

筑波大学医学専門学群同窓会



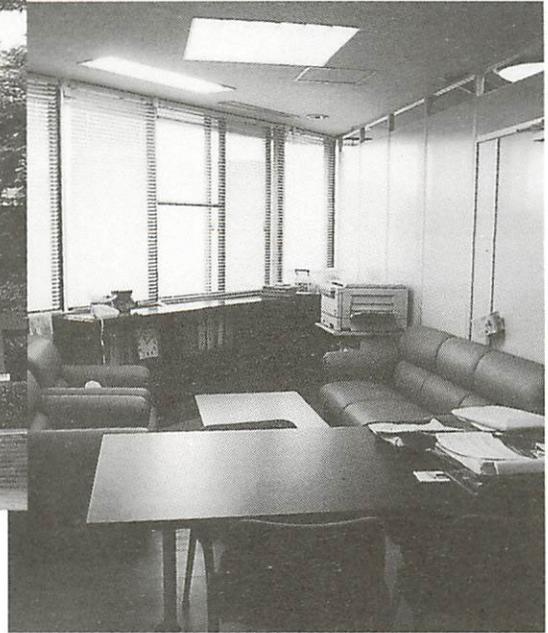
桐医会会報

2001. 9. 1 No.50



桐医会室

桐医会室 医学系棟3階ラウンジの真上です



桐医会サロン

本革張りのソファでおくつろぎ下さい

目次

☆桐医会室が出来ました	
☆最終講義 三澤 章吾教授	1
☆榑原謙教授就任の御挨拶	18
☆第20回桐医会総会シンポジウム	20
☆第21回総会報告(決算, 予算, 事業)	30

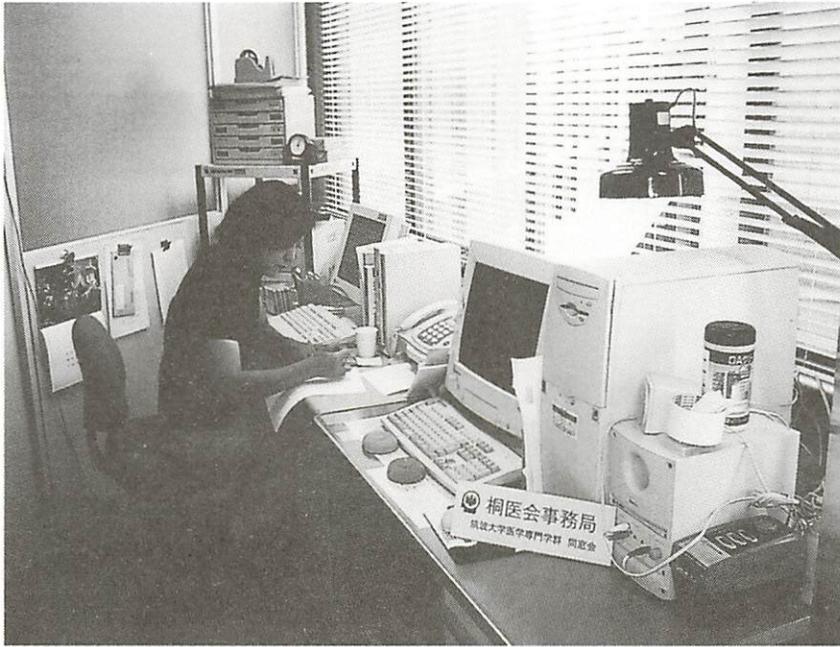
桐医会室が出来ました

2001年4月1日から、医学研究科及び医学三学系運営委員会が整備した「研究交流室」(医学系棟4階, 4B485室)の一部を、ご支援により「桐医会」で使わせていただくことになりました。

これまで桐医会の部屋は、医学専門学群棟1階実験室の横の薄暗いところで、主に学生役員達の手で維持されてきました。このたび、やっと日の当たる医学系棟4階ラウンジに「桐医会室」が出来ました。ここは、桐医会の事務室としてだけでなく、卒業生(桐医会会員)、教官OB、現役教官、学生会員など、すべての仲間が気軽に立ち寄り

との出来るサロンとして開放しております。これまでの全ての桐医会会報、桐医会名簿、筑波大学に関する資料、全国の医学部同窓会の資料など、各種の資料が揃えてあります。また、下記の時間には秘書が常勤していますので、会費の納入や住所変更なども承っております。

桐医会への連絡は、従来通りの郵便に加え、電話、ファックス、E-mailもご利用いただけます。近日中に、桐医会のホームページも開設する予定です。皆様のご意見やご提案をお寄せ下さい。皆様、気軽にお立ち寄り下さい。



桐医会事務局 秘書Kさん(年齢不詳)

桐医会室：医学系棟4階ラウンジ(4B485)
秘書勤務時間：月、火、水、金(9時～16時)
Tel & Fax：0298-53-7534
E-mail：touikai@md.tsukuba.ac.jp

茨城県の司法解剖から学んだ事

三澤章吾 教授

I. はじめに

最終講義で何をお話しようかと考えていたのですが、私が長い間やってきた司法解剖とはどんなことをやっているのか、私が去ってからも皆様に理解していただくため、また25年間教授として自分自身学んだ事を法医学をやる人達に残して行きたい、さらに社会にこれだけは言っておきたいと思う点があり、こういうタイトルを選ばせていただきました。

更に医師としては、医師法の第19条2項、医師法第21条に異状死体・検案など医師の義務があり、異状死体の届出の義務も書かれています。したがってこういう事もあるんだよという事を少しお話ししておきたいと思っています。

筑波へ来てから今日まで1,181体の司法解剖をさせていただきました。その中からいくつかの例

について話をさせていただきます。また、研究の一端をもご紹介させていただきたく思います。

司法解剖とは、簡単に申しますと、その対象となる人が犯罪と関係あるいはその疑いがあるで死亡した場合に、刑事訴訟法に基づいて行う解剖です。行政解剖という解剖もあります。これは犯罪には関係ないが、医者が診ないで死亡した、いわゆる病死以外の異状死体の場合に、死因を明らかにするために解剖するのが行政解剖であります。

司法解剖というのは、法的には刑事訴訟法で行うので、遺族の承諾は必要ありません。と言うことは、国家権力で解剖するわけで、亡くなった方は自分の意思でなく解剖されるわけです。したがって、ご遺体が私達執刀者に何を訴えているのかを聞きとり、そこから私達は何を学かということが大切であろうと思っています。

昭和51年に赴任しました時に読売新聞に書いていただきましたが「県内の司法解剖施設もバッチリ」となっていますが、それだけ県からは期待されていたのかも知れません。(写真1)

[茨城の犯罪の特徴について] (写真2)

茨城の犯罪とはどういう特徴があるのかと、全国でまとめてみました。平成11年だけ見ますと、茨城県内では年間2,700体位の変死体がありますが、司法解剖をしているのは、約80体であります。実は茨城という地域的な条件、東京あるいは千葉という大都会に隣接した地域であることから、犯罪事件も都会的なものと、昔からの地方的なものとが混在している地域だと思います。他殺だけ見ても、各県に比較して喧嘩口論など、比較的単純な人間関係の破綻と言いますか、そのようなものが



写真1 筑波大で司法解剖が行われている
(新聞報告)

動機となっているものが多いのです。一方死因を見ますとピストル（銃器）が多く使われています。現在茨城県では、発砲事件だけでも全国一の発生で、ある年の司法解剖の10%は射殺体というのも特徴であり、千葉とほぼ同じであります。他県に比べて圧倒的といってもいいくらいで銃の犯罪が多いといえます。ピストルの弾丸の入った跡を見ると何口径の弾丸だと解る位になったのも、茨城で仕事をさせていただいたお蔭かも知れません。これから私の経験し、学んだいくつかの例についてお話しいたします。

Ⅱ. [女子中学生・誘拐強姦殺人事件]

一番先にとりあげるのは、昭和53年10月18日に発生した女子中学生の誘拐強姦殺人事件です。(写真3, 4)

日立の風神山という所で、女子中学生が殺されたわけですが。私の若さゆえというか、私自身の知識がなく色々後悔した事件です。筑波で解剖を

し始めた73体目の解剖です。

はじめは顔面の傷を見た時、表皮剥脱、それが乾燥して革皮化（革のようになる）し、表皮が剥れているので、粗い物を使用したなと思いました。もしかしたら軍手様のものか、さて何だろうかと思いました。

その時気づけばよかったですのですが、口角部から流れた様な跡がある、液体だということは後でわかったのですが。(写真5)

これがその時気がつかず色々と考えました。今から思えばそれはクロロホルムでした。実はクロ

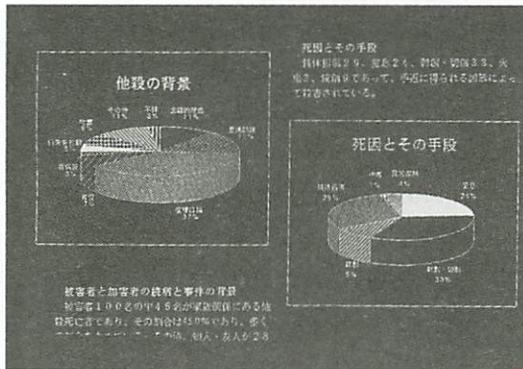


写真2 茨城県の犯罪

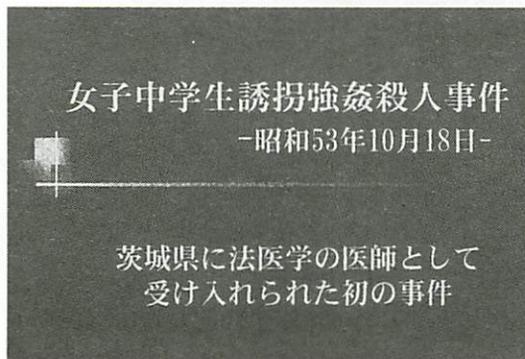


写真3



写真4 誘拐殺人事件の新聞報道

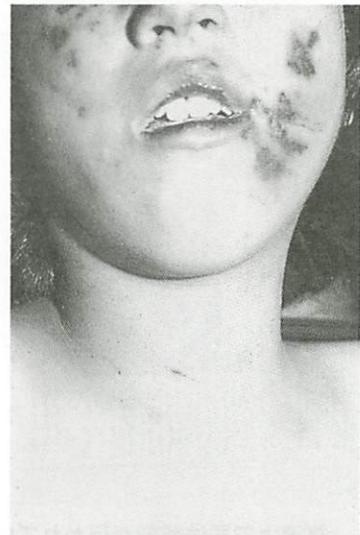


写真5 顔面部の表皮剥脱

ロホルムについてはつい3年前になりますが、茨城県である事件がありました。クロロホルムを使い女性が強姦された事件ですが、地方検察庁で三澤が53年にクロロホルムを使用した事例を解剖しているから参考にしたらと、関係者に言ったそうです。結局3年前の事件はクロロホルムを使った事がわかりました。最近になって役立ったわけです。

剖検時に採取しておいた血液からクロロホルムを検出しました。剖検時によくわからなかったのですが、薬物を疑っていたので脳を生（固定しないで）で凍結しておきました。脳からもクロロホルムを検出しました。（写真6，7）

実は、私達女性の解剖をする時かならず強姦されていないかどうか検査するのですが、実は陰毛に櫛を入れるのです。別な毛髪が取れないかと、必ずやるのです。私が以前恩師に解剖の際教えていただいた事を思い出し、すぐ病院の売店へ行って櫛を1本買ってきてもらいました。その櫛で陰

部をとかしていると1本毛髪が採取できて、実はそれがB型のものでした。亡くなった中学生はA型です。警察は「先生何型ですか？」と言うのでA型だと解剖中に言った思い出があります。その後の検査で、その毛髪が犯人の陰毛だったことがわかりました。そこで強姦殺人が成立し、犯人は死刑になりましたが、私がこれまで解剖した例で死刑になったのはこの例だけです。

あの1本の毛髪が大きな証拠になったようです。東京高裁に証人出廷しまして「新しい櫛を使用しましたか？」と裁判官に質問されまして、「売店へ行って買ってきました。」「クロロホルムの量はどの位ですか？」、「クロロホルムは致死量の何十分の一です。」という証言をし、死因は頸部圧迫による窒息ですと証言したわけです。その結果、死刑ということになった事件です。

38歳の時に教授となりまして、茨城県警では、そんな若造に解剖はできないと思っていたんですが、恩師に教えていただいた通りやった、その結果がまあ、そういう行為を立証できた事件で思い出深い事件でした。

これを契機にして、筑波大法医学が茨城県警に受け入れられたのだと私自身は思っております。

Ⅲ. [東茨城郡小川町における強盗殺人放火事件—昭和60年10月12日 殺人か？焼死か？—] (写真8, 9)

一般的に焼死体の場合、本当に火災で死亡したのか、あるいは別の方法で殺し、火をつけて犯罪を隠蔽したのかを明らかにしなければなりません。通常死者はボクシングスタイルになり、真黒になっています。焼死かどうか判断する場合、私達は二度火傷がないかどうか検査します。

二度の水疱性の火傷で、通常鮮紅色を示している場合、一酸化炭素ヘモグロビンが形成されますので、これを見ますと生存中に火災に遭った（生活反応）、すなわち焼死としてまず問題ないと思います。解剖してなくても焼死であることが解ります。（写真10, 11）

また、二度の火傷は水疱を形成します。これは血液循環があり、熱の作用により、血管内から

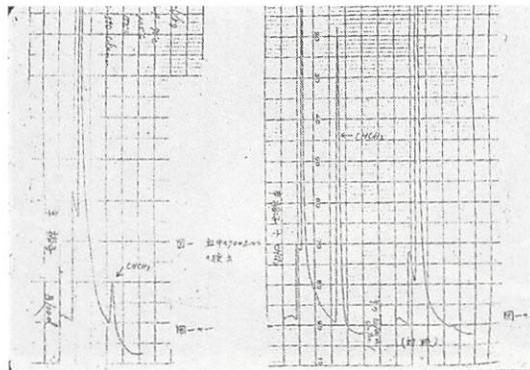


写真6 血中のクロロホルム濃度

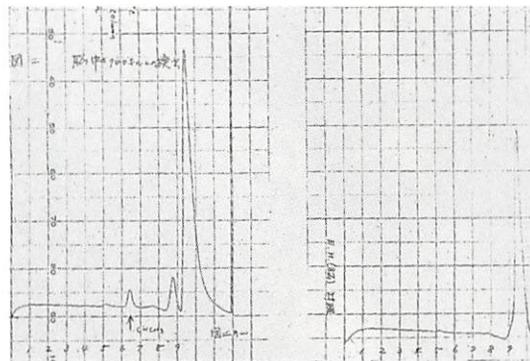


写真7 脳中からのクロロホルムの検出

液体成分が血管外に漏れ出ると教科書には書いてあります。死体を焼いた場合にも水疱ができますが、ただし大きさは大きくない、色については書いてありません。第二度の火傷で生活反応の場合は、2 cm 位の径が普通はがあると教科書には書いてあります。

また、普通の焼死体だと生きていて呼吸をしているので、煤を肺の末端まで吸い、喉頭蓋には熱気により第二度火傷が見られます。こういうのを見ますと生きていた時に火災に遭ったということです。ですから、焼死でいいわけです。(写真12)

このような死体が運ばれてきました。

水疱が大きいのでは焼死体だろうか、もしかしたら違うのでは。(写真13)

目を見ますと眼瞼結膜に溢血点があります。まず考えるのは首でも絞められていないかということです。私達の常識なのですが、眼結膜はどんな死体でも必ず見ており、溢血点があるな、もしか

したら…と思うのです。(写真14)

解剖してみますと、左の肋骨7, 8, 9番あたりですが、骨折して出血がありました。(写真15)ということは、生きていた時にできたもので生活反応であります。頸部をみますと、舌骨や甲状軟骨周囲に出血があり、骨折している。「これはだめです。殺人です。」と、立ち会っている刑事調査官に言ったわけです。(写真16)私達が言う一言は、重みがある事を先程の誘拐事件の時に、実感として知りました。あの事件の解剖終了後に食事をしておりましたら、NHKのテレビで死後何時間というような事を報道しておりました。確か死後4-6時間位経過したといったように憶えております。自分の一言がこんなに色々と影響するんだと思い、慎重にならざるを得なかった事を今でも思い出します。

しかし、この焼死を装った殺人事件ではそれから3ヶ月間、眠れない夜が続きました。犯人が捕

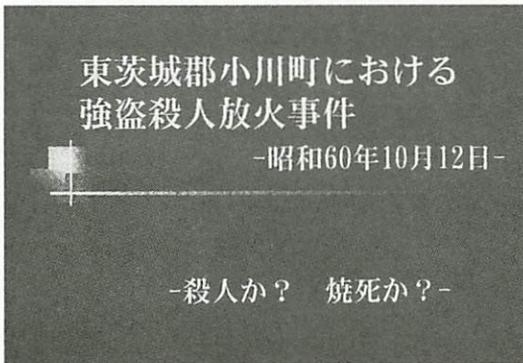


写真8

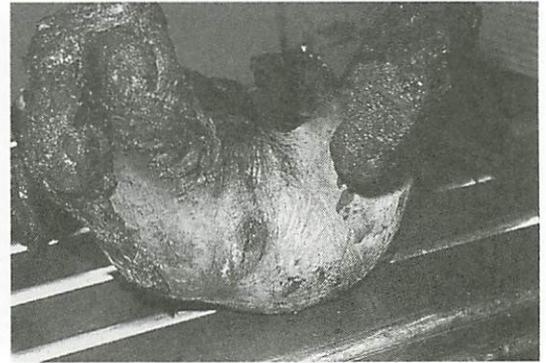


写真10 第2度火傷(焼死の生活反応)



写真9 事件現場での捜査陣との打合せ



写真11 第2度火傷(焼死の生活反応)

まらないということで、本当に殺人であったのだろうか？これで良かったのだろうか？と悩んだわけです。

解剖時には、おそらく犯人が82歳のお婆さんに馬乗りになり、首を絞めたのではないかと、左の肋骨々折は犯人の膝か何かの圧迫によるものと考えられるという意味の事を刑事調査官（県警で死体

を専門に検査している係）に言っていたわけです。

3ヵ月後に犯人が捕まりました。犯人の自供によると、私の想像していた通りだったのでホットしたとともにプレッシャーから開放されました。なぜ犯人は侵入したのだろうか…実は強姦目的との事でした。犯人は留置所から出て来たばかりで80歳位の人も、女性は女性なのだと、その時に感じた事件であります。

解剖は犯罪を立証する一つの手段ですから外表だけで判断するのは怖いと言う事が言えると思います。簡単に考えないでいただきたいという話です。

筑波大での解剖の中、焼死体は79体、そのうち殺人事件を隠蔽するために火をつけたのは3体で、一般統計を見ますと、確か1万體で7～9体とかが犯罪を隠すために放火したものがあるというデータがあります。仮に一体でも犯罪を見落とすと言う事になりますと、警察も私達も社会的に大

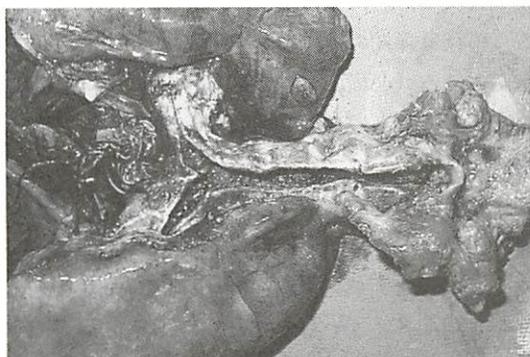


写真12 気道内の媒（焼死の生活反応）

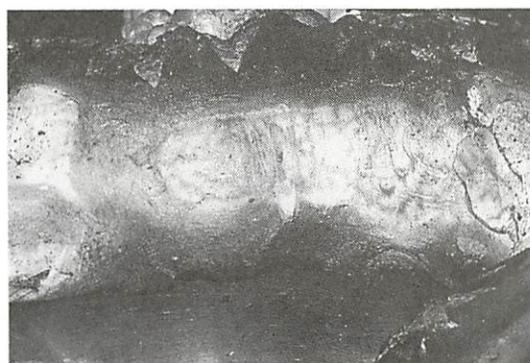


写真13 体幹部の火傷



写真15 左肋骨（7～9）骨折と出血



写真14 眼瞼結膜の溢血点

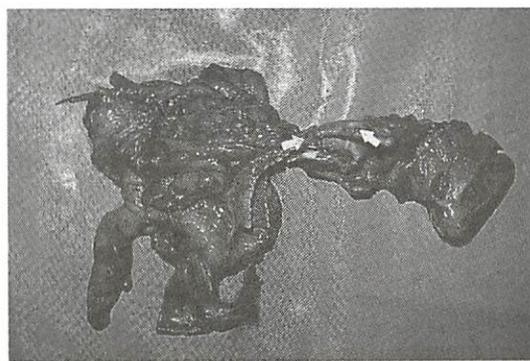


写真16 頸部軟骨の骨折

変な事になります。見落としがあつてはならない。やはり、その時その時にそれまでの知識と経験を活かし、正確な観察と記録を心がけて解剖を行わなければならない事を強く感じました。

IV. [教科書を書きかえた男女射殺事件

—トカレフ型拳銃の威力— (写真17)

先程、茨城の犯罪の一つの特徴はピストルを使った犯罪、射殺が多いという話をしましたが、茨城県へきてよかったな(?) と思っているのは、交通事故が多い、射殺が多い、このような例の勉強もさせていただいたことです。

何口径の弾丸は何ミリの孔が身体にあくかなど直ぐわかるようになりました。SW38は、38口径(弾丸の径0.38インチ)ですが、体にあく孔は約7ミリ、弾丸の径は9ミリなどどだいたいわかるように勉強させていただきました。日本の法医学の教科書には、欧米の教科書と違い射殺について

はあまり書いてないのです。

この例は、警察官が逃げる犯人を撃った事件です。(写真18)ピストルの弾丸の作用だけが身体に及ぼすような距離からの発射を遠射といいます。さらに近くなりますと近射といい、爆発、火薬、弾丸の作用が見られます。身体に接して弾丸を発射した場合は接射といいます

射創の遠射においては、射入口(弾丸が身体に入った所で、皮膚は円形あるいは楕円形に欠損する)の径は弾丸の径より小さいという原則があり、出たところ(射出口)は破裂状、いわゆる裂創になりまして弾丸の径より大きくなります。これが遠射の原則です。

弾丸が出たところから入った所を結んだその先に銃口があるわけですが、射入口と射出口を間違えて逆にしますと、犯人が撃った場所が逆になってしまいます。SW(スミス&ウエッドソン38型拳銃)による射入口です。孔はだいたい幅7ミリ

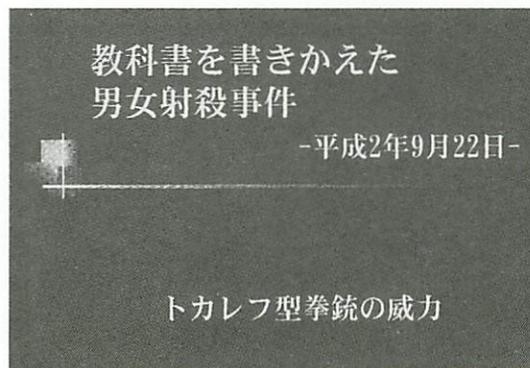


写真17

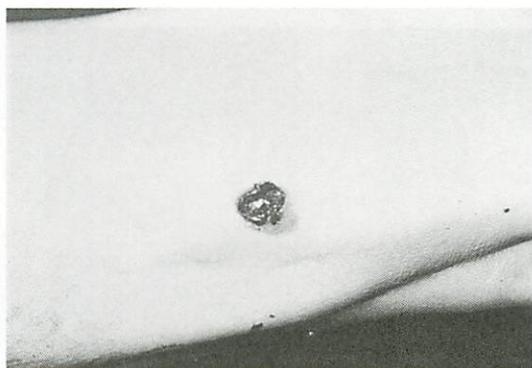


写真19 左大腿部射入口

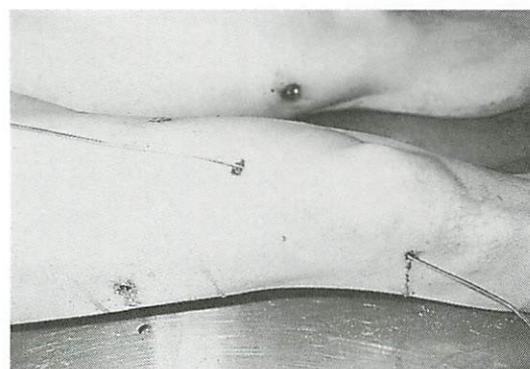


写真18 左右下肢の射創

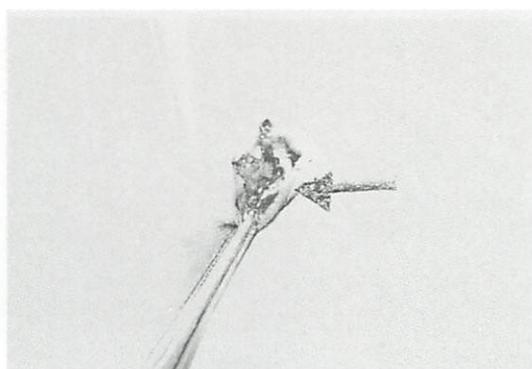


写真20 右大腿部射出口

位です。弾丸径は9ミリメートル、左足に2発、うち1発は左足をも貫通しています。射出口は破裂状です。(写真19, 20) 射入口の周囲には弾丸と表皮との擦過によって生じる黒色調の汚染輪(乾燥輪ともいいます)が見られ、逆にこれが見られると射入口と判断できます。(写真21, 22)

38口径拳銃での自殺の例です。自殺ですから、せいぜい数10cm以内の距離での発射です。7ミリ位のしっかりした円形の孔があいています。円の周囲には汚染輪といわれる皮膚と弾丸との擦過した跡がつき、これが射入口の特徴です。(写真23)

ゲーム喫茶での射殺事件の例です。

犯人が逮捕され、その供述によれば、1m位の距離からトカレフ型拳銃(38口径)を発射したとの事です。(写真24) 解剖時に頭部を見ますと、後頭部は破裂状に大きく開いており、顔面の方で

は右眼瞼の上方にはほぼ円形の孔が開いておりました。そこで私は前が射入口、後頭部が射出口と当初推測して解剖を始めたわけです。(写真25, 26)

ところが、後頭部の皮下に火薬様のものが付着しており、後頭骨は粉碎され内側(頭蓋腔内)に骨折片が飛んでいるのが見つかりました。(写真27)ということは、大きな破裂状の方が射入口で、顔面の小さな孔が射出口ということになります。遠射の原則とは違うことがわかりました。

使用された拳銃はトカレフ型38口径で、SWやニュー南部といわれる拳銃より何倍もの偉力があるということを警察官が語っております。

トカレフ型のような銃では注意深く観察しませ



写真21 SW38型拳銃(使用されたものと同型のもの)

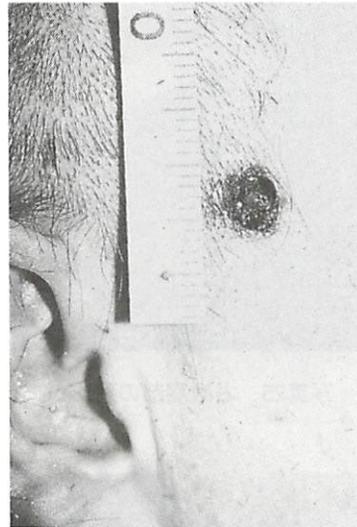


写真23 右側頭部の射入口(自殺)

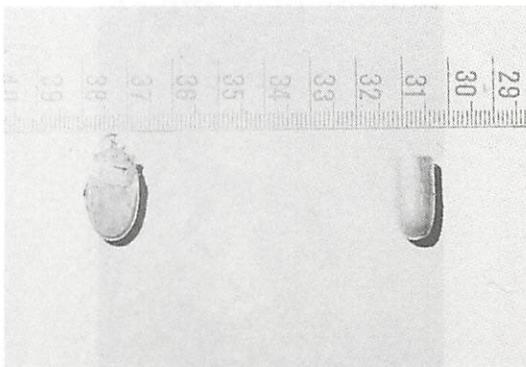


写真22 発射された弾丸



写真24 トカレフ型拳銃

んと、撃った方向が逆になってしまうという危険があります。こんな事は教科書には書いてありません。

1例1例の経験と、その積み重ねの知識が如何に大切であるかを示す勉強になった例の1つです。

V. [交通事故損傷の研究]

研究の話を少しさせていただきます。

茨城県で仕事をして良かったことは、交通事故

が非常に多いこと(?)、日本自動車研究所という、日本でトップクラスの車に関する研究所が近くにあるということでした。

私達法医学の者は、交通事故損傷についての鑑定をしばしば依頼されます。

一般に法医学では、交通事故に起因すると思われる死体の解剖検査を行うことにより次のようなことを明らかにしなければならないのです。

1. 交通事故損傷(死)か、否か
2. 死因
3. 死因の種類(病死、災害死、自・他殺などの別)
4. 死亡と交通事故との因果関係、事故の死亡への関与度
5. 車両と被害者との位置関係
6. 車両との衝突によるか、轢過によるか
7. 運転者、同乗者の特定
8. 被害者の個人識別
9. 車両の特定(普通乗用車、トラック、キャブオーバー型、その他の別)

これらの事項を解決するための基本は、損傷(傷害)の形成機序と車両の加害部位等を特定することです。したがって実際に発生した歩行者事故を多数例解析し、データを類別化することにより、損傷のパターンから車両の構造形態と事故の



写真25 右眼窩部の射出口



写真26 後頭部の射入口

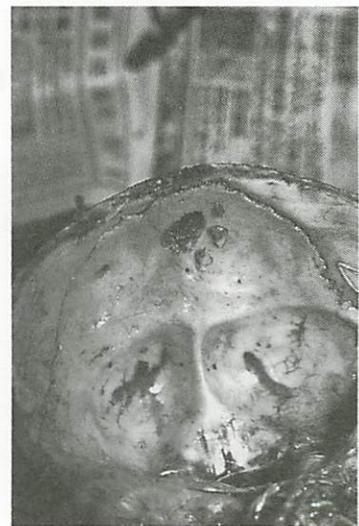


写真27 頭蓋腔内への骨折の陥入

様相との関連、事故時の被害者と車両との相互関係を再現することが可能となります。このような観点から損傷を分析してみると、臨床医が自動車交通事故損傷を診断あるいは治療をする際に参考にしてほしい点がいくつか挙げられると思います。特に自動車（車両）の形状の多様化（ボンネット型、キャブオーバー型、セミキャブオーバー型など）により、歩行者の損傷の形状・分布が各々異なってきます。

車両の乗員に見られる損傷も、シートベルトの着用やエアーカーブの展開などにより、従来見

られた損傷とは違ってきています。

・歩行者と車両との衝突について

歩行者交通事故では、歩行者横断中に普通乗用車と衝突ないし接触する例が事故の形としては圧倒的に多いようです。

歩行者とボンネット車との衝突の際には基本的に、①衝突創：バンパーと下腿（小児では大腿）との衝突による皮下出血、表皮剥脱、骨折などのバンパー創、フェンダー、ボンネットやフロントガラスとの衝突による骨盤骨折、内臓破裂、顔面・頭部の切創、挫創、頭蓋骨骨折と脳損傷など、

交通人身事故の発表状況と人体損傷部位

状況	部位	頭 (%)	顔 (%)	頸 (%)	胸 (%)	腹 (%)	腰・脊椎 (%)	腕足 (%)	その他 (%)	件数
四輪運転中		15.77	10.01	46.87	5.72	1.60	4.25	14.71	0.07	4,425
〃 同乗中		17.48	13.69	39.85	5.63	0.88	3.83	18.47	0.18	2,718
二輪運転中		9.96	3.16	3.40	6.32	1.94	4.62	70.47	0.12	823
〃 同乗中		12.67	3.33	2.00	4.00	0.67	7.33	70.00	0.00	150
原付運転中		18.38	9.89	3.59	5.10	0.73	5.15	57.00	0.16	1,921
〃 同乗中		18.37	8.16	2.04	0.00	0.00	4.08	63.27	4.08	49
自転車運転中		26.13	9.65	3.05	4.74	0.73	6.86	48.81	0.06	1,772
〃 同乗中		28.26	17.39	2.17	4.35	0.00	4.35	43.48	0.00	46
歩行者横断中		36.46	9.66	1.02	2.52	2.18	8.37	39.80	0.00	1,470
〃 その他		28.39	8.26	3.39	4.45	1.69	10.81	42.80	0.21	472
									計	13,846

(写真28)

損傷部位と損傷の種類

状況	部位	頭	顔	頸	胸	腹	腰・脊椎	腕足	その他	件数
切 断		3						7		10
骨 折		284	39	41	230		88	1,171	3	1,856
刺 創		10	12			1		11		34
内臓破裂					17	52				69
火 傷			1					2	1	4
脳震盪		15								15
むちうち				1,294						1,294
脱 臼							3	26		29
捻 挫				1,560			54	65		1,679
裂 創		145	151	2	1	1	1	85	1	387
挫 創		686	668	106	22	6	40	592		2,120
擦過傷		65	121	6	5		8	214		419
打撲傷		1,616	552	333	385	100	416	2,197	5	5,604
計		2,824	1,544	3,342	660	160	610	4,370	10	13,520

(写真29)

②転倒創：ボンネットに乗り上げた歩行者は転倒し、道路面で擦過傷、打撲傷を形成、③轢過創：転倒後、後輪や他車のタイヤによって轢過され、

デコルマン（剥皮創）、伸展創（四肢の付け根の裂創）などと呼ばれるタイヤの轢過を示す創、などの機序で損傷が形成されます。

・加害部位とAIS

損傷には軽傷から重傷などの別があり、客観的に傷害程度を表現することが必要であります。その目的のためAIS（Abbreviated Injury Scale、簡易傷害度スケール）という1971年に米国において自動車交通事故で人体に発生した傷害をスケール化したものがあり、1980年、1985年、1990年に改訂されました。AISでは傷害程度がAIS-0の無傷からAIS-6の死亡（最も重い傷害であり、実質的には救命しえない場合）までの7段階に分類されます。また一般的にAIS-6が死亡、AIS-3～5が重

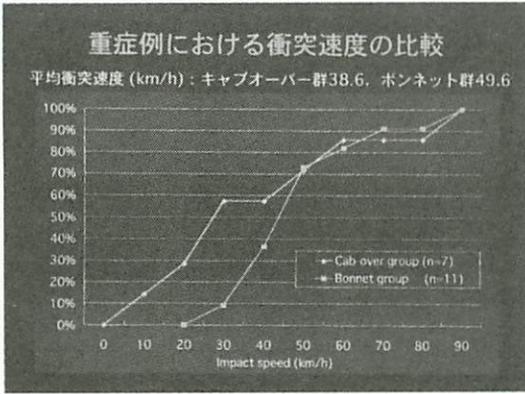


写真30 重傷例における衝突速度の比較

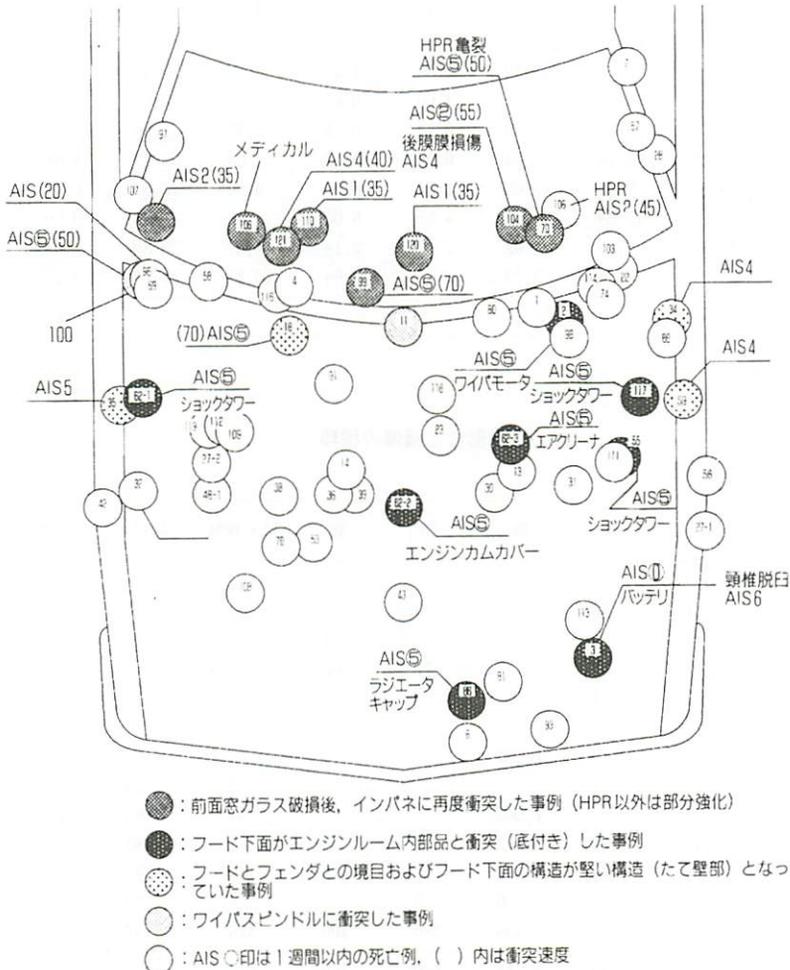


写真31 車両上の頭顔面部衝突位置

傷、AIS-1～2が軽傷にはほぼ相当するとみることが出来ます。また多発外傷の重傷度の評価に身体各部のAISの上位3カ所の2乗を合計したISS (Injury Severity Score) も用いられます。

まず基礎的データとして、人身事故13,846例の事故発生状況と損傷部位を表に示します。(写真28) 歩行者横断中では四肢、頭部に損傷が多いことがわかります。また写真29に13,520例について損傷の部位と損傷の種類を示しました。頭部では挫裂創、打撲傷、頭蓋骨骨折が多く、四肢では打撲傷、挫傷、骨折などが多くみられます。

・衝突速度とAIS

衝突速度は重傷度に大きく影響します。AIS-1～2の軽傷群の平均衝突速度は21.6km/h、AIS-3～4の平均衝突速度は31.8km/hであるのに対し、重傷群AIS-5～6で50.2km/hと大きな差が見られます。一般的には40km/h前後が損傷重篤化の境界となります。(写真30)

頭顔面の損傷はフード、フェンダー上面やフロントガラス、ピラーが加害部位になり易く、しかもAIS-5～6と重傷あるいは致死性的になります。しかし衝突事例を詳細に調べてみますと、フード上面に衝突した場合でもAISに差があり、死亡する例と死亡しない例があることがわかってきました。そこでフード面に衝突した例について、AIS、死亡例、衝突速度、フード下面の構造(ショックタワー、ラジエターキャップ、エアクリナー等)などについて分析してみました。その結果は写真31のようです。フード下面がエンジンルーム

内の硬い部品と衝突(底付き)した場合には、死亡あるいは重症となることがわかります。フードとフェンダー側のどちらかに少しでもずれた場合にはAIS-3以下の損傷になりますが、境目部分にまともに衝突するとAIS-4以上の重い損傷になることもわかりました。

フードに頭部が衝突すると、フードは実際に6～7cm程度凹み、底部のショックタワーなどに頭顔部が衝突し、頭蓋骨骨折など重篤な損傷が発生することは実際例でも確かめられています。

・歩行者とキャブオーバー型車両との衝突

キャブオーバー型車両を車両前面が平板であり、ボンネット(フード)部がない車両と定義し、このような形状と車両との衝突事例をキャブオーバー群とします。

キャブオーバー群はボンネット群に比べて、頭部、胸部が主要損傷部位となる事が多く、特に死亡・重傷群に限ると、その特徴はより明らかになってまいります。特に胸部損傷はキャブオーバー群とボンネット群とで有意の差が認められています。胸部の損傷形態はキャブオーバー群では、多発肋骨骨折を伴う肺挫傷、血気胸が多く、ボンネット群では内臓損傷を伴わない肋骨骨折が多く見られます。まれに心破裂の例も経験しております。(写真32)

・歩行者損傷の加害部位

車両自体による損傷の加害部位は、キャブオーバー群ではフロントパネルが最も多く、次いでフロントバンパ、前面窓ガラスなどで、ボンネット

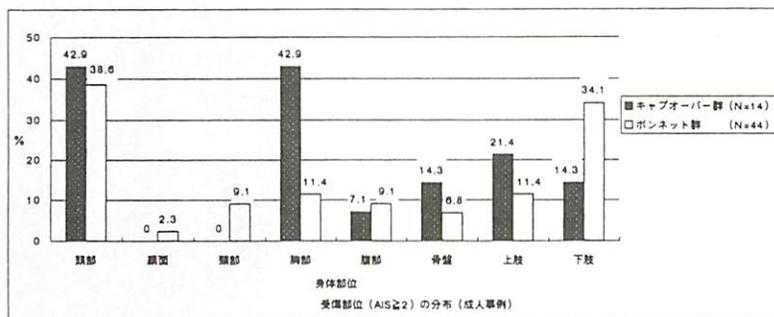


写真32 キャブオーバー型車両と歩行者衝突事故における損傷の分布

群では前面窓ガラス、フロントバンパ、フード上面などで多発します。

胸部への損傷はキャブオーバー群ではすべてフロントパネルにより形成されます。

・衝突速度と重症度との関係

一般にボンネット型車両では衝突速度が40km/h以上になると重症となる例が増加しますが、キャブオーバー型車両では30km/hを越えると重症化する可能性が大になり、キャブオーバーの方が10km/h低速でも危険性が高くなることがわかりました。(写真30)

・乗員の損傷

自動車交通事故損傷では、歩行者対車による損傷より、実際は自動車乗員の損傷のほうが多いので、乗員の損傷発生機序について述べてみます。

二輪車を除き車両乗員の損傷の形成は、一般に乗員周囲の空間がいかに確保されているかに依っています。

特に前席乗員（運転手、助手）では車両前部あるいは側部が衝突などにより変形し、その変形量が多ければ、ステアリング、インストルメントパネル、フロントガラス、窓枠などにより損傷を受けます。

運転手と助手との大きな違いは運転席にはステアリングがあるということです。従来、車両が前面衝突するなどすると、運転手はステアリングで胸部を打撲し、胸部の皮下筋肉内出血や胸骨、肋骨々折などが惹起されるとされています。頭部はフロントガラスに衝突し、下肢（膝部や足部）は運転席前方のインストルメントにより打撲される。助手席乗員は頭部・顔面等をフロントガラスやインストルメントパネルに衝突することが知られています。

しかし最近ではシートベルトの着用、エアバッグの装着などで損傷の加害部位にも変化が表われてきております。ベルト非着用者では頭部、顔面を前面窓ガラスや車室内変形で、胸部をステアリングで受傷する例が多く、ボンネット、キャブオーバー型車両、いずれにおいても前席のベルト着用者では胸部損傷による死亡例は非着用者に比べ極度に少くなると報告されています。

シートベルトを着用しており、運転席エアバッグの展開例ではバリア換算速度45km/h以下では最大AISは1（軽傷）以下となり、シートベルトとエアバッグの併用効果が表われています。シートベルト非着用でエアバッグ展開した例ではバリア換算速度40km/h前後の傷害度は明らかに高くなっているのが目立ちます。

・ステアリングによる損傷

腹部に鈍体が打撲、圧迫するように作用した場合、下層に骨のような硬い部分がないため外表に何らかの外力の痕跡を残さないことが多いのです。車両の運転手が衝突の際、ステアリングで腹部を打撲し、腹部の臓器破裂を起こすことはしばしば経験しております。

事例は50才後半の男性、普通軽自動車運転中、車両前面を前方の壁に衝突させたが、特に自覚症状も帰宅した。その当日の夜に死亡。

剖検では胸部・腹部外表に特別な損傷はない。腹腔内には2500mlの血液の貯留と腸間膜の断裂に伴う腸間膜動脈枝の切断が認められました。これらの損傷はステアリングの打撲、特に下縁による打撃により惹起された損傷と推定されました。(写真33)

・シートベルトによる損傷

3点式シートベルト装着により乗員の傷害が軽減されるという調査結果が報告されています。し



写真33 腸間膜の破裂

かしシートベルト、エアバッグなどの自動車乗員拘束安全装置が普及する一方、時としてこの拘束安全装置が原因で人体損傷が生じる可能性もあります。

2点式のシートベルトによる椎体椎弓横断骨折(chance骨折)、回腸破裂が形成された例が報告されています。シートベルトの痕跡としては鎖骨部の表皮剥脱、腹部を横走る皮下出血を見ることもあります。その他頸部血管損傷による血胸、肺損傷、肋骨、胸骨、鎖骨々折などが認められています。バリヤ換算速度で30km/h以上でシートベルト痕を認める場合には内臓損傷の可能性を考えるべきとの主張もあります。

・エアバッグによる損傷 (写真34)

エアバッグが次第に乗用車に標準装備されつつありますが、エアバッグ展開に伴う人体損傷についてはなお明らかでないところもあります。本来乗員を保護すべき装置が人体に障害を起こすのかどうかの解析は、より安全な交通社会を築く上で重要な課題だと思っております。



写真34 心タンポナーデの状況

・エアバッグ展開と心破裂

エアバッグによる心破裂の例は20才男性の運転手の停車車両との衝突例と、同じく20才男性の心尖部の破裂例を経験しております。いずれもエアバッグによる激しい圧迫により生じたものと推定されていますが、シートベルトの装着は認められておりません。

欧米においてはエアバッグ損傷は既に数多く報告されており、頭部、顔面、頸部、上肢などの表皮剥脱あるいは火傷や前腕の挫創、裂創や前腕骨々折、眼球損傷などが認められています。

・二輪車乗員の損傷

若年層の二輪車事故が多発しており、相手車両との衝突、自己転倒事故などにより乗員が損傷を受けます。

自動二輪車の事故における乗員(運転者、同乗者)の損傷について、衝突車両や二輪車の損傷、乗員の損傷などから、乗員の損傷の形成機序を明確にする必要があります。

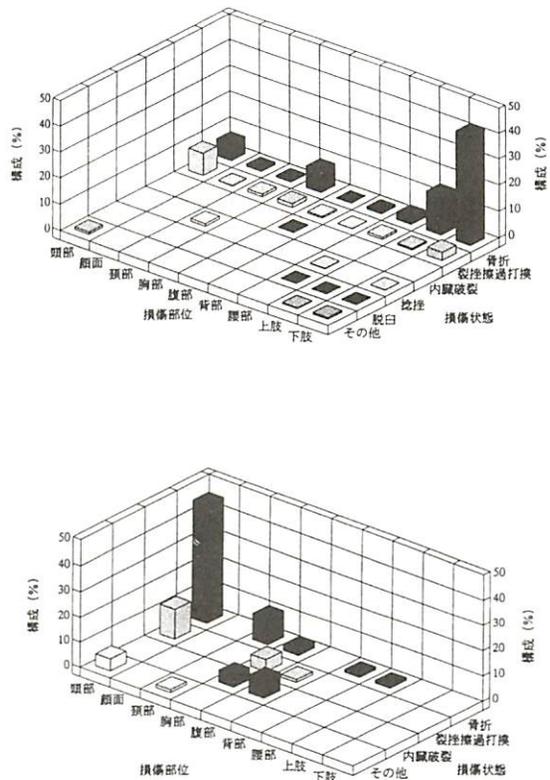


写真35 二輪車乗員の損傷部位と損傷の種類 (上: 重傷例, 死亡例)

二輪車乗員には、ステアリングやエンジン等による下肢の損傷、クラッチ、ブレーキなどによる手指の損傷、サドルによる会陰部損傷など特徴ある損傷が見られます。

一方二輪車が物体や歩行者に衝突する際の方向(角度)、スピードなどの差違により乗員の路面への落下、転倒の方向、頭部の軌跡なども異なってきます。したがって損傷の成傷機序や損傷から事故形態を推定することは法医学領域では重要になってまいります。

二輪車乗員損傷は四肢、特に、下肢に最も多く、次いで頭部、顔面、胸部などであります。各部位の損傷内容は写真35に示した通りです。死亡に至る重度の損傷(AIS 5, 6)は頭、頸、胸、腹部に多く認められます。具体的に二輪車乗員の死因として、頭部では脳挫傷、脳幹損傷、頸部では頸髄損傷、胸部では血気胸、腹部では肝、腎などの臓器の破裂などであります。また、二輪車乗員の会陰部の損傷が特徴として認められることがあります。

以上のような歩行者、乗員などの損傷をパターン化することができれば、予見性をもって診断、治療、検案などができるのではないのでしょうか。

VI. [東海村臨界事故 日本初の臨界事故 —東海村 JCO における 2 名の犠牲者 平成11年 9 月 30日—] (写真36)

この最終講義でお話したかったのは、実はこの事件のことで。

平成11年9月30日、茨城県東海村にある核燃料加工会社JCOの東海事業所で起きた臨界事故。放射線被曝により2名の方が亡くなりました。お一人はその年の12月21日午後11時過ぎに医師団の約3ヶ月にわたる懸命な治療にもかかわらず亡くなりました。日本初、いや世界初の臨界事故として国際的な注目を浴びたことは皆様方の記憶にも新しいものと思います。

茨城県の事件ですので、万が一の場合には司法解剖が行なわれることになるものと予想しており、実際、水戸地方検察庁、県警本部は、その際には私に鑑定人になるようにいわれておりました。

被曝されたO氏が亡くなられたので、解剖をお願いしますという報が12月21日午後11時30分頃、県警から連絡が入りました。ちょうど私は東京の自宅に居たものですから、直ぐにタクシーで東大病院に向かいました。

実はO氏の剖検については、病理解剖にするのか、司法で行うのか、執刀者は誰にするのか、について東大の治療グループと種々の議論があったと聞いておりましたが、結局、司法解剖で、鑑定人は私と東大病理学のI教授との共同鑑定ということになり、場所は東大の病理解剖室でということに決定していたわけです。

O氏は東京で入院して死亡したので、この場合は通常の病死ではなく、いわゆる異状死体という扱いになり、東京都監察医務院の検案を受けることになるのです。

処置室で所轄署(警視庁本富士警察署と茨城県警察本部)の検視、医務院の検案が始まったのは翌22日の午前3時頃だったのでしょうか。終了後ストレッチャーに乗せられて遺体が病理解剖室に運ばれてまいりました。

解剖室では共同鑑定人のI教授と私、検事、刑事調査官、鑑識課員等が既に準備を終え待機しておりました。

O氏と翌12年3月に亡くなられたS氏はともに事業所内の転換試験棟で作業中に中性子線の大量被曝をしたとのこととあります。酸化ウランの粉末を硝酸に溶かす作業中のことで、従来は使用しない沈澱槽の容器の中に、ステンレス製のバケツ

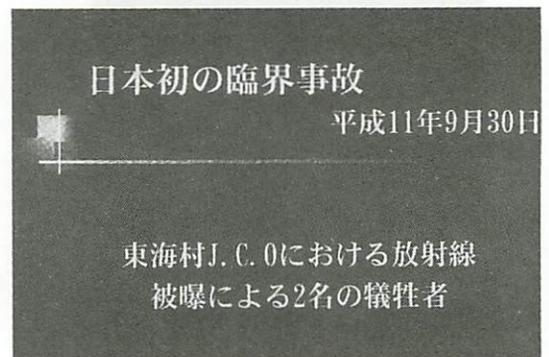


写真36

で大量の溶液を流し込んだため、核分裂反応が起き、臨界状態になったと報道されております。膨大な放射線（中性子線）を浴びてしまったのです。（写真37）

かつて1954年のこと、ビキニ環礁で被曝事故が起ったことはご存知の方も多いと思います。水爆実験によって、たまたま焼津から来ていた漁船「第5福竜丸」が被曝、無線長の久保山さんが亡くなった事件です。彼はおよそ7シーベルトもの放射線を被曝して、1週間後に亡くなっております。

教科書には、この事件を踏まえて、7シーベルトが放射線の致死量とされていますが、O氏はなんと17～18シーベルトの放射線を被曝したということです。人体細胞の放射線に対する感受性は、増殖能力のあるものほど高いとされており、生殖腺、造血組織、胃腸上皮、皮膚、水晶体などの組織・器官は感受性が高いと書かれています。（写真38）

また、急性放射線死では、線量の増加に伴って、骨髄死（3シーベルト以上）、胃腸死（5～15シーベルト）、中枢神経死（15シーベルト以上）という記載もされております。骨髄死では骨髄細胞の分裂停止や破壊、白血球、血小板の減少などが障害の原因になります。その結果貧血や出血、

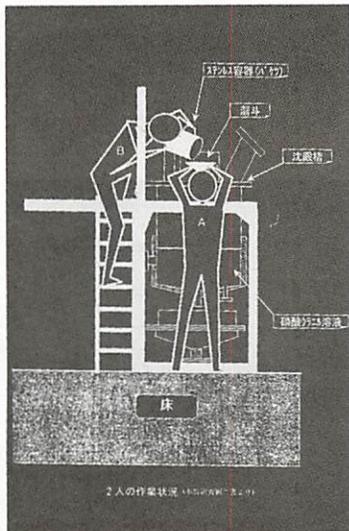


写真37 沈澱槽へのバケツでの溶液注入

細菌感染に対する防禦能の低下や菌血症が起り、死亡に連なることが知られています。

O氏の場合はこれから裁判が始まるとのことで、鑑定人である私自身から詳細を述べるわけにはまいりません。ただ事故の重大さと、いつかは学問的な意味で、得られた所見を公表し、私の観察したものを社会に伝えていかななくてはならないとも思っております。

しかし、今回は水戸地検、県警察本部の捜査担当者から許可された部分のみをお話させていただきます。

12月22日午前4時3分に解剖が開始されました。解剖室は検事はじめ大勢の捜査陣と、これまで治療に当たってきた医師団とで身動きができない程の状態でした。

全身のちょうど前半分に見られた熱傷、初めて見る壮絶な遺体でした。（写真39）火傷死や焼死体は、これまで何百と解剖しており見慣れてはいますが、それとは異なる初めて経験する変化でした。

身体の中中にメスを入れると、腸管がどす黒い大蛇のように膨張しているのが先ず目に入りました。詳しくは述べられませんが、胃腸管粘膜は変性脱落し、出血が認められます。胃腸管内には計4600cc以上の血液が貯留しておりました。（写真40、41）

骨髄は大腿骨では殆んど細胞はなく、脊椎でも細胞数が大きく減少しておりました。（写真42）

またこれまで報告されていおりませんが、全身

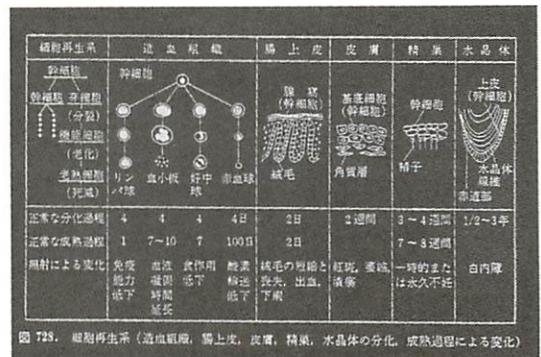


図 729. 細胞再生系（造血組織、腸上皮、皮膚、精巣、水晶体）の分化、成熟過程による変化

写真38 放射線に感受性の高い細胞

の横紋筋の細胞が脱落してしまっていることがわかりました。(写真43) このような変化は、放射線によるものなのか、種々の薬物による治療に起因した変化なのかは現在のところ良くわかっておりません。

O氏は放射線被曝による多臓器不全によって亡くなられたと診断いたしました。

放射線は危険だということは一般の人も知っています。しかし臭いもなく、色もない、とにかく目に見えないものです。しかしO氏の遺体を見て、私はO氏の身体を通して放射線の危険性がまさに目に見えるようになった、という事を実感いたしました。このことは社会にフィードバックし、放射線の人体に対する危険性と管理の重要性を知っていただくよう私自身が発信する必要があると考えております。(写真44)

各新聞はJCOの事故について、「数年前から原子炉等規制法に基づく加工事業許可を受けていな

いステンレス製のバケツを使ってウラン製品を加工し、約2年前からは違反した工程をマニュアル化していた」と報じています。また「作業がズサンだった」「作業の手間を省く目的があった」との報もあります。その通りだとすれば慣れの恐ろしさを如実に表した事故であると思います。しかし、この事件を機にして「安全」という問題が真剣に議論されるようになったことは一歩前進と言えるかも知れません。

しかし絶対に二度と起こしてはならない事故であることは、O氏の遺体を検査した私達には特に痛感された事件でした。

世界で唯一の被曝国だからこそ、声を大にしたいと思います。

Ⅶ. おわりに

医学の皆様はじめ医師会、県警など関係者の方々には25年間本当にお世話になりました。



写真39 左腋窩部の皮層（熱傷境界部）

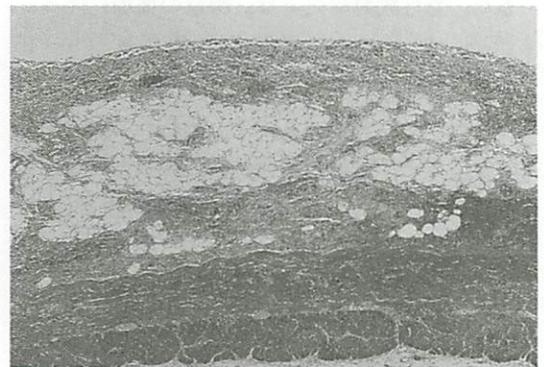


写真41 粘膜の脱落した小腸

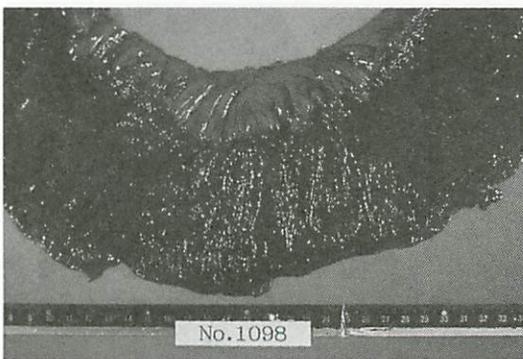


写真40 腸管粘膜の脱落と出血



写真44 臨界事故被曝者を解剖中の筆者

この最終講義で私が言いたかったことは、司法解剖をやっているようだが、どんな事を実際にやっているのかを皆様に知っていただきたいからです。

また茨城県で経験した1200体のご遺体から、現に法医学をやっている研究者、あるいはこれから興味を持って法医学に進んでくれるかも知れない学生の皆さん、また臨床の先生方には、臨床に必要な法医学的問題をお話し、何らかの参考にしていただきたいからです。

司法解剖というのは、亡くなられた方の個人の意志に関係なく、国家権力によって解剖検査を行う制度です。自分自身の意志に反して死亡し、しかも解剖までもされてしまう。したがって私達法医学に携わる者は、亡くなった方の訴えを聴き、犯罪を立証し、適切な裁判が行われるように資料を提供しなければなりません。

死亡者の訴えを聴くには、知識と経験、それに基づいた集中力が必要です。集中力が無くなった

時、それはもうメスを置く時だと思います。

知識、経験の中には、その時代の文化的背景が含まれます。犯罪の傾向とか…。それらを総合的に判断することが絶対的に必要です。ですから法医学ばかりでなく医学全般、さらにそれ以外の学問、知識がなくてはならないと定年近くになってつくづく思っております。まさに生涯学習、これがなくては死者の訴えに耳を傾け、その声を聴くことはできません。

また妙な言いかたですが、私は死体を通して沢山の方々と知合いになりました。筑波大の先生方はもちろん医師会、県警の人達です。随分とご迷惑をおかけしたかも知れませんが、ご理解、ご支援をいただきました。心から御礼申し上げます。

私にとっての筑波の生活は、悔いのない25年でした。やるべき事はやったというのが現在の心境です。

長い間ご交誼いただき本当にありがとうございました。

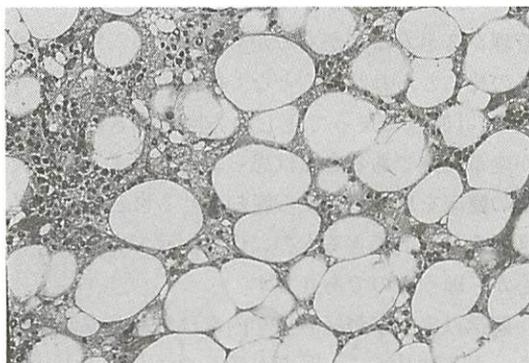


写真42 細胞数の少ない骨髄（胸椎）

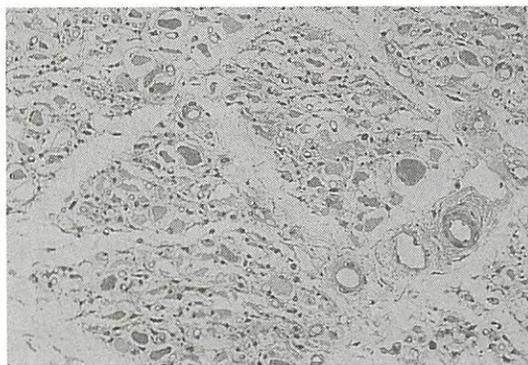


写真43 筋肉細胞の脱落（大胸筋）



一回生としての思い入れと変革断行

臨床医学系外科教授 榊原 謙

本年3月1日から呼吸器・循環器外科を担当させていただくことになりました。どうぞ宜しくお願いいたします。

基礎医学系 野口雅之先生、社会医学系 大久保一郎先生に続き、筑波大学卒業生として臨床医学系にその担当の場をいただきました。医療事故問題・大学病院経営改善・独立行政法人化・卒後臨床研修必修化など、筑波大学臨床医学系・附属病院にとっていわゆる生命線ともなる大問題が山積みの現在、泣き言を言うのも大好きな私ではございますが、これを意気に感じ正面から前向きに取り組んで参りたいと思います。

新構想大学の名のもとに新設された(もう開学から27年も経ちました)筑波大学に入学し、その1回生として昭和55年に卒業いたしました。筑波大学附属病院の外科レジデントとして2年間のローテーションの後、循環器外科を専攻いたしました。当時数多くの先生方が頑張っておられ、またいろいろと温かいご指導をいただいておりますが、当院循環器外科ではまだまだ安定した臨床成績が得られるには至っておらず、「何とか患者さんを助けられる循環器外科にしたい!」との一念で頑張る決心をしたのを覚えております。マサチューセッツ総合病院・三井記念病院での研修の後に、32歳でスタッフとして母校に戻るチャンスをいただきました。その後臨床成績向上を目標に、多くの後輩の方々とともに頑張っておりました。またレジデント出身者が活躍できる場(病院)の新設・開拓にも積極的に力を注いで来たつもりであります。

現在まで私、(1回生としての思い入れを込めて、)筑波大学で敷かれたレールの上を走る努力をして参りました。しかしながら、今までのルートにただ乗っていたのでは駄目で、積極的にその

ルートを変えていかなければならない社会情勢になってきております。私は今回、呼吸器・循環器外科の担当を仰せつかった者ではございますが、このグループのみならず全体のことを考えながら、ルート変更(変革断行)に携わって参りたいと思っております。

折しも世は「純チャン(小泉純一郎首相)人気」で「改革」で盛り上がっておりますが、我々筑波大学もただ変革を唱えるだけでなく、本当に果敢に変革を断行していかないと、世にその存在価値を問われる状況になってくると思います。

「今まで自分で信じてきた、グループで信じてきたものは必ずしも正しくないかもしれない」・「もっと安全かつ効率の良い治療法、病院・病床管理システムなどがあるかもしれない」など、過去の枠にとらわれることなく臨床(医療)を行う上で、「原点に戻って正しい方向を向き直す」のが変革の鍵であると私は思っております。筑波大学の臨床を単に窮地から脱却させるにとどまらず、世界をリードできるものに作り上げていきたいと心から願うものであります。

開学以来27年が経ち、学内をはじめ医療過疎であった茨城県下にも医者が満ちつつあります。どうぞ皆様、ご自身の臨床に研究に地力をつけるべく目一杯の努力をしていただくとともに、後輩諸君・学生諸君にもより良いチャンスをあげられるように、筑波の外(全国・世界)に発展的に御活躍の場を広げるべく頑張ってください。私、この発展的渋滞解消なくして筑波大学の発展はあり得ないと確信いたしております。兄貴風を吹かすつもりではございませんが、専門領域、学内外、研究・臨床の枠を越えて、何か私にお役に立てる場面がございましたら、何なりとお気軽にご相談下さい。

まずは私，筑波大学の臨床の変革に頑張ってみるつもりでおります。どうぞ皆様ご支援のほど宜しくお願いいたします。

連絡先：研究室 Tel & Fax：0298-53-3107
e-mail kensan@md.tsukuba.ac.jp

第20回桐医会総会シンポジウム 「20年の軌跡」

日時：平成12年5月20日（土） 15:30～17:30

場所：筑波大学医学専門学群棟411

シンポジスト

鴨田 知博(1回生)：筑波大学臨床医学系・小児科
海老原次男(2回生)：つくば双愛病院・消化器内科
厚美 直孝(3回生)：筑波大学臨床医学系・循環器外科
宮川 創平(3回生)：総合守谷第一病院・産婦人科
堀 孝文(7回生)：筑波大学臨床医学系・精神科
斉藤 誠(20回生)：茨城県立こども病院・小児科

司会

山口 高史(1回生)：国立水戸病院・消化器内科

山口：

20年の足跡ということで、シンポジウムを進めたいと思います。まず初めに、私から成り立ちを説明しますと、国家試験対策委員会を1回生が作りましたが、国家試験が終わった時点でお金が余りました。

それでは、その余ったお金を皆に返そうか、ということになったのですが、返しても大した額にならない、どうしようか、ということになったんですね。

その時に、当時学群長だった阿南先生が、おまえら早く同窓会作れ、ということで、そのお金を元にして、1回生、2回生、3回生みんなで立ち上げた、ということです。その時はかなり大変だった記憶があります。その時の思い出も含め、今までどういう経過でやってきたか、また、どういう気持ちでやってきたか、それから、どういうところが楽しかったか、どういうところが大変だったか振りかえってお話頂きたいと思います。もう一つは、それらを踏まえてじゃあこれからどういう方向に同窓会をもって行ったらいいのか。もちろんできること、できないことたくさんありますが、それも含めて、皆さんの夢や希望も含めて喋って頂きたいと思います。では、これは私の独断でおねがいしたいのですが、最初に、厚美先

生からお話していただきましょう。実働部隊で一番働いたのが3回生ということで、今回は、厚美先生と宮川先生が参加して下さっていますので、まずその二人からお話を聴いて、その次に海老原先生、それから堀先生、それから嶋田先生という順番で行きましょう。では、お願いします。

厚美：

この総会も20回を迎えて、シンポジウムのテーマだけ並べても20個になったわけですね。それで今回のシンポジウムを記事にするときに、過去のシンポジウム20回分のタイトルを表に出したらいいな、と思います(表1)。毎回ぎりぎりになって考えて、ぎりぎりになって準備してきましたが、回数が重なると相当な重みを持って、見直すことが出来ると思うので、そのリストを出すといいかと思います。それから会報の、47号まで出たわけですから、それも今日皆で並べて、しみじみと感慨にひたってみたいと思っています。山口先生のお話を聞きながら考えたんですけど、僕らが卒業する時にこういう活動を始めるきっかけになったのは何かというと、危機感だったんですね。危機感というのは何かというと、大学を卒業すると学年で40人しか大学に残れない、という状況だったんです。1回生、2回生の先生達は、卒業

表1

第1回	(S55)「筑波の医学教育を考える」
第2回	(S56)「筑波の同窓生は今…」
第3回	(S57)「地域と大学病院」
第4回	(S58)「卒後研修体験談」
第5回	(S59)「あすの桐医会；今同窓会に何を求めるか」
第6回	(S61)「1回生はこれから - 6年間を振り返って-」
第7回	(S62)「卒業生の軌跡」
第8回	(S63)「筑波方式を問う」
第9回	(H1)「いま、同窓会に望む」
第10回	(H2)「女性医師および女子医学生の将来について」
第11回	(H3)「期待される医師像」
第12回	(H4)「基礎医学・社会医学の未来」
第13回	(H5)「留学経験者からみた筑波大学：教育，研究，診療の3本柱」
第14回	(H6)「医療の将来」
第15回	(H7)「卒業後臨床研修をふりかえって」
第16回	(H8)「ポストレジデントを考える」
第17回	(H9)「いい医者」の条件」
第18回	(H10)「教えること，教わること」
第19回	(H11)「医療の標準化」
第20回	(H12)「20年の軌跡」

されて40人が、レジデントとして大学に残りましたが、60人の先生達は皆外に出ていってしまったわけです。そういうことを3回生の僕らが見ていて、非常に不安があって、このまま大学から離れてしまって一人立ちしてやっていけるのだろうか、っていう不安があったわけです。それが活動のモチベーションになったわけです。

初めは8の字理論とか言ってたんですけど、8の字を横にして、片側には大学があって、反対側には卒業生がいて、丁度8の字の交わる所に同窓会というものがあるって、卒業して大学から離れても、大学と連携をとっていきたい、要になる組織にしようということで活動を始めました。今それをちょっと考えてみたんですけど、時代はどうなっているかっていうと、卒業生自体は卒業生ですよね。それから、同窓会も卒業生で成り立っている。大学自体も、だんだん卒業生のウェイトが強くなってきています。そうすると、この3つは別個でなくて、やっぱり本当は、本来1つのものにだんだんなりつつあるんだと思うんですね。ですから、大学との橋渡しをする同窓会ではなくて、大学の活動と、卒業生としての活動が、1つのものになっていくという風に、考えがなんだか変わってきたと今ちょっと思ったんです。

大学との連絡をとるための、大学との橋渡しを

するための同窓会ではなくて、大学と大学を卒業した卒業生と全体の活動を考えていく、と言う風に変わってきたんじゃないかと思います。ですからこれからは、筑波大学卒業という看板を背負った色々な人の考えが、発信されていく、まだ将来のことはあんまり考えてないんですけど、いろんな人がいろんな考えを持っていろんな活動をしている、それを発信していく機関としての活動もいいんじゃないか、と今チラッと思いました。あんまりまとまりないんですけど。

山口：

そうですね。それでは次に宮川先生お願いします。

宮川：

もう20年たったのですよね。それより少し前、第1回生が卒業するにあたっての準備に参加させて頂きました。その一つが卒業アルバムの写真です。1回生各々の写真はわれわれではどうしようもないのですが、教官の写真を取らせて頂く作業が先ず初めでした。やることなすこと初めての経験で何をどうしてやるのか分かりませんでした。まずアルバムを作ってくれそうな茗溪会の写真部（体芸棟の一角に売り場があったような気がしま

す)に出向いてどうしたらいいか聞きに行きました。新しい大学といっても前身は東京教育大学です。それは高等師範・文理大といった流れを脈々と受け継いでおり、それに付随した機関も充実していましたのでアルバム製作についてもあまり面倒なことはありませんでした。

学長はじめ先生方の写真を初め、全学の航空写真や建物の写真などは全学のアルバム製作の関係もありそろっていました。そこでは大学の絵葉書の製作もしていましたので。あとは撮影日を決め、学群長・副学群長・学系長・病院長・各学系のグループに連絡をして撮影となりました。面識のないグループばかりでしたのでものすごく緊張しましたが、M4の学生に対してよく協力して頂きまして、撮影は順調に進みました。また、国試対策委員会の存在も上の学年の為にということで活動していました。そんな経過がありまして、同窓会を作ろうという時にも私自身、余り違和感がありませんでした。弟(整形外科)がいたからかもしれません。夜な夜な集まり会則を作りました。他の学群学類と違って前身のない(経済的にも人的にも0に等しい)医学専門学群は0からの立ち上げでしたので形としてはまず茗溪会の一支部として発足しました。筑波大学の医学専門学群は特殊な存在で(今は省きますが)卒業生のうち附属病院に残れるのは40名しかいません。大学院の定員は20名ですので後の40名は外の病院へ行かなければなりません。そこで卒業後の情報交換・連係の意味も含めて必然的に同窓会の発足となったわけです。残ったものも卒後6年間しか大学病院にレジデントとして残れません。大学院に行くと2年間しかレジデントとして働けません。1回生ですので将来の見通しは皆目見当つきません。そんな中で1回生は巢立っていったのです。また、同窓会の組織を作り上げていったのです。お手伝いできる機会はあまりありませんでしたので、本当に申し訳ないことと思っています。20年間色々なことがありました。今の形態は少しずつ変化するかもしれませんが、卒業生の心のよりどころとなるような会を続けていきたいです。

山口：

ありがとうございました。つづいて海老原先生おねがいます。

海老原：

ほんとに懐かしい会報が出てきて色々思い出したんですけど、2号でもうマークが出来ていたんですね。かなりもう活発な勢いで進んできたことが思い出されます。そこで、この歴史を一度書きとめてほしいんですね。と言うのも、何年にこの桐医会が出来たか私思い出せなかったんです。私がレジデントのときに出来たと思っていましたら、そうではなくて、われわれがM6のときに先輩、1回生が、学群長や教授などのアドバイスを受けてたりして出来たようです。丁度2回生と言うのはその頃、M6で実習に行ったり、国家試験対策で、活動できなくて、それで卒業して研修が始まる時に、第一回総会が始まったと言うのを思い出して、やっぱり2回生はあんまり立ち上げの時のことを覚えていないんですよ。実務上のことは3回生がやって、この桐医会のマークを作ったのも3回生です。2回生は何をやっていたのか思い出せないんですけど、私としてはですね、最初に同窓会を作ろうと1回生にいわれて、その時集まったくれと山口先生達からお話があって聞いたのが、山口先生と牧先生とあと誰だか思い出せないんですけど、同窓会無いと困るよ、ということでした。そのころ、各学年に国家試験対策委員会と言う学年内の情報網が出来ていましたので、それを活用していこうと思っていました。1回生の国家試験対策委員会とのつなぎ役を私がしていて、国家試験の時の泊り込みの御世話とかバスの手配とかをやったり、1回生と2回生の橋渡しをしていました。そのまま同窓会に流れ込んだのです。私は同窓会というのは、大きな組織ではあるけども、その時点で将来のことを考えて作ろうなんて言うのはさらさらなかったんです。私の中では、2回生はそのままその組織を利用して、やっていければということで、やっていったんです。そのモチベーションの大きなところはですね、卒業の時の就職問題だったんです。

何故かという、筑波大学が出来て、レジデント制がしかれてですね、筑波大学法案ではレジデントは人数制限が決まって全員給料が出ると。給料が出るにあたっては、人数が制限されると。一学年40名しか取らないというようなことを附属病院で言われて、残りたかった人が過半数、50人強いたのですが、そのうち40人しか入れなかった。入れた人はいいんですけど、入りたかったのになんで母校の附属病院に残れないのか、ということで入れなかった人は憤りを感じていた人もいたし、お互い一生懸命やってきてなんであいつとは一緒に出来ないんだらうということで理不尽な思いを、初めてこの筑波大学に入って、筑波大学法案というのはこういうことが問題になるのかということ、非常に残念な思いをしたわけです。そのとき、つなぎとめるために国家試験対策委員会のルートを活かして行こうと思っていたところに、ちょうど同窓会が、ということをお願いにして、先輩たちも後輩たちもそういうことがあるだろうから、少なくとも大学に対して卒業のときに恨みを買うようなことがあっては、一生この大学に同級生が来なくなるということが無いように、ということで、是非この同窓会を作っていきたい、と言う風にして入ったわけなんです。ですから私としては、むしろ、大学とか附属病院とかというよりは外に出ていった人をつなぎとめる役目のほうが強いと言うのがありました。それでそのうち同窓会が出来てからちょうどもうレジデントで忙しくなるときに3回生はかなりの数がいて国家試験の勉強をやりながらも色々準備をして下さったんですね。

立ちあがったとき、丁度2回生が忙しくてあんまり実務的なことは知らないで、ただ単に2回生の連絡の中心にいたような形で私自身はやってこさせていただきました。だからあんまり苦勞はしてないんです。

非常に良かったと言うのはですね、いまだに卒業生が同級会に集まってきてくれるということです。各学年は同窓会が無くても連絡網が生きてて役立つこともあるだろうけど、それだけで終わりにしてはこれが自分たちの自己満足ではいけないと思うんですよね。名簿をきちんと出して、会報も年

に何回か出していけば筑波大学とつながりが気持ちの中で出来てきますし、それが同級100人の集まりの気持ちなかでいくんじゃないくて、確かに交流は一学年の中だけなんだけれども、これが20年続けば2000人近くなりますね。そういう集まりを未だに続けることは、暗黙の、力ではないんですけど、皆の気持ちが見られる。同窓会と言うのがあるということで、これが大きな集まりの、特に気持ちとしてですね、大学の為に役立てる、圧力ではないんですけど、力みたいになれば同窓生として生きてく意味があるのではないかと感じております。

みんな今はもう卒業の時にそういうわだかまりはもう無い。かえって筑波の為に何かしてやろうという、こういう風にしたら筑波大学は盛り上がるんじゃないかとか、こういう風にしたらだめだというときに、一人が言うよりも集まりの中から出してもらおうと、大学のほうも医学の方も良くなりますし。後輩達ももっとのびると思います。やっていることは名簿や会報を作っていることなんですけど、つなぎとめる力をこつこつと1年ごとにやってきたということだけで自己満足みたいなどころがあります。それで今後事業と言うのは拡大していかなければ、何千人という人間をつなぎとめられませんか、核となることを阿南先生や阿部先生の力を頂いて学群内に部屋を設けられたんですけども、またこれ以上に、インターネットなんか発達していますから、名簿とか連絡の核となるような施設を、もっと便利になるようにいけたらいいというのが現実的な夢です。

山口：

ありがとうございます。最後にそれぞれに伺いたいことがあるのでこのまま続けます。それでは、堀先生お願いします。

堀：

僕は7回生なので1、2、3回生の先生方の世代とはかなり状況が違っているかもしれません。

桐医会を立ち上げて続けていく、あるいは桐医会に関わって行くわれわれのモチベーションは何

か、というのが今日のテーマの一つになるのかなと思っていたのですが、そのモチベーションが1回生、2回生、3回生とは違うんだろと思うんですね。厚美先生のほうから危機感という言葉が出ましたけれども、われわれの世代はまったくその危機感から無縁でして、もう先輩方がある程度の道筋を作ってくださっていて、いろんなパターンがあって、学内の試験にしても、過去の問題を勉強するというものがあつたのであんまりそういう危機感みたいなものがなかったと思います。この会に学生のとに関わつたのは、僕はバスケ部に入っていたんですけど、バスケ部の先輩、厚美先生であるとか他の先輩がやっていたんでちょっと手伝ってくれと言われ、そこから始まつたので、あんまりその当時はいろんな体制とか大きなことを考えていませんでした。先輩方が卒業して、レジデントになっている先生方が、役員会や、宛名書きにいらした時に色々お話を伺えるというのが僕にとって一番の魅力でした。M1にとってM6の先輩は神様のように見えて、すごいM6の先輩は、という感じのさらにその上にいっているのがレジデントの先生ですから、今日はオベでこうだった、というような話を聞くとですね、ええっという感じで面白く伺ってました。そういう自分にはまだ見ぬ世界とかですね、違う文化に触れると言うような、そういう動機だったので、同窓会を作つて立ち上げて何とかしようなんていう、3回生までの先輩方の純粋な真面目な理念とは違って、僕の場合はもしかしたら不純な部類に入るのかなあとと思います。ですから、当時の宛名書き、今はコンピューターでやっていますが、この部屋に集まつてですね、夏に会報を発送するときに、全員マジックを片手に手書きで汗だらだらとらしながら宛名を書いて、皆で郵便局まで持つていくんです。それで夏ばてしないように今日は土用の丑の日だからうなぎを買つてパーティーをやるうとか言つてですね、買い出しをして、アパートからみんな自分の持つてお釜を持つてきてご飯を炊いて、生ビールの樽みたいなやつを買つて、みんなでわいわいやつたもんです。先生方は飲まれてですね、なんでこんなに飲むのかな

というくらい、すごい勢いで飲んでました。そんなのはすごく楽しい思い出でしたね。ほんとに手作りでわいわい、アットホームな感じで、病院の話や手術室の話、検査の話などが直に聞けて、僕は面白かったです。ですから、僕にとってはそういうモチベーションで、飲んだりすると皆さん、馬鹿話もするんだけれども、やっぱり真面目な医療の話、教育の話を先生方はなさるんで、総会にしても毎年色々テーマを決めてディスカッションするわけです。ですから医学部の卒業生の同窓会というイメージ、普通の伝統のある大学の同窓会からすると全然違うことをやっているんだなあ。普通の同窓会というイメージ、数、力があつて、何か便宜を図るメリットがあつて、そういうところとは違って、なんかこう理想とか理念みたいなものを論じるみたいな、そういう雰囲気があつて、そこがまたもう一つ惹かれる部分でした。先ほどシンポジウムのタイトルの話がありましたが、結構面白くて、深い、重いテーマも扱つたりしているんですね。だから、僕にとってはこの同窓会に関わつてきたと言うことは、自分ではまったくそういうことが出来ない分野とか知らないことを先輩を通じて知ることが出来るという、すごく視野が広がる経験だったんです。もう一つは、同窓会を通じて理想とか理念を考える場である、そういうところが僕にとってはモチベーションで、未だに関わっている理由なのかなと思います。今後どうするかと言うときに、そのニュアンスが飛んでしまうといやだなというのはありますし、一方で、いつまでも今までと同じような形を継続できるかと言うことも不安なので、何かいろいろな意味で考え直して展開していく時期なのかなという気がしているのですが、具体的なイメージはありません。ただ、僕にとって先ほどお話しした、モチベーションというのは、大事なことだと思つていますので、今まで関わつてきたし、これからも関わつて行くんじゃないかと思つております。

山口：

ありがとうございます。それでは鴨田先生お願いします。

鴨田：

1回生の鴨田です。桐医会の昔の資料をみると、このころ1回生ということで名前だけ載せられていて、最初の頃は無責任な話ですけどもほとんど桐医会にはタッチしていない。当時、国家試験対策委員を山口先生と一緒にやっていた関係で名前が載っていたんだと思います。同窓会を作ろうという話があって名前だけでも貸してくれということで名前が載っていたんだと思います。実際の立ち上げの時にはお手伝いできなくて申し訳ないという気持ちでいっぱいです。平成2年に僕は大学病院に戻ってきて、そのころ山口先生が大学の外にいて内部にも人がいないと困ると言われて名前だけの評議委員でなく、定例会にも出るようになりました。桐医会ができて10年位して初めて評議委員会に出ささせていただいて、言ってみれば学生会員に毛が生えたくらいの仕事をするようになりました。それが平成3年くらいですから今から7,8年前のことです。

僕らが大学にいた、桐医会ができた当時は3回生が非常にがんばってくれたという印象が強いです。3回生の厚美君とか湯沢君とかが非常に一生懸命やってくれてるなあとか何か他人事のようにしていたのが当時の自分でした。長く続くのかなという思いが正直なところでしたが、10年経って大学に戻ってきて委員会に出るようになって、桐医会がずいぶん長く続いていることに驚かされました。評議員の人もたくさんいるのかと思ったら、ごくごく数人の顔なじみの人がいるだけで昔と変わっていない。

その後も7,8年経ってその数人のメンバーは変わっていない。これは非常に大変なことだなあと思いました。ごく少数の人が桐医会を10年、20年支えてきたんだなあと思いました。毎年各学年に評議委員をおいています。僕もいろいろな学年の委員の人と付き合ってきました。皆非常に優秀な人材でしたが、卒業してからは評議員会には出てこれなくなってきました。本当は桐医会に対していい姿勢や考え方を持った人ばかりだったので、そういう人たちにまた戻ってきてほしいと思っています。そういう人たちもまた加わって下さって、

この苔が生えそうなメンバーだけにならないようにしてほしいと望んでいます。あるいは僕らも誘わなければいけないと思います。そういうところも一つこれから考えていかなければならない点です。

それから、同窓会立ち上げの頃は全然タッチしていなかったんですけども、大学の外から見ていて、やっぱりこの桐医会の会報は同窓生にとって非常にうれしいものだと思います。このことは何人もの同窓生の人に言われたことで、この会報を作るということは決して無駄にはなっていない。何千人にも増えてきた会員にとっては心のよりどころになるわけで、桐医会の大切な仕事だと思っています。大学の中には評議員をやって下さる教官の数も少なく、去年、一昨年あたりは湯沢君がいなくて厚美君が孤軍奮闘していた。そういうときには学生役員のためにも大学内部にいる人間でしかできないことをやっていかなければと思っています。内部にいる人は会を支えていかなければと考えています。

毎年の桐医会総会に催されるシンポジウムは、シンポジストに卒業生を招いてやっているんですけども、毎回の決められたテーマに各分野で活躍している卒業生を目の当たりにしていろんなことをやっている同窓生が大勢いるんだなあと本当に実感させられます。自分たちだけの診療科、あるいは自分の病院だけで見ますと、なかなか外のこととはわからないんですけども、こういった形で外でやっていることが卒業生を通してわかります。このことは非常に意味のあることだし、たまたまいつも聴衆は少ないんですけども、後で会報という形で会員にお知らせすることができるのは有意義なことだと思っています。もうすでに10年、20年続いていますから、これからもたぶん続けていけるだろうと思われしますので、微力ながらお手伝いしなければと思っています。

斉藤：

現在私は2年目の医者で学生に毛が生えたような感じで、実際に同窓生として同窓会をみた時間はまだほとんどないので学生から見た桐医会の視

点しかありません。実際学生で桐医会の事を知っている人は稀で、名簿を作っていることぐらいにしか知られておらず、その名簿も各運動部がOBの人たちと連絡をとるためにぐらいしか使われていません。しかし5年生とか6年生になり将来のことを考え始めてきたときに、先輩方の進路を知るためには唯一桐医会の名簿を見るしかなく、そういった意味で活用されていると思います。同窓会というものは本来評議委員の人たちが主導になって行うでしょうけど、桐医会は、皆さん多忙ということと創立当初からの伝統で学生がほとんど実務を担当している組織であり、そういった意味では他医学部の同窓会のほとんどが、人員をきちんと確保していて、学生がこんなに参加して運営されている同窓会はほとんど存在していません。

それが一番の特徴だと思いますけど、学生ですと長くても最大で6年しか参加できず、特にボランティアで毎年人員が流動的という、かなり怪しい基盤の上に成り立っている状態であり、いつ人がいなくなってもおかしくなく、ただ逆にいうと人がたくさんいれば桐医会はいろいろな活動を行うことができるということもいえます。実際何年かおきに人がいる時期といない時期を繰り返して何とかやってきています。ただ桐医会も20年を過ぎ、会員数も2000人を超えてボランティアだけでやっていた事務量をこえてきているのかなあと思っています。かといって学生時代に部活などを超えて、各年代の先生と接していろいろな話を聞いたのは、貴重な財産となりましたので、そういった意味では学生参加型の同窓会であるほうがいいかなとも思います。

山口：

一通り話して頂いて、忘れていた事も思い出させて頂きましたが、一つ提案があります。将来の事ということで、一つ方向性を出すと言うことではなく、皆さんの希望や考えをお聞きしたいと思っています。

僕らにとっては、堀先生が言ったとおり、ずっと同じようにやってきたつもりなんですけど、例えば会報を見ていても少し変質してきているんです

よね。

それはどういうところかという、例えば最初の号では学生をもっと巻き込んでいたところがあって、東医体の結果などが全部載っているんですよ。ところが、そういうものがだんだん無くなってきた。どういう経過かはわからないですが、会報の出るタイミングが良くないっていうのもあるんでしょうけど、そういう記事が消えてきた。それからあともう一つは、どうしたら経済的に自立して運営できるかをたえず考えて行っていましたけど、最近、昔ほどの危機感はない。ある程度経済的基盤も落ち着いてきた。どういう風にやったらきちんと収まるかっていうノウハウがきちんと蓄積されてきたってことだと思いますが、そういう経験をへてだんだん成長してきたというのは僕の一つの見方です。従って、意識しようとしまいと変化してきたのは確かです。それとは別に同窓会は本来だったら母校に対して同窓生が何をするか、母校が同級生に対して何を要求するか、たぶんそういう関係で成り立っていくのが普通の同窓会だと思うんですね。ただ、医者の方はちょっと違って、要するに職業的なギルドですから、一つの同じ職業集団であるというのが非常に特殊な形ですね。だから、皆さんの話の中でも、大学病院に対しても母校と同じような感覚を持っているし、それから研究とかそういうものも含めて全部一つに考えておられていると思います。母校という意味では学群ですが、学群との関係ももう少し考えたらいいんじゃないかと私自身は思っています。その点について一つ聞きたいのと、もうひとつは医者という職業集団の同窓会として、もうちょっと外に対して、医療従事者としての集団として何か活動の必要性はないのか。その二つの点についてそれぞれ考えがあれば何か話して欲しいんですがさっきの順番でいいですので、厚美先生からお願いできますか。

厚美：

学群に対しての考えはあまりないですけども、そもそも筑波大学医学専門学群というのはある一つの実験なわけですよ。その実験で育ってきた

僕らが実験結果を自らアピールするということは一つの大事な事だと思います。いろんな価値が変わっていく中で筑波大学という環境で育った人間たちはどういうことを考えているのかっていうことをアピールしていくということは傍らの一つの責任だと思えますよ。それは従来は研究であれば論文として出すとか、臨床であれば臨床実績を出すとか、そういう従来のやり方ではなくて、今すぐ医療の改革が叫ばれている中で自分たちのおかれた境遇がどのような結果を出しているのかというのを、アピールすることは非常に大事なことだと思います。それが先生がおっしゃった二番目のことにつながるかもしれないですね。あともうひとつはですね。さっき海老原先生がおっしゃられたことで、創世期の時の気持ちとか考え方を、もう一回確認するためにそれを記載しておくってのはすごく大事なことなんじゃないのかと思います。この活動に参加されている人ってかなり純粋な気持ちでやってこられたわけですから、そういうのもう一回確認するために創世期のことをこのシンポジウムの記事と一緒に書いて残しておくってことはすごく大事なんじゃないかと思うんですね。同窓会っていうのをいろんな使い方している人がいますよね。必ずしも良くない使い方でも時々見るので、それはまったく僕らとは別なものですよね。だから原点を確認するっていうこととそれから自分たちの考えとかを従来の医学という発表の仕方じゃなくて実験の成果の足しにすることが大事なんだろうと、それから改革の一つの提言として役立っていけば非常にうれしいですね。

山口：

わかりました。じゃ、宮川先生お願いします。

宮川：

学群に対して何か出来ることがあるとすれば、それは自分たちが受けてきた教育が果たして適切であったかどうか、ということを考え、それを土台にしてまた新たな教育の参考にするといったことでしょうか。具体的にはカリキュラムの改定で

しょう。我々は開学当初の人間ですから、1期生からしばらくを実験学年と呼び、呼ばれてきました。20年という歳月を経た今では大筋では完全に定着してきたと言えるでしょう。犠牲(?)になった甲斐があったというものです。しかし、まだまだ試行錯誤は続いています。さらに、カリキュラムの執行に、また改定に我々がようやく参加できるようになって来た今日、もう一度過去のことを思い出し、カリキュラムの再考を試みてもよいのではないのでしょうか。20年経ち1回生がまだまだ現役として忙しく働き同窓会そのものにあまり関われない現状で組織としてもまだまだですが、来たる将来につないでいくため細々でもいいから継続していくことが大切だと思います。総会にシンポジストと幹事しか集まらない状況が早く解消されるように頑張らしましょう。

第二点の対外的に何か出来ないかということなのですが、総会一つを開くのにこれだけ苦勞している現在では何かをやろうとしても無理があると思います。やはり、同窓会に専念できる年齢(定年を過ぎた頃)になる者が出てこないという無理なのではないでしょうか。あと15年~16年はかかるのでしょうか。でもそのときに、つまり時間があつたらこんなことをしたい、あんなことをしたいという希望(案)は考えていてもよいのではないのでしょうか。医療という職業集団としてということですから、何でしょうね、今ちょっと思いつきませんが……。

山口：

ありがとうございました。じゃ、海老原先生何かあつたら。

海老原：

学群の卒業生の同窓会なんでね、学群がメインになっちゃうんですけども。卒業生から見るといい卒業生を育ててほしいっていうのが同窓会生としての願いです。国家試験の合格率なんていうのは、後輩たちに「おまえたち頑張ってくれよ」なんていっても自分たちでも受かるか分からないのに、プレッシャーになるだけなんではないかな

いんですけど。

やっぱり卒業してみると合格率が高いとうれしくなりますよね。学群にたいしては同窓生2000人近くが見てるってことです。学群に対しても学生に対しても卒業生は期待してるんだということを頭において色々やっていって欲しいなという思いですね。そういう意味でこの会が2000人近くいるということはそれなりに意味があるんじゃないかと思うんですね。あと学群じゃなくてですね、僕らの中では学群も学系も附属病院も含めて筑波の医学部という感じがあるので筑波大学がもっともりたてて、卒業生だけが立派になってほしいんじゃない、筑波大学として立派なことをしてほしいという思いもあります。逆に学群とか筑波大学の中はどうかって言うと、卒業生は頑張してほしい、別に大学に残った人だけじゃなく、地域あるいは地元に戻った人も一生懸命やって、筑波の卒業生はこんなに立派にやってるんだということをあちこちでアピールして頂ければ、大学に残っている方たちも非常にうれしいことだと思います。

その両方との関係ですね。そういうものを繋ぎとめる場として、同窓会は組織を作っていくかなきゃいけないと思うんですけれども。どうしても今集まっているのは全部大学に残っている方なので、最初から外に出ていった方たちがどう思われているのかなってというのが聞いてみたいところなんです。別の大学に行ってしまったって、筑波大や学系なり附属病院が立派に発展するっていうのは卒業生としてはうれしいことだと思うんですけどね。おそらく最初から外に行ってしまった方もうれしいと思うんですけど。そういうことで、こういう組織は何をするというわけでもないんですがやっぱり作って維持していかなくちゃいけないというのが私の意見です。

山口：

ありがとうございました。じゃ、堀先生。

堀：

同窓会っていうと、母校との関係っていうのは当然なんでしょうけど、どうも今まであまり考え

たことがなかったです。個人的には。たぶん具体的な実際のアクションということだと、同窓会が伝統があってすごく経済的にもしっかりしていて、たとえば、最近学生の視聴覚の教育がすごく重要になってきたから、じゃあその機器をどーんとプレゼントするとかですね、そういうのはあまり桐医会はやりそうもないというか、まだ出来ないんじゃないかなと思ってのですね。そういう物質的なことじゃなくてのサポートみたいなことかというと、例えば卒業生が教官になって、授業をここで教えるときに、自分たちが受けたときに思ったような不満を工夫して解消するみたいなことはあるんじゃないか、もう少しユニークな先を見据えた教育が学群の中でも出来るだろうし筑波の場合には幸い外に臨床実習で出ますから、そういった先でかなり卒業生の先輩に教わる機会は増えてくると思うんですね。学群ではないですけども、レジデントになってからも外を回るので、そういう教育っていう部分では重要な卒業生の役割というのはあるのかなと。桐医会としてはそういうことをアレンジする部分ではないかと思うんですね。これだけ卒業生が増えていて、いろいろな分野で活躍されたりとか、なかには有名になってきている先生もいるでしょうし、それからいろいろなやり方をやったり、考えもしなかったような軌跡をたどってる人もいると思うんですね。そういった先輩方の軌跡なり今のお仕事、分野というのは、非常に膨大で有効なデータベースなんだと思うんですね。

そのデータベースっていうのは、データベースが非常に充実しているってことも大事なんですけれども、検索するすべがなかったら何にも役に立たないわけですよね。だからそのデータベースを学群が使えるようなかたち、そういった情報を整理したり提供したりっていうことが出来るようなかたちになるのが桐医会と学群との役割の中で一つ可能性があることなのかなと。もちろんその具体的なシステムについてはぜんぜん考えていないですけども、そういう関わり合いかたはどうだろうかっていうこと。社会に対しても、例えば僕の同級生でも公衆衛生というか社会医学的な方

向に進んだ人たちは、かなり幅広く医学的なことの啓蒙にしても、それから今問題になっているいろいろな社会的なことに関しても発言をしたり、組織を作ったり関わっている人たちがいるんですね。それはすごいエネルギーだし、すごいことをやっているな思うんですけども、そういった卒業生の個々人が頑張っていて、データベースとなり、活躍して社会と関わっているわけで、それをアレンジしたり使えるようなかたちで提供するようなそういう場、先ほどから宮川先生や大勢の先生が情報交換の場ということでおっしゃってますけれども、そういうような役割ってというのはあるんじゃないか、大事なんじゃないかなって思っています。

山口：

ありがとうございました。じゃ、嶋田先生。

嶋田：

他の大学の同窓会ってというのがどういうことをやっているのかあまり知らないんですけども、経済的に高額なものでなければ医学専門学群に対して還元できるかもしれないと考えています。ただし、学群ということになると、経済的というよりも医学教育ということになると思いますが、たとえば学生が外の病院や研修施設に行くときに、そこでかなり指導的立場にある同窓生がいてくれば、桐医会を通してその人たちと連絡を取ってあげたり、紹介してあげたりはできると思います。また、学生や卒業生の中に留学しようとする人があれば、卒業生の中で留学経験者やすでに留学している人たちを桐医会を通して紹介できるという

ことが利点としてあると思います。それから、もっと大きなことを言ってしまうと桐医会で病院を作ったらなんて話もありますが、まあそれもみんなでかたまっちゃうなんていうのは面白くないので、そういう発想はあまり良くないかなと思います。あとは筑波大学の医学教育を受けた人間が卒業して将来どういうことになっていくのが興味のあるところで、共通のところから育っていった人たちが集まって何かできないか、たとえば多分に教育的ですが、医学の教科書を作るとかいったことは桐医会が手伝える、あるいはコーディネートすることができるんじゃないかと考えます。そういうことの仲介役を同窓会ができるかもしれないと思っています。

山口：

ありがとうございました。将来のことは、いろいろな要素があって実際どうなるかわかりません。展望するのはなかなか難しいですね。今日のねらいは、20年たって同窓会の活動を振り返って、また今後につなげていこうということが一つのねらいでした。今回に関してはまとめをするつもりはありません。同窓会が20年たってこれから先20年はどう成っているか、さきほど斉藤先生が言った通りにこけそうでこけない、20年後もこけそうでこけないで残っていると思います。夢はいっぱいありますが、どれくらい出来るかはわかりません。しかし、それよりもなによりもとにかく続けないといけないので、そういう意味でも、あと20年たったらもう一回これをやりましょう。今回はこれで終わります。ありがとうございました。

第21回（平成13年度）桐医会総会報告

司会：事務局長 湯沢賢治（3回生）

第21回（平成13年度）桐医会総会は2001年5月26日（土）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12年度事業報告
副会長海老原次男氏から表1のごとく報告された。

2. 平成12年度会計報告
平成12年度決算は表2のごとく報告された。4月1日付けで監事2名、宮川創平氏（3回生）、田中直見氏（賛助会員）の監査を受けた旨、堀孝文氏から報告された。

3. 平成13年度事業計画
副会長海老原次男氏から表4のごとく報告された。

4. 平成13年度予算
平成13年度予算は表5のごとく堀孝文氏から説明があり、承認された。

5. 会則改正
会長山口高史氏より、役員会から提出された会則中下記の事項の変更が説明され、承認された。

改正前

第11条 本会の事業を行うために小委員会をおくことができる。小委員会の委員長は委員会において正会員より選出する。

改正後

第11条 本会の事業を行うために支部および小委員会をおくことができる。

- 1 支部の支部長は支部において正会員より選出する。
- 2 小委員会の委員長は委員会において正会員より選出する。

なお改訂された会則の全文は2001年版桐医会会員名簿に掲載されている。

表1 平成12年度事業報告

平成12年

- | | |
|-------|---|
| 4月 | 第1回定例役員会 |
| 5月 | 第2回定例役員会 |
| 5月20日 | 第20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 |
| 9月 | 桐医会会報48号発行
平成12年度桐医会名簿発行
第5回定例役員会 |

- | | |
|-------|-------------------------|
| 10月 | 第6回定例役員会 |
| 11月 | 第7回定例役員会平成12年 |
| 12月 | 第8回定例役員会 |
| 平成13年 | |
| 1月 | 第9回定例役員会 |
| 2月 | 第10回定例役員会 |
| 3月 | 第11回定例役員会
桐医会会報49号発行 |
| 3月23日 | 第22回生桐医会加入 |

表2 平成12年度決算

収 入

内 訳	予 算	決 算
前年度繰越金	616,964	616,964
会 費	4,000,000	4,923,000
広 告 収 入	2,000,000	2,032,000
名簿売り上げ	30,000	11,000
保険金手数料	650,000	1,012,081
預 金 利 息	3,036	4,088
計	7,300,000	8,599,133

支 出

内 訳	予 算	決 算
総 会 費	300,000	245,711
事務局運営費	450,000	516,780
広報発行費	1,000,000	870,630
名簿発行費	1,800,000	1,614,900
通 信 費	1,000,000	658,984
消 耗 品 費	200,000	192,483
備品購入費	700,000	90,000
事 務 費	100,000	43,058
渉 外 費	50,000	4,200
慶 弔 費	50,000	16,170
積 立 金	1,000,000	2,800,000
予 備 費	200,000	0
学生援助金	150,000	100,000
レジデント教育費	100,000	107,699
卒業記念品	200,000	133,560
繰 越 金	0	1,204,958
計	7,300,000	8,599,133

平成13年4月1日

桐医会会長	山口 高史 印
監事	宮川 創平 印
監事	田中 直見 印

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	田中 直見 (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 眞一	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	白石 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	金敷 真紀
15回生	金澤阿佐子	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
18回生	伊藤 吾子	薄井 真悟
19回生	小貫 琢哉	土屋 真紀
20回生	齋藤 誠	向田 壮一
21回生	小松崎徹也	東 真弓
22回生	井上 亜希	長野 真澄

表4 平成13年度事業計画

平成13年

4月1日	事務局オープン
4月	第1回定例役員会
5月	第2回定例役員会
5月26日	第21回桐医会総会開催
7月	第3回定例役員会
9月	桐医会会報50号発行 平成13年度桐医会名簿発行 「22回生から後輩諸君へ」発行
10月	第4回定例役員会
11月	第5回定例役員会
12月	第6回定例役員会

平成14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51号発行
3月25日	第23回生桐医会加入

表5 平成13年度予算

収 入

内 訳	予 算
前年度繰越金	1,204,958
会 費	5,000,000
広 告 収 入	2,000,000
名簿売り上げ	11,000
保険金手数料	700,000
預 金 利 息	4,042
計	8,920,000

支 出

内 訳	予 算
総 会 費	300,000
事務局運営費	1,800,000
広報発行費	1,120,000
名簿発行費	1,900,000
通 信 費	850,000
消 耗 品 費	400,000
備品購入費	600,000
事 務 費	200,000
渉 外 費	50,000
慶 弔 費	50,000
積 立 金	700,000
予 備 費	200,000
学生援助金	150,000
レジデント教育賞	100,000
卒業記念品	200,000
支 部 経 費	300,000
繰 越 金	0
計	8,920,000

編集後記

今年の夏も猛暑でしたが皆さんいかがお過ごしでしょうか。

今回の会報のシンポジウムは20年の軌跡について桐医会役員が昔を振り返り、辛かったことや楽しかったことを思い出し、今までのシンポジウムとは一風変わった趣になりました。

桐医会のほうも4月より事務局を開設し、ますます活発に活動しております。これからの桐医会にもご期待ください。

(M.T, H.K)

桐医会会報 第50号
発行日 2001年9月1日
発行者 山口 高史 編集 桐医会
〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学医学専門学群内
印刷・製本 株式会社 イセブ