



桐医会会報

2009. 10. 1 No. 66



筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

目次

☆学長就任挨拶 山田信博学長.....	1
☆教授就任挨拶 佐藤幸夫先生.....	3
☆教授就任挨拶 前野哲博先生.....	5
☆最終講義 吉田 廣教授.....	7
☆筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター開設と着任の挨拶 渡辺重行先生.....	14
☆それぞれの道 第8回 斎藤 環先生（7回生）.....	17
☆ Experts from Tsukuba ～筑波大学出身のリーダー達～	
白石裕比湖先生（1回生）.....	28
鈴木 利人先生（2回生）.....	30
☆海外実習報告（海外実習援助金について）	32
片岡義裕.....	32
玉田孝幸.....	35
☆第29回（平成21年度）桐医会総会報告.....	40
☆会費納入のお願い・事務局より.....	43

学長就任挨拶

－筑波イメージの定着を－



筑波大学 学長

山田 信博

はじめに、私の専門領域の紹介を兼ねて、自己紹介します。臨床医学系内科（内分泌代謝）教授として1999年に筑波に赴任してまいりました。一昨年より理事・病院長として筑波大学附属病院の運営を任せられ、幸いにも病院の再開発をスタートさせることができました。内科医としては糖尿病や高脂血症などの生活習慣病を中心とする内分泌代謝を専門領域としています。昨今マスコミをにぎわしているメタボリックシンドローム（通称メタボ）も私の専門領域の一つになります。このメタボというものが学術の世界においてそれほどまだ認知されていなかった時代から、この病気に注目して研究してまいりましたので、最近のメタボブームやマスコミの取り上げ方には隔世の感を抱いております。私どもはこの病態を栄養・エネルギー代謝に関する候約遺伝子の発現の異常と捉えています。その異常に関連する特異的な分子の単離同定をおこない、病気の治療に結び付けたいと考えています。

筑波大学の歴史には二つの側面があるように思います。一つはいうまでもなく、師範学校、東京教育大学以来の135年を超える歴史を持つ伝統校であるという点です。もう1つは、日本が豊かな時代になってから、新しい総合大学として生まれ変わったという側面です。勿論、医学にとっては後者が重要な側面です。私たちの先輩たちが大学に対する新しい考え方を取り入れて、多くの期待や夢をこめて、東京教育大学から筑波大学へと発展し、1973年に東京から筑波へ移転しました。東京教育大学から筑波大学に改組される際、新しい

総合大学を目指して、多くの新しい試みがなされたと窺っています。私どももこの新しい考え方を継承するのみならず、更に改革を進め、教育研究の質の向上を図っていく必要があります。医学は本学の新しい側面を代表しており、多くの新しい取り組みが評価されています。特に、臨床医の育成における並々ならぬ努力が評価されていますが、その臨床の実力の情報発信にさらに努めるべきでしょう。そして、研究における国際的評価をさらに高めることが、今後の大変な目標と考えます。

現在、次期中期目標及び計画を策定中ですが、策定に際しては、とくに大学の基本的な目標や使命を、中央教育審議会答申「わが国の高等教育の将来像」に掲げる大学の機能別分化に関する考え方を参考にしつつ、自らの特性も踏まえ一層の個性化を図る観点から記載することが求められています。この機能別分化では以下の7つのカテゴリーが挙げられています。①世界的研究・教育拠点、②高度専門職業人養成、③幅広い職業人養成、④総合的教養教育、⑤特定の専門的分野（芸術、体育等）の教育・研究、⑥地域の生涯学習機会の拠点、⑦社会貢献機能（地域貢献、産学官連携、国際交流等）。

医学では高度専門職業人養成や社会貢献機能が大事な目標であることは言うまでもありませんが、全学的には次期中期目標として現在、次のような目標前文案を検討しています。筑波大学は、あらゆる面で「開かれた大学」となることを目指

し、固定観念に捉われない「柔軟な教育研究組織」と次代の求める「新しい大学の仕組み」を率先して実現することを基本理念とし、我が国における大学改革を先導する役割を担っています。人類社会の調和の取れた発展の鍵を担う知の拠点として、大学にさらに大きな社会的役割が求められるなか、筑波大学は、知の全ての分野において幅広い教育研究活動を展開することが可能な総合大学として、個性と自立を基軸とし、世界が直面する問題の解決に主体的に貢献する人材の創出を目指した教育研究を充実・強化していきます。

新しいことに挑戦するフロンティア精神は本学の大変な遺伝子だと感じています。大きな挑戦や改革の後は、少しリラックスすることも大事ですが、法人化された現状では前向きに改革を着実に進める必要を感じています。特にグローバル化の時代において、多方面において従来のシステムが破綻をきたし始めていることに向かい合う必要があるように感じます。内向きにならずに、未来志向で、今までのヒエラルキーや権威、学問体系や運営形態について柔軟に考え直す時期にあります。是非、随所に目立ち始めた日本のガラバゴス化（内向きの結果としての）に本学、特に医学は

問題意識を持って、その解決に取り組むべきと考えています。本学の個性として定着させたいと思っています。

筑波大学草創期の卒業生は私より少し若い50代前半の世代になっています。社会においては、最も活躍を期待されている中核の世代ということになります。そして、続々と卒業生が社会のリーダーとして活躍していますし、次世代を育てる立場にもなりつつあります。さらに10年後には全ての年代層で同窓生が活躍する時代になりますので、筑波大学の真価が益々發揮される時代が到来すると期待しています。このような時代を近い将来に迎えるからこそ、大学と同窓生、同窓会がしっかりと交流し、連携し、支援する体制を整備する必要があります。是非、卒業生には本学への支援のみならず、互いの交流を活発にし、若い同窓生を応援していただきますようにお願いします。そして、新しい筑波大学が発展するための精神的支柱となるような、分かりやすい筑波イメージを示すことができるよう工夫したいと考えています。同窓の皆さんからもアイデアを頂きたいと思っています。桐医会の皆様には今後とも本学へのご支援をどうぞ宜しくお願ひ申し上げます。

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 呼吸器外科学分野
臨床医学系 呼吸器外科 教授 佐藤 幸夫

この度、平成21年4月1日付けで筑波大学呼吸器外科が独立した科となりました。それに伴い筑波大学人間総合科学研究科（臨床医学系呼吸器外科）教授を拝命し、栃木県の自治医大から着任致しました。このような執筆の機会を与えて頂いた桐医会の方々に感謝いたします。

私は、土浦市に生まれ育ち、土浦一高を卒業し、1988年に筑波大学医学専門学群を卒業した9回生です。小学生の頃から、筑波研究学園都市が形成されていく様子を見ながら育ちました。荒野といってよい風景の中に建設機械が力強く動き、新しい町が創られていく様が、いわば心象風景として残りました。その頃モダンに見えた建物（実は官舎）に、今入居してみると、経年変化をとげ、三十数年の月日の流れを感じずにはいられません。しかし、当時頼りなげであった街路樹は立派に成長し、人工的でともすると無味乾燥であった風景は、人が生活を営む街へと熟成し、愛着を抱かせるものになりました。更なる発展が期待されるつくばの地に戻って来たことを嬉しく思います。

学生時代はまず、医学アイスホッケー部と共に過ごした時間が思い出されます。深夜に及ぶ試合と練習、そしてさらにその後のミーティング？に明け暮れ、正直勉学に熱心な学生ではありませんでした。先進的な筑波の医学教育のありがたさを、もっと理解すべきだったと今更ながら悔やまれます。そんな私でも卒業し医師になることができたのは、優れたカリキュラムと同級生のおかげです。

卒後茨城県の医療に従事すべく筑波大学附属病院で研修し、外科へ進みました。専門を選択する際は悩みましたが、最初の2ヶ月間にローテート

し、術者をさせて頂き、自らの手で取り出した肺の印象が強烈で、呼吸器外科を選択しました。堀原一先生に外科医たるものとの矜持を教えて頂き、三井清文先生には、手術は究極的には、その字の如く手でするものだと教えて頂きました。日立総合病院で朝隈貞雄先生の薫陶を受け、手術の基本スタイルを学びました。師に恵まれ、充実したレジデント期間を修了することができました。

レジデント時代に、術後のARDSで難渋した経験があり、当時そのメカニズムもあまり解明されておらず、その研究をしたいという想いが強くなりました。Medlineで、カナダのバンクーバーにあるBritish Columbia大学で積極的に研究が行われていることを知りました。実績もない自分が、見ず知らずの研究室に、どうアプローチしていいのか、わかりません。まずは手紙を書くしかないと、とにかく研究に興味があるとアピールし、そして、カナダの国技であるアイスホッケーをこよなく愛することを追記してJames C. Hogg教授に送りました。後で伺ったところ、Hogg教授は、若い頃研究者になろうか、アイスホッケーの選手になろうか悩んだくらいのスポーツマンだったそうで.... 運良く留学することができました。世の中何が役に立つか判らないものです。全くResearch経験のなかった私でしたが、この3年間で、各国から集う研究者達と机を並べ、学生実習では正直退屈だった実験も、興味次第で非常にexcitingになると知り、Researchの考え方・手法を学びました。同時に留学生活の中で家族との時間を持ち、カナダの社会人アイスホッケーチームでプレーするなど多くの思い出を作ることができました。

帰国後は、筑波大学胸部外科グループで、講師として研究を続けることができました。British Columbia 大学の研究室とも交流を続け、後輩の先生達が留学して、Research を続けてくれているのは、嬉しい限りです。

2002年に縁あって、自治医科大学呼吸器外科に異動し、蘇原泰則先生、遠藤俊輔先生（アイスホッケー部の先輩でもあります）に師事しました。自治医大は大学という研究機関であると同時に、アクティビティの高い一般病院という両方の特徴を合わせ持った所で、師と症例に恵まれ、また肺癌に対する胸腔鏡手術をスタートさせ、経験を積むことができました。母校とはまた違う環境で揉まれた事は貴重な体験でした。昨年は蘇原会長のもと、宇都宮で呼吸器外科学会総会を開くという経験もさせて頂き、このまま栃木に骨を埋めるのだと思っておりましたところに、縁あってまた筑波で仕事をする機会を与えて頂き、決意を新たにしている次第です。

現在日本人の死因の第一位は肺癌であり、今後も肺癌患者は増加していきます。肺癌対策は急務であり、呼吸器外科の役割も大きくなっています。呼吸器外科医が不足する中、筑波大学呼吸器外科グループには優秀なメンバーが多く在籍しています。関連病院をみましても、茨城県にあるがん診療拠点病院で肺癌の外科治療を行っているのは7ヶ所ですが、そのうち5ヶ所を、筑波大学呼吸器外科グループが担当しています。さらに有機的に協調して肺癌診療にあたれば、茨城の肺癌診療に更に貢献できるだけでなく、日本の呼吸器外科学の発展にも寄与できると信じております。

具体的には、胸腔鏡を積極的に用い肺癌手術を低侵襲化すること、化学療法・放射線治療を合わせた集学的治療を系統的に行うこと、緩和医療・PETの整備、学会・インターネット等を通じた情報公開、等が課題です。

胸腔鏡は機器の進歩と共に、画像はハイビジョンとなり肉眼を凌ぐ所見を得ることができるようになりました。更に狭帯域光観察など肉眼では見ることができないものを見ることが可能になって

きています。これらを利用し、更に精度の高い手術を行うことによって、早期の症例のみならず、ある程度進行したものも胸腔鏡手術の適応にすることができます。痛みが少なく、入院期間の短い胸腔鏡手術は、社会復帰も早く、結果的に医療費も抑制し、社会的にも求められているものです。

しかし、外科治療だけで根治が期待できない進行癌も多いのも現状で、近年開発が進んでいる新規抗癌剤・遺伝子治療薬、そして当院で利用可能な陽子線治療・放射線治療を併用した集学的治療を行い、成績向上を目指す必要があります。しかし、新規薬剤の開発のスピードに比べ、術後補助療法のエビデンスの整備は遅れており、関連病院にも協力をお願いし、系統的にプロトコールを決め、データを集積、評価していくと考えています。

癌診療に携わる医師達の努力にもかかわらず、日本人の3人に1人が癌で死亡するのが現状で、緩和医療を整備するのも重要なことです。患者さんが、安心して癌と向き合えるよう、癌診療の拠点となるべき大学病院は積極的に充実させなければならないと考えます。また茨城県には、いまや肺癌診療に必須となったPETが2台しかなく、しかも県南には1台もありません。これも早急に整備が望まれるところです。

国立大学病院は、勿論研究機関として突出した分野を持つこともその役割ですが、地域に信頼されかつ貢献する為には総合病院としての全方位的な実力をつける必要があり、積極的な情報公開も必須です。難しい課題ですが、両立させるのも大学病院の責務です。また癌患者は高齢化し、癌以外にも多くの合併症を持っている率が高く、癌だけを診るのではなく合併症もあわせて診る意味でも、癌診療拠点としての大学の役割は増して行くはずです。

以上関連各科・関連病院の先生方そして卒業生の方々と協調して、茨城県の癌診療に貢献するよう、グループ一同決意を新たにしておりますので、今後共どうぞ宜しく御協力頂けますよう、また若い先生方に選択肢の一つとして呼吸器外科を考えて頂けるようお願い致します。御興味のあるかたは是非御一報下さい。(ysato@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
疾患制御医学専攻 地域医療教育学分野
臨床医学系 総合診療科 教授 前野 哲博

平成21年2月16日付をもちまして、地域医療教育学教授を拝命いたしました。12回生の前野哲博と申します。今回、桐医会の皆さんにご挨拶させていただく機会を頂きましたので、これまでの仕事と今後の展望について述べさせていただきたいと思います。

これまでを振り返って

平成3年（1991年）に本学を卒業した時、私は、将来地域に溶け込んで地域の人々の健康に貢献する医師になりたいと思っていました。これは、大学に入学したときから現在までずっと変わらない臨床医としての目標なのですが、そういう気持ちから、大学病院ではなく、common diseaseを数多く経験でき、在宅医療も経験できる東京の河北総合病院の内科を選びました。

初期研修後、在宅を含む地域医療の実践には、内科だけではなく、もっと幅広い領域を研修する必要性を感じて、当時卒後臨床研修部におられた大滝純司先生（現 東京医科大学教授）に相談して、筑波大学附属病院総合医コースのレジデントとして筑波に戻ってきました。そして、当時は珍しかったスーパーローテーション研修（放射線科、整形外科、小児科、産婦人科、一般外科、救急部）をさせていただきました。その後、呼吸器内科を1年間、川崎医科大学総合診療部（眼科・皮膚科・耳鼻科の外来研修を含む）で1年間研修してレジデントを修了した後に、筑波メディカルセンター病院総合診療科で、救急・外来・病棟業務をこなす傍ら在宅医療にも関わる、臨床医として非常に充実した生活を送っていました。

転機となったのは、平成12年（2000年）に、卒

後臨床研修部の講師として大学に戻るお話をいただいたことです。当時は卒後臨床研修部の業務はそれほど忙しくないと聞いていたので、空いた時間に大学で少しでも総合診療科の活動ができ、学生やレジデントに興味を持ってもらえたらしいなと思ってお受けしたのですが、その2か月後にいわゆる臨床研修必修化の法案が国会を通過し、着任早々36年ぶりの研修制度改革への対応を迫られることになりました。

私は、「教育の筑波」として諸先輩方が築いてこられた研修環境を土台として先進的なプログラムを作ること、大学と市中病院両方の良さを生かしたプログラムにすること、の2つを大きなコンセプトとして、研修のコーディネートに従事してきました。おかげさまで、必修化後に大学病院で研修する研修医が全国的に減少する中、本院は何か踏みとどまることができ、今年度の研修医数は、国立大学では都市部の旧帝大に次いで全国で第5位の実績を挙げています。この仕事には、大学病院・市中病院両方で研修を受け、またスーパーローテーション研修を実際に経験していたことが大変役に立ちました。

学群教育に関しては、地域医療、医療面接、医療概論などを中心に、総合診療科のバックグラウンドを生かした教育を行ってきました。医学群では平成16年度から新カリキュラムが導入され、また、いくつかの取組が文部科学省のGP（good practice）の補助事業に採択されたこともあり、多くの新しいプログラムの立ち上げに関わらせていただいたのも非常にいい経験になりました。臨床では、総合診療グループの新設に関わり、外来のみではありますが、総合診療科としての診療活

動を行ってきました。同時に、後期研修プログラムとしての総合医コースを整備し、大学・市中病院・診療所などの施設を幅広く研修できるプログラムでレジデントの指導に当たってきました。

地域医療教育学分野の展望

これまで大学でおもに医学教育・総合診療についての仕事に従事していたわけですが、このたび地域医療教育学という分野を担当することになりました。地域医療教育学は、「教育を通した地域医療の充実」を目的として、地域医療に携わる人材を養成する教育手法やプログラムの開発や地域医療システムの構築、ヘルスプロモーションの推進などを扱う分野ですが、筑波大学に初めて作られた新しい分野でもありますので、その経緯も踏まえて少しご紹介したいと思います。

最近、医師不足、医療崩壊が大きな社会問題になっていますが、その流れの中で、大学の果たすべき役割について注目が集まっています。これを受けて、筑波大学でも今年度から定員を8名増やし、うち5名は地域枠とする入試制度が始まりました。それに伴って大学にも地域医療教育学分野が新設されることになり、このたび私がそれを担当することになった次第です。さらに、この4月からは茨城県の地域医療教育学寄附講座（准教授1、講師1）も設置され、モデル地区（神栖市）での地域医療実習の導入などの新たな活動が始まっています。

われわれにまず求められていることは、将来地域で活躍するモチベーションと能力を備えた医師を数多く養成することであり、そのための教育プログラムの開発や教育環境の整備に取り組んでおります。しかしながら、最終的に地域に定着してもらうにはそれだけでは不十分であり、生涯にわ

たって地域で安心してキャリアを重ねていけるシステムが必要不可欠です。具体的には、診療環境の改善や、若手医師が中核病院と地方医療機関を循環しながら、一定レベル以上の診療・生活環境の下で、十分な指導をうけながら豊富な症例を経験できる体制の整備を進めたいと思っています。もちろん、これは大学の努力だけでできるものではなく、行政・地域の全面的な協力が非常に重要です。大変難しい課題であることは十分認識しておりますが、大学と地域が、「地域で活躍する医師は、地域で育てる」というコンセプトを共有して、実現に向けて一致団結できるような体制を是非とも作り上げたいと思っています。

その他にも、限られた医療資源を有効に活用していくために、地域住民の予防やセルフケアについての知識、すなわちヘルスリテラシーを高めるための事業や、これらの領域に関連したリサーチを通してエビデンスを積み、その成果を発信していくことにも積極的に取り組んでいきたいと思っています。

医療を取り巻く環境が厳しさを増す中で、大学への期待はどんどん高まっています。大学にとって、世界に通用する研究や高度医療の提供も重要なミッションだと思いますが、その一方で、医学は100%、研修医は約半数が在籍する教育機関でもあるわけで、将来地域で活躍する医師を輩出することも大学に課せられた大きな使命であります。微力ではありますが、これまで培ってきた医学教育・総合診療のバックグラウンドを生かして、私が医師を志したときからの夢である地域医療の充実にわずかでも貢献できるよう、全力を尽くす所存ですので、皆様のご指導・ご鞭撻の程よろしくお願ひ申し上げます。

2009年3月3日(火)

最終講義

「口腔外科学における私の経験」

筑波大学大学院人間総合科学研究科（臨床医学系）顎口腔外科学
吉田 廣 教授

私は1970年に東京医科歯科大学歯学部を卒業後、ただちに同大学大学院歯学部第一口腔外科学教室に入学し、故上野 正東京医科歯科大学名誉教授、1977年からは昭和大学歯学部第一口腔外科学教室で現道 健一昭和大学名誉教授に指示し、一貫して口腔外科学について指導いただきてまいりました。歯学部においては両教授とも口腔外科学の大家として知らぬ人のないほどqwめて有名であり、私もこのような立派な先生の下で口腔外科学を勉強できたことを誇りとしておりました。しかし、時期についての記憶は定かではありませんが、某大学医学部の口腔外科学教授が自らが勤務している大学で口腔外科学について医学部教授を対象としてアンケート調査を行ったところ、一般歯科と口腔外科の区別に対する認識、とくに口腔外科的疾患に対する認識があまり高くないとの報告が目にとまりました。対象とする疾患や身体の部位が異なるためやむを得ないことだと思いますが、医学部における認識は低いものと実感いたしました。2000年、口腔外科は標榜科として認められて以降、認識程度は改善されているとは思いますが、口腔外科で行われている臨床研究の内容については医学部の先生方にとって不明な点が多いのではないかと考えております。

そこで、今回与えていただいた最終講義の場において、時間の制限もありますので、口腔外科学における私の経験と題し、1. 口腔外科学とは、2. 私が主として行ってきた研究、3. 筑波大学臨床医学系歯科口腔外科における研究、の3項目についてお話をさせていただきました。

I. 口腔外科学とは

口腔外科学の著名な教科書、参考書、および歯学辞典を開きますと、多少の表現の違いはあります、いずれも「口腔外科学とは歯、顎、口腔ならびにそれら隣接組織に現れる先天性および後天性疾患について、その原因、病理、症状、診断、処置、予後などを考究し、これを各種疾患の予防および治療に応用することを目的とする歯科臨床医学の一分野で、主として観血的療法の対象となるものの診断と治療を行うが、外科的処置だけでなく薬物療法なども含めて行う臨床科である（表1）」、「対象となる部位は、口唇、頬、軟口蓋、舌、口底などの軟組織部と上・下顎骨およびそれに植立する歯の硬組織部に大別され、口腔に関連する器官は顎関節、唾液腺および所属リンパ節などである（表2）」、「対象となる疾患はこれら疾患部位の先天異常、発育異常、損傷、炎症、特殊な骨疾患、囊胞、良性・悪性腫瘍、神経疾患などである（表3）」と記載されています。

一般に口腔外科における主な手術は次のように分類されています（表4）。

1. 膿瘍切開術、腐骨除去術などの消炎手術
2. 抜歯、歯根尖切除術、囊胞・腫瘍の開窓術、切除術、摘出術
3. 悪性腫瘍の根治手術
4. 顎骨の再建ならびに咬合の回復を主眼とする骨折手術
5. 脣・顎・口蓋裂、顎変形症、顎関節強直症あるいは舌・口唇小帶異常、補綴処置前などの形成手術

6. 頸骨腫瘍に後遺する骨欠損の再建手術
 7. 唾石あるいは外來性異物の除去手術
 8. 頸関節脱臼の徒手または観血的整復術
- したがって、平易に言いますと、歯科の代表疾患である、う蝕（虫歯）、歯周疾患、および歯の欠損に対する補綴処置（義歯）以外を診断・治療する臨床科ということになります。

II. 私が主として行ってきた研究

東京医科歯科大学大学院歯学部第一口腔外科に入学しました当時、第一口腔外科には多数の口蓋裂患者に対して口蓋形成術が実施され、術後顎発育、言語機能障害に関する研究が部分的に行われおりました。そこで、上野 正教授および道 健一講師より口蓋裂言語障害の原因である、口腔と鼻腔の遮断不全すなわち鼻咽腔閉鎖機能不全を研究するように指導されました。機能不全を解明するためには鼻咽腔諸組織（軟口蓋、咽頭側壁、咽頭後壁）の構造と形態および運動様式を明らかにすることが必須であると考えました。試行錯誤の結果、従来、その形態を画像的に明瞭に描出することが困難であった軟口蓋に造影剤を使用することによってX線写真上で、明瞭にしかも定量的な正確さをもって描出する方法を考案し、軟口蓋造影X線規格写真法と命名しました（図1, 2）。この手法を用いることにより、健常者、口蓋裂術後言語良好症例および不良症例の3群間における鼻咽腔の形態および動態の違いを明らかにし、術後言語障害の要因を解明しました。

本研究を行っている際、明らかな口蓋裂が認められないにもかかわらず、先天的に鼻咽腔閉鎖が得られないため口蓋裂様言語障害を呈する症例に遭遇する機会がありました（表5）。当時、このような症例は日本では先天性鼻咽腔閉鎖不全症あるいは粘膜下口蓋裂として一括されておりましたが、欧米では、言語障害の要因となる鼻咽腔部と軟口蓋部の形態により数種の異なる疾患に分類されることが報告されていました。しかし、分類基準が必ずしも明確でなく、また報告者によって一様でないため、臨床的に明確に分類することが困難な症例がしばしば存在しました。その原因是、

軟口蓋、鼻咽腔の形態を明瞭に描出できないためであることが判明しました。そこで、前述した軟口蓋造影X線規格写真法を用いることにより、このような症例の軟口蓋の形態および動態を解明しました。その結果、次の5型に分類されました（図3, 4）。

- I型：軟口蓋が薄くて短い症例（粘膜下口蓋裂）
- II型：軟口蓋の長さと咽頭腔の深さの比が不均衡な症例（軟口蓋短小症、咽頭腔拡大症）
- III型：軟口蓋の挙上域が少ない症例（軟口蓋麻痺）
- IV型：軟口蓋の挙上部が前方へ偏位している症例（口蓋帆挙筋位置異常）
- V型：その他の症例（境界症例、機能的開鼻声症例）

当時、粘膜下口蓋裂は口腔内所見に基づいて、口蓋垂裂、軟口蓋正中部の筋層断裂による透過性、硬口蓋正中部後縁のV字型の骨欠損の3つからなる、Calnanの3徵候をもって臨床的に診断されていました。そこで、造影X線写真所見とCalnanの3徵候を対比したところ、I型は従来、粘膜下口蓋裂と診断されている、3徵候あるいは2徵候を認める症例が多数を占めていたのに対し、II型～V型では、3徵候がすべて認められる症例ではなく、ほとんどの症例は1徵候か徵候がひとつも認められませんでした（表6）。したがって、軟口蓋造影X線規格写真法により鼻咽腔閉鎖不全の原因が解明されるとともに、それに基づいて症例の分類が可能となりました。

先天性鼻咽腔閉鎖不全症の症例を診療している際、表情に乏しい長い顔、平坦な頬、幅広い鼻橋、腫れぼったい眼、下垂した口角等の特徴をもった顔貌を呈する症例に、しばしば遭遇しました。先天性鼻咽腔閉鎖不全症例についてCalnanの3徵候を調べたところ、特徴的顔貌を呈する症例では徵候数が1あるいは0の症例が多数を占め、特徴的顔貌を示さない症例（その他の症例）では徵候数にこのような特色はみられませんでした（表7）。また、軟口蓋造影X線写真所見によ

る分類では、特徴的顔貌の症例はⅡ型が多数を占めていたのに対し、その他の症例の多くはⅠ型でした。言語障害の所見をみると、その他の症例と比較して、特徴的顔貌の症例では異常構音の種類に明かな相違はみられませんが、開鼻声の程度が重症であることが判明しました（表8）。また、全身的所見をみると、心奇形の頻度がその他の症例と比べて高いこと、精神発達遅滞をしばしば合併することが認められました（表9）。

一般に、口蓋形成術は生後1～2歳に行われますが、先天性鼻咽腔閉鎖不全症の症例は口腔内に口蓋裂のような明らかな異常がみられないため診断が遅れることが多く、言語障害が口蓋裂と比べて比較的後期まで放置される傾向でした。言語に異常癖がついてしまった症例に対しては、口蓋形成術のみでは必ずしも術後に良好な言語が得られるることは少ないため、speech aid applianceあるいはpalatal lift prosthesisのような歯科補綴的発音補助装置を応用して、まず言語の改善を図ります。補綴的補助装置装着後の鼻咽腔閉鎖機能改善までの期間を検討したところ、特徴的顔貌の症例はその他の症例と比較して遅延していることが判明しました（図5）。したがって、特徴的顔貌を呈する症例は顔貌の特徴と鼻咽腔閉鎖機能不全を共通してもつことから、一種の症候群と考え、顔面鼻咽腔症候群（Velo-facial症候群）と命名しました。本症候群は、Velo-cardio-facial症候群（Shprintzen症候群）、Di-George症候群とも呼ばれました。後日、これらの症候群のうち、第22番染色体に異常を合併したが症例が発見され、CATCH22症候群と呼ばれましたが、現在は22q11.2欠失症候群と命名されています（表10）。

III. 筑波大学臨床医学系歯科口腔外科における研究

歯科口腔外科においては主として臨床研究を行ってまいりました。研究をまとめると以下に示すようになります。これらの臨床研究は主として准教授および講師によってなされたものであったことをあらかじめ申し添えておきます。

1. 口腔癌の診断と治療

口腔癌の診断・治療については全国歯科大学や医学部歯科口腔外科で広範にしかも詳細に研究されていましたので、未だ研究が十分でない領域を選択し、実施しました。

1) 口腔癌の早期発見（表11）

早期発見、早期治療の重要性は口腔癌においても身体各部位の癌と同様です。当科外来を受診する口腔癌患者の多くは進行癌の状態でした。口腔癌の予後を良好にするためには当然のことながら早期発見が必要と考えました。口腔癌は肺癌、胃癌のような身体深部の癌と違って視診、触診が可能であり、熟達した歯科医師にとって診断は比較的容易ですが、初期癌では他の口腔粘膜疾患との鑑別が困難な場合があります。そこで、鬼澤准教授が主体となって口腔癌の発する励起光の特徴について蛍光学的研究、色相学的研究を行って解明し、その結果を早期臨床診断に応用しました。また、同准教授は当科を受診した多数の口腔癌患者の資料に基づいて、診断が遅延した原因を究明し、早期発見に努力しております。

2) 頸部リンパ節転移の診断（表11）

口腔癌の頸部リンパ節転移は予後を左右するといわれ、その診断は治療上、きわめて重要です。従来、頸部リンパ節転移は主として、触診、超音波、CT、MRIにより診断されていました。しかし、いずれの方法を用いても診断成績は必ずしも十分に満足のいくものではありませんでした。遊佐前助手（現：遊佐歯科口腔外科クリニック院長）は、画像の解析に熟練をするため一部の施設でしか使用されていなかった超音波診断装置をリンパ節転移の診断に利用し、転移リンパ節の診断基準を確立するとともに、診断成績の向上、微小リンパ節の早期発見を可能にしました。また、放射線照射・化学療法後の未手術リンパ節を経過観察し、その形態的变化を明らかにしました。

3) 術前・術後管理（表12）

最近、口腔癌の手術は早期の口腔機能回復を目的として、一般に切除後に即時再建術が施行

されています。そのため、手術時間が10時間前後になることがしばしばあります。口腔癌は比較的高齢の患者が多いため、長時間手術後にはしばしば患者が諱妄状態になり、術後管理に難渋をきたすことがあります。そこで、山縣講師は術後諱妄の要因を究明するとともに、諱妄を防ぐため術前術後にわたる必要な管理を明らかにしました。また、広範囲に進展した口腔癌に対しても、手術前に癌の縮小と全身転移の予防を期待して放射線照射と化学療法が行われています。そこで、術前放射線化学療法の効果についても検討しております。

4) 術後機能回復（表12）

口腔癌手術により舌、口蓋、上・下顎が切除されるため、術後には言語機能、咀嚼機能、嚥下機能が障害される症例が少なくありません。このような症例に対しては歯科補綴的技術を応用して機能回復を図り、患者のQOLの向上に努めています。下平歯科技工士、金澤歯科技工士は嚥下、発音機能回復を目的とした独創的な補綴的補助装置を新たに考案し、患者のQOLの改善に貢献しております。

2. 顎関節疾患の診断と治療（表13）

1) 顎関節症の臨床症状

顎関節症は顎運動痛、雜音、開口障害を主徴とする慢性非炎症性疾患で、20歳代の女性に好発し、その頻度は高く、最近ではウ蝕（虫歯）、歯周疾患とともに歯科三大疾患といわれています。本疾患は臨床像が複雑で、多様なため数型に分類され、症状が経時に変化することが特徴です。鬼澤准教授は顎関節症の患者について臨床症状の経年変化を究明するとともに症型別の原因を検討しました。

2) 顎関節症のMRI所見

顎関節症Ⅲ型は関節円板の位置異常によって発症するもので、顎関節内障ともいわれています。鬼澤准教授はⅢ型では開口に伴い、前方偏位した関節円板の屈曲する方向が症例によって異なることをMRI画像上で明らかにし、屈曲方向と予後との関連を解明しました。

3) 全身疾患患者の歯科管理（表14）

従来、全身疾患とくに内科的疾患を有する患者に対する歯科処置内容については患者の病態を考慮して種々の制約があり、適応範囲が報告されていました。当歯科口腔外科の初診患者のうち、約20%は何らかの全身疾患有しておらず、このような患者に対し、安全に、しかも適切な歯科治療を行うことは当グループの重要な役割です。歯科治療におけるガイドラインがある程度確立されている疾患もありますが、未だ成書に記載されていない疾患も少なくありません。そこで従来、歯科治療ガイドラインのない全身疾患について安全に歯科治療を行うための基準を作成することを試みました。山縣講師は従来、骨髄移植を成功させるため抜歯が主体であった骨髄移植予定患者に抜歯を行わなくとも安全、適切な歯科治療を行うためのプロトコールを作成しました。また、鬼澤准教授と山縣講師は肝疾患、ステロイド服用患者等のように明確なガイドラインがなかった患者に対しても多数例を対象とした経験に基づいて安全な抜歯基準を確立しました。これらの報告は今後増加することが予想される全身疾患患者に対して、きわめて有意義な歯科処置の対応基準を提供するものと考えられます。

4) 生化学的研究（表15）

石井社会医学系教授のご厚意、指導の下、柳川講師によって生化学的研究が行われています。主な研究内容は、ストレス蛋白質である、A-170, hemeoxygenase-1, peroxiredoxin I, 口腔癌のc-Abl発現、スタチンと骨芽細胞、Nrf2欠損と歯の脱色です。臨床研究が主体であった当グループにとって、本研究の今後の更なる発展を期待しております。

以上をもちまして、私の最終講義を終了させていただきます。最後になりましたが、このような研究の機会を与えていただいた筑波大学に深謝するとともに、筑波大学大学院人間総合科学研究所の諸先生方の益々のご発展、ご活躍をお祈りいたします。

I 口腔外科学 Oral and Maxillofacial Surgery

歯、顎、口腔ならびにそれら隣接組織に現れる先天性および後天性疾患について、その原因、病理、症状、診断、処置、予後などを考究し、これを各種疾患の予防および治療に応用することを目的とする歯科臨床医学の一分野である。

表 1

疾患の部位

口唇、頬、軟口蓋、舌、口底などの軟組織部と上・下顎骨およびそれに植立する歯の硬組織部に大別され、口腔に関連する器官は顎関節、唾液腺および所属リンパ節などである。

表 2

対象疾患

疾患部位の先天異常、発育異常、損傷、炎症、特殊な骨疾患、囊胞、良性・悪性腫瘍、神経疾患などである。

表 3

口腔外科における主な手術

1. 腫瘍切開術、腐骨除去術などの消炎手術
2. 拔歯、歯根尖切除術、囊胞・腫瘍の開窓術、切除術、摘出手術
3. 悪性腫瘍の根治手術
4. 顎骨の再建ならびに咬合の回復を中心とする骨折手術
5. 舌・唇・口蓋裂、顎変形症、顎関節強直症あるいは舌・口唇小帯異常、補綴処置前などの形成手術
6. 顎骨腫瘍に後遺する骨欠損の再建手術
7. 増殖あるいは外来性異物の除去手術
8. 顎関節脱臼の徒手または親血的整復術

表 4

II 先天性鼻咽腔閉鎖不全症 congenital velo-pharyngeal incompetence

明らかな口蓋裂が認められないにもかかわらず、先天的に鼻咽腔閉鎖が得られないとめ口蓋裂と同様な言語障害を呈する疾患の総称

表 5

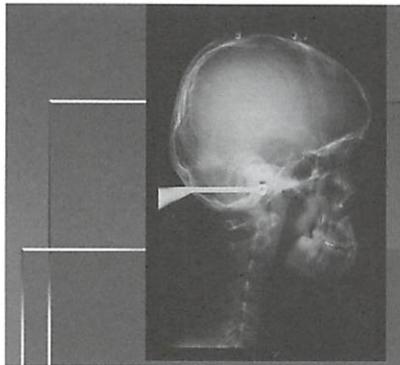


図 1

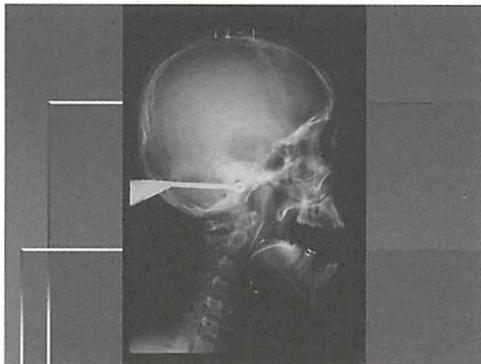


図 2

分類
I型：軟口蓋が正常で、短い症例
II型：深い鼻顎症、軟口蓋の相対的長さの減少を伴う症例
III型：軟口蓋の運動障害を伴う症例
IV型：軟口蓋挙上の前方異位を伴う症例
V型：軟口蓋が正常か、軟口蓋の相対的長さが短い症例



図 3

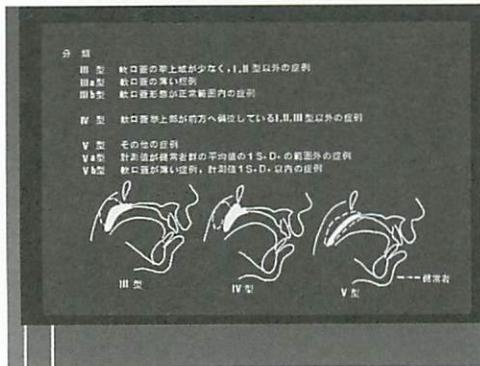


図 4

X群別	口腔内所見と分類型との比較							
	口腔内所見 (Cainanの徴候数)							
	3 U+V+T	2 U+V	V+T	U+T	U	V	T	計
Ia	3	3			2			8
Ib	2	1					3	15
Ic	1	2			1			4
IIa					2	7	9	12
IIb					2	1	3	6
IIIa						1		3
IIIb						2	2	3
IV				1		2		3
Va					1		1	3
Vb						2	2	3
計	6	7	0	0	6	3	0	36

表 6

口腔内所見 (Cainanの3番目)		
Cainanの徴候	特徴的顔貌の症例	その他の症例
3 (U+V+T)	0	4
2 (U+V) (V+T) (U+T)	1 0 0	5 0 0
1 (U) (V) (T)	4 2 0	2 1 0
0	6	5

U: 口蓋系膜
V: 緩口蓋筋膜の脊欠損
T: 緩口蓋正中部の透過性

表 7

口蓋所見		
	特徴的顔貌の症例	その他の症例
回声所見	+	8
+	4	6
++	8	3
異常構音	なし	5
声門破綻音	3	10
咽頭摩擦音	9	1
咽頭摩擦音	1	0
舌化構音	1	0
喉頭構音	1	1
含み	0	1

1例: 声門破綻音
+咽頭摩擦音
+咽頭摩擦音
1例: 舌化構音
+喉頭構音

表 8

合併症		
	特徴的顔貌の症例	その他の症例
心奇形	4 (31%)	1 (6%)

表 9

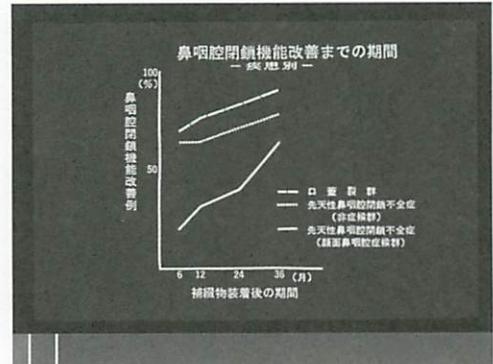


図 5

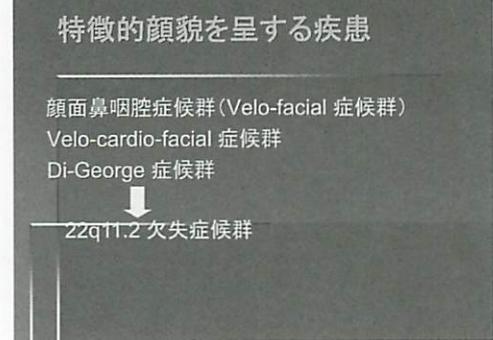


表10

1. 口腔癌の診断と治療		
1) 早期癌の発見 (鬼澤 准教授)		
・口腔癌の蛍光学的、色相学的検討		
・診断遅延の要因		
2) 頸部リンパ節転移の診断 (遊佐 前、助手、現: 遊佐歯科口腔外科クリニック院長)		
・超音波による診断成績の向上、早期発見、診断基準の確立		
・転移リンパ節の治療による変化		

表11

3)術前・術後管理—(山縣 講師)

- ・術後諱妄の要因
- ・術前放射線化学療法の効果

4)術後機能回復 (下平、金澤 歯科技工士)

- ・嚥下、発音機能回復を考慮した補綴的補助装置の考案

表12

2. 頸関節疾患の診断と治療

1)頸関節症の臨床症状 (鬼澤 准教授)

- ・経年の変化
- ・症型別の原因究明

2)頸関節症のMRI所見 (鬼澤 准教授)

- ・治療との関連

表13

3. 全身疾患患者の歯科管理

1)骨髓移植患者の歯科治療 (山縣 講師)

- ・歯科治療プロトコールの確立

2)抜歯の適応と管理 (鬼澤 准教授、山縣 講師)

- ・各種疾患における抜歯の適応症

表14

4. 生化学的研究

(石井 教授、柳川 講師)

1)ストレス蛋白質 (A-170、heme oxygenase-1、Peroxiredoxin I)

2)口腔癌のC-Abl 発現

3)スタチンと骨芽細胞

4) Nrf2欠損と歯の脱色

表15

筑波大学附属病院

水戸地域医療教育センター開設と着任にあたって



筑波大学附属病院

水戸地域医療教育センター

センター部長・教授 渡辺 重行

この度、山田信博学長、青沼和隆教授をはじめ筑波大学の多くの先生方のご高配により、平成21年4月より筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院に着任いたしました。これまで皆様から頂戴しましたご指導に御礼申し上げますと共に、今後、新天地におきまして、微力を尽くしてまいりたいと思っております。引き続き、ご指導、ご鞭撻を何卒よろしくお願ひいたします、筑波大学附属病院水戸地域医療教育センターを紹介させていただきます。

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センターは筑波大学学長山田信博先生をはじめ多くの先生方の新しい着想と構想、さらに力強い牽引と努力により実現した、全国初の、民間病院と国立大学の協定による大学のサテライトキャンパスであります。水戸協同病院内に設立される過程では、水戸協同病院院长平野 篤先生の真摯かつ強力な理解と招引、さらに茨城県厚生連の方々の理解と熱意も特筆されるべきであり、まさしく国立大学法人と民間病院の協力による全く新しい創造であります。この新しい構想の中に着任させて頂き、その発展のため可能なあらゆることを実践してきたいと考えております。

水戸地域医療教育センターには、私を含め4名の教授、5名の准教授、2名の講師、計11名が教官として就任し、同時に、11名の医師、研修医が水戸協同病院医師として着任いたしました。先述のように、水戸地域医療教育センターは、日本国内でも他に全く例のない先進的な試みです。その設

立の目的は、特定機能病院として高度医療を担っている筑波大学附属病院と、市中病院として一次・二次医療を支えている水戸協同病院が連携し、教育、診療、研究を実践して行くことあります。その中で、最も重要な目標は、地域医療教育センターの名のとおり、地域に根ざしたプライマリーケアの現場で、現場の姿の地域医療を、卒前、卒後において実践的に教育することあります。同時に、筑波大学からの教官と協同病院医師とが協力して診療にあたり、高度医療機関と市中病院のそれぞれが有する医療知識と技術を統合させ、地域住民への医療に大きく貢献することが期待されております。このような現場での医療とその教育は、近年の大学における医学教育に不足しがちなプライマリ・ケア教育を展開することを可能にし、多くの有能な医師を育てる拠点とすることを可能とするものであります。

この目標をいかなる形で具体化して行くか、水戸地域医療教育センターに着任することとなった我々教官11名は、着任の内定を頂いた平成20年12月末よりメーリングリスト上でその構想の具体策について、議論に議論を重ねてまいりました。山田信博学長が「水戸地域医療教育センター・イレブン」と呼んで下さっている11名は、佐藤浩昭教授（呼吸器内科）、沖縄県立中部病院、聖路加国際病院の勤務を経て着任された徳田安春教授（総合診療科）、曾根博仁教授（内分泌代謝・糖尿病内科）、柴田 靖准教授（脳神経外科）、防衛医大から着任された小林裕幸准教授（総合診療科）、田口典子准教授（麻酔科）、近藤 匡准教授（消化器

外科), 佐藤正樹准教授(眼科), 渡辺基信講師(消化器外科), 千野裕介講師(膠原病リウマチ内科)の, いずれも気概と氣骨あふれる面々と, センター部長を拝命した私でありました。水戸協同病院の先生方も含めたマーリングリスト上で, 先ず確認したことは, この全く新しい試みを成功させるために必要なことは, 水戸地域医療教育センター教員と水戸協同病院医師とが, 一体化して仕事にあたる意識, 体制と環境作りにあるという点です。水戸協同病院の中に水戸地域医療教育センターがあるのではなく, 水戸協同病院と水戸地域医療教育センターは同じものであるという認識で, センター教員も協同病院医師も, 互いに共通の診療グループを形成して, 診療, 教育にあたるという認識です。この前提の上で, 水戸地域医療教育センター教員と協同病院医師とが一丸となり, 大学病院でも一般病院でも実現困難な, 集学的で機動的な診療・教育体制を構築, 魅力的な医師, 医療技術者の研修プログラムを実践し, 日本有数の初期臨床研修病院となることを最大の目標といたしました。

日本有数の初期臨床研修病院となるために, どのような診療体制, 教育体制を構築するかは, 重要な根幹であります。これを形作る上では, 山田信博学長, 前野哲博筑波大学附属病院総合臨床教育センター教授に加え, その道のスペシャリストである徳田安春教授, 小林裕幸准教授から, 極めて斬新なアイデアを頂き, さらに皆でプラッシュアップを重ね, 新鮮かつ有効な診療, 教育体制を構築しました。こうして, まず内科は, 専門科の垣根を取り払い, すべての医師が総合診療科に属し診療にあたることとしました。また, 患者さんの診療にあたっては, 研修医とチーフレジデントあるいはクリニカルフェロー(ポストレジデント)とが3人の, 複数の診療科にまたがる診療チームを作り, 診療科領域を越えた様々な患者の診療にあたり, 11名のセンター教官および協同病院医師が各チームをサポート・指導すると共に共同で診療にあたるという, 極めて斬新な診療体制を形作りました。こうすることにより, 診療科の垣根を越えた診療が可能となると共に, どの科にも属さ

ぬ患者さんをはじめ, いかなる種類の症状の患者さんにも対応できる体制が可能となりました。さらに内科にとどまらず関連する外科の医師・教官もその診療をサポートする体制を構築し, すなわち○○内科, ○○外科の垣根も取り払い体制を構築いたしました。これにより, 研修医は, 専門の診療科を越えた内科・外科全体の医師のサポートのもと, 特定の疾患に対する高度な専門知識と技術を習得することが可能となり, プライマリ・ケア, 地域医療を実践可能な有能な医師の育成が可能となります。毎週1回火曜の午前中は, 全ての内科医はもちろんのこと, 脳神経外科, 消化器外科など外科系医師の出席もえて, 全体回診が行われております。

さらに, 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センターは, 地域医療に貢献し, さらに地域の医療を質的に向上するという目標を定めました。そのために, 先ず, 「内科系ダイレクトPHS」, 「外科系ダイレクトPHS」を導入し, その番号を周辺救急隊をはじめ, 水戸市内はもちろん, ひたちなか市, 那珂市, 常陸太田市, 茨城町, 小美玉市など周辺市内の全ての開業医にお知らせし, ダイレクトに救急担当医師につながるようにしました。これに加え, 医師, 研修医はもちろんのこと, 看護師, 医療技術職員への教育も充実させ, 病院全体の医療水準を向上させ, さらに院内のみならず, 院外に開かれたあらゆる分野の医師向け, 医療スタッフ向けのレクチャーを開催し, お互いの診療



研修風景

能力を高め維持して行くこととしました。当初は、週1回のレクチャーを予定しておりましたが、医師向け、医師・コメディカル全体向け、看護師向け、看護師を含むコメディカル向け、などたくさんのレクチャー形態をとることが必要とわかり、7月からは、毎週月曜、火曜、水曜、金曜とほぼ毎日レクチャーが行われている形となりました。

以上のような診療、教育活動を展開し、医療過疎に窮している茨城県央、県北地区の地域医療、救急医療を助け、筑波大学のサテライトとして、

専門分化されすぎない総合的な医学生、研修医教育の場を提供し、学術的にも世界レベルの臨床研究を発信してゆく場として発展させていこうと力を合わせているところであります。もとより微力ではありますが、筑波大学の教官として今後も筑波大学附属病院、大学院と協力し、臨床教育、研究を継続、筑波大学として取り組む新たな水戸地域医療教育センタープロジェクトの成功のために全力を尽したいと考えております。今後もなお一層のご指導 ご鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

それぞれの道～卒業生を訪ねて～

第8回「爽風会佐々木病院 診療部長 斎藤 環先生」

日 時：平成21年5月16日（土）
場 所：ホテル テラス ザ ガーデン 水戸

略歴



爽風会佐々木病院
診療部長

斎藤 環（さいとう たまき）

昭和36年	岩手県生まれ
昭和61年	筑波大学医学専門学群卒業
昭和62年	爽風会佐々木病院精神科勤務
平成2年	筑波大学大学院博士過程環境生態学卒業
現 在	医学博士 爽風会佐々木病院精神科診療部長 青少年健康センターで「実践的ひきこもり講座」ならびに「ひきこもり家族会」を主宰 専門は思春期・青年期の精神病理、および病跡学

＜主な著書＞

「文脈病」（青土社）
「社会的ひきこもり」（PHP研究所）
「戦闘美少女の精神分析」（太田出版）
「ひきこもり救出マニュアル」（PHP研究所）
「心理学化する社会」（PHPエディターズ・グループ）
「解離のポップ・スキル」（勁草書房）
「『負けた』教の信者たち」（中央公論ラクレ新書）
「生き延びるためのラカン」（バジリコ）
「思春期ポストモダン」（幻冬舎新書）
「アーティストは境界線上で踊る」（みすず書房）
「母は娘の人生を支配する」（NHK出版）
「関係の化学としての文学」（新潮社）

blog: <http://d.hatena.ne.jp/pentaxx/>
<http://homepage3.nifty.com/tamakis/index.html>

guest: 斎藤 環（7回生）

interviewer: 大澤 翔（医学5年）

五味詩絵奈（医学5年）

永山 理恵（医学5年）

翠川 晴彦（医学2年）

協力: 堀 孝文（7回生）

学生（翠川）：

まずは大雑把な質問からさせて頂きます。先生は現在、精神科医として臨床の場や文筆活動など多方面でご活躍中ですが、どのような経緯で大学に入學してから精神科に進まれることになったのでしょうか。

斎藤：

M5までは決めかねていました。神経内科にしようかとか、なぜか耳鼻科の教授に気に入られて耳鼻科もありかなと思ったら。でも考えてみたらM2の時から精神分析研究会の中のユング研究会という分科会に入っていたので、元々そういう志向はあったんでしょう。臨床実習で色々と回っていくうちに、「やはり精神科しかないかな」という風に自然に決まった感じです。もちろん脳周辺には興味があったけれども、僕は主に文系的関心から精神分析のほうに親和性があったんでしょうね。

当時は筑波大学の精神科の医局は実質的に3つあって、臨床系と社会医学系と、社会医学系はさらに分裂していく小田研究室と稻村研究室と、みんな仲悪かったのだけれども（笑）、大学院に入學して、なぜか一番下っ端の稻村研に入ってしまい、だいぶ辛酸を舐めました。この選択はほとんどなりゆきですね。実習で回ったときに稻村博先生に上野の名曲喫茶に連れて行かれて、強烈に説得されたという。たまたま稻村研だったので自殺

とかひきこもりとかが専門になってしまったわけです。

学生（翠川）：

現在の松崎一葉先生の研究室が以前の稻村博先生や斎藤先生がいらした研究室にあたるかと思いますが、松崎先生の研究室は産業精神医学・宇宙医学グループということで、方向性は随分と異なっていますよね。

斎藤：

だって、松崎先生のプロフィール見れば分かるでしょう。専門のところに精神薬理学と分子生物学と、それから宇宙精神医学と産業精神医学と、まあご本人の中でどう統合されているのかわからないけれど、それだけ幅広い活動をされている方ですから。

学生（翠川）：

精神科に進まれ、臨床だけに留まらず、文筆活動の方にも進まれていますが、そのきっかけはどうなものだったのでしょうか。

斎藤：

進んだといってもやっと10年目です。僕は文系的な方からの関心として、精神分析とか精神病理とか、まあオカルトと呼ぶ人もいますが、そういう分野に関心があったんですね。もう一つは、稻村研でひきこもりの研究をやっていたこと。院生当時は分析とか一切関係なく大型コンピューターを使って、多変量解析を用いた統計調査をやっていました。ひきこもり事例群の原因や改善要因、あと病気としてみれば症候群みたいな概念だから、クラスター解析で分類したりとか。それで博士論文を書きましたが、僕自身の資質としてはもうちょっと精神分析や精神病理系の研究をやってみたいという欲求がだんだん高じていて、院を卒業してから急にそういうものが弾けたというか。1990年ごろからそういう文献を大量に読み始めて、にわか精神病理学者的な方向へ進んだと。ですから僕の仕事の基本線は、青年期精神医学と精神病理学のふたつのペクトルがあるんですね。前者は本業で後者は趣味（笑）。

実は日本では、思春期青年期精神医学という講座が標榜科目としてほとんど存在しない。ちょっと

と前に聞いた話では、専門の講座が全国の大学にまだ三つしかないんです。だから、当時も今も、思春期青年期精神医学をちゃんとトレーニングする場所がない。結局、そういうことにコストと時間をかけても良いし、物好きな人がやる特殊領域になってしまっている。まあ小児科なんかと一緒にでコストパフォーマンスが良くないんでしょう。もちろん稻村研にしても思春期・青年期専門を謳いながらも、なんら特殊なトレーニングコースがあるわけではない。稻村先生自身が別にトレーニングを受けた人ではないし、「心の絆療法」などと称して、ほとんど人柄で治療していた人なので、僕らはそれを端でみながら見よう見まねでやるしかない。仕方がないので、中井久夫とか神田橋條治とか、力動精神医学系の文献を読みながら自分でマニュアルを作ったりしていました。そんな中でひきこもりの問題に突き当たったわけです。驚いたのは、こんなに事例が沢山いるのに、先行研究がほとんどない。もちろん、笠原嘉先生によるstudent apathyの研究などはありましたが、これは大学生限定だし、僕らが診ていたのはもっと深刻な、不登校から長期にわたり遷延化してしまったタイプのひきこもりで、こちらについては本当に文献がなかった。student apathyのときはアメリカのWaltersの研究を参照できただけれど、ひきこもりについては海外にも先行研究がない。結局これをテーマにしたのは、臨床のニーズに迫られてやったという感じですね。だからstudent apathyに関する研究の他にも統合失調症の精神療法とか、他の領域からの寄せ集めでプリコラージュ的にというか、手探りで方法論を確立していくしかなかった。当時精神科医でそれやっていたのは、うちの研究室以外では山梨の精神保健福祉センター所長の近藤直司先生くらいですね。この方も力動精神医学系の人ですが。まあ要するに、そういう特殊な研究に関わっていたので、いろいろネタの蓄積はあった。

うちの研究室には、山登敬之先生というちょっと風変わりな精神科医がいたんですが、この人は東京乾電池の若手公演の演出をしたり、出版業界とのつながりもあったんですね。山登先生からの

紹介で、もう潰れちゃった「ら・るな」という雑誌にエッセイの依頼を受けて一本書いた。'94年くらいかな。これが商業誌に書いた最初の文章ですね。それがきっかけとなって、これも今はもうない雑誌なんだけれど、青土社というところから、「イメージ」という一般向けの精神医学や心理学を扱う雑誌から依頼があってまた書いた。ちょっと視点が変わっていたのが受けたのか、結局廃刊までの六号ぐらいは毎号書くことになって、結局この文章を1冊にまとめて『文脈病』になった。

この当時、ちょうど背景としてあったのが、「社会の心理主義化」です。心理主義化っていうのは何かというと、ひとことで言えば説明概念として心理学が優位になった状況のことです。たとえば動機の判らない殺人事件なんかがあると、昔は小説家や教育者にマスコミはコメントを求めたわけです。それが90年代ぐらいから、だんだんと精神科医や心理学者がコメントを求められるようになった。日本でこの嚆矢となったのが社会医学系(当時)の小田晋先生です。ほかにも90年代にはテレビでも心理ゲームが流行りだしたり、映画とか小説でもトラウマがどうしたという話が出てきたり、とにかくこの世は心理学で全部説明できるという風潮が席巻していった。00年代に入ると今度は社会学が前景化してくるなんだけれども、90年代はそういう心理学や精神医学が人文知の王様みたいな位置づけになっていた。これが心理主義化です。だから駆け出し同然の僕の所にも、あいつは本とか書いてるし何か言わせてみようノリで、テレビのコメント依頼や「SPA！」などの週刊誌から取材が来たりしました。

当時ちょうど新書ブームがはじまっていた、いろんな出版社が新書レーベルを創刊し始めていた。こういうのは出版点数増やさないと潰れちゃうから、どうしても書き手が不足するんですね。僕のところにも依頼が来て、まさに心理ブームだったから、何でもいいから一本書いてくれと。じゃあ、まだあまり知られていない「ひきこもり」という新しい概念は新書受けするんじゃないかと考えた。で、書きおろしは初めてだから、ネタをどうしようかということで、結局自分の書いた Titel

を一般向けに書き直すことにしたんですね。もちろん色々追加取材もしましたけれども、それで出したのが『社会的ひきこもり』という僕の唯一のベストセラー。あれがダントツであとの本は全部その十分の一以下という、情けない状況ですけれども。

ほぼ同時期に、さっきちょっとふれた『文脈病』という本がまとまって、98年に2冊出しました。あとはやっぱりなりゆきですね。僕は依頼原稿しか書かないんですが、基本的に断れない性格なので、依頼のままに書き続けて現在に至る、という感じです。ただ、一応ひきこもりが専門だから、そっちの啓発活動は積極的に続けようとしています。NHKのサポートキャンペーンにしても、爆笑問題との対談にしても、そういう活動の一環ですね。これに『文脈病』以来の、批評・評論系の仕事が加わるという。

学生(翠川) :

先生がひきこもりを研究され始めた当初に比べ、今は「ひきこもり」という概念は一般化してきたと思います。一方で、新たにニートなどという言葉が出てきたり、色々と名付けられた概念自体は増えていると思われますが、実際問題としては、以前の若者に比べて現在の若者は大きく変わっていたりするのでしょうか。

斎藤 :

僕の考えでは、若者のありようというものは実はそんなに変わっていない。草食系男子などとい



う言葉もあるけれど、男の子がおとなしくなったという話はずっと言われていることです。そもそも70年代後半に今ある思春期の問題はだいたい出尽くしているんですよ。摂食障害もリストカットも、家庭内暴力もひきこもりもあった。当時少なかったのは解離性の障害くらいじゃないかな。

若者に対するラベリングは色々ありますが、不登校は50年代からありますし、その次くらいに student apathy がきて、80年代には「おたく」や「フリーター」が命名された。「ひきこもり」は90年代からですね。90年に厚生省（当時）の施策で「ひきこもり・不登校児童福祉対策モデル事業」というものがあって、これが最初期の使用例ですね。「ひきこもる」という言葉はもともとあるけれども、「ひきこもり」という名詞形で使われたのはこの頃からです。「癒す」が「癒し」になったようなものです。あと90年代後半に出てきたのが、parasite single。00年代に入って「ニート」や「ネットカフェ難民」といった言葉が知られるようになります。

お気づきかもしれません、恐ろしいことに全てが非社会性に関わる言葉です。非社会性、つまり社会に commit しない若者という批判的ニュアンスを込めた言葉ですね。日本の若者に対するラベリングで、現役のものはすべて非社会性に関わるもので。反社会的な言葉、ヤンキーとか援助交際とかは、ほぼ死語でしょう。

要するに非社会性の問題はずっと、70年代から脈々と受け継がれていて、今も増加が続いている。もちろん物事には両面あるわけで、非社会性の問題は少子化とか、ニートの増加とか、若者の弱者化とか、そういう問題につながる反面、犯罪率の低下という意味でよい面もある。青少年犯罪は1960年がピークで、80年代以降はその1/4ぐらいの水準で推移しています。まあ微妙な増減はありますが、60年の水準に比すべくもない。性犯罪から殺人まで含め、日本が先進諸国の中で最低水準を維持しているのは若者がおとなしいからだということはあるでしょうね。

ひきこもりは日本に特異といわれているけれども必ずしもそうじゃなくて、韓国にも多いんです

よ。韓国のイ・シヒョンという精神科医によれば、韓国には約30万人のひきこもりがいると推定されている。僕はひきこもり100万人説をずっといつてますが、比率としては韓国もそんなに変わらない。これは韓国と日本が病んだ社会だからではなくて、欧米にはまた別の問題があります。たとえばイギリスでは、26歳以下の若いホームレスが25万人いる。日本には若いホームレスはほとんどいません。そもそも日本のホームレス人口が厚労省の統計では1万5千人しかいないことになっている。これは野宿者しかカウントしてないから本当はかなり控えめなんだけれど、その大半は50代、60代の中高年層が占めていて、若者はその100分の1ぐらい。ネットカフェ難民を入れるとちょっと増えるけれども、それでもイギリスとは2桁ぐらい違う。これはつまり、社会に適応できなかつた若者が路上に追われるか、家の中にひきこもるかという違いでしかないんですね。今はそういう形で拮抗しているけれども、将来的には差が出てくる。何故かというと、ホームレスは淘汰されるからです。彼らは寿命も短いし、せいぜい50、60までしか生きられないでしょう。でもひきこもりは恐らく長生きします。心的葛藤はあるけれども生物的ストレスは少ないから。だから経済的支えさえあれば、かなり長命であろうと予測される。ということはおそらく、ひきこもり人口は今後もますます増えていくって、社会にとっては負の遺産化する可能性が高い。だからいろんな場所で、ずっとそれに対する対策を訴えているのだけれども、今ひとつ政治の側の反応は鈍いですね。

学生（翠川）：

ひきこもりの高齢化という問題に先生は言及されましたか、それへの対策とはどういったものになるのでしょうか。やはりひきこもりというものを治療して、社会に commit させていくということになるのでしょうか。

斎藤：

二重の戦略が必要ですね。社会に commit させていくための支援と commit しなくても生きていけるという支えと、その両方が必要です。だって、ひきこもり支援で全ての事例を救えないのは明ら

かなんですから。僕の勘では、せいぜい3割です。ぎりぎりまで頑張って、3割くらいはなんとか社会参加までもっていける。逆に残りの7割は、一生社会参加できないんです、残念ながら。だから現実的に考えるなら、就労支援だけでは全然足りないんですよ。そこから洩れちゃった人をどうするかを考えなくてはならない。

今、社会学とか政治思想の分野では basic income という言葉がいわれていて、これは条件を一切問わずに全国民に一定のお金を給付しましょうという案です。いま政府がそれを実行したとして、1人あたり月額8万円ぐらいは支給できるだろうという試算もあります。ただし、これをやってしまうと、どっと移民が押し寄せてきてえらいことになるとか問題もあって、なかなか実現は難しい。

まあそこまでとはいわないけれども、もうちょっと生活保護の申請をしやすくするとか、障害者年金の支給をしやすくするとか、現行制度の改善だけでも救われる人は沢山いるでしょう。あるいは今、成年後見人制度っていうのがありますけど、現在は精神障害者しか利用できない。だからひきこもりの人たちは、この制度は利用できないんですね。しかし、本当は彼らこそが必要としているわけですよ。親が亡くなった後の資産管理を後見人に依託して、その人のところで定期的にお金を貰うような生前契約が合法的にできれば良いんですが、まだ難しい。こんなふうに今あるものをちょっと改善するだけでも、かなりのことが出来ると思うんだけれども、実現はなかなか難しいですね。

一つは政治の問題なんですが、日本の政府には若者対策を専門とする省庁がいまだに存在しません。つまり、Ministry of youth が存在しないということで、これは大きな問題です。EU諸国にはありますね。じゃあ日本はどうしているかと言えば、厚労省があって文科省があって、残りを内閣府がやる大まかな分担があって、しかしそ存じの通り完全に縦割りですから隣が何をしてるかわからない。それでは無駄が多すぎるので、若者問題に継続的に取り組める省庁をつくるしかない

ずっとといっているし、先日も民主党の勉強会でそういう意見を伝えてきました。民主党は「家庭・子ども省」をつくろうと言っていて、これは構想としては悪くない。私はついでに「家庭・子ども・若者省」にしてくれないかと考えていますが、その意味で政権交代後に期待するところはありますね。

ひきこもりに関しては幸い今のところ厚労省の研究班では僕の定義をちょっと modify して使ってくれているので、年齢の上限を設けてはいません。とりあえず6ヶ月社会に参加してなくて、精神障害や発達障害とかに起因しないものという。この定義に基づいて政策を考えてくれるならまだましかもしれません。ただ、厚労省は今年から「ひきこもり地域支援センター」のような事業を開催していますが、僕らの関わっている研究班には全くその動向が伝わってこないんですよね。同じ省庁内の事業ですら縦割りの壁がこれほど厚いわけで、この事業もまた箱だけ作ってなしくずしになるのかなという悪い予感がしています。

最近主張しているのは「2030年問題」です。われながらあざといとは思うけれども、こういうキーワードがあった方が「問題のキャラ」が立つと思うので。簡単に説明すると、今ひきこもっている人の第1世代が40代半ばなんですよ。この層がおそらく数万人規模で存在する。この第1世代が20年後には、いっせいに老齢年金受給年齢を迎えます。今は彼らの年老いた親が、自分の年金から彼らの年金を払ってあげているから彼らの存在は目に見えません。それが2030年頃を境に、一気に受給者として出現するわけです。数万人という規模で。ちょっとしたパニックですね。僕はこれで一気にひきこもりバッシングが再燃する可能性が高いと考えています。なぜなら彼らは年金は支払っていても税金はほとんど負担していない。要するに年金の財源に対する貢献度が低いので、フリーライダー扱いされかねないです。70代の親が50代の子供の面倒をみているような家庭は、すでに存在します。逆の意味での老老介護ですね。そういう家庭が数万世帯の規模で出現した時に、日本社会はどう対応するのかと今から騒いでおけ

ば、問題は多少は陳腐化されるからパニックは避けられるのではないかという思いで、ちょっと怪しい予言を繰り返しているわけです。

学生（翠川）：

そのような問題というのはやはり政治家に任せることではなく、医師が、特に精神科医が積極的に関わるべきなのでしょうか。

斎藤：

この際精神科医という立場を徹底利用するしかないかな、と。一応、本とか書いていると政府の会議に呼ばれたり内閣府の委員に任命されたりという機会が時々あるので、そういう場面での発言力は維持しておきたいというのあります。これほどちかいうと物書き的な立場を活用しているということになるのかも知れません。ただその場合、精神科医ということで、ちょっとゲタをはかせてもらえるんですよ。「脳科学者」よりはだいぶ低いゲタですけど（笑）。精神科医という肩書きを担保にして発言の信憑性を確保しているような感じでしょうか。だから、基本的には精神医学的な背景にもとづく話をするんですが、だんだん話す内容が社会学だかなんだか分からぬものになってしまふこともある。でも、ひきこもりという領域は、教育学も社会学も哲学も含むような領域横断的なものなので、つまらない縄張り争いしてもしようがないとは思いますけどね。

学生（五味）：

大人の方々は若者の問題についてどのような認識をされているのでしょうか。

斎藤：

大人と言っても色々な大人がいますよ。

学生（五味）：

先生ぐらいの年齢では……

斎藤：

僕もまだ若者なのに！…47歳じゃ、ちょっと無理があるね。（笑）

学生（五味）：

先生がおっしゃられることを聞いて異論を述べる大人の方が多いのでしょうか。

斎藤：

若者論はもうパターン化してしまっていて、大

人のストレス発散ゲームみたいになっていますね。ハムラビ法典にも「いまどきの若者は…」とか書いてあるそうだから、まあこのゲームは大昔からあるわけで、論としての価値はありません。ただ、大きな変化としてはさきほど指摘した「非社会化」が指摘できます。全般にどんどんおとなしくなりつつある。

それと精神医療の現場で大ざっぱな傾向として言えることは、70年代から言われていることですけれども、病理の軽症化が起きている。たとえば統合失調症の妄想にしても、昔は本当に「俺は天皇の血縁だ」みたいな体系的な大妄想を訴える患者さんがいて、もっと昔には葦原将軍みたいな、新聞記者にご託宣を垂れるような「大いなる狂気」があったわけですが、今の妄想は「隣の人が監視している」とか、そういうわかりやすく俗っぽいものがほとんどです。こういう傾向は全般的にあって、例えばボーダーラインパーソナリティ（境界性人格障害）にしても、80年代のボーダーラインはかなり質が悪かった。今のボーダーラインはもっとライトなものになっていて、リスクやODはしおちゅうするけど医者に絡むようなねちっこい人は減ってきている。問題は、軽症化とともに拡散が起こることですね。たとえば最近の女子中学生の14%はリストカットの経験があるという統計があって、もう珍しいものじゃない。昔はリストカットシンドロームという診断名がつくくらい特殊な病理だったものが、今はカジュアルな通過儀礼みたいになってきている。拡散については傍証があって、精神科クリニックは増えていますけれど密集している地域がありますよね。1つの地域に2つ3つ出来るとパイの取り合いになると思うでしょう。しかし、そうはならない。なぜか患者も増えるからです。かつて東京都が精神科の救急病床を増やしたら救急患者もどっと増えたなんて笑えない話もあって、そこには軽症化の問題も絡んでいると思います。

学生（翠川）：

「軽症化と拡散」という話があったかと思いまが、これはどのようなlogicにより導かれるのでしょうか。ある量の塩を水に溶かす時、大量の

水に溶かすほど塩水は薄くなるというようなところに還元できるのか……

斎藤：

これから先はまあオカルト話だと思って聞いて下さい。僕の考えでは、どんな社会でも社会全体での狂気の総量というものはおおむね一定であるという仮説があるんですよ。だから重い病気を持った濃い人が少數いる時代から、軽くて薄い人がいっぱいいる時代へと変わってきたというイメージで捉えています。それを拡散したのはやはりメディアの力だと思うんですね。メディアが攪拌、流動化を促進して狂気を拡散したかわりに、個々の狂気を軽症にとどめもしたと思うんです。

たとえば、かつては孤立して病んでいた人が、今メディアに触れることで自分の病気をいち早くセルフスクリーニング出来るわけです。「俺はこんな病気なのか。じゃあ医者に行こう」みたいな。医療もメディアも早期に受診を促すために「心の風邪です」みたいな言い方であおっていますから、みんな病院へ行きやすい。昔ほどステigma性もないから受診の敷居がずいぶん下がっている。製薬会社も TVCM を制作してまで受診行動を促す。現に薬も大量消費されていますしね、これらは重症化を食い止める力です。ここにさっき言った心理主義化の傾向が重なる。心理主義化には二つの側面があって、一つは自己スクリーニングがしやすくなり早期の問題解決を促す側面、もう一つは自分の中にある異常性を拡大解釈してしまって病んでしまう側面。たいして問題のない人が、心理の本を読んでしまうことで、「あ、俺ひょっとしたら病気かも知れない」と思い込まされて、「私はアダルト・チルドレンです」みたいになるわけです。だからメディアと心理主義化の相乗効果ですね。重症化を抑止するとともに、問題なさそうな人を病理化する。まあ理詰めで考えるとそれが多分重症化と拡散に繋がったのではないかと。

ここで「ひきこもり」について弁解しておくと、確かにこの言葉の普及で、かつては病気とみなされなかった問題が一部医療化されたということはあったかもしれない。ただ、孤立したひきこもり当事者がいかに悲惨かを考えれば、やはりその一

部を医療の対象にすることは避けられなかつたと今でも考えています。

学生（五味）：

私たちが物心ついた時には心理主義的な風潮の中でした。そのため、私たち、私だけかも知れませんが、心理ゲームのようなものが好きというか……これからはそういう風潮はどうなっていくのでしょうか。

斎藤：

それはまずいね（笑）。まあ俗流心理学は古いと一緒にみんな好きなので、よりカジュアルな形でずっと生き残っていくでしょう。人の心理を知りたいという欲望は常にありますので、ある程度落ち着いたニーズとして推移していくでしょうね。ただ、明らかに90年代以降は心理主義を凌駕して社会学主義のようなものが台頭している。去年の秋葉原通り魔事件があった時に僕もムック本に参加しましたけれども、昔だったら書き手の半分くらいは心理学者とか精神科医になったと思うのですが、今回のラインナップをみると社会学者とか評論家が中心になってきている。事件の解釈も生育歴がどうとか、発達障害がどうとかという話ではなくて、ニート、ワーキングプアの問題として、社会学的な枠で捉えられてしまう。90年代の酒鬼薔薇事件などは心理学的な理解をされて色々な解釈が飛び交いましたが、00年代を象徴する秋葉原通り魔事件についてはもう理解のフレームがはつきり切り替わったなという感じはありますね。

学生（永山）：

先生は臨床の現場でも活躍されていると思いますが……

斎藤：

臨床もというか……一応本業はそっちなんで、よろしくお願いします（笑）

学生（永山）：

臨床の現場でもひきこもりを中心に診られているのでしょうか。

斎藤：

本とか書くともう否応なしにそうなってしまうんですよ。今、僕が開業したら間違いなく荒稼ぎする自信はあるけれど（笑）、とてもそんな疲れ

ることは出来ないので、ずっと勤務医をやっています。船橋市の爽風会佐々木病院に勤務して23年になります。ここは全開放病棟で単科精神科病院にしては非常に珍しく60床しかないんですよ。最初期の開放病棟のひとつですね。普通精神科病院は200床以上くらいないと採算が成り立たない。60床というのは経営的にもすごく不安定なんですが、外来がメインな病院なので、なんとかなっています。病棟には高齢者もいるし統合失調症もいるんだけど、全体的にはちょっとと思春期病棟っぽくなっているかもしれません。院長の専門は摂食障害なので、女子は過食とか拒食が多くて男子はひきこもりが多い。逆にこれだけ統合失調症の人が少ない入院病棟はそうはないでしょう。収容するって感じよりちょっと環境変えましょうというノリで任意入院させてしまうので、他の病院とは毛色がずいぶん違う感じがあると思います。薬物治療と並んで精神療法志向が強いというところも他院とは違うかも知れません。医師もそうですが、看護師がとにかく患者さんの話を聞くというのは、特色の一つです。

学生（永山）：

ひきこもりの患者さんが精神科にかかる時、本人が希望してのケースが多いのかそれとも患者さんの家族が心配して連れて来るケースが多いのでしょうか。

斎藤：

その質問は答えを知っていますよね（笑）もちろん本人が最初から受診を希望することはめったにない。まともな臨床家は本人がこなかつたら治療しないんですが、僕のようなアウトサイダーは、そこで家族相談を積極的に引き受けるわけです。ひとつには、僕は思春期の問題については「医原性」の問題に強い危惧を抱いているからです。「病院さえ行かなかつたら病気にならなかつたのに」という人は結構いるわけですよ。神田橋條治さんが講演会で言っていたけれど、日本におけるベンゾジアゼピン系抗不安薬の消費量は世界に冠たる水準なんですね。これは多剤併用という悪しき習慣が原因です。漫然と何種類もの薬を投与して面接は30秒診療みたいな外来がけっこうある。だか

ら「五分ルール」なんてくだらない指導が入るわけですが。そうやって慢性患者を病院が作り出している面があると思うんですね。そういう意味では、むしろ安易に患者さんに会わない方が良いのではないかということすら考えていて。

思春期にはサブクリニカルな問題がとても多い。例えば不登校ですね。これは治療するべきか否か。今でも議論が分かれています。発達障害など基礎疾患があれば治療が必要だけれども、怠学型だったり休養としての不登校だったりとか、そういうケースは病院に連れて行くとかえって病人になってしまうこともある。僕はそういう子供には「君は病院に来る必要はない」と言って追い返すこともあります。ただ追い返すのは無責任なので、家族相談でフォローアップする。そうやって家族から情報を集めて対応を指導するわけです。こっちの見立てが正しければ、この家族相談だけで不登校とかひきこもりのような軽症レベルの問題は解決することもあります。不登校やひきこもりというのは基本的に「病気」としては軽症ですから。「問題」としては難しいけれど。こういう問題は家族対応のみで回復に持ち込めることもある。実際、家族会を通じてそういう事例を沢山経験していることもあります。ですからこれは、診療よりもケースワークの問題ですね、どちらかというと。こういう対応をもっと多くの医療機関で取り入れてくれるとこのひきこもり問題も間口が広がるのになと思います。実際問題、2003年に配布された厚労省のガイドラインでは家族相談を積極的にやりましょうよという画期的な提言がなされていて、ただし病院向けのものじゃなくて保健所とか精神保健福祉センター向けのものだから限界はありますが。ともかく厚労省がそういう指導をしたことには大きな意味があるし、多くの臨床家がもっと本人抜きの家族相談を引き受けてやるスキルを身につけていれば、思春期の扱い方もかなり変わるので期待しています。

もちろん深刻なケースはやはり本人に来て貰わないといけないので、その場合は家族を通じて本人に働きかけます。強制的な処遇は一切しません。具体的には、家族が通院していることを本人に伝

え、病院に行く時に一声かけるということを延々と繰り返してもらっています。地道な手法ですが、これが一番効果的です。

学生（永山）：

90年代に思春期の問題が出てきた時、それに関する医師は少なかったと思いますが……

斎藤：

今でも少ないですよ。

学生（永山）：

マスコミとかでは色々と取り上げられていますよね。

斎藤：

メディアに出てている医師の顔ぶれを見れば解るよう、みんなアウトサイダーですよ（笑）そもそも今時分析なんて言っている人は非主流派なので、ただメディア的な受けが良いのは幸か不幸かそういう人たちなわけですよ。何故かといえば「物語」を語ってくれるから。けっこうキャラが立った人が多いですね。もちろんまともな精神科医とか真面目にバイオロジー研究をやっている医師とかは事件のコメントなんて断りますから、断らない人に取材が集中するんです。精神医療も主流はとくにバイオロジーなのに、メディアに露出するのは非主流的な人々という乖離が進んでいますね。ただ、精神医療がいまだステигマを負ってしまっている現状を考えるなら、ひたすら沈黙を守るのが正しいとも思えない。心理主義化は困るけれど、社会から疎外されやすい精神障害者の立場を代弁し続けるためには、キャラとしてメディアに消費される精神科医にも一定の存在意義はあるのかなと考えています。

学生（永山）：

先生は臨床の場のみならず社会に向けて様々なことを発信されているため、社会との接点がとても多いと思います。特に社会に向けて様々なことを発信する時、どのようなモットーがあるのでしょうか。

斎藤：

そうですね、倫理観ということですまず言えることは、まずできるだけ断定的な物言いはしない、ということでしょうか。精神分析的な立場に嫌悪

感を示す人は一杯いるし、できるだけ「これは仮説に過ぎませんよ」ということが伝わるようにしたいとは心がけています。あとは「患者を売らない」こと。物を書くにしても、自分の診たケースについてはできるだけ書かないようにしています。実は精神科医が物を書く場合に、編集者がいちばん期待するのは「こんな変な患者さんがいました」的なエピソードなんですね。でも昔と違って僕より下の世代の精神科医は、あんまりそういうことはしなくなっている。良い傾向だと思います。僕もしケースを書くとしたらある程度虚構化したケースとか、古い論文から引用したケースとかに限っています。

それと、仕事の選択は基本的に受け身ですが、ひきこもりに関しては積極的に発信していこうと考えています。この問題は当事者があまり発言したがらないんですよ。やはり偏見が強いのかもしれません。他の疾患、摂食障害とかうつ病、統合失調症などは、家族も含めて積極的なスポーツマンがいますが、ひきこもりは「ひきこもっているスポーツマン」が語義矛盾なように、ほとんどいないんですね。やはり代弁者は必要だろうということで、この問題についてずっと社会に向けて発信し続けながらその存在を認知してもらおうとは考えています。

学生（大澤）：

先ほど、ひきこもりを専門に対応出来る医師が少ないとという話がありましたが、今は増えつつあるのでしょうか。そして、何故増えないのでしょうか。

斎藤：

凄く難しい質問ですね。とりあえず厚労省が研究班を組んでいますし、ひきこもりの存在そのものを否定する医師は流石にいないと思いたいのですが、ひきこもりに関しては本当にたくさん診ている人がいる一方で、全然診たことない人が多くいる。これは、家族相談を受けるかどうかで分かれます。本人来ないと対応できませんというところでは、ひきこもり治療の経験値は上がらない。家族相談も受けていけば、ひきこもり相談も自然に増えて行く。診たことがない医師は信じられな

いわけです、そんな奴いるわけないと。難しいのは、ひきこもり状態をDSM-IVとかで診断すると、統合失調症と診断出来てしまうんですね。陰性症状主体の統合失調症だと診断されてしまっても、記述的には否定出来ない。時々「隣人が自分の噂をしている」といった被害妄想もあったりしますしね。もっとも、真性妄想じゃなくて妄想様観念なんですが。

子供がそういう診断を受けた親が、納得出来なくて僕のところにセカンドオピニオンを求めて来ると、そういう誤診事例がとても多いんです。そういうケースでは大量に抗精神病薬を投与されているので、全部切って、場合によっては抗うつ薬とかに変えたりして、もし統合失調症だったらそれで悪化するはずだけれども、もちろん改善するから経過を見れば誤診だと判る。

僕がひきこもりを専門とするにあたって一番気を遣ったのは統合失調症との混同を如何に防ぐかということなんだけど、未だに説得力のある鑑別点をきちんと記述できていない。国際学会で発表した時もフィンランドかどこかの精神科医に「お前は絶対誤診している」と言われたぐらいで。欧米圏の精神科医には信じられないんですよね。social withdrawalなんて統合失調症の症状に決まっているだろうと。しかし経過も違うし治療への反応もこれだけ違う以上は、異なった臨床単位として扱うしかないんです。そこをどう本業の人たちに説得するかは今後の課題になるんでしょうね。今はとにかく既成事実を積み上げている最中という感じですか。

学生（翠川）：

そろそろまとめの質問をさせて頂きます。今後、先生はどのような活動をされようと考えられているのでしょうか。今までに引き続き、ひきこもりというものを色々なところへ、発信し続けるということになるのでしょうか。

斎藤：

社会的には充分認知されて一般化したし、国際的にも“hikikomori”して認知されつつありますから、今考えているのは外圧ですね。来年か再来年、ミネソタ大学出版局から『社会的ひきこも



り』の翻訳が出るんですね。それがどう評価されるかはわからないけれど、またオリエンタリズムで日本固有の病理とか言われそうだけれど、とりあえずそういうものが存在することを国際的にも既成事実化して外側から認めざるを得ない状況を作れるかなと。今関心が高いのはアメリカとイタリアなんですよ。イタリアの精神科医にイタリアでもひきこもりが増えて困っているから、ちょっとレクチャーに来てくれと言われている。やはり大家族主義のところではひきこもりが増えるんですね。イタリアはマザコンとかも多そうだし、そういうカルチャーではパラサイトもひきこもりも増える。そんなわけで今後しばらくは国際的な展開で、まず英訳本が出たらそれを名刺代わりにしてひきこもり認知を広げられるかなと、ちょっと誇大な構想に耽っているところですかね。

堀：

学群の学生にメッセージをお願いします。

斎藤：

あんまり前向きなメッセージというキャラではないんで（笑）…自己啓発系の語彙が払底していることに気づかされますね（笑）。つくばという環境は、TXが出来て多少は変わったのかも知れないけれど、都市でも田舎でもない特殊な空気があって、良い意味で「中央」とは違う時間が流れている。だから物書きでいえば大塚英志さんとかね、変なんだけ変を極めやすい環境なんだと思います。そういう特異な環境で学ぶメリットは

けっこう大きいはずです。まあ上手くいっている人はどうでも良いので（笑）、今ちょっと上手くいっていない感じで色々屈折している、まさに僕のような人に向けて言いたいんですけれど、そういう環境の利を生かして自分の癖や特性を極めていくと、何か今までにない発想が出てくるかも知れません。是非めげずに頑張って頂きたいと思います。

堀・学生一同：

ありがとうございました。

インタビューを終えて

ひきこもりの研究をされるようになった経緯やその頃の社会の流れ、本の出版の裏話、現在の診療の様子など、大変興味深いお話を聴かせていただきました。説得力があり、惹きこまれるお話しで、あっという間に時間が過ぎてしまいました。「ひきこもり」についてはTVや新聞でもよく取り上げられているので、その第一人者の先生が先輩であることを知った時には驚きました。今回お話を伺い、社会に向けて様々な情報を発信されている先生であることを改めて知りました。今後も斎藤先生のご活躍に注目したいと思います。お忙しい中、ありがとうございました！

（医学専門学群医学類 5年次 五味詩絵奈）

私は知識が足りず低レベルな質問しかできなかったのですが、斎藤先生が私の質問の意図を察して下さり、質問に関連する興味深い話をたくさんして下さったので、とても助かりました。斎藤先生がひきこもりや文筆活動に関わられるようになった経緯を聞いて、人の出会い、環境やその時代の風潮など、いろいろなことが関係して人生が作られていくのだなあとと思いました。

ひきこもりに関しては、ニュースなどで取り上げられたので名前くらいは聞いたことがあります。その現状については全然知らなかったので、今回の斎藤先生のお話はとても勉強になりました。

これからも、ひきこもりを専門にする数少ない

医師として、臨床の現場でもメディアでも御活躍されることを期待しています。お忙しい中、興味深いお話を聞かせて下さり、ありがとうございました。

（医学専門学群医学類 5年次 永山理恵）

先生のお話を聞いていく中で、ひきこもりをはじめ思春期の問題により真剣に取り組んでいく必要を感じました。精神科の専門の医師だけでなく、小児科やその他の科からも何らかの方法で関わることができないか考えていくたいと思いました。

その他、大学の講義では聞くことのできないようなお話もお聞きすることができ、非常に興味深く感じました。

臨床で活躍するのみならず、社会に対して積極的に発信し働きかけられていらっしゃる斎藤先生の姿を拝見し、自分も将来何らかの形で発信していきたいと思いました。

この度はお忙しい中貴重なお話ををしていただき、本当にありがとうございました。

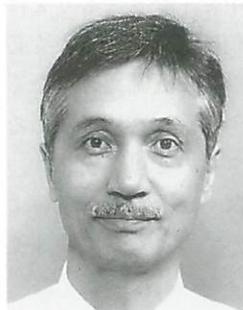
（医学専門学群医学類 5年次 大澤 翔）

個人的に哲学をはじめとする人文学的な領域には大いに高校時代から興味を抱いていたため、斎藤先生のラカンに関する著作やサブカルチャー論などは以前から知っていました。そのご本人からOB訪問という形で直接お話を伺え、本当に充実した時間を過ごすことが出来ました。未だM2であるため精神科のコースを学んでいなく、精神病理に関する専門的な話にはついて行けないのではないかという不安がありました。先生が解りやすく比較的マクロな話を展開して下さったため、インタビューの中で多くのことを学ぶことが出来ました。個人的に精神科や、斎藤先生の著作が示す医学でありながら人文学的な領域にも特に近い部分にはとても興味があるため、自らの将来像を考えていく上で大きな刺激となりました。最後になりましたが、この度はお忙しい中OB訪問にご協力下さり、本当にありがとうございました。

（医学群医学類 2年次 翠川晴彦）

Experts from Tsukuba

～筑波大学出身のリーダー達～



桐医会の皆様

自治医科大学小児科（発達医学部門）

教授 白 石 裕比湖

私は、1974年に筑波大学医学専門学群の第1期生として入学させていただき、6年間の勉学と実習をさせていただきました。在学中は、阿南功一学群長の努力によって集められた優秀な教員により、熱心に教育していただきました。特に最終学年では、当時の日本の医療各界から武見太郎日本医師会長、聖路加国際看護大学日野原重明学長、自治医科大学血液科高久史磨教授（現自治医科大学学長）、免疫研究の最先端を走っていた東京医科歯科大学小児科の矢田純一教授など、多くの著名なリーダーを講師としてお招きし、特別講義を組んでいただきました。今でもその講演の情景が浮かんでまいります。医師国家試験対策の勉強会や対策が盛んになり、薬理学の後藤勝年助教授がその陣頭指揮をとっておられました。桐医会の名称は当初その勉強会の名称でしたが、鴨田知博君の発案で同窓会名に冠したという記憶があります。

筑波大学附属病院での小児循環器診療は、藤田昌宏講師がされていました。私は在学中に小児循環器に興味があつたため、小児科出入りする機会が多く、藤田講師に大変丁寧にご指導いただきました。卒業時点で同級生のうち4名が小児科志望でした。筑波大学病院の小児科レジデント枠が2名分しかなく、（成績が及ばなかったためでしょうか、当時の小児科教授が選考した結果）私

は母校に残らない2名の一人でした。筑波を去るに当たり、小児循環器診療ができる大学附属病院を探しておりました所、自治医科大学小児科柳澤正義助教授が活躍されていることを知りました。藤田講師から自治医科大学小児科にご紹介いただき、安心して自治医科大学の門を叩きました。

1980年に筑波大学を卒業し、自治医科大学附属病院の小児科レジデント（研修医）として私の医師として人生がスタートしました。自治医科大学附属病院小児科で2年間ジュニアレジデントとして初期研修、その後4年の大学院での研究生活を経て助手に起用していただきました。その後、1988年7月から1年6か月、Fulbright給費生として、カリフォルニア大学サンフランシスコ校（UCSF）心臓血管研究所でフェローを経験しました。米国の小児科教科書で有名なRudolph先生の下で、綿羊胎仔を用いた実験で胎児循環の研究に従事いたしました。1989年、UCSFにノーベル生理学賞受賞者のWatson先生をお招きしてご講演いただきました。その当時からゲノムプロジェクトが動いており、彼は医学研究の方向性を示していました。

その後、1990年に帰国して自治医科大学小児科に復帰し、綿羊胎仔を用いた胎児循環の研究を発展させることができました。講師、助教授を経て、2004年に自治医科大学小児科（発達医学部

門）の初代教授に就任し、診療、教育、研究活動を続けています。この間、2006年9月に開院した、大学病院併設型の「とちぎ子ども医療センター」の設立に関わることができました。

現在、自治医科大学とちぎ子ども医療センターにおいて、専門診療部科長として小児科診療に携わっています。2008年に先天性心疾患の手術件数は100件を超え、まだまだ増加の一途を辿っており、それに合わせて心臓超音波検査や心カテ検査の件数も増加しています。2008年2月には、拡張型心筋症の幼児を心臓移植目的にブラジルまで移送するなど、小児循環器診療は大変盛んです。

医学生教育において、自治医科大学の最も重要な委員会である教務委員を担当させていただき、医学教育の方向付けにかかわっています。学生教育の現場で、医師国家試験ばかりにとらわれず、全人的な人間形成にかかわるべく日夜努力しています。また、自治医科大学海外BSL部会長として1) 海外で実習する学部学生、2) 海外からの大学院レベルの留学生、3) そして海外に派遣する大学教員の選考や渡航のお世話をさせていただいております。その他、研究連絡委員会委員、生命倫理委員会委員、薬事委員会委員などを努めさせていただき、大学と病院の運営がスムーズになるよう寄与しています。

筑波大学を外から垣間見て感じることが多々あります。まず、茨城県は栃木県より人口が1.5倍

多いにも拘わらず筑波大学の卒業生が中心になつて医療をまとめている。そして、卒業生は茨城ばかりでなく国内外で活躍していることが誇りでもあり、羨ましくもあります。筑波大学からの胎児の心磁図の研究発表は、「さすが茨城には日立があって立地条件が良い」と感心しました。現在、筑波大学の卒業生が自治医科大学の臨床医学と基礎医学の分野で何人も教授職に就いており、今後も筑波大学と自治医科大学の間で人的、および研究レベルでの交流が益々盛んになることを期待しています。

大学の外での活動としては、1994年に設立された日本胎児心臓病研究会において黎明期から幹事として関わり、1998年2月に私どもが中心となつて第4回日本胎児心臓病研究会を開催することができました。2007年8月から日本小児循環学会理事に就任して、2008年4月発足の小児循環器専門医制度に一定の役割を果たすことができ、現在もその活動を継続しています。2009年から日本小児科学会社会保険委員会の副委員長として、小児科学会の立場から診療報酬の改善に努め、日本の小児医療の立て直しに命をかけています。桐医会の皆様におかれましては、未来ある子供たちのため積極的にサポートいただければ幸いです。

以上、医学と医療の発展のために、小児科医の立場から寄与できることを喜びとして、一つずつmissionを遂げていきたいと思います。



「桐医会」の次なるステップへの思い —「和」と「温」のある同窓会づくり—

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック
同大学院医学研究科精神行動科学分野

教授 鈴木 利人

1. 卒業後から今日まで

1982年（昭和57年）に卒業した後、初代教授である小泉準三先生が主宰された臨床医学系精神医学教室に入り、精神医学の研鑽を積むこととなりました。以後筑波大学附属病院だけではなく、総合病院（国立水戸病院）精神科や民間の精神科病院などで診療経験を重ねるとともに、国内にある神経科学関連の研究所（東京都精神医学総合研究所）や米国の薬理学教室（ミシシッピ州立医科大学）では研究生活を送りました。これらの経験を積んだ後、35歳以降のおよそ10年間筑波大学臨床医学系精神医学教室で白石博康前教授のもとで教室の発展を目指して微力ながら後輩の指導などをさせて戴きました。

2002年（平成14年）に現在の順天堂大学精神医学教室に転出し、順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院（以下、順天堂越谷病院）で診療科長として勤務することとなりました。2008年（平成20年）4月に教授に昇任させて戴き、診療、教育、研究活動に追われる日々を送っています。日頃は順天堂越谷病院という分院での活動が中心ですが、全学の運営連絡協議会や医学部内の教授会、カリキュラム委員会、附属病院群の医療安全管理委員会などもありしばしば御茶ノ水の本院と往復する生活を送っています。筑波大学では一つの建物内を動くことで済んだことが順天堂大学では車や電車で1時間かけて移動している状況です。また平成16年度からは慶應義塾大学薬学部生涯学習センターが全国向けに実施している薬剤師卒後教育プログラムに関して精神神経科を担当し通信

講座や公開講座を行なっています。

2. 現在の活動

私は現在、順天堂越谷病院のメンタルクリニック（精神科）に勤務しています。といってもこの病院 자체が精神科の単科病院です。順天堂大学は医学部附属として6つの病院群を有しています。東京都に本院（順天堂医院）、練馬病院、江東高齢者医療センター、千葉県に浦安病院、静岡県に静岡病院、そして埼玉県越谷市に順天堂越谷病院があります。当院は226病床（5病棟構成）の入院病床を有し精神科病院としては中規模ですが、年間入院患者数は550名前後、一日外来患者数は平均300名（年間9万名弱）とその内容はかなり多忙な病院です。診療グループ構成員は、常勤精神科医20名、非常勤精神科医10名、前期臨床研修医6名、臨床心理士4名からなり、内科常勤医も4名ほどいますが外来担当です。診療科名は「精神科」に代わり「メンタルクリニック」を榜示しています。初診の外来診療は予約制をとらず午前に来院する患者さんは基本的に全員診察する体制をとっています。精神科には学会専門医や精神保健指定医という取得すべき認定医があります。通常大学に入局すると症例の多い精神科病院に転出して取得に必要な症例を経験することになりますが、順天堂大学に入局した医師も本院に15床の入院病床しかないことから、入局者のほぼ全員が当院で研修を受け必要症例を経験し認定医を取得しています。

また分院的立場にはありますが、若い医師の多くが医学博士の取得を目指していることから、彼

らは症例が豊富な当院で博士課程の臨床研究を行ない私たち教授、准教授はその指導にあたっています。所詮単科の精神科病院なので高度な医療機器を駆使した先進的な研究はできませんが、毎年臨床系国際誌を目指して研究しています。一方で動物実験を主とする *in vivo* 系の基礎研究を志す医師に対しては本院で研究をさせるとともに、私も週に一日本院に出向いて動物実験の指導を行なっています。

3. 最近の精神医療

振り返ると28年前の6年次に診療科を選ぶ際に、勿論表立った志望理由はあったにせよ、心の片隅に「精神科は日陰で自分にはいいなあ」という妙な気持ちで選んだところもあったような気がします。しかし残念なことに21世紀に入り精神科は表舞台に立ってしまいました。自殺者やうつ病患者の増加に伴いマスコミで「こころ」の問題が連日のように取り上げられることとなりました。精神科の診療所である「メンタルクリニック」数もいつしか国内で10000ヶ所に迫ろうかというまでに急増しています。駅前クリニックといえば、かつては歯科診療所を指していましたが今はメンタルクリニックを指すようになりました。また認知症も増加する一方で診断・治療する精神科医の技量や役割が問われる時代になってきました。このようなことから私も今は診療以外にさまざまな精神医療のテーマで関東を中心に座長や講演をする機会が増えてしまいました。「日陰」が好きでこの世界に入ったのに、これでは私自身が「不適応状態」になりそうで、自身の心を自己チェックしながら毎日を送っているような気がします。

4. 同窓会と後輩に思うこと

私は筑波大学臨床医学系でおよそ20年間を暮らした後順天堂大学に来て7年間が過ぎました。当初、順天堂大学での仕事には不安や困惑もありました。同じ医学部の中で仕事をしているのに両大学は習慣や価値観がかなり異なっているために、まるで人生を二度味わっているかのような感覚は決して大袈裟ではありませんでした。結果的に自身のこれまでの認知や価値観の狭小さを思い知る

こととなりましたが、筑波大の後輩の先生方にも幅広い交流を重ねて多様な見方を容収・吸収するような姿勢を持ってほしいと願っています。

最後に付け加えたいこととして、医師としての「職場のメンタルヘルス」について触れたいと思います。私たち、桐医会のメンバーの多くも社会に出て20~30年が過ぎようとしています。かつて精神科は日常の生活からは遠い世界だったと思い込んでいた私たちは、いつのまにか日常頃多くの悩みやストレスを抱え毎日を送る中で、当然の如く社会の波に揉まれ、子供の行く末を案ずる親としての悩み、老いた親を抱える子供としての悩み、そして夫（妻）としての悩みを持つようになりました。加えて、医師として医療の価値観や倫理観を純粋に追いかけるに留まらず、現実的な医療経済的課題や医療訴訟、無理難題を要求する患者さんやご家族との対人ストレスなどさまざまな危機にも曝されています。女性医師にはさらに家庭や子育てとの両立の問題などの課題にも直面していることでしょう。ある時同級生との宴席ではふと「精神科がこんなに大事な科だとは思わなかつた」などといわれたことが想いだされます。

このような時期であるからこそと想い、以下のようなことを書いてみました。今後の桐医会には、なお一層同窓会の和を育むような取り組みがあつてよく、何か「心が和むような」、「心が温かくなるような」、「他を思いやるような」同窓会作りを期待しました。筑波大学だけではなく、他大学においても、また地域の医療や医療の関連分野においても多くの同窓生が活躍する時代となりつつあるのは確かなようです。この時期にこそ次なるステップに向けて新たな同窓会の明日を考えてみてもよいように感じています。

連絡先：

〒343-0032 埼玉県越谷市袋山560
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院
Phone : 048-975-0321 (代) Fax : 048-975-3022
E mail : psuzukit@juntendo.ac.jp

海外実習報告

本年度より、海外実習を行う学生のうち 2 名に海外渡航費の一部として一人10万円を桐医会より援助することになりました。これは、本学医学類の国際交流委員長である田中誠教授より桐医会に嘆願書がよせられ、役員会で検討して決定したものです。

医学類では、将来国際舞台で活躍する人材育成や語学の習得などを目的として M5 の 3 学期もしくは M6 の 1 学期における海外実習を奨励しています。例年 5 ~ 10 名の志願者の中から厳正な審査により選抜されますが、渡航費や滞在費、実習機関での tuition fee などの経済的負担が無視できず、学業成績が優秀であるにもかかわらず経済的理由から海外実習を断念せざるをえない学生もいるとのことでした。

こうしたことから、①海外実習の目的と手段が小論文・口頭試問（いずれも英語）で明確に説明できること、②学類、語学（TOEFL）の成績が優秀であること等を総合的に評価し、学類国際交流委員会で該当者 2 名を選抜していただくことになりました。これにより渡航費を授与された学生は、桐医会会報に報告書を寄稿することとします。今回の海外実習報告が、その記念すべき第 1 回の選抜者によるもののです。

会員の皆様にはご理解と応援をお願いいたします。また、学生諸君はこの制度を是非活用し、各自の夢を実現してほしいと思います。

ハワイでの実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年次 片岡義裕

実習先：

Hawaii 大学（2009 年 5 月 4 日～5 月 29 日）

Kuakini Medical Center 内科 3 週間

家庭医療科 1 週間

計 4 週間

イ大学での 1 ヶ月の実習を希望しました。また、自分が今まで勉強してきたことがどれくらい通用するかを試してみたいという思いもあり、ハワイでの実習に応募することにしました。

2. 実習までの準備

2007 年 7 月 TOEFL 受験

2008 年 6 月 海外実習報告会

2008 年 8 月 大学への書類提出

2008 年 9 月 採用面接、英語での面接

ハワイ大学から受け入れ可能との返事

2008 年 10 月 必要な書類や予防接種の準備

2009 年 5 月 ハワイへ

3. ハワイでの実習

(1) BPES, CSE

病院実習の前に、ハワイ大学医学部 (John A. Burns School of Medicine) にて、英語を用いた医療面接と身体診察のトレーニングを受けました。具体的には、初日に身体診察のやり方が記録されたビデオを見て、ひと通りの流れを学びました。その後、2日目にBPES (Basic Physical Examination Sequence) という、30分間で基本的な身体診察を模擬患者さんに行わせていただくものを経験し、その録画された内容を自分で振り返って学びました。3日目にはCSE (Clinical Skill Exam) で、医療面接と身体診察を合計1時間で別の模擬患者さんに行わせていただき、その後カルテを書いて提出しました。その際も、様子が録画されており、後日カルテの内容と合わせて教員の方からフィードバックをいただく予定です。

これらの経験を通して、実際に病院で患者さんに対するコミュニケーションをとる練習が十分でき、自信を持って実習に臨むことができました。

(2) Kuakini Medical Center 内科

4週間の実習のうち、3週間はホノルルのやや北側にあるKuakini Medical Centerという病院の内科で実習させていただきました。この病院では、数年前からほぼ毎月、日本をはじめアジア各国の医学生や医師の実習を受け入れており、コーディネーターの方に見せていただいた日本地図には、それまで実習した人々の名前が100人以上書

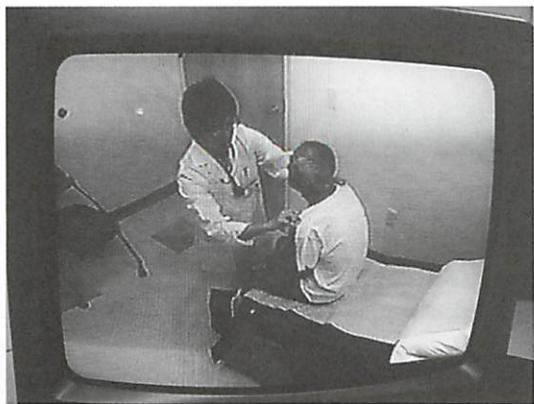
かれていました。

もともと設立に日本人がかかわったということもあり、医療スタッフにも患者さんにも日本の方が多い印象がありました。副院長の先生も日本人の方で、1か月の実習ではアメリカの文化に沿って積極的に質問したり意見を述べたりするようにアドバイスをいただきました。

内科では、2、3年目の研修医の先生、1年目の先生、医学生によりチームが組まれていて、私もそのチームの一つに加わりました。チームは常に一緒に行動し、当直もチームごとに分かれているので、学生は常に研修医の近くにいることになります。具体的には、担当患者さんの問診や身体診察を行い、それをもとに鑑別診断や必要な検査を考えて研修医の先生にプレゼンテーションするといったことをさせていただきました。また、専門



Kuakini Medical Center



身体診察の練習



内科チームのメンバー

科の先生を交えてのカンファランスや回診も多く、実習の後半ではICUでの全体回診で発表する機会をいただきました。

教育の面で興味深く感じたことは、現地の医学が入院患者さんの診断や治療に関して、自ら評価し、計画して研修医の先生に提案していたことです。もちろん筑波大学やそのほかの日本の病院でも同じようなことは経験できましたが、より学生と研修医の先生との距離が近く、学生がチームの一員として認められていると感じました。また、内科では心筋梗塞、肺炎、電解質異常から水頭症まで、非常に幅広い疾患を持った患者さんが入院されます。医学生は1年間のうちに11週、研修医は1年間に24週ほど内科で過ごすことによって、よく遭遇する疾患に対するマネジメントを深く学ぶことができると感じました。

さらに、2、3年目の研修医の先生方が日々の業務を行う中心となっていたことも驚きました。入退院や、他科の先生へのコンサルテーションも、2、3年目の先生方がおこなっており、日本の5、6年目の先生方くらいの役割を担っているようと思われました。

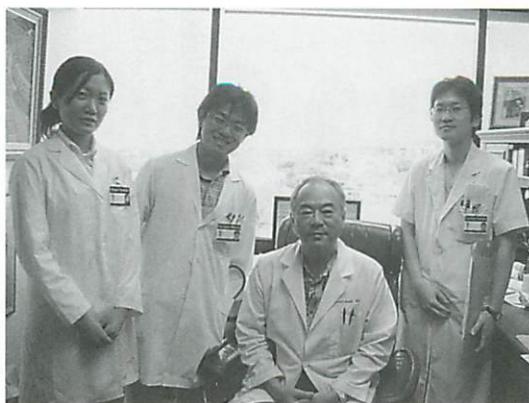
3週間の内科での実習で、鑑別診断や治療選択に関する知識を学ぶとともに、上記のような医学教育上の特徴も学ぶことができました。

(3) 家庭医療科

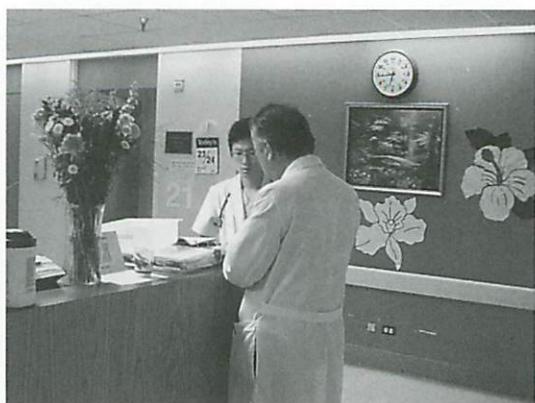
4週間の実習のうち、1週間はDr. Tokeshiという家庭医の先生のもとで実習を行うことができま

した。先生は、日本の高校を卒業されたのちにハワイ大学で学び、その後ハワイ大学医学部を卒業された先生で、数年ほど前から日本の学生を受け入れていらっしゃるそうです。この1週間は、Kuakini病院とともに、となりにあるビルに入っている先生のオフィスで外来も経験させていただき、短い期間ながらも非常に密度の濃い実習を行うことができました。先生は、外来での糖尿病の患者さんの血糖コントロールから、ICUに入院した肺塞栓の患者さんのケアまで、さすが家庭医というべき診療の幅の広さをもっていらっしゃいました。しかし、現在そこまで一人の先生が診療するということは少なく、Hospitalistという病棟専門の医師が入院管理にあたることが多くなっているということでした。先生は、「医師は患者のServantであるべき」という信念のもと、休日も朝早くから夜遅くまで働いていらっしゃり、ずっと変わらない姿勢で診療を続けながらも、常に知識をアップデートし続けている方という印象をうけました。実習の前にいたいたマニュアルにも、当時世の中をにぎわせていた豚インフルエンザのことがすでに書かれており、驚きました。

また、先生は武術もたしなむ方で、ハワイで剣道と居合道を教えていらっしゃるということでした。私も、1度道場に連れて行っていただき、剣道の体験をさせていただきました。医学(医道)と武道にはその精神に共通するところがたくさんあるというのが先生の持論だそうで、偉大な武術



Dr. Tokeshi



回診の様子

家のお話などを聞かせてくださいました。

当初の目的であった、米国の家庭医療の実態をみるという点では、やや特殊な部分を体験したかもしれません、ここまで徹底して Servant としての姿勢を貫いている先生がいらっしゃるということを知ることができただけでも、非常に大きな収穫でした。

4. 実習のまとめ

4週間の実習を終えて、英語による医療者や患者さんとのコミュニケーションを経験できたことはもちろん、医学教育面でのちがいや家庭医としての考え方、姿勢について学ぶことができました。今後、家庭医としてのトレーニングを米国で

受けるかどうかは、日本でのプログラムと比較してみて決める事になると思いますが、その参考となる経験を十分積むことができたと思います。

5. 謝辞

ハワイ大学との連絡をとっていただいた麻酔科教授の田中誠先生、英語の面接や提出書類の英文添削をしていただいた Flaminia 先生、ハワイ現地でお世話になったレジデントの先生方や Dr. Tokeshi、そして今回の海外実習につきまして渡航費の援助をいただきました桐医会のみなさまに、厚く御礼を申し上げます。

My Elective

筑波大学医学専門学群医学類 6 年次 玉田孝幸

実習先：

● Mahidol University Siriraj Hospital
(2009/March/24-May/1)

Trauma Surgery 3 weeks
Respiratory Disease and Tuberculosis 2 weeks

● Srinakharinwirot University Hospital
(2009/May/4-June/5)

Department of Medicine 2 weeks
Community Medicine 2 weeks
Department of Psychiatry 1 week

1. なぜ海外実習に応募したのか

私は筑波大学医学部に学士編入する以前、青年海外協力隊に参加した経験（コスタリカ平成13年から2年間）があり、将来途上国で少しでも人の

お役に立てればと思っていました。また以前タイからの留学生が筑波大学に実習で来ており、話を聞くとタイでは卒業するまでに採血、胸腔穿刺などの手技はもちろん、ヘルニアや帝王切開術まですると聞き、日本との実習の違いに大変興味を持ちました。日本との教育システムの違いも興味深いし、又自分も行って手技ができる機会をもてるのではないかと思いました。また途上国特有の感染症なども学ぶよい機会になると考えました。

2. Mahidol University Siriraj Hospital での実習

首都に所在するこの病院は、ベッド数が4000床もあり、各科ごとに一つの建物を持つタイ最大の病院です。世界中から医学生を受け入れており日本からも東京大学、神戸大学などと提携し交流があるそうです。

3. 外傷科（3週間）

この科は救急疾患でも特に外傷に特化している科で、転倒し足を切った、犬に噛まれたといった軽傷から、交通事故、コブラに噛まれた、落雷、喧嘩で刺された、熱傷など重症例もすべてこの科に運ばれてきます。科の性格上24時間外来が開いているので6年生の exturn は完全に労働力としてみなされ、問診を取り、身体所見をして、画像、検査のオーダーをし、カルテに記入して、処方箋も出すという医者と同じ働き方をしていました。またカルテを指導医にチェックしてもらい、サインをもらうと指導医はその場を去り、消毒、局部麻酔、縫合は学生だけで行います。終わると指導医がやってきて、もうまく縫えていなければ糸を全部とてまたやり直しです。タイの医学生は卒業までにこのような症例を何例も経験するため、とてもうらやましかったです。私もこの3週間多くの縫合をさせてもらいました。

4. Srinakharinwirot University Hospital での実習

この大学の医学部は設立されて30年ほどです。周りには水田が広がり、夜間は院内のセブンイレブン一軒が開いているだけでカエルの鳴き声が聞こえてくるという、首都とはまた違った場所での実習でした。



これは全員医学生の仕事

5. 内科（2週間）

内科は3チームに分けられ、私は Pichaya 先生という女性の指導医の先生1名と二年目、一年目の resident 1名ずつ、exturn の6年生3名、それに5年生、4年生の計20人ほどのチームに参加し25名ほどの患者を受け持つというものでした。朝の回診は7時半くらいから resident が到着し始めます。Resident が患者さんを半分ほど見た後、9時頃になるとスタッフの先生が来て、最初の患者さんから再び回診が始まります。

こちらの回診に参加して驚いたことは、とにかく教育に力を入れていることでした。毎朝回診が3時間、夕方の回診も3-4時間になり一日に6時間ほど回診をしていました。興味深く勉強になる症例があると、患者さんを簡単に診察したあと、患者さんのベッドサイドで、resident、学生に向けてミニレクチャーが始まります。学生側からすると、ただ教えてもらえるだけでなく「この患者さんの低Ca血症の鑑別診断は何？そのためには次にどんな検査をする？」と矢継ぎ早に先生から質問が飛んでくるため、答えるほうも大変でした。この国の内科の病棟は、日本の大学病院と違ってすべての内科疾患の患者を受け入れて、必要があれば専門医にコンサルするという形をとっているため、例えば、ネフローゼ症候群の患者、白血病の患者、心筋梗塞の患者などを同時に受け持つことになります。日本でひとつつの専門の科をまわるという実習に慣れている私にとって最初は



外傷科を回った学生、先生と

慣れずに大変でしたが、次第に内科全般をしっかりと勉強する癖がつき、患者さんの全体像を把握でき、本当にためになる実習となりました。

6. Community Medicine（2週間）

Community Medicine では、「この国の医療現場がどのように働いているかを見てください」と言われ Primary Care Unit と呼ばれる診療所から、50床程度の Community Hospital など大学の外の病院や保健所に連れて行ってもらいました。

診療所の周囲は、住民の90%がイスラム教徒の地域で、街の真ん中にモスクがありました。診療所では、Health Care Volunteer というイスラム系の女性が働いており、医師は週一回の大学からの派遣であるため、彼女および看護師がこの地域の

医療を支える柱となっている印象を受けました。

往診にも同行させてもらいましたが、患者さんだけでなく、看病する身内の人も病気を抱えていることが多く、日本と同じように地域医療の難しさを実感しました。

この科の Dr. Suthee 先生は、疫学の専門家で5年生の疫学の授業を担当されています。授業の課題でグループでリサーチのテーマを決め、計画を立て、アンケートを取り、データ解析、発表をするという tutorial に参加させてもらいました。

驚いたことに、みんな作業を本当にまじめにやっていて、先生も夜8時に全員を集合させて進捗状況を確認したり、グループの活動もその後自主的に夜中12時ほどまでやったりする姿勢に私はとても刺激を受けました。



Pichaya 先生との回診風景



保健所の方々



内科を回った学生、先生と



患者さんの自宅に往診

本来の実習の予定以外にも自分のリサーチでチェンマイ大学（800キロほど離れたタイ第二の都市）にも特別に連れて行っていただき、病院見学だけではなく、他大学との交渉の場にも同席させていただき勉強になりました。

7. 実習を振り返って

非常に多くの体験をさせていただけて大変有意義な実習となりました。タイに行き一番驚いたのは、医学生、特に6年生は完全に医師と同じ役割として働いていることでした。これには以下の理由があると思います。

(1) 医師の数が少ない。

タイの人口は6,000万人で、医師数は35,000人とのことでした。日本では医師数は凡そ27万人なので対人口あたり、日本：タイ = 4 : 1となり



家庭訪問で乳児健診

ます。それゆえに、医学生が労働力とならないと病院が回らないという実情があると思われます。

(2) 卒業後は、大学病院でなく政府指定の病院（診療所や地域の病院）などで働くかないといけない。

医学生は国から莫大な援助金を受けて大学に通うため、卒業後3年間、医師の少ない病院で働くなりません。そのような病院は医師数も少なく、場合によっては卒後一年目で医師1人体制で働くこととなります。なので内科だけでなく外科や分娩まで手掛ける必要もあり卒業までには一通りの手技などをマスターしているのです。

(3) 私立病院は医療費が高いので、貧しい人は大学病院に来ざるを得ない。

タイの公の病院には [30Baht (凡そ100円) Scheme] という制度があり、ある所得以下の人



発表の後、学生さんと一緒に



グループ学習



Dr. Suthee 先生と一緒に植物園に

は（高度先端医療（透析、移植など）を除き）すべての治療を非常に低価格で受けることができるという制度があります。それと引き換えに患者も公の病院では医学生が診察、治療することを当たり前と考えている雰囲気があります。

8. 費用（2.5ヶ月）

TOEFL	\$ 200
予防注射	\$ 60
航空券	\$ 950
アパート	\$ 360
食事	\$ 600
交通費など	\$ 500
合計	\$ 2,670

2か月半という期間を考えると破格の値段だと思います。航空券の予約時、ガソリンが例年の倍程度に高騰しており、燃料代が余分に \$ 300ほど

かかりました。Mahidol 大学では、宿泊場所の提供はなく自分で探しましたが1ヶ月 \$ 350かかりました。Srinakarinwirot 大学は、研修医用の宿泊所を月 \$ 10で提供してもらえたのでとても助かりました。

9. 最後に

今回の海外実習にあたり、桐医会から助成金をいただきありがとうございました。田中誠先生をはじめ、海外実習を許可していただいた先生方、英語の recommendation letter を添削してくださったフラミニア先生、実習を受け入れてくださって、ご指導いただいた Mahidol 大学、Srinakarinwirot 大学の先生方、学生さん、それから最後に1歳半になったばかりの娘の面倒を見てくれた妻に感謝いたします。

玉田孝幸

第29回（平成21年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3回生）

表1 平成20年度事業報告

第29回（平成21年度）桐医会総会は2009年5月30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20年度事業報告

副会長：海老原次男氏（2回生）から表1のごとく報告された。

2. 平成20年度会計報告

平成20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）より報告された。

3. 会則改正

会則の改正について事務局長：湯沢賢治氏（3回生）より、下記のとおり説明され、全員一致で承認された。

改正前

第2章 第5条 2 学生会員
筑波大学医学専門学群・筑波大学医学専門学群
医学類に在学しているもの（M1～M6）

改正後

第2章 第5条 2 学生会員
筑波大学医学専門学群医学類・筑波大学医学群
医学類に在学しているもの（M1～M6）

なお、改訂された会則の全文は2009年度桐医会名簿に掲載される。

4. 役員改選、選出

第2回生評議委員1名、第30回生評議委員2名が表3のとおり新たに選出され、それ以外の全役員とともに全員一致で承認された。

5. 平成21年度事業計画

副会長：海老原次男氏より表4のごとく報告された。

6. 平成21年度予算

平成21年度予算は表5のごとく会計：堀孝文氏より説明があり、承認された。

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	桐医会会報第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
	桐医会会報第65号発行
3月25日	第30回生桐医会加入手続き

は（高度先端医療（透析、移植など）を除き）すべての治療を非常に低価格で受けることができるという制度があります。それと引き換えに患者も公の病院では医学生が診察、治療することを当たり前と考えている雰囲気があります。

8. 費用（2.5ヶ月）

TOEFL	\$ 200
予防注射	\$ 60
航空券	\$ 950
アパート	\$ 360
食事	\$ 600
交通費など	\$ 500
合計	\$ 2,670

2か月半という期間を考えると破格の値段だと思います。航空券の予約時、ガソリンが例年の倍程度に高騰しており、燃料代が余分に \$ 300ほど

かかりました。Mahidol 大学では、宿泊場所の提供はなく自分で探しましたが1ヶ月 \$ 350かかりました。Srinakarinwirot 大学は、研修医用の宿泊所を月 \$ 10で提供してもらえたのでとても助かりました。

9. 最後に

今回の海外実習にあたり、桐医会から助成金をいただきありがとうございました。田中誠先生をはじめ、海外実習を許可していただいた先生方、英語の recommendation letter を添削してくださったフラミニア先生、実習を受け入れてくださって、ご指導いただいた Mahidol 大学、Srinakarinwirot 大学の先生方、学生さん、それから最後に1歳半になったばかりの娘の面倒を見てくれた妻に感謝いたします。

玉田孝幸

第29回（平成21年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3回生）

第29回（平成21年度）桐医会総会は2009年5月30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20年度事業報告
副会長：海老原次男氏（2回生）から表1のごとく報告された。
2. 平成20年度会計報告
平成20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）より報告された。
3. 会則改正
会則の改正について事務局長：湯沢賢治氏（3回生）より、下記のとおり説明され、全員一致で承認された。

改正前

第2章 第5条 2 学生会員
筑波大学医学専門学群・筑波大学医学専門学群
医学類に在学しているもの（M1～M6）

改正後

第2章 第5条 2 学生会員
筑波大学医学専門学群医学類・筑波大学医学群
医学類に在学しているもの（M1～M6）

なお、改訂された会則の全文は2009年度桐医会名簿に掲載される。

4. 役員改選、選出
第2回生評議委員1名、第30回生評議委員2名が表3のとおり新たに選出され、それ以外の全役員とともに全員一致で承認された。
5. 平成21年度事業計画
副会長：海老原次男氏より表4のごとく報告された。
6. 平成21年度予算
平成21年度予算は表5のごとく会計：堀孝文氏より説明があり、承認された。

表1 平成20年度事業報告

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	桐医会会報第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
	桐医会会報第65号発行
3月25日	第30回生桐医会加入手続き

表2 平成20年度決算

収入

内訳	予算	決算
前年度繰越金	1,244,646	1,244,646
会費	5,300,000	5,624,572
広告収入	100,000	150,000
名簿売り上げ	3,000	0
保険金手数料	1,000,000	1,089,237
預金利息	5,000	33,546
計	7,652,646	8,142,001

支出

内訳	予算	決算
総会費	250,000	177,690
事務局運営費	2,400,000	2,795,458
広報発行費	1,000,000	751,695
名簿発行費	1,500,000	1,486,800
通信費	800,000	740,000
消耗品費	400,000	537,548
備品購入費	400,000	0
事務費	250,000	186,400
涉外費	10,000	5,548
慶弔費	50,000	47,250
予備費	52,646	100,000
学生援助金	200,000	148,690
レジデント教育賞	100,000	74,142
卒業記念品	140,000	123,165
支部経費	100,000	0
繰越金	0	967,615
計	7,652,646	8,142,001

平成21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21年度桐医会役員

会長	山口 高史	(1回生)
副会長	鴨田 知博	(1回生)
事務局長	海老原次男	(2回生)
会計	湯沢 賢治	(3回生)
監事	堀 孝文	(7回生)
	坂東 裕子	(17回生)
	須磨崎 亮	(賛助会員)
	宮川 創平	(3回生)

評議委員

1回生	岩崎 秀生	小林 正貴
2回生	滝口 直彦	星野 稔
3回生	厚美 直孝	島倉 秀也
4回生	江原 孝郎	村井 正
5回生	佐藤 真一	竹村 博之
6回生	本間 覚	柳 健一
7回生	堀 孝文	谷中 清之
8回生	柴田 智行	白岩 浩志
9回生	柴田佐和子	三橋 彰一
10回生	金澤 伸郎	鴨下 晶晴
11回生	中村 靖司	西村 秋生
12回生	品川 篤司	毛利 健
13回生	中馬越清隆	須賀 昭彦
14回生	野田 秀平	金敷 真紀
15回生	金澤阿佐子	鈴木 英雄
16回生	山崎 明	森本 裕明
17回生	的場 公男	坂東 裕子
18回生	伊藤 吾子	薄井 真悟
19回生	小貫 琢哉	松永 真紀
20回生	齋藤 誠	向田 壮一
21回生	小松崎徹也	東 真弓
22回生	井上 亜希	長野 真澄
23回生	野崎 札史	坂 有希子
24回生	安倍 梓	武藤 秀治
25回生	段村 雅人	林 健太郎
26回生	大瀬良省三	山田久美子
27回生	新谷 幸子	寺坂 勇亮
28回生	角田 義弥	穂阪 翔
29回生	久保川涼子	五味測智香
30回生	大城 拓也	高木 知聰

表4 平成21年度事業計画

平成21年	
5月	第1回定例役員会
5月30日	第29回桐医会総会開催
6月	第2回定例役員会
7月	第3回定例役員会
9月	桐医会会報66号発行 平成21年度桐医会名簿発行
10月	第4回定例役員会
11月	第5回定例役員会
12月	第6回定例役員会 第7回定例役員会
平成22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67号発行
3月25日	第31回生桐医会加入手続き

表5 平成21年度予算

収 入	
内 訳	予 算
前 年 度 繰 越 金	967,615
会 費	5,800,000
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	7,875,615

支 出	
内 訳	予 算
総 会 費	250,000
事 務 局 運 営 費	2,750,000
広 報 発 行 費	1,000,000
名 簿 発 行 費	1,550,000
通 信 費	350,000
消 耗 品 費	500,000
備 品 購 入 費	400,000
事 務 費	200,000
涉 外 費	10,000
慶弔弔 費	50,000
予 備 費	35,615
学 生 援 助 金	150,000
レジデント教育賞	100,000
卒 業 記 念 品	130,000
学 群 協 力 費	300,000
支 部 経 費	100,000
繰 越 金	0
計	7,875,615

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「払込取扱票」で納入くださいますようお願い申し上げます。(ゆうちょ銀行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「払込取扱票」には、平成21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「払込取扱票」がお手元に届きましたら、古い用紙は破棄してくださいますよう、お願ひいたします。

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 大福 浩二郎先生（2回生）（平成21年5月26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

大学生活最後の夏は雨が多く気温も上がりきらずスッキリしないものでした。病院の就職試験も終え、卒業試験・国家試験の勉強と最後の大会を控えた部活動に勤しむ日々を送っています。こちらはスッキリと終わらせたいところです。つくばの秋は短いものですぐに冬がきますね。寒さが苦手の私としては、夏らしくない夏に引き続き冬らしくない暖かな冬の到来を待ち望んでいます。それにも半年後には同窓会会員となっているとは…。6年間は長いようであつという間です。

(M.T.)

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、果物、日用品、衣料品、書籍等、及び病棟への巡回販売

●薬店

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

●窓口サービス

付添寝具の貸出、貸テレビ、宅配便、FAX、切手類、レンタル電話

●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

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 —————

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 —————

※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	〒 所 在 地		E-mail ※ TEL ※ FAX
勤務先等	〒 機 関 名		TEL FAX
	専 門		職 名

<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	〒 所 在 地		E-mail ※ TEL ※ FAX
勤務先等	〒 機 関 名		TEL FAX
	専 門		職 名

<変更・訂正個所> 氏名 住所 勤務先 その他

桐医会会報 第66号
発行日 2009年10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