



桐医会会報

1983. 10. 1. No. 8

大特集号 第3回桐医会総会



去る5月14日(土)、臨床講堂において、第三回総会が開かれた。第二部では、シンポジウム「地域と大学病院」が催され、学外からも提言者をお招きして、近々着工予定のメディカルセンターの話なども交えて、大学病院の地域医療において期待される像が浮き彫りにされた。また、恒例の学生向け企画、第0部では、「卒業生の近況と女医の姿」というテーマが取り上げられ、自らの将来の姿を模索する女子学生によってその半数を占められた会場は、これまで以上の熱気に包まれていた。

まだ3回目とあって、正会員の出席は僅かであったが、今後増えてゆくことを期待したい。

主 な 内 容

特集 第2回桐医会総会	2	告知版	27
開会の辞・来賓祝辞	2	小冊子『4回生から後輩諸君へ』を発刊	
決議及び承認事項	3	古本市を終えて	
プロローグ「卒業生の近況と女医の姿」	5	体育会医学支部近況	
シンポジウム「地域と大学病院」	16	教官人事異動	
		第4回生の進路状況	28

第3回 桐 医 会 総 会

開 会 の 辞

会長 山 口 高 史

本日は、御忙しいところを御集まりいただきまして、誠に有難うございます。桐医会総会も第三回を迎えることができ、皆様には非常に感謝しております。たいへん閑散としております会場ですが、この講堂が一杯になるまでに育てていかなければならないのではないかと、切に思っております。これからも宜しく願いいたします。

来 賓 祝 辞

医学専門学群副学群長
基礎医学系教授 小 島 瑞

阿南学群長が、沢口副学群長とご出張にいかれました、小島がやれという話でしたのでよろしくおねがいします。

今日の新聞によりますと、国家試験が100人中99人という非常にいい成績で良かったですね。皆さん、やっとまあ、しこりがとれたというようなものだろうと思います。それにその後、テレビを見とったら、病院が倒産ブームというような話がありまして、新しい医者が育っていく反面、医師過剰時代を迎え、病院が倒産するというような、厳しい現実があるという現状です。

本学も10年目を迎えて、やっと軌道に乗った状態にあります。そして、医師国家試験もいいということが、大変喜ばしいのでありますが、考えてみますと、失礼ですけども、国家試験に通るということは当たり前でありまして、何もお祝いを申し上げることはないんです。当たり前のことをしてるんだと思って欲しい。大切なことは、一人一人の個人が、大学教育を受けて、そして、いかに育っていくかということだと思います。いかに育っていくかということが、すなわちいわゆるpost graduatedの時ほど、教育生活というものが大きな意味を持ってくるというように思われます。特に、医学におきましては、それは実に大きな影響を持ってくると思います。でありますから、桐医会というものが出来て、お互いのコネクションを良くして、学校とのつながりを良くして、そして、卒業生の一人一人が意義のある行動をする、そして、社会に巣立っていけるような充実した人生を送っていけるようになるということが、大変大切なことだと思います。

今年は4回目を迎えたわけですが、今が一番苦しいの

であります。出席が悪いということは、決してほかどってないのではなくて、皆さん各人各人が、職場に於いて、責任の非常に重い患者を持って、しかもべえべえで、走り回ってこき使われて、非常に充実しているので出席できないのだろうと考えますのも、また喜ばしい現象だと思います。これが、諸君が大きくなって、自分の時間が作れるようになった時に出席して来たら、それが一番いいんじゃないのかね。

簡単ではありますが、終わります。

茗溪会常務理事事務局長
長 浜 恵

今日、国家試験の発表がありまして、第4回目でありませんが、まあ、新聞では第2位ですけど、トップも同然ですね。4回も続けてトップの座でいられるということは、驚異ですよ。筑波大学の医学部ここに在り、という名声を天下に轟かせてますよ。私は、これはやはり、諸君の努力もさることながら、ここの先生方がですね、新しい医学部を創って、新しい構想の下に、本当に水ももらさず、色んな点において御指導頂いておると、その結果が本日の立派な成果だと思います。私の教え子が東大にありますが、筑波大学の様な指導は東大では出来ませんよ、と言っておった。

実は私はね、第4回目でボロッと落っこちるんじゃないかと心配しとったんだがね、こういう結果で安心しました。

今年の卒業生も、全部同窓会に入ってもらい、1351名の諸君が新たに茗溪会員となりました。今までですね、同窓会は、教職においては、もう何と言ったって、天下に大きな力として在るというイメージがあったんです。これはやっぱり卒業生の力であってね、教育大では何と言っても大きなpowerとなっております。

しかし近年、各界の優秀な若い諸君が入会してくれましたので、私の方もですね、今までの様な同窓会ではなくて、本当に総合大学にふさわしい様な同窓会にしようということで、非常に意気込んでおります。色んな面です、今までの制度と組織を見直して、若い時から同窓会に入って良かったと、こういう様なメリットを、何でもいい、示させたいということで、今年は革新的な変革と言いますか、検討しようと思っております。

桐医会では、その独自の名簿を毎年作っておりますけれども、茗溪会でも、今年12月頃に、非常に便利な名簿

を作ります。大変なことなんです、この名簿を作るというのは。本当は、もう少し同窓会の財政が豊かになれば、無料で配布しなきゃいけないが、それはできない。それで、金は取りますけどね、これは桐医会だ、そういう大きな名簿は必要ない、と思う様な人があるかも知れないけど、同窓会の大きな全体の流れとして、是非、申し込んでもらって手許に置いてもらいたい。そうしますとね、これは非常に役に立つ、便利になりますよ。患者さんが来た時に、「あっ、この課長は、この部長は、茗溪会員だな。」といったことがわかりますとね、同じ釜の飯を食った仲間だという感情が涌くもんです。どうか、あまり孤立した、医者達の中だけの孤立した会ではなくて、大きな流れの一部としてですね、是非、みんなで手を携えて、我々は同じ仲間であると、医者という立場だけじゃなくて、色んな形において、この筑波大学の旗を高く掲げて、それぞれの分野で大きな力となってもらいたい。

私は以前、入院しまして、今、東京のある病院に通っておりますが、そこにやはり、ここの卒業生が何人かおるんです。その院長さんと私は親しいんですがね、大変

ねえ、喜んでおられますよ。「良くやっております。」と言っておられるんですよ。私はやっぱり、一人一人の力を結集して、筑波大学の卒業生ならば、医者としても立派だと、こういった力を発揮するというのが一番大事だと思いますがね。私どもも、出来るだけ、まあ直接的な力は貸せませんが、色んな面で手を貸したいと、こう思います。

今後どうかひとつ、医者の世界というのは非常に厳しいということを自覚し、かつ、自信と誇りを持って勉強してもらわんとならんな。入院してつくづく感じますよ、やっぱり、安心して患者が診断を信頼すると、そういうお医者さんになってもらいたいな。

それからまあ、医学の進歩もあまり信用しますとね。例の男子も女子も思いひとつで産める様な、そんな時代を創ろうという、私はあれは反対だな。あすこまで行ったら、人間性に反するんじゃないかと言うふうに思っております。

まあ、それはともかく、充分これから勉強して頂きたい、それだけ申しまして、簡単でございますが、ご挨拶いたします。有難うございます。

総会第一部(決議及び承認事項)

第一部司会 湯沢 賢治(3 回生)

昭和58年度桐医会総会における議事の内容は次の通りである。

- ① 昭和57年度事業報告
評議委員海老原次男氏(2 回生)より表 2 に示すよに報告があった。
- ② 昭和57年度決算報告
会計岩崎まり子氏(1 回生)より、表 4 に示すように報告があった、昨年度から会計監査がおかれ、昨年度は橋本達一郎教授にお願いした。
- ③ 会則の変更について
役員会で議決された会則変更について、次のことが司会者より説明された。
第 6 条 (役員 の 定員)
5 会計 2 名→3 名
理由は卒業生の増加による会計業務の増大である。総会出席正会員の過半数の承認を得て、この変更は可決された。したがって今年度より会計は 3 名となる。
- ④ 役員選出
昨年度役員会で提案された新役員候補が司会者より発表され、他に立候補・推薦はなく、そのまま承認された。新役員は表 1 の通りである。また、会計監査は昨年に引き続き橋本達一郎教授にお願いすることとなった。

- ⑤ 昭和58年度事業計画承認
表 3 に示すように発表され、承認を受けた。
- ⑥ 昭和58年度予算承認
表 5 のように発表され、承認を受けた。 以上。

表 1 昭和58年度桐医会役員

会長	山口 高史(1 回)
副会長	鴨田 知博(1 回)
	海老原次男(2 回)
評議委員	
岩崎 秀生(1 回)	小林 正貴 (1 回)
伊藤 恵子(1 回)	白石 裕比湖(1 回)
亀崎 高夫(2 回)	中山 健児 (2 回)
山本 雅一(2 回)	厚美 直孝 (3 回)
江口 清 (3 回)	島倉 秀也 (3 回)
寺田 康 (3 回)	湯沢 賢治 (3 回)
湯原 孝典(3 回)	塚田 博 (4 回)
中島光太郎(4 回)	平野 洋子 (4 回)
増田 義重(4 回)	吉沢 利弘 (4 回)
会 計	
岩崎まり子(1 回)	宮川 創平 (3 回)
江原 孝郎(4 回)	
会計監査	
橋本達一郎(賛助会員)	

表2 昭和57年度事業報告

57年4月	第8回定例役員会 役員会 桐医会会報第4号発行
5月	第9回定例役員会 役員会
5月15日	第2回桐医会総会開催
5月29日	「3回生から後輩諸君へ」発行
6月	第10回定例役員会 ——post evaluation meeting 古本市
7月	第11回定例役員会
8月	全国医学生ゼミナール見学援助
9月	第12回定例役員会 桐医会会報第5号発行
10月	昭和57年度版桐医会名簿完成 桐医会会費徴収 第13回定例役員会
11月	第14回定例役員会
12月	第15回定例役員会
58年1月	第16回定例役員会
2月	第17回定例役員会
3月	第18回定例役員会
3月25日	第4回生桐医会加入(97名)

表5 昭和58年度予算

<収 入>		<支 出>	
前年度繰越金	340,045円	会議費	50,000円
支部会費	1,134,000	会報発行費	800,000
賛助会費	300,000	名簿発行費	500,000
広告代	150,000	通信費	200,000
名簿売上金	50,000	事務消耗品費	70,000
古本市売上金	50,000	備品購入費	70,000
雑収入	0	書籍購入費	100,000
貯金利子	4,000	渉外費	55,000
合 計	2,028,045	交通費	70,000
		慶弔費	10,000
		積立金	100,000
		予備費	3,045
		繰越金	0
		合 計	2,028,045

表3 昭和58年度事業計画

58年4月	桐医会会報第6, 7号発行
5月14日	第3回桐医会総会開催
5月	古本市
6月	post evaluation meeting 「4回生から後輩諸君へ」発行
8月	桐医会会報第8号発行 昭和58年度版桐医会名簿完成 全国医学生ゼミナール見学援助
10月	桐医会会報第9号発行 自治医大地域医学研究会見学
11月	基臨社祭(展示参加, 古本市援助)
59年1月	桐医会会報第10号発行

* 定例役員会は毎月第1金曜日午後7時, または第1土曜日午後1時より学系棟2階会議室にて開催

表4 昭和57年度決算報告

<収 入>		<支 出>	
前年度繰越金	68,064円	会議費	30,377円
支部会費	492,000	会報発行費	563,600
賛助会費	309,000	名簿発行費	300,000
広告代	476,000	通信費	149,175
名簿売上金	68,000	事務消耗品費	40,600
古本市売上金	56,675	備品購入費	3,715
雑収入	67,000	書籍購入費	20,000
貯金利子	3,773	渉外費	30,000
合 計	1,540,512	交通費	63,000
		慶弔費	0
		積立金	0
		予備費	0
		繰越金	340,045
		合 計	1,540,512

以上の通り相違ありません。

昭和58年3月31日

会長 山口 高 史
 会計 岩 崎 まり子
 宮 川 創 平
 会計監査 橋 本 達一郎

☆ プロローグ 「卒業生の近況と女医の姿」 ☆

パネリストの三人の女性卒業生のユニークなお話、M3、M4有志による卒業生対象のアンケート結果の報告、そしてobserverとしての臨床医学系講師小児科の藤原順子先生の含蓄あるお話を軸に、現実感のある熱い討論がくり広げられた。

貴重な体験談をお話し下さった三人の先生方は…

筑波大学DC医学研究科	公衆衛生学	3 回生	安井 恵子 先生
筑波大学附属病院	外科レジデント	2 回生	松代 彰子 先生
筑波大学附属病院	小児内科レジデント	1 回生	中原 智子 先生

(以下 敬称略)

さて、その熱い2時間は……

自分の趣味・特性を考えたおもしろい仕事を…

安井 恵子(3 回生)

3 回生の安井です。まず、私が現在どういう仕事をしているかお話ししたいと思います。病院で患者さんを診ている仕事とは全く違いまして、地域に行き、地域の方々と接している仕事なんですね。ここから一時間くらいの所に協和町というのがあるのですが、その町では、私達大学と協力して脳卒中半減対策を5年計画でやることになっていまして、検診による高血圧の人のスクリーニング、その方達への生活指導などを主にやっています。高血圧の人を集めて原因について話したり、一緒に話あったり、また地区の人達を集めて栄養士さんと呼んで料理教室を開いたりなども地域の為に行っています。あとは、それをまとめ、どう評価したらいいか考えて仕事をしているのです。保健婦さんと一緒に決まった仕事をするのではなく、どのように仕事を進めていくべきかを話し合っ……言わば新しいものを作りあげていく仕事だと思います。こうした分野は、しっかりしたやり方があるわけではなく、大学院1年めのときから、こうしたらしいのではないかとパッと思いついたことが実現したりということもあります。この点もこの仕事の面白いところではないかと思っています。

次にこの進路を選んだ理由ですが、まずは興味の問題です。内科と公衆衛生と迷ったのですが、その時、今日のテーマではありませんが、“女医として”一生続けていく場合、あまり無理しないでやって行けるのはどちらかな…と考えました。その点、社会医学の場合、患者さんと接するわけではないので、ある程度時間が自由になります。勿論、忙しいときには夜遅くまでになります。これなら一生続けていくことができるだろうと思って選びました。

今、どういう仕事をしているかといいますと。週に半

分くらいは地域に出て仕事をし、あと半分くらいは大学で他の仕事をしています。大体平均して帰宅は8時か8時半。日曜日なども休みですのでその点です。

女医として、有利か不利かという問題がアンケートにあったようですが、これは何事にも両面あるもので、この仕事についてもそうですね。女医だと頼りなく見られることもあれば、かえって相談しやすいということもあるように思います。私は、減塩指導などの栄養のことを主にやっており、男性よりは自分で日常、料理を作る事をしていますので、仕事に向いていると思います。しかし男性だから女性だからというよりも、その人に備わった適性のようなもの、自分の生活に対する考え方—例えば、休みの日をあまり休まなくともいいとか絶対に休みたいとか…細かいことはそんな事から始まって、地域の人に接するのが好きかどうか—これらがまず第一になると思います。

最後に、私のような仕事の場合、どんなことをしているのかな?という興味を皆さんが持たれても、授業でも少ししか出てこないし、なかなかわからないと思います。もし興味があれば、私のところに連絡して下さい。いろいろお話し合いもできると思います。

それではこれで終わります。(拍手)

小林(M4) 生活指導を中心に活動なさっているということだったんですが、地区単位での生活改善の他に、厚生省とか国のバックアップとかそうした中枢機関との関係はどうなっているのですか。

安井 今の仕事は大学と町と保健所が協力してやっている。特に厚生省のバックアップがあるわけではありません。が、他にも国全体の健康づくりに関する仕事があ

生のところに来て、それらを私達もお手伝いしたりお話を聞いたりということもあります。また、今やっている協和町の仕事は、今後、国全体にひろめるひとつひとつ

のモデルともなるわけで、そういった意味ではつながっていると思います。

男の人の2倍仕事をしないと同等に見てもらえない

松代 彰子（2回生）

松代です。私は外科に進みまして、今、3年になりますから、2年間の外科コースは一応終了しました。消化器外科半年、あと循環器外科、呼吸器外科、一般外科、形成外科という感じで回り、麻酔科もやりました。

私が外科を選んだのは、子供の頃から、小学校卒業する頃には、もう医者になるんだというふうにきめていたのですが、その時に、こっちにナイフみたいなものを持っていて、こっちにフォークみたいなものをもっていて、という絵をかいていたのです。まあ医者になるのなら絶対外科になるんだみたいに思っていたのですが、M5の実習になって、ちょっとつまづきまして、M5の実習でいろいろな外科をまわりますと、他の先生方は、女の子を非常に拒否している態度を示したり、あとは、私が非常に純粋なものですから(笑)、実習なんかで血をみていると、何か興奮しすぎてしまっちゃってと、その……あまり興奮しすぎますと鼻血もでますが……何といいますか、起立性低血圧みたいになって、クラクラとなるんですね。私は実習の間、それで4回くらい倒れちゃって、これでは外科なんて、とっても無理かなと思っていたんですが、M6になって、院外実習になりましてから、そういうことがなくなって、いやな思い出もケロッと忘れちゃって、入っちゃったわけなんです。

外科という選択に対して、他の教授が、どういうふうに反応したかということですが、外科を希望する人が15～6人いまして、わくが10人くらいだということで、一応面接したいのがあったんですが、その席で、体力に自信はあるかときかれました。こういう場合には、めいっばいはったりをきかせまして、(笑)、一生懸命アピールしたんですね。はじめデブだったんですけど、一応柔道部なんかやっていたんですけど、全然強くはないのですが、柔道といういかにも強そうに見えるので、“柔道やっていました”と言ったら、岩崎先生なんか、“あ、それならいいですね”とおっしゃったりして。(笑)それだけで通ってしまったみたいで、何か申しわけないと思っていますけど。それから、いろいろきかれたのですが結婚はこの2年間にやる予定はあるのかときかれました……一見ナンセンスな質問に思えるんですけど、やってみると、これは本当に大切な質問です。外科をやっていると、内科の先生が楽をしているというわけではないんですが、同じ数だけ患者を持っていたとしても、術後患者というの

はものすごく時間がかかりまして、手術前の患者さんを診るのは夜中くらいになっちゃうんですね。だから、体力的には大変で、男の方がいるんで、ちょっと恥ずかしいんですが、生理などもムチャクチャになっちゃうんですね。そうすると、結婚とかすると、予定日もムチャクチャになっちゃうと思うんで、結婚を2年間でやっていたら、子供がポロポロ生まれちゃったりして(笑)。そういうふうに、外科を選択する人は、女の人の場合は、いろいろきかれると思うので、一応考えなくてはいいなと思います。

で、外科にはいいということになりましたんで、他の方に迷惑をかけちゃいけないと思って、それに女の人は男の人と同等の仕事をしたんじゃ、男の方がいいということになりますし……だから男の人の2倍仕事をしないと同等とみてもらえないと感じまして、まず、髪型とか、お化粧とか考えて、なにかバカみたいな話なんですけど(笑)、お化粧は、まず、口紅くらいはつけろという人もいたんですけど、口紅をつけるとマスクとかにもベタベタつきますし、やっているひまもなかったので、やりませんでした。それから、髪型なんかは、オペ室にはいって、なんかかぶったりしますと、髪なんてグチャグチャになっちゃうんで、……今日は、皆さんの前に出るのお風呂にはいってききましたけれど(笑)……本当は、ボウズにしようかとも思ったんですけど(笑)、それで、アデランスではないけど、オペ室にはいる前にパッと、(笑)それでボウシかぶったらいいんじゃないかとバカなこと考えたりして、いろいろ苦労しました。

あとは、自分の部屋に帰って寝るなんてことは考えないようにしようと思って……それで、胸部外科まわっていた時は非常に大変な時期だったんですけど、3ヶ月間で、自分の部屋に帰って寝たのは7日間ぐらい。それで、洗たくなんかも、自分の部屋に帰っている暇ないんで、オペ室でしたりして。

困ったことなんですけど、外科をまわるにあたって、循環器外科が終わって消化器外科に行とか、消化器外科終わって小児外科に行とかいうときの、最初の手術というのが、私は、大変だったんですね、この科で、また、暖かくむかえてもらえるかって、ものすごく緊張いたしました。また、ヘマやっちゃいけないと思ってヘマやったりして(笑)そのクセは……まあ、ようやく慣れましたけ

れど……大変困りました。あとは、まあ、生理作用が乱れたとかいうこと。それから、寝食共にしたいのに、上のレジデントが非常に遠慮しちゃって、夜中に……食事はたいてい夜中なんですが……連れだっていくと変におもわれるんじゃないかということで、仲々最初のうちは誘ってくれなかったのだからこっただけ食いつぶれちゃったりして(笑)そういうことも困りました。

それから、一年下のレジデントに対して、どういうふうにしたらいいかということ、アゴで“何だ”という感じで、やっていいのかということ。内科の先生も同じかもしれませんが、一年ちがうと、外科なんて、全然ちがうんですネ。音をたてるとかたてないとか、くだらないことなんですけど、全然ちがうんですネ。だから、こっちは、かなり、いろいろ怒ったりしなくちゃいけないんだけど、そうすると精神的にまずい……まあ、全然つまず

かなかったけど(笑)そういうのが、困った点ですね。

今、レジデントの数が増えましたので、いろいろ分担できますから、外科といってもそんなに大変じゃなくなっただけだと思いますので、それ程悩むことはないと思いますが、その一方損じゃないかと思います。患者さんの数が半分に減れば、それだけ体得するものも、半分に減っちゃうし。大変なところにいけば、それだけに見合うものがあると思うので、本当に外科に行きたかったら、それほど大変と思わないでやったらいいと思います。

一学年35人も女の方が入ってこれたら、一人くらい外科にこられる方がいるんじゃないかと楽しみにしているんですけど。そういう方がいらっしゃったら、お酒でも飲みながら、1対1でしゃべりたいと思いますので、こういう席では、一応このあたりでということにさせてもらって。(拍手)

レジデント1年めで結婚、2年めで出産、そして、今……

中原 智子(1回生)

今、御紹介いただきました中原です。ここの小児科のレジデントとなりまして4年目になりますけど、なんか自分でもまだ、採血と点滴だけで、お給料もらっているみたいな気で、ここで何か偉そうなことをいうのは、申し分けない気がするんですけども…。私が小児科を選んだ理由というのは、子供はもともとそんなに好きじゃなかったんですね。特にこう鼻たらししていたり、汚ない子は嫌いだったんですね(爆笑)ホルモンとか代謝異常とかいうテーマにちょっと興味があったことと、大人に比べて治る病気が多いと言いますか、悪くなるのも早いけど、治ってくるのも目に見えて早くなってくる……。そういうのが性格にあっていると言うのか、治らない風邪を長々とみているのが私の性に合わないようなので、それで小児科に入ったわけなんです。小児科はここにいらっしゃる藤原先生という大先輩、女医としての大先輩がいらっしゃるので女医として働く分野は松代先生よりもずっと恵まれていると思います。

学生時代を思い返すと、大学入試のときから面接で「結婚してもやめませんね」と必ず聞かれました。レジデントになるときも「結婚しても、子供を産んでもやめませんね」と、そこで又、念を押されました。レジデント一年目で結婚して、二年目で出産した訳ですけども、結婚そのものというのは、独身のときと、生活はほとんど変わらないと思います。自分でちゃんと洗たくして、掃除して、ちゃんとお料理作っている人だったらば、多少量が多くなる位で(笑)仕事の量というのはそんなに変わりません。ただ出産すると、そこのところが、だいぶ違ってきます。私のところは、主人がこの卒業生で自

治医大の方に就職してまして、今住んでいるのは、安井先生が行っていらっしゃる協和町というところなんです。たまたま出身が主人と同じ町ということで実家も近くにあり南北に分かれて通えばお互い通勤距離が一番短くて済むというわけです。片道3キロあるわけですね。そこから毎日通うとなりますと、コンパがあっても二次会に出席してお酒を飲むこともできないし、ある程度余力を残しておかないと、途中でい眠り運転してつかまってもいけないし、やはり近くに住んでいる方よりも朝一時間早く出て行かなければいけなし、また帰りも一時間遅くなると言うことで、かなりハンディキャップもあります。でも、それに慣れちゃえばなんてことないことなんですけれども。しかしここで出産するということになりますと……。男の人に対してひがんで言うわけじゃないんですけども、専業主婦をもらったレジデントの方は、お風呂に入って、洗濯物を脱いでおけばそのままパッとタンスの中に入っていると思っているわけですよ。その分女性の方は仕事の量が増えるわけで、その上子供を産みますと、その量はかなりになるわけです。でも、レジデントの人でも自分の奥さんには優しいけれども、他の人には優しくないっていうのか…(笑)かなり厳しくなってきます。産休についてはここのレジデントの場合は非常勤の国家公務員ということで産前は、平均的に六週間、働ける人はめ一杯働いていい、産後は最低五週間、それは医師の許可があった場合で、普通は六週間休めることになっておりますけれども…科によると思いますけど、私の場合は、産前を五週間休みました。当直がその休みの二週間位前まで入っていましたので、そう

すると大きなお腹をして、そのころまだ一年目でしたから点滴がもれるとか、子供のチューブが抜けたとかですぐ起こされるんですね。そうすると、自分の体を起こすのもやっとなという感じで、こちらがもう診ていただきたいという感じでした。(爆笑)働いているせい子供が小さくて、それでもまだ楽な方だったと思うんですけども、最後の方は、本当にどうしようかと思う位、当直はつらかったんです。当直というと看護婦さんの場合八時間勤務ですので朝九時とか十時になれば帰れるわけですけども、レジデントの場合当直というのは、朝来て、例えば八時半に来て、そのまま一晩とまって次ぎの日も又普通に働いて帰るということだと、結局四十時間連続勤務ということになるんですね。当直で何もしなければよく寝れるんですが、ちょっと何かあると一晩寝れなくて、まるまる四十時間起きているということだと……二十歳位のときは若いから飲んでいても何をしても次の日は平気ですね。三十二週の頃は本当にきつかったですね。それで産休で出産しまして、産後六週間で出てきたんですけども、三日から当直が入ってまして、私は母乳栄養で育てたものですから、そのころは三時間毎に授乳なんですね。はじめの一ヶ月とか二ヶ月は。一回の授乳が三十分として二時間半寝ると又子供が起きるわけですね。そこで授乳しなければならぬということ。本当にもう一晩でいいから替わってもらって寝たいと思いました。が、当直のときでも結局哺乳瓶をじゃらじゃらさげてくるわけですね。そうすると、普通の日には五本位でいいんですけども当直の日は十本位下げてきて、時間をみつければ、二階の新生児室のところへ行ったら母乳を絞ってそこで冷凍してもらって、次の日うちに持って帰って飲ませて、……そうやって育ててきました。

主人が同じ町出身ですから、実家も近く、主人の方の母が来てくれて子供をみてくれるのです。そういう面では普通の家庭に較べたらずっと恵まれていると思います。まあ、今いらっしゃる学生さんの中でも、お家が県内の人というのは少ないと思うんですね。そうするとまあ、当直のない限りは勤めればいけれども、だいたい当直のある科が多いと思うので、そうするとどんなさんが余程優しい人かそうでなければすごく優秀なお手伝いさんを雇うかしないと、当直もして、普通の男の人と同じように働いて行くというのは、かなり困難だと思います。私も、お祖母ちゃんと暮しているという、御飯なんか家に帰ればできているみたいな言い方をされるんですけども、やはり勤めちゃいますと、やはり職業間違えたかなと思います。全然予定がたたないんですね。土曜日だからお昼の十二時半に終わってびったり帰れば今日はこういうことができるなって予定したりし

て、その分、金曜日の夜ちょっと遅くなるまで働いて次の日の仕事を、少なくともしようとしてやるんですけども、土曜日の朝くると、子供が寝こんでいたりして、それが腹膜炎だったりするんですね。そうすると土曜日は全然一日潰れちゃったりしてそうになると、全然予定がたたないのです。普通の日でも帰宅は、なるべく早くするようにしているんですが、八時から遅い時は十一時位になります。それからご飯作って食べるとなると、本当になんでこんなにまでして働かなきゃいけないんだろうなって思いますけれども。(笑)でもやはり産休なんかで家にぼけっとしていると、本当にバカになっちゃうんじゃないかなって(笑)。主婦ってこんなことやって偉いなって思うんですね。本当に飽きないのかしら、って。たまにやってみると……。で、バカバカしくないのかしらって思うんですけども、まああの普通の奥さんをどうこう言うつもりはないんですけども、みんなこうやって子供育ててこんな退屈なこと……初めのうちは、子供も反応しないしすごく退屈なんですよ……こんなことやってみんな偉いなって思って。

まあとりとめもない話をしていますけれども、こういう企画も何か女医ってことで差別されていると思うんですね。学生時代はみんなあまり女性ってことにこだわりを持たないで生活していると思うんです。授業だって男の人よりよく出るし、ノートもコピーもさせてあげるし……。でも、やっぱり結婚して子供を産むとなると、自分で一生懸命働こうと思っても、やっぱりある程度余力を残しておかないと家での家庭生活が上手くいかない……といった面があると思えますよね。まあそこでも頑張っちゃえばいいのかもしれないけれども。まあその人の考え次第ですが……。子供を預けても私は仕事に没頭したいという人もいるかもしれないし、まあ両方上手くやりたいって人もいるでしょうし。まあそれは人によってかなり違うとは思いますが、まあ上手くやろうと思ったら、手を抜けとは言いませんけれども、ある程度要領よくやるのも必要でしょう。出産にしても、一、二年目で子供を産むのは仕事もまだ覚えきらないうちに、家庭のことに手をとられることになり、かなりのハンディキャップではあると思います。でも夜三時間毎に起きてっていうのは、かなり大変なことで、その上夜ろくに寝てなくても、朝病院で働かなくっちゃいけない、そこで事故起こすわけにいかない……ということになると、本当に、余程気を引き締めてやっていかなければいけないし。あまり年をとってからだとできないって気がするんですね。若いからやれる、無理がきくって感じで。それは各々の人の考え次第ですけども。普通にやろうと思ったら、できるだけ当直の少ない科を選ぶのもいいと思いますし、又お家の人とかそういう方に手

をかりるのもいいと思います。でもこれはだんなさんの方の環境にもよるわけで、それは充分考慮されることが必要かと思います。

とりとめのないことですがこれでおわります。
(拍手)



卒業生の実例……女医として、共に仕事をするものとして

M 3, M 4 有志のアンケートから

M 4 朝倉由加

卒業生の方々を対象に男女別アンケートを行ないました。

・男性医師対象……回収率16%(260名中42名)

・女性医師対象……回収率44%(31名中14名)

まず男性医師対象から発表します。

1.「身近で働いている女医に対し、仕事の面でどのような感情をお持ちですか。」

(外科系、内科系別の集計。外科・内科の順。)

・よくやっている 32%・40%

・女性にだめ 24%・27%

・男性も女性も同じ 44%・33%

<否定的評価の代表意見>

1. 責任感に乏しい。一生やる仕事、命をあずかるという自覚に乏しい。甘えがある。

2. 疲れると感情的にヒステリックになる。

3. 広い視野に立って物を眺めることが不得手。人の上に立つ仕事には向かない。

4. 男性側として女医に対しては、男性に対するのと同じようにはっきりと言にくい。

などでした。

<中間の評価>

1. がんばっている人もいるし、そうでない人もいる。
2. 非常によくやっており、感心させられる。しかし、結婚前のつなぎ的な人もいていろいろだと思う。

3. 家庭をもつと大変だろうと思う。一般には男性医師と同じ。

<肯定的評価>

1. やや感情的な面もあるが、それだけに受け持ちの患者さんに対して実に熱心でよく勉強し、一睡の暇もなく大変がんばっておられる人もいて立派だと思う。

2. 誠実に努力され、繊細な面を高く評価する。

3. 女性は概してまじめできちんと仕事をする人が多いように思う。

4. 女性であることをいい意味で人間関係に生かしている。

2.「女医が現在そして将来に期待されていることは何でしょう。」

1. 責任感を持つこと。

2. 疲れてもイライラせず、同僚や看護婦、患者に対し、女らしい優しさを示せること。

3. 物事を客観的、冷静に考えること、広い視野を持ち、余裕ある考え方や生活を営む事。

4. 女医も医者なのだから、特に女医だからといって期待されることはない、男性医師と同じ。

5. 女医である前に一人の医師であってほしい。

6. 女性の特性を生かし、優しさが欲しい。

7. 男性にできないきめ細かい仕事、緻密で根気の要する仕事。

8. 家庭との両立、結婚後も続ける決心がなければ何をやってもダメだと思う。

9. 何でも男性医師と肩を並べようという姿勢よりも、適性にあった分野に進むべきである。そして、結婚し家庭を持つということは十二分に考慮すべきである。

10. 適切な進路の選択。

3.「女性が中心となって仕事をすれば、きっと伸びるであろう医学の分野は?」

・精神医学・内科(呼吸器などの慢性疾患)・基礎医学・解剖学・病理学・麻酔科・社会医学関係・臨床医学関係・小児科・放射線科・診断を主とする科・研究要員・リハビリ・ホスピス・小児外科・時間的に不規則でない科・自分の子供の教育や家庭生活に十分耐えられる科・体力的に無理ならばやめた方がいいので外科以外の科

・一般外科、産婦人科、形成外科、眼科、耳鼻科に進出した方がいい。

・実際に地域住民に接する分野(女性は男性よりもソフトに住民に接することができるのではないか)

・どんな分野でも可能、女医の特性を生かすことはどんな所でもできるはずだ。

女性対象アンケート

1. 「女医ということで患者さんから偏見をもたれたことがありますか」

よくある 0% 時々ある 57% あまりない 43%
全くない 0%

2. 「男女に給料の差がありますか」

ない 100%

3. 「女性であることを不利に感じたことがありますか」

ある 71% なし 29%

<あるの代表意見>

1. 産休により仕事が一時中断する。
2. 男性医師とザコ寝をしながら医学の話をするとすることができない。こちらはしてもよいのだが遠慮されてしまう。
3. 某病院では内科研修医とし女子を採用しない。
4. 「女性であることを有利に感じたことがありますか」
ある 43% なし 32% 無回答 21%

<あるの代表的意見>

1. 小児科では育児指導に自分の経験を生かせる。
2. 老人患者にとって接しやすい医師となれる。
3. 頼りない半面、患者に親しみを持たれる。
4. 母性により患者に対して自然にサポートできる。

さいごに、共通項目として、勤務時間、睡眠時間の調査結果による男女、外科内科別に見られた傾向を発表します。

勤務時間 男性外科系>男性内科系≒女性

睡眠時間 男性外科系がやや短い。平均睡眠時間は
男性6時間 女性7時間

以上のアンケートを終えて一番心に残った事は、「女医である前に一人の医師であってほしい」という言葉です。根本的に医師を一生の仕事としていこうという決意であれば、たとえ育児や時間的に制約されても、必ず医師として何か社会のためにできると思います。最後にこのアンケートを参考にして一人一人が、最も自分にふさわしい生き方を見つけることができればいいのではないかと思います。どうもありがとうございました。

あくまで個人の問題では……

observer 藤原 順子先生

こういう会でお話をと言われた時に、20年前の環境で働いた私ですから皆さんにお話ししてもあまり参考になりませんし、こういう会を持ったということが非常に私にとっては、不思議な感じがしたんですね。20年前私が卒業した頃は、クラスに2名しか入らなかったの、地方新聞に「紅二点」と書かれ、写真をとられたような時代だったわけですね、その頃に皆が不安に思っている会を持ちアンケートをとるということであれば、少しは感じるかもしれませんが、今のように環境が整備された所で、こういうアンケートを学生がとらなければならないかったということは、私達が情報を流すのも少なかったと気の毒に思いました。こういうことでしゃべって欲しいと頼まれました時に、「何となくくだらない会だから行きたくない」というように言ったわけですけど、今お話を聞いていて、確かにいろいろな問題があると思うんです。決してくだらない問題ではなくて、考えなくてはならない問題だということはいくつもあるんですけど、これはあくまでも個人的に考える問題だと私は思うんですね。社会へ出て働くということで何が大事かというと、やはり個人だと思うんです。男であれ、女であれということじゃなくて、個人がこの職場でどうである、こうであるというのが問題が大きいと思います。職場には絶対に……絶対とは厳しい言い方ですが……個人の事情を持



ちこまないとすることがやはり一番だとおもいますね。それに則して、自分は何をやりたいかという事を個人が決める事が大切だと思うんです。

私の場合は、これをやりたいと決めるわけですね。そうしたらそれ以外の事はよし……ということにして、例えば仕事に関しても、中原先生なんか本当によくやっていますらっしゃると思うんですが、これは自分で目標を決めてやっているからこうなるんだと思うんですね。環境も問題ありますが、目標を決めたら、それをどういう風によくしていくかという事は、個人的に自分で考えなければならない事ですね。

私は、東大小児科の医局に入ったんです。そこは非常に厳しくて、まず男女という意識は全く持ちませんし、回りもそういう目では見ないんですね。そういう厳しい環境で、社会的にも0歳児保育などやっていない時代でしたから、やはり子供を持った人はやめていくんです。

ですからあの頃の女の医者は12,3人いましたけど、そのうち結婚しているのは2人だけ。あとは皆独身でした。その2人のうち1人はお産をなさったら休職して出て来なくて、その後はお母さんに頼んでという事でやっていたわけで、もう1人はやめて違う所に行きました。そういう厳しい環境でも、それを私個人としては非常に喜んでやっていたわけです。例えば帰る時間といえば12時位、重症患者が出ると3日位泊まるという厳しさを強いられる。ですから訓練の期間は自分は絶対に…私は小児神経学を選んだわけですから…最初学生の頃は夢を持っていた生化学をやろうと思っていたんですね、臨床はやらない、生化学をやりたいと思っていた。私達の時代というのは臨床実習が非常に少なくてちょろちょろと見るだけです。自分に一番印象に残るのは基礎医学なんですね、それでインターンになりましたら……虎の門にインターンしたんですけど……その時に神経内科をまわった時に非常にいい先生がいて、これはおもしろいなと思ったんです。自分としては神経内科の一番いい所に行きたいと思ったんですね。でも、なかなか入れそうにない、かなり厳しいらしい。で、東大小児神経学の先生がいて、是非そこに入りたかったわけなんです。これは、是非入りたかったわけなんですけど、入るにはちゃんとした人の紹介がないと入れてくれないわけですね。ですから、こういう所が女性のずうずうしさといえはずうずうしさですが、母校の医学部長に手紙を書いて、そうしたらその先生が飛んで来て下さってわざわざ東大小児科へ連れてってくれたんです。で小児神経学をやるようになったわけです。

今度は、小児神経学のこの分野は自分だけができるといふのを作りたいと思ったんですけど、まあなかなかできていませんけど、その過程においては私は必ずプランを立てて、やってきました。

皆さんもやはり学生の頃から、短期間の計画でいいですからプランを立てて、それを人に迷惑をかけないように環境を作って自分がやっていく、という事が一番大事だと思います。男、女の問題じゃないと私は思っています。

そのプランのひとつとして、ぜひ、アメリカに留学したいと思っていました。それも学位をとってからいきたくて。しかし運よくそういうチャンスがきまして、独身でいったわけです。ですから中原先生のような子供をかかえてうんぬんということとはなかったですね。中原先生のようなプランは現代だからできることで、しかも先生は本当に優秀で、一番というところ他の人に悪いかもしれませんが、本当によくなっています。カルテをみるとわかるのですが……。これには笑い話があってよその大学の教授がきてカルテをみせるときに誰のをみせようかと

いって中原先生が選ばれて……そのくらいきちっとしている。子供を完全にみてくださる方がいる。個人的なことを職場にもちだしていない…要はやろうとする意欲ですね。いろいろご自分でもプランをたてて整えたことと思いますが大きい要因としてやはり現在の社会環境があるでしょう。たとえば、協和町から電車だと大変なところを車だと一時間位で通える。私は現代は厳しさの中でも働いていける環境にあると思います。ですからまず、自分が何をやりたいか、安井先生もおっしゃっていましたが、自分はこれをやりたいという気持ちがあった。松代先生も、小学校の頃から外科をやりたいという希望をもってそれを貫いたということでそれでいいと思います。皆さんも、何をやりたいかということで自分の進む科をきめていただいていいと思います。

ただ産休の問題ですが、これは私もとりました。アメリカから帰ってきて医者になって7～8年の頃です。産休のデメリットがあるかという私はないと思います。私の感覚とすれば、留学と一緒に薬の名まえを忘れるくらいで、まあ二ヵ月家にはいると反射的にやっている薬の名の反射がにぶくなるくらいですね。男性だって留学してその間クリニカルなことばかりやっているわけではなく、リサーチもして臨床からはなれるわけだから、それと変わらない。ただそのあとが問題、子供を育てるといふのは大変なことであって、協力者を得ないとダメです。私の場合は環境がよくてたまたまいい人にめぐりあって住み込みのお手伝いさんをずっと置いていました。

個人でちがうとは思いますが、私はそれでも家のことが気になって。独身、東大にいた頃は12時1時になってもそれこそ家に帰るということは考えなかったのですが、やはり家庭をもち子供をもつと家に帰らなければという考えが頭をかすめることがあり負担になることがありました。でも現在は、預けようと思えば預けるところがあるのでドライに割り切って保育園に預け、そのあと誰かに頼むという生活にするとか方法はいろいろあるでしょう。私の友達で、医者ではないのですが、子供を御主人のもとにおいて二年間留学した方もあります。もう一人後輩で検事をしていた方で反対に、子供が生まれた途端にやめてしまった方があります。検事は公務員だから一端やめるとダメですけど「子供が三才になるまでは自分で育てる」という主義で、そのあと自分は弁護士になると言っています。このように結局は自分達の考えというのが大切で、だからこういったアンケートをとるといふ背景が理解できないですね。悩みがあってお話しできるのなら個人的に聞きにきてください。

とりとめのない話になりましたが、これで終わりにします。

……私の意見・ここが心配 etc.

宇都宮(M4) 育児のために一度医者をやめ、職場を離れて、再び就職しようという時、その再就職の病院は暖かく受け入れてくれるでしょうか。

藤原先生 全体的には知りませんが、周囲の人を見た範囲でお答えします。昔は、大学は無給だったんですね。ですから大学にいる限りは子供のために一年くらい休んでも帰って来れたんです。大学院も同じです。それがいやな人は開業しましたね。でも、まあきちんと就職した人はオールドミスが多かったみたいで、その辺詳しくはわかりませんけど。

この点、今は無給ではありませんので、かなり厳しくなっていますね。この時代、男の医者が女の医者が…って問題になるのは、たぶんこの給料の問題が大きく影響しているでしょうね。都立病院などでは、最近小児科の女医はとらないなどという評判もあるようで…。やはりみんなに給料をあげなければ…となってくると足をひっぱるのはどっちかというところ…という問題が出てくるのでしょうね。

桜庭(M2) 松代先生、外科医をやって、結婚・出産・育児に関しては先生ご自身としてどうお考えですか？

松代 結婚は可能だと思います。非常にいい人を見つけてあるなら、先ほども言いましたように、結婚の不可能な最初の2年間くらい待ってもらえると思います。でも子供ということになると、私はまだ経験もないし、先輩も…子供抱えてオベして…なんていないものですから皆目わかりません。まあ、結婚しますなどと言うと先生たちはおめでとうの前に子供を作るのは時期を考えてなんてすぐいいますからね、たいへんだと思います。私個人の考えとしましては子供も育てたいと思っていますが。



寺田(3回生) 松代先生と6ヶ月程一緒に仕事をしたものとして一言。外科の仕事をごこなせるなら、男か女かは関係ないと思う。松代先生の場合、外科としてまず要求される体力という点でも男の人に決しておとらない。たとえば、消化器外科なんかで朝9時に手術を始めて、ずっと立っていて気付いたら夕方5時なんていうことがあるけれど、僕達男なんか多少デレーとするけど、松代

先生はきちんと両足をそろえて立っているんですね。こうした緊張の持続とか、そうした面で男の人と変わらなければ、その上、さらに力余って育児もして…できると思う。その途中経過は単なる個人差になると思うし。だから、僕は松代先生に育児も仕事も両立させている姿をはやく見せてほしいと思いますね。

磯(3回生) 今まで、いろいろな方のお話を伺い、最後に藤原先生のお話を伺って感じたことなのですが、こうした会合が催され、アンケートがとられる背景には、あくまで男性の意見ですけれども…藤原先生の時代とは違ったものがあると思うのです。先生の時代は、先ほどのお話にもありましたように、1人か2人しか入らない時代で、言わば女傑のような感じだったと思います。少なくとも回りはそう見ていたいし、御自身も仕事に関して女性であるという意識は持ってらっしゃらなかった。しかし、今、筑波大学を見てみますと、毎年20人30人という女子学生が入ってきます。当然そこには、女傑タイプもいれば、いかにも女らしいという方もいる。こういういろいろな方たちが、社会に出ていろいろなハンディキャップをはねかえして仕事と家庭を両立させる…そこにはどうしてもある妥協が入ってくるはずですよ。その妥協も、以前のように悲愴感を伴ったものではなくてきた…保育所が整ってきた。車はあるetc、時代が変わってきましたからね。その中で、どこで妥協するか——それを捜したい一心で、ここに皆さんが集まっていられるのだと思うんです。

しかし、男性の立場から見れば、このように状況はよくなっていても、どんなだんなさんと結婚するか…ということは大きいと思います。そういう意味でも、皆さん学生のうちに、男性を見る目を養っていかねばならないと思います。と同時に、自分が何をやるのか、どの程度まで妥協するのかということを、十分勉強し考え、自分の道を決めていってほしいですね。そしてやはり、この大学にはいろんな女の人が入ってきているのですから、男の人を負かして…レジデントでも男をけつとばしてでも入る…そういうファイトをどんどん燃やしていってほしいと思います。



武田(M4) あのう。全く逆の考えで、子供が産まれて、夫の方が仕事をやめて子供を育てるということは考えられませんか。

中原 そういう人がいてもいいと思いますけれど、現実には、そういう人は少ないんじゃないかしら……。ただ、私達の同級生で、レジデントの人でも今までバリバリ仕事をやっていた方が、結婚して子供ができると「子供をお風呂に入れるから……」なんて早く帰る方もいますね。マイホーム主義に徹するというか。そういう人も何人か出てきますからね。どちらが分担するかは、機能の問題で何となく男性にやれと言われなくても女性が育児をやっているんですけど、男性だってやってやれないことはない。男性の方が仕事よりそちらに向き、その分女性が仕事をしたいならお互いの利害が一致するわけだから、そういうこともいいと思いますけれど、現実には育児をしたい女性はいても、そういう男性はあまりいらっしゃらないっていうことじゃないかと思いますが。

剣持(M4) 帰宅してから医学の勉強をなさる時間は



桐医会プロログに参加して

Part 1 原 健(M5) 男子学生として

大勢の女医の卵達の身近にいる者として、彼女たちの将来は非常に興味のある問題です。一生独身で、医者という仕事に全情熱を捧げ、自他共に女性である事を忘れさせて下さる方もいらっしゃるでしょうし、又結婚して楽しい家庭を築きながらも、その家庭と医者という特殊な職業との狭間に立ち、苦勞しつつ何とか両立させようと努力してられる方も多いでしょう。今回のプロログに参加された方々は、恐らく後者を望んでいることと思います。一生仕事だけを生き甲斐にして、バリバリやっていかれる方は、“何を今さら男も女もないじゃないの。くだらない。”と言って、冷ややかな目をむけつつ図書館で朝倉の内科書でも読んでいたでしょうから。と言うわけで、彼らには頑張っていただくとして、話の中心をプロログ参加者の方々の立場に絞って行ないたいと思います。

彼女たちの一番問題としていることはおそらく、結婚

ありますか。

中原 ほとんどないです。例えば、抄読会の分担になっていて明日までにどうしてもやらなければならないことがある時なども、子供が早く寝ればいいのですが、子供はそれがわかるのかどうか、そういう時に限っていつまでも起きてるんですね。仕方ないですからそんな時は、こちらも早く寝て、朝の4時ごろ起きてやる…なんてこともしばしばです。結局、思うように調べられないこともあったりして。子供が大きくなれば別でしょうけど、今はなるべく病院ですべてやるようにしています。

松代 最近は病院でも勉強できるようになりましたね。帰るのに大きい本を持って帰る気はしないし、病院には大きい机もありますから。本当に寝るためだけに帰っているような感じで、勉強は病院でやっています。

司会 この頃よく言われる女性の“甘え”についてどうでしょうか。

中原 女は甘えがある…何ていうのはおかしいですね。これはあくまでも性格の問題であって、ひとりひとりに関することでしょう。実際、病院でつとめていても、女性の甘えは感じないですね。

司会 いろいろ活発なご意見ありがとうございました。これらの意見は、決してまとめられ、結論の出るようなものではありません。これらを参考にして、ひとりひとりが考えを進めていってほしいと思います。

して家庭を持った時仕事と家庭の両者を如何にして成立させるかという、きわめて教科書的な典型的問題でありましょう。医者という仕事内容自体に関しては、女性であるから不利だという事実はまずないと思います。体力がないから外科はダメだと言う方もいらっしゃるでしょうが、女性だって男顔負けのpowerの持主が、ホラあなたの傍にもいるでしょう。したがって、独身のうちは自分さえ頑張れば大きな問題はないと私は思うのです。

女性の社会進出は現在かなり進んできており、家事労働の省力化と共に多くの女性が専業主婦の座を捨て仕事をもつようになり、それなりの成果を収めています。だから女医だって同じじゃないのと思われるかもしれませんが、しかし現在の一般女性、特に既婚女性の仕事は時間的制約の少ない、比較的軽いものが多く、家事や育児に対する影響が極力小さいものが選ばれているのではないのでしょうか。多くの女性が選ぶ職種を考えてみて下さ

い。結婚したらほとんどがやめてしまうOLの他に、小中学校の先生やピアノ教師・パートなどかなり自由な仕事だと思われます。はたして医者はどうでしょうか？ とでも5時になったらスーパーに買いものに行き7時までに食事を作るなどという技は不可能です。子供にしても、近くに肉親の世話をしてくれる人がいる場合は別として、託児所などに預ける事が子供の精神発達に決して良い影響を与えないという事実は、医者であれば誰でもよく知っているでしょう。したがって、医者という職業を選んだ女性は、他の職種と異なり、これから種々の問題を解決して行かねばならないと思うのです。

さてここで、万一、もしかして、仮に私が某女医と結婚する事態に迫りこまれた場合を想定して、勝手な意見を述べたいと思います。本来“家庭”というものは社会の基本単位であり、生活してゆくための土台であります。したがってこの基礎がしっかりしていなければ、何をやってもうまくいかないでしょう。従来この家庭を守る重大な任務は女性に任されていた。そしてその安定した土台の上に立って男は仕事をして生活を支えてきたのです。近年この役割分担を否定して、完全な男女相同(平等ではありません。男女平等は当然です。)を求める女性が増えてきました。しかし、いくら女性が男と全く同一の存在をもとめてもそこには大きな違い、すなわち女性には“子供を産む”という大きな任務いや特権があるのです。こればかりは男には絶対真似できない事実です。

Part 2 小林 裕美(M4)……………女子学生として

一学年に3割の女子医学生―「大いに期待したい!」OR「国費の無駄!」か……事前アンケートでは賛否両論、多くの先生方の御意見があったと聞いた。確かに医学部における女子医学生の比率が年々増加し、“女医”なる新集団が医者の中に別個に創られてしまったことは、本来の医師を旨とする私達の意向に拘わらず事実である。以前は、数少ない女子医学生が全体に溶け込むことによって対等に能力を発揮する場所を獲得し、同時に医者が造られた。ところが現在は、女子が女性のterritoryを保持しつつ医者になることが可能な時代に近づいている。1人が2人に、2人が3人に……と増えるにつれて、最小公倍数的、打ち消すことのできない性質も徐々に明確になってきたわけである。

この度の0部会も、焦点はここに当てられていたように思う。つまり、いかに自分の天職として与えられた二

し、他にも男女間には種々の生理的違いが存在することはよく御存知でしょう。ですから現代の社会で女性が男に負けまいとして、必死に仕事をしていくことが、はたして彼女たちにとって喜ぶべき事なのか、私は非常に疑問に思うのです。やはり男には男の得意な分野があり、女には女の得意な分野があるのですから、そういった自然の流れに従うのが最も良いのではないのでしょうか。

かなり回りくどい言い方をしてしまいましたが、つまり私は女性に家庭をおろそかにしてほしくないのです。仕事をするな、医者をやめろなどと言うつもりはもちろん全くありません。ただいわゆる家庭という分野は本来女性の領域であって、男はあくまでも、協力という形で(分担ではなく)これに参加させてほしいのです。たとえ実際の家事の量が男女で逆転することがあっても、それはそれでいいのです。女房の患者が急変して忙しくなれば、ダンナが掃除・洗たくすればいいのです。しかしここで、女房はそれを当然と考えず、ダンナに感謝をこめて、一言お礼の言葉をかけてほしい!それが夫婦円満のカギだと、結婚の実態を知らない私は考えているのです。

以上桐医会の高尚なプロローグに対する感想として、非常に低レベルな話で誠に恥ずかしいのでありますが、貴重な紙面を借りて日頃のうっぷんをはらさせていただきました。

物を両立させていくかー、医師として完成するために、或は医師としてより完璧さを追究する過程において、女性固有の“受胎能力ー出産”を主張することは不平等な要求なのか、女医にとってハンディキャップになるのかーということであった。

以前は全く個人レベルであった問題を大勢の人人と共に考える機会を持てたのは大きな収穫であった。また、ヴァイタリティーに満ち溢れ、医学の各分野の第一線で御活躍なさっている先生方の体験談をお聞きして、深い感銘を受けると共に、まだまだ学生の甘さを脱することのできない自分を痛感した。個人と直結した問題であり、かつその解決を計るのは、一瞬一瞬の自分の生きざまであり、何十年間かのその姿を見た後継者たちではないかと思うのである。



坐剤による癌治療が より容易となりました。

MASKED COMPOUND TYPE

抗悪性腫瘍剤(FT-207)

劇 要指 フトラフルスポン

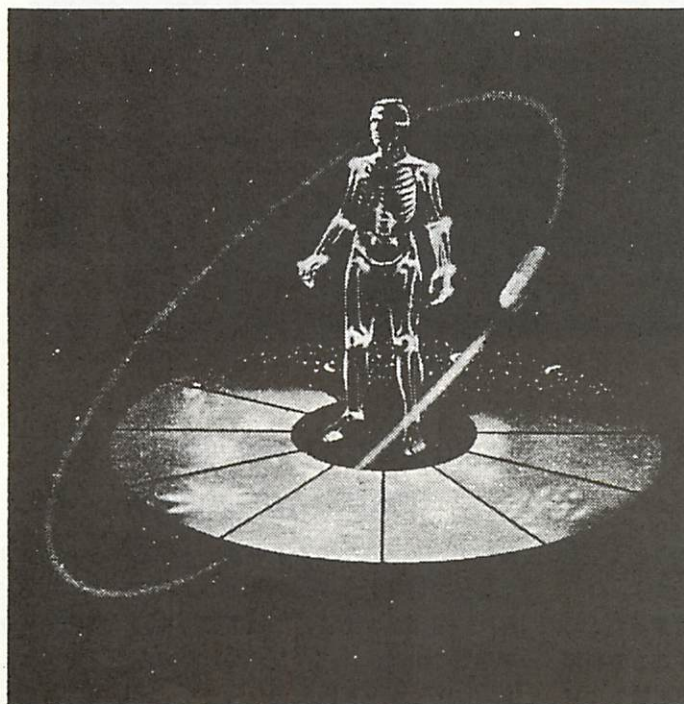
劇 要指 フトラフルスポ

劇 要指 フトラフルスポS

〈肛門坐剤〉一般名：テガフル(Tegafur)

TAIHO 大鵬薬品工業株式会社

鎮痛・抗炎症剤としてはじめての1日1回20mg投与



適応症

下記疾患並びに症状の鎮痛、消炎
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、
頸肩腕症候群

外傷後、手術後及び抜歯後の鎮痛、消炎

用法・用量

通常、成人にはピロキシカムとして20mgを1日1回食後に
経口投与する。

傾用の場合には20mgを経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最高量は30mg
とする。

包装

フェルデンカプセル10mg：100カプセル/500カプセル(PTP)

フェルデンカプセル20mg：100カプセル/500カプセル/
1,000カプセル(PTP)

●なお詳細については添付文書をご参照ください。

鎮痛・抗炎症剤

フェルデン®

Feldene® ピロキシカム



科学を世界の南上のために
白粉ファイザー株式会社
東京都新宿区西新宿2-1-1 TEL(344)4411 電160

S-8208

☆ 第2部 シンポジウム「地域と大学病院」☆

シンポジウム「地域と大学病院」では、以下の先生方をお招きして、筑波大学附属病院の現状と、その、茨城県において期待される像について、活発な意見が交された。そこでは、もっと地域医療に密着した大学病院に、という声と、大学病院側の対応の困難さなど様々な実態が浮き彫りにされた。

提言者：

水戸医師会会長
筑波郡医師会会長
筑波大学臨床医学系教授

丸山 泰一 先生
小倉 智徳 先生
小宮 正文 先生

Observer：

筑波大学附属病院救急部長

島崎 修次 先生

司 会：

筑波大学内科レジデント

小林 正貴(1回生)



筑波メディカルセンター 完成予想図

彼の顔は筑波の方を向きっぱなし、筑波大は東京の方を向きっぱなし。

水戸医師会会長 丸山 泰一 先生

本日は、桐医会総会のシンポジウムということで、私は地域医としての立場で発言させていただきます。

昨年、茨城県地域医療委員会で、県内で開業しておられる先生方にアンケートを行ないました。すると外科標榜の26%の方が、結局は内科・小児科の疾患を診るに終わっているという。これでは大学で得たせっかくの技術が役にたたない。中には経営にいきづまって40代の若い

外科医がメスを捨てるといふことがあるといいます。また専任の従業員の手が全く足りない等見直さなくてはならない事が多々ある。地域医療の運営に関する将来計画を地域のdoctorに掲げなくてはならない。患者さんそのものは多くが開業医志向なんです。手術をするにも長期にわたる経過を密接にfollowできる。そこで会場の皆さんにも、外科医としての開業とはどのようなものか一度

考えていただきたい、これはまず前置きです。

次に、同じアンケートで「いざ重症患者を転送しなければならぬときどうするか」とたずねました。44%の人が時々、あるいはいつも困っているという回答で、その中に筑波大学についてのcommentも見受けられた。大学に正面から行っても受付けてもらえない。日頃から大学の先生方と人間関係を作っておかないといざ必要なとき受け入れてくれないから地域医としては非常に不安だということです。せっかく紹介して筑波に転送したのに、3回行って3回とも断われたという方もいる。結局、希望として次の4点があがってきます。①第3次機関としての特殊性を徹底させてほしい。②どの科に行けばいいのか臨床区分を明確にして他科との連絡もスムーズにつないでほしい。③紹介状に対する結果報告をきちんとしてほしい。さらには、④予約制で何ヶ月も待たせるのはどうにかならないのか。といった事です。例えば話をすれば、筑波大を卒業された先生が水戸の病院に行ったとする。彼の顔は筑波の方を向きっぱなし、筑波大は又、東京の方を向きっぱなしだ。もっと地域というものを大切にしてほしいというのが、私共からの願望です。茨城県は医療後進県と一口に言われていますが、何故そうなのか。人口に対する医師数が少ないということが問題なのではない。提供される医療の質が問われているのです。例えば昨年（昭和53年）の新生児死亡率は全国最悪だ。また小児特定疾患は53年度では50%が県外へ流れていた。現在も、下館・結城地区で多くの人が自治医大へ行くのを初めとして30%近くが県外で治療されている状態です。茨城県の患者さんは茨城県でもっと診療できる体制がなくては

ならぬ。ということで60年頃には水戸には小児病センターができる予定です。筑波大学も、治療の最終段階まで行なえる人員・設備を生かして、もっと地域の患者を受け入れてほしい。大学は研究機関・教育機関でもあるからどうしても地域医療は従になるのかもしれないが、実際には地域の患者に於ける研究を十分にしてもらわなくてはこまる。これは茨城県全体の地域医の願いなのです。



厚生省の「一県一医科大学」の政策で各県に地元の医科大学ができました。ところが筑波大学医学専門学群にはおらが県の医学部というニュアンスが乏しい。千葉市の千葉大、仙台市の東北大、新潟市の新潟大、こういった歴史の古さ、卒業生の多さが地域の信頼を生む。あと30年もすれば筑波大の卒業生も増え、今のようなギクシャクはなくなってくるでしょう。しかし、それを待ってはおれない。今すぐ筑波大の医療体制を利用したい患者が目の前にたくさんいるのです。

筑波大学はもっと地元に対する目を養って茨城県の医療の向上のために努力するべく反省してほしいのです。

大学的殿様医療を改め、地域に溶け込んだ医療を。

筑波郡医師会会長 小倉 智得 先生

筑波大学付属病院は、51年12月に開院しましたが、私は同年4月に当地区の医師会会長となりましたので、地元医師会会長として前付属病院長小宮先生とは、設立当初からおつきあい願っております。地域医療の立場から勝手を申し上げてきましたが、一方何が改善の抵抗となっているかもよく存じておるつもりです。

一県一医大の政府の方針のもと茨城県谷田部に筑波大医学部が誕生しました。先頃までキツネの出る田舎だった谷田部が今では立派なビル群の建つところとなりました。こんな短期にこれだけ変るといのは、驚きです。と同時に、筑波大医学部がここに根をおろしたことは我々医師会にとっても大変なことです。我々程医療の対応変化をせまられている医師会はないといって良いでしょう。大学側の我々との連絡を密にとの、その努力は認めますが、我々が患者をいざ診てもらいたいという

きに、今だにスムーズにいかない。

医師会は会費の都合によりA・B・C会員に分かれております。A会員は一般開業医、B会員は勤務医、C会員は筑波大と県庁医師会です。まあこうした医師会構成の中で、筑波大が教育・研究のための場であることは今更いうまでもないことです。しかし、折角筑波に來たからには、地域医療というものを本気で考えていただきたい。あらゆる面でのアタックを大学の方からしていただきたい。今日は国家試験合格者発表日ですが、筑波大は合格率3年連続トップというすばらしい業績をもっていらっしゃる。しかし、医療というものは学問だけではできない。敢えて私申し上げます。やはり、医師としての人間学を全うすることが必要です。それをどこで学ぶか。6年間の学生生活の中では、なかなか会得できないでしょう。やはり社会にでて患者を目の前にして、初めて医療

人としての反省と進歩が生まれる。それを簡単に言うと卒後教育ということだと思います。卒後教育の面では、現時点の筑波大付属病院のみではなんも不十分ではないでしょうか。人口30万人を予想しての学園都市に現在学生もふくめて7万人足らずの人口しか集まっていない。この人口密度の少ない地域では我々医師会と手を結ばな



い限り、我々も迷惑しますし、大学病院としてもうまくゆかないと思います。医学研究研鑽だけならば東京文京区にあって良いのです。一県一医大が完全実現されましたが、その際には皆地元の絶大な協力があつたと聞いております。例えば秋田大学は県全体として協力し脳研と県立病院を大学に提供したという具合です。ところが筑波大の場合、その様な感じはひとつもないんですね。地元としては、いつの間にかできた医学部という感じしかない。

茨城県は医療後進県です。とくに県南地方で起きた患者をどこで見ているのか。筑波郡内45の施設の中でいわゆる救急医療の告示病院はたった一つ筑波町立病院だけです。去年から学園病院も加わりましたが、県南地方で起きた患者のうち圏外に運ぶのが7割に及びます。東京に近く、いざというときは東京で間に合うということが県南を高度医療の過疎地帯としていることもあるようです。筑波大ができる前は、霞ヶ浦病院、阿見の東京大学附属病院、それから新治協同病院に二次・三次をお願いしていた。筑波町立病院といえば、医師不足で廃院寸前

でした。筑波大医学部の協力を得て、現在では徐々に本来の姿に立ち直ってきました。いずれにしろ、地域に密着した仕事をしなければ本当の医療といえないのではないかと痛感します。

小宮先生は予約制を守ってこられました。このお陰で、風邪でも正常分娩でも何でも大学病院へということが防がれている。すばらしい制度と思います。ついでに申し上げれば筑波大では正常産を扱うことが最近増えていると聞きます。教育のためもありましょうが、せいぜい年間400例で止め、我々のできないことをやって欲しい。又、受付、事務等パラメディカルの人達の殿様の横柄さも目につきます。そろそろ十周年です。茨城県にきたからには、大学的殿様医療を改め、地域にとけこんだ医療を行なうことを特に若い先生方に考えて欲しい。

最後にメディカルセンターのことですが、これは、県医師会が茨城にただ1つの大学に対応する施策として、かつて私共が県医師会に事業計画のひとつとして十分考えてほしいと提案したものです。私の目的としては、我々一線の医師にとっても素晴らしい病院にしたい。その病院に関与する医師に、大学のスタッフをお願いしたい。官民公三者一体となった病院にする予定です。メディカルセンターの中で行なう救急医療——この救急医療の中にこそ本来の医療の姿がある。大学の医療としては、医師免許さえあれば誰でもできる医療ではなく真の救急医療をこそやっていただきたい。メディカルセンターの土地は時価18億。とりあえず3年は借用としてありますが、3年後に買上げ問題があるのが頭の痛いところです。さらには、24時間いつでも迅速に対応する医業は不採算であることは確実です。大変なお金がかかります。これをどう捻出するか大きな問題ですが、大体メドが着きまして、58年7月ごろ設立着工の運びとなりました。雑多な話をいろいろしましたが、また討論の場ということで終わらせていただきます。

大学病院から言わせてもらえば!?

臨床医学系 小宮 正文

私は、昭和51年から昨年3月までの6年間、大学病院院長を勤めました。その間毎日のように各方面から大学病院はなっとらんとおしかりをいただきまして、それに対し何とか対応して参りました。昨年4月からこうした声を聞かずに済んでおりましたが、今日はまた、過去の病院長ぶりを話せといわれ出て参ったわけです。

昭和49年4月から病院建築を始める際に私が困りました事は、地元桜村の属する新治郡自治体との間に共通理解を得ることの難しさということで、頻回の話し合いにかかわらず言われ続けたことは、今医療機関で働いてい

る看護婦を1人でも持って行っちゃいかんということ



と、患者をひとりじめしちゃいかん、従って貴方達は日曜祭日と夜間診療だけやれということでした。看護婦の件は了解しましたが、診療時間の件は了解するわけにはいかない。ただ、私としましては地域医療と大学病院の間に密接なコミュニケーションがあれば、大学病院に必ずしも外来はいらない、入院病棟だけでも良いのではと考えておりました。そこで、では学生の臨床実習は全部医師会の先生方をお願いできれば外来は止めましょと申し上げましたところ、この件はうやむやになってしまった。ただ大学病院外来には、土浦周辺六ヶ町村より遠くからはあまり患者さんが来ていないというわけで、今でも医師会からは厳しい目で見られているわけです。

一方、もう1つ私が困った事件がありました。当時副学長をしておられた故榊原先生が「筑波大学は成田空港ができると世界の患者を集めて診療しなければいけない。」と話されたことが幸か不幸か某新聞記事に載ったのです。そうしたら、この周辺の町長村長らが私の所へ「こういう考えでは困る。私達は私達を診てくれる病院の為に土地を提供したのだ。」と抗議に来た。あわてて、「先生は国際的観点からああおっしゃったが、実際には有り得ないことだから。」と弁解した次第です。こうした色々な文句をいわれながら、やっとここまでやって参ったわけです。



医療機関というのは、医師の為にあるのではないので患者さんに満足してもらわなくてはならない。その為に必要なことを外来について考えてみます。実は私、筑波大学に菅平の高山研究所がある関係から菅平に診療所を作れと言われ視察に行ったことがあります。菅平の人達は車で一時間位かかるふもとの上田の国立病院に行きますが、朝9時に始まる診察の順番待ちのために、朝3時から並んでいる。これを見てどうしたものかと考え、医者がおいでなさいと言う時間に患者さんが来て、待たないでしかも診察に必要な充分な時間が確保されているようなシステムがいいのではないかとすることに思い至ったわけです。本院の予約制に関するアンケートでも、実

際に診療を受けることができた患者さんたちは、予約制に非常に満足しているという回答が多かったように記憶しています。しかし、予約制では、患者数がかなり限られる。このため利用しようとしてできなかった人達にはなほ不満に思うことになります。こういう点、1つの病院だけが単独でこういうシステムを採用してもなかなか全住民に満足してもらえないと痛感させられてました。また中には、せっかくあなたは10時半に来てくれと言いまして、周辺の他の機関ではこんなことをしていないので、やはり8時頃に来てしまっ、随分待たせたと怒る人もいます。1つの医療機関だけが何か突飛なことを工夫しても喜んで貰えず、むしろボロクソに言われるのが落ちだということです。

私としては、将来、茨城県の医療機関を総合しまして一つの医療圏組織として住民の医療に充分責任を果たし得ようになればと考えています。その場合我々大学側としても、県郡レジデント制という制度を県自治体側にお作り頂いて、卒業生全部をその制度に申し込ませ、大学病院も県の一医療機関として応募人数を決めるという形にしたいと思っていますが、現実には、県の医療機関というのは、種々の立場の機関が混在していて一つの構想の上にまとめるのは極めて困難なのです。

こうして医療を県規模で考えるとき筑波大病院の特徴は何でしょうか。大学病院には教官が200名、レジデントが240名、計400名以上の医師がゴロゴロしている他、80億を越える予算を使って整備された診療機器がある。こんな病院は県下には他にありません。私はこの2つの特色を生かせる患者だけを筑波大に送り筑波大で対処するというのが最もよいと考えます。その為には、患者さんの種類により対応する医療機関を段階的に作りまして、それらの医療機関が相互協力して県における医療を分担していかなければなりません。しかし、これも県郡レジデント制の制定ができないのと同じで、設立母体の異なる医療機関を県単位でまとめる困難さから実現はなかなかいたしません。筑波大の人と設備を必要とする患者が茨城全体から送られてくれば、現在のような予約制の必要がなくなり、外来やベッドの回転も良くなるのでしょうが……。

現在でも、近医を受診して、doctorが必要と認めたとき筑波大の外来に患者さんが来るよう誘導していますがなかなかスムーズにいかない。逆に大学病院にかかって来た患者さんを地元病院に移す場合も、例えば大学病院が親方日の丸で購入している多種類の薬を他の医療機関ではとてもそろえられないので、同じ処方引き継ぎができにくいなどの細かい問題があるわけです。これらを1つ1つ解決していかないと地域と密接な連絡のとれた医療は行なえないと思います。

最後に、県単位の医療を考える上で、医療に直接関係しないような例えば交通ということも忘れられないことを指摘しておきます。私がここに来てから七年間をみておりまして交通の便がほとんど良くなっておりません。大学病院に来ている患者は、大学を中心として自家用車で往復できる半径の地域の人達です。県内でも遠くなるとなかなか来れません。例えば、この前私が外来でたまたま診た患者さんは、鹿島から来ていました。その患者さんに「自家用車がないのでタクシーでくる。そうすると

片道35000円もかかるので、2週間に一回薬をとりに来るなんて、とてもじゃないがやりきれん。4週間分薬をくれませんか」と言われました。こういう状態では、前向きの治療は望めません。幸い60年に科学博があり、これによっていくらか改善されるかも知れないが、我々が充分な活躍をできるようにする為には、もう少し交通の便をよくする努力が必要だと思います。

要するにいろいろな面から問題を解決していかなければ地域医療の発展は望めないと考える次第です。

国立大救急部は地域との架け橋。その灯を消すな!!

島崎 修次 先生

筑波大特殊救急部の島崎です。私はここに参りまして4年になりますが、その間の救急部の生い立ちをお話して、みなさんが地域と大学病院の結びつきを考える上でひとつの目安としていただこうと思います。

私はここに来る前に大阪大学の特殊救急部という所にいました。これは、現在の大学病院救急部の基礎のようなもので、国立大学では初めてのものでした。私はもともと消化器外科か脳外科をやるつもりでそちらの研究室に入ったのですが、ふと特殊救急部へ行ってみると、ふつう大学病院では見ないような重症患者が来ている。Doctorたちは、身体中に血の飛び散っているような重症患者をテキパキさばいている。Po₂とかBEとか、当時の外科医の言うことじゃないような難しい話をしている。ある者は死ぬが、ある者は助かる。それを見てまあ非常に感激したわけですね。少しここにいて勉強しようと思いそのままそこに1年、2年……ついに所長になってしまいました。そのころようやく国立大学救急部が社会の要求に伴いクローズアップされてきたところで、そんな中で、筑波大に救急部ができたから来いと言われたのです。当時僕は純情ですし、国立大学の中に救急部ができるということは意義のあることなんで飛びついたわけですね。

地域医療に貢献し、重症患者をみて研究・診療・教育をやっていこうと希望に燃えて来た。ところが、当時救急部は名目だけだったんですね。救急部を作ると、助教授のポストがひとつと、医師1人、看護婦7人、薬剤師1人、放射線技師1人計11名の定員ワクがつくんです。それだけの人数を院内に使えれば有難いというわけで筑波大は飛びついたわけですね。文部省の方も救急部は夜間・日曜に、各診療科に患者を入れるための場所提供施設であればよく、その為には11名いればたくさんでしょうという考えだったのです。

見ると聞くとでは大違いで実際に来てみて非常に困ったわけです。三次重症患者受け入れのできる場所を確保



して欲しいと小宮先生に再三お願いして、おとしし10月ごろベット4床で救急患者を受け入れ始めたのです。現在は8床で、結構重症者も入ってきて、三次救急としてやってはいますが、残念ながら需要は満していない。スタッフとして働いているのは、私ともう1人、それとレジデントとして筑波大卒業生と自治医大卒業生が各1名の計4名だけです。

重症救急患者を診てくれるところがないとなると地域のdoctorが最も困る。地域のdoctorが救急患者を診たときそこで処置できない場合、その先に送るべき施設がないと不安で救急患者を診れない。それで救急患者は診たくないということになってしまうんですね。彼らとしては、「大学病院に私達の手にも負えぬ患者を診てくれる所さえあれば私達は喜んでそういう患者を診ましょう。その代わり私達の手にも余る場合は引き受けて下さいよ。」というわけなんです。このように救急部を国立大学の中に持つことが、地域医療と結びつく一番の架け橋となるんですね。ところが、一般国立大学には、救急患者を診るところがほとんどない。そのため外国で訓練を受けてきたレジデントや救急センターのある私立大学で訓練を受けてきたレジデントと国立大卒のレジデントを比べると救急患者を診るセンスが国立大生の方が一段劣ると思います。それは能力ではなく訓練の場のあるなしの差だと思います。これは不幸なことといわざるを得ない。こうしたことを考えると今度この地に救急センターができるとい

うのは、貴方がたにとっても、卒前卒後の教育という意味からも非常に喜ばしいことだと思います。

将来あなた方は、いろんな立場や地位で教育・研究・診療にたずさわり、直接救急にタッチせずに済むかもしれませんが、**国立大の救急というものが、将来の日本の医師像を決定するのだ**、国立大救急部の灯が絶えないことが地域の医療と結びつくことなのだというのを忘れないで下さい。そうでないと、日本の国立大卒の医師は、諸外国或いは私立大の卒業生と比べて救急に関して或いは即患者を助けたいというときに一段劣るということが、将来、次第に明らかになってしまうでしょう。国立大学救急部の灯を消すな!!ということで終まい。



Discussion — メディカルセンターと筑波大との関係は？

村井(4回生) メディカルセンターという59年末に筑波にできる新しい病院に対して、大学病院としてはどのような対応をしてゆくのでしょうか。

小宮先生 筑波メディカルセンターは、県医師会・県衛生部・筑波大学を3本柱とする財団法人です。もちろん、我々大学側では経済的な援助はできない。しかし、多数の医師を養成しているので、その中で希望者をそこで勤務させることができる。現在のところ、230床で開院したときに最低必要な医師——院長を含め15名ですが、これは筑波大学で何とかテコ入れしたいと思っています。

中島(4回生) 大学病院は、やはり第3次医療機関として期待されていると思うのですが、開業医の方々とも連携を保って大学病院を有機的に活用するためには、二者の間に地域中核病院が重要な位置を占めてくると思います。そこで、茨城県での第2次医療機関の整備の現状についてお伺いしたい。

小倉先生 そういった意味で、メディカルセンターを最終的には500床までもっていく考えで発足したわけです。大学病院というものは、結局は文部省が後ろについてどうにも柔軟性がない。新治協同病院、友部中央病院、これらはそれなりの企業努力をしてきた歴史ある病院です。それをすぐに大学の関連病院にしようとしてもなかなか巧くいかない。この辺に行政とを地方自治と大学との葛藤がある。そこで皆さん筑波大学のスタッフを提供していただく形でいわゆる中核病院をつくらうというこの計画に期待しているのです。

小宮先生 補足いたします。医師会にはA会員とB会員というのがあって、筑波大学病院のドクターは県医師会支部のB会員ということになります。このB会員の先生方は、どちらかというと医師会への参加意欲が非常に受

け身で、従ってA会員の方々が今のような問題意識をいつも持っておられても、B会員の方々と真剣に議論を重ねていく門戸がまだ開かれていない状態なんです。

丸山先生 先程私が述べた筑波大学病院への不満というのは、実は水戸の開業医の先生方の不満ではなくて、水戸周辺の公立病院、つまり二次医療を担っている先生方の不満なのです。三次機関の力がどうしても必要なときに利用できないということなのです。小倉先生は筑波地区の地元の医療機関を対象として発言されましたが、私はここでは筑波からはなれて、全県下からみてもメディカルセンターへの期待は大きいと考える。筑波大学の関連病院たるには、かなり高度な設備を持った病院でなくてはならない。それに十分耐え得る構想でセンターが発足することは、地域にとっても全県下にとってもそれに越したことはないと思います。

傍聴しておられた先生 筑波町で開業している者です。先程の、第一線の開業医院があり中核病院があって、ピラミッドの頂点に大学病院がある、と、そういうシステムがよろしいという御意見ですが、確かに理想としては全くその通りです。しかし現実には、**末端の開業医と中核病院とが競争しているという状態**なのです。例えば、中核病院たるべき病院が、それにふさわしい治療をろくに行わずに投薬だけをしている。現実には、まる一年間にわたって患者本人は一度も来ないで、家族が薬を取りにいくだけというような、そういう治療をしている中核病院もある。そんな病院は中核病院といわれる資格はもちろんない。理想と現実とはかくも違っているということを、特に若い先生方はよく識っていて欲しいのです。

次に、私は東北大出身ですので少し母校の悪口を言わせていただきます。新聞等でも御存事の通り、先日、東北大学で医療費不正請求事件がありました。投薬は1回

に14日分しかできないのに、28日分の薬を出し、患者が2回来たことにして診察料と調剤処方料を不正請求したというわけです。もしこれが民間医療機関であったなら、当然営業停止あるいは廃院にまで追い込まれたであろう所を、国立の大学病院であるが故におしかりだけで生き残れたのです。大学病院だから許される。という甘えが先生方の中にあったのではないか。

東北大学の側の言い分としては、遠方から来る患者の為を思って——先程の小宮先生のお話しにもあったように、一日何万円ものタクシー代を払って来るのは可哀想だから——28日分投薬したのだという訳です。だがそれなら何故、その患者を地域の病院へ送らなかったのか。確かに医療機関によっては——夫婦二人でやっているような医院では——大学病院と同じ処方ではできないかもしれない。しかし大学と同じ薬の出せる病院だって地域にはたくさんあるのです。また、地元の病院へ行きなさいといっても患者が行こうとしなかった、という言訳もありましょう。確かに一度大学病院にかかったら離れたがらない患者はいます。それは何故でしょう。それは、将来自分や家族に何かあった時に、大学病院で診てもらいたい、入院したい、そういう何らかのコネを持ちつづけたと思うからなのです。それならば、何かあったときにすぐにその大学病院に入れるような約束すればいいじゃないか。大学でfollow upする必要のある患者さんなら、2ヶ月に一度来てもらって、ただし薬は地元の病院でもらいなさい、というふうにすればタクシー代の問題も解決できる。大学病院の方々も、患者さんの身になって、思いやりをもって問題解決していくといった姿勢が少々足りなかったのではないのでしょうか。

小宮先生 誤解があるといけないので。先程は、いかに交通の便が悪いかという説明のためにタクシー代の例を引きました。実際には、その患者さんについては投薬は地元の病院にお願いして、現在ではもうそちらに移っていただいています。(笑)

柳沢(M5) メディカルセンターは、救命救急センターとしての機能と、地元の方々の健康管理センターといった機能を兼ね持った病院だと伺っているのですが、実際に最初に発足する230床のベッドの内訳はどんな風に振り分けられるのでしょうか。

小宮先生 そもそも何故救命救急病院と健診センターとを一緒にする構想になったのかというと、救命救急だけでは、良心的にやればやる程経営が成り立たなくなるということがあるのです。そこで現在この周囲には充分な人間ドックのシステムがないので、メディカルセンターの外来の一部を、自動検査機器を導入しまして一日で人間ドック的な検査一式ができてしまうような健診センターにして、学園都市近傍の方々の健康管理にあづか

ろうということです。だから健診の方は全て外来扱いです。で、病棟の方は、筑波大学のICU担当の集中治療病床を30床設けます。そして60床をICUから出て、まだ後方病院は移せない患者さんの診療に当て、残り140床は、先程小倉先生がおっしゃったように、地域のDoctorが自分達で管理できる病棟にしよう。つまり、筑波大学では大学の方の都合でどうしても入院できない場合があるということで、メディカルセンターのこの病床は地域の先生方が入れたいときいつでも入れられるような運営をしていこうと考えています。

吉沢(4回生) 先程、小倉先生から医療圏というお話しがありましたが、メディカルセンターは当面どのような地理的範囲の患者さんを対象にすることになるのですか。

小倉先生 当面は筑波郡医師会と土浦医師会、その隣接地区、及び水海道周辺の約360施設の地域をまず。しかし最終的には茨城県下全域から応需するつもりで発足します。

吉沢 そうしますと、先程小倉先生からも、この地がいかに交通の不便な所であるかという話しがありましたが、メディカルセンターの設置場所が松見公園の隣に決まったというのは、敢えて特別な理由があったのですか。

小倉先生 何故敢えて学園都市の中に設けたかという



とやはりそこで活躍していただくスタッフの先生方を筑波大学に依存しなければならぬ、これが最大の理由です。医師過剰時代に向かっていることすし、たとえ遠くに設置して他の大学から医師を募っても定員は充足されるかも知れない。しかしそれでは全く意味が無いということを経験させて欲しい。皆さんのうちの4割——今年は6割——は筑波に残られるそうですが、卒業生諸君は国立筑波大学での勉学の成果を、この地での卒後教育という場で、大学圏そして地域へと是非とも還元してもらいたいと望みます。

村井(4回生) そのことに関連して。すると将来的にはメディカルセンターを大学病院のレジデントのローテーションの一部に組み入れるとか、学生実習を正式にメディカルセンターで行なうとか、そういった方向もあり

得ると。

小宮先生 それについては、現在の所、県医師会、県、そして筑波大学というあくまでも3本柱の構想ですので、今ここで、まだ現実に運営が始まらぬうちから、はっきりとお答えすることはできかねます。ただ、救命救急病院としての性格を主体としていきたいとは思っています。

《特別寄稿》

筑波メディカルセンター

救急総合病院に至るまでのあゆみ

臨床医学系 脳神経外科 牧 豊 教授

筑波大学付属病院が開院したのは昭和51年10月である。教官75名、レジデント7名であった。開院に先立ち、小宮院長から時間外の外来に対する対応策を考えて欲しいと依頼があった。教官各位に協力依頼のアンケートを送り、会合を開き、1名の方が健康を理由に辞退されたが、まずは全員協力が期待できた。夜間外来の診療科別の当直表(案)をつくり院長に提出した。今考えると場所提供形の救急外来スタイルの試案であった。

新構想病院は、外来予約制、総合外来から専門外来へ、診療グループ制、入院は段階別診療体系——PPC看護(いつの間にか患者はどこかの階へ移されている)、病歴その他患者資料の集中管理、電算化に伴う多い各種伝票の記入(カルテでなく見憎い伝票の束)、各種検査や手術申込ごとの会議、などで私達を絶えず不満と怒りにかき立てていた。

3時間待つて3分診療と悪評だった従来の大学病院外来の問題は、本学では解消されたものの、PR不足のためかその真意は伝わらず、地域の住民や医師から不評を買っていた。所謂タイ回しの報道が未だ絶えない頃であった。大学病院開院と同時にそれが解消するものと一般の期待があったに違いない。「最高の医療をいつでも誰れでも容易にうけられるのが地域住民の素朴な願いではないだろうか」などと新聞はvolumeをあげて報道していた。

昭和52年7月1日、学長命令で突然私は、救急部長の併任をおおせつけられた。救急に関してとくに考えはなかったのに、文部省の諮問機関、救急医療教育問題懇話会の2回に亘る答申書に目を通した。要約すれば次の3点であった。

- 1) 救急医療は地方自治体が総合的に解決すべき問題で、一大学病院のみで解決出来る問題ではない。大学はその地域医療体制の中でそれに見合った役割を果たせ。
- 2) 大学は救急医療に積極的に参加することにより、卒

います。

司会 それではそろそろ質問もつきたようですので、シンポジウムを終わらせていただきます。本日御出席いただいた先生方、そして会場の皆さん、本当に有難うございました。



前、卒後の救急医療教育の実をあげよ。

3) 大学の機能からすれば、高度ないし特殊な専門救急医療の提供が可能であり、またその研究の成果が期待される。

文部省役人諸君がこの秀れた答申をどの程度理解しているかはまた別問題であろう。私はこれを指針とすべしと考えた。

昭和52年8月4日 第1回救急医療問題会議がこの筑南広域(6町村)行政事務組合の主催で開催された。町村長全員出席、地元医師会11名、大学側から4名が出席した。主題は何故大学病院が救急を直ちに開始し得ないのかということであった。院長は大学病院の特徴および負わされた責務を縷々説明し、後送病院の確保なくして無制限な救急患者受け入れは現況では無理である旨述べた。その前になすべきはこの地域の医療システム化であると説いた。会議のあと谷田部の横田英一町長が病院に立寄られた。その人柄を偲ばせる含蓄のある話の中に、我々は明日の展望を期待した。しかし、二度とお会いする機会にはなかった。他界の報を知ったときは痛手を感じた。

第2回問題会議(52年11月12日)では、一次、二次、三次に救急について概念の調整が行われた。医師会から再度、休日夜間診療を大学でやって欲しい旨提言があった。大学側は一次救急センターの設立を提案した。そして、医

師会と大学側との共同利用によりcommunicationを計りたい旨提案した。

第3回会議(53年4月21日)県衛生部長、県医師会長も出席。全県下の救急医療のシステム化の話と情報コントロールシステムのそれぞれのお話を拝聴した。筑南消防署から52年度の救急活動報告書が提出された。年間約1,200人が搬送されているが、驚くことにその6割が休日夜間に集中していた。次回はそれらの対策について自治体、医師会、大学側の3者が考えてくることになった。

大学病院では入院患者が増加するに従い、潜在していた看護婦不足の本質の問題が顕性化してきた。すなわち、病院運営に不可欠なクラークが国立病院では定員化されていないため、当初大学病院では、37名の看護婦定員がクラークに当てられた。このままでは全病棟開棟は不可能であるところは明らかである。現状で24時間体制の救急のため看護単位を独立させることは困難と判断された。丁度、その頃文部省から救急部へ所謂11人セットの予算配置があったが焼石に水であった。

たまたま第1回国立大学附属病院救急部長会議があり、すがるような想いで出席した。当時救急部が活動している大学は十指にも満たぬ状況であったが、これからの医学教育には救急医療の実践教育が不可欠であるという認識が皆にありなんとか環境整備をしたい希望がつよいのに感銘をうけた。とくに杉本講師(現・阪大特救部教授)の苦労話にはつよく打たれた。帰り際に筑波大学へ助教教授で是非来て下さいとお願いしたところ、本人は宜しく願いますという(日本人の宜しく願いますという言葉は天候の挨拶と同様のものなのである)。早速、小宮院長にその旨を報告した。救急部長助教教授選考が発議されたので恩地教授(阪大教授)を訪れ杉本君を下さいと申しあげたところ、「彼は若く見えるが、もうこの教授になる人です。適任者を必ずさがして推薦いたします。」と確約されたので私は安堵した。約束通り優秀な島崎修次先生が推薦され大学に赴任された。



第4回問題会議(53年10月26日)ではDr. 島崎が大阪の一次救急センターを下敷にした設計図と予算を計上したものを大学案として提出した。すなわち、建設費8,000万

円、設備費4,000万円、人件費3,600万円であった。県の補助をもらっても一町村2,000万円負担は大きすぎると大方は消極的であった。必要であれば何とか建てるしかないと言われたのは桜村の藤沢勤兵衛村長であった。また、他の村長から沖縄は救急医療体制が秀れているので見学してはという提案があり、Dr. 島崎が案内役でゆくことが決議された。

12月には筑波大量買収不在投票事件があり、不幸にして藤沢村長とは二度と問題会議ではお会いできなくなった。この一次救急センター案は二度ととりあげられることはなかった。その後、茨城県に60年度科学博が決定し自治体も多忙になったかに見えた。

昭和54年春、茨城県救急医療会議(水戸)に筑波大学はオブザーヴァーとして出席した。54年度の県救急医療対策費7億2,900万円の予算会議であった。急にDr. 小宮の顔が神妙になった。何かが浮かんたのである。“牧さん、何とか貰えんどうかネ!”内容はこうだ。大学病院には救急のwingはある。看護婦30名さえ充足すれば救急は運営可能だ。15万×30人×15ヶ月=6,750万円、毎年まあ6,000万円計上してくれないかなというのである。休憩時間に手分けして泰県医師会長はじめ主だった人にその旨を打診した。医師会の方々は極めて好意的なのに感激した。“なる程、いいでしょう。”が大方の意見であった。その後の或る日、Dr. 小宮が“あれは駄目になりました。私は本部の部長にえらく叱られました。6,000万円はフイですよ。”という。県の衛生部長から直接Dr. 小宮でなく病院部長へ6,000万円の寄付の伝達があり、直接大学事務へと連絡し、不相当と判断され6,000万円也の寄付は受けられないことになった。理由はいくらでもあった。衛生部長陰謀説まで流れる始末であったが、要は救急外来を活用することが税金の無駄使いかどうかである。その詳細は差支えなくなった時点で然るべき人から説明があらう。今にしておもえばこれ程安あがりな話ではなかった筈だ。

54年7月、ICU診療グループが発足。Dr. 島崎の実力と今までの辛抱強さに敬服し盛大な発足パーティーが10月にひらかれた。

秋の学園祭の招待講演にDr. 徳田虎雄が来られた。その折り、約2時間対談した。是非大学病院の前に救急卒後教育病院(徳洲会)をつくってほしいかと申し込んだ。理由は1. 卒前卒後の救急医学教育は大学の現状では無理である。2. またその教育こそこれから必須であること。3. そこにつくれば大学のカリキュラムと連動できること。4. 医師の供給がconstantに得られること。5. 私は徳洲会の理念には賛成である。などを説明した。“私のimageにピッタリや。”とDr. 徳田は共感を示してくれた。大学中心的な考えだと誤解されたのか、あるいは市場調

査で採算性マイナスと電算機ははじきだしたのかもしれない。年賀状は毎年いただいていたがそのことに関しては触れられたことは一度もなかった。一県一医科大学の意味をもっと理解して欲しかった。

その後、幾つかの救急病院を見学したり実際に働く方々の意見も拝聴した。県西県南全地区をcoverする救急センター設立案をまとめ土肥博至教授(芸術)にデザインをお願いしグリーンの表紙にして印刷した。建物10億円、備品7億円、医療従事者180名(医師30名)であった。その主旨は、「地域医療は本来国のみに頼るものではない。県、地方自治体と地域住民、大学の3者が一体となって解決すべきものである。その種の大学参加にこそ一県一医大学設立の意義がある。現況から県南・県西の救急医療体制を考えた場合、救急医療センターの設立は筑波大学病院と筑南消防署とに隣接した地区が最適である。そしてこの構想の延長上には隣接した各種専門センター、例えば、脳卒中センター、癌センター、臓器移植センター、等々の県民の需要の高い高度医療センター設立が考えられる。やがては本邦における最初のメディカル・センター設立へとつながるものと考えられる。そこでは数多くの新しい研究も開発され学際的ないし産学共同の研究も出来よう。その意味において筑波学園都市が生かされるのである……。」

第5回救急問題会議(55年12月14日)に大学案としてグリーンブックが提出された。俄かに膨張した予算に一時は自治体側は呆然とした様であった。しかし科学博を迎える気運もあってか議論百出となった。この議事録は保管されている。前向きに検討し住民運動をおこすべきだと主張したのは桜村の沼尻正男村長だった。その後暫くして沼尻さんの他界を知らされた。また有力な理解者を失った。

昭和56年、福田学長を囲む会があり、会場でグリーンブックを手渡し、その主旨を説明した。公開室の渡部与四郎教授(社工)に相談すること、科学博を目標にすること、など具体的な指示を学長は手短かに話された。

中井隼之助副学長を頭に、渡部与四郎教授が用地に関して、紀伊国献三教授が経営採算について、Dr.小宮が総括し案をまとめた。県医師会長泰資宣先生を筑波にお迎えし、当初からよき理解者であった小倉智徳筑波医師会長、それに助川弘之土浦医師会長を加え、一夜会食し本件について検討が加えられた。

——泰会長については是非ここに紹介すべきことがある。先生は日立製作所多賀病院外科に勤務されておられた。昭和35年以後急速に交通外傷が増加し、全国的に救急医療の需要がたかまった。昭和38年に泰外科病院を開設し、以来24時間体制をとっておられる。土曜日の夜から月曜の朝までは泰院長自身がブッ通しで担当された。

すなわち、本県における救急病院の先駆者でありその実践者であった。そのために日立市は早くから医療システム化が進み、泰先生の音頭で日立メディカルセンター(休日緊急診療所、主に小児科・婦人科)も昭和49年1月に設立された。その後、茨城メディカルセンター(水戸)を設立、その中にタライ回しをなくすための救急情報コントロール・センターの設立をされた。名実共に救急医療の組織化の指導的立場に立って来られた方である。

その夜の席上で、泰先生が「これは是非やりましょう。必ず出来ます」と話されたとき、私は声も出なかった。泰先生が参加され、いよいよ県、三医師会(県、筑波、土浦)と大学の3者が協力して筑波メディカルセンターをつくらうではないかということになった。

昭和57年3月、中田助教授(脳神経外科)と共に沖縄中府病院を訪れ、2晩救急診療の実態を見学した。筑波大医学生達がすでに報告しているようにその教育効果は目をみはるものがあった。卒後1年生の丁度終り頃であった彼等に質問し、また黙々と外科処置をしている彼等をみて本当にレジデント1年生なのかとその手際の良さに驚いた。1年も経つと小児の救急も大体判りますという話も新鮮だった。米国でできなかったことを沖縄でできたという中府病院レジデント制の生みの親Dr.Gaultの自負もなる程と思えた。こんな訓練が筑波でも出来ればと新鮮なimageを抱いた。

57年5月24日、財団法人筑波メディカルセンターは発足した。そのあとのことは未だ生々しく、いずれ然るべき人が然るべき時にその経過が報告されるであろう。

将来は筑波メディカルセンターは多くの機能を持つであろうが、今回は救急総合病院がまず設立される。救命救急センターも内設されている。この新しい病院が医学生卒前卒後の教育ばかりでなく、各種の医療従事者の救急医療の実地訓練の場として快適なものになることを願うのみである。その機能は大学附属病院と相互補完的意味を持つに違いない。また他学卒業生にも広く門はひらかれるべきである。そして、地域への貢献度が高くなる頃には日本の救急医学の指導的立場にたっているかもしれない。日本人は官尊民卑の偏見が根強いが、機能からすれば官設民営の方が一般的には将来性がある。設立に関しては県や自治体の多大な援助が期待されている。本件は数多くの方々の厚情と奉仕によってここまで辿りついた。しかし、新しい病院の評価はそこに働く君達の努力によってなされる筈だ。

本件は何度か立消えそうになった。しかし粘り強い一人の男によって持ちこたえられてきた。その男は不景氣そうに肩を丸め、そう、君達もよく識っている、ボソボソと聞きとりにくい声で講義する奴さ。

1. 計画主旨

本計画は、茨城県筑波研究学園都市の松見公園隣接地に、第1次から第3次までの救命救急患者を対象に24時間の診療体制をもつ救命救急センター並びに地域住民を対象とする成人病の予防診断を行う総合病院である。

建設予定地の茨城県県南・県西地域は、大規模ニュータウンの建設による人口の急増、交通機関の発展により首都圏と連関されるとい様に変貌しつつある。しかし当該地域は、大規模で昭和60年に開催される「科学万博つくば85」には2,000万人の来場が見込まれておりそれに対する医療体制は確立されていない。

かかる状況をふまえ、本計画は、救急医療という高度・専門医療を提供する施設としての機能を充分発揮できるように計画した。

本計画にあたっては、茨城県、筑波大学、県・土浦・筑波郡医師会が主体となって関係機関の協力のもとに作成されたものである。当病院開設の暁には、地域医療の中核病院としてその機能を発揮するとともに、健康の保持増進を計ることにより県民福祉に貢献することを望むものである。

2. 当センターの果すべき役割

本施設は、茨城県における地域医療計画の一環として、24時間体制の救命救急センター、並びに成人病健診センターを併設した、総合的の病院である。

当センターが診療、治療機関として果すべき役割としては、以下のことが考えられる。

- ・主として県南、県西における地域住民を対象とした医療の安定
- ・県下の第二次の救急医療施設から送られてくる重症患者の受入れ
- ・近くで発生した一次救急患者の受入れ
- ・救急専門医療の高次性の追求
- ・地域住民の健康管理、疾病予防並びに、がん等の早期発見を目的とする成人病健診の充実
- ・救急医療に関する医療技術者の教育研修の場の提供
- ・供昭和60年に開催される「科学万博つくば85」の入場者及関係者の救急患者に対応できる高度な医療サービス

3. 施設の機能

上記要因に基いて、本施設では下記の基本機能を設定した。

I. 救命救急センターとしての機能

1) 初療部門

救急患者の受入れ、救急処置、X線・CT検査作業及び緊急検査作業、手術を行なう。

2) 手術・中材部門

3) 重症監視部門(ICU) (30床)

術後の集中看護をする為、2階の手術部門に隣接させて10床のICU、3、4階の病棟部門のナースセンターに隣接して、CCU的要素も兼ね備えたICUを10床づつ設ける。

4) 管理部門

II. 総合的の病院としての機能

1) 救急及び一般外来部門

救命救急初療室・待合ホールに隣接させる。

2) 中央診療部門

総合的な医療施設として高度な内容の施設とする。救命センターと共用する。

3) 病棟部門

PPCシステムをとり入れた看護病棟、4看護単位220床(ICUV・CCUV、20床を含む)として開始する。

4) 管理部門

管理部門緒室の他、医局、会議室、書庫、研修ラウンジを整備し、救命センターとも共用する。

5) サービス部門

III. 総合健診センターとしての機能

玄関ホールの近くに隣接させる。

病院の検査部内に併設し、機能の省力を図る。

以上のような構想の下に、第1期計画として230床(ICU30床)、将来工事分として270床、合計500床を予定した病院である。

〈告知欄〉

「4回生より後輩諸君へ」の発刊のお知らせ

放射線科 中島光太郎

お待たせ致しましたが、ようやく6月下旬「4回生より後輩諸君へ」の小冊子が発刊されることとなりました。とにかく原稿を集めるのに四苦八苦。4回生は皆さん遊び好きでなかなか捕まりませんでした。

私たちが、3回生より同じ小冊子を頂いた時は、「先達はあらまほしきものなり」の格言を感じました。本当に心強いものでした。即ち、M6の時必要としていた情報をかなりこの小冊子から得ることができました。特に、教科書、勉強の仕方などは、とても参考となりました。

今回の小冊子が、前回程の偉力を発揮するかどうかはわかりませんが、多氏才々のメンバーで、個性的なものができたと思っています。今後も毎年発行するよう心がけていきたいと思っています。

古本市報告

M3 高見 順子

去る5月28日午後、医学小食堂において、第3回古本市が開催されました。今春卒業したばかりの4回生からの寄附を中心に約700冊の本と多くの医学・一般雑誌が並べられ、一時間半あまりで約9割が後輩の手にわたりました。御協力下さった方々、まことにありがとうございます。

2年前に2回生の提唱ではじめられた桐医会古本市もはや3回目となって知名度もあがり、御提供下さる方、利用する学生共に増加してまいりました。特に今年は国試関係書籍が主流を占め、提供者の御好意により定価の一割程度で販売することができ、M6に好評を博していました。

教官人事移動(57年12月～58年6月)

57・12・16	入	土井 光徳	社	大阪府立成人病センター
31	出	小出富士夫	臨	名古屋第一赤十字病院
"	出	鈴木 治男	臨	国保多古中央病院
58・1・1	入	植野 映	臨	自治医科大学
"	昇	馬場 徹	臨	講師→助教授
2・1	昇	深尾 立	臨	" "
"	昇	三井 清文	臨	" "
3・1	入	木村 雄二	基	東京都養育院
"	入	間嶋 満	臨	東大医学部附属病院
"	入	光嶋 勲	臨	東大医学部附属病院
3・31	出	葛原 茂樹	臨	東京都養育院
"	出	和田 淳	臨	茨城県立中央病院
4・1	出	塩沢 全司	臨	山梨医科大学
"	出	小林 和夫	社	上越教育大学

本の種類の片寄り、開始時刻等に多少問題もありましたが、これらの点を改善して、より実り多き古本市へと根づかせていきたいと思っています。諸先輩方に心からの感謝をささげると共に、紙上を借りて来年の御協力をお願いいたします。

体育会近況

体育会医学支部委員長 M4 上城 史高

すでに御存知の方も多いと思いますが、医学体育会は、昭和58年1月1日をもって、筑波大学体育会に統合され、筑波大学体育会医学支部になりました。

統合に伴う主要な変化は以下のとおりです。

- ① 課学活動団体に認定されました。これにより、紫峰会援助金がうけられることになりました。
- ② 従来は医学専門学群生全員を会員としていたのを、所属団体の構成員のみを会員とするよう規約を改正しました。
- ③ ②に伴って、会員徴収表を改め、昨年までに入会された方々から年会費800円、今年度入学された会員の方々から年会費2300円を徴収させていただくことになりました。このほか、体育会本部に年会費700円、新入生の方々は入会金300円を納めることになりました。なお、これらの金額は年毎に代表者会議で決定されます。
- ④ 提出する書類が増加したこと。

昭和63年の東医体主管を控え、大学側の働きかけと御尽力もあり、この時期の統合は適当なところであったかと思っています。なお、各クラブの日常の活動には、ほとんど変化はありません。

教官の方々と並びに卒業生のみなさまの変わらぬ御支援をお願い致します。

58・4・1	入	飯田 恭子	基	ニューヨーク大学
"	入	石川 博通	臨	国立霞ヶ浦病院
"	入	牛尾 浩樹	臨	広島大学医学部
"	入	須磨崎 亮	臨	北茨城市立病院
"	入	筒井 達夫	臨	東京女子医科大学
"	入	Victor M Darley-	学群	Usmar
16	入	稲毛 博実	臨	附属病院
"	入	高瀬 孝子	臨	"
"	配	紅露 恒男	臨	体育科学系
30	出	秋本 宏	臨	北茨城市立病院
6・1	出	館沢 堯	臨	前橋赤十字病院
"	入	稲田 紘	社	大坂大学医学部
"	昇	成田 光陽	臨	助教授→教授
"	入	佐藤 親次	社	成増厚生病院
15	出	石川 招雄	臨	筑波学園病院
16	出	竹縄 忠臣	基	東京大学

4. 回 生 進 路 一 覧

氏 名	勤 務 先	氏 名	勤 務 先	氏 名	勤 務 先
相田 真介	筑波大 病院病理	鉢方 安行	大阪大 特殊救急部	林 竜介	筑波大 精神科
青柳 啓之	筑波大 外科	桑野慎一郎	厚生年金病院 内科	樋口八寿子	筑波大 内科
阿部井誠人	慶応 内科	坂本 ゆみ	筑波大 小児科	平沼 孝之	筑波大 内科
有賀 淳	女子医大 消化器外科	佐久間健一	筑波大 精神科	平野 洋子	筑波大 放射線科
五十嵐ゆり	筑波大 内科	佐藤 寿一	筑波大DC 生理系	平林 宏之	筑波大 整形外科
石井久美子	筑波大 内科	佐藤 洋一	東大分院 産婦人科	広瀬 久益	県立友部病院 精神科
石田 博	川崎医大 総合診療部	柴野 孝一	筑波大 内科	福田 妙子	筑波大 麻酔科
市毛 雅子	筑波大 内科	渋谷 一穂	筑波大 眼科	船越 尚哉	筑波大 外科
稲垣 輝美	飯沼病院	鶴田 和人	筑波大DC 生理系	増岡 健志	三井記念病院 内科
井元 浩平	東京都衛生局	清水 文雄	国立水戸病院 精神科	増田 義重	筑波大 内科
上野 茂子	筑波大 内科	白井 芽則	千葉大 外科	松原 琢	新潟大 内科
牛山 和憲	筑波大 内科	新 健治	筑波大 小児科	三浦 敦	自治医 整形外科
内田 玲子	筑波大 内科	杉村 洋一	河北総合病院 内科	水原 章浩	筑波大 外科
内原 利光	沖縄県立中部病院 外科	鈴木 理志	筑波大 内科	皆川 正己	東大 外科
		鈴木 規之	虎の門病院 外科	宮内 卓	東大 内科
江原 孝郎	筑波大 小児科	袖山 治嗣	信州大 外科	宮崎正二郎	河北総合病院 内科
遠藤 隆志	筑波大 外科	高野 晋吾	筑波大 脳神経外科	宮本 寛	筑波大 外科
大滝 純司	川崎医大 総合診療部	高 椋 清	九大生体防御医研 外科	村井 正	筑波大 外科
大野 彰二	自治医大 内科			森山 千秋	筑波大 小児科
岡根 真人	筑波大 産婦人科	武井 一夫	筑波大 眼科	山木万里郎	自治医大 内科
小笠原圭子	筑波大 産婦人科	立崎 英夫	筑波大DC 形態系	山口 千美	順天堂大 泌尿器科
奥村 栄	三井記念病院 外科	田村 毅	筑波大DC 環境生体系	山口 直人	筑波大 内科
奥村 敏之	筑波大 放射線科			山登 敬之	筑波大DC 環境生態系
折笠 博之	筑波大 整形外科	塚田 博	筑波大 外科		
柏木 宏	自治医大 外科	対馬 健祐	筑波大 内科	山部 克己	筑波大 外科
加瀬 康弘	東大分院 耳鼻咽喉科	辻 勝久	筑波大 外科	山本 和彦	日赤医療センター 内科
加藤 昌樹	東大 耳鼻咽喉科	土肥 敏樹	女子医大心臓研 外科		
金子 昌司	筑波大 泌尿器科	内藤 隆志	筑波大 内科	横田 光	筑波大 内科
狩野 俊幸	自治医大 皮膚科	中島光太郎	筑波大 放射線科	吉井 慎一	筑波大 泌尿器科
河合 勇一	筑波大 外科	中山 貴祐	都立墨東病院 内科	吉沢 利弘	筑波大 神経内科
菅間 博	筑波大 病院病理	長津 正芽	女子医大心臓研 外科	渡辺 東	国立医療センター 内科
菊地 寛昭	仙台市立病院 内科	野口 良輔	筑波大 泌尿器科		
北原 文徳	信州大 小児科	早川 達郎	筑波大 精神科	渡辺 一弘	筑波大 外科
木村 郁夫	筑波大 整形外科	林 睦子	富山医科薬科 麻酔科	渡辺修一郎	日大駿河台病院 小児科

編集後記

先日、免田再公判の無罪判決が司法界や国民に与えたimpactは大きかった。法廷が無罪の死刑囚を出してはならぬのと同様、医者も「無実の病」——有りもしない病、羅らなくともよかった病、あるいは医者が造った病——を患者に押しつけてはならない……

本号から、活字を少々小さくして、より豊富な内容をお届けできるよう配慮しました。目が疲れるといった老化徴候に悩まされている方は遠慮なく編集部までどうぞ。

58年度桐医会会報編集部 Chief:M 5 柳沢
Staff:M 5 庄嶋 M 4 田宮 M 3 佐藤(直) M 3 杉田
Photo:M 4 柴野 Adviser:M 6 鈴木

桐医会会報 第8号
発行日 1983年10月1日発行
発行者 山口 高史 編集 桐医会
〒305 茨城県新治郡桜村天王台1-1-1
筑波大学医学専門学群学生担当気付
印刷・製本 株式会社 イセブ