と仮定し、A) が薬理学的自律神経遮断前の測定値で、B) が薬理学的自律神経遮断後の症例の分布を示し、A) で異常値を示していた3例が、B) では正常値領域に入っています。ということは、見かけは洞性徐

脈ではあるけれど、その病態は自律神経の平衡障害にあると判定されます(図21)。

洞不全症候群症例を固有心拍数の正常・異常の指標で分類しますと、正常の場合には、薬理学的自律神経遮断前も後も正常ですが、異常の場合には全例で、薬理学的自律神経遮断を行っても異常を示すという明快な結果が得られました。現在ではペースメーカ植込みのガイドラインには長時間心電図記録で十分と見做され、本法は専ら植込み判定が困難な場合の病態解明にわれわれは用いています(図22)。

スライドは、年齢と左側が基本心拍数、右側が固有心拍数の関係を示しております、網かけの部分が固有心拍数の正常値域です。薬理学的自律神経遮断により年齢が高いほど交感神経が、若年ほど副交感神経優位であり、このわれわれの報告は欧米の教科書にも掲載引用されております(図23)。

固有心拍数の決定法とその応用検査法によって私共はペースメーカ植込みの適応を決定しております。安易なペースメーカ植込みを回避するためにも臨床的に有意義な方法であることはこれらの長期追跡データによって検証・証明されたように思います。

次に、心電図のほかに非侵襲的に心臓の電気(生理学)情報を得る手段としての心磁計測についての所見を当科の山田さつきの大学院在籍中のデータを中心に述べます。

微小磁気の測定には、SQUID というセンサーを用います。電流の流れに対して垂直の方向に磁場が発生しますが、その法線成分をさらに接線成分にしてベクトル標示することがこの装置の特徴であります。

心磁図アニメーション(図24)のBは洞調律であります、一相性、単相性の磁場を示しております。Eは心房粗動に移行する直前のリエントリーサイクルの完成間近な様相を呈しております。Bの単相性に比べ、複数の部分で磁場が計測されます。Cは心房細動です。心磁には、心電図と異なり電極を直接患者につける必要がなく、全く非侵襲的に測定できるという利点がありますので、運動負

荷などに応用される可能性や、心電図で記録できない現象も記録できるという利点も考えられます。

心電図にあらわれない現象を心磁で観察できる例として虚血性心疾患について、当科の渡辺重行の傷害電流研究データの一部を紹介します。通常、心電図のST部分は基線の中にあり、心電図上の基線と全く同電位で傷害電流が心磁では記録される可能性があります。心内膜に虚血が生じることによって心臓の中央部に向かって発生する傷害電流を、心磁によって検出しようという研究です。右冠動脈(RCA)、左前下行枝(LAD)に狭窄がない正常例では、心磁に何も現れません(図25)。右冠動脈の75%狭窄例ではSTは全く偏位しておりませんが、心磁図では傷害電流と考えられる変化が観察されます(図26)。

左前下行枝75%の狭窄では、STの有意な偏位なしに、左前側壁から右方への傷害電流が観察されます(図27)。今後はこれらの心電図上には表れない心磁図上の変化が傷害電流であることの証明が進むことを期待しています。

このスライドは、循環器の病態が全て心不全に帰結・集約されると仮定した場合の基質、trigger、修飾因子の様々な要因に関与している現在の循内スタッフの研究テーマのまとめです(図28)。これらは、循環器外科、内分泌代謝糖尿病内科、血液内科、小児科、放射線科、産科婦人科をはじめ、多くの先生方と係わり、ご指導をいたいている研究であります。この場をおかりして厚く感謝申し上げます。それぞれの分野・領域の研究、臨床経験の積み重ねによって、優れた診療能力を培い循環器医療を受ける人々の高い信頼性が得られるグループへのさらなる発展を願って

おります。

医学5-6年生への最終講義でありますので6年後に完成が予定されている筑波大学附属病院再開発計画における新病棟のイメージを示します(図29)。病棟は既存の亜急性期病棟と新棟の急性期病棟に分けられ最新の医療が提供できる機能を有し、患者が理想的な近代医療を受けられるように設計されています。

つくば次世代医療研究統合センタープロジェクトに呼応するトランスレーショナルリサーチ医療部門がわが国では初めて附属病院に設置されます。最新の研究成果を臨床に応用する体制を明快に打ち出し、筑波大学の理念である基礎・臨床・社会医学連携の建学の理念も込められています。また、スタッフ用のスペースが隣接することにより、学生教育に直結させる構想が生きています。これらの再開発が担当の五十嵐副病院長をはじめ病院職員が一丸となって進められています。

スライド(図30)仏語のApprivoiser、仏和辞典ではあっさりした表現にしか出えませんが、言葉の真意は、紳を結ぶ、他者に対して責任をもつ・再認識して守る、相手の中に自分自身を見出すこと、にあるようです。医療の原点はこの言葉に集約されるのではないかと思っています。

最後に、現在に至るまでの30年間循環器内科構成員全員と研究でご指導賜りました方々の名前をかけ感謝いたします。筑波大学には30年に亘りお世話になりましたが、次の世代には、この30年間の伝統の上に新しい活動が展開されることを願って最終講義を終わります。長時間、私の話にお付き合い下さいましてありがとうございました。



図 1

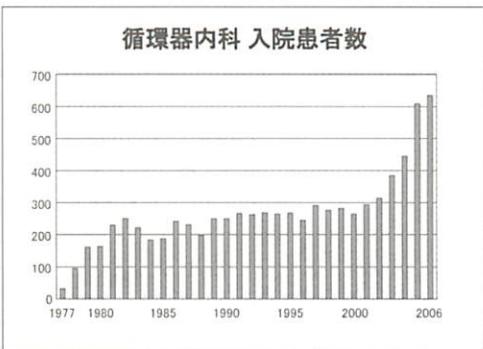


図 2

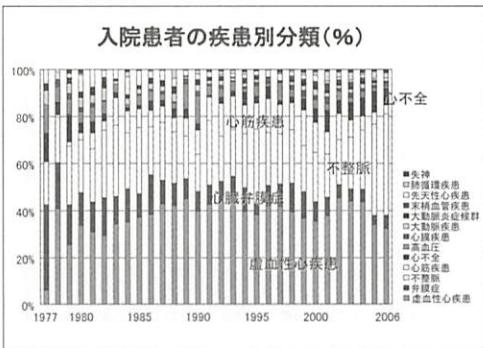


図 3

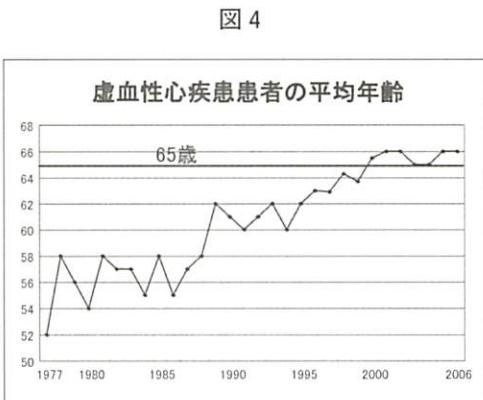


図 4

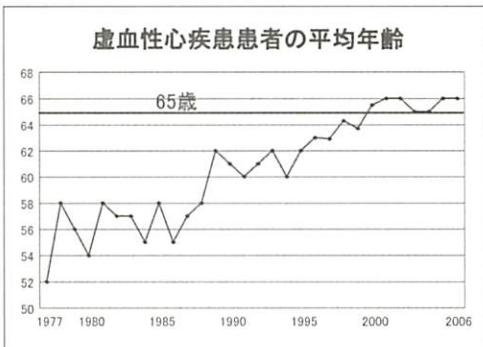


図 5

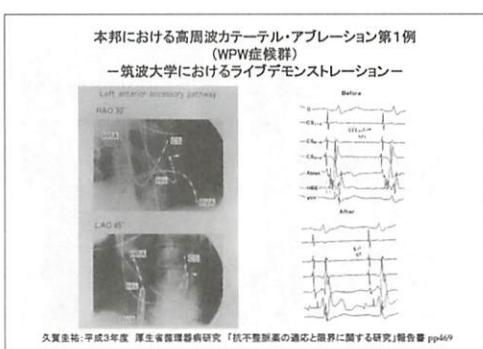


図 6

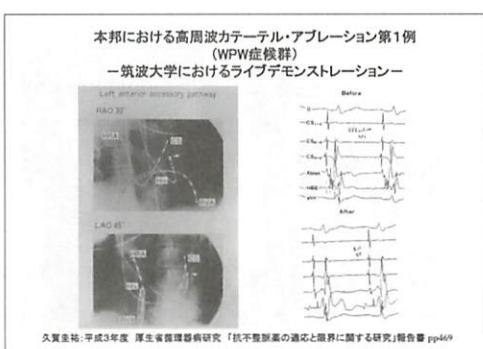


図 7

図 8

心不全、心筋疾患、大動脈炎症候群患者数



図9

疾患別患者数



図10

肺高血圧ラットに対するエンドセリン遮断薬 (BQ-123) の効果

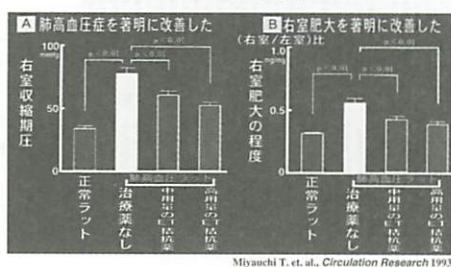


図11

心腔内電位図 (His束電位)

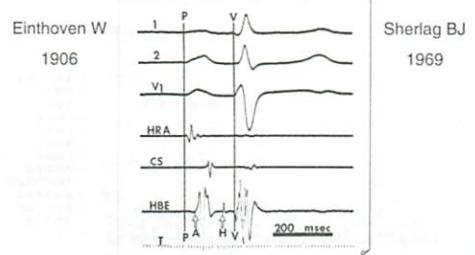


図12

WPW + AF

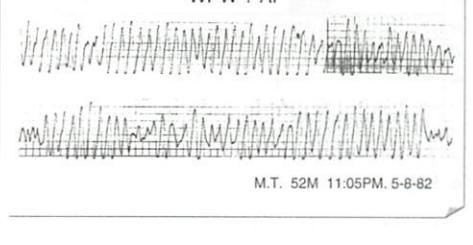


図13

A型(左側)WPW症候群:アブレーション

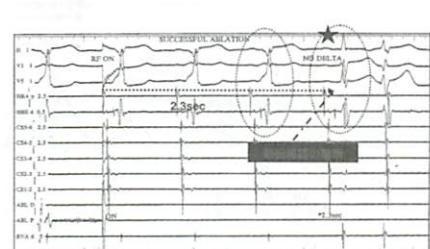
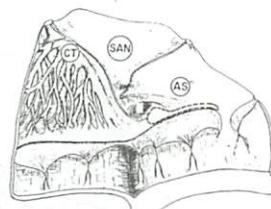


図14



図15

心筋細胞



Yamaguchi I in the Conduction System of the HEART

図16

Microelectrode study(微小電極法)
Sinus node action potential

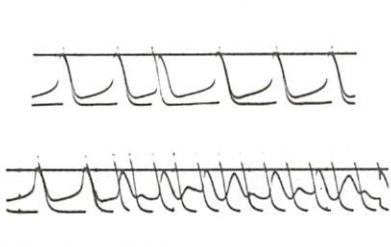


図17

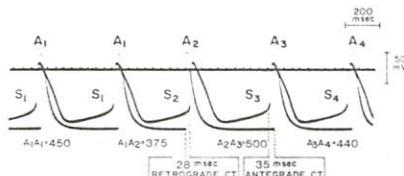


図18

Overdrive Suppression test

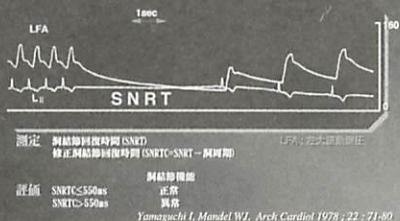


図19

固有心拍数(IHR)

- 予測固有心拍数 IHR_p
 $= 118.1 - 0.57 \times \text{年齢}$
45歳未満は(IHR_p-IHR_p × 0.14)以下
45歳以上は(IHR_p-IHR_p × 0.18)以下
- 薬理学的自律神経遮断後IHR
硫酸アトロビン+プロラノロール(β -遮断薬)
静注後の心拍数

図20

Studies on the Mechanism of Sinus Node Dysfunction in the Sick Sinus Syndrome

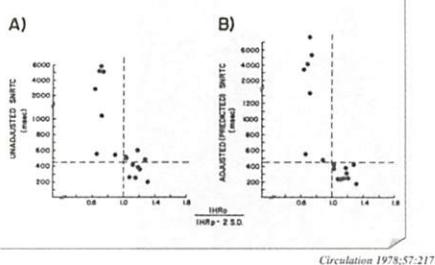
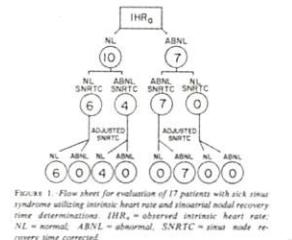


図21

Studies on the Mechanism of Sinus Node Dysfunction in the Sick Sinus Syndrome



Circulation 1978;57:217

図22

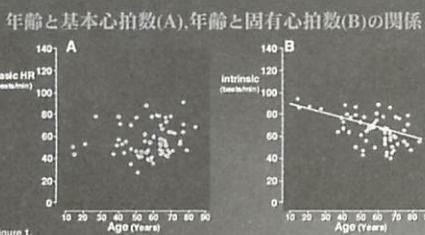
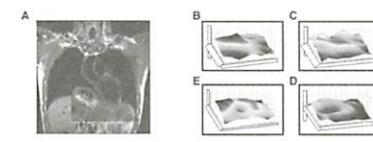


Figure 1.
The relation between age and basic heart rate (HR) A, and age and intrinsic HR. B. Basic HR did not correlate with age ($r = 0.18$, difference not significant). Intrinsic HR decreased with age (intrinsic HR = $-0.415 \times \text{age} + 94.4$; $r = 0.54$, $p < 0.001$). Shaded area indicates the 95% confidence limit of intrinsic HR. Fifteen patients were within the normal limit, and 50 patients were below the normal limit.

Kaga K, Yamaguchi I et al. Am J Cardiol 1983;51:261



Yamaguchi I et al. J Arrhythmia, 2001
Yamaguchi I et al. Europace, 2003

図24

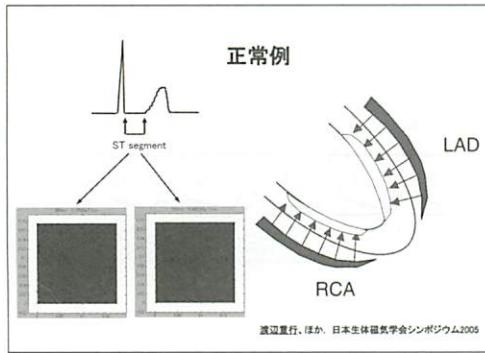


図25

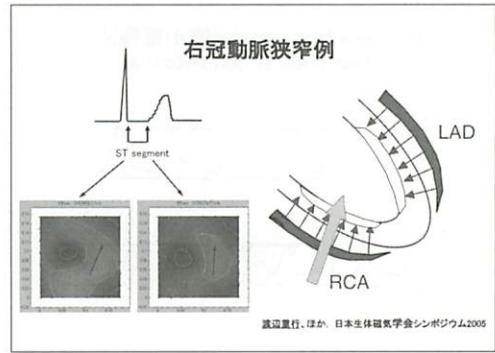


図26

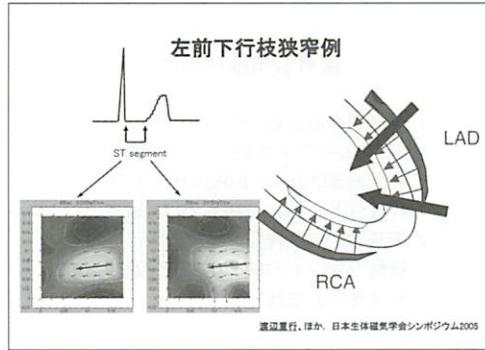


図27

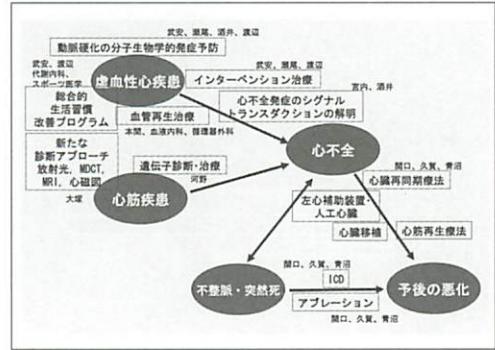


図28

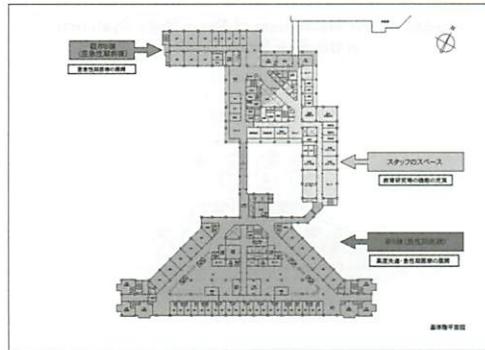


図29



図30

7回生同窓会

平成20年2月9日

7回生の同窓会は卒後10年目を期して始められ、その後、オリンピックイヤーごとに集まろうということで回を重ね、今回が4回目になる。

今年は2月9日、ホテルオークラ・アネックスで開催された。冷たい雨の降る中（ちなみに東京は雪だった）ではあったが、43名が遠くは長崎からも駆けつけた。

つくばエクスプレスができるから初めての会で、センタービル周辺が大きく様変わりしているのには目を見張るものがあった。

参加者を眺めると、服の趣味などはかわらないもので、センターにジャンパーの人もいれば、スーツをビシッと決めている人もいるといった具合に、学生時代の雰囲気そのままで、驚かされた。（かくいう私も東京に長くいるのにまったく垢抜けない）また、思ったほど体型も変わっていなかったのは皆さまの日ごろの努力の賜物だろうか。（約数名を除いて）

会は特にイベントもなかったが、そこここで数人の輪ができる、話題に途切れることもなく、旧交を温めあって2時間はあつという間に過ぎてし

まった。以前は担当している患者さんの病状などについて相談していることが多かったようだが、今やもっぱら自分の体調“肩が举がらない”“小さな字が見えにくい”“尿の出が…”などが相談の中心になっているのは年齢を感じさせられる瞬間であった。

私に“今、何してる？”と尋ねてくる人もいたが、“医者しているよ”と答えられてよかった。とにかく参加者みんな元気で何とか医者してられるのは何よりであった。

こんな楽しい会ができたのも、つくばにいるメンバーのおかげ（特に堀君）と感謝している。

次回はロンドン・オリンピックの年にまた元氣で、体型も変わらずに会いたいものだと思う。

幹事の皆さま（特に堀君）また、よろしく。

そして、涙ながらに参加できなかつた7回生の方々、次回は満を持してあつまろう。

（できれば、2年後に東京でも開こうかなと思っていますので、そのときはよろしく）

奥山 尚



関東地方の天気予報は「雪」の土曜日、診療を早々に切り上げて、4年ぶりの同窓会のために秋葉原駅から筑波エクスプレス（TX）に乗り込みました。私たちが入学した1980年当時の、TXも常磐高速道路もなかった陸の孤島を思うと、長い月日が流れたな～便利になったな～と感慨深いものがありました。TXは思いのほか混んでいて、守谷駅あたりまではずっと立ったまま、ほんやり窓の外を眺めていました。各駅周辺は開発が進んでいても、途中は林野が続きそこは懐かしい筑波の光景でした。

1次会は、ホテルオークラフロンティア筑波の宴会場で開かれました。久しぶりに会う同級生たちですが、外見はそれなりに時の流れを感じさせるものの、一度話し始めると学生時代と全く変わりなく、卒後22年の歳月はあっという間に巻き戻ってしまうのでした。

年齢的には各分野におけるベテラン域に入った私たちは、お互い自分の健康相談なども…前回全く無かったのに今回多数受けた相談は「老眼」。40台半ばで自覚する近方視力低下。注射針の先が見えない、暗いところでカルテの字がみえない、気づくと離してみている…などなど、年齢相応の問題が！あんなに若くてぴちぴちだった私たちが老眼！ここでも時の流れを自覚したのでした。私自身の相談も「腰痛」と「坐骨神経痛」、ずっと話を聞いてくれた村松先生、ありがとうございました。

奥山先生のお嬢様（19歳）が一緒にいらして、入学当時の自分たちと同年代だということに再度おどろきました。自分にとって46歳は非現実の世界のころだったなど。もうひとつおどろいた

のは、牧（加島）たか子先生が学生時代そのままだったこと！若い！制服を着せても似合いそうな…びっくりしましたよ、かこちゃん。どんなアンチエイジングをしているのか、周囲の羨望のまなざしを浴びてました。

2次会は「酒房まつり」。学生時代にはなかつた居酒屋です。あのころよく行ってた飲み屋はまだ存在するのかしら？と思いつつ、移動中のバスから外を見ていました。2次会で一番おもしろかったのは、長尾先生でした。正直、学生時代はほとんど会話したことがないし、目立つ存在でなかった（ごめんなさい！）と記憶しているのですが、私生活の話（内容はあえて伏せます）が本人に対する私のイメージとのギャップが激しくて、大笑いでした。同窓会は、学生時代にいだいていたイメージと違う面が垣間見える、という楽しい機会だと実感しました。もちろん、社会人になって実際に変わった人もいるのではないかと思います。自分はあまり変化ないと思いますが（女子はあまり変化ない印象あり？）、男子は、ヘラヘラしていた人がまじめになっていたり、出世（？）していたり、丸く（人間的に）なっていたり、大変興味深く観察させていただきました。

次回の再会は4年後のオリンピックイヤー、なんと全員が50歳！！こんな日がくるなんて…。とにかく、全員が元気で笑いながら集まれたら最高です。すでに、おじいちゃんorおばあちゃんになっている人もいるかも??今年参加されなかつた方、まだ一度も参加してない方、是非是非次回の節目の会でお会いしましょう！

戸田 郁子
(旧姓 萩原)

Experts from Tsukuba

～筑波大学出身のリーダー達～



「僕は風に向かって立つライオンでありたい」

宮崎大学医学部
機能制御学講座 腫瘍生化学分野

教授 森 下 和 広

我が母校筑波大学医学専門学群には一期生として入学した1974年から1980年までの6年間お世話になりました。そして卒業して28年、こんなことを書くような歳になったのかと感慨深いものもあります。長崎の田舎の高校から、東京に出たはずが、茨城のこれまた田舎の大学に進学した訳ですが、いろいろなものを学ばせていただきました。学生時代前半4年間はその大半を体育会硬式庭球部とともに過ごし、当時まだ存在していた大塚茗荷谷の東京教育大学キャンパスに、テニス合宿と称してほとんどの休日夏期休暇を問わず通っていました。古い校舎、かびた合宿所、ぼろぼろで歴史的な桐花学生寮など古い大学の持つ郷愁にどっぷり染まっていました。ほとんどテニスは素人だったのに、現筑波大監督の山田幸雄、デ杯で活躍した福井烈、現コンフェデ日本監督の植田実などと一緒に合宿していた事を考えると夢のようです。後半ははじめに勉強し、金もなかったので教科書はほとんど英語原本で通し ECFMGなどの受験もやりました。大学で得たのは素晴らしい同級生と恩師です。恩師の中では特に堀原一先生にはお世話になりました。特に卒業時に就職先を決める段階で、相談に乗っていただきました。自分のやりたいことが内科で血液がん・白血病をやりたいと伝えましたところ、東京大学医科学研究所内科の故三輪史朗先生をご紹介していただきまし

た。これが自分の人生を決定づけました。

白血病との出会いは、自分の出身長崎にあります。長崎医科大学放射線部に居られた永井隆先生は、治療用放射線被爆による慢性骨髓性白血病(CML)となられ、その後原爆被爆を経験、被爆者の放射線障害の診療・研究に当たられた後、数年の闘病を経て亡くなられています。この話を高校時代に知り、さらに大学時代の勉強を通じて「がん」をやろう、どうせなら一番難しそうな白血病の診療研究をやることを決めました。卒後研修医となって東大医科研に赴任しましたら、直後に運良くオーストラリアから留学が終わられて浅野茂隆先生（東大教授から現早大教授）が赴任され白血病研究治療グループができました。当時関東では白血病に対する骨髄移植はあまり行われておらず、金沢・名古屋・大阪に比べて整備が遅れている状況でした。そのため浅野先生が骨髄移植を病院の看板にすることを考えられそれからみんなで必死に勉強し、自分も医科研での第1例目と第3例目の主治医を務めました。その後医科研内科は素晴らしい発展を遂げ、現在日本でも有数の骨髄移植病院となっていますが、当時骨髄移植の治療成績はかなり悪く、この今までいいのか悩みました。ちょうどそのころ CML の原因遺伝子として BCR-ABL 遺伝子が単離された事などから「がん遺伝子」という概念が確立し、原因不明

だった急性型白血病においても当然がん遺伝子の活性化があるはずだと考え始めました。そこで当時浅野先生と G-CSF の単離を進めておられた医科研究生化学研究室の長田重一先生（現京大教授）にお願いして、臨床をやめ医科研究生化学研究室（上代淑人教授）で分子生物学・生化学を学ばせていただきました。G-CSF により誘導される骨髄系のマーカーであるミエロペルオキシダーゼ MPO の精製と遺伝子単離を行い、その仕事で学位を取得させていただきました。上代先生は G たんぱく質研究の先鞭をつけた世界有数の研究者で、長田先生は日本の誇るノーベル賞候補の 1 人であり現在でもアポトーシス関係で大変活躍されています。

医科研を出まして、1987年からアメリカ国立がん研究所におられた Jame N Ihle 博士の研究室にボスドクとして留学しました。ここで本格的にマウス白血病モデルを使った白血病の癌遺伝子単離の仕事を始め、マウス Evi-1 遺伝子を単離しました。直ぐにヒト白血病を解析したところ染色体 3 q26 領域に転座を有する AML において EVI1 遺伝子近傍に転座点が集中し遺伝子の活性化を認め、やっとヒト白血病の原因遺伝子を単離する事が出来ました。この仕事はヒト急性白血病の原因遺伝子単離においてブームの先鞭になるような仕事となり、Cell の表紙を飾る事が出来たのは喜い思い出です。アメリカには NCI から St Jude 小児研究所病院時代を含め都合 6 年間滞在し、その間多くの研究者と出会う事が出来ました。現在東大医学部社会医学系の松島さん、医科研感染症の河岡さんなど、よくよく考えると人生の節目節目に非常に素晴らしいヒト、友人、恩師、研究者に巡り合う事が出来ており、それが自分の財産になっている事がよくわかります。

さて、滞米 6 年を経て、国立がんセンター研究所に研究員として戻って来ました。さらに 8 年ほどがんセンターではお世話になり、この間筑波の血液内科から後輩の鈴川君、清水君、望月さん、そして筑波卒で東大小児科から滝君が大学院生として来てくれまして、白血病の原因遺伝子をいくつかクローニングする事ができました。この頃

が研究歴では一番苦しい時で、その時に助けていただいた筑波の血液内科・長澤俊郎先生や、研究費を回していただいた広島大学原医研の鎌田七男先生には心から感謝しております。

そういううちに、そろそろ独り立ちをしないといけない時期となり、ジプシーの哀しさ、あちこちの教授選挙に応募しまして、やっと何度目かで引っかかりました。旧宮崎医科大学生化学第一教室です。自分は長崎出身なのに宮崎には一度も行った事がなく知っている先生も 1 人もいませんでした。今考えると良く選んでくれたと感謝しております。そこでまたやれる仕事が見つかりました。成人 T 細胞白血病（ATL）です。この白血病は九州に多い事から以前からずっと気にはなっていたのですが、関東ではほとんど見る事が無く、ATL 患者が集中して存在する宮崎に赴任した事でまたがぜんやる気が起きてきました。この ATL の原因として HTLV-1 ウィルス感染が基礎疾患として存在しているのにも関わらず、ATL はその数%しか発症せず、さらにはその発症機構もわからず現在でも有効な治療法もありません。自分は元々ゲノム解析から出発していますので、ウィルス感染以降に付加的なゲノム異常が必ず見つかるはずだと思い、これまでその流れで研究をしております。そしてこれまでに原因と思われる遺伝子異常を 4 遺伝子見つけており、これらを基礎にした診断法や治療法の開発を進めています。

このように現在では白血病の研究を中心に、他の固形がんの発症機構も臨床の教室と共同で研究を始めました。最近は次第に若い人が増え、なんとなく一研究室らしくなりました。うちの研究室はあちこちの落ちこぼれが集まったような、雑多な、しかもそれぞれ特徴のある人間の集団です。研究費を取ってくるのに苦労をしていますが、まあそれでも皆良く頑張ってくれているので、みんなには非常に感謝しています。まだまだやりたい事がたくさんあるため毎日忙しく、また楽しい日々を過ごしています。教育の方では、医学部学生への刺激も大事なので、筑波で教わった事をベースにしていろいろと自分なりに工夫して講義や実習やチュートリアルなどをやっています。堀

先生が「世界に通じる筑波大学にする」という目標を掲げられていたと思いますが、自分も宮崎の片田舎で、うちの学生も世界に通じるような医師・研究者に育つように刺激をして行きたいと思っています。また宮崎に赴任して、柴田紘一郎先生という素晴らしい医師・先達と出会えました。十数年前にさだまさしさんが彼をモデルとして「風に立つライオン」という歌を作製しました。長崎大学から巡回医療としてアフリカを2-3年ほど巡り診療された事を題材として作られた歌ですが、これが僕らのテーマソングになっています。それで学生達と一緒に柴田先生と企画した大学祭をベースに本を出版しました。その名も「風に立つライオン」という本です。医学生が先輩医師を訪問しインタビューをするというテーマで編集したもので、さだまさしさんを含め諫訪中央病院の鎌田實先生や国際国立医療センターの先生などいろんな話が出てきます。Amazonで売っていますのでぜひお読みください。

さてつらつらと書き綴ってきましたが、これま

で生きてきた上で人との出会いは自分で育て、生きる道を考えさせてくれる大切な指針になっていることを感じています。また、どのような環境の場所に行こうと、その場所で何事にも全力を尽くす事が大事であることを学びました。そして本質的には自分の人生は自分のためのものではなく、世の中のため人のためになるように、自分の仕事を通じて世の中に還元していきたいと考えて生きています。白血病に出会えて、これからなお13年ほどまだ現役で仕事を続ける事が出来ます。現実問題白血病の患者さんに寄与する所まで来ておらず、まだまだやり残した事がたくさんあります。皆さんもどうか大学時代に自分の生きる道を模索し、ご自分の夢を見つけてください。そして卒業してからもずっと夢を追いかけていただきたいと思います。真っ当な道を歩めば、必ず天は助けてくれる、道を作ってくれると感じております。筑波大学医学専門学群の更なる飛躍を念じております。駄文読んでくださってありがとうございました。



「人は石垣、人は城、人は堀」

東京医科大学 霞ヶ浦病院

消化器内科教授 松崎 靖司

昭和49年に筑波大学医学専門学群に入学、55年に卒業し、あっという間に28年が過ぎ去った。思うと多くのことがあったと今更ながらに思う。今や、我々の年代も50半ばが大半であろうが、学会活動においてなどでは、この年代はまだまだ若手でありおおいに働かねばならない年代である。今回、筑波大学以外の大学にて教職についている卒業生に寄稿してほしいとのことで、二番手を仰せつかった。先鋒は、小林正貴教授（以下は、堅苦しいので、同級生は君とする）であった。小職と彼とはひょんなことで、同じ職場で働くこととなった。世の中想像もしなかったこと、“よもや”ということが起こるのである。小職は現在東京医科大学の分院である、霞ヶ浦病院において副院長の小林君のサポーターをしている消化器内科の一教授である。小林君は真面目なので、前号においてきちんと自己紹介、並びに当院の職場のことを詳細に書かれている。よって小職は職場や、本学と筑波大の関係などのことは割愛したいと思う。

本シリーズが始まる前に、桐医会会報の教授就任挨拶が、筑波大学の教授就任者のかたのみが掲載されていることに対し、会長である山口高史君に一言言ったところ、次回から同門で他大学の教授就任者からも寄稿を募ることであった。大学の同門会報には色々なパターンがある。同窓意識の強い医学部では、自分のところの人事のみをだすところもあるが、他学で昇任すればすぐに掲載する大学もあり様々である。今回、このような形態に方向を変えたことは筑波大学の医学同門会に若干の変化がきいていることを感ずる。

前号によれば、他学で教職についている卒業生が、筑波大学での教職数とほぼ同数であることに驚

いた。また、他学で教授になっている同門生が38人と、筑波大学での数（13人）より多いことにさらに驚いた。卒業生の活躍の場が外に多くあることは、大変よいことであり、今後より一層連携を密にすることが大切であることを痛切に感ずる。小職は消化器病学、肝臓病学を専門にしているので、意外と頻繁に学会などで同級生や後輩と一緒にになることがあり、横串でつながることはなかなか心強いものである。

自分のことも少しばかり書いておくこととしよう。小職は、筑波大学の一回生として卒業し、すぐに大学院へ進学し故大菅俊明名誉教授の門下生となった。肝臓における脂質・胆汁酸代謝を専門として研究をスタートした。肝臓病学において現在は、ウイルス肝炎が華々しい研究分野であるが、そろそろ終着駅へ近づいてきている。現在は、代謝がからむ非アルコール性脂肪性肝炎、脂肪肝など、生活習慣病を絡めた肝・胆道疾患が注目をあびだしてきた。大菅先生からは、一つのライフワークを持ち、細々でよいから長く継続させるよう指導を受けた。現在、他学へ移動してもこの分野の仕事は弟子たちと受けられており、貴重な財産と思っている。

筑波大学においては、約18年間教職をしたことになる。臨床・教育・研究と様々な仕事をしてきたことは、大きな財産となっている。筑波大学の医学教育の改革を手がけたことは大変勉強となった。今後の本教育の筑波大学での成功を期待するものである。筑波大学での思い出は、肝細胞癌に対する陽子線療法の確立をできたことが臨床分野においては大変大きなことであった。筑波大学としては今後の本治療法のさらなる発展を各機関と連携を通して進め頂きたいところである。

筑波大学在任中で残念であったことは、数名の小職と大変関わりの深かった恩師を直接見送ったことであった。大菅俊明先生（消化器内科二代目教授）、また熱帯医学研究会の設立から関わった関係から、大島司郎先生（開学当初の寄生虫学助教授）、入江勇治先生（寄生虫学助教授）、安羅岡一男先生（寄生虫学教授）と4名の恩師を亡くし、弔辞を述べさせて頂いたことは脳裏をはなれない。大島司郎先生と牧豊先生（脳外科初代教授）、は小職の診療科で見送ったことが強烈な思い出として残ることであった。さらに、同級生で急逝された奥田諭吉君（スポーツ医学教授）の弔辞を述べたことは痛恨の極みであった。5名の先生に対し教え子、同僚としてお別れの言葉を述べさせて頂いたが、本当に悲しい思い出であり、慚愧の念に耐えないことである。

小職は長く筑波大学に席をおいていたので、外を知らない人間であった。2年前に現在の大学へ移動し、特に国立大学から私学への移動であったのでかなりのギャップに驚いたのが正直なところである。自前ですべてやらねばならない私学の経営など全く筑波大時代とは異なり、カルチャーショックを感じた幕開けであった。常磐線を境に東西で患者さんの生活環境の違いや、高齢者の悪性疾患を含めた救急患者の多さなど、ほんの10Km位の地区の差でも大きなものがあることに気がついた。筑波大学で働いているということは筑波大学というブランドで患者さんは、かなり集まっていることは事実であろう。外にてて気がつく自分が情けないところであるが、地域とはそういうものなのであろう。医療崩壊の危機に瀕している茨城県（本県だけではないが）という地域を見据えた医療を本県に勤務する医療従事者、とくに筑波大学卒業生は第一に考え実行することが肝要であると思う。

筑波大学は新構想大学として開学した。開学の理念なるもの今やおそらく形骸化しつつあるのかもしれない。多くの国立大学法人は、筑波大学の形態をとるようになり、とくに医学においては、医局講座がなくなり多くの大学病院が変化してきているように、診療科にわかれ横串構造が形成されるようになってきた。筑波大学は早くからその路を先行して

きた。研修医制度も筑波大学は病院開院当時より、レジデント制をしき、現在の研修制度の基盤を作ってきた。ある意味、筑波大学の大きな初期の役割は終わったと言ってもよいのかもしれない。良き面、悪しき面両者あるのは当然である。それを乗り越え、さらによりよき大学へ発展してほしいと学外にて強く感じる次第である。小職も100年近い歴史のある私大へ勤務し、ある意味古きことを重んじ、新しきを開く難しさも痛感する。しかし、私大も変化しようとしていることは肌で感ずる。筑波大学で得たよきシステムを新天地で導入しながら、管理運営の難しさを学んでいるところである。

桐医会も組織が、中間法人として一般社団法人へと変わることである。会長である山口高史君は、我々一回生の卒後、誰しもやりたがらない同門会の東ね役をされ、ここまで頑張られている。筑波大学内で卒業生がこれほどきちんと組織化している学群はない。この組織化の立役者である山口高史君に敬意を表したい。今後、組織をさらに柔軟、強固な同門組織としてしっかりとした形態へ移行していくことが、重要な課題となろう。法人であるのでしっかりとした定款ができる。さらによりよき形の同門会を目指して行ければよいと思う。

「人は石垣、人は城、人は堀」。2007年、ブームとなった風林火山、武田節の一節である。もとは、「人は城、人は石垣、人は堀、なきは味方、仇は敵なり」である。新任地でのこの2年間は不安と期待のスタートの時期であった。痛切に感じたことが、人間関係、豊かな人的資源、融和を保ち組織運営を行う、ということである。現代の病院、企業、行政すべての場所で人的資源の重要性、しっかりとリーダーの存在が唱われている。私は、よき恩師、先輩、上司、同僚、友人、弟子に囲まれている。この財産を崩すことなく、組織運営、仕事に精進しなければならぬと心しているところである。

小さいながらも一つのグループをまとめることの大切さです。人の価値、人の考えを十分に配慮し、良き組織を構築したいものと考えています。これが全体の向上につながるものと思う今日この頃であります。



帝京大学ちば総合医療センターへの異動

帝京大学ちば総合医療センター

呼吸器内科教授 本間 敏明

《異動までの経緯》

第一回生の本間敏明と申します。筑波大学医学専門学群卒業後、筑波大学大学院、数年間の一般病院、結核病院の勤務を経て、筑波大学臨床医学系呼吸器内科講師、助教授（准教授）を勤めました。専門分野は大学院の研究から一貫して慢性閉塞性肺疾患（COPD）と呼吸機能検査学です。最近では趨勢として分子呼吸器病学が台頭してくるとともに、おおざっぱな生体機能評価である呼吸機能検査でどこまで病態にせまれるのか、また呼吸機能検査の精度などについても常々限界を感じておりました。数年前からはCOPDに対する非侵襲的換気療法をはじめとする非薬物療法の臨床に興味を感じ、肺機能関連や患者会も含めた臨床研究に力を注いでおりました。1996年から二年半の間米国に留学する機会を得、呼吸機能検査学を学んで参りましたが、その留学先の施設に帝京大学呼吸器内科の先生方が留学しており、多くの先生方と知り合う機会を得ました。その兼ね合いからか、筑波大学呼吸器内科の檜澤伸之教授経由で平成19年6月に帝京大学呼吸器内科の大田健教授から応募のお声がかかりました。異動にあたっては、帝京大学医学部の教授会で承認を得られるのか、好きな研究が継続可能か、教育にも携われるのかなど、たくさんの不安材料がありました。今後は研究分野としては呼吸機能の研究だけでは限界があり、かといって分子呼吸器病学にいまさら分け入っていくわけにもいかず、COPDなどの呼吸器疾患に対する非薬物療法の臨床研究ができるかどうかが一番の問題と考え、その点を主眼にして自分なりに調べてみました。その結果、酸素療法、非侵襲的換気療法、呼吸リハビリテーション

などの非薬物療法にも力を入れている大学病院とわかり、幸いにも教授会で承認が得られ、大田教授のバックアップもいただけたとのことでしたし、さらに元筑波大学副学長、元呼吸器内科教授で恩師の長谷川鎮雄先生に御相談申し上げたところ、賛成していただけたので異動を決めました。

《病院の紹介》

帝京大学ちば総合医療センターの開設は20年前にさかのぼり、千葉県の医療過疎対策、救急医療の充実のために作されました。開院以来経営面、資金面において帝京大学の援助を受けた当院は高度の医療を提供することができ、地域医療に多大な貢献をなしてきました。以前の名称は帝京大学附属市原病院と言っていたものを平成18年に現在の名称に変更しました。病床数は550床、呼吸器内科は第三内科に含まれ、定床は決まっていないのですが、呼吸器関連疾患はどこでもそうですが数が多く、常時20名程入院しております。現在呼吸器は最も重要な臓器の一つとなっており、呼吸器疾患の領域は、各種肺炎や気管支拡張症、結核などの感染症、慢性閉塞性肺疾患、肺癌、気管支喘息、各種間質性肺疾患、肺血栓塞栓症などの肺血管障害など、重大疾患が多くなっています。最近の全世界的規模の調査によると、十大死因のうちに肺炎、慢性閉塞性肺疾患、結核、肺癌と呼吸器関連疾患が四つも入っており、特に慢性閉塞性肺疾患は順位が上がってきていますし、結核非常事態宣言が出たり、まだまだ喫煙の習慣はなくならないどころか若年者の喫煙が社会的問題になってきてることなどを見る限り、呼吸器内科の需要はなくなりません。われわれが当病院の診療を担当することになってまだ日が浅いのです

が、六ヶ月間で入院患者さんを延べ120名ほど受け持ち、外来患者さんは毎週三回専門外来を行って、毎月350名ほど診察させていただいております。専門的な技術が必要な気管支鏡検査や肺生検も週に2-3件ほど行なって的確な診断に結びつけております。昨年末には日本呼吸器学会認定施設として認められ、常勤医は認定内科医、呼吸器学会専門医、呼吸器学会指導医を取得しております。日本国内では、呼吸器内科医の数はまだまだ少ない状態で、千葉県内でも呼吸器内科専門医は少ないので、できるだけ専門的で良質な医療を提供できるよう日々の診療を行っております。当院の心臓血管外科の教授に5回生の重田治先生、血液内科の准教授に9回生の小松恒彦先生など筑波大学出身者も数名いらっしゃり、いつもたよりにさせていただいております。

《赴任後のうごき》

前任の講師の先生方が平成19年8月末で異動するとのことでしたので、教室を作ることはもちろん、共に働いてくれる人選をしなくてはなりませんでした。幸い檜澤教授に相談に乗っていただき、千葉県市原市という場所柄、臨床能力、学位、などいろいろ考え、当時筑波学園病院感染症科科長であった萩谷政明先生を候補者とさせていただきました。萩谷先生の出身大学は私とは異なりますが、彼が大学院時代に自分が学位の指導をさせていただいた先生でもあり、旧知の仲でもあることからお願いしてみたところ、一緒に教室を作りましょうと快諾していただきました。年度途中の異動になることや個人的事情によって、9月は二名で非常勤の外来を行なって、正式には平成19年10月の赴任となりました。赴任当初は病院のシステムの違いやコンピューターオーダリングに戸惑い、随所で迷惑のかけ通しでしたが、ようやく慣れてきて、研修医や学生の教育指導まで手が伸びる状態までこぎつけてきました。現在の全体の診療体制は、呼吸器専門外来が週3回、初診外来が週1-2回、カルテ回診を毎朝、病棟回診が週2回、気管支鏡が週1回2-3件、研修医、学生への講義を週2回、内科集談会が週1回、CPCとミニレクチャーを月1回、不定期に本院での講

義や大学院論文審査など、が公式行事になっております。こちらにきてみると各科間の垣根は想像したより低く、患者のやり取りがスムースで小回りがきくのには驚きました。コンサルテーションシステムも完備されており、やりやすくなっています。ただ人員はどこの病院でも不足しているとは思いますが、呼吸器外科がないのがやりにくいところではあります。現在は外科症例に関しては近隣の千葉労災病院呼吸器外科にお願いしている現状です。院内外、地域医師会で少しずつ講演なども行わせていただき、ラジオや衛星テレビにも出演しました。もう少し余裕ができれば症例検討会なども開催し近隣病院の先生方とも親睦を深めたいところではあります。

我々の研究室は研究棟の9階にあり、晴れた日にははるか東京湾の向こうに羽田空港方面を望むことができ、今は窓外の新緑がまぶしいです（田舎ということです）。地方都市のため、患者層は地域の方々と湾岸工業地帯で働くエンジニアなど二層にわかれます。これはつくばもそうでしたので違和感はありません。

《今後の展望》

大学病院の使命として、質の高い専門的で良質な医療を地域住民に提供するのはもちろんのこと、研修医、学生がこの病院で研修や講義を受けてよかったですと思ってもらえるよう教育にも力を注ぐつもりです。また、ある程度の研究費を前任者が残してくれたのですが、まだまだ資金難ありますので、各種研究費の申請も開始しましたし、今後はこちらでやりたかった慢性閉塞性肺疾患に関する臨床研究をはじめて、成果が出る日がくるのが楽しみです。以上のことに少しでも興味を持っていただける方がいらっしゃれば、共に働いていきたいと思います。よろしくお願ひ致します。

《連絡先》

〒299-0111 千葉県市原市姉崎3426-3
帝京大学ちはる総合医療センター 呼吸器内科
電話 0436(62)1211(代) FAX 0436(62)7340
E mail: toshi-h@med.teikyo-u.ac.jp
病院 home page:
<http://www.med.teikyo-u.ac.jp/~chiba/13/index.html>



私の履歴書

東京理科大学薬学部 臨床薬理学

教授 谷 中 昭 典

私は1980年3月、第1期生として筑波大学医学専門学群を卒業しました。卒後、母校の消化器内科に入局し、1995年から光学医療診療部の講師として内視鏡業務に従事してきました。昨年4月から東京理科大学薬学部に異動し現在に至っています。医学部卒業後、臨床に進んだ人間としては一見変わった道を歩んできましたが、これまで自分が人生の岐路に立った時に、どのように考え、どのように行動してきたのか、ここに述べさせていただきます。

学生時代（医学専門学群）

私が医学部を選んだのは、周囲から勧められたこともあります。自分が医学の研究に興味を持っていたことが一番の理由です。私は元々基礎医学に興味を持っていましたが、それ以上に病気のメカニズムを研究したいという気持ちが強く、最終的には臨床医になる道を選びました。臨床医学の中でも、特に、消化器内科の初代教授、崎田隆夫先生が開発された胃カメラに神秘的な印象を持ち、自ら志願して何度も胃カメラ検査を受けました。しかし、内視鏡だけではわからない病気があることも実感していました。その頃、たまたま内視鏡室の片隅で胃液検査をされていた消化器内科講師の武藤弘先生（後に保健管理センター所長、教授）からお話をうかがい、卒後は消化管の機能研究をする意志を固めました。

大学院とレジデント時代

当時、卒業直後の進路として、大学院とレジデントのどちらを先にやるべきか、いろいろな意見がありました。私の場合、大学院4年と米国留学

3年を間に挟む形で、13年かけて6年間のレジデンシープログラムを修了しました。大学院時代は、武藤先生の一番弟子としてマンツーマンで厳しくご指導いただき、研究者としての基本的な心構えをたたき込まれました。おかげで、消化性潰瘍再発機序の病態生理という学位論文をまとめることが出来ました。その後、レジデントになりましたが、海外へ留学して基礎研究をしたいという思いが日増しに強まって行きました。1987年2月、胃粘膜防御機構研究の権威であるハーバード大学医学部、サイレン教授が講演のため来日されました。当時、サイレン教授には面識がなかったのですが、崎田先生に頼んで直接お会いする機会を作っていただき、つたない英語で留学させてほしいと頼みました。サイレン教授からは、「給料は払えないが、自費で来るならどうぞ」という冷たい返事しかもらえませんでした。いろいろ迷いましたが、私にとって一番行きたい研究室でしたので、あとさき考えずに、自費留学という険しい道を選択してしまいました。

米国留学時代

1988年7月、私は、妻と4歳の娘を連れて、ボストンにあるサイレン教授の研究室へ押しかけました。自費で1年間だけという無謀な条件での留学でしたが、良いデータを出せれば必ず給料は出してくれると勝手に思いこみ、土日も返上して働きました。その甲斐あってか、半年後には米国消化器病学会に2題の演題を出すことができました。サイレン教授は、周囲からおそれられるほど厳しい性格の人でしたが、この時だけは、私の努力を素直に評価してくれ、以後、人並みの給料を

出してくれるようになりました。人間、誰でも、長い人生のどこかで、目先の採算を度外視して勝負に出なければいけない時があると思います。私の人生にとって最初の賭けが、この留学にあつたと思います。

最終的に留学生活は3年間になりましたが、サイレン教授の熱心な指導のおかげで、筆頭著者として5報の原著論文を書くことができました。私にとって、留学中のもう一つの収穫は、サイレン教授の友人であったイトウ教授（ハーバード大学医学部解剖学、日系2世）と出会うことができたことです。イトウ教授は、サイレン教授とは逆に、仏のような性格の人で、電顕技術だけではなく、サイエンスを楽しむ心を私に教えてくれました。米国では、単なる研究の指導者ではなく、人生の指南役となるようなボスのことをmentorと呼びますが、私のこれまでの研究人生にとって、サイレン教授とイトウ教授、そして筑波大の武藤教授のお三方が、まさしくmentorと呼ぶにふさわしい師匠でした。

帰国後の苦労

留学も3年目に入ると米国の生活にも慣れ、楽しい日々を送っていましたが、武藤先生からの手紙には、今、日本に帰国しても適当なポジションはないという暗い内容ばかり綴られていました。サイレン教授から4年目のオファーもありましたが、いろいろ考えた末、日本で研究を続けようと思い、1991年7月に帰国し、レジデント5年目として、取手医師会病院に就職しました。それから4年間、大学の研究室と取手との間を夜中に往復する日々が続きましたが、せっかく培ってきた研究の灯を消してはならないという思いと武藤先生をはじめとする周囲の先輩方のご好意にさえられ、何とか臨床と研究を両立して続けることができました。苦労の甲斐あって、1995年7月、福富久之教授のもとで、筑波大学光学医療診療部の講師に採用していただくことができました。

光学医療診療部時代

光学医療診療部では、12年間、特に中原朗先生

(光学医療診療部、現病院教授)に大変お世話になりました。光学医療診療部では、内視鏡のdutyをこなしながら、ピロリ菌の研究を続けました。また、機能性食品によるがん予防研究にも興味を持ち、TARAセンターの山本雅之教授、ジョンズホプキンス大学のタラレー教授らとの共同研究でブロッコリースプラウトによる胃がん予防研究をはじめました。この研究は、理科大に異動した現在も続けています。ところで、内視鏡学はこの30年間で大きく変化し、治療内視鏡の分野が大きく成長し、消化器内科に入局する若手医師たちのほとんどが、治療内視鏡の習得に励み、私の研究に興味を示す若手はなかなか現れませんでした。気がつけばいつのまにか自分も50歳を過ぎ、このまま日常業務を無難にこなして定年を迎えることが、本来自分が望む姿なのか真剣に考えるようになりました。学会などで、自分と同世代の人達が他の学部に移籍して活躍している姿を見て羨ましく思うこともありました。そのような折に、東京理科大学薬学部で臨床薬理学の教授を公募しているという話を耳にしました。しかし、いざ自分のこととして考えますと、臨床医としてのキャリアを捨てることになるのではないか等々、不安な点が目につき、なかなか行動を起こす気にはなれませんでした。ただ理科大の公募理由を調べてみたところ、臨床医を教員として採用し薬剤師教育を強化したい点や、医学部と連携してトランスレーショナルリサーチ(=橋渡し研究)を活性化したいという点等が背景にあることがわかりました。薬剤師教育に自分がどれだけ役に立てるのかわかりませんでしたが、少なくとも、橋渡し研究の活性化という点は、この数年間、自分がかけってきた目標そのものがありました。また理科大は、いろいろな点で研究をやりやすい環境にあることもわかり、自分の人生を賭けてみたいという気持ちが徐々に高まってきました。「谷中の個性を生かせる最高の職場ではないか」という友人の言葉も最後に私の背中を押してくれ、ついに応募する決意を固めました。この決断は私の人生にとって2度目の大きな賭けだったと思います。一度決心した後は、何も考えずにひたすら突き進

み、気がついた時には理科大のスタッフになっていました。

東京理科大学

理科大に赴任してまだ1年余りですが、理科大の概要と薬学部の現状について述べます。

①東京理科大学とは

東京理科大学は、明治初期に東京帝国大学の物理学者21名が手弁当で開設した東京物理学校が母体となって発展した理系の総合大学で、一昨年、開学125周年を迎えました。本部は新宿区神楽坂にありますが、薬学部は2003年に千葉県の野田キャンパスに移転し、現在に至っています。全体として質実剛健な校風で、教職員も学生も規則や時間をきちんと守り、会議や授業などでは3分前に全員がそろうのが普通です。

②教育の現状

現在、全国の薬学部は6年制導入の過渡期にあります。薬学部の場合、医学部とは異なり、カリキュラムにおいても、薬剤師養成のための6年制コースと、研究者養成のための4年制コースの2本立てになっています。その背景として、薬学部では卒業生の約半数が薬剤師にならずに製薬企業の研究職などに就職している点があげられます。

薬学教育における私のミッションは、第1に臨床に強い薬剤師の養成であり、現在、臨床医学全般の講義を担当しています。元々薬学部では、病態よりも薬の特性に重点を置いた教育が行われてきましたが、今後は、臨床の知識も身につけさせることにより、チーム医療の中で、彼らが薬の専門家として医師や看護師と対等の議論が出来るようになることが目標になっています。現在どのような内容をカリキュラムに盛り込むべきか、盛んに議論が行われています。30年前、新設大学のカリキュラムの中で混乱のさなかにあった自分達の学生時代がなつかしく思い出されます。

私のもう一つの課題は大学院教育にあります。理科大では卒業生の約半数が大学院に進学しますが、基礎系が中心で、臨床系への進学者は少ない現状にあります。その理由として、理科大には医

学部や付属病院がないために、臨床との接点が希薄であり、臨床検体の入手がしにくく、臨床研究のモチベーションがあがりにくい点があげられます。そのような中で、理科大でも、本年度から順天堂大学と組んでがんプロフェッショナル養成プラン（がんプロ）がスタートし、主に社会に出た薬剤師を対象にがん専門薬剤師の資格取得を目指した教育や橋渡し研究が始まりました。その中で、私のような臨床医が果たす役割は大きいものと思われます。

③研究の現状

理科大の学部生は4年生に進級すると、全員が卒研生として、1研究室あたり4～7名程度配属され、卒業研究を行います。彼らの約半数は同じ研究室の大学院（修士）に進学しますので、実質的に3年間の研究生活になります。研究室としては、博士課程の院生、ポスドク、助教なども加えて、1研究室あたり15～30名規模の体制で、各自の研究テーマに取り組んでいます。

ここで私の研究室（谷中研）の紹介を簡単にさせていただきます。私の研究室は薬学部の中で医療系（＝臨床系）に属しています。昨年3名の卒研生だけの小さな研究室でスタートしましたが、この4月から微生物学専攻の助教を1名採用し、修士3名に卒研生7名を加えて、総勢12名の研究室になりました。来年度は、現在の卒研生6名が大学院への進学を希望しており、複数の研究テーマに取り組む体制が出来上がりつつあります。研究面における私の任務は、医療系における臨床研究と橋渡し研究を活性化することです。昨年12月、筑波大学との間に結ばれた連携協定は、今後の医療系の研究を活性化するうえで追い風になるものと期待されます。今後は、筑波大学や関連施設との連携を図りながら、これまで自分がしたためきたいくつかの研究テーマに取り組んでゆきたいと考えています。

④臨床医としての自己修練

前述したように、理科大には附属病院がありませんので、学内に閉じこもっていては臨床をやる機会がありません。私にとって臨床を続けることは、自らの臨床技術の研鑽という目的だけではな

く、薬学部における教育や研究の活性化のためにも必要なことであり、現在も週1回、筑波大学病院で外来診療と内視鏡検査を続けています。理科大と筑波大を行ったり来たりの多忙な日々ですが、この仕事は今後も続けたいと思います。

おわりに

私たち一期生は、母校に先輩がいなかったため、これまでいろいろな面で不利な思いをしてきました。しかし、その結果、自ら体当たりして自分の道を切り開くというフロンティア精神を身に

つけました。どうか後輩諸君も、安易に安全な道ばかり選ばずに、自ら進んで困難に挑戦して、難局に対処できる力を身につけて下さい。そして迷ったときには、自分の気持ちに忠実に、自分が最もやりたい道を選んでください。それが難局を乗り切るうえでの大きな自信につながります。

最後に、このような形で私の履歴を桐医会の皆様にご紹介する機会を与えていただきました山口高史桐医会会长、ならびに関係の皆様方に深謝します。

海外実習報告

筑波大学医学専門学群医学類6年 小笠原清香

実習先：

Brigham and Women's Hospital (BWH),

Boston, MA, USA

放射線科見学 (MSK): May 19th-30th

Workshop with Rachel Naomi Remen, M.D.

The healing power of story: June 5th-7th

1. 海外実習参加まで

●実習希望理由

放射線科は影絵を見て、そのfilmに写っていない身体全体のシステムや構造までをも考えていきます。これはある意味で特定の科に偏らず、全ての科に通じるという特徴を持つと思います。この学問に魅力を感じ、また、「アメリカでは、放射線科は精神科と並んで1, 2位を争う人気科」と聞き、日本との差を感じました。日本との差は一体何か、変わらない所があるとすればそれは何か、それを知りたいと思いました。医者になってから海を渡るのはとても厳しいという現実を知り、敷居の低い学生のうちに実習を希望することにしました。また、現代の医学に必要なのは身体だけでなく心も同時に癒していくことであり、アメリカで、全人的医療のパイオニアであるDr. Remenのworkshopが実習期間にあることを知り、そちらも同時に学ぶことにしました。

●実習先選定まで

Radiology

南教授に海外実習に行くことができたらお願ひしてもいいかお聞きし、筑波大の先輩の吉岡先生をご紹介いただきました。

Workshop

海外実習選考会時点では2008年分の予定が不明でしたが、年明けに確認できました。

2. 準備

- ・9月 TOEFL受験（2006年）
- ・6月 行き先を本格的に探し始める
- ・7月下旬 予防接種を受け始め、南先生に放射線科見学をお願いする
- ・9月 海外実習選考委員会
- ・3月 BWHでの見学期間が正式に決定
- ・5月 渡米

●諸費用

- ・Workshop費用 \$300
- ・保険 ¥6千
- ・航空券 ¥16万
- ・予防接種 ¥4.5万（諸事情により高め）
- ・滞在費（食費など込み）¥14万

●保険

放射線科ということもあり、医療損害賠償保険などの提出は求められませんでした。海外旅行保険で必要な分だけ保険をかけました。

●予防接種

秘書とのやりとりでは言及されませんでしたが、渡米後observerの認定を受ける際、記録を求められました。他病院で実習できるくらいにしっかり受けていれば問題ないでしょう。

●滞在先

Bostonは、住むにはとてもお金がかかる場所で、ざっと探しても安くて1泊\$40から。友人にNewtonの家を紹介していただきました。BWHへは電車を使い家から30分ほど。3週間で\$600。

Mill Valleyは米国でも有数の富裕層が住む土地で、1泊\$95、3泊で\$327かかりました。

●ビザ

米国大使館のHPで「医学研修」はB-1ビザが適用です。私は正規プログラムでなく、Visa Waiver (Business) でよいものの、昨今、入国時に審査官によってビザの提出を求められるなどの

トラブルもあるようで念のためにビザの手続きをしていただいていました。

Business の Waiver にしてもらうには、入国時に見学の期間などが明記された先生のサインがある正式な文書を見せる必要があります。詳細を知らずにその文書を見せ損ねて「観光」で入国しても、後日文書を持って再度空港を訪れればその場で切り替えてもらうことは可能です。

3. 実習

● Brigham and Women's Hospital (BWH)

私は骨軟部組織 (MSK) にいました。他に頭部, body (腹部を含む), 心血管系, 核医学, IVR などに分かれて “各々” 読影室を持っており、専門性が特化しているのが窺えると思います。放射線科医は皆 dictator という機械を使ってレポートを作成します。BWH ではこの機械スキルを習得するために 6 か月の集中特訓コースがあるそうです。部屋に入ってすぐ、読影室のシャーカステンに一枚も film がかかっていないことに気付きました。Filmless が徹底しています。その分、コンピュータで詳細に拡大できたり、矢印でチェックをつけるシステムが充実している感を受けました。また、database 用 PC, 患者検索用 PC, モニタ × 2 と画面を広々と使って画像を見、



BWH 外観

画像を閉じずに患者の情報を見られるのは便利です。この database が大変充実していて、患者の現病歴・既往歴などを患者番号一つで確認することが可能です。

どの resident も面白い film があると一枚一枚丁寧に所見を説明して下さり、また、解剖が分からないと MRI と web の解剖図と先生自身の体を使って説明して下さいました。とても印象に残っているのは毎日お昼にある resident lecture です。放射線科の各セクションが毎日入れ替わりで 1 時間の講義と 1 時間の症例問題を提示します。ぱっと画像を出された後に一人の resident が指名され、それが何の画像か、どういう所見で、どういうことが考えられ、鑑別診断としてこれが挙げられるということを立て続けに述べていくのです。

BWH では他国からの遠隔画像診断は行っていないようですが、米国内から来た救急 film を読むセクションが別にあり、24時間体制です。ここで働く放射線科は特別なトレーニングを受けるそうです。小さい病院の放射線科医が帰った後、救急で読影しなければならない film などを扱います。BWH の救急セクションは別に存在します。

● Workshop with Rachel Naomi Remen, M.D.

米国でベストセラーの “Kitchen Table Wisdom” の著者が主催する Workshop は、人々がもつ story を心を傾けて聞き、また、story を話すことが癒しになる “Narrative Healing” がテーマです。様々な story を聞き、自分たち自身で体験もしました。普通、会話というものはキャッチボールがありま



MSK 読影室

ですが、ここでは3日間で徐々にただただ心を傾けて聴く・自分の心にまっすぐに話をする準備をしていました。

最終日、人生における喪失感や落胆の一つに思いを馳せ、それに伴う5つの言葉を書き出し、storyを共有した後、再びペンをとって、5つの言葉を書き出したとき、私たちはstoryの力を知ったのです。5つの言葉が全く方向性の異なる明るい言葉に変わったり、劇的な変化はなくとも順番が変わったり、変化が目に見える形で現れました。

正直に言うと、全部の内容を全て理解できたわけではありません。英語力不足ということはもちろんのこと、デリケートかつとても深い内容で、日本語でさえ上手くキャッチできないだろう、と思うことが沢山ありました。でも、こういう時に言葉はいらない、というよりも、言葉を超えた何

かが人々の間を行き来することを実感しました。

4. 実習を終えて

放射線科では、学問に対しての魅力を再確認し、診断にあたっては日本との相違が大きくないことも知りました。画像が出た直後から、診断までの過程を述べ続けるresidentの姿がとても輝いて印象的でした。Workshopでは、storyを通して人間が本来持つ力というものをさまざまと感じました。患者の側に寄り添い、治す(to fix)のではなく、役立つ(to serve)ことの違いと意味を実感しました。

ご質問等ございましたら、お気軽にご連絡下さい。

sayarouge@gmail.com



exercise 後に



日本語版をいただいた

海外実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年 塩田 勉

留学先：

Johns Hopkins University, School of Public Health, Baltimore, Maryland, USA

受講日程：

2~13 June “Social and Behavioral Aspects of Public Health”

16~19 June “Psychosocial Factors of Health and Illness”

(Department of Health, Behavior and Society)

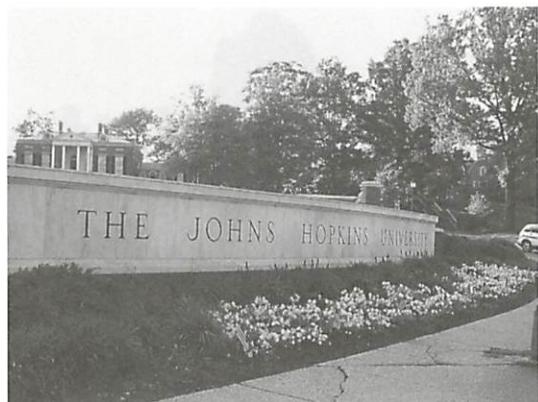
1. 留学の動機

これまで、筑波大学医学専門学群にて、医学の勉強や実際のクリニカルスキルを学んできましたが、ずっと大きな疑問がありました。患者さんを一人ひとり助けること、ケアすることはとても大事なことであり、そして、医療の根本であると思います。しかし、どんなに医療が進歩しようと、技術が進化しようと、それを本当に全員が受けられるのだろうか。そして、その医療にアクセスできない人もたくさんいるのではないか、そんな思いがずっとありました。例えば、途上国の健康問題を考えたときに、それを解決するためには、臨床だけでは語りつくせない大きな背景があります。貧困、教育、水、衛生環境、農業、経済、政治、すべてが絡み合って存在しており、健康状態を変えるには、包括的なアプローチが不可欠であると感じました。そして、そのキーとなるものが、“Public Health”というものだと思いました。そして、Public health を学べる場所、それが School of Public Health (以下 SPH) でした。学生のうちに、SPH ではどのような授業が行われているのかをぜひ知りたい、そして、公衆衛生の勉強をもっとしてみたい、そんな思いが膨らみ、今回の海外（短期）留学となりました。

2. Summer Institute について

Johns Hopkins の場合、夏休みに当たる 6 月に毎年、夏のサマーコースが開設されています。SPH には、さまざまな Department がありますが、それぞれがコースを開いており、内容は多岐に渡ります。

(http://www.jhsph.edu/academics/continuing_ed/Summer_Institutes.html) 自分は、Health, Behavior and Society の授業を 2 つ選択しました。これらは、academic credit もなりますが、certificate course なので、自分のような海外の学生も参加可能ということです。しかし、実際には、パートタイム（インターネットベースの授業）の学生や、Ph.D コースの学生が夏休みを利用し、講義を受けに来っていました。そして、これは行ってからわかったことですが、自分のような certificate として参加している学生は、本当に数人でした（約40人中）。また実際には、クラスメートは、自分以外はみな働いた経験のある方々ばかりでした。医師、看護師をはじめ、製薬会社の方、コンサル会社の方、厚生省で働いていた方、すでに UN 機関で働いていた方等、さまざまでした。



大学入口

3. 講義内容

6/2~6（1週目） “Social and Behavioral Aspects of Public Health”

1週目は、人々の健康と行動や社会的要因の関連性についての概要でした。アルコール・タバコ・肥満などの公衆衛生に深く関連するトピックを学びました。SES (Socio-Economic Status) つまりは、教育・収入・職業などの要因、そして年齢・人種・ジェンダー・差別などとの関連性を考えました。毎日、最後の1時間は、講義で疑問に思ったことや、講義内容に絡めてお互いに思ったことなどをディスカッションしました。

6/9~13（2週目）引き続き、 “Social and Behavioral Aspects of Public Health”

2週目は、実際にどのような intervention が考えられ、効果的かといった話に移りました。具体的には、mass media, social marketing, social capital, policy そして structural intervention を学びました。グループワークの時間には、mid-term で同じようなトピックを選んだ学生同志で集まり、それらの問題と上記の social/behavioral intervention がどのように関連しているのかを話し合いました。そして、最後の日には、それぞれの班で話し合った内容と、 recommended intervention を発表しました。

6/16~19（3週目） “Psychosocial Factors of Health and Illness”

3週目からは、新たに2つ目のコースを受講しました。トピックごとに大学内外から専門家の先

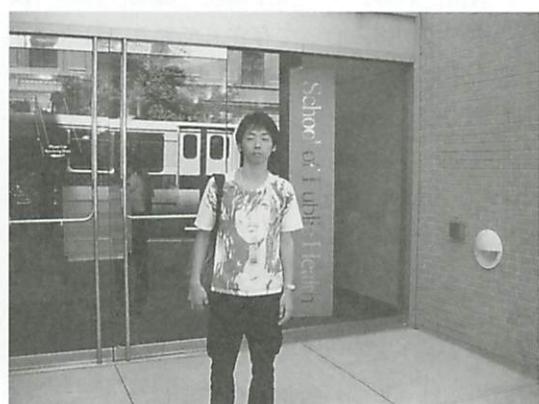
生方が来てくださって講義を聴いたり、ディスカッションをしたり、グループワークに取り組んだりしました。具体的には NIH (National Institutes of Health), CDC (Centers for Disease Control and Prevention), NGO などさまざまな機関で活躍されている先生方ばかりでした。また、授業の合間には、関連するムービー映像や TV 番組なども見ました。また、木曜日の午後には、ボルチモアでホームレス支援を行う NGO を訪問し、スタッフの方の話を聞いたり、ホーム内を見学したりしました。最終日には、CDC で実際にどのようなプロセスで intervention を考えていくのかを体験するグループワーク等も行いました。

4. 感想

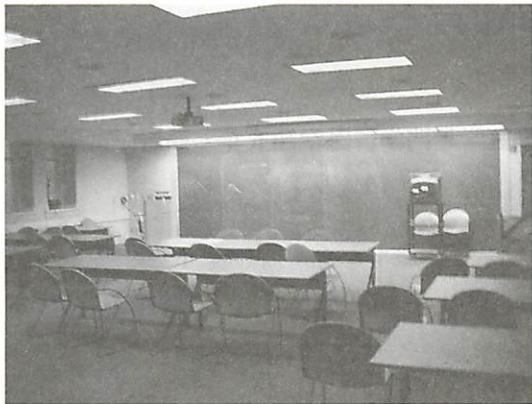
授業内容としては、ひたすら、“Health Disparities”についてのディスカッションといった感じでした。Race/ethnicity, gender, income, education, health insurance 等、さまざまな psychosocial な要因が絡み合う中で、健康格差が広がっているということが、大きく取り上げられました。今まで自分は、実際に途上国に行ったりする中で、日本との違いを考え、その不平等を感じてきましたが、実際にこうして論文のデータを考察していく中での発見は客観的なものであり、信じざるを得ません。しかし、これが「現実の世界」の状況なのだということを学ぶことができたことは、自分にとって、大きな収穫だったと思っています。そして、それらに立ち向かうための多くの手がかかる



大学附属病院



公衆衛生大学院



教室

りを今回の講義で勉強することができました。つまりは、intrapersonalなものから、interpersonal、そしてcommunityでのアプローチ、そしてpolicyとさまざまな段階での、それぞれにとての効果的な介入をしていく必要があるということがわかりました。問題は、数多く存在します。HIV, obesity, substance abuse, DM, violence, traffic accident, aging と Public health が扱う問題は本当にさまざまです。短い間ではありましたが、さまざまなトピックを統括的に学べたことは、これからPublic Health を勉強していくに当たってのよいきっかけとなったように思います。

それから、講義を通して感じたもう一つの大きなことは、“Evidence-based/oriented”なアプローチをとにかく大事にするということでした。講義のスライドではひたすら resources が並び、授業の予習としてはいくつか論文を読んでくるよう指示を出されました。1週目の終わりに出されたmidterm でも、references の多さがかなり重要視されました。Graduate school の厳しさというか、evidence をしっかりと一つ一つ求める姿勢に驚きました。論文をいかに多く読み込み、多くの evidence を集めてくることができるか、そしてこれらのデータをもとに思考を組み立てていくということが、SPH では非常に訓練できると感じまし

た。

今回、学部生の段階で、このように海外の大学院の授業を学ぶことができたことは非常に有意義でした。まだまだ、自分の知識や英語力の不足、そして経験の無さを大いに感じましたが、SPH でどのような授業が行われ、そこで学生がどのようなことを考えているのかといったイメージをつかむことができたことは、自分にとっては大きな収穫でした。世界には本当に多くの問題が存在しますが、それらを解決するツールとして Public Health は非常に重要なと思います。健康に関する多くの課題に対し、本気で取り組んでいくためにも、医師として、そして一人の「ひと」として、力を尽くしたいと思いました。自分の能力を磨くことで、自分の力を少しでも弱い立場にある人たちへと還元しきたい、そう感じています。今後も、public health mind を忘れずに、さまざまなことに、チャレンジしていこうと、強く思います。

5. 最後に

最後になってしましましたが、今回このような海外で学ぶ機会を与えてくださった方々に感謝したいと思います。特に、海外実習として「公衆衛生」の道を認めてくださった田中先生をはじめとする筑波の先生方、実際の留学先決定等の相談に乗ってくださった我妻先生、そしてさまざまな支援をしてくださった PCME 室の皆様には、本当にお世話になりました。おかげさまで、このような貴重な経験をすることができました。心から皆様に感謝いたします。ありがとうございました。

ご質問等ございましたら、下記までよろしくお願ひします。

塙田 勉

tsutomu.shioda@gmail.com

海外実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年 西野 誠

実習先：

The Hospital for Sick Children (HSC) Toronto,
Ontario, Canada

小児呼吸器内科 (2008/4/7~2008/5/2)

1. 海外実習応募の理由

筑波大学医学専門学群を受験した動機の一つとして、M6で海外実習が可能であるということがありました。親の仕事の関係で、アメリカに10年間ほど住んでいた経験があることから、それをどうにかして生かしたいという気持ちがありました。将来、英語圏で医師としてのトレーニングを積んでみたいという漠然とした願望を抱きながら学生生活を送ってきました。

今回のM6海外実習の期間を使って、自分が海外でも通用するのかどうか、将来英語圏で本当にトレーニングを積みたいのか、そして将来行くとしたらどのようなことを要求されるのだろうか、ということを確かめようと思い、海外実習に応募しました。

2. 準備

●おおまかな流れ

- ・ 6月末 海外実習報告会
- ・ 7月末 TOEFL 受験
- ・ 8月 学内選考用書類作成
- ・ 9月 学内選考会
- ・ 10月 予防接種、病院へ送る application form の作成
- ・ 11月 HSC 希望科の先生に実習が可能であるかメールで確認
- ・ 12月 immunization form, application form, application/tuition fee を HSC に送る
- ・ 1月末 HSC から accept letter
- ・ 2月 カナダ大使館指定病院（東京）で健康診断を受け、保険の申し込み

診断を受け、保険の申し込み、

・ 3月末 カナダ大使館から健康診断の結果

●行き先決定

最初はアメリカでの実習先を探していました。しかし、実際にインターネットで情報収集をしてみたところ、海外からの実習生受け入れに消極的である印象を受けました。海外からの医学生を受け入れていても、実習をするためにはUSMLE step1が必要であったり、高額な授業料の支払いが必要であったりしたところが多かったです。

そこで、カナダでの実習先を探し始めました。Toronto University は海外からの実習生受け入れに非常に積極的で、実習応募に必要な手続きが詳細にホームページに記載されていました。小児科に興味がある私は The Hospital for Sick Children で実習が可能であることも知り、Toronto University での実習に応募することを決定しました。



The Hospital for Sick Children 正面玄関

●滞在先決定

受け入れが決まってから滞在先を探しました。選択肢としては、病院のすぐ近くにある residency に泊るか、部屋を提供しているカナダ人の

家に滞在することが可能でした。後者の方が少し安かったことと、どうせ行くのだったら現地の人と話す機会が多い方がいいと思い、そちらに決めました。滞在先には私以外にもドイツ人の医学生が泊まっていて、交流をもつことができました。

●ビザ

カナダで医学生として実習をするためにはビザは必要ありませんでした。ただし、カナダに入国するためには、カナダ大使館が指定した医療機関で健康診断を受診する必要があると言われました。実際に私が入国した際には、その健康診断受診の証明書の提示を要求されませんでしたが、同じくカナダに行った人の中には提示を要求された人もいたようです。

●予防接種

個人的には、予防接種に一番時間をとられました。特にB型肝炎の抗体がなかなか陽性にならなかったことが、immunization form の提出が遅れる原因となりました。大学で3回予防接種を受けていましたが、抗体は陰性で、結局2回追加で接種してようやく陽性になりました。

3. 実習内容

The Hospital for Sick Children 小児呼吸器内科での実習は外来を中心でした。最初の1週間半は見学という形でした。外来ではまず医学生、レジデント、またはフェローが問診と身体所見を取り、アセスメントを行い、プランを考え、その患者さんのプレゼンテーションをスタッフの先生に行うという形がとられていました。そして、先生と話した後に一緒に患者さんのところに戻り、プランを中心に患者さんにお話していました。

2週目からは私もこのようにして、子供を診させてもらいました。日本での実習ではひとりで患者さんを見る機会は非常に少なかったのですが、ここでは、2週間半で約30人の子供を診察することができました。呼吸器内科の外来には、喘息の患者（コントロールが不良で発作のため何度も入院している子供）が多く、その他にはcystic fi-

brosis（囊胞性線維症）の患者が目立ちました。北米でcystic fibrosisは非常に頻度が高い疾患で、HSCではこの疾患の研究に精力的に取り組んでいました。心臓移植や両肺移植をした子供が外来に来ていたのも、HSCならではだと思います。どの子供の親も非常に医学生・レジデントの教育に協力的で、快く問診と診察を承諾していただいたことが印象的でした。

実習中、一番大変だったのは、家庭医向けの手紙のディクテーションでした。カナダではみな普段から健康に問題があると、家庭医にかかっていました。家庭医の手に終えない疾患であったりす



The Hospital for Sick Children 正面玄関



郊外から撮ったダウンタウン Toronto

ると、HSCのような病院に紹介されてきます。そして、HSCの外来で診る度に、患者とどのようなことを話し、どういう薬を処方し、今後どのようなことを計画しているかをその家庭医に知らせるために手紙を作成します。この手紙を医者自身がパソコンで打っている時間はないので、電話に向かって手紙の内容を話し、それがテープに録音され、それを基に他の場所でディクテーションをしてくれるという仕組みになっていました。これは基本的に、最初に患者を診た医学生、レジデント、またはフェローの仕事なので、患者が帰った後はいつも電話を探してメモをもとに手紙の内容を録音していました。

4. 実習を終えて

HSCでの実習を振り返ってみると、提供している医療の質はそれほど日本と変わらないにしても、非常に医学生・レジデント・フェローの教育に力を入れていたと感じました。同じ時期に実習をしていたカナダ人医学生の話によると、他の病院でも同じように教育してくれるということでした。日本と比べ、カナダの医学生はより実戦的な教育を受けている印象を受けました。医学知識の

差は感じませんでしたが、患者を診るときの一種の貫禄、プレゼンの上手さには驚きました。今までの実習で、それだけ患者さんを診察してきて、自信を身につけてきたのだろうと感じました。このような教育を可能としていたのは、スタッフの人数の多さ、そしてそれによって生まれる時間のゆとりでした。また、スタッフの先生方は教育するということに非常に熱心で、質問をすれば非常に丁寧に教えていただきました。

実習最終日にお世話になった看護師のひとりに「一緒に患者さんをみてくれてありがとう」という言葉をかけていただいたのが印象的でした。医学生であっても、チームの一員として認められ、ある程度責任を負わされることにより、非常に充実した実習を送ることができました。

5. 最後に

今回の実習では、本当にたくさんのこと学ぶことができました。自分の身を普段とは違う環境におくことにより、さまざまなことを考えるきっかけにもなりました。トロントという都市には非常に移民が多く、病院内にも様々な人種の人たちが働いていました。自分と異なる価値観を持つ人々と接することは、自分の価値観を見直すきっかけとなりました。

このような充実した実習を行えたのは、日本でサポートしてくださった先生方、そして家族のおかげだと思っています。この場を借りて、感謝の気持ちを伝えたいと思います。本当にありがとうございました。

〈連絡先〉

西野 誠

s0311586@ipe.tsukuba.ba.ac.jp



Toronto 市内を走る路面電車

3回生の齊藤正博先生、「世界らん展」日本大賞2008受賞

「世界らん展日本大賞2008」（2008年2月23日～3月2日、東京）の日本大賞を、3回生の齊藤正博先生のユーロフィエラ属レンプレリアナ‘ヨウコ・Y. サイトウ’が、また優秀賞もカトレア属トリアネ‘オカダ’が受賞されました。

「世界らん展日本大賞」は、東京ドームで毎年開催される国際的なラン展で、世界20カ国以上から約3000種、10万株が集まり美の競演が繰り広げられます。個別審査部門は、国内外から出品された1000株以上のランが42のグループ毎に審査され、各グループのトップの中から投票によって選ばれた最高位に「日本大賞」、第2位に「優秀賞」、第3位に「優良賞」が与えられます。

齊藤先生の大賞と優秀賞のダブル受賞は18回続く「世界らん展」始まって以来の快挙だそうです。しかも優秀賞のカトレアは、英国王立園芸協会特別賞も受賞し、ランの愛好家からは賞賛と羨望の嵐が巻き起こっています。

ランは花の中でもひときわ目立ち、華麗で豪華な特別な存在感を示しています。その頂点にたつ齊藤先生のランをカラー写真でお届けできないのが誠に残念です。是非ともインターネットでその美しいランをご覧下さい。齊藤先生には受賞の喜びと、診療にも通じるラン栽培の意外な側面をご寄稿いただきました。



日本大賞に加え、グレートブリテン蘭協会会長から王立園芸協会特別賞を授与された

ランを診る

横瀬医院 院長

齊藤 正博（3回生）

2008年2月22日13時、外来が終って温室に直行した私の携帯電話が鳴りました。世界らん展事務局から、グランプリと準グランプリを同時受賞したのですぐ会場に来て欲しいという内容でした。それからがたいへん。予定していた往診には取りあえず看護師を向かわせ、午後の外来は急遽休診。お詫びの掲示を作り、高熱などの患者さんは「8時過ぎでよければ診察する」旨お伝えするように指示をして、東京に向かいました。

皆様お久しぶりです。私は現在、茨城県西部の筑西市で診療所を開業しています。敷地内に温室を建て、20年ほど前に9回生の沖先生から教えていただいたラン栽培を懲りずに続けてきました。葉の色、艶、厚さ、伸び具合などの観察から株の状態を見きわめ、病気がないか、植替えが必要か、どのような肥料を与えるかを判断するところは、日々の診療と類似性があるように感じます。さらに、ランの具合が悪くなる原因は真菌、細菌、ウイルスなどの感染症が多く、医学的知識が役に立ちます。まさに「文句を言わずにじっと待ってくれる患者さん」といったところです。全体では5000株はあるでしょうか。無言の患者を大量に抱え、自由時間はほとんどランにかかり切りです。昼休みにはオニギリを食べながら温室回診を行ない、診療が終る8時頃から帰宅する11時過ぎまで、灌水や植え替えなどを行なう毎日です。よく飽きないものだと感心されています。

冒頭でお書きしたように、今年は突然、話題の人になってしまいました。東京ドームに到着すると、テレビと新聞の取材、記者会見、表彰式、そしてBSの録画と息をつく暇もないといった感じで、患者を言い訳にして会場を後にした時には正

直ホッとした。私にとっては、グランプリという結果よりもそれまでの経過、例えば苗を購入した12年前から順調に発育させられたこと、普通に育てると6畳間でもはみ出してしまうようなやんちゃな性格のランをコンパクトに発育させる工夫が成功したこと、さらには、重さ80kg、高さ3mもある株を東京ドームまで無事に運べたこと等々で充分楽しませてもらったつもりです。

ラン愛好会の雑用や講演会などで自由時間が減りつつある昨今ですが、温室に入ると不思議と気持ちが和みます。今度は自分が患者の癒しになりたいと願っています。

世界らん展の受賞作品は <http://www.jgpweb.com/ower.html> でご覧いただけます。



グランプリ「日本大賞」を受賞した
ユーロフィエラ・レンブリアナ。'ヨウコ Y. サイトウ'

大学病院内にスタバ登場!!

患者サービス及び職員の福利厚生の目的で、平成20年7月9日スターバックスコーヒーが大学病院内にオープンしました。

コーヒーの香りが院内に癒しの空間をつくり、待ち時間に、見舞客との憩いのスペースにとその用途はさまざまです。

コーヒーショップの病院への進出は近年では都内の病院などでも見かける光景です。病院という場を日常の生活空間へと近づけることで、患者さんにとって過ごしやすい環境になることが期待されています。

営業時間 平 日：7：30～19：30

土日祝：10：00～18：00



7月8日プレオープンの様子

第28回（平成20年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3回生）

第28回（平成20年度）桐医会総会は2008年5月24日（土）に筑波大学医学群学群棟4A411室において開催された。議事内容を報告する。

1. 平成19年度事業報告

副会長：海老原次男氏から表1のごとく報告された。

2. 平成19年度会計報告

平成19年度決算は表2のごとく報告された。4月1日付で監事2名、宮川創平氏（3回生）、須磨崎亮氏（賛助会員）の監査を受けた旨、会計：堀孝文氏（7回生）から報告された。

3. 役員選出

第29回生評議委員として久保川涼子・五味潤智香の2名が選出され、全員一致で承認された。

4. 平成20年度事業計画

副会長：海老原次男氏から表3のごとく報告された。

なお、法人化について会長の招集があれば、臨時総会を開催する。

5. 平成20年度予算

平成20年度予算は表4のごとく会計：堀孝文氏から説明があり、承認された。

6. 桐医会の法人化について

平成20年3月21日発行の第63号桐医会会報において桐医会会員にお知らせし、平成20年5月16日の役員会において議決された桐医会の法人化が、本総会において全員一致で承認された。

表1 平成19年度事業報告

平成19年	
4月	第1回定例役員会
5月26日	第27回桐医会総会開催
6月	第2回定例役員会
8月	第3回定例役員会
9月	桐医会会報第62号発行 平成19年度桐医会名簿発行
	第4回定例役員会
10月	第5回定例役員会
11月	第6回定例役員会
12月	第7回定例役員会
平成20年	
1月	第8回定例役員会
2月	第9回定例役員会
3月	第10回定例役員会 桐医会会報第63号発行
3月25日	第29回生桐医会加入手続き

表2 平成19年度決算

収入

内訳	予算	決算
前年度繰越金	1,654,038	1,654,038
会費	5,000,000	5,398,287
広告収入	100,000	100,000
名簿売り上げ	3,000	1,000
保険金手数料	1,000,000	1,080,492
預金利息	2,000	34,169
計	7,759,038	8,267,986

支出

内訳	予算	決算
総会費	200,000	201,660
事務局運営費	2,300,000	2,425,310
広報発行費	900,000	1,050,784
名簿発行費	1,500,000	1,422,960
通信費	800,000	782,187
消耗品費	400,000	328,252
備品購入費	400,000	142,200
事務費	200,000	215,675
涉外費	10,000	7,440
慶弔費	80,000	0
予備費	449,038	0
学生援助金	200,000	142,845
レジデント教育賞	100,000	71,202
卒業記念品	120,000	132,825
支部経費	100,000	100,000
繰越金	0	1,244,646
計	7,759,038	8,267,986

平成20年4月1日

会長 山口 高史 印
 会計 堀 孝文 印
 監事 宮川 創平 印
 監事 須磨崎 亮 印

表3 平成20年度事業計画

平成20年

4月	第1回定例役員会
5月	第2回定例役員会
5月24日	第28回桐医会総会開催
7月	第3回定例役員会
9月	桐医会会報64号発行 平成20年度桐医会名簿発行
	第4回定例役員会
10月	第5回定例役員会
11月	第6回定例役員会
12月	第7回定例役員会

平成21年

1月	第8回定例役員会
2月	第9回定例役員会
3月	第10回定例役員会 桐医会会報65号発行
3月25日	第30回生桐医会加入手続き

表4 平成20年度予算

収入

内訳	予算
前年度繰越金	1,244,646
会費	5,300,000
広告収入	100,000
名簿売り上げ	3,000
保険金手数料	1,000,000
預金利息	5,000
計	7,652,646

支出

内訳	予算
総会費	250,000
事務局運営費	2,400,000
広報発行費	1,000,000
名簿発行費	1,500,000
通信費	800,000
消耗品費	400,000
備品購入費	400,000
事務費	250,000
涉外費	10,000
慶弔費	50,000
予備費	52,646
学生援助金	200,000
レジデント教育賞	100,000
卒業記念品	140,000
支部経費	100,000
繰越金	0
計	7,652,646

会費納入のお願い

今年度の会費が未納となっている会員の皆様は、同封の振込用紙で納入くださいますようお願い申し上げます。（郵便局での払込みには納入期限がございません。）なお、行き違いで納入いただきました場合には、何卒ご了承ください。

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。また同封の振込用紙には、平成20年度までの滞納分も含めて請求させていただいております。

なお、納入金額に過不足が発生しないよう、新しい振込用紙がお手元に届きましたら、古い振込用紙は破棄してくださいますよう、お願いいたします。

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下さい。

事務局より

桐医会事務局（学系棟4階ラウンジ485）は月～金の9：00～16：00
原則的に事務員がおります。

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。

正会員 高野 勝久先生（8回生）（平成20年4月15日ご逝去）
富 俊明先生（2回生）（平成20年8月6日ご逝去）

ご注意を！！

最近、卒業生、桐医会事務局、教官を装っての不審な問い合わせが続発しております。その手口も巧妙化しており、医療関係者や家族を狙った事件も発生しております。

桐医会事務局が直接先生方のご自宅・勤務先へ電話をして住所確認等をすることはありません。

不審な問い合わせ等に対し、会員の皆様、ご家族様におかれましては、即座にお答えにはならない、折り返しの連絡先を確認する等くれぐれもご注意下さいますよう、宜しくお願ひ申し上げます。

桐医会事務局

編集後記

筑波での生活も6年目でついに学生生活最後の夏休みとなりました。卒業試験の勉強やマッチングの準備があり、なかなか今までどおりに過ごすことはできません。いつもよりは気の抜けない夏休みとなっています。

部活動においては、最後のシーズンを華々しい成績を残すべく、日々練習に打ち込んでいます。暑さが続いているので、熱中症にならないように注意したいものです。

さらにこの夏は北京オリンピックが開催され、テレビから目が離せませんでした。特に驚いたのは「人類最速の男」ウサイン・ボルト。最後に力を抜いても100mを9.69秒という驚異的な速さ。一度は生で見て見たいものです。 (C.T.)

つくば事務所開設のお知らせ

桐医会会員の皆様へ

東京海上日動火災保険株式会社

代理店 IMK 高月株式会社

代表取締役 高月 清司

医師賠償責任保険並びに所得補償保険につきましては、日頃より大変お世話になっております。

桐医会の会員の皆様に、よりお役に立てますように平成20年8月1日より、つくば市内に、業務提携代理店「IMKつくば」を開設いたしました。

今後もより充実したサービスの提供を目指し、精進してまいります。どうぞご活用くださいますようお願い申し上げます。

- 代理店名 IMKつくば
- 代表 志賀 光宏
- 取扱保険会社 東京海上日動火災保険株式会社
東京海上日動あんしん生命株式会社
- 営業時間 平日 9:00~21:00
土・日・祝日 10:00~20:00
- 住所 〒305-0051
つくば市二の宮4-8-3-7-1403
- TEL 029-850-5355
- FAX 029-850-5356
- メールアドレス m-shiga@mail2.accsnet.ne.jp

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

筑波大学医学群内

同窓会 桐医会事務局 行

通信欄

茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学群内

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

E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp
Tel & Fax: 029-853-7534

E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp
Tel & Fax: 029-853-7534

※ご自宅の住所、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

※ご自宅の住所、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64号
発 行 日 2008年9月1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
筑波大学医学群内
医学同窓会 桐医会事務局
E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp
Tel & Fax: 029-853-7534
印刷・製本 株式会社 イセブ