



創立150周年記念事業
学生企画
インタビュー誌





京都府立医科大学は2022年に150周年を迎えます。

これを記念して、京都府立医科大学の在学生や教授、卒業生らにインタビューを行い、大学や医療、社会のこれからのための考えを共有する場を作りました。

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、大学におけるオフラインでのつながりは減少せざるをえませんでした。しかしながら、この状況はオンラインでのつながりを加速させています。直接会うことはできなくても、京都府立医科大学に関わる人々の考えを共有することで、新入生も、すでに大学に長く属している方も、新たなつながりや視点を得ることができるのではないのでしょうか。このインタビュー企画が、記事を読んでもくださる皆さんの糧や刺激になることを願っています。

創立150周年記念インタビュー企画班一同

※この企画は、2020年に学内で実施した記念事業企画提案募集において、学生から提案された企画です。

実行委員会での選考の結果、高い評価を受け優秀賞を受賞、記念事業としての実施が実現しました。

目次

医学に対する思い 学生時代にいろいろチャレンジを	八木田 和 弘	1
臨床医の視点を活かした研究の道	八 代 健 太	7
将来は患者さんに信頼される医師になる	井 田 学	13
痛みに寄り添う診療を	松 岡 豊	17
将来は医学教育の道へ	稲 葉 哲 士	21
広い視野をもって、医療と社会をつなぐ	小 山 晃 英	27
府立医大の一員として研究契約をサポートする	藤 田 恵美子	33
出会いを糧に 国際交流を推進する	小 谷 夏 美	37
リサーチマインドを地域医療へ、現場の感覚を行政へ	中 川 正 法	41
マネジメントで臨床を良くする	畑 中 祐 也	47
Opening a door to the future research career at the other side of the world	Magdalena Nazaruk	51
患者は家族 ベトナムの患者に尽くす眼科医の道	服 部 匡 志	57
訪問看護で納得できる最期を支援	古和田 光 輝	63
メディカルサイエンティストとして生きる	西 真 宏	67
WHO で生きる目的意識と実行力	川 野 美 香	71
やりたいと思ったらすぐにやる、好奇心が原動力	清 田 倫太郎	77
行政の中で医療者としてのコロナ対応	糸 井 利 幸	83
建学の精神と変わらぬ現在の理念	夜 久 均	89
それぞれの母子に寄り添う助産ケアを目指して	新 谷 梨 央	95
歴史ある大学で人を育てる喜び	橋 本 直 哉	99
西表島で見つけた理想の医療	吉 見 未 祐	105
京都府北部を支える医師として	玉 井 瑞 希	111
インタビュー座談会	磯 邊 綾 菜 橋 本 寛 子 君 島 静 彩 中 江 彩 長 山 透 流 岡 田 優 人 杉 本 亞梨朱	115

医学に対する思い 学生時代にいろいろチャレンジを



統合生理学 教授
八木田 和弘

プロフィール

京都府立医科大学統合生理学教室教授。
京都府立医科大学卒業後、同大学第3内科にて研修。
京都府立医科大学大学院修了。
神戸大学医学部第2解剖助手および講師、名古屋大学理学部 COE 助教授、
大阪大学大学院医学系研究科 神経細胞生物学准教授を経て、現職に至る。
趣味は茶道。

目次

- ・ 自己紹介
- ・ 自分を試すための臨床留学
- ・ 教育の精神
- ・ 基礎研究への挑戦
- ・ これからの府立医大について
- ・ 学生へのメッセージ

自己紹介

—自己紹介をお願いします。

学生の皆さんは私とは違う人格ですし、時代も違います。しかし、もしかすると何か普遍的な意義を私の話の中に見つけてもらえるかもしれません。あるいは、何の役にも立たないかもしれませんが、せっかくの依頼ということで、お話しさせていただきます。

私は父の影響もあり、幼い頃から臨床と研究の両方に携わるいわゆる Physician Scientist になりたいと考えようになりました。「書かれた医学は過去の医学であり、目前に悩む患者の中に明日の医学の教科書の中身がある」「病気を治しても、患者を社会的に殺しては意味がない」といった言葉は、中学生くらいのときに何気ない会話の中で父から教わったものです。いずれも沖中重雄先生という半世紀以上前に東大の内科教授だった先生の言葉だと、かなり後になって知りましたが、不思議と私の心に引っかかり続けていました。父は内科医ですが四国の大学病院で長く臨床と研究に携わっていた人で、私もできればこういう医師であり医

学研究者になりたいと思ったのです。

学生時代には2回生の時から第2解剖の井端泰彦教授（当時）にお願いし、研究室に入って研究の見習いみたいなことを始めました。当時、府立医大には学生時代に研究をしている人はほとんどおらず、例外中の例外でした。6年生の秋までの5年半で、国際学会発表や論文執筆などの研究活動、そしてYale大学とColumbia大学に二度の臨床留学と、当時としては全国的に見ても最高レベルの医学教育を府立医大で受けることができたと思っています。

ただ、私は真面目な優等生的な人間ではなく、意味不明なことを我慢してこなすことが苦手でした。しかも、教養課程の時は初心を忘れていましたね。しかし、2回生の時に父が突然の病で倒れ、将来のことや自分の人生のことを深く考えるようになりました。専門課程に入ると、もともと適性があったのか、医学の勉強が楽しく成績もどんどん上がって行きました。しかし、生活の中心は研究で、朝はまず研究室に行って、実習だけ出席してきばきとこなして研究室に戻り、夜遅くまで実験を続ける、という学生生活でした。熱心に実

験するのを見て、井端先生や当時助教授だった岡村先生から学会発表や論文になるようなテーマをもらうこともでき、最終的に英文論文1編、国際学会発表2回、国内学会発表3回、という形になる成果を上げることができました。論文や学会発表が目的で始めたわけではありませんが、自分が研究したことが形となって科学の世界に残ることの素晴らしさに大きな魅力を感じ、「研究者、悪くない!」と思うことができました。

ただ、実験と勉強しかしていなかったわけではなく、トリアス祭では「ダンパ部門」というかなりナンパな部門で1回生から5回生まで勤め上げ、5回生の時には部門長までやってしまっていました。数年前、ある学生が当時のトリアス祭パンフレットを発掘してしまい、「これ、先生ですよね?」とニヤニヤしながら見せにきました。かなり恥ずかしかったですね。とにかく、硬軟取り混ぜていろいろありましたが、府立医大での学生生活は最終的には本当に実り多く楽しいものになりました。本当に多くの方々のおかげです。

6年生になり、進路について考えたり様々な先生方の話を聞いたりする中で、後悔のない人生を送るためにやれるところまでやってみよう、それも、学内にとどまらずに視野を広げて国際的なフィールドで基礎研究を究めようと決めました。

—大学時代に様々な経験をされる中で、真摯にあるべき姿を考え、逆境をチャンスに変えられた姿勢に八木田先生の医学に対する熱い思いを感じました。そのような姿勢は、どんな進路を選ぶ人にも自分の人生を生きる上で普遍的に必要なものですね。



コロンビア大学での臨床実習留学でニューヨークに1ヶ月滞在。ニューヨークの街角に佇む6回生の時の私。

自分を試すための臨床留学

学生時代は学部5回生と6回生でそれぞれ1か月間のアメリカ臨床留学を経験しました。今は基礎研究者となりましたが、もともと内科医として臨床科で研究することに興味があったので、臨床の世界で自分の力を試したいと思っていました。

初めての臨床留学先であったYale大学での体験はとてもきつかったです。あとになってYale大学は米国でも有名な厳しい校風だと知ったのですが、まず、アメリカ東部のドクターは話すのが速い。何か尋ねられても、レスポンスが遅れると待つてはくれずに切り捨てられるんです。ある時、見学をしていると、チーフレジデントに「私の言っていることの何%を理解しているのか」と尋ねられたことがありました。私は「60%くらい」と答えたのですが、「向こうのカウンターに置いてある〇〇という本の何の項目の何ページを読んでこい」、とテストされたんです。それで読んでいると、やってきて「一応わかっているみたいね」とか言ってくる。私だけでなく、学生もレジデントもみなさん常に非常に厳しく評価される、その緊張感を肌身で感じ、日本の医学部との違いに驚きました。「えらいところに来てしまった」と思う一方で、自分はこんなものじゃない、もっと互角に戦えるはずだという思いもあり、Yale大学での留学は正直不完全燃焼でした。それで翌年、6年生の時にコロンビア大学に紹介状を書いてもらい、英語や医学知識を鍛えたうえで、臨床実習させてもらいました。そうやって臨んだコロンビア留学は最高に楽しかったです。Yaleでの悔いが残る実習のリベンジとして、相当な覚悟で行ったことがあったからこそ充実した海外実習ができたのだと思います。自分を奮い立たせるような気持ちで臨んだ、とてもいい思い出です。

—高いモチベーションと行動力があってこそ世界のレベルを肌で感じる経験ができたのですね。

2度の留学を経験してみると、アメリカでの評価の厳しさ、英語の能力不足を感じましたし、アジア人への差別もありました。治安の問題もありました。94年～95年当時、日本は経済好況でしたがアメリカは不況で、とくに大学の周りは治安が悪くて大学の敷地外には出られないような殺伐とした環境でした。殺人事件や麻薬中毒者に出くわすことも多く、底がない緊張感の高い社会の怖さを感じました。ホールドアップしろと脅された時のために30ドル(麻薬の相場)を胸ポケットに入れておけ、と教えてもらいました。正直、この環境でやっていくのは難しいと思いました。

納得がいくまで自分を試してみた結果、私は基礎の道を歩むことにしましたが、コロンビア大学で出会ったレジデントとはまだ付き合いがあります。選ばなかった道で出会った人も、その後の人生を豊かにしてくれているんですね。

留学については、今の学生にはビザなどの申請が厳しいので望み通りの留学先に行けるといえるようにはいかないかもしれませんが、できないことはありません。自分の中で課題があるかどうか、それをやる必然性があるかどうかを考えて決めたいと思います。



2018年、マンチェスター大学での招待講演でイギリスを訪れた際に招待してくれた先生が連れて行ってくれた貴族のお城にて。ダウントン・アビーの世界を堪能。

教育の精神

これまで話してきたように、私は当時の医学部生の中では例外的にたくさんの経験を積ませていただきました。しかし、結果としてそうなたただけで、当時は自分の可能性や適性を試し、どう生きるかを模索することに必死でした。振り返ってみると、自分の悩みもがいてきた軌跡が結果として一本の道になっていた、という感じでしょうか。人によって人生はいろいろですが、私自身の経験の中で、ある決断に至ったモチベーション、判断基準、リスクを取ると決めた理由は普遍的といえます。それを共有することで学生の皆さんに何か学び取ってもらえるものがあるのなら嬉しいです。

私は優等生ではなく、納得したことでないと頑張り続けることができない性格なので、自分が必要と思ったことをとことんやろうと思いました。阪大医学部に行っていた兄や中高の同級生で京大医学部に行っていた篠原先生（現京大教授）をはじめ、京大や阪大の学生の様子を教えてくれる人が身近にいたこともあって、府立医大では一般的でなくても周りは全く気になりま

せんでした。研究で成功するには才能は必要ですが、天才でなくても研究者として生きていくことができるのは、医学分野の良いところです。誰でもチャレンジする権利はあると思っています。まあ、自分次第ということです。自分の適性を見極め、人生を賭けるに値する仕事を選ぶ。人生は一度きりですから、後悔はしたくない。

府立医大には優しい先生もたくさんいて、井端先生のように「京都のお父さん」と個人的に思っている恩師を得ることができました。また、私にとって大きかったのは、名古屋大学や大阪大学で、恩師や一生のメンターと呼べる先生に出会ったことです。直接の上司でもないのに、なぜか気にかけていろいろ言ってくさる。特に、厳しいけど本当のことを言ってくさる先生は信頼できます。文化功労者の近藤孝男先生（名古屋大学名誉教授）、大阪大学の仲野徹先生など、著名な先生方が応援してくださり励ましてくださったことは、信じられない幸運です。本当に、**見ている人は見ている**。今でも、そう確信しています。自分も教育者として、学生一人一人のいいところを見つけて、伸ばしてあげたいですね。それが、私を育て導いてくださった方々への恩返しになると信じています。

命に対する愛情、畏敬の念、生きてることに対して畏怖の念を持つことさえできれば、どんな道を選んでもいい医師・医学者、教育者になれると思うんです。医学部は、そういう意味で本来は非常に間口の広い学部です。今は勉強ができなくても、いい医者になるかもしれない、だから長い目で見ないといけません。そして**自分が成長し変わるためには、努力しなければなりません。**

父の恩師である徳島大学名誉教授の三好先生の、そのまた恩師が沖中重雄先生で、東大第三内科で教授を務めた人でした。沖中先生は教育者としても優れた人で、前にも述べたように「**書かれた医学は過去の医学であり、目前に悩む患者の中に明日の医学の教科書の中身がある**」とおっしゃっています。「**病気を見て人を見ず**」というのは医療界でしばしば問題になります。たとえば、疾患を治療してもその人が経済的に破綻してしまうことがある、病気を直して社会的に患者さんを苦しくさせてしまっは元も子もないですね。沖中先生から何十年を経て伝わる医学の精神が私の中にも生きています。私は基礎研究者ですが、**患者さんの幸せ、社会の一人一人の幸せが医学の原点である**というのは臨床から離れた今でも忘れていません。それを伝えたい、そういう教育をしたいと思います。



2019年2月、フロリダでの国際学会にて。原則招待者とその教室員のみが参加できる closed の学会で、夜に世界のトップ研究者たちと飲み会をしました。日本からは上田泰己先生(東京大学、右から5人目)と私の二人が参加しました。

基礎研究への挑戦

一どのような経緯で概日時計を研究テーマに選んだのでしょうか？

学生時代は神経内分泌をテーマに視床下部の形態学的研究をしていました。概日リズム研究者としての原点となる経験をしたのは京都府立医科大学第三内科で研修医をしていた時のことです。当時の仕事の一つに肝炎の患者にインターフェロンの注射をするというのがありました。インターフェロンを注射すると、その副作用で発熱して患者さんは大変なんです。当時、週に一回パナソニックの健康管理室に外勤に行くことになっていたのですが、あるとき仕事帰りにインターフェロンを注射して帰る一人の患者さんに出会いました。「夕方打つようになってからめちゃ楽なんですわ」と言われ、添付文書を詳しく読み直してみると、副作用にうつ病とか睡眠障害とか概日リズム関連の症状が多い。そこで初めて**体内時計が人体で本当に機能している**と実感したんです。実は、インターフェロンは視交叉上核の時計遺伝子発現を攪乱することが後に報告され、うつ病や睡眠障害などの副作用は実際に体内時計の攪乱と関連することがわかっています。

結局真実は患者さんの中にあるんですね。患者さんを丁寧に診察するなかで**体内時計が治療を左右する効果を生み出している**とわかったのです。**体内時計が人間にとって大事な要素だと確信**しました。それでサーカディアンリズムを研究することにしました。

—そのような体験を経て体内時計の研究を始められたのですね。

はい。当時は体内時計研究の黎明期でした。私は大学院入学と同時に、学生時代からお世話になっていた岡村先生が教授として赴任していた神戸大学に国内留学することにしました。私の大学院入学と同時期に哺乳類で時計遺伝子の存在が明らかになり、塩基配列の同定、タンパク質の機能発現、遺伝子クローニングが流行っていました。バブル期のように研究室中が活気にあふれ、言うなれば殺気立っていました。時計遺伝子がクローニングできれば Nature に出る、という時代でしたね。しかし、そんな美味しいテーマは大学院生には回ってきません。弱肉強食で、学位は自分の力でなんとかしなければいけない環境でした。皆が群がる流行りのテーマに背を向けるように、自分は培養細胞における時計遺伝子の存在を研究テーマに選びました。当時、体内時計は視交叉上核以外には存在しない、と言われていたが、**荒地を開拓する気持ちで、誰もやって来なかった培養細胞でやってみよう**と考えました。当時の私はその手の研究技術は持ち合わせておらず、細胞培養の仕方から教えてもらうところから始めたのですが、ついに**培養細胞に体内時計があるということ**を**遺伝学的に証明し Science 誌に発表**することができました。私たちを含む世界で三つくらいのラボによる一連の研究から、細胞時計という概念を完成させることができ、多分野の人から評価される発見となりました。

細胞時計の発見後、一度留学しようと思っていた矢先、名古屋大学でシアノバクテリアという光合成細菌の研究者である近藤孝男先生が留学するくらいなら名古屋大学に来ませんか、と声をかけてくれました。そして、4年間の任期付きの理学部助教授という形で21世紀 COE (center of excellence) プログラムの一環で採用されました。

名大では自分の納得のいく形で力試しをするつもりで一からラボを運営して、**結果を出せるかどうか自分の能力を確かめてみよう**と決めました。研究は一人でできるものではなく、自分の仕事だと思っても、それは環境や指導者の力によるものである場合も多いのです。ですので、もしだめなら才能がないのでやめようと思っていました。結果的には3年弱で自分でも満足出来るレベルの仕事ができ、その成果は PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America) に掲載されました。自分でも結構いい仕事だと思っていましたし、場所が変わっても全くのゼロから出すことができたので、**まあやって**

いけるかな、と思うことができました。

名大を離れた後は、阪大解剖学教室の准教授になりました。阪大解剖学教室ではマクロ解剖を教えながら、解剖室のホルマリン対策の責任者として解剖実習室の設計をするなど研究からは離れて忙しく働いていました。教育の経験を積んで、あとは声がかかったところの教授選にでも出ようかなという感じです。ところが、ある日、仲野徹先生(大阪大学大学院 生命機能研究科・時空生物学 医学系研究科・病理病態学)と岩井一宏先生(現京都大学医学研究科長)のお二人がやってきて、「やぎちゃん、もう一本いるねん。もう一本オリジナルティーの高い研究の論文が必要なんや。まだこれまでの仕事が八木田の仕事として認知されてないねん。」と説得されました。最初は「自分の何をわかっているのか」と訝しく思っていたのですが、業績が徹底的に調べ上げられて、その上で言っていることがわかり、驚きました。同時に、このエライ先生方は評価が厳しいことでも有名でしたので、腹をくくってもう一仕事しようと決めました。そこで、名古屋大学時代から準備していたES細胞を用いた研究を始めました。「アイデアとハートはあるけど、お金がないからここでES細胞の培養させてください」と熱意を伝え、ES細胞の培養方法を竹田潤二教授や堀江准教授(現奈良県立医大教授)に教えていただきながら研究を進めました。結果、細胞分化と体内時計が密接な共役関係にあることを発見することができました。新しい生命現象の発見ですので、一つの分子にこだわった研究とは異なりタコソボ型研究に陥ることもなく、発生学からがん生物学まで非常に大きな展開ができる一つの分野を創出することができました。この研究の成果は結局はPNASに掲載されたのですが、掲載されたジャーナルのレベル以上に内容の評価が非常に高く、仲野先生や岩井先生も「これでええねん。これでScienceの仕事から一連のものがすべて八木田くんのものやと誰もが納得する。これでええねん。」と言ってくださいました。これには、本当に感動しました。結局は母校に帰ってくることにりましたが、阪大ではこのようなアドバイスをくださるメンターの重要性を身に染みて感じるありがたい経験でした。



フロリダでの学会にて、シンポジウムでの30分の発表が終わった後。緊張感を乗り越え、プールサイドのデッキチェアで開放感に浸る。

これからの府立医大について

—京府医の教育や文化についてどうお考えですか。

学生と教員の距離が近く、学生のレベルが高いのいいところですね。学力だけでなく人間性とのバランスが大事だと思います。府立医大の教職員は面倒見がよく、自分はその優しい校風に救われることが多かった。伝統的にそういう大学なんだと思います。

これからの私たちに必要なのは、自分たちは何者であるのかを考えることだと思います。表面的な出来事や他大学との比較に振り回されずに、どういう大学でありたいかを考えるべきです。近年のカリキュラム変更などについて批判するばかりではなく、建設的な議論をしてほしい。学生が大学を自分たちの手で作っていくという姿勢が欲しいですね。今の学生はよく言えば従順、悪く言えば意見を持っていない。正しいことは一つではないので、間違いを怖れないで自分たちで考え、何を選び取るかが肝心です。

今後はこれまでスタンダードとされていたことが見直されることになる。たとえば、USMLEを取って臨床留学をするのが王道だと思っていた人にとって、withコロナ時代の今はそれがまもらない。そこでいくら文句を言っても人生は好転しません。それが本当に自分に必要なのか、他に自分のこれまでの頑張りを生かす道はないのか。人に倣うのではなく、自分のやりたいことを選んでいくことが大切で、自分に問いかけて

本当に好きで適性のある方を選んでいく準備をするというのが大学時代の過ごし方であるべきだと思います。自分の人生を切り開くために struggle している人は、応援したくなります。「百尺竿頭に一步を進む」という言葉があります。尊敬するお茶の宗匠に教えていただいた言葉ですが、この姿勢です。私も自分に言い聞かせています。

学生へのメッセージ

—最後に、学生にメッセージをお願いします。

自分らしく生きていくのは難しいけれど、自分の人生を生きてほしい。幸せの形は人によって違うので、人と比べて幸福かどうかではなく、自分にとって何が幸せかを考えてほしい。そして、自分を尊重するのと同じくらい他の人も尊重することも忘れないでください。

失敗したり恥をかくのを怖れずチャレンジしてほしい。それは人生を生きていく上で必要なコスト、いわば住民税みたいなものですから（笑）。そして、大学の中にとどまらず外の世界に出てできるだけ多くの人と知り合ってほしい、世界の全体像を知ってほしいと思います。

—自分で考えて挑戦し、幸せを追求することが大切なのですね。全体を通して、八木田先生が大切にされている医学への思いと人を平等に尊重する姿勢が伝わってくるインタビューでした。お忙しい中ご協力いただき、ありがとうございました！

取材・文：磯邊綾菜（医5） 橋本寛子（医5）

臨床医の視点を活かした研究の道



生体機能形態科学 教授
八代 健太

プロフィール

1993年大阪大学医学部卒業。大阪大学大学院生命機能研究科発生遺伝学助教、ロンドン大学メアリ女王校パーツ・ロンドン医科歯科学学校 ウィリアム・ハーベイ研究所トランスレーション医学・治療学講師、同上席講師、大阪大学大学院医学系研究科 心臓再生医療学共同研究講座特任准教授を経て、2018年より京都府立医科大学生体機能形態学教授。

目次

- ・自己紹介
- ・医師ならではの視点を活かした研究の道
- ・外から見た京都府立医科大学
- ・学生に向けたメッセージ

自己紹介

—本日はよろしくお願いたします。まず、自己紹介をお願いします。

平成5年に大阪大学医学部を卒業し、一度は小児科医としてプロフェッショナル・キャリアを始めましたが、現在は本学の生体機能形態科学教室で解剖学教授をしています。広島の中山の村に一軒しかない開業医であった曾祖父の影響で、医者という仕事には幼い頃から憧れていました。今だったら、きっと怒られると思いますが、小学校2、3年生の時には、祖父の家に残っていたもう使われていない古い医院の薬局に保管してあったホルマリンを、昆虫採集の虫の保存に使ったりしていました。小学校の時にリアルタイムでブラック・ジャック（著者の手塚治虫も阪大医学部卒）の連載を読んで憧れたこと、祖父が胆嚢痛を患ったことも、医学部を目指す大きな動機になりました。結局浪人しましたが、高校時代のテニス部の友人が阪大医学部に入ったことにも影響されました。

—そのような経緯で阪大の医学部に入学されたのですね。先生は基礎の研究者としてキャリアを築いてこられました。医学部入学当初から研究に興味を持たれてい

たのでしょうか。

医学部に入った時は、祖父の癌の経験とブラック・ジャックへの憧れで外科医になる気満々で、基礎に行くとは思っていませんでした。その時の自分が30年後の今の自分を見たら驚くだろうと思います。

私が臨床実習を始めた頃に、大学のテニス部の先輩がICUの医師をしていました。ICUは主治医がなく時間シフト制で、そのオフの時間に先輩が学生の自分をテニスに誘ってくれたり、ご飯に連れて行ってくれたりしたのです。このように実習以外のところでICUで働く医師と関わり色々とお話を伺っているうちに、患者から「この先生ならなんとかしてくれるに違いない」と思ってもらえるような知識や技術を身につけたい、とも思うようになりました。

当時の阪大では、心臓血管外科の川島康生教授（現阪大名誉教授 / 国立循環器病センター名誉総長）が先天性心疾患の専門家として、特にファロー四徴症の手術などで世界的に功績を挙げ、患者さんが広域からたくさん集まって来ていたことにも影響を受けました。一方で、自分は外科には向いてないなと思い始めていたこと、心臓血管外科だけでは医療は成り立たず、治

療をうまく成り立たせるためには外科的な視点だけではなく、小児科医との協力が不可欠なことに気づいたことも、自分が進路を決める際に大きなファクターとなりました。私は、子供は嫌いではないのですが、保育士のような子ども好きタイプでもありませんでした。でも、臨床実習を重ねるにつれ、小児の生まれつきの心臓の形態異常を扱う小児内科を進路として選びたいと考え、小児科医になることにしました。そして、2年目にICUへとローテートさせてもらうことを条件に小児科の医局に入り、先天性心疾患を抱える小児の管理に関わりました。病気を抱えた子どもたちを、どうやって大人に成長させてあげるのかについて日々取り組む小児科医の仕事は、今でも素敵なお仕事だと思っています。

—手術をするだけでなく、その前後の適切な管理が不可欠なのですね。術後管理の具体的なエピソードがあれば教えてください。

ICUで先天性心疾患に罹患した小児の周術期管理に関わる中で、術後管理で超音波検査（エコー）が有用だと気づきました。当時は、開心術後の管理にルーチンでエコーを使用するなんてことは、小児のエコーを行える者がICU内に常にはいたわけではないので、あまりなかったように思います。心臓の手術後、普通は約8~10時間後に心機能の底値を迎えますが、多くはその時間帯は夜中で、循環器小児科医がそのタイミングでICUにいつも来ることができるわけではありません。そこでICUで勤務している自分がエコーを覚えれば、小児科の先生が来れない時間帯にエコーを使って、術後管理に活かせると思いついたのです。オフをつぶして、小児科循環器外来のエコー室で必死に手技を覚えました。

ある時、当直時間帯（夜中）に心機能がとても悪いわけではないけど、手足を触ったら冷たいし、なんとなく心許ない心機能だなと感じた患者がいました。私はイノバン（ドーパミン）の持続投与量を少し増やしたほうが良いかもしれないと思いつつ上級医に相談してみたのです。その先生も同じように感じておられたので、一緒にエコーを当ててみたところ、やはり心臓の動きが良くなって、「根拠を持って」イノバンの増量を決断できました。新しい知識や技術を身につけることで、患者の役に立てるのだと実感しましたね。麻酔も勉強したいと思って、オフはいるから麻酔を教えてくださいと頼んで、手術室で麻酔もかけさせてもらいました。エコーを覚えて、先天性心疾患の子供たちの心臓の形態を観察するようになってから、どうして形態異常が生じてしまうのだろうという思いが、次

第に強くなっていきました。

—そのような臨床経験がリサーチクエストにつながっていったのでしょうか。

臨床経験を積む中で、先天性心疾患に共通するメカニズムがあるのではないかと考えるようになりました。当時はノックアウト・マウスの研究が盛り上がってきた時代でしたが、先天性心疾患の遺伝子研究はほぼ皆無の状況でした。私は当時の阪大の小児科教授（Tay-Sachs 病の原因を突き止めたことで名が知られている岡田伸太郎先生）に「心臓の先天的な形態異常ができるメカニズムの研究をしたい。誰もやっていないことをやりたい」と伝えました。教授は発生生物学の研究の重要性を理解してくださり、それでは研究できる場所を探そうということになりました。

ちょうど大阪大学の細胞生体工学センターで濱田博司教授がラボを立ち上げようとしておられ、幸運にも誘っていただきました。濱田研に参画する経緯ですが、ちょうどその頃、Cell 誌の表紙を飾った衝撃的な論文に出会っていたのです。ニワトリの胚で左右非対称に発現する遺伝子発見の報告でした。その遺伝子の機能を阻害すると心臓の向きが左右逆になることまで示されていました。阪大病院で臓器錯位症候群の複雑な先天性心疾患患者のお世話を数多くさせていただいたので、この遺伝子異常があのか心臓形態異常の原因だったのか！と直感的にパッと結びついた。これはすごい研究が出てきたと、その論文をなめるように読み込みました。当時は外病院に勤務していて、今では（個人情報保護の観点から）あり得ない話ですが、難しい症例のカルテや画像データを抱えて大学まで行き、専門家に治療の相談をすることがよくあり、大学に行っただけで図書館で Cell や Science などの雑誌を何か月分かまとめて読んでいたんです。濱田先生はマウス初期胚で左右非対称に発現する新規遺伝子をちょうど発見された直後で、私が Cell の論文を読んだと言うと、「臨床をしながら基礎の論文を読んでいるなんて面白い、ぜひうちに来なさい」と言っていただいた。それで、運命的なものを感じて濱田先生のラボに入るようになりました。

濱田先生の研究室は大きな雑誌に掲載される論文をいくつも次々と発表する快進撃を見せていましたが、自分の与えられた研究テーマは大きな成果にはならなかった。同期の活躍を見ていると、もっと自分もやりたいと思いました。消化不良でした。今でこそハイ・インパクトの雑誌に載せることが全てではないと思いますが、当時は若かったんですね。学位取得後、医局

からは小児科に戻ってくるように言われましたが、自力をつけるためにもう少し今の研究室に残りたいと頼むと、折れてくれました。一方、濱田先生からは、もう小児科に帰りなさいと言われるかと思ったのですが、博士研究員をやりたいと伝えると、思いの外に二つ返事でいいよ、と言ってくれました。博士研究員としての研究はうまくいき、当時望んだように一流誌に掲載されました。

あるとき、研究成果をCSHL（ニューヨーク郊外の有名な研究所）で行われた国際学会で口頭発表をするよう言われました。初めての国際学会だったので不安もありましたが、英語での発表を周到に準備していくと、幸いうまくいきました。発表翌日にCSHL内の食堂で朝食をとっていると、教科書でしか知らなかったような先生が声をかけてくれて、「昨日の発表はよかった、また話そう」と言われました。いい仕事をしていたら、世界的な研究者と互角に話せる。とたんに目の前の世界が広がったように思いました。

それが一つのきっかけとなり、臨床医としてではなく、サイエンスに生きようと決意しました。けれど当時は結婚して子供もいたので、食いっぱぐれのなさそうな医師の道に戻るか、退路を断って基礎研究者になるかの決断の際には葛藤しました。

医師ならではの視点を生かした研究の道

—研究者として大切にされていることはありますか。

人と同じことをするのではなく、人と違う角度で見ることでですね。大学生の時は自分がクリエイティブな仕事をできるのかわからなかったのですが、大学院生から博士研究員までの8年の間、一所懸命に基礎研究の世界に身をおいてみた結果、オリジナリティーのハードルは決して高くない、人とはちょっとだけ違う視点が持てるだけで良い、と思えてきたのです。研究ではみんなと同じことをしていても新しい発見はできない。医学生のような受験優等生は与えられたものを上手にこなすのには長けているが、クリエイティブな思考の練習をしてない。しかしそう言ったことにさえ気付ければ、あとは訓練で何とかなると思います。

自分に子供ができてからカメラにも興味を持ち始めたのですが、写真を撮る際の視点を見つけるのも、研究におけるのと似てますね。どう切り取るか、という視点が大事。材料が同じでもどう料理するか、を楽しむのが大事だと思います。山登りでもきっと同じで

(私は登山はしませんが)、どこから、誰と登るか、どういう道具を使うかを楽しめるのがきっといいですよ。天邪鬼的な遊び心を持っているのがいいんです。

発生生物学をやっている人は、海外ではほとんど医師ではありません。ロンドンでもアメリカでも、なぜ医師免許を持っていないながらこんなことをしているのかと良く聞かれました。一方で、臨床から距離を置き基礎科学で生きて行こうと決意したのは卒後8年目くらいの時。その間、研究もしつつ小児科の救急やNICUの当直などをこなしていましたが、臨床を多少なりとも知っていたからこそ、理学部や農学部の人が持っていない視点を持って、そこが自分の強みだと気づき始めました。私はもともと悲観的な人間でしたが、ダメかもしれない、と考えていても物事はうまくいかんのですよね。研究者になってからは自分でコントロールできないことに対してクヨクヨするのはやめよう、ダメでも次、というマインドを意識し始めました。濱田先生のもとでの11年間の研究室生活で最後の仕事は、結果的にNatureに掲載されましたが、医師ならではの視点が満載の論文でした。

—ロンドンへ

濱田先生の研究室では素晴らしい経験ができましたが、そこに属し続けることは研究者として独り立ちする上でプラスにならないと考え、外に出ることにしました。どうせ出るならと、英語圏でのポジションを探し、2年くらい就活をしました。就活の一環として、米国を中心にいくつかの研究機関へセミナーをしに行ったりしました。そんな時に、テニス部の先輩である鈴木憲先生に、ロンドン大学メアリア女王校でラボを立ち上げるので一緒にやらないか、と誘われたのです。初めはイギリスなのに邦人主宰のラボには行きたくないと思断ったものの、何度かお誘いを受けたので、お話を聞きにロンドンに行ってみることにしました。ロンドンで出会ったイギリス人の基礎研究者（ポール・ライリーさん。英国での一番の友人。今やオックスフォード大の教授です）の方と意気投合して一緒に面白いことができそうだったのと、自分で研究費をとったら好きなことをしていいと鈴木先生がおっしゃってくださったので、2007年の夏に日本を離れてロンドンに渡りました。

最初は鈴木先生の研究の手伝いをしていましたが、それと並行して研究費の申請をしたところ、Medical Research Council (MRC) の研究費を獲得できて、初めて自分のオリジナルの研究を立ち上げることができま

した。新しい研究として始めたことは、将来の心臓を作り上げる心臓前駆細胞がどのようにして分化して、またどのように心臓を作り上げていくのかを解析するプロジェクトでした。8年11ヶ月のロンドン生活では、自分の研究費の中で博士研究員も雇い、ラボ内研究チームとして、独立した研究を本当に好きにやらせてもらいました。鈴木先生には頭が上がりません。

一帰国の決断

2015年に、iPS細胞由来心筋で有名な大阪大学心臓血管外科教授の澤芳樹先生が欧州の学会に招待演者として来られた際、澤先生も阪大テニス部のOBの先生なのに、実はその時に初めてお会いしました。一時帰国の予定があるなら阪大まで会いにおいでとおっしゃってください、ちょうど、すぐに小児循環器学会の分科会の招待口演で一時帰国したのですが、その時に日本でiPSの研究を手伝う気はないか、と誘われたのでした。

日本に帰国するかどうかはかなり悩んで、いろんな人に相談しました。私自身の年齢的なことも考えて良い話だと思うと、相談した皆さんに言われました。当時のイギリスでは国民投票でBREXITが勝ち、移民の立場がどうなるかも分からなかったので、一つの選択として良いのではとも言われました。結局、家族で話し合い、2016年に日本に本帰国することを決断しました。

澤先生の研究室には、申し訳ないことに結局約2年ほどしかいませんでした。京都府立医大で解剖学教授の公募があり、澤先生が自分の進む道として府立医大での教職を積極的に考えてみたらどうかと勧めてくださったのです。縁あって、2018年11月に教授職を拝命し、着任しました。澤先生にも大変に感謝しています。

一積極的に動かされていたからこそ、いろんな人とつながっていったのかもしれないですね。

仕事でも学会でも知らない場所に関わりに行くと、アウェイで場違いだと感じることももちろんあるのですが、そこから思いがけない出会いがあって、面白いつながりができるかもしれません。これはどの世界でも通じるのではないかと思うんです。例えば経営がうまくいってなくても、あらゆるところとつながっている大きな銀行は国に支えてもらえるように、**つながりが多いと周りが助けてくれる**のでしょうかね。生き残りの戦略としていろんなところとつながっていると

いうのはいいのかもしれませんが。小児科から発生学、心臓外科が目指す再生医療を支える基礎医学、そして解剖学へとアウェイ(?)の連続で、肩書きだけ見ると脈絡がなさそうですね。自分の中ではつながっているんですけどね。自分の場合は単に運が良かっただけかもしれませんが、幸いなことにとても多くの方々
に人生の転機の折々に助けていただいたおかげで、今日があります。感謝してもしきれません。

外から見た京都府立医科大学

京都府立医科大学の良さは、規模がちょうどいいことだと思います。阪大では解剖学だけで四つの講座があるのと違って、本学の二講座での体制は、各教室への負担は大きいですが連携がとりやすい。単科大学と総合大学を比べるのは違うかもしれませんが、**大きすぎないからこそネットワークが軽い**のはいい所だと思います。研究の環境としては、総合大学の設備と同じとはいえないですが、ものがなくても借りに行けるし、共同研究で進める道もあります。手元にある資源を使って、どうやってやりくりするかを考えることも楽しいものです。基礎研究に限らず、どの分野でもそれは共通することだと思います。

また、府立医大では**卒業生の母校愛**がすごいのが印象的です。阪大と比べても、OBが母校を思う気持ちはずっと強いと感じます。京都で大学病院といえば京大ではなく府立医大と聞きます。古い歴史があって、北部の医療も一手に引き受け、府民からも愛されているのは誇るべきところ。OBのネットワークももちろん強みですね。そして循環器を志した元小児科医の私としては、小児心臓外科の山岸正明病院教授(学生さんたちはピンとこないかもしれませんが、先天性心疾患手術のスーパースターです)のおられる病院の横で、心臓発生の基礎研究できるのは光栄です。

一方で、どこの医学部でもそうですが、医学部に合格することを人生のゴールと間違えてきてしまった学生が一定数いるように思います。そういう人たちはどうしたらやる気になるのか、というのが悩みの一つです。

あと、いわゆるお受験の偏差値に大学入学後も縛られているのかな?と感じる学生もいますね。腕の良い医師になるのに、出身大学はあまり関係ないと思っています。もちろん、学生時代の環境によってどんな情報に晒されてきたかの違い、例えば、講義の時に教科書的な話だけではなく、先端医療や最新の研究で話

題になっている話にインスパイアされたかどうかなどは、学生の進路に少なからず影響はあるように思います。でも、それ以上に、学生自身が自分で欲しい情報を取りに行き、何をやると決めて、その実現に向けて具体的にどう取り組んでいくの方が大事だと思います。

本学の学生さんに考えて欲しいのは、府立医大のアイデンティティーとは何か、自分たちの何が強みで、自分たちの価値を高めるためにどうすべきか、ということです。イギリスの大学のように、例えばオープンキャンパスとかで、現役の学生さんから受験を考えている高校生・浪人生たちに、大学の特色や、府立医大だからこそんなことが学べるんだよ、ということを明確にアピールできると良いですね。受験生が、是非に府立医大で学びたいと思えるようにアピールできて欲しいし、皆がそういうことを意識することで、本学はますます発展していくのではないのでしょうか。自分がベストだと思える大学・病院として、本学を選んで欲しいですね。例えば、大学の規模にも関係があると思っていますが、教員と学生の距離感が近いのがこの大学のいいところです。学生の面倒見は、国公立の中ではめっちゃめっちゃ良いのではないのでしょうか。この学生はそういう意味では恵まれています。大きい大学の医学部と同じことをしても仕方ない。大きな大学ではできないことを、どうやって伸ばして強みに変えていくか。研究も同じですが、ニッチを突かないと生き残っていきません。

学生に向けたメッセージ

面白がれる視点を持てるかどうか、が生きていく上で大切なのではないかと思います。掃除だっていやいややるのではなく、ゲーム性を持たせて効率よく時間も短くできるかもしれないですね。ほんの少し視点を変えるだけで、大きな違いを生むのです。

取材・文：磯邊綾菜（医5） 橋本寛子（医5）



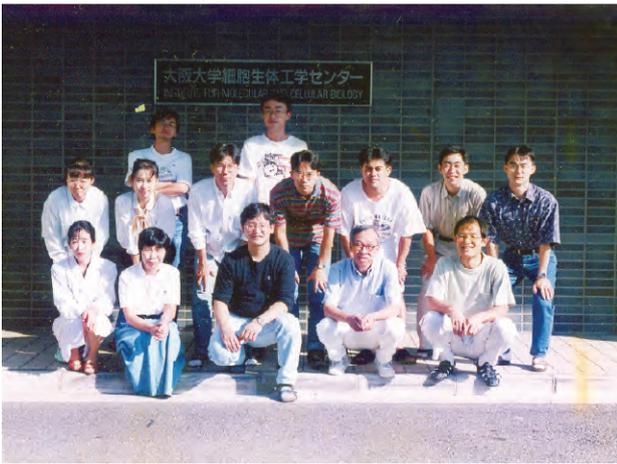
6年時 ICUの先生方とのスナップ写真

ICUの先生方とテニスをした時の写真。最後列1番右、当時の阪大病院ICU部長 妙中信之先生（現 宝塚市保健福祉サービス公社理事長）。最後列右から2番目、阪大医学部麻酔科教授（当時）吉矢生人先生（現 阪大名誉教授/星ヶ丘厚生年金病院院長）。最前列の1番左が先輩である竹内宗之先生（現 大阪母子医療センター集中治療科主任部長）。最前列右から二番目が八代。



初期研修医時代

卒後3年目に勤務していた愛染橋病院小児科NICUでのスナップ。



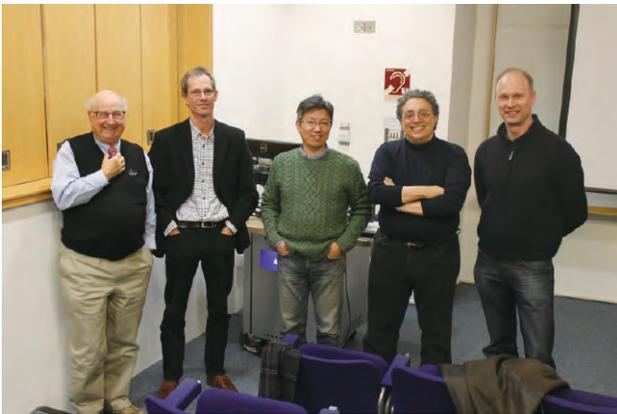
濱田研時代

最前列の右から2番目が濱田博司教授。濱田先生は、理化学研究所（神戸）の立て直しに阪大を退官後に奔走され、現在も神戸理研で現役の研究者です。2列目左から三番目が八代。



ウィンブルドン・センターコート

9年近くいたロンドンで、たった一度だけチケットが手に入った。遠い方のコートでサーブを打っているのは、シャラポバ選手です。



ロンドンで出会った方々

左から、先天性心疾患病理の神様、ボブ・アンダーソン教授（ニューカッスル大学）、ティム・モーハン教授（フランシス・クリック研究所）、八代、マイケル・シュナイダー教授（インペリアル・カレッジ・ロンドン）、ロンドンで出会った一番の親友、ポール・ライリー教授（出会ったときはUCLの講師、現在はオックスフォード大学）。



留学先研究所中庭

ロンドン大学メアリ女王校の医学部は歴史も古く、美しい芝の中庭の向こうにはシンボリックな時計台が見えています。手元に咲いている青い花は、英国の春の代表的な花であるブルーベル。



留学先研究所近所のパブで

医学部時代の同級生、坂田泰史先生（現 大阪大学大学院医学系研究科循環器内科学教授）が留学先に訪ねてきてくれて、研究所近くにある200年ほどの歴史のあるパブで食事をしたときの写真。

将来は患者さんに信頼される医師になる



医学科5年生 井田 学

プロフィール

2020年京都府立医科大学医学部医学科5年生。大学ではバトミントン部、医道部、演劇部に所属。

目次

- ・自己紹介
- ・これまでの活動について
- ・将来について
- ・これからの府立医大について

自己紹介

—自己紹介をお願いします。

大阪の高槻高校出身で、現在京都府立医科大学医学部医学科の5年生です。医学の勉強をコツコツしながらバトミントン部と医道部の活動や家庭教師のアルバイトを頑張っています。



医道部の先輩と友人と鴨川にて

これまでの活動について

—これまでの医学部生活について教えてください。

もともと医学部では勉強を頑張ろうと決めており、自分で目標を立てて勉強してきました。学年ごとの成績上位者の表彰も励みになりました。やるべきことはきちんとやりながらも、メリハリをつけて遊びや課外活動を楽しむ子ども心も忘れないことが大事だと思っています。

日本の6年制医学部では目標がないと何もなまま過ぎてしまう傾向がありますが、アメリカの医学生は競争社会の中で4年間に必要な知識を集中して学ぶため中弛みすることなく学習意欲を保っていると聞きます。切り替えるタイミングは人それぞれだと思いますが、私は3回生のとき、それまでの**医学の勉強だけでなく他分野についても知見を広めよう**と決めました。大学内外の勉強会に積極的に参加する中で、当時本学5年生だった稲葉さんをはじめとする先輩方に出会い、総合診療や家庭医が担う**社会とつながる医療の役割**という、医療の新しい可能性に触れることができました。

また、4回生のときに講義でAI（人工知能）の医療での応用を学び、医師の働き方が将来変わっていきだろうと考えました。そこで将来医師としてAIを有効に使うためにAI開発者と対等に話し合えるようになると、G検定を取得しました。データサイエンスやディープラーニングの知識を学ぶ人向けにG（general）検定とE（Engineering）検定がありますが、G検定は開発技術よりも幅広く体系的な知識を重視した検定で、専門家と議論できるよう十分な知識を身につけることができます。

—井田君は自分の学んだ知識を勉強会という形で同級生・後輩にも還元してくれます。そんな活動の一環である医道部はどうやって始まったのですか？

始まりは、先述した稲葉さんが始めたから鴨カンファです。症例検討を軸に医学を学ぶ勉強会を有志で開催していたのですが、先輩方の卒業後も続けられるよう、部活にしました。様々な学年が集まって発表や自由な意見交換を行い、先輩や教員からのフィードバックを大事にしています。医学以外にも視野を広げられるよう医学以外の分野について調べたり、プレゼン能力を高められるようにしたいと思っています。低学年のメンバーと一緒に医学文献の輪読をしたり近隣の他大学と共同で勉強会をすることも計画しています。

—先輩が教えるだけでなく、参加者全員が何か学べるような勉強会にしようとしてきたんですね。医道部を続ける上で苦労したことはありますか。

部設立から一緒に活動してきた先輩が引退されたので勉強会の準備を一手に背負うことになり大変ですね。これを見直すために、低学年のメンバーが発表できる機会を作って、わからないことを高学年でフォローするようにしたいと思っています。運営方針が定まればもっと部員を増やしたいですね。医道部のコンセプトとして、教科書上の医学と実際の臨床のギャップを埋めるような場所にしたいと思っています。かる鴨カンファを作った先輩方の、臨床にのっとった学びの場をつくらうという意志を途絶えさせたくないと思います。

—先輩の意志を引き継いでこれからも素敵な勉強会を作っていけるといいですね！



医道部の活動の様子

将来について

—将来の目標はありますか？

リウマチ・膠原病を専門にしたいと思っています。もともと自分の視力が悪く眼科学に興味があったこと、2回生で参加した学会で眼科医の先生と知り合ったことをきっかけに、眼科に魅力を感じるようになりました。眼科への関心をきっかけに他の科についてより深く勉強していく中で、リウマチ・膠原病は老若男女の全身を診られるところに興味をひかれていきました。また、免疫に対する薬が開発される度に、それに伴う副作用が問題となるのでリウマチ科は需要が尽きないし、それに家庭医を駆けあわせていけたらいいなと思うようになりました。

素晴らしい先輩方や仲間に出会い、自分が人よりも発想力や柔軟性が優れているわけではないと痛感していますが、得意とすることだけは周りからも頼ってもらえる、そんな一角の人間になれるよう頑張りたいです。同時に、家庭医として全人医療に携わることができれば尚良いと考えています。

—井田君の努力の源はなんですか？

勉強していると楽しいという理由が一番ですね。同世代で活躍している人を生で見ていると、負けられないなという気持ちになりますし、自分の信念として何でも頑張るようにしています。医学を学ぶと好奇心が満たされることも大きいですが、学んだことは直接患者さんに還元できるというのが良い所だと思っています。実学だからこそ、患者さんを治すという目に見える形で結果がでる。いいことしかないな、と。勉強のしんどささえ乗り越えればその先に待っているのはすごく大きいものだと思います。色々な場で非医療職の

方と関わり、体や病気について相談される機会があるのですが、自分の学んだ知識で相手に喜んでもらえるのが嬉しいですね。それもあって、患者教育にも興味があります。

—患者教育とはどういうことでしょうか？

患者教育は医療者が患者さんや患者さんのご家族に対して、健康管理に関する情報をお伝えする様子をイメージしてもらえれば良いと思います。例えば、腎機能が悪い人に透析になるとはどういうことかを伝えるというのは大事ですね。

将来は地域で開業して市民教育ができるような多目的施設を作り、生活に役立つ知識を共有する場を作りたいです。風邪に抗菌薬はいらぬといった医学の基本的な知識のほかにも、異なる分野で活躍している人が講演して地域の人と共有できる、そんな場所を作ることが一つの夢です。医学にとどまらず患者さんからも仕事のこと、趣味のことを教えていただけたら良いなと思います。そうして、医療者と患者さんで互いに教えあえることができれば素敵だなと思います、夢のような話ですけど（笑）。

この計画を考えるようになったのは、2019年に本学で開催された小児患者向けプラネタリウム企画のボランティアをした際、企画立案者である山本和幸さん（金沢大学）がおっしゃった「病院は病気を治す場所であるだけでなく、何かを得られる場所にしたい」という言葉です。自分も、誰もが何かを得られる、そんな場所を作りたいと思いました。開業はルールに捉われないので、地域の人々の生きがい作りにも貢献するという目標が実践できる。どんな人でも社会とつながっているという実感を得られるような施設を作り、「心の医療」をやってみたいです。



旅先のアメリカにて

これからの府立医大について

—京府医の教育について意見を聞かせてください。

深い医学知識はもちろんのこと、最先端の知見を学ぶことが良いところです。例えばサーカディアンリズムや眼科羊膜移植の知識を、一流の研究者から直接教えてもらうことができるのは府立医大ならではの強みですね。

教育体制について意見があるとすれば、昨今は学生の医学知識をボトムアップしようという傾向の中で教養課程が縮小されていますが、今後求められる教育はそれではないと思います。というのは、AIに代表される新技術が医師の代わりとなるような時代に社会に必要なのは、均質な医学知識を持った学生でなく、自分の力で考え実行できる人材だからです。そのために社会を知る機会をもっと与えるべきです。医学教育はもちろん大事ですが、厳しい試験勉強に縛られずに学生が研究や課外活自由に取り組める余地を残して欲しいと思います。

—今後医師の役割はどのように変わっていくと考えますか？

ジェネラリストとスペシャリストの二極化が顕著になるのではないかと思います。医療の専門化が進む時代であるからこそ、専門家の架け橋となるジェネラリストの存在は必須であると考えています。ジェネラリストとスペシャリストが互いに補い合えるような医療が理想なのではないでしょうか。



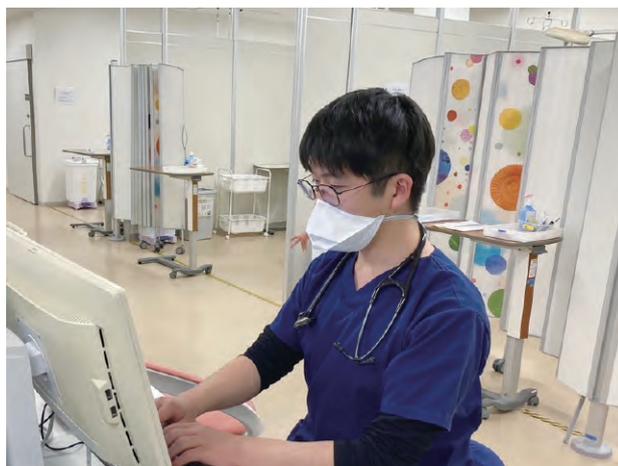
旅先のアメリカにて

—最後に、後輩に一言メッセージをお願いします。

他人からの評価を気にせず、自分のしたいことを最後までやってみて欲しいです。上手くいなくても自分には向いてないという適性を知る大きな学びになるし、その先に自分のやりたいことが見つかるので、何でも頑張って挑戦したらいいと思います。

—自分自身の興味に従ってやり切ることが大切なんですね。ありがとうございました！

取材・文：磯邊綾菜（医5） 橋本寛子（医5）



研修風景

痛みに寄り添う診療を



疼痛・緩和医療学 助教
松岡 豊

プロフィール

2004年4月に京都府立医科大学入学、2010年3月に同大学卒業。京都第一赤十字病院にて初期研修終了後、同病院にて麻酔科専攻医となる。2015年4月より京都府立医科大学大学院（麻酔科）、2019年4月より京都府立医科大学麻酔科学教室助教。2019年9月より同大学疼痛・緩和医療学教室助教となり現在に至る。

目次

- ・自己紹介
- ・京都府立医科大学での学生時代と初期研修
- ・患者さんの痛みに寄り添う診療
- ・仕事と家庭
- ・新型コロナウイルス感染症の影響
- ・臨床での工夫
- ・今後の目標
- ・京都府立医科大学をよりよくしていくために
- ・学生へのメッセージ

自己紹介

疼痛・緩和ケア科の松岡豊です。愛知県名古屋市出身で平成22年に本学を卒業し現在医師11年目です。学生時代はバドミントン部に所属し、初期研修は京都第一赤十字病院で行いました。後期研修を麻酔科で行い、6年目で大学院に入学し4年間痛みの研究に従事し博士号を取得しました。2019年4月から麻酔科、同9月から疼痛・緩和ケア科で助教として勤務しています。

京都府立医科大学での学生時代と初期研修

—学生時代はどのように過ごしていらっしゃいましたか？

部活はバドミントン部に入り、週3回の練習に加えて自主練習にも楽しく参加していました。アルバイトに精を出すと言ったこともなく、本分の勉強にも励んでいました。大所帯のバドミントン部で人間関係を幅

広く築けたことが、今ここで医師として働く上で活かしていることもあります。同級生はもちろん、他学年の先生方とも関係が構築できていることで、診療の中で意思疎通がスムーズに運びやすいです。また、学内外で顔見知りの医師が活躍している姿を見ると、自分も頑張ろうと良い刺激になります。そのような意味で学生時代の繋がりは大きいと思います。

—当時進路として考えていた特定の診療科はありましたか？

学生の頃はこれといった科は決めず、幅広く学んでいました。救急や外科には漠然とした憧れを抱いていて、初期研修では三次救急を含めた一般救急が経験できる京都第一赤十字病院を選びました。特に救急では研修医も主力となっていたので、積極的な姿勢で関わっていました。集中治療にも興味を持っていたためICUも回るなど、忙しくも大変勉強になる日々でした。

初期研修を終え麻酔科を選んだ理由の一つに、一個の臓器にしばらず全身管理を行いたいと感じたことがあります。自分の手で手術するわけではありませんが、各臓器を診る点に加え、手術室に入り手術に関わることができる点も魅力的でした。ただ、初めから麻酔科に進もうと決めている人は少ないのではないかと思います。自分自身、麻酔科に特定のイメージを持っているわけではありませんでしたが、研修で回って見て緑の下の方の力持ちな役割なもの向いているように思いました。学部生時代、研修医時代、臨床と思い描く医師像も興味の対象もどんどん変わっていきましたが、それも楽しいです。

患者さんの痛みに寄り添う診療

—疼痛・緩和医療というのは一般になじみの薄い分野だと思いますが、どのような患者さんが来られるところなのでしょう。

疼痛・緩和ケア科というのはそもそも、疼痛治療科つまりペインクリニックと、緩和ケア科の二つが合わさったものです。ペインクリニックには慢性疼痛に悩む患者さん、例えば術後の痛みが長く続く方、帯状疱疹や運動器疾患による痛みのある方、心因性や原因不明の痛みを抱える方がいらっしゃいます。緩和ケア科では、癌による疼痛や全身倦怠感を持っている方のケアを行っています。

—痛みのコントロールはどういうところが面白い、またやりがいを感じますか？

やはり患者さんの痛みを取ることができることにやりがいを感じます。麻酔科は患者さんから直接感謝される機会が少ないですが、ペインクリニックでは患者さんの「痛みがなくなった」というフィードバックがもらえることがあるので嬉しいですね。どんな疾患で入院していても1番の悩みが痛みであることは想像できますし、毎朝一番に看護師さんが痛みの有無を尋ねることからも、痛みを取ることがどれほど重要か分かります。

また、大切なのは、痛みをコントロールする上で患者さんの訴えを聞き出すことです。まだまだ難しいと感じるところで、工夫のしがいがあります。痛みは値で出るものではなく主観によるもので、患者さんそれぞれ感じ方も違いますし、話をすることで気が楽になったと言ってくれる方もいます。より早く痛みの元にたどり着けるように、話を聞くスキルも高めたいところです。

—お仕事をされていて難しい点はありますか。

もちろん、痛みが和らいで感謝されることもあれば、どうしても治療が効かないこともあります。そういう時には患者さんだけでなくこちらも苦しくなります。文献を調べたり他の先生方に相談したりして対策を考えますし、何ができるだろうかと考え込みます。もっと良い結果が得られたのではないかなと思うのは悔しいですし、やはり勉強してより良い治療を提供したい。それがモチベーションですね。

—大学院で学んだことはどのように診療に生きていますか。

麻酔科では痛みが人の行動に与える影響を見てきて、痛みについて関心を持っていました。子供のときから研究者への憧れを抱いていたこともあり、臨床医療を行いつつ基礎研究をするのは面白く、充実した大学院生活になりました。痛みの伝達系のうち末梢神経系でどう伝わるか研究していたのですが、結果も出て、大学院に進んで良かったと思いました。

研究に携わると、リサーチマインドが身に付くのがいいところだと思います。普段の診療から論文を検索して情報を集め、「どの治療法が他の方法に比べてどれくらい有効か」調べる時にもデータの見方が変わりました。今でも、基礎研究を続けたいという気持ちはありますが、臨床との両立は難しいとも感じます。それでも、原理を解明することは非常に面白いと考えています。



診療の様子 感染対策をしながらの気管挿管

仕事と家庭

—仕事と家庭はどのように両立されていますか。

麻酔科で勤務していたときにはオンオフがはっきりしており、休日では家族と買い物をしてから当直をする、といったように時間の使い方を工夫していました。疼痛緩和ケア科では日中が忙しいので、平日は夜に家に帰ったら子供が寝ていることもありますし、土日とも患者さんのところに会いに行くことがあるので、時間のあるときには進んで家族と話したり遊んだりしています。麻酔科や疼痛緩和の分野では比較的ワークライフバランスが重視できるかと思えますし、情報収集や勉強はできるだけ家でするようにして、子供が寝てから時間を作るように工夫しています。昨日も一日中子供の相手をしていました（笑）。妻の家事の負担を減らせるように、土日は家事も積極的にするよう心がけています。



家族と金閣寺前にて

新型コロナウイルス感染症の影響

—新型コロナウイルス感染症の影響を受けている病院診療で、心がけていることはありますか。

患者さんによってはできるだけ病院に来るのを避けて、診察の間隔を空けてほしいとか、電話で再診をしてほしいという方もいらっしゃいます。また病院内で違う科を動き回りたくないということで、処方だけ主治の診療科の先生に出してもらおうこともあります。少し残念に思う部分もあるのですが、仕方がないことですね。

電話診療は顔が見えずなかなか難しいところもあります。症状が落ち着いていて処方が変わらないことを前提とした方法ですが、患者さんの声色が少し異なっ

ているように感じたり、こんな症状が出たから処方を変更してほしいと言われていたりすると不安がよぎります。薬を飲んでいいのか確かめられないなど、実際に診ていないのに電話越しの情報だけで判断して良いのか正直戸惑いもありますね。

臨床での工夫

—現在臨床に取り組まれる中で、患者さんの話を聞くコツがあれば教えてください。

患者さんとお話する時は、会話が簡潔な方がいいと思う時はありますが、ゆとりのある時はまずは患者さんに自由に話してもらい、患者さんの話を聞く努力をするようにしています。診察のために3時間待ったのにたった3分しか話を聞いてもらえなかったらがっかりしてしまう患者さんもいると思うので、そんな不満の残らないよう心がけています。ただし、その分他の患者さんを待たせてしまうという側面もあるので、これからも話の聞き方は工夫していきたいですね。

今後の目標

—今後について、何か目標はありますか。

3、4年後どうなりたいかは常々考えていますが、実際にどうなっているか自分でも分からないところがあります。痛みの研究で後に何か残せたら良いなと思います。麻酔科は自分次第で基礎と臨床どちらもできる科なので、自分自身どれだけ意欲を持って向き合っていくかが鍵だと感じます。

さらに先、3、40年後となると想像したことがありませんが、退職後は家族と海外旅行生活などしてみたいですね……そのころには海外も宇宙も簡単に行けるようになっているかもしれませんし（笑）。ですが、できる内は仕事をしたいです。頑張れる内は頑張りたい。患者さんをよくしてあげたいという気持ちが、自分にとって大きなモチベーションです。もっと勉強したいし、いい治療をしてあげたいと考えています。

京都府立医科大学をよりよくしていくために

—松岡先生は学生の指導にも携わっておられるということですが、本学の学生や研修医指導について、ご意見をお聞かせください。

学生が真面目になったと思いますね。臨床実習でも学びたいという意思を感じます。しかし、指導者側と

してその意欲に応える実習が提供できているのか、と悩む部分もあります。学生はせっかく実習で訓練してOSCEも合格しているので、もっとやらせてあげたい気持ちはあります。予診や採血も学生にもっとやらせてもいいかもしれないですね。もちろん、学生にすべて任せられるかと言えば不安ですが、主体的に参加できるプログラムを準備しきれていない現状は少し残念に思います。実際の診療優先になることは変えようがありませんし、学生さんの勉強に沿った症例が来ると限らない点が難しいですね。しかし、研修医でさえ見学、学生であってもさらにその見学になってしまっているのは医学教育としてもったいないと思います。

—学ぶ立場として、学生はどのような工夫ができるでしょうか。

真面目で大人しすぎる人が多いように思います。もっとやりたいこと、学びたいことを主張しても良いんです。教員側としても、自分の専門分野について、学生が興味を持って質問や提案をしてくれると応えたくなくなります。学生の主体的な学びによって教える側、教えられる側双方にポジティブな影響が生まれると思います。

普段の講義にも一方通行感を感じてしまいます。教員に質問することでディスカッションが生まれ、講義をより楽しくできるのではないかと思います。実臨床では教科書に書いてないことで興味深いことがたくさんあるので、教える側としてはそういうところを伝え

られたらいいと思います。確かに質問で授業の流れを止めるのは勇気の要ることですが、自分が疑問に思う点について皆同様に感じていることも多いので、ぜひ質問してくれたらと思います。

学生へのメッセージ

—学生に向けてメッセージをお願いします。

本学は伝統があり様々な分野で活躍する先生方がいらして、そのような先輩とのつながりが大きいため、人のネットワークを生かして診療がしやすくなることのあるのがいいところです。臨床でも研究でも、自分の目標を達成するのに必要なものが十分そろっている環境でもあります。また以前に比べて、大学外との交流もより一層行われていると感じますが、それでも府立医大にとどまりたい、戻って来たいという人が多い。本学はそれだけ居心地がいいということですね。

学生の皆さんは、学生時代はいろんなことをしたらいいと思います。勉強は医師として一生続けることになるので、クラブ活動や長期休みを利用した海外留学など、学生のうちにいろんな経験をする方がいいのではないのでしょうか。

—松岡先生、本日はお忙しい中インタビューにご協力いただき、ありがとうございました。

取材・文：杉本亜梨朱（医3）

将来は医学教育の道へ



2019 年度卒 研修医 稲葉 哲士

プロフィール

2020 年京都府立医科大学医学部医学科卒業。現在麻生飯塚病院にて初期研修中。在学中はカジュアルな勉強会「かるがもカンファ」を立ち上げ、座学と臨床を繋ぐ活動に尽力。

目次

- ・自己紹介
- ・学生時代の活動
- ・これからの京都府立医大について
- ・在学中の臨床留学について
- ・今後のキャリアについて

自己紹介

—自己紹介をお願いします。

2020 年卒の稲葉と申します。現在福岡県の麻生飯塚病院というところで初期研修医 1 年目をやってます。学生の頃は医道部の前身の「かる鴨チャンネル」で学年や部活の枠にとらわれない勉強の場をつくってました。あと、関西の大学間グループである TEAM 関西でも代表をさせていただきました。

国内と海外旅行が好きで、ある時ふと思い立って学生の中に 47 都道府県全部を回ることを目指してました。結局達成はできなかったんですけど、45 都道府県をぐるっと回ってきました、楽しかった！

最近は家で宅飲みすることが多いので、カクテルとか作ったりしてます。

今は初期研修医が始まって 3 ヶ月ですが、できなすぎでやばいと思いながら毎日頑張ってます。

—在学中はとても勉強が得意で優秀だった稲葉さんでもですか？

全然できないです。医者として働くことは思っていたより大変でした。要求されるものが医学生の人に想像していたものと違うと思う毎日です。



学生時代に旅したジョージアにて

学生時代の活動

—在学中は「かる鴨カンファ」などの勉強会を積極的に開催されていましたよね。勉強会を始めた経緯を教えてくださいいただけますか？

4年生ぐらいの時、大学の外の勉強会に出てみたことがあったのですが、大学を越えて集まる人達って優秀な人が多くて、知識を臨床に活用できている人がいるのを知りました。府立医大ってそういうことを教えてもらう場が全然なくて、そういう場がちょっとでもあればと思ったんです。大学の授業でそういうことができればいいのですが、それを変えていくのは学生のレベルでは無理だと思いました。そこで、まずはできることをしようということで同級生の森田君と始めたのが「**かる鴨カンファ**」になります。

僕は、府立医大のクローズな環境に**外の情報をもっと入れやすくする空気があったほうが良い**と思ったんです。情報源が部活の上下関係だけなのはもったいないので、部活の枠を超えて府立医大の中でも**やる気のある人が集まるような場を作ろう**と考えました。

—そんな思いで「**かる鴨カンファ**」を始められたんですね。勉強会の運営で苦勞されたことはありましたか。

発表を準備するのは大変ですから、**コンセプトとしては発表する人が一番得るものが多い会にしたかった**ので、どういう形で発表者にフィードバックしてお返しできるかを考えていました。聞き手は基本的に、ボランティアで発表してくれた人に対して、良いことしか言わないので、**勉強会の後にアンケート**をとったりして、本人にあまり気を遣わずにプレゼンの改善点を指摘できるシステムを作ろうと試みていました。あとは、学生だけの勉強会だとどうしても知識が不足してしまいがちになるので、**正しさをどうやって担保するか**についてはかなり悩みました。府立医大で学生のやりたいことに全面的に協力してくれる先生を見つけるのにも苦勞しました。

—確かに、**双方向の交流があつてかつ正しさも担保して**という勉強会の運営はなかなか難しそうですね。稲葉さんが開催された勉強会に参加した時には、発表者に対するフィードバックを**すごく大事に**されているのが伝わってきました。

発表はボランティアでやってもらっているのですが、そこに対してしっかり応えてあげないと、せっかくしてくれた人に悪いと思ったんです。結構僕はしんどかったのですが（笑）同級生の森田君が協力してくれたのはありがたかったです。全部一人でやってたら絶対もっとしんどかったなと思います。その点は恵まれていました。

—他大の医学生は、**学習したことを実践に生かしている人が多い**というお話でしたが、この差はどこから生じるとお考えですか？

一方的な授業じゃなくて、**プロブレムベース（PBL）で学ぶと力が付く**と思います。たとえば、「こういう主訴の患者さんが来ました、どうしますか？」といった、症候ベースでの授業や演習が行われてるところは結構多いです。それに、シンプルに実習で患者さんに接する機会が多いと思います。先生の後ろについて見学する実習だけではなく、患者さんを前にPBLで学ぶ機会が担保されるべきかなと思いましたね。

—**症例から学ぶ機会**は府立医大の授業でもあると思うのですが、その点についてはいかがでしょうか。

プランを考えることがあんまりないですよ。総合診療とか診断学的な話になってきますが、心不全ならこういう症状が出るとか肺炎にはこう治療しますというの**は一応勉強はするけど、呼吸困難感を主訴に来院した患者さんにどう対応していいかわからない**んです。

—他大学の学生と交流する中で**学生が主体的に考える機会**があまりないと実感されたんですね。

サークルや勉強会で**各大学の意欲的な学生と出会い刺激を受けました**。ただ、大学の外で優秀な人が多いと思うのは出会う人の層に**バイアスがかかっている**とは思っています。大学の枠を超えて外に出てくるような人は基本的に意欲と力のある人ばかりなので。

九州で言うと長崎大学の学生はすごいですね。学生で手技ができて、麻酔まで一人でやっていて、レベルが高いと思います。大学によっては統合授業を取り入れて、たとえば神経について学ぶのであれば神経の解剖や生理から始めて、疾患や治療まで勉強して行くという方式をとっています。

話が前後しますが、このような教育方法には、府立医大のいつかの学生部長が「Pathology, Pharmacologyなどの -logy（～学）を重視する教育で行きます」という方針にした背景があると伺ったことがあります。これが示すように、**伝統ある国公立は手技を重視せず、疾患ベースの病態を大事にする傾向にある**と思います。また、それぞれの医局への配慮もあるかもしれませんが、**けれど患者さんは何々logyで来ました、解剖的にココが悪いから来ました**と言って来るわけじゃない。何となく胸が痛いから来ました、と言ってくるんです。それに対応した学びにはなっていないと思います。

—他大の学生との臨床力の差を実感されたのが、府立医大での勉強会発足のきっかけになったんですね。
勉強会という学生のみ集まりでは、どうしても知識不足や限られた視点での情報になってしまうと思います。その中でどのように正しさを担保していましたか？

自分でできる範囲でフィードバックはしていました。学内の協力的な先生にお願いして参加していただきました。ただ、それでも限界があるので、学生同士の勉強会で興味をもってもらって、あとは学外に出て学んでもらう。そして将来的に府立医大に帰ってきて、学生に教えてもらえばいいかなと考えていました。

—とても長期的な考えですね！

あとは、上回生が下回生に教えるという一方通行の勉強会ではいけないと思っていました。臨床推論の勉強会でもそうなりがちですが、臨床医学の知識を持つ上級生が教えるばかりになるので継続するのが難しい。その点、今の医道部は教養的な知識を含んだ勉強会に舵を切ってるのは素晴らしいと思います。教養には学年の隔たりがないですからね。

—基礎医学から臨床医学を繋ぐような勉強会ができたらいいですね。

本当にそうですね。解剖学や生理学とかは、臨床をやってみて始めてその大切さがわかります。それぞれの学年が知識を持ち寄って教え合いができたらいいですね。その中で上回生は基礎医学が臨床にどう活かしているのかを知っているので、医学を学ぶ道りを示してあげられる。解剖学を学んだばかりの2回生と一緒にエコーを試してみたり。生理学の知識を使って救急車で来た血圧低下の患者さんにどういふ薬を入れるかフランクスターリング曲線で考えてみようとかね。面白いと思います。



勉強会の様子

—学年の垣根を越えた学び、ぜひ実現したいと思います。

これからの京都府立医大について

—これから府立医大についてお聞きします。学生時代を振り返って、府立医大で学んで良かった点について教えてください。

府立医大には長い歴史に裏打ちされた府民からの信頼があり、これは大きなアドバンテージだと思います。その上に胡坐をかいているだけの状況になってはいけないと思います。北部を含めて府立医大には関連病院がたくさんあり、教育のフィールドは整っています。地域実習など、学生が関連病院で実習を行う機会は増えてきていますが、その恵まれた環境をもっと活用すべきだと思います。

—大学外の病院では学生を指導する体制が整っておらず、実習するのは難しいのではないのでしょうか？

たとえばオーストラリアでは、病院実習の最初の1か月で学生にしっかり実践的な教育をして、あとはチューデントドクターという形で自立的に動けるようにしていると聞いたことがあります。そうすれば地域の医者が少ないところでもその隙間を学生がある程度埋めることができますし、学生もただ医師の仕事を見学しているだけではなく実践的に学べます。逐一診療の傍らで先生が学生を教育するわけではなくて、学生が病院を実践的な学びの場として活用しながら、地域医療のリソースも補うことができます。

—こちらの質問自体が受け身の学生感が出ていました。

大丈夫ですよ。それに学生全員が臨床をやりたいわけじゃない。早く実習を終わらせて研究したい人がいても良い。そういった選択肢に可塑性があるべきです。

府立医大には素晴らしい先生や教育熱心な医局がたくさんあります。それらを教育マインドを持って統率するシステムがあったら良いのと思います。上を伸ばす教育と底上げをする教育がありますが、府立医大はどちらかという底上げ志向でしょうか。国家試験の合格率を上げるだけが目標ではいけない。どういう学生を育てたいか、もっとはっきりさせるべきですね。

—医学生がお客さんみたいです。学生は遊べるだけ遊んで、研修医になったら0から100までという風潮があるかもしれません。

医療チームの一人として扱われた方が意欲をもって学べますよね。生の患者さんと剥き身で接する機会が少なかったのだと、研修医になって実感します。この学生と研修医の間の落差はもっと埋めた方がいいと思います。

—勉強のこだわり・意識していたことはありますか？

人とのつながりを大事にしていたことと、膨大な知識を暗記するだけでなく、少しでも理論立てるようしていたことです。後は医学以外の勉強をなるべくしていたことでしょうか。経済学とか哲学について自分で本を読んでいました。他分野の専門の人と話す機会がある方がいいとは思いますが、府立医大には医学以外の専門家がほとんどいないですもんね。とりあえず色んなところに首を突っ込んでみて、良かったことや学んだことがあれば共有するようにしていました。

—今はオンラインで「楽し樹」や「医学生森」など、医学以外の教養や知識を含め多くの人で共有するコミュニティがありますね。

もっと主体的に医学や医学以外の分野を学びたいという医学生のニーズが形になってきていると思います。コロナで Slack や Facebook でのオンラインのつながりに抵抗がなくなって、こういった波が広がった感じがありますね。時代の逆風を順風にした感じがして、かっこいいなと思っています。

—オンラインで都市部でも地方でもどこでもつながれて、地域医療にも抵抗がなくなるかもしれませんね。

地域医療と教育のあり方も変わっていくと思います。それで自分の将来も改めて考え直して、悩んでいますよ。



趣味の写真撮影で撮った京都の写真

在学中の臨床留学について

—アメリカのオクラホマ大学に臨床留学されていましたが、その経験を詳細に記録したブログ（あるねぶの Family Medicine 留学メモ）は私の留学準備にとっても役立ちました。ブログを書こうと思ったのはどうしてですか？

大学のお金を貰って留学させて頂いているので、後輩に還元する義務があると思います、むしろ経験を共有しないことが信じられないなと思っていました。留学先の情報や面接について、部活の先輩がいないと聞けないような状況だったので、僕自身が準備に苦労したという背景もあります。だからこそ見たものは全部共有したいし、ちょっとでも興味ある人は部活の分け隔てなくいくらでも話そうと思っていました。自分がそうしてほしかったからです。

—実は、この記事も、こんな先輩がいるってことを知って、後輩たちが同じことで苦労しないようにという意図があるんです。

歴史ですよ。結局人が悩んでいることとか困ることっていつの時代も変わらない。詳細は割愛しますが、1960年代の学生闘争の時期に、府立医大でも運動があったんです。そのときは暴力沙汰になってしまったようですが、当時の学生/研修医の要望や、大学の対応を見ていると、結局のところ今と大きく変わっているようには思えないんです。本来は、そういった出来事だからこそ反省や教訓を生かすべきなのに、あまり語られずに歴史の闇に消えていくのは残念なことだと思います。

もちろん暴力は言語道断ですが、学生が声を挙げ続けることの大事さはいつの時代も変わらないと思います。学生運動の詳細が気になる方は「嵐の中の医科大学」で検索してみてください。

歴史という観点では、僕は後輩に1日でも早く自分よりも先に進んでもらうことが大事だと思います。俺を踏み越えて行けと。じゃないと人類全体が先に進んでゆきませんよね。

—稲葉さんの考える留学の意義について教えてください。

留学して何を見るのか、目的意識がはっきりしてないと意味がないと思います。英語を学ぶこと、留学することは手段でしかなくて、それ自体が目的になると何も身に付かない。英語を喋ることが大事なんじゃなくて、英語を喋ることを通して何かをすることが大事

です。何となく英語ができるから留学に行く、というのは違うと思います。

—稲葉さんご自身がアメリカへ留学した理由を教えてくださいませんか？

アメリカの医学教育が見たくてという理由が大きいですね。教育に関してはアメリカはかなり実戦で、一方ヨーロッパの教育はどちらかと言うと理論重視です。これは、アメリカからの留学生と接してみても感じていたことです。僕は実践重視の大学教育に惹かれていたので、自分の目で見てみたいと強く思っていました。

それに、アメリカの家庭医療を見たいという動機も大きかったです。実際アメリカのFamily Clinicで1ヶ月研修した経験は、自分にとって本当に有意義なものになりました。

アメリカでは家庭医が広く普及している一方で、実際やるとなると個人的にはアメリカよりも日本の総合診療の方が楽しいと思います。アメリカの家庭医療は十分確立されてるぶん、ここまでやったら後は専門家に紹介する、というように、家庭医の担当する領域が明確に決まってしまうような印象を受けました。逆に日本の総合診療は、普及が不十分な分明確に決まっていなくて、興味があればいくらでも行っていいというところが強みなのかもしれないと感じました。病院の空気や規模感とか、病院に何がないとか、あるいはその地域に何が必要かという、そのニーズに敏感になって姿を変えられるというカメレオンのような在り方が総合診療医の本質で、それが日本ではより強調されているように感じます。

—なぜアメリカの方が日本よりも医療者間での分業が進んでいるのでしょうか？

アメリカでは、はじめにかかれるのが救急科か家庭医と決まっていて、そこから家庭医が専門医に患者を紹介するという仕組みが確立されています。なので、家庭医も専門医も専門家としての業務の境界がはっきりしている印象です。

一方で、日本の総合診療医は、専門医との業務の境界が米国の医療と比べて曖昧です。勉強さえすれば、地域で医療器材が足りていないところに行った時でも幅広く患者を診て、学んでいけるための素地があるんです。日本の総合診療医は、その地域に足りていない溝を埋めることができると僕は考えています。今後専門医制度がガラッと変わっていくので、日本の総合診療の在り方もまだまだ変わっていくのではないかなとは思いますが。



オクラホマ大学留学中に京都府立医科大学の仲間と

今後のキャリアについて

—稲葉さんは将来どのように医療と関わっていこうとお考えですか？

医学だけだと面白くないと思っています。面白くない割には難しいからしんどいんですよね。元々頭のつくりが文系だというのもあって、家庭医療に惹かれています。医者を続けると思うけれど、最終的には教育にかかわりたいというスタンスは変わりません。教育については、医学の面では実践を重視したものにしたし、また医学以外の可能性を提示できるような「医学教育」を実現したいです。最近は医者で起業してますとか、従来の医師像にとらわれない人が多くなっていますよね。そういった中で、従来の医者像にのみ準拠した医学教育しか行われていないのが現状です。学生の可能性を狭めるのではなく、可能性を広げる教育を創る必要があると思います。

—同感です。病院実習がなくてオンライン授業やレポート作成するだけなら医学部にいる意味があるのかと考えてしまいます。コロナで有効な治療法がなく臨床医が苦戦する中で、感染症研究者や厚労省の医系技官など医師でありながら病院以外の場所で働く人が活躍していました。医師の仕事は病院で患者さんを治療するだけではないと実感しています。

本当にそうですね。コロナ禍で一般の人の医療リテラシーを高める必要があると感じました。究極的には、医学生に医学教育をするだけでなく、社会に対して教育を行った方がいいんじゃないかと思っています。医学知識を医学部だけにとどめておかない。医学部と外の社会、医学と多領域の境界を曖昧にしていくことは大事だなって思いますね。

つまりは、医者を持つ治療以外の役割がクローズアッ

プされるべきだと思っています。社会的な役割、たとえば社会に対して医学教育することとか、社会的処方になっていくこととかですね。医者仕事の領域の場所と広さが見直されるべき時期に来てるのかなと思っています。もちろんカテーテルをする医者とか、胃カメラをする医者は一定数必要ですが、それだけという時代は終わっていると思います。医学教育が医学部の中に留まるべきではないし、医者は病院だけにとどまるべきではない、ということです。

—勉強が得意な学生が集まっているのに、医学部ではインプットばかりで卒業までアウトプットする場がないと思います。

なんとなく勉強できるからとりあえず医学部みたいな人が多いけど、もったいないと思います。やはりアウトプットする場がもっとあった方がいいと思います。ないなら、生涯教育を遠して、医者が医学以外のことをできる場所があった方がいいと思います。でも仕事を始めたら忙しいから無理、となる。

—AIで仕事を減らしていくというのも今後は実現するかもしれませんね。

おっしゃる通りですね。機械に任せられる仕事が増えれば、その時間を有意義に使えると思います。

—学生にも医師の仕事のあり方を変えていきたいと思っている人が多いように思います。実際にそれを実現できそうなコミュニティもできてきています。

ぜひ変えていきましょう。皆さんは本当に良い時代に学生してると思いますよ。まあ、実習はできないけど。

研修医の僕は患者さんが減って経験が積めず割を食ってますが（笑）



—最後に、後輩に一言メッセージをお願いします。

自分が学びたいことに正直に、楽しく学生生活を送ってください。

自分のためだけでなく、自分の後に続く人のためという視点があると、最終的にみんなハッピーになれると思います。「還元」するという考え方を持つことが大事だと思います。それから、主体性をもってみんなで学ぼうという姿勢が大切だと思います。

—主体性と自分が「還元」していくという意識を持つことがより良い未来を作っていくことにつながるのですね。本日は貴重なお話を聞かせていただき、ありがとうございました！

取材・文：磯邊綾菜（医5）橋本寛子（医5）

広い視野をもって、医療と社会をつなぐ



地域保健医療疫学 講師
小山 晃英

プロフィール

小山晃英（こやま・てるひで）

長野県出身。岡山大学医学部保健学科卒業後、信州大学大学院医学研究科循環病態学講座にて博士取得。日本多施設共同コホート研究（J-MICC STUDY）を軸とした疫学研究と、行動科学を取り入れた社会実験に取り組んでいる。J-MICC STUDY 京都フィールド代表。病院マーケティングサミット JAPAN^(*) 理事。

（編者註）

（* 1）病院マーケティングサミット JAPAN；Evidence Based PR（根拠に基づいた広報）の観点から論理的に病院広報に向き合い、医療機関がしっかり認知され正しく理解された上で、患者や医療職（求職者や紹介元の開業医など）に選ばれるための方法論を広く共有するために発足された新しい医療広報シンポジウム。詳しくは第2章を参照。

目次

- ・公衆衛生学とコホート研究
- ・病院マーケティングサミット JAPAN
- ・小山流・公衆衛生の教育
- ・これからの府立医大について

公衆衛生学とコホート研究

—はじめに、小山先生のご専門の社会医学ではどのようなことに焦点を当てているのかお聞かせください。

社会医学では医療×社会という観点で、病気の原因や予防方法に関する研究に取り組んでいます。医療従事者の多くは病院の中だけで患者さんに接しますが、患者さんにとっては院内で過ごす時間は非日常であり、人生の中で病院にいる時間は短いものです。病院の中ではわからない日常生活に起因する社会環境要因は、人々の健康や病気に大きく関係します。社会環境要因には、個人の生活習慣のみならず経済的背景を含めた様々な因子があります。また時事の社会情勢も人々の社会環境要因に影響を与えます。これらの広く「社会」に関わる視点を持って研究を進めています。

—社会医学のやりがいはどういうところにありますか。

1つ目は、研究成果が社会還元されるまでの早さです。研究成果からある疾患と因果関係が認められる因子が

見つければ、明日にでも予防につながる提案ができる可能性があります。2つ目は、基礎研究と臨床研究の橋渡しの場となれることです。社会医学の研究手法として用いられるコホート研究^(*)では、研究参加者の血液や尿などの生体試料を保存することがあります。動物実験や細胞実験の結果を、ヒトに応用したいと考えている研究者と巡り会えば、コホート研究で用いる生体試料が基礎研究のステップアップに貢献できます。基礎研究が一歩進んで臨床に活かされる結果を共有できることは喜びですね。

—先生はもともと循環器の基礎研究をされていましたが、社会医学へと転向するきっかけは何だったのでしょうか。

私は動物実験を実施している研究室に所属していましたが、実験結果がヒトに還元されるには、時間がかかると感じました。誰かがヒトを対象にした研究をしていかなければならないと思いましたが、当時は研究で得られた試料はその研究に携わった者しか利用できない状況でした。そのため、自らがコホート研究に参

画することにより、自身の実験系の研究をヒトデータで発展させられると考えました。ここ数年でそのような状況にも変化があり、大規模コホート研究はバイオバンクとして数万人規模におよぶ大量の DNA 試料などのデータを収集・管理・保管する役割も望まれるようになりました。研究計画を申請し採択されれば、コホート研究に参加していない研究者でもデータや生体試料が使える状況になってきています。

—コホート研究のアイデアはどういう時に出てくるのでしょうか。

研究のアイデアは、歩いているときや鴨川沿いを走るなどデスクワーク以外の時間に閃くことが多いです。他には、様々な分野の人と情報交換すると、どこかで協働できることが見つかり、研究が発展しますね。例えば、冠動脈疾患の発症に関わる遺伝子多型^{(*)3}を解明するために、日本人約17万人のゲノムデータと計60万人を超える大規模な民族横断解析の研究に加えていただいたことがあります。一人では決してできない研究であり、多くの研究者と参加者により成し得た成果となります。他にも、ある研究授賞式でお会いしたことをきっかけに、他大学の産婦人科の先生と共同研究をしています。昨今では遺伝子に関わる領域では、データの数が多くないと有名な論文には掲載されないと思いがちですが、その先生方の研究室では、母乳が出ない遺伝子を持つ1家系を見つけて New England Journal of Medicine^{(*)4}に研究成果が掲載されました。新生児や発達発育の分野は、遺伝学的には未知の知見が多くある領域なのだを教えてもらいました。ある領域だけで考えていると当たり前と思ってしまうことで、領域を変えると、新しい成果にアプローチすることができる気づかされました。

—コホート研究のデータはどのように活用されていますか。

コホート研究では、国際的に使われている質問票と、健康診断に追加して生理検査などを行うことがあります。多くのデータを取得できますが、一つの研究で全てのデータを使うわけではありません。せっかく取得したデータですから、このデータを活用して研究が発展できるなら、さまざまな研究者の方に使っていただきたいです。そこで、興味を持ってくれそうな研究者と出会ったときには、営業活動のごとく、このようなデータを持っていますので使いませんか?と宣伝しています。

—研究成果の発信に取り組むモチベーションは何でしょうか。

もちろんアカデミアにいる者として社会還元という義務があります。また、論文を発表すると知らない人からもフィードバックがあります。先日はインドの大学院生から、論文で用いた質問票に関する相談がありました。他には、イギリスの研究者からある検査指標について、国際標準でメタ解析^{(*)5}のために一緒に研究しないか、という連絡が来ました。論文を書くことで、研究内容を世界の誰かに知ってもらえる可能性が生まれます。誰かに研究成果を見つけてもらえ、そこから次に繋がると、研究成果を形にしていこうというモチベーションになります。

(編者註)

- (*)2 コホート研究：ある要因を持つ者がどのような疾病に罹患しやすいかという因果関係の推定を行う疫学研究の一種。「コホート」とは「集団」を意味する。
- (*)3 遺伝子多型：比較的多く見られる遺伝子を構成している DNA 配列の違い。
- (*)4 New England Journal of Medicine：1812年創刊の医学系雑誌のトップジャーナル。継続して発行されている医学系雑誌としては最も長い歴史を持つ。
- (*)5 メタ解析：複数の研究の結果を統合し、分析するための統計解析手法。

病院マーケティングサミット JAPAN

—続いて、先生がアカデミアという枠組みを超えて取り組まれている病院マーケティングサミットについて伺います。サミットを始めたきっかけや目的について教えてください。

医療系以外の友人たちと話しているときに、一般企業と比べると、病院は差別化が表現できていないと気づきました。患者さんから病院を選んでもらうために、存在意義を示す広報が大事だと考え、社会実験の一つとして病院広報に着目した研究を行いました。病院広報に介入し、情報発信の量を増やすと、病院経営に関わる数字も勤務者の意識も良い方向へ変化しました。医学の世界は閉鎖的な側面があり、どの病院も右に倣えという状況であるため、病院の情報発信に力を入れることは大きな価値に繋がります。そこで、広報に関して医療業界の先を行く産業界から教えてもらう学会を作ろうというのが病院マーケティングサミット JAPAN の始まりです。最初は、誰もが知るような企業の方に登壇していただきました。異分野から話を聞く

と目から鱗ということが多くですね。

現在は、病院マーケティングサミット JAPAN のテーマを「社会課題×医療」へと枠を広げています。2021年には4回目の会を企画する予定ですが、参加費を無料にして誰もが自由に参加できるようにし、学生、医療人、医療業界に関わる企業、産業界と、さまざまな人たちが出会えるプラットフォームになることを目指しています。



病院マーケティングサミット 2019 年度の様子。

—開催してみて反響はありましたか。

反響は感じますね。2020年の3回目の会にして、参加者は1,000人を超えました。医療機関に勤める参加者の悩みは共通していることが多く、成功した先行事例を学び、自分の勤める病院で出来ることに修正して取り入れる病院も出てきています。

—病院マーケティングは、病院の利益を重視しがちだと思いますが、患者の利益や社会の利益とどう繋がりますか。

病院が注目されることは医療従事者にも病院利用者にもよいことだと思います。人気のないところは人が集まらない。人気の病院には良い医療従事者が集まり教育システムも向上しますし、医療サービスの質も上がります。結果的に、患者さんのメリットにつながります。また開業医でも、まずは病院の存在を知ってもらうことが大事です。顔の見えるスタッフがしっかりした情報を発信すると、利用者の安心感につながります。

—病院のマーケティングで具体例はありますか。

いくつもありますが、どこも似たり寄ったりの広報誌を差別化している例があります。福岡県北九州市の

小倉記念病院の広報誌は、紙面割や質感にもこだわりがありオシャレです。棚に置いてあったら、つい手にとってみたくなります。特定診療科の魅力をアピールすることにより、患者さんからの信頼にもつながっています。

また、鳥取大学医学部附属病院の広報誌「カニジル」もユニークです。広報誌を作るためだけの専属チームを作っていますので、売っている雑誌のような完成度です。内容は、誰が読んでも面白いテーマをバランス良く扱っています。院内スタッフの取材記事もあり、その人の魅力が伝わるストーリーの書き方が秀逸です。読めば読むほど引き込まれ、その病院のファンづくりに繋がる広報誌となっています。



病院マーケティングサミットで病院の広報について語る。

他には、新型コロナウイルスにより、病院経営にも大きな影響が出ていますが、その中でクラウドファンディングの活用注目しています。クラウドファンディングとは、実現したいプロジェクトのために寄付を募る企画ですが、病院が社会とつながる取り組みとも言えます。一つ一つのプロジェクトに社会的メッセージがあり、「このストーリーに協力したい」と思わせることで成り立ちます。コロナ禍では、感染防止のための陰圧室工事費用や、コロナ対応病院の職員への慰労金を集めるプロジェクトが成立しています。他にもドクターカー^(*6)の導入や無菌室新設などの施設費用から、病院の運営費研究費用など、様々なプロジェクトがあります。このような病院経営に関する事例のweb連載もしています。

(编者註)

(*6) ドクターカー：医師が同乗して、患者を治療しながら医療機関へ搬送する救急車。各種の医療機器を搭載し、搬送途中において高度な治療が可能である。

小山流・公衆衛生の教育

—オンラインツールを駆使した講義を行っておられますが、講義で工夫されていることはありますか？また、新型コロナウイルスによりオンライン講義が実施されていますが、教育にどんな影響があったと思われますか。

インタビュアーのみんなに質問です。オンラインでの講義はどうですか？

—レジュメを画面に出してもらってみやすい、データが送られてきて使いやすいと思う反面、対面で聞いているほど話が入ってこないです。(S)

—私は対面の方がいいです。勉強に身が入らないうちに時間が過ぎてしまった感じです。対面でできた実習が、手を動かせたということで一番で楽しかったです。(O)

—実習などは少人数でロールプレイやディスカッションしたところは面白かったです。自分自身の興味のあるところや先生の熱い語りには引き込まれました。(H)

—オンラインのツールをうまく活用できれば効果的な教育になるのではないかと思います。(I)

色々な意見がありますよね。オンライン講義が始まる前からリアルタイムで受講者の感想・質問が見られるツールを授業で使うなど、どうすれば授業を面白くすることができるか考え取り組んできました。オンライン講義になったことで、それらのツールを用いることにより、学生からのコメント数も格段に増え、双方向性の講義が成り立ち、とても面白かったです。

講義時では正しい答えのないことを「どう思う？」と質問したりしています。色々な答えが返ってきます。正解がある問いかけには、答えにくい時もありますが、公衆衛生学は医療×社会を扱う分野なので、一つの課題に一つの答えがあるわけではありません。そのため、学生はさまざまな考えを言ってくれますし、みんなが考えつかない意見がでると、脱線していくこともありますが、講義が盛り上がります。

ありがたいことに、講義は学外も含めて年間100回以上行う機会をいただいています。教育は、次世代の育成に繋がりますので、回を重ねるごとにスキルアップしていきたいですね。



2020年度の医学科3回生の講義の様子。学生からのコメントが表示され、より双方向な講義になっていると感じます。「公衆衛生以上の価値がある」というこのコメントはとても嬉しかったです。

—教育をすごく楽しんでおられますね。マーケティング、アカデミアへの発信など、自分が行動すると何かが変わるのが楽しくて、いろいろ取り組んでおられるのでしょうか。

そうですね。変わるといよりはもらえる。自分が知らない何か、自分が持っていない何かを頂けるとするのは一番エキサイティングなところですよ。それが得られる取り組みは大事にしたいです。

これからの府立医大について

—府立医大の良い点は何だと思われますか。

面白い学生が多いことです。授業後に熱心に質問してくれる人や、研究したいと言ってくる学生がいます。あとは、「最近どんな活動していますか？」と、ふらっと訪ねて来てくれたりとか、「病院実習してから公衆衛生学の重要性を理解したので、研究したいです。」ということもありました。講義をした学年から数年経って、訪ねてきてくれる学生がいるのは嬉しいですね。気軽に研究室に来てくれるのは、いつでも大歓迎です。

—先生がいま新たにやりたいことは何かありますか。

研究のネタは数多くあるので、論文を書きたいです。また色々な人と繋がって、取り組んでいる社会実験を一個ずつ形にしていきたいです。そして、研究と教育と、両方の実力を上げて社会と学生に還元していきたいです。

—最後に、読者に向けてメッセージをお願いします。

自分のいる場所での常識にとらわれることなく、さ

まざまな考え・立場の人との交流を持つことで視野が広がると思います。一つの場所に閉じこもらず、いろんな人と交流してほしいです。自分の領域と違う人と交わると、何か発見がありますからね。

また、若い時に新たなことにチャレンジして、失敗もしておいてください。何も挑戦しないと失敗しないので、安全なのかもしれませんが、失敗から学べるものは大きいです。あとできっと活かせる経験になります。今はオンラインで学べる&繋がる機会が格段に増えたので、その時代ならではの挑戦できることがある

はずです。

学生の皆さんはいつでも教室に遊びに来てくださいね。私も学生と話して自分をアップデートしていきたいです。また、学生生活でも楽しい事をしたいですね。学生が起業したいとか、本を出版したいとか、何かやりたい企画があったら相談に来てほしいです。

—本日は貴重なお話をありがとうございました！

取材・文：岡田優人（医2）

府立医大の一員として研究契約をサポートする



情報・研究支援課 藤田 恵美子

プロフィール

大阪外国語大学 インドネシア語学科を卒業後、化粧品メーカーに就職。2019年4月より京都府立医科大学に勤務。企画・研究支援課に配属、2021年4月より情報・研究支援課に転属。趣味はヨガ。

目次

- ・府立医大に来るまで
- ・情報・研究支援課での仕事
- ・仕事での心がけ
- ・府立医大の一員として迎える 150 周年

府立医大に来るまで

— 本日はよろしくお願いたします。まず、府立医大で働かれるようになるまでのご経歴など聞かせていただけますか。

大学を卒業したあとは化粧品会社で働いていました。最初は支店で営業と事務をしていました。その後本社の商品管理部でアパレル業務担当として OEM（相手先ブランドで設計から製造まで請け負うこと）先のアパレルのメーカー様にご協力いただき企画、運営、発注まで色々な業務を経験させていただきました。

新しいことに挑戦したくなって転職を考えた時に、**大学という場所でアカデミアに関わる仕事に憧れて**仕事を探しはじめました。企業では利益を追求するのが一番の目的なのですが、利益を追求することよりも**人を育てたり社会のためになったりする事業ができる場所で、仕事をしてみたい**と思ったんです。大学の一番の目的は、人を育てることも含め、社会への貢献が大きいですね。

— 大学で働きたいという希望がまずあったのですか。

はい。そんな時にご縁があって、府立医大の企画・研究支援課で産学連携の契約関係の仕事を募集されているのを知りました。企業でやってきた営業や商品管理、シーズンごとの売り上げ傾向分析など色々な業務の経験を生かして、本学での仕事に挑戦することになりました。

情報・研究支援課での仕事

— 藤田さんは情報・研究支援課にいらっしゃるということですが、どんなお仕事をされているのですか？

情報・研究支援課の業務は大きく分けて3つあります。一つ目は大学や附属病院も含め府立医大すべての情報のインフラや医療システムを扱う仕事、二つ目は診療記録（カルテ）の管理、三つ目は**研究支援**の仕事です。私が属している研究支援の仕事では、科研費がついた研究やAMED（日本医療研究開発機構）に採択された研究から、民間の共同研究・受託研究まで、本学に所属する先生方が研究される際に研究費や知財等に関する契約の手続きをしています。そのほかに外部からの研修員の登録や動物実験の管理業務をしています。

その中で私が担当しているのは**民間の共同研究・受託研究の契約手続き**です。共同研究とは本学と企業の双方に研究者がいて共同で研究を進めること、受託研究とは本学でしかできない研究を企業から委託されて行う研究です。いずれにせよ、まずは**本学と企業の間で契約が必要です**。研究の内容（課題名、研究期間、研究費等）や研究を進める中で発生する技術やノウハウといった知財（知的財産）の扱いをあらかじめ研究契約のなかで決めておく必要があります。実際に知財が発生したときには発明や特許の取り扱いなどについて当課の知財担当の方がそのサポート及び手続きをさせていただくことになります。

—今の府立医大の職場は働きやすいですか？

働きやすいですね。以前の職場では利益優先のためノルマ達成のプレッシャーを感じることがありましたが、今の職場はアカデミックな環境（教育や社会貢献など）であり、私の向学心も刺激され、楽しく働いています。

府立医大は臨床数も多く、扱う医療、研究等スケールが大きく、**地域医療に多大な貢献**をしているのを感じながら仕事をしています。自分もそのほんの一部ですが、研究によって医療が進歩していくプロセスの一部にいらせてもらっているという充実感があるんです。私自身、それまで縁のなかった医学というものにすごく興味を持てるようになりました。

仕事での心がけ

—お仕事をされるなかで大変だったことはありますか？

令和2年度は扱う件数が増えて、少し事務業務に追われているところがあります。

また難しい案件で行き詰まることもあるのですが、そんな時は上司の方に相談したり、知財の先生に相談をして、アドバイスをいただいたりしています。

—お忙しいのですね。そういうとき上手くやりくりするコツのようなものがありますか？

どんな仕事でもそうだと思いますが、優先順位を決めて期日までにこなせるように努力しています。先生にも書類提出の期日があって協力してもらう必要があったりするのですが、その際出すメールは先生が返信しやすいように書き方を工夫しています。例えば、文章で長々と用件を書くよりも (1) (2) (3) と**箇条書**

きにするほうが必要なことが見えやすいですね。企業にいた時はここまでたくさんメールをすることはなかったのですが、今は多い時で1日30本以上もメールを出すこともあります。

また、並行して複数の案件を扱うので、**メールは必ず案件ごとにフォルダに分けて整理**しています。「●月●日返答待ち」など、**フォルダ名をメモがわりにして現在の状態が分かるように工夫**しています。メールを送るときには必ず**添付ファイルのタイトルだけではなく中身を確認してから送る**ようにしています。

—円滑にお仕事が進むよう工夫しながら当たり前のことをきっちりされているのですね。

契約先の方と対応する際には京都府立医科大学の看板を背負わせていただいている身として失礼がないよう対応を心がけています。**相手への心遣いは何をするにしても必要なこと**だと思います。契約の手続きでは紆余曲折もありますが、最後に**必ずお礼の言葉を添える**ようにしています。

—1日30本もメールを打つとなるとつい単調になってしまわないかなど感じるのですが、お仕事を続けられるうえで何か工夫はありますか。

仕事は楽しくするものだと思っているので、どこかに楽しみを見つけるようにしています。嫌々やると間違いも起りやすいし、嫌々やることに時間を使うのは避けたいですね。とても難しい案件だったらできたときの達成感を思い描いて進めるし、簡単な案件だったら早く片付けてしまえるようスピードに重点を置いて取り組みます。そうやって**ひとつひとつ目標を決めて、できたときのちょっとした喜びを見出す**ようにしています。仕事は楽しくするもの、というのは、まだ前職で新米だったころお世話になった上司から教えていただいたことなんです。

府立医大の一員として迎える 150周年

—2022年に府立医大が創立150周年を迎えますが、それに関して何か思いがあれば教えてください。

150周年ってすごいことですよ。先輩方がずっと築き上げてきたことが今後**どんなふう**に継承されて、**また変わっていくか**にすごく興味があります。いま私がしている研究支援の仕事が、将来、先生たちの研究が大きく花開く一助になれるかもと思うとすごく嬉し

いなと思っています。

京都府立医大っていい大学だね、いい病院だねと言われるのは、普段、先生方がたくさんの生命と向き合い、患者さんに真摯に接しておられるからであり、また並行して医学の進歩に貢献されているからだと思います。最近、ラグビーワールドカップもあって色んなところでワンチームと言われますが、府立医大ももちろん個々が頑張っているのですがみんなでつくりあげるワンチーム「オール府立医大」の一員として、私もその一端を担っていることに誇りを持って今後も仕事に取り組んでいきたいです。

一本日はありがとうございました。最後に、府立医大に関わる人たちにメッセージをいただけますか。

この大学に素晴らしい先生がいて、志し高い学生が集まり、素晴らしい先生として育っていく。そんな cool な先生方、学生のみなさんが求心力となってこれからもますますご活躍されることを心より祈っております。

—素敵なお話をありがとうございました！

取材・文：長山透流（医3）



情報・研究支援課のデスクで仕事をする様子

出合いを糧に 国際交流を推進する



企画広報課 小谷 夏美

プロフィール

2017年京都府立医科大学学生課大学院担当に就任。
2021年より京都府立医科大学企画広報課企画広報係へ異動。

目次

- ・自己紹介
- ・国際交流との出合い
- ・府立医大の魅力
- ・仕事の流儀とこれから

自己紹介

企画広報課企画広報係の小谷夏美です。留学生のサポートや、海外協定校との調整、HPの管理等が主な仕事です。

5年前に府立医大に赴任してくる前は京都府庁で勤務していました。私自身は総合大学（しかも文系）の出身なので、医学部の人と話すこと自体が新鮮で、学生がとても忙しいことに驚きました。教養科目以外は必修でどの学年も勉強や実習で忙しい。自分の大学時代は学年が上がるごとに講義が減っていき、最終学年でゼミや就活を終えたら卒論を書くだけで自由に使える時間がとても多かったと実感しました。

—医学部のカリキュラムは他学部比べて特殊に見えるかもしれませんね。

小谷さんは大学では何を専攻されていましたか？

経済学部で国際文化を専攻していました。元々はJICAのような途上国の開発支援に興味があり、大学では国際経済と観光をコラボレーションしたような内容を学びました。先生方はフランス経済学や、台湾経済学など、さまざまな国の経済・文化の専門家でした。

講義の中でいろんな国や文化の話聞くのはとても楽しかったですね。

—大学時代はどのような活動しておられましたか？

新歓で勧誘されたのがきっかけで、国際交流サークルに所属していました。月に一度交流イベントを開催する他、留学生と毎週一緒にランチをして、故郷や趣味の話プレゼンにまとめて発表したりしていました。夏休みには合宿、冬休みにはクリスマス会、雑煮会、春休みにはお花見等、季節毎のイベントもあったので、当時は常に何をして遊ぶかばかり考えていましたね（笑）

暖かく見守り、自由にさせてくださった顧問の先生には一生頭が上がりません。

国際交流との出合い

—その時の経験から KiSA（KPUM international Student Association、本学の国際交流学生団体）の活動に対してもアイデアを出していただけます。

私は高校生の頃までかなりの引っ込み思案でしたが、大学で留学生と関わる中で社会的になりました。留学

生と通年で一緒に授業を受けたり、短期留学生のサポートをしたりして、国内にしながら留学しているような状態でした。日本語に堪能な留学生も大勢いましたが、お互いの言葉がわからない時は電子辞書で会話した時もありました。

最初のうちは英語が話せず話を聞くだけだったので、あるとき一人の留学生に「意見を言えない人とは時間の無駄だから話したくない」と告げられて何も言い返せなかったことが、変わるきっかけになりました。ショックでしたがきめんに効きましたね。そこから、英語を少しずつ勉強するようになりました。

—自分の考えを共有しないと「意見を持っていない」と捉えられてしまうので、時には「上手に英語を話す」ことよりも「伝えたいことがある」ことが必要なのですね。

もちろん海外と日本の文化は異なるので意見表明する訓練は必要です。私の場合は「言いたいことを言えばいい」と言ってくれる友達が出来たのが大きなターニングポイントでした。私が込み入った事柄を上手く説明できず伝えることを諦めていると、何を考えているのかしつこくしつこく尋ねてくる(笑)。それでも尚言いよんどんでいると、「あなたは伝える努力をするだけで良いんだよ。私が聞くのを頑張れば良いんだから。」と言われました。言葉は拙くても伝えようとする原動力となる、大切な思い出です。語学力を伸ばすことだけが重要なのではない、伝えようとするれば相手が私の言葉を汲み取り理解しようとしてくれる、目の前がクリアになった気がしました。

—完璧な英語でなくても自分の話を聞くために努力してくれる人に出会えることが大きいのですね。



韓国・水原市にて

府立医大の魅力

—大学としての府立医大についてどう見ていらっしゃいますか？

教職員と学生の距離が近く、6年間で多くの先生方と知り合うことができ人間関係が緻密です。一方でどの学生さんも、講義に実習、試験、研究など学業のための拘束時間が長く忙しすぎるのを見ていて大変そうですね。

仕事の流儀とこれから

—お仕事のやりがいについて聞かせてください。

公務員は数年で部署異動がある仕組みのため、多様な仕事を出来るところが魅力的に思い、この道を選びました。

まさか大学事務をすることになるとは夢にも思っていませんでしたが、普段は会うことのない先生方や研究者の方と知り合う機会があり、医学研究や臨床現場のお話を聞くのはとても楽しいですね。新米(もう新米では無いかもしれませんが・・・)の特権を活かして、わからないことがあれば誰彼構わず率直に質問するようにしています。

また、職場では変化に対応しようという人の存在が大切だと考えています。府立医大は固定観念に縛られない柔軟な考えをお持ちの先生が多く、時に驚くようなアイデアをいただくこともあります。公務員は法律に従うことが基本なので、ある程度自由裁量の認められている大学ならではの特色の一つだと思います。

—国際交流学生団体 KiSA の活動にも関わってこられました。

府立医大が国際交流推進に本格的に乗り出したころに赴任してきました。それまでは提携校の数も少なく、また留学生は各教室へ配属されるので他の学生と交流する機会が少なく人間関係が広がらなかった。1年間滞在したある留学生に「日本で友達ができればもっと楽しかった」と言われたこともあり、学生主体で交流できる体制があればいいと考えていました。そこへ本学学生と国際学術交流センターから国際交流学生団体設立の計画段階で声をかけてもらったため、KiSAの活動に協力することになりました。

ひよんきっかけで大学時代から国際交流に関わり続けていますが、交流によって自身の見聞を広めるだ

けなく、アイデアを実現化するチャンスを常に与えていただけていることに感謝しています。

—今後の展望はいかがですか。

DDPの更なる活性化や留学生の生活支援など、もっともっと楽しめそうな仕事があるので、叶うならもう少し府立医大で働き続けたいですね。今はコロナで難しいかもしれませんが、逆風を活かして、国内（京都府内）での国際交流が今後さらに活発になることに期待しています。

—多職種の人たちと協力するためにどんな工夫をされていますか？

顔を合わせることで、理由をしっかりと説明することですね。例えば、企画提案があれば内容を計画書一枚にまとめ、プレゼンと質疑応答のシミュレーションを頭の中で念入りに用意してから協力を依頼すること。それから、**お礼のメールはスピードが命**と思っています。時間を取っていただいたその日のうちにメール、次にお会いした時にお礼を言う。基本ですが大事なことです。

—最後に、学生に一言お願いします。

自分の強みを、一つで良いので見つけてみてください。何かあっても、一つブレない軸を持っているだけで、自分の行きたい道を素早く選ぶことが出来ますし、例えば失敗に終わったとしても、自分で選んだ道なので後悔が少なく済みます。

ちなみに私の強みは、「猪突猛進！当たってから碎けるかどうかを決めろ！」という鋼の意思の下に行動出来ること。やる気があって起こした行動については多少のことは後でリカバリーできます。自分の恥だけで済むのなら、後はどんどん厚顔になっていだけ（笑）。チャンスがあるなら何でも挑戦して、後悔少なく、楽しくいきましょう！



スイス・マイエンフェルト、ハイジの村にて

取材・文：磯邊綾菜（医6）橋本寛子（医6）

リサーチマインドを地域医療へ、現場の感覚を行政へ



京都府健康福祉部 保健医療対策監
中川 正法

プロフィール

1978年、鹿児島大学医学部卒業、鹿児島大学医学部附属病院第三内科で研修。1980 - 1981年、国立療養所南九州病院に勤務（神経内科医）。1982 - 1984年、アメリカ合衆国コロンビア大学医学部神経学教室研究員。1987 - 1990年、国立療養所沖縄病院に勤務（神経内科医）。1993 - 2002年、鹿児島大学医学部附属病院第三内科（講師）。2002年10月 - 2013年3月、京都府立医科大学大学院医学研究科 神経内科学 教授。2013年4月 - 2020年3月、京都府立医科大学附属北部医療センター病院長。2013年11月、京都府立医科大学大学院医療フロンティア展開学 教授。2015年4月 - 京都府立医科大学 副学長。2021年4月より現職。

目次

- ・ 経歴
- ・ 神経内科医として患者の希望となる臨床と研究を
- ・ 地域医療の魅力と課題
- ・ 京都府庁で医療と行政をつなぐ
- ・ よりよい府立医大を目指して

経歴

— 本日はよろしくお願ひいたします。中川先生は現在、京都府庁にお勤めということですが、これまでの先生のご経歴について教えていただけますか。

生まれは福岡で、高校生までを過ごしました。もともと天文学が好きで高校生のころから屋上で天体観測をしたりしていました。大学では宇宙物理を勉強したいと思って受験しましたが、結局滑り止めで受かった鹿児島大学の医学部に入学しました。入学したてのころは宇宙物理への未練もあって、そのまま医学の道へ進むのをためらった時期もありました。そんなとき、鹿児島大学の第三内科教授になったばかりの井形昭弘先生に連れられて筋ジストロフィーの患者さんがいる病棟を見学する機会があり、**神経難病に関心を持つよう**になりました。井形先生はその後の研修医時代にもお世話になった恩師です。2回生か3回生のときにはもう、将来は神経内科医になって神経難病の研究をすと決めていましたね。

初期研修医の時に沖縄から来た男性の担当患者さんがいたのですが、その患者さんは血液中の乳酸ピルビ

ン酸が高値を示していました。ピルビン酸脱水素酵素複合体（PDHC）の異常を疑う報告をしたところ、ある人からこの酵素を生成する実験をしないかと勧められ、研修医2年のうち最後の半年は基礎の実験をしていました。そんなころ、アメリカの有名な神経内科医であるローランド先生が福岡に来られることになって、その場で自分の研究内容を発表してこいと上司から言われました。英語に自信があったわけでもなく、最初はどうしたものかと思いましたが、結果的にその発表でローランド先生に興味を持ってもらい、アメリカのコロンビア大学に研究員として留学することになりました。そこで3年間、筋肉が障害される遺伝子疾患の研究をしました。

帰国して国立療養所沖縄病院、鹿児島大学附属病院に勤めたのち、2002年の10月に府立医大の神経内科学教室の教授となりました。2013年に府立与謝の海病院が府立医大附属北部医療センターへ改編されるタイミングで北部医療センターの病院長に就任しました。与謝の海病院はその地域で唯一の病院でした。当時は患者さんは他に病院の選択肢がなく仕方ないので与謝の海病院を受診するという意識が強かったと思います。しかし、僕はそういう地域でこそ**信頼される全人的な**

医療をしたいと考えました。全人的というのは、病気だけではなく患者さんの生活と家族のことまでトータルで考えて医療にあたるということです。僕の就任当時、病院を出たところに葬儀屋さんの看板が立っていて、これはダメだと思いました。初めにやったのはそれを撤去してもらうことでした。北部医療センターでは病院長として8年間勤務した後に定年退職しました。その後、京都府の保健医療対策監になったのは、大学と府の橋渡しになればいいかなと思ってのことです。

神経内科医として患者の希望となる臨床と研究を

—難病の患者さんに会ったことが神経内科医となられたきっかけだったのですね。研究に対する思いを教えてくださいませんか？

学生だったころ、ある人から医者には2種類いると言われました。それは、**治る病気を徹底的に治す医者**と、**今は治らない病気を治せるようにする医者**です。僕は後者になりたいと思った。

神経内科は研究の進歩が難病患者さんのためになることを特に実感しやすい診療科です。たとえば脊髄性筋萎縮症の1型は自力で呼吸ができず、生まれた時から気管切開が必要となる極めて重篤な疾患です。この病気に対する新しい薬が3年前にできて、以前は歩くことのできなかつた子が治療によって歩けるようになりました。先日さらに新しい薬が登場し、一生に一回だけ投薬すれば生涯効果が続くという画期的な治療ができるようになりました。ただ、薬価がまだ非常に高いのが課題です。

—臨床での経験で、研究するきっかけやモチベーションとなったものがあれば教えてください。

九州と沖縄の国立療養所に勤めましたが、そこで担当した筋ジストロフィーの子どもたちから色紙をもらいました。患者さんから期待を託され、それに応えたい思いが強くなりました。医師になっても医学部に入学したころの**初心を忘れないことが大事**で、自分の場合は「**難病を治したい**」とずっと思っていました。熱い心と冷静な頭脳という言葉があるように、志を実現しようと思ったら熱意だけではダメで、考える時は冷静である必要があります。

具体的な疾患について言えば筋ジストロフィーは、ジストロフィンという遺伝子が見つかって大きく治療が進歩しました。重症のデュシェンヌ型筋ジストロ

フィーのうち、一部は軽症のベッカー型筋ジストロフィーと同程度の症状にまで軽減することができるようになってきました。私のライフワークとなったシャルコー・マリー・トゥース病は、沖縄で患者さんに会ったときまだ研究が始まったばかりでしたが、今はなんとか確定診断までつけられるようになりました。でも患者さんが期待しているのは治療法なので、若い人たちにはこれまでの成果を土台として、治療法の開発を目指してほしいです。

留学先のコロンビア大学はミトコンドリア病の研究で世界のトップを走っていました。そこでの経験を生かして帰国後も最先端の研究をやっていたのですが、そんなとき沖縄に行ってほしいと教授から言われました。いわゆる医局の出張人事です。その話に迷わず「はい」と答え、沖縄で臨床のかたわら研究をするようになりましたが、沖縄で出会った患者さんから新しい病気を発見しました（HMSN-Pという疾患です）。

地域医療の魅力と課題

—京都の北部で8年間、北部医療センター病院長として働かれたということですが、地域医療にはどんな魅力があると思われますか？

それ以前も難病診療で地域のフィールドに出ていたため地域医療は馴染みのある分野でした。自分に会うのを楽しみにしてくれる患者さんがいることが嬉しく、やはり自分は診療が好きなのだ改めて思いました。でも、病院長になってすぐの時期に患者さんから態度が偉そうだと指摘されたこともありました。長く大学で教授をしていて、いつの間にか「上からの目線」になっていたのかもしれませんが。それ以後、**患者さんと同じ目線で話す**ように心がけました。

あの先生に看取ってほしいと言われる医師になりたいです。患者さんとの適切な関係を作りやすいのが地域医療。患者さん一人一人が思う理想の最後のあり方に寄り添うのがあるべき姿だと思います。大学病院ではどこかよそ行きな患者さんも、地域の病院では率直に心の内を明かしてくれることが多いです。

臨床をやっているとき何より大事なのが**患者さんをよく診ること**。普通と何かが違うと感ずることがあるかもしれません。そういう時に身体所見をしっかりと記載し、同じような患者さんを診たときに共通点を探し出す。なるべく患者さんのことを覚える。特徴を抽出し、後々まで記憶しておく。そういうことが発見に

つながります。実は、神経内科医の視点から言うと、**難病は地域に隠れている**と言えます。学生のころ神経内科の先生の在宅訪問診療に同行する機会が年1、2回ありましたが、集落の中で似たような患者さんが複数おられて、実は遺伝子疾患だったという場合がときどきあります。このように現在は見つかっていない病気が地域に潜在しているということはまだまだたくさんあると思います。

患者数が少ないから治療法が見つからないかという、そんなことはないです。**珍しい症例に向き合うなかで一点突破・全面展開**できることがあります。デュシェンヌ型筋ジストロフィーが見つかったのは、ある研究者が「この患者さんには大きな遺伝子異常があるはずだ」という発想をしたから。それでジストロフィンという遺伝子が見つかりました。当時その特徴的なデュシェンヌ型筋ジストロフィーの患者さんは二人しかいなかった。**稀な患者の中に普遍性を見つけ出すことが大事です。リサーチマインドを持った人が地域に行く。**医師として研究者として何かを見つけようという意識を持って地域医療に携わると、まだまだたくさんの方がわかってくると思います。

—**地域医療にこそリサーチマインドが重要だ**というお話は新鮮でした。ところで全国的に**地域医療に携わる医師が足りていない**と言われていますが、**北部医療センターではどのような状況ですか。**

府立与謝の海病院から府立医大の附属病院となったこともあって、北部医療センターでは医師数も研修医数も増えました。ただ、他の地域では本来必要な診療科が揃っていない病院、総合診療科医が不足している病院もあります。**地域にはジェネラルな診療ができる医師が増えてほしい**です。

—**新専門医制度で地域医療に従事する医師を増やそう**という動きもあります。

いろんな考えがありますが、僕は専門医制度で地域医療の医師数を確保すること自体には賛同できません。難しい症例は若い時に大学病院で経験して勉強し、一人前になってから地域に来てほしい。専門医を取得し、ある程度経験を積んだ後、たとえば40-50代で地域に行きたいと思ってもらえるようにするのが大事です。府立医大では社会人大学院を開設し、京都北部地域の病院で勤務しながら、学位が取得できる制度も整えています。

若い医療者には、**キャリアの中で一定の期間は地域に行くことを積極的に考えてほしい**。たとえば50～60代で10年間は地域医療をすとか。学生時代からの目的意識も大切だと思います。どんな医師になりたいかよく考えることです。

京都府庁で医療と行政をつなぐ

—**医療現場を離れ、これからは医療の配分という立場でのお仕事ですが、具体的にどのようなことをされているのですか？**

今はとにかく新型コロナウイルス感染症への対応が忙しいです。病床が足りない。個々の病院の状況があって病床の増設は簡単ではないですが、新型コロナ感染症対応病床はかなり増えてきました。医師だけでなく、患者さんのケアをする看護師も大変です。一般診療への影響をできる限り避けながらCOVID-19対応を続けていくことが重要です。新型コロナウイルス入院医療コントロールセンター長として、日々、新型コロナ陽性患者さんの入院調整に取り組んでいます。

—**これまで臨床医や研究医として活躍されてきたのが今度は公衆衛生に関わる仕事に就かれたわけですが、医師として行政からどんな役割が求められていると感じますか？**

医療現場の実情をきちんと行政に反映するのが自分の仕事です。行政に携わる人たちは実際に患者を診察したり、現場の実情を見ているわけではありません。COVID-19のことも、患者が発熱して苦しいという状況を現場で見た経験のない人がイメージするのは正直難しいです。血中酸素飽和度の下がり具合を見ながら入院の判断をしないといけない現場でどんなことが問題になっているか、それを行政の立場からどう解決できるかは、やはり臨床現場を知っている医師にしか分かりません。そういう医療の現場感覚を行政に反映したいというのが僕の思いです。それから、京都府と府立医大のつなぎ役をしたい。

—**つなぎ役と言うと具体的にどういったことでしょうか？**

たとえば府立医大の病棟が古くなってきたから建て替えてほしい、と中で働いている医療スタッフは思ったとしても、外から見たらまだ建て替えの必要はないように見えるかもしれません。**臨床現場の認識との違いを解消していきたい**と思っています。府立医大の医

療スタッフの側にしても、行政のことをある程度知ってほしいと思います。医療者と京都府の双方お互いの情報を伝えて、風通しをよくしていきたいです。

よりよい府立医大を目指して

—最後に学生へのメッセージをお願いします。

府立医大は1872年開設の療病院から始まって、日本でも最も歴史ある大学の一つです。臨床に根付いた研究が盛んで、公的研究費も多く獲得できています。優秀な入学者を集めることもできている。唯一の欠点は何となく身内で固まっているところだと思います。他学出身の教授も増えてきましたがより広く視野を持って井の中の蛙にならないよう、志を高く持ってほしい。



鹿児島大学医学部学生時代に恩師の井形昭弘先生（故人）宅に伺った時。1976年頃。



1981～1984年 コロンビア大学神経学教室に留学中のときの写真。左：ニューヨークの地下鉄内。右：Dr. Rowland（主任教授）、妻と長男のスナップ。1984年頃。

150周年を機に、世界に知られる大学として海外との交流も盛んになってほしい。

神経内科の教授をしていたころ学生に言っていたのは、ただ医者になるだけでなくその分野のリーダーになってほしいということでした。社会に出た後も集団の中でリーダーとなれるよう、学生のうちから勉学に留まらず遊びも含めた様々な経験をし、自分を磨いていってください。

—本日は貴重なお話と、最後には熱いメッセージをありがとうございました！

取材・文：長山透流（医4）



医局員とのお花見



国立療養所沖縄病院筋ジストロフィーの子供たち、養護学校の先生たちとのスナップ。1990年6月。



北部医療センター。建物はやや老朽化していますが、医療人としての心構えは常に新鮮です。令和2年「がん診療棟」が完成しました。



脳神経内科水野教授就任祝賀会。左から中川・中島名誉教授・水野教授ご夫妻。

マネジメントで臨床を良くする



臨床工学技術課 臨床工学技士長
知中 祐也

プロフィール

1997年 臨床工学技士養成校卒業
同年 三菱京都病院臨床検査工学科入職
2001年 久留米大学病院臨床工学センター入職
2006年 京都府立医科大学附属病院医療機器管理部入職
2019年 関西学院大学専門職大学院経営戦略研究科専門職学位課程修了
経営管理修士
同年 京都府立医科大学附属病院医療機器管理部・医療技術部臨床工学技術課
副部長・臨床工学技士長

目次

- ・臨床工学技士の仕事
- ・京都府立医大で取り組む臨床工学技士のユニークなキャリア設計
- ・高度医療の分野で学び続ける
- ・病院の中でのマネジメントの役割
- ・よりよいチームを築くために

臨床工学技士の仕事

—本日はどうぞよろしくお願ひします。臨床工学技士という職業に馴染みがない人も多いかと思ひます。知中さんはどのようなお仕事をされていますか。

医療機器管理部と医療技術部臨床工学技術課で臨床工学技士長を務めています。

もともとは人工心肺を専門としていましたが、現在は人工呼吸器やECMO^(注釈)の管理と医療技術部臨床工学技術課のマネジメントを行っています。現場では、特に病棟やICU(集中治療室)で人工呼吸管理を行っています。

(注釈) ECMO...Extracorporeal membrane oxygenation の略で、人工肺とポンプを用いた体外循環による治療法のこと。通常の治療では救うことができない最も重症な呼吸・循環不全患者に対し、治療・回復するまでの間、呼吸と循環の機能を代替する。

—ECMOは新型コロナウイルス感染症で注目されるようになった医療機器ですね。臨床工学技士(CE: Clinical Engineer)のお仕事についてももう少し詳しく教えていただけますか。

病院の中では、大きく分けて2つの仕事があります。1つは医療機器の管理です。具体的には医療機器の定期点検や使用中・前後の点検、正常に動作するかどうか、消耗品の交換などです。診療科や病棟の要望に答えて、機械の稼働率を高めるための配置をしたり、新しく機材を購入するのも仕事です。定期点検など点検業務は外部委託が認められていて、この病院では外部委託している業者の人が病院に常駐しており、その取りまとは私の仕事です。2つめは臨床技術提供です。たとえば人工呼吸器、コロナで活躍するECMO、小さいものでペースメーカーなどがありますが、それらの生命維持管理装置を使った医療を提供しています。加えて、内視鏡、モニターなどの医療機器全般の操作もしています。これらの医療機器の管理は外部委託が許されておらず、院内の臨床工学技士が管理しています。

京都府立医大で取り組む臨床工学技士のユニークなキャリア設計

—CEのなかで専門はどのように分かれていますのでしょうか。

一般的に他の病院では、内視鏡、透析、人工心肺（呼吸器、ECMO など）などの医療機器ごとに部門を区切ることが多いです。透析部門に所属して透析とICUのなかでの血液浄化^(注釈)を学ぶとか、人工心肺に特化して専門を極めていくということですね。他の医療職と同じようにCEは専門職なので、自分の専門分野に対してコミットメントが強い。そこで、**いかに自分の専門を生かしてやりたい仕事ができるかがキー**になります。たとえば一般企業では昇進して他部署に転属されるのは普通ですが、外科医なら職場で専門とする手術ができるかどうか重要であるように、医療専門職は自分の専門分野のことがどれだけできるかで勤務先を選ぶことが多いと思います。専門外のことを求められたらやめてしまうこともまれではありません。

そこで、そのような技士の専門性を尊重し、当部門ではあえて部署を区切っていません。**技士一人ひとりの希望に沿ってキャリアを作っていく**というスタイルにしているのです。つまり、一つの専門機器しか扱えないというわけではなく、キャリアやモチベーションに応じて様々な医療機器を扱うことができる仕組みを作っています。なので、ある曜日には手術で人工心肺の管理をし、別の日には透析をする、といった働き方をしている人もいますし、心臓カテーテルに特化して



面談の様子

習熟している人もいます。

全ての技士に合わせた管理は大変ですが、専門職のキャリア形成を支え仕事へのモチベーションを高める仕組みだと思っています。他の病院ではしていないやり方で、この独自の取り組みを理由に入職を希望してくる人もいます。いろいろ経験するうちに一つ自分の軸ができると、それを中心に専門性を高めていくことができます。

(注釈) 血液浄化 ... 体内の老廃物や代謝産物などを血液中から取り除き、体のバランスを保つことによって生命を維持する治療法。血液透析、血漿交換などがある。

高度医療の分野で学び続ける

—モチベーションに合わせてオリジナルのキャリアを築いていけるのは素敵ですね。臨床工学技士は機械の知識も病態の理解も必要で勉強することが多そうですが、学生の頃や就職してからはどのように勉強されているのでしょうか。

実は、臨床工学技士は比較的新しい国家資格です。私が養成校に入学した頃には資格が設置されて10年ほどしか経っておらず、これから発展する分野だという期待を抱いたのを覚えています。

学生時代は工学と臨床医学を半々ぐらいで勉強します。現場で求められる知識と養成校のカリキュラムで学ぶことは必ずしも同じではありません。臨床工学技士は名前に工学と入っているだけあって、学生時代にはハンダ付けをして電子回路を作るような授業もありました。しかし現在では医工連携で開発に関わる人を除けば現場で電子機器の基盤をいじることはまずありません。一方で、心臓カテーテルや人工呼吸器管理は臨床では主要な業務の一つですが、養成校時代よりは現場に出てから学ぶことが多いものになります。というのも、臨床工学技士という資格はそもそも透析や人工心肺などの技術的な管理のために始まったものであり、カテーテル、ペーメーカー、内視鏡はそのあとに発達してきた技術なので、臨床工学技士のカリキュラムの中に組み込み切れていない部分があるのです。なので、臨床工学技士が臨床で活躍するためには卒後教育が重要になります。仕事をする中で自ら積極的に勉強したり、セミナーを受けたりする人も多いです。とはいえ、医療の分野では数年前とはガイドラインが変わったり、新しい研究結果が出るのは当たり前のことです。**高度医療を提供する施設ではスタッフもそれに見合ったものを提供しないといけないので、常に知識を最新のものにアップデートしています。**

—現場で働き始めたあとも機械や技術の進歩に合わせて勉強されているのですね。他の医療職とはどのように関わっていますか。

看護師さんと医師とは日常的に関わっています。CEは決まった仕事場がありません。たとえば看護師さんは病棟、外来、手術部に配属されていますが、CEは定位置がない。ですので自分から出向いて行ってチームの中で患者に必要な専門知識や技術を提供するのが私たちの役割です。具体的には理学療法士の人と一緒に呼吸リハをやりながら、患者さんの呼吸形態にあわせてリハビリをサポートする、ということがあります。



人工呼吸器の管理を行う

病院の中でのマネジメントの役割

—畑中さんご自身はCEのお仕事に加え、臨床工学技術課を統括する業務もしておられます。さらに大学院で経営管理修士号を取得されています。経営や組織のマネジメントにはもともと興味があったのですか。

医療職が自分の専門性を高めることは良いことです。ただ、それだけではうまくいかないことがあります。医療は多職種協働で成り立っていますが、それぞれの職種で専門性や考え方、業務環境が違います。業務環境だけを取り上げても、医師は24時間オンコール、看護師は3交代制、CEは日勤帯に加えて宿直と様々です。よって、この違いが元で生じる考え方の相違をどうするかが問題になってきます。私は学生のころからビジネスの世界に興味があり、医学系の勉強をしながら趣

味でビジネス書を読んだりしていました。CEとして勤務経験を重ね、人事に関わるポジションについたとき、どうすればチームとしての力を高めることができるのかを考えるようになりました。そして、解決策はマネジメントにあるのではないかと考えました。マネジメントについてより深く理解するため、大学院に行って経営戦略を学ぶことにしました。

—大学院で学んだことで、臨床現場でのマネジメントは変わりましたか。

道半ばという感じですが、私はマネジメントが臨床をよくすると信じています。社会人のための大学院を卒業したのが一昨年のことです。土日と、平日に仕事が終わってから勉強するのを2年続け、修了しました。しかし大学院で教授に言われた言葉が、「自分が目指す姿がまさか2年で達成できるわけない」。卒後も研究会があり、職場でも試行錯誤しながら勉強を続けています。

私の専攻は医療経営コースで、1年目は一般的な経営戦略や組織管理、2年目の途中から病院経営や病院の組織管理を学びました。経営に成功している、主に私立病院をモデルケースに学ぶのですが、公立病院や大学附属病院はあまりモデルケースにしないので、難しいと感じます。ただ、何を目標にマネジメントするべきかは理解しているので、府立医大でも活かせると思っています。



インタビューの様子

—府立医大で多職種が協力して病院をよくしていくためには、どのような工夫ができるでしょうか。

もっと職場やワーキンググループの中でダイバーシティを取り入れることができると思います。いままでの方法では解決できない問題があったときにはクリエイティビティ(創造性)が必要になります。クリエイティビティを高めるためにはダイバーシティ(多様性)が

重要と考えられています。しかし、男女や人種など、一目でわかるダイバーシティを取り入れてチーム作ってもそれほど課題解決に役立つ効果は少ない。病院でいうと、医師や看護師などを混ぜただけでは、逆に職種間の差異、いくなれば溝が深くなり多様性が発揮されにくいのです。そこで、目に見えない多様性を考慮することが効果的です。考え方やバックグラウンドが違う、たとえば社会人経験を経て医師になった人や、研究分野が違うなど、**見た目でもわかりにくい多様性をもったチームのほうがクリエイティビティが発揮されやすい**と言われています。そうすることでメンバー内の溝を何個もつくり、大きな溝が乗り越えやすくなる。**異なった視点を持つ人が集まることで、よりよい議論をすることができるのです。**

病院でそこまで考えて医療職のマネジメントをしているところはあまりないと思います。アメリカの病院ではMBAか、公衆衛生を修めた人がマネジメントの仕事を担当しますが、日本だと医師として、研究者としての成果が管理職の地位への切符になる。医療者は興味のポイントが医療の知識や技術にあるという点で技術者として純粋であり、まだまだマネジメントの力で改善できるところがたくさんあるのではないかと思います。

よりよいチームを築くために

—よりよい医療チームを作るために、それぞれにできることはありますか？

インフォーマルな繋がりを大切にすることです。組織の知の蓄積という考え方はご存じでしょうか。その組織グループが知識を蓄えるためにはどうしたらいいかという理論です。医療職でよくあるのが、各自で勉強することです。それに対して、経営学でいうトラン

ザクティブ・メモリーは、そのグループのなかで誰が何を知っているかがわかっていることが大事という考え方です。仕事の中で、自分だけではなかなか解決できない課題があったりします。たとえばある患者の血小板の推移がおかしいと思ったとき、「そういえばあの先生が血小板に詳しくあったな」と知っていたら、すぐに電話して確認できますよね。それは、その医師の名前を知っているだけではわからない。**自分で解決できなくてもどこにアクセスしたらいいかわかる**ということが知の蓄積がうまくいっている状態で、すなわちトランザクティブ・メモリーが高いということになります。クリスマスパーティーを多く開催している病院の救命率は高いというデータもあります。職員同士のインフォーマルなつながりで、困った時にコンサルトすることができる、問題解決能力が高くなります。

—府立医大のこれからについて、一言お願いします。

府立医大には優秀な先生が多くコンテンツが充実していると思います。看護師さんも仕事にすごく真面目に取り組む人、基本的な能力やインテリジェンスの高い人が多いです。いろんな病院を見てきましたがこの病院はソフトの部分のパワーがあると思う。府立医大を卒業してくる人が多いですが、謙虚で誠実で向上心のある人がたくさんいます。そういう人たちが、技術者として**存分に活躍できる環境をつくる**ことができたなら、この病院全体がもっとよくなると思います。マネジメントに興味をもつ人が増えれば、CEや医師などの技術者がもっと力を発揮することができ、さらに医療で地域に貢献できると思います。

—本日は貴重なお話をいただきありがとうございました！

取材・文：橋本寛子（医6）



臨床工学技術課の仲間たちと

Opening a door to the future research career at the other side of the world



DDP student Magdalena Nazaruk

Profile

I come from Poland, where I attended Pomeranian Medical University and graduated with a bachelor's degree. In 2019, I moved to the Netherlands to complete my master's degree at Maastricht University. At the end of 2020, I came to KPUM as part of the Double Degree Program (DDP). My hobbies are photography, cycling, yoga, and studying languages.

Read in Japanese

Index

- Introduction – before coming to Japan
- My stay in Japan under the COVID-19
- Research environment in Japan
- For international exchange - connecting Maastricht and Kyoto

Introduction – before coming to Japan

—Thank you for accepting our interview request. First of all, can you give us a self-introduction?

Thank you for inviting me. I am Magdalena Nazaruk, a DDP* student currently doing a research project at the Department of Immunology at KPUM. Before, I have obtained a bachelor's degree in Medical Biotechnology in Poland. To complete my master's degree in Biomedical Sciences, I moved to Maastricht University in the Netherlands.

*DDP; abbreviation for Double Degree Program. Students graduate with master's degrees from Maastricht University and Kyoto Prefectural University of Medicine. This program is carried out in cooperation of the two universities.

—How did you come to be interested in science?

Until middle school, I've wanted to become an architect, but I got more fascinated by biology and chemistry, especially all of the different aspects of the human body. It seemed obvious

to me that everyone should have a very basic knowledge of how it functions. Going further, I became **particularly interested in genetics and epigenetics**. I was interested in medicine and research, but in the end decided to pursue medical biotechnology as my major, which allowed me to study both, and it seemed more suited for my character. **Moreover, I was fascinated by the idea that researchers get to uncover the unknown and announce it to the world.** When DNA was discovered as the source of genetic information, it was thought to be overly simplistic. However, nowadays, it is known that there are many various regulatory mechanisms such as epigenetics, non-coding RNAs, and more. Yet, there are still many things that remain unexplained.

—Why did you choose KPUM for your second master's degree?

When I heard about the Double Degree Program at KPUM, I got excited to join it because of **the possibility to gain new experience, make connections, see how research is performed at the other side of the world, and encounter a different culture.** Actually, I had another choice of university

(Tohoku University), however it mostly had projects focusing on the field of neurobiology, and I liked the diversity that KPUM proposed. Also, since high school, I have been interested in the history and culture of several Asian countries. That is why the program was even more attractive to me, and **I am very grateful for this opportunity.**



During my stay, I've visited many of sight-seeing spots in Kyoto: Kiyomizudera (left), Daigoji (upper right), Kinkakuji (lower right), and many more. Kyoto is full of unique places worth experiencing.

My stay in Japan under the COVID-19

—What were your thoughts about going overseas under the COVID-19 influence?

I was a little anxious, but **I was even more excited to go to Japan.** For a long time, I was unsure whether I would come to Japan due to the pandemic situation. **In the end, thankfully, everything turned out all right. I was able to come with a small delay, but the wait was worth it.**

Of course, after arriving, I had to go through quarantine for the first two weeks. It was challenging to spend such a long time in a small space without seeing the outside world, but **it was worth coming here and experiencing everything. I am grateful to all of the people who made it possible for me and other students to come here and study.**

—What was the most impressive thing during your stay?

As for KPUM, people are very hard-working. Even if they perform as a physician, they still come to the lab to perform experiments. Everyone is really passionate about their research projects and some of them would stay till late at night.

As for Japan, it was impressive that even though the lives of people are busy and fast, **there are places where you can**

relax, especially in Kyoto with so many temples, shrines, and hiking trails. The center of the city is filled with noise, but at those places, it becomes quiet and tranquil. That was captivating and really enjoyable during my stay.

—You joined KiSA (KPUM international Student Association) and communicated with other KPUM students. What did you think of the KiSA's online workshops?

The meetings were well-organized, and it was good to see other students, including the participants from Thailand, the UK, and Singapore. It would have been better to have real get-together meetings, but **it was still nice to meet students online.** Even in the COVID-19 environment, I could interact a lot with KPUM students, learn about Japan, and make new connections. **With the help and insight of the students, I discovered unique cultural aspects and sightseeing spots.**



Outside of Kyoto, I've visited Hiroshima (upper left), Osaka (lower left), and Nara(right). All of them were delightful and I wish to come back to Japan one day and discover even more.

Research environment in Japan

—Can you tell us about your research project here?

My research project focuses on the direct conversion of fibroblasts to brown adipocytes. The primary function of brown adipocytes is regulating body heat by burning fat, and it is related to metabolic health. Therapeutic application of brown adipocytes in the treatment of obesity is an active field of research. Cellular reprogramming from fibroblasts to brown adipocytes was previously performed *in vitro* by Dr. Kishida at KPUM, so our main focus was to investigate the procedure *in vivo* in mice. We also studied brown adipocytes obtained through two different methods (genetical and chemical conversion). **It was alluring to me that the fate of**

cells can be changed, and that it could be applied as a therapeutic modality.

—How did you choose the laboratory?

During my specialization at Maastricht University, focusing on advanced principles of genetics and genomics, as well as clinical genetics, I studied epigenetics and gained interest in regenerative medicine. As mentioned previously, the project proposed by the Department of Immunology was focusing on cell reprogramming, that is why it was very appealing to me. My specialization did not focus so much on it, so I wanted to advance my knowledge and get hands-on experience, since **I think it's a promising field providing possibilities for novel therapies.**

—Can you describe your typical day at the lab?

In my case, I usually come to the university around 9 a.m. and go back home between 6-8 p.m. Of course, it can vary per student, depending on how engaged they are. If they want to spend most of their time in lab experiments, that is possible. **I think the supervisors are appreciative of motivated students that are highly engaged in their projects. Aside from my project, I had to attend some online lectures and prepare written assignments. There were also several practical classes which were really exciting.**

—You are almost finishing your program at KPUM. How was your experience in the lab?

It was quite intense but also very satisfactory. I've learned a lot from my department and gained a lot of experience in performing research. At Maastricht University we spend most of the time on theoretical preparation, so this was an immense opportunity to gain practical preparation for the latter stages of my career. At KPUM I gained more hands-on experience in the lab, especially in animal experiments.

—What is your future career plan?

Currently, I'm looking for a research assistant job before pursuing a PhD to gain more experience as it is quite competitive to secure a position in Europe. After obtaining a PhD, most people become a postdoc or go into industry, as it is easy to switch. Also, I'm studying programming and analysis of complex datasets. I think nowadays it is crucial to

analyze data such as RNA sequencing, whole-genome sequencing, etc. I want to combine it with wet-lab experiments in my future path.

For international exchange - connecting Maastricht and Kyoto

—What can we do to encourage international interaction between KPUM-UM?

It would be nice if more Japanese students from KPUM would come to Maastricht. In Japan lectures are delivered using SBL* while Maastricht has a PBL* system of education. Experiencing the differences between Japan and Europe can be useful. Apart from that, it would have been nicer, if the DDP students could attend more lectures with the Japanese students and interact with them, like in a seminar style lecture.

*SBL (Subject-based learning) is a learning method to gain systematic knowledge. It allows students to learn knowledge in a holistic way, but it can lead to passive learning.

*PBL (Problem-based learning) is an active way of learning to have better retention of knowledge and enhance motivation. Students work in small tutorial groups, engage in hands-on training under a supervision of a tutor and attend fewer lectures.

—Could you give a message to Japanese readers and future DDP students?

For Japanese readers, please be brave enough to come to Maastricht University. It is an international university where all of the classes are carried out in English, and everyone will be happy to help you. The Netherlands is a really accommodating country, where almost everyone speaks English, so it's easy to live there, and Maastricht is a cozy city. I think it will be a great experience for your future life and career!

For future DDP students, **please be open to what awaits you here.** The experience at KPUM will satisfy you at many levels. Be open-minded to the opportunities, interact with other students, and enjoy the Japanese culture. **DDP is challenging but also rewarding, so don't hesitate to come to the other side of the world. You won't be disappointed!**



Maastricht, Sint Servaasbrug (upper) and Christmas market at Vrijthof (lower). I hope more KPUM students can come to Maastricht in the future and enjoy this beautiful city.

日本語翻訳

自己紹介 - 日本に来るまで

—インタビューを受けていただき、ありがとうございます。まずは、自己紹介をお願いします。

私は、いま京都府立医科大学（以下、KPUM）の免疫学教室で研究プロジェクトを行っている DDP* 学生の Magdalena Nazaruk です。私はポーランドで医用生体工学の学士号を取得しました。その後、生物医学の修士号を取得するために、オランダのマーストリヒト大学に移りました。

*DDP（Double Degree Program）の略。マーストリヒト大学と京都府立医科大学の修士号を取得して卒業する。このプログラムは、両大学が協力して実施されている。

—科学に興味を持つようになったきっかけは何ですか？

中学生の頃は建築家を目指していましたが、その後生物学や化学、特に人体のさまざまな側面に惹かれるようになりました。特に、人体の機能については、誰もが基本的な知識を持っているべきだと思いました。さらに、遺伝学やエピジェネティクスにも興味を持つようになりました。医学や研究にも興味がありましたが、最終的にはその両方を学ぶことができ、自分の性

格に合っていると思われたメディカルバイオテクノロジーを専攻することになりました。さらに、研究者は未知のことを解明して世の中に発表することができるということにも魅力を感じました。遺伝情報の源である DNA が発見されたとき、それはとても単純なものだと思われていました。しかし現在では、エピジェネティクスやノンコーディング RNA など、さまざまな調節機構が存在することが知られています。それでも、まだまだ解明されていないことが多いのが現状です。

—二つめの修士号取得のために、なぜ KPUM を選んだのですか？

KPUM での double degree プログラムで新しい経験を積み、人脈を作り、地球の反対側でどのように研究が行われているかを見て、異なる文化に出会うことができると思い、参加したいと思いました。実は他の選択肢として東北大学もあったのですが、そこでは神経生物学の分野に焦点を当てたプロジェクトが多かったので、KPUM が提案する多様性が気に入りました。また、私は高校生の頃からアジア各国の歴史や文化に興味がありました。そのため、このプログラムは私にとってさらに魅力的なものであり、この機会を与えてもらったことにとても感謝しています。

COVID-19の影響下での日本滞在

—COVID-19の影響で海外に行くということをどう感じましたか？

不安はありましたが、それ以上に日本に行くことが楽しみでした。長い間、パンデミックの状況で日本に来られるかどうかわかりませんでした。結局、ありがたいことにすべてがうまくいきました。少し遅れて日本に来ることができましたが、待つだけの価値がありました。

もちろん、日本に到着してから2週間は検疫と隔離を受けなければなりません。狭いホテルの部屋で外の世界を見ずに長時間過ごすのは大変でしたが、京都に来てすべてを経験する価値がありました。私や他のDDP学生がここに来て勉強できるようにしてくれたすべての人に感謝しています。

—留学中に最も印象的だったことは何ですか？

KPUMに関しては、人々がとても勤勉です。医師として活動しながら、同時に研究室にも来て実験をしています。みんな自分の研究に熱心で、夜遅くまで残っている人もいました。

日本については、人々の生活が忙しくて速いにもかかわらず、リラックスできる場所があることが印象的でした。特に京都には多くの寺や神社、ハイキングコースがあります。都心は喧騒に包まれていますが、そのような場所では静かで落ち着いた雰囲気になります。それが魅力的で、滞在中は本当に楽しかったです。

—KiSA (KPUM international Student Association) に参加して、KPUMの学生たちと交流しましたが、KiSAのオンラインワークショップはどうでしたか？

ミーティングはよく企画されていて、タイ、イギリス、シンガポールからの参加者を含め、他の学生に会えたのは良かったです。対面での懇親会があればもっと良かったのですが、それでもオンラインで学生たちと出会えたのは良かったですね。COVID-19の環境でも、KPUMの学生とたくさん交流し、日本について学び、新しいつながりを作ることができました。学生からのおすすめやアドバイスがあり、ユニークな文化的側面や観光スポットを発見することができました。

日本での研究環境

—日本での研究内容について教えてください。

私の研究プロジェクトは、線維芽細胞から褐色脂肪細胞への直接の変換に焦点を当てています。褐色脂肪細胞の主な機能は、脂肪を燃焼させて体温を調節することであり、メタボリックヘルス（代謝の健康）に関係しています。褐色脂肪細胞を肥満の治療に応用することについて活発に研究が行われている分野です。線維芽細胞から褐色脂肪細胞への細胞再プログラムは、KPUMの免疫学教室の岸田准教授によって以前に*in vitro*で行われていたので、私たちは主にマウスを使った*in vivo*での手順を調べることにしました。また、2つの異なる方法（遺伝子変換と化学変換）で得られた褐色脂肪細胞を調べました。細胞の運命を変えることができ、それが治療法として応用できることに魅力を感じたのです。

—研究室を選んだ理由は何ですか？

マーストリヒト大学で遺伝学やゲノミクスの高度な原理や臨床遺伝学を専攻していた際に、エピジェネティクスを学び、再生医療に興味を持ちました。先に述べたように、免疫学教室が提案したプロジェクトは、細胞の初期化に焦点を当てていたため、とても魅力的でした。私の専門分野ではあまり注目されていなかったため、新しい治療法の可能性を秘めた有望な分野だと思い、自分の知識を深め、実際に経験してみたいと思いました。

—研究室での一日の流れを教えてください。

私の場合、午前9時頃に大学に来て、午後6時から8時の間に家に帰ることが多いです。学生がほとんどの時間をラボの実験に費やしたいと思えば、それも可能です。担当教官は、自分のプロジェクトに熱心に取り組む意欲的な学生を高く評価していると思います。プロジェクトのほかには、いくつかのオンライン講義に出席し、筆記課題を用意しなければなりません。また、実践的な授業もいくつかあり、とても刺激的でした。

—MagdalenaさんはもうすぐKPUMでのプログラムを終えようとしています。研究室での経験はいかがでしたか？

非常に厳しいものでしたが、非常に満足のいくものでした。私が留学した先の教室から多くのことを学び、

研究を行う上で多くの経験を得ることができました。マーストリヒト大学では、ほとんどの時間を理論的な準備に費やしているため、キャリアの後半に向けて実践的な準備を得るための非常に大きな機会となりました。KPUMでは、実験室での実践的な経験、特に動物実験の経験を積むことができました。

—今後のキャリアプランを教えてください。

現在、ヨーロッパではポジションを確保するのに非常に競争が激しいので、より多くの経験を積むために博士号取得前にリサーチアシスタントの仕事を探しています。博士号取得後は、ポスドクになったり、産業界に入ったりする人が多いです。それはアカデミアと企業との移動が容易だからです。また、私はプログラミングと複雑なデータセットの分析を勉強しています。今は、RNA シーケンスや全ゲノムシーケンスなどのデータを解析することが重要だと思っています。将来の進路では、ウェットラボでの実験と組み合わせていきたいですね。

(編者註)

ウェットラボ：細胞やタンパク質などを用いた生物学的実験のこと。対義語に当たるドライラボでは、コンピュータを用いた解析やシミュレーションを行う。

国際交流のために—マーストリヒトと京都を結ぶ

—KPUM とマーストリヒト大学間の国際交流を促進するためにはどうしたらいいのでしょうか？

KPUM の日本人学生がもっとマーストリヒトに来てくれるといいですね。日本では SBL* で講義が行われ

ることが多いですが、マーストリヒトでは PBL* で教育が行われています。日本とヨーロッパの違いを体験することは有益だと思います。それ以外にも、DDP の学生が日本の学生の講義にもっと参加して、セミナー形式の講義のように交流できれば、より良いと思います。

*SBL (Subject-based Learning) とは、体系的な知識を得るための学習方法。全体的に知識を学ぶことができるが、受動的な学習になることが問題となる。

*PBL (Problem-based Learning) は、知識の定着とモチベーションの向上を目的とした能動的な学習方法である。少人数のチュートリアルグループに分かれ、チューターの指導のもとで実習を行う。

—日本の読者、そして未来の DDP 生に向けてメッセージをお願いします。

日本の読者の皆さんはぜひマーストリヒト大学に来てみてほしいと思います。すべての授業が英語で行われる国際的な大学ですし、誰もが喜んで助けてくれます。オランダは本当に親切な国で、ほとんどの人が英語を話しますので、生活しやすいですし、マーストリヒトは居心地の良い街です。今後の人生やキャリアにとって、とても良い経験になると思いますよ。

未来の DDP 学生の皆さん、**KPUM が提供する機会に積極的になってください**。KPUM での経験は、様々なレベルであなたを満足させてくれるでしょう。オープンマインドで他の学生と交流し、日本の文化を楽しんでください。**DDP はチャレンジングですが、やりがいもあるので、躊躇せずに地球の裏側まで来てください**。期待を裏切られることはありませんよ！

患者は家族 ベトナムの患者に尽くす眼科医の道



特任教授 服部 匡志

プロフィール (NPO アジア失明予防の会 HP より)

1964年大阪生まれ。1993年、京都府立医科大学医学部卒業、京都府立医科大学眼科で研修。その後、大阪、京都、熊本、福岡、静岡などの民間病院で研鑽を積む。

2002年よりベトナム国立眼科研究所網膜硝子体手術指導医。2004年に同研究所客員教授に就任。2007年3月、ベトナム政府より「人民保健記念章」の叙勲。

2012年9月、内閣官房国家戦略室より「世界で活躍し『日本』を発信する日本人」として古川大臣より表彰。2013年7月、日本政府外務大臣より表彰状の授与。同年11月、第20回「読売国際協力賞」を受賞。2014年12月、ベトナム政府より外国人に贈られる最高位の「友好勲章」の叙勲。2015年3月、日本看護協会およびJ&J社よりヘルシーソサイエティー賞「社会貢献賞・国際医療部門」を受賞。

2016年よりマングラー眼科クリニック（ミャンマー）名誉院長。

目次

- ・先の見えない浪人時代と自由に過ごした大学時代
- ・木下教授との出会いで眼科医に
- ・信じてやり抜く心を持って海を越えベトナムへ
- ・若い人たちへ
- ・最後に

先の見えない浪人時代と自由に過ごした大学時代

—本日はよろしくお願いたします。初めに、先生が医師を目指された経緯などをお聞かせください。

高校2年のとき、父が胃癌の闘病生活を送っていました。父はきつい抗がん剤治療と骨転移の痛みで苦しんでいたのですが、病院の詰め所を通りかかった時、父について医師や看護師が話す言葉が聞こえてしまいました。「あの82号室のクランケはもうすぐ死ぬのにうるさいやつだ」と。僕はこの言葉が忘れられず、「患者さんの痛みがわかる医師になる」と決意しました。

高校の先生には「こんな成績で医学部なんかいけるわけないやないか」と言われたけれど、「2年浪人して頑張ればいけるんちゃうか」とも言われ、その言葉を真に受けて猛勉強を始めました。2年間で苦手な数学が得意科目となり、模試で全国2位と良い成績を収めました。人生は思うようにはいかないもので、第一志望の阪大になかなか合格できませんでした。いつの間にか4浪になり、府立医大に合格した時は本当に嬉しかったです。

入学後も優等生ではなかったですね。麻雀、バスケ、アルバイトばかりの生活でした。バイト先の塾が倒産したあとは「服部塾」を始めて生徒を引き取りました。やはり4年間の受験の経験は受験指導でこそ生きるもので、人気の先生でしたよ。あるときバスケの練習中に膝を怪我をして、スポーツ医師からもう激しいスポーツはできないと宣告を受けました。僕からスポーツを取り上げるなんて頭をバットでぶたれたような感じでしたが、そんな時に友人に誘われ、ウインドサーフィンを始めました。風の吹く日も吹かない日も琵琶湖に行き、冬の風吹の中でもやっていたら、サーフィンショップのオーナーが静岡は温かいと言うのでついに行きました。外海は相当荒れていましたが、浜名湖でやってみたらなんと足がつく。そんなわけで、高学年になっても春夏は琵琶湖に若狭湾、秋冬は浜名湖と忙しく、試験でヤマが外れると全く答案が書けません。白紙で出すのは悔しいので勉強したことをとことん書き綴り、運まかせでしたが、おまけで通してもらいました。



ハワイマウイ島のビーチにてウィンドサーフィンをした際の記念写真。

木下教授との出会いで眼科医に

—卒業後、眼科医の道を選ばれたのは何故でしょうか。

6回生の時に珍しく大学に顔を出してみると、「はっちゃん、久々やん！昨日の脳外科のしゃぶしゃぶめっちゃ美味しかったで！」と友達が話しかけてきました。当時大学の様々な教室が将来入局する学生を集めるための医局説明会を行っていたのです。「今日は何かおいしいのがあるんか？」と聞いたら、「眼科の焼肉ですわ」と教えてくれました。そんなわけで焼肉を食い逃げするつもりで眼科の説明会に参加したのが、当時阪大から京都府立医大の眼科学教室の教授になられたばかりの木下茂教授との出会いでした。髪の毛の長い面白い先生から「君、あまり見かけへんけど名前なんていうんや」と話しかけられました。講義に出ていなかったのです、初めて木下教授に話しかけていただいた時には僕はその人が教授であることも知らなかったのです。「眼科どう思う？」と聞かれ、僕は「実は顕微鏡などを使う細かいことが苦手で、一番行きたくない科なんです。今日は精力をつけるために焼肉を食べに来ました」と正直に答えました。

当時の僕は父の命を奪った胃癌のスペシャリストになって多くの人を助けたいと考えていました。ところがその説明会の1ヶ月後、木下教授から突然、下宿に電話がかかってきて、「服部君、ビールでも一緒に飲まへんか」と誘われ、教授室で腹を割って話す機会をいただきました。「僕は4浪して1留もして、学校も来てへんし、変わり者ですよ」と言ったのですが、木下教授は「その変わってるところがいいんや。ぜひとも君が眼科に来てここを変えてくれ」と、僕の普通と違う所を買って下さったのです。僕はそんな木下教授の魅力に惚れてしまって、科に関係なく、この先生に自分

の人生を賭けてついていきたいと思いました。それほど、木下教授は心が広くとても素晴らしい先生でした。

—先生は網膜硝子体手術の分野で日本トップレベルの技術をお持ちですが、それまでにはどのようなご経験をされているのでしょうか。

僕は一度分野を決めたからには、その分野では誰にも負けない気持ちで頑張りたい、といつも考えていました。眼科の医局に入った後、木下教授は僕に「眼科で一番難しい、タフな分野である網膜をやれ」と言われたので、僕は網膜の手術では誰にも負けにくい腕になるまで修行すると腹をくくりました。3年目には木下教授の恩師が院長をされている阪大の関連病院に府立医大からただ1人派遣され、そこで真野先生という人徳のある先生に出会いました。その病院では、「患者さんを自分の親だと思って治療することが大切や！」「目だけ見てたらあかんで！ちゃんと人として診ないとあかん」など、医療の原点をたたきこまれました。自分の親だと思って治療すれば、自分が執刀中に患者さんに何か難しいことが起こるとすぐに指導医に応援をおねがいするようになります。そして無事に手術が終了して、自分が何が悪かったのかをノートに書きこむ。これは僕が今若手を指導する時にも大事にしていることで、何かが起こる前にSOSを出す医師は、何かが起こってからSOSを出す医師よりも、成長します。前者のような医師は、指導医がどのようにその難しい状況を切り抜けるかを見て学ぶことができます。後からSOSを出す医師は、患者さんを自分の技術アップのたたき台だと思っているので、いつも同じ失敗を繰り返します。

卒業後5年目に熊本の病院で働いている時、網膜硝子体手術の件数で九州最多を誇る聖マリア病院の大塩善幸先生から声をかけられ、そちらに移ることになりました。大塩先生は「どんどん任せるので、はっちゃんよろしくね」とおっしゃって、福岡大の関連病院であったにも関わらず、わざわざ福岡大学に交渉し僕のために籍を作ってください、多くの手術を任せて下さいました。九州は実力がものをいうところで、大学でのポジションなど全く関係なく意見が自由に言えました。開業している先生に網膜硝子体手術を教えることもあります。すると、今度はその先生から白内障の手術を頼まれ、信頼関係からオファーは増えていき、僕は水を得た魚のように多数の手術をこなしていました。夢のようなひと時でした。大塩善幸先生からも「来年から部長はまかせるからな」と言われるほど期待され、活き活きとした生活を送っていました。

しかし、半年もせずして木下教授から全く予期せぬオファーがあり、そのオファーを2度断ると「人は粹に感じないとあかん。そうやないとお前とは縁を切る」と言われてしまいました。眼科医になったのも木下教授のおかげで、木下教授に縁を切られたら眼科医になった意味がなくなります。3度目は断ることができず、浜松の海谷眼科に就職することになりました。大塩先生には土下座をして謝りましたが「お前にはとても期待をしていたのに」とお叱りを受けました。大塩先生は涙を流されていて、愛情のこもった怒りでした。

浜松では1年半メスに触れず耐えがたい日々が続きましたが、これも試練。木下教授から紹介されたからには、絶対に泣きは入れないと決心し、自らの考えを変え、外来で一番慕われる医師になろうと思い頑張っていると、ある時、偶然に執刀の機会がやってきました。その日を境に、海谷忠良院長から少しずつ網膜硝子体手術を任せられるようになり、2年目には「服部、お前が先が上がって始めている」と言ってもらえるほど信頼されるようになりました。海谷院長はそれまで30年以上絶対に他人にメスを渡すことがなかったそうで、周りのスタッフに驚かれました。私も海谷院長を尊敬していましたので、手術終了間際になると隣の手術室で手術をしている院長に「ほぼ終わりました。最終確認をお願いします」と声をかけていました。院長は患者さんの近くへ行き、「〇〇さん、順調ですからね」と労いのお声掛けをされ、それで手術を終了していました。3年目になるともうそれもなくなりました。

信じてやり抜く心を持って海を越えベトナムへ

—浜松でやりがいも収入もあるお仕事をされていた中、なぜベトナムへ渡られたのでしょうか。

府立医大が主催する眼科学会が京都の国際会館にて開催され、その学会でベトナム人医師に「ベトナムでは多くの方が失明している」「是非ともベトナムに来て患者を救って欲しい」と頼まれたことがきっかけでした。当時僕は浜松で、それまでの苦勞の甲斐あって、休みの日にはウインドサーフィンができるような、何不自由ない生活を送っていましたが、「もっと僕を必要としているところがあり、僕が行けば多くの方が救えるんだ」と半年間悩みました。家族は大反対だったため、最初は3ヶ月だけということでも許しを得ました。ところが3ヶ月治療し続けても、まだまだ治療しないといけない患者さんがたくさん残っていました。このまま自分が帰ってしまうと患者さんたちはずっと失明したままになってしまう、と後ろ髪を引かれる思いでした。木下教授は3ヶ月経って日本に戻ったらいい病院を紹

介すると言って下さっていましたが、患者さんのことを考えると、まだまだやり残したことがあり、技術も伝えきれていない。もう少しベトナムにいさせて下さい、そう頼んでベトナムに残りました。ベトナムでの活動は、**道のないところに道を作るようなもの**でした。コミュニケーションがうまく取れないことで誤解されたり、文化風習の違いなどで誤解をされたりと、失敗や挫折の繰り返しでした。それでもやりがいがあったので続けたいと思いました。

—ベトナムでは治療費を払えない患者さんに対してボランティアで手術をされていたそうですが、その資金はどのようにやりくりされていたのでしょうか。

活動当初は貯金を切り崩しながらやっていましたがそれも底をつき、手術のアルバイトを探していました。しかし、「どこの馬の骨かわからない者に手術はさせるわけにはいかない」、「大学からの推薦状はあるのか」とハードルが高く、コンタクトレンズ販売店の横にある、クリニックでのアルバイトが主でした（このようなアルバイトは当時は眼科研修医がするものでした）。しかし、がむしゃらに活動をしているうちに、JALの機内雑誌『AGORA』や『情熱大陸』で取り上げられました。それをきっかけに、当時福島県で眼科医会の会長をしている今泉信一郎院長から「ぜひうちの病院にきて手術をして欲しい」という問い合わせがありました。そんな縁がいくつかでき、やっと僕自身の技術を生かせる手術の仕事によって収入を安定させることができるようになりました。

そして、生活費と現地での活動費用を稼ぐために、1ヶ月のうち2週間は日本で、北は岩手、南は鹿児島までの様々な病院で手術をし、残り2週間はベトナムに渡ってボランティアをするという生活が始まりました。ある時、奈良にお住まいの方が、「先生の番組を見て感動しました。もう私の命は長くなく、子供もいませんで、預貯金の5千万円をどうか先生の健康と長く活動ができるように使ってください」と言って寄付をしてくださいました。感謝の気持ちで一杯で、泣きながら受け取りました。それから10年後に、僕の活動を取りあげたラジオ番組を聞いていた目の不自由な資産家の方が、僕の支援団体であるアジア失明予防の会に、ほんと1億円寄付して下さいということもありました。このような方々をエンジェルと呼ぶのですが、不思議なことに、僕たちが困った時にエンジェルが現れるんです。

多くの方々が私の活動に賛同し、浄財を寄付して下さいようになりました。もし僕がお金儲けをしたいのなら、この活動をやめれば、いくらでもお金が貯まります。だってボランティアで手術をすればするほどお

金が出ていきますから。以前は3年ごとに新車が出れば買い換えていましたが、今では車は動けばいいという考えになり、最新式の車など買うお金があれば、もったいないと思うようになりました。そうしたお金はすべて、貧しい人たちの手術費用に使ってしまい、車は未だに24年前の1997年式(26万キロ)のカムリグラシアに乗っています。



「カンブリア宮殿」(テレビ東京の番組)に出演した際の取材写真。

—日本の外で働くにあたって特に大切にされたことはありますか。

海外のように自分にとってアウェイでやっていくということは本当に大変なことです。コミュニケーションが取れず困ることも多々ありました。目の前の問題を解決するために、紙に書いたりジェスチャーをしたり、とにかく相手に今何をしてほしいのか伝える方法を考えました。

大事なことは、指導医として来た僕が偉いのではなく、「人と人は対等である」という考え方です。自分(日本)が優れているという意識やプライドは、邪魔になります。振り返ってみれば阪大にこだわって4浪したことも、プライドが邪魔をしました。大事なのは目の前の問題をいかに解決するかということです。自分のポジションにこだわるより協力し合いながら道を探すほうがいい。だから僕は、ベトナムで日本と違うところがあっても、「日本だったらこうやるのに」と思うのではなく、僕がベトナムの文化や風習に慣れることが大切であると考え、ベトナム語を覚えたり、ベトナムのやり方などを学んだりしました。そうするうちに、僕自身が周りに徐々に受け入れられるようになりました。



ベトナムでのボランティア手術の様子。

—郷に入っては郷に従えということですね。先生自身が受け入れてもらえたと感じたのはどんなところでしょうか。

例えば、患者さんや治療に対する僕の信念です。初めの頃は「2PM、2PM(手術開始時刻)」と叫んでも、誰も動く人はいない。国立病院なのでのんびり仕事するのが通常でした。そして勤務時間を過ぎると帰ってしまうスタッフがいて手術のキャンセルは当たり前でした。手術をするためには手術室のスタッフの協力が必要ですが、早く始めれば自分一人でも多くの人の手術ができます。そこで、僕は他のスタッフが昼寝をしている横で、コメディカルのやる仕事や看護師のやる仕事などをしていました。貧富の差を考えず、全ての患者さんを平等に手術するために、僕は手術機器や顕微鏡の電源をコンセントにつなぎ、手術器具の準備など手術の準備を行い、患者さんを手術室に呼び入れ、麻酔や滅菌手術器具の準備も全部自分でやり、一人で手術を始めていました。そんな日々が続くと、いぶかしげに見ていた手術室のスタッフのうち、「**ドクターハットリは本当にベトナムの人達を救おうとしている**」と感じた人から行動が変わっていきました。一人、また一人と、手術の準備や患者さんの呼び入れなどに協力してくれるスタッフが増えていきました。外来の診察を飛び込みで頼まれ、僕の方が手術室に行くのが少し遅れると、「ドクターハットリ、遅いじゃないか」と言われるほどまでになりました。**人を変えるのは言葉ではなくて自らの行動あるのみです。そしてぶれない信念。**

—ベトナムでの手術は日本以上に難しかったと思います。が、どのように集中力を保たれたのでしょうか。

ベトナムでは難易度の高い手術が多く、その中でも特に難しいものが僕に回ってきました。日本から来た

というだけで期待も大きく、かつ何かあればすぐ批判の対象となります。そのような中で手術を成功させないといけないわけですが、自分で自分にプレッシャーをかけることも大事で、「患者を自分の家族と思え」と言われた時から、僕はこれを習慣にしてきました。僕はスーパーマンではないから、全ての人を救うことはできませんが、僕がギブアップしたら患者さんは失明してしまう。自分が頑張れば何とかなるかもしれない、だから決して諦めず、患者さんにとって一番いい治療を続ける。

集中力というのは、僕がこれまで一生懸命やってきたという背景、患者さんに対する考え方や気持ち、そして周りから求められるという環境の三つから成り立っていると思います。周りに求められると応え続け、応え続けるから何年経ってもベトナムに来て下さい、と求められ続けるわけです。

—そんな先生のご活動は日本でも賞賛され、天皇陛下に謁見されたこともあるそうですね。その時のお話を聞かせていただけますか。

2018年、当時の天皇皇后両陛下（現上皇）がベトナムの Quang 国家主席を宮中晩餐会にご招待された際、晩餐会後に春秋の間にて、僕自身も両陛下にご拝謁いたしました。「以前（2013年の晩餐会、2017年のご訪越時）にもお会いしましたので先生の活動のことはよく存じています。なかなかできることではないのに、よく頑張っておられて、同じ日本人として誇りに思います」とのお言葉をいただき、目頭が熱くなってしまいました。皇后陛下は白い柔らかいお手で私の手を握られ、「先生のされていることはなかなかできることではありませんわ。とても素晴らしいことをなさっておられるわ」と、涙をお流しになられました。普通の仕事をしていれば絶対にご接見をすることのないお方である両陛下から賜りましたお言葉とその時の光景を、僕は忘れることができません。

それより前の2009年2月には、徳仁皇太子殿下（今の天皇陛下）ご訪越の際にお招きいただきました。「万難を排してお伺いいたします」と答えましたが、日本での7か所の病院での手術の仕事がありましたので、一旦帰国し休みなしで働き、再びベトナムに戻ることとなりました。当日の会場はテーブルが分かれていて、皇太子殿下はこちらのテーブルに来られると、まさきに僕にお話ししかけてくださいました。

「ここには、バイクでこられましたか？」

「はい、直前まで手術をしていて、ひょっとするとこの会に間に合わないかと思っていました」

「すごい熱意でベトナムの人々を救っているのです

ね。友人から渡された『はっちゃんベトナムに行く』を読みました。本には「仁愛」というサインがありましたね。「仁」という字が私の名前にありますのでごく親しみを感じましたし、情熱大陸のDVDも観させていただきました、とても感動いたしました。是非とも服部先生に直接お会いしたいと思っていました」

僕は手が厚いのですが、殿下も厚いお手で握ってくださり、僕がずっと握っていると悪いと思って放そうとすると、ぐっと殿下が握り返されまして、僕の活動が日越の友好を懸け橋となっているとの大変な称賛をいただきました。その後、2015年にヘルシー・ソサイエティー賞を受賞した時にも東宮御所に招いていただきました。

ご称讃のお言葉をいただき、皇室の方も僕の活動を応援して下さいと思うと再び興奮する気持ちとともに「もっと頑張らないと」と気が引き締まりました。



ベトナム政府から外国人に贈られる最高位の友好勲章を授与され、スピーチを行う。



日越議員連盟の総会で講演をした時の様子。

左：岸田総理（当時：事務局長）

右：武部日越議員連盟名誉会長（当時：自民党幹事長）

若い人たちへ

—なぜ先生はご自身を犠牲にされてでも活動できるのでしょうか。

患者を助けることで僕も救われます。僕の価値観では、家は住めれば良く、車は動けば良い。この仕事はお金儲けに走ろうと思ったらいくらでも走ることができます。けれども僕は、患者さんを救う機会を与えてもらったために、幸せに共感できる貴重な機会を得ました。海外で働くときの心がけでも話しましたが、人と人は対等です。「目の前に困っている人がいたら、遠慮なく人を助ける」自らお金を出してでも、それが自然にできるようになったことは僕の心の宝です。

ベトナムでは若手医師の育成もしています。何かが起こる前にSOSを出すようにというのは同じですが、もう一つ彼らと約束していたのは、「僕の技術は全て君たちに惜しみなく教える。だからそれを必ず次の世代につないで欲しい」ということです。やはり発展途上国では技術はそのままお金に結びつくので、残念なことですが、お金儲けに走る医師もかなりいました。しかし20人程教えた中で、2、3人程、僕のDNAを受け継いでくれた医師がいます。すなわち後進の医師を指導するとともに、お金のない人に対しても**自分のポケットからお金を出してでも治療し、患者さんに喜んでもらうことで幸せを感じるようになってくれました。**

—ボランティア活動に、日本人の若者が同行することもあるそうですね。

全国各地の大学から学生が来てくれていて、山口大学などは国際医療研究会が主体となり、毎年3～4名の学生が来ます。私の母校の四条畷高校からも生徒が来るようになりました。人数には限りがありますので、高校の方で面接などを行います。精鋭たちが来ているだけあって、初めは突っ立っているだけでも、「医師でなくてもできることはたくさんあるやろ。自分で考えてみろ」と言うと、目薬をさしたり、手術を終えた患者さんを家族のもとに誘導したり、カタコトのベトナム語でも患者さんとコミュニケーションを取ったりと積極的に行動するようになりました。感想文を読むとわかりますが、彼らにとってボランティア活動は非常に良い体験となるようです。府立医大の学生にもぜひ来て欲しいと思っています。

最後に

—京都府立医科大学の学生や関係者、これから府立医大

を目指す人へのメッセージをお願いします。

研究にしても臨床にしても、どんな道に進んでも頑張れば頑張るほど、障害、挫折や失敗をたくさん経験すると思いますが、それを乗り越え、**その道では誰にも負けない存在になる**という気持ちで頑張ってください。京都府立医科大学は、大人しいけれど頭の切れる人が多くいる素晴らしい大学です。トリアス祭など華やかな一面もあるし、何より伝統のあるこの大学に入れて良かったなあと思います。僕は本当に京都府立医科大学のことを誇りに思っています。ぜひ府立医大にきて、学び、遊び、いろいろなことを一生懸命やりながら卒業して、患者さんのことを一番考えられるドクターになって、視野を大きく持って日本だけではなく世界に飛び出し、世界で通用するような研究や臨床をして欲しいと思います。

これまではアメリカやヨーロッパに進んで留学する人が多くいました。これからはアジアの時代になりますので、アジアに向けて提携する大学や病院を探していくことが大切です。日本がアジアに果たす役割として医療は大きな分野なので、これからたくさんの人が世界に羽ばたいていこうと思っています。このコロナ禍においても、府立医大の研究グループには、新型コロナウイルスが感染する際の受容体であるACE2タンパク質を改変してウイルスとの結合力を約100倍にまで高め、抗体製剤と同等の治療効果を持つウイルス中和タンパク質（改変ACE2受容体）に着目し、どの変位型のコロナウイルスでも効果がある治療薬を開発している、素晴らしいグループがあります。ゼロコロナには絶対になりませんので、インフルエンザと同じようにこの新型コロナ感染に、治療薬ができて2類^(*1)から5類感染症^(*2)になり、早く人々の生活が通常にもどり、日本経済が立ち直るきっかけが早く訪れることを願っています。

(*1) 2類感染症：総合的に判断し危険性が高い感染症として、患者の入院、場所や物の消毒等の措置を行政が行う感染症。急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）、鳥インフルエンザ（H5N1）および鳥インフルエンザ（H7N9）が指定されている。

(*2) 5類感染症：国が発生動向調査を行ない、必要な情報を国民や医療関係者に提供、公開していくことで発生・拡大を防止すべきものとされる感染症のこと。主なものとして、インフルエンザや風疹、麻疹、感染性胃腸炎、水痘、破傷風、梅毒、HIVなどがある。

取材・文：君島静（医4）

訪問看護で納得できる最期を支援



看護師・保健師 古和田 光輝

プロフィール

2019年看護師及び保健師の資格を取得し、京都府立医科大学看護科卒業。その後東京の大学病院に就職。看護師一年目で看護小規模多機能型居宅介護に転職し、現在に至る。

目次

- ・訪問看護で一人ひとりに合わせたケアを
- ・患者に寄り添う医療に出会った学生時代
- ・明確になった地域医療への思い
- ・今後の目標と学生へのメッセージ

訪問看護で一人ひとりに合わせたケアを

一本日はよろしくお願いたします。古和田さんは現在どのようなお仕事をされているのでしょうか。

看護小規模多機能型施設^(注1)で働いています。

私の働いている施設では通所と泊まりと介護と訪問看護全てがひとまとめの料金で利用できるサービスになっています。普段は午前は通所で来られる方の看護を、午後から2-3件訪問看護を行い、施設に帰ってきて記録等をして1日の業務が完了する、という流れで働いています。施設に通所されている方は50-60代のパーキンソン病や脳疾患、認知症などの難病の方や高齢者の方が多いです。がんなどの末期の方も数名います。

看護小規模多機能型施設では、患者さんや家族の状況に合わせて調節しながら看護を提供できることが特徴です。例えば、帰宅を希望される患者さんのご自宅の状況がご本人を受け入れられる状態に整うまで施設の宿泊サービスを利用していただき、ご自宅に帰られた後は訪問看護で介入し、ターミナルケアまで行うというようなことができます。患者さん一人一人が望む生活を実現できた時にとてもやりがいを感じます。

(注1) 看護小規模多機能型施設

医療依存度の高い人や退院直後で状態が不安定な人、在宅での看取り支援など、住み慣れた自宅での療養を支える介護保険サービス。主治医との連携のもと、医療処置も含めた多様なサービス（訪問看護、訪問介護、通い、泊まり）を24時間365日提供する。

—訪問看護では具体的にどのようなことをされているのでしょうか。

現場では、家族がどこまで介護に関われるのかを把握しながら、訪問看護の回数などをケアマネージャー^(注2)さんと相談しながら個別の患者さんに合わせて決めていきます。一回の訪問は30分から1時間くらいで、週に2-3回訪問看護をするパターンがほとんどです。持ち回りで24時間のオンコールを担当する日もあります。提供しているケアの内容としては、排便や浣腸などの排泄ケア、大変な介護を行っている家族のお話を聞くような家族ケアなどを行っています。褥瘡などの傷のケアをしなければならない場面に出会う頻度も高いので、軟膏処置をすることもあります。

(注2) ケアマネージャー

介護を必要とする方が介護保険サービスを受けられるように、ケアプラン（サービス計画書）の作成やサービス事業者との調整を行う、介護保険に関するスペシャリスト。

患者に寄り添う医療に出会った学生時代

—保健師の資格を取得されていますが、そこから訪問看護の道を選ばれた経緯はどのようなものだったのでしょうか。

学生時代の実習で訪問看護師と一緒に ALS^(注3)の方の訪問に行きました。病気のせいで患者さんはどんどん体の機能が落ちていってしまうのですが、今ある機能を最大限に利用して本人がしたいことを最後まで援助するというケアのあり方にとっても魅力を感じました。もともと地域で看護をしたいと考えていたので、患者さんの望む生活を実現できる訪問看護は私にとっては最高の組み合わせだと考え、緩和ケアにも興味を持つようになりました。

(注3) 筋萎縮性側索硬化症。手足・のど・舌・呼吸に必要な筋肉がだんだんやせて力がなくなっていく病気。

—学生時代はどのように過ごしておられましたか。

私は自分で学費を払わないといけなかったので、大学に行って勉強が終わったら、部活がある日にフットサルをする時間以外は全部バイトをしていました。実習がある時期は、実習に行ってバイトに行って実習記録を書いて、また実習というサイクルで生活していたのでとても大変でした。

—京都府立医大での学びで印象に残っているものはありますか？

予防の観点の方が大事だと思ったので学生時代は保健師のコースを取っていました。保健師の勉強をしたことで地域看護に興味を持ったので、保健師のコースで学んだことは、訪問看護師になりたいと思うようになったきっかけにもなりました。

今の仕事にも保健師の先生から習ったことがすごく役立っています。例えば、医療制度や利用できるサービスの知識は患者さんやご家族への説明に欠かせないですね。学生20人に対して先生が5人ほどいてくださるので、よく目が行き届く環境で個別の学生に合わ

せた進路指導や教育をしてくれたと思います。

明確になった地域医療への思い

—最初の就職先はどのように決められたのでしょうか。

就職活動は合同説明会に行き、3年の末か4年の最初くらいにインターンに行ってその後病院ごとの採用試験を受けるという流れでした。自分が始めたい時期に始められるので、早めに動くのがいいかもしれませんが。私は合同説明会で気になった施設へインターンシップに行き、理念に共感できた東京の大学病院を選びました。

—なぜ大学病院から現在働かれている看護小規模多機能型施設に転職されたのでしょうか。

まずは大学病院で看護技術や知識を学ぼうと考えたのですが、病棟の仕事は地域の人とじっくり関わるような自分の目指す看護師の姿とは違っていました。患者さんは病院に治療を受けに来られるので、入院中はやるべきことが決まっていて、コミュニケーションを双方向でとって方針を一緒に考えていくというよりは業務的なケアになってしまっていると感じたんです。地域で働いていると、患者さんには家族や暮らしの優先順位があり、それに合わせて患者さんと対話をしながら看護ができるのではないかと、そういう看護の方が自分には合っているのではないかと考えるようになりました。

—転職後の現在の職場で訪問看護師としてどんなことにやりがいを感じますか。

個別の患者さんに合わせて、ご本人が望む生活を実現できた時にはやりがいを感じますね。訪問看護の中でもターミナルケアでは患者さんのご家族に心を開いてもらったり、苦しさを共有してもらうことが大切なので、より密に関わることが求められると思います。

ターミナルケアの現場では、自宅でお看取りをすることが難しい場合も多いのですが、最後にご本人とご家族とが納得して最後を迎えられると、関わってよかったなと思います。病状が急に変わったり、患者さんが苦しんでいる姿を家族が見ないといけなかったりといろいろなハードルはありますが、痛みや息苦しさをうまくコントロールして家族が安心して最後まで一緒に居られるように援助することがポイントになります。患者さんの状態をご家族にきちんと理解していただき、最期に向けて準備をしていくことも大切です。何度も

訪問を繰り返す中で、患者さんの病状を説明するタイミングや頻度なども個別に工夫できる点も訪問看護の特徴だと思います。

今後の目標と学生へのメッセージ

—古和田さんは今後どんなふう to 仕事をしていきたいと考えていますか？

訪問看護を始めてからまだ経験が浅いので、まずは現場経験を積み重ねたいので看護小規模多機能型施設で働きたいと思っています。一緒に仕事をしている方はベテランの方ばかりなので、地域で看護師として働きたいという熱意をアピールすることと、わからないことは素直に周りの人に聞いて、毎日勉強して知識と技術を向上することを心がけています。

—学生へのメッセージをお願いします。

私は看護師としての最初のキャリアを病棟看護師としてスタートしましたが、自分のやりたいことを考えた結果、地域に出て訪問看護に携わることを選びました。病院で働いた期間が短く看護技術や知識を完璧にできたわけではなかったですが、看護協会が講習や研修を地域でたくさん開催してくれているので、そういう学習の機会を活用するようにしています。病院勤務や地域医療も含めて進路に迷っている人には、卒業後も自ら必要なことを勉強していくやる気さえあればどのようなキャリアを選んでも大丈夫だと伝えたいです。自分のやりたいことができるような働き方を見つければいいですね。

—本日はありがとうございました！

取材・文：磯邊綾菜（医6）



学生時代に行っていたフットサル部の大会の写真。

メ ディカルサイエンティストとして生きる



循環器内科学・NIH 博士研究員
西 真宏

プロフィール

2010年京都府立医科大学医学部医学科卒業、湘南鎌倉総合病院にて初期研修を行う。2012年より近江八幡市立総合医療センターにて循環器内科医として勤務。2015年に京都府立医科大学大学院循環器腎臓内科博士課程に進学し、2020年よりアメリカ国立衛生研究所心肺血液研究所博士研究員、日本学術振興会海外特別研究員（NIH）。

目次

- ・循環器内科から NIH に
- ・コロナ禍での研究留学
- ・キャリア形成と医師のウェルビーイング
- ・学生へのメッセージ

循環器内科から NIH に

—本日はよろしくお願いたします。

よろしくお願いたします。この度は、創立 150 周年おめでとうございます。長い歴史のある本学で学べたことは卒業生として私の誇りです。これからも本学が学外、学内に広く人材を求め、多様性、流動性、競争を産んで古都京都ならではの大学ブランドを作っていくことを期待しております。

—ありがとうございます。西先生は現在、本学の循環器腎臓内科教室より博士研究員としてアメリカの NIH（National Institutes of Health：国立衛生研究所）に留学されているとのことですが、NIH とそこで取り組まれているお仕事について教えていただけますか。

私は NIH の心肺血液研究所、NHLBI（National Heart, Lung, and Blood Institute）というところに博士研究員として留学しています。大学院で医学博士の学位をとり終えた直後の 2020 年から本学循環器腎臓内科学教室の的場聖明教授の推薦でこちらに来ることになりました。

NIH は世界トップレベルの医学生物学の研究所でありながら、全米の各研究所の研究予算の配分をする政

府機関でもあります。ですので、大学とは違い学生はおらず、専門家が集まる組織となっています。例えば、米国のコロナ対策のトップであるアンソニー・ファウチ博士や 2020 年に C 型肝炎の研究でノーベル医学生理学賞を受賞されたハーベイ・オルター先生も NIH に所属されています。このような環境に身を置きながら、私は心疾患患者の全ゲノムシーケンスデータ^(注1)の解析によりミトコンドリア^(注2)異常の研究をしています。

(注1) 全ゲノムシーケンスデータ

全 DNA の一連の遺伝情報のデータ。

(注2) ミトコンドリア

細胞の中にある器官で、ミトコンドリアに異常が見られると心臓や神経に症状が現れやすい。



NIH Building 10



妻とアメリカの友人らとの記念写真

コロナ禍での研究留学

—新型コロナウイルス感染症の蔓延期にアメリカに留学されていたことですが、留学で大変だったことはありますか。

留学を始めたのは2020年の1月だったので、その直後からCOVID-19の流行が拡大しました。NIHは閉鎖され、2ヶ月半ほどラボに通えない日々が続きました。私は日本に一時帰国したりと慌ただしく過ごし、大変だった思い出があります。元の留学生活が再開できる日が来るのか、NIHで研究を続けられるのかという不安がありました。

現在はNIHでの研究を再開できていますが、出勤は50%までという制限があるので、半日出勤、半日リモートワークという生活が続いています。

—リモートワークではどのようなお仕事をされているのでしょうか。

NIHで当初行っていたのはウェットラボ^(注3)での実験が主体でした。しかし、在宅ワークをせざるを得ない状況を受け、リモートでもできるプロジェクトを始めました。現在は機械学習を用いてヒトのビッグデータ解析をするプロジェクトを行っています。もちろんNIHのラボのプロジェクトも継続して行っていますが、京都府立医大や国立循環器病センター、京都大学などと共同して循環器疾患のリスク評価や予後予測のAIツール開発などを目指した複数のプロジェクトに携わっています。私はもともとプログラミングやコンピュータサイエンスの分野に興味があったので、こういった研究にも楽しく取り組んでいます。

(注3) ウェットラボ

実験装置や薬品などを用いて実際に実験を行う研究室。

—臨床医の視点からビッグデータを使いたいと思った経緯を教えてください。

私は大学院時代に行っていた研究でもオミックスデータ^(注4)というビッグデータの解析をしていました。NIHに所属する以前に海外学会などで得た繋がりから、ドイツのドレスデン工科大学や京都大学でバイオインフォマティクスや機械学習の技術を習得する機会があったのです。当時はマイクロアレイやRNAシーケンスといった分子生物学的なデータの解析を行っていたのですが、現在行っている公衆衛生学的なデータの解析には、当時の経験が入り口となっていると思います。

(注4) オミックスデータ

網羅的な生体分子についての情報。文中の全ゲノムシーケンス、マイクロアレイ、RNAシーケンスデータなどが含まれる。



美しいドレスデンの黄昏



Carlo Cannistraci 先生（右：2021 年現在、中国清華大学教授）とドレスデンにて

—医学とプログラミングの両立にはどんなメリットがありますか。

プログラミングのスキルや知識を少しでも持っている、研究の幅が広がります。AI エンジニアになる必要はありませんが、プログラミングの技術があればアプリケーションの開発もできるので、クリエイティブな仕事をするのが可能になると思います。医師を目指すみなさんにとって医学の勉強が大切であることはもちろんですが、今後はプログラミングや機械学習などの統計解析の勉強がすごく大事になると思います。今から勉強しておくこともおすすめです。

キャリア形成と医師のウェルビーイング

—先生は医師のキャリア形成についてもデータを用いた研究をされているそうですね。どのようなことがわかったのでしょうか。

私の経験と研究結果をもとにお話ししますね。京都府立医大第二内科同窓会の先生方に協力してもらってアンケートを実施し、医師のウェルビーイング^(注5)とワークライフインテグレーション^(注6)について機械学習を用いて研究しました^(参考資料1)。結果は、ウェルビーイング

の最大の予測因子はキャリアへの満足度でした。つまりウェルビーイングの向上のためには、仕事を楽しくしているか、満足いくキャリアを積んでいるかが大切だということですね。医師を雇う雇用者側の視点に立つなら、医療の質を高めるには医療従事者のウェルビーイングを向上するような取り組みをするとよい、ということになりそうです。これから医師を目指すみなさんや若手医師の皆さんにはぜひこのことを知ってもらいたいですね。

(注5) ウェルビーイング

短期的な幸せではなく、自己実現や良好な人間関係などを含めた持続的な幸福のこと。

(注6) ワークライフインテグレーション

仕事と私生活の相互関係。

(参考資料1) Nishi et al. Prediction of well-being and insight into work-life integration among physicians using machine learning approach. *PLOS ONE*. 2021 July 15; 16 (7): e0254795.

—キャリアの満足度を上げるとより充実感をもって働けるということですね！西先生は現在、臨床医の肩書を持ちながらデータ解析や機械学習の研究をされていますが、ご自身のキャリアについてはどのようにお考えですか。

私は海外で自分の職業を聞かれたら「メディカルサイエンティスト」と答えるようにしています。あくまで軸は循環器内科医だということを意識しているわけなのです。医師ならではの専門知識を活かすことで、独自の視点から機械学習やデータの解析や解釈をすることができます。データサイエンティストはたくさんいますが、医師かつデータサイエンティストで機械学習をやっている人はあまりいません。肩書一つで100分の1の存在になれるとするなら、3つ持っておけば100万分の1の存在になれるのです。人が持っていない知識や技術を持つことが強みになると思います。

—西先生のこれからのキャリアについて教えてください。

私はこれまで、AI/機械学習による心筋梗塞の予後予測モデルの開発や^(参考資料2)、消防庁の院外心肺停止患者の予後予測の作成をしてきました。現在は国立循環器病センターのDPCデータ^(注7)を用いて、医療の質を保ちながらいかに医療費を抑えるかを解明するためのアルゴリズムの開発や、カリフォルニア大学ロサンゼルス校と共同でアメリカの高齢者医療保険データを用いた医療政策研究も計画しています。

私の使命は医療ビッグデータ、医療政策、デジタルヘルスを探求して医療システムを改善することだと考えています。2030年、2040年を見据えて医療の進歩に貢献したいです。

(注7) DPC データ

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額を算定するためのデータ。

(参考資料2) 心筋梗塞予後予測 AI アプリケーションツール
(<https://kotomi-calculator.herokuapp.com/>)

学生へのメッセージ

—留学をしようと考えている学生に対してアドバイスを
お願いします。

留学をする上で英語学習が大切なのはもちろんですが、私は「**礼節・信用・利害関係**」が非常に重要だと考えています。これはビジネスでは当たり前のことかもしれませんが、良いパートナーを得ていく上ではとても大切なことです。私は今までこの三つを意識して人と関わってきた結果、日本にも世界にも人脈を広げ、様々な研究に取り組む機会を得ることができました。また、他の人が持っていない武器があれば自分のポジションを確保していけるかもしれません。

—学生へのメッセージをお願いします。

人生で行き詰まった時には、先人の知恵や教えを学ぶと良いと思います。私は時々論語や孫氏を読むようにしているのですがここには「**君子は器ならず**」という言葉があります。限界を決めてはいけないという意味です。特に若いうちはポテンシャルが高いので、大方のことは努力次第で実現可能であり、限界を設けない方がいいと思います。最近私が医学生だった頃よりも圧倒的に早く技術革新が進んでいて、必死に食らいついていかないと取り残されてしまう世の中です。教科書に載っていない知識や大学で習わない技術、学問領域を自ら学んでいく行動力が大切です。これは学生のみなさんに対するメッセージでありながら、自分に対する戒めの言葉でもあります。「学は及ばざるが如くするも、なお之を失わんことを恐る」とも言われるように、何歳になっても学んでいなくてはならないということですね。

人生にはいくつもの岐路がありますが、実際は選んだ選択肢が正しいかはわからないものなのです。私はその時々々の分岐点で、自らの信念のもと歩む道を選択してきたように思えるかもしれませんが、流れに身を任せたことも多々あります。**与えられた環境でとにかく頑張る**ようにすれば、頑張っているうちにきっと新しい興味が湧いてくるはずですよ。そして興味や目標が明確になり、自ずと進むべき道が見えてくると思います。

—本日はありがとうございました！

取材・文：東優伽（医1）

WHO で生きる目的意識と実行力



WHO ジュネーブ本部
川野 美香

プロフィール

1989年に京都府立医科大学卒業後、1990年に本学第2外科入局。
1994年より厚生省（現在の厚生労働省）にて健康政策局指導課、薬務局審査課。
1997年よりWHO ジュネーブ本部にてワクチン供給、ハンセン病制圧、国際保健規則（International Health Regulations：IHR）等に関わる業務に従事。
現在は検疫、旅行者医学を担当。

目次

- ・大学を卒業後、外科の道へ
- ・現場感覚を軸に厚生労働省で医療システム、災害対応、GCP
- ・WHOで働く
- ・学生へのメッセージ

大学を卒業後、外科の道へ

—学生時代はどのような医師になろうと考えていらっしゃいましたか？

私は学生の時はあまり勉強が好きではなかったのですが、カエルの解剖をした際に自分の手を動かして生体に関わることの楽しさを知り、それがきっかけで手術ができる外科に進みたいと考えました。5、6回生の時には血液検査のデータなどを読むのは好きでなかったのですが、仕事で毎日のように論文やデータを読むことが当たり前になった今ではなぜ当時そんな風に



大学の同級生とバスケットボール部の後輩と

思っていたのか不思議ですね。

—外科時代はどのような生活をされておりましたか？

私は第2外科に女子で初めて入局したので大変なことも多かったのですが、「できるか？なら来い、やってみろ」という外科のスタンスが自分にすごく合っていました。研修医生活は1日に5時間眠れたら良い方で、土日の休みは無く、月に20日は当直に入っていたので体力的にはつらかったです。しかし、第2外科の先輩、同僚に支えてもらったことと、当直の度に栄養バランスのとれた病院食を食べることができたため研修医生活を乗り切ることができました。学生時代にバスケットボール部に所属していたことと、研修中も合間を縫って週に1度、30分間泳いでいたことも良かったと思います。大学病院の2年間の研修を終えられたことがその後の自分の自信につながりました。

現場感覚を軸に厚生労働省で医療システム、災害対応、GCP

—公衆衛生の道へ進もうと考えたきっかけを教えてください。

私は帰国子女で、子ども時代に海外で暮らしていた経験があります。14歳ぐらいの時に住んでいたシンガポール日本人学校で国連についての授業を受けた際、「日本は金は出すが人は出さない、日本人は英語が苦手だからね」と言われました。その話を聞いて、英語が得意であることを活かして日本のために日本人として国連に行きたいと考えるようになりました。その後京都府立医科大学の公衆衛生の授業で天然痘の撲滅の話聞く機会があり、教授が授業中におっしゃった「**予防は最も有効で経済的な治療である**」という言葉をきっかけに、パブリックヘルスの分野に関心を持つようになったのです。大学を卒業する時に当時の公衆衛生学教室の教授に、「WHOに行くのでも、まず臨床の経験を積んでからにしてください」という助言をいただきました。大学病院で研修後、明石市民病院での2年間の研修を終えて、進路を考えているときに、外国で自分を試してみたいと思いが蘇り、WHOに詳しい先生から、厚生労働省（当時は厚生省。以下厚生労働省と表記）からWHOに出向するようアドバイスを受け、厚生労働省に受験して入省しました。

—厚生労働省ではどのようなお仕事をされましたか？

私が厚生労働省の健康政策局指導課にいた当時は、院内感染が世間で問題となっていました。私は臨床医として働いていた経験から、院内感染対策として病室前にアルコール消毒液を設置することを思いつきました。その提案には最終的に予算がついて、実現されることになり、現在も継続して実施されている感染症対策の1つとなりました。他には阪神淡路大震災の被災地に足を運んで何が不足しているかを調査したり、地下鉄サリン事件への対応も行いました。薬務局審査課にいた時は、医薬品の審査とGCP^(注1)の導入に携わりました。

(注1) GCP：Good Clinical Practiceの略、人を対象にした医薬品の臨床試験の実施基準。

—臨床経験は厚生労働省の仕事にどのように活かされましたか？

厚生労働省では、より良い医療のために法律、予算、対策案などを作りました。その際、医療の現場がどのような状況にあるかを知っていることが、実情に即した対策を考えるのに役立つように思います。臨床での実体験が厚生労働省の仕事に活かされたことがあります。私が明石市民病院にいた時には、厚生労働省から「**肝臓疾患で亡くなった人の数を報告してください**」

という要請を受け、またその数日後にも同じ要請を受けるといことが度々ありました。その頃は電子カルテではなかったので、忙しく働く中で1枚1枚カルテをひっくり返して、何人分も確認して…という作業を現場の医師が行わなければならない、繰り返し同じことをする無駄を腹立たしく思っていました。厚生労働省に入ってから、その原因が多くの部署が各々で要請を出していたからだと分かり、現場の無駄をなくすべく他の部署との話し合いに参加しました。

WHOで働く

—どのような経緯で厚生労働省からWHOへ行かれたましたか？

厚生労働省に入局するときに、WHOに行きたいと希望を出していました。私はマレーシアやシンガポールで育ったので東南アジアへ行きたかったのですが、TOEFLの点数が良かったことが評価されて、スイスのジュネーブにあるWHO本部に出向することになりました。3年間の任期の後、厚生労働省に戻るか、厚生労働省を辞めてWHOに残るかの2択で悩みましたが、海外で仕事をする方が自分に合っていると感じていたのでWHOに残ることを選び、現在もWHOジュネーブ本部で仕事をしています。厚生労働省では様々な分野の第一線で活躍する方々に助言をいただきながら政策作りをしていましたが、WHOでは世界中の専門家の方々と一緒に仕事をするのができ、刺激的な日々を送っています。



2011年5月20日、世界保健総会（World Health Assembly）にて



2010年12月10日、在ジュネーブ国際機関日本政府代表部 忘年会 (Japanese Mission end of the year party) にて



2014年8月12日、モルドバ共和国の感染症センター (Moldova Infection Control Center) と緊急対策室 (Emergency Coordination room) にて

—今まで WHO でされたお仕事について教えてください。

GMP^(注2) に沿ってワクチン生産の審査、ワクチン供給の調整、ハンセン氏病撲滅、政策決定の考案材料としての感染状況のマッピング、国際保健規則 (International Health Regulations (IHR)) の施行などに関わりました。IHR は加盟国に国際問題になりそうな健康衛生情報を WHO に報告する義務を課すもので現在のコロナでも重要な役割を果たしています。現在は、旅行者のための医学である travel medicine を扱う WHO International Travel and Health の改訂を担当しています。この本は旅行者を診る医師と旅行者が対象で、ある国に入学するにはどのワクチン接種が必要か、どのような病気に留意しなければいけないか (例えばマラリアの流行地に行く旅行者は蚊に刺されないように何を持っていくべきか、何をすべきか) といった情報が載った本です。まだ WHO でガイドラインができていないいくつかの質問 (例えば肺血栓塞栓症 (エコノミークラス症候群) にアスピリンは効くのか) への対処も含まれます。

WHO でガイドラインを作る際は、まずシステムティックレビューでハイクオリティな論文を選別し、その後副作用及び他のメリット、デメリットなどを勘案し、専門家が勧告を決定するという流れになっており、WHO の役割はその過程をフォローすることです。

(注2) GMP : Good Manufacturing Practice の略、医薬品の製造と品質管理に関する国際基準のこと。

—お仕事でプレゼンテーションを行う機会が多いと思いますが、うまくプレゼンテーションを行うコツはありますか？

様々な職種の方と仕事をする中で特に重要なのは、相手にものを伝える際に必要となるプレゼンテーション能力だと思います。相手にどう協力してほしいのか、こちらが何を求めているのかをきちんと伝えるためにプレゼンテーションの内容について自分で勉強し、自分なりの意見をしっかりと持つことが最も大切です。何を強調して伝えたいのか、相手に何を話してほしいのかを明確にしておくとうまく伝わりやすいプレゼンテーションになると思います。

また、プレゼンテーションを作る流れとしては、「起承転結」を作ることを意識しています。「起」で言いたいことの背景や事前に知ってもらいたい情報などを伝え、「承」で起で提起した内容を受けて物語の本題に入る前の導入部分とし、「転」で起と承で話した内容が転じて一番言いたい主張を入れ、「結」でこれまでの話がどのような結末を迎えたのかについてまとめを述べます。日本人は小さい頃から起承転結の構造を学んでいるのできっと取り組みやすいと思います。皆さんもぜひ実践してみてください。

—今後について何か計画はありますか？

今は定年退職に向けてお金を貯めているところです。人生100年時代なので、定年退職したら今とは全く異なることに挑戦してみたいと思っています。人工知能(AI)で職業地図が大きく変わると言われている一方で、ソーシャルメディアでの Influencer^(注3) といった新しい職業も普及しており、従来の概念にとらわれないような働き方もできるのだと感じています。世の中の変貌をにらみながら、自分らしく、かつ、世の中の役に立つ面白いことが見つかると思います。

(注3) Influencer：《影響、感化、効果の意》他に影響力のある人やもののこと。特に、インターネットの消費者発信型メディア(CGM)において他の消費者に大きな影響を与える人。



2016年4月25日、アムステルダム公衆衛生研究所の会議にて

学生へのメッセージ

—学生に向けてメッセージをお願いします。

謙虚さを常に持ち、分からないことがあれば素直に認めて人に聞くことのできる姿勢を大切にしてください。そして、人に相談するときは何に興味を持っていて、それについてどう考えているのか、何をしたいのかを考えて話してみてください。そうすれば、きっと具体的なアドバイスをもらえると思います。

また、これは若い人全員に伝えたいことで、聞く・読む・話す・書くの4技能を全て含んだ英語力を学生のうちに身につけておいてほしいです。英語で論文を書くことができれば世界中の人に知見を共有することができます。英語の論文が少ないという理由で、日本人が世界から過小評価されているように感じる場合があります。英語で発信すれば日本の医療、日本の医学の素晴らしさをもっと伝えていくことができると思います。

—おすすめの英語の勉強法についてアドバイスをいただけますでしょうか。

まずは TOEFL や IELTS といった英語の検定試験を受けることをおすすめします。高校生までの英語は文学作品の語彙が中心で経済や政治についての語彙はあまり身につけられません。しかし、これらの試験ならそのような語彙を増やすことができ、国際社会でよく用いられている英語を学ぶことができます。

普段からできることとしては、100ページ程度の英語の本をあまり語彙に囚われず、一気に読むと英語の仕組みに慣れることができると思います。日本語で既に読んでいて話の展開を知っている本を英語で読むのも1つの方法です。語彙を増やしたい場合は、Kindleだと辞書が入っているので知らない単語をタッチするとその和訳が出てくるし、タッチした語彙のリストもできるので復習にも便利です。日本語の訳本よりも英語の原書の方が安いので、私が学生の頃は医学書を原書で買ってその本で勉強していました。大学の先生方はテストを英語で書いてもちゃんと採点して下さいました。

また、料理や掃除などをしている間に、英語のラジオなどを聞き流すこともおすすめです。私はすごく好きな映画を繰り返し見て、セリフを知らずとも全て覚えてしまったことがありました。ヒアリングの上達には有効です。他には、オンラインの英会話や SNS でネイティブと話すことです。実際に喋ることで身につくことも多いです。

—WHO などの国際機関で働きたいと考える学生が今からしておくべきことは何ですか？

最新の国際時事問題を把握しておくことでしょうか。国際政治の問題は働く上で必要な大前提の知識ですが、人に教えてもらう機会は少ないので自分でチェックして勉強しておかなければなりません。また国際社会で働くことは安定雇用とは言いがたく、失職のリスクもあるので、医師として働くことができる下地を作っておくことは必要だと思います。WHO などの国際機関に興味のある人は日本にいる間に AMDA^(注4) や JICA^(注5) などの国際協力機関が開催するイベントに顔を出してみることをおすすめします。そこで色々なことを経験してやっぱり WHO に行きたいと思ったならば、日本でのポストを確保しつつチャレンジするという形が1番良いのではないのでしょうか。また、国境を越える公衆衛生家のたまり場 | Facebook というオンライン上のグループがあり、医学生でも参加できるので興味がある方はぜひ参加してみてください。

(注4) AMDA：アジア医師連絡協議会のことで、アジア・アフリカ・中南米などの開発途上諸国の恵まれない人々への医療支援活動などを行っている国際医療ボランティア組織。

(注5) JICA：発展途上国への技術協力、資金協力を主な業務とする外務省所轄の独立行政法人「国際協力機構」。



zoomを使った実際のインタビューにて

—本日は貴重なお話をありがとうございました！

取材・文：中江 彩（医4）

やりたいと思ったらすぐにやる、好奇心が原動力



医学科2年生 清田 倫太郎

プロフィール

2016年 斐太高等学校卒業。2017年 京都大学 総合人間学部 入学。京都大学ふんどし同好会を立ち上げ、その会長。2020年 京都府立医科大学 医学部医学科 入学。2021年 京都府立医科大学2回生。※学年はインタビュー当時

目次

- ・臨床と研究とそれにとどまらず
- ・府立医大に入るまで
- ・府立医大の今とこれから

臨床と研究とそれにとどまらず

—本日はよろしくお願ひします！まず自己紹介と、それから府立医大で力を入れている活動について教えてもらえますか。

清田倫太郎と言います。出身は岐阜県の飛騨高山です。斐太高校を出た後に名古屋市の寮で1年間の浪人生活を経て京都大学の総合人間学部に入りました。3回生で京都大学をやめて、府立医大に入学しました。

いま府立医大の2回生としてカリキュラムに則って基礎医学を学んでいるところです。それに加え自主的に研究室に入って研究活動もしています。

—大学に一度入った後再び受験、入学されているんですね…！その経緯は後で聞かせていただくとして、研究室での活動についてもう少し聞かせてもらえますか。

八代先生のところの生体機能形態科学の研究室でお世話になっています。心臓の発生の仕組みの解明に関するプロジェクトを与えてもらって研究を進めています。

研究をしたいと思ったきっかけは、何かしら形とし

て自分の成果を出したいと思ったことです。生物の進化に興味があって、それで発生学も面白いなと思い発生に関連する研究ができる研究室を選びました。

研究を始めたもう一つの理由として、京大時代の同期がもう卒業論文を書いているんですよ。自分も論文を1本ぐらい書きたいなと思って、ファーストオーダーにならせてくださいと言って研究室をお願いに行ったら、笑いながら快く受け入れてくれました。(笑)

発生の過程で心臓の形態がどのように変わっていくか、また最近だと心臓発生とオートファジーの関連した研究をしています。

—研究のイメージとして思い描いていたのと実際にやってみるのとで、違った部分はありましたか？

研究してみると意外と上手くないものだなあと感じます。最近だと培養していた細胞がぜんぶ死んでしまったことがあって、実験して研究を続けていくには精神的な強さも必要だと改めて感じました。それは先生方もおっしゃっていたことでした。

一方、自分の知りたいことを追求して、自由に手段を選んでやっていけるのは研究の楽しい面です。講義がある時期は週に2～3回ほど研究室に行って実験を

していました。長期休暇などはだいたい毎日来てやっています。

—やってみて初めて気づく大変さや面白さがあるということですね。卒業後のキャリアは研究をメインにやっ
ていこうと考えていらっしゃるのでしょうか？

将来は臨床もしっかりやりたいと思っています。アメリカなどどこか海外で働くのもいいかなと考えています。国内で色々勉強してからにはなと思うんですが、自分のQOLも考えて海外も視野に入れて働く場所は選びたいなど。

あと医者に限らず政治にも興味があって、政治家として立法府から色々変えていきたいなとも思っています。それはだいぶ先になると思うのですが。まずは研究しつつ臨床もしつつという働き方になると思います。

—政治家として立法府から改革したいということは、現在の状況に何か問題意識を持っていらっしゃるのでしょうか？

日本の医療行政は様々な局面で対応の遅さが目立つことがあって、手続きの簡略化が必要だと感じています。また医師不足のために医療が上手くはたらない地域が地方にはあって、そういった問題も行政だけでどうにかなるものではなくて、法律から変えていけないといけないと思っています。

政治の場で臨床経験も重要だと思うので、臨床で経験を積んでから政治のほうに生かしていきたいと思っています。あと、アカデミックな世界ってどうしても閉鎖的な側面があると思うのですが、政治家は研究のことを知らない人が多いと思うので、現場で研究してきた視点も提供できたらなと考えています。

—学生の中にこれはやっておきたいと思うことはありますか？

さっき言った論文を書くということ、それから学会で発表する経験もしたいです。海外も行けるなら行きたいし、医学に留まらない幅広い勉強をするのは社会人になってからは難しいと思うので、哲学や政治学、地球科学など学生の中に色々学びたいですね。

—将来、医学・医療と立法・行政をつなげるために今から意識していることがありますか？

知識をつけることは意識しています。自分の専門である医学はもちろん、政治や法律についても本を読んだり法学部の友達に聞いたりして知識の幅を広げるように意識しています。ただ、原動力としては好奇心が一番大きいです。自分が将来、架け橋になるためという意識よりは、面白いのでやっているという感じです。

府立医大に入るまで

—京大の総合人間学部で清田さんはどんなことを学んでいたのですか？

教養の講義で本当にいろいろな学問分野の先生の話を聴きました。そのなかで自分の専攻を考えたときに、地球科学か、ふんどしの2択だなと。

—ふんどし（笑）清田さんはふんどし同好会の会長をされているんですね。それについても後で聞かせてください。まずはご専門の話をお願いします。

総合人間学部では主専攻と副専攻を選べるのですが、主専攻を文化人類学、副専攻を地球科学にしました。もともと人類学には興味があって、文化人類学のような文系にくられる分野から、自然人類学のような理系的アプローチをとる分野まで広く関心がありました。文化人類学では人間の生活全般を対象として様々な地域の文化を実際にその土地でフィールドワークを行って、その文化を研究します。その対象は幅広く日本の農村や海外の西洋文化のあまり入っていない地域、身近なものだと病院の中の患者をターゲットにしたものもあります。ふんどしは日本だけでなく世界的に見られるものです。が、外国のふんどしはおろか日本のふんどしに関する研究さえあまりされていなかったもので、それらの比較研究を行って、副次的に日本でよりふんどしを広められる方法なども考えられたらなと思いついていました。

—全く別の分野を学んでおられたのですね。改めて医学部に入學するとは思いませんでしたね…！医学に興味を持ったきっかけと、医学部受験に至るまでの経緯を教えてくださいませんか？

最初に医学に興味を持ったのは実は高校卒業後の浪人時代でした。浪人期って、やっぱり病みますよね。自分のなかでいろいろ考えたりもしたんですが、養老孟司の『解剖学教室へようこそ』を読んだのがきっかけで医学おもしろいじゃん！と思いました。

そのときは予備校も入ったあとでコースも文系で決まっていたし今から理系に転向するのは難しいかなと考えました。そこで文系の受験科目で入学できて理系っぽいこともできる総合人間学部を目指すことにしたんです。パズル学や恋愛学といった一風変わった研究をしている人がいることにも惹かれました。

京大に入って学生生活を送る中で留学したいなと思い、そのためにいろいろ調べていたんです。2回生の終わりごろのことです。調べていくうちに準備を整えて留学に行けるのは4回生の1年間になりそうと分かったんですが、そのために留年することは避けたいと思っていました。担当教員だった教授の先生とも相談してなんとか4年での卒業と1年間の留学を両立できる感じにはなったんですが、こんどは本当にそこまでして留学に行きたいのか、自分の中で分からなくなってきました…。

そんなときルネ（京大の生協食堂）でご飯食べてて、受験予備校の「医学部再受験」のパンフレットを見つけました。あっ、と思って。そういえば自分医学部入りたいと思ってたなと。そこからは一直線でした。大学の授業も受けつつ受験勉強もしました。

—清田さんはふんどし同好会を立ち上げ、現在でも会長をされているということですが、最初にふんどしに興味を持ったきっかけは何だったのでしょうか？

高校3年生の受験期ってやっぱり人生の岐路でいろいろ考えるじゃないですか。そんな中で、なんで自分は下着を履いてるのだろう、下着って本当に履く意味があるのかなと考えたんですよ。履かなくていいという結論に至りました。そういうわけで一時期高校に下着なしで通ってたんですが、それがすごく快適でいいじゃん！ってなって。でも体育の着替えとかあるじゃないですか。そのとき友達から、え？履いてないの？って言われてしまったんです。

周りを不快にさせるのは違うなと思って、なにか他にいいものがないかなと調べていたときに、ふんどしを見つけて、履こう！と思ったんです。だけど、当時実家暮らしで、息子が突然ふんどしを履き出したら親不孝かなと思っちゃって履けなかったんですよ。高校を卒業して名古屋で浪人生活を開始したタイミングで親元を離れたので、すぐにふんどしを買ってふんどし生活を始めました。

—ふんどし同好会を立ち上げた経緯を教えてくださいませんか？

京都に来るにあたって、古都なのでみんなふんどし履いてるのかなと思ってたんです。でも誰も履いてなかったんですよ！京都なのに！これは広めないとマズいということで、京大に入学してすぐの4月下旬にふんどし同好会を作って活動を始めました。今も会長としてやっていて、40人ほどメンバーがいます。

—どういった活動をされているのですか？

大きく言えばふんどしを広める活動をしています。月に1回ほどふんどしについて語り合う「ふんどし談義」をしています。また、テレビの取材を受けることもあります。ただ最近はCOVID-19の影響もあり、あまり活動はできていないですね。

同好会の活動ではなく個人としてですが、ハワイにふんどし留学をしたことがあります。京都大学に「おもろチャレンジ」という研究留学を支援するプロジェクトがありまして、年間30件ぐらい、採択された人に研究資金を提供するというものです。ハワイにマロ(Malo)と呼ばれるふんどしがあって、その現地調査をしたいということでプロジェクトに応募したところ採択されて、1ヶ月間ハワイにふんどし研究のため留学しました。2回生の夏休みのことです。この経験を機に「京大変人講座」で講演をさせていただいたのも良い思い出です。

—今でもふんどしを履いている人がいるのですか？

現在履いている人はほとんどいませんが、ハワイでは伝統的にマロを履く文化がありました。オセアニアの方で伝統的に作られている木の皮を叩いて薄く布状にしたものをタパ(Tapa)というのですが、それを体に巻きつけて履く習慣があり、外着として履かれました。

一番衝撃だったのは、街をふんどしで歩いている人に出くわしたことです。歩いてるのが見えたので、話しかけました。ロバートさんという方で、サーファーだそうです。自分もすぐに脱いでふんどし姿になり一緒に写真も撮りました。

—純粋にふんどしだけを研究する1ヶ月間だったのですか？

ふんどしを含め、それを取り巻くハワイの文化を研究しました。現地の人の話を聞いたり、現地の大学にしかない文献にあたったり、博物館で資料を見せても

らったりしました。タバコを作っている人に話を聞きに行ったりもしました。全部自分でメールなど使ってアポイントメントをとって調査に行ったので、なかなか大変でしたね。

ハワイではマロが一つの文化として認められていて色々なところで展示されているのですが、日本ではふんどしの展示ってあまり見ないですよ。ふんどしが文化としてあまり捉えられていないと感じます。ふんどしが登場するのは祭のときだけで、特別なもの扱いになってしまっているのは痛いですね。ハワイではマロは伝統的な文化の中の身近なものとして受容されていて、そこが違いだと感じました。日本でももっとふんどしが身近なものになったらいいなと思うようになります、その後のふんどし同好会の活動にも生きています。

府立医大の今とこれから

—府立医大に2020年の春に入学されて、それからはずっと新型コロナウイルス感染症の影響がありますが、予想していた医学生生活と違う部分はありましたか？

授業がオンライン中心になった分登校の負担がなくなって、正直楽になった感じはありました。ただ、大学での授業や部活動でしか得られない経験が出来ていない子が多くて、それはかわいそうだと感じます。自分は京大の時に授業・実習での教員や友達との交流だったり、部活動のESSでの活動だったり、色々経験していたのもあり、大学生活の大幅な変化を体感しています。関西圏の大学のESSの団体があって、その連盟長をやったりなど他大学との交流も出来ていたのですが、今ではそういったこともできないので、変わってしまったなあと感じます。

—学生である現在も様々なことに挑戦され、そして将来も多方面に関心を持っていらっしゃるんですよね！手を広げて色々やるのは大変なことと思うのですが、自分の容量オーバーにならないように気をつけていることはありますか？

自分はキャパオーバーだなと感じることがなくて。楽しいなあと思って色々やっています。大変になりそうだったら自然とやらなくなったりとか、やる頻度を変えたりしているのかなとは思っています。

できる時にできることをやっているという意識ですね。今しかできないことって色々あると思うので。ふんどし同好会を作ったときもそうでしたが、できると

きにしないと一生やらないと思うので、何かできるとかしたいかと思ったときにはすぐするようにしています。

—府立医大は今年創立150周年を迎えますが、この大学のよさはどんなところにあると思いますか？

先生たちの学生へのケアが手厚いのがいいところだと思います。大切にされていると感じます。あと、教員と学生との距離が近くて気軽に話しにいけないのもいいところです。2022年度の本学の学園祭トリアス祭の実行委員長を拝命したので、こういったところも活かした府立医大ならではの学園祭を作りたいなとも考えています。

—逆に今後、府立医大がもっとよくなっていくためにどんなことが必要だと思いますか？

今の府立医大の課題で、改善の余地があるかなと思っているのは、対話があまりされていないということです。学生と大学の間での対話があまり透明化されていなかったり、形骸化していたりといったことが多いと感じます。今後は学生の声を直に反映させた教育環境の構築が必要かなと思っています。

実際カリキュラムの変更もあって以前より大変になったと感じることもあると思うのですが、そういった声も届けて、よりよく改善していきけるシステムがあったらなと感じています。大学も国の決定に従う必要があって仕方ない部分もあると思いますが、学生は多くの場合大学の決定を一方的に受け入れるしかない弱い立場にあるということを大学側は理解してほしいです。学生も大学の一構成員なので、対話をしてお互いにとってよりよい形に教育環境を整えられたらいいんじゃないかなと思っています。

—最後にメッセージにかえてご自身が大切にされていることや強調したいことを教えてもらえますか？

やりたい時にやりたいことはやれ、ということです。人から何かしたいと相談されることもあるんですけど、自分としては今すぐやったらいいじゃんと思うのに、結局その人は行動に移さなかったということはいくらでもありますよ。やるかやらないかってめちゃくちゃ大きくて、思い立ったときにやるだけで人生は変わってきます。自分なんて他大学を辞めて医学部入ってますし、みんな何かやりたいと思ったらやってほしいと思いますね。

—今日はありがとうございました！

取材・文：長山透流（医4）



ハワイでふんどしを履いたロバートさんと



インタビューの時



ハワイの博物館（ビショップ博物館）にて展示されていたタバ

行政の中で医療者としてのコロナ対応



聖ヨゼフ医療福祉センター 院長
糸井 利幸

プロフィール

1981年、府立医大卒業。小児科に入局。
1982年から福井愛育病院で、小児科医員。
1984年から4年間、大学院で心筋代謝を研究。
1988年から1990年、福井循環器病院に勤め、その後1年4カ月は大津市民病院小児科で勤める。
1991年8月からカナダのアルバータ大学に2年8カ月間留学。
その後、府立医大に戻る。(1994年-2016年)
2016年から中丹西保健所(福知山)に3年間勤める。
2019年8月から京都府の本庁の保健医療対策監。
2020年3月から京都府新型コロナウイルス感染症入院医療コントロールセンターセンター長。
2020年11月、健康福祉部長に就任。
2021年4月から聖ヨゼフ医療福祉センター院長。

目次

- ・小児循環器医として
- ・やり残した研究をカナダで
- ・行政に関わる医師の仕事
- ・コロナ禍における医療と行政
- ・再び小児科医に
- ・学生へのメッセージ

小児循環器医として

—小児科医を志したきっかけを教えてください。

私はもともと外科系を志望していて、特に脳神経系に興味がありました。中でも子どもの先天性の脳神経疾患を専門にしたいと思っていたので、進路を小児科にするか脳神経外科にするか迷いに迷っていました。大学6回生の夏のことです。その迷いを小児科に進んだ先輩に相談したところ、小児科には総合診療がベースにあると言われました。医師として患者さんに向き合うのはどちらの科も同じでも、患者さんの全身を総合的に診ることができるのは小児科の大きな魅力だということです。また、医局には診療科ごとにカラーがあって、朱に交われば赤くなるのかそれとも類は友を呼ぶのか分かりませんが、自分に馴染む環境を選ぶのも重要だと思います。そういう面からも、私は結局は府立医大の小児科を選びました。

2年目に勤めたのは福井の病院です。その病院の創設者でもある院長は府立医大出身の小児循環器の先生

で、そこは当時としては先駆的な小児科と産婦人科による周産期医療を中心とした施設でした。NICU^{(*)1}と一般診療、そして子どもの心臓カテーテル検査を行っていました。医局の指導医からその病院に行かないかと声をかけられたのですが、もともと私は神経系に興味があったので、一度は断りました。が、当時抜くことのできる小児科医が少なかったレスピレーター^{(*)2}の技術その病院では学べるということで、そこで働き始め、気付けばすっかり小児循環器が専門のようになっていました。その後大学院に行き、循環器の研究を始めました。

—初めは神経系に興味があったのが、今度は循環器の研究を始められたのですね。

当時の小児科の教授は代謝が専門の先生だったことに加え、その頃内科でトピックだった心筋代謝を小児で扱っている人はいなかったもので、未熟心筋の代謝を研究テーマに選びました。私のいた代謝の研究グループは肝臓の代謝を研究していたのでその研究のノウハ

ウを教わって心臓に応用しました。

神経ということであると、脳神経ではないですが、循環器に大きく関わる自律神経は今でも勉強しています。臨床家であり研究者でもある医師のキャリアは大抵当初思い描いた通りにいかないものですが、行った先でちゃんとやっていたらそれが後々身になっていきます。

—小児科を選んで良かったと思われますか。

やりがいのある仕事なので、良かったと思っています。小児科というのは子どもだけを相手にする仕事ではありません。両親、祖父母など子どもに関わる人たちを含めた総合医療なので、そういう意味でやりがいがあります。ご両親とは、今後の治療方針はもちろん、これ以上治療ができないとなった場合や残念ながらお子さんが亡くなった時の精神的サポートなど、これは看護師さんも一所懸命しますが、我々医師もします。夜を徹して患児のお父さんと話し合ったこともあります。今は胎児医療の倫理観も重要です。胎児エコーで重大な疾患を見つけた時にどう説明するか。精神的に楽なことではありませんが、人生経験は豊富に培われます。繰り返しになりますが、やはり小児科は総合医療だと感じますね。

(※ 1) NICU：新生児のための集中治療室

(※ 2) レスピレーター：人工呼吸器

やり残した研究をカナダで

—その後留学に行かれたということですが、その契機を教えてください。

大津市民病院の循環器センターに小児科の立ち上げを任せましたが、小児循環器医が1人でできることには限界があり、入院患者さんもほとんどいなかったので、今後のことを考える時間ができました。心筋代謝について大学院で4年間研究しましたが、まだ十分研究できていないという思いがずっとあったので留学したいと考えるようになりました。留学先を確保するべく自分で手紙を出しました。心筋代謝のメッカであるオランダとイギリス、ドイツ、あとはアメリカなど全部で十いくつ出しました。残念なことに、ほとんどのところは「来てもいい、でもお金はないから研究費は自分でとってこい」という返事でした。無理かなと思っていて時に、論文を読んでいると非常に私と考え方が似ている小児科の研究を見つけました。その研究を行っているカナダの大学に手紙を出したら、そこは

即OKで給料も出してくれると。場所すら知らなかったけれど、アルバータ大学に行くことにしました。幸い、行ってすぐにグラント（奨学金）もとれました。

その当時、そこは小児科の研究室でありながら研究員に小児科医がおらず、薬理学が専門のボスが小児科医を探していました。後から聞いたのは、カナダ人と私がエントリーしていたのだけど、私のボスは彼自身のボスから、もしお前がラボを持った時には日本人を雇えと助言を受けていたそうなんです。日本人は確実に仕事をして成果を出して確実に帰るから、ということでした。いろんな意味でラッキーでした。



アルバータ大学附属病院の内部

—研究自体に苦勞はありましたか。

心筋代謝の研究では多くの困難がありました。心臓手術の際心臓を止めますよね。その心臓が復活する時に動かなくなる「再灌流障害」というものをいかに防ぐかという研究で、孤立灌流心という心臓を取り出して動かすシステムを作る必要がありました。そのシステムを作ることがまず大変でした。対象としているのが小児の未熟心だから実験動物も幼体を選び、灌流液を流して心臓を動かしながら代謝を見ていく。放射性同位元素でマーカーしたブドウ糖やパルミチン酸を加えた灌流液を利用します。その灌流液を流して酸化されて出てくる二酸化炭素の量を測定して与えた栄養分がどれだけ代謝されたかをみるのですが、前灌流後30分から40分間の灌流停止による心臓を全虚血にした後、再灌流時の心機能とその時のエネルギー基質の変化を測定します。大人の場合は対象疾患として心筋梗塞が主なので灌流心も左心室だけで良かった。けれども、ゆくゆくは心臓手術後の先天性心疾患に応用したいという思いがあって、右心室にも負荷がかかることが多い先天性心疾患を想定すると両方の心室を灌流したい。二心室孤立灌流心（biventricular perfusion）というんだけど、そのアイデアをボスに伝えると、新たなシステムの構築には時間がかかり効率が悪いから、や

めた方がいいと言われました。でもそのラボに1年間のサバティカル^(*)に来ていらっしゃった小児循環器科の教授がそれは絶対必要だ、とボスに進言してくれました。何回目かのラッキーな話です。生理学の分野では複雑な両心室灌流の研究があるけど、当時心筋代謝の領域には報告はなかった、そのためかこの新しい研究テーマの企画書がカナダで優秀賞かなんかももらいましたね。

—すごいですね。

すごいのは企画書だけで賞がもらえることなんですけど、実現するのにちょっと苦労しました。先天性心疾患は心臓に負荷がかかっているんだけど、手術を前提にしているのだから、治療して負荷がなくなった心臓を再び動かすと考えると、摘出する前に心臓に負荷をかけていないといけない。シャントを作るのも非常に苦労しました。モデルを作るのに1年ぐらいかかったかな。でも面白かったです。ボスの理解があることと、そして成果が出るまである程度気長に待ってくれると新たな挑戦がしやすくなりますね。

いろんな苦労はありましたが、一方で留学生活は大いに満喫しました。ロッキー山脈のふもとで、夏はキャンプ、冬はスキー。一年中楽しんでいました。4人いた子どもを連れて行って、向こうで1人生まれて5人になりましたが、各所でカナダの人のサポートがすごくありました。良かったです。

(*) サバティカル：勤続年数が一定以上に達した従業員に対して付与される長期休暇で、用途に制限がない。

行政に関わる医師の仕事

—帰国後は府立医大に戻られたんですね。

大学教員は臨床と教育と研究の三つを同時に行うことになっていますが、それはなかなか大変で、どこかで妥協する人が多いのも現実です。私は基本的には小児循環器の臨床をやりつつ、代謝の研究もやって、なんとか大学院を続けてもらえる人を探して説得して、教育と研究と臨床とをできるだけバランス良くやっただけです。さらに医療安全にも興味があって、病院の医療安全管理部の副部長を10年ぐらい務め、そうこうするうちに福知山の保健所で働かないかと声をかけてもらいました。

—保健所での医師の仕事について教えてください。

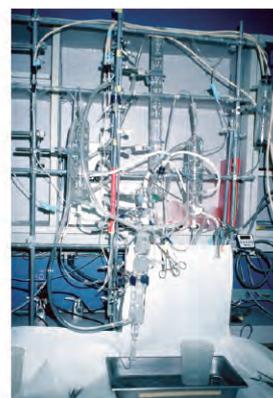
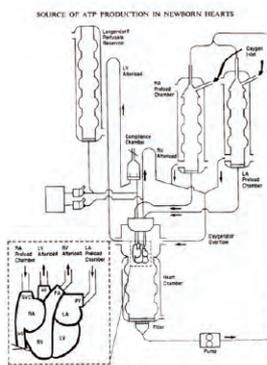
ものすごく多岐にわたります。福祉、衛生管理、環境管理、そして感染症、災害、食中毒や虐待への対応。福知山では屠畜場の管理もありました。水質検査、細菌検査もしていて、うちの小児科の教室に欲しいぐらいの結構良い測定機器もありました。看護学校での公衆衛生の授業も依頼されて、医療制度、福祉制度、環境関係などの本を買って必死で勉強してスライドを作ったり、感染症、熱中症、生活習慣病などについて一般の方向けのレクチャーをしたり、自分自身とても勉強になりましたね。

—保健所のお仕事のモチベーションは何だったんですか。

保健所では、臨床や研究をしているだけではお目にかからないような新しいことが業務としていっぱい降りそそぐんです。個人的にいろんなものに興味をもっているのだから、それがすごく良かったです。大学病院では敗血症やその他一般的な感染症にはお目にかからな



左：アルバータ大学でのボス（右）とフランスで研究会に参加
中央：開発した二心室孤立灌流心（biventricular perfusion）の図面
右：上記の実物



いけれど、保健所にいたら全然違う。結核、様々な食中毒に対する行政指導、治療方針の決定などを行うのですが、病院からは教科書に載っていないような様々な疑問が寄せられます。これらに対しても行政上の最終判断をしなければなりません。これもかなりストレスでしたが、やりがいはありました。

その当時から保健所では感染症対策が大事だという意識が強く、毎年病院に集合してもらって新型インフルエンザが流行した際の対応の訓練もしました。新しい災害対応システムを作るために、病院・行政はもちろん、北部では自衛隊も含めた、広範囲なグループを集めることもありました。福知山市民病院のDMAT(災害派遣医療チーム)の人々に出てきてもらって、府立医大出身の人も多いので手伝いをお願いしてね。なかなか面白かったです。



奈良県の広域災害訓練のうち本部機能の訓練に参加

—その後行政のお仕事もされたんですね。

保健所の後は、保健医療対策監として研修医制度、専門医制度、地域医療構想の制度設計の仕事をしました。専門医制度は行政主導で整備すべきか、それとも大学や学会が表に立つべきか議論が分かれるところです。私は後者が望ましいと考えていますが、ただ大学だけでは取捨がつかないんです。内科学会も自治体任せにしている現状があって、最終的に行政でとりまとめをしてくださいという話になって、その調整をしていました。

コロナ禍における医療と行政

—新型コロナウイルス感染症の流行後のお仕事についてお聞かせください。

2020年1月に府内でCOVID-19の陽性者が出ます。3月～4月はまだコロナ陽性者は少なかったのですが、コロナ患者の病院の振り分けを1人で行っていました。そのうち陽性者の増加で振り分けを私1人でこなすこ

とができなくなってきました。それで、3月末に京都府新型コロナウイルス感染症入院医療コントロールセンター^(※4)が設置されました。本来京都市と京都府は行政主体として別だけど、緊急事態だということで、府と市が一体で運営するコロナの入院医療コントロールセンターを立ち上げたんですね。健康福祉部の医師2名と事務員2～3名に加えて、多い時で4～5名のサポートを毎日DMAT隊から得て運営しました。

陽性者数が少ない時は全員入院でしたが、患者数が増えるにつれ病床がひっ迫してきます。次の段階として、無症状から軽症の陽性者はホテル療養、症状が出た人は入院という対応でバランスが取れたんだけど、ホテルはそれでもあつという間に埋まりました。地域差もあって、京都市内はいっぱい、南部もいっぱい、でも北部の舞鶴とかはがらがら。さすがに宇治の人を舞鶴には送れないのでそのアンバランスのコントロールがすごく大変でしたね。

—お忙しい日々を送られたんですね。

12月～1月は、入院コントロールがかなり困難な状況でした。健康福祉部には医師が私を含めて3人しかいないため夜中のオンコール^(※5)を2人で回していました。自宅療養をされている方が救急車を呼び、かけた救急隊から直接電話を受け、受け入れ先の病院を探す業務をしていました。

—オンコールを2人で。

それはもうさすがに無理でDMAT隊の人にも順番にオンコールを担当してもらうようにしました。自宅療養中、病状悪化に不安になり救急要請した人の中には必ずしも入院の必要がない人もいたので自宅療養を続けてもらうという判断なども行っていました。今もみなさんそれをやっていると思います。

—他に大変だったことはありますか。

行政のやり方に最初は戸惑いました。病院長といったポジションにつくと、医療制度のみならず行政に関わる仕事が増えるので行政のノウハウを知るのは重要です。勉強にもなりましたよ。

ですが、行政も今回のコロナ感染症に関してすごく協力的でした。とにかく医療職をサポートするんだという認識が強くて、医療サイドからの要請とあれば物事を力強く進めてくれましたね。

例えば、PCRセンターをどんどんつくりましたよね。行政の対応は遅すぎるという批判もありましたが、担

当の人は相当苦勞して実現させていました。場所探してきて人を集めてくる早さには、行政のノウハウがあるなあと。ワクチン接種も最初の頃は、「いつまでに、これだけの人に接種を」という設定目標に対して国からの情報がほとんどない状況では間に合うわけじゃないと私も思いましたが、間に合わせましたからね。

—コロナ対応で行政は批判されがちでしたが、皆さんすごく頑張っていたんですね。

そう。外からみたら何してんねんと思うかもしれないけど、中に入ってはじめて、この人たち体持つのだろうかと思うぐらい非常時対応で激務をこなしていることを知りました。

(※4) 京都府新型コロナウイルス感染症入院医療コントロールセンター：2020年3月27日に府庁内に設置。新型コロナウイルス患者の病態を把握するとともに、受け入れ病院・施設の状況も確認し、円滑な入院調整などを行っている。

(※5) オンコール：医療従事者が、患者の急変時や救急搬送時などに、勤務時間外であっても呼ばればいつでも対応できるように待機していること。



健康福祉部で勤めていた際、西脇京都府知事に付き添ってKBS放送にてCOVID-19対応についてコメントしていた。

再び小児科医に

—去年の4月から聖ヨゼフ医療福祉センターの院長になられたんですね。大変なことはありますか。

私立の施設なので、経済的な苦勞はあります。が、お金以外はあまりしらがみがなく、やり方によってはいろんなトライができるなあとと思います。聖ヨゼフは福祉センターなんですね。医療制度だけではなく福祉制度とも関係が深い。私は、大学1年生の時びわこ

学園という重度心身障害児センターにボランティアに行きましたが、最終的に聖ヨゼフという福祉センターの院長として、近い環境に戻ってきたという感じです。

—再び小児科医に戻られて、時代が変わったと思われたことはありますか。

小児科も循環器もどんどん進んで、薬もデバイスも我々が若い頃とは全然違う。絶えず勉強してないといけないと感じています。倫理関係では、先端医療と関連が深い問題について本当にすべての医師が理解しているか危惧するところです。大学病院の安全管理部にいた時、時代に取り残されているのではないかと感じました。高度なことをすればすればほど倫理面や安全面でしっかりしなければいけないのに、未だに追いついていない。

—特に倫理観は変わったほうがいいということですか。

倫理観と安全管理ですね。治験や先端医療の倫理は一所懸命議論されていますが、病院倫理や臨床倫理の取り組みは不十分と感じています。現場で看護師さんが倫理面から本当にその看護行為をしていいの不安を感じた時、その疑問に答えられる組織がない。ある意味、大学の倫理をやっている人たちが医学領域外の新しく出てきた倫理的問題について理解できていなかった、と言えます。胎児診断に関する心理的、哲学的倫理問題を倫理委員会に出しても対象外と言われるんです。昔に比べてだいぶ改善はされていますが、それを専門とするセクションを持つ大学はまだ少ないです。若い人たちにはぜひ現場の悩みを拾うセクションを作ってもらいたいです。

学生へのメッセージ

—最後に府立医大の学生と受験生にメッセージをお願いします。

府立医大というのは大学として小さくてコンパクトです。しかし、京都府の医療、行政までを全て大学でカバーしていて、そのような大学は日本全国で他にないと思いますね。仲間意識も強く、そういう意味で今の友人関係は今後も非常に大事になるし、卒業してからもとても大きな力になります。かつ科研費の獲得数も非常に多く、臨床研究も活発です。

他大学で他の専門を勉強している人との交流も上げてほしいですね。趣味でもなんでもいいです。卒業してすぐはあまり役に立たないかもしれませんが、10年

15年経つとじわーっときいてくる。そういう繋がりを大切にしながら勉強をしていってくださいというのが私からのエールですね。

あと、さきほど話した1年生の時に参加した重度心身障害児の施設でのボランティアで、当時の5回生から「医学を学ぶ前に看護学を学べ」って言われました。看護とは何かということを、チームリーダーとして医者はまず知らないといけない。含蓄のある言葉だと思

い、今でも覚えていますね。また、同じ先輩に「自分の哲学を持って」とも言われました。私自身はこの年になってもまだまだ悩むことも多くありますが...

—大切ですが、難しいことなのですね。本日はありがとうございました。

取材・文：君島 静（医5）

建学の精神と変わらぬ現在の理念



京都府立医科大学附属病院 病院長
夜久 均

プロフィール

1982年、京都府立医科大学医学部卒業。京都府立医科大学附属病院第二外科研修医、国立循環器病センターレジデント・研究所研究員、米国ヴァーモント大学リサーチフェロー、豪州セントヴィンセント病院クリニカルフェローなどを経て、1997年京都府立医科大学第二外科学教室助手。2004年、京都府立医科大学大学院 心臓血管外科学教授に就任。2019年、京都府立医科大学附属病院院長就任。

目次

- ・府立医大150年の歴史～150周年記念事業実行委員長として
- ・コロナ禍で見えてきた日本の医療の脆弱性～病院長として
- ・海外との比較から理想の医療を考える～心臓血管外科教授として
- ・メッセージ～150年の歴史を背負い未来へ

府立医大150年の歴史 ～150周年記念事業実行委員長として

一日はよろしくお願いたします。まずは、150周年企画の実行委員長（以下、実行委員長）としての意気込みをお聞かせください。

こちらこそよろしくお願いたします。150周年事業を進めるにあたり、教授の中で私が2022年に最年長になるということもあり、4年ほど前に実行委員長を拝命しました。現役教授また附属病院長として150周年という大学の歴史の節目に巡り合えるというのは本当に奇跡的なことです。次は200周年まで50年待たないといけないですからね。この仕事はとてもやりがいがありますし、実行委員長に任命されたのは非常に光栄なことです。

実行委員長になった後病院長にもなり、兼任できるかな、などと思案しているとコロナ禍が始まりました。そのため、150周年に向けた準備も大きく予定が変わってしまいました。一つ例を挙げるなら、寄付金の額が当初の予定より全然集まっていないことがあります。

臨床や基礎医学の教授陣のなかには府立医大の歴史に大変造詣が深い先生もいらっしゃいますが、私は人

に語れるほど熱心に調べたことがありませんでした。ですが、実行委員長を引き受けたということで、心機一転で本学の歴史を勉強し始めました。

京都府立医大の前身である京都療病院が設立された明治5年（1872年）は、日本にとって非常に重要な年です。明治維新の後、鳥羽伏見の戦いが起こって、その当時ちょうど日本に入ってきた西洋医学、とくに外科学や麻酔学によって負傷した藩士らが非常に効果的に治療されました。藩士の一人であった山本覚馬が、これは凄いと感じ、西洋医学を日本に導入しないと、と決意したわけです。山本覚馬は医療と学問がないと国は亡びる、とも言いました。天皇の去ったこの京都の地は空虚であり、京都府民の光となるべく病院の設立が計画されたのです。

京都府顧問になっていた山本覚馬、明石博高医師、さらに当時の檜村京都府知事を中心として病院設立のための資金集めがなされました。財界や府民はもちろんのこと、花街、さらには皇族など、幅広く募金が集まり、そのおかげで療病院が栗田口青蓮院にできました。その後、明治13年（1880年）に青蓮院からここ河原町広小路に移されました。

ところで、皆さんは明治30年（1897年）といえは何かあった年かわかりますか？今年125周年ということですが。

—恥ずかしながらピンと来ないです…。どういった年なのでしょう？

京都帝国大学の設立です。その2年後、明治32年(1899年)には京都帝国大学に医学部ができました。その時に、当時の教授のほとんどが当大学(療病院から京都府医学学校になっていた)から京都帝国大学へ移りました。京都府医学学校に残った教授が何とか大学を存続させましたが、これは、いわば存亡の危機でした。

当大学にとっての次の危機は大正10年(1921年)です。この3年前に大学令が出され、京都府立医学専門学校(1903年に専門学校化された)であった当大学が大学に昇格しました。これは、大学へ昇格できるかどうか、学生、同門会と共に当時の学長がかなり運動した結果として、何とか昇格することができたのです。そうでなかったら当大学は存続していないところでした。去年(2021年)がちょうど大学昇格100周年の年でしたね。

そういう存亡の危機を乗り越えた歴史があって今の大学があります。だから150周年を迎えられたのもめでたいことだと思います。

京都府立医科大学は、東京大学、京都大学、長崎大学、岡山大学などに並んで、長い歴史を持つ大学です。君たちもそのことを誇りに思っしてほしいと思います。



インタビュー時の様子

コロナ禍で見えてきた日本の医療の脆弱性 ～病院長として

—コロナ禍と、そうでない場合でどのように医療は違いますか？

コロナ禍では、各波のピークでは病院がひっくり返っています。どういうことかと言いますと、附属病院は重症患者対応の医療機関として、人工呼吸器・エクモ(ECMO)(註)を必要とする患者に対応します。通常医療を行いながらそれらの治療を行い、また救急要請

も増えますので、医療に携わるすべての職種にかなり負荷がかかり忙しくなります。これを医療ひっ迫という表現をしています。かつてない経験を、日本のみならず全世界が経験しています。体制が何もない中で突然起こった災害のようです。そのため、まずはコロナに対応する体制の構築からしなければいけませんでした。

しかし、病院長として学ぶことも多々ありました。たとえば、コロナ前は多くの病院の間では、症例数を競うライバルでこそあれ、協力体制にはなく、お互いに孤立していたとも言えます。しかし、医療は本来そのようなものではなく、**それぞれの連携でより良い医療を提供できる可能性が多分にあるはず**です。それぞれをばらばらにやっているのはコロナ禍に太刀打ちできません。

コロナ禍が始まった時、私は病院長として、それぞれの病院の機能に合わせて各病院の役割分担を明確にしてコロナ対応病床の確保を知事に求めました。たとえば、大学病院では普段から心臓の手術を行っていて、エクモなどは心臓血管外科の十八番です。コロナ禍の始まりである、クルーズ船から陽性者が出て重症化すると分かった時から、心臓血管外科を行っている病院がエクモでコロナ重症者を治療すべきだと考えました。

同様に、コロナ患者を重症者以外にも中等症、軽症と分け、それぞれの病状に応じた対応を要請すべく、京都府知事、京大病院長と私の3者の連名で京都府内の関連病院へコロナへの体制作りを依頼しました。

さらに、患者を振り分ける(トリアージを行う)コントロールセンターも必要です。こちらも京都府にお願いしてすぐに設立してもらいました。

こうして、他県に比べて京都府はいち早くコロナ対応への体制が構築できました。今でも重症医療機関13病院で、毎週WEBで病院長会議を行っています。同じ専門分野の先生は集まることがあっても、病院長同士がこのような頻回に集まるというのは初めてのことです。これは、今後の医療のあり方の先取りであると言えるでしょう。

—今後はコロナ禍が終わったとして、医療はどのような体制にシフトしていくのでしょうか？

他の感染症や、ひいては医療そのものもコロナと同じような体制にシフトしていきたいと思っています。つまりは各医療機関が役割分担を明確にして、それに応じた病床機能を発揮する。それが患者のニーズにこたえる事になります。というのも、少子高齢化が進むと疾病構造が変わるからです。皆さんは後期高齢者の死因の一位が何かわかりますか？

—癌や心疾患でしょうか？

癌は全年齢での死因の1位ですね。後期高齢者に限れば、肺炎と心不全がトップ2です。それから、死因にはなりません骨折も多いです。2025年問題というのがあって、この年に団塊の世代がすべて後期高齢者になり、後期高齢者が一気に増えます。そして次の節目は2040年、団塊ジュニア世代が定年（65歳）になる時で、医療の担い手が極端に減ります。

このような流れの中で、病院の役割分担も変わってきています。今までは若者も多いので高度な手術や、医療費が高くて抗がん剤を使って治療をするというケースが多く、そのための高度急性期、急性期の病院も当然ながら多くあります。その一方で、回復期や慢性期に対応する病院が少ない状況です。大学病院の役割が高度急性期を受け持つことならば、慢性期や回復期に関しては、地域の病院に受け持ってもらうのが良いでしょう。このように各病院が分担して患者のその時のニーズに合った医療を提供する必要があります。今後は高齢者の増加で慢性疾患が増えると予想されているので、なおのこと大学病院という一つの医療機関では治療が完結できません。地域の病院も含めて医療が完結できるように、病院の割合を変えていかないといけないですね。これが、今の抱えている課題です。

今後、コロナへの対応が先駆けとなって、通常医療へもこのような役割分担が浸透していったらいいですね。各病院の連携の下、それぞれが話し合いを進めて自然に病院の機能が変わっていくことが望ましい目標だと思います。

（编者註）

エクモ（ECMO）：膜型人工肺と遠心ポンプを組み入れた体外循環システム。重症呼吸不全患者または重症心不全患者に対して（時に心肺停止状態の蘇生手段として）行われる生命維持法。

海外との比較から理想の医療を考える ～心臓血管外科教授として

—ポストコロナの医療体制への着地点として、そのような変革があればよいということでしょうか？

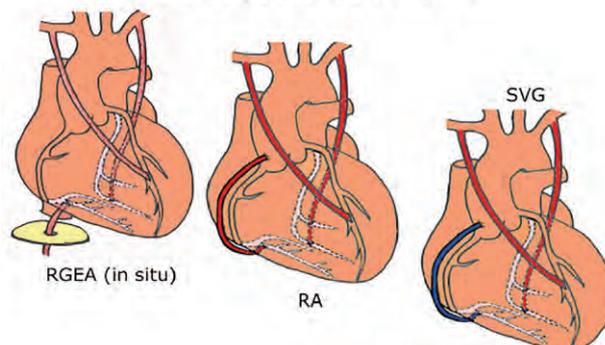
そう考えています。かつて我々は日本の医療提供体制は世界に冠たるものだと思っていましたが、コロナ禍の中で、揺さぶりに弱く脆いということが露呈しましたね。これは、病院が多く病床数もそれに比例して飛び抜けて多いが、医療者（看護師、医師）は諸外国と比較すると同等か少ない、つまり人的医療資源が広

く薄くばらまかれてコンビニ化した状態と言えます。日中は仕事があるから朝5時に薬をもらいに行こうといったことができたり、一つの通りにいくつも病院やクリニックがあり、確かに便利です。しかし、本当にこの体制のままで良いのでしょうか。

—では、大きな病院を作って集約する方が良いのでしょうか？

難しいですね。どちらにもメリット・デメリットは当然あります。しかし、医療費にかけられるお金が少ない国では医療が集約化されています。日本では医療資源が分散されており、保険診療の中で医療資源をあまり制限なく投入できます。つまりその人にとって最高の医療をやろうとすればできるのです。例えば狭心症や心筋梗塞に対する外科的治療である冠動脈バイパス手術（CABG）で説明します。文献的には、内胸動脈や胃大網動脈など動脈グラフトですべてバイパスすると最良の生命予後が期待できます（下図）が、これには時間も医療費もかかります。私は海外（オーストラリア）で心臓外科の臨床をしていましたが、心臓手術ができる病院の割合は日本よりはるかに少なく、患者が集約されていました。病院ごとに決まった予算内で、どれだけの多くの人に手術をできるか、ということが求められましたね。その患者にとってベストの手術というより、標準の手術をできるだけ多くの患者さんにするのは、日本では我々は両側内胸動脈を用いたCABGを標準にしていますが、オーストラリアでは内胸動脈を左前下行枝につなぎ（生命予後を伸ばすエビデンスあり）、あとの冠動脈には静脈グラフトでつなぎ、手術をコンパクトにします。この手術を一部屋で一日3例やっていました。これも一種の最適な医療ですよ。

CABGにおけるグラフトパターン



我々が行っている CABG のグラフトパターン。
左：両側内胸動脈＋右胃大網動脈、中：＋機骨動脈、
右：＋大伏在静脈によるグラフト

このように、海外は医療資源が集約化され、budget（予算）が決められているところが多いです。その中で、efficiency（効率のいい手術）が求められ、そのトレーニングがなされています。もちろん速いだけが手術の全てではありませんが、ある程度のスピードが求められますし、速さの概念が外科医から無くなると、その人の外科医として技量の進歩はないと僕は思います。ベストな手術と効率良い手術と両方経験できれば、もちろんそれに勝るものはないでしょう。

— 私たちも海外に出てトレーニングすべきということでしょうか？

心臓血管外科医なら海外組と国内組が半々くらいでしょうか。全ての医師に海外留学が必須だとは思いませんが、海外へ行くことはお勧めです。私が働いていたシドニーではオーストラリア人以外にイギリス人、インド人、中国人、ヨルダン人と一緒に働きました。このように、海外に出れば多様性に驚く場面はきっと多くあるでしょう。このような経験が人間を成熟させてくれると思います。専門の道を究めるとい意味以外でも、海外で生活するという経験は皆さん自身にとってかけがえのない一時期になります。私は心臓血管外科学教室の教授を17年間務めました。医局の基本方針は「臨床海外留学」にしていました。



米国胸部外科学会正会員認定式典にて（2016年）。
右は当時の会長であったマサチューセッツ総合病院のSundt教授。

— コロナ禍でこの2年間、海外と積極的に行き来できていないですよね。

本当に海外との行き来はなかったですね。私も教授時代は年に5～6回海外の学会に行っていました。この2年間で一度も行けていません。病院長になって忙しかったというのも理由としてありますが、医局員の先生でさえも新たに留学に行った先生はいません。留学の準備をしている先生はいますが。

— 海外から帰国する方も難しい状況ですか？

医局員で1人だけ、コロナ禍にアメリカ留学から2週間の隔離期間を経て帰国しました。今では学会も徐々に対面での開催になってきてはいますが、出国前と入国時と両方の検査で陰性にならないといけない。先日学会の際も、成田空港で4人がPCR検査陽性になって隔離となりました。海外との交流はまだ今でも不自由です。

メッセージ～150年の歴史を背負い未来へ

— このコロナ禍で医療者を狙っている若い人たちは、どのようなことを意識すると良いでしょうか。

専門家になるなら基礎、つまり臨床家としての基礎が必要です。例えばこのコロナ禍、PPE（個人防護具）は当然のこととして着ることができないといけません。このようなジェネラルな素養を若いうちに身に付けてほしいです。そのうえで、それぞれ専門の道へ行ってほしいですね。また日本は専門家が少なく、ジェネラリストが少ない。是非全ての領域に対応できるジェネラリストも今後重要かと思います。こういう新興感染症、災害医療の時に専門家ばかりでは対応ができなくなってしまいます。

— 今後私たちが府立医大を卒業して担っていくことになりますが、メッセージを頂けますか。

私は大学の外で働く機会が多かったのですが、そこで出会った本学出身の先生は、皆さん優秀ですね。府立医大というだけで信頼されているように感じました。皆さんのポテンシャルも高いと思うので、それを誇りに思ってください。

一方で、府立医大の長い歴史には誇りを持ちつつ、大学の枠の中に閉じこもらないでほしいです。外の広い世界へ出て学び、実力をつけて、それを母校に還元してください。私はここ府立医大が本籍地という意識は高いですが、実はほとんど府立医大の関連病院で働いたことはありません。研修医を終えた後は、39歳まで、国立循環器医療センターや海外に行っていました。それでも39歳の時に大学から呼んでもらいました。とても自由な校風だと思います。実力をつけるために大学を出る時期は必要だと僕は思うので、いずれ大学や地域へと還元するという役割を胸に秘めつつ、大きく自由に世界へ羽ばたいてほしいと思います。そういう人が多く出てくれば、この大学はさらに良くなる

はずです。

私たち府立医大は、理念として「世界トップレベルの医学を地域へ」を掲げています。これは、**世界的な臨床や研究をしつつ、軸足は地域に置いている**、ということです。京都府立の大学であるので、私たちには府民全体の健康を守るという使命があります。コロナ禍でも京都府民を守るために京都府で率先して様々なことをしています。

考えてみると、この理念は**150年前の建学の精神と同じですよ**ね。山本覚馬や明石博高らが言ったように、学問と医療がないと国は亡びる。西洋医学で見事に治癒に導かれた鳥羽伏見の戦いで傷を負った兵士を目の当たりにして大学（療病院）ができました。世界の**トップレベルの医療を地域へ**、という理念はまさにその建学の精神そのものです。皆さんもそれを実践してください。

—今日は貴重なお話をありがとうございました！



取材：長山透流（医5）中江彩（医5）岡田優人（医4）杉本亞梨朱（医3）文；岡田優人（医4）

それぞれの母子に寄り添う助産ケアを目指して



京都府立医科大学附属病院 助産師
新谷 梨央

プロフィール

京都府出身。

京都府立医科大学で看護師と助産師の免許取得。卒業後京都府立医科大学附属病院に就職し、現在3年目。産婦人科病棟で、看護師として婦人科の入院患者のケアをし、助産師としてお産に立ち会っている。

目次

- ・府立医大で助産師になるまで
- ・助産師のやりがい
- ・助産師になって感じる難しさ
- ・メッセージ

府立医大で助産師になるまで

—京都府立医大で助産師を目指した理由を教えてください。

京都府立医大は、オープンキャンパスで話を聞き、歴史のある大学なので入学すればしっかりと教えて貰えると思って選びました。そのときは漠然と助産師にもなれたらいいなとは思っていましたが、具体的に助産師になることを考えたのは、大学で母性学を勉強して興味を持ったときからです。

助産師を目指した理由は、もともと赤ちゃんが好きだったことに加えて、小学生の頃、当時生まれたばかりのいとこが先天性の心疾患でNICU^(※1)に入院していました。そこで、小さな体で心臓が頑張って動いているのを見て、こんな小さくても生きているんだと赤ちゃんの生命力にとっても感動しました。その頃から赤ちゃんはすごいなという気持ちがずっとあったように思います。

もう一つ、大学で募集されていた産婦人科のアルバイトで、正常なお産だけでなく、中絶や流産の場にも立ち会いました。複雑な思いをされている方もいることを知って、より一層助産師として、命の誕生に立ち会いたいと思うようになりました。そのような方への声の掛け方はまだまだすごく難しく、どう声かけた

らよかったんだろうかと後で悩むこともよくあります。

(※1 NICU：新生児集中治療室。予定日より早く生まれた、低い体重で生まれた、または病気を持って生まれた、といった新生児を集中的に治療・管理する)

—卒業後すぐに助産師になられたんですね。

はい。助産師になるには、看護師免許を取った後に助産師の勉強をするために助産師学校に1年以上通う方法もありますが、府立医大は4年間で助産師と看護師の免許を取ることができるカリキュラムだったので、4回生のときに両方の試験を受けました。

—枠が少なく大変と聞きますが、実際どうでしたか？

勉強は必死でした(笑)。初めは候補者が多くて、みんながピリピリしながらお互いの成績を気にしていましたのでプレッシャーでしたが、逆に高め合うこともできました。もともと助産師資格を取ることができる枠は8人とされていたのですが、最終的に希望者9人全員が助産師免許を取ることができました。また、フットサル部に入っていましたが、部活との両立は大変でした。フットサル部の活動が大好きだったので、

多くの人が実習が始まればそちらに集中するため部活動を引退する中で、実習期間中にも周囲に心配されながら練習に行っていました。4回生の夏は、部活をしながら就活をしていたので今思い返せばよくやっていたと思います。でも、逆に部活が気分転換になっていたのかもしれない。



学生時代のフットサル部の大会の写真

—助産師の実習はどのようなものでしたか。

助産師課程が認定されるためには赤ちゃんを10例取り上げさせてもらう必要があります。私は福知山市民病院で実習させてもらいましたが、赤ちゃんはいつ生まれるか、陣痛がいつ始まるか分からないので、2カ月間は病院の横の宿舎で泊まり込みで実習をしていました。土日関係なく、寝ていても呼び出しがあれば、病院に向かうという生活でした。同じ病院でもう1人の同級生も実習していたので、宿舎で2人暮らしみたいなことをしながらお互い励まし合っていました。今思えばあの頃はしんどかったけど達成感がありました。

助産師のやりがい

—卒業後は府立医大病院を選ばれたのですね。

学生のころから在籍して慣れた環境だったのと、やっぱり大学病院ということで教育体制が整っているのも、新卒で働く上で看護技術を身につけられると思いました。また、大学の授業でこの病院の産科の先生の助産学の講義を受けていたのですが、お母さんと赤ちゃんに対する気持ちがすごく熱くて、そのような先生がいる病院で働きたいと思いました。その中のある先生がドラマ「コウノドリ」の話をされていて、観てみるとすごく勉強になって、このドラマも助産師を目指した理由の一つになりました。

—個人的な話ですが、私が産婦人科に入院していたとき、末期がんの患者さんなど、お年を召された方もいらして、意外でした。

産婦人科はお母さんと赤ちゃんだけでなく、いろんな年代の女性が入院するので、看護師としても良い経験ができる職場です。生まれたてから亡くなるまで患者さんがいるので、人のライフサイクルが分かるというか。助産師は本当に女性の一生に関わる仕事だと感じます。

—実習で産婦人科を回ったんですが、完全な正常分娩より合併症のある妊産婦の方が多かったです。

そうですね。大学病院に紹介される妊婦さんは基礎疾患があったり、赤ちゃんに先天性疾患があったりする人が多く、考えさせられることが多いです。健康に生まれて健康に生きているのは、当たり前ではないのだと改めて思います。命懸けで出産をして、赤ちゃんが生まれてきてホッとしたりお母さんの顔を一番近くで見られるのが嬉しいです。赤ちゃんとお母さんがやっと会えて触れ合っている姿は何回見てもうるうります。

今はコロナの面会制限もあってお母さんが一人で陣痛を乗り越えるのは大変だろうと思います。お父さんも手術室から病棟へ戻るときにちょっと会えるだけなので。

—それなのに学生の私たちがそばにいるのは申し訳ないですね。

でもそれが嬉しいっておっしゃる方もいます。大勢いてくれてよかったですって。

出産後も育児や授乳などで忙しく、ちゃんと睡眠時間も取れない中赤ちゃんのために頑張っているお母さんをそばで見ていると、母は偉大だと思いますね。この仕事をして、よりお母さんに感謝しないとって、すごく思います。もちろんお父さんにもですけどね(笑)。

助産師になって感じる難しさ

—助産師としての難しさとか大変さはどういうところですか。

退院後どんな風に過ごしていくか赤ちゃんとお母さん、その家族のためのプランを立てています。その中で精神疾患を抱えている人や、赤ちゃんを連れて帰れないほどの家庭環境、普通にごはんを食べて寝てとい

う生活が難しい環境で生きている人がいることを知りました。お父さんだけでなく、若い祖父母やお母さんの妹さんなど十分にサポート体制がある家に帰る人がいる一方、シングルマザーで支援者が誰もいない家に帰る人もいます。

—疾患だけでなく家庭環境も大変な方がいらっしゃるんですね。

環境も考え方も本当に人それぞれです。いかにその人に合わせて退院後のプランを決めていくか。どの仕事でもそうかもしれませんが、自分の普通が人の普通じゃないということに気がつきました。

—プランを考える上でどう言ったことに注意していますか。

できるだけ話を聞くというのは意識しています。これもいいですよ、あれもいいですよって言いがちですが、まずその人の話を聞く。訊き方を工夫したらいろいろ話して下さるので、そうして情報を得た上で、プランの案を作ってチームでカンファレンスをします。理想と実際にできることとのギャップを調整するのが難しいです。

—そのチームの中では、助産師が中心となるんですか。

助産師だけでカンファレンスを開くこともあります。でももちろん助産師だけではなくて、医師と相談したり、小児科のスタッフと情報共有したり、妊娠悪阻や妊娠糖尿病など食事指導が必要な患者さんについて榮



助産師の同期2人と新谷さん（左）同期がいたから仕事を続けられていると思いますし、1年目の時から今でもいろんな面で支えてもらっています。かけがえのない存在です。

養士さんに相談したり、地域連携室を通して地域の保健師や施設と連絡をとったり、多職種連携をかなりしています。ハイリスクの患者さんには受け持ちの助産師がついてその人を中心に進めていくこともあります。それぞれの役割を果たして、協力し、みんなで患者さんをみています。

—助産師と看護師の違いはどのようなところですか。

お産が取れるかどうかです。分娩経過を見てお産を介助することができるのは助産師だけですが、その後のベビーキャッチ^(※2)は看護師もできます。手術室で帝王切開をする病院が多いですが、府立医大は分娩室で帝王切開することもできるので、機械出し^(※3)を助産師がしています。

—実際に働きだしてからと学生時代でイメージが変わったことはありますか。

病気をみる他の診療科と違って、産科はおめでたい出来事である出産をみるという点が特殊だと一般に言われます。ただ私は学生時代から産婦人科でアルバイトをしていたので、おめでとうと言える場面ばかりでないことはもともと分かっていました。なので、そこに対するギャップはあまり感じませんでした。それよりも、生活面での変化が大きかったです。府立医大の看護師の勤務体制は三交代制で生活が整わなくなりました。しかも就職を機に一人暮らしを始めていた所に、コロナが始まり同居人以外との会食は禁止という規制があったので、家族や友達と会うこともできず、仕事上でうまくできなかったことを一人で抱え込んでしまう時間が増えました。

—どれくらいで慣れてきましたか。

つい最近ですね。2年目は1年目に比べて少しはよくなったけれどずっとソワソワしていて、先輩や同期に支えられてやっとリズムが掴めてきました。前は休みのときにも仕事のことを考えていましたが、今は友達や家族と会ったり、趣味を見つけたり、やっと気分転換ができるようになりました。

(※2 ベビーキャッチ；出生直後の新生児のケア。呼吸、体温維持や心臓の動きのサポートを行う)

(※3 機械出し；手術において執刀する医師に手術器具を手渡すこと、またその役割のこと。通常は手術室専属の看護師が行う。)



ディズニーが大好きで、学生の頃は世界のディズニーパークを回っていたという新谷さん（左から2番目）

メッセージ

—学生や新米の看護師さん助産師さんへのメッセージをお願いします

我慢強く続けていれば楽になるときが来るってことを伝えたいです。今は、1年目2年目に頑張ったから今の自分がいると思います。何も分からないところ

から一個一個学んできた自分たちを認めてあげたいと思うし、それが自信に繋がっていけばいいなと思っています。

よく同期とも喋るんですが、しんどくても多分自分だけではないです。誰かに話してみれば相手も実はそう思っていたりするし、一人で抱えないで声に出したらいつでも助けてくれる人がいます。いろんな人に頼って、一つずつ自分の学びにして、成長していけたらいいと思います。

府立医大の良さは、規模が小さい分色んな人と仲良くなれることです。違う科の先輩に話を聞いたり、縦も横も繋がりがあって、いろんな人に話を聞けるのが心強いです。

今までは業務をこなして、患者さんが安全に過ごせることを第一に考えていましたが、これからは患者さんに合った看護や助産ケアをもっとできるようになりたいです。大変だけど助産師としての仕事内容はすごくやりがいを感じるので、将来的にライフプランが変わるかもしれませんが、頑張っていきたいです。

取材・文：君島 静（医5）

歴史ある大学で人を育てる喜び



脳神経外科学 教授
橋本 直哉

プロフィール

1990年、京都府立医科大学卒業。1993年4月-1996年3月、京都府立医科大学大学院医学研究科。1996年7月、テキサス大学医学部脳神経外科臨床フェロー。1999年4月、京都府立医科大学脳神経外科学教室 助手。2003年11月-2010年3月、大阪大学大学院医学研究科 脳神経外科学 助教。2010年4月-2010年10月、大阪大学大学院医学研究科 脳神経外科学 講師。2010年11月-2015年6月、大阪大学大学院医学研究科 脳神経外科学 准教授。2015年7月-現在、京都府立医科大学大学院医学研究科 脳神経外科学 教授。

目次

- ・神経科学に憧れ、切磋琢磨した学生時代
- ・文化の違いに触れたアメリカ留学
- ・臨床医であり、教育医であり、研究医であれ
- ・日本の医学教育の方向性
- ・150周年を迎える府立医大について

神経科学に憧れ、切磋琢磨した学生時代

—こんにちは。本日はよろしくお願ひします。まずは脳神経外科を志したきっかけを教えてくださいませんか？

僕が府立医大の学生だった頃は神経に関する基礎研究をされている先生が何人も学長をされており、佐野豊先生、藤田哲也先生、栗山欣彌先生、井端泰彦先生と国際的にご高名な先生方が綺羅星のごとくいらっしやった時代でした。その影響もあって、学生生活の前半で基礎医学を学んでいる頃から脳神経って面白いなと思っていたんです。漠然と自分も脳神経で何かできないかと思って、一時期は基礎の神経科学について研究したいと考えていました。

結局、臨床の道へ進むことに決めましたが、そうすると内科で神経をやるか外科で神経をやるかの選択になります。当時、脳を扱う内科はまだ1つの医局として独立しておらず、第一・第二・第三内科それぞれの神経グループが個別に神経疾患の診察にあたっておられたと思います。僕は神経を専門に扱っている医局に入りたいと考えて、脳神経外科にしようと思ったのが最初のきっかけです。

その後、6年生の夏休みを利用して済生会滋賀病院に泊まりがけで脳神経外科の見学実習に行っている時、名神高速で同級生3人が事故に遭い、偶然ですが済生会滋賀病院へと運び込まれたんです。そのうち一人が亡くなるという痛ましい事故でしたが、脳挫傷があった同級生にICUで付き添い、重症頭部外傷が治療によって治癒していく過程を目の当たりにしました。そのことで初めて脳神経外科という診療科の重要性を身を持って感じました。

—学生時代の出会いや経験が今のご専門につながっているんですね。脳神経外科に進もうと決めた後、学生の頃から先を見据えてされていたことはありますか。

仲の良かった1人の同級生と一緒にECFMG^(注)を受験しよう、また将来の専門にしようとしている神経のより深い勉強をしようと言って、週に1度くらいお互いの下宿を行き来して英語で勉強していました。2人で英語の成書を1年かけて通読しましたが、その本は今でも見返すことがあります。医学英語の勉強にもなりました。

一方で学生時代は遊んでもいましたね。硬式野球部と軽音楽部に所属し、特に軽音では必死でギターを練習していました。トリアス祭もコンサート部門長としてはやりきっていました。バブルの雰囲気のある最後の時代で、カラオケやバーで遊ぶこともありました。

(注) Educational Commission for Foreign Medical Graduates. 日本で医学教育を受けた後にアメリカ、カナダで臨床に携わるために必要であった資格。現在の USMLE におおむね相当する。

文化の違いに触れたアメリカ留学

一橋本先生は臨床留学をされていますよね。さきほど医学英語のお話もありましたが、どのような準備をされましたか？

日本で1年ほど英会話教室に通いました。渡米したのは病院のプログラムに参加する3ヶ月前で、しばらくサンフランシスコに住む友達の家で居候させてもらいました。7月からヒューストンの病院で働く予定でしたが、ツベルクリン反応陽性が結核の既感染だと言われて病院に入れてもらえませんでした。それはBCGのため^(注)なんですけど、そう言っても信じてもらえなくて……。1ヶ月後にレントゲンを撮って結核肺炎でないことを示さない病院の中で仕事をしてはダメ、ということで、8月からプログラムに参加しました。

現地で英語だけの環境に身を置いてから病院勤務を始めたのは、本当に良かったです。それでも初めは苦労しましたが、半年後には必要なコミュニケーションはとれるようになりましたね。

(注) 日本では小児期に結核のワクチンであるBCGワクチンを接種するため抗体が産生され、それ以後ツベルクリン反応が陽性になる。一方アメリカでは一般にBCGワクチンを接種しないため、ツベルクリン反応陽性が出ると結核感染が疑われる。

一臨床留学で印象に残っていることはありますか？

夜中にアフリカン・アメリカンのくも膜下出血の患者さんが来て、ボスは到着まで1時間かかるということでした。それで、開頭して病変の処置ができる状態までセットアップしておくように言われました。日本でも同じ手術は何例も経験していましたが、体も大きいしもちろん皮膚の色も慣れ親しんだものと異なり最初は戸惑いました。しかしメスを入れた瞬間から見え

るものは皮下組織も側頭筋も頭蓋骨も、日本での臨床で経験したのとまったく一緒でした。肌の色こそ違えど、解剖や見た目は何一つ変わらないことに感動しました。

また、仕事をし、生活するなかで文化の違いを知ることができて良かったです。人種の垣塙(るつぼ)と言われ、色々な文化が混ざり合っているのがアメリカです。そういった環境でバックグラウンドの違う他者に対する寛容さを学びました。

一医療の提供体制に関しては日米の違いを感じましたか？

医療も文化だと強く感じました。アメリカには皆保険制度がなく、病院でまずやることは患者の保険の確認です。プライベートの保険に入っていないければ治療費が払えないので、そのような患者さんは隣に建っているキリスト教の慈善病院に送られるのです。

また、アメリカの医者は日本の医者よりも独立していると感じました。権限が強くて、なんでも1人でやってしまう。また色々なことが合理的で、日本だったら術後10～14日は入院してもらおうような脳外科の患者さんが、行っていたヒューストンの病院では3日でホテルに帰っており、医療費の抑制にも繋がっていました。

合理主義なのは施設の使い方にも言えて、例えばMRIは24時間電源を落とさないんです。昼間は外来患者さんを撮影して、夜になると放射線技師さんは交代して夜通し入院患者さんを撮影する。なぜなのか尋ねると電源を落としたら非効率だと答えが返ってきました。

一アメリカの医師のほうが権限が強いということでしたが、分業が進んでいることの結果でしょうか？

その通りで、日本とは分業の程度が全然違います。くも膜下出血を例にすると、アメリカではまず救急医がくも膜下出血の疑いありと判断した場合、次に神経放射線科医が血管造影の画像検査をします。脳動脈瘤があるとなれば、今度は神経内科医が意識障害などを評価して手術適応ありと判断し、そうして初めて僕ら脳神経外科医に電話がかかってくる。日本ではくも膜下出血疑いの患者さんが搬送されたら、最初から僕ら外科医が救急室まで行くので大違いです。

細かく分業されていて、そのぶん自分の専門においては権限が強いと感じました。重症のてんかん患者さんがいたとしたら、脳波の技師さんが僕ら医師に脳波の読み方について詳細な専門知識を織り交ぜて教えてくれます。神経内科医は、手術中にこの部位から異常脳波が出現しているから、ここを摘除してくれと具体的に指示します。僕ら脳神経外科医はただ摘除するだけです。これは一例ですが、至る所でそのような分業体制が進んでいます。

—分業が行き過ぎると、1人欠けると医療が進まないように思うのですが、大丈夫なのでしょう？

医療資源が日本より豊富なので、それでも回るんだろうと思います。日本にあるのとは比べ物にならない大病院なので、人的な資源が大量にあって、だからこそ分業体制が維持できます。入院病床数は日本と同じでも手術数は3倍ほどこなしています。入院期間を短くすること含め、効率化しているからこそできることです。

臨床医であり、教育医であり、研究医であれ

—研究を始めるきっかけはありましたか？

学生のころ衛生学の講義の担当が稲澤譲治先生^(注)だったんですが、研究の手伝いで誰か染色体標本を作ってくれとおっしゃって、それで希望してリンパ球の染色体を分析する実験のお手伝いをするにしました。放課後に毎日？研究室に通っていましたね。それがご縁で、大学院時代は稲澤先生の教室で研究をして学位を取らせていただきました。どんなきっかけがあるかわかりませんが、若い人は興味のあること、好きなことを研究したらいいと思います。

(注) 2022年3月に東京医科歯科大学の教授を定年退官。京都府立医科大学出身。

—研究をすることで臨床での実践が変わりましたか？

やっぱり研究をする前後では臨床における理解度が全然違います。患者さんだけを診て純粋に臨床実践だけやってきた医師と、それに加えて研究をして病態や病気の生物学的特徴まで把握している医師とでは理解の深さが違うと思います。特に脳腫瘍はいわば癌の一種で、たとえ外科医であっても癌の生理学や遺伝学が分っていないと治療できないんです。よく言われることですが、臨床医であって、教育医であって、研究医

であれということだと思います。全て繋がってきます。

—教育というワードが出ましたが、もう少し詳しく教えていただけますか。

教育は自分が勉強したことを人に教えて、そのことで自分の理解も一層深まるので、そこに携われるのもものすごくありがたいことです。“Teaching is learning.”と言いますが、まさにその通りで学生の教育であっても若手医師の教育であっても、同じことです。それに加えて自分の教育によってその人がステップアップしたとはっきり分かる瞬間があって、それに勝る喜びはないですね。

—臨床、教育、研究と全てを行うのは大変なことだと思いますが、どうなのでしょう？

人生を通じて3つ全てに全力を尽くすのは、正直難しいと思います。時期的にどれかに軸足を置くことがあってもいいのではないのでしょうか。実働期間として40年ある人生だとしたら3つに分けても13年ずつ、それなりに時間が割けるじゃないですか。例えば大学院生の間は研究にウェイトを置きながらも、いずれ臨床現場へ戻ることを意識しながら過ごすことが大事です。そうして、臨床、教育、研究の各現場で、時期が来たら人が順に変わっていけば全体として上手く回ると思います。

—先生はいま学生部長をされていて、私たちから見ても臨床の傍ら学生教育にとっても熱心に取り組まれていると感じます。昔と比べて今の学生の良い点と悪い点はどこにあるとお考えですか？

今の学生は自分の意見をはっきり言うことができ、とても良いと思います。自分が学生だった頃よりも、今の学生たちのほうがコミュニケーション能力が高いですね。教員にも自分の意見を言うことができるし、質問するのも上手です。スマホなどコミュニケーション手段が発達したおかげで常に色んな人と繋がっているためだと思いますが、自我がしっかりできている気がします。

一方でその弊害として、グループで勉強するのは苦手になっているかもしれません。みんなで団結して1つの目標に向かうことに関しては、自分たちが学生の頃のほうが、そういった雰囲気があったように思います。

危惧しているのはコロナ禍でさらに学生同士の繋がりが希薄になってしまうことです。クラブ活動や学園祭の経験が少なくなっているだけでなく、授業や実習で対面で会う機会も減っているのは繋がりの希薄化に拍車をかけないか心配です。

日本の医学教育の方向性

—日本全体の医学教育について伺いたいです。医学の発展で医学生が学ぶべき内容が膨大になって医学カリキュラムの改変も繰り返されています。詰め込みの弊害も指摘されていますが、こういった方向性で医学教育は進められるべきでしょうか？

今の日本の医学教育の改変は、自分が学生時代にまさに感じていた不満のベースにあった問題点を、上手く改善してきた結果だと思えます。アメリカは4年制大学を出た後にメディカルスクールに通って医師になるので日本とは制度が根本的に違いますが、その良い部分を国や厚生労働省が取り入れる形で制度改革していると感じます。医学部4年生が受けているCBTやOSCE^(注)が今後、医師法に正式に位置付けられることが決まっていますが、アメリカ型の4年間ジェネラルな勉強をした後に、医学部5～6回生プラス研修医2年でアメリカのメディカルスクール4年に相当する勉強をするというスタイルに寄せていくプロセスだと思います。自分が学生の頃よりも臨床実習は充実していて、より実地的な勉強ができるようになっています。学生はそのぶん自由な時間が減っていますが、自分で勉強することの重要性は増えていますね。

(注) CBT：computer based testing の略。ここでは、医療系大学間共用試験実施評価機構が実施する臨床実習前の共用試験のうち「コンピューター画面上に提示される知識の修得度を評価する試験」のこと。医学生はこの試験に合格することが臨床実習に参加する必要条件になる。

(注) OSCE：ここでは Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination (Pre-CC OSCE：臨床実習前客観的臨床能力試験) を指す。医療系大学間共用試験実施評価機構が実施する臨床実習前の共用試験のうち「患者さんに接する態度や診察の仕方、基本的な技能の修得度を評価する試験」の内容であり、前述のCBTと並んで、合格することが医学生が臨床実習に参加するための必要条件である。

—方向性としては今の医学教育改革は上手く進んでいるということですね。

欧米型の医学教育の良い点を取り入れる形で、全体的な方向性としては良くなってきていると思います。専門医制度も、欧米のレジデント制度を模倣して制度の改革が進んでいます。脳神経外科は麻酔科と並んで古くから専門医制度を持っています。我々の先輩がアメリカから制度を持って帰ってきたんです。とにかく医学生の教育から若手医師の教育まで、医学教育が欧米の制度ベースで改革されつつありますが、そこに日本あるいは東洋独自の要素が取り入れられるといいかなと思っています。漠然とした思いで具体的な構想があるわけではないのですが、例えば仏教的なもの、あるいは京都市のものの要素が入るといいですね。

—私たちが入学した後に前学生部長から代わって橋本先生が学生部長に就いていらっしゃいますし、また交代のタイミングもあると思います。先生ご自身のキャリアとして、次のフェーズに移るとしたら、そこにはどんな目標があるでしょうか？

若い頃と違って自分自身に関して目標を立てるのは難しくなっていますが、教室の教授としては、世界に冠たる脳神経外科の医局をここに作りたいですね。自分が入局した頃には上の先生はみな志として口にしていたので、いま再びその目標に向けて頑張りたいと思います。

150周年を迎える府立医大について

—時期大阪大学にいらっしゃった橋本先生から見て、府立医大の特徴、あるいは良い点と悪い点を教えてくださいませんか？

大阪大学では府立医大との校風の違いを顕著に感じました。大阪大学医学部は有名な適塾が母体になっていて、創始者の緒方洪庵が日本で初めて唱えただろう身体機械論（身体すべてが機械とする見方）が伝統として残っています。ある意味でこれは正しくて、機能を果たすために臓器が存在するという捉え方は科学的で合理的な見方です。大阪大学は移植医療などが強いですが、間違っているかもしれませんが、やはりそういった価値観や伝統を反映しているのではないかと感じました。一方の府立医大ですが、こちらも創立の経緯を伝統として強く持っています。明治維新の後、京都を盛り上げようとする動きのなかで府民に医療を提供しようと奮闘した建学のいきさつがありますね。そ

の精神が現代にも続いていて、患者さんを1人の人間として総合的に診ることに府立医大の強みがあると感じます。大阪大学に属していたので例として挙げましたが、それぞれの大学に校風があって、そのことにより医学教育の多様性が担保されていくことが重要かも知れません。

若い人は府立医大や関連病院から飛び出して外に出る機会があってもいいし、そこで得たものを持って帰ってきて大学と府民のために還元してほしいですね。

—最後にこの記事の読者の皆さんへメッセージをいただけますか。

今後も府立医大の教員として、良い大学の歴史を紡いで、良い医療人を育成することに誠心誠意尽くしたいです。本学の受験を考えている受験生の方へは、長い歴史のある大学ですし京都の素晴らしい立地で医学を学べるのはとても良いことで、ぜひとも受験してほしいと伝えたいですね。在籍している学生には、この大学を引き継いでいってほしいというのがメッセージです。

—今日はありがとうございました！

取材・文：長山 透流（医5）



留学中の橋本先生と手術風景（テキサス大学附属ハーマン病院）



大阪大学時代 ギリシャとフィリピンから留学した脳神経外科医の指導。



トリアス祭（コンサート部門の看板の前で、1988年）

西表島で見つけた理想の医療



沖縄県立八重山病院附属大原診療所 所長
吉見 未祐

プロフィール

- 2017年3月 京都府立医科大学を卒業し、沖縄県立中部病院で初期研修を開始
- 2019年4月 沖縄県立中部病院 総合診療科後期研修（島医者養成プログラム）開始
- 2020年10月 沖縄県立宮古病院総合診療科 赴任
- 2021年4月 沖縄県立八重山病院附属大原診療所 赴任 所長

目次

- ・魅力あふれる西表島へ
- ・西表島での医療
- ・離島でこそ活きるプライマリケア
- ・西表島から届けるメッセージ

魅力あふれる西表島へ

一本日はよろしくお願いたします。先生が勤務されている西表島は、どんなところですか？

こちらこそよろしくお願いたします。西表島は沖縄県にある離島の一つで、沖縄本島よりも台湾の方が近いような南部に位置します。自然が豊かで、イリオモテヤマネコなどの絶滅危惧種も多く生息しています。昨年世界自然遺産に登録されました。

島は沖縄県内では本島に次いで2番目に広く、人口はおよそ2500人です。島は中央の山によって東西の地区に分かれていて、私は東側の地区にある大原診療所に勤めています。こちらは人口が約1000人で高齢化率^(*)は23%です。

実は、西表島の東側の地区はマラリアが蔓延して人が住めなくなった時期があります。戦後のアメリカ統治下で、薬を散布するなどしてようやく人が住めるようになり、近辺の島々から人を呼んできて開拓したという歴史があります。その開拓1世の世代から4世くらいまでの方々が暮らしています。西表の自然に憧れてカヤックやトレッキングツアーなどのネイチャーガイドを生業にしたい、と都会から移住してくる層もいて、子供も結構多いです。



南の島、豊かな海。2021年には奄美大島などともに世界自然遺産に登録された。

—先生はどうして西表島に行こうと思われたのですか？

最初から西表島に行こうと決めていたわけではなかったんです。病院実習で様々な科を回りながら感じたのは、どの科も面白く新鮮だけれども、ここに進もうとピンとくる科はないということでした。病気になってからそれを治す、というのは大事なことでありますが、キリがないと思ったのです。医療のニーズと実情を学びながら、病気になる前の患者さんに関わりたい、と思って調べていたら沖縄県立中部病院へ行きました。5回生の時に見学に行ったのですが、とても印象的でしたね。

—どのような点が印象的だったのですか？

5日間、病院を見学させてもらいましたが、最初の4日間は中部病院内の各科を満遍なく見学させてもらいました。そして最終日に、人口300人ほどの小規模離島である津堅島の診療所の外来見学に行きました。

そこでは、診療所の医師が、主訴に関わらず高齢者全員の足の爪を見て、爪白癬と診断した方に抗真菌薬を処方していました。人口の少ない離島では、全員に対してアプローチすることが可能で公衆衛生学的視点を持ちやすい、と教えていただいたことが記憶に残っています。

さらに往診にも同行させていただいて、診療所の医師は、自身も島に住んで患者さん全員に関わっていると知りました。その関わりは決して浅く一時的なものにはなり得ないのだ、と感じたことが非常に印象に残っています。

—それで沖縄県立中部病院に就職されたのですか？

実際に行ってみると思い描いていた医療の様子とはかけ離れた実情も目にするようになりました。重度のアルコール依存症に肝性脳症^{(*)2}と敗血症^{(*)3}も併発した方、誤嚥性肺炎を繰り返し何度も入退院を繰り返す認知症の方、生活習慣病をいろいろ抱えているのに医療機関につながない方など、医療者として信じられない思いでした。このような患者さんに共通するのは、終末期の方針が全然決まっていなくて、そのことを相談する相手もないということです。

高齢者に手厚くいろいろな医療を行うのはもちろんのことです。でも、家族もいない、本人は認知症という方に高度な治療をすることは、これはいったい誰が望んでいる医療なのでしょうか。経済的には明らかにうまく行っていないですし、おそらく患者の満足度も伴っていないし、何より医療者自身が疲弊してきてい

ます。医療はこのままで本当に良いのだろうか、という思いを抱えて私は苦しみました。

そんな時、初期研修2年目の秋に地域研修がありました。そこで西表島の西部診療所に行く機会があったのですが、90歳でこんな元気な人見たことない、というくらい高齢者がみんな元気でした。病院に勤務していると、一人の人を継続的に診ることさえ難しいですが、診療所は日頃の生活から診ることができます。島の人々と一緒に生活しているからこそ、受け持つ患者さんの日常生活が見えて、よりその人の生活にあったアドバイスや介入ができます。さらに、あらかじめ終末期について考えておくとか、そもそも病気にならないために、というアプローチができます。これこそ、私が求めている医療の形だと直感しました。

—そのようなきっかけがあって離島医療に興味を持たれたのですか？

そうですね。もう一つ印象的だったのは、私が西表島に滞在中に行われたお祭りでした。島民の方々の、このお祭りにかける熱量がすごいのです。1ヶ月前からアダン葉^{(*)4}で祭りの時に履く草履を作ったり、獅子舞の被り物の修理をしたり、踊りの練習を毎日重ねたり。このお祭りを見ていると島の人々の本気度が伝わってきました。そんなこともあって、中部病院に残るかどうかが悩んでいた私は、後期研修には島医者養成コースに進むことにしました。

面白いなど思ったことは突き詰めたい。敷かれたレールの上をただ走るのとは何か違うと思っていた私は、キャリアとしては珍しい島医者への一歩を歩み始めたのです。

(編者註)

(*)1 高齢化率：総人口に占める65歳以上の人口の割合

(*)2 肝性脳症：肝臓の機能低下による意識障害。肝硬変が進行した場合や劇症肝炎などの重篤な肝障害によって引き起こされる。

(*)3 敗血症：感染症に対する制御不能な生体反応に起因する、生命を脅かすような臓器障害のこと。

(*)4 アダン：パイナップルに似た木。熱帯から亜熱帯でよく見かけられる。

西表島での医療

—私たちが、離島でどのような診療が行われているのかわかる機会は中々ありません。普段の診療はどのようなものなのでしょうか。

大きくは、一般外来・救急・在宅医療/看取り・地域保健活動の4本柱に分けられると思います。私が地域で一人の医師なので、発生しうる医療行為は全部自分一人で行うことになります。

—それはとてつもなく責任重大ですね…。一般外来や救急では、具体的にはどのような疾患を診ることが多いですか？

内科疾患では高齢者の糖尿病や高血圧をはじめとする生活習慣病の管理です。人数的にはこの内科が一番多くて、加えて肩や腰の痛みのような整形外科的な疾患から、泌尿器疾患（過活動膀胱、前立腺肥大など）、怪我・転倒、発疹、動物に噛まれた、などの小外科的なことも診ています。小児科も結構多く、産婦人科もちょこちょこいます。

重症なものとしては、不整脈や脳卒中のほか、子供の広範な火傷、製糖工場での切断肢、水難事故（特にシュノーケリング中の事故）などを経験しました。

救急疾患は、人口が少ないので診療所のセッティングでの経験数も多くないのですが、高次医療機関につながるまで確実に対応しなければなりません。大病院の救急医の先生は毎日のように行っていることであっても、私にとってはごくたまにしか経験しないことなので、手順などで少しあやふやになってしまう部分もあります。でも失敗は許されない。だから、たとえば気管挿管^(*)やACLS^(*)などは手順を書いたチェックリストを作って、病院の壁に貼っています。

—救急と言っても、島に消防署はないとお聞きしました。

そうなんです。そのかわりに、地元の屈強な男性で構成された消防団があります。消防団の方々には、患者さんが怪我したときに診療所に連れてきてもらったり、ヘリ搬送が必要な時に付き添ってもらったり、心臓マッサージが必要な時に手伝ってもらっています。

いざという時の対応ができるように、消防団の方々と一緒に3か月に1度ほど訓練を行っています。消防団の人たちの参加率はとても高く、皆さん使命感にあふれて真剣に取り組んでくれています。心臓マッサージのほかにも、**コロナが重症化した場合や海難事故、熱中症などを想定したシミュレーションを行うことで、より確実に救命できるように努めています。**

しかし、診療所のできる医療行為には限界があります。例えば画像検査はエコーとレントゲンしかなくて、ヘリ搬送せざるを得ないこともあります。その搬送も、今日中に出したほうがいいのか、明日でもいいのか、考えなければなりません。搬送にはコストがかかり、

しかもリスクもある程度あります。状況を天秤にかけて、それに見合った判断をしています。

—現在は新型コロナの第7波の真ただ中ですが、西表島でも医療面でのコロナ禍の影響はありますか？（インタビューは2022年7月末に行われました。）

もちろんあります。最近では東部地区だけでコンスタントに一日3人から10人程度（東部地区の人口の約1%）の陽性者が出ています。ですから、時間を決めたくて、発熱外来も通常診療と並行して行っています。

特に離島は一度ウイルスが持ち込まれてしまうと感染が広がりやすいです。過去には西部地区で、1週間に島民1500人中100人が罹患するという事態も起きました。ですから、何とか持ち込まれたウイルスが広がらないよう最大限の対策をしています。その一つが、陽性者が判明してすぐに濃厚接触者を特定することです。普通は検査をして薬をもらおうと診療は終わりですが、島では患者さんから濃厚接触者に直接その旨を伝えてもらう仕組みを作りました。そのうえで、感染を広げないように、陽性者、濃厚接触者に対して隔離期間などを示した図を作って渡しています。

また、ワクチンの接種率も高くなかったので、集団接種を設定したり、ポスターを作って住民の方々へ啓蒙活動も行ったりもしました。離島ということで、自然派（出来るだけ医療を受けない主義）の方々も一定数いらっしゃいます。そのような方にも、怪我などで診療所に来られた時などの機会に情報提供はするようにしています。

—離島医療の良い点はどのようなところですか？

社会構造が分かり易い点でしょうか。社会が小さいため、診療体制などでも柔軟に対応できますし、学校や役場とのやりとりなどを通して、地域全体へのアプローチに手が届きやすいです。これを直ぐに大きな社会に適応するのは難しいかもしれませんが、どう適応させていくのかを考えるには良いステップだと思います。イギリスのGP^(*)のような医療の形が実現されているとも言えますね。

また、これは私自身のモチベーションにもなっていますが、離島診療所が介入することで大病院の負担を減らせる、という思いがあります。難しい検査はできなくても、症状のフォローや投薬など、診療所のできることは診療所で行うようにしています。今の医療制度では、誰でも自由に医療にアクセスできるので、専門医や高次医療機関が疲弊しています。**かかりつけ医をかかりつけ医として機能させる、今の自分は**

その役割を果たしていると思って働いています。



西表のお祭り。

—反対に、離島医療の難しい点はどのようなところですか？

診療所に医師は私一人しかいませんが、私一人に対応可能なことばかりが起こるとは限りませんよね。一人で対応可能な範囲をはるかに超える事象が起きたときに、自分が潰れないかは少し心配ですね。今は生活習慣を整えたり、週に一回はバドミントンしたりすることで自己管理をしています。でも確固たる自己管理方法はまだ模索中です。

ちなみに島は娯楽が少なく、スポーツをするか、飲み会をするか、その2つに集約されてしまいます。

—地域保健活動の一環で、学校医として検診もされるとお聞きしました。

そうです。何故かはわからないのですが、結構心雑音がある子が多いので、スクリーニングのような形でエコーにつなげています。また、親が自然派で診療所に来ない子にもアクセスできるのも良い点です。検診の最後の総括を述べる場で、保護者に子供の目や歯に気を遣ってくださいと伝えています。

(編者註)

(*5) 気管挿管：口または鼻から喉頭を経由して気管内チューブを挿入する気道確保方法。確実な気道確保と誤嚥防止のため施行される。

(*6) ACLS：病院等の医療機関等での救命救急における心肺蘇生法。

(*7) GP：イギリスの医療では、公的医療はフリーアクセスではなく、機能分担が徹底されている。プライマリ・ヘルスケア（すべての人にとって健康を基本的な人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障する理念、ならびにその理念の実現のために地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的にかつ平等に解決していく方法論・アプローチ。アルマ・アタ宣言で定義された。）は、市民自ら登録を行った総合診療医（GP）によって提供される。

なお、次章で取り上げられるプライマリケアは、プライマリ・ヘルスケアの一部とされる。患者の心身を総合的に診て、初期段階での健康状態の把握や一時的な救急処置、日常的にみられる病気や軽度の外傷の治療、訪問診療などを行い、特殊な症例については専門医に紹介する役割を担う。

離島でこそ生きるプライマリケア

—先生は、プライマリケアの重要性はいつごろ意識されたのでしょうか？

離島に行く前からプライマリケアは大事だと思っていましたが、そもそも日本でプライマリケアが機能する場所は本当にあるのだろうか、とも思っていました。離島で機能しなければどうしようもないですが、西表島に来てみて、きちんと環境があれば機能することが分かりました。

—都市部と地域とでは、具体的にプライマリケアはどのように違いますか？

地域では、都市部に比べて病院が少なく、病院を選ぶ余地はありません。そしてそこで勤務する医師が様々な疾患を診ます。地域のプライマリケアはよりベーシックであると言えます。医療資源・人的資源ともに都会と比べて十分とはいえませんが、上手くカバーしています。

都市部では、なかなか診療の継続性を保つのが難しいところにどう継続的に関わっていくのかという問題があります。病院が身近ではないという心理的距離もあるようです。それに、自分の健康に無頓着すぎる人がいたり、大病院志向の人がいたり、と価値観や家族背景が違うことによる複雑さは地域の比ではありません。

一方で、都市部の病院の先生もプライマリケア医にかかりつけ医として機能して欲しいと思っているよう

です。ただ現状では、かかりつけ医の技量の差が激しいという声を聞きますね。

都市部と地域の間くらい規模で、たとえば50床くらいの病院がそのエリアの中核になっていると、患者さんがその病院から動かず、高次医療機関につながらないということも起こっているようです。

—かかりつけ医の技量の差を埋めるにはどうすればよいのでしょうか。

総合診療専門医のような研修を受けてプライマリケア医になる人が増えると改善されるのではないかと思います。ですが、総合診療専門医の歴史はまだ浅く、私が2期生になります。少し長い目線で考えていかなければならない難しい問題ですね。私自身も総合診療を学び続ける姿勢を忘れずに生きたいと思います。

—キャリアとしてのプライマリケア医や、先生ご自身の今後はどのようにお考えですか？

このような離島医療の現場にも関わりつつ、プライマリ・ヘルスケアシステムの構築にも関わりたいいなと思っています。上流（行政）と下流（現場）、どちらか一方だけでなくそのどちらにも関わっていきたいです。

いま私は医療人類学^(*8)という学問に興味を持っています。医療の現場において、医療者が何気なく使っている言葉が一般の人には馴染み無かったり、医療者としてこれは当たり前という常識が実は世間ではそうではなかったりします。医者は病気の成り立ちなどの知識があって、診断して、治療して、という仕組みに当てはめて考え行動しますが、患者は病気の症状があってそこから、という違いもあって面白いです。どのような医学の情報が求められていて、それをどのように一般の人に伝えるかをいつも考えながら診療に当たっています。

(編者註)

(*8) 医療人類学：病気と健康（保健）に関する、人類に関する総合的な研究分野。人類にとって医療とは多様な顔をもつ実践の集合体である、という考えを持つ。

西表島から届けるメッセージ

—特に地域医療に関わりたいと思っている学生は、どの

ようなことを身に着けておくべきでしょうか。

一口に医療と言っても、「標準化された医療」と「患者さんそれぞれに対して幅がある、個別性の高い医療」と両方あると思います。

標準的な医療を学ぶことは、あらゆることの基礎となります。そのうえで地域に出て生活を見て、より個別的な医療をするとなったときに、標準治療に何を上乗せしてどうサポートするかが問われてきます。学生の皆さんは、まずは個別的な医療を行う上でのベースになる標準の医療をしっかりと学んでください。

実は私は学生の時は地域医療や家庭医療が一番つまらないと思っていました。でも今はそれが一番面白いと思っています。離島でのより個別的な診療は、医療とは何かを考えさせてくれる良い機会です。自分で何が必要かを考えて行動することにこそ意味があります。このような実践ができるようになれば最高ですね。

—総合診療を志す人たちに何かメッセージを頂けますか？

総合診療はまだ何もキャリアパスがありません。器用な便利屋、医療の隙間を埋める人、と思われていることも多いです。「結局総合診療医は何ができるのか」「総合診療などを選んで今後どうするの」などと心ないことを言われることもあります。私自身もこのようなことに悩んだこともありました。

しかし、不意に傷つけられたり、やる気を削ぐようなことを言われたりしても、その人が自分の将来の責任をとってくれるわけではないし、その人自身が経験した上で言っていることでもないの、まったく気にしないでいいですよ。

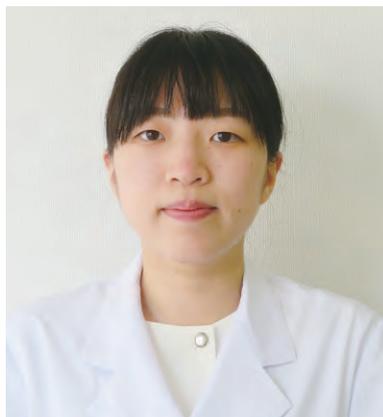
学生が一番柔軟で賢い時期だと思います。学生の時に色々素朴な疑問を持っていたことでも、残念なことに働き始めると忘れてしまうことがあります。学生の時に感じたこと、考えたことはすごく貴重なもので、それをいつになっても大事にしてほしいですね。年数を経て何か形になることもありますから。

最後に言います。離島医療は面白い！

—力強い断言、私の心にも響いてきました。本日は貴重なお話をありがとうございました！

取材・文：岡田優人（医4）

京都府北部を支える医師として



京都府立医科大学附属北部医療センター
消化器外科医 玉井 瑞希

プロフィール

2010年京都府立医科大学入学、2016年3月京都府立医科大学卒業。京都山城総合医療センター、京都府立医科大学附属病院での初期研修、中部総合医療センター、附属病院での勤務を経て現在、京都府立医科大学附属北部医療センターで消化器外科医として勤務。

目次

- ・京都府立医大の推薦制度
- ・過疎地域で働く勤務医として
- ・地域枠におけるキャリア形成
- ・男女という括りではなく
- ・目標とメッセージ

京都府立医大の推薦制度

—まずは自己紹介をお願いします。

京都府立医科大学附属北部医療センターで消化器外科として勤務している玉井瑞希です。京都府の堀川高校出身で、本学には推薦制度※で入学し、学生時代はバドミントン部に所属していました。初期研修はたすき掛け制度※※を利用し、京都山城総合医療センターと本学附属病院で行いました。京都中部総合医療センターと本学附属病院での勤務を経て、2021年度から北部医療センターに所属しており、現在医師7年目です。

※推薦制度

推薦型選抜により入学した学生は京都府が設定する京都府地域医療確保奨学金を受給し、本学卒業後、一定期間京都府が定める地域医療機関において医師の業務に従事することになる。

※※たすき掛け制度

初期研修を行う際、大学病院と研修病院が1年ずつ交互に研修を行う方式をたすき掛け方式という。

—なぜ先生は推薦制度を利用し北部地域で働きたいと思

われたのでしょうか？

父の実家が奈良県の山奥にあり、中高生の頃から地域の人の役に立つ仕事をしたいと思っていました。高校1年生までは具体的にどんな仕事か決めていたわけではなく、漠然と理系、特に林業系を考えていました。しかし、より直接的に人に関わり、人の役に立ちたいと感じるようになりました。また、学校の成績も良かったため、自分を最大限生かせる道に進みたいと思って医学部を目指すことにしました。

本学の推薦制度は私たちの2つ上の学年から始まり、定員も3人から5人、7人へと発展している時期でした。私自身も初めは推薦制度について知りませんでしたが、仲の良い同級生から推薦制度があることを教えてもらい一緒に受験して合格しました。

—推薦制度についてのイメージは、受験生時代、学生時代、現在で変わりましたか？

大きくは変わらないですね。推薦制度では卒業後一定期間、一般的には9年を京都府北部で過ごすこととなりますが、その期間を経て一人前になるのだという印象を抱いています。医師のキャリアが9年でどう進

むかはわかりませんし、受験生や学生であればどの診療科を選ぶのかも決まっていなと思います。医師として一人前になるまでを北部で過ごすのだという意識は昔も今も変わりません。

—学生時代はどのように過ごしていらっしゃいましたか？

学生時代はバドミントン部に所属していて、部活に打ち込んでいました。高校まではスポーツはしていませんでしたが、バドミントン部は何となく楽しそうだと思います。一生懸命活動している人が多く、部活の中で縦の繋がりを学んだりコミュニケーションの基礎を教わったりすることができました。大所帯の部活動だったので今も顔見知りの先輩後輩が多く、コミュニケーションのきっかけになりやすいと感じています。練習にも合宿にも遊びにも、何事にも全力で打ち込むという雰囲気が自分に合っていました。

部活の傍ら、お寿司屋さんや居酒屋でアルバイトもしていました。月水と部活の練習に行き、火木金でバイトのシフトに入るという日々でした。お寿司屋の女将さんにはとても良くしていただき今でも交流があります。たまたま昔看護師をされていた方で、実習が忙しいことなどを理解してくださったこともとてもありがたかったですね！

—不思議なご縁があったということですね！

そうですね、縁としか言いようのない巡り合わせでした。



大学6年生 卒業旅行で同級生女子11人とフィンランドに行ったとき

過疎地域で働く勤務医として

—今は消化器外科医として勤務されていますが、消化器外科を選ばれた理由がありますか？

初期研修の頃女子は内科系に進むという雰囲気があり、自分も内科に行くとなんとなく思っていました。その一方、学生時代の実習では外科系の手術が非常に興味深くて好きでした。研修で内科と外科を回った結果やはり外科系が良いなと思います。研修医2年目には脳外科、小児外科、消化器外科のいずれかの道に進みたいと考えるようになりました。その中でも消化器外科が最も面白く感じたのと、内科の研修中に虫垂炎の症例を経験したとき、消化器外科の先生が診てくださったのが大変頼りになり、自分の手で直接患者さんを治すことができるという点も魅力的で、最終的に消化器外科を選びました。今は多くのことを教えてくださった指導医の先生方の恩に報いることができるように励んでいます。その上で「玉井先生に診てもらって良かった」と言われることが何よりのやりがいになっています。

—医師の少ない地域で働いていて、大変だと感じることはありますか？

医師の絶対数が少ないので、やはり個人個人の負担が大きいと感じることはあります。ですがどの先生とも顔見知りや相談しやすいというのは、むしろ医師が少ない地域ならではの利点だと思っています。また環境面においても、大学附属の北部医療センターで働いていることもあり、設備がなくて困るということは少ないです。



2022年 手術中の様子

—勤務医というと開業医ほど地域と関わっているイメージがなかったのですが、地域との繋がりを感じる機会はありますか？

そうですね、やはり繋がりは大きいと感じています。北部医療センターは丹後半島で唯一、緊急手術を行うことができる病院ですし、ここをかかりつけ病院

としている患者さんも多くいます。都市部の病院で働いた経験が少ないので比較は難しいですが、都市部より患者さんとの距離が近いのではないかと感じます。

—地域との繋がりは深いということですね！京都府北部の良いところを教えてください。

そうですね、通勤で海沿いの道を通るので眺めが良いです。朝は気持ち良く出勤できますし帰りも疲れが癒されます。コロナ禍でお酒を飲みに行く機会はありませんが、海の幸が美味しいのも素敵ですね。一方で私は中心部から離れたところに住んでいるので、体調を崩すと薬局へロキソニンを買って行くのも大変です。しかし、看護師さんが帰りに買ってきて寄ってくれるなど、やはり人との繋がりを感じられるところが私にとって何より良いところですよ！

地域枠におけるキャリア形成

—私自身も推薦入試で入学し将来は北部地域で働きたいと思っているのですが、意識されていること、しておいた方が良いことはありますか？

皆さんがどういうキャリアを目指したいかにもよりますが、将来についてしっかりと考えることが大切ではないでしょうか。同じ臨床であっても、各診療科のキャリアモデルとどこまで合致させるかが課題になってくると感じます。例えば消化器外科では基本的に、3,4年目に関連病院で勤務し5年目は大学に戻り6年目から大学院に進学するのが一般的なのですが、地域枠制度では大学院に行く時期が少し遅れてしまうことはあると思います。

専門医という観点から、本学の地域枠制度では、取得に5年必要な皮膚科以外はどれでも専門医資格を取得できると聞きました。

制度上は可能ですが、心臓血管外科や呼吸器外科などで専門医取得に必要な症例を経験することが難しい場合もあると思います。私は外科専門医を取得できるように初期研修時にも大学病院で症例を経験してカウントしていましたが、症例数が少なく3,4年目などに調整しなければならなくなることもあります。そのような点でも、推薦制度で入学した場合はより自分のことや将来のことについてしっかり考えることが大切だと思います。もちろんそうでない人も、キャリアプランなどについて早めに考慮しておくのが一番ですし、そこは入学制度に関係なく考えるべきところですね。



2022年 同級生女子の結婚式で

男女という括りではなく

—玉井先生は医師として働く上でジェンダーの違いを感じられたことはありますか？

ジェンダーは外科では語られることの多いテーマですが、私としては、男性と女性という括りではなく個性の差の範囲内で考えてほしいと思っていますし、自分自身もあまり気にしていません。

確かに女性医師としては、患者さんに対してより細やかな気遣いをしたり寄り添えたりすることが多いかなと思いますし、例えば傷跡の悩みなどに気付く視点を持っていることも多いと感じます。

逆に男性医師に比べて力で劣っている面はあると思います。手術で使う自動吻合器※の操作で、男性は簡単にできるけれど自分は力をかけないといけない時などに差を感じます。

私は妊娠出産を経験していないのでこれから先意見が変わることもあるかもしれません。しかし、そのような差は男女の差というより、ほとんどが個性ではないでしょうか。個々の特性を生かして得意なところを補い合うことが大切だと考えています。

※自動吻合機

血管や腸管、神経などを互いに連絡するように手術でつなぐための外科器具。

目標とメッセージ

—これからの目標は何ですか？

まず外科専門医を取得し、消化器外科専門医、そして腹腔鏡の技術認定制度を取得したいと考えています。外科専門医は本来去年取得する予定だったのですが、

COVID-19の影響で胃カメラや健診、手術の件数も減ってしまったためまだ取得できていません。

どの病院もですが、全科で協力してCOVID-19を診ようという流れになっています。外科や皮膚科の医師が発熱外来を担当することもあり、外科だからコロナに関係ないということはありません。小さい病院では尚更そうですね。医療従事者、特に看護師さんや医療事務さんの同居者、子どもがCOVID-19に感染して来られなくなり、手が足りなくなって予定手術ができないということも多いです。

コロナ禍で大変なことも多いですが、今は外科専門医、消化器外科専門医、技術認定医という3ステップを確実に取得していきたいと思っています。



2022年 国際外科学会で英語発表しているとき

—最後に読者へのメッセージをお願いします。

主に女子学生さんに向けてのメッセージとなるのですが、女性だからといって何かを諦めるのはもったいないと考えています。女子だからしんどい、外科医になれないということはありません。女子だからという理由で自分のしたいことを妥協してほしくないのです。他の道を選んでも結局後悔することになるでしょうし、何々だからという理由でやりたいことを制限すべきではないと思います。たとえば仕事と家庭といった重視するもののバランスは、いざ選択するまで分からないことが多いです。自分のやりたいという気持ちでカバーできると思いますし、最初から仕事だけ家庭だけなどと自分の選択に制限をかけるのではなく、自分の目指す道を選択してほしいです。

—女子学生としてとても心強い言葉をいただきました。本日は貴重なお話、ありがとうございました！

取材・文：杉本亞梨朱（医3）

インタビュー座談会

座談会参加メンバー（学年は座談会開催当時）

医学科 6 回生 磯邊 綾菜
橋本 寛子
医学科 4 回生 君島 静
中江 彩
長山 透流
医学科 3 回生 岡田 優人
医学科 2 回生 杉本亜梨朱

目次

- ・メンバー紹介
- ・インタビュー企画を振り返って
- ・150周年となる2022年に向けて

メンバー紹介

中江；皆さんお集まりいただきありがとうございます。本日は、150周年記念インタビューについて、どんな企画で誰が行っているのか、ということについて発信すべく、企画委員の学生による座談会の様子をお伝えします。司会を務めます、医学科4回生の中江彩です。



全員；(拍手)

中江；私は、京都府立医科大学 150 周年記念インタビュー企画では 2022 年度の副代表を務めることになりました。コロナ禍で大学に行けない新入生や府立医大に関わる多くの人に府立医大の良さを知ってもらいたいという理念に共感して、このインタビュー企画に参加しました。

150 周年記念インタビュー企画以外には、研究を頑張っています。小児がんにもともと興味があったのと、大学生の間から研究に関わってみたいと考えているので、現在は神経芽腫（小児がんの一つ）の研究と統計の研究に携わっています。研究をしていると、多くの人の地道な努力によって現在の医療が築かれて来たことが分かって面白いです。

長山；京都府立医科大学 150 周年記念インタビュー企画では 2022 年度の代表を務めることになりました。医学科 4 年の長山透流です。このインタビュー企画に参加したのは、せっかく創立 150 周年に立ち会っているから自分も何かしたいと思ったためです。また人に話を聞いて物を書くという体験をしてみたいということもありました。

以前はちょうど川の向こう側にある大学に通っていたこともあり、サークルなど所属コミュニティを選ぶ際に現在の大学から飛び出すことにあまり抵抗がありません。この数年は何かを表現することに力を入れたいと思って、自主映画の作成、合唱、写真など、府立医大の部活あるいは他大学を母体とするサークルに横断的に所属し課外活動に取り

組んでいます。ある種巨大な総合大学を形成しているとも言える京都ならではの学生生活を上手く送れていると思います。他には、学生代表として先生方や教育支援課と関わる機会も多く持たせてもらっています。



杉本；前に写真展を見に行きましたが、表現を大事にしていらっしゃるってとても勉強になりました。

長山；ありがとう。杉本さんはいつも僕の写真を褒めてくれます（笑）。

君島；医学科4回生の君島静です。私は高校の時に入っていた放送部で、取材を行って原稿を書くアナウンスと呼ばれる活動をしていたので、誰かに話を聞いて記事にすることには少し馴染みがありました。放送部での経験が楽しかったので、この企画でも、同じようなことができると思ってこのインタビュー企画に参加し、2022年度の副代表をすることになりました。

私はもともとバイオリンを習っていたのですが、大学でオーケストラ部に入ってからビオラを始めました。ビオラが本当に楽しくて時々勉強より優先してしまうほどです。今は部活を引退したので、演奏の機会を見つけては弾いています。

これまでに色々なアルバイトをしてきましたが、今は北野天満宮の巫女をしています。他には、教育支援課と学生との連絡などを担当する学年副代表もしています。



杉本；医学科2回生の杉本亜梨朱です。普段は部活動やアルバイトなど色々なことに挑戦し、楽しく活動しています。部活では弓道部と茶道部とワンダーフォーゲル部に所属し、バイトでは塾講師、看護助手として働いています。それぞれ学べるのがたくさんあり面白いです。



中江；看護助手とはどんなお仕事なんですか？

杉本；ベッドメイキングや清掃など入院環境の整備、食事や排泄・移動の介助、備品補充など、看護師さんの業務の中で資格がなくてもできる部分を担当しています。医学生としての実習ではあまり経験できないような側面から医療を勉強させてもらっています。

写真撮影や神社巡りなどが好きで巫女助勤にも憧れがあります。

君島；巫女助勤は普通に応募があるので、意外と簡単にできると思いますよ。北野天満宮や下鴨神社などのホームページを見るといいかもしれませんね。

岡田；医学科3回生の岡田優人です。僕はKiSA（编者註：本学の国際交流の学生団体）に所属しています。KiSAでは、海外の大学生とオンラインワークショップを開催したり、来日している留学生と交流したり、KiSA学生同士で英語の練習会などを行っています。趣味は音楽や美術の鑑賞、それに読書などです。山に登ったり旅に行くのも好きで、浅く広く多趣味だと自分では思っています。



橋本；医学科6回生の橋本寛子です。同級生の磯邊さんと一緒にインタビュー企画をはじめました。大学ではLanguage exchangeがきっかけで国際交流の面白さに気づき、KiSAの立ち上げに関わって、留学生と交流したり医学の勉強会をしたりしていました。最近、ボランティアをはじめました。夜回りのボランティアでは河原町や京都駅近辺を歩き、ホームレスの人にフードバンクでいただいた食料を渡すということを行っています。訪問介護のアルバイトもしています。ホームレスや障がいを持った方といった社会で声を上げにくい人と出会うよい機会です。医師になってもこのような活動は続けて、医学の知識も生かして将来何かできたらいいなと思っています。

専門は神経内科を目指しています。脳神経の病気は治らないと言われているものが多いですが、

研究がすごいスピードで進んでいて、将来治療法が開発できる可能性もあるのでやりがいがあると感じました。慢性疾患が多く、家でずっと診てもらっている人も多いです。そのような人に寄り添えるような医師になりたいと思います。



磯邊；医学科6回生の磯邊綾菜です。同級生の橋本さんと一緒に150周年記念インタビュー企画を立ち上げました。医学部に入る前から生物学の研究に憧れていたため、大学では生化学や感染症の研究室で勉強させてもらいました。また、臨床実習でさまざまな背景の患者さんに出会う中で、社会と医療の繋がりに興味を持ったため、他の大学の人たちと一緒に医学部の実習で経験したことを記録したり、コロナ禍での学生生活や医学教育の変化をまとめたりといった活動をしています。

将来は、生物研究と医療人類学の両分野を何かしらの形で統合して人々の健康に還元できたらいいな、と思っています。



京都府立医科大学 150 周年記念インタビューは、コロナ禍でオフラインの交流が減った状況で、府立医大に関わる人の魅力に注目した企画です。大学に集まることができない人たちにも府立医大のことを知ってもらい、交流の場を作ることができないかと考えて同級生の橋本さんと立ち上げました。府立医大に関わるさまざまな方のストーリーを共有することで、いろいろな立場の方が新たなつながりや視点を得るきっかけになったらいいなと考えています。医学部には医学を学ぶ専門学校としての役割もありますが、色んなことを考える色んな興味をもった人たちが集まって自由に羽ばたける場所でもあるのではないかと思います。

中江：この自己紹介で、皆さんの意外な一面を知ることができて面白かったですね。皆さんがそれぞれ色々なことをやっていてボリュームがありました。（编者註：ここには書ききれないほど盛り上がりましたが、泣く泣く編集の都合でカットしています。）



座談会の様子

インタビュー企画を振り返って

中江：皆さん、インタビュー企画に参加して良かったことはありますか？

私の場合は、個人ではなかなか会うことが難しい人と直接話して知り合えたことが財産になったと思います。

長山：直接会って話を聞くと、インタビューを受けてくださった方の話ぶりや表情からそれぞれの人柄や想いが伝わってきてとても魅力的だと思いました。例えば、中川先生とお話した時はちょうど先生が新型コロナ対応を京都府庁で始められた頃で、インタビューの時にも病床確保調整のための電話がかかってきていました。社会の最前線で活躍されている先生の生の声が聞けたこと、そしてその魅力を文章や写真を駆使した記事として出すという経験を通して、表現として伝えるという営み、情報を発信する立場としての工夫を学ぶことができてとても良かったです。

君島：私がこのインタビュー企画に関わってみて良かったと思うことは、インタビューを通じて自分のかかりつけの医師や講義をしてくださる教授たちとはまた違う働き方や考え方をを持った医師がいるということがわかったことです。私は近親者に医師がおらず、なかなか医師のキャリアについて直接話を聞く機会がこれまであまりなかったのですが、一見均質な存在だと思っていた医師の集団も、全然そんなことはなく多様な人がいるんだな、と思いました。大学の授業を受けているだけでは知ることのなかった医師の姿を知って、とても影響を受けましたし、自分の今後の人生が変わると思います。



杉本；私も君鳥さんと同じで身近に医療関係者がいなかったのので、医学部に入った当初は医師がどのような人生を送って、専門医や研究者になったのかを想像することができませんでした。でも話を聞くうちにそれぞれの人生、キャリア、歩みがあって今に至っていることが具体的にわかり面白く感じました。自分がこれまであまり考えていなかったキャリアに目を向けるきっかけになり、世界が広がりました。

岡田；府立医大に関わるさまざまな人の声を世に出すお手伝いできたのは良かったと思います。とても有名な人にインタビューに行くのももちろん素敵ですが、看護師の古和田さんや松岡先生など、伝えるものがあったとしても、世に出す機会が少ない方々の声を届けられたのはこのインタビューの良いところだと思います。それぞれの人がいろいろな良いストーリーを持っているので、インタビューという記事の形でその良さを発信できて嬉しいです。

中江；それは確かに150周年記念インタビューでできて嬉しかったことですね！このインタビューを企画されたお二人はどうですか？



磯邊；京都府立医大は大学内のつながりが強い大学だと思います。コロナ禍で大学に集まることができず、特に新型コロナウイルス感染症流行後は新生は交流が難しかった時期がありました。そんな時だからこそ、京都府立医大の人の魅力に着目し、どんな人がいて、何ができる大学なのかをインタビュー記事という形で共有することに価値があるのではないかと考えました。150周年記念事業として企画を立案したところ、企画に賛同して後押ししてくれる方がいて、大学公式の京都府立医科大学150周年記念事業として採用され、そして何人もの後輩も参加してくれて…。本当に嬉しかったです。

この企画ではインタビュー、記事作成を全て学生主体で行っているのですが、インタビュー記事作成に初めて挑戦するメンバーも記事を担当するときに積極的に質問を考えたりしてくれたり、インタビューの良いところを伝えようと書き方を工夫してくれました。ひとつひとつのインタビュー記事を大切に作ることで、参加メンバーで話し合っ て工夫を重ねながら記事の質を高めていけたことは良かったです。

この企画は、もともと有名な方を中心にお話を聞くというよりは府立医大にかかわる様々な人の話を聞こうというコンセプトで始めました。なので、岡田くんが言ってくれたように目立たないけれど活躍している人、頑張っている人に光をあてられたことは、きっと読者の勇気になるんじゃないかと思っています。

橋本；大学に集まる人を立体的に理解できたことも良かつ

たと思います。学内の誰がどんなことをしているか、そしてその集団に入っていくための必要な情報がわかればいいなと思ったのがこの企画を始めたきっかけでした。

同時に、大学の良い点のみならず、課題点を言ってくれる方もいました。それも敢えて記事として明らかにすることで、これから入ってくる人にも可視化できたらと思っていますし、私たちも考えていかなければならないと思っていますね。



また、インタビューそのもの以外で、磯邊さんと企画を始めるにあたってそのプロセスを体験できたのは良かったです。先生にお願いしたり、企画書の作成、事務の方とのやりとりなどの社会的なマナーを身につけることができました。

磯邊；たしかに、初期のインタビューでは府立医大のいい点や課題点を聞いていたね。府立医大は150周年という節目を迎えるけど、今後も良い大学としてこれからも続いていくために、課題を明らかにすることで、改善するきっかけになればいいかな。

橋本；最近課題とか聞いていないね？

磯邊；最近のインタビューは大学から離れた人が多かったからかな。大学から離れている人は外の風に当たっていろいろな学びを取り入れて活躍の場を広げているんだと思う。それをうまく生かしてキャリアにつなげているんだろうね。

150周年となる2022年に向けて

中江；今後のインタビューの方針について、インタビュー企画委員のみなさんはどのように考えていますか？

岡田；有名な人もいいけど、まだあまり光が当たってい

ない人の話をもっと聞きたいですね。そのような人の言葉を伝える役目は大きいと思います。

磯邊；切実な話ですが、このインタビュー企画の知名度を上げたいですね。学生同士であれこれ相談しながら心を込めて記事を書いているので、読んでほしいです。



中江；私もどれくらい読まれているかももう少し知りたいです。あとはSNSを使った広報をしたいです。Twitterのアカウントを持って広報というのはできませんか？

磯邊；それならばFacebookもアカウント作って、先生方や受験生も巻き込むのはどうかな？大学紹介のパンフレットに載せてもらうとか、診療科のHPに載せてもらうとか、できたらいいね。

長山；TwitterとFacebookを併用すると様々な層に到達できるかもしれませんね。あとはポレポレ（編者註：河原町キャンパスにある生協食堂）にポスターを貼ってもらうのはどうでしょうか。記事のリンクのQRコードをテーブルに貼ると面白いかもしれません。

岡田；インタビュー企画で学内メールのアカウントを作って広報するのもいいと思います。

中江；かなり現実的な案が多く出てきましたね。Twitterなら新入生のリクルートなどもしやすいと思うので、ぜひやりたいです。

君島；あとはとても有名な人にインタビューして、その知名度で人気を稼ぐとか。

磯邊；今年度は記事を出せるときと出せない時の差があったので、もう少しコンスタントに記事を上げられたらいいなと思います。あとは、最終のゴールである150周年に向けて、ですが…

君島；そうですね、何らかの形にできればいいなと思います。

磯邊；また今後のメンバーで話し合ってみてください！

中江；皆さん色々なご意見ありがとうございました！今後これらの提案を実現に向けてさらに詰めていきたいと思います。

今日は座談会に参加していただきありがとうございました。6回生のお二人は国試に向けて頑張ってください。



編集：岡田優人（医3）

写真：長山透流（医4）

創立 150 周年記念事業学生企画インタビュー誌
2023 年（令和 5 年）3 月発行

発 行

京都府立医科大学

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465

企 画

京都府立医科大学 創立 150 周年記念事業委員会インタビュー企画

印刷・製本

株式会社 田中プリント

