

桐医会会報

— 創刊号 —



発刊挨拶

桐医会会長 山口 高史
医学専門学群長 橋本達一郎

特集

第一回桐医会総会 1-14

寄稿

“国立病院医療センター内科研修一年目を終えて”

国立病院医療センター内科
村岡 亮 15

“近況報告”

筑波大学附属病院内科レジデント
海老原 次男 16

“臨床研修の場の選択について”

都立墨東病院外科 松下 昌之助 17
院外実習を終えて“期待される医師像”

M6 湯原 孝典 19

明日の医療

急性中毒センター開設 20

告知板 21

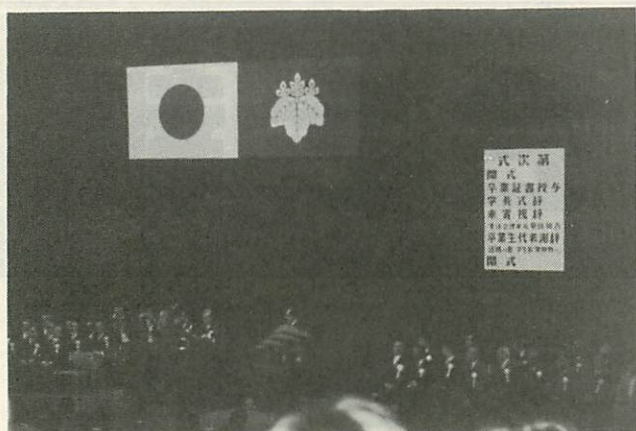
名簿について

古本市について

総会について

会報について

編集後記 22



◀ 卒業式

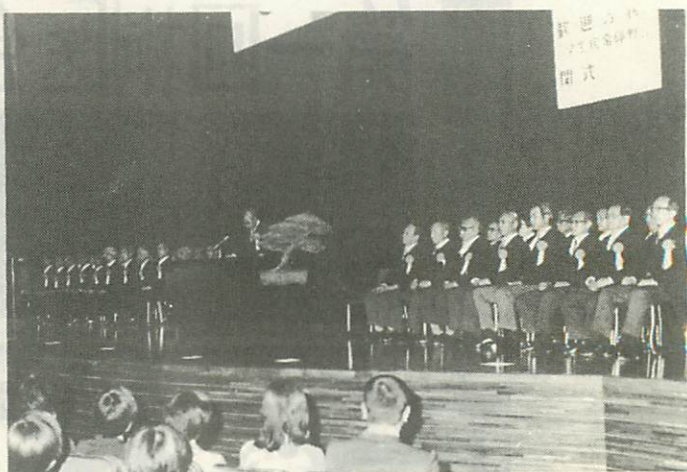
昭和56年 3 月25日

▶ 入学式

昭和56年 4 月 8 日

ニューフェース 99 名

うち女子 35 名ノ



◀ 新病棟完成

小児・周産期を中心に 200 床
7 月より可動

るべきを對卒・前卒の報学

発 刊 挨 拶

編 一 重 本 野

筑波大学附属病院内科レジデント

山 口 高 史

去る5月16日、筑波大学において桐医会第1回総会が開かれ、多数の参加のもとに活発な議論がかわされました。何分まだかけ出しであり、今後の方向性を示すまでには至りませんでした。が、会員各位の熱意により、将来の本会の活躍を十分に示唆するものでありました。

このたび会報創刊号を発刊することになり、全国の同窓生に、総会の模様を知っていた点で大きな役割をはたしてくれることと思います。

今後、この会報が様々な分野に進んだ同窓生の相互連絡と協力のために活発に利用され役立つことを願い、発刊あいさつと致します。

学群の卒前・卒後を考える

櫻 井 明 彦

橋 本 達 一 郎

本学群も同窓会が生まれ、驚いたことに直ちに総会を開き、会誌を発行するのはこびになった。かなり成長速度が早いように思う。すべてめまぐるしく回転する激動の世界故、この位のスピードに驚いては時代おくれかもしれない。

そのはじめての総会は、平凡なクラス会ではなく、学群医学教育のカリキュラムを考えるというテーマで、学群を離れた教官、在校生もまじえて、真剣に討論する会をもつという異色ぶりであったが、新しい同窓会を創ってゆこうとする熱意にあふれるものであった。

社会に出た同窓会生の評判とにかく敏感になっている私は、この際彼らの卒前教育をふりかえてみた声に虚心に耳を傾けたいという思いで参加した。しかし今ふりかえてみるに総会での言論から現行の卒前カリキュラムを即刻改革せねばと強く訴えるものは残っていないようである。むしろ、卒後のこれからの問題点の方が多く語られたような印象が残っているが、これは前途に不確定要素をもつ卒業生としては無理のないことかもしれないと私は思う。大学病院のいわゆる「卒後」教育はまだ完成に道遠く、かなり模索の状態にある。レジデント制、大学院、地域病院での研修と大学との関係、どれをとってもこれからそれこそ問題解決力を大いに要することばかりである。卒後の同窓生のあげる実績、それはいかなる面で評価すべきかは難しい問題としても、同窓生の医療、医学研究での活動が卒前教育の評価につらなることはまちがいないだろう。これには時間がかかり、少くとも今後10年近い歳月が必要である。従って私はこれまでの医学専門学群の卒前教育の評価を、性急に求める時機ではないように思う。

同窓生にとって評価の対象となる卒後の研修、研究活動が今は最大関心事となるが、これも現在は大学病院レジデント、大学院生、地域病院研修生としてそれぞれベストを尽して時機を待つ外はない。将来桐医会同窓生の前途は時機を待ちつつ積極的に打開してゆけば、必ず途は通じるものと考えている。

第1回 桐医会総会

去る5月16日、第2回生も国家試験を経て晴れて医師と認められたその日、第1回総会が開かれた。学生会員として在生も多数参加し、我々の現在及び今後のあり方について討論が行なわれ、その自己評価と、新たな創造のための一步が示されようとした。

開会の辞

会長 山口 高史

皆様、この度は、御忙しいところを御集りいただきまして、誠に有難うございます。

先ず、桐医会発足に当たりの経緯を簡単に御説明致します。

我々第1回生は、昨年81名卒業致しましたが、医学とはかなり特殊な分野であるという事を踏まえまして、我々独自の同窓会を持つ必要があるのではないだろうかという事が、在学中からも色々と言われてまいりました。そして、本格的に社会に出るに当たりまして、我々の同窓会を本当に創ろうではないかという事になりまして、「桐医会」という名の下に準備を進めて来た次第であります。

ただ同窓会を創ると申しまして、色々な条件がありまして、経済面、それから人間等色々な問題がありましたけれども、学生諸君や茗溪会の皆様方の様々な御協力によりまして、まずはめでたく当会発足の運びとなりました。茗溪会という大きな枠の中の1つの支部という形で発足した訳であります。この事につきましては、現在のところ、この形で活動していきたいと考えております。

こうして、更に、第1回生の承認をとりまして、大多数の承認を得ました上で、ここに発会、第1回総会を開くに至りました。

ここに、御協力いただきました諸先生ならびに茗溪会の方々、そして学生諸君に感謝の

意を表しまして、簡単ではございますが、御挨拶と致します。



山口会長

来賓祝辞

茗溪会常務理事事務局長

長浜 恵

栄えある桐医会の第一回総会に御招き頂まして有難うございます。

まず、第二回生の卒業生の国家試験の成績、本当に良かった。心から「おめでとう」と言わせて頂きます。実は、発表の一週間位前、橋本学群長とお会いした時に、今年はいろいろな問題があったので、どうなるだろうかと心配されていたのですが、「学生の質が違おうし、先生方の御指導が良いので大丈夫ですよ、橋本先生。」と申し上げて、私は昨年以上の成績をあげるものと期待していました。諸君の質と努力とがもちろんであるけれども、やっぱり、本当にいろいろな面で諸君を支えてくれた先生方の御恩というものも、諸君は良く知っていると思うのです。だから、感謝せねばならぬと思います。

御蔭様で茗溪会の方もだいぶ質が違ってき

ました。私どもの頃は、ほとんど教育者オンリーだったんです。教育者の集まりだったんです。ところが、戦後、教育大学になりまして、かなり財界、それから官界の方にも出ていまして、今、1500職くらいのところに会員が出ております。我々の時代には教員だけだったんですからね。ところが筑波大学となり、大きく羽ばたいて、更にまた、いろいろと中味が変わって来ました。

第三学群が、今年初めて卒業生を出しましたね。これがどうなる事かと、実は心配しておったんです。ところが、医学に続きまして、先生方よりもむしろ卒業生の諸君が先頭になりまして、第一学群、第二学群、体育専門学群、芸術専門学群を加えまして、ほとんど全員、茗溪会に入っているんじゃないかと思えます。

私はこの先、長いことなく、死ななきゃならないけれども、やはり、同窓会というのは永遠に生きていて欲しいのですよ。来年で丁度100年になりますが、もし、筑波大学の学生諸君が入らなかったら、もういつかは、何年か後には、消えてしまう、と大変心配しておりましたが、さきほどのべたような結果で安心しています。

今後は、色々な面で至りませんけれど、諸君の要望にもこたえたいと思っております。

今、国立大学のこの病院が救急病院じゃないですね。それで、どうしても病院を作ってくれという強い要望がありまして、実は、中央公園のところに、国が土地を提供して病院を作って、運営を同窓会に任せたい、というような話がございます。今度、科学博の始まるまでには、是非、病院を開設したいと、関係の先生方も、今、いろいろと努力しております。まだ3年程ありますので、私はその時まで生きていくかわかりませんが、大学の要望にもこたえたいと思っております。

諸君は命を頂かる人になるのです。最も大事な職業なんです。ひとつ、立派なお医者さ

んになって、社会のためになってもらいたいと思います。

本当に今日は有難うございました。



長浜局長

新たな創造のために

総会は、臨床講堂Aに於て、午後4時に開会され、3部構成で行なわれた。出席者は、卒業生、学生会員としての在學生、それに賛助会員としての教官の先生方である。

第1部では、会長挨拶に始まり、長浜茗溪会常務理事事務局長の御挨拶の後、会則変更の決議と会計報告が行なわれた。橋本学群長にも御挨拶いただくことになっていたが、公務の為に途中から出席されたので、第2部終了後、改めて御願した。

第2部では、シンポジウム「筑波の医学教育を考える」という企画で、卒前卒後を通じ、我々が何をどう学び、あるいはどう生きたら良いのかを、直面する問題を中心に討論が行なわれた。シンポジストとして御招きした尾形悦郎東大第4内科教授、梅田典嗣国立医療センター消化器内科医長の両先生は、かつて筑波大学でそれぞれ教授、助教授をなさっていたことがあり、筑波大学の内外からその医学教育を見て来られた方々である。

討論自体では時間不足の感が否めなかったが、将来、いかに我々が現在の医療体制を改善して、福祉の向上に貢献していくかに当り、山積する問題点を身近なところから少しずつ解決していくという姿勢は、新たな創造をめざすものであろうか。

なお、本学レジデント委員会の代表として、金沢一郎助教授にも御提言いただく予定であ

ったが、当日の御都合がつかなくなり、後日
原稿で御願ひすることにした。

第2部終了後、橋本学群長の祝辞をいただ

いて、会場を食堂へ移し、第3部の交歓会が
行なわれた。出たばかりとは言え、懐しい顔
ぶれに、話はいつまでもつきないようだった。

決議及び承認事項

会則変更について

昨年秋、桐医会発足の際に作られた会則は、
同時に、一回生過半数の賛同を得て承認され
ました。本年春発行された会員名簿に記載さ
れた会則がそれです。その後、役員会におい
て会則変更について協議し、次の点を変更案
として総会に提出するに至りました。

1. 会計監査 この役員の必要性を考え、
新たに役員として1名を加える(第
6条)。会計監査は賛助会員中より
総会において選出する(第7条)。
職務としては、会計監査は会計を監
査する(第10条)。
2. 学生役員 発足時はM5～6学生会員
中より互選としたが、学生役員の活
動の必要性を考え、M1～6学生会
員中より互選することとする(第7
条)。
3. 会議の議決 出席者の過半数で決する
としたが、議決権は正会員に限ると
いう考えで、正会員出席者の過半数
で決するとした(第11条)。
4. 会費 入会金3000円、会費が1ヶ年
3000円としたが、入会金は無く、
会費が1ヶ年3000円とした(第13条)。

以上の変更案は、第1回桐医会総会におい
て過半数の賛同を得て承認されました。

これらの変更を含んだ新たな会則の全文は
本年9月発行の「桐医会会員名簿」に記載し
ます。

会計報告

会計は、今年の4月から始まりましたので、
決算ではなく、5月8日現在の収支を別表の
ように報告致しました。

当、桐医会は発足間もないので、茗溪会の
一支部ということで本部を茗溪会におき、正
会員から徴集した年会費は「茗溪会費」とし
て納入してしまうため、桐医会そのものの活
動費は賛助会員による会費のみでまかなわれ
ています。残高は表のとおりですが、これか
ら会報の発行など支出が続きますので、早晚
会計は危機に陥ります。そこで、正会員の方
からも支部会費として、いくらか負担して頂
くようになると思いますので、よろしく願
ひ致します。会費の名称、金額、納入方法な
ど詳しいことはまだ決まっておりませんが、
近いうちに連絡致しますので、是非、御協力
の程、お願い致します。

収入の部

賛助会費	318,000
計	318,000

支出の部

印章代	11,100
文房印刷費	24,000
通信費	24,480
文房費	4,500
雑費	7,920
計	72,000

残高	246,000
----	---------

シンポジウム 筑波の医学教育を考える

—— シンポジスト 5 人の提言 ——

3つの問題提起

東大第4内科教授 尾形 悦郎

本来ならば「筑波の医学教育を考える」ということを、たっぷりとやるつもりで来たのですが、久し振りに参ったので懐かしさがいっぱいという感慨が先に立ってしまいました。それに今朝の新聞によりますと、国試で私どもの大学に比し2年連続非常に良い成績をあげました。1回生、2回生諸君の努力と、教育に携ってこられた阿南先生、橋本先生、その他教官の先生方には深甚の賛辞と敬意を表したいと思います。

言うまでもないことですが、教育というのは、それを受ける学生の側がいったいどういう態度で何を学ぶか、教官がいったい何を目的としてどう教えるか、それから学生の学び方や教官の教え方をどうアレンジするか、という三つの柱から成ると思います。確かに、今までを振り返ってみまして、筑波大学の場合には、教育のアレンジメントという事の大筋に関してはもうお世辞でなく、理想的に近かったと思っております。しかし、医学教育というのは卒後にも伸びていくものであり、筑波大学のような総合大学、大学院大学、また研修制度を取り入れている大学は、学生を卒業させたらもう御用済みというのでなく、卒後教育に関してもかなりのparticipationをせねばならない大学であるはずであります。そういう意味からも三つの点について問題提起をさせて戴きます。

第一は、確かに諸君が、マークシートの書き方のうまいという事は認めます。こういう言い方をすると辟みになるのですが、要するに五つ位のすでに書きあげられた事項の中か

ら素早く判断して鉛筆でマークを塗りつぶす事は、医学教育上学生の能力の評価に非常に有意義であることは言うまでもないのですが、それだけで、今後諸君らが自分で物を考え、患者さんの肉体、心その他のproblemを解決していくのに充分なのか。また、かなりの人が、科学として、また技術として医学をcreateする仕事につくと思いますが、そういう時に「マークシート」から脱却して白紙の中から行動の場を拡げることが大切だと思います。たんに物を知っているという事と、これを実行に移すという事の絡み合いを、何処で何時、どうやって身につけていくかという事を真剣に考えるべきでないでしょうか。

二番目の問題は、creationをするという能力を何時、何処で、どのように発揮するかという事です。勿論、この点に関しても卒前教育におけると同様に、よくdesignされたカリキュラムが必要であることは言うまでもありません。第三番目には、これはもしかするとminorな事かもしれませんが、筑波大学にしろ自治医科大学にしろ、例えば内科が8つというように非常に細分化が進んでいる事に関連したことです。本来人間が、また人間の病気がそのように細分化されてる訳でもないし、また、そういう細分化されたレベルで、一般の医療が行なわれているわけでもありません。そういう統合は今後どうするのでしょうか。

このような点が、今後諸君の卒後の問題でもありましようし、また卒前から、そういうことにどのように対処するかということは、筑波大学におけるundergraduateの教育の問題でもあるかと思ひます。

最初に申し上げましたように、とにかく懐

かしさがいっぱいでありまして、批判の鋒先が鈍って申し訳ありません。イントロはこの位にさせて戴きます。



尾形教授

受け入れ病院より

国立病院医療センター
消化器内科医長 梅田 典嗣

私はこのシンポジウムで発言するに当たり、学生実習の受け入れ病院として、また、研修医の受け入れ病院としての立場から、筑波大学の医学教育について、いくつかの問題点や気がついた事を述べてみたいと思います。

筑波の医学教育に関しては、私も昭和52年まで奉職しており、特にM6の実習計画の立案にはかなり関与させていただきましたので、ある程度は知っております。

まず、卒前教育に関して申し上げます。一般的にみて医学知識は高いと思いますが、語学に関してはやや問題があるように思います。すなわち、英語はできるけれども他の語学は余り知らないということです。これは他の大学の場合も共通の現象ですから、英語のみでもそれをマスターしておればそれで構わないと思います。しかし英語は将来必要な技能ですから、ECFMGやVQEを通るくらいの語学力は是非、身につけて頂きたいと思います。これは、M3くらいまでに、ぜひやって頂きたい事だと思います。

次に、現在私共の病院にもかなりの数が見えているM6の学生実習について申し上げます。今後の実習の存続について、かなり議論があるようですが、是非存続させた方が良く

と思っています。大学病院ばかりでなしに、いろいろな病院をみることによって、一般病院の実態とか、良い面も悪い面も見られるし、今盛んに言われているプライマリー・ケアも大学だけではなかなか経験できないわけです。ただ、病院の選択という事に関しては、教育内容のばらつきという点からも改善すべき点があるのではないかと思います。その一つとしては、学生実習中に大学の先生方と緊密な連携をとって教えることができないことです。やはり、筑波大学の方針を徹底するためにも大学の先生が受入れ側とよく連絡し、一緒に教育するのが筋だと思います。アンケートをとったりしてデータをお持ちのようですが、その還元ということも、是非、やって頂きたい。

それから、実習期間ですが、学生が積極的にベッドサイドのいろいろな事にタッチして頂かなければならないので、例えば内科の2週間というのは、少し短かすぎるのではないのでしょうか。

次に、卒後教育に関してですが、私の所の病院には、内科に昭和55年度に9人、今年度には4人、というふうにかんがりの数の筑波の卒業生が来ております。真面目で非常に良く働き、いわゆる徒党を組む事ありませんし、他のドクターとも非常にうまくやっています。そういう点は、私も安心してみておれるのですが、ただ、あまり都会人的というのでしょうか、来られた人達だけを見て言って申し訳けないのですが、強烈な目的意識を持って、「これを是が非でも何とかやってやろう！」という迫力に欠けるような気がします。

とにかく、筑波大学というのは一流大学で私共の病院にかなり勤務している東大などのレジデントに匹敵する実力を持っている訳です。是非、全員残してレジデントにしたいのですが、いろいろ問題があってその保証はなく、困っているのが実情です。

それにつきまして、一言申し上げたいと思

います。筑波大は60人から外に出て、いろいろな所で修練をつまれ、そこで勉強させるというシステムで、それは良いのですが、やはり大学へ帰りたいという人が必ずいると思うので、私は2年後の研修が終わった時に、もう一度コンペティションがあってもよいのではないかと思います。また、私共のような教育病院でも、2年の研修後はやはり、ある程度専門化して、リサーチの能力のある人は、リサーチをやらせたいと思います。しかしながら、必ずしも施設や各分野のスペシャリストがそろっている訳ではないので、そういう場合も、大学と交流をもち、各方面との便宜をはかってもらえるようになればよいと思います。

学位についても、Appendix だという考え方が強いのですが、理詰めで物を考え、努力し、その成績をまとめて表現するということは、臨床医にとっても良い面がたくさんあります。学位は一つのmilestone になる訳で、そういう意味でも、筑波大学は外に出た人にも積極的に援助するようお願いしたいと思います。また、関連しまして専門医の問題があります。日本がアメリカと同じように定着するには50年かかるでしょうが、あるからにはとるよう努力して頂きたいと思います。

最後に卒後の進路の問題です。やはり言える事は、筑波大もこれから30年、40年たったら、これは良い意味での人間関係という事で、学閥はできるだろうと思います。現在は新設大学の事ですから、筑大閥はありませんが、学外へ出れば当然、学閥の問題に直面せねばなりません。しかし、本人がやる気になってやれば、必ず良い成果は得られますし、そういう面ではあまり心配することはないでしょう。筑波大学というのは、ローカル大学であってはいけないと思います。やはり、広いいろいろな場所、分野で活躍し、全国的な、いや、インターナショナルな大学になって欲しい。それが私の希望です。



梅田 繁

研修一年目を終えて

武蔵野赤十字病院整形外科

原田 繁

筑波の医学教育を受けて卒業し、学外の武蔵野赤十字病院で研修を一年終えた立場からお話します。

武蔵野赤十字病院の研修医には二つありまして、僕のように公募という形で来ているのが全部で五人いる他に、幾つかの大学からローテーションという形で来ている人達もいます。一番問題となるのは、矢張身分的な事で常勤嘱託という形なのですが、「一体大学との関係はどうなっているんだい。」とよく聞かれます。僕の場合は、筑波大の整形外科の先生方が、かなり面倒を見て下さいまして、何ヶ月かに一遍帰って来てカンファレンス等に参加させて下さったり、研修後の病院という事でも色々面倒を見て戴ける事になっているので、その点はそう心配していませんが、まるっきり自分で、もし出たらどうなるのだろうかと考えたら、そういうのが一番不安な材料だと思います。

ところで、よその卒業生と比べまして、筑波は、まあ一人しかいない訳ですが、自分と言うのも何ですけど、少しは高く評価されています。それは、別に色々な事をよく知っているというのではなく、院外実習でわりと日常業務的な事をやらせて戴いた事も大きかったと思うのですが、一年目というのに、他の研修医の様に色々上から指導される事が少なく、何でも厚かましく一人でやっているとい

う事で、看護婦さんなんかも、だいたい僕の事を三年目だと思っている位なんです。

後、買われている点は、患者を一人でも多く診ようという積極性でありまして、筑波での生活を経験していますから、夜遅くまで病院に居ても何とも思わないんで、救急外来で待ち構えている態度等は、ハイエナみたいな先生だとよく言われます。

それから、カルテも、うちの病院もPOS式に今年からなったんですが、忙しい病院で皆いい加減になる中、POSで毎日ずっと書き続けていると、それだけで奇異な目で見られるという事もありました。

話が色々飛んで申し訳ないんですが、今朝の新聞で、99%、二年連続一位という数字を見まして、皆さんはそれで満足するかもしれませんが、矢張、筑波の医学教育というのは、そういう国家試験の数字だけではなくて、僕は、もっと誇りに思える事は色々あると思うんです。それは、矢張、患者さんに対する取り組み方を、筑波でみっちりを受けているという事で、皆さんは、これから色々な所へ出て行って、数字だけでなく、医師としての、いかにこれから一人前になるか、それに近づく為の教育を受けているかという事を広げて行って戴きたいと思います。特に、外の病院でやって、何も心配する事はありません。ただ、身分の事だけがちょっと心配というのが本音です。

(昭和55年卒)



原田先生

大切な問題とは

筑波大学附属病院外科レジデント

宮 淳

医学教育といいますと、知識の詰め込みということが前面に押し出されがちです。しかし、医者が人間相手の職業である以上、心や精神的教育が、知識以前の大切な問題だと思います。このことについて、今日は少し話したいと思います。

その前にまず、知識教育についてお話しします。筑波の卒業生として、この大学を出て良かった、と思わしめるためには、どのような教育が必要でしょうか。知識の詰め込みだけではそれは無理で、優れたものの考え方を体得することが、より重要だと思います。例えば、教科書、沢山ありますが、書いてあるのは、全て過去あるいは現在の事です。それをただ丸暗記するだけでは、そこに科学を感じません。科学の本質とは、過去・現在をbaseとして、その中から未来を創造することだと思うからです。

大学の先生は、学生を評価するときに、一体何を基準にしているのでしょうか。高校までですと、担任が生徒の授業外の素行から全部見ているわけですが、大学ではそうはいきません。何か客観的な指標、つまり数字に頼るわけです。数字に頼ることの是非はともかく、むしろ大事なことは、学生が数字に表われるものだけを重要視して、表われないもので軽んじ失っていくことであり、非常に重要な問題だと思います。

さて、最近の医学部などは、だんだん変人が増えていていると思います。この会場にも幾らでもあります。何故なら、苦しいばかりの受験勉強を一日に10数時間もやることができたことが、何よりの証明であり、一日が24時間しかない以上、机に向う時間が増えれば、そのために何か失なわれるものがあることは明白です。そして、大学に入っても変人の域を脱

せない。失なわれたものは戻ってきません。もちろん、変人といっても、精神科のお世話になる様なものではなく、おもしろい、やさしさの欠如、社会的責任感、常識の欠如というべき類の変人であります。以前、よく何無主義という形で表現されたような類のものです。少くとも自分は違うと思われる方もいると思いますが、振り返ってみて下さい。例えば、よく歩道に学生が車が堂々と駐車してある。歩道の上なんです。それでなくとも、あなたは、あのステッカーを貼られた事はありませんか。また、BSLで毎日見られることですが、回診の際、学生が患者さんの胸の上に聴診器を3つ、4つとあてている。聴診器とは冷たいものなのです。やられてみればどれだけつらいことかわかると思いますが、このことを意識している人は、はたしてどれだけいるのでしょうか。ちょっとしたことです、思いやりということで、今までの行いを改めるべきことが、各々見つからないでしょうか。

筑波大学は、昨年今年と国家試験では大変良い成績をとりました。先生方も、大分ほっとなさっていると思います。そこで、そろそろ余裕をもって、心の面を含めて広い意味での医学教育を考えるべき時がきているのではないのでしょうか。世の中に医学の物知りを送り出すだけでは、筑波大学医学専門学群は物足りなさを感じなければならないときが、そろそろきていると思います。

(昭和56年卒)



宮 先生

私達の発展のために

M6 厚美 直孝

私達学生が医学教育の話しをする時にいつもおちいる事は、大学が何をしてくれるかという受け身の立場での話しが非常に多いことだと思います。そこで私の提言の骨子として、大学が何をしてくれるかということではなく、私達自身が筑波大学の将来の発展のために、あるいは私達自身の発展のために何ができるかという事を、今この場で考えたい、という事をあげたいと思います。

ここで今年の1月11日に、自治医科大学の同窓会である地域医学研究会を見学して参りましたので、そのレポートをしたいと思います。(スライドを用いての報告：省略)

報告のまとめとしまして、自治医科大学では、地域医療という目標に向かって、卒業生学生、教官が協力して現状を見つめ、問題点を指摘して改善策を立てるという活動を行い成果を上げています。私は彼らの情熱、団結力、行動力、発言力に強い感動を受けました。筑波大学の場合、自治医大と事情は違いますが、様々な筑波独自の問題をかかえていると思います。解決は容易なことではありませんが、とにかく当事者として、取り組んでみる事が一番大切なことと思います。

結論です。以上の様な事から、私は、この同窓会を非常に大事なものだと思っています。今、やっと発足したばかりですけれども、どうか全会員の協力のもとに、桐医会を育てていってほしいと思います。

二番目は、医学教育ということに絡みますが、卒前教育と卒後研修を全く別のものとして考えず、相互に関連したものとして考えてみたいということです。例えば筑波の医学教育の長所、短所は、卒業生や研修病院の先生方のお話しでうきぼりにされるでしょうし、先輩方の日頃の考えを聞くことは、医療や社会に目を向けるよい機会となることでしょう。

この意味でも正会員、学生会員、賛助会員から成る桐医会は絶好の場を提供することになるでしょう。

三番目に、こうした活動を通して、学生自治会もなく、上下のつながりに薄い筑波大学でも筑波の学生、卒業生としての気概を全体的に盛り上げていきたいと思います。

非常に抽象的な話しになりましたが、筑波のかかえる問題点につきましては、後ほどのディスカッションの中でわき上がってくることを期待したいと思います。最後に本会の開催にあたって、M5の増田君、中島君、塚田君を中心とした学生役員の努力に対し、心から感謝を表し、私の提言を終わります。

付：自治医科大学同窓会について。

自治医科大学同窓会は、地域医学研究会と称

し、自治医科大学としての地域医療、卒後研修のあり方について議論し、現在ある問題点及び改良点を指摘して、研修体制及び地域医療計画についての卒業生の総意を固めるという方針のもとに、今年で第3回総会を迎えました。2日間の日程の中で総会と分科会が行われ、総会では、全国各ブロック会報告を、分科会では、初期研修、後期研修、診療所、僻地中核病院、大学部門の5つがとり上げられ、卒業生を中心とした活発な議論が行われました。



厚美君

討

5人の方々による提言の後、討論会に移りました。今回は、シンポジウムということでしたが、特に形式にこだわることなく、自由な討議がなされました。以下に於て、その時の発言をお伝えします。なお、紙面の都合により、司会者の言葉は省略いたしました。

阿久津(M6) 今週、院外実習で、日赤医療センターを回ってきましたが、実に、医療というものと医学とは違うという気がするんですね。それは何故かという、人と人との関係で成り立っていく、本との関係ではないということで、如何に相手の人と付き合うかが大事になってくるわけです。先程の御話に関連しますが、先生の名前を覚える、顔を合わせたら「今日は」と挨拶する、そういった接触で医療が始まってくる。これは患者さんに対しても同じであって、その患者さんの病態を知ることでも大事ですが、その前に人

論

間としてのアプローチが大切だと思うんです。

村井(M5) 意見ではありませんが、先程、「モダンメディスン」での大貫先生の発言を引用されたことについて一言。十年後になって初めて評価が下されるというのは、十年後にならないと実習が目的を果たさないというのではなくて、古いタイプの医者が、大変僭越な言い方ですが、古いタイプの教育を受けた医者が中心になっているところへ、僕ら新しいタイプの教育を受けた医者が出ても、縦系列の非常に強い世界ですから、新しい医学の教育が実を結ぶのは、僕らが中堅になる十年後であって、そこで初めて評価されるべきだということです。誤解があるかもしれないと思いましたので。

(厚美学生代表がモダンメディスン81年4月号の大貫教授と村井氏らの対談記事を引用

— 本紙では省略 — したのに対して。)

小林（55年卒） 一期生で、原田君が外へ出て非常な好評を得ているということですが、筑波の中でも、僕達の代から、レジデント制度というものが、少し変わってきたと言われていると思います。今までの、外の大学から入って来たレジデントの先生方と、僕達とは、区別されて考えられているようです。例えば、一期生からは、もう外勤は許せないと、それで一応2年間はそれでやっていくという事になっています。上の先生方は何を考えていられるのかわからないですけど、僕らとしては、筑波に残りたいということは考えながらも、今後筑波を伸ばす為には、外の病院への事も考えなくてはならないと思うのです。それは、外勤というより派遣という段階になると思うのですが、それに対しても、筑波の場合は、東大や東北大、千葉大などといった関があるわけです。そこには入っていくには、僕達一期生、大学の6年間、色々な人にモルモットと評価されてきましたが、今からまた同じような一兵卒となって、色々と県内の病院でやっていくことになると思います。それに対しての覚悟を、2期生以降の皆さんは、どの程度お持ちになっているでしょうか。

それから、例えば原田君は、日赤へ行って、その後筑波に帰ってくるかどうかわかりませんが、梅田先生がおっしゃったように、2年間位外の病院に行ったら筑波にまた戻れるかという事を考えますと、筑波から派遣されてまた帰ってくるというようにできないか、あるいは、一度公募という形で外の病院へ出ても



司会 左：寺田君 右：島倉君

また帰って来れるというようにできないか、そういった事を指導者の方々はどのように御考へになっているか知りたい人は沢山いると思います。

松下（56年卒） 先程の先生とは違って、筑波大学に残るのではなく、都立墨東病院の外科へ研修医として出る身分の者です。筑波大学のレジデントは40名でありまして、しかもマイナーは定員がいっぱいでないかもしれませんが、実際は40名をきるかもしれません。とすると、過半数の学生が外へ出る事になりますので、外へ出る学生こそやや多数の声という感じがします。

そして、卒後教育に関してですが、外へ出れば出たなりの教育があるはずだと思うんです。我々は、筑波の何か新しい教育を受けたはずでありますし、具体的にはカルテのPOSでありますとか、インテグレイテッドな思考とかを身につけようとしたはずであります。しかし、6年間のうち、実際それに携ったのは1年半位なもので、卒業間際になりますとそんなものはどこかへ行きまして、国家試験にアジャストする為に努力するわけです。ですから、今外へ出ようとしている時に、この筑波の新しい教育というものに対して、インコンプリートであるという認識を持っているわけなんです。外の病院の体制、やり方に従わなければならないという事になれば、何か中途半端な感じがしますし、私、実際、やってきたインテグレイテッドなものを持続できるかどうか不安でもあります。

そういう事でやや危機感を持っていますので、何か、卒後、自治医大が地域医療研究と称して、大学でやったことを再確認したり、あるいは現在の問題を討論しているというような、我々にもそれに相当するような機会が、恒常的にあってもいいんじゃないかと思います。でないと、我々の過半数は、縁が切れて、大学でせっかく身につけたものも無くなって

しまう可能性があると思うわけです。

渡辺 (56年卒) 新たな問題提起という程ではないんですけど、ちょっと疑問に思った点がありますので、2つばかり。

第1に、筑波の医学教育ということを考える時に、果して、筑波が良くなる、あるいは我々筑波の同門が発展するという点で考えるのか、それとも、筑波大学で実験と言いますか、これで良いドクターができると仮にした場合、それを日本に広めるという観点で考えるのかという事です。

例えば、我々筑波同門が発展しようと思えば、やはり今までのように、関連病院をとり、症例をたくさん集め、良い病院をとりというのは、是非は別として、1つの方法ではあると思うんです。しかし、新しい日本の医療、今色々な問題を抱えている医療を改革する為のドクターをつくる模索の1つとして筑波のカリキュラムなり何なりを考えると、やはりちょっと違ってくると思うんです。

第2に、筑波の医学教育に於て、我々が教育を受けるという事と、その卒後教育のシステムがどうこうという事とは、ちょっと別の問題ではないかと思うことです。

国家試験だけ通れば良いという問題ではないというのは、ごもっともだと思いますが、我々がドクターとして活躍する為には、国家試験に通るって事は必要条件なわけです。十分条件ではありませんが。という事は、例えば僕は、三井記念病院へ行きますが、そこは一応4年なら4年なりのカリキュラムを持っておりまして、まあそれがいいと思って、色々な事もありまして、行くわけですが、少なくとも卒後教育に関しては、僕にとって別に不安はないわけです。他の大学の人は、僕より知っている事もあるだろうけれど、知らない事もあるだろうし、最低限、国家試験を通るという事では同じであって、後はそこで努力すればいいのではないかと思うんです。で

すから、卒前の教育は、卒後、ここの大学のレジデントとして残る為のものであってはならないし、その後にとこへでも行ける為の土台にすぎないという考え方もできるのではないかと思うんです。

この2点をよく考えていただきたいと思います。

尾形教授 (シンポジスト) 前の方の発言ですけど、私、他の科の事はよく知りませんが、内科の卒後教育を考えますと、卒後2年間は、絶対にちゃんとしたカリキュラムでデザインされた病院で研修を受けない限り、その人の一生は絶対ダメになると思うんです。いくら卒前に良い教育を受けていても、勿論三井記念病院や梅田先生の病院とかは安心して任せられますが、必ずしもそういう病院ばかりであるという気はしないんです。卒後教育という事で今日の話が及ぶのでしたら、是非橋本先生に考えていただきたいのですけれど、筑波大学のシステムとして、卒業生としてある限った学生だけを出すというのは、非常に問題が残るかと思うわけです。具体的にどう解決したらいいかという事になりますと、私に1つの案はあるのですが、これは私が筑波大学にいた時から気になっていた事ですし、今外から筑波大学を見ても気になりますし、前の方の発言を聞いてもまさにその通りだと思っている事です。

磯 (M6) その40人制の問題というのは、僕達は今まだ学生ですから、実際に体験していないのでよくわからないのですけれど、この場で少し議論してもいいんじゃないかと思っています。この大学が何故40人制を敷いているかということは、M6の卒後ガイダンスで小宮先生のおっしゃったことによると、ある意味では、ベッド数が制限されているということで、レジデント1人当りの患者数を確保するため、レジデント教育にとって必要なこと

だからという考えがあるそうなんです。そのことが、実際に今ここでレジデントをなさっている方にとって有効に働いているか、そういう面でも意見を聞きたいと思いますし、このへんのことを話し合うことも必要なのではないのでしょうか。

ここで橋本学群長をはじめ、教官の方々にも御発言をお願いすることになりました。

橋本教授（学群長・基礎医学系） 私は千手観音じゃありませんので、今の皆さんの関心の的になっている卒後の問題すべてにお答えすることは不可能だと思います。

三井記念病院にこれから行く学生が話していますが、私は、レジデント、大学院、他の病院に関して、卒業生は、筑波大学に於て卒後の事についてそれぞれ理想をたてたわけですから、まずそれに向けて努力することが第一ではないかと思うわけです。例えば、レジデントの人は、何故40人制をはじめとしたこういう条件でやらなければならないかということについては、日本ではじめてレジデント制をやったという1つの理想があったはずなんです。それがちゃんとしたカリキュラムで、考えていたように行なわれているか例えば内科の人は、まず外の事よりも、2年間のローテーションをやられて、自分が筑波のレジデント制が意図したような内科研修医としての力がついていくかどうか、そういう点についてもっと真剣に考えてもらいたいと思います。

大学院の発言がほとんどないんですが、研究面に於て、非常に大切な事で、例えば今までの臨床系大学院といったものと違い、この大学院は、まず研究者の卵を養成することを掲げて、臨床系であれ基礎系であれ、4年間はそれに集中するというたてまえになっているわけです。それで、それに向けて努力していただきたいと思うわけで、これに問題点

があるなら、それについていくらかでも激しく声をあげてもらいたいと思います。

そして外の病院にいかれた人は、その病院のカリキュラムだの方針だのがあると思いますが、そこに研修医の間はコンセントレイトして、そこで要求される立派な医者になったら良いわけです。

学群の問題にしても、今だかつて想像できなかったようなものを作るというわけではなく、卒前の教育目標をたてて、如何に効率よくやるかということなんです。

まあ、我々は、理想を追うに非常に急ですが、やはり一步一步克服していかなければならない事がありますし、それにはいくらあせても時間はかかると思います。

ここにレジデント委員会の金沢先生がいらっしゃるんですが、レジデント制のことを堀先生、それから大学院のことを田村先生、少しお話ししていただきたいと思います。

堀教授（副学群長・臨床医学系） この筑波大学がどうしてできたかという、茨城県の一医科大学として、地域医療を担当する事も目的の1つだったかもしれませんが、医学教育を卒前卒後にわたって改革するという大きな使命があったと思うのです。しかし、世の中が急に変わるわけではなく、そういった理想と現実、あるいは全体と個つまり自分という問題とぶつかった時、諸君とともに我々教官も悩んで来ているわけです。

他のほとんど全ての大学のように、卒業生をそのまま受け入れるという事をここでもしやるとしますと、大学という手配師の手中に入る諸君がどうなるか、たてまえはともかく、一見問題解決のように見えるそれは、恐らく皆を不幸にするのではないかと思います。さっき原田先生が言いましたように、大学の医局から派遣で来ている、そういう医療社会であるなら、そういう人達は、いずれ何処かへ行ってしまふ。将来、原田先生は、気がつい

てみたら武蔵野赤十字病院の唯一の生え抜きであったという、こういう我々の生き方もあるのではないかと思います。

とにかく、各論は色々問題を持っておりますので、外へ出た60人は、その時点でおしまいということにならない方がよろしい。かつては、外へ出た人は戻れない、あるいは「戻る」という言葉自体おかしいとは思いますが、そこで大学とは縁が切れるといううまたの声がありました。けっしてそれは事実ではありませんし、開かれた大学、開かれた病院と称している筑波で、そういう事があろうはずがありません。しかし、無節操に、大学の遠隔操作で、人事をぐるぐる回していくというわけにもいきません。その辺が、これから諸君と教官一体となって解決していかなければならない問題だろうと思います。私は、レジデント委員会の代表ではありませんが、臨床医学系の教官の1人として、このように思います。

田村教授（大学院研究課長・基礎医学系長）

第1回生には、今回の案内状といっしょに大学院についての予告のようなものを同封したと思いますので、だいたい皆さん御存知だと思います。私、第1回生の時の説明会でも申しましたように、臨床系の大学院というのは、レジデントを平均2年位終えてからやった方が、一般的にいいだろうと申し上げて来たわけです。

梅田先生のお話によりますと、何人かは研究を進めたら良いように見うけられる人がおられるという事。まあ、自分自身でやってみたいと思う人がいたら、積極的に大学院を受けて入る事をお勧めします。給料もらわないで、月謝払って、学生に戻るんじゃないかと、そう思われるでしょうけれど、けっとう何とかなっているようですし、3年とか4年とかはあっという間にたつものです。

それから、大学院を出れば学位を貰えると

いいですが、大学院を出ない人は学位を貰えないかというと、論文博士という事が、ちゃんと法律で定められています。大学院を出なくても、しかるべき論文を出し、その内容が良くて、それにふさわしい学力が認められれば学位を与えると。私自身もそういった形で貰った1人で、大学院は出ておりません。

では、論文博士とはどういうものかといいますと、従来の大学では、大体において、実験室に入って何らかの実験をし、その成果をまとめて学会誌に出し、それを論文にして学位を貰うというスタイルがとられて来ました。中には非常に優れた論文もありましたが、何の為に2年間費してやったかと思われる論文もけっとうあったわけです。

ですから僕は、医学博士となる為の論文で必ずしもそういう形の論文を出さなければいけないとは思っておりません。例えば、東大では、症例報告でも学位論文として認めると、皆さん申し合わせでなっているんですけど、ただ、まだ症例報告をもとにして学位論文を出して来たという事は、一度もないそうです。ここでは、必ず実験をして論文に出さなければいけないという形ではなくて、臨床を實際やった中で出て来た事をまとめたような形で学位論文にならないかと考えております。あと1年か2年の間に、こういう事なら論文として認めようというようなものをつくっていきたいと思っております。

これも1つの方法ですが、研究をやりたいと思ったら、私は大学院に来られるのがやはり一番良いと思います。そうやって来られる人が、増えて来るのが、そろそろ3年目ですから、大いに期待しているところです。

総会第2部「筑波の医学教育を考える」終了

司会・進行 島倉 秀也（M6）

寺田 康（M6）

学群長祝辞

橋本 達一郎

今日は、桐医会の第1回総会を持つことができて、皆さんには、非常に喜びを申し上げます。それに、尾形先生、医療センターの梅田先生、それから1回生の諸君、はやほやの2回生、そういう方々、参加していただいて非常に良い会を持つことができたと思います。

実際は、こういう同窓会は、この6時30分からの案内で始まる会が主になっていることなのでしょう。しかし、それだけでは物足りないという諸君の熱意で、今日のような試みが持たれたということ。同窓会としても、単なる親睦だけではなしに、母校の発展の為に、これはもう諸君自身の為でもあります。何か努力して行こうという気がまえがみられているわけで、それを何よりも嬉しく思います。

今日の課題は、卒前の医学教育、カリキュラムを考えるということもあったんですが、話はもっぱら卒後の方に向けてしまいました。レジデント制、大学院、それからこの地域医療のこと、そういうことについても、これから諸君自身の手で創造して行かなければならない、クリエイティブしていかなければならないわけです。今後の同窓会も、是非このような気がまえを持って、発展していただきたいと思います。



橋本先生

第1部でいただけなかった学群長の御挨拶を第2部終了後改めて。

(8M) 出席 食品 行徳・会田

(8M) 東 田村

田村教授のお話を最後に、第2部の終了時間が来てしまいました。御覧になればわかりますように、当日は、少数の方しか発言する時間はありませんでした。まだまだ言いたいことの沢山ある方も多いと思いますし、これをお読みになって意見を持たれた方もいるかと思っています。そういったことは、どうぞ桐医会宛お便りにしてお寄せ下さい。後日改めてそれらを発表する機会（会報にて）も持ちたいと考えています。

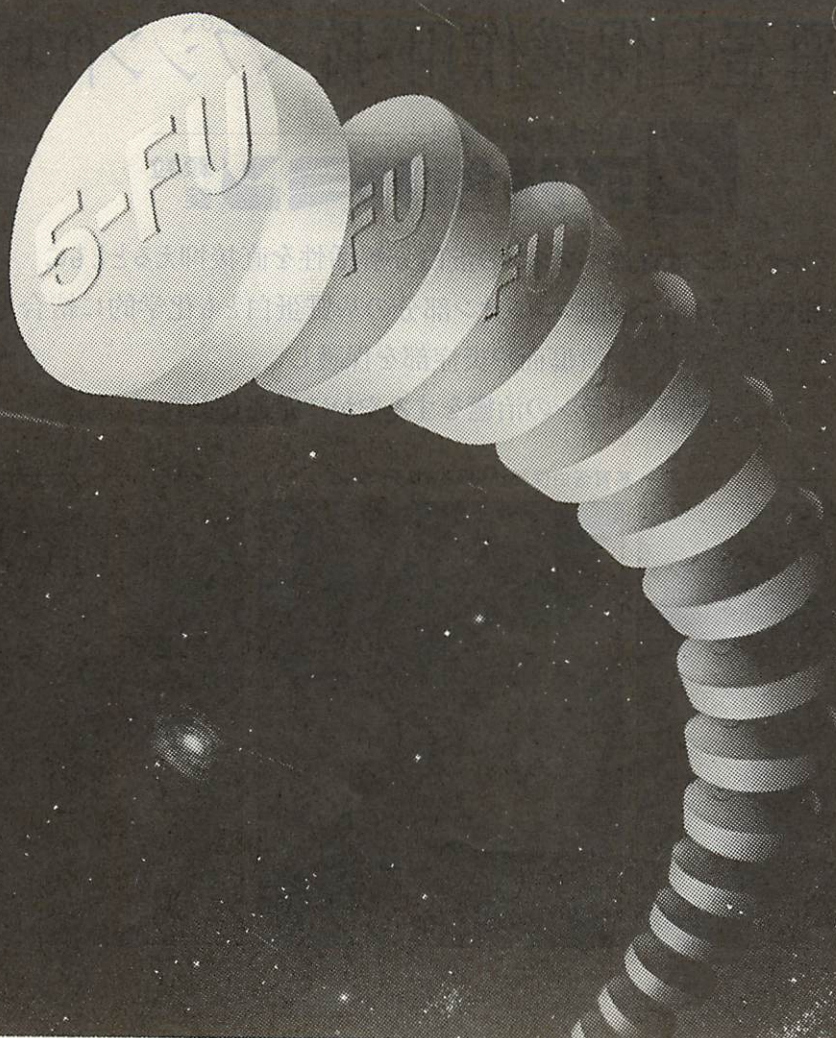
なお、総会のテーマについて、当日出席できなかった多数の会員も、今後ともに考えていくことができるようにすることが、この記録の目的であり、これは、当日の録音と議事録から編集したものであります。それについて、原稿の作成に御協力いただいた先生方には、この紙面を借りまして、厚く御礼申し上げます。



交流会でのひととき

橋本先生、田村先生、梅田先生、尾形先生、そして1回生、2回生の皆さん、ご参加くださいましたこと、心より感謝申し上げます。また、当日は、多くの先生方、学生の方々が、この同窓会に参加してくださいましたこと、心より感謝申し上げます。そして、今後の同窓会も、是非このような気がまえを持って、発展していただきたいと思います。

健保適用



抗悪性腫瘍剤

劇
要指

5-FU錠 50 100 協和

フルオロウラシル錠

〔特 性〕

1. 消化器癌とくに胃癌に対して直接効果を示す。
2. 腫瘍内濃度が持続する。
3. 門脈血中濃度が持続する。
4. 結腸・直腸癌および乳癌に効果を示す。
5. 投与が簡便である。
6. 5-FUドライシロップ協和と同程度のbioavailabilityを示す。

〔適 応 症〕

下記諸疾患の自覚的および他覚的症状の緩解

消化器癌（胃癌、結腸・直腸癌）、乳癌
〔用法・用量〕

通常、1日量フルオロウラシルとして200～300mgを1～3回に分けて連日経口投与する。
なお、年齢・症状により適宜増減する。

* ご使用に際しては製品に添付の説明書を参照下さい。



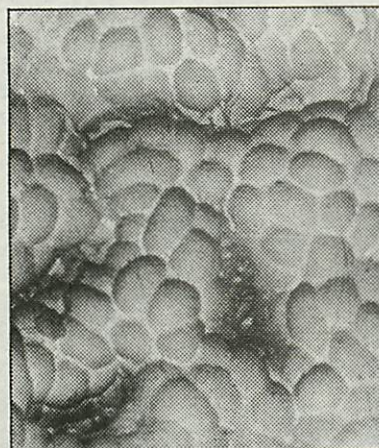
製造発売元 協和発酵工業株式会社

基質蛋白保護作用・抗ペプシン作用

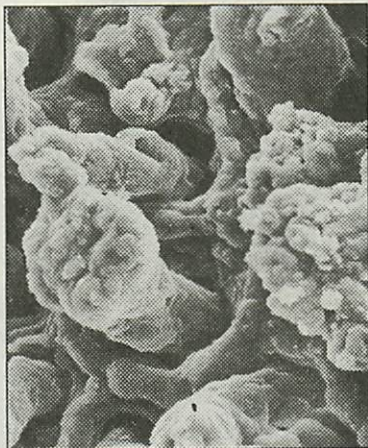


アルサルミンは胃液ペプシンの蛋白分解活性を直接抑えるとともに潰瘍底部や白苔および粘膜エロジオン部分の基質蛋白とも化学的に結合して潰瘍面や炎症部を保護し、潰瘍やビランの治癒をすみやかに促進します。

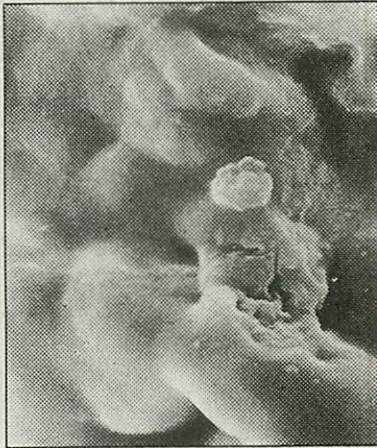
基質蛋白保護作用〈走査電子顕微鏡による追跡〉



対照例 十二指腸の正常粘膜像強拡大(ラット)



塩酸逆流による表層エロジオン部



アルサルミン投与例 アルサルミン結合部



〔適応症〕

胃潰瘍・十二指腸潰瘍

〔包装〕

顆粒：500g、1kg、5kg

1g×1200包、1g×3600包

錠：1200錠

■使用上の注意は添付文書をご覧ください。

〔薬価基準収載〕

●胃痛・悪心・嘔吐に 胃粘膜局所麻酔剤トピカイン顆粒・錠



中外製薬

〒104 東京都中央区京橋2-1-9
TEL (03) 281-6611



十二指腸潰瘍の… 消化管ホルモン療法

難治性潰瘍に1クール3週間療法……

難治性潰瘍に対し、攻撃因子、防御因子の両面から作用し、
過酸症状をすみやかに取り除き、潰瘍の治癒瘢痕化日数を短縮させる。

- 抗ガストリン作用による過酸分泌抑制 ●十二指腸腔内のアルカリ化
- 血流の促進、粘液分泌亢進 ●胃・十二指腸の緊張緩解

セクレチン製剤

セクレパン[®]注

成分：1管中50セクレチン単位含有／包装：10管(2ml溶解液添付)／薬価基準収載

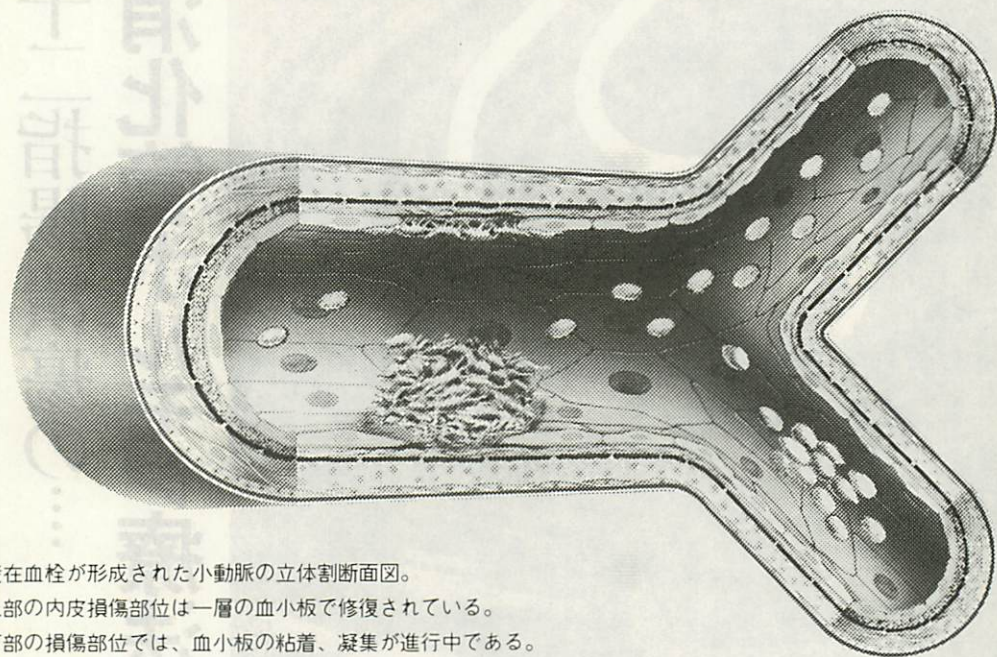
★ご使用に際しては、添付文書をご参照ください。



エーザイ

東京都文京区小石川4

血小板と動脈血栓



壁に血栓が形成された小動脈の立体断面図。

上部の内皮損傷部位は一層の血小板で修復されている。

下部の損傷部位では、血小板の粘着・凝集が進行中である。

血小板の多くは凸レンズ又は円板状であり、一部は辺縁部に短い棘状突起(偽足)

を持っており、主に血管壁に沿って流れている(辺縁流)。(なお赤血球、白血球は図には省略)。

新潟大学医学部第一内科(柴田昭教授) 服部晃博士図譜より

パールサンチン[®]錠25 健保適用

4つの薬理作用

1. 亢進した血小板の凝集能・粘着能の抑制
及び短縮した血小板の生存日数の延長
2. 心筋ミトコンドリアの保護作用
3. 冠動脈の副血行路の発達促進
4. 心筋虚血領域へのO₂供給改善

※適応症、用法・用量および使用上の注意については添付文書をご覧ください



日本C.H.ベリンガー・ゾーン株式会社
大阪市西区南堀江1丁目11番1号(美本建設ビル内)

販売元 田辺製薬株式会社
大阪市東区道修町3丁目21番地



国立病院医療センター内科研修一年目を終えて

国立病院医療センター内科

村 岡 亮

厚生省のおひざ元、天下の国立病院医療センターに新風を吹き込もうと9人の若侍（内科7・外科1・泌尿器1）が筑波の田舎よりネオン輝く新宿へ上京してからはや1年の月日が経ちました。多忙なる第一線病院で第一回生たちは各自立派に毎日の責務を遂行し、幸いにも上司の評判もすこぶるよく、もち論1人のドロップアウトもなかったことを報告致します。我々が研修を始めた当初は内科研修医11人中7人が筑波であるという大世帯で、これはきっと“筑波閥”として一大勢力を形成するに相異ない、と他大学出身者の間にあせりの色がみられたものでしたが、現在では誰が何大学の出身か全くわからぬほどに内科2年生11人が和気あいあいと仕事をしております。研修医ばかりでなく一般の医員の間に於いても学閥があまりないのはこの病院の1つの特徴といってよいと思います。

私は内科研修医（筑波でのジュニアレジデント）として今迄に5つの科（代内・膠・呼・消・麻酔）をローテートしてきましたが、今後当センターを受験する人の参考として、この病院の長所・短所について述べてみたいと思います。

＜長所＞

- (1) 症例数が多く、臨床手技を数多く体験できること。
 - 常時5～10人のPtを受持ち、2年目よりは病院全体の一人当直や週一回の外来…と接するPtの数とバリエーションは大学病院に比してかなり多い。気管切開や腰椎穿刺等の経験数も多い。検査に於ても胃透視や内視鏡は各々3ヶ月で30例

以上経験できる。（60例を3ヶ月でこなした人もいるとのこと）

- (2) カンファレンスが活発である。

— カンファレンスの数と質はその病院のactivityの指標となります。

- (3) 臨床研究部が併設されている。

— 遺伝・免疫・臨床薬理（ボスはある石崎先生）他2部門があり、各々独自の研究成果を挙げています。臨床の合い間に研究室をのぞいたり、カンファレンスに参加することも可。論文博士も努力次第で可能とのこと。

- (4) 近い将来、海外医療協力センターとして発展する予定であること。

— 設備・人員共に大巾に充実するということです。

- (5) 新宿に近い。

— これだけでも研修病院としてfirst choiceに入れてもよい、という意見もあります。

＜欠点＞

- (1) 忙しすぎて教科書を読む暇が少ない。

- (2) 研修5年終了後一部しか残れない。

- (3) 各科により内容にかなりの差がある。

…などです。とにかくまずは一度、春・夏休みに実習を体験してこの病院の雰囲気やハダで感じとって下さい。そして我々と一緒に働こう、医療センターを少しでも良くしようという意志があるならばそれだけでこの病院はあなたにとってのbest choiceです。多くの有能な後輩があとにつづくことを祈っております。

我々の経験より一言提言

本年も多くの後輩諸君が ECFMG を受験し、メディカルではかなりの合格率であったがイングリッシュの方の合格者はたった数名にすぎないと聞いている。M4 の頃までに一度 TOEFL (Test of English as a Foreign Language • ECFMG の English part と同内容) を受験しておくことを

お勧めしたい。合格ライン (550⁷⁰⁰以上) と自分の英語力との間にかかなりの開きがあることに気づかれると思います。

<申込書請求先>

〒100 千代田区永田町 2-14-2

山王グランドビル 207

フルブライト委員会

(〒240 円同封)

近 況 報 告

第1回総会は、後輩達の無報酬の献身的な援助のおかげで、有意義に終えることができました。後輩達には感謝いたします。

ただ、残念なのは、我々二回生の総会への出席が少なかったことで、私のPR不足を反省させられました。又、もう一つの原因は、我々の切実な問題となるべき討論に、最初からの的をしぼり切れなかった点にあるかもしれません。さらに追求してみると、我々二回生は、我々の、そして又、筑波の将来の問題を筑波全体の問題として、互いに話し合う姿勢が少なかったのではなかったか、と感じました。桐医会を単なる親睦会にしてはなりません。伝統のない大学だからこそ、同窓会組織を利用し、情報量を多くしましょう。

さて、それでは近況報告。我々は二階の研修医室 (M5 時代の向い側の室です。) に、全員入りました。このたまり場には、40人分の机と椅子が小学校の教室のように並べられ、余り来ない耳鼻科のH君の机が飲食物の置き場になっております。

時折、スピーカーからの「…先生」の声、今もって自分がナースから呼ばれたのではないかと錯聴が起き、それと共に、何か指示に間違いがあったのではないかと、患者が急変したのではないかと、ひやひやします。

筑波大学附属病院内科レジデント

海 老 原 次 男

血液内科ローテート中のN嬢。最初の二週間は「お早よう。」の声も耳に入らなかったが、やっとこの頃、コーヒーを入れてくれる位に慣れてきた。彼女の順応性のたくましさには驚くばかり。

皮膚科のH君。T cell, B cell の鑑別だとか、色々の実験のために試験管を振り振り夜中の二時、三時頃まで。徹マンできたえた力は、ここで役立っています。

「9 to 5」と思っていた放射線科のT嬢。フィルムの山を前に青息吐息。

宿舎へ帰れば梁山泊。外へ行った人達はいつもここへ来てくれ、そのたびに人が集まります。皆様もどうぞ。

大学病院というものは、最高の医療をするべき所、又、できる所であるはずですが、我々がその姿勢を持って患者に接しない限り、筑波は単なる一病院とわかってしまうでしょう。私はこのことを毎日反省しながら、ジュニアという肩書を多に利用して、あちこちで耳学問、目学問をさせてもらっている最中でありまふ。

臨床研修の場の選択について

東京都立墨東病院外科研修医

松下 昌之助

墨東病院外科（消化器，一般）は，研修期間2年で，そのうち麻酔3ヶ月（6ヶ月まで延長可），胸部外科3ヶ月（6ヶ月まで延長可）となっている。身分は，S 55年より発足した東京都の臨床研修医制度により，2年間の期限つきの地方公務員非常勤職員である。外科のベッド数は68で，部長，医長（計4）をheadとして，4グループに割けその下に卒後3年～新卒の医師が2人ついている。

私は，その外科における初の臨床研修医制度による採用者なので，今までと違い相方にとまどいがあった。先輩の研修医は，東大，医歯大，自治医大などの医局に属していて，医局のローテーションの一環として墨東病院に1～2年勤務する形式をとっており，しかも，少なくとも卒後外科研修を2年近くつんできた人が大部分であった。新卒の私は，外科の実務において，素人同然なので，救急を有する第1線の外科チームとしては，私の採用は戦力となるより，むしろ負担となる傾向は否めない。しかし，この制度が発足し，来年以降も筑波からの後輩の採用を含めて，卒後2年という短期研修が続くことが予想されている以上，私自身の進歩がこの新制度の評価にもかかわると思われ，短期ながら，成果をあげたいと思っている。

ところで，筑波大学の卒業生で臨床医を目指す場合，主に3つのルート，即ち④筑波大学のレジデント，⑤他大学の医局への入局，⑥地域一般病院への採用，がある。⑥をさらに分けると，1)職員としての採用，2)5～6年の長期研修医制度による採用，3)2年間の短期研修医制度による採用，に分かれる。私の場合，⑥の3)に属する。私の属する世界を中

心にしてそれぞれの長短を考えてみたい。

I. 非④，即ち，筑波大学のレジデントでないこと：

①新しい気分，新しい職場であり，他大学出身の医者と人的交流ができる。（長）

②筑波での方法（POS, Total Patient Careの見方）の維持が困難なこと。即ち，卒前卒後教育に一貫性が乏しい。（短）

③症例数は多く，救急もとり扱うが，珍しい症例はむしろ経験が少ない。（一般に長）

④給料は多い。（長）

⑤筑波大学との直接の縁が臨床上，切れること。（人により長短あり，私の場合，短）

II. 非④非⑤であること。即ち，大学に属さないこと：

①アカデミックでない。（図書，文献，カンファレンスの数，内容，症例内容など。）（短）

②しかし，極めて实际的で，いかに trouble が少なく退院させるかに，ポイントがおかれる。（長）

③永く続く直接の指導者がいない。（短）

④上のスタッフが少ないので，比較的早く多くの経験をつむことができる。（長）

⑤指導医あるいは研修医が，各大学，各教室での経験をもっているため，手技において，いろいろな方法を比較できる。（長）

⑥検査設備は大学に比して充分ではないので，検査項目に制限があったり，外注検査のため，返事が遅れる。（短）

⑦実際の病棟，ICUでの患者の管理は，より多く研修医にまかされており，緊密と責任を感じる。（長）

⑧各分野の専門の人がそろっている訳では

ないので、専門性において欠ける分野がでてくる。(短)

⑨学会加入(専門医認定制度)などの学会情報に乏しい。(短)

⑩学位を取得希望の場合、どうするのか不明。(短)

Ⅲ. ㉔-3)であること、即ち、地域一般病院で、かつ、研修期間が2年であること:

①外科の場合、少なくとも5~6年の研修は必要で、2年間は初期研修にすぎない。2年で切れることは、研修の一貫性を欠く。(短)

②現在のところ、研修修了後の行き先は決まっていない。自分で決める努力が必要であり、この点が、次の病院が決まっている大学医局ローテーション組とは異なる。しかし逆

に言えば、決まっていなくても自己の近い将来について真剣に考える必要があり、ECFMG, VQE, TOFEL などについても必要性を感じる。ただ、本を読む時間が少ないジレンマはある。(短もしくは長)

③2年間の臨床経験をもとにして、もし希望するなら、より実索性のある大学院のテーマを選ぶことができる。(長)

④卒業後2年の研修を前提として、研修医を募集する病院がある。(eg. 国立ガンセンター, 国立循環器センターなど。)(長)

以上、思いつくままに、私の基準で長短をあげてみた。この中のかなりのものは、実際に赴任しなければわからなかったことであり、後輩諸君の参考にしていただきたい。

昭和56年3月卒業第2回生 進路内定状況一覧

昭和56年4月21日現在

進路先等	人数
筑波大学附属病院	43
筑波大学医学研究科	6
いわき共立病院	1
大阪大学医学部附属病院	1
沖縄協同病院	1
国立霞ヶ浦病院	1
河北総合病院	1
関東通信病院	1
慶応義塾大学附属病院	2
神戸大学医学部附属病院	1
国立病院医療センター	7
自治医科大学附属病院	4
聖マリアンナ医科大学附属病院	1
聖路加国際病院	1
信州大学医学部附属病院	2
千葉大学医学部附属病院	2
帝京大学医学部附属病院	1
東京医科歯科大学医学部附属病院	2
東京医科大学医学研究科	1

進路先等	人数
東京警察病院	2
東京厚生年金病院	1
東京慈恵会医科大学附属病院	1
東京女子医科大学附属病院	4
東京大学医学部附属病院	2
東京大学医学部附属病院分院	1
東京都民医連大田病院	1
東京都立墨東病院	1
長崎大学医学部附属病院	1
日赤医療センター	1
日立総合病院	3
弘前健生病院	1
弘前大学医学部附属病院	1
三井記念病院	1
武蔵野赤十字病院	1
山口大学医学部附属病院	1
関西医科大学医学部附属病院	1
合 計	103

院外実習を終えて “期待される医師像を追って”

M6 湯原孝典

人間の心をもって患者に接し、身体的にも精神的にも社会的にもできるだけ完全に近い良好な状態に患者を回復させるよう、あるいは維持するよう努める医師、というのが現時点での僕の考えている望まれる医師像です。人間の心とは何かなど書いていると、道德の教科書になってしまいそうなのでやめますが、こんなことはだれでもわかっていることでしょ。

ではこの医師像に近づくには具体的に何を為すべきかということですが、これはすぐに解決できる問題ではなさそうです。ひょっとしたら医者になったら一生追求していかなければならない問題なのかもしれません。医学教育の中で教えてくれるわけでもありませんし、教えることのできるものでもないように思えます。ただし学校は、われわれに考えるための材料は提供してくれているのではないのでしょうか。例えばそのひとつが、附属病院だけでなく、学外の病院も含めての実習です。ここでわれわれは多くの医師に接することができます。それらの医師たちの診療にあたっている姿を見ることは、単に医学の勉強になるだけでなく、望まれる医師像に近づくには何を為すべきかという問題にもヒントを与えてくれるはずです。

今まで書いてきたことは医師ひとりひとりの問題についてですが、社会の中での医師の動きの上からの望まれる医師像というものもあるかと思います。しかし、医療システムや制度がどう改善されようと、ひとりひとりの医師にその気がなければどうしようもないことはいうまでもありません。

医者嫌いという人は少なくないようですが、その原因にはいくつかあるでしょう。注射など痛い目にあわされるということが最も多い

かもしれませんが、他に病気に対する恐怖が医者に対するそれに置き換えられているということ、診察室の中だけにいる医師に、ヘビや幽霊のような日常性を欠いたものに対すると同じような恐怖を抱くなどといったことがあるのかもしれませんが。したがって医者嫌いをなくすには病気に対する恐怖や不安を少しでもなくすことです。そのためには、病気の治療法を確立するということはいうまでもありませんが、病気になることで日常生活から切り離されてしまうという意識をなくすことができればと思うのです。病気の状態における社会生活への適応を可能にするとでもいいでしょうか。これは医者や看護婦だけの力ではだめで、患者の家族なり周囲の人、結局は社会の協力がなければなりません。ここで仮に応義のチーム医療とでもいっておきましょうか。したがって医者も診察室から外へ出ることがなければいけません。病気イコール医者が目の前をうろうろしていれば、病氣と仲良くなれるかもしれません。これで医者嫌いはかなり減ると思うのですが。

期待される医師像というくらいですから、影像化されてそんな医師の姿が頭の中にあればいいのですが、まだ抽象的な文字で表わされた医師像で、これとてさらに変わってしまうかもしれません。しかし、医学書の知識ばかりをもった医師でなく、どこかで哲学者であり、また芸術家であり、農夫でもあり、漁師でもありたいとは以前から思っているのです。

急性中毒センター開設へ向けて

子供が、防虫剤や洗剤を飲んでしまったというような時、電話で適切なアドバイスを受けることが出来れば、大事に至らずにすんだり、無用な心配をせずにすむ。24時間体制でそのような問い合わせに応ずるとともに治療に当たる「急性中毒センター」が、臨床医学系麻酔科内に9月1日から開設されるという。スタッフは、内藤裕史教授をはじめとした麻酔科診療グループの先生方である。すでに一部で報道されたことであるが、今だ構想の段階とおっしゃる内藤教授に御無理を申し上げて、御忙しい中お話をうかがった。

わが国で、化学物質による急性中毒で死亡する人は年間約6千人に及び、交通事故による死亡数の7割に相当する。しかし、交通事故に対しては、国をあげての対策がとられているが、中毒対策はゼロに等しい。また、わが国の化学物質に対する医学研究や医学教育も、微生物等を対象とするものに比し、著しく立ち遅れている。大学の医学部に中毒学の講座はなく、わずかに熊本大学附属の中毒研究施設が化学物質の毒性研究をしているだけである。一方、諸外国では、そういった研究を進めるとともに、すでに20年位前から、国内に複数の中毒センターとそのネットワークを創り、それも今や38ヶ国に及んで、中毒センター世界連合も活動している。

このような現状を踏まえての構想である。

情報センターとして：中毒に於ては、適切な情報の提供が絶対不可欠である。同センターでも、日用品を含めてあらゆる化学物質の組成、その危険性および致死量、誤って摂取した時の応急対策などの情報の収集と電話によるインフォメーションサービスを行っていく方針。但し、わずか一本の回線で「電話救急センター」とする為、当面は、実際に急性中毒が発生した緊急時に限って電話していた

だきたいということと、詳細な状況を把握する為、中毒が発生した現場に居合わせる人に電話していただきたいということである。連絡先は、0298-53-3808で全国どこからの問い合わせにも応ずる。

治療センターとして：ガスを含むあらゆる化学物質中毒を対象とし、きのこ・フグ中毒も含まれる。ただし細菌性食中毒は対象としない。同センターでも、搬送手段さえ確保されれば、全国どこからの患者さんでも、治療に応ずる。

分析センターとして：同センターに於ては、当面上記の2つの機能が主となるが、中毒の診断や治療の為に、体内に入った薬物や毒物の分析は、非常に重要なことである。これは、現在の臨床検査の最も苦手とするところで、化学物質の抽出法や分析法、スクリーニング法等の開発や、体内での代謝・排泄の研究等今後の課題は多い。

同センターのめざすところ：まず医学に於ける化学物質対策を進めることであり、それは、将来国内各地に必要なと思われる中毒センターのパイロットスタディともなることであろう。また、ある意味で地域医療の一環となるが、この方面の専門部門を持つ衛星病院という形で関連病院をつくり、患者はそちらで扱うようにすることも考えられている。更に、将来は、法医学・社会医学系や薬剤部等と協力して、慢性中毒をはじめとしたより広範な領域までを対象とする化学物質対策センターへと発展させることが考えられている。中毒予防の方策を探るにあたっても、自殺予防の見地から精神科医の存在を忘れてはならないというように、関連する分野は広い。

今後、学内学外を問わず、筑波大学に関係する者としても、頭の中に留め置いて、その円滑な運営に協力していくことが望まれよう。

名簿について

桐医会会員名簿（1981年度版）は9月に発行の予定です。正会員2回生までを完全に調査したり、教官、学生などに移動があり、大幅な改訂が必要であったため、多少遅れることとなりました。目下印刷中です。名簿の記載事項については、完全を期したつもりではありますが、訂正、追加、変更等、ありましたら桐医会支部まで御連絡ください。

古本市について

総会交歓会にて提案されました古本市が、5月30日土曜日午後、医学食堂にて開催されました。これは、要らなくなった教科書、問題集等を後輩諸君に安く譲ろうと、殿岡、広田両先生等を中心とした第2回生によって企画されたものです。準備期間が短かったこと、土曜の午後2時過ぎから催されたことなどの不利な条件にもかかわらず、当日には、14名の第2回生の協力を得て、約500冊の本が集まり、内220冊が在校生の手に渡りました。金額にして16万5千円の売り上げとなり、その1割が桐医会に寄付されました。

今回は、連絡が行き届かず、試み的なものとなりましたが、今後はできれば定期的開催をしたいと思っています。御協力願える蔵書等ございましたら桐医会まで御連絡下さい。

総会について

第1回総会は、ともかくもお伝えしたような形式で行なわれました。来年度以降もこれを土台として、更に発展させていきたいと考えております。

総会のあり方について、あるいは日程や企

画等について、幅広く会員の意向をとり入れていきたいと思いますので、何か御意見をお持ちの方は、今回の感想も含めて、どしどし桐医会本部までお寄せ下さい。

日頃、医療に携わっていて感じることや、ひとりでは到底解決できないような問題、それらを総会という場に限らず、話し合ってみよう、あるいは皆で取り組んでではと思った時、いわゆるウェットな意味でなく、同窓会を利用することも1つの方法だと思います。

そういった訳でありますので、第2回総会の内容についても今後熟考を要する次第ですが、大まかな日程等は、冬に発行予定の会報にてお知らせしたいと思います。

会報について

今回の総会で行なわれました討論について更に発展させても良いと思いますので、記事の中にも書きましたが、どうぞ皆さんの御意見をお寄せ下さい。

今回は、時間の関係で、会員の一部の方はこちらから一方的に原稿を依頼する形になってしまいました。会員の消息、身のまわりの出来事、主張したい事、研究発表、その他何でも結構ですから、自由な投稿を希望します。開かれた同窓会、開かれた会報としましては、特に資格は問いません。どこのどなたでも結構です。形式についても特に定めておりません。

また、創刊号をお読みになつての感想、意見、その他今後の企画等について何か考えをお持ちの方も、それをどしどしお寄せいただきたいと思います。会計報告を読んでもわかりと思いますが、この会報発行に要する資金は、半分は広告料であり、他は賛助会員からの会費でまかなわれています。そのことに

についても、今後どうすべきか、皆さんの意見を受けたまわりたいと思います。

次号の発行は、年が明けてからの予定です。

編 集 後 記

総会に出席しなかった多くの会員にも、総会の内容を即座に伝えようとしたものが、時機を逸したために、このような会報に仕立て上げられた。にわか作りで荒削り、形式も、これは「TSUKUBA STUDENTS」か「HERZ」かと、学生時代を思い出しつつ苦笑された方もいらしたかもしれない。

M6は院外実習で出払い、M4以下は、6月の声を聞けばもう学期末試験。ポリクリ中のM5が、ねじり鉢巻で総会のテープ起こしをしてくれた。その他、各方面の御協力にはひたすら感謝する次第である。

さて、出し抜けな梅雨明けをくらい、今や真夏の太陽が容赦なく照りつけている。東京育ちの自分にとって、夜空の銀河と流れ星の雨（当時は何の流星群であっただろうか？）に目をみはったあのM1の夏からもうはや幾年。卒後、大学を離れる者にとっては、再び何時巡ってくるかわからぬ筑波の夏である。

この時だけは冷房も効かせる？臨床講堂で奇しくも今、医学教育学会が行なわれている。実に綺麗に飾りたてられ展示されている「筑波大学の新構想カリキュラム」は、果たして、本当に今の我々を育てているものなのだろうか。藍より出でて藍よりも青くならんとする者は、どこからでもあらわれるというが。」

いざ、務めいそしめ、花の上のきらめく露の消えぬ間に。

ああ、何となくクリスタルなヒポクラテス達よ。ふとったブタよりも、やせたソクラテスよりも、たくましきヒポクラテスになれとか。（え）

時の経つのは実に早いもので、この間第一回桐医会総会が開かれたと思ったら、あれよあれよと言う間に二ヶ月が過ぎてしまった。M5諸君の献身的な働きに支えられて、どうにかこうにか会誌を発刊するまでに至ったのであるが、実はこれからが大変であることに気が付いた。呼鳴、あれもしたい、これもしたいと同窓会の将来を夢見て希望に胸膨らませても、何分、それを実現するためには、時間の経過によらねばならぬ。自分達がいくら頑張っても同窓生は年に百名しか増えない。今は、兎に角やってみよう、の挑戦的な精神でここまで来た訳であるから、これからも、少しづつでもいいから、一步一步着実に、力強く、そしてちょっと洒落た同窓会に発展することを願って、皆で頑張っていこうではないか。（て）

なお、本会報の発刊にあたっては、臨床医学系、山形迪先生に御尽力頂きました。どうも有難うございました。

桐医会会報 創刊号

1981年8月1日発行

編集・発行

桐医会

茨城県新治郡桜村天王台1-1-1

筑波大学医学専門学群学生担当気付

印刷・製本

株式会社 イセブ印刷