にいがた勤務医ニュース
発行所
新潟県医師会
新潟市中央区医学町通2-13
TEL 025(223)6381

県外・海外の経験からみた新潟

大海に泳ぎ出て、母なる川に戻ろう

新潟県立リウマチセンター 副院長　伊藤　聡

私は新潟市生まれの新潟市育ち、大学も新潟大学卒業で、新潟県から出たことがなかったのだが、1987年、当時『第二内科のベトナム戦線』と言われた秋田組合総合病院腎内科で研修をした。行きたくはないが、『お勤め』をすませて帰ってくれば医局で一目おかれるという状況であった。1995年から約2年半は、米国National Institute of Health内にあるFood and Drug Administrationの Division of Cytokine Biology でJAK-STAT系シグナル伝達の研究を行った。その後20年以上たってJAK阻害薬が抗リウマチ薬として登場し自分が使用することになった。当時それが臨床に何の関係があるのかわからなかったが、長年の時を経ての『再会』は大感激であった。2002年にはドイツのBad Bramstedtリウマチセンター、Humburg大学、Lübeck大学、エジプトのEl-Minia大学に短期留学、Cairo大学でも講演を行った1)。海外では当然のことながら、英語ができ、自分を主張できることが重要であると感じた。また、仕事を短時間に集中して行うこと、プライベートの時間を大切にすることを学んだ。『働き方改革』はすでに行われていたのである。ドイツでは医師相手には英語が通じたが、病院職員にはドイツ語しか通じなかった。新潟大学には伝統的に医学ドイツ語が残っていたこともあり2)、私は研修医時代からラジオでドイツ語学習を続けているが、その成果を実感できた。

2003年10月からは6年半、新潟大学を離れ筑波大学に勤務した。伝統校の新潟大学とは対照的に筑波大学は新進気鋭の大学であり、新潟大学ではおそらく『前例がありません』で却下されるであろう研究が実現可能であった。手だけを撮像するCompact MRIの研究では、患者さんをタクシーに乗せて工学系の研究室に行きデータを集積した。そのデータを基に外来にCompact MRIを設置し日常診療で使用した。一方私は学生やレジデントの教育は、自分が新潟で鍛えられた通りの徒弟制度的なスタイルで行った。悪役プロレスラーが敵地のリングで大暴れしたようなものである。しかしレジデントにも高評価で、投票で筑波大学最優秀教員賞を受賞した。若い先生も意外に昔ながらのスタイルを評価してくれるのだと嬉しくなった。これからの新潟大学も、伝統を重視しながらも、新しいことはどんどん取り入れて、さらに発展してもらいたいと切望している。2010年に再び新潟に戻り、新潟県立リウマチセンターで勤務をしている。若い先生方も、一度は新潟を離れ、県外、海外での経験を積み重ねていただきたい。そして鮭の子のように、育った新潟県に戻り勤務を続けてほしい。新潟は、離れてみると、食べ物、人情が本当に素晴らしい所だと改めて感じる土地なのである3)。

1. Ito S, et.al. Rheumatology in Japan, Germany, and Egypt: Comparison of Medical Practices. Acta Med Biol 54:51-58, 2006
2. 伊藤　聡　日本に生き残っている医学ドイツ語、日本語となったドイツ語について. 新薬と臨牀　67:1543-1549, 2018
3. 伊藤　聡　わが街紹介　新潟　勤務は2度泣く. Key note R・A　5:38-39, 2017

海外(カナダ)の経験から見た日本・新潟

長岡赤十字病院 呼吸器内科　沼田由夏

❖検査天国、医者に掛かり放題の日本❖

日本の医療の質が高いのは正しい情報を得る術があることと不可分だと思いますが、こと画像診断に関しては非常に恵まれていることを感じます。私の長く暮らしたカナダでは検査機器の台数が限られているため、MRI検査を受けるのに半年、一年待つという話は珍しくありませんでした。カナダは州ごとの皆保険制度ではありますが、急ぐ人は自費で検査や治療を受ける道（越境）を模索するか、ひたすら待機または検査なしでの治療に甘んずるしかないのが現状。緊急性がない限り専門医を受診するのに数か月待つのは当たり前でしたし、専門医以外にはオーダーできない検査項目等（自費なら可）がありました。自らの経験として、あまりに待たされて良くなった頃に専門医を受診して苦笑したことも。各自の判断で診療科を選べて自由に受診できる日本のシステムは、患者さんにとって非常に恵まれていると言えます。残念なのは、それがどれだけ恵まれたことなのかに気付いていない人がほとんどだろうということなのですが。

❖健康診断と健康感❖

そもそも検査を受ける機会が少ないカナダですが、健康で働いている人に定期健康診断はありません。職場健診のある日本からきた人は家庭医に健診をお願いするのですが、頼まれた医師はキョトンとしてしまいます。どこも具合が悪くないのに何故検査をするのか？という発想です。あまり検査をし過ぎると管轄局から医師がお叱りを受けたりするそうで、理由付けが大変なのです。2016年にOECD加盟国で行われた健康意識調査によると、自身の健康状態がGood/Very Goodと答えた15歳以上の男女の割合はカナダが88・1％に対し、日本は35・4％でした。ここでカナダの選択肢にはその上にExcellentが入っており、選択肢自体がPositiveな方向に偏っている点に注意すべきですし、また日本の回答に見られるcentral tendency biasも考慮しなければなりません。一方、2015年の平均寿命は日本全体では83・9歳に対してカナダ全体では81・9歳。カナダの奥地には今も十分な医療を受けられない環境の集落もあることから、都市部に限ればほぼ似たような平均寿命を持っている二つの国なのですが、データ上日本人はずいぶん自覚的な健康感に乏しいように見受けられます。健康感がないから検査を受けるのか、検査結果を知って健康感を損なうのか、昨今の健康情報番組の多さに驚かされつつあれこれ思いを巡らせているわけですが、少なくともカナダ人は「健康とは検査結果に異常がないこと」とは考えていないのではないでしょうか。

参考文献：OECD（2017），“Perceived health status”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

❖インフルエンザは寝て治す!?❖

インフルエンザに関しては、カナダと日本の方針は異なっておりました。BC州ではワクチンは州政府の負担で、希望者は無料で接種可能でした。薬剤師による接種が許可されており、その時期にドラッグストアに行けば「ワクチン接種はお済みですか？」と声を掛けられます。大学でも学生や職員は無料でワクチン接種が受けられました。一方治療薬については聞いたことがなく、インフルエンザらしいとなったらクリニックの受診を拒まれるという話でした。他の風邪と同様、市販薬を飲んで暖かくして休んでいてください、といったところでしょうか。そもそも受診を勧めていないのですから、診断はおろか治療の対象にしていないように感じました。

❖医師の少ない新潟の明暗❖

「新潟県は医師偏在指標が全国最下位から二番目」と耳にして、新潟県民は我慢強いことがまず心に浮かび、そして多くの患者さんを前に休む間もなく働き続ける医師、看護師、パラメディカルの方々のご苦労を思いました。人数が少ない分仕事量が多くならざるを得ないと思いますが、県民の気質からあからさまに苦情がでることも少ないし、医師数が少ないことを反映しお医者様はとても大事にされているようにも感じました。ともあれ帰郷し今も昔も変わらないと思えたものの一つに、日々努力を惜しまず真摯に医療に向き合っている医療職の皆さんの姿がありました。心から賞賛の念を禁じえません。厳しい気候に耐え、新潟を愛し続ける心温かき方々の益々のご発展とご多幸をお祈りしつつ、拙稿を終えさせていただきます。

新潟に帰ってきて感じること、新潟の強みとは？

厚生連上越総合病院 整形外科部長　渡部公正

私は新潟市で生まれ育ち、平成9年に金沢大学を卒業後は母校の整形外科学教室に入局しました。その後は大学病院と主に北陸3県（石川、富山、福井）の関連病院に勤務し、医局人事により平成27年に当院へ赴任しました。大学医局の関連病院としては日本海側最東であり、医局としては地元への人事という位置づけです。生まれ育った新潟県の病院とはいえ医師として新潟県は北陸に分類され、梅雨明けは北陸3県と同時に発表されますが、新潟と北陸3県では文化は大きく異なります。初めて北陸に住むと会話は関西弁に聞こえます。私は20年以上北陸に住んでいましたので、各県の訛りを聞き取れるようになっていました。新潟に戻ってはじめは患者さんや職員の話す標準語（関西系ではない）イントネーション＋じきに～、ばか～などの方言？が懐かしく新鮮でした。蕎麦やうどんのつゆも新潟と北陸では全く違います（私は新潟の濃い醤油派です）。同様に大学医局の人事への関わり方もだいぶ違うようです。

新潟県の人口（225万人）は北陸3県を合わせた人口（297万人）とあまり変わりませんが、医学部を持つ大学は1つだけであり（北陸3県は4大学！）、医師供給不足は明らかです。しかし当院は歴代の院長先生をはじめ多くの先生方や職員の努力の結果、医師数は年々増加しています。当院の医局は様々な大学の出身医師が在籍しているため、各科間の協力体制が自然と生まれ、診療科間の連携がとてもスムースで診療しやすい環境です。北陸から新潟に戻ってきて気付いたのですが、上越地区では勤務先の病院以外の近隣病院へ定期的に助勤に行くことが少なくありません。北陸ではこのような働き方は珍しかったので驚きました。それだけ上越地域では医師が不足しているということでしょうか。

新潟県では、新潟大学整形外科を中心に先進的な骨粗鬆症の基礎研究や疫学研究、臨床への取り組みが行われており、これには大いに刺激を受けました。現在は当院および上越地域での骨粗鬆症治療率の向上と骨折患者の減少を目標に、院内骨粗鬆症リエゾンチームの結成と稼働に向けて取り組んでいるところです。

平成27年に開業した北陸新幹線は上越の地理的ハンデを大きく解消しました。金沢まで1時間、富山市まで40分、長野市へは25分と新潟市より近く、新幹線を利用すれば通勤圏内です。その結果、関東を含めた他県からの医師派遣を受けやすくなりました。新幹線が上越と中下越を結んでいないことは不便ですが、2つの新幹線が通っていることは新潟県の強みだと思います。新幹線通勤への補助など、医師確保に新幹線を最大限利用することがより必要と感じます。以上、新潟県に戻ってきて感じたことや北陸との違いについて書いてみました。

熊本と新潟の違いについて

厚生連上越総合病院 外科部長　平島浩太郎

平成28年4月より新潟厚生連上越総合病院外科に勤務しております、平島浩太郎と申します。平成15年に科医を迎えて頂いた若井教授には非常に感謝しております。新潟大学で1年間の勤務の後、妻の実家のある上越市へ異動し、新潟労災病院を経て、平成28年から現在に至ります。週に2日間、柿崎にある妻の実家の外科医院をサポートしています。

熊本というと、熊本城、くまモン、阿蘇山、馬刺しなどを想像する方が多いと思います。熊本と新潟の違いとして、まず気候が違います。熊本は、雪はまず降らないので、慣れるまでが大変でした。長靴やスタッドレスは持っていませんでしたし、雪かきも初の経験でした。今では雪道の運転にも慣れ、雪国生活を楽しんでいます。次に言葉の違いです。高齢者の熊本弁は未だに理解出来ない言葉も多く、何度も聞き返すことがあります。新潟で働き始めて5年半が過ぎ、まだ抜けないことがありますが、自分では標準語と熊本弁のバイリンガルだと思っています。仕事の面では、手術器具をはじめ医療器具の名前の違いです。レビン、ビンデ、復券など聞き慣れない言葉に戸惑いました。しかし、手術の基本的な手技は外科医共通で嬉しかったです。新潟での5年半で、熊本での11年間の執刀医数を軽く超えました。新潟県は外科医の数が全国でもトップクラスに少なく、忙しいながらも若手の経験には良い環境ではないでしょうか。医局を変わるということは、大きなパワーを要することも学びました。他にも新潟大学の各科対抗の運動会、とんこつ以外のラーメンの味など、公私ともに多くの異文化の経験が出来て、人生においてステップアップ出来たのではないかと思っております。

最後に熊本から新潟へ行くにあたり、数年前より馬場教授をはじめ医局員には伝えていたので、「あぎゃん寒いとこ行くと？」「遠か～」など笑いながら話していたのをよく覚えています。平成16年に発生した中越沖地震で、「新潟は地震は大丈夫？」といった言葉も頂きました。ところが、平成28年4月14日には熊本地震が発生し、大勢の犠牲になられた方、被災者の方々には心よりお見舞い申し上げます。後日、家族や友人達、また熊本の街の状況を見に行きましたが、いまだ癒えぬ傷跡が多く残っている状況で、一日でも早い復興を願っております。

神奈川県の東海大学を卒業し、出身の熊本県で働き始めました。熊本県は地元意識が強く、他大学に行っても同級生は殆どが熊本で働く環境でしたので、高校の同級生や先輩・後輩ばかりですぐ馴染めました。診断、麻酔、手術、他科併診の一連の流れで全員が高校の同級生だったこともあり良い思い出です。同年に熊本大学消化器外科（旧第二外科）へ入局、平成22年には馬場秀夫教授に師事し、熊本大学大学院消化器外科学専攻で学位を頂きました。その後、妻（眼科医）と相談し、妻の実家である新潟県で働くことを決意し、平成26年4月より若井俊文教授のもと、新潟大学第一外科へ入局させて頂きました。快く送り出して頂いた馬場教授、また得体の知れない外

転勤族が新潟に辿り着くまでの経験から

新潟県立がんセンター新潟病院　放射線治療科　金本彩恵

生まれは関西、育ちは九州→東北→関東。平成17年に筑波大学を卒業し、勤務地は埼玉→茨城→静岡→茨城→新潟と移り変わり、現在この土地に居を据えて日々の診療に臨んでおります。

新潟県で働き始めて、まず感じたことは「広い」ということです。患者さんの通院交通手段が電車・新幹線・バス・船・車と様々。新潟市在住と言われても高速を使うと言われたり、隣の市のはずが新幹線で通院と言われたりして、びっくりします。放射線治療の話の時も、治療にかかる時間よりも通院時間や治療時刻の方を気にされ、生活の中での治療なので当たり前と言えば当たり前なのですが、驚きます。

次に驚いたのは、治療の時期や天気を気にする方がいらっしゃるということです。農閑期、雪の無い時、海が荒れない時など天候時期を気にして話される方がおられます。そして、天気が荒れると、患者さんだけではなく、放射線治療部門スタッフも天気荒れた時モードにチェンジ。むしろいつもより早朝からスタンバイして治療準備するだけではなく、患者さん毎の通院手段から、この方は遅れるかもねと予測まで出来ているから驚きです。つくづく、「島あり海あり山ありの『くに』」なのだと痛感させられます。

そして、高齢な方が多いです。しかも高齢の元気な方が多い。放射線治療は外来通院の方が多いので、住まいの話にも当然なります。そうなると困るのが、地名や病院名を昔の地名や旧病院名で言われる方が結構いらっしゃるということです。市名や区名もなくいきなり地域名で言われます。出身はどこですか？という質問からして、県名ではなく地域名で答えられます。まず市名や区名から覚えようと地図を診察室に貼りましたが、ほとんど役にたちませんでした。この地に長く住まわれている方が多い、それも先祖代々という方もいらっしゃるので、転勤族の身からすると「ほー」と感心してしまいます。

古くからあるこういった新潟の土地柄なのか、他県から横断して治療に来る方が少ないためか、新潟県内を医師が渡り歩いていて顔見知りの病院が多いためなのか、病診連携という点では新潟県内の病院同士は意思疎通がよく図られていて助かります。診療情報提供書でのやりとりだけではなく電話での問い合わせにも迅速に対応して下さるところが多いと思います（いつも電話対応して下さる先生方・技師さん看護師さん方、ありがとうございます）。県外から県内へ戻ってきたときの受入れやセカンドオピニオンへ行くことへも柔軟に対応している病院も多いと感じます。

最初は「せつない」と言われて、何がときめくのだろう？？と思った私も、「どこがせつないのね？」と聞けるようになりました。まだまだ看護師さんに「それってどういう意味？どこのこと？」と聞くことが多々ありますが、方言も飛び交う、土地に根ざした病院というのはいいものだと思います。医療ツーリズムももてはやされる昨今ではありますが、これからも医療は生活の一部で行っているという土地柄を大事にしている素敵な新潟県であってほしいと思います。

東京から福島、そして新潟へ

西新潟中央病院　呼吸器内科　倉重理絵

今年の4月から西新潟中央病院で働いています。育ったのは福島県会津若松市ですが、生まれは長岡市です。高校は寮生活に憧れ、叔母の出身校である新潟清心高校に通い3年間を新潟市で過ごしました。帝京大学卒業後、東京医科歯科大学呼吸器内科に入局し、約12年間、東京・千葉の病院で働いたのち、妊娠・出産を機に実家のある会津若松市へ戻りました。福島では約1年半程度診療所や総合病院の外来をしていました。

子供が1歳になり、子育てをしながら専門医として働ける環境を探していた時に、新潟へ行くか東京へ戻るかを考えました。親しい親戚もおり、高校時代を過ごした新潟市は非常に身近に感じていたので、また新潟に戻って働きたいと思うようになりました。

東京では急性期病院に勤務しながら育児支援はなかなか得られません。子育てをしながら第一線で働いている女性医師も周囲にあまりいませんでした。私自身、そのことに無関心でいましたし、その環境を作っていくという考えもありませんでした。

現在、当院の育児支援制度で1時間の時短、当直の免除をしてもらっています。制度としてあることで、それを利用して働く側の気持ちの負担も軽減されます。周囲の先生方の支えがあり、男性・女性医師問わず育児の先輩がいるのも心強く、温かく見守っていただいています。他にも、主治医・副主治医制や新患カンファレンスの際に相談症例の時間を作っていただき、先生方の配慮を日々感じています。

また、働いてみて感じたことの一つは、新潟大学という大きな一本柱の存在です。関東圏では大学・大規模病院が数多くあるため病院間の連携は希薄です。新潟では病院は違っても一つのチームという感じで、それぞれの先生方を知っている環境はうらやましく感じます。県内の医療を担っていくのは大変なことですが、情報共有のしやすさ、医療の質が保持されるというよさもあります。

住環境では、何より信濃川と橋、やすらぎ提が素晴らしいです。毎日のように子供と犬の散歩をしており、休日には外でピクニックもしています。ウォーターシャトルやボート部の練習を見たり、暗くなってからも夜景や対岸のライトアップした水辺を眺めたり、都市部にありながらこれだけの敷地でゆっくり散歩できる環境は他にはありません。

新潟へ来て7ヶ月がたちました。東京・千葉、福島、新潟で働いてみて、今までで一番良い環境にいると感じています。若い世代が残らないのは、知らない場所がよく見え、よい部分がうまく伝わっていないからではないかと思います。今は作っていただいた環境の中で享受するだけになっていますが、この感謝を下の世代へ伝えられるよう微力でもお役に立てればと考えています。

この地域の総合診療

長岡中央綜合病院　総合診療科　横澤将宏

私が勤めていた筑波大学がある茨城県は、新潟県同様に医師不足に悩まされる地域であり、魅力のない県1位を7連覇している県だ。茨城県内でさえ医師の偏在が問題であり、私が新潟に戻る直前には、地域の中核病院が急遽病院機能を縮小する方針となっていた。病院機能の縮小は新潟県でも懸念される問題であり、新潟県内の医師数も都市部に偏っている点からみて、地域の医療バランスを保つことは非常に難しいところと言える。

先日厚生労働省が発表した病院再編の必要性について、新潟県は公表対象となった病院の割合が全国一という結果であった。病院再編は国の地域医療構想の一環であり、高齢社会の抱える2025年問題を前にした地域医療の将来像を想定したものだ。振り返ってみると、私の大学入試の際に地域医療は既に話題の1つであり、ちょうどこの年に筑波大学では総合診療科が発足していた。時代は変わり、医学の劇的な進歩により、先進的・専門的な治療が次々と生まれた。他分野の治療を細かく理解することは困難と言える状況だ。一方で地域医療はどれだけ進んだのか。患者の幅広いニーズに応える存在として総合診療科の存在がクローズアップされるが、どれだけ普及したのか。新内科専門医制度のプログラム志望者数という結果で、現実の状況は浮き彫りとなっている。少なくともこの地域の総合診療の土壌は痩せていて、医師側からみて必要ともされていない様子がうかがえる。

10年も前の話だが、私が当院での初期研修を志望した決め手の1つとして、壮大な夢の語り部である現院長との出会いがあった。その夢は今も変わらず、私にとって大きな魅力だ。この夢の1つが、この地域の医療についてであり、夢を抱ける場所である総合診療科がここにあった。ちなみに私も経験したわけだが、当院の総合診療科研修では初期研修医が外来を担当する。これは勇気・責任・夢をもつためのユニークで大切な研修ステップとなっている。この経験にハマる奴がたまに現れる。私も含め、たいてい変わり者だ。そして今がある。無論、県内の他の研修病院でも充実した初期研修が行われており、魅力的な研修先は揃っている。その後、夢を感じる世界へ旅立つのだが、やはり専門領域となることがほとんどだ。総合診療領域で夢を抱かせられる場所は極めて限られている。

私は専門性も総合性も重要だと思っている。実際、私は膠原病リウマチ領域を学んできた。総合診療にたどり着く経路は自由であり、総合性のベースを学んでから専門性を深めるのも、総合性の極みを目指すのも自由だ。それを許容する環境があるかどうかだろう。ちなみに総合診療を内側と外側のどちらからも見てきたが、他科との連携がやはり重要であり、専門医からの信頼感の弱さが立ちはだかっている。他科との連携に加え、他の医療スタッフとのONE TEAM精神をもち、総合診療医はそこで認められる存在でなければチームをまとめることはできない。認められるには努力しかない。

総合診療科は、ここに必要となるのか、夢を感じさせることができるのか、専門医との連携の歯車となれるのか。答えは10年後のこの地域の医療状況に表れるのだろう。

Uターン救急医からみる新潟の救急

新潟市民病院　救急科　渡邉紀博

19年ぶりの新潟に戻るため、長年暮らした名古屋から新潟まで車を走らせていて思った。―新潟ってやっぱり広いよなあ。全国5位の県土面積は伊達ではない。この広大な土地を、全国ワースト2位の医師偏在指標（人口当たりの医師数に、医療ニーズの変化やへき地の条件などを加味した指標）で支えているのだから、諸先生方の奮闘には頭が下がるばかりだ。中でも私が生業にしている救急というのは、通常の診療時間外のカバーもあるため、どうしても苦しい診療体制になりがちだ。そんな自県の医療情勢を理解してなのか、県民の救急要請は控えめである（人口比で全国32位）。我慢強い県民性には感謝をしつつ、それでも救急要請せざるをえなかった患者には優しく接したいと思うものだ。

新潟の救急で素晴らしいと思うことがいくつかある。まずは診療科目や施設によらず、大変多くの先生方が救急分野でも奮闘されていること。つづいて救命の連鎖が確立されていること。新潟市のデータしか持ち合わせていないが、市民目撃VF/VTの社会復帰率は40－50％もあり（全国平均の倍、世界一と言われるシアトルと同等）、蘇生の街と言っても過言ではない。病院前救護も盛んだ。広い県土に対応するため2つのドクターヘリ基地病院が設置され、新潟市内では道路網を生かしたドクターカーも運用されている。本邦で気運が高まってから早い段階で立て続けに災害に見舞われた経験から、災害医療も活発だ。新潟の救急はけっこう熱い。

一方で、興味深いデータがある。消防覚知から患者が病院に収容されるまでの時間だ。全国平均39分に対して、新潟県の平均は43分なのだそうだ。新潟は県土が広いからという声もあるだろうが、人口密度が高いはずの新潟市では平均45分とさらに長くなる。病院収容まで60分以上かかっている割合も、全国平均9％に対して新潟県は15％と多く、病院が密集している新潟市では18％とさらに悪化してしまう（なんと6台に1台が病院収容まで1時間以上もかかっている）。実は都市部の方が収容までの時間が長くなるのは全国的な傾向で、選定候補が増えることによって病院同士の『譲り合い』が生じてくるからだと言われている。つまり新潟がおかしいというわけではなく、新潟ももれなくというのが正しい。

しかし収容時間の短い都市もあって、私が学んできた名古屋市や福岡市などが代表的だ（収容まで平均約30分）。また国内のある研究によれば、人口当たりの医師数と救急搬送選定困難数にはまったく相関性がなかったそうだ。自身の浅学菲才を顧みずに言うのなら、新潟の救急にはまだ伸び代が残されているということなのだろう。新潟ではどこを見ても、現状維持をよしとせず邁進されている先生方ばかりと感じる。まずは志を同じくする者として、その末席にお加えいただければ恐縮の限りである。

編集後記

県外・海外の医療現場を経験された先生方から新潟を語っていただきました。実は私自身も大学卒業後に新潟を離れ、紆余曲折を経て再び新潟に居ついている出戻り組です。自分と重なることも多く、原稿に大きく頷いたり、思わず笑みがでたり。広大な県土と医師偏在という課題への先生方の危機感もひしひしと伝わってきました。

一方で新潟大学のもとワンチーム（今年の流行語大賞！）になれる本県の強み、食住環境や県民性など新潟の魅力も再確認でき、企画として大成功かなと編集委員一同自画自賛しています。（関）