

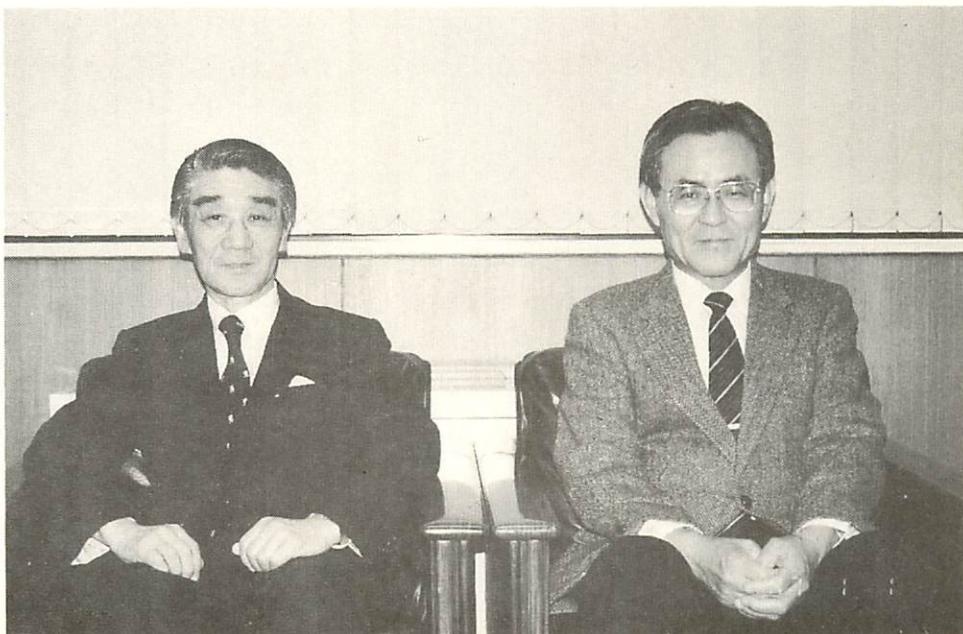


# 桐医会会報

1992. 9. 16 No. 31

## 医学専門学群長交代

堀 原一(左) 前学群長、現副学長と  
田村 昇(右) 現学群長



## 目次

### 「期待される医師像」

第11回桐医会総会第2部 シンポジウム特集 ..... 1

### ・総会2部記事

原田 繁

松村 明

土井 幹雄

野口 柚一

和田 光功

小川 功

鈴木 利人

・学群長退任と副学長就任のご挨拶	..... 15
・新学群長就任のご挨拶	..... 16
・Reunion in Boston : Part II, August 25, 1991	..... 17
・医学専門学群だより	..... 19
・編集後記	..... 20

## 桐医会総会第2部 シンポジウム「期待される医師像」

### シンポジスト

原田 繁 先生(1回生)	筑波学園病院・整形外科科長
松村 明 先生(1回生)	総合守谷第一病院・脳外科科長
土井 幹雄先生(2回生)	筑波メディカルセンター病院・病理科診療科長
野口 祐一先生(2回生)	同 内科診療科長
和田 光功先生(2回生)	同 放射線科医長
小川 功 先生(3回生)	猿島協同病院・外科科長
鈴木 利人先生(3回生)	元栗田病院(精神科)病院長
司 会	
宮川 創平(3回生)	
厚美 直孝(3回生)	

尚、鈴木先生は発表時点では筑波大学臨床医学系講師でした。  
また、松村先生は平成4年2月1日より筑波大学臨床医学系講師となりました。

司会・宮川：シンポジウムを始めさせて頂きたいと思います。今回は、「期待される医師像」として、7名の先生方に集まって頂きました。各病院でその科の科長とか部長とかという方をお招き致しました。1回生の方から紹介しますと、原田先生、筑波学園病院の整形外科の科長をされております。2番目に松村先生、総合守谷第一病院脳外科の科長をされています。それから2回生の3人の先生方ですが、筑波メディカルセンターからおいで頂いております。病理科診療科長の土井先生、内科診療科長の野口先生、放射線科医長の和田先生、3回生は猿島協同病院外科科長の小川先生、現在は筑波大学に戻られておりますが、元栗田病院精神科で病院長という立場から鈴木先生に来ていただきました。進行役は、3回生の宮川と厚美でつとめさせて頂きます。

まず、7人の先生方に少しずつお話し頂いて、病院の地域柄、そして1年間の症例数、手術がある方は手術数

というようなもので、地域に特色があるかということから心に残った症例がありましたら、紹介して頂く、そして今回のテーマである「期待される医師像」というのは、ご本人の事はもちろんあるんですが、学生さん、ローテーターの方ですね、この人達に対してどういう期待をしているか、またどうあって欲しいか、あるいは、今迄できなかった地域に特色があるものがあって、それを大学で学んで欲しかったというローテーターに対する希望、そして学生に対する希望などがあったら述べてもらいたいと思います。早速1人10分程度ということで原田先生からよろしくお願ひします。

原田：筑波学園病院整形外科の原田です。学園病院は総合病院となっていまして、内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、耳鼻科、眼科、形成外科、放射線科という科があります。病床数は実際に稼働しているのが、290数床、整形のベッド数としては30床が基本となっておりますが、それ以上稼働しています。患者数ですが外来の方は、1カ月に新患が300～400、再診は1000～1200で合計すると、月に1300～1600人でここ1年間外来のほうは安定しています。1日では50人位ですが、そこを2診で2人の整形外科医が外来をやっております。入院の方は、月にしまして少ない時で述べ800人、多い時で1500人、これは私が行ってからの1年間です。だいたい1日27人位から45人、35人から40人が一番多いところだと思いますが、そうしますと整形外科の病床数はいつも、越えているという状態です。手術数は月に30、年間で約350位だと思います。それを今言ったような内容を整形外科の医者3人でやっております。病院によっては、外傷中心のところとかいろいろ特徴があるんでしょうかうちの病院では、特に来るものはこばまずと言いましょうか、整形外科の疾患は何でもやるという事でやっていますが、やはり茨城県の特徴という事でしょうが、主に脊椎疾患、それから股関節、膝の関節疾患、それから外傷というものが多いです。

手術の内訳をスライドを交えながらやりたいと思うんですが、私は専門が脊椎ということですから脊椎の疾患が多く、去年1年間で77例ありました。そのうち頸の方からいきますと、頸の椎弓拡大形成術8例、ですから、月1例あるかないかですか。対象疾患となりますのは、OPLL(頸椎後縦靭帯骨化症)とか変性疾患である頸椎症性脊髄症です。これに対し後ろから、拡大形成の手術を行ったりしているので、さっきお話ししたcervical myelopathyに対して8例。それから前方固定したのが9例、それから胸椎のレベルにいきまして、胸椎の前方固定、これはカリエスとか、外傷とかでやっている症例もあります。また後方固定の症例もあります。その次、

腰椎の方に行きますとね、一番多いのが椎間板ヘルニアの手術で、これは年間26例やっております。腰椎脊柱管狭窄症に対しては、部分椎弓切除で除圧するのが29例、それから後方固定を加えたのが4例あります。腰の前方固定もありました。

それから関節疾患が次に多いんですが、一応、人工骨頭の置換、外傷とか大腿骨頭の無腐性壊死における人工骨頭置換10例。それから人工股関節の置換術が11例、それから回転臼蓋骨切り術が1例、大腿骨頭の置換術が月1例くらいですか。膝に関しましても、人工膝関節全置換術は6例、それから末期になる少し前の内側型に対しては骨切り術というものが2例。それから膝は半月板損傷とか靭帯損傷がありまして、関節鏡を35例、それから、靭帯再建術2例。それから外傷はメディカルセンターが多くないのですが、年間に42例の骨折の整復固定となっています。その他には、腱縫合とか、神経縫合、血管の縫合とか移植とかまあそういったのが、10例以下ですが、5例前後あります。一応そういう手術の傾向です。開放骨折も時どきやって来ます。

骨折は手術だけじゃなくて、保存的に治すのもあります、牽引療法で治します。

私が思うのですね、前にメディカルセンターにいた時に外傷が多くて、外傷中心にやったわけなんですが、どうしても外来ですと、メディカルセンターでは(とてもメディカルは評判が良いので外来にもたくさんの患者さんが来ていただくんですが)、どちらかと言うと、救急病院にはみつからない変性疾患、慢性疾患の患者さんがたくさん来て、とても外来ではフォローできないというような、経験がありました。少し落ち着いた病院に行ったら、そういうお年寄り方をじっくり治してみたいと言う事もあって、みてるんです。そうすると最初のころ、自分がこういう病気だろうと分からなかった、はっきりと診断できないような患者さんでも、良く見て行きますと、隠れた病気がたくさんあります自分の未熟さとか、いろんな事が解ることがあります。患者さんにいろんなことを教えてもらうという事があります、やはり患者さんを良くなるまでフォローアップしていくという事が大事で、解らないでいいんですが、自分なりに解るまでいろいろ追いかけて行くのと、その患者さんがどうなったか追いかけて行くという事が非常に大事だというのがそのうち解るようになりました。

この方は、腰痛でこられた方で65才の方です。腰が中心に痛いんですが、このX線では強いて言えば、第3腰椎が多少おかしいかなという気がするんですが、この時点では、まだはっきりしませんでした。年のせいだというのちとくわいそうで、とりあえずお薬を出して2週間後来てもらいました。腰痛がまだ取れないので

また写真をとりましたが、第3腰椎が前と比べてまだちょっとおかしいんですね。で、おばあちゃんこの間何かなかかったというんですが、まだはっきりした事はないんですけどやっぱり気になります、血液検査とかやってみると、血沈がやや高い。で、これはやっぱり少しおかしいかもしれないからちゃんと検査しようという事で入院させました。そうすると血沈はやや高めのままでし、微熱傾向があるんですね、で、第3腰椎がおかしいからCTスキャンを撮ろうという事になって、撮ったんですが、シンチでもやはりややとり込みがあるんですね。全体的に、骨破壊像が見られるだけでなく、ところどころまだら状に白い所も残っていると思うんですが、これはカリエスもそうです。胸部X線とかいろいろ内科でははっきり解らないといってたんですが、ずっと検索してみると、やはりカリエスでした。入院していただきて追いかけていたんですけど、だんだん第3腰椎がおかしくなってきます。ここまで来ると解ると思うんですが、初期のころは何にも解らない、それはやはり見逃してたり、ほおっておくと、どっかの時点で解るでしょうね。その病院に行って解るというのも、ちょっと恥ずかしいもんで、まあ、注意深く見ていると、だんだん診断にたどり着けるものです。これに対しては、開腹療法もやったんですけど、前方固定手術もやりました。

次に49才の女性で、頸の不定愁訴で来られました。これは本当に痛いだの凝っただと、別に交通外傷じゃないんですが、不定愁訴をいろいろ訴えた患者さんでして、特に神経学的所見もなくですね、もう来なくともいいよ、というような患者だったんです。まあ、外来で薬なんかだして、「また今度」なんて様子をみますが、全然変化がないと、で、ひょっとするといけないということでMRIを撮った人ですが、まあここでMRIを撮らなければ解らなかったことですが、ものすごい脊髄空洞症が頸部からずっと胸椎あたりまであります。まあ、こういった患者さんの訴えは、客観的に解るもの、関節の変形があるといったわかる部分と、患者さんが解らない部分とかありますので、ヒステリーだと書きめつけるのは簡単なんですが、一応注意深い検索をした方がいいと思います。

次は67才の男性なんですが、やはり腰椎で、その神経学的所見です。まあこの年になると、変性疾患となると腰の脊椎管狭窄症という事が多いのですがまあそういったものとはちょっと違うと、腰痛があるんですけども、X線ではちょっと見逃すかも知れませんが、やはり気になるのは、第4腰椎、つまり下から2番目の椎体の前方がはっきり見えないというのがちょっと気になるんですね。そこもCTを撮りました。そうすると椎体の前縁が

かけてるんですね。壊れていますね。この方は、化膿性脊椎炎です。骨シンチをとるとちゃんと取り込みがありました。これもちょっとした変化を見逃さないという事です。

次に71才の男性なんですが、これも、単純のX線では解りませんね。実は、その腸骨に隠れている所の椎体がちょっと見づらいんですが、そこら辺を痛がるんです。これはトモ(断層写真)を撮りました。そうすると、5番目の椎体の前方がやはり破壊されているのがわかると思います。CTを撮るとそこに破壊像があります、これもTbです。Tbは最近少なくなったと言われているんですけど、割りと軽く考えられていますけど、いないんじゃないかと言われてるんですけど、こうやって見ますとカリエスというのが結構多くてですね。やっぱり年に3例くらい、うちの病院で見つかっております。前方固定しました。

次は49才の女性で、股関節痛を訴えてきた患者さんなんですが、特にこれといった所見はありません。こういった患者さんがさっきから危ないとやっているんですけどこのX線で見まして、ちょっと難しいんですが、lytic changeというか欠けている所がありますですね、坐骨、恥骨のところにあるんですが、まあそれが本当かどうかは、見る目によってちょっと違うんですけど、この患者さんですね、やっぱりちょっとおかしいんじゃないかと思いまして、同時に胸の写真もとったんです。胸の写真を見ると、明らかに肺癌であります。こちらで来た方が解りやすいですが、患者さんは股関節の痛みの方で外来にきたんです。こうやってまた原発巣が見つからないメタの患者さんが外来で来る事があります。骨シンチで見ましても骨盤のところに取り込みがあるのがわかりました。

次は45才の女性で腰椎の椎間板ヘルニアというふれこみです。前の大きな総合病院でも腰椎の椎間板ヘルニアということで治療されていました。所見は、腰痛と右か左の、坐骨神経痛がありました。ヘルニアの症状だと思いました。で、前の病院で良くならないので、こちらに来ましたけれど、それじゃまあ入院させてはっきりしようという事で入院させて、骨髄の造影をやったのですが、神経の圧迫は予想に反してありませんでした。で、どうしようかという事になったんですが、患者さんの痛みは結構持続してあるんです。それで入院して、いろんな検索をしたのですが、血液検査とかとして2カ月入院させたんですが、写真を見ても良く解からないと思うんですが、ちょっと気になったのですね、少しまだら状というか、骨硬化の部分とlyticな部分とが交互にあるんじゃないかという気がするんですね。まあちょっと普通の人は、解りづらいと思うんですが、この頃血液検査で

もアルカリフォスファターゼの値がちょっと高くなってきた。もしかという気がして、シンチをやりました。これはメタです。原発巣は良く解りません。全身的な検索をやったんですが、いろいろ内科の先生とか外科の先生にお願いして、調べてもらったんですけど、解りません。で、半年後、なくなる寸前の写真から、たぶんアデノカルチノーマじゃないかと思うんです。

そういう経験がありまして、だんだん患者さんを見る時は注意深く見るという事で、次の方も腰椎椎間板ヘルニアという外来の症状で入院してきたんですが、外来だと忙しく局所しか見られないのですが、入院時には全身を良くみるという当たり前で、昔から言われているんですけども、一応、まあ全身を見るという事で、来た時に、全身を脱がせてみました。そうするとですね鎖骨部のところにちょっとした腫瘍があります、気になりましたので、レントゲン写真をとったんですが、中央部にosteolyticなコイン状の像がみえます。これはやっぱりメタじゃないかという事ですね、シンチを取りましたら、全身にメタされている方で、腰のほうにもメタがありました。従って症状だけでは椎間板ヘルニアだと思いましたが、この患者さんは実はメタによる痛みの患者さんでした。で、そのシンチで見られた他のところにも、写真を取ると、メタが見つかるという事でした。患者さんの痛みというのは、我々のところに来るのは痛みが主ですが、訴え自体をよく聞いて、追求して行くということ、しかもそれを、系統立ていろいろ検査、検査全部を何でもかんでもやってしまえという事でじゃないんですが、系統立てて検査をやり、つめて行くという手順が必要ですし、それから、一度は、全身所見を患者さんの訴えとは関係なく、自分で一度は、全身的な評価をとって見ると言う事も大事であるかと思うのです。

ですから、今私のなかでローターの間に期待する事は、ひとつは、たくさんの症例を見るという事ですね。症例を見ていろんな事を勉強しないかぎりには自分の中に知っている知識だけで判断しようとしても頭の中に入っているのが少ないので、患者さんを見ながら、その都度いろいろな事を勉強して、自分の知識など毎日毎日積み重ねて、大きいものにして行くと。それから、患者さんを最後まで、良くなって、本当に良くなりましたと患者さんの方からもう来なくていいですよねと言われる位に、外来で見て行く。忙しい外来というのは良く解るのですが、まあいいやと適当なところできり上げないで、ある程度最後のところまで、責任を持って診るというのが大事だと思います。

司会・宮川：どうも有り難うございました。学園病院は、総合病院だということ、整形外科の外来診療は、特別な

疾患の偏りはなく、来た人は全部受け入れるということでお頑張っておられます。最後のところで多くの症例を診て欲しい、あるいは完治するまで診る、一生懸命診て欲しいということで、レジデントの方にとっても、非常に貴重なご意見だと思います。

司会・厚美：たくさんの症例を紹介して頂いて本当にありがとうございました。感銘をもって聞いておりました。学園病院に整形外科の常勤が開設されたのはいつですか。

原田：6年前です。

司会・厚美：先生が初代ですか。

原田：いえ、吉田先生で、今、三井ビルで開業されていますが、5年間勤められました。その後私です。

司会・厚美：私が驚いたのは、第一線病院の整形外科は外傷が多いと思っていたのですが、かなり専門的な脊椎・関節疾患がそれぞれ20%，15%とかなりのパーセンテージをしめているのですが、総手術件数とそれから手術内容の推移はいかがなものでしょうか。

原田：大ざっぱに申しますと、手術件数は私が行く前から見ますとだいたい、30%増くらいいだと思うんです。入院患者数はさっきお話ししたようにだいたい800から1500でしたが前は500～900位だったと思います。えり好みしないで頑張ってやろうと言うのが好きですからここ1年の間に急激に伸びまして、なんで伸びたかというと、なかなか難しいです。手術の症例を見せたほうが解りやすいものですから出しましたが、例えば、腰を打っているおばあちゃんが痛くて動けないということか、家で寝ていればいいよとそれで外来に来させて見ればいいんでしょうけれど、一応、うちの場合は全例ではないんですが、希望される方は入院させて保存的に治療し、そしてリハビリをやって退院させるということでありまして、そういう患者さんの中にはたまに、骨粗鬆症の圧迫骨折と思ってても、中にはmultiple myelomaがいたりとか、別の疾患がたまに見つかったりするんですね。そういうことで保存的な患者さんもいて、入院患者数は増えています。

それから、卒業しますと、卒後教育に難しい点がありまして、話が長くなってしまい訳ないんですけど、自分で一つ一つこう勉強していくというのは大事なんですが、なかなか難しいものもあります。かといって大学に来ていろんな事を教えてもらうというのも難しいことですよね。うちの場合は卒後のレジデントをですね、き

たえて週に一回カンファレンスを開いていろんな核病院から症例をもらって検討しています。そうしますと、それに対する手術方針とかそういう事をですね、自分の目だけじゃなくて、他の人の目からもそれに対してどう言うふうにしたらいいのかというのを検討できますし、そういういたことも切磋琢磨しようという事で症例検討会を開いているんですけど、そういういた関係で他病院からもけっこう紹介患者がでてきたということも関係していると思われます。

司会・宮川：では次に同じ1回生の松村先生からお話をきくことにします。

松村：守谷第一病院脳神経外科の松村です。昭和55年3月に卒業し、脳神経外科の研修をはじめてから11年が過ぎましたが今まで1年か2年おきに職場の変る生活のなかでいろいろな病院を経験してきました。現在筑波より約20分のところにある守谷町の常総ニュータウンの中にある総合守谷第一病院に平成2年4月より勤務しており、後輩にあたるレジデントに何かアドバイスをとのことで本日僭越ながらお話をさせていただきます。

実は先日、10年ぶりに新宿の飲み屋に行き、きれいな女子の子達が沢山てきて楽しませてくれてうっとりしてしまい、時間のたつも忘れ長居したところ、財布をからにされ帰ってきました。しかしそのときの時間はお金はちっとも惜しいとは思いませんでした。私は医療とはすこし水商売に似たところがあるのではないかと思っています。つまり、医者は外来でくる患者さんを待ち受け、患者さんは自分の気に入った医者のところに行き、相談をしたり、診察を受けたりあるいは時には愚痴をこぼしたりするわけです。その医者が信用できそうになかったり、気に入らなかったりするともうその医師のところへは行かなくなるでしょう。いくら絶世の美人ホステスでも客とうまく話しが出来ないようでは商売になりません。それと同じで医者もいくら優秀でも患者とのコミュニケーションがとれないようではせっかくの技術が生かされない気がします。

さて、余分なお話はそれくらいにして守谷第一病院の現状について具体的な面からのお話をします。総合守谷第一病院は七階建てでベッド数は203床の総合病院でICUは4床あります。主に常総ニュータウンの地域医療を担う目的で設立されました。もう一つの特徴としては、常磐高速道路と国道294号バイパスが近いため大きな外傷が多く、メディカルセンターよりも激しい外傷が運ばれてきて大変なことがあります。

一方では今後予防医療や会員制医療なども目指していますがまだ本格的な軌道には乗っていません。

現在の脳神経外科の診療状況についてまずお話をしますが、手術件数から大体の傾向を把握してください(表1)。図のごとく脳動脈瘤クリッピングが13例、脳動静脈奇形2例、脳腫瘍4例、脊髄腫瘍1例、内頸動脈内膜剥離1例、その他慢性硬膜下血腫、脳室一腹腔シャント術、脳圧モニター挿入術、脳内血腫の除去術それから頸椎、胸椎、腰椎に対する手術あわせて開院以来1年で89例ありました。この手術件数は筑波大学脳神経外科の関連施設としては標準的な数字です。我々は2人でやっていましたが、放射線科も麻酔科も無く常に24時間体制でボケットベルに束縛されており、大変です。徹夜の手術も結構あり、やはり第一線病院の脳神経外科医は体力作りが重要であると思われます。

これは外科の堀内先生(2回生)からもらった守谷第一病院の手術室全体の統計ですが、昨年の手術490件のうち126例が緊急手術で、脳神経外科は89例中51例が緊急でした。大学と異なり、緊急手術の割合が多く外科、整形外科、産婦人科の先生を含めて非常にあわただしい生活を強いられています(表2)。

次に脳神経外科救急疾患の流れをまとめながら、期待される医師像について盛り込んでいきたいと思います。図1のごとく脳神経外科疾患は外傷や脳卒中などの救急疾患が多く、さらに手術、集中治療、リハビリ、社会復

帰まで非常に巾の広い分野を受け持たざるを得ない状況となっています。これは患者が麻痺、失語症、意識障害等の後遺症を残すことが多く、家族や地域の福祉のお世話になるケースが多いからであります。

まず救急ですが初期治療としての救命救急処置が大事です。現在のレジデントの先生方はメディカルセンターでの教育がうけられるので我々のときよりも充実はしていますが、自分の専門だけに片寄らず、広くプライマリーケアのできる医師を目指す事が臨床医の基本だと思います。手術については専門的になりますので省略します。次に集中治療ですが脳神経外科の場合意識障害、呼吸状態の悪い患者、血圧の不安定な患者が多くICUでのケアが必要となります。ちなみに守谷第一病院のICUはintensive care unitではなくintensive cerebral unitといわれておりますが脳神経外科の患者が大半を占めており、脳圧モニター、循環呼吸管理、栄養管理、合併症の管理等も必要となってきます。脳神経外科の患者はとにかく世話のやける患者が多いということです。

慢性期になると麻痺や遷延性の意識障害の問題が残り、長期間にわたるリハビリや全身管理が必要となりま

表2 総合守谷第一病院手術例内訳  
(1990年度)

	総数	緊急
外科	148	35
脳神経外科	89	51
整形外科	81	6
泌尿器	48	4
産婦人科	99	29
眼科	24	1
皮膚科	1	0
計	490	126

表1 総合守谷第一病院脳神経外科手術症例  
(1990年4月～1991年3月)

脳動脈瘤クリッピング	13
脳動静脈奇形	2
脳腫瘍	4
脊髄腫瘍	1
内頸動脈内膜剥離	1
穿頭洗浄(慢性硬膜下血腫)	8
脳室一腹腔シャント	10
脳室ドレナージ(脳圧モニター)	15
開頭血腫除去術	10
定位的血腫吸引術	6
頭皮下腫瘍	1
人工骨形成	4
開頭・外減圧術	4
頸椎前方固定術	2
頸椎後方固定術	1
胸椎椎弓切除術	1
腰椎ヘルニア摘出術	2
脊髄硬膜形成術	1
気管切開	3
合計	89

図1 脳神経外科救急疾患診療の流れ



す。脳神経疾患の場合は日常生活にも多くの手助けが必要となり、さらに家族や地域の社会福祉と協力して患者の生活について考えていかなくてはなりません。これは大学では習わないことですが非常に大事なことであり、患者さんを如何に社会復帰、あるいは自宅に帰すか、家庭内のマンパワーの事、家屋の構造的なことや浴室、トイレなどの改造について種々の問題が浮かび上がってきます。また身体障害の申請をしたり、生活保護の手続きの手伝いをしたり医療費の補助の問題など現在の私の仕事の多くは手術よりもむしろケースワーカー的な仕事に多くの時間が費やされています。学生時代は余り患者さんの病院外の事柄にまでは眼が向かず、どちらかと言えば脳神経疾患そのものに対する知的興味で脳神経外科を選んだようなところもありましたが、現実は今お話を通りであり、医学とは言えない実際的な医療という面に眼を向けざるを得ず、第一線病院に出られる若い先生方は是非患者さんのトータルなケアを目指していただきたいと思います。

私は2年間西ドイツで臨床を勉強してきましたが、向こうでは医学生が長期の休みの間や1学期を休んで看護助手をしたり、福祉施設、老人ホーム等のヘルパーをしてそれが大学における単位となったり、進級の条件となったりしているのを見てきました。ドイツでの体験より得たものは多く、後輩の皆さんにも是非茨城に留まらず、機会があれば世界の医療を見たり体験してこれから医療活動の肥しにして欲しいと思います。筑波大学でも他の大学には例のない密度の高い看護実習や保健所見学がありましたが、例えば本当に看護助手として働いたり、地域の保健婦さんの助手として1ヶ月くらいマンツーマンで働いたりすれば実際の臨床の医療の現場でよりうまく患者さんのケアが出来るようになるのではないかでしょうか。しかし今の大学病院のレジデントの先生方は患者さんの運搬などそのような仕事の一部をかなり精力的に引き受けているとのことですので筑波はすでにドイツなみかもしれません。

最後に自分なりに期待される医師像というものを自分の反省も含めてまとめてみました(表3)。まず包括的な医療ですが病院の患者さんを一人の医師がすべて診ること

表3 期待される医師像

- ・専門性にとらわれない包括的ケア
- ・チームワークと幅の広い見識(特に福祉・行政とのかかわりあい)
- ・臨床医としての研究活動(症例研究の必要性、実験的研究とのギャップの克服)
- ・医師自身の健康管理

とは現代の医学の専門分野化によりむずかしくなってきました。例えば頭痛の患者さんがきても頭に原因があつたり、あるいは耳鼻科、眼科、精神科的な問題あつたりしてなかなか診断の困難なことがあります。そのようなときにはCTスキャンをとって何も無いと「脳みそは大丈夫です 後は他の科で調べてもらってきてください」などと言ったりすることがあります。我々はつい患者さんの病因だけを見て患者さん自身を忘れてしまうことがあります。患者さんは病院に病気を治して貰いにくるほかに安心や安らぎを得にくることを考えるべきだと反省することがあります。筑波大学では内科系が臓器別に専門化しており、守谷第一病院でもそれぞれ専門の先生はいるのですが、ちょっとした内科的なことや専門分野の先生のいない問題等を誰に相談したらよいか困ることがしばしばあります。第一線病院に出られる内科の先生方にはプライマリーケアやジェネラルフィジシャンということをまず基本において患者さん全体を興味をもって診るという研修をして欲しいと思います。

次に私自身不勉強だったせいもあるかも知れませんが、余り大学では患者さんの社会福祉的アプローチなどを具体的に習った記憶がありません。病院のなかではソーシャルワーカー、理学療法士、看護婦等種々の職種の人と協調して行かないとなかなか治療がうまくいきませんのでこの点も大切かと思います。

三番目として第一線病院にいるとなかなか研究をじっくり行う機会がなく、悩むところだと思いますが一つの症例を勉強することにより得られるものは大きく、まずなにかの症例報告からはじめて、最終的に臨床研究にまでもって行けるとよいと思います。臨床の医療のなかでてくるアイデアは貴重であると思いますし、患者さんの役にもたつと思います。話はそれますが、これは私が普段考えていることですがアメリカのレジデント終了後のリサーチフェローのような制度の必要性を感じています。筑波大学は医局制度がなく、普段の臨床のなかで何か研究したいアイデアがでてきた場合に1、2年間じっくり実験的研究ができる機会がほとんどありません。常に第一線の外の病院で働いている医者の大きな悩みの一つではないかと思っていますのでぜひ筑波にリサーチフェロー制度を作って欲しいと思います。

最後になりますが先日の東海大学の安楽死問題でも受持ち医がかなり疲れていたとの報道もありましたが、日常の臨床の中でも疲労がたまって判断能力が鈍ることもありますので医師は日頃より健康と体力増進に心がけておくように薦めます。

守谷でも本日より公団の分譲住宅を募集していますので皆さんの健康維持のために落ち着けるスイートホームを確保したい方はぜひ応募してみてください。

**司会・宮川**：患者さんを包括的に診なくちゃいけない、あと最後にリハビリですね。先程原田先生の御意見と共通するところがあるようなんすけれども、えっと開院されて初年度で89例の手術を達成されたのは、大変すごいことですし、すばらしいことだと思います。そのうち51例が救急であるのに想像するのに大変なご努力をされたということで、また話も、包括的であります、大変ありがとうございました。

2回生、土井先生にお話をうかがいたいと思います。筑波メディカルセンター病院は1回生の、原田、松村両先生も勤務されていたところで、土井先生は病理科の科長という立場にあられます。では、宜しく御願いいたします。

**土井**：筑波メディカルセンター病院病理科科長の土井です。私は、筑波大学附属病院、病院病理のレジデントとして6年間、その後4年間を筑波メディカルセンター病院でお世話になっております。この間、ずっと病理をやってきてまして、残念ながら臨床の経験は1年もありません。

さて、病理の者がこういった場にお招きを頂いた事を、まずお礼を申し上げます。大学の病理レジデントは私が、第1号です。たかだか10年ほどの経験しかない私ごときが「病理とは」などと申し上げるのは口幅ったいことですが、自分の経験に照らして、病理の業務一般、私にとって病理とは何なのか、また、現在やっている事と言った順にお話をさせて頂きます。

実は私は入学時は1回生で入ったのですが、卒業したときは2回生という、誠によく遊び、よく遊びの大学生活を送っていた学生でした。で、当然ながら病理の授業などは出席した覚えがほとんどなく、突然、学年末に口頭諮詢などをやられて全くとんでもない科目だと印象しかありませんでした。また、国家試験の問題集をやっても、病理などはほとんどないに等しいくらいのもので、ここでも取り立てて印象に残る様な事はありませんでした。その、私が何故10年も病理をやっているかこれは謎以外の何物でもありません。病理に進んだ理由の一つは実は単なる「勘違い」だったのです。1回留年をくらったおかげと臨床実習のおかげで、これはこのまま何も知らずに卒業したらとんでもない医者になってしまふのではという、危機感はありましたので、とりあえず2年ぐらいう後の基礎となりそうな勉強をしてから臨床へ行こうかと思っていました。そこで、以前、臨床病理の教授でいらした及川先生がなかなかの豪傑の方だったので、そちらで勉強をさせて頂こうと思っていたんですが、残念ながら臨床病理のレジデントというのではありませんでした。と、ある友人が「臨床病理も病理も似たようなものだ」と言うもので、私もそんなもんだろうと病理の門を

叩いてしまったという訳です。また、年輩の臨床の先生の多くがかつて、1度は病理を学んだとおっしゃっていたことも病理に行くきっかけでした。で、小形教授のもとに参りますと、「学生時代を悔い改めるなら教えてやろう」と言われ、すでに退官なさった小島教授には「先是長いからまあ、楽しくやりましょう。勉強して下さい！」と、言われ病理に住み込む事になってしまいました。

ところで、大学で病理を学ぶのには2つの道があります。1つは病院病理のレジデント、もう1つは大学院です。レジデントは6年間、大学院は4年間ですから、6年間給料をもらって勉強できるレジデントはなかなか良い制度です。現実に大学ではレジデントも大学院生もルーチン業務は同じでしたから、私はレジデントの道を選びました。で、その業務ですが、まず病理解剖(土、日も当直制でした)そして手術材料、生検材料の検索、診断です。

ここで強調させて頂きたい事は、病理業務とはあくまでも診断業務であると言う事です。ともすれば、病理は基礎学問であると思われがちですが、その中心は診断です。従って、病理を学ぶ事は、診断の論理を学ぶ事そのものと言った方が適切であろうと思います。臨床の情報、病理組織からの情報、生化学的、細胞学的、免疫学的、さらに動物実験からの情報等を集め、これを加工し(鑑別診断)，最終的な診断にもっていく作業が病理であると考えています。確かに病理診断の過程で患者に接すると言う事は極めて稀ではありますが、あらゆる意味で患者の存在なしに、病理の業務は成立しません。正に、臨床と基礎の総合分野であるとご理解していただきたいと思います。

さて、6年のレジデント生活が終わり、小島教授のもとにお礼を申し上げにいきましたところ、「君もようやく、病理の『び』の字くらいはわかったかね。もっと、勉強して下さい。」と言われた言葉が今も、耳に残っています。もっとも、小島先生の「勉強して下さい。」は口癖でしたが、レジデント修了時におっしゃった言葉は、とりわけ印象深く、初心忘るべからずと言う意味が込められているものと勝手に解釈して日々自戒している次第です。

さて、現在、私の勤務しております筑波メディカルセンター病院での業務に関し述べさせていただきます。筑波メディカルセンター病院は皆様ご存知ように、大学とは目と鼻の先ほどの所にあり、病床数200床余りの高次救急病院です。救急病院に何故病理医が必要なのか、これが赴任するにあたり、まず頭に浮かんだ素朴な疑問でした。筑波剖検センターの運営に携わる事、これが私に荷せられた一つの役割でした。日常の病理業務は大学と

大差はありませんので省かせていただき、筑波剖検センターは、ご存知の方も少ないと想いますので、PRを兼ねて説明させて頂きます。お手元の資料を合わせてご覧下さい。

筑波剖検センターは昭和61年9月に茨城県衛生部、県警察医会、筑波大法医、病理、筑波メディカルセンター病院が協力して発足したもので、県内に発生する異状死体の死因究明を目的とするものです。皆様も名前はご存知かもしれません、監察医制度が東京都をはじめとする5大都市にはあります。東京都を例にとりますと、年間約7~8000件の死因の明らかではない死亡、その中には病死もあれば、中毒死、事故死、自殺、あるいは他殺さえも混じっていますが、これら死者の死因の究明を目的とする行政解剖が東京都監察医務院で年間約2000件以上行われております。しかし、地方自治体ではそのような制度はなく、茨城県では他県に先駆け、行政解剖を行う機関として筑波剖検センターを設置いたしました。茨城県では年間約1300件余りの異状死体が発生しており、その内のわずか30件余りを筑波剖検センターで解剖しております。例をあげてみると、60才台の男性が道ばたに倒れて亡くなっている、頭部の至近の路上に車のブレーキ痕が残っていました。外傷は明かではなく、警察は病死を疑いましたが、生来健康でこの日もジョギングにてかけたとのことでした。遺族はひき逃げではないかと疑い、解剖を依頼されました。解剖結果は心筋梗塞でした。しかも、基礎にはかなり進行した糖尿病があり、冠状動脈の硬化はいつ心筋梗塞を起こしたとしたも不思議はないほどでした。勿論、外傷は一切ありませんでした。また、某病院の例は、50才台の男性です。運動中に気分が悪くなり、救急車でその病院に到着したときはショック状態でその処置の最中に亡くなってしまいました。この方も解剖結果は心筋梗塞でしたが、後日、ご遺族が病院の処置を不服として訴訟事件となりました。他にも、病死が疑われた症例が実は他殺であったり、凍死が疑われた症例が実は一酸化炭素中毒であったりと、大学病院時代には予想もしなかった解剖例に遭遇しています。しかし、法医の先生方のご協力をえて、何とか今までやってこれてといったところです。特に、当センターが力をいれているのが、突然死症例、中でもDOA(Dead on arrival)の症例です。当センターで扱った行政解剖例の約3/4が筑波メディカルセンター病院を含めた各医療機関のDOA或いは病院到着後24時間以内の症例でした。DOA症例では死因が不明である事が珍しくありません。医師法上は、異状死体に入り、医師は警察への届出義務があります。死因が不明であるにもかかわらず「急性心不全」と死亡診断書に書き込むような事は厳として慎むべきであると思います。突然死の場合、残された遺

族の為にも死因の究明は必要不可欠です。また、遺族とのよけいな誤解、摩擦を避ける意味においても、解剖による死因の究明を遺族に勧めるべきであると思います。

ここで4年間行政解剖に従事してきた立場から医療訴訟について少し、述べてみたいと思います。現在、当センターの症例のうち、数件が競争中あるいは、訴訟準備中と言う状況です。最も多いケースは、医師は過失を犯そうとして犯す者は誰もいないわけですが、患者あるいは家族にとって、治療したにもかかわらず不幸な結果となった時、その原因、理由に納得がいかないという場合です。ところで、医師の過失が明らかに疑われた場合は行政解剖ではなく司法解剖(この場合、手続き上、医師は業務上過失致死などの被疑者として扱われ、裁判所の命令により解剖が行われる)となります。訴訟となった場合、以前と異なり、近來の判例では、医師側が過失が無かった事を証明しなければなりません。勿論、カルテはその重要な証拠ですが、剖検記録はそれに勝るとも劣らない証拠となります。

如何に患者・家族との無用なトラブルを避けるかですが、まず第1点は、患者・家族にとってどれだけ意味のある説明が行き届いているかと言う点です。医師が専門用語でいくら話しても家族が充分にそれを理解できる訳がありません。わかりやすく、かつ、説得できる能力を養成する事が個々の医師に求められていると感じています。第2点は、ミスを事前に防ぐチェックシステムの存在です。ミスは必ず起きるという前提にたって、それが大事に至らないシステムを作る事が重要ではないかと思います。これは、医師のみならず、看護婦をはじめとするcomedical staffを含めた病院全体の問題と捕らえる必要があると思われます。

これらの点が不十分であると、不幸にして訴訟という結末が訪れます。訴訟は刑事案件ばかりではなく、民事事件としても生じます。近ごろの傾向として、交通事故にからんだ例が増加しています。軽度の交通事故後、数日を経て突然亡くなってしまったといった例です。この場合交通事故と死因との因果関係が問題となり、さらには時に診断・治療との関連が問題となります。患者の生命保険の問題や、交通事故加害者の罪状(傷害罪か過失致死罪等)が絡み、人権問題となる可能性も生じます。特に、救急医療に携わるチャンスのある医師、あるいは当直業務に携わる医師は、ほとんど医師全員でしょうが、患者固有の社会的背景を意識するトレーニングが必要かと思われます。単に病気を診ればよいと言う時代ではない事を意識する事が、自らの身を守るという事を知って頂きたいと思います。

突然死の剖検に際して痛感する事は如何に解らない事ばかりか、と言う事です。病理形態学は確かに診断に關

し、確固たる根拠を与える物ですが、形態学的に病変が見つからなくても、人は死に至ります。例えば不整脈死、中毒死、乳幼児突然死症候群、など当センターで剖検した突然死症例の中には、まったく診断の手がかりのつかめないものもあり、当惑の連続です。数年前になりますが、法医学会後の懇親会でトマス野口先生(マリリンモンローの検視官として有名な法医病理学者)に突然死の検索についての質問をしたとき、彼の答はこうでした。「解らない物は解らない。ただし、病変を記述すること、剖検時に検索材料を採取し、凍結保存しておく事が大切だ。私の世代で解る事は限られている。ただし、材料があれば、後の世代に伝えられる。私の先輩もそうしてきましたし、私もそうしている。」彼の大学では第2次世界大戦後の解剖例全例の臓器の一部が凍結で保存されているそうです。アメリカにAIDSがいつからあったかに関しての検索は、その保存されていた臓器が大きく貢献したとのお話をしました。この話をうかがい私も、かなり気が楽になりました、現在せっせと材料の保存に努めている次第です。

時間もだいぶ超過してしまいました。最後に一言、お願いを申し上げて終わらせて頂きます。それは、病理医と臨床医の連携についてです。解剖にても、ルーチンの手術材料、生検材料の診断にてもそうですが、臨床が何を望むか?、検査の目的は何か? 病理医として何ができるか? これらの点を臨床、病理双方が常日頃確認しておく必要があります。

カンファレンスや剖検・CPCのみが互いのコミュニケーションの場ではありません。日常業務それ自体にコミュニケーションがなければ意味がないのです。個々の人間性による部分も大きいかも知れませんが、若い先生の中にはコミュニケーションの取り方が解らない先生もいらっしゃるかも知れません。これもトレーニングですので、日常の患者を含めた周囲の人々とコンタクトを如何にとるかを意識しつつ仕事をして欲しいと思います。

さて剖検は、もはや量よりも質の時代です。臨床・病理双方が剖検に何を求めるかを明確にする必要があると思います。病理は臨床をチェックし、臨床は病理をチェックするという本来のシステムが有効に活用される事が重要です。ただ、病理側のマンパワーが極めて不足しており、認定病理医は全国で1800人余りしかおりません。この人数で各科とのコミュニケーションを良好に保つ事は物理的に不可能と言わざるをえません。病理と臨床のあいだに敷居はありません。特に若い臨床医の先生方、これから臨床医を目指す学生の方々が一人でも多く、病理を経験し、それを臨床に生かして戴く事を切望してやみません。

司会・宮川：筑波メディカルセンターの内科の野口先生

からお話しして頂きたいと思います。

野口：筑波メディカルセンター病院の内科の野口と申します。私は2回生で、レジデントを卒業してメディカルセンターに赴任したのは昭和62年のことでした。皆さん御存知かも知れませんが筑波メディカルセンターは救急病院でありますですが医師会病院もあります。ちょっと矛盾した2つの要素がありまして第3次救急を行なうのが病院の第1の使命ですが、医師会病院という性格上いろいろな患者さんが紹介されます。例えば、癌の末期の患者さんとか御高齢で寝たきりの患者さんとか医師会の先生方からどんどん送られてきます。でもやはりベットには限りがあるわけで、この2つの性格を両立させるのはなかなか難しいわけです。

診療科は内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、麻酔科、放射線科ということで総合病院ではなく救急病院として開設されています。病床数は本来220床ありました、実は今年の4月からなんですが折からの看護婦さん不足で軽症病棟の2つが閉鎖されてしまいまして、現在は一般病棟110、小児病棟20、ICU 6の計136床で運営されています。そういうことで、どこの施設でも同じだと思いますがいつもベット不足で悩んでいます。外来の患者数は内科で言いますと1日あたり昨年の平均ですが76人ということで、学園病院とか記念病院とかはもっと多いと思います。これは医師会病院という病院の性格上、外来は増やさず、急性期をすぎた患者さんは医師会の先生方にお返しするという病院の方針があるからなんです。そういうことで今、内科は2診でやってますがそれ以上は増やせないわけです。従って外来はかなり大変んですね、僕なんか外来やってまして朝9時ぐらいから始めるんですが昼休みがとれないんですね、2時か3時ぐらいに5分ぐらいで昼食をとって、またすぐに外来に戻って終わるのは大体いつも5時を過ぎてしまいます。そういう外来を1週間に2回ほどやるとそれだけでかなり疲れてしまいます。内科の入院患者数は、昨年の統計で年間962人でした。内訳は循環器、呼吸器、消化器、がそれぞれ200人程度で残りがその他の病気といった感じです。私は専門が循環器なんですがいつも専門の患者さんだけを診ているわけではありませんので、風邪とか、下痢とか、蕁麻疹とか、そういう患者さんは夜中でも何時でも来るわけですが、そういう患者さんの間に循環器をやっているというのが現状です。ご依頼があったので数字を調べてきたのですが、心カテーテル件数は、昨年の数字ですが年間226件でした。今は、水曜と金曜の午後を心カテーテルの日にしているのですが、大体3人ぐらいずつやってまして、その他にも緊急のカテーテルが入ったりしますので1週間に6~7人といったところです。その

うちPTCAを週に1～2例やっています。皆さん御存知だと思いますがPTCAは、臨床に導入されてまた日が浅くて、PTCAが初めて行なわれたのが今から10年ぐらい前の事ですし、日本に入ってきてからまだ6年ぐらいなのですが、またたく間に全国に広がってしまったわけです。私が最初にPTCAがどういうものなのかを実際に知ったのは附属病院のレジデントの頃です。以前、筑波大学にいらっしゃった山口徹先生という先生が三井記念病院の方にそのころは移られていたのですが、そこでその山口先生が今度PTCAを始める事になったということで大学から症例を送ったわけですね。私は、レジデントの4年目の頃だったと思いますが、その患者さんは左前下行枝に高度狭窄がありまして、そのころPTCAについてはおぼろげながら風船を入れてそこで広げてやるものだ程度の知識しか持っていないかったんですが、山口先生のところにその症例を持っていったわけです。そして、むこうでPTCAをやって戻ってきたシネフィルムを見たらですね、あの糸のようになって切れかかっていた狭窄が嘘のように全く正常に広がっていて、これはとんでもない事だとびっくりしたわけです。山口先生たちがPTCAを始められた頃はいろいろと問題もあったのでしょうかけれども、いまでは器具が進歩してかなり安全にできるようになり全国的にかなり広がってきています。でも残念ながら関東ではまだ関西に比べるとかなり遅れています。PTCAは最初は関西でさかんに行なわれるようになりました。PTCAはやはり、合併症が多い治療法なんですね。PTCA中に冠動脈解離をおこして急性冠閉塞をおこして死に至るというような危険性がはらんでいます。ですから、関東の人というのは恐らく気が弱いというか、人がいいというか、関西ほどあけっぴろげでなんでもどんどんやってやろうという人が少ないせいなのかどうかわかりませんが、関東ではまだまだやっている所は少ないようです。

三井記念病院で山口先生がPTCAを始められてから、筑波大学でも何とかPTCAを出来るようになれたと考えました、私が附属病院のチーフレジデントの頃です。当時、山口先生を呼んできてなんとかPTCAを出来るように僕は大学でいろいろと奔走したんですが結局出来ませんでした。なぜ出来なかったかというと結局まわりの協力が得られなかったのですね。今はそんなことはないのではないかと思いますが、看護婦さんは看護婦さんで自分たちのやるべき事があったわけです。技師さんは技師さんで都合があるということで協力が得られませんでした。いろいろ頑張って交渉してみたんですが結局出来ませんでした。メディカルセンターに移りまして、ここが大学と違って一番いい点はパラメディカルの方がすごく協力的な所なんです。ですから、心カテ等をやっ

ていて5時を過ぎることが時々ありますが技師さんも看護婦さんも6時になんでも7時になっても文句を言わずに手伝ってくれるわけです。そのような条件が整ってPTCAが出来るようになりました。三井記念病院から山口先生に来ていただいて昭和63年からPTCAを始めました。今のところ大きな合併症は少ないので1つだけあります、83例中1名、冠動脈解離から緊急冠動脈バイパス術を行なった患者さんがいます。言うまでもない事ですが、大切なことはこのような侵襲的な治療をする場合、患者さんに自分の病気のことを十分理解してもらい、治療の手技とか合併症の危険性とかをよく話して、ちゃんと納得して受けでもらうことなんですね。それがまた患者さんに対する責任感につながるんだと思います。

ところで、メディカルセンターに入って来る急性心筋梗塞の患者さんは年間にしますと40～50人ぐらいです。急性心筋梗塞の治療の話しを少ししたいのですが、急性心筋梗塞は昔、病因がはっきりしなかったんですね、病理学的な検討で冠動脈に必ずしも血栓があるわけではないということで、何で心筋梗塞になるかはっきりわからなかった。しかし現在では、急性期に冠動脈造影が行なわれるようになりますほとんどの例で冠動脈血栓が原因になっていることが明らかになりました。ですから、急性心筋梗塞の患者さんが来たらまずアスピリンを使います。ヴェノピリンというアスピリンの静注薬があります。そのあとヘパリンを5000単位ぐらい静注します。これだけで、冠動脈が再疎通してしまうことがあります、もちろんウロキナーゼ等を点滴静注することもあります。その後、メディカルセンターではなるべく急性期に冠動脈造影をすることにしています。かなりお年で75歳を過ぎてほとんど家で寝たり起きたりの生活をしていたような方などはもちろんやらないんですけども、75歳以下で普通の活動性を持っていた方ならなるべく全員やるようにしています。それは何故かといいますと、冠動脈の解剖が非常に大事でして、1枝病変と2枝病変と3枝病変では全然その患者さんに対する扱いが違ってくるんですね。例えば、1枝病変で直接PTCAをやって再疎通出来たとなるとリハビリのスケジュールが全然違ってきてしままして、それこそ1週間か2週間で退院できるようなスケジュールが組めるわけです。逆に3枝病変であった場合はですね、リハビリを進めるのはかえって危険なこともありますからなるべく時間を稼いであまりリハビリを進めないうちにバイパスに廻すようなこともあるわけです。そういう事で最初に冠動脈の解剖を知ることがすごく大事なんです。急性期に冠動脈造影をすることについては必ずしも広くコンセンサスを得られているわけではないのですが、最近ではいろいろな病

院でそのような方法が取られるようになって来ているようです。

期待される医師像と言われても困るんですけれども、メディカルセンターに回ってくるレジデントの先生を見て希望することと言いますとですね、まず、患者さんに対して責任感持つて欲しいと言うことが一つですね。知識が無いとか、あるいはIVHが下手だとか、そんなことはやっているうちに出来るようになるわけですし、知らないことがあったら本を調べればいいわけで、そんなことが問題になることはありませんで、やはり患者さんに対して責任を持って診てくれるということが大事だと思います。どこまでが自分の責任の範囲かを判断するのは難しいことだと思いますが、医者は9時から5時まで勤めればいいってわけにはいかないわけですね。やはり自分の患者さんに対しては責任があって、その責任の範囲で夜中も残ってやらなくちゃいけないことは有るんじゃないかなと思います。そういう責任感を持っていらっしゃる方は期待される医師になれるんじゃないかなと考えます。それからもう一つはパラメディカルの方たちに対する配慮ですね。医療はもちろん医者だけでやれるものではないわけで、看護婦さんとか、技師さんとか事務職員の方たちと仲良くやることがすごく大事だと思います。僕なんかやはり、誰々先生はこれこれで困りますとか言われることがあります、確かにそういう点でですね配慮が足りないレジデントの先生がいらっしゃるようです。そんなところに注意していただければ良いと思います。

別に、僕じゃなくてもメディカルセンターという所に誰か他の先生がいらっしゃたらですね、たぶん同じように同じようなことををして同じような結果を出していたんではないかと思います。それは一つには、パラメディカルの人も含めて病院全体として救急をやろうという雰囲気が盛り上がっているんですね、技師さんも看護婦さんもそういうことを一緒に目標にしてやっているということと、あとは手術が上手な外科の先生がいらっしゃって、それでだいぶ助けられたということはあると思います。

**司会・宮川：**同じくメディカルセンターの和田先生、放射線科ということでお話を頂いたいと思います。

**和田：**前のお二方、土井先生と野口先生と同じ病院に放射線科診療科長として勤めております和田と申します。筑波メディカルセンターの放射線科は現在私を含めて3名で動いています。高々200床弱の病院で放射線科に3名いるということだけでかなり変な病院だなってお思いかもしれません。他の病院の放射線科とちょっと違うのですが、それは簡単に述べますと心臓以外の血管造影や、

ミエログラフィー、超音波などすべて我々がやっているためです。これは各科の協力、お互いの信頼関係というものがあるからなんでしょう。

もう一つ、救急病院という性格もありますが、3人のうち1人が院外ベルをもっていて救急体制に備えているところが他の病院とは違います。

ここで、放射線科に関して宣伝させて頂きますと、最近画像診断の進歩にはめざましいものがありますが、これに加えて放射線科の手技を通していろいろな治療をするインターベンションナルラディオロジー(IVR)というものがあります。IVRというのはバスキュラーとノンバスキュラー、すなわち血管と血管でないものの二つに分けて考えられます。大学でも行なわれています肝癌のケモエンボライゼーションとか、出血している血管を詰めてしまうとか、詰まった血管を溶かすとか、他に最近、下肢の血栓が肺にとぶのを防ぐために、下大静脈にフィルターを入れる。こういうものが血管系に対するIVRにはあります。そして血管系以外のIVRですと、例えば胆囊炎のドレナージあるいは膿瘍のドレナージ、囊胞に関してはエタノールで小さくしてしまうとかそういう治療があるんです。あるいは経皮的な胃瘻造設です。この経皮的胃瘻造設に関しては、やっている施設は少ないかと思いますが、我々のところでは3分間程で手技が完成するflash gastrostomyというのを開発してやっています。各病院の先生にはそういう手段もあるということを頭の片隅に止めておかれ、もし症例がありましたら送って頂きたいと思います。

それは別としまして、こういうことができるというのも先程申しました様に各科との連係というのが非常にうまくいっているからです。これは各科の先生が放射線科を非常に大切にあつかってくれているというのが一つにあるんです。もう一つは病院の大きさですね、こじんまりとした病院ですのでその大きさがある程度影響しているのかなと思います。これが大学病院みたいに大きくなってしまうと、ちょっと今後どうなっていくのか心配なところもあります。ここでもう一つ述べておきたいことは一般に学生の方々が放射線科ということを聞いてイメージするのはシャーカステンを朝から晩までみていてなんかつまらなそうだなというようなことをお考えだと思うんですが、今まで述べたように診断ばかりでないいろいろなことをやっています。おそらくシャーカステンの前に座っているのは一日の3分の1から4分の1ぐらいの時間だと思います。案外面白いものなんですよ、ということをちょっとアピールしたいと思います。と共にですね、先程病理の土井先生がお話されました、やはりマンパワーの不足というのが放射線科の悩みでして学生の方々は自分のやりたいことは当然あるわけなんで

しょうがそこに病院側が、あるいはどういう科が人を要求しているか、どのくらいの需要があるのか、その辺も念頭において将来のことを見て頂きたいと思います。

次に「期待される医師像」について、メディカルセンターにおいて私が気付いたこと、4年間メディカルセンターでやって来ましたけれどもそこでどういうお医者さんだとちょっと困るとか、こういうことはちょっと考えてほしいとかいうことがありますので、それを述べて期待される医師像にかえたいと思います。放射線科からしますと、まず画像診断が急速な進歩を遂げているということでお々もついていくのが難しいぐらいの時ですから若いレジデントの方々がその画像診断をどうやってあやつるかというのは非常に我々以上に困難なんだと思います。ということで何から何まで検査してしまうというのはかなり多くの若いレジデントの方々に見られる傾向です。これは大学などのカンファレンスの時に、一応のデータをすべて揃えて教授の前に提出するとかカンファレンスに出すとかプレゼンテーションするとか言うような形が出来てしまっているからかもしれません。が、そういう形ではなくてやはり患者を触って、話を聞いて何を考えて検査するのかただの検査に限らず、例えばカルテなどの記入とかも同じです。常日頃何を考えて、だからこれをするんだということをカルテに書き留めるということも一つの大切なことだと思うんです。そういうことをレジデントを開始した時点から常に心掛けている、そういうことがよい医者になる一つの大切なことだと思います。そういうことをやっていくことによって少しでも良い医者に近付けるんだと思います。

もう一つ、常に治療方針の決定などに関して患者側にたっていろいろ考えて欲しいということです。我々もIVRというものを始めまして、患者さんに侵襲的なことをする機会が増えつつあります。外科系の先生ですとか内科系の先生もそうだと思いますが、医学の進歩にどうしても負けてしまいがちだと思います。例えば最近の腹腔鏡を使って胆嚢を摘出するとか言うのがはやっておりますが、自分が患者になったときに、実際にそういう診療をして欲しいのか、本当は今までのコンベンショナルな胆嚢摘出のほうが宜しいんじゃないかと。ただ自分が興味あるとかそういうことで新しいことを始めるではなくて常に患者の側に立って自分が患者のつもりで、あるいは患者を自分の家族だと思って治療なり何なりをするぐらいの気持ちを持って欲しいと思います。

そういうことを若い先生方にお願いしたいと思います。以上気が付いたことを述べさせて頂きました。

**司会・宮川：**どうもありがとうございました。レジデントの皆さんに二つお願いということでお話を頂きました

た。一つは、それが本当に必要なかどうかということ、もう一つは患者のあるいは患者の家族の側に立っての配慮をして欲しいとの2点でした。

また、メディカルセンターでは各科との連係が本当にうまくいっていらっしゃるというお話で、私も羨ましく思って聞いておりました。

次に3回生の小川先生にお願いします。小川先生は猿島協同病院の外科といふことでお話しをいただきたいと思います。よろしくお願いします。

**小川：**猿島協同病院の外科科長の小川と申します。猿島協同病院は茨城県西部の猿島郡、境町というここから車で西の方に45分ほどのところにあります。周辺は農村地帯で患者さんはお年寄りが多いです。病院の病床数は248床です。外科の患者数は外来が、7~80から100名、入院の患者数は45から50名です。一応総合病院ですから各科全部そろってまして、それぞれに筑波大からドクターがいらして診療しています。われわれは外科ですから今回、年次別の手術の推移のスライドを持ってきましたのでちょっと紹介致します。(表参照)

私が赴任しましたのは昭和61年の秋のこととして今年で5年になります。外科の医者は62年まで3名でした。昭和63年より現在まで4人でやっています。手術の合計は最初の年が150例、62年が185例、外科医が一人増員になった63年より急に手術件数は増えています。

今後、人口とか需要とかを考えると手術件数というのはある程度のところで頭打ちになると思いますが、患者さんを集めようという努力をしているつもりです。

現在4人でやっていますが、以前筑波大で小児外科の講師をやっていらっしゃった高橋先生が院長で今いらしてまして、その結果小児のヘルニア患者も増えているようです。メンバーは3回生の私、4回生の塚田君・山部君と7回生の平野君の4人でやっています。小さな手術が結構数があるので、ジュニアレジデントクラスの先生方にもうちの病院に来て頂いてどんどん手術をこなしてもらいたいと思っています。

最後に期待される医師像ということですが、私がそういった話をするのはまだまだ5年も10年も早いと思いますが、ただ後輩の先生方と一緒に仕事をするにあたってどういう後輩と一緒に仕事をしたいか申し上げます。まずは人間性を一番大事にしたいと思っています。外科医の仕事はチームワークが一番肝腎で、どんなにできる医者、どんなに勉強ができる、あるいはしっかりした医者でもまわりの人の協力無くしては医者の仕事は出来ないと思います。また、患者さんから苦情がでる医者では困ると思っています。ですから、患者さんとの関係、あるいは看護婦さんをはじめパラメディカル関係者から好か

総合病院猿島協同病院〔外科〕年次別手術件数

		昭61年	昭62年	昭63年	平元年	平2年
食道	悪性		1			1
胃	良性	8	6	3	10	11
	亜全摘	36	32	33	28	22
	全摘	8	10	8	10	11
	その他	1	1	2		
大腸	良性	1	1	3	4	5
	悪性	1	8	6	5	14
直腸	悪性 Miles	3	2		3	2
	低位前方切除	2		5	2	3
小腸	良性	1		1	2	3
	悪性			1	2	1
胆嚢	良性 胆摘	17	27	14	9	17
	Tチューブ	4	8	7	9	12
	悪性			1		2
脾臓	良性			1		
	脾頭十二指腸切除				3	3
	脾体尾部切除				1	
胆管	バイパス		1		1	
	虫垂	38	38	70	105	101
	痔核・痔ろう・脱肛	5	7	15	30	50
イレウス解除		1	3	7	4	9
ヘルニア	大人(鼠径・大臍・腹壁)	6	14	16	24	27
	小児(停留睾丸を含む)	5	5	15	25	43
バイパス術		2		1	1	1
人工肛門・腸ろう		3	1	2	5	5
肺	良性	1	2	8	4	6
	悪性		1	7	8	9
縫隔	良性		2	1	1	
	悪性				3	18
乳腺	良性				2	2
	悪性				2	3
耳下腺					3	
顎下腺			1		1	
その他		7	13	18	38	63
計		150	185	246	349	474

れる医者になっていただきたいと単純ですけれどそう思っています。以上です。

司会・宮川：どうもありがとうございました。猿島協同病院というのは地理的にちょっと今までと異なるところがあります。メディカルセンターのある筑波や私のいる守谷町は人口が増加しているところですが、猿島は人口的にはそれほど増えないところです。その中で症例数が増えているというのは非常に大変なご苦労だと思いま

す。

次に鈴木先生に、精神科の立場からお話を伺います。先生は現在大学におられますぐ2年間栗田病院にいらっしゃいましたし、しかも院長という立場で勤務されていましたので、又別の観点からお話を伺えると思います。

鈴木：3回生の鈴木です。私はこの4月に大学病院に戻ってきましたが、それまでの2年間は栗田病院というところで、院長をしていました。進行の方から院長職と精神科医療の両面について話して欲しいと言うことですので、できるだけその点に関連してお話をしたいと思います。

まず私が勤務していた栗田病院は、水戸の北部の那珂町というところにあり、常磐道の那珂インターから車で5~6分のところにあります。およそ300人の患者さんが入院し、常勤医は私を含め4人です。それに内科の非常勤の先生に2名ほど来て頂いています。入院患者数が300人というのは、精神科では中規模の病院で、大きい病院では400人から600人の患者さんが入院しています。300人の患者さんは、男女や開放、閉鎖病棟別に分かれています。

院長になるまでは、私自身、大学病院で病気自体や患者さん自身の問題をとりあげ主に診療業務に従事していましたが、院長在任中はむしろ病院全体の問題や精神科医療や医療全体の問題に気を配り、いつも頭を悩ましていました。理事長のもとで経営の問題や人事、運営、対外活動などのさまざまな問題を抱えていたわけですが、特に今問題となっている看護婦の確保や保健請求に関する問題のほか、労働時間の問題などは最も大きな問題でした。看護婦の確保に関する問題では、そもそも卒業後すぐに精神病院を選ぶ人がまずいないことから、その人材不足は精神科領域では最も深刻であると実感しました。このため30歳すぎの看護婦さんの再就職先として、いかに精神病院に来てもらわれるかが問題であり、労働時間や給与面についてあれこれと考えることもありました。また高校の就職係の先生に会って、看護学校に通いながら病院で働いてもらえるような生徒さんをお願いにあがるようになりました。採用したらしたで、その後他の病院から引き抜かれないようにすることにも神経を使うこともありました。大学病院でも毎年多くの看護婦さんが辞めるような話を聞いていましたが、その頃はどちらかというとそのような問題に無関心な方でしたが、院長という立場になってどれほど深刻な問題か身にしみたありました。

精神科に関する問題としては、精神保健法施行によって次第に精神科医療がかわりつつあることから、精神病院も時代にあわせて如何に変化していくべきかを考える

ことも重要な問題でした。暗い閉鎖的なイメージのある病院を、如何に開放的でより明るいイメージの病院にするか。また10年、20年入院している患者さんを抱える精神病院が、次第に高齢化して将来老人病院となる可能性があるため、今からどういうことを病院がする必要があるかを考えることもありました。結局、“患者”を“病院”に置き換えて、病院自体の病的な部分を診察、治療し、精神病院が精神科医療という社会の中で生きて行くだけの免疫をもつようにすることが仕事だったよう思います。

最後に期待される医師像についてですが、一つは、医学的知識の他に社会的知識を含めたいわゆる社会性を身につけることであると思います。とくに精神科は保健所や福祉事務所などは重要な関係機関であり、診療にも患者だけではなく家族とのやりとりも重要であり、このような精神科の特殊性を考えて日常診療するには、より確かな社会性が必要とされると思います。第二に、病院には必ず長所と短所があることから、医師としてばかりではなく、病院の一職員として病院の短所をカバーするような姿勢をもってほしいと思います。第三に、“期待される”とは誰から期待されるかを念頭に入れることだと思います。つまり自分自身が期待するいわゆる理想の医師となるか、あるいは患者や家族が期待する医師になるかであります。正直言って大学病院にいた頃は、このようなことに殆ど気を配っていましたが、院長となり患者さんや家族の人々のほか院外の関係者に会うことが多くなり、この時自分自身は医師としてではなく病院の看板のような存在であるように感じ相手がどの様に自分を見ているか、私自身をどうしてどのように病院を評価したかなどと考えが多くなりました。これはたぶんに欲張った、自信過剰的な考え方かもしれません、自分が会うそれぞれの人々の期待する医師を心がける必要があるようにも感じました。

以上、簡単ですが思っていたことを話しましたが、院長と言っても2年間だけですし、精神科と言っても10年にまだ満たないので今日の問題を本格的に悩むのはこれからだろうと思います。

**司会・宮川：**どうもありがとうございました。院長という立場から今までの診療ということばかりでなくて病院の経営面・運営・人事・経理そういう面まで気を配らな

くてはいけないということで、2年間どうもご苦労さまでした。また期待される医師像ということに対しても、いろんなところからどういう風に期待されるか、家族から、職員から、というように色々な面があるというお話を頂きました。

7人の先生方からレジデント、ローテータの人達へまた、学生、一部教官の方にもお願いがありました。これで7人の方々のお話も終ったのですが、司会の不手際もございまして時間をオーバーしてしまいましたが、時間が長くなつた分、十分にいろいろなことを聞くことができて非常に有意義であったと思います。期待される医師像ということでしたが、単に医者の目から見てというだけでなく、色々な面からの期待(患者・家族それから社会)があるということでした。

皆さんに共通していることは、まず医学的な知識もさることながら、囲りの人達との関係、チームワークですね、各科との協力、あるいはパラメディカル、職員、大きな面で言えば社会とのチームワークみたいなもの、ということにつきると思います。また、科によっては人数(マンパワー)が少ないということでその科の養成ということもあったようです。

**司会・厚美：**今回の総会第2部の目的は卒業生の中で外の第一線の病院の診療科の長となっていらっしゃる方にお出で頂いて、なるべく具体的な数字を出して頂いてその御活躍を披露して頂くということを通じまして、期待される医師像というのは(今回は臨床に絞りましたが)どういった医師なのかということを検討したわけです。お一人お一人の発表そのものが“期待される医師像”であったと思います。本当に有意義なお話をたくさんして頂きまして、司会と致しまして御礼を申し上げたいと思います。本当にありがとうございました。これで第11回桐医学会第2部シンポジウムを終らせて頂きます。

尚、堀原一学群長より、1151名の卒業生と632名の在校生の会にしては参加者が少なくアクティビティーに欠けるのでもっと頑張ってほしい、学群のカリキュラムが大きく変わっていく時期で卒業生の声が欲しい、同窓会館の構想があること、というお話を頂きましたことを付け加えさせて頂きます。どうもありがとうございます。

## 学群長退任と副学長就任のご挨拶



筑波大学副学長

堀 原一

昭和63(1988)年4月1日から平成4(1992)年3月31日までの4年間、第3代医学専門学群長として、在籍の1,000名の学生諸君の学習とキャンパスライフを最大限支援すべく、嘗々として築かれて来た学群の伝統をさらに高く美しいものとすべく、能う限りの努力をして来たつもりであります。

感性豊かで知性に満ちた学生諸君は、良き医師候補生らしく期待どおり立派に行動してくれました。卒業直後の第三者評価としての医師国家試験全国一の好成績は、不動の伝統となりました。桐医会会員医師は2年前に1,000名の大台を超え、今年は会員数が1,258名(卒業時)となって、それぞれ優れた臨床医、医学研究者あるいは医療・保健行政官としてフル活動中であることは、嬉しい限りです。

任期の第1年度の昭和63年夏は、東医体の主管校となって学生諸君はあげて大会を立派に運営し、そのうえ総合優勝してくれたことは大きなエブントとして忘れられないことでしょう。

この4年間、世界は目まぐるしく変わりました。医学・医療もまたしかりです。一口で医学と医療技術の進歩といえば簡単なのですが、中身は濃く、質の変化は教えるわれわれにとっても学ぶ学生諸君にとっても、対応にいとまがないくらいはげしいものでした。医学・医療を取り巻く環境の変化は大きく、高度先端医療技術の適用には、これまで乏しかった社会的尺度が入り、例えば医の倫理や患者の自己決定権をすべてに先んじて尊重しなければならなくなりました。脳死の概念が定着し、診断できるようになって、それが個体死かどうかが議論され

ています。それによって医療がまた変わるからです。

学生諸君の学習すべき内容の質と量が著しく変わらなか、学群はカリキュラムと学習の場を整備し、教官は知識や技術の伝授だけでなく、諸君の生涯にわたる学習のしかたを身をもって教えることに努めています。

この間、わが学群の若い卒業生が、例えはエンゼリンを発見し、関連科学を振興したことは学群の後輩諸君に対しても大きな好ましいインパクトを与えてくれました。

時あたかも大学は改革に突入し、それを予見して学群の在り方を見直していたところ、国をあげて大学教育の大綱化を進める時代に出会うことになり、学群は新カリキュラムへの教育改革と「新医学専攻」の設置をみることになりました。ここでもまた、わが学群は全国80の医学校の先頭に立つことになったのであります。

学群での任期の間、眞崎知生、大貫 稔、三澤章吾、小田 晋、工藤典雄の諸教授には副学群長の大役を負っていただきましたことを、学群を支えてくださった全教官に対するお礼とともに感謝申し上げます。

× × ×

4月1日からは江崎玲於奈新学長の副学長の1人として辞令をいただき、医療担当のほか大学改革の第1年度に当たり全学の運営に参加するとともに、人事委員長も仰せつかりました。

ここでも新しい職務を全うするつもりですので、桐医会の皆さんにおかれましても、ご支援くださるようお願いいたします。

筑波大学医学専門学群に永遠の栄光あれ。

## 新学群長就任のご挨拶



筑波大学医学専門学群長

田村 昇

桐医会の皆さんにご挨拶申し上げます。

平成4年4月1日、私が医学専門学群長に任命され、101名の新入生を第19回生として迎え入れることになりました。責任の重大さをひしひしと感じているところでです。

医学専門学群の初代の学群長でした阿南功一先生は、学長にご就任後、大学の風通しをよくし、東京は大塚に夜間大学院(修士課程)を、ここつくばには連合大学院を創られるなど、いくたの成果を挙げられ、本年3月31日6年間の任期を満了されて退官されました。連合大学院とは、研究学園都市内の国立研究機関や民間研究所などから教官を迎える、それら研究機関の施設を利用しながら、本学博士課程の院生の指導を行ってもらおうというものです。橋本達一郎先生はブラジルでBCGワクチンの製造を楽しまれておられるようです。前学群長の堀原一先生は、医療担当副学長ならびに人事委員会委員長として江崎玲於奈新学長を補佐し、筑波大学の発展のために尽くされることになりました。もちろん医学のためにも。

本年度より5年生の病院実習が大きく変わり、卒業生の諸兄姉にお願い依存する割合が増えることになりました。これは「厚生省臨床実習検討委員会」が定めたところにより、医学生が病棟にあって医療チームの一員として、もちろん指導医の指導と監督のもと、患者の医療に携わる形で実習を行うことができるようになったためです。これまで午前中のみであった筑波大学附属病院での臨床実習が、少なくとも火水木曜の3日間は一日中病棟にいるように変更になりました。臨床実習のより理想的な方向へと近づいたと云えるでしょう。直接学生の相手をしてくださるレジデントの先生方には、時としては足手まといとなり迷惑されることもありましょうが、これは良き医師としての後輩を育てるための最良の方法であると思いますので、よろしくお願ひします。学生には、教えてもらおうと思うな、積極的に学び取れ、と厳しく

云っております。

皆さんは最近、「大綱化」という聞き馴れない言葉を耳にされることが、多くなっているかと思います。これまでの大学教育は、大学設置基準が細かく定めるところに従って、行わられてきました。「大学設置基準の大綱化」ということで、これらの制約が少なくなり、大学自身の責任において、なんでもとまではいわないまでも、かなり自由に教育を行うことができるようになりました。ということで、これまで黙認という形をとっていた6年生1学期の学外あるいは国外での臨床実習も、大変よいことだと云われるようになったと聞いています。黙認から公認へのこの変化は、大学設置基準の大綱化によるところもあるでしょうが、これまでの13年間にわたって、桐医会の諸兄姉がなんのトラブルも起こさず、むしろ好感をもたれて学外実習をされてこられたことによるものと、思っています。卒業生諸君の努力に改めて感謝しています。

医学専門学群ではまた、この「大綱化」を先取りするような形で、学群の教育システムの中に「新医学専攻」というコースを設けることになりました。これは前学群長の堀先生らが中心となって創出された、医師として優れているだけでなく、研究者としても優れた医師を養成しようという目的で設けられたコースで、医学専門学群に入学してきた学生諸君の中でそうなりたいと強く希望しました期待される人達のために設けられたコースです。どのようにこれを具現していくかは、私どものこれから課題ですが、筑波大学医学専門学群の夢が、またもう一つ大きくふくらんだと言っても過言ではないでしょう。入試方法の検討改善もふくめて、こうした大きな夢の実現へむけて少しでも前進することに、いささかもお役に立てば願っています。

医学専門学群の近況のうち大きく変わりつつあるところをお伝えして、私の挨拶とさせてもらいました。

## Reunion in Boston : Part II , August 25, 1991

筑波大学臨床医学系 厚美直孝( 3回生)

もう1年も前のことになってしまいましたが，“MGH-Japan International Symposium '91”に出席するために2年ぶりにアメリカ合衆国マサチューセッツ州ボストン市を訪ねました。これはマサチューセッツ州総合病院(MGH)のCardiac Surgical Unitのスタッフと同unitの研究室をResearch Fellowとして訪ねた日本人研究者の心臓外科に関する合同シンポジウムですが、同時にお互いの親睦を更に深めるための同窓会(Reunion)的な意義もあり、大いに実りあるものとなりました。

これに先立ち、ボストンにその当時7人の卒業生がおられることがわかり、1回生の鈴木宏昌、恵子先生ご夫妻、7回生の武田多一、裕子先生ご夫妻、そして今回Symposiumご出席のために渡米中であった堀 原一先生ご夫妻を中心にもう一つのReunionが1991年8月25日にボストン美術館の2階レストランにおいて開かれました。Part Iとして、1988年11月に当時の留学生今川重彦、古川雄祐、立崎英夫、大島淳子各先生および筆者により座談会が開かれました(掲載済)ので、今回はPart IIとして報告いたします。

当日、午後1時過ぎから、レストランになつかしい顔ぶれが集まり食事会となりました。山下裕子さんの司会で各人の近況報告があり、諸先生方のアメリカでのご健闘ぶりがうかがえました。堀先生からはご自身の留学当時の思い出に混せて、当時のアメリカの友人達とのつながりが今でもしっかりとしており、自分を助け、また学生の海外実習や卒業生の留学を紹介するに当たり大変役立っているとのお話をありました。

当日出席された卒業生の先生方の留学先、研究内容等は下記のとおりです。先日この中の一人である安藤先生からPart IIIが開かれたのでその模様を投稿したいとのお手紙を頂き、できれば次号でご紹介したいと思います。

出席者(敬称略)

1 所属、2 専門、3 研究内容、4 留学期間(予定),  
5 住所

鈴木宏昌( 1回生)

1 Brigham and Women's Hospital  
2 救急医学  
3 Body Composition

4 1990. 9 ~1992秋

5 185 Freeman St. Apt #835 Brookline, MA 02146

鈴木恵子( 2回生)

1 Harvard Univ., School of Public Health  
2 病理学  
3 Respiratory Biology, Molecular Biology  
4, 5 は同上

伊東 康( 3回生)

1 Boston University Medical Center  
Section of Vascular Biology  
2 内科  
4 1990. 9 ~1993. 8  
5 One Devonshire Place #1803 Boston, MA 02109

伊東ゆたか( 3回生)

1 McLean Hospital  
2 小児科  
3 Child Psychiatry  
4, 5 は同上

武田多一( 7回生)

1 Children's Hospital, Dept. of Surgery  
3 Cell Biology, Liver Support, Liver Transplantation  
4 1990. 8 ~1994. 7  
5 400 Brookline Ave. #24B Boston, MA 02215

山下裕子( 7回生)

1 Beth Israel Hospital, Dept. of Medicine  
2 General Medicine and Primary Care  
3 臨床研修中  
4 1990. 4 ~1994  
5 は同上

安藤裕一( 8回生)

美樹

1 MGH, Transplant Unit, Dept. of Surgery  
2 外科  
4 1991. 6 ~1993. 6  
5 1 Watermill PL. #124 Arlington, MA 02174

以上留学中

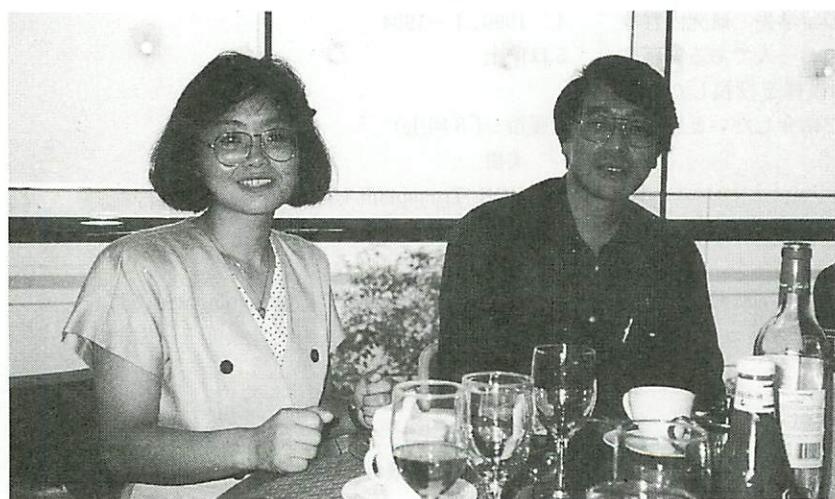
他に榎原 謙先生( 1回生、臨床医学系)、松下昌之助先生( 2回生、医学研究科)ご夫妻、ご令嬢、筆者出席



ボストン美術館の前で



2階レストランで



鈴木先生御夫妻

## 医学専門学群だよりー1992年3月

### ● 平成4年度入試終わり第19回生(1998年クラス)101名決まる

例年の入試ですが、平成3年12月3、4日の両日に推薦入試が行われ、小論文と面接(集団討論・個別)の結果、12月13日に25名の合格発表があり、12月25日には全員が入学手続きをしました。医学専門学群の推薦入試第3年目で、粒よりの25名です。

次いで一般入試ですが、平成4年1月11日、12日の両日の大学入試センター試験に続き、いずれ劣らぬ高得点者が医学専門学群を志願し、A日程の2月25、26日の両日、小論文(1)・(2)(いずれも総合問題)及び(3)(エッセイ)と面接にチャレンジしました。3月7日に77名(うち1名中国人留学生)の合格発表があり、3月26日に76名(中国人留学生1名を含む)が入学手続きを完了し、101名の第19回生(1998年クラス)が誕生し、4月8日の入学式を迎えることになりました。

おめでとう！

### ● 江崎玲於奈博士を第5代学長に選出

阿南功一第4代学長の2期6年の任期満了をひかえ、平成4年2月6日学長選挙が行われました。

第1次選挙は全学の教授・助教授・講師により、第2次選挙は60名の評議員により投票が行われ、1973年Nobel物理学賞の米国IBM主任研究員江崎玲於奈博士が第5代学長に選出されました。

有名でしたがこれまで本学とは無縁だった江崎博士が、全学の若手教官の支援によって学長に選ばれたのは国立大学では珍しいことのようで、マスコミに大々的に取り上げられました。筑波大学が再び有名になっただけでなく、本学が一つの大好きな転換期を迎えたということができます。

江崎新学長の着任は平成4年4月1日です。

### ● 第13回生(1992年クラス)102名卒業し新学士に

平成4年3月25日卒業式が挙行され、医学専門学群から102名の新学士が誕生しました。今年から学士が学位となり、明治以来続いた医学士の称号がなくなり、学士(医学)という学位記が卒業証書に代って授与されました。

学士が第1学位と位置づけられ、卒業 graduation 式というよりも、米国の大学でいう始業 commencement 式というほうがふさわしい感じになりました。医学では、博士という第2学位や認定医・専門医などの資格へ向けての第1学位という意味での新学士が、生涯学習の第1歩を踏み出したおめでたい日でした。

これで桐医会会員は通算合計1,258名(卒業時)となりました。桐医会万歳！

1992年クラスの皆さん、後輩のために花崗岩のベンチ2基を、学群棟と医学食堂のある厚生棟の間の2Fペデに寄付してくれました。後輩の諸君は休息や友人との談話に、あるいは思索のために腰を安め、末永く先輩を思い出して感謝するでしょう。すばらしい卒業記念でした。

有難う！

なお、1992年クラスの諸君は4月4、5日の両日の第86回医師国家試験を勇躍受験します。

(注) 結果は1992年クラス102名中100名合格(合格率98.0%)、先輩を入れると106名受験し102名合格(合格率96.2%)で、全国80校中第1位でした。これで本学卒業生が医師国家試験を受験した13回中7回が、全国第1位を占めたことになります。

### ● 阿南功一先生退官される

3月31日をもって、阿南功一先生が本学を去られました。昭和48年11月から18年4か月にわたって、医学専門学群とともに、また最後の6年間は学長としてまさに本学とともに歩まれました。有難うございました、ご苦労様でした。

桐医会会員一同、阿南先生に対して拍手を送ります。

3月27日には筑波第一ホテルで全学教職員による阿南功一学長退官記念パーティが開催されました。また桐医会会員と医学専門学群・医学三学系教官や阿南先生ゆかりの方々による「阿南功一先生を送る医学の会」が、平成4年5月1日(金)午後6時から筑波第一ホテル別館で盛大に開催されました。

訂正：桐医会会報 No. 29, 30合併号

①表紙の目次

小町喜久夫(誤)→小町喜男(正)

②p58 L2

臨床医学系(誤)→社会医学系(正)

編集：誤字を指摘していただきて、誠に申し訳ありませんでした。これからは、違いのないように心がけて会報を作りますので、これからも宜しくお願ひいたします。

## 編集後記

いつもながら予定を大幅に遅れての出版となりました。会社であればとうの昔にくびでしうが誰もくびにしてくれないので続けています。5、6年生は夏休みの総仕上げ？の試験を終えてほっとしているようですが、色白の学生さんが目立ちお気の毒です。教師の方は少々焼きすぎかな？(ラッキー)

## 訃 報

6回生上田 廣氏(昭和60年卒、きぬ医師会病院消化器外科)が平成4年8月15日急逝されました。ここに会員一同にお知らせすると共に同氏のご冥福をお祈り申し上げます。

桐医会