



桐医会会報

2014. 3. 1 No. 75



16回生同窓会集合写真

目次

☆最終講義 幸田幸直教授	1
☆発展途上国における国際保健医療協力 秋山 稔先生（1回生）	9
☆ Experts from Tsukuba ～筑波大学出身のリーダー達～	
武島玲子先生（1回生）	13
新津 守先生（7回生）	16
窪田 博先生（7回生）	19
☆平成25年度 救急功労者・総務大臣表彰 安田 貢先生（10回生）	22
☆平成25年度（第16回）ホームカミングデー報告 濑尾恵美子先生（16回生）	24
☆16回生同窓会報告 高屋敷明由美先生（16回生）	24
☆ The Fledglings in a Paulownia tree ～桐で生い立つ若者たち～	
榊原 謙先生（1回生）インタビュー	26
☆「ゆめ花火」開催のご報告 加藤愛香里（医学類5年）	39
☆会員メッセージ	41
☆事務局より（名簿のCD化・Facebookについて・他）	42

2013年3月4日（月）
最終講義

筑波大学で過ごした二十余年

筑波大学医学医療系
臨床医学域（臨床薬剤学）・附属病院薬剤部
幸田 幸直 教授

2013年3月4日、最終講義の機会をいただくことができましたこと、医学群長 原 晃先生はじめ、多くの先生方に厚く御礼申し上げます。また、最終講義概要の桐医会会報への掲載の機会をいただきましたこと、厚く感謝申し上げます。当日の講義に使用しましたスライドの中から主要なものを選び、講義内容の概要を記します。

タイトルには「筑波大学で過ごした二十余年」と記しましたが、小生が筑波大学に転任したのは1990年5月16日ですので、定年退職まで正確には22年と10ヵ月半を過ごさせていただきました、ということになります。転任時は、附属病院薬剤部の副部長を拝命しました。それまで、東京大学医学部附属病院薬剤部で研究生、技官、助手として19年と1ヵ月半を過ごしてきましたので、大学病院の薬剤師として合わせてちょうど42年間を過ごしたことになります。本学に転任することになったきっかけは、当時、全国的に国立大学附属病院の薬剤部長、それまで技官職であった薬剤部長の教育職化が進行しており、併せていくつかの大学では、副薬剤部長の教育職化も図られつつあった状況でした。そのような中で、助教授職含みで本学に転任して来ないかと誘われました。翌91年、薬剤部長の教授職化が図られ、92年には副薬剤部長の助教授職化も図られました。教育職化に際しては、附属病院薬剤部籍ではなく、臨床医学系（後に、大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻を経て医学医療系臨床医学域）に臨床薬剤学研究グループとして籍をおくこととなり、他の多くの

国立大学とは異なった在り方でした。1998年3月末の相良悦郎教授退官より1年間は、当時の深尾立病院長（薬剤部長事務取扱）のご指導をいただきながらの薬剤部業務の遂行、また教授不在の研究グループの運営という貴重な体験となりました。翌99年2月から研究グループの、4月から薬剤部の運営の責任者として、爾来14年、多くの方々のご指導とご鞭撻をいただきながら、今日まで大過なく仕事をすることができますこと、振り返ってみて恵まれた環境であった幸せを噛みしめております（図1、2）。

薬剤部長として最初の大きなイベントは、2000年の3件の医療事故でした。そのうちの2件は医薬品の不適切な投与に起因する事故であり、医薬品管理の在り方が問われた事案でした。警察に出頭しての事情聴取や夜を徹しての事故調査委員会など、薬剤部長の職責の重さを実感しました。これを機に医薬品の管理体制を大幅に改善することとなり、好むと好まざるとにかかわらず、薬剤部の業務形態が大きく変化しました。翌年、外来患者への院外処方完全実施という追い風を受けて、病棟での薬剤業務の充実だけでなく、小児病棟、集中治療室、手術室へ順次薬剤師配置を行い、チーム医療の充実を目指してきました。2011年度には、厚労省チーム医療実証事業において、救急・集中治療チーム、抗がん剤適正使用推進医療チーム、小児病棟医療チームの3チームが採択されました。2012年4月、病院薬剤師にとって大きな変革であった病棟薬剤業務加算（入院基本料加算）

が導入されましたが、これまで取り組んできた病棟での薬剤業務の整理によって、2ヵ月後には加算を算定できるようになりました。2012年12月の新棟（けやき棟）の供用開始とともに、薬剤部は新棟に移行し、1階の管理部門と各階のファーマシーステーションを有機的に機能させる体制でスタートしましたので、患者のいるところ、どこにでも薬剤師がいる状況が近々には構築されると期待しています（図3）。

臨床研究推進・支援センターは、1999年に治験管理室として薬剤部と事務部に分散して設置されました。その後、段階的に整備されていき、2003年には執務場所の統合が図られ、2011年には自主臨床研究の事務局と統合した部門として、治験と病院で実施される自主臨床研究の両者を所掌範囲としました。同年には、これまで培ってきた「大学病院臨床試験アライアンス」の経験を活かして、「いばらき治験ネットワーク」の立ち上げに取り組み、県内各地の臨床教育センターとの連携のもと、近々には強固な治験ネットワークが構築されると思います（図4）。

臨床薬剤学研究グループでは、医療現場である病院、そして患者をバックグラウンドとする環境に位置していることから、薬学の臨床研究の場として、その環境を最大限に生かした研究に取り組んできました。それは常に研究的な目をもって病院薬剤部業務をすすめていくことに他ならず、多くの研究シーズが得られると同時に、研究の成果を患者の医療環境の向上に還元できるものであると考え取り組んできたものです。具体的には、ものづくりである製剤研究と病態解析である薬物動態研究を2本柱に展開してきました（図5）。研究テーマの主体が臨床研究であることから、臨床医学域の各研究グループとの共同研究が多く、麻酔科をはじめとして、循環器内科、消化器外科・内科、血液内科、小児外科等の研究グループの先生方からは多大なご教導を頂戴しました。とくに麻酔科グループとは、院内製剤（医療上必要と判断されるが、市販されていない薬剤を、医師の求めに応じて病院内で薬剤師が製造するもの。）に関するものが多くあります（図6）。院内製剤につ

いては、これまで長年にわたり医療者と患者の信頼に基づいて使用されてきましたが、昨今では、病院内で審査を受け、患者のインフォームドコンセントを得て使用されるようになってきました。本院においても医薬品等受託研究審査委員会（治験審査委員会）で審査を行っています。このように院内製剤は医療の現場で治療に必須のものであり、患者にベネフィットのあるものであると同時に、薬剤学研究の素材でもあります（図7）。本日は、本研究グループの研究の柱のひとつであります製剤研究について、患者にベネフィットのある製剤を例として、患者が服用しやすい製剤の開発、薬物動態学的な観点からの製剤の改質、市場に薬剤として無いものの製造の3題をお話しいたします（図8）。

まず、患者が服用しやすい製剤の開発、すなはち新しい剤形のものをつくることから「創剤」と呼んでいますが、その開発についてお話しします。手術前に行う麻酔前投薬は、患者の手術に対する不安を軽減するだけでなく、麻酔の導入を速やかにするためにも有用であります。特に小児に対しては成人以上に重要であり、ジアゼパムあるいはヒドロキシジンなどがシロップ剤として投与されていますが、これらの薬剤は味が悪いことや粘稠な液体であることから患児が服用を拒否することや、拒否しないまでも全量を服用しないことから、期待した鎮静効果が得られずに手術不能に陥ることがあります。このようなことから麻酔科医師より、患児が確実に服用可能な小児用の麻酔前投薬用の薬剤の開発依頼がありました（図9）。当時、米国では α_2 受容体作動薬のクロニジン（CL）が、その鎮静作用から周術期の循環動態を安定化し、手術中の麻酔薬の必要量を減少させる効果が注目されておりました。そこで、同薬の製剤化を検討し、まずはロリポップ製剤を試作しました（図10）。ロリポップは白糖と水飴を溶融混合した液にCL塩酸塩水溶液を加え、その混合溶液を鋳型に流し込み、紙製の棒をつけるという方法で調製しました（図11）。患児を対象に、2または4 $\mu\text{g}/\text{kg}$ のCL含有ロリポップを手術室入室前に舐めてもらい、手術室入室時（投与

90分後）の鎮静効果を評価し、その時の血中CL濃度を測定しました。血中CL濃度と効果との間には良好な関係性が認められたものの、ロリポップを舐めているうちに眠くなり全量摂取が困難な症例がみられ、血中薬物濃度（効果）と投与量との関係性は認められませんでした（図12）。そこで、全量摂取を目的にラムネ菓子様の口腔内崩壊錠（OD錠）の試作に取り掛かりました。OD錠は、CL塩酸塩水溶液と粉末乳糖を混合して懸濁液とし、それを鋳型に充填して乾燥させるという湿式製造法によって調製しました（図13）。OD錠の物性は、その乾燥条件に大きく影響され、低温・高湿下で時間をかけて乾燥させる必要がありました（図14）。このOD錠は、対象患児全例が全量を服用することができたため、同一投与量において、CLの血中濃度はロリポップ製剤よりも高く、かつ全例に安定した鎮静効果が認められました（図15）。また血圧や心拍に対する影響もほとんどなく（図16）、安全に使用できる麻酔前鎮静薬として有用な院内製剤を創ることができました（図17）。

つぎに、薬物動態学的な観点からの製剤の改質、すなわち薬物動態学的に使いやすい製剤の開発についてお話しします。古くて新しい薬といわれる抗てんかん薬フェニトイン（図18）の消化管吸収は、錠剤に比べ散剤（結晶性粉末）の方が劣っているのではないかということが、患者の血中濃度データから推測されました（図19）。今では、当然のことではないかという話ですが、当時はピュアな結晶性粉末の溶解速度が、加工された製品に比べて劣るとは考えていましたので、なぜだろうということになりました。早速、検討を開始することとし、手始めに継続してフェニトインを服用している患者の協力を得て、一日尿を全量採取してもらいました。その尿中へのフェニトインとその代謝物の排泄量（消化管から体内に吸収された量に相当）を測定し、投与量から尿中排泄率を求めたところ、錠剤を服用している患者の尿中排泄率（平均値）を100%とする、粉末を服用している患者の尿中排泄率は、錠剤服用患者の排泄率より低く、かつ投与量の増大

に伴って低下していくことがわかりました（図20）。その原因には、製剤の物理学的な要因が絡んでいるのではないかと考え、種々の物理学的検討を行った結果、原因是粉末状のフェニトイン結晶の表面に吸着している空気（主として窒素分子）が、水による結晶表面の濡れを阻害していることがわかりました。錠剤では、その製剤化の過程で使用される結合剤などの親水性物質がフェニトイン結晶の表面を覆うことから空気の吸着が起こらず、水による濡れが円滑に進んでいくと考えられました。そこで、結晶の表面を親水性の物質でコーティングする手法を考え、その際、濡れ速度がより一層向上するように凍結乾燥法を用いて親水性物質の表面積を増大させることにしました（図21）。水に対する濡れ性を観察するため、親水性コーティング処理を施したものと無処理のものを水面に散布したところ、無処理のフェニトイン結晶粉末は、水面上に浮かんでおりますが、コーティング処理を施したものは直ちに水中に沈みました（図22）。これらを攪拌したところ、無処理のものは、水面に浮かんだままで泡立っておりますが、コーティング処理を施したものは直ちに分散し、懸濁液になりました（図23）。これらを被験者に服用してもらい、血中薬物濃度を比較したところ、無処理のフェニトイン結晶粉末服用時に比べ、親水性コーティング処理を施したものでは、約2倍の血中濃度が得られました（図24）。患者の協力を得て親水性コーティング処理を施した結晶粉末を服用してもらったところ、従来の結晶粉末を服用していた患者では血中濃度の上昇が、錠剤や錠剤粉碎物を服用していた患者では血中濃度の維持が認められ、錠剤と同じ吸収率が得られる粉末製剤の開発に成功しました（図25）。つづいて、フェニトイン結晶の消化管内の移動速度と溶解速度を解析するモデルを構築し（図26）、これまでに得られたデータでシミュレーションを行ったところ、血中フェニトイン濃度の推測値の推移は、ほぼ実測値と一致し、結晶粉末服用時のフェニトイン吸収率の投与量依存的な低下は、遅い濡れ速度と蠕動運動による消化管吸収部位の通過によるものとが複合した結果であると

説明できました（図27）。

最後に、市場に薬剤として無いものの製造、すなわち新しい薬剤の創生についてお話しします。当時、肝硬変による食道静脈瘤の治療は、観血的な外科手術に頼っておりましたが、外国で下肢の静脈瘤に硬化療法が用いられていたことから、内視鏡を用いてX線透視下に薬剤を静脈瘤に注入して硬化させることはできないだろうかということで、下肢静脈瘤硬化療法で使用されている薬剤の処方を参考に食道静脈瘤注入用薬剤の開発要望を受けました。早速、試作にかかりましたが、塩の合成過程の条件設定が難しく、試行錯誤にかなりの時間を費やしました。造影剤を加えた最終処方が完成し、その使用が始まりますと、それまで外科手術に頼っていた食道静脈瘤の治療の多くが、一気に内視鏡による治療に代わり、患者の負担軽減につながりました（図28、29）。市場にない薬剤を創生することは、薬物療法の可能性の拡大を図ることになり、院内製剤の原点であります。院内製剤が、その採算性や安定性などの観点

から市場性を見いだせれば、それらの多くは市販化されることなると思いますが、そうでない場合はいつまでも院内製剤ということになってしまします。本品は微妙な位置にあったのではないかと思っていますが、内視鏡学界からの厚生省への働きかけ、製薬企業の決断により市販化が図られました（図30、31）。

以上、自からの事例を述べてきましたが、医療現場のニーズを医療従事者と製薬企業や大学の研究者が共有し、直接的には患者という存在を常に認識しながら、また間接的には現場の医療者にもやさしい製剤の研究を続けていくことが大切で、そのためには医療従事者と研究者の密なる情報交換が必要であることから、その両者が表裏一体となった附属病院薬剤部と医学医療系臨床薬剤学研究グループを14年間にわたり担当できましたことは、小生にとって大きな喜びとなっております（図32）。

どうもありがとうございました。

附属病院薬剤部の歴史と臨床薬剤学研究グループの誕生

- 附属病院、1976年開院
＜薬剤部の設置＞
- 初代薬剤部長：島嶋 啓（～1986年）
- 二代薬剤部長：相良悦郎（1986～1998年）
- 研究G、1991年設置＜研究Gと薬剤部の両立＞
- 初代教授：相良悦郎（～1998年）
- 薬剤部長事務取扱：深尾 立（1998～1999年）
- 二代教授：幸田幸直（1999～2013年）
- 三代薬剤部長：幸田幸直（1999～2013年）

図 1

臨床薬剤学研究グループの誕生

- 1991年設置、初代教授：相良悦郎（～1998年）
- 1992年、幸田幸直助教授就任
- 1995年、博士課程開講
- 1999年、二代教授：幸田幸直（～2013年）
- 2000年、本間真人助教授就任
- 2002年、修士課程開講
- 2003年、医学系棟、修士棟に実験室取得

図 2

附属病院薬剤部

- 1995年、M4Pre-BSL（薬剤部実習）開始
- 2000年、薬剤管理指導業務開始
- 2002年、外来化学療法室にて抗がん剤混合開始
- 2007年、抗がん剤混合業務展開
- 2007年、ICUへの薬剤師常駐化、妊娠と薬外来担当
- 2009年、手術室、小児病棟への薬剤師配置
- 2011年、厚労省チーム医療実証事業（3チーム採択）
- 2012年、授乳と薬外来担当
- 2012年、病棟薬剤業務実施加算算定開始
- 2013年、けやき様ファーマシーステーションをキーにした病棟常駐化を目指す

図 3

臨床研究推進・支援センターの誕生

- 治験管理室、1999年設置（薬剤部からの独立）
＜組織は独立、執務は事務部と薬剤部で＞
- 2003年、執務場所の独立
- 2006年、大学病院臨床試験アライアンスの発足
- 2010年、自主臨床研究の事務局を併設
- 2011年、臨床研究推進・支援センターの設置
- 初代センター部長：松村 明（2011～2012年）
- 二代センター部長：幸田幸直（2012～2013年）
- 2012年、いばらき治験ネットワークの立ち上げ

図 4

臨床薬剤学研究グループの研究テーマ

表2 主な研究テーマ		
研究テーマ	受賞等	年
製剤研究 固形多孔体フィルムによるリバコインの放出制御 生物活性分子ベースによるリバコインの放出制御 クロニジン合有製剤の調査と臨床評価 インドラシンレーズ-製剤と臨床評価	日本薬剤学会 Postdoctoral Presentation Award	2009
薬物動態研究 リバコリンの赤血球内蒸積による溶血性貧血 タクロリムスとプロトキサン酸基質の薬物相互作用 フレカウニドの免疫抑制に関する基礎 サイクリングとCYP1A2阻害剤との薬物相互作用	日本薬学会第123年会ハイライト 日本薬剤師保存生物学医学会賞 日本TIM学会海报発表賞 筑波大学医学系研究所優秀論文賞	2003 2005 2007 2010
その他 精神疾患に対する性別差 精神疾患の薬物相互作用と副作用 医薬品の適正使用を目指す症例解説	日本性差医学・医療学会優秀発表賞 日本医療学会学術賞	2009 2011

図 5

論文発表と臨床医学域の研究グループとの共同研究

表3 論文発表および学会発表（1999～2010）		（1999年から14年間の英文論文数）
発表年	論文（海外／国内）	学会（海外／国内）
1999	9 (3/6)	13 (0/13)
2000	17 (8/9)	22 (0/21)
2001	13 (6/5)	25 (0/22)
2002	21 (7/14)	22 (1/21)
2003	14 (5/9)	21 (0/21)
2004	14 (7/7)	30 (2/28)
2005	8 (5/3)	29 (1/28)
2006	10 (7/3)	19 (1/18)
2007	5 (2/3)	29 (3/26)
2008	6 (5/1)	26 (1/25)
2009	7 (4/3)	21 (0/21)
2010	5 (4/1)	27 (1/26)
合計		129 (65/64) 284 (14/270)

麻酔科との共同研究には、いわゆる「院内製剤」に関するものが多い。この院内製剤、昨今、話題になっているが、実は昔からグレーな存在であり続けたものである。

図 6

患者にペネフィットのある製剤とは？

- 患者が服用しやすい製剤の開発
院内製剤として、創剤
- 薬物動態的な観点からの製剤の改良
院内製剤として、改良
- 市場に薬剤として無いものをつくること
院内製剤として、創生

図 8

図 7

- ・ この平成24年4月3日の読売新聞の記事をきっかけに、日本病院薬剤師会では、厚生労働省の指導のもと、平成24年内に、「院内製剤の調製及び使用に関する指針」を作成した。
- ・ 現在、多くの病院ではその指針に基づいて、病院内の審査を行った上で、患者の了解を得ながら使用するようになってきた。
- ・ 附属病院も、「医薬品等受託研究審査委員会」（治験審査委員会）で、審査を行っている。
- ・ この院内製剤は、患者にペネフィットのある製剤として、また薬剤学研究の素材でもある。

小児用麻酔前投薬用の製剤の開発

- 小児の手術に対する不安は、手術前の親との離別困難、手術室への入室や麻酔薬の受け入れ等の拒否につながる
- 成人のように錠剤を摂取できない小児の場合
　　→ジーゼバムやヒドロキシジンのシロップに剤形変更
　　しかし、これらのシロップは粘稠の液体で、いかにもクシリラしく味が悪いことから、服用を拒否する患児が多い
- →あるいは、散剤に変更するが、その散剤も服用を拒否する患児が多い

これらのため、患児が服用を全く拒否しないまでも、全量を摂取しないことにより、期待した鎮静効果が得られず、手術不能
- 麻酔医から、患児が確実に服用可能な小児用の麻酔前投薬用製剤の開発依頼があった

図9



図11

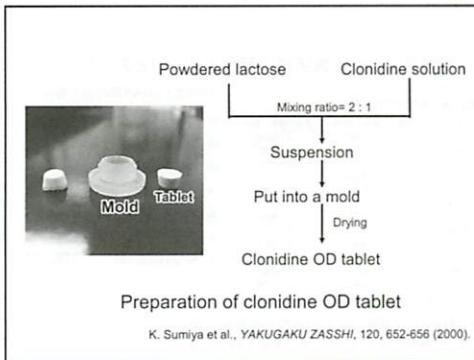


図13

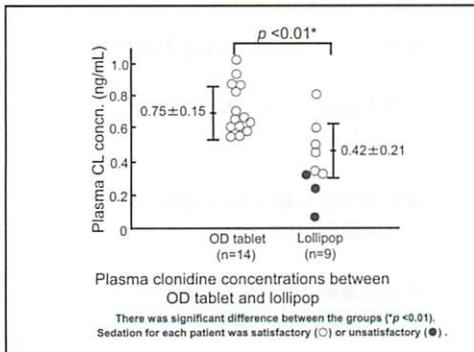


図15

薬物は、クロニジン



- 高血圧治療剤
- 脳幹部における選択的な α_2 受容体刺激作用を有し、NE の遊離を抑制して交感神経興奮伝達を抑制することにより末梢血管を拡張させ、血圧を下降させる
- 鎮静作用も有しており、麻酔学領域において注目睡眠・覚醒サイクルをつかさどる青斑核の α_2 受容体にクロニジンが作用し、鎮静効果が出現

お菓子を欲しがる子供の心理
ロリポップ(lollipop) = ベロベロキャンディー

図10

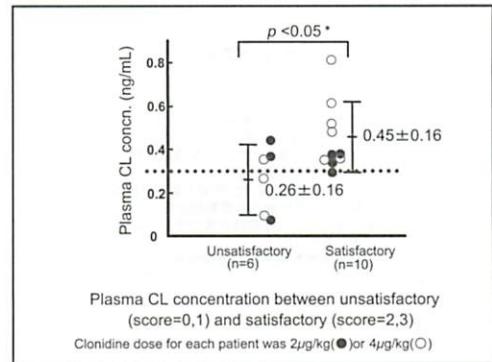


図12

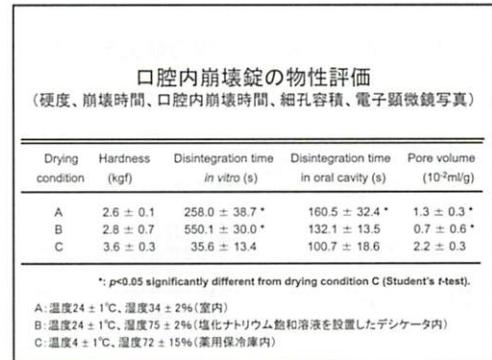


図14

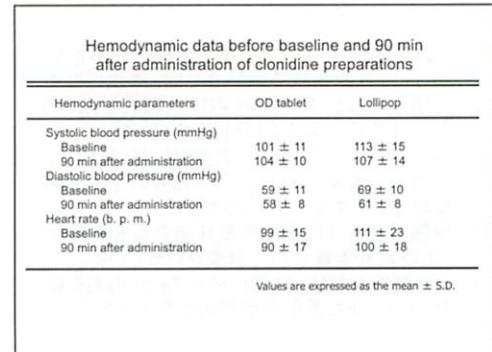


図16

- 院内製剤として、クロニジンのキャンディーとOD錠を調製した
- 小児の麻酔前投薬用薬剤として、優れた鎮静効果が得られ、それは血中クロニジン濃度からも確認できた
- 製剤の投与前後の収縮期血圧、拡張期血圧および心拍数に明らかな変動はなく、低血圧や徐脈は認められなかつた
- キャンディー製剤を全量服用することが難しい1～3歳児でも、OD錠ならば全量を確実に服用させられた
- クロニジンは小児の麻酔前投薬用薬剤として有用であり、とくに1～3歳児のような年齢の小児に対してもコンプライアンスが良好なOD錠は、有用性の高い院内製剤である

図17

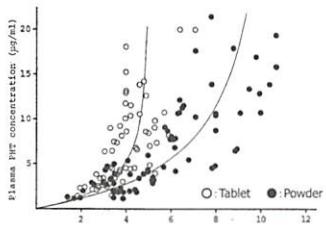
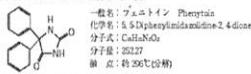


Fig. 1. Relationship between Daily Dose of PHT and Plasma Concentration of Phenyltoin (PHT) in Pediatric Patients with Seizures
The curves were drawn by optimum parameters calculated from computer using the Michaelis-Menten equation.
○: Tablet ●: Powder

図19

古くて新しい薬：フェニトイン

■有効成分に関する理化学的性質



性状：白色の結晶性の粉末または粒で、においおよび味はない。エタノールに溶けた時はアセトンほどや難にくく、ジエチルエーテルに溶けにくく、水にはほとんど溶けない。本薬物はトリウム試液に溶ける。

■効能・効果

てんかんのいわん発作
強直陣攣発作(全身けいれん発作、大癲癲)
肌炎発作(マッキンソン筋肉発作を含む)
自律神経発作
精神運動発作

図18

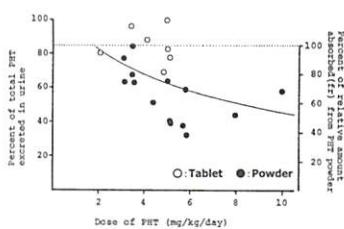


Fig. 2. Relationships between Daily Dose of Phenyltoin (PHT) and Percent of Total PHT Excreted in Urine (Left Axis of Ordinates) or Percent of Relative Amount Absorbed (fr) from PHT Powder (Right Axis of Ordinates)

図20

フェニトインは、
原来より錠剤からの方が吸収率が高い

- ・薬剤(粉末)が疎水性で水に懸濁しない
- ・原因は、結晶の濡れ難さ
結晶表面に空気(窒素分子)が吸着
減圧下では濡れる
- ・濡れば溶ける
消化管内の吸収部位を通過してしまう前に
溶けて吸収される
- ・濡れ速度を上昇させるには
→ 薬物結晶表面を親水性にすればよい
でんぶん糊でコーティングするが、
その際フリーズドライ法を用いて、
より水になじみ易くした

図21

フェニトイン粉末を水面に静かに散布した直後の状態



親水性コーティング処理 未処理の原来

図22

フェニトイン末を水面に静かに散布後、
攪拌し搅拌し、静置した状態



親水性コーティング処理

未処理の原来

図23

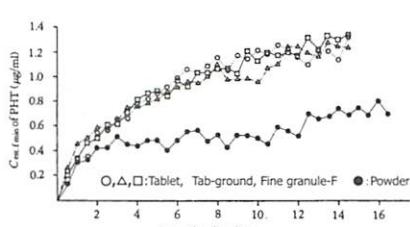


図24

TABLE III. Plasma Concentration of Phenytoin (PHT) at Steady-State in Various Dose of PHT after Chronic Administration of Powder, Tablet and 99%PG-F in Epileptic Patients

Patient	Sex	Age (year)	Weight (kg)	Dose (mg/kg/d)	Dosage form	Plasma concentration of PHT (μg/ml)
K.M.	F	10	25	4.0	Powder 99%PG-F	1.5
				4.0	99%PG-F	4.1
				4.4	99%PG-F	4.7
				5.0	99%PG-F	5.8
F.O.	F	6	18	4.4		1.6
				4.4	99%PG-F	2.5
				5.0	99%PG-F	3.3
Y.S.	F	17	41	3.7	Tablet 99%PG-F	1.8
				3.7		2.2
I.M.	F	18	57	3.5	Tablet (ground)	13.5
				3.5	99%PG-F	11.2
T.K.	F	24	61	3.8	Tablet (ground)	7.6
				3.9	99%PG-F	10.7
M.K.	M	5	15	8.0	Powder	2.4
				6.0	99%PG-F	2.9
M.N.	M	8	20	7.0	Powder	8.3
				6.0	99%PG-F	6.8
				6.2	99%PG-F	7.9

図25

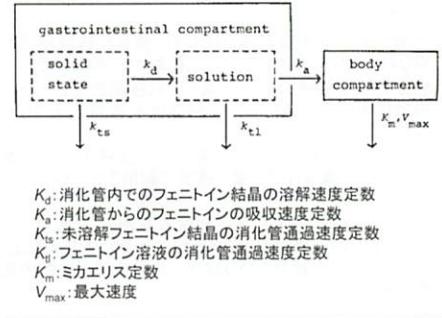


図26

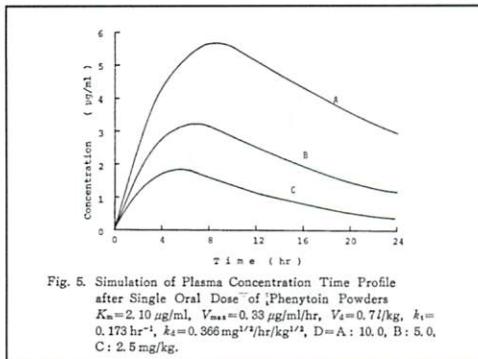


Fig. 5. Simulation of Plasma Concentration Time Profile after Single Oral Dose of Phenyltoin Powders
 $K_m = 2.10 \mu\text{g}/\text{ml}$, $V_{max} = 0.33 \mu\text{g}/\text{ml}/\text{hr}$, $V_d = 0.71/\text{kg}$, $k_1 = 0.173 \text{ hr}^{-1}$, $k_d = 0.366 \text{ mg}^{1/2}/\text{hr}/\text{kg}^{1/2}$, $D = A: 10.0$, $B: 5.0$, $C: 2.5 \text{ mg}/\text{kg}$.

図27

モノエタノールアミンオレイン酸塩 注射液の処方(造影剤加)

Ethanolamine	0.91g
Oleic acid	4.23g
Benzyl alcohol	2.0ml
Iopamidol	46.0ml
Water for injection	to 100.0ml

適量の水にオレイン酸(高純度品)を分散させた後、エタノールアミンを静かに加え、一気に強振して糊状にし、そこにベンジルアルコールを加えて強振後、静置。透明な液になってくれれば成功。
造影剤を加えて、ろ過。

図29

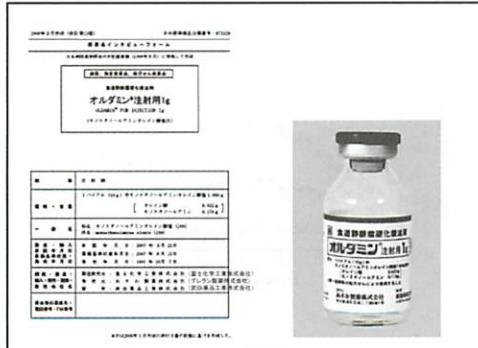


図31

肝硬変による食道靜脈瘤の硬化療法

- 食道離断術から内視鏡療法へ
- 静脈瘤の中に薬剤(硬化剤)を入れて、全体を固めてしまえばいいのではないか
- 薬剤は、もともと足の静脈瘤に注入して血液を固化させる性質のあるもの(目新しいものではない)
- 食道ファイバースコープを用いて、X線透視下で造影剤を混ぜた硬化剤を注入する
- 1977年12月、日本内視鏡学会関東地方会で発表 →翌年から手術療法を全廃
- 次第に全国的に普及していった

図28

市場に薬剤として無いものをつくること

薬物療法の可能性の拡大
院内製剤の原点

市場性の有無
(採算性、安定性)

院内製剤のまま 市販化
内視鏡学会から
厚生省への働きかけ

図30

患者ベネフィットの向上につながる 製剤の開発とその育成

- 医療現場のニーズを医療従事者と製薬企業や大学の研究者が共有し
- 直接的には患者という存在を常に認識しながら、
- また間接的には、現場の医療者にもやさしい製剤の研究を続けていくことが大切で、
- そのためには、医療従事者と研究者の密なる情報交換が必要であることから、両者が表裏一体となった、附属病院薬剤部と医学医療系臨床薬剤学研究Gを担当できたことは、大きな喜びでした。

図32

発展途上国における国際保健医療協力



筑波大学附属病院 病院教授

筑波大学附属病院国際連携推進室 副室長

秋山 稔（1期生）

＜はじめに＞

平成25年7月に筑波大学附属病院国際連携推進室副室長を仰せつかり、卒後33年ぶりに筑波に戻りました。私の学生当時の筑波は、語り継がれているように雨が降ると長靴は必須アイテムで、1年生の時にまだ医学棟が完成していなかったため、当時授業を行っていた体芸棟まで行くのが大変でした。寧ろ雨が降ると自主休校にしてしまう不埒な学生も多く、私などはその代表格でした。また、熱帯医学研究会で安羅岡教授、大島教授のご指導の下フィリピンなどで活動する同級生もおりましたが、わたしは専ら硬式テニス部の活動と友人と学生生活をエンジョイする凡庸な学生で、国際協力に関する情報もほとんどなかったこともあり、将来この分野に携わることは想像もしませんでした。

＜卒後、国立病院医療センター外科＞

卒後、国立病院医療センター（現国立国際医療研究センター）外科にお世話になり、研修医レジデントと外科診療に従事して参りました。当時は「臨床をやりたい学生はどんどん外の病院に行きなさい」という医学教育の大家でもあった担任の故堀原一教授のお勧めもあり、半数以上の卒業生が大学病院以外で研修するといった時代でした。これが幸いして、医療センターでは消化器外科を中心とした外科診療全般に関わることができ大変充実した時間を過ごせました。そんな中、時代はカンボジア紛争によりポルポト軍から逃れタイ領に流入したカンボジア難民が多数生じ国際問題となりました。日本も医療支援をしなければならないと政府が当時の厚生省と文部省から3か月交

替で日本医療チーム（JMT）を派遣する運びとなり、その最終である13次隊に参加しました。当時の国立病院医療センターでは同級や年齢の近いレジデントの多くが希望し参加しました。13次隊はJMTの引き上げを念頭に、カンボジア難民に対しては有事を想定しての待機という方針で、実際にはタイのプラチンブリ県の地域医療を行っていました。その時は、まだ卒後3年目という立場でありながら、同県には消化器外科を専門とする医師はおらず、次第に多くの症例の相談を受けて診療を引き受けることになりました。国立病院医療センターでは、まだ3年目ながらほとんどの消化器外科の症例を術者として経験しており、紹介された症例の超音波、内視鏡、血管造影などの検査による診断、手術に至るまでを一手に引き受けて診療にあたることができました。この経験を通して、今後医療従事者として海外で活動することも選択肢の一つになるに至りました。

＜国際医療協力部、外科、そして再び国際医療協力局＞

レジデントを終了し1986年に非常勤で外科に勤務していた際に、国立病院医療センター内に国際医療協力部が立ち上がることになりました。筑波大学でも特別授業をして頂いた産婦人科医長の我妻堯先生が部長になり、同先生からのお誘いで国際医療協力部の一員となりました。当初、ビルマ（現ミャンマー）のマンダレー教育病院の建設と技術協力が計画されており、協力が開始された際には技術協力プロジェクトの長期専門家として活動する予定でした。しかし、1988年8月に技術協力調査で出張中にビルマの民主化運動が激化、こ

れに対して軍が力で対抗し、大きな衝突となって多くの死傷者を出す事態となり、日本の対ビルマへのODAは凍結となり、ビルマ派遣がなくなりました。その後、主な活動の場が臨床に戻り、国立病院医療センターの外科のスタッフとして活動していましたが、1993年のセンター化（国立国際医療センター）に伴い国際医療協力部が局となるのに合わせて再度同局員となりました。1995年以降ベトナムのチョーライ病院プロジェクトに4年弱、ボリビアのサンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクトに4年弱、ベトナム保健省政策アドバイザーで2年、ベトナム保健医療従事者の質の改善プロジェクトに2年半強の4回の長期派遣を経験しました。これらの派遣を含め、無償資金協力調査、技術協力調査、技術協力短期専門家派遣など主に国際協力事業団（JICA：現国際協力機構）の業務で、14か国44回の派遣をこれまでに経験しました。

＜ベトナムでの経験＞

ベトナムには長期で3回派遣されました。まずははじめは1995年から1999年まで約4年弱の南部のチョーライ病院のプロジェクトでした。同プロジェクトでは病院管理と臨床5分野に対する協力でした。チョーライ病院はベトナム南部最大の病院で医科大学の附属病院としての機能もあり、1,800床、年間の手術数はかつて2.5万例、現在では4万例近い巨大な病院です。病院管理分野においては組織改革、総合企画、財務管理、医療機材管理、看護管理、病院情報システムに関する協力し、患者中心医療の概念を前面に出して協力しましたが、昔の日本と同様、医師が一番、特に各診療科の縦割りは強く、なかなか大変な協力でした。看護師は各診療科に所属し、上司は看護師長ではなく医長であり、組織的にも単科病院の集合体のような病院でしたが、看護部に看護関係の情報を集め、また看護教育も活発に行うことにより院長からも認められ、次第に看護部の重要性が認識されていきました。医療機材管理、病院情報システムも4年間の短い間でしたが、それぞれ予防メンテナンス、最低限の病院情報システム構築



当時の小渕首相のチョーライ病院訪問時に説明する筆者（1998年）

を行うことができました。臨床分野は消化器、脳外科、循環器、ICU、腎疾患の5分野に関する協力でした。各分野とも基本的な診療を定着するの大変でしたが、国立国際医療センターを中心とした医師、看護師の協力により短期間に大きな進歩が認められ、また成果を広く南部のベトナムに普及することを目的として各分野でセミナーを実施しました。チーフアドバイザーとして全体の活動の推進を行いつつ、私自身消化器外科医でしたので、消化器の診断から治療までの指導も同時にいました。外科の術前・術後のカンファレンスでの指導のほか、特に悪性腫瘍に関しては根治術を行うことがなかったため、典型的な症例に対し胃がんのD2手術、下部胆管がん等に対する脾頭十二指腸手術、胆石症に対する腹腔鏡下手術など消化器全般の手術指導を週に一度行い、現在ではこれらの治療が定着していると聞いています。また、肝臓がんに対するTAEもベトナムで初めて導入しました。これら専門分野はさておき、まだまだ大変不充分ながら病院全体としての患者サービス、管理システムが次第に改善していったことは、時代の流れに乗ったこともあり大変充実した協力を実現しました。プロジェクト中も筑波大学卒業の医師に短期専門家として活躍して頂き、またプロジェクト後半には榎原先生、鬼塚先生はじめ胸部外科診療グループの先生方が4グループに分かれ呼吸器外科、循環器外科の指導をしてくださったり、内分泌外科の原先生にも来ていただきたりと、筑波との関係もこの時期に始まりました。その後プロジェクトの成果をチョーライ病院



チョーライ病院での臨床指導者講習会（2008年）

のみにとどめず地方の病院に拡散していくことが求められ、その後2フェーズ、合計10年にわたり、かつて現地国内研修と呼ばれた協力形態でベトナム南部の約20省に広めていきました。当初は、年に2か月程度同研修の支援に毎年南部ベトナムに赴いていました。2007年からの2年間は保健省政策アドバイザーとして活動しました。多くの保健医療分野におけるJICAプロジェクトが実施されていたため、これらの調整やこれらを基に将来の協力計画の策定などを行っていました。特に北部・中部・南部の拠点病院でのプロジェクトを開催していたため、保健省副大臣をChairにした保健省-JICA-3拠点病院会議の定期開催を行い、全国的な救急システム、患者中心医療などをテーマとすることもありましたが、最終的にはやはり全国的に統一した人材育成制度の必要性が認識さ

れ、新たなプロジェクト形成を行いました。その期間に筑波大学とホーチミン市との国際連携が始まり、医療分野ではチョーライ病院と筑波大学の協力協定が結ばされました。また、チョーライ病院で行われていたプロジェクトでは、臨床指導医ワークショップの推進に松村先生にもご協力いただきました。人材育成のために「医療従事者の質の改善プロジェクト」が計画され、2010年7月に開始されました。開始当初から2年8か月の間、プロジェクトのチーフアドバイザーとして関わりました。これまで各地で行われていた研修を保健省が規定するカリキュラムに則り、教材も共通のものを開発使用することによって標準化を図ろうとするプロジェクトで、臨床指導者養成のほか、病院管理（診療の質の改善）、医療安全、院内感染対策、包括医療など9つの重点分野としての横断的分野に対する協力をしています。保健省との協力は何かと困難が多く、遅々として進まない時期もありましたが次第に成果が表れ、9分野の人材育成が徐々にできつつあります。このプロジェクトでも臨床指導者養成、医療安全などのベトナム人医療従事者の本邦研修の受け入れに前野先生、本間先生などのご協力を頂いております。



ベトナム北部・ホアビン省病院での研修管理セミナー（2008年）

＜ボリビアでの経験＞

2003年2月から2006年11月までの3年9か月間、南米ボリビアの「サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト」にチーフアドバイザーとして派遣されました。ボリビアでは1987



ボリビア・サンタクルス県フェルナンデスアロンソ市での住民参加保健活動（2005年）

年から5年間サンタクルス総合病院（呼称は日本病院）プロジェクト、1994年からの5年間、サンタクルス総合病院を中心としたサンタクルス医療供給プロジェクトが実施されてきましたが、地域全体としての医療指標の改善のため、系統的な強化が必要であるという認識から上記プロジェクトが計画・実施されました。プロジェクトの活動は地域住民の健康増進と保健医療状況の改善のため、保健医療行政の強化、一次医療協力局施設管理の強化、住民の保健意識の向上と一次医療施設利用の促進を計ることを目指す住民参加保健活動、保健医療活動の強化として母子保健を中心としたサービスの向上、一次医療協力局施設と二次三次医療施設が適切に機能し地域として住民に保健医療サービスを提供できるようにリファラルシステムの強化、既存の医療機材を有効に利用するための医療機材保守管理という6つの大きな活動によりデザインされました。とくに住民参加保健活動は既存の住民参加モデルをボリビアの状況に適合するように修正したFORSAモデルを開発し、同手法による地域単位の保健活動を推進し、地域



ボリビア・サンタクルス市ノルテ保健センターでの住民参加保健活動メンバーと（2006年）

住民にインパクトを与え、自らの保健意識の改善に役立てることができたことが印象的でした。

＜国際連携推進室＞

2013年3月にベトナムから帰国し、国立国際医療研究センター国際医療協力局で主に国内業務を行っておりましたが、2012年10月に筑波大学附属病院に発足した国際連携推進室の業務を本格化するため、同室長の松村副院長の誘いもあり2013年7月に筑波に赴任しました。国際連携推進室の業務は、外国からの教員、研究者、臨床実習生等の受け入れ支援、病院職員の海外派遣の支援、外国からの患者の受け入れに関連する業務、外国の病院等との連携推進、その他国際連携に関することです。また、附属病院の診療の質、医療安全などを中心として評価する国際基準であるJCI (Joint Commission International) 認証の取得に関連する業務も行っています。附属病院の向上・改善に伴い今後も国際連携活動は増加し、先進的な病院としての責務となることが見込まれます。皆様、今後ともどうぞ宜しくお願い申し上げます。

Experts from Tsukuba

～筑波大学出身のリーダー達～



「女性医師の先輩として」

茨城県立医療大学 保健医療学部 医科学センター

教授 武 島 玲 子

1回生（1980年卒業）の武島です。卒業から33年も経ち、筑波大学の近くにいながら大学が遠いことに寄稿の依頼を受けて気がつきました。つくばの街並みも木立が立派になり眩しいかぎりです。さて、この度はこのような機会をいただきましたので、女性医師の先輩としてこれまでの経歴や今の自分を述べることで皆さまのお役にたてれば幸いと存じます。

[研修医]

卒業時の進路決定には女性医師を拒否する科もあり、私はどの科を選ぶかとても迷いました。そのような時に麻酔科の内藤教授に「男性、女性の差別はしない。」と言われ、麻酔科に実習に行きました。そこで、自分の行った手技や投与した薬剤の反応に魅せられ、また、この時に結婚、出産しても続けられると直感したのです。学生の時には、小児科の滝田教授から「これから、病院の見学に行こう！」と誘われ、何人かで建設中の大学病院に行きました。手術室では、「うちは、入口に男性、女性は記載しない。ドアの色が違うだけで、更衣室は同じ広さだ。」と嬉しそうに説明してくれました。それまで、手術室の更衣室は、男性=医師、女性=看護師で、女性の方が小さいのが普通だったそうです。その時には、気にしませ

んでしたが、働きだしてから、どこの病院へ行つてもその通りだと気付きました。女性医師が少ないので最後の時代だったような気がします。そこから私の研修医時代は始まりました。術前回診で患者さんに自己紹介をし、麻酔の説明をしても「ところで、看護婦さん・・・」と言われ続けました。手術室では、私一人で麻酔を担当すると外科医から（当時は、運動会系の怖い外科医が多くた！）「他に誰かいらないの？」といわれ、「いつか見返してやる！」と心の中で呟いていました。また、初めての卒業生の麻酔科入局ですから、同期の斎藤先生と2人、当直、緊急手術、長い手術と何でもさせられました。このように、季節の変化も分からずほとんど病院内で過ごしたレジデンント生活を5年半過ごしながら、麻酔科指導医を取得し、また学位の研究も完成させ、審査を待つばかりになりました。どうにか一人前？の麻酔科医になりました。この間、ほとんど大学内で麻酔漬け！と英語の論文の読み書きの毎日で、私が今まで一番勉強した時期でした。3年目には同級生と結婚しましたが、お互い研修で一緒にいる時間はほとんどありませんでした。その後、筑波メディカルセンターの麻酔科科長になりました。当時は開院当初でとても忙しく、毎日、夜中も休日も緊急手術で呼ばれ、ここでもほとんど病院で過ごし、手

術室のソファにスタッフと一緒に寝ていました。麻醉科の忙しさを大学に訴え、麻醉科医の人数を2人から3人に増やしてもらい、5か月の勤務後、大学へ臨床医学系講師として戻りました。

[筑波大学臨床医学系麻酔科]

卒業生として初めての教員の1人だったような気がします。授業を担当するようになると、教壇からは学生のすべてが手に取るように見え、居眠りをしている学生、授業とは別のことをしている学生・・・、こんなに教壇からはすべてが見えるのかと、自分の学生時代を思い出し、ぞっとしたものでした。教員として、教育とは・・・を学んだ時期でした。

[ジョーンズ・ホプキンス大学麻酔科留学]

講師になって3年後、ジョーンズ・ホプキンス大学麻酔科（米国）に文部省在外研究員として留学のチャンスがあり、夫婦で2年間留学しました。甘いドーナツと不味いコーヒーを飲みながらの麻酔科の朝のレクチャーで臨床の風にあたり、ラボでは、中大脳動脈の局所脳虚血における薬の効果をみる実験を毎日続けました。成果が求められる研究でプレッシャーもありましたが、楽しかったです。最初の実験では、若い女性のテクニシャンがつき、話も弾み英語が上達できると思ったのですが、すぐ9時間の脳虚血をする実験になり、帰宅が遅くなるという理由でアフリカ系米国人男性に代わりました。このおじさんの英語がわからない、また共通の話題がなく実験以外の話ができず、どうにか最低限のコミュニケーションをとる程度でした。これはまさに天国から地獄で、英語の上達は達成できませんでした。しかし、米国だけでなく欧州や日本の大学から来ている多くの先生方と知り合いになり、その奥様たちからは料理を教えてもらったり、ご馳走になったりと付き合いも増えました。この2年間は初めて夫婦で過ごし、いささかお互いに窮屈ではありましたが、英会話の問題で、二人で協力しないと生活がままなりませんでした。平日はそれぞれの研究、休日は、近郊の行事やワシントンDC、ニューヨー

ク等各地へ行き、それまでの日中を外で過ごすことがなかった生活から一変し、思う存分、アメリカ国内やカナダにも旅行しました。

[妊娠・出産・育児]

帰国後、すぐに元の生活に戻りましたが、米国での庭付きの住宅での生活にあこがれているうちに妊娠・出産しました。この時期には、すでに医師として、教員としてやるべきことは既に全てやっており、余裕をもって臨めました。胎児と生後の発育は本当に教科書通りで、感心したものですが、私の同級生には、学生時代の人、研修医になつてすぐの人、ほどほどの人、様々でした。それぞれに問題や長所があり、適切な答えはありませんが、みんな頑張っていました。私は幼稚園や小中学校のママ友と年代が離れすぎていても、自分ではギャップを感じていませんでした。女性医師は医師としてのキャリアを続けることがポイントだと思います。産休中に麻酔科医局から「産休明けには、出勤してくるでしょうね！」と念を押す電話を受け、3時間毎の授乳で寝不足での仕事、子どもを実家に預けての当直・・・、今になって思えば、よくやったと自分を褒めています。でもこれができたのは、家族（元気で病気にならなかっただ子もも）や職場の皆様の協力があってのことです、子どもが無事に成人した今、周りの方々に感謝してもしきれません。

[茨城県立医療大学]

出産後、大学から水戸済生会総合病院麻酔科で3年間麻酔に従事し、現在の茨城県立医療大学に異動しました。大学附属病院の立ち上げという貴重な体験をしたことで、筑波大学開設は規模が大きく、かつ今までにない新しい組織作りやカリキュラムの編成はさぞ大変だったのだろうと当時の偉い先生方のご苦労を思いました。やがて学生全員の救急蘇生の実習を担当することとなり、効果的な指導方法を勉強し始めました。また、新しい「医療教授システム」というシミュレーション医療教育に興味を持ちました。その頃は、大学教

育が講義一辺倒から多様化する学生への効果的な教育方法への変換期であり、私は臨床から教育へと仕事をシフトしていきました。幸い麻酔科医はシミュレータの分野の知識はありますので、すぐシミュレーション医療教育は医療従事者への効果的な教育方法になると考えました。そこで、スキルラボを設置する活動をし、現在の工藤学長のご理解のもと、昨年完成させることができました。

現在はこのように大学教育に関する仕事をしておりますが、筑波大学入学直後に循環器外科の堀教授が「筑波大学のカリキュラムは今までにない新しいもので、○○学という知識を教えるものではない。私たちは、君たち学生に魚を与えるのではなく、魚釣りの方法を教える。後は自分で生きていきなさい。」とおっしゃったことを鮮明に覚えています。医療職を育てる大学の教員となり、すでに17年になりますが、この言葉は頭から離れることはできません。その堀先生が昨年お亡くなりになったと聞き、ご冥福をお祈りするとともに先生の40年前の教えは私たち教え子に生き続けており、これを引き継がねばいけないと肝に命じております。

おります。

最後に、女性医師には、男性医師にはわからない苦労が多々あります。多くの努力をしないと結果は出ず、評価はされません。また現在は、いろいろな意味で女性医師の妊娠・出産・育児の問題が大きくなっているように思います。私たちより以前は女性医師が少なく、結婚せず子どももいない女性医師が目立った時代です。勿論、苦労は見せず仕事をしながら立派に子どもを育て上げた女性医師は大勢います。妊娠・出産は女性にしかできませんし、できる期間も限られています。女性医師にとって、妊娠・出産・育児は当然のことです。その時々で後悔しない生き方を選択してほしいと思います。今している苦労や努力は後で自分の身になります。私はこれまでの経験やその時々の思いが今の自分の仕事や生活に生きていると考えています。後輩のみなさんには、妊娠・出産・育児を経験して本当の一人前の医師になってほしい、仕事を継続してほしい、後悔のない人生を歩んでほしいと願っています。



私の来た道：3回のマイナーな選択

埼玉医科大学 放射線科

主任教授 新 津 守

7回生、1986年卒の新津です。卒後26年が経ち、振り返ってみると私は今まで3回の「マイナーな選択」を行っています。すなわち大多数の方々の道からはやや違う方向を歩んできました。今回、桐医会から原稿依頼をいただき、私の経験を少々お話ししたいと思います。

医学部に転進：「マイナーな選択1回目」

私の経歴は少々特殊ですので医学部入学前からお話しします。1979年に「本人の意に反して」東京大学工学部を卒業しました。当時は「工学部」よりも「音楽部」と言った方が良いほど、オーケストラに没頭しており、当然プロにはなれないものの、学生としての頂点を極めたいと、学生選抜オケでNHKに出演したり、翌年の東大オケの欧洲演奏旅行に参加するため、もう一年余計に学生生活を企んでいました。それが研究室の教授のひと声で某電機メーカーに面接に行ったら話が進んでしまい、急きょ、卒業、就職と。何の就職活動も企業研究もせずに場当たり的に進路を決めたため、案の定、新入社員生活でつまずきました。何十年後の未来がほぼ見えてしまうサラリーマン人生に、「これが本当に一生の仕事なのか」、自分にしかできないことは何かを真剣に考えました。結論は医学部転進。なぜ最初から医学部に行かなかつたのかは、「文系にも転進できるから」という受動的な高校での理系選択、たまたま当時の一期校に合格したからで、二期校は医学部に願書を出していました。結果ぬるま湯の4年間の学生時代には気づかず、また決断もできず、社会人になって初めて進路選択をしたわけです。ただ立場上、すぐ辞めるわけにもいかず、隠れて受験勉強

(当時は共通一次の2年目)をやり、なんとか筑波大学医学専門学群に入学。現在は医学部の学士入学制度も整っていますが、当時としては「マイナーな選択」です。これが1回目。

MRIをやるために放射線科へ：「マイナーな選択2回目」

人より遅れて医学部入学。5年のハンディがあるのでほかの人と同じことをしたのでは埒があきません。当時MRIがようやく日本に上陸しようという時。フーリエ変換などを工学部で学んでいたので、「これだ!」と直感し2年生の時には、放射線科に行ってMRIを一生の仕事にすると決意。現在、日本磁気共鳴医学会(通称MR学会)の理事長をしていますが、結果的にはその通りになりました。放射線科は今でも人手が足りなくて大変ですが、当時はもっとマイナーで、これが2回目の「マイナーな選択」です。両親は私に内科医になって欲しかったみたいですが、この親孝行はできませんでした。母はいまだに放射線科の仕事内容を理解していないようです。

研修医、大学院、留学で診療と研究の基礎を学ぶ

卒業後、筑波大病院の放射線科へ。ここで画像診断のABCを。特に当時講師として大活躍だった斎田幸久先生(今年聖路加国際病院をご退職)には基礎から叩き込まれました。ジュニアアレジメントを経て、大学院へ。もちろんテーマはMRIで、米国のメイヨークリニックに大学院最終学年で留学。実験計画の立て方や論文の書き方を訓練され、最初の論文は「Z会の通信教育」よろしく、真っ赤になって返されました。

専門分野を骨軟部に：「マイナーな選択 3 回目」

大学院を終えて筑波大学放射線科にスタッフとして残ることに。マイナーな放射線科ではありますが、その中で各自が専門分野を持ちます。先輩方は神経放射線や肺、肝臓、消化管など、マイナーな中でも「メジャー」な分野を担当。そして唯一残っていたのが、骨軟部です。骨腫瘍は発生頻度が肺がんなどに比べて極端に少なく、しかしプロが対応すべき骨腫瘍は星の数ほどもあり、「骨折り損のくたびれもうけ」の状態です。しかし他にいないので骨軟部領域を専門に。すなわち「マイナーのマイナー」です。指導者なし、同僚なし、独学で進むしかありませんでした。一方、同業者は少ないので日本国内、今では世界的にもネットワークを広げることは出来ました。

私の 2 つの「マイナー」が合作して完成したのが拙書「膝 MRI」(医学書院)。これには齋田先生に出版社をご紹介いただき、板井教授の応援もあって 2002 年に初版出版。おかげさまで 2009 年には第 2 版を、これは英語と中国語にも翻訳され、今や私の代名詞と。頻繁に講演にも呼ばれるようになり、交流の輪が広がり、「マイナー」やっていて少しは良かったと思う時も。何より放射線科だけでなく整形の先生方と知り合いになり大きく世界が広がった。

恩師の死去と転勤

私が mentor と仰ぐ板井悠二先生が筑波大に赴任されたのが 1990 年、大学院修了間際のメイヨー留学直前でした。その後 10 年以上にわたりご指導いただきました。板井先生のすごいところは、仕事が早く、記憶力が抜群だったこと。徹夜で書き上げた論文を提出すると、すぐにチェック、1 時間後には手元に。心血をそいで書き上げた原稿を優先して添削するのは上司の義務、とおっしゃっておられ、私も今、そうしています。また完璧な朝型で、毎朝 4 時には出勤、始業までの間にものすごい集中力で仕事を片付けておられました。私が徹夜で眠い目をこすりながら廊下を歩いていると、さわやかに「お早う！」と挨拶されたものです。

その板井先生が 2003 年に急逝されました。大きな目標を失って私もしばらくは立ち直れず。その後、2005 年に首都大学東京の開学に合わせて東京へ。講義と研究指導に明け暮れることに。1 コマ 90 分授業を週に 5 回など、よくやったと思います。このまま定年まで勤め上げる予定でしたが、次第に疑問と不安感が。ここには附属病院がなく、臨床は都内の病院で非常勤としての画像診断。レポートには常勤の放射線科専門医のカウンターサインが必要。ということは私には法的な責任はなく、このまま責任のないレポートを書き続けたら、私の診断医としてのレベルはどうなるのか…という思いが強くなりました。

埼玉医大放射線科へ

2010 年、突然、埼玉医大から教授募集のお知らせが。早速応募して何とか選考してもらい、すぐに赴任の予定が、妻の死去、大震災と続き、2011 年 4 月に正式赴任。埼玉医大はかなりの田舎、交通不便で、とても筑波からは通えず、現在は週 3 日は教授室に寝泊まり、3 日は都内の長男のアパート、日曜のみ筑波、というジプシー生活。医局員の少なさと管理を含めた業務量の多さに閉口しながらも、毎日「責任ある」レポートを書いて、精神的充実感は得られています。

医学部に転勤したもう一つの理由は医学生を教えたいため。授業は年に 10 コマ程度だが、毎週の BSL や CC で彼らに接して、こちらも大いに刺激を受けています。今まで国立大、公立大、私立大と渡り歩いてきて、私立大生の長所は、礼儀正しく気配りができる。同じ人間ですから教える側も気持ちよく指導できます。教員と学生との距離が非常に近いのも気に入っています。現在、埼玉医大水泳部の顧問をしており、学生と週 2 回は一緒に泳ぎ、50 歳も半ばを過ぎてたるんできた体のシェイプアップに励んでいます。また医大のオケからはホルンが足りないとことで、こちらも 30 年ぶりに楽器を引っ張り出し、娘のような学生と一緒に演奏しています。

これからのこと

このようにマイナーだらけの私の足取りもようやく落ち着きそうです。今後は、まず医局員を増やして、国内有数の放射線科を築きあげること。赴任して2年が過ぎ、学生や研修医に毎日アピールしてきた画像診断の魅力も、少しは反応の手ごたえを感じるこのごろです。これをお読みの皆様、たとえ短期間でも結構ですので、私と一緒に画像診断をやりませんか？

次は国際化。当科の先代教授・平敷敦子先生は、世界女医会議会長もなさった国際派で日本初の女性放射線科教授。平敷教授の在任時には常に多くの留学生いたとのことで、私も少しはそれに近づきたい。そして私に活動の場を与えてくれたMRIに恩返しするために、日本のMRIの診療、

研究レベルをさらに高めることです。最後に、東医体で入賞者が少ない埼玉医大水泳部を、早く筑波大医学水泳部のライバルとなるよう、学生を叱咤激励すること・・・

<連絡先>

〒350-0495

埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38

埼玉医科大学 放射線科

新津 守

TEL: 049-276-1265

FAX: 049-276-1797

E-mail: niitsu2121@gmail.com

niitsu@saitama-med.ac.jp

HP: <http://www.rad-smu.jp/>



「One step beyond」

杏林大学 心臓血管外科

主任教授 窪 田 博

私は第7回生で、1986年（昭和61年）に卒業いたしました。昨秋、筑波山を訪れました。大きく変貌した学園都市の街並みには驚かされましたが、少し離れると懐かしい風景がそのまで、学生時代の様々な思い出が蘇ります。よく通った山麓のボーリング場は廃墟になっていました。

桐医会会報は毎号楽しみに読ませていただいております。過分にも寄稿の機会を頂きましたので、卒後の歩みを振り返り、今考えている事を記したいと思います。

＜進路の選択＞

初めて手術室見学を行った時のことを鮮明に思い出します。執刀中の手術室、麻酔科医が患者さんをたたいて覚醒を促している手術室…、声の聞こえない窓越しにその緊張感が伝わってきました。外科医になることを夢見ていましたが、この厳しい世界に入って行けるのかと自問し、身の引き締まる思いがしたものです。入室更衣の時に、堀原一教授から「質問はどんどんしなさい。質問は学生の特権です。医者になると質問しにくくなりますよ。」と言われたことを思い出します。今も解らない時はためらわず質問するように心掛けています。卒業を前にして脳の機能、心理等にも興味を持ちましたが、やはり外科を選びました。母校に残るか、武者修行に出るか迷いました。友人と共に学びたい気持ちも強かったのですが、甘い自分を新天地で鍛えたい、どこまでできるのか挑戦してみたいという思いも強く、外に出る決心をしました。堀先生に相談したところ、東京大学への推薦をいただきました。「確約はできません。結果の如何にかかわらず、母校での研修は志望し

ないという条件で推薦します。」とのお言葉は、厳しい世界への入り口でした。幸い合格を頂き、病院近くの菊坂に引っ越した時は、膨らむ期待とともに、本当にやっていけるのかという不安で一杯でした。今でも研究会などで大学を訪れる帰りに坂を訪れては当時の緊張感を思い出し、気持ちを新たにしています。

＜研修医から＞

当時の東京大学第二外科系研修では、第二外科（血管、消化管、肝胆脾、乳腺）、麻酔科、小児外科、胸部外科（心臓外科、呼吸器外科）を一年半でローテーションしました。同期とも気が合い、切磋琢磨しました。何れの科も充実していましたが、特に古瀬彰教授率いる胸部外科が魅力的でした。重症患者さんがいる時は家に帰らず、月半分程度の泊まりはしばしばという合宿ながらの日々、プレゼンテーションの準備で床に広げた大きな模造紙に四つん這いになってのカテーテルデータ書き、検査結果伝票のカルテ貼り、朝まで2-3時間おきのICU患者の血液ガス採血（窓を開けすぎるとクークーとハトが入ってきてしまうICUでした！）と多忙でしたが、先天性から成人まで多くの開心術に入ることができました。厳しい環境の中、手術に向かう先輩心臓外科医の姿や、辛そうだった患者さんが手術で見違えるよう元気になり退院される姿を目の当たりにして、心臓外科を志す気持ちが固りました。甲斐なく手術室で命を落とされた患者さんも経験しましたが、志望の気持ちはかえって強まりました。医師には自己犠牲が必要とよく言われますが、先輩医師をみていると「開心術後不安定な循環動態

を少しでも良くするにはどうしたら良いか。一寸でも目を離せば急変の可能性がある...。」と色々考え対応しているうちに夜が明けてしまうという感じで、犠牲というよりも敢えて言えば共感、献身だと思いました。同期研修の3名が、現在都内の心臓血管外科基幹施設でリーダーとなっています。今でも困ったときには相談し、難手術の際は応援に来てもらうこともあります。

その後東京警察病院での前期外勤、国保旭中央病院での後期外勤を経て大学に戻り研究を始めました。テーマは「赤外線凝固器を用いた心筋アブレーション」です。炭火焼の火が奥まで通るのと同じ原理で、心筋組織が光エネルギーで熱凝固壊死を起こすと同時に刺激伝導も絶たれることを利用し、当時始められたばかりの心房細動手術に役立てようというものです。数年かけて実験結果を学位論文としてまとめ、指導教官の推薦を経て教授にお渡ししたところ、その日のうちに表紙に「人工心肺を使った実験で効果を証明できますか」と一行だけ書かれてメイルボックスに戻されていた時は、正直途方にくれました。「できますか」は「しない」ですね。留学は半年後に迫っていました。犬の人工心肺手術など見たこともありませんでしたが、その気になれば何とかなるもので、心肺回路集め、カニュレ探しから始まり、マッピングシステム対応多点刺入双極電極を作成し、成犬を用いた赤外線メイズ手術で心房細動を抑制できることを証明しました。一連の研究は平成12年に日本心臓財団助成対象、平成13年にAHAポスター賞候補、日本心臓血管外科学会優秀演題として選ばれ、その後の大きな励みとなりました。感染性心内膜炎、心臓腫瘍の再発予防効果も期待され、デバイスの改良を進めて先進医療として臨床応用すべく研究を継続しています。

<留学>

当時、独創的な心臓手術を次々と発信するフランスに憧れていますが、伝手がありませんでしたので、フランス国内の主たる心臓外科施設に留学志望の手紙を送りました。望外にも複数の施設から受け入れ可の返事を頂きましたが、とりわけ

温かいご返事をくださいました、オーベルニュ地方のVolvicの山麓、クレルモンフェラン大学心臓血管外科のド・リベロール教授に師事することを決め、平成8年から、高度専門インターンのポストを得て臨床留学しました。冬はマイナス10度近くになり、コートを2枚羽織って朝の暗闇の中出勤しました。約400例の開心術に手洗い参加しました。第二助手から始まりましたが、徐々に第一助手が主となり、半年を過ぎると開閉胸、内胸動脈剥離、人工心肺カニュレーションなどの基本手技を任せられ、一年経つと大動脈弁置換術、バイパス術、大動脈手術の術者が回ってきました。心臓移植もドナー、レシピエント手術のいずれも参加することができました。異文化も堪能しました。朝のカンファ後に「今日はストライキだから」と言って他のインターンが皆出て行ってしまったこともあります。金曜の夕方に論文を書いていると、「週末なのに家に帰らないの?」と聞かれました。年間5週間の休暇をとることが義務でした(イタリアは6週間!)。車で数分も走ると広大な自然の中で山羊や牛が育まれている風景がどこまでも続きます。非力なフィアットに乗って毎週のように家族旅行をしたのは良い思い出です。クリスマスと年末年始は若い医師が休暇を取り、教授が手術をこなしました。Servant leaderとして後進を育てる教授の姿は、私のロールモデルです。教授のご先祖様であるアンリ・ド・リベロール氏が、明治の初期1871年~大学南校(東大の前身)と司法省法律学校に外国人教師として日本に招かれていたことをお聞きしたのは渡仏後しばらく経ってからの事でした。

一年半が過ぎ、波に乗ってきてよいよという感じでしたが、医局の事情もあり後ろ髪をひかれる思いで帰国の途に就きました。

<大学へ戻って>

平成10年に帰国し、新たに赴任された高本真一教授の下、成人開心術に携わりました。新入医局員が多く、留学を境にして「教わる」ことから「教える」機会が急増し、責任ある仕事も増えて当初はその変化に多少戸惑いました。教授は大血管手

術が専門で、超低温循環停止下に逆行性脳灌流を併用すると弓部大動脈置換術で脳虚血時間が80分に及んでも障害なく覚醒することを学びました。

<杏林大学>

平成14年に須藤憲一教授率いる杏林大学心臓血管外科に赴任しました。自由な雰囲気の医局で、闘争に意見を交わし、新たな医療にも臆せず挑むことができました。広範囲動脈瘤の治療法としてオーブンステントデリバリー装置を開発し特許を取得しました。大網が使えない感染性大動脈瘤の治療として、馬の心膜を筒状にして人工血管の代用とし、弓部置換に成功しました。弓部大動脈手術における第三の脳保護法となる可能性を持つ間歇陽圧逆行性脳灌流法（東大：河田、高本らによる）を臨床に導入し、有効性を確認しました。臨床に赤外線凝固を応用し電気的隔離を得ました。また、当院は救急医療にも力を入れています。医局員が少なく、杏林での10年間は夏季休暇と学会を除きほぼ通年24時間 on call で過ごしました。最近はチームに底力がついてきて、on call 体制が少し緩和されつつあり嬉しく思っています。この間に当院は東京都CCUネットワーク緊急大動脈重点病院に指定され、10年で開心術は倍増（まだ150例程ですが）し、末梢血管外科手術と合わせて年間500例弱の手術を行っています。平成23年から主任教授を拝命し現在に至っています。同時に、留学が縁となり杏林大学とクレルモンフェラン大学の2大学間交流協定が締結され、本年4月からM6学生の短期留学が始まります。

<思う事>

開心術は症例数が一定数を越える施設において安定した成績（低い死亡率）を得られることが分っていますが、本邦では欧米の約半数の症例を有する施設で欧米と同等の成績をあげています。欧米では術者一人で年間200例以上の心臓手術をこなさないと成績が保てないと言われています。日本では100例執刀する専門医も少数であるなか、

なぜ成績が良好なのでしょうか。興味深い事に、日本心臓血管外科学会成人データベース解析により、「熟練医が症例の少ない施設でバイパス手術を行った場合」と、「経験の浅い医師が症例の多い施設でバイパス手術を行った場合」では、後者の成績が良いことが分りました。チーム医療の力です。症例が少ない分、カンファランスで各症例に十分な時間をかけて検討が行われます。手術の当日、術者は病院に泊まります（当科では）。患者さん家族にとって、術後に執刀医師とチームが泊まってくれることほど安心なことはありませんし、手術を知る者が術後管理をすることは危険の察知と対応を早めます。200例執刀して病院に泊まることは不可能ですね。多くの要素が絡み合った結果、症例が少なくても好成績をあげているのが日本の心臓外科の特徴です。また、私達の時代は心エコー検査や心臓カテーテル検査も自分たちで行い、人工心肺も操作していました。これらの経験は現在の診療に大いに役立っています。今は専門化、分業化が進み、外科医がこれらを行うことはなくなりつつあります。PA、NP等の導入、施設集約化等による、手術の質の向上に主眼を置いた労働環境の整備、教育が必要であることは勿論です。しかし、難しい事ですが、欧米に倣った効率化だけでなく、日本の長所を生かした温かい医療、オリジナルの専門医教育制度、施設集約化が実現することを願っています。外科を志す若き医師達には論文を書くこともぜひ大切にしてほしいと思います。考察する、まとめて書く、修正する習慣は、手術「手技」で解決できない問題を解く力となってくれることでしょう。

杏林大学病院（東京都三鷹市）9階の自室からは、左手に秩父の山並みを、そして晴れた日には右手に遠くくっきりと筑波山が望めます。

振り返りますと、厳しい状況に身を置いた後で少し前に進めたような気がします。まだまだ未熟ですが心臓血管外科の発展に少しでも貢献できますよう、これからも努力して行きたいと思っています。

平成25年度 救急功労者・総務大臣表彰

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター

救命救急センター長 安田 貢

平成25年9月9日（月）に東京都千代田区大手町のKKRホテル東京において、総務大臣・消防庁長官・消防庁次長などが出席され、午後1時30分から式典が盛大に行われました。

総務大臣式辞の後、受賞者一人ひとりに新藤義孝総務大臣から表彰状及び記念品が授与されました。

この賞は、救急医療体制の整備、充実や、地域における安心・安全な社会の構築、公共の福祉増進に顕著な功績があった個人・団体に対して送られるものです。昭和57年度から実施されている「救急の日」および「救急医療週間」の期間中に行われ、平成21年度には中田義隆先生（筑波大学名誉教授・筑波メディカルセンター代表理事）が受賞されております。

私の受賞理由は、

1) 茨城県メディカルコントロール体制の確立に貢献

平成15年に病院前救護体制の質を向上するためのメディカルコントロール体制が開始されるにあたって、前年の準備委員会から同体制の整備に深く関与した。また、開始当初から県メディカルコントロール検討専門委員会委員（現副委員長）として現在までの10年以上にわたって、茨城県の病院前救護体制の充実に尽力した。

2) 救急救命士・救急隊員の蘇生教育に尽力

茨城県消防安全課と共に、平成16年度より救急隊員等を対象に一次救命処置及び二次救命処置研修を実施し、より高度な技術を持った救急隊員等の養成に努めた。平成25年度までに県内1,451



筆者（右）と同行した茨城県庁職員

名の救命士・救急隊員が資格を取得し、現場で活躍している。その技法を習得することで、患者への適切な処置と迅速な引継ぎが可能になり、救命効果の向上につながることから、現在も茨城県庁と共に活動を継続している。

3) 東日本大震災において医師等の派遣及び患者の受け入れなど救命活動に尽力

発災当日、茨城県内でもっとも震災被害の大きかった北茨城市にDMAT先遣隊として活動。地元医療機関への患者転院搬送を指揮し、茨城県医師会災害復興協議会大学病院・国立病院群副総括として災害医療支援活動を行った。

の3点でした。

先の2つの教育活動自体は地味なもので、目の前の患者さんに対する臨床からやや離れ、広く社会的で、すぐに結果が得られるものではありません。

メディカルコントロールや救急蘇生標準化教育

は、開始された当初は知名度も低く、実施に困難を生じることも少なくありませんでした。しかしながら、松村教授をはじめ、秦病院、筑波大学、水戸医療センター各勤務先の先輩・後輩そして同期の先生方の“亡個利他”活動へ理解が得られたからこそ10年以上継続でき、いただけた大臣表彰であると思っております。

来賓紹介、受賞者代表が謝辞を述べ式典は終了しました。今年度の総務大臣個人表彰は全国16名で、横田 日本医大救急主任教授、浅利 弘前大教授、小倉 岐阜大学教授、苅本 長崎県医師会長な

ど錚々たる顔ぶれのなかで、私は最年少でした。受賞を我が事のように喜んでくれた茨城県庁の方々、救急・消防関係の方々に深く感謝いたします。

授賞式の後、宮内庁担当者の案内で皇居見学が実施され、家内と共に貴重な経験をさせていただきました。

東日本大震災時の筑波大学附属病院での災害活動に対する、筑波大学最優秀教官賞（大学組織・地域貢献）に続き、今回の格式ある表彰を受け、今後ますます茨城県の病院前救護体制の充実と地域救急・災害医療に力を尽くす所存です。

平成25年度（第16回）筑波大学ホームカミングデー報告

平成25年11月3日

去る11月3日に、筑波大学中央体育館（旧総合体育館）において、平成25年度筑波大学ホームカミングデーが開催されました。

ホームカミングデーは、筑波大学卒業生と教職員が交流を深め、筑波大学の一層の発展に資することを目的に毎年行われており、学群・学部卒後20年（医学は18年）を経過した卒業生が招待され、今年は私達16回生が対象学年でした。

さらに、今年は筑波大学開学40周年にあたり、記念事業の一環として、開学当初に在籍していた1回生から4回生と関係教職員の招待もあり、参加者約500名という大盛況なイベントとなりました。医学からは1回生10名、2回生4名、3回生1名、4回生3名、16回生4名の計22名が参加しました。

第1部は、永田恭介学長のご挨拶、山海嘉之サイバニクス研究センター長・システム情報系教授による記念講演「筑波大学が拓く未来への

可能性」、筑波大学斬桐舞（きりきりまい）のYOSAKOIソーランのパフォーマンスとバラエティに富む内容でした。永田学長が「たくさん話したいことがあるので長くなります」と前置して話された、筑波大学の最新の研究や地域社会、国際社会への貢献についてのお話は、筑波大学に勤務していても知らなかった内容がたくさんあり、とても興味深く聞かせていただきました。

引き続き行われた第2部では、卒業生代表の方々が挨拶をされ、医学からは3回生の参議院議員足立信也先生がご挨拶をされました。

ホームカミングデーへの16回生の参加は4名と少なくて残念でしたが、十年ぶりに会った同級生もいて、とても懐かしく楽しい会でした。来年1月12日につくばにて16回生の同窓会が予定されており、その際にはぜひ多くの同級生と再会が出来ればと思っています。

（文責 16回生 瀬尾恵美子）

第16回生（平成6年度卒業）同窓会報告

平成26年1月12日

昨秋のホームカミングデーにおける同窓会の同時開催はかないませんでしたが、記念の会になる今回の同窓会は、郵送、Email、SNSなどできる限りの手を尽くし、同窓生に声をかけて準備に臨みました。7年ぶりの大々的な同窓会が、さる平成26年1月12日の夜に、TX研究学園駅前のホテルベストランド内のイタリアンレストランLa Portaで行われました。貸し切りでのパーティで、35名の同窓生が集いました。

受付を待っている間から早速、「おお、久しぶ

り！変わらないなあ！！」と再会を喜ぶ声があちこちから聞こえます。18時定刻に幹事代表の渡部厚一さんより挨拶があり、引き続き山崎明さんによる乾杯の音頭がとられ、大同窓会のスタートです。

残念ながら会場に来ることのできなかったメンバーからのメッセージも、スライドショーでスクリーンに映し出され、一緒に近況を確認しあっているような気持ちで会が進行しました。

しばしの歓談の後に、一人一人の近況報告で

す。1分間プレゼンの背景には、当時卒業アルバム製作委員だった小畠真奈さんによる、卒業写真ポートレートが映し出される演出がなされました。卒業時から変貌をとげた笑いあり、変わらぬ美しさ・若々しさへの感嘆の声あり、大変盛り上がりました。さらには、大江美佐里さんによる本場スイス仕込みホルン演奏、渡辺康志さんによるギター弾き語りでの歌の披露もあり、卒業生それぞれ専門分野での活躍はもちろんのこと、人生を楽しまれている様子がうかがわれました。

まだまだ話し足りない・・・そんな気持ちで2

時間が過ぎ、次回は7年後の2020年の開催を約束して閉会となりました。今回は参加できなかつた方にも当日の様子をお届けしたいと、プロのフォトグラファーに撮影を依頼して、Web album の作成を依頼する試みも行いました。アルバムにアクセスすると、その時の様子がリアルに思い出され、これからいつでも、遠くはなれていても6年間ともに過ごした仲間とのつながりを感じとることができそうに思います。

(文責 高屋敷(堀内) 明由美)



The Fledglings in a Paulownia tree

～桐で生い立つ若者たち～

今回は、筑波大学医学専門学群1回生、附属病院副病院長であり心臓血管外科教授の榎原謙先生へのインタビューを企画させていただきました。メインテーマは、「開学40周年を迎えて、筑波大学医学類の学生と卒業生に伝えたいこと」です。筑波大学でご活躍され様々な功績を残されている1回生の榎原先生にインタビューを行うことができ、とても貴重な体験をさせていただきました。学生企画ということで拙い質問も多い中、きさくにお答えいただきました榎原先生、誠にありがとうございました。

今回は、卒業生に向けて、学生に向けて、研修医の先生に向けてのメッセージや、先生の半生について、また教育について、筑波大学の未来について、と内容が多岐にわたりました。そのため、お読みになる先生方が一度で楽しめるよう、対談形式ではなく一問一答形式でまとめさせていただきました。

お読みになる先生方にこの記事を楽しんでいただけますと幸いです。

筑波大学医学群医学類5年
会報担当代表 中野登和子

「榎原 謙先生 インタビュー」

筑波大学附属病院 副病院長
筑波大学医学医療系 心臓血管外科 教授

日 時：平成25年9月25日

場 所：筑波大学構内

略歴



筑波大学附属病院副病院長

榎原 謙（さかきばら ゆづる）

1980年3月（昭和55年）

筑波大学医学専門学群卒業

1980年4月 筑波大学附属病院外科医員（研修医）

1982年4月 筑波大学附属病院外科医員

1984年7月 Massachusetts General Hospital・Harvard 大学外科研究員

1985年10月 三井記念病院循環器外科チーフレジデント

1986年11月 筑波大学臨床医学系外科（呼吸器・循環器）講師

1994年12月 筑波記念病院心臓血管外科部長

1996年1月

筑波大学臨床医学系外科（呼吸器・循環器）講師

2001年3月

筑波大学臨床医学系外科（呼吸器・循環器）教授

2004年4月

筑波大学大学院人間総合科学研究所呼吸器・循環器外科 教授

2006年4月

筑波大学大学院人間総合科学研究所機能制御医学専攻長併任

2009年4月

筑波大学臨床医学系外科（循環器）教授

2009年4月

筑波大学臨床医学系長併任

2009年4月

筑波大学大学院人間総合科学研究所疾患制御医学専攻長併任

2012年4月

筑波大学医学医療系心臓血管外科教授

2013年4月

筑波大学附属病院副病院長併任
現在に至る

「開学40周年を迎えて、筑波大学医学類の学生と卒業生に伝えたいこと」

＜先生はなぜ筑波大学に入学されたのですか？＞

僕の伯父が新設される筑波大学に勤めることになつて、「お前も来たらどうだ」という話でした。僕自身はそれまで茨城県に一度も足を踏み入れたこともなく、試験も東京（前身の東京教育大学茗荷谷校舎）であったので、まったくこの地を見る事もなく受験して合格してしまったという状況でした。何のために作られた大学なのかも、どの程度出来上がっているのかも全く知らない状況で、茨城県新治郡桜村まで来たのですね。

6月末頃大学が完成して、土浦まで初めて乗る常磐線で、そこから関鉄バスに揺られて大学まで来たのだけど、ただ呆然とするほど何もない。東大通りがまだ泥みたいな道路で、途切れ途切れある。陸上競技場と、体芸の体育館、それと、平砂の宿舎と体芸棟、それだけしかない。しかも、1年目は体育と医学と第一学群しか開講しなかつたので、1回生は人数が少ないので。雨の日は、平砂から体芸棟までサンダルを履いて行って向こうで足の泥を洗うか、長靴を履いてなんとか濡れないように行くか、どちらかしか選択肢はない。そんな感じのところでやつてました。

＜初めてきたときの印象は、いかがでしたか？＞

極めて悪いね、良いはずがない。涙が出そうでした。「こんなところに来たのかよ」という感じで…。正直次の年に他の大学を受けなおそうかとも思いました。みんなで寮で遊んでいただけっていう生活でしたね。ただ、その中に数人の極めて積極的に医学教育に闘志を燃やしていた先生方がいらしたんです。何年かして学長になられた生化学の阿南先生とか、基礎医学の三好先生とか大島先生とか。そういう先生方と飲みながら、「なんだかよくわかんねえな」と話していました。その当時は病院も未建設で、医学群そのものの建物も全くなかったので、何のイメージも湧きませんでした。僕らが入学したのは昭和49年だけど、3年後の52年に病院が出来ました。当時の写真を見れば分かるけど、すっからかんですよ。何もない。

今の航空写真とは全く別物のような感じです。そういうところだったので、正直一刻も早くここを抜け出そうと思いましたね。でも結局は、大学時代はバスケットボールとか色々やりながら遊んで過ごしていた、ということです。



＜当時の勉強生活はどうでしたか？＞

僕らの頃は国家試験が春と秋と2回ありました。だけど、ほとんどの人は春合格するから、春に落ちると恥ずかしいんです。そこで、自分で勉強するのが嫌だから、みんなで遊べる環境を逆手にとって、ECFMGとか医師国家試験とかの勉強会を作りました。他に行くところもないし、みんなでどこかに集まって『勉強するしかなさそう？ 気が進む訳ではないが、しょうがねえやるしかないぞ』っていう感じでしたね。もし上級生の実績があれば、例えば70番くらいまでなら通るとか、それを目標にしてみんなで頑張れるんだろうけれども、初めてだから良く分からない。けれど、みんなで勉強したことが、今の筑波の勉強会の歴史になっていると思いますね。あれは筑波の特徴であり、国試の成績が良かった重要なファクターの一つになっていると思います。

自分ひとりで勉強することは、やっぱり難しい。だから、必ずしも勉学を得意としない人たちもまた卷き込んで勉強会に参加して、みんなで一緒に最大の関門をクリアするという歴史は続けて欲しいなと思います。総合試験を3回から5回に増やしたって国試の合格率は上がらない、重要なのはみんなで東になってやること。今も勉強会

は続いているけれど、勉強会に参加できる雰囲気を残すことが極めて重要だと思いますね。現在の入学試験をパスした人の学力は一定のレベル以上であることは間違いない訳だから、多少学生時代にさぼっていようが、うまく束になってやっていれば国家試験も問題ないでしょう。

＜どうして医学専門学群卒業後に筑波大学附属病院の研修に進まれたのですか？＞

今のような必須の研修はなかったけれど、医者になるにあたり研修をしなければとみんなが思っていましたね。当時のレジデントの枠は1学年に30人分しかないから、70人ぐらいは筑波大外に研修に出るというシステムでした。みんな外へ一生懸命採用試験を受けに行ったり、故郷へ帰ったりで、卒業後にはバッと別れましたね。今のように母校である筑波大に残れっていう指令に変わったのは数年後でした。

僕は、M6の秋頃までは卒後は東京へ行くつもりでした。女子医大に行くか三井記念の外科のレジデントかで迷っていたら、僕を最初に筑波に連れてきてくれた伯父さんが病氣で亡くなる寸前だったのだけど、「大学に残ったほうがいいんじゃない？」って一言言われて、外の試験も受けることなくここへ残りました。それで、気がついたら筑波にずっといる感じですね。

僕の親父や伯父をはじめとして親族にも心臓外科医が多かったので、なんとなく外科に、そしてなんとなく心臓外科医になって、恥ずかしながら自分で何か選択してる場面はあまりなく流されてこれまでやってきました。当時、研修期間終了時に専門外科選択について希望を出すことになっていたのだけど、僕は北茨城市立病院にローテーションで出ていました。筑波に戻ってきたら、当時の講師の先生に「お前は心臓血管外科でいいんだよな。出しといたよ。」と言われて。自分としては、人の生き死に関与する科しか面白くないっていうのがあったので、実は脳外科と心臓外科で迷っていたのだけど、嫌なこともないからまあいいかなって思いました。そういうことで、あまり自分の意思を自ら示すことなくこの道に引きずり

込まれて、その後大学にずっといる感じです。そのあとも、「国がこれだけ力を入れているから、筑波は良くなる」なんて話を真に受けて…やっぱり、いい意味で流されたのかな。

＜先生は海外でも研修されていましたよね？＞

僕はひょんなことで行ける話になって、卒業後5年の夏に、ハーバードのマサチューセッツ総合病院（MGH）に行きました。僕らを育ててくれた先々代の僕の科の教授、故 堀 原一先生は、筑波の医学系教育のシステムを中心になって作った先生なんです。全然知らなかったのだけど、その先生がその昔マサチューセッツ総合病院に行っていたことがあったそうで、先生が友達がいるからとアメリカに遊びに行かれて帰ってきたら、2年後から1人誰か MGH に行ける話になっていました。それで、当時の同期の研修医とか後輩と、誰がどこに行くか相談した時に、お前アメリカ行けって言われましてね。でもその時、英語も話せないし、アメリカに行ったこともなかった。行きたいっていうよりも降って湧いたような話でしたね。

それで、東京に就職していた同級生が半年ほど先にロサンゼルスのこども病院に研究に行っていて、向こうの話を聞きました。けれど、マサチューセッツに行ったら話と全く雰囲気が違っていて。「えー、ここあと1年いられねーよ」と最初は思いましたね。しかも、アパートは決まっていないし、決め方も分からない。ソーシャルセキュリティーナンバーを取らないといけないけれど、どうやつたらいいか分からぬ。運転免許を取りに行くのも困りましたね。アパートの契約書も膨大な英語の羅列で、サインしていいのか分からない。そんなこんなで最初は1か月以上アパートが決まらなくてね、ホテルとか適当なところに泊まってふらふらしていました。

ここだけの話、実は、世界で超一流の病院だってことを知らない状態で、そこに給料をもらって行ってしまったんですね。もっと上の人達で給料をもらえない人がいっぱいいて、なんでお前が給料もらっているんだって、文句を言われたりしま

した。そんな感じで放り出され、ヒーヒー言いながら何とか頑張りましたよ。

＜海外に一年行かれて変わったことや、そういう経験を後輩にさせてあげたいという思いはありますか？＞

もちろん、それは強くありましたね。約1年3か月滞在したのですが、1年くらい過ごしてから、これはすごい事だと気が付いて。それまでは、日々のことをやるだけで必死でした。当時はメールがないから、外国人上司からFAXで論文のサマリーとかが送られてくるのだけど、それを見ていると朝になってしまふ。で、これは多分意味があると思うから、これも読んでおけって追加される。右も左も分からないうちに図書館と家と研究室中を行ったり来たりっていう生活になって、これは厳しいなって感じましたね。でも、厳しかったけれど、最後の頃、これは意味があるから他の人も続けて来て欲しいと思いました。

僕の次は、3回生で現在は府中の都立小児総合医療センターの厚美君が、その後は7回生の人が行きました。ということで結局3人しか行けていないけれど、でもなるべく行けるようにしてやろうと思いました。それ以外にも色々努力して、今筑波大学の心臓外科からは大体半分以上の人アメリカに行っているんじゃないですかね。フィンランド・ボルドー・カナダのトロントとバンクーバーなんかにも。

チャンスがあったら君たちもぜひ行くべきだと僕は思います。ただ、臨床で海外に行くのはハードルが高いので、行く目的は必ずしも臨床にこだわる必要はなくて研究でもいいと思います。海外の生活をすると、外国人も含めて同じことを考えているのだなっていうことが良く分かるし、僕たちも負けていないなっていうのが良く分かります。だから、行けたら行った方が良いのではないでしょうか。



＜アメリカから帰国されたあとは、すぐに筑波に戻られたのですか？＞

卒後にマサチューセッツから東京の三井記念病院に戻りました。そこでチーフレジデントとして在籍して、他には一般外科からのローテーターと、千葉から来た、院に行っていてあまり臨床的な経験の少ない別のチーフレジデントと、あと若い人が二人いて、彼らと一緒に仕事をしました。彼らは非常に優秀で、「目からうろこ」の時がありましたね。若い二人は、筑駒卒業の同級生で、一方は高校時代成績優秀につき1年間アメリカに留学に行き理Ⅲに行って、もう一方は理Ⅲに落ちて医科歯科に行って、三井のレジデントに同じタイミングで入った。二人ともすごく優秀なんだけれど…仲が悪くて。けれど、相手のことはむちゃくちゃ言ったりするけれど、自分が努力することに関しては絶対に手抜きしないところはすごいと思いました。ある時、僕が「こんなやり方はやりづらいから変えよう」って言ったら、「いや先生、三井に来たら三井の流儀でやってもらわないと困りますよ」って1年生に言われましてね…こいつただもんじゃねえなって思いました。そうは言しながらも1年生だから抜けているところもあったけれど、あれだけ努力する能力を持った連中と一緒に仕事をすると、こちらがとても良いトレーニングをさせられました。同時に、こいつらに教えられることを言わなければと思った途端に、本を読んだりしましたね。だから、自分の身をどこに置いているか、また自分の置かれている立場を正確に理解することが非常に重要です。

その後は、筑波大学の教員の席が空いたので筑波に戻りました。1年か2年後輩の人達がチーフレジデントのところへ講師として来たので、「自分が今までこうやるのをこう見てきたので、こういう手術を筑波大学病院でもやっていきたい」と伝えました。これに最大限の協力をしてくれたことは、僕にとって一番嬉しいことでしたね。でも協力をしてくれた仲間も年齢が極めて近かったので、その人達も一緒に伸びていかないと絶対にうまくいかない状況でした。幸運にも僕の後輩は心臓外科志望が非常に多く、優秀な人が多かったです。上に一人いた先生は弘前大学の教授になっています。あと僕の同級生は西南医療センター病院で活躍しています。僕のすぐ下とその下の学年にも五人ずついました。2回生は、今はメディカルセンター病院の院長の軸屋先生ですね。あとは関西医大の心臓血管外科教授になっている人もいます。それ以外もみんな今も頑張っていて、オーバーフローといえばオーバーフローだけど、さっきお話をしたとおり、みんながそれぞれ若い頃他流試合をやっているわけです。

僕もボストン、三井に行って、世の中の超トップレベルで夜も寝ないような生活だったのは大変でしたが、今となってはそれが非常に役に立っています。そのような時代を経て、「一人じゃできないから、みんなと一緒にやっていかなきゃいけない」と理解したところで、教育や、いかに一緒にやってもらえるか、その人たちも一緒に伸びてもらってやれるような環境を整えるか、ということを考えることができました。一回好循環に入ってくると、俄然違うと思いますよ。

＜お父様も心臓血管外科をご専門ですが、開業はお考えにならなかったのですか？＞

僕は親も心臓外科の病院をしていたので、そこに戻ってくると親は思っていたんじゃないですかね。人の人生は分からぬ。アメリカから帰ってきて、突然親父がきて「お前どうすんだ？」って話になって。頑張って父親の病院でやるかって話を突き付けられたけど、卒業してまだ7年目か8年目だったから、とても一人前に心臓血管外科医

としてやれる自信がなくてね。だから「そんなことできねえよ。」って言ったら、その時親父がすごくさみしそうな顔をしていました。その後、僕がいなくてもやっていけるような病院の体制を親父は作ったのですが、今年になって思うと痛々しいことをしたなって思います。でも、若いうちは分からなかつたなあ。

＜どのように医師としてキャリアを積んでいくのが良いと思われますか？＞

自分自身に実力がつかない限りはどこに行っても何もできないから、逃げないで色々なものを蓄積して自分自身が高まっていくってことがベースになると思います。そうすれば必ず活躍する場はあるんですよ。だって基本的には医者が足りないわけですから。医師不足だからこそ、そこで頑張れるような医者になって欲しいと思います。足りない時に「あの医者じゃあいてもしょうがない」って言われたらもうどうにもならない。例えば、どこかで研修していて、「あの人、このままここに留まって欲しい」って言われるような医者であればいい。だから小手先のことだけじゃなく、そういう医者をまずは目指して欲しいです。その中で研究とか教育とかに興味のある人はそういうものにもアンテナをしっかりと立てて、取らなきゃいけない資格とか大学院に進むとか、そういうことをタイムリーにしっかりとこなしていくべきだと思います。

でもまずは95%以上の人には臨床医になるわけだから、臨床医として、自分がどれだけのものかって判断すればいいと思いますよ。残りの5%の人は、自分はその方向に行くんだって決まっていれば、あまり迷うことなく一刻も早くそっちの方で頑張った方がいいかもしれません。医師免許を持っていれば確かに後で潰しは効くけれど、4年間、最低2年は無駄になってしまふから、本当に研究したいならガット研究に行ってもいいんじゃないかなって気がします。

柳沢正史先生なんかまさにそういった感じでしたね。彼がM5で病院実習に回ってきた時、心臓外科と薬理に興味があると言っていて、心臓

外科に来ると思っていたから、「えー、薬理かよー」って思ったんだけど…彼の能力はそんなものじゃなかったんだね。

色々な人生があると思うのですが、最初から道を狭めないことが肝要です。人生は時間が経つと必然的に進める道が狭くなりますから、最初から進める道を狭めて「この道しかない」というのは、出来上がりが早いように見えて、人生の充実感を得るために豊かでしょうか。大きな満足を得られる可能性は低いのでは、と僕は思います。広く広く見て、進む時は決断する。この道のスペシャリストを目指そうと思ったら、集中して取り組めばいいと思います。それが上手くいかなくとも、恥じることじゃないですから。

＜専門領域で上手くいかなかつたときは、どうしたらいいのでしょうか？＞

僕は、本当は General physician のリトレーニングシステムを作るのが重要だと思っています。要するに、スペシャリストを目指して最終的に「自分が目指しているのはここではない」となった時、そこから一般的な医療、General physician みたいに地域医療に貢献していくのは難しい。決心したその時点では、最新の総合医療に必要な知識と技術を習得もしていないので、多様な状況を抱える患者さんを前に、社会に通用するレベルでは診られないかもしれません。例えば、最初10年間心臓血管外科医をやっていた人でも総合的な観点から患者さんを診ることはできますが、患者さんに要求される全てをクリアする能力は備わっていないでしょう。その状態で社会に出るのではなく、リトレーニングするメカニズム、システムがないといけないと僕は思います。

それさえあれば、最初から恐れることなく救急医療や好きな Specialty を選択できると思います。若いうちは、好きな専門分野で大活躍する場を踏んで医師としての見識を高めてもらうことを通じて、質の高い医療に参画したという強い自信と満足感を得てもらうことが重要です。その内人生色々ある訳でその道に見切りをつける人が出でくれば、リルーティングが可能な援助をするステ

ムに参加できる、ということです。

今現在、Specialty と General の両方を思い描きながらどちらへも行ける両立型の Specialty 選択を意識している方も多いでしょう。だから、医師として良い時期に最初からガッとする科に入っこない。例えば、救急を専門にしたいと希望する人は多いけれど、50すぎて救急車とかドクターへりに乗るのはちょっと厳しいですね。だから逆に、ガッといける期間っていうのはそんなに長くないということです。やっぱり若い、ガッと飛んでいってくれる人が救急の現場にいなきゃいけない。残念ながら今はまだ良いメカニズム、システムがないけれど、必ずできてくると思います。

＜1回生からみて、筑波は変わりましたか？＞

正直、気質は大分変わってきてると思います。時代もそうだったのかもしれないけれど、当時はがむしゃらにやるしかなかったし、「ヘビなことが美しい」ということがありました。今は全然ないと思うけれど、よりハードな環境で働くのが良いと皆思っていたと思う。それがひとつの使命じゃないかなって思い込んでしまったというのもあると思うけどね。僕の同級生も大学に残った30人のうち17人は外科系でした。だから、そういう意味で、当時の気質は少し違ったと思います。

筑波としての雰囲気は、良くも悪くも普通になつたのでしょうか。中には極端に激しい道を求める人もいますが、少し平穏な道を求める人が多いような気がします。当然、世の中の流れとかトレンドがあるので当たり前だと思いますし、それは賢明な方法なのかもしれないけれど、一応みんな税金で育てられているっていうことを理解しておく必要があると思います。もちろん平穏な家庭生活を壊すなんていう訳じゃないけど、そういった使命を帯びているんだということも理解してもらいたい。

1回生の時は女性医師は少なかったですが、最近は増えてきましたね。震災の年は女子学生が男子学生を逆転しています。ただ、女医さんに関しては実際にデータが出ていて、第一子出生後に仕

事に戻って来る人は結構多いのだけど、第二子出生後に俄然減ってしまう。この医師不足の状況においては、女性の医師免許を持っている人たちは即戦力なんですよね。医学部の学生を増やしても、6年後にならなければ増えない。だから、免許のある女性達を上手くサポートできる物やシステムがあれば、研修を受けて働くことができる。即戦力になる人達がもう一度活躍するためにも、サポート体制の充実が必要だと思います。女医さんへのサポートはこれからも是非すすめていって欲しいですね。



＜開学から40年経って、筑波大卒の先生方が多く教員になられています。先生方は母校でどの様な医者を育成したいと思われているのでしょうか？＞

大学開校時としては、「良医を創る」がキャッチフレーズで、優秀な臨床医を育てるのが目的でした。今、筑波はリサーチユニバーシティーというものを掲げている大学のひとつですから、研究を無視する訳にはいかない。けれど、臨床に関して、臨床研究がやりやすい環境かという疑問を自分に投げかけると、はっきりとイエスとは言えない状況だろうと思います。

というのは、筑波大学は国立なので、教育とか研究とか色々なものをバランスよくやって来たから特化しているものがないのです。私立であれば、お金を稼ぐ必要があるわけだから臨床のある分野に特化した大学も多いのだけれど。例えば、ある薬の効果に対する臨床治験をどれぐらい持つて

来られるかも、結局どれくらい多くの患者さんをどの様に診ているかということで決まります。「自分達で作った物を、自分達で臨床で検証して、使える物にする」というのが一番美しい形であるとは思うけれど、そもそもいかない場合が多いから、どこかで導入された物でもその有効性を検証できる病院群が必要になります。それには、ある程度の症例数とアクティビティーを持っている病院が選ばれる。この辺りがまだ筑波大学附属病院は少しパワー不足ではないでしょうか。人の数、物は充実してきたと思うけれど、それに伴って研究のレベル、ベースの学力も上がらなければならないと思います。

あとは、病院の中に本当の意味での臨床魂がなければならないかなと思います。研究をやる施設でただ患者さんを寝かせておく訳ではないので、病院の中に研究施設をただ作るだけではいけません。研究ができるような患者さん群を手元に持ち、きちんとしたサービスをしながら、フォローアップされた所に仕掛けがされないと、新しいこと（知見）は出てこないと思います。

そのようなベース作りでまだ不十分なところがありますが、それができれば今後は良い状態になると思いますよ。一方で、大きな病棟を作ったから、借金を返していくようにならなきゃいけない。保険点数は厳しい治療ほど高いから、ぬるま湯につかっていては借金は返せないわけだし、難しいところですね。臨床ベースで経営してゆくという形を重視し始めたのが遅かったから、それが補強されてくれれば、より盤石に近い形になってくるのではないかでしょうか。

＜昔はアメリカ、ドイツ、日本が医療の先進国でしたが、今は中国や韓国も力をつけてきていると聞きます。日本の現在の立ち位置について、また、今後はどうしたら良いと思われますか？＞

日本が弱くなっているのか諸外国が強くなっているのかは分からぬけど、研究力に関しては必ずしも日本全盛ではないと思います。これから研究力を上げるためにには、研究機関の集約化が必要ではないでしょうか。競うことは重要かもしれない

いけれども、正直同じ研究をする所は10数個も必要ない。文科省からしても、もう少し集約化できたほうが経済的にも良いのでしょう。でも、それをしてると働く場を失う人も出てくるから、それは認められない。頑張るって話になる訳だけど、現実はそれでは厳しいと思います。いま日本がトップレベルの研究に関しては、これからもトップレベルの研究であるということを目指す方にやってもらうことになるんだと思います。そのトップっていうのが何を意味するのか難しいのだけれど。

医療現場に関しても同じですね。病院ももっと集約化したほうが良いと思うけれど、実際にはそれはさらにやりににくい状況ですね。けれど、今後は多分日本はお金がないから、最終的にどうにもならなくて集約化されるのではないかなと思います。日本のほとんどの病院が戦後復興期に建てられているから、外は綺麗でも築30～40年の建物で、改修・新築をしなければいけません。既にクリア出来ている所はすごく優良な病院で、ほとんどの病院は課題を抱えている状況です。そうすると、例えば5キロしか離れてないところに病院が二つあって、両方とも直すのに10億円ずつかかるとする。でも一緒にしたら、10億円かけたらもっと良いものになるし、倍の医者の数になれば仕事を倍以上できる。集約化ってそういうことですよ。ただ、あの病院を作ったのは医師会で、あつちは済生会、あれは国立で…というようなのが出てくると、みんなが譲ってくれないと集約はできないんです。多分それが今一番困っている所だと思います。

茨城でも集約化は取り組みたいですね。もちろん茨城は広いし、病院が多くあれば便利だと思うけれど、全ての病院が全部の科を提供できている訳じゃない。例えば心臓外科でいうと、この職を引き継いだ時には、医局の中から13の病院に心臓外科医を派遣するチームでした。13年経って今は、1箇所にいる人の数を増やさないと手術できないのと、一定の症例数がないと専門医を作る施設として認められないから、数は六つか七つに減っています。こういう意味でも、茨城県主導の集約化は必要だと思います。

＜新しい専門医のシステムについてはどう思われますか？＞

今のM5から新しい専門医システムが導入されます。今まで、1箇所の機関で全部育てられるならそれで良いとしていましたけど、今度は病院をいくつか群にして、その病院群の中で研修させができるシステムに変わります。筑波はそういうことを昔からしてきたので、ある意味大きくは変わらないんだけど、一般病院が随分変わってきて、特に市中病院は大きな影響を受けると思います。

それから、僕が勝手に今のところ思っていることだけれど、もう一つは地域枠の人たちは多少影響を受けると思います。例えば、心臓外科になりたい人がいたとします。ただ、地域枠で9年間縛られたとしたら、全ての病院が研修できる訳ではないので、そのうち4～5年間はきちんと研修できる病院にはいけないかもしれません。そうすると、その科そのものを選べない人も出てくるかもしれません。すると、自治医大などと比較してobligationのお金が低いから、じゃあ払えばいいという話になってしまう。状況によっては、最初からウチに勤めたら返金してあげるという病院も出てくるかも。そう言う人がいっぱい出てくることを僕は強く憂いでいて、大きな懸念事項だと思います。これがいろんな意味で地域枠の医学生の気持ちを揺さぶる感じはありますね。

＜例えば、専門医になるにしても枠がある程度決まってくる可能性があるということですか？＞

すぐには無いと思います。フランスみたいな状態にはそう簡単にはならないと思うけれど。フランスはもう究極のマッチングで、学生時代から違います。僕が直接交渉に行ったのはボルドー第二大学だから、ここのことしか知らないけれど、そこは毎年3300人の医学部新入生が入学します。けれどその中には仏領サモア出身とか、全仏中の色々な地域から集まってきたトップクラスの人とかが含まれます。だけどそこから選に耐えうる人のみに振り落としていく。1年から2年に上がるところで、330人になるんですよ。1年の授業は、

午前の部1500人、午後の部1500人。それで教室をまた二つに分けて700人ずつくらいの教室にして、講師が一人で授業をやってスカイプで他の部屋に飛ばしている。それで、1年生の時の試験がとても重要で、そこでパスできないと全員バイバイになってしまふ。現職の教授が、「あれほど嫌な時期はない、人生で一番きつい」と言っていました。で結局、330っていうのがポイントで、残りの5年間かけて30人またバイバイになる訳ですね。最後までそこの縛りはかけ続けて、300人だけが卒業する。で、試験官は300人に順位を付け、この順位だったらパリ行くなら内科は無理だ、皮膚科ならパリに来られる、とか、内科ならアルブスの方に行かなければいけないとか。そういうように、みんなにオートレギュレーションがかかるような形で、みんなが科と勤める地域とを自らにマッチングさせていくようなシステムになっているらしいです。その点日本だと自由に選べるし、しばらくは大丈夫だと思いますよ。

＜研修先に関して何かお考えがあれば教えてください＞

周りの雰囲気は絶対ありますよね。例えば、自分が仲良くしている人たち皆が東京に行く話になった時に、自分も一度東京に行って働いてみたいと思うでしょう。大学の傍でずっと暮らして土地勘もついたし、面倒くさいからとりあえず初期研修くらいはこっちでやっちゃうかという人も大勢いると思います。そういう人がいれば、「あいつがそう言っているんだから俺も大学でいいや」っていう人がでてくる。逆に、「いや待てよ、おれはどうしてもこっちなんだ」と違うことをやる人が非常に不思議な存在として周りに映し出される時もあるでしょう。人との比較というか、葛藤は絶えずあると思います。

ひとつ言えることは、僕は、給与のために特定の地域に行って研修をするのは絶対に選ばないで欲しいということです。正直、田舎に行くと、高給をもらえて研修できる所はあります。もちろんその研修の実績があるならば、僻地に行こうがどこに行こうが、ちゃんと研修として役に立ってい

るのだったら良いと思うのだけどね。単純に給与だけで決めるのは良くないと思いますね。

あとは、必ずしもスペシャリストである必要はないと思いますが、General physician になったとしても、自分たちが吸収して学んでいく姿勢が身に付くトレーニングのある病院が良いと思います。ただ、そういうトレーニングを比較的無視した一般病院の初期研修っていうのも実は存在しています。だから、そういうところで時間を使うのはどうかな、という気はしますね。

＜やはり医師になって最初の頃が大事ということでしょうか？＞

きわめて大事だと思います。買ってでも苦労した方がいい。申し訳ないけれども、そこを手抜きすると、後の頑張り踏ん張りが利かなくなってしまう。誰だって最初は何にも分かってない、けれど人の命を預かって何かしなければいけない。何科に行こうともね。だから、分かっていないことを自分で認めざるを得ない状況である以上、最初が勉強して吸収しなければいけない一番大切な時期でしょう。例えば、日々働いている時に、学ぶべきことが明解になるとか、実際に指導者と一緒に治療してみてその効果を実感できたことに感銘を受けるとか、いかに研修時代を濃密に過ごすかっていうのが重要だと思いませんか？医師になって最初の頃の考え方とか心構え、先輩医師から吸収できるものの質の高さが、そのお医者さんの将来の生き方にとても影響すると思います。僕はそこがすごく重要だと思っていて、早く専門医を取れるから一般病院で1年2年やってみてはと言う人もいるけれど、この考えは上手くないなという感じがしますね。その意味でも、筑波大学で働くのはとても有益だと思います。

＜筑波大学で働くことに、具体的に何かメリットはあるのですか？＞

精神論的な話を変えて、最初に研修する施設で多少君たちの将来が左右されるということについて、データを示しながらお話ししましょう。僕が大学院の専攻長時代に調べたデータですが、筑波大

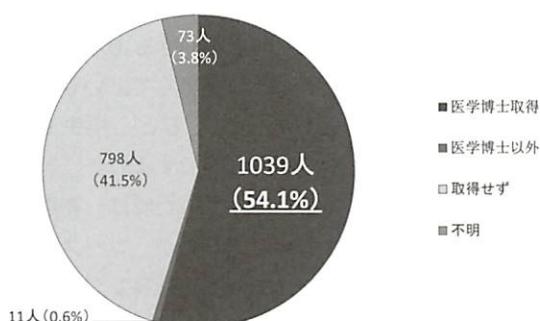
学に残った人は他大学に残った人よりも1年早く学位を取っていることが分かりました。初期研修を筑波大学附属病院で受けた人が学位を取ったのが平均卒業後8.9年に対して、他大学に出て初期研修をした人は平均卒後9.9年で学位を取っています。もちろん他大学に残った人は筑波大学に残った人と同様に頑張っていると理解すべきと思っていますが、学位に関しては差がはっきり出ています。また、この調査をしたときの驚きの一つは、女性の学位取得への意欲とその達成度が43%と予想外に高く、驚嘆に値するものだったということです。それから、最初に一般病院で研修している人たちの学位取得率というのは、必ずしも高くない（大学病院で働き始めた人のうち約60%が学位取得するのに対して、一般病院で研修

を始めた人の学位取得率は37%と少し低い印象は否めません）。筑波大学に残るメリットはそういうことだろうと思いますね。

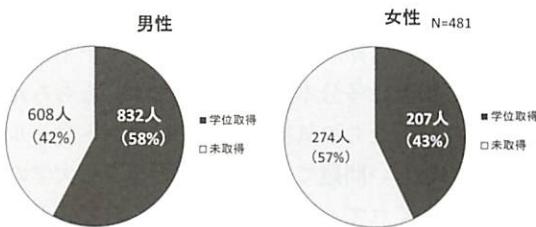
中にいても良いし、外にいても良いけれど、お金だとかそういうことじゃなくて、海外だとか、キラキラしている舞台に頑張って行ってもらいたいと思いますね。そうすると、皆さんの人生が少し変わってくるんじゃないかなという気がします。

僕らがいかに非効率的に生活しているかは自身でもよく分かないので…決して同じ道を進めてはならんという思いも無いわけではないです。ただ、流されてきた人生とはいえ、やりがいはあったと思います。僕のような形の人もいるし、飛び出して一生懸命やっている人もいるし、それは人それ

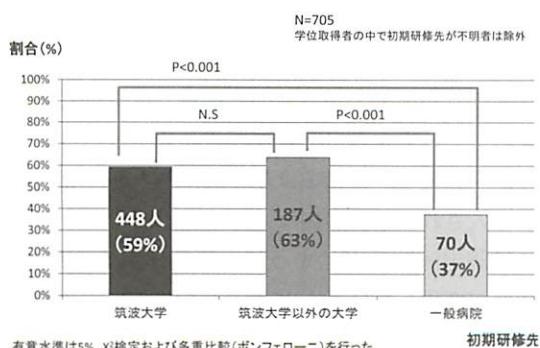
20回生までの全卒業生の博士学位取得状況



性別の学位取得割合



初期研修機関別 学位取得割合



大学卒業から学位を取得するまでの年数
『筑波大学で取得』と『筑波大学以外の大学で取得』による比較

	人数	平均 取得年	信頼区間 (下限)	信頼区間 (上限)	P値
筑波大学で取得	720人	8.9年	8.7	9.1	P<0.0001
筑波大学以外の 大学で取得	315人	9.9年	9.6	10.3	

有意水準5%とし、対応のない検定を行った。
筑波大学と筑波大学以外の大学間で、学位取得までの年数に有意差が見られた。

それでしょう。だけど、中のものもよく見た上で外に目を向ける力を持つことが大事で、今度は逆に、外に出て行ったからにはそこで何かできるようになるくらい頑張ってもらいたい。筑波の医学の卒業生でも、外に行って頑張って偉くなつた人はいっぱいいます。それは、頑張らなければと思っていたら色々なことが良く作用したのだろうと思います。これがうまく継続していくと良いですね。もちろん、僕の同級生も最後までたくさん中に残っているわけではありません。残る人も絶対に必要だけど、色々な時点で、色々な外に向けて、色々なモーションというか、仕事を得ていく人がたくさんいる。その人たちの総和の力が筑波の医学のOBの力ということになるのでしょうか。

これは僕が人に言われたことなのですが、大学にとって一番大事なのは入学試験。どれだけ優秀な、どれだけ可能性のある人を仲間として呼び込めるかの人選は極めて重要だと。その次は教授選。そのリーダーに、筑波大を本当に好きな、自分のためだけではなくて筑波大のために働いてくれる人を選べるか。それで大学のクオリティが変わる。この話は多分本当だと思います。もちろん教授選は自分たちの気持ちだけではコントロールできない難しい問題でありますけど、でも大学の中に残ってくれて、ある程度やってくれる人がいなきや、外から来る人たちの波になかなか勝てないですよね。そういう意味でも、中に残ってくれる人の人数は重要なと思います。

だから逆に、初期研修のあとに戻ってくる価値があると思わせるくらいの内容が、僕らになければいけないんだろうとは思います。一緒にやっていける人数が増えることが、その大学の本当の意味での強さに繋がる。例えば名古屋・岡山・東北大などは初期研修のマッチング率は低いけれど、後期研修になった時にたくさん戻ってくる。筑波の場合、初期のマッチング率はいいけれど、後期研修でさらに抜けてしまうこともあります。ずいぶん良くなつては来ているんだけど、そこがちょっと今の課題だと思っています。もっと、みんなが筑波大を好きになれるようなものがなけれ

ばいけないですね。

＜入学したときは全部診れるお医者さんに憧れていたのですが、今の専門を決めないと入局できないシステムはどう思われますか？＞

それは筑波の特徴であり、少し残念なところでもあり、これからどう変わっていくのかというところもあると思いますね。というのは、臓器別に授業を組んだ関係上、診療グループも臓器別にした経緯があります。そう言う意味で、Specialtyに属することを必須の条件として求めてしまう体制に医局がなっています。他大学も近い形になってはいるけれども、まだ大きい第一外科とか第一内科といった縛りがあるでしょう。そうすると、第一内科の中には消化器内科と血液内科と腎臓内科がある。そのうちのどれかっていうのを選べるチャンスが数年先にあるんですね。例えば、胸部外科もそうですね。4～5年経った時に呼吸器外科と循環器外科と食道外科からSpecialtyを選ぶから、最初に入ってきた時に選ぶ必要はない。お互い向き不向きもあるのを見て決められるわけです。それが無くて、いきなりSpecialtyっていう話になると、学生もそこまで決断して選ぶのは厳しいですよね。

僕らがトレーニングを受けていた時は、初期研修のシステムはありませんでしたが、コースが外科と内科に大きく分かれてい、外科レジデントの中には整形外科も眼科も全部入っていて、必須のローテーションがある程度決まっていました。そういう少し大きい枠のほうがいいのかもしれないですね。でも、そういう形で専門医制度が整えられていないから、少し難しいかもしれません。専門医制度の変わる今の5年生がどういう形になっていくのかが次のマーカーでしょう。色々なシステムが出来上がってしていく過程では皆少しづつ変わっていくから、それなりの功罪を被るっていうか…。僕も、その頃は認定医でしたが、専門医が導入された最初の口なんですね。僕の年から外科認定医制度が始まって、証書はあるけれど、制度が変化してほとんど意味がなくなってしまいました。色々証書は持っているけれど、つまらな

いものに振り回されている感じはしますね。

＜今は良く分からないので、専門医を取るのは一大事みたいに感じるのですが…？＞

うん、一大事。内科専門医、外科専門医っていう大きいところの専門医は絶対持っておかないとまずいですから。で、二階部分の専門医をキープして一生持てるかが大変です。三階部分っていうのも今は出てきて、三階部分には二階部分がなくとも取れるものがあったりとか、逃げ道的にできたものもありますし、色々あるんですよね。そのへんの整理という意味で、今度の変更になるのだと思います。徐々にシステムが整えられて変わるので、情報が入るところにいれば良いけれど、情報が入らないところで遅れると元に戻ってくるのは大変ですから、よく見てうまく対応してください。そういう情報は必ずウェブ上で公表されているはずです。ただ、今もこういった話がされているところに皆さんいるから分かる訳であって、知らない人は全然知らない。環境も大切です。

専門医は取らなくて良いという考え方の人もいるけれど…僕はそれは勧めません。以前、非常に優秀なお医者さんで自分の philosophy があって専門医は取らない先生がいらっしゃったのですが、結局大学には残れなくて開業したっていう人もいます。だから、専門医とかがあまり意味がないことは皆分かってはいるけれども、あまりに嫌いすぎると足を引っ張られることもあることは覚えておいても良いかもしれませんね。今は専門医資格を持っていても、給料が上がったりとかの特典はほとんどありません。ですが、本当にそれが work するようになった時には…例えば専門医がした手術だと保険の支払いが1.5倍とかね、そういう形はありますね。まあ相当先の話でしょうけど、何かを導入するときには必ず incentive つける話がずっと出ているから、今回もまたそういう話は出ると思いますよ。

＜最後に、今回のタイトルにあるように、筑波大学の医学類の学生と卒業生に向けてなにか一言お願いします＞

やっと開学40周年をやるほどの期間を経て、見た目も内容的にもずいぶん充実した筑波の医学ということになってきていると思います。我々がリタイアする頃には年代が一巡するわけで、その日もそう遠くない時に来るわけですけれども、実際問題まだラッシュアップしなければいけないところ、まだ足らないところっていうのが、教員サイドにいると見えてきます。ですので、そういう所となるべく分かり易い形で直していかなければと思います。

また、自分としては何はともあれ「仲間の数が増える」事が極めて重要だという思いが強くあります。医学部定員増にはお金やスペースなど色々な問題があるのは理解していますが、なるべく解決するように努力をして、筑波大学医学卒と自分の履歴書に書く同じ釜の飯を食った、優秀な仲間を、多く増やしていきたい、増やせるようなベースを作りたいと思っています。それが今一番言いたいことです。

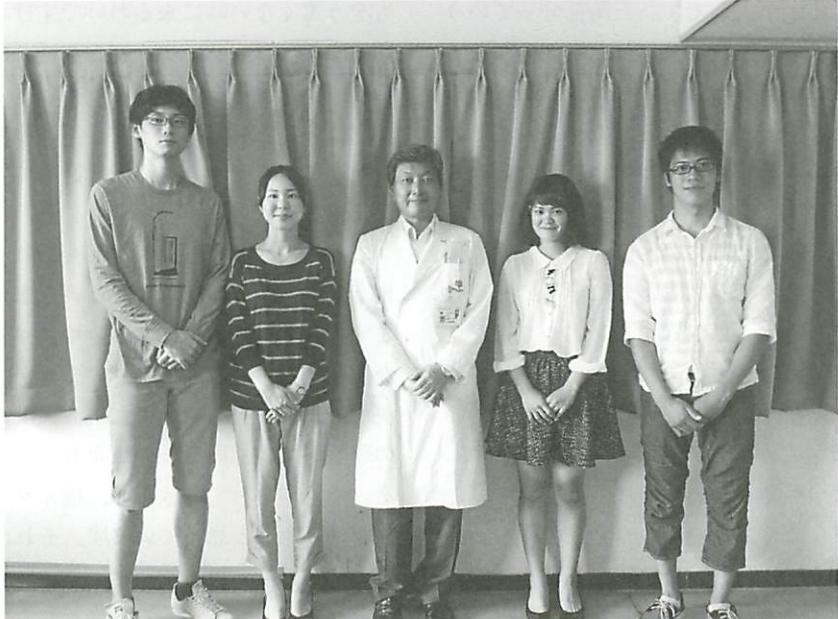
これに関してはもちろん様々な立場を取る人がいます。スペースがないから講義に来なくて良いとは立場上口が裂けても言えないけれど、全部来たから全部吸収できる訳じゃないでしょう。試験があるので全員が入れるスペースがなければいけませんが、工夫はいくらでもできるんじゃないかなと思います。

絶対、間違いなく、定員は多い方がいい。例えば、医学部定員118人のところが150人になると、年間筑波の医学類卒業生が32人増えます。だいたい25歳から65歳まで約40年間皆が働くことを念頭に置くと、32人×40年で、満ちた暁には1280人の同胞が常時世界中で活躍することになります。出てくる論文も増えれば、医療レベルも確実に向上させるのに大きな役割を果たすでしょう。年間32人分の人員増で自分がその割をくって仕事がなくなるとか、給料が安くなるっていう考え方もあるかもしれないけど、まあ多分君らが活躍するうちにはそうはひどいことになりません。だから小さな

ことに憂慮するのではなく、自分の世界が広くなることに誇りを持って欲しい。自分の世界を広げるためにも、医療をやり易くするためにも、みんなで仲間を増やすことを考えるべきだと思う。そ

れが理想かなって僕は思います。

学生一同：榎原謙先生、貴重な経験をさせていただき、本当にありがとうございました！



「ゆめ花火」開催のご報告

筑波大学医学群医学類 5年 加藤愛香里

＜ゆめ花火とは＞

筑波大学附属病院に入院している子どもたちが「夢の花火」をテーマに描いた絵を、筑波大学学園祭後夜祭で実際の「ゆめ花火」として打ち上げる企画です。打ち上げ日の2013年11月4日は、花火の絵を描いた患児、および附属病院において診療中の患児とその家族を招待し、花火を筑波大学内の教室で鑑賞しました。

13家族43名の参加者に集まっていたとき、他に医師3名、看護師3名、保育士3名にご参加いただきました。また、花火研究会、アスパラガス、スターバックス筑波大学附属病院店など多数の団体と協力して行った本企画は、総勢20名の学生が集まりました。

＜企画の詳細＞

当日は18時30分に外来に集合し、子どもたちは「キラポン」という名の工作を行いました。少し絵を描けば完成し、腕時計のように光って身につけられるものです。



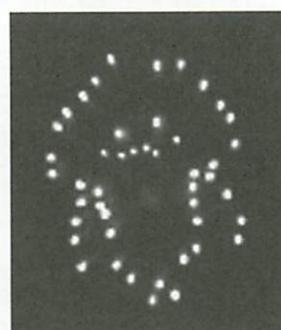
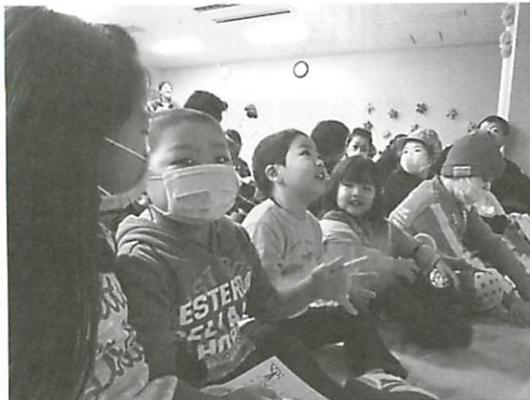
外来から、花火鑑賞教室まで移動するためのバスには学生スタッフで飾り付けを施しました。参加者はバスで移動し、ちょっとしたお出かけのような気分を味わいました。



予め飾り付けておいた教室に着き、全員で記念撮影を行いました。病院長の五十嵐徹也先生からお話をいただき、打ち上がる花火の原案（子どもたちの絵）の紹介を、紙芝居のようにお話形式で行いました。自分の絵が紹介されると、子どもたちは嬉しそうにしていました。



20時10分から5分間、ゆめ花火の打ち上げがあり、鑑賞しました。全53発でした。ハート、ト音記号などのかわいいモチーフから、電車やクジラ、なめこなど、一風変わったイラストまで、様々なイラストが夜空に打ち上りました。また、学園祭で上げるファイナーレ花火も鑑賞しました。近くで見る花火は、音、大きさ共に迫力があり、子どもたちは歓声をあげていました。



鑑賞後はバルーンアートをプレゼントとして配付し、バスで帰院、解散しました。

<子どもたちの感想>

満足度をフェイススケールにて表してもらったところ、全ての参加者が一番笑顔の顔に丸をつけてくれました。

「自分でかいた絵が花火になってうれしかった」「予想以上に花火がすごくて感動的だった」「すば

らしいイベントでした」「こんなに嬉しいことは久しぶりでした」「子どもが楽しく笑顔で過ごしている姿を見ることができ、本当にうれしく思います」「来年もぜひ継続してください」など多数のご感想をいただきました。

実際に子どもたちを見ていても、集合した時から終始笑顔で、はしゃいで駆け回ったり、歓声をあげたり、友達と話したりと楽しそうにしているのが印象的でした。また子どもたちだけでなく、保護者同士の交流の場としても活用していただいたようで、大人の方々も会話が弾んでいました。参加者の皆様に楽しんでいただけたイベントとなりました。

<お礼>

最後になりますが、私達は、闘病中の小児患者に夢と希望を与えるために、そんな想いから集まった筑波大学医療系学生団体「つくばけやきっず」として活動しています。今年度から団体として発足した私達は、桐医会より10万円のご支援をいただき、花火製作費やレクリエーション準備代等に使わせていただきました。誠にありがとうございました。

今後は新たなメンバーを加え、より幅広い活動を精力的に行っていく所存です。活動報告はブログやfacebookで行っております。ぜひ「つくばけやきっず」で検索してみてください。これからもよろしくお願ひいたします！

会員メッセージ

昨年4月より総合守谷第一病院にもどりました。平成13年まで勤務していましたが、今までやったことがなかった手術のやり方など新しく覚えることばかりでとまどったまま7か月が過ぎました。還暦過ぎて新しいことをやるなんて考えてもみませんでした。慣れるまでもうしばらくかかりそうです。

(11月15日)

3回生 宮川創平（総合守谷第一病院 産婦人科）

「茨城県医師会理事としての日々」

昨年5月、諸先輩の推薦を受け茨城県医師会理事に立候補し補欠ながら当選しました。丁度、車を買い換えたばかりでした。現在の走行距離は約3万キロメートルです。月2000キロメートル以上走っていることになります。大半は水戸との往復で週2回以上通っています。長野市、新潟市にも出かけました。理事になって1年半、正に走り回っている感じです。茨城県医師会の理事に筑波大学の先輩・後輩が多くなっています。会長、副会長、理事の先生方それぞれに忙しい日々を送って、茨城県はもとより日本の医療を考えています。

4回生 江原孝郎（江原こどもクリニック）

昨年の1月、第49回全国大学ラグビーフットボール選手権大会の決勝で、国立競技場に筑波大学宣揚歌「桐の葉」が流れたときには鳥肌がたったモンです。当日は他学の同期に誘われましたが、残念ながら当直のためテレビ観戦で終わってしまいました。現在の勤務先には4回生から33回生までの8名が働いており、筑波会も賑やかになってきました。そう考えると、自分の中で“つくば”は大きなweightを占めているのだとシミジミ感じます。

10回生 金澤伸郎（東京都健康長寿医療センター 外科）

開業して5年が経ちました。東京の地域医療に根ざし、頑張っています。先輩方、後輩諸君の活躍に励まされています。

ところで、東京部会ってあるんですか？

11回生 池上晴彦（池上内科循環器内科クリニック）



— 第34回桐医会総会のお知らせ —

日 時：2014年5月24日（土） 16:00～
場 所：筑波大学医学群 4A411

多数のご参加をお待ちいたしております

— 名簿のCD化について —

来年度（平成26年度）より桐医会名簿をCDにて配布する方向で準備を進めています。WindowsとMacに対応した電子ブック形式で^{*}、レイアウトは既存の紙媒体とほぼ同様になります。掲載される情報に関しましては変更ございません。CDには共通のパスワードでセキュリティをかけております。何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

ご意見をお寄せくださった会員の先生方には、この場をもちまして改めて御礼申し上げます。（^{*}対応OS：Windows Vista以降、Mac OS X以降）

— 桐医会Facebookについて —

桐医会公式Facebookページが開設されました！！

この度桐医会公式Facebookページを開設する運びとなりましたのでお知らせいたします。編集委員の学生が中心となって桐医会からのお知らせなどを随時掲載していきます。

Facebookに登録されていない先生方でも以下のURLからご覧になれますのでぜひアクセスしてみてください。

<https://www.facebook.com/touikai/>

— 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ない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

— 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 橋本達一郎先生（平成25年12月ご逝去）

正会員 石山 実樹先生（平成26年1月29日ご逝去）

—「会員だより」「会員メッセージ」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。役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

※また今号より、120字未満程度の「会員メッセージ」も募集いたしております。
巻末の葉書をご利用いただきお気軽にご投稿ください。

事務局より

桐医会事務局は、医学系学系棟改修工事の為、附属病院E棟4階406室に転居いたしました。

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。

事務局には月～金の9:00～16:00原則的に事務員がおり、今まで通り年会費の現金払いも受け付けております。

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れば、こちらで処分させていただきます。

学生役員の一言

この枠を埋めるべしとの下知を受けましたので、桐医会の学生役員として活動した6年間を、定期役員会に出席する学生役員の数で振り返ってみようと思います。希望を抱いて入学した当初は片手で数えられるほどで、ピースサインを作れば事足りることもあったようななかったような。M3として怠惰な学生生活を謳歌していた頃には、数えるのに両手を使うようになっていました。そして、M6になった今、我が身の怠惰さに著変ないことは遺憾でありますが、2人分の手を使って数えるまでになっています。小さな変化に過ぎないかも知れませんが、学生生活を振り返ったとき、桐医会の学生総務として確かに刻むことができた足跡のひとつです。

同窓の輪はこれからも拡がり続けてゆくものだと思います。その輪を繋ぐことになるひとりとして、それについて考えてみれば、普段あまり意識することがないという点では、空気のように感じているところもあります。しかし、それを意識することは確かにあって、空気であるからこそ必要なもので、実際に学生として過ごす日々の中でも、多くの卒業生の先生方が親切に手を差し伸べてくださいました。卒業を控えた今、自分も後輩にとってそんな医師になれればと、強く強く思います。ええと、なんの話だったでしょうか。そうでした、どこかで僕たちのSpO₂が低下していたら、O₂の投与をお願いします、そんな話でした。

(H.M.)

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26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	別送の払込用紙	なし	100円	^{*2}
コンビニエンスストア振込み	別送の払込用紙	2014.6.10	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 ～2014.6.10 引落し日 毎年7.27 ^{*3}	100円	ほとんどの金融機関は「NSトワイカイ」と印字 ^{*4}
桐医会事務局での現金払い	なし	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26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。

* 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

不審電話にご注意!!

かねて名簿、会報において再三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偽電話の報告もあり、携帯電話の番号を聞き出そうとするケースが多く、騙されて本人のみならず同期生の電話番号を教えてしまった例も報告されています。

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。

なお、桐医会では先生方の携帯電話番号は原則的に管理いたしておりません。

いかなる場合も、個人情報等の問い合わせに対して、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、お願い申し上げます。

桐医会事務局

郵便はがき

3 0 5 8 5 7 5

恐れ入ります
が切手をお貼
り下さい

郵便はがき

3 0 5 8 5 7 5

恐れ入ります
が切手をお貼
り下さい

茨城県つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学群内

同窓会 桐医会事務局 行

————— 通 信 欄 ———

————— 通 信 欄 ———

*葉書の郵便料金は、平成26年3月末日までは50円、
平成26年4月1日以降は52円となります。
ご郵送いただく際はお間違の無いようお願い
致します。

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

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

「会員メッセージ」ご投稿用

*近況・報告などをお寄せください。
役員会で確認させていただいた上で会報に掲載を
予定しています。

(回生) (名前: 持名前: お名前: お名前:)

先務勤ご

E-mail:
(連絡用です。会報には掲載いたしません)

※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。

变更届・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

桐医会会報 第75号
発行日 2014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。