



桐医会会報

1993. 5. 10 No. 34

第12回桐医会総会シンポジウム
1992年5月23日
「基礎医学・社会医学の未来」



目次

第12回桐医会総会シンポジウム特集	1	近況報告	15
「基礎医学・社会医学の未来」		荒井 義章 (2回生)	
寺田 康 (3回生)		第12回桐医会総会報告	17
磯 博康 (3回生)		桐医会総会のお知らせ	19
野口 雅之 (3回生)		計報	19
柳 健一 (6回生)		編集後記	19
田宮菜々子 (7回生)			
桜井 武 (10回生)			
西村 秋生 (11回生)			

桐医会総会第2部

シンポジウム「基礎医学・社会医学の未来」

シンポジスト

磯 博 康 (3回生)
野 口 雅 之 (3回生)
柳 健 一 (6回生)
田 宮 菜々子 (7回生)
桜 井 武 (10回生)
西 村 秋 生 (11回生)

司 会

寺 田 康 (3回生)

寺田(司会)：与えられたテーマは「基礎医学・社会医学の未来」とこの非常に莫然としたテーマですけれども、今日は僕が司会を務めることになりまして、それでまず私の経歴を話して、司会者の僕が今の時点で考えている提言を言って、それに対して皆様に意見を出してもらって、それで、結論を出したいと思います。それで、フロアの皆様からもいつでも飛び入りの、フリーディスカッションの形式でやりたいと思います。僕がそういうことをしゃべろうと思った理由は、僕は3回生で、昭和57年に卒業して、外科をまわって、それでその時の後半の5年間は、外科の研修病院で徹底的に外科医としてのトレーニングを受けて、考え方を受けて。それはどういうことかと言うと、この予定通りの手術が自分が出来なければ、この患者が、もうその3時間後には死んでしまうという、そういう極めて患者にダイレクトと、そういう世界でずっとやって来て。逆に言えば、非常に手術が上手く行ったときは、3時間、時間の単位で患者さんがよくなるという。そういう劇的なドラマを見ている。要するに、臨床という場を通して、患者さんと接点にして、自分の手術が上手くなればなる程、患者さんの回復も早くなる。そういうことを実感してきて、そういう後半の5年間のトレーニングを通して、今、こう考えてみると、やっぱり医学ですから、獣医学と違ってやっぱり対象はあくまでもヒトであると思うんですね。それで臨床医学からとの接点を考えてみると、今の基礎医学と社会医学のありかたであり続ける限りは、未来は暗いと。これが今、僕の考えている、感じている率直な意見です。それについて、皆さんと話し合って、このあと予定の1時間半から2時間の間に、どういうところに落ちつくかと、そういうふうな形式を取りたいと思います。これはあくまでも僕が個人的に考えて、もう、すごく極端な狭い視野からの発言ですから、もちろんどんなことを言って頂

いてもかまいませんし、ただ僕が率直に感じているのは、そういう、臨床から見ていると基礎医学とか社会医学のことが、とてもこう、人に還元しているようには思えないというか、それを実感しない、出来ないというのが正直いった僕の意見なので、そこらへんを含めて話を進めて行きたいと思います。では今日のシンポジストの先生方を紹介したいと思います。一番そちらから、柳先生。柳先生は6回生で、基礎医学系医工学に所属していらっしゃいます。それから野口先生。3回生で、現在、国立がんセンター病理部にいらっしゃいます。それから磯先生は、社会医学系で3回生卒業。それから田宮さんと、社会医学系で7回生卒業。それから西村君、大学院の医学研究科環境生態系、11回生卒業。じゃあ、柳先生のほうから、大体一人10分弱の時間で。まずね、僕が知りたいのは、先生が志望、まあ簡単な略歴ね。このシンポジストも3回生から11回生まで7年か8年の時差がありますから、先生の略歴といつ頃、どういう動機で、どういう研究を仕事をしようと思ったか。実際何年目にどれくらいのことが出来たかと。そこらへんを含めてですね、特に制限はありませんから、簡単に先生の今の立場とかをアピールして頂きたいのですけれども。これは、打ち合わせ無しですから。

柳：6回生卒業の柳健一です。現在、先ほど御紹介頂きましたように、基礎医学系の医工学というところで、去年から講師をしております。簡単に略歴を申し上げますと、6回生として昭和60年に本学を卒業致しまして、卒後2年間この大学病院の外科でレジデントとして外科医の研修を受けました。その後本大学の大学院に入りまして、4年間医工学で大学院の学生として研究を致しました。去年、卒業した後4月から現在の職に就いております。私の研究テーマですけれども、大学院に入学した時以来、代謝型肝機能補助装置と申しまして、平たく言えば人工肝臓ですけれども、肝細胞を大量に培養して、その代謝能を用いて肝機能補助装置を何とか実用化する為の基礎的な研究をしております。次に志望の動機ですが、基礎の方に進もうと思ったのはM6の時です。1学期の病院実習で外の病院を回って見て先輩が働いているのを見て大変活気があって魅力的には思えたのですが、どうも自分には余り向いていないのではとふと思ったのがきっかけです。基礎で何かゆっくりと研究ができればいいと思ひまして、大島宣雄教授のところへ相談に行きまして、先ほど述べた経緯で現在に至っております。医工学を選んだのは、昔から、物理やエレクトロニクスといった分野に興味があったからです。

寺田：野口先生は。

野口：私は3回生で、昭和57年に卒業して柳先生と同じ様に2年間、ここの病院病理レジデントコースで2年ジュニアレジデントをしました。その後国立がんセンター病理部でも同じ様にレジデントコースを作っていると聞いたもので、病理というのは大体基礎系で、どこの大学でも大学院に行かなければならないので、大学院が終わるまで外に出ないのが普通なんですけれども、ここは幸い、筑波のシステムが良かったのですが、レジデントだったので出ることがすぐ出来まして、国立がんセンターの病理部のレジデントに移りました。それで2年半位、病院病理のレジデントをやりまして、病院の外科病理学と研究所の病理学というのを両方勉強することが出来て、今、基礎医学の将来は明るいんじゃないかなと、思っています。87年からがんセンターのスタッフになりました。現在何をやっているかという、一日の半分は病院で癌の診断をしています。あとの半分は腫瘍の発生における遺伝子変化の集積について肺癌と肝癌を中心にして、勉強しているところです。形態学的な観察を基にして、分子生物学的な手法を使ってそれを解明して行きたいと思っています。以上。

寺田：はい、じゃ、磯先生お願いします。

磯：私は3回生の磯です。私はここの大学院に行きまして、循環器系の疫学と予防医学というのが専門です。大学院4年をこちらで過ごして、それから4年間ミネソタ大学で循環器疾患を中心とする慢性疾患の疫学をやって帰国後一年半、大阪成人病センターで勤めて、それからこちらに戻ってまいりました。社会医学志望の動機ですけれども、特に高齢化社会というか、慢性疾患が多くなった社会において、慢性疾患というのはどうしても、治療してもまた再発したり、上手く治療が行かなかったりしますから、一番いいのは治療ではなく、その前の予防だと、考えたのが一番の動機です。幸い、いい教授に恵まれてまして。社会医学というといろんな分野がありまして、いろんな方法論があるんですけど、私は循環器疾患、脳卒中、心臓病、虚血性心疾患のほうの仕事をしております。具体的にどういう研究をしているかという、一次予防、二次予防の研究です。疾病が起こる前に、どうやって改善できるか。例えば、高血圧の予防とか高血圧のearly interventionとか、高血圧が進んで臓器障害が出るまでに、何か出来ないかという、それも薬を使わないで。単純に考えると簡単なことなんです。塩を控えなさい、体重は重過ぎるとダメだ、ある程度運動しなさい、アルコールは程ほどに。だけでもその当たり前のことをどうやって実行させて、どうやってそれを効果をあげて、どうやって最終的に疾病の予防に結び付けるかという、

これはまた別問題。日常診療で、お酒は程ほどにしなさいと言っても多くの患者さんはそれを守ろうとはしません。健康教育は医者だけじゃ出来ません。保健婦、栄養士、他のいろんな人達と組織的にやって行くのが、ひとつの大きなテーマで、我々がやっているのもそういう仕事の一環です。例えば、協和町と言ってここから一時間位のところに一万八千人位の人口の地域がありますけれど、十年間、そういう対策を続けています。研究の面では、健康キャンペーンと言って、地域ぐるみで、減塩運動を行って、その効果が客観的に示しています。血圧の変化とか、塩分の摂取量の変化というのはきちっと出ていますし、脳卒中の発生率も40%減っております。地域での一次予防、二次予防のデモンストレーションをするというのがひとつの研究。その他に、前行っていた米国との共同研究で循環器疾患の新しいrisk factorの研究。例えば血液凝固線溶系が、脳卒中や心臓病のrisk factorになるかどうかという研究も共同研究で進めておりますし、それらの環境要因とか遺伝要因の研究も共同研究としてやっております。以上です。

寺田：はい。では、田宮さん。

田宮：7回生の田宮です。今までの経歴ですが、私は当初から社会医学に大変興味がありまして…。高校生の頃から、障害者に接する機会があり、その頃医療の現場で障害が残るとわかった後のフォローが地域でなかなか出来ていないことと感じていました。高校生ですから、莫然とですけれども。それで社会医学に進みたいと思って、ここは基礎と臨床と社会と三本柱があると入学案内で読んで、これはすごいと思って筑波大学に入学したんですね。それで六年間経ちましてベッドサイド実習のあと、6年の公衆衛生実習で在宅医療の現場に行かせていただいて、やはり地域での障害、つまり障害を持って家に帰ってどういうふうにして行くのかという問題は重要だと再認識しまして、それをテーマとして勉強するために、大学院に入りました。大学院は自宅が東京だったので、東大の公衆衛生の教授がそういうことを自由にやってもいいということをお願いしたので、そこに入りました。やはりこういうことをやるとなると、臨床を全然知らないと話になりませんので、臨床もやらして頂くと最初からお願いして入りまして、最初の半年間は、すぐに大学病院みたいな専門的なところに入ってしまって専門性を目指す考えだけに自分になってしまうのは、こういう志望から考えると、良くないかなと思ひまして、実習で行かして頂いた在宅ケアをやっている白十字診療所というところに半年間お世話になって、看護婦さんのあとをくついたり、往診するお医者さんのあとをくつつ

いたりして研修しました。やっぱりその時に大学病院や地域の診療所の連携の悪さとか、術後の家に帰った後の問題とか、そういうことに問題点を感じながら半年経って、それからやはりもっと臨床能力をつけなきゃいけないと思って、そのあと一年半程、やはり大学院からの派遣ということで地域の第一線の病院で、救急車のいっばい来るところで、救急車の音が聞こえるところで住み込みまして、内科医研修をやりました。本当にバタバタの病院で、患者を五十名ほど、何からなにまで持たされました。その時やはりまた近くに大学がありまして、ここじゃないんですけど、そこで最初にオベをした患者さんが、再発すると癌なんか殆ど地域である程度のことが出来る病院にどんどんたまるとですね。大学は取ってもらえませんか。それで私はこういう社会的なものに興味があるというので、外科の先生が嫌がる症例を一手に引き受けることになりまして、否応なしに。なんか、タミヤケアとか言われたんですけど、ターミナルケアの専門みたいになっちゃって。それでその患者さんにひたすらQOLを高める医療と言うのを一生懸命やらざるを得なくなりました。そうするとやはり在宅ケアという問題がでてきます。術後食べられないからIVHでずっと入院している患者を見て、その人が帰りたい帰りたいと言って。その点滴さえ家でやればいいんだなあって、今程在宅IVHが盛んになる前に自分で何とかやって、ヘルパーさんを使って点滴を毎日運んでもらうとか、週に一度往診するとかいろいろして、長期IVHの患者を家に帰したりとかいろいろやりました。実にそこでの経験が私にとっていい経験になっていると思います。この二年間は週に一回だけ疫学の勉強等に大学に行っていたんですけど、その後は週に一回病院に行って、在宅医療部という一応今まで持っていた患者に往診に行き、あとは大学でという生活を送りました。そして臨床研修で痛いほど感じた、退院後の患者の長期フォローで何が必要か、どういう条件を整備したらいいかということデータを示せなきゃいけないなと思って。私のいた東大の教室は疫学をきちっとやらせるところだったので、退院したあとのフォローを社会・経済要因を含めて、データをとって疫学的に分析して行って、どういう要因を揃えていたら地域でやれるかという、そういうことをある程度客観的にする方法を学びました。学位のテーマは「在宅ケアにおける社会医学的研究」ということで、ある程度の数を地域で集めて、地域で往診する医者がいれば在宅で最期までやれるというのをデータで示したりしました。まだまだ舌足らずで言いたいことをデータできちっとするのも難しいんですけど、今後高齢化社会でやっぱり病院でacuteな治療をしたあとをどうするか考えないではいられない時代だと思うので、今

の路線でいきたいと思っています。既に大学院が終わりまして、またもう少し臨床をやりたいと思っていて、その在宅ケアをやっていた病院に一年程籍を置きまして、そのあとやはり、きちんとものを言うていくには研究が臨床かということで迷ったんですけど、こちらで喚んでいただけたので、今、社会医学系に来てやっています。こちらに来ましてからやはり茨城県でも在宅のニーズが大変高まっています、茨城県の在宅ケアの大きい調査をついこの間やりまして、その企画委員みたいなものに入れて頂いて、今、外に出ている先生方にはかなり面倒くさいアンケートをお願いして、大変御世話になったんですけども、そのデータが、本当にお陰様で100%近い回収値で来て、それを今、解析している仕事なんかをやっています。

寺田：どうも。次、西村先生どうぞ。

西村：11回生の西村と申します。11回生、まだ卒業して3年目なものですから、経歴と申しまして、大学院に入りましたという事しかないのですけれども。大学に入るときから、精神科、精神医学とかそういったものに進むんだという様に最初から決めておりまして、その中でどういうふうなことをやっているのかなあということを見るつもりで大学に入ったのですけれども。精神科の臨床のほうに実習とか見学とかにいつてみるにつけですね、皆さんどれだけおわかりかと思いますが、精神科の単科の入院施設に行きますと、これはある意味で田宮先生じゃないのですけれども、社会的なターミナルの人達が、そこにたまっているという一種の独特な雰囲気があるわけですね。日本の精神医療が最初の巣鴨のほうの病院から始まったあたりからずっとそういった経歴があるんですけども、これをそれじゃどういふふうにかケアして行けばいいのか、入れちゃえばおしまいなのか、という様なことでは、今の世の中、世界全体の動きからすると、とてもそれだけでは片づけられない問題になって来ているわけなんです。それでも、日本には病院に入ってから出て、出てどういふふうに通っていくかというシステムがまだまだ弱いと。ということで孤々奮闘している方々はいらっしゃるんですけども、それを大きな流れにして行く力がないなあとということを学生の時に感じました。それから、今のは精神科のかなり重篤な疾患ですけれども、もうひとつ別に社会的な問題としても捉えられる様な、精神科の疾患とだけではないような問題が、特に若い人達、それから仕事をしている人達、いろんな世代において最近現れて来ているというふうに感じます。これは最近というか、学生の時からですけれども。それで、そういったものをケアするためには、医師とし

て拘る面接場面のみではやはり、どうしても表層的な拘りだけになってしまう。その人だけとの問題解決だけではなく、例えば、問題というと、今、個人的に関心が高いのは、不登校の問題なんですけれども、これは学校に行かないから何とか治療をして学校に行ける様になればいいということではなくて、青少年に関しては、学校というのは要するに社会そのものですから、社会に上手くはまり込めないという大きな問題なわけですね。これはどうして起こるかという、学校自体にも問題があるかも知れないし、本人にも問題があるかも知れないし、いろいろな要因が考えられると思う。これを考えて行くためには、個々の面接も勿論大切ですけども、それ以上にもうちょっと大きな観点から捉える必要があるんじゃないかというようなことで、敢えて、私は皆さんと違いました、臨床の経験を研修医として経験しておりません。大学を出た時点で直接大学院、今、環境生態系の精神衛生学の教室のほうに入れて頂きまして研究をしております。

寺田：どうもありがとうございました。今簡単な略歴の自己紹介があったんですけども、経歴不明、こういうことが聞きたいとかいう発言あったら、フロアから誰か質問ありませんか。あとシンポジスト間で、特に大体皆さんの歩んできた道大ざっぱに把握して頂けたでしょうか。じゃあ、僕がその略歴を聞いて、ちょっと足りない、こういうことを聞きたい、追加で二、三聞きたいんですけども。柳先生が外科のレジデントを二年間やったときの直接の動機というのは、特にないんですか。二年間外科をやった理由は。

柳：一応基礎で将来は研究をしようということを考えていたわけですが、学生で勉強をしたとは言っても実際に患者さんを見ているわけではないですし、その患者さんを実際見て診療をするということが研究をして行く上で、プラスになったと思っています。実際、現在基礎で研究をしていて、もっと臨床の刺激を得ながら研究するのが非常に大切だと考えていますが、現在はそれがなかなかうまくできないことには、物足りなさを感じています。

寺田：例えば今の先生の研究テーマは肝機能補助装置ということですけども、このテーマの動機も、この外科のレジデントのときに得られたものですか。

柳：特にそういうことではないです。

寺田：桜井先生。今、一通りですね、皆簡単な略歴とか

経歴を披露してもらったんですけども。基礎医学系薬理、10回卒業桜井先生、ちょっと簡単に今迄の歩を。

桜井：今迄の歩は、筑波大学医学専門学群卒業後、大学院生化系ということで入らせて頂いて。薬理学教室のほうでこれまで3年ちょっとですけど、主に心血管系のペプチドに関する分子生物学的な解析ということで今迄やらさせて頂きました。経歴としてはそんなところですね。

寺田：そうですね。じゃあまた一通り回ってまた追加で発言してもらいます。野口先生は、病院病理を2年間やってがんセンターへということですけども、ここの病理の未来がないという動機ですけど、誰にも言いませんから、ざっくばらんにですね、と言うのは感じたことをもう時効だと思うのでいいと思うんですけど。

野口：いろいろな施設でいろいろな制約があってなかなか出来ないことがあるということですね。一般病理医になる為には、殆どいろんな全ての臓器標本を見られないと話にならない。癌だけでなく炎症性の疾患も見なきゃいけないし、わかるようにならなければいけないのです。その点筑波は開かれた大学でいろいろなことが見られるというのが基本的な方針だと思いますが、なかなかそうじゃないときがあって、特に癌なんていうのは、教官教官によって個性的な考えをしている人が多くて、思うように勉強させてもらえないことが多くありました。そういう単純なことで、ここにいるとなかなか研修がうまく行かないと思い、それだったらどうせなら癌専門の病院に行って、沢山症例を見て勉強をしようと思ったわけです。

寺田：どうも。磯先生の循環器の疫学ということで、これから来る高齢化社会を個人じゃなくてもっと人間の集団として、何かしなきゃ駄目だと、というふうな主旨ですよね。僕が知りたかったのは、いつこのテーマを選んだのか。一緒に筑波大学で6年間カリキュラムやってですね、臨床やる前に何時の間にこういうテーマを何処で感じたか。そこらへんはどうなんですか。例えば、磯先生が循環器をやってやってやり尽くして、ああもう駄目だ、これでは駄目だ。もっと根本的なことを考えなければいけないという、そういうきっかけがあったならば、まあ話はわかりますけれども。非常に頭の中で考えたような、そういう様な気がしないでもないんですけども。

磯：あの、それは確かに人生一度しかないから何でも全てやり尽くしてからまた道を転向する手もあります。しかし、その時は頭働かないと思いますので、たぶん何処

かで頭切り替えたんだと思う。確かに臨床もすごくいいと思う。先程寺田先生がおっしゃった様に、すぐに効果がわかる。劇的に治れば患者さんに非常に感謝される。だからそういう醍醐味というのは非常にいいなと思いましたし、5回生・6回生で臨床実習やっても、ああそれもいいなと思いました。けれども、逆に上手いかないうちも往々にあります。もうひとつ私が好きじゃなかったのは、プロパーさんとの関係で、まあ薬屋さんとはウマが合わなかった。ですから、なるべく薬を使わないで予防出来るような、そういった分野がいいだろうと、それが率直な理由です。また行政にも興味がありまして、行政もまあいいかなと思ったんですが、いま一つピンと来なかったということもあって、残された道は予防医学で研究をやるということになったわけです。

寺田: あ、その磯先生のプロパーさんとかはですね、発想はレジデント1年目2年目になるとよくわかるけども、M4でそういうことを感ずる機会というのは…。

磯: M4じゃなくて…。M6の学外実習。

寺田: ああ、学外実習。

磯: ですから、それが契機になったと。

寺田: では、それは、臨床の現場を見て、やっぱりそこでそういう問題点を感じたと、そういうことでいいですか。あと、あの、田宮さんはですね、非常に明解な目的意識を持ってですね、高校の時から興味があって、それを生かせる大学を選んで学生実習の時に実際に臨床を見て、方針に間違いはないとわかって…。

田宮: 正解じゃないかどうかわかりませんが…。

寺田: それで、実際に卒業をしてみたらそれでもまだ臨床をもうちょっとやらないと、更に奥へ進めないということで研修をやってということで、始終一貫非常に明解だと僕は思っているんですけども、追加ありますか。

田宮: 何か明解のように、確にかっこよく行っている感じで言ってしまったかも知れませんが、でもその都度いろいろ悩みはあって、確かに患者を診る以上は臨床として研修をきちっとしなきゃいけないんじゃないかという悩みはすごくありました。例えば、6年チーフレジデント迄ちゃんとやってから、地域医療を考えて社会医学のほうへ行こうかなと。それはすごい悩みましたね。でもやっぱり私は、最初から社会と医療の関係というか、そっ

ちのほうに関心があるから、その分、社会のこととか経済のこととか勉強して…と思いました。餅は餅屋ですから。一生でそんなに欲張れないので、その点でやっぱり公衆衛生をという感じで。その都度全部、首尾一貫しているというよりは、それぞれ悩みながらという感じです。それから、その頃、私はしつこいんですけど、桐医会の役員やらせて頂いて、よく、先輩なんかから、寺田先生もそんなんですけど、立派な外科の先生方がいっぱいいらっしゃいますよね、先輩に。夜も泊まり込みでとにかく生活の全てを懸けて、ICUに毎日毎日泊まり込んで、という話を飲み会で熱く語られたことがありまして。私はやっぱり、もう少しいろんな社会的な勉強もしたいし、ある程度の生活というものもあるし、私はとてもここまで出来ないなというのもある。その時に、やっぱり私は社会のほうでがんばろうというふうに出たというふうなこともありました。

寺田: あと、西村先生にも、同じ様な質問なんですけれども。動機、今の研究テーマですね。例えば、登校拒否をやっているといっても、先生に登校拒否になる子供がいるわけでも、なる位の年齢の子供が、先生にいてもないですよ。

西村: はい。

寺田: それから、自分が登校拒否になったということでもないですよ。それは例えば、どうしてそういうことが大事だとか、何時、何処でそういうことを感じて、それをテーマとするのかと。そこらへん、例えば実際に、それもやっぱり新聞を読んで話題性があるからと、そういうふうにはないんだということをお願いしてもらえますか。

西村: 登校拒否というのが、例えというか専門になるんですけども。要するに、若い人達を対象にするのが好きだということですが、そういう言い方じゃあれですね。別に、肝臓になった人が肝臓の医者やらなきゃいけないことはないと思うんですけど。一番いろんな条件が重なって問題が起きてくるのが青少年のところなんだと思うんです。勿論、他にもいろいろの世代でも、それなりの問題があるとは思いますが。先程言った様に、青少年で問題になってくる場所というところ、やはり学校とのかねあいが、一番社会との接点という意味では強いわけですよ。だけれども、子供達というのは独りで生活しているのではなくて、親がいて、その親とのかかわりって親念でいうのも、ひとつ問題に大きく関与していたりするわけですね。そういった様なことでみる場合に、一

番周りの要因というものを考えていかなければいけないところが、青少年という年代だと思えます。これは、学生の時だけではなくて、実際に研究、研究といっても社会医学の中では、精神衛生学とは、臨床に一番近い様なところにいるのではないんじゃないかと思うんですが。と言うのは、結局そのケースを問題に扱って行くわけですし、ケースをみていくとです、実際に問題としては、例えば、不登校という主訴で、「あちこちの相談機関へ行って断られて来ました。」なんていう人をよく話を聞いてみると、実は分裂病の初期状態であったり、と言う様なことがあって、適切なケアがされていないとか。或いは、若い子の分裂病。同じ分裂病と言っても、親がどれだけ理解して、或いは、学校がどれだけ理解してそれに対応して行くかによって、全然予後が違っていたり、ということも逆にあります。これは、始めてからの感触ですけれども、そういった様なことで、恐らくこれは、いわゆる、精神科ということで本人とだけ面接をしているとよく見えない部分があるんじゃないかと、最初から思いましたし、今でもそういうふうに感じています。ですから、そういう様な方面に、医学が窓を開いて行かないといけない時代になっているんじゃないかなというふうに感じております。

寺田：桜井先生。特に今、研究テーマの心血管系のペプタイドということですが、そこらの動機とかです、どうしてそういう研究を始められたのかとか、そこらへんを含めて、どうですか。

桜井：研究を始めた動機というのは、僕自身がそんなに長期の vision を持っている人間じゃないんですね。長く一週間程度の子供しかたてらんない。殆ど今日と明日のことしか考えないで、ずっと、生きてきた、と言うか。だからこの世界に入るのも十秒位しか考えてないで入ったんです。ちょっと、その時に心の底にあったことと言うか、そういうことを思い起こしてみるとです、大学卒業してから数年間にやらなきゃならないこと、一生懸命出来ること、と言うことをやりたかった訳です。けど、一生懸命やること、その人の価値観がそこにあれば、何だっていいことだと思えますよ、それは。絵を描くにしても、ファミコンやるにしても、プラモデル作るにしても何でも。一生懸命やると言うのは。勿論、臨床医として一生懸命臨床をやるということも、非常に立派なことだと言うふうに思いましたけど。自分にとってこの価値観というのは、その一生懸命やったことがどれだけの意味があるか。意味があると言うのは自分の存在価値が見出されるかと言うか、ちょっと言葉にしにくいですけど。簡単な例で言えば、スポーツ選手だったらオリン

ピックに行きたいとか、スキーマの選手だったらワールドカップに出たいとか、カーレーサーだったらF1に乗りたいたとか。そういう motivation みたいなものがあると思うんです。医学の領域でそういう field に立てる、もっと言うてしまえば、日本の医学の中でそういう field に立てるとしたら何があるか考えたときにですね、もし臨床に行ってしまうと、本当にこういうことを言ったら差し障りがあるのかも知れないですけれども、日本の医学は遅れていると僕は思っていた訳です。もし臨床に行ったらそういう field に立てるチャンスがあったら非常に限られてしまうだろう。例えば、アメリカに留学するなりして一流の臨床医になるとかね。それは非常に困難を伴うわけ。その当時丁度、うちの薬理学教室でエンドセリンという、非常にちょっと前までは、最も世界中で注目を集めた物質です。それが丁度見つかって来て、非常に感銘を受けた訳です。それを見つけた人が大学院生で、自分とたいして歳も違わないし、柳沢先生という。今は大先生ですけど。柳沢先生が見つけた。そういう、もし臨床で言えば27、8の人間。もう若僧です。スポーツの世界でも何でも、そういう人が実力さえあれば上がって行ける世界なんです。医学でそういうチャンスがあったら基礎医学系、日本で特にね、ここしかないんじゃないかというふうにその時考えたんだと思うんです。もっと分かりやすく言ってしまうと、上に上がるチャンスがあったら、ここが一番じゃないかな。そういうふう感じたんだと思います。

寺田：その薬理との出会いは、要するに、出会いは学生の時に。

桜井：そうですね、M5の頃。

寺田：先生は非常に野心家だね。

桜井：まあ、そうだと思います。

寺田：何をやって実感できるのはね、外科の世界でも大なり小なり同じだと思うし、必ずしもそれがトップに立つことに越したことはないけれども。自分に手応えがあればいいと最初に言っている先生の発想から言えば、先生はちょっと他の人の手応えまで計算し過ぎているような印象を僕は受けたんだけど。そうではないですか。要するに、自分でやって、ああこういう研究は良かったなと、やったことに対して満足できればですね、それはどんな影響がなくてもいい訳でしょ。本来の先生の発言で行けば。だからそこに非常に、何かこう策士とかね、F1とか、野球でいくとオリンピックとかね。

非常にトップレベルという。それがやっぱり基礎の野心というか、そういうことになるんですかね。

桜井: いや、そういうことでやっていかなければ、いい研究というのは出来ないんじゃないかと。今はそう思っています。

寺田: なるほどね、わかりました。

柳: 僕は6年の時に将来は基礎で研究をしようと考えまして、その準備のつもりで2年間外科の臨床研究を受けたわけですが、臨床をしてみるとこれも大変魅力的であるばかりでなく、とても2年間では何もわからないと思った訳です。こんなことは当り前の話で、外科医というのが何年トレーニングすれば一本立ちできるのかわかりませんが、2年間の経験くらいでは赤ん坊も同然なわけです。ただこの時点で自分は研究がしたいということを考えまして、このまま臨床を続けていたら忙しくて研究どころではないのではないかと考えました。基礎に進めば研究はもちろんのこととして、臨床も見て、そこから刺激を受けながら研究ができるのではないかと考えて基礎に進んだ訳です。しかし、入ってみますと、これは僕の努力が足りないのかも知れませんが、なかなか考えていたようにはならなかったのは少し残念に思っています。寺田先生が初めに、基礎の将来はないとそうおっしゃった…。

寺田: ない、じゃなくて暗いと。

柳: 暗いとおっしゃったのは、日常の臨床で何か疑問を感じて、それを基礎に持って行って、実験をして解決をする。そういった基礎と臨床の関係が、現在は無いということについて、暗いとおっしゃたのではないかと思います。

寺田: はい、その通りで。僕、このあとちょっとみんなに意見聞いたかったのは、要するに、今のテーマがですね、臨床でどういうふうな問題点、どういう立場になっているかというのを実際に何処で知ることかということ、それから2番目は臨床との接点がなく分かれることの問題点。例えば、肝機能補助装置に関しては、外科では部分生体肝移植とか、そっちの解決方法もあるわけでしょう。だから、ずっとやっても、何か知らない間にはずれてっちゃってね、理論として、小さいものとしては補助装置はいいものだけでも、実際に臨床では使えない変なものが出来ちゃったりとか、そういうふうなことになるんじゃないか。そういうふうなこと含めてですね、

話したかったんだけど。要するに、今のテーマが、臨床で実際に、本当に、問題になっているのかどうかということと、それから、実際にそういうことについての問題点。この二点をですね、どういうふうに考えているか、ちょっと皆さんに聞いてみたいんですけども。野口先生。

野口: だから、その、今日のテーマは、基礎医学は、生物学と生化学がある限り未来はあるよね。いずれにしても。

寺田: ちょっと待って。何だって。

柳: 研究ということに関しては、未来は明るいと思います。単純に実験をして論文を書くことに関して。

野口: 例えば、桜井先生が今おしゃってた話はPhD的な発想なんだと思います。そういう人達によって、大きい研究が為されているから。それはそれで非常に構わないと僕は思います。良き臨床医は良き基礎医学者でなくてはならなくて、良き基礎医学者は良き臨床医でならなきゃならない。そういう相反することを、やることは非常に難しいと思うんです。医学専門学群に入って医者になろうなんていう人の99%は臨床医にまずなろうと入ってきている。そういう意味では、僕はやっぱり卒後の、例えば、そういう基礎を理解する様な機会をもっと多く与えてあげるようなシステムを作って行くべきじゃないかなと思うんですね。臨床医達が考える基礎医学を発展させる為にはね。例えば、三ヶ月、四ヶ月ローテートになったとしても、三ヶ月でも四ヶ月でもいいと思う。論文を書く為とかタイトルを取る為とかじゃなくて基礎医学を含めた生物学を研究している基礎の研究者たちがどんなことをやって、どういう仕事をして、どういう生活をしているのかというのを医者になってから見るのも、ひとつの大きな機会じゃないかと思います。その中で、例えば、医学博士を取りたいければ取れないことがないわけだし、そこに入り込めないこともないわけだと思ふ。そういう様な、もう少し思いきって大学院に行かないと仕事が出来ないとか、そういうんじゃない、もうちょっと軽い、相互理解を深められるシステムが出来て来れば、ほとんどの人たちが99%はやっぱり駄目だと思つて臨床に戻っても構わないけども、その時点でやっぱり基礎は面白いやと思う人が出てこないとも限らないし、それでいいんじゃないかな、というふうには僕は思っているんですけど。

寺田: 磯先生はどうですか。

磯：あの、どういう。

寺田：今の二点を中心に、例えば、テーマを何処で、臨床でどういうふうに扱われているか。どういうふうにしてそれを知らるかとか、臨床の接点があるけれど。

磯：私の領域である、予防医学をやっている人は少ない。医者だけじゃ出来ないということもあって、学問的にも評価が非常に難しい面もある。例えば、地域全体で予防対策をやってその評価を行うのに10年、20年かかる。他の例としては、clinical trial. 日本の臨床医学ではあまり大々的なclinical trialはやっていないんですが。例えば、AとBという治療法、本当はどちらがいいのかということ客観的に検討するためには、3,000人はAという治療法、3,000人はBという治療法に、無作為に分けて、数年から10年間位フォローアップしなければいけない。そして、Aの方が死亡率が20%とか30%減らせたとき、新しい治療法Cという治療法がもう出来ている。Cという治療法はAという治療法より良さそうだ。そのときAとCの治療法の優劣をつけるのにまた時間がかかる、そういうジレンマがあります。臨床の場合、どんどんどんどん治療法なり、情報があまりにも速いですよね。前いいと思ったのがすぐ駄目になって。例えば、ある治療法にぱっと飛びつく。学会がそうなれば、或いは有力者がそうだと言えば、みんなそっちへ飛びつく。ちょっとやってみて、ああ、前の方が良かったといって、また元に戻ったりしますよね。例えば、高コレステロール血症者の治療。今臨床で220mg/dl以上は高コレステロール血症者だということで、ある製薬会社が治療薬を發明して、世界に冠たる治療薬だと言って、大々的にシンポジウムをしました。日本の臨床の先生も良く知っている、米国の30年来続くフラミンガム研究でも、コレステロールが高くなると心臓病の発生率が高くなる、200mg/dlを越えると直線的に上がって行く。だから、日本でも220を越えたらすぐ治療しなきゃいけないという内容です。それは、薬屋さんの論理ですけど。そういう自分に都合の良いデータだけを持ってきて、どこから治療したらいいのか宣伝する。日本で220mg/dlといいますが、成人の30%が220以上になります。現に、老人保健法で全国で検診を何百万人とやっていますから、多大な人達が要治療となる。本当にそれが必要なのかという検討は、全然日本ではされていません。例えば、我々のグループで30年間コレステロールとその後の循環器疾患との関連をフォローアップしてはいますが、日本の場合心疾患の発生率があまり上がらないんです。都市部でも240mg/dl位になって心筋梗塞の発生率が1.5倍位にしか上がらない。何故かという、総コレステロール

だけじゃなくHDLコレステロールが、日本人の場合高いんです。いわゆる、あの善玉コレステロールですね。そういう人種差とかですね、国の違いを無視して、要はアメリカとか欧米諸国のデータだけを見て、日本で治療のcut pointを決めてるのは問題です。我々予防医学の専門家がもっとアピールしなきゃいけないんですけど。そういう様なことが、往々にしてあります。また高血圧にしても、最大血圧が高いgroupと最小血圧が高いgroupで、最初はフラミンガム研究は下の血圧が重要だと言ったんです。それが欧米全部に広まって、日本でもそれが取り入れられて、最小血圧を治療の基準にする風潮になっていったのです。ですけれども、きちっと疫学的データを見てみると、最大血圧の方が、その後の予後に強く効いているんです。予防医学的な実際のデータに基づく情報が、実際の臨床に取り入れられてないという。そういうふうな、社会医学と臨床の接点で、まだまだ足りないところがあります。

寺田：足りないよね。

磯：足りないです。我々もそれは反省しなければいけないんです。なぜかという、それは、社会医学をやっていた人口があまりにも少なかったということと、そういうことに対する、何と言うんですか、社会的な評価も少なかったということもあります。我々の側としても、臨床の学会にどんどんどんどん発表して、そして臨床の先生方にも納得してもらうという努力が必要だと、思っています。

寺田：あの、磯先生が今入っている学会は、何と何学会ですか。

磯：循環器病学会、高血圧学会、脳卒中学会と公衆衛生学会、あとは、あっちの学会では国際血液凝固学会。なるべく臨床の学会に入るようにしています。

寺田：どうですか、田宮先生。

田宮：私の場合は社会医学全体、今迄の公衆衛生学会とか見ると、例えば集団の疾病予防という分野ではこちらの磯先生もですが、歴史もありすぐれた研究がなされていますが、私のやっていることはまだ新しいところです。必要なんですけれど、まだそんなに大きい分野ではありません。在宅医療は、勿論、継続医療の一部ですから現場の医療を知らないとしょうがないので、臨床の先生との接点というのは絶対に必要です。それで、自分は、臨床医として高度なことは出来なくても、現場をのぞか

してもらつつもりで、今も週に一度、細々と在宅ケアの現場とつながっているんです。そうすると、現場の病院で大学のローテーションの先生とか一緒に仕事させていただくわけですが、とにかく現場の第一線の病院は忙しくて。IVH患者が長期になって、退院させるってなった場合に、患者の家族を指導したりとか、マニュアルを作ったりとか、それからへパリンブロックのやり方を細かく教えたり、バックをコンパクトにして、アクセスポートをやりよくすると…。そういう細かいことにかかずらわってはいられないのが医療の現場なんですよ、今。それがもっと良くなれば勿論いい。臨床の先生が本当に、最初から最後までやれる医療体制になれば、私なんかいらんなんて思うんですけども。今はそうはなっていないので、私の様なちょこっと2年位臨床をかじった程度の人間でも、そういう motivation を持って医療の現場に入って行くと、結構重宝がられて。まあ、はっきり簡単に言っちゃえば面倒臭くなっちゃって、長期化しちゃった、病棟にたまった患者はどうしようって相談に來られるっていう感じです。まあ、ソーシャルワーカーに毛が生えて、ちょっと臨床も出来て、往診も行ける様な、そういう立場を私は今とっているのですけども。意外にそういう医者は primary care の重要性和拘って來ると思うんですが。まだまだ必要性があるという気がしています。こちらは週に一度ですが、主な私の仕事としての臨床とのかかわりとなるともう一方は、臨床の中での社会医学的データの蓄積、研究という感じでしょうか。やっぱり今、臨床の先生は忙しすぎて、日進月歩の最先端の治療を身につけるためには、すごい大変だと思うんですよ。それで、長期のランダムイズコントロールスタディというのは、日本でやっぱりなかなか出来ないので、いろんな治療法があって、これが本当にどちらがいいのか長期疫学的にみるとかいうことは、なかなか難しい。ましてやそれが quality of life とか患者の社会生活要因とか心理的要因とか、そういうのまで含めて、どっちの治療法がいいかというデータの検討は、目の前の患者の治療の次になってしまう…。本当は検討すべきだと思うんですよ、人間の治療をする以上は。でも、それがシステムとしてなかなか出来ないから、そういうことやるのは社会医学の、ある程度患者さんから追っかけ回されないですむ立場の人間かなあと思っています。今丁度、私が関心を持っているのは患者の QOL を測るって話で、最近話題になっていますが。今迄は PS とか、ある程度の ADL 的なものは考えに入れてましたけど、抗癌剤の効果にしても、腫瘍縮小度だけ下があればとにかくいい。あとは performance states がちょっと良ければいいというか、それほど悪くなければいいという様な感じだったんですね。そこで QOL を指標化し

て抗癌剤の指標にもしようっていうんで、癌研究助成金の研究班が出来たりとか。そういう動きが出来ていて、たまたま私が癌患者の QOL を沢山データをとって分析したりしてたものですから、臨床の先生のがんセンターでやってる研究班に協力員で入れて頂いたりしています。ですから私の場合は、臨床の先生に教えてもらわないと、現場を見せてもらわないと全然出来ないし。本当に、一緒にやらせて頂きたいというか、そういう感じです。

寺田：田宮さんは、学会はどんな学会に入っているんですか。

田宮：あの、メジャーの学会は、公衆衛生と衛生と、それから産業衛生というのを三つ、主な社会医学の学会として入っています。あとは在宅癌治療研究会というのとか、在宅中心静脈栄養研究会というのに入っています。

寺田：仕事の場とか何等かで、臨床の先生と接点は、あることはあるんですね。

田宮：ええ、そうですね。

西村：田宮先生がおっしゃたんですけども、医者が全て出来れば必要ないかもしれないって、それは常に感じていることです。臨床のところ根づいていない研究というのがあり得るんじゃないかというのが、寺田先生のお話だと思うんですが。やはり、それは常にこちらの方がですね、臨床の方につながって行きたいんだけど、どうしたらつながって行けるだろうかというところで、結構苦慮している様な感じもある訳なんです。同じことを臨床家の先生がやってくればいいな、というふうに思ったりするところもある訳で。ですから、どうなんでしょうね、社会医学系、或いは基礎医学系が臨床から離れてしまうということもあるかもしれないんですが。正直な実感として、臨床の先生からみて、特に社会医学系は何かよくわかんない、何かよくわかんないことをやっているという様な感覚があるんじゃないでしょうか。

寺田：あの、僕の個人的な立場で言っていいたったら、そういう感覚はあります。

西村：ですよ、ね。

寺田：でもまだ、フロアには臨床の先生、例えば厚美先生とか、どうですか。

厚美：実は今日驚いたんですけど、社会医学系の先生方は非常に臨床に対する関心が高いんだというのが、今日初めて三人の先生の話聞きまして、非常に…。僕は臨床医の中でも最も極端な臨床医と言っている位の心臓外科医ですから、非常に心強く、有り難く思った訳です。特に田宮先生が努力されているところは、僕も非常に困っているところなんです。例えば、大学病院に家へ帰れない患者さんがどんどんたまっていく。たまって行ってしまうから、手術しなきゃならない患者さんも、なかなか入院させることが出来ない。回転するベッドがどんどん少なくなってしまう訳ですね。そういう患者さんを教育しながら、或いは地域の医療レベルを上げながら、在宅に帰しながら、この病院の activity も上げる。なおかつ、地域での医療レベルも上がり、それから家庭での医療に対する関心とか技術も上がっていく。そういうのは、やはり僕ら臨床医として有り難い考えだし、僕もそっちの方のことも一生懸命やりたい位、実は問題は切羽詰まって来ているんですね。そうしないと手術出来ない。手術出来ないと、僕の今抱えている患者はどんどん死んでっちゃう訳です、手術する時期が遅れると。だから、非常に近いんだなあ、心強く感じたんですね。ところが逆に、基礎の先生の話がですね、僕は、基礎はどちらかと言うと社会医学に比べて臨床に近いかなあと感じていたんですけど。柳先生が一言おっしゃった、要するに、臨床に近づくと、近づけば近づく程仕事になりにくい。いろんな人がやっているから仕事になりにくいというのは、一面すごく解るんですけども、寂しい気がしますよね。外科医の場合は本当にしゅっちゅう時間に追われますから、片手間でどれ程出来るか解らない。外科医も、そういうふうにながらやらないようなことをやれば、一応仕事になると思うふうにすると思う、これはもう、臨床医学にも未来はなくなって来る訳ですよ。要するに、僕は何の為に外科医をやっているかと言うと、いい手術をする為にやっている。いい手術をするってということが外科医の最大の目的。いい手術をする為に勉強もするし、必要ならばサーチもする。それは、最終的に患者にフィードバックされて行くということを一番大事なことで考えている訳です。ですから、寺田先生の冒頭の発言も、その辺のところにあった訳ですけど。例えば、病理でしたら心臓の標本がきちっと整理されているようなシステムと一緒に作りたいとか。それから、人工臓器でしたら、日々、体外循環でいろんな問題が、僕も一例一例痛感していますけど、そういうのが一緒に煮つめていくことが出来ないかとかですね。薬についても、臨床に早く使えるような段階迄、一緒にやって行けないか。という様な接点を、臨床から言っていかなきゃならないんじゃないか。社会医学の先生は、自らこちらに手を差

しのべて頂ける。ところが、基礎の先生はやはりこちらからお願いする様な形で近づいて行くことが、やはり臨床の医学の未来を作るということでもあるというふうに思いました。

桜井：ちょっといいですか。さっきの発言、だいぶ誤解を生んだと思うんですけども、一発山を当てるとか。まあ、全然ないとは言わないんですけども。勿論、大教授になるとかね、そういう気持ち、僕、全然ないんですけど、正直言って。何時でも、もう、今やっていることに motivation がなくなったら、研究生活はやめてしまうつもりです。と言うか、後でね、成功したときに山を当てた位に思える位の目標を持って出来るような研究がしたかった。今ちょっと整理して考えてみて、医学は科学ですから、研究もしてみたかったです。そういう研究が出来る環境というのは基礎医学系にしか、他のところを見渡してもないんじゃないか、そういうことですね。ちょっと、いろいろ誤解を…。

寺田：僕もさっきから言っているのは、動機、どうしてそういうことをやろうと思ったのか。というのは、例えば、同じ論文を書くんでも、introductionとか緒言のところ、自分はどうしてこういうことを書きたいと思ったか。例えば、手術していいと思っている手術をやってみたけど、上手く行かない。何処に問題点があるのかを調べてみたい。それが論文を書く動機なんだとかね。一番最初にその研究の背景とかですね、どうして自分はこれをやりたいかということをはっきりしないと、結論が曖昧になっちゃってですね、いい研究も出来ないと思うんですけど。そういう意味で、さっきから研究の動機を実際に、何時何処で感じたのかということをお話さんにずっと聞きたかったんですけども。そろそろ時間も迫って来ましたので、ここで結論をまとめなきゃいけないんですけども。

桜井：ちょっといいですか、その前に。今、議論されているのは、基礎医学系にとっては臨床との関係ということですよ。その中から motivation を見つけるというのは、これは個人的な考え方ですけど、そういうことはむしろない方がいいと思っていますね。今現在何に役立つか、そういうことを頭に入れた上で出来た研究というのは、もう既に遅いと思うんですよ。基礎医学というのは、もう既に未来の医学ですから、未来に役立つことが出来ればいい訳です。だから、motivation というのは、単純に科学的な好奇心ですね。それが何に役立つかどうかは未来の人達が決めることです。そういう研究が大きな step なんだと思う。例えば、また変な例を上げるかも知

れませんけど、アインシュタインがね、特殊相対論を作り上げましたけど、あれは何も原発を作る為でも原子力発電をする為でもない訳ですよ。それと同じで、そういう大きなstepというのは、もう今、非常に応用的な分野なんですよ、臨床医学というのは。そういう応用的な分野の中で今役立つものを今やろうとしても無理だ。非常に大きな進歩というのは、もう過去に起こっていることで。それと同じで、今 motivation を持つとしたら、純粋な科学的好奇心から、まあ何に役立つかどうかということ抜きにして考えるべきだと、僕は思っています。

柳:僕は少し違う考えを持っています。医学というのは science の一面とともに、technology の一面を持っていると思うんです。臨床医学や社会医学というのは特に technology 的な面が強いんだと思います。一方、基礎では science としての医学が強調されている。そのために基礎と臨床との間にギャップが生じているのではないのでしょうか。これからは基礎でも、もっと臨床を視点においた研究をあっていいはずで、そうでなければ寺田先生がおっしゃったように、基礎医学の将来は暗くなると思っています。

寺田:あの、ただ僕は、桜井先生の今の意見はね、全く土俵が違う、もっと違う次元のね。むしろ医学よりも科学者っていうかね。そっちの立場からいけば、僕はものすごくよく解るんだけど。

桜井:臨床と全然関係なくなっちゃうというのが、いいとは言っていない訳ですよ。臨床的な vision を常に持っている。臨床的な現象から、motivation を受けるということは、たくさんあって当然だと思うんです。勿論、臨床的なことにも何時も目を向けていなければ、ならないんだけど。今見ている現象が、例えばね、現在、今、役立つからといって、それを切り捨ててしまうと、そういうことじゃ駄目だと。そういうことです。

寺田:ううん。よく解ります。

磯:あの、いいですか。

寺田:いいですよ。

磯:僕は、西村先生の意見に賛成で、まあ、いろんな立場があると思う。特に基礎は幅広いし、社会医学もそうですけれど、本当に純粋な学問的なものから、もっと臨床に接するところがあってもいいし。逆に、今度は臨床

で、先程厚美先生がおっしゃった様に、いい手術をするというのは外科医の使命であり、一番のことだと思うんです。日本の臨床の場合、あまりデータになりにくいという話があります。例えば New England Journal of Medicine に出ている論文の20%は clinical trial です。要するに、治療効果判定です。治療効果判定をする際に一番ネックとなるのが、症例数とか基準をきちっと合わせて無作為に二群に分ける、三群に分けるという方法なんですけども、それが、日本の場合は学会の体質上か知りませんが、なかなかそういう大がかりな協同研究が出来ていない。統計学者や他のいろいろな分野の人達が計画の段階から参画して、治療法のどれがいいかということをしちっと研究するのが、非常に重要だと思うんですよ。特に、日本人において、そういうデータを作るというのが。例えば、乳癌手術法にしても以前は、リンパ郭清もして、全摘もするのが主流でしたけども。今は、欧米では女の人がそれはしたくないというので、なるべく保存。三、四年前の New England Journal of Medicine において、十年位のフォローアップでしたか全摘と保存療法で、死亡率は変わらないという clinical trial のデータができました。それから保存療法がばあっと全世界に広まりましたけども。それと同じ様に、日本で、例えば胃癌の手術法なり、心臓病の手術法なり、手術方法が複数あって、何がその患者さんにとって一番いい手術法かということの検討は、必ずしもきちっとされていない。それで、何々先生の何々学派はこういう手術法をする。何%の五年生存率と評価を行います、A 学派と B 学派は、それはもう、全然比較にならないんです。何故なら、手術の成績がいいと思っていても、案外軽い人を多く手術しているのかも知れませんが、悪いといっても、非常に重症な例を手術しているのかも知れませんが。そういう、臨床に直結した trial、研究が、あまりにも少ないというのが、日本の現状だと思う。

寺田:あの、なんか臨床の学会のシンポジストみたいな発言なんですけどね。あの、いっそ、臨床医学系になっちゃったらどうですか。どうせ社会医学系じゃなきゃ研究出来ない…

磯:それじゃ、いい就職口があったら紹介して下さい。

寺田:あっ、そうですか。

西村:そういうことだと思うんですけども、結局、臨床医の先生はですね、普段、日々の生活の中で、こういうこと非常に知りたい、こういうこと何とかして知りたいなと思うんだけど、出来ない。そういう様なエリアだ

と思うんですよ、今の様な話は。だから、それは、さっき言ったように臨床の先生がそれやれば一番いいんだけど、無理な訳ですよ。そのために、それじゃそれなりの役割分担しましょうよ、ということで社会医学というものは出来上がったんじゃないかと思うんです。だから、今になってどうして社会医学が出来て来たかと言うと、前の時代はそれで手いっぱいだった訳ですよ。知りたいも何もなくてやって来たのが、ようやく余裕が出て来て、そういうところの方面に行けたらいいな、という needs から、社会医学というのが出て来た。というふうに考えればいいんじゃないかと思うんです。

寺田：うーん、成る程。何かありますか。

磯：それだけじゃないと思いますけど。まあ、そういう面もあると思います。我々のグループでいうと、循環器病疾患の予防医学の観点から見ると、病院に来院人だけでは、高血圧を発見されていない人もいますし、高血圧の非常に軽度の人、または正常血圧の上の方の人もいますから。そういう人も、対象にしないと予防にならない、という面があります。

柳：磯先生にちょっと伺いたいんですけども、先生の御専門は高血圧とか循環器疾患ということだと、臨床でいうと循環器内科が相当すると思うんですけども。そうすると、先生のところでは、ここの循環器内科の教室と一緒に、協同で何かそういった研究というのはなさっているのでしょうか。

磯：現在はしていません。今ここの循環器内科の先生の方野というか研究分野というか、そういう専門分野とうちの分野が違いますので。しかし、テーマがあれば共同研究をしたいと思っています。

柳：西村先生は、先生の御専門ですと、精神医学とかだと思わんですけど、ここの精神科のグループと何か協同研究をなさっているのでしょうか。

西村：先程からずっと、臨床との関連というのを申し上げていたのはどういうことかというんです。臨床から見て、社会医学のやっていることを見てもらう機会が少ないんです。さっきも寺田先生が、そういうふうに行っているらっしゃるんだったら、臨床に来院したら如何ですか、というふうにおっしゃったのは、要するに、社会医学でやっていることではないでしょう、という意味だと思わんですが。そうじゃなくて、社会医学はそういうことをやっている訳なんですよ。だけれども、こちら側から

のアピールがすごく弱いのが一番の問題だと思うんですが、どうも全然関係ないことをやっているように思われている節があります。ですから協同して研究をして非常にいいものが得られると思うんですが、実際には実現しにくいのが現状です。非常に勿体ないことだと思います。ですから、同級生とかとですね、やっていることを見せあいつこして、この辺がつながるねえ、なんて話をしてはいるんですが、なかなか。そういう様なところもあります。

寺田：僕が感じているのは、卒後十年ですけれども、この機会があって初めて、社会医学系の人と基礎医学系の先生と話が出来たという。それから、ものすごくそれなりに positive な driving force がみんなかかっていると、そういうふうなことを感じました。それで、僕が今、独断と偏見でこれをまとめるのにですね、この未来を明るくする為にはどうしたらいいかということのをちょっと考えたんですけど。一つはですね、これから進路を選ぶ人に動機づけの機会をできるだけ早いうちに作ると。例えば、それは学生時代のほうがいいと思うんですが、その人がこれだ、学生のぱっと回った時点で、これだって決められる程、強烈なアピールが学生相手の時から必要じゃないかと。それでも、まだ決心のつかない人は、その次の段階で卒業して、ちょっと臨床をやった時点で、やっぱりそこで動機づけを受けて。要するに、レジデントの先生とかにも社会医学系とか基礎医学の先生が動機づけする機会がなきゃ駄目だと思う。それで二年終わった時点、三年終わった時点で、それに感じてぱっと途中から移る人が出て来てもいいし。逆に、臨床のほうからも、基礎の先生、社会医学の先生に、臨床の立場から強烈なアピールをやったほうがいい。とそういうふうなことを、ちょっと感じたんですけども。それにはですね、僕は外科で患者さんに手術を勧めるんですけども、いいと思っていることはもう 100% 自信を持って勧めるようにしているんですけども。僕の印象としては、基礎の先生方は、表現方法が非常に消極的というかね、例えば、十年に一人でよいというんだったら、まあその程度の仕事かってことに素直になっちゃうんでね。そのアピールの内容もね、もっとストレートにですね、してもいいんじゃないかと。それを、ちょっと、今日僕は司会をして感じたんですけどもね。実際に話してみると、みんな全然消極的じゃなくてですね、今の仕事に対してものすごく信念もあるし、表現方法もあるんだから。それをいろんな立場の学生とかレジデントの先生とかに、もっともっとコンタクトをとって、アピールをして、一緒に仕事をする人を増やす位のつもりで、いいと思って勧めるというのをやれば、僕は、基礎医学、社会医学の未来と

いうのは後継者もどんどん増えて、暗いものではないと思うんですけども。そこらへんは、どうですか。例えばもう一度生まれ替わって、職業を選択するとしたら、もう一回同じ道を選びますか。そっちから、僕はね、今度生まれ替わったらね、僕はね、刑事になろうと思っているんですけど。これはもう、僕は前からそうであって、その程度の発想でいいから、同じことをやるか、それ位自信を持って言えるかどうか。まあ僕が、だからその、刑事っていうのは自信がないからじゃないけども。

桜井：やるとは断定出来ないと思いますね。生まれ替わったとしたら、別人の訳ですけど。一つは、今でも、明日になったらどういう気持ちになっちゃうかわからない。そういう、何と言いますか、同じことをやるとは全く断定出来ない。今でも、いつかね、今やっていることに対する、動機づけと言うのを失えば、すぐに研究生活やめると思います。

寺田：んー。柳先生。

柳：医学の道に入ったとして考えたら、似た様なことになるんだと思いますけど、もうちょっと上手くできると思います。もう一度やれば。

寺田：野口先生。

野口：やっぱり僕は卒後のね、さっき言った様な機会をもっと作るべきだと思う。学生時代は、解らないですよ。患者を持ってみて困ったことがあるとね、それで実際もう一回帰ってきて、どんなことを基礎がやっているのかということ勉強するのが、一番僕は大切なんじゃないかと思う。で、生まれ替わったら。生まれ替わったら何か解らないですね。

寺田：磯先生。

磯：映画監督。それは前から思っていたんです。生まれ替わったら、映画監督やりたかったなあと思って。

寺田：医者だったら、どうします。

磯：医者だったらですね、そうですね。まあ違うとこやりたいですね。だから、予防医学でなく、他の分野やるかも知れません。正直なところ、医者はやらないと思います。

寺田：どうぞ、田宮さん。

田宮：生まれ替わったらのほうをいうと、私は、今度生まれ替わって、もう少し背と容姿と才能に恵まれれば、オペラ歌手になりたいと思っています。でも、それは無理かもしれないので、やっぱり同じことをするかもしれませんね。その時代の臨床医学の先生達が社会医学の今の仕事みたいなことを完璧に出来ていれば、もう出る幕はないからならないんですけども。今のような状況が、来世でも続いていければ、なるんじゃないかなと。それから、ちょっとご質問とは別に追加させて頂きたいんですけど、よろしいですか。私は、外に一回出て久しぶりに筑波に去年の七月に戻ってきて、すごく嬉しいことがあって。さっきの、臨床と社会の協同という意味でも嬉しいことだったんで、ちょっといわせて頂きたいんですけども。最初は同級生がやっぱり多いし、臨床の友達も多いから、気軽にコンピュータどうすとか、統計パッケージとか、それから臨床の先生からこういう患者が外勤の病院にいて、家に帰れないでいるんだけどどうしようとかか相談してくれたりして。そういうのを母校でやれるというのは、うれしい限りです。講座制ですと、臨床の先生と顔合わせることなんかは減多にないし、建物からして違うし。それがここでは、簡単に同じフロアで、しかも、私なんか臨床の先生と同じ部屋なので、ディスカッション出来るのは、すごくいいなと思っています。こんな感じで、仕事としても四月から病院で、血液内科のグループと放射線科の治療のグループに入れて頂くことができました。それは、阿部教授が、急性リンパ性白血病の治療がインターフェロンの在宅治療が中心になるということで、在宅の新しい治療をフォローをきちんとして、スタディしながらやって行きたいというお考えで、グループに入れて頂きました。これから、始めるところです。また、陽子線治療の先生が同じ部屋だったという御縁から、辻井教授が新しい治療に入って行く患者さんが、どういう経路で自分の病気を認識して来たとかか、それから、新しいまだ試験段階のもので、精神的な、informed consentとか、そういうことが大変重要であるとお考えで、今、陽子線のところに時々通わせてもらって、インタビューさせて頂いています。そういう感じで、講座制の公衆衛生の教室では、なかなか出来ない本当に大事な社会と臨床の接点を引き出し易いシチュエーションにあるっていうのをとって今実感しているので、追加させて頂きました。唯、私は助手って時限なものですから、悲しいかな長期的な大がかりなものに拘っても、責任がとれないので、程々にと感じなんですけども。

西村：一番最初に、寺田先生が未来が暗いというふうにおっしゃられて思ったのは、未来暗くて当然だと思いま

す。今迄ないことをやっている訳だから。先が、ぱっと見えてたらやることない訳ですね。これから明るくすればいい訳で、その為に皆さん御協力お願いします。生まれ替わったら、今迄の人生が、今考えてみると非常にラッキーだったので、で、今ここにいます。ですからベストです。生まれ替わって、もしアンラッキーだった場合は、多分お芝居でもやっていると思いますけれども。また、ラッキーが続いたら、同じことをやっていると思います。

寺田：どうも。大体、以上の様なことでですね、やっぱり僕が大事なのは、自分はこういうポリシーでやっているんだということを常日頃、後輩にですね、臨床家とか何かを問わずアピールし続けることだと思うんですけども。それが、やっぱり一番大事だし、そうやって行くうちに自分の考えとかも、まとまって行くんじゃないかと、そういうふうな感じがしました。一応、そういうことでこのシンポジウムをそろそろ時間ですから、結びとしたいんですけども。ここで最後、ちょっと突然なんですけども、会長の山口先生、総評があったら。

山口：今日はどうも有り難うございました。あの、こんなこといったら前の人に怒られるんですけども、今迄十一回やって、今回がはっきり言って、一番面白かったし、それからちょっとカルチャーショックというか。臨床家と言うのは自信がないと出来ないと言うか、他の皆さんもそうですけど、横暴なところがありまして。やっぱり、寺田先生と同じ様な考え方というか、最終の意味ではね。まあ、僕が医者になったときに、先輩に相談行ったときになによりやりたいんだと言ったら、精神医学をやりたいって言ったら、おまえそれ六年間通したら相当なロマンチストか馬鹿だって言われて。まあ、実際行ってみたら、内科医になっちゃったんですけども。そういう意味でね、やっている人ってのはすごい。現実離れたっていう訳じゃないんだけど、ロマンチストかなと思ってただけど、そうじゃなくて、みんなきちっとしたポリシー持ってて。それで、そういう中で、きちっと目標持ってやっているということが解ったと言うか。今更解ったってしょうがないんですけども。非常に、或意味でのカルチャーショックというか、非常に面白く聞かせてもらいました。

寺田：ということで、終わりにしたいと思います。

近況報告

荒井義章(2回生:公立厚岸病院)

皆さん、こんにちは、私は第2回生の荒井です。山口先生や海老原先生から、近況報告を書くようにすすめられました。桐医学会報の2月号(No.33)に第3回生の宮川先生が、1回生、2回生の年齢はとてもバラエティに富んでおり、現役の18才から30過ぎのおじさん、おばさんまで幅広く分布しており、とてもユニークで良かった?と書いて下さいましたね。特に1回生の宇野さんと私がおじさんの双壁でしょう。父親は筑波大に長女は幼稚園から小学校という生活が6年間続きました。サラリーマン生活を何年かすごしてからの大学生活でしたので、宮仕えのつらさから開放された喜びがとても大きく、筑波での6年間は、試験、試験のあけくれで大変だったけれども、一生のうちで最も充実した期間であったと思っています。経済的に、周期や後輩の皆さんに講師をやらせてもらって塾をやらせておりました。なつかしい思い出です。卒業後は初めから専門医は目指していませんでした。国立病院医療センターで内科研修後、東芝林間病院で主に消化器をやり、その後北海道厚岸の町立病院にきたわけです。北海道は学生時代から、冬も含めて10回旅行やスキーに来ており、とても好きになっていました。特に道東は知床、霧多布、摩周湖等、素晴らしい所が多く、とても気に入っていたのです。自然に恵まれたところであることが来道の理由です。たまたま地域医療研究会に出席していて、厚岸で医師がとても不足していると聞き、お話ししたところ、直ちに下見のためにと妻と二人分の航空券を送っていただき、びっくりしたのを憶えています。いざ赴任してみると、内科1人、外科1人、小児科1人、私も含めて4人の医師体制でした。こうして厚岸での5年間が始まる訳です。「先生はいつ内地に帰るんですか?」「いいえ、北海道が好きで、東京から移って来たんですよ。」「へー、物好きな。」患者さんとこんな会話をしています。厚岸は釧路から東へ約50Kmの太平洋沿岸の町です。人口1万400人、主としてカキ、コンブ、サケ漁等の漁業と内陸では牧畜と林業の町です。広さは東京23区と同じ程度です。人工密度の低いこと。海岸には大黒島があり、風光明媚、海岸線はシーサイドラインとして霧多布〜ムツゴロウの牧場〜根室まで続いています。広い牧場は今は一面の銀世界です。交通手段は釧路〜羽田5便、釧路〜大阪1便、釧路〜札幌6便でジェット化されています。羽田まで90分です。比較的便利でしょう。本州でいえば上高地程度の気候です。7月頃まで暖房が必要です。桜の満開が6月上旬というのは驚きでしょう。日本で最も遅い花見です。寒くて歯をガ

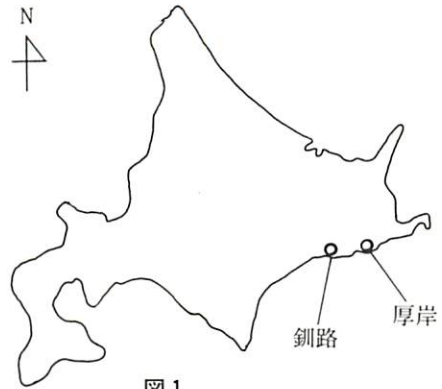


図1.

チガチいわせながら桜を見ます。焼きガキを食いながら、春にはフキノトウや福寿草から始まってエンレイソウ、スマイル、サクラソウ、アヤメ等が一勢に咲き競います。そして牧野は一面の緑となり、ホルスタイン牛が牛舎から出てきます。町道は牛横断が優先でしばしば待たされます。田舎のドライバーはおこらないのです。町立病院の医局から眼下に広がる厚岸湖には今1000羽の白鳥が北帰行の準備中です。春の山菜、海の幸に囲まれて食道楽の人には極楽でしょう。町内では唯一の病院ですから、沢山の人が来院しますが、老令患者がとても多いです。私が来た頃からこのローカルなへき地病院も少しずつ変わってきました。4月からの体制は次の通りです。内科3人、外科2人、小児科1人、整形外科1人(何と我が母校筑波大の整形の皆様の御協力で、8回生の藤崎君が来てくれることになったのです!)更に8月からは1期生の岡田先生(循環器)も参加してくれる予定です、いっぺんににぎやかになりそうです。レベルも上ります。先生一人一人の給料は低くても良い、医師の数を少しでも増やして欲しいと言いつけて来たのです。それでも都会の先生の2倍程の給料でしょうか。肩ひじはらずに、自然にエンジョイしながら、少しお金を貯めましようという方には最適でしょう。さしあたって内科医が必要です。道間の大学のいくつかにあたってはいるのですが…私を含めて地域で働く医師達は、大学からのローテートなら良いのですが、研修や教育を受ける為の休暇がとれないので、とても困ります。病院を代りたいと思う場合もとても大変です。研修や学会で職場を離れる時に、ローテートの人の場合、母校から代りの医者を出してくれるのですが、私たちの場合母校からは何の援助も得られません。その点自治医大はサポートのシステムがとてもしっかりしていらっしゃるやましいです。若い先生方の中にも、都会を離れ、四季折々の自然の良さを楽しみながら生活するのも良いものだな、と考える人がいませんか? 少しずつ田舎嗜好者が増えると良いのですが。皆さん旅行の途中に立ち寄って下さい。忘れないで書いて

おこななければならないことがあります。麻酔科の内藤教授のお父上が厚岸で開業していたので、内藤先生は少年期をここ厚岸ですごされたのだそうです。そんな御縁で、エレクトィヴの学生で地域医療に興味をもつ人を年2名～3名ずつ派遣してくれるようになりました。4年程続いているでしょうか。私は学生が来ると、「大病院での研修は医師になってからいやという程できるのだから、学生の間は小さな病院を見ておけ。」と常に言っています。

す。今年の学生は異色のM6岩永君が、バイクでやって来ました。絹笠君は東医体スキー部の合宿を阿寒湖でやるように話をすすめてゆきました。週末は私も陣中見舞にゆけるでしょう。最後に一言。編集委員の皆様、いつもアカデミックな桐医会会報に、田舎医者のたわごとを載せていただくとは、とても申し訳なく思っています。医学とは余り関係のない北海道いとこづくしのようになってしまって更にすみません。

写真2 津別の露天風呂

入浴中の男性は私です。

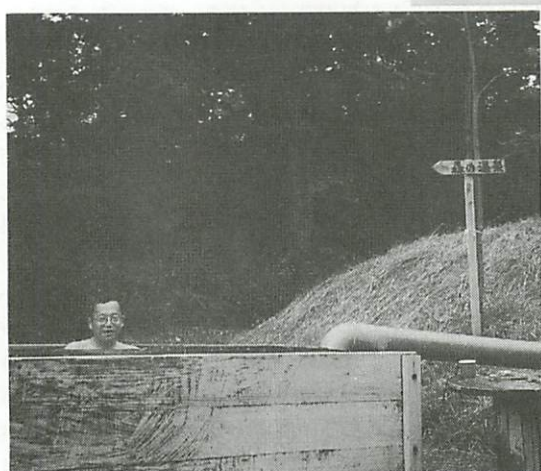


写真1 霧多布湿原

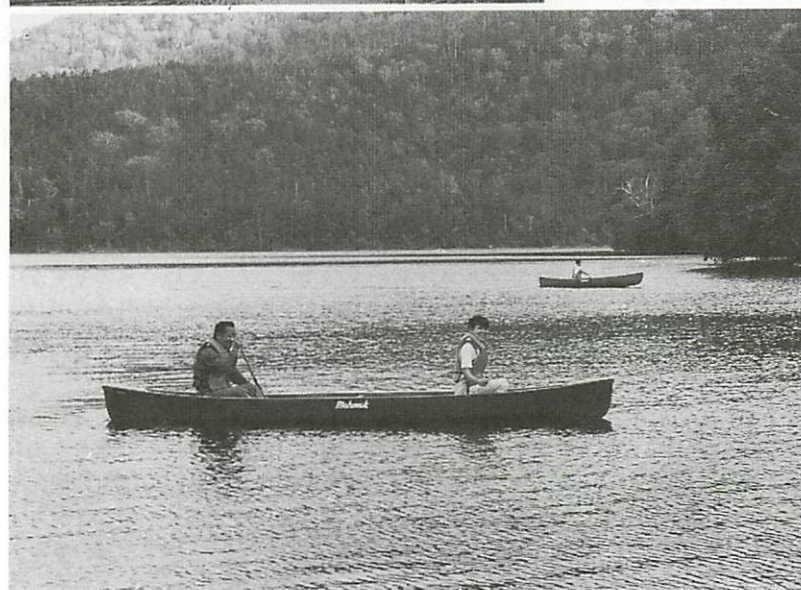


写真3 然別湖でのカヌー。

後の漕ぎ手がむずかしいのです。右手のパドルの握り方に注意。

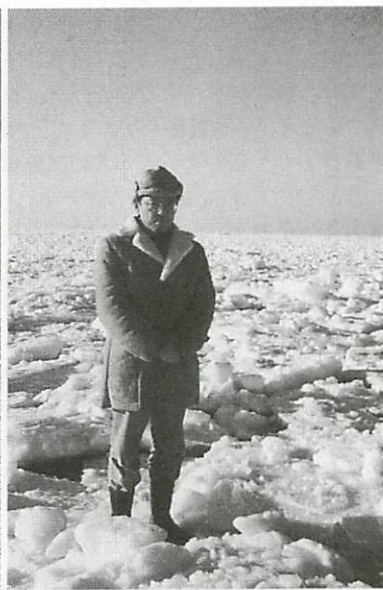


写真4 流氷原にて。

国境警備兵のような男はむろん私です。

第12回(平成4年度)桐医会総会報告

事務局長 湯沢賢治(3回生)

第12回(平成4年度)桐医会総会は1992年5月23日

(土曜日)に筑波大学医学専門学群棟4A-411室において開催された。議事内容を報告する。

1. 平成3年度事業報告

副会長海老原次男氏(2回生)から表1のごとく報告された。

2. 平成3年度会計報告

会計岩崎まり子氏(1回生)から表2のごとく報告され、4月1日付けて、監事2名宮川創平氏(3回生)、長谷川鎮雄氏(賛助会員)の監査をうけた旨、報告された。

3. 役員選出

1回生から12回生までの役員の変更は本年度はなく、新卒業した13回生の評議委員として中馬越清隆氏、須賀 昭彦氏が選出された(表3)。

4. 平成4年度事業計画

副会長海老原次男氏(2回生)から表4のごとく説明され承認を得た。

5. 平成4年度会計計画

会計岩崎まり子氏(1回生)から表5のごとく説明され、承認を得た。

以上である。

表1 平成3年度事業報告

平成3年	
4月	第1回定例役員会
5月	第2回定例役員会
5月 18日	第11回桐医会総会開催
6月	桐医会会報28号発行 第3回定例役員会
7月	「12回生から後輩諸君へ」発行 平成3年度桐医会名簿発行 桐医会会報29号発行
9月	第4回定例役員会
10月	第5回定例役員会 桐医会会報30号発行
11月	第6回定例役員会
12月	第7回定例役員会
平成4年	
1月	第8回定例役員会
2月	第9回定例役員会
3月	第10回定例役員会 桐医会会報31号発行
3月 25日	第13回生桐医会加入

表2 平成3年度決算報告

収 入

内 訳	予 算	決 算
前年度繰越金	1,608,610	1,608,610
桐医会会費	3,447,000	3,352,557
広 告 代	1,410,000	1,376,000
名簿売上	250,000	199,000
保険金手数料	170,000	180,540
預 金 利 子	30,000	19,921
計	6,915,610	6,736,62

表2 平成3年度決算報告

支 出

内 訳	予 算	決 算
総 会 費	370,000	433,313
事務局運営費	400,000	210,767
広報発行費	1,200,000	2,409,038
名簿発行費	2,500,000	1,956,716
通 信 費	800,000	211,524
消 耗 品 費	50,000	31,148
備品購入費	1,000,000	213,107
事 務 費	60,000	28,661
書籍購入費	10,000	0
渉 外 費	100,000	0
慶 弔 費	50,000	15,450
積 立 金	300,000	0
予 備 費	75,610	☆315,882
繰 越 金	0	911,022
計	6,915,610	6,736,62

☆ 予備費内訳

学生援助金	130,000
卒業生贈答品	33,430
記念品	152,452
計	315,882

表3 人事

会長	山口 高史(1回生)
副会長	鴨田 知博(1回生) 海老原次男(2回生)

事務局長 湯沢 賢治(3回生)
 会計 岩崎まり子(1回生)
 大谷 浩司(10回生)
 監事

賛助会員 長谷川鎮雄
 正会員 宮川 創平(3回生)

評議委員

1回生 岩崎 秀男 小林 正貴
 2回生 富 俊明 星野 稔
 3回生 厚美 直孝 島倉 秀也
 4回生 塚田 博 増田 義重
 5回生 佐藤 真一 竹村 博之
 6回生 本間 覚 柳 健一
 7回生 堀 孝文 谷中 清之
 8回生 柴田 智行 白岩 浩志
 9回生 柴田佐和子 三橋 彰一
 10回生 金沢 伸郎 鴨下 晶晴
 11回生 中村 靖司 西村 秋生
 12回生 品川 篤司 毛利 健
 13回生 中馬越清隆 須賀 昭彦

表4 平成4年度事業計画案

平成4年
 4月 第1回定例役員会
 5月 第2回定例役員会
 5月 12日 第12回桐医会総会開催
 6月 桐医会会報32号発行
 第3回定例役員会
 7月 「13回生から後輩諸君へ」発行
 平成4年度桐医会名簿発行
 桐医会会報33号発行
 9月 第4回定例役員会
 10月 第5回定例役員会
 桐医会会報34号発行
 11月 第6回定例役員会
 12月 第7回定例役員会

平成5年
 1月 第8回定例役員会
 2月 第9回定例役員会
 3月 第10回定例役員会
 桐医会会報35号発行
 3月 25日 第14回生桐医会加入

表5 平成4年度予算案

収入

内 訳	予 算
前年度繰越金	911,022
桐医会会費	3,753,000
広告代	1,380,000
名簿売上	200,000
保険金手数料	180,000
預金利子	20,000
計	6,444,022

支出

内 訳	予 算
総 会 費	440,000
事務局運営費	250,000
広報発行費	2,000,000
名簿発行費	2,000,000
通 信 費	600,000
消 耗 品 費	40,000
備品購入費	300,000
事 務 費	40,000
書籍購入費	10,000
渉 外 費	50,000
慶 弔 費	50,000
積 立 金	300,000
予 備 費	44,022
学生援助費	130,000
卒業記念品費	190,000
繰 越 金	0
計	6,444,022

桐医会総会のお知らせ

本年度の桐医会総会が下記の日程で開催されます。例年通り第2部ではシンポジウムを企画しておりますので、奮ってご参加下さい。なお、総会の模様は本年度の会報でも、記事として報告してまいります。

日時：平成5年5月22日(土)、3:00 PM～

場所：筑波大学医学専門学群棟4A411

総会の報告、決議の後、同会場にて3:30 PMからシンポジウム「留学経験者から見た筑波大学：教育、研究、診療の3本柱について」を予定しております。シンポジウムは1回生から14回生までのうち、学生実習や、臨床研修、研究等の目的で海外留学をされた方々の中から、数名に依頼しております。乞、ご期待ください。

(桐医会より)

勤務医師賠償保険ならびに所得補償保険に関する問い合わせが、附属病院レジデント担当教官室にきております。現在、これらの業務はすべて下記の所で担当しております。つきましては、今後の問い合わせ・申し込み等に関しましては、以下のところに直接御連絡頂けるようお願いいたします。

〒305 つくば市二の宮4-8-3-6-1201

三井海上火災専属総合代理店

つくば三井(代表)高月也恵

TEL 0298-51-3701

訃 報

9回生、松本 修氏は平成5年3月、御逝去されました。ここに謹んで御報告させていただきますとともに、御冥福をお祈りいたします。

桐医会

編集後記

「今までの会報編集はほとんど、3回生の湯沢先生や厚美先生にやって頂いていました。前回から役員が持ちまわりで編集を担当することとなった。始めて私が担当して、あらためて今までの苦勞がしのばれました。今後の紙面の充実のためにも、会員の皆様からの投稿・御意見等お待ちしております」
(E.T.)