



桐医会会報

2012. 10. 1 No. 72



1回生同級会集合写真

目次

☆教授就任挨拶 増本幸二先生	1
☆最終講義 石井哲郎教授	3
☆最終講義 落合直之教授	12
☆最終講義 中谷陽二教授	22
☆ひたちなか社会連携教育研究センターの紹介と抱負 寺島秀夫先生	32
☆1回生同級会報告 山口高史先生（1回生）	34
☆9回生同窓会報告 柴田佐和子先生（9回生）	35
☆海外実習報告 塩澤迪夫・関野雄太・福田俊輔	37
☆The Fledglings in a Paulownia tree ～桐で生い立つ若者たち～ 松村 明先生（1回生） インタビュー：前編	47
☆第32回（平成24年度）桐医会総会報告	57
☆会費納入のお願い・事務局より	59

教授就任の挨拶



筑波大学 医学医療系

小児外科 教授 増本 幸二

平成23年11月1日付けて、筑波大学医学医療系小児外科の教授を拝命いたしました、増本幸二と申します。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。当大学小児外科グループは、昭和52年5月より初代澤口重徳教授（故人）のご指導の下、診療を開始し、日本でも数少ない国立大学の小児外科として、小児悪性固形腫瘍や新生児外科領域で様々な業績を上げてきたグループです。その流れは、2代目大川治夫教授、3代目金子道夫教授へと受け継がれてきました。私は4代目になりますが、この様な伝統のある小児外科グループで、診療、教育、研究をする機会を得ることができます。本当に身に余る光栄であります。桐医会の先生方には、これから様々なことでお世話になることと思います。そこで、私の自己紹介と今までの経験、今後の抱負について、述べさせていただきます。

私は九州の中でも田舎である、佐賀県唐津市の出身です。高校は長崎県にある私立の青雲学園高等学校を卒業しました。その後、平成3年に九州大学医学部医学科を卒業し、同大学小児外科学教室に入局しました。九州大学小児外科、関連病院として福岡市立こども病院、国立福岡中央病院（現九州医療センター）、大分県立病院、北九州市立医療センターで臨床研修を積みました。また大学では、新生児外科疾患および外科代謝栄養に関する研究と臨床を行って参りました。私の入局した時期、九州大学小児外科は2代目の水田祥代教授が就任されており、その専門領域のグループに入れていいただき、様々なご指導を受けました。研究としては、先天性消化管疾患、特に腸閉鎖症やヒルシュスブルン病などの病理学的研究、腸管壁内神経や筋層の発達についての研究でご指導を受け、平成11年に chick embryo を用いた腸閉鎖

モデルにおける腸管壁内構造の変化に関する研究で学位を修得しました。同時期より、現在の私の専門ですが、新生児外科領域における難治性疾患の代表である、先天性横隔膜ヘルニアや短腸症候群の臨床に深く関わることとなりました。

平成13年より九州大学医学部小児外科助手となり、翌平成14年より1年間、上原記念財団より奨学金をいただき、オランダのロッテルダムにあるエラスムス大学附属のソフィア小児病院に research fellow として留学しました。ここでは、以前から親しくしていただいていた、同病院 PICU の部長である Dick Tibboel 教授にご指導いただき、先天性横隔膜ヘルニアにおける低形成肺の研究を行って参りました。その後、九州大学に帰学し、平成16年より同病院の講師となり、新生児外科及び外科代謝栄養グループのチーフとして臨床、研究に没頭しました。特に先天性横隔膜ヘルニアの治療では、全国に先駆けた gentle ventilation の導入を行ったり、短腸症候群での栄養管理の徹底と腸管延長術の導入などを行い、全国でも有数の成績を収めることができました。またこの時期に、九州大学病院の NST を立ち上げ、歯科医師や WOC ナースを含む他職種での全病棟の回診システムを確立させました。

平成21年からは九州大学と同じ福岡市にある福岡大学に赴任し、呼吸器・乳腺内分泌・小児外科教室に属し、小児外科の立て直しを行いました。同年10月より同大学総合周産期母子医療センター准教授となりましたが、当時小児外科医は私を含め2名で、手術症例が100例前後でした。関連する各科に協力していただき、約2年半で外来患者数が約3倍、手術症例は250例に手が届くところまで押し上げることができ、平成23年4月にはス

スタッフの1名増加、小児の外科系病床を新たに20床増床した新病棟を作ってもらうことができました。同時に診療教授となり、九州大学との福岡市都市圏（約300万人）での小児外科症例のすみ分けを再検討し始めたところでした。

平成23年6月末に筑波大学教授への就任を打診され、身に余る光栄でありました反面、かなり驚きました。茨城はもちろん、関東にほとんど知り合いもおらず、何より伝統があり日本の小児外科の草分け的存在の当大学小児外科を私のような若輩がと悩んだ時期がありました。しかし、筑波大学の懐の深さから私を選んでいただいたと思い、全力で小児外科の伝統を守りながら、さらなる発展をさせるという気持ちとなり、赴任するに至りました。現在のスタッフは、私が赴任する前のスタッフのほとんどが残っており、さらに欠員であった2名の講師も、学内の各科のご協力により本年4月より迎えることができようになりました。そのため、4月からは、私、講師4名、診療講師1名、病院講師1名のスタッフでしっかりととした診療を行える体制になりました。

最後になりましたが、今後のことについて述べさせていただきます。当小児外科は臨床面では、金子前教授の時代より小児悪性固形腫瘍、新生児外科、胆道閉鎖症（肝移植を含む）が3本の柱として掲げられてきました。私もこの3領域はそのまま継続していくつもりですが、手技として鏡視下手術の実施を強く進めていきたいと思っております。世界的には、小児外科領域でも、成人外科領域と同様に鏡視下手術が少しずつ増加しております。そのため、当グループにおける鏡視下手術の教育システムを確立させ、安全に行える鏡視下手術を増加させていきたいと思っており

ます。また、鏡視下手術もそうですが、できるだけ将来手術創を目立たなくすることが必要であると考えており、腹部手術であれば臍のみからのアプローチ、胸部であれば腋窩からのアプローチでの手術を心がけています。こどもは疾患を治療して終わりではなく、長期にQOLを改善することが大切であります。そのため、最新の長期QOLを高める治療法を可能な限り取り入れる形にしていきたいと思っています。研究面では、現時点では新生児外科疾患、とりわけ先天性横隔膜ヘルニアに関する低形成肺の発達や横隔膜欠損部の代用横隔膜の開発、外科代謝栄養、鏡視下手術に関する研究などを行っていく予定です。将来的には以前のように小児悪性固形腫瘍についても研究を行っていきたいと思っています。可能な限り世界に発信できるよう、当グループ内だけでなく、学内での共同研究や物質・材料研究機構、理化学研究所との共同研究も進行中あるいは計画中であり、質の高い発表ができるようにしていきたいと考えております。

現在、当グループは幸いなことに、少しずつですが、金子前教授時代のような活気あふれる小児外科になりつつあります。しかし国内では、一時期に比べ、小児外科医が育っておらず、数的に少ない傾向にあります。当グループの最終的な目標は、筑波大学出身の優秀な小児外科医を多く輩出し、当大学での活躍はもちろんのこと、国内、世界へと羽ばたかせることと考えております。そのためには、学内で関係する各科の先生方、多くの桐医会の先生方のご協力が不可欠です。どうか、皆様、今後のご支援、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

ストレス応答タンパク質と疾患制御、そして安全管理

筑波大学医学医療系

石井哲郎教授

(S 1)

最終講義の機会を与えていただきましてありがとうございます。筑波大学に赴任し、ほぼ35年になります。まず初めに、これまでお世話になりました多くの教員職員の皆様にお礼を述べたいと思います。共同研究では、医学医療系の多くの先生にお世話になりました。柳川徹先生と蕨栄治先生には最後まで研究と学生の教育でお世話になりました。安全管理では、苦労を共にしてくれた医学安全管理室の磯部和正先生と職員の皆さんに感謝いたします。

(S 2)

1977年に筑波大学へ来たときはまだ医学学系棟が建設中でしたので、しばらくの間、学群棟実習室に雑居し研究を開始したことをなつかしく思い出します。初めに細胞培養の手ほどきを受けたのは坂内四郎先生からでした。坂内先生は、ヒトの正常線維芽細胞をガラス容器で週2回継代し、細胞の生存と増殖のためのアミノ酸要求性の実験からシスチンの重要性を認識し、後にシスチン膜輸送活性を発見し細胞内グルタチオン代謝に関連することを証明しました。私の筑波での最初の研究は坂内先生の見つけた「線維芽細胞が培養液を還元する能力を持っている」ことの解析から始まりました。

(S 3)

坂内先生は、この現象に大変興味を持たれ、細胞がどのようにしてシスチンを還元するのかを明

らかにしました。その結果、培養液中のシスチンが膜輸送系で細胞内に取り込まれて還元され、還元されたシステインが細胞から培養液へ漏れてくることで説明できました。また、システインは空気酸化でシスチンに戻ることになります。

(S 4)

このシスチン膜輸送活性が種々のストレス剤で誘導されることから、当時はまだ目新しい手法であった differential screening 法で輸送系の遺伝子をクローニングする事を試みました。結局、私はこの方法ではクローニングはできませんでしたが、その過程で二つの新規ストレス誘導遺伝子を1990年代に見出しました。今日パーオキシレドキシン1 (peroxiredoxin1; Rrx1) と p62/sequestosome1 (SQSTM1) と呼ばれているタンパク質をコードしています。

(S 5) (S 6)

その後の研究の発展について述べますと、これら二つのタンパク質を含む複数の酸化ストレス誘導性タンパク質の誘導の仕組みについて、1995年にTARAセンター教授として赴任された山本雅之先生との出会いがあり、大きく発展しました。山本研究室で開発された転写因子 Nrf2を欠損したマウスを用いて、Nrf2が酸化ストレスで誘導される種々の遺伝子の発現調節を担うことを証明できました。この転写因子は、異物代謝系の種々の酵素の誘導も担っており広範な生体防御系の調節因子でありその重要性が認識され、現在でも世界

中で注目されています。

(S7)

私どもが見出したストレス誘導タンパク質の中で、抗酸化タンパク質として知られる Prx1について、その分子機能と生理的な役割について紹介したいと思います。Prx はバクテリアから動物、植物にも広く存在する抗酸化タンパク質で、高等動物ではそのファミリーとして Prx1 から Prx6 まで知られています。

(S8) (S9)

過酸化水素を還元し除去する酵素としての発見が遅れたのは、抗酸化タンパク質チオレドキシンと同還元酵素、NADPH を必要とする複雑な反応系であったためです。現在では、カタラーゼよりもその活性は評価され、グルタチオンパーオキシダーゼと並んで大切な過酸化水素消去酵素と見なされています。また、Prx は多機能タンパク質であり、チオレドキシンパーオキシダーゼ活性に加えて変性したタンパク質の会合を防ぐシャペロン活性も持っています。酸化されると10量体のリング状の会合体を形成し、タンパク質の会合を防ぐ働きが知られています。

(S10)

Prx1は主要な Prx ファミリータンパク質で、肝臓、腎臓や小腸上皮細胞にとりわけ多く発現しています。私どもはマウス個体内で Prx1 の発現が生体内で誘導されることを初めて証明しました。異物代謝酵素群の誘導剤 BHA(ブチルハイドロキシアニソール)をエサに混ぜると胃に近い小腸上皮細胞に Nrf2 依存的に GST(グルタチオン-S-転移酵素)とともに誘導されます。

(S11) (S12) (S13)

Prx1遺伝子欠損マウスを用いて、生体内における Prx1 の機能を実証できます。Prx1 はラジカルを消去する活性が強いことが知られていたので、腎臓内科の平山先生のご指導で、無毒で比較的安 定な合成ラジカル化合物 Carbamoyl-PROXYL を

腹腔に投与し、肝臓と腎臓におけるラジカル消滅の速度を生きたまま EPR 測定装置で測定し野生型マウスと比較しました。その結果、野生型マウスに比較して Prx1-KO マウスではラジカル消去速度が約1.5倍となり、Prx1 が生体内でのラジカル消去に関与していることを証明できました。

(S14)

ラジカル産生が組織障害をもたらすような実験系として知られている、鉄錯体である鉄ニトリロ3酢酸投与による腎臓障害、ピロリ菌感染による胃粘膜障害、プレオマイシンによる肺の障害などにおいても Prx1-KO マウスは組織の酸化障害が多い事が分かりました。生体内で產生されるラジカルの消去に Prx1 が関与していることが分かります。

(S15)

しかしながら、Prx1 はもっと多くの機能を持っていることが最近明らかになりました。その一つは Prx1 が炎症反応惹起に関与することです。炎症はストレスによる組織障害から回復するための生体防御反応であり、ある条件下では Prx1 は炎症を促進する働きがあります。オゾンによる肺の急性炎症反応における Prx1 の機能について環境研柳澤先生との共同研究の成果を紹介したいと思います。マウスをオゾン 2 ppm を含む空気に 6 時間曝露し 1 日後に起きてくる急性肺炎症を比較します。この呼吸器障害は軽く、マウスは全頭生存します。

(S16) (S17) (S18)

オゾンによる障害は気道上皮細胞にダメージを与え、好中球やマクロファージの気道への浸潤と炎症性サイトカインの放出をもたらします。実際、野生型マウスでは肺胞洗浄液中にこれらの細胞が増加することが分かります。しかしながら、Prx1-KO マウスではこれら免疫細胞の浸潤が顕著に抑制されています。それに伴い、炎症性サイトカインやコラゲナーゼ活性を持つ MMP-13 の放出も抑制されています。これらの結果は、

Prx1がオゾン曝露による肺の急性炎症反応の惹起に必要な因子であることを示唆しています。

(S19) (S20)

最近の Prx1 の文献を精査してみると、Prx1 がサイトカインにより細胞外へ分泌され、炎症反応を調節する主要な膜受容体である TLR4 に結合する事が報告されています。TLR4 は転写因子の NF- κ B を活性化し、炎症反応を惹起します。Prx1 のこのような炎症反応促進作用が確立されつつあり、新しい発見が期待されます。

(S21)

Prx1 は実はもっとたくさんのタンパク質と相互作用し、複雑な興味深い機能を持つことが分かってきました。アポトーシスを調節する種々のタンパク質に結合し抗アポトーシス作用を發揮します。TLR4以外の炎症調節因子とも相互作用し、核の中で c-Myc の活性を抑制したり、アンドロジエン受容体の活性化を促進したりする多機能タンパク質であることが分かってきました。Prx1 研究の今後の発展が楽しみです。

(S22)

私どもが、ストレス誘導タンパク質として初めてクローニ化した、二つ目のタンパク質 p62/sequestosome1 (SQSTM1)/A170についてお話ししたいと思います。このタンパク質は、興味深いドメイン構造を持ちシグナル伝達の調節やオートファジーの調節に関連するタンパク質であることがわかり注目されています。

(S23)

この図は p62/SQSTM1 に関する論文数を年度毎に表したグラフです。2002年ころからヒトのパジェット病の原因遺伝子の一つであることが明らかにされ、その後発表される論文数が急速に増えています。東京都総合医学研究所の小松先生との共同研究で p62/SQSTM1 がオートファジーの調節因子であることが分かり、ますます注目され、毎年論文数が増加して現在では1000編を超える関

連論文があります。

(S24) (S25)

SQSTM1欠損によりシグナル伝達とオートファジーに異常が起こり、その結果として種々の代謝異常や生体防御系の異常が起きてきます。不思議なことに SQSTM1欠損マウスに見られる外見的な異常は肥満です。また、肥満に伴い脂肪肝、高血圧症、傷害後の動脈の過剰な内膜肥厚などが見られます。興味深い生活習慣病モデルマウスです。

(S26)

この SQSTM1 遺伝子 KO マウスの肥満は加齢と共に進行します。原因は過食で起きることが私どもの研究で明らかになりました。その仕組みとしては中枢におけるレプチンシグナルの異常であると考えています。より詳細な仕組みについては蕨栄治先生が研究中です。

(S27) (S28)

この KO マウスで、肥満と関連して血圧動態がどのように野生型マウスと異なるか調べました。最近の技術の進歩で埋め込み型の血圧、脈拍と運動を自動計測できる小型装置があります。循環器内科の酒井俊先生のご指導で、この装置を用いて連続的に測定を行いました。その結果、肥満が進行する前の状態ですでに血圧に異常が見られ、ヒトにも見られる non-dipper 型の高血圧症を呈することが分かりました。Dipper とは柄杓の意味で、正常マウスでは休止期（明期）に血圧が低下しますが、この KO マウスではその低下が明らかに少ない事が分かりました。

(S29) (S30)

さらに、動脈壁肥厚の起こしやすさを検証するためのモデル実験系として、頸動脈の結紮実験があります。片方の頸動脈を糸で縛り血流を止めてもマウスは他方の頸動脈のみで何とか脳の機能を保ち梗塞を免れます。数週間後に結紮した部位を取り出して動脈血管壁の肥厚を計測します。その結果、KO マウスでは内膜の肥厚が顕著に亢進し

ていることが分かりました。これは血管平滑筋の過剰な増殖に依存しています。

(S31) (S32)

そこで、KO マウスの血管平滑筋細胞の増殖特性が野生型と異なるのかどうかを検証するため、大動脈血管平滑筋細胞を培養して比較することにしました。KO マウス由来の平滑筋細胞はとても良く増殖し、通常の培養条件下で高細胞密度になることが分かりました。血清刺激に過剰に反応し、増殖シグナルが増幅されているように見えます。この血管平滑筋細胞の増殖特性の違いは、頸動脈結紮実験の結果と一致しています。

(S33)

私どもは、SQSTM1-KO マウスの病態として、過食による肥満、non-dipper 型高血圧症、過剰な血管リモデリングなどを見出してきました。これらの異常の背景としては、SQSTM1の欠損によるシグナル伝達の異常やオートファジーの異常があると思われますが、詳しいメカニズムの解明にはより詳細な解析が必要です。わずかな異常で生活習慣病が引き起こされるモデル動物としてこのマウスは有用であると思います。

(S34)

最後になりましたが、これまで担当してきました安全管理についてお話しします。筑波大学は開学当初より、周辺の環境を汚染しない方針で、実験廃液の管理は厳重に行っております。実験流しに流した洗浄液は、中地区と西（医学）地区にある処理施設に集められ、処理した後、水質の検査を経て中水として再利用するか、そのまま公共下水道へと放流します。実験廃液はポリタンクに分別回収し、環境安全管理室へ搬入した後、有機廃液は業者に委託し、無機は学内の施設で処理します。

(S35) (S36) (S37) (S38)

このシステムがうまく機能しないときにいろいろなトラブルが発生します。平成 8 年に起きた最初の大きな事故は、大量の塩化水銀が医学の排水

処理施設に流入し、3 つの貯留槽のうちの一つが長期間使えなくなった事故でした。この事故を契機に、医学内で研究グループごとに安全管理委員が定められ、当時の基礎医学系長であった後藤勝年先生の命で私が責任者となり、社会医学系長であった下条信弘先生のご指導の下で事故の対応に当たりました。至る所に放置されていた廃液ポリタンクや廃液瓶を一掃し、廃液を共同で搬出するシステムを構築しました。

また、平成 16 年には、過酸化水素や他の試薬が入ったままの古い冷蔵庫がそのまま廃棄され、クリーンセンターで職員が手に軽い火傷を負う事故があり、新聞に報道されました。事故の背景として、至る所に不要な試薬類の放置が有り、それらを一時的に回収し保管するスペースがないため対応できない状態がありました。その時期にちょうど総合研究棟 D 棟の完成があって、学系棟内に空く部屋ができたため、学系棟 333 室を試薬と廃液の一時収納室として確保できました。しかしながら、この部屋は薬品臭が強いために中で事務作業ができないことがわかり、私の研究室の一部を事務スペースとして貸与して今日まで来ましたが、今回イノベーション棟の完成により研究室などの移動があったため、事務室の確保が認められることになりました。このように長い時間をかけて事故が少なく研究と教育がスムーズに行くような医学の安全管理システムを構築してきました。奉仕の精神で苦労を共にしてくれた管理室の皆様に感謝いたします。

今年は、日本の最新テクノロジーの象徴ともいえる東京スカイツリーが竣工します。長く働いてきた東京タワーからスカイツリーへのバトンタッチは定年を迎える次の若い世代へ期待する我々団塊世代の気持と重なります。筑波大学は IMAGINE THE FUTURE と言う標語を掲げておますが、大切なことは未来を見通すこととともに、自分が将来の目標を持ってそれに挑戦することだと思います。筑波大学で学ぶ皆さんが高い目標を掲げ、将来医科学研究や医療の最先端で活躍されることを期待しています。

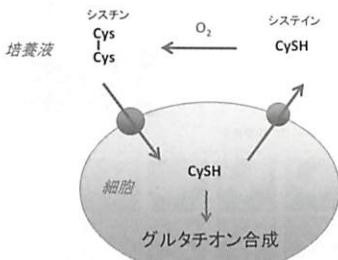
2012年2月15日
最終講義

ストレス応答タンパク質と
疾患制御、そして安全管理

石井哲郎

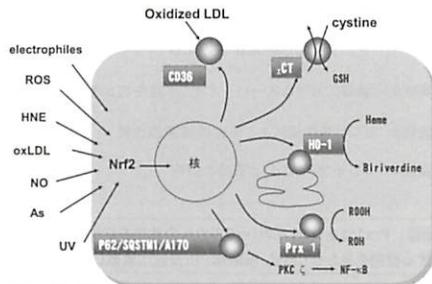
S 1

坂内四郎先生によるシスチン膜輸送系の発見



S 3

Transcription factor Nrf2 coordinately regulates a group of oxidative stress-inducible genes in macrophages. (J Biol Chem. 2000)
Ishii T, Itoh K, Takahashi S, Sato H, Yanagawa T, Katoh Y, Bannai S, Yamamoto M.



S 5

Mammalian Peroxiredoxin (Prx) family

Prx 1	MSP23 (mouse)	: macrophage stress protein (1993)
	PAG (human)	: proliferation associated gene (1993)
	NKEF A (human)	: natural killer enhancing factor (1994)
	HBP23 (rat)	: heme-binding protein (1995)
Prx 2	NKEF B, TSA, Torin, Band-8	
Prx 3	Mer5, SP-22, AOP-1	
Prx 4	AOE372, TRANK	(typical 2-Cys Prx)
Prx 5 (atypical 2-Cys Prx)	Prx 6 (1-Cys Prx)	

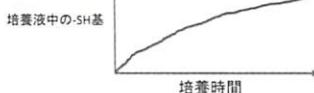
筑波大学での最初の論文

J Cell Physiol. 1980 Aug;104(2):215-23.

Formation of sulphydryl groups in the culture medium by human diploid fibroblasts.

Bannai S, Ishii T.

ヒト線維芽細胞を培養すると培養液中のシスチン(S-S)がシスティン(-SH)に還元される。



S 2

2つの新しいストレス誘導タンパク質の発見

Peroxiredoxin 1 (MSP23)のクローニング

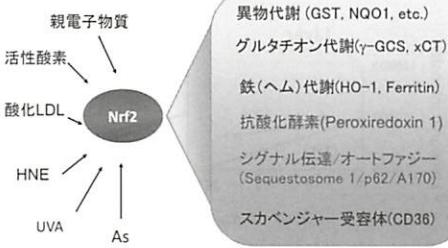
Cloning and characterization of a 23-kDa stress-induced mouse peritoneal macrophage protein (J Biol Chem. 1993) Ishii T, et al.

Sequestosome1/p62 (A170)のクローニング

Murine peritoneal macrophages induce a novel 60-kDa protein with structural similarity to a tyrosine kinase p56^{ck}-associated protein in response to oxidative stress (Biochem Biophys Res Commun. 1996) Ishii T, et al.

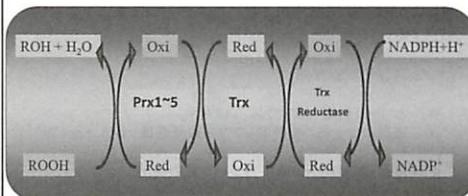
S 4

多種類のストレス・異物・毒物に応答し、
転写因子Nrf2は幅広い遺伝子の発現を誘導する



S 6

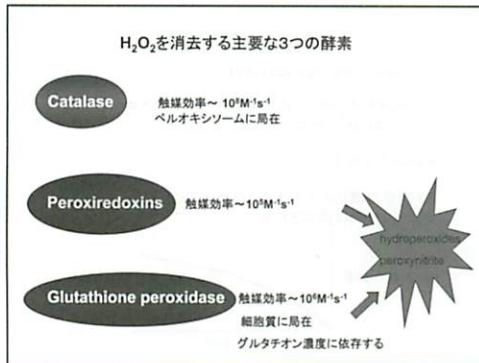
Peroxiredoxins (1-5) は thioredoxin peroxidase 活性を持つ



Prx 6 uses GSH as a reducing agent through interaction with pi-GST and is able to reduce phospholipid hydroperoxides.

S 7

S 8



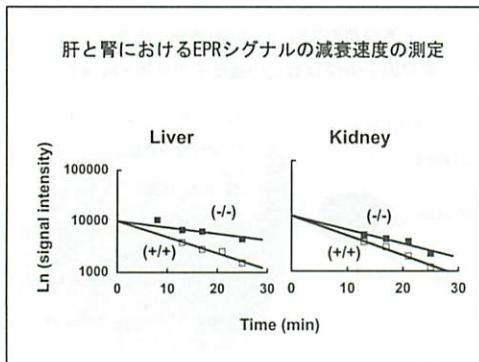
S9

Prx1が生体内でラジカルを消去する活性を証明する実験

マウス3次元EPRイメージの解析を用いて安定合成ラジカルの消去速度の比較

- マウスを麻酔後、腹部へCarbamoyl-PROXYL(200 mM, 3 ml/kg)を注射
- マウスをプラスチック容器に閉じこめEPR測定装置にセットし測定
- 3次元画像データを解析、定量評価

S11



S13

オゾン曝露による肺炎症におけるPrx1の役割は何か？

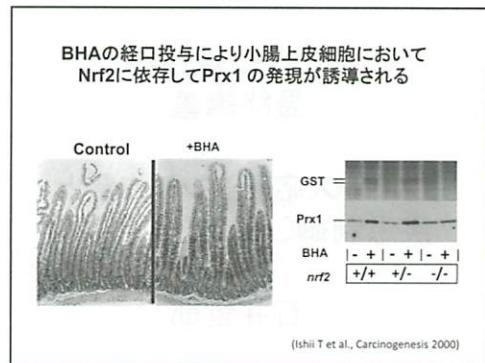
野生型(WT)とPeroxiredoxin1欠損マウスを用いて、オゾン曝露により惹起される急性肺炎症におけるPeroxiredoxin1の役割を検討する。

[オゾン曝露の実験手順]

- WTとPrx1欠損雄マウス(18週令)
O₃曝露: 2 ppm、6時間(マウス致死濃度 12.6 ppm/3h)
- 4時間後 肺組織 mRNA、タンパク質の抽出
- 24時間後 肺洗浄 細胞分析、サイトカインELISA定量

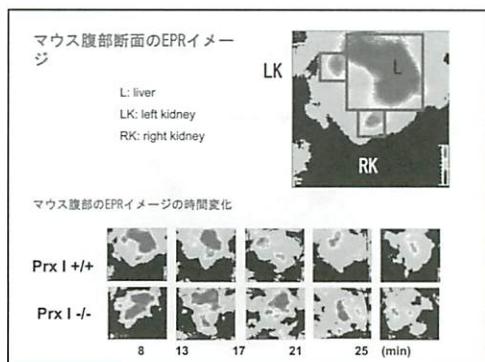
(環境研 柳澤ら)

S15



(Ishii T et al., Carcinogenesis 2000)

S10



S12

Prx1欠損マウスを用いてPrx1の生体内ラジカル消去能を検証する他の実験

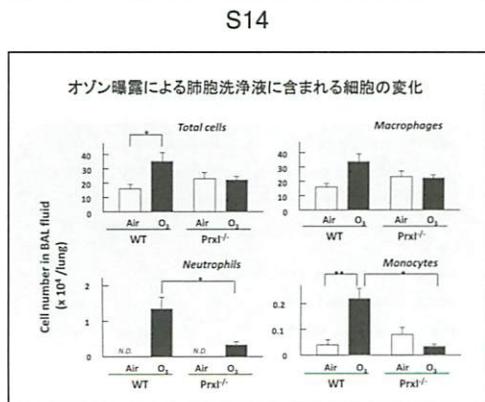
実験1: Fe-NTA(鉄ニトロ3酢酸)投与によるフリーラジカルを介する急性組織障害の比較

実験2: 臓器におけるスーパーオキシド産生の比較

実験3: ピロリ菌感染による胃粘膜障害の比較

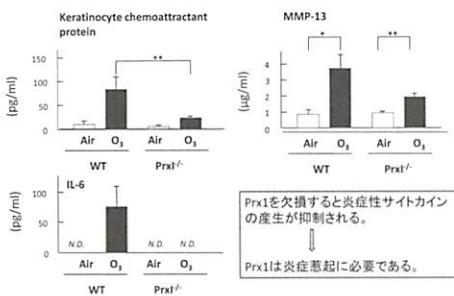
実験4: ブレオマイシンによる肺の炎症

[結論] Prx1は生体内でフリーラジカルの産生を抑制、あるいは消去する役割を果たしており、抗酸化、抗炎症に貢献している。



S16

オゾン曝露による肺胞洗浄液中サイトカイン量の変化



S17

【実験結果のまとめ】

1. Peroxiredoxin1 欠損マウスはオゾン曝露による肺の急性炎症が抑制される。

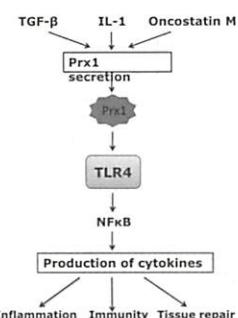
- (1) 好中球、マクロファージ、単球などの浸潤が少ない。
- (2) 炎症性サイトカインの産生が少ない。

2. ただし、オゾン曝露による血漿蛋白質の浸潤や転写因子Nrf2の活性化、HO-1の誘導は両マウスで差がない。

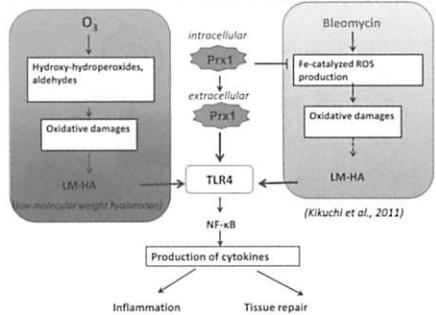
【考察】

Peroxiredoxin1 は、オゾン曝露による肺急性炎症の惹起に必要な因子であり、組織障害において、炎症を介する修復反応を促進する役割があると考えられる。

S18

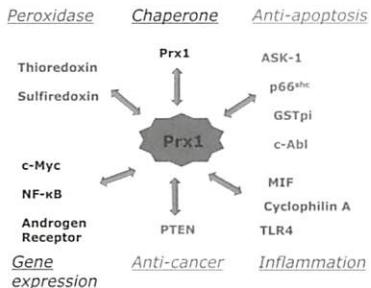


オゾンとブレオマイシンによる肺障害と炎症のメカニズムの違い



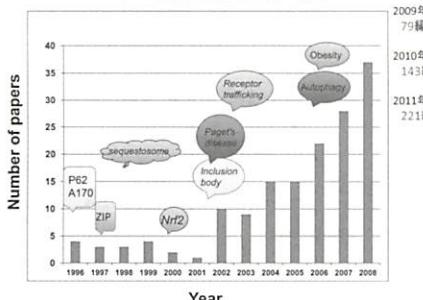
S19

Prx1は多機能タンパク質である



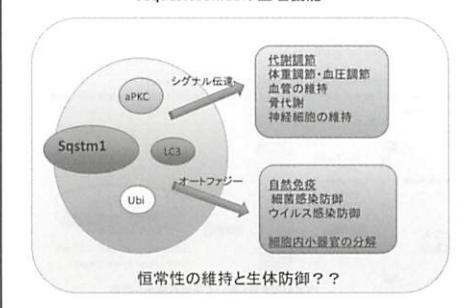
S21

SQSTM1/p62 関連の論文数は急上昇中！

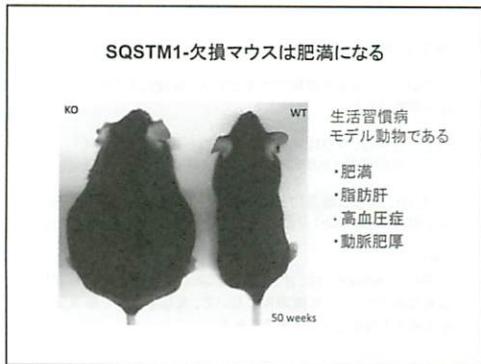


S23

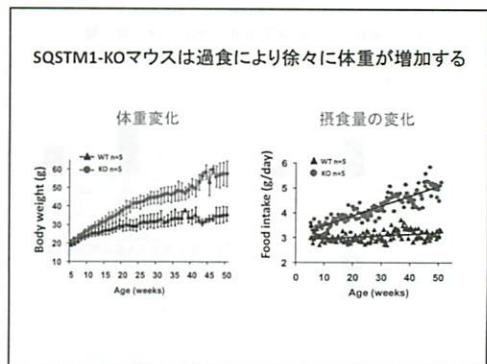
Sequestosome1の生理機能



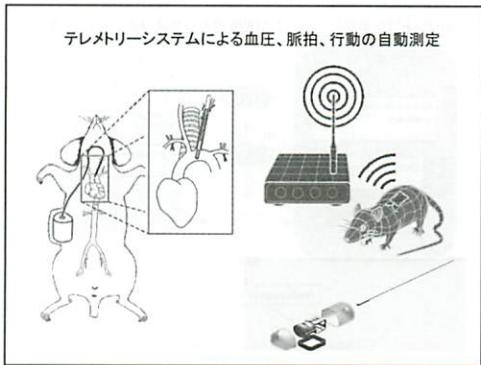
S24



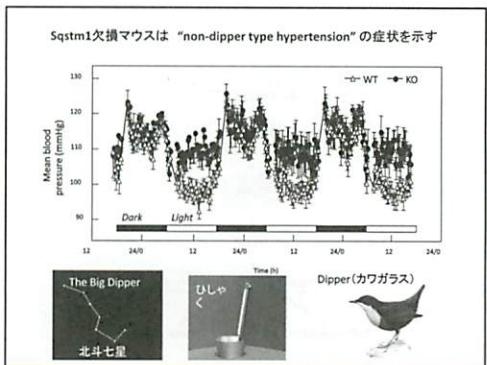
S25



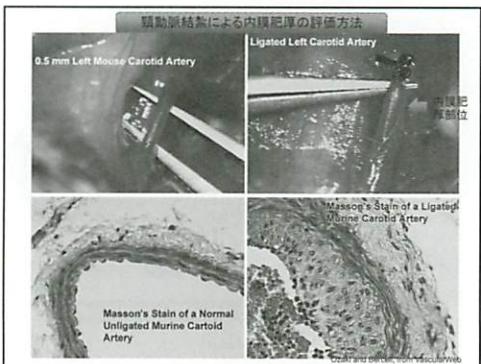
S26



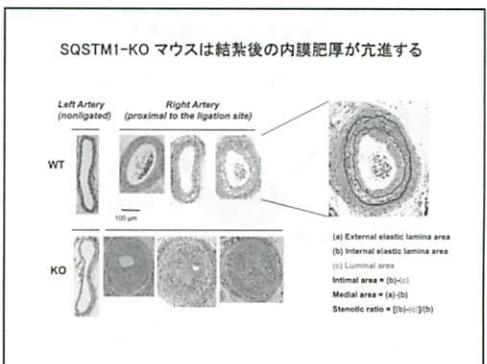
S27



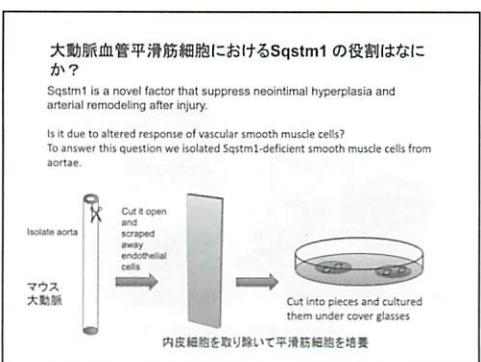
S28



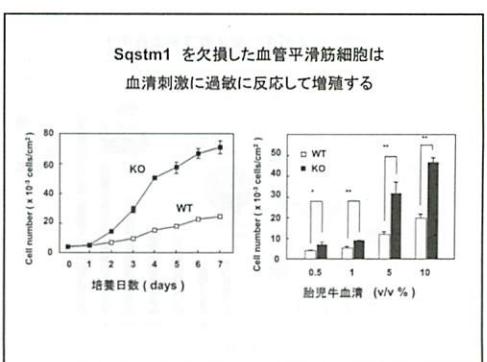
S29



S30

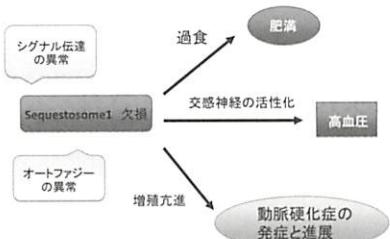


S31



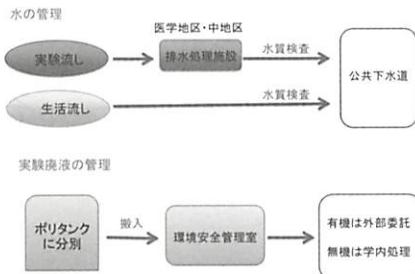
S32

SQSTM1-KOマウスの病態



S33

筑波大学における実験廃棄物の管理



S34

医学地区の安全管理システムの構築

- 平成8年：塩化水銀溶液廃棄事故（貯水槽使用不能）
➡ 安全管理小委員会の設置
- 平成16年：ウラン水溶液・過酸化水素廃棄事件
(不要試薬が入ったまま冷蔵庫を廃棄)
➡ 安全管理室収納室の設置(4B333室)
- 平成24年：安全管理室事務スペースの設置

S35

実験系廃液の共同搬出



S36

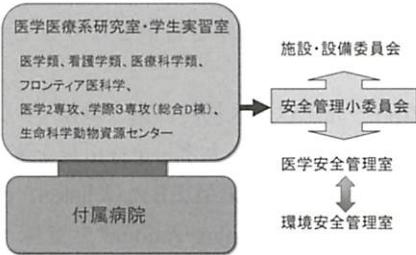
医学安全管理室の活動

学系棟333室における廃試薬の分別作業



S37

医学地区の安全管理体制



S38

整形外科医——そしてつくばにおける15年 (1997.3.1～2012.3.31)

筑波大学医学医療系
整形外科 落 合 直 之 教授

1. つくば赴任まで

父は陸軍の依託学生で、東大医学部に入り軍医になり、太平洋戦争の敗戦、公職追放で開業、開業後母校泌尿器科教室で学位を取得しました。子供心に、寒風吹く真夜中の往診、時間構わず来る患者への対応等父の姿を見て私も医者になりました。実社会では、人との出会いが医師たる人間形成に大きく影響しました。

東大入局時病棟医長は林浩一郎先生で筑波大の先代の教授です。正に鉄は熱い内に打たれ、毎週末の抄読会は文献を見る習慣となりました（図1）。

津山直一先生は、入局時の東大教授で、万年青年、ロマンティスト、大学紛争後医局を実際に民主的に運営しました。LEADERとはlisten, energy, ambitious, decision, enjoy, rationalを意味するそうです。整形外科選択の決定的影響は、腕神経叢損傷の完全麻痺肢が、肋間神経移行で機能獲得する8ミリ映画を見たことです（図2）。

黒川高秀先生は、津山先生の次の教授で完璧主義者、発想が独創的で、思いもよらぬ観点から物事を考えておられました。末梢神経を扱っていた私に、白い硬い骨を扱え、足で床を蹴り今足の骨に何が起きたか、それを研究しろと言われました。驚いた反面、地球上の全生物は重力即ちメカニカルストレスが生命現象の鍵と教えられた瞬間でした（図3）。

整形外科選択の契機となった細い肋間神経を太

い筋皮神経に縫合する方法の改良を自ら手がけました。当時のシリコンチューブ等を用いた神経再生実験から、神経束の正確な縫合方法は必ずしも最善でなく、軸索の自然な再生に任せるべきと考えました。引抜き損傷では元の腕神経叢にdonorではなく、腕神経叢外神経を利用します。代表例が肋間神経を筋皮神経に移行する肘屈筋再建法です。2本束ねた肋間神経でも筋皮神経とは、太さが違い縫合は苦労します（図4）。図5のように筋皮神経の神経上膜で細い肋間神経を包み込む方法で非常に成績が安定しました。

別の心に残る研究テーマは、入局後まもない腋窩神経損傷のカルテによるretrospective studyです。多くの症例に棘上・棘下筋にも筋電図で脱神経所見がありました。一方で腕神経叢損傷上位型の中に、その不全型として三角筋、棘上、棘下筋の麻痺が強く肩挙上障害が遺残する例がありました。Seddonの教科書にはたった一行、腋窩神経損傷に肩甲上神経損傷が合併しうるとありました。その後10年、この二つの神経が腕神経叢から分岐する所で障害されることを確認し、修復不能のこの型の腕神経叢修復法を開発しました（図6）。

これは神経から白い硬い物の一つの関節軟骨再生に研究テーマを持つ契機になった症例です。1991年成田のIlizarov法ワークショップ直後、下腿Gustilo IIIAと腕神経叢損傷合併例に出会い、Ilizarov創外固定法で骨移送を行いました。この

例は足関節内骨折もあり、これを契機に Ilizarov 創外固定法を用いウサギで関節軟骨再生実験を始めました（図7）。

しかし、医局の都合で関東通信病院に赴任し研究は中断しましたが、人生塞翁が馬です。そこで medical social worker(MSW) の日本の創始者の一人、高田礼子氏と出会いました。この伏線は、若いときに虎ノ門病院分院で河端正也部長にチーム医療の大切さを教えられたことです。Ns. PT. SW を含む回診を行った経験を生かし、東大病院の病棟医長時代に Ns. とカンファを始めました。

2. つくば赴任後

（1）赴任直後

1997年つくばに赴任、1998年、科長での大腿骨感染性偽関節の手術は存在感を示す絶好の機会となりました。1999年7月創外固定と脚延長の本場ロシアのクルガンを訪問、独創性に感激しました。閉塞性動脈硬化症に骨ドリリング・骨幅拡大を行っており、運動器局所の骨髄血栓なわち幹細胞、サイトカイン等の働きを考えるヒントになりました。

これは、前述の1998年科長として治療した大腿骨感染性偽関節例で、軟部悪性腫瘍を大腿骨ごと切除、オートクレーブ処理後元へ戻す方法が行われていました。しかし、偽関節で髓内釘が皮膚を尖破し骨髄炎を併発していました（図8）。内固定材を抜去し骨髄炎を一旦沈静化後イリザロフ法を行いました。骨欠損による脚短縮は約18cmあり、遠位端の僅かな骨を切って中枢へ移動した跡の形成仮骨を遠位へ伸張し脚長矯正後内固定をしました。この方は術後ゴルフができました（図9）。

（2）診療と研究の両立に腐心

この時期、全国で大学院大学化が始まり、人の捻出に苦労しました。関連病院への派遣制限、一方、病院の疲弊を避けるための増員という二律背反のテーマの解決に、民主的グループ運営を行うべく関連病院医長会を創設、以後2ヶ月に1回開催しグループ運営に役立っています。

次は大学院の研究テーマについて。実は、腕神

経叢引抜き損傷では、脇間神経移行で肘屈曲再建できますが、短い脇間神経では前腕以遠の再建はできません。かつて、腋窩で皮膚形成をして胸壁から直接前腕に脇間神経を移行し、その後神経を伸ばす考えを津山教授に提案しました。奇想天外な発想はよいが、これは荒唐無稽と却下されました。

（3）大学院の研究テーマの代表例の紹介

そこで、末梢神経延長を研究テーマの1つとしました。研究は辻野昭人先生（当時助教授）・西浦康正講師を中心に安部伊知朗、原友紀（現講師）、市村晴充、中島佳子、賽吉拉夫、莎茹拉、久保田茂希、山田康貴諸氏が行いました。図10は、京都の第4回 ASAMI 国際学会の発表です。脚延長は有髄神経のランビエ絞輪間を延長することを示しました。延長距離が長いと傍絞輪部脱髄がおきますが、やがて修復される事も示しました。神経の1日1mm直接延長は近位断端近傍では再生する軸索に断端神経腫を造らせずに遠位へ誘導すること、より中枢は、間接伸長時と同じランビエ絞輪間延長であること、遠位断端伸長は、基底膜に囲まれた Schwann tube 内のシュワン細胞の増殖を誘導しつづけ Büngner band の伸長である事を示しました（図11）。

無麻酔で毎日神経伸張ができる延長器も作成し、ラットからサルまで実験し、電気生理学的にも組織学的にも移植より伸張する方の成績が良好である事を10年を要し確認しました（図12）。またサルで、疼痛による自傷行為が無いこと、原講師らが工夫した母指の機能評価法である apple test で8週より16週で母指示指間のピンチ機能が回復して来ること、伸張した方がより早く回復することを示しました。

一昨年、橈骨神経後骨間枝の部分損傷陳旧例で、末梢は筋停止部に近いので、中枢側のみ32日間伸張しクリスマスの日神経縫合が行われ、この動画の如く術後の機能回復は完璧でした（図13）。

もう一つの研究テーマは骨壊死です。月状骨壊死の治療として、橈骨骨切り術など侵襲の大きい治療に代わる方法を模索していたので、教授就任直後に、自家骨髄血を移植し良好な結果になるか

3年間経過観察しました。この動機はクルガンでの骨切り術で骨外へ誘導した骨髓血の組織再生への寄与と、当時注目され始めた幹細胞でした。好結果なら次は症例の多い大腿骨頭壞死に応用しようと考えていたのですが、フランスのHernigouに先を超されました。しかし、日本では何処もしていないので、三島講師中心に小川健、吉岡友和、酒井晋介、菅谷久、李梅花諸先生が研究しました。

月状骨壞死の新術式は、まず手関節背側で伸筋腱をよけ、月状骨に3箇所2mmのドリリングを行います（図14）。確実に操作が行えるよう図の特性ガイドも作成しました。創外固定のピンを立てる際に橈骨に作成した孔より、骨髓血を2~3ml吸引採取し、濃縮分離操作をせず月状骨内に移注します。術後、手関節中間位で軽度牽引下に創外固定を8週間設置します。骨折治療促進に用いる低エネルギー超音波パルス療法を合わせ行いました。

図15は初期4例の1人で24歳女性、術前Stage IIIa。術後、圧潰は、僅かに進行するもMRIでは、2年かけて徐々に改善し、7年後も正常化しています。基礎研究は小川先生が行いました（図16）。液体窒素で壊死させた兎の足根骨を背中皮下に移植するモデルです。壊死だけのコントロールや、さらにドリリングしたものと違い、骨髓血移植群は12週で柔らかく扁平化し他と全く違う動態を示しました。組織学的には2週では骨蛍光標識はほとんど見られませんが、4週以降、骨髓血移植群で著明に認められました。さらに超音波パルス療法をすると、蛍光標識される領域が骨髓血移植群では一層多くなりました（図17）。実験結果は、全部は紹介できないので省略しますが、今後の課題は、再生骨のステージに応じた適切な荷重をかける方法の解析です。

次は、大腿骨頭壞死への骨髓血移植です。Stage 3a, Type C2の症例で手術待ちの間に、右側は骨頭が陥没し人工股関節全置換になりましたが、左は骨髓血移植が奏功しました（図18）。骨頭壞死の原因は、特発性、アルコール性などあるが、内科領域におけるステロイド治療の副作用例が多く、三島講師たちの努力で、学内は勿論広く

全国から紹介患者が来ます。我々は自家濃縮骨髓血移植をConcentrated Autologous Bone Marrow Aspirate Transplantation(CABMAT)と呼んでいます。貯血用バックで遠心を2回し白血球成分を中心のbuffy coatを取り出す簡便な方法で、月状骨での濃縮無しの直接移植と異なり骨髓由來の幹細胞数が多いことが期待されます。専用中空ドリルとチューブで約20mlの遠心分離後の骨髓液を骨頭内壊死領域に注入します。手術創は骨髓血採取部位と、ドリル刺入部の約1cm程度です。これはステロイド性の骨頭壞死で、移植3年後壊死範囲が縮小し骨頭圧壊は免れています（図19）。次はアルコール性で、術後壊死範囲は縮小しています（図20）。これまでに150例以上本法を行い、良好な成績を得ています。仮に2mmの圧壊進行は進行予防効果ありますとすると、Type C1のみならずかなり進行したC2でも効果あります。（図21）

大学院のもう一つのテーマは、前述の関節軟骨再生です。関東通信病院を経てつくばで夢をといふわけで、石井朝夫准教授（現東京医大霞ヶ浦救急医療センター教授）を中心に野内隆治、西野衆文、常非諸先生が動物実験と足関節形成術を行いました。骨髓組織から再生される硝子軟骨を、変性させずに維持するには荷重の管理が重要であること、また管理できる可能性を示しました。

石井先生が2010年9月バルセロナで発表したスライドです。創外固定器を膝関節に装着してメカニカルな環境を人为的に管理し再生軟骨の挙動をとらえる動物実験です。硝子軟骨の再生は一朝一夕に結論が出るテーマではなく、世界中が取り組んでいます。

これは最初の創外固定器モデルを用い、兎の膝の脛骨近位端を切除し海面骨を露出し間葉系幹細胞の軟骨再生能力を見たものです（図22）。術直後、1週後は脛骨近位の骨切り面が関節内に直面していますが、3週、6週とサフランINで染まる硝子軟骨が再生し、12週で十分量再生しますが、実はこの後に変性が始まります（図23）。創外固定器で一定の関節裂隙を保つと関節面に適切なメカニカルストレスが掛からず、再生軟骨は変性します。そこで実線に囲まれた再生組織内のサ

フラニン O で赤く染まる硝子軟骨の占める割合をメカニカルストレスの条件を変えて調べました(図24)。圧迫又は牽引だけで動きを抑制すると軟骨はできません。牽引して動かすと再生します。そこで、創外固定下 6 ヶ月間牽引と自動運動だけのものと、その後、創外固定抜去し荷重したものの違いをみました。再生組織は明らかに荷重した方が良好でした。しかし、12週のものよりよくありません。そこで、いつから荷重した方が良いか調べました。

荷重と動きを管理できる装置で 6 週から段階的荷重する群と、9 週からする群との違いを見ました(図25)。GWB は 1 週ごとに 0.5kg, 1 kg, 2 kg と段階的荷重を加えました。再生組織の領域は 6 週群より 9 週群が少ないが、サフラニン O で染まる領域の割合は 9 週荷重の方がいいことがわかりました(図26)。この種の実験は、条件設定が多岐で何がベストか極めるのは大変ですが、少なくとも、再生軟骨組織の維持に動きと荷重、それも時期によることがわかります。胎児が母親のおなかの中で動くことで関節ができ、出産後歩くまでに 1 年近くかかることからも関節軟骨の成熟にはメカニカルストレスが複雑に絡んでいると推測されます。

以上、手術を第一義とし、その中で疑問に思ったことの解決の研究、手術手技の工夫を行ってきました。換言すれば常に臨床の現場で応用出来る研究にこだわり続けてきました。

(4) 附属病院リハビリテーション部長として

リハビリでは、Philadelphia 留学時代 Hunter 先生の主催するハンド・リハビリテーションセンターでハンドセラピストの活躍をつぶさに見ました。術後成績は手術半分・リハ半分、チーム医療の神髄を見ました。

赴任当時の理学療法部は、宇川康二 Dr.(現水戸日赤リハビリテーション科医長)と石川公久 PT の二人でした。2000 年医事課若山課長、角田主任らの働きで、リハ増員の概算要求が通り同年 4 月、江口清助教授が赴任、社会の情勢変化もあり今日の大所帯になりました。リハビリは入院前から始まります。PT, OT を交えた患者評価、松

葉杖の使い方指導など術前からすべきとは東大の原徹也先生や長野昭先生の教えです。

スタッフも増えた現在、時間を遣り繰りし手術見学をすべきです。実際の患者指導に有益です。理学療法は整形外科だけの専売でなく Ns の協力の下全入院患者にやるべきです。メカニカルストレスを与える工夫をすれば骨、筋肉は維持されます。JC Adams(英国整形外科医)は Don't just be there, do something と言いました(図27)。リハビリテーションのスタッフに感謝します(図28)。(5) 附属病院医療福祉支援センター・茨城県難病支援センター部長として

この分野の知識は、関東通信病院で高田礼子さんから指導いただきました。センターの理念は、「医療福祉支援とは病気を持って生活する患者・ご家族を多角的にアセスメントして、『その人らしい生活を支援する』視点から様々な援助すること」です。

赴任当時、医療福祉支援センターは無く、MSW の必要性を具申し部長を拝命しました。附属病院には 1993 年 3 月現センターの前身の専門職の居ない医療福祉相談室が設置されました。2002 年 4 月院内措置で地域医療連携室に改変、MSW が正式に雇用されました。翌月、高田礼子さんに MSW の役割を院内の方々に話していただきました。2003 年 4 月 概算要求が通り医療福祉支援センターが正式な部となり、2005 年 4 月茨城県委託事業難病支援センターが附属病院に設置され県内の難病患者の相談支援業務を行い 2010 年 MSW 1 名が増員され 4 名となりました。

MSW は、医療福祉に関する社会の仕組みをいかに活用するかの知識をもった専門職です(図29)。高度機能を発揮する大学病院には必須の人材で、できれば各病室に配置して、入院患者は須く MSW の面接を受けるべきです。MSW は、医療機関・医療従事者と患者・家族の橋渡し役です。入院から外来・在宅と継続的に支援するのが理想です。院内外の各種委員会、会議等への参加等を行い、研究・教育活動、筑波大学障害科学類社会福祉士課程の実習の受け入れや平成 22 年には設立当初から監事として運営に携わった国立大学医療連

携・退院支援部門連絡協議会の第8回大会を主催し、全国42大学200名を超える参加者を得ました。H23年2月にはMSW9名となり0から出発した事を思うと感慨深いものがあります（図30）。

（6）次世代医療研究開発・教育統合センター（CREILセンター）長として

このセンターは2004年に、渋谷教授がWGを設置したのが始まりで中長期計画に掲げられた先端医療分野の研究拠点を人間総合科学研究所に創ることを目指しました。2006年初頭私がWG長となりました。当時、日本では、大学の研究水準に比して、成果を実用に結びつけ産業化する仕組みが貧しく、Drug lagとかDevice lagと言われました。この状況は、今回の国際戦略総合特区構想の提案書の基調概念そのものです。橋渡し研究の社会的・学術的ニーズの高まりを勘案しCritical Path Research(CPR、患者立脚型リサーチ)の推進とその人材を養成するセンターを目的にしました。2006年4月センター設立準備室設置、準備室長となり2006年10月1日センター長になりました。次世代医療研究開発・教育統合センターを英語でCritical path research and education integrated leading center(CREIL)のnamingを考えたのも懐かしい思い出です。CREILセンターの特徴と役割は図のごとくです（図31）。

研究機関から研究支援並びに人材教育機関へ舵を切ったことが、他の機関と違う独創的な点です。管理運営に、研究支援事務方とJA茨城生活習慣病学寄附講座の支援を仰いだことは特筆すべきで、その中心は、原田義則教授（日立から）、橋本幸一准教授（GSKから）、中田由夫助教（体育出身ベンチャー起業の経験）で、技術経営手法で僅か5年間でここまでセンターに育て上げました。現在職員は35名、支援中の学内外・国外のプロジェクトは35件、支援終了は6件です。TR支援に必要な人材も、修士・博士課程から10名ほど卒業させました。整形外科坂根准教授担当の医

療技術ラボではITを駆使したバーチャルリアリティーで内視鏡下の手術修練も行っております。今後は、TR支援のみならず、動物資源センターと協同し教育部門の充実を図っていく予定です。この場を借りて、研究の縁の下の力持ちとして、黒子役に徹してきたセンター職員に感謝致します（図32）。

（7）15年の筑波大学勤務を振り返って

教育とは、講義そのものではなく、人となりから感化され、そして人を感化すること。その手段が、講義であり、診療であり、研究であり普段の交流です。それが教育の本質で大学・各グループの伝統を形成します。

過去の偉大な発見は、偶然が多く、特に臨床では、思いつきが先で理論は後付けが多い。ペニシリン、レントゲン、ヘリコバクター・ピロリ菌、脚延長など皆そうです。若い人は、偶然を見逃さない注意深さと、思いつきを実践する勇気を持つ欲しい。

近年の医療は、医師中心で他の医療従事者はパラメディカルといわれた時代から、医師も輪の一員となり用語もパラからコメディカルに変わりました。しかし、様々な専門家集団を調和させるチーム医療の中心にはオーケストラの指揮者として医師が必要です。また、ISOの形式導入ではだめで、医師の力を最大限發揮するような環境を整えるためのISOであるべきです。その上で職員全員が気持ちよく働く職場になるのが理想です。

今後の医療は、臨床に、研究に、益々学際性が問われると思います。医工連携など他分野といかに連携するか、そこにCREILセンターの存在価値があります。2011年10月の、大学機構改革が真に実効あるものとなることを祈念致します。

最後に15年間私を支援してくれた整形外科グループの仲間に改めて感謝致します（図33）。

林浩一郎病棟医長



若き研修医時代の薰陶

鉄は熱いうちに打て
毎週末の抄読会

4/80

図 1

黒川高秀教授



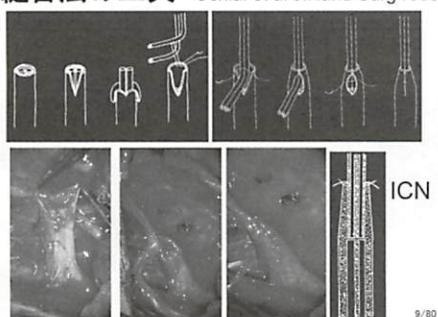
- 完璧主義者
- ユニークな発想
- 白い柔らかな素麺から白い硬い骨へ
足で床を叩き骨内の変化は?

メカニカルストレスへの誘い(1990)
地球上に生息するには重力に抗することが必要
筋骨格から細胞一個まで

6/80

図 3

縫合法の工夫 Ochiai et al J.Hand Surg 1993



9/80

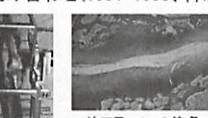
図 5

Ilizarov法との出会い



12/80

- 1989年 成田でのワークショップ
- 東大第1例の骨移動
- 人工関節より生物学的治癒を目指して
Resection arthroplastyを手がける
CPMとIlizarovの組み合わせ(1991-1993、科研費)



サフラン O染色

図 7

津山直一教授

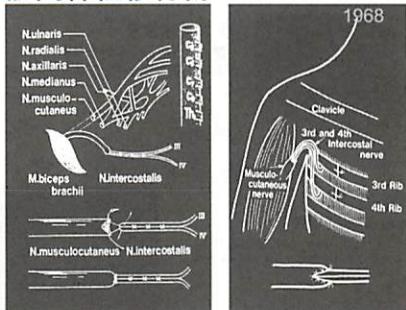


- 万年青年、裏表ない
- ロマンティスト
- 民主的医局運営
- LEADERとは
*listen, energy, ambitious,
decision, enjoy, rational*
- 腕神経叢損傷における肋間神経移行に
魅せられて

5/80

図 2

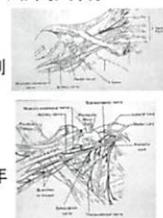
肋間神経移行術 津山直一ほか 整形外科



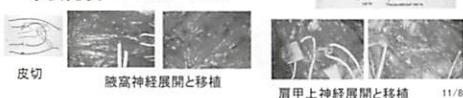
8/80

図 4

腋窩・肩甲上神経合併損傷



- C5,6型(上幹損傷)不全型との鑑別
背景
卒業5年目の課題と疑問から
Seddonの教科書に1行
心の奥にあった疑問、それから10年
学会発表へ 1980-1988

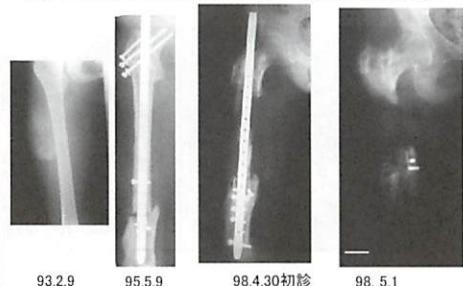


肩甲上神経展開と移植

11/80

図 6

42y、軟部悪性腫瘍術後感染性偽関節



93.2.9 95.5.9 98.4.30初診 98.5.1 15/80

図 8



図9

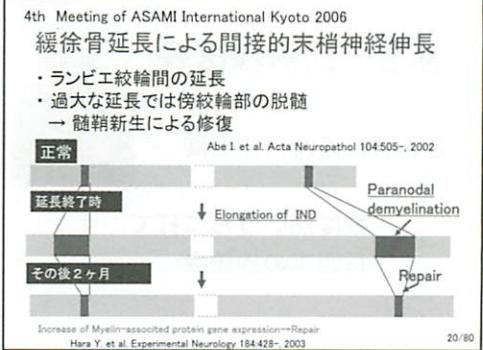


図10

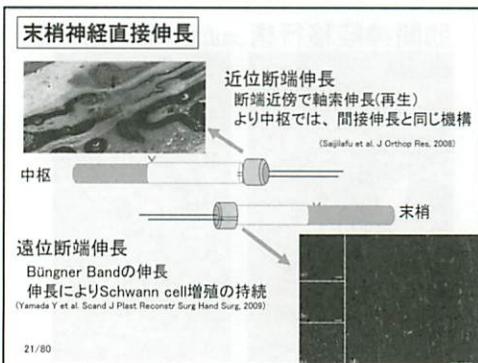


図11

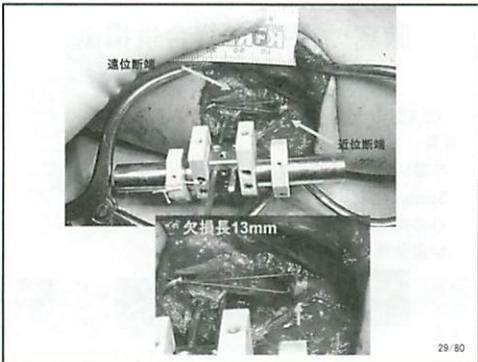


図13

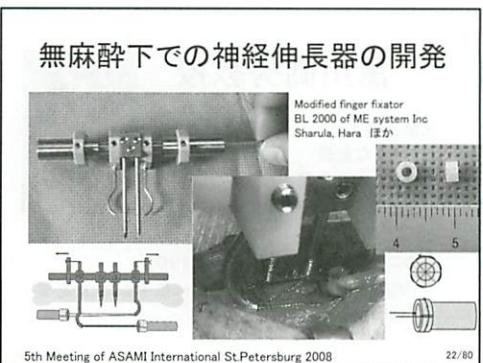


図12

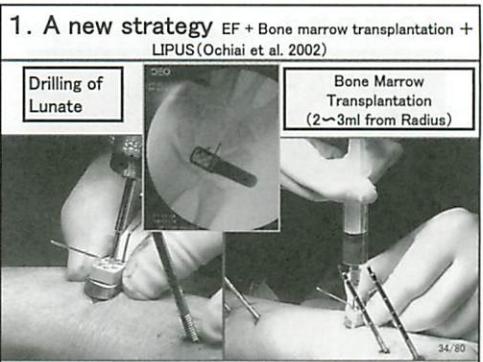


図14

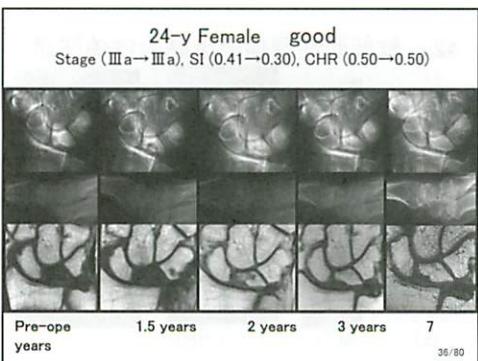


図15

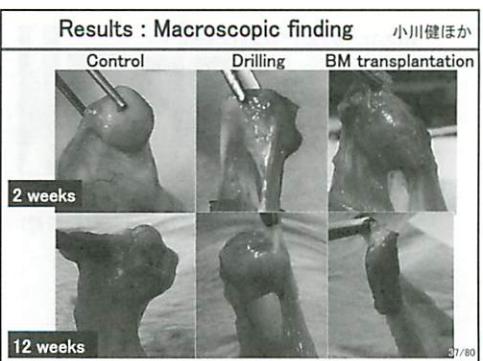


図16

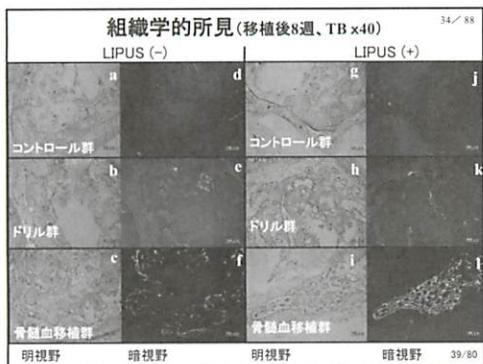


図17



図18

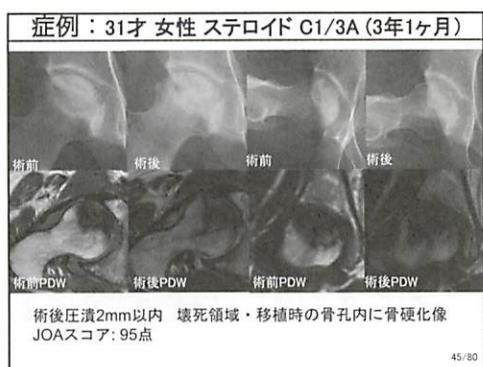


図19

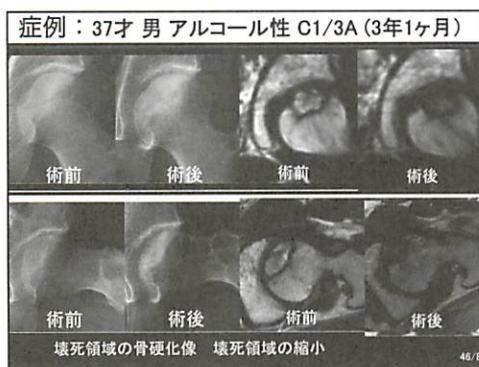


図20

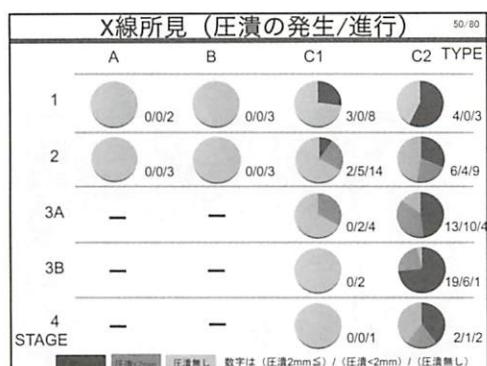


図21

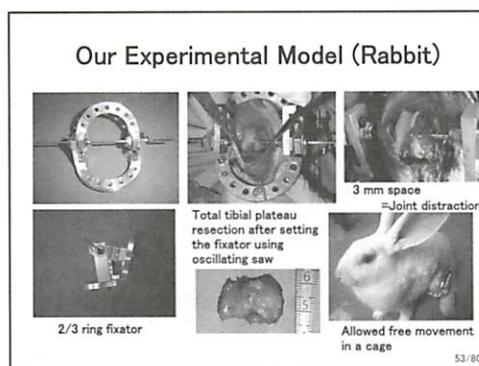


図22

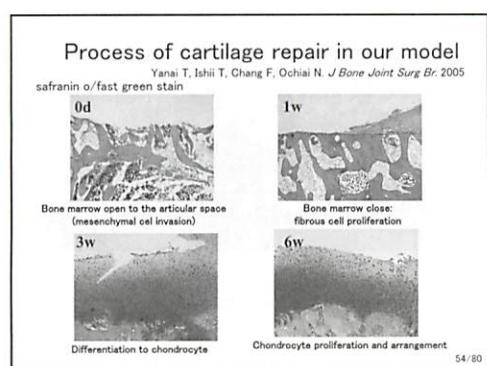


図23

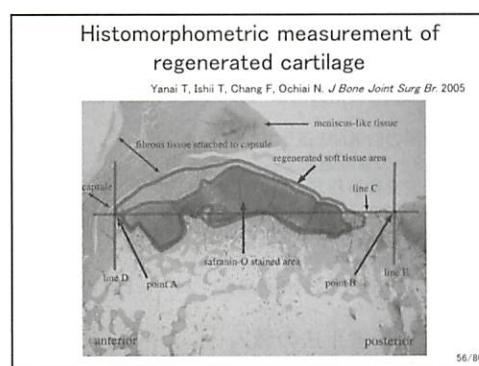


図24

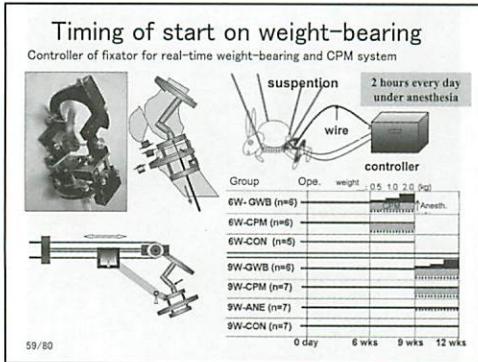


図25

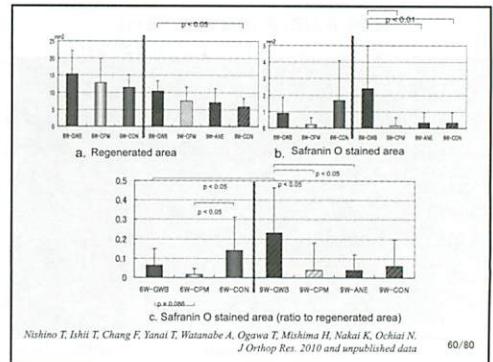


図26

入院前からリハビリは始まる

- チーム医療として術式が最善であるか、PT、OTの観点からの患者評価は大切
- 松葉杖など術前に指導を
(東大神経診、原徹也、長野昭先生)
- PT、OTも手術見学者を、術後ケアに反映
- メカニカルストレスによる骨質維持、筋萎縮防止は整形外科を問わず全科共通
- Don't just be there, do something.
JC Adams(英国整形外科医)

64/80

図27

MSWとは

- 医療福祉に関する社会のリソースを適切に活用する know howをもった専門職
- 高度機能をになう大学病院には無くてはならぬ人材
今後は是非各病室に配置を！
- 医療機関・医療従事者と患者・家族の橋渡し役
- 入院から外来、在宅と継続的に支援を図る
- 各種学会等で発表、医師・看護師等への講習会の実施
- 筑波大学障害科学類社会福祉士課程の実習受け入れ
- 第8回国立大学医療連携・退院支援部門連絡協議会を筑波大学会館にて主催(2010年)(筑波大学は監事校)

69/80

図29

CREILセンターの特徴と役割

- 研究機関から研究支援・ならびに人材教育機関へ軸を切った
全国の他機関と違うユニークな点
- センターの管理運営
研究支援事務方の協力
JA茨城生活習慣病学寄附講座の支援
原田義則教授(日立から)
橋本幸一准教授(GSKから)、
中田由夫助教(体育出身ベンチャ一起業の経験)

技術経営手法の導入

73/80

図31

リハビリテーション部スタッフ



図28

医療福祉支援センターと難病支援センター 2012.1.12



図30

センター職員に感謝します



その他の教官

大根田修、桔木茂八、高橋秀人、岡田昌史、佐藤誠

人見重美、多田浩、鶴嶋英夫、吉田健太郎

事務職員

中山幸男、新井隆一、中村幸生、野口城児

高柳良廣、岩佐峯男、佐藤慎一、小又英雄、清水勝彦

75/80

図32

15年間ともに過ごした整形外科
グループに感謝



図33

2012年2月28日（火）

最終講義

「司法精神医学を語る—刑務所医師から出発して」

筑波大学医学医療系

中 谷 陽 二 教授

I 刑務所と学問

このような機会を与えていただきまして大変感謝しております。たくさんの方にお出でいただきて、つたない最終講義でありますけれども、「司法精神医学を語る—刑務所医師から出発して」というテーマでお話しさせていただきます。

先ほど、略歴についてご紹介いただいたわけですけれども、若干補足しますと、東京医科歯科大学を卒業して、精神科で2年研修しまして——学生時代からフランス語をちょっとかじっていたものですから、フランス政府の給費留学生試験を受験しまして、みごと…（スライドに「不合格！」の文字が出る）こういうことになりました。

さて、どこに行こうかということで、小田晋先生、当時まだ医科歯科に居られまして、おっしゃるには、「刑務所はおもしろいケース、たくさんあるよ。」ついその気になりました、刑務所で3年間勤めました。

（スライドの写真を指しながら）これ、パリの大学都市と言います。留学生が集まって宿泊する場所ですね。初めここに行く予定だったのですけれども、なぜかこういうことになりました…（刑務所のスライドが出る）。千葉刑務所と言って、網走監獄と同じ頃にできた刑務所で、由緒のある立派な建物です。

ただ、刑務所で一体学問ができるのだろうか。アカデミックじゃないのですよ。当然です。教育研究の場ではないわけですから。確かに非常におもしろいケース、普通の医療の場で見られないようなケースにたくさんお目にかかるのですけれ

ども。時々医科歯科の医局に行きますと、「お前、いつまで刑務所なんかでぶらぶらしているんだ。早く大学に戻って勉強しろ」みたいなことを、親心ですけど、医局の先輩に言われました。私もつむじ曲がりの人間ですので、「それなら刑務所で勉強してやる。」とは思ったものの、ごつい刑務官の中に一人ぼつんと居りましても、なかなか先が見えてこないのですね。

もやもやしている時に、夏休みにパリに遊びに行きました。カルチェ・ラタンの書店に行きましたら、一番目立つ所に平積みにされていました。ミシェル・フーコーという有名な思想家、学者の「Surveiller et punir（監視と懲罰—監獄の誕生）」っていう本です。私はこれを手にとって、興奮で体が震えたのです。なぜかと言いますと、刑務所から思想ができるのだ、ということを直感したのですね。これを貪るように読みまして、私自身、ここで吹っ切れて、刑務所で仕事してやることで、刑務所のサンプルを使って学位論文を書いたという経緯がございます。

そういう経験を生かして、「殺人の経験をもつ統合失調症患者の治療について」という論文をフランス語で書きました。フランスには2つ精神科のメジャーな雑誌があるのです。そのうちの“Annales Médico-Psychologiques”というのに投稿したのですけれども、「投稿数が多くて、あなたのは受け付けられない」と門前払いを食らいました。

さてどうしたものか、と思っている時に——ジャック・ラカンっていう人がおりますね。その

娘婿のジャック＝アラン・ミレール、この人も精神分析家ですけれども、彼が松沢病院に見学に来て、私が病院内を案内したのです。その時に「実は論文を出す先がないのだけれど」と言ったら、彼が「L'Evolution Psychiatrique の編集長を知っているから、論文をよこせ」と言うので渡したら、そのまま通っちゃった。フランスっていうのはコネ社会だということがわかりました。

その数年後ですけれども、ミシェル・フーコーが日本に来まして、「フーコーを囲むラウンド・テーブル」という機会がありました。私は、ある高名な先生のアシスタントとして出席する予定だったのですけれども、その先生が都合悪くなつて、「お前、代わりにやれ」と言われて、「もののけ」「物狂い」「きちがい」という、日本史の中での狂気を意味する概念やイメージがどういう風に変遷したかってことを無理やりフランス語にして、フーコーの前でプレゼンをしました。フーコーの目の前でプレゼンしたっていうのは自分でも驚きます。そのあと新宿の歌舞伎町で一緒に飲みました。

その後、民間病院にどっぷり漬かって6年居りました、それから東京都精神医学総合研究所に勤めました。東京都立松沢病院という病院が研究所の隣にございます。そこに攻撃性の強い患者さん、治療の難しい患者さんの専門の病棟があります、研究所よりもそちらに居る時間が方が長いというふうにやってきました。

II 司法精神医学と責任能力

ここからが本題です。

司法精神医学は“forensic psychiatry”と言います。法医学は“forensic medicine”あるいは“legal medicine”と言いますが、その精神医学版だと考えていただければよろしいです。精神障害に関わる法律上の諸問題を扱う。日本司法精神医学会という専門の学会が2005年に設立されております。

主な課題ですけれども、「精神保健福祉法」、これは医療と福祉です。それから「成年後見」——かつての禁治産で、財産上の保護です。他にも民事事件・労働災害などの問題がありますけれども、

一番大きなテーマが刑事事件あるいは刑事裁判に関わる問題です。本日は特にここに絞ってお話をさせていただきます。

刑事責任能力というややこしい概念がございまして、刑法39条に「心神喪失者の行為は罰しない。心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する。」とあります。心神喪失者と認定されると、その人は法律に反する行為をしたとしても、罰の対象にならないというふうに決められております。

戦前の大審院で、いわゆる判例ですけれども、心神喪失とは「精神の障害によって理非善惡を弁識する能力がないか、弁識があつてもそれによって自分の行動をコントロールする能力がない状態」、心神耗弱とは「その能力はあるが著しく減退した状態」とされました。

歴史は非常に古いのです。弱者は刑罰を免除する、あるいは軽くするという慣習が古来からあります。中国では漢、唐の時代の法思想や儒教において、高齢者・幼少者・廢失の者——廢失の者の中に精神障害が入っております——については刑の免除・軽減をした。これが日本に入ってきました、大宝律令、養老律令にそういう規定があるのだそうです。江戸時代になりますと、將軍吉宗の時代の、現代の刑法にあたる『御定書百箇条』のなかに、やはりそういった内容が盛り込まれております。

ヨーロッパですが、責任能力に関しては、フランス・イギリス・ドイツで、19世紀に現在の法律の元になるようなものがでてております。法律の議論というのはややこしいのですけれど、精神障害であれば刑罰を免除するということを一言で言ってくれている有名な作家がおります。シェイクスピアです。『ハムレット』の第5幕。レアティーズを傷つけたハムレットが、「それはハムレットの仕業ではない…では、何者の仕業か？彼の狂気の仕業だ。としたら、ハムレットも傷つけられた者のひとり」、つまり被害者の一人だという。英語では“Who does it then? His madness”，つまりそれは狂気がやらせたことだというわけです。もっともこのセリフはハムレットが自分で言っているので、ちょっと自己弁護で、怪しいな

という気がします。

つい先日、女性がいきなり斬りつけられてひどい怪我をした。加害者は新聞報道から判断して明らかに精神障害をわざらっていると思われます。ああいう事件ですと、確かに被害者にとっては全く理不尽です。では加害者はどうかというと——もしも病気が原因でそういう行為に及ぼざるを得なかつたということであれば——別の意味で加害者にとっても理不尽です。この理不尽さについて解明するのが司法精神医学の役割ということになります。

「責任能力」は法律概念ですので、あくまで裁判官、あるいは裁判員裁判であれば裁判員が決めることがあります。ただ決める上で、専門的な、つまり精神医学的な根拠が必要ですので、それを提出するのが精神鑑定の役割ということになります。

それは非常に重大な運命の岐路を意味する場合があります。これは（スライドに新聞記事）土浦市で起きた事件について報じる2008年の新聞です。「家族3人殺害無罪判決、犯行時は心神喪失」とありますけれども、その後いろいろありまして、最近決着がついた。一審では検察の求刑は死刑です。それに対して判決は、この人は統合失調症ということで「心神喪失」で無罪ということになった。ところが2審では、病気は認めるけれども「心神耗弱」、つまり刑の減輕にあたるということで、死刑が無期懲役になった。弁護側が上告したのですけれども、最高裁がこれを棄却しまして、結局、無期懲役が確定したのですね。

精神鑑定およびそれを踏まえた責任能力判断によって、無罪か有罪、極端な場合は死刑にもなりうるということで、刑事裁判の中で非常に大きな意味を持っています。

III 特殊病院の盛衰

これまで精神鑑定ですけれども、もう一つ治療も大きな司法精神医学のテーマですので、こちらの方に絞ってお話していきたいと思います。

まず言葉の問題があります。かつては「精神障害犯罪者」という言葉が使われていました。これはあまり適切でないということで、現在、「触法

精神障害者」という言葉が精神医学の中で一般に使われています。要するに「法律に触れるような行為をしてしまった精神障害の人」ということです。

触法精神障害者には2つの顔があります。1つは違法行為をした、法律を犯したということです「刑罰の対象」になります。もう一つは、精神障害を持っているということで「医療の対象」になります。

では、触法精神障害者に対してどういう治療を与えるか。軸が2本あります。一つは「どのように」、つまり「どのような手続きで」という制度の問題、もう一つは「どこで」治療するかという、施設の問題があります。

ひとまず施設のお話をします。イギリスを例にとりますと、「特殊病院（special hospitals）」という施設があります。現在、イングランド・ウェールズに3つあります。

この歴史は古くて、まず特殊病院の前史ですが、ロンドンに「ベスレム・ホスピタル（Bethlem Hospital）」という病院があります。現在でもあります。1247年、修道院として始まった。それが次第に精神障害者を収容するようになり、精神病院の形になったと言われております。場所が王宮に近いところだったので、王宮周辺で騒ぎを起こした人や国王襲撃犯はこの病院に収容されることが多かった。イギリスの場合、妄想のターゲットが国王とか王宮になることが多いようで、日本で言えば、天皇とか皇族とか皇居が妄想の対象になる。そのことによっていろいろ問題行動が起きてしまうということになります。私が診察した患者さんですが、皇居のお堀に飛び込んで、泳いで渡って石垣をよじ登ったところで皇宮警察に保護された。この人は、「自分は皇族だ」という妄想、血統妄想といいますが、これまで何度も同じことをしている。

これは（病院の情景のスライド）ベスレム病院の1735年の様子です。この辺が患者さん、精神障害者です。ここに貴婦人が2人いるのですけれど、これは見物客です。当時は動物園と同じですね。見物に来ている。扇子みたいなものを持って

顔を隠して、見たいような見たくないようなポーズをとっています。見なければ来なければいいと思うのですけども。こんな状況です、患者さんが見世物にされていた。

そんな中、1800年にジョージ三世の襲撃事件が起きます。このとき“criminal lunatics”——「犯罪狂人」と訳しましたけれど——を監督するための法律が、事件への対策として制定された。“criminal lunatics”は面白い言葉でして、“luna”というのは「月」ですね。当時、精神病は月の満ち欠けによって起きるという理論がありまして、そこから“lunatics”というと「精神病患者」を指すようになりました。

19世紀初めになりますと、産業革命の影響もあるのですけれど、「犯罪狂人」の扱いが社会問題になりました。民間の精神科施設、それから監獄は、こういう人たちを敬遠して、どこかにやってくれということになります。ベスレム病院がその受け皿になりますと、どんどん「犯罪狂人」が送り込まれて、満床、増床、そしてまた満床という繰り返しになる。パンクしかかって悲鳴を上げたという状況ですね。

他方、19世紀半ばになると精神医療が発展をして、いわゆる「啓蒙の時代」になるのです。啓蒙の波がベスレム病院へも押し寄せて来まして、Charles Hood卿という医師ですが、熱心に改革運動を始めたのが1852年。彼のスローガンは、病院を「苦難と絶望の場から光と慰安の場へ」。こういう風に病院を変えていく啓蒙的な思想を持っていたわけです。

(病院の外観のスライド) これがその「光と…」ですけれど、ベスレム病院、1850年代です。こんなに明るい病院です。

(病棟内部のスライド) これが男子病棟で、何故か犬がいるんですけども…。先程の1世紀ちょっと前の様子と比べると、こんなに違う。病院が明るくなっている、ヒューマニズムの処遇がされるようになっていったのです。

実は福澤諭吉が、幕府のヨーロッパ視察団に加わってロンドンに渡りまして、ベスレム病院を訪問したのです。『西洋事情』という本の中で彼が

書いているのです。ここでいう癪院(てんいん)は精神病院です。「癪院は、発狂せる者を養ひ治療する病院なり。患者一人毎に一室を与へ、病症の軽き者は昼間、室より出し、院内を歩行し、或は庭園に遊て花を採り、或は歌舞し、鞠を玩び、或は音楽する者あり。院内清楚にして…人意を樂ましむるを主とす…」と語っている。おそらく彼が見たベスレム病院というのはこれだったと思います。

しかし問題は、こういう形でベスレム病院は明るくなっている、そうなりますと危険な患者はお荷物になってくるのですね。ヒューマニスティックなアプローチではなかなかやっていけない人たちですので、お荷物になる。そうするとベスレム病院としては、「どこかよそでやってくれ」ということになる。

それで出来たのが“Broadmoor Criminal Lunatic Asylum”——日本語に訳すと、「ブロードムア犯罪狂人院」とでもなりますか——これが特殊病院の誕生、現在の特殊病院の始まりなのです。

ブロードムアというのはロンドンから56kmの丘陵地にあります、なぜそういう場所が選ばれたかというと、「田舎の大気には癒しの力がある」という医学的な思想があったのだそうです。「田舎の大気に晒せば精神病はなくなる」ということで、1863年に開設されました。

そうしますと、各地の病院・監獄から患者が続々と送られて来まして、ベッドが足りなくなりまして、増築に次ぐ増築をします。各地の病院には転院待ち、ウェイティングリストの患者が蓄積している。こんな状況になって、やむなく特殊病院を更に新設するということで、1910年および1913年に2か所の特殊病院が更に作られております。

その後、第二次大戦後の1959年にイギリスで精神保健法ができて、特殊病院に関してもいろいろなシステム整備がなされていきます。ところが戦後の特殊病院の歴史は、相次ぐスキヤンダルが起き、そのために病院が集中砲火を浴びるという状況になります。

まずスキヤンダル1です。ストラフェンという

名前の人で、おそらく発達障害だと思いますけれども、2件の女児殺害のためブロードムアに入院をしておりました。1952年、巧みにエスケープをしまして、その後病院のスタッフに連れ戻されるのですけれど、その間のわずか4時間の間に、たまたま出会った女の子を殺害したのですね。非常にセンセーショナルに報道されまして、地域の住民は震えあがり、病院に対しては非難轟々という事件が起きました。

スキャンダルの2つ目です。グレアム・ヤングという人で、この人はおそらくパーソナリティ障害です。毒薬の爱好者で、自分の家族を毒殺したということでブロードムアに入院します。そして1971年に——おそらく病院内で問題を起こさなかつたという理由で——条件つき退院をする。ところが彼は9か月後に自分の同僚を毒殺したのですね。条件つき退院の判断は間違っていたということで、ブロードムアが非難された。

スキャンダル3番目です。ランプトン病院、これも特殊病院です。悪質な処遇がテレビ報道で暴露されて多数のスタッフが刑事訴追されるということが起きます。

次はアシュワース病院、もう一つの特殊病院ですけれども、1991年、不当な医療がテレビ放送で暴露されました。調査委員会ができまして、その査察の報告で「野蛮で淀んで閉鎖的な施設」と厳しい評価を下されております。

まだまだあります。またアシュワース病院ですけれども、1996年、性犯罪の経験のある患者がエスケープをしまして、ことともあろうに病院に対する告発文書をばらまいて、それが大衆紙に掲載された。その告発文書からわかったのは、病院中の規律の乱れ、モラルの低下——例えばパーソナリティ障害の病棟の中でポルノが販売されていたとか。こんなことが暴露されてしまってアシュワース病院は非難的になります。

ということで、特殊病院は軒並み袋叩きにされました。四面楚歌です。1997年、Nursing Timesという雑誌がありまして、そのコラムですけれども、ブロードムア病院のあるベテラン看護師が語っているのです。患者の管理を緩くすると、「な

んで危険な患者を野放しにするんだ」と非難される。一方、管理を堅くすると「それは人権侵害だ」と別の方面から非難されるわけです。それで彼女は“*We're damned if we do and damned if we don't*”と言った。

私は映画の字幕にかねてから興味があります。英語とかフランス語のセリフを見ると、これを日本語に訳して字幕にするとどんなふうになるだろうと思う。この場合は「やったって、やらなくたって、どうせ叩かれるのよ！」。ベテラン看護師の声です。

結局、1863年に切り札として登場した特殊病院ですけれども、第二次大戦後になりますとスキャンダルまみれになる。一体この盛衰は何を意味するのか（仏像のスライド）。仏像にはふつう魂が入れられていますが、魂の抜けた仏像は仏像ではない、ただの箱ですね。施設と言うのは箱モノです。魂、モラルが抜けてしまうと、スタッフのモチベーションがなくなってしまうと、ただの箱になる。

V 保安処分とは

次に制度面についてお話しします。「保安処分とは何か」ということです。法律の教科書を広げますと、ややこしいことが書いてあります。「刑罰を補充または代替するものとして、裁判所によって言い渡される自由の剥奪もしくは制限をともなう治療、改善、隔離などに関する刑法上の措置」ですね。分かりやすく言うと、その人が「どんな罪を犯したのか」と言うことよりも、その人に「今後どのような危険な行動が予測されるのか」ということを基準にした刑事処分です。

保安処分は20世紀初頭のヨーロッパの大きなトレンドです。各国で似たような制度が次々にできておりまして、ドイツ、イタリア、オランダ、フランス、イスラエル、この時代、ヨーロッパの1つの流行だったということが言えます。

ドイツに注目しますと、ドイツ刑法20条に「責任無能力」、21条に「限定責任能力」とあり、日本の刑法39条の心神喪失・心神耗弱に対応するものです。ところがドイツ刑法では63条から

70条まで「改善と保安の処分 (Maßlegern der Besserung und Sicherung)」と言うものがあります。日本の刑法にはこういった規定が全くない。日本には責任能力についての規定はあるけれども、保安処分についての規定は存在しないということです。

ドイツの保安処分の一番中心にあるのは「精神病院収容」と言います。責任無能力・限定責任能力——日本では心神喪失・耗弱——の状態で違法行為をして、「著しい違法行為が予測され、そのために公共に対して危険であることが明らか」な状態であること、つまり違法行為をしただけでなく今後も危険が予測されるのであれば裁判所が司法精神病院への収容を命じる強制入院です。期限に関しては無制限になります。

これは（病院の外壁のスライド）バイエルン州にありますシュトラウビング司法精神病院です。私は2度訪問しました。壁の高さに注目です。よく見ますと有刺鉄線が上に張ってあるのです。世界各地の司法病院・保安病院・特殊病院、そういうところをずいぶん訪問しましたけれども、どこも塀が高いのですね。刑務所でなくて病院です。患者さんです、入っているのは。欧米は安全に対する観念がちょっと日本と違うなという感想があります。ただ、その中は（病院内部のスライド）、これを見るとそんなふうには見えない。病室も結構きれいですね。中は快適だけれども、外界からはがっちり隔離するというのがドイツに限らず欧米のやり方のようです。

ドイツの保安処分のうち、精神病院収容の人数ですが、1996年は2900人、2003年には5200人ということで激増している。ドイツの司法精神病院の現状について、最近言われているのは過剰収容です。精神障害を持つ移民患者が増えたり、薬物患者が増えたり、一般の精神医療では対応できない患者が流れ込んでいる。それから社会全体で安全に対する意識が高まって、「(患者を)出さないでくれ」というプレッシャーがある。それから司法精神病院と一般病院の間の協力がない。こういったことがドイツ国内で言われております。

しかも収容期間は長期にわたっております。全

ドイツでは収容期間10年以上が7%，ノルトライン＝ヴェストファレン州では10年以上が1割、ニーダーザクセン州では10年以上が2割以上ということで、全国的な傾向として、収容患者の数が増えると同時に収容期間も長くなっている。

次はイタリアです。イタリアでは非常にラディカルな精神医療改革がなされました。精神病院は廃止し、入院をストップし、それに代わって総合病院の中に小さい精神科ユニットを作っていく。また強制入院は制限をして、コミュニティ精神保健センターを地域医療の核にしていく。こういう改革がなされております。

わりあい最近の映画ですけれども、「人生、ここにあり！」というイタリア映画があります。患者が自主的に事業を立ち上げる様子を描いたヒューマンコメディで、なかなかよくできた映画です。これを見るとイタリアの精神医療改革がこういうものだということがわかります。

その結果、精神病院の入院患者が、1963年から30年経ちますと、これくらい激減をしている（数値のスライド）。確かに精神病院の廃止がある程度実現に向かっている様子です。

精神病院をやめたイタリア、精神病院をやめられない日本といったメッセージをよく見かけます。日本の精神医療を批判するキャンペーンの中でよく引き合いに出されるのがイタリアです。「イタリアは精神病院をやめたじゃないか、なぜ日本はやめないのだ」ということですね。ところが大事なことが1つ、見落とされております。イタリアは同時に保安処分をガッチリと維持している国なのです。

イタリアの保安処分は1930年、Rocco法という法律で始まりまして、「社会的危険性」を基準とする処分です。精神病・慢性中毒・聾啞で、責任無能力で無罪にされたものについては、司法精神病院に収容する。ドイツの保安処分とよく似ています。期間においては、最低期間、つまり「これ以上いないといけない」という期限はありますけれども、「これ以上いてはいけない」という期限は無い、事実上無期限の規定です。司法精神病院は全国に6ヶ所あり、1500人を収容している。

これは（病院のスライド）フィレンツェの近郊にあります、Montelupo Fiorentinoという司法精神病院で、大変古い建物です。メディチ家というルネッサンスの頃に数々の画家のパトロンになった有名な家柄がありますが、メディチ家の邸宅だったという、とてつもなく古い建物を使って病院にしている。ですので（内部のスライド）、中には壁画があつたりするのです。

結局イタリアでは、一般的の精神医療に関しては、精神病院を廃止する、地域医療を進めるという大胆な改革をしたのですけれども、他方で、旧時代の遺物と呼べるような保安処分制度をそのまま温存している。保安処分は手つかずなのです。というわけで、イタリアの医療改革には光もあれば影もある。

V 脱施設化と触法精神障害者

次はアメリカの脱施設化政策、deinstitutionalizationです。“institution”はこの場合は精神病院です。1960年代から、巨大化した公立精神病院を縮小して地域ケアへ移行をしていった。

有名な映画で、「カッコーの巣の上で」というのがあります。1960年代のアメリカの精神病院を描いた映画です。男性が刑務所での強制労働逃れのために詐病して精神病院に逃げ込んできたのですが、病院の厳しい管理に反抗するという映画ですね。この映画も含めて、マスコミとジャーナリズム等で精神病院が批判的になりました。

そうしましたらケネディ大統領が、鶴の一声で「我々は精神障害者をおろそかにしてきた」と公表しました。これは（グラフのスライド）公立精神病院の入院患者数ですけれども、ご覧のように1960年代、ケネディの鶴の一声の後から急激に入院患者数、ベッド数を減らしてきたということがあります。

ただ忘れてならないのは「脱施設化」の前には「施設化」がある。施設化があったから脱施設化があるわけです。19世紀後半～20世紀前半に、欧米では巨大な精神病院の建設ラッシュがありました。

クレペリン——近代精神医学を創ったと言われるくらい重要な人物ですが——が言っているのは、「精神病院は人類の進歩が生み出した。あらゆる治療法が精神病院のさまざまな設備の中でまとまって働く。監獄や狂人の塔に監禁されてきた精神病者に科学の恩恵を与えるのが精神病院だ」と。

ちなみに、「狂人の塔」というのはどんなものかと言いますと、ウィーン大学病院の裏に、空き地がありまして、そこにドカーンとこれが建っている（塔の外観のスライド）。17世紀にできた。今は史料館になっています。

施設化の時代には、精神病院はクレペリンが言ったように「ユートピア」だったのですが、それが脱施設化の時代になりますと「悪のシンボル」になった。ということで振り子が極端から極端に揺れたという歴史があります。

脱施設化は光の面ばかりが言われていますけれども影の面もある。一つは理念先行ですね。アメリカはやるとなると大胆ですけれど、理念で突っ走るところがあります。州立の精神病院の患者さんにどんどん退院してもらったのですけれど、受け皿になる地域の体制がない。退院患者さんがホームレスになったり、犯罪をやってしまって刑務所に行くということがアメリカ国内でも指摘されるようになっております。

フランスについては簡単にいきます。1838年に強制入院制度が出来て、19世紀後半になりますと、そのための専門施設が必要だという声があがってきて、1910年にパリ近郊に特殊病棟を開設される。通常の病棟ではトラブルメーカーになる「特別な保安を要する」患者のための特殊な病棟が初めてできました。戦後さらに3つの施設が追加されて、これらは「困難患者病棟（unité pour malades difficiles）」と呼ばれます。

これが（病院の外観と内部のスライド）最初にできたアンリコラン病棟。設立した人の名前を取っています。こんな古い壁ですね。中には作業療法をやるためにきれいな部屋があります。

フランスでは戦後、精神医療全般が改革されます。「セクトゥール制」——セクター制のことです。フランス版の地域医療です。ところが地域医療が

進みますと、玉突き現象が起きました。一般医療では扱えない患者が困難患者病棟へ流れ込んで、困難患者病棟から触法精神障害者は刑務所の医療施設へ流れ込んでいく現象が起きております。

結局、イギリスで「オープンドア政策」、アメリカで「脱施設化」、フランスで「セクトゥール制」、イタリアで「精神病院廃止」、いろいろな言葉で言われていますが、どれも「入院治療から地域ケアへ」という改革で、開放的な医療を進めてきた。ところが、その副産物として、開放的な医療に馴染まない患者、つまり触法精神障害者あるいは暴力性・攻撃性の強い患者は特殊病院、司法病院などへ集中していく。こういう現象が共通しています。

ある国際学会でのやり取りで、どこかの国の司法精神病院長が「俺のところ満床だよ」、別の国の司法精神病院長が「俺のところも満床だよ」と愚痴をこぼし合う情景を見たことがあります。

このような欧米の経験から我々はどんな教訓を学ぶのか。私の主張は「轍を踏むな！」ということです。轍とは何かと言うと、欧米の精神医療界で行われた医療改革が——もちろんそれ自体は否定されるべきではないのですが——触法精神障害者を置き去りにした形で進められてきたのではないでしょうか。

VI 日本の過去と現在

というわけで日本の話になります。日本の特殊事情は、特殊病院が存在しなかった、それから保安処分制度も存在しなかった。これが欧米と比べると非常に特異です。なぜ特殊病院がなかったかというと、そもそも病院そのものが絶対的に少なかった。

これは私宅監置室というものです（監置室のスライド）。自宅の中に座敷牢みたいなものを作って、そこに興奮する患者さんを入れて、家族がお世話をします。これを病院の代用にしたのですね。こういったことがずっと続いてきました、とても特殊病院なんてものを作るような体制にはなかったわけです。

もうひとつは刑法です。現行刑法が制定された

のは1907年です。ヨーロッパで保安処分制度が次々できたということは申しましたけれど、まだそれが萌芽期の段階だったので、日本の刑法に盛り込まれないままに来たということがあります。

精神医療全般の変化としては、戦後の病床数の急激な増加があります（グラフのスライド）。昭和29年を100とするところに急上昇で増加しています。俗に「精神病院ブーム」といって、法改正であるとか民間病院への国庫補助が背景にあります。そのほかの要因としては精神科での薬物療法が普及した時代であったこともあります。

これ（精神病床数の国際比較のグラフ）でわかるように、日本でこういうふうに精神病床数が増加をしているのですけれど、ドイツ・イギリス・スウェーデン・アメリカ合衆国・イタリアで軒並み急激に減少している。ちょうど日本と逆の方向ですね。先進国の中でも日本だけが増加していくという不思議な現象があります。

こういう日本の戦後の精神医療状況の中で触法精神障害者はどうなったか。精神衛生法が昭和25年にできます。この中に措置入院制度ができまして、「自傷他害のおそれ」のある精神障害者は知事の権限で強制入院させる。つまり、裁判所でなく行政レベルで強制入院させるという制度ができました。一方では精神病床が急増する。それから措置の基準が非常に緩くて、措置率が高い。当時は長期入院が当たり前ですので、触法精神障害者の多くが、措置入院という形で一般病院に埋もれていって問題が表面化しにくかったのですね。

ところが精神病院で不祥事が起きて（新聞記事のスライド）、人権規約違反をアメリカの団体などが国連に告発するという、大ごとになります。日本の精神衛生行政に世界から非難が集中します。そこでようやく行政が動き出します。

遅ればせながらも社会復帰と人権という改革がされた。そうすると、触法精神障害者がこうした医療の変化の中で、「待遇困難」、つまり一般病院にとってはお荷物の患者だという認識がされて、別に専門の制度をつくるべきだという熱い期待が現場で起きます。そこで突然起きたのが池田小学校児童殺傷事件です。大変悲惨な事件がおきて、

加害者が精神科の入院歴があったということから新法の制定につながった。

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律」、簡単には「医療観察法」と言います。重大な他害行為で不起訴あるいは裁判で無罪になった人に対しては、検察官が申し立てをして——裁判ではなく、非常にユニークなやりかたですけれど——裁判官1人、専門の精神科医1人が合議・審判をして、入院が必要となれば一般の病院ではなく、そのため造られた特別な医療機関と保護観察所が連携をしてケアをすることになります。

現在の状況ですが、施行後3,000件程の申し立てがありまして、63%が入院し、既に1,750人程が退院している。指定入院医療機関は28か所、660床ということです。医療観察法で入院中の患者数は全国で590人（2011年6月）です。ドイツの保安処分では精神病院収容処分の患者（2003年）が5,218人です。これはすごい差ですね。日本が少なすぎると見るかドイツが多すぎると見るか。ドイツは日本より人口が少ないですから、これはいくらなんでも多すぎるのではと思います。ただ中身をしっかり分析してみないと判らない。比較研究をすると面白いと思っております。

改革にむけて何をするか。いろいろなプランが考えられます。ただ、餅はいくらでも絵に描ける（餅のスライド）。魂の抜けた、魂の入らない制度の手直しはいくらやっても意味がないと思うのですね。この場合の魂というのは意識改革です。

どういうことかと言いますと、触法精神障害者といつても障害者、つまり「病む人、病気の人」だということ。そして、医療者は裁くのではない、病気を癒すのだということ。当たり前ですけれども、なぜこういうことを申し上げるかと言うと、触法精神障害者は事件を起こして医療に入ってくる。時には、いわゆる凶悪事件を起こしている。そうすると医療者は心の中で裁いてしまう。裁判官の代わり、裁判官の先取りをしてしまう。どうしてもそういう傾向がある。それは良くない。やはり医療者ですから、ヒポクラテスで行くべきです。どういう場であれ患者の利益が優先されると

いうこと。意識改革があって初めて制度も生きてくる。その前提のうえで言いますと、一般精神医療つまり精神保健福祉法の措置入院、司法専門医療つまり医療観察法、それから、実刑判決を受けた人は刑務所に行きますので、刑務所での矯正医療のあいだで、適切な棲み分けと連携を進めるべきだと思っています。

VII 司法精神医学の国際交流

「我々は欧米から何を学ぶか」ということを申しましたけれども、逆に「欧米は日本の経験から何を学べるのか」とも言えるのではないでしょうか。欧米について繰り返し申し上げたように、特殊病院、保安処分制度という古い制度が未だに残っていて、いわば足枷になっている。日本にはそれが幸か不幸か無かったのですね。したがって、精神科の新しい体制や理念と両立できるような司法精神医療を創出できるポテンシャルがあるのでないかと思っています。

そこで国際交流についてですが、非常に情報交換が難しいのです。なぜかと言うと、法律の制度が国によって様々ですから、データを比較することが難しい。

何年か前にウィーンで開かれた学会で「日本の医療観察法の現状について」というテーマで発表しました（学会風景と発表のスライド）。バックグラウンドの説明が大変です。日本の刑法には39条がある…精神保健福祉法には措置入院がある…これまでどういう改革の試みがなされてきたか、その論争…新しい法律が2005年に施行された…現在では3つの柱で医療がなされている…やっとここで医療観察法の第1条の目的で、本題に入る。ここまでだいたい5分かかるのですね。発表時間は15分ですから残りの10分で本題を喋らなくてはいけない。

ただこれは日本に限られたことではなくて、それぞれの国が同じような具合です。ヨーロッパでも国境を超えるとまるで違ってしまう。ベルギーでこんな問題が起きているという前に、ベルギーの制度はこんな歴史がありますよという話をしないと他の国の人には伝わらない。

医学の国際交流、グローバル化はめざましいものがありますけれど、こと司法精神医学に限りましては圧倒的な輸入超過です。大きな国際学会が2つあります。IALMHとIAFMHSで、どちらも多職種で、いろいろなトピックスがあって、欧米中心です。日本のプレゼンスは極度に低いです。発表数が少ないし、日本が話題になるということはまずない。例えば、イギリスからの発表で、オランダではこんなことをやっているという話は出ますが、日本はこうだというのはまず聞いたことがないですね。日本は非常に影が薄いのです。

「TBS」というのはオランダの強制入院制度です。オランダはこれを売りにしている。ある学会の時に、オランダの発表者が皆お揃いのTシャツを着てきて(Tシャツのスライド)、TBSという風に染めてあるのですね。度肝を抜かれましたけれども、これくらい売り込みが激しい。ここまでやることはないとと思うのですが、日本ももう少し目立ちたがりになつたほうがいいのかなと常常々思っております。

日本のプレゼンスを高めるには“Don't be shy!”です。日本は情報の発信の場になる、中継の場になる。英語圏・ドイツ語圏・フランス語圏、それからアジア・アフリカの国に対して、いわば等距離にありますので、中継の場になるのだというくらいの自信を持ってやるべきではないかと思います。

これは1993年、私の前の職場の東京都精神医学総合研究所で開かれた国際シンポジウム「精神医学における法と倫理」の様子です(会場風景のスライド)。研究所全所を挙げてのイベントで、私が事務局長をやらせて頂いた。外国から10人ば

かり相当名前を通った先生を呼びまして、300人ほどの参加者がありました。非常に面白かったのは、イギリスもアメリカも同じ英語圏だから同じこと考えているのではと思うのですけれども、そうでなくてイギリスの出席者とアメリカの出席者でディベートを闘わせる(討論のスライド)。見ていて非常に勉強になりました。シンポジウムを論文化して、私がエディターをやらせていただいて、雑誌に公表しました。できればこういう機会をもう一度、夢よ再びという気持ちがあるのですけれども…先立つものがなくて…ボヤキです。

VIII おわりに

そろそろ時間ですので、最後に研究室の紹介をします。精神保健学グループは小田晋教授(現名誉教授)が創られまして、私が後任として活動してきたわけです。現勢力は教員3名、博士課程学生9名、この4月にまた3名入学される予定です。夏合宿での屋形船ではこんなふうに賑やかにやっております(屋形船のスライド)。

もう一つ所属組織がございます。医学剣道部です(道場の集合写真のスライド)。医学剣道部の顧問をずっとやってきました。部員は頑張って好成績を毎年あげています。

こんなわけで、いろいろな意味で恵まれた環境で教育・研究をしてこられたことを大変感謝しております。以上つたない最終講義でした。本日はどうもありがとうございました。

(講義の録音に変改を加えました。テープ起こしの労をとってくださった精神保健学グループの教員・学生の皆様に感謝します)

筑波大学附属病院ひたちなか社会連携 教育研究センターの紹介と抱負



筑波大学附属病院

ひたちなか社会連携教育研究センター

センター部長・教授 寺島 秀夫

センターの幕開け

当センターの記念すべき出発点は、平成22年（2010年）11月30日です。同日、筑波大学と株式会社日立製作所は、ひたちなか総合病院（ひたちなか市）に社会連携講座として「地域医療・先端医工連携講座」を設置する協定を締結しました。この協定に基づき、本センターは平成23年4月1日に開設されました。

センターの概要

講座の開設に伴い、ひたちなか総合病院が筑波大学附属病院の茨城県北地域における地域医療と臨床研究の拠点病院に位置付けられることになりました。ひたちなか総合病院内に「筑波大学附属病院ひたちなか社会連携教育研究センター」が設置され、4人の教員（消化器外科：寺島秀夫、呼吸器内科：寺本信嗣教授、リウマチアレルギー内科：林 太智准教授、消化器内科：頼 冠甫講師）が着任しました。ひたちなか総合病院には、約300床故の“高い機動力”，日立製作所の支援による“恵まれた設備”，勉学に勤しむための“良質な環境”の三拍子が揃っており、その潜在能力を最大限に活用すべく、以下のグランドデザインを立案致しました。なお、センターの開設期間は5年間の予定です。

センターの使命と特色：キーワードは“核”，“自立”，“研究”

最大の使命は、教員を“核”として「大学と地域病院の連携による医療教育体制」を整備すること

とです。具体的に、第一段階は、4人の教員が“核”となり、触媒して機能することにより、ひたちなか総合病院における既存の研修医教育システムを持続的に向上するシステムへと発展させます。無論のこと、診療レベルの向上にも注力します。その結果として、第二段階では、多くの初期・後期研修医が集う臨床研修病院に変貌を遂げることが可能となります。そして、第三段階においては、後期研修の修了者の中から地域医療を担う次世代のリーダーを輩出することを目指します。第二段階のプロセス以降では、医師不足地域における医師の確保に貢献し、自立可能な地域医療体制の整備を支援できることが注目すべきポイントです。実は、これは全く新しい試みであります。多数の教員を一度に送り込めば医師確保の観点からは最も速効性のある手段となります。最終的に地域医療体制の自立が担保されるわけではありません。一方、当センターのように少数の教員を“核”として地域医療拠点病院を新生・進化させる場合、医師不足の現実を起点に自助努力の精



ひたちなか総合病院

神が常に作用し続ける結果、地域医療体制の“自立”が最も効果的に促進され、その永続性がより確かなものになることが期待されるのです。私どもは、この新たな試みの先鞭をつけるべく満身で取り組んでおります。

当センターの名称に含まれる“研究”的二文字がもう一つの使命を明示しています。ひたちなか総合病院が有する臨床データを活用して地域医療に関する研究を行うとともに、高齢化社会に対応するための新たな医療機器等の開発研究を日立製作所と共同で行い、その成果を広く社会に還元することも目指しております。医療教育体制が整備・確立され次第、第二の使命を果たすべく、研究を精力的に推進する所存です。

センターの教育基本方針

設立初年度に、臨床教育の基本方針制定と初期研修教育プログラムの抜本的改善を断行致しました。臨床教育の基本方針は、①“学ぶ・思索・癒す”的楽しさと喜びを享受できる教育システムの確立、②科学する心と眼力の育成、の2点から構成されています。私の経験上も、研修医時代は、日々、自分の知らないことに遭遇します。特に研修医1～2年目は、学ぶべき知識が怒濤のごとく押し寄せ、かつ、多忙な状況下におかれるので、午前中に勉強するべしと気付いた事項が夕方には忘却の彼方といった事例が実際に起こります。学ぶべきことが膨大であるが故に、あつという間に“無知の債権超過”に陥る危険性があるのです。そこで、自分が知らないことは、“その日のうちに必ず学習する鉄則”を死守しなければなりません。研修医諸君には、耳学問は絶対禁忌と、厳し

く戒めております。丸暗記の知識に発展性はありませんが、自らの思考で咀嚼し吸収した知識は新たな発想・工夫を導き出す応用力を秘めています。成書や論文を紐解けば、関連する事項も同時に目に飛び込み、知識が倍増します。そこで、当センターを中心として、学ぶべき教材（成書・論文）の即時提供、その後に問答を必ず追加して習熟度・思考回路のチェックを行い、さらに習熟度に応じて上級編の教材を提供する教育体制の確立を目指しています。自ら学び思索し、同時に治療技術を習得して、その実践により患者さんを癒すことができた時の喜びは筆舌に尽くしがたいものであり、このような成功体験が初期研修医を大きく成長する上で強力な推進力となります。以上が、私どもの教育研究センターの理念です。

今後の展望

現在、ひたちなか総合病院では、管理型ならびに協力型を合わせて16人の初期研修医と8人の後期研修医が日々闇達に学んでおります。その総数は当センター開設前の1.5倍となり、初年度において早くも成果を上げつつあると言えましょう。

当センターの真価は、先に述べました使命の達成度において問われることになります。残り4年間で2つの使命を完遂できるか否か、険しい道程ではありますが、私どもが掲げる最終目標は目的成就とともに満期を迎えることです。その節には再び同窓会会報の誌面をお借りして望み得る最良の成果を御報告できますように、センター教員一丸となって邁進する所存です。同窓会の皆様から御支援を賜ることができれば幸いです。

平成24年1回生同級会報告

平成24年1月14日

平成24年1月14日の土曜日、毎年恒例の1回生の同級会がつくば駅すぐそばのQ't内の中華料理店樓外樓で開かれました。毎年30名近くの参加者があり、今年も31名の参加がありました。毎年参加者が入れ替わっているので、懐かしい顔に会うことができます。今回、一番遠方からの参加は三重からの田中民弥先生でした。

みなさん年齢も60歳近くとなり（もう超えている人もいますが）近況報告も子供から孫の話もち

らほら出始めました。しかし皆さんバリバリの現役です。昔、誰が言ったか忘ましたが40、50は鼻たれ小僧。男盛りは60代を地で行っています。もちろん、昔話にも花が咲き楽しい時間を過ごしました。昔の仲間としゃべるのは本当に楽しいものです。来年もまた同時期に予定されております。これからもこの会がずっと続いていくことを願っています。

（山口高史 記）



筑波大学医学82年入学 and/or88年卒業生大同窓会報告

平成24年5月27日

五月晴れのさわやかな5月27日日曜日、「82年入学 and/or88年卒業生大同窓会」がオークラフロンティアホテルつくばで開催されました。ホームカミングデーの年に同窓会をする機会を逸していましたが、今年は入学から30年の節目にあたることから同窓会を開催する事となり、53名が集まり、四半世紀の年月を忘れて楽しいひと時を過ごしました。

これに先立ち、前日土曜の夜には、ダイワロイネットホテルの Brasserie 2 plats に14名が集い、前夜祭が行われました。遠方から泊りで筑波に来た人達を囲み、日曜日に参加できない人や近隣から参加した人達で、昔の話やら最近の話やら、大いに盛り上りました。

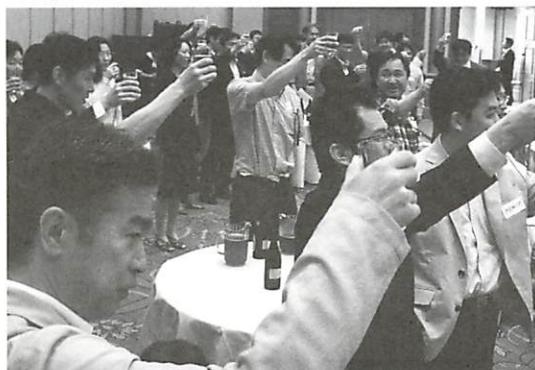
また、当日午前中には大学 walk と称し、臨床講堂からスタートして医学棟周辺～学生宿舎を経て会場ホテルまでのウォーキングツアーが行われ、11名が参加しました。ゆりの木がとても大きくなっていることや、30年前と学生宿舎の毛布が変わらないことに驚きつつ、懐かしの「アドリブ」や学生アパートの前に立ち寄った後、ペディストリアンを歩き、途中オープンカフェで休憩して会場に向かい、筑波の今昔を堪能したようです。



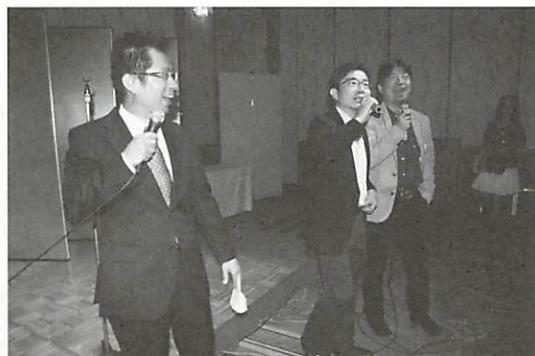
大学 walk

さて、本番の同窓会では、乾杯の後4名の亡くなられた同窓生の追悼、卒業アルバムのスライド

ショーとなりました。池上君、加藤君、高垣君トリオの名解説で学生時代の写真を皆で鑑賞。短パンや水着姿がまぶしく、ありし日の髪が懐かしい。タイムスリップして気分は学生時代そのものでした。



乾杯



卒業アルバムスライドショー観覧

その後は参加者全員の1分間スピーチ。傍らのスクリーンには、卒業アルバムの個人写真が映し出されていました。短いスピーチ時間ながら、皆それぞれの道で頑張ってきた様子が伝わり、今の自分達を築いてきた基礎は、やはりあの学生時代にあったのだと改めて思いました。それにしても、20年以上経っても話し方や仕草は、皆さん昔のままでした。参加できなかった富山の小林君からはビデオメッセージも届きました。

最後は全員で円陣を組み、山田君の立派な前口上で筑波大学宣揚歌「桐の葉」を歌い、お開きとなりました。



桐の葉齊唱

今回の同窓会にあたっては、郵送での開催案内だけでなく、以前から存在していた9回生メーリングリストや、Facebookで連絡をとり合い、スケジュール調整や出欠確認もインターネットを通じて行うことができました。当日の様子はUstreamで見ることができ、多数の写真もメールを通じて配信され、参加できなかった人達も楽しめたのではないかでしょうか。この辺りの一切を一人で取り仕切り、また当日もほとんどパソコンの前に座って大奮闘してくれた松本君に、同級生一同感謝の気持ちでいっぱいです。

さて、今年はロンドンオリンピックの年。これを機に私達も4年後にまた大同窓会を、中間の冬季オリンピックの年には小同窓会を開こうということになりました。2年後あるいは4年後にまた皆で集える日を楽しみにしています。

(柴田佐和子 記)



集合写真

海外実習報告

筑波大学医学群医学類 6 年次 塩澤迪夫

実習先 : University of California, San Diego,

Abdominal Transplant Service

実習期間 : 2012/5/21 ~ 6/17 (4 weeks)

1. 動機

僕は将来海外で働きたいという明確な目標があるわけではないのですが、将来の診療科の分け隔てなく自由に見学できるのは学生の間だけ、米国留学がどのようなものなのか体験できる、普段の実習では見られない医療が経験できるという点でエレクティブスに応募することにしました。

診療科の決定は将来外科か泌尿器科にすすみたいと考えていたことや、日本で経験できない分野がみたかったことから移植科にいくことにしました。第2希望は救急集中治療科や家庭医療です。次に実習する大学の決定ですが、せっかく苦労して米国の大学にいくのだから有名なところにいきたいと考え、Harvard Medical School (HMS) と University of California 系列に応募することにしました。UC 系列は UC, Los Angels が特に有名で読者の方もご存じだと思いますが、UCLA/UC San Francisco はともに日本からの留学生を受け入れておらず UC, San Diego に応募することにしました。

2. 実習までの流れ

5年生

6月 海外留学説明会に参加

7月 TOEFL 受験

8月 Electives に応募

9月 Electives 選考

10月 渡航先を調べ始め、書類の作成
実習の合間に縫って予防接種

12月 UCSD 応募

1月 HMS 応募

3月 UCSD から受け入れ通知

6年生

4月 HMS 落選、航空券と宿泊確保

5月 渡航

11月から3月にかけては院外実習や卒業試験対策の作成に追われるため、これらと並行して書類作成を行うのは骨の折れる作業でした。特に予防接種や抗体価の測定は時間がかかるため5年生の夏ごろから準備しておくのが良いと思います。

3. Application

Harvard Medical School

① Application form

② Processing fee (100USD) : 小切手の発行手数料に1万円以上かかる旨を電話で伝えたところ郵送書類の間に現金を挟むように指示されました。

③ 成績証明書 : 学務の前のロビーにある機械で英語の成績証明書を出せます。

④ Letter from Dean : 英語で自分で書き、電子データで学務に提出したところ、学類長より正式な書類として出して頂く。

⑤ Proof of personal health insurance coverage : 筑波大学で加入しており、学生支援でパンフレットをもらい東京海上日動火災保険株式会社に電話すると英文のものが郵送される。

⑥ Immunization verification form

⑦ CORI (criminal offender record information)

⑧ Call for phone interview : 英語力をみるため international students に要求されています。先輩の報告書によると詳しい内容を聞かれたようですが、事務員

に interview をどうするか聞いたところ no problem と言われ、特に interview なく終了しました。

- ⑨ Clerkship tuition : 3200USD。実習が決まってから国際送金。

事務手続きがとても遅いと聞いていましたが、1月に書類を提出したところすぐに書類を受けとった連絡が来たため安心して待っていました。受け入れが許可されるならば4月21日に臨床実習開始でしたが、1週間前になんでも受け入れに関する音沙汰がなく、メールにて問い合わせたところ落選との通知がきました。

University of California, San Diego

- ① Application form

- ② List of clinical experiences : どこの科で実習したか証明するため自分で作成。外科での実習なら指定された科を回ったことを証明する必要があります。

- ③ Recommendation letter : 希望する科の教授にお願いしてサインしていただきました。

- ④ Immunization form

- ⑤ Proof of personal health insurance : 渡航半年前の発行はインターネットではできないのでイーアス内の店舗で作成してもらいました。

- ⑥ Proof of malpractice insurance : 大学の加入しているのを発行してもらいました。

- ⑦ Dean's letter : 自分で作成し学類長にサインしてもらいました。

- ⑧ Medical school transcript : 学生支援にて英語版を発行。

3月中には受け入れ通知が届き、4月には院内の電子カルテの操作法や個人情報保護に関する E-learning の URL が送られてきました。

4. 宿泊先、移動手段

UCSD の Admission Officer からは大学本部にある宿舎と病院近くの home stay が提示され(ちなみに大学本部から病院まではバスで20分), google map などで立地を確認したり home stay

何件かに電話したりしたところ埋まっていたため、病院から徒歩15分のマンスリーマンションを借りることにしました。

5. 実習内容

朝7時に physician's work room に集合し、11時の回診まで診察やオーダーの確認、プレゼンテーションの作成を行い、プログレスノートを作り始めます。プレゼンテーションは現病歴・既往歴を除いたフルプレゼンで点滴の速度から薬剤投与量までと詳細にわたります。移植外科という特性上、腎臓内科や消化器内科と合同で回診を行い全症例に対して今後のプランを練っていきます。回診も学生が提示したプランに対して指導医がなぜその方針としたのか尋ねたり、間違いを訂正したりとかなり教育的な回診でした。

学生の役割は patient summary の作成や担当症例のプログレスノートの作成、帰ってきていない lab data を検査室に問い合わせるなど日本よりもレジデントとの距離感が近く一緒に治療計画を考えていました。レジデントの仕事を手伝うという意識が高く、自分から手伝えることはないか探していたのが印象的です。治療計画に密着しながらの実習のためか、各学生の実力は日本よりも高いと感じました。

移植科は患者数のムラが大きく、突然の夜間呼び出しもままあります。(現地の携帯電話は必須です。) Procurement と呼ばれる臓器摘出が早朝に入ったり、夕方急に肝移植がおこなわれたりすることがよくあり、学生も procurement call をとりレジデントに連絡などをおこなっていました。逆に移植が入らない週は学生はお昼時に解散などもよくあります。

僕も現地の学生と同じようにしてもらい術後患者のプレゼンテーションやプログレスノートの作成を行い、経験症例は肝移植 2 例、膵腎同時移植 1 例、総胆管損傷 1 例を経験しました。膵移植は日本全体で年10例未満、訪問した施設でも年1~2 例とレアだったため、かなり良い経験でした。移植が暇な週は、お願いして trauma call にも 2 回ほど参加し、採血や縫合をやらせてもらいました。

ました。

6. おすすめのツール

● 沖縄米国海軍病院カルテの書き方 (<http://www.chiur.com/amane/down/Handout.PDF>)
問診、診察、プレゼンテーションの仕方から略語までまとまっています。

● 「臨床英文の正しい書き方」改訂版 羽白 清
略語の参照、プレゼン時の表現の参考としても使えました。

● Maxwell Quick Medical Reference

History taking や GCS がわからなくなったりなどかなり使えます。ほかにも lab data の略記法など参考になりました。

● Skyscape、英辞郎

これらは iPad にオフラインでも使えるようダウンロードしておきました。わからない医学用語や薬剤を調べるのに重宝しました。

7. 最後に

日本では経験したい医療を体験する、移植に関して学ぶという目的は十分達成することができたと思います。体系だったプレゼンテーションを日々行うことにより移植後の患者の管理についてもかなり理解することができました。ただ、医療自体は日本も米国も大差ないと感じ、むしろ手術自体は日本人のほうがより丁寧であると思います。準備に関しては、事前に移植に関しての文献を読んだのがとても助かりました。日本での現状についての理解がないまま米国での医療を経験しても比較ができないですし、日本語でもわからない内容は英語ではなおさら理解できないでしょう。ですから、これからエレクティブスを目指す後輩には日々の臨床実習の手を抜かないことがエレクティブスの準備としては一番大切だと思います。

最後になりましたが、メンターとなっていた泌尿器科の西山教授をはじめ関係者の皆様には大変お世話になり、心から感謝しています。どうも有難うございました。

<連絡先>

塩澤 迪夫 s0711699@u.tsukuba.ac.jp



UCSD Hillcrest Medical Center



Attending の Dr.Khanna と



Physician's work room にて
(左 resident の Dr. Hermsburger, 右 attending の Dr. Mekeel, 中右側 student の Bryan)

海外実習報告

筑波大学医学群医学類 6 年次 関野雄太

<実習先>

- ①University of Texas Southwestern Medical Center (2012/4/23-5/5)
- ②The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center (2012/5/6-2012/5/22)

<動機>

①海外で実習をしたい理由：

IT 技術によって海外の情報を得ることは容易になったが、「百聞は一見にしかず」であり、さらに言えば「百見は一験にしかず」と考えた。また日本の医療を評価するためには国外の医療と比較することが重要であると考えたため。

②実習科（放射線腫瘍）を選んだ理由：

高校生の時に自然気胸で両側手術をして、退院後テニスが満足にできなくなってしまったこと。以来切らずに治るのであれば、それが一番だと思うようになった。

③アメリカの病院で実習をしたい理由：

有名なジャーナルに掲載された論文の数からしてもアメリカは医学で先進的である。新たにがんと診断された患者のうち米国では66%、ドイツでは60%が初回治療として放射線治療が行われており、日本の25%（2005年）と比べて高いため、その違いについて興味があったため。さらにアメリカにおける陽子線治療について学習したかったため。

<海外実習渡航までの流れ>

- ・ 2011/5 選択 CC などの志望提出
過去の海外実習体験者の話を色々と聞く
- ・ 2011/6 TOEFL 一回目 準備の大変さと本番に驚く

海外実習生報告会

- ・ 2011/8 エッセー・CV (Curriculum Vitae : 履歴書) 提出期限
- ・ 2011/9 語学試験 宮増フラミニア先生との面接（15分程度）
面接試験 4 対 1 の形式
- 2011/9/29 合格発表、メンターの櫻井英幸教授を紹介して頂き、面談で渡航先や期間についてご相談し、後日メールを送って頂くことに
- 2011/12/21 最初の病院から、受け入れ不可の連絡を受ける
櫻井教授に M. D. Anderson Cancer Center の Dr. Komaki を紹介して頂く
- 2011/12/27 M. D. Anderson Cancer Center より受け入れ可能のメール
- 2012/2/14 柳沢正史教授に研究室での実習を紹介して頂く
バイオ e カフェ（生命環境科学研究所サイエンスカフェ）で柳沢正史教授の講演があるということでイベントに参加し、講演後に個人的に質問に行き、柳沢教授が M. D. Anderson Cancer Center と同じテキサス州で研究室をお持ちであることから研究室実習を紹介して頂く
- ・ 2012/4/23 ~ 渡航

<実習の内容>

- ①University of Texas Southwestern Medical Center (UTSW)
柳沢研究室では、大学院生の佐藤牧人さんが行なっている、研究についてごく簡単なお手伝いを

中心に、カンファレンス・ミーティングや不定期で開催されるレクチャー・講演に参加した。また柳沢教授の長女みおさんが同大学のメディカルスクール2年生で講義を受けているということで、いくつかの授業を聴講した。

研究室については、私の研究室での演習がないということもあり、全てが新しい発見だった。臨床医のみを漠然と考えていたが、今回の経験で基礎研究の重要性について深く考えることができ、将来の選択肢として研究をしたいと考えた。



「ラボのミーティングにて」



「マウスに脳波と筋電図の端子を埋める」

② The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center (2012/5/6-2012/5/22) (MDACC)

◆ MDACC Division of Radiation Oncologyについて
MDACC はがん治療で全米ナンバーワンの施設であり、広大な敷地と多数のビルによって構成されている。

・放射線腫瘍科について

放射線腫瘍医が62人（日本の平均だと3.5人程度）、X線治療を行うライナックは29台（同平均1～2台）、陽子線治療室3部屋で早朝5時から深夜12時まで稼働、と非常に規模が大きい。陽子線の治療人数は914人／年となっている。

MDACCでの陽子線の導入については筑波大学の陽子線医学利用研究センターを視察して決めた経緯があり、同じ HITACHI 製のものが使われており、陽子線センターの外観もかなり似ていると感じた。



「陽子線センター（上：MDACC、下：筑波）」

放射線治療部は62人の専門医が在籍しており診療科自体がとても大きく、臓器・部位別に分かれており Breast Cancer, Central Nervous System Tumors, Gastrointestinal, Genitourinary, Gynecology, Head & Neck Cancers, Lymphoma & Myeloma, Melanoma/Sarcoma, Pediatrics, Thoracic となっている。

今回は日本人で MDACC の Division of Radiation Oncology において Thoracic の教授をされ

ている小牧律子先生を紹介して頂き、2週間 Thoracic での実習をさせていただいた。

◆実習スケジュール

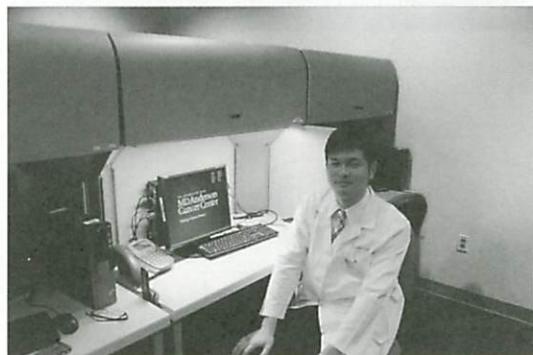
8 : 30	Planning Clinic
9 : 30	Clinic (follow up/weekly see)
	(火) Esophagus Tumor Board
12 : 00	(水) SBRT Meeting
	(金) Institutional Ground Round
12 : 30	Consult
15 : 00	(金) Proton Therapy Center New Cases Conf.
16 : 30	(火) Thoracic Cancer Multidisciplinary Conference

カンファレンス以外は、外来ブースで教授や准教授の先生につかせていただいた。

<印象に残ったこと>

◆外来の実習にて

症例としては Thoracic なので肺癌と食道癌だった。ステージは I の初期から IV 期の緩和目的の症例まで見学することができた。患者さんは



「割り当てられたデスク」



「小牧教授と」

紹介を受けるとまず腫瘍内科医の診察を受けてから放射線治療が必要な人がコンサルトされるという流れだった。

治療方法については部位やサイズ位置などによって体幹部定位放射線治療 (SBRT; stereotactic body radiotherapy), 強度変調放射線治療 (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT), 陽子線治療が決められていた。私が実習した時には Proton VS IMRT での研究が行われており、先生方はカンファにて適応について丁寧に話し合っていた。しかしこれらの治療は、筑波大学でも行われており規模の違いはあるにせよ、改めて筑波の放射線治療がすすんでいることを知ることができた。

また実習をした Thoracic Center では胸部といふくくりだけで外科・内科・放射線腫瘍医が同じ場所で働いており、外科の教授と放射線腫瘍の教授がパソコンで隣り合って仕事をしながら、以前の症例についてカジュアルに相談や話をしている様子を見たことは強く印象に残った。

◆役割の違い

看護師 : RN (Registered Nurse),
ナース・プラクティショナー : NP (Nurse Practitioner),
アドバンストナース・プラクティショナー ANP (Advanced Nurse Practitioner),
医師助手 PA (Physician Assistant),
技師 Therapist,
研究助手看護師 Research Nurse,
栄養士 Dietician,
線量測定士 : Dosimetrist,
医学記録転写士 : Medical transcriptionist,
放射線物理士 : radiation physicist
などの職種がある。

これらの職種が大半の仕事を担うため、日本では医師が実際の照射以外のほとんどをやることを考えると大きな違いとなっている。



「PA の Veronica」

<感想>

最初に海外実習に行こうと思ったのは、海外へのあこがれも大きな理由ですが、自分がどこまでやれるか試してみたいという思いがありました。英語や医学も勉強すればするほど自分の無力さに悩むことのほうが多く、出発が近づくにつれ不安でしたが、実際にやってみると、周りの人は優しく、至る所に発見があり、学びにあふれており、夜は倒れるように眠る充実した毎日でした。海外実習に行こうか迷っていたら、ぜひ挑戦することをおすすめします。今回は海外実習という学生の

身分で教授や多くの方々の支援のもと送り届けてもらいましたが、将来自分で医師として渡航することははるかにハードルが高くなると思います。医学の勉強だけでなく、人々との出会いや全く違った文化慣習を通じて医学のみならず視野を広げ、人間としても成長できる貴重な経験だと思います。

<謝辞>

今回の実習に際して、MDACC の小牧律子先生、MDACC を紹介して下さった櫻井英幸教授、ダラスでの実習を快諾して下さった柳沢正史教授と裕美教授とご家族と Extended 家族の皆様、宮増フラミニア先生、学務・PCME・桐医会の方々には言葉に出来ないほど大変お世話になりました。

この場をお借りして御礼申し上げます。有難うございました。

ご質問などありましたら、お気軽に連絡いただければと思います。

関野 雄太 Love.Chigasaki@gmail.com

The Royal Children's Hospital in Melbourne

7th May to 15th June (6 weeks)

筑波大学医学群医学類 6 年次 福田俊輔

【背景・目的】

大学病院での小児科の学生実習中、一人の患児を受け持った。彼は白血病を発症しており、治療のために長期の入院を余儀なくされていた。骨隨抑制のため、外出などは出来ず、ベッドの上で母親と一緒に過ごしている様子をよく見かけたものであった。

化学療法の進歩により、小児の白血病の多くは治癒可能となり、その一方、学生実習を通じて感じたのは、果たしてこのような閉塞的な環境が子どもたちの健全な発育に悪影響を与えるのではないかという疑問であった。限られた空間において、限られた人と接し、限られた Education を受ける環境。入院患児の20～40%は精神疾患をも合併しているとの報告もある。通常、学校に通っている子どもたちと比べ、多くの面で子どもたちへ不利益を生み出している入院環境をどのように改善すべきなのか。小児病院は“病気を治す”だけではなく、“子どもが成長できる場”であるべきだとの思いが日に日に大きくなっていた。

ある日、他大学の友人より、アメリカで活躍する Child Life Specialist のことを伝え聞いた。入院や医療行為に伴う子どもの不安を取り除いたり、病気に対する子どもの受容を助けたりしているそうだ。海外の病院に自分の目指すことに近づくため

の何かがあるのではと考えるようになり、今回の海外実習への参加を決意するようになった。参考までに、先方へ送った Objective を下記に記載する。

【病院概要】

[名称] The Royal Children's Hospital



2011年11月、改築されたものの、140年の歴史を誇る。

スタッフ数は4000人であり、ヘルスプロモーション・予防医学から3次医療の拠点として活躍。Victoria 州の小児外傷センターでもあり、小児心臓・肝臓移植のセンターとしても機能している。研究機関やメルボルン大学とも連携し、質の高い医学教育も提供している。患児・家族・医療

【Objectives】

- to understand how child life care are offered in ward
- to understand what kind of social and welfare systems support pediatric medicine in local communities.
- to understand how doctors and co-medicals collaborate closely each other.
- to understand social security system and medical insurance system of Australia.
- to understand clinical training system for residents and medical students.
- to understand how to offer multidisciplinary treatment, which is stressful and needs long hospitalization, to children with mental disorder.
- to understand how cultural background influences relationship between parents and sick children, and to reveal how that difference affects growing up process of sick children.
- to understand difference in clinical pediatric hematology between Japan and Australia (I am very interested in pediatric hematology).

者の協力のもと病院のデザインがされており、開放感のある病院内となっている。病室は85%が個室であり、全体の80%で窓からの景色が大自然となっている。こういった環境整備は子どものHealing processを意識している。

【実習科】

Academic Child Psychiatric Unit
Consultation & Liaison Department
Educational Play Therapy
Educational Resource Center
Educational Institute

実習形態は observership であり、基本的に患者さんとの direct contact はない。興味のある科にお邪魔し、見学を通じて出来た疑問を、現地の医療者とのディスカッションで解決していくという流れの実習であった。以下、学んだ内容と感じたことを記述していく。

【Academic Child Psychiatric Unit (ACPU)】

・ Intake

ACPUは地域の小児精神科病院では対応出来ないような、患児へのアセスメント・治療を行う部門。この科に紹介のある患者さんはすべて“Intake”と呼ばれる窓口によって振り分けが行われている。紹介元は家族・患者・学校・医師など多岐に渡る。Intakeはいくつかの項目に対して問診を行い、その患者さんをACPUが扱うべきか、それとも地域の病院や開業医のクリニックに紹介すべきかを判断する。このような振り分けが行われることにより、ACPUの医療者は重度の患者に標的を絞り、時間をかけた徹底的なアセスメント・治療を行うことを可能にしているように思われた。

・ Initial Assessment

ACPUにてアセスメントが必要と判断された初診患者は1日6時間にも及ぶアセスメントを受けることになる。アセスメントをするのはPsychologistであり、アセスメントは患者本人に対して、その親に対して、そして学校に対して行われる。例えば、使われるツールとしては、親

に対しては、Child Behavior Checklist, Childhood Depression Scale, Child Symptom List, Abbreviated Connors Rating Scale, Alcohol and Drug Survey, Infancy Temperament Questionnaireなど、患児に対しては、Revised Children's Manifest Anxiety Scale- What I think and feel, Children's Depression Inventory, Youth Self-Report for ages 8-11 years old, Alcohol and Drug Survey, Suicide Ideation Questionnaire, Neurological Examinationなどが行われる。これらのアセスメントの結果は教授の研究の一環にもなっており、研究費から補助ができるため、患者は6時間にも及びアセスメントを無料で受けることが出来る。少し時間が掛かりすぎな面はあるものの、患者さんの包括的なアセスメントができ、また、両親や学校の教師に関してもアセスメントが出来るため、周辺環境を把握する上でも有効であるように思われた。

【Consultation & Liaison Department (C&L)】

コンサルテーション専門の小児精神科のグループである。入院患者、または救急外来からのコンサルテーションに応じて、患者さんのアセスメントと治療を行う。構成スタッフは、Consultant Psychiatrist, Psychiatric Fellow, Psychiatry/Paediatric registrars（後期研修医）、Psychiatric nursing, Psychologist, Social Work, Speech therapistである。いくつかのグループに分かれしており、青年期チームや新生児チームなどが存在する。新生児チームは両親への働きかけが主な介入方法であり、アタッチメント障害などを対象とする。もっともコンサルテーションが多いのは青年期であるが、Cystic Fibrosis, 糖尿病1型、他の慢性疾患などの患者さんが多い。私が見せていただいた患者さんは、中学生くらいの男児であり、頸部手術後、病態の受け入れが出来ず、不安が強い方であった。C&Lの医師はコンサルテーションを受けると、病棟に向かい、患者さんの主治医と情報を交換したのち、患者さんのアセスメント・治療に入る。入院に伴う精神疾患は小児においてCommonであり、このように専門家がいつでも対応できる体制は大変効果的である。

【Educational Play Therapy (EPT)】

オーストラリアにおける Child Life Specialist のようなものである。そもそも Child Life の定義はチャイルド・ライフ・ハンドブック 2009 によれば、「プロの仕事であり、その実践者の目標は子どもと関わって、病院体験で生じる恐怖や誤解、怒り、悲嘆を抑え、子どもの本来の発達を護り高めることである。そして疾病や入院体験を出来る限り子どもの強さへつなげていく。」今回の実習では、実際に EPT がどのようにセラピーを実践しているのかを見学させてもらい、適宜質問の場を設けて頂いた。EPT の方との話し合いの中で、興味深かったことは、なぜ子どもが病院に対して恐怖を持つのか、ということであった。多くの場合、医療行為や病院に対する misconception が恐怖を生み出しているとのこと。例えば、子どもは採血を行うと、挿入部から血が吹き出ると思っていたり、MRI の大きな音は何か恐ろしいことが起こる前兆だと考えたりするかもしれない。EPT は遊ぶなどのテクニックを用いて、この misconception をなくしたり、彼らの病気に対する理解を助けたりしている。さらに、興味深いことは、彼らの仕事ぶりが科学的に評価されている点だ。MRI のリハーサルを行う方法として、Mock MRI というものがある。Mock とは偽物という意味であり、この MRI は磁気を発することはないが、実際に動いたり、音が出せるため、子どもがリハーサルを行う時に活躍している。EPT が十分なカウンセリングを患者さんと行い、さらに Mock MRI を行うことにより、子どもが MRI 内で暴れるのを防ぐことができる。これにより全身麻酔の使用頻度が有意に減るのである。

【まとめ】

患児が健全に発達できる場所としての病院のあり方を考える、それが今回の海外実習の目的であった。今回の実習を振り返って思うのは3つのキーポイントが存在するということである。それは、①入院に伴う精神疾患への対応、②入院患児への Education、③入院環境を日常の雰囲気に近づける、ということである。



既に述べたように、入院小児は精神疾患を合併することが大変多い。そのため、それらを防ぐ、そして適切にアセスメント・治療出来る体制が必要である。前者は主に、EPT によって賄われ、後者は主に C&L により行われていた。

入院中の子どもに対する Education も子ども の健全な発達には欠かせない。Royal Children's Hospital (RCH) では、単なる各科目の勉強だけでなく、子どもの完成を磨いたり、また interpersonal skill を高めるような教育にも力を入れていた。病棟や外来にて、頻繁に芸術などのクラスが開かれていたり、また、退院後の社会適応の方法を学ぶような機会も設けられたりしていた。私は特にどのように interpersonal skill を子ども達に学んでもらうかに关心がある。病院外の子ども達は学校などで自然と学んでいくものだが、入院中の子ども達にはその機会はないのだ。どのようにそのような機会を提供していくか、今後の課題である。

最後に、子ども達は病院を恐い環境と感じる傾向がある。RCH では、その恐ろしい環境を少しでも和らげようと多くの工夫をしている。それは、明るく開放感のある病院の構造や、病院内のテレビ番組を通じて患者同士が交流できる場所を設けるなどに現れている。

今回発見した3つのポイントを自分なりに工夫し、さらに発展させ、今度の日本の小児医療に活かしていきたい。

<連絡先>

福田 俊輔 s0711732@hotmail.co.jp

<新連載>

The Fledglings in a Paulownia tree ～桐で生い立つ若者たち～

学生役員による新連載の開始にあたって

桐医会の歴史を振り返れば、長きに渡り学生役員も主体的に会を支えてきたという経緯があります。しかし、現在では学生役員が会の運営に携わることは少なくなってきたおり、学生の間でも桐医会という同窓会組織の存在は希薄になりつつあります。最近になりこの現状を我々学生役員の間で話し合ったところ、桐医会が将来にわたって存続していくためには、学生や若手正会員の先生方がより一層会の運営に参画していくことが不可欠なのではないのだろうかという結論に達しました。そこで、本号より改めて「学生役員が主体的に桐医会を支えていくうではないか」という志のもと、学生役員が独自に企画・立案する新連載を開始させていただくことになりました。この新連載では、同窓の諸先輩はもちろん学生も対象とした記事を掲載していくことを考えております。学生役員による企画ですので至らぬ点も多々あるとは思いますが、温かく見守っていただければと思います。また、本連載を通じて桐医会がとくに学生や若い先生方にとってますます身近な存在となることを願っております。

筑波大学医学群医学類 5年次
総務 翠川 晴彦

今回より本誌にて学生の担当する記事を連載させていただくこととなりました。そのとき学生が興味を持ち、伝えたいと感じたことに関して可能な限り自由に記事にしていければと思っています。

記念すべき第一回目は、本学を代表する卒業生の一人である松村明教授にインタビューをさせていただきました。メインテーマは「卒前・卒後臨床医学教育について」です。昨今の医学教育は大きな転換期を迎えており、新医師臨床研修制度の議論はもちろんのこと、さらにその先のどのように心ある医師を育てていくか、救急・小児・産科医療などニーズの高い分野にいかに若い医師を誘導するか、地域枠に象徴される医師の分布の偏在をいかに解消すべきか、などとその話題を挙げれば枚挙に暇がありません。今回のインタビューは、こういった問題に対する学生の素朴な疑問を、総合臨床教育センター部長を務めた経験もある松村教授とディスカッションすることで何かしらの示唆を得られればと考え企画しました。インタビューの内容が多岐に渡ったことから、前編と後編に分けての掲載といたしました。前編では導入として、松村教授ご自身の学生時代のお話から始まり、海外の医学教育事情や女性医師の問題について取り上げています。好奇心を刺激するようなインタビューの様子をぜひお楽しみください。

筑波大学医学群医学類 5年次
広報 石山 雄太

「松村 明先生 インタビュー」（前編）

筑波大学附属病院 副病院長
筑波大学医学医療系 脳神経外科学 教授

日 時：平成24年6月25日

場 所：筑波大学医学系学系棟内

略歴



筑波大学附属病院副病院長

松村 明（まつむら あきら）

1980年3月 筑波大学医学専門学群卒業
1980年4月 筑波大学附属病院脳神経外科レジデント
1984年10月 西ドイツゲッティンゲン大学脳神経外科助手
1986年10月 英国ロンドン大学国立神経病院（Queen Square）神経内科研修コース修了
1987年1月～1992年1月 茨城県内関連病院勤務
1992年2月 筑波大学講師（臨床医学系脳神経外科）
1995年4月～9月 Max-Planck生物物理化学研究所 NMR研究部門研究员

2002年12月

2004年3月

2006年4月

2006年7月

2007年4月

2008年4月

2009年4月

2010年10月

2012年4月

筑波大学助教授（臨床医学系脳神経外科）

筑波大学大学院教授（脳神経外科）

日本原子力研究機構、研究炉利用部会医療照射委員会委員長
国立大学法人筑波大学学長補佐
筑波大学陽子線医学利用研究センター長

筑波大学附属病院副病院長
筑波大学附属病院総合臨床教育センター長

東京理科大学薬学部客員教授
筑波大学附属病院治験管理室長
(2011年4月臨床研究推進・支援センターに改組)

国際中性子捕捉療法学会理事長
筑波大学附属病院特任副病院長
(国際連携、国際総合特区担当)

石山：

記念すべき第一回目として、筑波大学医学専門学群1回生、附属病院副病院長であり前総合臨床教育センター部長でもある脳神経外科・松村明教授へのインタビューを企画させていただきました。それではよろしくお願ひします。

一同：

よろしくお願ひします。

石山：

第一回目のテーマとして「卒前卒後臨床教育」という風に決めたのですが、普段なかなか直接松村先生からお話しを聞く機会もなく、先生自身のこともぜひ聞きたいと思います。まず早速ですが先生がなぜ筑波大学に入学されたかというところから聞かせていただきたいのですが…

松村先生：

あつ、そこから始めるの（笑）去年から1年生に向けて講義（フレッシュマン・セミナー）をしているんだけど、それじゃあその資料使いながら自分の入学した動機と筑波大学の歴史も含めてお話しします。僕らが入ってきたときは新構想大学だとか、国際A級大学、開かれた大学と言わわれていて、これはもしかしてすごい大学ができるのかなと思ったのと、あとは筑波研究学園都市がちょうどできるところで、面白い研究ができるかなと思って、筑波大学を選んだんです。

奥脇：

国際A級大学というのは？

松村先生：

要するに世界に通用するトップクラスの大学という意味です。「国際A級大学」を立ち上げるということで、ちょうど僕が受験するころに開学するということで面白いなと思って受験したのですが、それがちょうど1回生となったわけです。

ただ知っておいて欲しいのは、実は筑波大学というのは本当はすごく長い歴史があって、日本の最も古い伝統のある大学だということです。1790年に昌平坂学問所を引き継ぐ形で官立師範学校として設立され、その後1886年に高等師範学校として、今の筑波大学の前身ができたんです。その後、広島にも高等師範学校ができたので、1902年には東京高等師範学校に改称されています。ちなみに広島高等師範学校は今の広島大学です。それからさらにいろいろな学校が統合して1929年に東京文理科大学になり、戦後に東京教育大学という名前に変わりました。このころはキャンパスが複数に

分かれていましたが、これは、もともと東京文理科大学の成り立ちが農学の学校とか体育の学校とかが一緒になって文理科大学になったからです。それを一つの大きなキャンパスにしようって話が出てくるとともに、新しい大学システムを構築するという話が合わさって、結果として1973年に筑波大学が設立されました。医学専門学群はそのときによくできたということです。ちなみに昔、東京高等師範学校がどこにあったかって知ってる？知らないでしょ。これどこか知ってる？

石山：

これは…皇居の近くですか？

松村先生：

違う違う。これはお茶の水だよ。

武臣：

あ、東京医科歯科大学（以下、医科歯科）のところですか？

松村先生：

そうです。もともと医科歯科の今のキャンパスのところは以前には現筑波大学があったんです。聖橋をわたっていくと看板があって、「近代教育の発祥の地・湯島聖堂、東京医科歯科大学」って書いてあるけど、そこにさっき言ったことが書いてあります。ここには最初「昌平塾」があって、その一部が高等師範学校となり、その後に東京教育大学となって大塚に移転して、そこからさらに移転して筑波大学になったということです。全然知らないでしょ（笑）

奥脇：

学生は多分誰も知らないんじゃないですかね（笑）

松村先生：

だからそういう歴史を今1年生にね、筑波大学はこんな歴史があるってことを去年から話しているんです。今の医科歯科のキャンパスに、かつて東京高等師範学校があったころ、隣に東京女子高等師範学校があり、それが一緒に大塚に移転して今のお茶の水女子大学と東京教育大学になっているのです。茗荷谷の上のほうに筑波大学大塚（東京）キャンパスがあり、その坂の下に今の御茶ノ水女子大があります。もともとは現医科歯科のと



ころに二つの大学がありましたが、その後に医科歯科ができました。じつは筑波大学は教育が非常に熱心な大学であるのはそのような経緯があり、そういう意味でも非常にユニークな大学なんですね。そういう歴史の積み重ねが今の卒前・卒後教育にも影響してますね。

石山：

筑波大は非常に深い歴史を持っているということですね。とはいっても、つくばに移転して先生は第1回生ということで、色々な面で手探りの状態だったと思います。附属病院ができたのはさらにその2年後ですよね。教育的な整備も不完全だったと思うんですが、その当時の学生としてはその状況をどういう風に感じましたか？

松村先生：

皆さんが今学んでいるカリキュラムというのは臓器別の統合カリキュラムです。それはぼくらの筑波大学入学時から始まっています。他の大学はまだ解剖学とか生理学が水曜日の1時間目とか何曜日の何時間目だとそういう風な系統講義形式だったんだけど、筑波大学の場合はそういうのが全くなくて、始めから臓器別に全部分かれています。それが非常に特徴的でした。

武臣：

画期的ですね。今では他大学も全部臓器別でやっているんですか。

松村先生：

いやそうでもなくて、それはなかなか難しい問題です。例えば解剖の先生などは「自分は解剖の講義を系統的に教えたい」とかそういう希望をされるわけです。一方で臓器別統合カリキュラムでは講義のコマ数が減ってしまいます。そうすると「そんな時間数では教えられない」ということになるわけです。筑波大学も最初そういう色々な反対がありました。それを押し通したのが堀原一先生や当時の初期の教員の先生方（註：詳しくは2012年の医学教育学会の学会誌「医学教育」で堀先生の対談を連載中）で、これまでの日本にはない医学教育を確立しようという熱い気持ちで始められたのだと思います。

今のカリキュラムは「新筑波方式」ですよね。

僕らの頃からすでに医学教育の中で「筑波方式」として認識されていました。例えばテュートリアル教育は当時はなかったけれども、カリキュラムとしては臓器別の統合カリキュラムがすでに組まれていて、人間生物学から入って臨床入門に続いていき、その後5年生からは院内の臨床実習で6年生は院外実習という形でした。これは当時の日本ではそれこそ初めての試みで、昔は院外実習を行っている大学なんてなかったから院外実習では凄く珍しがられました。それと1年生の教育については、今もそうですが共通科目、関連科目、総合科目など筑波ならではの幅広い教養科目を設けてそれぞれの分野の有名な先生が教えてくれたんです。日本でトップクラスの民俗学者、国語学者、心理学者などから直接授業を受けることができました。あと体育の授業も普通のところではできないような様々な競技があつたりするでしょう。そういうのはやはり筑波大学のそれまでの歴史があってこそそのメリットです。君らにそういう認識があるかどうか分からないけれど、これだけバリエーションのある大学はまずないですね。筑波大は教養教育についても非常に幅の広い大学であるということです。

一方、臓器別のカリキュラムについてですけれど、普通だったら解剖学、生理学、薬理学と順々で進めていくところを、筑波大の場合はそれを横断的に串刺しにして神経系コースとか腫瘍学コースとか臓器別にまとめているわけです。他の大学だとなかなかこうはいかないんです。やっぱりその専門を専門家の先生たちが自分の系統講義として教えています。そのような中でそう簡単に「解剖を、30時間を15時間に減らして統合カリキュラムにします」って言ってもできないわけです。筑波大の場合はそれができた、というか最初からそうだったんです。なぜなら筑波はそういう講座制ではなくて、人体の機能と構造を、全体として考えるというそもそもその構想があったので、医学部全体で新しいカリキュラムを考えるという発想でした。開学の当時に既に臓器別のカリキュラムになっていたということは非常に意義が大きいです。他の教養科目に関しても、筑波大学の場合は

教養科目専任の教員がいるのではなくて、その分野ごとの専門の学群の教員に依頼して担当していただいている状況です。その先生たちも自分の学群や研究科の研究や教育もあるので、教養授業のコマ数を減らすことに関しては医学側のニーズをえて、先方の理解をいただければ「ではそういう授業にします」と受け入れてもらえるわけです。このような事情の上で、まず「筑波方式」が統合カリキュラムとして組まれ、さらにそれを進化させた「新筑波方式」も立ち上げることができました。

石山：

今から35年前にすでにそういったシステムが「筑波方式」として出来上がっていたということで、先見の明が非常にあったということですね。堀原一先生といえば医学教育学会長としても医学教育改革の先頭に立ってこられた方ですよね。当時から非常に優秀な先生方が教育システムの立ち上げに携わってきて今の筑波大に続いているということがよく分かりました。

ただ専門科目が早い段階から入ってくるということは、メリットとしては例えば早いうちから医学に直接関わる勉強ができることで学生の勉強意欲の維持に繋がるといったことはありますが、一方で教養的な側面として考えると、教養科目一年間というのはそれはそれで寂しいような気もします。せっかくその分野の有名な先生がいる中で一年というのはもったいないというか。

松村先生：

まあそれもあるよね。ただ昔の教養の2年って実際はかなり遊んでたんじゃないの？（笑）他の大学、例えば東大なんかは理Ⅲに入ると駒場で教養しかやらないわけだよね。そうするとやっぱりearly exposureがないわけですし、完全に教養ですよね。もちろんそれが大事だって話もあります。ただ学生時代は6年間しかないわけです。その限られた時間をどう使うかは、どういう医師を育てたいかという目的によって違ってくるわけです。筑波大学は早くから専門教育を取り入れるという主旨で1年生から専門教育を取り入れていましたが、相対的に教養教育で少し制限が出ており、調整をしながらカリキュラムを組んでいま

す。それと筑波の場合は、教養のキャンパスが近いというメリットがあります。だから自転車で頑張れば行ける。例えば広島大学の場合は教養キャンパスは医学部キャンパスからバスで1時間くらいかかるんです。それで1個だけでも教養科目を落とすと留年になってしまうそうです。東京医科歯科大学も医学部キャンパスはお茶の水ですが、教養学部は市川にあります。医学部では昔は教養と専門のキャンパスを分けるという考え方がありました。筑波は一貫教育ということでそのような環境にはないわけです。

奥脇：

なるほど、一つの大きな大学にすることでできるメリットですね。

松村先生：

そうです。筑波では教養科目を一つのキャンパスの中で効率よく取れるようになっているわけです。その中で総合Aとか総合Bとか選択科目とかいろいろなカテゴリーが設定されています。そのような教養教育の環境をきちんと整備して内容をちゃんと担保して、その上で効率よくやるというカリキュラムになっているんです。さらには基本的には、例えば3年生か4年生で心理学の講義を取りたいとか、他の学部の授業をとりたいということもオープンにはされているんです。ただ、実際医学のカリキュラムでいうと取れないことが多くなっています。だから僕なんかはたまに心理の方の授業に潜り込んで聞きに行ったりしたこともあったよ。まあ自由な雰囲気だったよね（笑）



一同：

へえー。

石山：

近いから許されるんですね。ではそのような学生生活を送られて、卒業後は筑波大学の外科レジデントで学ばれた後にドイツとイギリスに留学されたということなのですが、その留学の動機であったり、また実際行ってみてどのようなことを感じましたか。

松村先生：

まず動機についてですが、僕は学生時代は専門にとらわれずにいろんな分野をみたり、スポーツや課外活動をしたいっていう思いがありました。下級生のころはまず硬式テニス部を作って、そのころは東医体に筑波大学自体が入っていなかったので、東医体の参加にも携わりました。「東医体に入れてください」って確か順天堂大学まで会議に行ったりして交渉をしました。それと僕は研究が好きだったので、M1が終わったあとの春休みに人工心肺の研究のアルバイトをしました。同級生3人と東京女子医科大学にある心臓血圧研究所というところまで行っていましたね。筑波大に医工学の分野で有名な大島宣雄先生が赴任されていましたが、当時はまだ東京女子医大に研究室があり、そこで毎日犬の血液をとて人工心肺下での血液の壊れやすさに関する研究に一ヶ月間没頭しました。「ああ研究っていうのは面白いな」と当時思いました。あともう一つは、人間の心理というものにとても興味があったので、筑波大学の他学類で心理学や比較文化学なんかを専攻している人たちと「心理学研究会」を立ち上げて心理学についてディスカッションしました。例えばフロイトやヤスバースなんかの著書を読んで勉強会をしました。そういうしているうちにM4になったときに、ちょうど同級生が熱帯医学研究会を立ち上げたので一緒に交じってその分野の勉強をしました。当時の寄生虫学教授である安羅岡一男先生に帶同して甲府ヘミヤイリガイの生態系を調査に行ったり、M5のときにはフィリピンのレイテ島の住血吸虫症対策研究所に見学に行ったりしました。これがきっかけで国際医学協力にも興味を

抱きました。M5になってからはECFMG、今のUSMLEにあたるもので、そのためのグループ勉強会もしました。当時の教授の先生方は「日本語で勉強していくは駄目、全部英語で勉強をやりなさい」といつも言っておられました。そのような環境の中で教科書は全部英語を使っていました。ちなみにM6のときの院外実習は、国立精神神経センターと国立小児病院に行って、精神科の実習をしました。臨床に関しては幅広くやりたいなあと思っていましたので、学生時代から僕は将来は海外で臨床をやりたいと思っていました。卒業後に知ったのですが、西ドイツではドイツ学術交流会という組織が奨学金を出してくれるということと、ドイツでは日本の医師免許で医療行為ができるということもあって、ドイツで二年間臨床研修を行いました。さらに、ドイツ留学の帰りにイギリスの英國国立神経病院で神経内科の卒後研修コースというのがあったので、三ヶ月のコースですけれど、そこで臨床神経学を勉強してきました。世界を見てきたいなという気持ちがあったのが一番のきっかけですかね。やっぱり向こうは症例も多いし凄く勉強になりましたよ。

中野：

なるほど。ではさらにドイツに留学されて感じた、ドイツと日本での医学教育のシステムの違いだったりですか、あと学生の違いなどをぜひ教えていただきたいです。

松村先生：

僕が学生の頃はドイツ医学は古い医学であり、ダメだっていう風潮がありました。やっぱりアメリカとかイギリスの方が進んでいるというような雰囲気がありました。理由としてはドイツ医学は教授中心の講座制をとっているからダメだというような風評がありました。しかし、実際にドイツに行ってみると、ドイツはシステム的にすごく優れていました。例えばひとつの大学病院の脳外科で年間1200、1300例の手術をしているんです。先日訪問したドイツの大学病院は2000例とかいったかな。それを日本の大学と同じくらいの脳神経外科医の人数でこなしているんです。僕ら筑波大学では約400例の脳神経外科手術を行っており、こ

れでも日本の大学病院ではかなり頑張っている方なんですが、ドイツには到底及びません。そんなふうに一つの施設に症例を集約するシステムがしっかりと出来上がっていて、だから卒後研修も効率がいいんです。もちろんデメリットとしてはそれぞれの分野が細分化しているところはあります。術前は神経内科や神経放射線科が診たり、術後は麻酔科・集中治療科が管理してくれるという中で、脳外科は手術だけを担当するんです。そうすることで年間2000例をこなせるんです。また、当時のドイツの医学生の臨床実習は今の日本の臓器別システムが行われていて、新筑波方式の一歩先にいっているといつても良いと思いますが、最終学年（註：6年生）の実習は四つぐらいしか診療科を回らないんです。三ヶ月ずつ内科と外科とあと一つ、二つ選んで回るんです。そのようなシステムなので学生がもうスチューデントドクターとして働いているんです。入院時のアセスメントから検査オーダーからもう全て自分でオーダーしており、そのうえで上の先生に確認してもらっていました。日本でいう初期研修医のレベルです。脳外科なんかは簡単な手術は学生に前立ちをしてもらっていました。ですから臨床実習の学生さんにも手術手技を色々やらせていました。それがもう30年近く前から行われていました。そういうシステムが長く続いたこともあって、ドイツではいわゆる日本の初期研修を3年くらい前に廃止にしてしまったんです。学生時代からアドバンスドな臨床実習を行っているので、卒後は最初から専門の研修に入るという形になっています。筑波大学でこれからさらに新カリキュラムを組むとしたら、そういう student doctor の形にしたいですね。筑波大学の脳神経外科ではこのような思いもあって、クリニカルクラークシップの学生には少なくとも一ヶ月間まわってもらっています。

中野：

そうすると、先生はどちらかというとドイツのような実習システムがいいと思っていて、筑波大ではそういった早くから臨床でやっていくような形にしたいなと個人的には思っているということでおろしいでしょうか。

松村先生：

そうですね。ですから筑波大学の新カリキュラムでも、4年生から臨床実習を開始するようにしましたけれど、ドイツでの経験からも良いことだと考えてます。

石山：

なるほど。しかしそうすると学生の質という面で、かなり高いレベルが必要となってきますよね。伺った話では、ドイツだと卒業するまでに3分の2の生徒が留年、人によっては退学ということだそうですね。日本でもそういった学生の選抜というのは本来あってしかるべきなのでしょうか。

松村先生：

うーん、今の日本の教育制度では無理ですね。この間フランスの医学部を視察してきたけれど、フランスでは3年生に上がるときにその学年の4分の1か5分の1しか医学過程に進級できないで、とにかく相当な数をふるいにかけていました。逆に日本では大学に入る時点では相当絞っていて、100人入学したらほぼ100人卒業していくわけでしょう。それが本当にいいのかって考えると若干疑問なところもあります。高校を卒業してすぐのときに、自分が将来医師に向いているかどうかというのは分からぬと思います。進級していくうちに、もしかすると自分が医師に向いてないと思う学生が学年に何人かいるかもしれない。そういう人が途中から違う道に進むことができたり、逆に看護とか医療科学から途中で医師をめざして10人くらい入ってきたりして、バラエティーに富んだ学生の集団にしてもいいんじゃないかと個人的には思います。システム的には色々と難しい課題があるでしょう。

石山：

そうですね。もちろん推薦入試や学士編入もそういう意図を含んで行われているんでしょうね。少なくとも大学受験という限られた側面で医師への道を決定するのは問題だと思います。

さきほどドイツやフランスの話を出ましたが、向こうでは女性の医学生が相当数を占めるとか。

松村先生：

向こう（欧洲）では半分以上の医学生が女性です。

石山：

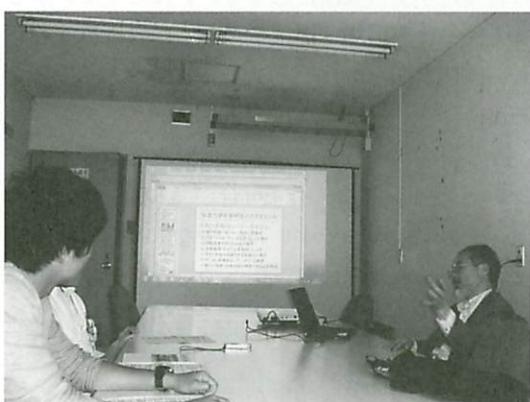
半分以上ですか。日本でも女性の医学生が増えていますよね。統計では今後半数以上が女性になるというデータもあるみたいですが、ただ女性というとやはり一人の働く人でありながらも育児をする可能性もあって、所謂ライフワークバランスといったものが今後重要視されてくると思います。一方で一昔前の理想的な医師像といえば、その道を究めるというか、それこそ医療に全てを捧げて貢献するのが善という考え方があったわけですね。今後そういった考えは果たしてどうなっていくのか、家庭と仕事はどう分けるべきなのか。

松村先生：

まあ、「べき」という定義をするのは難しい問題だと思います。ただ、現代の社会の中では少なくともライフワークバランスというものを考えていかないと、医療は成り立っていないんじゃないかなと感じます。例えば、日本でも女性医師が医師数の半分になったら、その人たちがちゃんと普通に家庭を持って、子育てもして、それでも仕事を普通にできるようなシステムにしていかないと、医療は成り立たないでしょう。

中野：

半分居なくなっちゃいますものね、お医者さん。



松村先生：

そう。今だって、例えば30代の女性医師の2～3割は仕事をしていないという事実が日本にはあるわけです。それってものすごく大きな損失でしょう？そういう人たちが臨床の現場に戻ってくれば、本当はもっと医師が増えるわけです。その方々が例えばパートタイムであっても働いていただければ、医師不足には充分貢献できるのに、そういうシステムが日本にはまだあまり無いんです。例えば筑波大の脳外科にも奥さんが女医さんの方がいるんですが、彼女達は産休をきっかけに休職し、出産後も子育てがあるために診療業務に戻れなかったりするんです。それではもったいないっていう話です。2～3年前にドイツに視察に行って感じたのは、向こうはやはりワークシェアリングがしっかりしているなということです。例えばドイツでは小児科医の8～9割が女医さんなんです。じゃあ当直は男性医師でやっているかっていえば、そういうわけでもない。女性医師も、パートだったらパートとしての当直の分をこなすんです。どういうことかというと、一つのフルポジションがあったとして、それを分けて数人でカバーしています。例えば小さいお子さんがいて、週に二日だけ日中の診療業務をこなしたすると、5分の2の分の当直も担当するといった形で回していくわけです。それには社会のサポートシステムも必要です。日本では、例えば関連病院に赴任した女医さんにもし子どもが出来たら、病院によっては「すぐ大学に戻してくれ」とか「使い物にならない」とかっていう病院もあるように聞いています。今後はやっぱりそういうわけにはいかないので、日本の医療システムの中で、女性も無理をしないでキャリアアップできるシステムを体系的に作っていかないと成り立たないでしょう。

中野：

おっしゃるとおりですね。

松村先生：

だって医学部の定員が増えたといっても、半分が女性になってそのうちの何割かがいなくなったらしたら結局あまり意味がないでしょう。だから

そこをきちんとしてないとダメなんですよね。そのために今筑波大では、卒後臨床教育センターの瀬尾先生などが男女共同参画のことで色々とやられていて女性医師や看護師のキャリアアップをきちんとできるシステムを作っています。それから筑波大学附属病院が保育園を独自に作ったでしょう、ああいうのも一つの試みですよね。

石山：

常に働くというわけではない人にとっても、自分のペースでしっかりキャリアアップができるようなシステムを作っているということですね。

松村先生：

そうですね、スピードダウンしてもいいから中断しないことが大事なんです。ペースダウンしてもいいからゆっくりと、例えばフル勤務のときの5分の1のペースでもいいから続けていって、それでまた子どもが大きくなったら加速していくというのが大事です。それを中断してしまうとなかなか復帰が難しいらしいです。例えば、夜中の分娩を取り扱う当直業務ですが、一回当直をやめてしまうと、診療業務に復帰した時にもう怖くて当直業務ができない方もおられるという話を聞いたことがあります。だから当直業務なども中断しないで、細々でもいいから継続して経験を積んでいくということがやはり大事だと聞きました。

中野：

ちなみに、現在の脳外科の女性医師はどれくらいいらっしゃるんですか？

松村先生：

女性医師は、創設からするとまず同級生で脳神経外科に進んだうち2人が女医さんだったんです。あとは今実際に筑波大学の関係で脳外科医として働いている女医さんは4人かな。1人は旦那さんと一緒に脳外科を開業している人がいて、あとは病院で働いています。今、日本全体で脳外科の女医さんは増えてきていて、20～30歳代だと8人に1人くらいは脳外科の女医さんですね。学会場に行っても最近は女医さんを結構見かけるようになりました。

中野：

そうなんですか。それはやっぱりその、そういう

う風な働き方も許容されるようになってきたということなんでしょうか。

松村先生：

それはありますよね。また、脳神経外科っていう診療科は女性に向いてるんじゃないかと思います。脳外科の手術というのは細かい作業で根気が要るけど、あまり強い力はいらないんです。体力が必要だと思うかもしれないけれど実際は顕微鏡で手術をやっているので、そういう細かくて根気のいる作業はむしろ女性に向いていると思います。問題点としては、脳神経外科の場合、夜中に呼ばれて手術する場合があるから、家庭を持った時に対応が難しくなるんです。だから、そういうことについては夜中に呼ばれないようなポジションを作るとか、短時間常勤勤務とか、そういうた配慮も最近ではあちこちの脳神経外科で行われてきています。

中野：

そうすると、女性が働きやすくなつて増えるということですね。

奥脇：

あの突然ですが、先生は子育てに参加されていましたか。

松村先生：

うちは、奥さんが専業主婦だったんです。それで、僕は子育てに参加したつもりだったけれど、今聞くとあんまり参加してなかったって言われますね（笑）それで「ああ、じゃああまり参加してなかったんだなあ」って思うんだけども。自分としては休みの日に遊びに連れて行ったり、なるべくコンタクトをとるようにして子育てをやったんじゃないかなあと思っているけれど、そうでもなかったみたいだね、今聞くと（笑）。

中野：

ただ結果として息子さんと娘たちが医師として働いていることを考えると、やはりお父さんが頼もしく見えていたんですよね。

松村先生：

自分としては面白い職業、やりがいのある職業だってことはいつも言っていました。ただ別に、他の分野に行ってもかまわないと思っていたけれど

ども、たまたま3人とも医学部に行ってくれたのはうれしかった。お医者さんのお父さんを持つと忙しくて全然遊んでもらえず、嫌だなあと思う子どももいるわけでしょ。そうではなかったので結果としては良かったなと思います。また、その陰にはきっと家内が僕のいない時に、僕の悪口を言わなかつたからでしょうね（笑）。

中野：

（笑）

子どもと授業で会ったりとかしたことはあるん

ですか？自分が講義に行つたらいたとか…

松村先生：

ああ、いましたね。でもたいてい僕の授業の時は後ろの方に隠れていますよ。

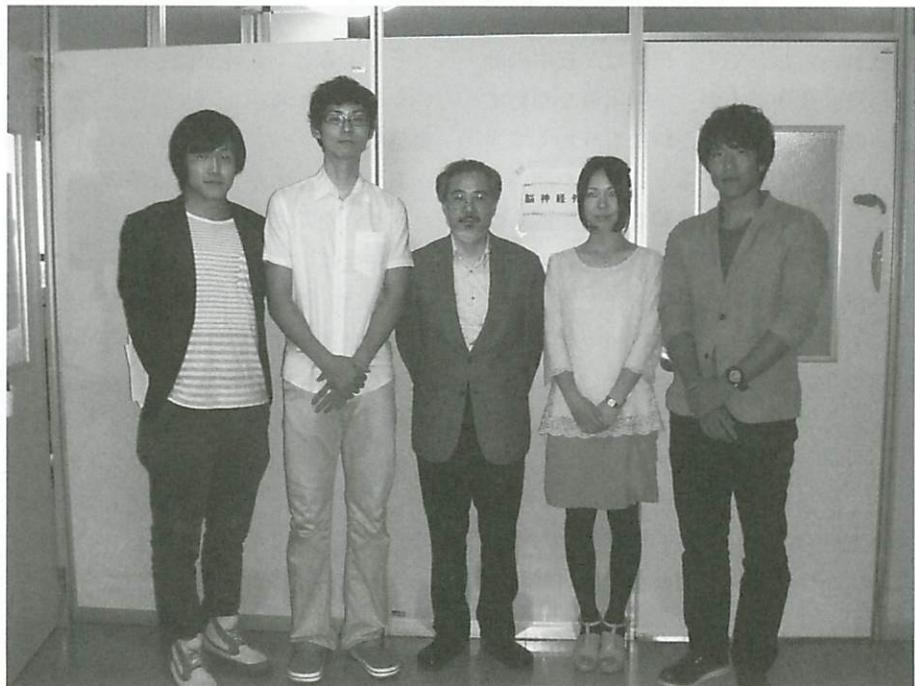
石山：

でも出てはいるんですね。

先生：

うん、いたんじゃないかな。いたいた。だってそこ休んだら後で怒られるじゃない（笑）

これで前編は終了です。女性医師問題、海外と日本の医学教育の違いなど松村先生自身の体験を踏まえて色々とお伺いすることができました。後編はメインテーマの「卒前卒後教育について」を中心にまとめていく予定となっていますので、ぜひご期待ください。



第32回（平成24年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3回生）

第32回（平成24年度）桐医会総会は2012年5月19日（土）に筑波大学医学群学群棟4A411において開催された。議事内容を報告する。

1. 平成23年度事業報告

副会長：海老原次男氏（2回生）より表1のとおり報告された。

2. 平成23年度会計報告

会計：堀孝文氏（7回生）より平成23年度決算が表2のとおり報告された。

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33回生評議委員が表3のとおり選出され、満場一致で承認された。

4. 会則の改正

会則の改正について事務局長：湯沢賢治氏より、下記のとおり説明され、満場一致で承認された。

第2章 組織

第5条 2学生会員

改正前

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）

改正後

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2012年度桐医会名簿に掲載される。

5. 平成24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。

6. 平成24年度予算

会計：堀孝文氏より表5のとおり説明があり承認された。

表1 平成23年度事業報告

平成23年	
4月	第1回定例役員会
5月28日	第31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	第4回定例役員会
10月	桐医会会報第70号発行 平成23年度桐医会名簿発行
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24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71号発行
3月23日	第33回生桐医会加入手続き

表2 平成23年度決算

収入

内訳	予算	決算
前年度繰越金	1,762,665	1,762,665
会費	5,200,000	7,278,425
広告収入	100,000	100,000
名簿売り上げ	2,000	0
保険金手数料	1,000,000	1,227,221
預金利息	135	225
計	8,064,800	10,368,536

支出

内訳	予算	決算
総会費	200,000	192,550
事務局運営費	3,000,000	2,710,706
広報発行費	1,000,000	567,945
名簿発行費	1,600,000	1,625,547
通信費	800,000	862,313
消耗品費	700,000	449,150
備品購入費	50,000	191,399
事務費	100,000	237,260
涉外費	10,000	3,488
慶弔費	60,000	0
予備費	64,800	0
学生援助金	150,000	144,000
レジデント教育賞	80,000	83,252
卒業記念品	140,000	113,505
学類援助金	100,000	0
支部経費	10,000	0
繰越金	0	3,187,421
計	8,064,800	10,368,536

平成24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24年度評議委員

平成24年度役員および32回生までの評議委員は、平成23年度総会にて承認された通り

第33回生評議委員

黒田 順士 細川 義彦

表4 平成24年度事業計画

平成24年

4月	第1回定例役員会
5月19日	第32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72号発行
	平成24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25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73号発行
3月25日	第34回生桐医会加入手続き

表5 平成24年度予算

収入

内訳	予算
前年度繰越金	3,187,421
会費	5,500,000
広告収入	100,000
名簿売り上げ	2,000
保険金手数料	1,000,000
預金利息	179
計	9,789,600

支出

内訳	予算
総会費	250,000
事務局運営費	3,500,000
広報発行費	1,000,000
名簿発行費	1,800,000
通信費	1,000,000
消耗品費	600,000
備品購入費	200,000
事務費	500,000
涉外費	50,000
慶弔費	50,000
予備費	109,600
学生援助金	200,000
レジデント教育賞	80,000
卒業記念品	140,000
学類援助金	300,000
支部経費	10,000
繰越金	0
計	9,789,600

計 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 内藤 貴臣先生（18回生）

宮原 尚子先生（24回生）（平成24年5月29日ご逝去）

メールアドレスご登録のお願い

桐医会では、会員への緊急連絡のために名誉会員、卒業生の皆様のメールアドレスを収集いたしております。まだご登録いただいている方は下記の要領でお送りください。

また、メールアドレスが変更になった場合には、お手数でも再度ご登録いただきますよう、お願いいたします。

宛 先 : touikai@md.tsukuba.ac.jp

件 名 : ○○回生（または名誉）桐医会メールアドレス収集

本 文 : 回生（または名誉）、名前、登録用アドレス

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。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一律100円をご負担いただいております。また振込用紙には、平成24年度までの滞納分も含めて請求させていただいております。

なお、納入金額に過不足が発生しないよう、新しい振込用紙がお手元に届きましたら、古い振込用紙は破棄してくださいますよう、お願いいたします。
＊振込用紙に記載の「お支払期限」はコンビニエンスストアでの使用期限です。ゆうちょ銀行での払込みには納入期限はございません。

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

「会員だより」原稿募集について

桐医会では、会員の皆様からの原稿を募集しております。桐医会会員の方であればどなたでもかまいませんので、下記の要領で原稿をお寄せください。評議委員会で内容を確認させていただいた上で、今後会報に掲載を予定しております。皆様からのご寄稿をお待ちしております。

タイトル：自由（同窓会報告、近況、随想、趣味、旅行記など）

文字数 : 1200字以内

写 真 : 2枚まで

提出先 : 桐医会事務局 E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp

— 名簿の CD 化について —

引き続き、名簿の CD 化に関するご意見を募集しております。

桐医会 (touikai@md.tsukuba.ac.jp) までご意見をお寄せくださいますよう、
お願ひいたします。

— 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ださいれば、こち
らで処分させていただきます。

— 学生役員の一言 —

きっかけは先輩からの強引、ではなくあたたかい勧誘でしたが、学生役員
として桐医会に 6 年間関わることが出来て、私は本当に幸せ者だと思います。

筑波大学医学に対して熱い気持ちを持った先生方、優しい先輩、頼もしい
後輩、そして桐医会を支えてくれている事務局の方々との出会いがありました。

横だけではなく縦のつながりの大切さなど様々なことを学ばせていただきました。

学生役員からも桐医会をもっと盛り上げていこうという動きが始まった中
での卒業ということで、少し残念に思いますが、卒業してからもなんらかの
形で桐医会の活動に貢献できたらと思います。

事務局の方々、迷惑ばかりかけていた私を最後まで温かく見守ってください
り、本当にありがとうございました。

(M. T)

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、昨今、同窓生や運送業者を名乗り、ご勤務先、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す。

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

筑波大学附属病院内
一般財団法人 桐仁会

Tel 029-858-0128

Fax 029-858-3351

e-mail: info@tohjinkai.jp
<http://www.tohjinkai.jp/>

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、同病院の患者様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連携事務
3. 臨床医学研究等の奨励及び助成
4. 研修医の教育研修奨励助成
5. 病院間地域連携事業・安全管理事業への助成
6. 附属病院の運営に関する協力
7. 患者様に対する支援
8. 教職員、患者様やお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、及び病棟への巡回移動売店

●薬店

医薬品、衛生・介護用品、化粧品、診察・診断用具(打鍼器等)、ステートキヤンペーン、ストーマ装具等

●窓口サービス

付添寝具の貸出、貸テレビ、宅配便、FAX、切手類

●その他

各種自動販売機、公衆電話、コインランドリー等

●一般食堂

●職員食堂

●理容室

医師賠償責任保険、
所得補償保険、
その他各種損害保険（自動車・火災等）
生命保険、医療保険、がん保険は
下記まで遠慮なくご相談ください。

東京海上日動火災保険・あんしん生命株式会社

東京海上日動メディカルサービス株式会社

代理店・IMK高月（株）

同・IMKつくば

代表 志賀 光宏

TEL 029-850-5355

Email: m-shiga@mail2.accsnet.ne.jp

桐医会会報 第72号
発行日 2012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

許可なく複写複製（コピー）は、禁止いたします。