



# 桐医会会報

1984. 11. 30. No. 10

☆ 特集

## 第4回桐医会総会



やわらかく落葉の絨毯を敷きつめ始めたループ道路の木々が若葉に崩えていたころ……今や新鋭として大奮闘中の5回生の国試発表のころ、初夏のさわやかさの中で5月19日(土)第4回桐医会総会が開かれた。(諸事情により会報の発行が大幅に遅れましたことを心よりお詫びいたします。) 今回の企画は、研修医生活における臨場感あふれる経験談、三学系名物教官の講演(プロローグ)であり、工夫の凝らされたものであったが、例年の通り、いや残念ながら例年にも増して会員の参加がまばらであ

った。例年ならこの会報第一面には総会の全景が堂々掲載されるところであるが本年はそれも憚られるほどであり、本号は会員への参加を呼びかける山口会長の熱のこもったポートレートで……ということに相なった。御多忙のため惜しくも参加されなかつた会員諸氏にこの会報が総会の模様を少しでも詳しくお伝えでき、ひいては来年の参加へのよき triggerとなればと発行の遅れを反省しつつ編集部一同心より願っている。

## 主な

## 内 容

特集 第4回桐医会総会	1
開会の辞	2
総会第I部 (決議及び承認事項)	2
プロローグ「基臨社の先生大いに語る」	4
総会第II部 卒後研修体験談	13
Topics アドリブ族、南極へ	19

学群だより	大学近況—学生組織の活動
を中心	20
告 知 板	人事移動
	21
	桐医会名簿について
	22
	第5回桐医会総会のお知らせ
	22
	桐医会会費納入のお願い
	22

## 開会の辞

桐医会会长 山口 高史 一回生

まずこのような身内だけの会のようになってしまいま  
したことをお詫びいたします。

皆さん御多忙でいらっしゃるわけですが結局は卒業生  
の方々の中でこういうことをやっていく人間がいないと  
後に続きませんので、皆さんもここ2~3年は我慢して  
頑張って戴きたいと思います。来年は、万博もあります  
し、1回生も6年目になりますので少しハデにやる計画  
をたてております。会員が一堂に会す場として意義ある  
ものになるようにと思っております。今年度はそのつな  
ぎということで、人数は非常に少ないようですけれども、  
皆さん、もちろん僕も含めて頑張りましょう。



## 総会第I部（決議及び承認事項）

第I部司会

湯沢 賢治（3回生）

昭和59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58年度事業報告

表1に示すように報告があった。

### ②昭和58年度決算報告

表2に示すように報告があった。

### ③役員選出

昨年度役員会で提案された新役員候補が発表された。

会場から評議委員として4回生村井正氏の推薦があつ

た。以上全員承認された。新役員は表3の通りである。  
会計監査は昨年に引き続き橋本達一郎教授にお願いす  
ることとなった。

### ④昭和59年度事業計画承認

表4のように発表され、総会出席者の承認を受けた。

### ⑤昭和59年度予算承認

表5のように発表され、総会出席者の承認を受けた。

以上、桐医会総会第I部における議事についての報告  
とする。

表1 昭和58年度事業報告

昭和58年4月	桐医会会報第6, 7号発行	8月	全国医学生ゼミナール見学援助
	第1回定例役員会	9月	第5回定例役員会
5月	第2回定例役員会	10月	第6回定例役員会
5月14日	第3回桐医会総会開催		桐医会会報第8号発行
5月	古本市	11月	第7回定例役員会
6月	post evaluation meeting	12月	第8回定例役員会
	「4回生から後輩諸君へ」発行	1月	第9回定例役員会
	第3回定例役員会	2月	第10回定例役員会
7月	第4回定例役員会	3月	第11回定例役員会
	昭和58年度版桐医会名簿完成	3月24日	第5回生桐医会加入（102名）

表2 昭和58年度桐医会決算

## 収入

	予 算	決 算
前年度繰越金	344,195	344,195
支部会費	1,134,000	831,000
賛助会費	300,000	408,000
広告代	150,000	1,041,600
名簿売上げ	50,000	141,000
古本市売上げ	50,000	65,170
雑収入	0	34,463
預金利子	4,000	9,416
合 計	2,032,195	2,874,844

## 支出

	予 算	決 算
会議費	50,000	85,000
広報発行費	800,000	615,000
名簿発行費	500,000	954,000
通信費	200,000	137,000
事務消耗品費	70,000	39,000
備品購入費	75,000	19,000
書籍購入費	100,000	52,000
涉 外	55,000	173,000
交通費	70,000	40,000
慶弔費	10,000	5,000
雜 費	2,195	63,000
積立金	100,000	300,000
繰越金	0	392,844
合 計	2,032,195	2,874,844

以上の通り相違ありません。

昭和59年3月31日

桐医会会长 山 口 高 史 印  
 会計 岩 崎 まり子 印  
 会計監査 橋 本 達一郎 印

表3 昭和59年度 桐医会役員

会長	山 口 高 史	(1回)
副会長	鴨 田 知 博	(1回)
	海老原 次 男	(2回)
評議委員	岩 崎 秀 生	(1回)
	小 林 正 貴	(1回)
	家 城 恵 子	(1回)
	白 石 裕 比 湖	(1回)
	亀 崎 高 夫	(2回)
	中 山 健 児	(2回)
	山 本 雅 一	(2回)
	厚 美 直 孝	(3回)
	江 口 清	(3回)
	島 倉 秀 也	(3回)
	寺 田 康	(3回)
	湯 沢 賢 治	(3回)
	湯 原 孝 典	(3回)
	塙 田 博	(4回)
	中 島 光 太 郎	(4回)
	増 田 義 重	(4回)
	村 井 正	(4回)
	平 野 洋 子	(4回)
	吉 沢 利 弘	(4回)
	石 川 敏 子	(5回)
	佐 藤 真 一	(5回)
	鈴 木 敏 之	(5回)
	妹 尾 栄 一	(5回)
	竹 村 博 之	(5回)
	成 田 至 子	(5回)
会計	岩 崎 ま り 子	(1回)
	宮 川 創 平	(3回)
	江 原 孝 郎	(4回)
会計監査	橋 本 達 一 郎	(賛助)

表4 昭和59年度事業計画

昭和59年4月	桐医会会報第9号発行
5月19日	第4回桐医会総会開催
5月	古本市
6月	桐医会会報第10号発行 「5回生から後輩諸君へ」発行
7月	昭和59年度桐医会名簿完成
8月	全国医学生ゼミナール見学援助
9月	桐医会会報第11号発行
11月	基臨社祭(展示参加、古本市援助)
12月	桐医会会報第12号発行
昭和60年3月	桐医会会報第13号発行

表5 昭和59年度桐医会予算

収入		支出	
	予 算		予 算
前年度繰越金	392,844	会議費	100,000
支部会費	1,440,000	広報発行費	1,400,000
賛助会費	420,000	名簿発行費	1,000,000
広告代	1,000,000	通信費用	200,000
名簿売上げ	50,000	事務消耗品費	50,000
古本市売上げ	50,000	備品購入費	100,000
雑収入	0	書籍購入費	40,000
預金利子	10,000	涉 外	100,000
合 計	3,362,844	交通費	50,000
		慶弔費	10,000
		積立金	300,000
		予備費	12,844
		繰越金	0
		合 計	3,362,844

### プロローグ 「基臨社の先生大いに語る」

学生会員をも対象とした企画を……と毎年工夫されてきたプロローグ。

今年は、正会員の方々にとってもなつかしく思い出されるであろうあの名口調をもう一度……といった意味も含めて、現学生に馴染みの深い三先生を基礎・臨床・社

会の各学系よりお招きしてお話をさせていただいた。

名付けて「基臨社の先生大いに語る」！

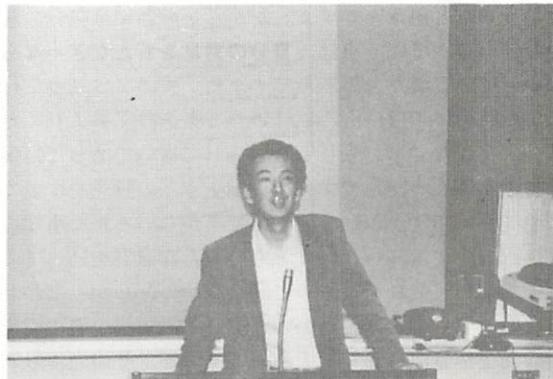
各々個性的で味のある先生方のお話に、フレッシュマン1からひとまわりも違う（!？）一回生まで、会場はなごやかな雰囲気につつまれた。

### サイエンスは一つ……本質は何か

基礎医学系 藤田 祯三 先生

こんにちは、基礎医学系の藤田です。こういう席で話す機会を与えられて感謝していますが、3人が選ばれた共通項は何かと考えると、授業のときに一番漫談をするのが藤原先生で、馬場先生もかなり漫談をやるらしい。僕は真面目に授業をやっています。ときどき冗談を交えながら——笑——。昨日からどういう話をしたらいいか考えたのですけれど、まずスライドで僕の履歴書をみて下さい。職歴というところを見て下さい。普通の人は医学部を卒業して、その大学に残ってレジデントをやってどこかに就職するのでしょうか、僕は2年に1度場所を

移っています。筑波大学にきて4年間動かなかったのは腰が落着いたのか、居心地がいいからじゃないかと思います。僕の考えとして“場所をかわる”ということは非常にいいんじゃないかと思っているですよ。場所をかわると知らない人が多いですからね、自然と緊張し、アドレナリンがたくさん分泌されて、いろいろ仕事ができると思います。僕は北大をでているので、クラーク博士の“Boys, be ambitious”という言葉、“青年よ大志を抱け”ということに影響を受けています。自分の卒業した大学に居残っているというよりは、他の大学に移って自分の能力を試してみるのが、一つの方法であると思っています。君たち若い人がどういう道を歩むか、どうするかということは、僕の関与することではないわけですから、これから、いくつかの点についてプロポーズしたいと思います。



30分で話をしてくれとの依頼でしたので学会ですと1つの発表が10分ですから3つを話すと30分たつのではないかと思います。まずははじめに、僕は今基礎医学をやっていますが、履歴書をみてわかると思いますが、以前は内科をやっていたわけです。内科から基礎に移ると大変じゃないかとよく友人に言われるんですね。ひとつは、研究だけをやって成果をあげなければならない、もう一つは、患者さんを診ないと淋しいじゃないかといわれるんです。これはあまり関係がないんですね。キザな事を言うと「サイエンスというのはひとつ」だと思うんです。基礎であろうが臨床であろうが、サイエンスっていうのはひとつだと思うんです。本質的なところでは同じですから、基礎医学で何か一つの方法があると思う人が多いのですが、そうではないと思います。臨床の場合、各科でコンサルテーションというのをやっていて、たとえば、馬場先生がやっている皮膚科では、皮膚科的見地ではどうこうといわれるんですが、別に内科的にみて、皮膚科的にみて更に基礎医学的にみてどうこうというのは僕はないと思うんですね。例えば、一人の患者を対象としてみると、その患者の状態は、やはりひとつしかないと思うんです。だから循環器的にみて異常がないといつても病気の人はやっぱり病気だと僕は思います。例を出すと、大腿動脈の血栓症の患者さんで、2回も既往症があって、その都度、バルーンで血栓除去術を受けています。循環器外科の先生が、僕のところにコンサルテーションで、血管炎が原因ではないかと患者をおくってきたのですが、僕が診るともう心臓からとんできてつまつたという印象だったので、非常に困るわけですよ。僕は心臓について素人、相手は専門家です。非常に返事が書きにくいのですが、「これは心臓からとんできたと思しますので、心臓の精査をなさったらいかがでしょうか」と書きました。この病気は心臓ミクソーマという病気が原因であることがわかりました。もう一つの例は、僕が教養のときに、藤原先生のような偉い先生が話をして一筑波でいうとちょうど医学セミナーに当ると思います

が——「医学というのは経験科学的なところが非常に強いけれども、病気の診断はひとつだ」というんです。それは偉い人、非常に偉い人がする診断も、あるいはペーパーの——僕もそうですが——する診断も同じでなければならぬといっています。

僕の1番目のプロポーズは、サイエンスは——いろんな方法や、いろんなアプローチがあるけど——ひとつであらうということです。諸君がだんだん学年がすすみ、5年、6年になると、基礎をやるか、臨床をやるかという決断をしなければならない。こういう決断をするときに基礎であるか、臨床であるか、何科をやるかというのあまり関係ないように思うですヨ。何が重要かということは——僕は臨床をやってきて、今基礎をやっていて——現象を的確に把握することだと思います。いろんな現象があるわけですヨ。患者さんはいろんな訴えをするとし、動物を使った実験でも試験管内の実験でも、基本的な現象は、本質的にやっぱり同じだと思うんです。そういう共通項のなかで実際にある本質が何であるかっていうのをつかまえる、というところにひとつの楽しみがあるんじゃないかなと思っています。

第2番目は、丸山真男という東大の哲学の教授が「日本人の思想」という本に書いてあることですが、日本人の思考方法として「何々であるから、何々する」という発想が強いと述べています。ところが彼がいうには、それを逆転させて、「何々するから、何々である」という発想をしなさいといっています。たとえば、医師であるから、何々する、患者を助けなければならない。そういう発想ではなくに、逆に、医師として、日々新たに進歩する医学、医療の技術を身につけて、それではじめて医師として他人から区別できるという発想だと思うんです。僕は、今、研究を主にやっているわけで、だから研究者というはどうして他から区別されるかというと、自分が筑波大学の研究者で身分が助教授であるから、何々ができるという発想ではなくに、自分がやっぱり日々努力して、夜遅くまで——馬場先生といっしょに遅くまでやってますけど一笑一努力してやっているとそのなかで何か多くのことに貢献でき、自分が他から区別できると思うんです。僕は医師免許持っていますけど、医師としてどの程度使えるかということは、甚だ疑問だと思うんです。それはやはり、自分がそういう現場にいて患者のために、日々努力するということによって他から区別されるんですね。

今ここに若い人がいて、ぼくらの医学部に入ったとき、卒業するまでにかかる3つの病気とよく言ったんですけども、最初は基礎医学からはじまるわけですけれども、一度は基礎医学にいてみたいと思うんですね。2番めはいわゆる公衆衛生か衛生学をやってみたいと思うとい

うんですよ。3番めは臨床の科目なんんですけど、精神科があるんですね。精神科も一度はやってみたいと思うんですけど、結局やめて、他の科にいくっていう人が多い。僕なんかもそうだったんですけど、内科をやったわけなんですけど、どういうわけかまたもどって基礎にやってくるわけです。それはそれなりの医師として、必要なことではないかと思うんですね。この基礎医学っていうのはサイエンスを、主としてやっていくわけですがぼくは、筑波大学の基礎医学は、ぼくがいた北大とくらべてはレベルも高いしかなりのことをやってると思うんですよね。ぼくは、べつに基礎医学の宣伝をするわけじゃないですけれども、今後これだけ医師がふえてくると、それだけ果たす役割も大きくなってくる、ということでもある優秀な若い人の、後継者をつくっていかなきゃならないという責務もあるんじゃないかというふうに思うんですよね。2番目の話は、ちょっと、わかりにくいかもしれないんですけども、自分が医師であるから、或いは何であるからという事で区別されるんじゃなくて、そういう事をする、実際に行動するという事で、区別されるんじゃないかなと思います。

次は3番目のプロポーズですが、この前、広中平祐という人が来て講演をして、僕が1番憶えている話は、彼がコロンビア大学にいる間に3人の国家の元首が来たんですよ。コロンビア大学で講演をして、その講演に対して名誉学位みたいなものを与えられるわけですよ。アフリカの人と西ドイツの人と日本の人との例を出したんですけども、講演は1時間する。その1時間の間に何らかの主張を述べるわけです。ときの日本の首相ですけれども、その時名前はいわなかったんですけども、一大体想像はつくんですけども一彼は、1時間話をして、實際には通訳がつきますからね、30分なんですね、30分話をして、広中氏は、もちろん日本語も英語も理解できますからね、彼が言うには、「これは一つの技術だけね、主張がなにもない」っていうんですよね。話してるとよく解る。ところが、終わってみたら、話の内容は何もなかったっていうんです。それは政治家としての一つのテクニックであるけれど、そういう内容のない話はもうやめろ、と彼はいうんですよね。これとちょっとつながる話ですけども、この前、食堂でご飯を食べてましたら、ある偉い先生が話をされて、NHKの番組で「首相に聞く」という番組があったというのです。その聞き手は誰かっていうと、いま言った広中平祐なんですね。食堂で僕と一緒に食べていた先生は「彼が、実は首相に訊かなかった」として「首相の話をきかないで、首相に自分の意見を述べていた」と言うんですよ。僕は違うと思うんです。広中平祐の考え方というか、アメリカ的な考え方だと思うんですけども、聞くっていう事はね、自分の意見を述べる

という事だと思うんですよ。だからその為には自分の意見を述べるっていう事は、自分の意見をもたなきゃならないっていう事だと思うんですね。僕のアメリカに行ってた時のボスは、ドアに、「いつでもあけてお入りください。どなたでもお入り下さい。」って書いてあって、僕はすごく感心したんです。特に学生さんの意見をすごくよく聞くんですよね。学生さんですからいろんな事知らない訳ですよ、知らないけどもいろんな意見を述べてくれます。それをじーっと聞いていて、わかったわかったいつでもまた来いとかって帰す訳です。僕の前任者の先生が金沢に帰られてるんですけど、その先生も同じ風にドアに書いておられるんです。「ノックは不要です。いつでもお入り下さい。」いつも学生の、フレッシュな意見を聞いているんですね。僕は君達自身が自分で思った事を率直に述べるということが重要だと思います。これはひとつの新しい方法だと思うんですね。

ノーベル賞もらった江崎玲於奈が、読売新聞にもよく書いてるし、僕もアメリカに行ってよく解かったんですけども、日本は島国であるから、本を読んで勉強するというのがすごく大事というか、そういう習慣がついてるんですよね。アメリカではあまり本は読まないんですよね。どうするかというと解からない事があつたら電話をかけて、ちょっと知ってる人にすぐ聞くんですよね。その道の専門家がたくさんいて、アメリカがそれだけレベルが高いっていえば、やっぱりそうなんんですけども、ドイツなんかまでも電話かけますからね、パッとかけていろんな事を聞く、というのが1つ。それからセミナーっていう方式があるんですよね。これは雑誌にいろんな事実が出る前に、いろんな仕事の話をしていく訳です。それを聞くと、大体解かる訳なんです。本をみると文字になってますから、みんなまとことしやかに書いてある訳なんですね。それを、実際に聞くと、もしその時わからなければ、その人にその話を直接聞く事が出来る訳です。それは1つの方式で、まあ江崎玲於奈に言わせると、アメリカ人はそれをやって知識を得ているという事で、僕も、これから諸君も、そういう時代になってくると思うんです。だからそのためには、聞くという事は、自分の意見を一つ持つという事と、それから広中平祐の言葉を借りると「協議する」事だと思います。英語でいうとdiscussionですけど、協議して、いろんな考えを、相手の考えを聞いて自分の考えを述べると。これは特に患者さんの事に関しても、やっぱり協議していろんな事を決めてくんんですよね。どちらが勝つか、という事で、論理の正しい方が勝つっていう事になるんですけどもね。そういう事を、どちらが勝つかという事ではなくに、どれが正しいかっていう事を協議しながらその中からいろんな、さっき言ったような現象の中にひそんでる本質は何で

あるかということをつきとめる、という作業をやっていくと思うんですよ。これが僕の3番目のプロポーズです。

内容のない話をずっとするっていうのは1つの技術なんですね。日本の政治家っていうのはそういう点では非常にうまいと僕は思ってるんですけども、諸君にのぞむ事の一つは自分の意見を持って述べてほしいっていう事があります。

ここにくる前に、馬場先生と藤原先生と3人で話して、歯にものを着せないで話すっていう話だったんで僕も言いたい事はいろいろあるんですけどね。

最後に筑波大学のことについて何とか言いたいと思うんですよね。僕は今までいた所は、腰掛だと思っていたわけですから、その大学がどうであろうとあまり気にしなかった訳なんですけども、ここに来るまで就職した事はないんですね。みんな腰掛けですから。国家公務員になったのも初めてですから、はじめそんな気はなかったんですけども筑波っていうのはいろんな可能性があっていいと思うんですよね。

Nature誌という雑誌に—これはすごくいい雑誌なんですね、馬場先生はちゃんとそれにペーパー載せて、僕はのせた事ないんだけど—日本のサイエンス、という特集がくまれていて一かなりの、30ページの特集なんですけども—その中の半分は、筑波学園都市の事が載ってるんですね、その中半分も筑波大学の事は載ってなかっただですよ。(笑)その中の1ページちょいしか筑波大学は載っていないんですけども、そこに載っている事は、ちっとも褒めてはいないんですよ。Nature誌っていうのは今世界の科学者の中で、最も Circulation の多い雑誌です。週刊の雑誌ですね。日本は最近そういう雑誌がかなり出てきて、ニュートンとか何とかいろいろあるけど、そういうレビュー誌じゃなくて、オリジナルな科学的な成果を載せる雑誌なんです。その中にどういう事が書いてあるかというと、いろいろ書いてあるんだけども、筑波でやられた新しい方法っていうのはアメリカの方式を若干 imitate してやっている、研究体制とかね。そういう事が若干最初紹介してあって、その後に書いてある事が実は学生に訊くと1つはね、立て看板がない大学は唯一日本で筑波大学だけだと。もう1つは学生に政治的な自由を認めていない大学だっていうことが書いてある訳ですよね。筑波大学は非常にテニスコートがたくさんある、ことで書き出している訳です。そして最後に、学生にインタビューした形で書いているんですけど、その中で、「じゃあ学生何やってるんだ」っていうと「テニスをやってる」という落ちがあるんです。興味のある人は読んでほしいと思うんですけども、僕はこれを読んで非常に厭だったんですよね。現実に僕の知ってるアメリカとかそういう所の研究者はそういう雑誌をみんな読む訳です

よね。そして筑波大学は政治的自由もない監獄で研究をやってんのかと思われるのが僕は非常に厭だと思ったんですけども、しかし事実はそうでないかも知れないんですけども……。

僕は American Association of Immunologists っていうアメリカ免疫学会に入ってる訳なんんですけどね、年に4回ニュースが来るんですよ。今日ちょうどここに来る前に、ご飯を食べた後メールボックスにいたら丁度その雑誌が入っていて、パラパラとめぐると、何編投稿すると何パーセント通るっていう話がのっているんですけども、バーッと見てうしろをみると太い字で何か変な事が書いてある。僕も英語をみてすぐパット解かる訳ではないんですけども、よく読んでみるとなんだかよく解からないんだけども、Nuclear Weaponとか何とか書いてある。よくよくみると要するに日本の言うと反核署名なんですね。これはアメリカの免疫学会が反核署名をして、書いてあることはともかく今の核の accumulation ですね、核の蓄積をやめるようにと。1点はそれですよね。2点目は核兵器を使用するのをやめようという事で、agree した人は名前を書いてアメリカ免疫学会に送れと書いてあります。僕はあまりそういう事に、筑波大学にいるとどうもそういう事を考える機会っていうのが非常にない訳ですよね、今日はそれを見て、うん、やっぱりアメリカの免疫学会ですらも、こういう事をする時代かなあというような事を思いました。昨日ちょっと考えて、まあ Nature の事を話さない方がいいかなって思ってたんですけども、そういう点で、筑波大学が良くなるためにはね、そういうようなことをもえていかないとなかなか良くならないんじゃないかなって気が僕はあるんですよね。アメリカに僕が行ってる間日本語の本はなかなか読めなくて、僕の知ってる先生が、朝永振一郎さんの本を送ってきて、その中で彼が理研っていうところで研究してた時の話が書いてあるんですね。その中で彼が言うには、1番重要な事は何かって言うとね、プレッシャーがない事だっていうんですね。プレッシャーっていうのは例えば、僕らがいうのはね、何々について研究しろと、だから朝何時から何時まで出てきてこういう研究をしろと、いうようなプレッシャーがなかったって彼はいうんですよね。それでかえって、朝早く来て夜遅くまで仕事をしたという風に彼は書いてある訳なんです。僕はそういう点でさっきの話と重なるかもしれないんだけども、自分の意見を持って主体的に行動するっていう事が今後の筑波大学を発展させる1つの道ではないかと思うんですよね。僕はいつも授業する時に気をつけているんですが、北大の名誉教授だった先生がね、「いつも話すときはね、自分の知ってる事の3割を話しなさい」というんですよ。この中で僕の授業を受けた人が何人

いて、まだ受けてない人が何人いるか僕は知らないですけども、いつも前の日一生懸命勉強するんですよね。3割だと大体十分ぐらいで終わってしまうかもしれないから、一生懸命ため込んで、いま100分話すとするとすぐなくとも300分分話せる勉強をしないとだめなんです。でそれともう1つは繰り返して言う事が大事な事だと思うんですよね。だからもう1度僕の話を繰り返します。1つ目は、サイエンスっていうのは最初に言いましたように1つだと思うんですよね。ですからいろんな現象があつていろんな所からいろんな方法で見ることができると思うんですけども、それはあんまり変わりがないんじゃないかなという事で、広く見るっていう事が必要じゃないかと思うんです。2番目は発想の問題で、何々であるから何々するという事ではないと思うんですよね。もっとはつきりいうと、別に教授であるから偉い訳ではないんですね。(笑) それはそれなりの学問的な蓄積があって、人格的にもそうであるから尊敬されるんであって……。発想の転換をしてほしいというのが2点目です。3点目は勉強の仕方とか何かをね、今みんなグループで勉強したりなんかするなんだけれども、自分の意見を述べて、人の意見を聞いて、協議しながらいろんな事を深めていくということ。 終わります。(拍手)

## 頭で考えて病気を治す

### ……それが医者の duty

臨床医学系 馬場 徹 先生

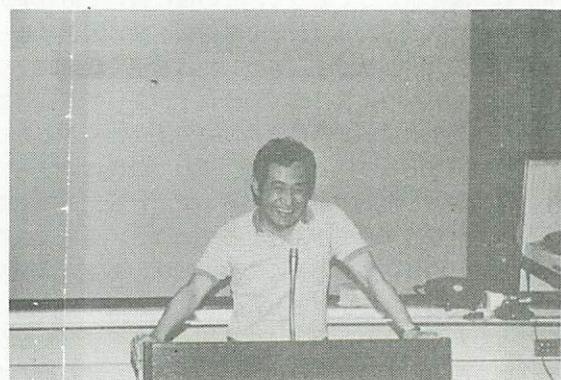
今日どんな風な話をしようかと思うんですが、藤田先生なんか昨日考えたっていうんですけど……私は何も考えておりません。

しかし、藤田先生の言われた、サイエンスは一つであるということには全く同感だな。しかし、すべての臨床の医者が病気を本当にサイエンティフィックに考えているかどうかってことになると、これがちっとあやしいんじゃないかなっていう気がするんですね。だいたい私なんかもそうでしたけど、基礎の方は関係ない、俺は臨床家になるんだから早くポリクリ行って医療を覚えちゃおうみたいな感じでね。それで、なんとかのトリアスはこんなもんでこんな診断うけてるってもんで。そんなことで医者になってしまふと、例えば国家試験が合格率がどうだこうだ、なんぼ覚えてるからってなもんで。そうすると本当に病気の本体が何であるかとか、どんな風にして成り立っているか、あるいは今現在診ている患者の状態がどうであるかっていうようなことをきちんと考えることができるかどうかというとそこがどうかな。やっぱり、まずは考えることが大切で、きちんと考えていかないと

自分の意見は出てこないと思うんだよな。だから例えば、誰々はこう言っていますということは言えても、あなた自身はどういう風に考えますかって言われれば、自分の意見はないという様なことになってしまふわけですね。今診ている病気の状態がどうなっているかって、これはテキストにこう書いてありますっていうたって、それはサイエンスじゃないし。基本的には病気を治すということが大事なんだな。

患者さんは急行で1時間も2時間もかかる遠い所からやってきて、5分診でもらうために長時間外来で待ってるんだよ。そういう患者さんに対して、通り一遍の事をやって、あとは本に書いてないから今は治らない病気ですっていうのじゃ始まらない。やっぱり、病気は医者が治さなかつたら誰が治すかっていうことよ。

病気なんて、こんなものは概念的なもので、つまり、人間生物学異常編みたいなものよ。本来あるはずのいろんな path way の異常をきたした状態だ。それを治すとなると、まずは正常な人間の状態をしっかり把握しておく必要があるわけだ。その上でどこが正常と異なるのかという所をがっちりやっておかないと駄目なんだ。だから、国家試験通って今度は4位なんてやってるけれど、あんなものべつに上だっていいこともなんにもなくて、筑波大学医学専門学群の将来は、いかに医学に貢献できるかという、これにかかってくるわけだな。国試を通った、知ってる知らないということは、過去の知識を食いつぶすっていうとおかしいけどさ、それに依存してそれをどのくらい知っているかっていうたって、こんなものは偉くも何ともない。どれだけ医学の進歩に貢献できるかっていうことがこれからは問題よ。だから国試にうかつたということは物の始まりなんですね。ただ病気というんで何とかがあればこれは Whipple の Trias で、Hypoglycemia と、今日の医療指針なんというのをもつてきて薬出して、あとここから先は unknown ですなんていっても始まらないわけよ。例えば代謝内分泌やろうと思ったら、代謝っていう事も知らなかつたらわかりは



しないだろう。だから、臨床家になる、医者になるということの前に、しっかり基礎的な知識を身につけていったらということがいいたいわけだ。要するに scientific に物が考えられなかつたならば、患者も診られないということなんだな。その病気を解明し治療していくのは、藤田さんのいわれる通り、基礎も臨床も関係ないんだ。考え方は全部一緒。そのへんちょっと甘いんじゃないかと思うんだよな。俺も甘いですけどね。

全部、病気なんていうのは必然性なんだって。今だって治療なんてナンセンスもいいとこよ。例えば皮膚科でまわってくるだろう。そうするとさ、例えば皮膚筋炎、まずエリテマトーデスだって、ステロイドいるからでないもんでね。だいたい抗生物質とステロイドしか効かないというんでしょ。それじゃまずいわけよ。今はしょうがないからそれそれでやるしかないってあるけどな。だけどそれに甘んじて、今偉い先生がこういっていたからこれしかないと言つたって、俺はバカっていうわけだな。だから、俺はもっとピンポイントにスマートに病気を治す方法がないから。で、そうやっていくと、基礎がないとダメだ。5、6年生になってはじめて臨床の本読んだってそんなのわかりやせんて。医学というのは覚えるものじゃなくて理解するものなんだ。疾患というのは覚えたってしようがないんだ。自分なりにわかるという事が大切なんだ。疾患なんてものは、すべて必然性のもたらすものだから、正常な状態というのがわからなかつたら、疾患なんて考え方が出てこないんだよ。だから、そのへんちゃんと勉強しろ。物を覚えて多く知っている奴が、少なく知っている奴より偉いというのはダメなんだ。それよりいかに自分の考えがもてるか、個性を持ちうるかという事が大事よ。本当に。そのへん俺の言いたいことは。だから、これが湿疹でこれが紅斑だなんてことを覚えたってしようがないんだよ。ただ、なぜ湿疹が出るのかということが大事なんだな。湿疹だったら、細胞性免疫なんていわれてるんだよ。するとリンゴカイン、キラー Tcell、云々を知らなきゃ、わかりっこないんだよ。だから、まず、俺がそうしたというんじゃないんだけどまだ心を入れかえてやる時間のある学年の奴はな、いや本当に。もう5、6年になつたら手遅れかもしれないからよ。ダメだよ、俺は臨床へ進むんだから、基礎の科目は手抜きなんていうのは。俺は思うな、そんなことやる奴は臨床なんてわかりはしないですよ。だからさ、勉強しろよ。本当に。

患者さんはただ診断つけてもらいに来てるわけじゃないんだわ。だからさ、治すための最大限の努力ってのは払わなきゃダメだ。今のレベルの医学をただ覚えてそれで終わりっていうことは……。みんながみんな医学を前に進めるようになれとはいわないや。例えば先に進

めることも大切なら、今的第一線の医療で現状の医療をキープするってことも大事よ。だけど、そこんとこでやり方はどうであれ、考え方としては、やっぱり患者さんを治したいという気持ちさえもてば、一線の医療だってやっぱりいろんな問題が出てくるだろうと思うんだよな。で、そうした問題点を今度は大学なりあるいは研究所なりで更に解明していって、そしてみんなで力を合わせて、疾患を何とか克服していくという、まあそういうことが大事だと本当に思うんですね。

つい最近でも、去年の秋ぐらいに患者がステッたんだよ。35~6才の女人でな。あの脂肪肉腫ってやつよ。最初は外来に来たわけ。そしたら足の爪の先の所でポコッと腫瘍があるんだ。まあ、組織をみたら脂線癌かなつてことで、いずれにしても入院しろってことで、よく調べてみたら脂肪肉腫でな。子供がいるんだよ。2人。脂肪肉腫ってのは非常に malignant なんだわ。それでまず、足を切つたんだな。それがな、主治医にいうわけよ。「私たちは何にも悪いことをしてないのに、なんで私たちだけこうも苦しむんでしょう。」ってな。おめえら、自分たちは五体満足だからな、へらへら聞いていられるけど、自分が病気になってのことを考えてみろ。医者は何してるっていっちゃん、怒り狂つて。そのときやっぱりショックだわな、医者は。だけど、そのとき同情だけしてはダメなんだわ。同情してかわいそうねっていうんでは話が始まらない、これから再びそういう患者は出しまいという風に考えていかなくちゃいけないんだわ。基礎も臨床も社会医学もみんなで力を合せて、人間を病気から救おうってことをやんなきゃダメなんだよな。まあ、人間が一生のうちでどのくらい advance できるかっていうと、あんまりできねえんだな。だから、あなたの方の代ですべての物が解決するとは俺も思はないわけ。ただ要はやっぱりさ、あなた方は次の世代を担うわけで、また次の世代を育成するという責務があるわけじゃない。そのときに、正しく医学が進歩するような方向にのびていってほしいなと、つくづく思うわけよ。ひとつの世代の進歩が非常に微々たるものであつても、みんなが前へ向かって努力していけば、いずれはゴールに到達するだろう。ってそんな気が本当にするんだな。だからな、臨床医になる人も基礎やる人も、本当に病気を治すっていうつもりでいけ。医者が治さなかつたら、治す奴はいねえんだからな。

あとは何を話そうかな。そうだな、俺も藤田先生も途中から基礎へ行つたんだよな。まあ、そのあたりの体験談を話すか……。

俺も complement をやつたんだよ、昔な。なぜ補体をやりてえと思ったかというとデルマに入ったからだな。俺たちのときはインターン制度ってのがなくなつてしまつ

てな。おめえら勝手に一年間自主研修しろってなもんで。まあ内科でもやろうかって、自主研修始めたんだけど。先輩みてると何年かたってさ、どっかの病院へ就職してんじゃん。先がわかったみてえでな、これじゃおもしろくねえやってなもんでな。だったら暇のあるうちに船に乗ろうってなもんで船医になったんだ。出航して、俺はペルシャ湾のタンカーに乗ったんだけどね、帰ってくると4月越えちゃうんだよ。そうすると入局が遅れちゃうんだよ。船に乗りてえから入局ちょっと遅れますなんていって勘弁してくれるわけねえじゃないか。だからデルマがまたまよからうってなもんだよ。で、デルマに入っちゃったわけよ。船はつつがなく出航してペリシャ湾をまわって今、ダスタシューラーなんてあるだろ、あの辺へ行ったんだ。まだあの頃は戦争なんかやってねえからな、南十字星は見えるしな、おまえら知らねえだろ、マラッカ海峡が緑だなんているのは。インド洋だってきれいだよ。それで月給高くてな、昭和44年に30万以上もらっちゃってよ。船医ってのは偉いんだよ。どう偉いかっていうと、サロンオフィサーなわけ。つまり、船長、機関長、一等航海士それから通信長にドクターがサロンオフィサー。船長なんてよ、いい年したおっさんよ。俺なんか卒業したばかり、去年卒業しましたなんて奴がな、いっしょにサロンオフィサーなんていうんで飯食ってるわけよ。後ろにボーイが立って給仕してくれるんだよ。

でき、デルマ入ったんだよ。本当に。そしたら俺驚いたよ。新患係の先生ってのがいてよ。壁に向かってな、おめえな、ばんばん診断つけてくんだよ。それまでさ、俺は内科で研修やってたからよ、だいたいいうんうんなんていって、いろいろ検査してな、一週間ぐらいたって診断つけてたんだよ。なんだ皮膚科はその日のうちに診断つけろなんていってな、まあびっくりしちゃってな。特殊染色ってのを見せられてな、「この染色はどうだ、きれいだろう。染め方難しいんだぞ。だけど染め方教えない。」なんて冗談じゃない。だからこっちは「冗談じゃねえや、そんな染め物屋に奉公してるんじゃねえや。」ってなもんでさ。結局な、デルマってのは組織が大事なんだよな。で、先輩によ、「なんでこの細胞が出てくるんですか。」ってきいたらよ、よく答えられねえんだよ。ほんでよ、これじゃあダメだ。やっぱりよ、俺はちょっと勉強しなくちゃってんでな。当時さ、国立ガンセンターってどこで西岡久寿彌って先生がいて補体やってたんだよ。いっこう行ってみるかってもんに行ったらよ、今度はむこうで話してる言葉がわからんねんだよ。B<sub>1</sub>CだとB<sub>1</sub>Eだと、何ですかってなもんでな。でもな、俺が書いてえのは、いずれあなた方もそういうことになると思うんだけど、慣れるからな、しばらく我慢しろってことよ。まあ半年もすれば、だいたいわかるよう

になるよ。

そろそろ終わりの時間だな。俺の書いてえ事はさ、医学ってのはわかんなくちゃダメだ、覚えたって、なあ。だからさ、現状の医学はこうであるってのは俺たちがpresentできるわけだわ。それをさらに advance するのは、あなた方の責任だぞ。あなた方の世代で頑張らなければ、患者は治んねえ治んねえってことで、もう救われないわけよ、とにかく医者になつたらな、治す方向にもってけよ。あのな、臨床家っていうのは、やっぱり水商売みてえなもんだよ。いろんな知らねえ人に接して、相手にいかに気楽にしゃべらせるかってことが大事なんだわ。情報をその人から得るんだから、人の気持ちがわからないといけないってことだ。確かに病気の原因ってのはまあ、サイエンス1本よ。けれども、患者さんっていうのは人間だから、先生のいう言葉にかなりウエイトをおいてきていることもあるし、要するに、どういう気持ちで患者さんに接するかってことが大事なんだわ。例えば、俺のだした薬を飲まねえ、なぜ飲まねえ、飲まねえから治らねえのはおまえがわるい、っていったって、場合によっては飲めない人だっているかもしれないんだよ。だからそこんとこを、飲まねえおまえが悪い、といったことでものの解決にはならないし、だから、いろんな人の気持ちがわかるってことが大事なんだわ。で、そのためにはやっぱりいろんな人に接して、たとえば最下層という苦労している人たちの気持ちもちゃんとわかつた上で、正しくきちんと診療できるってことが大事よ。だからあれだぞ。何やってもいいけどよ、人の心の痛みっていうかね、まずはさ、そういったところを癒すっていうかな、そして尚かつ、scientific に原因・原因を考えいくってことよ。これが俺たちの職業だぞ。医者でメシ食ってるんだったら何の duty があるかっていいたら、患者さんを治す duty があるわけなんだな。そのためには人間の幅広げた方がいいんじゃねえの。で、あとは、しっかり社会医学と基礎医学を勉強して下さい。アハハハ、では、そんなところで、どうも。

### 「生かされている自分」を思いつつ……

社会医学系 藤原 喜久夫 先生

ここにちは。今日ここで諸君たちに、僕がお話をしたいのは、医学を勉強する場合の基本的なことでありますが、その第一として、医学の研究には基礎医学が大切だ、やれ臨床がどうだ、やれ社会医学がどうだと言われていますけれども、実はこれらの総合されたものが大切だということなのです。すなわち、基礎医学の足1本、臨床医学の足1本、2本の手はいろいろなフィールドをか

き回す手だということで、頭は public health mind すなわち公衆衛生のもの考え方ということで、この 5 体そろって初めて満足な医学というものが出来上がると思ひます。実際に私も先週金曜日に 68 人の人間をさわってきました。それはどういう所かと言いますと、東海村の原研の関係の所でですが、電離放射線障害の集団検診をやってきたわけです。この時には、いろんなことをしなくちゃならんわけです。例えば、水晶体の中に濁りがないかとか。これは眼科の先生の領域ですね。あるいは皮膚や爪に変化がないかとか。これは皮膚科の領域ですね。又、肝臓が腫れていないかとか、あるいは血液像がどうであるかとか。これは内科学・血液学の領域ですね。ひと通り知っているなければならないのです。又、ただ機械的に、コンピューターみたいにその症状を覚えていればいいっていうものでもないのです。実際には典型的な患者はそう多数いるものではないが、他方非定型的なものでも出来るだけ早期に軽症の患者を見つけることが大切なのです。そこで放射線基礎医学の情報を充分に駆使して極く軽微な兆候が始めたところで見当をつけ、そして、いろいろな精密検査をして、その結果必要に応じて適切な対策を講ずる。即ち被検者の職場の配置転換をするとか、その他環境改善をするとか、いろいろ社会医学的に非常に大切な仕事があります。従いまして、血液学などという学問は俺は知らんのだとか、あるいは免疫学はだめだと、眼科学にいたっては、目玉が 2 つあることしか知らんということでは、たとえ国家試験は通っても駄目なのです。また、社会医学というのは、何も難しいことは知らなくたって口だけで適当に喋っていればいいんだろう、役所へ行っていいかげんなことを述べてれば務まるのだろうと思っていると、それではものの役には立たないです。実際に保健所に実習に行ってみるとがっかりしたといって帰ってくる諸君たちもいるんですね。それはね、実際に field で仕事の本当に出来る人がどれだけいるかということが問題なんですね。本当に仕事の出来る職員の乏しいところへ行きますとね、どうしても実習を行った諸君たちも、「なんだ、あれは。パンフレットとポスターだけでメシくってんじゃないか。」ということになるわけですね。そういうことですので、私共のグループの保健所実習では、毎年保健所の近くに宿をとり、一晩泊まってもらって、朝 4 時から現場に行って、いろいろサンプリングをして、それから検査をやることにしています。又、一方、保健所の行政的な色々な問題について所長さんのお話を聞いたり、それぞれの専門の、例えば食品衛生監視員とか、そういう人たちと一緒に現場を廻って見せてもらう、というようなことを勉強してもらっているんです。こうして身も蓋もある勉強をするということが必要なのです。蓋だけで常に



人を驚かすような偉そうなことばかり言って、ふんぞり返っていても駄目です。しかし、実の方だけで蓋がないと看板が立ちませんので、これもやっぱり具合が悪いです。即ち、地域の人達が、いったい何をどこへ話を持ち込んだらいいか、わからなくなりますから。例えば予防課というものがなければ予防衛生の相談をどこへ持っていくといいかわからないでしょう。又、食品衛生係には、やっぱり食品衛生の蓋になるべき知識と技術を持っていて指導してくれる人がいなくてはならんわけですね。ただ格好だけ蓋を作つて旗を立てとけばいいともんじゃないです。

今、私は社会医学に属しておりますので、こんなことを申しますけれども、たぶんこれは、臨床医学の先生方も、今、口を酸っぱくして言われたように、「基礎医学の勉強をせい。」と。こういうことを言わされたわけですが、これはね、基礎医学とか、臨床医学とか、社会医学なんて分けてあるのがそもそもおかしいのであってね、これはもう、大学における定員や研究費の配分のために、そういうことになっているのであって、何もそんな区別は本来あるものじゃないんです。まあ古き因縁を尋ねれば、ヒポクラテス—ギリシャに昔いたそうです—の教えたものをまとめてある全集を見ても、今でいう予防医学に関する事項を、かなり多く書いてあります。例えば、西の方から風が吹いたら身体がどうなるかとか、東の方から風が吹いたらどうなるか、というのですね。まあ、風が吹いたら桶屋が儲かるという言葉が落語にありますけど、まさにその風の吹き方、湿度の問題などを取り上げているのです。又、それが臨床と結びついていて気象条件により、どういう病人が出来るとか、更にそういう病人に対してもうどういう処理をすればよいとかいうようなことを、ちゃんと書いてあります。

申す迄もなく医学の対象は人間であります。その人間というのは何か。やれ皮膚がどうだとか抗体がどうだとか、いろいろな事が言われます。また、リンゴカインがどうだとか極めて先端的なことをいろいろ述べられて

います。しかしながら人間というものは身体的な面と精神的なものと両方で成立しているということが大切なのです。この2つの要因が個人としても集団としても働いて常に「動き変化する」ものなのです。生々流転ということばがあります。諸行無常ということばもある。ひどい場合には死ぬこともあるわけです。また、学者の最近の研究によると、お腹にいる胎児のうちから親が上品な音楽を聞いていると、生まれた子どもはどっかで聞いたことがあるという気がしてたいへん音楽的にいい影響を与えるという報告があります。(それは日本人の研究ではありませんけれども) そういうことで生まれる前からそういうmentalな条件によっていろいろ影響を受けて、一人の人間が誕生してくるわけあります。

他方、人間は一人だけで生きているのではなく、ロビンソンクルーソーさえも、やはり鳥を飼ったとか、いろいろ書いてあります。また、少なくとも子孫を作るためには男性は女性の伴侶を得なければならず、女性は男性を求めなければならないのであって、二人以上の人間が社会を存続させるためにはどうしても必要であります。そうすると、自分の精神状態だけではなくて、他の人の精神状態によっていろいろの影響を受けることになります。私が朝起きて不機嫌な顔をしていると、女房は、きのうあんな沢山お寿司を食べさせたのにどうして今朝はこんなに機嫌が悪いのかなっていう顔してるわけですね。しかしあんまりブスッとしていてもしょうがないからと思って、「じゃあ行ってくるね。」とかなんとか言って出かけてくるわけです。それで途中で先生に会うわけですね。まさか、あかの他人に不機嫌な顔しているわけにも行きませんから、「おはようございます。」って言うわけですね。そこで人間と人間の間の正常なrelationshipというものが出来上がります。この人間関係がうまくゆかなくなると自殺の問題迄起こってきます。まだ平均寿命の3分の1にもならない20代でこの世をおさらばするというような例もあるのですが、原因を調べてみると、些細なことで世をはかなみ、場合によってはこの婦人と一緒になれなければ自分はもう死んだ方がいいなどと言って本当に死んでしまうのもあり、曾根崎心中や坂田山心中などの題材に出てくるような例もあります。一般に頭の中でいろいろなことを心配していると、脳下垂体の内分泌の代謝の具合が悪くなってしまって、自律神経の失調を起こし、最後には全身にいろんな症状が出てくる、いわゆる心身症になり、ひどい場合には胃に潰瘍を生ずることもあります。これはネズミを使ってやった実験で、だいぶ古い実験ですが、証明されているようであります。そのサイコソマティックな病気というのは、いわゆる文明人と自称し、他称する人間の仲間に案外に多いんですね。だから天下太平を決め込んで生きている人間が長生

きすることになる。また、つまらんことを気にすると、血圧が変動することもある。諸君達が親不孝すれば、親父さんに血圧の高い人がいると、その話を聞いただけで、とたんに興奮して頭蓋腔内の血管が破れて死ぬこともあります。だから昔から「年寄り殺すにゃ刃物はいらぬ。」といって、うんとごちそう食べさせて、お腹こわさせて消化不良をおこさせるか、親不孝をして大いに年寄りを怒らせて脳溢血をおこさせて死なせれば早いといわれているが、この方式はあんまり実用化しない方がいいです。できれば諸君達も親不孝しないで——親と子の断絶なんていいもんじゃありませんからね——やっぱり子は親を大切にし、また親も子を頼りにして、そして持ちつ持たれつで家族社会ができ上がって初めて楽しい人間の生活ができるわけです。そういうことを踏まえて、諸君達に医学、医療を進めてもらいたいというのが、私の諸君への希望であります。それは人の心というものを十分に考えて、極端に言えば、死んであの世にいくにしても安らかにあの世に行けるような死に方をさせてやってほしいということです。ある場合には宗教の力を借りることもあるでしょう。死ねば極楽に行けると思って安らかに逝く人もあるでしょう。死ねば天国に行けると思って神様に召される人もあるでしょう。あるいは死んだら焼き場に持っていくかれて焼かれて炭酸ガスと水と窒素酸化物と、あとなんとかになるんだと割り切れる人もあるでしょう。割り切ってもいいんですよ。例えば水になるとするとね、水というのは人間の命の最も重要な要素であります。水の命という言葉を、僕はよく使うんだけど、水があるからこそ人間も他の動物も植物もすべての生物が生きることができます。それと同様に空気があるからこそ、炭酸ガスがあるからこそ紫外線のお世話になって、植物の中ででんぶんができるのでしょう。そのでんぶんを人間が食べてこの米はうまいとか、この芋はよくできているとか言われますが、その元の炭酸ガスと水に人間が戻るのであります。自然に戻るのですね。自然に戻るんだと思えば、何も不思議なことはない。

皆さんの中には、小さい時から別嬪さんだと思って自分で喜んでいる人もあるでしょう。あるいはそれほどでもないとがっかりしている人もあるかも知らんけど、その顔の表面にくっついている古い表皮細胞は、毎朝、顔を洗うときには石鹼で洗うにせよ、何とかクリームで洗うにせよ、とにかく、洗い流されて、最後にはただの垢になる。これが本当の「あかの他人」というのですね。「水と共に去りぬ」となります。ざあっと流れしていくわけです。それを毎日くり返して、1年365日たてば年ひとつ増える。10年たてば10増える。そうやって私などは60才以上まで、生きてきたわけです。考えてみると、爪だってあまり伸ばしてると具合悪いので、(臨床実習に行く時に

爪切って、随分やかましく言われてると思いますけれども）生きながらにしてその一部を切除して死なてしまうわけです。切り捨てられた爪のほうはそのまま死ぬんです。髪の毛だってそうでしょう。床屋で捨てられた髪の毛は、そのままゴミになっておさらばするわけで、二度と人間とつきあうことはなくなります。人間が生きるということは、常に死ぬことなんです。生きるということと死ぬということは決して別のことではないのです。生きるということは代謝するということですが、それは前のものがなくなつて別のものが新たに出来るということを意味します。ものの生き死にということをいうならば、生きているということは常に死につつあるということだから、死ぬということを、そんなに大変なことだとびっくりしても始まらないのです。これは、自然の一つの流れであります。その流れがあるからこそ我々は1日、1時間、1分、1秒たりともおろそかにできないのです。即ち生死を逆に流すことはできない。これは全て不可逆的プロセスであります。そこで我々は1分1秒たりとも粗末にはできないことになります。寝るなら寝るように十分によく寝るということ、食べるなら食べるよう満

足して食べるということ、勉強するならするように一生懸命、必死になって勉強すること、ガールフレンドと遊ぶ時は、ガールフレンドと夢中になって遊ぶということ。これが最も良い生き方であると思われます。

最後に申しますが、人間は独力で生きていられると思ったら、これはえらい間違いであります。これは先にも申しましたようにお互いに人間は人間によって生かされているものであります、また人間以外の全てのもの、即ち水によって生かされ、空気によって生かされ、土によって生かされているのです。もしも我々が自分の力のみで生きているなどと思い上がった考え方を持っているなら、たいへんな誤りであります。自分はまわりの全てのものによって生かされているのであり、生かされている限りにおいては、それに対する感謝の念と報恩の行ないをしなければいけないのであります。諸君にとってはそのための最も重要な仕事の一つとして医療というものがあり、医学がその根本に存在するのであります。こういうことが充分に理解できるような心のあたたかい人間となることを目標として日夜研鑽を積まれるよう、諸君に強く希望する次第です。

## 総会第II部 卒後研修体験談

### 第II部のはじめに……

司会 海老原 次男 2回生

第II部の企画も4回めとなりました。今まで卒後の状況報告を兼ね、また会員の親睦ということもありいろいろの企画がありました、今年は卒後研修体験発表会ということで特に失敗経験と加えて反省あるいはいろいろためになったことなどを発表していただこうと思っております。去年は地域医療と大学というテーマで会員外の地域の先生にも集まっていたのですが、今年は卒業生も500人ほどできましたのでそろそろ会員同志の議



題、題名でいいのではないかと考えましてこのような題にしました。500人とはいっても他の大学よりかなり数は少なく臨床経験とか必要な知識とかの交換といったものがまだまだむずかしいのではないかと思います。そうした中で、ほかの大学や筑波の附属病院や外の研修機関などにおいて、皆さんどのように勉強しているのか、どのようなことを体験しているかをお話しいただく場を持つことは会員相互の親睦という意味でも意義あるものかと考えております。もちろん臨床だけでなく大学院や厚生省に行っておられる先生もいらっしゃり、そうしたお話を興味あるところですが皆さんお忙しく、本日は臨床の先生の発表が中心になりました。では、さっそく発表をお願いしたいと思います。

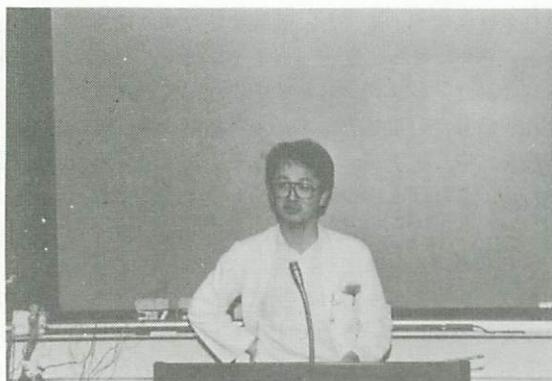
### 恐い恐い経験

筑波大学附属病院

麻酔科チーフレジデント（1回生）

斎藤 重行

麻酔科として、昼は手術室で麻酔、夜は重症棟、研究は中毒をやっています。麻酔では毎日恐い思いをしています。心臓や呼吸を意識的に止めることができます。し



かし、1、2年目の頃は、恐い毎日で、腰椎麻酔などをやると血圧が触れなくなってしまったということもよくありました。また外科の先生はよく出血させてくれますが、これに対する処置が1年目のころは遅れがちです。特に昔は人が少なくて助けを呼んでも誰も来てくれなかつたので、1人でギャア、ギャアわめきながらやったものでした。最近は人も増えてそういうことは無くなつたようです。おかげで安心してやっていられます。

麻酔科はやってはいけないことが沢山あります。例えばサクシンという筋弛緩剤を2回使うと心臓が止まるという。たしかに2回使うと止まる。もちろん、すぐ動かして実際問題はないのですが。ごくわずかの失敗などというのは話せばきりがありません。酸素と笑気をまちがえる可能性もあります。(まちがつたとは言っていない。)

中毒センターを麻酔科でやっています。中毒を研究テーマにして情報収集と治療を行なっています。情報収集で北大の医師から問い合わせがあり酸化クロムと3酸化クロムで全然話しが合わなくなり後で大反省したことがあります。(もちろんすぐ訂正し問題はなかった。)夜中の2時3時の電話での問い合わせは気をつけなければならない。中毒では有機リン中毒など、救急車が到着する前にむかえに行き途中で挿管し救命した例も何度かあり、これは失敗ではなく誇りに思っています。但しこれらは自殺目的で飲むので、そのまま精神病院へということになりますが。

重症患者を搬送するのにドクターカーを使いますが、これで患者を連れて来る時に、ある時医師が1人車酔いしてしまって、まっ青な顔をして、着いたとたんに吐いたという例がありました。誰かというと…やっぱり僕だったわけで、いろいろ経験をしてきました。

基本的なことを守っていれば大丈夫ですが、それを忘れる非常にひどい目にあう。だんだん最近は恐い思いをしなくなつてきました。5年やっていると一応その様になるのかもしれません。大事なことは、なぜ失敗が起きるのかということです。やはり無知だからであろう。

知らないということを知らないということか。一応訓練されているはずが十分ではないのでしょうか。

昔は1人で放って置かれたものですが、今のレジデントは恵まれているので、恐い経験はしなくてすむかもしれません。しかし、御指導をよろしく。

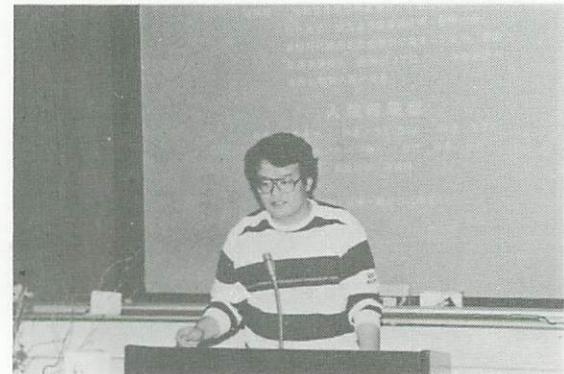
## 診断に苦慮した症例 —— 失敗談とともに ——

筑波大学附属病院 内科シニアレジデント

平井 信二

単純な疾患でありながら診断困難であった症例だったので最初にこれを報告し、次に失敗談を話します。

症例は21歳の女性で主訴は下血です。既往歴に6歳の時に同様の下血あり、家族歴には妹にも3歳の時に下血の既往があります。現病歴は昭和58年9月29日午後、仕事中に立眩みあり、夕方から全身倦怠感、動悸出現し、排便時に黒褐色軟便あった為、本院緊急入院となりました。入院時現症としては、顔面蒼白、眼瞼結膜に貧血を認める以外は、特に問題はありませんでした。入院時検査ではHb9.8g/dlの貧血を認める以外問題はありませんでした。入院時下血は第5病日まで続きまして、緊急内視鏡にて胃、十二指腸、大腸には異常を認めず注腸検査にても異常はなく、出血部位は小腸と想定しました。腹部選択的血管造影にても異常なく選択的小腸造影を行ないました(図1)。回盲部より70cm口側の回腸に、起始部は紐状で先端部はやや拡張し囊状を呈する憩室が見つかりました。テクネシウムによるシンチグラムでアイソトープの異常集積像を認めました。このためこの症例の下血は異所性胃粘膜を有するメッケル憩室によるものと確信しまして、開腹手術を行ないました。回盲部より約70cmの部位に回腸前面腸間膜側に基部2cm長さ3cmのメッケル憩室を認めました(図2)。同部位を切除し端を吻合しました。病理学的検査では憩室入口部の潰瘍を認めました。胃粘膜と臍組織像を示していました。悪性所見は認められませんでした。



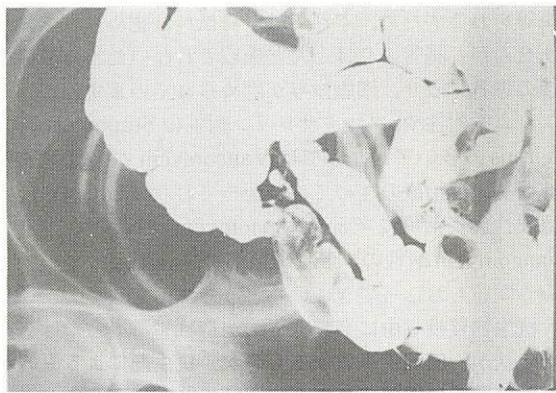


図1 選択的小腸造影

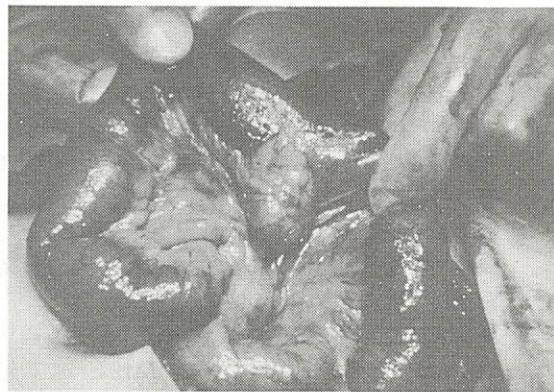


図2 術中写真

本症例は、胃粘膜と脾組織の同時迷入があり、かつ憩室が腸間膜側に付着していたということでも珍しく、またX線的に診断された最も小さな憩室と言えます。

これは非常に珍しい症例で去年の「内科」の12月号に載っているのでそれを見ていただきたいと思います。

本題の失敗談にします。4年目ともなるとけっこう多くあります。まず1つとして、恐いのが外科的処置を伴っている場合です。救急車がきて頭部外傷で一応みると、出血が多いわけです。内科医は止血鉗子の使い方が非常にへたで、鉗子をつかっている間にも出血がダラダラ流れて一面が血だらけとなりまして「アーアーこれで俺の医者生命が終りか」と思いながら焦ってやると更にダメでした。その時には鉗子を使うことをあきらめて、圧迫で一所懸命縫って止血しました。これで止血できたのでなんとか今、私が医者をやっていられる状態です。また、医者の方で慣れて来ると、いろいろ問題点が出てきます。先日ERCPという検査で、スムーズに十二指腸まで入って行きVater乳頭にカニュレーションし造影するということになり「今日は調子がいいなあ。」と思っていました。ところが造影剤を入れた途端に患者さんが腹痛を訴え意識レベルがダウンしました。看護婦さんが眼球を見

ましたら「瞳孔散大、眼球上転してしまいます。」といふ。その一言を聞いたら足が竦んでしまいました。これは応急処置で難なく切りぬけたので今医者をやっていられるわけです。

## 一整形外科医を悩ませた難治性の下痢

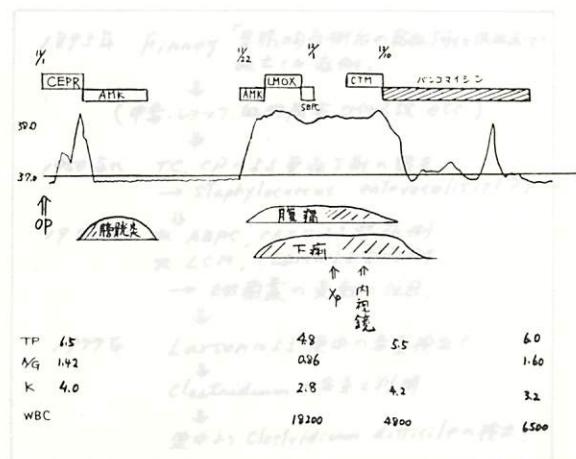
東京警察病院整形外科

中山 健児 2回生

まずは症例の紹介をしましょう。

75才男性。主訴は両下肢のしづれ。S56年末に発症の変形性頸椎症によるミエロパチーに対して、S57年11月1日頸椎椎弓切除術を施行しました。

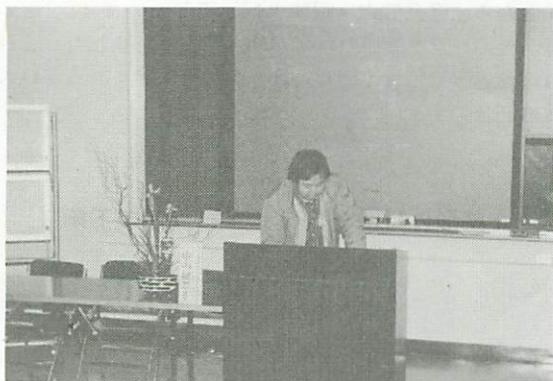
術後経過は以下の通り。



胸部Xpでは軽度のpleural effusion、腹部単純Xpでは著明なgas充満像を示しておりました。

内視鏡検査では、大腸粘膜の浮腫、炎症所見のみ得られ、視野には偽膜形成はなし。ここで我々は偽膜性腸炎を疑い抗生物質を切ってみましたが、高熱・ゼリー状下痢が続き、全身状態も非常に衰弱してきました。さて、どうしたものかと思いましたが、低K血症の補正、アルブミンの補給を続ける一方、発症20日目よりVancomycinの経口投与(2.0g/day分4)を開始したところ、当日より自覚症状が軽減し、翌日より熱が下がり始め、下痢もゼリー状便から黄色軟便、さらに正常便に、とドラマチックな改善ぶりを示したのです。

抗生素投与による消化器系の副作用として下痢、軟便、悪心嘔吐などがありますが、そのうちでも下痢の頻度は高く、経口投与の他筋注、静注でもみられます。ほとんどは抗生素の中止のみで軽快するのですが一部に重篤な症状を呈するものがみられ、これらの下痢の中にはい



わゆる偽膜性腸炎と呼ばれるものが入ってくるわけです。

原因菌は *Clostridium difficile* であることが1977年に報告されていますが、この菌は太く長い桿菌でグラム陽性ですが、2日以上の培養で陰性化してしまいます。培養は、その名の通り difficult で、高度の嫌気状態でのみ可能です。

健康者でも、本邦での報告では、

新生児：29%

小児：9-27%

成人：0-9%

に検出されています。

病因としては、もともと、毒素産生能の高い *C. difficile* の株が少數常在している人に対し抗生素を投与し、本菌が腸管内で異常増殖し毒素を大量産生することにより、腸炎発症に至ると考えています。

症状としては下痢（泥状→水様→粘便血）

腹痛、恶心嘔吐、腹部膨満、及び発熱があげられます。ここで気をつけたいことは、下痢が必ずしも必発ではないということです。検査データでは、白血球增多、低蛋白血症、電解質異常（低K血症）が主となります。

診断は history、臨床症状、及び経過より本症の可能性を疑い、内視鏡、毒素検出、菌の分離により確定されます。内視鏡検査はどの施設でもできますが重症下痢では困難なことが多く、視野より口側の病変については、みえないことが欠点となります。菌の分離はすべての施設でできるわけではなく、また先に述べたように単なる嫌気培養の order だけでは菌の分離は不可能です。

治療については、まず誘因となった抗生素を中止すること。これだけで軽症例は改善します。また、電解質アンバランスの補正、アルブミンの補給はもちろん必要です。

また、全身状態が重篤な場合や何らかの理由で抗生素投与を中止できない場合、Vancomycinの投与は有効であるといわれており、この症例でも著効を示しました。

この vancomycin は、グラム陽性菌のみに抗菌力をもつ drug で毒性が強く、第8脳神経障害、腎障害、静脈

炎等をおこすため、本邦では全身投与は認められておりませんが、腸管よりほとんど吸収されないため骨髄移植後の患者に限り、内服投与が認められています。が、セフェム系耐性や、クロキサリン耐性の *Staphylococcus aureus* の多いアメリカでは Vancomycin を耐性ブドウ球菌感染症治療のきめてにつかっておりましたが、近年偽膜性腸炎治療に多量の vancomycin をつかうために、vancomycin 耐性のブドウ球菌がでてきて困っているという問題もおこってきているようです。

抗生素投与中に発熱、下痢が持続する場合には、この症状が、原因疾患によるものか、抗生素によるものか鑑別は非常に重要であるが、同時に非常に難しいと思います。いずれにせよ、まず本症の存在を頭におもいかべることが大切でしょう。

#### 質疑応答（要点のみ）

Q : *Clostridium* 族の菌の中には神経毒を出すものがあるが、偽膜性腸炎の場合はどうか？

A : 神経毒ではないが、電解質異常による神経症状は有り得る。

Q : 我々も AB-PC による出血性腸炎を経験したが、偽膜性腸炎との鑑別が問題となった。便培養は発症後何日目に？

A : 便培養は、下痢が重篤になった頃から何回も繰り返したが、一般嫌気培養では絶て陰性だった。先に述べた通り、初めから *Clostridium difficile* を分離するつもりで培養のオーダーをださねばならない。その名の通り難しいが、CCFA 培養地 (Cefoxitin-cycloserine-fructose ager) が優れているという。

Q : この症例の原因薬はアミカシンだった、と考えてよいのか？

A : そう思う。教科書的にはクリンダマイシンが有名だが本症はどの抗生素でも起こりうる。

Q : Toxin については消化器療法学会で Toxin の簡易検出法がでていたが……？

A : Toxin はガスクロマトグラフィにより測定するためどの病院でもできるというわけではない。

Q : Vancomycin が有効なようだが、入手法は？

A : シオノギ製薬より発売されているので、本当に困ったら使って欲しい。というのは実は適応がないからで、一応、日本では First choice はメトロニダゾールということになっている。

Q : Vancomycin の具体的な使用法および副作用は？

A : 私は一日 2 g を分 4 で、一回 500mg ずつ内服させた。（あまり美味しいはない薬だ。）腸管から吸収されないので、内服であれば副作用はない。

## 「腎障害に伴なった突発性 S字状結腸穿孔の一例」

国立病院医療センター 外科  
原 修 先生 2回生

腎不全の患者さんで、突発性のS状結腸の穿孔を起こした症例を紹介します。

63才の男性で昭和58年11月26日午前1時頃から、急に右下腹部の激痛を生じ、1回嘔吐しました。その後お腹の痛みが急減したんですが、朝になってまた腹痛が出てきたということで、近医受診しています。そこで、ileusではないかと診断されて当院に紹介されて緊急に入院しました。既往歴は昭和33年頃から血尿がありましてその時から腎機能障害があると、その時はTb., 馬鹿い腎だったそうです。あとは昭和32年にAppe.しています。入院時の所見としては熱は37.8°Cで、お腹の所見で、右の、オペの跡、Appe.の跡ですけどあります。その近く右下腹部から、左はそんなに強くはなかったのですが、正中から右寄りに全体にdefenseが強くってrebound tendernessがあったということ。入院した時からかなり痛がりまして、その痛がり方からすると大変なことが起きているだろうと思われました。血液検査の結果は、白血球が23,500、Hbが12.5。一応腎障害が以前からあるということで、BUNとクレアチニンを測ってみましたがところ、BUNが45で、クレアチニンが3.50。その時の腹の写真は特にfree airとかniveauのようなものは認めませんけど、小腸ガスが割と目立っているという写真でした。で、一応開腹術を行いました、お腹の中をさがして、まず何を一番疑がったかといいますと、Appe.のscarの癒着による絞扼イレウス様の容態を疑ったんですけど、実際にはお腹の中にアイテルがかなりたまっています、Treitzから腸をずっと見てきますと、結局S状結腸の真中辺にピンホール状のperforationがあり、その周囲がedematousになっていました、結局、手術としてはその周囲10cmとsegmental resectionしました。

その原因としては何もわかりませんでしたので、念のためcolostomyをtransverse colonにおいて、その時は手術を終りました。術後の経過は順調に行き、腎機能も入院時とそう大して変わらない状態でした。が、ちょうど1週間経って、白血球がまた23,000位に上昇しまして、その次の日に、下血とドレンからかなり大量の出血をしてショック状態になりました。一応まあお腹の中で何か起こっているだろうということで、緊急に開腹しました所、最初のオペでつなげたS状結腸の所の出血で縫合不全を起こして出血したんだろうと考えられました。その時は患者さんもショック状態で長い手術時間



も無理だと思われました。お腹の中もかなりの大量出血で、全然オリエンテーションも難しい状態になっていました、結局ハルトマンの手術のように、anal側を閉じまして、S状結腸の所をまたcolostomyを作りました。結局、二個のコロストミーができたことになります。

その後、かなり全身状態が変化し腎機能も悪くなりました。12月26日位になって、BUNが101でクレアチニンが10.8と上昇してきたのです。放っておいたらこれは危ないということで内科の先生に相談しました所、透析をとりあえずやってみようということで、結局8回に渡って人工透析を行いました。その透析中はずっと落着いていて、BUN、クレアチニンの値も手術前の位置に落着きまして、透析をやめてしまらしくても値が変わらなかつたため、退院することができました。

失敗経験をということで、結局初めての縫合不全を出したわけですが、普通の縫合不全と違ってこの人の場合は、大出血をしまして劇的な縫合不全を起こしてしまった訳です。なぜそういう風になったかとまず考える前にその腎不全に伴う大腸の穿孔というものが、昔から欧米で報告されているんですけど、日本でも最近かなりそういう症例が報告されるようになりました。その原因というのはまだはっきりしないんですけど、ある人は、サイトメガロウィルスが関係しているだろうとか、あと最も有力な説はlocal ischemiaが起こっているんだろうということがありますけど。まあそういうことをあまり手術の前に知らなかったんですけど、手術してから調べてみるとそういうことがいろいろあります、ま、縫合不全もひょっとしたらそういう血行障害による因子もかなりあったのではないかと、そう思います。

### 質疑応答

- Q： まず腸の穿孔部位は癒着ではなかったのですね…。  
A： 癒着はなかった。単純性の潰瘍の穿孔です。  
Q： 腸を開いてみて、内面、内腔はどうだったか。  
A： 内腔はわりと粘膜面はきれいで、穴のあいた周囲にedemaがある位だった。

Q：やはり内面もピンホールというか、球形、円形の潰瘍ですか。それとも全周性の……。

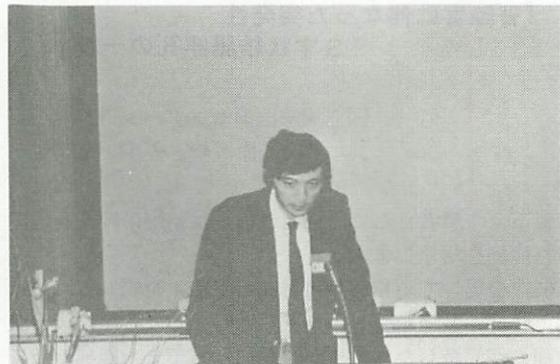
A：潰瘍はあんまりはっきりしないが、円形、やや線状、橢円形です。

Q：それは腸管膜付着部位寄りの対側ですか。

A：antimesenteric sideです。

Q：やっぱりそっちの方に多いんでしょうか。

A：小腸も大腸も、突発性の穿孔というのは、腸間膜付着部の対側に多いです。やはり血行障害の起こりやすい場所ですから。



## ある経験

○○病院

産婦人科 3回生

産科の話で、あまり他科の人には役に立たないかもしれません、一応こういうこともあったということで聞いていただきたいと思います。

30才程のもちろん女性です。32週の時高度の貧血があり、そのころ、蛋白尿、浮腫、高血圧が出現しました、重症妊娠中毒症ということで転院になりました。その時に子瘤の疑いもあり、問診をしたところ、症状はありませんでした。土曜の午後ということであり検査はできなかったのですが、血算で Hb6.0 g/dl ということでした。日曜は特に Vital Sign は問題なく、Eclampsia に対して月曜日にマグネゾール療法を行いました。子瘤予防の目的で妊娠中絶の適応となり、プロスタグラジンで誘発ましたが、無効でした。メトロも無効で結局水曜日に帝王切開ということになりました。帝王切開で開腹しました所大量の腹水が認められました。羊水ではなく腹水が 1 l もあったのです。腹膜が厚い所で約 1 cm ありましたが、とにかく子宮を露出したところ子宮前面に直径 1 cm 程の白い白斑がありました。こんな状態でしたが帝王切は無事できて、児には問題はありませんでした。左卵巣が直径 6 cm 程度だったので同時に切除しました。さて、術後…。

内容の性質上、掲載するに適さないと思われる部分は割愛させて戴きました。なお、学会発表前という忙しさの中、原稿に手を入れ郵送するという労をおかけしまし

ご主人と父親に会って「赤ちゃんは無事だったが、卵巣がはれていた。」と話したところ、「2年前に胃潰瘍の手術をしたと言ったが、実はそれは胃癌だった。」と言われたのです。結局 Krukenberg 腫瘍であったことがここで始めてわかったわけです。この場合 2 年前の癌であつたことがわかっていてもいなくても処置に変わりがなかつたと思われますが、もう少し話を聞いていれば疑うぐらひはできたろうと思います。術後、前医に問い合わせたら Adenocarcinoma ということでした。術後は化学療法を行ないましたが、腹腔ドレーンから 1 日に 500 ml 程腹水が出ました。一応おちついたところで一時退院することにはしましたが、予後は想像できます。話を良く聞いた方が良いという基本的なことを身にしみて感じました。

次に、今の症例で話をよく聞けなかった理由を少しお話ししますと、その時丁度、急性黄色性肝萎縮症というものが来ていたのです。とにかく、真黄色ということで肝炎の疑いで転院となつたのですが脂肪肝ということで出血傾向があつたのです。この方も帝王切開となつたのですが、結局再手術、再々手術となり、丁度入院時に全血輸血で全部そちらへ行っていたというわけです。そんな折にこの Krukenberg の Pt が外から送られてきたのですが、どんな場合であれとにかく話はよく聞かなければだめだということですね。色々なことが重なつて診断がおくれることになつてしましました。

た中山先生、原先生始め演者の皆様に、また II 部編集にあたり多くの助言をいただいた湯沢先生に厚くお礼申し上げます。

## ※ Topics

去る11月14日、「しらせ」は第26次南極越冬隊を乗せて晴海埠頭を出航した。そのメンバーの一人として我が四回生の村井正氏が参加している。この会報が皆さんのお手元に届く頃は氏は海また海…の洋上の人であろう。出発の準備に大忙しの最中にお願いしたにもかかわらず、実に快く手記を寄せて下さった。

一年半の後にはまた素晴らしい体験談をおみやげに持って帰って下さることだろう。

——先生、南極で飲みすぎないで下さいネ……

—————

### アドリブ族、南極へ……

第26次南極越冬隊 村井 正 4回生

(筑波大学付属病院外科レジデント)

南極……と言えば、ペンギンにオーロラ、南極物語に復活の日、という極めて常識的な反応しか示さなかった自分のところへ、突然降って湧いたように、第26次南極越冬観測隊に、医療担当隊員として参加しないか、という話がきたのは、6月下旬のある日だった。未熟な医師としての自分が、果たして観測隊員の健康を管理するというような重責に耐え得るか、という基本的な疑問はさておき、心配してくれる妻子もなく、「行かないで」と言ってくれる恋人もいない、というところが白羽の矢の立った原因であるらしい。

身軽で尻軽の自分であってみれば、特に相談すべき相手もなく、「おもしろそうだな」と思ったのが運のつき(?)で、歯車はいつのまにか回り始め、あれよあれよと言う間に、7月には、越冬隊全員参加による夏期研修会に参加するはめとなった。

ところが、この“越冬隊”という人間集団が実におもしろいのである。同世代30才前後の男達の集まりであるのは当然としても、最低学歴が大学院レベルで各個が専門分野で一言を持ち、それが皆個性が強く山男じみていて、しかも何より気に入った点は、全員がえらい大酒飲みである、ということであった。こうして、この夏期研修への参加で、初めて自分も、南極へ行ってやろうと真剣に思い始めたのである。

医師として南極観測へ参加する場合、その目的は一応2つあって、ひとつは、“隊員の健康管理”であり、もうひとつは、“南極における医学研究”である。まず前者について述べてみると「南極で一番多く発生する疾病は何でしょう？」多くの同僚レジデントに尋ねてみたところ“凍傷”“骨折ねんざ”と言った答が多かった。これは

隊員がもともと内科的には健康である人のみであることを考えてみると、当然の答であるが、実は正解は、“歯痛”なのでした。

そんなわけで、自分は、大学病院口腔外科の御理解で、当院始まって以来の、歯科外来へのローテートを行なわせていただくことができた。ターピンで、人の歯を削らせてもらっちゃったのである。これは多くのレジデントの中でも、稀有な体験をさせていただいた点でも感謝している。

一方、“南極における医学研究”の方もなかなかおもしろい。とは言っても、実は、日本の南極観測における医学研究は、はなはだ心寒いのが現状である、南極観測の実質的な実施中核機関である国立極地研究所には、医学の専任研究员がおらず、また、参加する医師は、極めて行き当たりばったりに決まるため、医学としての継続した研究は、プログラムさえ組めないという状態が続いている。

南極での医学といつてもピンとこない方が多いかもしれないが、低温環境における生理学、男性ばかりが1年間閉鎖環境におかれた場合の精神衛生学、その他、臓器保存、低温麻醉、心筋保護等、医学と低温との関係は以外に深く、実は今後の研究が是非とも必要な分野だと考えている。

以上のようなわけで、極地研究所では、極地医学研究への、筑波大学医学系の協力、そして、観測隊への毎年1名以上の医師派遣を強く希望しており、また医学系においても、堀原一教授、小田晋教授らを中心として、協力の機運が盛りあがりつつあるところである。これが成功するか否かは、ひとえに、南極に興味を持つ学生、医師がどれだけいてくれるかにかかっており、読者の皆様の参加を、心待ちにしている次第である。

医学専門学群においても“極地医学研究会(仮称)”を学生課外活動団体として設立準備中で「将来南極へ行ってみたいな」とか「南極でこういうことをやったらおもしろそうだな」と思っている学生の皆様の、積極的な参加を望んでいます。

ところで、最後に、独身で越冬隊に参加した場合、なにしろ1年半も女性の顔を見ずに暮らすので、帰国すると、女性がみんな美しく見えるらしい。また、南極にいると、一文もお金を使わないで、帰国すると、ちょうど結婚資金がたまる。というわけで、現在、1年半後を目標に、お嫁さん募集中です。こちらの方も、我と思わん方は……。

(おしまい)

## 大学近況 —— 学生組織の活動を中止に ——

医学専門学群クラス代表者会議

座長 田中 優美子

### 1. 医学専門学群内の動き

1984年度も既に半分余りが終わってしまいました。4月にクラス代表者会議が発足し、座長田中(M3)、副座長毛利健(M1)、中村靖司(M1)の体制でこの半年間、流会を多々繰り返しつつも様々な決定を行ってきました。仕事のできるクラ代会を目指した内規改正、学外団体(医学部自治組織間の連絡等)への対応、主に厚生、カリキュラム問題を中心としたクラス連絡会の開催など、一学期は比較的広範な課題にとり組んだものの、座長団の力不足か、自覚のない一部クラス代表のためか充分な成果を挙げておらず、誠に遺憾に思っております。

そんな中で基臨社祭については一定の成果を収めることができました。今年度の基臨社祭は、6月22日の厚生補導審議会の全学学園祭中止決定により「学群祭」という特殊な位置付けの中で行われることとなりました。この判断は、学群生として全学の仲間と一緒に最後まで雙峰祭(全学学園祭)を希求して行こうとの声と、カリキュラム作成上の時間的制約の中、悩みに悩んだ末に行われました。その結果全学的な反発を買った面もありましたが、本学群の特殊事情を説明したり、雙峰祭にも別個に学群企画として参加するということで、徐々に理解して戴けるようになりました。基臨社祭自体の運営については、実行委員長の安田貢君(M3)以下、各委員が例年以上に活発に働いてくれたため、大方うまくいきました。(勿論、相変わらずの企画の質の良さ、医短との共催がスムーズに行われなかったとの面もあり、今後に課題を残しました。)当日は、不幸にして雙峰祭と期日が異なってしまった(10月6・7日)ためか、のべ1477人の観客を動員し、大きなトラブルもなく大盛況のうちに終了することができました。これも前述の通り実行委員諸君の奮闘は言うまでもなく、阿南学群長、副学群長学生担当教官などの先生方、技官・事務官の皆様の御協力の賜物であり、感謝に堪えない次第です。又、来年度以降の基礎社祭についてもより一層充実した“医学生のまつり”を追求して行く所存です。

### 2. 全学の動き

今年度に入って、芸術系サークル連合会主催による学外での「つくば芸術祭」、4年ぶりに復活した「筑波山夜間ハイク」など多くの行事が成功裡に催されましたが、

何と言っても焦眉の全学的問題は学園祭でした。昨年11月2日、厚補審により学園祭の中止状態が宣言され、3月には学園祭開催の『最低条件』(必要手続の履行、学内諸規則等の遵守)が提示されました。これに対し、全学代表社会議は、「必要手続は十分履行されている」「学内諸規則の範囲が明確にされていない(拡大解釈等がある)以上、守ると断言はできない」との観点から6月15日『学園祭基調』に沿って回答しましたが、厚補審では「最低条件を満たしていない」と判断し、6月22日改めて今年度学園祭の中止を決定しました。

二期開始後も、各企画の準備を進める一方、全代会、学園祭実行委員会、企画団体責任者総会を中心に開催承認を得るための努力を行いました。全代会は10月期二度にわたる副学長との懇談会を行ったものの、両者の主張は平行線を辿り、結局成果なきままにおわりました。その後、学生は学長との公開交渉以外に今年度の学園祭を開催する方法は無いと判断し、連日の集会、デモを行いました。更に10月25日には評議会開催に合わせ、130名ほどの学生が本部棟前に座り込み公開交渉を求めました。これに対し大学は、「学長の公務執行のため」学内に機動隊を導入するという態度で臨みました。学生としてはこれに対し強く抗議する一方で、10月29日、その時点で開催承認が得られていない以上、今年度の学園祭開催は不可能と判断、全代会は全学に「学園祭断念」を宣言せざるを得ませんでした。'80年に統一して学園祭が開催できない事態になったことは誠に遺憾ですが、学生内に筑波大学の諸規則(許可制、政治活動の禁止等)に対する根強い不満が蔓延している以上、安易に条件を飲むわけには行きませんし、又、学生のそういう要求を無視し続けている大学側の姿勢にも問題があると言えましょう。

このような学内情勢の中で、「学群祭」として基礎社祭を開催したことは、学群生の全学学園祭への熱望をそいでしまったという面も否定できず、来年度以降、基臨社祭を本来の姿である雙峰祭学群企画として行っていくか否か、及びその取り組み方についても、学群生全体の充分な討論が待たれる昨今であります。

〈告知板〉

人事移動 (1983. 7 ~ 1984. 8)

1983年	7. 1	岩田 誠	採用	基・講	ジョンズホプキンス大学研究員
		近藤 陽一	〃	臨・講	筑波大学付属病院医員
	9. 1	赤荻 栄一	〃	〃〃	東北大学外科医員
		黒崎 喜久	〃	〃〃	奈良県立医科大学助手
	9. 30	毛利 勝也	辞職	〃〃	山形大学医員
	10. 1	赤塚 孝雄	〃	基・〃	山形大学工学部助教授
	11. 1	入江 勇治	昇任	基・講→	助教授
		兵頭 明夫	採用	臨・〃	筑波大学付属病院医員
		久貝 信夫	転出	〃〃	防衛医科大学校
	11. 16	久保田 進	転任	〃〃	放射線医学総合研究所
	12. 1	仁科 孝子	〃	〃〃	国立小児病院
1984年	1. 1	葛谷 信明	採用	〃〃	東京大学助手
		大橋 徹	昇任	臨・講→	助教授
		松田 光生	〃	〃〃→	体育科学系助教授
	1. 16	小山 哲夫	〃	〃〃→	助教授
		門田 朋子	併任	基・助教授	千葉大学助教授
	2. 1	水澤 英洋	採用	臨・講	浴風会病院医員
		田中栄之介	〃	社・講	昭和大学薬学部助手
		菊池 佑二	昇任	基・講	北海道大学助手
		吉澤 靖之	採用	臨・講	東京通信病院
	3. 1	石川 悟	〃	〃〃	筑波大学付属病院医員
	16	坂井 重信	〃	〃〃	筑波大学付属病院医員
	31	大島 統男	辞職	〃〃	岐阜県立多治見病院
	〃	川北 黙	〃	〃〃	開業
		桑子 賢司	辞職	〃〃	三井記念病院
	4. 1	光澤 栄三	〃	臨・講	順天堂大学
		崎田 隆夫	定年退職	〃教授	公立昭和病院
		名越 和夫	辞職	臨・講	東取手病院
		有田 秀穂	採用	基・〃	東海大学助手
		城賀本満登	〃	臨・講	北茨城市立病院
		小宮 正文	昇任・併任	臨・教授	副学長 併任は 4 / 16付
		大塚 雅昭	採用	〃講	千葉社会保険病院
	5. 1	更科 廣實	転出	〃〃→	千葉大学講師
		土肥 徳秀	昇任	〃〃→	助教授 (保険管理センター)
	6. 1	井廻 道夫	転出	〃〃	東京大学医学部助手
	7. 1	石川 詔雄	採用	〃〃	筑波学園病院
	7. 16	飯田 啓治	〃	〃〃	筑波記念病院
		石光 敏行	〃	〃〃	関東中央病院
		斎藤亜紀良	〃	基・講	南イリノイ大学客員研究員
	8. 31	橋口 淳一	辞職	基・助	(財) 食品農医薬品安全性評価 センター主任研究員
		田所 重映	辞職	臨・助	開業医
		染谷さき子	採用	〃〃	筑波大学付属病院医員

## 1984年度版 桐医会名簿について

1984年度の名簿ができましたので、先日お送りいたしました。発行が遅くなりましたこと、多くの訂正がございましたことを深くお詫び申し上げます。

ぜひ御一覧のうえ、変更事項、印刷ミス、また何なりとお気づきの点がございましたらおしらせ下さい。

(名簿同封のハガキを御利用下さい。)

11月15日現在、変更をおしらせ下さった方々について以下に御紹介いたします。どうぞお手許の名簿にお書き添え下さい。  
(敬称略)

### (1回生)

飯野 知足 (現) 筑波郡谷田部町松代4丁目434-302  
電 0298-53-3119

香取登久江 (勤) 東京大学附属病院 東京都文京区本郷  
7-3-1 電 03-815-5411

庄司 豊彦 (現) 東京都港区芝浦2-3-26-305  
電 03-454-7024

(勤) 東京警察病院 整形外科 東京都千代田区富士見2-10-41 ⑩102  
電 03-263-1371

寺本 修 (現) 千葉市磯辺3-32-8 ⑩280  
電 0472-78-6367

(勤) 千葉県救急医療センター 外科 千葉市磯辺3-32-1 電 0472-79-2211

### (2回生)

林 恵治 (現) 日立市会瀬町4-13-13 ⑩317  
電 0294-34-6255

堀内 康治 (現) 東京都板橋区6-35-13 シスポワール成増102 電 03-977-1654

(勤) 東京大学附属病院分院 耳鼻科 東京都文京区目白台3-28-6  
電 03-943-1151

山下 共行 (現) 東京都新宿区若松町25-22-505 ⑩162  
電 03-204-0787

### (3回生)

北原 伸郎 (現) 東京都文京区大塚3-5-10-409  
電 03-947-0195

野田ゆたか (現) 川崎市中原区新丸子744 ⑩211  
電 044-733-6650

桃井 優 (現) 東京都墨田区業平3-7-13 ⑩130  
電 03-621-0933

### (4回生)

大滝 純司 (現) 岡山県倉敷市松島201 ⑩701-01

佐藤 洋一 (現) 東京都文京区大塚2-13-3  
ベルメゾン音羽402号 ⑩112  
電 03-947-5209

## 第5回桐医会総会のお知らせ

昭和60年5月25日(土)に第5回総会が行われます。科学博とも重なりますので、今までになく盛大に行うよう種々の計画を進めております。会場は筑波第一ホテルにて。ひとりでも多くの会員の御参加を期待いたします。

### 桐医会会費納入のお願い

桐医会の活動は、正会員の会費から成り立っており、本会報の発行費もそこから出ています。年間3000円ですが、滞納すると大変なことになりますので、毎年納入するようお願いします。筑波外の病院にいらっしゃる方は郵便により、又、筑波大学内の方で今年度分未納の場合は桐医会役員の方へ納入して下さい。

会計

### 編集後記

発刊遅れてごめんなさい！御感想よせ下さいネ(和)

Dr.馬場の原稿にとりくんだ私は、「おめえら、だからよ、てなもんだ。」が口癖となって困っています。(佳子)

耳訓れない technical term に悩みながらテープおこしをしてくれたM1, M2の学生役員、学会前の貴重な時間を割いて下さった諸先生方、それら数多くの方々の努力によりやっと発行にこぎ着きました。発行を待っていて下さった方、本当に申し訳ありません。次回からはもう少し timely な話題を提供できますよう努力したいと考えております。

紅葉が始まるころまでには何とか発行しなければ…という思いを胸に、とうとう秋も深まり、冬の足音が近づいてしまいました。Time passes like the wind……筑波はそろそろ『筑波おろし』が吹いてきます。お鍋の恋しい季節です。皆さんお風邪など召されませんように…。(な)

Adviser 鈴木 敏之(5回生) 柳沢 正史(M6)

Staff 田宮菜奈子(M5) 佐藤 直昭(M4)

杉田 和子(〃4) 白岩 浩志(〃)

Photo 柴野耕一郎(M2)

Sketto 中野 佳子(M5) 堀 孝文(M5)

鈴木 雅美(M4)

M1, M2のyoung member

桐医会会報 第10号

発行日 1984年11月30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氣付

印刷・製本 株式会社 イセブ