



# 桐医会会報

1982. 8. 25 No. 5

## 特集 第2回桐医会総会



去る5月15日(土), 3年連続国試合格率 No.1 という朗報の中で, 第2回総会が開かれた。メインとして「筑波の同窓生は今……」と題したシンポジウムが行われ, 8名の研修医がパネリストとなって, それぞれの研修の現状とその問題点を提起し, 今後のあり方についての活発な討論がなされた。また今回は, 学生会員のための企画として, プロローグ「研修医と研修生活」が催され, 現場の生の声が聞けて良かったと好評であった。全体を通じて, 正会員の参加者が少なく, ややもの足りない感したが, 会場の臨床講堂は熱気にあふれ, 定刻の午後6時を過ぎても質疑応答が尽きぬほど盛況であった。

### 主な内容

特集 第2回桐医会総会……………	1~19	告知板……………	19~20
開会の辞・来賓祝辞……………	2	小冊子『3回生から後輩諸君へ』を発行	
決議及び承認事項……………	4	会費納入のお知らせ	
プロローグ「研修医と研修生活」……………	6	古本市をおえて	
シンポジウム「筑波の同窓生は今……」……………	11	クラス代表者会議	

## 第 2 回 桐 医 会 総 会

### 開 会 の 辞

会長 山口 高史

桐医会総会も第二回を迎えることができ、皆様には非常に感謝しております。会員もまだ300人を数えるばかりですが、皆様御多忙でいらっしゃり、特に一期生がほとんど出席できない状況にありますことを、一期生の代表として、まずお詫び申し上げます。

桐医会もこれから毎年100人の卒業生を迎え、ますます発展していくことと存じます。しかも、来年は筑波大学が創設されて10周年を迎えますので、これを契機にもうひとつ飛躍ができたらと思っております。

### 来 賓 祝 辞

茗溪会常務理事事務局長

長 浜 恵

ただ今御紹介に預かりました茗溪会事務局長常務理事の長浜でございます。本日は第二回の桐医会総会にお招き頂き、誠に有難うございました。

まず、始めに第3回卒業生の国家試験の成績ですが、私は心配はしていなかったのですが、朝の新聞を見ると堂々たる成績でしたね。本当に私はうれしく思いました。3回続くというのは大変なことで、これも皆、先生方の熱心な御指導によるものだと思います。この先生方の熱意に諸君らは甘えてはならないと思います。第三回生の優秀なる成績を心から喜ぶと同時に、学生諸君にもこの先生方へ心から感謝して頂きたいと思えます。

おかげ様で茗溪会にも第三回卒業生には全員入会して頂き、又、医療技術短期大学、第三学群の卒業生にも入会を頂き、今までは教員の集まりであった同窓会も、これからは、業界に官界に医学界に芸術界に発展してい

ます。こちらでも、それに対応し得る同窓会にするべく検討しております。諸君の今後の活動についていくらかでも援助できるような会にしていきたいと思っています。諸君にも、遠慮のない御意見をどんどん賜りたいと思っております。一言つけ加えさせて頂くと、会費の方ですが、桐医会の会員の内、半分位しか納入されていません。やはり財源がないことにはやっていけません。で、是非、完納して頂きたいと思えます。

もう一言だけ、ある雑誌で読んだことなのですが、諸君にお話ししたいと思います。医師への適格者とは一ということなのです。その第一は“自己を厳しく律する心を持たねばならない”ということ。第二は“他人の立場に立って行動できる人でなければならない”こと。第三は“自分を離れて、的確な判断をする力を持っている”こと。この三つの条件が、医師として十分に患者の尊敬を受けるために最低限必要であるというのであります。

その後、国立がんセンターの初代の所長である宮田博士—日本中から派閥等に関係なく立派な医師を集めて世界に誇る病院を作られた方—も、立派な医者ということについて同じような事をおっしゃっていました。“日進月歩する医学—医学のみならず科学すべて—を絶えず吸収し、これに対応できるよう、絶えず勉強し、幅広い考えを持っていなければならない。”と。これは医師ばかりでなく、すべての人間に同じだと思います。諸君にも暖い心、幅広い知識、秀れた技術を持ってほしいと思えます。これは悩める患者が病院を訪れる時、誰もが期待するものでしょう。

どうか次代の医学界を担う諸君、多めに勉強して、立派な医師となり、社会に貢献して頂きたい。

本日は本当にありがとうございました。

医学専門学群副学群長

臨床医学系教授 澤口 重徳

学群長が全国の大学の医学部長会議に出席致しており、参れませので、私が代理で出席させて頂き、ごあいさつを申し上げます。

本日第二回の桐医会総会が開催されますことを心からお喜び申し上げるとともに、この準備の為にいろいろとご苦労されました先輩及び学生、院の方に厚く御礼申し上げます。

皆様の中には御卒業以来久しぶりにお目にかかる方、レジデントでありながら勤務の関係上なかなかお会いできない方もいらっしゃるの、今日は学群の立場からの近況報告ということでごあいさつにかえさせて頂きます。

皆様よく御存知であられた橋本学群長は、昨年11月16日を以って阿南学群長に交代されました。阿南先生は開学当初二期お勤めになり、又、大学の副学長もお勤めになり、再びお就きになられたわけでございます。副学群長厚生担当小島先生は留任なされ、開学以来教育担当をなされた堀先生は、私が交代した次第でございます。現在医学専門学群の教員は、教授、助教授、講師含めて259名でございます。

次に行われている授業につきまして皆様の頃と違った点をお話いたします。まずM1では、関連科目を医学独自で開設していたのを、教員確保の問題等から、他学群で開設されているものを履修することになりました。これが第一に変わった点でございます。次には英語教育についてなのですが、どうも医学の学生においてその成果があがっていないので、視聴覚を用いまして学生10人にひとりの教官がついてのグループ学習をM4で行いましたところ、昨年一年間で好評でしたので、今年はM3から従来エレクトィブを行っていたところを、約400万円ほどかけて教材を購入し、M3には基礎の教官について頂き、グループ学習を致しております。第三に違う点は、人間集団生物学のカリキュラムの変更で、

現在のM4から新カリキュラムで行われております。

授業につきましては以上の通りで、次にテストについてお話しします。試験回数は頻回であった皆様の頃に比べ、減少の一途であります。方式につきましてはコース別に論述、客観をとり混ぜておりますが、大体、下の学年ほど論述、上にいくと客観というようになっております。

次に進級判定ですが、56年度の留年学生は休学を含めましてM1が4名、M2が2名、M3は0、M4が3名、M5が0、M6が2名という結果でございました。

続いて入学試験について申しますと、従来通り、小論文、面接、調査での選抜を行っております。100人合格のところ100名が入学しております。女子学生は100名中18名と昨年の半分でございました。これは足切りの時点からこの比率でありました。

最後に国家試験の結果であります。94名中92名合格で97.9%ということで全国第一で、第一回卒業生以来の良き伝統が保たれているものと思っております。新卒で不合格となった二名につきましても、素質は充分にある方でありまして、私達の指導が足りなかったことを深刻に反省しており、この秋には完全にクリアするようすで着手しておりますので御海容のほどをお願い致します。

施設、機器の点ではまだ不備の点が多く、この臨床講堂のスライドも臨床の先生方から見にくいというご指摘がありましたので、一面の大きなスクリーンと、3台のテレビを新たに文部省に申請し、今年度より改善されることになりました。

以上の卒前教育の種々の改善につきましては、皆様方のアンケートに対する解答を慎重に検討し、改善に努めさせて頂いているわけでありまして、皆様のご意見をこれからもどんどんお寄せ下さいますようお願い致します。

最後に卒後教育についてですが、私ども学

群の立場としまでも、諸君が卒後充分に力を発揮できるよう最大の努力を払わなければならないと思います。又、桐医会と母校と医学専門学群は、学長の言葉を借りますと、運命共同体でありまして、大学が良くなれば卒業生も良くなり、卒業生がそれなりの実績をあげれば、大学もまた発展するというこ

ございまして、桐医会の皆さんのご活躍を期待するわけであります。桐医会の発展は、メンバーひとりひとりが、それぞれの場で活躍するということにかかっていることを強調致しまして、皆様のご健康とご健闘を祈りましてごあいさつとさせていただきます。

## ☆ 総 会 第 1 部 (決議及び承認事項)

### 第1部司会 湯沢 賢治(3回生)

昭和57年度桐医会総会における議事の内容は次のとおりである。

#### ①昭和56年度事業報告

評議委員海老原次男氏(2回生)より報告があり、表1に示すとおりである。

#### ②昭和56年度決算報告

会計岩崎まり子氏(1回生)より報告があり、表2のとおりである。昨年度は会計監査は選出されていなかったため会計の監査はなく、会計よりの報告のみとなった。

#### ③会則の変更について

役員会で議決された会則変更について、次のことが司会者より説明された。

##### 第6条(役員の設定)

2 副会長 1名→2名

5 会 計 1名→2名

今後、会務の増加等のため副会長と会計の定員が各1名だったのを各2名ずつと変更したいということだった。総会出席正会員43名中過半数の承認を得て、この変更は承認された。したがって今年度より各2名となる。なお変更された会則の全文は秋ごろ発行予定の桐医会会員名簿にのる。

#### ④支部会費納入について

今年度より支部会費として正会員より毎年3000円を集めることになり、このことについて宮川創平氏(3回生)より説明があった。

#### ⑤役員選出

昨年度役員会で提案された新役員候補が司会者より発表され、他に立候補・推薦はなく、そのまま承認された。新役員は表3のとおりである。なお今年度からおかれた会計監査(賛助会員中より選出)には前学群長、現在基礎医学系長橋本達一郎教授にお願いすることとなった。

#### ⑥昭和57年度事業計画承認

評議委員厚美直孝氏(3回生)より発表され、総会出席者の承認を受けた。内容は表4のとおりである。

#### ⑦昭和57年度予算承認

会計岩崎まり子氏(1回生)より発表され、表5のとおりである。総会出席者の承認を受けた。

以上、桐医会総会第1部における議事内容についての報告とする。

#### 表1 昭和56年度事業報告

5.16 <sup>月日</sup>	第1回桐医会総会開催
6.	Post evaluation meeting・古本市
8.1	会報創刊号発行会
9.4	第1回定例役員会
10.2	第2回定例役員会・会報第2号発行
11.9	第3回定例役員会・56年会員名簿発行
12.4	第4回定例役員会
1.8	第5回定例役員会
2.5	第6回定例役員会・会報第3号発行
3.2	第7回定例役員会 3.24 役員会
3.29	57年度賛助会員募集

表2 昭和56年度決算報告

〈収入〉	
前年度繰越金	— 5 2,480 円
支部会費	0
支部賛助会費	372,000
広告収入	280,000
名簿売上金	71,500
古本市売上金	22,000
雑収入	90,000
預金利息	2,859
合計	785,879
〈支出〉	
会議費	15,220
広報費	274,800
名簿発行費	150,000
通信費	179,380
事務消耗品費	63,035
備品費	5,380
書籍購入費	0
渉外費	0
交通費	0
慶弔費	30,000
積立金	0
繰越金	0
合計	68,064
合計	785,879

以上の通り相違ありません。

昭和57年3月31日

会長 山口 高史  
 会計 岩崎 まり子

表3 昭和57年度桐医会役員

会長	山口 高史	(1回生)
副会長	鴨田 知博	(1回生)
	海老原 次男	(2回生)
評議委員	岩崎 秀生	(1回生)
	小林 正貴	(1回生)
	白石 裕比湖	(1回生)
	伊藤 恵子	(1回生)
	亀崎 高夫	(2回生)
	中山 健児	(2回生)
	山本 雅一	(2回生)
	厚美 直孝	(3回生)
	江口 清	(3回生)
	島倉 秀也	(3回生)
	寺田 康	(3回生)
	湯沢 賢治	(3回生)
	湯原 孝典	(3回生)
会計	岩崎 まり子	(1回生)
	宮川 創平	(3回生)
会計監査	橋本 達一郎	(賛助会員)

表4 昭和57年度事業計画

- 4.17 第8回定例役員会  
 4.26 会報第4号発行  
 5.8 第9回定例役員会  
 5.15 第2回桐医会総会開催  
 5.29 『3回生から後輩諸君へ』発行  
 6.5 第10回定例役員会・古本市  
 7. 第11回定例役員会・会報第5号発行  
 8. 第12回定例役員会  
 全国医学生ゼミナール見学援助  
 9. 第13回定例役員会・57年会員名簿発行  
 10 第14回定例役員会・会報第6号発行  
 自治医大地域医学研究会見学  
 11 基臨社祭(展示参加・古本市援助)  
 第15回定例役員会  
 12 第16回定例役員会  
 1. 第17回定例役員会・会報第7号発行  
 2. 第18回定例役員会  
 3. 第19回定例役員会

表5 昭和57年度予算

〈収入〉	
前年度繰越金	68,064 円
支部会費	843,000
支部賛助会費	306,000
広告収入	150,000
名簿売上金	50,000
古本市売上金	50,000
雑収入	0
預金利息	3,000
合計	1,470,064
〈支出〉	
会議費	50,000
広報費	550,000
名簿発行費	150,000
通信費	200,000
事務消耗品費	70,000
備品費	75,000
書籍購入費	100,000
渉外費	25,000
交通費	65,000
慶弔費	10,000
積立金	170,000
繰越金	15,064
合計	1,470,064

## ☆ プロローグ「研修医と研修生活」

### 桐医会総会「プロローグ」を終えて

M6 吉沢 利弘

今年度も、国試合格率全国一という喜びの中で、5月15日(土)、第2回桐医会総会が行われた。「同窓会は本来卒業生の会であるが、桐医会においては学生もその一端をになっている以上、何か学生会員のための催しがあってもよいのではないか」と、かねてから望まれてきた。その願いがかない、今年度は卒業生から学生への企画一題して、プロローグ「研修医と研修生活」が行われたのである。

今回は4人の研修医の先生方においでいただき、なぜ今の専攻、研修場所を選択したか、日常どのような生活をおくっているか、等を中心に大いに語っていただいた。当日はM1からM2まで多数の学生が参加し、先輩の生の声をきき、熱心な質問がかわされ、盛況であった。この企画に参加した一人として言わせていただくと、各病院に散っている諸先輩方が熱き血潮を胸に孤軍奮闘している姿にふれ、わが身のひきまらるような思いをした。しかし、話の内容を主としてM4～M6対象にしてしまったため、M1、M2の方々にはわかりにくい話も多かったのではないかと反省している。もし、あの中から諸先輩方の姿、ひいては自分の将来の一端でも感じとり、現在自分のおかれている状況を認識するのに役立てていただければ、この企画をたてさせていただいた者として、これほどの喜びはない。

繰り返すようであるが、われわれの同窓会「桐医会」では学生も、学生会員としてその一端をになっているのである。そういう意味からも、今後このような学生のための企画は毎年行っていきたいと考えている。単に将来の就職先案内に終始するのではなく、筑波の将来を学生を含めて考えていくような会にしていきたい。今回残念ながら参加できなかつ

た方々も、この拙い文からその意をくみとり、ぜひ積極的に参加し、企画にも加わってほしい。筑波大学をになっていくのは、諸先輩方そして我々自身なのである。

最後に、この企画のためわざわざおいでいただき、貴重なお話を下さった先輩方、そして事務手続等で御迷惑をかけた桐医会役員の方々、学生役員のみなさんに厚く御礼申し上げます。

発言者 (発言順、敬称略)

- 上月 英樹 (1回生) 日立総合病院 内科  
現在、筑波大病院 精神科  
白石裕比湖 (1回生) 自治医大病院小児科  
現在、自治医科大学大学院  
松下昌之助 (2回生) 都立墨東病院 外科  
内藤 寛 (2回生) 筑波大病院神経内科



発言中の内藤先生

写真左より、松下・内藤・白石・上月の各氏

日立総合病院 内科

上月 英樹 (1回生)

日立総合病院は、世界の日立が作っているホスピタルで、ほとんど日立の市民ホスピタルの意味を果しており、日立市唯一の総合病院です。収入は1ヶ月30万で賞与は1年で、100万です。

内科は、A<sub>3</sub>D<sub>4</sub>C<sub>6</sub>C<sub>7</sub>Eの5つに分かれており、それぞれ医長一人とレジデント2～3人

で成っています。C<sub>7</sub>の先生は福島医大の前アシスタントプロフェッサーで信頼がおけます。現在、1回生1人、2回生2人が入っています。研修システムらしいシステムはなく、まず、胃潰瘍等、初歩的疾患が与えられ、その後 at random に白血病や腎炎や胃癌がはいてきます。3、4ヶ月でやり方がわかってきます。その他、胃透視や注腸造影、内視鏡、腹部エコーは2年間でほぼ一人で充分やれるようになります。胃透視、内視鏡の責任者もいてしっかり教えてくれます。CTスキャンも良いのがあり、即日利用ができ、診断も即決することが多いです。

日立総合病院の弱いところは、神経系と内分泌系だと思います。2年間で、内分泌系は数例、神経系は3例しかもてませんでした。

週休2日制なので、利用法によっては、いろいろやれると思います。少なくとも一般内科に関しては、一通りやれるし、生検に関しても相当やりました。内視鏡、腹部エコーも含め、一応、最低限のことはマスターできると思います。受持患者は平均12~13人、最高18人持っていました。特に、消化器系エンドステージが多いです。院内のローテーションは本人しだいで、ヘッドに話を申し込めば、麻酔・脳外の方に3ヶ月とか半年とかいけると思います。

そういうわけで、手技に関しては、すごく進歩しますが、頭の方は、専門医が少ないため、適切なアドバイスを得られないことがあります。

私見としては、卒後2年過ぎた時点で医局に入るか、または Step up してその他に移る方が望ましいと思います。3、4年も居ると、海あり、山あり、スタッフが親切で、週休2日制と、居心地がすごく良くて、あっという間に、3、4年過ぎて、その後、いくところがなくなくなるという危険性もあると思います。

いずれにしても修得目的をしっかり持っていれば日立は魅力的なホスピタルでしょう。

## 自治医大病院 小児科

白石裕比湖（1回生）

一回生の白石と申します。こは、非常に懐かしい教室で、実はこの鎖も（頭上の鎖を指しながら）僕がここにプレゼントした鎖なんです。最初に申し上げたいことは、僕達一回生は、入学試験の選考で、年寄りをとったのはまずかったという反省をうながしてしまつたようで、その後、現役や一浪の方が増えるようになって、学力も増高していっていることは、本当にめでたいことだと僕は考えています。

僕は、今、自治医大の小児科にいます。ポリクリを通して、子供の病棟が一番良かったし、子供がかわいく思えたので、僕は小児科を希望しました。その後、小児科の助教授の中村了正先生、東大分院に帰られた藤田昌宏先生などを通して、研修病院の選択にあたりました。研修病院としては、神奈川県立子供医療センター、筑波大学、自治医大の三つを候補にあげました。しかし、神奈川子供は、定員2名のところに20名受けて、僕も落選組の一人となり、また筑波は筑波で、とってこないということなので、結局、自治医大にお願いに上がりました。

自治医大は、病床数800の総合病院で、筑波と似ています。卒業生は、筑波より二期ばかり多く、そのカリキュラムは、筑波のモデルとなっているようです。僕達が行った卒業試験ではCTスキャンに、自治メディカルスクールホスピタルというCTスキャンの横文字がはいっているくらいです。その自治医大が、国家試験の合格率がよかったので、きっと、ここの先生も、安心して僕達を出してくれたのだと思います。

自治医大は、栃木県の小山市と宇都宮市の間にあり、環境としては、繁華街を除いた筑波大学と考えるとよいと思います。小児科は、2階東フロア45床（未熟児5床、一般40床）です。研修期間は、ジュニア2年間とシニア

3年間で、ジュニアは一般的なことをローテーションし、シニアは少し専門的なところに入ります。僕は、今、ジュニアが2年間終わって専門に移るところです。スタッフ20名と、非常勤講師3～5名とで成り、小さいながらもがんばっている医局かと思います。研修は、東大方式で、6月1日から始まり、9月まで四ヶ月間、NebenはObenに一对一について、いろいろ教わり、10月から一人立ちします。そして、Neben, Oben, Hauptの三人でみる形になります。

勉強会のようなこともやっており、一週間のうち、月曜は、5時から抄読会、火曜は朝8時からNew Patient Conference、午後6時から小児循環器の抄読会、水曜は1時から、教授のもとでの総回診、そしてその後、神経抄読会があります。木曜は6:30～8:20まで、Clinical Conference といつて（一番ストレスがたまります。）、病院に入院している患者さんで、診断のつかない神経疾患の患者さんとか、わからない代謝病とかいうのを、小児科医全員が、ない知恵をふりしぼって話し合います。金曜は、New Patient Conferenceで、新しい患者さんについて、治療方針とかもっとおこなっておくべき診断方法とかを討論するわけです。

どこの大学病院でも同じですが、大学病院は、最終医療機関なので、わからない神経疾患とか、手におえないHerzの疾患、あるいはMalignancyで一番多い白血病の患者さんが、ベットをうめています。

自治と筑波の大きな違いは、筑波は救急を受けいれていないことです。そのため、住民から非常に評判が悪いようですが。自治医大は、来る患者さんは皆みるということで、一般小児科的印象が強くなります。そのため、本当に検査を必要としている小人症の患者さんや、わからない神経疾患の患者さん、大学病院の診療をしなくてはならない患者さん等が圧迫されて、一年くらい待ったりというよ

うなこともあります。

学生実習の診療と、実際今僕がしている診療の違いは、やはり自分が責任をもって、すべてのこと（ミルクの量まで）をやるというところでしょう。

受け持ちの患者は5～8名くらいで、大学病院の割に忙しく、また、毎日行事もあり、ストレスのたまりやすい職場なのに、月給は手取り9万7千円です。当直をするようになってから、当直一回一万円なので、ようやく仕送りをしてもらわなくてすむようになりました。

一般小児科で、当直をもったりしますと、喘息はくるし、とにかくall roundな診療活動をやっているのだから、だいたい一年くらいたつと、どんな患者さんが来ても、一応救急的なことができるようになります。小児科に関してものごとの考え方、例えば熱のある患者には、この辺に注意して、こんな検査をしてどういう診断にもっていったらいいかという一般診療的なものの考え方は、ほぼ一年で得られたかと思います。

後輩の皆さんへのアドバイスとしては、研修病院は、かなりしっかりしたところを選んで、ものの考え方を身につけてもらいたいということです。全くの一般病院では、とにかく抗生物質をやって治ればいいという所がありますが、大学病院では、真夜中でも、採血採尿、髄液採取をやり、診断をつけます。（怠ると翌日助教授からお目玉をくらったりして。）たぶん、望ましい診療態度は、しっかりした研修病院での方がいいと思います。以上、そんな点に注意して、進路を選んでいただけたらいいと思います。



## 都立墨東病院 外科

松下昌之助（2回生）

都立墨東病院の外科に勤務している松下です。公立病院における臨床研修医制度の中でのようなことが行われているかお話ししたいと思います。都立病院において、また全国的にも、2年という単位を区切って、多くは大学の医局とは縁を切った形で臨床研修医制度が始まったのは、ここ2・3年のことです。色々の理由があると思いますが、これも一つの流れで、新設医大が増えてきていることと無縁ではありません。私の行っているのは、一般外科で、脳外科・心臓外科は別にあります。一般外科に医者は12人にて、そのうち、5人がObenと呼ばれる指導医で、7人が、Nebenという研修を受ける側です。その中で制度上の研修医は私1人で、5人が医局派遣のローテーター、1人が東京出身の自治医大卒です。

研修プログラムは特にありませんが、一般外科を離れて、麻酔科を6ヶ月、心臓外科を3ヶ月回るようになっています。一般外科のベット数は10~12床で、ObenとNebenがベアになって3ヶ月同じ症例を持ちます。大学病院と違う所は、その地域が普通の頻度で持っている患者を入院させるわけで、バラエティーは無く、特殊な患者を集めて、おもしろい症例ばかりやるというわけにはいきません。プライマリーケアに関する一般入院・手術・緊急Opeなどは相当な経験を積む事ができると思います。医者の恰好をして病院にいる限りは、最低レベルの外科の処置をすることが、患者からも看護婦からも周りの医者からも期待されるんですが、卒後すぐは当然無理でありまして、少なくとも迷惑をかけないレベルに達するまで、最初の6ヶ月程は、患者につきっきりで帰れないという生活になると思います。Opeの件数は比較的多く、私は7ヶ月で120手洗いに入っています。

一般病院ですので学会参加・学会雑誌への

投稿等はかなり縁が薄くなります。学問的なカンファレンスは1つも無く、ただ症例検討をするのみです。とにかく外科の一般頻度で見られるものを誤りなく処置するという初期研修には適当だと思いますが、長期にわたる研修には不向きかもしれません。体系的に教わるということはまず無く、言葉の端々を聞いたり、他の先生のやっている処置を見て、それを追跡することによって自分で体系を作り上げてゆくということなので自発的に何かをしようとしなければ遅れてしまう傾向があると思います。現在の問題点は研修期間が2年しかなく、外科系の研修には短か過ぎるので、その後どうするかということです。

## 筑波大学附属病院 神経内科

内藤 寛（2回生）

筑波大学附属病院神経内科レジデントの内藤です。まず、このレジデントの実際についてお話ししたいと思います。

まず、ベッド数は6月より800床。ジュニアレジデント（1、2年に当る）ひとりに対し患者10名。従ってレジデントの定員は1学年40名。他に関連病院のない本学では、当分このまま増えないと思われます。次に、具体的な研修方法ですが、内科においては、8診療グループに細分化され、病院長に雇われているレジデントが、各診療グループに属するという形になっています。外科では、このグループ別の細分化はあまり行われていません。

このグループ内では、チーフ→シニア→ジュニアというレジデント間での指導体制がとられており、建て前としては、教授・助教授・講師はレジデント指導はしないことになっています。手技については、内科の場合、最初の2年間は何も指導されず、ベッドを持って患者のケアに当ります。3年めのシニアでベッド数も減り手技もやれます。この点については何もやらない人はゼロ、やる人はそれなりのものが得られるという感じですが。

筑波大内科の研修制度のメリット・デメリットを述べてみますと、まずメリットとしては、2年間で、8つ全ての診療グループを回れ、約200の症例を診ることができることがあげられます。2、3年の研修期間中で、一般内科をオールラウンドにと思ったら、他の病院より良いと思います。また、各部門の専門家がいらっしやることもあげられます。デメリットとしては、指導者が誰なのかあまいであることがあります。先に述べたレジデント間の指導体制があまりうまく行っていません。しかし、これは3回めの卒業生が出たばかりですので必然でもありまして、十分なレジデント制の完成には6年以上はかかると思います。

次に4年間を終えた後のことについて述べたいと思います。卒業生は4年後は半分は外に出なければなりません。しかし関連病院というものはありません。そうなると、グループのコネや自らの研究所開拓などで自分から道を拓くか、診療グループの言うなりになるか、のどちらかになります。卒業生で教師陣が固まる時までには、この研修後の問題はむずかしいと言えるでしょう。しかし、どう進むにしろ、病棟を一年間回って私が思うには、患者一ベッドを持たずに医師としての仕事のstartを切るのはむずかしいということです。

続いて、現在の私の具体的な研修医としての生活についてお話ししますと、実に忙しい日々です。ここでは検査、診療すべて予約のため連絡等の雑務が多く、午前はほとんどこれでつぶれ、患者を診るのは早朝、午後ということになってしまいます。月曜日にも患者さんを診に行かなければならないこともよくあります。当直は月7～8回、大学と契約している一の矢学生宿舎等でやりますが、これだけでは生活できないので、原則としてダメなアルバイト当直もやらざるを得ません。このため週のうち家で寝れるのは週2～3日。

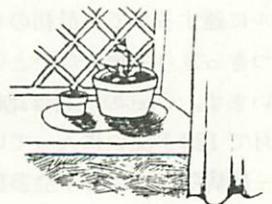
当直の翌日も全く同じで、毎日、朝9時より夜9時までの勤務です。このうち半分は机で書類書き、半分は病院の中を歩き回っています。勉強する時間などとてもとれません。

収入の話をしみますと、1日5,028円。当直一泊7～8,000円ですので、当直さえすれば、ひとりでやっていくにはお金の心配は、そういらんないと思います。(当直と言っても車で50kmなどというのがありますが) そもそも若い医者が卒後2～3年で稼ごうなど、間違いであって、その間に吸収すべきものをどんどん吸収していくべきだと思います。

思うに、附属病院のレジデントに進んだことは、卒業時点で、冒険という感はないし、オーソドックスであり、大きな失敗はない選択だったようです。しかし、卒業時点で決めた専門をあとでかえるのはよくないと思います。時間がたてば自信はつくものです。どの時点で自分が満足するかによります。

再び進路に関して本学の講師の枠について触れておきますと、本学では講師のポストをつくりすぎ、それだけ講師が多すぎてもう枠がありません。資格・学位の問題等もあり、我々が残れる確率はないでしょう。

最後に後輩の皆さんへのアドバイスなのですが、国家試験が一番と言っても本学はまだ卒業生300名。日本の中では非常に小さな存在であり、関連病院もなく、カリキュラムの点からもかなり異端な大学です。これからこの大学が将来存続するためには、我々卒業生がこの大学を守り育てて行かなければならないと思うのです。外に行かれた先生も、残った我々も、常に母校を省みて、大学との関係を持ったままで、この大学を守り育てるべく、それぞれの道を歩まれることを望みます。



## ☆ 総会第2部 シンポジウム「筑波の同窓生は今……」

### 桐医会総会第2部を終えて

第2部司会 厚美 直孝(3回生)

総会第2部として、シンポジウム—筑波の同窓生は今… —が開催されました。本学同窓生は、各々実に様々な方面へ進まれるわけで、そこで日常感じていることを語って頂ければ、日夜研修に忙しい同窓生はもちろんのこと、進路に悩む学生諸君にも何らかの助けになるのではと、本企画をたてた次第です。進行側としては、一応のまとまりをつけようということで、①研修の現状、②医学教育と初期研修の gap、③それらへの期待、の3点について討論を行うという方針で開幕となりました。パネリストとして8名の先生方において頂き、実に卒直な発言を頂けたことは一応の成果と考えられましょう。わずか2時間という短い時間の中で中心となったのは、研修の現状についての報告でした。最近、研修プログラムについての議論が盛んな中で、プログラムの是非そのものの議論よりも、実際にどのような症例を経験できるか、どのような手技を体得できるか、指導者はどうなっているか等、日常的な事柄についての発言を頂けたことは生の声の強みであると思います。今後、このような情報を積極的に集め蓄積することは本会の重要な仕事であると思われます。多くの先生方がふれられたことですが、研修終了後の進路についてはやはり不安は大きいようです。その他、医学教育、生涯教育、博士号等、様々な発言がありました。

全体を振り返って、当初の目的は達せられたと思います。私の印象としては、研修プログラムもさることながら、本人の熱意こそが最も大切であり、同窓生との意見交換は非常に励ましになること、初期研修では基礎的なことを十分に固めておく必要があることを感じました。

最後に今年の企画の反省をあげておきます。

①出席者が極めて少なかったこと。特に1～3回生の出席が得られなかった。②パネリストの勤務先に偏りがあったこと。③会場との討論の時間が短かったこと。④内容が多岐にわたり、進行係が整理しきれなかったこと。⑤パネリストの発表に客観性がなく、比較しにくかったこと。などがあります。

来年は、第1回・2回に引き続き、より充実した会にしたいと思います。宜しく御支援のほどお願い致します。

### パネリスト(発言順、敬称略)

海老原次男(2回生) 筑波大病院 内科  
上月 英樹(1回生) 日立総合病院 内科  
白石裕比湖(1回生) 自治医大病院小児科  
村山 淳一(2回生) 筑波大病院 内科  
松下昌之助(2回生) 都立墨東病院 外科  
小林 忠正(2回生) 医療センター 内科  
内藤 寛(2回生) 筑波大病院神経内科  
松本 尚志(新潟大56年卒) 筑波大病院内科

司会 厚美 直孝(3回生)

樋口八寿子(M6)

海老原 それぞれの具体的な病院生活を通して日頃感じてきたことを述べてもらって、その中から皆さんに何かを感じてもらえたり参考になってくれれば、この discussion の意義は達せると思います。先ほどのプロローグでも参考になるお話がたくさんございまして、大学病院ではとてもできないようなことを、色々なさっているということで、なんとなくこちらもうかうかしてられないぞという気になりました。

初めはそれぞれの近況報告をして、この1年あるいは2年を振り返って総括的な感想を述べていただこうと思います。皆さん日頃、忙しいので、こういう機会がなければお互いの交流を計ることはなかなか難しいと思いま

す。せっかくこうした機会を持てましたので十二分に生かしていきたいと思います。学生会員の方々もどんどん質問して下さい。

#### パネリスト報告 現状と問題点

上月 日立総合病院には最初、3人で一緒に行き日立で一旗揚げようという息込みでおりましたが、2人が都合により行けなくなつて、1人だけということになりました。仲間がいなくて、1人でやってゆけるかどうか非常に心配でしたが、一昨年6月に赴任して3・4ヶ月過ぎるうちに慣れていって、スタッフも大変親切で医者にとってはすごく働きやすい所だという感じがしました。

ローテーション形式は無く、たくさんの患者を持つ形で、一応、手技もひとわり終えました。問題点は、スペシャリストの数が少なく、指導体制がしっかりしていないことが一つと、一定期間過ぎた後、受け入れ先があるのかということです。一生、一般医で良ければ問題ないのですが、日立で3・4年やってスペシャリストになれるのかどうか、Step upを目差す場合に、行き先が無いというのが一番の問題ではないかと思っています。

白石 2年前に自治の小児科にレジデントとして入局しました。小児科は筑波と同じぐらいのベッド数で45床あります。そこにレジデントが約10名程度、ジュニアからシニアまで5学年分入っていますが、全部外人部隊（自治以外の出身者）で成り立っています。

僕らの学年が行く前年ぐらいにすでにスタッフが多くやめてしまったこともあって、ティーチングスタッフは、やや減少した傾向にあったんですけども、病棟が1つに医局が1つということでかなりまとまってなんとかやってこれたと思います。

1年が終わった所で救急的な事は、だいたいこんな事をすればいいという事は身についたと思いますし、2年目からはそれをもうちょ

っと深め、2年が終わった所でシニアレジデントになってもう少し専門分化していく事を、3年・4年・5年次とやってレジデントを終るわけです。僕自身は、そうして5年終わった人の就職先を見てみますと、あまりパツとしないということで、2年終了後、現在、大学院に進んで、4年後どうなるかというところにいます。

司会（樋口） Elective形式で色々な所を回ることもできるのですか？

白石 せいぜいできるのは麻酔科を回ることも可能という程度で、ぐるっと回ることはありません。それから初期2年間のうちで、4～6ヶ月間外の関連病院と言っていいと思うんですが、日光古河の病院・福島県の病院僕が行ってました東海村の病院など3ヶ所、開拓してあって、医局の命令という形で、そこに外勤します。

村山 筑波の内科について話します。研修期間は2年単位でジュニア・シニア・チーフと全部合わせれば6年です。研修プログラムとして形式的に確立されており、ローテーション方式で内科は8つ全部回ります。その他 Elective で院内の科であれば、どの科でも、希望すれば取ることが可能だと思います。主に内科系か放射線科・麻酔科・小児科・婦人科などが取られているようです。手技は特殊なものが多く、ジュニアレジデントの間に、例えば内視鏡・Echo・Upper GIといった基本的な手技を覚えることは最低限のことしかできないと思います。他の病院に行った人たちと比べると症例数も少ないし、そういった機会は自分から積極的に作っていかねば非常に少なくなります。ジュニアレジデントは病棟だけみておまして、受け持ち患者は5～10人多くても15人ぐらいです。大学病院の特殊性から、ある程度診断が決まっていそれ以上の検査をする場合 specialist の一部のような考え方で病棟の仕事をする事が多いで

す。ですからローテーションをしても specialist の集合みたいな頭ができていますが、第一線の医療をやっていくのに必要な一番最初のプライマリーケアといった考え方は、大学病院の中においてあまりなされません。

研修終了後の進路は、現在全く白紙であると言えないと思います。

現在の問題としましては、ジュニアRは定員に満ちていますけれどもシニア・チーフRの人数が足りないということからジュニアRを教育するレジデントとしての指導スタッフがまだ十分ではありません。今後シニアRが十分な人数になった段階では、指導体制は非常に良くなると期待しています。また、うちの病院ではドクターのする事務的な雑用が多く、そういった事で時間をかなりとられることも確かにあります。

**司会** (厚美) どうもありがとうございます。今のお話の中でローテーションではあるけれども、その行った先々では Specialist として過ごすわけで、全体を総括したプライマリーケアとしての指導体制は劣るという点、たいへん興味深く聞かせて頂きました。

**村山** それからもう一つ、今僕は大学病院ではなく、東海村の東海病院に院外研修という形で行っております。そこには医者が3人しかおらず内科も2人で、僕の上の先生は非常に高令の先生なので、僕が一人で孤立無援のようになり、大学病院とのギャップを大きく感じています。ただそういう所に行って、2ヶ月間ですけれども色々な経験はできます。



**小林** 国立病院医療センターの内科研修医で、研修方式は2年間のローテーション方式です。7つの各内科を2ヶ月ずつ研修し、麻酔を1ヶ月で計15ヶ月、残りの8ヶ月は自分の好きな科を4つ選択することになっています。各科に技官の先生が2~3人、非常勤の先生も2~3人います。そして僕たち研修医各学年1人ずつと研修医を終えた期限3年間のレジデントが1~2人います。症例数は8~15人ぐらい、少ない科では6~8人ぐらいです。スタッフの指導は各科によって、その先生によってかなり違います。今いる消化器や循環器・呼吸器はスタッフも多くてとても良いと思います。代謝・内分泌科では、入院している患者さんの90%は糖尿病で、ホルモンのようなことはやらずに、糖尿病の Care だけで2ヶ月を過ごしました。

最初いきなり行った時には、色々な検査の申し込みなどがわからなくてまごついたこともありました。なんといっても、この病院では勝手に丸印をつけて伝票を出しておけば、看護婦さんが採血をしてくれるのではなく、自分で採血をしなければなりません。ですから伝票にあまり丸をつけてしまうと、自分で採血する量は増えるし、自分でスピッツを洗わなければならないしで、多少は自分で考えて、やらなくてもいいことはなるべくやらないうようにして要領良くやってゆかないと、なかなか自分の時間を持ってない所だと思います。でも、そのおかげで採血はできるようになったし、点滴にも活かされるし、大学病院では触らせてくれないような検査も随分やらせて頂きました。アンギオにも最初から入るし、胃カメラ・胃透視・気管支鏡など全部指導のもとにある程度2ヶ月のうちにできるようになりました。

いつも感じるんですが、僕たち研修医というのは朝早く行って夜遅くまでやらなければいけないという固定観念があるらしいんですけども、何もしないのにイスにすわって夜

遅くまでいるなんていう馬鹿げたことはしないようにしています。患者さんの状態が悪い時はもちろんついていなければならないですけど、自分でやるべきことを要領良くやって、早く帰れる時は早く帰る。それは、自分で好き勝手なことをやるというんじゃなくて自分の頭の中でイメージを描いてそれに向かって上の先生に直されながら、ある程度自分のプログラムに沿って行かれるということで、医療センターのいい所だと思います。

研修終了後は全然白紙で、もちろん国立病院の技官のポジションを取るということは、おそらく僕たちには不可能だと思います。2年間終わった後、3年間のレジデントコースがあるんですが、そこに行くのは内科で1人か2人です。医療センターでは各科1人、1学年7~8人なのでなかなか難しいです。

**海老原** 色々な問題が出ましたが、今までの話をまとめると、一つは手技的なことをどれだけできるかということで、かなりの差があると思います。大学病院では、やはりきちんとしなくてはならないということで、じょうずな先生が正確かつ安全にするのを、我々は前で見ているだけで、まだやらせてもらえません。ただ慢全と見ているのではなくて、やり方を本で読んでいった上で、一つ一つの動作を見ながら覚えようとしているんですけども、他の病院では最初からやらせてもらえるということで、やれないのは残念だなと思うようなこともありました。

また、教育してくれる先輩・先生がいらっしゃるかどうかということなんですけれども病院によって様々で、しっかりした病院もあり、またそうでない所もありで、たいへん苦労されるような症例もあるかと思います。大学の場合には専門家が多いわけで、それだけ深く勉強しようと思えばいくらでもできるということなんですけれども、スタッフが多いからこそ自分で勉強していかないと、なかな

か実力がつかないんじゃないかという感想を持ちました。

内藤先生にお聞きしたいんですが、筑波の神経内科の場合、内科の各科をローテーションしながら、また神経内科を学ぶわけで、他の病院の神経内科と、どういう風に違うのでしょうか？

**内藤** 実際、他の施設の神経内科へ行ったことがないので、どういう研修をなさっているかわかりません。筑波の神経内科につきましては、チーフ・シニアRが各2名、ジュニアRは専属が2名、ローテーターが2名おりまして、レジデントのピラミッド体制は確立されています。指導して下さるObenの先生方も非常にレジデントの指導に御熱心です。

2年間の一般内科のローテートは他の内科と同じで、3年目にfixするわけですが、3年目にfixしてからは、神経内科の認定制度があり、卒後4年で受験できますのでそれに合わせたプログラムが組んであります。従ってそれに乗っていけば4年後には認定医という型になり、社会に出ても認められるDr.となれます。そうなれば比較的まだポストのあいている分野です。将来的にも、県内の病院などに色々就職口はあるそうですので、安心しています。他にも大学院へ進む道も十分ありますし、卒後研修のプログラムとして、かなり確立されています。内科の科によってはそういうプログラムの全く無い所が、正直言って半分ぐらいあるんじゃないかと思います。教官の先生方もレジデントをどの様に指導していったらいいのかという事を我々を集めて聞いている実情です。しかし、あくまでも卒後研修というのはそういうスタッフの皆さんに支えられてゆきながら自分を磨いてゆくこととなります。

意欲とそれにあっただけのスタッフがいる病院であれば、最初の2年間はかなり進歩が得られるのではないかと思います。

海老原 一般内科をローテートしてから、神経内科に進む場合に、少し専門的なことに遅れてしまうという不安はないでしょうか。

内藤 神経があってそれをいれている人体の働きもわかっていないと神経は理解できないと中西先生がおっしゃる通りで、やっぱり一般内科をすべてマスターした上での分野です。むしろローテーションは必要やるべき事だと思います。東大などでも一般内科のローテートはあると聞いています。神経に限らず内科医というのは specialis になる人にして、一般内科は general に最低限でできなければいけないと思います。大学病院のようないろんな Specialist がいる所で研修をすると、症例数も2年間で約200名にのぼると思いますので、十分な経験をつむことができ、かなりのメリットだと思います。

海老原 松本先生は、新潟大学の出身で、今、筑波大学の内科レジデントでいらっしゃるんですが、新潟大学と筑波大学の病院を比較して雰囲気はどう違うか述べて頂きたいと思います。また、先輩などのいない所に一人で来た不安などありましたらお聞きしたいんですが。

松本 私は新潟大学で卒後教育を受けませんでしたので、卒後教育の違いは余りはっきりはわかりませんが、卒前教育の違いについて申し上げますと、新潟では6年間一貫教育ではなく、M3から医学的なことが始まってM4までで基礎的なことが終り、M5からは午前外来、午後臨床講義です。M6で午前はbed side 午後は臨床講義を受けます。私の印象では新潟のM5の学生より筑波のM5の学生の方がかなり優秀であるという感じです。卒後教育に関しましては、新潟でもローテーションは一応ありますが、ここほど患者を平等にはみれません。筑波のローテーションシステムはよろしいんじゃないかと思います。大学病院の性格として手技が覚えられないと

いう面は新潟でも筑波でも変わらないことです。ただその面が他の病院へ出たとき補なわれるか補なわれないかの問題であると思います。つまり関連病院があるかどうかということです。関連病院があれば、つまり新潟大学などでは2年間ローテーションしてから、そこへ出るわけです。それは6ヶ月、あるいは1年という単位で出るわけで、その時実際的な手段が覚えられるという利点はあります。筑波の様な新しい大学では関連病院がない点はやむおえないことですが、将来関連病院ができるでしょうし teaching staff もチーフレジデントまで全てそろろうということになると思いますので、これからは卒後教育も充実してゆくと思います。

質問 手技は、やればうまくなるが、やらなければうまくならない。しかし、慣れない者がやると危険を伴うことになる。その辺のバランスについてどうお考えでしょうか？

松下 確かに、たった一人で手技をすることは非常に危険です。だから、上の人と必ず一緒にやります。外科の場合、色々処置をしなければならぬんですけど、やはり私も自信の無さがブレーキになって引っ込みがちでした。しかし、やらなければ進歩はありません。ただ、条件をできるだけ安全に整えて、もし、まずい場合があれば、すぐ麻酔科を呼べるようにしておき、上のスタッフと共に経験を積んでゆく、そういう配慮を持って、かつひるまずにやる必要があると思います。

質問 筑波のレジデントはどのような検査的手技をおこなっているのでしょうか？

内藤 日常必要な検査としては、Upper GI、内視鏡、Echo等があり、命のかかわってくるようなAngio、心カテもあります。Angioや心カテの全てを、ジュニアレジデントに委ねることは絶対ありません。必ず講師の先生がつきます。Angioは、一般にはそれほど必要

な検査ではないと思いますが、内視鏡とか、消化管の透視、Echo というのは比較的侵襲が少なく危険性はほとんどなく、それでいて得られる診断的価値は大きいと思います。そういう検査をどういう先生がやっておられるかと言いますと、例えば消化器内科の胃透視は、本来レジデントのやる仕事だと思んですが、実際にやっているのは、病棟を持つはずのない講師の先生なのです。それじゃあ、レジデントがやっていけないかという決してそうじゃありません。病棟がかなり忙しいので、いつも行けるとは限りませんが、講師の先生と椅子を並べてやっている、1日5～10例中、最後の2例位は「じゃあ、やっごらん」と必ず言ってもらえます。そうして2ヶ月の間に20例位できました。内視鏡にしてもそうで、行けば教えてもらえますし、行かない先生は行かないままで終了です。

ただ、この病院はシニアになってから、その様なテクニックを教えることになってますから、3年目になってから十分できる機会がありますが、それを1年目でやりたいと言うなら、どんどん申し出さえすれば、十分期待答えて下さる講師の先生はいらっしゃいます。

**海老原** 手技という問題は、医者になったら、頭ばかりでなく、体も機械も動かさなければならぬし、非常に大事なんですけども、内科医としては、本来第一義的な問題ではないんですね。手技から得た結果を、どう判断・解釈し、どう診断して、治療にもっていくかが内科医の仕事であって、手技的には進んでいても、そういうことをどの程度までやっているかと考えると、非常に不安が残るのです。

上月先生にお聞きしたいのですが、例えば胃透視なら胃透視専門の先生がいらっちゃって、Echo も機会があればやって下さると言うような場合、それをどのレベルまで評価しているのですが。例えば、自分の病院の診断レ

ベルはこの程度だと、他の病院と比較しながらごらんになっているわけですか？

上月 日立総合病院には、放射線の専門医が一人いまして、その人が一番最後に読影して、チェックするという様な感じです。CT も一週間に一度、専門の先生が最終診断をして下さるということで、相当信頼をおいています。

**海老原** 内科の場合、色々な診断技術が必要ですが、Upper GI とか、内視鏡・Echo とかは常識的になっているんでしょうか。大きな病院なら、ほとんど機械が揃っていますが、一般にはどこまでできなくてはいけないか、ということについてはどうでしょうか。

上月 その辺は、他と比較したわけじゃないのでなんとも言えないんですが、日立総合病院では、入るとすぐ胃透視を3～4ヶ月集中してやりますので、それで相当覚えてゆくと思います。まあ普通の総合病院であれば、内視鏡と腹部 Echo、胃透視は必須条件に入るんじゃないかと思います。

**質問** 医学の進歩は日進月歩と言われておりますが、卒業してしまっただけに実際に入りますと、なかなか勉強する時間がないと思います。それで、医学の進歩に追いつくだけの再教育みたいなものが必要な気がするのですが、そういうことについてどうお考えなのか、お聞きしたいと思います。

**小林** あのねえ、全然違うんですよ。最新の情報というのは、英語で入って来るわけですが、そういう色々な雑誌を、みんな陰で読んでいます。何も堂々と、いかにも「僕は勉強しているんだ」なんて、そんなことはしないわけね。自分の仕事をやって、自分の暇をみつけて、雑誌などを読んで勉強していくのであって、何も大げさに考えなくてもいいことなんじゃないでしょうか。

**質問** 誰も聞く先生がいなくて、自分でや

らなくちゃいけないという場合に、我々はレジデントですからすぐにはできないわけですが、やはり、論文どおりにしてしまうこともあるんじゃないでしょうか。

小林 何か研究のリサーチが出ますね。でも、ひと月に何千何百と出るわけでしょう。片端から読んでいくわけにはいかないから、どれとどれを読めばいいか教えてくれる先生が欲しいわけなんです。たまたま、僕たちの病院にはそういう先生がいます。消化器の先生ですが、他の分野の文献も読まれていて、これとこれを読めば良いのではないかということ公表しておいてくれるわけです。それを僕たちは読むわけですが、自分の思いどおりに患者さんの治療をぱっと始めるわけじゃありません。あくまで、勉強していく上でのことであって、すぐに実行に結びつくわけではないのです。

質問 これは、要望が、願いに通じるわけですけど、アメリカでは、それぞれの大学や学会にリフレresherコースがあります。それは開業医などが、一週間単位で再教育を受けるコースなわけです。筑波大学は、他の大学にないシステムで学生を教育し、送り出しているわけなので、卒後のリフレッシュという考えについても御検討頂きたいと思います。

最近の傾向なんですけど、現在、東京で日本小児科学会学術集会在行われていますが、3日間のうち半数は、教育講演がもたれていますし、多くの学会が開業医の再教育に目を向けています。だから、そういうものに、開業医の人たちは一生懸命参加して、自分を磨こうと努力していると思われそうです。

それとは別に、大学以外の病院へ出られた先生にお聞きしたいのですが、その病院である疾患に関する専門の先生がいらっしゃらなくて、相談することができない場合、情報はどうやって得ているのでしょうか？ 筑波で

したら図書館がありますけど、僕が学生の間まわった国立病院などには、あまり本が無かったような記憶があるのですが。

白石 本はないですね。だから製薬会社の人に頼むこともあります。

司会 それでは時間も過ぎましたので、最後に、本日出席いただいている澤口先生に一言いただきたいと思います。

澤口 一、二付け加えた方がよろしいかと思う点にふれたいと思います。

学位の問題について、何か皆さん非常に悲観的なように受け取っておられましたが、決してそんなことはございません。従来、私共の頃の学位論文というのは、何か scientificに見せるために、不必要なほどに実験動物などを加えて、体裁を整えるということがよく行われたものです。臨床の先生なども、早く学位論文を作って開業したいとか、色んな事情でもって、基礎の例えば細菌の教室とか衛生の教室へ行って、小動物を使って実験してまとめて、というふうなことをいたしました。

けれども、これに対する非常な反省がありまして、筑波大学では、発足の当初から、臨床的研究でも、症例を丹念に詳細に分析してひとつの成果を得るならば、これをもって学位論文とするということが考えられているわけでございます。そしてそれは、筑波大学病院だけでなく、ここに相当するレベルの診療が行われている所ならば、然るべき審査を経て認める、ということは、合意を得ているこ



澤口副学群長

とでございます。実際の手続きはどの様にしたらよいかということは、博士課程長の田村教授を中心に、一兩年のうちに出して欲しいということ、再三、私共はお願いしておりますので、おそらく一、二年のうちには、みなさんに示されることと思います。そういうわけですから、先程のようにどうなるかわからないなんてものではありません。

もうひとつ、これは感じたところでございますけれども、先程から、内科に限らずどの分野でも、ジェネラルの最低限必要なものを修めることが、大切であろうということ、数人の方がふれられましたが、私も同感でございます。臨床のどの分野に進まれるにいたしましても、大切なことだと思います。今まで大きな業績をあげた方も、結果的には、ある特殊な分野の特殊なテーマについてのものではあったけれども、しかし、その人がそこに行き着くまでには、その領域で誰からも信頼される位に十分な基礎を固められた上で、そのテーマにめぐり会えたからこそ、チャンスを活かすことができたわけであります。十分な基礎を身につけていたからこそ、普通の人気がつかないようなものも気づく、ということになった例が多いわけであり、単に先端的なものに飛びつくという問題ではないと思います。ですから、先程も言いましたように、臨床のどの分野に進まれるにいたしましても、又、臨床ばかりでなく、基礎でも社会でも、おそらく、基本的なものをじっくり身につけていかれるということが、私は大切だろうと思います。

**司会** どうもありがとうございました。非常に話がもりだくさんで、色々な情報が得られたことと思います。私も、本日司会をするにあたって、一応準備はしたつもりなんです、これらの問題の底の深さ、そして又、これは実際に自分たちの問題だということ、本日は痛感したわけです。御出席の方々、そ

して本日の様子を会報によって知られる同窓生のみなさんの、何か参考になることを願いつつ、閉会といたしたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

## ☆ 総会アンケート結果

プロローグ「研修医と研修生活」に出席して下さった学生全員を対象にして、総会および桐医会についてのアンケート（無記名）を行いました。ここに、その結果をお知らせします。

### ◎回答数

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	計
男	15	2	3	4	10	4	38
女		5	1	1	1	1	9
計	15	7	4	5	11	5	47

**Q 1.** あなたは、このテーマに興味がありましたか。

	計	M1	M2	M3	M4	M5	M6
非常にあった	20	4	5	1	1	6	3
結構あった	20	9	1	2	3	3	2
まあ、あった	7	2	1	1	1	2	
あまりなかった	0						
全然なかった	0						

**Q 2.** このテーマから、期待したものを得ることができましたか。

	計	M1	M2	M3	M4	M5	M6
非常に得られた	3	2		1			
結構得られた	26	8	4	3	1	6	4
まあ得られた	15	5	1		3	5	1
あまり得られなかった							
全然得られなかった							
			未2			未1	

小冊子『3回生から  
後輩諸君へ』を発行

Q 3. 次回、このような催しがあるとすればあなたは、どのようなテーマを希望しますか。また、今、あなたが、皆で、意見交換したい問題があれば、お書き下さい。

- ・臨床系にプラスして、基礎・社会の諸先生のお話もききたい。
- ・今回と同じテーマ。
- ・筑波にしかない社会医学系に関するもの。
- ・現在の医療において、医師と、それを支える人々、つまり paramedical との関係が、孤立しすぎているのではないかと思います。研修医として、そのあたりをごらんになっている方々の意見を伺いたい。
- ・基礎や社会に進まれた方々の話も、お聞きしたい。
- ・卒後教育について。
- ・今、筑波大生は、関連病院をとれるのか。（時代がそうなるのを待つべきか、それとも積極的につくるべきか。）
- ・研修における技術、知識の修得状況。
- ・病院長、学群長をまじえた、筑波大学卒後教育について。
- ・各科の特色。
- ・研修病院ごとの特徴をまとめた小冊子を発行しては。
- ・卒後、2年 or 4年すぎてからの問題。

Q 4. 同窓会に対して、学生として、どのようなことを、希望しますか。

- ・もっと、情報を多く伝達してほしい。
- ・啓蒙してほしい。
- ・実際、医師として活躍しておられる方々の声を、同窓会を通して聞かせてもらいたい。
- ・関連病院、コネクションづくり、卒後の横の連絡を、緊密にしていきたい。
- ・卒業生の、二次就職先（2年 or 4年後）を追跡調査して下さい。
- ・会員相互の交流、及び、そのための催しが活発であることを望む。

約2年前、1回生の卒業後、有志で「一期生から後輩諸君へ」という小冊子が発行され、当時のM6～4から印刷代を集めて配布された。内容は進路問題、国試体験記、国試対策などであり、1回生9名が原稿を書いた。これは3回生のうちでも評判が良く、国試直前まで参考にしていた人がいた。

3回生が卒業するにあたり「同様の小冊子をぜひ後輩にのこしていきたい」という声があり、桐医会で5月29日発行するはこびとなった。それが『3回生から後輩諸君へ』という35ページの小冊子である。3回生15名が原稿を書いた。進路問題は各方面にわたっているので7名が書き、国試対策も最近の国試のことが具体的に相当くわしく書かれている。

配布の対象は一応M6～4とした。これは内容に国試対策などがあるため、あまり下級生のうちに見ても無意味だし、害すらあると考えられるからである。ただし、卒業生や下級生でぜひ見たいという人は、学群棟の進路資料室においてあるので自由に見ていただきたい。

なお、来年春には同様に『4回生から後輩諸君へ』を桐医会で発行する予定であり、毎年続けていく予定である。

（編集 3回生 厚美・湯沢）



和やかな雰囲気の交歓会。ビールがうまい！

## 古本市を終えて

M3 堀 孝文

去る5月29日、昨年に続いて古本市を開きました。準備にとりかかったのが遅く、あまり本が集まりませんでした。220冊ほどを出すことができました。うち150冊が売れ、売上金は60,400円でした。

開店予定の午後17時の15分ほど前に、M5・6の方々がバーゲンさながら押し寄せ、国試対策用の本はあっという間に売れました。半減期は30分。あとから来て買えなかった方に深くお詫びいたします。

来年は準備に早くとりかかり、特に卒業生には国試対策用の本などをできるだけ出していただき、夏休み前にM6の方に提供したいと考えています。また他の学年の方にも、医学書に限らず多くの本をそろえ、みなさまのニーズにこたえたいと思います。御期待下さい。

## 名簿発行について

1982年度桐医会会員名簿につきましては、9月発行に向けて、着々と作業を進めております。尚、住所変更された方は、お早めに御連絡下さい。

## 編 集

○第2回総会、無事に終わってヨカッタ。みなさん、来年の総会にも、ふるって御参加下さいネ！（若）  
○「会報はまだ出ないのか」という声を耳にしつつ、「お待ちせしました、待ちました」ようやく「総会特集」お届けします。編集部は怠慢と力不足はおおいに反省すべきですが、なんとか発行できたのは、M1・M2のYoung Powerのおかげです。感謝。（俊）  
○来年の総会も、国試発表の日になると思いますが。予定に入れておいて下さい。（とも）

## 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ヶ年分、金3,000円納入していただくことになりました。未納の方は、同封の郵便振替にて、お納め下さいますようお願い申し上げます。

郵便振替…宇都宮 5-16157 桐医会

## — 学群だより —

### クラス代表者会議より

M3 松井 裕史

座長になってはや2ヶ月、実力不足と怠慢でクラ代会は流会続きですが、全代会には、ひたぶる出席しております。

ところで今、全代会の話題の中心は、学園祭期日の延期についてです。主として、学園祭実行委員会が実務の面で忙しくなりすぎるから、との要請で、10月9～11の期日を、11月1～3にしようという決議を挙げました。しかし、決定するのは厚生補導委員会なので未定です。

毎年アカデミックな企画で賑う基臨社祭。構成員各員、先輩の皆様の主體的参加を願います。

## 後 記

○ひと通り仕事が終わって、あたり一面からあふれ出る草の匂いのなかで、うとうとまどろむ夏休み……ここで一気にわーぶできたらな。（なっば）

桐医会会報 第5号 1982年8月25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  
郵便振替口座 宇都宮 5-16157  
印刷・製本 株式会社 イセブ印刷