



## 5年間で振り返って

遠 藤 格

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 主任教授

今年も半分が過ぎてしまいました。このところ恐ろしいスピードで時間が流れていくのを感じます。毎週毎週、肝胆膵高難度手術を行い、さらに日本消化器外科学会誌編集委員会の準備や教室の若手の研究指導、論文原稿の校正、講演の準備などに追われております。ときどきそんなに忙しくて大変ですね、と言われるますが、本人にとっては案外楽しい毎日を過ごしております。頑強な身体に産んでくれた親に本当に感謝しています。

そんなこんなで、本学の主任教授に就任して5年が過ぎようとしています。就任当時、幾人かの先輩教授に『遠藤君、最初の5年は若手の育成をしながらデータベースを作って教室を固めなさい。次の5年はそれを基盤として国際的な仕事に打って出なさい。最後の5年は次世代の育成に注力なさい』と勧められました。まさにその通りで、最近ようやく手術もある程度後輩に任せられるようになり、データも揃ってきました。この5年間に附属病院で肝切除577例、膵頭十二指腸切除術246例を経験しました。術前術後の合併症管理を含めて全ての経験が自分たちのチームの血肉となっています。難治がんの外科治療を主軸としながらも画像診断、重症感染症、腫瘍免疫、低侵襲治療へと研究分野が拡張しつつあります。やはり外科医を育てるのは患者さんであるなあと思う今日こ

の頃であります。

ドイツ ブレーメンのFraunhofer MeVisとの3DCTに関する国際共同研究を続けてきましたが、昨年面白い経験をしました。iPad を用いた肝臓切離のnavigationがApple社の目に止まり、突然弾丸ツアーのビデオクルーがやってきて取材して帰って行きました。詳細は全く明かされないままの取材でしたが、そのビデオが昨年10月のAppleのKeynoteに登場したのを見て驚かされました。今年はチリ、インド、アメリカの三カ国の研究者とともに胆嚢癌の基礎研究を始められるかもしれません。今後の進展を楽しみにしています。

医局関連施設で立ち上げたYCOG (Yokohama Clinical Oncology Group) における最初の前向き試験がようやく終了しました。この1年間で全国的な多施設共同研究組織の運営に関するご講演を幾つか拝聴させていただきました。CCOG、KSCC、KHBOなどなど、私たちの及びもしないレベルの組織です。大きな刺激を受けるとともに、新たな目標を頂きました。我々YCOGの強みは教室における大腸がん治療の伝統です。『週刊朝日』の『手術数でわかる良い病院』では全国30位以内に教室の関連3施設が入っており、合計年間684例となっています。大腸がん関連の研究が幾つか始動しており今後が楽しみです。

昨年11月に田中邦哉先生が帝京大学ちば総合医療センター教授に、本年4月には石川孝先生が東京医科大学乳腺外科講座主任教授に就任されました。さらに、同じく4月に長堀薫先生が横須賀共済病院の病院長に就任され、市川靖史先生が本学のがん総合医学講座主任教授に就任され、教室にとって喜ばしい事が続いております。これらの成り立ちまでには多くの先生方にお力を頂きました。この場をお借りして御礼申し上げます。今回昇進された先生方に共通する点は、以下にあげる3つの力であると思っております。第一に、本人の粘り強い努力と家族の協力。第二に、色々な事を時には厳しく教えてくださった師の指導力。そして第三に、仲間の協力です。分かりやすく言うと、一人で書ける論文数には限界があります。先輩同輩後輩が名前を入れてくれるからこそ、昇進の道が開けるわけです。このように多くの諸先輩方のご指導あつての現在であります。月並みな表現になりますが、苦しいことも仲間同士で分け合えば軽くなりますし、嬉しいことは仲間と一緒に数倍になることを実感しております。

若手の教育にも力を入れた1年でした。本年3月にはマホロバでSpring Seminarを開催しましたが、大入り満員となり受講者にも大好評でした。私は

日頃、外科が学生・研修医に人気が無いことに不満を抱いていました。「なんでこんなに楽しくて生き甲斐を感じる仕事を選ばないんだろう？」と。しかし振り返ってみますと、『忙しい』ということ言い訳にして学生の指導に十分な時間を割いていたとはいえません。これでは外科の楽しさなど伝わる訳がありません。「厳しいけれどやり甲斐がある」事を時間をかけて教える必要があると遅まきながら気付いた次第です。

最後になりますが、本年9月には教室として久しぶりの全国学会である第37回日本膵・胆管合流異常研究会を主催させていただきます。医局員総出でおもてなしたいと鋭意準備中であります。また、11月には教室の同門の松島誠先生が第69回日本大腸肛門病学会学術集会を主催されます。こちらも教室として全面的にバックアップさせていただきます。

これからも消化器外科、乳腺領域の教育・診療・研究の発展を目指して愚直に歩み続けて参りたいと存じます。

先生方におかれましては、今後とも尚一層の御指導・御鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。



## 厳冬随想

土 屋 周 二

横浜市立大学名誉教授

今回の冬は特別寒く、各地で豪雪の被害が起きている。私は老化したのを自覚するようになって、外出する気力がなくなった。蟄居して新聞やテレビをみたり、雑多な本を読んだりして過す生活である。そして目覚ましく変転する世情のなかで、果てしなく進む医学関係の新しい知識や方法を取り入れて診療・研究を続けている同門各位の活躍振りに心から敬服している次第である。

最近の数日間、世の中はロシアで行なわれている冬期オリンピック大会の報道や話題に溢れていた。テレビ画像をみていると真白な雪や氷の上で、数知れない多種類の競技が行なわれていることにはいささか驚いた。中には舞踊、曲藝、stunt manのような、一般の運動競技の概念と異なるものもあり、どれも相当人気があるらしい。それにしても邦人が出場すると大仰に煽り立てるアナウンサー、評論家のきまりきったような期待感、賛辞、自国に関する依怙蟲眞に満ちた甲高い叫び声の連続にはいささか辟易することもあった。この類の現象はどここの国でも、民族でも、さらに同窓会、家族などもふくめ、およそ人間の大小の集団にみられる現象である。これは集団生活を行う多くの動物にもみられる習性で、人間にも自然に遺伝、踏襲されたものであろう。一種の宿命であるが、趣味や娯楽については問題はない。しかし、実社会で自己や自己に親和性のある者のことだけを考えて行動し、他者には専ら敵対するようでは世の中は乱れる。弱肉強食の暴力や詐術がまかり通るとこ

ろとなりやがては自分達も滅亡するであろう。元来、人の心には善と悪が共生し、自制心によってようやく社会が成立しているともいえる。だが、善とか悪とかは人が智・情・意の影響により生み出した心の中の価値観で、それぞれが喜悦、安心、不安、恐怖、怒りなどのような気分をひきおこしている。善と悪、神と悪魔などについてソクラテスやキリストはじめ多くの先哲がのべているが、その説はすぐれた人の経験、学識、思索にもとづいた教えである。現在の自然科学とことなりevidence basedのものではなく、再現性や統計の有意差などによる結論ではない。従ってそれが眞実か否かは同じ基準で判断することはできないと考えられる。とりあえずは両者は別々に論ずる他はない。物証よりも後者では偉人の行動や言葉が他の人々の心にひびくといった感傷的な面が大きく関与しているであろう。

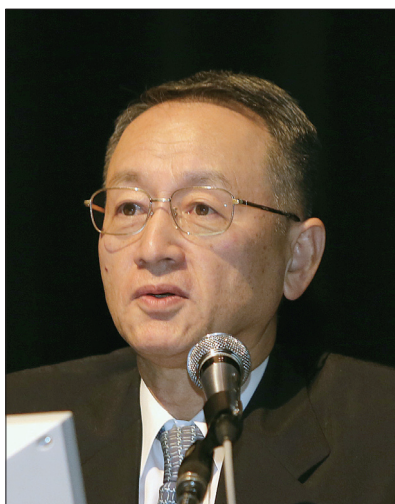
ここで話題をかえて、医学、とくに外科医療についても少し述べてみる。外科医療は元来外傷の手当てと病気の手わざ（つまりsurgery）による治療を特徴として来た。私の若年の頃、ある外科の大家は、「本来、外科手術は病者に少なくとも一過性には苦痛を与えるもので、本来は理想的治療とすべきではない。他の治療では不十分または、不可能の時にのみ許されるものであり、将来は不要となるのが理想である」と述べられている。しかし現在でもこれに達しているとはいえない。外科手術の改良に数多の研究や努力がたゆみなくつづ

けられているのである。診断技術は50年前に比べれば鮮明さや精度に天地雲泥の差があるし、内視鏡下手術をはじめ低侵襲で有効性の高い方法が引き続き案出されている。私共の若い時代にならった手術は古代からの道具と原理的に同じようなものを用い、切開、止血、縫合などを行なうのが基本であった。その手技の会得はとくに重要であった。現在でもこの点は同じであるが、一方各種の画期的な新式の精密な器械が登場し、実用化が進んでいる。例えば、昨今になり普及されて来たDa Vinci型遠隔操作式手術なども有用性が認められている。昔流の外科手技は依然重要であるがその役割りは段々少なくなると思われる。これらに伴って応用される巧みな精密機械のような道具類の考案、作製が求められるのである。諸産業ではこれらの点が今や非常に進歩していることを再認識し

なければならぬのではないか。空想に過ぎないが発想を転換し、例えばあの象の鼻とか節足動物の肢や顎のように動く道具ができ細部にも応用できれば大変有難いと思う。これだけではない。外科医学の行く手には数多の研究対象が広がってをり、とくに若手の方々の新しい感覚での研究が期待されるのである。昨今世の中は文明の発展による人心の荒廃、知性の低下、幼稚化、誠実さの欠如といったマイナス面も何だか目立って来て万事に戸惑うことも多い。

こういう時こそ、同門の皆様が自由闊達に、つまらないことにこだわらず、本来の仕事である診療や研究にいそしみ、同時に健康で幸福にお過ごし頂きたいと思う。(相不変の駄文ですみません。)

2014. 2. 23



## 甦れ！ 次世代の科学者

嶋田 紘

横浜市立大学名誉教授

科学の進歩は素晴らしい。2003年に打ち上げられた“はやぶさ”は小惑星の岩石を採取して7年ぶりに地球に戻ってきた。インターネットで世界中の誰とでも画面を見ながら話すことができる。遺伝子解析による個別化治療も画期的だ。iPS細胞による臓器再生は多くの患者さんに夢を与えた。

しかしここに来て科学の進歩の陰の部分も見えてきた。原爆は過去のことであるが、生物化学兵器は今でも大量の殺戮に使われている。IT化によるグローバリゼーションは尻尾が犬を振り回すように金融が経済を振り回す結果となった。福島原発事故は科学技術者たちのうぬぼれの上に起こった。クローン技術も危険だ。医学の進歩は寿命を延したが神経科学の進歩がなければ高齢者が増すばかりだ。アメリカも日本も医学生命学をリーディングインダストリーとしたが現在の慢性期医療にシフトした疾病構造に合致していない。環境問題はさらに深刻だ。1900年以降人口は3倍になったがエネルギー使用は15倍になり、大量エネルギーの使用が環境破壊をもたらした。

科学者は自分研究の社会的意味、地球の意味、環境的意味を常に考えなければならない時代に入った。自然はそれ自体生き物で地球は生きていくと考えるべきである。地球という生き物をこのまま永続させるためには再生可能エネルギーだけでなく持続可能な世界的社会を造らなければならない。科学の倫理は21世紀の大きな課題になる。

科学が倫理と無縁になったのは一体いつ、どの

ような事態からだろうか？

ギリシャ時代の科学者ピュタゴラスは天上から落ちてしまった人間の魂を浄化し天上に戻す為に音楽の理論研究を行い数学的自然観を提唱した。プラトンも宇宙の数学的構造を論ずる時に永遠不変の範例と考えた「イデア論（徳や美を最高のものとする）」を引用した。プラトンの弟子アリストテレスも自然における「真理の知識」と魂における「徳の知識」を統一しようとした。中国における科学だって錬丹術は丹という不老長寿の為の研究で、それは道教という倫理的思想と深く結びついている。イスラムの科学はイルムと呼ばれているがイルムはヒクマ（叡智）のもとにあるとされている。

近代科学が発達した17世紀は社会の危機の時代だった。最後の宗教戦争といわれる30年戦役が起こりピューリタン革命、宗教的対立でヨーロッパは大混乱になった。地動説を説いたブルーノが火あぶりにされるし、ガリレオの異端裁判、さらに天文学で有名なケプラーの母親が魔女として迫害されたり、科学者は宗教的対立の中で大変な経験をした。そこで神学や倫理学などの社会学から離れて自然科学だけで研究したいという科学の囲い込みが行われた。そのような中でデカルトは「機械論的自然観」の中で、世界は生命を失った機械であり、考え生命のある人間と離してしまった。これが脱倫理化の始まりである。産業革命の預言者と言われるフランシスコベイコンも「知識は力

だ」ということから科学は自然を資源として利用して人間の幸福を追求することであると提唱した。

19世紀になると近代科学が専門化して学会が発見し研究者が評価する科学になっていった。その後科学は資本主義と結びつき倫理的基盤が崩壊し営利主義のもとで大量生産、大量消費、大量廃棄から環境破壊をもたらした。更に激しい研究資金の競争はデータ-ねつ造をもたらした。

科学技術は人間に幸福をもたらすと言いながら人間の限らない欲望の共犯者となって滅亡への道を進む手段になっていると揶揄されだした。

伊藤俊太郎先生は「変容の時代」という本の中で「人間の文明史は自然史と一つのつながりの中で進化してきたという考えを述べている。NASAのラブロック博士も地球が生物に影響を与え、生物が地球に影響を及ぼしながら成長し一体化（ガイア）しているとしている。ダーウインは彼の著書「種の起源」で動物と人間の器官構造が繋がっているばかりでなく、道徳も人間に特有なものではないと述べている。長野県志賀高原地獄谷の野ざる公園の両手、両足のないモズがその群れの中で見事に生きて天寿を全うしましたが、このことはサル社会にも何らかの相互扶助、道徳の萌芽があったと思わざるを得ない。

脳神経学者の立木教夫先生は「心-脳-社会システムとミラーニューロン」の中で道徳科学の基礎がもともと動物にも備わっていることを証明しこれが脳神経学の一大発見とされています。これらのことから「己にやってもらいたいことを他人にもやってあげる」という道徳的黄金律は宗教によるものでなく人間の進化の過程で備わったものと理解することができる。

三十八億年前に生命が誕生して以来、地球上の生物は気候変動や隕石の衝突などで断続的に滅びたり、新しい生物が自己形成されたりして平衡に達して落ち着くという過程で進化してきた。そして地球は環境と相互作用している開放系なのでエントロピーを減少させながら安定的に生きていると考えなければならない。人間が人間の開発した科学の進歩で環境を破壊し絶滅するとしたら今までの絶滅の原因とは全く異なるものとなる。

次世代の科学者は地球上の生物や生きた地球を破滅に導かないように倫理観を大事にして持続可能な社会の建設に向かって努力してほしい事を老婆心ながら期待する次第だ。

平成26年1月吉日



## スピリチュアルでない私たちを考える

市川靖史

横浜市立大学医学部 がん総合医科学 主任教授

臨床腫瘍科・乳腺外科が横浜市大付属病院の診療科となったのは2005年、その2年後に臨床腫瘍科学という医学部の講座が出来ました。がん化学療法の専門科です。乳腺外科との併設ですが私は主として再発、転移を抱えるがんの患者さんの診療を担当し、現在では臨床腫瘍科として私を含めて4人のスタッフがこの仕事に従事しています。この9年間、私が思い知らされたのはがんの患者さんは「亡くなる」ということでした（もちろん乳がんの患者さんはこの中には含まれません）。

横浜市立大学附属病院では年間320-330人くらいの方が亡くなります（自分の病院で何人くらいの方が亡くなるのかというのはあまり皆さん知らないと思います）。当科では年間40-50人の方が附属病院で亡くなるので全体の1割5分くらいを占めていることになります。これだけでも多い気がしますが、他院にも多くの患者をお願いしたり、最近では在宅での看取りも増えつつありますので、実際には初診から数年でほとんどの方が亡くなっているのだと思います。若い方が目指す科として躊躇されるのにはそういうところもあるのかと考えてしまいます。

「この病気は治りません」という患者への宣言は、私達進行再発癌を診る医師の常套句です。伊勢の斎宮は十四の忌み詞を禁じ「死」もその一つとして「なほる」に言い換えられているそうです。「治らない」とは昔の人には「死」そのものだった。しかし現代では「治らない」ということが「死ぬ」

とに直結するわけではありません。私もこの年になって血圧は上がるわ、血糖値は上がるわ、でいずれも治ることの無い病気になったとは思いますが、このことが「死ぬ」ことには結びついてはいません。がん患者の多くが「がんと共存できれば良い」とおっしゃいます。共存という言葉は死とは程遠い希望です。私たち医師も最期を表すのに「死」という直接的な言葉を使うことを避けますし、コミュニケーションスキルを説くいくつかの教科書にもそうすべきと書かれています。転移再発で手術が不能であること、治療が効かずに病状が悪化していること、モルヒネの開始が適切であるかもしれないこと、全ての抗がん治療が終了したこと、緩和治療に移行することなど、日常の診療の中に「死」が見え隠れする場面はいくつもあるのですが「死」という言葉を使うことはありませんし、使いたいとも思いません。それでも患者と家族は死の準備をゆっくりと始めなければなりません。時に「私は死ぬのですか」と患者自身から尋ねられて、はっとさせられることがあります（スキル本によれば「なぜそのように思うのですか」というように患者の不安を聞き出す作業につなげるのが良いそうです）。

ところが死ぬという話題に強く抵抗と拒否を示す患者や家族も少なからずいらっしゃる。そのことが様々な不都合を生み出すこともある。現代の日本では死に関わる迷惑を慮ることが許されるのは死の当事者達だけという風潮があり、その当事

者が気づかぬ限りは死に対する適切な対応は困難となります。そもそも適切な対応ということ自体今の日本ではあまりはっきりとはしていません。

死に関わる難儀を欧米ではスピリチュアルなものとするのではないのでしょうか。スピリチュアルとは何なのか。何かとてもイカガワシイ、コックリさんとかエハラサンとか、関わるのが憚られるものが想像されます。がん患者との関わりの中でスピリチュアルケアとは何をすればよいのか私にはさっぱりわからなかったのですが、先日ある方の講演会で紹介された欧米のスピリチュアルケアに関する論文 (Balboni M J, et al, J Clin Oncol 31:461-467. 2012) によれば患者とスピリチュアルの話をするのもその一つであるとのことでした。人知を超えた神秘的な何かについて患者と話すこと、多分、欧米では神のことなのでしょう。あなたは教会に行きますか、とか神父さんの話で覚えているのは何? というような会話は私たちの生活ではとても想像できませんが、欧米では当たり前のことなのかもしれません。神の話をする事で患者は自分の死に関する悩みがスピリチュアルなものであり、神と自分との間でしか解決できない特別なものであることを少しずつ思い出すのかもしれません。そう考えるとスピリチュアルとは非常に個人的な体験と言わざるを得ません。患者とその家族が自分で思い出した上で自分達ひとりひとりと神との間で約束を交わしてもらうしか本当の解決の道はないという、実に不合理な解決策こそがスピリチュアルケアなのではないか。死に関する様々な悩みは人間に解決することなど出来ないのだから、それを簡単に自分以外の人に押し付けてはいけないと気付き一段上の神に預けるといのは、欧米人らしい他人への迷惑を回避する方法のように思えます。

言い古されたことですが宗教を持たない日本人

にはこの方法は難しい。日本人にとって神に代わる死の迷惑回避装置は何なのでしょう。私には家族くらいしか思いつきません。死が近づき狼狽したり、泣きそうな痛みを訴えたりするのはごく限られた人以外には見せたくない姿でしょうから。最近では散骨が流行で御墓は不要だという人が多いようですが、墓を中心に家族が集まり、墓を守っていくという面倒を子や孫に押し付けることはあながち間違いとは言えないような気がします。とても仲の良い友人もこの役を果たしうるかもしれませんが、とても仲が良く素晴らしい友人であることが必要です。それにしても自身にしろ、家族にしろ、友人にしろ、死の経験がない人にその準備をさせるというのも酷な話かもしれない、と想像していたら最近では本屋の一角にはエンディングノートの売り場があったり、週刊ダイヤモンドの別冊には「葬儀&相続大辞典」の特集が毎年組まれていたり、死のマニュアル化は少しずつ進められていることを遅まきながら知り、驚いています。宗教的な教育の体験がない日本人には死に関する別の形の教育が必要であると思います。今のところは特に医師に対して必要なことと思われるのです。日本死の臨床研究会、日本臨床死生学会、日本尊厳死協会などこれに関わる学術的な団体もあるのですが医師の多くはこれに関わっていないですし (私も関わっていないです)、死は医師にとって最大のタブーとして忌避の対象となっているのが現実です。

患者から死への狼狽や、苦痛の訴えを聞かされるのは、家族やごく親しい友人を除けば医師でありましょう。がんという最も死に近い病に触れる中で、日本における死に関する教育の体系づくりに医師が積極的に関わり、広めていく必要性を強く感じております。





## Time goes by

### 田 中 邦 哉

帝京大学ちば総合医療センター外科学講座 教授

昨年（2013年）11月付けで、約24年間お世話になった横浜市立大学第2外科、消化器・腫瘍外科学を卒業し、帝京大学ちば総合医療センター外科学講座に異動となりました。在籍中の24年間、公私にわたりお世話になりました諸先生方に心より感謝申し上げます。

従来、大学医局は、強弱の差はあれ個々の大学のNationalityを有する集団であり、自大学出身者を守りながら育ていく組織であったと認識しております。昨今の新研修制度の導入あるいはこれに関連した医師偏在問題などからその傾向は薄れて来ましたが、わたしが研修医として横浜に赴任した当時は、まだまだ各大学医局は自大学出身者のみの組織であり、自大学出身者のために教育関連病院を確保するための組織であることが一般的でした。また当時は研修医として各科のローテーションを行う施設は非常に稀であり、卒業と同時に各大学の各医局に所属し、スタッフと同様に働くことが普通であり、研修医の概念は非常に曖昧で、当然、初期・後期といった区別は全くありませんでした。そのような中、横浜市立大学は当時より他大学出身者に門戸を広く開き、6ヵ月毎のセミローテーション形式を採用している数少ない大学でした。

私が、福島県立医科大学を卒業し、横浜市立大学の研修を開始することとなった1989年は、1月の昭和天皇崩御の衝撃的なnewsに始まり、3月にはみなとみらい21地区で横浜博覧会（YES'89）が開

催され、9月には横浜ベイブリッジが開通するといった横浜に関連した出来事の多い年であったと記憶しております。研修開始後6ヵ月間、麻酔科でお世話になり、次の6ヵ月間に第2外科でお世話になりました。当時より第2外科は厳しい教室として有名であり、研修医は雑巾のように使われ、自宅に帰れないのが当たり前といった状況で、関内の大通り公園に面した1Kのマンションでスタートした横浜生活でしたが、第2外科研修期間中に、家の中が埃まみれになっていた事を記憶しています。しかし、このような環境の中でも、諸先輩方には出身大学の分け隔てなく、厳しいながらも丁寧にご指導頂きました。この時のマゾヒズム的嗜好による一時的な気の迷いのためか今となっては判然としませんが、研修終了後より第2外科人生をスタートすることとなったわけです。入局後も大学生活が長かったため、1日の殆どを病院あるいは医局で過ごす生活でありましたが、幸いにして海外の2つの施設に留学するチャンスを与えて頂き、とくにフランス留学をきっかけとして『転移性肝臓に対する外科治療』といった現在の私の専門を確立することができました。

私は、いくつかの医局内新記録あるいはタイ記録を持っています。1番目めの記録は、『特別職診療医最長（4年間）勤務記録』です。低賃金での長い長い激務期間でしたが非常に得るものは多かったと感じています。2番目めは、『嶋田紘教授時代の最初の学会予演会施行者』という記録です。あの



嶋田教授の全盛期の始まりの時期であり、ボロボロになるまでご指導頂きました。予演会が終わったときには立っていることも辛かったことを記憶しています。当然“やり直し”でした。3番目めは、『医局長を2期担当した事』です。これは新記録ではなくタイ記録ですが、担当した時期が、非常に混沌とした辛い時期でした。それから4番目として、前述の『2施設に留学したという記録』です。これ以外にも24年間に経験した事は、良い事悪い事が複雑にミックスされたものでありましたが、今振り返りますと、これら全てが現在の私にとって不可欠な物であったと感じています。

私の出身高校である埼玉県立浦和高校の校訓に『尚文昌武』という言葉があります。これは、文を尊び、武を昌（さか）んにするという意味で、一般的な文武両道と同じような意味を持つ言葉（造語）です。学生時代には、勉強だけできてもダメ！運動も一流でなくてはダメ！ということになります。現在の私に求められている『尚文昌武』は、医師としての診療技術・治療技術を研鑽する、高いIFのジャーナルにAcceptされるような

臨床研究を行う、などといった個に拘ったことのみではダメであり、医療政策・医療行政を見据えた診療科の運営、Quality of Medical Staffs' Life (QOML) を考慮しながらのマネージメント、減少に歯止めのかからない外科医を診療科単位で育成するためのシステム構築など、より大局的な観点からの組織運営を両立させていくことであろうと理解しています。帝京大学ちば総合医療センター外科は実際には、千葉大学1外科・2外科、帝京大学、そして横浜市立大学の混成部隊であり、Interpersonal relationsでは少々複雑な要素を有してはいますが、当科をより強い診療科とするためには私の同門である横浜市立大学のご協力、とくに若手医師のご協力が必須であると信じております。当院は“アクアライン”を使えば横浜からは通勤圏です。“海ほたる”は当院の庭のようなものです。“三井アウトレットパーク木更津”に至っては当院の附属施設のようなものです。

今後とも消化器・腫瘍外科同門の諸先生方にはご指導を賜りたいと思っております。何卒宜しくお願い申し上げます。



## 開業医35年目に思う

### 神谷 周 明

医療法人裕徳会 港南台病院 医師

今年は、大雪が2度も降りました。私は、横浜に住んで50年以上になりますが、あれほどの大雪は経験がありません。拙文が掲載される頃は、季節は春となり、桜前線はかなり北の方に移動していることでしょう。

私事になりますが、港南台の現在地で、私が医院を開業したのは、昭和54年6月ですので、それから早や35年が経とうとしております。JR港南台駅が出来たのは、昭和48年ですから、その6年後に開業したわけです。駅前といっても、今のように整った状態ではありませんでした。しかし、当時港南台では、住宅公団の団地がどんどん建設され、また戸建て住宅などの分譲も始まり、街は若い家族で溢れていました。従って当院も、今はありませんが、ある時期小児科を加えたこともあるほどです。

開業して間もない頃、50歳代の男性患者さんが運び込まれてきました。吐血し、血圧も60から50台まで低下していました。『食道静脈瘤』で、直ちに観血的手術が必要と判断しました。しかし、手術のために必要な輸血液を日本赤十字社に頼んでいたのでは、もはや間に合いません。執刀も輸血も私ひとりでやらざるを得ない状況でした。やむなく患者さんには全身麻酔をかけ、私自身の血液を800cc抜いて、その人に輸血し、施術しました。その方は、今もお元気で、今年88歳になられます。

また当院には、婦人科は無いのですが、これも緊急で運ばれてきた女性の方に、『子宮外妊娠』の手術をしたこともありました。

どれも臨機の判断で行なったことで、今考えれ

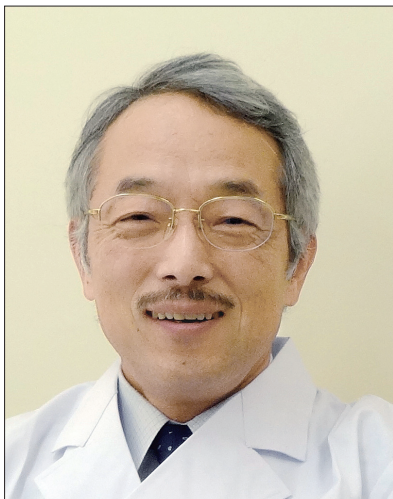
ば我ながら随分無茶なことをやったと思います。

また、前教授の嶋田紘先生と、膀胱癌の患者さんの手術をご一緒させていただいたこともありました。そのケースは、術後4年半生存した症例です。その他にも、35年間には多くの症例を診てきましたし、語り尽くせないほどのエピソードがあります。

最近では、港南台に住んでおられる方々も、お子様達が独立して、高齢のご夫婦やお独り暮らしの方が増えています。開業時には、患者様は30歳代から40歳代が中心でしたが、今は65歳以上の方がほとんどで、この地にも高齢化の波は着実に押し寄せています。国も危機感を抱き、今回の報酬等の改定で様々な手を打とうとしていますが、医療現場の実感からすると、机上の空論とまでは言いませんけれども、ピントのずれた施策もあるように感じます。

顧みると、開業以来今日まで、いつも医師不足・看護師不足には悩まされてきました。日本の医療業界がずっと抱え続けてきた問題です。しかし、そのような中にありながらも、当院が今日まで何とかやってこられたのは、横浜市立大学とりわけ旧第二外科、現在の腫瘍外科の皆様の御支援があったからです。幾重にも感謝しなければなりません。本当にありがとうございました。

創業35周年を期に、私は院長職を息子に譲りましたが、時代がどのように変わろうとも、自らはひとりの町医者として、これからも地域の人々に寄り添っていこうと考えており、これこそ私の天職だとの思いを新たにしております。



## 院長就任のごあいさつ －でき悪でもトップをはれる？－

長 堀 薫

横須賀共済病院 院長

いつも遠藤格教授はじめ第2外科にはお世話になっています。改めて感謝いたします。

この4月1日より、横須賀共済病院の院長に就任いたしました。キャリア形成の上で、土屋周二元教授はじめに第二外科の多くみなさまが、ターニングポイント毎に指導力を発揮して導いてくださいました。

若いころ出来が悪く摩擦ばかりで、困ったものだと思っても悩んでいたのを思い起こすと、職員数1450人、本・分院併せて854床の病院のトップになったのは、自分のことなのかと今でも不思議な気分です。どうして期待薄の医者が大きな組織をまとめる立場になったのか、自己分析をお話することで優秀な後輩たちの参考になれば幸いです。

自分にとって幸運であったのは、嶋田紘先生（前教授）、江口英雄先生（現上野原市長）、細井英雄先生（元横須賀共済病院副院長）といった、タイプは異なるけれど外科医としてもリーダーとしても秀逸な先達の薫陶を受けられたことです。

とんがった人間、すなわちポテンシャルや意欲は十分ながら周囲との軋轢が多い－思い当たる人もいますか？－、これをどう生かすかは経営視点から言えば、組織を活性化する、あるいは上の次元に昇華させるキーでもあります。これには、モチベーションを損なわずに、力を発揮するよう方向づけるという作業が必要です。上の3先生はいずれも度量があって、劇薬であった自分からうま

く薬効成分を抽出してくださったと思います。

今の立場で俯瞰すると、やはり周囲から浮きがちな人に目に向きます。多大なエネルギーを必要とする彼らの方向修正を自分が行うかどうか、最大のポイントは医者として患者に信頼されているかどうかです。診療への熱意があって患者の吸引力があるなら、時間を使っても化けさせたい。

同輩たちと比べ外科医として一人前になるのが遅れたのは、肝胆膵手術、電子顕微鏡、分子生物学、ERCP・エコーなど当時の最新技術の内視鏡や画像診断など、興味と関心が広過ぎたせいかもしれません。また、不器用だからと落ちこんでいたのは、技術習得のスタートアップが遅くラーニングカーブが急峻であるという自分の特性が理解できていなかったことによりそうです。

みんなと同じようにできないとか、スキルがなかなか上がらないとか感じていたら一度、客観的に自分を見直してください。一番の興味はどこにあり生かす道は何か、けっこう現時点での判断は周りに流されているだけかもしれません。技術や知識の習得の理解度とスピードはどうか。人それぞれに特徴が違います。

振り返ると、肝胆膵の高度技能指導医、内視鏡外科の技術認定医を取り手術はそれなりにできるようになったけれど、サイエンスの実験はどうやっても下手だった。また、腹腔鏡では消化器がんのみならず、副腎腫瘍や卵巣がんの播種、肝胆

膵癌では血管合併切除など幅広く取り組めるけれど、これとって上の上がない。つごう19年在籍した2つの大学は、もちろん基礎にはなったけれど、ピンポイントに極められない自分にとって能力を十二分に発揮できる場ではなかった。多面的に上の下を目指せるという特徴を生かせるという点で、うちの病院がフルマッチでした。その人の特性、可能性と施設が揃っているのもキャリア形成の大事な要素です。

今はほとんどの医局員が大学院に進むようです。キャリアの中で博士号を取ってよかったのは2点です。暗黙の了解で、国立大学の講師には持っていないければならなかったこと。次に、アメリカ留学の際に日本人のボスが博士号取得後研究員、いわゆるポスドクとして雇ってくださったことです。付け加えれば、親が喜んでくれたことでしょうか。ただ、当時は論文で資格を得られたゆるい時代なので、もし学生身分になるのなら敢えて選択しなかったでしょう。生かしたいという展望があるなら進むべきですが、みんながみんな必要なのだろうか。

他の人と同じ道をたどらないのは、リスクが大きく覚悟が必要ですが、ビッグチャンスでもあります。7年目に山梨医大にオープニングスタッフとして派遣された時、2外では他に誰も希望しませんでした。しかし、日本の肝臓外科の草分けの一人、東大出身の菅原克彦教授、理知的で言語能力に優れた京大出身の山本正之先生から肝臓手術、江口先生からは繊細な手さばきの大腸手術の手ほどきを受けることができ、技術ばかりでなく人的交流も広がりました。

20年目にもととのオーベンであった嶋田先生

の元に戻り、山梨のHCC主体から胆膵癌の肝切除へとターゲットが変わったことも新鮮でした。ここも古巣とはいえメンバーは一新していました。個人として勝負し評価に耐える立場に居続けることは、否応なく大きな刺激になりました。留学も含め、だれも自分を知らない場所で認めてもらう経験をしておくのはおっくうではあるけれど、人生のスパイスです。

横須賀共済病院では、ひとえに細井先生にお世話になりました。まず大学から引っ張ってくださり、外科部長から始まり管理職も任せていただきました。わがままな振る舞いを大きく包んでくださったのは忘れられません。おそらく自分ではできないタイプの、問題児の掌握法です。

また、舩井秀宣、福島忠男、杉田光隆、長堀優、深澤信悟、黒沢治樹、志澤良一、浜口洋平各先生はじめ、書ききれませんが外科で活躍してくれたみなさんにも感謝です。業績が上がったのは今回の人事の有力ポイントでした。

うちの病院は国家公務員共済組合連合会という長い名前の、要は共済年金を管轄する団体に属します。院長オファーとなった最大要因は、問題解決能力への期待でした。これには山梨医大で7年余り務めた医局長時代から、リーダーとは何かと考えていたことが寄与しています。もともと興味が財務、交渉術、マーケティング、マネージメントなど医者っぽくなかったので、2年前までの副院長のとき人事、安全管理、大学との交渉、経営、企画・立案に応用することで、管理スキルを伸ばすことができました。

自分のキャリアをどうとらえるか。当然、ポストは自分で決められることではないのですが、もし管理職も視野に入れるなら、外科の勉強だけでこれからの厳しい経営環境の荒波を乗り切るのはとても難しい。不勉強なまま管理職になってしまうと、周囲にも甚大な影響を及ぼしてしまいます。

では、機能するトップになるためにはどうするか。

幸い外科医は常にチームをまとめる宿命をもち、これが基本になります。手術に始まり、病棟でもスタッフを束ねる立場にある。周りとうまくやって伸ばしていけるなら、第一段階はパス、逆に離反を招き続けるなら、おそらく外科医としても厳しいでしょう。

次のステップでは、この組織の目標は何か、そのための戦略はどうか、実現のために誰を使い、実際の手順とロードマップをどうするか考えていくことになります。これは手術、あるいは自分が苦手であった実験と同じプロセスです。全体を見る目を持てるかどうかポイントです。

サッカーなり野球なり想定するとわかりやすいかもしれませんが。このチームはパスサッカーでいくのか堅守速攻か、まず明確に目指す方向を示す。だれがGK、FWに向いているか、適正と能力を図り、最も機能する布陣とする。ベンチでは誰が使えるか。そして、どうすれば魅力的なチームになれるか。あとは人対人、どういう希望を持ち、今何をしたいか、不満はどうか、徹底的に話してやる気を最大限に引き出せば戦えます。

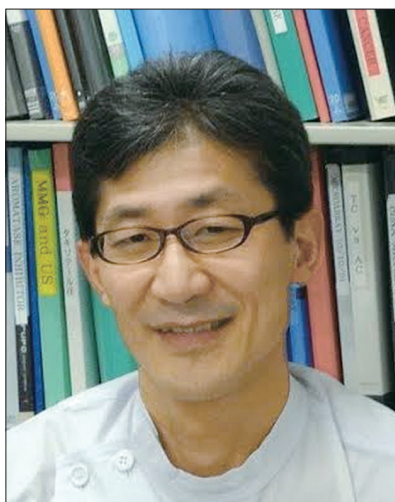
リーダー像、その振る舞いは個人のキャラクター

によって異なります。得意とする要素、自分なら交渉力、説得力、企画力、体力、比較的広い知識、決断力、情報収集力、人脈を最大限に生かし、弱点も多々ありますがなるべく出さないように心がけています。実は長所と短所は裏表なので、露悪的になっている部分を無理に直そうとすると良い部分も消えてしまいがちです。邪悪な部分を自覚して、努めて隠すようにするのですが、実際に他人がどう見ているか感じるべきで、感受性を磨いておかなければなりません。言い訳をしておく、人にどう思われても自分の行く道は、基本変えないのが人生のスタイルでしたが、感じていないわけではないのです。

最も大事なことは、自分がリーダーでいてみんなが満足して過ごせるかです。仕事が楽しい、やりがいがある、この仲間と一緒に仕事をしていたいなど何でもかまわない、もしかして全員がそう思うのは難しいかもしれない。しかし、大勢としてメンバーがこんな所で働きたくない、つまらないと感じてしまうなら、手術数が多くなっても、収支があがろうとクリニカルインディケーターがよくなろうと、自分がこの病院のリーダーである意味はない。常に周囲の環境や職員の動向に鋭敏でいて、変化に対応できる力を持ち、できるだけみなに裁量権と達成感を味わってもらえる存在でいたいと考えています。

最後に、この執筆の機会を与えていただいた武田医局長、菅江編集長に感謝いたします。

今後とも第二外科と良い、そして強い協力関係を築いていければと願っています。



## Winding Road

石川 孝

東京医科大学 乳腺科学分野 主任教授

大学入学から数えると33年間、お世話になった横浜市立大学を離れ、4月から東京医科大学に異動することになりました。山形で生まれ育ち、高校を卒業して横浜に出てきたので、はまっ子ではありませんが、横浜への愛着と横市に対する愛校心は人一倍持っています。生来、怠け者の自分が一人前の医師になるためには、当時最も厳しかった第2外科に入るしかないと思い、卒業と同時に土屋外科の大学院生として入局し、杉山先生の研究室の門下生になりました。母校を離れるこの区切りの時期に、しばし振り返って、先輩、同僚、後輩をはじめ、多くの人たちに支えられてきたことを思い出して感謝しています。

2009年夏の終わり、遠藤先生が教授に決まった後、本牧の焼き鳥屋で市川先生と3人でお祝いをしたことがあります。思い出話をしながら、乗り越えてきたことがあまりに多く、そろって大学に残っていることは奇跡に思え、長いWinding Roadと一緒に旅してきたような感覚に浸りました。

浦舟校舎もなくなってしまった今は、セピア色の思い出になりつつありますが、1987年入局当時は、胃十二指腸潰瘍を手術で治そうと考えていた時代の終わりの頃でした。片村先生と国崎先生の指導のもとで、遠藤先生はヘリコバクターピロリ（当時はキャンピロバクターピロリ）と十二指腸潰瘍の関連、市川先生は胃粘膜の障害と再生の電子顕微鏡による観察、私は胃粘膜再生に対する上皮細胞成長因子の関与の研究をしていました。私

は開発されて間もない免疫組織染色を第二病理の田中先生に教えていただき、壊れそうな研究室で工夫しながら動物実験を行っていました。

1990年、大学院の3年目に杉山先生のお計らいで米国留学の機会を頂き、University of California IrvineでTarnawski教授とSarfeh教授のもとで自分の研究を発展させることができました。またHitachi Chemical Research Centerの当時社長の住山さんに紹介していただいた日本人研究者三橋先生から、開発されたばかりのPolymerase Chain Reaction (PCR)を通して分子生物学を教えていただきました。西部劇に夢中だった子供の頃から憧れていた米国で生活し、基礎研究を通して多くの人達に出会い、視野を広げることができました。

1992年帰国時、嶋田外科に時代は変わっていましたが、分子生物学研究室を立ち上げて研究を続けさせていただくことができました。物置だった医局の一室を掃除し、PCRのためのThermal Cyclerなどを購入しつつ、医局の変動の時期に無謀にも留学した市川先生の帰国を待って、本格的に癌研究を開始しました。木原生物学研究所の宮崎教授や第二病理の長嶋先生、宮城先生をはじめ、国内外の多くの先生の指導のもとで、研究助手から大学院生になった神山さんや多くの後輩達と、研究を行っていました。忙しい臨床をしながらの研究でしたが、嶋田教授には“研究のための研究はするな！”と言われていました。当時、自分の中で研究と臨床が乖離していたことを見透か

されていたのだと思います。

2003年からセンター病院で乳腺甲状腺外科を任せていただきました。紆余曲折を経て培われたResearch mindを持って、多くの乳癌症例に向き合う中で、自分でどうしても解決したいと思う問題が見えてきました。現在は、自分の中で臨床と研究を有機的に結び付けることができるようになったと感じています。より個別化した治療を実現するための臨床研究と、その結果を科学的に解明して、次に進めるための基礎研究について考えながら、診療を行ううちに輪が大きくなってきました。統計センターの森田教授と出会い、トランスレーショナルリサーチを意識したランダム化第2相試験を計画し、多くの壁にぶつかりながら完遂してみ、病理部、薬剤部、統計センター、看護部など多く部署の方々、何よりも同意して参加してくれた患者さん達に対する感謝の気持ちから、

進歩させなければいけないという責務を強く感じるようになりました。

教授選考会のプレゼンテーションでは、世界が認める乳腺科をめざすという公約を掲げました。横浜市立大学第二外科の誇りを胸に、真剣に公約の実現をめざすことによって、自分を選んでくれた東京医科大学のために尽力するつもりです。

今年1月、正式な承認の連絡を受けた後、同じ店に3人で集まりました。そして、今回は昔話よりも、これから成すべきことについて熱く語り合っていたように思います。飲み過ぎて正確には覚えていませんが……。ただ、まだ奇跡は続いている、旅の途中なんだと感じたことは覚えています。

横浜市立大学第二外科の皆様方、これまで大変お世話になりました。これまでの御恩を忘れません。ありがとうございました。





## 親友の大腸がん

山口 茂 樹

埼玉医科大学国際医療センター 消化器病センター長 消化器外科教授

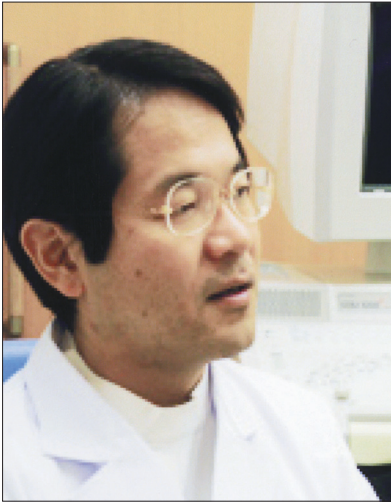
今年の年始も例年通り神奈川県立高校時代の友人たち四家族が集結して新年会を開き、いつもどおり酒を酌み交わしていた。20年以上にわたる恒例行事ではあるが今年には特別な感があった。一番初めに結婚した夫妻の娘さんが今年の6月に挙式をあげるというのだ。生まれたときから皆で成長を見てきたから喜ばしい気持ちもあり、いよいよ同級生がおじいちゃんになる時がきたという妙な気分も感じていた。

酒もすすんでいい気分になったころ、このおじいちゃん第1号予定の友人が会社の大腸がん検診で要精検といわれていると話だした。私自身も昨年末に胃と大腸内視鏡を行って小さな大腸ポリープを切除した話をもちだして、さっさと検査を受けろよと勧めてみたが、検査は痛いらしいしどこへ行ったらいいやらと気の進まない様子だった。「だったら俺がやってやるから、ちょっと遠いけど埼玉まで来ないか？軽い麻酔をするし全然痛くないようにやるから。」「ああ考えとくよ。」その後はまた、酔ってたわいもない話をして別れた。

後日、埼玉まで検査に来ることになった。オピスタン、サイレースを注射すると当人はことのほかよく寝てしまった。夫人立会いの下で、胃内視鏡検査は異常なし。夫人と話をしながら大腸内視鏡検査も盲腸に到達した瞬間に背筋が寒くなった。(何てことだ。)見慣れているはずの大腸がんが、とてもグロテスクに見えた。

この友人家族グループで医療従事者は私だけであり、大腸がんは自分の専門でもあるので埼玉県まで手術を受けに来ることになった。40年ぶりの関東地方の大雪で病院のまわりは一面の雪景色であった。いつもどおりの手術説明の後に同意書もらい、翌日は手術となった。腹腔鏡手術ではひとつひとつの操作がとても重々しく感じられ、味わったことのない気持ちのもとではあったが手術は無事に終わった。夫人と娘さんに標本を見せ、がんが取りきれたことを伝えると安堵の空気が流れた。家族以上に誰よりも私自身がホッとしていた。

毎日、大腸がんの患者さんをみながら、それを宣告し、手術し、ときにはそれが完治できないことを告げる日々を繰り返している。患者さんひとりひとりに家族があり、友人があり、仕事があり、人生がある。がんを患った時の衝撃は、本人そして家族にとって計り知れないものがある。働き盛りではなおさらである。今回は親友が大腸がんを患い、自分は外科医という立場であった。大腸がん治療に関しては医学的な知識も経験もそれなりのものがある。治療する可能性のほうが高いといくら頭ではわかっているものの、術後の合併症や再発ケースにも向き合ってきた。結婚前から子供の生い立ちまでともに見てきた親友の大腸がんには、どうにも平常心ではいられなかった。ひとりひとりの患者さんに真摯に向き合いたいと、今更ながらに感じた2014年のはじまりであった。



## 「ゴルフとボート」

瀧 本 篤

医療法人至誠会たきもとクリニック 院長

今回、同門会誌への寄稿を依頼され、「開業の話にしようか」とか「海上自衛隊時代の話にしようか」とか思い悩み、遠藤教授に「何を書いたらよいか」と相談したところ「海軍カレーの話」と即答されました。「それだけじゃ話がすぐ終わってしまう」と言ったところ「医療とは関係のない趣味や雑感等が良いのでは」とアドバイスを受けました。

そこで、開業してからはじめてゴルフとボートクルージングについて書く事にしました。

ゴルフは4年前に付き合い上仕方なくはじめました。以前からゴルフクラブは持っておりましたが、10年ぶりバッグからクラブを取り出したところグリップは外れヘッドも錆だらけ、シューズに至っては靴底が抜けていました。

全てを新品に取り替え、せっかく始めるのだからと月2回のプライベートレッスンも受ける事にしました。殆ど0からそれも50歳近くからのスタートでしたが教え方が良いのかそれなりには打てるようになり最近では90台前半（ごくたまに80台）で回れるようになりました。

去年、人から勧められ横浜カントリーのメンバーになり、月に4～5回コースに出ています。近隣の開業医の先生方と一緒に事が多いのですが同門会の先生方ともラウンドしています。

ジャック・ニクラウスは「ゴルフでは良い人柄とスイングしか役に立たない」と述べており、プレーには人間性が問われるためある程度の緊張感が必要となります。

またコンペでは結果的には他人との争うわけですが、止まっている自分のボールを打つだけですので基本的に自分との戦いになります。少しでも打数を抑えるためあの林を越えてやろうとか長いクラブで打とうとか色々な邪念が渦巻きます。邪念を抑えて迂回しても却って深みにはまったりと全く思い通りに行きません。偉大なアマチュア ボビー・ジョーンズの「トラブルに陥ったときに大切な事は技術よりも正確な判断である」を痛感する日々です。

ゴルフは筋力や体力があまりなくても可能なスポーツなので長く続けるには最適です。会話を楽しむ時間も長く、色々な情報収集や人間関係を広げるのにも役立ちます。これからも無理なく気長にプレーを続けたいと思っています。

次にボートクルージングについてお話しします。ボートは3年前にトヨタポーター28GIIを中古で購入し逗子マリーナに置いています。もともと海が大好きで小型船舶1級免許は持っていました。

開業して少し余裕ができたところからいつかはボートを持ちたいと思うようになり色々な船を試乗して操船性やスピードから今の船にしました。逗子から伊豆大島まで25ノット程度の巡航速度で1時間半、初島なら1時間かからず到着します。

購入した当初は大島、初島や三崎漁港や千葉までの遠方までクルージングしましたが、最近では江ノ島や油壺沖での釣り（カワハギが特に美味しい）や、職員とのBBQ大会に使っています。なお

掲載した写真は私と愛船（シードラゴン号）です。

ゴルフでもクルージングでも興味ある医局員の方がおられましたらご一報頂ければ幸いです。

最後に海軍カレーの話をしてします。

遠藤先生が教授に就任してからは医局に年二回カレーとご飯をセットで送っています。

私が大学勤務時代、上永谷中央診療所の鈴木馨一郎先生から頂いたカップラーメンで何度か空腹を救われた経験があったからですが、さすがに同じ物という訳にはいかず私の前職であった海上自

衛隊にちなみ海軍カレーを送る事にしました。クリニックでも開院以来毎週金曜日（たまに他の曜日）職員とともに同じカレーを食べています。

医局員の皆様にも喜んで頂いているようなので今後も微力ながら医局のサポートをさせて頂こうと思っております。

最後になりましたが、消化器・腫瘍外科および臨床腫瘍外科学教室のご発展とご活躍をお祈りしております。





## 一開業医として

### 三 浦 勝

みうらクリニック 院長

平成6年卒の三浦 勝と申します。

誠に僭越ながら医局より寄稿の命令がありましたので、一開業医としての実態を述べさせていただきます。

私は横浜市南区南太田という横浜の下町で消化器科、肛門科を標榜して開業しておりますが、最近はずいぶん忙しくもあり大学医局の先生方にも診療の手伝いで来ていただき大変助かっております。

クリニックでは大病院の外科とは異なり内視鏡検査や肛門診療を中心に一般内科外来、外傷（熱傷）など上気道炎から悪性疾患まで様々な疾患に出会うことができます。さらには週に2回横浜掖済会病院にて外科外来、手術および検査に従事させていただいており、現在では開業し自分の思う形態での診療を行うことができ大変満足しておりますが、やはり開業するにあたっては外科医として非常に悩むことがありました。

大学を卒業し研修が終わったのちに外科医となりまず目指すは専門医の取得そして大学にて研究に従事した場合学位取得となるのは医局員として通常の道と思います。

30台中盤ごろには両者取得がなされる事と思いますが、その後どのように医師として生きていくか、様々な道を選ぶ時が来ます。

主には大学で生き残る道、病院で臨床に生きる道、開業して自分のしたい診療をする道があるでしょう。またそれ以外にもたくさんの道があると思います。

私の場合人並み以上の手術を行う技術もなく、また研究をする能力も大してなく理研の小保方さんのようになれそうになかったため、いずれは開業でもするかとおぼろげに思いながら勤務医を続けていたところ偶然にも医局の大先輩である関澤良行先生のもとで消化器内視鏡やクリニックでの診療を学ぶ機会を得て、その後偶然にも継承の話があったことから40歳になる年に開業いたしました。

開業形態も様々と思いますが、外科医を続けながらなんとか開業できないか探っていたところ、当時勤務をしていた横浜掖済会病院の先生方の御協力もあり、開業後も幸運ながら外科医としての仕事も続けることができました。

学生時代に語学研修を兼ねイギリスに滞在することがありその時世話になった外科医がまさにこの形態で自分のPrivate clinicを運営していました。普段はGeneral practitionerとして自分のクリニックで診療を行い。手術が必要な患者や病院から要請があった場合病院に出向いて手術を行う、欧米では一般的なものですがなぜか日本ではそのような形態で外科医を続ける医師もあまり見かける事がなく、是非ともそうしたいものと考えておりました。

もちろん医局の先生方の御協力なしではこの様な身勝手は不可能であり、特に掖済会病院で一緒に働く先生方に感謝しつつ、クリニックへ来院される患者さまの為に可能な限り継続していきたいと考えています。

話は変わりますが、先日「ヤンキー化する日本」

という文庫を読む機会がありました。精神科医の著者によると、多くの人の心の中に「ヤンキー」気質は存在するとのこと。ここでいうヤンキーとはアメリカ人のYankeeとは少し意味合いが異なり、バッドセンスの持ち主で、上手な世渡りをするためのコミュニケーションが巧みで、「アゲアゲのノリと気合でなんとかなるべ」の精神でリ

アリズムに生きる人々のことを言うらしいのですが、医療業界にも似たような方々がたくさんいると思わず頭の中で思い浮かべてしまいました。ヤンキー文化が悪いわけではないと思いますが、やっと人に気兼ねせず仕事ができる環境を得ましたので、センス良く控えめにコツコツやっていきたいと思います。