



桐医会会報

2013. 3. 1 No. 73



筑波大学附属病院 新棟（けやき棟）

目次

☆最終講義 吉田 薫教授	1
☆日立社会連携教育研究センターの紹介と抱負 小松洋治先生（5回生）	10
☆土浦市地域臨床教育ステーションについて 石井幸雄先生（7回生）	13
☆3回生同窓会報告 宮川創平先生（3回生）	15
☆7回生同窓会報告 石井映美先生・柴崎守和先生（7回生）	17
☆15回生 ホームカミングデー&同窓会報告 鈴木英雄先生（15回生）	19
☆筑波大学附属病院 新棟「けやき棟」の紹介 大澤 翔先生（32回生）	21
☆筑波大学附属病院けやき棟開所記念企画	
病院長 五十嵐徹也先生インタビュー	25
☆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：後編	39
☆会費納入のお願い・事務局より	

眼球運動の神経機構

筑波大学医学医療系
神経生理学 吉田 薫 教授

本日は大勢の方にお出で頂き有難うございます。また、大塚先生にはご紹介を頂き、篤くお礼申し上げます。今日は「眼球運動の神経機構」という題でお話を致します。まず、私たちの眼が非常によく動くこと、そして、それは何故かということから始めたいと思います。（1）

これはピカソの作品を眺めた時の眼球運動の記録です。点は注視期間、線は速い視線の動き、サッケードを表します。普段、眼の動きを意識することは稀ですが、1秒に2～3回の割合でサッケードを繰り返していることが分ります。（2）

サッケードはキヨキヨロと表現される非常に速い運動です。サッケードの役割は、興味の対象に視線を素早く向け、網膜中心窩で像を捉えることがあります。（3）

中心窩は、錐体が高密度で存在し、網膜の中で視力が最も高く色覚に優れた部位です。しかし、中心窩の大きさは直径0.6mm程度しかなく、よく見える範囲は大変狭いことを意味します。（4）

これは視野のうちで視力0.5以上の範囲を表した図で、良く見えるのは視野のほんの一部にすぎません。そんな筈はない、自分はどこも良く見えるという方は、下の「簡単な実験」で確かめてください。中央の「な」という字を見つめたまま両端の字を読もうとしても読めないこと、読むためには眼を向ける必要があることがお分かりになる

と思います。（5）

眼球運動のもう一つの重要な役割は、網膜の上で像が動くのを防ぐことです。カメラの手ブレと同じで、像が動くと視力は低下してしまいます。（6）

ブレの潜在的な原因は体の動きです。しかし実際には激しい運動中も視覚がブレることはあります。これも簡単に確かめることができます。頭を止めて手を左右に動かすと、手の像はブレて見えます。しかし、手を止めて頭を動かした場合は、ブレずにはっきりと見えます。（7）

ブレを防ぐメカニズムは幾つかありますが一番重要なのは前庭眼反射です。この反射は頭の動きを半規管で検出し、眼を頭と逆向きに回転させます。その結果、視線の方向は一定に保たれるわけです。

私の名前が載った最初の論文は前庭眼反射の特性を調べたものでした。後に医科歯科大学教授になられた篠田先生に生理学のイロハを教えていただいた研究です。この反射経路がサッケードの制御にも重要な役割を果すことは、後で触れたいと思います。（8）

私達の仕事は、神経細胞の活動を記録することから始まります。非常に細い電極を脳に刺し、動物が実際に眼を動かしている時の活動を調べます。図は外眼筋運動ニューロンの記録で、1本の

線に見えるのが活動電位です。発火頻度が変化するにつれ、眼球の位置も次第に変化することが分かると思います。(9)

運動ニューロンの活動は、注視期の眼球位置に比例しますが、サッケードの間はずっと強い活動、眼球速度に比例したバースト活動を示します。眼球運動の種類を問わず、運動ニューロンの活動は眼球の位置と速度に比例した信号の和で表すことができます。(10)

脳幹には、サッケードと密接に関連した活動を示す2種のニューロンが存在します。バーストニューロン(BN)は、特定方向のサッケードに一致して高頻度のバースト発火を示します。オムニポーズニューロン(OPN)は、これとは逆に注視期に発火し、サッケードの間は活動を休止します。

私は赴任して間もなくフランスに留学し、サッケードの研究を始めたのですが、当時、これらのニューロンの結合関係については全く手付かずの状態でした。私はまずBNの結合を調べることにしました。(11)

図は上から、BNの発火頻度、眼球速度、眼球位置、スパイク累積数を示します。左はサッケード、右は眼振の記録です。いずれの場合も、BNの発火頻度は眼球速度に、スパイク数はサッケード振幅に比例して変化していることが分かります。(12)

BNの形態と投射を調べるために、HRP軸索注入法を使いました。HRPは酵素の一種で、色素と反応させ、注入したニューロンだけを染め出することができます。BNの細胞体は延髄網様体にあり、軸索は正中線を交差して、反対側の外転神経核に投射します。次のスライドに、軸索分枝を示します。(13)

一本の軸索が非常に細かく枝分かれし、外転神経核内の広い領域に終わっています。終末が運動

ニューロンと接触している像も沢山見られます。以上のことから、BNが眼振急速相とサッケードの速度を正確にコードし、その情報を運動ニューロンに直接伝えることが分りました。(14)

OPNはBNを抑制しているニューロンです。OPNの活動が休止し、抑制が無くなることで、BNの活動が可能になると考えられています。しかし、OPNの活動休止はどんなメカニズムで起こるのでしょうか。そのシナプス機序を明らかにするため、OPNから細胞内記録を行いました。(15)

上段は電極刺入前の細胞外記録で、サッケード時に活動が止まることでOPNを同定します。下は細胞内記録で、サッケードに一致して、急激な過分極が起こり、スパイクが停止しています。(16)

塩素イオンの注入により、過分極が脱分極に逆転することから、これらの電位変化は抑制入力によって起こることが分かります。(17)

過分極の大きさと時間経過はサッケードごとに異なりますが、眼球速度の大きさと時間経過に大変良く似ています。この相似は、抑制入力が、眼球速度をコードするBNに由来することを意味します。(18)

膜電位と眼球速度の記録を重ねて比較すると、抑制が二つの成分から成ることが分ります。最初の早い一過性の抑制は眼球速度によらず一定で、その後、膜電位は眼球速度に比例して変化します。一過性の抑制は、BNの活動より早く始まることから、BNとは別の起源を持つと考えられます。(19)

以上の結果をまとめた回路図です。回路の本質をなすのはBNとOPNの相互抑制で、注視期にはOPNがBNを、サッケード時にはBNがOPNを抑制することで、両者の相反的な活動パターンが

生まれます。OPNへの一過性の抑制はトリガーの役割を果し、BNからの抑制はラッチの役割を果します。では、BNの活動を引き起こす興奮入力はどこから来るのでしょうか。(20)

私達は、眼振急速相の信号をBNに伝えるニューロン(BDN)に注目しました。覚醒動物で活動を調べると、BDNは急速相だけでなくサッケードの時にも強いバースト発火を示します。しかし、BNとは異なり、注視期にも発火活動があり、バーストの幅も広く尾を引いています。(21)

BDNは視覚刺激にも反応し、対側視野からは興奮性の入力、同側視野からは抑制性の入力を受けます。下段は、上丘を刺激した時のBDNの応答で、視覚入力で起こるサッケードの指令が上丘とBDNを経由することを示しています。(22)

上丘刺激に対するBDNの応答は、頭部の回転により強い影響を受けます。また、上丘刺激で誘発したサッケードの振幅も回転により著しく変化します。BDNは、前庭情報と視覚情報を統合し、頭部の回転方向に視線を向け直す役割を果すと考えられます。(23)

BN、BDN、OPNの活動を比較すると、OPNの抑制は、BDNの注視期の興奮入力を押さえ込むために必要であると考えられます。このことを確かめるために、記録中のBNにストリキニンを電気泳動的に投与し、抑制入力を遮断する実験を行いました。(24)

左はストリキニン投与前の記録で、サッケード速度に比例した運動性の活動が見られるだけで、注視期には活動が見られません。しかし、ストリキニンで抑制入力を遮断すると、注視期に自発活動が現れ、また、バーストが尾を引いて、BDNとよく似た発火パターンを示すようになります。(25)

また、視覚刺激に対し、BDNと同様、視覚性

の応答も示すようになります。生理的条件下では、これらの不要成分がOPNの働きで抑制されることにより、BNのバースト活動が作られるわけです。(26)

サッケード生成回路のまとめです。既にお話したことにも加え、OPNが上丘の吻側部から単シナプス性興奮、尾側部からは2シナプス性抑制を受けること、OPNに対する2種の抑制入力がグリシン性であること、上丘からBNには直接経路もあることなども明らかにすることができました。(27)

ここからは、注視期の眼位を一定に保つために必要な位置信号の話です。位置信号の形成機序に関しては、速度を積分し位置に変換する回路(神経積分器)が存在するとされてきました。閉じたループからなる反響回路がモデルとして示唆されてきましたが、ニューロン回路としての実体は全く不明でした。(28)

私達は、下向の眼球位置をコードする大変きれいなニューロンを発見し、DPVニューロン(DPVN)と名付けました。DPVNを糸口として神経積分器の実体にせまれるのではないかと考え、まず、その性質と結合を詳しく調べることにしました。(29)

頭部を垂直回転させた時のDPVNの応答です。後半規管の刺激で活動が増加し、前庭神経から単シナプス性興奮が起こることから、前庭神経核に細胞体を持つ後半規管系二次ニューロンであることが分かります。(30)

DPVNの投射をHRP軸索内注入法により調べました。前庭神経刺激に対する応答と眼球運動時の発火パターンによりDPVNを同定し、HRPを注入します。(31)

A～Dは運動神経核内を走る軸索の顕微鏡写真、E～Gは、軸索分枝と終末の分布を3次元

的に再構成した図です。1本の軸索が滑車神経核と動眼神経核に沢山の枝を送り、運動ニューロンと結合すること、カハール間質核にも枝を出すことが分ります。(32)

次に DPVN のシナプス作用を調べました。運動核から同時に記録を行い、DPVN のスパイクで生じる電位変化を加算平均法により検出します。これは滑車神経核から記録を行った例で、陰性の電位変化はこのニューロンが興奮性であることを示しています。(33)

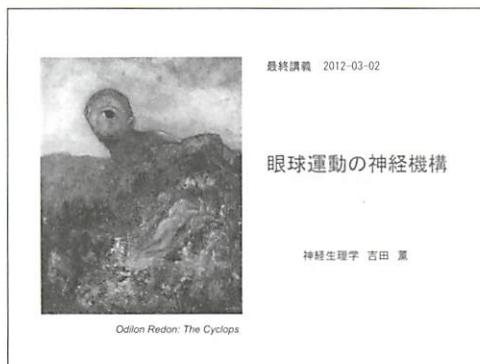
以上の実験から、DPVN には興奮性のものと抑制性のものがあり、興奮性ニューロンは下直筋と上斜筋の運動ニューロンに、抑制性ニューロンは上直筋と下斜筋の運動ニューロンに結合することが分りました。DPVN が活動すると、眼を下に向ける筋を収縮、上に向ける筋を弛緩させ、眼は下を向くことになります。また、頭が上に回転し後半規管が刺激されると、DPVN の活動が増加し、下向きの前庭眼反射を起こすことが分ります。ここで興味をひくのは、DPVN がカハール間質核にも投射することです。(34)

DPVN を起点とし、位置ニューロンの結合を順々に追跡して得られた回路図です。左右の前庭神経核とカハール間質核を結ぶ閉じた回路が複数存在することが分ると思います。カハール間質核にはサッケード速度が、前庭神経核には頭部速度が入力し、両者の相互結合が積分作用の基礎をなすと考えられます。(35)

神経積分器を構成する重要な要素がもう一つ見つかりました。脳幹正中部の PMT ニューロンです。PMT ニューロンは上向き位置に比例した活動を示し、その活動を薬理学的に不活性化すると、垂直位置を一定に保つことができなくなります。前庭神経核、カハール間質核のニューロンと PMT ニューロンの結合関係が分かれれば、神経積分器の全体像がはっきりすると考えています。(36)

以上、サッケードと注視の神経回路を対象に、大勢の方とやってきた実験についてお話ししました。ニューロンレベルで入出力関係を調べる実験は手間が掛かり、回路の線を1本引くのに何年も掛かることも稀ではありません。理屈では可能だけれど技術的には厄介な実験、そういう仕事を、我ながら随分長いこと続けてきました。自分の手で操作する電極を頼りに脳の回路図を追いかける、そういう研究が許され、挑戦に値した時代だったという気がします。神経回路の働きを抜きにして、脳機能の理解が不可能なことに今も変わりはないのですが、これからのお話には何か画期的に新しい方法が必要なのだろうと思います。(37)

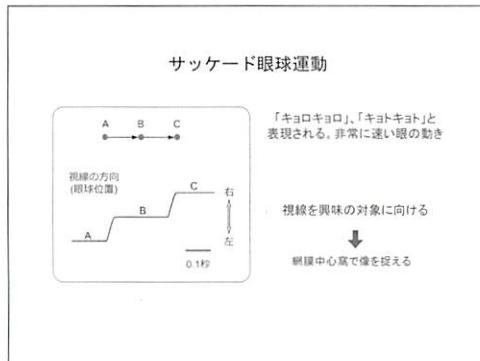
最後に、これまでお世話になった方に深く感謝いたします。素晴らしい師と先輩・同僚に恵まれ、素晴らしい学生諸君と実験を共にすることは、幸運としか言いようがありません。実験と学群の教育を助けて頂いた技官室、工作室、PCME の方たちにも心よりお礼申し上げます。長い間、ありがとうございました。(38)



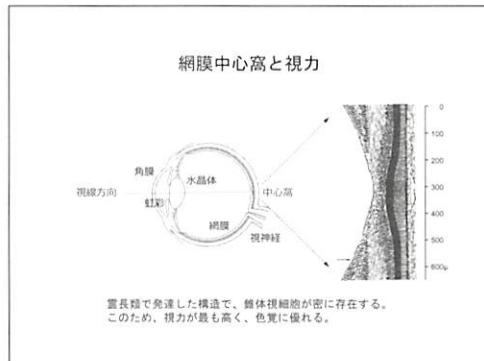
(1)



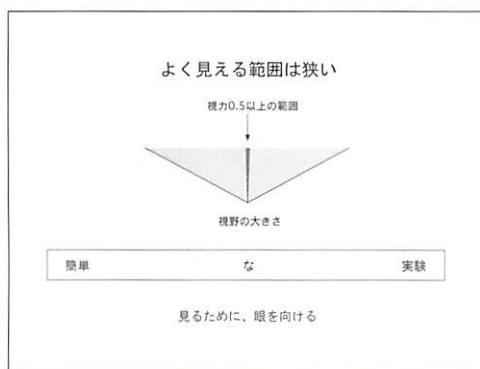
(2)



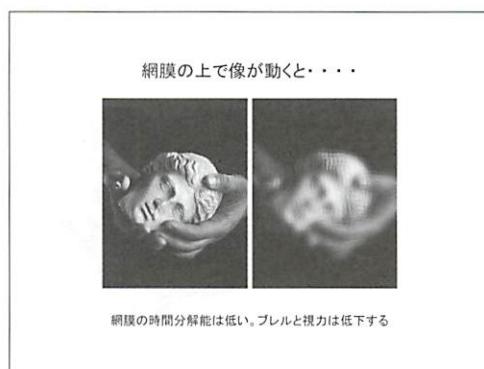
(3)



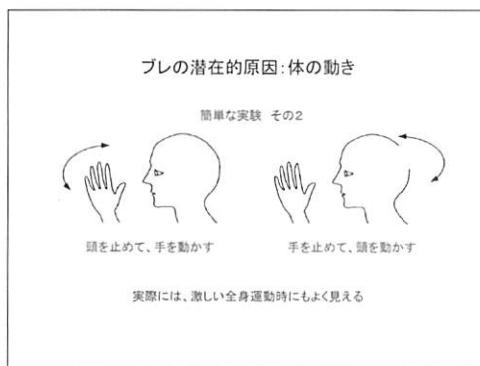
(4)



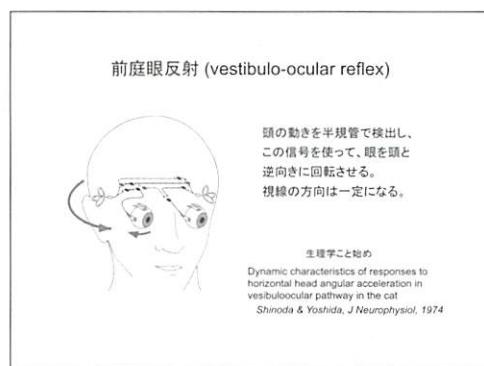
(5)



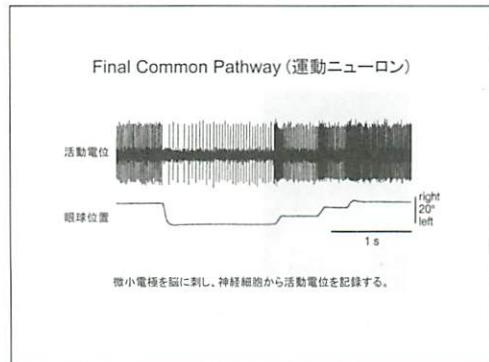
(6)



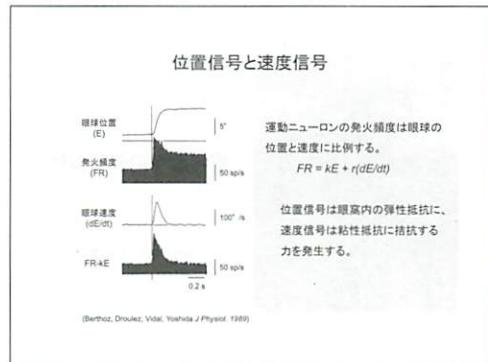
(7)



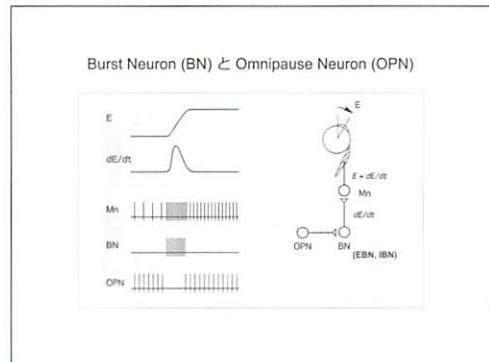
(8)



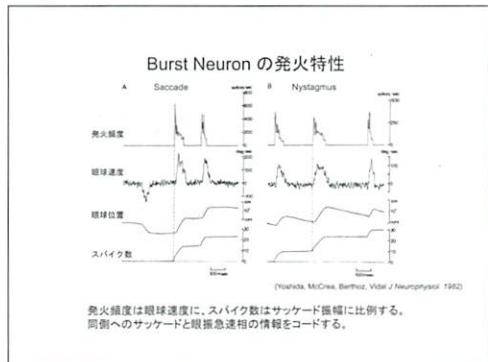
(9)



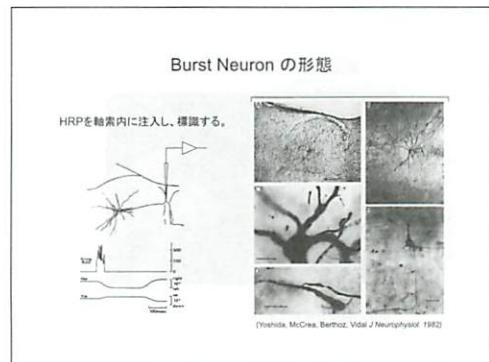
(10)



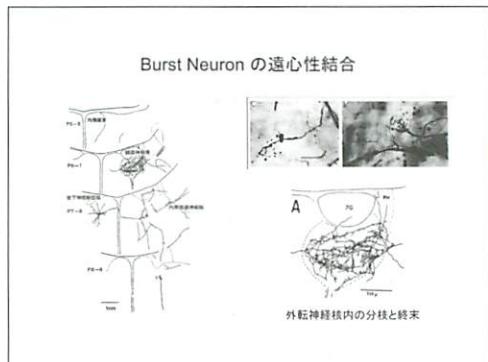
(11)



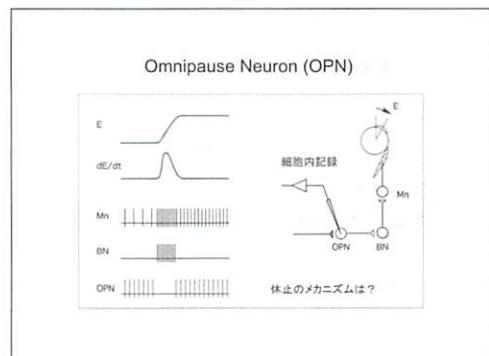
(12)



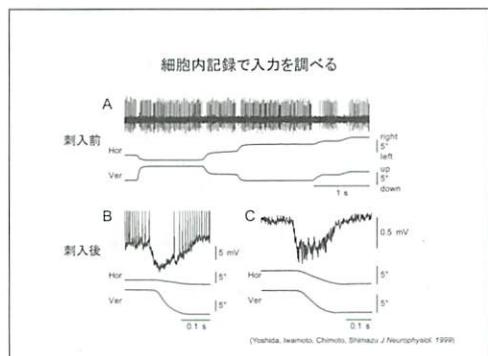
(13)



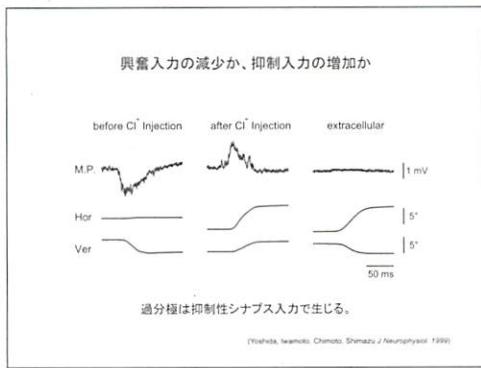
(14)



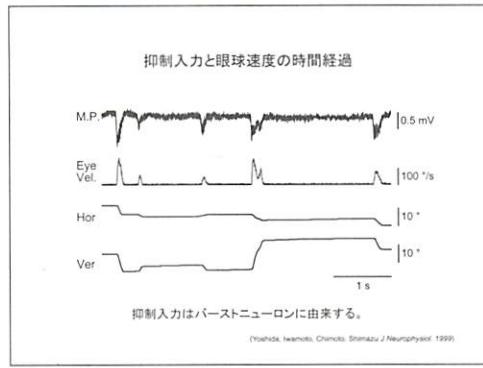
(15)



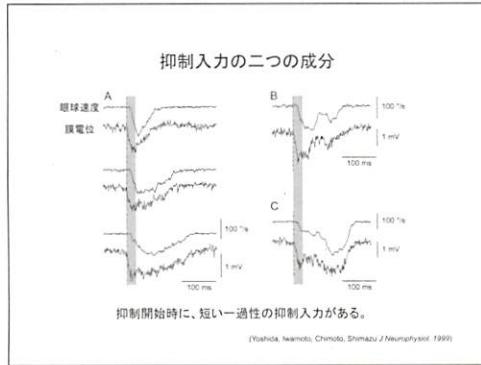
(16)



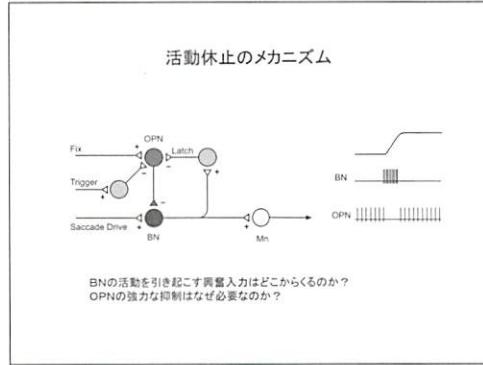
(17)



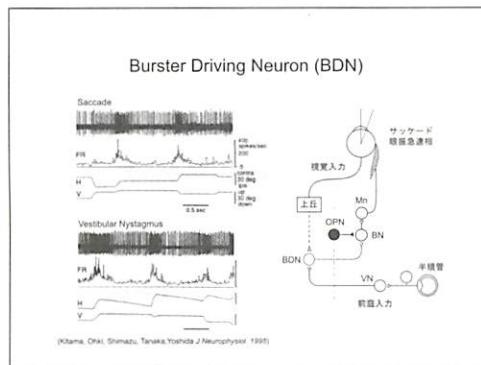
(18)



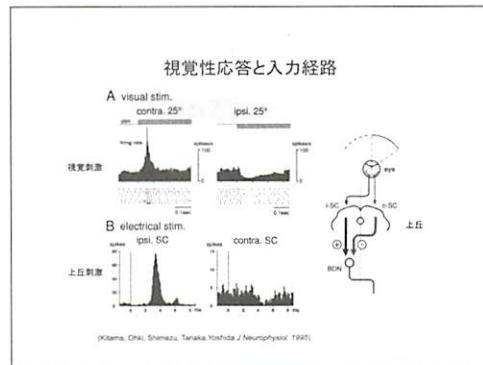
(19)



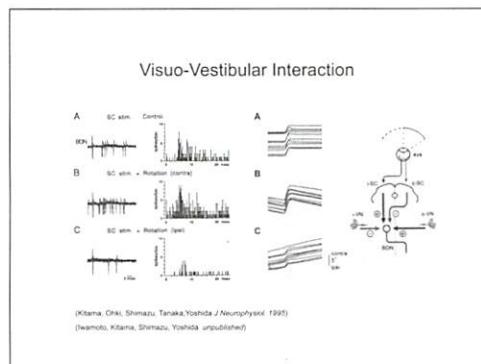
(20)



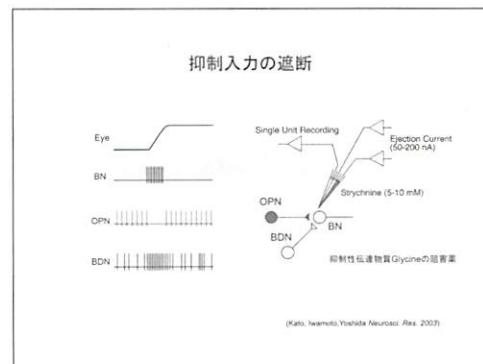
(21)



(22)

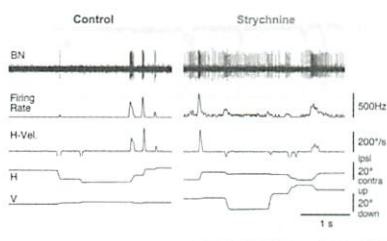


(23)



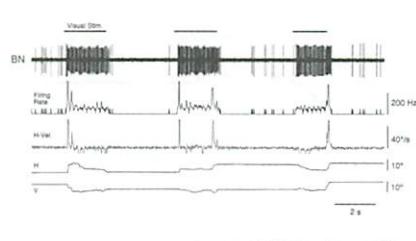
(24)

抑制を遮断すると注視期に活動が現れる



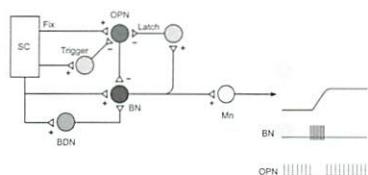
(25)

視覚刺激にも反応する



(26)

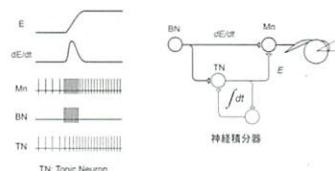
サッケード生成回路



(Kitama, Shimizu, Tanaka, Yoshida Ann NY Acad. Sci. 1992)
(Chimoto, Iwamoto, Shimizu, Yoshida J Neurophysiol. 1998)
(Yoshida, Iwamoto, Chimoto, Shimizu J Neurophysiol. 2001)
(Kanda, Iwamoto, Yoshida, Shimizu Neurosci Lett 2007)

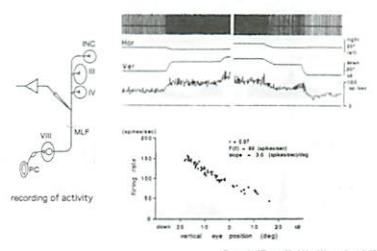
(27)

眼球位置信号と神経積分器



(28)

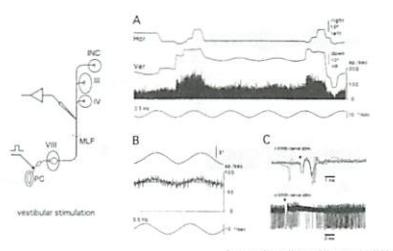
Down Position Vestibular (DPV) Neuron



(Iwamoto, Kitama, Yoshida J Neurophysiol. 1990)

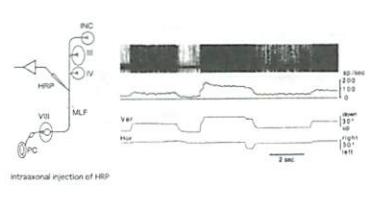
(29)

入力を調べる



(30)

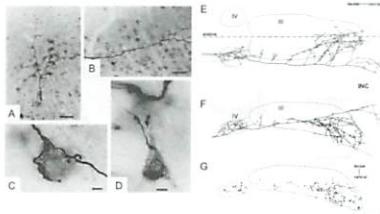
出力を調べる:投射様式



(Iwamoto, Kitama, Yoshida J Neurophysiol. 1990)

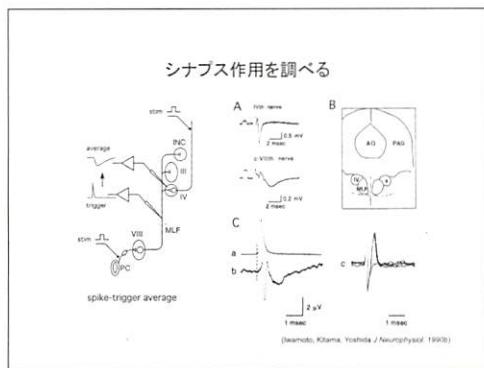
(31)

軸索分枝と終止

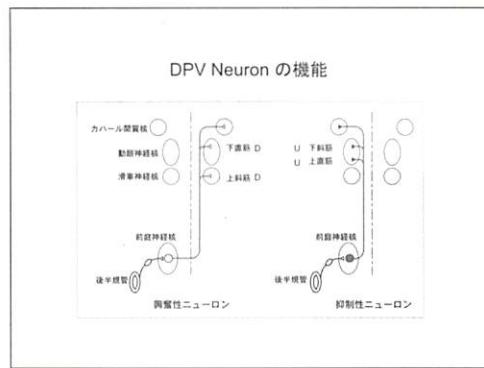


(Iwamoto, Kitama, Yoshida J Neurophysiol. 1990)

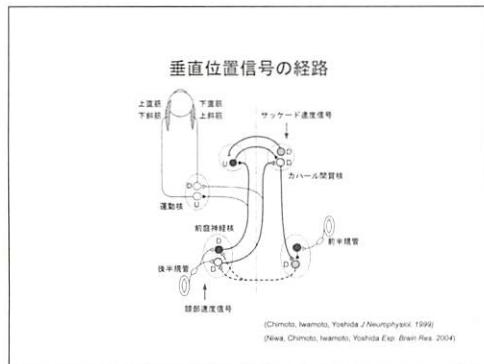
(32)



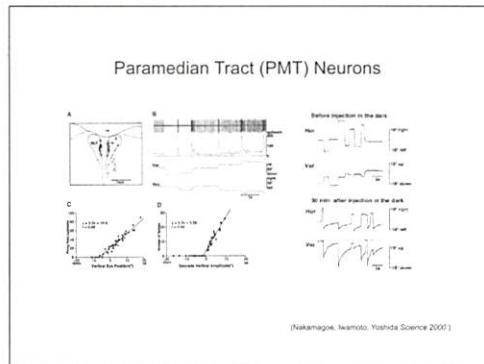
(33)



(34)



(35)



(36)



(37)

謝　　言

Shimazu H	Sasaki S	Yamasita M	Sakuraba H
Shinoda Y	Yamaguchi T	Ohki Y	Kani M
Hongo T	Terui N	Kitama T	Kanda T
Kudo N	Shidara M	Oguri E	Kojima Y
Ohno T	Yamamoto M	Chimoto S	Sasaki S
	Iwamoto Y	Yano T	Ohyama J
	Ozaki S	Tanaka M	Miura M
	Mizuhiki T	Nambu E	Tano T
	Koganezawa T	Nakamagoe K	Ide M
	Nishimaru H	Inaba N	Haneda Y
		Niwa M	Yamashita Y
		Kato R	

(38)

筑波大学附属病院日立社会連携 教育研究センターの紹介と抱負



筑波大学附属病院

日立社会連携教育研究センター

センター部長・教授 小松 洋治

昨年4月に筑波大学教員に採用され、日立社会連携教育研究センター部長を拝命しました5回生の小松洋治です。脳神経外科でおもに血管障害や外傷などの神経救急医療に携わってきました。前任地は筑波メディカルセンター病院です。

常磐道を北に進み日立南インターを過ぎると、上り坂となって、トンネルが連続します。ここで関東平野が終わります。阿武隈高原の山塊が太平洋に迫るところに、日立保健医療圏を構成する日立、高萩、北茨城の3市が連なっています。医療圏人口27万人。医師数360名の3分の1、総病床数2100余りの4分の1を占めるのが、当センターが開設されました日立製作所日立総合病院です。人口10万人あたりの医師数135で、全国平均の59%、茨城県平均の81%です。ヘリコプター搬送の時代となり、お隣の「常陸太田・ひたちなか保健医療圏」の八溝山地側にも関わっています。

日立社会連携教育研究センターの開設とともに、私と消化器内科を専門とする1回生の谷中昭典教授が赴任しました。私は28年に及ぶ医師生活ではじめての大学教員で、診療以外はまったく不慣れで、大学という「役所」の書類と会議の多さにとまどうばかりでしたが、少し慣れてきてそれらをうまくさばる方法も身につけ始めました。谷中教授は東京理科大学教授から転任されただけに診療のみならず教育や研究もしっかりとやられています。

当センターのミッションは、地域医療の推進と先端医工連携を実践することです。筑波大学が先駆的に取り組んでいる中核医療機関を活用した大

学レベルの医療、教育・研修、臨床研究等の広域普及と新たな医療技術の開発を可能とする総合的な医療システム構築を目指すセンターのひとつです。母体となる中核病院とセンターの規模の比率では一番小さいものです。日立総合病院には常勤医師が100名以上います。センターの教員定数は5名で現在籍は2名です。当然のこととして、センターのはたす役割は先行しているところと同じというわけにはいきませんが、大学病院レベルの医療の質を県内にひろく行き渡らせることと、中核病院が活動しやすい環境の成育を支援することは共通しています。

日立総合病院は、地域がんセンター、救命救急センター、災害拠点病院、臨床研修指定病院など広範な機能を持つ県北の中核病院です。日立製作所はこの地域に当院を含めて2つの総合病院、保健健康センター、さらに隣接する常陸太田・ひたちなか保健医療圏にも総合病院を運営するため、この地域での医療シェアが大きくなっています。このため地域医療支援病院の指定条件のクリアに苦労しています。このことは、すでに地域医療に相応の貢献をしていることを示すものもありますが、一方では、医療機関間の競争が少なかったことも意味しています。歴史の長さと地域での急性期医療提供の寡占状態が継続してきたことによる課題があります。名だたる病院の多くには、競争がきびしいなかで病院の強みを前面にブランド力を高めてきた実績があります。自院の強みと弱点を真摯に分析して、地域住民およびかかりつけ医、医療機関といった外部顧客から期待される病

院像と、自身が希望する病院像を一致させていくことがまず必要であると考えています。どのような病院でありたいのかを強くイメージして、その潜在能力を発揮させることに茨城県の医療に責任ある筑波大学は貢献すべきです。その実践役が私たちセンターの教員の役割であると考えます。

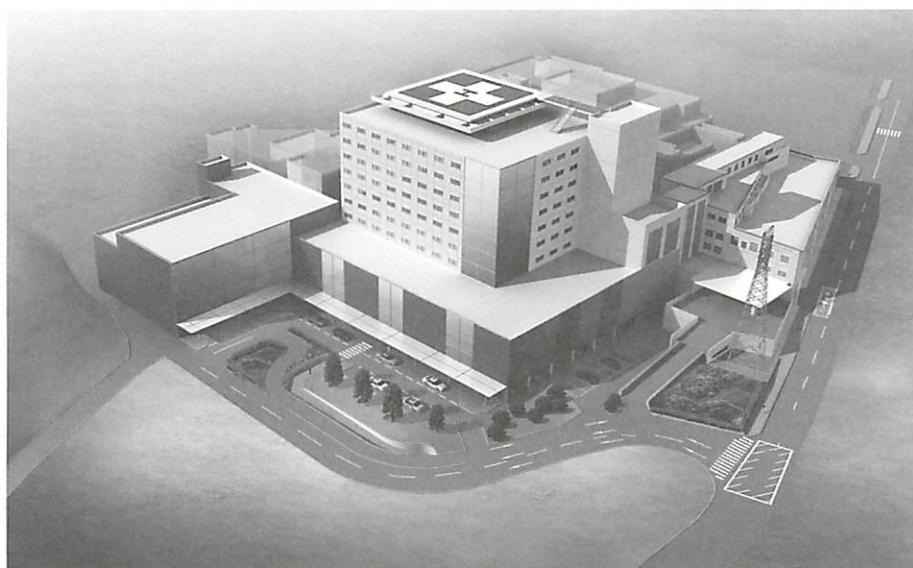
昭和13年に企業立病院として開設された際の目的に「工場衛生と民衆治療のため」と掲げられているとともに、現在の基本方針のひとつに「各医療機関と連携すると共に地域医療支援病院を目指し、地域医療に貢献する」とあります。予防、急性期から回復期まで幅広く地域医療に責任を果たしてきた企業であります。県北の医療資源は少なく、効率的な運用が急務です。ここがうまくいかないと止めることのできない医療崩壊へとすんでしまいます。地域全体をケアミックス医療機関と仮想できるようなシームレスな連携と役割分担ができなければ、持続発展可能な医療の仕組みは実践されません。大学は、急性期医療には強みがありますが、患者数で大多数を占める維持期医療のマネジメントは得意ではありません。医学教育は急性期医療には多くの時間を割いていますが、予防、維持期や末期医療の教育は不足しています。しかし、急性期医療を行う限り維持期や末

期医療は必ず存在します。高齢社会ではその割合は高まります。地域における医療の推進役となる医師を育成して、持続発展する医療環境を構築すべく研鑽していきたいと思います。

日立総合病院を運営するのは株式会社日立製作所です。市場経済のなかで顧客に選ばれるサービスを提供していく株式会社のノウハウによる品質管理の手法を医療の質や病院財務管理にも用いています。本社監査部門による審査もあります。株式会社が経営する病院で仕事をするのははじめての経験であり、医療環境の今後を考えるうえでその手法には学ぶべきところも多いと思います。

少子高齢社会にあって、健康推進や医療分野は需要の増加ならびに質の向上が望まれる分野です。医師は医療産業の顧客でもあり、提供者でもあります。医療に企業の力を的確に伝達する役割をはたすことで、国民の健康増進をふくめて高品質な医療を適切な対価で提供できる環境を維持推進可能にしなければ社会崩壊の危険があります。国民の健康を増進して、医療関連支出を抑えるための企業活動を支援することも当センターの役割です。

日立製作所100周年事業の一環として、震災で



2015年の病院全景

損傷した病院の建て替え工事が進行しています。昨年10月には救命救急センターが開設され、今年5月には外来化学療法センターを備えた外来棟が竣工します。2015年には地上11階地下1階、屋上ヘリポートが設置された免震構造の新本館が完成します。医療機器の更新・新規導入も準備されています。PET やダビンチは県内トップで導入され活躍しています。ハードは整います。中身をしっかりとしたものに育てることに大学の一員として携わっていきたく思います。それには若い力も必要です。医学生や研修医に魅力ある病院となってこそ、継続的な成長が望めます。

最後になりましたが、自分のライフワークのひとつである地域連携医療の実践について新たな活動の場を与えていただきました五十嵐徹也附属病院長、松村明副病院長、暖かく送り出していただきました中田隆筑波メディカルセンター理事長、また迎え入れていただきました岡裕爾日立製作所茨城病院センタ長ならびに奥村稔日立総合病院長をはじめ多くの方々に感謝申し上げます。皆様からのご支援のもとに、日立社会連携教育研究センターの役務を見極めて執行していきたく思います。

筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育 ステーションについて



筑波大学附属病院

土浦市地域臨床教育ステーション

センター部長・教授 石井 幸雄

筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育ステーションは、2011年12月の筑波大学、土浦市、および国立病院機構の間での寄付講座開設協定締結に基づき、2012年4月より国立病院機構霞ヶ浦医療センター内に設置されました。筑波大学附属病院地域医療再生プランに基づく附属病院サテライト施設としては県内6番目ですが、県南地域では初めてのサテライトとなります。県南地域に何故地域医療再生プランを、という疑問があるかもしれません。実際、土浦市の人口10万人あたり医師数は254人（平成22年）と全国平均を上回っています。しかしながら土浦医療圏全体では10万人あたり181人で水戸医療圏より少なく、中核となる病院は土浦協同病院と霞ヶ浦医療センターの2つだけです。そのような状況の中、霞ヶ浦医療センターの医師数は過去10年にわたって減り続け、平成22年には歯科医師を含めて18名まで減少しました。一方の土浦協同病院の移転が正式に決定した今、霞ヶ浦医療センターの再生は土浦市、および土浦医療圏の喫緊の課題となったわけです。

寄付講座開設による教員の派遣という方法が地域の中核病院にとって即効的な医師確保の手段であることは他の附属病院サテライトを見ても明らかです。教員配置による研修環境の強化や、附属病院サテライトとして筑波大学のツールを利用できる等のメリットも病院側には付加されます。実際、水戸地域医療教育センターは現在22名の教員を配置し、それに伴いほぼ同数の研修医を確保しており、水戸協同病院の再生および地域に根ざした医師の育成という点で大きな成果をあげています。

す。しかしながら、国（国立病院機構）から国（国立大学法人）への寄付行為が禁止されている現状では、霞ヶ浦医療センターが同様の方法で十分な医師を確保することは困難です。今回は土浦市の寄付により、私を含め3名の教員が配置となりましたが、霞ヶ浦医療センターが収益を上げても寄付者には還元されませんから、寄付者に更なる負担をお願いするのは難しいところです。国立病院機構の制度および組織の見直しが来年度予定されていますので、寄付の制限が緩和されることを期待しています。附属病院では5名以上の教員配置のあるサテライトをセンター、5名未満をステーションと区別しています。今は小さな組織ですが、近い将来のセンター昇格を目指していきたいと思います。

以前のように大学医局に医師派遣を求めるのは難しい時代になってきました。それはとりもなおさず霞ヶ浦医療センターの医師減少の一因でもあります。今後多くの研修医が霞ヶ浦医療センターの研修を希望し、定着してくれることが再生の要であり、そのための卒前卒後研修環境を構築することが当ステーションの重要な任務です。再生途上とは言え、霞ヶ浦医療センターは核医学施設や放射線治療施設を備えた総合病院です。筑波大学から20分足らずのロケーションであることも併せ、教育のソフトウェアの部分が整備されれば県内でも魅力ある研修病院の1つになり得るものと思われます。内科は既に消化器、循環器、呼吸器の主要3科に加え総合診療科医師も常勤していますので、Common diseasesを中心にこれらの領

域の疾患を充分に経験して頂く環境は整っています。その上で、抄読会、症例検討会等による問題症例の多角検討の場や、回診、学会発表等を通じたプレゼンテーションスキルの養成の場を整備するのは我々ステーション教員の役割です。大学病院と市中病院双方の利点をうまく融合させた研修の場を提供できるよう尽力したいと思います。

研究、および研究を通じた研修医教育もステーションの役割の1つです。研究のできる病院は研修医にとっても魅力的な病院ではないでしょうか。更にサテライト施設では（研究指導の資格を得た教授がいれば）当地での大学院生指導（学位取得）が可能であり、若手医師の定着に大きく寄与することができます。通常サテライト施設では臨床研究が中心となりますが、当ステーションは筑波大学に近いこともあり、大学施設を利用した基礎的研究も組み入れ、研究の幅を広げていきたいと思います。平成24年度はステーションで行う研究の提案に対し複数の外部競争資金を獲得することができました。教員であることの利点を生かし、今後とも研究費取得に尽力いたします。昨年、水戸地域医療教育センター所属の大学院生が人間総合科学研究科長賞を受賞したことは、他のサテライトにとって大きな励みです。当ステーションでも病院と協力し、若手医師になるべく希望に沿えるよう研究の機会を提供し、指導支援していき

たいと思います。

霞ヶ浦医療センターでは、一医師として土浦市地域の医療に少しでも貢献することが主願です。同地域は呼吸器アレルギー領域の専門医が少なく、センターにおける専門診療、地域のプライマリーケア医との病診連携、患者への啓蒙活動など病院内外での役割が求められます。これらの活動に加え、アレルギー外来の開設、地区単位での少人数呼吸器カンファレンス開催などに現在取り組んでいます。地区の呼吸器患者の多くは老人であり、病気になると独居や老々介護など深刻な状況に直面するのが実状です。病院だけで解決できない問題が大半ですが、医療と介護の地域連携やメディカルショートステイを導入し、負担が少しでも軽減できるようお手伝いさせていただいています。呼吸器疾患はその多くが治療法の確立していない難治性疾患です。病態生理が未だ不明であり、病態生理に基づく創薬ができないことが要因です。私は大学では同分野の研究を主に行ってきました。ステーションでは創薬につながるような成果の臨床応用を目指したいと思います。おかげさまで、霞ヶ浦医療センターでは医師の増加とともに平成24年度後半には収支が黒字に転じ、病院の建て替えが視野に入ってきました。同窓の皆様方が、当院に興味を持ち、研修や勤務の場に選んで頂けることを期待しています。

卒後30年目を迎えた3回生

平成24年7月15日

昭和57年（1982年）卒業の3回生は卒後30周年を迎えました。他の学年の同窓会はどうしているかわかりませんが、我々は正確には「3回生関係」と言っています（私だけかも）。それは同窓会の連絡は昭和51年入学の100名のほかに留年の1回生・2回生も入れていますし、昭和58年・59年卒業の人たちも一緒に案内を出しています。従って、まだ卒業29周年のヒトも28周年のヒトもいます。

卒業の2年前にこの桐医会が発足したわけですが、その発足に当たって、当時M5だった我々が実務に当たっていました。1回生は国試直前でしたし、2回生は国試対策委員会を立ち上げて1回生のお世話をすべく奔走していましたので、1回生・2回生の指導のもと、組織作りから会則の設定までやっていました。資金も0、まったくの手探りでやり始め、夜な夜な誰かのアパートで話し合いをして、漸く形らしいものができてきました。それからもう30年余りたったのですね。

卒業当時はヒトゴトではありません。大学病院に残るのは40名、大学院に20名、後は外病院に出なければなりません。1回生・2回生の動向を見つつ、これまた手探り状態で、しかも将来を鑑みて進路を決定していました。そのような状態でも毎年、学生さんを巻き込み、桐医会の総会などの活動を続けてきました。

3回生の活動は桐医会と共に歩んできました。活動の基本となる名簿は桐医会の名簿を頼りにしていました。

同窓会ですが平成2年から3回生の同窓会は毎年続けています。初めは筑波の山水亭で行ってきましたが、参加人数が7～8人と少なくなったので、東京での開催となりました。平成11年に第二共済組合で22名の参加があり、翌年からは東京ステーションホテルで平成17年まで行いました。初めは24名集まりましたが、だんだんと少なくなりました。

ありました。そこで、それまで土曜日に開催していましたが、土曜日に診療しているところは結構多かったので、思い切って海の日がらみの連休（日曜・月曜）に開催し、筑波と東京を離れたところでも開催しました。平成18年は山中湖、ついでつくば市の東雲、筑波山の筑波グランドホテル、湘南、つくば市のインカローズ、平成23年は私が還暦と言うことで新潟まで来てくれました。昨年はつくば市のインカローズで、30名を越えました。来年は東京で開催の予定です。名簿を見ていて気



有志バンド

がつかれた方もいらっしゃると思いますが、3回生は物故会員がまだ一人もいません。留年組みを入れても昭和51年入学の100名が健在なのは3回生だけです（それがどうしたと言われそうですが）。

さて桐医会報でも何度か取り上げさせて頂きました。

No.33 卒後10年を迎えた3回生…丸々3回生特集です。他の記事はありません。表紙を飾ったのは卒業記念に植えた木をバックに撮影したものです。本文中には開院前の大病院の中での写真も掲載しました。

No.40 野口雅之先生が平成8年7月に基礎医

学系病理学教授となり、表紙にお祝いの会の写真を載せてもらいました。当時は卒業生の教授は少なかったです。手書きの文字が懐かしい。

No.43 表紙に平成9年の同窓会の写真を載せてもらいました。参加者は7名でした。

No.55 平成14年には東京駅の八重洲倶楽部で座談会を開き、6名の方に話しをしてもらいました。その後に行なった同窓

会は20名が参加しました（表紙に集合写真を載せてもらいました）。

昨年は、島居・正田・堀米と3名が教授に就任し、うれしい年になりました。これからも毎年の同窓会を続けていきます。

7月14日(日)の同窓会は久しぶりに東京ステーションホテルとなりました。新しくなってから初の同窓会です。

(宮川創平 記)



3回生同窓会 集合写真

7回生同窓会報告

平成24年8月4日

「7回生同窓会2012実行委員会より」

オリンピックの年には集まる7回生。平成24年は、オリンピック最中の8月4日に、オークラフロンティアホテルつくばで同窓会を開催しました。例年は学会などの日程を考慮し、冬季に招集がかかるのですが、皆50歳を超えて寒さが身にしみる…ということで今回は暑い夏場の開催となりました。夏休み中にもかかわらず総勢40名が集まり、あらためて我々の結束の固さを確認することとなりました。実は開催に先立ち、実行委員会5名の打ち合わせの飲み会があったのですが、初参加の筆者はその段階でもずいぶん盛り上がり、当日を心待ちにしていたのでした。

当日は一番遠くからの参加は青森の鈴木君。彼が開会の挨拶をしてくれました。遠方からといえば他に長崎の本間さん、大阪の香西さん、滋賀の柴崎君、京都の樋之津君。神奈川からの上城君に久しぶりにあえたのも、とてもうれしいことでした。50を超えたとはいえ、皆雰囲気、仕草、話しか方など学生時代と変わらず、懐かしさで胸がいっぱいになりました。「女性陣はあまり変わらないね」と男性陣からの優しい心遣いもあり、一同一応納得。大学に残っている人や開業した人、中核病院で働いている人などそれぞれの立場から、

恩師や同窓生の近況、診療や研究、家族や趣味のことなどいろいろ出て話は尽きず、会はおおいに盛り上りました。

駅前ダイワロイネットホテル内の白木屋へ場所を移して二次会へ。狭い空間で肩を寄せ合い距離がすっかり縮まって、四半世紀にもなる卒後の年月が嘘の様に思えましたが、それでも話のあちこちに、自身の立場への自信や責任感が見え隠れし、すっかり中堅どころとなった皆さん、学生時代にはなかったたくましさを感じました。そしてそんな皆の様子は、明日からまた頑張ろう、と気持ちを新たにしてくれました。

次の4年後の再会を誓い合い、会は閉会となりました。間に合わなかつた終電をうらみつつ、仲間の筑波大医学生（つまり後輩）の御子息の部屋を宿にした人もあったとか。

式場の手配、皆への連絡、また当日の写真の配信まで、いつものように堀君にすっかりお世話になり、7回生一同心から感謝しています。

皆の末永い健康を心から祈った楽しい同窓会でした。

(石井映美 記)

「7回生の同窓会に出席して」

大学を卒業後、東京で2年間の研修を終えてから筑波に戻るつもりでしたが、研修先の病院に滋賀県から来ていた先輩の先生に誘われて滋賀医大の精神科に入局し、それからは今日までずっと滋賀県です。妻は滋賀の産で、今や3人から激しく脛を齧られながら100床の県立精神科病院で働いています。学会などで上京する機会は多いのですが、筑波にまで足を延ばすことはこれまでありませんでした。同窓生との交流と言うと、数人と毎年、年賀状のやり取りをしている他は、小生の結





婚式に7回生の友人が数人、京都まで来てくれた事、医師の妹の就職の際に神戸の小白さんにお会いして相談に乗ってもらった事、一昨年、田中誠君が学会で京都に来られた時に、夜、二人で飲んだ事等がありました。同級生とはありがたいもので、家族や親族が病気になった時の治療等について電話で何人かに気軽にセカンドオピニオンを聞くことができましたし、誰もが懇切丁寧にアドバイスしてくれました。この場を借りて御礼を言わせて下さい。

7回生の同窓会が4年に一度、オリンピックイヤーに開かれるのは知っていましたが、遠方でも

あり、仕事の都合もあって卒業後、これまで一度も出席できませんでした。今回は堀君のお誘いもあり、是非行こうと思い立って出席しました。皆と会うのは実に四半世紀ぶりです。行きの電車の中で上條君と一緒にになり、会場で他の皆と出会いました。すぐに名前が浮かんだ人もいれば、しばらく誰なのか思い出せず、話していく内にわかつてきました。私も含めて皆さん外観は貴様がついていたり、てっぺんが薄かったり、白かったりとさすがに時の流れを感じさせるものがありました。話し方や身のこなし、醸し出す雰囲気はやはり学生時代と変わらず、気兼ねなくリラックスしていろいろと語り合うことができました。卒後26年ともなれば皆それなりに、それぞれの分野で指導的、中心的な立場で活躍されていると思うのですが、そういう人達とため口で話せるのはやはり同窓会ならではだと感じながら過ごした楽しい、しかしあっという間のひと時でした。また、4年後も是非出席したいと思います。堀君始め幹事の皆さん、どうもありがとうございました。またよろしくね。

(柴崎守和 記)



筑波大学ホームカミングデー&第4回15回生同窓会報告

平成24年10月6日

平成24年10月6日土曜日、筑波大学ホームカミングデーと医学専門学群15回生の同窓会が行われました。筑波大学のホームカミングデーは卒後20年（医学は18年）を記念して大学主催で行われるイベントで、今回は医学は我々15回生が対象です。15回生は4年ごとのオリンピックイヤーに同窓会も行っており、今回は運よく両方が重なったため、同日開催としました。当日は雙峰祭とも重なり、ホームカミングデー会場となった大学会館レストランの周りはとても賑やかでした。医学からは自分を含め、7人が参加。体育専門学群は1名、芸術専門学群は2名だったことを考えると医学の多さが目立ちます。会は12時に開始となり、副学長、学生代表、茗渓会理事長のあいさつが行われ、筑波大学ブランディングの一環である、IMAGINE THE FUTUREの曲紹介が行われました。初めて聴きましたが心休まる良い曲です。（<http://www.youtube.com/watch?v=4qWbXyzdEkI>で聴くことができます）

会は予定通り14時に終了。15時からはつくば駅前のフレンチレストラン、「プラスリードゥ・プラ」を貸し切って15回生の同窓会が行われました。前回、前々回の同窓会は医学食堂で行いましたが、さすがに40歳を超えて経済的にも余裕が出てくる年齢となったので、今回はすこしリッチにしました。余裕をもって店は2か月前から押されました。肝心の案内方法ですが、今回は、①ホームカミングデー案内の封筒に医学同窓会のお知らせと返信用はがきを同封、②以前からある15回生のメーリングリストを使った告知、③Face book上で告知、の3つの方法で行いました。結果として対象105名中57名から出欠の返事をもらいました。今後は③の方法も普及してくると思われます。最終的な参加者は25名となり、一番遠くは仙台からの参加となりました。南相馬で被災した同級生からのメッセージが紹介されたあと、一人ずつ近況を報告し合い、旧交を深めました。予定の2時間はあっという間で、近くの居酒屋で2次



ホームカミングデー

会、一部はワインバーで3次会まで行われました。同級生に会うと、卒後18年経ったとはとても思えず、昔にタイムスリップしたような感覚になります。その間、筑波は大きく変わりましたが、

昔の友情だけは変わりません。一昨年を表す漢字は「縊」でしたが、お互いの「縊」を強く感じた1日でした。4年後の再開が今から楽しみです。

(鈴木英雄 記)



同窓会 集合写真

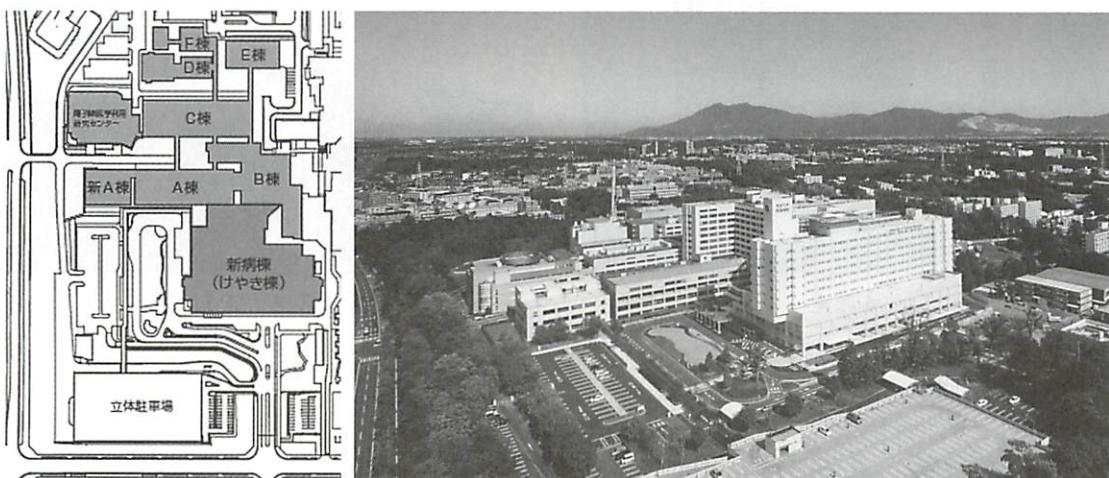
筑波大学附属病院 新棟「けやき棟」の紹介

2012年、筑波大学附属病院では開院35周年と同時に新病棟「けやき棟」の開所という開院以来のビッグイベントがありました。開院以来初の病院の大規模な引越作業などもありました。

今号では会員の皆様に、12月1日の内覧会時で撮影した写真等を用いて、けやき棟の概要についてご紹介致します。

①概要

場所	茨城県つくば市天久保2丁目1	建ぺい率	25.90%
事業発注者	国立大学法人 筑波大学	容積率	95.82%
事業受託者	株式会社 つくばネクストパートナーズ	構造	RC造(一部PC) + 鉄骨造一部CFT造
施工	鹿島建設㈱ 関東支店	階数	地下1階、地上12階、塔屋1階
けやき棟工期	2010年7月2日～2012年9月30日	最高高さ	59.320m
敷地面積	197,854.89m ²	基礎	直接基礎
建築面積	けやき棟: 7,122.46m ²	昇降機設備	15基
延床面積	けやき棟: 45,746.45m ²		



②主な特徴

- ・エントランスホール

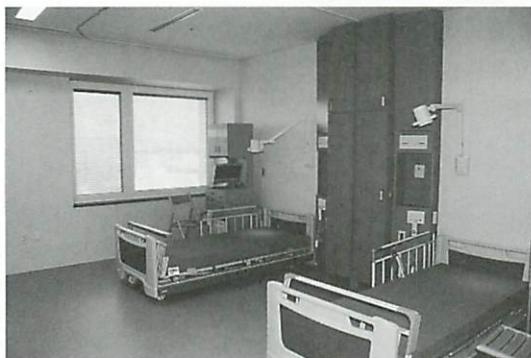


- ・入院環境

- ・4床室……従来の5床室をなくし、4床室のみとしベッド周りのスペースを確保
- ・ビジネスタイプ1床室……ソファ・クローゼット・バス・トイレ等の設備が充実した差額病床（11階）
- ・女性専用病床（11階）



スタッフステーション：電子カルテ化で入院カルテがなくなりました

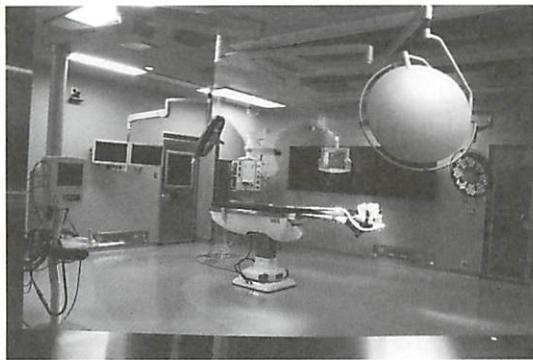


4床室

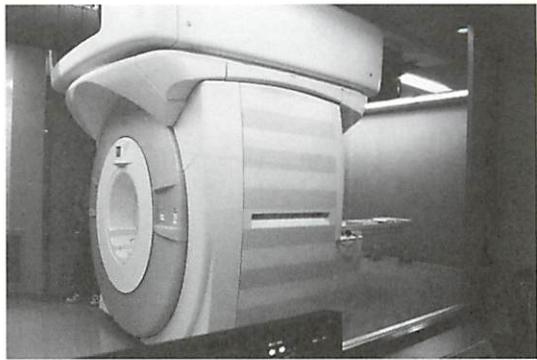
ビジネスタイプ1床室

- ・災害に強い病院

- ・ヘリポート……ドクターへリや災害時のヘリを受け入れ可能
- ・自家発電設備……災害時にも病院機能を3日間（最大5日間）維持できる自家用発電機を配備。基幹設備の機器を複数台設置もしくは二重化し、災害対策・メンテナンス性が向上
- ・地下免震構造……免震構造を採用し大規模地震時にも緊急医療の拠点として機能維持が可能
- ・高度先端医療
 - ・ICU オープンベッド
 - ・MRI手術室……ガントリー移動型の術中MRIを導入
 - ・angiography手術室……手術用寝台で血管造影を行えるハイブリッド手術室
 - ・CT……256列マルチスライスCTを導入
 - ・救急エリア……機能的な救急初療スペースを確保
 - ・血液浄化療法室……ベッド数増加により将来的に利用者の増加に対応
 - ・血管造影室



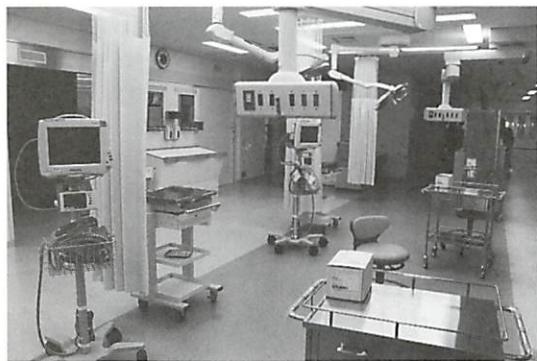
MRI 手術室



隣室からガントリーが移動してきます



ハイブリッド手術室



救急初療室

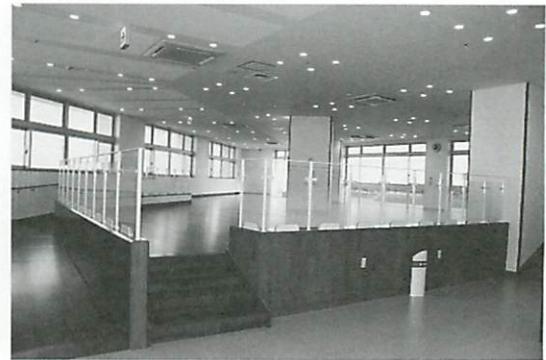


ICU オープンベッド

- ・開かれた病院
- ・けやきプラザ……地域のコミュニティースペースとして、イベント・展示・シンポジウム・会議など多目的に活用
- ・展望ラウンジ……眺望のよい12階に軽食等をとれるスペースを用意
- ・展望デッキ……植栽のある12階オープンデッキからは、筑波山や研究学園都市を一望



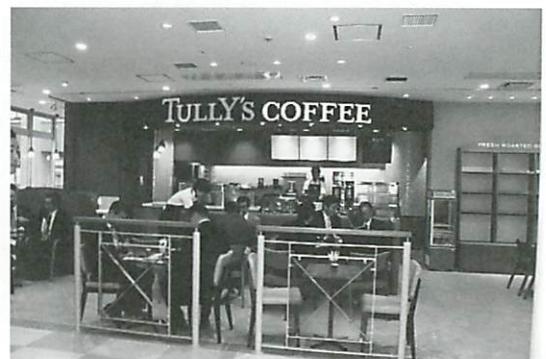
展望デッキ



展望ラウンジ



1F けやきプラザ



タリーズコーヒー

③既存棟の運用について

B棟5～8階の一部病棟は改装を行い、けやき棟と並行して病棟として運用

B棟9～11階、E棟はけやき棟の開所により病棟としての運用は終了

(今後の運用については未定)

外来診療棟・検査棟・陽子線センターは従来通り

個人的には私の応募した「けやき棟」という名称が採用され、今後けやき棟の発展を心から願っています。次号以降では具体的な施設についてご紹介する予定です。

大澤 翔 (32回生)

筑波大学附属病院けやき棟開所記念企画

病院長 五十嵐徹也先生インタビュー

日 時：平成24年12月20日

場 所：筑波大学医学系学系棟内

Guest：五十嵐徹也 先生

Interviewer：翠川 晴彦（医学5年）

奥脇 駿（医学4年）

中野登和子（医学4年）

略歴



筑波大学 副学長・理事
筑波大学附属病院 病院長

五十嵐 徹也（いがらし てつや）

昭和48年9月 東京大学医学部医学科卒業
昭和56年10月 米国 Harvard 大学にてヒト副
甲状腺ホルモン遺伝子に関する
研究
昭和62年6月 東京大学講師医学部・附属病院
分院外来医長
昭和63年8月 茨城県技術吏員、茨城県立中央
病院医務局医長（内科・内分泌・
代謝科）
平成元年8月 東京大学講師医学部・附属病院
分院病棟医長

平成4年3月

平成14年5月

平成16年4月

平成21年4月

平成23年4月

東京大学助教授医学部として内
分泌・代謝疾患に関する臨床研
究に従事、同時に新外来棟運営
推進室長を併任し、外来棟の再
開発、その後新入院棟の新規計
画を担当

筑波大学教授臨床医学系として
医療情報学に関する研究、内分
泌代謝診療グループにて専門診
療に従事

附属病院副院長（財務・経営担
当、再開発担当）

筑波大学理事・附属病院長

筑波大学理事・副学長（医療担
当）・附属病院長

筑波大学附属病院の新たな時代へのスタートを象徴する“けやき棟”。その開所を記念して、病院長である五十嵐徹也先生へのインタビューを企画致しました。インタビューは大きく分けて5つの内容から構成されております。大変充実した内容・分量となっておりますので、以下の目次をご参照のうえ、読み進めて頂ければと思います。

目次

病院長の仕事・地域医療の充実・若手医師の教育	p.26
けやき棟の建設とPFIの導入	p.29
DPCの役割と医療情報の活用	p.33
学生時代のこと・臨床に進まれてから	p.36
筑波大学附属病院のこれから	p.37

一病院長の仕事・地域医療の充実・

若手医師の教育-

奥脇：

私はいまM4なのですが、学生からすると、病院長という立場の先生が普段どのようなお仕事をされているのか、あまり想像がつきません。五十嵐先生は普段どのようなお仕事をなされていらっしゃるのでしょうか？

五十嵐先生：

そうですね…仕事量で一番多いのはなんでしょうかね。まず会議が多いですね。病院を運営していくためには必要な要素がたくさんあります。それをいくつかに分類して、常置委員会というものを作って、いろんなスタッフに議論をしてもらいます。そこで課題や解決策が出てくるので、それぞれを担当する副病院長に集約してもらい、病院会議という最上位の会議に上げてもらいます。大きな問題については、そこで6人の副病院長と一緒に検討して方針を決めていきます。そういう会議が毎週あるわけです。それから月に1回は病院連絡会議というものがあって、各部門や診療グループの責任者の皆さんのが一堂に会して、月ごとの診療実績、病院会議での決定事項、重要課題などを報告しています。そのほかに大事なのは、やはりリスクマネージメントです。これも大変重要な問題ですから、会議を毎月必ず開いています。各副病院長に加えて、臨床医療管理部というリスクマネージメントを専従でやっている部門のスタッフや、そのほか主だった部門の責任者などが参加し、ひとつひとつの事例を検討して、問題点や再発防止策を議論しています。これらはごく一部ですが、とにかく重要な会議には私自身が出なくてはならない規則になっていますので、会議だけで一週間のうちのかなりの時間を取られています。それから、大学本部での仕事もあります。筑波大学は“大学”附属病院になっていますね。この大学本体と附属病院の関係は国立大学の間でも異なっており、例えば東京大学（以下東大）だと“医学部”附属病院です。だから、病院長の立場も大学によってさまざまです。筑波大学の場合には、附属病院が大学に直接附属する組織ですか

ら、病院長は大学の理事・役員でもあるわけです。したがって、大学本部の会議にも出なくてはいけないということで、とにかく会議に出席というのが一番の仕事です。その次がはんこを押す仕事でしょう。大事な書類は院内で回覧されるのですが、ちゃんと確認をして、承認したというはんこを押さないといけません。ひとりひとりの人事から国の政策に関わるような書類まで山ほど廻ってきます。そして、こういう風に新しい建物を建てたり、新しい取り組みを始めたりするときには追加で仕事が増えていくわけです。さらに、この病院は単独で動いているわけじゃありませんので、自治体や民間企業等との産官学連携など、関係する外部の組織や機関との協力や調整をしなくてはなりません。

翠川：

外部との連携というところで、ちなみに先生はこのあと水戸に向かわれるというお話を伺っていますが？

五十嵐先生：

そうです。筑波大学は国立大学ですが、筑波大学附属病院は茨城県にある大学病院でもありますから、当然ながら県の医療とは深く関わっているわけです。筑波大学は地域医療教育センター・ステーションをどんどん増やしているので、そのあたりの相談をしたり、県が独自にやっている医療制度や検診機能の運営の相談役みたいなこともあります。その他に年に1回ですが、地方裁判所にも行きます。医療事故や医療訴訟の関連で法曹界との関係も重要なっています。裁判所の方々に医療のことをより良く理解してもらうことは大切だし、逆に我々が法的判断のロジックなどを学ぶことは大切ですね。まあ、そういうことで水戸にはしばしば行っていて、忙しい時には週に3回くらいつくばと水戸を往復しています。個人的には早くつくばエクスプレスが水戸まで延伸してくれればいいのにと思っています。

一同：

笑

中野：

ひとつの病院で話が終わらないから、いろいろ

なところへ行かなくちゃならないんですね。

五十嵐先生：

そうですね。やはり医療というものは、ひとつの病院だけでは完結しない。逆に言うと、ひとつの病院で完結させようとするとコストパフォーマンスが悪くなってしまう。大学病院は大学病院が持つべき機能に集約していって、そうでない部分は周辺の病院と協力して、お互いに連携をしていくというのが今の流れです。円滑に連携するためにも、地域の先生方とか病院間で情報を常にやりとりしていく必要があります。しかも、こういうやりとりというものは、事務的にというだけでは長続きしません。やはりお互いに顔と気心がわかるような関係を作っていく必要があります。そういうことで、筑波大学ができた頃からの関連病院などの先生方とは、年に何回か定期的に集まって意見を交換することもしています。

奥脇：

僕は医学類の地域推薦枠の第一回生なんですが、県の方とも今後のキャリアパスについて話し合っています。そういうところにも関わって下さっているんだなって思いました。

五十嵐先生：

県庁に地域医療支援センターができましたからね。茨城県は広い県だから、以前より県北などでは本当に医師が足りなくてどうしようもなかった状況があります。県としては、そこに住んでいる人たちも同じ県民ですから、等しく医療環境を整備しなくてはいけないと考えます。それをどうやって実現してきたかといいますと、本人の希望とは無関係に勤務命令が出されて、県が必要と判断する地域に行かされてきたわけです。でも、そこに行くと本当に指導してくれるような医師が十分にいなくて、ひとりで何から何までやらなければならず、まさに365日24時間働くわけですね。そうすると、ほとんどの先生方は義務年限が終わる頃には燃え尽きてしまい、辞めて県外へ去るということが起こっていた。だから、茨城県はここ数十年の間、ずっと人口対医師数がビリから2番目ぐらいだったのです。私は10年前につくばに来たのですが、その当時、今の山田学長と一緒にそ



れを何とかしようと県の保健福祉部に行って、大学として地域医療をなんとかしたいということを話したのですが、向こうはきょとんとしていました。県が地域医療を計画するときに、今まで筑波大学という単語は一度も入ったことがなかったと言うのです。その原因は、大学と県の両方にあつたと思われます。筑波大学というのはそもそも学生闘争盛んなりし頃に、鳴り物入りで今までとは異なる構造の大学としてこの土地に新しくできたわけです。周囲には省庁に関連する研究所もいっぱいできました。いわゆる世界でも有数の研究クラスターができたわけですが、そういうところの研究員や大学の先生は、茨城県にありながら水戸の方を向いてないのです。みんな東京を向いているのです。大学も同様で、当時の文部省しか見ていなくて、産総研は当時の通産省しか見ていないという感じで、つくばの中で連携することは少なく、バラバラだったわけです。だから、サイエンスシティと言いながら、それぞれは世界的なレベルの研究所、大学なのに、お互いが入り混じって革新的なことをやってきたかというと、それほどでもないというのがひとつの評価でした。つまり、つくば市というかたまりができたのですが全部縦割りだった。しかも、県における周辺地域などは関係なかった。みんな東京と繋がっていていいわけですね。これではやはり、とくに医療の世界ではダメだということで、附属病院もいろいろと修復作業をはじめたのです。最初は抵抗もあって難しかったのですが、県側も県北や県西の医療を復活させるためには、そういう協力が大切だとい

うことをだんだんと理解し始めて、我々も地道に努力し、お互いの接点ができてきました。県としても、地域で長く働いてもらうには、それがキャリアアップにつながるようなプランを作らなければならぬと考えるようになってきたわけです。したがって、地域で働きながら、途中で大学病院をまわったり、専門医の資格を取りやすくしたり、場合によっては海外にも留学したりできるような、キャリアアップに繋がる仕組みを作ると真剣に考えるようになってきたのです。大学は大学で、そういった地域の教育・研修拠点となる病院をどんどん支援・整備して、そういうところが独自に全国からレジデントを集められるようになってきています。これらの取り組みが総合的に効果を發揮し、今回のマッチングでは茨城県のレジデントが26人も増え、全国でもトップクラスの伸びでした、様々な努力が実り始めてきたのかなと思います。医療や医学教育は連鎖ですから、大学だからといって大学の附属病院の内部環境だけを良くしていればいいというわけではありません。でも、一方で大学に無尽蔵に人がいるわけではないですから、あちこちに優秀な人材を送りすぎてしまうと、学内が手薄になってしまいがちで、大学はまさに源泉ですから豊富に水が湧く必要があります。あとは、診療報酬の改定のような社会の理解変化があって、大学の収入が上がれば、上がった分を大変な思いをして働いた皆さんにフィードバックする必要があります。ある意味でそれは再投資です。その再投資をどう効果的にしていくかということを考えなければなりません。このあたりのことは、いろいろな雑誌にも取り上げられていますが、例えばレジデントが手術に参加したら、それに対する評価をちゃんとしようというようなことを始めています。手術のように目に見えるものは評価しやすいのですが、内科のような診療科の貢献はなかなか評価が難しいですね。そこで注目したのは、コンサルテーションです。例えば糖尿病患者に手術をするとなれば、そのまま手術をされてはリスクがありますので代謝内科に事前相談します。不整脈があれば循環器内科にコンサルテーションしま

す。しかしコンサルテーションという医療行為は、診療報酬を請求する上では算定されません。つまり、ただ働きになってしまっています。コンサルテーションをすることも答えることも医療の質を上げる大切な医療行為ですから、電算システム上でちゃんと集計し、その努力に対して、病院全体の収入から還元して評価することにしました。教育・研究で使えるお金として診療科に戻して、若い先生たちに使って頂こうという仕組みを作ったのです。そういう風にして、みんなにとって働きがいがある環境を作るということがやはり大事なのだと考えています。そういうプランニングも時間をかけてやっている仕事のひとつですね。

奥脇：

院内の仕事はもちろんのこと、院外での仕事もとても大切なんですね。

五十嵐先生：

そうですね。臨床教育、臨床研究は大学の中だけに留まっていてはもうダメだと思います。どういう医師を育っていくのかということを考えてみれば、みんなが同じような医師になるわけではありませんよね。だから、大学が必ずしもベストな教育の場になるとは限らないわけです。もっと広域で教育ができるようにしていかなくてはならない。そのためには、大学だけに教員がいるのではなく、地域にも教員がいる必要がある。地域にも教育や臨床研究の核となるような場所を作っていくことで、みんなが安心してそういう場所に行けるようにしたい。地域に本当に医師が定着して、愛着を感じて、場合によってはここに骨埋めてもいいと思うかどうかは、そこで若いうちにどうやってキャリアを積めるか、どんな経験をできるか、どんな人に巡り会えるかにかかっているのではないかでしょうか。そういう話を何回も繰り返して、さまざまな人たちに理解してもらっていくことが大切ですね。県庁にも何度も足を運び、医師会の先生方にもとことんお話しをしました。よそ者が説明に来るのではなく、同じコミュニティの中の人間が話させていただくということで、だんだんと理解が広まってきたように思います。水戸

協同病院はJAいばらきとの協力連携により見事に復活し、今では全国から人が集まるようになっています。そういうところで育った医師が大学に来て次の若い世代を育てるということを願っています。そういう循環が県全体あるいは北関東全体でもいいと思いますが、広まっていけば、地域全体が教育の場、臨床研究の場になると思います。今や県行政ばかりでなく、企業、各種事業体、市町村と一緒にになって教育、臨床研究環境を整備し、広域医療の再生につなげるという社会実験が進行中であると認識しています。

—けやき棟の建設とPFIの導入—

翠川：

病院長としてのお仕事について伺ってきましたが、その中でもここしばらくで一番のトピックは、けやき棟のオープンだと思います。けやき棟の建設がこのタイミングだったことには何か理由があるのでしょうか？たとえば10年前ではダメだったのでしょうか？

五十嵐先生：

ダメです。まず10年前には無理でした。大学病院を建てるのには相当なお金がかかります。そのお金を我々は持っていないから借錢しなくてはいけないわけです。一般的に、国立大学が附属病院を建てる時には、まず国からお金を借りるわけです。その財源は財政投融資といって、郵便貯金や年金で積み立てたお金なのですが、これは元来、着実な方法で運用し、利益をあげて預金者に利子、あるいは年金払いとして配分するものです。その運用策のひとつとして国の施設を整備する事が行われてきたのですが、国全体でいろいろな事業に使われる関係で文部科学省として使える財源は年間700億円前後なのです。しかも借りたお金は附属病院の場合は他の研究・教育施設とは異なり、そのほとんどを診療で稼いで返済しなければならないのです。ところで、病院を建てるのに大体いくらかかるか実感が湧きますか？

中野：

10億円くらい？

五十嵐先生：

10億では建たないですね。例えば、100床前後の中規模の民間病院だと50億円くらいかな。だから、この病院だと建物だけで200億円以上になってしまいます。200億になるとさすがに懐からボンというわけにはいきませんから借りなければいけないです。そうするとさっき言った財源の700億円から200億円をうちに貸してくださいということになります。附属病院を持っている国立大学は42大学あり、それが順番に軒並み古くなっていくわけですから、うちも早く建て直したいといって順番待ちをしています。そこで文部科学省の担当部署に出向いて、うちも病院を新しくしたいと言ったところ、「今、行列に並ぶと10年先ですよ」と言われてしまったのが2004年のことです。そもそもこの再開発事業は、古くなってきた附属病院を建て替えたいという要望が当時の臨床医学系の中で出始めており、今の山田学長が東大病院でそうした経験を積んできた私を筑波大学に呼んでくれたのが発端だったのです。ちなみに、その当時から10年先っていうことは、まだ建っていないという話になり、予算が付くのが今ぐらいいってことですね。それからいろんな契約を結んで、設計をした上で工事に入ることになりますから、さらにまた5年くらいかかるわけです。当時私が考えたのは、その頃にちょうどつくばエクスプレスが開通を迎えるときでしたから、鉄道が通るインパクトというのは相当大きいだろうということでした。きっと街が活気づいてきて色々なことが上げ潮になるだろうから、このタイミングで病院を新しくしないと効果が半減するだろうと思ったのです。ここはもう一気にフル規模で建てないと考えました。そのためには、まとめて200億円以上を貸してくれるところを探さなければならない。そこで、2000年ごろから段々と注目されるようになってきたPFI（Private Finance Initiative）という手法に着目したのです。要するに銀行はお金持っていて、銀行にとってはちゃんと取りはぐれがなくて、着実に返してくれるところが最高なお客さんで、さすがに国立大学病院はつぶれないだろうと考えられます。その当時か

ら、筑波大学附属病院はほかの大多数の大学病院と違って赤字経営ではなかったのです。ということで文部科学省も筑波大学になら試験的に任せられるだろうと判断してくれました。次々と寄せられる大学病院の建て替え要望に対して、「お金を貸せるのは10年先だよ」とか「貸せても100億円だけだよ」などと言い続けるのは文部科学省もつらいのです。何かうまくいく他の方法があるのなら、そういう方法で今後の附属病院再開発事業を促進したいと思うわけです。そこで、赤字も出していいないし、頑張ってきた筑波大学にまずやらせてみようと思ったのでしょう。最初の予算措置で、この方法でうまくいくかどうかの基礎調査を平成17～18年頃に行いました。それで大丈夫そうだということで、基本設計に入ろうということになったのです。どういう病院を造るかということを病院の中で議論し、どのような規模で、どんな機器類をそこに持ち込み、経費がいくらくらいかかるのかを試算し、様々な事業者にお話をし、入札を行ったのです。私たちが採用したPFIでは、建物を建設するところだけではなくて、その後のメンテナンスを含めて病院運用のほとんどを入札対象とすることで、個別に発注するよりも効率良くレベルの高いサービス提供が長期に亘り実現できるといったスキームでした。これなら1年で100億円くらいしか使えない財源に頼らず、民間からの資金をフルに活用して短期間で建てられると判断したのです。従来型の再開発ではせいぜい建物の半分くらいしか作れず、次期にもう半分の工事をしてという具合に、長い間フル稼働できない病院造りになってしまふところだったのです。事実、東大病院では、今の病院コンプレックスを全部作るのに20年かかっているのです。手術室とか放射線診断部門などを含む中央診療部門の建物を作って、次は外来を作って、それから病棟を作ってと。順繰りに作っていくから20年かかってしまいました。ひとつずつしか作る財源がなかったわけですね。同じ方法でやれば、つくばではいいタイミングを逸しちゃうだろうと考え、こういう手法を探ったのです。実際にPFIを採用したことで、2年半くらいの短期で、病院機能の



2/3くらいができてしまったわけです。

翠川：

なるほど。PFIというのは、公共施設の建設や維持管理に関して、民間資金を活用して、同時に民間のサービスや経営のノウハウを取り込むことで、効率的にやっていこうというシステムなのですね。大変素晴らしい手法だと感じるのですが、一方で初期の病院PFIではなかなかうまくいかなかった事例もありますよね？そういうあたりについて、なぜ先行事例ではうまくいかなかったのか、それを筑波大学ではどう修正して活用したのでしょうか？

五十嵐先生：

まず、ベースに意識の問題があったと思います。2000年頃、最初にアプローチしたのが滋賀県の近江八幡市立総合医療センターですね。僕はその公聴会を聴きに行って、事業者と病院職員のやり取りを聞いていたのですが、どうもこの病院の人たちはPFIを理解していないなと感じたのです。近江八幡市は病院を建て替える財源を持っていなかったのですね。だから、財源の調達できるやり方でやろうと考えるところまでは同じだったのですが、公聴会では今までサービスを提供していく清掃会社とか売店をどうするのかなんて話になってしまっていた。つまり、今までのやり方を温存しながら建物だけを作りたいのだなって思ったのです。それじゃあPFIは活かせない。PFIはある意味でBPRすなわちBusiness Process Re-engineeringであり、今までのやり方を変えて、より効率良く質の高いサービスを患者さんにも職

員にも提供しようというやり方なのです。そういうセンスがまづなかった。だから、今までのやり方をどう維持し、既得権益をどう守るかというレベルではPFIを進めることはできません。病院として最終的なカスタマーに優れたサービスを提供できるパートナーシップをいかに確立できるかという視点でなかつた点が原因のひとつです。それから、病院というのは、これは我々の課題でもあるのですが、5年、10年と経ったときに、本当にこのままの仕組みとレベルでやっていけるのかどうかわからないわけです。どんなイノベーションが起こるか分からぬ。とんでもない診断機器ができたときに、「どこに入れるの?」という話にもなる。つまり、病院というのは、そのときの医療の進歩に伴ってどんどん変わっていくのが本来であつて、しかも大学病院ではそういう変化がかなり急速だらうと想定されます。そういう変化を読み取れるかどうか、プランの中に活かせるかどうか、そこがPFIの一番難しいところですね。PFIというのは民間のお金を活用するわけで、民間にとっては、これから先20年とか長い間の安定的なビジネスが見込めるというメリットもあるわけです。つまり、5年ごとに契約更新で切られてしまうかも知れないところに本格的に力を入れられるかどうか、20年だったら病院職員と一緒にになって本気でやっていこうという気になれるることは理解できますよね。しかし、20年のプランを作ったときに、銀行からするとお金を貸す立場だから、着実な利益のためにはプランが安定的に続いてくれることにしか興味がないことになります。ところが、ここで病院は変わるのであってことになると、最初は大丈夫でも変わったときに赤字になって取りはぐれる可能性があるということになる。そういうことにつながる契約変更は、銀行は簡単に認めないわけです。そこがPFIの剛直性として問題となっているところです。我々は“成長するPFI”というキャッチフレーズでその意義を民間の事業者に説明し、民間も入札に加わってくれたのですが、正直に言って成長するための具体的な方法はまだ見つけられていません。それがすでに現実の問題になっていて、具体的には、懸

案の既存棟改修のことがあげられます。うちは全体で800床の病院ですが、けやき棟は諸事情から600床あまりで計画されました。あの200床弱は現在使っているB棟を改修してしばらく使うという予定だったのですが、この前の震災で耐震補強をしなくてはいけないことになりました。かすがいみたいなプレースを取り付けた病室に患者さんを入院させるのは非常に忍びないことだし、補強工事をすれば相当な予算を使う関係で5~10年で建て替えるわけにはいきません。それなら思い切ってこれも建てなおしたいということを今考えているのです。ということは、このPFIのスキームの中で大きなチェンジをしなければいけないということになる。ある意味で、我々が当初から言っていた“成長”的一部と位置づけて、その中でさらに新しいものを吸収していきたいという気持ちもあります。5年10年経つ間にいろいろ必要になってくることが新たに生ずることが予測されますが、PFIのスキームはそういうものが受け入れにくい作りになっているわけです。そこを何とかブレイクしようということで、オリジナルの契約内容に加えられる変更が法的に可能かどうか、有識者会議を作つて検討していただいた上で、銀行団もそれなら了解するという現在よりも有効かつローリスクなプランを作つていこうということを考えています。本当に難しいところなのですが、あとに続く大学のためにも頑張りたいと思っています。

翠川：

最初に固定的な契約を結んでそれっきりということではなく、医療のイノベーションに併せてどんどん変化できるようなPFIを作つていきたいということですね。

五十嵐先生：

現状でも契約更新のときにいろいろと見直しをして社会的な理解が得られ、リスク計算をしてそれでいいと貸付銀行団が理解してくれれば、できなくもないのです。そういうところをちょっと読み間違えたのが、高知医療センターなどの例でしょう。そんなに救急医療が大変になると予測もしてなかつたし、必要な材料費が膨らむとも思つ

てなかったのですね。その結果、最初の数年でかなりのコストを使ってしまい、長期契約をフルに履行することが困難になって解約ということになってしまった。病院側の甘い予測と事業者側の医療に対する理解度の問題で意見の不一致が起きてしまったわけです。そういう不幸な事例が2～3件続いたために、病院PFIの問題点ばかりがクローズアップされてしまったけれど、うまくやれている事例もありますし、うちが成功すれば他の大学に応用できるですから重大なミッションだと考えています。そういう意味で、筑波大学附属病院は国立大学附属病院再開発事業の新たな手法確立のためのファーストランナーとしてトライしているところですね。

翠川：

ひとつ気になるのは、これはPFIに限らないことだと思うんですけど、大学病院のようにとくに公共性が高いところに民間が入ってくるとき、民間の企業の目的はあくまで自社の利益を最大化することじゃないですか。そういうとき、はたして彼らは常に病院のために働いてくれるのでしょうか？

五十嵐先生：

そこは大変大事なポイントなのです。それでは逆に質問しますが、利益の根源とは何だと思いますか？例えば、製薬会社が薬を開発して売る場合を考えましょう。そうすると利益が上がるわけですが。この利益の大元は何だと思いますか？

翠川：

薬がたくさん売れるということ自体ではないのですか？

五十嵐先生：

そうなると、いかに多く売るかが利益の上げ方になりますね。だけど本当は違うのだと思います。薬を作って、売って、それが患者さんに使われて、そしてその患者さんが助かる、それが利益の根源なのではないでしょうか。つまりvalueが何かということで、売り買いじゃなくて最終結果なのです。目的が達せられたかどうか。そこが利益の根源なわけです。このけやき棟ができて、ここで診療を行い、患者が元気になるという、その

結果を作る場を造ったのだと考えなければなりません。それが利益の根源であると民間企業にも銀行にも考え、理解してほしいのです。CSRつまりCorporate Social Responsibility、あるいは社会貢献といつても良いでしょうが、企業にとって何がresponsibilityなのかを考えることは企業そのものの存在理由につながる大事なポイントなはずです。つまり、企業がプロの仕事をして、その結果社会に貢献するから利益が生まれるのだという考え方で、ただ物を売ったから利益が上がったってわけではないという風に理解しなければいけない。でも、もうそれも一昔前の話で、今は単純に貢献という評価対象行為レベルではなく、サステナブルなvalueを作り出せるかどうかが重要になって来ています。そういうことを本当にSPC（Special Purpose Company、特別目的会社、PFIの事業者）が理解し、病院の職員と一緒にになってこの病院の機能を高め、診療の結果を良くしていければ、PFI本来の目的が達成でき、同時にSPCの利益にもつながることになるわけです。我々は、民間だから利益追求の組織だから公益に反することをするのではないかとは考えていません。PFIは、最近ではむしろPPPつまりPublic Private Partnershipと呼ばれることの方が多くなってきています。一緒にになって社会の共有資産を作るのだという、そういう思いで病院造りをしていく必要があるでしょう。

翠川：

そういう風な理念を民間側と共有すると同時に、何か具体的に民間側に対する病院側のガバナンスを確保する方法というものは確立されているのでしょうか？

五十嵐先生：

例えば、PFIの仕組みの中にモニタリングというシステムがあります。そもそも契約を結ぶときに、我々は要求水準書というものを作りますが、それによってこういう仕事はこうでないといけません、アウトカムとしてこういうものを出さなくてはいけません、それを実現してくださいという基準を数千項目も作って入札時に明示しています。事業者にはそれらを全部検討してもら

い、非常に良い提案をしたところ、比較的リーズナブルな価格を提示したところが選定されたわけです。つまり、要求水準という物差しがあるわけで、事業開始以降は何ヶ月かごとにそれぞれの仕事がちゃんと水準を満たしているかどうかをモニターするのです。基準に達していないものにはペナルティーを与え、そのペナルティーが何点か貯まると支払いを減額することになります。事業者もその基準を満たす事により、病院側の信頼を勝ち取っていくというような仕組みを作って、サービス水準を維持していくのです。

翠川：

その両輪でやっていくということなのですね。しかし、病院の管理部門や診療部門、そしてSPCといろいろな立場の人たちがいると、隙間業務への対処や利害関係の調整など難しいところが多くありますね？幅広い業務に対応して、病院とSPC全体に気を配ってマネジメント出来るような人材が必要になってくるのではないか？



五十嵐先生：

そうそう、全くその通りですね。そういう質問ができる君はそういう領域に進むのも良いのではないかしら。

一同：

笑

五十嵐先生：

それこそがSPCの統括マネージャーに求められる役割なのです。その任に当たっている方は、病院の一角にある部屋で附属病院の職員と一緒に

なって仕事をしています。昔は彼らを外注業者と呼んでいたわけですが、今では仲間であるという認識でやっています。

翠川：

病院とSPCがしっかりとコミュニケーションをとってPFIを推進していく体制が構築されているということですね。

五十嵐先生：

はい。それも一朝一夕にできたわけではないのですね。日本でのPFIの歴史は浅いのです。どうしてもイギリスを中心とした海外の事例を見よう見まねで始めることになります。しっかりとしたマネージャーといえるような人は、我が国にはまだ5人といないと思います。仕事上もの凄いストレスを抱えることになりますから、第一に精神的に遅しくなければいけません。協力してくれる会社群が1つのSPC、本事業では「筑波ネクストパートナーズ(TNP)」という会社を作りました。PFI事業に特化した独立の株式会社ですから、参画しているそれぞれの会社から出向してきた人たちが1つの目的のために有機的に連携機能しなければいけないのですが、どうしてもみんなそれぞれの企業を背負っているわけで、縦割り的なところも否定できません。ところが統括マネージャーはそれを束ねて、効率性を高めるために動かなければいけませんから、もともと自分が所属していた会社から離れた立場でいろいろな判断を下さなければならない。本当に大変な仕事です。

翠川：

“成長するPFI”を実現するためには、統括マネージャーのみならず、病院側・SPC側双方がさまざまなレベルで最適な連携を探っていく姿勢が求められそうですね。

— DPC の役割と医療情報の活用 —

翠川：

少し話が変わるので、単に病院の経営を考えたとき、確かにPFIで診療業務の周辺にあるノンコア業務が効率化するメリットはあると思いますが、より影響が大きなところは、コア業務における診療報酬をどうしていくかというところで

はないでしょうか。診療業務に関しては何か大きく変わることがあるのでしょうか？

五十嵐先生：

診療の中身とかやり方とかは大きく変わりません。もちろん、今までやりたくてもできなかつたようなことが、設備的な充実によってけやき棟ではできるようになるということはあるでしょう。そういう意味では、例えば難易度の高い手術などを数多くこなしていけると思いますし、全体的な医療水準は高められるだろうと思います。診療をやる側としてもやりがいを感じる職場になるのではないかと思っています。また、医療サービスという点では、患者さんにとってより良いものを提供出来るようになると思います。ただ、建物が大きくなることでさまざまな維持コストもさらにかかるようになるでしょうから、そのコスト増分をどう回収していくかというところが重要になります。

翠川：

そのとき、DPCにどう対応していくかというのもポイントになりますね？

五十嵐先生：

はい。DPCをどのように利用していくかというのは重要な視点です。医学的に最適であることを追求しながら、無駄をそぎ落としていけるようになったのは、DPCの大きな功績だと思います。

翠川：

個人的にDPCというものは立場によってさまざまに捉えられているように思います。つまり、臨床医の視点では自分たちの個別の診療に制限を加えるようなツール、経営者からすれば診療報酬を規定する制度のひとつであり、病院の機能を評価するために活用できるツール、厚生労働省からすれば政策誘導でインセンティブを付加するため有用なツール、というような感じで。

五十嵐先生：

確かにいろいろな見方はできるかも知れないけれど、例に挙がったようなことはDPCがなかつた頃でも何かしらの方法でやっていたことです。DPCを考える上で大切なのは、診療のやり方の“標準根拠”となつたということです。何となく

経験とか感覚で行う診療ではなく、プロセスが様々な事実に基づいて定量的に明示されるようになったと言っても良いかも知れません。例えば、臨床側から見れば、ひとつの病気を治すのにいろいろなやり方がある。でも、どれが一番良いのかということが問題になる。そのときに、パスと同じ考え方かも知れませんが、DPCに基づいて考えていくことができる。経営側からしても、保険や税金が財源になっているわけですから、医療資源をいかに上手に使うかということがやはり大事なことで、そういったことが数字として示せるようになった。それから、我々のような立場からすると、例えば大学病院でやるべき医療は何かということを考える指標になる。外保連（外科系学会・社会保険委員会連合）というところが、ひとつひとつ手術の難易度やコストを計算して、今度の診療報酬改定でも、「○○という手術は難易度がEだからこれだけ点数を上げてくれ」などと示すことで適正な評価に繋げることができたわけですね。請求額の高さもさることながら、技術的に難しく高度な手術は資源集中と医療安全の立場からも大学でやりましょうということになる。うちの病院でも、以前は中ぐらいの難易度の手術を多くやっていたのが、D-Eの高難度手術にシフトしたことがDPCによって詳細に判ります。つまり、同じ時間とスタッフを使う手術ならば、うちでしかできないものに集約して、大学の人手と時間を使うことに見合った医療を提供できるようになってきたということです。こうやって、さまざまなことがデータで見えるようになってきたこともDPCのお陰だろうと思うわけです。

翠川：

単にお金を配分するためのツールということではなく、医療全体を透明化し標準化を推し進めていくためのツールとして活用されていくべきだということですね。

五十嵐先生：

そうそう。そして、問題を分析して医療そのもののクオリティを高めていくということですね。

翠川：

ちなみに、DPCデータの分析という点では、

筑波大学附属病院の機能評価係数IIでは、救急医療係数がやや低いというような印象を以前受けたことがあります。

五十嵐先生：

筑波メディカルセンター病院がありますからね。ただ、少し前からやはり大学でもレジデント教育のために救急医療は重要ですし、三次救急をもう少しやっていかなければと力を入れているところです。それでも問題はあって、三次救急というのは決して利益にはならないのです。しかし、多くの施設で対応が難しいから我々がやるしかありませんし、実際受けています。そのときに、損をしながらでもやりますという姿勢ではやはりだめで、やるけれどもこれは正当に評価して下さいという社会に向けて訴えながらやっていかなければいけません。慈善事業で病院がそういうことを担うという体制は決して良いことではなく、やはり構造的にそういうことが十分できる体制を作っていくことが重要で、それも大学病院が発信していくべきことのひとつですね。



翠川：

DPCデータの活用というところから、先生は医療情報学もご専門かと思いますので、医療情報の利用についても伺っていこうと思います。医療のIT化がどんどん進んでいる現在ですが、単に診療情報を記載する媒体が紙からパソコンに移行しただけということでは、人によっては不便になつたと感じるだけで終わってしまうのではないかでしょうか。つまり、医療情報を電子化する意義というものは、その先にある電子化情報の活用にこそあるのではないでしょうか？

五十嵐先生：

全くそうだと思います。

翠川：

その観点で、実際に貯められた情報というものがどれだけ有効に活用されているのか、これからされていくのかというあたりについてのご見解はいかがでしょうか？

五十嵐先生：

今後の診療報酬改定でもDPCデータがベースになってくるだろうし、学術的な意味でも、活用はこれからどんどん進んでいくと思います。その際に、やはりデータの標準化というところが問題になってくると思います。データがバラバラの形式や基準で入っているとトータルとしては扱えないし、比較もできないわけです。医療情報の標準化をきちんと進めていく必要がある。しかも日本だけでの標準化ではなく、国際的に標準化していく必要があります。東大に国立大学附属病院データベースセンターというものがあって、うちが管理委員会の委員長を任せていますが、そこで出てくるデータは本当に膨大かつ精緻なものです。診療に関するデータだけではなく、医療材料をいくらでどこから買ったかとか、どのくらい使ったかというような経営情報も全部あるのです。そういったデータが各大学から集められ、適切なクリーニングを受けて標準化されています。そうすると、この大学では○○社の心臓カテーテルをいくらで買っているとか、そういった各大学全体の比較表が出てきます。高い金額で買っている大学と、交渉して安く買っている大学とかが全部見えててしまうのです。自分の大学がどこに位置しているかというベンチマークができるわけです。周術期の抗菌薬の使用でどれくらい感染症の発生率が違うかとか、そんなデータも全部出てくるわけです。びっくりするようなデータベースはもうすでにできていますので、これからは各大学が必要に応じてデータ請求をすることで、医療の質向上、経営改善、あるいはさまざまな臨床研究への活用がどんどん活発化すると思います。

－学生時代のこと、臨床に進まれてから－

中野：

先生のいろいろなお話を伺っていると、すごく柔軟な思考というものを持ってらっしゃるんだなと感じました。自分が学生だということもあって気になってしまいますが、先生はどのような学生時代を過ごされていたのですか？

五十嵐先生：

学生時代ですか。毎回講堂の前の方に座ったり皆勤だったりなんてことはなかったかな。よく居眠りもしていたし（笑）標準的だったのではないかな。あとは、スキー部に入っていたから、冬になるとあちこち滑り回っていました。うーん…まあ普通だったと思いますよ？

一同：

笑

奥脇：

代謝内分泌の領域に進まれたきっかけはどのようなものだったのでしょうか？

五十嵐先生：

これは本当にもう偶然ですね。実は茨城県との縁は深くって、40年以上前に夏休みを利用して茨城県立中央病院へ実習に行ったのが最初です。2週間ぐらいだったかな。そのときにたまたま代謝内分泌の外来をしに来ていた東大の先生について見学をしました。ちょうどCushing病の患者さんが来ていて、色々専門的な説明をしてくれた上で「君、この患者さんの診断、何だか判る？」と先生に聞かれ、即座に病気を言い当てたのです。「何でそんなに知っているんだ」なんてすごく感心されて、実はほんのちょっと前に講義でそれを聞いていたからなのですが。

一同：

笑

五十嵐先生：

それで、「うちの研究室に遊びに来い」なんて言ってもらえて、それからふらっと出入りしていたことが縁でという感じですね。実はその先生というのが東大で当時講師をされていて、その後、筑波大学ができた直後くらいにこちらに赴任されて助教授になられて、その後、代謝内分泌内科の

教授になった故尾形悦郎先生なのです。カルシウム代謝の領域で日本を引っ張ってきた立派な先生でした。そんな縁もあり、私自身も県立中央病院に2回ぐらい常勤で勤めていたこともありましたし、非常勤でも外来を続けて、40年近い付き合いの患者さんもいましたから、茨城県とは少なからぬ縁があったのです。まあ自分が筑波大学に来ることになるとは思っていなかったのですが。

中野：

そこから医療情報学であったり病院のマネジメントというところに足を踏み入れられた経緯はどのようなものだったのでしょうか？

五十嵐先生：

そういうわけで、代謝内分泌をまずやっていたのですが、前任地である東大病院の建て替え計画が出たときに、私はちょうど病棟医長をやっていました。だいたい新しい建物を作る時には科同士の争いが起こるんですね。うちはこれだけ面積が必要だとか、外来ブースはこれだけの数必要だからとか、もう陣取り合戦が始まるわけですね（笑）その調整とかを含めてマネジメントをやってくれと当時の医学部長に頼まれ、以来、病院造りに携わるようになったのです。ちょうどその頃病院にコンピュータの導入が平行して起こっていた時期で、メールのやりとりだとかGopherだとかMosaicなんてブラウザとかがあつて…もう君たちは知らないよね？

一同：

頷く

五十嵐先生：

まあ、そんなものが世の中に出来てこりや凄いことになると思いました。こんなものが普及すると世界中が変わってしまうとドキドキしながらやっていた時期がありましたね。実際、あつという間に普及しちゃったわけですね。実は、東大で病院のホームページを最初に立ち上げたのは私なのです。見よう見まねでHTMLを書いて、試験的に立ち上げて…タグをつけて「色が変わった！」なんて楽しみながらやっていました。

奥脇：

そうだったんですか！大変貴重なエピソードを

伺うことができました（笑）



—筑波大学附属病院のこれから—

翠川：

そうしますと、東大で病院を新しく建てるときにはIT化というものがひとつの鍵になっていたと。もちろん、医療のIT化は現在でもトレンドのひとつだと思いますが、それに加えて、今回の筑波大でのけやき棟立ち上げにおいては、何が鍵となってくるのでしょうか？最後に筑波大学附属病院のこれからについてお伺いしたいと思います。

五十嵐先生：

話を繋げるのが上手いねえ（笑）まずね、けやき棟というネーミングどう思います？

中野：

普通は記号が付いてA棟、B棟とか、そういう感じですよね？

五十嵐先生：

そうなんですね。でもそれじゃあ味気ないじゃないですか。もっと温もりが感じられるネーミングというか、そういうものにしたかったのです。名称を公募したときにはたくさん応募があって、抽象的な概念のネーミングも結構あったのです。でも、抽象的な概念というものは難しくて、例えば、“希望”という言葉からは反対語の“絶望”が類推されてしまう。だから、もっと絶対的なものが良い、こどもでも理解できるようにひらがなが良いなどと議論が重ねられました。木の名前には反対語がないし、生命を持ったシンボルで、つくば市の樹である「けやき」を取り“けやき棟”に

なったのです。

一同：

へえー。

五十嵐先生：

それがひとつの象徴になると思うのですが、やはりこの建物を無機質なものにしたくないと思ったのです。それと、東大で病院を造ったとき思ったことがあったのですが、あれだけ立派な建物ができる、じゃあ日本の医療の仕組みが変わったかといえば変わらなかつたわけです。周辺の病院との関係が変わるかなとも思ったけれど、それもなかった。「これでいいのかな？」って思っていました。つまり、病院を新しく造るということについて、「ただ器を新しくしただけじゃないの？」と感じてしまった。それをつくばで繰り返しても意味がないのではないかと思っていました。筑波大で新しく病院を造るときには、ひとつのプロジェクトでひとつの結果を出すというのはあまりに芸のない話で、そこからいろいろと派生する付加価値をいくつも産み出し、それらを高めていく必要があると思ったのです。例えば、建築会社と相談をして良い病院を造ろうとすれば、良い建物は出来るかも知れないけれどもそれだけになってしまう。造るときにいろいろな“繋がり”を意識しながら病院を創っていきたいと考えました。それによって付加価値は生まれてくると思うのです。それから、場合によっては自分たちだけで背負い込まない方が良いとも考えました。外部と協力した方が賢明ということもあります。その結果が、三菱化学メディエンスとの产学連携によるつくば臨床検査教育・研究センターであったり、医療法人社団豊智会を招致して造った次世代分子イメージングつくば画像検査センターであったりするわけです。もちろん、大学内に設置したのですから単に検査を行うだけではなく、検査技師や放射線技師がちゃんと勉強できる研修の場としての機能を持たせていますし、製薬会社と一緒にになってそれぞれの設備を活用した創薬研究を行う環境も整っています。つまり、自分たちだけでやるのは実現が困難だけれども、同じ思いを抱く誰かと一緒にになってやればうまくいくという実例で

す。私も近隣の方々や病院等に自らビルを持って配っているくらいで、大目的のために事業としても成功してほしいのですね。そういう風に共存できる関係を作つて、大学としての機能をそこにも分担してもらおうという仕組みを作りました。それと、けやき棟1階のけやきプラザは見てくれました?

翠川：

はい。内覧会ではいろいろと展示されていましたね。



五十嵐先生：

あれは、大げさかも知れないけれどもひとつの夢を表しているつもりです。つまり、患者さんをはじめとして一般市民に健康のこととか医療のことを勉強してもらって、医療リテラシーを高めてもらいたい。大学がどんなことに取り組んでいるのかを知ってほしい。医療というのは国民が負担を分かち合つて共有している社会の仕組みじゃないですか。それがダメになっちゃうのは、国民みんなにとつてものすごく損なわけです。それをダメにしないためにはどういう風に医療を利用する

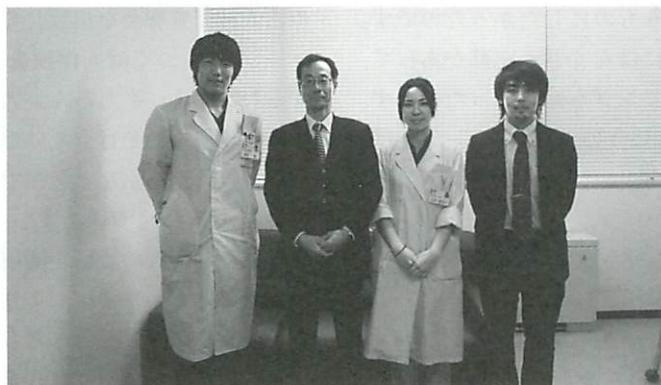
べきなのか、市民向けのいろいろなセミナーをやつたり、大学の取り組みをパネルで示したりしてそういうあたりを学べる場にしていきたい。もしかしたら、それを大人に対してやるのは少し遅すぎるかも知れない。だから、子供から始めないといけないとも思っています。近隣のこども達を呼んで、病院を案内したり、健康教育をやつたりしてね、けやきプラザをそういう場として活用していくたいと考えています。もう一つは医療を担う全ての職種がコミュニケーションできる空間にもしたいと考えています。つまり、あそこのスペースは将来に向けての投資だと思っています。けやきプラザがこの建物を造ったもうひとつの意義だと思います。病院というものは、今いる人間のためのものもあるけれども、これから5年先、10年先に使う人たちのためにも機能しなければならない。今の世代が考えて、それを次の世代につないでいく。そういうふうにやっていかなければいけないだろうと思います。

翠川：

最後に筑波大学附属病院のこれからについてお伺いしましたが、病院と地域や社会との繋がりこそが今後の鍵となってくるように感じられました。五十嵐先生は、“新たに生まれる繋がり”と“これから担つていくべき機能”について語って下さいました。正しく“成長する筑波大学附属病院像”を私たちに示して下さったのではないかと思います。本日はご多用のところ、長時間に渡つての取材にご協力下さりありがとうございました。

学生：

ありがとうございました。



The Fledglings in a Paulownia tree

～桐で生い立つ若者たち～

「松村 明先生 インタビュー」（後編）

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



筑波大学附属病院副病院長

Guest : 松村 明 (1回生)

Interviewer : 武臣 真和 (医学6年)

石山 雄太 (医学5年)

奥脇 駿 (医学4年)

中野登和子 (医学4年)

前回に引き続いて、松村教授と「卒前・卒後臨床医学教育」をメインテーマとして行なったインター ビューの後編を掲載します。後編では松村教授のレジデント時代の話から始まり、そこから一般化して現在の筑波大学の卒後臨床医学教育についての詳細を伺いました。加えて松村教授の海外留学の経験談や現在のベトナムでの協力事業についての経験談から、今後国際人として働く必要性についても言及されています。参加した学生たちにとって、大学で医師をすることの意味を知り今後のキャリアプランや将来の医師像を考える素晴らしい機会となりました。ぜひ読者の皆様もインタビューに同席した気分で、記事を楽しんでいただければと思います。

筑波大学医学群医学類5年次

広報 石山 雄太

石山：

それではここからは、卒後教育についてお聞きしたいと思います。先ほど先生から、ドイツでは現在は初期研修制度がないとお伺いしました。また他国でも学生の段階からより臨床に参加した、日本の初期研修に近い実習を行っている国も多いと伺います。現在日本では初期研修が2年となっていますが、これに関して期間やローテートの観点など、先生のご意見をお伺いしたいのですが。

松村先生：

僕は卒業して2年間は脳外科研修ではありませんでした。外科のスーパーローテーターとして、小児外科、消化器外科、循環器外科、呼吸器外科、代謝・内分泌外科、麻酔科、脳神経外科と全ての外科系診療科を研修しました。その中で色々なことを学び、全身を診られるようになった感覚があるので、そういう点で初期研修は悪くないと思っています。ただ一方で、例えば初期研修において

4週間程度の短い期間である場合に学生実習とどう違うのかなという印象もあります。なので、僕はクリニカルクラークシップにおいて学生が出来ることは学生のうちからどんどんと行い、結果として初期研修はもう少し効率よく行った方が良いと思いますね。卒業して医師になりたての時は、知識も技能も一番吸収できる大事な2年間ですから。

武臣：

できることは学生のうちからですか。その方がいいですね。

松村先生：

本当に有効に活かされているのであれば初期研修もいいと思うのですが、それがもし単に将来どこの科へ進むのかを見つけるモラトリアム期間になってしまっているとしたらちょっとどうかと思いますね。

武臣：

各科のお試し期間ではないと。

松村先生：

そうです。単にローテーションをして時間をつぶしていくだけあまり意義のない期間になってしまふとすれば、それは良くないと思います。

武臣：

結局は中身…ですか。

松村先生：

そう、問題は中身と期間です。ちなみに僕が総合臨床教育センター担当だったときに初期研修制度が少し変わって、実質1年のローテーションで済ませることができるようになりました。他の大学では1年間で、一つの科を4週間ずつでさっと回してしまい、2年目からは専門診療科に入局している大学も少なくありません。

奥脇：

そうなんですか！

松村先生：

ええ、それは結局早く人材が欲しいとか、早く自分のところで専門トレーニングを開始したいということでそのような制度になりました。でも、筑波大学の場合はそれはしないことにしました。例えば、今回の改定で「外科」も選択必修になっ

たんです。けれど筑波大学の初期研修では、将来内科系であっても何科に進むにしても、必ず外科系に1回はまわすために「必修科」にしました。それから子どもを一度も診たことがない医者はだめだという議論になり、小児科か小児外科は必ず回ってくださいという規則にしました。これらの二診療科は必ず残そうということで、新しい初期研修制度が数年前に変更された時に、レジデント研修委員会などで議論をして残したのです。

中野：

確かに、そうなっていますね。

松村先生：

逆に、内科も6ヶ月内科をすべて同じような研修内容で回すべきかという議論もしました。例えば外科系に将来進むという人は、内科を漫然と6ヶ月全部回るのではなく、その間に例えば放射線診断科を回れるようにしたほうが役に立つ人もいるのではないかということになりました。だから放射線診断科は内科系の一診療科になっています。それから病理診断科も大事ですので、病理も内科系診療科ということにして選択できるようにしました。このように、個人個人のニーズにあわせたカリキュラムをいろいろ考えて作りました。また、精神科も非常に大事なので、2～3ヶ月研修したい人はもちろんがっちり研修していただく。だけど、統合失調症とか躁うつ病のようにメジャーな精神科疾患を多くは見なくても、例えばちょっとしたうつ状態とかも多い時代になってきておりますのでそのような疾患を重点的に診たいという人には、もう少し違う形の研修内容にして、麻酔科と精神科を合わせたプログラムも組んでいくわけです。具体的には週に一回精神科を回って、精神科研修を行うコースが設定されています。そうすると多くのうつ病、その他の外来精神科患者さんを診ることができます。精神科も研修医にとってはいろいろニーズがあるので、精神科の先生にはぜひぶんご尽力をいただいて、いくつかのバリエーションを組んでいただきました。

武臣：

すごいフレキシブルにつくっていますね。

松村先生：

だから筑波大学の卒後臨床研修プログラムは多分国内のどこのプログラムよりもいいと思いますよ。今までそれ以上のいいプログラムは見たことがない。それは自分たちが昔スーパーローテーションした経験から組んでいるからです。他の大学は医局講座制度でずっとやってきて、初期研修制度が始まってからやっとローテーションシステムが始まったわけです。そうすると、なんでそんなにローテーションさせなければならないのかという議論が持ち上がってき、実際に全国的に初期研修が実質的に短くなった経緯があります。筑波大学の場合はもう開学以来、レジデント制度でローテーションシステムがあったのですね。

石山：

20年先をいってたんですね。

松村先生：

ええ、今の教員たちもローテーション方式で各診療科を回ってるんですよ。彼らも自分たちの経験からそのメリットとデメリットも良く知っていて、今回みたいな形になったんですね。

石山：

実は、彼らこれから病院実習が始まる4年生2人で。

中野・奥脇：

はい。

石山：

卒業後どうしようかなとか、これから考えると思うんですけど、やっぱり大学に残るメリットはすごく大きいということですね。

松村先生：

うん。まあ色々個人の事情はあって地元に帰らなければいけないとか、どうしても私はここに行きたいって人もいるだろうけども、そうでなければしばらく筑波大学のレジデントをやってもいいと思う。よく大学は総合医にむかないって言うけれども、結局6年間のレジデントの間で、大学にいるのって、ほんとに1年か2年くらいなんですよ。あの4年はずっと外にでているんです。だから外で総合的なこともある程度やっているんですね。一般病院の救急外来に行くと、ERみた

いなことは自然にやります。外来も色々な患者さんが来ますのでcommon diseaseは数多く診れます。初期研修で一般病院に行っても、もちろんいろいろ診れるとは言うんだけども、やっぱり、それだけでは長期的には頭打ちになっちゃうんですよね。

奥脇：

長い目で見ると、大きな違いがあるだろうと。

松村先生：

まあ10年20年するとね。

一般病院に卒後からそのままいる人達には批判を浴びるかもしれませんけど、ある時期は研究マインドをもったり、ある時期は留学をしたり、ある時期は違う分野をみたりとか、そういうフレキシビリティーがないと伸び代がない、と思うんですよね。今一般病院で指導的な立場にいる部長の先生方も、結局、その病院にだけずっといたわけじゃなくて、大学の医局で研究もして、留学もして、臨床もやって、そのうえでそういう病院に派遣されて、部長になっている。そういう方が多いんです。

奥脇：

はい。

松村先生：

卒業して医者になってからずっと一つの病院で研修を開始し、そこから部長になった人って僕らの年代でも、少し下の年代でもあんまり多くはないんですよ。だから、今若い医師たちを集める人気研修病院においては、本当に長期的に責任をもって彼らのキャリアをみてやれるか、ということが問われるわけです。まあそれができればもちろんそれでもよくて、大きな組織である国立病院機構などでは、そこから海外留学させてもらったり、っていうこともあるわけだからね。

あと、研究となると大学院に行かなければならないけれど、将来みなさんのが研究者になるわけじゃない、8割くらいの人は臨床家になるわけですね。

中野：

はい、そうですね。

松村先生：

だけど、臨床家になるとしても、単に症例の多い病院で技術だけを学んでとなると、なにか自分が知らないことがあるとそこで思考が止まっちゃいがちになる可能性があります。そのところを切り抜けて、あらたなブレイクスルーをみつけだす訓練をきちんとしなければなりません。研究っていうのは、まだわからない未知のことに対して、ある研究テーマを与えられて、2年3年4年という苦しい研究期間の中で、未知の課題を打破していくこうとするわけですよね。結果的に誰もやっていなかったことについて、大成功する人もいるし、小成功も、失敗もあるけれど、一応論文を英語でまとめて、ある一つの研究を成し遂げるわけですね。そういう力もやっぱり臨床家には必要だと思うんです。例えば、なにか自分のよく知らない病気がぽんと出たときに、これは「わからないや」というのではなく、そこから病気の原因を調べたり、新しい治療を開発したり、それは臨床家にとって非常に大事なことだと思います。だから必ずそういう時期は若い人には一度は通ってもらいたいなあと思っています。それでこのスライド（一連の研修・研究の流れのスライドを指して）があるわけです。

石山：

このスライドはそういうふうにつながるわけですね。

松村先生：

ええ、初期研修があって、後期研修があって、最近になって「リサーチレジデント」という制度を作ったんです。レジデントと大学院、両方できますよ、っていうふうに、オーバーラップするようなシステムを整備しました。

武臣：

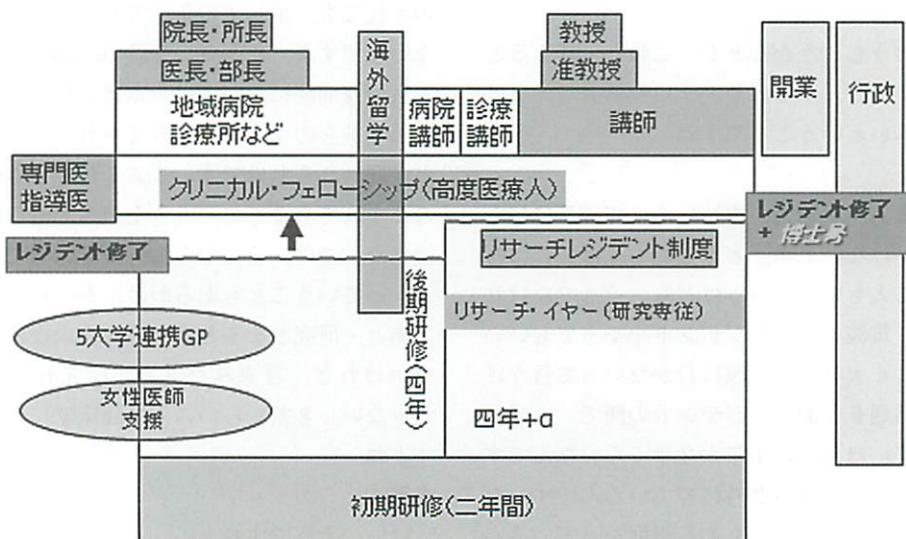
はい。

松村先生：

それから、以前はレジデント課程を終了すると大学病院には続けられるポストがないので、多くは外病院に行くようになっていたけれど、大学の中で高度な技術を勉強するために7年目以降の人たちが残るように、「クリニカルフェロー制度」を整備しました。それは僕が総合臨床教育センター担当の時にそのような名前にしたんです。それまではレジデント修了後に大学に残る医師たちは「オーバーレジデント」って言われていたんですけど、なんか留年みたいだなっていう話になっていました（笑）。

学生一同：

（笑）



筑波大学レジデントシステムとその後のキャリアプラン

松村先生：

アメリカのレジデント制度も、レジデントが終わると「クリニカルフェロー」っていうものがあるんですよ。

奥脇：

そうなんですか。

松村先生：

例えば、自分はこの大学病院でさらに脊髄外科を勉強したいとか、色々な高度な医療を研修できるような制度をやっぱり作ったほうがいいと思って考えました。それが「クリニカルフェロー」という制度だということです。このようなシステムの中で能力を養って専門医、指導医になって、あとさらには海外留学したりという可能性も出てきます。ただ、一方で附属病院では講師とか、准教授、教授のポストっていうのはなかなか多くはないでしょう。

武臣：

はい、確かにそうですね。

松村先生：

だから講師の下に病院講師という職種が附属病院の自助努力で設けられました。卒後研修から将来のスタッフまで、シームレスにつながるような形のキャリアデザインを附属病院として整備しています。その後は、例えば地域の病院に行って、部長や院長になる人、アカデミックキャリアを積んでいく人、開業する人、行政に行く人、いろんなキャリアがあります。けれど、やはりこの最初のトレーニングがきっちりできていないと、やっぱり伸び代が少なくなるんですね。

武臣：

筑波大学だと、がっちり制度ができていますね。

松村先生：

そうですね。しかもその6年間のレジデント制度の中で、附属病院の総合臨床教育センターという組織がきちんと機能していますよね。他の大学は、2年目で入局しちゃうと、附属病院がレジデント全体を把握していないから、何をやっているかわからない。筑波大学では総合臨床教育センターがあって、リサーチレジデント制度とか、リサーチイヤー（註：研究に専従する期間）も、き

ちんと制度をつくっている。例えば、古い医局講座制だと、大学院に入学後も大学病院の臨床現場であまり報酬も充分でない状況で授業料も払い、昼は病棟業務などをこなし、夜だけ研究をするという大学も意外に多いんですよ。それが今問題になっていて、厚労省などでアンケートを行ったりしています。でも、筑波大はそういうものが一切ないんですよ。もし研究専従にさせるのだったら、その人はもう病棟業務からは切り離すこととしています。逆にレジデントの間は、昼間は研究室に行ってはいけないという誓約書をもらっているんですよ。夜とか土日とか時間外に研究するのは自由だけど、昼間はレジデントをしっかりやってくださいということにしています。そうしないと、ほかの研究しないレジデントとの間で不平等が生じますよね。そういう制度で、きちんと総合臨床教育センターが管理しているんです。

石山：

先程ちらっとお話に出ましたが、筑波大の場合はかなり早い段階からそういう教育センターができていますが、一方で他の大学では教育センターにあたるものはどのように機能しているのでしょうか。

松村先生：

まあ、筑波大学はレジデント制度はそもそも附属病院が開院したときからあったからね。他の大学では、レジデント（註：他大学では医員）は附属病院固有のポストではなかったんです。医員は主任教授のもとに医局講座制があって、そこにポストがついていて、医局の意向で出し入れするわけです。例えば、初期研修の各レジデントが学年で60人分の予算があるとしますよね。三十診療科だったら、ひとつの科に二人ずつポストがついて、大学附属病院側は医局内部のこととはいじらないわけです。それが医局講座制というものです。

中野：

なるほど…。

松村先生：

それ知らないでしょ、意外と。

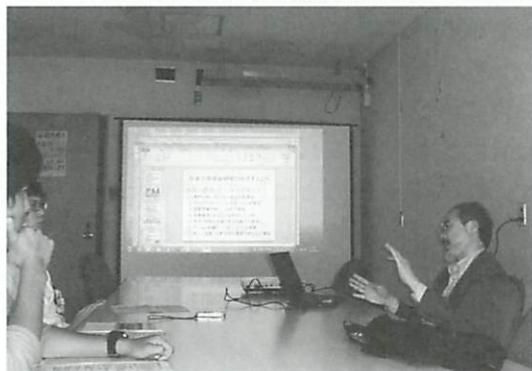
武臣：

はい、知りませんでした。そうすると、筑波大

学だと、レジデント制度をオープンにしている分
しっかりとやらなきゃいけない。

松村先生：

そう、附属病院全体として管理しているわけですね。だからローテーションの時、他の科にいくのも比較的スムーズだし、診療科と診療科の間の壁が低いんですよ。コンサルテーションもそうだけど。



武臣：

先生、実は彼は最近できた地域推薦枠で入学した学生なのですが。

奥脇：

はい、僕は地域枠なので卒後9年間のうち半分の4年半は県知事が指定する医療機関で働くなくてはいけなくて、そうするとこの初期研修と後期研修の計6年間っていう期間、ずっとは筑波大学にいられないということですね。

松村先生：

いや、これはさっき言ったとおり後期研修の期間のうち大学にいるのはほとんどないので大丈夫で、県内の関連病院をローテーションすることになりますよ。脳神経外科にも地域枠の医師が二人いますね。彼らの一人は去年水戸医療センターについて、今年は大学病院にいます。もう一人は、最初の2年間は大学外の病院にいましたね。3年目に大学の脳神経外科にきて、今はまた大学ではなく県知事の指定する病院のひとつに脳神経外科医としてきちんと後期研修をしています。なので、別に全然問題ないよ。だって筑波大学は県内の基幹病院がほとんど関連病院だからね。県知事

の指定する病院はほとんどカバーしているのではないか。

武臣：

そうなんですか。リサーチレジデントになりにくいということはないのですか。

松村先生：

そんなこともないですよ。ただ研究専従のリサーチイヤーをいつ取るのかっていうことは、県と大学の意見が一致していない所もありますけれどね。9年目が終わってから大学院に入るっていう人もいるだろうし、途中で取らせてほしいっていう人もいるだろうから、これから話し合い次第かと思います。個人的には早目にリサーチイヤーを取得する代わりに義務年限を先に延ばせばいいと思うよね。例えば大学院が義務年限の途中で4年間入ったとすれば、トータルで13年間は茨城にいることになる。僕なんかはそっちの方がいいと県に言っているのだけど、県はストレートの9年間が義務年限だと言っている。いずれにせよ今後課題は、9年後に彼らがどうするかっていうことじゃないのかな。自治医科大学という大学は「地域枠」の原型みたいなものだけれど、茨城県枠の卒業生は9年間必ず茨城にいる一方でその後茨城に残る人は6割しかいないそうです。9年間終わったっていう解放感からかな、4割は義務年限の後に茨城県から出てしまうらしいです。そういうことではなくて、どうにかずっと茨城県にいてくれる人を養成した方がいいって思うんですね。例えば13年間も茨城にいれば、逆にもう出ていかないんじゃないかな（笑）うーん…地域枠のことはなかなか難しいですよね。君は茨城出身者かな。9年間終わったあとにどこに行きたいとかあるの？

奥脇：

茨城出身です。そんなに具体的にはないですが…、行きたいところが見つかったら茨城に固執しようとは思わないですね。

松村先生：

もちろん海外留学をしたりすることも良いし、僕らのところも都内に関連病院があるからそこへ行ってもいいし、どこへ行ってもいいと思うんで

すよね。あんまり茨城に縛られるっていうより、茨城での環境をうまく生かせばいいんじゃないかな。僕も日立に2年間行っていたし、同級生も北茨城市とか県北に結構行ったりしていました。どこに行っても勉強になるんです、仕事はどこに行ってもできます。今の若い人は結構、都内的一流のところに行かない自分は一流じゃないみたいに思うみたいですが決してそんなことはないです。むしろそういうところに行ったことで、かえってあまり手を出すことができないってことになり得るよね。例えば虎の門病院の場合、脳神経外科の領域の中で下垂体ばかり年間300症例くらい手術している部門がありますが、そこはエキスパート二人ですっと手術の執刀をこなしています。だから下に若い医師が行ってもあまり手が出せない状況です。スキルを磨く方法ってやり方が色々あるからね。例えば僕のやり方だと、僕が留学したドイツの大学病院はあまり有名なところではなくて人が少なかったので、2年目からほとんどの手術を執刀させてもらいました。毎日毎日、脊椎の手術とかを年間200例位はやらせてもらいました。これがもし有名な先生がいたりしてcompetitiveな場所であつたらまずやらせてもらえないことになります。その一方でその留学中には時間をみつけではヨーロッパ中のすごく有名な先生のところに手術見学に行ってテクニックを盗む、それこそ世界でナンバー5に入る人のところには全部行きましたよ。そこで1週間とか2週間とか見て、また自分の大学に戻って手術してという訓練を2年間続けました。そういうトレーニングの方法もあるよね。とにかく一流のところに行ったから自分も一流になれるというのは大きな間違いで、あくまで一流のテクニックは盗むもので、それをいかに自分のものにするかが大事なんだよ。

奥脇：

有名な場所に行くってだけじゃダメなんですね。

松村先生：

あとはよく聞く話として、後期研修で筑波大学に残りたくないという卒業生ですね。それでどう

するのって聞くと、○○大学の有名教授のところに行きたいとかっていうんです。そこで僕が言うのは、でも筑波大学に所属しながらそういう人のテクニックを盗んできて、筑波でやった方がよっぽど自分達のためになると、そういう有名教授のところだと多くのライバルがいてできない分を筑波にもってきて、筑波の中で自分が第一人者でやった方がアドバンテージは高いよね、とか言うと、それもそうですね、ってなったりするんだよね（笑）そういう点では国内留学も重要だよね。五大学連携っていうのは知っているかな。

石山：

大学にもポスターが貼ってある、ACT-NETWORKという事業ですね。

松村先生：

そうそう。五大学連携といって、東京大学、千葉大学、東京女子医科大学、自治医科大学、筑波大学の五つの大学間で、それぞれの後期研修医達が国内留学で、最長1年間勉強できるという仕組みがあります。ずっとそこに所属していくなくても、1年間他大学に行って最高のテクニックを学ぶことができるということです。その他にも、例えば脳神経外科から今年も一人国立成育医療センターに小児神経外科の研修で1年間留学してたりします。そういう機会はいくらでもあるので、焦らなくても大丈夫だよ。自分の実力をちゃんとつけていくことが大事です。

石山：

自分自身を磨くということが一番大切だということですね。

松村先生：

そういうことです。もちろんどこかへ行って学ぶって時期があってもいいですよ。脳神経外科でも本年度3ヶ月間、講師がドイツ、クリニカルフェローがフランスへ行って勉強しています。そのくらいでも相手のテクニックを盗むのには十分な期間だと考えています。最近筑波大学附属病院ではレジデントの段階から海外派遣制度とかも始まっています、レジデントも3ヶ月くらい海外に飛行機代、滞在費や給料等を貰いながら勉強に行けます。そういうチャンスを活用しながら視野を

世界にまで広げて、そしてその経験を筑波大学にフィードバックしてもらいたいと思っています。

学生：

わかりました。ところでそういったチャンスを生かすタイミング、つまり海外にいつ行くのがよいのかということについてもぜひお伺いしたいです。

松村先生：

いつもいいけれど、ある程度自分の基礎ができてからの方がよいと思いますね。相手から信用されないと臨床はやらせてもらえないから、基本的診療能力がないままで行っても相手にされないわけですよ。僕の場合もドイツに行った最初の頃は何もやらせてもらいませんでした。始めは学生実習みたいなことしかやらせてもらえず、そのうちに「ああこの人は手術ができるんだな」と思ってもらうことでそこから信用されて初めてオペレーターからなにから全部やれと言われるようになりました。ですから臨床で留学する場合にはある程度実力がついてから行った方がいいと思います。一方ではあまり年をとつてからいくとそれも辛いからね、まあ卒業して5年目から10数年目くらいがちょうどいいのではないか。ちなみに研究でいくなら、それに加えてさらに研究の進展具合とか、博士を取得して直後くらいのタイミングなどが選択肢としてありますよね。

石山：

それでは後期レジデントが終わって少ししてからということでしょうか。

松村先生：

そうですね。あるいはレジデントが終わってフェローくらいとか、その頃が一番いいのではないかでしょうか。体力的にも気力的にも。

石山：

では学生の場合はどうでしょうか。6年生の海外実習などはどんどん行くべきなのでしょうか。最近は大分増えて、今年も10人が参加していますが。

松村先生：

それはどんどん行った方がいいと思いますよ、なんでもっと多くの学生がいかないのかなって思

うくらい。もちろん英語の能力とかは問われるけれど、手術見学とかだったらそんなに言葉が喋れなくてもいい訳でしょうね。うちの息子も全然ドイツ語が喋れなかったけれどドイツに海外実習に行って、よかったですと言っています。感染症を学ぶ目的でタイに行った学生なんかもいますよね。そうやって海外を一回見ておくことは、視野を広げる意味で非常にいい経験だと思います。僕も学生時代に課外活動でフィリピンに国際医療協力の現場を勉強しに行きましたが、そこで難しいと思ったことは社会のインフラがないところにいくら日本側の理論で援助をしても通用しないという感覚でした。最近ではベトナムに行くことが多いのですが、これはベトナムに行ったときの動画なんですが、街がこんな状態です。



中野：

すごいですね。このバイクの量…

松村先生：

そう、こんな状態なんです。このあいだ1年生に授業で見せたら、みんな「うおー」って言っていた。こういった街や文化を実際に見て、経済を見て、人々の生活から社会的背景を見るってことはやっぱり大事なことですよね。あっ、これは三人乗りバイクだね（笑）。

だから観光旅行もいいけれど、そういった目で病院や周りの社会のシステム、環境を見るってことも非常に大事ですよね。目からうろこがボロッて落ちて、日本だけがすべてじゃないんだなってことが身をもって理解できます。

中野：

そういう経験が大きいということですか。

松村先生：

大きいと思う。今の学生は初期研修で偏差値の高い、つまりマッチング率の高い病院を狙って、これが一流だ、俺はいいところに受かったぞ、みたいな傾向がどこかにあるのではないかでしょうか。そんなものではなくもっと広く世界を見れば、そういうことは全然大したことではないと気付くはずなのですが。もっともっと広い視野を持ってほしいです。活躍できる場所っていうのは色々あるので、周りに依存するのではなく自分からもっと開拓していくって欲しいと思う。そして自分から開拓していくためにも、学生時代に一度世界を見ておくっていうのは大切な経験だと考えます。それこそビザの事とか、相手との手紙のやり取りだとか、受け入れ先を見つけることとか、飛行機や宿の手配だとか、大変かもしれませんよ。また色々なトラブルもあるでしょう。けれどそういうことを乗り越えるっていうことも一つのトレーニングだと思って頑張ってもらいたい。

石山：

新しいところへ飛び込むということはそういう様々な経験をしながら視野を広げるという意味で、とても重要だということですね。さて少しずつ残り時間が無くなってきたのですが、他に松村先生に聞いてみたいことはありませんか。

中野：

ではお聞きしたいのですが、先生が最近されているお仕事の一つに国際医療の協力があると伺ったのですが、一体これはどのようなことをされているのですか。

松村先生：

例えば今はベトナムの医療技術支援をしています。このあいだはベトナムの Choray 病院というところへ脳神経血管内手術でのコイリング手技の指導に行きました。それまで彼らはクリッピングしか行なっていませんでしたが、この指導でコイリングもできるようになったんです。このようにアジア各国に対しては色々な継続的支援を行なっていく必要があると思います。ちなみにこのとき

は心臓外科の平松先生も一緒に行ったのですが、彼も行くたびに限られた環境の中で各種の心臓手術をやりながら指導をされるそうです。



他には国際交流というかたちで、交流協定のあるドイツやフランスといった大学などで、学生の臨床実習を行うことのできるシステムをさらに整備したいと考えています。今は基礎研究の交流が主ですが、そうなればお互いの大学で海外の医学生と接することができますからね。

石山：

僕の学年にも今フランスのボルドー大学から一人来て一緒に臨床実習をしています。

松村先生：

最近少しづつ外国からの医学生が増えているよね。こういった機会にむこうの様子を聞けたりこちらからも話しができたりして、お互い良い経験だよね。

石山：

そうですね。やはりそういうのは非常に刺激になりますね。

それでは時間も迫ってきたので、最後に学生の方から一人ずつ今日の感想を言ってインタビューを締めさせていただきたいと思います。

武臣：

M 6 の武臣です、本日はお忙しい中ありがとうございました。以前も病院実習を回っているときに懇親会に誘っていただいて、その際も色々とお話をさせていただいたんですが、今日はまた違った雰囲気の中で先生の興味深い話が聞けて非常に

面白かったです。僕は将来大学に残って医療をしたいと思っているので、今日の話は自分のことのように思いながら聞かせていただきました。今後もよろしくお願ひします。

奥脇：

M 4 の奥脇です。武臣さんの後輩でラグビー部です。

松村先生：

脳神経外科にも細尾って元ラグビー部の先生がいるよ。

奥脇：

あつ細尾先生とは高校も一緒で、茗渓学園でずっとラグビーをやってきました。今も部活中心の学生生活をしていてあまり自分の働いている姿や将来の病院のことを考える機会が無かったんですが、今回先生のお話を聞いて非常に勉強になりました。また海外っていう選択肢は自分の中に全然無い考えだったんですが、先生のお話を聞いていたらすごく魅力的でちょっと考えてみようかなと思いました。

松村先生：

海外で勉強するのには正式な実習としてでなくともいいからね。1 ~ 2ヶ月は長いって思ったら、それこそどこかの休みの期間を利用して2 ~ 3日だけでも見せてもらうとか、そういうやり方でも構わないからぜひ行ってみるといいよ。

中野：

今日はありがとうございました。先生のお話を聞くまで、私は海外実習に興味が無いわけではないのですが行っても喋れないから、だったら日本で頑張ろうってすごく思っていたんです。けれどさつきベトナムの写真を見たら、このあいだタイへ旅行に行ったことを思い出して、そこはベトナムと同じような雰囲気で发展途上国というか。もともと发展途上国の医療に興味があったので、行って勉強してみたいなって思ってしまいました。何も無いところで何が出来るのかとかそういう医療に興味があるので、普段は海外留学というと欧米の先端医療とかそういう話ばかりだったので、今回先生のお話を聞けてすごく楽しかったで

す。

松村先生：

平松先生に言うと連れてってもらえるかもしれないよ。この間も平松先生がベトナムに行った時に一週間くらい M 6 の学生がついて行ったみたいだし、機会があれば行ってみたらいいと思うよ。君出身はどこなの。

中野：

東京です。

松村先生：

じゃあ東京帰っちゃうのかな（笑）今は東京も近いんだからさ、筑波でいいじゃない。

中野：

そうですね（笑）

松村先生：

まあそれは冗談だけれど、親が元気なうちはむしろ親から離れていた方がいいと思うよ。自分が40歳、50歳くらいになって、親がいざ80歳超とかになったら親の近くに行くとか親を呼び寄せるとか、それでいいんだよ。なんか最近は若い人が卒業したら親のところに行きたいっていうのが多くて、そんな若いうちから親元に行きたいのはなんでかなって思ってしまうよね。例えば九州の佐賀とかだったら、筑波だとちょっと親とは遠すぎるから佐賀大にでも…なんて言うのは分かるんだけど。東京なんて別に通勤圏なんだし、東京の大学に勤務したって結局全国各地に派遣されちゃうわけだからさ。あまり東京に行くメリットってないと思うんだけど、君たちはどう思う。

中野：

どうなんでしょう。あまり東京に行きたい気持ちもないでの、なんとも言えないのが正直な気持ちですが…（笑）

松村先生：

そっか、まあ男の子の場合はネオン街で酒が飲みたいとか、都会の繁華街に行きたいとか、そういうのはわかるんだけどさ（笑）親の元へ、っていうのは未だによくわからないんだよな。遊びたいとかファッションがどうとかって言うなら、確かに渋谷とか新宿とかすぐに行けるし分かるんだけど。親元っていうのはなんでかなって思っ

てしまうよね。

中野：

以前は聞かなかつですか。

松村先生：

ここ最近になって親が親がって言う人が特に増えたよね。多分親離れ子離れができていないだろうなって僕は思っているのだけれど。

中野：

親への所属意識が強いのかもしれないですね。

松村先生：

なんなのだろうね。

奥脇：

むしろ僕は離れたいって気持ちでいっぱいですけどね（笑）茨城県から出られないっていうのもあって余計に思ってしまいます（笑）

松村先生：

いや、日立とかに行ったらつくばから全然遠いし安心していいよ（笑）うちの娘なんかは水戸の病院に行っているけれどもう全然帰ってこなくて、どうなっているんだかさっぱりわからない。

一同：

（笑）

石山：

今日は貴重なお時間をいただきありがとうございます。このように長い時間先生とお話をする機会はなかなかないため、それだけで大変嬉しく感じました。テーマに関しては疑問に思っていたことが伺え大変勉強になり、またそれ以外でも特に先生の学生時代の話を面白く感じました。目の前の試験とかそういったことはもう当たり前と考えて、その先をもう少し考えて行動していくといいなと思います。

なく、大きな視点で物事を考え、そのとき本当にやりたいことをやることが大切なのだと改めて感じました。これからの学校生活を頑張っていきたいと思います。

一同：

ありがとうございました。

松村先生：

最後に言いたいこととしてはね、ものごとをdecadeで考えなさいっていうこと。

中野：

Decade…10年ですか。

松村先生：

そう、10年単位でものを考える、1、2年じゃなくてね。例えば10年くらい先には留学していたりとか、20年後にはどこかの部長や講師をしていたりとか、あるいは町で開業をしてたりとか。そういうふうに長い目で自分の夢を持って、それに対していろんなものを注入してって、実力をアップさせて、その分野でトップになるように頑張っていってほしいと思います。目の前の試験とかそういったことはもう当たり前と考えて、その先をもう少し考えて行動していくといいなと思います。

一同：

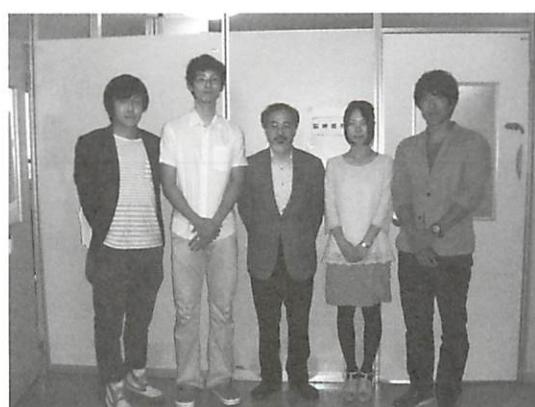
わかりました。

松村先生：

頑張ってください。

一同：

ありがとうございました！



会費納入のお願い

桐医会会員の皆様には、日頃より桐医会の活動にご理解とご支援をいただき、誠にありがとうございます。さて、平成25年度の会費を下記のいずれかの方法で納入くださいますよう、お願い申し上げます。

支払方法	用紙	期限	手数料 ^{*1}	備考
郵便局振込み	別送の振込用紙	なし	100円	^{*2}
コンビニエンスストア振込み	別送の振込用紙	2013.6.10	100円	全国ほとんどのコンビニで利用可能
口座振替	同封の申し込み用紙に必要事項をご記入の上、押印して返送してください	申込〆切 ～2013.6.10 引落し日 毎年7.27 ^{*3}	100円	ほとんどの金融機関は「NSトウイカイ」と印字 ^{*4}
桐医会事務局での現金払い	別送の振込用紙	なし	なし	月～金の 9：00～16：00

* 1 年会費は従来通り3000円ですが、手数料など必要経費として100円をご負担していただいております。また別送の振込用紙には平成25年度までの滞納分も含めて請求させていただきました。

* 2 郵便局での払込みには納入期限はございませんが、納入金額の過不足が発生しないように最新の払込用紙のご使用をお願いいたします。なお、古い払込用紙をお手元にお持ちの方は破棄してくださいますよう、お願いいいたします。

* 3 7月27日が土日祝日にあたる場合、引落しは翌営業日となります。

* 4 一部の金融機関では別の表記で印字される場合もございます。

皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、ご不明な点は桐医会事務局までお問い合わせください。

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

— 第33回桐医会総会のお知らせ —

日 時：2013年5月25日（土） 16:00～

場 所：筑波大学医学群 4A411

多数のご参加をお待ちしています

—— 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。

名誉会員 上野 賢一先生（平成24年4月4日ご逝去）
秋貞 雅祥先生（平成24年12月5日ご逝去）
土屋 滋先生（平成25年2月14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、併せてお願ひいたします。

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。多数のご応募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：桐医会事務局宛 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

平成25年4月～予定されております医学系学系棟改修工事に伴い、桐医会事務局も一時的に引っ越しをすることとなりました。
移転先は未定ですので、ご用の方はメールにてご連絡ください。
ご不便をおかけいたしますが、よろしくお願ひいたします。

学生役員の一言

卒業後、筑波を離れることになった。日に日に別れを実感し、試験を控えた講義室を見渡してみる。ほとんど話したことのない友人もいる。「縛」と呼ぶには心許ない。だが、確かにそこにつながりを感じる。………“縁”。

振り返れば、自分の人生は、思いがけない人とのつながりによって成り立っていることが多い。桐医会の学生役員。この仕事もそうだった。

はじめてこの役職を聞いたときは、卒業生同士の飲み会の幹事でもやるのかと思っていた。しかし学生役員としての6年間の時を経て、同窓会のありがたみを知った。また、同期だけのつながりに留まらず、多くの偉大な先生方と交流を持たせていただき、後輩からも様々な刺激を受けた。いつしか筑波大学で学んだ、という“縁”が心強く感じられるようになってきた。いつの日か……自分の同期に対しても、この“縁”を心強く感じられる時がくるのだろう。

これからはじまる医師としての生活。SNSが発達し、コミュニケーションの在り方すら考えさせられる昨今であるからこそ、何気ない生活のなかで育まれる人とのつながり—“縁”を大切にしながら歩んでいきたい。そしていつの日か、人とのつながりの中で誰かの力になれるような医師になりたいと思う。それこそが桐医会の学生役員として過ごした6年間の学びなのであり、お世話になった方々への恩返しになるのだろう。この気持ちを胸に、この春、筑波の地を巣立っていきたい。

(H.F)

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、同窓生や宅配業者を名乗り、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、ご本人や同期生の連絡先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 (B棟売店・けやき棟サテライト売店)

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)、ステートキャンペーン、ストーマ装具等

●窓口サービス

付添寝具の貸出、宅配便、FAX、切手類

●その他

床頭台、各種自動販売機、公衆電話、コインランドリー、コインロッカー等

●一般食堂

●職員食堂

●理容室

●オープンカフェタリーズコーヒー

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

同志会 桐医会事務局 行
—— 通信欄 ——

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

同志会 桐医会事務局 行
—— 通信欄 ——

郵便はがき

3 0 5-8 5 7 5

恐れ入ります
が50円切手を
お貼り下さい

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

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

※ご自宅の住所、電話番号は、名簿には掲載されません。

事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

変更届・訂正届

年 月 日

フリガナ	回 生	名簿・会報等の送り先	
氏名 (旧姓)		<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 帰省先	
現住所	E-mail 〒	※ TEL ※ FAX	
勤務先等	所 在 地		
	〒	TEL FAX	
機 関 名	所属・診療科	職 名	

2013.3

<変更・訂正個所> 氏名 住所 勤務先 その他

※ご自宅の住所、電話番号は、名簿には掲載されません。

事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

変更届・訂正届

年 月 日

フリガナ	回 生	名簿・会報等の送り先	
氏名 (旧姓)		<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 帰省先	
現住所	E-mail 〒	※ TEL ※ FAX	
勤務先等	所 在 地		
	〒	TEL FAX	
機 関 名	所属・診療科	職 名	

2013.3

<変更・訂正個所> 氏名 住所 勤務先 その他

桐医会会報 第73号
発 行 日 2013年3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。