会報100号 記念号

一般社団法人　筑波大学医学同窓会

桐医会会報

2026. 10. 1　No. 100



開院間近の附属病院

目次

☆桐医会会報 第100号の発行にあたって　桐医会会長 山口高史（１回生）……1
☆筑波大学附属病院半世紀の歩み　～歴代附属病院長より～
深尾　立先生・山口　巖先生・松村　明先生
原　晃先生・平松祐司先生……2
☆最終講義　檜澤　伸之教授……15
☆最終講義　田宮菜奈子教授（７回生）……25
☆最終講義　小田竜也教授（９回生）……37
☆最終講義　太刀川弘和教授（14回生）……49
☆教授就任挨拶　本間康弘教授……58
☆教授就任挨拶　坂東裕子教授（17回生）……61
☆ Experts from Tsukuba　～筑波大学出身のリーダー達～
軸屋智昭先生（２回生）・五本木武志先生（９回生）・
酒井　俊先生（11回生）……63
☆ Fledglings in the Paulownia Tree ～桐で生い立つ若者たち～
「桐医会はこうして生まれた　―創設の記憶―」
湯沢賢治先生（３回生）インタビュー……70
☆海外臨床実習報告　石橋歩純・桶屋ひのき・鈴木萌楓・松下　峻……76
☆11回生同窓会報告　新井哲明先生（11回生）……89
☆31回生同窓会報告　本田洵也先生（31回生）……91
☆会報100号記念企画　―会員からの投稿―　楠瀬賢也先生（25回生）……93
☆会員だより　佐々木哲也先生・飯坂正義先生（15回生）・
日髙啓量先生（18回生）……95
☆代議員選挙結果……98
☆第10回（令和８年度）定時社員総会議事録・臨時理事会議事録……99
☆通常理事会議事録……105
☆事務局より……108

桐医会会報 第100号の発行にあたって

筑波大学医学群の同窓の皆様，そして大学の関係者の皆様，日頃より桐医会の活動への多大なるご支援とご協力を賜り，心より御礼申し上げます。

本同窓会報は，今号をもちまして記念すべき創刊100号を迎えることができました。1981年８月１日の創刊以来，約45年にわたり本誌を支え，紡いできてくださったすべての会員の皆様，また発行に際し様々なお手伝いをいただいた事務方の皆様に，深く感謝と敬意を表します。

顧みますと，創刊当時は一期生を輩出してから２年目であり同窓会組織も整っておらず，当時の学生諸君の多大な協力を得てやっと発行にこぎつけました。当時の皆様の熱い思いを今でも鮮明に覚えています。それから45年，同窓会組織も任意団体から社団という法人格を得るまでに発展しました。一方大学を取り巻く教育環境や医療人を取り巻く医療環境は現在に至るまで目まぐるしく変化しています。その激動の時代の中にあっても，本誌は一貫して，全国で活躍する同窓生の姿を伝え，筑波大学の近況を報じ，同窓の「心の拠り所」としての役割を果たしてまいりました。同じ学び舎で学んだ同志として世代を超えた私たちの固い絆の証として桐医会はあります。

医療や教育を取り巻く環境は日々変化し，多様な課題に直面しておりますが，私たちが持つ「医の倫理」と「同窓の絆」の尊さが変わることはありません。100号というこの記念すべき節目を通過点とし，私たちはこれまでの歩みを誇りとしながら，次代を担う若い医療人への支援をさらに充実させ，大学や社会に貢献していく決意です。

結びに，会員の皆様のますますのご健勝とご多幸，そして母校の更なる発展を祈念いたしまして，創刊100号の挨拶とさせていただきます。

桐医会 会長　　山　口　高　史

筑波大学附属病院半世紀の歩み

～歴代附属病院長より～



日本医療機能評価機構受審から始まり 医療事故公表で終わった３年間

第７代病院長　深　尾　　立

安保闘争，インターン制度廃止闘争さらに無給医反対闘争と制度改革指向のわれわれ若い講師達にとり，大学紛争の回答である新システムの筑波大学附属病院は大いに働きがいのある病院であった。長谷川鎮雄病院長の後を受けて，開院時の講師が病院長になったのは私が初めての1998年であった。それだけに自院を良くしようとの思い入れが強く，病院内外の方々の協力を得て講師時代から考えていたことをいろいろ始めた。

手始めに快適な庭園のある美術館でありミュージックホールであり精神的なやすらぎを得られる病院にしようと芸術学群の西川潔先生を中心とした先生方の協力を仰いだ。ついで筑波大学病院の独自なシステムの評価を受けようと，始まって間もない日本医療機能評価機構の審査を受けた。1999年２月に国立大学病院として２番目に認定され，高く評価してくれた文部省に頼み国立大学病院として初のISO認証を受ける準備金500万円を貰い数年後に認証された。

また病院の全面的な改善を目論む中長期計画を考えていて全部門に実施したアンケート調査により得られた「筑波大学附属病院を改革する具体策」を1998年９月に作った。折良く翌年１月に文部省から国立大学病院に５カ年計画立案の指示が出た。５月に作った筑波大学附属病院有識者懇談会の外部意見に日本医療機能評価機構の評価意見を加味して，設定した年度毎の目標を達成する「５年後の目標と行動計画の策定」を10月に作り全職員に配布した。広く知ってもらうために記者会見を開き，この計画書を配布して説明した。次年度には目標達成状況と自己評価の冊子を作り，全職員に配布すると同時に記者会見で報告した。こうして病院の宣伝と同時に自分自身と職員への外部



筑波大学附属病院５カ年計画

の目の圧力をかけた。

現在大学病院の経営危機が言われているが当時も大きな問題であった。筑波大学附属病院の経営上の最大の弱点は病院予算がレジデント数に基づくもので，他の医学部付属病院のように講座費に含まれる病院運営費は病院に入ってこなかった。そのため医学系から返済不能の借金をする始末であった。さらに副院長時代の経営上の最大のショックは1998年１月の国と県の保険診療共同指導であった。大学病院は保険診療指針を多少無視する面があり保険査定率も高かったために徹底的な指導を受けた。また入院診療単価は国立大学病院の下から２番目という低さであった。そこで毎月の診療部長会議で病床稼働率と入院単価に関し上位３診療科の方法と下位３診療科の改善努力を報告して貰った。また保険診療を徹底するために新規採用レジデントには保険診療に関する試験を課して満点取るまで診療業務をさせないこととした。当時筑波大学卒の開業医は少なく開業医と教官医師たちとは縁遠かった。紹介患者を増やす一助となることも考え大学周辺の医師会を順番に招待する立食パーティを毎年開き，全診療科幹部と医師会医師達と親しくなって貰った。放射線部３階の不使用の放射線治療病棟を有料で学系研究室に貸し出すこともした。その結果２年後には医学系からの借金も返済できた。

1999年９月30日の東海村 JCO 臨界事故に対する救護支援体制を物理学系教授方の協力も仰いで翌日には作り上げたことや，大晦日に病院幹部全員が泊まり込んだコンピュータの2000年問題などは懐かしい。またこれからは感染症の時代が来ると内科系に無理を言って人見感染症助教授を招聘したり，つくばから新しい医療機器やシステムを世界に発信したいと現在のつくば臨床医学研究開発機構の基となるつくば医療産業懇談会を作ったりした。また職員が自慢できるかっこよい白衣やワッペンを作ろうとセンス抜群の西田正人先生を長に新デザインを決めたりした。

今は常識のクリニカルパスを勉強するために，1999年６月につくば国際会議場で開かれた筑波記念病院小關院長と松島副院長主催の日本医療マネジメント学会前身の第１回クリティカルパス全国研究交流フォーラムに全診療科代表の出席をお願いしたりと強引な病院長ぶりを発揮していたところ1999年１月の横浜市大患者取り違え事故と２月の都立広尾病院医療事故が発端で大病院での医療事故が大問題となってきた。2000年１月には全国大学病院長が呼び集められ文部大臣と厚生大臣から医療事故防止と事故は隠さず公表せよと厳重注意された。

同年３月院長再任した私に７月医療事故疑いの報告がきた。大臣注意後最初の大学病院医療事故公表になることを覚悟し，今後の見本となる医療事故公表にしようと考えた。直ちに患者と家族に説明と謝罪をして，夏休み中であったが学生見学者を含め関係者全員を足止めし詳細な調査の下に再発防止策を作り10月に写真入りの詳細な調査報告書を印刷した。当該患者は経過良好で無事退院されたことにはほっとした。準備万端整い公表の11月21日前日に家族に公表内容を説明し同意を得た上で，当日午前中に緊急病院会議で全員の許可を取るとともに記者クラブに通知して，午后３時に公表する段取りとした。

ところが総務担当副学長などが来て筑波大学の公表事案は記者クラブに１週間前に通告する取り決めであると言う。断固反対したが納得が得られず前日に通知することでようやく納得して貰った。そこで午前中に記者クラブに連絡し，夕方患者父に承諾書に押印してもらい部屋を出たところに事務職員が血相変えてやってきて病院前に多数のＴＶ報道車を含む大報道陣が詰めかけているという。私は家族と明日公表と約束したばかりなので絶対に明日だと報道関係者に伝えて貰った。院長は姿を見せないと憤慨した報道陣は何も知らない事務職員達を椅子に座らせて取材し全国に報道をした。

翌日予定通り午后３時から副院長事務局長と並んで記者会見を始めた。７月の事故を今ごろ公表するのは隠蔽する意図があったのではないか，その間に他で同じ事故がおきたらどうするのか，検体取り違えの犯人は誰か，などなど山のような質問が飛んできた。

「今日話すと家族と男の約束をしたのだ」と言うと，「男の約束か」と質問者は憮然としていた。公表するのが今となったのは配付した報告書のように詳細な調査をして皆さんが調べる手間を省いたのだと言うとそれ以上は言わなくなったが，報道陣の私への印象は随分悪くなったようだ。それもあったか家族に危害を加えるとの脅迫状や，右翼団体の面会強要などいろいろあった。また過去の医療事故やインシデントの内部告発があり２ヶ月間に３回ＴＶでの記者会見することにもなり文部大臣から叱責の書状を受け取ることにもなった。全職員を集めて院長訓示を３回繰り返したり，その都度家族に謝罪し，保健所，県衛生部，文部省，厚生省などにも謝罪に行き，立ち入り調査を何度も受けた。第三者外部調査委員会も作り委員の方々にも大変迷惑をおかけした。当然のことながら他の施設の見本としたかった医療事故防止策は私が見ても非常に厳しいものとなり職員は苦労したことであろう。

多方面に迷惑をおかけしたことの責任をとり任期１年を残して2001年３月病院長辞任したが，字数制限で省かざるを得なかった多数のお世話になった方々を懐かしく思い出すとともに厚く感謝しながら筆を置きたい。



筑波大学附属病院の過去から将来を想う

第9代病院長　山　口　　巖

日本医科大学循環器内科の木村栄一教授の指導を受け，その推薦を得て1974年7月にアメリカ　ロスアンゼルスのUCLA傘下のCedars of Lebanon Medical Center in Hollywoodに留学。主にProf. William J. Mandelに不整脈学を学び，Prof. Bramah N. Singhの元で臨床治療薬分類を研究した。1976年にCedars of Lebanon病院はCedars-Sinai Medical Center in Beverly Hillsに移転したのを機に私も移動した。

一年後の1977年当時，Cedars-Sinai Medical Center院長だったH. J. C. Swan教授と日本医科大学の木村栄一教授の推薦を得て，筑波大学臨床医学系循環器内科講師として赴任した。私は名古屋市の私立東海高校出身で，嘉納治五郎直筆「精力善用」「自他共栄」が掲げてある道場で柔道師範佐藤守直先生に指導を受けた。嘉納治五郎先生は筑波大学の前身の東京高等師範学校，のちの東京教育大学の校長を長年務められた教育者であり，その時はのちに筑波大学と縁が持てるとは想像だにしなかった。

1992年2月に循環器内科助教授，1999年2月に循環器内科教授を拝命し，2000年夏に①抗生物質の過量点滴，②抗がん剤の二重投与，③検査結果取り違えの医療事故が3件発生した際，調査委員として関与した。そして，当時の筑波大学岩崎洋一学長から次期病院長の要請を受け，受諾した。初代循環器内科教授の伊藤 巖先生が病院長の経験を有し，病院長とは多種多様な問題に対応し，非常に任の重い役と伺っていたのでその覚悟で病院長職を拝命した。

日本不整脈・心電学会をつくばで開催した折，アムステルダム大学のHein J. J. Wellens教授を招聘した。当時，Wellens教授はオランダ マーストリヒトに新しく病院を作る役を担っていたので病院運営について助言を仰いだ。彼は新病院設立のため，一年前から看護師や検査部の幹部と話し合いを重ね，役割や責任のあり方を協議したと聞いていたので，筑波大学附属病院でもそれを実践した。例えば病棟の活性化を図るため，当時，副病院長の山田信博教授（後の筑波大学学長），鈴木君江看護部長，田村光男病院事務部長，および鈴木将貴経営企画室長（現在アドバイザー）と協議し，病棟5階の病床30–50床を必要な時に即入院，



Prof. Hein Wellens と



山田信博教授と山口巖

即退院できる体制とした。また，放射線技師に関しては残業手当を付け，残業が出来ない技師のために後片付けなどの作業を医師が手伝うこととした。3か月後には運営改革の効果があらわれ始め，病院の収入が改善に向かった。当時の病院幹部と共に，病院運営のすべての仕事が実に楽しくできたことを感謝したい。

先に述べたように病院長として3件の医療事故を抱えており，病院自体の構造改革によって医療の安全と質を向上させる目的で，①総合臨床教育センター設置による若手医師の育成（レジデントプログラムの充実），②緩和ケアーセンターやつくばヒト組織診断センター（バイオバンク）の設置，③NICUなどの総合母子医療センターの設置を行った。また，再開発推進室を設置して国立大学病院初のPFI（民間資金活用）方式による病院再開発計画を策定し，けやき棟の新築につなげた。これらの構想は，文科省から出向していた大学本部の病院中央事務局長磯田文雄氏と調整官笹井弘之氏の協力を得て，場所と予算を確保したものである。また，筑波大学附属病院から日立総合病院，水戸協同病院，水戸中央病院，神栖済生会病院などにセンター教授ないしは病院長を派遣した。予算的に文科省，厚生省，厚労省，JAが相入れなかったところを調整官笹井氏が実現に導いてくれたもので，それ以降，本システムが定着して筑波大学附属病院の活動範囲が拡がり，各病院が実力をさらに発揮して各地域の医療の充実に役立っているものと確信している。

病院長在任最後の仕事として新病棟「けやき棟」の予算を文科省に申請し，予算獲得後，直ちに建築計画を遂行させ，2012年に竣工した。最先端の医療を提供するためには既存の病棟だけでは不足であり，新病棟「けやき棟」の役割は顕著な存在になっている。筑波大学医学群には地域枠制度があり，本制度の継続により茨城県の医師不足の解消を図るべく，現在においても原 晃前病院長が本制度維持に尽力されている。また，今後の希望としては，地域枠の枠組みを超えて，教員たるべき若手医師には日本の主要地域の国公立あるいは私立の大学病院において医学教育の軸となってもらいたい。研究においても他の大学と共同し，筑波大学附属病院が全国の大学病院の研究の中心にいてくれれば大変意義深いことであると考える。

現在，どの病院も高額の赤字を抱えているが，例えば筑波大学附属病院が独自の再生医療，悪性腫瘍，臓器移植，不整脈等のセンターを創設し，文科省以外の外部からも財源を集め，少しでも病院の財政を改善する方策を検討するよう提案したい。現在，患者として3か月毎に附属病院に通院している折に，平松祐司病院長を中心とした幹部のディスカッションの柔軟さを聞き及び，喜びを感じている。この度本稿を執筆するにあたりご尽力を賜りました須磨﨑 亮元小児科教授にこの場をお借りして心より感謝の意を表したい。



筑波大学附属病院における卒業生の取り組み

第12代病院長　松　村　　明

1．はじめに

筑波大学50周年出版物として『創基百五十一年 筑波大学五十年史　通史編』が出版され，福田慎一先生（26回生）が中心となって筑波大学医学群と筑波大学附属病院の公式記録についてまとめてくれており，この中で附属病院史については松村明（1回生），山縣邦弘（5回生），原 尚人（5回生），平松祐司（7回生）が分担執筆した。本著は医学図書館，中央図書館に1冊ずつ保存されていて閲覧可能なので機会があればご覧いただきたい。

本稿ではそのような公式記録ではなく，筑波大学附属病院の中での卒業生を中心としたこれまでの取り組み，思い出について記してみたい。

2．病院立ち上げまで

1973年の開学当初から筑波大学附属病院の建設が徐々に進み，1976年に開院に漕ぎ着けた。初代病院長は血液学の権威として知られていた小宮正文教授であった。小宮病院長をリーダーとして筑波大学附属病院における「医局制度の廃止」「レジデント制度の確立」「診療グループ制度の確立」「医学部附属病院ではなく筑波大学附属病院の確立」「一患者・一カルテ」「外来診療完全予約制」「Progressive Patient Care（PPC）システム：患者重症度別病棟ケアシステム」など，旧来の大学病院にはなかった新しいコンセプトを掲げ，それまでの医学部主導で教授を頂点とする医局講座制度の改革を目指して取り組み，その後の日本の大学病院運営のモデルともなるような体系が確立された。

初代の医療担当副学長の榊原 仟先生は開学当初に筑波大学附属病院に加えて関連教育病院を準附属病院化して2000 ～ 3000床規模の研修・研究施設を構想し，まず手始めに谷田部町にある筑波厚生病院を財団法人化して「筑波学園病院」として関連教育病院の第一号とした。この際，将来は成田空港から外国からも多くの患者を集めたいと発言しておられた。その後，約50年を経て「筑波大学地域臨床教育センター」などの設置も含めて茨城県内の基幹病院等の多くは筑波大学からの派遣で関連病院として質の高い先進医療・地域医療に貢献できるようになってきており「榊原構想」が実現化しているとも言えよう。

3．附属病院における卒後臨床教育の取り組み

筑波大学附属病院のレジデントシステムをサポートするためにローテーションシステムによる幅広い臨床研修が行えるために開院当初は「レジデント担当室」が設けられ，その後「附属病院総合臨床教育センター」に改編され，さらに充実した臨床研修体制が構築された。自分も「教育担当」副病院長時代にかかわることになり，その際には前野哲博先生（12回生），瀬尾恵美子先生（16回生），小川良子先生（22回生）らが中心となって取り組んでいた。その中で思い出が深いのは文科省 GP（Good Practice）で獲得した「女性医師看護師キャリアアップ支援システム」で GP 終了後は恒久的な体制として「女性医師キャリアアップ

支援システム」として継続的な活動がおこなわれており，事業内容としてキャリアコーディネーターの導入，復帰支援制度，短時間常勤制度の導入，緊急時ベビーシッターの導入，保育園の整備，搾乳室の整備などがあり本事業は全国の女性医師支援のモデル的な取り組みとして高い評価を受けており，筑波大学附属病院として大きな財産となっている。（詳細は https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/iryojinGP/iryoGP2/index.html 参照）

さらには，大学間の壁を取り払って連携する文科省 GP として「関東５大学連携・交流促進事業」が採択され，阿久津博義先生（18回生），中井康展先生（14回生）にもコーディネーターとして活躍していただいた。

附属病院の国際交流センター立ち上げについては秋山 稔先生（１回生）にもお世話になり，地域臨床教育センター業務については家城隆次先生（１回生）には神栖地域臨床教育センター，福田潔先生（１回生）には取手臨床教育ステーションの運営において大変お世話になった。

４．筑波大学附属病院における研究体制の確立

研究担当副病院長としては附属病院の「臨床研究推進・支援センター」と医学医療系のプロジェクトとして坂根正孝先生（10回生）が中心となって立ち上げていた「次世代医療研究開発・教育統合センター（CREIL）」の両者を発展的に統合・再編させ，2015年に附属病院内につくば臨床医学研究開発機構（T-CReDO）を立ち上げ，現在は町野毅先生（24回生），野口裕史先生（25回生），山田武先生（26回生）らが中核を担ってくれている。

ここでは当初 AMED の「橋渡し研究戦略的推進プログラム」に全国でも唯一の新規拠点として採択され，その後令和３年からは文科省の「橋渡し研究支援機関」となり，筑波大学附属病院における臨床研究の推進に大きく貢献している。この T-CReDO の中でのユニークな拠点として未来医工融合研究センター（Center for Innovative Medicine & Engineering: CIME）の存在である。ここでは実際に入院患者さんで臨床研究を行える場所を設置し，鶴嶋英夫先生（５回生），清水如代先生（21回生）らが筑波大学発のサイボーグ型リハビリロボット HAL の臨床研究を始めとし，様々な医工連携研究を展開している。

また，筑波大学附属病院には PET 検査施設がなく，院内には十分なスペースも資金もなく先端的な核医学研究を行える設備が存在しなかった。そこで研究学園都市内の民間製薬会社研究所と連携し，附属病院敷地内に PET を用いた臨床研究が行える施設として外部民間検査施設の誘致を行い，「次世代分子イメージング・つくば画像検査センター」として開設することができた。開設後には各種新規がんプローブや認知症診断のためのプローブの研究などが行われており，筑波大学臨床医学系の研究推進に貢献している。

５．筑波大学附属病院における医療安全と医療の質に対する取り組み

医療安全については本間 覚先生（６回生）が中心となり，医療事故におけるインシデント・アクシデントレポート体制の確立，医療事故の事後検証などを精力的に取り組んでいただき，全国の大学病院における先駆例となっており，その後和田哲郎先生（９回生）に引き継がれている。

医療の質については筑波大学附属病院ではそれまで ISO9001の取得，日本医療機能評価機構の認定を受けていたが，古田純一先生（19回生），濵野 淳先生（23回生）が中心となって世界で最も厳しい病院評価基準である Joint Commission International（JCI）の認定を目指して，全病院として取り組んだ。全国の国立大学病院で初の JCI 認定を目指して予行演習審査まで合格していよいよ本番の審査というところで自分の院長任期終了でその活動が中止となってしまったことは大変残念に思っているところであるが，準備の段階で院内各部署において「医療の質」「患者安全」に関する教職員のマインドの醸成が行われたことは今でも大きな財産になっている。

６．新々棟から B 棟改修への転換方針，挫折とリカバリー

五十嵐徹也病院長時代に PFI 事業として計画

されたけやき棟が2012年に供用開始されたのちに，次の新棟建設の話が持ち上がったが予算との関係か入札が不落となり，暗礁に乗り上げてしまった。B 棟改修では耐震工事で病棟の窓に X の梁が入ってしまうので患者アメニティーや診療スペースが小さくなるという意見が多かった。この時期にかなり困りはてたが，色々と自分なりに調べているうちに東北大学研究棟において中間層免震工事を行った記事を見つけることができ色々と検討していくうちに,「中間層免震レトロフィット構造」という手法で工事が行えることがわかり，2024年に竣工にこぎつけた。本工事については令和 7 年度耐震改修優秀建築・貢献者表彰（一般財団法人日本建築防災協会主催，国土交通省後援）を受賞したというニュースが流れてきたのを読み，非常に感慨深く感じた次第である。（https://www.tsukuba.ac.jp/news/20260310121040.html）

またけやき棟完成後には，手術件数増，内視鏡手術の充実を目的として，使われていなかった12室の旧中央手術室を半分ずつに分けて眼科（大鹿哲郎教授，岡本史樹先生（15回生））を中心にデイサージェリーセンターを整備していただき，残り半分は奈良坂俊明先生（消化器内科講師）に内視鏡治療センターとしての整備をしてもらい，その後の手術件数増加，内視鏡診断･治療の安全性･効率性の向上・検査数の増加につなげることができたことは大変良かったと考えている。

7．高度救命救急センターの立ち上げ

筑波大学附属病院は開院当初の国立大学時代には国家公務員の定員のしばりで十分な救急医療体制を構築することができず，そのためつくば万博の際の救急対応として筑波メディカルセンターが開設され，その機能を担ってくれていた。その後大学が法人化し，医学教育・卒後臨床研修，地域医療の中でも救急医療の充実が不可欠となってきたため，筑波大学附属病院のさらなる救急体制の充実を目的とし，各県で 1 施設のみ認定される「高度救命救急センター」にしようと救急・集中治療医学の井上貴昭先生（14回生）に協力してもらい，県内の各 3 次救命救急センターを 2 人で訪問し各施設の理解を得て茨城県に申請して2019年に取得し，ついに悲願の大学附属病院救急体制の構築ができた。

8．スポーツ医学・健康科学センター，予防医学センターの立ち上げ

筑波大学は体育専門学群があり，スポーツ医学の分野においては日本でもトップの位置にある。大学病院内には従来から医師との個人的なつながりからトップアスリートが診療を受けに来ていたが，これを組織として体系化するべく「筑波スポーツ医学・健康科学センター」を整形外科山崎正志教授に立ち上げてもらった。現在は鎌田浩史先生（13回生）がセンター長を務めているが，立ち上げ準備時には体育専門学群で教授を務めていた同級生の宮川俊平先生（ 1 回生）に体育系教員との橋渡しをしてもらった。健康科学部門の運営には正田純一先生（ 3 回生）に陣頭指揮をとってもらい，筑波メディカルセンターのスポーツジムとの連携体制を確立してもらい，運動療法やメタボ対策などに取り組んでいただいた。

また，予防医学の重要性を考えて筑波大学附属病院の旧 MRI・CT 検査室を「筑波大学予防医学センター」の鈴木英雄先生（15回生）が中心となって立ち上げてくれた。ここでは現在通常の健診・人間ドックにはない大学附属病院ならではのユニークな項目が開設されており，予防医学重視の医療の中で先駆的な取り組みによる健康科学の研究の推進がされている。

9．最後に

筑波大学附属病院は卒業生等の尽力でこの50年間で留まることのない発展を遂げてきている。本稿にお名前を入れていない多くの方々が活躍されてこられたことにも改めて敬意を表したい。次の50年としては良い歴史は残しつつ，筑波らしくさらに時代の先を行く取り組みをたゆまなく進めていただき，さらに素晴らしい筑波大学附属病院として発展をしていただくことを心より願っている。



筑波大学附属病院開設50周年によせて
―第13代附属病院長として―

第13代病院長　原　　晃

まずは附属病院開設50周年おめでとうございます。私が附属病院長・副学長・理事を命じられたのは，2018年４月から2024年３月までの６年間である。これを書くに当たって資料を調べていたら，何のことはない，私自身も執筆していた筑波大学附属病院開設35周年記念誌が出てきた。まずはこの35周年記念誌から話を始めよう。五十嵐徹也病院長（当時）の挨拶や歴史の掲載後の最初のコラムは副病院長，看護部長とともに堀 原一先生がお話しされている。この一事でもわかるように，筑波大学附属病院もまた筑波大学本体と同様に新しい理念のもと，新しい医師，医学教育の場として設立，運営されてきたことがわかる。私が耳鼻咽喉科講師として赴任した1988年当時も，実に変わった大学，附属病院であるとの印象をもったものである。しかしながら，国立大学の法人化と，いわゆる（文部省配下の）大学医局へ入局するのが本格的医師になる始まりであったかつての制度を崩壊させた厚労省主導で行われた（初期）臨床研修制度と専門医制度が，大学（医局），（医学部）附属病院の在り方を大きく変貌させ，我々もその中で生き抜く運営が求められるようになってきた。未だに大学（医学部）附属病院は文科省からの（現在で言うところの）運営費交付金で経営されているとの誤解があるので，一言付言すれば，文科省からはほとんど病院経営の交付金は無いに等しいのが現状である。経営は診療報酬の中で行っていかなければならないのである。一般病院と何ら変わらない（DPC 係数が少し高いのみ）のである。せめて総務省管轄の病院や国立病院機構のように国からの支援があってしかるべきだとは思うのであるが，愚痴である。

さて，私の病院長時代に話を戻すと，私は現役最晩年は医学群長経験後に医学医療系長を３年勤めてきた。その時に厚労省局長通達があり，大学（医学部）附属病院長はリスクマネージメントに優れ，その任期は２年よりは長くするようにとのことであった。これを受けて学長から病院長選考，任期の大学としての大学規則を作るようにと命じられ，稲垣総務担当副学長（当時）とともに作成した。定年を迎える年にまさか自分がその規則に則った初代の病院長に命じられるとは思いもよらぬことであった。私自身も耳鼻咽喉科（現在は耳鼻咽喉科・頭頸部外科）科長として思うところはあり，致し方なく就任した次第である。

いざ病院長に就任してみると，問題山積であった。４月１日にまず，前年度に自死した職員家族への説明，謝罪に三沼新病院部長とともに青森に向かったのが仕事始めであった。そんな中で是非とも病院長になったからにはやり遂げたいこともいくつかあった。その最大のものは医師を含め全職員のやる気を出させる事である。科長として前年度までやってきてどうしても働けど働けど大学，病院に認められていないのではないかという閉塞感があったのは事実である。病院長になってみれば，経営の黒字化を絶対命題にされていた事

情もわかるのであるが，やはり大学に所属する医師としては何とかしたいと強く思った。そこで，学長には１年目はヒト，モノへの投資をするので，多少の赤字は認める様に談判した。その上で，外科系のオペフィーの復活，医師･看護師数の増，麻酔科，手術室数の増，B 棟改修の延期（本来就任初年度に行うべき事業であったが前年度施工事業者の落札が不調に終わったため）等を掲げた。その結果，６年間で，手術件数は1,200件あまり増加し，10,000件を超えるようになった（余談であるが，私が助教授時代には専門医認定の基幹病院として手術件数が基準に満たない程少なかったことから鑑みて隔世の感がある）。病院講師70名増を含み，医師数は122名増，看護師は140名の増，手術室はロボティック手術専用室を含め１室の増，SCU を６室整備，小児・周産期病床の９床増床，当直体制の見直しにより closed ICU の開始，2020年度から B 棟改修をスタート（竣工は2024年７月）等が開始された。私からすれば付属的な事柄ではあるが，病院収入も70億余り増加し400億円になんなんとした。これもまた，付属的なことではあるが，当時大学債を筑波大学として発行することとなり，その評価に必ず病院経営も順調でという項目が評価の大きな部分を占めたことは，学長とすればほっとしたのではないかと思料するところである。

一方で，私の就任中の最も大きな出来事は，2020年３月の COVID-19感染重症患者の入院とその流行であったろう。本当に，心休まる時はなかったように思う。この時も，コロナに関わる職員への手当の支給は（政府から言われるはるか前から）行っていたし，場合によっては（女子学生も含め）看護師寮の開放も行った。また，感染症科のテコ入れとして学長にも談判して（学長はウィルス学が専門なのでこの点は極めて明瞭な承諾をいただいたが）新たな教授を系として雇用した。ただし，ウィルス学教室としては学長の古巣のウィルス学基礎グループを母屋としてその臨床部門の教授という裏技を使った（大学の運営費交付金がこの６年間で約20％減らされていたからである）。

閑話休題。私の後任の平松祐司先生には大きな経営負担を強いてしまう結果となり，大変申し訳なく思う。しかしながら，決して私の放漫経営というわけではないことをご理解願いたい。いつに厚労省の（失礼な言い方であるが）失策の結果である。まずは働き方改革である。いくら旧労働省の施策といっても，医師の働き方改革を含む地域医療構想実現，医師偏在対策の三位一体改革は全く矛盾した施策であり，そこに診療報酬がついてこなかった２年前の施策の結果である。全国的にも現在，大学の入局者（専攻医）数はかつての半分強しかなく，大学の地域への貢献力はいずれの大学も弱体化している。また，大学での教育を経ずに専門医となっていく医師の医療倫理の低下は疑いもない事実である。現在私は大学執行役員として，厚労大臣への度重なる要望や医政局長と話し合いを続けている。この中で，勤務医獲得を大命題としている日本医師会長と肝胆相照らす仲になったことや，医政局長と医師の医療倫理の育成も含め話し合いができていることは私個人としては望外の喜びである。一方で，文科省にあってはぜひとも医育機関としての大学附属病院への助成を厚いものとしていただきたいものである。

35周年記念誌を読み返してみて，附属病院長を６年勤めた先輩はわずか２名であり，（現在の大学規則上も）６年が最長となる。しかし，６年も務めてできたことはわずかにこれだけかと愕然とするところもある。ぜひとも平松現病院長には私では成し遂げられなかったことを頑張っていただきたいと願うばかりである。私は，国，県，医師会との話し合いを続け，側面から附属病院の支援をしていきたいと思うところである。



会報100号，開院50周年を迎えて

第14代病院長　平　松　祐　司

病院長のバトン

リフォームされた病院長室前の廊下には歴代病院長の肖像写真が掲げられている。第一代小宮正文先生（在職期間1976-82），第二代伊藤 巖先生（1982-86），第三代大菅俊明先生（1986-90），第四代岩崎寛和先生（1990-92），第五代小磯謙吉先生（1992-95），第六代長谷川鎮雄先生（1995-98），第七代深尾 立先生（1998-2001），第八代能勢忠男先生（2001-03），第九代山口 巖先生（2003-07），第十代山田信博先生（2007-09），第十一代五十嵐徹也先生（2009-14），第十二代松村 明先生（2014-18），第十三代原 晃先生（2018-24）。私が十四代目としてバトンを引き継いで２年あまりになるが，創成期からの錚々たる顔ぶれを拝見するたびに身の引き締まる思いがする。さらにその手前の壁には開学時の医療担当副学長であった榊原 仟先生の二科展入選を祝う当時の教授陣の寄せ書き色紙が掛けてあり（岡山県の心臓病センター榊原病院からコピーをいただいたもの），初期に着任された阿南功一先生，小宮正文先生，堀 原一先生らの懐かしい肉筆サインが見て取れる。私は1980年入学の７回生で，ワープロすらなかった当時のテキストや試験問題のほとんどは教員の手書き原稿のコピーであった。個性派ぞろいの教員の顔と特徴的な筆跡とが結びついていて，その色紙を見ると学生時代にタイムスリップしたような懐かしい気分になる。

筑波大学は新構想大学として1973年に設立され，すでに開学から50年あまりが過ぎた。1872年，わが国初の師範学校としての発足から数えれば，創基151年を超えたことになる。開学から遅れること３年，附属病院は1976年（昭和51年）10月１日に現在の地に誕生した。当初は15の診療科と320のベッドを有するのみであったが，その後段階的に整備拡充され，B 棟改修を完了してつくば市バースセンターを備えた現在は，40診療科，57診療施設に看護部，薬剤部，放射線部等の基幹部局を加え，809の病床を備える。本院は，「良質な医療の提供，優れた人材の育成，医療の発展への貢献」を理念に掲げ，特定機能病院および医育機関として茨城県および周辺地域の医学・医療をけん引している。また，高度救命救急センター，災害拠点病院，脳卒中・心臓病等総合支援センターなどの公的指定を受け，よりよい広域医療連携システムの構築にも尽力している。

今に生きる新構想大学附属病院の特色

開院時に筑波大学附属病院が打ち出した大きな特色が二つある。ひとつは「従来の医局講座制を廃した診療グループ制の導入」，もうひとつは「カルテの統一中央管理体制」である。これらはまさに「医局側」にあった視点を「患者目線」に切り替えた画期的なシステム変革・英断であったが，以後今日に至るまで本院の組織文化として綿々と引き継がれ，近年本院を二つの大きな危機から救ってくれている。

ひとつ目の危機は2020年の年明けから始まった COVID-19パンデミックである。マスクとガウ

ンを洗って使おうかというくらい防御策の乏しかったその年の早春，ニューヨークでは最前線の医療者が次々と犠牲になり，心臓外科医は野戦病院化した大学病院でECMO係になっていると現地から悲痛な報告を受けた。その波が本院に押し寄せる前に手を打たねばと危機感を抱き，にわか作りの感染対策本部で知恵を絞って，「アクティブスクリーニング」という本院独自のトリアージ体制を週末に作りあげた。すべての入院患者の感染リスク評価をマニュアルに沿って朝晩2回主治医と看護師とが行って本部に報告するという手間のかかるものであったが，誰一人これに抗う者はなく，すべての診療グループと全病棟で翌日から実行された。疑わしい患者の早期隔離が可能となり，パンデミック期間を通じて本院でのクラスターの発生は一度もなかった。診療科・部局間の壁がなく，全病院的に足並みがそろう素地があったからこそ機能し得た危機管理ツールであった。

COVID-19の直後に訪れたもうひとつの危機は，2024年度から顕在化した病院経営危機で，こちらも近年の物価や人件費の上昇に診療報酬改定が追いついていなかったことに起因する全国的なパンデミックとも言える。本院の過去2年の巨額の赤字は公表されている通りであるが，その額は大学本部から借り入れて償還することになる。本院の未来を担う人々に負債を残すのは心の痛むことで，わずかでも負の遺産を圧縮すべく病院を挙げて奮闘努力してきたこの2年あまりである。病床管理センターは平均稼働率90％以上を維持するために入退院調整を強化し，外来診療委員会は採血項目の適正化に切り込んだ。非償還消耗品の削減目標を3割と定め，手術部も陽子線センターもフル稼働して支えてくれた。これらもpatient first, problem orientedの組織文化がもたらしてくれた成果にほかならず，全職員の「協力の科学」と本院の「レジリエンス」に感謝する日々である。多くの報道を通して本院の困窮と経営努力が伝えられ，外来待合の破れたソファは全国的な病院経営危機の象徴となった。あえてマスコミに窮状を晒したのには理由がある。有効な診療報酬改定を導くには，社会の理解とサポートを得て，社会と一体となって政策に訴えることが必須と考えたからである。今年度の3.09％の診療報酬改定が病院経営をどれほど好転させてくれるのか不透明であるが，収支改善のみに汲々とすることなく，大学病院が本来果たすべき高度先進医療，研究，教育に専心できる病院運営体制を整え，全職員が明るく伸び伸びと使命を果たせる環境作りをしたのち，次の病院長にバトンを渡したいと願っている。

未来のために何を残せるか

悲願である臨床研究中核病院の承認取得加速のために，特定臨床研究推進室と論文作成支援のためのCReMEチームを新たに設置した。これら二つのチームは，既存のT-CReDO（つくば臨床医学研究開発機構）とも緊密に連携しながら，わずか2年で臨床研究中核病院の申請要件を満たしてくれた。これもまた「協力の科学」の成果であり，彼らと研究者たちの努力に報いるためにも，今年度中に承認取得を果たしたい。この春には国立大学病院初のホスピタルファシリティドッグの導入に向けてクラウドファンディングを実施し，全国2300名あまりの人々からの寄附とともに本院への声援や感謝の声をいただいた。社会に支えられている病院であることを実感しながら，2027年春にはハンドラーとともにファシリティドッグを迎え入れる。医師の働き方改革の水準達成に向けては，特に外科系医師のワークライフバランスを整えるための完全closed ICU整備が必須と考えている。とは言えICUシフトを医師だけで賄うことには無理があり，ICU内での特定行為看護師や診療看護師（NP）の活躍の機会を拡げて行く必要がある。NPの養成を目的として，本学看護科学学位プログラム内に来年度NP養成修士課程が設置される。

施設整備における職員の悲願は，50年来診療を支えてきてくれた外来棟の新築であろう。現在の診療報酬のレベルで，しかも建築資材や人件費が高騰する中で大型の施設計画を立てることはためらわれるが，今後の経営状況と償還計画とを見定めながら，できるだけ早い機会に整備計画を立てたい。臨床医学系の裁量労働制教員である医師の

処遇改善も，目を背けてはいけない重要課題である。特に既に人手不足に陥りはじめている外科系や麻酔科の教員の質が，このままではいずれ担保できなくなる。今どきの若者に清貧は通用しない。本学の，いや全国の医育機能を，崩壊の危機から救わねばならない。

希望と課題とが入り混じる中で，附属病院は次の半世紀に向かう。奇しくも桐医会会報100号と開院50周年が重なったこの節目に，職員が力を合わせて未来に向かう姿を描いた新たな附属病院ロゴマークを制定した。



これをシンボルとして，診療機能や財政基盤のさらなる強化を図りつつ，患者さんひとりひとりの人生に寄り添い，人とのつながり，社会や企業との共存を大切にしながら，新時代の大学附属病院のあり方を模索して行きたい。開院以来の改善への意欲に満ちた組織文化を大切に守りつつ，ここに集った志高き医療人が心をひとつにして，“Heartfelt Hospital”として患者第一の医療，そしてここでしかできないデスティネーション医療を妥協なく追い求めて行く。

2026年３月６日（金）
最　終　講　義

「喘息の本態を探る―従来の概念を超えた新たな理解」

筑波大学　医学医療系　臨床医学域
呼吸器内科学　檜　澤　伸　之　教授

（図１）30年以上にわたる私の研究は，常に「喘息とは何か」というきわめて単純な問いに突き動かされてきました。喘息は，アレルギーの有無，気流閉塞の程度，発症年齢，好酸球性気道炎症の有無，さらには喫煙，肥満，胃食道逆流症などの併存によって，きわめて多彩な表現型を呈します。日常診療でも，同じ「喘息」という診断名であるにもかかわらず，症状の強さ，治療反応性や予後が大きく異なる患者さんを経験します。その多様な表現型の背後には，個々の患者の病態を駆動する複数の分子機序，すなわちエンドタイプが存在します。私は種々のエンドタイプを理解することで，喘息という疾患の本態に迫りたいと考えてきました。

（図２）教科書には，ダニなどのアレルゲンに対するIgE感作が喘息の発症因子であり，長期喫煙がCOPDや肺がんの発症因子であると書かれています。しかし，同じように外的ストレスに曝露されても，実際に発症するのは一部の人に限られます。なぜ個体ごとにストレス反応性が異なるのか，なぜ同じ曝露でも病気の現れ方が違うのか。この問いこそが，私が喘息をモデルとして一貫して追究してきた研究の出発点です。外因だけでなく，宿主側の要因としての気道組織や免疫系のストレス応答の遺伝的制御に目を向けることで，疾患理解はより深まると考えてきました。

１．ウイルス感受性と小児期発症喘息の分子基盤

（図３）小児期発症喘息のGWASで一貫して同定される感受性遺伝子の一つに*ORMDL3*があります。この遺伝子は幼少期のライノウイルス感染による細気管支炎の発症を介して，喘息発症リスクとなることが示されてきました。さらに，ORMDL3の多面的な機能として，ライノウイルス受容体であるICAM-1の発現調節，小胞体ストレス応答の制御，セラミドやS1Pなどの脂質メディエーターを介した抗ウイルス作用の調節などが明らかになってきました。すなわち，ORMDL3はウイルス感染や喫煙による細胞内ストレス，脂質代謝，免疫応答といった複数の層をつなぐ分子として理解され，小児期発症喘息の背景には，アレルギー素因だけでは説明できない，ウイルス感受性を中心とした生物学的な脆弱性が存在しているのです。

（図４）私たちは筑波大学内分泌代謝内科の先生方との共同研究を通じて，脂質メディエーターであるセラミドやS1Pが喘息病態に深く関与していることを動物モデルで示しました。喘息は細胞ストレス応答や脂質代謝を含む広い生体応答の中で理解され，単一の免疫異常ではなく，外的刺激に対する生体全体の過敏な応答であると考えています。

（図５）さらに，ウイルス感染によって重篤な喘息発作を繰り返す小児重症喘息を対象としたGWASでは，*ORMDL3*に加えて*CDHR3*が感受性遺伝子として同定されました。その後，この分子がライノウイルスC型の受容体であることが判明し，ウイルス感染感受性と喘息発症をつなぐ分

子基盤がより明確になりました。小児期発症喘息の一部は，ウイルスに対する気道の感受性そのものが病態形成に深く関わっているのです。

（図６）成人喘息患者を臨床像に基づいてクラスターに分けると，発症年齢と気流閉塞の程度が病型を規定する重要な因子であることがわかりました。喘息は６つの表現型に分かれ，そのうちクラスターＢとＣが小児期発症群に相当します。これらの群では，多くの患者が何らかのアレルゲンに対するIgE反応性を有するアトピー型であることが特徴です。

（図７）このうち*ORMDL3*は，気流閉塞の目立たない小児発症喘息クラスターＢと強く関連していました。

（図８）一方，*CDHR3*は気流閉塞を伴う小児発症喘息クラスターＣと強く関連していました。ライノウイルスＣ型はＡ型やＢ型に比べて末梢気道への親和性が高く，より強い細気管支炎症を引き起こす可能性があります。そのため，同じ若年発症喘息の中でも，ウイルス側の特性が気流閉塞の程度の違いに関わっていると考えられます。

（図９）さらに，*CDHR3*遺伝子の影響は，背景にアレルギー感作を有する個体でより強く現れることが示されました。すなわち，ウイルス感受性とアレルギー素因は，相互作用しながら病態を形成しているのです。

（図10）ウイルス感染によって誘導される炎症や上皮障害は，気道上皮のバリア機能を破綻させます。その結果，上皮細胞からのTSLPの誘導やアレルゲン侵入の促進が生じ，気道局所の環境が２型免疫に傾きます。他方で，アレルギー炎症は樹状細胞上の高親和性IgE受容体を介して抗ウイルス応答，とくにIFN産生を低下させ，さらに感染を悪化させます。このように，ウイルス感染とアレルギー炎症が相互に増幅し合う複合的なネットワークを，私は「ウイルス感受性亢進エンドタイプ」と捉えています。

（図11）日本人成人喘息を対象としたGWASでは，*TSLP*遺伝子が喘息感受性遺伝子として同定されました。（図12）TSLPは，外的ストレスに応答して気道上皮細胞や肥満細胞が産生するアラーミンであり，とくに２型免疫を活性化する分子です。この分子が感受性遺伝子であることは，成人喘息が，抗原特異的な獲得免疫だけではなく，上皮の傷害やストレスに対する自然免疫系の過敏な応答によって成立していることを示しています。成人喘息の少なくとも一部は，「何に感作されているか」ではなく，「気道上皮がどれだけ外的ストレスに過敏であるか」によって規定されているのです。この視点は，喘息の理解をアレルゲン感作から，気道組織の抗原非特異的な反応性そのものへと広げるものでした。

２．IgE，自然免疫，そして喘息病態の再構成

（図13）ここで改めて，従来から喘息の本態とみなされてきたアレルゲン特異的IgE応答（アトピー）の位置づけを考える必要があります。筑波大学遺伝医学教室の野口教授が行ったアレルゲン特異的IgE感作のGWAS結果をみると，アトピー遺伝子と最も強い遺伝的関連を示すのはアレルギー性鼻炎であり，バリア異常としてのアトピー性皮膚炎との有意な関連は認められませんでした。喘息はその中間に位置しており，アレルゲン感作と２型自然免疫の過敏性を含めたバリア機能異常の双方をあわせ持つ病態として理解することが可能です。この位置づけを理解することは，喘息の多様性を説明するうえで非常に有用です。

（図14）当科のデータでは，アトピーの有無にかかわらず，喘息患者では総IgEが高値であることが示されました。これは，喘息におけるIgE上昇がアレルゲン感作の結果だけではなく，気道局所での２型自然免疫活性化を反映している可能性を示しています。従来，総IgE値はアレルゲン感作の総合的な指標として理解されがちでしたが，喘息における総IgEの上昇には，気道上皮や肥満細胞を含む２型自然免疫系のアレルゲン非特異的な慢性的活性化が関与していると考えた方が，この疫学的な事実によりよく合致します。

（図15）さらに，高親和性IgE受容体遺伝子の影響を解析すると，その効果は健常者では明瞭ではなく，喘息患者においてのみ強く認められました。すなわち，喘息という病態そのものが，IgE

関連遺伝子の作用を増幅し，総 IgE 値の上昇に結びついている可能性もあります。これは，遺伝子の効果が一定不変に現れるのではなく，病態という文脈の中で強まったり弱まったりすることを示す好例でもあり，遺伝要因と病態環境は切り離せないということです。

（図16）興味深いことに，喫煙やライノウイルス感受性に関与する *ORMDL3* は，健常人においてアトピーには関連しないにもかかわらず，総 IgE 値には強く関与していました。これは，ORMDL3が喫煙やウイルス感染によって誘導される 2 型自然免疫応答に影響していることを示唆しています。喘息を 2 型自然免疫や上皮ストレス応答を含めた上皮バリア異常という枠組みで理解する必要があることがわかります。

（図17）私たちは，健常人総 IgE 値を対象とした GWAS を行い，Genetic Risk Score を算出しました。臨床的には総 IgE 値はアトピーと相関しますが，総 IgE-GRS はアトピーとは関連せず，アレルゲン感作とは独立した総 IgE 値への遺伝的規定因子であります。（図18）実際，総 IgE-GRS は総 IgE 値ときわめて強い相関を示しました。これは，総 IgE 上昇にはアレルゲン感作とは異なる遺伝的背景が存在することを意味しており，喘息病態の再考を促す重要な結果でした。

（図19）さらに，総 IgE-GRS，発症年齢，気流閉塞を用いてクラスター解析を行うと，総 IgE - GRS の上昇した成人発症で気流閉塞の目立たない一群が同定されました。この群では総 IgE 値もアトピー頻度も中等度であり，アトピーとは独立した高 IgE 反応性がドライブする喘息患者の存在が示唆されました。

3．病名を超えてみえる慢性気道疾患の共通病態

（図20）当科の重症好酸球性喘息に対するベンラリズマブ治療例を解析すると，治療前の好酸球関連遺伝子発現が優位な群は良好な反応を示した一方，好中球関連遺伝子の活性化を伴う群では治療反応性が低いことが明らかになりました。すなわち，臨床的には好酸球性喘息の枠組みに入る患者群の中にも，治療反応性を規定する異質性が存在することがわかります。特に，好酸球性炎症に好中球性炎症が重なった病態では，十分な効果が得られにくい可能性があります。これは，表現型として同じに見える重症喘息の中にも，治療標的の異なる複数のエンドタイプが存在することを示唆する重要な所見です。

（図21）日本人の中高年発症喘息を対象とした GWAS では，*HCG22* 遺伝子が新たな感受性遺伝子として同定されました。この遺伝子領域は，びまん性汎細気管支炎（DPB）や COPD とも関連しており，中高年発症喘息の中には，典型的な 2 型炎症優位喘息とは異なり，慢性感染，粘液貯留，気道組織の破壊，好中球性炎症を伴う病態が関与している可能性があります。病名としては喘息であっても，その病態はより広い慢性好中球性気道疾患スペクトラムの中で理解すべき患者群が存在するのです。

（図22）さらに，慢性気道感染と線毛機能異常を特徴とする原発性線毛機能不全の原因遺伝子に着目したところ，線毛の外側ダイニン腕の一部をコードする *DNAH5* 遺伝子の eQTL が成人発症喘息と関連することが明らかになりました。粘液線毛輸送系の機能異常は，病名を超えて慢性気道疾患を横断する重要なエンドタイプであると考えられます。

（図23）近年，その増加が懸念されている非結核性抗酸菌症（NTM 症）も，結核と比較して宿主要因の関与が大きい慢性気道疾患です。そこでは，慢性的な気道感染，粘液クリアランス障害，好中球性炎症，気道構造破壊といった要素が相互に関連し，病変の遷延化と慢性化に寄与しています。

（図24）我々は，治療前の末梢血の網羅的遺伝子発現から NTM 症の中には良好な治療反応性にもかかわらず，組織破壊が進行し予後の悪い群を同定し（クラスター 3），好中球の非感染性の活性化によって特徴づけられる病態が存在する可能性を示しました。

（図25）私はこのような病態を，病名横断的に「muco-obstructive lung endotype」として捉えることが可能だと考えています。COPD，DPB，気管支拡張症，PCD，NTM，さらには一部の成人喘息では，

この共通基盤が病名を超えて存在している可能性があります。このエンドタイプでは，dysbiosis，慢性好中球性炎症，粘液過分泌，線毛機能異常，気道構造破壊が相互に連関しながら悪循環を形成し，疾患の慢性化，重症化に関与します。

（図26）肺機能の経年変化をみると，喘息とCOPDは必ずしも独立した疾患ではありません。小児喘息や繰り返す肺炎を背景とした若年期からの肺機能低下，あるいは喫煙などによる成人後の急速な機能低下という異なる軌跡を通じて，最終的にCOPDへ至ることがあります。喘息はそれ自体がCOPDの危険因子であるという視点が必要です。すなわち，喘息とCOPDを別々の診断カテゴリーとしてみるだけではなく，肺機能軌跡という時間軸の中で連続的に捉えることが求められます。

（図27）実際に*TSLP*遺伝子は，喘息だけでなく健常人の気流閉塞にも関連していました。これは，気道上皮のストレス応答異常が，複数の慢性気道疾患に共通する分子基盤となっている可能性を示しています。TSLPは2型免疫を惹起するアラーミン分子として理解されてきましたが，上皮傷害や修復異常，慢性的な気流制限の形成といった，より広い意味での気道バリア異常に関わっている可能性があります。

（図28）また，*CDHR3*遺伝子も，アトピー素因を持つ個体では成人喘息のみならずCOPD発症のリスクとも関連していました。若年期のウイルス感受性が，その後の気道疾患の軌道に長期的影響を及ぼしている可能性があります。つまり，小児期の感染脆弱性が，成人期以降の慢性閉塞性病態につながるかもしれないということです。これは，ライフコース全体の中で気道疾患を捉える重要性を支持しています。

（図29）さらに，喘息とCOPDに共通する増悪因子として，好酸球増多や胃食道逆流が重要であることが知られています。*ILA*受容体遺伝子多型は，2型炎症優位で増悪を繰り返しやすい表現型に関連しており，病名を超えて，増悪しやすさを規定するエンドタイプには共通性があることが示されました。

4．気道構造，発育異常，そして精密医療へ

（図30）健常人を対象として呼吸機能低下に関わる遺伝子群を解析すると，上皮間葉転換（EMT）に関連する経路が抽出されました。EMTは肺の発達異常，線維化，気道リモデリング，さらには肺がんにも関与する概念であり，慢性気道疾患の共通病態を理解するうえで重要な分子機構です。すなわち，呼吸機能低下は単なる炎症の結果としてだけでなく，肺の成長，傷害からの修復，構造変化というより長期的な生物学的過程の中で形成されている可能性があります。慢性気道疾患を理解するには，炎症と同時に気道バリアの機能不全，構造異常を考慮する必要があります。

（図31）また，FEV1/FVCに基づく遺伝的リスクスコアを用いた成人喘息のクラスター解析では，若年発症で呼吸機能の低下したクラスターが確認され，肺の発育異常や組織修復異常が病態の背景にある一群が示されました。喘息は炎症性疾患であると同時に，気道の発育や構造の調節障害でもあるという視点が重要になります。興味深いことにこの群では高頻度でアレルギー感作が認められ，バリア異常のアレルギー感作への影響が推測されました。

（図32）Dysanapsisは，肺と気道サイズのミスマッチを示す概念であり，喘息やCOPDの危険因子です。その遺伝的背景にはCOPD感受性遺伝子との重なりもみられ，気道疾患感受性の一部は出生早期からの肺・気道の質的な成長に規定されている可能性があります。CTで中枢気道径と全肺容積を測定して算出されるAirway-to-Lung Ratio（ALR）は，この構造的不均衡を評価する有用な指標です。ALRが低いということは，肺容量に比べて気道径が相対的に小さいことを意味し，閉塞性病態の素地を構造的に表していると考えられます。

（図33）北海道難治性喘息コホートの解析では，累積吸入アレルゲン感作スコア（iCASS）が高い患者ほどALRが低く，肺の質的な成長異常の存在が示されました。一方，食物アレルゲン感作負荷との関連は認められず，この相関が全身的なアレルギー素因に関連した現象ではなく，吸入抗原

に直接さらされる気道局所の構造的特徴が感作形成に関わっている可能性を示しています。

（図34）日本人非喫煙喘息を対象としたGWASでは，*HAS2*遺伝子が疾患発症に防御的に働く結果が得られました。HAS2はヒアルロン酸合成に関わる分子であり，高分子ヒアルロン酸を介して気道上皮や組織修復の恒常性維持に寄与しています。喘息病態における種々の外因に対する過剰な反応性が，防御機能の低下からも引き起こされている可能性があります。

（図35）*HAS2*欠損マウスを用いた検討では，曝露する環境因子によって出現する表現型が大きく変化しました。遺伝背景だけで病態を説明することはできず，環境との相互作用を常に考慮しなければならないことを示しています。同じ遺伝背景であっても，どのような刺激に，どの時期に，どの程度さらされるかによって表現型は変わります。ここには，私が研究の出発点として重視してきた「外的ストレスに対する多様な個体反応性」というテーマが，改めて浮かび上がっています。

（図36）このように，喘息の表現型は単一の機序，病態で規定されるものではありません。ウイルス感受性，２型自然免疫，好中球性炎症，粘液線毛輸送異常，気道発育異常など，複数のエンドタイプが重なり合って個々の病態を形成しています。真の精密医療の実現には，表現型の背後にあるエンドタイプを理解することが不可欠です。重要なのは，患者さんに「喘息」という病名をつけることで思考停止してしまわないことです。どのような病態がその患者さんを駆動しているのかを見極めることが，適切な治療選択につながるのです。

結語

（図37）ここまで，私は喘息の本態を，アレルギー感作，ウイルス感染，２型自然免疫，好中球性炎症，粘液線毛系異常，気道成長不全，慢性気道感染といった多面的な視点から捉え直してきました。しかし，最終的に私の研究を支えてきたのは，臨床の現場で出会う一人一人の患者さんです。何より大切なのは，「病気」を診るのではなく，「病人」を診る姿勢です。ガイドラインやエビデンスが整備された時代であっても，目の前の患者さんの病態は一人ひとり異なります。その違いを見抜き，その患者固有の問題に寄り添うことが，臨床の本質だと考えています。

（図38）Clinical Clerkshipで学生さんに求めたいのは，単なる知識の習得ではありません。病名を覚えるだけでなく，その患者の病態を考え，教科書には書かれていない臨床の知恵を学び，患者に対して同情ではなく共感を持って接することが重要です。直接患者に接する意味は，教科書で得られる知識を確認することだけではなく，患者さんに接することでしか得られない学びを経験することにあります。知識と知恵，病名と病態，同情と共感。その違いを体感することが，臨床実習の本当の意義だと思います。

（図39）若い人には，ぜひ冒険を大切にしてほしいと思います。生命の神秘に驚嘆し，自らの内から沸き起こる好奇心を大切にしてください。いつの時代も医学の進歩を支えてきたのは，患者さんから見つかる「どうして」という素朴な疑問にあります。他人との競争に勝つことだけに執着し，他人の評価ばかりを気にするのではなく，自分の中の「なぜ」を大切にして未知の課題に踏み出してほしいと心から思っています。競争だけでは，他人から与えられた価値観（評価）の枠組みの中での優劣しか生まれません。冒険は新しい問いを生み，新しい医学を切り開きます。

（図40）最後に強調したいのは，人の能力は遺伝だけで決まるものではなく，外的な刺激と環境によって大きく変わるということです。私自身もまた，19年間，筑波大学呼吸器内科という素晴らしい環境の中で，多くの人から刺激を受け，育てられてきました。その感謝をもって，最終講義の締めくくりとしたいと思います。長い間，本当にありがとうございました。

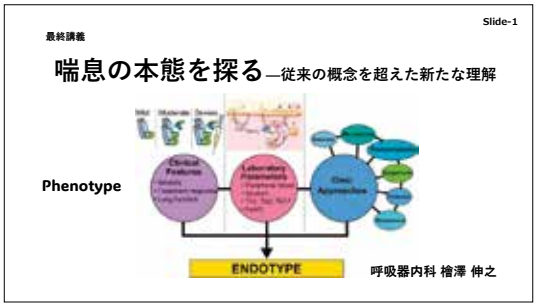


図 1



図 2

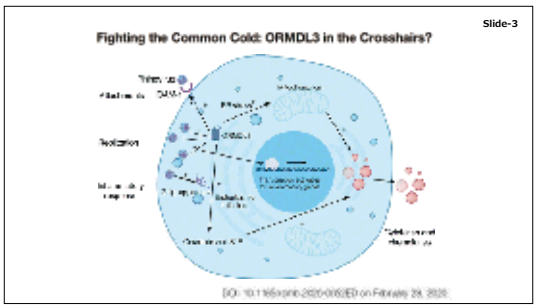


図 3

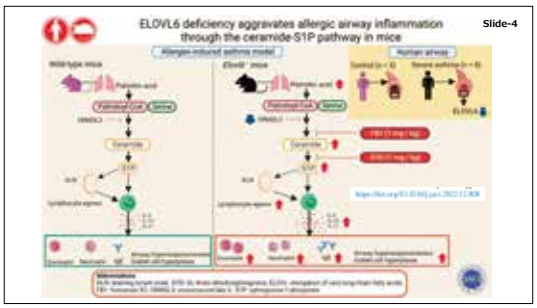


図 4

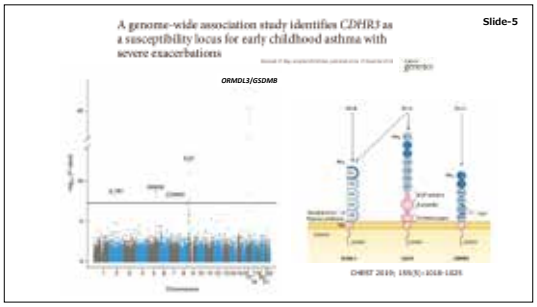


図 5

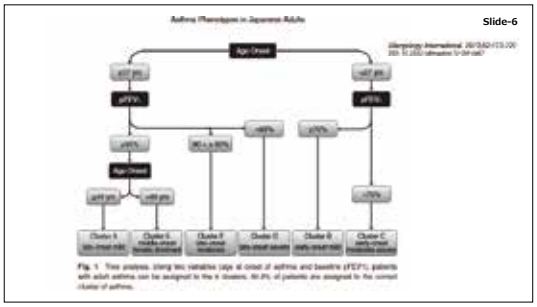


図 6

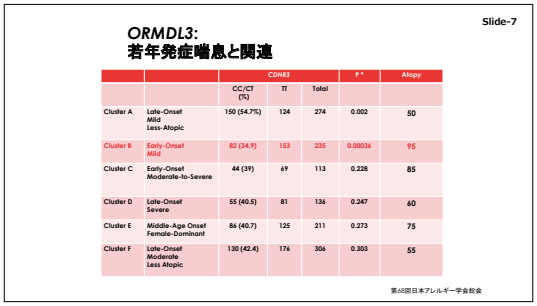


図 7

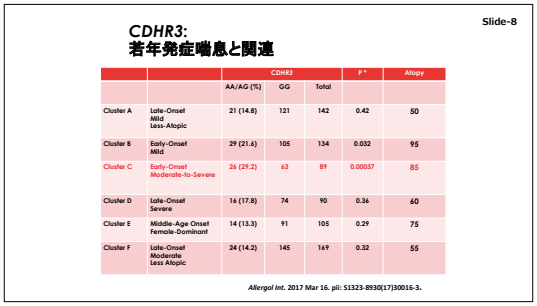


図 8

Slide-9

CDHR3遺伝子: アレルギー感作との相互作用

Kanazawa J, et al., How important is allergic sensitization as a cause of atopic asthma?, Allergology International (2017), https://doi.org/10.1016/j.alit.2017.10.005

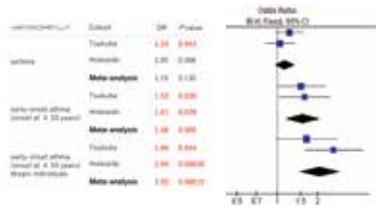


図 9

Slide-10

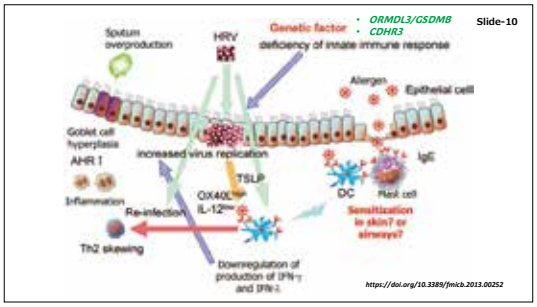
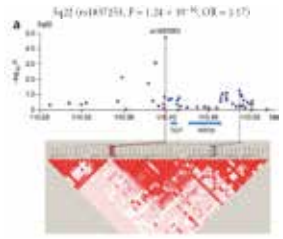


図10

Slide-11

Genome-wide association study identifies three new susceptibility loci for adult asthma in the Japanese population



Nat Genet. 2011 Jul 31;43(9):893-6.

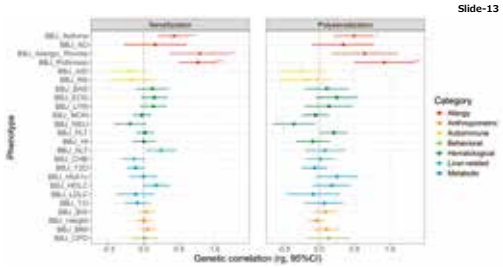
図11

Slide-12



図12

Slide-13

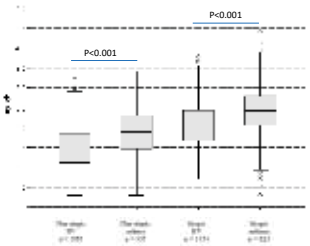


J Allergy Clin Immunol. 2024 Dec 3:S0091-6749(24)01285-5.

図13

Slide-14

Comparison of total serum IgE according to the status of atopy and asthma



筑波大学 提供データ

図14

Slide-15

A Common *FCER1B* Gene Promoter Polymorphism Influences Total Serum IgE Levels in a Japanese Population

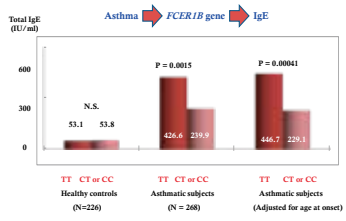


図15

Slide-16

ORMDL3/GSDMB genotype as a risk factor for early-onset adult asthma is linked to total serum IgE levels but not to allergic sensitization

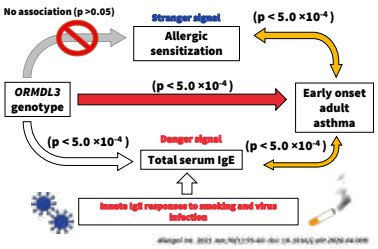


図16

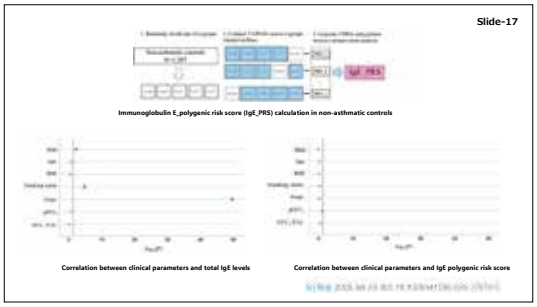


図17

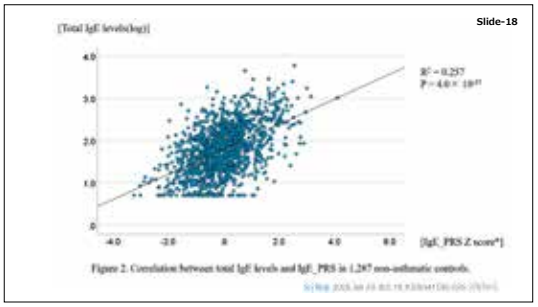


図18

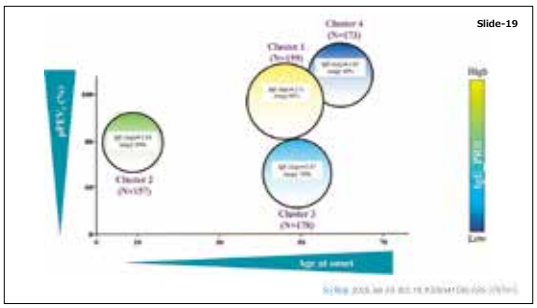


図19

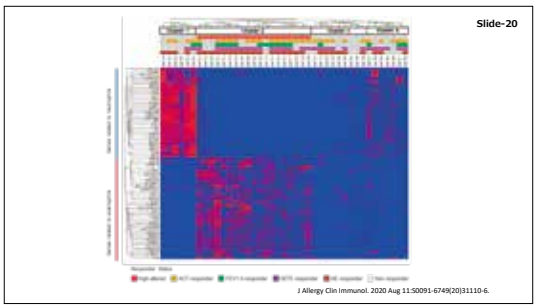


図20

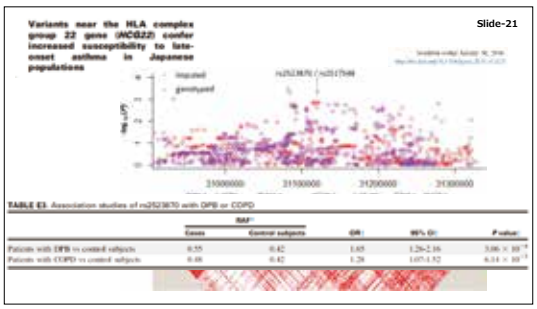


図21

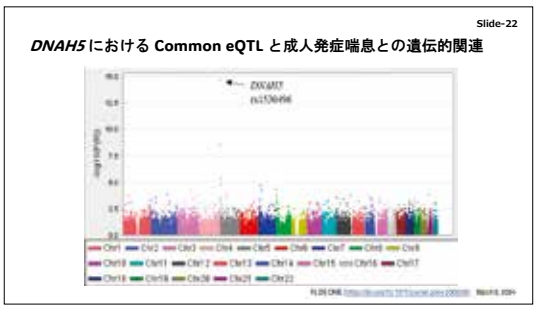


図22

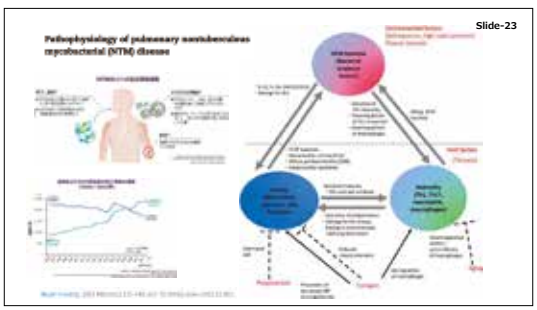


図23

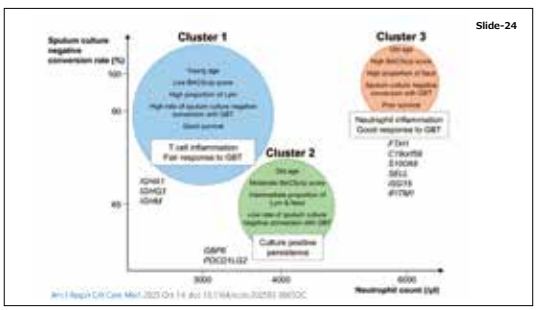


図24

Slide-25

Muco-obstructive lung endotyp

- **COPD**
- **PCD**
- **Cystic fibrosis**
- **Non-CF bronchiectasis**
- **DPB**
- **Asthma (late-onset)**
- **NTM**

PPM: potentially pathogenic microorganisms

- *Hemophilus influenza*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Moraxella Catarrhalis*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Staphylococcus aureus*

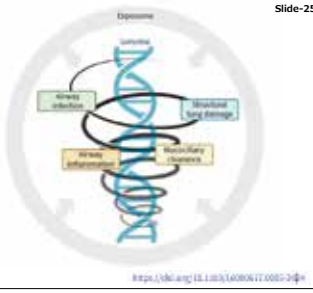
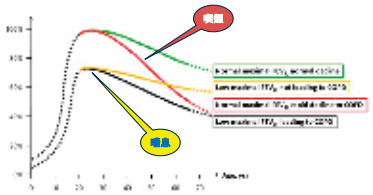


図25

Slide-26

Lung function trajectories to COPD



Lange P, Celli B, Agusti A, *et al.*: Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med.* 2015; **373**(2): 111–22.

図26

Slide-27

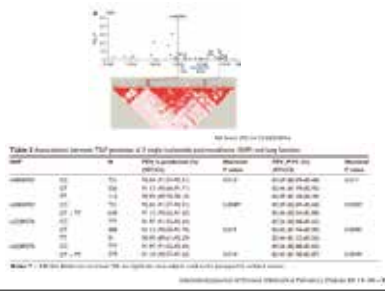
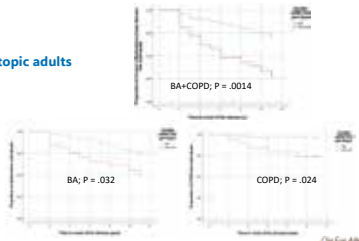


図27

Slide-28

Genetic impact of CDHR3 on the adult onset of asthma and COPD

Atopic adults



Clin Exp Allergy. 2020;00:1–7.

図28

Slide-29

Association of the *IL4RA* polymorphism with type-2 exacerbation-prone phenotype

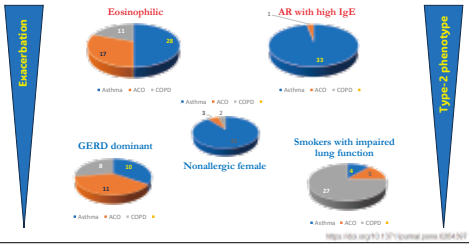
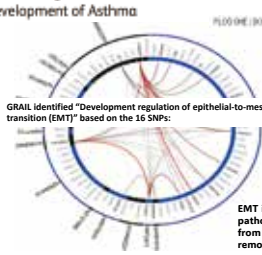


図29

Slide-30

Role of Lung Function Genes in the Development of Asthma



GRAIL identified "Development regulation of epithelial-to-mesenchymal transition (EMT)" based on the 16 SNPs:

EMT is thought to be involved in the pathogenesis of numerous lung diseases ranging from developmental disorders, fibrotic tissue remodeling to lung cancer.

図30

Slide-31

Asthma phenotype associated with FEV1/FVC GRS

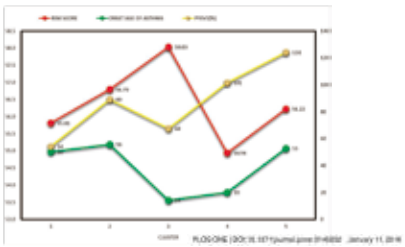


図31

Slide-32

Dysanapsisとアレルゲン感作

- **Dysanapsis**は肺と気道サイズのミスマッチ（肺の質的な成長異常）
- **Dysanapsis** は**BA**や**COPD**発症の危険因子
- **Dysanapsis**と**COPD**との**GWAS**では複数の遺伝子がオーバーラップ

CT-dysanapsisの評価方法

CT画像で中枢気道径、全肺容積を測定
→**Airway-to-Lung Ratio (ALR)** を算出

ALR低値 ＝ 肺容積に比して気道径が小さいことを示す



Shimada T *et al. J Appl Physiol (1985)* 2025;138:483-91.

図32

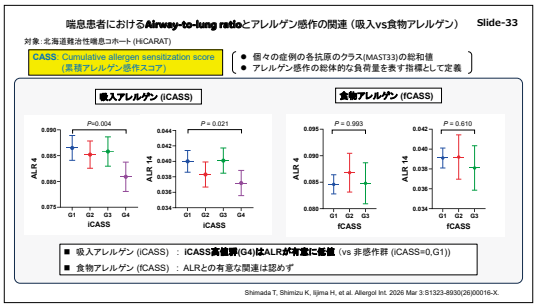


図33

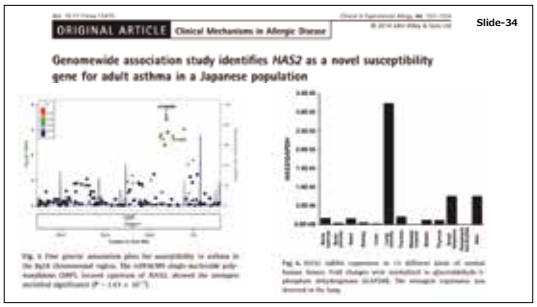


図34



図35

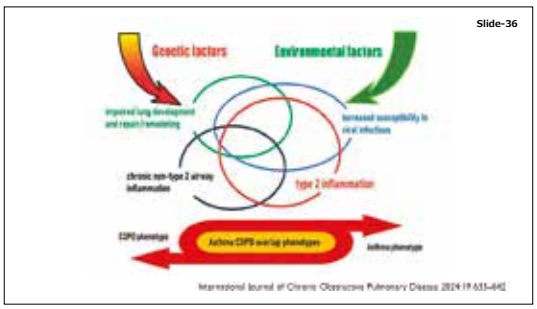


図36

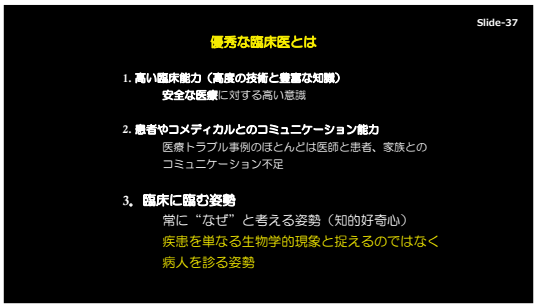


図37

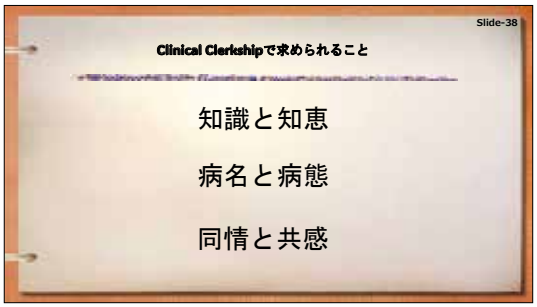


図38

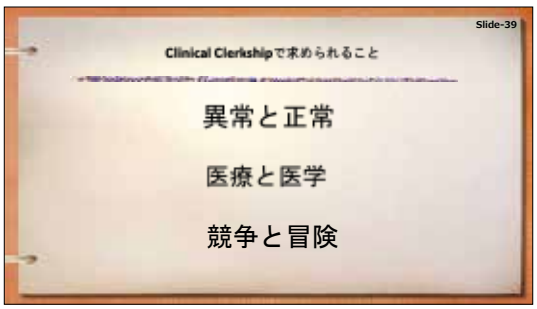


図39

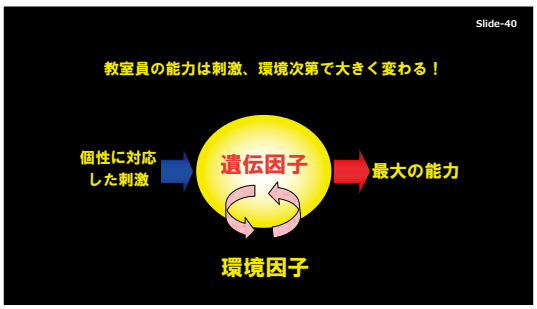


図40

2026年３月５日（木）
最　終　講　義

筑波大学社会医学と歩んだ50年
― 生活と調和した医療のためのヘルスサービスリサーチ ―

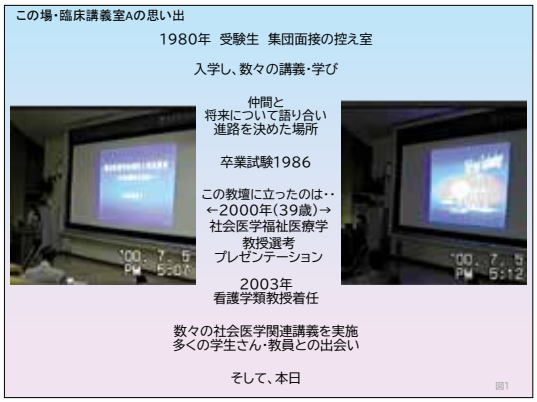
筑波大学　医学医療系　臨床医学域
社会医学　田　宮　菜奈子　教授

この度は桐医会会報100号記念号に最終講義の内容を掲載いただけますこと，大変ありがたく光栄に思っております。私は，1984年学生時代（M5）に，本誌編集委員長代行として，仲間とともに「ヒポクラテスたちは今」（当時の映画の題名にちなんだ卒業生の近況報告コーナー）そして，開学時教授になられた先生がたの最初のご退官にあたり，最終講義内容を本誌に掲載する企画を提案した経緯を思い出し，伝統を作れるタイミングであったことも思い，さらに感慨深く思っております。

今回の最終講義では，研究業績よりも，本学あればこそ，先生がた先輩そして仲間あればこそ，そしてこの時代だったからこそ得られた医師・研究者としての悩みながらの道のりを中心にお話しさせていただきました。ただ，実は懐かしい方々にたくさん集まっていただいたあの講演会，皆様のお顔を見ると，いろいろなことが胸をよぎり，予定していた原稿をはるかにこえた本当に長いおしゃべりになってしまいました。それをここにコンパクトにお伝えするのは大変難しいのでよろしかったら動画（QR コード巻末）もあわせてご覧ください。

はじめに

本日，今この教壇に立ちながら，既視感とともに大きな感慨を覚えています。



実はこの臨床講義室 A は，私が筑波大を受験した際，集団面接の控室として使われていた場所です。本学医学の入試は，当時，６回生からしばらくの間，５時間の論文と集団および個人面接のみという大変ユニークな入試でした。そのためか，文科系出身や既卒中退も比較的多く，集まった同級生も多様な魅力がいっぱいでした。今思うと，医学部でこうした入試をされたのは大きな英断だったと思います。サイエンスの論文をよみ作図して答える「虹の理論」，そして集団面接は６人グループで「文明と病気」というテーマでの討論でした。その後，幸運にも筑波大学に入学し，社会医学をはじめここで多くの学びを得ました。卒業後しばらく筑波を離れましたが，2000年には社会医学に新設される福祉と医療を結ぶ分野として福祉医療学教授の公募にお声かけいただき，老健施設長として39歳でこの教壇に立ちました。写

真はその時2000年のこの場での写真です。追ってご説明する概念（P27右上）をすでに話しています。業績も少なくかないませんでしたが，そのご縁で，2003年に地域看護学分野教授として母校へ戻ることができました。そこから，23年，ここで多くの講義をし，多くの出会いがありました。多くの失敗や後悔もありました。しかし同時に，本学あればこその導きで，ここまで歩んでくることができました。本稿では，私が，本学の社会医学を志し，ヘルスサービスリサーチ（HSR）に取り組むに至った歩みを振り返りたいと思います。

原点 ― 筑波大学との出会い

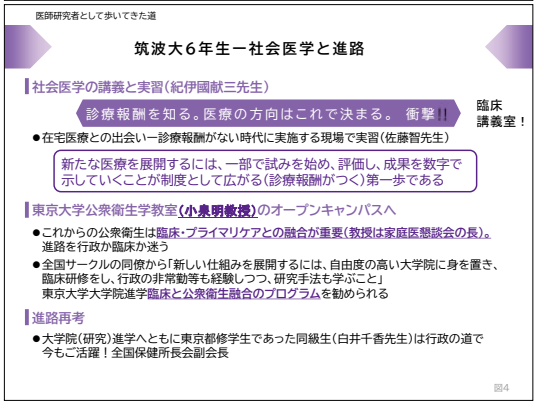


私の曾祖父は現常総市玉小学校の初代校長として，昼間学校へ通えない子どもたちのために夜間学校を開きました。「学びたくても学べない人に機会を届ける」という姿勢は，後に私が取り組む「必要な人に医療や介護を届ける」という考え方につながっているように思います。

私の人生を決定づけたもう一つの出来事は，妹の障害でした。幼い頃，妹に知的障害があることがわかりましたが，当時の医療は診断まではしてくれましたが，その後の生活支援についてはほとんど何もありませんでした。そんな私たち家族を支えてくれたのが地域の保健師さん。保健師さんは自転車で我が家を訪れ，母の話を聞き，地域の支援制度につないでくれました。その姿を見て私は，幼いながら，診断や治療だけではなく，その後の生活を支えることが重要なのだと強く感じました。そのころ，茨城の親戚からこの山が大学になるからそこで学ぶようにと言われたりもしました。そして高校３年で教師から本学が社会医学を柱にする新しい医学部であることを聞き，魅力を感じました。ここが社会医学と私の出合い…そこからほぼ50年です。

学生時代から臨床へ

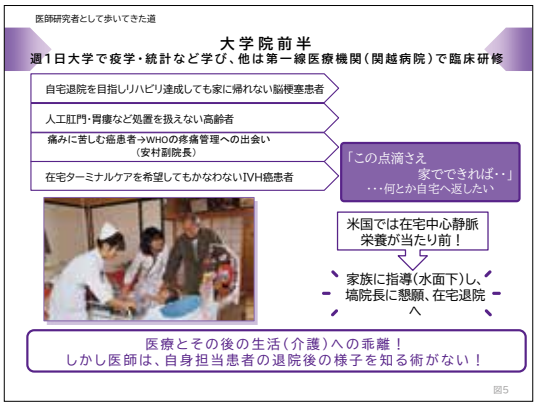




筑波大学では，基礎臨床社会を３本柱にすえた大学らしく社会医学を重視する教育を受けました。とくに学部時代に他大学にはない看護実習を経験し，診療報酬を講義で学び，そして６年の実習で報酬にない在宅医療の現場をみせていただき，患者ニーズから政策への流れを考えることができたことは衝撃でした。その他，合唱や３本柱によるネーミングの基臨社祭，全国レベルのサークル活動など様々な経験をしました。

進路は，臨床か社会医学かで悩みましたが，学生時代に参加していた「全人的医療を考える会」の仲間からの勧めもあり，まず，これからの公衆衛生は臨床と近くなければという考えのもと両方

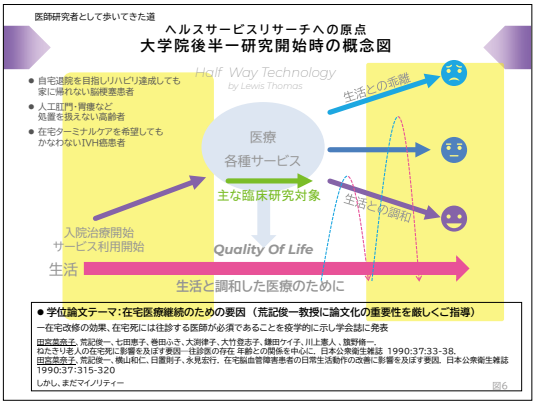
できるしくみのあった東京大学大学院で公衆衛生を学びながら地域病院で研修を行いました。



研修では忘れられない患者さんたちに出会いました。最初の患者さんは脳梗塞の高齢女性でした。私は自宅退院を目標に懸命に支援し，ご本人も努力を重ねて退院の日を迎えました。ところが退院後，病棟師長から，「あの方は家には帰れなかった」と告げられました。家族に介護する余力がなかったのですが，誰にも相談できず，当時介護は家族のプライベートなもので支援する制度はほぼありませんでした。

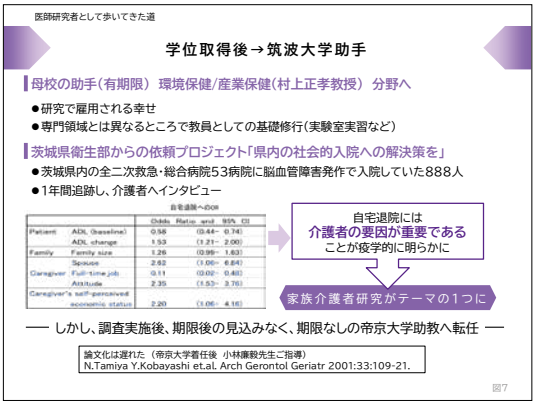
主治医自身が知らずに転院する，そしてそこではリハビリなどできずいわゆる寝かせきりという状況。私は大きな衝撃を受けました。医学的には成功していても，生活にはつながらないことを初めて実感しました。

さらに終末期がん患者さんとの出会いもありました。中心静脈栄養を続けなければ生きられない状態でしたが，ご本人は「家に帰りたい」と希望されました。当時は在宅 IVH などほとんど行われていませんでした。しかし海外文献を調べ，看護師と協力し，院長を説得しながら在宅での管理体制を整え，患者さんは家族に囲まれながら自宅で最期の時間を過ごされました。海外文献へのアクセスが良かったのは，大学に通いながら研修をした大きなメリットでした。また，人工肛門を扱えない直腸がん手術の方もおられました。この経験から，医療と生活の間にある谷間は，個人の努力だけでは埋められない。制度として解決しなければならない。それには実際のこの溝を示すことがまず必要と思いました。



これは大学院ゼミで研究開始時の思いをプレゼンした際の図です。冒頭（P25右）の写真にもあります。医療は病院の中だけではなく，生活から医療へのアクセス，そして退院後の人生を含めて捉える研究をしたいとの思いです。そして学位は，当時はじまったばかりの在宅ケアの評価として，自身でデータを集めたもの，二次データを活用させていただいたもの２本の日本公衆衛生雑誌掲載論文をもとに提出しました。しかし，これは医学研究なのか，医学博士としてよいのかという議論にも一時なりましたが，最終的にはいただくことができました。

研究者としての出発



大学院修了後，私は憧れの筑波大学社会医学系の一員として，村上教授の環境保健学の有期限助手ポストをいただくことができました。母校の研究職になれたことはとてもありがたかったです。

そして途中から，茨城県から依頼された社会的入院に関する調査に携わる機会もいただけました。当時，介護保険はなく医療保険で介護ニーズにも対応せざるを得ない状況でしたから，高齢者が医学的には退院可能であっても，家庭や地域に受け皿がないため長期入院を続けざるを得ない「社会的入院」が大きな課題となっていました。私は，疫学的にも，断面調査ではなく，県内の二次救急以上の病院から脳梗塞の患者さんのリストをいただき追跡調査するという提案をし，最初は抵抗がありましたが，最終的には多くの医師・保健師の皆さんの協力によって実現しました。当時，ADL（日常生活動作）の改善が在宅復帰を左右すると考えられていましたが，実際には，「家族の意思や経済力」が大きな影響を持っていたのです。

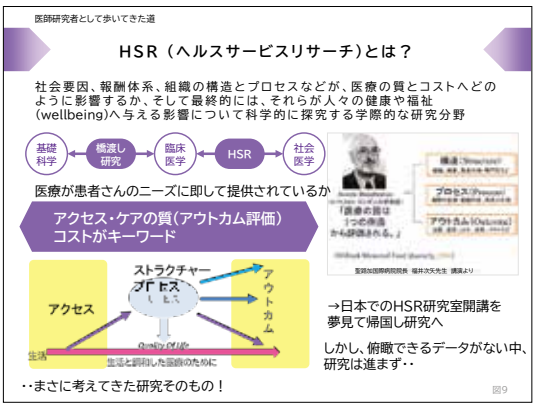
ハーバード留学と HSR との出会い



その後，無期限の帝京大学に助手で異動しましたが，すぐにハーバード大学公衆衛生大学院へ留学する機会をいただきました。

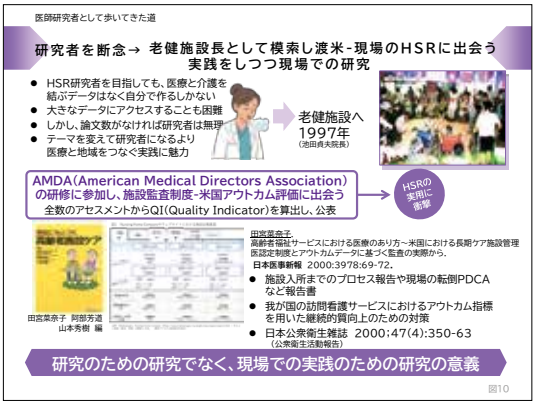
留学前は，自分の研究が本当に通用するのか不安でした。しかし世界中から集まった多様な研究者や行政官との交流は，私の視野を大きく広げてくれました。この時に出会った仲間たちは，その後も長く研究人生を共にする大切な存在となりました。

そして，まさに自分が考えてきた研究，日本ではまだ学問として位置付けられていなかったのですが，「ヘルスサービスリサーチ（Health Services Research：HSR）」として体系化されていることにも出会いました。



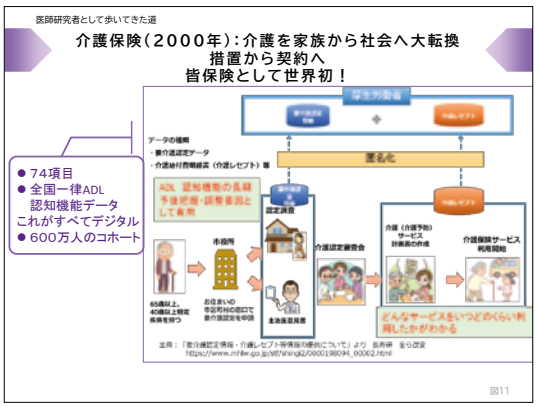
HSR は，医療制度やサービス提供体制，財政や組織のあり方が，人々の健康や生活にどのような影響を与えるかを研究する学問，病気そのものではなく，「医療がどのように人々へ届いているか」を科学する学問とも言えます。

これまで臨床現場で感じてきた疑問や問題意識が，一つの学問体系として存在し，さらに，クリントン政権下，研究者がデータをもとに政策提言を行い，社会を変えていく姿を目の当たりにしました。



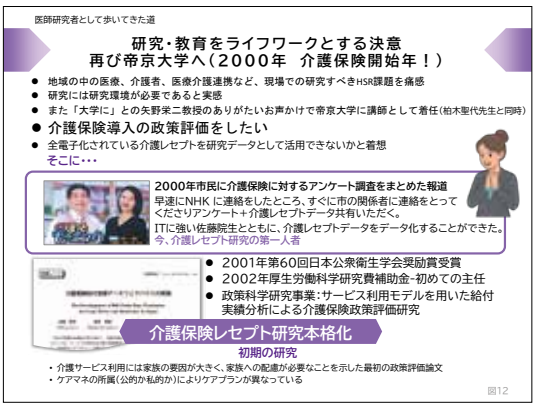
帰国後，私は日本で HSR を実践しようとしました。しかし当時の日本には，医療と介護を結びつけて分析できるデータがほとんど存在していませんでした。研究を進めたいと思っても，データがない。論文も思うように書けない。周囲からはテーマを変えることを勧められました。しかし私にとって，「医療と介護の谷間」を埋めることは研究者になった理由そのものでした。そのテーマ

を捨てることはできませんでした。悩んだ末，私は一度大学を離れ，老人保健施設の施設長として現場に戻ることを決意しました。施設長研修が米国で行われていることを知り渡米もできました。それをヒントに現場でのＰＤＣＡによる研究など，職員とともに現場でこそのＨＳＲを実践できました。そして，2000年，日本で介護保険制度が始まったのです。



介護を，家族だけの責任から社会全体で支える仕組みへと転換する日本社会にとって画期的な制度でした。私は現場で制度の立ち上がりを経験し，初代ケアマネジャー資格も取得しました。また，介護保険のレセプトが最初から電子化されていることに着目しました。要介護認定調査の内容とサービス利用の詳細がデジタルデータ化されていました。将来，このデータは日本の HSR を発展させる大きな基盤になる。そう確信するようになりました。

筑波大学への復帰

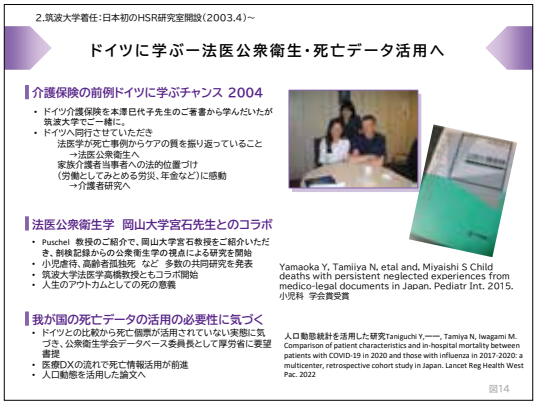


そして，介護保険の開始とともに，私は再び研究と教育を生涯の仕事にしようと決意しました。介護保険という新しい制度は，まさに私が長年取り組みたかった課題そのものでした。そしてテレビ番組をきっかけに，市町村とのデータ共有・共同研究が始まりました。



2003年，地域看護学分野教授として再び筑波大学へ戻ることになりました。看護教育の経験はありませんでしたが，多くの先生方に支えられながら教育と研究に取り組みました。そして2005年には，筑波大学において日本で初めて「ヘルスサービスリサーチ」を冠した研究室を開設することができました。長年追い続けてきた夢が，ようやく形になった瞬間でした。

国際的な広がり



筑波大学着任後は，ドイツの介護保険制度や高齢者ケアの視察にも参加することができました。特に印象的だったのは，死亡データや検案情報を活用して高齢者施設のケアの質改善に役立てている取り組みでした。人生の最終段階に起きた出来事を丁寧に検証し，次のケア改善につなげる姿勢に強い感銘を受けました。そして，現在の法医学との共同研究のきっかけになりました。

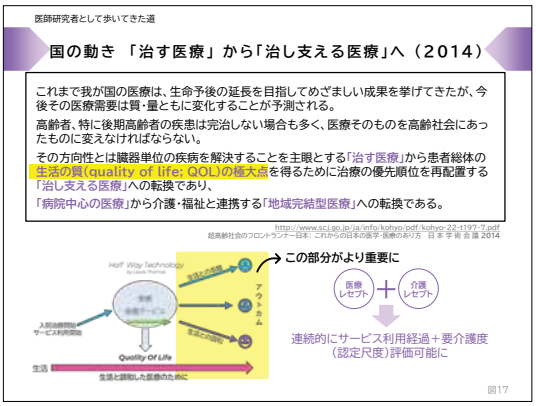


さらにJICAを通じてチリの高齢者政策にも関わる機会をいただきました。介護保険制度や要介護認定の考え方を伝えながら，多くの行政官や研究者と交流しました。その中から筑波大学で学位を取得する留学生も生まれ，筑波のHSRは少しずつ国際的な広がりを持つようになりました。

Lancet 掲載と研究室の発展

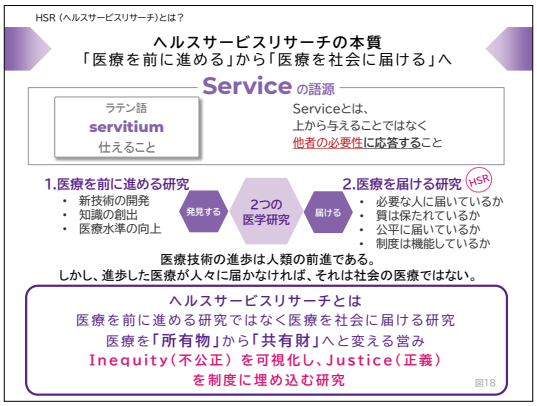


大きな転機となったのが，日本の国民皆保険制度50周年に合わせて企画された『Lancet』日本特集への参加でした。ハーバードの仲間らとともに日本の介護保険制度について分析し，その成果を世界へ発信しました。かつて「医学研究ではない」と言われたテーマが，世界最高峰の医学雑誌で評価されたことは大きな喜びでした。この頃から，自治体や企業との共同研究も増え，ヘルスサービス開発研究センターの設立へとつながっていきます。私が学生時代から抱いてきた「生活と医療をつなぐ研究」は，ようやく社会の中で形を持ち始めたのでした。

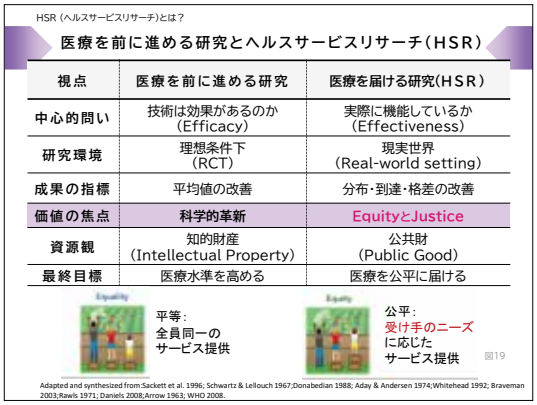


2014年，日本学術会議は「治す医療」から「治し支える医療」への転換を提言しました。私が若い頃から感じ続けてきた「退院後の生活まで見なければ本当の医療は評価できない」という問題意識が，ようやく国の政策として共有される時代になったのです。私たちは医療と介護のデータを連

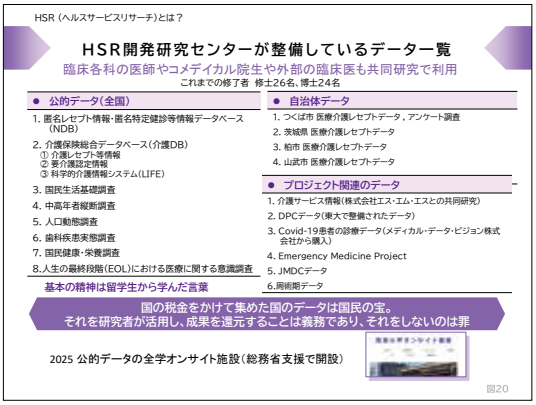
結し，生活機能や要介護度の変化を追跡する研究に取り組みました。



医学研究には，新しい医療技術を生み出す研究と，それを社会に届ける研究があります。HSR は後者です。どれほど優れた治療法でも，必要な人に届かなければ意味がありません。そしてサービスという語源を紐解くと，他者の必要性に応じることが重要な概念です。人々のニーズをとらえ，公平にサービスを提供し，医療を社会の中で機能させる仕組みを明らかにすることが HSR の使命です。



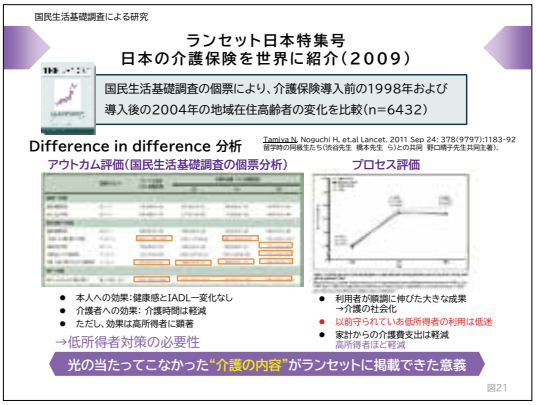
臨床研究が「この治療は効くか」を問うのに対し，HSR は「現実社会で本当に機能しているか」を問います。そのため，視点がこのように違います。私たちが重視してきたのは，公平性やアクセス，地域格差の改善です。研究成果は特許ではなく公共財として社会へ還元されるべきだと考えています。



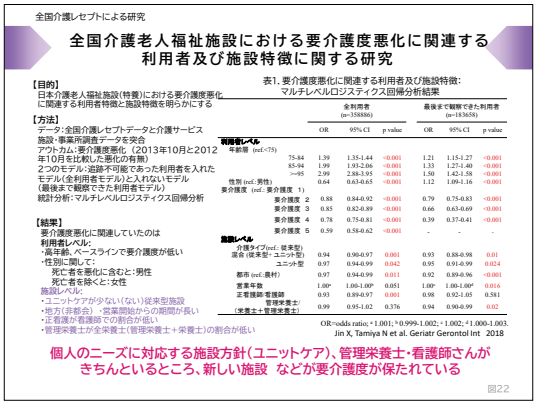
患者さんの人生の中の医療を理解するためには，病院の中だけではなく地域に戻った後の姿まで追う必要があります。そのためには全国規模のビッグデータが不可欠でした。私は長年，医療と介護をつなぐデータ基盤の整備に取り組んできました。筑波大学では，NDB，介護レセプト，DPC などの大規模データを活用できる環境を整備しました。さらにオンサイト施設を設置し，多くの研究者が安全に国のデータを活用できる体制を構築しました。

研究例のご紹介

ここから，このようなデータを活用してきた研究についてご紹介します。



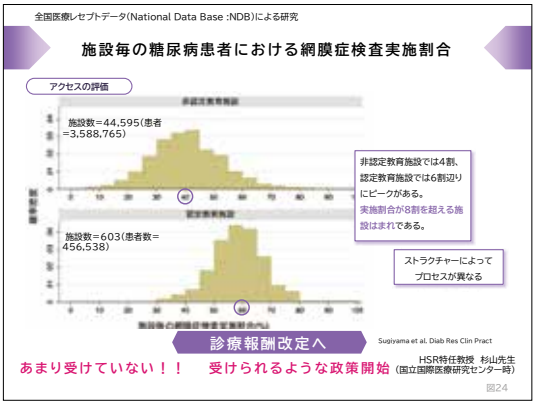
まずは，前述の『Lancet』日本特集号です。日本の介護保険制度の前後の政策評価を，当時まだ二次利用が厳しかった国民生活基礎調査を用いて分析し，措置から保険への転換にあって，低所得者のアクセスが低下したことを示しました。



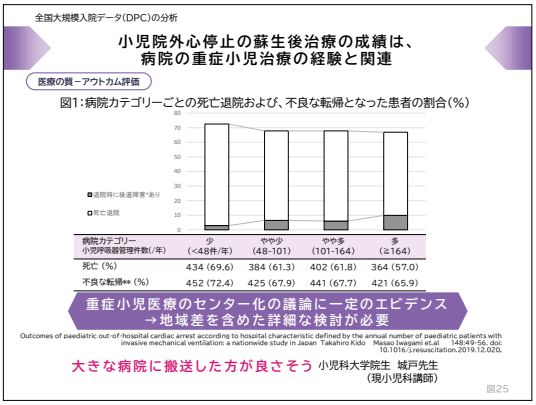
全国の介護レセプトデータにより，介護老人福祉施設における要介護度の推移をアウトカムに施設と個人の特性を分析した結果，専門職が適切に配置され，個別ケアを重視する施設では，要介護度の悪化が抑えられることが明らかになりました。介護の質とそれをもたらす施設特性が高齢者の機能維持に関わることを示した研究でした。



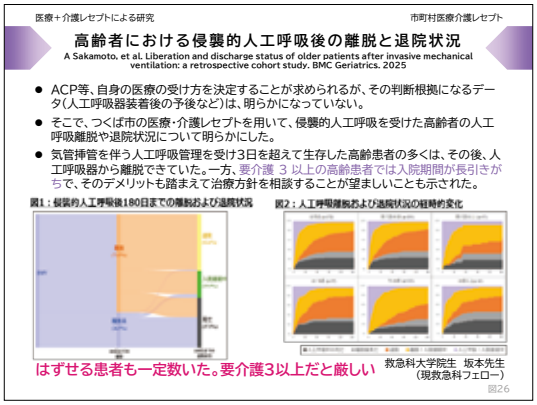
介護の社会化を目指した介護保険において，従来家族介護が制度の中心であった日本では，諸外国が導入している現金給付などの介護者直接の支援は，サービス利用を促進する目的から，議論の上，見送られました。他国の保険に比して，介護者支援があえて位置付けられていないのは日本の特徴です。しかし，本研究では，家族介護者の負担は依然として大きいこと，特に認知症や慢性疾患を抱える高齢者を支える家族では負担が顕著でした。この研究は，家族支援の重要性を示すエビデンスとなりました。



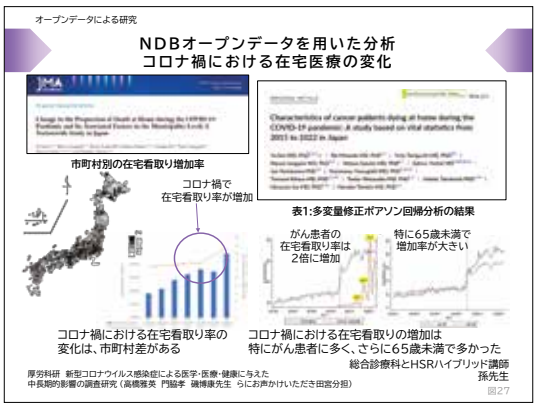
自らの臨床現場の疑問をビッグデータで検証していきたいと希望する医師のメンバーも増えて，介護との関係のみではなく，医療そのものがどう届いているのか―本来の HSR も充実してきました。本研究は，クロスアポイントの杉山教授によるものですが，糖尿病患者の眼底検査受診率には大きな施設間格差が存在し，多くの患者が必要な検査を受けていない実態が明らかになり，この成果は診療報酬改定にもつながりました。



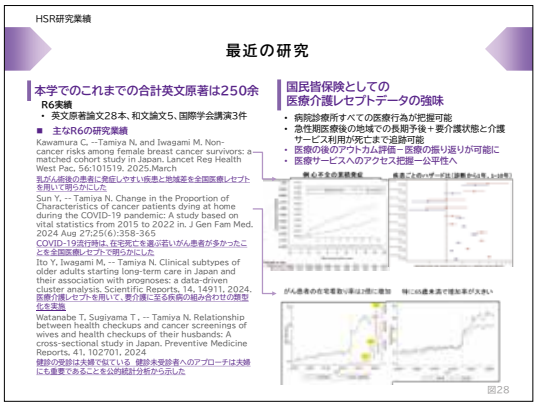
小児科医が当方との共同で学位論文とした小児院外心停止後の予後を分析した研究では，重症小児治療の経験が豊富な施設ほど成績が良いことが示されました。現場の医師が抱いていた実感を，全国データによって裏付けることができました。



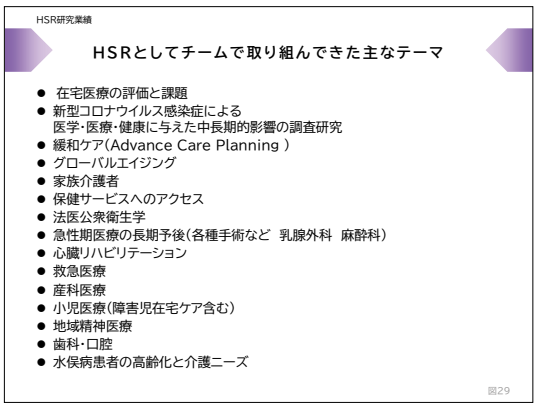
救急科からの院生が，ACP 実施において人工呼吸装着の判断において根拠となるデータがないことを動機に，医療介護レセプト分析を行い，高齢者に人工呼吸器から離脱し地域へ戻る方も少なくないことが明らかになりました。一方で，要介護度が高い場合には厳しいこともわかり，高齢者医療を考える上で重要な知見となりました。



レセプトデータなどは，研究室に所属し契約に基づく必要がありますが，いつでもだれでもアクセスできるものとしてオープンデータがあります。これは，後ほど述べる楔形のように臨床現場にいながら研究をするためにとても重要です。オンラインで国のデータをたとえば医療不足地域の臨床に携わりながらも進めることができ，ラボに通わなければならないという研究のバリアがなくなりました。本研究は，全国のコロナの社会医学的課題の研究班の一環として行った総合診療の医師による研究です。コロナ禍では在宅医療の需要が急速に高まり，病院で家族と会えない状況の中，多くの人が，特に比較的若年のがん患者が自宅で最期を迎えることを選択しました。パンデミックは，人々が何を大切に生きたいのかを改めて問うたものであることも示されました。

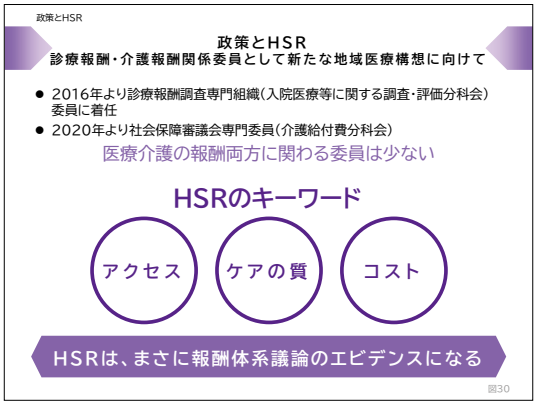


そのほか，多様な診療科からの院生らとともに，乳がん検診，へき地医療，受療行動など，多様なテーマに取り組んできました。しかし一貫しているのは，データを用いて医療介護サービスの課題を可視化し，改善につなげるという姿勢です。



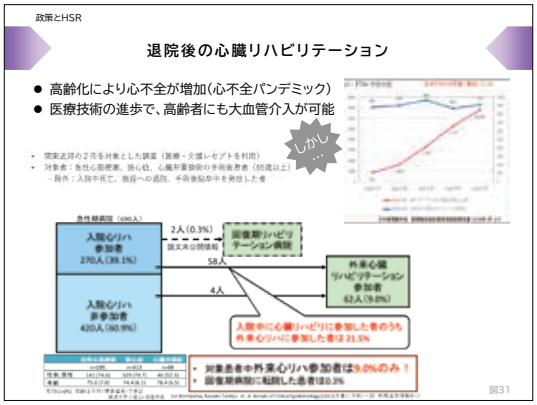
このように，在宅医療，介護，救急医療，認知症，家族介護者支援，グローバル・エイジングなど，多くのテーマに取り組んできました。研究室は多職種が集まるチームであり，現場の課題を持ち寄りながら研究を進めてきました。

政策と HSR



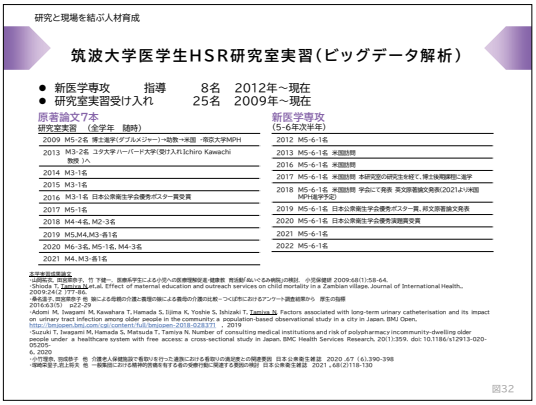
HSR で明らかになった課題は，そのままでは意味がなく，社会に実装されてこそ意味があります。制度の社会実装においては，政策が中心となりますので，研究者として様々な政策との関わりを持つことは大変重要になります。

その一つとして，私は診療報酬や介護報酬に関わる国の委員も務めてきました。これは現状のサービス提供上の国家的課題を把握した上で必要とされる研究をすること，そして研究成果を制度改善へ結びつける HSR の役割として，重要なチャンネルであったと思います。診療報酬介護報酬へのエビデンスは，HSR のキーワードそのものとも言え，レセプト研究で示せるものが多々あります。

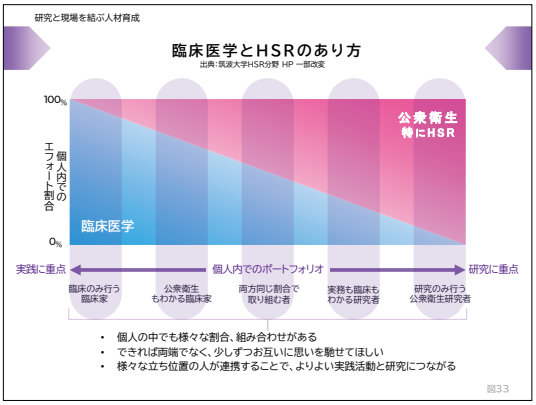


診療報酬との関係の例として，心リハのアクセスに関心をもった PT の院生による退院後の心臓リハビリテーションを受けている患者が極めて少ないことを示した研究があります。高齢者の心介入は内視鏡手術などが進歩し，急速に増えています。しかし，その後重要な心リハが地域で行われていないのです。医療が進歩しても生活に届いていない例です。これは，委員としての発言から診療報酬改定へつながりました。まだその後の課題はありますが，臨床現場の課題がデータによって可視化され，制度改善へ結実した代表例でした。

HSR と人材育成

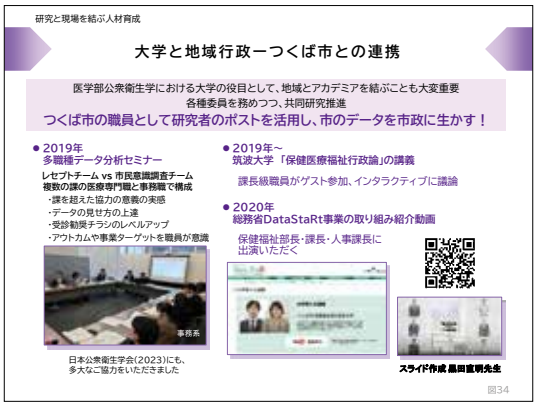


本学には，若いうちから学生が自分で自由に選べる研究室実習という制度があるのは，すばらしいと思っております。そして，毎年，多くの医学生が HSR 研究室を訪れました。現場で生じた疑問をデータで検証し発表する経験を通じて，多くの若手研究者や臨床医が育っていきました。

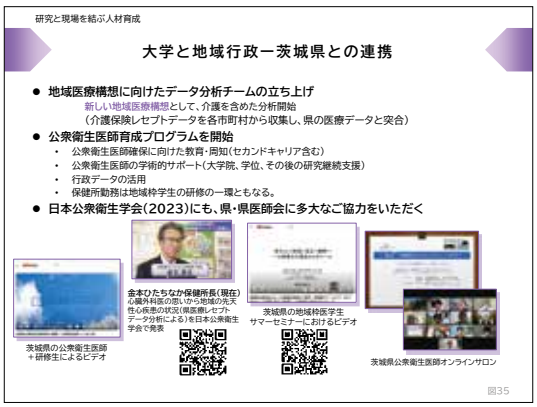


私は，優れた臨床医ほど社会全体を見る視点も持ってほしいと考えています。限られた資源の中で，医療を必要な人に届けるには，その第一線の臨床医が，忙しい日々にあっても幅広い社会の視点を持ちつつ実践されることはとても重要と思い

ます。研究との接点を少し持つことでその一助になればと思います。またよりよいHSR実施にも現場感覚が必要です。各人のバランスに応じて，楔型の両輪を持ち続けられることが重要と思います。実際の講義では，それらを様々な立場で実践されている医師の具体例をご説明しました。こちらはぜひビデオをご覧ください。



より良い住民サービスの提供の視点から，自治体との連携も大変重要です。地元つくば市とは，長年のよい連携をとらせていただき，とくに研究室関係者が市職員としてポストをいただく制度ができたのは画期的でした。こうして研究成果を地域へ還元し，政策へ反映することも大学の重要な役割だと考えています。

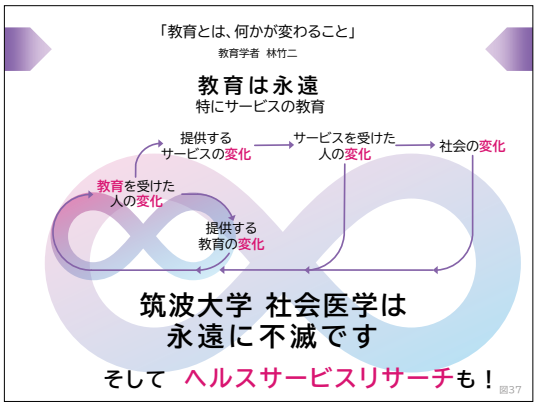


茨城県とも，地域医療構想への分析協力や，公衆衛生医師確保など地域保健の課題に取り組んできました。県レベルの医療介護レセプトや保健データを共有させていただき，県民の健康医療課題に双方連携しながら取り組む体制ができてきました。また全国ワーストレベルの保健所医師不足に対し，大学ができることを模索し，活動をしてきました。その成果として，近年，HSRマインドをもった保健所医師が誕生しています。



2023年の公衆衛生学会主催，そして，2025年，茨城県医師会のご推薦で日本医師会医学賞をいただきました。かつて「医学なのか」と問われた研究が評価されたことは，私個人の喜びというよりも，医療と介護をつなぐ研究領域そのものが認められた出来事だったと感じています。そしてベストファカルティにも選んでいただけました。定年前のご褒美をいただけてとても励みになりました。改めて感謝の思いでいっぱいです。

最後に



これまで，母校の教員として，私が大切にしてきた言葉は，「教育とは，何かが変わること」という言葉です。教育とは知識を伝えるだけではありません。学生の意識や行動が少しでも変わり，

その変化が患者さんや社会を変えていくことだと考えています。そして，とくにサービス提供者の教育においては，その変化が，教育を受けた者からの利用者，医師であれば患者さん，そして社会に影響する，そしてその者からの教育も変わり，次の実践者・教育者に永遠に続きます。この考えからも，より良い実践者は研究教育にも何等かの割合で携わってほしい，また，逆に机上の教育にならないよう実践にも身をおいてほしいという楔型の図（P34右下）の考えにもつながります。

日本で最初に社会医学を柱に据えた本学からは，実に豊富な社会医学人材を世に輩出してきました。そして，少子高齢化の中，限られた資源の中で，真の人のためになる医療はどうあるべきか，を鳥瞰図的に，そして学際的にみる社会医学の重要性はますます高まります。こうしたことからも，日本初の本学の社会医学の存在意義は大きく，その存在は永遠であるということを最終メッセージにさせていただきます。そしてその一部であるHSRも本学で最初にできた研究室として永遠に続くことを願い，頼もしい後輩たちにバトンを渡したいと思います。

50年以上前，「この山は素晴らしい大学になる」と話してくれた親戚の言葉の通り，私はこの地で学び，研究し，多くの仲間と出会うことができました。今日ここに至るまで支えていただきました恩師の先生がた，先輩，同僚，学生の皆様がなければ今の私はありません。そして講義室，オンラインで集まり，心を寄せてくださった皆様こそが，私の長年追ってきた夢であったと実感しています。そして，障害のある妹を育てながら私を助けてくれた母，私の自由な研究者人生を支えてくれた家族にも感謝しています。

そして共に歩んでくださったすべての皆様に深く御礼申し上げ，筑波大学社会医学と，ヘルスサービスリサーチの志が次世代へ受け継がれていくことを願います。本当にありがとうございました。



2026年3月5日＠筑波大学医学食堂

←最終講義　動画

図38

2026年３月16日（月）
最　終　講　義

「指先で遺伝子異常を感じながらメスを握る」

筑波大学　医学医療系　臨床医学域
消化器外科学　小　田　竜　也　教授

今日は，お忙しい中お時間をいただきましてありがとうございます。今日は大学のアカデミアの教育者として，最後の講演をさせていただきます。よろしくお願いします（図１）。大学に戻ってきてしばらくして，新専門医制度が始まった時に，私は巻頭言のようなものを「オペレーティングシアター」という題で書かせていただきました（図２）。これは私が独自に自分で考えたわけではなく，おそらくクッシング先生が提唱された「アカデミック・サージェン」という言葉を解釈して書いたのだと思います。その言葉は，最初「He must be a researcher（彼は研究者でなければならない）」という言葉で始まります（図３）。100年以上前に書かれた言葉ですが，今でも多くの大学の外科医は「アカデミック・サージェン」という言葉が大好きです。100年の風雪に耐えたというだけあって，やはりそれは多くの人の心の深いところに響くものがあるのだと思います。私なりに要約すると，リサーチマインドを持った研究の実践者かつインフルエンサーであり，そしてもちろん外科医としての手術技術は一流でなくてはいけない。ただそれだけではダメで，組織をまとめる人間力，組織力があり，さらに自分自身の生活がしっかり保たれていないと，そうしたことはできないよ，ということを教えてくれています。

１．「無邪気な季節」の終わりと外科医としての原点

今日，家を出てくる時に最終講演をしてくる，と家族に話した所，娘が「どんな気持ち？」と聞いてきました。私の心の中に浮かんだのは「無邪気な季節は終わった」という言葉でした（図４）。この「無邪気な季節」という言葉は，２，３年前に歌手の米津玄師さんが言われていたものです。自分の思いつくままに，好きな曲：檸檬やフラミンゴを作っていた時代が終わり，有名になって映画の主題歌を頼まれたりするようになり，自分の思うがままの自由な曲作りができなくなった。その前の時代を「無邪気な季節」と表現されていました。私なりのアカデミック・サージェンとしての「無邪気な季節」も今日で終わりだ，という気持ちでお話をさせていただきますので，お聞きいただければ幸いです。

私の外科医としての人生は，ご紹介いただいたように1982年に筑波大学に入った時に始まりました。筑波大学の入試面接で私は「白い巨塔の財前五郎のような手術技術と，里見先生のような心を持った外科医になりたい」と言いました（図５）。随分と青臭い事を言ったものだと思いますが，今でもその気持ちは変わりません。

大学を卒業した後，私は迷わず外科に入ろうと思いました。「外科医には首から上はいらない。」と言われ，最初の２年間は，いろいろな外科のグループを，何も考えずにひたすら働く生活を本当に楽しい，と思って過ごさせていただきました。しかし，消化器外科で腫瘍を摘出する外科手術をみた時，膵がんなどを「何か悪い塊があるから取ればいい」というスタンスの外科は，それだけではもったいないなと思うようになりました。せっかく外科医になって直接病気に触れるのだから，

その中で何が起こっているのかを感じながら手術ができるようになればいいなと思いました。つまり，「癌の遺伝子異常を指先で感じながらメスを握りたい」という，これまた青臭いことを考える様になりました（図６）。

２．分子病理学との出会い：指先で癌を感じるために

その頃，筑波大病理教室の先代の教授である野口雅之先生が，築地の国立がんセンターで「molecular pathology（分子病理学）」をやられていました。「モレキュラー・パソロジー」という言葉の響きが非常に格好良く思え，その門を叩いて研究生活を始めました。1990年頃，ジョンズ・ホプキンス大学のバート・ヴォーゲルシュタイン先生が「多段階発がんモデル（multistep carcinogenesis）」を提唱されていました（図７）。癌が徐々に進行していく中で，染色体の欠失や遺伝子の異常が徐々に蓄積していく。自分にとっても，非常に論理的で理解しやすい概念で，ぜひこの研究をしたいと思いました。今日は学生さんもいるので，学生への講義という意味で説明させていただきますと，遺伝子変異には「germline mutation（生殖細胞系列変異）」と「somatic mutation（体細胞変異）」があります（図８）。小児癌などでは，受精卵の段階で遺伝子変異が起こっていて，それがウィルムス腫瘍のWT1であったり，網膜芽細胞腫のRBであったりします。その遺伝子変異は体全体の細胞にあるのですが，二つ目の変異が起こって遺伝子が不活化して癌ができるきっかけになります。一方，大人の癌においては，体全体の細胞全てに変異がある訳ではなく，ある特定臓器の一部の細胞だけに異常が起きます。私は，この二つの発生過程を，「森永チョコボール」のおもちゃの缶詰をもらうための「金のくちばし」と「銀のくちばし」に例えることがあります（図９）。子供の癌は，最初から「金のくちばし」を一つ持っていて，癌になるイメージです。対して大人の癌は，「銀のくちばし」が数個，段階的に貯まってやっと癌になるわけです。私はこの大人の癌の発生，多段階発癌理論で理解する為に研究の世界に身を投じました。

３．がん研究の深化：16番染色体からクローン進化論へ

最初に取り組んだのが，16番染色体長腕の解析です（図10）。クヌードソンの説によれば，癌抑制遺伝子が不活性化されるためには，父由来と母由来の両方の染色体コピーを消失する必要があります。多くの場合，一つの染色体欠失と一つのミューテーションの組み合わせで遺伝子は機能を失います。私は16番染色体のプローブを使って，父型と母型のどちらかが欠失している領域を一つずつ細かく潰していき，共通欠失領域を探して癌抑制遺伝子を探し出すという仕事に没頭しました。結局，自分が見つけるまでもなく，そこにあったのは「Eカドヘリン」という細胞接着分子でした。その頃はまだヒトでのシーケンスが進んでいなかったので，マウスのcDNAをドイツから取り寄せてそれをプローブにして人の遺伝子配列を自分で同定して，癌におけるミューテーションがあるものを探し回りました。そして確かにヒトの胃癌においてミューテーションが入っているということを世界で初めて報告することができ，その時に，研究の醍醐味を実感しました（図11）。また，17番染色体短腕には「P53」という有名な分子が載っています。これも非常に面白くて，約200例の肝細胞癌におけるミューテーション解析を行い，どういうところにミューテーションが入ると肝臓癌が多段階発がんしていくのかを見つけたりしました（図12）。肝細胞癌は，再発が肝内転移なのか，それとも多中心性発生（多発）なのかが分からないことがありますが，このP53のミューテーションを「フィンガープリント（指紋）」として使うことで，それを判別することも思いつきました（図13）。そして私がこの数年間の研究で癌の本質を理解した症例は，この一例に集約されます（図14）。これは「結節内結節」と言われる，目玉焼きの中にまた目玉焼きができているような癌です。このそれぞれの部位を採取して遺伝子変異を確認すると，非癌部には変異がなく，Aという部分にもない。しかし，BとCというところ

には，それぞれ違う変異があることを見つけました。ここから理解したことは，たまたま今，私たちはこの段階の患者さんを調べているけれど，例えば半年前，一年前はこういう状態だったのではないか（図15）。逆に今から一年後，二年後には，より悪性度の高いクローンが優位になって，さらにその中にミューテーションが入ったクローンができてくるのだろうということです。つまりこれは，1960年代にノエル先生が言われた「クローン進化（Clonal Evolution）」という「癌は体内で起こる進化論」という概念そのものなのです（図16）。ミューテーションは意図を持って起こるわけではなく，ランダムに起こっています。多くの場合，変異を受けた細胞は死んでしまいますが，たまたま「growth advantage（増殖優位性）」を持ったクローンが大きくなり，その中でまたさらに強いクローンが選別されていく。これが癌の多段階発がんの本質なのだと，自分の感覚を持って理解することができました。分子病理研究を非常に楽しんでいた時，そのまま研究者にならないかと誘っていただきもしました。ですがその時，形態病理学の先生にこんなことを言われました。「君は遺伝子変異をいくつ解いたのか？」「半年かけて１万塩基，10例分くらいです」と答えました。しかし結局，私が行ったのは，すでに病理診断で「高分化・中分化・低分化」と診断されているものに対して，P53のミューテーション率が９％，29％，54％と段階的に高くなることを示しただけでした。一枚の HE 染色のスライドの中にどれだけの情報があるのかということを知るにつれ，私は形態病理にはとても敵わないと感じました。研究者の辛さも分かり始めていたので，ある意味では研究の世界から逃げるように，元々の外科の世界に戻ることになりました。

４．外科医への帰還：膵切除術とハルステッドの呪縛

それから私は，癌の拡大根治手術に没頭する時期に入りました。手術によって癌を治そう，制御しようと思いました。私にとって「膵頭十二指腸切除術（PD）」は憧れの手術でした（図17）。それこそ『白い巨塔』の財前五郎が，東教授が海外出張している隙を狙って，教授の目を盗んでまでやった膵臓の手術とはどんなに楽しいのだろう，いつかその手術ができるようになりたいと，ずっと思っていました。膵頭十二指腸切除術は，膵頭部の腫瘍だけでなく，十二指腸や胆嚢を摘出し，その後に膵臓，胆管，胃の三箇所を腸管と繋ぎ合わせる（吻合する）という，非常に難易度が高く，合併症も起こりやすい手術です。私たちが癌に対する手術を行う際の原則があります。それは「R0手術」を目指すということです（図18）。R0手術とは，residual tumor 0＝切除後の体内に癌細胞が全く残っていない状態を指します。R1は目には見えないけれど顕微鏡レベルで癌が残っている状態，R2は肉眼的に癌が残っている状態です。R0を目指すべきだというのが，私たち癌外科医の根本的な規範です。膵臓を縦切りにすると，すぐ近くを門脈や動脈が通っており，非常に浸潤しやすい性質を持っている膵がん細胞は容易にここに染み込みます。ですので，この動脈の周囲にある神経叢の中に入り込んでいる癌細胞を，基本的にはゼロにするというのが，私たちの外科手術の基本的な考え方でした。こうした外科手術の原則は，乳癌の世界でジョンズ・ホプキンス大学のハルステッド先生が1894年に発表した「根治的乳房切断術（Radical Mastectomy）」に始まります（図19）。乳房だけでなく，大胸筋，小胸筋，そしてリンパ節を完全に取る。それによって癌を治そうとしたわけです。『病の皇帝「がん」に挑む』という本にも書かれていますが，ハルステッドが根治的乳房切断を考案したのは，「初期の乳癌であっても完全に攻撃しなければならない。肉眼的には認めなくても，癌の全ての貯蔵庫を洗浄するごとく一掃しなければならない」という前提に基づいたものでした。膵癌の世界においても，この考え方は強く支持されていました。1970年代に入り，フォートナー先生が「拡大膵頭十二指腸切除術」という概念を提唱しました（図20）。乳癌における根治手術と同じ概念を膵癌にも適用しようとしたのです。日本の多くの外科医はこの概念が大好きで，拡大手術にのめり込んでいきました。

私ががんセンターで外科研鑽を積んだ時も，この手術が全盛でした。動脈の周りの神経叢もすべて取り去り，脂肪の一滴も残さない。「小田ちゃん，郭清が甘いよ」と言われないよう，一粒の組織も残さないことが善だとされた時代でした。そうやって一生懸命，膵癌の患者さんに立ち向かいました。しかし，ハルステッド先生の乳癌において，後に臨床試験が行われると，根治的手術をした人と単純な切除をした人の間で，転移の確率や生存率に統計学的な有意差はありませんでした。根治的手術を受けたグループは重い身体的代償を払ったにもかかわらず，予後に関しては何の利益も得られなかったのです。膵癌においても数十年の遅れを経て，2000年から2015年にかけて拡大手術の意義が次々と否定されました。むしろ拡大手術をした方が予後が悪いという結果さえ出ました（図21）。乳癌の知見として書かれているのは，「乳癌には局所疾患（局所切除で治る）か，全身疾患（どんなに徹底的に切っても治らない）かのどちらかであり，その中間はない」ということです。膵癌においてはさらに顕著で，ほぼ多くの症例が診断時には全身疾患となっており，手術だけで治せる局所疾患の人は極めて少ないということになります（図22）。拡大手術を行っていた時代，手術後の平均在院日数は40日から70日，２ヶ月以上入院している人も多くいました。さらに，在院死亡率がひどい年は30％という施設もありました。膵頭十二指腸切除術は命がけの治療だったのです。内科の先生は，患者さんに「生きて帰ってこいよ」とまるで戦地に送り出すような気分で患者さんを外科に紹介していたと言われています。

5．筑波大学での挑戦：安全な膵頭十二指腸切除術の確立

私がこの時代に認識したことは，映画『アンタッチャブル』の中でショーン・コネリーがケビン・コスナーに言う言葉に象徴されます。「シカゴ警官にとって一番大切なことは何だ？ 毎日生きて家に帰ることだ」。癌外科医にとって一番大切なことは，「患者を生きて家に返すこと」だと，私は強く思うようになりました。筑波大学に帰ってきた時，ぜひ「安全な膵頭十二指腸切除術」ができるようになりたいと思いました。私たち外科医は「患者を治すこと」が目的なのか，「手術を完遂すること」が目的なのか，分からなくなってしまうことがあります。しかし，私としては，治療成績が向上しないのであれば，無理な拡大手術はしない。まずは患者さんを安全に帰し，その上でプラスアルファの治療効果を上げる，という治療方針を軸に据えました。膵頭十二指腸切除術の患者さんがなぜ２ヶ月も入院するのかを考えた時，その原因は「DGE（胃内容排出遅延）」と「膵液漏」の二点に尽きます（図23）。DGE は，胃と空腸の吻合部から食べ物が流れていかない状態です。炎症もなく熱もないのに，食べ物が通らず吐いてしまう。これが１ヶ月，２ヶ月と続くのです。ある時私がふと気づいたのは，私たち消化器外科医は横行結腸間膜を境に上側を「上腹部」，下側を「下腹部」という塀のようなイメージで分けて考えていますが，上腹部外科医にとって横行結腸より下は「隣の家の庭」のように感じられ，なかなか足を踏み入れるのが難しかったのです。しかし，DGE の原因は，すべての吻合を上腹部の狭いスペースで行おうとして，食べ物の通り道が屈曲してしまうことだと気づきました。勇気を持って「隣の庭」に足を入れ，吻合部を下の方に下げてみたら，本当に DGE は起こらなくなりました。これで在院期間は劇的に短縮しました。もう一つの難敵が「膵液漏」です。膵臓と腸を繋ぐ吻合部のすぐ横には，胃十二指腸動脈（GDA）の切り口があります。膵液が漏れると，それが動脈の断端を自己消化してしまい，仮性動脈瘤ができて破裂します。これが在院死亡の最大の原因です。膵臓は「木綿豆腐」位の柔らかい組織で，糸で縛ると組織が切れてしまいます。強く縛りすぎると組織が切れ，弱すぎると隙間が空く。この吻合をどう克服するか。橋本先生らと一緒に取り組んだのが，血管外科のプレジェットのように腸管で膵臓をしっかり挟み込み，きつく縛る方法です。この方法は自分たちで独自に思いついたつもりでしたが，2000年頃にニューヨークのブルンガート先生が既に発表されていた方法だったので，今は

「ブルンガート法」と呼ばれています（図24）。また，膵液が漏れたとしても，それが後に治るメカニズムを解析すると，お腹の中に漏れた膵液が徐々に止まるのではなく，腸の中にルートができて流れる（内瘻化）ことで治るということを突き止めました。ならば，最初から内瘻化のルートを確保しておけばいいのではないかと考え，術式に取り入れました（図25）。しかし，これで「膵液漏を克服した」と胸を張って言える状況ではなく，膵液漏は依然として外科学における未解決の問題です。膵液漏の問題は若い外科医の皆さんにバトンタッチして解決していただくのを待ちたいと思います。他にも，膵臓を最後まで切らない術式の工夫なども試みてきました。何よりも，「癌治療成績に寄与しない過度な拡大郭清はしない」ということを肝に銘じました。膵癌の多くは生物学的に全身疾患であり，外科医が言うR0手術はしばしば妄想で，実際にはどこかに細胞が残っているR1手術だと考えるべきです。真のR0手術であれば再発しないはずですが，現実は再発が起こります。日本の外科医の世界で「郭清を控えめにする」と言うのは勇気がいることですが，私は無理な拡大より，安全性を優先しました。宮崎先生がまとめてくれましたが，私たちの術式による生存期間中央値は57ヶ月であり，拡大郭清に積極的な施設の成績と比べても決して劣るものではありません（図26）。さらに，私が筑波大学に戻ってからの23年間で膵頭十二指腸切除術を約760例担当しましたが，在院日数の中央値は19日まで短縮しました。在院死亡も760例中で４例（0.5％）まで安全性を高めることができました。

６．がん治療の現在地：集学的治療（トリプル・モーダル）

『病の皇帝』はこう締めくくられています。「癌がいずれ治るかもしれないという望みを捨てたわけではないが，その喜ばしい成功は，外科医のメスだけでは決してもたらされない」。手術を安全にできるようになった。しかし，それだけでは膵癌は治りません。癌全体では60％が治る時代ですが，膵癌の５年生存率は今でも10％前後と厳しい状況です。なぜ薬が効かないのか。それは「desmoplastic reaction」といって，癌の周りに線維芽細胞が非常に増殖し，血管から薬が届かないという物理的な問題があるからです。薬剤送達（DDS）を改善するためにいろいろな事を考えて研究もしましたが，一番簡単なのは「熱を加えること」だと気づきました。マウスの足に腫瘍を植えて，41度の「足湯」につける実験をしました。同じ薬を投与しても，温度を上げるだけで腫瘍への薬剤集積は圧倒的に上がります（図27）。例え話として，抗がん剤が赤いインクで，私たちの体が白だったとして，私たちの体は抗がん剤を打っても等しくピンクに染まるわけではありません。健康な臓器は濃いピンクになるにもかかわらず，膵癌の部分は真っ白で薬が届かないままなのです。しかしがん病巣を温めることで，薬がかなり行き渡るようになります。現在，筑波大学では放射線腫瘍科の櫻井先生らと協力し，筑波大学の武器を総動員して治療しています。「陽子線（プロトン）」，「化学療法」，「温熱療法」を組み合わせた「トリプル・モーダル」という治療です。非常に進行した膵癌でも，陽子線治療を受けた患者さんの生存期間中央値が28ヶ月という，全国的にも非常に良い成績が出ています。さらに，全身転移を抑えるために，アブラキサンという強い抗がん剤と組み合わせる臨床試験を下村先生が中心に進めてくれています。その後に手術切除した標本を見ると，全く癌細胞がいない「パソロジカルCR」の状態になっている症例もあり，非常に楽しみな状況です（図28）。

７．臓器移植の再興：41年ぶりの膵臓移植と保存研究

少し違う話をさせていただきます。文科省の科研費の制度などに関わる中で議論になるのは，「外科医でなければできない学術研究とは何か」ということです。外科医の割には基礎研究を頑張っているね，という程度の研究なら，プロの研究者に任せるべきです（図29）。私は外科医にこそアドバンテージがある研究の一つが「臓器移植」であると考えています。筑波大学初代の岩崎先生，そ

して深尾先生が41年前に日本初の「膵腎同時移植」を行われました。脳死という概念も定まっておらず，ガイドラインもない時代に，その一歩を踏み出した勇気はいかほどのものであったかと思います。私は７年前に教授を拝命した時，この筑波大学の使命として，膵臓移植を再開させなければならないと思いました。そう決意した際，非常にラッキーだったのは高橋一広先生がいてくれたことです。アメリカで移植外科のフェローをしてきた経験豊富な彼が，前面に立って膵臓移植の立ち上げを担ってくれました。施設認定を受けるまでに３年，さらにチームビルディングと古屋先生らとの豚を用いたトレーニングに３年，計６年かかりました。そして去年（2025年）の秋，筑波大学で41年ぶりとなる膵臓移植を成功させることができました（図30）。代謝内科の関谷先生は１型糖尿病の患者さんの C-ペプチド値が，移植直後から劇的に上がるのを見て感動した，と言ってくださいました。移植医療をさらに安定させるためには，臓器保存の技術革新が必要です。現在は１分１秒を争って徹夜で手術をしていますが，もし臓器を摘出してから翌朝まで良好な状態で保存できれば，移植医療はもっと普及します。私たちは，筑波大の長崎先生らが開発した抗酸化剤ナノ粒子や，免疫教室の渋谷先生の CD300a 抗体などを用いて，臓器保存時間を延ばす研究を推進しています。

８．医学教育のイノベーション：がんプロとジュークボックス・システム

医学教育についても少しお話しさせていただきます。先代の筑波大学学長であった山田信博先生はこれからの大学教育はバージョン３にバージョンアップしないと存在価値がなくなる，と強く訴えられていました（図31）。私は大河内先生から「がんプロフェッショナル養成プラン（がんプロ）」を担当させて頂く役割をいただき，千葉大学や群馬大学など多大学との連携を推進しました。その障壁となったのは，距離，時間，そして組織の壁です。これを「プログラム・ジュークボックス」というコンセプトで乗り切りました（図32）。各大学が講義ビデオなどのリソースをアップロードし，学生はマトリクス構造の中から自分に合った講義をアラカルトで選択できるシステムです。このコンセプトの実装には情報学類の加藤和彦先生や，讃岐先生の多大な協力をいただきました。現在では52大学が参加し，約1500人の学生が登録する巨大な教育プラットフォームに成長しています。

９．分子病理学への回帰：空間解析技術による早期がんの可視化

最後にまた，膵癌の話に戻らせてもらいます。現在の膵臓癌の生存率のグラフを10年前と比較しても，実はほんの少ししか改善していない事に気づきます（図33）。やはり膵癌を治すには，早期に見つけること，そしてその発生メカニズムを理解することが不可欠だと認識する様になりました。研究のトピックは繰り返されます（図34）。一見同じところを回っているようですが，私は「スパイラル（螺旋状）」に上に登っているのだと理解しています。新しいテクノロジーが，このスパイラルを押し上げます。かつて私が１遺伝子の解析に何百万円もかけていた時代から，今は「空間解析」という技術によって，5000以上の遺伝子の変化を一度に，しかも細胞の位置情報と共に解析できるようになりました。なんという時代になったのだ，と震えるような感動すら覚えます。この最新技術を用いると，正常な膵臓から癌ができていくプロセスを5000次元で理解することができます。解析の結果，正常から前癌病変，そして癌へと変化する過程で，特定の遺伝子群が劇的に変化する瞬間を捉えることができました。ここにお示しするのは4×8mm の膵臓の早期膵癌切片の中に，約20万の細胞が入っているものを解析した結果です。最新の解析では，正常な緑色の細胞の中に，黄色や水色の前癌病変があり，その中に赤色の癌細胞が出現する様子が見て取れます。膵癌が発生したその瞬間を，ついに可視化することができたのです（図35）。30年前に「病理形態学には勝てない」と思いましたが，これで少しは追いつけた，あるいはこれが本当の意味での分子病理学なのだろうと思っています。この知見は早期診

断にも役立ちます。非常に微細な癌から分泌される分子も極少量なので，それを検出するのは難しいですが，癌の周りにある「萎縮した組織」から出てくるSERPIN-A3という分子を産総研の舘野先生らと開発を進めているELISAシステムにより，CA19−9を上回る感度での早期検出が可能になりつつあります（図36, 37）。また，FAP（線維芽細胞活性化タンパク質）の発現を捉えるFAPI-PETは，従来のFDG- PETよりもバックグラウンドが極めて少なく，早期膵癌の検出に大きな期待が持てます（図38）。

10. 次世代へのメッセージ：文武両道とアカデミック・サージェン

そろそろ私の最終講義を終わりにしたいと思います。今日集まってくれた若手外科医や学生の皆さんに伝えたいことがあります。人が「あの人は外科医だ」と言う時，そこには「優れた技術を持っている，体力がある，勇敢だ」というポジティブな意味があるでしょう。ですが，一方で「あの人は医者ではあるが，科学者ではない」という皮肉めいた，ネガティブなニュアンスが含まれていることを忘れてはいけません。私たちは，内科の先生からも「あの人は偉いね」と言ってもらえる存在でなければなりません。ここで言う「偉い」とは，もちろん，威張ることではありません。「身なりがきちんとしている，言葉遣いが丁寧だ，ちゃんと勉強している，ちゃんと研究している，そして何より患者さんや周りのスタッフにも優しく思いやりを持って接している」。そういう人が偉いと言われるのです。偉いと言われる外科医になって初めて，メスを握る資格があるのだと私は思います。手術室でのあの孤独に一人で耐えることができるのは，そういう「きちんとした人」なのだと思います。私の座右の銘は「文武両道」です（図39）。「文」とは科学者としての再現性を求める姿勢，「武」とは外科医としての技術を磨くことです。この両者を兼ね備えた者こそが，アカデミック・サージェンと呼ばれるのだと信じています。私自身，まだ自分がその域に達したとは思っていませんが，そうありたい，それを目指したいという思いで，この20数年間を過ごしてきました。この間，筑波大学というアカデミアに席を置けたことを，大変誇りに思っております。今まで，本当にありがとうございました。



図 1

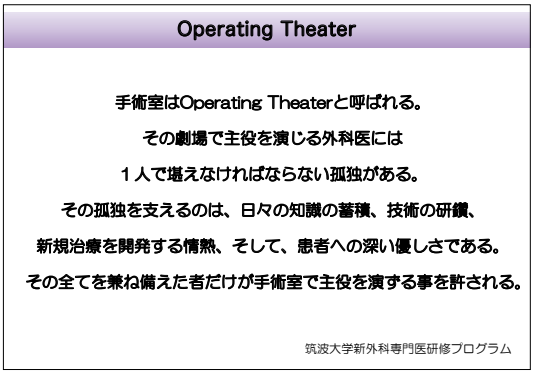


図 2

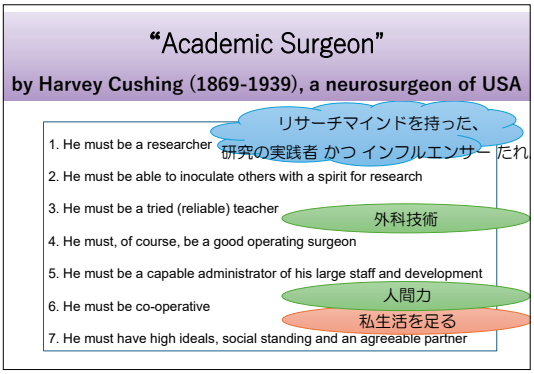


図 3

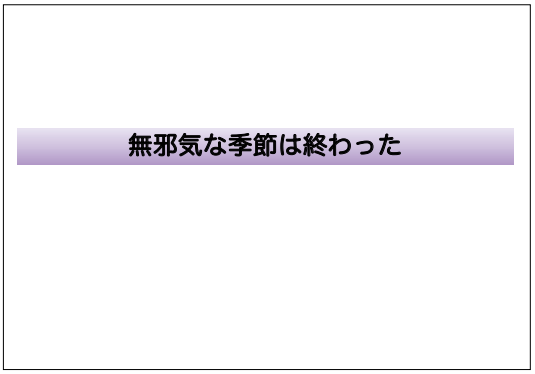


図 4



図 5



図 6

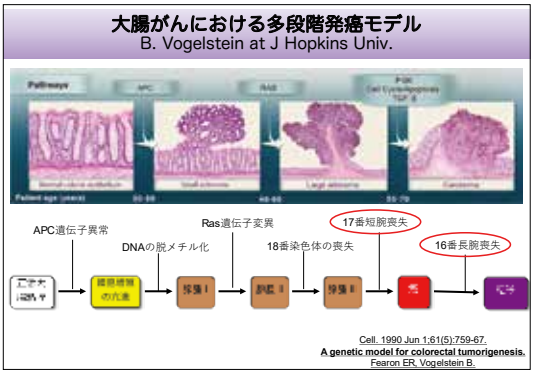


図 7

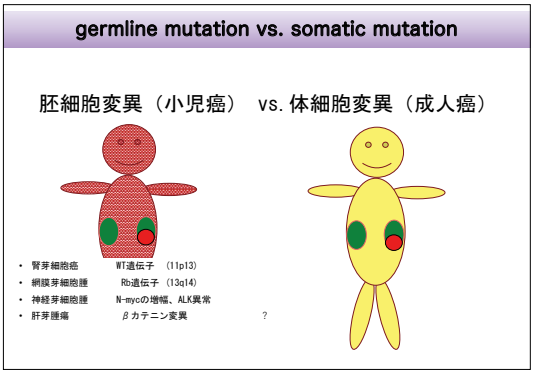


図 8



図 9

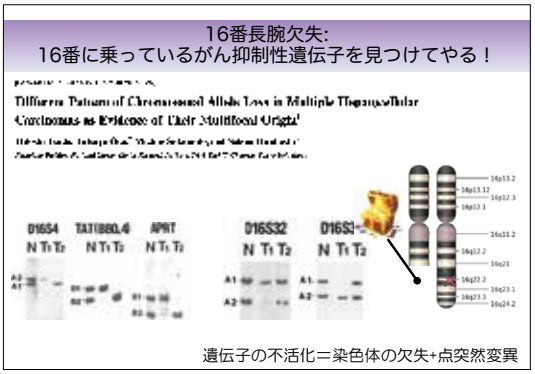


図10

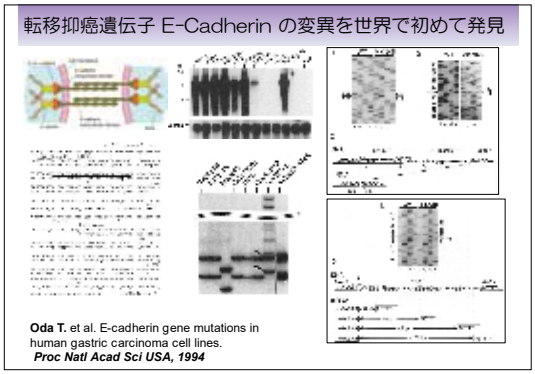


図11

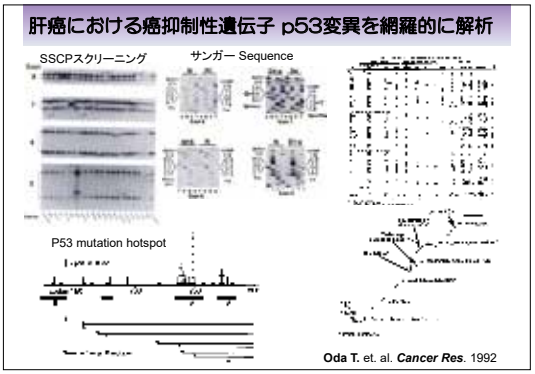


図12

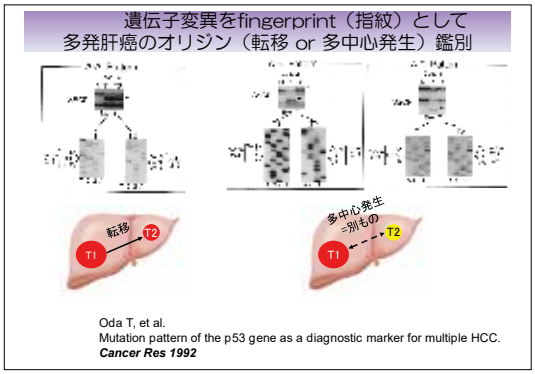


図13

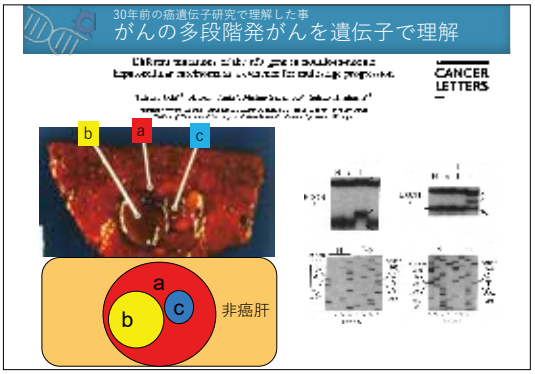


図14

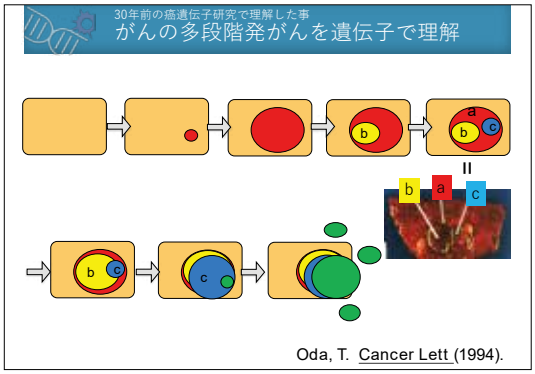


図15

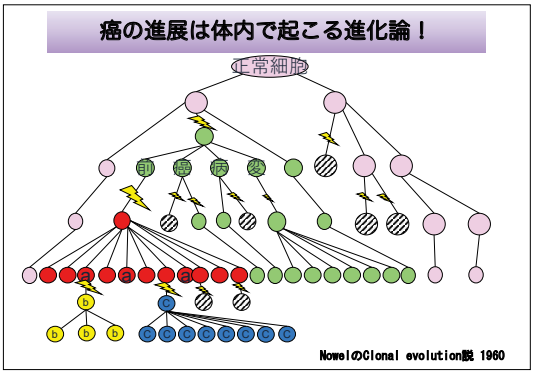


図16

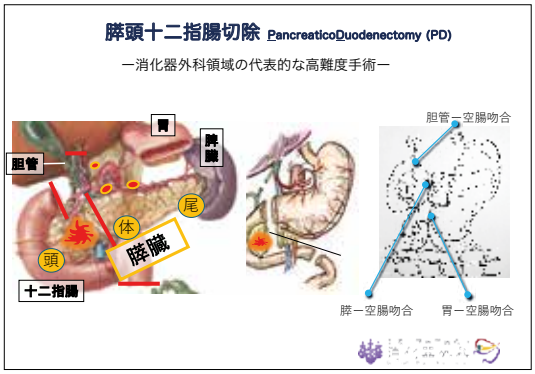


図17

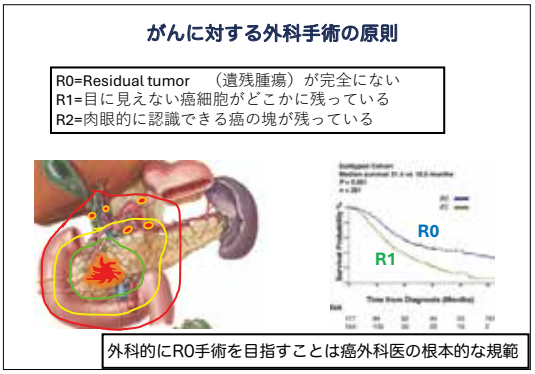
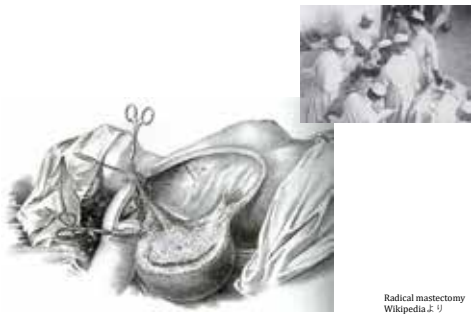


図18

1894 Halsted's radical mastectomy, at Johns Hopkins, USA



Radical mastectomy
Wikipediaより

図19

膵頭十二指腸切除 (PD) の歴史

1898 Codivilla	世界初のPD （24 日目死亡）
1912 Kauch	PD 2期手術（9ヶ月生存）
1935 Whipple	PD 2期手術（28ヶ月生存）
1941 Triwble	PD 1期手術
1950年代	日本におけるPD術死率 50-20%
1973 Fortner	拡大 PDによる局所一括切除の概念
1970年代後半～	日本・・拡大リンパ節・神経叢郭清
1980年代	手術切除+放射線（術前、中、後）
2000 欧米	膵癌に対する拡大手術の意味性否定
2001年～	非拡大手術+アジュバント（GEM）

図20

2000-2015年にかけて
膵癌に対する 拡大手術の意義も否定された

	Italy 多施設	USA J Hopkins	USA Mayo	Japan 多施設	Korea 多施設
発表年	1998年	2002年	2005年	2012年	2014年
症例数	40 vs 41	146 vs 148	40 vs 39	51 vs 50	83 vs 86
生存中央値 標準 vs 拡大 Month	11.2 vs 16.7	30 vs 28	26 vs 18.8	19.9 vs 13.8	18.8 vs 16.5
予後	有意差なし	有意差なし	有意差なし	有意差なし	有意差なし



図21

乳がん

局所疾患 ⟷ 全身疾患

乳がん患者のなかには、「局所切除以上に手術範囲を広げる必要がないと思われる症例もある」
乳がんというのは局所疾患―その場合には縮小手術で治療可能―か、全身疾患―その場合にはどんなに徹底的な手術でも治せない―か、のどちらかなのだ。

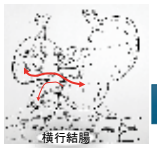
シッダールタ・ムカージー.「病の皇帝」がんに挑む 人類４０００年の苦闘（上）

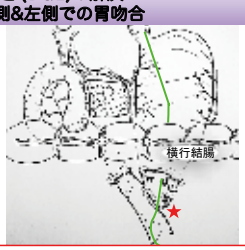
膵がん

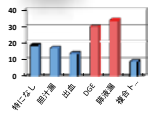
局所疾患 ⟷ 全身疾患

図22

胃内容排出遅延 (DGE)の解決
横行結腸間膜尾側&左側での胃吻合







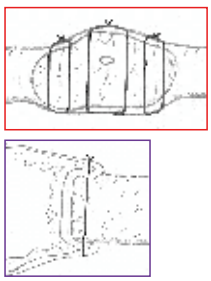
筑波大	(n=211)
DGE 発生率	4.0 %
経鼻胃管POD 1抜去	98.0 %
在院日数	17.0 day

Miyazaki Y, Oda T, et al. Pancreas, 2019

図23

筑波大の 膵ー空腸クランプ吻合 (→Blumgart法)

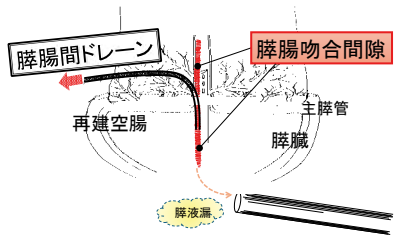




Oda T, Hashimoto S, World J Surgery 2015

図24

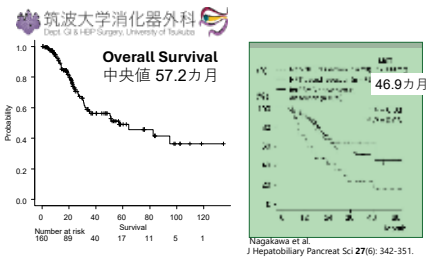
膵吻合内に直接ドレナージチューブを入れる
IAD (Inter anastomosis drainage) tube



Oda T, et al. **J Am Coll Surg. 2015**

図25

膵癌 生存期間: 非郭清PDは郭清PDと同等



Miyazaki Y, Oda T, World J Surgery 2023

図26

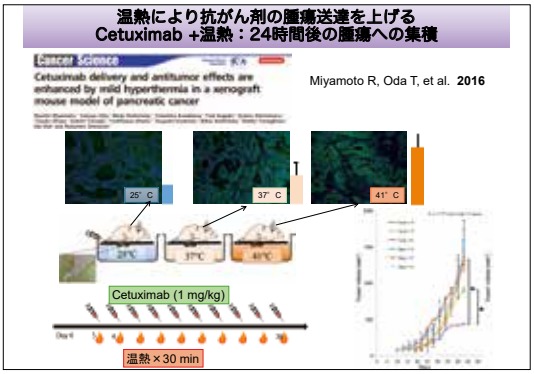


図27

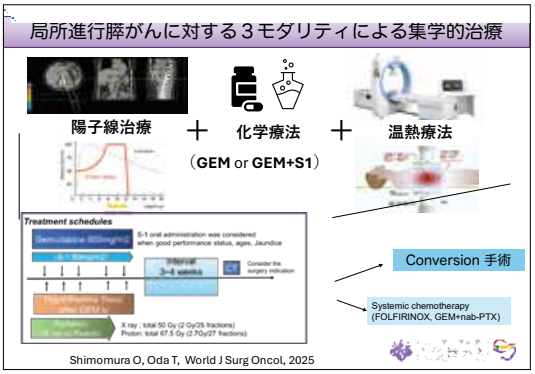


図28

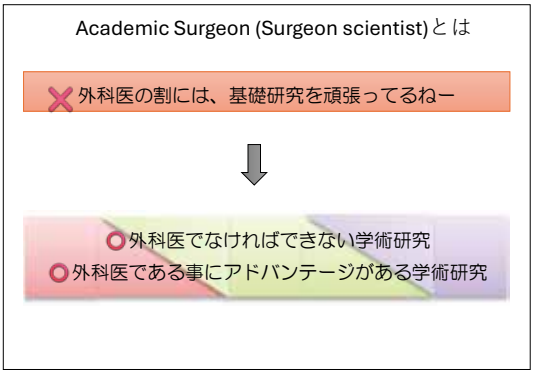


図29



図30

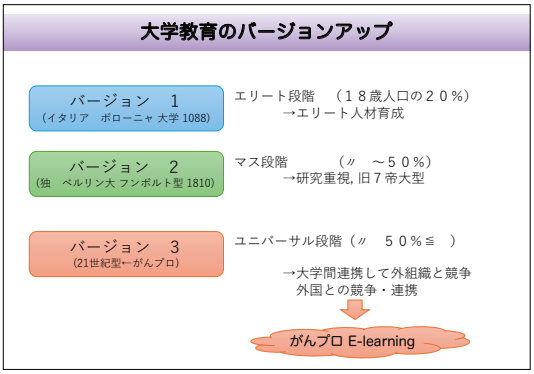


図31

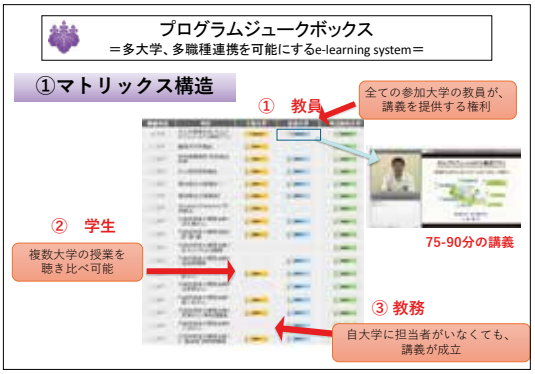


図32

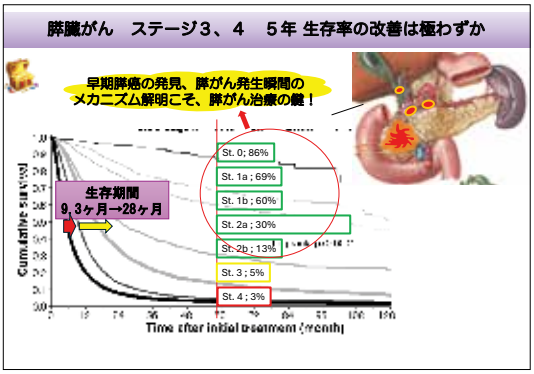


図33

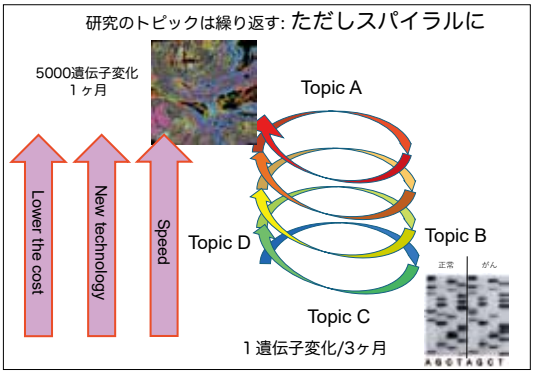


図34

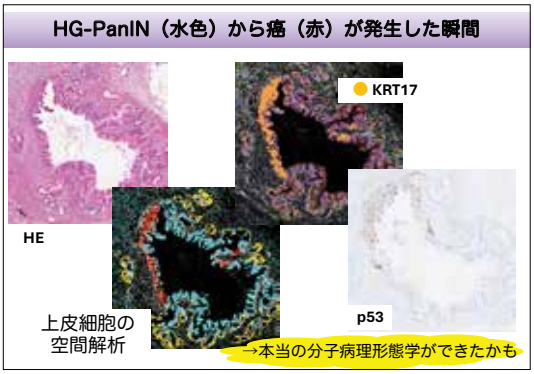


図35

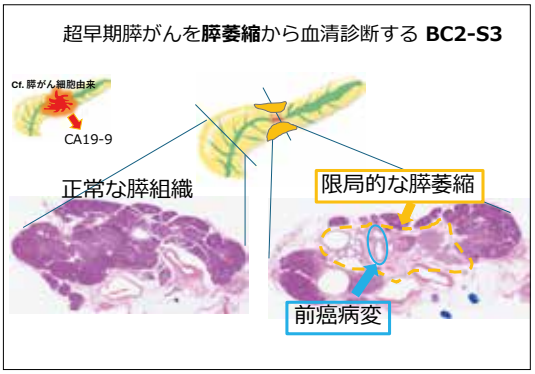


図36

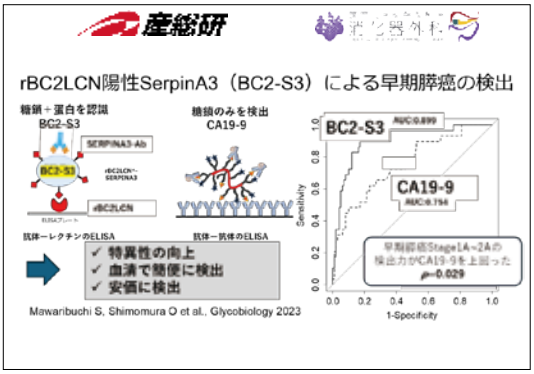


図37

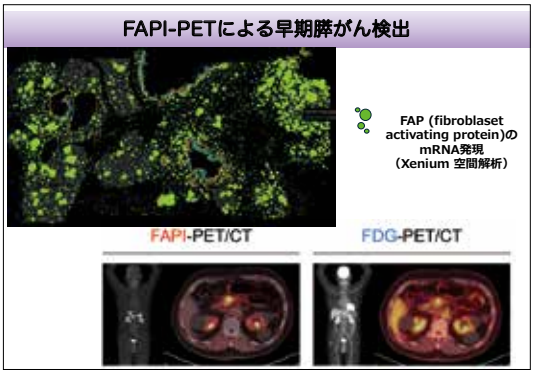


図38

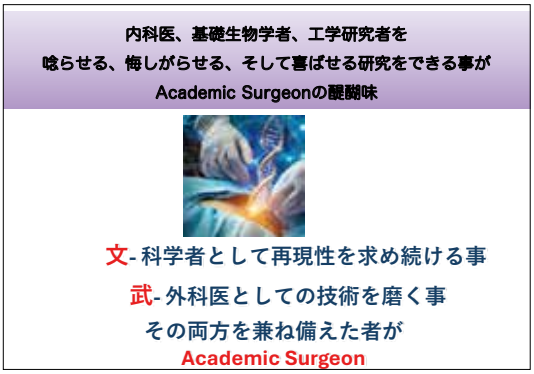


図39

2026年２月27日（金）
最　終　講　義

「Indie Psychiatry」

筑波大学　医学医療系　臨床医学域
災害・地域精神医学　太刀川　弘和　教授

プロローグ

本日は私の最終講義（図１）にお越しいただきありがとうございます。私はつくばに来て52年，医学専門学群に入学してから筑波大学で39年間過ごして参りました。この３月をもって筑波大学医学医療系を退職しますので，これまでの活動を振り返る講義と寸劇をいたします。

１．私と精神医学

まず私の成育歴を精神科的にお話しします（図２）。1967年２男１女の長男として出生。元来多弁，陽気，神経質な性格でした。父は筑波大学の前身，東京教育大学の数学科の教授。幼少期より，50音を「いろはにほへと」で教わったり，正ｎ角形の内角の和を求めるまで押し入れに閉じ込められるなど風変わりな教育を受ける小児期逆境体験がありました。加えて昆虫採集時に誤って捕獲した蜘蛛が心的外傷体験となり，蜘蛛恐怖症を発症しました。

小学校３年次に父が筑波大学に転任し，一家で筑波研究学園都市に転居しました。当時のつくばは，常磐線土浦駅からバスでしかいけず，スーパーは竹園にしかなく，週末に土浦に買い出しに行かないと食料がなくなるという村でした。同級生は研究者のご子息しかいない特異な環境で，いじめもあり，適応に苦慮し，孤独感を感じていました。独特な父親と唯一共感できたのは映画の趣味で，古典フランス映画や実験映画（図３）の良さを教わり，自分でも映画を作ってみたくなりました。

そこで高校１年次に特撮愛好会を設立し，「必殺の地底人」というSF映画の製作に没頭して浪人し，その後本学に入学しました。しかし医学専門学群が他の学群と分離された教育であることに失望し，全学の映画研究部で不条理系の自主映画（図４）を撮っていました。とはいえ，医学でも剣道部の仲間や同級生たちとは楽しく交流していました。このうち救急科の井上貴昭先生をはじめ数人は現在本学教授になっており，とても助けられて有難く思っています。

さて，1993年に医学専門学群を卒業した私は，附属病院精神神経科に入局しました。不条理好きな性癖から，医者なら精神科しかないと勝手に思っていました。実際，私が診た患者さんたちはみな奇妙な症状を抱えた人たちばかりでした。疼痛性障害で歩けるのに数年ねたきりの男性，肋骨が勝手に動いてしまうというピアノの先生，自分で目をついて失明寸前の作為症の女性，などなど。当時講師だった堀 孝文先生はじめ諸先生にご指導いただきながら，臨床に明け暮れました。研究は当時最先端とされた分子遺伝学に進みたいと故白石博康教授にご相談したところ，法医学教室の原田勝二准教授を紹介いただき，統合失調症とコレシストキニン遺伝子多型の関連研究を行い，学位を取得できました（図５）。しかし，映画と臨床のことばかり考えていた私は，むしろ社会精神医学的問題に関心を向けるようになっていきました。当時はインターネットの運用が始まった時期で，現在医療情報マネジメント・精神医学教授の根本清貴先生や保健管理センター教授の太田深秀先生と一緒にPsycholosoftという研究団体

を作り，茨城ベンチャービジネスコンペでインターネットカウンセリングの事業化プランを提案して優勝しました（図６）。同プランは社会実装できなかったのですが，活動が話題になり，2009年に厚生労働省戦略研究 ACTION-J に参画することになりました。これは，救命救急センターに自殺企図で搬送された患者に，ケース・マネージメント介入と呼ばれる手法を実施し，再企図抑止効果を確認する無作為化比較試験です。対照群に比べて１ヶ月時点で自殺再企図率を５分の１，６ヶ月で２分の１に減少させるというエビデンスを出し，私が自殺予防研究を行うきっかけになりました（図７）。この研究で知り合った札幌医科大学精神医学講座の河西千秋教授や岩手医科大学精神医学の大塚耕太郎教授とは，現在まで一緒に学会活動をしています。

２．災害精神医学の課題

当時精神神経科教授の朝田 隆先生のご高配で，私は2006年に一旦県に出て茨城県精神保健福祉センター，茨城県立友部病院で精神科救急の立ち上げを行った後，2009年に筑波大学保健管理センターに戻りました。学生・地域の自殺対策に係わり始めた2011年３月11日，東日本大震災が生じました。岩手，宮城，福島に加え，茨城県も大きな被害を受けました。精神神経科は北茨城や福島でこころのケアを実施し，私も福島県相馬市に支援にいきました。被災地の惨状は，地球の終わりのようで，この時初めて災害メンタルヘルスと心のケアの重要性を知りました。

翌2012年には，災害精神医学・医療を確保し，将来の大規模災害にも対応できる人材育成推進を目的に，文部科学省寄付研究部門「災害精神支援学」が設置され，2015年の常総市の水害支援を契機に，茨城県寄付研究部門「災害・地域精神医学講座」に改組されました。講座は筑波大学附属病院と茨城県立こころの医療センターの両方に拠点を置き，災害精神医療の研究と災害派遣精神医療チーム（DPAT）を率いて支援活動を行います（図８）。私が2019年に災害・地域精神医学教授になった後にも，台風15号，19号による風水害，2020年のダイヤモンド・プリンセス号，コロナ災禍，2024年の能登半島地震と毎年のように災害が生じ，都度災害精神支援活動を行ってきました（図９）。

ダイヤモンド・プリンセス号の支援は，特に印象深いものでした（図10）。全国から横浜に参集したチームは未知のウイルス感染を恐れて乗船せず，茨城 DPAT１隊のみで乗船することになりました。船内は，映画のように格好良くなく，DMAT は感染者の搬送先病院に苦慮してずっと怒鳴っていました。DICT は感染経路が同定できませんでした。厚生労働省は背広のまま船に乗っていました。ゾーンの区分けなど感染対策が曖昧で指揮命令系統が混乱し，毎日感染者数を報道する朝の無遠慮なワイドショーは船客，スタッフの精神状態に悪影響を及ぼしていました。私達は感染防護服を着て，船室隔離中の乗客に往診を実施しました。彼らには感染不安からパニック，不眠，抑うつ，怒り，自殺念慮，せん妄が生じていました。船内医療従事者は，続発する患者や厚労省などの支援チームとの葛藤から燃え尽き状態でした。できる限りのこころのケアをしたつもりの我々も下船後微熱から自主隔離を余儀なくされ，心理的に傷つきました。このような経験から，後に全国に拡大したコロナ禍では，全国に先駆けてコロナ関連メンタルヘルス対策本部を作り，隔離されたホテル療養者や感染した精神障害患者のオンラインケアを行うことができました（図11）。附属病院でもコロナ対策本部に参画して職員のメンタルヘルス維持に関わる様々な支援・研究活動を展開しました。特にコロナ病棟に働く職員のメンタルヘルスの悪化の背景に，組織の命令と個人のモラルの相克から生じるモラル傷害という概念があることを発信しました（図12）。

災害精神医学をやってきて，この領域の課題を痛感しました。まず，集団に生じるストレスがどのような集団心理・行動につながるのか，十分なメカニズムが解明されていません。一災害一事例のため，疫学的エビデンスが弱いのです。また，災害がもたらすメンタルヘルス問題の普及・啓発，支援体制が全く不十分です。DPAT カーはクラウドファンディングで作ることができましたが（図13），

東日本大震災から15年を経て多くの災害精神医学講座は資金不足で存在意義が疑問視されています。この重要な領域に，なぜ国は十分な資金を投入しないのか，謎です。

3．自殺予防の問題

学生時代から「筑波大は学生の自殺が多い」という伝説を何度か耳にし，同級生が自殺した悲劇もあり，精神科医として自殺予防に当初から関心はありました。しかし，筑波大学で最初に生じた自殺は筑波大学の学生ではありません。1982年に，他大学の教授が学内の棟の屋上から飛び降りたのです。その理由は，当時茨城で最も高い建物だったからです。しかし，そうした情報が広まると同じ場所から学生の自殺が複数生じました。そこで大学は飛び降り防止や職員向けマニュアル作成，学生相談の充実など今でいう自殺予防対策を実施しました。それを当時メディアに引っ張りだこだった精神保健の教授が，「筑波は飲み屋もない寂しい場所だから自殺が生じたのだ」と週刊誌に語り，自殺は「つくば症候群」という不名誉な名前で広まったのです。筑波大学で自殺が多いというのはあくまでデマで，本学より自殺者数の多い大学はたくさんあります。むしろ本学は先駆的に自殺予防対策を始めた素晴らしい大学です。

私が大学に保健管理センター講師として戻った2009年には，学生の自殺者数が再び増えていました。そこで私はセンター所長になるまでの約10年間，学生の相談・診療，保健管理センターの組織改革・有償化に加え，学生の自殺対策（図14）に積極的に取り組みました。具体的には，自殺学生の実態報告を全学で行い，学生担当副学長の下，自殺対策ワーキンググループ，学生支援対応チーム，学生支援機関連絡協議会を設置し，教職員・学生へのゲートキーパー研修，学生健診うつスクリーニング，自殺リスク高層建物評価，自殺予防教育プログラム（CAMPUS）開発を順次行いました。これらの取り組みを全国展開するために，全国大学メンタルヘルス学会に自殺予防開発研究班を組織しました。研究班には全国の国立大学の保健管理センター有志に参加いただき，大学における自殺予防の手引き（2024）に結実しました。こちらは文部科学省ホームページにあります。

また附属病院では，未遂者の再発防止研究ACTION-Jの手法を実践するために，精神神経科から救急・集中治療科，臨床心理部などに声をかけ，精神医療・自殺対策連携センター（CCSP）を設立しました（図15）。CCSPは，自殺企図で救急受診した患者へのケース・マネージメント，県内救急医療機関，地域医療機関との連携強化，精神科への緊急入院や入退院のケースワーク，茨城県・つくば市等自治体との連携による自殺対策事業支援等を業務とするほか，厚生労働省の自殺未遂者等支援拠点医療機関事業を受託し，県内の各種自殺予防研修会や自殺未遂者支援のネットワーク構築を担っています。

ところで，誰もが日本で多いことを知っており，４人に一人は身近な悲劇として体験し，歴史的に古くからある自殺について，これまで医学教育や倫理教育がほとんどなされていないのは不思議だと思いませんか？私は学生の時も，精神科医になってもほとんど自殺について勉強する機会がないのを不思議に思っていました。特に，自殺は防ぐべきと当然のように言われる一方，古来より人生に悩んだ人が自殺することが文学や哲学では当然のように語られることをどのように理解したらいいのか，きちんと論じられていません。最終講義にあたり，自殺について生じる次の問題について医学の立場で答えておきます。

まず一つ目，なぜつらくても人は自殺してはいけないのでしょうか（図16）。この理由として，自殺の90％以上が精神疾患に罹患していることから，多くの自殺の決断は合理的でないことがあげられます。ある人がよく考え，妥当な理由で，人生の予後が悪いことを確信し，繰り返し死を希望すれば，その自殺は正当かもしれません。しかし，精神疾患でなくとも，痛みや耐え難い苦痛は予後予測に関する認知バイアスである絶望をもたらしますし，人生の価値が必ず悪くなることを未来予測することは不可能です。とすると自殺の決断はそもそも早すぎる誤った死ということになります。

二つ目，本人が死にたいのなら死なせてもいいんじゃないか，と考えることは正しいでしょうか（図17）。これは今日医学で重視されている医療倫理と自己決定権の問題です。倫理学者の有馬は，自己決定権が家族や他の人の利益に常に優先するとは限らないこと，精神疾患は当てはまらないこと，際限のない自己決定の尊重は安楽死増加と社会葛藤をもたらすことから自殺に反対しています。自殺は本人を痛みや苦しみから解放できるという福利の観点についても，緩和ケアや医療技術の進歩で対応できる可能性があること，本人と家族の齟齬があれば，家族の利益が優先される可能性があることから，反対しています。不治の病であれば，限りある医療資源から，自殺はやむをえない，という公正論はどうでしょう。これは，障害者，高齢者，若年者等社会的弱者は死んでもいいという差別につながりかねません。このように倫理的立場からも自殺は肯定されません。

そもそも医学においては，ヒポクラテスが自然本性を重視し，安楽死や自殺幇助を禁止していました（図18）。ところが第二次大戦後主にキリスト教圏でいのちの電話や自殺予防学が始まり，時を同じくして死生学が始まりました（図19）。死生学は尊厳死や安楽死の考え方，緩和・終末期医療を進める成果をあげ，1970年代には生命倫理学につながりました。生命倫理学は医学を自律尊重，与益，無危害，正義の4原則，父権主義 VS 個人主義（自己決定権），共同意志決定，Advance care planning など新たな概念で限定し，悪く言えば自己決定権が生命尊重原則に勝ることを明確に打ち出すようになります。この考え方を推し進めたオランダ，ベルギー，スイスでは安楽死，自殺幇助が盛んになっています。この極端な医療倫理のあり方に，少なくとも精神医療の視点でコミットメントが必要です。

三つ目，自殺を防ぐことでその人は幸せになれるのでしょうか。これまで私は，悲惨な人生を送った患者さんでも生きてほしいと言い続けながら，これだけ悲劇的な人生なら本音は死んだほうがいいんじゃないかとジレンマを抱いていました。しかし先日，ある患者さんが次のような話をしてくれました。

「私この前外来の後に夫と娘でドライブに行ったんですよ。夫の運転で，海の見える喫茶店にいって紅茶を飲んで，3人で他愛もない話をしていたんです。そしたら「私幸せだ，生きていてよかった」とふと思えました。先生のところに来て20年くらい経つけど，今まで何度も自殺未遂したけど，そう思えるようになりました。」

この患者さんに私がしてきたことといえば，時間稼ぎです。レアですがこうしたケースから，自殺を防ぐと幸せになる人もいるといえます。いいかえれば，自殺予防は，つながって時間を稼ぐことで，生きる可能性を広げる活動といえるかもしれません。

最後に JST-RISTEX 採択事業の一環として昨年制作した孤立・孤独予防啓発映画「探偵は動けない」（図20）を上映して，私の講義を終わりにします。39年間有難うございました。

―映画「探偵は動けない」上映―

エピローグ　Indie Psychiatry 寸劇（白鳥裕貴作）

会場が暗転し，スクリーンに映画が流れ始める。光はスクリーンと，聴衆のスマホや PC のバックライトのみである。映画の上映が終わっても，会場は暗転したままである。そこに，講演台から声のみの演説が始まる。

「私たち医学の仕事は，診察をして診断し，治療をすることです。その人はどんな病気か？という問いに答えることが，私たちの仕事です。ですがヒポクラテスは言います。その人がどんな病気かより，その病気になっているのはどんな人かの方が重要である，と。病でなく人を診よと。なぜ私たちは，2500年も前の人物の言葉を今さら担ぎ出して，後生大事にしなければならないのでしょうか。それは，私たちが，人を忘れるからです。診断という分類を通じた，科学の仕草で，私たちは，患者の固有名を奪っています。」

スポットライトが点灯し，講演台付近を照らす。太刀川教授と同じ服を着た男がマイクを握っている。異変に気が付いた観客が小声で，疑問をささやき始める。
群衆：「あれは誰？」

講演台の中年男が，まぶしそうにスポットライトをみて眉をしかめ，語りだす。

ニセ太刀川：
「……私が太刀川弘和です。続けます」
「では，人を診るというのは具体的にどのような営為なのでしょうか。
それは humanity，または art です。キリスト教圏では，科学，science は，神の営為を研究するものと言われます。いわゆる理系です。では文系，humanity とは何か。そう，人の営為を研究します。あるいは art も science に対置させられます。Science と Humanity の違いは何でしょうか。それは再現性と一回性です。ある現象が，同じ条件下で再現されるとき，科学的には真，True となります。物理現象や，化学。あるいは生物学上の分類も，共通の特徴が再現性を持って現れる時，種として分類されます」
「一方で，人文学として研究されるものは，１回限りです。歴史，文学，政治学。ある介入によって同じ歴史的事実を再現させる，などという実験は成立しません」
「理系，文系，医学はいったいどちらでしょうか。もちろん理系です。私たちは，ある疾病を持つ患者群を同じものとして扱います。それぞれの個別性は，例えばランダム化によって無視されます。そのようにして，より再現性の高い治療が，選び出される。これが近代医学です。では医学は，なぜ生物学そのものでないのでしょうか」

群衆たちは疑問を口にし，隣席との会話をしているものもある。
群衆：「あれは誰なんだ？」
群衆：「太刀川先生はどこに行ったの！」

ニセ太刀川：「私が太刀川弘和です。続けます。」
「一回性を持つ人を扱うとはどのようなことか。５年生存率が80％の疾患があったとしましょう。５年生存率50％ほどの疾患を見ている医師から見れば，100人診て，80人の人が生きられる，比較的予後の良い病気と思われるかもしれません。しかし，あなたが，入院し，５人部屋に入って，みなと仲良くなり，彼ら・彼女らが，みな５年生存率80％と分かったらどうでしょうか。仲良くなった５人の内一人以上が５年以内にこの世を去る確率は67％，期待値は１です。それは自分かもしれない。予後が良いと考えられるでしょうか」
「この時は私たちは，人として生きています。ハンナアレントは，人間の条件として複数性を挙げています。『これまで生きてきた者も，今生きている者も，これから生きるであろう者も，誰一人として同じではありえない』という複数性だけが，私たちが持つ唯一の共通点なのです。」

群衆のざわめきは，止まることなく，騒然とした様子である。
群衆：「何が起こっているんだ！」

ニセ太刀川：「人を，再現性のない，一回限りの，複数性を持つ人間として扱うこと，文系の仕草で人を診る時，私たちは，人間を診るといえるのでしょう。精神医学は医学文学部と言われてきました。まだバイオロジカルマーカーは見つかっておらず，職人芸的な診断が有用とされます。生物学的手法がメインストリームにある，医学において，精神医学は，周辺的です。いわば，メジャーに対するインディーズです。ですが，私たち精神科医が art として，人を診るということができるのなら，むしろ中心になるのではないか。むしろ，メジャーの科学に飲み込まれないことに，インディーとしての価値があるのではないか。そのように映画という art を通じて思います。」

ひときわ甲高い声が，会場を貫く
綿谷：「あんた，だぁれぇぇぇ！」

ニセ太刀川：「私が，シン・太刀川弘和だー！」
綿谷：「絶対違うだろー」

スポットライトは，スクリーン前の中央にいつの間にか倒れている，太刀川教授を照らす。太刀川教授は槍で串刺しになり，身動きをしない。間をおいて，ヤツジによるノイジーなギターサウンドが奏でられる。スクリーンにはエンドロールが流れる。すると槍が刺さったままむくりと立ち上がる，シン太刀川。ニセ太刀川は逃げてしまう。恐怖と興奮に満ちた臨講Aでは，誰ともなく「インディー，インディー」の掛け声があがる。群衆の思いに応えるかの如く，蘇ったシン太刀川はマイクを握るとコールアンドレスポンスを始める。

太刀川：「セイ，インディー！」
聴衆：「インディー！！」
太刀川：「サイキアトリー」
聴衆：「インディー」
太刀川：「サイキアトリー」
聴衆：「インディー」
太刀川：「サイキアトリー」

（終わり）



図 1

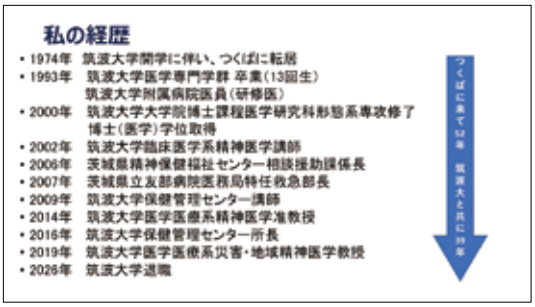


図 2


図 3



図 4

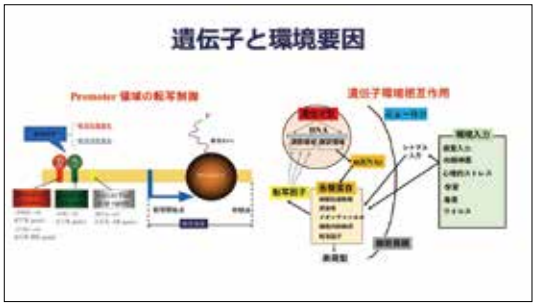


図 5



図 6

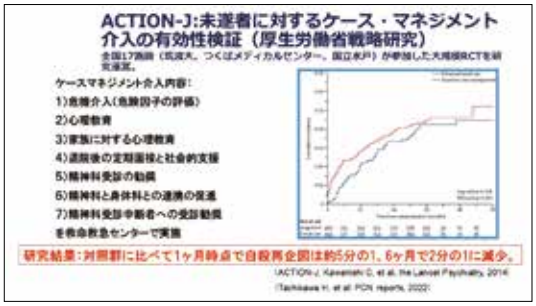


図 7



図 8



図 9



図10



図11

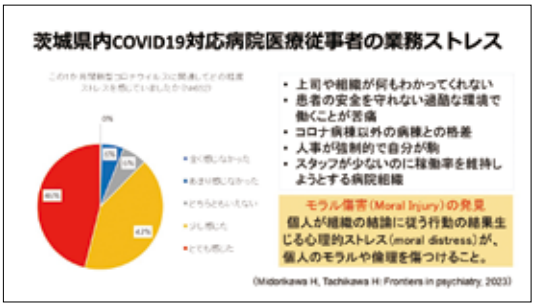


図12



図13



図14



図15

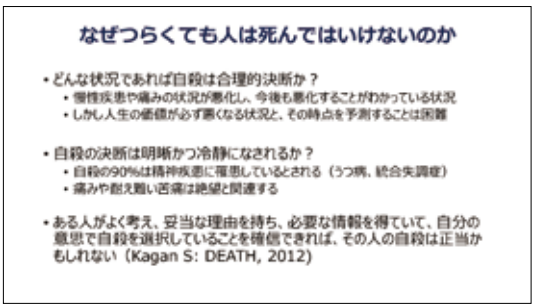


図16

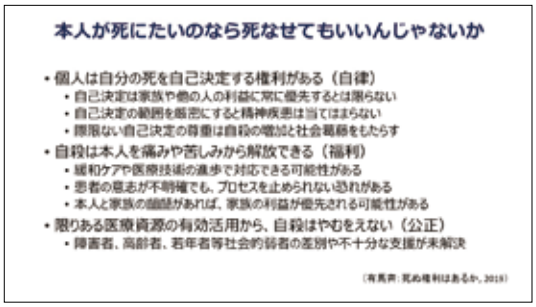


図17



図18



図19



図20

最終講義「Indie Psychiatry」 寸劇パート映像



講義を始めるモト太刀川



入れ替わるニセ太刀川（白鳥裕貴氏）



蘇るシン太刀川と撮影者（水挽貴至氏）



恐怖の旋律を奏でるヤツジ（八辻拓氏）



ライブ後恒例，観客の皆さんと記念撮影

教授就任の挨拶

未来を想い描き，超学際的な知の融合で未来に貢献する
―つくばの元気は日本の元気―



筑波大学　医学医療系　臨床医学域
整形外科学　教授　**本　間　康　弘**

一，はじめに

筑波大学医学同窓会「桐医会」の会員の皆様におかれましては，益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。私，本間康弘は，2025年11月１日付をもちまして，筑波大学医学医療系整形外科の第五代教授を拝命いたしました。本教室は1975年の創設以来，初代・吉川靖三教授，第二代・林浩一郎教授，第三代・落合直之教授，そして前任の第四代・山崎正志教授へと，半世紀にわたり日本の整形外科学を牽引する研鑽の歴史が受け継がれてまいりました。歴代教授が築き上げてこられた伝統ある教室を継承させていただくこと，そして桐医会のお仲間に入らせていただけたことに，深い畏敬の念と使命感を抱いております。同窓生の皆様に対し心より敬意を捧げるとともに，その職責の重みを深く認識し，誠心誠意，職務に邁進する所存です。

二，軌跡

―― 武者修行と政策立案の現場を経て ――

私の歩みは，故郷である新潟県・佐渡島から始まりました。幼少期を過ごした佐渡の豊かな自然，そして小学二年生から大学時代まで，主将を務めるなど心血を注いだバスケットボール競技での経験が，私の礎となっております。2005年に順天堂大学医学部を卒業し，初期臨床研修を終えた後，私は三度にわたる海外留学という「武者修行」の道を選択いたしました。最初の転機は，アイルランドの国立整形外科病院への留学でした。現地の圧倒的な症例数に触れ，整形外科学の学術的・臨床的基盤を体得いたしました。その後，整形外科学発祥の地であるフランスへと渡り，外国人研修医として勤務いたしました。フランスでの日々は，論理的思考に基づいた徹底した議論が求められる過酷なものでしたが，そこで専門的臨床と研究を当然のごとく両立させる「アカデミック・サージョン」の文化に深く魅せられました。さらに近年では，米国のクリーブランドクリニックにおいても研究留学を行い，常に国際的な視座から最新の知見を吸収してまいりました。

また，2016年からの二年間，厚生労働省医政局において再生医療等対策専門官として勤務した経験も，私のキャリアにおいて極めて重要な意味を持っております。再生医療等安全性確保法や臨床研究法の所管を通じ，レギュラトリーサイエンスの視点や，日本医療研究開発機構（AMED）を主とした公的研究費の配分メカニズムを学んだことは，現在の私の思考と研究マネジメントの大きな源泉となっております。

三，臨床と研究の最前線

―― 股関節外科の高度化・標準化と革新 ――

私の臨床医としての専門領域は一貫して股関節外科学にあり，特に「再生医療」と「低侵襲手術」の二軸に専門特化して推進しております。

第一の柱である再生医療に関しては，フランス留学中にその萌芽に触れた「特発性大腿骨頭壊死症に対する自家濃縮骨髄液局所注入療法」をライ

フワークとしております。これは，長年の研究と準備期間を経て，2022年には先進医療Bの承認を得るに至り，現在は筑波大学附属病院を含む国内5施設で，保険収載を目指した臨床エビデンスの構築をリードしております。

第二の柱である低侵襲股関節外科においては，前方アプローチ等の技術を駆使し，患者様の早期社会復帰を支える股関節手術を追究してまいりました。超高齢社会の縮図とも言える前職の順天堂東京江東高齢者医療センターでは，いわゆる「ハイリスク患者」を多数担当いたしました。患者様の背景は多様化・複雑化していて，このような症例に対しても，的確なリスク管理のもとで高度な外科技術を安全に提供し，良好な転帰を得るための経験を積めたことは，私の外科医としての大きな自負となっております。筑波大学においても，高難度・ハイリスク症例の集約化を推し進めるとともに，最新のテクノロジーを融合させた「安全かつ最先端」の感覚運動器診療の中核を担ってまいる所存です。

研究面においては，観察力を大事にし，最新のテクノロジーを患者様へと届ける「社会実装」を核心に据えております。

第一に，ライフワークである再生医療の推進です。前述の先進医療Bの実用化に加え，同療法の他の整形外科疾患（治療だけでなく予防も）に応用すべく研究を拡張しております。

第二に，医工情連携による「生体音響医工学」の創出です。人工股関節手術において，熟練医の「勘」に頼っていたインプラント挿入手技の適否を叩打音AI解析・客観化するプロジェクトを推進しております。本研究は，科研費・基盤Bおよび国際共同研究強化（A）に採択されており，叩打力を計測･可視化できる「スマートハンマー」の開発も，特許申請を経て実用化の最終段階にあります。外科医の感覚を定量化し，手術成績の均てん化と安全性の向上に寄与することが私の使命であると考えております。

四，筑波大学での展望

――「総合知」による未来への貢献 ――

私は教室のスローガンとして『Imagine the future & Contribute to the future.』を据えております。未来を想像することから始まり，実際に我々がその未来に貢献する。このスローガンのもと，より良い未来を様々な仲間と共に切り拓いてまいります。

1．研究：「領域を超え，チームで挑む。整形外科の未来を，筑波から。」

整形外科が担う社会的役割は計り知れないほど大きくなっています。我々は，総合知・超学際的研究と国際的なネットワークを駆使し，次世代の整形外科医療およびスポーツ医学を創出することを目指します。学術的な深掘りと異分野融合による実用化研究を並行させ，パラダイムシフトを必要とする難治性病態の克服に挑みます。

2．教育：「未来を描き，世界へ羽ばたく。次世代の外科医を，筑波から。」

これからの時代に求められるのは，学術的思考を持つだけでなく，他領域の専門家や企業や行政等のステークホルダーと共に総合知を結集してリーダーシップを発揮できる人材です。異分野・異文化経験を通じて未来創発型の思考を養い，国際舞台で活躍する「学術的で総合知の中核となる整形外科医（Academic transdisciplinary surgeons）」の育成に全力を注ぎます。

3．診療：「治るを究し，みんなで守る。世界のお手本になる医療モデルを，筑波から。」

医療の「量」と「質」の双方がかつてない水準で求められる中，科学的根拠に基づいた独自性の高い高度専門医療を追究いたします。同時に，集約化と最先端技術を活かした安全な診療体制を構築し，地域医療の提供体制である「Tsukuba model」を確立させることで，持続可能な医療モデルを筑波から世界へと発信してまいります。

五，結びに

筑波大学整形外科は今，多彩な「融合」を原動力として，次の時代へと向かってまいります。

一つ目は，熟練医師の技術と，再生医療やAI

といった革新的テクノロジーとの融合です。二つ目は，学問の境界を越え，基礎と臨床，そして社会をつなぐ「超学際的な知」の融合です。そして三つ目は，諸先輩方が築き上げてこられた筑波の確固たる伝統と，外部で研鑽を積んできた私のような者の新たな視点，さらには次代を担う若者たちの活力との融合です。つくばの地が持つ恵まれた環境のもと，これらの融合から生まれる新たな挑戦や日々に，胸を躍らせております。

最後になりますが，「つくばの元気は日本の元気」── 私はそう信じております。どうか今後とも，変わらぬご指導ご鞭撻を賜りますよう，伏してお願い申し上げます。本学卒業生としての高い志と知見を，ぜひ我々教室員たちにご教授いただければ幸いです。桐医会の皆様の益々のご健勝とご発展を心よりお祈り申し上げ，私の就任の挨拶とさせていただきます。

教授就任の挨拶
「守破離」新教授就任にあたって



筑波大学　医学医療系　臨床医学域
乳腺・甲状腺・内分泌外科学　教授　**坂　東　裕　子**

このたび，2025年11月１日付で筑波大学医学医療系 乳腺・甲状腺・内分泌外科学教授を拝命いたしました，17回生の坂東裕子です。身に余る大役ではございますが，これまでご指導くださった先生方，ともに歩んできた同僚，教室の皆様，そして日々多くのことを教えてくださる患者さんに，心より感謝申し上げます。

私は平成８年に筑波大学を卒業いたしました。卒業後は，いわゆる大学の医局の中で育つ道ではなく，若いうちにできるだけ多くの臨床経験を積みたいと考え，東京都立駒込病院で研修を始めました。大学病院とは異なる環境の中で，多くの患者さんを診療し，外科医としての基礎，がん診療の厳しさと奥深さ，そして患者さんと向き合うことの重みを学びました。若い時期に臨床の現場で徹底的に鍛えていただいたことは，現在に至るまで私の大きな原点となっています。

当時は，女性外科医が今よりもずっと少ない時代でした。特別な苦労話として語るつもりはありませんが，日々の仕事の中で不便を感じることや，少し立ち止まりたくなるような場面もありました。それでも私は，目の前の患者さんと向き合い，手術や診療を学び，少しずつできることが増えていくことに，大きな喜びを感じていました。振り返れば,「なんとかなるさ」と前を向きながら，学ぶこと，働くことを楽しんでここまで歩んできたように思います。

臨床経験を重ねるにつれ，目の前の患者さんを診療するだけでなく，病気そのものをより深く理解したいという思いが強くなりました。特にがん診療に携わる中で，腫瘍の本質を理解するためには病理学の知識が不可欠であると感じ，東京医科歯科大学（現 東京科学大学）病理学の大学院へ進学いたしました。病理学を学ぶことで，臨床で見ていた現象を，細胞や組織，さらには分子レベルで捉える視点を得ることができました。この時期に身につけた考え方は，現在の乳癌診療や研究の根幹となっています。

その後，ドイツ留学の機会にも恵まれました。異なる文化や価値観の中で研究に取り組む経験は，自分が何を大切にして医療や研究に向き合いたいのかを考える貴重な時間となりました。また，世界の研究者と交流する中で，研究と臨床をつなぐことの重要性を改めて実感いたしました。

私自身の歩みを振り返りますと，臨床の現場で学び，臨床研究を通じて問いを深め，さらにトランスレーショナル研究へと視野を広げてきた道のりであったように思います。臨床研究では，多くの病院の先生方と交流し，自施設だけでは得られない経験や視点を積み重ねることができました。多施設で課題を共有し，協力しながら一つの問いに向き合うことは，私にとって大きな学びでした。2005年に筑波大学へ戻ってからは，基礎医学，社会医学，他領域の臨床医学など，多様な分野の先生方と出会う機会に恵まれました。日常診療の延長だけでは見えにくい問いを，異なる専門性を持つ方々とともに考えることで，自分の研究フィールドがさらに広がり，深まっていくことを実感してまいりました。これは，大学という場だからこそ得られる学びであり，筑波大学の自由で開かれ

た環境の大きな魅力であると感じています。

乳癌診療はこの20年で大きく変化しました。薬物療法，遺伝子診断，画像診断，手術療法のいずれも飛躍的に進歩し，患者さん一人ひとりに合わせた治療を考える時代となっています。一方で，どれほど医療技術が進歩しても，患者さんの不安に耳を傾け，その人らしい人生を支えるという医療の本質は変わらないと感じています。がんという病気は，診断された瞬間から患者さんやご家族の心に大きな影を落とします。だからこそ，医療者として，正確な治療を提供するだけでなく，その中に少しでも明るさを感じていただける診療，そして何らかの希望を届けられる診療を大切にしていきたいと考えています。

学生時代を振り返りますと，私は勉学だけでなく剣道にも多くの時間を費やしていました。筑波大学は，さまざまな分野で高いレベルを目指す学生が集う環境であり，私自身も剣道を通じて多くの仲間や先輩方に出会い，人として成長する機会を得ることができました。

剣道で教わった言葉の一つに「守破離」があります。まずは師や先達の教えを守り，徹底して学ぶこと。やがて，その学びを自分の中で咀嚼し，新たな視点を加えながら成長していくこと。そして最後には，自らの力で道を切り開いていくこと。振り返れば，私自身の歩みも，この言葉に重なるところがあるように感じています。

私は，大学，一般病院，大学院，海外留学，そして再び大学という，それぞれ異なる環境の中で学んできました。どの場所にも，それぞれに得がたい学びがありました。臨床の現場で徹底的に鍛えられたこと，研究を通じて問いを深めること，多施設の先生方と協働すること，そして大学で多様な分野の知に触れること。その一つひとつが，現在の自分を形づくっていると感じています。

教授を拝命した今，私が最も大切にしたいのは，次の世代が希望を持って成長できる教室をつくることです。乳腺・甲状腺・内分泌外科は，手術，薬物療法，遺伝医療，緩和医療，チーム医療，基礎・臨床研究など，多くの要素が交差する奥行きのある領域です。その魅力を若い医師や研究者に伝え，それぞれが自分らしい形で力を発揮できる環境を整えていきたいと考えています。

医師としての成長の道は一つではありません。大学や一般病院で学ぶこと，研究に没頭すること，地域医療に向き合うこと，海外に出ること，他分野の人々と交わること。どの道にも意味があり，それぞれの経験が，いつか必ず自分の力になります。学生の皆さんや若い先生方には，目の前の環境で学び尽くすと同時に，自分の関心や違和感を大切にしながら，自らの道を切り開いていってほしいと思います。そして何より，学ぶこと，働くこと，人と出会うことを楽しむ気持ちを忘れずにいていただきたいと思います。

また，卒業生の皆様には，大学を「卒業した場所」としてだけでなく，ともに成長し続けるための拠点として活用していただければ幸いです。地域医療，教育，研究，社会貢献など，さまざまな場面で大学と連携しながら，筑波大学というコミュニティをさらに豊かなものにしていければと願っております。

これからは，自分を育ててくれた筑波大学に少しでも恩返しができるよう，教室員と力を合わせ，質の高い診療，社会に届く研究，そして未来を担う人材育成に取り組んでまいります。がん診療に携わる教室として，患者さんに確かな医療と希望を届け，若い世代が明るく前を向いて成長できる場をつくっていきたいと思います。桐医会の皆様におかれましては，今後とも変わらぬご指導，ご支援を賜りますよう，心よりお願い申し上げます。

Experts from Tsukuba

～筑波大学出身のリーダー達～



「筑波メディカルセンター代表理事に就任して」

公益財団法人　筑波メディカルセンター

代表理事　　軸　屋　智　昭

会員の皆様こんにちは，２回生の軸屋智昭（じくやともあき）と申します。山口高史会長から執筆依頼を頂戴しましたこと，本当に光栄に存じます。突然，何某かの expert となった訳ではないのですが，ご縁があり公益財団法人筑波メディカルセンターの代表理事に選任され就任いたしましたので，財団の紹介や展望などを書かせていただきます。

実は，本コラムへの寄稿は２度目になります。2010年発刊の第67号で，自身の来歴と法人の屋台骨である筑波メディカルセンター病院の設立経緯，沿革について紹介しましたので，重複は避け，旧稿で舌たらずな部分を補いながら自身のその後の履歴をなぞり，思うところを綴ってゆきます。

業務執行理事兼病院長として

病院長に2009年５月に就任し，定年となった2022年３月まで約13年間，多くの困難を経験しました。最初の大きな波は2011年３月11日の東日本大震災でした。発災後，電気は当日夜半に復旧したものの，断水は13日夕まで続き貯水槽の底が見え，あと半日復旧しなければ全入院患者の搬出を覚悟するところまで追い込まれました。自院の応急処置に目途がたつと DMAT 活動を中心に被災地の医療支援にも目配りする毎日でした。

2012年４月，法人組織は一般財団法人から公益財団法人へ移行し，より公益性の高い活動が求められることになりました。法人理事の中から初代の代表理事として故中田義隆先生が就任され，業務執行理事として私が選任されました。執行理事として法人全体業務の遂行とともに病院事業の事業長（病院長）の仕事も同時進行でしたので，目の回る様な忙しい日々が続くこととなりました。執行理事としての最初の大仕事は，同年10月に理事会承認された第六次整備事業となります。第六次整備事業は，健康増進施設 ACT，赤十字血液センター，つくば市医師会が入居するメディカルプラザ新築，健診センター棟改修，一般床200を移転する病院３号棟新築，病院１号棟・２号棟改修など，法人事業全体の多岐にわたる設備の更新・改修を公的補助金なしで完遂するもので，2016年３月末に完工となりました。整備事業の推進中は，法人各事業の利害調整と工事費抑制に心を砕き，身体的にも精神的にも余裕のない日々を過ごした

ことは忘れられません。大病を抱えていらした中田代表理事は整備事業の完了を見届けたあと一線を退かれた訳ですが，先生の体調への細やかな気配りに欠けていた自分に悔いが残ります。

次の大波は2020年の新型コロナ感染症（COVID-19）です。２月にダイヤモンド・プリンセス号乗員，３月に茨城県第２例目の入院を受け入れて以降，怒涛の如く押し寄せる災禍の数年間を過ごしました。非常に早期から得体の知れぬ感染症，しかもECMOを必要とする重症患者を，使命感を持って受け入れていましたが，医者人生の中で初めて自らの死が頭をよぎることがありました。外来では，市医師会，つくば市を巻き込んだPCR迅速検査体制を構築しました。約３年に及ぶドライブ・スルー形式の地域外来・検査センターでの検査数を含み全12万件弱の検査を実施し，ピーク時の陽性率は50％を超えましたが，万全の感染防御体制により検査実施に起因する職員の感染はほとんど見られませんでした。一連の騒動の中で国の補助金のあり方には，正直言って失望させられました。新興感染症へ立ち向かう医療行為への評価ではなく，感染受け入れ病床確保のための通常一般病床の転換に対する経済的な補償など，あと付けで鼻先にニンジンをぶらさげる手法が多く，先駆的，先導的な医療実践への評価が乏しいと感じたからです。

猛威をふるうコロナ感染症の最中，2022年３月には定年を迎え法人，病院を退職することになりました。

茨城県病院事業管理者として

2022年４月，病院長時代にお世話になった元筑波大学附属病院長 故五十嵐徹也先生から数年にわたり熱心にお誘いいただいたご縁もあり，茨城県病院事業管理者に就任しました。耳慣れない職位なので簡単に説明します。在籍した病院局は，地方公共団体（県）が出資経営する地方公営企業法の全部が適用された公営企業で，県立病院（中央，こども，こころ）の運営事業を実施しており，病院事業管理者はその統括者になります。組織上は県庁とは別組織となり，病院事業管理者は一期４年の任期で，知事が指名する特別職になります。能天気な私は，事前に職務内容の精査もせず，何とか県税の繰入額を減らせないものかとの願い程度で臨みましたが，流石にそうは簡単に問屋が卸さず，経営面での改革は全く成就できませんでした。唯一，水戸保健医療圏地域医療構想のなかで県立中央病院とこども病院を合併し新築移転する端緒を開くことができたのが任期中の仕事となりました。ただ，行政サイドの思考パターンや作法について，大変多くの知識や気付きを得ることができたのは個人的な収穫でした。

代表理事として

志真泰夫前代表理事からお声がけいただき，2026年４月法人の執行役員として復帰し，６月の評議員会で理事に選任され，続く理事会での互選にて代表理事を務めることとなりました。

当法人の理事は筑波大学，茨城県医師会，つくば市医師会，土浦市医師会からの組織推薦理事４名と法人傘下の事業長や職域部門長などの法人業務に携わる内部理事５名から構成され，法人の代表者が代表理事，法人業務の統括者が業務執行理事となります。私と同時に業務執行理事として，新病院長である仁科秀崇先生（15回生）が選任されました。

旧稿でも述べましたが当法人の起源は医師会・筑波大学･茨城県の三者になり，設立計画時には，ありていに「人は大学が出す，金は医師会が出す，土地は県が出す」などと言われたと聞いています。創立後40年が経過し，医師会からの借入金は完済しましたが，多くの患者，利用者をご紹介頂いています。また医師の多くは筑波大学附属病院からの派遣であり，土地も設立時の敷地は県から貸与していただいています。ステーク・ホルダーは不変であり，これからもその関係性を重視し，発展させなければならないと思います。特に，屋台骨である病院事業にあっては同じ医療圏内にあり距離も近い附属病院との円滑で上手な連携が必須になるだろうと考えます。

県内唯一の医育機関で特定機能病院である大学附属病院は県内各医療機関への医師派遣機能も具

備しており，医師少数県である茨城県内から多くの派遣要請を受けていますが，施設規模による限界があると思います。その証左として先日全国の大学病院本院（一県一大学のみ，除複数校）の一床当たりの県民人口をざっと計算してみましたが，筑波大（約3540人 / 床）は浜松医大（約5920），広島大（約3770）に次いで全国３番目に担当する県民人口が多い病院であり徳島大（約1040）と３倍以上の開きがありました。更に厚労省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」では特定機能病院の制度の見直しが提言され，医師の働き方改革における2036年の暫定特例水準の廃止に向けた改革を進めながら医学教育・研究を牽引し，地域の医療機関への医師派遣を含む高度で専門的な医療を提供し続けるための改革を促す必要性が指摘されています。これらの施策は極めて大学病院への影響が大きく，従来の附属病院単体を中心とした医師養成のパラダイムを替える必要があるのではと思料しています。互助互恵を前提とした強固なアライアンスや，医師養成特区など既成概念にとらわれない取り組みについて，新たな地域医療構想の枠組みの中で考案していけないものかと考えます。

おわりに

代表理事の任期は一期２年。再任可能ですが，毎２年，チェックを加えながらスピード感をもって事に当たりたいと考えています。同窓の皆様，そしてこれから卒業する学生諸君，当法人に興味のある方，是非いらして下さい，連絡をお待ちしています。

「いままでいろいろ教わってきた，これからも」



一般財団法人　筑波麓仁会　筑波学園病院

病院長　　五本木　武　志

筑波大学９回生の五本木武志と申します。このたび，桐医会会報で，このような執筆の機会をいただき，誠に光栄に思います。現在は，2001年に入職した筑波学園病院で病院長をしております。専門科は消化器外科です。わたくし自身，今まで多くの方々に支えられて現在に至っておりますが，その方々への感謝を込め，また今後の考えなどお話しできればと思います。

学生時代

筑波大学医学専門学群に入学してからは，授業内容の量やテストの多さは圧倒的であり，要領もよくはないので授業についていくのが大変でした。高校時代は，軟式テニス部に所属していたので，大学入学後も軟式テニス部に入部して，比較的一生懸命取り組みました。性格的に二つのことを同時に頑張るのは不得意なので，勉強よりも部活動優先で，４年次から５年次に進級できず留年し，同時に主将を経験しました。主将は勝たねばならない，部としても強くないといけないので大変でしたが，この時の経験は今の病院長という仕事に共通しているところがあり，貴重な経験だったと思います。臨床実習では様々な病院をまわりましたが，三井記念病院と国立国際医療センターの外科で，大きな手術に参加させていただいたり，術後に食事に連れて行っていただいたのが非常に楽しく，このころから「進路は外科かな」と感じておりました。

レジデント

ジュニアレジデントの２年間は体力的には本当に大変でしたが，ほぼ「よかった！」という思い出しかありません。やはり手術に入って，そのあとみんなでご飯を食べたり，飲みに連れて行っていただいたのが非常に楽しく，充実した２年間でした。要領はとても悪いので，仕事を終わらせるのにも時間はかかりますが，それだけ病院にいる時間は長くなるのでいろいろな経験もできます。このころの苦労はあまりいとわないほうが，あとあと生きてくるのではないかと思います。３年目からは消化器外科に入ってシニアレジデントになりますが，外科でもいろいろなタイプの先生がいるのだなということを学びました。ただ共通しているのはやはり「手術に対する想い」です。自分が手術を担当した患者は「最後まで責任もつ」というマインドを学んだと思います。

TMC（筑波メディカルセンター病院）から MGH（マサチューセッツ総合病院）

チーフレジデントが終了した後は，筑波メディカルセンター病院に就職になりました。「忙しくて大変だった」につきる３年間でしたが，あっという間に時間が過ぎました。外科は３名でした（最終年は４名になった）が，ここでの３年間で，わたくし自身，昼と夜，ウイークデーと土日の区別がないという生活習慣が出来上がったと思います。この時は現在つくば双愛病院の病院長の青柳先生がトップでしたが，本当にいろいろなことを教わりました。消化器外科医としての基礎を作っていただいた３年間だったと思います。３年目の後半に，アメリカに留学して勉強させていただくお話をいただき，渡米の準備に追われましたが，

日常業務の手は抜けません。たしか成田から離日する前日の夜に腹壁瘢痕ヘルニア嵌頓の患者がきて緊急手術をしておりました。術後管理をお任せする事態になり，今でも恐縮しております。

MGH でのラボは日本人は私の他に１名だけでしたが，職場では英語以外は禁止されていました。行ってすぐに，フランスからの留学生がわたくしのワンルームのアパートに居候することになり，お互い英語が下手なので苦労しました。しかしそのおかげか，他の国の留学生が大挙してアパートに遊びに来るようになり，だんだん打ち解けることができました。もともと TMC で忙しかった日々を送っていたので，それまで通りに土日も夜も働いていましたが，「今度来た日本人はハードワーカーだ」という話になり，かなりかわいがってもらいました。「欧米人は働かない」，という言い伝えがありますが，それは嘘です。みんな朝は７時頃から働いていましたし，いざ勝負がかかったときの仕事ぶり，目標を達成するための執念というか気合いは，日本人は及びません。喧嘩してるんじゃないかと思えるほど議論したりする姿は，見習いたくても無理だとも思っていました。実験の方は，最初は見習いという感じでしたが自分のテーマで仕事をさせていただけるようになったら，２年目の半ばくらいから興味深いデータが出はじめて，ようやく書き始めることができました。ペーパーを submit した後に，２つ追加実験をするようにという review がきた時は２年目が終わるころで，ラボのスタッフも，そろって「まさかお前，今帰国しないよな」という雰囲気で留学の延長をすることになりました。このことが日本の多くの先生方にご迷惑をおかけすることになり，誠に申し訳なく思っております。この場をお借りしてお詫び申し上げます。

水戸中央病院から筑波学園病院へ

帰国後は，水戸中央病院でお世話になりました。３年間臨床から離れて，勘の鈍ったわたくしを温かく迎えてくれました。外科のトップは小野先生でしたが，非常に手術も上手で，臨床能力に優れた先生でした。手術も執刀させていただきましたし，外科以外の総合診療的な患者の受け持ちにもなりました。その頃2000年当時は，今ほどは「高齢者社会」ということは叫ばれておりませんでしたが，肺炎や打撲，蜂窩織炎など色々な疾患を抱えた患者を診ており，あらゆる疾患に対応できる先生を目の当たりにして，将来はこういう先生になりたいなと感じておりました。2001年の10月からは筑波学園病院に異動になり，現在に至っております。当院の消化器外科は，特に急性腹症，緊急疾患に遅れずに対応しようということをモットーにしており，かなりの数の手術を経験しました。2001年からずっと同じ同僚メンバーで，同じ考えを持って仕事をさせていただいておりますが，振り返ると本当に周囲の人に恵まれた仕事人生だったな，と思います。その時々は大変でも，必ず後々意味を持ってくるのだな，と思います。

正直わたくしのようなものが病院長でいいのかと思うところは大きいですが，ここからはできるだけ若い人たちにも同じ経験ができるような環境を作るのが仕事だなと感じています。これから桐医会の後輩がのびのびと仕事ができるよう，努力してゆく所存です。どうかよろしくお願いいたします。

「予想しなかった私のキャリア」



筑波技術大学　副学長

附属東西医学統合医療センター長　**酒　井　　俊**

桐医会の皆様，こんにちは。筑波技術大学というと，かつての「筑波技術短期大学」の名称の方が馴染み深い会員の方もいらっしゃるかもしれません。本学は筑波大学に隣接する，視覚・聴覚に障害のある学生が学ぶ国立大学法人です。

筑波大学医学専門学群を卒業してから35年以上が経過しました。振り返ると，自分でも予想していなかった方向へ少しずつ進みながら，現在に至っているように感じます。

本学に異動する前の10数年間は，循環器内科講師として筑波大学に所属しておりました。その後，2019年に筑波技術大学保健科学部理学療法学コースの教授として赴任し，2022年からは学科長として運営を行う傍ら，附属医療センターにおいて循環器内科の診療を続けてまいりました。

時計の針を少し戻し，学生時代の病院実習を振り返ってみます。病態変化の背景にある代謝動態などの機序や，希少疾患に関心がある自分に気がつき，それが原点となり，筑波大学附属病院の内科レジデントとして研修を開始しました。卒業前の1988年に柳沢正史先生がエンドセリンを発見され，その病態生理学的役割に強い関心を抱き，薬理学の後藤勝年先生の門を叩いたことも懐かしい思い出です。附属病院での内科ローテーションを経て，縁あって循環器内科に所属しました。主任の杉下靖郎教授は，心機能・運動生理学をはじめ，心肥大・心不全を専門とされており，これらの領域がその後の私の研究テーマとなりました。大学院では薬理学教室で基礎研究の手法を学び，「心肥大・心不全の病態形成におけるエンドセリンの関与」という内容で学位をいただきました。第４回生の宮内 卓先生とともに，エンドセリン拮抗薬の肺高血圧症治療薬としての可能性を基礎研究によって明らかにできたことも，貴重な経験です。

大学院修了後は，助手，一般病院勤務，日本学術振興会特別研究員を経て，山口 巖教授に講師として採用していただきました。数報の論文を執筆したのち休職し，2003年から米国ヒューストンのベイラー医科大学，Prof. Michael Schneider のもとへ留学しました。当時の循環器分野では，分子生物学的手法を用いて病態を解明することが主流になりつつあり，私もそうした最先端の研究に挑戦したいと考えたからです。彼のラボでは，培養細胞と遺伝子改変マウスを用い証明する研究手法をとっており，私は心肥大関連機能分子の制御機構の解明に没頭しました。研究の合間の連休や夏休みには，家族とともに車で数泊の小旅行にも出かけ，この留学期間は，私の人生の中でも最も充実し楽しい時期でした。ただ，いざ帰国するという段になり，貯金残高が予想以上に減っており，少々肝を冷やしたことも今では良い思い出です。

帰国後はまさに「一からの出直し」となりました。米国の研究生活は刺激的ではあったものの，質の高い成果を目指したために論文数自体は必ずしも多くはありません。帰国後数年間は科学研究費助成を申請しても採択されず，落ち込む日々が多かったように思います。米国と全く同じ研究スタイルを踏襲することは難しく，試行錯誤を繰り返しましたが，徐々に研究基盤を整え，研究を継続することができました。

一方でこの時期は，指定難病の肺動脈性肺高血圧症を中心に，肺循環に問題を抱える症例を集中

的に診療し，薬物治療の確立に注力しました。茨城県内における肺高血圧診療の充実に貢献できた自負はあります。この疾患にはエンドセリン拮抗薬が有効であり，大学院時代に心血を注いだ基礎研究が，時を経て臨床現場で患者さんのために応用されていく過程に，大きな満足感を覚えました。折しも新薬が次々と開発され，治験でその有効性を検証していくプロセスには，医師として大きなやりがいを感じていました。

こうして循環器診療と研究に邁進していましたが，五十歳を過ぎた頃，健康維持や予防医学の重要性をより強く意識するようになり，医療の新しい分野に挑戦したいという思いが湧き上がってきました。そのタイミングで，筑波技術大学の教授公募の話があり，一念発起して応募したところ採用され，現在に至っております。

それまでリハビリテーションといえば，整形外科疾患や脳血管疾患を対象とするものという程度の認識しかなく，異動が決まってから慌てて心臓リハビリテーションの実践方法を学び直しました。実際に赴任してみると，内科疾患に対するリハビリも行われており，「内部障害理学療法学」という分野が独立して存在していることを知り，これは私にとって新鮮な驚きでした。現代社会では，整形外科・脳血管疾患に加えて内科疾患という複数の問題を抱える高齢者は非常に多く，この分野は今後さらに重要性を増し，発展していくものと確信しております。

このような想いを抱きながら理学療法学コース長として，メンバーそれぞれの得意分野を活かしたグループ運営を行ってきましたが，コロナ禍を契機に，所属する保健学科のさらなる改革を迫られることとなりました。これまでの循環器診療の経験から，健康寿命の延伸には「運動習慣を身につけ，身体機能を維持すること」が不可欠であると痛感していました。そこで，個々の身体能力に応じた適切な運動指導を担える人材を育成すべく，新たに「健康スポーツ学コース」の設置に取り組みました。幸い文部科学省の認可を得られ，現在は学生募集に奔走しているところです。

本年 4 月からは副学長を拝命し，第 5 期中期目標期間に向けての大学改革に対して大学全体を運営する立場となりました。しばらくは新コースの立ち上げと軌道投入に全力を注ぐことになりますが，「いかにして大学をより魅力的にしていくか」という課題に，日々頭を悩ませております。兼任することとなった附属医療センター長としての役割も重要です。当センターは小規模な診療所ですが，通常の診療に加え，鍼灸や漢方といった東洋医学的観点からのアプローチ，さらには身体動作解析や運動耐容能評価を行った上での外来リハビリテーションを提供できるという，極めてユニークな特徴を持っています。筑波大学附属病院とはまた異なる治療文化を大切にしながら，各分野の強みを活かし，患者さんの満足度を総合的に高めていきたいと考えています。入院施設を持つ大病院とは異なるからこそ，地域のニーズに柔軟に応えつつ，本学ならではの特色ある医療体制の構築を目指してまいります。

こうして歩みを振り返ってみると，私のキャリアの根底には常に「病気を理解したい」「患者さんの役に立ちたい」「誰もが健康に年を重ねられる社会を作りたい」という，シンプルな想いがあったように思います。医師のキャリアとしては必ずしも王道とは言えない道を歩んできましたが，その時々で自分の関心と直感に従い，恐れずに挑戦を重ねてきた結果が，現在の私を作っています。

最後に，若い世代の皆さん，そして日々奮闘されている同窓の皆さんに，言葉を贈ります。以前，学会出張でローマを訪れた際，目の前に広がる遺跡に立ち，古代ローマのカエサルの言葉が胸に浮かんできました。医師として，あるいは一人の人間として，重大な決断を迫られる場面は必ず訪れます。進むべき道に迷ったときには，ぜひ自分の可能性を信じ，勇気を持って新しい一歩を踏み出していきましょう。

— Alea iacta est.（賽は投げられた）—

会報100号記念 学生企画

Fledglings in the Paulownia Tree
～桐で生い立つ若者たち～

はじめまして，今号の学生企画を担当致します，医学類５年の市村向日葵と左中彩恵です。今回は100号の記念企画という事で，医学類３回生で現在は小美玉市医療センターの院長をされている湯沢賢治先生へのインタビューをお届けします。湯沢先生は桐医会発足の中心となった方々の１人で，桐医会発足当時の様子や思いについて熱いお話を伺う事ができました。

「桐医会はこうして生まれた　― 創設の記憶 ―」

湯沢　賢治　先生（３回生）
小美玉市医療センター　院長

日　時：2026年４月30日
場　所：筑波大学医学系学系棟構内

Interviewer：市村向日葵（M5）
左中　彩恵（M5）
小谷　駿翔（M4）
伊藤　彩希（M4）

左中：
本日はどうぞよろしくお願いします。
湯沢先生：
３回生で，卒業して44年経った湯沢です。質問を考えてくれたのですね。
左中：
はい。まずは，今どんなお仕事をされているのか教えていただきたいです。
湯沢先生：
筑波大学の講師を20年前に辞めて，水戸医療センターで臓器移植を専門にやり始めて16年間やりました。４年前に定年となり，今は小美玉市医療センターというところの院長をしています。医者になって３年目から臓器移植を志し，42年間ずっと臓器移植に携わってきました。２年前までは日本移植学会の副理事長もしていました。院長になる時によく，「院長って患者さんを診るんですか？」と言われましたけど，小美玉市は非常に広い地域なのに，急性期の病院はうちしかないんです。常勤医は３人だけですが，産婦人科がないだけで，ほとんど全部の科をやっています。とんでもなく忙しいですよ。実際，入院患者さんを直接20人以上受け持っていますし，外来の火曜と木曜は朝から晩までずっと診療しています。さらに月・水・金は血液透析もやっています。血液透析をするには内シャントの手術が必要でしょう。今69歳なんですけど，１ミリ，２ミリの血管をつないでいます。もともと臓器移植をやっていて，血管をつなぐのは本当に得意なので，難なくやっています。
小谷：
桐医会発足時に，どういう思いがあって活動されていたのかお聞きしたいです。

湯沢先生：

筑波大学ができた当初の話からしなくちゃいけないですね。1960年代，世の中がどうなっていたかというと，東京の大学や国立の研究所が手狭になってきたので，研究学園都市をつくろうという話になった。1963年５月19日に，つくば研究学園都市建設法ができました。なぜつくばだったかというと，とにかく平地で何もないところを探したら，つくばしかなかったからです。それから，1968年に東大の安田講堂が占拠された話は聞いたことがあると思いますが，当時は学生運動が盛んな頃でした。そこで，学生運動の中心になっていた大学を完全に解体して，つくばに新しい大学を作ろうとしてできたのが筑波大学です。





だから，筑波大学では学生の自治組織を作ってはいけなかった。その最大の問題は，学生の自治組織がないので，卒業するとそのままバラバラになっていくことでした。もう一つ大きな問題がありました。レジデントとして，40人しか大学病院に残れない制度だったことです。筑波大学はいわゆる昔の医局制度を崩壊させたんです。医局というのは，大学の教授がいて，その教授がすべてを支配していたわけです。それでは駄目だということで，筑波大学が日本で初めてレジデント制度を作った。ただ，当時は定員100人のうち40人しか大学に残れなかった。外に出なくてはいけない60人は，いろいろな病院に行ったり，場合によっては他大学の医局に入ったりしていました。１回生，２回生は，すべてが初めてだったので，そんなことを考える余裕もなく卒業してしまった。でも，２回生が卒業する時，「それではまずい，なんとかしなくてはならない」と頑張ったのが３回生でした。ところで，３回生はものすごく仲間意識が強かった。なんでだと思う？

小谷：

バラバラになる危機感がある学年だったから？

湯沢先生：

当時は，ほぼ全員が学生宿舎に入っていたんですよ。１回生は単純に願書を出した順。２回生は全学群をあいうえお順で分けていた。鈴木さんがずらっと並んだりね。でも３回生は全学で学群，学類ごとにまとめたため，医学群だけでまとめたんです。24時間365日一緒なんですよ。そりゃ仲良くなりますよね。そういうこともあって，３回生の結束力は非常に強くて，自分たちで「華の３回生」と呼んでいたほど。そこで３回生が中心になって動いたんだけど，ではなぜ一部の人たちが桐医会づくりにも関わったと思いますか。５人ぐらいが中心になって始まったんだけど，どういう必然性があって集まったのか。

小谷：

同じ部屋だったとかですか。

湯沢先生：

今でもあるのかな。国試対策委員会ってある？

全員：

聞いたことないです。

湯沢先生：

全国の医学部には，情報を全国で集めて，国家試験の受験生みんなに配付するための国家試験対策委員会という全国組織があったんです。当時筑波大学には名だたる先生がたくさんいて，国試問題を出している先生もいたんです。さらに１回生

の国家試験の成績が非常に良かった。それで全国組織に呼ばれるようになったんですが，２回生は国試前で動けない。だから３回生が出ていたんです。その国試対策委員会のメンバーが，そのまま桐医会を作っていった，というのが本当のところです。

小谷：

それで３回生なんですね。桐医会の発足がなぜ３回生から始まっているのか不思議に思っていました。

湯沢先生：

もう一つ大事なのが，筑波大学の母体になった東京教育大学には,「茗渓会」という同窓会があったことです。今でも筑波大学全体の同窓会として茗渓会があります。実はこれが，教育界の本当に名だたる先生方の集まりだったんです。東京高等師範学校を出た人たちが中心で，日本の教育界の中心的存在でした。医学の同窓会をどうしようかとなった時に，茗渓会に相談したんです。すると，「医学群が全員入会して同窓会を作るなら，全面的にサポートする」と言ってくれた。それで最初は茗渓会の医学支部のような形で桐医会を作りました。だから，茗渓会がお金を出してくれて，ただで名簿を作ることもできたんです。

こうして，１回生が卒業してまだ１年も経たないうちに会ができ，第１回総会が，２回生が卒業してすぐの５月16日に開かれました。実はその日は国家試験の発表日だったんです。ちなみに昔は国家試験というのは卒業後に受けるもので，発表が５月16日。医師免許が届くのは５月末頃でした。だから４月は，レジデント，つまり研修生のような形で，「仮」の状態で働いていたんですよ。とにかく，２回生が卒業した年の５月16日に，第１回総会が始まったということです。

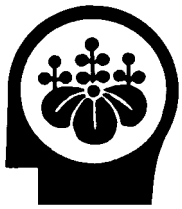


伊藤：

ありがとうございました。桐医会発足にまつわる思い出のエピソードはありますか？

湯沢先生：

いくらでもありますね。当時は定例会っていうのを毎月のようにやって，みんなで議論したりしてました。５月に第一回総会が始まって，会報の創刊号が81年の８月１日に発行されてる。第一回総会についてまとめたんだけれども，そのなんと２カ月半後には，第２号が出てるんだよね。このマークが表紙には入っています。



左中：

これは何をイメージされたマークなんですか？

湯沢先生：

大学の校章を使って医学っぽくしたかった。頭の中に筑波大学がある，ということです。会報の４年目の企画はね，「貴重な失敗談をみんなで話し合いましょう」。次はなんと，「百年後，千年後を目指していこう」というとんでもない話で。当時は場所なんかなかったので，ただどこかに集まって活動していました。なんとか学群長に交渉して場所をもらえたのが1995年です。学群の１階の実習室の手前左側に少しスペースがあったので，そこに本を置くロッカーみたいなのを置かせてもらって。その後，2001年に医学系の４階のパーティションで区切られた一部分を桐医会で使わせていただいた。最終的には，2015年の４月に今の部屋をもらった。

小谷：

今の桐医会室ができたのは最近なんですね。

湯沢先生：

桐医会みたいな組織が１つの部屋をもらえるって，結構すごいよね。学群がちゃんと桐医会の仕事を認めてくれていたということ。今みたいに場所まで提供してもらうには，ちょっと時間がかかりました。

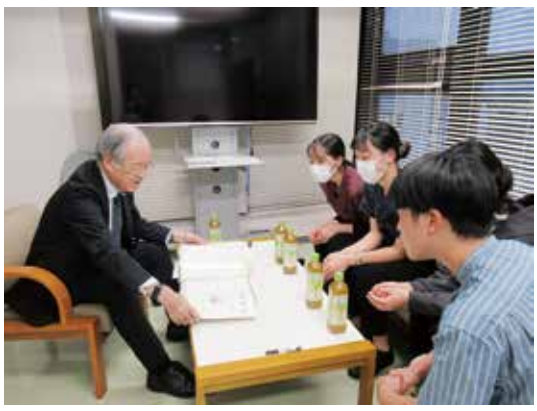
市村：

ありがとうございます。ここまで発足の時からのお話をいろいろ聞かせていただいたんですけれども，桐医会が発足から今までにどのように変化してきたか，お聞かせください。

湯沢先生：

僕らが桐医会を作った頃には，桐医会に全員入るのが当たり前だったんですよ。だってよりどころがない。卒業したら筑波大学に残れるのは40人，60人が外に出ていっちゃうので卒業したら，もう一生会わないかもしれないんです。本当に根無し草みたいにどこかの医局に入っちゃう人もそこそこいた。そういう人たちが情報交換するためには桐医会に入るのは当たり前だった。少なくとも初期の頃は誰も何の疑問も持たずに，桐医会を頼りに情報交換していました。ところが最近は，そもそも桐医会にも入らないとか，卒業してずいぶん経ってから退会したいとか，そういう人が出てきたということが，時代は変わったなと思います。卒業した大学と関係を持たなくてもいいって思っている人がいるのが昔と段違いです。

というのは，昔は大学を卒業すると医局に属して，一生その医局で過ごしていくものだったのです。筑波大学の消化器外科となれば，ずっと筑波大学消化器外科としてやっていくのが普通だった。筑波大学を出て，国立の水戸医療センターに行っていた16年間も，筑波大学の消化器外科から行っていた感覚でした。ところが今はそうではなくて，初期研修はやるけれど，そこからあとはすぐ美容外科に行っちゃったり，いわゆる「直美」とか，中堅どころが突然やめちゃったりもする。医局に縛られずに独立独歩で医者ができる時代になってきちゃったので，卒業した大学に縛られなくてもいいやと思う人が出てきたんじゃないかと思います。すると，会費を払うのも嫌だし，会報もいらない，名簿もいらないってことになっちゃって。必ずしも全員が入ってないっていうのが，すごい変化ですよね。ちょっとついていけないぐらい，そういう時代になってきちゃったんだという思いです。寂しいですね。それが一番変化で感じるところです。



小谷：

良くも悪くも，独立しても，昔はみんなで集まるのが普通だったけれど，今はそれが変わってきてるんですね。

湯沢先生：

そうですね。だから，縛られずに好きなところで好きな医療への関わり方ができる時代になったのでしょうね。それはある意味ではいいことなのかもしれないけど，ちょっと我々の世代からすると寂しい。一生仲間っていう意識が３回生にはありますよ。

市村：

なんらかの形で卒業後もつながりがあればうれしいですよね。

左中：

そうですね。

湯沢先生：

今つくづく病院長をやっていて思うのは，やっぱり医療の世界って，いかに仲間としてみんなで病院を維持して盛り上げていくかに苦労しているわけです。そう考えると，１人で勝手に，という医療が本当に成り立つのか？というのは非常に問題だと思います。

市村：

ありがとうございます。最後に，今後の桐医会に対する願いをお聞かせください。

湯沢先生：

６年間同じところで学んで仲間としてやってきた人たちが，同じ医療という世界で仕事していく時に，やっぱり仲間を大事にしていっていただけ

ればと思います。そのためにも，つながりを持つ場所として桐医会を上手く活用してもらえばいいと思います。１人で勝手に医療を維持できるわけではない。６年間一緒に学んだ仲間とはつながっていて欲しいし，桐医会をうまく使って上下の先生たちとも関わっていっていただければと思います。それが一番ですね。やっぱり筑波大学の卒業生としての誇りというか，同じところで学んだ人達として学年が違ってもつながりを感ずるところはあると思うんです。たとえ何十年離れていても，やっぱり筑波大学の仲間だなという意識がありますから。桐医会を大事に，仲間としてやっていっていただければと思います。

皆さん，まだまだコロナが大変な頃に入学してきたのかな。

小谷：

そうですね，ちょうど真っ只中です。

湯沢先生：

そうだよね。日本医学会連合がコロナに対するマニュアルのようなものを作ったんです。医学界全体で，特に感染症に関わる24学会が中心になって，その各学会の代表が zoom で集まって議論して作ったのが，日本医学会連合が作った COVID-19 Expert Opinion。その24学会の代表のうち５人が筑波大学出身，そのうちの２人が３回生だった。ちょっと驚異だよね。もちろん私もその委員だったんですよ。臓器移植を受けた患者さんは一生免疫抑制薬を飲まなきゃいけないので，感染症に非常に弱いわけですよ。移植学会の副理事長だったので，感染症に興味もあったから，移植学会の COVID-19対策委員長としてそのメンバーに入っていました。日本の医学会連合の中で，そんなに筑波大の医学出身者が代表としてやっているということがすごい誇りでしたよ。

小谷：

５，６人に１人は筑波大学出身ということになりますもんね。

湯沢先生：

そうだよね。名前を見ただけで筑波大学の人だってみんな分かるくらい仲間意識が強かった。名簿を見なくても，この人は何回生だってわかる。そのくらい，我々の頃は，卒業する段階で先輩は200人しかいないし下も500人しかいなくて，こぢんまりとした集団としての桐医会でもあったので，本当に仲間意識が強かったです。みんな頑張ってるっていうのが桐医会ですね。

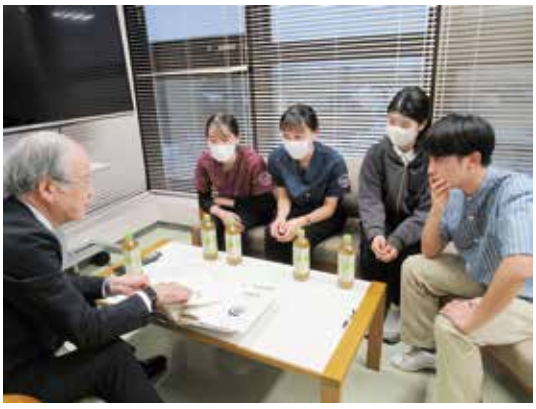
そうだ思い出した。社会的に認められるしっかりとした団体とするために，私が中心となって一般社団法人という形にしたんです。任意団体だと，お金を集められない代わりに，税金も払わなくていいんだけれども，それだとただのお友達の集まりなんだよね。それを，10年前に一般社団法人にしました。その代わりちゃんと税金を納めているし，いろんな法務局への届け出などは結構大変なんだよね。

小谷：

最近なんですね。

湯沢先生：

これは結構大変なことです。実は私，４つの学会を一般社団法人にしていて，例えば筑波大学の消化器外科の同門会，これも６年前に一般社団法人にしました。そうすると何がいいかというと，企業からお金を集めやすいんだよね。企業とかは任意団体に今どきお金出さないわけですよ。一般社団法人だとすごくお金が集まって，筑波大学の消化器外科は新入医局員を集めるためのハンズオンセミナーや説明会にお金を使えます。消化器外科って，全部の診療科の中でも絶滅危惧種って，５，６年前から言われているんですよ。世界中で消化器外科医が一番集まりにくくなっていますが，なんとか筑波大学の消化器外科は毎年５，６人入っ





左から　市村・小谷・湯沢先生・伊藤・左中

ています。それはすごいことです。今は消化器外科医をやってるより，「直美」の方がよっぽどいいんじゃないか，というぐらいのことになっちゃってるわけです。そこで消化器外科をなんとか盛り上げるために，急遽一般社団法人にしました。

一般社団法人になったことは，桐医会としてはやっぱり１つの大きなターニングポイントです。

小谷：

社会に認められるような団体になったんですね。

【インタビュー後】

湯沢先生：

ちょっと自分のことしゃべっちゃうけど，1997年から２年間，アメリカのヒューストンに行ってた。アメリカで楽しくやってました。子供のころ，医者になるよりパイロットになりたかったので，アメリカに行って，すぐ飛行機の免許をとった。当時，なんと35万円で一生有効なんだわ。今テキサス大学の客員教授をやっていて，授業するために６年ぶりに１人で飛行機を操縦して飛んできましたけど自転車に乗るようなもので簡単なものです。

実はアメリカで２年研修や研究をしていても，英語がうまくなる人ってそんなにいない。でも私は飛行機の免許を取るにあたって，無線でしゃべらなきゃいけなくて。命がけで英語しゃべるわけで，英語頭ができたのですよ。そんなこともあったので，国際移植学会の教育委員になったり，アジア移植学会では理事もしてますけど，英語でのズーム会議も全然苦にならずにやってる。

小谷：

そのときの経験ですよね。昔とった杵柄じゃないですけれど。

湯沢先生：

飛行機英語のおかげで，本当に国際学会でもいろいろ役をやったり，活躍できたので，楽しかったです。ちなみに，アメリカでは家族みんなで飛んだりしたんだけど，長男はお医者さんのお父さんより，飛行機を操縦するお父さんをいっぱい見てたんでしょう。今，ある航空会社で機長をやってます。大きな旅客機 A320に乗って，湯沢っていうのがアナウンスしてたら息子ですよ（笑）

～おわりに～

100号という節目に，桐医会の原点と未来への思いを伺うことができ，大変貴重な時間となりました。時代とともに医療の在り方や働き方は変化していますが，私たちも「つながり」を大切にしていきたいです。

海外臨床実習報告

筑波大学医学群医学類　6年次　石橋歩純

この度，2026年6月8日から7月3日までの4週間，シンガポールのKK Women's and Children's Hospital，通称KKHにて，Cardiothoracic Surgeryでの海外臨床実習に参加させていただきました。以前から海外の医療制度や医師の働き方に関心があり，日本とは異なる医療現場に身を置くことで，医療体制，チーム医療，患者さんとのコミュニケーションのあり方について学びたいと考えていました。今回の実習はHands off Observershipであったため，診療行為に直接携わることはできませんでしたが，朝回診，カンファレンス，手術見学，外来見学などを通して，シンガポールの小児・女性医療の現場を幅広く見学することができました。

＜シンガポールとKKHについて＞

シンガポールは人口約600万人，国土面積は東京23区よりやや大きい程度の都市国家です。中華系，マレー系，インド系を中心とする多民族国家であり，公用語として英語，中国語，マレー語，タミル語の4言語が用いられています。国民の多くが複数の言語を話すことができ，実際の会話では英語に中国語やマレー語などのイントネーションや表現が混ざった，いわゆるシングリッシュも多く聞かれました。シンガポールはアジアの中でも医療水準が高い国の一つであり，公立病院と私立病院がそれぞれ役割を担いながら医療を提供しています。



KK Women's and Children's Hospital

今回実習させていただいたKKHは，シンガポール最大の小児・女性のための公立病院です。病床数は864床で，東南アジア最大規模のNICUを有しており，国内だけでなく国外からも患者さんが集まる病院です。リトルインディアの近くに位置しており，院内にはフードコートやカフェも多く，医療者が食事や休憩の時間を通して自然に交流している様子も印象的でした。

＜実習内容について＞

実習中は主に，朝回診，カンファレンス，外来見学，手術見学に参加しました。日によって多少異なりますが，朝7時30分または8時頃から回診が始まり，その後にカンファレンス，外来，手術見学などが行われました。月曜日と火曜日は外来見学，水曜日と金曜日は手術見学が中心でした。昼食は院内のフードコートや病院外のホーカーセンター，レストランで先生方と一緒に取ることもあり，医療現場だけでなく，現地の医師やMedical Officer，看護師，秘書の方々の生活や働き方について知る機会にもなりました。

Cardiothoracic Surgeryでは，胸部外科領域の診療を見学しました。朝回診やカンファレンスでは，患者さんの状態，術後経過，今後の治療方針などが共有されており，基本的な流れは日本の臨床実習と大きく変わらない部分もありました。一方で，医師，看護師，秘書，ICUの専門医師など，各職種がそれぞれの専門性を明確に持ちながら診療を支えている点が非常に印象的でした。特に，ICUには集中治療を専門とする医師が関わっており，術後管理や重症患者の管理を外科医だけで抱え込むのではなく，専門職同士が連携して患者さんを診ている様子から，より実践的なチーム医療の形を感じました。日本でもチーム医療の重要性は

学んできましたが，シンガポールでは分業がさらに進んでおり，各職種が自分の役割に責任を持つことで，医療全体が円滑に機能しているように見えました。

外来で特に印象に残ったのは，患者さんに最初に第一言語を確認し，それに合わせて診療を進めていたことです。シンガポールでは基本的に多くの人が英語を話すことができますが，それでも患者さんが最も得意とする言語に合わせて説明や会話を行う姿勢が徹底されていました。英語を共通語として使えるだけでなく，患者さんにとって一番理解しやすい言語を選ぶことで，不安や認識のずれを減らそうとしている点は非常に印象的でした。日本ではそもそも医療現場で英語を日常的に使える人が限られており，多言語を自然に使い分けながら診療する光景はあまり見られません。そのため，言語対応そのものが医療の質や患者さんの安心感に直結することを実感しました。

実習前の英語でのコミュニケーション面では Thomas 先生に多くサポートしていただきました。また現地では，中尾先生に主にご指導いただきました。日本とシンガポールの医療制度の違いや，医師の働き方，キャリア形成についてもお話を伺うことができ，大変貴重な学びとなりました。シングリッシュや医学英語の聞き取りに苦労する場面もありましたが，わからないことを確認しながら実習を進めることで，少しずつ現地の会話や診療の流れに慣れることができました。

＜実習を通して感じたこと＞

今回の実習を通して最も強く感じたのは，シンガポールでは分業が進んでおり，チーム医療の体制が非常に整っているということです。各職種が専門性を持ち，医師だけが多くの業務を抱え込むのではなく，チーム全体で患者さんを支える構造がありました。ICU 専門医の存在もその一つであり，手術を担当する医師，術後管理を専門とする医師，看護師，その他のスタッフが連携することで，患者さんに対して継続的かつ専門的な医療を提供していました。このような体制は，医療者一人ひとりの負担軽減だけでなく，患者さんにとっても安全で質の高い医療につながっていると感じました。



お世話になった中尾先生と Aloysius 先生

また，女性医師が多く，休暇や産休も比較的取りやすい環境であることも印象に残りました。一方で，そのような働き方を成立させるためには，十分な人員や制度，周囲の理解が必要であり，単に個人の努力だけで実現できるものではないと感じました。医師の働き方を考えるうえで，収入や QOL だけでなく，医療体制全体の設計や職場文化が大きく関わっていることを学びました。

日本と共通している部分も多くありました。カンファレンスで患者さんの状態を丁寧に共有し，治療方針を検討する姿勢や，診療科ごとの忙しさ，外科系診療科に求められる責任の重さは，日本での実習と大きく変わらないように感じました。特に胸部外科はシンガポールでも非常に忙しく，高度な専門性と判断力が求められる分野であることを改めて実感しました。

生活面では，シンガポールは治安が良く，公共交通機関も発達しており，生活しやすい国でした。滞在先は Orchard 周辺で，KKH までは徒歩で通っていました。Orchard は日本でいう表参道のような雰囲気のエリアで，買い物や食事には困りませんでした。一方で，物価は日本より高く，特に宿泊費や外食費の負担は大きく感じました。また，屋外は非常に暑い一方で，屋内は冷房が強く効いており，体調管理にも注意が必要でした。実習以外の時間には観光も行い，医療現場だけでなく，シンガポールの社会や文化を実際に生活しながら知ることができました。最終日には先生方や Medical Officer，看護師さん，秘書さんたちと火鍋に行く機会もあり，現地の医療者の方々と交流できたことは大変良い思い出になりました。

＜準備と反省点＞

今回の海外臨床実習で最も大変だったことの一つ

は，実習そのものよりも，実習に至るまでの準備でした。学内選考では，海外臨床実習履修届，英語試験の成績，小論文，CV の提出に加え，英語面接がありました。英語面接では CV や小論文の内容をもとに志望動機などを聞かれるため，自分がなぜ海外実習に行きたいのか，現地で何を学びたいのかを英語で説明できるよう準備する必要がありました。

選考を通過した後も，自分で実習先を探して応募する必要がありました。国や大学によって応募締切や必要書類が異なり，応募と同時にワクチン接種証明書や採血結果，英文証明書などを求められることもあります。シンガポールの場合は NUS のポータルサイトから応募し，一度の応募で複数の病院に希望を出すことができましたが，手続きには時間がかかりました。実習先が正式に決まるまで時間がかかり，出発前はかなり不安もありました。

費用面でも，IELTS の受験料，ワクチン接種や抗体価検査，英文証明書の発行，実習申請費用，宿泊費，生活費など，多くの費用がかかりました。桐医会から援助金をいただくことができましたが，それでも自己負担は大きく，海外実習を希望する場合には，早い段階から費用面も含めて計画を立てる必要があると感じました。

現地での反省点としては，英語，特にシングリッシュの聞き取りに苦労したことが挙げられます。日常会話では問題がないと思っていても，医療現場では医学英語や略語が多く，さらに現地特有のアクセントが加わるため，最初は会話の内容を把握するのに苦労しました。今後は，医学英語の語彙を増やすだけでなく，さまざまなアクセントの英語に触れる機会を増やしたいと感じました。一方で，わからないことをその場で確認する姿勢や，相手の意図を理解しようとする姿勢も，海外で学ぶうえでは重要であると実感しました。

＜海外臨床実習を終えて＞

今回の実習を通して，医療制度や医師の働き方は国によって大きく異なる一方で，患者さんにより良い医療を提供したいという根本的な姿勢は共通していることを学びました。シンガポールでは，分業化されたチーム医療，多言語・多文化への対応，医師のキャリア形成や働き方など，日本とは異なる多くの仕組みを実際に見ることができました。特に，ICU 専門医を含む多職種がそれぞれの専門性を発揮しながら患者さんを支える体制や，患者さんの第一言語に合わせて診療を行う姿勢は，日本ではあまり見られない光景であり，今後医師として働くうえで大きな示唆を与えてくれました。

海外で医療を学ぶことは，単に英語で医学を学ぶことではなく，自分が将来どのような医師になりたいのか，どのような環境で働きたいのかを考える機会でもあると感じました。日本の医療の良さを再認識すると同時に，海外の医療現場から学ぶべき点も多くありました。今後は今回の経験を活かし，異なる文化的背景を持つ患者さんに対しても，その人の言語，生活，価値観を踏まえた医療を提供できる医師を目指したいです。

＜謝辞＞

最後に，このような貴重な機会を与えてくださった筑波大学の先生方，KK Women's and Children's Hospital の先生方，スタッフの皆様に心より感謝申し上げます。特に，現地でご指導くださった中尾先生，英語面でサポートしてくださった Thomas 先生をはじめ，Cardiothoracic Surgery の先生方，Medical Officer の先生方，看護師の皆様，秘書の方々に深く御礼申し上げます。今回の経験を今後の学びと医師としての成長につなげていきたいと思います。



最終日に先生方，スタッフの皆様と火鍋に

海外臨床実習報告

筑波大学医学群医学類　6年次　桶屋ひのき

＜はじめに＞

タイのチュラロンコン大学の附属病院であるKing Chulalongkorn Memorial Hospitalにて実習いたしましたのでここで報告させていただきます。

海外に幼いころから興味がありましたが英語が苦手で大学が定める基準に到達できるか不安がありました。そのためこの実習に応募するか迷いましたが挑戦しないで後悔したくないと思い応募することにしました。結論から言うと英語でのコミュニケーションが不自由でも対面であればある程度は可能であると思っております。様々な方々に支えられながら頑張ってよかったと思っています。

タイには何度か行ったことがあり慣れ親しんだ土地であること，タイで観光ではなく社会的な生活をしてみたいという気持ちからこちらの病院を選びました。



Faculty of Medicine

＜実習期間と実習先＞

2026/5/5-2026/5/29

King Chulalongkorn Memorial Hospital



Center of Chulalongkorn University

＜実習について＞

実習内容としては主に外来の見学をしました。患者さんも医師側もタイ語が母国語のためほとんどの時間がタイ語のみで進行されていき困難も多かったのですが，学生や一緒に来ていた海外からの留学生の助けで学習することができました。タイの大学では英語で医学を勉強しているため英訳することに困難がなかったようです。一緒にいた留学生の方も幼少期をタイで暮らしイギリスの大学に通っていた2国籍の学生だったため通訳をしてくれました。医学英単語があやふやだったため翻訳しながらの実習にはなりましたが，日本の大学病院と病気の割合や種類が全然違っていて興味深かったです。学生は2週間単位や4週間単位での実習ではなく，日によって別の学生が参加していました。個人個人でオーダーメイドの実習スケ

ジュールでローテーションしているようでした。

タイ語を話せなかったため私はできませんでしたが，チュラロンコン大学の学生は患者さんのところに行き診察をした上でどのような症状がどこに表れていていつからなのかといった情報を聞き取り，鑑別疾患をあげていました。それを用いてその日に参加していた学生全員でディスカッションしてから医師の診察が始まりました。

タイでは診察中に学生に先生が多くのことを教えてくださるため，実際にどのような症状が出ているのかを見ながら学ぶことができました。患者さんも学生に患部がみえるように工夫してくださり実際に触らせていただく機会もありました。医師と患者さんの関係性として対等な関係を築いており，そこに日本との違いを感じました。



お世話になった Dr. Pravit と

＜実習以外の活動について＞

実習以外の活動としては Teddy Bear Hospital 2026に参加してみました。これは子供たちに手当の方法を学んでもらうというものです。ぬいぐるみをそれぞれ持ってきてもらい，ぬいぐるみのけがや病気の手当てや健康なご飯がどのようなものかについて医学生が教えるというイベントです。できたらシールをあげる，病気やケガのシナリオを演劇のようにして楽しませるなど子供たちが飽きないような工夫を医学生たちが考えていました。さらに子供たちを少人数ごとに分けるなど医学生の負担まで考慮されていました。子供たちが泣いてしまったらどうするべきかについてもすべてマニュアルが作成されていました。

このイベントはすべてがタイ語で進行していき子供たちとの会話もすべてタイ語でした。子供たちとの関わり方も上手とも言えない中，言語という大きな壁があり正直不安でいっぱいでした。しかし常に笑顔でいることと簡単な単語で子供たちも言語を介さずいろいろなことを伝えようとしてくれて少しずつ仲良くなれました。参加するのに勇気が必要でしたが参加して本当に良かったと思っています。



Teddy Bear Hospital

＜私立病院＞

タイには公立と私立の二種類の病院があります。公立は安く受診でき，多くの患者さんが受診します。私立病院は費用が高いため富裕層や保険が適用される外国人のみ受診できます。公立病院は基本的にタイ語，私立病院は英語での診療，さらには日本人の通訳をつけることも可能なところが多いです。英語とはいってもタイ語なまりの英語のため聞き取りにくいことも多いです。私立病院の中にも日本人に特化した病院，タイ人の富裕層向け，外国人向けの私立病院などがあります。

今回実習中に食べ物にあたり胃痛が止まらなくなったため私立病院を受診したところ入院となりましたので，その経験を共有させていただきます。

まず列がないため普通に外来で受診しても救急で受診してもすぐに名前が呼ばれ待ち時間はありません。着いて受付をしてすぐ診察の場所に案内

されました。

病院全体がホテルのような内装でした。患者さんが無料で飲めるペットボトルのお水も置いてあります。入院時の個室の中もホテルを想像してもらえればいいと思います。ルームサービスも存在しています。



私立病院の個室

ホテルと違う点はベッドが電動であること，ナースコールがあること，看護師さんが定期的に血圧，体温とサチュレーションを測りに来てくれることです。電動ベッドで体を起こした先に大きなテレビがあります。

食事ですが，すべて課金制で好きな食事を選ぶことができます。毎日何にするか担当の方が聞きに来てくれます。個人的にいろいろなものを食べてみたかったので選択肢の中から違うものを選んでみました。いちごジャムのサンドイッチとメープルシロップクラッカー，ゼリー，何の色かわからないジュースが夜ご飯の日もありました。

体調を崩してしまったことは残念ですが貴重な体験をすることができました。体調が悪いことはとてもつらいことなのでおすすめはしませんが，海外実習先で体調を崩したとしても落胆せずに，患者側も体験できるいい学びの機会にもなりますので是非前向きにとらえていただけたらと思います。ただ繰り返しにはなりますが海外での体調不良はつらいのでしっかり睡眠をとって食べるものはしっかり考えた上で選ぶことは大前提だと思います。

＜最後に＞

実習の内容とは関係ありませんがチュラロンコン大学の学生について驚いた点がいくつかありました。チュラロンコン大学は日本でいう東京大学です。タイの首都バンコクの中でも中心地に位置していました。



日本人留学生と病院にて

まず実習に持ってくるバッグが有名なブランドのものばかりでした。Longchamp や BAOBAO が人気でしたが COACH もちらほらと見かけました。この点について現地の方にお話ししたところお金がある富裕層はインターナショナルスクールに行ったり留学したりするなど学習環境が整っていると伺いました。そのため学力が高い学校には富裕層の学生が集まります。学生のうちからボトックスを打つなど美容に対してもお金をかけているようです。そのためなのかインスタグラムのフォロワー数が 1 万を超える医学生が多数存在していました。

日本ではタブーとされている足や腕を組みながらの実習もほとんどの学生がしていました。マスクの着用も自由でした。医師側が学生にカルテをカメラで撮るように促すなど個人情報の観点としても日本との違いを感じました。患者さんの写真も医師個人の携帯や iPad に保存されており勉強に役立てていました。教科書ではなく自分が実際に経験した症例を用いることでより理解が深まり

ます。しかしこれらは当たり前の信頼関係の中で成り立っているのだと感じました。

もちろん自分は日本で実習させていただいている身であり今後も日本で働くと思います。日本の習慣には従うべきだと思うしどちらがいいとは言えませんが，自分の当たり前を当たり前だと思ってはいけないと思ったし，国民性の違いでここまで違いが出るということに驚きました。

最後になりますが，このような貴重な機会をいただき，この場をお借りして関わってくださったすべての皆様に感謝申し上げます。



大学内のプールにて学生との交流



タイ式の飲み会に参加した時

海外臨床実習報告

筑波大学医学群医学類　6年次　鈴木萌楓

＜実習期間・実習先＞

2026年5月11日～ 5月22日
Tan Tock Seng Hospital：放射線診断科，外科
2026年5月25日～ 6月5日
Alexandra Hospital：外科

Tan Tock Seng Hospital（TTSH）

TTSHはノベナという場所にあり，シンガポールの3つに分かれる医療圏のひとつ，中央部の中心的な病院です。TTSHでは，放射線診断科での実習を主に行い，数日間は現地の医学生と外科のチュートリアルに参加したり，外来を見学したりしました。

＜放射線診断科＞

放射線診断科には約50人の医師がおり，近くの病院から送られてくるすべての画像を読影していました。実習では，X線，CT，MRI，核医学検査といった様々なモダリティについて，それぞれ担当医に同行して読影や検査の適応を学びました。また，MRI検査が実際に行われている現場を見学し，検査の手順や患者対応などの理解を深めました。始めは画像所見を英語で表現することが難しく，先生の説明も画像を指し示してもらいながら理解することがやっとでした。しかし，日々分からなかった単語をメモして自分でまとめることで，徐々に理解が深まり，最終的には簡単な表現を使いながら画像所見を説明することができるようになりました。

IVRはIVR専用の部屋があり，毎日様々な手技が行われていました。実習では，EVT，副腎静脈サンプリング，PICC挿入，脊椎骨生検，エコー下の腎生検，肝生検など多岐にわたる手技を10症例見学しました。画像ガイド下で正確に病変にアプローチすることで，外科的侵襲を最小限に抑えつつ，診断及び治療が可能となる点が印象的でした。日本では肝臓癌に対してTACEが主流ですが，シンガポールではTAREが盛んに行われていま



TTSH



した。今回 TARE を見学することはできませんでしたが，画像を用いた計画段階を見ることができ，治療前に画像で計画を立てることの重要性を認識しました。

＜外科＞

外科では，15人の学生と一緒にチュートリアルに参加しました。チュートリアルは上部消化管の疾患と大腸癌に関して，先生から学生への質問を中心に進んでいきました。私にとっては英語で説明を理解してついて行くことに精一杯でしたが，学生は質問に対して自身の知識や考えを積極的に答えていました。実習中に出会った学生は疾患の理解が深いように感じ，受動的に学ぶだけでなく，質問したり自分の考えを日頃から発言したりすることで理解が深まるのだと実感しました。

また，肝胆膵領域の外来も見学しました。シンガポールでは英語が基本的に話されていますが，中華系やマレー系，インド系など様々な民族が集まっています。今回はインド系の先生の外来を見学しましたが，高齢の患者さんは中国語しか話せない場合も多く，中国語を話せる学生が翻訳をする場面もありました。胆石や肝嚢胞，膵臓癌の精査など様々な疾患の患者さんがいました。70代の直腸癌の患者さんに対して癌を宣告する際には，患者さんが子供や孫を心配して涙を流す場面もありましたが，先生は患者さんの手をとって寄り添っていました。国や言語が違っても患者さんに寄り添う気持ちは変わらず大切であると実感することができました。



お世話になった先生方と

Alexandra Hospital（AH）

AH は西部の医療圏に属し，西部の中心となる National University Hospital（NUH）と連携しながら地域医療と急性期医療の橋渡しを担っている病院です。AH では一般外科で実習を行い，外来見学，手術見学，内視鏡見学を行いました。

下部消化管外来では，腹痛，悪心，嚥下困難，血便などを主訴とする患者の診察を見学し，問診や腹部触診，直腸診が実際どのように行われているかを学びました。上部消化管外来では，高度な肥満の患者さんに対する診療を見学し，食事療法・運動療法，薬物療法，手術療法の中からどのように治療方針が決定されるのか学びました。特に，腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を事前に見学していたため，手術適応がどのように判断されているのかより理解を深めることができました。他にも，脂肪腫や粉瘤の患者さんに対して実際に触診を行い，所見をどう表現し，どのような疾患を鑑別するのか考えました。外来患者数は多く，待ち時間が長くなってしまう問題は日本と同じであると感じました。

手術見学では，乳腺線維腺腫摘出術，脂肪腫摘出術，痔核切除術，痔瘻切除術，痔瘻開放術，腹腔鏡下スリーブ状胃切除術，肛門周囲膿瘍切



AH

開排膿術，鼠径ヘルニアに対するTEP法およびTAPP法を見学しました。また，４件の手術では術野に入り，吸引操作や縫合を経験しました。患者さんの安全確認は日本と同じように行われていました。患者さんの入れ替えがとても速く，手術チーム全体の役割分担が明確で連携がスムーズだと感じました。

内視鏡見学では，上部消化管と下部消化管の内視鏡を見学しました。シンガポールでは大腸がん罹患率が高く，便潜血検査で陽性の患者さんに，内視鏡検査がスクリーニングとして盛んに行われていました。日本では主に消化器内科医が内視鏡検査を行っていますが，シンガポールでは消化器外科医も多くの内視鏡検査を行っていました。消化管が画面でどのように見えるのかに加え，憩室やポリープ，癌の症例も見ることができ，ポリープ切除も学ぶことができました。

National University Hospital（NUH）

１日間，NUHでも実習をすることができました。NUHは病床数も多く，AHより高度な医療が行われていました。私は回診，内視鏡検査，ロボット支援下前方切除術を見学しました。手術室は第１手術室が18室と第２手術室が13室ありとても広く，下部消化管チームの手術は毎日行われていました。シンガポールは政府が豊かであるため最新医療，特に最近は免疫療法を積極的に取り入れており，最新医療を取り入れる体制の重要性を感じました。また，病棟見学を通してシンガポールの医療制度についても学ぶことができました。病室は政府の補助割合に応じて分かれており，90％補助が出る場合はエアコンがなく扇風機だけの部屋でしたが，自費になる場合はエアコンの効いた個室でした。しかし，病室の違いはあっても，提供する医療は同じであるとおっしゃっていて，医療の平等性について考える機会にもなりました。



NUH

最後に

今回の実習で日本と異なる医療制度について理解を深めるとともに，患者さんに寄り添う姿勢の大切さを改めて実感しました。英語でのコミュニケーションには苦労しましたが，丁寧に指導いただいたおかげで多くの学びを得ることができ，自身の視野を広げる貴重な経験となりました。

本実習にあたり，ご指導いただきましたTan Tock Seng Hospital，Alexandra Hospital，National University Hospitalの先生方ならびにスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。また，実習先をご紹介くださった中島崇仁教授をはじめ，本実習をご支援いただいた大学関係者の皆様に深く御礼申し上げます。

海外臨床実習報告

筑波大学医学群医学類　6年次　松下　峻

私は今回，ドイツにあるベルリン・クイーンエリザベス病院（KEH：Königin Elisabeth Herzberge）・血管外科および，シャリテベルリン医科大学病院・胸部外科にて計3週間の実習を行いました。私の父が元々KEHの血管外科医として働いており，当時の同僚であったDr. Matthias Wunschと連絡を取り，この度実習先として受け入れてくださることになりました。血管外科部長であるDr. Ralph-Ingo Rückertを指導医として，KEHでは計2週間お世話になりました。また，Dr. Ralph-Ingo Rückertにはシャリテベルリン医科大学病院・胸部外科教授である双子の兄弟，Dr. Jens-C Rückertがおり，シャリテ大学・胸部外科においても1週間実習させていただくことになりました。

KEHは病院と看護学校を備えた母院「クイーン・エリザベート福音ディアコニーヴェルク」（EDKE）を前身とし，1992年に病院名がKEHと改称されました。キリスト教・福音派であるこの病院は広い病院キャンパスになっていて，その敷地内には歴史的な礼拝堂があります。患者さんや家族が静かに過ごしたり，礼拝に参加したりできる場所として利用されていますが，診療は近接している病院施設で行われます。

実習内容としては，毎朝7時から病棟での朝回診に参加し，手術を見学することがメインでした。KEH血管外科は動脈および静脈のあらゆる血管疾患に対応しており，2つの手術室を備えていました。そのうちの一つはハイブリッド手術室（画像診断装置を備え，カテーテル治療と外科手術の両方に対応できる手術室）であり，1日に合計4 〜 6件の手術が行われていました。手術見学では，全身の血管狭窄に対するバイパス手術や，動脈瘤に対するステントグラフト留置術といった，バラエティに富む症例を経験しました。術者に時折英語で解説をしていただきながら，手術の全体的な流れや解剖学的知識，手技などを学ことができました。加えて，カンファレンスや外来の見学も行いました。全てドイツ語で行われていたため内容を理解するのは難しかったですが，診療体制の面では日本と大きな違いは感じませんでした。しかし，病棟や外来の見学を通じて，患



病院の敷地内にある教会



病棟

者が自身の健康状態や希望を主体的に医師に伝え，医師も患者を対等的なパートナーとして尊重し，情報提供や対話に重点を置いているように感じました。これは契約合意や自己責任にあたってコミュニケーションを重視するドイツの国民性に通じていたところがあるのかもしれません。

さらに，腎臓内科や血管内科，救急科といった血管外科に関わりをもつ科の見学も行いました。

腎臓内科では透析装置やシャントの説明をしていただき，血管内科（アンギオロジー）ではカテーテル治療を見学しました。ドイツではアンギオロジーが正式な内科の専門領域として確立されており，血管外科と連携しながら診療を行っていました。救急科では一般的な診療に加えて，大動脈解離や動脈瘤破裂，シャント閉塞といった緊急症例を24時間体制で受け入れていました。救急医学を専門とする独立した診療科はなく，各診療科の医師が当番制で救急患者を担当していました。指導医とともに救急患者の診察を行い，鑑別や対応を英語でディスカッションしました。



病棟回診



透視装置を用いた治療



血管バイパス術



Dr. Matthias Wunsch の外来

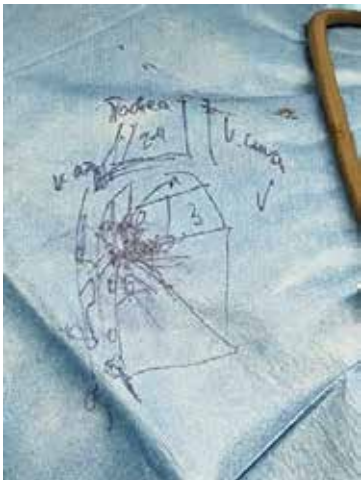


救急外来の入口



シャリテ大学の外観


ロボット支援下の手術


指導医によるレクチャー

シャリテベルリン医科大学・胸部外科の実習においても主に手術見学を行いました。

シャリテ大学胸部外科はドイツでも有数の胸部外科センターであり，年間700件以上の手術を行っています。特にロボット手術は2003年から導入されており，胸部外科教授 Dr. Jens-C Rückert はドイツにおけるロボット手術の権威として診療に携わっています。また，大学病院として研究にも力を入れていました。

手術見学では，重症筋無力症患者に対する胸腺摘出術や，肺がん患者に対する胸腔鏡下，ロボット支援下での手術を経験しました。また，ローテーション中の現地の学生と共に，指導教員から術式に関するレクチャーを受けました。肺の区域切除術では術中迅速病理診断を行う場面が多く，術者と術式変更についてのディスカッションを行いました。Dr. Jens-C Rückert のロボット手術には他病院からの医師も数名見学に来ており，熟練した技術を目の当たりにしました。

今回のドイツでの実習を通じて，診療体制や手術室内のシステム，手術手技そのものは日本と大きく変わらない一方で，ドイツ出身の医師や医学生の英語運用能力の高さが非常に印象的でした。ドイツは非英語圏であり基本的にドイツ語でコミュニケーションが取られていましたが，私には全て英語で話しかけてくださいました。その中で彼らは，解剖学的構造物や手術関連の専門用語を英語で正確に用いており，英語力の水準の高さを実感しました。一方で私自身，専門的な医学英語の理解に苦労する場面もあり，今後国際的な環境で医療に携わる上では，言語能力が不可欠であると強く感じました。ただし，手術手技自体は国や施設による大きな差は少ないため，十分な言語力を身につけることで，国際的な臨床現場においても対応可能であるという実感を得ました。

私は将来外科医になりたいと考えています。国外で様々な症例を経験する中で，自らの外科的領域への興味を再確認することができ，将来に向けた糧となる実習にすることができました。

最後になりますが，今回の海外臨床実習の実現にご尽力くださった大学の皆様，桐医会の皆様に心より御礼申し上げます。

第11回生同窓会報告

2026年２月７日（土）

2026年２月７日（土），筑波大学医学専門学群第11回生同窓会を開催しました。会場は筑波大学東京キャンパス近くの茗渓会館で，一次会を４階の新泉・筑波中ホール，二次会を１階のカフェテリアで行いました。

前回の同窓会は2016年11月にオークラフロンティアホテルつくばで開催されており，今回は約９年ぶりの再会となりました。実はその際，「次の同窓会は2020年の東京オリンピックに合わせて開催しよう」と皆で語り合っていました。それを実現するのは大学にいる者の役目と思いながら，気がつけば９年もの歳月が過ぎてしまいました。今回，ついに大学に在籍する森島祐子さんと斎藤知栄さんが開催に向けて立ち上がり，素晴らしいリーダーシップを発揮してくれました。また，他の実行委員の皆さんの力強いサポートもあり，無事に開催へとこぎつけることができました。



そして嬉しいことに，今回の同窓会には一次会に49名，二次会にも38名と，多くの同期が参加してくれました。一次会の冒頭では，残念ながらこの場にお迎えすることのできなかったお二人を偲び，参加者全員で黙祷を捧げました。その後，近藤 匡君による乾杯の挨拶に続き，参加者全員による１分間の近況報告を行いました。口火を切ったのはピン芸人としてR-1グランプリへの出場経験もある須賀昭彦君で，会場を爆笑の渦に包み，一気に皆のテンションを高めてくれました。

その後，北海道から九州まで全国各地で活躍する同期から，それぞれの現在の仕事や生活，趣味や新たな挑戦について語られました。大学や研究機関で教育・研究を続ける人，地域医療の最前線を担う人，開業医として地域に根差した診療を続ける人，病院長や副院長として組織運営に携わる人，さらには訪問診療や産業医活動，趣味や新しい活動に力を注いでいる人など，多彩な人生模様に触れ，同期それぞれの歩みに大いに刺激を受けました。



須賀君の芸

さらに，今回の同窓会を盛り上げてくれたのは，実行委員の皆さんの工夫でした。秋月浩光君が作成してくれた1980年代音楽のプレイリストが会場に流れ，さらに学生時代の写真を集めたスライド映像が上映されると，会場のあちこちから歓声が上がりました。若き日の自分たちの姿や，部活動，実習，宿舎祭などの懐かしい写真に，私たちは一気に学生時代へと引き戻されました。還暦という節目を迎え，再会の喜びとともに，共に学んだ仲間との思い出や歳月の重みを改めて感じるひとときとなりました。

振り返れば，私たちが筑波大学で共に学んでから40年近い歳月が流れました。白髪が増えた人，孫の話をする人，定年や第二の人生を語る人もいましたが，話し始めれば不思議なほど当時の距離感に戻れるのが同窓会の魅力です。医局や専門分野，勤務先は違っても，同じ時代を筑波で過ごし

た仲間という絆は変わらないことを改めて実感しました。

今回の同窓会開催にあたり，ご尽力いただいた実行委員の皆さんに心より感謝いたします。また，遠方から参加してくださった皆さん，残念ながら参加できなかったものの近況を寄せてくださった皆さんにもお礼申し上げます。

次回はさらに多くの同期が集い，元気な姿で再会できることを願っています。還暦という節目を迎えた私たちですが，まだまだ道半ばです。その日まで互いの健康と活躍を祈りつつ，本報告の結びといたします。　　（文責：新井哲明）

実行委員：新井哲明，秋月浩光，安積瑞博，井上真奈美，長田（藤田）佳世，米野琢哉，近藤 匡，斎藤知栄，佐藤（関口）典子，鈴木修司，向井（山本）陽美，森島（仁木）祐子




一次会




二次会



全体集合写真

31回生同窓会開催のご報告

2026年６月６日（土）

桐医会会員の皆様，いつもお世話になっております。総合守谷第一病院 循環器内科の本田洵也と申します。2026年６月６日（土）に31回生の同窓会を東京駅周辺で執り行いましたので，ご報告いたします。同じく総合守谷第一病院の小児科 原 英輝君と共に，幹事を務めました。

前回はコロナ禍の前でしたので，８年ぶりの会となりました。40歳を過ぎ，中堅と呼ばれる学年となり，それぞれが忙しい中でも，一人でも多くの方が出席できるように，まずは連絡先を整理することに努めました。十数年前の学生時代は，携帯メールが連絡先の主なツールだったと思います。今ではそのメールアドレスが残っていることはほとんどなく，LINE や SNS，PC メールなどが連絡先の主流かと思います。人海戦術で，連絡先を集めることからスタートしました。（職場をHP で調べて，連絡をとった方もいました。）最終的に，83名の同級生に連絡を取ることができました。（うち，海外留学者は７名いました。）

開催場所は，東京という意見が多かったので，東京駅周辺としました。１次会は17時～ 20時の３時間の開催で，北は山形，南は宮古島からご参加いただき，計31名が集まりました。乾杯の挨拶は，藤田将英君にお願いしました。歓談中に，事前に収集した34名の近況報告スライドを上映しました。

桐医会代議員の古屋欽司君から，近況報告をお願いし，終わった人が次の人を指名する形で，進行していきました。特に時間制限は設けなかったのですが，幸運なことに，参加者全員の近況報告ができました。それぞれが，大学のスタッフや勤務医，新たに開業した先生，また離島医療に携わる先生，在宅診療など，多分野にわたり活躍されていて，大いに刺激をうけました。

会の途中で，同期初の教授に就任された，筑波大学 法医学教授 高橋遥一郎君に，サプライズでお祝いをしました。法医学になぞらえて，緊急検案が発生したという形で，お祝いの品と花束を贈呈しました。ラグビー部の田中三儀さん，長尾剛君，武井淳君，町田雄樹君にサポートいただき，この場を借りて感謝申し上げます。



１次会の様子



高橋君へのサプライズお祝い



1 次会集合写真

2 次会は，1 次会の半分近くが参加し，23時過ぎまでおこない，さらに学生時代の思い出話や近況報告に花が咲きました。

次回は，ホームカミングデーに合わせて，2028年ごろの開催を予定することで，お開きといたしました。

最後になりますが，同窓会開催にあたってご助言をくださった鄭 雅誠君，田中三儀さん，そして共に幹事を務めてくれた原 英輝君に，心より感謝申し上げます。



2 次会集合写真

（文責　総合守谷第一病院　循環器内科　本田 洵也）

会報100号記念企画
―会員からの投稿―

「竹刀がつないでくれたもの」

桐医会会報第100号の発行，誠におめでとうございます。2004年卒業生の一人として，心より敬意を表します。

私の筑波大学での思い出といえば，やはり６年間を過ごした剣道部での記憶です。私が剣道を始めたのは小学生の頃で，自分から強く希望したというより，親に連れられて道場に通ったのがきっかけでした。最近になって親にその理由を聞いてみると，「あまり言うことを聞かない子だったので，礼節を学ばせようと思った」と言われ，少なからず衝撃を受けました。もっとも，最近，小学生の我が子の姿を見るにつけ，血は争えないのかもしれないと思うこともあり，礼に始まり礼に終わる剣道をいつか勧めてみようか，などと考えています。

大学に入った当初は，「せっかく大学生になったのだから，ゴルフ部にでも入ろうか」などと，新入生らしい大学生活へのさまざまな妄想を膨らませていました。しかし，M3の先輩に誘われたことがきっかけで，流れに身を任せるように剣道部に入りました。部活動では，今でも思い出すさまざまな場面があります。たとえばM2の時，新しく入ってきたM1の新入生に「大学院生ですか」と言われたことです。当時から相当落ち着いて見えたのか，単に老け顔だったのかは分かりませんが，今となっては懐かしい思い出です。また，同級生には全国大会で個人優勝するほどの実力を持つ，圧倒的に強い仲間がいました。私にとって憧れの剣士であり，彼の稽古に向かう姿勢や試合での集中力から，真剣に何かに打ち込む大切さを教えてもらった気がしています。

卒業後は医師としての生活が始まり，臨床や研究に追われる慌ただしい日々の中で，剣道からはしばらく離れることになりました。再び竹刀を握ったのは，2011年から2014年までの米国Cleveland Clinicへの研究留学中でした。ラボでは私は完全に下っ端であり，英語にも研究の進め方にも苦労しました。しかし，道場に行くと状況



クリーブランド剣道協会にて（著者は前列中央）

は大きく違っていました。アメリカの剣道仲間たちは，私のことを「Sensei」と呼んでくれたのです。ラボでは一番下でも，道場では日本人として剣道を伝える立場になる。日本で育ててもらったものが，自分の中に確かに残っているのだと感じられ，何とも言えない嬉しさがありました。

剣道は単なるスポーツではなく，文化であり，礼節であり，人と人をつなぐ言葉でもあることを，異国の地で改めて実感しました。留学中，米国で昇段審査を受ける機会にも恵まれ，四段の証書をいただきました。証書には「4Dan」と表記されており，米国で剣道を続けた記念として今も大切にしています。

私は現在，琉球大学で循環器・腎臓・神経内科学講座の教授として，2023年から沖縄に赴任しています。赴任する時，剣道の防具を本土から持っていきました。忙しさにかまけて，まだ稽古はできていません。それでも，防具がそばにあるだけで，どこか背筋が伸びる気がします。

剣道は，私に多くのものを与えてくれました。礼節，忍耐，仲間，憧れ，そして未熟な自分を受け止める力です。その中でも，筑波の稽古場の空気，軽井沢の夏合宿，東医体での激闘，先輩，同級生，後輩との時間は，今もまぶしい記憶として



沖縄に持参した防具と（2026年）

残っています。そして，当時付き合っていた彼女に格好いい姿を見せようと思って試合会場に連れてきたことも，懐かしい思い出です。ちなみに，その彼女が今の妻です。

第100号という節目にあたり，桐医会がこれからも世代を越えて卒業生をつなぎ，それぞれの原点を思い出させてくれる場であり続けることを願っています。

つくばフォーエバー。

琉球大学大学院医学研究科
循環器・腎臓・神経内科学講座
楠瀬賢也（25回生）

会員だより

筑波大学献体事務室の業務紹介 —— 白菊会とともに，解剖学教育を支える協働の現場 ——

筑波大学医学群医学類の解剖学教育，とりわけ系統解剖学実習は，ご献体くださる篤志家の皆さまのご意思と，それを教育へと確実につなぐ献体事務室の実務によって支えられています。大学で行われる解剖にはいくつかの種類がありますが，ご献体による解剖は，医学・歯学の学生が正常な人体構造を理解するための教育として行われる「正常解剖（系統解剖）」であり，医学教育の基礎をなすものです。

献体事務室が担う業務は，献体団体（白菊会）の事務，解剖実習の補助や標本作製，必要な手続きのもとでのご献体受入れと保全，ご献体の管理，そして火葬・返骨の手続きまで，多岐にわたります。実務の根底にあるのは，故人の尊厳を守り，ご遺族の思いに寄り添いながら，教育・研究の場へと適切につなぐという姿勢です。白菊会は，献体を支える篤志家団体として組織され，その事務局は医学群棟の献体事務室に置かれているとされています。 また，白菊会の目的は，献体運動の推進を図り，医学の発展と人類の福祉に貢献するために会員のご遺体を筑波大学医学群に寄贈することです。つまり献体事務室は，大学の教育活動の一部としてだけではなく，大学と地域社会をつなぐ信頼の窓口としても機能していると言えます。

教育現場との接点として重要なのは，系統解剖学実習が「知識の習得」だけでなく，「生命への敬意」や「専門職としての倫理」を涵養する機会として設計されている点です。実習初回に教員からご献体に至る経緯や，生命への尊厳・倫理基準が説明され，黙祷に始まり黙祷で終わる厳粛な雰囲気の中で，教員・学生・技術職員が真剣に向き合って実習を進めることが述べられます。筆者自身，解剖学講座の教員として日々感じているのは，この「教育としての場」を安定して維持するために，献体事務室の方々が，目立たないところで多くの調整と確認を重ねてくださっているという事実です。

安全で学びの多い実習環境を整えることも，献体事務室と教員の協働領域です。実習室の環境改善として，ホルムアルデヒド管理を背景に局所排気装置付き解剖台の導入が検討・実施されたことや，点検項目（損傷確認，風量測定，屋外ダクトの目視点検，接続部の確認）が示されています。こうした継続的な維持管理があるからこそ，学生と教職員は教育内容そのものに集中できる環境を得られています。

現在，献体事務室では瀬谷祐一氏，矢部一徳氏，水谷 慶氏が中心となり，日々の実務を担っておられます。私たち教員側は，実習の設計・運営，学生への教育的メッセージの発信，評価の実施といった役割を担いながら，献体事務室と情報共有し，相互に補完し合うことで，筑波大学の解剖学教育を成立させています。献体制度は，献体者とご遺族のご厚志，そしてそれに応える大学の責任ある運用によって成り立ちます。返骨や慰霊に関する運用，学内慰霊塔・納骨堂の存在，慰霊式当日の参拝の機会などは，その責任を具体的に形にしている取り組みです。教職員にとっては，献体事務室との協働を大学全体の教育基盤として再確認し，持続可能な体制をともに考えていくことが重要だと考えています。

医学医療系　生命医科学域
解剖学・神経科学研究室　佐々木哲也

令和８年 熊本地震災害支援に係る寄附のお願い

15回生の飯坂正義と申します。この度は，会員だよりの投稿締切の後にも関わらず，急遽，不肖私のために誌面を割いていただけるとのことで，桐医会役員ならびに会員の先生方，そして事務局に感謝申し上げます。

私は，1994年に卒業し32年となった現在，熊本大学消化器外科に籍を置き，労働者健康安全機構 熊本労災病院の一般外科／救急・災害診療部で勤務しております。熊本労災病院は，独立行政法人 労働者健康安全機構により運営される労災病院の一つで，熊本県南部，熊本県第２の都市である八代市に立地し，開設以来70余年，勤労者医療の充実・推進を使命に邁進してまいりました。

周知のことと存じますが，去る７月28日に，宇城市，八代郡氷川町を震源とする令和８年熊本地震が発生しました。すでに各メディアでも報道がなされているとおり，当院も被災し，建物，院内施設，検査機器などに大きな損害を被りました。 また，10年前の熊本地震，令和２年７月豪雨，令和７年８月豪雨，そして今回の地震災害と，八代医療圏における災害拠点病院として対応するなかで，特に令和２年７月豪雨に続き，この度の地震災害でも DMAT 活動拠点本部がおかれ，DMAT をはじめとする多くの支援団体の活動拠点となりました。そして発災後３週間が経過した現在も，八代保健医療福祉調整会議を通じ，地域医療機関や避難所，高齢者施設などへの支援活動を継続している状況です。

８月17日時点で，病院施設の概ねの応急処置を終え，平時の診療に復旧しつつありますが，道半ばであり，また今後更なる救急・災害医療の充実に向けての歩みを止めてはならないと，決意を新たにしているところです。





当院が今後も継続して質の高い地域医療を提供し，被災地の復興を医療の面から支えていくためには，施設や医療設備の早期復旧・整備が不可欠です。そこでこのたび，医療体制の維持・拡充および被災者支援を目的とした寄附金口座ならびにクラウドファンディングを開設いたしましたので，本誌上にてご案内申し上げます。つきましては，筑波大学医学専門学群の同窓会を通じ，有志の方々にご寄付を賜りたく，ご依頼申し上げる次第です。

なお，皆さまから頂戴したご寄附は，八代地域をはじめとする被災地の命と健康を守るために，大切に活用させていただきます。厳しい状況が続いておりますが，地域とともにこの難局を乗り越えてまいる所存です。皆さまの温かいご支援，ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

①【寄附】 https://kumamotoh.johas.go.jp/guide/donation

②【クラウドファンディング】【令和８年熊本地震】熊本労災病院の医療体制維持に緊急支援を（熊本労災病院支援プロジェクト【JOHAS_ 労働者健康安全機構】2026/08/13 公開）- クラウドファンディング READYFOR

（独）熊本労災病院 一般外科／救急・災害診療部
飯坂正義（15回生）

「第33回日本保育保健学会 in あいち」のお知らせ



18回生の日高啓量と申します。現在は，出身地である愛知県の東浦町で，2008年に小児科クリニックを開業し，2021年からは小規模保育園（０～２歳児）・病児病後児保育室も併設し運営しています。保育士の資格も取得しました。

このたび，第33回日本保育保健学会の会頭を拝命し，愛知県名古屋市で開催することになりましたのでご案内させていただきます。

本学会は，子どもの保育保健をより良くするために，保育園や幼稚園，こども園と関わりのある医師や，そこで働く看護師，保育士，栄養士等の多職種が参加する学会です。子どもを取り巻く環境や医療等について多角的な視点で構成され，参加された方にとって実りのある時間になるよう準備中です。

会場は，JR 名古屋駅より徒歩約５分のウインクあいち（愛知県産業労働センター）です。桐医会会員の皆様のご参加を心よりお待ちしております。周りには多彩な名古屋めしのお店もあります。

【第33回日本保育保健学会 in あいち】

会　　期：2027年５月15日（土），16日（日）
会　　場：ウインクあいち（愛知県産業労働センター）　https://www.winc-aichi.jp/
テ　ー　マ：本当にこれで良いのか，保育保健！？
　　～それって，本当に“こどもまんなか”になっていますか？～
開 催 方 式：現地開催＆オンデマンド配信
会　　頭：日高啓量（ひだかこどもクリニック・ひよこの家保育園）
実行委員長：和田映子（和田クリニック）
プログラム：会頭講演，会長講演，基調講演，教育講演（１～３つ）
　　シンポジウム（５つ），ワークショップ，企画プログラム，一般演題，
　　ランチタイムセミナー，スイーツセミナー
運営事務局：株式会社 オフィス・テイクワン
　　〒461-0005 名古屋市東区東桜一丁目10番９号
　　栄プラザビル４階 B 号室
　　TEL：052-508-8510（平日 9:30 ～ 18:00）　FAX：052-508-8540
　　E-mail：nhhk33@cs-oto.com

医療法人 H&H　ひだかこどもクリニック・ひよこの家保育園
日高啓量（18回生）hiyoko@hidakakodomo.com

2026年・2027年度 代議員選挙の結果

筑波大学医学同窓会桐医会の定款（桐医会ホームページ参照）に則り，2026年・2027年度代議員選挙を行い，下記の正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。

2026年・2027年度代議員

小林　正貴	1回生	西村　文吾	21回生
柴田佐和子	9回生	加藤　　薫	23回生
和田　哲郎	9回生	山田久美子	26回生
安田　　貢	10回生	竹内　秀輔	27回生
米野　琢哉	11回生	寺田　　真	29回生
品川　篤司	12回生	古屋　欽司	31回生
石津　智子	14回生	大澤　　翔	32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	39回生
吉田健太郎	20回生	宝田亜矢子	40回生

第10回（令和８年度）定時社員総会議事録

１．開催日時

令和８年５月30日（土）午後４時00分

２．開催場所

筑波大学附属病院　桐の葉モール講堂２

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　２名
（４）委任状又は議決権行使書による出席社員数　20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）　12名
（２）出席理事数　９名
（３）出席監事数　２名
（４）出席した理事の氏名
山口高史　原　晃　海老原次男
湯澤賢治　堀　孝文　佐藤豊実
鈴木英雄　齋藤　誠　翠川晴彦
（５）出席した新任理事の氏名
小田竜也
（６）出席した監事の氏名
松村　明　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　理事の選任
第３号議案　2025年度　事業報告
第４号議案　2025年度　会計報告及び監査報告
第５号議案　2026年度　事業計画
第６号議案　2026年度　予算
第７号議案　名誉会員の承認

定刻に司会の湯澤賢治理事が委任状を含め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

皆さんお集まりいただきありがとうございます。１回生が卒業したのが1980年ですので，現在2026年で46年目ということになります。附属病院は50周年ということでいろいろな事業を行っていますが，桐医会も４年後に50周年ということになります。それを目指してきちんと運営していければと思っております。最近１回生では医師としての活動を終了される方も多くいらして，趣味を楽しまれている方も多数いらっしゃるようです。私も母校のために同窓会活動を礎にしてよい関係を保っていきたいと思っております。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

（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。

議長は議長席に着き，議案の審議に入った。

（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　鈴木英雄

第２号議案　理事の選任

議長は，当法人の理事山口高史氏，同原晃氏，同海老原次男氏，同湯澤賢治氏，同平松祐司氏，同堀孝文氏，同佐藤豊実氏，同鈴木英雄氏，同齋藤誠氏並びに同翠川晴彦氏が，当法人定款の規定により本定時社員総会終結と同時に任期満了退任することとなるので，これが改選の必要がある旨を述べ，議案書に記載のとおり理事につき次の者を指名し，被選任者が改選前より１名増となるが当法人の定款に定める理事の員数に抵触しないことを説明して，その可否を議場に諮ったところ満場異議なく可決確定した。

なお，被選任者のうち本定時社員総会に出席した者は，いずれも即時その就任を承諾した。

理事　山口　高史
理事　原　晃
理事　海老原次男
理事　湯澤　賢治
理事　平松　祐司
理事　堀　孝文
理事　小田　竜也（新任）
理事　佐藤　豊実
理事　鈴木　英雄
理事　齋藤　誠
理事　翠川　晴彦

第３号議案　2025年度　事業報告

議案書に基づき2025年度の事業につき報告があった。本議案は，報告のみの議案のため採決は行われなかった。（資料１）

第４号議案　2025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（令和７年４月１日から令和８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。（資料２）

1　活動計算書（正味財産増減計算書）
2　貸借対照表
3　貸借対照表及び活動計算書（正味財産増減計算書）の附属書類
4　財産目録

【経常利益について】

・受取会費は新入生の会費と完納で支払わなくなった１，２回生の分があるため，2024年度と同等の金額であり，完納については卒後45年または70歳までの納入で完納と定めてあるとの説明があった。

【事業費について】

・広報費は若干ページ数が増えたため金額が上がっているが，例年会報と名簿はそれぞれ200万円を少し超す程度で作成している。

【管理費その他の経費について】

・物価の高騰とパソコンを購入したことにより，例年より少し増えている。
・支払寄付金は附属病院でホスピタルファシリティドッグ導入のためのクラウドファンディングを行っていて4500万円を目標にやっているので，桐医会からも寄付をした。

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。

第５号議案　2026年度　事業計画

議案書に基づき2026年度事業計画案が説明され，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。（資料３）

第６号議案　2026年度　予算

会計担当の堀孝文理事より，2026年度予算案について議案書に基づき説明があり，さらに以下の件につき詳細な説明があった。（資料４）

（支出について）

・支出についてはほぼ2025年度並みであるが，会報については100号記念号としてオールカラーでの発行となるので，例年より150万円ほど増やして400万円を計上している。
・支払寄付金を200万円計上しているが，これは本年10月１日に附属病院開院50周年記念式典を予定されているので，それに向けた寄付を予定している。附属病院や大学には寄付をしていくという姿勢で行きたい。

議長が質問を求めたところ，松村明監事より桐医会から寄付をしたら何らかの形で名前を入れていただけるのかとの質問があり，堀孝文理事より７月理事会で平松祐司理事に確認してみるとの説明があった。

議長は，予算案につき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。

第７号議案　名誉会員の承認について

議長は，新名誉会員として議案書に基づき次の者を紹介し，当法人では名誉会員は定款第６条第１項第４号に基づき社員総会での承認が必要である旨を説明し，新名誉会員を承認すべきか議場に諮ったところ満場異議なくこれを承認可決した。

名誉会員　秋山　浩
名誉会員　渋谷　彰
名誉会員　須藤　勝美
名誉会員　檜澤　伸之
名誉会員　久武　幸司

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25分に閉会を宣した。

なお，本定時社員総会に出席された新任理事である小田竜也氏から理事就任にあたりご挨拶をいただいた。

資料１
2025年度　事業報告

１．会議開催

＜社員総会＞

2025年
5月31日　第９回社員総会（代議員総会）および柳沢正史教授特別講演

＜通常理事会＞

2025年度は全てZoomによる会議とした

2025年
4月22日　第１回通常理事会
7月29日　第２回通常理事会
9月30日　第３回通常理事会
11月18日　第４回通常理事会

2026年
1月27日　第５回通常理事会
3月24日　第６回通常理事会

２．広報活動

＜会報と名簿＞

2025年
10月１日　桐医会会報第98号を発行し，会員および教員に配付
2025年度桐医会名簿を発行し，会員に配付

2026年
3月1日　桐医会会報第99号を発行し，会員および教員に配付

3．助成事業

＜学生関係＞

2025年
4月　医学類新入生向け情報誌発行につき，印刷および製本代の実費を援助
7月　M6・M4 OSCEに係る経費について医学類へ援助
編入試験に係る経費について医学類へ援助
8月　M4 CBTに係る経費について医学類へ援助
9月　M4 OSCEに係る経費について医学類へ援助
白衣授与式にてM4学生に記念品としてStudent Doctor認定証用のネックストラップ付ネームホルダーを贈呈

2026年
3月　第47回生に卒業記念品としてネームペンを贈呈
海外臨床実習に行く学生3名に援助金として各10万円を贈呈

＜学術関係＞

2026年
3月　第28回桐医会賞（筑波大学附属病院教育賞）受賞者5名へ記念品としてクリスタルの楯およびクオカード1万円分を贈呈

4．その他

2026年
3月　筑波大学附属病院ファシリティドッグプログラム活動へ寄付

資料2

活　動　計　算　書

令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

（単位：円）

科　　目	金　　額		
Ⅰ　経常収益			
1．受取会費			
受取会費	13,235,600	13,235,600	
2．事業収益			
受取保険事務手数料	2,828,341	2,828,341	
3．その他収益			
受取利息	6,040		
受取広告掲載料	100,000		
雑収益	50,000	156,040	
経常収益計			16,219,981
Ⅱ　経常費用			
1．事業費			
（1）その他経費			
親睦活動費	229,512		
学生援助金	84,370		
附属病院援助金	96,420		
卒業記念品	235,092		
学類援助金	460,808		
広報発行費	2,282,852		
名簿発行費	2,258,672		
保険事務委託料	1,351,150		
その他経費計	6,998,876		
事業費計		6,998,876	
2．管理費			
（1）人件費			
給料手当	3,428,328		
法定福利費	11,444		
通勤費	183,800		
人件費計	3,623,572		
（2）その他経費			
総会開催費	257,168		
旅費交通費	34,200		
通信運搬費	1,510,948		
消耗品費	609,448		
備品購入費	428,890		
支払手数料	347,688		
支払報酬	391,600		
慶弔費	103,048		
支払寄付金	100,000		
その他経費計	3,782,990		
管理費計		7,406,562	
経常費用計			14,405,438
当期経常増減額			1,814,543
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			1,814,543
法人税，住民税及び事業税			245,200
当期正味財産増減額			1,569,343
前期繰越正味財産額			31,538,825
次期繰越正味財産額			33,108,168

貸　借　対　照　表

令和８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	35,862,449		
仮払金	34,200		
流動資産合計		35,896,649	
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			35,896,649
Ⅱ　負債の部			
１．流動負債			
未払金	385,468		
未払法人税等	245,200		
前受会費	2,134,800		
預り金	23,013		
流動負債合計		2,788,481	
２．固定負債			
固定負債合計		0	
負債合計			2,788,481
Ⅲ　正味財産の部			
前期繰越正味財産		31,538,825	
当期正味財産増減額		1,569,343	
正味財産合計			33,108,168
負債及び正味財産合計			35,896,649

財務諸表の注記

１．重要な会計方針

財務諸表の作成は，NPO 法人会計基準（2010年７月20日　2017年12月12日最終改正　NPO 法人会計基準協議会）によっています。

（１）消費税等の会計処理

消費税等の会計処理は，税込経理によっています。

附属明細書

１．特定資産の明細

該当なし。

２．引当金の明細

該当なし。

財　　産　　目　　録

令和８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			
手元現金	30,753		
常陽銀行普通預金	2,470,722		
郵便振替口座	33,360,974		
仮払金			
令和８年度駐車場代	34,200		
流動資産合計		35,896,649	
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			35,896,649
Ⅱ　負債の部			
１．流動負債			
未払金			
職員３月分給料	367,230		
その他	18,238		
未払法人税等			
今年度確定納付額	245,200		
前受会費			
次年度会費前受分	2,134,800		
預り金			
源泉所得税，住民税	23,013		
流動負債合計		2,788,481	
２．固定負債			
固定負債合計		0	
負債合計			2,788,481
正味財産			33,108,168

資料３
2026年度　事業計画

１．会議開催

＜社員総会＞

2026年

５月30日　第10回社員総会（代議員総会）開催

＜通常理事会＞

2026年

４月　第１回通常理事会
７月　第２回通常理事会
９月　第３回通常理事会
11月　第４回通常理事会

2027年

１月　第５回通常理事会
３月　第６回通常理事会

２．広報活動

＜会報と名簿＞

2026年

10月　桐医会会報第100号記念号，2026年度桐医会名簿を発行し配付

2027年

３月　桐医会会報第101号を発行し配付

３．助成事業

＜学生関係＞

2026年

４月　医学類新入生向け情報誌発行の援助
７月
〃　医学類へ援助（OSCE･CBTに係る経費）
８月
９月　白衣授与式にてＭ４学生に記念品贈呈

2027年

３月　第48回生に卒業記念品（ネームペン）贈呈
海外実習援助金贈呈
卒業生向け冊子発行の援助

＜学術関係＞

2027年

３月　第29回桐医会賞（筑波大学附属病院教育賞）受賞者へ記念品贈呈

資料４
2026年度予算

収　入

内　訳	予　算
前年度繰越金	33,108,168
会費	13,500,000
広告収入	100,000
保険金手数料	2,800,000
預金利息	5,832
計	49,514,000

支　出

内　訳	
親睦活動費	300,000
学生援助金	250,000
附属病院援助金	150,000
卒業記念品	300,000
学類援助金	850,000
広報発行費	4,000,000
名簿発行費	2,600,000
保険事務委託料	1,500,000
人件費	4,000,000
総会開催費	300,000
会議費	50,000
旅費交通費	50,000
通信運搬費	2,000,000
消耗品費	800,000
備品購入費	250,000
租税公課	15,000
支払手数料	500,000
支払報酬	500,000
渉外費	10,000
慶弔費	200,000
支払寄付金	2,000,000
法人税等	300,000
繰越金	28,589,000
計	49,514,000

臨時理事会議事録

1．開催日時　令和８年５月30日（土）　午後４時26分
2．開催場所　筑波大学附属病院　桐の葉モール講堂２
3．出席した理事及び監事の氏名
　理事　山口高史　　原　　晃　　海老原次男　　湯澤賢治　　堀　孝文
　　小田竜也　　佐藤豊実　　鈴木英雄　　齋藤　誠　　翠川晴彦
　監事　松村　明　　中馬越清隆
4．欠席した理事及び監事の氏名
　理事　平松祐司
5．議事の経過の要領及び議案別議決の結果
　定款第35条の規定に基づき山口高史氏が議長に就任し，理事11名中10名の出席により理事会は成立した旨を述べ，開会を宣し，議案の審議に入った。

第１号議案 会長（代表理事），副会長並びに常務理事選定の件
　議長は，今般会長（代表理事）山口高史氏が理事の任期満了により資格を喪失し退任することに伴い，会長（代表理事）１名を選定する必要がある旨を述べ，また，同様に副会長海老原次男氏，同湯澤賢治氏，常務理事堀孝文氏，同鈴木英雄氏が理事の任期満了により資格を喪失し退任することに伴い，副会長２名並びに常務理事２名も選定したい旨を議場に諮ったところ，満場一致をもって下記のとおり選定し，可決確定した。
　なお，被選定者は，席上その就任を承諾した。

会長（代表理事）	山口　高史
副会長	海老原次男
副会長	湯澤　賢治
常務理事	堀　　孝文
常務理事	鈴木　英雄

以上で本日の議案は終了し，議長は午後４時29分閉会を宣した。

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

［2025年度　第６回通常理事会］

日時：2026年３月24日（火）19時
　　Zoom による会議

＜出席者＞

理事：山口高史（議長），原　晃，海老原次男，湯沢賢治，堀　孝文，齋藤　誠

監事：松村　明

◆協議事項

１．会報100号（記念号）の発行に向けて
　・表紙の印字および写真について
　・挨拶文について
　・記念企画のタイトルについて
　・Experts from Tsukuba の依頼について
　・学生企画について
　・会員だよりについて
２．今後の Experts from Tsukuba の依頼について
３．顧問制度の制定について
４．理事の改選について
５．附属病院ファシリティドッグプロジェクトへの寄付について
６．退会について

◆報告事項

１．会報99号の発行について
２．会計について
３．2026年・2027年度代議員選挙について
４．2026年度年会費請求書の発送について
５．訃報
６．年会費の完納について
７．退会者について
８．2026年度新入生の入会案内および年会費の請求について
９．附属病院開院50周年記念式典および講演会の開催について
10．桐医会ホームページの更新について

［2026年度　第１回 通常理事会］

日時：2026年４月28日（火）19時
　　Zoom による会議

＜出席者＞

理事：山口高史（議長），原　晃，海老原次男，湯沢賢治，堀　孝文，齋藤　誠，
　　翠川晴彦

監事：中馬越清隆

◆協議事項

１．会報100号（記念号）の発行に向けて
　・表紙の写真について
　・記念企画のタイトルについて協議し，決定した

２．会報101号の発行に向けて
　・発行責任者について決定した
　・英文での掲載について承認された
　・Experts from Tsukuba の依頼について協議し決定した

３．今後の Experts from Tsukuba の依頼について

４．第10回（2026年度）社員総会について
　・総会案内資料一式について確認し，承認された
　・総会資料について協議し，決定した
　・2025年度決算について監査を受けた旨報告され，承認された
　・社員への通知方法について協議し，今年度より開催案内のみ書面（葉書）とすることとなった
　・開催案内以外の資料については，メール添付にて配付し，返信いただくこととなった
　・議事録作成および登記については，司法書士に依頼することとなった

５．「桐医会名簿2026」に掲載する教員名簿について協議し，決定した

◆報告事項

１．会報100号の発行に向けて
　・学生企画について

２．会報101号の発行に向けて

３．会計について

４．2026年・2027年度代議員選挙について

５．顧問制度の制定について

６．2026年度新入生の入会および年会費の納入状況について

７．ニコス収納代行サービスの基幹システム変更について

８．退会者について

９．桐医会ホームページおよび Facebook の更新について

10．新学生役員選出について

［第２回 通常理事会］

日時：2026年７月28日（火）19時

Zoom による会議

＜出席者＞

理事：山口高史（議長），原　晃，湯沢賢治，堀　孝文，平松祐司，小田竜也，佐藤豊実，齋藤　誠

監事：松村　明

◆協議事項

１．会報100号（記念号）の発行に向けて

・表紙の写真およびデザインについて協議し，決定した

・100号記念企画の原稿について

・会員からの投稿原稿について確認し，承認された

・会員からの投稿ページのタイトルについて協議し，決定した

２．会報101号の発行に向けて

・教授就任挨拶の依頼について協議し，決定した

・Experts from Tsukuba の依頼について

３．桐医会名簿2026について

・表紙の色について承認された

・各回生の名簿の確認について

・名誉会員と教員名簿の確認について

・最終稿の確認について

・名簿 DVD の動作確認について

・会員からの依頼について

・名簿空欄の解消について

４．ニコス収納代行サービスの基幹システム変更について

・契約タイプについて

・コンビニ審査の申請について

・現行システムの改修について

５．附属病院からの依頼について

◆報告事項

１．会報100号の発行に向けて

２．会報101号の発行に向けて

３．会計について

４．2026年度新入生の入会および年会費の納入状況について

５．医師賠償責任保険に関する今後の変更について

６．訃報

７．年会費の再請求業務について

８．桐医会ホームページの更新について

９．今後の事務局について

事務局より

＜第28回桐医会賞（筑波大学附属病院教育賞）＞

第28回桐医会賞は以下の５名の先生方が受賞され，桐医会からクリスタルの楯とクオカードを贈呈いたしました。

石川敬資先生（消化器内科）
石川直樹先生（消化器内科）
川見明央先生（小児外科）
栗原陽子先生（感染症内科）
山﨑勇輝先生（呼吸器内科）



＜第47回生に卒業記念品を贈呈＞

2026年３月25日（水），2025年度筑波大学卒業式が執り行われ，医学類では137名の学生が卒業しました。

卒業式後には臨床講義室で学位記授与式が執り行われ，桐医会より卒業記念品としてネームペンを贈呈いたしました。



桐医会学生役員

＜海外実習履修学生に援助金＞

桐医会では，海外臨床実習を履修する学生に渡航費の支援をしております。

2025年度は石橋歩純さん，桶屋ひのきさん，鈴木萌楓さん，松下　峻さんの４名が選ばれ，桐医会役員の佐藤豊実先生より海外実習援助金を贈呈いたしました。

実習の様子は，本会報「海外臨床実習報告」のページに掲載しております。



佐藤先生より援助金が手渡されました（左より　石橋さん，桶屋さん，鈴木さん，松下君）

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。

正 会 員　　今川　重彦先生（１回生）
正 会 員　　奥田　令子先生（６回生）（2025年12月６日ご逝去）
正 会 員　　錦　　健太先生（15回生）（2026年５月24日ご逝去）
正 会 員　　柳町　知宏先生（20回生）（2026年７月12日ご逝去）

住所変更等　ご連絡のお願い

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いたします。

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，正会員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・正会員）桐医会メールアドレス収集
本　文　：　回生（または名誉・正会員），名前，登録用アドレス

桐医会ホームページについて

桐医会ではホームページを開設し，行事予定やお知らせなどを掲載いたしております。

また，桐医会会報の既刊号につきましても，1981年発行の創刊号より最新号まで全て閲覧することができますので，是非ご覧ください。

アドレス　：　http://touikai.com/

桐医会 Facebook について

桐医会では公式 Facebook を開設し，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。

名簿のパスワードのお問い合わせについて

桐医会名簿（DVD）には個人情報の流出を避けるため，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，ご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。何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

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，後日払込取扱票（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。
◆お送りいたします払込取扱票はコンビニエンスストア・ゆうちょ銀行でご利用いただけます。
◆ゆうちょ銀行以外の金融機関やネット送金をご利用して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。
◆納入には最新の振込用紙をご使用いただきますようお願いいたします。お手元に古い振込用紙をお持ちの方は，新しい振込用紙が届きましたら古い用紙は破棄してくださいますよう，お願いいたします。
◆払込取扱票に記載の「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。

年会費の完納について

年会費を卒後45年間完納した正会員は，以後の会費を免除されることが，第５回（2021年度）社員総会にて決定しております。

また，第７回（2023年度）社員総会にて，年会費については卒後45年分の納入または70歳までの納入で完納とすると決定いたしました。

70歳までの納入につきましては，事務局に会員の方々の生年月日の情報がございませんので，ご本人からのお申し出により承ります。

４月１日時点で70歳の方は，今年度で完納となり，次年度から会費納入の必要はございませんので，生年月日を明記の上，メールまたは郵送にて桐医会事務局までご連絡ください。

なお，口座振替をご利用の会員の方が完納となられた際には，事務局にてお引き落としを停止させていただきますので，会員の方のお手続きは必要ございません。

＊昭和31年４月１日以前にお生まれになった方は，2026年度分までの納入で完納となります。また，３回生の方々も卒後45年となりましたので，2026年度まで（滞納のある方は，滞納分を含みます）の納入で完納となり，2027年度以降の会費は免除されます。

「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ております。

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させていただきます。多数のご投稿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
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」も募集いたしております。
巻末の葉書をご利用いただきお気軽にご投稿ください。

＊会員の皆様から**会報の表紙用写真を募集いたします**。
お写真の説明を添えて，桐医会事務局までメールに添付でお送りください。
掲載につきましては，理事会で確認させていただき，ご連絡いたします。

事務局より

桐医会事務局は医学系学系棟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100号をお読みいただきありがとうございました。100号という節目の号を担当することができ，身の引き締まる思いです。

現在臨床実習も後半に差しかかり，将来について友人と語り合う機会も増えました。それぞれが異なる道へ進んでいくことに寂しさを感じる一方，新たな未来への期待も膨らんでいます。これからも仲間や先生方とのつながりを大切にしながら，一歩ずつ成長していきたいと思います。

会報100号担当　左中彩恵（Ｍ５）

一般社団法人「桐医会」（筑波大学医学同窓会）入会のご案内

筑波大学医学同窓会「桐医会」は，2016年10月，一般社団法人となりました。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，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いただきたく，ご案内申し上げます。

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，桐医会事務局（学系棟 473室）までお問い合わせください。
◆年会費は5,000円となっております。
◆桐医会名簿は会員のみにお配りしております。

桐医会事務局
（内線　7534）

不審電話にご注意ください！！

不審電話につきましては，かねて名簿，会報において再三ご注意を促しておりますが，ご勤務先に電話をかけ，ご本人または同窓生の携帯電話の番号を聞き出そうとする不審電話にご注意くださいますようお願いいたします。

原則的に，桐医会事務局または役員が直接先生方のご勤務先，ご自宅，ご実家へ電話をかけて，ご本人や同期生の連絡先等個人情報の確認をすることはございません。

いかなる場合も，個人情報等の問い合わせに対して即座にお答えにならない，折り返しの連絡先を確認する等，くれぐれもご注意くださいますようお願いいたします。

桐医会事務局

【訂正】筑波大学附属病院開院50周年記念事業のご案内

2026年３月１日発行の「桐医会会報 No.99」46ページに掲載いたしました「**筑波大学附属病院開院50周年記念事業のご案内**」の記載内容に一部誤りがございました。謹んでお詫び申し上げますとともに，以下のとおり訂正いたします。

「２．記念祝賀会」につきましては，ご招待状をお持ちの方を対象とした事前申込制となっております。

なお，「１．記念式典・記念講演会」につきましてはご参加いただけます。

ご参加を希望される方は，お手数ではございますが，お問合せ先までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

◆筑波大学附属病院開院50周年記念式典・記念講演会

【日　　時】2026年10月10日（土）
◎記念式典　　14:00 ～ 15:00
◎記念講演会　15:10 ～ 16:00
【場　　所】つくば国際会議場 Leo Esaki メインホール
【お問合先】筑波大学附属病院 総務部総務課
E-mail：hsp.somuka@un.tsukuba.ac.jp
TEL：029-853-3519

＜ご寄附のお願い＞

筑波大学附属病院では，今回の50周年記念事業の実施に向けて，桐医会会員の皆様からのご寄附を募りたいと考えております。何卒格別のご支援を賜りますようお願い申し上げます。

ご寄附は，下記，筑波大学附属病院開院50周年記念特設ページよりお申し込みいただけます。

＜特設ページ＞　https://www.hosp.tsukuba.ac.jp/outline/50th-anniversary/
※ご寄附のお願い＞筑波大学基金（附属病院基金）からお申し込みください。
※通信欄に「50周年」とお書きください。

筑波大学附属病院長　平松祐司

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（けやき棟12階売店）
飲食料品，日用品等

●一般食堂　●職員食堂

●オープンカフェタリーズコーヒー

●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

郵　便　はがき

恐れ入りますが切手をお貼り下さい

3058575

茨城県つくば市天王台１−１−１
筑波大学医学群内
一般社団法人筑波大学医学同窓会
桐医会　事務局
行

通信欄

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

郵　便　はがき

恐れ入りますが切手をお貼り下さい

3058575

茨城県つくば市天王台１−１−１
筑波大学医学群内
一般社団法人筑波大学医学同窓会
桐医会　事務局
行

通信欄

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

「会員メッセージ」ご投稿用

＊近況・報告などをお寄せください。
理事会で確認させていただいた上で会報に掲載させていただきます。

（匿名不可）お名前：　　（　　回生）

ご勤務先：

E-mail:
（連絡用です。会報には掲載いたしません）

※ご自宅の住所、電話番号は、名簿には掲載されません。
事務局の連絡用に、ご記入をお願いします。

変更届・訂正届

年　　月　　日

フリガナ		回　生	名簿・会報等の送り先
氏　名 （旧 姓）			□　現住所 □□　勤務先 □　帰省先
現住所		E-mail	
	〒		※ TEL
			※ FAX
勤務先等	所　在　地		
	〒		TEL
			FAX
	機　関　名	所属・診療科	職　名

2026. 10

＜変更・訂正個所＞　□氏名　□住所　□勤務先　□その他

桐医会会報　第100号
発　行　日　2026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
Tel & Fax: 029-853-7534
E-mail: touikai@md.tsukuba.ac.jp
印刷・製本　株式会社　イ　セ　ブ

許可なく複写複製（コピー）は，禁止致します。