

# 東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	藤岡俊樹先生ご略歴
別タイトル	Retired Professor Toshiki Fujioka: Curriculum Vitae
作成者（著者）	東邦大学医学会編集委員会
公開者	東邦大学医学会
発行日	2023.03.01
ISSN	00408670
掲載情報	東邦医学会雑誌. 70(1). p.17-19.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	退任記念
著者版フラグ	publisher
JaLCOI	info:doi/10.14994/tohoigaku.2022-039
メタデータのURL	<a href="https://mylibrary.toho-u.ac.jp/webopac/TD45425770">https://mylibrary.toho-u.ac.jp/webopac/TD45425770</a>



### 藤岡俊樹先生ご略歴

1957年12月16日生

- 1976年3月 東邦大学附属東邦高等学校卒業
- 1976年4月 東邦大学医学部入学
- 1982年3月 東邦大学医学部卒業
- 1982年4月 第73回医師国家試験合格（医籍登録番号268927号）
- 1982年6月 東邦大学医学部附属大橋病院にて研修
- 1984年6月 東邦大学医学部研究生（内科学第4講座）
- 1984年7月 東邦大学医学部助手（内科学第4講座）
- 1988年7月 日本神経学会認定 神経専門医（第1155号）
- 1988年10月 日本内科学会認定医（第50295号）
- 1993年10月 博士（医学）（東邦大学乙第1694号）
- 1995年6月 米国ペンシルヴァニア大学医学部神経学教室 post doc researcher, neuroimmunology fellow（Mentor：Rostami 教授）
- 1998年11月 帰国・東邦大学医学部助手復職（内科学第4講座）
- 1999年10月 東邦大学医学部講師（内科学第4講座）
- 2003年5月 東邦大学医学部講師（内科学第1講座）
- 2003年6月 東邦大学医学部講師（内科学講座（大森）神経内科学分野）
- 2006年6月 東邦大学医学部医学科内科学講座（大森）神経内科学分野 助教授
- 2007年10月 東邦大学医学部医学科内科学講座（大橋）神経内科学分野 准教授

2008年4月 東邦大学医学部医学科内科学講座（大橋）神経内科学分野 教授

#### 学内での役職

2008年4月～2016年12月 大橋病院倫理審査委員長  
 2010年4月～2022年3月 東邦大学医学部西穂高診療所運営委員長  
 2012年7月～2015年6月 東邦大学医療センター大橋病院院長補佐  
 2016年4月 東邦大学医療センター大橋病院認知症ケアチーム  
 2019年11月 東邦大学医療センター大橋病院脳死判定委員

#### 専門分野

神経内科学

#### 専門医・指導医

日本神経学会専門医・日本神経学会指導医・日本内科学会認定医・日本内科学会指導医

#### 学会役員

日本神経学会 代議員・施設認定委員会委員・アーカイブ委員会委員  
 日本神経治療学会 理事・会則あり方委員長・財務委員・広報委員・国際化創業推進委員、  
 他  
 第38回日本神経治療学会学術集会長（2020年10月28日～30日）  
 日本末梢神経学会 理事・コメディカル対応委員会委員

#### 公的役職

世田谷区医師会難病相談事業 専門医  
 玉川医師会難病相談専門医  
 東京都福祉保健局 烏しよ保健所相談事業 難病専門医

# 定年を迎えて ハンマーとともに歩んだ日々をふり返って

藤岡 俊樹

東邦大学医学部内科学講座神経内科学分野  
東邦大学医療センター大橋病院脳神経内科

私は、付属東邦高校に入学した15歳の時以来、通算50年にわたって学校法人東邦大学に御世話になってきた。

初めのうちは将来の自分の進むべき道については全く見当がつかなかったが、医学部の臨床講義で、補助検査法に頼らずに神経解剖や神経生理学の体系的な知識を基にして病巣診断を積み重ねていく過程が見事で素晴らしいと感じたため、神経内科を目指すことにして、里吉栄二郎先生が創設され木下真男先生が主宰されていた大橋病院第4内科に入局した。

以来、40年以上の長きにわたってハンマー（打鍵器）と共に過ごしてきた。入局当時は、神経内科の疾患は治らないという見方が世間で一般的だったが、パーキンソン病の治療薬が導入されだした時期で治療可能な神経疾患に対する関心が高まっていた時期でもあった。また、頭部CTに続いてMRIが導入されてそれまでわからなかった脳の病巣が手に取るようにわかるようになったり、生化学検査法の進歩で原因不明の変性疾患の原因が代謝異常であることが明らかになって分子生物学的手法を応用した治療法が可能になったりと、私がハンマーと歩んできた間に神経疾患の診断と治療法は大きく進歩した。

しかし、未だに原因不明の病態や疾患は脳神経内科学分野には多い。画像検査が発達するにつれて、逆に、その限界も痛感することも多くなった。大学病院の外来診療を担当していると、周辺の医療機関から、複数の病院で脳のMRIをうけたが異常なく診断不明となってしまった患者さんの紹介を数多く受ける。

たしかに詳細な脳のMRI画像を簡単に素早く得られるようになるとそれで終わりと感じる若い医師も多いだろう。さらに「MRI画像で異常が無いから神経系は異常は無い」とそれ以降の推論が止まることもしばしば見受けられ

る。このようなときは、始めに戻って、臨床神経学の基本である問診と神経学的診察をきっちりと時間をかけて行って病巣を推論してから検査結果を評価する、という順序を忘れずにいて欲しい。経験を積んだneurologistが臨床症状を詳しく評価することで、検査すべき部位や検査法が全く異なることはよくあり、その結果正しい診断に導かれることになるのである。

昨今の医療事情は、医療行為を効率よくこなすことを求めている。上記のように画像検査を多用すれば医療収입的に病院のためになるだろうが、その中でcommon diseaseではない多くの神経疾患患者の医療が、本来の姿とはかけ離れた通り一辺倒のもので終わっている。

神経内科学の世界は、大きく高い山の中腹に広がる、深遠な森のようである。迷わずに目的地に至るためには、地形図とコンパス（今はGPSですと言われそうだが）を駆使して周囲の地形を読み進む必要がある。地形図は、さしずめ、神経解剖学と神経生理学と病理学に相当する詳細な情報である。正確なコンパスやGPSがあっても手元に地形図が無ければ、深遠な森の中で現在地を見失うのは必至であるから、私たちはこれらを常に整理してアップデートしておかなければならない。

医師である以上、生涯教育は必要である。自分は定年退職を迎えるが、これからもできる限り長く知識のアップデートに努めなくてはならないと決意を新たにしている。

神経内科専門医の務めである、「専門技術と知識を駆使して無駄な検査を減らし素早く診断にたどり着いて有効な治療を開始する」ことを忘れずに、これからも可能な限り医療現場に関与していきたいと思っている。

DOI: 10.14994/tohoigaku.2022-039