

筑波大学医学同窓会



桐医会会報

2010. 10. 1 No. 68

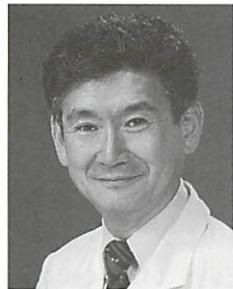


第30回 桐医会総会

目次

☆筑波大学退職にあたって 金子道夫教授	1
☆茨城県医師会理事就任にあたって 海老原次男先生(2回生)	6
間瀬憲多朗先生(12回生)	8
☆海外実習報告 菊地志織	9
須藤 航	13
廣澤孝信	16
松村英明	20
☆第30回(平成22年度) 桐医会総会報告	24
☆会費納入のお願い・事務局より	26

筑波大学退職にあたって



63歳になってすぐの2010年7月末日をもってやや突然ですが、28年半お世話になりました筑波大学小児外科を定年前に退職することになりました。そのため、最終講義は行いませんので、こうして桐医会会報には退職にあたってという文を書くことになりました。

1. 筑波大学に来るまで

私は昭和22年生まれ、つまり団塊の世代の先頭で、幼稚園・小学校どこへ行っても超満員でした。小学校は1クラス55人、中学校は私学に行きましたが、すぐとなりの公立中学校（横須賀市立田浦中学校）では我々の学年は24クラス、A組からX組までありました。今は年出生数が110万以下ですが、昭和22年には270万を超えていました。どこもひとひと、そして子供だらけ、ゆりかごから墓場まで超満員といわれた団塊の世代です。そして大学では「紛争の世代」で、私の学年は全員1年遅れで昭和48年に東京大学を卒業しました。1年下の学年はその6ヶ月後に卒業してきたので、昭和48年は3月卒業と9月卒業の2学年ありました。当時、今と違って外科は大人気で、第一外科、第二外科、分院外科の研修は定員各10人、計30人でしたが、定員オーバー、くじ引きで決めようかと一時なりました。私は「このものの外科」がやりたかったので第二外科を選びました。1年間大学で研修した後、2年目からの研修病院は各自希望を出して、定員を超えた場合くじびきで研修病院を決めることになりましたので、定員に余裕のある会津若松の竹田総合病院外科に迷わず喜んで行きました。これが「当たり」で素晴らしい研修ができました。今も筑波大学小児外科へ来た

筑波大学大学院人間総合科学研究科
疾患制御医学専攻 小児外科学分野
(臨床医学系 小児外科) 教授 金子 道夫

方はここで外科の研修をしてもらっています。

楽しかった、でも短かったたった1年半の会津での外科研修中、診療科として独立して間もない東大小児外科にむりやり戻されました。その後、日赤医療センター、国立小児病院で各1年間みっちり小児外科の臨床経験を積み、再び東大に非常勤医員として戻ってきました。 AFPの研究などをして国際学会で発表したりして、それはそれで楽しかったのですが、東大小児外科は、他から臨時に融通してもらったポストを含め有給は4名だけ、自分はその後どうなって行くのか皆目見当もつかない状態でした。1981年5月にハワイで開かれる太平洋小児外科学会の準備で忙しいときに、筑波大学小児外科教授の澤口重徳先生から突然電話があり、「即答しないで結構、うちの講師に来ませんか?」と。「えっ、講師ですか…(絶句)」 講師がインフレ気味の今(昔もかも)の筑波大学、私が絶句した感覚は筑波大同窓生には理解不能かも知れません。

後でわかったことですが、本来このポストには私の同級生のY先生が行くことになっていたとのこと、彼は神経芽腫の研究をしており、当時神経芽腫研究班の班長であった澤口教授とも接点があったというわけです。ところが、彼はその時任期2年の有給ポストでの米国留学の話が決まっており、それを断って筑波へ講師として來ることにしていたらしい。しかしやはり留学の気持ちは抑えがたく、筑波へ赴任するのをまもなく断ったので、お鉢が私へまわって來たのです。その後Y先生は留学の話をもう一度先方にすると、既に代わりが決定したこと。それでも、そのポストで留学したいとの強い希望で1年後に無給を承知で

渡米し、さらに1年後に念願のそのポストに着きました。すごい、その実行力に感心しました。彼はそこで腎芽腫をはじめとする小児腎腫瘍の病理を結局3年間みっちり勉強し、小児外科医ですが今もってこの分野の第一人者の一人です。人生どう転ぶかわかりません。その後、私は「神経芽腫の金子」となったわけですが、本来は「神経芽腫のY先生」になっていたはずなのです。

2. 筑波大学講師として

東大で AFP の実験を終え、1981年12月に並木の公務員宿舎へ入居しました。つくばは寒かったです。毎日、車の霜落としが朝の日課でした。朝の小児科とのカンファは澤口、滝田及び藪田の3教授が揃い、しかし、あまり自由にものいえるカンファではありませんでした。これを何とかするのが最初の自分の仕事でした。当時、講師部屋も基礎・臨床が一緒、研究室も一緒に小児外科の研究室（337号室）は泌尿器科とさらにもう1グループとの共用の動物手術室でしたが、実際には物置でしかありません。そこで、大川治夫助教授とともにそれを2年くらいかけて小児外科研究室に整備しました。筑波大学は新設医大で病院ができてからまだ5年。筑波の地は未開の土地なので交通不便、車でなくては来られない場所であることもあります。小児外科もまだ患者さんが多くありません。小児の腫瘍の患者も非常に少なく、その治療成績もきわめて不良で愕然としました。病院の診療体制は長期入院する内科を基本に考えられ、1週単位で物事が進み、途中で急に入院することはあまり考慮されていません。これでは救急、準救急疾患を診療対象にする小児外科や小児科には全く不向きでした。しかも、重症患者ほど入院しにくいというとんでもない病院でした。小児病棟は630病棟からE600病棟へ移っていましたが、E500病棟はまだ開棟していませんでした。E500のクリーン病室を見るとそこは資材置き場で、何と、東大小児外科には1つずつしかなかった小児用レスピレーターとIVACという輸液ポンプが買ったままの状態で林立しているのには驚愕してしまいました。もっとも、E500病棟が新生児・

乳児病棟として開棟したのちも、レスピレーターは小児病棟では使用不可の状態が、我々の戦いにもかかわらず非常に長い期間続きました。

「腸重積疑いの患者さんが来院します」と救急外来に連絡すると、突然管理婦長から、「患者が来ることを私は聞いていない、入院にならうどうするのですか、」と叱られ、はじめその意味がわかりませんでした。患者さんに来てもらうのにこのような対応をする病院というのは全く経験がなかったので、講師としてつくばへ来たときはそのカルチャーショックがとても大きく大きいものでした。この病院はだめな病院だと思いつつ、少しづつ、少なくとも小児の外科的疾患で入院が必要な患者さんは入院させる、入院できるということに努力しました。そして、小児外科は“例外的に”医師が入院の判断をし、入院した後の病棟のアレンジをすることになりました。土浦協同病院とは特に連携を深め、何度往診に行つたことか！！！ その成果が少しづつ出てきて、昭和60年水戸に県立こども病院ができた後も入院・手術数は伸びてゆきました。

ただ、研究面では基礎と臨床の壁が非常に薄く、気楽に研究手技を教えていただいたら、機器を使用させてもらったお陰で、染色体の研究や、蛋白・核酸の研究をすすめることができたのは筑波の研究体制のメリットだと思います。当時、筑波の基礎医学は核酸の研究が遅れており、薬理の真崎先生や微生物の岩村先生と一緒に勉強しながら核酸研究を立ち上げていったのは非常に楽しい思い出です。研究するに当たって最も困ったのは研究材料の蓄積がないことです。小児の腫瘍の研究を進めようにも腫瘍の臨床材料は病理標本を含めほとんどありません。そこで、研究開始に向けて自分の関連する施設に小児腫瘍の手術があつたら連絡してくださいと御願いし、自治医大、東大、慈恵医大、国立小児病院そして県立こども病院に何度も足を運び、その時集めた材料は今もその一部が液体窒素の中に保存され、使えるようにしてあります。

3. 肝移植に向けて

小児外科の主要3大疾患は、私が専門領域として選んだ小児がん、そして胆道閉鎖、さらに未熟児新生児疾患です。これは取りも直さず、手術をしても救命が必ずしもできない成績の悪い病気、つまり死ぬ病気なのです。胆道閉鎖は東洋人に多く発生し、手術の適応のない疾患でした。これを東北大学の葛西森夫先生が肝門空腸吻合という、変わった手術法で治癒可能な疾患に換えました。私が医学生の頃は、胆道閉鎖は手術しても仕方のない病気、だからやりたければ若い先生でも、手術てもいいよ、というような認識でした。ところが、卒業して数年の先生が肝門空腸吻合をすると、結構うんちが黄色みを帯び、黄疸も改善してゆく患者がいました。それを見て、それでは東大でもしっかり胆道閉鎖の手術をやりましょうということになりました。確かに術後黄疸が消失して元気になる子供もありますが、どのように手術すると胆汁流出が得られるのか、してみないとわからない、賭のような要素のある手術でした。外野で見ていてへたくそな手術だなと思った患者さんに減黄が得られる一方で、きれいで完璧な手術と思われても全く灰白色便が良くならない患者さんも少なくありませんでした。また、黄疸が引いてもその後肝硬変が進み、消化管出血を繰り返してQOLの悪い生活になることもごく普通でした。いずれにしても手術をしても良くならなければやがて亡くなる病気であることは確実です。受け持った患者さんを最終的に救えないのは受け持ち医としてとても辛いことです。このような患者さんを救うには肝移植以外考えられません。肝移植を筑波でもできるようにしたい、これが私の、我々のねがいでした。そこで肝移植の研究をずっとやっていた東大の同級生幕内雅敏氏、河原崎秀雄氏のもとで小児外科医として働いていた堀 哲夫先生を筑波に講師として迎え入れ、肝移植の研究を大川治夫助教授、中村博史先生とともに開始しました。大川治夫先生と堀 哲夫先生はブタを用いて鎖肛の形成過程と遺伝子変化を明らかにする研究を行い、私もはじめは鎖肛の種ブタ作りと染色体の解析と一緒にやっていました。実験動物

としてのブタは身近にありましたので、これを用いて同所性肝移植の実験を繰り返しました。子豚2頭と、大人のブタから輸血用採血をしなくては実験ができないわけですが、堀先生が本当に孤軍奮戦でブタを飼育場から運び込んで下準備をしてくれたのには頭が下がります。ブタでの実験は、麻酔、止血、無肝期用のバイパス、そして血管吻合、どれ一つとっても遙かにヒトより難しく、失敗の連続でした。1989年に生体肝移植の我が国第1例が、そして翌年には京都大学と信州大学ではほぼ同時に成功例が出て、本格的な肝移植の時代に突入しました。筑波大ではそれに遅れて1993年に肝移植の実施が可能な状況にきました。第1例目が成功しないとそれ以後の継続が難しくなります。第1例目に希望された患者さんはドナーの母親が妊娠中であったので分娩後に移植を予定していたところ、患者さんに何と肝細胞がんが発見され、当院での移植はできなくなりました。次に当院で肝移植を希望された患者さんは当時生体肝移植のレシピエントとしては最も小さい体重4kg、これも見送らざるを得ません。さらに生後2ヶ月の劇症肝炎、となかなか第1例目にふさわしい患者さんが現れませんでした。そして1997年に当院での肝移植を強く希望する患者さんが再び現れました。しかし、今度は血液型不適合。当時、東大や信州大学では血液型不適合肝移植は成績が良くないので施行していませんでした。ただ、京都大学では2歳以下ならその予後は悪くないと報告していました。そこで、十分な説明をした上で、筑波大学での第1例目の生体肝移植が行われることになりました。応援を東大に求めましたが、案の定、幕内教授は「金子、おまえ、その移植やめろ」「そういわれると思った。幕内先生でなくて良いから一人応援を頼む。」……最終的には窪田先生（現獨協医大教授）を出してくれ、筑波大学の第1例目が施行されました。実際にスムースに手術は終わり、窪田先生から「いい移植チームですね」とお褒めの言葉を頂きました。我々の肝移植への施行準備は随分早く、1例目にふさわしい患者さんに恵まれれば、我が国でも早いほうの実施施設になれましたが、こればかりは仕方がありま

せん。その後も、堀先生が中心になり肝移植を進めてゆき、小児の移植がほぼ30例となりました。何よりの勲章は手術死亡、すなわち、1ヶ月以内の死亡症例がないことです。

4. 教授になっての10年、そして思うこと

大川治夫教授が1999年3月に退官され、翌年4月に教授に就任しました。助教授時代、もし、教授になつたらああしよう、こうしたいと思うことがたくさんありました。それから10年余、振り返ってみると、この時思ったことはほとんど実現できませんでした。この時期、筑波大学は「医療事故」が3件続き、そのうち1件は小児科、1件が当科でした。当科の事故は、今ならインシデントレポートを出して終わりというような事例でしたが、「3件目の医療事故」ということで大々的に報道されました。一番苦労したのは当事者をいかにして守るかということでした。その「医療事故」より私を悩ませたのは、診断治療で苦労をともにした患者さんから、後になって、思いもかけず、非常に責められてしまったことでした。どちらも当時の深尾立病院長がどんどん構えて我々を防御してくれました。これは後に私が診療・安全担当の副病院長をやるようにいわれたとき、立場を換えて恩返しをすることになると考へて引き受けました。結局、7年間、リスクの高い臨床医療管理部長を務めましたが、私にとっては非常にやり甲斐のある仕事でした。7年間で一度だけ記者会見をするようなことになりましたが、自分が盾になっているという自負があり、まったく辛くありませんでした。それから大学病院の独法化が行われ、我々が経営をしない、ガバナンスが我々にあるということでやりがいがあり、この副病院長の仕事も大いに楽しませていただきました。

自分のライフワークとなったのはやはり小児がんでした。1985年に作ったレジメンは当時世界で最も有効性が高く、進行神経芽腫だけでなく、他の難治性小児腫瘍にも有効でした。おそらく、私の仕事のうち、社会に最も貢献したのはこのA1プロトコールと当初呼ばれたレジメンを開発したことでしょう。25年経った今でもこれを大きく越

える治療法がないといつてもよいことは、すなわち、その後は、この領域の進歩は大したことはないともいえるかも知れません。いずれにせよ、有効な治療法の開発には科学性と倫理性を確保した臨床試験が必須という時代に突入し、小児腫瘍でもその体制作りにこの10年奔走しました。しかし、その道程は困難の連続で、全国の小児科医をも束ねてゆくことは容易な仕事ではありませんでした。作業は遅れに遅れ、賽の河原に石を積むような徒労感に襲われ、大好きだった神経芽腫という文字を見るのもいやになる時期がありました。ようやくJNBSGという組織を完成させ、初代会長を3年務めて世代交代をしました。これからも難路でしょうが、次の先生方にがんばって頂きたい。

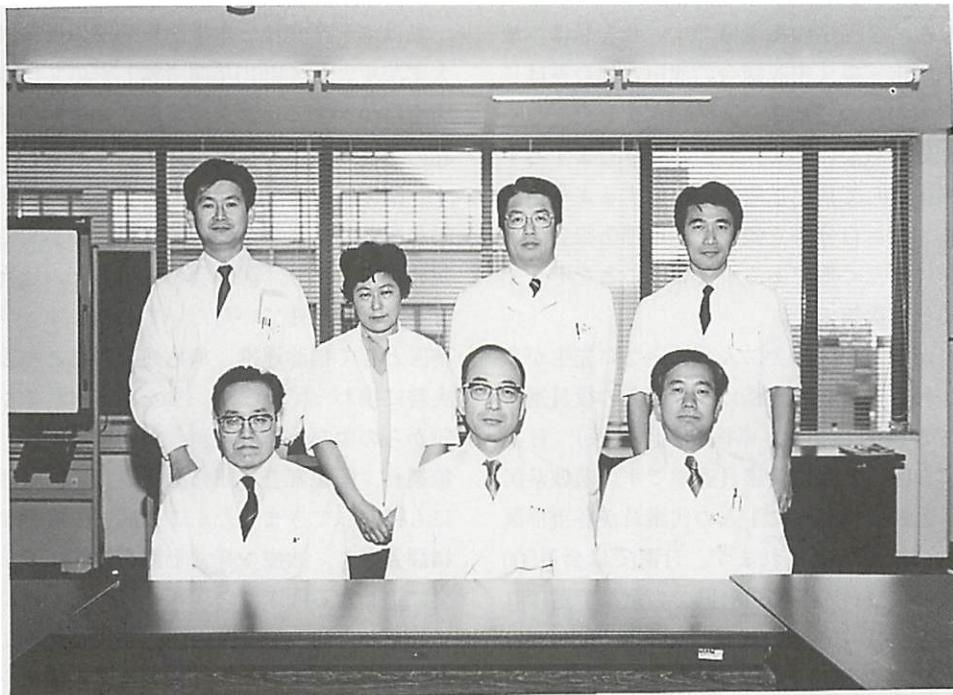
5. 国際 A 級大学

筑波大学は昭和48年いわゆる筑波大学法という筑波大学のためにだけある法律に基づいて作られた大学です。前身はもちろん東京教育大学ですが、医学は新たに設置されたいわば新設医大の1つということになります。私が筑波大学に来た時には第1回生と第2回生が卒業生としているだけで、多くの診療科は殆どすべてが他大学から赴任した先生でした。教授もまだ若く、新しい卒前卒後の医学教育を作り上げるという清新な気概が漲っていました。引っ越してきた東京教育大学には、学群・学系という区分けの新しい革袋が作られましたが、その中に移転してきた教育大がそっくりはまりこみ、移転のしこりが文化系と理科系の間、あるいは文化系の中でも対立があったようです。

できたばかりの筑波大学には「国際 A 級大学」という合い言葉のもとに飛躍しようとする先取の雰囲気があり、私には素晴らしい大学だと思われました。国際という言葉には、日本に留まらず広く世界へ向けて発信し、世界から学生や研究者を受け入れてゆくという姿勢が込められています。A級という言葉の中には国が全面的に支援して旧七帝大と並ぶレベルの大学にするという意味が込められました。しかし、30年の年月を経て、この

「国際A級大学」ということは聞かれなくなり、設立当初の進取な気概が薄れてきているように思われます。先進的であった医学教育体制とそれを推進する首脳陣の意気込みも大幅に薄まり、当時を感じてきた私には、すべてが右肩下がりの日本の雰囲気に埋没して行くのではと恐れています。なにより若者の弾けるような活力が下がっていく危機感を、たとえば入学試験の面接などを通して感じてしまいます。全国へ、そして世界へ向けて活躍しようという活力が低下して、地域はおろか

自分の中へ内向きの世界へ向かってしまっては、これから日本の将来は先が見えません。資源が乏しい日本で一番大切なのは人であり、それを育てる教育だと思っています。日本がこれだけの国になったのは、勤勉で教育に熱意をもった「人」という資源があったからこそでしょう。教育は自分のためではなく、ヒトのためであるということを是非若い人たち、桐医会の新しい会員に感じていただきたいと思います。大いに期待しています。



昭和60年頃の小児外科スタッフ

後列左より 筆者、仁科孝子講師、坂庭 操講師、越智五平講師
前列左より 大川治夫助教授、澤口重徳教授、高橋正彦講師

茨城県医師会理事就任にあたって



龍ヶ崎済生会病院

副院長 海老原次男

(消化器内科)

このたび筑波大学卒業生としては初めて、12回生の間瀬憲多朗先生とともに茨城県医師会役員となりました、2回生の海老原です。今春私は、地元の竜ヶ崎市・牛久市医師会の池田八郎会長はじめ会員有志からのご推挙を突然頂きました。しくみがよく分からぬままにお引き受けしますとすぐ、ご挨拶として自己推薦文を準備するよう指示を受けました。自分が立候補し、市郡医師会からの推薦をいただく形である、ということをそこで初めて知った次第です。

勤務医が多く、医師会に入っていない先生が多いと思われる桐医会の皆様に、医師会の役員選挙についてご説明します。県医師会（県医）、日本医師会（日医）ともに代議員選挙です。茨城県医の場合、医師会員50人に1人の代議員が各市郡医師会からの推薦で選ばれます。日医では会員500人に1人の代議員が各都道府県での選挙で選ばれて投票権を得ます。その代議員の先生方が会長、副会長、理事選別の選挙に投票していくわけです。そこで各候補の支援者は代議員に対して、推薦する候補者へ投票して頂けるよう働きかけるのです。

今回の県医の場合、定員14名の理事選への立候補者だけが定員オーバーとなり選挙になりました。私の推薦人の先生方からは自分でも代議員の方々に応援を頂くよう指令され、調べてみたら、各市郡医師会では役員になっている卒業生もおりましたが、63名の茨城県医の代議員には筑波大卒業生が一人もいないことには驚きました。おそらく日医における代議員もいないと思います。筑波の歴史はまだまだ浅いということでしょうか。推薦して頂いた当市医師会の多数の先生方か

らも、また他市医師会の知り合いの先生方からも応援を頂き、無事当選させて頂きました。

私は本学卒業後、本学附属病院の研修医および大学院生として計10年間所属したのち、療養型病床を持つケアミックス型病院に10年間勤務後、現在の急性期型中小病院に10年近く勤務しております。臨床医としては、ほとんどを茨城県内の病院勤務医として従事してきました。勤務してきた病院の性格もあり、医師会の先生方との連携の機会を多く経験させていただいております。現在も勤務医として病診連携、病病連携のまとめ役として実務に携わっています。また地方自治体や介護施設からの委嘱・嘱託業務、集団検診業務、感染対策業務、国保審査、研修医指導、産業医活動などにも携わってきました。この間、医療行政の変遷に翻弄され、診療や経営形態を頻繁に変革する作業に追われる臨床家の現状を目の当たりにしてきました。今回、開業医の団体と思われることが多い医師会の先生方から、一勤務医が推薦を受けること自体が驚きであり、名誉なことでした。これはひとえに病診連携、病病連携を病院の理念として掲げ、着実に実行してきた当院の久保武士院長はじめ同僚の先生方のご協力があったからと考えております。現場の勤務医、開業医の先生方のご意向を幅広くお聞きし、県内の医療状勢の改善に反映して参りたいことを中心に立候補のご挨拶をしたためました。

立法の場においても、行政の側からしても、医療が係わる問題に関して実務者に協力や助言を求めることが出来る組織は医師会だけです。国政における民主党や自民党のように次に取って代わられる組織はありません。そして医療に関連する問題

が膨大にあることに、今回まだ4ヶ月しかたっておりませんが、あらためて気づかされております。県医会長にお聞きしたところ、会長が携わる業務は110にのぼるそうです。

医師会はひとえに自己の権益を守ろうとしている組織ではなく、住民の幸福のために現場の医療者がどうすれば少しでも納得して協力・応援できるのか、調整をはかっている組織であると私は捉えております。医師会が少しでも身近な存在になり、医療状勢の改善に少しでも役立てるよう、知り得た情報を本稿のようにお伝えし、かつ執行部に上げていきたいと考えております。またそれにご協力して頂けるよう、医師会自身も変革して行く必要があります。

斎藤浩茨城県医会長は、県医は学術団体として地域の医療、福祉、介護に貢献することをモットーとし、個々の会員同士、各市郡医師会間や他都道府県医師会間のみならず医療以外の他の団体との連携をテーマに掲げております。日医、県医、市郡医師会の3層構造のタテ系列にヨコ系列の連携を強化する方針です。原中勝征日医会長は、前茨城県医会長であり直接お話する機会もありますが、その原中先生もすべての医師からの意見を取り入れる姿勢を鮮明に打ち出されております。

私の県医における業務としては感染症・公衆衛生・環境保健、健康教育、勤務医部会、医事紛争処理、乳幼児保健、母子保健、臨床研修、生涯教育などで、専門外の分野まで担当させて頂くようになりました。これでも全体の4分の1くらいにすぎません。茨城県医では、各委員会等すべてに關して副会長、常任理事、理事の3者が担当しております。また各委員会と並行して、各分野ごとに市郡医師会担当理事との協議会や関東ブロック、日本医師会への担当理事としての出席もあります。さらに県行政においても、医療が係わる諸

問題に関して様々な協議会、審議会があります。私も専門外の分野では抱持的な役割になることもあります。今のところすべてに出席しております。これらにより毎週数回は水戸通いとなり、同僚の先生方にご負担をお掛けしていますが、ご理解頂いてることに感謝しております。なお、県庁では本学の同窓生にお会いすることも多く、ほっとします。先輩の役員や各委員の先生方は膨大な業務を速やかにかつ丁寧にこなされているのには感服しています。互いに連絡を取り合い、協議を経て、時には自ら即決し、速やかに報告されております。また他県の医師会の先生方とも交流する機会も多くあり、これは県医としても今後重要視すべきことと捉えています。

政治色の強かった前体制とは異なり、現県医執行部では政治活動を担当する県医師連盟委員長には、通常兼任されることが多い県医会長ではなく、副会長が担当することにしました。その小松満副会長兼医師連盟委員長は今回の県医執行部の特徴として、ITに強い役員が増えたこと、相変わらず女性役員がいないことに加え、筑波大関係者が五十嵐徹也筑波大附属病院長も含め3人に増えたこと、勤務医が5人に増えたことなどを特徴の一つとして上げられております。

ローカルな茨城の話ばかりとなりましたが、全国の桐医会の会員諸氏におかれましては、それぞれの組織、地域で責任者や幹部となり重責を担っておられる方も多いと存じます。同じ医業という共通点で結ばれた同窓生同士です。桐医会の役員も仰せつかっております私なりに一つ一つ地道に学び、教わり、考え、発信し、実行していく責任を感じております。茨城のみならず全国の同窓生の方々からもご教示ご指導いただけますよう、ご協力をお願い致します。

私の連絡先はこちらです。

t.ebihara@ryugasaki-hp.org

茨城県医師会理事就任のあいさつ



(株)日立製作所ひたちなか総合病院

外科 間瀬憲多朗

このたび2回生の海老原次男先生とともに茨城県医師会理事に就任した12回生の間瀬です。私は現在茨城県ひたちなか市の(株)日立製作所ひたちなか総合病院（本年7月より(株)日立製作所水戸総合病院よりひたちなか総合病院に病院名が変更されました）外科に勤務している勤務医ですが、私の所属するひたちなか市医師会の諸先生方のご推薦をいただき茨城県医師会理事に立候補し、無事当選することができました。私は平成3年に筑波大学を卒業後、筑波大学附属病院で外科レジデント研修（専門は呼吸器外科）、その後大学院を修了し、平成12年より現病院に一般外科医として勤務しております。多くの勤務医の先生方（特に若い先生方）は医師会の活動には興味がないと思いますが、私も同様に医師会の活動には全くといっていいほど関心がありませんでした。医師会とのかかわり自体もつい最近であり、勤務先の上司に勧められ平成18年にひたちなか市医師会の理事に就任してからです。しかし医師会の仕事に従事するようになり、少しずつ医師会の重要性が理解できるようになってきました。医師会は民間の学術専門団体で、その目的は医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、国民の健康増進と医療の確保に寄与することとされていま

す。それと同時に医師会はよりよい医療政策を行政に訴え、提言できる団体であると考えます。

開業医中心の団体と考えられるがちな医師会ですが、会員の構成は日本医師会全体では開業医約8万5千人、勤務医約8万1千人（平成21年12月1日現在）であり、会員の約半数が勤務医です。医師不足・医師偏在・医師の過重労働・医療資源の疲弊が問題となり、われわれ医療従事者も含めた国民の健康の維持・増進が脅かされつつある昨今、医療の問題点を行政や国民に訴えていく学術団体として医師会はあり、また医師会員の半数を占める勤務医自体も医師会活動に積極的に参加し、日本の医療について考えていくことが重要であると考えます。

医師会活動に従事するごとに、自分自身の今までの不勉強さを痛感するばかりで、またその責任を十分に果たせていない状況ですが、勤務医の立場から茨城県の医療の向上のために今後も頑張っていきたいと思います。

最後に若い桐医会会員の先生方には学会活動と同様に医師会活動にも関心を持っていただきたいと思います。また諸先輩方には今後ともご指導、ご助力をお願いし、茨城県医師会理事就任のあいさつとしたいと思います。

海外実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年次 菊地志織

実習先：

Massachusetts General Hospital (MGH),
Boston, MA, USA
ICU (Feb. 15th-26th)

ICU (Surgical ICU: SICU)・オペの中でも心臓手術後が専門の ICU (Cardiac Surgical ICU)・通常のオペ後の ICU (Post Anesthesia Care Unit: PACU)・内科系の ICU (Medical: MICU) など複数の ICU に分かれています。

1. 海外実習応募理由

私には中学時代をアメリカで過ごした経験がありますが、それは、父親にどうしても日本に取り入れたいと思わせる医療がアメリカには存在したから。そして、アメリカの医療は違うとよく言われるけれど、実際には何が違うのだろうか、違う点があるならばどういう点に注目して改善したら日本での実習もより良いものに変わらるのだろうか、また日本で勉強・実習してきたものがどこまで通用するのか試したい・自分の目で見たい！という思いがあり、海外実習選考会に応募しました。

2. 実習までの流れ

2009年6月：TOEFL受験

7月：海外実習報告会

行き先を探し始める

8月：海外実習選考会

予防接種

田中先生より MGH 紹介、MGH と連絡を取り始める。

10月：MGH に書類提出 (CV, エッセイ, 誓約書など)

2010年1月：書類が MGH の事務・ICU を無事通り、正式に実習受け入れが決まる。

2月：13日渡米

3. 実習内容

MGH の ICU は、大きなオペ後や外傷関連の

1週目は、外傷や手術後の重症患者の管理をメインとする SICU のチームに入れていただきました。SICU には20床のベッドがあり、2チームで患者を診ています。1チームで把握すべき患者は約10人で、毎日2～3人新しく入ってきます。

2週目は心臓手術後専門の ICU や内科系 ICU のチーム回診にも参加させてもらい、また週後半には大きな心臓血管手術2件とその麻酔の見学もさせていただきました。

MGH での1日は朝7時の勉強会から始まります。1時間ほどの講義の後は、朝回診が行われます。ICU のチームは主治医1人と2・3・6年目レジデント3人の計4人で成り立っているのですが、身体所見の取り方や、解剖学的な話、時には鑑別疾患を挙げさせたり、最新の論文からの治療法を紹介したりと、回診でのスタッフからレジデントへの教育的な話は尽きません。

チーム回診の後は、例えば trauma walk という名の外傷専門回診があり、SICU を見守る2チームに加えてその道の専門家が集まり、より専門的な回診が行われることもありました。専門的回診と言っても医学生やレジデントに質問が飛んできて、専門家が難しい症例にどうアプローチしていくのかを教えるながらの回診で、学生でも非常に参加し甲斐のある回診という名の勉強会でした。

昼には昼食を食べながらの講義があります。講義内容は多様で、その専門の科の講義もあれば、時には緩和医療の症例を看護サイドが準備して、実際の症例を思い出し、涙を浮かべながらの勉強会・活発な意見交換会もありました。医師・看護

師のみならず、緩和ケアが介入する際に手伝う事務やヘルパーの方々も参加しており、様々な職種間の人たちがコミュニケーションを取る場としても活用している印象を受けました。

回診と勉強会の間は、適宜ICUに入ってくる患者さんの対応をします。医学生も患者を受け持ち、回診では新患プレゼンはもちろん、今後の治療方針をプレゼンします。私も、交通事故による大動脈解離・骨盤骨折に対し緊急手術が行われた症例や、交通事故で視床出血を来たした症例、フルニエ壊疽の症例などを持たせていただきました。ハーバード大の学生と一緒に実習する機会もあったのですが、彼らがレジデントのように患者を受け持ち、プランを立て、回診でも仕事が与えられ、チームの一員として自信を持って役割を担っていたことはやはりカルチャーショックでした。夕方の回診後も、週に3回ほどはレジデント向けの勉強会があり、ようやく中身の詰まった1日が終わります。

4. 実習を振り返って

2週間という短期間でしたが、振り返ると、全くの異世界で非常に密度の濃い2週間でした。多くのことを収穫することができたと思いますが、その中でも日本での実習と違うと感じたのは、以下の点です。

●医学生・レジデントに対して非常に教育的。

講義が朝・昼・晩にあると書きましたが、研修医として働き始めてからも病棟で活躍するだけではなく、1日に3回も講義があり専門家と議論できる機会があるのです。また、座って受ける講義のみが教育の場ではありませんでした。主治医は「レジデント達を一人前に育てるのが自分の仕事」という概念が定着しており、回診そのものがまさに教育の場でした。まさに耳学です。このように、講義+回診、その合間に患者を受け持ち、わからないことをレジデントに聞くとみっちり教えてくれ、つまりは朝から晩まで教育の嵐の中で過ごすという1日でした。

●患者の評価の仕方

非常に勉強になったもので、患者の評価の仕方

があります。朝夕と毎回の回診でsystemicにcheckを行います。どんなに軽傷の患者でも、大きな変動がなくても、毎回必ず神経→循環→腎という流れで評価します。このように評価することで見落としを減らすこと、病態を系統立てて考えるのに役立つとのことです、日本ではさすがに毎回の回診でシステムに評価することはなかったので非常に印象的でした。医学生と一緒に実習した際も、彼らも系統立てて患者評価を行うことがたたきこまれており、系統立てて毎回プレゼンするのが当たり前という雰囲気でした。

●様々な職種を交えて行う回診

看護師も必ず同伴して、患者とより長く接している分わかるなどを医師にアドバイスしたり、逆に医師から何か疑問点はないかと聞くのが当たり前で、看護師のアドバイスを医師が参考にして指示を変更したりもしていました。他には栄養士や薬剤師、放射線科も同行してX線の評価を行ったり、また呼吸器をつけている患者には人工呼吸器の管理士が回診に加わっていました。このような他職種からなるチームで回診することで、より総合的な観点で複雑な病態へアプローチしたり、治療方針の決定・変更が可能だと感じました。

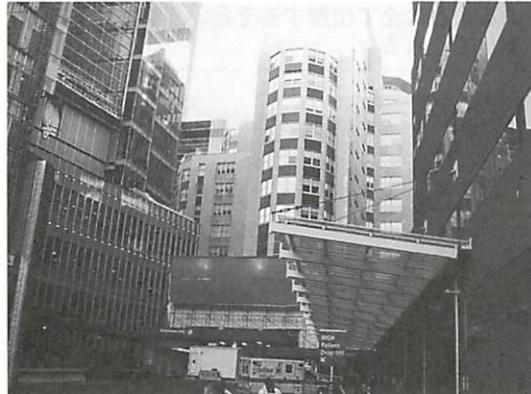
5. 最後に

今回、本当に多くの方のご協力によってアメリカでの医療の一部を垣間見ることができました。MGHのドクターを紹介してくださった田中先生、



ボストン！街並みがとてもきれい！
この日はチャールズリバーも凍って幻想的でした。

実習日程を調整してくださったPCMEの皆さま、提出エッセイなどの添削をしてくださったフランニア先生、そして渡航費を援助してくださった桐医会、実習を受け入れて指導してくれたMGHの

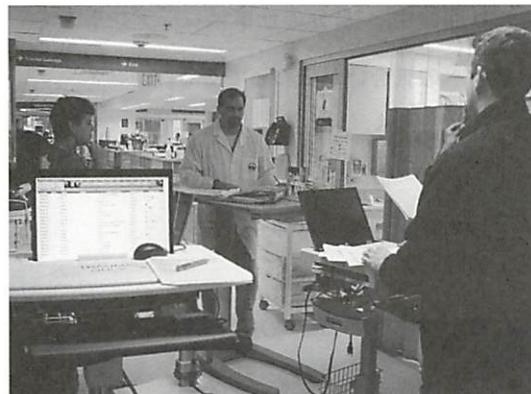


MGH の入り口。大きすぎて、病院の全体像は撮れませんでした。

事務の方にドクターの方々、サポートしてくれた家族、本当にありがとうございました。一生忘れられない多くの経験・多くの出会いができました。皆様に心よりお礼申し上げます。



中庭から見た MGH。5年目のドクターでさえ、迷子になっていた大きな病院です。

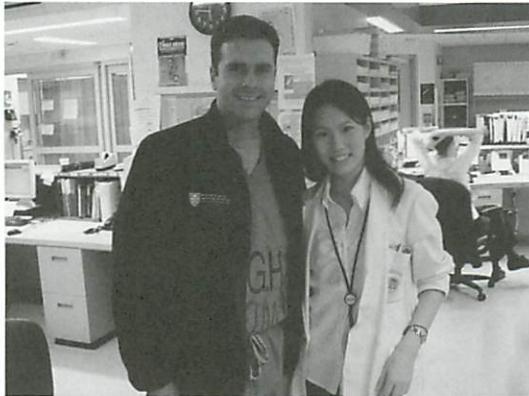


SICUでの回診。中央のattendingを中心に、レジデント・ナース・栄養士・呼吸管理士で1つのチームを作り回診し、一人の患者に様々な面からアプローチ。

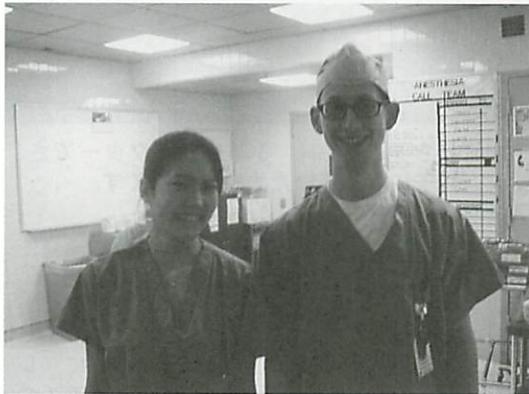
また、各自パソコンを持ち運び、薬の変更などはその場で。ダブルチェックにみんなの目が光ります。ディスカッション後、その患者さんの今日一日の検査や治療のゴールを確認しますが、これは医学生の仕事です。チームの一員として貢献することが求められていました。



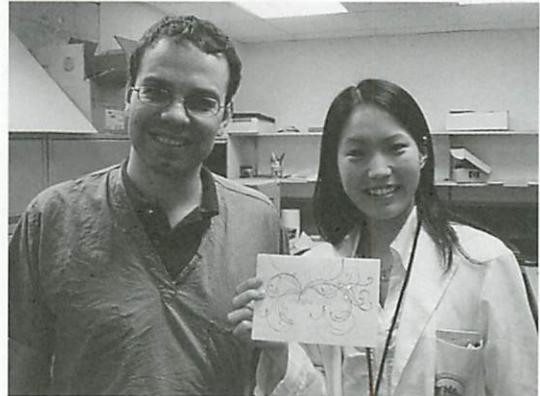
SICU でのもうひとつのチームの回診。
がっつり話しこんでいる光景は日常茶飯事。



1週間お世話になったレジデントのマーク。[See one Do one Teach one] の姿勢で、医学生も一回見たら次は Do が当たり前と、見せた上で色々やらせてくれた。その分、See の時はただ見学させるのではなく、次は自信を持って一人前並みにできるようにと、自分の知っていることは全て伝授するぞという意気込みで指導してくれる。



大血管手術の麻酔を担当した Dr. Chamin と。
若いチームで大きなオペをやっていることに
びっくりすると、"これが MGH さ" と。



Attending の Dr. Schmidt。
ICU 回診中、"自分の仕事はレジデントを一人前にすること"。
教育への気合いが伝わってくる。

<連絡先>

菊地 志織

s0511556@u.tsukuba.ac.jp

090-9784-6734



2010年3月19日、桐医会定例役員会において、桐医会会长 山口高史氏より菊地志織さんに「海外実習援助金」として20万円が授与されました。

アメリカでの実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年次 須藤 航

実習先：

The Warren Alpert Medical School of Brown University
(Infectious Diseases)

滞在期間：

2010年5月10日～6月4日

かねてから米国の医学教育水準が非常に高い事は耳にしていましたが、具体的にどのような点において優れているのかが分からず、実際に自分の眼で見て確かめてみたいと思った事が海外実習を希望した理由です。また、感染症は個人的に興味のある分野であり、日本と海外での感染症診療においてどのような違いがあるのかという疑問を抱いていたため、感染症科で実習する事を決めました。

New York の北東部に位置する Rhode Island 州にある Brown University は、自校の臨床実習プログラムを海外も含めた他校の医学生に開放しており、希望すれば誰でも参加する事が出来ます。今回このプログラムに応募し、Brown University の関連病院である Memorial Hospital of Rhode Island の感染症科で 4 週間、また後半の 2 週間は The Miriam Hospital で内科の Morning Report 及び Attending Rounds にも参加する事が出来たので、その報告をさせて頂きたいと思います。

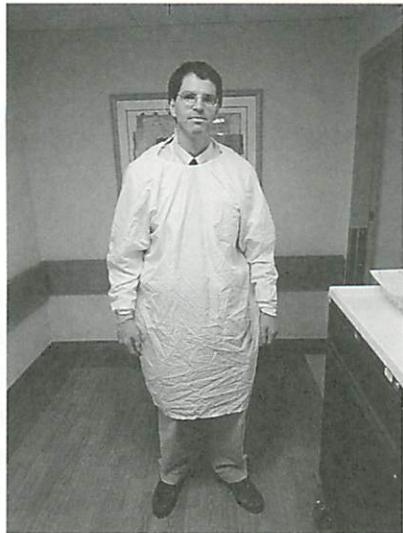


Memorial Hospital of Rhode Island

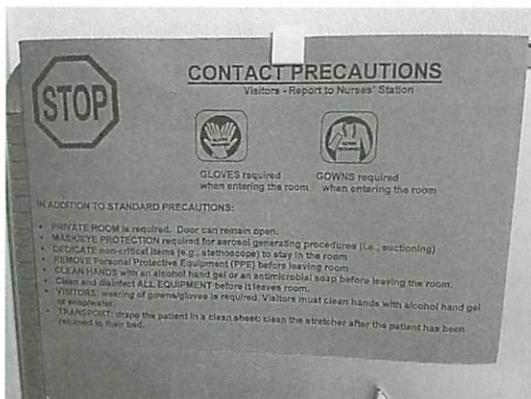
＜感染症科実習＞

Memorial Hospital は病床数 294 床の総合病院であり、感染症科 (ID) 実習では主にその病院の入院患者のコンサルテーション業務と外来を見学させて頂きました。コンサルテーション業務では、まず Fellow の先生が他科の医師から依頼された患者の問診、カルテからの情報収集をして Assessment, Plan をまとめた後に Attending の先生を交えて Discussion を行い最終的な方針を決定するという流れで行われていました。実習中は基本的に Fellow の先生と一緒に行動していたのですが、その際に日本とは大分様相が異なった診療体制や耐性菌などの院内感染事情がある事に気がつきました。院内の診療体制において日本と大きく異なるのは、非常に多様な職種のスタッフが働いている事です。日本の看護師に相当する Registered Nurses の他に、Respiratory therapists と呼ばれる人工呼吸管理を専門に行うスタッフなど日本では見たことのない職種の方が多く働いていました。院内感染対策としては、MRSA や VRE などの耐性菌を保菌する患者と接する場合は、全員が（患者家族でさえ！）必ずガウンと手袋を着用しており、また病室の入り口には保菌者であることが一目で分かる張り紙がされていたのが印象的でした。実習期間多くの症例を経験しましたが、C.difficile 腸炎（偽膜性腸炎）の頻度が非常に高く、敗血症性ショックに陥る重症例も少なくない事に驚きました。感染症に限らず、今まで病院実習を通して勉強する中で疫学を意識した事は殆どありませんでしたが、この実習中は「日本と比較して疫学的にどのような違いがあるのか」と考えさせられる機会が多かったです。疫学的知識の必要性を身を持って実感出来たのは良い経験となりました。

感染症科の外来で印象的だったのは、HIV 患者



ガウンと手袋



接触予防のための張り紙

が非常に多かった事です。見学した際は、患者の半数以上がHIV患者でした。Rhode Island州を含むNew England地方は米国内でもHIV患者が多い地域であり、患者の性別・年齢・社会的背景も多岐に渡っていました。IDの先生曰くHIV患者は背景として精神疾患などの医学的な問題や貧困などの社会的问题を抱えた方が非常に多いそうです。そのような事実を考えると、HIV患者が増加傾向にあるとされる日本においてHIV患者に遭遇する機会は、感染症科に限らずどのような診療科でも今後増えていくと考えられます。そのため、全ての学生が医師として働く前にHIV感染症との基本的な知識と臨床現場における対応を身

につける事が重要であると感じました。HIV感染症については教科書などで勉強していましたが臨床の場でどのように治療しているのか具体的なイメージが湧かない部分も多かったので、今回の実習でHIV診療が実際にどのように行われているのか見学出来た事は非常に勉強になりました。

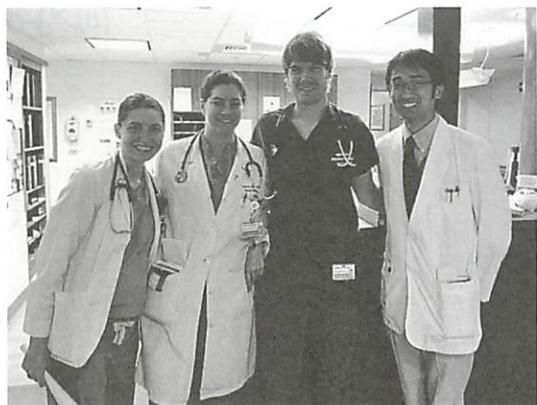
<Morning reportとAttending Rounds>

感染症科は入院患者を持っておらず、朝の回診はありませんでした。そこで、内科の朝回診に参加させて欲しいと頼んだところ快く受け入れて頂き、後半2週間はThe Miriam Hospitalという別のBrown University関連病院の内科で、毎朝開かれるMorning reportと呼ばれるカンファレンスとAttending Roundsに参加する事が出来ました。Morning reportではResident（研修医2年目）以上の内科の先生が集まりCase Studyを行っていました。Residentの先生が日常診療の中で経験した症例をプレゼンし、それに対し皆で鑑別診断・施行すべき検査などを挙げ、診断過程に焦点を当てて症例検討をするという一般的な形式でしたが、1つとも驚かされた事がありました。それは、内科のどの科の先生であっても身体所見を重視しているという事です。例えば、Hematologistの先生がたまたまMorning reportに参加している時があったのですが、その先生がその場で心雜音と循環動態の関係について解説を始めるという場面がありました。日本の病院では見たことのない光景です。身体診察は内科診療の根底を成るものであるという事を改めて認識させられました。

Morning reportの後はAttending Roundsと呼ばれる朝回診が行われ、Attending, Resident, Intern（研修医1年目）、Sub-Intern（医学部4年生）、Clerk（医学部3年生）からなる5人前後が1チームとなり担当する患者を回診していました。回診は、病室の前でそれぞれ担当のInternや医学生が5分程度のフルプレゼンテーションを行った後にAttending, Residentの先生が極簡単なLectureを含めたコメントをするというのが基本的な流れでした。医学生も担当の患者のプレゼンして

いたのですが、どの学生も自信を持ってはっきりと自分の Assessment, Plan を述べており、プレゼンテーション能力は日本の学生に比べて圧倒的に高い印象を受けました。正直なところ、まだ1年間も実習をしていない学生でさえ、既に約2年間臨床実習を続けた自分よりもはるかに上手にプレゼンしていたのはショックでした。また、学生であっても医師の署名の下に電子カルテ上で検査のorder, 薬の処方が出来るようであり、臨床実習が日本でのものよりも実践的なトレーニングの場であると感じました。このように、学生の段階から医師の監視下で研修医とはほぼ変わらない仕事をこなし、それに対して医師がきちんと Feedback を返している事こそが米国の医学教育水準の高さに繋がっているのではないかと思います。

最後にもう1つ、興味深い事があったので紹介させて頂きます。Memorial Hospitalでは毎日昼食を食べながら参加できる Noon conference があり、学生や研修医向けに様々なテーマで Lecture をしてくれていました。その内の1つに、Family Medicine の先生が司会となって「宗教や文化の違いに起因する日常診療で遭遇する様々な問題に対してどのように対処すれば良いか」というテーマで議論する日がありました。基本的に同一民族がいまだ大多数を占める日本ではあまり議題として上ってこない内容ですが、非常に重要な視点であると感じました。



Rounds で一緒だった先生と学生さん

くまとめ>

今回の米国での臨床実習を通して、米国の医学教育の質が高いと言われる所以が自分なりに理解する事ができました。また、同時に日本国内に居るだけでは分からない、気づく事の出来ない考え方や価値観を見出せた事は今後医師として働いていく上で役に立つ経験となったのではないかと思います。実習前までは、色々と繁雑な準備に追われて大変だった部分がありましたし、自分の英会話能力にかなり不安を持っていたのも事実です。しかし、その苦労に見合だけの充実した実習をする事が出来たと思います。もし、これから海外実習に行こうか迷っている学生の方がいるのであれば、是非飛び込んでみる事をお勧めします。学生の今だからこそ発見出来る事、感じる事があるはずです。

く謝辞>

今回の実習は、応募書類作成の際にお世話をなった前野哲博先生や人見重美先生をはじめ、多くの方々の支えがあったからこそ実現したものでした。また、実習を受け入れて下さった Brown University の先生方には大変お世話になりました。この場をお借りしてお礼申し上げます。有難うございました。

ご質問等がありましたら、下記までよろしくお願ひします。

須藤 航 ko_sudo@alto.ocn.ne.jp



感染症科の Dr. Neil と Dr. Ackerman

海外実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年次 廣澤孝信

実習先：

- ①カナダ、モントリオール（2010/4/5～4/30）
McGill 大学感染症内科
- ②バングラデシュ、ダッカ（2010/5/17～6/18）
ICDDR,B (the International Centre for
Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh)

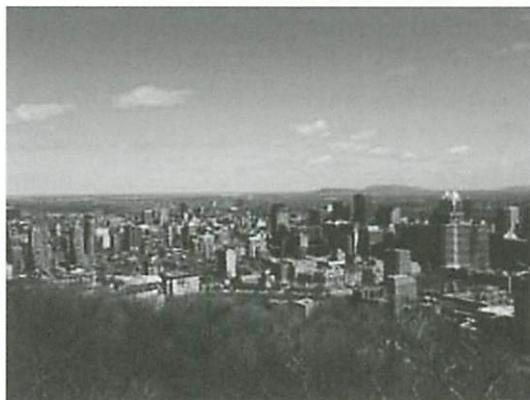
1. 海外実習応募動機

日本以外の先進国と発展途上国の医療施設にて、感染症内科という分野の裾の広さと多様性を学びたいというコンセプトで、海外実習に参加させていただきました。

2. McGill 大学感染症内科

カナダのケベック州はフランス語圏のため、日常生活はフランス語を使っていますが、McGill 大学は英語系の大学のため、カルテは英語で記載されます。フランス語での会話を好む患者に対しては、他のスタッフの方に通訳をお願いしました。

大学付属の病院はなく、大学と複数の教育病院が提携しレジデントや医学生を受け入れています。その中の Royal Victoria Hospital (RVH) にて研鑽を積ませていただきました。伺ったところ



モントリオールの街並み

では病院間では、大きな違いはないとのことでしたが、RVH は比較的移植件数が多く感染症内科が忙しい施設でした。

感染症内科の先生方は、朝に新しいコンサルテーションや前日までのフォローアップの担当を確認し、病棟に向かいます。フォローアップの途中で、新しいコンサルテーションを受け、昼過ぎに外来を終えた指導医を交えてチーム全員が集まり、それまでの報告やディスカッションをします。その後、新規コンサルテーションや問題症例をチーム全体で回診します。



Royal Victoria Hospital



一緒に回った学生と感染症内科・微生物学のオフィス前にて

経験させていただいたのは、敗血症、尿路感染症、脾臍瘍、蜂窩織炎、感染性心内膜炎、肺炎、猫ひっかき病などです。

入院患者に対しては、ほぼルーチンで耐性菌、*Clostridium difficile* の検査が行われ、陽性患者には隔離措置を行うなどの院内感染対策がなされていました。そのため、偽膜性腸炎とその疑いの患者が多い印象を受けました。

最も印象に残ったのは、移植前評価のコンサルテーションです。潜在感染症の評価や移植前に勧める予防接種を考えるという経験をできたのは、大変貴重でした。

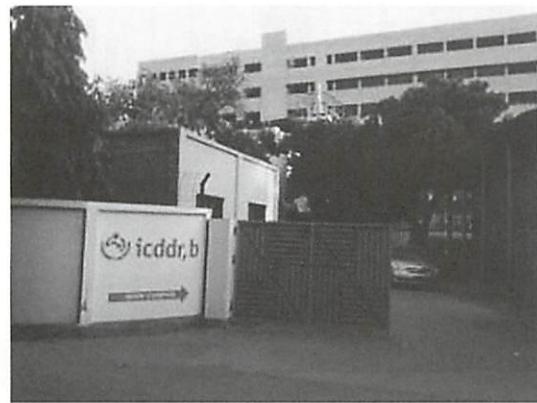
スタッフも患者も様々な国から集まっています。実際に、患者の出生地や滞在地が多くの国々に及んでいるので、個々の症例毎に考慮する起因菌も変わっていきます。

オマーンからのレジデントやメキシコからの医学生と一緒に研修し、お互いの国の医療事情や医師としてのキャリアプランの違いを知ることができ、大変刺激になりました。

3. ICDDR,B (the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh)

バングラデシュは、国土がほぼインドに囲まれ、日本と同じ形の国旗の国です。人口密度は世界一といわれています。貧富の差が比較的あるため、経済状態・栄養状態が感染症やその重症化と密接に関わってきます。

ICDDR,B は地元では Cholera Hospital と呼ばれ



ICDDR,B

て親しまれています。バングラデシュの教育病院として、また国際的な研究機関として、多くの国々からスタッフが集まり活躍されています。

病棟では Special Care Unit (以下 SCU) を中心に学びました。日本の ICU に相当します。

病院の名前の通り、患者の大部分は下痢・嘔吐などの症状を有します。ベッドの中心に穴があり、下のバケツに便が貯まる仕組みになっています。患者さんがトイレに行かなくてもよいように(こちらの下痢は大人でも歩行ができなくなるくらい強烈なためトイレまで行く余裕がないのも事実です)、また便の性状や量から起因菌の推定や状態の把握を行えるようになっています。治療には cholera saline というカリウムが含まれた特別な輸液を用いて治療を行います。

設備や機材が十分とは言えない分、問診、身体



ダッカの喧騒



SCU の回診

診察、限られた検査データを基に臨床推論能力をフルに活用することが求められました。特にSCUの患者さんはバイタルサインが安定していない方が多いため、また自分のベンガル語が十分でないため、バイタルサインや身体診察に対する感覚が研ぎ澄まされていくのを感じることができました。

バングラデシュは、医療レベルは決して優れているとは言えないかもしれません、予防接種の体制は日本より充実していると思います。

医療システムやアクセスのしやすさが異なるため単純な比較はできませんが、麻疹や百日咳といったワクチンで防ぎ得る疾患の発生率は日本より少ないです。また日本では任意接種であるB型肝炎のワクチンも定期接種が行われています。

バングラデシュを始め発展途上国からも学ぶべき

ことが大いにあると感じました。

4. JICA 母性保護プロジェクト

独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency、以下JICA）が協力しているバングラデシュ、ナルシンディの母性保護プロジェクトの視察に同行させていただきました。

プロジェクトは妊婦と胎児の死亡率を下げるため、様々な支援を行っています。その中でコミュニティ会議とナルシンディの病院を訪問させていただきました。

このプロジェクトは、コミュニティレベルでは妊婦を保護するグループを作り、病院レベルではパフォーマンス向上を支援し、コミュニティと病院が妊婦の搬送が円滑に行えるように協力してい



コレラベッド



便が下のバケツに貯まる



妊婦の把握・教育・搬送を担うコミュニティ会議



病院の手術室にて JICA の支援で導入された医療器具

ます。そして、中央レベルではこれらの取り組みから得た教訓を政策決定に反映しています。

ICDDR,Bでの研修の中で、多くの幼い命が失われていくのを目にして、重篤な状態にならないよういかに予防するかを考えていました。このようなプロジェクトが母体や胎児の死亡を防げれば、素晴らしいことだと感じました。

5. 実習を振り返って

日本、カナダ、バングラデシュという全く異なる国で、研鑽を積む機会に恵まれました。

海外の医療の良い点を知り、日本の医療がさらに良くできる点を学ぶことができました。加えて、日本にいるだけではわからない日本の医療の良さを再認識することもできました。

これまで海外でも将来働きたいと漠然と考えていましたが、実習を通じてその思いを強くしました。日本や他の先進国で研鑽を積ませていただき、そこで得た知識や経験を活かして発展途上国で医師として働きたいと思います。

日本全体が巣籠もり・内向きになりがちです

が、そのような中でもオープンマインドさえ持つて外の世界に飛び込めば、広い世界と小さな自分を知ることができます。若いうちに異なる環境・価値観に触れておくことを勧めたいと思います。

6. 最後に

このような貴重な経験ができたのも、メンターの須磨崎亮先生を始め、鴨田知博先生、田中誠先生、フラミニア先生、ご指導いただいた McGill 大学 の Dr. Briedis、ICDDR,B の Dr. Tahmeed、Dr Munirul、吉松昌司先生、学務の方々、その他多くの方々のご協力・ご尽力の賜物です。この場をお借りして感謝の言葉を述べさせていただきたいと思います。

そして、来年以降も多くの筑波大学の医学生が海外実習に参加されて貴重な経験を積んでいただけるように願ってやみません。

さらに詳しく知りたい方は
s0612465@u.tsukuba.ac.jpまでご連絡いただける
と幸いです。 廣澤孝信

海外実習報告

筑波大学医学専門学群医学類 6 年次 松村英明

実習先：

Charité-Universitätsmedizin Berlin Campus
Virchow-Klinikum, 2010/4/26～5/21

1. 海外実習に行くまで

海外実習を希望した動機としては、まず他の国の医療というものを学生のうちに見てみたいという漠然とした想いでいた。特にドイツは自分が生まれた国であり、日本とどのような違いがあるのかというものに興味がありました。また、筑波大学での実習中にたまたま韓国からの留学生と一緒にになることがあります、彼らからの話を聞き刺激を受け、自分も海外実習に応募しようと決心しました。

2. 準備

- 2009年 6月 海外実習報告会
- 7月 TOEFL 受験
- 8月 大学への履歴書・応募理由（英語）の提出
- 9月 海外実習選考会
- 10月 Charité-Universitätsmedizin Berlin から受け入れが可能という連絡
- 2010年 2月 予防接種証明書、健康診断書を Charité へ提出
- 3月 ドイツ労働局への書類提出、Charité での実習が正式に決定
- 4月 ドイツへ

受け入れ先としてはドイツ、ベルリンの Charité, Klinik für Neurochirurgie から早い段階で受け入れ可能との連絡を頂いていましたが、その後の受け入れ先の秘書さんとのやり取りがなかなか進まず、結局正式な決定は実習の直前となってしまいました。海外とのやり取りは予想以上に時間がかかるものなので注意が必要です。

3. 実習

Charité-Universitätsmedizin Berlin について

この病院はドイツの首都ベルリンに所在し、4つのキャンパスに14,500人のスタッフを抱え、一年間の外来患者数は50万人という EU の中でも一番大きな病院です。2010年で創立300周年というかなり歴史のある大学病院で、数多くのノーベル賞受賞者を輩出しています。私はその中の Campus Virchow-Klinikum にある Klinik für Neurochirurgie で 4 週間実習を行ってきました。Campus Virchow-Klinikum は中央に緑豊かな街路樹が植えられた通りがありその両脇に各診療科ごとに大きな病院がいくつも建っているという形のキャンパスでした。各建物によって雰囲気が異なっておりましたが、地下ですべてつながっていることが印象的で、地下にはレントゲン室や CT 室、救急など各科が共同で使うような部門が配置されていました。

Klinik für Neurochirurgie について

脳神経外科はいざれも専用の 4 部屋の手術室と ICU、病棟を持ち、42歳という若い教授を筆頭に約35名の医師（その内女性医師が 6 名）が働いていました。Moyamoya 病などの脳血管障害や脳腫瘍、脊椎外科からパーキンソン病などの機能脳神経外科、末梢神経手術、ペインコントロールまで幅広く手術を行っていました。脳梗塞は神経内科が、脳動脈のコイル塞栓術は放射線科が担当するのが日本と異なります。手術は 4 部屋とも microsurgery 用の顕微鏡が、その内 2 部屋は X 線透視装置がおかげでもまだ十分余裕がある大きさの広さで、一日10～15件の手術がおこなわれていました。

実習

私は病棟レジデントチームの一つに配属されま



正面玄関



病院の中央をつらぬく通り



学生の教室



42歳という若さのPeter Vajkoczy教授と。

した。このチームは患者数がだいたい15~20名程度で private patient という民間健康保険に入っている患者を主に担当していました。ドイツでは公的健康保険と民間健康保険があり、民間健康保険

の患者は教授が直接手術を行っていました。ドイツの病院では公的健康保険の患者にはあまり医療費を請求することができないため、private patient はその病院にとってとても大切なのだとレジデントの先生は仰っていました。他にも同様のチームが2つ、さらにICUにも専門のチームがありました。

一日の流れ	
7:00~	各チームごとの回診
7:30~8:10	当直からの申し送り、当日の手術予定、連絡事項
8:10~8:40	ICU ラウンド ~チームごとの病棟業務や手術~
15:00~15:45	月水金：レントゲンカンファ 火木：手術の振り返り、翌日の手術予定など
16:15~16:45	ICU ラウンド

この他にも隔週で研究者とのリサーチカンファが朝6時から行われていました。ドイツでは学生でも医学博士号のための学位論文を書くことが可能で、1年程研究室に出入りして学生の間に学位論文を書いてしまうケースがよくあるそうです。

私はこれらのイベントに参加しつつ、残りの時間は手術見学を行ったり PJ と呼ばれる6年次の学生と一緒に採血等の病棟業務を行っていました。ドイツでは5~6年にかけては PJ (practical year) と呼ばれ、内科、外科、選択科で各4か月ずつ実習を行います。彼らはチームの一員として病棟の採血や新患の病歴聴取、ナースステーションでの家族への対応等かなりの仕事をまかさ

れていました。ドイツの医学教育は高校卒業後から始まる6年制ですが、兵役（または奉仕活動）や学位論文のための研究などで同じ6年生でも年齢は日本より若干高めでした。またドイツでは人口の10%程が海外からの移住者であり病院内には多くの海外からの医師、学生がいました。実際PJの3人の内1人はインド、もう1人は南アフリカ出身でした。彼らは自分の母国語、ドイツ語、および英語を話すことができ、語学力の大切さを痛感しました。

実習内容としては手術見学が中心となりましたが、日本での実習とは症例数が格段に違い、多彩な手術を見学することができました。Vajkoczy教授は脳血管障害が専門で多くの手術を行っていましたが、特にMoyamoya病の4歳児に対する浅側頭動脈-中大脳動脈バイパス手術には手洗いをして第一助手という形で手術に参加させていただきとても貴重な経験をさせていただきました。

また、夕方からの救急外来の見学も行いました。救急外来ではレジデントの先生が身体所見、病歴を取り、時にはそのまま緊急手術ということもありました。予定手術の場合では、器械出しの看護師に補助してもらいながら手術をほぼ一人でこなしてしまうため、若いレジデントの先生は手術をする機会があまりなく、「手術をするために

当直をしているのだ」と、あるレジデントの先生は仰っていました。大きな大学病院であるCharitéの一方所だけの実習なのではっきりとしたことは言えませんが、日本の研修システムの方が助手という形で手術に早い段階から参加し、その後徐々にステップアップできる点で優れているのではないかと感じました。

4. 感想

国民性の違いに依るところが大きいとは思いますが、救急当直の翌日は必ず休みをもらえ、また基本的にはどの先生方も18~19時にはほとんど帰宅するといったように、ドイツの医師は全体的に日本よりもゆとりがあるように感じました。ただ、給料が安く、スイスやイギリスの病院に行ってしまう人や、企業に就職する学生も多数いるらしく、日本とはまた違った問題点を抱えていることがわかりました。このように、実際に現地に行ってみなくてはわからないことを感じられたり、また言葉の違う土地で一人で暮らしていくことは、自分にいくらか自信もつきますし、本当に良い経験だと思いました。

5. 最後に

病棟実習に出るまでは知りませんでしたが、筑波大学病院には多くの海外からの留学生が見学・実習に来ています。今回、海外実習に応募する一つのきっかけとなったのも、韓国からの留学生とたまたま一緒に実習したことですし、またドイツ



インド出身のPJの学生と。



Moyamoya病の手術風景。手前が筆者。



ある休日。脳神経外科 VS 製薬会社のサッカーの試合後、記念撮影。

から筑波大学に実習に来ている医学生がいるという情報を聞きつけては、わざわざ会いに行って話

をして友達になってみたり。そのように、少しだけ自分から積極的に動いてみると、日本に居ながらも海外の学生と触れ合うチャンスはあると思います。今回の Charité での実習や、それ以前の筑波大学での実習でできた海外の友人とは今後も連絡を取り合い、彼らに負けないように自分も頑張っていきたいと思います。

最後に、このように海外での実習という貴重な体験ができたのも先生方をはじめ、周囲のご支援があってこそそのものだと思います。この場をお借りして、御礼申し上げます。

<連絡先>

松村 英明

s0511614@u.tsukuba.ac.jp

第30回（平成22年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3回生）

第30回（平成22年度）桐医会総会は2010年5月22日（土）に筑波大学医学群学群棟4 A411室において開催された。議事内容を報告する。

1. 平成21年度事業報告
副会長：海老原次男氏（2回生）より表1のごとく報告された。
2. 平成21年度会計報告
会計：堀孝文氏（7回生）より平成21年度決算が表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、報告された。
3. 役員選出
第31回生評議委員が表3のとおり選出され、全員一致で承認された。
4. 平成22年度事業計画
副会長：海老原次男氏より表4のとおり提示され承認された。
5. 平成22年度予算
会計：堀孝文氏より表5のごとく説明があり、承認された。
但し、学類援助金については今年度までの支出とし、必要に応じて検討する。

表1 平成21年度事業報告

平成21年

- 5月 第1回定例役員会
- 5月22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 桐医会会報第66号発行
平成22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
桐医会会報第67号発行
- 3月25日 第31回生桐医会加入手続き

表2 平成21年度決算

収入

内 訳	予 算	決 算
前年度繰越金	967,615	967,615
会 費	5,800,000	5,174,452
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	1,210,990
預 金 利 息	5,000	20,205
計	7,875,615	7,474,262

支 出

内 訳	予 算	決 算
総 会 費	250,000	134,880
事務局運営費	2,750,000	2,374,160
広 報 発 行 費	1,000,000	790,902
名簿発行費	1,550,000	1,521,187
通 信 費	350,000	494,115
消 耗 品 費	500,000	449,289
備 品 購 入 費	400,000	167,195
事 務 費	200,000	52,080
涉 外 費	10,000	5,400
慶弔 費	50,000	63,000
予 備 費	35,615	0
学 生 援 助 金	150,000	138,360
レジデント教育賞	100,000	74,199
卒 業 記 念 品	130,000	108,675
学 類 援 助 金	300,000	232,360
支 部 経 費	100,000	0
繰 越 金	0	868,460
計	7,875,615	7,474,262

平成22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22年度評議委員

平成22年度役員および30回生までの評議委員は、平成21年度総会にて承認された通り
第31回生評議委員

田 中 三 儀 古 屋 鈴 司

表4 平成22年度事業計画

平成22年	
4月	第1回定例役員会
5月22日	第30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68号発行 平成22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23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69号発行
3月25日	第32回生桐医会加入手続き

表5 平成22年度予算

収 入

内 訳	予 算
前 年 度 繰 越 金	868,460
会 費	5,400,000
広 告 収 入	100,000
名 簿 売 り 上 げ	1,000
保 険 金 手 数 料	1,000,000
預 金 利 息	5,000
計	7,374,460

支 出

内 訳	予 算
総 会 費	180,000
事 務 局 運 営 費	2,500,000
広 報 発 行 費	1,000,000
名 簿 発 行 費	1,550,000
通 信 費	800,000
消 耗 品 費	500,000
備 品 購 入 費	50,000
事 務 費	100,000
涉 外 費	10,000
慶弔 弔 備 費	60,000
予 学 生 援 助 金	44,460
レ ジ デ ン ト 教 育 賞	150,000
卒 業 記 念 品	80,000
学 類 援 助 金	140,000
支 部 経 費	200,000
繰 越 金	10,000
計	0
	7,374,460

赤座英之先生最終講義の別刷による掲載について

本会報は今まで白黒印刷で発行して参りました。今後カラー化も視野にいれてはおりますが、残念ながら現時点では経済的その他の事情から実現できておりません。今回赤座先生からカラーによる掲載のご希望がありました。そこで赤座先生に印刷のご協力をいただき、別刷の形で発行させていただきました。通常と異なる形式ではありますが、事務局といたしましては、できるだけ最終講義を会員の皆様にお届けしたいと考えてこのようにさせていただきました。会員の皆様のご理解がいただけますようお願い申し上げます。

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 羽賀 正之先生（11回生）（平成21年10月20日ご逝去）

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、別送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。（ゆうちょ銀行での払込みには納入期限がございません。また、これまで「振込用紙」は会報に同封しておりましたが、信書に当たる為、今回から別便でお送りさせていただくこととなりました。）

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いております。また同封の振込用紙には、平成22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。年会費の現金払いも受け付けております。お気軽にお立ち寄りください。

また、ご不要になった名簿は、桐医会事務局までお持ちくれば、こちらで処分させていただきます。

不審電話にご注意！！

かねて名簿、会報において再三ご注意を促しておりますが、昨年より運送業者を名乗り、病院、ご自宅、更にはご実家に電話をかけ、ご本人または同期生の個人情報を聞き出そうとする不審な人物の報告が多数ございました。

また、桐医会事務局、病院総務を装っての不審電話の報告も複数件あり、かなり悪質な例も報告されております。

桐医会事務局または役員が直接先生方のご勤務先、ご自宅、ご実家へ電話をかけて、ご本人や同期生のご住所等個人情報の確認をすることはございません。

会員の皆様、ご家族様におかれましては、個人情報等の問い合わせに対し、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くださいますよう、よろしくお願ひいたします。

桐医会事務局

学生役員の一言

M1のとき桐医会の先輩を見て、自分のM6の姿が想像できないくらい先のことの様に思っていました。そんな私もM6になり、最後の夏休みは、国試対策や臨床研修先の面接など忙しい日々を過ごしました。夏休みだからといって思いっきり羽を伸ばせないことが残念でしたが、悔いのないように精一杯勉強に励みたいです。それにしても今年は格別暑い夏でした。これからも、体調を壊さないように気をつけていきたいと思います。

(R. N.)

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 —————

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	
所 在 地			
勤務先等	〒	TEL	
		FAX	
	機 関 名	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	E-mail		
	〒	※ TEL	
		※ FAX	
所 在 地			
勤務先等	〒	TEL	
		FAX	
	機 関 名	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68号
発行日 2010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