



桐医会会報

1997. 3. 7 No. 40



目 次

野口雅之教授就任	1
第15回桐医会シンポジウム	2
「卒業後臨床研修をふりかえって」	
第16回桐医会シンポジウム	17
「ポストレジデントを考える」	
第16回総会報告（決算、予算、事業）	30

野口雅之教授就任

平成 8 年 7 月から基礎医学系病理学教授に就任いたしました野口雅之です。よろしくお願ひ致します。私は昭和57年に本学の医学専門学群を卒業しました。つまり第3回生にあたります。卒業後 2 年間、病院病理のレジデントとして教育を受けたあと、国立がんセンター病院のレジデント、研究所のリサーチレジデント、研究員、等をしながら 14 年近く国立がんセンターで過ごしてきました。その間腫瘍病理学を勉強してきましたが、ふりかえってみれば、この間はがんの分子生物学が急速に発展した時期でもありました。今まで形態的特徴のみでがんを診断し、研究していた人体病理学に遺伝子解析の技術が導入され、形態学的特徴のひとつひとつが対応する遺伝子の異常として説明できる可能性が示されたのです。病理学といえば、ウイルヒョウ以来、経験の重要性が過分に強調されてきましたが、診断根拠とする形態異常の意味を演繹的に解析できる、つまりなぜそう診断したのかを経験則だけに頼らずに説明できるようになりつつあります。最近よく導伝子診断と病理診断は対立するもののように言われますが、実は両者を有機的に使い分けていくことが重要で、一方のみでこと足りるわけではないと思います。こうなってくると、基礎医学と臨床医学の良いコミュニケーションが今後ますます必要になってくるといえるのではないでしょうか。

ところで、私が学生時代を過ごした頃の筑波大学はと言えば、東大通りはうら寂しい通りで、デパートなどひとつもなく、雨が降れば長靴が必要で、自転車は持っていても、自家用自動車など持っている学生はほとんどなく、そもそも大学附属病院は工事中でした。ふたたび筑波に帰ってきて、筑波はずいぶん便利になったな、明るくなつたな、自動車が増えたな、東京に出るのも比較的楽になったな、飲食店街が充実したな、といった印象を受けます。今はうら島太郎の様な心境です。ただ、良いか悪いかは別として、医学専門学群の

まわりは基本的には記憶通りで、ジャリ道に落ちている石も 15 年前の、そのまま！といった感じで、時間が止まった様な錯覚に陥ることもあります。

私の専門は肺癌をはじめとする腫瘍病理学です。特に今興味をもっているのは発がんの初期病変、背景病変の形態異常と遺伝子変化を対応しつつ解析し、その発がんのきっかけになる異常を集学的に明らかにすること、また上皮内癌から浸潤癌に変化する過程で起こる癌細胞の性質の変化を組織形態の、あるいは細胞形態の変化を参考にして、遺伝子学的に明らかにしていくことです。これらの研究は、病理形態学を基盤にしなければ結論が出ないものであるばかりでなく、今や人間の最も恐れる病気の一つとなつたがんの予防、早期発見には欠かせないものです。

今までには国立の研究機関におりましたが、いろいろな大学から集まった大学院生（国立がんセンターではリサーチレジデントという名前で研究に参加しているのですが）やレジデントと研究、診療をしてきました。筑波大学にきて、さらに多くの、そしてより若い学群学生、大学院生、そしてレジデントの皆さんとともに病理学の勉強が始まりました。今後、より多くの人たちに病理の面白さを経験してもらう様、またともに新しい知見を得て喜び会える様、努力していきたいと思います。そして、さらに多くの卒業生が筑波大学の良いところを広めつつ、全国、世界中で活躍できる様になつたらいいなと願っています。

第15回桐医会シンポジウム

テーマ：卒業後臨床研修をふりかえって

日 時：平成7年5月20日（土）15：30～17：30

シンポジスト：1回生 山口 高史先生（国立水戸病院、消化器内科）

2回生 塚本總一郎先生（鎌田病院、外科）

3回生 福内 敦先生（三井記念病院、外科）

3回生 渡辺 泰徳先生（日立総合病院、外科）

7回生 山下 裕子先生（筑波大学附属病院、呼吸器内科）

司会 大滝 純司先生（4回生、筑波大学臨床医学系、卒後臨床研修部）

司会 今日のテーマは「卒業後臨床研修をふりかえって」です。

日本の卒業後臨床研修はインターン制度が廃止されて以来最大の転向点にあるといわれています。永年にわたって懸案事項とされてきた卒後研修の義務化の問題が昨年頃から急展開をみせ、具体的な計画が議論されつつあります。

大学院制度の充実が各大学で打ち出されたことと関連して、大学院と臨床研修との関係のあり方についての議論も活発になってきていますし、各学会の主導による認定医、専門医制度との繋がりの中でも、研修制度がはたして認定医制度とかみあうか否かについての議論がなされています。

大学病院が特定機能病院、すなわち紹介患者を受けることに重点を置く病院として位置づけられるようになったことから、初期研修に大学病院が適しているのかということも切実な問題として検討されています。

医者あまりが始まり、研修後の勤務医としての就職先の不足が、特に都市部を中心として噂されるようになってもいますし、外科志望者の減少など、研修を志望する診療科の偏りも話題になっています。

このような混沌とした状況の中で、これから卒業して臨床研修に入る人達は、研修の内容、生活それから研修後の進路などを正確に見通すことが難しくなっています。

今回は、様々な卒後研修を体験された卒業生の皆さんに出席していただき、それぞれの研修の様子と、その長所や短所などをありのままに紹介していただいて、学生や研修医がこれから日本の卒後臨床研修を展望していく上で参考になる企画にしたいと願っています。具体的な進行は、5人のシンポジストの方々に、御経験された研修と、それをふまえた上でのアドバイスを、お一人20分程度でお話しいただきます。それぞれの御発表の直後に質問をお受けし、時間が余れば、全体を通してのディスカッションもしたいと考えています。順番は卒業回数の早い方からお願ひします。

山口 現在、私は国立水戸病院の内科に勤務しております。私は1回生ですが、このシンポジウムの発案者ということで、ここに出させていただいています。

まず、研修にはいろいろな形態がありますが、私は筑波大学の卒業生として附属病院でうけた内科のレジデント制度について考えてみたいと思います。我々がうけた研修は、当時副学長であられた榎原仟先生が中心になられてその基本的な構想を練り上げて作った制度ですが、それを実際に6年間きっちりと終了した人は内科の1回生では6人しかいません。今、続いている人たちはかなりの人数が6年間の研修をきっちり終えて、それから大学院や他の就職先や、主だった病院にて活躍されますけれども、僕らは手探りの状態

でした。本当にそのレジデント制度が良かったのか、それとも悪かったのか、医者になって15年経ちますが、大学外で臨床を行っている医師の一人として、もう一度振り返ってみたいと思います。

私は55年の卒業ですが、後輩諸氏の研修スタイルを見ていますと基本的な研修スケジュールは踏襲されていると思います。そこでまず、私自信どのような道をたどってきたか述べたいと思います。研修1年目、2年目、いわゆる研修医時代はジュニアレジデントということで、基本的に2ヶ月毎に各科をローテーションいたしました。内科8科、希望科3科ということです。その次にシニアレジデント1年目は3ヶ月毎3科、そのうち一つは外病院ということで北茨城市立病院で研修を行いました。それからシニアレジデント2年目で、消化器内科にフィックスし、チーフレジデント1年、2年の計3年間で腹部超音波検査や各種内視鏡などの専門的な研修を受けました。その後、3年間の研究期間をいただき、博士号のための臨床研究をいたしました。そして、研究が一段落ついた時点で再び臨床の場に戻り県西総合病院で3年間勤務した後、現在の国立水戸病院に移りました。以上が概略です。

現在私が勤務している病院は研修病院ということもあり、鹿児島大学、大阪大学、名古屋大学、杏林大学、東北大大学などから派遣されている医師が数多く研修しており、その研修システムも様々です。そこでそれらの研修システムと、私が受けたシス템とを比較して少し考えてみたいと思います。

東北大大学では、大学病院は初期研修にはあまり向かないということで、内科、外科とも初期研修の二年間を自分の好きな研修指定病院なり、一般病院なりで行い、その後大学に戻って、専門科の研修、研究をするという方法のようです。また、大阪大学の救急の研修医は初期研修の1年を大学で行い、その後3~4年間、研修病院で研修を受けた後、大学に戻って専門性を高めるという方法のようです。その他の大学もそれぞれ独自の研修システムを持っているようですが、それらに共通して見られることは、大学病院は医師の研修の場とし

てよりは、研究の場として位置づけられていることです。もちろん、大学病院の役割として先端医療の研究や基礎研究が重要なものの一つには違いありませんが、医師の教育の場としての役割が二の次になっているのは残念に感じます。これに対し、私の場合幸いなことに初期研修の2年間を大学で受けることが出来ました。当時は医師になりたてで、伝票張りなどの雑用が多くブーブー言っていましたが、今振り返るとこの時期の研修は大きな財産になっています。それは、様々な科をローテーションする事により、内科全般を肌で感じることが出来たこと、また、各分野の専門性の高い医師達の医療を実地に体験できました。実際、私のところにきてる後輩レジデント諸君と他大学のレジデントを比較しても、内科全般に関してバランスがとれているという感じを受けます。これに対し初期研修から専門の研修を受けてきた先生は、専門外のことは固定観念にとらわれやすく、全体の中で疾患をどうみしていくかということについては苦手のようです。具体的には、消化器専門のレジデントが、消化器疾患に腎疾患が合併した場合、BUNが100とか150を越えていると、全く手が出なくなってしまっています。それに対し腎臓内科をまわっていれば、BUNが高くなってしまっても、それに対処する手段を見てきているので、自分が実際に何ができるかは別にしても、少なくともどうしたら良いかがわかっています。これはやはり初期研修からくる差のような気がします。他分野の特殊な病気に出会っても驚かないこと、あわてないこと、そういう意味で、はじめの2年間は非常に有意義だと思っています。そして筑波大学の研修制度は、6年で充分かどうかは別にして、初期研修に関しては一つの完成された制度と思われます。

もう一つ私が感じていることは縦のつながりの重要性です。なぜかというと、同じ制度で育ってきた人間というのは、同じ様な時期に同じ様な意識を持つからです。これは、画一化という意味ではなく、医師として成長していく順序が似ていることです。たとえば、レジデント1年目と6年目では診療に対しても研究に対してもその時期の感じ

かたや問題点は自ずと違ってきますが、私が6年目で抱いていた疑問や不安は今のレジデント6年目の医師も抱えているのです。つまり、技術的成长だけでなく精神的な成長、またおかれる状況も似通ってくるということです。これらのこと、全く異なった制度で育った医師に理解してもらうのはかなり難しいと思います。

実際、筑波大学ではレジデント6年目になると、臨床をしながら研究をするか、大学院に行くか等の選択をしなければなりません。どちらにしても一人で出来るものではなくきっちりした理解と援助が必要です。特に大学の外で活躍しようとされている人にとってはいつも順風ばかり吹くとは限りません。逆風もあるでしょう。そういう時に、良き理解者として手助けできればいいと思っています。

塚本 私は昭和56年卒業で2回生の塚本です。筑波大学卒業後、千葉大学第二外科に入局しました。現在は千葉県市原市の鎌田病院、150床程度の個人病院ですが、副院長として外科で働いています。本日は歴史のある大学の医局制度での卒後臨床研修の実際に關して、その経験と現行の臨床研修制度の利点欠点、今後の課題、臨床研修に対する心構え等を話すようにと言わせて参りました。千葉大学第二外科は開局70周年を昨年迎え、中山恒明先生をはじめ、歴代の教授が外科学会の会長を務める歴史のある医局です。

千葉大学第二外科の臨床研修は大筋からいきますと、1年目は大学での研修。2年目、3年目は関連病院での研修。4年、5年、6年目に大学での研修を済ませると、7年、8年と、外の関連病院に出るというシステムをとっています。大学院に進学する場合は、3年目までは同じですが、4年目から7年目まで大学院に在学し、一年遅れで8年生より二年間関連病院に出張することになります。そして1年目の研修は医局の六年生が指導教官となり、1年生を指導することになっています。初めは注射のやり方から、術前検査の組み立てかた、実際の検査のやり方等実技面においても事細かに指導されます。また実地ばかりではなく、クルーズと称す

る講義も実際に役立つテーマを選んで約二ヶ月にわたり行われます。講師は指導教官及び指導教官が依頼した専門の医師が務め、例えば輸血部より講師を招き、輸血における留意点、クロスマッチの実際のやり方、輸血の注文の方法等、一人の時でも輸血が行えるよう、事細かに実地も含めて指導されます。指導教官の学年が責任を持って一年生を指導するというシステムは伝統的に行われており、指導教官の学年と指導される学年のつながりの深さはその後もずっと続いていることになります。またこの一年の間に医局内の研究室、具体的にはレントゲン、内視鏡、病理、生理、生化、移植、人工臓器、の7つの研究室をローテーションすることにより教室全体の様子と研究分野を知る事が出来ます。病棟の仕事は、朝の採血から夜の伝票張りまで忙しく、重症患者がいれば、徹夜で病棟に釘付けになりますので、今振り返って思い出してみても、奴隸の様な生活でした。毎年12月に開かれる教室例会での症例報告が義務づけられており、個別に講師、助手クラスが一対一で指導教官となり、この機会に原図、スライド、原稿の作り方、発表の仕方、ペーパーの書き方まで指導され、最終的には学会誌等に投稿するところまで面倒を見ることになります。

2年、3年目は関連病院に出張し、先輩医師の指導の下に、検査、麻酔、手術等、外科臨床医師としての基礎となるトレーニングを受けることとなります。この間は出張先の病院、先輩医師、本人の努力等いろいろな条件により、内容が異なってきます。出張先の病院は全て公立的な総合病院であり、原則として1年の時に指導教官になった学年とともに、出張することになります。本人の努力さえあれば、この2年間に、検査でいえばE R C P、大腸ファイバー、アンギオ、P T C D等の検査を一人でこなすようになり、手術も胃癌、大腸癌に関しては全ての術式を経験することになります。この2年間の間も、教室例会での症例発表は義務づけされており、また4年生として大学に戻るまでは、研究室の選択、大学院への進路希望を決定することになります。

4年目からは大学院へ進学するかどうかによっ

て、ふたつのコースに別れます。私のころは大学院進学希望者は少なかったのですが、最近はかなり多くなってきているようです。大学院へ進学しない場合は、4, 5, 6年と三年間大学での臨床研修を行い進学する場合は4, 5, 6, 7の四年間の大学院生活となり、いずれにせよ、医局の研究室に所属し、自己の研究テーマを持つことになります。この間に麻酔科、ICU、もしくは透析部門を半年間ローテーションしますが、この期間は臨床研修というより、働き手として手伝いに行くというのが実状です。6年生となると、逆に指導教官として、1年生を指導する立場となります。後輩を指導するともなると、基礎知識の整理が必要ですし、講義の選別、講演者の選択依頼等、実務的な対応を訓練することになります。この期間でもっとも中心となるのは、個々の研究テーマに沿った学会発表、及び所属する研究室の研究テーマに関する学会発表であり、この期間は研究がメインになります。

その後の二年間は関連病院に出張し、外科医としての実力をつける期間となります。外科医としてあこがれていた食道癌、肝癌、腎癌をこなし、実力をつけ、自己の将来の進路を想像する期間となります。また関連病院に出張してきた2年生、3年生に外科医としての臨床の基本を指導し、手術の手ほどきをすることになります。この二年間が終了した後は、ひとまず大学に戻ることが原則になっています。ここまで来ると人様々で、大学の方針に素直に従う人もいれば、関連病院に居座る人もいますし、新しい道を自分で開拓するものもいれば、開業したり、また他より請われて外に出る者、何処にも行くあてが無くて流れるもの等、人生の岐路に立つことになります。以上が私の経験した臨床研修です。

私たちの医局は千葉大学の中でも封建的で、かなり厳しい教室であるという評価を得ています。一方では歴史の上にあぐらをかいたような研究発表もあり、新しい発想や、他を受け入れて真の評価を下すという面に欠けていると思う事もあります。歴史的に作られた卒後臨床研修の利点としては、毎年同じレベルを維持できるという点が挙げ

られます。私どもの医局に十年たてばみな同じ、という言葉があります。入局時点ではできるもの、できないものの差はあっても十年間鍛えあげればほぼ同じレベルに到達するという意味のようです。指導する立場、指導される立場を繰り返し経験することにより、縦のつながりを強固にすることができます。欠点については自分も歩いてきた道なので、多くを語りたくないのですが、封建的な制度と学問研究の自由を自分なりに折り合いをつけていく難しさはあると思います。今後の課題としては、漠然としていますが、基本は築いておいて、バリエイションを持たせることだと思います。しかし今のところ、バリエイションはケースバイケースで自己で築いていくしかないと思います。卒後臨床研修の基本骨格は各大学医局で作られるものだと思いますが、すでに基礎の出来上がったところに身を置きますと、その中でいかに自己を發揮していくかが問題になると存じます。私自身は現在個人病院に勤務していますが、私の下にも東京医大の8年生が研修に来ていますし、秋にはもう一人獨協医大からも研修医を一人頼まれています。私の医局には、指導教官として後輩を指導して半人前、指導した後輩がそのまた後輩を指導してようやく一人前、その孫弟子が一人前になったら神様、という言葉があります。私もまだまだですが、研修に来ている若い医師を厳しく指導し、また自分にも厳しくあろうと努力しているところです。

福内 ご紹介頂きました三井記念病院の外科の福内です。私は、今日お集まりの5人の中では1人だけ卒業してすぐに、外の一般の研修病院に出た人間ですので、その立場から三井記念病院での研修についてお話をしたいと思います。

最初にすぐ大学に残らずに研修を外の病院でいたしましたが、どうして外での研修を選択したかというと、わたしは3回生で大学はまだ創設期で、堀先生が外での研修を勧められておられましたし、また、今考えると非常に勇気があったと思いますが、その当時は非常に能天気で「まあ将来なんとかなる」と考えていました。そして、とにかく

く自分は臨床の外科医として生きていくことを決めていましたので、それであればできるだけ早いうちにいろいろ実際の経験ができた方が良いのではないかといったような非常に単純な発想で外に出ることにしました。

最初のきっかけは6年生の院外実習です。外科は三井記念病院をまわり、きわめてアクティヴであると感じました。中でも印象に残ったのは5年目に4人のレジデントから選別された二人のチーフレジデントでした。大学を卒業してたった5年なのに、もう何でも知っている。何でもできるという印象を強く受けました。三井でトレーニングをうければ自分もあんなふうになれるのかなあと思い、三井を志望することにしました。

三井のレジデントシステムは一般消化器外科を中心ですが、前期2年の間に、麻酔科3ヵ月、循環器外科6ヵ月のローテーションを、また後期2年間には、救急医療と地域医療の実務を経験するための院外研修や呼吸器外科（各3ヵ月）の研修もおこないます。毎年4名のレジデントが採用され、4年間の研修終了後、うち2名がチーフレジデントとしてもう1年、病棟の責任者として、より手術の経験を重ねると共に、研修医の指導、病棟の管理運営等マネージメントを経験します。このようなシステムのもと私は術者として約200例と第1助手として400例程度の手術を経験しました。

現在はチーフレジデント制度は廃止され、専門分野の技能を高めることを目的とした消化器、循環器、呼吸器のスペシャルレジデント制度がとられています。これは4年間の研修を終了した人を対象とし、一般公募でより専門的な研修ができるような2年間のプログラムです。92年よりスタートし、現在各科2名のスペシャルレジデントが参加しています。

話が前後しますが……三井記念病院の概要についてご説明します。もともとは明治時代に三井八郎右衛門という人が私財を投じて三井慈善病院といったようななかたちでスタートしました。東京大学とも非常に強い関連で運営されていましたが、1970年に社会福祉法人三井記念病院として新しく組織が発足しました。現在ベッド数が482、外

科のベッド数が約110、職員数は890名そのうち医師が約130名です。外来は1日約1600名で、外科（一般外科のみ）は約90名、病院全体の年間の総手術数は約5000件で、そのうち一般外科が1000件、循環器外科が300件、呼吸器外科が150件といったようになっています。外科の構成としましては、スタッフとして一般消化器外科が5名、循環器外科が3名、呼吸器外科が2名、乳腺内分泌外科が2名、それからレジデントがジュニア、シニア各学年4名です。

5年間の研修を振り返って、非常によかったことはチェアマンのもとに消化器、循環器、呼吸器、乳腺内分泌科のそれぞれのセクションがあり、その中に全員が所属して研修出来たことです。外科の内部だけの（麻酔科を除いて）ローテーションになりますが、1人のチェアマンのもとに同じ思想、雰囲気のもとでそれぞれの科をローテーションするということは、非常に統一された中で研修も完結でき、しかも幅広く研修ができたということで、それがもっとも良い点であったと思います。それから、チェアマンが人間的にも技術的にも非常に優れた、尊敬できる人であったことも全体の雰囲気を良くする上で大切な要因であったと思います。一般市中病院ですのでフランクな雰囲気で融通性がきいて、思ったことは何でもばつぱつとできる、逆に何もしなければ何もできないところもありますが、非常にアクティビティーが高く、思ったことができるのには良かったと思います。

悪かったことといいますと、先ほど山口先生がおっしゃったように、外科だけでなくそれ以外の脳外科、整形外科、内科、婦人科などできるだけ多くローテーションしたほうがいいのですが、物理的に回ることができず、外科しかローテーションできなかったことです。非常にアクティビティーが高いせいもあってか、ほとんど季節の変わるもの忘れて病院に張り付いているといったような感じでした。物事を論理的に系統立てて考えるよりも、直感と経験に頼るという形が多くある意味ではあまり学問的でなく、学会とか論文に対する関心も非常に薄いのが現状です。言い訳になるかもしれません、それで今だに学位とかについて

も無縁です。レジデントの経験者を見ても、そのレジデントの期間の経験だけで論文を書いて博士号をとっているという人はいないようです。

一応システムとして体制は整っているように見えるのですが、研修に対する評価があまりなされていない、だれがどういう基準で評価するか、というのがないところが現在の問題点であると思います。それからもう1つ、ケアマンに大きく左右されることです。ケアマンが非常に前向きであれば、組織全体が良い方向にいくし、そうでないとそれに引きずられるという形で、親がメニケートすると子ガメニケートではないですが、そんな形のところもあります。

さて無謀にも大学を出て三井記念病院に来たレジデントがいったいどうなるのか、ということに興味があったので調べてみました。出身大学については全国津々浦々から来ております。もともと東大の関連病院だったということで、特にレジデント制の始まった1970年代から80年代にかけては、東大の先生がほとんど毎年いましたので、東大が圧倒的に多いです。つづいて我々が筑波大学は8名で第2位を占めております。卒業したあとそれぞれの出身大学あるいはOBのいる大学、ガンセンターや研究所にいきます。三井の場合レジデント4年ないし5年終わると、例外なく全員外に出るというシステムになっています。その後7人が現在三井で就職しております。それから大学病院研究所が38名、公立のセンターあるいは研究所に11名、虎ノ門とか聖路加などの市中病院が15名、開業ないし個人病院におられる方が7名です。なかにはセンターの部長になったり大学の教授までなっておられる方もいらっしゃるが、必ずしも外に出ることがアカデミックな分野においてデメリットではないといえると思います。専攻科目については一般消化器外科が38名とほぼ半数を占めています。三井の卒後の特徴としては、心臓、呼吸器外科がそれぞれ13、12名と多いことです。

次に三井記念病院でどれくらい筑波大学出身の人が研修あるいは就職をしているのかも調べてみました。外科には11名、泌尿器科7名、内科3名、麻酔科3名、脳外科1名、合計25名です。15年の

間に25名ですから大体1学年に1人か2人は何らかの形で三井で研修、就職をしていたといえると思います。現在外科2名、泌尿器科1名、麻酔科1名がスタッフとして働いています。卒業年度からみた研修、就職した人数をみてみると、1~5回生までが12名、6~10回生が7名、11~15回生が6名と、卒業年度の早い方がやや多いようです。これは大学で研修が終わったあと就職、あるいは寺田先生や榎原先生のように循環器外科のスペシャリストもしくはスタッフという形で来られた方もありますので概ねいえませんが、こういう傾向がありました。

最後に学生あるいは研修生にむけて一つお話しをおきたいと思います。私の場合乳腺内分泌外科に進んでいますが、どういった方向の外科に進むにしろ、一般外科がまずベースであると思います。始めから自分はこれに興味があってこれしかやらないっていうのではなくて、できるだけ幅広い研修土台を作っていただきたい。それからもちろん、臨床医というのは人を相手にするものですから人との協調性、コミュニケーションも非常に大切なことですから、専門的、学問的なことだけでなく社会的常識に関しても大切な鍛錬の場としてやっていくことが重要だと思います。

渡辺 3回生の渡辺です。私は今、日立製作所日立総合病院の心臓外科に勤務しております。私は、筑波の外科のレジデントを一応修了しているので、そういう立場も含めてお話ししなければいけないと思います。今までの塙本先生の古い千葉大第2外科と福内先生のシステムができている三井記念病院の外科と比べて、筑波の場合卒業するのがまだ3回目ですからシステムも完成されたものではなく、暗中模索のような状態でのレジデントだったと思います。私の今までの経過ですが、卒業後はすぐに大学のレジデントとして就職することになりました。僕と、今話していた福内君は結構仲がよかったですけれども、卒業前に福内君が「僕は三井にいくよ」と言ったときにやはりすごいなと、外に出てしまうというのは非常に勇気があるなというふうに思っていました。

僕の方は、どちらかというと優柔不断というか先々不安いっぱいという感じでまあとりあえず、という感じを含めて、大学のレジデントとして、今まで顔の知った先輩方とか講師の方々がいる大学を選択した次第です。筑波の最初の2年間はジュニアとしてローテーションし、消化外器、胸部外科、小児外科、内分泌外科、形成外科、麻酔科、エレクティブとして脳外科、それから最後の、2年目の終わる1月から3月は北茨城市立病院の外科として3ヵ月だけ就任しました。ローテーションの期間を考えると、1科3ヵ月というのは少し短いかなと僕は思っています。

外科の基本というか一番最初にやる手術というのは虫垂炎の手術ですが、それを始めてやったのは2年目の終わりで、まったく筑波とは関係ないトップのいる一般病院、北茨城市立病院での研修中に行いました。そういった点で大学病院内だけで研修していると、一般的な外科の研修とはずれてくるような感じはあるかもしれません。2年が終わって自分の進路を決めるというのが筑波のシステムなのですが、そのときまだ将来が決めにくいという人はいっぱいいます。僕もその1人で、2年で専門を決めてしまわなければならないのは残念に思います。そこで僕の場合、いろいろな方と相談して胸部外科を選んだわけです。幸いにも胸部外科の教授は当時堀先生で、一般外科を少しやりたいと希望したところ、3年目の行き先として東京厚生年金病院で1年間消化器、一般外科を研修させてもらいました。これは筑波とはまったく関係のない病院で、東大の第1外科系の関連病院です。そこで1年間研修をして、ここでやっと消化器、一般外科をやっているかな、という研修をさせてもらいました。虫垂切除はもちろんですが、その上に胃の手術までやらせてもらうことができました。その後1年間大学に戻って循環器外科の研修をしました。5年目は変な経過ですが、私の意志で九州の佐賀医科大学へ飛び、ここで心臓と肺の外科を1年間やらせてもらいました。6年目は大学に戻ってきたかというとそうではなくて、この1年は北茨城市立病院にまた戻り外科を研修しました。このときには北茨城

市立病院は筑波大学の関連病院となっていて、それを一緒にもち上げるという意味での赴任だったと思います。それで結局レジデントを修了して修了証というのをもらった形になっているのですが、大学にいたのは正味2年で、残りの4年は他の病院で研修をしたというのが僕の経過です。フィックスしてからの4年間のうち3年間を外ですごしてという人は早い卒業生のなかでは何人いると思いますが、当時は関連病院があまりないし、大学で抱えられる人数も決められているという初期のころとしては仕方なかったと思います。結局6年はそういう具合で終わりまして7年目からは虎ノ門病院で心臓外科をやらせてもらいました。4年間そこには在籍して、卒後11年目から現在の日立総合病院に赴任しました。ですから外科レジデント制のことを話すには、僕の経験では少しずれているところもあるかもしれません。現在のシステムとは、あまり詳しくないのですが少し違ってきているようです。

もう1ついえることは僕らの所属した胸部外科、心臓外科のグループは外の、全然筑波とは関係ない病院に送り込んで、そこでこそ鍛えてもらってこいという意味でだと思うのですけれども、いろんな病院に同級生でも先輩後輩でも皆飛んでといって勉強してくるという感じです。筑波自体はやはり若いですから病院も卒業生も若いし、関連病院も少なく大学内のシステムもなかなか整っていない時期でしたので、外に出て勉強してきたことを大学で生かして後輩に教えるという感じの6年間ではないかと思います。そして、いろんなところにいって教えていただいた先生は、筑波大学とはあまり関係なく、同時にその病院のやり方、システムを教えてもらうわけで僕の場合6年目までに3ヵ所、全然関係ない所にいってますから、同じ手術でもいろんな考え方があるなど、そういうのを勉強させられたような気がします。それからしっかりとコースをとってシステムを全うしていくというのに比べると、たとえば三井記念と比べると4年目終了した時点での個々の手術手技とかをみるとやはりスピードは遅いという感じはしますが、いろんな人々と知り合えていろいろ

ろな考え方を聞くという点では良かったなと考えています。

あとはそのレジデントシステムの問題かなと思うのは、さっき福内君もいいましたけれども、外科として古い言い方ですが、外科の基本というのは一般外科ができる事だと思ってます。最近は違う考え方の人もいるかもしれません、やはりまず一般的な外科をやって、そのあとで専門に進むということを考えると2年間だけのローテーションでその先を決めてしまうというのは少し足りないのではないかと思います。それはどこに進むと決めていても、もう少し手技的にいろいろなことを広く学ぶ期間があってもいいのではないかと思っています。実際、5,6年目になっても胃の手術などを経験していない人とはけっこう心臓外科関係だといふかもしませんね。1回くらいは経験しなくてはならないかな、というのが僕の考えです。それから6年過ぎてからのことですが、たとえば臨床研究とか実験的な研究でもやりたいと思う人はいると思います。しかし筑波のシステムだと6年終わると残るシステムはかなり限られていると思います。大学でできる時、やりたい時になかなかできないというのは、いい研究ができにくいのではないかと思っています。外の病院から週に1回来いといわれても、外の病院ではそういう余裕はないですし、卒後の学位が必要であるかないかは別にして、何か臨床で起こった問題点を研究する。そういう疑問を持つのがだいたい5,6年の時期だと思うのです。けれど疑問点を7,8年目くらいで自分で見つけていくためには少しシステムが、レジデントと講師との間が離れすぎでいて難しいのではないかという風に考えています。

レジデントをやったようなやらないような今までの17年なのですけれど、だいたいそんなところです。

山下 7回生の山下裕子です。私は卒業後すぐに大学院にいき、それから、ハーバードの教育病院のボストンのベス・イスラエル病院で、5年間研修をしました。

渡米したはじめは、院外研修生として（エクスターといいますが）、臨床研修をしながら語学やシステムの違いを学びました。そして翌年から正式に内科の研修医として採用してもらいました。向こうは、レジデント制度がしっかりしています。最初の一年間が、インターン、次の年がジュニアレジデント、そしてシニアレジデントと経験しました。その後、日本に帰る前に、日本では出来ないような勉強をもうすこししたかったので、感染症科というプログラムのフェローを数ヶ月やりました。その後、チーフレジデントという内科のレジデントを終えた医師の中から選ばれて教育を担当するという職がありますが、それをフレミングハム・スタディという疫学でてくる有名な病院で、数ヶ月やりました。それで、現在は筑波大学附属病院の呼吸器内科のチーフレジデントの一年ということになっています。ですから、まだ私は研修を受けている身で、非常に、卒後研修のプログラムに関心を寄せています。

まず、私のいた病院はどういうところかといいますと、ハーバードの Major Teaching Hospital の一つで、約400床の病院に、スタッフ・研修医合わせて800人の医者がいます。看護婦の数は1200人です。

アメリカでは、college が終わってから4年間、医学部で学びます。4年次にアメリカ全部の医学生が、自分のいきたい研修先を探して、応募します、その応募した中から第一次選抜があって、それから、面接を受けにいき、そこで病院を見て、自分が選んだり、あるいは、病院から選ばれたりします。学生は希望順位を出し、病院もとりたい学生の順位を出します。そして双方とも一番満足度が高くなるように、コンピューターでマッチングさせて決まるようになっています。

それで、内科のプログラムは、先程お話しのようにインターン、ジュニアレジデント、シニアレジデント3年間なのですが、その後の進路はどうなるかというと、そのまま開業される方もいらっしゃいます。開業といってもグループプラクティスが多いので、自分で病院をたててという方は非常に少ないのです。それから、チーフレジデントになる人もいます。それは、選ばれた1人とか2人

です。それから残りの人は、呼吸器とか循環器とかのいわゆる専門医になるためにフェローシップに進みます。

また、チーフレジデントを終わった人は、その後開業するか、専門医になるために、フェローシップに進みます。フェローシップが終わるとその人達はどうなるかというと、教育病院に残って病院のスタッフになるか、開業するということになります。

病院のスタッフというのは病院の職員であると同時に、その病院と関連を持っている（affiliateしている）大学の肩書きをもらうので、一応、教官ということになります。それで、自分の診療の場である病院に回ってくる学生とか研修医を教育することになっています。お聞きになってわかるように、それぞれの段階が非常に自由競争というか、この大学を出たらこの病院にいかないといけないとか、行けるとか、いうことは全然なくて、それぞれの段階で、個人とその病院が契約を結ぶということになっています。

むこうの内科の研修のプログラムについての特徴は3つあると思います。一つは、教育システムがしっかりと確立しているということ。二番目は、研修医をサポートするシステムが充実しているということ。三番目に、研修医に対して行われる教育の質と共に、研修医が行う医療の質を保つように努力されているということです。

朝、インターの先生は病院に早めにきて頂いて、自分の患者を回って把握します。8時からワークラウンドといって、ジュニアあるいはシニアレジデントが、直接受けもっているインターとともに回診します。一人のレジデントに2人のインターがついています。その時に、その日の治療方針をたてたり、問題点について discussionしたり、理学的所見の取り方など、ベッドサイドのティーチングが行われます。その後、ジュニア・シニアレジデントはレジデントリポートという conferenceに出席します。それは、病棟のすごくいい症例を、二例か三例くらい、チーフレジデントが pick upしてそれを皆で discussionする、チーフレジデントが下位レジデントを教育する場です。

その間にインターは、オーダーをかいたり、雑用をこなしています。10:30からアテンディングラウンド、混合病棟のレジデントや、その病棟付きの教育担当の教官（毎月かわる）がいらっしゃるので、皆でまた集まって、面白い症例を discussionしたり、あるいは、その先生の専門のお話をきいたりします。それが終わってから X-ray conferenceで、放射線の部屋に行って、自分たちのチームが前日に撮った写真を、放射線の先生が読影してくださるのを見ます。それから、お昼は毎日のように、ランチつきのセミナーが有ります。例えば、primary care conference というのがあり primary careに特徴的な topicについて、講師を呼んで話を聞くというようなものが、だいたい1:30まであります。その後は、インターの先生は病棟業務、レジデントはインターに教えるために図書館で勉強したり、あるいはインターを助けていろいろな病棟業務を手伝ってあげたりします。そういう感じで毎日過ぎています。インターは四週間毎、レジデントは三週間毎ローテーションします。それで、インターのときはその四週間のローテーションで30名か、40名くらいの患者を持つことになって、だいたい一年間で300症例くらい経験するようになっています。

教育システムの充実は、教官（病院で診療している先生）の「教育者」であるという自覚によるところも大きいと感じました。教えることがすごく楽しいし、それはもう自分の義務だ、と考えて熱心に教えて下さったような気がします。その教育の内容もどういうふうに治療するか診断するかだけでなく、ガンの告知をどうしたらいいかとか、ターミナルの患者さんとは、どう接したらいいのか、そういうことも教えて頂きました。それから、お互いによく discussionする雰囲気が有りました。科が違っても「ちょっと、こういうことが聞きたい」というと、その科の担当の先生に電話をかけて、「こういう人がいるのですが、どういうふうに検査したらいいか？」尋ねてすぐに教えてもらえるような雰囲気があったので、非常によかったと思っています。また研修医も「教育者」というふうに言われています。学生を教えるとか、

自分より下の学年の先生を教えるという事で、レジデントも教育者なんだ、という教育を受けました。どうやって、教えたらいいかとか、どのようにconferenceを運営するかといった勉強もさせられました。それが非常に勉強になりました。やはり、人に教えるというのは、自分が学ぶのとまた違いますから、非常にためになりました。

それから、お互いにフィードバックを掛け合うというか、アメリカの病院だからかもしれません、常に現状に満足しないで改善していくこうという気持ちがあるんですね。実際、科をローテートしたところで、まわったローテーターの先生が、研修プログラムはどうだったか評価します。指導教官は、よく教えてくれたか、プログラムのどういう所が良かったか、悪かったかを書きます。それから研修医が教官一人一人も評価するようになっています。むこうでは、教育者として優れているということが、非常に評価の対象になるんです。ハーバードでは、昔は研究の実績がないと教授になれないという時代があったのですが、最近、教育者として非常に優れていると評価されると、なんにも研究していないても、教授になれるポストがつくられました。それは、一所懸命教えても、あまり自分に帰ってこないと時々がっくりすることが有るでしょう。だから、こういうのいいなあと思いました。それから、研修医も一所懸命、学生を教えていると、プログラムのディレクターの先生が手紙をくれるんですね。「あなたは非常によくやってくれて、学生さんが感謝している。どうもありがとう」という手紙をもらって、気分をよくしてますます熱心に教えたりするんですけど、そういうのいいなあと思いました。

次に、研修医をサポートするシステムについてお話しします。むこうのインターンシップはすごく大変で、人生の中で一番つらい時期で、まれに自殺する人もいます。それから、あまりにも待遇が悪いプログラムだと人が行かなくなつて、だんだん研修医が減っていくんです。だから、病院のほうでもなんとか優秀な人に来てもらおうと、必死にリクルートします。ハーバードのすごく人気のある病院だと、そんなに高いお給料を払わなく

ても、優秀な人が集まってくれるので、そういうところはお給料はわりと低めでした。それでも、私がはいったときと最初の年が3万ドルくらいで、物価を考えると、日本のお給料の感覚でいうと、400万円とか500万円はあるような生活ができるくらいのお給料をもらっていました。だから、最初から、初期研修もすんでいないのに、当直にいって稼がないと生活ができないということは、全然無かったです。当直は三年目になって、ある程度いろいろなことができるようになって、はじめて許可されるようになっていました。

それから、これは、今研修を受けている身としては、切実なんですけれども、研修医のサポートシステムとして、採血とか点滴を入れるとか、患者さんの移動などを全部やってくれる人がいるんですね。先ほど400ベッドで看護婦1200人といいましたけれど、筑波大学附属病院は800床で400人なんですよ。大変違います。その他に研修医の雑用をやってくれる人がべつにいるので、一日の半分もすわって勉強することが可能でした。それから、コンピューターの非常にいいシステムがありました。コンピューターセンターが病院にくつづいていて、仕事がしやすいようにあるいは患者さんのcareに反映できるように、ソフトウェアを開発してたり、作り替えたりしてくれるんです。orderingはあまりcomputerを使ってやらないのですが、それ以外の患者さんの検索が簡単にできるようになっていました。これは研修医の側として、すごくありがたかったです。

他にサポートするシステムとして、研修医が希望を出せる場所があります。研修医のプログラムの担当教官がいて、その人の所に月一回全員集まって皆でdiscussionするような機会がつくられていました。例えばcomputerのここが使いにくいというとそれがちゃんと伝わって、変えてくれるようになっていました。研修医の要望、希望をしっかりと反映してくれる場があったのは非常に良かったと思いました。

最後にquality assuranceについて簡単にお話します。患者さんの最終的な責任というのはカルテ上の担当医つまりアテンディング(病院のスタッフ)

にあります。研修医が変なコトをしていると 法律的にも問題だし、ご存じのようにむこうは医療訴訟が非常に多いのですごく神経を使います。しかし、なにかまずいことをしても、研修医が責められることはなくて、インターンが失敗したときはそれを監督していたレジデントが悪い、レジデントの目が届かなかつたらその教育をしていた教官に問題があるというように皆で分散していました。また、患者のマネジメントにおいても自分たちの手に負えないときはすぐコンサルタントの先生を呼んでその人を含め全員で discussion しながら失敗してもカバーできるようになっていました。それからカルテをしっかり毎日書くことをすごくいわれて、カルテの内容についてもチェックを受けました。教官は必ず毎日ベッドサイドに行ってカルテを書いてレジデントを指導するようになっていました。

このプログラムは、どんな人でもまじめにやつていれば一定の診療能力を身につけてプログラムを終えられるシステムになっています。だからすごく優秀な人が努力したときだけなれるというよりは、どんな人でも研修を終えて患者を見るときに、スタンダードな医療が出来るように作られていました。最後に問題点としては、海外でこういう臨床研修を受けることの問題点としてコメントしたいのですが、やはりしなくともいい苦労をするということが挙げられるでしょう。英語が話せないために理解していないと思われるとか、非常にシステムが違うので、それを身につけるまで大変とか、それから疾患の割合がアメリカと日本でずいぶん違いますし、保険制度も違います。それから患者が医者に期待することもだいぶ違いますからアプローチが日本と違うところがあって、少し日本に帰ってから大変なこともあるかも知れないと思います。

私はまだ研修中なので、これからアメリカで学んだことが生かせて初めて良かったと言えることになると思うのですが、現在でも毎日の研修の中でこれ教わって良かったなとか、あのときこういう経験をして本当に役に立つてと思うことがたくさんあるんです。だから本当にアメリカで臨床研

修を受けられて良かったなと思っています。

最後に、私を励ましてくれたり、応援して下さった先生方や友達に当にこの場を借りてお礼を申し上げたいと思います。そして、協力して励ましてくれた主人にも、お礼を言いたいと思います。

司会 ありがとうございました。今までのお話についていろいろお聞きしたいと思います。

山口先生、僕はここのレジデント制度の、内科の方のカリキュラムの調整役をしているんですが、筑波の内科研修で、さっき先生がおっしゃった2ヶ月ごとのローテーションの是非について、これは外科の方のローテーションについても言われることですが、先ほどは先生メリットの方を中心仰っていただいたんですが、デメリットとしてどんなものがあるのか、そしてそれをカバーするにはどういった点に配慮したらいいのか、と言うことについてアドバイス頂けないかと思うのですが。

山口 昔榎原先生がこういう事を仰ったんですね。医者って言うのは一生勉強だと。で、到達点はないんだと。要するに、どこまでやつたらいいということではないと。専門に入れば特にそういう事を感じるんですけど、ローテーションの時も同じで、例えば2ヶ月を3ヶ月にしたから、いいのかと言われると、必ずしもそうではない。それではやり尽くせないところもあるし。もっと4ヶ月5ヶ月と言いちだらきりが無いわけですよね。ですから2ヶ月で切って2ヶ月でやれる事をやるという事が僕は重要だと思います。ですから僕は自分の意見としては2ヶ月でやれる事をきちっとやってもらえばそれで十分だと思うし、デメリットと言う意味ではありませんし、2ヶ月で十分だと思います。

司会 例えば2ヶ月だと内科全部回っても結局短くて、胃カメラとか、エコーとか、そういうテクニカル的なことが充分研修できず、せいぜい簡単な穿刺の様な手技とかですね、そういう事だけに終わるので、魅力がその分細切れのローテー

ションでは困るのではないかという意見もよく出されるんですけれども、その辺はいかがでしょうか。

山口 それは僕は基本的に間違いだと思います。手技というものは、例えば外病院に出てもいいですし何でもいいですけれども、やるチャンスさえあれば幾らでも出来ることで、1,2年目に本当にやらなくてはならない事というのは、そういう事じゃなくて、やっぱり臨床に対する姿勢と考え方ですね。例えばどういう事がというと、もちろん患者に対するコミュニケーションというのもあるし、インフォームドコンセントの問題もあるし、色々あるんですけれども、もっとくだけていえば、例えば抗生素の使い方ひとつにしても、強い抗生素を使えば当然、結果としては治るわけです。ですが、それが本当に必要かどうかというのではなく別の問題で、要するに最初にもっとプリミティブな薬を使って、それでも治るのであればそれでいいわけですよ。そのような順番をきっちり組み立てていける様に研修する場であって、技術的はどうこうする所ではないと思います。確かに医者になったんだから色々な事をやりたいというはあるとは思いますが、そこだけに目を奪われていると、いびつな医者が出来てしまうんではないかと思います。

司会 塚本先生に伺いたいのですが、大学病院と大学院に行く4年間と3年間、これはやることは違うんですか。それとも殆ど同じなんでしょうか。

塚本 大学院に行く場合、二外科の大学院に入られる方と、基礎の大学院に行かれる方で、異なってきます。二外科の大学院に入った場合には大学院といつても殆ど2年間が研究に没頭出来る期間で、後の2年間は臨床をやりながらという事になります。基礎に行かれる方はそのままずっとむこうにいてもいいと。で、ここに4,5,6年間大学病院勤務と書いてありますが、大学病院を勤務しながら大学院に行かないで研究をやった場合、本人の希望があれば、7年目に出張しないで1年間フリー

になることも現在は出来るようです。私の頃はありませんでした。それから、2年生、大学で研修を始めてから直接2年目から大学院に行くという試みもされたんですが、外科の研修を医者になって早いうちにたたき込みたいという事からすると、あまりうまく行かなかったという評価で、今は2年生から関連病院に出ないで大学病院に入ってしまうという、そのコースをとる人はいないようです。

司会 塚本先生、もう一つだけ教えていただきたいんですけど、最後のところで、欠点のところで他科をローテートする機会が無いとおっしゃいましたけど、いろいろな調査を見てもやはり、いくつか自分の診療に関係した科をローテーションしたいと希望する人は多いけれども、なかなか研修中にそれが出来ないという事が、良く問題点として指摘されるんですが、先生御自身、あるいは千葉の二外科の後輩の先生方の中で、例えばどういうふうにローテートしたいという様な傾向がありましたら教えていただきたいんですが。

塚本 率直に答えられるかどうかわかりませんが、私が千葉大学に行って一番困ったのは、同級生がいない、ということでしたね。同級生が他科にいれば、相談する事が簡単にできるわけですが。千葉大学の中で仕事をしている時に、他の分野で疑問が生じた時にすぐに相談できる同窓生がないない。ですから私の場合、とにかく関連病院に出た時に、他科の連中とかなり話をしたり、つきあったり、実際に患者さんを診に来てもらったり、診せてもらったりして、結局は関連病院に出た時に、他科の先生達と、コネをつけるといいますか、他のところまで診れるようになります。私自身は外科ですから、例えば脳外科の手術をしたいとか、心臓外科の手術をしたいとは思っておりませんから、そういう意味では、必ずしもローテートして、何かを身につけなくてはならない、という事はないんですけども、もちろん、脳外科ではこういう事をやっているとか、心臓外科ではこういうことをやっているという事は知っていないければなら

ないんですけれども。それに何かあった場合にすぐに関連を持って動けるようにしておかなくてはいけないと思います。

司会 ちょっと本題から外れるんですけども、福内先生に是非とも伺いたいのは、三井記念病院というのは都心にある非常に競争の厳しい病院ですね。その中で先生はやっぱりコンペティションに勝ったからこそ今の地位があると思います。誰でもスタッフとして三井に残れるわけではないのに始めて1年目から入って、今の地位につくまで、先生が外科医として大事にしてきた信条、それからこういう所は頑張ったという様なことがありましたら教えて頂きたいのですが。こういう事を聞くのはやっぱり最近若いレジデントの人なんかを見ていると、あたかも自分の就職先は誰かが世話をしてくれる様な、そんな印象を話していると感じますので、自分の道というのは自分の力で切り開いていくものだと思いますので、やっぱり先生のように外で勝ち残ってきた根拠、というようなものを披露して頂きたいのですが。

福内 確かに最近の学生さんとか若い研修医の先生を見ていますと、与えられるのを待っている傾向があると感じます。

私自身は、特別な信条とかをそう真剣に考えたことはありません。ただ三井記念病院は、自分でやろうと思えば何でもできるし、やらないと思えば何も得られないという感じなので、自分から進んでやることが大事になってきます。

また、他人のやっていることを見て盗むという心構え、気構えも大切なんじゃないかなと思います。私の尊敬する先輩によく「人の手術を2例見たら、自分で1例やったのと同じだ。」と言われました。術者としての数が多いことが目的ではなく、その手術なり管理なりを修得することが目的なので、実際自分でやらなくても人がやっていることを集中して見れば、目的は達成できるということです。貧欲になることが必要だと教えられました。

あと周りの人からの評価というのは、自分ではどうすることもできないものですし、ある意味に

おいていろいろな運というかそういうものに左右されることもありますから、まわりにあまり左右されず、自分のやれることを一生懸命やればいいのではないかと思います。

司会 4,5年終わると例外なく外で、その後何人かの人はスタッフとして戻られるわけですよね。そこに何というか、基準というか、コネというか、その辺の所はどうなっているのでしょうか。もちろん差し支えない範囲でかまわないのでですが。

福内 特別その私がすごく優秀であったとか、コンペティションに勝ったとか言うことではなく、たまたま誰か一人必要だという状況にあって、運よく採用されたのではないかと思います。三井記念病院ではもともと乳腺は、現部長がひとりで担当していましたが、私がチーフレジデント終了後、東京女子医大の内分泌外科に行って、その後1年Michigan大学に留学というか遊びに行っている間に、乳腺の患者数が非常に増え、乳腺内分泌を担当する医師がもう一人いてもよいかなというようになっていました。アメリカから戻る直前に、たまたま部長が肝炎で入院するというエピソードも重なり、早急に誰かをということで私に白羽の矢が当たったようです。その時期乳腺内分泌を専攻し、移籍可能なひとが他にいなかったというのが本当のところだと思います。私以外の三井のレジデント出身のスタッフの採用についても、はつきりとした基準というものはないよう思います。研修期間の態度から物事を前向きにプロモートしていくという意志がありそうな人で、本人に戻る意志がある人に声をかけるということだと思います。

司会 尾ひれのついている部分もあるかと思うのですが、よく、初期研修では有名できちんとやっている病院だけれども、ある程度上になるとそこから上は某大学の医局の人事という様なところが結構あるというような話も聞くわけです。先生の所はそういうニュアンスはあまり無いという事なんでしょうね。

福内 少なくとも現時点においてはないとおもいます。

司会 渡辺先生。先生は色々な所を回られて、色々なシステムの所に入ってきたわけですよね。そしたら例えば筑波の循環器外科として、どういう形のレジデント制度、またはトレーニングスタイルが、今の考え方として一番いいかというのを聞かせて頂きたいのですが。

渡辺 一般外科的な事を充分にやってから専門に進んだ方がいいんではないかと考えますが、今は最初に大学を出てしまった人をずっと採るというシステムは無いですね。やっぱり育ってきた人、レジデントを最初からやってきた人を上げていくという様なシステムだと思うんですが、初期研修を自分で飛び込んだにしろ、外でやってきた後で、それを大学に戻してそこで専門性のものをやってもらうとか、難しいとは思いますがそのようなシステムもあっていいんではないかと思います。最初に出てしまった人は、やっぱり不安だと思います。福内先生みたいにいっちゃった人はいいと思うんですが、途中で不安を持っている人はいっぱいいると思うんですね。自分の道は自分で切り開けと言われても、なかなかそこまで思いきれない人はたくさんいると思います。そういう時に、後でそれを拾っていく様なシステムがあれば、初期研修をみんなやってくれると思います。あとひとつ言えることは、外に出すときに一年単位で、あるいは科によっては半年単位で出しているところも今のレジデント制度ではあると思うんです。数多くの事を見るにはいいんですけども、一つの方法をなめる程度で終わる可能性もあると思うんですね。最初に行って三ヶ月で慣れて、六ヶ月やって、三ヶ月で後始末という形で、そういう感じにもなりかねませんから、二年単位で行かせるとか、そのようなことが出来るといいかもしれません。ただそうすると六年で終了してしまうレジデントシステムでは少し短いかもしれません。

厚美 僕は渡辺君と同級生で分野も同じで、循環器外科やっていますが、大学の循環器外科のレジデントシステムはそんなに窮屈な物ではなく、一般病院の外科の研修を終わった先生でもレジデンツシステムに入って、心臓外科医としてやっている先生もいますし、むしろアプローチさえしてくれれば、柔軟に判断出来る余地が残っていると思います。自分はこういう事をやりたいんだけど、ドアをノックしてくれれば、いくらでも応用の利く、そういうシステムだと僕は思っています。色々な生き方があっていいと思うし、色々なところでトレーニングしてきた人が違った道を通って心臓外科医になっているという様な状況もよいと思います。

寺田 僕も同じです。後でアプローチしてくれればいいのですよね。そういう様に可能だという事を教えてあげるのが必要だと思います。出ちゃつたら後は自分でやらなきゃとか、その病院の先生のコネをたどるとか、そういう風に考えている人もいるのではないかと思います。ですから、違うよ、というのが分かっていれば、いいのではないかと思います。

司会 山下先生。アメリカではどこでも同じ様なプログラムで研修システムが組まれているのですか。

山下 いいえ。私が研修したところは非常にいいところですごく有名でしたが、アメリカの病院全部がそうというわけではないのです。院外の慈善病院のような所も回ったりするんですけども、やっぱりそこは研修医の教育があり無かつたり、医療のレベル、スタッフの教育が不十分という印象を受けました。

司会 一応研修を受けられる病院というのは、規模とか設備とかというのは決まって、そういう所以上では出来るという線が引かれているんですか。

山下 はい。研修教育病院として指定されるため

には、多くの基準を満たさなければなりません。研修医1人につき多額の補助が出ますので、病院はこの基準を満たすようにたいへん努力します。

司会 最後にまだこちらのレジデントを始めて2ヶ月程度ですよね。

山下 そうなんです。四月からですから。

司会 帰ってきてすぐでまだ大変だと思うんですけれども、その、ギャップですよね。こういう所がとんでもなくおかしいと思うとか、こういう所はアメリカの方が良かったとか、何かそういう、気がついた事は？

山下 ひとつは、研修医をサポートするシステムが全然足りないと感じています。毎日毎日へとへとに働いてそれでも仕事が終わらなくて夜中までになってしまふという、毎日ですよね。それでどういうふうに時間を費やしているかというと、同じオーダーを毎日書いたりとか、採血をやったりとか、そういう事にすごく時間を費やされていて、そこでしか学べない臨床的な教育を押しやっている所があるのではないか、と思っています。

司会 研修のプログラム以前の問題という事でしょう。

山下 そうですね。あとは、研修医で不満を持っている人はたくさんいるんでしょうけれども、それをいう場所が無いという話を私はよく聞きます。そういう研修医の要望に答えて改善がなされいくようなシステムがあると良いと思います。研修医の先生は非常に優秀だと私は思っています。医療のレベル自体には、そんなには差がないと思います。ただ、研修医の生活レベルはずいぶんと違う様な気がしました。日本の方がすごく大変だと思いました。アメリカのプログラムは非常に良いのですが、ただそれを日本でやれるかというと、難しいところがあります。ひとつはさっきお話ししたように、患者1人あたりのメディカルスタッ

フの数がずいぶん違います。教育に時間をかける教官の数というのも違ってきたりしますよね。今の筑波大学附属病院での制度をそのままはきっと持てこないと思います。しかし現状でも、出来ることというのはいくつかあるのではないかと思っています。

司会 本日は皆様の有意義なお話を聞けて感謝しております。これが会報に載り後輩諸氏の何らかの足しになれば幸いと思います。

第16回桐医会シンポジウム

テーマ：ポストレジデントを考える

日 時：平成8年5月18日（土） 15:30～18:00

シンポジスト：7回生 岩本浩之先生（初石病院、神経内科）

8回生 白岩浩志先生（県立中央病院、泌尿器科）

9回生 阿部正一先生（昼夜開講制大学院、循環器外科）

10回生 阿竹 茂先生（メディカルセンター病院、消化器外科）

11回生 上村 明先生（茨城県立こども病院、麻酔科）

12回生 江田一彦先生（国保中央病院、循環器内科）

司会 堀 孝文 （7回生、筑波大学臨床医学系、精神医学）

司会 第2部のシンポジウムを始めます。今年はポストレジデントを考えるというテーマです。毎年桐医会の総会ではシンポジウムを行っています。我々は筑波大学に入ってほとんど医者になる、あるいは研究ということもありますけれども、そういう目的で育ってきており、その過程について様々な角度からいろいろな時期に焦点を当てて今までシンポジウムを企画してきました。昨年はレジデント制そのものを取り上げたんですが、今年はレジデント制の終わる前後にスポットを当てて考えてみたいと思います。それではさっそく、自己紹介がてら、自分の専門とする科、所属グループ、現在の勤務先、卒後何年目かなど一般的なプロフィールとあわせて、どういうレジデント生活を送ってきたかを簡単にお話していただきたいと思います。では7回生の岩本先生からお願ひします。

岩本 7回生の岩本です。卒後11年目です。神経内科に所属しています。神経内科の場合には、レジデントになる時に一般内科にまず属するというのではなく、初めから神経内科という選択をしなければならなかったので、神経内科の医者を作るという流れに沿って研修をしてきました。2年間は初期研修ということで、内科系を full rotation しまして、3年目から神経内科のローテーションをしました。私は大学で研修した時間が比較的長いのですが、3年目に半年筑波メディカルセンターで脳外科の一員として研修しました。それか

らまた大学に戻ってきて、最後の1年間は院外研修をしました。6年間終わってから、茨城県日立市にある日立製作所日立総合病院に行きました。ここは神経内科の救急病院みたいなところでして、脳血管障害の急性期あり、脳炎あり、という感じでバリバリの神経内科の臨床をやってきました。日立に3年間いましたが、初めの1年は、大学から派遣された神経内科の講師の先生がキャップで私が下（医員）でした。2年目から医局の人事の都合などでとろてん式に医長になりました、若輩者ながら科をまかされました。一つの科を切り盛りする重圧も大きかったのですが、得るところも大きかったと思います。現在は、千葉県柏市にあります民間の病院で初石病院というところで働いています。ここは精神科単科の病院なんですが、その中に老人科、まあ痴呆老人とか神経変性疾患の末期だとか、そういう患者さんがいる病院です。ここに4月から勤めています。経歴は以上です。

司会 岩本先生、神経内科を選ばれた動機のようなものを、お話しいただけないでしょうか。

岩本 まーそんなに深く考えたわけでは無いのですが、今のはオフレコですが（笑）、まー多少まじめに考えた点を言いますと、脳とか中枢神経系とか、あるいは精神科的な部分を含めてですけれども大脳を中心としたヒトの精神世界に興味がありました。実は、神経内科と精神科と脳外科と3つ

考えまして、どれでもよかったです。選んだ時の気持ちとしては、一番きっちりと対象にせまれるんではないか、あんまりいいかげんではなくロジックを積み上げるなり何なりして、納得のいく形でせまれるんじゃないかという、そういう面白味があるのではないかという気持ちと、まあ精神科もそうなんですけれども一番のフロンティアであるということで、重箱のすみを突つくような仕事ではなくて、パラダイムを開くような仕事が出来るんではないかと、もちろん自分の実力はこっちに置いといてですけれども、そのような感じを持ちましたので、神経内科を選びました。

司会 有り難うございました。ま、あいまいな精神科が司会をやっておりますけれども、(笑)、岩本先生は、院内のローテーションの時に、精神科にもまわってきていただきました。それでは、8回生の白岩先生お願いします。

白岩 8回生の白岩と申します。卒後10年目になります。私は卒後、泌尿器科のレジデントとして入りまして、2年間レジデントをしましたけれども最初の1年間は泌尿器科にいました。2年目は院外プラス各科をローテーションしたという形です。3年目に大学院に行きました、4年間大学院で勉強しました。そのうち2年間は国立がんセンターで研究しまして、残りの2年を大学プラス理化学研究所で臨床とリサーチを半分ずつやりました。その後、普通だったらレジデントに戻る先生がほとんどだと思うんですけれども、実はこれも医局の都合でなんですかけれども、大学院卒業した次の4月から今いる県立病院に行ってくれと言われ、今までずっとそこにいます。大学院を終了してからレジデントに戻るかどうかについてですが、最近どうなっているのか詳しいことは知りませんけれども私の時は、大学院終わってレジデントに戻るためには、最初の1ヶ月間は最低大学病院にいないとレジデントの資格あげないよ、と言われました。どうしましょうかと教授に相談したところ、「先生の希望どうりでいいけど、どっちでもいいんじゃない」と言われ、それだったら最初から今

の病院に行った方がいいだろうということで、行かせてもらいました。だいたい自己紹介は以上です。

司会 お話の中の「医局の都合」というのは、実は今日のキーワードの一つなんですが、これにつきましては、また後ほど伺いたいと思います。では、9回生の阿部先生お願いします。

阿部 9回生の阿部です。所属は循環器外科です。卒後9年目です。外科レジデントとして大学病院に入りました、最初の2年間は他の外科医とともにローテーションしました。3年目からグループの中でローテーションが始まるわけですが、3年目に郡山のほうに行き、4年目に大学病院に戻りました。5年目に神奈川県立こども医療センターの胸部外科に行きました、6年目に大学でレジデントを修了しました。だいたいうちのローテーションは1年外に出て1年大学で、順番は順不同ですが、2年間外にいて2年間大学にいるというのが一般的です。その後浜松の病院に2年間行きました。そこは東海地区では第一線の病院なんですけれども、そこで心臓血管外科を2年間やりました。レジデントを終えて2年間というのが一つの区切りということで、今年から、昼夜開講の大学院生であるとともに、取手市の東取手病院というところに所属して、2足のわらじをはいています。

司会 阿部先生にはあとで、昼夜開講の大学院についてお話を伺いたいと思います。では、10回生の阿竹先生お願いします。

阿竹 10回生の阿竹です。私は卒後外科のローテーションを行い、3年目に消化器外科を選択して、レジデントとして6年間外科のトレーニングを受けました。チーフレジデントとして2年間大学で研修していた頃、思うところがあって、海外で医療を経験してみよう決心しました。レジデント修了と同時にアフリカのザイールに行って約5か月間ルワンダ難民救援医療を行ってきました。日本の非政府組織いわゆるNGOのメンバー

として参加しました。活動のなかでアフリカの医療を経験できたとともに、アフリカから日本の医療を見つめ直すことができて、非常に貴重な経験でした。昨年の9月に帰国して、普通の外科医に戻り、現在は筑波メディカルセンターで消化器外科医として働いています。

司会 有り難うございました。この中ではおそらく一番ユニークな経験を持っていらっしゃるのではないかと思います。思うところがあってアフリカに行ったということですが、その思うところをちらっと話していただけないでしょうか。

阿竹 思うところというのはですね、医者として色々やることがあると思うのですが、僕がチーフレジデントをやっている時に、研究と臨床をやっていればいいという大学病院の風潮に疑問を持っていたということなんです。つまりもっと他に我々が必要とされている場があるのではないか、また、日本の医療はこのままでいいのか。その為には他の場所の医療を知ることと、他から日本を見る必要があるのではないか、と思ったわけです。

司会 確かに大学というところは研究と臨床とそれからもう一つ教育というものがはいってくるわけですが、「これでいいのか」と思った点というのは？

阿竹 日本にもたくさんの外国人の方が来られますがね。一般病院で勤めていると、不法に滞在している人も含めて外国人を診療する機会が増えてきて、日本の医療と世界の医療について考えさせられます。衛星放送が発達してCNNとかBBCとかが世界中の困っている人々を映し出します。我々はこの人達に何もしなくていいのか、日本人だけ診ていればいいのか、外国人のことはどうでもいいのか、もうそんなことを言える時代ではないのではないか、と思ったのです。そして世界の医療を一度見ておく必要を感じました。

司会 後で時間がありましたら、そのあたりのところを詳しく伺いたいと思います。次に11回生

の上村先生お願いします。

上村 11回生の上村明です。よろしくお願いします。6年間でレジデントを修了し、この四月から7年目のポストレジデントになりました。私は今日のシンポジストの中で唯一女性で、しかもレジデント中に2回出産して、一時休職しました。だから他の先生方と違ってこの場でうまく意見できるかどうかわからないんですけども、まあそういう女医も増えていますから、何か話が出来ればいいかなと思いましたので参加させていただきました。私は麻酔科なんですが、どうして選んだかというと、M1の時の医学セミナーで「痛み」というセミナーをとって、そこで強烈な印象を受けたのと、女性としてよくやっていける科はないかということでいろいろ悩んで麻酔科にしました。麻酔科は6年間のレジデントの中で最初の2年から3年は大学病院で研修し、3年目から4年目は院外の関連病院で研修するのが主です。私はレジデント中に2回出産しているんですが、これは麻酔科では前例が無くて、私はやりたいようにやらせてもらったという感じです。出産の前後の期間は大学に戻っていましたので、結局2年半(30ヶ月)大学病院にいまして、この間に2回出産して、他の3年半は、茨城県立こども病院、筑波メディカルセンター、土浦協同病院、茨城県立中央病院で研修しました。こども病院で来年くらいから心臓の手術を始めるということになり、スタッフを増やすということで、この5月からこども病院に勤務しています。麻酔科は大学病院では麻酔が主ですが、他ではペインクリニックや中毒、救急など、多岐にわたっています。大学病院で麻酔の基礎を学んで、他の病院で救急、中毒、ペインクリニックなどを学ぶようになっています。病院によってできることとできないことがあります。6年間のレジデントの回りかたによって、出来たことと出来なかったことがずいぶん違ったなと思います。私は今、小児麻酔をやっていますが、これは麻酔科でも重要で麻酔学会では研修医の時にやるべき項目の中に小児麻酔を含めるという方向になってきているようです。私はラッキーにも研

修医の時に経験することが出来ましたが、麻酔科の中でもかなり偏りが出てきているようです。麻酔はもちろんみんな出来るんですけども、小児麻酔を経験している人とそうでない人と、麻酔以外の救急、ペインクリニック、中毒を経験している人とそうでない人というように偏りが出てきているのを実感しています。

司会 M1の医学セミナーということは、早い段階で動機付けがあったわけですね。レジデントになるまで麻酔科の中身はよくわからなかったと。

上村 全然わかりませんでした。

司会 先生は色々な病院を回っていますが、かなり幅広いですね。

上村 私は休んでいた分、他の人より6ヶ月から7ヶ月少ないんですけども、小児麻酔も経験出来ましたし、土浦協同病院の方で救急、中毒、ペインも出来ましたので、偏らずに色々経験することができたのでラッキーでした。

司会 回りかた、レジデント中のことなどについて後ほど伺いたいと思います。では、12回生の江田先生は今年度がレジデントの最後の年ですね。これからポストレジデントをどう考えているのかも含めて伺いたいと思います。

江田 循環器内科チーフ2年の江田と申します。よろしくお願いします。最初の2年間は全科ローテートしました。2年目の4ヶ月間院外研修が入っていました、それはメディカルセンターを回りました。この4ヶ月というのはエレクティブの6ヶ月のうちの4ヶ月を当てて、残りの2ヶ月は形成外科で研修をさせてもらいました。3年目から循環器内科の人事で動くようになりますが、3年目は西南医療センター病院に半年勤務します、その後、筑波メディカルセンター、大学病院に勤務した後、現在は小川町の国保中央病院に4ヶ月だけの予定で勤務しています。この後、大

学病院に戻る予定です。認定医とか専門医とかはまだなんにも取っていません。まあ準備が間に合わないという感じです。循環器内科では、循環器専門医の資格を取るためにには、内科の認定医をとってからでないと、ダメです。ま、順番に取っていくんですけども、レジデント修了までに内科認定医と循環器専門医の両方を持っている人もいますし、何も持っていない人もいます。資格に関しては、科としてはあまり力を入れてないといいますか。ティーチル取りなさい、と言われることはあります。この様な状況です。

司会 だんだんレジデント修了が近づいてくるわけですが、レジデント修了後、どのような方向に進むのか、さしさわりの無い範囲で話していただけますか。

江田 研究に限らず臨床でもいいし、海外に出たいと思っていろいろな先生に聞いてみているのですが、経済的な問題がきびしいのと、何がしたいという動機がうすいのとで、ちょっと難しそうです。このままだと医局の都合で就職することになりそうです（笑）。

司会 ザイールあたりはどうですか（笑）。

江田 面白そうだとは思うのですが、先ほどちょっとかがった所ですと、治安が悪いというのは逃げ腰になりますね。

阿竹 治安の良いところには難民は出ませんから（笑）。

司会 それはそうですね。有り難うございました。ざっと自己紹介していただきました。では次に、レジデント期間を振り返ってみて、印象に残ったこと、例えば良かったこと悪かったこと、大変だったことなど、話していただきたいと思います。

阿部 レジデント期間中2年ほど外に出ていたのですが、筑波大学出身の先生のいないところでし

た。他大学出身の先生のいるところで研修できたのは良かったと思います。できるだけ他大学の先生のいるところとか、ザイールほど外ではなくてもいいんですが(笑)外の大学で研修するとよいと思います。また、歴史のある大学の医学部の病院でのアプローチを見ると良いと思います。ただ歴史のある大学では、ストレート研修が多いと思いますが、筑波大学では最初の2年間外科一般を見ることができるので、ストレート研修よりもよいと思います。この意味でローテーション制度は良いと思います。

司会 我々は言ってみれば井の中の蛙なわけで、他流試合をすることは良いことだと思います。一つの疾患に対していろいろなアプローチを見ることもできます。他には何かありますか。

阿部 筑波大学のレジデント制というのは、仲良し軍団なんですね。多少失敗しても傷をなめあつてているという面もあると思います。中には非常に厳しいシステムでたたかってきた人もいるわけで、そういう意味では、レジデント制はいいところもありますが、ちょっと生ぬるいところもあると思います。

司会 他の先生方で、ま、ザイールは別ですけど(笑)、筑波大学以外の先生が周りに多かった時代を経験された方はいますか。

上村 麻酔科というのは、(主に外科なんですけれども)常に他の科と接觸しているんですね。土浦協同病院は、麻酔科と呼吸器外科以外は全部東京医科歯科大学からきているんです。私は土浦協同病院で初めて筑波以外の先生と接しました。この時になんかちょっと違うな、と思いました。県立中央病院では東大、自治医大の先生が多かったです。あと筑波大学にはレジデント修了式というのがあるんですが、この話を東大の外科の先生にしたら、「やっぱり筑波大学らしいね」と言われました。筑波出身の先生は言われたことはできるし、質問してもだいたい答えられるけど、何かを自分で始めるということになると、弱いのではな

いか、と思いました。

司会 教育というのは、できる人を伸ばすというのと、できない人をひっぱるというのがあるわけですが、筑波の場合は、どうやらできない人でも丁寧にひっぱっていくという方針なんですね。そういうところと今の話は関連があるんだと思います。他の先生はいかがですか。

岩本 私は日立で1ないし3年目の研修医の初期研修を指導する立場にいましたが、ここにはいろいろな大学からレジデントがくるんですね。それでやっぱり大学のカラーというのがあるわけです。で、筑波大学のカラーというのは、筑波が卒業時点で基礎的臨床能力を備えた医師を作るという目標でやってまして、まさにその感じなんですね。筑波の卒業生は臨床は良くできるけど、印象が薄い。こいつが将来すごい研究をやりそだとか、災害時に柱となって働くことができる人材かというと、どうもそういうものを強く感じない。他の大学、例えば日本の大学の医学部を牛耳ることを宿命づけられていると錯覚している大学もあるわけです。どこの大学とはいいませんが(笑)。こういう人たちとはそれなりにそういう意識や気概を持っているわけです。

司会 そういう人たちの臨床はどうですか。

岩本 見てられません(笑)。へたくそなんです。でも、自分の頭で考えようとする根性がある。筑波の医者だとそうはいかない。くいつきがない。執念が無い。

司会 ザイールはどうですか。

阿竹 海外に行く人には、日本の医療に矛盾を感じている人と、日本の医療にないものを求めている人の二通りがあります。日本の医療は金持ちの医療であって、世界的には第三世界の医療が普通なんです。

司会 N G Oなどで海外に行く人というのは、いろいろな出身の人が集まると思うのですが、そこで感じたことはどのようなことでしょうか。

阿竹 受けた教育や国籍の違う人達が集まるわけですが、危険を承知で自ら進んで来たという点で通じ合うことができます。医療の原点を感じました。

司会 わかりました。さて、ローテーションの良いところ、悪いところについてはどうですか。

岩本 初期研修は院内で行い、中後期は院外で行うのが良いのではないかと思います。初期研修は教える側からみれば限りなく愛と忍耐が必要で、教える対象に愛と忍耐を持つには同じ大学出身者の方が近道です。一方で自分とは違う感覚の医者と交流する他流試合も必要ですからこれは中後期に外に出てみるのが極めて重要と思います。

司会 現在レジデントの江田先生はどうですか。

江田 最初はローテーションで他の科を見ることはすごくためになると思います。細かく何をしたかというよりはその科の匂いを嗅ぐというか、そういう経験が重要だと思います。その後はやっぱり外の研修が重要だと思います。内科の場合、レジデント期間は3年間で院内研修を中心にして1つの科のローテーションをもう少し長くするのがいいんじゃないかなと思います。3年以後はどちらかというと医局の都合で動いているので、レジデント制の6年というのは院内の病棟を見る人間が必要なので6年というだけで、実際は卒後研修の初期の部分を担っているのは3年間くらいかなと思います。

岩本 この問題は医者の教育の質をシステムにどう反映させるかということに収束すると思います。それとその医師がどこの組織に属しているかということで、進路を選択する意志の主体がどこにあるかということに結局つながると思います。

司会 6年目と7年目ではレジデントであるか

どうかの違いがあるわけですが、この点についてはどうですか。

白岩 レジデントでいればいざとなったら大学に戻れる。図書館、コピーカードが自由に使えるという程度の差でしかないと思います。

阿部 例えば心臓外科だと小児、成人、血管などいろいろやることがあります。6年ではちょっと足りない。全部公平にバランスのとれたローテーションができるのは大学しかないと思います。10年くらいでなんとか全部回れると思います。3年でいいところもあると思いますが、バランス良く学ぶという点で、大学病院は緩衝地帯になっていると思います。

司会 レジデント制6年というのは我々にはしみついていることなんですが、これはある意味ではかなり恣意的なもので、一人前の医者になるためには何段階があると思います。それは個人によつても科によっても違うことだと思いますが・・・3年で足りますかね。どうでしょうか。

上村 麻酔科では、3年ずつ分けて考えられると思います。最初の3年間大学にいる間に、主麻酔として麻酔をがんがんかけて教わり、後の3年間は副麻酔として教える立場になります。私は筑波のレジデント制度は良いと思います。別の話ですが6年あったから2回出産できたということもあります。

司会 レジデントの6年間は自分の技術の修得とともに、下を教える立場にもなってくる。下を教えるということがレジデントの期間にどういう意味をもつかということについてはどうでしょうか。

阿竹 下の学年を教えるということはとても大事だと思います。自分と同じことができる人間が増えるということは、チーム医療ができるようになるということですから。

岩本 一人前の医者になるために踏むべき段階が

あって、下の学年の人を教えるということはそのために必須の段階だと思いますね。それがないと一人前の医者になれない。医者は医療チームの核となるわけで、自分以外の人間とうまくやりながら、チームの他の構成員ときちんと議論して意見調整しつつひっぱっていく必要があるんです。それから医療は本質的に他者に対する行為ですから、他者のことをいろいろ思いめぐらすというトレーニングをしないとできない。

司会 教えるということは難しいですよね。僕は今教える立場にあるわけですが、人に教えることは自分が勉強することもあります。恐らくそこでの苦悩が人を成長させることにもなるんだろうと思います。では次に本題のポストレジデントについて考えていただきたいと思います。レジデントを修了する時に考えたことなどについてお話ししていただきたいと思います。

岩本 6年修了時の前後で大差ありませんでした。強烈にモチベーションをもっていたという訳でなかったので、流れに身をまかせたといういう感じでした。その結果が僕にとってはプラスになりましたが。

白岩 科によってまったく違ってくるのではないかと思います。また医局というよりボスの考え方によっていると思います。泌尿器科なら臨床も研究もできます。僕の場合は大学院を終わってもう少しリサーチをやりたいという希望がありまして、ボスにお話ししたらあそこならできる、と考えていただきました。

司会 リサーチに対する志向はいつ頃から持っていたんですか。

白岩 M5あたりから臨床、リサーチの両方をやりたいと思っていました。

司会 かなり早期からあったわけですね。阿部先生はいかかでしたか。

阿部 大学でチーフとして働いていましたが、とても忙しかった思いがあります。とても考えていた暇はなくレジデントを修了してから、大学院に行きたいと申し出たところ、許可されました。

司会 すんなりいったんですか。

阿部 うまくいきました。

司会 忙しい臨床の中でリサーチをしようと思ったのはどうしてですか。

阿部 6年間終わって2年間第一線の病院でやってみて、どこに行っても大丈夫という自信が出てきたことと、ずっと臨床をやってきて、一回くらいはリサーチをやってみたいと思ったことによります。外科医なのであまり臨床も離れると使いものにならないし、昼夜開講の大学院のうち2年間臨床をやって、2年間働きながら研究をしたいと思います。

司会 昼夜開講の大学院(*注)について少し話していただけませんか。

阿部 大学院博士課程の学生です。門戸を広げることで働きながらでも大丈夫です。試験は簡単でした。語学は英語だけです。あとは医学のM3かM4のような試験があるだけで、ちょっと入りやすくなっていて、履修申請も一応出してて昼間の講義も一応とらないといけないみたいですが、他の大学院とあまり変わらないと思います。働いていてもいいということで。ただ研究日が週1日か2日で本当にリサーチができるかというと、1~2年は完全に臨床から離れないと無理なんじゃないかと思いますけど。

阿竹 私はチーフレジデントの時に第三世界で医療を行いたいと思いました。レジデント最後の年に教授に申し出て、医局人事から外してもらいました。前もって話をしていたのでアフリカに行くことになったと言っても誰も変な顔はしませんで

した。

司会 どうすれば実現するんですか。科やボスによるということなのか、先生のようにそういう意志を表明し続けていたことが重要なのか。

阿竹 教授には言いやすかったと思います。ダメと言わされたらどうするかあまり考えていませんでした。帰国したとき、教授のところに行ったら、「よくやってきた」と迎えてくれました。

司会 上村先生はどうですか。

上村 県立中央病院にレジデント中から行っていました、レジデント修了後もそのままついでいました。ボスが個人個人に打診してくれるんですが、結果的にはほとんどボスの言う通りになっています。もともと小児の麻酔に興味はあったので、今回はラッキーでした。麻酔科では大学院に行く人はあまりいませんが麻酔科は外科ほど忙しくないので、レジデント修了までに博士号をとってしまう人もいます。

司会 江田先生はこれからどうしようかというところですが。

江田 スペシャリスト指向はあまりなくて、いろいろな仕事をしたいと思います。メディカルセンターでP T C Aなどいろいろやれたので、できればそういうこともできる場でやりたいと思っていますが、将来的にはジェネラルにいろいろ診れるのが希望です。

司会 概ね所属しているグループの人事というか流れにのっているようですが、レジデント修了時に自分が何をやりたいのかはっきり言える人もいれば、そうでない人もいます。一方で人事もあるわけです。レジデント修了間際のシステムについて何かコメントありませんか。

江田 ポストレジデントについて、医局がどの程

度の行使力があるのか他の先生にききたいのですが。

白岩 泌尿器科はレジデント中もレジデント後も医局の都合が最優先です。

岩本 神経内科には自分の意志で進路を変えた人が結構多いです。多分、自分の希望をかなり強くアピールすれば、すぐに実現するかどうかわかりませんが希望にそう形で人事が動いていく方向にあるんではないかと思います。

阿部 循環器外科では1回生から4回生くらいには行使力はおよんでいないようです。打診はあるようで、勝手に動かすことはありません。人事担当の先生自身もその辺のところはよくわからないようです。積極的な行使力はありません。レジデント修了後5年くらいまで医局の人事の影響があるようです。

司会 さきほどから「医局の人事」ということで仮に「医局」という言葉を使っていますが、筑波大学はもともと医局講座制を廃しているので、他大学のようなかなり強固な「医局」は筑波大学にはないわけです。動かす方もどこまで影響を及ぼすかというのが手探りのようなところもあるかも知れません。やはりきついピラミッド型のものとは違うかなと思います。ただその集団、グループというのは存在していて、そのなかでの影響は当然あるでしょう。

阿部 筑波大学にはそもそも医局制はないですが、他大学はみんな医局制をとっていますから、例えば外科医なんかは一人では何もできませんから、ここを飛び出しても、迎えてくれるところが他に一つも無いわけです。筑波大学が医局制を廃止しても、どこどこ病院の何々科はある大学の医局が握っているので、なかなか入っていけないと思います。筑波大学だけが医局制を廃止しても駄目なのではないかと思います。

司会 世界で一流の腕を身につければ大丈夫と言

う先生が近くにおられるでしょうに、若い先生がそんなことを言っていいのかなのかという気がしますが・・(笑)。

阿竹 企業もそうですが、医者の世界でも成長期から安定期に入ると、頑張っていればどんどんいいポストに付ける時代は終わりつつあるような気がします。そんな風に思っている若い医者はけつこういると思います。じゃあ我々はどうするかというと、他の道を探さなくてはなりません。会社人間が会社に尽くしてきたのにリストラで会社を辞めさせられて、途方に暮れるようなことにならないように我々は考えていかなければなりません。そういう思いから日本を離れて医療を行ってみようと考えた面もあります。

司会 なるほど。さて今までのお話から、流れというかやはり人事があるわけで、それに身を委ねている時期もあるでしょうし、だんだんそうでなくなっていく時期もある。その時に、自分が何をしたいのかというようなことを持っていないと駄目なんですね。それを実現させたい人はそれをアピールし続ければいいし、結局自分が何をやりたいのかというところに戻ってくるような気がします。それが割とうまくいきやすい時期があるのかも知れないし。筑波の場合には他大学に比べて、それ程タイトではないように思います。

では認定医、専門医、リサーチ、学位などについて、聞かせてください。

岩本 神経内科では日本神経学会の認定医があります。これは内科の認定医の資格は必要ありません。卒後5年の経験と学会在籍で受験資格ができます。筑波の場合、ほとんど5年目でとれます。だいたい認定医の資格が無いと神経内科の「業界」では一人前として見てくれません。どこに行くとしても認定医が無いと駄目という感じです。

司会 認定医は難しいんですか。

岩本 国試の勉強で皆がやりたくないと思ったよ

うなところばかりを集めたようなテストで、根性入れて勉強しないと合格できません(笑)。ただ合否判定はある程度研修先を考慮してくれるようです。研究に関しては、教授の意向が反映してます。今はどんどんペーパーを書けという風潮で、それでベッドサイドでは医療がともすると・・・という声が聞こえなくもないですが。あ、オフレコです、これは(笑)。私の場合は電気生理でティーテルをとったんですが、しっかり指導してくれる先生が近くにいたので、レジデントの5年目くらいからデータを集めはじめて、やっと去年取れたという感じです。

司会 先生は大学院にいかずに入ったわけですよね。大変でしたか。

岩本 レジデント修了後に行った病院は研究日をもらえるところだったので、その時期にはけつこう楽でした。日立総合病院では研究日をもらえなかつたのでとても大変でした。

白岩 泌尿器科では、専門医は卒後5年目で受験することができます。試験は普通にやっていれば通ります。落ちるのは恥ずかしいです。指導医は10年目にある程度発表していれば取れます。そういう意味ではうちは楽です。ティーテルはボスの方針で、必ず取るように言われています。大学院に行った人、行かない人両方含めてほとんどの人がとっています。どこで研究するかということですが、大学の泌尿器科の中とか、腎内などの他の科、基礎医学系、理化学研究所、大学院、国立がんセンター研究所などいろいろですが、本人の希望とボスの意向で決まります。学位をとってからのリサーチは、研究所が遠くにあったりすると大変です。大学の中がそういう意味では一番楽だと思います。優秀な先生だと他に引き抜かれたりして研究がそこで途切れてしまうことがあったり、時間的な問題もあります。また分子生物学のような最先端の研究は臨床の片手間で出来るようなものでは無いと思います。どこまでいけるかは個人の問題だと思います。

司会 阿部先生はどうですか。

阿部 認定医に関しては5年目くらいに外科認定医が、1000枚くらいの症例の紙を書いて、あとは面接を受ければだいたい取れます。その後2年後くらいに胸部外科の認定医が取れるのですが、試験は形だけです。食道、心臓、肺の三つをいつぺんにやりますが、全部やっている人はいないので、自分の専門の1／3くらいしか解けません。あとは症例を200枚くらい書いて、手術の件数があればもらえます。持ってても持てなくとも誰も気にしてません。将来的には持てないとまずいのかなということで、みんな運転免許証みたいな感じで持っているようです（笑）。筑波の卒業生は大体持っています。最近では外科の認定医を持っていないと胸部外科の認定医も取れなくなっています。リサーチについては、今回私は昼夜開講の大学院に入ったのですが、うちのグループに関しては、だいたい外国に1年から2年行ってとってくるのが多いようです。臨床やりながらティーチャーをとった人は1～2人位しかいません。大学院生が何人かいいますが、心臓外科に戻った人は少ない。大学院を出した人は心臓外科をやめて別なことをやっている人が多いです。そういうこともあって今回は昼夜開講制の大学院に入りました。私の場合は研究日を週に二日もらっていますが、4年間でやるのはちょっときついな、という感じです。臨床、臨床、という感じで今までやってきましたので、やっと実験室の掃除が終わったくらいで（笑）、これから稼動していくといった状態です。バックグラウンドのしっかりしているところなら良いのですが、うちのグループに関しては、どこかで1年から2年くらい臨床を中断して本格的にやる必要があります。

阿竹 消化器外科の場合は、5年目に外科認定医を取って、それから3年くらいしてから消化器外科認定医を取ります。書類さえそろっていればもらえます。将来的に専門医がないと認定施設として認めてもらえないという問題があります。研究に関してはレジデントの時に少しやりましたが、長続きしなくて別の方向に進みました。学位

に関しては臨床をやりながら取った人が二人いますが、とてもできる先生で特別です。2年間のローテーションを終わって大学院に進み、学位を取って消化器外科のレジデントとして戻ってくる人は何人かいます。レジデントを終えてから大学院にいく人は夜間は別にしていません。

上村 麻酔科は、2年目に症例が400例以上あれば標榜医が取れます。5年目から6年目に指導医がとれます。指導医のシステム自体が新しいので、かなりちゃんとやらないと落ちます。筑波大学に関しては筑波システムのせいか麻酔科は100%合格しています。他大学では1回では通らなくて、4年目から受けて5年目にとっているようです。ペーパー、面接、実地試験があります。もっと厳しくしようという動きがあります。私は去年の9月にとりました。研究に関しては臨床の場で麻酔をかけながら研究できるので、良くスタディしていらっしゃる先生が大勢います。私自身まだ積極的にはやっていません。どうするか考えています。先生にくらいについて実験している人もいますが、将来的にはスタディのピラミッドがいくつかあって、それぞれは指導者がいて、それぞれのスタディが進められれば、麻酔科では臨床で手技を学びながら、院に行かずに卒後2年から3年で取ることが可能だと思います。現在講師になつていらっしゃる先生方は、2年間海外に行って取ってきたそうです。今のシステムでは臨床の片手間で研究するのはやはり難しいと思います。麻酔科の場合、まだやられていない研究がたくさんあるので、やる気さえあればペーパーはたくさん書けますし、発表も国内だけでなく必ずレジデントの間にも何回か海外で行う機会があります。

阿部 動物を使ったり、試験管を使ったりする研究は臨床をやりながらでは、循環器外科では無理です。忙しいし、眠いのに、卒後も研究を続けている先生方のパワーはどこから出てくるのでしょうか。好きだから、必要だから、流れに身を任せているから、等いろいろあると思います。自分としては好きでなければやりたくないと思います。

司会 臨床と研究に関して何か付け加えたいことはありませんか。

阿竹 医学は科学ですから、研究を行う意味があります。しかし、研究の対象にならることは無視していいのでしょうか。研究は新しくなければなりませんが、医学は新しいことばかりじゃないと思うんです。科学的ではないけれど大切なことはたくさんあるのではないかでしょうか。

白岩 リサーチというとどうしてもネズミとかモレキュラーの話になりがちですが、やっぱり、臨床的に正しいことを裏付けていくというのも重要なリサーチだと思います。例えば前立腺の血管の局所解剖がわかつてきたのはつい最近のことです。この部位の手術の手技がここ数年で変わりました。これらのことは、僕らが6年間の研修の後に出てきた話です。大学を離れてこういうことを教えてくれる人がいなくなった時にどうやって吸収していくかということもまた問題となってくると思います。化学療法でも末梢血幹細胞移植や、骨髄移植の応用がどんどん始まっていますし、このようなこともどんどん対応していかなくてはならないような立場にいると思います。新しい治療法もどんどん吸収していかなくてはならないわけで、そういう意味でやらなければならることはたくさんあると思います。

司会 そろそろ時間も迫ってきましたので、このあたりで今までのことをふまえてレジデントを修了することはどういうことなのか、自分なりに考えたことを話してください。私たちは医専に入学し、その後レジデントとして教育を受けるわけですが、学群での教育は家庭での教育、しつけ、義務教育というかそのレベルだと思います。医者かどうかというのは決定的に責任のかかり方が違うわけです。初期研修の時期というのは、義務教育に毛がはえたようなものでして、成人というか大人としての段階まではまだ行っていないと思います。大人としての成熟というか自覚というか、自己の確立というものは、時間がかかると思います。私

としてはそんなニュアンスで考えているのですが、皆さんはどういうふうにお考えになりますか。

岩本 私自身の基本的な考えは堀先生と近いんですが、ポストレジデントは医者の独り立ちの時期だと思います。医者は自分の責任でなんでもやるわけですが、レジデントの時にはいつも後ろにサポートしてくれる人間がいたわけです。そういう状況から抜け出して最終的に全てを自分が背負う形で何かを決定していくわけです。そういうことに踏み込んでいく時期だと思います。やむをえぬ事情で意に反してそうなってしまうこともあります。あるいは一方でそういうモチベーションを持たなければならない時期ではないか、と思います。これは自分への戒めも含めてなんですが、医者も「企業家精神」を持つべきではないかと思います。どういうことかというと、ポストレジデントというのは、人から言われたことだけを消化していくのではなく、自分のイメージしている医療を具体的に形にしなければいけない時期であり、その時期に真に自分の生き方が問われるのではないかと思います。それは医長みたいな形でやらなければならぬこともあるかもしれないし、別の形であるかもしれません。結局のところ自分のイメージの実現であると思います。研究に関してはサイエンスとしての医学を研究していくのは確かに重要ですが、医者としての研究というのはもうちょっと柔軟に考えていいのではないかと思います。新しいものの追求でなくても、自分にしかできなかった経験を公表するということはとても大切です。つまり個の体験を共有体験にしなければ医学はここまで進歩しなかったわけで、そういうことはある意味では医者の義務であると思っています。例えば阿竹先生がザイールで経験したことを何らかの形で公開して、多くの人が追体験なり批判なり共感なり出来る形にすること、これは医者としての研究の根本の姿を示す一例ではないかと思います。

白岩 堀先生や岩本先生から非常に良い意見が出て、僕が特別付け加えることはないんですが、先

ほどの堀先生の話は非常に共感できます。特に学群・初期研修の頃は医者としての本当に必要な、患者さんとの接し方とか、点滴のしかたとかから始まるわけです。自分である程度一通りのことが出来るようになって、では次に何をするか、ということになるわけですが、それは口を開けて待っていても誰かが教えてくれるわけではないし、カリキュラムがあるわけでもない。やっぱり個人個人が考えるべきことだと思います。

阿部 自分のことをいえば、レジデントを修了した時にリセットスイッチを押すということだと思います。またゼロから、という気持ちです。ま、ハードディスクは初期化しないんですが(笑)。レジデントの6年間に学んだことをベースに、またゼロから、という感じです。6年間で学んだことをもとにどれだけ自分が出来るのかということの再認識が、僕としては一番大事だと思います。6年間で足りなかつたことは何なのかを確認したかったという思いがあります。たまたま外の病院に行った時に、そこが大学からまったく離れたところだったので、どこまで出来るのかを試すのは良い機会だったと思います。6年間のレジデントの期間が終われば一応筑波から卒業という気持ちで僕はやってきました。

阿竹 レジデントは自分を磨いていくための一つのステップでしたが、自分の意志はあまり反映されませんでした。6年間終わってみて自分はこういうことしたいという意志をもう少し出していいける時期がポストレジデントだと思います。医者は医者だけの世界でまとまつてはいけないし、そこだけでがんばろうとしてはいけないんです。一番大切なのは医療を求める人々が何を必要としているか常に考えることだと思います。

上村 レジデントを修了してみて、良いことも悪いこともありましたが、他大学の先生と接してきても、やはり筑波のレジデント制は良いと思います。筑波でレジデントをやっている先生は、たいてい学生時代にいわゆる一般的なしつけをちゃんと

と受けているので、レジデント期間は基本的な骨組みというか、医者として最低身につけるべきものを学ぶ時期だと思います。それで、6年終わって独り立ちしてその骨格に医者としての膨らみをかけていくのがポストレジデントであると思います。

江田 私はまだレジデントを修了していないんですが、僕は6年間というレジデント制度に対してちょっと批判的なんです。自己実現というか、自分が自分としてどうありたいかということを目指すところに向けてやっていくライフワークと、医者として周りの社会から期待されるものとが、必ずしも一致しないと思います。自分にとってはつまらないことも周りからは要求されたりとか、どうしてもギャップが生じてくると思います。6年間のレジデント制というのは、周りから要求される水準を最低限クリアーするための精神的、社会的、手技的なもの、知識、などを身につけるべき期間であると思います。もちろん、人として医者として完成していくには6年なんかじゃまったく足りないと思いますが。最低限度をクリアーするのに必要な期間が6年間なのかな、と思っています。

司会 フロアの方には、ポストレジデントのさらに先みたいな我々の大先輩の先生もいらっしゃるわけですが、何かコメントいただけましたらお願いします。

山口 一回生の山口です。私が研修を始めた時、我々にかけられた目標は6年間である程度一人で判断できる臨床能力を持った医師になるということと、6年目で臨床と研究のバランスをいかにとるかを、またその方向づけをしっかり決めることだったように思います。私が一番知りたかったのは、それらが6年間という期間で充分なのかということです。私自身は足りないとと思っています。レジデント制度はアメリカのものをモデルに導入されたのですが、医療環境やレジデント研修のサポート体制が全く違ったところに導入したのですから、システムを馴染ませるという作業が不可欠だと思います。そして期間の問題も含めて、各

診療グループがどのように工夫しかわったのかを知りたくてここで拝聴いたしました。

海老原 2回生の海老原です。レジデント期間中は6年間しっかりやって目標は優秀な消化器内科医になるということでした。最後にどうするんだ、と聞かれるわけですがそれが最初の意思表示なんですね。やっぱり優秀な医者になるからには、臨床も大切なんだけれども研究もして、後輩の指導もしなければならない。研究のテクニックというか考え方というものを持たないと、優秀な医者としての条件に欠けるのではないか、という思いがあつて大学院に4年間行きました。大学院にいる間に、同級生はもっといいコースに進んだり、留学して帰ってきたりして、もっと進んだ研究をしたりと、いろいろありました。今の僕はその4年間があったからこそ、今のポスト、評価があるんだと思います。評価されるのは40歳こえて研究職になつたり、臨床医としてのポストに就くとか、あるいは社会の中で業績あげていくとか、ということになるのでしょうか。何年かたって自分で良かったと思えるような進み方をして欲しいと思います。僕の反省の一つはいろいろなことが出来たのに、若いうちに留学しなかったというのは失敗だったと思っています。

宮川 3回生の宮川です。私は産婦人科です。卒業の頃はまわりも混沌としていて将来どうするとか、学位とかは全く考えてませんでした。大学に残る方が得か、外病院の方が得か、先に大学院に行つた方が得か、後からの方が得かなどいろいろ噂が飛んでいました。結局は変わらなかつたようです。レジデント修了の時は外の病院で、一人医長で出ていたため修了の会にも出られませんでしたし、面接もさぼってしまいました。また将来への構想などは考えてもみませんでした。学位は頂いたのですが、病棟の業務を優先していたため十分な実験もできず、いざ論文を提出してからは苦労の連続でした。認定医・専門医は現在どこの科でもありますが、卒業の頃から構想はあったものの、レジデント修了の頃に移行措置で試験を受けることなく書類の申請のみで取ることができ、試験を受けるようになったの

はここ2~3年です。以上のようにここ10年余りで私自身もまわりも変化し、それを見てきましたので現在卒業したての人にも6年間で何を考えてやつていつたらいいのかを、少しは教えてあげられると思います。今日の話はとても参考になりました。

司会 有り難うございました。さて、だいぶ時間をオーバーしてしまいました。このシンポジウムではもとより何かの結論を出すつもりはありません。感想としては、自分がどういうふうにいくのかを自分なりに考えることと、それを実現させるためにはどうすればよいのかを考えること。これらがレジデント修了前後で、重要な印象です。今日はすごくいい話がたくさんでした。ちょっと立ち止まって考えてみたり、人の意見を聞いてみたりすることも大事なことだと思います。本日はお忙しい中、貴重な週末においでくださいまして本当に有り難うございました。

(注)昼夜開講制大学院

昼間の勤務を辞めないで夕方に大学に通うことにより昼間の一般の大学院生と同様に研究を行い、博士(医学)を取得できる制度。筑波大学では、全国の医学研究科に先駆けて平成7年度より開始した。従来枠における大学院の5専攻(形態系、生化系、生理系、生物系、環境生態系)に対応してそれぞれ若干名を昼夜開講コースとして、1月に募集している。現在平成7年度の入学者64名中19名、平成8年度は72名中24名が昼夜開講制での入学である。毎年2月に入学試験を行っている。試験は、従来の大学院の入試は9月で、科目は第一外国語、第二外国語(英語ヒアリング、ドイツ語、フランス語)と共通基礎科目であるが、昼夜開講制の場合(1月募集)は、第二外国語を免除している。単位の取得については、例えば標準的には、1週間に2日位、夕方から大学に来るこことや、集中した形での科目的履修により、2年間で30単位取得することは可能である。

詳しくは

筑波大学医学事務区学生担当

(TEL 0298-53-3020) 又は、

医学研究科長室

(TEL 0298-53-3008,

E-mail : dcigaku@md.tsukuba.ac.jp) まで。

第16回(平成8年度)桐医会総会報告

事務局長 湯沢 賢治(3回生)

第16回(平成8年度)桐医会総会は1996年5月18日(土曜日)に筑波大学医学専門学群棟(4)A-411室において開催された。議事内容を報告する。

1. 平成7年度事業報告

副会長海老原次男氏(2回生)から表1のごとく報告された。

2. 平成7年度会計報告

平成7年度決算は、表2のごとく報告された。4月1日付で、監事2名宮川創平氏(3回生)、長谷川鎮雄氏(賛助会員)の監査を受けた旨、報告された。

3. 平成8年度事業計画

副会長海老原次男氏(2回生)から表4のごとく説明され、承認を得た。

4. 平成8年度予算

平成8年度予算は、表5のごとく説明があり、承認を受けた。

以上である。

表1 平成7年度事業報告

平成7年	
4月	第1回定例役員会 「総会開催のお知らせ」葉書発送
5月	第2回定例役員会
5月20日	第15回桐医会総会開催
6月	第3回定例役員会
7月	桐医会会報37号発行 平成7年度桐医会名簿発行 「16回生から後輩諸君へ」発行
9月	第4回定例役員会
10月	第5回定例役員会
11月	第6回定例役員会 桐医会名簿訂正版発送
12月	第7回定例役員会
平成8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 桐医会会報38号発行
3月25日	第17回生桐医会加入

表2 平成7年度決算

収入

内訳	予算	決算
前年度繰越金	452,048	452,048
会費	4,650,000	4,843,000
広告収入	1,600,000	1,952,000
名簿売り上げ	150,000	122,000
保険金手数料	200,000	463,203
預金利息	1,000	837
計	7,053,948	7,833,088

支出

内訳	予算	決算
総会費	250,000	121,077
事務局運営費	600,000	451,345
広報発行費	2,000,000	994,895
名簿発行費	2,000,000	1,987,127
通信費	1,300,000	806,092
消耗品費	70,000	24,778
備品購入費	100,000	33,670
事務費	80,000	1,359
涉外費	60,000	7,374
慶弔費	100,000	0
積立金	150,000	300,000
予備費	43,048	0
学生援助費	100,000	150,000
卒業記念品	200,000	129,171
繰越金	0	2,826,200
計	7,053,048	7,833,088

表 3 人 事

会長	山口 高史(1回生)		
副会長	鴨田 知博(1回生)		
	海老原次男(2回生)		
事務局長	湯沢 賢治(3回生)		
会計	堀 孝文(7回生)		
	大谷 浩司(10回生)		
監事	長谷川鎮雄(賛助会員)		
	宮川 創平(3回生)		
評議委員			
1回生	岩崎 秀男	小林 正貴	
2回生	富 俊明	星野 稔	
3回生	厚美 直孝	島倉 秀也	
4回生	大滝 純司	村井 正	
5回生	佐藤 真一	竹村 博之	
6回生	本間 覚	柳 健一	
7回生	堀 孝文	谷中 清之	
8回生	柴田 智行	白岩 浩志	
9回生	柴田佐和子	三橋 彰一	
10回生	金沢 伸郎	鴨下 晶晴	
11回生	中村 靖司	西村 秋生	
12回生	品川 篤司	毛利 健	
13回生	中馬越清隆	須賀 昭彦	
14回生	野田 秀平	小原 貞紀	
15回生	久米阿佐子	鈴木 英雄	
16回生	山崎 明	森本 裕明	
17回生	的場 公男	坂東 裕子	

表 4 平成 8 年度事業計画

平成 8 年	
4月	第1回定期役員会
5月	第2回定期役員会
5月18日	第16回桐医会総会開催
6月	第3回定期役員会
7月	桐医会会報39号発行 平成8年度桐医会名簿発行 「17回生から後輩諸君へ」発行
9月	第4回定期役員会
10月	第5回定期役員会
11月	第6回定期役員会
12月	第7回定期役員会
平成 9 年	
1月	第8回定期役員会
2月	第9回定期役員会
3月	第10回定期役員会 桐医会会報40号発行
3月?日	第18回生桐医会加入

表 5 平成 8 年度予算案

収入

内訳	予算
前年度繰越金	2,826,200
会費	4,900,000
広告収入	1,100,000
名簿売り上げ	80,000
保険金手数料	200,000
預金利息	500
計	9,106,700

支出

内訳	予算
総会費	350,000
事務局運営費	500,000
広報発行費	2,500,000
名簿発行費	3,000,000
通信費	1,850,000
消耗品費	70,000
備品購入費	100,000
事務費	80,000
涉外費	50,000
慶弔費	50,000
積立金	150,000
予備費	56,700
学生援助費	150,000
卒業記念品	200,000
繰越金	0
計	9,106,700

平成 8 年 4 月 1 日

桐医会会长 山口 高史 印
 監事 宮川 創平 印
 監事 長谷川鎮雄 印

第17回桐医会総会・シンポジウムのお知らせ

日 時：5月24日（土）

15:00～15:30 総 会

15:30～17:30 シンポジウム

場 所：筑波大学医学専門学群 4 A 411

シンポジウム

議題 「いい医者の条件」

編集後記

都合により2年分のシンポジウムを掲載しましたが、関連する
テーマなので、より深くおもしろくなったと思います。

今年のシンポはもっとすごいらしい。（ほ）

桐医会会報 第40号
発 行 日 1997年3月7日
発 行 者 山口 高史 編集 桐医会
〒305 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学医学専門学群学生担当気付
印刷・製本 株式会社 イセブ

桐医会会員名簿作成についてのお願い

平成 9 年 3 月

煙雨にかすみ、そこはかとなき春愁を感じる頃でございますが、皆様方におかれましては、益々ご清栄の事と存じます。

さて、桐医会では例年「桐医会会員名簿」を作成しております。今年度も 7 月当初に発行する予定です。この桐医会名簿は筑波大学医学専門学群の卒業者を中心とした教官、レジデント、大学院生、学群生の現住所、勤務先、出身校などを掲載しており、筑波大学の医学関係者のほとんどを網羅していると自負しております。つきましては、レジデントの皆様方にも御理解、御協力の程よろしくお願い申し上げる次第であります。

また、桐医会名簿は筑波大学医学専門学群の卒業者である正会員にはお配りしておりますが、筑波大学医学関係者には 1 部 1,000 円でお分けしておりますので、御希望の際にはその旨御記入ください。

下記の掲載事項に御記入の上、5 月 8 日までにレジデント連絡室に備えつけの桐医会メールボックスに御入れ下さいよう宜しくお願い申し上げます。

桐医会会长 山口 高史

氏 名

出身学校・学部・卒業年次

J 1 · J 2 · S 1 · S 2 · C 1 · C 2

科

現住所

電話番号

名簿の予約をする しない