



桐医会会報

1991. 5. 18 No. 28



今号は、2号分の合併号として大きなシンポジウムや対談を多く掲載することとなった。各催しの中身は参加者の本音で語られているため、会員の皆さんの興味を強くひくものと思われる。どうか今号はじっくり読んでいただきたい。尚、第11回桐医会総会のおしらせも掲載してあるのでお見逃しなく。

主な目次

・総会1部記事	1	・学群だより	33
・プロローグ記事	3	・名簿訂正	34
・総会2部記事	15	・賛助会員	35
・3回生同窓会報告	22	・第11回総会に向けて	35
・Reunion in Boston	23	・計報	35
・ロンドン留学記	28	・編集後記	35
・秋貞雅祥教授最終講義	31		

第10回桐医会総会議事報告

事務局長 湯沢賢治(3回生)

第10回桐医会総会は1990年5月26日、筑波大学臨床講堂Cにおいて開催され、報告、承認、議決された事項は次の通りである。

○平成元年度事業報告

平成元年度事業報告は「表1」のごとく副会長海老原次男氏より報告された。

○平成元年度決算報告

平成元年度決算報告は「表2」のごとく会計岩崎まり子氏(代理:評議委員厚美直孝氏)より報告され、監査の結果、問題なしとのことが監事宮川創平氏より報告された。

○役員選出

昨年度選出された各役員は任期2年のため継続し、第11回卒業生より評議委員を選出した。出席者全員の賛成により、次の2名が評議委員として選出された。

第11回生評議委員

中村 靖司

西村 秋生

○平成2年度事業計画

平成2年度事業計画は「表3」のごとく副会長海老原次男氏より報告され、承認された。

○平成2年度予算

平成2年度予算は「表4」のごとく会計岩崎まり子氏(代理:評議委員厚美直孝氏)より報告され、承認された。

以上です。

(表1) 平成元年度事業報告

平成元年

4月	第1回定例役員会
5月	第2回定例役員会
5月27日	第9回桐医会総会開催
6月	第3回定例役員会
7月	「10回生から後輩諸君へ」発行
9月	第4回定例役員会
	平成元年度桐医会名簿発行
10月	第5回定例役員会
11月	第6回定例役員会
12月	第7回定例役員会
12月27日	桐医会会報第26号発行
平成2年	

1月	第8回定例役員会
2月	第9回定例役員会
3月	第10回定例役員会
3月23日	第11回生桐医会加入(94名)

表2 平成元年度決算報告

収入

	予 算	決 算
前年度繰越金	510 525	510 525
桐医会会費	2 880 000	2 370 000
賛助会費	300 000	183 000
広告代	1 200 000	1 240 000
名簿売り上げ	250 000	192 600
保険金手数料	100 000	150 240
預金利子	1 000	3 020
合 計	5 241 525	4 649 385

支出

	予 算	決 算
総会費	500 000	112 009
事務局運営費	200 000	148 439
広報発行費	1 200 000	443 463
名簿発行費	1 700 000	1 347 034
通信費	400 000	428 667
消耗品費	100 000	15 632
備品購入費	500 000	65 610
事務費	200 000	43 237
書籍購入費	40 000	4 208
涉外費	60 000	107 600
慶弔費	40 000	52 016
積立金	300 000	300 000
予備費	1 525	0
繰越金	0	1 571 470
合 計	5 241 525	4 649 385

平成2年4月10日

桐医会会长 山口 高史 ㊞

監事 宮川 創平 ㊞

監事 長谷川鎮雄 ㊞

(表3)平成2年度事業計画

支出

平成2年

4月	第1回定例役員会
5月	第2回定例役員会 桐医会会報第27号発行
5月26日	第10回桐医会総会開催
6月	第3回定例役員会
7月	第4回定例役員会 「11回生から後輩諸君へ」発行 平成2年度桐医会名簿発行
9月	第5回定例役員会 桐医会会報第28号発行
10月	第6回定例役員会
11月	第7回定例役員会
12月	第8回定例役員会 桐医会会報第29号発行
平成3年	
1月	第9回定例役員会
2月	第10回定例役員会
3月	桐医会会報第30号発行
3月25日	第12回生桐医会加入

		予 算
総 務	会 費	150 000
事 務	局 運 営 費	200 000
広 報	発 行 費	1 000 000
名 簿	発 行 費	2 000 000
通 信	費	500 000
消 耗 品	品 費	17 000
備 品	購 入 費	70 000
事 務	務 費	50 000
書 籍	購 入 費	10 000
涉 慶	外 費	120 000
積 立	金 費	50 000
予 繰	備 費	300 000
	越 費	2 069 470
合		6 536 470

表4 平成2年度予算

収入

		予 算
前 年 度	繰 越 金	1 571 470
桐 医 会	会 費	3 162 000
賛 助 会	会 費	250 000
広 告	代 代	1 200 000
名 簿	売 り 上 げ	200 000
保 険	金 手 数 料	150 000
預 金	利 子	3 000
合	計	6 536 470

桐医会総会プロローグ

司会	吉田 毎子	M 4
挨拶	青木 泰子	1回生 リ・ア内科講師
講演	内田 彰子	2回生 筑波記念病院形成外科
	今 結賀	8回生 筑波大病院放射線科
		RS 2
	文 由美	10回生 筑波大病院外科
		RJ 2

吉田：皆さんこんにちは。今日はようこそこのうららかな午後のひとときに、すばらしい先生方と過ごすこのチャンスに来て頂いてありがとうございます。私はこの「卒業生に聞く」という学生の部の進行を勤めさせて頂きますM 4の吉田といいます。私は、Dr.花子たち研究班の一員でもあります。これは学生達の間でできている女医さん達の事をもっと知りたいという集まりなのですが、今回その学生班が桐医会の全面的なバックアップのもとにこの様な会を持てまして本当に嬉しく思っております。まず始めに第2部の座談会の司会もなさいます青木泰子先生の方に挨拶をお願いしたいと思います。先生お願いします。

青木：本日はお天気のよい土曜日にもかかわらず、お忙しい所をお集まり頂きましてまことにありがとうございます。今回の企画は私が自分が積極的にというよりも、こちらの吉田さんを中心とする学生さんのグループが非常に積極的に動きまして、私達はむしろそれに引きずられてしまうがないから手伝うかというのが本音なんですけれども、どうしてそれが本音かという事を申しますと、そもそも何で私がここに引っ張り出されてきたかと申しますと、今からいうと1年位前に学群長の堀先生のご命令を受けまして眼科の本村教授を中心として女子医学生の卒後の実態調査というワーキンググループが学群の中にできまして、私達は卒業生としてそのお手伝いをさせて頂いております。そういう事でアンケートを皆さんにお願いしたりして実態を知る機会が比較的多いという事で、今回桐医会の山口会長から目を付けられまして、こういう事をやれという事で命令に従わざるを得ない格好になったんですけども、その電話を受けました時にやはり些かワーキンググループの仕事をお引受けする事になった時も同じなのですが、些かの抵抗がありました。その抵抗というのは、私達の世代というのは本村教授の様なもっと私達に

先行する世代の方は男女の差別も色々あったありますように、色々前例がないという事で様々な困難を乗り越えられたと思うのですが、私自信はおめでたいせいもあるのか、それとも本当に上司に恵まれたのか、女性であるという事のために差別を受けた事という覚えがほとんどないまま卒業後10年を過ごして自分の好きな仕事をさせて頂いてきました。これは幸いにしてか不幸にしてか、もらってくれる人がいませんでしたので、未だに独身で子供を育てる苦労もしておりますので、そういう意味でのハンディというのを感じた事もなく、従ってそういう苦労を全くしていない、そこにいらっしゃる内田先生の様なご苦労を全くしていないという事で適任ではないと思いました。あと、まるっきり差別を受けないで十分な事を皆さんにして頂いた者が、今、女性医師という問題を取り扱うというのは、非常に不適当であると、その意味でハンディを感じたり差別をされた覚えがないのに何で女医と女子医学生という問題を取りあげねばならないのだろうという事で大きい抵抗がございました。彼女達が来て色々話しをしているうちに、またある意味で私達は私達の先輩、非常に苦労された方と違って、非常に幸せな教育を受けて幸せな仕事をさせてもらったと思っているんですけれども、今まで女子学生が3割を越えるという現状の中ではまた新しい困難、それから私は家庭を持ちませんでしたので苦労はございませんでしたけれども、やはり2人3人と子供を抱えた方の中には、差別がないとか、同様に仕事をするべきであるというのはあくまで建前であって本音の部分ではかなり困難があるという方もたくさんあったわけです。それからやはり女子学生が3割4割という事になりますと例えば今まで10人の研修医の中で、女医さんが1人であれば産休を取っても、育児休暇を取っても、全体の戦力にあまり影響がないという事で許されるという場面が、今度はみんなが一齊に1人ずつ休むと常に誰かが休んでいるとこれは困るという問題が生じて来る可能性があります。そういう中で、例えばそこにいらっしゃる堀先生もご心配だと思いますが、外科が女性に不向きだという事になりますと、今まで100人の内90人が男子学生であれば、学生を選ぶ事にあまり問題がなくとも、それが60になると、やはりその中に女性は初めてから来て欲しくないという事になりますと、人材の上で今までに比べるとやはり不利になります。従って女子学生が全体の1割以下であった時代から3割から4割になった時代にはまた本音の部分でかなり実状と対策に異なる部分があるんじゃないかという事

が考えられます。あと社会の方の状勢にも大きな変化がありまして、1つは日本人は働きすぎてると言われ、余暇をもっと活用すべきだという時代がきているわけです。その中でどうして医者だけが月火水木金金で24時間戦えますかという形で働くというのもまたおかしいわけで、この時代に応じた働き方、それでもやはり人の命を預かるわけですからぴったりと皆さんが5時でお帰りになるというわけにはいかないんですけれども、全体としては労働力は以前に比べて余っているという状況の中でどういう働き方をしたらいいかという事を考えなければいけない時代にきています。それからもう1つは、平均寿命の伸びと高齢化社会です。まず学校を卒業してから働ける年数が前に比べて格段に伸びております。その中である時期、例えば子育て、家庭に入るという事があっても全体の中で自分のライフサイクルを考えるとそれに応じた働き方があるはずです。あと患者さんの方も高齢者が増えてそれに応じた介護とか慢性疾患を看護する、看取るという面が社会の変化として出てきております。こういうすべての変化を考えた上で、今実際にフレッシュな経験をなさっている先生からお話を聞けばまたさらに私達の大先輩から聞いた話とまた異なる所があろうかという事で今日は皆さんにこういう企画を立てて頂きました。思う存分に本音を聞かせて頂きたいという風に考えております。ご挨拶はここまでに致します。

吉田：青木先生ありがとうございました。では早速講演の方に移りたいのですけれども、その前に皆さんのお手元に渡っております質問メモのお話なんですけれども、これは3人の先生方のお話の後に質問コーナーを20分ほど設けておりますので、そこで皆さんが質問したい事を講演の間お忘れにならない様にメモにでも使って頂けたらと思って配布しておりますのでご利用下さい。それではこここの卒業生の2回生でいらっしゃいまして、ただ今筑波記念病院形成外科にお勤めの内田彰子先生にお話をお願ひします。あの、少々ご経験といいますか、まずレジデント6年間をここで外科系で6年間過ごされて、それからアメリカに2年間行っておられました。それでただ今帰国して1年くらいという事です。お子さんが2人いらっしゃいまして、男の子と女の子、6歳と2歳のお子さんがいらっしゃいます。それで趣味はなんとトライアスロンでございまして、4月15日の大会の方でも完走されたそうです。では先生よろしくお願ひします。

内田：2回生の内田と申します。私も2回生として入った時は女性が8人、100人中8人という事で、よりどりみどりという感じだったんですけども、その頃からどんどん増え続けて、私もレジデントをやっている間に女子医学生いや女性医師ですか、それがどういう風になっていくのか非常に不安になりました。一度病院長の方へ保育所を作るとかそういう話も含めて考えた方がいいんじゃないかなという事を言って、保育所の見取図まで描いた記憶があります。けれども、すぐには難しいという事で、ちょうどアメリカへ行くという話がありました。後輩に託した様な形になっていましたが、未だ何もできていない様です。それからやっぱり女性が何人か集まると、各人各様なのでそんな事は全然必要ないとおっしゃる方もいて、ちょっとそういう所も私が1人でございました。自然の流れのままにしてもらおうかと思って、私が1人で解決していくものはしていってという風に、ちょっと投げ出しちゃった様な形になったんですけども、そういう事がございました。まず私は非常に楽天的な性格なので、失敗した事とか困っていじめられた様な事とか、あの時に結婚するんじゃなかったとかもう少し後で子供を産めば良かったとか、そういう様な反省という事になりますと、全く私本当にすべて良い方に解釈しちゃうものですから、そういうこうした方がいいんじゃないかなとかそういうのが言えないんですね。それでただ私が何か言ったからといって皆さんが一齊に3年目に、レジデントになって3年目に結婚してそれまで待ってたら誰かに逃げられちゃったとかね、そういう事があっても困りますし、まあ私がこういう風にしてきたというだけのお話で聞いて頂きたいんです。個人的な話は後で遊びに来て頂いて話したいと思います。本当に女性という事で青木先生もおっしゃったんですけども非常に困った事っていうのがレジデントの間は特になかったです。得する事の方が多かった様な気がします。私は外科という事で入れてもらって2年間はローテートで堀先生の所にもお世話になりましたいろんな所に回らせてもらって、本当に後々すごく良かった。広い人間関係っていうかね、まあ私はちょっと研究の方には結びつけられなかったんですけども、やっぱり後々どの病院でやるにしても医局とかそういうもので喧嘩したり人間関係が悪くなったりすると後でしまったという事になります。応援してもらう時とか学会に行く時とか、そういう時でも各科で協力して穴を埋めてくれたりとか、すごくそういう点、もちろん診療の面でもそうですけれども、本

当に人間関係が大事であるという感じがして、レジデントで外科に入れてもらって3年目に好きなものを選ぶという事で形成外科を選びました。形成外科を選んだのはやはり外科、この頃は何かメジャーな外科に行く方が少なくなったとお聞きしたんですけれども、もちろん一生メジャーな外科でいくというのも面白いと思ったんですが、色々な臓器を扱えて、形成外科だったらいろんな臓器、まあ心臓外科だったら心臓ですけれども、頭から足の先までいろんなものを扱える。それから、先天奇形も扱える。がんも扱える。あと美容なんかちょっと入ってますけれども、あと非常に手先の器用である証明みたいなんですけれども、マイクロサージャリーみたいなものができると、いろんな応用ができる、私も移り気なものですからいろいろなものができるというのに非常に興味ありまして、形成を選んで、その仕事量としましてはフィックスしてからかなり寝る時間も随分増えましたし、そういう点ではすごく楽になったという事は楽になりましたけれども、メジャーな外科で今回っておられる方がどの位寝ておられるかちょっと解らないのですけれども、最初私達が外科を回っておりました時には、大体最初1、2年の時には朝4時位までは病棟を走り回っていて、それで後6時位までの間看護婦さんの詰所で横になっていたりとかそういった生活でしたのでもうかなり楽になって、他に何もする事ないからしょうがないから子供でも産もうかといった感じで子供産んだり、それから色々テンション高まっていた状態でしたのでいろんな事ができたっていう感じがしました。最初2年間の間、たまたま結婚しなくてちょっと待っていたわけなんですけれども、その間にやっぱり子供産んだりとかそういう事をしていたらそういう風に高まらなかった様な気もしますけれども、その最初の間に教えてもらえる時に身体とかそういうのをいじめて、いっぱいやったという事がなくて、結婚する時期といういつ頃できるのかという問題点が1つありましたけれども、まあ結婚はいつでもなさって下さい。結婚はいいんですけども、心配なくいろんな愚痴を語り合えるというのはやっぱり旦那さんになれば色々言い合えるわけですからすごくストレスも解消すると思いますけれども、やはり結婚するとすぐ子供ができちゃうんですね。私もすぐに子供ができちゃいまして、結構2年位までは抱えてうろうろしてましたから、そういう点を考えるとやっぱり結婚はいつからできるのかと言われても、結論としては3年目位から大学にいる間に1人、まあ高齢出産とかそういう話もありますので、最初

1人位産んだいた方がいいかなとまあそこらへんはそんな感じです。あと各科による勤務体制の違いつていうんですけども、ちょっと最近の他の科も解らないのでちょっと、まあ大体ずっとやっていくわけですからその病院になくてはならない存在にならないと本当に女の人の場合には、誰でもいいって事にならたらちょっと何だか妊娠して具合い悪くなつて半年位いない間にもういらないって事になっちゃつたりとか、そういう事に成りかねない、例えば、例えばの話ですけれども、3人4人いる様な科であれば仕事もほっぽっておいても穴は空かないでしょうけれども、自分が是非ともその病院で必要であるというそういう位置にならないと思うんですね。だからやっぱりスペシャリティー、その人じゃないとできない、まあ緊急性があるかどうかという意味は別として、緊急性はなくてもいいですけど、本当に1人での先生じゃなくちゃできないという様なものを選ぶのも1つ女性の医師にいいんじゃないかなあと思います。多少のわがままも利きます。私も記念病院で好き勝手な事をさせてもらっているんですけども、やはり指を落としたりとかすれば必ず私を呼び出してくれるという様な、何て言うんですか、まあ希少価値というか、その病院の存在価値というのがすごい大事だなあと思います。あとは、育児家庭生活なんですが、子供、最初はチーフレジデントの時に1人産みました。それからやはりもう1人は欲しいなと思っていたんですけども、たまたまアメリカへ行く話がありまして、卒業してすぐ他の病院へやられて1人でやるっていう時になつたら子供を産んでたりする暇もなくなるし、入った途端にお腹大きくなつてまた1年みっともない姿を晒すものと思ってました所、ちょうどたまたまアメリカへ行く話があって、じゃあちょうどいいからあっちで上が女だったから下は男で、絶対あっちへ行つたら男の子を産んで来ますとみんなに宣言しました。行ってその月に妊娠しましてそれで男の子を産んで来ました。それから向こうに行つたらトライアスロンも向こうが本場なので絶対に出る。1年目は行ってすぐに妊娠しちゃったんで取りやめたんですけども、2年目に出て、産んで5ヶ月だったんですけども、何とか出て完走しました。それから向こうでもちろん仕事とかやりましたけれども、それも日本ではやれなかった、大学病院ではできなかつた美容の方もできるだけ見て、非常にプラスになったと思います。やっぱりアメリカとかの海外留学をされると、旦那様は必死になってやつれて帰つて来るけど、奥さん達は楽しい楽しいもう1年いたかったという感

じで過ごされる方が多いらしいんですけど私もそうでもう本当に楽しくて、1つは女医さんだけでなく主婦の生活っていうか、何て言うんですか近所づきあいとかね、いろんな地方から集まった方達の話を聞いて、料理教わったりとか、料理だの裁縫だのいろんな行事に加わったり、そういう生活も体験できたのでちょうど良かったなと思っています。本当私が喋っている事はみんな楽しかったなという話ばかりで申し訳ないんですけども、留学なんかもあるがまま受け入れていくっていうのもいいと思うんですね。大学卒業する位までは大体こう親が決めた道とか自分がこうして行くんだって事がみんな大体同じだと思うんですけど、卒業したらいろんな道があって、卒業してじゃあこういう道へ行こうかと思ったらまた次に子供が生まれて、あっちの病院へ行ってああいう風にいってと、いろんな転換期があると思うんですけども、そういうのもまあ本気になる様になるというか、自分でベストを尽くして行けば何でもできるという感じがしました。私のトライアスロンの仲間のやはり夫婦でお医者さんされている方がいらっしゃるんですけども、その女医さんの方ですけども、その方は40幾つかの方ですね、今年娘さんが医学部入られて、「どうですか勉強してますか」なんて聞いたら、「それがしてるんですよ勉強」なんて言いますね。もう入ったら今まで苦しかったからもう遊ぼうなんていうのが普通の考え方でも、その娘さんが言うには、「ママの事見てたらね、いつまでも年取ってからでも十分いっぱい遊べる楽しめるんだって事解ったからとにかく大学入ったら一生懸命勉強するんだ」って言うっていうか、本当にびっくりしちゃってね、子供はそういう風に一生懸命やっていれば見てるし、すごいなあと思って。私は子供が来年小学校へ入るんですけども、卒業してからのまた1つの大きい壁でね、小学校入ったら通知表を持って来るだろうから、そこでまた親は何してたかの1つの評価が現われてしまうんですね。それをすごく恐れているんですけども、本気になる様にしかならないやって事で、自分で一生懸命やればある程度は行くだろうっていう感じで、後10年位してこういう席に立ったら、反省点っていうので言っているかも知れませんけども、そんな所でやっております。あとはもう最後んですけど、やっぱり仕事それから家庭っていうそこはいいんですね。だけど、仕事が例えば行き詰った時とか家庭が何か行き詰った時なんか、1つ逃げ場がないとちょっと、まあ旦那さんになる人もそうでしょうけど、やっぱり3つ位こう、トライアスロンですけども、仕事、家

庭、趣味っていうか、大体同じ位の比重で非常に打ち込める様な、それから趣味があるとそこから全然違う人間関係ができるすごく楽しいんですね。そういうのも後々、もうちょっと後ですけどもやって視野を、どうしても女はなんていう言い方してはいけないけども、視野が狭くなりがちでね、仕事がこの病院本当にやり易いのよってのんべんだらりやるのじゃなくって、やっぱりどんどんどんどん視野を広げる様な形で楽しめるといいと思います。

吉田：内田先生どうもありがとうございました。次は今結賀先生にお願いします。8回生でいらっしゃいまして、ただ今筑波大病院の放射線科のシニアレジデント2年目でいらっしゃいます。先生お願いします。

今：こんにちは。何か話す事を考えてこようと思ったんですけども、色々時間に追われてまして今も走ってここまで来たんですが、3つ位話したいなって思ってる事があって、その事だけは一応なんとなく考えて来たのでその事を話したいと思います。私も学生時代は随分暢気に暮らしてまして、今考えると朝は何時位に起きたのかなあという感じで、なんとなく授業に出て、授業が終わってクラブをやったりとか、今思うと随分自由な生活をしていたと思います。で、時々リーベンなんかに行ってご飯を食べていると、今学生さん達はこうやってお昼休み歩きながら何を考えているのかなってよく同級生なんかと話すんですが、医師になってからの大体の日々の生活は、朝起きて、病院に来て、仕事して仕事して仕事して、まあ早く帰れて9時位に帰って、遅い日だと帰って寝るのがやっとという位の時間に帰っている様な生活を、今4年目なんですけれども、3年間は大体続けてきました。そういう生活になってすごく思う事は、自分はやっぱり欲張りなんだなってすごく思います。たぶんまあ皆さんも医学部に入った時はそんなに仕事の内容とか、それからどういう責任があるのかとか、そういう事まではおそらく考えて医学部に入っていらっしゃらないと思うんですけども、私も同じで医者っていう職業をすごく外から見て憧れたりなりたいと思ったりして医学部に入ったんですけど、実際に医者になってみると、1つの事が解るとその原因がもっと知りたくなって、それからそれが解るともっとその前にある事が知りたくなってという様な感じで、実際に大学6年間で学んだのは勉強の仕方っていう様な所はあると思うんですけども、医者になってからの方が遥かに勉強しなきゃいけないんじゃないかなっていうのが今の実

感です。それで毎日そうやって過ごしていて1つ思う事は、先ほど内田先生もおっしゃっていたんですけれども、とにかく仕事に追われたり毎日を暮らす事に追われてしまって、振り返ってみるとあっという間に1年が終っちゃったっていう様な事が3年間続いてきて、今4年目になって自分がどんな仕事をしているのかってのがやっと初めて解ってきて、そうなってくると1年1年自分なりに何がやりたいかとか、まあそんなに大きな事じゃなくてもいいと思うんですけども、考えてやったらいいいんじゃないかなあというのが実感です。あとは2つ目の事になるんですけども、4年目になって大体同級生で筑波大学の方に就職した女性の方はみんな大体半分位結婚してきました。皆さんの生活を、私は今度10月に結婚するんですけども、そういう友人の生活を見てると、内田先生はご主人と一緒にアメリカの方にいらしたみたいですねけれども、離ればなれに、その単身赴任って言うとおかしいですねけれども、両方が離ればなれに仕事をしているという方が半数以上います。さらに子供が産まれたりして、子供は実家に預けて自分は大学で働いて旦那さんは外の病院で働くというケースもありますし、なかなか家族が揃って暮らせるって事が少ないんじゃないかなと思います。実際に揃って暮らしても、一緒に過ごせる時間というのは本当に少ないと私は思いますし、お子さんなんかでも産まれて、この前産まれた同級生は2カ月で保育所に預けました。朝の8時から夜9時まで預けているそうです。両方とも同級生なものですから夫婦揃って働いているんですが、彼女なんかが言うにはね、今はすごく可愛そうだと思うけれども、内田先生もおっしゃっていたんですねけれども、いつか子供が自分を見てしっかり働いているんだなあとというのが解ってくれればいいかなあ位で、気楽な気持ちで預けているって言っていました。ですから結婚して子供を産んでという様な事を考える時も、私も楽天家なですから、明日の生活がどうなるかなんて考えていなくて、自分が1人じゃなくなってるこれで旦那さんが加わったらどうなるのかな。例えば11時12時に自分が帰る様な生活が続いたらどうなるのかなあっていう疑問はありますけれども、ま、何とかなるんじゃないかなと楽天的に考えています。例えば子供を産む時期とか結婚する時期とかそういう事を確かに上の先輩達を見て参考にするのも1例だと思いますけれども、それは本当にその人が何を勉強したいかとかどれ位深い所まで勉強したいかとか、それからどれ位家族と一緒にいる時間を持ちたいかとか、個人の方によってかなり違ってくる

と思うんですよね。ですから同級生なんかで子供を2カ月から預けちゃっている人もいれば、6年目のレジデンントが終わったらきっぱり1度仕事を辞めて3年間子供を育てるって言っている友人もいますし、それは、うちの学年は26~7人女性がいるんですが、十人十色で色々だと思います。ですからそういう事に捕らわれないで、やりたい事をやればいいなんて言うと何か無責任なんですねけれども、もっと自由に考えていいんじゃないかなと思います。確かに社会的体制として、保育所とかそういう事はすごく問題があるっていうのは1つ私も思うんですが、実際に皆さんも実際に自分の所にそういう順番が回って来ないと考えないっていうのが現状だと思うんですよね。その事が一番問題なんじゃないかと思っていて、要するに私もまだ子供がいませんし、もしかして自分が子供が産まれた時に、ああ保育所はどうなるんだろうとか、何時まで預かってくれるんだろうっていうそういう現実に直面しないとなかなか人間考えなくなってしまって、忙しいと考えなくなってしまって、そういう事が結局病院の中に保育所を作るとか、そういう様な事が浮かんでは消え浮かんでは消えしていく原因なんじゃないかと思うんですよね。ですからこういう機会があって皆さん方がそういう事を考えようっていう意志がすごくおありになるんで、長い目でみて自分の将来っていうものをもっと見ていったらやっぱりいいんじゃないかなっていうのがもう1つ思っている事です。あとは今日2人いらしている先生方は両方とも外科の先生で、私は一応内科系って事なんですが、放射線科はちょっと内科系の中でも違うと思うんですけども、放射線科についてちょっとお話を頂ければ、うちの科は女性の卒業生が結構大勢います。2回生に1人、3回生に1人、それから4回生に1人、6回生に1人で、私は8回生なんですけれども、あと9回生に2人、10回生に1人います。今の大学病院で働いている実状を見ると、下のレジデンントが多いものですから、女性が半分以上科の中で占めていると言えると思います。上の先生方がいつも心配なさるのは、ぱっと結婚しちゃったりとかぱっと子供を産んじゃったりとかして、ある時急にぱっといなくなってしまう事をすごく心配されているんですけども、確かに女性が少ない科はそういう意味でいろんな人の配置っていうのが変えられる可能性が高いので、そういう事から言うといいなって思う事もありますけれども、逆に女性がいっぱいいるっていう事はお互いがそれを理解しているわけですから、助け合っていって意味から言ったらかなりうちの科はいいかなって私は

思っています。ただ職業柄例えは子供を産むって事になりますと、入れない検査とかそういう事が出てきますから、いま私が一番考えているのは要するに結婚して子供を産むとかそういうのが自分1人の問題とか家族とか夫婦とかの問題だけじゃなくて、どうしても科全体の問題になってきてしまうものですから、そういう事はやっぱりうちの科では考えなければいけない事なんじゃないかなってつくづく感じています。あともう1つこれは女性医師という事とは関係ないと思うんですけれども、私は筑波大の方に4年目になってそのうち外に、メディカルセンターに半年と記念病院に半年研修で出たんですが、大学病院にいる期間が長くて、うちの科の性質もあると思うんですけども、非常にカンファレンスっていうのが多いんですよね。カンファレンスをやる時間帯っていうのはかなり遅くなって、うちの科はしょうがないんですけどもいろんな科と毎日毎日カンファレンスがあります。そのカンファレンスをやっていて1つすごく思う事は、やはり同じ大学を卒業して皆さん、いろんな他の大学の方もいらっしゃいますけれども、同じ様に働き始めて、でも細分化されてどんどんその先勉強していくわけですが、そうなってくるとなかなか横のつながりを持っていくのが難しいんじゃないかなと思うんですよね。もちろん知識のレベルが変わってしまうという事がまず1つの原因だと思うんですけども、例えば同じ科の中でだったら通じる様な略語とかも科が違うと全く違う病気の内容を示す事もありますし、そういう意味で大学病院っていうのはもっと横のつながりをもっともっと持つていかなきゃいけないんじゃないかなと思います。それは逆に言えばどういう事かっていうと同じ様に勉強して同じ様に卒業してきたっていう気持ちを持てばもっとうまくやっていける事だと思いますけれども、1つの症例に対して確かにコンサルテーションとかそういう事が病院の中でなされていて、いろんな科で併科でいろんな患者さんを見たりとかあると思うのですが、例えば治療法とかに関しての説明がドクター同士でなされている様な事はなかなかないんじゃないかなっていうのが私の実感なんですが、卒業していろんな知識をみんなおそらく身につけて行くんでしょうから、ドクター同士の間でもっとそれをお互いに交換して、例えばそのスペシャリティーがどんなものなのかなっていう事をもっとお互いに理解したらいいんじゃないかなっていうのが今の大学病院に勤めている感想です。短いんですけども大体こんな所で終わらせて頂きます。

吉田：今先生ありがとうございました。3人目の先生で、これは「ムン」とお読みするそなんですけれども、文由美先生にお願いします。10回生の先生で今筑波大学病院の外科系を回っていらっしゃいます。よろしくお願いします。

文：どうもこんにちは。あの実は私も色々何を話したらいいのかなって事もありまして、この話を引き受けました時に、私にはあまり話す事がないんじゃないかなって事をこちらの方に言ったんですけども、まあとりあえず逆に皆さんの方で聞きたい事もあるんでそれに答えてあげるって形でもいいから出て欲しいっていうのと、あと最初にお話をなさった内田先生も外科の先生なんですけれども、まだ外科の女医っていうのは少ない様に思いますのでその外科に進んだという立場からもどんなものかという事を話して頂けると皆さん将来の進路を考える上での参考にもなるという事で、何かとりあえずは話して欲しいという事だったんで、困ったなあと思いながらとりあえず何か話さなくちゃいけないと思ったんですが、やはり私も今先生ではないんですが忙しさに紛れ、つい今方もちょっと月曜日の手術の事で、今麻酔科を回っているんですけども、どうしても主治医の先生と相談しなければならない事ができてしまったりという事があるんですが。たぶん皆さんのがこの話を聞きに来たのには女医の進路の事なんかもあると思いますし、まず内科系へ行くとか外科系とかその他種々の科のどこに進んだらいいのかとか、大体ほんやりとこっちをやりたいなと思っている方でも女だとどうかしらという悩みはあるかと思いますし、それから結婚とか出産とか育児とかという問題に関してはほとんど今考えていないという状況なので、それもあってあまり皆さんの前でお話をするのは向かないんじゃないかなっていう事もあったんですが、私が何で外科を選んだかとか、それから外科に進んでどうかという事だけでもとりあえず今のありのままを話してそれで後は皆さんに考えてもらうというのでいいのではないかと思ったんでそれに関して話すんですが、現在私は外科の2年目という事で、まだ、6月でちょうど1年という事になるんですが、1年間回ったばかりで、ローテーションといって外科の場合には各科を2カ月あるいは4カ月という単位で回っていくのですが、まだそのローテーションも終

えていない状態で、全部の外科も回っていないという感じなんですけれども、外科を去年志望したのは私の他にもう1人、平井みさ子先生という先生がいまして、外科に進んだのは私とその先生だけなんですね。平井先生というのも私とかなり似ています、あまり結婚出産育児に関しては考えていない、ほとんどゼロと言ってもいい位なんですけれども、そういう状況で私と平井先生の場合は2人とも割と考え方が似ている部分とかあります、外科に進んだのは2人しかいないという事でよく話したりもするんですが、話の内容も、たぶん他の女医の先生だったら結婚の事とか出産の事とかある程度話したりするかと思うんですが、私と平井先生の場合には今どこを回っていておもしろいとか、そういった内容ばかりでほとんど私達の間でそういう結婚とかっていう話が出る事はないんですね。とりあえず私達が2人が外科に進んだ理由というのは単に内科はできないだろうという理由で、これといったビジョンがあって外科を選んだというのもないんですね。やりたい事は外科の方面にあったという事で、あとその他一切はまあ頭の中を少しはよぎったかも知れないけれど、やっぱり何をやりたいかっていう事でそのやりたいのが外科だったという事で選んでしまったという感じなんで、色々種々のファクターを考えてその結果思案して外科に進んだとかいう事ではないんですね。簡単にほんと外科と決めてしまったという感じで。2人共1年間回ってみて思った事はやはり外科しかないっていう感じなんですけれども、色々辛い事っていうか、まずその辛い事っていうのも人によって何が辛いかっていうのはかなり違うと思うんですけども、私なんかの場合には、例えば家に帰れないのが1週間続くとか、それから2日間で睡眠時間が2時間位とか、そういう事はあまり辛いとは思いませんし、むしろ一生懸命カルテの整理をするとか、毎日お薬を増やしたり減らしたりというのを記入しながらとか、そういう方がどちらかというと辛いなあと5年生と6年生の時の実習で回ってみて思ったんで、やっぱりそういう事も含めて外科の方がいいかなっていうのはあったんですが、やっぱり進んでみて間違いはなかったっていうのを2人で実感し合っています。体力的に大変な事っていうのはあるかも知れないんですけど、ちょうど私達2人は割と体力的にも恵まれているというか、どちらかというと殺しても死なないタイプっていう感じなんで、あまりそういう面での苦労っていうのを感じないっていうのもあるんですけど、平井先生なんかは少し私は頑丈にできてい

ない、だからデリケートな所もあるんで、やや呼吸器系の疾患を持っているよりもするんですが、それでも全く関係なく元気にやっているって事もあって、体力に関しては、そんなに私はちょっと普通じゃないとか並じゃない体力を持っているっていう方ではなくてもやって行けるのではないかと思っています。あと受け入れてくれる外科の先生方っていうんですけれど、やはり外科っていうのはどちらかと言うと男の人の世界という感じで、まずもって女医っていう事でちょっと特殊な感じがある上にさらに外科だとそれがよけいに強くなるんじゃないかなっていうのはあるんですが、これまで回ってきた所では、やはり中には外科では女医は必要としないとか、できれば来ない方がいいとかっておっしゃる先生もいるんですが、それは本当に極少数でたいがいの方は心の中ではあんまり外科に女医さんがどっと来ても困るなあと思ってらっしゃるかも知りませんけれども、とりあえず同じ様に対等に扱ってくれますし、それでやりにくさを感じた事というのはこの1年間ではないと思います。だから今どちらに進もうかっていうのを考えていてどちらかっていうと私は外科に進んでみたいなあと思うけれど、やはり種々の要因があって、こういう事もあるしあいう事もあるし、外科にはやっぱり行けないんじゃないかなっていうのを思っていらっしゃる方もいるかと思いますけれど、やっぱり最後、これから何年もやっていく上ではそういう事ばかりではなくて、一番自分が何をやりたいかという方が大事だと思うんですね。私達も1年生から3年生4年生位までは割と勝手にみんな自分が何をやりたかったっていうのを、私はこれをやりたいあれをやりたいというのを素直に純粋にそれだけで考えて来たんですけど、実習で回ってみたりするうちに、それに女の人の場合にはやはり結婚とかの問題もあるんで、そういう事も考えてどこに進路を決めるというのがやはり私達と同じ学年の女の人の中でもいます。だから興味としてはそれほど深い興味を持っているんじゃないけれど、これから女としてやっていく上で、まあ結婚した方もいるんですけど、といった事も考えた上でどちらかと言うと大変な科に進まないほうがいいと思うのでって選び方をしている人もいます。そういう人でも途中で興味が薄れるって事はなくて、回ってみてそこがすごくおもしろいんで、まあ選んだ時にはすごくその科がおもしろそなのでというのではないんですけども、回ってみてやっぱりここで良かったと言う人もいますけれども、とりあえず自分の興味のある所に突き進んで行ってみると

いうのでもいいんではないかと私は思っています。あとは私ともう一人の先生の場合にはそういう特殊な感じがありますので、簡単に言ってしまうと後先とか将来のビジョンとか無しにいま自分のやりたい事っていうで進路を決めてしまったみたいな所はあるんですけど。それで1年間回ってみて何度も言っているんですが今の所は後悔はしていないどころかこれで良かったっていう感を深めているっていうのがありますんで、やっぱり考える事はたくさんあるけれど何と言っても自分がこれをやりたいっていうのに進んでみるっていうのでいいんではないかと思っています。ただこれから将来の事を、じゃあ将来はどうなのかなっていうのを考えてみると、私も実は考えなかったっていうのがあって、これからじゃあ私は結婚はしないのかとかそういう事もあるんですけど、今はそれを考えていないというのはあるんですけど、やはりとりあえずつき合っている人もいますし、そうなると結婚とかっていう問題もこれからは出て来るかと思うんです。幸いにしてまあ理解のある人とつき合っていますのでそちらの方も今の所は心配ない状況なので、周囲に甘えてるみたいな感もあるんですが、とにかくやりたい事をやっているって事で、私としてはあまりやってみて悩んでいる事っていうのがそんなにないんで、それであまり皆さんにお話しできる事もこういう事で悩んだとかこうした方がいい事があるとかっていうのが言えない。何かうまい具合いに自分のやりたい方に進んだら今の所はうまくいっているという感じなんで、ちょっと皆さんの聞きたい事に答えられないかと思うんですけども。まあ大体そんな所で、やはり私の言いたいのは何度も言っている様に自分がやりたいって思った道に進むのが一番いいんじゃないかという事なんですが、この時間はこうして私達が話をするだけではなくて質疑応答がある様な事も聞いていたんで、できれば私としては皆さんが聞きたいと思っている事に答えるという方がどちらかというといいんではないかと思うんで、問題がなければその様にしたいんですけども。話す事としては本当に何か一方的にわがままなやりたい様にやってそれで良かったっていう簡単な結論になってしまって、できれば皆さんの方から何か、「じゃあこれはどうなんですか?」という事に対して私は答えるという形の方がいいかと思うんですけども、いかがでしょうか。

吉田：先生ありがとうございました。何かスムーズに次のつなぎまでやって頂いた様な感じがするんですけど

れども、質疑応答というか質問コーナーにしたいと思います。皆さん何か色々書付けていらっしゃった様ですが、マイクのお兄さんもおりますのでひらめいた方は挙手をお願いします。

質問：女性に対する差別というのは特に3人の先生方はあまり感じていらっしゃらなかったという事ですけれども、患者さんに対して特に茨城の地元の方なんかでぱっと女医さんが出てきたら「担当を変えてくれ」とかそういうわがままな患者さんもいるんじゃないかなと思うんですけども。患者さんなりその家族の方とかの関係において女医である事で、全くそういう事にもほとんど今は差別はないのか、あるとしたらどういうシチュエーションで感じたのかみたいな事、そういう体験があればお話しして頂きたいんですけども。

文：やはり最初に女が出て、女医が出て行くと、「あ、女の先生なんですか」とおっしゃる方も多いんですけども、後で私が体験したのでは、どちらかというと外科には男性の先生が多いので、外科ももちろん女性の患者さんっていうのはいらっしゃるわけですね。その女性の患者さんはこれまで外科の先生って事でみんな男性で、やはりそれなりに自分の症状なんかでもちょっと訴えにくい様な症状はどうしても男性の先生では解ってもらえない様な症状とか持っていたりするわけです。私が一番最初に回った科で体験した事なんですが、やはりそういう事が何度かありますて、患者さんの中にはやはり自分の病気に対する心配とか、家庭を残して来ている女の患者さんとお家にご主人とかお子さんとか残して来ているわけで、それで長期の入院をしている事で色々問題を抱えていらっしゃる方が多いんですね。そういった事から種々の不安を表出されるんですけども、それを今まで男の先生は、「あまりうるさくそういう事を言っていると7階にやってしまいますよ」って、こここの7階っていうのは精神科がある所なんですけども、それから抗不安薬をいたずらに大量に投与してうるさいのをシャットアウトしてしまうという様な事を必ずしも全例ではないんですけどもやっている場合もあって、私なんかは一応女同士という事で話を聞いてあげたりすると、単に不安を訴えたかったというだけで、1時間ばかり聞いてあげるとそれで解消してしまうという事もあったんで、それでその方が退院される時に、「外科の先生は男の方ばかりなんでいつもそういう風に言われてきたけれど、女の先生がいらっしゃる

と非常に助かる」という事をおっしゃられました。私もその時に、女医で、家族の方とかに、不安を持たれる方もいらっしゃると思うんですけれども、不安がどこから発生しているかっていうのは難しい問題であるんですけども、やはり女の人は頼りにならないんじゃないかなって事はぱっと漠然と誰でも抱くと思うんですけども、やはり自分のぶつかり方次第でそういう事は解消できるんじゃないかなと思います。

質問：文先生にお聞きしたいんですけども、レジデントを終えられた後は一応どうなされるおつもりなのか、他の先輩方で外科に進んだ方は例えば大学病院であればどこかとか、何人位どういう風に散らばっているのかっていうのが全く情報がないので、できれば教えて頂ければ嬉しいんですけども。

文：それは男性女性を問わず外科のレジデントという事でしょうか。

質問：それでも結構ですし、それにプラス女性が特別っていうのがあれば教えて頂きたいんですけども。

文：私はさっきも言いました様に、まだローテーションの2年の期間も終わっていないんで、実際に自分が外科のどこにフィックスするかっていうのを、まあここにしようって決めている所はあるんですけども、全部回り終わってみてからもう一度そこに決めて、さらにそこに決まってから、例えば循環器外科とかいう風に決まってから、そこでまたレジデントを勤めて、それでレジデントが終わってという事になるんでちょっとまだ先の事っていうのはまだ私には言えないというか。

内田：外科は私達の学年は私一人でしたのでお答えしようがないし、それからやはりこちらの大学にいた頃には大学から卒業したらまた大学に戻って来るんじゃないかなという人が結構いたんですけども、大学で1回講師になられてもまた飛び出して行っちゃう方とか、本当に1年毎に皆さんわあーっと配置図が変わるものですからね。その人達のそれぞれの生活とかあって、それから勉強したい事、もうこの地位をなげうってもアメリカへ行って何かをやりたいとか、そういう方が色々あるので、本当にそこまで考えていると何もできないんじゃないかなという感じがします。

質問：11回生の西村と申します。皆さんにご質問なんですかけども、今日のお話は大体今女医という立場で、どういった事ができるか、どういう事ができるかという様なお話を頂いたと思うんですけども、逆にどうしてもこれはいやだけどもやらなければならないという様な事もたくさんあったと思います。ちょっと漠然としているかも知れないんですけども、そういうどうしてもやらなければならなくて辛かった事とかそういう様な事をちょっとお話を頂けるとありがたいんですけども。

内田：やはり男の先生達が変に気を回してくれたりするのはやっぱりちょっと迷惑な時もありましたけれども、例えば記念病院で外科系に入っておりますので、当直とかですね、そういうので順番を決めるんですね。去年は私は2人抱えていて、旦那の方がまた別居していまして、私達も離ればなれの生活が多いんですけども、そういう時には非常にありがたくて、何も言わなくても「できないよね」という感じで当番を外したりとかそういう事をして下さったりしたんですが、やはり一部では大人数いるとやはりそれは良くないと思う方もいらっしゃって、それをはっきり言って下さればいいけれども、卒業生としては私の方が上だからという事で黙ってらして、陰でそういう風な事を言われたりとかね。そこまで言われる位なら子供を背負ってでも当直したかったのにという様な、そういう意味でいやだなと思った事は本当にそれ位ですね。やっぱりそういうのは男の方がもう少し寛容になるか、そういう風に気を使ってもらうんだったら全部自分達でやるとかね、子供を面倒見ててくれるとか、お互いにそういう所があると思うんですけども。

今：うちの科は女性も多いものですから、特に女性の医師という事で困った事はないですね。ないと思います。

文：私も特に困った事はないと思います。ただやっぱりたぶんそういうつもりはないんだけれども、なんとなくかなり上の先生では、こちらからすると、もしかするとかなりありがたい事かもしれないんですけども、かなり心遣いをなされているのがこちらに解って、私なんかから言わせるとそこら辺の男の人なんかよりよっぽど体力とかもあるんだから、あまり気にしないでどんどん何でもやらせて欲しいし、何か言葉の面で激しく怒ったりすると悪いかなっていう事で柔らかく言われる事もあるんですけど

れども、私としてはやっぱり他の一緒に回っている人なんかと同じ様に「ばかやろう」って言われても別に何とも思いませんし、もっとビシビシ言ってくれてもいいんだけど、まあありがたいといえばありがたいけど何となく気を使わせてしまうのがいやだなって思った事はあります。その他では特に何かこれをやらなくてはいけないのでいやだとか、これをやるのが辛いとかっていう事は全く経験した事はありません。

質問：今4年の毛利と申しますけれども、3人の先生方はみんなずっと現役でやってこられて、まだ1年の方もいらっしゃるんですけれども、最初の青木先生のお話でもあった様に、長い目で見れば途中で1年とか2年とかそういうブランクがあるって、またそれはそれなりに戻ってきて生かしていく様な道があるという様なお話だったんですけども、現実にもし最初の2年とか本当に一生懸命やらなくてはいけない様な時、あるいはあとでもいいんですけども1年なり2年なりのブランクがあって、それでまた戻ってこようという様な場合になった時に今そういう女医さん達はどういう風に扱われているのか、何かお知り合いの方でそういう様な経験がある方のお話とか、また先生方がそういう帰ってきた女医さん達みたいな方々にどういう風な考えを持ってらっしゃるのかっていう所をお伺いしたいんですけども。

内田：一時中断していた方というのは結構いますよね。海外に行っていて臨床経験を2年間やっていないで帰って来てまたやるっていうのは男の方でもそうだと思いますけれども、どこに帰るかによりますけれども、同じ環境のもとに帰るんだったら全く支障はないんじゃないかなと思いますね。それで記念病院の女医さんで他の大学を卒業されて、子供が1人いて、科も違います、病理をされていた方なんですが、やはり臨床じゃなくては食べていけないというか、離婚されたんですね。その方が離婚をされて子供もまだ中学生かな、だから食べていいきたい、病理ではちょっと食べていいという事で小児科に、また全然勉強をし直して小児科の先生になっていらっしゃる方もいます。そういう方、やっぱりハンディだなって思うのは、ここの出身じゃないので色々人のつてがなかなかなくて、自分がものすごくハードですから、形成外科なんかよりもずっとハードですね小児科っていうのは。もう本当にハードで見ても可愛そうになる位で、4時半までの受付って

言っているのにだいたいお母さん達は4時半にわあーっとドーっと来るんですね。それまで何してたのかという感じなんですけれども、夜聞いてみると3日前から熱が出ててなんて言ってそれで夕方連れてきてワーゲンなんて言ってやって、その方なんかはすごいハードでやっています。だけどそういった時、もし身体を壊した時なんかでも、さっとここ医局なんかとなかなかツーカーといかないものだから助けがなかなか思う様にいかないとか、休日も全部やらなくちゃいけないとかね、そんな時でもちょっと苦労されている様な事がありますけれども、仕事の面ではもうそうやって10年位ブランクがある様なもんですね、全然専門も違いますから。やはりそういう面では苦労じゃないんじゃないかな。非常にみんなの信頼もあるし、と思います。

今：うちの科では今1人女の先生がイギリスの方に留学されていて、来年の3月に帰っていらっしゃるんですけれども、その方は自分の専門を決めて、イギリスの方ではその専門だけを一応やってらっしゃるんですよね。でもおそらく帰っていらっしゃるとジェネラルに全部全身の検査とか全部やらなきゃいけなくなるんで、そういう意味では2年間ブランクがあるという事になると思うんですけども、一応6年間終わっていればそういう意味ではある程度のレベルまで達しているんで、2年間位好きな事を、自分の専門の事だけを勉強していても特に問題はないんじゃないかなと思います。あとその受け入れる体制なんですけれども、皆さんがどういった病院をイメージなさっているのか解らないんですけども、例えばうちの科なんかで行っている病院でも大学病院みたいな病院と、あとはもう少し小さい病院が幾つかあるんです。その中でもまた救急病院になって指定されている様な病院とそうじゃない病院とがあって、例えば同じ様に放射線科と言われるんですけども、大学の体制で働いていると10時11時になる事もありますが、私が出でていた2つの病院では大体5時半か6時には仕事は終わりました。そのうち1つの病院ではただオーコール制になっていますので、緊急検査が入ると普通の臨床の先生達と同じ様にポケットベルを毎日持つ呼び出されて夜中の1時でも2時でも検査をやるって病院でしたので、そんなに遠くには行けなかったんですが、働くいろんな体制の病院がありますので、その科によっても違うんでしょうけれど、あるブランクがあって戻る時にどういった事をしたいかとか、どういう時間帯に働きたいかという事でまたそれぞれ少しあは選ぶ余地があるんじゃないかなと思います。

質問：6回生の柳沢と申します。皆さんすごく紳士で穏やかな事しか質問しないでちょっとこうラジカルな事を言ってみたいと思うんですけれども、ここに男性の方もかなり見えているんですが、その方達の率直な本音、多くの方の本音だと思うんですけれども、要するにはっきり言って、残念ながら演者の先生方お2人はまだ結婚されていない、でもお1人はつき合っている方がいらっしゃるって言ってましたけれども、要するに相手にですね、男性に、旦那なり旦那になる人にですね、どこまで望むのかっていう事ですね。内田先生が言われた様に結婚するだけだったら大して変わりはないんですよね、生活は。だけど子供ができた瞬間に非常に変わるわけです。私自信の体験を通してですね。その場合に特に子育てとかそういう事に関してですね、家庭を維持する事に関して、はっきり言って旦那にどこまで望むのかって言うのをね、本音を聞きたいんですよ。現在残念ながら日本の社会では、多くの女性は子供ができるとかなりの自分のエネルギーを子供の方にかける場合がほとんどだと思うんですけども、要するに自分の旦那にある程度仕事を犠牲にしたりエネルギーを割いてでも、かなりそういう事を対等あるいは対等に近い位やってもらいたいのか、そのあたりをどういう風に望んでいるのか聞かせて下さい。

内田：正式な主人がいるのは私だけという事で、私も同級生でしたので、本当に気心も知れているし、科を選ぶのにも「外科を選ぶよ」という様な感じで承認を得て、別に宣誓書は取ってありませんけれど、かなり実家の目なんかも加えましても「かなり克紀さんは協力的ね」と言ってくれています。確かにトライアスロンなんてばかなあれでも骨を拾いに来てくれたりとかしてますので、やっぱり積み重ねというか、長い間にそういう風な協力体制ができたという感じがします。最初はやっぱり上の子の時には、全然びんときてなくて保育園なんかでも相当苦労したんですけども、やはりアメリカへ行ってあっちで子供を産む時に、旦那さんが仕事を休んで付き添うっていうのは当然で、来ないかも知れないと言ったらあっちのお医者さんがもう目をつりあげちゃってね、"Why?"とか言ってね。じゃあ言っていいのかなという感じで本当に来てもらって、そしたらやっぱり本当に私が苦しんでいる、あんまり苦しまなかっただけでなく、苦しんでいる様を見て、苦楽を共にした、やっぱりすごく別居生活が長くて、私がこっちで子供を産んで1人で過ごしていて、今度は帰って来たと思ったら私が戸の方に子供を連れて行ったりとか、そういう事がありましたので、そういう点でも新鮮というかすごく仲良くやってこれた、向こうに行って苦楽を一応共にしてきた

ので、向こうも手伝う様にかなりなりました。手伝わないとだめですよ。じゃあどういう生活をしておられるんですか。保育園の送り迎えとか少しあっておられますか。

柳沢：その点に関しましてはね、第2部の方で喋る事になっているんでその時に。

今：そうですね、結婚するという事にあたっておそらく相手の方もお医者さんでしたら生活のパターンとか解っていると思うんで、あまり望むか望まないかって考えた事はないんですけども、ただ確かに旦那さんがいるだけの時はあんまり今と変わらないと思います。ただ子供が産まれるとそれを保育園まで送ったりとか、外に対する時間とかそういうものがありますから、どっちか暇な方がやるのかななんてよく考えてますけど、解らないですね。

内田：それはすごく甘い。そういう話に始まるものすごく長くなります。何か学会だと、私も本当トライアスロンですべて行くとなると自転車かついで行って、健診あり、それから自転車の車検があり、それからもう1日中走り回っているわけですからその日には帰れない、その間どうやっているか、それから学会があったらどこに預けるか、それからちょっと指を切ったなんて連絡があると、朝だったらへらへらして「ああいいよ」なんて言っているんだけど、3時位にさあ今から指繋ぎが入るぞなんていうとおたおたしちゃって「今日は何曜日だっけ、ああ保育ママの阿部さんが木曜日は大丈夫だから」なんてまた電話掛けたりとか、やっぱり何をするにもまず子供をどうするかというのもうポイント。ものすごい枷はつきます。だけどそれが後々、本当に苦労して育てれば楽しいのかなあと思いながらやっていますけど。

今：だそうです。

文：私の場合には今の所は結婚の予定もないんで、ちょっと難しいんですけど、別に何も望んでないんですけど、一応相手の人は何でも好きな様やっていいし、甘いかと思うんですけど、今までの付き合いであながち嘘ではないなっていう所はあるんで。結婚の予定は今の所はないし、当然ですが結婚の予定がない所に出産の予定は成り立たないんですけども、例えば結婚をしてもいいんじゃないかっていう事を言ってて、私としてはもう外科に進んでしまっていますし、外科に進む時も知っていたんですけど、外科だから私はやめた方がいい

いんじゃないかっていう事も一応言ってはいるんですけど、それに結婚する気もないよっていう様な話もしているんですが、割と寛大な人なので、好きな様にやっていいし。で、もし結婚する様な事になったら自分がハウスハズバンドになってもよいという、まあ今の所は口だけかも知れません。それは実際どうなるかっていうのは全く予想はつかない。どういう展開を迎えるかは解らないんですけども、今の所はそれに甘えてやっているという感じでいるんですけど、甘いでしょうか。

質問：M5の須賀と申しますが、厳しいお話をあったんで、じゃあ今度逆に女医さんだったから男性の医者と違ってこういう仕事ができたっていう部分ありますか。

今：こういう事を言つてはいけないのかも知れないんですけども、何も束縛されずに好きな事を選んで好きにやれると思います。例えば結婚の話で逆に男性の医師に聞きたいのは、男性の医師は自分が忙しくてやはり女性は家にいた方がいいって思っている方も何人かいりと思うんですが、それと同時に家族を養ったりとかそういう事が絶対に必要になってくるんですけども、私はまだ独身で自分1人で食べていくだけの給料をもらっていたら、後は何に対してもそういう意味でのしがらみが何もありませんから、そういう意味からすると例えば自分でこれがやりたいって思った時に、「あ、やっちゃお」という風に好きに選べるんじゃないかなと思います。これから先もやはりいろんなしがらみが出てきて大変だとは思うんですけども、仕事を選ぶっていう意味からしたら、自由な選択ができるんじゃないかなっていうのは割と男性に比べてあるんじゃないかなと思います。

文：私も先生が言った事その通りだと思うんですけども、質問の内容としては女だから私は男の先生にはできないこんな所ができたっていう様な事を言つているんじゃないですか。そうですよね。こういうとおこがましいんですけども先ほど言いました様に、やっぱり外科っていう立場上どうしても細かい患者さんの訴えとかまでやっぱり男の先生は聞いてられないっていう様な所もあるみたいなんですね。中にはすごく患者さんの所で話を聞いてという先生もいらっしゃるんですが、どちらかというとやはり豪快な方が多いんで、やはり中年の女性がくどくとあまり病気と関係ない話をいつまでも訴えるのをベッドサイドで聞いているわけにはいかないという様な所があって、なんとなくお茶を濁してあんまりうるさいとダメだっていう様な事で終わりにしてしまって、患者さんとしては「すごく自分でもばかな事を言つ

ていると思うけど、でも」みたいなその「でも」っていう所を私は、ややもすると逆にベッドサイドで世間話ばかりしている様な事になってしまいがちな事もあるんですけど、ある程度その悩みを聞いてあげないと患者さんの方としても萎縮してしまう所があるんですね。もともと病院に来て患者さんというのはやっぱりお医者さんに全てを預けている所もあるんで、お医者さんが絶対、中にはわがままな患者さんもいらっしゃって自分が絶対っていう方もいらっしゃるけど、割と全てを委ねているんで「言う事は聞かなくっちゃ」という患者の方が多いいんで、そういう患者さんにあまり威圧的になって話をすると言えられる事も訴えられない様な所があるんですけど、それを自分はそんなに苦にしないで聞けるっていう事はある意味でメリットだと思います。実際に患者さんからその様に、私がその科を回り終わって挨拶をしに行った時に、「もういなくなってしまったわ」という事を言って「そしたら私は毎日くだくだと述べている繰り言をいったい誰に言つたらいいのか困ったわ」という様な事をおっしゃられる方が1人ではなくて複数でいらっしゃったんで、そういう点ではある程度は役に立っているかも知れないなという思いをした事があります。

質問：3人の先生方の中で留学されたのは内田先生だけの様な気がするんですけども、旦那さんがお医者さんの場合ですね、お医者さんでなくてもいいんですけども、海外とかにそういう風に行かれる時に女医としてついて行けるのかどうか、向こうへ行って仕事がすぐに見つかるのかとかそういう事をお伺いしたいんですけども、別に日本国内においてもそういう風に旦那さんが転勤とかありますよね。そういう時について行けるのかどうかという事をお聞きしたいんですけど。

内田：ついて行けるというのは給料をもらって行けるという事ですか。それは甘い。全く何もしないんでついて行くんだったら本当に辞めて行くんで。

質問：自分もし筑波で働いていたとしますよね。旦那さんは次の職場があるからっていうか、別の研究室から・・・

内田：レジデントというのは日雇いですからそんなに1年も行っているんだったら辞めて行くとか、それとも戻って来る時にもう1回1年下がってやり直すっていう形で、もちろんその間は無給で行くわけですよね。もちろん他の病院に就職しちゃってから行くっていうとかなり問題があると思いますね。やはり辞めて行くっていう形になるんじゃないですかね。子供が大きくなったりす

るとまた今度は子供を連れて行くかとかいう事があるの
で・・・

吉田：先生の場合はどの様に？

内田：私はちょうどレジデントが6年間で終わります
ね。他の病院に出るかと探している時にたまたまそういう
話になったので、ちょうど出てここは終わって、外の
第2の病院に行く前に行けましたので、それから子供も
小さかったし、そうやって全員で行けたっていうのが良
かったと思います。それから向こうで職を見つけられる
かっていう事ですけれども、それは本当に給料をもらう
様な職というのはもうアメリカなんかではものすごく難
しいし、危ないですよね。訴訟問題なんかかなりあります
から、本当に臨床的に自分が給料をもらっていろんな
向こうの人を診るっていうのはまず無理じゃないかなと思
うんですね。ライセンスを取るのもまた大変ですし、
だから何か特別な勉強をして来るとか、そういう形で
行くんだったら行って非常にためになる、短期間でもため
になる事ができると思います。

吉田：どうも皆さんありがとうございました。先生方あり
がとうございました。時間の方がおして参りましたので最後に花束を贈呈させて頂きたいと思います。(花束
贈呈) 本当に貴重なお話ありがとうございました。

第Ⅱ部 シンポジウム「女性医師および女子医 学生の将来について」

進行

青木 泰子 先生(1回生)
筑波大病院 リ・ア内科講師

シンポジスト

岡村 健二 先生
卒後臨床研修部助教授

藤田 穎三 先生
基礎医学系助教授

大滝 純司 先生(4回生)
卒後臨床研修部講師

内田 彰子 先生(2回生)
筑波記念病院 形成外科

村島 溫子 先生(3回生)

順天堂大病院 内科

西嶋 由貴子先生(6回生)

筑波大病院 泌尿器科 RC 2

柳沢 正史 先生(6回生)

基礎医学系講師

野口 佳子 先生(7回生)

筑波大病院 呼吸器内科RS 2

今 結賀 先生(8回生)

筑波大病院 放射線科 RS 2

柴田 佐和子先生(9回生)

筑波大病院 小児科 RS 1

文 由美 先生(10回生)

筑波大病院 外科 RJ 2

青木：本日はお忙しいところをお時間を削いてお集まり
いただきましてありがとうございます。今回「女性
医師及び女子医学生の将来について」とちょっとタ
イトルはかたいのですが、筑波大学でも非常に女子
学生の比率が増えてきたということで、卒業生の中
でも比率が増えまして実際働いている病院のレジデ
ントの中でも女性の比率が増えてまいりましたので
この期会に普段そういうことをあまり表立って話し
合うことは無いんですけども、多少どんなところ
に問題があるのかというようなこと、もし問題がある
とすればそれも結構なんですが、そういうことを
少し掘り下げてみたいということで、山口会長から
このような企画の依頼を受けましたので、本日の司
会をつとめさせていただきます。まあ、非常に漠然
としたテーマですが、とりあえず一番初めに、問題
の口火を切る意味で順番に卒業生の方々に、今まで、
1年ないし9年ぐらいの臨床経験がおありになるの
ですが、そこで、女医として働いて(女医という言
葉を使うことを嫌がる人もいるのですが)、実際に
何も困難が無かったか、有ったとしても、男性の医
師と同じであったのか、それともやはり女性特有の
困難があったのかどうかということについて、又、
その困難を社会的、又、周囲の理解で解決する方法
があったのかということについて、1~2分位ずつ、
お話しいただきたいと思います。先ず、内田先生か
らお願いします。

内田：私は9年間やってきました、女性特有なために何
か困ったということは特にありません。本当に、ロー

テーションしていた先生方に逆に、私達がまわってどういう風に困ったかということを、後で、堀先生をターゲットとして、ちょっと、実際に尋ねてみたいのですけれども、非常に楽しくやってきました。

村島：私は、3回生で、卒業して3年間虎ノ門病院で内科レジデントをやって、循環器をやろうか、膠原病をやろうか悩みまして、女性としての選択があったのですが、やはり、壮年の男性を相手にするよりは、やはり女性に多い膠原病を相手にした方が女性としての特性を生かせるだろうということで、順天堂大学の膠原病内科の方に入局しました。今まで5年間やってきました。虎ノ門にいる時は、ここのレジデントと同じくハードだったのですが、全然遜色なくやったし、又、まわりの先生方にもそのように評価していただきました。結局、女性としてのハンデは無いのですが、母親としてのハンデは十分感じております。

西嶋：私は6回生で、泌尿器科のチーフレジデントをやっております。5年間あって一応、外科系で、最初の2年間は消化器、麻酔、小児外科をローテーションしたのですが、自分自身として困ったことは無かった。最初の2年間は、子供がいなくて、ただ夫はいましたが、いてもいなくてもたいしたことではなくて、3年目に、外の病院をまわって、泌尿器科には今、女性は私しかいませんので優遇していただいて、日立総合病院と、学園病院と1年ずつまわっているのですが、その途中で子供が生まれたりして、手の焼ける者が1人増えたのですが、まわりが全て男性だと、その男性方の考え方にも依るのでしょうか、非常に理解がありまして、子供が病気の時など、休ませてもらったりして、非常にあまたの研修生活をおくってきた訳です。そういうところは非常に申し訳ないと思いますが、親になってしまふと、どちらかが子供の面倒を見なければいけないので、どちらかに負担があったのかもしれません、夫もそれなりに父親の役割をしているので、まわりに女性が多いところの方が、あまり融通がきかないようなことも聞いてるので、泌尿器科だと女性がいなくて、あてにされていないと言えばそうかもしれないのですが、5年間楽しくやってきました。

今：8回生で、放射線科にいます。西嶋先生とは逆に、放射線科には女性が多いので、上の先生方は、誰かが何か結婚などで、バタバタいなくなると一体どうなるかという不安を持っていらっしゃると思います

が、おそらくどの科でも女性が増えてくるのでそういうことが問題になってくると思います。

柴田：9回生です。卒後、大学病院の小児科で1年研修後、昨年の前期を日立総合病院で未熟児の専門のところで、後期をこども病院で研修しました。今は県西病院に1年間の予定で研修に出ています。小児科は、半数近くが女性の先生で、上の先生は、お子さんがいて、いろいろ大変な思いをしてやっておられるようです。私は、昨年の暮れに結婚しましたがそれだけでは何も変わりませんでした。医師になってから、特に女性として困ったことはありません。学生時代には、いろいろ考えましたが、今では気にならないというところです。

野口：7回生で、呼吸器内科のチーフレジデントで、外の病院へ出ています。私の場合は、2年間レジデントをやり、そこで内科の中のメジャーをやるか、マイナーをやるかの問題があり、そこで自分のやりたい、循環器か、呼吸器か、消化器かという感じで、例えば女性の多い、代謝内分泌とか、皮膚科に変えるとかいろいろな選択肢はあったのですが、結局はメジャーをやりたくて、その時はまだ未婚で、結婚するかもしれない人はいて、「メジャーでもいいか」と話したら、その時はお互いに考えが甘くて「いい」なんて相手も言ってしまったので、メジャーの希望通りのところになりました。その時は呼吸器内科は、私がはじめて女性のレジデントで「来なさい、来なさい」と先生も言わされました、何がどうなるか分からないけど行ってみたというところです。外の病院に出るとかなりハードなところがあって、結婚してから外へ出たわけですが、どの先生もおっしゃっていましたが、子供がいらない時には、結婚しても全然変わらないのです。お互いに、外の病院で働いてい



るので、夜中にベルが鳴って、片方が帰ってくる前に片方が呼ばれるような暮らしをしていたので、全くそれに関しては問題がなくて、まわりの先生には、多少女性だということで気を使っていただいたみたいでけれども自分としては、女だから困ったということは、なかったです。ただ、大学に戻ってくる時に妊娠しまして、そうしたら思いがけず、切迫流早産となりまして、安静が必要となり、そこで、やっぱり女だったということで、まわりの人に非常に迷惑をかけて、お休みすることになり本来は外の病院に出るはずだったところの病院の先生方に、例えば、内科がどうしても1人減ってしまうことになってある時期非常に迷惑をかけて、でも何とかその中でやっていただいて、今、ある程度軌道に乗ったという段階です。

文 私も女性ということで困ったという経験はありません。やはり、内田先生、野口先生がおっしゃった通り、逆に、私たちを受け入れて苦労したところがあると思うんですね。何となく気を使っていたいんでいるんじゃないかなと私たちが思う部分があり、そのところを逆に、はっきり言っていただきたいと思います。「別に女性でもいいんですよ。」ということではなく、「本当は、こういうところで実に困っているんだよ。」ということをありのままに言って欲しいと思います。

青木：いきなり突っ込んだ話になりますお隣りの卒後臨床研修部の岡村先生に、教官の立場でレジデントの働きぶりを見て、特に外科で女医さんが増えると困ると感じられたことがあるかどうか伺ってみたいと思います。

岡村：このシンポジウムも大変大事なことで、「女性医師と女子学生の将来を考える」ということです。何をお話ししようかと考えまして、堀先生にもいろいろご指導いただきまして、調べてみたんですけれども、どういう問題があるのかということをいくつか整理してから取りくんだ方が良いと思うのですが。今、7人の先生方が、お話しになったのを聞いておわかりのように、やはり結婚に関わることが、一番重大だと思うのですが、女性医師に関わる問題では、結婚、肉体的ハンデキャップ、社会的なハンデキャップと3つぐらいに問題点があげられるのではないかと思うのですけれども、結婚に関しては、仕事との両立が、これも今、何人かの人がおっしゃったのですが、やはり子供が産まれた後が問題だとい

うことですね。で、内田先生は、全く問題は無いと。

内田：そんなことも無いですが…。

岡村：でも、結婚していない場合にはほとんど問題が無いわけですね。女性としては、そういう結婚に関することが一番問題になりますと、それで、ある医学会新聞によりますと、ある大学で女性の既婚率は60%ですが、このうち半数が離婚してしまったと。ま、筑波でそういうことがありますかと思いますが、それで彼女自身が非常に悩んで、現在の医師としてかなりアクティブな仕事をしていたのでしょうか、それをやめて家事に専念すると、家庭の中でやり得る仕事に変えてしまったんだという記事がありました。それから、昨年のJAMAで、レジデントのストレスについて、女性レジデントでどういう問題があるかということで、結婚して女となった時の問題がある。又、女性の場合特に新しい仕事につき、医師としての責任に耐えきれない女性が多いということ、それらか、もう1つは、セクシャルハラスメントですね。主として、夫のしつとどう対処するかということがあげられていましたが、皆さん御経験があるでしょうか。こういうことが、JAMAで取り上げられたのです。で、研修医全体についてみると、41%が、結婚が仕事の妨げになっていると信じているというコメントがありました。ですから、結婚する場合には、仕事と両立可能な分野を選ぶ人が自然に多くなってくるのではないかと思われます。そういう意味で筑波の過去3年間のデータを示しますと、今年度は、71人が入って17人が女医さんで、そのうち一番多いのが内科6人、婦人科3人、麻酔科、皮フ科と。去年が、81人中22人が女医さんで、やはり、内科が一番で6人、麻酔科が4人、婦人科3人、皮フ科2人。そして、一昨年が、74人中15人が女医さんで、内科6人、小児科2人、放射線科2人、あと、皮フ科、眼科、麻酔科、婦人科ということで、だいたい4人に1人が女医さんで全国の統計に比べると、内科が一番多くて42%，そして小児科が28%，眼科が15%，皮フ科8%，内田先生のように外科を選んでいる人は、非常に少ないですね。そこで、結婚してもやっておられることは、非常にたいしたことだと思うのですが、ま、こういった傾向があるということです。又、肉体的ハンデキャップ、社会的ハンデキャップもいろいろあるようですが、そのあたりは皆さんでご検討下さい。先ほど青木先生がおっしゃった、教官として女医さんが困ったことがあるかということですが、それは私

は、昨年この仕事についてから、個人的問題として取り扱った方が14人ほどいますが、14人中5人が女医さんです。どういうトラブルかといいますと、病気、もちろん、女性特有の病気、それから国立だからであります、出産に関する研修手続き上のトラブル。たまたまですけれども、ここは3月31日で辞職して、4月1日採用ということになりますので、4月1日採用して、御本人はすぐに産休に入ろうとしたのでしょうかが、事務手続き上それができないので、大変トライアリまして、彼女自身が本当に病気になっちゃいまして、ま、本当に病気になったことで採用してすぐに診断書を書いて、産休に入ったという問題がありました。それから、やはり、ストレスによる突然の失踪とか、そういう問題が、女性にはある。で、男性の場合、病気もありますが、どちらかというと、養成コースの変更、かなり生々しい問題が多いわけで、女性には女性特有の、男性と女性とでちょっと問題が違うようだと思います。ですから、困ったということは無いのですが、そういったことがあるということを了解した上で研修をしていかなければならないし、又、指導する側も採用する側も、そういう問題があることを知っておかなければならぬのではないかと思います。しかし、だからといって女医さんが悪いということではなく、女医さんには女医さんの良さがずい分あると思うんですね。非常にきめ細かいケアができるとか、思いやりがあるとか、そういう良い面が多くあるので、そのような意味からの評価もしていかなくてはいけないのではないかと思うのですね。ですから女医さんだから、こういうところが悪いということは、私は無いと思います。

青木：非常にありがたいお言葉をいただいたわけですが、公的な仕事の上の同僚として見ると、まず、そういうことで、藤田先生には、それとちがった立場でお話しをしていただきたいのですが。先ず、プライベートな生活の上でどうなのかということで、皆さん御存知だと思いますが、女医さんとの中で4人の子供さんを育てあげられた先生に、先にお話しいただいて、それから、最下奮闘中の柳沢先生にお話しをしていただきたく思います。

藤田：皆さん生々しい経過を話されましたので、私も生々しい経過を話しましょうか。結婚したのは、M4（ここで言うと6年生）の時で、子供ができたのは、卒後3年目の時で1番目、それは外の病院にいたので、産休をきちんと取らせていただきました。うちのワイフがです

よ。私は産休は取れませんでしたけれども。5年目に、私は大阪に勉強に出でたのですが、うちのワイフは大阪の病院につとめていましたが、そこでもきっちり産休を取らせていただきました。2番目からは子供の面倒は私が全部みています。親がどっちも高齢なものですから、あとは良く覚えていませんが、3番目が、6年目か7年目かの時で、アメリカに留学する時に生まれました。うちのワイフはアメリカで2年間は専業主婦として楽しい生活を過し、私は苦しい研究生活を過しました。筑波に帰ってきてから、2番目くらいに4番目ができ、4番目の子供は上の子供がほとんど育てたようなものです。ちなみに、うちのワイフは小児科で、学園病院の小児科医長をやっています。筑波は新しいところで、出身は北海道ですけれども、北海道で、女人で女医さんになっている人はなかなか考えられないことで、これは新天地だからできることで、この中でも小児科以外でも卒業生で医長になって頑張っている人も何人かいるのではないかと思います。これは、まさに新天地であるという有利な面であると思います。で、本題ですが、実は学群教官会議というものがありますが、その時に岡村先生は覚えておられると思いますが、自分で3バカ大将と呼んでいるのですが、この中で3バカ大将の映画を知っている人はほとんどいないと思いますが、無声時代の映画で3人バカが出てくると覚えていただければいいのですが、その3という数字をなぜあげたかと言いますと、ほくらのころは、トリアスと言いまして、3つの症状があれば診断がつくというドイツ医学を習ったわけですが、1人はその前の年の教員会議でも言ってましたが、筑波大学が女子学生が多いから、女子学生を減らすように努力じろと公式の場で言っておられました。その時は、私は来て2年した時で、私はだまっていたのですが、次の年も、また立って同じことを言ったので、別に、私はどうっていう意図もなかったのですが、私はムカッときまして手をあげました。「実は、日本国憲法には男子と女



子は平等であると書いてあるので、こういう公式の場で、そういう発言は、やめていただきたい。」という趣旨を申しあげたところ、後ろからバット拍手があがりまして、振り向くと堀先生がいるわけで、この女子学生を減らせと言った先生と、私と拍手した人3人はバカではないかと私は思いました。ちなみに、その時の教育担当が堀先生でした。堀先生はたしか私の記憶では答弁に立たれまして、「女子学生の進路に真剣に取り組んでいるのは本学群である」とお答えになりました。で、ここまで話は前座で、これから3つのことだけ話したいと思います。

1番目は、丸山という東大の哲学の先生がいまして、「日本人の思想」という本がありまして、その中で日本人の発想の仕方について書いてあります。日本の発想は、「～である」から「～する。」ということで、まさにこの会の発想も、それあります。女性医師であるから「～しなければならない」という発想は日本人特有の発想でありまして、しかも場違いであります。そこで、1番目の意見として女性であるから～。男性であるから～。という発想自体が間違えであります。だから、医師であるから～。研究者であるから～しなければならないという発想はまちがいです。医師が他の人と区別されることによって、医師が行う行為によって、医師免許を持っているから医者で、医療行為をして患者を救うから医者であるのです。だから、女性であるから～という発想自身はあまり関係ないと思います。ですから、この会のメインテーマに全く水をさすわけですが、女医だから～、女性だから～という発想自身は、ちがうと思います。2番目は、逆で、今ちょっと出てまいりましたけれども、女性自身が、女性が勝ち取った権利を放棄することだけはやめて欲しいということです。単的に言うと、筑波大学の女性医師の定着率が何%か知りませんが、だいたい日本の女医が何%いるか知りませんが、ただ知っているだけは、ある1つの大学だけが、女医の定着率を下げています。その大学にほとんど引っ張られて下がっているという事実を話しておきます。皆さん分かっていると思いますが。もう1つは、産休なんていうものも女性が勝ち取った権利ですから、そういうものを放棄することはやめもらいたい。又、子供を産むということも。残念ながら、男性はいくらがんばっても子供を産むことはできません。そして最後、3番目ですが、やっぱり、女性であるから～と言わなければいけない場合には、医師として、普通にやればいいわけです。つまり、プロフェショナルに徹して欲しいということです。私はレジデントの方にはあまり接することはないのですが、筑波大学の出席簿には、必ず女性には“F”という文字が付いているわけですが、特に女性であるからできが悪いとかということは無いと思います。そんなことを言い出すと男性でもできの悪い

のはもっといるではないかというような気がするので、女性だから～ということ無しにプロフェショナルに徹して欲しいと思います。

青木：ありがとうございました。で今、藤田先生の質問に1つお答えいたしますと、本学の卒業生の女性医師の定着率は95%で、かなりいい方であると考えています。で、現在休職中の人が、3人いますが、3人とも再就職の意志があるそうです。では柳沢先生、お願いします。

柳沢：6回生です。ある日青木先生の方から私のメールボックスへ、学群出身の教官で、女医を奥さんと持っていて、子供もいるということで、ほとんど袋だたきにあいにきたような気がしているのですけれども、藤田先生もそうされたので、簡単に言いますと、私は、卒業して2年目に1つ下の先生と結婚しまして、彼女は一応内科系のレジデントに入りました、忙しいだろうから、子供は当分作らないようにしようと言っていたのですが、これは神のみぞ知るで、できるわけですね。彼女がレジデント1年の終わりごろつまり1月頃から子育ての大変の時期になりますて、私の娘は小児喘息でして、はっきりと診断がついてしまったのですが、主治医が藤田先生の奥さんで、どうも私は、あらゆる点で弱い立場です。けれども、そういうようなわけで、今、奮闘しているわけです。申し上げたいことは、今まで、私の先輩・後輩の女医先生方、又岡村先生が話しておられ、はっきりしたことは、1つあると思うのです。それは、藤田先生も言われましたが、女性であるということで何かが起こるということはない。だから、女性であることは全然問題ではない。職業人としてだけ考えれば、私も藤田先生と同意見なのですが、女性と男性は、はっきりと同じであります。岡村先生には失礼ですが、女医さんの方が、こまやかだと、親切だとおっしゃいましたけれども、男の医者でもそういう人はいますし、逆も真なりだと思います。そういうことは、細かいことで大したことではないのです。そこで、結婚が問題であるかと申しますとこれも、バイアスがかかっているかもしれません、私の個人的な意見では、結婚も大した問題ではない。要するに結婚しただけなら大して生活を変えなくていいわけなのです。だいたい結婚するような相手なのだから、大体お互い理解しあっているわけですし、相手の立場もほとんど分かって結婚するわけですから結婚まで到るということは、お見合いで付き合いもせずに結婚するご時勢でもないのですから、そも

そもそも、自分の生活を相手に合わせなくてはならないことはまあ、非常に少数ではないかと思うです。結局、何が問題かというと、手前みそですが、子供が生まれた瞬間から後が問題なのです。子供が生まれますと生活がやはり違ってきます。1番申し上げたいことは、その際に、女性特有の出産しなければいけないという問題があるのですが、これも結局は、2人と子供の問題なわけで、子供が生まれて、いわゆる本当の意味での家庭ができるわけで、夫婦だけだったら、広義では家庭でしょうが、本当の意味での家庭ではないわけです。理解し合った夫婦ならば、束縛されることはないのです。そこに子供がいるから大変なわけです。ですから、その場においては、基本的には、きれいごとを言えば、女も男もないわけです。例えば、だんなも職業人だし、奥さんも女医さんだとすれば、職業人としては男女の区別はないわけです。ですから、この会の趣旨は、藤田先生もおっしゃったように、家庭人としての自分と、医師としてないしは、プロフェショナルとしての自分をどう両立するかが本当の意味での焦点ではないかと思っています。先ほど内田先生の方から、「先生は何をやっているの」ときかれましたので、たぶんうちの家内も、検証するために来ているのではないかと思われますのであまりいい加減なことは言えないのですが、正直言って私のところでは、藤田先生のところも私は知らないのですが、少なくとも、子育てについては、正直言って8：2ぐらいですかね。本当に言って彼女はえらいですね。彼女が全てをやっていると言ってよい状態です。例えば、彼女がものすごく早く出かける時に、私は基礎ですので、朝はそんなに早くなくて良いわけで、かわりに子供を起こして、着がえさせてメシを食わせて連れていくぐらいのことは簡単ですからしますし、どちらかが、遅くなつて、早くむかえに行かなければならぬ時には、むかえに行くということはしますが、やっぱり家のやっていることを見ると、それよりはるかに大変なことをしていますから偉そうなことは言えない。だから、うちの場合は、納得していると思うのですが、お互い納得ずくで、そのぐらいの比率で分担しているということ。子供を風呂に入れて、おしめをするぐらいの簡単なことはやりますが、はっきり言って大したエネルギーを使っているとは思わないのです。本当にエネルギーを使うのはいろいろあるわけです。それは子供が病気になっちゃった時です。これはどうしようもないわけで、保育園もあずかってくれないし、本当にどうしようもない。その時は、基礎の利点は、人に束縛されないという

ところです。はっきり言って、協力できる範囲で協力しますが、そのために自分の仕事に重大なドローバックを起こすようなほどのエネルギーはさいていないというのが正直のところです。まあ、そんなところです。

青木：ありがとうございました。続いて、大滝先生に、大滝先生はこの病院の外で、過ごされた年数が多いので、本学の実状はあまりご存じではないでしょうが比較してみて、ここの卒業生の現状というのをどんな風にお感じになられたのか、お聞かせ願えればと思います。

大滝：4回生の大滝です。卒業してすぐに、川崎医大の総合診療部というところに行きました、ついこの前まで、そこにいました。この春、こちらの卒後臨床研修部に戻ってきたんですが、岡村先生の卒後臨床研修部という立場ではなく、今青木先生が言われたように、外の病院特に、川崎医大というのは、私立ですので、ずい分ここと違うわけですけれども、そういういたところを少し言うようにと言われましたので、いろいろ記憶をたどって用意してきたのですが、その前に、こういったのは、どうしても主観が入ると思うので、自分自身の事情を言いますが、私は、卒業、その年の夏にすぐ、結婚しまして、田舎が新潟で、川崎医大というのは岡山にあるのですけれども、嫁さんも同じ新潟出身で、そのころは、新潟の学校の教員をしていましたが、やめていっしょに行くかどうかかもめまして、結局やめて、専業主婦をやっていますので、多少、言い方にフィルターがかかっているかと思いますが、そういったところを承知していただきたいと思います。そこで、いくつかの例をあげたいと思いますが、一般的に言いまして、私立の医大はどこでもそうだと思うが、開業医の子供がほとんどで、川崎医大では8割です。女子学生也非常に多いです。確か、20%は越えていると思います。いろいろ実習とかで、接した感想では、女性の方が優秀な人が多いです。留年数も少ないです。それで、卒後女性医師になった時に、どうなるかといいますと、やはり後継としての制限が非常に大きいわけです。まあ、ほとんどの人が多くのお金を家から出してもらって卒業するわけですのでどうしてもお医者さんと結婚してもらわなくてはならないのです。それで、大抵は、学生時代に付き合っている人がいるわけですね。ですが、いろんな場で、話を聞くのですが、信じられないかもしれません、卒業する時点で、恋愛をあきらめ、それで、卒業して2～3年で、お見合いをするというのが1番多いパ

ターンです。しかも、科を選ぶ場合でも、いわゆる、主婦業と両立できる科。それはもちろん各科いろいろあります、川崎医大では、皮フ科、眼科で、そういう科に進む女性が多く、それは、結婚後も楽に続けられるということで、そういった規準で、何をやりたいからという以前に、科を選ぶ人が非常に多いです。私も多少関心を持って臨床実習の時に、女子学生の人にいろいろ聞いてみたのですが、かなりの人が、こういった規準で科を選択しているようです。以上が川崎医大の女子学生の卒後の一般的な進路です。その他に、川崎医大で研修していた仲間で、いろいろ耳にした話しによりますと、先程から聞いておりますと、それほど苦労せずにやってきたようなので、大変な例をいくつかあげた方が別に失望させる意味はないのですが、問題提起ということでおろしいかと思うのですけれども、3人ほど、例にあげたいと思います。1人は、離島でこれも島の名前を言うとすぐ分かっちゃうぐらい有名な病院なのですが、その島の精神病院の1人娘の先生ですが、学生時代から恋愛されていたようですが、卒後すぐ、川崎医大で研修されたのですが、親の方は、早く帰って来て後を継いで欲しいということで、帰って来るからには、精神科の先生と結婚して帰って来て欲しいということで。(笑い)や、これは、本当に、実際そなんです。親が冗談で言っているわけではなくて、そうできなければ、さっさと帰ってきて、いっしょに仕事をしながら自分が見合いの先生を見付けるからとにかく帰ってこいということで、毎年毎年言われて、1年のばしにしていたのですが、結局、彼と離れて、独身のまま、一応4年目だったのですが、卒後研修が後わったというかたちで、実家に帰ったという、私の1年下の女医さんですが、そういう人がいました。それから、2人目は、卒業して精神科を1年研修して、それから、川崎医大もレジデント制なので、多少卒後の初期研修のうちで変更がきくのですが、いろいろ事情がありまして、内科の方に変わられて、内科の研修を2年つとめられて、その後、同級生と結婚された先生です。結婚と同時に、退職されて、お子さんを2人出産されて、その間ずっと専業主婦をやられていたのですが、ご主人は、大学院にいて、研究をしたりしていて、なかなか、家庭の方を頼られない状態で、ほとんど専業主婦の状態で、4年間続いて、いわゆる軽いノイローゼの状態になってお子さんを見ていると、非常に腹が立つると、自分は、子供のために、自分の研修とかが無駄になってしまうのではないかという焦燥感にかられて今は、週に2回ほど、

お子さんを預けて、臨床の研修とかを再開されている方ですが、そう言ったように、完全に家庭に入ってしまって、家の外での仕事をしていないということのストレスが高まってしまったという人もいました。それからもう1例は、この人が1番大変だと思うのですが、実は、御主人が同僚で実は今も、総合診療部にいるのですが、学生結婚をされて、実は川崎医大ではない大学から御夫婦で来られたのですが、学生結婚をして、卒業と同時に御夫婦で、奥さんは、小児科、ご主人は、最初内科で、今は総合診療部ですが、研修にこられて、奥さんは、卒業する時にすでに妊娠されていたのですが、卒後1年目の夏に、切迫流産をして、おまけに、もともと気管支喘息の持病があり、それも悪化し、入院されて一応出産は無事にされたのですが、結局初期研修の1年目の夏から3ヶ月間ぐらい研修ができなかったということで、これはとてももめたのですが、結局1年目をもう1度やり直すということで、お子さんを保育所にあずけ、ジュニアの1年目のレジデントをされています。また、さっき柳沢先生がお子さんのことをおっしゃいましたが、この先生の産まれたばかりのお子さんも気管支喘息で、非常に、分離不安に近いのでしょうか、お子さんが甘えて、手をかけないと、喘息発作が起きやすくなるという傾向もあるということで大変な時が、麻酔科のローテーションの時には、あまり大きい声で話せないのですが、他に交替の先生がいない時に緊急手術が入りまして、お子さんを背負いながら、麻酔をしたという経験も、この奥さんの方はありますて、ご主人の方も、学生結婚なので、納得ずくで、大変なことを承知で結婚したのだといつも言われているのですが、それでもやはり大変だと、これから先、2人でそれぞれ臨床研修を続けられるかどうか、毎年春になると、悩んでは、相談しているような状況でした。そう言ったところで、多少事情は違うと思いますが、共通している部分もあると思います。特に、いざ子供ができる、子供が病気になった時ですね、子供の問題で、自分の研修、研究にさしさわりが出る時のサポートしてくれるリソースが、非常に病院という場は、特に研修医という立場では、ブラーであるということは、川崎医大で私も痛感する所でした。実際、保育所なども、病院に付属した保育所を作ろうとした時期があつたらしいのですが、事故のあった時の問題で、そのままになっているらしいのですが、やはりまわりに、両親や、非常に面倒見のよい近所の人や、非常に理解のある、フリーな時間の多いご主人とか、そういうサポートする人が豊富にない限りはやっ

ぱり、特に研修期間中は大変な人もおられるようです。そう言ったところです。

青木：どうもありがとうございました。私たちの知らないもっと苦労している人たちの話をうかがったのですが、ここでちょっと話は変わりますが、そもそも、今この座談会が何を目的としているのか分からぬという話がありまして、私自身も、このテーマに積極的に意志があったわけではなく、まわりに突っつられて、この場に出てきてしまったというわけで、火付け役は、先ほどプロローグ部で出てきました学生の代表の「Dr. 花子の会」というのからきたのですが、今日は、学生さんが1人見えてますので、私たち(私もやっと10年選手の仲間となったわけですが、)の目から見ますと何で今頃、女医かと、なんで今頃女性医学生かということがあるのですけれども、10年以上隔って、雇用均等法ができてから入学されたに違いない学生さんで何で今、こういうことを敢えて企画しようとしたのか、その辺を簡単に、お話しいただきたいと思います。

学生：Dr.花子の会というのは、今M4の学生が、中心になってあとM3, M2, 若干の男子学生が入っております。で、学校の方でも、ちょうどタイムリーに、本村先生を中心とする、女性医師の進路調査をされるとききましたので、私たちも、「この先私たちはどうなってしまう?」という情報が、ほとんど学生の身分では集められなくて、個人で集めるのも限界があるので、こういう不安を持っている学生は、結構いまして、ある程度組織だって、2週間に1度ぐらい集まって、話したり、実際に、ご活躍中の女医の方や、そのご主人に、インタビューをしたり、調査を始めて、とにかく、方法論なんかも、まだ身についていないので、暗中模索の状態ですが、今年の3月から、活動をスタートしまして、10数人の先生方には、実際にインタビューさせていただきました。で、実際花子の会は、こちら(一般席)の吉田さんが、リーダーになっています。ここまででは、花子の会のことでのあとは私の個人的な話になりますけれども、現在、差別を感じているかということについては、花子の会の、とある男子学生が言ったことなのですが、「今、うちの医専で、男女差別があると言ったら、ぼくは怒る」と、彼は言いましたが、私は、現在の状況としては、彼に賛成しています。ただ、私が今まで、医学の道を志すにあたって最大の、壁というか、女であるということを実感させられたのは、実は入学以前なのです。具体的に申

し上げますと父でありまして、私が、はじめて「医者になりたい」と両親に言った時、特に父に言った時に、父の答えが「普通人が死んだら家族はそれが男の医者だったら、それは寿命だと納得するのだが、その担当が女医だったら、女医に当たってはずれたから死んだと世間の人はとるのだ」とまず、父が申しました。何分実家も田舎でしたので、単純に反発も感じましたが、実際父のように考える男性もまだまだいるのではないかと思います。花子の会で、今日のメインテーマは、女性医師及び女医の将来についてということになっていますが、これは、花子の公式見解ではなくて、私のこだわっていることなのですが、1つは、メインテーマは女性医師なのですが、もう少し対象を拡げて例えば、病院には、医師以外にも女性は看護婦さんや技師の方、薬剤師の方なり多くいますし、又、医科学修士にも女性は多くいますので、例えば、医科学修士の女性の就職は私達に比べるとかなりシビアな物があると思いますし、そういう周辺の人、例えば私たち女医は平等で恵まれているからいいやということではなしに、そういう人たちの助けとなりたい、少なくとも、足を引げる存在にはなりたくないなと思います。もう1つ、せっかく、こういう場を通じて、お互い諸先輩方と顔なじみになったり、お互いの状況が分かってきましたから、できたら、こういう会を、おもしろい話しが聞けたで終わるのではなく、実際家事とか、育児などで、てんてこまいしている先生に対して、我々学生は、結構時間がありますのでこれをいい機会に、ベビーシッターなど家事の手伝いなどのアルバイトの口につければ、お互いに有益なことであるし、学ぶことも多いのではないかと思います。で、実際、柳沢先生のところでは、M2の学生さんがベビーシッターをしているそうですから、そういう輪が広がってゆけば、素敵なことではないかと思います。以上です。

青木：大変お互いに実益のありそうな話になつてまいりましたが、こう話ををしてまして、建前と本音とがどうしても、出てきてしまうので、非常に本音のことをお伺いしたいのですが、今、子育てで御奮闘中の西嶋先生、村島先生、それから内田先生と、こちらの野口先生の4人の先生に、今、非常に大変だと思うのですが、それを何とかのり越えて定年まで働く意志がありますかどうか、こういうことを考えるのに、まず男の人だったら、大変だからやめようという発想は、ますないのでね。でやはり男女平等だと言っても、差が出るのは、その部分ではないか

と思いますので、何とか定年まであらゆる方法を駆使してお働きになるか、それともそれほど事をオーバーに考える必要はない、ある時期休んでもいいしました働いてもいいし、大変な時にとりあえず、ふつと休んでもいいのではないかというようにお感じになるのか、どちらか本音をお聞かせ下さい。

西嶋：そのメインの質問に関しては、私はずっと続けると思います。というのはとったら何も残らないという、男性の場合はそういう仕事人間が多くてということで見直した方がよいという世の中になってきましたが、とにかく仕事と子育てと2本をやるしかないという状況で、子育てで忙しくなっても、今1人だからなんとかなっているという面もありますが、これで子育てだけに専念したならば自分が自分でなくなる気がしますので、まずやめることはないと思います。なんとかいろいろ手を尽くして切りぬいていくと思いますね。

村島：私も2年ぐらい前まではそう思ってました。それで今、子供が3歳半になって、ちょうど母親を必要としている時期ということもあるのですが、うちの子も喘息持ちで、実は今入院中で、今まで子供が産まれても母親を頼ったりベビーシッターを頼ったりしてどうにか切りぬけてきたのですが、ここに来て息切れしています。で、ちょっとしばらく休んでもいいんではないかと思っています。というのは資格にこだわる必要はないのですが、一応内科専門医と学位の方もとりましたし自分でもある程度臨床経験を積んだので、ここで少し休んでもまた復帰が可能ではないかという気持ちがありますので、完全にやめるまでいかなくても少し力を抜いてやっていこうかなと思っています。それは、順天堂などもこの医局制度とちがう医局制度でして、患者さんを持っても持たなくともいい余剰人員が結構いまして、私も今度近々ベッドから下ろさしてもらってパート程度に食いつないであとは研究の方を少しやり残したところを自分のペースでやっていければいいなと考えています。ただ将来このようなフリーターを続けられるわけなくて、ちょっといつかおちこぼれたようなフラストレーションがたまると思うので、多分ある時期まで休んだら又常勤のような忙しいかたちでやり出すと思いますが、しばらく休みたいです。

内田：あまりフリーな時間があるのは嫌なのでちょっと時間を潰そうということで、体力的には自信があるから息ぎれするようだったらトライアスロンを切っ

て、仕事の方がどっちかというと疲れますが、プロのトライアスロン選手になれるわけでもないし、そこら辺はちょっと切り捨てて仕事を優先してやろうかなということで、仕事をやめる気は今のところありません。ただ先ほど子供が病気になった時とか、いろいろな壁に当った時には、こちらの先生と同じように、今の段階だったら自分にテクニックとかという点で休んでも可能ではないかという時にはまたその時考えるという感じです。

野口：私の場合は、S2の段階で出産前にして、普通の産休よりも長く休みましたので、ちょうどS2というと内科ではFixをしてその科でやらなければならないことをいろいろおぼえる時期だったのですが、そこが残念ながら不充分になってしまって、内田先生や村嶋先生のように今休んでだいじょうぶだという状態じゃ全然ないです。ただ、内科医としては少しほ全体的に見られるかもしれません、呼吸器内科医としてはまだ全然だめで、そういう点ではまだ仕事をここで休んでしまうと元に戻るにはすごく大変じゃないかなという気持ちがあります。やっぱり子供が数日前から熱を出してまして、両方の母にとっかえひっかえ来てもらって、今日もまだ母に来てもらって、子供の問題はすごく大変なので、でもやはりレジデントの段階でやめると今までやって来たことが何だったんだということになりますし、先程大滝先生の方から、一時期ノイローゼになられた人の話しがありました、私もちょうど休んでしまった時に同僚が他の科でFixしてしまって技術を身につけているのを見てやはりいらっしゃったのですね。そういうこと考えると今は大変なんだけれども充実していることは充実しているのです。で、男性が自分の奥さんを越えるようなことがあったらどうこうという話も出ましたが、私の場合は2回生の主人と結婚しまして、すごく離れているので、科も内科ですがうちではちがっていまして、ちょっと差があまりにもあるので、そういう意味ではあちらがやっていることに関しては、そちらを優先せざるをえない、ポストの面でも私が医長でなくて、上に1人先生がいてその下でやっているという状態ですし、相手は完全に医長で、自分でいろいろやっていますのむこうを優先せざるをえない。で、自分でもある程度技術を身につけたいという点では、レジデントを終わるまでは石にしがみついでやりたいと。その後は、どうするかということに関してはちょうどその頃子供が3つくらいになる予定で、その段階で、考えさせて下さい。柳沢先生の奥さん

がよくおっしゃっているのですが、同じ保育所にいるのですがその子供が親の顔が分からぬいうちは誰が迎えに行っても誰にでもだっこされるうちはいいんだと。それが柳沢さんちのお子さんが、今もそうなのですが、出てきて誰のお迎えとかわいくほほえるのですね。そうすると、うちじゃないやと言ってすごすごと帰っていかれる。やっぱりそのような段階に自分の子供がなった時に自分の母性がどう反応するかということもまだ分からないので、レジデントが終わった段階でどうするのかということは悩んでまして、その時決めるのでは遅いのでその段階で、今、研究などというものは全くできていないので、内科専門医にしても外の病院の一般的な業務しかできないので、そういうようなことを優先していると、細胞培養していて時間に行かなければダメだというような研究もありますが、患者さんが苦しいから来てくれとベルが鳴る束縛から一時期離れてもいいかなっていう気もしていて、その段階については今悩んでいるところです。

青木：はじめに、うかがった時には、皆さん元気よくハンディはありません、楽しく仕事をしていますということだったのですが、やはり実際には、かなりご苦労があるということが出来たと思います。今度非常に意地の悪い質問をします。先程大滝先生は、奥さまをやめさせて引っぱってきたと正直に言いましたが、こちらの、柳沢先生と藤田先生の2人に、私の仕事の方が大事だから家で子守りをしていてくれと言われた時に、そういうのは選択の余地があるのか、それとも全く考えたことがないのか、どのような状況についてちょっとうかがいます。

藤田：ちょっと分からぬのが、ぼくが子守りをすることですか？

青木：選択の余地がありうるか。

藤田：いつもやっていますよ。だってぼくは基礎ですから、それは柳沢先生も言っておられます、好きな時に休めますからね。

青木：だから、それが、自分の仕事の邪魔になんでも何とか工面しうるか。それは、一応邪魔にならない範囲ですかということ。例えば、転勤とか、今藤田先生はそれにかかっていると思うのですが、今、子供が大きくなつてからの転勤ですが。

藤田：あの、まそれは人生観の問題で、さっき言いましたが私は細かいことは一切口出しませんし、面倒くさいことはきらいですが、昔ですけれども、今は子供も大きくなつて、1番下が小3ですので家では私が粗大ゴミであります。完全に。昔は基礎でしたから、先程言いましたが3番目が生まれる時私はここで言ううちのワイフも私も同学年ですのでS1ということですが、私はリウマチアレルギーのチーフでしたから、一番上のいないチーフでしたので、うちのワイフは小児科でしたのでこの2年間札幌にいて、本当に死ぬ思いでしたし、ぼくは子供の顔にほとんどあっていないわけです。朝ちょっと遅く出るので、その前にうちのワイ夫が子供を保育所に連れて行って、で帰ってくると子供が寝ているという生活をしていたので何とも言えませんが、さっきの状況というのは昔のことですのでぼくはあまり覚えていませんが、そういうのは何とかなるのではないかでしょうか？そういうのは、あまり主要な問題ではないと思うのです。ただ、1つの女性の側としてはうちのワイ夫に怒られましたが、私は人生をどういう風に歩くかは自分で決めましたので、大阪に研修に行くときも行きましたし、アメリカへ行くときも行きましたので、うちのワイ夫はついてきましたけれども、それ以外は言われるままにやって来ました。それは私が基礎にいるから朝9時にいなければならないということではなく、10時からやろうが夜の12時にやろうが、それはやるべきところはやるということですから、そういう面で柳沢君もそういうところはあると思いますが。あともう1つはどうちができるかできないかということは、分かりませんがぼくは人間的にはうちのワイ夫の方がはるかにできていると思いますが、頭はぼくの方が良いと思います。

柳沢：藤田先生と基本的に同じで、例えば私がどっかの学会でしゃべる日だと、その日に子供が病気になると、これはそれを理由に学会は休めないので、その日たとえば家内が絶対ぬけられない外勤で、その日家内がぬけるとその病院、医者がいなくなってしまう時には、子供は保育園にお泊りですね。だから要するに、私がただ普通に実験していく、そのスケジュールが少し実験が遅れる程度の時には私は休みますし、休養のいいわけとなりますので子供といっしょにぐだぐだ寝ているところですね。

青木：大変頼もしい話しながらですが、こういう話しを最後に持ち出したのは、最初皆さん元気なことを言いまして、なかなか筑波の女医さんたくましいと非常

に堀先生もお喜びになるような話だったのですが、やはり実際にはかなり苦労があって、それがいいとか悪いとかということではなく、子供を持たなかつた時に比べてやはり同じ年数で研修の遅れが出了と心ひそかに思っているという面はあると思うのですね。これは皆さん女医さんの立場でおっしゃったのですけれども、そういう人生の上で何が大事か、自分の望む幸福な家庭が大事かそれとも本当に仕事が人生の全てで、そういう仕事をするのが大切であるのかという古典的な選択の悩み、仕事が結婚かという悩みはいつも女性についてまわって、女性が社会に出て活躍するにつれて、そのフレーズがある程度のキャリアのある女性から多く出るようになってきたわけですが、考えるにこのことは、女性にとって仕事が全てでいいかどうかというような選択は、おそらくそのご主人にとっても同じ選択であろうと

思われます。そこでさっき学生さんが言われましたように、今日の座談会は押し寄せ、私が言わせてまいりましたようにこのテーマでやったのですが、女性にとって自分の生きかたを考えるだけではなく、これからそこにいらっしゃる男性の方もほとんどの人が結婚なさると思いますので、その中で家庭と仕事、で自分の全体の人生ということを考えていく上に、さっき内田先生がプロローグ部、で幅の広い生き方、視界の広い生き方をしなさいと、仕事と家庭ともう1つ趣味があってと、非常にバイタリティに富む話しをしていただきましたが、そういう多面的な見方が益々必要になってくるのではないかと感じました。あまり皆さんに充分ディスカッションをしていただく時間が残念ながらとれなかったのですが、今日の会を閉じさせていただきます。

3回生同窓会報告

去る5月26日(土)、午後7時より「つくば山水亭」にて3回生の同窓会を開催致しました。

出席者：厚美、江口、大久保夫妻、小山、重光、宮川、諸角、村島(山本)、八十嶋、山口、湯沢

昨年よりやや人数は減りましたが、全員の消息を中心に楽しい2時間でした。
来年も桐医会の総会の日に同じ場所で集まることにして散会致しました。

毎年開催ではメンバーが同じになってしまふのでは、という声もありましたが
集まる機会を多くしたほうが結局はより多くの人に来てもらえるのではないかと思
い、毎年聞くことにしました。都合がつきましたら3年に1回でも4年に1回
でもご参加下さい。

転居転勤等ありましたら私にもご一報下さい。尚、出席者の方には写真も同封
しました。(宮川記)



Reunion in Boston — November 19, 1988

出席者 今川重彦(1回生)

谷中昭典(1回生)

古川雄祐(3回生)

立崎英夫(4回生)

大島淳子(5回生)

司会 厚美直孝(3回生)

司会：本日はアメリカ、マサチューセッツ州ボストン市に在住の卒業生の方々にお集まりいただき海外留学について座談会を開いてみたいと思います。司会は3回生の厚美が担当させていただきます。それではここにいらっしゃる先生方の自己紹介からお願いしたいと思います。まず1回生の今川先生からお願いします。

今川：今川重彦、第一回生です。卒後、すぐ大学院に4年間入りまして、その後2年間臨床研修をしまして、こちらには1986年の4月下旬に参りました。専門は血液で、現在の勤務先はBrigham & Women's HospitalのHematology divisionです。研究内容はエリスロポエチンのregulatory elementつまりpromoter, enhancerがどこにあるか、どういう働きをしているのかということでやっております。

司会：どうも有難うございました。それでは、同じ一回生の谷中先生、自己紹介をお願いします。

谷中：1回生の谷中昭典です。卒業後は筑波大学で大学院4年間と臨床研修を4年間やりまして専門は消化器内科です。今年の7月にこちらに参りましてまだ4ヶ月です。勤務先はBeth Israel Hospitalの外科で研究内容は胃粘膜防御機構、具体的に言いますと胃粘膜上皮細胞における細胞内pHの調節機構に関する研究をやっております。

司会：それでは、次に3回生の古川先生。

古川：3回生の古川雄祐です。私は卒業しまして、すぐに栃木県にあります自治医科大学の方へ行きました、2年間内科のジュニアレジデントをやったあと、血液内科学の医局に入りました、シニアレジデントを3年間やって、そのあと血液学の助手になって現在にいたっております。専門は血液内科学。こちらに来たのは、ついこの間で、9月20日の飛行機で來ました。まだ、1ヶ月ちょっとで、ようやく少し慣れてきたっていう感じです。勤務先はDana-Farber Cancer Institute、谷中先生のBeth Israelに非常に近いところです。研究内容は、私は白血病細胞の増殖機構に非常に興味をもっておりまして、具体的には、最近いろいろな正常な造血機構に関わっているcolony stimulating factorやインターロイキンがクローニングされて生体でそういうのがどういうような働きをしているのかということが、注目されていますけれども、白血病細胞に対してもですね、そういうファクターがいろいろ作用しているんじゃないかなということを考えまして、それから、できればもう少し詳しく分子生物学的なアプローチをしてみたいと思ってこちらにきています。

司会：どうも有難うございました。それでは4回生の立崎先生。

立崎：4回生の立崎英夫と申します。卒業してすぐ、筑波大学の大学院に行きました放射線治療部で研究をいたしました、大学院修了後2ヶ月間だけ筑波でレジデントをやりましたけれども、その後1987年の7月からボストンにきております。現在の勤務先はマサチューセッツ総合病院の放射線治療部で、こちらでやっていますのは放射線治療部のクリニックフェローをしておりまして、内容としましては主に陽子線を用いて頭部の悪性腫瘍の治療をしております。

司会：最後に大島先生、5回生ですね。

大島：はい、名前は大島淳子で、5回生です。卒業してすぐには筑波大学のレジデントを血液で3ヶ月程やっています、こちらに来ました。滞在は、今、通算で5年目です。最初に来た時には谷中先生と同じBeth Israelで1年間臨床の方をやってきました。内科でした。現在やっているのはボストン大学の医学部の大学院のPhDコースなんですが、PhD論文の課題は癌細胞が分化していく時に癌遺伝子の発現のレベルが下るということは、わかっているんですけども、それがどういうメカニズムで下っていくかということをやっています。

司会：どうも、有難うございました。司会の私は筑波大学で循環器外科のチーフレジデントを今年の3月に終えまして現在Massachusetts General Hospitalの心臓外科の研究室におります。研究内容は人工心臓、心臓移植、人工血液、胸部大動脈瘤手術時の補助手段の開発と、いろいろな研究に参加していますが、自分自身が主体となって行うプロジェクトとして人工血液の腎毒性の研究と大動脈瘤手術の新しい補助手段の開発を現在すすめております。

それでは、皆さんに簡単に自己紹介をしていただきましたけれども、まず討論の初めといたしまして、留学のきっかけとなったことについて、ちょっとお話しを伺いたいと思いますが、今川先生から、どの

ようなきっかけで、こちらに来られたかということを簡単にお話しいただけますか。

今川：私の場合、大学院で4年間やっていたテーマをこちらのBunn教授のところが中心になってやっているということで、私のリプリントを送りまして先生のところでやっていることに関心があるので、applyしたわけですね、それで幸い良い返事がいただけまして、こちらにきたわけです。

司会：日本で自分でされていた仕事とこちらの仕事で共通点を見出されて、ご自分でapplyされたということですね。

今川：はい。

司会：谷中先生と、古川先生の場合はどうですか。

谷中：私の場合も自分でapplyしたんですけども、きっかけといいますのは4年間大学院で消化性潰瘍の病態生理に関する研究をやってきたんですが、その内容が主にclinical studyで我々の分野の領域でもかなり基礎的な研究が必要になってきたということを日頃から痛感しておりました。しかしながらレジデント生活というのは、やってみますととても基礎的研究をやるような、まとまった時間がなかなかとれませんし、精神的にもなかなか集中できない。そういう意味であせりを感じていました。そういう時に、たまたま私の領域で基礎的研究で有名なDr. Silenが日本の学会にきました。その時に留学の話をしてみたところが、来年だったら来ても良いでしょうということで決まったわけです。

司会：古川先生はいかがですか。

古川：僕の場合は、現在のLaboのheadはJames Griffinという人なんですねけれども、彼が去年、日本で国際実験血液学会というのをやった時に来日して発表した時に、自分のやっていた研究のテーマと似たテーマを彼もやっておりまして、学会の会場でちょっと話しをして、自分のことを知ってもらったわけです。その後自分の論文のリプリントと、それから手紙を、主にそれは自治医大の造血発生教室の斎藤教授がやって下さったわけですけれども、彼の方にapplyしてくれて、そういうようなことで受け入れてくれたということです。

司会：どうも有難うございました。私の場合は、これまでに堀先生、井島先生、榎原先生がMGHに留学されました、その同じ研究室に私も紹介で来させていただいたわけです。立崎先生の場合も、大学の放射線科からの紹介と思いますけれども臨床の資格試験について、少しお話しいただけますか。

立崎：たまたま、こちらの治療部のクリニカルフェローのポジションがあいてそのポジションを日本の秋貞

教授、北川教授のところに日本から誰かとっても良いという話しがあります、その時に、僕が資格を持っていましたので来れたということです。

司会：資格というのは具体的にどういう資格ですか。

立崎：現在こちらで臨床をやる上で要求されているのはVQEもしくはその新しいバージョンであるFMGEMSか、そのどちらかを持っているということです。

司会：大島先生の場合はいかがですか。

大島：私は、1番最初は、紀伊國先生のところで、プライマリ・ケアということで紹介で来たんですね。ボストン大学の大学院の方は、アメリカで臨床をやるのは非常に難しいということがわかりまして、それで、研究をやろうということで自分でapplyしました。

司会：資格試験に通ると、こちらへ来て臨床をやるために一つの糸口になるかと思いますけれども、試験にパスするのは大変ですか。どうですか。かなり努力を要しますか。立崎先生、大島先生いかがですか。

立崎：試験の中に基礎の科目がかなり含まれているわけです。それで、その試験を受けられるのは新しい制度は知りませんけれども、昔は卒業後でなくては受けられなかったわけです。そうしますと、だいたい日本の国家試験には基礎の科目が含まれておりませんでしたので、卒業後に残っている基礎の知識というのは、やはり大部分の方の場合、かなり少ないと思うんですね。そういう時期に基礎の知識を試されるということでかなり難しいと思います。

司会：それでは、こちらで長く研究を続けていらっしゃいます今川先生に研究の内容についてもう少し掘り下げて、具体的に、また日本との比較なども含めてお話しいただければと思います。

今川：私のやっているのはエリスロポエチンのgeneなんですが、geneは、もう1985～6年にクローニングされているのですが、いわゆるregulatory element、つまりpromoter, enhancerというのがclassicalなgeneですとgene sequenceでみた時にCAATboxといってCAAT、あるいはTATAboxといってTATAというのがCap siteから-80とか-30のbase pairのところにあって、sequenceをみるとこれがpromoterだと決められるんですが、エリスロポエチンの場合には残念ながらそういう配列がなくて、どこにあるか解らないということでそれを探そうというのが、まず、我々のグループの第一目的でした。humanとmouseのEpoのgeneを比べてみると5'のflanking regionとfirst intronと3'のflanking regionのところに特に強くホモロジーが

あるわけですね。ここに regulatory element があるんじゃないかなという仮説のもとに実験を開始したわけです。で、それらの部分を要するに切り張りですけれども、それらの部分をとって reporter gene として growth hormone gene を使っているんですけども、ライゲートして、そこで、もしそれが本当に promoter, enhancer があれば、切った部分だけで regulate されるということでその研究をやっております。詳しく話すと時間がかかるからうんすけれども、やっぱり我々の仮説通り、その部分に何らかの regulatory element があるという結果を得ております。日本との比較といわれましても、私が、こちらに来たのは 2 年半前で、今の状態がどうなっているのかというのはちょっと情報が不足しております。たんには比べられないんですけどもそうですね、例えば Epo の臨床応用に関しては、もう日本でも施行されたということですけれども、それは、まあ、臨床応用はこちらでもかなりやっておりまし、どの程度進んでいるかというのは、ちょっと私には情報不足でどうなっているかわからないんですけども。

司会：血液内科の分野は遺伝子工学の応用によって、今、急激な進歩をとげつつあるようにお伺いしましたけれども、吉川先生の場合はいかがですか。

吉川：今川先生のお話で自分も全くそうだなと思ったのは、今は、いろいろな遺伝子の発現機構の方に興味が移ってきてるんですね。今まで、まあ、例えば 5 年位前までだと遺伝子の構造を決めるとかクローニングをするというようなことが、必死になっていたんですが、それが一通り終ると今度は expression の仕組みについてもアプローチがなされているというわけで、いずれにしても言えることは molecular biology 的なアプローチをしないと充分な研究はできないといった状況になってきているのではないかと思うんですね。そうしますと日本との比較ということでいいますと、まだなかなか日本の研究室でそのような molecular biology を充分にできるところが、特に臨床のレベル、臨床の教室だとなないので、そういう点はアメリカに来てやる価値があるんじゃないかなと思って、それが何とかこちらに来たいなあと思った一つの理由なんですね。そういう molecular biology 的なアプローチがしやすいという点が日本とある程度差があるんじゃないかなと思ってます。

司会：どうも有難うございました。大島先生は先ほどの内容に補足してお話しがありますか。

大島：日本と比較した場合なんすけれども、日本から

も随分いいペーパー出て来ているので、決して今私がやっていることがね、日本じゃできなくて、アメリカ位しかできないか、というと決してそんなことはないと思うんですよね。ただ、あのシステムからいって 1 番のちがいは、アメリカはボス・ドグ（博士号取得後、他校で修行する制度が米国にはある）というのがありますでしょう。だからボスがグラントをとってきてる限りでは何人でも雇えるわけです。だけど日本だと人件費使っちゃいけないというのがあるから、人が、非常に限られちゃうっていうのがまずあるでしょう。というのが非常に違うなっていうことと、それからアメリカは evaluation が、その実験の評価の仕方がもうちゃんとあるわけですよね。どういう人が評価して、何が評価の対象になるか、例えばペーパーだととかね。だけど日本だと誰が評価するのかっていうこともあまり良くわからないし、何をもとに評価しているのかというのもアメリカに比べると少しあまり詳しくしないな、という感じがするんですね。あと研究室にしてみるとね、確かに日本は太平洋を渡らないといけないから、例えば 1 つの試薬にしてもね、日本だと 4 倍位かかるのよね。そこへもってきて日本は基礎研究に関してはお金はちょっと出づらいから、そういう意味では確かに、日本の方がちょっと条件は厳しい感じがしますね。

司会：谷中先生はフレッシュな印象として今の様な点についていかがですか。

谷中：我々の領域に関しても、やはり同じようなことが言えると思います。私は内視鏡医学というのを専門にやってきたんですけども、内視鏡の開発とか、画像を上げるとか、臨床応用とかいう面においては日本の方が、米国をはじめ、他のどの国よりも進んでる。日本の先端技術というのはやっぱり世界に誇るものだと思いますし、我々の領域における日本の応用力のすごさというのは、大したものでこちらにきても学ぶものはないんじゃないかなと思います。ただ、やはり我々の領域においても基礎研究という点では米国の方がはるかに進んでおりまして、例えば私の仕事でいえば、胃酸分泌のメカニズムとか PH1.0 という胃内腔の強酸にさらされながら、胃上皮細胞がどのようにして細胞内 PH を中性に保つかとかいったことに関する研究となると、やはり日本は遅れていると思います。もちろん、最近、日本からも素晴らしい研究もでていますけれどもまだ、米国と比べるとかなり遅れていると感じております。

司会：どうも有難うございました。日本から来ている医師の中で臨床を主にやっている人は非常に数が少な

いんですけども立崎先生はそのひとりとして頑張っていらっしゃいますが、臨床研修として特に日本と比較して、こちらの状況を教えていただけますか。

立崎：便宜上、三つに分けて言わせていただきます。一つは臨床医学という面と、医療という面、そして最後に英語力のハンディという面に分けて考えてみますと、まず臨床医学がどちらが進んでいるかというと、もうそれは分野ごとで全く違います。Oncologyの中の癌の治療だけに限ってみましても、例えば谷中先生のおっしゃった上部消化管では、やはり日本の方が進んでいると思いますし、乳癌などではこちらの方が進んでいるという違いはもちろんあります。しかし、全体を通して言えることは、現在アメリカでは randomized clinical trial が完全に定着しています。日本でも一部でももちろんやられているんですけども、その規模とかデータの解析の仕方がやはりアメリカの方が進んでいるのでその面からいって、アメリカの方が癌の治療はやや進んでいるんじゃないかなと思います。で、次に 2 番目の医療の面からみると、これは驚く程違います。これはどちらが良い悪いという比較はもちろんできないんですけども、一人の患者さんあたりの医者とか医療スタッフの数がこちらの方が一般的に多い。これは Mass General と筑波大学病院だけを比較しているわけですから公正な評価ではないと思うんですけども、まあその範囲内で言えばスタッフの数が全然違うし、それから同じように一人の患者さんあたりにかかる医療費が全く違う、そういう面である一人の患者さんに対するケアが全然違ってきます。それから患者さんと話していく患者さんの response も全然違いますし、保健システムも違うしということで医療システムは全く違うというか驚く程違うわけです。それから、英語力に関してですけども、こちらで臨床をやろうとした場合、先程の資格を通っただけの英語力ではとても太刀打ちできないと思います。私も英語力では本当に苦労していますし、これはかなりネックになることだと思います。それらを全部合せてみてこちらで研修するのが、どのような意味があるかというのは個々のケースによって違うんでしょうけれども、まあ少なくとも体験してみるだけの価値はあると思います。

司会：どうも有難うございました。非常に貴重な意見が多く出ましたけれども、次に生活面についてですね、毎日、朝から晩まで仕事だけではないと思います。こちらへ来て楽しいこともあると思いますのでその辺についてはいかがですか。毎日の生活について今

川先生いかがですか。

今川：私の場合は独身じゃなくて妻夫をつれてきたんですけども彼女なりに楽しみ方があるというか、それで友達をつくって生活範囲を広げている。それと、こちらで特徴的なのはパーティーが多いということですね。そういう所でまた知り合いを作つて、どんどん広げていっている。私の場合は、日本みたいに Labo に朝から晩までっていう、最初はそういう形でやっていまして、生活自体をすべて妻夫に任せるという形で、いけない例ですけれどもね、日本の延長みたいな形でやったんであまり参考にならないと思うんです。

司会：一番最近こられた古川先生、まだ、家も定まつたばかりで奥さんも時差ぼけの中で大変だと思いますがいかがですか。

古川：今、僕はちょっと郊外の方へ住んでいるんですけども、どこに住むかっていうのも、その人の考え方を反映していろいろな選択があると思うんですけどね。そういうのをなるべくこれから来られる方は我々に聞いていただくとか、そういう風に先に情報があると快適に、より早く生活を始められるんじゃないかと思うんですけど。ただ家賃がすごく高い所なんですね。ボストンという所は。だいたい皆さん住んでいらっしゃる所は高い所ですね。ちょっと今のところは、そういうことで割に日本との違いに驚いているんですけども。

司会：金銭的なことではアメリカでは比較的お金がかからないと言われ特に食費なんかはものすごく安いと聞いていましたが、ボストン近辺は特に、今、古川先生がいわれたように居住費、アパート代が非常に高いですね。皆さん、だいたい年間いくらくらいあればだいたい、何とか生活できるとお考えでしょうか。

今川：それは家族構成によっても違うと思うんですけどね。まあ、お子さんが何人いらっしゃるとか、そうですね。先程、古川先生がおっしゃられたように居住費が高いというのはそれは一つには理由があると思うんですね。全部ひっくりめでいうと、高い程セキュリティがしっかりしている。ボストンでも危ない地域もありますから。そのどこに重点を置くか、ということですね。居住費がかなりウェイトを占めるのも、まあ当然の成りゆきだと思うんですけども、具体的にどうですかね、

大島：一人だったら、私、7000 ドルか 8000 ドルあればやつていけると思えるなあ。(笑)

古川：うちの Labo のボスが僕に手紙をくれた時に、家族がいるなら、うちは僕、家内と子供一人なんですけれども 2 万 5000 ドルあれば、まあまあ快適な生活

ができるんじゃないかなと。3万あれば非常に良いということを彼が書いてきてまして、彼は自分が出せるのは、いくらだから、あといくらは日本の国内のgrantみたいなものが、いくつかあるんですよね。そういうのを自分で応募しろ、とか、あるいは大学から少し給料を休職でもらえないかとか。お金のことが結構、これから留学される方に対しては切実なことだと思うんですけど、うちのボスはそんなことを言ってました。けれども、あればある程いいと思いますけど。

司会：はい、どうぞ立崎先生。

立崎：今川先生がおっしゃったけどボストンは家賃が高くて、おそらく家賃というのが大部分を占めると思うんですね。独身の人の中でも町中の高級アパートに住めば、それだけで月1000ドルぐらいしてしまいます。郊外でも家をshareしたりすれば、その3分の1位の値段ですむのですから本当にどういう生活を要求しているのかということで全然違ってくると思うんです。

司会：どうぞ、谷中先生

谷中：僕は室内と4才の娘を連れてきたんですが、特に幼稚園から就学期位のお子さんをお持ちの方の場合には、やはり居住地区というのを切実に考えてから家を捜さないといけないとつくづく感じています。これは後になってわかった事ですが、アメリカは自治体間の貧富の格差が非常に大きくそれによって幼稚園とか小学校の教育レベルも設備も全然違っております。具体的にいうとボストン近郊ではブルックラインとかニュートンという市では家賃は高いんですけども非常に優れた教育環境を備えておりまして、そういうことも考えて生活のセットアップをしなくてはいけないな、と感じました。

司会：先程、古川先生が言われたように、前に留学されていた方の情報というのは私の場合も役に立ちまして、これから留学を考えていらっしゃる方はどうぞ我々を利用していただいて、よりうまい留学の仕方ということを考えていただきたいと思います。最後にまとめになりますが、ごく短い言葉で、こちらにいる間の抱負ということを一人、一言ずつお願ひします。今川先生から。

今川：そうですね、抱負っていう大きいことは言えないんですけど、こちらに来て、アメリカの良い面、悪い面、両方をみまして、自分なりに日本と比較しましてアメリカの良い面を日本に持ち帰って、うまくアレンジできるような形にしたい。極めて具体的

じゃないんですけどそういうふうに思っています。

司会：谷中先生、いかがですか。

谷中：まだ、来たばかりで抱負をいえる程の余裕もないんですけども、留学中にまあアメリカ社会と日本との違いを自分の目でちゃんと見ていきたいというのが一つと、仕事の方で今ほど基礎的研究に時間を集中できる期間というのも今後ますないだろうと思いますので、出来る限り研究にのめりこんだ生活をしてみたいと思っています。

司会：古川先生、どうですか。

古川：僕は、今川先生の言われたことは本当にそうだと思うんですけど、結局アメリカにずっと住むわけじゃないんで、いかに何年間かの間にうまくアメリカの良い所を盗むか、という所が自分としては1番大切な差はないんじやないかと。あと、技術的にはそれ程大きな差はないんじやないかと。まだ、来たばかりであれなんすけれども、学ぶ所がどの位あるかというのと、どこまで吸収できるかということがポイントだと思います。それから、最後にもう一つは、自分は研究専門なんで、だいたいの方はそうだと思うんですけど少し、臨床的なことも見てみたいなあという気もちょっとしてきています。

司会：立崎先生。

立崎：毎日の生活に追われているという感じで、あまり大きな抱負などないんですけどこちらでやっていることで日本で応用できる面がいくつかあると思うんで、そういう点を探していきたいと思っています。

司会：大島先生。

大島：私は、やはり30才になるまでに偉大な大発見をしなければいけないのでないのではないかと思って一生懸命、毎日働いてばかりいたんですけどね、今川先生と同じで、少しいろいろ広い目でアメリカ生活を送りたいと思っています。

司会：皆さん非常に積極的な姿勢でアメリカ生活に望んでいらっしゃるようすけれども、こちらではやはり自分の中に閉じこもってしまうと何も得られませんけれども、それを打ち破って積極的にアタックを続けていくと必ず大きい収穫が得られると思います。皆さん、非常に本日は素晴らしい討論をして下さいまして有難うございました。また、今後、留学を考えていらっしゃる方も是非、これを参考にされて、またどうぞ連絡をとっていただいて、利用して頂けましたら幸いです。本日はどうも有難うございました。

編集を終えるにあたって

月日の経つのは早いもので、この座談会が行なわれてから2年も過ぎてしまい、発行が大幅に遅れましたこと深くおわび申し上げます。

当時、Bostonには6人の同窓生が留学しており、お互いに助け合って生活しておりました。私なども不慣れな土地で、住居探しから、買い物、食事など生活面で皆様方にお世話になり、日本人は多く見かけながらもやはり同窓生ということで心強く感じ、頼みにしておりました。こうした中で皆が何を感じ、考えこの時期を過ごしていたのか、偽りのない留学の生の記録として残したいと考え、この座談会を企画致しました。同時に、この記録が、これから留学される方々、留学を考えておられる方々の何かの参考になれば、出席者一同、また編集者の大きな喜びであります。

同窓生の中からも海外で活躍される方が毎年出られ、筑波大学内にも内藤裕史教授を長とした”医学教育国際化ワーキンググループ”が発足し、海外留学や、海外からの留学生の受け入れ、語学教育の問題などが取り上げられています。本会報では今後もこうした内容について企画を続けて行く予定です。

最後にご出席いただきました諸先生方に紙面を借りましてお礼申し上げます。

3回生 厚美直孝

ロンドン留学記

1990年6月23日

田 村 毅(第4回生)

ロンドンにやってきて早くも2年経った。先日英国に留学している医者人数と懇談する機会があったが、多くの人がこれに似た留学体験記を書いたという。このような体験談がもてはやされるということは、まだまだ「留学」がわれわれにとって特殊な出来事なのだろう。私自身も出発前や来英した当初はそれなりのあこがれや期待を抱いていた。しかし2年も経ちここでの生活が日常化してしまうと、はたして自分の体験が取り立てて書くほどのことだろうかと思ってしまう。しかしこれから日本に帰り何年か過ぎ去ってから今の生活を振り返れば、きっと私の人生の中で他の部分と切り離された特別な期間だったと感じるだろう。

というわけで、私も留学体験を書くことにする。後輩のみなさんの中にはこれから外国に出て勉強することを考えている人もいるだろう。その人たちのために少しでも参考になればと思う。

渡英前

私は1983年に学群を卒業して小児・思春期精神医学を専攻した。登校拒否や無気力な子どもたちに多く当たっているうちに、既存の治療法に限界を感じてきた。いくら本人を治療してもよくならない。症状の原因が体の中だけの出来事というよりは本人をとりまく家族や学校、社会などが密接に関連しているからだ。

このような経緯で家族療法に関心を抱いた。家族療法は精神療法のひとつであるが、今までの治療法とはだいぶ趣を異にする。医学の伝統は身体医学、精神医学ともあくまで個人を治療の対象にしている。家族療法はそれを打ち破り家族全体を治療の対象にする。だから家族の状態を記述することはあっても、個人を診断することはない。家族という複数の人間を同時に扱うので実際の治療はむずかしい。日本で知られるようになってまだ歴史が浅いのでしっかり学ぶには外国に出なければならぬ。しかしこのような考え方には惹かれいつか体系的に修得してみたいと思っていた。

このようなことを考えていたときに稲村博先生の紹介で英國の家族療法の第一人者スキナー氏に家族療法を学びたいという意向を伝えた。スキナー氏はロンドンに私の希望をかなえてくれる教育機関があることを教えてくれた。その後研究の助手として4週間ほどロンドンを訪ねる機会があった。その際にもスキナー氏に会い、現在所属する Institute of Family Therapy を見学した。

卒後5年ほど経ってから留学について本格的に検討始めた。私の場合お金を払って研修しなければならない。大学や病院からバックアップがあるわけではない。まず資金の工面から始めなくてはならない。幸いなことにBritish Council から奨学金が下りたので渡航費、研修費と当座の生活費はどうにか確保することができた。それと同時に Institute of Family Therapy と Tavistock Clinic に手紙を書き、受け入れを打診した。British Council に応募したのが春で実際に渡英したのが翌年の秋であるから、準備に正味1年半かかったことになる。

渡英後

渡英後、二つの大きな問題にぶつかった。英語力と診療許可の問題である。

私は高校時代にアメリカ交換留学を経験しているので英語は大丈夫だろとかをくくっていた。しかしこちらにきて見事にその思いこみを打ち砕かれた。10年以上前のことだし1年程度の英語ではたかがしれている。しかもアメリカとイギリスでは発音や語彙がかなり違う。ことばによる治療だから、患者の言っていることがわからないとどうしようもない。治療者の比較的明瞭な英語は何とか意味がくみ取れても、家族が何をしゃべっ

ているか全くわからない。グループでディスカッションしていて、始めのうちは必死に話題を追っているが、そのうちだんだんとわからなくなってくる。一旦文脈からはずれてしまうとぼけっとながめているしかない。そんなつらい時期が何ヵ月か続いた。

二つ目の問題は診療許可である。外国人医師が英国で診療行為を行う場合、日本の厚生省に当たるGMC (General Medical Council)の許可を得なければならぬ。私は日本にいる間にBritish Councilを通して申請したのにどういう訳か許可が下りない。連絡がうまくいかなかったのだろう、現地に行けばどうにかなるくらいの軽い気持ちで渡英した。ところがロンドンのGMCに直接掛け合ったところ、筑波大学がGMCのリストにないことが判明した。卒業した医科大学がGMCの認めるリストに載っていないと、いくら日本の医師免許を持っていても医師として認めてくれないのだ。研究は問題ないが、医師としての診療行為ができない。さっそく堀学群長に連絡し調べていただいたところ、戦前でできた医科大学は問題ないが、いわゆる新設医科大学はすべて全く登録されていないという。現在堀先生が中心となり全国医学部長会議や文部省等関係方面に当たって国私立33新設医科大学を代表して解決を急いで下さっているが、英國の行政は時間がかかることで有名である。たとえ今すぐ申請したとしても、登録されるまで何年かかるかわからない。私は研究ではなく臨床が目的なので、診療できないとどうにもならない。しかたがないので始めの1年間はセミナーに参加したり、治療を見学するにとどまった。

このような問題点ばかり書くと、私がよほど暗い留学生活を送っていると思われるかもしれないが実際はその逆である。「留学」イコールバラ色のイメージがあるので、そうではなくて苦労も大きいのだということを強調したかったのでこのような面を先に書いたが、実際にはよい面もたくさんある。

まず、卒後教育が充実していて指導陣もしっかりしている点である。私を直接指導してくれるHugh JenkinsはInstitute of Family Therapyの所長で経験豊かな家族療法家である。海外でもたびたび講演や指導に当たり、さしつけ日本に来れば高いお金を出して壇上から話を聞くような人である。そのような人から直接指導を受けることはまず日本では考えられない。

また、日本に比べるとはるかに時間をかけた深い研修ができる。私の現在のsupervision groupを例にとってみよう。SupervisorのHughと私を含めて4人のtrainee、計5人が週1回集まる。4時間の枠の中で診療するのはたった二つの家族である。つまりひとつの家族を5人の治療者で2時間かけて治療するわけだ。まず治療を始め

る前にこれまでの経過や治療方針を10分から20分くらい話し合う。家族と面接するのはtraineeのひとりで、あとの4人は隣の部屋からマジックミラーを通して観察する。ふたつの部屋はインターフォーンで結ばれており、治療中も適宜 supervisorとtraineeのあいだでやりとりがある。約1時間の面接の後またグループで問題点や疑問に感じたことなどを自由にディスカッションする。この週1回のsupervisionとは別に月に2回ほど家族療法の理論についてレクチャーがある。これを2年間やり、最後に症例報告と論文を提出して修了証が与えられる。まだ半分を終えた段階であるが、これだけ少人数で集中した指導だといやがおうでも実力がつく。

当初は1年間の予定であったが、このプログラムに参加することができたので2年間延長し合計3年間の留学になった。当初の二つの問題もどうにか解決しつつある。診療許可はTavistock Clinicではあいかわらずダメだが、Institute of Family Therapyでは特例として認めてもらい、上に述べたように実際の治療を始めている。その間に英語力も治療できる程の自信はついた。振り返れば2年間などあつという間だ。残り1年になり、これまでの成果のまとめに入っている。

アドバイス

これから留学を考えている人たちに、私の経験からいくつかアドバイスしたい。

(1)目的をしっかりと

自分から希望する場合、所属機関や上の先生から勧められる場合などあるだろう。いずれにせよ、はっきりとした目的を持つことが必要である。自分は海外で何を得たいのかという明確な目的がないとせっかくの留学がただ外国を見てきたということになりかねない。なぜ海外に出る必要があるのか、なぜ日本ではダメなのか。ひと昔前までは日本と欧米で明かな文化の差があったから、欧米の進んだ学問を学ぶためといえばそれ以上説明はいらなかった。しかし今は違う。文化水準の差は縮まっているし、技術的な面など日本の方が進んでいる分野も多い。また自分の人生コースの中で留学がどのように位置づけられるのか、留学することによってどのようなメリットがあるのか、デメリットは何か、帰国してからどうするのかなども考慮する必要がある。

よく留学の動機はと聞かれて、今の状況に飽きたらないからとか外国に出たらきっと日本で得られない経験ができるからという人がいる。もちろんこれも大切であるが、それだけではダメである。たしかに留学は魅力的である。履歴書に「留学」という文字があるとかっこいい。外国に行って西洋の伝統ある文化に触れればきっといいことがある。今の境遇にあまり満足できないので、ひと

つ海外に飛んで自分の可能性を試してみよう。そのような日本人がロンドンにはたくさんいる。ちょうど都会にあこがれて田舎から上京する若者と同じ感覚だ。チャンスをつかんで成功する人もあるが、多くの場合目的がつかめないまま多少英語がうまくなかった程度で帰ってくる。

このような人は若い英語学校の学生やオペアに多い。しかし医師や留学生の中にも professional という仮面をかぶっているだけで、同じように安い動機で留学する人も少なくない。

留学する時期も慎重に選ぶべきである。私は卒後5年目に出発した。その分野の基礎的なことは学び、さらに専門的な分野に入るにはちょうどいい時期だと思っている。もちろんこれ以前、あるいはこの後の留学もあるが、その際のメリットとデメリットをよく検討することが大切だ。

(2) 語学

留学生活に耐える語学力は大前提のはずであるが、案外見過されている。英語だったら話せなくとも読み書きはできるから、外国で生きた英語に接すれば何とかなるだろうくらいに思っているかもしれないが、そう簡単ではない。各国からの留学生を比較すると残念ながら日本人は英語が下手である。特に医者はダメだ。日本の医学教育の中で英語は弱点だと思う。ロンドンに来てから英語ができないことを実感し、大半の時間を英語学校に費やしている医者や、患者さんと話せるようになるまで4-5年もかかった医者もいる。もしあなたが学群生で将来留学を考えているなら、今のうちによほど意識して英語、特に会話力を身につけないと追いつかない。卒業してからはまとまって英語を身につける余裕はとてもない。休み中などに短期間海外に出るのもよいだろう。

(3)はじめは苦労することを覚悟する

どんなに言葉が上手でも、留学全般について周到に準備しても、カルチャーショックは避けられない。知人や友人が少ないので孤独になりがちだし、文化や習慣の違いがさまざまな面で影響し、ほとんどの人は軽いうつ状態になる。始めの2-3週間はまだはりきっているのでそれほどでもないが、ひととおり落ちついてまわりの状況が見えてくる2-3ヶ月から半年間くらいがつらい。それを過ぎればだんだんと適応してゆくが、なかなか適応できず苦労している人もけっこういる。留学するとひとつ偉くなった印象を与えるが、中にはあまり語りはしないが苦労した人も多い。漱石や遠藤周作がそのよい例である。蛇足であるが、漱石によく対比されるのが鷗外で、彼は日本まで女が追いかけてきたくらいだからドイ

ツ留学を楽しんだようだ。

私も始めひとりで渡英し妻が2ヶ月遅れで來たが、その間ひとりでいるときがつらかった。ひとりの方が身軽に動けるという点ではよいが、寂しさを克服するには家族と同伴した方が圧倒的に有利である。

(4)積極性がとても大切

日本文化と欧米の文化の違いを考慮する必要がある。日本ではあまり積極的に動いて人と違うことをするとまわりから白い目でみられる。むしろ集団の一員であることを受け入れ、まわりとのバランスをとりながら行動することがよいとされる。しかし欧米はこの反対で個人主義であるから、自発的行動をおこさない限り何も起こらない。頭ではわかっていてもこの点が日本人にはなかなかむずかしいところで、つい受け身になりまわりの様子をみてしまう。日本人の間で「おまえは動きすぎる。すこしまわりのこと考えろ」と言われるくらいの積極性がないと、留学の目的は果たせない。

(5)British Council

英国の文化と学術の窓口である。奨学生も募集しているが、最近は予算が減って規模が縮小されたようだ。問い合わせてみるとよいだろう。図書館があり英国の研修病院や研究施設の情報がそろっている。申し込めば個別に相談にも乗ってくれる。また夏休みに病院を見学したいなどという場合にも、適当なところを紹介したりアレンジしてくれる。ただし少なくとも半年くらい前から申し出ること。

〒162 東京都新宿区神楽坂1-2, Tel. 03-235-8031

最後に

留学の困難な点はいろいろあるが、総合してみるとマイナスの面よりもプラスの面の方がはるかに大きい。学問の内容ばかりでなくこちらの人の学問に対する姿勢、人生観、価値観などに触れることができる。また、日本での生活を客観的に評価することができ、今まで日本社会の渦中にいて見えなかった部分がよく見えてくる。視野が広がるというか、一段高いところに立って全体を見渡すことができるようになる。

後輩のみなさんも、ぜひ留学を経験されることをお勧めします。

私は91年の夏までこの住所にあります。

Takeshi Tamura
14 Amherst Avenue
London W13 8NQ
U.K.

秋貞雅祥教授最終講義

現代は「画像の時代」と云われます。「百聞は一見に如かず」とも云われます。

さて、私の放射線医学におけるこれまでの教育、診療、研究は主として画像診断にたずさわるものであったので、自分のしたことを主として技術開発を中心として時系列に述べてみたいと思います。個々のテーマについては深く立ち入ることが出来ないことを予めお詫び申し上げます。

画像診断の歴史

数年前の筑波万博のテーマは「画像」でした。医用画像の進歩の歴史をみると、原理の発表、プロトタイプ一号機の出現と実用化される迄の期間には各モダリティーによりいろいろと差があることがわかります。

画像の時代

「百聞は一見に如かず」と云う格言があります。触覚の認知にはある程度時間がかかるのに比し、視覚は一瞬にして情報を認め、文字は1ミリ秒でも読めると云います。触覚を空間的情報受容機能とすれば視覚は時間的情報受容機能と云えるでしょう。

一方認識に必要なギリギリのビット数は

触覚 10^2 bit/sec

(マージャンの牌は 8 mm \times 12mm \times b \approx 100b これを1秒で触り認識する)

聴覚 10^4 b/sec (耳に聞こえる音 = 10^4 Hz)

視覚 10^6 b/sec

(TV画像 $10^6 / 30 \approx 3.3 \times 10^4$ b, $3.3 \times 10^4 \approx 158 \times 211$ (ピクセル数))

です。

視覚に必要なビット数が最も大で、それ故現在用いられているような視覚に訴える高度の医用情報の実用化は電話の発達のようにすんなりは行かなかったのですが、一度実用化の域に達すると、その医療における意義は極めて大であり、映像の時代を招來したと考えられます。

人間の目と云うセンサーは高度の情報処理機能を有しております、しかもアナログ並列処理で瞬時に的確な診断をつけることができます。まさに熟練した診断医の腕のふるい所でもあります。

(紙面の都合で、診断各論についてはテーマと代表的発表誌のみを示す。)

1)本部における乳房撮影(マンモグラフィー)の体系化、および乳癌の微細石灰沈着、病理組織との対比(日医放誌26:29, 1966, 他)

- 2)甲状腺癌のX線診断(Soft tissue roentgenography-spot, tangential view)
(Igaku-shoin, Penum 1973, 他)
- 3)リンパ造影(Radiology 90:311, 1968, 他)
- 4)一管球、一回注射法による冠状動脈造影の立体視(映像情報7:19, 1975, 他)
- 5)新型シンチカメラの理論と作製
(coincident collimator, 溝切り蛍光体, NaI(Tl)シンチレーションパルスの解析など)(科学技術庁報告書 1975, 核医学17:395, 1980, 他)
- 6)平行ビーム作製に関する装置の開発(Investigative Radiology 16:305, 1981, 他)
- 7)加速器画像(Japan. J. Appl. Phys. 22:752, 1983, 他)
- 8)放射光を用いた経静脈性冠状動脈造影に関する基礎的研究(Nucl. Instr. Meth. Phys. Res. A246:713, 1986, 他)
- 9)生化学情報の映像化(Radiology 169:567, 1988, 他)
- 10)PACS(Picture Archiving and Communication System)
(Proc. 1st Intl IMAC pp25, 1989, 他)

画像診断にあたる者への戒め

画像診断における思考過程は、ある未知の画像に面したとき、自己の頭脳というアーカイブのなかからそれに類似した解答をフィードバックする、帰納法と呼ばれる体験科学の代表的なものとされています。

古典的X線画像(conventional, film-screen system, projection radiogram)は19世紀末から実用に供せられてきたアナログ画像です。デジタル画像が急増しつつある現在でも80%程度を占めています。肉眼に最適のこの画像も3次元情報を2次元表示した「かけ絵」であります。夜ベッドの中で、昼間石畳の大通りをカツカツの蹄音で通り過ぎて行った栗毛の駒と同じ音を聞いても、その馬が同じ栗毛の駒とは限りません。映像情報からどの程度生体深部の macropathology を云いあてるかが問題です。画像診断の現状は診断専門以外の皆様が考えられているより遙かに精度が高いレベルにあると思いますが、それには過信があってはなりません。

私自身10年近く内科医師として教育をうけ、その後放射線科医して30年近く過ごしてみて以下と同じ考え方を持っています、丸山雅一氏の文章を引用してみましょう。他山の石として謙虚に受けとめるべきと考えています。

「診断学の本質は肉眼病理にある。どのような新しい検査法による画像診断情報であろうとも、思考の原点は肉眼見所にあることを銘記し、古典的診断学に回帰しなければ自在な発想は生まれて来ない。若い放射線科医が技術を鍛磨せず知識の不足を成書や文献で補いレポートを書くだけの便利屋にならないようにするた

めにも、先達が築いた古典的な手法を自家薬籠中のものにする努力を希うものである。」(大腸の画像診断、序説: 画像診断5: 1162, 1985)

臨床医学は経験の集積であり理論よりは体験であると云われる。しかし詰めこまなければならない知識量は余りにも多くしかも指數関数的増加の状態にある。現在の医学生が6年間に覚えなければならない項目は年間200万点、1日5500点、1時間40項目あるそうである。これで果たして物が覚えられるか、まして物を考えることが可能か、考える能力を spoilすることにならないか、と云う心配がおきる。

医学のうち臨床医学に進む人が大半と思われるが、そうして果たして臨床医学にたずさわる者の一部に臨床からはオリジナリティが生まれないとの諦めや思いこみがないと云いきれるであろうか。

ところで我々は単純に数、物と云って数学と物理を十把一からげと考えやすいが、原則的には物理学の法則は数学の公理とは全く違って自然現象の起り具合を現す近似的な表現だそうである。数学が演繹法という論理の典型とすれば、診断学は帰納法の典型と考えられる。いうなれば物理学は数学に比べ診断学よりにあると考えてはいけないでしょうか。物理学の法則は案外診断学にあってはまるのではないでしょうか。

医学部の学生と他の自然科学の学生の差異の一つは、前者には物を考える習慣が少なくなった、あるいは受身の学習が圧倒的に多くなったとはいえないでしょうか。

ささやかな経験はあるが、未完成の学生諸君にとつていかに効率的に物を教え、理解させるかを試行錯誤してきた。その結果1, 2のことを試みてみましょう。

まず、ある程度のことを丸暗記(rope)する。それは語呂合わせであっても構わない。覚えられるとき覚えていたほうが便利です。その2は、できるだけ論理的な説明をすることに努めることであります。

最初のほうのropeは、受験テクニックにたけた学生自身がしばしばすばらしい才能を發揮することが多い。後者の論理的説明とは、ropeと相反することで、教える側にとっては大変苦労の多い仕事となろう。しかし自然界に生活し、適応してきた生体現象には、普遍性があることは間違いない。医学の普遍性は、文献的な収集をするにしても自分が考え出すにしても、大変に時間がかかるであろうし、また雲を掴むようなことが多い。

主として動物を対処としてではあるが、生物進化の面では古くからいわれている法則に、生物進化の16則とか24則というのがあります。Petronievics, B.(1921)の種、系統樹および群の進化の法則というのがそれにあたるといえよう。

森羅万象を極めて単純化し、整理して法則を導き出し

ている例が易經で、古代人の生活の智恵である。

これらの法則の評価は、科学の進歩した現在では多くの矛盾や限界を有しているであろう。しかし法則とか原則とかを、限界を知りながら運用し、利を得ることが合理的思考でないとはいえません。

原子核内外の素粒子の行動が、ヒトないし生物の行動にきわめて類似したものと気づくことは少なくない。同様にヒトの精密、分化した組織器官の形態や機能の解析が、原生動物のそれを理解することで、より容易になることはよく経験することであろう。

このような考え方を、医学の研究、教育に持ちこめたら、より効率的で、表層的ではないものに成しうるのではないかと思い提案する次第です。さらにつけ加えたいのは深いところに到達しようとするためには最初から広い穴を開くことだと思います。

これから先は80歳位まで働く時代です。急ぐ必要はないでしょう。私とて80歳まで健康で働くとすればあと17年もあります。自分自身への戒めとして「常歩無限」の行き方で行こうと思います。御静聴有難うございました。

医学専門学群だよりー1991年4月

● 第12回生1991年クラス95名が卒業

3月25日に第12回生95名の諸君がめでたく卒業しました。1991年クラスに栄光あれ！

筑波大学の医学士NO.1は第1回生1980年クラスの相野田隆雄君、第12回生1991年クラスの吉田徹君のNO.1156まで、1,156名の医学士誕生です。（この番号は五十音順です。念のため。）

昨年には、1,000名の大台を越え1,056名の医師を輩出しましたが、第12回生諸君は4月6日、7日の医師国家試験を受験しました。結果は間もなく判明しますが、今年も間違いなく合格率全国第1位の伝統が続き、筑波大学の卒業生医師は累計 $1,150 + \alpha$ ($\alpha \approx 10$)名となる予定です。

95名の進路はすべて決まっており、臨床研修86名、大学院入学7名、厚生省2名となっています。

卒業に当たり、後輩諸君のために学群2F玄関ホールに、大柱時計を寄贈してくれました。永遠にメロディで美しく時を告げ続けることでしょう。

● 第18回生1997年クラス入試終り入学

平成3年（1991年）度推薦入学者が25名、昨年末全国の165高校から推薦された165名の志願者から選抜されて入学手続きをしました。

統いて一般入試は第2年度目の大学入試センター試験で高得点をとった401名が志願し、第1次選抜で303名となった受験者が2月25日の小論文に挑戦し、26日の面接を受けました。

その結果、77名の第2次合格者が3月8日に発表され、4月8日に計100名がめでたく入学しました。

第18回生1997年クラスはいずれも秀才と才媛揃いで、将来が楽しみです。25名が医学研究者を志向しています。

医学専門学群入試はすでに伝統と定評をもっており、第18回生は受験界でいう偏差値をさらに（100点満点で）3点ばかり上げることになりました。

第18回生諸君は6年の筑波大学医学生生活を実り多いものとし、揃って1997年に医師となって飛躍することが期待されています。

● 「新カリキュラム」計画進む

昨年（1990年）6月、桐医会会報NO.27の学群だよりでお知らせしたように、平成元年（1989年）医学専門学群卒業者で教官になった有志が、自分たちが教育を受けたカリキュラムを自分たちが教える立場になって見直して長所をさらに増大し、短所や欠点があるとすればできるだけ削減するように提案しました。

学群では貴重な提案としてそれを受けてad hoc委員会が、さらに平成2年（1990年）4月からは「新カリキュラム」検討小委員会が編成されてカリキュラム委員会とともに12回にわたり鋭意検討を重ねて、このほど大筋が固まりました。

医学専門学群の卒業者は良い臨床医になることについては、11回までの卒業者諸君が証明してくれました。これはわが学群の第1期の目標をほぼ達成しつつあるといえ、喜ばしいことに違いありません。

しかし、在学生のなかにも卒業者のなかにも、臨床医養成のためにはよくできているカリキュラムにあき足らず、ハングリーな人がいました。卒業者で母校の教官になることが待望されるようになりましたが、嘱望される優秀な人も多いなかで、業績が資格基準に達せず、お互いに切歎扼腕するケースも稀ならずみられるようになりました。患者の問題解決には有能であっても、問題発掘能力はいまひとつといわれたりしました。

基礎医学に進む卒業者がもっとあってよいといわれ続けました。入学した時には毎クラス25名くらいが研究者志望であったのが、6年後卒業する時には3名くらいになっていました。医学・医療のニーズがよくわかっており、幅広い間口と奥深い能力を持つ医師である医学研究者が渴望されています。基礎医学だけでなく、臨床医学、社会医学すべての分野でアカデミックな医師を養成するためのカリキュラム改革、それが「新カリキュラム」計画です。

その最大の目玉はエレクティブです。これを選択科目というのは当たりません。学生諸君が希望する基礎・臨床・社会医学の研究室へ入って研究の手ほどきを受けることができるカリキュラムです。

「新カリキュラム」の全面実施は平成4年（1992年）度を予定していますが、この4月から土曜日には専門科目の授業を行わず、講義を減らし、できるところからエレクティブを導入することにしています。エレクティブの希望を積極的に出してください。

● 医学専門学群の新しい教育目標

「新カリキュラム」計画と連動して、従来からの学群の教育目標を次のように改変しました。医学研究者養成の志向を明文化したものです。

筑波大学医学専門学群の新しい教育目標

筑波大学医学専門学群学生の卒業時点での到達目標は、基本的な臨床能力および基礎的な医学研究能力をそなえた医師である。

すべての卒業生はここから出発して、将来すぐれた医師（一般臨床医・専門医）、医学教育者、医学研究者ある

いは保健・医療・福祉行政者として、それぞれの分野で医学を通して社会に貢献することが期待される。

この目標に向かって、学生は学習行動において次のことが期待される。

1. 人間個体はもちろん、地域・社会あるいは人類全体の医学上の問題を正しくとらえ、自ら解決するためには必要な基本的知識と技能を身につける。
2. 患者に対する医師としての責任感、倫理感を養い、正しい態度、習慣を身につける。
3. 生涯にわたり学習・研究を続けるために、自己開発の能力、自己評価の習慣を身につける。
4. チーム活動において協調し、建設的に行動できる態度と習慣を身につける。

● 教授の人事異動

臨床医学系内科学(循環器)の伊藤 嶽前教授(現副学長)の後任に平成2年10月16日付で杉下靖郎教授が昇任、放射線医学の秋貞雅祥前教授の後任に東京大学助教授から11月1日付で板井悠二教授が赴任されました。

社会医学系環境医学の(故)藤原喜久夫前教授(生前名誉教授)の後任として、国立環境研究所部長から12月1日付で村上正孝教授が環境保健学に就任されました。

次に平成2年11月29日付で社会医学系地域医療学の小町喜男教授が、定年4か月前に退官されて名誉教授になられました。

平成3年2月1日付で基礎医学系病理学の中村恭一教授が、東京医科歯科大学教授として転出され、3月31日まで本学教授を併任されました。

3月31日付で定年退官されたのは、基礎医学系医生物学(寄生虫)で基礎医学系長の安羅岡一男教授、臨床医学系皮膚科学の上野賢一教授、内科学(腎)で副病院長の成田光陽教授でした。

同日付で定年1年前に退官されたのは、社会医学系看護・リハビリテーション医学で社会医学系長の大貫 稔教授でした。

また基礎医学系薬理学で副学群長であった眞崎知生教授が、4月1日付で京都大学教授に転出、本学教授を併任されています。臨床医学系神経内科学の金澤一郎教授が同日付で東京大学教授に転出されました。

なお桐医会報前号以降、平成2年7月1日付で基礎医学系免疫血清学の藤田禎三助教授が福島県立医科大学教授(生化学)に、9月1日付で臨床医学系外科学(小児)の坂庭 操講師が本学医療技術短期大学部教授(衛生技術学科)に、平成3年3月1日付で基礎医学系生化学の木村定雄講師が千葉大学教授(医学部高次機能制御研究センター)に、それぞれ栄転されました。

退官・転出教官各位には、送別に当たり学群へのご貢

献にお礼申し上げます。

● 退官記念講義と最終講義

次のように5教授の講義が臨床講義室Aで行われ、満場の学生諸君、レジデント・院生、教職員および来賓に感銘を与え、惜しまれて教壇を後にされました。

日 時	テ マ	備 考
小町喜男前教授 (社会医学系)	平3.1.14(月) 4時間	地域における循環器疾患 退官記念講義 対策の発展
成田光陽教授 (臨床医学系)	平3.1.18(金) 5時間	腎炎治療の現状と今後の 最終講義 展望
大貫 稔教授 (社会医学系)	平3.1.21(月) 5時間	保健医療福祉の一体化 －卒前・卒後教育から地域での実践まで－
上野賢一教授 (臨床医学系)	平3.1.25(金) 4時間	インターフェロン 特に その皮膚科学的応用について 最終講義
安羅岡一男教授 (基礎医学系)	平3.2.18(月) 5時間	住血吸虫症 最終講義

● 平成2年度第2回クラス連絡会開催される

平成3年2月20日午後4時から、M₁～M₄のクラス代表者会議(座長 M₃鈴木英雄君)の要請により、昨年6月13日の第1回に引き続き平成2年度まとめのクラス連絡会が開催されました。

「新カリキュラム」をめぐっての説明と質疑応答が活発に行われました。懸案のさらなる授業改善、クラブ活動の部室など教育と学生生活の未解決の問題のほか、最大のテーマとなったのは第2期に入った学群の医学研究者養成志向の目標の導入についてありました。

クラス連絡会出席者だけの关心にとどまらず、全学生諸君が学群の教育改善と学生生活の向上に自らが積極的に参加するよう、強く望むところです。

先輩の卒業生の皆さん、母校・後輩のためにご意見をどうぞお寄せください。

桐医会名簿訂正とお詫び

日頃桐医会名簿を御愛用いただいていることと存じます。例年名簿の編集については細心の注意を払っておりますが、桐医会名簿1990年版において下記の如く誤りがあることが判明致しました。誠に申し訳ないことと深くお詫びしつつ、訂正致します。今後ともより正確なものとして行きたいと考えておりますので、よろしくご鞭撻下さい(以下敬称省略)。

欠落

名譽会員	澤口重徳
7回生	高野恵美子
8回生	猪股伸一
9回生	市川直哉
10回生	小谷衣里

田中誠

訂正	誤	正
3回生	赤間久美子	赤間紅美子

現在判明しているのは以上ですが、この他にもお気づきの点がありましたら桐医会事務局へ御一報下さい。また、住所等の変更がありましたら名簿に添付されているハガキにて御一報下されば幸いです。

桐医会賛助会員名簿

例年各年度の桐医会名簿に掲載しております桐医会賛助会員名ですが、1990年度は名簿作成に間に合わなかつたため、ここに掲載致します(五十音順、敬称省略)。

赤荻栄一	鰐坂隆一	阿南功一	阿部 帥
荒崎圭介	伊藤隆造	稻田哲雄	岩崎寛和
入江勇治	大菅俊明	大野敦也	柏木平八郎
草刈 潤	小池和子	小磯謙吉	紅露恒男
小山哲夫	斎田幸久	斎藤 澄	佐藤哲夫
柴崎正修	渋谷 彰	嶋本 喬	鈴木博史
須磨崎亮	添田周吾	滝田 齊	武山 実
田島静子	土屋 滋	内藤裕史	永田博司
根本一男	長谷川鎮雄	浜口秀夫	原田勝二
林浩一郎	林 英生	福本貞義	藤井敬二
細谷安彦	堀 哲夫	堀 原一	目崎 登
松井良樹	松島照彦	水澤英洋	水谷太郎
三輪正直	武藤 弘	森 尚義	安羅岡一男
矢吹 武	山口峻司	山下亀次郎	山根一秀
吉田 薫			

どうもありがとうございました。

平成3年度第11回桐医会総会にむけて

桐医会事務局

来る5月18日午後に平成3年度第11回桐医会総会が開催されます。

今回は「期待される医師像」と題したシンポジウムを

予定しております。今春、第12回生が卒業しますが、これまで卒業生達は各地の諸施設で活躍してきました。既に、その中で施設、部門の長として活躍している卒業生も散見されるようになりました。その「施設、部門の長として活躍している卒業生」にシンポジストとしてお集まりいただき、同僚、後輩達をみて「期待される医師像」とはどんなものなのかを語っていただき、討論したいと考えています。

このシンポジウムは、卒業生だけでなく、医学生、医学系教官にも大いに参考になるものと考えます。

詳細は追って連絡させていただきますが、5月18日(土曜日)午後、第11回桐医会総会、シンポジウムの当日のご予定をご都合いただきますよう、お願い申し上げます。

訃 報

1990年中に下記の正会員2名が逝去されました。
慎んでご報告申し上げるとともに、心からご冥福をお祈り申し上げます。

阿部 良彦(7回生)
渋谷 文穂(8回生)

(敬称略)

編集後記

会報の編集を仰せつかって以来毎回書いていることが……。また発行が大幅に遅れてしまいました。大変申し訳ありません。お許し下さい!

昨年(1990年)中には第1線で活躍中の2名の会員の計報をきくことになってしまいました。いずれも小生には身近な方であったため、その早すぎる死に悲しみと言よりも恐怖に近い感情を抱かされました。月並みですが…心よりご冥福をお祈り申し上げます。