



# 桐医会会報

1986. 11. 10 No. 17

## 筑波大学附属病院開院十周年



去る10月1日、筑波大学附属病院開院10周年記念式典が、学群食堂においてとり行なわれた。多数の教官、レジデント、看護婦、職員、学生が参加し、会場は身動きできない程の盛況ぶりであった。病院長のあいさつをはじめとして数人の先生方が、この10年についてそれぞれの思いを話された。続いて室内楽の演奏、各科対抗のクイズ、女装大会など様々なアトラクションが行なわれ予想以上の盛り上がりをみせた。10年という1つの節目に、病院を支える人々の喜びが表現された式典となった。そしてその喜びの中で次の10年に向っていることを自覚しつつ幕を閉じたのであった。

### 主な内容

・筑波大学附属病院十周年	1	・筑波大学外科懇話会活動報告	8
・桐医会総会シンポジウム		・中毒センター発足	13
“1回生はこれから —6年間をふり返って—”	2	・63年夏 筑波大学東医体主管！	13
・ミニシンポ		・1986年度版桐医会名簿の おわびと訂正・変更	15
“卒後の進路を考える”	7	・人事異動	16

## 第6回桐医会総会シンポジウム “1回生はこれから——6年間を振り返って——”

5月25日に開かれた第6回桐医会総会について先号に引き続き、第2部シンポジウムの模様を報告します。今回は1回生5人の先生方に卒後6年間の体験とこれからの展望等を発言していただいたものです。

血液内科 青木 泰子先生

全然準備がしてないので話がまとまりませんけれども、一応、最初に卒業してから現在までの経歴をお話しします。1980年の3月に卒業後、6月から大学病院の内科の研修医になりました。初めの3年間はレジデント委員会の規定に従ってローテーションをやりました。その間、2年目の最後の2ヶ月、東海村の国保診療所、(今は病院になっていますが)で院外研修をやり、またelectiveの期間に麻酔科での研修もさせていただきました。その後4年目の4月に血液内科のシニアレジデントとなり、この3月まで丸3年間おりました。最近ですとチーフレジデントになってから院外研修に出られる方もかなりあります、私達は、私が初めての専属レジデントで人手もありませんでしたので、ずっと大学にいました。私の場合、いわゆる“外勤”も最後の半年間しか行きませんでしたし、勤務時間外の当直稼業も、ローテーションしているところから余り積極的に行く方ではなかった上に、血液のレジデントになってからは、それどころじゃないという気分で全く行きました。したがって、大学病院以外での診療経験は、同級生ならびに後輩の諸兄姉に比しても極めて乏しいものと自覚しております。

次に、この間の学位や資格の取得について述べよとの島倉先生よりの御要望ですので、この点に触れます。まず学位ですが、これは去年の12月の内科学会雑誌にありました論文を、3月に大学を去ります時に学位論文として提出し、現在審査を待っている状態です。テーマは形質細胞の鉄蓄積像とその病態ということですが、これは私が主体的に選んだテーマではなく、内容的にも小宮先生の御指導により完成したもので、私自身これで学位をいただいてしまっていいのかなと思う面もあるのですが、小宮先生に、「学位は研究生活の終わりでなく、初めなのだし、学位論文にしたテーマを一生研究しろなどと言うつもりはないから、あんまりもったいぶらなくてよろしい。」と言われまして、先生のおっしゃることの意味を私なりに考えまして、レジデントとしての研究にひとつの区切り、けじめをつけるつもりでそうさせていただ



くことにしました。それから、日本内科学会が認定している内科専門医という制度があります。今二段階の認定方式に変更になりましたが、昨夏は経過措置ということで、認定医、専門医の試験を同時に受験することができましたので、両方を受験して、運良く両方とも受かりました。この試験は、やたらと立派な御免状はくれますが、資格を持っていても実質的なメリットは何もないし、試験自体はそう難しくないのですが、提出する書類、症例の記録とか剖検録とかいったものの準備が案外大変なんです。私の場合、今まで受験した人がいないのに物好きに受けたわけなので、やはり落ちたらみっともないなとか考えると、案外労力を要する受験でした。その分の時間と労力をつぎ込めば、1つぐらい論文が余計にできた可能性もあります。だから受験するしないは選択の問題ですが、私があえて受験を選択した理由は、ひとつは、私はレジデントの期間は臨床研修を第一義とするという意思を持っていましたので、その意思のひとつの方、またけじめとしてという気持からです。もうひとつは、試験というのは大学の伝統、ネームバリュウ、人脈等一切無関係の公平な開かれたシステムですから、余り有利とは言えない新卒大学の卒業生としてはこれを利用するのも一法と思ったことです。そして、最後につけて足しというか本音というか、一種の見栄、好むと好まざるとによらず一回生になってしまった者の1人として、その特権を生かして、「初めての～」というのを1つぐら

いやってみたかったということでしょうか。

さて、現在の私の立場ですが、東邦大学の微生物学教室の研究生という身分です。無給ですので、アルバイトと貯金(大してありませんけど)でやりくりしている状態です。血液の臨床をやっていた者が、何でこんな所に来たかという話を当然しなければなりませんが。それに、まず、なぜ血液をやったかということになるのですが。私の場合、血液を選んだ理由は、今の臨床医学の中で一番困難な悪性腫瘍の治療という問題にとりくみたいということだったんです。悪性腫瘍の中で一番頻度が高いのは、消化器、それから呼吸器でしょうねけれども、なぜ血液かと申しますと、そこにいらっしゃる島倉先生には失礼ですが、消化器や呼吸器の癌では、今、診断学は大変進歩していますが、治療の面でのイニシアティブは内科にはないんです。根本的に悪性腫瘍が治ることが私が生きている間に可能かどうかわかりませんけれど、もし可能だとしたらその鍵は白血病の治療にあると考えました。ところが、実際に血液の病棟を見ていると、ちょっと様子がちがうんです。抗腫瘍剤というのは案外進歩していて、白血病細胞をへらすことはほとんどの場合可能です。だけど患者さんが元気になって退院して行くことができるのは、やっぱり半分より多いかなという程度です。自慢じゃありませんが、他の診療グループに決して負けない位、熱心に診療に励んでいるのに、患者さんが亡くなる比率はやはり高いと思わざるを得ない、何故か？出血と感染がコントロールできないからです。そして、これはある程度、私の独断と偏見ですけれども、比較したら、感染のコントロールの方が出血よりずっと難しいと思います。というよりも、治療と予防がどちらも複雑でイマジネーションがすぐにわかないんです。それでふり返ると、内科医を6年もやりながら、感染症の細菌学的診断とか抗生素の正しい使い方とかすごくあやふやなんです。薬屋さんが次々に新しい抗生素の宣伝にみえますけれど、基礎知識がないので本当なのかマユツバなのかもわからないというわけで、基礎から勉強し直すしかないと思って、今の所に置いていただくことにしました。

さて、偉そうなことを言うようですが、今までの経験を通して、後輩の皆さんに申し述べたいことを2点ほど申し上げます。ひとつは、物事を狭く限定しないで、柔軟に考えてほしいということです。臨床をとるか研究をするか、あるいは何を研究のテーマとするかということを余り固定的に考えるのは意味がないということです。私の場合、研修生活のスタートでは臨床優先の気持が強かったんですけども、まじめに臨床やっていると自然に研究への興味が生ずるということもあるし、またそうでなくとも、実際のベッドサイドの問題を解決するため

に研究をせざるを得ない破目に陥るってこともあります。そういう時に、自分みたいな能力のない人間が研究なんかしないで、人の研究の成果を生かして使おうと、私も昔はそう思ってたんですけども。だけれども、いざ探してみると、そんなくだらないかどうか知りませんが、うんと実際的な研究は誰もやってないこともあります。そうなると、目前の問題を解決したければ自分でやるしかないし、そうなると、そのための知識や技術も身につけなければならないしという具合になってくるので、余り早い時期に自分の守備範囲を限定してしまうのはナンセンスだと思います。

もうひとつは、筑波大学が新しい大学であるということを、ポジティブに考えてほしいということです。私自身、先に話しましたように大学の中にずっと居て、筑波が他の伝統ある大学とどこがちがうのか、実感としてはわかりませんでした。今度、外に出てみると、筑波は、最初のスローガンどおりにすべてが理想的というわけではないけれど、やはり、いい面たくさん持っているなと思います。たとえば、研修のローテーションとかコンサルテーションのシステム、私達当たり前と思っていますが、講座制のガッチャリした所では大変画期的です。これに近いシステムがある所でも、こんなにオープンでフランクではありません。さらに、筑波のメリットは、何か新しいことを始めるのが、比較的容易だろうということです。今ある制度を廃止して、新しいことを始めるのに比べたら、何もない所に最良あるいはそれに近いものを考え出す方がエネルギーは、建設的に使われると思います。新設大学であるためのデメリットはたくさんありますけれど、そんなことをうじうじ思って仕方がない、他の大学だったらやれそうもないことが、ここではまだまだ可能だという希望を持って、そして自分で新しい分野を切り開いていく意思をもつことが、私達に与えられた特権でもあるのだという風に考えていました。

### [追記]

この会より約3ヶ月後、教授の御好意により、教室の正規の助手に採用されました。給与の出る身分になってほっとしております。中田先生は、「希望を持って研鑽を積めば道は開かれている、ことに茨城県では大丈夫だ。」とおっしゃいましたが、茨城県でなくても、ある程度は何とかなるようです。今度は、教育職の最下端として、講義の出欠チェック、試験の監督(再試、再々試・・・)、実習の相手等、筑波のレジデントであった時からは想像もつかない用事もこなしています。世の中は広い、所変われば・・・が実感です。若い(と思っている)うちは、すべての経験がプラスになるものと考えて日を過ごしております。

青木先生がずっと筑波にいらしたのとは対称的に、私は筑波を6年間離れてここに来るのも卒業以来2回目位なんですね。筑波を離れたメリット、デメリットを話せたらいいかなと多少考えできました。

僕の場合、卒業してすぐ国立医療センターの内科に入り、2年間研修しましたが、その研修期間にアクシデントがありました。2年目の夏に疲れやすくなって、自分でおかしいなと思い採血して調べてみたらGPTが240位、GOTが180位、これは肝炎ではないかと自己診断し、消化器の先生に相談したところ、「入院しろ」と。結局慢性肝炎か急性かわからぬまま3ヶ月入院しましたがあまりよくならない。その頃はCTやエコーなどもあまり診断能力のない頃でしてCTでも何やらはっきりしない。結局そのあと3ヶ月自宅療養の形で休んだ後に、肝生検をやって診断がついたのですが、これが実はFatty liverだったんですね。

結局半年ちょっと臨床を離れてたんですね、その時の記憶は非常に鮮烈ですね。研修2年目で半年も臨床を離れ、身分も不充分で給料も6割の6万円だけで暮らしておりちょうど結婚した頃で非常に心細かったことを覚えています。そんな縁もありまして消化器を目指しました。肝臓ではなく管を主にやっているのですが、消化器内科へ入りました。レジデントなり研修医なりをしている時に病気をするのは非常に大変な事だと感じました。

国立病院医療センターは5年で研修が終わるんですが、僕の同期は3人いて、彼らは今も医療センターに残っているんですね。研究生とか不確かな身分なんですが、僕は半年ものFatty liverを思い出しましてそうなるのはいやで就職先を探してもらったんですね。崎田教授の時、助教授をなさっていた梅田先生が、医療センターの消化器の医長として、その御紹介で崎田先生が院長でいらっしゃる昭和病院の健康管理科兼消化器にポストがあるということでした。初め健康管理科ということで人間ドック専門かと思い少しいやだったんですけど、実はduty以外は何をしてもよいということで、それに最近東京でポストを探すのはとても大変んですね、実力がないとツテとかコネとか非常に泥臭いものをたよるしかないということがわかって、外に出た場合そういう時につらいという事がわかりました。

昭和病院はかなりシビアな野戦病院でして、きのうも2時間位しか寝られなかったんですけど、42才の女の人がApoで来まして、それから93才のおばあさんが吐血で来まして、これは胃潰瘍だったんですが、こういう感



じで救急もけっこう忙しい所です。でも移って非常に良かったことがあります。前々から崎田先生に「留学したい」という事を言っておりましたところ、今年の3月頃ミシガン大学の教授に紹介していただきまして、もしかするとそちらの方にいけるかもしれません。向こうにApplyして返事が帰ってきて、具体的にどういう身分かなどは決まっていないのですが、今年か来年位に留学することになると思います。今まで臨床一筋でやってきて、臨床をずっとやってくるとresearchのやり方がわかってくるというか、どういう所が医学でわかっていないかということがよくわかってくるんですね。ですから臨床を何年かやってとっかかりをつかんだ後でresearchをやることも良いと思います。それで全面的にresearchに進む方向もあるし、臨床をやりながらresearchをする方向もあります。僕はresearchを全面にやるのでなく、将来は臨床をやりついろんなresearchをやっていきたいと思っています。

ミシガン大学はGIホルモンのメッカでして、そこで2、3年セクレチンやガストリンの事を勉強してきたいと思っています。

僕なんかは大学から卒業すぐに外に出て、他のシンポジストの先生はほとんど大学に残っていますが、例えてみると太平洋に浮かぶヨットと大きな客船の違いだと思うんですね。僕の場合は小さなヨットで、出発してあちこち寄りながら、自分で釣でもしながら進んでいくのに対し、彼らの場合は大きな船でゆったりと進んでいくんじゃないかななんて考えています。どちらがいいかは今は全然わかりません。

消化器内科の大管先生から、筑波卒の内外の消化器の先生が一緒に集ってやろうじゃないかという話もありまして、将来は筑波で集ってresearchなんかもできるようになればいいなと思っているところです。



特に何も考えてこなかったんですけど、僕は幸い Fatty liver にもなりませんで 6 年間終わることができました。最初は 6 年間をふりかえってということなんんですけど、今司会の方からざつと説明あったように、あっちこっち行ったんで履歴書書くときはたいへんです。1 ページじゃおさまりません。まあ 3 分の 2 は大学についてあと 3 分の 1 は外にいたというだいたいそんな計算になります。最初出たのは大阪大学の特殊救急部で、3 年目のときです。最初の 2 年間は初期研修ということで筑波大学の脳外科で今あそこにいらっしゃる中田先生にびしひしごかれまして、中田先生が向こうから歩いていらっしゃると、ちょっと廊下の壁にへばりつくようにして視線を避けてみたりもしました。そんなことをして 2 年間過ごしてから、牧先生がそのころ救急医療の必要性を説かれまして、まず沖縄の中部病院に行かないかという話があったのですが、結局島崎先生の御紹介で阪大に行くことができ、いろいろな意味で貴重な経験をすることができました。帰ってからしばらく大学にいまして、今度は記念病院に行く機会を得ました。今から思うとひどい生活でして、阪大では病院に半分住み込んで、いわゆるレジデントでしたし、記念病院では、朝から晩まで手術と外来のくり返しでしたが得るものも大きかったようです。その次は、北茨城市立病院へ行きました。市立病院の脳外科を大学が交代して始めた時期で、ちょっとといってこいという感じで行ったところ、週に 4 日は大学から外来を診に来てくれるのですが、あとは 1 人になりました。もともと初期研修で、脳外科はひとりじゃできないよってさんざん教えられて、行ったらひとりなんで、困りましたが、勇気を出して看護婦相手に手術も何べんかした覚えがあります。そんなことをしてまた記念病院に帰ってきますと今度は人も増えてきました、僕の上にも先生が 2, 3 人いるという環境で、実際に教えていただくという形がしばらく続きました。それで大学へ戻ってきてさらにチーフレジデントを 1 年半やったというところです。

それで、僕は内科の先生方の様子はよくわかんないんですけど、僕の基本は外科医ということで、それ以外にはありません。リサーチと臨床の話が先ほどから出てますけど、外科医のやる基礎実験ですか、外科医のやる基礎的な研究なんて限界があると思います。同じ時間しかないわけですから、基礎医学者がやることを外科医が患者を見て、手術してそれで片手間に研究やるのでしたら、それは勝負にならないと思う訳です。じゃあ外科医はどんな研究ができるのかといいますと患者に直接結びつく臨床研究だと思います。毎年「脳外科何年目の歩み」と

いうのが出るんですけど、それでも臨床研究がテーマになったことあります、何度か考える機会があったんですけど、結局そういう基礎的な基礎医学者がやったことをなんとか患者に応用できないかということを考えればいいんじゃないかなって、僕はそんなふうに理解します。それでああ 6 年間終わって、今から思うと、そうですね、学生時代はあまり勉強しないでなんとか医者になります、それからあとの 6 年間は、学生の 6 年間と比べると生活はひどかったし、いろいろ危ない橋を渡ったりしましたが、いやだと、もうやりたくないとかそう思ったことは一度もありませんでした。総じてみると、手術の件数ですか、いろいろ考える機会も非常に恵まれてましたし、まあまあだったんじゃないかなって思っています。

次は今後の抱負ということですけれど、そんなことしてうちに 4 月から講師になるように言われました。講師になって気がついてみると、今度は人を教える立場になってしまった訳ですが、それはまた、私の苦難の始まりかもしれないと思っています。それはなぜかといいますと、教えるにも教えるものがないんですね、ですからまあ今考えてんのはそのあるがままにサンプルになればいいんじゃないかなっていうことです。簡単に言えば教材ですね。歩く教材といいますか(笑)。だから僕は今一生懸命に、なにか、それなりにやってですね、それを脳外科の後輩連中が見ててどう思うか、僕を見ていいと思うか悪いと思うかそれが判断すればいいと思っています。今感じることは、後輩連中も非常に頑張ってますけど、まだまだでして、僕が卒業したとき、脳外科を志したのは 5 人いたんですけど今筑波大にいるのは 3 人で、県西総合病院にいる塙田君とドイツに行ってる松村君と僕の 3 人なんですが、3 人はけっこう仲良くお互い刺激し合いまして、「手術お前何やった?」とか、公私にわたりいろいろやってるわけですが、その 3 人にせまる後輩はまだ誰もいないと(笑)、3 人の存在を脅かす後輩は誰もいないというところです。ですから今は早くその存在を脅かす後輩が出てくることを望むと、いったところです。

## 整形外科 原田 繁先生

私は筑波大学のレジデントとして6年間教育を受けましたので、最初に筑波大学の整形外科の6年間の教育のあらましを述べたいと思います。1人1人によって研修パターンは異なりますが、大体大きく分けると二つあります。最初のジュニアレジデントを大学でやって、後の2年間シニアレジデントの時代を外の関連病院でやり、残りの2年間のチーフレジデントを一年ずつ大学と外でやるというパターンが一つです。もう一つはそれと最初の4年間が逆でジュニアの2年間を外で、シニアの2年間を大学で、あと1年ずつを大学と外でやるというものです。また人によっては、それが1年と2年と1年となったりしますが大体そういうパターンで研修しています。整形外科というのは分野が広くまた、大学は外来が予約制ということもありますし、変性疾患、慢性疾患が中心となりますし、一般の関連病院では外傷を中心となりますので、どちらの研修もしなければ一人前の整形外科医になれないで、半分の3年間を外に出ています。

私の場合は、最初の2年間は武藏野日赤で研修を受けました。その2年間というのは非常に勉強になったと思います。救急外来をやっていたからですが、夜の時間帯に入った方が研修医としては勉強になりました。夜は正規の当直医が各科当直で7~8人いますし研修医がみんな帰らずにずっと夜おそらく10~11時まで残っていました。研修医というのはあまり経験がありませんし技術もなく、少しでも経験したいという意欲をもっていますからみんな帰らずに残っていました。そういうゴロツキ仲間みたいなのがいろいろな大学から来っていましたので、刺激を受けながらやった記憶が残っています。その時にローテートとして、麻酔科、脳外科、内科などを回りました。麻酔科では3か月の研修で全麻約170例、脳外科では開頭手術を約30例、その他にアッペやヘルニアなども夜やりました。その時の生活を今もう一度やってみろと言われてももうできないと思いますが、まだ若くてどんなことでもできた時代にそのチャンスを与えられたのは非常によかったと思っています。

それから2年たって大学に帰ってきてシニアレジデントをやりました。その時に外でできなかったような変性疾患、慢性疾患を勉強し、自分の専門を、私の場合はSpine surgeryと決めました。その間、micro surgeryの勉強をしに3か月間東大の方へ派遣されました。5年目はチーフとして大学に残って病棟運営のようなものも勉強し、また、手術で大体3か月毎週ほとんど執刀になるという期間がありまして、その他にリサーチをやる期間が短いですが3か月から半年くらい与えられています。その後、現在の北茨城病院にいっています。外の病院で



は患者さんを受けもって、その患者さんについて自分でいろいろな検査や手術ができるよさがありますが、ともするとそういう忙しさにおわれて一つ一つの疾患や問題点を追及する時間が少し足りないという面があります。また、大学に帰ればいろいろな高度な検査や治療をやっていますが、ともするとその案内係みたいになってしまって自分ではありません検査や手術をする機会がないという事もあります。両方のよさを勉強することが必要ではないかと思っています。

6年間たって振り返ってみると、たしかに技術的にも進歩していますし、よその大学の卒業生と比べても特に劣っているとか特に優秀ということもないでしょうし、卒後研修において差があるとは思っていません。ただし自分である程度の実力がついてきたと思いますが、やはり一番考えるところは最初の頃は診断も技術も未熟ですし治療も1、2年目では積極的にできなので少しでも長く患者さんのそばにいて、患者さんとコンタクトをとることを大事にしていましたが、患者さんの要望や質問に答えるのは非常に難しいと思いました。それが5年目6年目になってきて、いろいろな知識もふえ、いろいろなことができるようになりましたが、やはり未だに一番難しいと思うのは患者さんとの対応の仕方だと思っています。現在、市立病院の整形外科は二人でやっていますが、やはり入院させる時や、手術を勧める時、手術でなくても保存的治療を勧める時等に、我々がどういうことでこの患者さんをどういうふうに治療してどういうふうに治そうとするのかをちゃんと説明しないと、患者さんはよくなってしまって何がどうよくなったのかがわかりません。また、患者さんは違うことを期待してきているかもしれないのです。例えば、変形性の股関節症や膝関節症などが整形外科では多いのですが、もの若い時の骨に戻すなんてことはとてもできません。ですから日常生活で、ある程度今の不自由を取り除いてやるように努力するんですが、それがその患者さんの希望と合うように治療してあげなければいけないわけです。手術したためにか

えって患者さんは不自由になってしまったというようなことも起こらないとは限りません。患者さんとのトラブルというのはよく考えるとそういうところに問題があるのではないかと思っています。

これからのレジデント教育についてですが、今整形外科は整形外科の関連病院をいくつかもっていますし、他のグループはそれなりにあちこちに関連病院をもっていると思いますが、もっと大きな大学の立場に立って関連病院の開拓が必要ではないかと思っています。筑波大学はいざれは茨城県内をカバーするでしょうし、早くそしたらなくてはいけないと思っています。茨城県をブロックに分けて県北、県央、県南、県西部に中核病院を早く築き、またその周りに中核病院よりは少しこな規模のサテライト病院をつくることが必要だと思っています。そのシステムがないとただ単に遠いところにボツンとあっても患者さんを大学に送るわけにもいきませんし、そこでいくらい治療をしてもそのレベル止まりになってしまいます。そこで中核病院があつてその周りにまた小さな病院がありますと、病院全体のactivityも高まりますし、全科にわたっての研修もできると思います。病院というのは一科でもつわけではありません。例えば内科はあそこの病院がいいとか外科はあそこの病院がいいと評判になりますと、他科のいろいろな患者さんも集ってきて、全科のレベルが上がりますし、その逆もあるわけです。できる限り早く大きな目での関連病院の開拓というのを私としては望んでいます。

それからもう一つは、6年間だけでなく何年かたった後にいろいろなことがわかってから研究とか臨床をさらに深められる場がほしいと思います。例えば、解剖実習をあげると医者になってしばらくたってから特に外科をやっていますと、またあの辺がやってみたいと思うことがあります。そういうのは解剖だけではないと思いますのでそういう場を大学、または大学でなくともどこでもいいんですが、どこかにはほしいと思います。また外に出ていった筑波の卒業生にもそういうところで一緒に研究または臨床について奥を深めたいと思っています。

#### 消化器内科 松崎 靖司先生

私は大学卒業後すぐに大学院に入学し、その後4年間、実質的な医療活動からは離れた、研究を主体とした大学院生活を過ごしました。そして大学院終了後に大学病院のレジデントとなりました。そこで私は、大学院とレジデントとはどういう差があるのかということに関して少し述べようと思います。

私は臨床系の大学院に所属しました。従来、医局制度のある大学においては、医局の研修医と臨床系の大学院生との区別は仕事上においては、ほとんどありません。ですからこれらの大学院生は名目上大学院に籍を置きますが、一般的のレジデントと同様に患者を受持ち、かつ、合間に研究をするという形をとります。つまり両者の仕事の内容には区別がないわけです。一方筑波大学の臨床系大学院生は、患者を受持つことができません。なぜならば本学の大学院では、研究と臨床を分離することが基本となっているからです。従来のように研究と臨床を両天びんにかけては両者ともに中途はんぱになるという理由から両者を分離させたわけです。研究と臨床を分離することで充実した大学院生活が実現できる、というのが、筑波の臨床系の大学院の設立理念になっているようです。ですから我々は4年間ベッドは持ちませんでした。しかし、臨床系の大学院なので、やはり臨床を主体として研究をしなければなりません。つまり、患者さんを研究対象とし、その臨床過程や診断、治療といったことに結びつけた研究をやっていかなければなりません。基礎の仕事をする場合は、動物実験などで行えばよいわけですが、臨床系の大学院では必ずしも研究室での仕事、つまり実験だけが主体になるとは限りません。将来臨床家を目指している者としては、なるべく患者さんを研究対象とした臨床主体の研究を考えます。研究方法は研究テーマにより異なってきます。例えば画像診断を中心にして、他の生理的なことや生化学的なことを組合せた研究の場合は、当然患者さん主体の研究になるわけです。これらのこととはグループによってあるいは指導教室によって、更に研究のテーマによっても異なってくることでしょう。

3年前大学院を卒業した私は、現在病棟の方へ出てベッドを持ち、患者さんと接しています。患者さん主体の臨床場面では、患者さんの容態が急変すれば実験をやっていても途中で中止しなくてはならず、大学院時代のように十分な時間を持つことが非常に難しくなります。



今私は時間を有効に使うのが非常に難しいということを切実に感じています。レジデントを勤めながら研究を続いている先生も多くいらっしゃいます。そして学位を取られております。ですから、学位取得に関しては両者にはあまり差はないと思います。大きな差といえば、前述したように大学院では、自分自身で時間をつくることができ、比較的束縛されないことであります。反面、怠けていると怠けっぱなしで、研究しなければしないままに無為に時間が過ぎてしまいます。ですから自分できちんと計画を組み、実験の計画を立てたり時間の配分を自分で決めなければなりません。それ故レジデントにても大学院生にしても時間を有効に使うことは非常に重要なことだと思います。

研究の進めかたに関しては大学院の場合、最初の導入は非常に重要です。誰しも初めはどういうテーマで、どのように研究を進めていくかということは何もわかりません。ですから自分で研究テーマを見つけるといつもなかなか難しいわけです。指導教官から方向付けをされ、はじめて自立の道が努力により開けるのです。私の場合は、4年間ある程度実験的なことをやりましたので、現在多少合間を見付けて細々とは研究活動を続けるようにはしています。実際に病棟に出て大学院の研究活動をしていて何がメリットになるでしょうか。ある患者さんの治療をしていく場合、その患者さんに対してどういう問題点があり、その問題点を見付けてどのような治療計画を立て、進めていくかという一つのストーリーを作るということは臨床研究に非常に重要なことです。ある目的をもち、それに対して何をやればどういう結果が出るか考えなければなりません。問題解決の道をつくる“眼”というのはやはり自分で実際研究と接して少しは持てるようになったと自分なりに思っています。ですから研究生活というのは多かれ少なかれ臨床の生活をする上で非常に重要な位置を占めるのではないかと考えられます。

現在の大学院入学手順は、私たちの時代と違い、卒業してすぐ臨床の大学院へは入れません。臨床経験をもたずに大学院に入ってしまうと、卒業後に臨床場面で支障をきたすことがあることから、一応2年間研修をしてから大学院へ行くのが望ましいという形になっています。ですから将来はもう我々のように大学から直接大学院へは行かず、だいたい2年間は一通りの基礎的な臨床の経験をふんだ上でそれから大学院で研究をするということになります。

ある程度臨床をやって問題点を見つけだす眼を養った後に研究に入っていくというのが意外とスムーズなことではないかと思います。どちらから入っても最終的に到達するところは同じだと思います。どちらでもいいと思いますが筑波のシステムではベッドをもたせないという

ことがあるので、最初に臨床を経験した上で研究に入っていくというのが研究生活の導入が楽だと考えられます。

今後の我々の展望ですが臨床及び研究ということは今後は卒業生が中心となって進めていかなければなりません。現在卒業生が県内あるいは県外の病院で活躍しています。研究の方でも皆さん各方面で活躍していらっしゃいます。これから後輩の諸君がどんどん卒業していきます。後輩の人達の指導も卒業生がしていかなければいけません。よって、上下間また同級生間のコンタクトをよくつけることが必要です。なるべく後輩の人達も先輩とのコンタクトをよくとるようにした方が良いでしょう。研究室に学生の時代から出入りすることも良いことだと思います。先輩がどういう活動をしているのかを良く知っておくことも非常に重要なことだと思います。

歴史の浅い当学群は卒業生が結束していかなければなりません。茨城県の医療にしても研究活動にしても我々の手でいろいろ指揮をとっていかなければなりません。連帯というのは非常に重要なことだと思います。一度大学を離れると母校とのコンタクトをとるのがやはり非常に難しくなってきます。「同じ分野に進んでいる者だけでも集り意見を交換して研究の場を広げよう」との話もあります。外部において、筑波の学生、卒業生は、知識はあるが、なかなか体を動かさない、あるいは問題意識をもたないと言われることがあります。問題意識をもって積極的に物事に進んでいくという姿勢を在校生のみなさんも、勿論我々卒業生も持たなくてはなりません。筑波大学の卒業生であるという自覚と誇りをもってこれから筑波大学をどんどん発展させていこうではありませんか。

### ミニシンポ 卒後の進路を考える—第6回桐医会総会

今年の桐医会総会、学生向け企画—プロローグは、学生役員が知恵を振り絞って考えた企画「ミニシンポ 卒後進路を考える」でありました。できるだけいろいろな立場の先輩がたにお話を伺おうと、6人のシンポジストに来ていただきました。当日はなかなかの盛況で内容も盛り沢山、進路を考える学生にとっては聞き逃せないものとなりました。

シンポジストは、

海老原玲子(2回生 筑波大学病院放射線科)

塙田 博(4回生 筑波大学病院呼吸器外科)

富 俊明(2回生 東京厚生年金病院内科)

次田 正(2回生 東京女子医科大学消化器病センター外科)

湯沢 賢治(3回生 筑波大学 DC 医学研究科生理系)

磯 博康(3回生 筑波大学DC医学研究科環境生態系)

の諸先生方、司会は佐藤真一先生(5回生)でした。

### 1) 進路選択

さて、6人6様の道を進んでおられる先生方のお話、それぞれ特徴のあるものでしたが、まず学生の知りたいのは「なぜ今の進路を選ばれたのか」でしょう。「実習で放射線科をまわったとき、平松先生の仕事振りに惹かれて。」(海老原)「何となく。」(塙田)「岩崎教授に惹かれて、臨床をやりたいと相談にいって紹介された。」(次田)「岩崎教授と一緒に仕事がしたかった。」(湯沢)「小町教授に惹かれて。」(磯)一やはり出会いというものが大切なようです。富先生も「自分の性格等を考えてじっくり基礎・臨床等の選択をするのがよい。」と言っておられました。磯先生は人好きで、臨床も好きだったとのこと。あまり型にはまった考え方はよろしくないようです。

### 2) 研修状況

まず海老原先生が筑波の放射線科について話して下さいました。先生ご自身は、ジュニアレジデント2年次に麻酔科・脳外科をローテート、シニアでは学園病院・記念病院に放射線医として勤務され、チーフになってからは女子医大で研修されています。筑波ではコンパクトな病院の中で全般的な勉強ができるのが取柄。特殊機械などの専門技術の必要性とともに、将来性も充分のこと。女医だから仕事に差があることはなく、むしろ筑波では女医のほうがよく働いているということです。

筑波の外科については塙田先生のお話。ジュニアの2年間は3ヶ月毎に外科各科をローテート—この間の忙しさは大変で、とくに筑波の病棟業務は煩雑、殆ど病院に泊まり込みだそうです。しかし、大学に6年間「残る」ととのメリットは、大学病院をじっくり見られること・大学に根をおろすこと・6年後にまたじっくり進路を見定められることなどを挙げられました。

富先生によると、一般病院の研修制度は様々ですが、それぞれの病院で独自の制度があるとのことです。症例の経験数は大学病院より多く、generalに診ることができます。先生自身は1年で112例の患者を受け持ったそうです。6ヶ月くらいで大体の臨床的技術は習得できますが、忘れられがちな「初心」を大切にとのことです。

湯沢先生は2年間外科のレジデントをしてから大学院に進まれたのですが、研究をするなら良い指導者の下、2年間は完全に基盤研究に没頭するべきだとのことです。ただ、2年間で明らかに手術手技で遅れをとるのがデメリットではあるとのこと。先生自身は臓器移植が専門ですが、移植ではあまりこの遅れは問題ないようです。

磯先生は循環器疾患の予防・疫学が専門。社会医学のメリットは、いろいろな所でかけられること、地域の人々と本音でつきあえることなど、またデメリットは、お金があまり入らないことなどだそうです。社会医学の大学院とは云え、雑用もかなりあり、結構忙しいとの事。それぞれ研究室に入って研究し、自分のやりたいことはとことんできる生活をするそうです。

### 3) 将来への展望

これから医者にとってはなかなか厳しい世の中になります。そんな時、認定医・指導医の資格を持っていると有利だと塙田先生は言います。ただし、一般外科もきちんとできて尚且つそういう資格のあることがよいとのことです。それでも、大学での6年の研修が終わった後のことはまだわからないのが現状だそうです。

一方、東京の一般病院では強い学閥支配があり、筑波の卒業生が中堅以上の病院のスタッフになるのは大変困難な情勢です。富先生によれば、東京の一般病院で働きたい人はそこで研修するのが一番とのことです。病院によって某大学医局外の人間には研修しかさせない所もあり、下手をすると研修終了後行き場をなくすことにもなりかねません。筑波卒業生にとっては東京は大変厳しい場所と言えましょう。茨城県内でも旧来の学閥支配は根を張っているとのことです。

社会医学は面白いと磯先生は言います。将来性についても需要は大きいということです。20世紀は社会科学の時代といわれていますが、予防医学はまさに現在重要な地位を占めつつあるとのこと。卑近な例では、茨城県の保健所長が人不足で兼任の多いことが挙げされました。このような時に社会に飛び出すチャンス・きっかけは大切で、よく考えて悔いのない選択をして欲しい—進路決定後は軌道修正はできるが後戻りはできないから、という助言をいただきました。

### 4) 質疑応答

Q: 一般病院で研修しても博士号をとることは可能か。  
A: 一般病院で研究したことを纏めて筑波大学に提出すれば審査して貰える。(富)

6年以上の研究歴があれば提出可能。現に審査中の人もあるようだ。(司会)

Q: 筑波で教育を受けてよかったこと、悪かったこと。  
A: よかったことは医者になれたこと。悪かったことは東京に仲間が少ないと。(富)

Q: 外科の研修(ジュニアレジデント)でどのくらいの手術をやらせてもらえるのか。

A: 消化器では胆摘くらい、小児ではヘルニアの手術くらいまでやらせて貰った。胸部外科では受け持ち患者

の開胸・閉胸はジュニアにやって貰う。(塚田)

人が少ない時期だったので、認定医に必要な手術は大体やらせて貰えた。(湯沢)

手術を「やったことがある」と「できる」のは全く違うことだ。実際自分でできるのは、やったことがあるものの2ランクくらい下のものだ。(次田)

以上非常にかいづまんでミニシンポの内容を纏めました。とてもこの程度の記事で先生方の助言を汲み尽くしたとは思えませんが、このミニシンポに参加した学生にも、しなかった学生にも何等かの示唆を与えてくれるべきお話をしました。更に内容を詳しく知りたい方は桐医会学生役員までどうぞ。

## 筑波大学外科懇話会活動報告

外科レジデント 内田 彰子

本年も6月に新入レジデント60名(!!)が病院にナダレ込み、あちこちで「医者なのか学生なのか区別がつかない」という困惑状態が見られましたが、これもようやく落ちついてきたようです。さて毎年このさ中、筑波大学外科懇話会なるものが開かれているのを御存知でしょうか?始めの2年間こそ筑波大ならではのローテーションにより各科の状況をみることができます、fixしてからは専門化が著しく、また日ごろ病棟も別々で情報を交換するということが少なくなってしまします。1年に1回の研究発表・情報交換の場として、また新入外科レジデントの歓迎会も兼ね(ここで新入りはサカズキを受けるのだ!),今年も6月28日(土),第5回目を無事終了しました。いずれは抄録集を出す予定ですが、ここに第2~5回の演題名をリストアップしました。次回の皆様の御来場をお待ちいたします!

### 筑波大学外科懇話会会則

#### 1. 名 称

本会を筑波大学外科懇話会と称する。

#### 2. 目 的

外科レジデントおよび外科学院学生の診療活動ならびに臨床研究を活発にし、外科グループ\*間の親睦を図ることを目的とする(\*外科グループ:消化器外科・循環器呼吸器外科・代謝形成外科・小児外科・救急グループ)。

#### 3. 組 織

##### i) 会 員

外科グループ教官、外科レジデント、外科学院生、本学外科レジデント修了者ならびに院外研修の者、他グループより外科にローテートしているレジデントならびにその経験者のうちの希望者、その他実行委員会にて適当と認めた者とする。

##### ii) 世話人

各外科診療グループ教官一名以上が世話人となり、会の運営の相談役として参画する。世話人は各診療グループより指名され、その任期も各診療グループに一任する。

##### iii) 実行委員

各外科診療グループのレジデント一名以上およびジュニアレジデント(Jr 1, Jr 2)各一名が実行委員となり、実行委員会を構成し、会の運営を行う。実行委

員の選出は、外科レジデントに一任する。実行委員の中から一名を実行委員長として選出し、実行委員会の責任者となる。

##### iv) 顧 問

各診療グループ長を本会の顧問とする。

#### 4. 会の運営

##### i) 開催時期および日時

年一回、6月に定例会を開催する。

##### ii) 形 式

発表内容は自由とするが、実行委員会の了解を得たものとする。

##### iii) 発表者

発表者は会員と会員以外の実行委員会の承認を得た者とする。

##### iv) 運営方法

実行委員会が主催し、世話人および顧問がこれに参画する。

##### v) 役員会

会の開催中に役員会を開く。役員会の構成は顧問、世話人、実行委員よりなり、会期および日時の決定、会則の変更、細則の追加などをおこなう。会の決定は構成員の過半数とし、同数の場合は議長(実行委員長)の裁定とする。また決定事項は総会において発表し、総会出席者の過半数の承認を必要とする。同数の場合は議長(実行委員長)の裁定とする。議長は必要に応じ

て臨時に役員会を召集できる。

#### vi) 定例会総会

定例会の開催中に会員による総会を開く。なお、議長は実行委員長または実行委員とする。

#### 5. 会計

本会の会計は会費ならびにその他の収入をもってあてる。会費は一ヵ年2,000円とする。本会の会計年度は毎年12月31日とし、会計報告は実行委員会が総会において

おこなう。

#### 6. 記録

本会の記録は要紀などの形でまとめて本人の業績として残るようにすることが望ましい。

#### 7. 事務局

事務局はレジデント担当教官室内におく。

#### 8. 附則

本会会則は昭和58年4月1日より発足する。

## 第2回 筑波大学外科懇話会

昭和58年6月11日(土)

実行委員長 小野 陸

顧問 堀 原一教授

#### 演題

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| 1) 小児気管支異物  | Jr. 2 | 石川 成美 |
| 2) 両側耳下腺腫脹を主訴とした fibrous histiocytoma の一例                                 | Sr. 1 | 松代 彰子 |
| 3) 原因不明の右前腕リンパ浮腫の一例   | Sr. 1 | 軸屋 智昭 |
| 4) メタノール中毒の一例   | Jr. 2 | 野末 瞳  |
| 5) 意識障害の一例 —特殊アミノ酸療法の経験—  | Jr. 2 | 厚美 直孝 |
| 6) 膀胱癌に対する膀胱全摘・照射療法   | Jr. 2 | 小川 功  |
| 7) ロマノワルド症候群の症例検討   | Sr. 2 | 小石沢 正 |
| 8) rat 培養肝細胞における含硫アミノ酸の輸送と代謝  | 院3    | 高田 彰  |
| 9) 右房内トリプルバルーンパンピングによる血行動態の変化   | 院4    | 桜井 淳一 |
| 10) 可溶化された免疫複合体の生体内動態   | 院3    | 高橋 伸穎 |
| 11) 当院におけるサーモグラフィーの現状   | Jr. 2 | 寺田 康  |
| 12) 筋肉皮弁  | C. 2  | 坂井 重信 |
| 13) CUSA を用いた肺部分切除例の検討  | Sr. 2 | 鬼塚 正孝 |
| 14) 外傷性膀胱炎の経時的超音波像  | C. 2  | 小野 陸  |
| 15) 肺癌に対する左房部分切除 7例の検討  | Sr. 2 | 中川 晴夫 |
| 16) 大動脈瘤症例における <sup>111</sup> In-oxine labelled platelet scintigraphy の意義 | Sr. 2 | 榎原 謙  |

## 第3回 筑波大学外科懇話会

昭和59年6月23日(土)

実行委員長 福田 幾夫

顧問 岩崎 洋治教授

#### 演題

- |                              |                                   |       |
|------------------------------|-----------------------------------|-------|
| 1) 子宮広間膜の裂孔に発生した内ヘルニアの一例     | Jr. 2                             | 辻 勝久  |
| 2) 気管腫瘍に対するレーザー療法について        | Sr. 1                             | 石川 成美 |
| 3) 蘇生後脳症に対する持続的頭蓋内圧モニタリングの試み | Sr. 1                             | 小川 功  |
| 4) 解離性大動脈瘤 entry 閉鎖用器具の開発    | Sr. 1                             | 寺田 康  |
| 5) 肺癌術後合併症について               | Sr. 2                             | 村山 史雄 |
| 6) 開心術に於ける輸血後肝炎防止の対策         | —自己保存血液輸血及びセルセーバーを利用した術中術後出血の再利用— |       |

	Sr. 2	湊 直樹
7) AC Bypass 術後高血圧の実験的研究	院 3	山 内 栄五郎
8) 肺動脈外バルーン・パンピング法による右心機能補助の試み	院 1	宮 淳
9) 新生児外科症例の検討	C . 1	越 智 五 平
10) 肺動脈狭窄症術後血行動態の検討	C . 2	福 田 幾 夫
11) キラー誘導における抗原認識と Ia 陽性細胞	院3	岩 崎 秀 生
12) ラット培養肝細胞におけるシスチン輸送系の誘導 —シスチン輸送系の生理的意義—	院 4	高 田 彰
13) 内視鏡的栓塞療法施行食道静脈瘤症例の治療成績	C .	小 林 幸 雄
14) <sup>81m</sup> Kr.SPECT による小脳の機能的血行動態の検討と その神経外科学的意義に関する考察	C . 2	吉 澤 卓
15) 膀胱管合流異常症例における胆道粘膜上皮化生及び 胆道系癌の関係	院 2	Bensallam Khalil

#### 第4回 筑波大学外科懇話会

昭和60年6月8日(土)

実行委員長 越智五平  
顧問 澤口重徳教授

#### 演題

1) 小児肺葉性気腫の一例	J 2	遠藤俊輔
2) 経皮経肝門脈造影像による、内視鏡的食道栓塞療法後再発因子の検討	S 2	近森文夫
3) 新形式カテーテル型人工大動脈弁(Catheter-mounted Aortic Valve: CAV) による左心機能補助	院 2	宮 淳
4) 複雑な臨床症状を呈し、診断が困難であった急性I型解離の治験例	C 1	軸屋智昭
5) CEA 測定により術前に診断し得た甲状腺髓様癌の1例	J 2	渡辺宗章
6) 母趾を用いた手指の再建	S 1	遠藤隆志
7) 混合静脈血酸素飽和度の連続モニターを用いた開心術後管理の実際	S 2	厚美直孝
8) 第1鰓裂性側頸瘻—完全摘出のための1工夫	C 1	池袋賢一
9) 再発をくり返した膝窩動脈瘤の1例	S 1	水原章浩
10) Radial forearm flap	院 2	清澤智晴
11) 膀胱全摘後人工膀胱による血糖調節の試み	S 2	向山潔
12) 重症患者への脂肪投与の意義	C 2	菊地直心夫
13) Co 大量照射後に切除した進行肺癌の1例	S 1	船越尚哉
14) 免疫抑制剤の変異原性	院 2	湯澤賢治
15) 先天性食道閉鎖症治療における進歩	C 2	越智五平
16) 重症患者におけるステロイド大量投与による呼吸循環動態の変動	C 2	鈴木宏昌
17) 賢不全に合併した上皮小体機能亢進症の一治験例	S 1	山部克己
18) 肝硬変合併肝癌における集学的治療について	S 2	足立信也
19) 大腸癌の組織発生—客観的指標を用いた検討—	院 3	渋谷進
20) 気道異物13例の検討	C 2	鬼塚正孝
21) 小児補助循環	C 2	小石沢正

## 第5回 筑波大学外科懇話会

昭和61年6月28日(土)

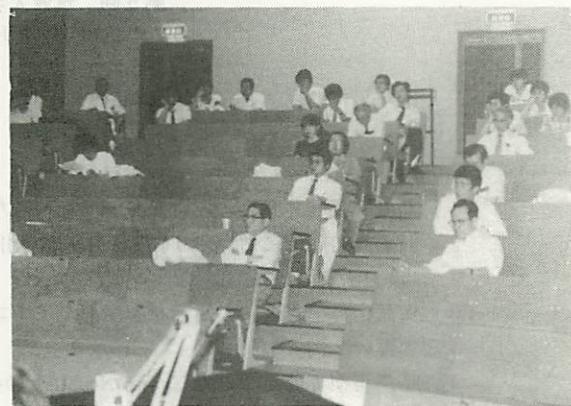
実行委員長 内田彰子  
顧問 添田周吾教授

### 演題

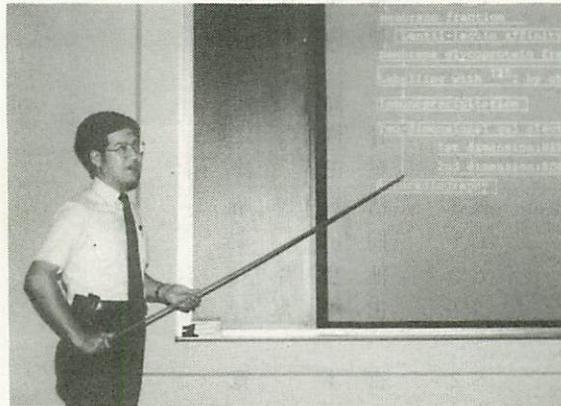
- |  |           |
|--|-----------|
| 1) 弁亀裂及び弁感染にて再々弁置換を行った症例                                 | S 1 重田治   |
| 2) 肝癌肝切除例におけるTMO負荷試験と肝機能検査法との比較検討                        | S 2 辻勝久   |
| 3) 切断指再接着後に禁断症状を呈したアルコール中毒の2例                            | S 2 遠藤隆志  |
| 4) 咳痰集検で発見されたX-ray-Negative肺癌の切除例の検討                     | C 1 小川功   |
| 5) Eosin yellowとアルゴンレーザー光照射によるphotodynamic therapyの実験的検討 | 院4 渋谷進    |
| 6) 外傷性横隔膜損傷の診断と治療  | C 2 軸屋智昭  |
| 7) 肺分画症の手術例の検討   | S 1 神山幸一  |
| 8) 超音波外科用吸引装置(CUSA)を用いた冠状動脈剥離法の検討                        | 院2 中島英洋   |
| 9) 食道静脈瘤症例における急性胃病変の臨床的検討                                | S 2 青柳啓之  |
| 10) 癌性胸膜炎に対する治療法   | S 2 塚田博   |
| 11) 遊離組織移植におけるViabilityの生化学的研究                           | 院3 清沢智晴   |
| 12) 人工臍バイオスチーラによる臍全摘術後管理                                 | C 1 向山潔   |
| 13) 顕微鏡画像の三次元的検討   | C 2 池袋賢一  |
| 14) 副耳下腺腫瘍の1手術治験例  | S 1 田中秀行  |
| 15) 胆道系癌に対する手術と照射併用治療の肝動脈におよぼす影響                         | S 2 宮本寛   |
| 16) モノクローナル抗体で認識されるマウスマテノーマ特異抗原の解析とその転移に対する影響            | 院3 野末睦    |
| 17) 開心術後のICU症候群について検討                                    | C 1 寺田康   |
| 18) 他臓器癌肺転移例の検討  | C 1 森田理一郎 |
| 19) 乳癌根治術後の乳房再建  | C 2 内田彰子  |
| 20) 血管壁透明化による冠状動脈血流パターンの解析                               | J 1 山内栄五郎 |
| 21) 集学的治療により寛解を得た第4期神経芽細胞腫の1例                            | J 2 西嶋由貴子 |
| 22) 咳痰中に腫瘍細胞を認めた悪性胸腺腫の1例                                 | J 2 船越尚哉  |
| 23) 右心不全に対する肺動脈外バルーンパンピングの循環補助効果                         | 院3 宮淳     |
| 24) 肝癌動注療法(TAI)について                                      | C 1 足立信也  |
| 25) 総排泄腔外反症治療中に生じた高張性脱水の1例                               | J 2 中村博史  |
| 26) 水腎症を合併した腹部大動脈瘤に対する1治験例                               | S 2 松下昌之助 |
| 27) HLA Class II抗原系の解析-DR 2抗原-                           | 院3 湯沢賢治   |
| 28) 気管支動脈注入療法  | C 1 石川成美  |
| 29) Endoscopic varicerographyの意義に関する臨床的研究                | C 1 近森文夫  |
| 30) メディカルセンター病院における虚血性心疾患の外科的治療の現況                       | 卒福田幾夫     |



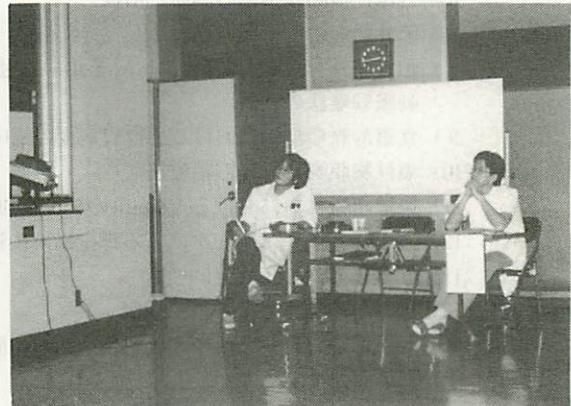
役員会にて来年度主催は呼吸器外科グループに決定した。



忙しい外科スタッフ連も時間差攻撃で顔を出す。



外科系大学院生も発表。  
レベルは高いけど、時間延長は減点ヨ。



「ハッキリ言ってワカンナイナ」  
進行係は各科のチーフレジデント



同僚、先輩の遠慮のない質問が恐ろしい。  
時には珍問も・・・



夜は新入外科レジデント歓迎コンパ。  
お立ち台で顔見せする。

## 中毒センター発足

筑波メディカルセンター病院  
2回生 清野 秀子

財団法人日本中毒情報センターが発足し、筑波と大阪とで1日交代の中毐情報活動をはじめて1ヶ月あまりになりました。筑波は専任スタッフ5人(薬剤師4人、医師1人)と応援スタッフ(薬剤師3人、医師たくさん)で24時間の体制をくみ、電話相談に応じています。9月9日から9月30までの22日間で3114件、1日平均141件の中毒に関する電話相談を受けました。これ以外に中毒と関係のない相談(医療相談・育児相談・シンナー・アルコール・覚醒剤依存症など)が1日20件ほどあるので、実際に対応する電話件数は1日150~170件になっています。電話の80~90%は一般家庭からで残りの10~20%が医療関係者からの問い合わせでした。夜間診療所や救急センターの当直医からの問い合わせが多い傾向にあります。利用してくださる方から“話し中が多いために何回電話してもつながらない”との苦情もきかれています。

情報提供のためのデータベースとしては、まず、活動を開始するにあたって、筑波と大阪とで分担してつくった情報シートのファイルがあります。中毒事故の多い物質について商品名・一般名等で約1000項目、成分・毒性・症状・治療法が記載されているので、6~7割はこのファイルから答えられます。ファイルにないものは、医薬品集、農薬便覧、化学商品、商品大辞典などから、また、直接製造元、発売元に電話をいれて成分を確認し、毒性・症状・治療法を調べて答えています。成分がかわった場合には、その毒性・症状・治療法をはじめ、代謝・文献などまでマイクロメデックス社のポイズンインデックスが大いに役立っています。現在はこれらをすべて手作業で行っているので、ずい分時間がかかることもあります。ある殺虫剤は、商品名・発売元がわかつていて、会社が倒産して成分がわからず、「申しわけありませんがわかりません」と答える他ありませんでした。

また、夜間にディナーサービスの配達の箱にはいっていた保冷剤らしきものを食べたとの問い合わせに手がかかりがまったくなく、翌日そのサービス会社に連絡がつくまでわからなかつた例などもありました。情報シートはほぼ毎日1~2枚ずつ増えていますが、新製品発売とデーター収集との競争の中でいつも一歩遅れているようです。

中毒情報センターのスタッフとして、今中毒情報に関する会社のニーズの大きさを改めて感じると共に、質・量ともに充分な対応ができていない現状であることを痛感させられています。

スタッフ一同、より確かなより迅速な情報をとはりきっておりますので、どうぞ御利用ください。

0298-52-9999 つくば中毒情報センター

## 63年夏 筑波大学東医体主管!

M4 河野 達夫

今年も第29回東医体夏季大会が7/20~8/8の日程で行われ、筑波大学医学専門学群は20部門のうち13部門に出場しました。

今回の東医体で、我が筑波大学医学専門学群は、男子バレーボール、女子バスケットボール、女子陸上の優勝をはじめとして、多くの部門で入賞し、また大会新記録を樹立するなどして、各部門でおおいに活躍し、総合成績で新潟大、自治医大に次いで第3位という好成績を収めました。これは過去最高の成績であり、88年の主管の時には是非総合優勝を、と各クラブ意気込んでおります。

さて、その東医体主管ですが、いよいよ2年後にせまってきたました。

我々東医体主管準備委員会は、今年1年間、内部組織の充実、体育会本部との相談、会場調査・交渉をはじめとして、今年主管の独協医大に話しを聞きに行くなど、M2(12回生)を中心として活発な活動を行ってきました。さらに、今年度中に運営委員会室の設置、趣意書の作成、各方面へのPRなどを予定しています。

また、各クラブ単位でも、部門別責任者(実行委員長)の決定、これまでの大会の運営調査、予算案作成準備、クラブ内部の意識の啓蒙などを行い、部員個人個人の意識レベルも高まって来ました。

東医体主管に向けての準備は、もうすでに動き出しています。

しかし、我が学群は、国立大学であること、創立もない新設校であることなどから、種々の困難が予測されています。私達は、M1からM6まで一丸となって、これらの困難に対処しています。OB・OGの方々にも、是非とも御協力をお願い申し上げます。

まだまだ拙い私達で、何かと御不満などおありでしょうが、今後とも御指導、御鞭撻のほど、よろしくお願ひ申し上げます。

筑波大学医学専門学群  
第29回東医体夏季大会成績報告

総合成績	三位(35校中)	決勝トーナメント
剣道	予選リーグ	一回戦 筑波 2-0 新潟
	筑波 6-0 山梨	二回戦 筑波 2-0 弘前
	筑波 0-5 弘前	準決勝 筑波 2-0 日医
	筑波 4-0 順天	決勝 筑波 2-1 旭川
	リーグ2位	MVP 木村 哲
	決勝トーナメント	スパイク賞 坂根正孝
	筑波 2-3 慶恵	サーブ賞 熊切 寛
硬式庭球(男)	一回戦 筑波 3-4 新潟	ベスト6 坂根正孝
(女)	二回戦 筑波 1-2 帝京	全医体 1位
ゴルフ	25位	一回戦 シード
準硬式野球	一回戦 筑波 3-0 東医	準決勝 筑波 2-1 佐賀
	二回戦 筑波 7-1 山梨	決勝 筑波 2-1 熊本
	三回戦 筑波 2-3 自治	MVP 坂根正孝
水泳(男)	総合7位	スパイク賞 河合伸念
	個人 50m自由型	(女) 3位
	1位 金岡恒司 26"13(大会新)	予選リーグ 筑波 2-0 信州
(女)	総合4位	筑波 2-0 山形
卓球(男)	10位	筑波 2-1 東邦
(女)	10位	決勝トーナメント
軟式庭球(男)	3位	準々決勝 筑波 2-0 杏林
	予選リーグ 5勝0敗 1位	準決勝 筑波 0-2 女医
	準決勝リーグ 2勝2敗 2位	三位決定戦 筑波 2-0 新潟
	三位決定戦 筑波 3-2 信州	スパイク賞 櫻庭みち子
	全医体9位	ハンドボール 3位
(女)	未提出	予選リーグ 筑波 24-17 杏林
バスケット(男)	一回戦 筑波 77-55 北大	筑波 20-13 北里
	二回戦 筑波 53-51 旭川	決勝トーナメント
	三回戦 筑波 63-74 日大	準決勝 筑波 11-25 自治
(女)	1位(二連覇)	三位決定戦 筑波 20-17 北大
	一回戦 筑波 60-46 山形	優秀選手賞 南木敏宏
	二回戦 筑波 49-45 信州	ヨット 未提出
	準決勝 筑波 58-56 新潟	陸上(男) 総合3位
	決勝 筑波 44-36 聖マ	トラック 3位
バドミントン(男)	一回戦 筑波 1-3 独協	個人 100M 1位 向井直樹 10"95
(女)	一回戦 筑波 2-0 帝京	200M 1位 向井直樹 22"33
	二回戦 筑波 0-2 慶恵	4×100MR 1位 43"32
バレーボール(男)	1位	(女) 総合1位
	予選リーグ	個人 200M 1位 山本陽美 28"49
	筑波 2-0 慶應	4×100MR 1位 55"09
	筑波 2-0 帝京	砲丸投げ 1位 山本陽美
	筑波 2-0 千葉	8m26

## 1986年度版 桐医会名簿のおわびと訂正・変更

先日発行致しました1986年度版桐医会名簿に対しまして下記の様な御指摘を頂きました。つきましては訂正事項を記載すると併に、ここに謹んでおわび申し上げます。又、変更の御葉書も多数頂いておりますので、併せてここに記載します。(敬称略)

### 【名譽会員】

小島 瑞 tel. 0292-54-5860

小宮正文 〒319-17 茨城市大津町北町45  
tel. 0293-46-1121

### 【教官】

#### 基礎医学系

(教授) 中井準之助 解剖学 転出されています。

#### 臨床医学系

(教授) 中西孝雄 神経内科 副学長を兼任されています。

### 【正会員】

#### 第1回生(昭和55年3月卒業)

飯泉達夫 (現) 〒173 東京都板橋区板橋3-5-14  
松下マンション 302

宇野明彦 (現) 〒419-01 静岡県田方郡函南町上沢134  
tel. 05597-9-0323

笠原国武 tel. 0292-72-5111

白石裕比湖 (現) 〒329-04 栃木県河内郡南河内町薬師寺  
3311-158-18-3  
tel. 0285-44-6978

(勤) 自治医科大学附属病院小児科

西本喜胤 (現) 〒235 神奈川県横浜市磯子区汐見台  
1-5-2505-522

宮川俊平 (現) 〒305 茨城県筑波郡谷田部町松代  
3-312-104 tel. 0298-52-8248

(勤) 筑波大学臨床医学系 講師

#### 第2回生(昭和56年3月卒業)

内田義之 (勤) 筑波学園病院  
〒305 茨城県筑波郡谷田部町上横場  
2573 tel. 02975-4-1355

沖信雅之 (現) 〒106 東京都港区南麻布4-11-35-101  
tel. 03-440-4101

(勤) 平田肛門科医院肛門外科

〒107 東京都港区南青山5-15-1  
tel. 03-400-3865

加藤龍一 (勤) 聖路加国際病院 整形外科

鈴木恵子 (現) 〒320 栃木県宇都宮市陽南4-9-2

県宿舎8号棟

tel. 0286-59-0683

(勤) 栃木県立ガンセンター研究検査部病理

〒320 栃木県宇都宮市陽南4-9-13

tel. 0286-58-5151 内3232

角田 肇 (勤) 筑波学園病院 産婦人科

〒305 茨城県筑波郡谷田部町上横場2573

tel. 02975-4-1355

長浜 繁 (現) 〒904-22 沖縄県具志川市安慶名205

tel. 0989-72-3373

前田 岳 (現) 〒317 茨城県日立市会瀬町4-8-20-461

tel. 0294-35-3238

(勤) 日立総合病院 内科

〒317 茨城県日立市城南町2-1-1

tel. 0294-23-1111

山内 宏 (現) 〒319-17 茨城県北茨城市関南町里根川  
15-3

(勤) 北茨城市立病院

#### 第3回生(昭和57年3月卒業)

雨海照祥 (現) 〒340 埼玉県草加市神明2-7-10

tel. 0489-31-2346

江口 清 (勤) 東京都老人医療センター リハビリテーション部

大久保理恵(現) 〒251 神奈川県藤沢市鵠沼松ヶ丘  
2-6-22

小川 功 (現) 〒306-04 茨城県猿島郡境町松岡町2132  
tel. 0280-86-6403

(勤) 猿島協同病院 外科

〒306-04 茨城県猿島郡境町2190

tel. 0280-87-8111

斎藤正博 (現) 〒300-45 茨城県真壁郡大字吉田140  
tel. 0296-52-1921

(勤) 筑波大学附属病院 産婦人科

佐藤真一郎(勤) 科学技術庁放射線医学総合研究所  
臨床研究部

〒260 千葉県千葉市穴川4-9-1

tel. 0472-51-2111(内)217-396

福内恵子 (現) 〒164 東京都中野区上高田4-16-9  
tel. 03-386-4750

(勤) 墨田区本所保健所

〒130 東京都墨田区東駒形1-6-4

tel. 03-622-9137

堀米仁志 (現) 〒305 茨城県筑波郡谷田部町観音台  
1-16-12 テラスハウスA-201

tel. 02975-4-3805

湯沢賢治 (現) 〒305 茨城県新治郡桜村竹園3-107-503

tel. 0298-51-1896

#### 第4回生(昭和58年3月卒業)

嶋田和人 (勤) 筑波大学 DC 医学研究科 生理系

武井一夫 (現) 〒311-41 茨城県水戸市双葉台2-16-1

tel. 0292-51-3455

(勤) 水戸済生会総合病院 眼科

〒310 茨城県水戸市末広町1-1-8

対島健祐 (現) 〒248 神奈川県鎌倉市西鎌倉4-11-21

(勤) 公立昭和病院

〒187 東京都小平市天神町2-450

tel. 0424-61-0052

堀米ゆみ (現) 〒305 茨城県筑波郡谷田部町観音台

1-16-12 テラスハウスA-201

tel. 02975-4-3805

山木万里郎(勤) 自治医科大学附属病院 循環器内科

#### 第5回生(昭和59年3月卒業)

川上 康 (現) 〒305 茨城県新治郡桜村竹園1-6-2

つくばさくら団地903-301

tel. 0298-52-0468

小松洋治 (現) 〒316 茨城県日立市多賀町5-4-3

シャトー多賀505

(勤) 秦病院 脳神経外科

〒316 茨城県日立市鮎川2-8-16

関根康生 (現) 〒311-41 茨城県水戸市赤塚1-1978-13

タイコウマンション405

(勤) 水戸済生会総合病院

〒310 茨城県水戸市末広町1-1-8

(昭和62年7月迄)

#### 第6回生(昭和60年3月卒業)

梅田珠実 (現) 〒156 東京都世田谷区経堂1-19-7

セントラル経堂802

tel. 03-426-6119

(勤) 厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課

〒162 東京都新宿区市谷本村町7-3

tel. 03-260-3181 (内)291

西嶋由貴子(現) 〒305 茨城県新治郡桜村竹園1-8-14

906-410

tel. 0298-51-6257

原 由美 (現) 〒173 東京都板橋区加賀1-10-14

グリーンプラザ加賀807

tel. 03-579-1347

#### 第7回生(昭和61年3月卒業)

牧 真一 (現) 〒270-01 千葉県流山市松ヶ丘4-520-

204 あづま荘 2号室

tel. 0471-44-5495

なお、P.108～P.111のRJ1の住所が、学生時代のままになっておりますので、御面倒とは存じますが、P.41～P.46の第7回生の欄を御参照下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。

#### 人事異動(S. 61. 6. 16～9. 30)

年月日	氏名	臨基 社	辞職又は 採用	
61. 6. 16	筒井 達夫	臨講	辞	北茨城市立病院へ
夕	橋本 公昭	臨講	採	大阪大学医学部から
61. 7. 1	永瀬 宗重	臨講	採	筑波学園病院から
夕	福林 徹	臨講	昇任	講師→助教授
61. 7. 16	松本 雄二郎	臨講	採	水戸済生会総合病院から
61. 8. 1	本郷 利憲	基督教	転任	東京大学医学部へ
夕	川上 晋一郎	臨講	転任	岡山大学医学部へ
61. 8. 16	小松 義成	臨講	採	柏水会初石病院から
61. 9. 1	井島 宏	臨講	採	北茨城市立病院から

編集責任者 湯沢 賢治(3回生)

Staff 飯沼 佐和子(M5)

有園 さおり(M4)

Sketto 三橋 彰一(M5)

桐医会会報 第17号

発行日 1986年11月10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