



桐医会会報

1982. 4. 26. No. 4

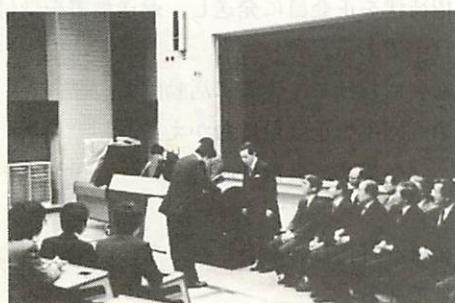
※ 学群だより

晴れやかに卒業式・入学式

3月25日(木)，大学講堂で1981年度学群卒業式が行われた後，筑波大学医学専門学群の卒業生94名の卒業証書授与式が行われた。

午前11時40分から，臨床講堂Aで，父兄，諸先生の見守る中，一人一人阿南学群長から卒業証書を手渡され，盛大な拍手を浴びていた。中には，学群長に握手を求めたり，卒業証書を頭上に振りかざす卒業生もいて，なごやかな雰囲気の中で式は挙行された。

授与式に統いて，学群長の挨拶があり，「卒業は，自分の力のみならず，周囲の人の力によるところも大きい，これからも頑張るように」と述べられた。その後，学群棟の池の前で記念撮影があり，最後に卒業生一同によるもみの記念植樹が行われ「灯穂(とうすい)」と命名された。



卒業証書授与

主 な

晴れやかに卒業式・入学式	1
第2回総会に向けて	2
第3回卒業生より	3
第3回生内定先	8
茨城県の医療事情	11

第9回生100名入学

3月19日，本部棟駐車場で筑波大学1982年度入学試験合格者が発表され，医学専門学群には100名(うち女子18名)が合格した。競争率4.5倍。現浪比は2:1で現役優勢であった。

入学式は花曇りの4月8日(木)午後1時半より筑波大学講堂で挙行された。筑波大管弦楽団がワグナーのマイスター・ジンガー前奏曲を演奏する中で始まり，1,650名の新入生たちは真新しいスーツやワンピース姿で，緊張した中にも晴れやかな表情。福田信之学長は，「21世紀を前に，複雑多岐な社会の中で，諸君は未来指向型の人間であると同時に現状に対して自分で問題を解決して行く姿勢を持つ，国際的人間として成長して欲しい」と呼びかけた。また「筑波大がすばらしい成果を上げれば，その分だけ卒業生の評価も高まる」と新入生に奮起を促し，合唱団とオーケストラの演奏する莊重なバッハのカンタータで式は終わった。

今年で，筑波大学医学専門学群は，第3回の卒業生を送り出し，また第9回生を迎える

内 容

粒子線医科学センター	15
医学専門学群の新入生へ	17
クラス代表者会議	18
東医体	19
教官人事往来	19

れるわけである。第1期生は卒後研修3年目を数えようとしており、レジデント制、卒後再教育など多くの問題が発生しつつある。年

々、志を同じくする者がふえてゆくのは大変心強いことであるが、同窓会としても今が基礎作りに最も大切な時期であろう。

※ 会だより

第2回総会に向けて

桐医会会长 山口高史

1期生が卒業してから2年、桐医会の発足以来、早1年半を経ようとしていますが、今桐医会は人間にたとえるならば、赤ん坊と同じで、やっと伝い歩きをし始めたところです。しかし、今年も第3期生を迎えるに着実に一步一步、大きくなっています。

ところで、卒業生の皆様は、まだ筑波での学生生活の思い出も新しく、また、同窓生どうしの交流も比較的保たれていることなどから、同窓会そのものの存在も、そして、その認識も、まだ薄いと思われます。また、桐医会自体、発足したばかりで形を整えるのがやっとであり、現在、名簿と会報の発行を学生有志の協力を得て行っているのみです。同窓生自身、私も含めて、まだみんな駆け出で、研修等に精一杯なことにも起因していると思われます。

しかし、十年後、二十年後を見て下さい。同窓生は千人を越え、同窓生の皆様も、ゆとりを持って同窓会を認識して下さるでしょう。また、同窓会も、同窓生の核として、交流の場として確固たる位置を占めているに違いありません。現在は、その第一歩です。そしてその将来への期待をこめて、第2回総会へと歩んでいます。筑波という、全く新しい環境で育った私達が、他とは一味も二味も違う同窓会を作る為にも、皆で一緒になって桐医会を育ててゆこうではありませんか。皆様の御参加を期待します。（55年卒 筑波大内科）

会の動き（'82年1月～3月）

記録室

1982年1月

・第2回総会のほぼ概略を決議した。

今回は新たに〇部を設け、学生に対してもアピールすることにした。

（評議員・学生委員）

1982年2月

・総会の内容はまだ議論の余地あり。

・総会にむけて各部門（記録・交歓会・受付広報・会計・会場）の責任者（学生委員）が選出され、仕事内容が分担された。

1982年3月

・総会の内容決定（詳細については後日別刷配布します。）

招待状を正会員に発送し、返送葉書を受付け中である。

総会にむけて、実際に活動開始。

・第3回生を正会員にむかえる。

（卒業式に会費徴収）

今後は5月15日の総会にむけて、邁進するつもりである。

会費納入のお知らせ

会計

昭和57年度より、正会員の皆様に会費として1ヶ月分、金3,000円を納入していただくことになりました。総会時、または振替にて、お納め下さいますよう御案内申し上げます。

1982 4 26 Navy

- ・今年卒業された人達から幾人かにメッセージを書いていただきました。

※ 第 3 回 卒 業 生 よ り

卒 業 に あ た っ て

虎の門病院内科病棟医 山本温子

将来の目標も決まり、又その目標に向って努力する場所も得た今、私は大変幸せです。

大病院のない田舎に育ち、小さい頃から健康で、風邪以外医者にかかったことのない私にとって、医師=関業医、つまり開業医以外の医師というものは考えられませんでした。ですから入学してみて、高度な医学と、医学者たる多くのりっぱな先生方を見て大変感動し、いつしか、私も大学に残り、最先端の医学に接してゆきたいと思うようになっていました。

六年生の春休み、たまたま虎の門病院神経内科で実習する機会がありました。ここで思いがけず3つの発見をしたのです。1つは、高度な医学的知識、技術を有しながらも臨床に徹している先生方がおられるということです。その先生方のお姿を拝見し、私は初心を思い出すことができました。自分は普通の「お医者さん」になりたくて入学してきたのではないか。普通のお医者さんになるということこそ難しく努力に値することではないかと思ったのです。もう1つは医学と医業には大きなギャップがあるということです。それは医学は学ぶ者、研究する者が主役であり、医業は患者が主役であるということからくるのかもしれません。私が大学で学んだものは医学であって、医業（医師道という意味を含めて）はこれから一生かかって修めていくものなんだと思っています。そして最後の一つは、虎の門病院は公的な性格を持ちながらも、有機的に運営され、職員全体が「患者のための医療を」という医療にとって最も基本的で最も大切な姿勢をもって努力していることです。

これから私は、筑波で学んだ医学を基に、

りっぱな臨床医である先生方をお手本にして、自分の描く良い臨床医となるべく、この大好きな病院で、医学、医業に励んでゆきたいと思っています。

“本当に大丈夫でしょうか？”

北海道大学小児科 八十嶋弘一

今日もラジオから、“医療電話相談”なる番組が流れてきます。そして、毎回のように次のような相談があります。「今かかっているお医者さんは、こう診断し、こういう治療をすすめるのですが、本当に大丈夫でしょうか。」こんな相談を聞くたびに、医師と患者の信頼関係のむずかしさを感じます。

しかし、この信頼関係のないところに医療は成立しません。たとえば、医師がいくら適切な薬を処方しても、患者さんがその医師を信頼せず薬をのまなければ治療にはならないことからも明らかです。

この信頼関係を阻害する要因は、医師の側だけでなく、たとえば、患者さんが病院回りをするために、現在の“待つだけの医師”に意欲を失わせる結果となるのもまた事実です。しかし、医師の立場からこの問題を考える場合に、他の点に眼を向けねばなりません。

1つは、医師のレベル格差がある点です。医師の条件として期待されるものに人間性と知識・技術があります。人間性については、難しい問題ですが、少なくとも“3分間診療”といわれる現状をなんとかしなければ、患者さんとの人間関係を保つことは難しいのではないでしょうか。一方、知識・技術については、医師自ら、生涯教育のシステムを確立していく努力をしなければ、医師の最低レベルを引き上げることはできないと思うのです。ただ医の倫理を叫ぶだけでは向上ありえ

ません。そして、その生涯教育システムの中で、大学病院の果すべき役割は大きいと思います。

他にも、地域医療システムにおける病院の機能的未分化と連携の不足、医療タダ感覚と出来高払いによる過剰検査・過剰投薬・過密診療など多くの要因が上げられます。しかし、最も重要なのは、医師個人の背信が医師全体の不信につながる医療の特殊性を認識し、医師自ら信頼の獲得に努力することではないでしょうか。

これまで、そして、これから

筑波大婦人周産期 宮川創平

農学部と合わせて10年間の大学生生活が過ぎてしまった。それなりの成果があつただろうか。

医学部再受験を決めたのは、農学部の3年の時であった。もともとの興味もあって昆虫学のコースを選び、のちのうちに役立てようと思っていたが、卒論実験のために養蚕学教室に入った時に、昆虫学→医学という結びつきが崩れていった。医学は何のためにあるのか病を治すことに主たる目的がある。しかし、昆虫に治療はない。治してやろう、と思う人はいないだろうし、大量飼育中の蚕にあっては伝染病が発生すれば、病気の蚕は即、捨てられて焼かれてしまうのである。ショックはさらに続いた。昆虫の免疫について調べ始めてすぐ、昆虫にはアーグロブリンがないという記載にぶつかった。しかも、終生免疫という機構はないらしい。結局、ショックの連続で農学部を卒業してしまった。

その後、臭蚕（くさこ）の話を聞くことができた。臭い糞を出す蚕であるが、その臭物質はアミノ酸代謝の異常であり、しかも、ヒトにも同じ物質がたまる病気があった。「イソ吉草酸血症」ちょっと耳慣れない病気だが、正にヒトにも昆虫にも共通した病気といえる。

これは！と思いながらも忙しさにまぎれ、傍にはうりっぱなしであったが、今回の卒業を機会にその概要を「おとしづみ」という昆虫のサークルの機関紙に載せることができたことは一つの成果であったといえよう。

卒後、産婦人科としての道をすすむわけであるが、どうも昆虫とのかかわり合いはなさそうである。しかしながら、機会ある度に、私の興味は昆虫に向くであろうし、そのうちまた、ひょんなところで、医学と大きなかかわり合いをもってくるかもしれない。期待しよう！

さらば、大学生活よ、そして……。

ダンスあれこれ

三井記念病院外科 福内 敦

一年の夏休みに米国旅行した時のことです。夕食に招待され、あるレストランに行ったのですが、そこには、ホールがあつたり、生演奏してくれる人がいたりで、踊ることができるようになっていました。演奏を聞いたり、話をしながら食事をしていると、白髪の老夫婦が、音楽に合わせて、ワルツを踊り出したんです。その二人が、とても楽しそうんですね。顔が生き生きとしていて、若々しく見えました。見ている方まで、ハッピーな気持ちになってしまう程なんです。その時、自分もあんな風になれたらと思ったのが、ダンスに夢中になる契機でした。

ステップがうまくきまった時の快感が忘れないジルバ。優雅な気持ちになれるワルツ。身も心も引き締まる緊張感が堪らないタンゴ。情熱的で大人のムードの漂うルンバ。等々、それぞれの踊りに、違った雰囲気があって、そのイメージを、体一杯に表現できた時、気分はもう最高、ダンスって本当に楽しいと感ずる瞬間です。

面白さだけでなく、難かしさ、奥深さも、少し解りました。ダンスは、男性と女性が、

ペアになって踊ります。互いに、自分のバランスで立ちつつ、コンタクトを保つ。大抵は男性が、時には女性が、リードして一つの踊りを創ってゆきます。相手に寄り掛かっていると、相手の邪魔になるばかりか、自分の動きもできません。また、はっきりとリードしなければ、ステップが解らなくて、踊りにななりません。各自が自立し、かつ、相互に協力しあうことが、不可欠なわけです。

しかしやはり、最も大切なことは、楽しむ心だと思います。どんなに上手に踊れても、楽しむ心がなければ、つまらないだろう。少しは下手でも、楽しいな、面白いなと感ずれば、とても幸せだろう。音楽にあわせて楽ししく踊る、この原点に立ち戻り、いつまでも、踊ってゆきたいと思っています。

卒業にあたって

筑波大病院病理 野口雅之

“なぜ医学部を受験したのですか？”とか “どうして医者になろうと思うのですか”とかの問を多く耳にしたのは、六年程前の頃でした。“病んでいる人を助けたくて”とか、“苦しんでいる人を見すごすことができないから”とかいう答をするのが気はずかしくて口ごもっていた自分を思い出します。しかしあのまっ白だった頃に比べて、何か割り切れないのはなぜだろう。

先日、今年から教師になろうとする友人から手紙が来て、読んで見ると、今が試練の時だと言うのです。教師になれるはいいが、三年間、僻地へ飛ばされて、雪深い分校で孤立しなければならない。仕方ないから僻地手当でも貯めて、海外旅行でもしようと思ってあきらめた、とありました。

“君の本当の試練の時は二浪しても教育大を受験しようとした四年前ではなかったか！”と返事を書きながら、その言葉が自分自身に向かっての叫びでもある様で、妙な気持ちで

した。

“将来の自分”を考えて未来を模索するのは当然ですが、もう一度、あのまっ白だった頃の自分自身を思い起してほしいと思います。特にM5, M6になられる方々には………。是非なく医療という一つの大きなシステムの中に組み込まれていく中で、目先のちっぽけな制約に振り回されないためにも、心の中のあの頃の自分を忘れないでほしいからです。

なぜって、これから先多くの試練が待ちかまえているにせよ、本当の試練は、医学専門学群を受験しようとした、あの頃にあるべきだったと思うからです。

ある友人の思い出

東京医歯大精神科 加藤昌明

それまで、彼はいたって真面目で勤勉な、音楽を愛する平凡な青年だった。酒も煙草も飲まず、凡そ遊びを知らなかった彼を悪の道へ誘ったのは誰だったのか、今は定かでない。

ともかく、あのインベーダーのナゴヤ打ちとかいう方法に感銘を受けたらしく、それから2カ月後には、彼はインベーダーの一流プレイヤーに変貌していた。間もなく、彼がどこからか賞品の壁掛け時計を手に入れてくるに及び、私は初めて言い知れぬ危惧の念を抱いた。これは常軌を逸するのではないか、と。

予感は当たってしまった。ヘッドオンというゲームでは友人のSにコンピューターを使って研究用の図を印刷してもらい、全く無駄のないパターンを作り上げ、目をつぶっても一面消せたという。その後、平安京エイリアン、ギャラクシアン、ムーンクレスタ、パックマンなど、続々と登場してくるゲーム群に異常な熱心さで取り組み、いずれも達人の域に達した彼の腕は、遠く東京にもあまねく知れ渡ったという。今東京で広まっているパックマンの上級者用パターンも、彼が作ったものだそうだ。なにしろ始めたゲームが終わ

る前に店が閉まる時刻になるため、やむなく止めさせられることがしばしばだったらしい。

そんな彼もさすがに国家試験を控えゲームをやめたのかと思っていたら、今度はクイックスというゲームの全日本大会で、なんと優勝とは。なんでも、必勝法を作るために4元連立方程式をたてて解いたのが集団総括試験の前日で、それから2月15日までは、勉強会も休んでゲームに専念したらしい。優勝得点を出したときは、27時間連続でプレイし、最後は機械が止まってしまうまで頑張ったというから、凄い集中力だ。彼に勝因を聞いたら、技術のこと（彼の考案したステーション作戦）は別として、①グループ学習②義理を捨てる③直前ど集中などをあげていた。

それにしても、賞品のコンピューターで、今頃彼は何をやっているんだろうか……。

今はまだ別に何も

東女医大神経内科／（東大リハビリ部）

江口 清

思いがけず卒後の行き先を決めるのに手間どってしまい、何とも落ち着かない半年間でした。ともあれ、筑波大のお好きな？ interdisciplinaryなどと言われる分野をめざすことになりました。この度お世話になりました先生方並びに先輩方には、紙上ではあります改めてお礼申し上げます。

臨床医学の世界では、「こういうものでなければ科学—これがいわゆる科学万能主義云々という時の狭義の科学？—とは言えない」という何か風潮、通俗的常識によってか、これ迄理念としては言われつつも実践技術としての発達が望めなかったことが色々あります。そして、その為の不幸な事態も又、一般の人を考える以上に数多く生じているようです。今後、あるいはそのようなものを少しでも拾い上げていくことができればなどと若輩ながら考えております。

ところで、まあ、誰でも、どんな方面で仕

事をしていても、綿密にそれに従事していると必ず幾つかの困難な点、つまりその時の自分の能力では仲々処理することが難しい点というものが出てくるものです。そういう時は、別な言い方をすれば、事柄の内実の構造と自分の能力の実体とが共に裸でその正体を曝しながら触れ合っている点に到達している訳です。そこを超えて行くことが進歩ということの意味であります。注意深くあればあるほどそういう困難な点は増加して来るはずです。その点を超えるようとすると習慣的な操作を棄て、自分の全能力をそこに集中、テンポを緩めて、注意深く、しかもあえて、そこを通過しなければなりません。それは換言すれば自分に克つことであり、その操作の内容には、ここ迄やればよいという限界はないのです。（…と、こういうことは、とても自分から出るような言葉ではなく、実は森有正のとある一節から無断借用しました。しかし、いつしか身をもって示せる人生でありたいと思うのです。おそまつながら。）

「つっぱり」と「ぶりっ子」

医学研究科環境生態系 磯 博康

卒業を目の前にして、ふと自分の年を考えてみた。もうすぐ26に手がとどく。日本の社会で学生だと言ったら驚かれる年だ。そんなオジンが、この頃妙に気にかかるのが、「三無主義」「クリスタル族」「つっぱり」「ぶりっ子」といった若者を表わす流行語だ。なぜ気になるのかと言われてもとんとわからない。ところが気にしているうににおもしろいことに気付いた。これら四つの単語は二つの群に分けられることだ。仮にA群、B群とすると、

A群…「三無主義」「クリスタル族」

B群…「つっぱり」「ぶりっ子」となる。

A群の特徴は、(1)マスコミが作り出した言葉、(2)主に大学生を表わした言葉、(3)退廃的なイメージがあること、である。これに対して、

B群の特徴は、(1)若者の間から発生した言葉、(2)主に中学生・高校生を表わした言葉、(3)からっとしていて明るいイメージがあること、である。独断を交えたとはいうものの、なんと見事な対照だろう。

こう考えたとたん、私は「つっぱり」「ぶりっ子」という言葉が好きになった。「つっぱり」には大勢に流されまいとする若者の意地・エネルギーを感じる。「ぶりっ子」には大勢に流されながらも持ちづける女のしたかさを感じる。とにかく明るくてエネルギーのあるのだ。ただ男の「ぶりっ子」というのはいただけない。「ぶりっ子」は女に限る。しかし、「つっぱり」は男であっても女であっても使える言葉だ。「女のつっぱりなんて。」と顔をしかめる人はもう時代遅れだ。女のつっぱり大いに結構、なぜなら「つっぱり」と女らしさは両立できるからだ。

「つっぱる」という行為は、その行為が剝離的・暴力的・反社会的なものでない限り、否定する理由はない。我々大学生もそろそろ「三無主義」「クリスタル族」といった古いレッテルをはがして「つっぱり・ぶりっ子」の精神を学ぶ時が来たようだ。

筑波での6年間

虎の門病院耳鼻咽喉科 阿久津 勉
私たち三回生も、もう卒業という正念場に立たされている。そして半分以上の者はこの筑波の地を去る。20代前半という時期の6年間は決して短くない。しかし、今振り返ると短かったとしか思えない。何故だろう？

アルバムを見返したり、自分がしてきた事を数えてみると少なくはない。しかし、それらは単なる暇つぶしに過ぎなかつたのではなかろうか。一応授業には出る、一応クラブの練習にも出る。でも、それに本当に熱中できたのだろうか。それに我を忘れて本当に打込むことができたのだろうか。私にはそれができなかった様に思える。いつも心の底に「これで良いのだろうか？」という不安があったから。その不安は、自分のセルフイメージを守ろうとしたために生じたのではないかと思う。自分の殻にいつも閉じ籠ってしまう。それは自信のなさにもつながる。そしてそれは、心の死をもたらす。「自分の命を求めるものはそれを失い…」という言葉が響いてくる。

私たちが来た時と違って道もできたり、図書館もできた。先生方も多く筑波の地に住まわれるようになつた。このようなすばらしい環境が、今在校生に向かって開かれている。しかし、そこへ羽ばたくか否かは一人一人に任されていることに変わりはない。カリキュラムも同じ。それをどう使いこなすかは学生の腕次第。一人でうまく行かなかったらグループでやってみたり、先生に相談してみたりするのもいい。とにかくやってみることである。そうすれば道が開かれるものだ。医学は決して遠いところにあるものではなく、また突然現われるものでもない。それは日々の生活の中で少しづつ見えてくるものだと思う。

二度と来ることのない学生生活を送った筑波を去るが、心が離れることはない。

(二月十五日)



※ 第 3 回 生 内 定 先

赤羽久昌	筑波大大学院 病理学	島倉秀也	筑波大大学院 生理系
赤間高雄	筑波大 内科	島居 徹	筑波大 泌尿器科
阿久津勉	虎の門病院 耳鼻科	下條仁士	筑波大 整形外科
足立信也	筑波大 外科	正田純一	筑波大大学院 生化系
厚美直孝	筑波大 外科	菅野千秋	筑波大 内科
雨海照祥	順天堂大 小児外科	杉浦正俊	東大分院 小児科
池口邦彦	自治医大 神経内科	杉下岳夫	日赤医療センター 整形外科
石川成美	筑波大 外科	鈴木利人	筑波大 精神科
磯 博康	筑波大大学院 地域医療学	関藤典子	岡山大 第2内科
磯部剛志	都立豊島病院	高橋総一郎	虎の門病院 外科
市川邦男	同愛記念病院 小児科	田口 泰	埼玉医大 第1外科
伊藤政美	筑波大 脳神経外科	武井治郎	筑波大 小児科
伊東 康	筑波大 内科	竹内敬昌	東京女子医大 心臓血管研究所
井上節子	筑波大 内科	田中 泉	東京女子医大 第2内科
井上雅樹	河北総合病院 内科	田中敬子	神戸大 小児科
江口 清	東京女子医大 神経内科	田村和喜	筑波大 小児科
大久保一郎	厚生省医系技官	近藤文夫	筑波大 外科
岡本高宏	東京女子医大 内分泌外科	辻村信正	厚生省医系技官
小川 功	筑波大 外科	寺田 康	筑波大 外科
笠松高弘	東大 産婦人科	東野英利子	筑波大 放射線科
柏木万寿男	東大分院 小児科	豊間 博	慶應大 小児科
加藤昌明	東京医歯大 精神科	中嶋紅美子	筑波大 皮膚科
金子正剛	筑波大 整形外科	中島英洋	東大医科研人工臓器移植診療科
上井義之	東大 第2外科	野口雅之	筑波大 病院病理
北原伸郎	東大分院 耳鼻科	野末 瞳	筑波大 外科
菊池孝治	筑波大 泌尿器科	野田ゆたか	東京女子医大 小児科
清澤智晴	筑波大 外科	林 晃紀	日赤医療センター 産婦人科
黒田章史	東京医歯大 精神科	福内 敦	三井記念病院 外科
桑山直也	水戸国立病院 脳神経外科	藤崎安明	千葉大 第1外科
小山完二	筑波大 麻酔科	降旗理恵	筑波大 内科
斎藤正博	筑波大 産婦人科	古川雄祐	自治医大 内科
坂本 透	国立病院医療センター 内科	堀米仁志	筑波大 小児科
坂本善郎	順天堂大 泌尿器科	本多康次郎	虎の門病院 小児科
佐藤真一郎	筑波大大学院 放射線基礎医学	松村高幸	筑波大 内科
椎川 彰	東京女子医大 心臓血管研究所	松本政雄	国立病院医療センター 外科
重光貞彦	筑波大 産婦人科	松本正智	日赤医療センター 外科
篠原直宏	筑波大大学院 形態系	宮川創平	筑波大 産婦人科

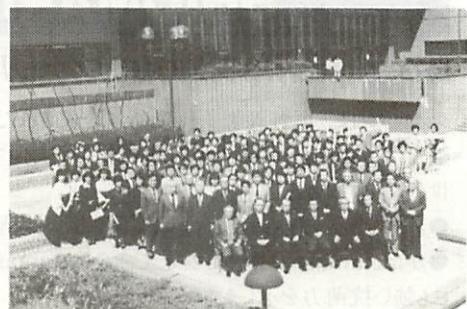
向山 潔 筑波大 外科
 向山庸子 順天堂大 眼科
 桃井 優 都立墨東病院 内科
 森口真理 筑波大 耳鼻科
 森田理一郎 筑波大 外科
 諸角誠人 順天堂大 泌尿器科
 安井恵子 筑波大大学院 公衆衛生学
 八十嶋弘一 北大 小児科
 山口浩史 筑波大 内科
 山田 隆 筑波大 脳神経外科

山内栄五郎 筑波大大学院 生理系
 山内啓子(旧姓・諏訪部) 筑波大 眼科
 山本温子 虎の門病院 内科
 行定公彦 筑波大 内科
 湯沢賢治 筑波大 外科
 湯原孝典 筑波大 内科
 横須賀聰 武藏野日赤病院 整形外科
 吉沢和朗 筑波大 神経内科
 若島将伸 河北総合病院 内科
 渡辺泰徳 筑波大 外科



あの時君は若かった。

(S51年度新入生オリエンテーション)



そして……。

(第3回卒業生の“全貌”…卒業式当日)

虚血性心疾患に三つの作用!

冠循環改善剤

要指示薬

ロコルナール錠



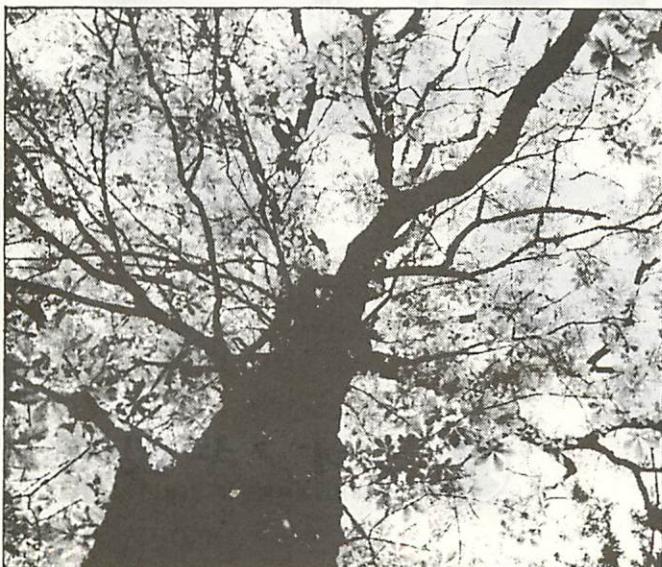
比較的太い冠血管拡張

血小板凝集抑制

脂質代謝改善

ロコルナールの特性

- ロコルナールは、ニトログリセリンと同様に比較的太い冠血管を拡張させて、スチール現象を起こすことなく、虚血部位の血流を改善させます。
 - ロコルナールは、トロンボキサンA2による血小板凝集及び血管攣縮を抑制します。また、虚血性心疾患と負の相関を示すHDL-コレステロール値を上昇させます。
 - ロコルナールは、長期治療を要する虚血性心疾患に適した基礎薬剤です。
- (組成)(適応症)(用法・用量)(使用上の注意)等は製品添付文書をご参照下さい。



【薬価基準】50mg 1錠：37.30円
100mg 1錠：70.60円

資料ご希望の方は下記住所資料係宛

持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地 〒160



新世代を大きく開く

オキサセフェム系抗生物質製剤

(要指)

シオマリン[®] 静注用
筋注用

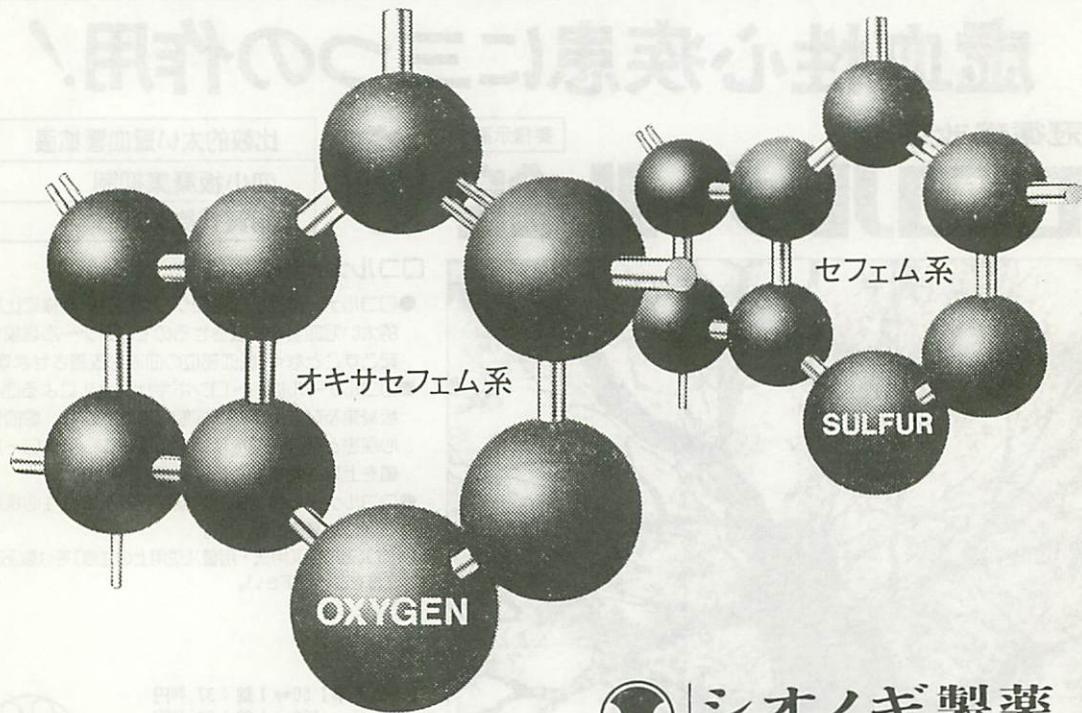
SHIOMARIN[®]

新発売

日抗基 注射用ラタモキセナトリウム 略号 LMOX

シオマリンは、塩野義製薬研究所で合成されたオキサセフェム系の抗生物質ラタモキセナトリウムの注射用製剤で、従来のセフェム系抗生物質（セファロスボリン系又はセファマイシン系）とは化学構造が異なる新しい世代の抗生物質です。

- とくにグラム陰性菌及び嫌気性菌に広い抗菌スペクトラム、強い抗菌力を示し、殺菌的に作用します。
- β -lactamase に極めて安定で、 β -lactamase 産生によるペニシリソ系及びセフェム系抗生物質耐性菌にも強い抗菌力を示します。
- 葉幅基準取扱 ●シオマリン静注用 0.25g, 0.5g, 1g. シオマリン筋注用 0.5g (溶解液付).
- 添付説明書の使用上の注意をご参照下さい。



シオノギ製薬

大阪市東区道修町3-12 〒541



※ 茨城県の医療事情

— 救急医療を中心として —

筑波大学社会医学系主催の社会医学研究会

に於ける11月25日の秦資宣茨城県医師会長の御講演を取材させていただきました。

秦先生は、茨城県の救急医療システムの整備に尽くしてこられ、昭和53年より茨城県医師会長を務められています。今回は主にその救急医療体制について講演されました。以下はその要約です。

(1) 救急医療システム整備の背景

茨城県の医療の現状を考えるにあたり、以下のデータが参考になる。

- (a) 茨城県の面積は587万平方kmで、2／3以上が平坦部である。
- (b) 人口：約250万人
- (c) 交通：国道6号線、常磐線が県の南北を走り、その沿線に人口が密集している。
- (d) 医師数：10万人当たり92人で、全国平均の133.4人を大きく下まわっている。
- (e) 死亡：成人病死亡が全国平均より高い。

交通事故死傷者数が多く、昭和52年までは全国1位、現在でもワースト5位を下らない。

医師数の不足、交通事故の多発などから、救急医療システムの整備が叫ばれた訳である。幸い、茨城県では、外科系を主体とした救急医療告示医療機関が比較的多く、これが救急医療システムのバックグラウンドになった。

(2) 救急医療システムの現状

表1が現在の救急医療システムの概要である。告示医療機関部会は主に一般外科の救急医療を行う医療機関の部会、協力医療機関部会は内科・小児科を中心とした救急医療を行う医療機関の部会、二次病院部会は脳外科のような特殊な設備を有した病院の部会となっている。保障部会は昭和52年4月に設置され、

秦資宣茨城県医師会長に聴く



秦医師会長

県は救急医療にまつわる諸問題、すなわち医療事故に対する補償、取立不能に対する補填、救急医療に於ける医療従業員に対する身分の保障等を制度化した。

以上の救急医療機関の整備に加えて、昭和53年に水戸にメディカルセンター（保健センター）が設置され、ここを中心として救急医療情報システムが始動した。すなわち、メディカルセンター内の救急医療情報コントロールセンターにコンピューターを配置し、救急医療告示医療機関（115ヶ所）と地方情報本部（11ヶ所、地域消防本部26ヶ所より選んだ）

表1 救急医療システムの現況

	告示医療機関部会（昭和49.11）
	病院 77 診療所 37
	計 115 (公的病院10)
	協力医療機関部会（昭和52.4）
	病院 92 診療所 251
茨城県医師会	計 343 (公的病院6)
救急医療協会	二次病院部会 35 (昭和51.5) (協力3) (脳外15) (公的病院12)
	保障部会（昭和52.4）
休日診療	集中方式制 6市1町 在宅輪番制 12市町村 (157施設) (全県92市町村)
	(救急医療情報システム昭和53.8)

に端末装置を設置してオンライン化した訳である(図1)。このシステムによって、救急患者が発生した場合、どの病院があいているかを迅速に把握でき、患者の適切な病院への搬送がスムーズに行われることが可能となつた。

(3) 救急医療システムの問題点

救急医療情報コントロールセンターの検索案内状況は、昭和55年で7,039件、夜間が70.2%で非常に多く、科別でみると小児科37.4%，内科24.4%，外科17.2%の順で、地域的にはその所在地の水戸地区で多く86.1%を占めている。広域圏に於ける救急医療機関の応需状況は、午前平均77%，午後は平均69%で、地域的にはアンバランスはない。しかし、夜間にあって、準夜36%，深夜32%と低下し、特に筑南・石岡・土浦・常総地区の県南地域は応需状態が極めて悪く、今後の大きな課題である(県北は概して昔ながらのかかりつけの医者が多く、検索なしでも受け入れが比較的スムーズにいっているらしいとのこと)。

次に地域情報本部での昭和55年の検索案内状況をみてみると、総数40,148件で夜は47.9%であり、検索種別では指定種病院検索(医療機関別の条件で対象医療機関を検索)が41.4%と最も多く、二次病院はわずか0.5%である。二次病院でも一次的な急患を多く取

り扱っているのであるが、それはさておいて一次医療機関の二次病院の活用は、今後の課題の1つであろう。

以上に述べたように、当県に於ける医療情報システムの設置に際しては、まず医療システムの確立を計り、従来からの医療機関と搬送機関の関係をそのまま生かして、その上に救急医療システムをひいた訳である。そして、情報システムが稼動して約3年経過し、その管理運営が軌道に乗った感があるが、救急医療機関の地域アンバランスの是正、人口増加傾向のある県南地域の特に団地救急対策、二次病院、専門病院の拡充整備、夜間救急センターの増設、地域的にも少ない耳鼻科・眼科等の急患の対策、隣接県との連繋等、多くの課題が残されている。

(4) 筑波メディカルセンター設置について

県南地域に於ける救急医療機関の整備、補強の為、筑波地区にメディカルセンターを作る話が進められている。吾妻小学校の隣の約6千坪の土地に、県と地方医師会(県及び土浦)筑波大学の3者が一体になり、救急病院を作る計画である。最終的には約千床の病院を作る予定であるが、予算の関係もあり、科学博までにとりあえず250~500床の病院を作り徐々に拡張していく予定。救急を主体とした救命救急センター、循環器センター、脳外科センター、外傷センター、中毒センター

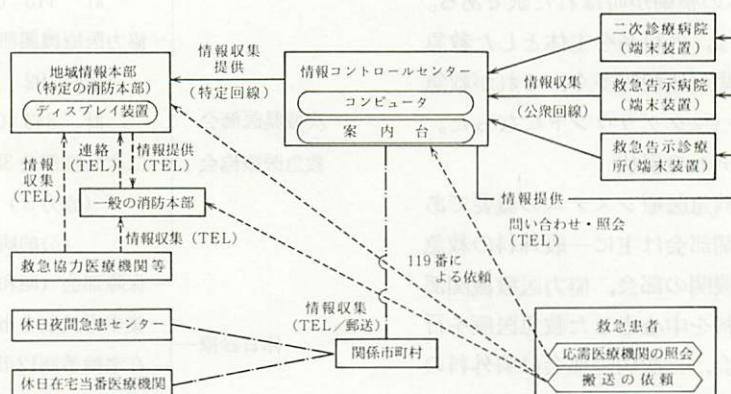


図1 茨城県救急医療情報コントロールシステム体制図

等といった形で作ろうと考えている。

このメディカルセンターは、科学博にももちろん必要であるし、科学博が終った後でも道路が整備され、東京からの患者の受療率が多くなることを考えても、その受け皿として必要なものである。

質疑応答より

○大学病院とか大病院ができる時、地元の医師会から反対の声が出るということはよく聞きますが、そして、筑波大学病院と地元医師会とのつながりもまだしっくりいっていない印象を受けるのですが、筑波メディカルセンター設立に対して、医師会との関係はどうなのでしょうか。

筑波大学ができる時には土浦医師会と色々とトラブルがありました。私は医師会が大学病院設立に反対することは間違っていると思います。大学ができてその地域の医療水準が上がることは良いことのはずです。それに筑波メディカルセンターの設立にしても、筑波大生の卒後研修の受け皿として重要であるだけでなく、医師会にとってもメリットがあるのです。つまり、自分達の子弟が全国の医大を卒業しても、地元に大学や大きな病院がなければ戻って来れないと思う訳です。

我々が医療をやっていく上で最も大きな問題は何かを考える時、患者さんと住民を基盤に置いてものを考えなくてはなりません。今の医師会は前のような硬い空気と違いますから大丈夫です。

○精神科の救急に関するお考えは。

精神科については一応協力医療機関の中に入っていますが、現状は保健所とか警察が精神病院との橋渡しをする形になっています。したがって、今まで述べた救急医療システム

の中で有効に働いているとは言えません。確かに今後都市化が進めば精神科の救急も必要性が大きくなりますので今後の課題にしたいと考えます。

○真の意味での救急患者と、言わゆる時間外診療との仕分けについてはどうお考えでしょうか。

医師の側から見た重傷度では、救急で来る患者さんのうち、本当に救急医療を必要とするのは5%位だと思います。

一次、二次、三次という受け入れ方が必要なのですが、日本では、少し異常があると、夜中でも診療をしているからといって、安易に医者にかかるとする傾向がまだまだ強いようです。救急車がただで呼べるということを助長しているようですが。ドイツのように、家庭に医学書を置くなどして、軽い病気と重い病気の判断を自分自身でできる習慣が身についているようなところでは、めったなことでは医者にかかるないと言います。

ですから、救急医療システムを効率良く運営する為には、住民側の健康に対する意識の向上も大切だと思うのです。その為には、学校時代から一生を通じての健康教育も必要でしょう。救急医療というのは、行政・医師・患者あるいは住民が、三位一体となって理解しなければいけないと思います。

○救急医療システムが効率良く働く為には、利用する立場である患者及び住民側からの意見を十分考慮する必要があると思うのですが、実際このシステムに対する住民側の反響はどうなのですか。

結局は患者を子供の頃から良く知っている言わゆるかかりつけ医が、電話等ででも相談を受けるのが良いということになるのでしょうか。

うか。地域に密着した医療というのが必要だと思います（各方面の意見・要望については下記）。

○ところで、死亡率もかなり高い慢性の成人病、言わゆる慢性疾患の方にも力を入れなければならないと思うのですが。

今日は救急の問題が中心でしたが、我々としては、小児の慢性疾患や循環器の慢性疾患等についても考えております。筑波メディカルセンターでもそういうことを始めるつもりです。

○筑波の大学病院は教育病院で、また3次医療機関であるということから、高度な医療機械や技術を効率よく使いたい訳です。国立大学の中でも長い方である43日という在院日数についても、受け皿がないから出でていかないというのが現状のようなのですが。

筑波メディカルセンターにしても資金のないところに作る為、資金のことを考えると救急というのが一番集めやすいということになってしまうようです。筑波メディカルセンターは救命救急センターを含んだ救急医療センターとして始まる訳ですが、それを核として慢性疾患を扱うセンターを作っていくことも考えていますしこれは確かに必要なことです。

(付) 各方面の意見・要望

(ア)患者側から

- ・患者の大部分は、何時でも診療可能な医療機関を案内してもらっていると思う。
- ・何時でも診療可能な医療機関が同一市町村内に一施設できることを望む。
- ・必ず診療のできる近隣の医療機関を案内して欲しい。
- ・いつも同じ病院を案内するのか（小児科を案内した患者から）。

- ・診療所では、先生が夜間まで大変だろうから、総合病院の案内が欲しい。

(イ)消防本部側から

- ・病院を探す場合、地域情報本部に電話、次に病院に確認の電話と二重手間となり処理時間がかかるので、簡単なディスプレイ装置が欲しい（一般消防本部）。
- ・システムに参加している協力医療機関に端末機を設置してはどうか。
- ・夜間の救急搬送の際に、医師に相談せず受付者の独断により「医師不在」と断わられる場合があった。
- ・救急の際、応需状況が「可」であっても「不可」の時や、空床数が「有」であっても「ナシ」というのが稀に有った。
- ・眼科・耳鼻咽喉科の応需体制の充実を望む。
- ・筑波大の救急体制の確立を早期に望む。
- ・搬送が遠隔地になるので、苦労している。
- ・管内での深夜の二次診療体制が整っていないので転送が多い。
- ・搬送総数の約1／5（200件）は他県、都内に搬送している。
- ・もっと近くに病院が欲しい。
- ・協力機関の応需状況の向上を願いたい。
- ・休日、夜間急患センターの充実を望む。

(ウ)医療機関側より

- ・より一層の救急システムへの協力の為に、筑波大の二次、三次病院の機能及び、体制強化を望む。
- ・栃木県の自治医大、獨協大病院等を二次病院として利用することがあるので、システム参加を考えて欲しい。

（茨城県メディカルセンター事業年報より）

この紙面の作製にあたって、社会医学系の三澤教授に御協力いただきました。どうも有難うございました。

—特別寄稿—

この程、建屋の完成した粒子線医科学センターについて、放射線診療グループ長でいらっしゃる秋貞教授に御説明いただきました。

※ 粒子線医科学センター

臨床医学系教授（放射線科）秋 貞 雅 祥

粒子線医科学センターは10年時限計画で発足して今年で2年目に入った。予算措置がとられてから建屋、ビームラインなどの施設設備の建設を開始したばかりであるが、残り8年以内に臨床応用およびその評価をも出さなくてはならない。

そもそも陽子線の医学利用については最初物理学者の Wilson (Fermi研究所長) がすでに1946年、陽子などの重荷電粒子なら腫瘍部に高い線量をあてうる可能性を示唆したことに始まる。臨床的に初めて陽子線の放射線治療を乳癌末期患者に照射したのはバークレーの Lawrence で1954年である。プラックピークを利用した陽子線治療も同じ Lawrence らのグループで1960年からである。

1895年レントゲン博士によって発見され、診療にいち早く利用され、現在まで100年に近い歴史をもっているX線や、そのすぐあとでベックレルによって発見され応用されて来た放射能は何れも光子と呼ばれる電磁波である。これに対し陽子線は水素の原子核を加速したもので生物学的効果はX線、ガンマ線と同じであるが、空間的線量分布においては、プラックピークと云う特性を有する点で明らかな差がある。

X線やガンマ線は生体内では指数関数的に減衰する。つまり生体深部の病巣部を通過したあとでも照射効果（この場合、健康な組織も照射するためマイナス効果となる）が出現するのに対し粒子線では加速器のエネルギーを目的臓器の深さに合わせて粒子線の飛程を決めれば粒子の数はここで急速に減少する。すなわち腫瘍部でほとんど放出され尽される。かつ粒子1ヶ1ヶが電離作用によって被写体

に与えるエネルギーは、そのエネルギーに逆比例するため飛程終末部で急速に増大するという特長がある。腫瘍部から先は照射されぬと云うことである。

この粒子線の特徴を生体に応用することは従来X線、ガンマ線では得られなかった利得があるはずである。

高エネルギー研究所は筑波研究学園都市の北端に位置する世界における高エネルギー研究のメッカである。ここでは12GeV(12,000 MeV) 陽子線 (^{60}Co が1MeV程度である) が得られるが、その3段目の加速器である500 MeV グースターシンクロトロンビームの一つを医学生物学用に利用するのであり、これだけのエネルギーを生体に利用しうるのは少くとも本邦においては本施設のみである。千葉の放射線医学研究所の陽子線ビームは、今度90 MeVになるが深達性においては当粒子線医科学センターのビームがはるかに優れている。

診療研究 (clinical trial) には陽子線診断、治療、生物学的研究のほかに同じブースター施設の中性子照射も行える。 π 中間子の基礎研究もブースター利用施設の一つのテーマである。

時折筑波大学キャンパス内の加速器センターのペレトロンと混同されているが、ここで述べる粒子線医科学センターは高エネルギー研ブースター施設内に筑波大学の分室が出来たもので、患者の輸送は専用バスを利用するようになるであろう。

診断方面ではX線、ガンマ線との本質的な差であるプラックピークを応用することになる。X線を用いたコンピューター断層(CT)と云う新しい形式のディジタル画像は密度分

解能が向上し画像医学の面で一つのエポックを画した。不可視エネルギーと云ってもX線やガンマ線とは質が異なった陽子線は被写体の密度分解能の向上にX線とは異なった画像情報を与えてくれそうである。ハーバートあたりでは生体内とほぼ同様な状態にした摘出心の左室右室を一発どりの正面像で区別している。陽子線を用いたCTの開発も本研究の一つに入っている。テストビームは今年一杯には出るとされている。これまで物理や工学系の研究者で行われて来た建設が、そう遠くないうちに医学の手にゆだねられることになる。筑波大学内のみならず高エネルギー研との学際研究を成功させるためには従来の枠を越えた研究体制を組む必要がある。

最近の医学はビッグサイエンスとしての形態をとりつつある。粒子線医学センターはその最たるもの一つであろう。しかしながら cost-benefit ratio を長い歴史を有する従来の治療法と対比することは好ましい

ことではない。このような新しい医学モダリティはヘルシンキ宣言にのっとった clinical trial であるべきであり、またそれを堅持することが医療としての評価を固めることになると思う。

具体的な研究診療内容については、筑波大学粒子線医学センターと云うパンフレットが昨年11月に出されているので、関心のある方はそれを参照されたい。



同センター

告 知 板

会員名簿訂正（住所変更等）

氏名	現住所	勤務・科名・電話
	電話	
第1回生		
P 9 岩間 徹	〒130 東京都墨田区太平3丁目7の10 ヴィレッジ坂田302号 TEL 03-626-3455	都立墨東病院 内科 TEL 03-633-6151 〒130 東京都墨田区江東橋4-23-15
P 10 黒沢 進	〒160 東京都新宿区大久保1-16-15 豊生堂 マンション1006号 TEL 03-232-0097	国立病院医療センター 内科 TEL 03-202-7181 〒162 東京都新宿区戸山町1-21-1
P 11 寺本 修	〒280-03 千葉県香取郡小見川町南原地新田438 小見川中央病院官舎2号 TEL 04788-2-1410	小見川中央病院外科 TEL 04788-2-3161 〒289-03 千葉県香取郡小見川南原地新田 438
P 12 松岡 良	〒425 静岡県焼津市三ヶ名1550 市立病院内 TEL 05462-9-5843 or 7-3111(内) 281	焼津市立病院産婦人科 TEL 05462-9-5843
第2回生		
P 15 小泉明人	〒166 東京都杉並区阿左ケ谷北1-12-14 阿左ケ谷ハイツ103号	河北総合病院 内科 TEL 03-339-2121 〒166 東京都杉並区阿左ケ谷北1-7-3
P 15 斎藤武文	〒036 青森県弘前市新寺町210-7 加藤アパート5号 TEL 0172-36-6509	弘前大学第1内科 弘前市在府町

※ 学群だより・つづき



evergreen 第3回生は不滅です！ ▶

卒業式の日、記念植樹

追越学生宿舎26号棟を中心に始まったこの人達の学生生活にもついに終止符が打たれたのである。今迄になく仲の良い集まりだと言われた第3回生が残していったものは、このもみの木だけではない。



医学専門学群の新入生へ

新入生の諸君、入学誠におめでとうございます。長い冬が過ぎ漸く巡り来た春の和らいだ陽射しを浴びて、さぞかしだいに大きな喜びに包まれていることあります。私は諸君が医学の門をくぐろうとしているこの時に当たり、医学教育について日頃感じているところをいささか述べてみようと思います。

まず第一は、諸君の一人一人が自分の今日に至るまでの過程を顧みていただきたいということあります。諸君の今日あるはもとよ

◀老婆心ながら一言を

第3回生追い出しパーティーの一コマ

2月2日、毎年恒例のM5主催、6年生追い出しコンパが、茗渓会の後援を受けて行われた。卒業しても大多数がそのまま大学に残る他大学の学生と違い、筑波大生にとって、「卒業」ということが、実にドラマチックな人生の分岐点となりそうなことをひしひしと感じ始める日である。



◀ある春の日に過ぎないのだが

昭和57年度入試合格発表（3月19日）

新しい入試制度をとり入れて4度目の新入生として100名が迎えられた。発表日の明暗はやはり相変わらずながら、ともかくも合格されてさぞ希望に燃えているであろう新入生諸君。言い古された言葉ではあるが、その初心を大切に。

医学専門学群副学群長

臨床医学系教授 澤 口 重 徳

り諸君自身の努力によることは言うまでもありませんが、また両親、家族をはじめ恩師、先輩、知友など多くの人々の直接、間接の援助もまた大きかったといわねばなりません。さらにまた、何物にもとらわれない素直な心で顧みられるならば、数限りない庇蔭に育んできた自分であることを感じることあります。

このことは実は果てしなく奥の深い課題でありまして、学生時代のみならず生涯を通じ

て、また医学、医療のみでなく何れの道を進む人達にも極めて大切なことであると思思います。自己を究めるということは宇宙を究めることになると説いた先人もおりますが、入学というこの時節に特に強調する次第であります。

第二は、医学専門学群の学生となった今、改めて自己の前途に思いをいたし医学を学ぶ決意を新たにしていただきたいということであります。諸君はそれぞれの動機や理由から医学を志し、筑波を目指して来たことであらうが、私は至極当然ながら医学は人間のためにあるということを敢てここに述べて、諸君が正しく力強く第一歩を踏み出されるよう願うものであります。古人も諭されている通り、最初は僅かのちがいであっても行く先是天地雲泥の相違になるからであります。

第三は、学問を修めるには基礎から積み重ねてゆく地味な努力が必要であるということであります。1・2・3回生達は6年生頃になると特に専門科目に関してこの感を深くし



・クラス代表者会議

学生活動を援助していくことの一環として、今後、主として学群生向けとなるページの中に、クラス代表者会議について取り上げる欄を設けることとします。但し、代表者会議の正式な広報ではありませんので、扱いは一応、会議代表者からの「投書」を連載するという形、あるいは、大学側の対応まで含めて、公平な立場で、学内の一つの「出来事」として伝えるという形にしたいと思います。

本学クラス制度についての賛否はともかく、学生が意見をまとめる場としての会議の意義は軽視できません。どうか、活発な行動が行われていくことを期待致します。

た様であります、共通科目、基礎教育科目、関連科目についても同様であります、高校教育の基礎の上にこれらの学習の実をあげていただきたいと思います。

従来の経験からここで特に附言したいのは英語であります。諸君は高校終了の段階で基礎は十分出来ている筈でありますから、学習を入学後も続けさえするならば、医師として英語でコミュニケーションするために必要な基礎的語学力を修得することは可能であります。そのために図書館の視聴覚室に用意したビデオテープや録音テープ付きスライドなどの教育資源を大いに活用されるよう願っております。

最後に、医学を修めようとする者は知識と技能のみでなく、自らの人間形成に努めていただきたいということであります。そして医学専門学群6年間を通じての生活は、すべてその場であることを深く銘記されるよう切に願って已ません。



クラス代表の選考について

56年度全学代表者会議副議長

同医専クラス代表者会議座長 木山昌彦

今年も新入生を迎えることになりましたが、ここで皆さま方も御存知とは思いますが、この場を借りて、クラス代表の選考について一言申し上げたいと考えます。

クラス代表とは、その名の通りクラスの代表であり、クラスの声の代弁者でありますから、選挙を行う時には厳正に行って頂きたいものです。その際、クラスの3分の2以上の出席を必要とし、クラス構成員の過半数を以って代表者を決定します。つまり、20人のクラスであれば、14人以上の出席者のもとで、11人以上の賛同を必要とする訳です。1回目の選挙で過半数の票を得る人がいない場合には、上位2名で決選投票を行い、尚且つ過半

数を得る者のいない場合には、再度投票をし得票数の多い人を代表とします。詳しくは、学生便覧を御覧下さい。

ところで、クラス代表選出の際は、クラスのメンバーが集まる事が必要な訳ですが、なかなかそのような事が行われず、実習の中に行われる事もしばしばあるようです。一年間、そのクラスの代表を務める人を選出するのですから、出来る限り放課後クラスの皆が集まって選んで頂きたいものです。

以上のようなことに留意の上、代表を選んで下さい。

クラス代表者は、代表者会議に出席する他、クラス会議の議長等も行う訳ですが、代表者に選ばれた方々は、その自覚を持って意欲的に取り組んで欲しいと思います。そういう仕事がある訳ではありませんので、事に当たっては万全を尽くす様、お願いします。

一方、クラスのメンバーは、代表に何事もまかせきりにするのではなく、自らも様々な問題について考えて欲しいと思います。また、クラス代表が、代表者会議等で決定した事を、執行しようとする時には、その責務が全う出来る様、協力を御願いします。

※ 学群・学系・附属病院

病院長に伊藤巖先生

—昨年度異動なさった先生方—

小宮正文前筑波大学附属病院長の任期満了に伴う病院長選挙が行われ、新病院長に伊藤巖教授（臨床医学系・循環器内科）が就任された。

なお、各学系長は、基礎医学系長に橋本達一郎教授、臨床医学系長に東條静夫教授、社会医学系長に藤原喜久夫教授が就任されている。

ハンドボール準優勝!!

東日本医科学生総合体育大会冬季大会

夏に引き続き、冬の東医体でも我が筑波勢は、各地で熱戦を繰り広げ、華々しい成績を収めた。

ハンドボール部

常勝自治を破って波に乗る岩手医大と準決勝で対戦した筑波は、エース渋谷らの活躍で見事快勝、決勝に進出した。決勝では北里の前に涙を飲んだが、今後大いに期待がもてよう。

ラグビー部

総合力アップし、有望視されていたが、惜しくも岩手医大に一回戦敗け。

スキー部

新潟県五日町スキー場で行われ、男子回転で高橋（現M5）が17位と特別シード（15位以内）に0.6秒差まで迫った。

その他、リレー19位。大回転・米沢47位。滑降・高橋52位。

日付	氏名	異動	新	旧
4/1	藤本吉秀	転任	東京女子医科大学	代謝外科 教授
	垣花昌明	新任	循環器内科 講師	東大医学部
	河野恵子	新任	眼科 講師	附属病院医員
	東 恵彦	新任	生化学 教授	昭和大学薬学部
4/16	嶋本 喬	新任	地域医療学 助教授	大阪府成人病センター
6/1	根本良介	新任	泌尿器科 講師	秋田大学医学部
6/1	江崎昌俊	転任	平塚胃腸病院	代謝外科 講師
6/15	陶山哲夫	転任	静岡厚生総合病院	整形外科 講師
7/1	庄司 誠	新任	産婦人科 講師	東京慈恵会医科大学
	廣田良夫	転任	厚生省公衆衛生局	疫学 講師
7/16	内山安男	新任	解剖学 助教授	東北大学医学部
	市川忠彦	新任	精神医学 講師	茨城県立友部病院

※ 編集部より

極度の人手不足により、一時は発行継続が危された本誌ですが、何とか体制を建て直して新年度を迎えることができました。今後は社会に広く目を向けて、ひとりよがりにならず、本会のあり方、更には筑波大学のあり方をも考えていくことができるような会誌にしていきたいと思います。会員の皆様方も本誌を交流の場として、お互いに視野を広め合うことができますよう、なお一層の御協力をお願い申し上げます。

日付	氏名	異動	新	旧
7/16	佐藤 重仁	新任	麻酔 講師	附属病院
8/18	大島 司郎	亡		医生物学 助教授
8/31	久保田 稔 館 澄江	新任 転任	歯科口腔外科 東京女子医大	岩手医科大学 解剖 講師
10/1	影岡 武士	新任	臨床病理 講師	東大医科学研究所
12/1	中山 宏 藤田 昌宏	転任	国立武藏療養所 東大医学部	精神医学 講師 小兒科学 講師
12/16	金子 道夫	新任	小兒外科 講師	東大医学部
'82	佐々木成人	転任	東大医学部	生理学 講師
2/1	小関 迪	転任	筑波記念病院	循環器内科 講師
3/1	杉浦 康夫 北川 俊夫	新任	基 粒子線医科学センター	名古屋大学医学部 国立がんセンター
3/31	金沢暁太郎 山口 徹 入山 正 宇賀 直樹	転任	自治医科大 三井記念病院 金沢医科大 東邦大学医学部	代謝外科 助教授 循環器内科 講師 循環器外科 講師 小兒科 講師

S57年度の本誌は、とりあえずではあります、以下の人員により編集・作製して参ります。

鴨田知博（55年卒）編集総責任者

（筑波大小児科レジデント）

磯 博康（57年卒）

（筑波大大学院環境生態系）

安井恵子（57年卒）

（筑波大大学院環境生態系）

五十嵐ゆり（M6）

大林 滋（M5）

鈴木敏之（M5）学生編集責任者

佐藤直昭（M2）

杉田和子（M2）

編集後記

○現在、まともな写真を撮れるスタッフがないので、各方面から写真を借りてそれに合わせて記事を書いている始末。(今回祝賀会等の記事がないのはつまりは写真が間にあわなかつたからなのです。)ですからどなたか。(U)
○他に考えつかなかったので単に「会報」となっている本誌ですが、やはりどなたか良い

名前を考えていただきたいと思います。(I)

○ECFMGには、今年も筑波から多数受験に行き、medical portionには、相変わらず何十人という合格者。but 語学部門と合わせての合格者がわずか数名というのも相変わらず。皆 vocabulary に泣くようで、その為といつては何であるが、本誌にもいづれ英字紙面を設けてはと思う。が、しかし。(H)

○JOKER やADLIB というお店で、かのM・ポプキンのミリオンセラーナンバー "Those Were The Days" に歌われていた "tavern" を思い浮かべるのは、私だけではないはず。(E)

○本誌の編集をした人物が、実はその時素面でなかったということをそっとお伝えしてもよろしいでしょうか。(C)

桐医会会報 第4号 1982年4月26日発行
発行者 山口高史 編集 桐医会
〒305 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