



桐医会会報

2017. 10. 1 No. 82



第1回 定時社員総会（平成29年5月27日）

目次

☆最終講義	大久保一郎教授	1
☆最終講義	須磨崎 亮教授	12
☆ Experts from Tsukuba ～筑波大学出身のリーダー達～		
	坂口美佐先生（11回生）	20
	宮本朋幸先生（11回生）	22
☆日本結核病学会総会を終えて		
	齋藤武文先生（2回生）	25
☆1回生同窓会報告	黒木伸一先生（1回生）	29
☆海外実習報告	桶屋こむぎ・小林智美・立澤麻衣子・沼畑大介	30
☆ The Fledglings in a Paulownia tree ～桐で生い立つ若者たち～		
	佐藤豊実先生（10回生） インタビュー	45
☆会員だより	上月英樹先生（1回生）	54
	竈島 充先生（6回生）	55
	田中敏博先生（13回生）	57
☆代議員選挙結果		59
☆第37回桐医会総会報告		60
☆第1回定時社員総会議事録		62
☆通常理事会議事録		68
☆事務局より（入会案内・年会費について・原稿募集 他）		70

2017年2月17日（金）

最 終 講 義

「私と筑波大学」

筑波大学 医学医療系 保健医療学域

保健医療政策学・医療経済学分野

大 久 保 一 郎 教授

2017年3月末をもって早期退職しました3回生の
大久保です。現在横浜市健康福祉局衛生研究所
長として地方自治体行政という新しい分野に挑戦
しております。

私は2000年1月に厚生省から筑波大学に着任
し、17年間母校で研究教育活動をしてきました。
学生時代を含めると通算23年間筑波大に大変お世
話になりました。私にとって筑波大学は人生のほ
ぼすべてといっても過言ではありません。今回桐
医会のご厚意で最終講義の内容を会報に掲載する
ことになりました。このような機会を頂いたこと
厚く御礼申し上げます。文章で記録として残ります
ので、不適切な部分を削除する、紙面の関係で
一部を省略する等、実際の講義を修正してありま
すので、ご容赦願います。（図1，2）

1 自己紹介

1982年に筑波大学医学専門学群の3回生として
卒業し、臨床研修を行わず直ちに厚生省に医系技
官として採用されました。その間、統計情報部、
国立病院部、大臣官房政策課、保険局医療課、健
康政策局指導課、保健医療局結核感染症課等を経
験し、種々の国の政策に関わってきました。地方
自治体では国からの出向として青森県環境保健部
次長を1994年から2年間経験しました。

幸いなことに当時は厚生省も余裕があったため
でしょうか、入省1年目は国立公衆衛生院の専門
課程で研修を行い、1983年に MPH（Master of
Public Health）を取得しました。また1987年から

2年間の留学機会を得て、米国ペンシルベニア大
学で臨床経済学を学び、その時の研究論文で1993
年に博士（医学）が昭和大学から授与されました。

その後2000年1月1日に母校から声がかかり、
筑波大学教授（社会医学系）に赴任しました。卒
業時にいつかは後輩の教育に従事したいという夢
がありましたので、大変嬉しく思いました。大学
では行政と学術の世界との橋渡しをすることを強
く意識し、研究室名を今までの「医療管理学」か
ら「保健医療政策学・医療経済学」と改名しまし
た。そして研究では予防接種やがん検診等の費用
効果分析等を行い、その成果が行政に反映される
ように、また教育では医学生に保健医療制度、医
療保険制度、医療関係法規等の講義を行い、行政
への関心を高めてもらうための努力をしてしまし
た。（図3）

2 教育

学群教育では学生からつまらないと思われる
社会医学系の講義を如何に楽しく、興味を引き
出させるかということに工夫をしてきました。

2-1 M1人間性教育

まず M1では人間性教育のコース責任者をしま
した。その中でハンセン病に関するシナリオを作
成したことが印象的でした。これは実際に学生と
マージンをしたことがあり、その時の会話をイ
メージして作成しました。私は厚生省時代国立ハ
ンセン病療養所を所管する部署にいたこともあ

り、ハンセン病対策及びその歴史には高い関心を持っています。医師に限らず将来医療従事者になる者には是非勉強してもらいたいと思っています。私はかつての立場上多くの意見を述べることを避け、学生には素直な気持ちで何かを感じてほしいと思いました。(図4)

ハンセン病のシナリオ

今年入学した医学群の同級生4人が、3学期のテストも終わり、帰省前の春休みにマージャンをしています。オーラスで、皆少し疲れてきた時の会話です。

登場人物

- A：青森県出身、女性、好奇心が強く、多くの課題に関心を持つタイプ。
- B：岡山県出身、男性、多くの話題に対応でき、常に冷静でいられるタイプ。
- C：鹿児島県出身、女性、直ぐに問題点を感じ、少し熱くなるタイプ。
- D：神奈川県出身、男性、あまり難しいことは考えたくないタイプ。

- A：「ねえ、この間何となくテレビをみていたら、ハンセン病の患者さんの話が出てきて、必要もないのに長い間隔離されていたそうよ。ハンセン病って知ってる？」
- B：「そうね。詳しくないけど、聞いたことあるな。らい病だよね。前にハンセン病の人がホテルに泊まろうとしたら、拒否されたとか、問題になったことがあったような気がするな。」
- C：「私も聞いたことあるわ。小説や映画の中でも出てきたような気がする。以前に確かスマップの中居君がその役していなかった？何という題だったかしら？でも、なぜ必要もないのに隔離されていたの？」
- B：「ハンセン病って、らい菌による感染症だと思うよ。」
- D：「伝染病なら隔離は当然だろうよ。」
- A：「でも、うつらないらしいわよ。」

D：「え、うつらない伝染病？なんかよくわからないな。」

C：「でも必要ないのに隔離したら、人権問題になるんじゃないの？」

B：「そう、確か裁判して、勝ったとか聞いたけどなあ。」

A：「今でも療養所という所で生活しているみたいよ。そういえば、母親の大学時代の同級生がそこで医者をしていたことがあるって、聞いたことがあるわ。」

C：「でもねえ、医学的にうつらないことがわかっているのなら、医者はその必要はないとなぜ言わないの？国のお役人には医学の知識をもった人はいないの？」

D：「まあ、我々にはわからない複雑な事情があるんじゃないの？どうでもいいけど、ハンセンと言えば、少し古いけどスタン・ハンセン、ウエスタンラリアートだなあ。ということでドラ切りリーチだ。ほれ」

B：「ロン！平和、三色、ドラ1、満貫。」

D：「エー、おまえまたダメかよ。勘弁してよ。ハコだよ〜ん。大体、お前ら話題が重いんだよ。やーめた。」

2-2 M3.4.6の講義

M3以降ではスライドにあるテーマで講義を行いました。その中で学生の気を引くためにスライドにあるようなクイズ形式で学生に問いました。この質問の正解は×です。医師法ではなく医療法であれば○となります。問題としてはよくはありませんが、ここである重要なことを学生に学んで欲しいと思いました。(図5, 6, 7)

それは「医療の担い手は・・・、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」と「医療法第一条の四」です。前者はこのような当たり前のことがなぜ法律に明記されているか。後者の「条の○」とは法律が制定された後の改正により追加されたということを示すものです。私はこのような記述が法律にあること自体、医師としてまた医療関係者として恥と思っています。そしてそ

のことがあえて追加されたという事実を学生はどのように感じるか。このような法改正を行う必要が生じたという背景には、社会を騒がせた大きな医療事件があったためです。学生には医療従事者が如何に市民から信用されていないか、そして社会に根強く浸透した医療不信の存在を考えてほしいと思っています。(図8, 9)

さらに法律という古くかび臭いというイメージがありますが、実は法律ほどその時代時代を反映していて、最も鮮度の高いものであることも併せて知ってほしいと思っています。

もう一つ力を入れたのは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」、いわゆる感染症法です。自身が厚生省時代本法律の制定に直接かかわったこともあります。学生にはその中の前文を是非読んで理解をしてほしいと思っています。感染症対策は他の疾病対策と異なり、患者の人権とぶつかり合うものです。患者を法的に入院させることは、その人の異動や職業の自由という基本的人権を奪うものです。そして差別や偏見といった問題も起こします。しかし、今まで集団を守るためにこのような個人の人権を軽視する傾向にあったことを否定できません。その中で一番理解しやすい例がハンセン病対策であり、またエイズ患者等に対する差別や偏見です。どちらも医療関係者の発言や態度等がそれを発生させ、助長した可能性があります。このような反省が感染症法の前文に記載されています。(図10, 11)

2-3 M6ガイダンス厚生・行政への道

M6のガイダンスでは将来の選択肢として厚生労働行政について紹介をしました。まず出典等詳細は分かりませんが、スライドにある小医、中医、大医について説明し、特に「大医は国を医す」という言葉を強調しました。事実私もこの言葉に騙され、厚生省に入ったかも知れません。さらに偉人の言葉として後藤新平の「個々の病人をなおすより、国家の医師になりたい」を取り上げました。(図12, 13) 厚労省の細かい業務内容を説明しても学生の関心を高めることができないので、少し砕けて私の考える「行政官の光と影」, 「行政官に

向いているタイプ」を示し、学生が寝ないように工夫しました。その中で学生から反応があったのは、「勤務時間が「9-5時」ということです。この意味は朝の9時から夕方5時ではなく、朝の5時というものです。国会対応、予算編成、緊急な事件対応等で徹夜をすることもあるということ、決して楽な職業ではありません。

また行政医師のイメージとしては、スポーツに例えました。フィールド内でプレイするのが臨床医、そのゲームの審判やルール作りをするのが行政官であり、地味であるが、必要不可欠な存在であると説明してきました。(図14, 15)

3 研究

研究としては行政の世界にいた者として、研究結果が保健医療政策に何らかの形で還元されることを意識してテーマの選定を行ってきました。具体的には予防接種政策、検診等の各種の施策について、自身の専門である臨床経済学的手法(費用効果分析、費用効用分析等)を用いて、評価を行ってきました。主なものを解説します。(図16)

3-1 日本の乳がん検診の費用効果分析

本研究は私が最初に行った費用効果分析で、1991の **cancer** に掲載されたものです。留学時代に行い、その論文は後に学位論文として昭和大学から学位を頂きました。(図17)

当時の検診方法は視触診のみでしたが、それ以外の考えられる方法を含めて費用効果分析を行い、現在の検診方法が効率性の視点から妥当であるか否かを評価したものです。

その結果、まずはどの方法によっても検診によって医療費を削減することはできない。次に効率性に関しては、視触診のみの方法は最も劣り適当とは言えない。視触診とマンモグラフィーを同時に全員に行う方法が費用はよりかかるものの、費用効果的に望ましく、検診方法を再検討すべきという結論となりました。なお、費用を最も下げる方法は視触診で異常のあった者のみにマンモグラフィーを追加する方法です。幸いなことに今ではマンモグラフィーが検診に定着しております。

3-2 乳幼児における肺炎球菌ワクチンの臨床経済学的研究

これは2012年のVaccineに掲載された論文で、乳幼児に7価の肺炎球菌ワクチンを定期接種に導入した場合の費用効果分析です。(図18)

この研究では効果をQALY (Quality Adjusted Life Years 質調整生存年数) で測定した場合とYOLS (Years of Life Saved 延命された余命) で測定した場合の2つを行い、さらに費用に直接費用のみとそれに間接費用つまり生産性費用を加えた場合も実施しました。この場合の生産性費用として重要なのは接種のためにお母さんが子供を連れていく時間です。

また、単独接種で行う場合と、他の定期接種のワクチンと同時にを行う場合を設定しました。

本モデルはマルコフモデルを使いました。

その結果、生産性費用を加えない場合は1QALY当たり700万円を超え、日本の閾値(500-600万円)から考えると微妙なところですが。しかし、同時接種にしてかつ生産性費用も加味すると約550万円となり、妥当と考えることができます。なお、QALYではなく、YOLSで行った場合はICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio 増分費用効果比) が約2000万円にもなり、効率的とは考えられません。本ワクチンが死亡率を下げることも、QOLの改善にその意義があることが分かります。

なお、米国のTufts大学では世界中の費用効果分析をレビューして、1から7段階で評価しています。その結果本研究は6.5と極めて高い評価を受けました。恐らくこのような高い評価を受けたのは世界中にも珍しく、日本では我々のグループのみかと自負しています。

4 社会貢献

社会貢献としてはかつて厚生省医系技官であり行政経験があるという理由で、スライドにあるように国や地方自治体の政策に関する検討会や研究評価委員会の委員を複数行ってきました。正直こき使われたという印象もありますが、このような委員として選定されることは大変名誉であり、ま

た自身の勉強にもなるよい機会だったと思っています。(図19)

印象に残っているのはこのスライドにはありませんが、非公開の会議で医師国家試験の合格基準の見直しです。結論的には合格率に差が出るのは学生の資質ではなく、試験問題の質にあるとして、正解率で合否を決めるのではなく、合格率をあらかじめ90%程度に設定するというものです。必修問題は8割という絶対的な基準を設けていますが、一般的に試験といえば6割が合否の基準となります。これは3勝2敗であり、命を預ける医師の国家試験がこの程度でよいのかという国民からの視点もありました。

また環境省の「福島原発事故後に伴う住民の健康管理の在り方」では、特に放射線被曝後の健康管理としての小児の甲状腺検診について多方面から意見が交わされました。公開の会議でしたが、その内容はYouTubeでリアルタイムに流され、一つ一つの発言に汗を流した記憶があります。

地方自治体では茨城県、神奈川県、横浜市等の複数の委員会に参画しました。特に地元茨城県では極めて多くの会議に関与したため、自身頭の中で交通整理ができず、当日行って初めて会議の趣旨やその内容を思い出すということも多くありました。

また自身で印象に残っているのは、神奈川県の総合計画審議会や横浜市の保健医療協議会です。前者は神奈川県行政の大きな方向性を決めるもので、保健医療のみならず広い分野の専門家を交えた政策議論がされ、未知の分野の政策課題を勉強することができました。一方、後者は保健医療分野ですが、大都市横浜市の会長という重責を担い、その役割と影響力の大きさのため会議の進行にあたり、極度の緊張を強いることになりました。いずれもよい経験をすることができました。(図20)

これらの仕事は単に自身の社会貢献の業績にとどまらず、筑波大学医学医療系、そして社会医学系の存在とその意義を社会的に知らしめたという意味では、大学にとって大きな貢献をしたと自負しております。

5 人材の養成

スライドにある後藤新平の言葉に、「金を残して死ぬ者は下だ。仕事を残して死ぬ者は中だ。人を残して死ぬ者は上だ」というのがあります。この言葉は私にとって大きなものです。そして教育者冥利に尽きるものだと思います。私は本当に人を残すことができたのかと自問しますが、そうであれば大変嬉しいものです。私の研究室は本田靖教授と近藤正英准教授を含めて3名の教員で構成されています。私が赴任してからの17年間の研究室の修士と博士課程の修了者数を示します。本分野では恥ずかしくない数値かと思います。近年は国際化・グローバル化の波が押し寄せ、留学生の割合が増加しております。この数年教室では日本語以外の言語が飛び交っています。(図21)

修了生は素晴らしいことに大学、研究所、企業等のそれぞれの分野で活躍しております。私はその姿を見ること、その知らせを聞くことが大好きで、その時は本当に私も少しは社会に貢献できたのかなと嬉しい気分になります。また中には初めからうちの研究室で勉強さえできれば特に学位はいらないという者もいました。イレギュラーですが、ある意味うちで勉強したいというその熱意には胸を打たれます。

またうちの研究室は幸いなことに結婚する者が多いのも特徴かと思います。将来結婚したい者は是非うちの研究室を訪れてみてください。きっとご利益があると思います。

さらに医学類の卒業生を厚生省に送り込むことも私の大きな仕事のひとつかと思います。私が大学に赴任してから6名ほどが入省しました。皆さん、私の時とは比較できないほど優秀で驚いております。毎年医系技官に関心のある学生は確実に増えてきますが、実際に進路として選択する者はそれほど多くはありません。個人的には毎年1名は多いかもしれませんが、隔年に1名ほどはコンスタントに医系技官になってほしいと思っています。

6 学内運営

大学に赴任してから立場上大学本部、研究科、学群、学系等の多くの運営に関わることとなりま

した。正直、厚生省では組織や機関の運営に関することばかりしてきましたので、大学ではそのようなことをしなくてすむと期待をしておりました。しかし、実際はそうではなく、なぜ大学に来て同じようなことをしなくてはならないのかと、不満に思うことが多々ありました。しかし、それに関わることでまた多くのことを学び、多くの先生方との交流も増えました。特に印象に残っているのは、社会医学系とヒューマン・ケア科学専攻の運営に関するものです。(図22)

6-1 社会医学系

社会医学という名称は私が学生の頃から、多くの教員から異口同音に「筑波大学は今までの臨床、基礎という2区分ではなく、社会医学系という組織を全国で初めて作った」と聞かされました。学生の身分としてその意味を正確には理解していなかったと思いますが、その重要性和筑波大学が常に何か新しいことに挑戦していることを何となく感じておりました。卒業後厚生省に入省しても、筑波には社会医学系があることを高く評価され、卒業生としても誇りに感じていました。そのような社会医学系の長として1年間ではありますが務めたことは、社会医学系の教員の一人として大変光栄に思います。

1年間の学系長として最も印象に残っているのは、学系の再編成です。今までの3学系を廃止して新たに医学医療系という一つの組織を作る時のことです。医学医療系は大きな組織なので適切な運営を行うためにはその中に域という組織を作る必要があり、どのような域を作るか議論されました。最初はBB案、つまり働く場所としてベッド（主に臨床医学系）とベンチ（主に基礎医学系）といった案が出されていました。しかし、この分類では社会医学の教員が入るところがない、大学の建学の精神である「社会に開かれた大学」としての医学の象徴である社会医学というものが消えてしまうという危機を感じました。そこで、私からBBF案を提案しました。あらたなFはフィールドというものです。この案が採用され、社会医学系の拠り所ができたと思っております。そして

BBFのどこに所属するかは教員各自の希望を重視することになりました。

ところが予想外に、社会医学系教員でこのFを希望したのは半分のみで、結果的には社会医学系が分断されました。もう一つの想定外は看護学系教員の全員がFを希望したことです。このFの名称は、結果的に看護系の全教員と社会医学系の主に非実験系の教員で構成される「保健医療学域」となりました。

6-2 人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻

赴任にして最初の仕事がヒューマン・ケア科学専攻の立ち上げでした。私は社会医学系の代表として、それに係ることとなりました。初めは何でまた役所のような仕事をしなければならないのかと正直不満もありました。文科省にも説明に行き、今までとは逆の立場となったことで奇妙な気分も味わいました。

ヒューマン・ケア科学専攻は他の感性認知脳科学やスポーツ医学と同様に、人間総合科学研究科の設立の目玉でありました。この学際3専攻の意義が文科省から認められなければ、研究科はできないし、もちろん総合研究棟Dも出来ない。その意味ではこの3専攻は大きな責任を負うことになりました。色々な苦労もありましたが、その設置が認められたことは大きな喜びでありました。また個人的には、心理学、教育学、障害科学、体育科学系の今まで交流がほとんどなかった分野の先生方と意見を交換し、設立のために寝食を共にしたことは、大学に来て最初に得た大きな財産でした。

ヒューマン・ケア科学専攻は2001年に5年一貫制博士課程としてスタートし、共生教育学、発達臨床心理学、臨床心理学、障害福祉学、ヘルスカウンセリング学、看護管理学、福祉医療学、社会精神保健学、保健医療政策学で構成されていました。近代的課題としての自殺、いじめ、虐待等の対応を考えると、このような学問分野の学際的なつながりが必要となるのは極自然であり、いわゆる自然科学と人文科学が統合・融合された画期的な学問領域の誕生となりました。

その後2006年に、個人的にはヒューマン・ケアのような学際分野は5年一貫制の理念に合致していると思っていましたが、研究科専攻の再編成で後期3年課程に変更されました。そしてそれに伴って、大きな問題として博士（医学）の学位が出せなくなったのです。これは医学系の教員には大きなショックでありました。しかし、結果的に医学系専攻との間でのダブルメジャーという制度を創設しました。これは本邦で初めての試みではないかと思います。

本専攻の創設、発展に専攻長または専攻長的な立場として深く関与してきました。周囲から「ミスターヒューマン」と呼ばれたりしています。医学に所属する人間ですが、振り返ると学内の運営はヒューマン・ケアの方に多く関わった気がします。

7 学生時代

私はくり返しですが3回生として6年間学生生活を過ごしました。この6年間は私にとって掛け替えのないものでした。多くの素晴らしい同級生、部活の仲間等に恵まれ、私の人間性や人格もここで醸成されたかと思っています。ここで得られた人間関係は卒業後の今でもしっかりと継続しております。（図23）

ここでは、卒業アルバムから取った写真をいくつか示したいと思います。

「学生生活」の写真は追越26号棟時代のもので、3回生全員が同じ寮で2年間生活しました。苦楽を共にし、そして寝食を共にしました。そのため3回生同士の絆は極めて強いものがあります。



「部活動」は全学及び医学の準硬式野球部に所

属しました。入学当時何も遊ぶところがないときに唯一の楽しみが野球で、雨により練習が中止なると非常に残念でした。



「臨床実習」では少し真面目に勉強した時期かも知れませんが。筑波ではBST (teaching) ではなくBSL (Learning) といい、それは学生自ら学ぶ姿勢が強調されていると教員から聞かされ、今でもよく覚えております。



「社会医学系の先生」は当時教授が10名ほど配置されており、日本最大の社会医学系の組織でした。これらの先生から社会医学の重要性をマインドコントロールされました。恐らくこれらの先生



方がいなければ、厚生省にも入らず、またここで最終講義もしていなかったと思います。

「試験、試験」では試験の風景が映っております。6年の夏休み以降は毎週のように月曜日に試験がありました。一つの思い出は野球の入れ替え戦があり、それに勝って4部に昇格しました。当然その夜はお祝いで勉強せず、そのため見事に翌日の試験を落としたことがありました。



「卒業直前」はおかげさまで皆が卒業できる見通しがたち、全員で写真を学群棟の前で撮ったものです。これから国家試験がありますが、皆嬉しかったです。



8 御礼

最後となりますが、皆様に御礼を申し上げたいと思います。(図24)

私は能力のあまりない人間です。しかし置かれた場所で精いっぱい頑張ってきたつもりです。自動車と言えば、軽自動車であります。しかし、高速道路という置かれた場所で、常に150キロで走行してきたような気がします。

ベンツやスポーツカーでは大した速度ではないかも知れませんが、軽自動車にとっては車にもそして運転手にも過度な負荷がかかります。そこで私は少し心身を休めたいと思っております。日常生活では今までの将来のためにこつこつと働く地味な「アリさん」から、今後はあまり先を考えず今を楽しむ「キリギリスさん」になろうかと思っております。(図25)

私にとって、筑波大学は、大きな存在で決して、欠かすことのできないものです。自身今まで学内の一員として、内から卒業生としても教員としても、種々の方面から努力してきました。今回真の意味で卒業することになります。今後は、筑波大

学の外から、愛する母校のさらなる成長と発展を見守っていきたいと思います。

今から思い出すと、皆さんには大変ご迷惑をおかけしたかと思いますが、自身としては学生時代も含めて、筑波大学時代は皆楽しいことばかりでした、それも、皆さまの寛大なお気持ちとご理解があったからだと思います。

そして私を支えてくれた妻をはじめとする家族にも感謝をしたいと思います。(図26)

皆様、長い間大変お世話になりました。本当にありがとうございました。

以上



図 1

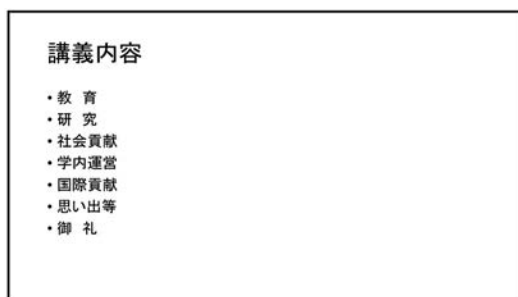


図 2

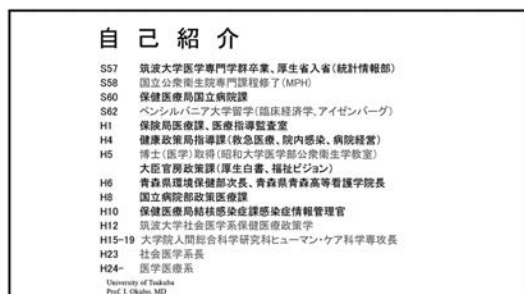


図 3



図 4

M3・4・6 保健医療制度

- 医療供給体制と医療従事者
 - 医療機関数、病床数と数、平均自費日数、
 - 医療分業
 - 医師、看護師数
 - 国際比較
- 医療保険制度・診療報酬制度
 - 被用者保険と地域保険
 - 保険料と自己負担
 - 世界最高い自己負担割合、DPC
 - 国際比較
- 国民医療費
 - 高次医療、増加率
 - 医療大分類別、財源別、施設別
 - 国際比較
- 医療関係法規
 - 医療法、医師法
 - 地域保健法、健康増進法
 - 感染症法
 - 災害法
 - 医療関係法規
 - その他

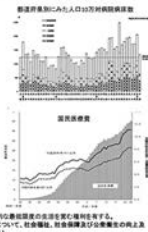


図 5

医療従事者

- 医師法には良質かつ適切な医療を行うよう努めることが規定されている。

×

図 6

医療従事者

- 医師法には適切な説明を行い、患者の理解を得よう努めることが規定されている。

×

図 7

医療法には良質かつ適切な医療を行うよう努めることが規定されている

医療法 第一条の四

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

図 8

医療法には適切な説明を行い、患者の理解を得よう努めることが規定されている

医療法 第一条の四 2

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない。

図 9

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 前文(1)

人類は、これまで、疾病、とりわけ感染症により、多大の苦難を経験してきた。ペスト、痘そう、コレラ等の感染症の流行は、時には文明を存亡の危機に追いやり、感染症を根絶することは、正に人類の悲願と言えるものである。

医学医療の進歩や衛生水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきたが、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興により、また、国際交流の進展等に伴い、感染症は、新たな形で、今なお人類に脅威を与えている。

一方、我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいじめ、差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。

図10

前文(2)

このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。

ここに、このような視点に立って、これまでの感染症の予防に関する施策を抜本的に見直し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策の推進を図るため、この法律を制定する。

図11

M6ガイダンス

厚生・医療行政への道



図12

人材の養成

○詳細不明

- 小医は 病 を医す。
- 中医は 人 を医す。
- 大医は 国 を医す。



○偉人(後藤新平)の言葉

第2代内務省衛生局長 → 台湾総督府民政長官、満鉄初代
総裁、逓信大臣、内務大臣、外務大臣、東京市長

26歳:「個々の病人をなおすより、国家の医師となりたい。」

最期:

「金を残して死ぬ者は下だ。仕事を残して死ぬ者は中だ。

人を残して死ぬ者は上だ。」

図13

行政官の光と影(私の感想)

○光

- 国家政策に関与という自負、使命感、誇り
- 広範囲な人脈の形成:
 - 役所内: 法令キャリア、ノンキャリア、他職種(薬剤師、看護師)
 - 他省庁等: 財務省、総理府、地方自治体
 - 外部: 国会議員、マスコミ、関係学会、関係団体、
- 多くの異なる仕事に関与(2年程度で異動)
- 広い視野の獲得とバランス感覚の獲得
 - 国際的・全国的な視点、利益・不利益の視点
- 決断力の醸成
- 影
- 9-5時(国会対応、予算編成等)
- 外部からの圧力(緊急案件、事件、大臣、議員)や苦情処理

図14

行政官に向いているタイプ(私の感想)

- 人と交流が好き、チームワークが得意(組織内での仕事)。
- 一つのことより多くのことに関心(短期異動)。
- 命令・指示されるのが嫌いではない(上下関係)。
- 人に仕事を任せられる(上司部下)。
- 交渉や議論が嫌いではない(外部への説明)。
- 1か所より多くの場所が好き(転勤: 国内外、留学)。
- 文書が書けるのが嫌いではない(事務ワーク)。
- 構想やイメージを作るのが好き(政策立案)。
- 打たれ強い、鈍感力がある(陳情、苦情対応)。
- 短期より長期的な視点、個々より集団が好き(政策の成果は長期的)
- 留学したい(国費でガダで)。
- 謙虚な性格である(自分自身が偉くなったと誤解しない)。
- 精神的ストレスの解消法がある(多くのストレスを受ける)。
- 体力に自信がある(長時間や深夜労働)。
- 宴会が好き(酒の席は多い)。

図15

研究

- 保健医療施策の評価に関する研究
- 臨床経済学的手法
- 費用効果分析、費用効用分析
- がん検診、予防接種等の経済学的評価
 - 乳がん検診、子宮頸がん検診
 - ワクチン
 - 高齢者の肺炎球菌、インフルエンザ、帯状疱疹
 - 小児の肺炎球菌、流行性耳下腺炎、ロタウイルス
 - C型肝炎検診

図16

Cost-effectiveness analysis of mass screening for breast cancer in Japan.

Okubo I, Glick H, Frumkin H, Eisenberg JM. Cancer. 1991 Apr 15;67(8):2021-9.

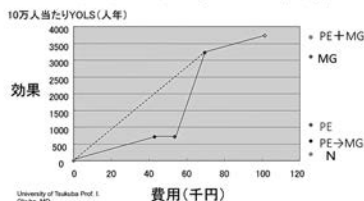


図17

2012 Vaccine Economic evaluation of vaccination programme of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine to the birth cohort in Japan. 6.5/7.0

研究背景と目的	乳癌に対する「個別化検査」の早期検出の効率性を評価する					
研究方法	費用効果分析					
代替ストラテジー	1. Vaccine alone (¥1000 co-payment) 2. Co-vaccinated (¥1000 co-payment) 3. Vaccine alone (no co-payment) 4. Co-vaccinated (no co-payment)					
比較対象ストラテジー	No program					
モデル	Markov, サルブ					
費用の種類	接種費用、薬品費、検出・治療・重症化・死亡・健康状態悪化の医療費、接種及び接種時 (Sho-gan)の生産性費用					
効果の種類	QALY, YOLS					
分析期間	1年・平均寿命					
結果 (vs. No program)		Per QALY	Productivity loss		Per YOLS	
			Not included	Included	Not included	Included
	Vaccine alone (¥1000 co-payment)	¥7,441,000	¥9,865,000	¥18,066,000	¥18,066,000	¥22,089,000
	Co-vaccinated (¥1000 co-payment)	¥7,441,000	¥5,489,000	¥18,066,000	¥18,066,000	¥22,089,000
	Vaccine alone (no co-payment)	¥7,441,000	¥9,865,000	¥18,066,000	¥18,066,000	¥22,089,000
	Co-vaccinated (no co-payment)	¥7,441,000	¥5,489,000	¥18,066,000	¥18,066,000	¥22,089,000

図18

社会的貢献(国)

- 厚生労働省
 - 厚生労働省科学研究費補助金の審査
 - 新興再興感染症研究事業
 - 地域医療基盤開発推進研究
 - 政策科学社会科学研究事業
 - 統計情報研究
 - 保健医療行政施策に関する検討委員会
 - レポート情報の活用活用
 - 社会保険審議会統計分科会
 - 国家試験委員
 - 医師
 - 救急救命士
- 環境省
 - DPA緊急措置事業
 - 福島原発事故後に伴う住民の健康管理の在り方
- 国土交通省
- 総理府
 - 統計審議会

図19

社会貢献(地方自治体)

- 茨城県
 - 健康いばらき推進
 - がん対策
 - 医療費適正化
 - 疫学研究倫理委員会
 - 衛生研究所評価委員会
- 神奈川県
 - 総合計画審議会委員、部会委員
 - がん対策
 - 医療費適正化
- 青森県
 - 医療費懇談会
- 横浜市
 - 保健医療協議会委員長
 - 横浜ウォーキングポイント共同事業

図20

大学院生の修了者

- 保健医療政策学分野
 - 教員 大久保、本田(体育)、近藤
- 修士号取得者数
 - 取得者 13名(留学生 2)
 - 予定者 1名(留学生 1)
- 博士号取得者数
 - 取得者 16名(留学生 1)
 - 予定者 4名(留学生 2)
- 満期終了退学
- 結婚出産



向かって左から近藤准教授、本人、本田教授

図21

学内運営

- 社会医学系長
 - 最後の社会医学系長
 - BBFの提案(Bed Bench Field)
 - 社会医学の分裂(保健医療、生命医学)
- ヒューマン・ケア科学専攻
 - 発足 5年一貫性→3年後期、DM(Double Major)
 - 専攻長 4年 副専攻長10年
 - 学際系(教育、心理、障害、体育、看護、社会医学)
 - 多文化・異文化交流、多言語、ミニ宇宙

図22

学生時代

- 入試
- 学生生活
- 部活動(準硬式野球部)
- 勉学
- 試験
- 卒業
- 先生方

図23

御礼

- すべての方に御礼
 - 教員
 - 事務
 - 学生(学群生、院生)
 - 研究員
 - OB/OG
 -
- そして家族に



図24



妻と私

これからは
アリさんから
キリギリスへ



図25

おしまい The End

皆さん本当にお世話になりました。
心より感謝申し上げます。



図26

「こども」とは何か？ ～遺伝と環境の面から考える～

筑波大学 医学医療系 臨床医学域

小児科学分野

須 磨 崎 亮 教授

最終講義では、筑波大学小児科で行っている研究、教育、診療、社会貢献を紹介しながら、医学的側面から「こども」はどのように考えられるのか、私達はこども達のために何をなすべきかについて話をします（図1，2）。「こども」は遺伝と環境の両面から影響を受けて発達し、成人になります。一方、感染症の脅威が減じた現代では、小児期に発症する病気の発症要因として、遺伝が重要な役割を担っています。そのため小児医学では特に、近年急速に発展しつつある「網羅的な遺伝子解析技術」が大きく役立っています（図3，4）。筑波大学小児科でも、小児がん症例で家族性がん遺伝子の変異を、またメンデル遺伝性疾患で原因遺伝子の探索を行っています（図5-8）。例えば遺伝子異常が想定されるが診断不明の30症例でエクソーム解析を行い、10例で原因遺伝子の変異を見つける事ができて、診断が確定しました。これは日本医療研究開発機構（AMED）の未診断疾患イニシアチブ事業（IRUD）の一環として研究された成果です。筑波大学附属病院はIRUDの高度協力病院に指定されています。桐医会の会員諸氏も、複数の臓器障害や奇形を有していて遺伝子異常が想定される未診断の患者さんに遭遇した場合には、小児・成人を問わず、どうぞ筑波大学附属病院の遺伝診療部に相談して下さい。有用な助言や支援が得られるでしょう。

多遺伝子の解析を行って、個別化医療につな

る研究も行っています（図9-11）。私達は筑波大学医学群の学生さんの協力を得て、B型肝炎ワクチンの接種効果について研究しました。薬剤の効果や副作用をあらかじめ予測できれば、各患者さんの体質に適した治療が可能になります。今後の医療は、このような個別化医療（personalized medicine）に向かっています。この研究の結果、B型肝炎ワクチンの反応性と関連するクラスII HLA蛋白の構造が初めて明らかになりました。蛋白構造の特徴は、抗原ペプチドとHLA蛋白が結合するために重要なポケットを構成するアミノ酸残基の変化がワクチン反応性と強く関連することです。HBs抗原を構成するアミノ酸の側鎖がHLA蛋白のポケットにはまり込みやすいか否かが、クラスII HLA分子からCD4陽性T細胞へのシグナル伝達の効率に影響し、HBs抗体産生の個人差につながるものと推測されます。

これまで述べてきたような遺伝学的研究は、疾患iPS細胞の技術を用いれば病態解明や治療薬の開発にもつながります（図12-15）。患者さんから採血してiPS細胞を作り、これを特定の細胞に分化させると、非侵襲的に患者さんの病変部位の細胞（疾患iPS細胞）を得ることができます。これらの培養過程で遺伝情報は引き継がれますから、目の前の患者さんの病態を試験管内で再現できることになります。細胞レベルで病態を再現できれば、その病態を矯正できる薬剤を培地中に加える

ことで治療効果の判定も可能になり、創薬の手がかりが得られます（図13）。私達は遺伝性肝疾患の病態を試験管内で再現することに成功して、遺伝子異常の病的意義を明らかにする事ができました。将来の創薬研究に役立ていければと期待しています（図14-15）。

前に述べたように、こどもの成長・発達過程では環境要因も重要です。特に胎児期・幼小児期の環境が大人を形づくることは容易に想像できます。医学的な面から病気の成り立ちを考える場合には、最も有名な例が、Barkerらの一連の研究成果に基づいた「生活習慣病の発症リスクは、胎児期の低栄養の影響を強く受ける」という仮説です。現在ではこの仮説は疫学的にも、動物実験レベルでも実証されつつあり、さらに拡張されたDOHaD; Developmental Origins of Health and Diseases という概念が普及してきています（図16）。これらの分子機序としては遺伝子のエピジェネティックな変化が想定されていますが、未だ不明な点は多く、今後の大きな研究テーマです。とくに日本では、出生体重が2,500g未満の低出生体重児が全出生数の10%近くに達していることから、将来的に生活習慣病の増加が懸念されます。図17に示すように、日本の低出生体重児の増加は諸外国と比較しても突出しており、今後大きな問題になる可能性があります。米国の縦断的な疫学調査では、後天的な肥満よりも出生体重の方が、思春期の内臓脂肪量や生活習慣病関連マーカーに強く影響していると報告されています（図18）。

次に教育、特に小児科医の養成についてお話しします（図19-29）。都道府県別の小児科医数を小児人口10万人当たりで表現すると、平成24年時点で東京都の150人に対して茨城県は72人と2.1倍の格差があり、茨城県は小児科医数が全国で最も少ない県として有名になってしまいました。私達としては乳児死亡率や救急車の搬送時間は東京にもひけをとっていないので、小児医療のアウトプットには自信を持っていますが、いずれにしても小児科医や新生児科医の養成には力を尽くす必要があります。このため、文部科学省から大学改革推

進等補助金を頂いて、平成21年から平成25年まで「地域と大学の連携による小児・周産期医療を担う人材育成」、さらに、平成26年から30年まで「ITを活用した小児周産期の高度医療人材育成」などの事業を行っています。前者の事業では、医学生、初期研修医、後期研修医等を対象にした教育システムを充実させ、結果的に茨城県内の小児科医や産婦人科医の増加に貢献できました（図20-22）。現在実施中の高度医療人材育成事業では、後期研修医や大学院生を対象に全県の小児周産期施設間を結ぶテレビ会議システムなどを整備して、茨城県での専門医の研修環境を飛躍的に改善しつつあります。今後これらを活用して、茨城県内の小児・周産期医療がさらに充実化することを期待しています（図23-25）。

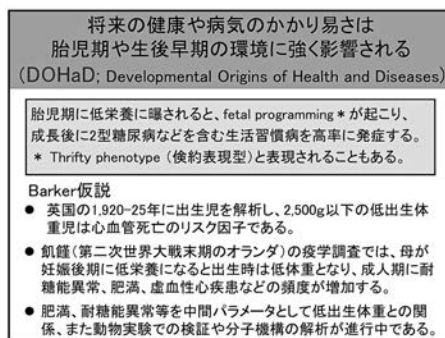
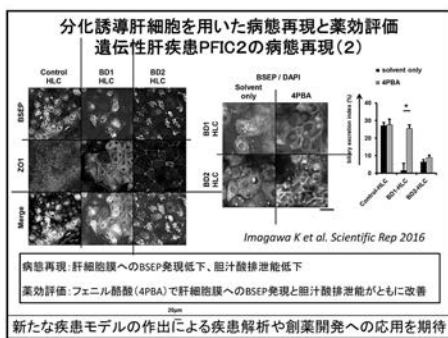
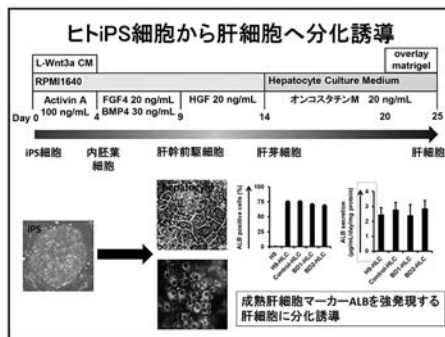
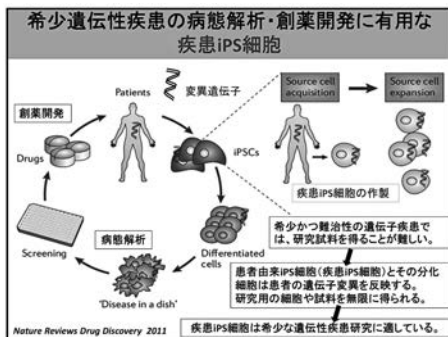
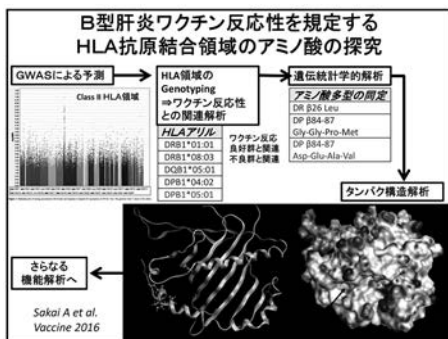
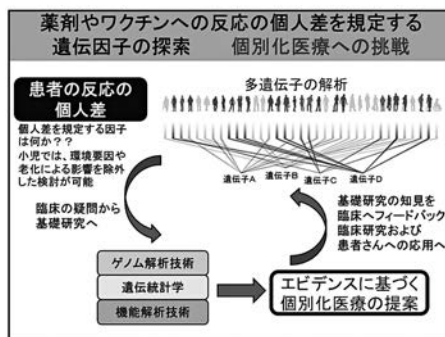
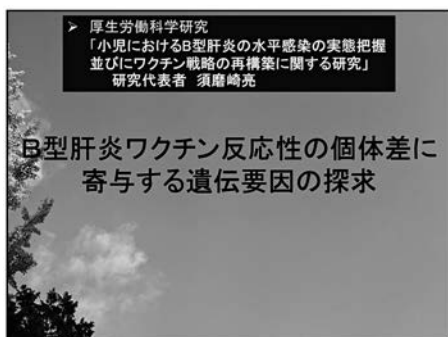
これらの事業をすすめる上で、女性医師や看護師などの育児支援にも力を入れました（図26-29）。小児科や産婦人科では、女性医師の志望者が相対的に多いために育児支援システムを立ち上げましたが、現在では病院全体で利用してもらっています。これは筑波大学附属病院の若手医師の三分の一が女性であり、出産育児を行う20～30歳代の女性医師が多いことを考えれば当然です。病児保育や時間外保育システムの整備は全病院的な課題です（図27）。私達が附属病院の協力を得て、作っている病児・時間外の保育システムを図28に示しました。特に工夫した点は、なるべく個人の事情に沿えるように柔軟性を持たせることです。例えば、病院内で病児の面倒をみてもらいたい親も、自宅にベビーシッターさんに来てもらって面倒をみてもらいたい人にも対応できるようにしました。また、こどもはいつ熱を出すのか分かりません。いつでもメールで成育支援室に連絡を貰えれば、ワンストップで育児体制を準備しておくことができるようになり、例えば母親は、翌日の手術や外来に穴をあけなくても済むようになりました。もちろん、小児科医の立場から見れば、病気のお子さんの面倒をみるのは家族が適しています。次善の策として、こどもにとって過ごしやすい部屋で1対1のシッターさんを準備して、小児科医の協力も得て、安心・安全な環境を整備しま

した。利用者の内訳を図29に示しましたが、ほとんどすべての診療科の医師や看護師さんがこのシステムを利用して仕事と育児の両立を図っています。どこでもこのような環境が整備され、女性の活躍が進む事を願っています。

次に、筑波大学小児科における診療活動について話します（図30-35）。茨城県では小児の高度医療を担当できる病院は限られており、筑波大学附属病院では、高度医療を必要とする小児患者を全て受け入れています。救急医療や新生児医療など多診療科の協力が必要な場合は大学病院の役割が大きく、**Hospital in Hospital**として小児に適した小児病院的な環境がけやき棟（新棟）に整備されました。具体的には、小児集中治療室（PICU）、新生児集中治療室（NICUとGCU）、その他の小児患者を受け入れる小児総合医療センターがあり、各々が日本で有数の成果を挙げています。例えばPICUでは、小児外科増本幸二教授が中心になって運営されていますが、24時間体制で内科系・外科系を問わず全ての重篤小児を受け入れるという厚生労働省の小児救命救急センターに指定されています。全国で9病院がこの指定を受けていますが、大学病院では筑波大学と九州大学のみです。NICUでは、産科の濱田洋実教授のチームと共に、総合周産期母子医療センターとして年間1,000件近くの出生に対応し、循環器外科、小児外科、脳外科、形成外科などと協力して手術の必要な新生児症例を多数受け入れています。周産期医療の分野では、大学病院としてトップクラスのactivityを示しています。詳細は省きますが、小児総合医療センターでは全国から小児固形腫瘍患者を受け入れており、放射線腫瘍科の櫻井英幸教

授のチームと一緒にいる小児の陽子線治療施設として、圧倒的な存在感を示しています。小児の高度医療による治療効果を最大限に発揮するためには、子どもらしい生活を維持できるように配慮された環境が重要です。病院長他多くの先生方や職員のお陰で、筑波大学附属病院でこのような環境を整備できたことは、皆様に感謝しても感謝しきれないことです。

最後に社会貢献について触れさせていただきます（図36-37）。日本では、種々の予防接種の導入が遅れており、これを解決する事は、私達小児科医の悲願です。私は小児肝臓病学を専攻してきたこともあり、平成25年から27年にかけて、厚生労働省「小児におけるB型肝炎の水平感染の実態把握並びにワクチン戦略の再構築に関する研究班」を組織して大規模な研究を行いました。全国の小児科医のみならず、内科、基礎医学の大勢の先生方の協力を得て研究を進め、平成27年10月1日から全ての乳児を対象にしたB型肝炎ワクチンの定期接種化に繋げる事ができました。すべてを合わせれば、100名以上の医師、看護師、検査技師、事務官から協力を頂いた賜物であり、深く感謝しております。そこで学んだことは、「具体的な目的を明確にした上で、誰に対してもその意義を力説して、無理なお願いも臆せずに頼む」ということの大切さです。ここには多くの学生さんや若い医師の方々がおられますが、情熱を持って取り組みば多くの場合、道は拓けます。皆さんの今後の活躍を是非、お願い致します。私は長い間、大学卒業後40年にわたり、筑波大学の皆様と楽しく仕事をさせて頂きました。本当にありがとうございました。



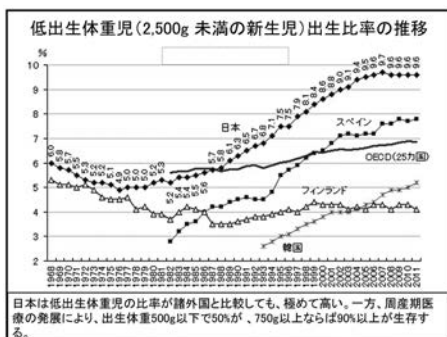


図17

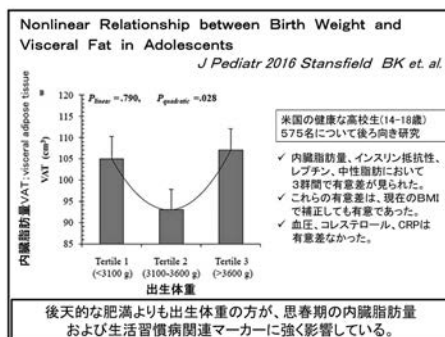


図18



図19

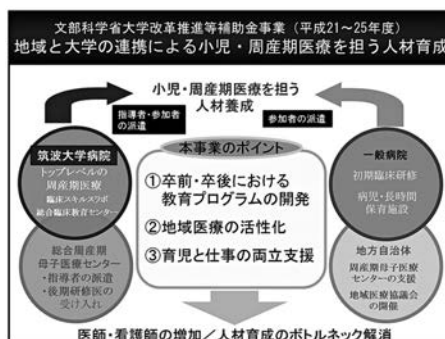


図20

筑波大学小児科における教育

医学生

- ✓ 地域小児科診療、救急診療へ参加
- ✓ 小児科実習4週のうち、1週間を筑波メディカルセンターで実施
- ✓ 専門医療技術への早期暴露:

 - ・シミュレータなどを用いて新生児蘇生法などの実地指導

初期研修医

- ✓ 地域基幹病院で2年のうち6か月間、成人と小児の急性疾患の初期対応を集中的に研修
- ✓ 世界標準の小児科救急教育プログラム(APLS)などの導入

後期研修医

- ✓ 小児科専門医取得のため、3年間で全員に以下を必修とする。

 - ・地域病院の小児科で1年間の研修
 - ・新生児医学を専門とする総合周産期母子医療センターで6か月間研修

図21



図22



図23

基本理念

研修医と指導医の地理的隔たりをIT技術で埋める

- 忙しい地域医療の現場を支えつつ、高度な専門医に到達できる研修環境の整備が必要である。
- ➔ 地域病院の病棟の隣で、大病院と同様の実践的な研修
- ➔ ITを活用して遠隔教育により、地域病院の研修を支援
- 小児科は2017年度から、その他の診療科は2018年度から一斉に各分野で新しい専門医養成制度が始まる。
- ➔ 地域全体を含めて、魅力的な研修制度を構築する必要がある
- ➔ 講習会等で技術指導を実施する(インテンシブコース)
- 産科も小児科も女性医師の割合が多く、出産・育児中にも可能な臨床教育が求められている。
- ➔ eラーニングコースとインテンシブコースでスキルアップを図る

図24

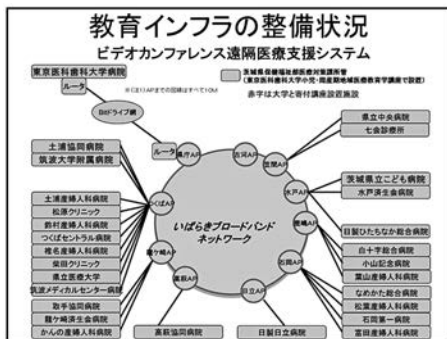


図25

女性医師、看護師などへの育児支援

1. 病児保育、時間外保育など、柔軟な育児支援
文科省大学GPI「周産期人材養成事業」によって、筑波メディカルセンター病院の病児保育室を利用した。これによって、筑波大学附属病院の産婦人科、小児科、小児外科の3診療科の医師の子が病児保育を受けられるようになった。
↓
附属病院内で、多くの診療科医師が病児保育を希望した。
↓
大学GPI「課題解決型高度医療人材養成事業」の支援を受けて、全診療科の女性医師、看護師などを対象に、筑波大学附属病院内で病児保育を開始した。
2. ベビーシッター派遣、による学会・講習会での託児
3. 地域の周産期医療機関の女性医師への大学からのサポート
家庭を持つ女性医師を集約 → 相互協力体制
新生児診療のオンコール業務の支援

図26

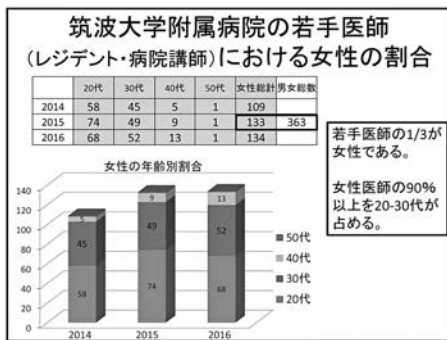


図27

育児支援 病児・時間外の保育システム

場所	病院内での保育	自宅での保育
対象児	満3か月～小学校3年生まで	なし
定員	4名	なし
保育体制	病棟保育士5名 +委託業者のベビーシッター +小児科医師による回診	委託業者のベビーシッター
月額利用料	3,000円/日	委託業者の利用料の内、1時間1,000円を8時間上限として病院が負担

図28

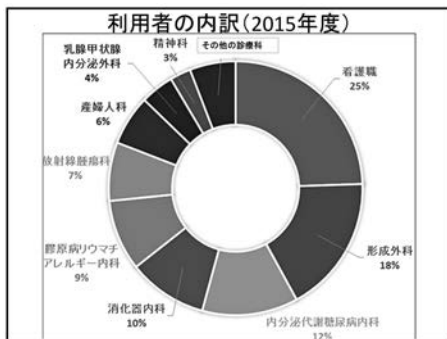


図29

診療 小児医療の工夫とActivity

- ・小児救急医療体制と小児集中治療室(PICU)
- ・新生児集中治療室(NICU/GCU)
- ・小児総合医療センターと協力体制

図30

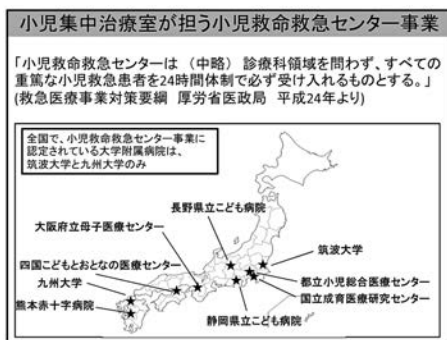


図31



図32

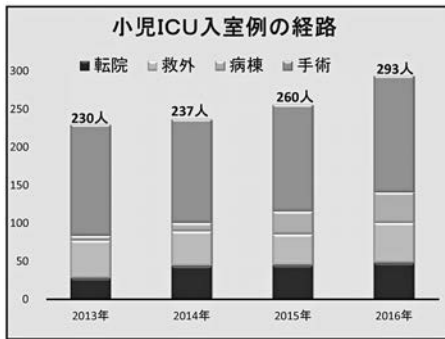


図33

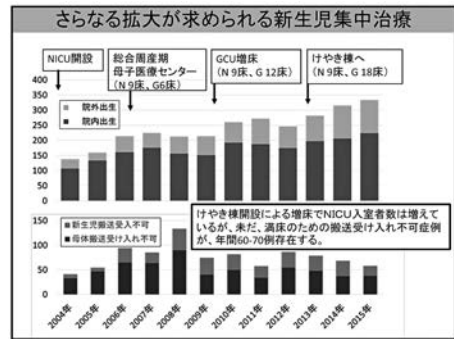


図34

筑波大学附属病院における小児医療の理念

- 質の高い高度医療の提供
 - 他診療科と協働して、複雑で難治な疾患に全身的医療を提供する。
 - 広範囲の医療機関と連携して、当院の医療技術が必要とする患者さんを優先的に受け入れる。
 - 保護者や保育士、多職種医療従事者と協力し、安全性の高い医療をめざす。
- 児の環境・保護者との信頼関係
 - 児・医療従事者にとって、保護者は最高の味方である。
 - ファミリールームにより、保護者がいつでも児により添える事は、大きな治療効果となる。
 - 院内学級：重症児の人生にとって、教育を欠くことはできない。
 - 病児の入院ストレスを緩和し、子どもらしい生活を送れるように配慮する事により、患児と保護者を共に守る。

⇒小児医療特有の工夫により、治療効果を最大限に発揮し、質の高い、子どもの一生に関わる医療を提供する。

図35

社会貢献

B型肝炎ワクチンの定期接種化

指定難病、小児慢性特定疾患など

厚生労働科学研究
 「小児におけるB型肝炎の水平感染の実態把握並びにワクチン戦略の再構築に関する研究」
 「Atagilla症候群など遺伝性胆汁うっ滞性疾患の診断ガイドライン作成、実態調査並びに生体資料のバンク化に関する研究」
 研究代表者 須藤晴亮

図36

厚生省肝炎等克服緊急対策研究事業（平成25～27年度）
 小児におけるB型肝炎の水平感染の実態把握並びに ワクチン戦略の再構築に関する研究
 研究代表者：須藤晴 亮

第6回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 資料

平成27年1月14日(木)
 13:00～15:00
 厚生労働省第6会議室(9-1402会議室)

● 議案立案、配付資料 (PDF:41KB)
 ● 委員名簿 (PDF:26KB)

● 資料1 B型肝炎ワクチンの接種の現状の経緯 (PDF:308KB)
 ● 資料2 厚生科学審議会(周産期)の調査結果概要 (PDF:704KB)
 ● 資料3 B型肝炎ワクチンの接種の現状について (PDF:133KB)
 ● 資料4 日本協会の特設的経緯の整理、特にに対する平成27年度の対応について (PDF:40KB)
 ● 資料5 予防接種基本方針部会における審議状況について (PDF:176KB)

⇒小児の全国調査および
 本研究班の成績を厚生科学審議会
 議会で報告し、平成27年1月15日に、B型肝炎ワクチン定期接種化が決定された

1歳までに3回接種を推奨
 感染の予防を助ける

図37

長い間、多くの先生方・職員ならびに学生さんと楽しく仕事をすることができました。篤く御礼を申し上げます。

筑波大学附属病院
 小児総合医療センター
 Member of Pediatric Department

筑波大学
 University of Tsukuba

図38

Experts from Tsukuba

～筑波大学出身のリーダー達～



「この道一筋」でなくても

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部

部長 坂 口 美 佐

11回生の坂口美佐です。早いもので卒業後27年が経ちました。この度はふとしたご縁で寄稿の機会をいただきましたので、私の携わってきた仕事のことを中心にお話したいと思います。

＜卒業後、麻酔科医に＞

私は大学卒業後、筑波大学附属病院麻酔科のレジデントになりました。麻酔科との出会いは、1年生の医学セミナーで麻酔科を選択し、笑気の吸入体験をさせていただいたことでした。同期の皆さんはよく知っているように、私は学生時代あまり出席率が高くありませんでしたが、内藤教授の講義にはとても興味を惹かれ、必ず出席して熱心にノートを取りました。その後、臨床実習で麻酔科を回り、自分が麻酔科医として働いている姿が何となく想像できたことが決め手になりました。麻酔科医は常に患者さんの立場になって全身管理を行い、手術室のマネジメントにも関わる重要な役割を果たしています。麻酔科に進んだことが医療安全に携わるきっかけになったと思っています。

＜麻酔科医の経験を積む＞

レジデント時代は、半年毎に大学病院や関連病院を異動しながら、麻酔に明け暮れる日々でした。卒後3年目には茨城県立こども病院で小児麻

酔をみっちり叩き込まれました。この頃に、初めての学会発表をカナダで行いました。水泳でいえば、プールでの練習もなしにいきなり遠泳に出るようなものですが、怖いもの知らずで乗り切ってしまいました。

レジデント修了後、麻酔科の関連病院であったいわき市立総合磐城共立病院に勤務しました。当時ベッド数が約1000床あり、大変忙しい病院でしたが、様々な麻酔の経験を積むことができました。また、麻酔の傍ら、日々の手術室のスケジュールを外科医や看護師と交渉しながら調整するようになりました。後に大学院で医療経営管理学を学びましたが、いわきで経験したことは学問的にはこういうことか、と感ずることがいろいろありました。

1999年は「医療安全元年」と呼ばれる年で、患者取り違い手術、消毒薬の誤投与事故が立て続けに発生し、メディアでも連日取り上げられました。私は、医療が高度になっていく一方で、このような一見単純とも思われるようなエラーが起きるのはなぜなのかと考え、手がかりを求めて本を読みました。その一つに、米国医学研究所の“**To err is human**”というレポートの日本語版「人は誰でも間違える」がありました。米国では1年間

に44,000人～98,000人が予防可能な医療事故で死亡しているという驚くべき数字が示され、医療事故を防止するにはエラーや有害事象の報告システムを構築して情報を共有することが重要であると述べられていました。当時、日本には全国的な事例の収集制度はありませんでしたが、日本にもこのような制度が必要だと思い、自分がそれをやりたいと考えるようになりました。

＜大学院進学＞

2003年に九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻に入学し、医療政策や医療経済、社会保障制度などについて2年間学びました。在学中に、厚生労働科学研究「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」のワーキンググループに参加することになりました。この研究は、全国数十か所の病院でカルテをレビューして有害事象の有無を判定し、その発生頻度を算出するというもので、前述した米国のデータの日本版を出すことにつながります。当時は紙のカルテがほとんどで、中には読みにくい字や略語もありましたが、麻酔科医として鍛えられた「他科のカルテを読む能力」が役に立ったかなと思っています。この研究のメンバーになったことがご縁となって、日本医療機能評価機構医療事故防止事業部の専門分析班員、そして客員研究員となり、本業の傍ら全国レベルの医療安全の推進に関わるようになりました。

＜医療安全管理部の仕事＞

2006年から滋賀医科大学医学部附属病院医療安全管理部講師になり、GRM（ゼネラルリスクマネジャー）を務めました。医療安全管理部は、平時は事故防止のための教育や研修に取り組み、何か事が起きると様々な対応や調整を行う部門です。学生教育では、5年生が臨床実習で医療安全管理部を回ることになり、医療安全のレクチャーや事例分析の実習を行いました。また、現在多くの病院で使用されているWHO手術安全チェックリストの導入に取り組みました。しかし、ひとたび大きなインシデントが発生すると、その状況確認や分析、対策の立案を行うとともに、患者さんやご家族への対応も支援していかなければならないため、多大な労力が必要になります。医療事故を未然に防止することがとても

重要だという思いを新たにしました。

＜再び麻酔科医の生活に＞

滋賀医大に4年間勤務した後、いったん麻酔の臨床に戻るべく、金沢大学附属病院麻酔科蘇生科特任准教授に就任しました。再び、フルタイムの麻酔科医の生活です。ここで図らずも小児麻酔の経験が活かされることになりました。金沢大学では、ちょうどベテランの小児外科医が赴任され、それまであまり行われていなかった小児外科の手術が始まった頃でした。いい所に来たという訳で、小児の硬膜外麻酔や新生児の麻酔を担当させていただきました。また、金沢には筑波の関係者が意外と多く在住されていたので、何度か宴会が催され、筑波の教育って良かったよね、という話題で盛り上がりました。筑波大学のありがたさは、離れてからわかるのかもしれませんが。

＜医療をより安全にするために＞

2014年10月に、公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部の部長に就任しました。本事業部は、医療事故の発生予防・再発防止を目的として、全国の参加医療機関から医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集し分析・提供する医療事故情報収集等事業を運営しています。提供する情報の一つに、重要な事例をコンパクトにまとめ、イラストを用いてわかりやすく注意喚起する月一回の医療安全情報があります。また、報告書にはテーマ毎の詳しい分析を掲載しています。情報はすべてホームページで閲覧・ダウンロードすることができますので、ご活用いただければ幸いです。

大学を卒業した頃、進路には基礎・臨床・社会医学の3つがあり、私を含め多くの人は臨床の道に進みました。その頃、「医療安全」の仕事はありませんでしたが、この領域が注目され発展して来た時代と共に、私の仕事も変遷して来たように思います。麻酔科医として出発した私は、MPH（Master of Public Health）を取得し、2017年度に新しく創設された社会医学系指導医になりました。よく「二足のわらじ」と言うように、私にとって麻酔と医療安全はどちらも大切な仕事で、時々軸足を替えながら続けることで、経験を双方に活かしていきたいと思っています。

Fellow of American Heart Association (FAHA) に 選抜されて



横須賀市立うわまち病院小児医療センター

センター長 宮 本 朋 幸

私は11回生で1990年卒です。この「Experts from Tsukuba」に寄稿することができるとは夢にも思っていませんでしたので、大変名誉に思っております。

さて、今回、寄稿することになったのは2016年に私がFAHAに選抜されたことがきっかけです。そもそも小児循環器医であった私にとって「FAHA」はあこがれの称号ではありました。この称号は、優れた科学的専門性とボランティアリーダーシップがあるとAHAが認めた会員に与えられ、AHAの部門(council)ごとに選抜されます。私が所属するcouncilは小児循環器部門(Council on Cardiovascular Disease in the Young)で、2016年には10名がFAHAに選拔され、日本人は私だけでした。ただのあこがれだけで終わるかと思っていたFAHAが自分の手に入ったその理由の一つが、筑波大学の先輩たちとの出会いにあったのですが、それは後程お話しします。

その前にまず、私の小児科医としての波乱万丈の経歴をお話しします。卒業後、大学でレジデント生活を送り、チーフレジデントも2年務めた後、1997年に国内留学として神奈川県立こども医療センターに出向しました。しかし、中心的なスタッフドクターが39歳の若さで急に亡くなるという事態が起こり、私は大学人事を離れて神奈川県立こどもに残らざるを得なくなりました。大学のサポートの無いまま、しかも、32歳の自分がリーダーとして神奈川県立こどもの臨床と研究を支え続けなくてはならない状況となりました。おそらく当時日本で一番若い、小児専門施設の小児循環器科

チームでした。年下の医師2名と一所懸命、「老舗」神奈川県立こども医療センターの「のれん」を守っていたことが今でも懐かしく思い出されます。夜遅くというか、明け方まで臨床と研究を行い、眠いんだろうけど、不思議にみんないつもガラガラしていました。あまりにも猛烈なので、コメディカルの人たちに本気で心配されていた3人でした。そして2001年に、大学系で行われたのではない研究論文としては初めて日本小児循環器学会のYoung Investigator's Awardを私が受賞し、自分の進む道に少し自信がつき、さまざまな臨床研究を進め、国際学会や厚生省の研究を分担することも経験しました。他の二人も、若いながらも日本全体に認められていく過程を楽しんで臨床と研究をしていたと思います。

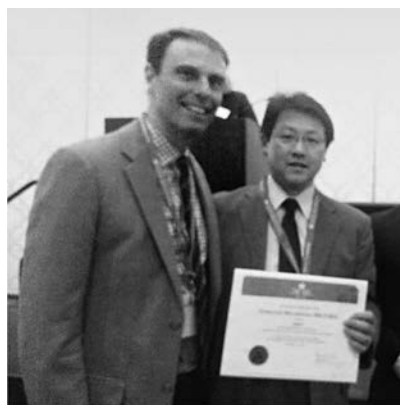
そんな矢先、神奈川県立こども医療センター内で、とある人事問題が勃発し、それに幻滅した我々3人はそこを去る決意をそれぞれしたのです。私は2004年に現在の病院に異動いたしました。私が赴任した当時の横須賀市立うわまち病院小児科は、1日10人くらいの外来を診るのみの小児科でした。「やるなら大きな小児科を作ってくれ」という病院長の言葉に背中を押され、数年で新生児集中治療室を有し、小児の心臓カテーテルも行い、地域周産期母子医療センターや、地域小児科センターに認定されるような、年間1300名の子どもたちが入院する小児医療センターに成長しました。これが、私の小児科医としての波乱万丈の経歴の一部始終です。様々な転機と挫折ともよらないことが起こりました。

うわまち病院の小児医療体制を確立するという目標を持った中で、小児医療のシミュレーション教育が必要だと思い始めました。その時、一本の電話が私にかかってきました。それが、現在水戸医療センターの救命救急センター長の安田 貢先生でした。安田先生は、大学時代「基臨社祭実行委員長」で私は企画局長として、一緒に学園祭を作り、お世話になっていました。安田先生は1980年代にすでにその基臨社祭の企画としてシミュレーション教育のブースを作っており、今考えると先見の明があったなと思いますが、その先輩から実に10数年ぶりに電話がかかってきたのです。「PALS（AHA が provide する小児の救急蘇生法のシミュレーションコース）を日本で広めるから、手伝ってくれ」という内容でした。「渡りに船」とばかりに二つ返事で引き受けた私は、AHA の国際チームから教えを受けることとなりました。シミュレーション教育のインストラクターは初めての仕事でかつ、インストラクターの指導者にもならなくてはならない企画の中で様々な苦労がありました。AHA の指導者たちは根気よく、我々を指導してくれました。同い年のその時のAHA のリーダー医師は、今でも大切な友人です。「すべての人が健康に人生を謳歌することができるように活動する」というAHA の mission を認識したのは、そのころからでした。その後、国内外のシミュレーション指導にかかわる人たちと会うたびに、彼らの勉強熱心さと、「人を救うための教育」に対する情熱に感動するとともに、今の自分の仕事に対する姿勢は間違っていないんだと勇気づけられました。ガイドラインの改訂の時には、AHA の幹部と話し合いをする機会も与えられました。

2016年2月、AHA の会員に向けたメールの中にFAHA への立候補の募集がありました。夢の一つであったので挑戦してみようと思い立ち、立候補の書類をまとめ始めました。bibliography をまとめる作業もあるのですが、当初、募集要項の中の「すべて英語で記せ」という一文を読み飛ばし、日本語の論文はそのまま日本語で提出してしまうという失敗もしました。即、「全て英語で

記せって書いてありますね？これでは読めませんよ」てな感じの返信が帰ってきて、大慌てで英語にして再提出しました。考えてみればアメリカの学会なのだから英語にするのが普通なのですが、自分としては「これは日本語の論文ですよ」と正直に申告する意味もあったのです。しかし、publish するという意味では言語は特にかまわないという向こうの意識もあるのでしょう。彼らは英語が母国語なのだから、英語は当たり前で、日本人が日本語で書くのもごく普通と考えているのかもしれませんが。そういえばノーベル賞の田中耕一さんの論文も日本語だったと聞いたことがあります。なんでも論文として残しておくことが重要で、日本語の論文でも認められるんだと思った瞬間でした。しかし、英語で分かるようにしないとイケない。田中さんも受賞の講演のために論文を英訳したと何かで読みました。先のAHA の国際チームとの会話も全て英語でした。我々のころと比べ、日本語のいい教科書がたくさんある現在ですが、やはり、英語に親しんでおくことは必要だと最近さらに感じてきています。

私がこの度FAHA に就任できたのは、大学での研修中、研究をして論文を書くという習慣を教えてくれた堀米仁志教授と、AHA と私を近づけてくれ、「人を救うための教育に自分の時間を使う」という情熱を私に教えてくれた安田 貢先生、このお二人の筑波大学の先輩のお力添えがあったからと思っています。大学を離れなければなら



FAHA の Certification を授与された時の写真
(右が筆者)

なかったときは、自分としては非常に悲しく、筑波大学小児科の皆さんには大変ご迷惑をかけたと思います。しかし、今でも見守ってくれる筑波大学の諸先輩方に感謝しつつ、どうすれば、恩返しができるのか分かりませんが、筑波大学卒業生であるという誇りを持って、日々精進していこうと思っています。

本誌の読者の若い方々へ、「強い夢は必ずかなう」私の好きな言葉です。途方もない大きな夢を持って日々頑張ることが、小さな夢が少しずつ叶っていく秘訣だと思っています。

紆余曲折の人生でしばしば夢を見失いそうになりましたが、まだまだ、「夢の途中」の私です。お互い頑張っていきましょう。

第92回日本結核病学会総会を終えて

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

院長 齋藤 武 文（2回生）

2回生の齋藤武文です。私は1981年に卒業したのでこの6月で36年の医師生活が過ぎたことになります。私は日本結核病学会の常務理事をしていますが、その関連で桐医会会報に何か一文をとのことなので、私が総会長を務めさせて頂いた第92回日本結核病学会総会について述べさせて頂きます。

1882年3月24日、ロベルト・コッホは結核菌の発見を学会に発表しました。135年経った現在でも結核はまだ根絶されていません。WHO（世界保健機関）はコッホが結核菌を報告したことに因み、3月24日を「世界結核デー」と制定しています。3月24日に合わせ、東京国際フォーラムで第6回国際結核肺疾患予防連合アジア太平洋地区会議（APRC2017）と同時開催させて頂きました。APRCは、結核および結核対策に関する世界的な学術組織である国際結核肺疾患予防連合 International Union Against Tuberculosis and Lung Disease（The Union）の世界にある7地域の一つであるアジア太平洋地区組織で、2年に1度学術会議を開催し、今回は森亨結核研究所名誉所長が大会長となり、第92回日本結核病学会総会と同時開催となりました。

私は2年間の一般研修、4年間の大学院生としての研究を修了した後、30年間、結核臨床医として現場で仕事をして参りました。昭和63年4月から現在まで勤務している国立病院機構茨城東病院は、平成27年10月17日に創立80周年を迎えました。村松晴嵐荘に始まった当院は、国立結核療養所第1号として結核診療において我が国の最先端を走り、第2代荘長木村猛明先生の作業療法、第3代荘長加納保之先生の肺結核の外科治療、第5代院長青柳昭雄先生の肺結核の内科治療を始め

とした先輩諸氏は輝かしい業績を挙げてきました。そういった歴史のある施設で先輩の先生方から懇切丁寧に結核を教えて頂いた経験から実際の結核臨床は中々、教科書などの書物から独学で学ぶ難しさを痛感しています。その思いから「現場で生きる実践結核病学の確立を目指して」を学会のテーマとし、結核の現場に精通した先生方は勿論、結核を勉強し始めたばかりの研修医、抗酸菌エキスパートの方々にも沢山、勉強して頂けるよう、実際のプログラムを中心に企画しました。会員の皆様のご協力があり、要望課題を含む一般演題は、口演99題（優秀演題10題含む）、ポスター58題の計157題、特別講演1題、招請講演1題、教育講演5題、シンポジウム10題（内1題は第6回国際結核肺疾患予防連合アジア太平洋地区会議とのジョイントシンポジウム）、ミニシンポジウム3題、会長講演1題に加え、抗酸菌症エキスパートセミナー「初学者のための結核寺子屋教



室」16題と、自画自賛ではありますが、充実した内容であったと振り返って思っております。特に「初学者のための結核寺子屋教室」は基本的な内容からなる講演であり、専門家だけでなく結核を良く知らない医療従事者が勉強になったと自負しています。会長講演として私は抗結核化学療法確立以前の治療の歴史を取り上げました。私が勤務する茨城東病院の前身である村松晴嵐荘もそうでしたが、結核療養所はかつて結核対策の中心的な役割を担う施設でありました。我が国では19世紀末になると私立療養所が誕生し、20世紀に入ると公立療養所も生まれ、さらに終戦後はその数を増やし最も多いときは約700施設、26万床にまで及んだそうです。茨城東病院は、我が国初の国立結核療養所です。私は、結核治療学について“故きを温ねて新しきを知る”ため、足かけ30年の勤務になる茨城東病院の歴史に抗結核化学療法確立以前の治療の歴史を重ねて講演しました。講演内容を準備する過程で、改めて先輩の先生方の努力があつて今の茨城東病院があることを再認識しました。

開催時期は通常より早い3月23日（木）、24日

（金）のまだ肌寒い時期であり、加えて一時は天候不良が心配されましたが、当日は天候にも恵まれ、約1600名の先生方に来て頂き、実践結核病学を堪能して頂けたと思っています。

このように日本結核病学会総会長という重責を何とか果たすことができました。これも桐医会を始め沢山の方々のご協力のお陰だと思っています。この学会記を通じて感謝の意を表させていただきます。誠にありがとうございました。

143ある国立病院機構病院の7割が赤字経営の中、当院は104%強の経常収支で平成28年度を終えることが出来ました。これから病院経営は益々、厳しくなりますが、桐医会の一員として後進に手本を示せるように地域医療担当病院長として責務を果たして行きたいと思っています。

会員の皆様には、季節の変わり目、風邪など召されませぬようご自愛下さい。

第92回日本結核病学会総会を終えたご報告とお礼まで。



左：結核研究所名誉所長 森 亨先生（第6回国際結核肺疾患予防連合アジア太平洋地域学術大会長）
右：斎藤（筆者）

3月23日(木) 第1日目

齋藤会長の開会の辞から、学会総会が始まりました。1日目のプログラムには、齋藤会長の会長講演(「結核:古くて新しい病気」)、Henry Koziel先生、Margaret Koziel先生による貴重な講演と共に、シンポジウムでは、より実践的な内容で講演が行われました。大石内科診療部長も初学者のための結核寺子屋教室で、「抗酸菌症と酸化ストレス」を講演しました。

講演会場【東京国際フォーラム】

【1日目: 2017年3月23日(木)】

第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場	第7会場	第8会場
1F ホールRT-12 シタナー 40分	1F ホールRT-12 シタナー 40分	1F ホールRT-12 シタナー 40分	1F ホールRT-12 シタナー 40分	1F ホールRT-12 シタナー 40分	2F ホールRT-12 シタナー 40分	2F ホールRT-12 シタナー 40分	2F ホールRT-12 シタナー 40分
6:30							
7:00							
7:30							
8:00							
8:30							
9:00	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典	シンポジウム(90分) 「生活習慣と結核」 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典 議長: 堀江 博典、堀江 博典
9:30							
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30							
14:00							
14:30							
15:00							
15:30							
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							

講演会場【東京国際フォーラム】
【2日目・2017年3月24日(金)】

第92回日本結核学会総会

第1回生 同窓会報告

平成29年 2月18日

毎年2月に筑波で開催されていた同窓会が昨年初めて東京で開かれ、私も卒業して初めて参加しましたが、酔いの勢いもあり今年の幹事をつい引き受けてしまいました。そこで本年2月18日（土）東京駅『過門香』で第2回目となる東京での同窓会を開きました。

筑波での同窓会はその立地条件からか毎回20名くらいの参加者でしたが、昨年の東京での同窓会には遠くは宮城県や三重県からも参加してもらい40名の同級生が集いました。

私も含め還暦を超えて明日をも知れぬ連中ばかりです。そこで今年は同級生全員に参加してもらおうと思い、なかなか参加してもらえない（あるいは個人的に是非とも会いたい）同級生には電話、メール、葉書を用いて個人的に誘いました。残念ながら全員の参加は得られませんでした。ありがたいことに55名が参加を表明してくれて最終的には49名の同級生が集まってくれました。

同窓会自体は約2時間という短い時間でしたが、還暦を過ぎた初老の連中にしてはビール大瓶64本、紹興酒15本、焼酎8本、ワイン10本、カシスソーダ8本とよく飲んだものです。お酒と言え

ば我々が入学した1974年当時はほぼ全員が寮生活をしており毎晩どこかで酒盛りをやっていたものです。他の学部の学生とも飲み明かした毎日でした。

あの当時はよく酒を飲んだものです。今回酔った眼で会場を見渡すと、入学した当時の寮での飲み会と重なりあの当時にタイムスリップをした感覚を味わいました。

相当飲み食いしたわりには皆元気で盛況のうちに同窓会は終わり、次回も東京で開催することが決まりました。来年も皆の元気な顔を見ることができるのが楽しみです。筑波大学の黎明期を共に経験した同窓の皆がいつまでも元気でいて欲しいと願っています。

後日同窓会の原稿依頼がきた時に、集合写真を撮っていなかったことに気づきました。

そこでタイムスリップついでに体芸棟をバックにして写る入学1年時の我々の集合写真を提出することにしました。副学長の松村 明君、同窓会会長の山口高史君がどこにいるか分かりますか？

（1回生 黒木伸一記）



大学1年時（体芸棟をバックに）

海外実習報告

筑波大学医学群医学類 6 年次 桶屋こむぎ

【はじめに】

3 年生の春休みにカンボジアに旅行に行った際、現地ガイドさんに病院を見せていただいたことがきっかけで発展途上国での医療に興味を持った。その後、海外留学からは遠ざかっていたが、4 年生の夏休みに一念発起し、バングラデシュにある icddr,b（国際下痢症研究センター）で 1 週間実習を行った。発展途上国での医療の様子を学ぶことができ、有意義な時間が過ごせたが、「お客様」としてただ病院を見て回るだけの実習に悔しいような、もどかしいような気持ちになった。そこで、今回の海外実習では「見てくるだけ」では終わらせないことを目標とし、医学の実習にとどまらない様々な活動を行ってきた。

【実習科と実習先について】

以前、臨床実習で精神科疾患は適切な治療をすれば日常生活に戻ることは可能であることを学んだ。しかし、精神疾患関連による経済的損失は全世界の GDP の 4 % にのぼり、小さくないのにも関わらず、世界的に精神科に注目が集まりだしたのは 2015 年に国連で SDGs が採択された以降であり、発展途上国ではいまだにほとんど目を向けられていないと考えられた。以上のことから、発展途上国の精神保健に興味を持った。

前回はアジアの発展途上国を訪れたので、今回はアフリカの最貧国の医療をみてみたいと考えた。そこで、かねてからお話を伺っていた本学大学院生のマンガさんの母国、マラウイで 7 週間精神科での実習を行うことにした。

今回の実習では、発展途上国における精神保健の現状を学ぶとともに、アフリカでうつ病が少ないという仮説が本当ならば、うつ病やそれに伴う自殺が大きな問題になっている日本で生かせるヒ

ントがないか探すことを具体的な目標とした。

【留学前に行ったこと】

選択実習で精神科を選択し、精神科疾患に関する論文を検索したり、本学大学院に在籍するマラウイ人にインタビューを行ったりして、マラウイの精神保健についてのイメージをつかむとともに、疑問点を挙げた。

また、文部科学省主催の官民協働奨学金、「トビタテ！留学 JAPAN」に応募し、事前研修を行った。様々な分野の友人ができ、非常によい刺激をうけた。自分の留学計画について多方面から意見をもらい、ブラッシュアップすることができた。さらに、現地での紹介に用いるために富山県庁、黒部市役所の方々に留学のことをお話しして協力をお願いし、県や市のポスターを頂いてきた。

【実習の内容と学んだこと】

University of Malawi College of Medicine で精神科の授業の受講、Queen Elizabeth Central Hospital での精神科外来、小児精神科外来、リエゾン回診の見学、Blantyre international university での精神科疾患の啓発活動を目的としたワークショップへの参加、Zomba mental hospital, St.



トビタテ！留学 JAPAN 6 期生壮行会

John of God hospitalの見学を行った。これにより、マラウイの政府の病院の精神科外来、入院病棟、私立の精神科病院の様子をそれぞれ学ぶことができた。さらに、HIVについてのプロジェクトの一環としての田舎の村での意識調査とグループディスカッションを行うフィールドワークにも参加させていただいた。

マラウイの精神科の現状は、国内の精神科医がたったの4人（うち、マラウイ人精神科医は2人）という点にまず驚かされた。精神科医のいる病院は1つだけで、あとは **clinical officer** や **psychiatric nurse** といったコメディカルの方々が対応していた。ただし、診断や治療に用いる国のガイドラインは一部の精神疾患にしか対応しておらず、根拠のあいまいな診断に対して首をひねる用量の薬剤が漫然と処方されている症例も多かった。また、精神科に対する強い偏見があり、通院を自己中断してしまう例があったり、慢性的な薬剤不足があったりとたくさんの課題が見つかった。マラウイに独特な点としては、虐待歴の聴取と HIV 脳症の鑑別（どちらも頻度が高い）が重要であると学んだ。

精神科に限らず、マラウイの医療の問題点としては、医師の待遇が悪いためにもともと少ない医師が国外に流出すること、政府は費用の問題から **clinical officer** の育成ばかりに力を入れていること、政府の病院が無償であるためにスタッフの士気が低下してサービスの質が低下していることなどが見えてきた。さらには、支援の方法そのものにも問題があることに気づいた。保健サービスをはじめ、道路などの建設物や食料はすべて無料で提供されるのが当たり前だという感覚の人が多く、それらのサービスをきっかけに自分たちの手で持続的な、よりよいものにしようという感覚が薄いのではないかと思う場面も多かった。一方で、皆が社会サービスを受ける権利があること、その反面一人ひとりに責任と義務が伴うことを広める活動をしている団体（NICE）も出てきており、このような人々の活動と、JICA や **peace corps** のように、ただ一方的にモノやお金を与えるのではなく、人々に「方法を教える」支援が結

びつくことで本当の意味の支援になるのだと考えた。

【実習の成果】

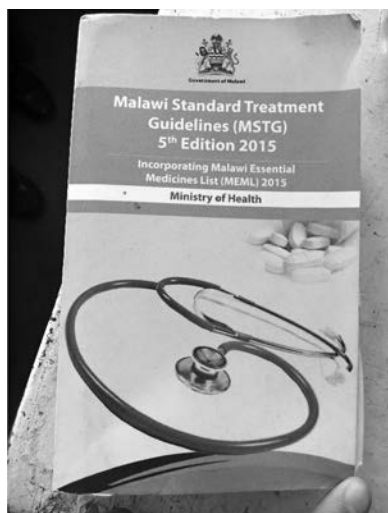
7 週間の実習を通して、マラウイの精神科の現状、精神科に関わらず医療が抱える問題を学ぶこ



Clinic にて



小児精神科医の George 先生と



診断・治療ガイドライン

とができた。また、フィールドワークを通して実地調査の具体的な方法（調査対象のリクルートの仕方、選別方法、倫理面での配慮など）を学んだ。さらには、医療以外の問題点（環境破壊、人種差別、アルビニズム、支援の問題、パラスポーツについて）を知った。以上のことはすべて日本語、英語で記事を作成し、毎週 Facebook に投稿した。多くの方から反応をいただくことができた。1人でも多くの人にマラウイについて、また、医療にとどまらない、マラウイが抱えている問題点について知ってもらい、そこから新たな活動が生まれることを期待している。

【その他の活動】

医学の実習以外の活動としては、富山県庁、黒部市役所から頂いたポスターを活用して出身地や筑波大学についてプレゼンテーションを行った。また、毎週末はマラウイ剣道協会の剣道の稽古に参加し、マラウイ剣士たちの剣道指導を行ってきた。さらに、マラウイスポーツ振興協議会に出向

いたり、剣道協会の会長や日本大使館の領事の方、JICA 隊員の方々とミーティングを行ったりして、マラウイにおける剣道の振興のためのお手伝いをした。JICA 隊員の方の活動（障害を持つ子供の教育）を手伝わせていただいたのもよい経験だった。

【今後の課題】

今回の実習でマラウイの精神保健の現状につい



マラウイ剣士と



出身地と筑波大学についてのプレゼンテーション



フィールドワークの研究メンバーと



マラウイ剣士に剣道指導



同様に留学中の友人たちと

て多くのことを学べた。実習中の外来見学で、うつ病や不安障害の患者さんが少ないこと、患者さんの虐待を受けている割合が多いことに気がつき、それに関して論文検索を行った。すると、マラウイでは医療機関を受診するうつ病や不安障害の患者さんは少ないこと、マラウイでは虐待歴を持つ人が多いことが分かった。そして、虐待歴とうつ病や不安障害には強い相関があることを知った。虐待歴があることがイコールうつ病、不安障害の発症とはいえないだろうが、比率の差（うつ病 / 不安障害が少なく、虐待歴が多い）に違和感を覚えた。症状があっても人に言わない、伝統医に助けを求めるなどして医療機関を受診していないだけなのか、虐待は当たり前のことだとして気にしないのか、受診するほど重度な症状にならないからなのか、など様々な原因が考えられ、実際にインタビュー調査を行おうと計画したが、研究計画の知識不足と時間不足により、途中で断念し

た。このように、前述したうつ病や不安障害の患者さんが少ないことに関しては疑問を解決するどころか、謎が深まっただけであった。また、伝統医の処方する薬に薬効成分はあるのか、人種間で薬物動態の違いはあるのか、など逆に疑問も多くでてきた。これらの調査は将来的に実現させたいと考えている。

【謝辞】

7週間の実習で本当に貴重な経験ができました。メンターの我妻先生、学群教務、学生支援、学生交流課の皆様、家族、先輩、友人、留学を助けてくださったすべての方々にこの場をお借りして心から御礼申し上げます。ありがとうございます。

【連絡先】

桶屋こむぎ komugi_wheat@yahoo.co.jp

海外臨床実習報告

筑波大学医学群医学類 6 年次 小林智美

実習先：Toronto General Hospital, Canada

期 間：2017年 4 月24日～ 2017年 6 月 2 日

診療科：Adult Congenital Heart Disease (ACHD)

【はじめに】

入学前より海外の医療への好奇心から海外実習に漠然と興味を持っていました。卒業後の進路を考えるようになると、日本で働きキャリアを積み上で海外留学という選択肢も出てくるかもしれないと感じるようになりました。そこで、まずは海外と日本の医療の違いを実際に経験してみたいと考えました。

【ACHD への興味】

私は元々小児先天性心疾患の長期的な管理に興味がありました。内科・外科治療の進歩と共に大人になることができる患者の数は増えています。特殊な循環動態を持つ患者はライフイベントの変化と共に様々な全身問題に直面しますが、このような患者をフォローする科は日本ではまだ定まっておらず、心臓血管外科、小児科、循環器内科のいずれかが担当しているのが現状です。長期管理をするには私は何科を志すべきか心臓血管外科教授の平松祐司先生に尋ねたところ、循環器内科に ACHD という分野があり、日本ではまだ普及していないので今後の発展が期待されることを教えてくださいました。それをきっかけに ACHD 部門が確立している病院を見てみたいと思い、その頃 TGH に留学されていた循環器内科の石津智子先生、平松先生にご紹介いただき、TGH での実習が実現しました。

【実習について】

1. 病院について

TGH は臓器移植と心疾患の診療を主軸に掲げています。がんが専門の Princess Margaret Hospital, 整形外科と脳神経系の診療を行う Toronto Western Hospital, リハビリ専門の Toronto Rehab Institute とカルテを共有し、お互いに近接しており医師も互いの病院を行き来しています。向かいにある Hospital for Sick Children (Sick Kids) や Mount Sinai Hospital とも交流があり、病院間の連携が非常に密でした。

私が実習した ACHD 部門は Inpatient service (入院部門) と、Outpatient clinic (外来部門) の2つがあり、staff 10名弱、fellow 6名程度と resident 数名で業務を行っています。入院患者は15名ほど、外来患者は日により異なりますが合計で1日50名程度でした。

ACHD 部門の長である Oechslin 先生は、International Society for Adult Congenital Heart Disease の理事長もされている方です。どんな偉大な先生なのかと緊張していましたが、とても気さくで指導熱心な先生で、一学生である私にも、エコーの読み方から始まり当該患者における問題点の解説など、多くのことを教えてくださいました。TGH が educational hospital であるからか、staff が fellow に、fellow が resident や学生に指導するという意識は日本よりも高く、Oechslin 先生自身も率先して指導を行っているのが印象的でした。

外来でも病棟でも、まず患者対応をするのは fellow 又は resident です。診察し、プランを明確にした状態で staff にプレゼンテーションをし、staff からのフィードバックがあり、今度は staff と一緒に患者に会いに行きます。TGH では病棟

を担当する医師は fellow1人, staff1人であり, それ以外の医師はほぼ全員外来という体制が取られていました。入院患者は日々病状が変化しない方もいるのに対して, 外来患者は毎回異なる病状の方を診るため, 症例の経験数という視点から良いシステムだと感じました。TGH では基本的に外来で管理するので, ACHD の管理を学ぶには外来の方が有用なのかもしれません。

2. Outpatient clinic について

患者は基本的に家庭医を持ち, ワーファリンのコントロールなどは家庭医が行います。TGH の外来の役割は, 半年～数年に1回の疾患そのものの follow up です。外来の種類は多岐にわたり, ACHD clinic の他にも, Special Pregnancy clinic, Heart Failure clinic, HCM clinic, Heart & Mind clinic, Marfan clinic など, 細分化された専門外



TGH の循環器棟, Peter Munk Cardiac Centre



Toronto Western Hospital の前で

来の多さに驚きました。

ACHD clinic では, ファロー四徴症や完全大血管転位, 三尖弁閉鎖症, 左室低形成などの修復後や, 大動脈二尖弁や ASD, VSD, AVSD, 重複大動脈弓, Shone 複合など, 多彩な疾患の患者を見ました。患者の年齢は10代から70代以上まで多岐に渡り, 不整脈や弁膜症をはじめとした遠隔期の合併症のフォローも行っています。実習では, エコー所見やその他の検査所見や診察, 問診で何を押さえるべきか, そのポイントを教えてもらいながら疾患について学習しました。

Special Pregnancy clinic では, 妊娠予定, あるいは妊娠中の ACHD 患者を見ました。TGH の向かいの Mount Sinai 病院の産婦人科での診療なので, 患者は産婦人科検診と同時に受診できます。妊娠によって循環血流量が増大するため, 疾患によっては症状が変動しますし, 児が先天性心疾患を持つ確率は通常よりも高いので, 胎児エコーも必要になります。Sick Kids で胎児エコーを, Mount Sinai 病院で妊娠管理・分娩を, 産後は TGH の ACHD clinic での経過フォローを, と継続的に経過を見るシステムが確立されており, 患者にとってとても良い環境にあると感じました。

Heart Failure clinic では, 入院直前・退院直後の患者や, 心不全患者など, 重症の ACHD 患者を主に扱っていました。通常とは循環動態が異なる患者においては心不全や不整脈の発生頻度は高く, 言い換えれば「よくあること」で, それだけで入院にはならないというのは驚きでした。

HCM clinic (肥大型心筋症専門), Heart &



Toronto Western Hospital の中
整形外科, 脳神経系, 総合診療が専門です

Mind clinic (22q11,2の遺伝子欠損専門), Marfan clinic (Marfan 症候群やその類似遺伝性疾患) はそれぞれ単一の疾患を対象とした外来です。月1～2回とはいえ、外来がこれらの疾患の患者だけで成立するほど症例数が多い点がまず衝撃的でした。いずれも遺伝が関連する疾患であり、遺伝カウンセリングも含めた特殊なフォローが必要な外来でした。

3. Inpatient service について

入院患者は基本的に、cardioversion, ペースメーカー挿入、カテーテル検査・治療又は手術目的で入院している方がほとんどで、精査のための入院が数名程度でした。日本では現時点で弁膜症の治療はTAVIのみカテーテルで行っていますが、カナダでは肺動脈弁に対してもカテーテル治療を行っていました。先天性の患者はその循環動態の特徴からPSなど弁膜症の合併が多く、さらに若い時期より発症するので、カテーテルで治療できることは患者のQOLに大きく影響します。日本でもいずれ認可される治療だと思いますが、この



ACHD 部門の外来の入口

患者さんはここで検査から次回予約までを済ませることができます



外来の Team room

ここでカルテ・エコーの確認や下級医への指導が行われます

ような治療の進歩も ACHD の管理に必要なものだと感じました。

【現地での生活】

トロントは移民の街というだけあって、先生方の出身地も様々、患者さんのルーツも様々です。道を聞かれると、「じゃあ一緒に行きましょう」と目的地まで案内するなど親切な方も多いです。また、真面目で働き者が多い印象で、欧米にあって日本人と気質が似ていると感じました。

今回、同時期に同級生が Sick Kids へ留学していたので、ルームシェアをして一緒に生活したり、3連休を利用してニューヨークまで小旅行をしたりと実習以外でも楽しく過ごすことができました。

【海外臨床実習を終えて】

日本との医療の違いや医師の働き方という視点では、若手医師の教育体制や外来体制など日本よ



46日間生活したアパート
住環境に恵まれました



Sick Kids で実習していた留学生たちと



秘書さんがトロント観光に連れ出してくれました



3連休を利用して NewYork へ小旅行をしました

りも優れていると感じた点もあれば、病棟では紙カルテであったり多職種間の伝達が口頭指示であったりと日本よりも効率が悪いと感じる点もありました。医師は日本よりも on-off ははっきりしていますが、労働時間で言うと夜22時まで働いている日もあるなど、日本と変わらない面もあると感じました。百聞は一見に如かずとはよく言ったもので、実際に見てみることで気づく点も多かったように感じます。

医学的知識についても、私の拙い英語力でも多くのことを学ぶことができました。Dr. Oechslinをはじめ、どんな質問でも丁寧に答えてくださる先生方がいたからだと思います。将来 ACHD を専門にするのであれば、今度は医師としてまた学



Dr. Oechslin と

びに来たいと心から思います。そのような場で医学生生の時期に実習を行うという貴重な経験ができ、とても幸せに思います。

【謝辞】

実り多い実習を無事に終えることができました。多くの皆様のご協力、ご支援の賜物と深く感謝しております。メンターの石津智子先生、平松祐司先生、学群教務、学生支援室の方々、桐医会の皆様、家族、そしてお世話になりました全ての皆様にこの場をお借りして心より御礼申し上げます。

【連絡先】

小林 智美 s6r9y10fu@gmail.com

海外実習報告書

筑波大学医学群医学類 6 年次 立澤麻衣子

【実習施設・期間】

- ① Columbia University Medical Center, NY, U.S.A
The Pancreas Center, Division of GI Endocrine
Surgery 2017/5/1 ~ 5/26
- ② Thoraxklinik, University of Heidelberg
Heidelberg, Germany
Thoracic Surgery 2017/6/6 ~ 6/16

【志望動機】

以前から国際交流に興味はあったもののなかなか自分から行動を起こせずにいましたが、実習が始まり、実際に海外で研究や臨床をされた先生の記事を読んだりお話を伺う中で、将来数年でも研究もしくは臨床で海外で働いてみたいという思いが強くなりました。しかしながら、海外に行くメリットとは何なのか、海外と日本の医療の違いは何なのか、自分の中で具体的なイメージが湧きませんでした。医師になってから海外施設を見学することはより難しくなると伺いましたし、また、異なる価値観や文化的背景の中で海外の医療や医療制度を学ぶことで視野を広げ、様々な人と繋がりを作ることで将来に生かせればという思いもあり志望するに至りました。

【実習内容】

- ① Columbia University Medical Center
オバマ前大統領も卒業したことで有名なコロンビア大学ですが、病院はキャンパスとは少し離れた、ニューヨークのマッドソン北部、すぐ横にはハドソン川が流れる場所に位置します。複数の通りにいくつもの施設がまたがる巨大な病院群を形成していました。この病院は、膵頭十二指腸切除術（以下 PD = Whipple 手術）の先駆者である Whipple 先生や、小児の APGAR score の Apgar

先生がいた所として、膵臓外科医や小児科医にとってのメッカの様な意味合いを持つ所です。

私が1ヶ月研修した The Pancreas Center は膵臓外科医だけでなく内科医、放射線医はもとより、看護師、ソーシャルワーカーなど多職種を擁する膵疾患専門のセンターでしたが、私は主に外科チームの見学に行ってきました。Whipple 先生の肖像画が掲げられたセンターでは、週に4~6件の Whipple 手術を行っていました。時には、同じ術者の先生が PD → 膵尾部切除術 → 抗癌剤導入のための中心静脈カテーテル挿入術を縦で1日でこなすハードスケジュールの日もありました。アメリカに来る前はこのような膨大な手術件数は大勢の先生で分担して行っているのだろうと予想していたのですが、実際にはスタッフ3人とレジデント2人、病棟管理をするインターン1~2人という少数先鋭メンバーでこなしていました。PD のような大がかりな手術でも基本的には術者の先生は2人のみで行い、患者さんは手術当日に



手術室を擁する Milstein Hospital に繋がる
空中廊下

来院し、胆嚢摘出術のような小規模の手術は当日退院、PDでも5～7日程で退院可能なので手術件数に比べて入院患者さんが少ないということ、また、アメリカにはPhysical Assistantという職業があり、ドレーン抜去などの処置や薬の処方のできることで、病棟業務を任せて手術に専念できる時間を捻出しやすと感じました。入院期間を短くするため、例えば消化器外科の手術では術前の下剤服用や術後のドレーンの管理などは患者さんに自宅で実施してもらいます。そのことで術後の合併症が増えるのかどうか定かではありません。しかし、「日本では何故そんなに入院期間が長い？」と現地の医師に問われた時、日本での術後管理の全貌を習熟しない私は答えにつまみと同時に、日本の先生方の手術手技は決して劣らないと感じたこと、そして入院中退屈そうにしていた患者さんを思い出し、日本でももう少し入院期間を短縮することは可能かもしれないと感じました。

こちらの病院では脾臓手術に対して腹腔鏡手術は2001年、da vinciによるロボット手術を4年前から導入していました。腹腔鏡手術には傷が小さい、入院日数が短くて済む、などのメリットの他に、脾臓手術に特異的な効果として、痛みが少ないので鎮痛薬の使用頻度が減ることにより脾液漏のリスクが減るという話も聞きました。日本で癌患者さんという、るい瘦の激しい方を想像されるかもしれませんが、アメリカの癌患者さんは肥満の方が多く、そのため脾臓も多く脂肪を含むようになることで手術の難易度も上がるため脾液漏のリスクもより高いということで、腹腔鏡手術によるメリットがより期待できるのかもしれません。腹腔鏡手術にするか、ロボット手術にするかは術者の好みによるということでしたが、教授であるChabot先生の場合、縫合針の角度の自由度が高いのでロボット手術をより好まれるということでした。今後普及が期待される分野ではありますが、開腹手術や腹腔鏡手術と比較したその安全性や合併症に対する結果については技術的な難しさもあり症例数も少ないため十分な結果が出ておらず、更なる議論の必要な分野だと感じました。

1か月の実習の中で沢山の方々との出会いがありましたが、特にコロンビア大学の医学生達とは一緒に実習をする中で多くの刺激をもらいました。大学を出て数年働いてから医学部に入る学生も多いだけあって、患者さんへの対応からはその人柄の素晴らしさを感じましたし、彼らは1年半の座学を終えた後臨床実習が始まってまだ半年程とのことでしたが、医学知識の豊富さ、そしてプレゼンテーション能力の高さには、英語が母国語であるという強みも相まって、彼らの国際社会における発信力の強さを感じた瞬間でした。

② Thoraxklinik, University of Heidelberg

ハイデルベルクはネッカー川が街の中心部を流れ、旧市街地にはカール・テオドル橋やハイデルベルク城といった中世ヨーロッパの街並みが残る美しい都市です。今回実習を行ったのはハイデルベルク大学の附属病院が擁する呼吸器専門の病院で、呼吸器外科、呼吸器内科、腫瘍内科、放射線科から成り、年間約2300件の手術症例を誇る、ドイツの中で最大規模の呼吸器外科です。

ドイツもアメリカと同様に病院の集約化が進んでおり、2週間という短い期間でしたが肺癌以外にも悪性中皮腫、気管支拡張症など、日本での実習では見ることのなかった様々な疾患背景を持つ患者さんの手術を見学することができました。毎日8件ほどの手術が3つのオペ室で行われていましたが、これだけの手術件数に関わらず、毎日午後3時頃までには全ての手術が終わります。呼吸器外科医は気管支鏡などの検査もしませんし、手術の際も麻酔の導入、抜管後の帰室は完全に麻酔科医に任せるなど仕事の分業化が進んでいるこ



実習で回っていた医学生3人と病院のカフェテリアにて

と、また、手術室の前に麻酔をかける専用の部屋があり、次の患者さんが待機できるので、次の手術が始まるまでの時間が短縮されるなど、スムーズに仕事が進むようなシステムでした。アメリカと日本の医師の労働状況は似ていると感じましたが、ドイツでは1年の中で6週間休暇を取るという生活からも、より余暇を楽しむべく工夫がなされているように思いました。オペ室に大きな窓がついていて緑豊かな外を眺められるような作りになっていたこともドイツらしい光景だと感じました。

ドイツには公的医療保険と民間医療保険の2種類の保険があり、医療費は無料です。一見手厚く思える制度ですが、教授の手術を受けられるのは民間医療保険に入ることでのお金持ちに限られるといった制限を設けているということで、あ



Observership を受け入れて下さった
Prof. Chabot と



医学部の学生とそのお友達で BBQ をした時の一枚

る意味合理的な制度にも感じましたが、手術において術者もまた患者さんの命を左右する大切な一因であることを考えると、誰でも平等に医療へアクセスできる日本の制度の素晴らしさを感じた一面でもありました。

【最後に】

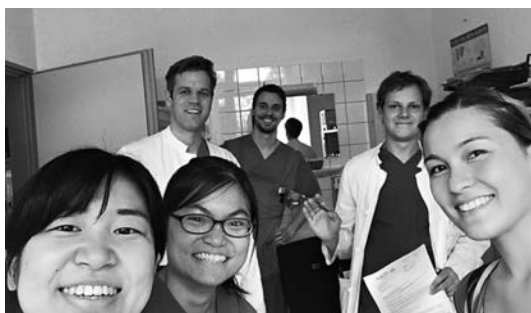
今回アメリカとドイツの医療を見学する機会を持ち、医療制度や医師の働き方こそ大きく異なりましたが、病院の集約化が進み、圧倒的な症例数が集まっている点は共通していると実感しました。日本ではまだそこまでの集約化は進んでいない様ですが、近い将来はそうになっていくのだと思います。この実習を通してやはり海外で医療をしてみたいという思いが強くなりましたし、将来、自身の専門分野を深める上でもこういったセンターでの研修はとても魅力的な場所だと感じました。一方、欧米の医師、医学生のご自己主張の強さに圧倒されることも多々あり、その中で生き残っていくために英語で自分の考えを述べることの重要性、難しさを痛感した実習でもありました。

最後になりましたが、このような貴重な機会を与えて下さったメンターの消化器外科 小田先生、実習先を紹介して下さいた呼吸器外科 佐藤先生、菊池先生はじめこの実習を通して出会い支えて下さった方々に感謝申し上げます。

質問・ご意見等ありましたら何時でもご連絡下さい。

【連絡先】

立澤麻衣子 pomepokke@yahoo.co.jp



お世話になったレジデントの先生方と

アメリカとベトナム 医療の対極を見た！

筑波大学医学群医学類 6 年次 沼畑大介

【はじめに】

海外実習に行って来ました！行き先は、アメリカ・ヒューストンの MD.Anderson Cancer Center・形成再建外科とベトナム・ホーチミンの Cho Ray Hospital・消化器外科の2つです。MD.Anderson は世界トップレベルの癌センターで、アメリカ病院ランキングで常にトップにランクインし、癌のスペシャリストの留学のメッカと言われるところ。一方、Cho Ray はまだまだ発展途上で、まるで公園の公衆トイレの様な手術室でワイルドな手術をするところ。今回、私は全く対極にある2つの病院で実習をしてきました。

【なぜ留学したか？】

私は、父が転勤族であったため、幼い頃から海外に行く機会が多く、国際的な活動に漠然と興味を持っていました。また大学では TIMSA という国際交流サークルに入っていて、先輩達が皆留学していたこともあり、低学年の頃から海外実習に関心がありました。学生のうちから少しでも世界を見たい、海外での医療を体験したいという気持ちから留学することを決めました。

【英語・医学知識の予習】

再建外科の予習として、大学での実習で形成外科を長めに取りました。外国人医師や学生が留学に来ていたので、積極的に話すように意識し形成外科に関する基本的な英語を勉強しました。教科書は、標準形成外科および Med Scope というオンラインリソースを活用しました。この2つは術式についてあまり詳しく書かれていないので、現地についてから少し後悔しました。

ベトナムは英語があまり通じないので、特別に英語の勉強はしませんでした。もちろん、解剖等

の基本的な英語は必要ですが、専門用語よりはベトナム語で手術器具の名前を覚える方が役に立ちます。“卒後5年でマスターする消化器標準手術”“病気が見える”などの本を持って行きましたが、最も役に立ったのは、現地の看護師さんがくれたベトナム語会話の本でした。

① MD.Anderson Cancer Center

最初に行ったのが、MD.Anderson の形成再建外科です。せっかく留学するなら、アメリカの最先端施設に行きたいと思い、形成外科の関堂教授に紹介していただきました。

ヒューストンと聞くとみなさん NASA を思い浮かべるかと思います。非常にアカデミックな雰囲気都市で、筑波と仙台をくっ付けて大雑把に引き伸ばしたような所でした。移民がとても多い



MD.Anderson にて

のも特徴でして、純日本人の私には馴染みやすかったです。

MD.Anderson のあるテキサスメディカルセンターは世界最大規模の病院群で、世界中から患者と医師が集まる、野球でいうメジャーリーグのような病院です。

◆実習内容

再建外科だけで毎日20件近くの手術が行われていて、1日2-3件の手術を見学しました。手術内容としては、主に頭頸部癌と乳癌切除後の再建とリンパ管吻合が少しでした。筑波大学で学べない手術としては、腸間膜リンパ節移植、3D画像を用いた頭頸部再建手術、毛髪移植を組み合わせた再建手術が行われていました。

短期間で代表的な再建手術を集中的に見学することができ、大変勉強になりました。

USMLE を取得していなかったために手洗い出来なかったことは残念でした。低学年で時間に余裕のある方は step1 を取得しておくといいでしょう。今年から MD.Anderson の見学者に関する制度に変更があり、見学者は一度の見学で2回までしか手術室には入れなくなるそうです。外科系での見学を希望される方は注意して下さい。

◆圧倒的な手術件数

なんといっても手術件数の多さに驚かされました。1人の指導医が、フェローと Physician Assistant (PA: 手術助手をするコメディカル) を助手にして毎日2-5件の再建手術をこなします。1人の医師あたり筑波大学の約2倍のペースです。

なぜ、こんなに手術をできるのかというと、

1. 外科医は手術に集中。
2. 外科医が手術をしていない時間が短い。
3. 外科医をサポートするスタッフが充実している。

が理由としてあげられます。

1. 外科医は手術に集中

日本の形成外科医は手術、外来以外に、周術期管理、また沢山の書類仕事や患者の移動などの雑務もこなします。しかし MD.Anderson の外科医の仕事は、手術と外来、回診以外の仕事はほとん

どないようでした。

2. 外科医が手術をしていない時間が短い

日本では、執刀を開始する1時間ほど前に入室して準備をし、閉創が終わってから患者が病棟に戻るまで見届けます。MD.Anderson では、患者の入室から執刀までの準備はコメディカルが行い（形成外科は仰臥位での手術が多いからか）、外科医の入室は皮膚切開をするその時です。手術後、閉傷が終わるとすぐに次の手術に向かいます。

また、指導医は顕微鏡操作やデザインの決定など大切な部分にしか参加しません。皮弁採取、閉創などはフェローと PA が2人でこなし、その間指導医は他の部屋で同時に別の手術をします。

3. 外科医をサポートするスタッフが充実している。

急性期の術後管理は ICU 専属医師が行うため、外科医は術後管理をしません。指導医に1人ずつ専属の PA がついていて、PA が医師の指導の下、書類やカルテの代筆を行っていました。患者の移動などの雑務も他のコメディカルがこなしていました。

このように外科医は手術に特化しているため、沢山の手術をしているにも関わらず、遅くとも7時には全ての手術が終わって先生方は帰宅していました。



メンターの Professor. Hanasono と。日系アメリカ人で、筑波にも来たことがあるとのこと。

◆じっくりと時間をかける外来

外来で1人1人の患者にかかる時間がとても長いことが印象的でした。日本では、特別な処置がなければ通常5分ほどですが、MD.Andersonでは20分ほど時間をかけていました。患者が自分の病気に関してとてもよく勉強していて、日本の患者よりも専門的な説明を医師に求めていました。アメリカは訴訟社会なので、しっかりと患者が納得した上で手術をすることが大切なのだそうです。

◆プライベート

ニューヨークやボストンなどの大都市と比較して物価安く、市内にはアミューズメント施設が充実しているため暮らしやすかったです。ただ、MD.Andersonは専門施設であるため、学生や若い医師が少なく、話し相手が少なく孤独でした。移動は車があると便利ですが、私はホテルのお姉さんが貸してくれた自転車とUberで不自由はありませんでした。

② Cho Ray Hospital

続いてCho Rayで3週間の研修でした。私は5年生の時に、“はばたけ筑波大生”（海外武者修行）というプログラムで心臓外科の平松教授と国際交流部の秋山教授の引率で見学に行きました。そこで、途上国ならではのパワーと圧倒的な手術件数の多さ（筑波大の10倍）に魅了され、再度派遣して頂きました。Cho Rayはベトナム政府直属の南部最大の病院で、JICAが設立に関わりまし



Cho Ray 病院の外来棟。患者が病室に収まらないので、廊下にもベッドがびっしり。

た。

秋山教授はベトナムで初めて膵頭十二指腸切除や ERCP を行なったり、消化器癌のリンパ節郭清を広める等、ベトナムの外科の発展に大いに貢献された伝説の外科医です。そんな先生の紹介で行ったため、とてもよく面倒を見て頂きました。

◆実習内容

3週間ひたすら手術に入っていました。日中は2-3件、当直帯では5件ほどの手術に参加しました。日中の予定手術では日本での実習と同じように見学しました。しかし、夜間は人手が足りず、第三助手または前立ちとして参加していました。どの手術でも開腹と閉創操作はかなり経験させていただき、手術の面白さを存分に味わうことができました。

手術内容としては、日中は癌とヘルニアが少し、夜間は腸閉塞・穿孔、虫垂炎等の緊急手術でした。同じ疾患でも、定期的なスクリーニングが行われていないことと、本当に深刻になるまで我慢する患者が多いことから、全ての疾患が日本より遙かに進行していました。癌なら穿孔や閉塞、炎症生疾患なら腹膜炎が当たり前と言った具合です。

◆ベトナムの医療の質

手術は日本の教科書に書いてあるのと同じようにやっていますし、医療機器も大体そろっています（電気メスの先がフニャフニャだったりしますが）。手術経験数が多いので、若手医師でも糸結び縫合等の基本手技はかなり上手です。



手術室風景。一つの手術室に二台の手術台がある。お世辞にも綺麗とは言えない。

日本への留学経験のあるベトナム人医師に日本との違いについて聞いたところ、「全然違う。日本の医師は我慢強いし、丁寧。僕たちは多くの患者を診ないといけないから、リンパ節郭清なんかは、かなり妥協している。術後のフォローもしていない。」とのことでした。確かに、私が見た日本のリンパ節郭清といえば血管を丁寧に剥き剥きにするイメージでしたが、ベトナムの手術は日本と比べると少しチギって取るイメージです。また、出血量は随分多かったです。手術成績については、術後フォローができないのでよく分からないそうです。日本の方がずっと良いと思います。

また、感染予防に関する意識が低いです。手術前の手洗いは適当で、石鹸を付けて水で流すだけ、アルコールは使っていませんでした。噂によると、10年ほど前には心臓外科の術野にご飯粒が落ちている、何てこともあったとか、,,,(お酒の席で聞いた都市伝説ですが)

◆今後のベトナム医療

ホーチミンの医療について、現地に駐在している方々に聞く機会があったのですが、外国人やベトナム人富裕層はベトナムの医療に満足していないそうです。軽い病気であれば、国内の外資系病院に行き、専門的な治療が必要で緊急でない場合にはタイかシンガポールの病院に行くのが一般的だそうです。

安倍政権が医療の輸出を「アベノミクスの三本の矢」の第3の矢の柱の1つに位置づけています。ベトナムとはTPPを結ぶ予定なので、今後医師がベトナムでより一層活躍できる機会が増えるのではと思います。

◆プライベート

ベトナムは物価が安く、親日で、食事が美味しいためプライベートも楽しかったです。一度財布

の盗難にあいましたが、大きなトラブルに巻き込まれることなく過ごせました。バイクの成群にさえ気を付ければ、それほど危険ではありません。

毎日、先生方が朝ごはんから飲み会まで連れて行ってくださり、昼夜忙しい日々でした。

【最後に】

2つの病院は正反対な病院ですが、共にとてもパワフルな病院でした。先進的な医療を行うMD.Anderson, 医療レベルは低いけれど圧倒的な症例数をこなす Cho Ray, 日本では経験できない刺激的な毎日を送ることができました。海外実習の行き先に迷っている方、先進国と途上国の両方に行くのも楽しいですよ。



メンターの Dr. Ai と

The Fledglings in a Paulownia tree

～桐で生い立つ若者たち～

桐医会学生役員の中山顕次郎と申します。私はこれまでに約半年間、病院実習で多くの先生の下で勉強をさせていただく中で、先生方それぞれの教育に対する信条のようなものを感じることが多くありました。そのためこのような機会を生かして、先生方の教育への考えを伺えたらと思い、ベストティーチャー賞を何度も受賞されている佐藤豊実先生にインタビューをさせていただきました。お忙しい中、快くお引き受けいただき、不慣れで至らない点も多かったと思いますが、貴重なお話をさせていただきました佐藤先生、本当にありがとうございました。

筑波大学医学群医学類5年
会報担当 中山顕次郎

「佐藤 豊実先生 インタビュー」

筑波大学医学医療系 産科婦人科学 教授

日 時：平成29年4月26日

場 所：筑波大学医学系学系棟構内

Guest：佐藤 豊実（10回生）

Interviewer：大賀 真緒（医学5年）

中山顕次郎（医学5年）

山部 文子（医学4年）

略歴



筑波大学医学医療系産婦人科 教授

佐藤 豊実（さとう とよみ）

1989年3月 筑波大学医学専門学群卒業

1989年6月 筑波大学附属病院医員（研修医）
1990年7月 総合猿島共同病院産婦人科医員
1991年9月 筑波大学附属病院医員
1993年4月 水戸済生会総合病院産婦人科医員
1995年4月 筑波大学附属病院医員
1996年4月 茨城西南医療センター病院産婦人科
科長
2002年3月 筑波大学臨床医学系産婦人科講師
2011年3月 筑波大学大学院人間総合科学研究科
准教授
2015年7月 筑波大学医学医療系産科婦人科学講
座教授

中山：

今日はよろしくお願いします。

佐藤先生：

よろしくお願いします。

中山：

佐藤先生は2013年から4年連続でベストティーチャー賞を受賞なさっていらっしゃいますが、その要因として何か思い当たることはありますでしょうか。

佐藤先生：

一つには、たくさんの学生の中の一人ではなく一人一人と対応しようと思い、まずは「その学生」という呼び方はやめました。そして、誰々、誰々とちゃんと名前を覚えて呼ぶことにしました。そのために、学生が入れ替わる前の土日に次に回ってくる学生の名前を書いたメモをポケットに入れて、名前を覚えています。そして、最初のミーティングの最初の時から誰々って名前を呼んでいくようにしました。

大賀：

周りの学生からも、佐藤先生は最初から名前を覚えてくださっていて、お忙しい中どうやってそんなに学生のことを把握しているのだろうという疑問が出ていました。

佐藤先生：

そうでしょ。顔がわかると名前を憶えやすいのだけれど、学生が回ってくる前の土日には当然顔がわからない。だからただ名前を暗記するだけのだけれど、これがなかなか覚えられない。段々慣れてきたけれど、ある時9人学生が回ってきたときがあって。それこそほんとにただの暗記でした。学生の入替えがあるごとに誰々と覚えて、ただの学生さんではなく一人一人を見ていこうとしていることが、もしかしたら気に入ってもらえたのかもしれない。

中山：

今日このインタビューの依頼をさせていただく際にも、インタビューに来る学生が誰なのか気にしていらっしゃいましたが、それもそのような理由なのでしょう。

佐藤先生：

うん。当然のことながら百何十人の顔と名前と性格を全部覚えているのは無理なので、こういう機会であったり初期研修医で回ってきたりする時に、名前はだいたい覚えていて、顔は半分くらい覚えていて、成績どうだった、どんな話をしたかってところまではなかなか覚えていない。実習で書いてもらうレポートには俺がコメントつけて返すのだけれど、あれは全部コピーしてとってある。だから今日のような時にもし名前がわかれば、あっ、中山、中山いたなあ、どんな奴だっけ、あっ、そうそうっていう風に思い出したくて、聞いたんだよ。

中山：

その他に要因として思い当たるものはありますでしょうか。

佐藤先生：

あとは朝晩で学生とミーティングやっているから、覚えてもらいやすかったのだろうと思います。

中山：

朝晩に学生とミーティングをするというのは先生ご自身で決められたことなのでしょう。

佐藤先生：

うん。准教授になると婦人科では主治医には成らずに病棟全体の管理をするっていう役目になる。俺が准教授になった頃は、朝回診前にみんなが集まって何をしていたかという、抗がん剤の薬詰めをしていました。その時間、学生はまわりでぼうっと見ていただけだった。なので俺が准教授になった時に、この時間を利用してミーティングをやろうと決めました。そして朝にミーティングをやるのであれば、夕方もちょうとやることにして、そこでは今日やることは何かと、今日やったことと明日やることは何かを話してもらうようにした。するとこれはどうしてだ、っていう質問が出てくるから、あれはこうしているんだって答えていた。その中から学生全員が知っていた方がいいテーマを5つぐらい決めて、全部で10回ある夕方ミーティングの中で、ミーティング2回あたり1つぐらい話題を提供して、新しいことを覚え

でもらうっていう構成にした。それが2011年に准教授に上がった時のこと。それが少しずつ形を変えながら今に至っています。

中山：

最初のミーティングから今の形になるまでにはいろいろと変化があったのでしょうか。

佐藤先生：

ありました。学生さんに症例のプレゼンテーションをやってもらおうと、突っ込みどころ満載でした。それに突っ込んでいると長くなってしまったので、それは試問の時にやることにしました。今、ワークライフバランスっていう言葉があって、日本産科婦人科学会全体としてワークライフバランスをしっかりとろうというのを推し進めているので、学生に対しても遅くまでダラダラ過ごすのではなくて、5時なら5時でピタッと終わるようにしました。

大賀：

ワークライフバランスについてお聞きしたいのですが、佐藤先生ご自身お子様が4人いらっしゃると思いますが、お忙しい中、仕事と家庭での切り替えといった部分で、何か気を付けていることはあるのでしょうか。

佐藤先生：

2011年からは、正直なところ俺自身のワークライフバランスはほぼとれていないです。それは学生に使う時間がたくさん増えたわけでは決してなくて、とにかくやらなければいけないこと、やらないと人に迷惑をかけてしまうことが増えてきたので、家族に使う時間がなくなっていますね。2、3年前から気を付けていることは、可能ならば夜10時には大学を出て、子ども4人の内誰か1人の顔は見られるようにしています。あと、絶対に行く決めていた家族旅行がある。一番下の子が中学にあがるまでは絶対に夏の家族旅行と冬のスキーには行こうと思っていました。この2つだけは会議があろうと学会から呼ばれようと、その日はダメですといって断るぐらい、そこは死守していました。けれども一番下の子も中学生になったので、今度はもう死守できない。というか子どもの方も部活とかあって一緒に行かないので。今

まではその2つ、出来れば10時には大学を出るということと、その2つの家族旅行だけは守っていました。でもこれだけじゃダメなので、若い先生たちにはちゃんとワークライフバランスをとってもらおうと、今色々な努力をしている真っ最中です。

中山：

話を戻しますが、他にベストティーチャー賞の要因として心当たりのあるものはありますでしょうか。

佐藤先生：

俺自身が学生の時に成績が別によくなかったので、親しみやすい学生が多いのかもしれませんが。あとは、誰もそんなこと思ってないだろうけども、俺は教授が偉いとは本気で思っていないので、そんなに無茶苦茶上から目線で喋ってはいないという気がします。これは自然にそうになっているだけで。嘘ではなく本当に、学生さんたちと話していて楽しい。朝のミーティングも夕方のミーティングも。いろんなことを教えてもらっているし、こっちも勉強させてもらっています。

中山：

学生の指導をする際に気を付けていることはありますか。

佐藤先生：

一つは、患者さんの前で失礼でないようにすること。患者さんの前で腕を組むとか、ポケットに手入れるとかっていう基本的なことは、気がついたら言おうと思っています。例えば俺の前で手を組むと、目上の人の前で腕を組むのは十年早いとか二十年早いとか、とにかくダメだよって言うよ



うにしています。学生は悪気があって腕を組んでいるわけではなく、ついついというのがほとんど。そういうことって言われないと気づかないけれど、それを知らないで社会に出てから恥ずかしい思いをするので、そういう基本的なことを教えたいと思っています。あとは、質問する能力を育てられたらなと思っています。試問の後に何か質問はないかって聞くと、出題に関係ある質問が出てくるのだけれど、グループによってはなんで医者になったんですか、なんで産婦人科医になったんですか、というような質問になることがあって、その系統の質問になるとたくさん質問が出てくる。だから最初に手をあげる人を作ればいっぱいいろいろな質問が出てくるようになるので、そうしたいと思うのだけど、やっぱり出てこないグループは出てこない。誰か一人いればいいのですが。

大賀：

そういう質問になってくると、こんなにくだらないことを聞いていいんだろうかって思ってしまう、これ何だろうと思っても質問できないというのはあります。

佐藤先生：

確かに俺も学生だったらそう思うと思います。だけど、医者になってからもそうなのだけれど、講演会の後の懇親会みたいな時に、俺の周りにいるのは基本的には教授とか、県の産婦人科医会の会長さんとかになるのだけれど、本当は若い医者が寄ってきてくれて色々聞いてくれた方が楽しい。それは他の教授たちもそう思っています。若い医者がそういうところに来て、質問してくれないかなって思っています。知識量が違うから、確かにそれは高度ではない質問かもしれない。だけれど若い医者と話したい。それは学生もそう。学生さんが寄ってきてくれて色々聞いてきてくれるのは、これは楽しいことなので、むしろ学生さんが教授を喜ばせるために聞いてやろうかくらいの感じでいてもいいのかもしれない。

あとは、実際の臨床の訓練だと思って病院実習をしてもらおうと思っています。例えば婦人科での実習を1年間やっていればそのまま初期研修と

してスタートできるようになって欲しいと思っています。何かやる時には必ず理由があって、例えば手術後の患者さんを次の朝見に行くなら、行く目的は何か、何で判断するのか、判断基準はどうか、異常な場合はどのように対応すればいいのかといった実践を身に着けて欲しいと思っています。だけど今、多くの科では患者さんから採血してもらおうっていうのは出来てない。出来れば採血とか、初期研修医になったらすぐにでもやらなくちゃいけないことは学生のうちにやってもらえるようにしたいと思っています。ここは大学病院だから、学生の教育でこういうことをやらせています、是非協力してください、みたいなプリントを渡すでもいいし、待合室に貼るなりしたい。だけどそれは患者サービスという意味では断る権利があると主張する教員もいるので、そことのせめぎあい。あとは病院実習を始める前の学生にしっかり練習をさせたい。手技の練習をした後に使わないで1、2か月も経つと忘れてしまうけれど、そこは忘れないようになってもらわないとこちらでも患者さんに頼みにくいので、その辺の内容の改革も必要だと思っています。

中山：

そういった学生の見えないところでも動いていただけているのですね。

佐藤先生：

みんな動いているよ？ T先生とか M先生とか、多くの先生が本当に学生さんの見えないところでたくさん仕事をなさっている。彼らの仕事ぶりは本当に学生を良い医者になれるようにして卒業させたいという情熱がすごくこもった仕事をなさっ



ているのが見えます。

中山：

先生にとっての理想の指導者像というのはどう
いうものでしょうか。

佐藤先生：

指導するというより、一緒に働いている中で盗
み取ってもらえる人だと思います。やっているこ
とを見てもらって、いいところは盗んでいって
もらいたい。もちろん聞かれれば教えるけども。あ
えてこう指導するという意識はなく、盗んでい
てもらえたら理想ですね。少し恥づかしい話を
すると、30歳とか35歳ぐらいまで、俺はものす
ごく怖かった。極端な話殴ってでもしつけないと
患者さんに迷惑がかかる、なんて思いながらや
っていた。でもそれじゃやっぱうまく育たなく
て。さっき言ったように、吸収していってもら
える部分を吸収していってもらうためには、自分
が良くならないとだめだと思った。なので、30
歳後半ぐらいに、まず良い人にならないといけ
ないというのと、ちゃんと勉強しなきゃいけない
という風に思うようになった。そうなれている
かどうかは別な話として、心掛けてはいます。で
も難しいですね、ものすごく。具体的には、例
えば普通に駅で困っている人がいた時に、どう
しました？って声かけられるとか。なかなか出
来ない。特にそれが外人さんだったりすると日
本語が通じないけれど、実際外人さんよく困
っているよね。そういう時に下手くそな英語で
も声かけられるとか。あとは上に向かって
も言うべきことはちゃんと言う、下が言
ってきたことはちゃんと聞く。この「ちゃんと」
が上手くできない。特に下が批判的なことを
言ってきた時にちゃんと聞くというのはす
ごく難しいけれど、それはちゃんと聞
かなきゃと思っていると、聞けるようになって
くる。俺もまだ全然完成してないけど、でも
十数年前よりはよっぽどましだと思います。

大賀：

以前と今と比べて、どちらの方が下がついて
きますか。

佐藤先生：

下がついてくるのは今だと思います。ただし上

になってからだと、35歳くらいまでの俺みたいな
人がグループに1人いないと気が引き締まらな
い。だから怒り役というのは必要だと思う。そ
してそういうのがあると俺は怒らなくていいの
で、そういうのが一人いてくれるとすごく楽。た
とえその悪者をやってくれる人が怖くても、後
輩のことを本当に思ってくれている人であれば
欲しい。ただ怒っている人ならどんなに仕事
が出来てもいないほうがいい。表現型は怖い
けど、ちゃんと考えている人だったら、是非
下に来てほしい。

中山：

今でも怒ることはあるのでしょうか。

佐藤先生：

年に何回かはある。一番怒るのは人のせい
にした時。患者さんの血管が細いので点滴が
難しいですとか言っていたら、ふざけんな、
それはお前の腕がないんだよ、とかね。だ
けどうちのメンバーは、どこが俺の逆鱗か
知っているの、そういうことは言わないね。
おかげで怒らないで済んでいるかな。あと、
学生が同じことを言ってもそれは怒りませ
ん。それは何故かという、学生はまだ勉強
中であってプロではないので。けれどもプロ
がそういうことを言ったら、お前はプロで
金もらってんだろ、って怒る。学生を怒った
ことは、朝晩のミーティングを担当するよ
うになってからは一度も無いと思う。でも
それって学生たちが、絶対触れちゃいけ
ない逆鱗に触れてこないってことなのよ。
俺が怒らないのではなくて、俺を怒らせ
ない学生が偉いのかもしれない。他の大学
の学生は知らないけど、どこにいても筑波
大の学生は優秀だ、しっかりしているって
よく言われるし、筑波大で初期研修医をや
った人はものすごくデキるって評判を聞
く。決しておだてているわけではなく、本
当にそうなんだらうと思う。

中山：

次に、現在の学生の印象をお聞かせくだ
さい。

佐藤先生：

今の学生の印象としては、悪いところは
ほぼない。一人一人はあるかもしれない
けれど、でもそんなに……もちろんシャ
イなやつもいれば、はっ

ちゃけているやつもいる。でも、今の学生は、っていうのはない。もちろん、例えば俺たちとは言葉の使い方で違う点があるけれど、それは俺たちだって学生の時には、今の学生は、って言われていたわけであって、俺たちの頃と変わっていることはあっても別にそれは悪いことだと思ってない。あえて言えば、質問はない？と言われた時に質問する勇気をもっと持ってもらえたらいいなと思う。でも俺も学生の時は出来ない方だったので、昔と比べて悪いわけではないし、むしろ求める理想がちょっと高いんだろうなと思う。今の学生の良いところは、割とすぐ俺に慣れてくれるところ。初日はかたいけど、だいたい3日目くらいからリラックスし始めて、最後の一人が翌週の水曜日くらいにリラックスして、最後に試問で緊張して終わるっていう感じ。それはとてもいいと思う。俺にとってもありがたいところですね。

中山：

学生に将来どんな医師になって欲しいというのがありますでしょうか。

佐藤先生：

仕事をしている間とはとにかく患者さんファーストで、患者さんにベストなことは何かをとことん考えることですね。目標とすべきは、自分以外が主治医だったら助かっていたかもしれないとか、自分以外が執刀者だったらこの人は助かっていたかもしれないとかを思わないで済むこと。例えば、目の前にいる患者さんがお亡くなりになった時に、隣の人に「俺だったら助けられたよ」って言われたらものすごく嫌だよ。だから、まあこれくらいでいいかなってやっているとそういう医者になりかねないので、一人一人とにかく自分が思いつく限りのベストはかならず尽くしてほしい。論文をいくつも読まなくてはいけないかもしれないし、時間もかかるのかもしれない。さらに、これは心がけないとできないし、心がけただけじゃできない。実際にベストだったかどうかは後から神様が判断するしかないけれど、自分がやっていることは常にベストだと言える意識を持った医者に育てて欲しいと思います。ベストは患者さんによってそれぞれ違うので、家族背景も

知らなきゃいけない。例えば患者さんが3歳の子を持つお母さんでもう先が長くないとなれば、できるだけ家に帰すことを考えた方がいいのかもしれない。家に帰っても誰も見てくれる人がいない方であれば、病院で過ごしてもらった方がいいのかもしれない。全部考えて、可能な限り考えて、その人のベストを考えて差し上げるのがプロだと思う。だからそういうプロ意識と、ベストしかない、というのを最低限常に思いながら仕事ができる医師になってほしい。そうなるためには、まず自分がいいなと思った人から、盗みとること。それから、学生のうちにアルバイトみたいな大学と関係ない仕事を知って、誰とでも話が合うようにしておく、患者さんもいろいろ教えてくれる。例えば俺の親父がタクシーの運転手だったんだけど、入院している人がタクシーの運転手だったりすると話が合うよね。また、もしアルバイトでタクシーの運転手をしていたら、ほとんどの人はタクシーのお客さんに一度はなっていて、いい思いをしたり悪い思いをしたりした経験はあるかもしれない。そういったところで今度はタクシーの運転手同士じゃなくても話がつながるかもしれない。大学で勉強だけをしていたらそうはならない。なので俺は、学生は社会勉強をいっぱいして欲しいと思っている。そうすることで患者さんと話ができて、また医者同士で学術的な話をした後の懇親会で盛り上がって、その人からいろいろもらえるし、逆にいろいろあげられるし、そうしているうちにどんどんいい人になれて、いい医者になれるんじゃないかなと思う。だからといって学生は遊べ、っていうと怒られる（笑）。この辺のおばあちゃんと喋る時俺は基本的になまっているし、ヤンキーとしゃべるときは、だっからおめえはな、って患者さんに普通使うような言葉ではなくなくて、これは意識してやっているわけではなく自然になっている。もちろんその人が嫌がる言い方はしていないつもりだけど、相手によって言葉や喋り方も変わる。これを意識してやっている芝居がかっちゃって嫌な奴になってしまうけれど、俺は大学の時にいろんな人と接することができたので自然にそうになっている。例えば接客

業であれば、アルバイトで店員をやれば、お客さんと喋る時は基本的に下になるので合わせなくてはいけない、というのは勉強になると思います。俺は学生の時、とある事情から学習塾を始めた。そうすると親御さんとも関わる機会があって、もちろんみなさん相当年上なんです。そういったところでのコミュニケーションの経験は、多分自然に生きていると思う。

中山：

医師としてこれからの時代に求められるものは何でしょうか。

佐藤先生：

多分、IT かな。これから医者は一か所に集まってくと思うけれど、患者さんは集まってくるわけではないから、その人たちにどのように最善の医療を提供するかを考えていくには、多分 IT 的な知識が必要になってくるのではないかなと思う。それを持てる人ってごくわずかしかないと思うけれど、持っている人は磨いてほしい。他にすべての学生が身に着けるべきは英会話力。筑波大学病院の外来には英語しか話せない人がたくさん来るので、英語が大嫌いだった俺が2002年に大学に講師として帰ることになった時に、英会話教室に通い始めた。英会話教室ではレベル分けがされていて、俺は下から2番目のクラスで、「あなたの好きな色は何ですか」「黒」「あなたの好きな食べ物はなんですか」「米」というワンワードアンサーくらいのレベルだった。そのクラスでは他の生徒はみんな小学生とか中学生だった。その後、真ん中くらいのクラスまでいって、なんとか海外旅行で、あれが欲しいというような会話ができるよう

になったけれど、それでも40歳近くになってから英会話の勉強をしても伸びない。若い人はいくらでも伸びるので、身につけるといいと思う。すると、海外の患者さんにも対応できる。それが一番身近なところで、他にも海外で何々してこないかといった仕事はたくさん来る。もし英語が話せたらいろんな国に行って楽しい経験ができたろうし、そうでなくても新しい仕事がたくさん回ってきたらうし、それこそ世界中のいろんな人とコミュニケーションできたらうと思う。学生にはぜひどこかで英会話を身に付けてほしいと思います。俺も学生の時に散々言われたんだけどやらなかった。それで今こうなっている。みんなは喋れる？

山部：

医学生の国際交流サークルに入っていて、喋れると思っています。

佐藤先生：

おおすごい、そしたらそのレベルを落とさないで、むしろ上げる。筑波大学の場合には、レジデントが短期留学に行くみたいな制度がいろいろある。チャンスはゴロゴロ転がっていて、しかも枠がいっぱいにならないんだって。そういうチャンスを拾ってつないでいるうちに、英語の仕事もきつとくる。英語が話せないとできない仕事も来ると思う。俺はここ1年くらい英会話教室を休んでいるけれど、また再開しようと思っています。英会話教室に行くと話すことが怖くなる、新しいことは覚えられないんだけど。

中山：

教授になっても勉強をするんですね。

佐藤先生：

教授になってからの方が勉強しますね。英会話はともかく、他のことは。変な言い方だけれど、教授は間違えることができない。教授でなくても間違っただけいけないけれど、俺が間違えると筑波大学の恥になるので、そう思うと本気で調べる。間違いなのは、年を取るほど勉強はするようになるし、年を取るほど忙しくなって決して楽になることはない。今が一番楽なんです。俺も今が一番楽。10年後の自分の方が絶対に忙しい。その分



楽しいことも年を取るほど多くなる。うまくバランスとれているよね。

中山：

先生は現在、目標や夢がありますか。

佐藤先生：

今の目標は、茨城県の産婦人科の医者数は47都道府県中46位なのだけれど、これを6位から10位のところまではあげたい。それくらいだったら目指せるかなと思っています。そうすると茨城県の産婦人科医療のいろんな問題が相当解決すると思っています、それが茨城県に対して思っている俺の夢です。

それから日本産科婦人科学会的には、専門医の質を上げたい。日本専門医機構で専門医制度をいろいろいじっているけれども、そこにいろいろ口を出せる立場になれたので、その制度を良くしていきたい。また制度が良くてもそれを実行できないといけなないので、実行できる体制も整えたい。あとは臨床研究の主任研究者を2つくらいやっているの、ちゃんとした結果を出して報告するというのが、個人的な仕事上の目標かなと思います。

大賀：

地域での実習に行った際、先生がいないからということで産婦人科の病棟が無くなっていました。茨城県は産婦人科医の成り手が少ない原因は何かあるのでしょうか。

佐藤先生：

茨城県が産婦人科や小児科を支える体制ができていなかったの、積極的になろうという人はなれるけども、どうしようか悩んでいる人を誘い込むことができなかった。あとは大野事件の時に産婦人科医になろうという人がどんと減って、産婦人科医で開業している先生が子どもに「産婦人科医になるな」って言った時代が5年くらい続いた。その世代の医者がものすごく少ない。それ以来上がらなくなってしまい、それで一番ワークライフバランスが悪いのは産婦人科、小児科だっていう話になってしまった。苦勞した分は楽しいことも必ずあって、それをちゃんと伝えられればもっと来てくれると思うので、ちゃんと楽しいことも伝

えて、実際に経験してもらって、産婦人科医になる人を増やしたい。そうして茨城県の体制も整えていけたらと思います。産婦人科病棟が無くなった病院も、俺が大学を辞めるころには人を送りたいと思っている病院の一つ。あんまり賛成してくれる人はいないけれども、そうしたいとは思っています。

山部：

産婦人科医として働く中で楽しいと思うことは具体的にどんなことですか。

佐藤先生：

若い頃はやっぱりお産ですね。元気な子が生まれてきたときはニコってしちゃう。常位胎盤早期剥離で運ばれてきて、清潔も不潔もない状態で帝王切開して出てきた赤ちゃんはApgar score 0点だったんだけど、小児科の先生が蘇生して5分後は7点だったの。今ではピンピンして普通に生きている。偉そうだけど「俺らが助けたんだ」って思う。その人の人生の80年とか100年は助けたわけで、もっと言うと脳性麻痺とかになっていたらお母さんとかお父さんの生活も違っていたはず。だから色んな人を助けたんだって思えて、そういう経験はすごく良かった。婦人科の方をやるようになってからは、小さい子どもがいるお母さんが助かることに協力できたことが喜ばしい経験。あとは不妊症の分野では、白血病になった人の卵の凍結保存を一生懸命支援していて、もしそれで子どもが生まれてきたら、やっぱりとても幸せなことだなと思う。

中山：

最後に学生へのメッセージをいただければと思います。

佐藤先生：

婦人科を回ってきたらとにかく楽しんでくれたらいいと思います。積極的にこれがしたい、これが見たいということを言ってほしいと思います。それからこれは婦人科以外でもそうだけれど、ちゃんとやるときはちゃんとやる、遊ぶときは遊ぶ、勉強するときは勉強すると、メリハリをつけてやっていくことがいいかなと思います。あともう一つだけ言うと、頼まれた仕事は引き受け

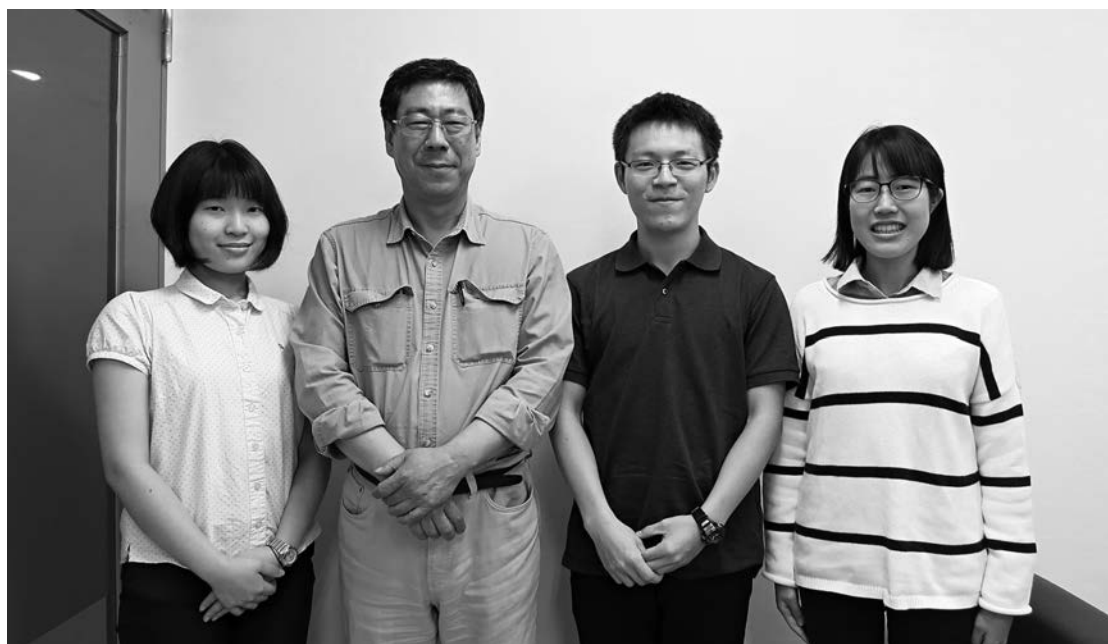
で、迷惑をかけないように仕上げる。すると次の仕事に来る。忙しくなるけれど、人ともつながるし、何か仕事をするためには勉強をしないといけないので、どんどん勉強ができます。この時、仕事を引き受ける以上は喜んで引き受けること。「俺もう本当に忙しいけど、まあしょうがねえなやってやるよ」と引き受けても、相手は感謝しません。「本当にありがとうございます、この仕事やらせていただきます、光栄です」と言うと、向こうも

嬉しい。せっかく仕事をするなら、恨まれるより恩を売った方がいい。常々そうしていると本当に喜んで仕事を引き受けられるようになって、いろんなことが勉強できる。物理的に無理なものを除いて、来た仕事は断らない。こんなところだと思います。

学生一同：

本日はありがとうございました！

いかがでしたでしょうか。インタビュー中は終始和やかなムードで、非常に有意義なお話を伺うことができました。先生方が学生のことを本当によく気にかけてくださっていることを意識して、今後多くのことを勉強させていただきます。



会員だより

1 回生の上月英樹です。土浦駅前の土浦メンタルクリニックで働いています。このたび、本を出しましたのでご紹介いたします。

久本雅美や綾小路きみまろ、ジュディオング、蛭子能収などの芸能人の名言も入り、読みやすくなっています。もちろん、ヘレン・ケラーやヴィクトル・ユゴー、バーナード・ショー、エルバート・ハバート、清沢哲夫などの定番もあります。更に200弱の出典文献も明らかにしてあります。

「ことばセラピー」 上月英樹 著

定価 1,512円（税込）

発行 さくら舎

本書は、精神科医が診察室でつかっている効く名言を百以上を集めたものである。

——私は、かずかずの名言や、目にし、耳にしたことばに支えられてきた。生き残ってきた名言は、やはり悩める人々の指針となり有益であったから今も輝いているのだ。私は、青年期のこころの支えとして、そして精神科医になってからは、診察室にやってきた方のこころによりそうときのツールとして、世の名言をたびたび用いた。その中で効果的であったものを厳選した。——

（本文より抜粋）



今回は主に勇気が湧いてくる明言を主にしている。精神科のみならず全科の先生方の患者様とのコミュニケーションに資する一冊と考え、お勧めしたい。

上月英樹（1 回生）

❖ 病院長のひとりごと～筑波の教育に支えられ～

桐医会のみなさま、こんにちは。第六回生の籠島充と申します。郷里の新潟県、上越総合病院に勤務して19年目を迎えます。この春から病院長を仰せつかり、試行錯誤の毎日を送っています。黎明期に筑波の空気に触れていた一人として、来し方を振り返り、この頃感じていることをお話したいと思います。

私が卒業したのは1985年。臨床研修制度開始のはるか以前で、筑波にレジデントとして残るか、外に出て研修するかの進路決定を迫られました。レジデントの定員の関係で、半数は筑波を離れる時代でした。医学教育の先頭に立っておられた堀原一先生に、「どんどん外へ出て他流試合をなさい」と言われたものです。幼い時にお世話になった家庭医の姿がロールモデルとして刷り込まれていたのか、ジェネラル志向の気持ちがあり、全科ローテーションが可能な病院に進もうと思いました。実家が農家だったこともあり、農村医療で有名だった佐久総合病院を選びました。

佐久では一年目に全科ローテート、二年目、三年目に内科をローテートしました。当時は若月俊一先生がご健在で、地域医療の精神が病院に溢れていました。医療の主役は患者さんや地域に暮らす人たちであり、医療を通じて地域社会を良くする、ある意味では世直しを目指すことが地域医療だと教わりました。連日酒ばかり吞んで、真面目な研修医だったとはいえませんが、そんな若造たちを、職員も地域のみなさんも、大切にしてくれました。

三年もたって一応医者らしくなると、何か一つ身を立ってゆく技術を身につけたくなるものです。自分が夢中能れるのは、急変時の対応をしているときだと気づいていましたが、当時はまだ全国的に救急医療部門が確立していませんでした。そんなわけで、PCIが広がりを見せ始めていた循環器を志しました。

佐久に郷里の先輩が循環器医として勤務していた縁があり、その先輩の所属する信州大学第三内科に入局しました。途中学内の教室再編に伴って、信州大学第五内科（循環器内科）に所属し、循環器専門医としてキャリアを積んできました。1999年に故郷の上越に戻り、上越総合病院に赴任、現在に至ります。ここ数年は循環器診療だけではなく、総合診療や医学教育にも関わりつつ、副院長として管理業務にも携わっておりました。

上越市は新潟県の南西部、長野県と富山県に接する位置にあります。古には念仏停止で配流された親鸞が思索を深め、戦国時代には上杉謙信を生んだ土地です。謙信の居城があった春日山の麓に、私たちの病院があります。

このたびの病院長就任に際して、半分本気、半分冗談で、「ご愁傷さま」と声をかけて下さった先輩病院長がいます。全くそのとおりで、昨今の医療情勢を考えれば、望んで病院長になりたいと考える人は少ないでしょう。ともあれもはや後には引けず、これから如何にすべきか、あれこれ思案している次第です。

組織はまずその理念を明確にしなければならない。それに基づいた使命（mission）、存在意義（value）、目指すべき方向性（vision）を呈示しなければならない。これらを組織全体で共有し、部門ごとに何をもって貢献できるか検討し、具体的な行動目標を立案、実行せよ。Balanced score cardのコンセプトが教えるところです。そこには、組織が成果を挙げるための四つの視点として、財務、顧客満足、業務改善、教育と人材育成の重要性が語られています。

この中で私が重要視したいのは、教育と人材育成です。医療は人と人とが織りなす営みであり、そこに関わる職員の価値観や能力、行動に大きく依存しています。どんなに人工知能が発達しても、そこは変わることがないでしょう。それどころか、患者さんの権利意識の高まりや、社会的、心理的に多くの問題を抱える高齢の患者さんが増え、それぞれの「病の物語」に寄り添うことが求められている状況を

考えると、医療者に要求される素養はますます複雑で、質の高いものになってゆくように思われます。昨今医学教育の分野では、プロフェッショナリズムがよく話題になります。その定義は必ずしも明確ではありませんが、医療者として社会に求められる望ましいふるまいのことだと言っても、大きな間違いはないでしょう。

プロフェッショナリズムの基盤にあるのは、社会契約という概念です。われわれ医療者という専門職集団（プロフェッション）と、クライアント（患者さん）の集団である社会との間には互恵関係があり、社会はわれわれに名声や経済的報酬、仕事の自律性（オートノミー）を認めるけれども、その一方でプロフェッションとしての医療者に、社会が期待するふるまいを体現することを求める。それは双方の信頼に基づいており、無書面の契約としてすでに成立している、というものです。

では、社会は医療者に何を期待しているのでしょうか。ある教科書には、次のようなことが記されています。社会契約の受託者としての責任、社会のニーズに反応しようとする姿勢、他者への共感・尊敬、説明責任、質と卓越性を維持しようとする責務、曖昧さや複雑さを扱う能力、省察（振り返り）、といったものです。知識や技術はその一部にすぎず、むしろ専門職としての態度や習慣に重点を置いていることがわかります。私の解釈では、自分で求められるニーズを探し出し、それに応えるために、日々自分自身を振り返り、成長させてゆく、その最終像として、医療の専門職としてふさわしい人になってゆく。そんなことを求めているように思います。

これを職員に期待することは夢物語でしょうか。私はそうは思いません。なぜなら今の我々の姿も、これまでに受けた教育の結果だからです。直接教わったことだけではなく、先輩の姿を見て、良いことも、そうではないこともまねをして、今の自分があるのです。

そうであるなら、若い人たちにプロフェッショナルとしての行動を身につけてもらうことも可能なはずです。当院では私の副院長時代から、新人職員のオリエンテーションで医療プロフェッショナリズムを取り上げてきました。毎年プロフェッショナリズムを考えるワークショップを開催し、研修医に受講してもらっています。昨年度からは、臨床研修指導医講習会を当院主催で開催し、プログラムにプロフェッショナリズムを組み入れました。これらは小さな試みかもしれませんが、大きな意味を持つ、大切な一歩だと思っています。

病院経営のためのさまざまな方策－効率的な病床運用、地域連携、診療報酬加算の獲得、7:1看護基準や看護必要度の充足など－については、どこの施設も同じことを考えるでしょう。さすれば、最終的な病院の強みは、職員の力だということになります。個人としては、プロフェッショナリズムに溢れ、自己変容を続けてゆける人材を、病院全体としては、学ぶことやチャレンジすることを支援し、互いに望ましい行動を促すような風土を、さらには多様性を尊重し、人の痛みがわかり、困難を抱える人に共感し、力になろうとする文化を育ててゆきたいものです。若輩者の理想論かもしれませんが、そんな目標に向かって、これから務めて参りたいと思っています。

それにしても、つくづく思うのは、筑波で受けた教育の影響です。卒業後30年が過ぎた今も、無意識のうちに染みついていた何かが、自分の思考や行動を根底で支えていると感じます。筑波を受験しようと思ったのは、その「新しさ」が理由でした。新構想大学と呼ばれていたわれわれの時代から、常により良いものを求めて先駆者としての役割を果たしてきたのが筑波の伝統だと思います。在学中のみなさんには、そのことに自信を持っていただきたいですし、OBとして、私自身はそれを誇りにして歩んでゆきたいと思っています。今後ともどうかご指導、ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

上越総合病院

病院長 籠島 充（6回生）

✿ 「第44回 日本小児臨床薬理学会 学術集会」のお知らせ

13回生の田中敏博と申します。卒業以来、筑波大学に戻ってお世話になることなく四半世紀が過ぎてしまいました。根無し草になってしまうよ、早く戻って来なさいよ、という恩師のお言葉に耳を傾けなかったわけではありませんが、その時その時に必要な勉強をと、国内外の施設でお世話になりながら、夢中で経験を積み重ねて現在に至ります。同級生からはきっと、よく卒業できた、よく国試に受かった、よく医者を続けていられる、と思われるだろう私だと思いますが、筑波大学の卒業生であることを折に触れて支えとして、これまでやってまいりました。

そんな私ですが、このたび、第44回日本小児臨床薬理学会学術集会の会長の職を拝命いたしました。JR 静岡駅前のホテルアソシア静岡を会場に、本年10月7日（土）、8日（日）の2日間の会期で開催させていただき運びとなっております。

一市中病院の、常勤医は私一人という小所帯の小児科による運営、かつ若輩者の私が責任者を務める形で、政令指定都市ではありますが静岡という地方での開催となります。背伸びをし過ぎず、自然体で、ありのままに取り組ませていただきたいと考え、テーマを「臨床薬理学～こども達の日常診療の中で～」といたしました。

「第44回 日本小児臨床薬理学会 学術集会」開催概要

【会 期】2017年10月7日（土）・8日（日）

【会 場】ホテルアソシア静岡－ HOTEL ASSOCIA SHIZUOKA －

【テーマ】臨床薬理学～こども達の日常診療の中で～

【会 長】田中敏博（JA 静岡厚生連 静岡厚生病院 小児科）

【参加費】10,000円／学生3,000円

【公式 HP】<http://jsdpt2017.org/>

【広報ブログ】<https://plaza.rakuten.co.jp/jsdpt2017/>

【事務局】株式会社わかば 学術集会支援室

住所：静岡市葵区安東三丁目2番27号

電話：054-297-4410（代表） FAX：054-297-4430 E-mail: info@jsdpt2017.org



【プログラム】

■特別講演①

榊佳之先生（東京大学名誉教授，元ヒトゲノム計画日本代表，学校法人静岡雙葉学園理事長）
「ゲノム医学の進展と小児臨床薬理学へのインパクト」

■特別講演②

徳田安春先生（群星沖縄臨床研修センター長）
「Choosing Wisely Japan ～小児医療での展開」

■教育講演①

加治正行先生（静岡市保健所長）
「今あらためて『悪薬』 タバコを考える」

■教育講演②

大浦敏博先生（仙台市立病院副院長・小児科部長）
「希少難病～先天代謝異常症の治療薬開発の問題点」

■教育講演③

平田明裕先生（JA 静岡厚生連静岡厚生病院外科診療部長）
「僕は肝芽腫で手術・抗癌剤治療を受け、外科医になりました。」

■シンポジウム①（後援：静岡県小児科医会予防接種協議会）

「インフルエンザ・ワクチンの臨床薬理学」
～痛くなくて安全でよく効くワクチンをこども達に～

■シンポジウム②（小児薬物療法セミナー）

「こどもへのカゼ薬の処方を考える」
～医薬分業ではなく、医薬連携を！～

昨年開催された第43回の本学術集会は、薬剤師や小児科医を中心に、700名を超える参加者で大盛況となりました。一般にはなじみがやや薄いと思われる臨床薬理学ですが、こども達の日常診療における視点を大切にする多くの薬剤師、小児科医、関連科の医師、看護師、検査技師、その他の職種、薬学部の大学生・大学院生、また企業や行政の方々まで、広くたくさんの皆様にご参加いただき、すそ野をさらに広げる機会とすることができればと願っております。

私自身の生まれ育った地である静岡市でこの学術集会を開催できることを大変うれしく、誇らしく思います。静岡が素晴らしい所、街であることを知っていただく絶好の機会でもあり、できる限りの様々な工夫を凝らしてお迎えしたいと考えております。

桐医会の会員をはじめ、多くの皆様に興味を持っていただき、ご来静いただけますことを、心よりお待ちしております。

JA 静岡厚生連 静岡厚生病院 小児科
田中敏博（13回生）

平成28・29年度代議員選挙の結果

筑波大学医学同窓会桐医会の法人化に伴い、定款（桐医会ホームページ参照）に則り、平成28・29年度代議員選挙を行った結果、下記の正会員及び学生会員を代議員として選出いたしましたのでご報告いたします。

平成28・29年度代議員

小林 正貴	1 回生	吉田健太郎	20回生
星野 稔	2 回生	加藤 薫	23回生
千葉 滋	5 回生	竹内 秀輔	27回生
原 尚人	5 回生	臼井 智香	29回生
竹田 一則	7 回生	古屋 欽司	31回生
柴田佐和子	9 回生	大澤 翔	32回生
安田 貢	10回生	翠川 晴彦	35回生
品川 篤司	12回生	山東 典晃	36回生
井上 貴昭	14回生	安本 倫寿	37回生
長岡 広香	15回生	藤井 寛紀	38回生
坂東 裕子	17回生	柘植 弘光	M6

第37回（平成29年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3 回生）
正会員出席 16名

第37回（平成29年度）桐医会総会は2017年 5 月27 日（土）に筑波大学医学学群棟 4 A411室において開催された。

議事内容を報告する

1. 平成28年度事業報告

副会長：海老原次男氏（2 回生）より表 1 のとおり報告された。

2. 平成28年度会計報告

会計：堀 孝文氏より表 2 とおり報告された。

収入の部における積立金取崩収入について、法人設立に関わる支出で赤字となったため、法人設立のための積立金を取り崩した旨、説明があった。

支出の部における学類援助金の使途について、海外実習に行く学生のうち 2 名への援助金および 4 年次の白衣授与式にて贈呈したシステム手帳の作成費であるとの説明があった。

設立関係費について、司法書士に支払った定款作成費、登記費用、代議員選挙の為の郵送代などであるとの説明があった。

なお、旧桐医会には未収会費があるため、そのまま新団体に移行すると、負債を一般社団法人に引継ぐことになる。これを回避するために旧桐医会は任意団体として存続させるとの説明があった。

平成28年度決算が監事：宮川創平氏（3 回生）の監査を受けた旨報告され、宮川氏より監査を行った結果、適正であった旨報告された。

表 1 平成28年度事業報告

平成28年	
4 月	第 1 回定例役員会
5 月28日	第36回桐医会総会開催
7 月	第 2 回定例役員会
8 月	第 3 回定例役員会
9 月	第 4 回定例役員会
10月 3 日	一般社団法人筑波大学医学同窓会桐医会 設立
10月	桐医会会報第80号発行 平成28年度桐医会名簿発行
	第 5 回定例役員会
11月	第 6 回定例役員会
12月	第 7 回定例役員会
平成29年	
1 月	第 8 回定例役員会
2 月	第 9 回定例役員会
3 月	桐医会会報第81号発行
3 月24日	第38回生桐医会加入手続き

表 2 平成28年度決算

収 入

科 目	予 算	決 算
前年度繰越金	1,713,409	1,713,409
会費	7,000,000	7,308,568
広告収入	100,000	100,000
保険金手数料	1,200,000	1,335,460
預金利息	391	24
積立金取崩収入	0	380,000
寄付	10,000	50,000
計	10,023,800	10,887,461

支 出

科 目	予 算	決 算
総会費	200,000	155,945
事務局運営費	3,600,000	3,926,511
広報発行費	1,100,000	1,130,118
名簿発行費	2,000,000	1,979,942
通信費	800,000	834,254
消耗品費	700,000	690,341
備品購入費	50,000	247,757
事務費	100,000	55,464
渉外費	10,000	4,212
慶弔費	100,000	55,800
予備費	43,800	0
学生援助金	300,000	88,051
附属病院援助金	100,000	79,133
卒業記念品	150,000	135,783
学類援助金	350,000	340,950
大学援助金	10,000	0
支部経費	10,000	0
設立関係費	400,000	1,073,272
繰越金	0	89,928
計	10,023,800	10,887,461

第1回（平成29年度）定時社員総会議事録

1. 開催日時

平成29年5月27日（土）午後4時15分

2. 開催場所

筑波大学医学学群棟 4A411室

3. 社員に関する事項

（1）議決権のある社員総数	22名
（2）総社員の議決権の数	22個
（3）出席社員数	6名
（4）委任状及び議決権行使書による出席社員数	16名
出席社員合計	22名
（5）この議決権の総数	22個

4. 出席役員に関する事項

(1) 役員総数（理事及び監事）	10名	
(2) 出席理事数（新任含む）	9名	
(3) 出席監事数	1名	
(4) 出席した理事の氏名		
山口高史	鴨田知博	海老原次男
湯澤賢治	宮川創平	堀 孝文
鈴木英雄	齋藤 誠	田中 誠（新任）
(5) 出席した監事の氏名	中馬越清隆	

5. 議長兼議事録作成者 代表理事 山口高史

6. 議事の経過の概要及びその結果

- （1）桐医会会長挨拶
- （2）議長の選任
- （3）審議事項
 - 第1号議案 総会議事録署名人の選任
 - 第2号議案 理事・監事の選任
 - 第3号議案 平成28年度 事業報告
 - 第4号議案 平成28年度 会計報告
 - 第5号議案 平成29年度 事業計画
 - 第6号議案 平成29年度 予算
 - 第7号議案 定款の変更について

定刻に司会の湯澤賢治理事が総社員の議決権の数の過半数に相当する社員の出席を確認し、本定時社員総会は適法に成立した旨を告げ、開会する旨を宣した。

（1）桐医会会長挨拶

桐医会会長 山口高史氏より挨拶として、一般社団法人設立に関わった方々へのお礼と法人設立の理由、今後の活動についての話があった。

（2）議長の選任

司会 湯澤賢治理事より議長の選任について説明があり、定款第19条により議長として会長の山口高史氏が選任された。

（3）審議事項

第1号議案 総会議事録署名人の選任

議長は、定款25条により議事録署名人を2名選任する旨を述べ、議案書に基づき以下の2名を指名し、議場に諮ったところ満場一致をもって承認された。

議事録署名人 中馬越清隆 齋藤 誠

第2号議案 理事・監事の選任

議長は、監事須磨崎亮氏より平成29年2月26日付をもって当法人監事を辞任する旨の届出があったことにより、後任の監事1名を選任する必要がある旨を述べ、また、諸般の事情により理事2名を増員する旨を説明し、この増員が定款第26条第1項の理事の員数に抵触しない旨を述べ、議案書に記載のとおり理事及び監事につき次の者を指名し、その可否を議場に諮ったところ、満場一致によりこれを選任することに可決確定した。

理事 松 村 明

理事 田 中 誠

監事 原 晃

第3号議案 平成28年度 事業報告

議長は、平成28年度の事業報告につき、法人設立準備のため、事業活動は行っていない旨を説明し、満場一致をもって承認された。

第4号議案 平成28年度 会計報告

会計担当の堀孝文理事より、議案書のとおり当期（平成28年10月3日から平成29年3月31日まで）における当法人会計につき、下記の書類を提出して詳細に報告があった。

収入の部の寄付金について、新口座開設のために旧桐医会より寄付されたものである旨及び3月までに納入された平成29年度分の年会費については前受会費とし、平成29年度の収入として計上する旨の説明があった。

次いで、中馬越清隆監事より、監査を行った結果、適正である旨の報告があった。議長は、会計報告につき承認を求めたところ、満場異議なくこれを承認可決した。（P.63-66参照）

- 1 貸借対照表
- 2 損益計算書（正味財産増減計算書）
- 3 貸借対照表及び損益計算書（正味財産増減計算書）の附属書類
- 4 財産目録

第5号議案 平成29年度 事業計画

海老原次男理事より平成29年度事業計画案が議案

書に基づき説明され、議長は、その賛否を議場に諮ったところ、満場異議なくこれを承認可決した。(P.67参照)

第6号議案 平成29年度 予算

会計担当の堀孝文理事より、平成29年度予算案について議案書に基づき説明があった。

収入の部における会費について、正会員の年会費金5,000円を例年の件数で計算し、また、新入生から納入された6年分の年会費について、理事会の決議にて全てを平成29年度分の収入とした見込額であり今後も同様の処理を行う旨の説明があった。

寄付(積立金)について、法人設立のために積み立てていたものである旨の説明があった。

支出の部において、法人税等の予算は、保険事務手数料に対して課税されるものである旨の説明があった。

議長は、その賛否を議場に諮ったところ、満場異議なくこれを承認可決した。(P.67参照)

第7号議案 定款の変更について

齋藤誠理事より定款第6条及び第22条の変更について、議案書に基づき説明があった。第6条(1)正会員 ハ.に追加する「教員」については、病院講師がこれに該当する旨の説明があった。

議長は、その賛否を議場に諮ったところ、満場一致をもって原案のとおり承認可決した。変更後の条文は以下のとおり(下線部分が変更箇所)。

(会員の資格及び社員)

第6条 当法人の会員の資格は、次のとおりとする。

(1) 正会員

- イ. 筑波大学医学専門学群、筑波大学医学専門学群医学類並びに筑波大学医学群医学類の卒業生
- ロ. 筑波大学医学群医学類の教員及びその職にあった者で当法人の目的に賛同し入会を希望した者
- ハ. 筑波大学附属病院に勤務する教員・医員及びその職にあった者で当法人の目的に賛同し入会を希望した者

(議決権の代理行使)

第22条 社員(代議員)は、他の社員(代議員)もしくは議長を代理人として、議決権を行使することができる。ただし、この場合には、社員総会(代議員総会)ごとに代理権を証する書面を提出しなければならない。

[質疑応答]

代議員 星野稔氏より、旧桐医会からの寄付は、どの科目からの支出なのかとの質問があり、会計担当の堀孝文理事より設立関係費の中からの支出である旨の回答があった。

議長は、以上をもって本日の議案全部の審議を終了した旨を述べ、午後4時40分に閉会を宣した。

平成28年度 会計報告

<収入>

寄付金(桐医会より)	4,000円
計	4,000円

<支出>

新入生振込票印刷代	252円
次年度繰越金	3,748円
計	4,000円

* 3月までに収受した平成29年度分の会費 2,597,930円は、平成29年度分の収入になります。

活 動 計 算 書

平成28年10月 3 日から平成29年 3 月31日まで

(単位：円)

科 目	金 額		
I 経常収益			
1. 受取寄付金		4,000	
受取寄付金			4,000
経常収益計			
II 経常費用			
1. 事業費			
(1) 人件費			
人件費計	0		
(2) その他経費			
その他経費計	0		
事業費計		0	
2. 管理費			
(1) 人件費			
人件費計	0		
(2) その他経費			
消耗品費	252		
その他経費計	252		
管理費計		252	
経常費用計			252
当期経常増減額			3,748
III 経常外収益			
経常外収益計			0
IV 経常外費用			
経常外費用計			0
税引前当期正味財産増減額			3,748
法人税、住民税及び事業税			0
当期正味財産増減額			3,748
前期繰越正味財産額			0
次期繰越正味財産額			3,748

貸 借 対 照 表

平成29年 3 月31日現在

(単位:円)

科 目	金 額		
I 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	2,601,678		
流動資産合計		2,601,678	
2. 固定資産			
(1) 有形固定資産			
有形固定資産計	0		
(2) 無形固定資産			
無形固定資産計	0		
(3) 投資その他の資産			
投資その他の資産計	0		
固定資産合計		0	
資産合計			2,601,678
II 負債の部			
1. 流動負債			
前受会費	2,597,930		
流動負債合計		2,597,930	
2. 固定負債			
固定負債合計		0	
負債合計			2,597,930
III 正味財産の部			
前期繰越正味財産		0	
当期正味財産増減額		3,748	
正味財産合計			3,748
負債及び正味財産合計			2,601,678

財 産 目 録

平成29年 3 月31日現在

(単位：円)

科 目	金 額		
I 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金			
郵便振替口座	2,095,678		
常陽銀行普通預金	506,000		
流動資産合計		2,601,678	
2. 固定資産			
(1) 有形固定資産			
有形固定資産計	0		
(2) 無形固定資産			
無形固定資産計	0		
(3) 投資その他の資産			
投資その他の資産計	0		
固定資産合計		0	
資産合計			2,601,678
II 負債の部			
1. 流動負債			
前受会費			
次年度会費前受分	2,597,930		
流動負債合計		2,597,930	
2. 固定負債			
固定負債合計		0	
負債合計			2,597,930
III 正味財産の部			
前期繰越正味財産		0	
当期正味財産増減額		3,748	
正味財産合計			3,748
負債及び正味財産合計			2,601,678

平成29年度 事業計画

平成29年

4 月	第 1 回通常理事会
5 月27日	平成29年度社員総会（代議員総会）
6 月	第 2 回通常理事会
7 月	第 3 回通常理事会
9 月	桐医会会報第82号発行 平成29年度桐医会名簿発行 第 4 回通常理事会
10月	第 5 回通常理事会
11月	第 6 回通常理事会
12月	第 7 回通常理事会

平成30年

1 月	第 8 回通常理事会
2 月	第 9 回通常理事会
3 月	第10回通常理事会 桐医会会報第83号発行
3 月23日	第39回生桐医会加入手続き

平成29年度予算

収 入

内 訳	予 算
前年度繰越金	3,748
会費	11,000,000
広告収入	100,000
保険金手数料	2,400,000
預金利息	72
寄付（積立金）	10,000,000
計	23,503,820

支 出

内 訳	予 算
総会費	300,000
事務局運営費	4,500,000
広報発行費	2,000,000
名簿発行費	2,000,000
通信費	1,000,000
消耗品費	1,000,000
備品購入費	500,000
事務費	500,000
渉外費	10,000
慶弔費	100,000
予備費	100,000
学生援助金	300,000
附属病院援助金	200,000
卒業記念品	200,000
学類援助金	500,000
大学援助金	100,000
保険事務手数料	1,200,000
法人税等	400,000
繰越金	8,593,820
計	23,503,820

一般社団法人筑波大学医学同窓会桐医会 通常理事会議事録

[第1回 通常理事会]

日 時：2017年4月25日（火）

場 所：筑波大学医学系学系棟 2階 272会議室

＜出席者＞

理事：山口高史（議長）、海老原次男、宮川創平、堀 孝文、鈴木英雄、齋藤 誠

監事：中馬越清隆

◆協議事項

1. 第1回定時社員総会（代議員総会）について
 - ・案内文について、承認された
 - ・出欠票・委任状・議決権行使書の提出について
 - ・準備した総会資料は承認された
2. 会報82号の発行に向けて
3. 2017年度新入生の入会について
4. 桐医会名簿2017について一般社団法人としての形式を協議した

◆報告事項

1. 会計関係（2016年度決算及び監査・税務関係・新入生の年会費について）
2. 訃報
3. 退会者について
4. 備品の購入について
5. 学生役員の選出について（M1新学生役員6名選出）

[第2回 通常理事会]

日時：2017年6月27日（火）

開催：筑波大学医学系学系棟 4階483会議室

＜出席者＞

理事：山口高史（議長）、鴨田知博、松村 明、宮川創平、堀 孝文、田中 誠、鈴木英雄、齋藤 誠
海老原次男（委任状出席）

監事：原 晃、中馬越清隆

◆協議事項

1. 会報82号の発行に向けて
2. 会報83号の発行に向けて、Experts from Tsukubaの依頼者2名の推薦有
3. 桐医会名簿2017の発行に向けて
4. 定款の変更については、必要書類の作成及び登記申請手続きを関司法書士に依頼する
5. 2018年度社員総会での定款変更案について（齋藤誠理事より）は見送りとなった
6. 細則について（齋藤誠理事より）は、法人設立時に作成した細則について、今後見直していく
7. 他大学卒の教員・医員への入会案内について
 - ・入会案内、入会届、年会費の振込用紙をメールボックスに配付する
 - ・医学総務の人事担当に一式を預けておき、新採用の教員には原 晃監事より手渡しする

・レジデントには10月の名簿・会報配付時にメールボックスに配付する。来年度からは、オリエンテーションで配付する

8. 各回生からの情報提供依頼については、今後、役員・代議員を通していただく（提供できるのは宛名ラベルのみ）
9. 海外実習報告会懇親会費用の援助について、承認された
10. 学会案内の Facebook 掲載依頼について、承認された

◆報告事項

1. 会計について
2. 2017年度新入生・編入生の入会について（130名 /143名より入会申込書受理）

[第3回 通常理事会]

日 時：2017年7月25日（火）

場 所：筑波大学医学系学系棟 4階416討議室

<出席者>

理事：山口高史（議長）、松村 明、海老原次男、湯沢賢治、宮川創平、堀 孝文、田中 誠
鴨田知博（委任状）、鈴木英雄（委任状）

監事：原 晃、中馬越清隆

◆協議事項

1. 会報82号の発行に向けて
2. 会報83号の発行に向けて
阿部帥先生（名誉会員）からの「筑波大学の創設時期のお話」ご投稿については、できる時にできる範囲で書いていただく
3. 桐医会名簿2017について
・容量の問題で CD から DVD になる可能性あり、技術的なことは業者に任せる
・教員ページで正会員には、名前の前に*を付けることとする
・今年度より正会員のみに配付とする
4. 新規（正会員）入会の先生方について、入会者リストを確認し、承認された
5. 2017年度新入生・編入生の入会について
本日現在、132名 /143名より入会申込書を受取り入会者リストを確認、承認された
6. 細則の見直しと作成については見送りとなった
7. 「筑波大学医学教育分析センター」への協力依頼について（田中誠理事より）は、具体的な依頼が出てから再検討とする
8. 医学類への財政支援について（田中誠理事より）は、承認された（年間にかかる金額を試算して、提出いただく）
9. 学会案内の会報への同封依頼については否認否決された
（同様の依頼について、その都度理事会で検討とする）

◆報告事項

1. 定款の変更について
2. 会計について
3. 白衣授与式で M4に贈呈する CC 手帳の発注と印刷代の援助について



一般社団法人「桐医会」(筑波大学医学同窓会) 入会のご案内

このたび筑波大学医学同窓会「桐医会」は、今まで以上に筑波大学および附属病院に在籍する医師や教員の方々の親睦を図り、本校の発展に尽くすために、新たに一般社団法人として発足いたしました。

つきましては、本校の卒業生のみならず、本校および附属病院に勤務する医師、教員の方々にも正会員としてご参加していただきたく、ご案内申し上げます。

ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

一般社団法人筑波大学医学同窓会 桐医会
会長 山口 高史

- ◆当会の趣旨をご理解いただき、桐医会へご入会を希望される方は、本会報に同封の「入会届」にご記入いただき、桐医会事務局（学系棟 473室）もしくは3階ラウンジ前の桐医会メールボックスまでご提出ください。
- ◆年会費は5,000円となっております。同封の振込み用紙にてご入金をお願いいたします。
- ◆桐医会名簿は会員のみにお配りしております。
- ◆卒業生の方は既に正会員ですので、入会届の提出は不要です。

桐医会事務局

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 中田義隆先生（平成29年 2 月19日 ご逝去）
正会員 篠塚 功先生（1 回生）（平成29年 4 月11日 ご逝去）
正会員 佐藤始広先生（6 回生）（平成29年 9 月15日 ご逝去）

桐医会ホームページについて

平成28年 4 月にホームページを開設いたしました。

アドレス : <http://www.touikai.com/>

* 学生役員が担当し、行事予定やお知らせなどを随時掲載いたしておりますので、どうぞご覧ください。

桐医会 Facebook について

桐医会では公式 Facebook ページに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掲載しております。

また、会員の皆様からのお便りも募集いたしております。

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

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

年会費納入について

- ◆ 今年度の会費が未納となっている会員の皆様には、後日振込用紙を送らせていただきますので、納入くださいますようお願いいたします。なお、行き違いで納入いただきました場合には、何卒ご了承ください。
- ◆ 年会費は今年度より5,000円となっております。また、手数料など必要経費として一律100円をご負担いただいておりますので、よろしくお願いいたします。
- ◆ 他行よりお振込みいただく場合、送金人欄に会員様のお名前と払込取扱票の住所横に記載の 5 桁の数字を入力してください。
- ◆ お手元に古い振込用紙（2017年 6 月10日期限）をお持ちの方は、新しい振込用紙がお手元に届きましたら古い用紙は破棄してくださいませよう、お願いいたします。
- ◆ 振込用紙に記載の「お支払期限」はコンビニエンスストアでの使用期限です。ゆうちょ銀行での払込みには納入期限はございません。

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

住所変更等のご連絡について

ご勤務先、ご自宅住所等ご登録内容に変更がございましたら、会報に綴じ込みの葉書、またはメールにてお知らせくださいますようお願い致します。

E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp

メールアドレスご登録のお願い

桐医会では、会員の皆様への緊急連絡のために名誉会員、卒業生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

「会員だより」「会員メッセージ」原稿募集

桐医会では、会員の皆様から「会員だより」として原稿を募集いたします。

全国規模の学会のPR、研究やご著書の紹介、近況報告など…、皆様からのたくさんのご投稿をお待ちしております。

下記の要領で原稿をお寄せください。理事会で内容を確認させていただいた上で、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。

記

タイトル：自由（学会のPR、研究・著書の紹介、同窓会報告、近況、趣味など）

文字数：1200字以内程度

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、120字未満程度の「会員メッセージ」も募集いたします。

巻末の葉書をご利用いただきお気軽にご投稿ください。

— 名簿のパスワードのお問い合わせについて —

桐医会名簿は2014年度より CD で配付させていただいておりますが、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。

大変恐縮ですが、お電話、登録の無いメールアドレスからのパスワードのお問い合わせにお答えすることはできません。ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

— 事務局より —

桐医会事務局は医学学系棟 4 階473室です。

事務局には月～金の 9：00～16：00原則的に事務員がおり、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。

— 編集後記 —

会報82号はいかがでしたでしょうか。今号の学生企画では、久しぶりにインタビューを企画させて頂きました。記事の作成にあたり、先生方や事務局の方のお力を大いにお借りすることになりました。本当にありがとうございました。今号の経験を活かして、次号の記事に取り掛かります。

入学してからあつという間に4年半が経ち、これまでのこと、これからのことで色々と考えることも多くなってきました。そのような中で、自分より圧倒的に人生経験が豊富な方のお話を伺うと、すべてとは言わないまでも照らし合わせられる部分が多くあり、解決できたものもあれば、さらに悩ましくなるものもありました。この先も病院実習や卒後臨床研修など多くの場面で多くの先生方と関わらせていただけたと思いますので、機会がありましたら、是非色々なお話を伺えたらと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

会報82号担当：中山顕次郎（M5）

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棟ニューヤマザキデイリーストア、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、収納代行、ATM、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(打腱器等)、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、コピー・FAX、切手類、収納代行

●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

桐医会会報 第82号
発行日 2017年10月1日
発行者 山口 高史
編集 一般社団法人 筑波大学医学同窓会 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 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。