榮光八拾年

慶應義塾大学医学部放射線科学教室

平成 12 年 11 月

御挨拶



慶應義塾大学医学部放射線科学教室主任
放射線治療・核医学科教授
久　保　敦　司

わが国で大学病院として放射線を用いて診療する科として最初に独立したわれわれ慶應義塾大学病院放射線科（当初は理学的診療科として創設）が創設されたのは、大正 9 年（1920 年）7 月 16 日でありますので、今年で満 80 周年に当たります。初代藤浪剛一教授が X 線を使って放射線診断、放射線治療を行っていた頃と現代の教室とでは内容・質・量とも比べようもないほど進歩しており、マンパワーも欧米にひけを取らないほど充実してまいりました。放射線治療・核医学科、放射線診断科をもって放射線科学教室を形成しておりますが、併せて 100 名を越す教室員を擁しており、おそらくわが国では最大規模の放射線科学教室ではないかと思っております。

診断については、CT・MR 装置の飛躍的な進歩、治療については定位的放射線治療など新装置の開発、核医学についても PET の普及など、ますます精度の高い高度医療機器が医療の場に出現してきていますが、残念ながらバブル崩壊以降、私学である慶応義塾にもその波が押し寄せ、必ずしも十分には最新の装置が導入できず、少々歯がゆい思いをしております。

立派な総合研究棟が現在慶應義塾大学医学部のキャンパスに建築中で、2001 年春には完成予定であり、今後は国も推進しております産学共同の研究体制をわが放射線科学教室としても積極的に推し進めていきたいと考えております。さらに教室員には国内外に研究の場を求め、よりレベルの高い研究にも取り組んでもらいたいと思っております。

21 世紀を迎えて、教室のさらなる発展を一同目指し努力する所存であります。今後とも、各位の御指導、御鞭撻よろしくお願い申し上げます。

御挨拶



放射線診断科教授
栗林幸夫

本年は、長い歴史と伝統を誇る放射線科学教室創設 80 周年という記念すべき年であり、また同時に 21 世紀という新しい世紀が始まる年でもあります。

ご存知のように、放射線診断科は昭和 46 年 4 月 1 日に慶應義塾大学病院の中央診療施設である放射線診断部として発足し、昭和 63 年からは放射線診断科として放射線治療・核医学科とともに放射線科学教室を構成するに到っております。初代西岡清春教授は放射線診断の統合と中央化に尽力されるとともに講師陣に全国から俊英を集められ、各臓器における放射線診断のレベルを日本のトップの水準に引き上げられました。2 代目熊倉賢二教授は、消化管 X 線診断を中心に診断科のより一層の充実をはかられ、さらに平松京一前教授（現客員教授）は血管造影・Interventional Radiology の分野を中心に放射線診断科の名を高め、世界のトップレベルまで引き上げられました。

私は本年の 6 月から教授に就任し、新しい世紀の放射線診断科の運営を任されることになりました。近年における放射線診断学の発展は目覚しく、特に CT、MRI などの断層画像の発展には目を見張るものがあります。慶應義塾大学病院にも現在ヘリカル CT5 台（内マルチスライス CT 2 台）、MRI4 台、血管造影装置 5 台、超音波装置 8 台、DF 装置 3 台が稼動中で、昨年には単純写真撮影が FCR 装置 11 台に更新されました。放射線診断科の医局員も大学、関連病院を含めて 80 名近くの大所帯になりました。

21 世紀に向かい大きく変革する医療の中で、キーワードの一つは「低侵襲診断と治療」と考えています。この意味で放射線診断科の果たす役割は大きく、CT、MRI、超音波などに代表される断層画像を中心とした低侵襲画像診断法の研究と臨床への貢献が責務であります。また、放射線診断技術の治療への応用すなわち Interventional Radiology も治療の低侵襲化という時代の流れの中で重要な分野であり、更なる発展のために診療、研究に尽力して行きたいと考えております。

放射線科学教室には 80 年の歴史と伝統があり、放射線診断科としても 30 年の歴史が諸先輩のご尽力により作られてきました。この歴史と伝統には重みがあり揺るぎのないものでありますが、21 世紀に向けて新たな歴史を創造するには、伝統に安住することなく絶えず変革を求め、より良いものを作るべく努力することが重要であると考えます。放射線科学教室の更なる発展のために、学会諸先輩、業界諸氏、教室・同窓会の御指導、御鞭撻を切にお願いする次第であります。

記念座談会

―若さゆえ言えることあり、
経験なくして言えぬことあり―

８０周年記念座談会 - １
慶應 OB 会ー「” 昔の” 若手を代表して」

日　時　平成 12 年 7 月 22 日(土)
場　所　御茶ノ水、山の上ホテルにて

参加者：（司会進行）　土器屋卓志　　小林　剛
　　小寺研一　　小須田茂
　　（記録）　中村佳代子



なぜ、放射線科に入局したか？

土器屋　それでは自己紹介から始めさせていただきます。私は現在国立病院東京医療センターにおります土器屋でございます。



土器屋卓志　先生
〔しかめっ面だけど、気はやさしい〕

入局したのは昭和 44 年です。久保教授と防衛医大の草野教授と私と、３人同時に入局しています。私共の上が田中幸房先生で、３年間だれもいなくて、突如３人入ったというのでずいぶん大喜びされたようです。その分いろいろ大事にされたという記憶があります。３人がそれぞれ、草野先生が診断で、久保先生が核医学で、私が治療と、うまく分かれて、それぞれ進んだということです。

私個人は、２年ほど後、国立がんセンターのレジデントになって治療の方向づけをしたのですが、国立がんセンターから帰ってきて、しばら

く山下教授に指導をうけていました。山下先生がお辞めになったあと、橋本教授がおいでになって、しばらくしてから、いまの国際医療センターに出た後再び橋本先生のもとに帰ってきました。そして昭和58年に国立東京第二病院、いまの国立病院東京医療センターに医長として行きました。

治療の方の現役では、私がもしかしたらいちばん上じゃないかな。いちばん年寄りだということできょうは司会を仰せつかりました（笑）。

では、続いてお願いします。

小林　東京都立広尾病院の小林です。私が入局したのは昭和44年10月です。土器屋先生とは卒業が1年違うのですけど、私が卒業した年にインターン制度が廃止された関係で、2学年が同時に入局することになってしまいました。2学年同時だと医局側が大変だという事情があったことと、もうひとつ、当時は研修の形態に関する研修闘争があり、その決着がつかなくて、我々は半年遅れで入局ということになりました。

我々の時代にはインターンがない代わりに、研修期間中は専攻診療科以外の診療科を研修することも可能でしたので、私は、翌45年秋から6ヶ月間浜松赤十字病院で内科の研修をさせて貰いました。46年春に慶應に戻ると放射線診断部ができた時で、西岡教授の下に平松先生、現在東海大学教授の松山先生のお二人が講師でいらっしゃいまして、助手には三田先生、渡辺先生、青山先生（現在広島大学伊藤教授夫人）がいました。しばらく経ってから志賀先生が、次いで永井先生が講師としておみえになりました。



小林　剛　先生
（手前の花が呼んだのか？
この会談の後、副院長にご栄転）

私が入局した当時の教室は一つで、山下先生が教授をなさっていまして、放射線治療と核医学が診療の中心でした。私は、最初、何を専攻するか決めていなかったのですが、バスケットボール部の先輩である草野先生から今後は診断が伸びると聞いて、診断部を回らせてもらいました。それからしばらくして有給になったんですが、有給になったら診断部ばかりに行っているわけにいかないので、半年は診断、半年は治療の仕事をすることになり、治療の間は久保先生と一緒に核医学診療をしていました。

その後、昭和50年4月に都立駒込病院に出張しましたが、その年の10月から北里大学に移りました。北里大学に移ったのは、橋本先生が北里大学の設計に関与しており「あそこのシステムは非常にいい」という話を伺っていたのと、松林先生がアメリカ留学から帰られて北里大学のシステムはアメリカの放射線科と同じようなスタイルで、仕事がやり易いと聞いたからでした。

北里大学で5年ほどお世話になりましたが、昭和55年に現在の都立広尾病院が新築するのでそちらでやってみないかという話が当時大久保病院にいらした木下先生からありました。ぼくは大学というものにあまり未練もなかったので（笑）、ちょうどいいかということで昭和55年4月から広尾病院に移りましたので、現在、広尾病院で20年が過ぎました。

古寺　済生会中央病院の古寺です。私は卒業が昭和49年です。その前からお話しすると、大学に入ったのが、東大（の入学試験）がなかった年の前の年です。当時、学生運動華やかなりしころで、日吉の2年間というのは、2年間ともほとんど学校に行かなかった。それでうやむやのうちに信濃町に来てしまった。信濃町でもまたバリケード封鎖があって、結局、6年中3年間は何もしないで遊んでいたんです（笑）。ある偉い先生は、この学年は全く勉強しなくて非常に出来が悪いと言われました（笑）。学生のときはずっとサッカーをやっていて、栗林教授は一つ上なんですけれども、ずっと一緒にやっていて、学4の12月ごろ、たまたま図書館で栗林先生と会ったら、西岡先生の話を聞いてみろと連れていかれて、それで入ってしまったというわけなんです。ぼくたちの次の年から診断部でレジテントを採ったのですが、ぼくたちは、放射線科のレジデントで、半年治療、半年診断という形で3年間やって、そのときに小林先生や土器屋先生にお世話になったわけです。



小寺研一　先生
〔やさしそうで、結構厳しいっ〕

そのころを思い出してみると、いまだとCTだ、MRだ、エコーだというハイテクの機械がいっぱいあるのですが、当時はそんなものはまったくなくて、単純写真と、造影といえばIPと胆嚢とマーゲンと、それでわからないとアンギオをやってお

しまい。そういうことで、非常に暇だった。マーゲンも午前中で終わりなんです。だから、夏休みなんかは、だいたい午前中にマーゲンをやって、午後の２時ごろからは神宮に泳ぎに行く（笑）。当時の画像診断というのはそういう時代で、すごく暇だったですね。慶應に頭のＣＴが入ったのがちょうどレジデントの３年目の秋ぐらいだったんです。３年目はニューロだったんですが、ぼくがニューロを回ったときはＣＴが入る直前で、そのときに「ニューロをやっても面白くねえな」と思っていた。当時、ニューロといえば、やることといえばアンギオをやって、それでひたすらサブトラクションする。ＤＳＡなんていう気のきいたものがないので、正面、側面、それもステレオで撮って拡大で撮るから、やたら大変だった。それが終わって志賀先生に「出来ました」と言うと、やっと読影になる。それで読影がアッという間に終わる。そういったことをやっていました。ぼくらは放射線科のレジデントだったので、３年目の終了時に、どっちをやるかと聞かれて、平松先生に誘われて、アンギオをやることになりました。７年目ぐらいのときに、１年間、テキサス大学にアンギオとinterventionを勉強しに留学し、その結果、アンギオとinterventionを専門にやることになって、帰ってきて１年経った58年に済生会に行って、それで、いま17年経ったところです。

小須田　ぼくは防衛医大放射線科におります。卒業は昭和50年です。山下教授の最後の年に入局しました。ぼくの同級生の７人は診断部に行ってしまったんです。ぼく１人で寂しい感じはあったのですが、ぼくは治療学・核医学と放射線診断両方をローテーションでき、レジデントでやったのですが、診断部に入った７人は治療・核医学へ回ってこないのです。ぼくはいろいろ勉強できるので、寂しかったけれどうれしかった。いろいろな先生にご指導を受けたんです。ぼくは当初、治療をやろうと思っていたんです。患者さんを診るのが好きだったから治療をやろうと思って、病棟回りとか、位置決めなどもして、土器屋先生とご一緒に、カリホルニウム２５２を用いた動物実験を一緒にやらせていただいたりしました。それを学位の仕事として頑張ってはいたのですが、急にネズミがバタバタッと死んでしまいまして（笑）、何かうまくいかなかったんですね。伊東先生が入局されており、伊東先生からも「学位の仕事があるから」とのお話しがありましたが、久保先生が提供してくれた学位の仕事になってしまったんですね。それ以後、核医学をやるようになっちゃったわけです。



小須田茂　先生

〔まじめな会話でも、後で爆笑〕

小林　　なっちゃったんですか（笑）。

小須田　なっちゃった（笑）。

ぼくは学生時代、スケート部だったんですが、そのときの監督が久保先生だったんですね。ぼくは内科あたりに入る予定だったんですが、放射線科のいろいろな良い点を聞きまして、田中幸房先生も私の先輩でしたし、入ってみようかなということで入りました。そうした関係もあって、核医学の方をやるようになったわけです。その後、橋本教授になりまして、昭和５５年になりましてから、晴嵐荘病院というところがありまして、『初めに行って開拓してこい』と言われまして、２年間、晴嵐荘病院と慶應と行ったり来たりしました。ちょっと大変でしたけれども、晴嵐荘病院で核医学と治療を開拓したのはぼくだという気持ちでやりました。それから、58 年に国立大蔵病院に出向しなさいというご命令がありまして、当時、田村先生という橋本先生と同級生の先生がおられました。田村先生のもとで頑張りなさいというようなことを言われ、国立大蔵病院では放射線治療と核医学をやって、『将来、田村院長のあとを継ぐことを目指して頑張れ』と言われましてね。その当時はそのつもりでいたのですが、途中から、駒込病院の鈴木先生が『うちに来ないか』とスカウトされました。ぼくも迷いましたけれども、駒込病院のほうが施設も揃っていましてね。当時、東洋一とかいう設備が揃っていたというので、思い切って駒込病院に行きました。３年後に、防衛医大の草野教授のほうから転勤の話がありまして、助教授なら喜んで行きましょうということで防衛医大のほうに移って、いま８年目になるところです。草野教授は診断学の先生ですから、診断もやるようにと言われまして、結局、診断のほうもちょっとやりながら……、いま治療はやっていませんが、核医学と診断を行っているということです。

小林　　一緒に仕事をしたことがないので、駒込病院や防衛医大のことしか知らないものですから、先生はてっきり最初から核医学を専門にしていたと思っていました。

土器屋　小須田先生は治療のほうの優れた論文がたくさんあるんですね。

過去：あのとき僕らは若かった！

土器屋　それぞれの自己紹介と、そのときのいろいろなお話をありがとうございました。ちょうど私どものときは、

教室の教授が山下教授で、診断が西岡教授、そのあと熊倉教授。だいたいこの３人の教授の時代ですよね。皆さん大学をお出になってから15～16年経ちましたけれども、80年記念ということで、山下先生、西岡先生、熊倉先生といった教授の思い出をお伺いしたいと思います。

小林先生は、このお３人に指導を受けていらっしゃいますか。

小林　熊倉先生とは一緒に仕事をしたことはないですが、私が広尾病院に来てから教授になられたので、人事のお願いに伺い、いろいろお話をいたしました。

西岡教授は、最初にいらしたときからお世話になりました。とにかく、非常に人をひきつけるのがうまい先生で、学生は、西岡先生の講義を聞いて放射線診断というのは素晴らしいと感銘を受けていました。たしかに古寺先生が言ったように、あの当時の診断学というと、単純写真や消化管造影が中心で、血管造影も始まったばかりで花盛りになるちょっと前という時期ですから、放射線診断の手法というのは少なかった。その中でこれだけ若い人をひきつけるということで、ずいぶん感心しました。

土器屋　古寺先生、どうですか。

古寺　熊倉先生は、ぼくと同期というか、慶應に来られたのはぼくが入る何カ月か前でした。だから、当時はぼくが実質的に一番弟子でした。それで、まず、一番困った事は何を言っているか、全然わからなくてね（笑）。

土器屋　非常にキャラクターが特異でしたね。特異というか、面白い。

古寺　近くに行くと（タバコの）大煙で、それが大変でしたね。熊倉先生は専門がマーゲンですから、マーゲン斑とのカンファレンスや切り出しとか、そういうのばっかりで……。

土器屋　熊倉先生の思い出というのは、ヨーロッパからあるドクターが来て、院内を案内しろということで、熊倉先生の胃透視へ案内したんですよ。熊倉先生は優秀なプロフェッサーで、その診断学はすごいんだという話をしたんですが、熊倉先生は、当時は透視下の圧迫をしているんだよね。それでヨーロッパのドクターが、「被曝をどう考えているんだ、日本の診断学は被曝のことをどう考えているんだ」と、そればっかり言うので往生しましたよ（笑）。

小林　日本の消化管診断は、かなり独特なところがありますからね。

土器屋　あとは疾患の違いもあるんでしょうね。

小林　日本は胃癌が多いですよね。欧米人というのは胃癌が少ないですから、そういう点で疾患の違いというのはかなり大きな要素ですね。

土器屋　とにかく熊倉先生、30枚も40枚も撮っていたでしょう。その枚数がなぜそんなに多いのかというようなことね。それで、何を考えているん

だというようなことをしつこく質問されて往生したんです。

古寺　先生の本にも書いてあるけれども、重要な事は、まず「熱意」であるということですね。そのへんの何かがあるんでしょうね。

土器屋　いま考えると、30枚、40枚……、60枚ぐらい撮っていましたよね。

古寺　納得する写真が出るまで撮る。

小林　一つは、病理と対比しようという意識が大きかったと思うんです。熊倉先生の信念は本当にきれいな、生標本と同じ画像を出さなければいけないということだったと思います。それと、もう一つは、たぶん時代もあったと思うんです。いまは内視鏡が非常に発達し簡単にできますが、あの当時は内視鏡が太くて飲み難いので、そんなに簡単に出来ませんでしたから。その意味では、今は大分変わっていますね。

土器屋　そういう時代だったんですね。

古寺　いまは世界的にバリウム検査は、“絶滅”はオーバーだけれども、激減しましたね。過去の検査というのは本当にそうですよ。

小林　被曝という点で言うと、土器屋先生もそうでしょうけれど、ぼくなんかも若いころは山下教授について、ラジウムの針刺し治療をお手伝いしたものです。

土器屋　ぼくも小線源が好きだったから。

小林　針刺し治療をしていると、被曝はどうなんだろうといつも思っていましたけれどもね。山下先生の指も皮膚の色が多少変わっているところがありましたが、土器屋先生は大丈夫ですか？

土器屋　ぼくは何ともないですよ（笑）。何ともないって、刺すだけだから。小須田先生はどうですか。

小須田　ぼくは一年半ぐらい放射線診断部をローテーションをしたんですね。一つ感心したのは、マーゲンをやるのだって、内視鏡、切り出しなど胃のこと全部理解していなければ読影できないという考えです。杉野先生が全部そういうことでやっていました。ですから、オペを見たり、切り出しをちゃんと見て、そこでちゃんと写真と照らし合わせる。千葉大の病理の先生は「胃の早期癌はほとんど見たことがない」と言っていました。千葉大（消化器内科）というのは、全部、画像診断から病理まで診断しちゃうらしいんです。熊倉先生も、たしかにそうだなと。

小林　被曝の話はちょっと別にして、自分が行なった検査については、画像と病理所見を比較するということが非常に大切で、放射線診断をする以上はそれがないとだめなんですね。それに基づいて他科の専門家と対等に話ができなければ、放射線診断医の存在意義がなくなってしまう。放射線診断をやっていくときには、そういった基本的な姿勢というのが非常に大切で、その意味で熊倉先生の

考え方や姿勢というのは、非常に素晴らしいものだと思います。勿論、ほかの先生方を見ても、画像や自分の付けた診断結果と組織を、マクロ・ミクロのレベルで照合している。これは皆さんがやっていることですね。

土器屋　山下先生というのは本当に臨床の好きな先生ですね。それと、病理が厳しかったね。病理標本は自分でもう一回見ないと信じなかった。あれはすごいなあと思った。手術も自分でなさったですね。

小林　そう、手術まで自分でしていましたね。

土器屋　やっぱりオールラウンドに何でも出来る先生でしたね。とくに患者さんを診るのが好きでね。仕事人間だからすさまじかったけど、私自身はずいぶん勉強になりました。

教授の思い出は、これぐらいにして。古寺先生もそうだし、小林先生もそうだし、私もそうだけれども、この世代は何らかのかたちで学生運動とか紛争とか、ああいったものの影でもないけど、それをひきずっているんですよね。それによって進路が……。

古寺　あの学年はみんなそうですよ。

土器屋　全国的にそうだった。ぼくらがいたころの慶應病院は、病院自体も労働組合運動がずいぶん激しかったころだよね。

古寺　ストをやっていたものね。平松先生が技術室長をやっていたころ、つるし上げられて大変だった。

土器屋　西岡先生はいまどこにいらっしゃるんですか。

小林　前は野村病院に勤めていましが、今は家にいるようですね。平松教授の退任記念パーティでお会いしたんですが、すごくお元気でしたよ。一時期、ちょっと心臓を悪くされていましたけど、いまは何もしないで悠々自適にしているので元気になったと言っておられました。

古寺　何か山登りをしているとか……。

土器屋　消化管の診断のすさまじいまでの時代背景、ブームじゃないけれども、あれは日本の診断学の大きな一つのインパクトだったんじゃないですかね。小林先生が言ったように、ある意味で方法論の徹底というのは、大きな影響を与えていますね。

小林　そう思います。放射線診断学に大きな影響を与えたことは間違いないですね。

古寺　マーゲンは？完全な方法が必要だものね。

小林　確かに、最近はマーゲンの依頼は非常に少ないですね。

小須田　いまだに集団検診はバリウム検査でやるんですね。

小林　集団検診だけは仕方ないでしょうね。病院の患者さんの場合はほとんど内視鏡になりましたけど、内視鏡をたくさんの人にするとなると消毒が間に合わないから。

古寺　検診のほうも、ペプシノーゲンとか、血液の検査に移行していますものね。

土器屋　そのあと、平松教授になってから、アンギオで日本をリードしていったという時代が来るわけですね。あれは大きいですね。

そのへんの診断部の流れについてはどうですか。

古寺　当時、ぼくらが入ったばっかりのころは、ＣＴとかＭＲというのはなくて、実質臓器の診断は、単純を撮って、あと胆嚢造影、ＩＰ等をやると、次はアンギオですべてを決定しなければならないと。だから、肝臓の場合にはシンチをやっていますが、その次にはアンギオ。腎ではＩＰをやって、次にアンギオ。副腎ではニューモレトロなんていうのがあったけれども、そんなことをしないでシンチをやって、その次にアンギオと……。このように、最終的な画像診断の腹部の実質臓器の切札がアンギオだった時代だったんです。そういう意味で、平松先生はその面を専門にしていたわけで、全国的に見ても、平松先生か、阪大（当時）の打田先生かという時代でしたね。

小林　平松先生の技術がすごかった。だれもなかなか入れられないような血管にスッと入れてしまう。

古寺　いまなら出来合いのカテーテルでいいものがいくらでもあるけれど、全部自分で作らなければならなかったから、入る形のものを作れるというのがまず大前提の条件だった。

小林　あとは指先がね。どういう指をしているんだろうという感じだった（笑）。動脈硬化がひどくて大動脈が曲がりくねって壁がゴリゴリというような、われわれがやってもカテーテルが動かないような場合でも簡単にね……。

古寺　入っちゃったよね。

小林　スルスルスルッとカテーテルを伸ばして細い血管にサッと入れちゃう。副腎静脈造影というのは、ＣＴが出来てからはあまりやらないけれど、以前は小さな副腎の腫瘍なんて調べようがないので、ホルモン的に腫瘍がありそうだとなると必ずしましたね。でもこれは成功率が低いんですよね。成功率が低い上に、ちょっと下手をするとすぐに造影剤が血管外に漏れてしまう。そういう検査が本当に上手でしたね。膵臓でも、超選択的血管造影という方法で、相当小さな膵癌を診断しておられ、それはすごかったですね。

古寺　いまだとＣＴで難なく見つかるのが……。

小林　当時はほかの検査法がなかったですからね。

古寺　技術的にそのレベルに達している人間が日本にそう数がいなかったということで、やはり……。intervention も始めたのが早かったので、それで有名になって、そうい

う意味ですごくラッキーでした。

土器屋　核医学の進歩が、われわれのころに比べるとすさまじいという気がしますね。核医学の画像診断というのがね。

小須田　そうですね。当時はシンチスキャナーでしたので、ゆっくりゆっくり臓器内の情報を写し取っていたのです。オバケみたいな絵だったんですけれども。

土器屋　ちっとも魅力なかったけれどもね（笑）。

小須田　ほかに方法がなかったから、あれでもずいぶん助かりました。その後は、シンチカメラの導入、画像のコンピュータ処理が発達しました。最近はFDG　PETという新しい技術でね。まだ保険適用になっていないんですね。最近は臨床治験薬が厚生省から認可されなくなってしまった。いまのところはちょっと新しい検査が出来ないところがありますけれども、これからどんどん認可されると希望しています。

土器屋　検査でも動態検査なんか、動きがすごいし、やっぱり慶應というのは常にトップに立っているよね。慶應関連がね。

小須田　多くの治験の話があるようですね。常に新しい情報があります。

土器屋　診断と核医学に比べると、治療というのは進歩が遅々として進まないんだよね。華々しくなったのはここ数年のことです。われわれが入ったときから、放射線治療というのはもうすぐなくなるだろうというふうに常に脅かされていてね。ちょうど化学療法でマイトマイシンが出てきて、そのあとビンクリスチンが出てきたとき、ああ、もう治療は化学療法に全部変わるんだと。そのあとブレオマイシンがでてきたでしょう。そのたびに、いつまでも放射線治療をやるものではないよと。だけど、事態は全然逆だね。ますます、ここ数年の放射線治療というのはハード面がソフト面とも発達してね。それに、新しい小線源治療の進歩ね。いま、慶應の照射の患者数を見てみるとすさまじいよね。1日100人はとっくに超しているでしょう。2台のリニアックはフルに動いてものすごい量ですよ。

小須田　そのようですね。

土器屋　ここ１０数年の変化だよね。

小林　　やはり、放射線治療そのものが増えているというか、見直されているんでしょうね。Conventionalな治療が多いんですか。

土器屋　conventionalな治療法もあるし、conventionalでない特殊な治療法もあります。それから、定位照射とか、hyperfractionとか、いろいろな方法論があるけれども、やはりconventionalな治療がいちばん増えているのかな。癌治療に対する全体的な考え方も変わってきていますよね。何がなんでも根治でなくても、

palliativeな効果を狙ってやる。全国的に見るとpalliativeな治療が多いですね。

古寺　日本ではあまりやられていないけれども、ヨーロッパだと、結腸癌なんてけっこうradiationをやるでしょう。これをやると再発率が有意に減るというevidenceがあるとか言って。

土器屋　やっていますね。

古寺　日本ではまずないですよね。

土器屋　そう。全国的にはね。やっている施設はいくつかあるけどね。

古寺　イギリスでは癌患者の半分ぐらいが放射線治療を受けているんですね。日本だと11%ぐらいですか。

土器屋　11%は低いと思う。20～30%じゃないかな。

慶應の教室、治療部門の先生方はほとんど外に出ていかないんだよね。だから、学会とか研究会とかに出ていって勝負しない。伝統的だね(笑)。

小須田　これから超高齢化社会でどんどん癌患者が増えてきますね。放射線治療がますます重要となってきますね。

土器屋　治療のいろいろなやり方でも、慶應の現医局員はリーダーシップをとれるような力を持っているのだからね。

さて、橋本教授に直接指導を受けたのはぼくと……。

小林　ぼくも2年間。

小須田　ぼくは橋本ご夫妻が仲人なんです。

土器屋　あ、ほんと？

小須田　慶應では20組以上いるんです。年に1回、仲人の会というのを正木先生が主催してやるんです。

土器屋　ぼく自身は、橋本先生の下で何をいちばん勉強したかというと、自由な発想だね。自由な発想のもとにやりたいようにやらせてもらえて、結局、肝心なところではしっかり握られているけれども、本当に自由にやれ、責任はおれが持つというような大きな指導でしたね。あれは本当にありがたかったね。

小林　慶應にいらっしゃったときは講師で、あまり実務的に教えてもらうということはなかったですね。北里に行ってからいろいろなことを教えて貰いました。北里に行って施設の広さに驚きました。廊下が広い、一つ一つの部屋が広い、これにびっくりして、あとは橋本先生の度量の大きさにびっくりしました。重要なことはしっかり押さえていて、細かなことはお前たちに任せるから好きにやれということでしたので、下で働く者としては非常にありがたいですね。

土器屋　ありがたかったね。

小林　ああいうやり方も一つの方法だと勉強させて貰いました。

土器屋　前の山下先生とがらりとタイプが違ってね。タイプの違った2人の教授に教えてもらったことが後々勉

強になったね。

小須田　ぼくは一度も橋本先生に怒られたことがないんですよ。褒めるときはちゃんと褒めてくれる。はっきりおっしゃってくれる。そうするとやる気が出てくる。

小林　相手の立場に立って考えてくれるので、人の使い方が上手いですよね。心の中ではいろいろと思っているだろうけど、けっしてそれをパッと外に出すことがない。ぼくなんか見習わなきゃいけない（笑）。

土器屋　橋本先生はけっこう学会レベルの仕事が多いんだよね。教室の中にいるときは全然わからなかったけれども、調べてみると、学会レベルでのいろいろなお仕事や実績があるんですね。

教室での一つの特徴は、うちの医局はドクター以外のいろんな人がいた。西村先生とか、和田先生とかいた。最初入ったときに、あの人何だろうという人がけっこういてね。その点ユニークだったね。尾川先生もそうだね。いまは中村先生。だから、パッと入ってきた新人は中村先生を見て、この人何だろうと思うよね。

古寺　偉そうだけど（笑）。

土器屋　でも、こうして見ると、いかに教育や指導が重要な影響をもつかという気がする。

古寺　放射線の治療医と物理屋さんとほとんど同じだというんですからね。MD Anderson にいたとき、伊東先生も一緒のところにいたんですよ。それで見に行ったんだけれども、ああいうところに行くとやっぱりすごいですね。

小須田　国立大蔵病院にいたときは、他科と頻回にコンタクトを取り、お互いに協力したんですね。

土器屋　そういったところで育った人はこれが当たり前だと思うから、すごくいい習慣を身につけているのね。口でいくら言っても、生徒が意識しないとなかなか実感としてわからないところがあるんですね。慶應にいると、それはすごく有難いことだね。

過去：別れの時も

土器屋　さて、この前の 70 周年やってから、80 周年までの 10 年間に亡くなった先生が何人かいらっしゃるんですよね。まず、長瀬先生ですね。

長瀬先生は、私にとっては本当に兄貴みたいな方で、長瀬先生に誘われて医局に入ったんです。長瀬先生は、癌研で山下先生とお会いになって一緒に慶應に来られたんです。長瀬先生の活動範囲も広かったんですよね。肺癌を専門にされていてね。治療だけでなく、肺癌の診断にずいぶん貢献されているんです。ことに、肺癌の取り扱い規約のことなど、学会の仕事をやっておられましたね。ぼくらが入ったときは医局長は長瀬先生で、非常に面倒見のいい先生で、よく教えてくれました。その後、多

摩ニュータウンで開業されたのですが、大盛況でしたね。私の住んでいる近くなんですけれども、本当に長瀬先生ていうのは人望があって、開業医でも大成功されました。例の面倒見がいいことから、その地区の医師会のリーダーシップをすぐとられまして、周りの住民の方々の信頼もあつかったですね。あの先生は学生運動の闘士だったから、組織作りもうまいのよ（笑）。当時、アレルギー疾患、いまの花粉症の出始めだったんですよ。花粉症にいち早く目を付けて、地域の花粉症の方々のグループを作り、生活指導をなさったりしましたが、残念ながら胃癌でね。最初は早期胃癌で完全に取れたということだったんだけれども、残念ながら再発して、若くしてお亡くなりになったんです。本当に残念です。

鈴木先生は、長瀬先生よりちょっと上で、診断部が出来る前に教室の中の診断部門を担当しておられたんです。鈴木先生が肺の患者さんを担当された。非常に温厚な先生でした。

古寺　あと小林公治先生。心臓が悪くて、済生会で亡くなったんですが、葬儀は家族だけでするという事だったので……。

土器屋　ぼくも年賀状が返ってきてはじめて知った。

古寺　それで、大学の方にも連絡はしませんでした。

小林　本当に残念ですね。

現在：僕らはこう提言する！

土器屋　過去の話はそのくらいにして現在の話を。外から見て現在の医局に対する注文ですな。

小林　一つは、関連病院に対する大学からの人的援助の問題ですね。放射線科医の需要が増加し、各関連病院で必要とする人数が増えていますし、新しい関連病院も増えている。医局の人数も昔と比べると相当増えていますが、それでも関連病院の需要に十分に応えられない面があると思います。もう一つは、研究・業績というのが大きな問題になるでしょうね。人数は増えているけれども、業績が表に出てこない点がありますよね。若い人をどういう形で育てて行くか、医局における指導も難しくなりますね。大学教授の選考でも最近の慶應は元気がない。そこにはやはり業績の問題がありますね。単に業績の数が多ければいいということはないと思うんですよ。やはり基本的には内容ですね。しかし、選考のときには、先ず一定の業績が有るか無いかが問題で、そこで残れなければだめということでしょう。

古寺　これ、言っていいことかどうか（笑）、平松先生は有名なので、依頼原稿がいっぱい来るんですよ。それを下にばらまくから、下請けして書くわけでしょう。ああいうのを書くと何か仕事をした気になっちゃう

んです。

小林　依頼原稿というのは正規の業績じゃないからね。

土器屋　本当にそうですね。

古寺　慶應は最先端にいるから依頼原稿がたくさん来るんですよね。それで、教授、助教授が書きれないから下におろすでしょう。そうすると、けっこうそれで忙しいじゃないですか。そうすると、それで仕事をした気になるし、数になるのか知らないけれど、いちおうペーパーみたいに数はあるし……。日本語でもいいから、原著を書かなければだめですよね。

小林　その点、久保教授ははしっかり指導しているよね。

土器屋　小須田先生、どうですか。

小須田　そうですね。論文については学会で発表したものはすぐに論文にするよう心掛けています。何か確信できるものを持って仕事に取り込んでいます。

小林　大学の中にいる人たちが関連病院をどうやってバックアップするかということ。そういうふうに共同体みたいな考え方で人事を運営して欲しいですね。関連病院も含めて慶應大学放射線科というスタンスでやっていかなければいけないと思います。

土器屋　そうですね。

古寺　関連病院で実績を上げた人間を助教授とか講師で戻しているということは全然ないでしょう。やっぱりそれをやらなくちゃね。外に出て、そういう人が戻っていろいろなことを言わないとわからないんじゃないですかね。

小林　大学に戻るということに関しては、一定の条件というのがある筈だから、このあたりも加味してやっていかないといけないけど、やはりずっと大学だけにいると問題が多いと思いますね。

土器屋　うちの病院なんかも、病院として研修レジデントを採ると、慶應以外から非常に優秀な連中が病院にいっぱい来るんだよね。その中で慶應大学から来た連中は外と比較されるんだよね。だから、そういった意味で、いろいろな大学、いろいろな施設から来たレジデントの連中、研修医の連中と、大学人事で来た人たちといちいち比べられて、常に批判される立場にあるから、そのへんも考えて人事を考えなければいけませんね。慶應全体の実力がそこで試されるから。治療の連中を見て、とくにさっきの論文の問題だけれども、仕事をお膳立てしないと、なかなか自分で仕事を見つけないんだよね。ぼくの施設では、ぼくがあまりまとめないから、やろうと思えば、症例でも何でもわんさかある。いままではそれをパッと見つけてパーッと自分で書いてやるんだけれども、最近は、私は何の仕事をしましょうと聞きに来る。これはおかしいなと思うんだけ

れども、よく聞くと、大学でもお膳立てしないと、自分で仕事を見つけて、自分でやるということはないらしい。大学の問題ならば、全体のある世代の気風…なのかということでしょうか。

古寺　他大学では、この雑誌でトップだと何点で、2番目だと何点で、年間何点というのが出るんですね。慶應はそういうのが全然ないですよね。それまでちゃんと点数をつけて、自分が何点かというものがないと……。それがいいのかどうかはわからないけれども。

土器屋　ぼくらは、橋本先生のもとで育ったせいか、自分で仕事を見つけて、自分で考えたことをする習慣がついている。この前、萬先生が辞めるときも、最後の挨拶で、『土器屋先生は何もしてくれないからと言われていたが、やはりその通りだった』と言われた（笑）。何も言わないからかえっていいんじゃないかとぼくらは思うんですね。でも、やっぱりそういうことはいまの時代ではダメなのかな？

小林　やっぱり、一つ、時代的なものというのはあるでしょうね。

土器屋　あるかもしれないね。

小林　いまから10年ぐらい前に来た人たちは、こちらが言う前にこういうものがあるのでまとめてもいいですかと聞いてきたものですが、最近の人たちは来ないですね。これをまとめたらと言っても、返事はいいんだけれども、実際にはなかなか動かない。「出来た？」と何回かいってから、ようやく始める。これは、最近の風潮かもしれないですね。

土器屋　その代わり、文献的な考察なんていうのはものすごく詳しいんだよね。だけど、それと実際の動きのギャップが大きい。

小林　入学試験の方法に問題があるかもしれませんね。みんな頭はいいんですよ。頭はいいし、読んだことはちゃんと理解するし、いろいろな知識はあるけれども、それを自分の言葉で表現できるかというと、それが問題ですね。

土器屋　逆に、大学からわれわれに対する要望もあるわけですね。とくにぼくなんかは、自分は大学から来る若い人たちに対する指導する能力がもうないんだろうと思うし、自分のやり方ではもう指導できない。そのハンディキャップをどうしようかと思って最近悩んでいるんです。自分も変わらないことには、相手に変われといっても進まない。大学に人を頼む以上は、やはり自分も変わって、そういった人たちに接していかなければいけないと思っているんです。出来るかどうかは別としてね。

小林　確かに、我々も自分自身を時代に合うように変えて行かなければいけないですかね。

土器屋　そうそう。いま言ったように、こ

れとこれとこれを比べて、どれを取りますか、というような言い方をしないと……。うちの病院に２年なら２年いるあいだに論文を一つか二つ書いてもらいたい思ったら、こっち側でもそういったことを準備しないと……。悩みは深いこのごろです（笑）。

未来：頑張れ慶應放射線科！

土器屋　さて、今度は未来ですね。今後どうあるべきかということですが、外と内との関係ですね。どういったことをふまえ、あるいは大学に何をするべきかということで締めくくりたいと思うんです。

古寺　診断科と治療科が分かれているでしょう。うちは診断科なので診断のほうの人事はいいのですが、……（笑）。やっぱり、広尾に比べると、うちのほうが優遇されているというところもありますよね。逆に、治療のほうの人事に関しては、ぼくなんかはおそるおそるお願いに行くという感じになるし。

土器屋　今度、栗林先生がいらしたことで、かなり状況は変わってきますな。

小林　変わるでしょうね。

土器屋　もっと密接にね。

古寺　一方で放射線の医師を欲しいという病院がすごく多いですね、いま。

小林　放射線科医の業務というと、ＣＴとＭＲＩの読影需要が多いですね。

古寺　画像診断専門医加算があるでしょう。あれもあって何か……。

小林　それだけじゃなくて、やはり放射線診断が進歩しているということがあるでしょうね。最近では他の診療科の先生は報告書を頼りにしていて、画像を見るということに関しては放射線科医の診断に比べたらかなり劣る訳です。これからの医療というのはこうした形のチーム医療だと思うんです。さっきの人事の話と関連するけれど、若い人が小さな病院や医院にパートで出張する理由を聞いたら、報酬がいいからということです。勿論、若い人の経済的な問題も十分に考えないといけないけれど、大学がそういうところに重点を置いてしまうと、大学にも関連病院にも全体として活力がなくなる。やっぱり関連病院を育てていくことが大切でしょう。それが将来的には慶應の発展にもなるし、自分達自身が将来関連病院を担っていかなければいけないことを考えると、関連病院と言えないようなところに人を派遣するのは止めたほうがいいと思いますね。

古寺　慶應というのは、ほかの大学に比べて分院がないじゃないですか。だから、関連病院が分院の代わりをしているということはありますね。

小林　今は若い人がどんどん入ってきているんですね。若い人たちが臨床経験を積み、自分の力を養える場所として関連病院を見るということが必要ですね。

小須田　私から見て、一つの病院に長くいるより、いろいろな病院で経験する。外に出て、勉強したほうがいいですね。核医学の場合は外の病院に出張したとき、核医学のみではやっていけない。どうしても診断学の知識が必要になってくる。ですから、放射線診断学の知識がないと、外に行った場合は難しいと思う。

土器屋　治療に関しましては、うまくいっているところがあるんですよ。たとえばそれぞれの病院で特徴を持っておりますので、もっとそれを生かしてね。たとえばデータベースの構築とか、定位照射のような先端技術については、慶應はイニシアティブを持っているし、小線源に関しては私の病院が症例がおおいとか、各施設の特徴を生かすことをもっと意識的に詰めていったらいいと思うんです。

それでは、いちおう過去・現在・未来について一通りふれていただきましたが、言い足りなところがありましたら、どうぞ。

いま、慶應でイブニング・カンファレンスというのがある。あれはすごくいいと思うんだけれどもね。講演の内容もさることながら、出来るだけ顔を合わせるということが大事ですよね。

小林　これは診断科でも年に何回かやっていますね。それを関連病院主催でやっている。これは非常にいいですね。

古寺　外科なんかですと、たとえば刀林会というので関連病院での業績があった人を表彰しています。そういうことで関連病院の臨床研究を援助するというのもやっぱり公式にあったほうがいいですね。

土器屋　関連病院の実質的な、形の見えるかたちで結びつきを表すことをやらないとね。

それでは、将来も大学を中心として関連病院もしっかり力を組んで、新しい世紀に向かって行きましょう。ちょうど80周年というのは、今世紀最後できりが良いわけですから。それに、教室の先輩の栗林教授を迎える訳でして。また、明るい未来が見えるね（笑）。期待して、座談会を終えます。

- 会談を終えて -

先生方、長時間にわたるお話し合いを頂きまして、どうもありがとうございました。

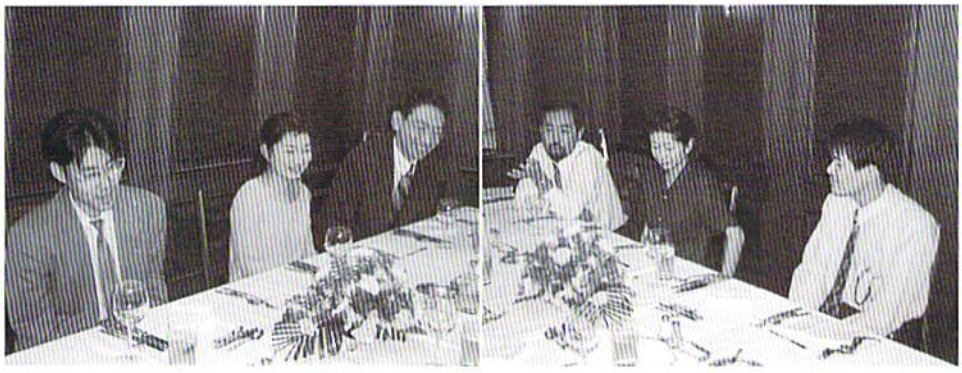
じつは、この座談会には、もうおひとかた、埼玉社会保険病院の関　達夫先生に参加していただくことになっておりましたが、当日、ちょっとお加減が悪く、あいにくのご欠席となってしまいました。先生のご活発なお話を楽しみにしておりましたのに残念でした。

録音をしておりまして、少々耳の痛いところもございましたが、カットもせず、ここに掲載させていただきました。〔中村〕

80周年記念座談会 － 2

放射線科若手の会 「思いっきり話そうかい」
日 時:2000年6月30日
場 所:お茶の水、山の上ホテル

参加者：（司会進行） 湯浅祐二　奥田茂男
大須賀香絵　川口 修
田村良子　中原理紀
（記録） 安藤 裕



湯浅　今日は、”放射線科若手の会、思いっきり話そうかい”というわけで、８０周年記念座談会として、若手の人の意見を大いに述べてもらうという会ですのでよろしくお願い致します。

入局の動機

安藤　湯浅先生トップを切って入局の動機をお願いします。

湯浅　僕の場合は、勉強しようという意欲に燃えていたことは間違いないですけどね。そのときに、やりたいと思っていたことがなんだったのかほとんど霧のかなたに消えてしまいつつありますが、基礎知識のない人が放射線科には入るというのが基本かなあと思っていたんですけど、基礎的なことを身につけたくて入ったと基本的には。

あまりにも学生のときに勉強しなさすぎたという反省から入ったような気がしますね。奥田先生なんかはそんなことないですよね。

奥田　僕が入局したのは、もう１２年前なので、忘れたといったほうが正確なのかもしれません。最初は内科と迷っていました。内科に行く同級生の数が多かったので、その中で埋もれてしまうかなと思って目先を変えてみたんです。

もう一つ入局決断のきっかけとなったのは、学生の時出席していたカンファレンスで、診断科の先生が腹部単純写真 1 枚を明快に説明し、出席者を唸らせた姿が印象的で、かっこよく感じたことが挙げられます。学生の頃所属していたクラブの先輩からのお誘いもありました。

湯浅　田村先生は？



田村良子
1995年入局　双子座　O型

田村　　私の場合、学生時代にはほとんど勉強せずに部活ばかりやっておりまして、卒業時になっても何をしたいか具体的に決めることが出来ずにいました。入局説明会などの際、放射線科では湯浅先生がおっしゃったように、一つの科の領域に限らず、あらゆる分野の画像に触れ、それに対する知識を基本的なところから勉強する事が出来ると伺ったのは大きかったかもしれません。もうひとつのきっかけとして、ポリクリで脳SPECTかPETの写真を見て、脳の機能が画像化出来るということに感動したのを覚えいます。

湯浅　　じゃあ中原先生に、動機を聞きますか。

中原　　僕は大学卒業時には脳に興味があったので、当初は脳外科か放射線科のどちらかに行こうと迷っていました。ポリクリで放射線科を研修していたときに、研修の最後に食事に誘われました。杉野先生が（おそらく）北海道での学会に行った際のおみやげとして持って帰ったカニを鍋にして、技師の方々とも交えて食事しました。食事が盛り上がったときに、技師の西平さんが杉野先生のことをすごい人だと、『日本でも指折りの先生がここにいるんだよ』と言われて。その時に杉野先生はパイプを吸いながら、偉ぶりもしない自然な感じで座っていまして、それがめちゃにかっこよかったというのがあって、それで安易に放射線科に決めてしまったというのが本音です。

湯浅　　そうあんまり考えていろいろ入れるわけでもないからね。じゃあ、大須賀先生は？。

杉野先生の印象

大須賀　私も、最初はポリクリとかまわる前は全然産婦人科に入るつもりで、気持ちが固まってたんです。でも、ポリクリを９月頃まわって、わりと最初の頃に杉野先生のポリクリの授業があって、ＭＲＩ棟の２階のカンファレンスルームで写真を何枚か出されたんです。ボールマン２型胃がんの症例と悪性リンパ腫の症例を並べられたんですよ。それで、その違いが解るかという話になって、ぱっと見すごく似ているんですけども、『粘膜パターンがね』とかいう話になりまして、確かに近づいてよく見ると違うんですよね。粘膜がきたなかったり、きれいだったりするのをみて、こう違うんだよという話を聞いたときに、”ああ、なんか深いんだなあ”って思って、”そういうのを堂々と自信もって言える杉野先生がかっこいいなあ”と思って、いずれ自分もそういうふうに言えるようになれたらなってあこがれたのが、もともとのきっかけなんですけれども。そのあと、治療科のほうのポリクリのときに、地下の部屋で確か近藤誠先生に、『ところで、ぶっちゃけた話、この中で放射線科に入る気のある人どのくらいいるの、手をあげて。』と言われてて、その時、杉野先生が印象にに残っていたので自然と手が上がってしまって、”ああそうか、自分はそんなに入る気が出てきたんだなあ”と思って。もともと、選択肢には全く入ってなかったんですが、そこで入局の意志があることを自分も認識したっていうか。その後、年末にふぐをごちそうになったときのことなんですけれども、

湯浅先生のそばに座らせていただいて……。

湯浅　ああ、そうだったっけ？



大須賀香絵
1997年入局　山羊座　B型

大須賀　先生、忘れないでください。（笑）で、私が結婚をひかえてたので生活ができるのかどうかっていうのを、すごく気にしていたんです。主人が内科のほうにいってしまうので全然無収入になってしまって、「自分が支えていかなきゃいけないな」という現実問題がありまして。そこで湯浅先生が『俺は女房も子どもも養っているんだから、絶対だんな一人ぐらい養えるよ』って言ってくださったので、安心できたというのがありました。

湯浅　動機はみんな真面目なんですね。それからいろいろ紆余曲折あるんでしょうけどね。次はそういう内容にいきましょうか。それじゃあ、入ってきたらどうだったかということで。実際、僕なんかは20年以上経ってますから、入ったときのことなんていうのは今やってる事なんかと全然違うでしょ。僕が入ったときなんて消化管とアンギオぐらいしかないわけですよね。エコーもないしＣＴだって頭部用ＣＴがやっとはいったときですから。そのときの放射線科と今やっていることって全然違いますし、そこからずっと、放射線科の仕事が充実してくる段階なわけです。ぼくらは全然今の仕事の内容なんて予想もしてないことですよね。奥田先生の時はもうＣＴもあって、一応ＭＲはまだはじまっていましたか？

奥田　ええ。研修にはニューロの一環としてMR も含まれていたのですが、主に注射係としての役割で、レポートを直接書く機会は少なかったように思います。

湯浅　だから、それからだと10年ぐらい以上経つと、かなりイメージ違いますね。

奥田　そうですね、だいぶ違います。

奥田　とにかく、今研修されてる先生方は放射線科に入ると、ＭＲとＣＴを同時にまわりはじめるようになって、あれはなかなか大変じゃないかと思います。僕の頃はまず６ヶ月ＣＴ、USを研修しある程度解剖を頭に入れてからMRの冠状断や矢状断に対応することができました。

田村　私の時は、最初の２年で診断科、治療核医学科をそれぞれ１年ずつで、３年目は基本的にはどちらか選択した科の分野を勉強するという形式でした。具体的に申しますと、治療核医学科では、RI４ヶ月、治療６ヶ月、救急部２ヶ月で、診断科では、１年目にbody CT/USと消化管/head CTをそれぞれ６ヶ月ずつ、２年目に血管造影とMRIを６ヶ月ずつでした。

ローテーションの違い

湯浅　先生達の間ではちょっとローテーションのシステムが違うというのもありますね。

奥田　昭和６３年以前に入局された先生方は最初から、診断部、治療部に分かれて研修をされていましたが、それ以降は両方の研修をすることになりました。それに伴い、診断部ではそれぞれのモダリティの研修期間が８ヶ月から６ヶ月に短縮されました。

湯浅　そういう意味では、診断科志望でも治療も勉強しているっていうのは、よかったですか



奥田茂男
1989年入局　乙女座　B型

奥田　それは、非常に有意義だったと思います。というのも、主治医という患者さんを持つ立場になっていろいろ考えるというのは、そのときにしかなかったですね。

湯浅　今のレジデントは、すごく大変でしょう。いろんなモダリティーがあるから、半年経ったら急に違うモダリティーに行って、一から勉強して、半年である程度のことまでやってるっていうのは。

田村　理想としてはもっと長い方がよいが、 total で回らねばならない分野を考えると、半年はちょうどいい期間なのでしょうね。個人的に振り返ってみますと、研修医時代は上の先生に頼るばかりでしたから、もっと勉強したらよかったと反省しております。

湯浅　中原先生だと、診断科って足りないと思いませんか、そういう意味では。

中原　やはりちょっと、足りない気がしますね。僕のころのローテーションでは６ヶ月単位で研修項目が変わっていましたが、５ヶ月研修したころになると、勉強の仕方もわかるようになるし、非常に面白くなってくるのですが、そういう時期に“ああ、もう１ヶ月で交代だ”という気持ちになっていました。そうなると勉強や生活のリズムなどと完全に切り替えなければいけない。確かに、切り替えてきましたけれども、それが残念な部分でもあるかな、と。

湯浅　治療のローテーションっていうのは、そのいう意味でどうなんですか。１年間で治療と核医学のある程度基礎的なものをそこで身につけるのは大変ですよね。

中原　そうですね。治療の研修も半年間でしたけれども、もう少し勉強できたかなと、勉強したいなという感じがありました。

湯浅　そういう意味で大須賀先生はちょうどローテーションが終わって、どう思いますか。今のシステムとか研修医の教育とか、どう思います？

大須賀　そうですね、自分がまわったときにはもう何も考えずに、教えていただくままに甘えてしまっていて、自分から積極的に勉強したというよりは、本当にＣＴのチェッカーの先生から教えてもらうのに、そのまま吸収するだけという感じで、まことに申し訳なかったんですけれども。

湯浅　でも先生は自分で勉強するほうだよね。ほかの人に比べると。

大須賀　でも、申し訳なかったなという意識がすごくあって。パートに行かせてもらうようになって、その病院で診断医は自分だけっていう状況に追い込まれて、ようやくモチベーションが出てきたというか責任感が出てきて、人に聞けばいい、じゃなくなったという事で、自分にしてはおかしな感じですが、珍しく自分から勉強するようになって……。

湯浅　そうですか。あなたは自分からは、勉強しないほうなわけ？

大須賀　はい。

湯浅　そんなふうにはみえないですよね。

大須賀　人任せですね。

湯浅　人は見かけによらないんですね。（笑）　たとえば、これから出張するわけですよね。そうすると、診断はある程度かなり一人で、もちろん応援の先生はいるけれど一人立ちし

てやるわけですよね。そういう意味では、だいたい自信をもって？

大須賀　いや、全然。

湯浅　ない？

大須賀　ないですね。自分の個人的な理由で、ＭＲＩを特にまわっているあいだにトラブル続きでしたから、研修が不十 分だと思って。

湯浅　僕なんかは、３年目くらいにはじめて出張に出たときは、自信がありましたけれどね。

大須賀　すばらしいですね。

湯浅　いや、モダリティーが少ないから、そういう意味ではね。診断しかしないし、そのへん違うのかもしれないね。でも、見ているとかなり一人立ちできてやれるから嬉しい、っていう方がかなり強いかなって思うんですけど。今の人は。そうでもないですか。

田村　出張当初は、自分の診断に本当に自信がなくて不安でした。

湯浅　先生は、出張病院で教えてくれる人が何人かいるんだからね。

田村　ええ、恵まれた環境だったと思います。毎日の読影会で主な症例を出す形式でしたので、本当に勉強になりました。

湯浅　また、入局の動機というところに戻ってみたいんですけど。川口先生はどうでしたか？

川口　なんで入ったかというと、自分でもできそうなことを最初に考えて、なかなか体力的にハードな外科はだめだなとか、いろいろ勉強するのはちょっとつらいかなとか、いろいろ考えた末に、もともと機械的なものが好きだったりとか、あんまり社交的じゃないので、患者さんとうまくやっていけるかどうかわからないなっていうのがあったりして、考えて放射線科にしました。放射線科に入ってみてわかったんですけど、放射線科医にとって勉強が必要ないというわけではなくて、”より一層、勉強が必要なとこなんだな”と入ってわかって、ちょっと後悔したようなところもあります。

湯浅　そういう人は案外、放射線科には多いかもしれないね。動機としてはね。



川口 修
1993年入局 山羊座 O型

川口　それで放射線科を選んだというか。

湯浅　でも、先生みてるとあんまり人とつきあいにくい感じではないでしょう。コンピュータの前ばっかり座っているような感じじゃないでしょ。

川口　でも、とても実は苦手なんですよ。

湯浅　成長してきたんだ。

川口　そうですね、 高校生ぐらいまでは本当に話をしたりするのが苦手で、すごい緊張したりとかしてて、このままではやっぱりいけないな、というか友達をなくすな、みたいなそういう気があって、なるべく自分に勝っていかなきゃいけないんだなって思って、直すようにしてきたんです。

湯浅　そこの自覚は先生にとって、非常によかったんでしょうね。普通、自覚がないですよね。（笑）

川口　“うん”って言っていいのかいけないのか、難しいですね。

湯浅　でもそうだよね、先生はそうだと思うよ、そういう意味では。

川口　それで、放射線科に入って思ったのは、診断科の仕事をメインにするようになれば、そんなに患者さんと接することは直接はあんまり無いんだろうなと思いつつも、なぜか治

療に入ることになってしまって、患者さんは自分のことなので、本気というか必死ですよね。それを聞いて、話をしていくと、こういう仕事っていうのはやりがいがあっていいな、みたいな。最近はそう思いますね。



湯浅祐二
1977年入局　さそり座　O型

湯浅　　初めから治療に入ってやろうと思っていたんですか

川口　　いえ、全然。最初に夏休みに見学に一回来たんですけれども、その時には治療のことは全く知らずに、あることすら知らなかったっていうか、そんな感じで来て、診断のことしか最初はなかったんですけど、実際に両方まわってみて”こういう仕事もあるんだな”って。

湯浅　　確かに、同じ 放射線科って名前がついていても、 放射線治療をメインにやるのと、放射線診断やるのって全然違うものね。研修の時でも、そういうのをいろいろなことを考えながらやる。それじゃ、次に話したいのは、実際に入ってみて研修を終えてね、研修時代っていうのはどうだったか。あまり、全然自信がないまま終わっていったとか、もっとこういう内容の方がよかったとか。

川口　　愚痴っぽいことを１つ言わせていただくと、僕の世代は２人しか入局者がいなかったということで、それぞれ１人ずつ診断と治療に別れて研修になってしまったので、１人ぼっちだったわけなので、とてもさみしいというか、右を見ても左を見ても偉い先生ばっかりで、非常に肩身の狭い思いをしたというか、そういうことがあって、教えてもらうっていうよりは、とにかく見て覚えるんだなという感じがありました。自分がそういう風に感じたんで”これじゃ良くないな”と思って、あとから入ってくる先生たちには、何か自分ができることで何か、教えるというと語弊がありますけれど、伝えられることはあるかな、という思いがありました。

湯浅　　僕らの感覚からすると、少ない方が能率もよくって、いろんな事勉強できるって気がするけれど。年代によって全然違いますね。１人で教わるっていうような雰囲気ではなかったですよね。そういうのはどうなんですかね、やっぱり多く入って何人もで競い合うようにやる方がいいですか。１人の方がずっと密度が濃くなると思いません？

川口　　そういう部分もあるんですけど、逆にでも、どうしてもやらなきゃいけない雑用とかはあるじゃないですか。その割合なども絶対的な量が増えるので……。

湯浅　　アンギオなんかは１人の方がいいよね。

大須賀　いっぱいやれそうですね。

湯浅　　アンギオに、３人とか４人とかいたら、自分がやれるの１日１例ないかもしれないとか思ったら……。僕らの時はそうでしたよ。朝、カテーテルを握るっていうのは、とにかく遅れないように早く行って自分から待ってないといけない。そういう意味で、自分で朝から目的をはっきりさせて”今日はこれをやるぞ”っていうね。人数が多いとそういうのがあったけど、１人だったら遅れてきても出来るだろうなって思いますよね。

今の仕事の気に入っていること

湯浅　でも今日は本当に、放射線科の中では、選りすぐられたメンバーがリストアップされたっていう感じですよね。

安藤　湯浅先生、次のテーマをお願いします。

湯浅　それでは次に今の仕事の気に入っていることがあったら話をしてもらえますか。

奥田　今の仕事の説明ですかね、まあ説明というか……。

安藤　慶應を離れてかなり経つ年配の先生は、今放射線科で何をやっているのかわからないかもしれないので、一応、説明して下さい。

湯浅　そうですね。一応、研修が終わって一本立ちして、出張病院から帰ってきたりして、これからは今やっている自分の仕事、特にこういう所がおもしろいんですよみたいなところがあったら。

安藤　あるいは、こういうのが最先端なんですよっていうようなことを。

湯浅　どうですか、奥田先生。留学から帰ったばっかりで、やっぱりMRの新しいところですかね。そういうところを勉強して帰ってきていただいたような所も含めて、今の興味があることとか。

奥田　Thermal ablation といって、レーザー、ラジオ波やマイクロ波などを使った局所的加熱によって、腫瘍を高温で焼却する治療法が話題になっています。ところが、温度分布を知る方法が今まではありませんでした。
MR で特殊な手法を使えば、温度変化を計算することができるので、thermal ablation の温度分布と焼却範囲の確認に応用できると言われています。現在、ラジオ波治療をMR 温度画像で評価する実験を準備中です。

湯浅　また、診断の関係だと一番新しいことがどんどん出てますよね、今はね。そういう中で、機能的なっていうのはどうなっているかこれからだよね。温度っていうのは、なかなか難しい。

奥田　そうですね。やっぱり、Interventional MR ができるような、いわゆるオープンタイプのMRがないかぎりは、臨床的な話がすすまないんですけども、基礎的な検証をするという意味ではまだいろいろとやることあります。

湯浅　ただ、MRは一見役に立たないように見えているところが、実は、何年か経つと非常に重要な部分になっているという繰り返しになると思っているので。今、ある程度めどがはっきりしなくても、いろんな可能性をもった部分が多いよね、確かに。その意味では非常に、これからおもしろいところになるんだろうなと、僕はそういう予感はしますけどね。

奥田　何が本当に実になるかというのは、最初からはよくわからない。とにかく、そのスタート地点だけはキープしたいなと思っています。

湯浅　川口先生は、どうですか。

川口　今やっている仕事は一応定位照射がメインで、治療の一環として定位照射をやってるんですけども。

湯浅　そういうの似てますよね。完成する部分があるよね、ああいうのは。イメージして、そこはきちんと把握してっていう。

川口　結局、物理的な正確さを目指している究極の形が定位照射なんで、それには最先端の画像診断のフィルムなどを見て、それをどう画像処理していくかっていう話になっていくんで。年々複雑になってきて、機械も高価になって。

湯浅　今、かなりもう完成に近いんですか、それともほとんどまだ？

川口　技術としてはもう完成で、あとはどういう風に応用していくかという実際の臨床応用が、どういう症例がどれくらい、どんな風になっていくのかみたいなのが。治療成績そのものっていうか障害含めてですけれ

ども、どれくらいのものになるだろうかっていうところ……。

湯浅　そういう意味では、治療と結びつくような画像で、計画を立てたりするのは、CT よりも MR じゃないですかね。

川口　CT と MR を比較すると、MR はどうしても画像の歪みがあるので、正しい治療法としての価値はやっぱり CT の方が高いんですよ。だから、それをうまく MR で補正できればいいんですけど、どうしても原理上、絶対に歪みがあるので、治療法に関しては CT の方がたぶん……。

湯浅　そんなに歪みが多いんですか。

川口　1㍉の誤差って、やっぱり一応測定しないといけないので、そこまでの精度を求めていくと MR だとちょっと厳しいところはどうしてもあるんですけれども。ただ、例えば日常的に一番苦労しているのが、AVM の nidus っていうのは一体どこまでか、っていうのがどうしても判らなくて、今まで血管造影でこの範囲っていうふうにしていたわけですけれども、どうしても血管造影だと、正面・側面の２方向しか見られないので、あくまで投影像。それを見ていくと、結局３次元的な分布というかどんな形なのかみたいなのはよく分からないので。それを MR で見ると、『じゃあ、このシークエンスでこういう風に見えたどこまでが nidus だ』とか、あるいは『CT で染まっている、これは何の血管なのか』とか。そういうところが全部解明されると、その範囲を治療すればいいんだっていうのがわかると、とってもやり易い。そんなもんかな？

湯浅　なるほどね。それはおもしろいと言えばおもしろいですよね。そういうのは、診断とか治療とか本当はね、垣根がないんだよね。もう、そういう意味では。

奥田　たとえば、MR の画像を CT にレジストレーションすると役に立つのではないですか？

川口　今、治療計画システム上は、それはもう融合して。

奥田　それは、MR を CT に？

川口　というか、両方の画像を融合したようなかたちなんですよね。それはある程度、補正すると思うんですけど。

湯浅　MR の画像の歪みは計測って言う意味では、問題ですか。MR の画像がどういう形で歪んでいるっていうのは、どういう形で出るのかなあ。昔は、MR では、『計測なんてするもんじゃないよ』って言ってたんだけど、最近はほとんど MR 使って、実際は差し支え無しだよね。

川口　ええ。

湯浅　MR がどうしても抱える歪みというのが形として提示できたら、それはそれで非常に有意義だし……。興味深いですね。

川口　ゆくゆくは、相対的な形の変化みたいな、”多少歪んでいても形が大体こんな形”というのは、MR なら絶対でるんですけど、それだったらそれはそれでいいんですけど、定位照射に使うとなると絶対的な位置座標が問題になっちゃうんで、それだとどうしても FOV の端っこの方にいっちゃうと、何㍉かずれちゃったりとか。そうなっちゃうと、位置情報としてそれはやっぱり使えなくなっちゃうんで。

湯浅　どこまでが正確な答えになるかっていうことでは問題があるんでしょうね。

川口　相対的な部分で、”全体の形はこう”って言うのにはすごく適しているんだけれども、それを見るのには MR が一番優れているんですけど、絶対的な位置って事になっちゃうと、ちょっと厳しいものがあって。

湯浅　おもしろいよね。そういうの一緒にやっていけると、おもしろいよ

ね。なかなか、興味深い話が出てきましたね。

川口　あと、一番わかって嬉しいことは、線量が実際には定位照射が扱うような、狭い範囲に線量を集中させて照射した場合に、実際の吸収線量って測りようがないんですよ、今。線量計の大きさとかそういう問題もあって。実際に本当のところ、何Gyなのかっていうのは測りようがないので、そういうところをMRで何か測れる手段が……。まあ、試みはあるんですけれどもできると……。

奥田　それはシミュレーションということ？それとも実測で？

川口　実測で。

湯浅　どういう試みがあるんですか？

川口　もともと、フリッケ線量計っていう、化学線量計なんですが、酸化鉄を溶かした溶液に照射した時に、2価の鉄が3価になるから、吸光度でどのくらいの割合で変化したかで、線量を測るっていう古典的な線量計なんですけども、それをMRで使うとT1時間が変化するっていうのがあって、ゲル化して測れば、ファントムならファントムの中にターゲットを決めて、それを照射したあとMRで測ると信号の変化がどれくらいだから何Gyみたいな……。

奥田　MRって、確かにいろんな情報をとれる可能性があるので……。そこが、おもしろいですよね。

安藤　ハイパーサーミアで温度測定できるの？

奥田　ハイパーサーミアより、もっと高温域です。

安藤　何度くらいの精度で？

奥田　すみません、僕がむこうでおこなった実験だと±4℃。それは、もっと高温域なんですよ。いわゆる、ハイパーサーミアとは違って、腫瘍を直接電磁波で熱してしまうんで、70℃～80℃くらいの範囲なんですよ。

安藤　43℃くらいの加熱ってできるの？

奥田　やはり、誤差は出ると思うんですよ。

大須賀　腫瘍に、ということですね。

奥田　確かに、ハイパーサーミアとのからみでやっている人たちもいるんですけど、やっぱり誤差がちょっと。

安藤　3年くらい前にRSNAでその演題が出て、『将来はもう、MRの機械にハイパーサーミアの電磁波を照射するのを組み込んで一体化して、温度測定しながらもう治療してしまうというのができる』と、3年くらい前から言っていたんだけれども、未だに製品出てこないから、どうなってるんだろうと思って。

奥田　いや、一つには今使っている手法はSubtractionなんですよね。位置のずれによる誤差っていうのはかなり出てくると思うんですよ。原理的には例えば、頭とか動かない所だったらもう少し精度を上げられる。

安藤　Subtractionでやるの。

奥田　ええ。いろんな方法あるんですけど、化学シフトのずれで見るんですよね、温度を。あくまでも、化学シフトのずれを温度のずれに対応させるんで、絶対温度としてはまだ出ない。それが、問題といえばまた難しいところで。

湯浅　つぎに、田村先生。今どういう仕事をやっているか、あるいはやろうとしているかを話してもらえますか。一応研修期間が終わって、どんなふうにやっていきたいかというのを。

田村　私はUSを勉強したいと思っておりまして、上の先生方が、パッと病変を写し出す姿にあこがれているのですが、出張先でUSをしていなかったせいもあってか、技術面でもまだまだで、情けないばかりです。検査者によって作り出す画像が全く違うのには入局以来かわらず感動していますね。

湯浅　広尾病院ではやらないんですか。

田村　はい。広尾病院では外科や内科がやっていました。これから最先端の技術で何をこうしたいというような、具体的なことについては、正直申し上げて今はまだ見当もつきません。最近、USの分野でも、超音波造影剤やharmonic imagingなど、新しい話題がでてきていますが、それらを有意義に使えるように、基本的な技術をまずは身につけたいと思っています。

湯浅　画像診断はそういうものですよね。自分が施行した画像は同じModalityでも違う結果をだし得るということですね。それは、ＣＴでもそうだと思う。ほとんど、Routineになっているようなものでも担当するものによって、ここをどう検査するかっていうのが違ってきますね。

湯浅　中原先生の場合は出張での仕事はどうですか？



中原理紀
1997年入局　水瓶座　B型

中原　現在は、西台クリニックというところに出張しています。ここにPETが入る予定なんですが…

湯浅　先生はそこに行ってるわけ？

中原　はい。行ってます。でも、まだ機械は揃っていません。9月頃にはオープンする予定です。去年1年間、山中湖クリニックというところでPETを週2日勉強しにいってきました。実際に読影をしてきましたが、CTやMRIで“わからない”ような病変が、“わかる”ものが実際にあるということを、自分の目で確かめることができました。PETだけに限ったことではありませんが、画像診断の本をみると、嘘だとは言わないですけれども、典型的な病変や所見がほとんどで、現場で本当に役立つ検査なのかどうかは、実際に経験してみないとわからないと思います。

湯浅　核医学のこれからっていうか、こうやりたいっていうのは今どういうことがありますか。

中原　核医学の将来についてどうなるか僕にもわかりません。ただ、PETはこれから多くの医療施設に搬入されていく予定で、PET検査の需要も増えてくるとは思います。

湯浅　慶応には入るんですか？

中原　慶應の場合には、藤沢にPETが入る予定だったんですが、（おそらく）“オオタカ”という鳥が建設の場所に住んでいるようで、“オオタカ”が希少価値のある鳥だということで、動物保護団体に反対されているので、建設が遅れるかもしくはできないかっていう話のようです。

奥田　それはサイクロトロンを作るので？

中原　サイクロトロンも搬入すると思うんですけれども、もしかしたら業者から仕入れることになるかもしれません。

奥田　でも、半減期とか短いんじゃないの、PETって？

中原　核種によって半減期も違いますけれども、臨床的に用いられるものは分単位のものです。短くて1分くらいで、長いのは110分などもあります。

湯浅　優秀な人に聞くと、これからの画像診断は機能を含めてだと、核医学が重要であると言われること多いですよね。

中原　あくまで僕の印象なんですけれども、例えば画像診断全体を100

とすると、90は他より劣ると思うんです。残りの1割の限られた疾患や限られた機能を評価するという点では、たぶん他よりも優れているだろうと思っています。

湯浅　いろんな疾患で、それぞれ『ここがいいんだよ』っていうのが、核医学になるとかなり出てくるって言う人は多いですよね。やはり、かなり組織特異性というところですか。

中原　そうですね。今、PETで最もよく利用されているのはFDGというｸﾞﾙｺｰｽと非常によく似たポジトロン製剤で、腫瘍の検索に有用とされています。腫瘍は糖代謝が非常に活発なので、それを利用して腫瘍を発見する、もしくは悪性腫瘍と良性腫瘍を鑑別することができます。

湯浅　それは、かなり将来的にいけそうなんですか？

中原　そうですね。転移の発見に関しては、世界的にも認められています。他のモダリティでは転移の判断が難しいことが多いので、実際に勉強してFDG PETが転移の検索に有用であることもよくわかりました。

大須賀　いずれは、癌が見つかった人の全身のメタ検索という時にPETになっちゃう。

中原　実際にアメリカに見に行った方の話ですが、単純写真で肺に腫瘤が見つかった場合に、アメリカでは日本と違って次にCTを撮るということはしないようです。FDG PETを次に行って、原発巣以外に異常所見がないとした場合には、その次の日には手術をして非常に早くに退院することができるそうなんです。この話がすべてに適応されるわけではないでしょうが、PETの有用性を示した一例だと思います。CTは、どの部位の病変でも、どんな疾患でも対応できる、非常に優れたモダリティだと思いますけれども。

湯浅　それでは、もう少し話を進めましょう。では、大須賀さんは3年の研修期間を終えてみてどうですか？

大須賀　皆さんが、すごいアカデミックな話をなさった後で、まだ、ビジョンが見えてない状態で話をするのも。

湯浅　でも、楽しいっていうか、僕らもそうだったけど、出張する時っていうのはやっぱり開放感っていうのが、自分が何でもできる感じがあったよね。

大須賀　今まで3年間やってきて、自分で放射線科医になって楽しいなって思うのは、臨床の先生とかが全然疑ってもいないような疾患を拾い出して、診断の向きを変えて、Misdirectionを”ごっ”と変えて、それがあたった時っていうのは、やってよかったなって思える瞬間です。そういう時に救急で患者さんが運ばれてきて、『腹痛です』とかいって見た時に、自分でその患者さんの方向性を決められる時に、非常に楽しいなと思えるんですよね。出張すると特に、ＣＴなんかでもそういうのがわかりますけど、だいたいどこの病院でもＵＳって置いてあるっていうのもあって、それを自分の腕で、田村先生のお話とも重なってくるんですけども、自分の手によって写し出した画像っていうものによって、診断がついていくっていうのが、とっても楽しいなと思いますね。ただ、教授面接が最初にあった時に、同じような内容のことを聞かれまして、救急医療と画像のからみっていうのに、興味があるって話をしたんですけど、救急の画像診断やるには絶対的に人数が足りない。人数がいないと、24時間いつでも自分が張ってなければいけない状態になってしまうので、今の現状では、そちらの方にっていうのは難しいんではないかというお話で、確かにそうだろうなあって思いました。

湯浅　でも、本当に必要とされている時に、臨床の場にいたいっていうのはありますね。

大須賀　ええ、ありますね。パート先でも、パート先に着いた途端に放射線科に外科の先生が張ってて、『先生来てくれた、見て欲しいのがあるんだけど』みたいな感じで。

湯浅　呼ばれますよね、確かに。

大須賀　はい。

湯浅　アンギオでも緊急アンギオ。逆に、大変だなって思われても一番嬉しい。アンギオをやってる時に、一番嬉しいのは、緊急で呼ばれた時が一番楽しいっていうのは、僕もあったね。

大須賀　普通にこなして終わるっていう感じになっちゃうこともある。無事に終われば御の字って感じなんですが、だから裏腹なんですね。

湯浅　必要とされている所に自分がいるっていうのが、仕事の充実感につながりますよね。何が嬉しくて仕事をするかっていうところが重要だと思うんだけどね。

奥田　アメリカでは画像診断医は doctor's doctor と言われることもあります。

大須賀　そうですね。他科の先生のお役に立てた時に、”ああ、やってよかった”と思える瞬間だなって思えるんですよね。

湯浅　でも、それは患者にとって一番大事だよね。

大須賀　そうなんですよね。結局、最終的には患者さんに良いことになっていくんで。ただ、さみしい時もありますけどね。私たちの姿が患者さんからは見えていないっていうのが、さみしくなる時もなくもないですね。

女性の放射線科医

湯浅　そうですね。いつもそんな風に働いているかというと、必ずしもそういうわけでもない時もあるね。それは次に、少し違った話題に行きましょう。最近慶應の放射線科では、女性がすごく増えてるんですよ。他の大学を見ても、女性の放射線科医って非常に増えてるんですよ。外国を見たら、女性の放射線科医ってすごく多いですよね。そういう、女性の放射線科医がきちんと育たないといけないと思うけれど、ただ現状は非常に劣悪なものだと思うんですよね。女性が一生涯、放射線科医としてやり続けるということが重要で、女性の場合はある程度、ハンデを負わざるを得ないような状況があるんじゃないですか。そういうのを踏まえて、是非、放射線科で女性がそういう風にきちんとやるための条件とか、こうなきゃいけないとかあったら是非ここで言って頂いた方がいいかなと思うんですよね。

奥田　アメリカでは、共働きというのが当たり前で、だからそれをバックアップする、いわゆるベビーシッターだとか子供の面倒を見るシステムが充実しています。だから、確かにむこうの放射線科でも、女医さんはたくさんいる。でも、やっぱり子供を持ったとしても、それをちゃんとバックアップしてくれる組織がちゃんとあるんで、あんまりそういったことでデメリットはない。

湯浅　特に放射線科は、率先して女性の働ける職場として確立されていくべきだなと思うんだけど、どうですかね。

川口　そうだと思います。逆に自分としては特別どうとか、男性にしか出来ない仕事だなんて思ったことは一度もない。それで、男性に縛られちゃったりすることは、理不尽かなっていうのは思いますけど。

湯浅　僕らが考えなきゃいけないことは多いですよね。男の立場からすると、より配慮しなきゃいけないっていう部分もあるし。逆に言えば、女性が遠慮しちゃいけないんだろうって、僕は思ってるんですけど。自分が主張することを主張しなければ、いけないんだろうと思っている。

田村　同じ女性であってもやはり個人個人で事情が異なりますので、一言で言うのは、とても難しい問題ですよね。

湯浅　例えば、僕らはだいたい帰るのでも８時９時が当たり前じゃないですか。11時に帰ったって、別にそんなの遅いとも言われないですよね、奥さんに。ただ例えば、子供がいたり、特に小さい子供がいたりしたら、もう５時に帰ったってそれは当然だよね。と思うんですよ、僕はね。それを当然として受け止めなければ、やっていけないと思うんですよ、今の世の中では。例えば、そういう主張をし合いながら、女性をとにかく一生の仲間として、当たり前のようにやれていく職場を作ろうとする認識が必要だと思います。同じ事をしなきゃいけないっていうのは有り得ないし、そういう発想をすること自体が、僕はいけないかなって思うんですけど、そう思いません？

田村　それは非常に理想的なご意見だと思いますが、……。

湯浅　それでは普通の生活はできなくなってしまうよね。

田村　母親に子供の面倒を見てもらえるような状況であるか、近くに保育所があるか、子供の健康状態はどうかといった細かいことでも、大きく事情が変わりますよね。

湯浅　一応きまりはありますよね。しかし、研修医がどういうような対応になるかとか、いろんなことが問題になると思うんですよね。放射線診断科で、そういうのがありましたよね？

大須賀　できました。

湯浅　診断科は作ったんですよ。女性のための内規を。

安藤　慶応の服務規程に準ずるんでしょう。

大須賀　ただ、育児休暇を希望すればとれるみたいな様に書いてあったような気がしますけれども、ちょっと調べましょう。

湯浅　それがハンディになってはいけないって思うんですよ。

田村　最近日本医師会雑誌にも載っていましたが、『３歳までの母親の子供の育て方が、その子供の人生に非常に影響する』といいますよね。そうすると育児休暇を１年とったとしても、まだ足りないことになってしまうんですね。

湯浅　幼稚園に行ったって送り迎えがあって、他のお母さんは来てるのにうちのお母さんは来てないやみたいなことも負担になるよね。

田村　小学生であっても、家に帰ってきて”鍵っこ”なのはさみしいでしょうね。それでも自分としては仕事を続けたいと思っている先生方が多いでしょうから、両立のために、具体的にどうしたらよいのかというのはとても難しい問題ですね。

湯浅　まさに１０年後どうなっているのかなっていうのを思うと、そういう問題っていうのはものすごく切実ですよね。僕らは同僚として、同じ様に仕事を続けるのは無理な時期はあっても、それでもやっぱり仕事を持続してほしいと思うわけでしょ。そういう環境をいかに作っていくかだよね。

田村　例えば極端な話で５年くらい仕事を休んでしまっても、その後復帰できるようなシステムが整っていれば心強いですね。ただその間に知識をどれだけキープできるのか、あるいは復帰してからのリハビリのようなシステムを期待していいのかどうかがまた問題となりますが。

湯浅　それは期待しなきゃいけないし、要求しなきゃいけないことだと僕は思いますね。それで、診断科では女性の意見をまとめてもらって、一応、こういう形が今考えられる最低限みたいなね、ルールみたいなものを作ってもらったんですよ。言ってもらわなければ男はわからないところが多いですよ。特に放射線科は女性が占める割合がどんどん増えている。

僕らだけが今のままでいいんだ、と思っていたらとんでもないことになると思います。

大須賀　必然的に人数が増えてくると、どうしようもなくなってシステムもできていくかなという気も、正直しなくもないんですけど。

（＾＾；；

湯浅　そういう事を常に考えないといけないなあと、思いますね。

田村　女性医師同士でも話し合っていく必要があるのでしょうね。

大須賀　その内規を決める時に、ある先生から打診をいただいたことはありました。

湯浅　そういうことも考えていると、男の生き方も変わってくると思うんですよね。子供は女性が送り迎えしていればいいのかっていうようなことを考えるようになる。

大須賀　それぞれの家庭によって、違うでしょうね。

湯浅　男も必要になるし。だから男も休む。

奥田　『じゃあ、今日は子供のお迎えがありますので』って。

湯浅　そうそう、それを普通に言えるっていうね。僕はそういうようになっていく必要があるかなと思います。

大須賀　認められる世界になってればね。

湯浅　今はもう、自分の子供を、これから育てていくような年代ではないけれど。今そうであれば、是非そうしたいなって思います。『今日は幼稚園のお迎えだから帰ります』って。（笑）　そうじゃないと、僕は貴重な女性の同僚を失いかねないと思ってますよ。

大須賀　実際、まだその時にお子さんを持ってらっしゃる女性が、この席にいらっしゃらないのが残念ではありますけれど、自分がもし産んだとしたら、たぶん一緒に働いている先生に対する申し訳なさで一杯になってしまうと思うんです。定時だけではこなせない分っていうのが、絶対に今の現実問題としてありますから、同僚とか先輩とかを残して先に帰るっていうのは、良心の呵責がありますんで。

湯浅　それは、当たり前だと思えないといけないんでしょうね。

大須賀　かといって、子供に対する良心の呵責もあったりして、たぶん狭間で引き裂かれるような思いが、絶対出てくるだろうなって思うんですよね。

奥田　それは、すぐには答えが出てこないと思うんだけど。やっぱり、時間をかけて。

大須賀　そうですね。今年の入局者も6人中5人が女性ですからね。もう自動的に、現実問題になってきますからね。

10年後

湯浅　次の10年後の座談会は、女性が中心になっているんだろうって思います。そういう意味でいくと、そろそろ今後どうするか、10年後どうするかっていう話題に進みましょう。川口先生、10年後は何してますか。

川口　想像できないですよね。

湯浅　放射線科の10年後っていうのは、僕の経験から言うと、ほとんど想像できないですよね。

川口　治療とか想像できないんですけど、放射線科ってやっぱり他の科と比べて、かなり分野をわけるにあたって切り口が違うと思うんで、よその科と関わっていく。それも診断から治療まで、深く深く広く関わるかなと思って。だから、そういう意味ではどこまでそれが、マンパワーの問題もあるし、やって行けるかどうかわからないんですけれども、患者さんの事を考えて、どんな検査をしてどんな治療をするのが、その患者さんにとって一番メリットがあるのかなっていう観点から、トータルで広い視野で関わっていけるかっていうのが放射線科ではないのかなという気がしますね。だから、そういう風になれたらいいなと。

湯浅　それは、全く同感ですね。そういう意味では、基本的には例えば10年経ってもそういう考え方っていうのは変わらないでしょうね。放射線治療はどうなっているだろうかという点ではどうですか。

川口　そうですね。そういう意味で言えば、放射線治療の分野で言えば、外科手術はだんだんやっぱり少なくなっていくっていうと語弊があるんでしょうけれど、患者さん自身はやっぱり切られるよりかは、放射線で治せるもんだったら同じ治療成績だったら、切らずにすむ方がいいだろうって。だいたい、普通の人はそう思うと思って。そういう風に胸を張って、『これは同じ結果が出るんですよ』って言えると、やっぱり嬉しいですね。

湯浅　その可能性はずっと大きいでしょう。

川口　だと思いますね。やっぱり、そういう分野は最近どんどん広がってますから、大きな流れとしてはそっちの方に行くんじゃないかなと思いますけど。そのための技術なり機械なりが、どんどん進歩しているわけですけど。

湯浅　治療の大きな進歩っていうのは、どういうのがあるんですか。

川口　先ほどの定位照射の話とか出てきましたけれども、そういう意味で物理的な線量を変えてきたっていうか、要するに必要の無い所にはかけなくて、必要の有る所によりたくさんかけるということができるように、かけ方の工夫だとか装置の開発だとかができてきている。

湯浅　まったく、画期的な放射線治療の装置が出てくるというようなこともあるんですか。

川口　そういう装置は……。根底から覆すようなっていうのは、今のところないと思うんですけどね。

湯浅　じゃあ、地道に10年間努力していけば、そういうのが埋まっていく。

川口　そうですね。今見えているのはもちろんそういう方向ですけど、もちろん見えてない所でそういうのはあるかも知れない。

10年後の核医学

湯浅　核医学なんかはどうなんでしょう。10年後っていうのはどうなっているのか。

中原　そうですね。いろいろ出来ているでしょうね。半導体なども日常検査で用いられているかもしれない。先ほどの川口先生の話を聞いて、同感だと思ったことがあります。現在の医療では無駄な検査が多いですよね。どの分野においても。現場では、外科や内科の先生が、良かれと思って画像検査を依頼してくるのだろうとは思うんですが、放射線科から見ると、これは検査の必要がないのではということがしばしばあります。言い換えれば患者さんが余計な被曝をすることになっていると思います。

湯浅　お金もかかるしね。

中原　ええ、お金もかかって大変だと思います。将来的にどうなるかわかりませんが、例えば1つの理想としては…、それぞれの病棟にはカルテがあり主治医が書いてありますよね。そこの一番下の段などに放射線科担当医のようなものをつけて、“中原”とか書いてあったりすると、その患者さんの画像検査はすべてこの先生に任せると。臨床医は画像検査の適応や画像検査をするﾀｲﾐﾝｸﾞを放射線科担当医と相談する。そういう風にしたらどうでしょうか。いつも思うんですが、現在の読影現場では患者さんのカルテをチェックする時間が足りないのでチェックが不十分になることも少なくないですよね。その患者さんにとって、本当に重要なところはどこかっていうのを、もしかしたらちゃんと見ていないかもしれないと思うことがあります。でも、担当医という風に患者さんを受け持てば、カルテを、カルテというけ

か病歴や経過を全部把握してるわけなので、例えばCTを撮らなくても今は単純写真で経過を追えばよいなどの支持をだせるように思うんですけれども。

大須賀　マンパワーが足りないですよね、いくらなんでも。

中原　そうなんですよ。人が足りないなというのはつくづく思いますけれども、今これを行うには大変すぎる…。たぶん手いっぱいになっちゃうと思うんで…。

湯浅　診断部ではどうですかね。10年後は僕には想像するのが難しいけど。

奥田　逆に、10年前どうだったかっていうのを振り返ると、例えばCTではインクリメンタルCTというのがちょうど出てきた頃で、一回の息止めで断続的に複数スライスが撮れるので、当時としては画期的でした。ところが今はマルチディテクターCTの時代です。それこそ一呼吸のうちに体の半分くらいの範囲を撮ってしまう。MRでも、10年前はマルチプルショットレアによる意気止めT2画像が学会で話題になりました。それが今ではEPIが現実に臨床でも応用されています。こうなると便利だなっていうものが、かなり10年間の間に実現されてきた。だからたぶん、今ちょっとこれは不便だなって思うのはそのうち実用化されると期待をもっていいのではないでしょうか。

PACS

湯浅　10年後には、PACSがもうちょっと一般的になってくるんじゃないのかなと。

安藤　たぶん、5年でかなり一般化するでしょう。アメリカの現状をみると。

湯浅　常に、全部のデータをやりとりする必要はないんじゃないですか。

安藤　だから、key f i l mに相当するような画像のみでいいっていう。

湯浅　とにかく全部をストアして、外来で全部見れるような状況を考えたら、逆にうまくいかないように思う。

安藤　たぶんMRで、すべてのT1，T2画像を外来で表示するようにしたら、外来でじっくり見ている暇はないでしょう。

大須賀　そうですね。

湯浅　僕らの本当に必要な画像は何かっていうのが、一番重要になってくる。それがないと、データがどんどん、どんどん、大きくなるばっかりなんで、逆にそんな大きなデータ送られても困る人ばっかりですよね。

大須賀　ハードの方は出てきますね。

湯浅　例えば何百枚っていうデータを見るなんていったら、それはほとんど不可能になるからその前に、僕らがそこをコントロールして必要な画像と必要でない画像、必要な情報をきちんとそこに入れられなければ難しいでしょう。

安藤　たぶん、これは限りなくレポートと画像が一緒になって、要するにレポートにも画像がくっついている。レポート読めば、もう必要な情報は全部見られると。

湯浅　そうだと思うんですよね。その視点っていうのが確実に必要ですよね。

安藤　逆に、そういうレベルの人、放射線科医としてのIdentityが保てないのではないかと思います。画像が全部、外来や病棟にばっと飛んじゃうと、じゃあ放射線科医は何やってるのって話になってしまうと思う。

大須賀　でも、画像のスペシャリストではないですよね。

安藤　でも、例えば神経内科だったら頭だけは読めますって言う人、結構いるんのでは？

湯浅　今の情報量だけだったらそうだと思う。

安藤　例えば、放射線学会で言っているのは、将来PACSが普及したら、放射線科のIdentityをどうやって

保とうかって。皆さんまともに、議論している。

湯浅　患者さんにわからせる。やっぱり、患者さんが見てもわかる画像にしなきゃいけないっていうことも大事でしょうね。

放射線科医の QOL

湯浅　患者さんの Q.O.L. を考える事は重要ですが、自分たちの Q.O.L. についてはどうですか。

大須賀　そうですね。何か別に、早く帰ったところで旦那が家にいるわけじゃないし、っていうのがありますね。とりあえず旦那が帰ってくる頃、±1時間ぐらいには帰って、ごはん作れればいいかなって感覚ですけど。

湯浅　でも、これからずっとそれだったら、ちょっとさみしくない。

大須賀　まあ、それが子供できちゃった時にどうなるかが、やっぱり困るなと思いますけど、今まだどっちも医者でどっちも普通に働いてて、だから別に……。

大須賀　信じてもらえないんですよ、姑とかには。毎日酒を飲んできていると思われている。（笑）でも本当、世間的にはたぶん女性がそういう時間までいるっていうのは……。

湯浅　趣味とかはどうですか。

安藤　走ったりする人ね。

田村　そうですね。日光の下でリフレッシュできたりすると、がんばれそうな気がしてきますよね。

湯浅　僕は人間としてはやぱり、かなりこう円満なっていうか、まともな人格形成をしていく必要がありますよね。僕は走ったり泳いだりすることで、やっぱり仕事に『明日頑張れるな』っていう風に思うようにはなりましたけどね。

田村　個人的には、週末は運動しに行こうという気にならずに、家で”ぼー”っと過ごしてしまいますね。

大須賀　疲れるから……。

田村　そこを頑張って、テニスをしたりすると、また楽しいのでしょうけれど。

奥田　それでも、土曜日と日曜日と休みだったら一日は出掛けるとか。

湯浅　土、日が休みならいいですね。

奥田　ええ、一日は遊べる。

湯浅　でも今、土・日休みじゃないですよね。土曜日もほとんど平日モードでしょ、慶応は。

奥田　夕方までいますからね、何だかんだ言って。

湯浅　大須賀さんは、趣味とかないんですか？

大須賀　もうほとんど、実益を兼ねて、料理ですね。

湯浅　料理？

大須賀　料理ですね。

湯浅　ああ、それはいいですね。

湯浅　奥田先生はあんまり趣味ないの？

奥田　趣味ですか。これといって……。最近は、やっぱり家に帰れば子供の相手で時間がありませんから……。

湯浅　それはそれで、かなりの趣味ですよね。

奥田　まあ、子供を趣味に入れるとすれば、それが趣味。

湯浅　子供がいればいいって話でしょ。ただ、その子供が成長してきてからすぐその後に……。

奥田　そうですね。

湯浅　見捨てられますからね。

大須賀　女の子？

奥田　女の子２人です。

湯浅　でも、治療科では、走るのが流行っているんでしょ。今でもみんな走っているの？

安藤　いや、そんなことないでしょ。（笑）

川口　いや、走っているのはごく一部ですよ。私は、車でしか走ってませんよ。

安藤　こないだ山中湖で走ったんでしょ。

川口　いやあれは、だから山中湖ぐらいはちょっと走っても、まあいいか

なと思って。でも、やっぱりつらいから……。

湯浅　１５キロなの。

川口　一周１５キロで。

湯浅　僕はだいたい毎週、週末はね、10キロ走るんですよ。前は少し時間がある時は、週３回10キロ走っていたんですよね。

安藤　放射線科陸上部ですね。

湯浅　だから、走る喜びは、充分わかったような気がしますね。

川口　僕の場合、同じ走るでも車で走る方なんで。

湯浅　仕事をしていれば何だって許されるという家族を大事にしない考えは、家族には、『あなたはそれでいいかもしれないけど』と言われる。『今日あいつが休んでいるのは何で』、『子供の運動会です』って、そういうのが本当は当たり前なんだと思うけど……。そういう感覚ってまだ成熟していないと思うんだよね、現状は。そういうことを含めて１０年後にもっとこう豊かな放射線科医になっていけるといいね……。

人間的な放射線科医

湯浅　１０年後は何をしたらいいのかよく判らないという結論で。（笑）１０年後は、人間的な放射線科医っていうこと。

安藤　そう、医者よりもまず人間でありたい。

湯浅　いや、医者よりもっていうか、人間として何になるとかね。歩むべき道がかなり見えてきたっていうか、あとは、生活をいかに豊かにするかっていうことですかね。

大須賀　自分の希望じゃないですけれど、優秀な先生に入って欲しいなと思いますね。

湯浅　やっぱり、今いるのは優秀でないと。

大須賀　いや、そうじゃなくて。（笑）。やっぱりマンパワーが足りないっていうのがよく出てきますけど、いろいろやりたいことを考えていくと、マンパワーが足りないことっていうのが、やっぱりネックになってくるんで。ただ、マンパワーってただ人数がいればいいかっていうと、そういう問題でもないから、やはり優秀な人にいっぱい入ってもらいたいなと思いますよね。で、そのためには魅力のある科にならないと、と思うわけです。

湯浅　そう、魅力のある科になるためには、後輩が入りたい科になるためにはどうするかですよね。

湯浅　いや、いろんな意味でね、Activity が高いっていうことですかね。いろんな所に、いろんなことに目が向くっていうか、そういう人の集団であることが必要かなとは思うんですよね。パソコンの前にだけ座っていてもダメだし、かといって、そういうのを毛嫌いしているようでも、いけないですよね。

川口　放射線科みたいな診療科って、割といいなって思うんですよね。こんなこともしてるんだ、みたいなね。

湯浅　そう、いろんな可能性がね、許されるべきだと思うんですよね。発想もそうだし。同じような発想をしなきゃいけないっていうのは、絶対ないんで。そういう意味ではかなりユニークな、人材が今、たくさんいるんだなあと思いますよね。

安藤　それでは、そろそろお開きにしますか。

湯浅　いろいろ、２１世紀を迎える放射線科の担うべき選りすぐられた人たちと、非常に楽しい座談会を持てました。一応これでお開きということで、どうもありがとうございました。

部悪
学変
医室
学教
大学
塾科
義線
應射
慶放

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1920－1924

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1920 大正9年	7月16日：理学診療科として開設 初代、藤浪剛一教授就任 	大学令施行、文・経・法・医の 4学部と予科・大学院新発足
1921		慶應医学発刊
1922		
1923	4月：純正レントゲン物理学研究室設置 	関東大震災（死者9万人余）、 救護活動 西病舎（後の別館）竣工 
1924	1月：深部治療室の増設 	

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1925－1929

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1925 大正14年		
1926	慶應レントゲン叢書創刊（昭6、実践医理学叢書、昭16医理学叢書と改稱）	食養研究所、臨床研究室竣工 
1927		
1928		
1929		予防医学校舎竣工 

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1930－1934

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1930 昭和5年		医学部10周年記念式
1931		北里柴三郎逝去、享年80歳 
1932		義塾創立75周年祭、病院別館竣工 
1933	日本放射線医学会発足 （藤浪剛一教授、第1回会長）	
1934	婦人科レントゲン発足、婦人科放射線治療開始	福沢諭吉100年祭（大阪） 三田医学部予科校舎火災 

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1935－1939

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1935 昭和10年		
1936	藤浪剛一教授、第4回日本放射線医学会総会主催	日吉医学部予科開校 
1937		北里記念図書館 （医学情報センター）竣工 
1938		
1939		

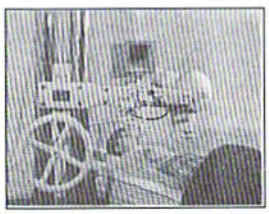
慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1940－1944

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1940 昭和15年		
1941		月ヶ瀬治療学研究所開設
1942	3月27日：藤浪剛一教授、第2回日本医学放射線学会主催 11月29日：藤浪剛一教授逝去（63歳）	
1943	2月：春名英之教授就任 	
1944		慶應義塾大学附属医学専門部創立

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1945－1949

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1945 昭和20年		5月25日：大空襲により医学部病院の6割焼失 陸軍第9技術研究所跡を借用して医学部、工学部予科授業開始 三鷹に解剖・生理・医科学を移し、武蔵野富士産業青年学校寄宿舎を借用、大学医学部分校とした（1956.3まで）
1946		
1947		予防医学校舎、薬科学研究所を病棟として150床増床 木造外来病棟本館着工 
1948	木造新館に受付、診察室、物療室、撮影室、透視室、暗室、深部治療室が完成	慶應医学復刊 病院本館竣工
1949		

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1950－1954

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1950 昭和25年	放射線医学教室に全国統一科名変更	医学部病院30周年記念式典
1951		慶應義塾大学医学部専門部廃止
1952		ほ号病棟（現2号棟）完成  新制大学医学部発足
1953	慶應に近代放射線治療発足（テレコバルト設置） 	大学院博士課程開設
1954		特別病棟（現7号棟）竣工

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1955－1959

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1955 昭和30年		食養研究所30周年式典挙行
1956	4月1日：春名英之教授、第15回日本医学放射線学会主催	基礎医学第1校舎竣工 大学院医学研究科（博士課程）設置
1957	医学部アイソトープ委員会に放射線業務管理室設置	武見太郎日本医師会長に当選 三四会長に選出  基礎医学第3校舎（東校舎）竣工
1958	中央レントゲン室設置	日本ワックスマン財団発足 9月26日：狩野川台風により月ヶ瀬温泉治療学研究所流失 創立百年記念式典挙行（日吉） 
1959	アイソトープ検査室を設置	医学部労働組合発足

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1960－1964

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1960 昭和35年	放射線業務管理室を2号棟地下西出口階段下に設置	赤倉山荘焼失 厚生女子学院別科開設
1961		中央棟着工、基礎医学第2校舎竣工
1962		看護婦寄宿舎新館竣工（白梅寮）
1963	中央放射線技術室設置　初代室長加藤俊男講師	病院中央棟竣工 皮膚科と泌尿器科学の2教室に分離 病院管理学教室開設 慶大眼球銀行設立 形成外科学教室発足 微生物学教室2教授制 分子生物学教室開設
1964	3月1日：山下久雄教授就任  11月10日：春名英之教授逝去（64歳）	

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1965－1969

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1965 昭和40年	放射線治療棟完成（明治生命より3億円融資） 1号リナック（Nelac 1006B）設置 	病院1号棟竣工 学費値上反対（日吉）全学ストに発展
1966	加藤俊男教授就任 	慶應がんセンター披露式 
1967		医学部50周年記念式典
1968		腎センター業務開始
1969		輸血センター開設

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1970－1974

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1970 昭和45年	橋本省三、北里大学医学部教授就任 西岡清春客員教授就任	財団法人慶應健康相談センター 発足
1971	4月1日　放射線診断部発足 放射線科、核医学診断部門 シンチレーションカメラ室増築	
1972	西岡清春教授就任 	
1973		
1974	熊倉賢二教授就任 松山正也　東海大教授就任 	慶應義塾大学伊勢慶應病院開院披露
	4月5～7日：山下久雄教授第33回日本 医学放射線学会主催 	

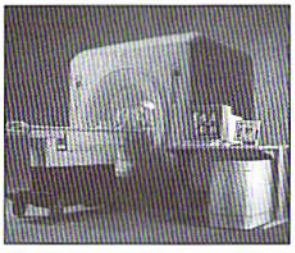
慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1975－1979

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1975 昭和50年		老人科（診療科）設置
1976	山下久雄教授停年退職 橋本省三、北里大学より教授就任 松林隆　北里大学教授就任 頭部CT（EMIスキャナー）竣工 	
1977	永井純　帝京大学教授就任（10月）	
1978		
1979		共同利用RI研究棟竣工

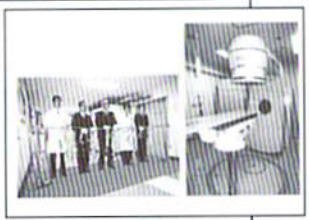
慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1980－1984

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1980 昭和55年	X線CT室増築 全身用CT（GE CT／T8800）設置 超音波断層検査開始	
1981		
1982	新リナック（三菱電機　ML-6MA）設置	
1983		慶應義塾創立125周年
1984	全身用CT 3台体制	

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1985－1989

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1985 昭和60年		
1986		
1987	MRI室完成（SIGNA 1.5T設置） 全身用CT 4台体制 	新棟竣工
1988	3月：西岡清春教授退職 4月：放射線科学教室、放射線治療・核医学科と 放射線診断科（旧放射線診断部）が統合	救急部新設
1989		

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1990－1994

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1990 平成2年	消化管100万画素DR装置導入	
1991	熊倉教授停年退職　名誉教授に 平松京一教授就任 	スポーツクリニック新設
1992	4月3日：橋本省三教授、第51回日本医学放射線学会主催 10月：橋本省三教授退職 第2MR棟完成　MRI3台体制 	
1993	4月：久保敦司教授就任 4台目MRI（1.5テスラ）設置 	
1994	3月：リナック2台新設  パワードップラ超音波装置導入	

慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　1995－1999

	放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
1995 平成7年	7月：伊東久夫　千葉大学医学部教授就任 8月：平松京一教授 第2回アジア太平洋 心血管インターベンション学会を主催	
1996	1月：田中満　東京医大教授就任	新教育研究棟竣工 リハビリテーション医学教室設置
1997	7月：IVR-AngioCT導入	
1998	消化管400万画素DR装置導入	
1999	4月6日：平松京一教授、第58回日本医学放射線学会 主催 マルチスライスCT（GE社製Qxi）設置 消化管全室に400万画素DR装置設置	総合医科学研究棟着工





慶應義塾大学医学部放射線科学教室変遷　2000－

20000
平成12年

放射線科学教室	慶應義塾医学部の歴史
4月：平松京一教授停年退職 6月：栗林幸夫教授就任	



歴代教授

藤浪　剛一	1920—1942
春名　英之	1943—1964
加藤　俊男	1966—1970
山下　久雄	1964—1976
西岡　清春	1972—1988
熊倉　賢二	1974—1991
橋本　省三	1976—1992
平松　京一	1991—2000
久保　敦司	1993—現在
栗林　幸夫	2000—現在

名誉教授

熊倉　賢二（特）

客員教授

藤巻　時男（14），　西岡　清春（特），　田村　宏平（32）
木下　文雄（専2），　平松　京一（特），　志賀　逸夫（特）

他大学、および他科教授

	卒業年度	
前田　和三郎　（名）	大正９	慶應義塾大学医学部整形外科
桜井　勇太郎　（特）	大正11	昭和女子大学
石田　二郎　（２）	大正13	慶應義塾大学医学部内科
中島　精（3）	大正14	慶應義塾大学医学部産婦人科
大鳥　蘭三郎（11）	昭和７	慶應義塾大学医学部医史学教室
平松　博（特）	昭和８	金沢大学医学部放射線科、富山医科薬科大学学長
玉木　正男（特）	昭和11	大阪市立大学医学部放射線科
大内　広子（特）	昭和14	東京女子医科大学産婦人科
片山　通夫（専2）	昭和24	昭和大学医学部藤が丘病院放射線科
橋本　省三（32）	昭和28	北里大学医学部放射線科
永井　純（特）	昭和30	独協医科大学放射線科、自治医科大学大宮医療センター放射線科
辻　公美（特）	昭和32	東海大学医学部移植免疫学科
松林　隆（39）	昭和35	北里大学医学部放射線科
松山　正也（特）	昭和35	東海大学医学部放射線科
平松　慶博（特）	昭和37	東邦大学医学部大橋病院放射線科
田中　満（特）	昭和38	東京医科大学WHO協力研究研修センター（呼吸器疾患内視鏡）
西村　明久（特）	昭和41	川崎医療短期大学
藤岡　睦久（特）	昭和41	独協医科大学放射線科
草野　正一（47）	昭和43	防衛医科大学校放射線科
連　熙隆（特）	昭和44	台湾、高雄医学院放射線科
伊東　久夫（49）	昭和45	千葉大学医学部放射線科
伊藤　勝陽（特）	昭和47	広島大学医学部放射線科
松橋　有子（52）	昭和48	広島大学教育学部児童保健学科
竹田　寛（特）	昭和50	三重大学医学部放射線科
尾川　浩一（特）	昭和57	法政大学工学部

放射線科学教室

放射線科学教室員

教　授
久保　敦司
栗林　幸夫

専任講師
甲田　英一
近藤　誠
成松　芳明
杉野　吉則
安藤　裕
湯浅　祐二
今井　裕
国枝　悦夫
中村　佳代子
茂松　直之
橋本　順

助　手
大熊　潔
谷本　伸弘
橋本　統
百島　祐貴
田中　治
新本　弘
陣崎　雅弘
平松　秀子
藤井　博史
奥田　茂男
川田　哲也
杏木　章二
戸矢　和仁
倉田　忠宜
中野　敬子
藤原　広和
布袋　伸一
山崎　裕哉
川口　修
鈴木　和代
沖　陽輔
石橋　了知
佐藤　浩三
鈴木　天之
武田　篤也
長谷川　市郎
長谷部　光泉
松本　一宏
森　徹
岡田　真広
島田　恭子
田村　克巳
川瀬　貴嗣
杉浦　弘明
田波　穣
田波　良子
吉岡　宏美
大須賀　香絵
笠松　智孝
齋藤　一浩
謝　毅宏
菅原　章友
中原　理紀
井上　征雄
大橋　俊夫
鹿島　恭子
篠原　真木子
中川　達生
屋代　英樹
山下　智裕
宮平　睦美

研　修　医
磯貝　豪
井上　政則
佐藤　真康
深田　淳一
眞砂　勝泰
矢地　孝
山本　星河
渡邊　芽美
上野　彰久
柏倉　美和子
津田　朋子
中本　真妃
野村　あやの
山本　あゆみ

医学部名誉教授
熊倉　賢二

医学部客員教授
平松　京一
志賀　逸夫

医学部客員助教授
小林　剛
土器屋　卓志

医学部客員講師
高木　八重子
正木　英一
熊谷　英夫
冨永　紳一
関　達夫
大内　敏宏
山下　昌次
栗林　徹
中山　俊威
片山　通章

特別研究助教授
紙中　庄司

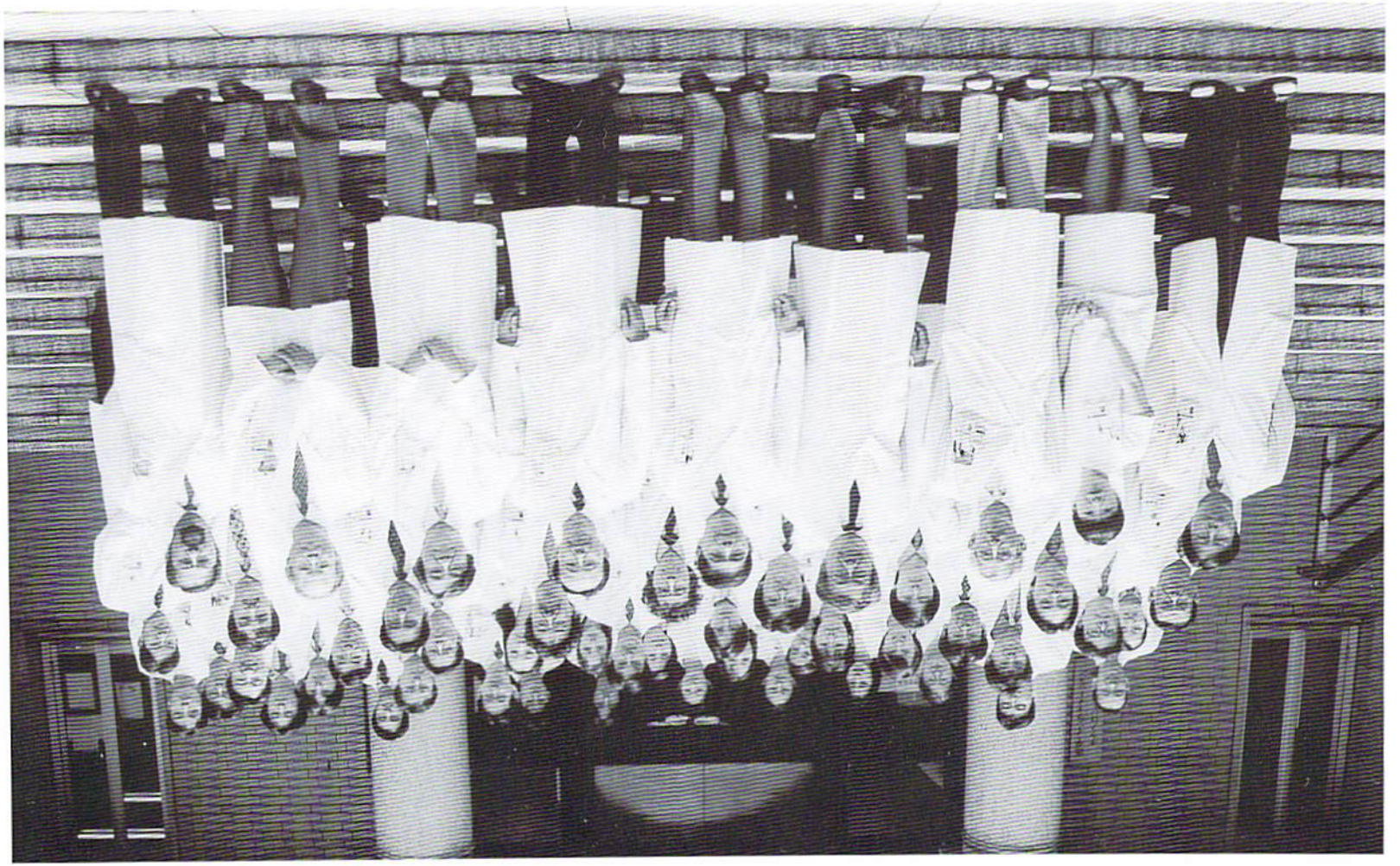
講師（非常勤）
毛利　誠
古寺　研一
井筒　睦
久　直史
金田　智
佐藤　通洋
潮田　隆一
遠藤　雅裕
小川　健二
尾川　浩一
樋口　順也
植松　稔
西口　郁
押尾　晃一
鳥居　幸夫
中塚　誠之
小林　成司
竹田　利明
白神　伸之
塚本　信宏
高階　経幸
渡辺　浩美

共同研究員
向平　暁子
小南　公人
田村　泰治
遠藤　紀章
木村　琢磨

医師（非常勤）
鈴木　伸幸
入江　宏
山下　大介

大学院生
井原　寛子

私用補手
宍戸　真佐子
森　詠美子
中沢　典子
小川　和子
島崎　至子



放射線科学教室員

教授


久保敦司


栗林幸夫

専任講師


甲田英一


近藤　誠


成松芳明


杉野吉則


安藤　裕


湯浅祐二


今井　裕


国枝悦夫


中村佳代子


茂松直之


橋本　順

助手


大熊　潔


谷本伸弘


橋本　統


百島祐貴


新本　弘


陣崎雅弘


平松秀子


藤井博史


奥田茂男


沓木章二


倉田忠宜


中野敬子


藤原広和


川口　修


鈴木和代


石橋了知


佐藤浩三


鈴木天之


長谷川市郎


松本一宏


森　徹


田波良子


田村克巳


笠松智孝


井上征雄


鹿島恭子


篠原真木子


中川達生


屋代英樹


宮平睦美

研修医


磯貝　豪


井上政則


佐藤真康

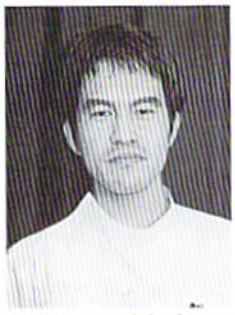

深田淳一


眞砂勝泰


矢地　孝


山本星河


渡邊芽美


上野彰久


柏倉美和子


津田朋子


中本真妃


野村あやの


山本あゆみ

大学院生


井原寛子