

神緑会ニュースレター

第3巻 第2号

発行日 2011年7月20日



耐震改修後、撮影された航空写真(楠キャンパスと神戸港を望む)

目次	ページ
一般社団法人移行後、初の社員総会開催報告	2
第6回神戸大学ホームカミングデイ (10月29日)	6
平成23年度学生海外派遣報告	
<ul style="list-style-type: none"> • KK Women's and Children's Hospital and National University Hospital of National University of Singapore 蓮尾 真美 • Selective Student Report (Malaysia) 中村友紀子 • Siriraj Hospital , Mahidol University, Bangkok, Thailand 三由 僚 	7
活躍している先輩シリーズ4	17
医学部クラブ紹介 (剣道部・ゴルフ部)	30
『神緑会会員名簿2011 (平成23) 年版』 予約申込みについて！	32

一般社団法人移行後、初の社員総会開催報告

会長 前田 盛 (昭和46年卒)

平成23年6月25日は、梅雨の真っ最中の開催で豪雨だったらどうしようと心配していましたが、予報が外れて、今夏の日本列島を被う猛暑日の恐怖が予感されそうな天候でした。幸いにもそれほど暑さにならずに、無事、総会を終了しました。総会中は、出席も少なかったのですが、「震災フォーラム」時には神緑会館多目的ホールがほぼ満員の盛況でした。冒頭の会長挨拶の抜粋を紹介します。

4月1日から、一般社団法人となりました。法人法の改正に伴う措置で、5年間の移行申請期間中に、公益か一般かの選択が迫られていました。急いだ取り組みも、3年間に要しました。直ちに全会員に新しい定款、運営規則、会員規則を送付しました。4月11日開催の理事会で、定款に定められた評議員会の設置を決定し、議長に神戸神緑会会長の中野 康治氏 (昭和52年卒)、副議長に山辺 裕氏 (北播磨支部長、昭和52年卒) を決定し、支部及びクラス代表を引き続き新評議員に委嘱しました。変更の要点は、①昭和59年社団法人認可に向けて募金により積み上げた基本財産 (1億円) を、9年間かけて公益目的に支出・費消します。②会員の中で、年会費を支払っている社員が平等な立場で会の運営に参加します (2年間会費未納で社員から外れます)。従来は、役員立候補者は評議員である必要があり、選挙権も評議員にのみ与えられていました。いわゆる二段階構造でした。社員総会で誰でも候補者になれますし、出席社員の直接投票で役員を選出致します。理事会では、委任状が無効となり、毎回の出席が前提となります。③正会員イ) の入会勧誘の進め方には今後の検討が必要ですが、神戸大学大学院入学・修了者や附属病院診療科の入局者や関連病院など同門と言われる方の入会を勧める事になります。

神緑会では、多くの課題を有しています。60数年の歴史が重なり、幅広い年代の卒業生で構成されています。また、皆さんが携わる医療現場では医療崩壊と言われる現状があります。更に、若手医師を中心に「神緑会の役割」について「何の役に立つのか」と厳しい批判を戴いています。昨年6月の総会での討論会で、強い要望が出され、1年間検討の結果、7月20日18:00から神緑会館で「若手医師研修会-医事紛争への備え」を医学部附属病院臨床研修センターとの共催で開催します。梅田総合法律事務所加藤弁護士及び兵庫県医師会西田副会長の講演と意見交換などを予定しています。社団法人としての26年間は神緑会学術誌の発行を優先してきましたので、同窓会的内容には、制限がありました。それで、3年前からニュースレターを発行しています。カラー印刷にしたことや学部学生のニュースなど学生にも身近な問題を取り上げて毎年4回発行しています。更に、平成卒業年次のクラス代表を複数にする活動を行って来ましたが、今後は全学年でも補助者を選出する予定です。

今総会終了後には、理事会・評議員会として改めて神緑会の活性化に取り組みます。上述の基本財産の支出・費消の期間は、ある意味では財政的にゆとりがありますので、次世代につながるような積極的な運営を行いますのでご支援を宜しくお願い致します。

総会議事は、質疑応答を経て、総ての議案は執行部提案の通り承認されました。



初の社員総会で挨拶をする前田 盛会長 (昭和46年卒)

☆平成23年度 同窓会神緑会定例総会 (平成22年度 同窓会神緑会決算報告)

■名簿発行

同窓会名簿の作成について、大竹名簿編集委員会委員長（昭和44年卒）から、丁寧の説明されました。9月末日締め切りで印刷を行い、自宅用と職場用の2冊をご購入されるよう依頼されました。申し込みが未だの人はこれからも申し込みが可能です。病院広告を掲載するのでご協力依頼がありました。



大竹邦夫名簿編集委員会委員長
(昭和44年卒)

■田中千賀子学術奨励賞受賞者



平成21年度
北澤理子（昭和60年卒）



平成23年度
島 扶美（平成3年卒）

業績名

『Rasの新規立体構造情報に基づく
インシリコ創薬』

所 属

神戸大学大学院医学研究科生化学・分子
生物学講座分子生物学分野・講師

☆フォーラム ー東日本大震災とその医療支援ー

東日本大震災報告と支援についてのフォーラム（16：30～18：30）の司会を務めさせていただきました46年卒兵庫県災害医療センター長の小澤修一です。内容を簡単にまとめてみました。

震災の概略

2011年3月11日14時46分、東北地方太平洋沖を震源とする大地震は、地震、津波、原子力災害を引き起こし、東日本大震災と命名され、第二次大戦以後最大の国難といわれています。地震の大きさを示すマグニチュードは9に引き上げられ、1960年のチリ沖、1964年アラスカ、2004年スマトラ沖に次ぐ大きさと言われ、津波の大きさも1896年の明治三陸沖、1933年の昭和三陸沖の大津波をはるかに上回る規模でした。原子力災害もチェルノブイリに匹敵するレベル7に引き上げられ、今なお収拾の見通しははっきりしません。

この国難に対する医療支援はかつてない規模で行われ、阪神淡路大震災を経験した兵庫県ではいち早くDMAT、赤十字、JMAT、県立病院、災害拠点病院、各学会、NGO等の救護班を編成し、現地で医療活動を行いました。こうした医療活動が現地ではどう受け止められているのか。

現地からの報告（約60分）

1. 最初に石巻赤十字病院外科 宮城県災害医療コーディネーターの石井正先生に講演していただきました。石井先生のご活躍ぶりは、NHKスペシャルでも取り上げられましたが、印象に残ったのは、震災はとも偶然とは思えないというお話でした。先生は東北大学第2外科のご出身で、食道および肝臓外科を専門とする消化器外科医でそれまで災害と深いかかわりを持っておられなかったのが、石巻赤十字病院が5年前



兵庫県災害医療センター長
小澤修一（昭和46年卒）

に現在の高台に移転し、4年前に災害救護の中心メンバーである医療社会事業部長になられ、半年前に自衛隊等を含めた大規模災害訓練を行い、1ヵ月前に災害医療コーディネーターを委嘱されたそうです。こうした流れからこの震災で災害対応をするのが義務付けられていたような気がするといっておられました。

災害医療コーディネーターという身分は、行政権限を持っているので医療のみならず、簡易水道、下水処理等でもイニシアティブが取れたといわれていました。

先生は被災状況を自ら作られたシートを用い、石巻地区の避難所をすべて回り、統計処理され次の救護活動に生かす方法をとられました。

2. 次いで宮城県医師会常任理事の登米祐也先生に御講演していただきました登米先生は兵庫県医師会長の川島先生とは旧知の間柄で川島先生にご経歴を紹介していただきました。登米先生は岩手医科大学のご卒業で、宮城県医師会で救急、災害の担当理事を長く勤められています。その関係で先生は、2008年6月14日に仙台市の北90kmに起きたマグニチュード7.2の岩手・宮城内陸地震の際にもご活躍されました。6か月前に宮城県災害医療コーディネーターになられ、自衛隊等を含めた大規模災害訓練を行われました。

今回の震災で、自衛隊霞目基地からヘリコプターを用いた患者搬送を行い、やはりこうした活動を行うことを運命づけられていたのではないかとっておられました。

お二方に共通するのは救急医療が点と線であるのに対し災害医療は面と網という点を強調され、被災者の中に医療を提供しなければならない人をいかに見つけ出すことが大事かということを強調されていました。

阪神淡路大震災での被災経験からの現地支援のあり方(40分)

1. 兵庫県医師会長の川島龍一先生(昭和44年卒)は、まさに面と網の活動をされました。テレビで取り上げられたように救護所の中から義足を失った被災者を見つけ出し、県立リハビリテーションセンターにつれてこられ、新たな義足と生きる希望を与えられました。詳しくは兵庫県医師会報等で報告されています。

2. 当センターの中山伸一副センター長(昭和55年卒)は、DMAT訓練最終日で、三木防災公園から駆け付けてくれました。先生は自衛隊機で花巻空港に向かい統括DMATとして、その後石巻赤十字病院で兵庫県内から派遣されていた救護班を調整するコーディネーターとして、また福島県庁で原子力災害対応の専門家として活躍しました。詳しくは次回書いてくれるそうです。

3. 加藤寛先生(昭和59年卒)は、都立墨東病院で精神科救急に携わり、阪神淡路大震災以降兵庫県こころのケアセンター副センター長として活躍されています。



石巻赤十字病院外科・宮城県災害医療コーディネーター 石井 正



宮城県医師会常任理事 登米祐也



兵庫県医師会長 川島龍一(昭和44年卒)



兵庫県災害医療センター副センター長 中山伸一(昭和55年卒)

加藤先生は東北の方々は我慢強く自らのことをなかなか語ろうとしない。また心のケアに来ましたとはとても言えない。心のケアに対する認識が神戸とはかなり違うので私たちも辛抱よく対応しなければならないと言っていました。

原子力発電所被害の現状と今後 (30分)

最後に福島第1原発事故の原子力災害についての衣笠達也先生（昭和48年卒）に講演していただきました。衣笠先生は第1外科出身で、三菱神戸病院に勤務されていた関係で被ばく医療の専門家になられ現在は三菱重工顧問をされています。先生は1999年9月30日の東海村JCO事故で、東京大学救急医学教授の前川和彦先生とともに最重症の被爆治療に当られたことは御存じの方も多と思います。先生が強調されていたのは今回の事故で被ばくで亡くなられた方はいないという点でした。

2011.3.11は、2001.9.11に次いで21世紀のパラダイムチェンジをきたした事件として記憶されるに違いありません。どちらも目に見えない敵に対する戦いが持続する点が共通し、戦争という枠組みが変わり、エネルギー政策の枠組みも変わろうとしています。

フォーラムに参加された神緑会の会員の先生方も石巻で救護活動をされた方が多数おられ、時間の関係ですべて受けることができませんでしたが、代表的な質問は果たして現地で役に立ったのだろうか、という質問でした。現地の石井先生、登米先生からともに、さすが震災経験のある兵庫県からの救護班は他の県より一段優れていたとおほめの言葉をいただきました。会場の神緑会会員一同は、ほっと胸をなでおろしました。



兵庫県ころのケアセンター副センター長
加藤 寛 (昭和59年卒)



三菱重工業株式会社神戸造船所顧問医師
衣笠達也 (昭和48年卒)



会場風景

☆意見交換会



大洞慶郎副会長 (昭和46年卒)
の意見交換会開催の挨拶



杉村和朗神戸大学医学部附属病院
院長 (昭和52年卒)



川島龍一兵庫県医師会会長 (昭和44年卒) の発
声による意見交換会のスタート

第6回神戸大学ホームカミングデイ 10月29日(土)

ごあいさつ

今年3月に発生した東日本大震災でお亡くなりになられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被災された方々やご家族をはじめ、関係する皆さまには心よりお見舞い申し上げます。

神戸大学におきましては、阪神淡路大震災に見舞われたおりに、東北、関東を含む多くの方々に、大きく温かいご支援を賜りました。この体験を思い起こし、可能な限りの支援を行うべく構成員が一丸となって取り組んで参る所存です。

さて、『振り返れば六甲の山並～あの頃の友に会いたい』をキャッチフレーズに2006年に神戸大学ホームカミングデイを開始してから、今年で6回目を迎えることとなりました。

神戸大学は、現在、11の学部と昨年4月に誕生したシステム情報学研究科を含め14の大学院研究科、そして、法学と経営学の2つの専門職大学院、経済経営研究所、自然科学系先端融合研究環、医学部附属病院、さらに多数のセンターと複数の図書館

神戸大学長 福田 秀 樹

で構成され、国際都市神戸にふさわしい世界的に卓越した教育研究拠点として発展してまいりました。

6回目を迎える今年のホームカミングデイでは、特に、在学生の積極的な参加を促し、学生が主体となって、学生によるポスターセッション、キャンパスツアー、学生主催の催し、キッズルーム等を計画しています。

その他にも各学部で卒業生による講演会、体験談等工夫をこらした企画を用意しておりますので、この機会に学生、教職員と親しくご歓談いただき、さらには同窓生や先輩、後輩、恩師との旧交を温めていただきたく存じます。

各学部とも特定の卒業年度の方に、ご案内状を送りしておりますが、卒業年度にかかわらず、ご家族の方も同伴でご参加いただき、神戸大学を満喫していただければと思います。

この秋、紅葉の六甲山の麓、大学をあげて皆様のお越しをお待ちしております。

記念式典

総合司会 NHKアナウンサー 住田功一氏 (S58経営学部卒業)

【時 間】 10:30～12:00

【場 所】 出光佐三記念六甲台講堂 (登録有形文化財)

【式次第】 ・学長挨拶

・同窓会代表 挨拶

・講演「私の原点、神戸」 中川順子氏 (S63年文学部卒)

・クラシックギター部の演奏

・副学長閉式挨拶

講演者 中川順子氏 紹介――

生年月日 昭和40年7月生

出身校 昭和63年3月 神戸大学文学部卒業

略 歴

昭和63年4月 野村証券株式会社入社 奈良支店

平成2年6月 人事部採用課 (総合職に転換)

平成13年7月 財務部フィナンシャル・プランニング課長

平成16年3月 野村証券株式会社退職

平成20年4月 野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー代表取締役社長

平成23年4月 野村ホールディングス株式会社執行役財務統括責任者・野村証券株式会社執行役

午前中は、本部で式典と講演会がございます。重点学年と本部が設定した学年は、昭和31年、41年、51年、61年と平成18年卒です。ただ、今年は初めてですが、卒後40年目の46年卒が含まれます。神緑会では、更に、平成卒重視で平成8年卒も含みます。これらの10年毎の対象学年に限らず、総ての学年にご参加いただく事が出来ますし、この時期に各学年の同窓会を開催いただくようお願い致します。なお、同窓会開催の御案内は、住所その他の把握から神緑会がお手伝い致します。

会場 シスメックスホール (附属病院正面玄関北に10月完成予定、保育所の3階)

14:30分開始 学部長挨拶

14:45分～ 講演「神戸大学医学部の現状と課題」 根木 昭 医学部長

15:20分～ 講演「神戸大学医学部附属病院の現状と課題」 藤澤 正人 副病院長

15:50分～ 特別講演「東日本大震災への神戸大学医学部附属病院の医療支援」 中尾 博之 特命准教授

16:50分～ シスメックスホール見学と記念撮影

懇親会 神緑会館多目的ホール 会場を移して行きます。17時10分から18時30分

平成23年度学生海外派遣報告

KK Women's and Children's Hospital and National University Hospital of National University of Singapore

Singapore April 4th ~ May 13th, 2011

Mami Hasuo (蓮尾真美)

I studied in Singapore from 4/4/2011 to 13/5/2011, on an elective programme of NUS. I had great experiences there and I appreciate the support from everyone who helped me.

Singapore

Singapore is one of the most unique countries in the world. It's a tiny country (the same size as Awajishima), although obviously it's one of the leading countries in Asia, with its strong economy. You can see lots of tall buildings in the central areas, and amazingly changing scenes everywhere because of the newly-built ones. They also have a really interesting culture mixed with the cultures of mainly Chinese, Indian, Malay people. They speak a kind of English known as Singlish, which is mixed with Hokkien, Malay, and Tamil, spoke in a rapid, staccato fashion. Sometimes it sounds really difficult to understand even for American or British people!! The food there is of course great and various, you can enjoy many kinds of Asian food (sometimes you can find mixed ones) at 3-5 S\$

in Hawker Centres (local stalls). There are some unique ethnic areas in Singapore such as China Town, Little India, Arab Street, each of them has its own temple, atmosphere, and population. The most shocking fact in Singapore to me was 30% of people living in Singapore are not Singaporeans. Many people from other countries come and go there, making things more complicated and interesting.



KKH Paediatrics 4/4/2011-29/4/2011

The first 4 weeks, I rotated Paediatrics in KK Women's and Children's Hospital, following Prof. Phua Kong Boo. This is a huge women's and children's hospital, which has 830 beds and dealing with any kind of children's diseases from common cold to cancer. I was basically attached to Ward 62 where children with relatively common diseases are admitted, but I could go and see patients at the other wards if I wanted. To learn there I had some difficulties, because many things were different from my home hospital. Of course



the most different thing was language. If you are lucky, people will talk to you in English or Singlish, though some people will talk to you in Chinese, Malay, or Tamil otherwise. Even if it was in English, it was so difficult to understand doctors discussing with many technical words or badly scribbled clinical notes with many abbreviations. Local medical students seemed so mature to me because even the junior students already knew how to approach patients. They start clinical clerkship at 3rd grade. They go to see patients by themselves and examine very precisely, then start discussing their conditions among students. Doctors there didn't take good care of students basically. Students there freely go to patients, and learn from them. They had different systems, requirements, rules there as well. Because of these things, I didn't think I could learn the same way as local students, then I managed to learn my own way trying to learn as much as possible.

Every morning I followed the round at my ward (and sometimes at the other ward) to know if there were cases who I was interested in, and after that,



I went to patients to take history and examine them by myself or with other students. Then I would check their clinical notes and study. At my ward (with around 30 beds), I could see many kids with gastroenteritis, bronchiolitis, bronchitis, pneumonia, asthma (including susceptible ones), sometimes Kawasaki disease. When I got bored, I went to the other ward and saw kids with severer conditions like recurrent aspiratory pneumonia with West syndrome, or perforation following a long history of Crohn disease.

Around 2 pm I would go to clinics. I really enjoyed clinics, they were very exciting. At Enterogastro clinic, I saw many kids presenting abdominal pain, vomiting, diarrhea, constipation, jaundice, developmental delay ...etc. I examined almost all the kids' tummies who came there. At Cardio clinic, I heard the heart sounds of 4-5 kids hourly. At Neuro clinic, I saw a fit of seizure for the first time in my life, and learned ketogenic diet therapy for many types of diseases especially for refractory epilepsy.



NUH Emergency 2/5/2011-13/5/2011

In Emergency of National University Hospital, medical students had 3 types of shifts, the morning shift (8:30am - 17:00pm), the afternoon shift (17:00 pm - 22:00pm), and the night shift (22:00pm - 8:00am). We got the schedule from the office and followed it. Here I saw many common cases with complaints such as chest pain, shortness of breath, collapse, syncope, acute generalized weakness, headache, trauma followed by



compartment syndrome, and etc. I also observed some procedures such as needle decompression for pneumothorax, or reduction of dislocation. Doctors gave us some lectures on these cases. Sometimes I followed a doctor and tried to take blood or put cannula, but basically here also I went to patients and asked some questions, and examined them by myself. In Emergency, many of patients were older people with heart problem, and they tended to speak their own language. Local students helped me translating them. There came in many people with diabetic mellitus, hypertension, hyperlipidemia, and heart problem at the same time as you can see the same thing is happening in Japan as well.



Weekends

Not all the weekends, but mostly I went out with other elective medical students from other countries. We tried famous local foods at stalls (called Hawker Centre), tourist places like Bird Park, Night Safari, ethnic areas, Marina Bay,, etc, and took a short trip to an island named Pulau



Ubin, went to Istana, which is the official residence and office of the President of Singapore, that allows people to get inside just a few days a year (of course we did!!). Sometimes I spent my time at a café. In Singapore, each MRT station has mega shopping malls, which made it easy to find some places to do shopping, or just sit back and relax.

Conclusion

In Singapore, I saw many patients. Compared to the rotation in Japan, students there got incredibly many more opportunities to approach patients directly during their postings. I also talked to, saw, heard, felt so many patients and learned from them with their kind cooperation during on this programme. Especially in Paediatrics, I learned how to avoid making patients cry while examining by trying many times, and also knew how difficult examination falls once I fail. In Emergency, I found it difficult to assess patients with many problems. Patients with neuro problems wouldn't follow instructions easily. I hardly heard the murmur when patients were with obesity even if they told me they do have heart problem.



In Japan, I tended to just follow doctors, but there, I had to move and think by myself what to ask, how to examine, what could be causing their symptoms. I found it a very exciting way to learn, on the other hand, I thought it was not always a good way. Local students were allowed to freely go to patients (alone, or as a big group), and discuss everything before patients, sometimes even the possibility of getting sued or the conditions of the other patients with many technical words. They never hesitated to take photos of patients with their iPhones, if they got some interesting findings. They, especially senior students, willingly teach each other, or junior students, which I thought

great, although I also wondered students would have got better knowledge if doctors had taught, while students could sometimes be sharing rather incorrect things aloud before patients.

During staying in Singapore, I talked to many patients, doctors, local students, other local people, and medical students from other countries. I enjoyed sharing our thoughts and made good friends with them. I also saw, ate, and felt many aspects of Singapore, and enjoyed everything. I really appreciate this opportunity to learn there. Lastly, I want to send a big thank-you message to everyone. Thank you so much!!!

Selective Student Report (Malaysia)

4 / 4 / 2011 ~ 29 / 4 / 2011

introduction

Last year Kobe University of Medicine recruited selected students for university in Malaysia (IMU), Thailand, Singapore, USA, Korea and Australia. I made up my mind to apply for IMU, because I was interested in studying abroad and wanted to learn about Malaysia, which was an unfamiliar country for me.

What I did in IMU

- Ward work with members in Semester 7
- Attending lectures
- Visiting hospital in Tampin
- Visiting hospital in Port Dickson
- Visiting patients' house with nurses
- Methazon clinic
- Visiting Community of drug abuse patients
- Presentation about Morita therapy

Every activity was new and meaningful for me, but the most impressive was that I made a presentation about Morita therapy. I knew little about this therapy and it was my first time to

Yukiko Nakamura (中村友紀子)



In methazon clinic

present a speech in English, so actually I was very nervous at first. However, eventually, I think it was rather successful and I felt happy most students were interested in both Morita therapy and Japan. I appreciate that Dr. Shane kindly encouraged me to introduce it to them.

Also observing a lot of drug patients was interesting experience. Especially methazon clinic was impressive because in Japan we don't adopt methazon treatment.



drug abuse outpatient clinic



Drug abuse patients' community



the gate to psychiatric wards

The impressions of IMU hospital wards

At first, I felt that patients' privacy should be protected more. In Japan, four - six of patients share a room and we have compartments between beds and no windows in the ward. In case of IMU hospital, basically they all have to stay in one big room and anyone can overhear conversations between doctors and patients. Also it was very shocking for me that students see patients' medical records in front of them as in our university hospital it is never permitted to bring patients cards out from nurse station. Personally I thought the concept of privacy is quite different.

Still, total impression of the wards was pretty good because in female ward sunlight comes into room through skylights. Compared to Kobe University hospital, IMU psychiatric ward was brighter and more pleasant and nurses seemed communicate with patients better than Japanese nurses. Also students are allowed to contact with lots of patients, though in my university hospital

basically we can talk with only one patient in charge.

I can't see whether such differences come from our cultural background or hospitals' policy itself but I enjoyed finding them and it was priceless experiences for me.

The impressions of IMU education

Both doctors and students seemed eager. Students speak a lot and doctors give us practical and useful information in Seminar and as in Japan we rarely have such kind of interactive lectures, it was some kind of culture shock for me. I think the style of education is much better than the one in my university. Personally I was sorry I sometimes couldn't understand what they were talking because my English skill was not enough, however, most classes were interesting for me and I was raised motivation to study both psychiatry and English.

The impressions of IMU students

Basically IMU students seemed cheerful and highly motivated. For me it was so surprising that they came to talk with patients spontaneously. In our university, some students hesitate to communicate with patients, but IMU students were more positive and active. Also, through seminars and ward works, they seemed to be more advanced than the Japanese students in learning practical skills and knowledge.

However, IMU students seemed to have fewer opportunities to visit other places. When I told



Seminar



Case presentation in ward

some students that I went to the methazon clinic, they said they wanted to go too. I think they are recommended to visit the methazon clinic or drug abuse patients' community like I did. I thought they would be more motivated if they were allowed to experience other activities because some of them were so enthusiastic about their studies.

Conclusion

This fruitful experience including studying medicine, touching the different culture and communicating with many people changed my sense of value a lot. I appreciate for giving me such precious opportunity to Dr. Shirakawa, Ms. Miwa, Dr. Philip, Dr. Param, Dr. Shane, all the doctors and staff in both Kobe University of Medicine and IMU, and the members in Semester 7, from the bottom of my heart. I am going to tell as many students and doctors as possible about this posting in Japan.



with Dr, Philip



with Semester 7 students

Siriraj Hospital , Mahidol University, Bangkok, Thailand

Ryo Miyoshi (三由 僚)



Reclining Budha with Thai students

Contents

- 1 Introduction
- 2 Schedule
- 3 Trauma Surgery
- 4 Infectious Disease of Medicine
- 5 Daily life
- 6 Conclusion



Thai market foods!!



Siriraj Hospital. There are about 90 buildings in Siriraj

1 Introduction

I thought I can see various tropical infectious diseases or HIV in Thailand, and I have not seen these diseases many times in Japan.

In addition, I am very interested in Thai culture. That's why I choose this program.

2 Schedule

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 4, April ~ 15, April | Trauma Surgery |
| 18, April ~ 29, April | Infectious Disease |

3 Trauma Surgery

For the first two weeks, we studied in Trauma Surgery department. In this department, there is no schedule for us, so we could freely see what we would like to see.

We usually stayed at OPD (Out Patient Department), and see many patients with Thai students. I'm very surprised that Thai students took medical interview and did physical exam for real patients more than Japanese students.

We sometimes see hand clinic and face clinic. In these clinics, the professor sees patients after surgery about nasal fracture, hands injury and so on. I have never seen these patient in Japan, so it was very good experience for me.

In Trauma Surgery department, there is a burn care unit. I heard that there are many burn patients in Thai, so they have this unit. In this unit, there are about 8 rooms and many burn patients were cared. This was the first time for me to see burn patients, so at first they are very shocking. But gradually, I got used to see them.

I think we can't see many burn patients in Japan, so I recommend for junior students to see this unit.



With ID doctors

4 Infectious Disease

Unlike Trauma Surgery, we received schedule in ID (Infectious disease). So, we followed ID doctors.

In Thai, there are much more HIV patients than those in Japan, so we saw many HIV patients. In outpatient HIV clinic, we see many patients with doctors. They taught us about HIV treatment.



With Thai medical students

When they follow-up HIV positive patients, they routinely check CD4 count and HIV viral load. I'm very surprised that so many patients came here and they are really normal people.

On Thursday, there was HIV round at ward. Patients were not good condition and they have complications. We saw many complications like Tuberculosis, cytomegalovirus infection, Cryptococcosis.

In Japan, I saw only one HIV patient. But, I could see many patients here, so I could learn about HIV complications, treatment, diagnosis.



In Ayuttaya

5 Daily life

During this program, we stayed at the male dormitory. It was a little old, but in our room, there are air-conditioner and a fan. They are very important for us because it was very hot.

Our room was for four people, but we luckily used this for only two people (me and Mr. Sasaki). So, we could stay here so comfortably. There



Phuket

were many cafes, food halls, convenience stores, and banks in the hospital. And near the hospital, there are many shops. And around the hospital, there is the market. It was very convenient. In addition, there are gyms, tennis courts, futsal court, basketball court. We went to the gym almost every day. It was very new and has many machines there. On last evening, we played tennis with orthopaedic professor. I didn't play tennis very well, but it was very fun.

It is a great memory for me. I'm very surprised that Siriraj students are very very kind and friendly. Various students took us many places to make us fun, and when we had a problem, they kindly help us. We almost everyday go dinner with Siriraj students, and when we have free time, we went sightseeing with them. Thai food was very delicious for me, although if I didn't say "not spicy", it is too spicy for me. Especially, my favorite Thai food is Phad-Thai, which is fried noodle in Thai style. This food is originally not spicy and very delicious. In addition, there are



In Chaingmai

many delicious fruits in Thai such as banana, mango. When I felt thirsty, I often drank banana shake.

We had a trip every weekend. We went to Phuket, Ayuttaya, and Chengmai. When we went to Phuket, we went to the location for the movie "The Beach". It is very crowded, but the sea was very clear. It was so beautiful.



With Thai friends family



With Thai dancers



My favourite Pad-Thai!!

6 Conclusion

Through this program, I could have wonderful and memorable experience that couldn't have in Japan. I could learn not only medicine but also Thai culture. Furthermore, I could make many Thai friends.

I really recommend my juniors to get this program. Thai people are really kind and friendly.

Finally, I would like to express my deep appreciation to everybody who give me this great program and memories.



全面改修された基礎学舎—最後の整備—



改修された外壁



整備された駐輪場



門として再整備された基礎棟入り口



移築された献体之碑（系統解剖）

活躍している先輩シリーズ



まず、学外にてご活躍の先生方から「同窓生からの研究科大学としての神戸大学医学部への期待」という趣旨で昨年度既にご寄稿いただいた文章の中で、未だ掲載できていなかった分をお届けいたします。分量の関係で一度に掲載ができず、遅くなりましたことを改めてお詫び申し上げます。母校へのエールとして貴重なご意見をぜひお読みください。

また、本号では医学部医学科以外で大学教授として活躍されている神緑会会員を、既に神緑会学術誌にて披露されている先生方も含めてあらためてリストとして掲載させていただきます（28～29頁参照）。この数年来、医療に求められる多種多様な社会からの要求や、特にチーム医療を推進すべきであるとの厚労省の意向にこたえるため、いわゆるコメディカル教育についても大学あるいは大学院教育が基本となってきています。その中で、多数の神緑会会員が医師・医学者の観点からこれら医療職全体の教育にも関わっておられることや、医学部卒業後のトレーニングを受けた後、医療の領域以外で高等教育に携わっている先生もおられることを知っていただくことを意図したものです。今後、医学部医学科を卒業した人材の生涯キャリアを考える上での資料のひとつとお考えいただければ幸いです。

ただ、リスト作成に当たっては、常勤の教授職に限らせていただいたこと、会員名簿（平成21年度版）や事務局への情報をもとに、2011年6月末時点で主に各施設のホームページで調査した上で作成しておりますことをお断り申し上げます。したがって、該当するにもかかわらず掲載されていない先生がおられる可能性があります。その際は失礼をお詫びするとともに、その旨を事務局にご一報下さいますようお願い申し上げます。



同窓生からの研究科大学としての神戸大学医学部への期待

大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室

佐 浦 隆 一（昭和61年卒）

リハビリテーション（Rehabilitation；リハ）の語源はラテン語でre（再び）+habilis（適した）、すなわち「再び適した状態になること」、「本来あるべき状態への回復」などの意味を持つとされ、リハ医学の起源は独立した専門領域として1947年に認知された物理医学に求めることができます。

本来、物理医学とは運動・電気生理学的手法による診断と運動療法や物理療法、装具療法などを用いて障害をもつ人々の治療を行う学問体系でしたが、このような人々の地域社会への復帰も同時に必要であったため、1949年に物理医学にリハの概念が加えられ、現在のリハ医学となりました。

このようにリハ医学とは、本来、物理医学的手段を用いて急性期疾患の治療を行うと同時に、患者さんや障害を持つ人の援助を行うための専門的な医学領域で

すが、本邦では黎明期に「リハとは障害を持つ人の心理社会的な再適応である」とリハ医学が形而上的な捉えられ方をしたので、理念としての「リハマインド」を持つことがすなわちリハ医学であると考えられ、リハ科医師の役割も曖昧となり、卒前・卒後教育あるいは研究領域においてもリハ科の専門性を示すことが難しい状況が続いています。

国内を見渡すと慶應義塾大学を筆頭にリハ医学講座を擁する私立大学医学部、私立医科大学は多いのですが、国内の国・公立大学でリハ医学講座を持つのは北海道大学、東北大学、群馬大学、東京大学、鹿児島大学、和歌山県立医科大学だけであり、神戸大学には講座としてのリハ医学講座、診療科としてのリハ科はなく、中央診療施設としてリハ部が存在するのみです。

私も平成18年3月まで神戸大学医学系研究科保健学専攻（当時）、附属病院では患者支援センターに所属しリハ医学の専門性を高める努力をしていましたが、独立行政法人化への移行直後でもあり、神戸大学ではリハ医学講座・リハ科の新規開設が非常に困難な状況でした。そこで外科系講座整形外科学分野整形外科学部門の黒坂昌弘教授のご推薦を頂き、新病院の開設に携わるべく兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンターに異動しました。そして、平成20年5月1日付けで臨床・研究機能の強化、卒前・卒後教育、特に大学院教育の充実を目的に大阪医科大学にリハ医学教室が整備され、私が初代教授として赴任しました。

リハの臨床は大きく脳血管、運動器、呼吸器、心臓大血管と別けられますが、どの領域にせよ、リハ医学の要諦は急性期の「臥床・安静」の危険性を正しく評価して早期から「運動」という治療手段を積極的に投入することにより、患者を可能な限り「不健康」から脱却させることであると考えています。しかし、介入方法や評価方法が遺伝子治療や再生医学などのように科学的ではないので、リハ医学研究の業績に対する評価はそれほど高いものではありません。

しかし、リハ医学が得意とする「運動」という介入方法について、最近「筋組織は生体の恒常性の維持するために運動に呼応してマイオカインと呼ばれる様々なサイトカインを産生する体内最大の内分泌器官である」との概念が提唱されるように、リハ医学研究にも分子生物学・細胞生物学的手法がどんどん導入されるようになってきました。

また、神戸大学在職中には医学研究科内科系講座小児科学分野小児科学部門の松尾雅文教授が精力的に実施されているDuchenne型筋ジストロフィーのアンチセンスオリゴヌクレオチドを用いたエクソスキッピング誘導治療において運動機能評価を手伝わせて頂きましたが、世界に先駆けて実施されている治療においてもリハ医学が必要とされることは疑いのないところだと考えています。さらに、脳・脊髄組織や関節軟骨の再生といった最先端の手法を用いた再生医学領域でさえ、再生させた脳・神経組織の運動機能や軟骨組織の関節組織としての機能の再獲得には「運動」や「荷重」といった物理的な刺激が必要であることは間違いありません。

リハ医学は臨床場面では理学療法士や作業療法士などが治療を担当し、また、リハ医学自体も高度で先端的な研究に馴染みにくいとのイメージがありますが、決してそうではありません。リハ医学は運動、電気生理学的介入といった物理医学を主たる手段に用いて疾病や傷害に対応する非常に学際的な学問領域です。リハ医学を活用することで殆どの研究領域が更に発展できると信じています。

神戸大学医学部が今後も研究科大学として存続し、さらに発展していくために神戸大学にリハ医学講座とリハ科を開設し大いに利用していただくばかりでなく、私の所属するリハ医学教室、あるいは大阪医科大学各研究領域との連携を強化していただければと思います。どうぞ、宜しくお願い致します。



同窓生からの研究科大学としての神戸大学医学部への期待

兵庫医科大学疼痛制御科学

村川 和重（昭和49年卒）

神戸大学を卒業と同時に、兵庫医科大学病院の研修医となり、その後も引き続いて、一貫して兵庫医科大学での勤務を続けている小生ですので、神戸大学において、直接学ばせて頂いたのは、学生時代の6年間と、その後の兵庫医科大学の助手時代に、神戸大学病院の麻酔科外来において、ペインクリニックを研修させて頂いた、半年間だけです。しかも、私たちの学年は全共闘世代の真直中だっただけに、周囲との連携の

取り方には、一種独特なものがあったと思います。私自身は、兵庫医科大学では5年間ほど麻酔科学を勉強した後、神戸大学病院で研修させて頂いたペインクリニックを基に、痛みの治療を専門としており、臨床研究を中心に進めて来ました。痛みに関する医学は、本邦では、まだまだ関心が低い分野ですが、世界的には状況が異なっており、USAでは2001年から2010年までの10年間を“Decade of Pain Control and Research”

との位置付けの基に、痛みに対する医学に力を入れて来ました。痛みの制御は、医療の原点とも考えられますが、わが国では痛みは単なる症状の一つに過ぎないとの考え方が根強く、痛みを真正面から取り組む医療は十分には進んで来ていませんでした。私が痛みに対する医療を志したのも、些細なことがきっかけでした。その当時の兵庫医科大学でも、今の多くの大学の現状と同様に、痛みに対する医療を中心となって行う、ペインクリニックは、麻酔科の小さな一分野に過ぎず、手術室における手術に対する麻酔業務の片手間程度に、外来診療が行われているに過ぎませんでした。そこで、本格的なペインクリニックの勉強を希望した私は、当時、わが国ではペインクリニック診療を最も積極的に行っていた、関東通信病院での勤務を終了して、神戸大学病院でペインクリニック診療を実施されていた先輩である、柴田俊先生から直接の教えを請うために、神戸大学麻酔科の研究生となり、自主的に研修を行いました。そして、半年間の神戸大学での研修を元に、兵庫医科大学に戻ってからは、麻酔科の中に新たな部門として、ペインクリニックの診療体制を拡充して来ました。その際には、兵庫医科大学が新しい大学だったこと、ならびに私立大学であったことが新しい診療体制を柔軟に設立できる土壌があり、大きな前向きの力になったと思っています。その頃だったと思いますが、旧帝大系の先生から、「新しい私立大学に居るのに、よくそんな風に来てるね!」と言われたことがありました。私自身は、その恩恵に与ったことがない権威主義的な部分は、医学界には、間違いなく存在するようですが、新しい領域に挑戦的に取り組む際には、さほど大きな制限はないものとも言えると思います。神戸大学医学部でも、その立地条件を生かした、新しい臨床医学の流れを創造して行ってほしいものです。幸い、麻酔科の前川教授のご好意の下に、

私どもの教室から神戸大学病院へ、ペインクリニックを担当する人員を派遣しています。その昔、私自身が神戸大学で教わったことの恩返しのような形となっていますが、このような形で、教室間の垣根を低くして、二つの大学の交流も盛んにして行きたいと思っています。また、ペインクリニックの領域では、独自の教室を持つ大学は、極めて稀で、系統的な痛みの治療を行うためにはとても重要なことです。先日もUSAから来たドクターに、その話をすると、“really unique!”と言われました。その意味でも、神戸大学と兵庫医科大学のペインクリニックが連携を取り、我国における痛み治療のセンター的な役割を果たして行きたいと思っています。また、私たちが行っている痛み治療のレベルは、世界的に見てもトップレベルに位置することは間違いないのですが、そうした情報の国際的な発信が十分にされているとは言えません。その意味においても、二つの大学が連携して活動することはとても重要なことだと考えています。国際的な発信については、私自身も十分に出来ていないと反省していますが、先日も京都での学会の折に、講演に来ていた外人講師が余りにもレベルの低い話をするので、日本のレベルが分かっていないと発言して怒ってしまいました。やはり、しっかりと情報を発信することは大切だと思いました。そう言った意味でも、神戸大学とは十分に連携を取りながら、進めて行きたいと思っています。現在の本邦では、がんに関する医療が注目されており、様々なプロジェクトが立ち上がっていますが、がんの痛みを完全に制御するまでには至っていません。難治性の痛みも含め、多様ながんの痛みに対しては、系統的な治療を進め、痛みの病態に応じた様々な除痛法を用いることにより、さらに除痛率を改善することが可能です。今後はこうした方向でも、2つの大学が連携を取って行きたいと考えています。



神戸大学について思うこと

日本医科大学第三内科教授

坂本長逸(昭和49年卒)

私は神戸大学を離れてもう13年以上経ちました。今では日本医科大学の一員であり、日本医科大学がその伝統にふさわしい医科大学として今日いかにあるべきかを考える今日この頃です。日本医科大学の現状と神

戸大学の現状は私学、国立の違い、医学部として目指している姿の違いのため比較はむづかしいのですが、二つの大学をどの様に改革するかを考える時どの社会にも共通の問題点があるのではないかと考えてきま

す。

地域主義があるのではないかと他大学出身者が感じてしまうような運営がどの大学でもしばしば見かけられるのは、先生方も良くご存知のとおりです。かつて私たちが若かった頃、なんとか神戸大学出身者が活躍できるような神戸大学医学部であって欲しいと感じたように、大学教授会は自身の大学出身者に多くのチャンスを与えようとしているのかもしれませんが、しかし、神戸大学も日本医科大学ももうそんな新設の大学ではありません。人事はフェアで、透明で、かつ、将来を見越したものでなければなりません。「fairnessとtransparency」抜きに大学をより良い大学へと言っても無理があります。大学教授会人事で、もし神戸大学主義がいまなおあるとすれば由々しき問題でしょう。

大学病院が果たす役割は研究、教育、臨床であることは今も変わりありません。研究科大学として神戸大学が発展することは卒業生はもとより現役の研究者が最も望んでいることです。若手研究者を分野教授として公募可能な体制が必要だと思いますが、現在は極めて多くの分野が大学院医学研究科の中にすでに作られており、これからはこれら分野准教授を本当の意味で独立したポストとして自立させることが必要でしょう。准教授の教授昇任は当然公募した複数の人材から選挙で行うべきですが、大学によっては小さい分野ではその様な公募/選挙が見送られ、学内選抜あるいはボス教授の言いなりに昇任されるケースもしばしば見受けられると聞いています。選挙が100%正しいとは思いませんが、この場合も「fairness and transparency」、さらに学内の大多数の納得が必要でしょう。

大学院/大学教授会は人事に責任を有するのは当然ですが、経営に関与する理事会が時に学事である教授人事に介入して影響力を行使する場面が大学によっては見受けられますが、神戸大学ではどうでしょう？私は神戸大学の現状を知らずにこの原稿を書いており、もし的外れであればこの様な危惧は、先生によっては奇異に思われるかもしれません。とにかく一部の権力者だけが行う人事ではなく、若手教授会構成員を中心に、開かれた人事が行われる必要があると思います。

今回は同窓会の依頼原稿であり、同窓会が神戸大学

の研究科大学としての生き残りにかなり力をいれている様子が窺い知れ、少々驚いています。同窓会が大学人の影響を強く受けすぎているのか、あるいは同窓会が大学の運営に介入しすぎているか少し気になることです。同窓会の構成員として退職教授や大学若手研究者が名前を連ねるのは、運営としてあってもいいとは思いますが、本来同窓会は大学学事にあまり大きく関与せず、大所高所からサポートする姿がふさわしいのではないのでしょうか。兵庫県内の病院に勤務する数多くの同窓会員は研究科大学としての神戸大学への期待はもとより、地域医療を担う中核機関としての神戸大学にも大きく期待しているはずですが。同窓会はその様な多様な意見を集約し、機会があれば発言する程度でいいのではないのでしょうか。研究科大学への期待を込めて、多くの先生方の意見を求める今回の企画は素晴らしいものだと思います。加えて、地域で診療に携わる多くの同窓会員の意見を取り上げ、彼らが大学に何を求めているのか意見を集約するような企画を合わせて作ってこそ、バランスの取れた同窓会の活動と言えるのではないのでしょうか。

ここまで書いて、全く若い研究者を元気づける言葉になっていないことに気がつきました。私は、若い研究者、先端の医療を担う若い臨床医、教育に特化して活躍する大学人に、自信を持って今来た道を進むべしと言いたいと思います。大学は研究機関ではありますが、新しい臨床も作り出しています、そしてそれを教育する役割があるのです。基礎研究、臨床研究、臨床機器の開発、救急医療、先端医療、これら全てが重要で、神戸大学はこれら分野のエキスパートを育成しなければなりません。可能性を秘めた神戸大学の若い医師は、自分を信じて自分がやりたいことを行えばいいのです。一生懸命に内視鏡治療に専念する若手医師に対して、基礎研究すべきだとか、臨床より基礎研究だと、もし指導者が強く迫るとしたら、私はそれは全く間違っていると強く言いたいと思います。どんな分野でも一生懸命努力し、新たな境地を開いてこそエキスパートであり、そのような人材が、基礎を問わず多くの臨床分野で求められているのです。今自分が行っていることについては、これからもそれをやりたいと思うなら120%の努力を惜しまずやり続けることこそが、今全ての人たちに求められているのだと思います。



高い研究レベルを誇る神戸大学医学部の伝統を大事に

群馬大学生体調節研究所 教授

代謝シグナル研究展開センター長

北村 忠弘 (平成元年卒)

私は昭和58年に神戸大学医学部に入学致しました。入学時から臨床医になろうと決めていましたし、実際に卒業後は第二内科学（現、糖尿病代謝内分泌内科）に入局致しました。学生時代は決して真面目な生徒ではなく、クラブ活動を口実に講義もよくさぼっておりました。しかしながら、当時の神戸大学の基礎医学研究が世界のトップレベルであることは医学部キャンパス内の空気の中に厳然として存在しており、そんな不真面目な学生でさえ、故西塚泰美先生や高井義美先生（前、神戸大学医学部研究科長、学部長）の講義を眩しい思いで拝聴したことを思い出します。また、当時は分子生物学や遺伝子工学が急速に発展した時期であり、様々な新しい技術が医学研究においても利用可能となったことを、講義を通して知ることができました。今現在、当時の意に反して、基礎医学研究の道に進んでいる私にとって、あの学生時代に聞いた講義の興奮が脳の奥深くにインプリントされていたのだと感じます。

第二内科入局の翌年に春日雅人教授（現、国際医療センター研究所長）が赴任され、平成4年に大学院に進学した私は春日先生の御指導のもと、インスリンシグナルの研究を開始しました。平成8年に博士号を取得した際には、当時の西塚学長から学位記を授与して頂いたことを光栄に思っております。平成11年からは米国コロンビア大学糖尿病センターで研究を継続し、平成18年の帰国と同時に群馬大学生体調節研究所に着任し、現在まで一貫して糖尿病の基礎研究に従事しております。

最近の医学研究科を取り巻く環境は決して明るくはなく、専門医志向から医学部卒業後の進路として基礎研究に進む人の数は激減しております。例年20名近くは基礎医学に進んだ東京大学医学部でさえ、昨年は0人であったと聞きます。また、私は改悪だったと思っておりますが、新臨床研修制度の影響もあって、大学における基礎研究を一度も経験したことのない医師が増えております。さらに、昨今の経済不況により、医学研究の重要性は十分認識しながらも、将来への投資よりも現状維持という考え方が強く、研究資金さえも

得難くなっております。旧帝大の医学部だけが研究科大学として生き残れば良いという気運がある中で、多くの地方大学医学部では研究科大学としての道を諦める選択をしつつあります。私は母校である神戸大学医学部だけは研究科大学として存続して頂きたいと心から思いますし、偉大な医学研究者を多く排出してきたという誇りだけは絶対に捨てて欲しくありません。その様な思いから、大変僭越ではございますが、以下に一つの例を挙げて提言をさせて頂きたいと思っております。

私が現在所属します群馬大学は地方大学ではありませんが、北関東（群馬、栃木、茨城、埼玉）には二校しかない医学部を保有する国立大学であります（もう一つは筑波大学）。従って、医学研究科大学として生き残る道を必死で模索しております。その意味では神戸大学と似た課題を抱えていると言えます。群馬大学では最近、先進的な戦略として、学外の医学研究科と連携する道を選びました。その一例としては、秋田大学医学部と共同運営をしているグローバルCOEプログラムがあります。このプログラムは単に互いの大学の研究者が共同研究をするだけではなく、大学院講義の単位授与や学位審査の相互乗り入れを含めた人的、かつ実質的な有機的連合体であることが特徴です。群馬県と秋田県は直線距離でも500km離れておりますので決して近くはありませんが、両校の教員が努力することで、学内に閉じこもらず、研究科大学としての存在を外へ向けて発信し、その発展の可能性を示す有効な手段となっております。神戸大学の周辺には単独で生き残りが可能と思われる京都大学や大阪大学といった有力大学がありますが、西日本、四国、九州にも生き残ろうとする研究科大学は存在すると思っております。その様な大学との効率的な連携も一考に値するかと思います。

是非、高い研究レベルを誇る神戸大学医学部の伝統を医学研究科の先生方に引き継いで頂き、私が学生時代に体感した世界トップレベルの医学研究が行われているという雰囲気、これからも医学部生や若い研究者に感じ取って頂きたいと願ってやみません。



個人の興味を尊重する柔軟な組織とそれを取り巻く魅力的な環境を

近畿大学国際人文科学研究所長・近畿大学臨床心理センター長
人 見 一 彦 (昭和40年卒)

わたしは神戸医大を昭和40年に卒業した。精神医学に強い関心を抱いていたが、新しい領域であった脳外科にも関心があり、一年間のインターンを終えると、脳外科が併設された第一外科学教室に入局した。当初は脳への外科的アプローチが面白くて、めずらしい症例の報告もさせていただいた。その後、ドイツの大学への留学が受け入れ先の教授の急逝により、出発の準備中に駄目になったこと、少し体調を壊したこと、家族の悩みなどを経験するなかで、精神科への転身を決意した。同期生とは4年遅れて精神医学を勉強することになった。興味で勉強するなら、自分本位に勉強しようと思った。文系の学問への生来の関心が頭をもたげ、文学部で哲学を勉強しようと思立った。

昭和40年から神戸医大は国立移管されており、文学部に勉強に行ける環境が生まれていた。学部の垣根を越えて勉強するためには、大学院に入学するのが有利であると考えた。しかし、当時の医学部は学園紛争の最中であった。大学院入学ボイコット運動が盛んであった。昭和44年の入学試験は反対運動のなかで行われた。入学試験では、専門科目の英語、ドイツ語の試験のほかに、以下のような特別の課題が出された。「大学院に関する批判がある現在、神大医学研究科への入学を志望した理由を書きなさい」というものであった。

「研究者になりたい」と書いた。これ以外に正解はないと思った。その後、このような道を歩むことになった。言葉には恐ろしい力が宿っている。無事入学を許可されると、主科目担当の精神医学黒丸教授、副科目担当の生理学須田教授(後、学長)に、厚かましくもできるだけ多くの時間を選択科目の文学部哲学科清水教授のもとで過ごせるようにしてほしいとお願いした。黒丸先生、須田先生ともに、「それはよいことだ」と快く許可していただいた。大学院の大半を見晴らしの良い六甲台で過ごした。昭和48年大学院修了後も、文学部の面接試験を受けて、二年間を文学部研究生として過ごした。清水先生には現象学、実存哲学、弁証法、疎外論などについて多くのことを教えていただいた。

昭和50年1月から3ヶ月間、神戸大学精神神経科学教室助手を務めたのち、4月から新設の近畿大学医学

部に移った。精神医学の領域では精神病理学、精神療法を専門としてきたが、これらの学問の背景には哲学、人間学、現象学がある。大学院から文学部研究生時代の6年間の六甲台での経験が自分を支えている。平成19年3月精神神経科学教室の責任者を退任後は特任教授として、現在の所属で働いている。

近畿大学国際人文科学研究所は、21世紀の現実の諸問題を人文科学の諸ジャンルとの対話を通して、多元的かつ総合的に検討し、新しい「知」の創造を目指して問題提示することを目的としている。研究所は東京と大阪にそれぞれコミュニティカレッジを主宰し、4人の特任教授、学内の兼任教授、客員教授などから構成され、大学院生のゼミを担当するとともに、関連学部、学科における講演を行っている。学内活動とともに、大学の活動を広く社会に認知してもらうために、一般社会人を対象に講座、ワークショップ、演習などを行っている。キャリアを有する社会人の参加が増えつつある。近畿大学臨床心理センターは地域のメンタルヘルス相談のニーズに答えるために、医学部キャンパスに設立されたが、その後、大阪市内の日本橋にもカウンセリングルームを開設している。日本橋分室では通常のカウンセリングとともに、新しい領域として、特にスポーツ選手へのカウンセリングやメンタルトレーニングに力を入れている。

以上がわたしの精神科医としての個人的体験と、現在の大学における仕事のあらましである。これまで新たな研究システムの提案ができるような最先端研究を指導したこともなければ、研究機関で働いたという経験もありません。このため研究科大学としての神戸大学の将来像について語ることはわたしの能力を超えている。ただ、感想があるとすれば、それぞれの学部や研究科の組織の論理があるにしても、研究者個人の関心と興味を最大限に生かすことがなによりも大切であると考えている。優秀な研究者が集まるためには、研究部門のすそ野を支える臨床部門、その他の関連の組織も魅力あるものでなければならない。神戸大学医学部が魅力的な研究科大学として発展されるようにお祈りしています。



愛媛大学大学院医学系研究科分子病理学分野 教授

北澤 莊平 (昭和60年卒)

平成22年6月1日付けで、愛媛大学大学院医学研究科病態解析学講座分子病理学分野（旧第一病理）の教授として着任いたしました。本学では、ゲノム病理学分野（旧第二病理）と病理形態情報学（附属病院病理部）の2分野と病理部の体制で、研究教育、病理診断業務を遂行しています。上記と法医学分野で構成される病態解析学講座の講座主任を拝命することとなりました。

分子病理学分野の前任教授は、昭和45年卒植田規史先生であり、ゲノム病理学分野の能勢真人教授は京極方久先生（私どもの入学時に神戸大学教授から東北大学教授に転出）の門下です。大学の組織再編に併せて病理学を統合縮小する大学もあるようですが、愛媛大学の選択は、病理学2分野と附属病院病理部の緊密な協力関係の下にさらなる学問の発展と社会貢献を目指すことであり、そのような将来構想を私に託されたものと理解しています。

私どもが大学に入学した時代は、共通一次試験元年（現センター試験）で、英国数に社会理科が2科目ずつ7教科を全員が受験することが前提であり、高校までの教育も現在のゆとり教育とは逆で、授業内容も多く、土曜日午前中も講義があり、それを誰もきつuitとは思っていませんでした。医学部入学後の2年間は六甲台での教養課程があり、理系科目は数学、物理、化学、生物、語学は英語、ドイツ語、ラテン語が必須で、フランス語とロシア語が選択でした。医学部は他学部と比べて必修項目がずば抜けて多く、必修科目のみではほぼ日程が埋まり、わずかに国文学、憲法、社会学などの選択肢があるのみでした。全ての講義に出席すると大変であったが、それでも時間的余裕はあったと思います。昨今、ご高齢の研究者がかくしゃくとしてノーベル賞を受賞される姿に、日本人として誇りに感じると共に、この大先輩の方々が旧制中学・高等学校と厳格な教育で徹底的に学問の基礎をたたき込まれたことに思いを馳せると、詰め込み教育が独創性を妨げる、日本人の個性の無さは画一的な教育のせいである、などという意見が浅慮であることは明白です。

振り返って、私どもが医学教育を受けはじめた頃の神戸大学の基礎系の教授陣の質は極めて高いものでし

た。組織学、発生学の基礎を極めて明確にお示し頂いた溝口先生、生化学の西塚先生、木幡先生、薬理学の田中先生など、諸先生方は常に厳格さと学生に対する優しさを持って接して下さり、基礎医学の講義を受けながら、自分が一步一步医学の道に進んでいくことを強く実感する幸せな日々でした。そのような当時の母校の土壌と、山中伸弥先生（私どもより2年後輩）によるiPS細胞の開発、発生・再生研究の大成果とは、繋がっているように思えます。また、この頃に神戸大学で基礎教育を受けた多くの優れた基礎医学研究者が現在活躍されています。基礎研究に向かう厳しさと覚悟が講義を通じて伝わり、それは次世代の研究者を育てる原点であることを明確に示していると思います。

医師、医学研究者を育てるには、基礎教育が重要です。ゆとり教育で育った世代の学生にこそ、十分な時間をかけて知識を伝達することが必要です。知識の伝達には、全員が言葉（専門用語）に対する共通の認識を持つことが最低限必要なステップです。このためには、従来の講義システムが最も効果的で有効な方法であると思います。努力して得た膨大な医学知識は、行き詰まった時の思考の糧になることはあっても、独創的な研究思考や、自ら考えて医療を行うことの阻害には決してなりません。基礎知識の積み上げなしに、いたずらに自学自習時間を増やすことは、教官の負担をへらす方便でしかありません。教員は、自らの教育の手抜きを「学生自ら考えさせるために」などと言い訳をしてはいけません。天才の持つ独創性や才能は、基礎知識の集積なしに開花することはあり得ないし、逆に、並外れた才能というものは、生まれついでる才能であり特別な存在であり、凡人を天才に育てる特別な教育手法（ゆとり教育や自主学習などはそのような目的も掲げています）など存在しません。研究科大学という看板のために、医師の養成部分を犠牲にするあるいは軽視することはあってはならないと思います。大学の教員には、制度や物量ではなく、学生と向き合う姿勢が問われています。幸いなことに愛媛大学では着任して日も浅が、医学生ひとりひとりを大事にする風土があり、将来に対する活力を感じます。

私は、目先の施策に右往左往し、研究成果（研究資金）を効率よく得ることを最優先とするならば、将来はChinaの二流大学との競争にすら勝てないと思います。データの量、早さを競うポストゲノム、パーソナルゲノム時代に、まともに物量の戦いをすれば、人口20倍、国土も広く、人件費も安価な相手側に利があり

ます。ここは、時間がかかっても、原点に立ち返り、講義の準備に手抜きせず、基礎的知識を丁寧かつ厳しく教え、同時に後輩医師を温かく見守ることが、さらに遠い将来にわたって神戸大学が真の研究科大学として輝くために大切であると思います。



神戸大学医学研究科に望むこと

独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院 院長
陣内 研二（昭和50年卒）

私が大学を卒業し、研修した頃に比べると母校神戸大医学部は格段にレベルが向上したと実感する。それはことある毎に大学を訪れるようになるとよくわかる。診療科が増えて専門化した。従って診療・研究・教育が各分野においてより活発で高度になった。私が神経内科部門の責任者になった昭和60年から平成5年は部門のスタッフも2～3人で私自身の診療や研究レベルも低く大学の神経内科部門としてはお粗末であった。その後、後任者が頑張ってくれて現在神経内科講座として世界的な研究と診療レベルになり、学生や研修医の教育も熱心に行い、その結果入局者も大変増えた。要請のあった病院に医師を派遣し、関係病院も充実しつつある。神経内科に関してだけでも隔世の感がある。

しかし院長など関係病院の連中が顔を合わすたびに「出る事は「医者が足らん。優しい良い医者がほしい。何でも診てくれる医者がほしい。」と欲しいだけである。昔のように大学医局から間断なく医師を送ってくれた時代が懐かしく、またそこに戻って欲しいと希望するのは私だけではない。しかし残念ながら新臨床研修制度が発足したことと、若い医師達の価値観は変わってしまい古き良き時代を望むことは出来ない。ではどうすればいいのか？もちろん大学医局に出来る

だけ多くの優秀な人材が集まるように努力して頂く事であるが、魅力ある関係病院があることも大学の強みである。きっちり医師を派遣してくれるありがたい医局もある。せっかく来てもらった医師に働きがいがないと失望されては元も子もない。臨床研究・学会活動などが出来き、十分に人柄や仕事が評価され、仕事や生活がしやすい様な配慮が行き届き、人間関係の良い職場環境があれば たとえ高い給与が出せなくても満足してもらえるだろう。これは全ての職種の職員に対して当てはめなくてはならない。当院も昔よりはかなり良くなったかと思っている。医師の採用方法も医局人事以外に個人的な応募や有償の紹介など多様化してきた。良い職場環境を保つことが最も大切であり、採用時面接では全職員と協調してチーム医療を円滑に行うことに心がけて下さいと言っている。

神戸大医学研究科に望むのは、レベルの高い研究をして優秀な医師を一人でも多く獲得して頂くことと、幅の広い診療が出来る臨床医を育てて頂きたい。臨床医の育成は関係病院の責務でもあり、大学人事で医師派遣をして頂くとともに、各々の病院独自で採用した医師のさらなる発展のために大学やその関係病院での研修も盛んにして頂きたい。我々はより働きがいのある病院づくりに日々努力して行かなければならない。



高知大学医学部 放射線医学講座 教授
高知大学医学部附属病院 放射線部長・科長
小川 恭弘 (昭和52年卒)

私は、昭和52年3月に神戸大学医学部を卒業 (M10) した者であり、大学の同級生には、放射線科の杉村教授や整形外科の黒坂教授、外科の具教授がおり、いずれも神戸大学で目覚ましい御活躍をされております。とくに杉村教授は、神戸大学医学部附属病院長であるばかりではなく、日本医学放射線学会の理事長としても世界的なご活躍をされており、我ら同級生の誇りでもあります。また、現在の医学部長の高井教授は、私が神戸大学の大学院生として、放射線科の診療が終わったあとに、おもに夜間や休日に生化学教室で研究をさせて戴いていた頃 (昭和52年～56年) の直接の師であり、研究や学問の大切さ・厳しさをご自身の研究姿勢からも、まさに身をもってお教え戴きました。そのようなことから、現在の神戸大学の状況や将来には何らの不安も覚えないうところではありますが、最近、マスコミでも著名な山中伸弥教授が実は神戸大学医学部の卒業であるということをご存じない方々も高知あたりでは大勢おられ、そのあたりには若干の問題点を抱えているようにも思う今日この頃であります。

ところで、現在の社会情勢からも文部科学省等の予算関係からも、将来に不安を抱えているのは、実は神戸大学よりもずっと、私が所属している高知大学のような地方大学であります。私は、昭和57年の8月に、当時の神戸大学放射線医学講座の教授であられた木村修治先生のご指示により、当時の高知医科大学 (現、高知大学) に放射線科講師として赴任し、以来、約28年以上の長きにわたり高知大学に奉職しているものであります。そういった意味におきましては、神戸との距離×滞在年数を考えますと約300km×28年は8400km年ということになり、教室からの派遣人事の中では、全国ランキングの10位以内には入っている可能性もあります。現在、高知大学医学部の教授では、神戸大学出身者は私一人だけであり、ぜひ同門の先生方もどしどしと高知大学へおいで戴くように願っており、希望される先生方がおられましたら大いに協力させて戴きます。

私が高知大学へ赴任してからほどなくして、高井教授の生化学教室を主宰されていた故西塚泰美教授はCキナーゼで世界的に有名になられ、いつノーベル賞を

とられるかというところまでできていたことは皆様周知の如くではあります。しかし、私が研究させて戴いていた当時の生化学教室の設備やスタッフ・研究費はそれほど充実したものでもなく、そのような中から世界をリードする研究成果を生み出されたことは、まさに西塚教授はもちろん高井教授の卓越した研究能力と情熱によるものであることは疑うべくもありません。まさに、このような青春時代の記憶の中から私の研究が生まれました。真理はシンプルなものであり、いかに物事をその本質に沿って凝縮させることができるかについて考え続けてきたものであります。

高知といえば土佐、坂本龍馬先生がとくに有名であり、2010年には、龍馬伝の放映もあり、高知は大いに賑わいました。この賑わいが果たしていつまで続くかは定かではありませんが、龍馬の残したとされる言葉に「世のひとは我を何とも言わば言え、我が為すことは我のみぞ知る」という有名な言葉があります。結果的には超人的な実績を残した龍馬も、日ごろはこのよう一貫したポリシーで実践していたことが覗われます。

研究もいわゆる「流行」や「ハヤリ」にとらわれることなく、己の信ずるところに沿って一貫して行うことが大切であると、自分ではそう思って実践してまいりました。

癌治療に専念して32年が過ぎ、竜馬ならもうとっくの昔に死んでいるところでありますが、神戸大学で活躍している同級生を横目に、長い間、成果があがらずに苦しんでまいりました。もうこのままアラ還に突入かという、55歳になった頃、ついに新しく開発した酵素標的・増感放射線療法KORTUCの臨床応用をスタートさせました。その成果が、神戸大学の「他山の石」にも掲載されているのをネットで見つけたとき、別に「他山」ではなく、神緑会員なのにな、と思ったことであります。2010年9月からNHK総合テレビの土曜日の午後7時30分から「桂ちずる診察日録」という江戸時代の女医さんの時代小説ドラマが放映されていますが、その原作者の藤原緋沙子さんは、局所進行乳がんを我々の増感放射線療法KORTUCで治療して腫瘍は手術なしに消失し治癒した方としても知られており

ます。すなわち我々の増感放射線療法KORTUCを用いれば、乳がんは手術なしで治せる時代になったのであり、我々は希望者には病期を問わず、この治療を行ない、良好な成績を挙げております。また、局所進行膵臓がん (IVa期) 治療にもKORTUCは応用でき、これは開腹下に超音波ガイド下に増感剤を局注し、続いて電子線照射を行う世界初の手法 (KORTUC-IOR) であり、良好な初期成績を挙げております。なお、癌



私は1985年に神戸大学を卒業してすぐに泌尿器科へ入局し、2007年に現在の和歌山県立医科大学に転出するまで留学の3年間を除いてはほぼすべての時期を神戸大学の方で過ごさせていただきました。今でこそ臨床が主なフィールドワークになっていますが、卒業して1年してからは大学院に入学し、大学院卒業後3年間海外留学で主に基礎研究に従事しておりましたので卒後10年目の段階では基礎研究に従事した年限の方が長いといういささかバランスを欠いた研究歴となっています。海外留学から帰国した後も臨床に従事する一方、基礎の研究室にも出入りさせていただき細々とはありますが基礎研究を続けてまいりました。これらのことを通じて基礎研究の重要性と面白さを学ばせていただいたと感謝しております。

実際、神戸大学の基礎研究のレベルは非常に素晴らしいと実感しておりますので今の研究活動を維持していただければ研究科大学として存続するのはそれほど難しいことではないと思われます。ただ一つ危惧するのは若い医師の研究離れです。かつては臨床系の大学院に進んだ中の何割かは基礎系の研究室に出向させていただきそこで学位に関する研究を行うシステムが出来ていました。私自身、これは大変良いシステムであると思っております。やはり臨床系の講座においては日々の診療が最も重要な活動であり、これを背景とした臨床研究が最も求められているものと思っています。臨床系講座における基礎研究の重要性はtranslational researchの推進ではありますが、実際の研究活動においては基礎系の講座にはかなわないことは明らかであります。私の理想とするところは若い

治療に関する無料での電話相談も行っており、放射線科医局の電話088-880-2367で、月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時まで受け付けております。

それでは、神戸大学のさらなるご発展を祈念申し上げますとともに、卒業生の一人として、神戸大学の名声をさらに高めるべく頑張ったいと存じます。今後とも諸先生方のご指導・ご鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。

和歌山県立医科大学泌尿器科教授
原 勲 (昭和60年卒)

ちに基礎研究に没頭する期間を過ごし、基礎研究の重要性と面白さを認識したものが臨床系講座に戻ったあと、translational researchを推進することです。こうした観点からも臨床系講座が基礎系講座と密な関連を持つことは非常に重要であり、その一環として大学院生を中心とした人的交流が存在していたように思います。ところが、臨床研修制度が導入され新しく大学の講座へ入局する医師が激減したため臨床系講座にとっては基礎系教室へ出向させることが困難になってきました。さらに若い医師は近年必ずしも学位を必要と思わなくなってきたことが追い打ちをかけています。彼らは専門医や指導医に対する関心は高いですが、学位についてはそれほど価値を見いだしていません。このことが大学院に進学する医師の数の減少につながっていると思われます。基礎系の講座の主任教授は口を揃えて臨床研修制度の導入は大学の臨床系講座だけではなく基礎系講座の方にも大きな影響を与えていると言います。政治的な構造改革がなされない以上、我々にできるのは学生の時の啓蒙ではないかと思っていますが、そんなに簡単に意識が改革されるとは思えないのが現状です。日本の基礎医学研究の屋台骨を支えるためにもっと若くて優秀な人材が研究に携わることを祈念しています。

私が現在の和歌山県立医大に赴任してから3年半が経ちました。やっといろいろなことがわかってきたところですが、やはり神戸大学とは勝手が違う点が多々あります。一番大きいのは県立の医科大学と言う点で、和歌山県には医大以外の県立の医療機関は存在しません。言い換えれば和歌山県立医大はいわゆる県立の医

療機関がしなければならないこと（兵庫県ではがんセンターやこども病院がすること）を一手に引き受けるわけで期待されていることが神戸大学とはかなり違います。特に臨床系講座は実臨床にかかる比重が相当大きくなかなか研究に力を入れる余裕がありません。反面、利点としては県との交渉が進みやすい点かと思われれます。資金面にしても他の政策上の問題にしてもネットワークはかなり軽いように思われます。特に組織が肥大化していきますと現場からの声がなかなか届きにくくなるような面が見られるようになりますが、その点

に関しては優遇されているようです。神戸大学では国立と言う組織であり組織自体も大きく大変なことが多いとは重々承知していますが、現場の声が通りやすいようなシステムも念頭に置いていただければと存じます。

以上、僭越ではございますが私見を述べさせていただきました。今後も神戸大学の皆様が基礎研究および臨床研究に邁進していただき、なおいっそうの発展があることを同窓生として心より祈念いたしております。



神戸大学と熊本大学の大きな違い

熊本大学大学院生命科学研究部細胞情報薬理学

中西宏之（昭和57年卒）

11月末に、神緑会理事長の前田先生から「神戸大学での経験が現在いかに役立っているか、今後の研究科大学としての神戸大学に望むこと」などに留意して「学内の教員の激励となるように」原稿を作成してほしいとご丁寧なメールをいただきました。まず、感じたのは、母校を激励するよりも私の方がむしろ激励してほしい、でした。

私は昭和57年に神戸大学を卒業し、第一外科（斉藤洋一教授）に入局しました。大学院医学研究科（第二生化学、西塚泰美教授）に進んだ後、外科関連病院への出張や留学を経て、臨床と基礎の間を行き来しながら平成6年3月まで神戸大学に籍をおいていました。当時の第一生化学の高井義美教授が同年4月に大阪大学に移られるのを機に、大阪大学で基礎研究に専念することとなり、同時に神戸大学とは縁遠くなってしまいました。しかし、やはり頼れるのは母校ということでしょうか。平成20年に私の父の手術をお願いしたのは神戸大学の肝胆膵外科の具英成教授でした。十何年ぶりに母校の敷地に足を踏み入れた時は、学生時代にタイムスリップしたような何とも表現し難い、高揚した気分になったのを記憶しております。

平成14年より勤務しています熊本大学は、新潟大学、金沢大学、千葉大学、岡山大学、長崎大学とともに「旧6医科大学」に属し、神戸大学よりも長い歴史を有しています。古くは、北里柴三郎が熊本大学の前身の熊本医学校に学んでおり、近年では、高月教授や日沼教授によってATL（成人T細胞白血病）の発見と

その原因ウイルスの同定がなされ、この病気の撲滅に大きな貢献をしたことが世界的に知られています。また小児科の松田一郎教授や病理の林秀夫教授など素晴らしい業績を挙げた教授を多く輩出しています。このように歴史があり、活発な研究活動が行われてきた熊本大学ですが、この8年間はまさしく研究環境が激変しました。着任当初は臨床の教室からの私の教室に毎年数人の大学院生が来ていたのですが、平成16年の研修医制度の導入以降、大学院生が確保出来なくなりました。新研修医制度は、多くの医学部で議論されてきたことですが、まさに地方大学である熊本大学の研究体制を根底から揺さぶりました。現在、社会人大学院生を入れても、大学院の充足率は十分でなく、充足率を上げるために、大学院の定員を削減するべしという議論も起きています。このような環境では、私のように人脈もなく、人付き合いも苦手な場合には基礎の教室はひとつたまりもありません。私はあっさりと負け組になってしまいました。しかし、落胆もしていませんし、ずっと負け組でいるつもりもありません。一端、負け組になると、負のスパイラルによってそこから抜け出すのは容易ではありませんが、負け組なりの戦い方があると思っています。野球の9回裏、3点差ツーアウト満塁。ピンチはチャンス。一発逆転満塁ホームランを打つべし。しかし今後、文部科学省からの運営交付金やグローバルCOEなどの外部資金が大幅に削減されるかもしれません。また、リーディング大学院構想によって研究大学と医師の養成のみに特化した医

学校の差別化がおこり、熊本大学は後者に配される可能性もあります。そうなれば、雨天コールドゲームであり、ホームランも打てなくなります。ピッチャーはボールを投げてもくれなくなるのです。

この難局を乗り切るにはどうすべきか？当然、大学院の教員が研究・教育・臨床の発展により一層の努力する必要があります。このためには、個々の教員は、大学が大変重要な時期にさしかかっていることを理解し、危機意識を共有しなければなりません。しかし、熊本大学ではそういった危機意識を察することはできません。大学の上層部は、危機感をもって、この難局を乗り越えるべく努力しているのか知りませんが、少なくとも平の教授の私にはそのような情報は入ってきません。非常に困難な局面を克服するには、組織としての結集した力が不可欠であり、教員全員が知恵を絞ってアイデアを出し、様々な手段を尽くす必要があると考えます。熊本大学は、組織として有効な手段を打つどころか、未だ危機感すらないのです。一方、神戸大学はどうかといえば、この「同窓生からの研究科大学としての神戸大学医学部への期待」寄稿も有効手段のひとつでしょう。我が母校はもうすでに組織として難局を乗り越えるべく有機的に機能し、動き出していると言えます。残念ながら、「旧六医科大学」の熊本大学は神戸大学の背中も見えないほどに遅れを取ってしまいました。

11月初めに、高井教授に熊本大学に来ていただき、セミナーをしていただきました。またセミナーの後に、私たち親しい者に「神戸大学の現状と将来」について熱く語っていただきました。我が母校は、「地域医療との連携」「組織の再編成、大講座制、分野・部門の増設」「臨床医学と基礎医学の融合」などの斬新なアイデアに基づいて大学の体制が変革され、医学研究や教育の様々な問題点に柔軟に対応できるように組織が再構築されていました。その大胆な組織の再編成とそのため的人事には驚愕しました。熊本大学では、組織の再編成は教授会で長時間に渡って議論されますが、結局は何も変わらないというオチに終わります。

なぜ、神戸大学と熊本大学でこのように大きな差ができてしまったのか？それは、強力なリーダーシップの有無に原因があるに違いありません。母校に対して熱い情熱を持ち、万難を排して実行する強いリーダーの存在が難局を乗り越えるのに必要不可欠です。神戸大学は、強いリーダーシップのもとで、必ず研究大学として生き残り、ますます研究、教育、臨床を発展させていくと信じております。リーダーを支える周りの人たちも苦労が多いと思います（私もずいぶん経験させていただきました）が、ぜひ頑張って、母校のさらなる発展に貢献していただきたいと思っております。

やはり、激励されるべきは、母校ではなく、私ということになりますね。

医学部医学科以外で教授（常勤職）に就任している神緑会会員リスト（2011年6月現在）

大学名	研究科または学部名	氏名	卒業年	専門領域
神戸常盤大学	保健科学部	足高善彦	昭40	産科婦人科学
神戸女子大学	家政学部	大槻 眞	昭42	内分泌代謝内科学
九州女子大学	家政学部	河南 洋	昭42	生理学
長崎総合科学大学	工学部	谷山紘太郎	昭42	薬理学
龍谷大学	文学部	友久久雄	昭42	精神医学・臨床心理学
武庫川女子大学	生活環境学部	鹿住 敏	昭45	糖尿病学 代謝学
東京医療保健大学	医療保健学部	高柳和江	昭45	医療管理学
神戸学院大学	総合リハビリテーション学部	前田 潔	昭46	精神医学
兵庫県立大学	看護学部	鶴飼和浩	昭46	整形外科学
神戸学院大学	総合リハビリテーション学部	松尾雅文	昭47	小児科学
滋慶医療科学大学院大学	医療安全管理学研究科	江原一雅	昭50	脳神経外科・医療管理学

大学名	研究科または学部名	氏名	卒業年	専門領域
甲子園大学	栄養学部	河本英作	昭50	循環器内科学
神戸市看護大学	看護学部	植本雅治	昭50	精神科学
関西福祉科学大学	健康福祉学部	平田まり	昭51	衛生学・健康管理学
福岡教育大学	保健管理センター	宮田正和	昭51	心療内科学
早稲田大学	人間科学部	野村 忍	昭52	心身医学
兵庫県立大学	看護学部	加治秀介	昭53	内分泌・代謝内科学
京都大学大学院	薬学研究科	松本 明	昭53	病態生化学
茨城県立医療大学	保健医療学部	永田博司	昭53	神経内科学
姫路独協大学大学院	薬学部	西郷勝康	昭54	血液病学・臨床検査医学
神戸女子大学	家政学部	置村康彦	昭55	内分泌内科学
神戸常盤大学	保健科学部	野村秀明	昭55	外科学
兵庫県立大学	環境人間学部	坂上元祥	昭56	内分泌内科学
神戸学院大学	総合リハビリテーション学部	春藤久人	昭56	薬理学
甲子園大学	栄養学部	山崎克人	昭56	放射線医学
兵庫医療大学	薬学部	斎藤あつ子	昭57	微生物学
兵庫医療大学	薬学部	辻野 健	昭59	循環器内科学
慶応義塾大学大学院	健康マネジメント研究科	鎌江伊三夫	昭60	医薬経済学
姫路独協大学	薬学部	松山正剛	昭60	薬理学
兵庫教育大学大学院	学校教育研究科	岩井圭司	昭61	精神保健学、精神医学
神戸学院大学	栄養学部	藤岡由夫	昭61	循環器内科学
神戸常盤大学	保健科学部	井本しおん	昭62	臨床検査医学・血液学
武庫川女子大学	文学部	大西次郎	昭62	医療社会福祉
文教大学	教育学部	成田奈緒子	昭62	小児科学
姫路独協大学	薬学部	谷口泰造	昭63	分子病態学・内科学
兵庫医療大学	リハビリテーション学部	藤岡宏幸	昭63	整形外科学
関西学院大学	文学部	小野久江	平 2	精神医学
東京大学大学院	理学系研究科	黒田真也	平 3	生物化学
椋山女学園大学	人間関係学部	細澤 仁	平 7	

※会員名簿（平成21年度版）や事務局への情報をもとに調査した結果で作成しておりますが、誤りや抜けがあればご一報下さい

※専門領域については必ずしも現在のものではありません

※掲載順は卒業年度順にしました

医学部クラブ紹介

剣道部

神戸大学医学部剣道部は、毎週火曜日と金曜日に、医学部厚生棟二階にある剣道場で練習を行っています。部員は男子12名、女子12名の計24名です。うち有段者三段6名、二段10名、初段4名となっています。保健学科からも、現在3名が参加してくれています。部員同士の仲が非常に良く、部活動以外にも一緒に旅行に行ったり、飲み会を開いたりしています。

現在出場している主な公式戦は、春季関西医歯薬学生剣道大会（5月）、西日本医科学生体育大会及びコメディカル学生大会（8月）、秋季関西医歯薬

学生剣道大会（9～10月）、京阪神女子剣道大会（3月）です。その他練習試合にも積極的に参加し、他大学の剣道部と交流を深めつつ切磋琢磨しています。

昨年の西日本医科学生体育大会（西医体）においては女子団体の部で準優勝を果たしており今後の活躍が期待されています。現在、8月6日、7日に行われる西医体に向けて日々練習に励んでいます。

（主将 4回生 曾山弘敏）



平成23年度5月 春季医歯薬の終了後（於 枚方市 パナソニックアリーナ）

医学部クラブ紹介

ゴルフ部

神戸大学医学部ゴルフ部は、毎週月、木曜日に有馬街道を北に上った所にある二軒茶屋ゴルフクラブで練習しています。ゴルフと言うととてもお金のかかるスポーツのように感じる方もいらっしゃると思いますが、練習場オーナー（この方はゴルフ部の監督でもあります）のご厚意でとても安く練習させていただいています。

昨今のゴルフブームのおかげか、ここ2年ほどは新入生の数も二桁と多く入ってきており練習も活気づいています。ゴルフ部全体として部員は50人ほどで、男子部員が30人、女子部員が20人ほど在籍しています。このことから、ゴルフは男女とともに楽しめるスポーツだという事がお分かりになると思います。また、練習にはプロのコーチも付いてくださっているのでこの春入部した初心者でもメキメキと上手になっています。

普段の練習の他には夏の西日本医科学生体育大会、新人戦等の大会や、初夏と秋に行われるOBコンペ、春夏の強化合宿といったイベントもあります。OBコンペでは普段なかなかお会いすることのできないOB先生と一緒にゴルフを出来る数少ない機会であり、部員はとても楽しみにしています。合宿は2泊3日で行い、一日中ラウンド（平均1.7ラウンドほど）します。日焼けと疲労に悩まされながらも充実感と達成感に満たされる3日間となっています。

上のような公式行事の他、プライベートでも他の部員や先輩後輩とゴルフに行ったりするなど、部員の中はとてもよく、皆で楽しみながらゴルフをしています。

(3回生 水木真平)



ふだんの練習場二軒茶屋ゴルフクラブにて

『神緑会会員名簿 2011(平成23)年版』 予約申込みについて！

同窓会神緑会 会員各位

『神緑会会員名簿 2011(平成23)年版』が、今秋(平成23年10月末)発刊の運びとなりました。恒例により、既に予約申込みの受付を開始しておりますが、未だ申込みをされていない方は、神緑会事務局宛にE-mail・電話或いはFAXにてお申込み下さいますようお願い申し上げます。なお、予約代金は1冊につき5,000円となっており、お申込みを受け次第、振込用紙をお送りいたしますので、ご協力をお願いいたします。

同窓会神緑会事務局：E-mail: sinryoku@med.kobe-u.ac.jp
電話：078-361-0616
FAX：078-361-0617

同窓会神緑会会長 前田 盛
名簿編集委員会委員長 大竹 邦夫

編集後記



6月25日の東日本大震災フォーラムは予想を上回る熱気に包まれました。それにしても、被災した方々の多くは今なお出口の见えない困難な日々を過ごしておられるはずで、現地の復興計画も軌道に乗っているとは思えません。しかも、福島原発はまだ放射能をまき散らしています。その中で、首相は「原発からの脱却」を自らに課せられた重要な責務と考えているようですが、まるで、医師が瀕死の重病人を前にしてさまざまな治療法を実行するよりも、生活習慣を改める方が大事だと言っているのと同じです。私たちは被災地にて苦しむ人々との連帯感を忘れることなく持ち続けたいものです。

編集委員：

久野克也	昭和48年卒
◎山崎峰夫	昭和56年卒
三浦靖史	平成元年卒
吉田 優	平成4年卒
小林和幸	平成9年卒
篠原正和	平成10年卒
◎は編集委員長	