



桐医会会報

1985 6. 27 No. 12

第5回 桐医会総会



5月25日(土)、筑波第一ホテルにおいて、第5回桐医会総会が開催された。第1部総会議事につづき、第2部シンポジウムは、「あすの桐医会：今、同窓会に何を求めるか」というテーマでおこなわれた。6人の卒業生をシンポジストとして、桐医会の今後の活動について活発な意見交換があった。全シンポジストとも、あらゆる情報の交換のメディアとしての桐医会の意味を強調していた。このシンポジウムの詳しいことは本会報の次の号で報告される予定なので、楽しみにしていただきたい。正会員の参加は非常に少なかったものの、今後の桐医会の方向づけができた、意味あるシンポジウムであった。これにつづき、交歓会がもたれた。多忙のため、ここからの参加という卒業生が何人もいた。なつかしい顔も見られ、なごやかな会となった。

桐医会の未来に大きな期待をいだかせた1日であった。

主 な 内 容

- | | | | |
|--------------|---|----------------|----|
| ・第5回桐医会総会 | 1 | ・筑波メディカルセンター病院 | 12 |
| ・科学万博筑波'85開催 | 4 | ・柏木先生教授昇任 | 14 |
| ・大島教授最終講義 | | ・あめりか病院実習記 | 14 |
| 「視力とその検査機器」 | 5 | ・卒業生進路 | 16 |
| ・特集 プライマリケア | | ・人事移動 | 17 |
| ——紀伊國先生にうかがう | 9 | ・古本市報告 | 18 |
| | | ・事務局より | 18 |

総会第 I 部（決議及び承認事項）

第 I 部司会 湯沢 賢治（3 回生）

昭和60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59年度事業報告

評議員委員海老原次男氏（2 回生）より表 1 に示すように報告があった。

②昭和59年度決算報告

会計岩崎まり子氏（1 回生）より表 2 に示すように報告があった。

③会則の変更

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。

改正前

第 5 条 3 賛助会員 筑波大学医学系教授、助教授、講師、大学病院レジデントおよび大学院学生で入会を希望する者（正会員は除く）

改正後

第 5 条 3 賛助会員 筑波大学医学系教官、大学病院レジデント、大学院医学研究科学生および過去これらであった者で入会を希望する者（正会員は除く）

表 1 昭和59年度事業報告

昭和59年 4 月	桐医会会報第 9 号発行
	第 1 回定例役員会
5 月	第 2 回定例役員会
5 月19日	第 4 回桐医会総会開催 古本市
6 月	「5 回生から後輩諸君へ」発行
	第 3 回定例役員会
7 月	第 4 回定例役員会
8 月	全国医学生セミナー見学援助 昭和59年度版桐医会名簿完成
9 月	第 5 回定例役員会
10 月	第 6 回定例役員会 基臨社祭（展示参加、古本市援助）
11 月	桐医会会報第10号発行
	第 7 回定例役員会
12 月	第 8 回定例役員会
昭和60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
3 月25日	第 6 回生桐医会加入（98名）

4 名誉会員 筑波大学医学系教官を定年退職した者

主旨は、賛助会員であった者が退官、レジデント終了、卒業した後も会員でいられるために、その範囲を拡大したこと。また新たに、定年退職教官を名誉会員としたことである。

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。

表 2 昭和59年度桐医会決算

収 入		
	予 算	決 算
前年度繰越金	392,844	392,844
支部会費	1,440,000	700,000
賛助会費	420,000	366,000
広告代	1,000,000	1,120,000
名簿売上げ	50,000	291,000
古本市売上げ	50,000	45,000
雑収入	0	0
預金利子	10,000	13,781
合 計	3,362,844	2,928,625

支 出

	予 算	決 算
会議費	100,000	166,407
広報発行費	1,400,000	402,115
名簿発行費	1,000,000	1,010,000
通信費	200,000	214,570
事務消耗品費	50,000	64,426
備品購入費	100,000	24,870
書籍購入費	40,000	60,000
渉 外	100,000	37,650
交通費	50,000	10,000
慶弔費	10,000	0
積立金	300,000	300,000
予備費	12,844	0
繰越金	0	638,587
合 計	3,362,844	2,928,625

以上の通り相違ありません。

昭和60年 3 月31日
桐医会会長 山 口 高 史
会計 岩 崎 まり子
会計監査 橋 本 達一郎

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3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60年度事業計画承認

評議委員海老原次男氏（2回生）より表4に示すよう発表され、承認を受けた。

⑥昭和60年度予算承認

会計岩崎まり子氏（1回生）より表5に示すよう発表され、承認をうけた。

以上である。

表3 昭和60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)
	家 城 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)
	増 田 義 重	(4回)
	平 野 洋 子	(4回)
	村 井 正	(4回)
	吉 沢 利 弘	(4回)
	石 川 敏 子	(5回)
	佐 藤 真 一	(5回)
	鈴 木 敏 一	(5回)
	妹 尾 栄 一	(5回)
	竹 村 博 之	(5回)
	成 田 至 子	(5回)
	伊 東 優	(6回)
	木 山 昌 彦	(6回)
	佐 藤 祐 二	(6回)
	柳 沢 正 史	(6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)

表4 昭和60年度事業計画

昭和60年4月	桐医会会報第11号発行
5月25日	第5会桐医会総会開催
5月	古本市
6月	桐医会会報12号発行 「6回生から後輩諸君へ」発行
7月	昭和60年度版桐医会名簿完成
8月	全国医学生ゼミナール見学援助
11月	基臨社祭（展示参加、古本市援助）
12月	桐医会会報第13号発行

※定例役員会は、毎月第一金曜日午後7時または第一土曜日午後一時より、学系棟2階会議室にて開催。

表5 昭和60年度桐医会予算

収 入

	予 算
前年度繰越金	638,587
支部会費	1,800,000
賛助会費	400,000
広告代	1,000,000
名簿売上げ	300,000
古本市売上げ	30,000
雑収入	0
預金利子	10,000
合 計	4,178,587

支 出

	予 算
会議費	200,000
広報発行費	1,300,000
名簿発行費	1,000,000
通信費	300,000
消耗品費	70,000
備品購入費	1,000,000
事務費	100,000
書籍購入費	40,000
渉 外	40,000
慶弔費	10,000
積立金	100,000
予備費	18,587
繰越金	0
合 計	4,178,587

「科学万博——つくば'85」開催



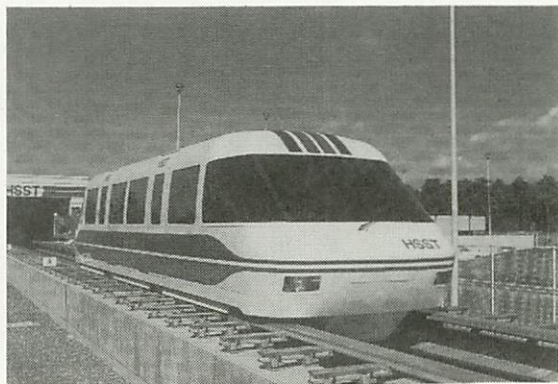
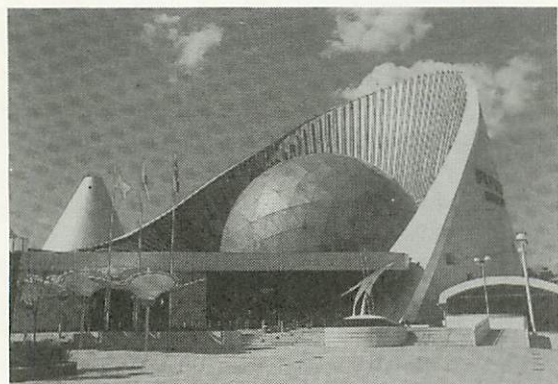
研究学園都市で3月17日より「科学万博——つくば'85」が開かれています。筑波大学の西側、約3kmの未来都市万博会場は、広大な敷地に形も色もとりのパビリオンが建ち並び、華やかなお祭り気分がいっぱいです。

「人間、居住、環境と科学技術」をテーマにした科学博は、先端技術を駆使した大型映像や自在に動くロボット、ニューメディアが活躍し、立体映像・宇宙旅行と楽しいことばかりです。人気のパビリオンはどこも長い行列ができ、広大な会場全部を見るためには、4～5日かかりそうです。

今回の博覧会は開会前から、何かと話題になり、いまひとつ評判がよくありませんでした。宿泊施設がない、宿泊代が高い、会場内の食堂が高い、などなのです。しかし、とにかく、会場にはさまざまなパビリオンがなら

び、最先端の「科学」「技術」が展示紹介されています。これを見に行かないではありません。医学の学生の中には、万博マニアになり、すでに10回以上行った人もいます。卒業して筑波をはなれた卒業生も、これを機に筑波をたずねられたらいいでしょうか。もちろん、その時には、ぜひ大学に立寄っていただきたいものです。なつかしい顔がいくらでもあります。大学にまで寄るのが大変だという人は、会場内の中央診療所をたずねてください。毎日筑波大学病院からレジデントと教官とナースが行っていますので、多少のお話はできるでしょう。

科学万博は9月16日までです。ぜひ一度、いや何度でも、最近の科学技術に触れるために、科学万博に参加し、未来に思いをはせようではありませんか。



視力とその検査機器

大島 祐之 先生

視力は、眼の健否を示す指数ともされて、小学生の間でも使われているくらいに世間一般に深く浸透していますし、眼科臨床では最も基本的なデータとして不可欠な数値です。ところが、国際協調が今までになく強調されている今日でも、未だに視力の数値の国際的統一が図られておらず、国によって別な数値で視力をいい表わす状態が続いています。その背景などをも含めて私がとりこんできた視力について話したいと思います。

視力との出会い

医学の研究にも流行があるように思います。そして視力の研究は、今どき甚だ流行遅れともいえましょう。つまり自覚的方法による実験でなければ、その精密微妙な性状を把握できず、エレクトロニクスなどの近代的手法を駆使する余地が少ないテーマ、いいかえれば心理物理psychophysicsが主体となる分野のなかでも視力に関しては多数の先人による業績が残されていて華々しい研究成果がえられそうもないことにも関係ありましょう。

私が視力との関わりを持った理由は、大学卒業当時の事情と切り離せません。小学校4年のとき始まった日中戦争（当初の名称は満洲事変）が次第に拡大して、大学に入った年の12月には太平洋戦争（日本での名称、大東亜戦争）となりました。その頃の日本では国家総動員の掛け声のもと、大学は軍人予備校と化し、医学部学生は軍医になることが宿命づけられていて、諸君の大学生活とは雲泥の違いでした。しかし辛かった思い出は、時の経過とともに風化してしまうらしく、楽しい形に昇華した思い出が、記憶のなかで数少ないながらも甦ってきます。

諸君に羨ましがられそうなことでは、国家試験を受けずに医者になった最後の学年でした。そんな形で卒業し、敗戦直後の大学の眼科に進みましたが、出陣していた先輩たちが続々と大学の医局に復員してきて、私が一番の新参でした。当時は全国民食うや食わずの時代でして、まともに学会や研究会を開催できるような状態ではありませんでした。それでも大学であるからには何か研究をやらねばならぬとのことで、戦時中、陸海軍や文部省の肝入りで全国の大学眼科の教授（当時は全部で約10名）が中心になって結成していた研究組織をそのまま生かし、すでに解体していた軍関係を切り離して、戦時中のテーマ「視力増強」を単に「視力」と改めて再発足したのが全国を通じて唯一の眼科関係の実動する研究会でした。その代表者が恩師庄司義治先生だった関係で、お膝元の大学で何か新しい実験データを出さねばならぬとの至上命令がありました。研究器材もなく調べなければならぬ文献が膨大なテーマでもあるため、先輩連中はつぎつ



ぎに敬遠し、最若輩の私にお鉢が回ってきました。物資不足の折柄で、実験道具は手造りするほかなく、紙と鉛筆で済む数学や統計学を使ってお茶を濁した積りであった想い出は、日進月歩のコンピューター機器が容易に入手できる現在の環境に比べて、文字どおり今昔の感に堪えません。ところが最近、その頃のデータが40年近くも経った今日なお生きていることを知って、驚ろきもし嬉しくもありました。

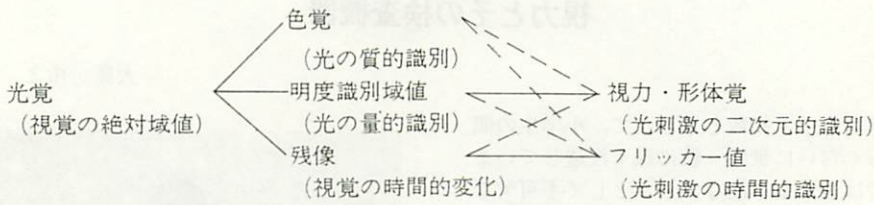
視覚の顔の1つといえる視力

さて人体は、外界の情報の80~90%を視覚によって取り入れるとされています。眼科教科書では視覚を、光覚、色覚、形体覚（視力）の3つに分けて説明しているのが普通ですが、これは心理物理学的な考え方を基に社会医学的な見方をいれて、われわれの日常活動に関係深い面を取り出したものといえます。視覚は複雑に構成されていて、さらにいろんな風に分析されそうですが、感覚生理学の立場からみると、前述の3者を対等に扱うのは適切ではありません。つまり視覚を惹き起こす光刺激を分析すると表1のようなランク付けができます。

ここで光覚と色覚をとりあげると、色覚が有って光覚が無いことはあり得ませんが、逆に光覚が有って色覚が無い場合はあり得ます。たとえば特発夜盲のように視力と色覚が正常で光覚が悪い場合にも、光覚が無いのではなくて悪いにすぎない。杆体機能が全く欠除している場合でも、錐体によって光の有無を判別する能力すなわち光覚は存在するからです。一方、健常眼の暗所における杆体視の場合には、光覚が存在して色覚は無い。したがって色覚の発現には光覚の存在が前提となり、光覚は色覚に先行するともいえます。

色覚の基本は光の波長の差を色として識別する働きで、いいかえれば光の質的識別能力です。これと対立するものに光の量的識別能力である明度識別域値（明るさの差の識別能で、単に識別域値 differential threshold ともい

表1 光刺激と視覚



う)と、単一光刺激によって起こる視覚の時間的変容を現わす残像とがあげられます。

つぎに視力ないし形体覚は、識別域値を基調としてその高位に位する機能とみなすことができます。そして視力は基本的には黒白の二次元パターンを用いて評価されますが、一般的には色で構成されたパターンを見分ける場合もあるわけで、そのさい色覚の健否も関係してきます。すなわち本質的に形体覚を考える場合、緑地に書かれた赤字のような色図形を見分ける能力(色視力ともよばれる)をも含められるべきです。そして、色覚の評価に色盲検査表(正式名称は仮性同色表)のような図形パターンを用いることがあってもそれは検査するための方便にすぎず、色覚そのものは形体覚ないし視力の影響を受ける性質のものではないことからして、視力を色覚と同列におくのは不適切です。

視力と同列にランクされるものに、フリッカー値すなわち点滅する光を見てちらつきを感じず連続光のように思える頻度域値があげられ、それは光刺激の時間的識別能力を表わしています。フリッカー値は残像を基調として構成されますが、その残像は、視力が形づくられる上でも多少は関与していると考えられます。なお表1には揚げませんでしたが、視力よりもさらに高次にランクされるべきものに両眼視機能などがあります。ともあれ視覚の内容は複雑でいろんな現象を現わし、いわば各種の顔をもっていて状況に応じて使い分けるといえますが、形体覚ないし視力はその顔の1つであり、それが活用される機会が最も多いところから、代表的な顔でもあるといえましょう。

視力の本態解明は程遠い

視覚の生理学的過程の最初は、視細胞内の視覚物質が光を受けて起こす光化学反応ですが、視覚のなかで最もprimaryな光覚に関連する現象は、それによってほぼ説明されます。色覚に関しても、遠く Helmholtz の仮説をはじめ、わが国での故本川弘一先生(東北大生理)、富田恒男先生(慶大~聖マリアンナ大生理)の業績その他多数の学者による研究により、色覚の本態はかなり解明されてきています。それらに比べると、形体覚ないし視力の本態はまだまだ厚いベールに隠されていますが、遅々ながらもその本態解明への緒を解きほどう方向に進んではいます。

視力の場合、まず網膜に生ずる外界の映像の性状が問題になります。ここで Landolt 環を見る場合をとりあげると、ずっと以前には図1右上に描かれたような輪郭明瞭な像が網膜上に映ずると信じられ、いっぽう網膜の中心窩錐体の直径は当時 $5\mu\text{m}$ くらいとされていて、Landolt 環の切れ目が視角1分の場合その網膜像の大きさが約 $5\mu\text{m}$ と計算されるのところから、ちょうど切れ目の中に1箇の錐体が嵌まる状態がえられて切れ目がわかるのだとされていました。この説明はモザイク説ともよばれて、わが国の眼科教科書には比較的最近まで記載されていました。

しかし Polyak (1941) が実測した中心窩錐体の直径はもっと小さく $1\mu\text{m}$ のものもあったことが指摘され、諸家による追試を経てそれが平均約 $2\mu\text{m}$ であることが明らかにされるに至って、モザイク説は完全に否定されました。もしもモザイク説を適用すれば、視力3.0や5.0の眼がざらにあっても不思議でない筈だからです。

このさい網膜に生ずる映像もミクロンの order でとりあげられねばならず、びったりピントが合ったものを拡大すると、図1右上のような明確な像ではなく、その下に示したようなぼやけた像であることが実験で確かめられました。もっとも、レンズによる結像を光学的に仔細に検討するとき、元の物体ととことん同じく明瞭な像が得られるわけではないことは古くから知られており、カメラ等の光学器械の精密な設計では、ぼけをもたらす収差を最小限に抑える条件を求めるために光線追跡による計算が行われています。それと関連してカメラ等の性能を高める設計に活用されている MTF (Modulator Transfer Function) によって、われわれが図形パターンを見分ける様相を模式化する手法が、パターン認識(形体覚に加えて錯視なども含められる)の研究手段として発達しています。そこでは、眼底に映ずる映像の MTF と、脳レベルで意識される MTF との相違を、網膜~中枢で起こる Mach マッハ現象による修飾のためとの説明を与えています。

形体覚ないし視力の本態を解く鍵は、そのような光学的解析のなかで心理的現象として片づけている Mach 現象を含めて、視細胞から脳に至る視覚情報伝達機構のなかにあるともいえるのですが、これが甚だ難問です。

光受容体(視細胞)から始まる網膜内のニューロン間

での収斂、抑制、さらに外側膝状体のニューロン、有線領を経る大脳皮質への情報伝達経路については知られていても、ミクロン単位の場合でとらえられた個々の情報が、相互にどのような有機的関係を保ち、また、いかなる修飾を受けて総合され、最終的なパターン情報として意識されるかの機構が解明されないと、形体覚の直接的な本態解明につながらないからです。なおこの分野では1981年に Nobel 賞を受賞した Hubel&Wiesel (1963) の研究を契機に、Simple cell, complex cell, hypercomplex cell といった特定の方向や角度などを感知する神経細胞の存在が明らかにされて大脳細胞の機能分析に緒がつけられるなど、数々の進展をみていますが、視力の本態解明への道はまだまだ遠いといわざるをえません。

見わけられ得る視角は、図形によって違う

ともあれ視力が極めて鋭敏な機能であることは、われわれ自身の感覚を駆使して把握できます。それを客観的手段でとらえるべく Pattern VEP や、視動性眼振 optokinetic nystagmus 応用の方法が発達していますが、われわれが自覚的にとらえる視力の鋭敏さそのままを純客観的に描記できるに至っていません。そこで視力検査には、旧態依然ともいえる視力表を使う方法にたっている現状なので、心理物理的方法での研究がさかんに行われていた19世紀ころからの知見を振返る必要があります。

眼で見る大きさは視角で表わす慣わしですが、図形が違うと、見分けられる視角が異なる場合のあることが古くから知られていました。そして形体覚の域値の次のような類型わけが19世紀になされていました。

- 最小視認域 minimum visibile
- 最小分離域 minimum separabile
- 副尺視力 vernier acuity (aligning power)
- 最小識別 (可読) 域 minimum cognoscibile (legibile)

の4者です。最小視認域は1点とか1線を認める域値を意味しますが、線が長いと著しく分かり易くなり、電線のような非常に長い1本の線の存在は、良い条件のもとならば、視角 0.5秒の太さのものが認められることが知

られています(1線視力 one line acuity)。最小分離域は2点または2線の識別で、2つの星は視角1分の隔たりがあると見分けられるとの記載が1705年 Hook によってなされていました。副尺視力は輪郭や線のずれを見分ける場合で、視角2秒の食い違いが分かり、副尺の読みにはこの鋭敏さが活用されます。最小識別域はその他一括の意味合いで、文字とか複雑な図形を見分ける場合として、これは図形によって域値視角はまちまちですが、概して大きくなります。

このような実態のなかで、視力を測るのにどんな図形を選ぶべきかについての議論が19世紀後半から20世紀初頭にかけて盛んに行われた記録が残っており、試行錯誤もあったらしく、その結果、視力検査の今日の形態の基礎が固まりました。すなわち Landolt 環を標準視標とし、文字、数字などの図形を補助視標と考えて視力を測る方式です。なお Landolt 環は1888年 Landolt が発表した図形で、それで測られるものは上記分類のなかの最小分離域が主体となり最小識別域も加味されていると解されます。

検査とは離れて、実生活のなかで図形による見易さが利用される場合として、副尺視力については前述しましたが、最近の腕時計でデジタル式に代るアナログ式の復活は、単なる流行とは片づけられず、針を見る時の1線視力は数字を読み取るのよりも遙かに鋭敏であることに裏づけられていると考えることができます。

国によって違う視力の表わし方

世界中でいろんな言葉が使われているため、どれだけの無駄や苦勞がなされているのか計りしれません。言葉ほどではないにせよ視力の表示方式が国によって違うのは不便です。それらを表2に示しますが、大別して小数視力と分数視力があり、例えばアメリカでは20/20方式です。

分数視力はいずれも小数になおせば同じ数値ですし、域値視角(分)の逆数であることに変わりはないのですが、このように各様の分数が使われているのは、視力表を始めて作った Snellen (1862) が分数視力を使ったこと

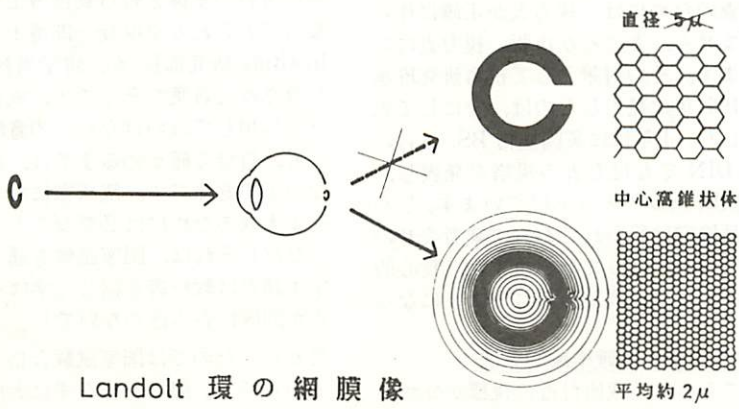


図1

表2 視力の表示方式(遠方視力)

小数視力	分	数	視	力	域値視角
0.1	1/10	5/50	6/60	20/200 (4/40)	10分
0.5	5/10	5/10	6/12	20/40 (4/8)	2分
1.0	10/10	5/5	6/6	20/20 (4/4)	1分

注:括弧内は1980年アメリカの専門委員会が新たに提唱したもの。

に由来します。そして各国で勝手な分数が使われているのは、視力の検査距離がそれぞれ違うことに関係があります。そして1909年の国際眼科学会で小数視力への統一が、5mの検査距離、標準視標にLandolt環を選ぶことと共に合意され、その後も度々国際的に確認されてはいるのですが、一向に国際的統一の実があげられていないのが実状です。それは、視力検査がいろんな分野で行われており、視力の単位は一般社会に深く浸透し言語同様にまで馴染まれているので、一部の専門領域の人達が呼びかけるくらいでは到底改められない、それぞれの国内事情にあるようです。そんななかでアメリカの国内専門委員会が最近、表2括弧内の4/4方式を新たに提唱したのは、先年亡くなったL.L.Sloan女史を最後に斯界に精通した人がアメリカに居なくなったためとも思われますが、頭を傾げたくないことです。

視力表の実態

視力表といえば、ずっと以前は紙に印刷されたポスター式ばかりでした。その後、照明装置を備えたアンドン式やプロジェクター式が発達しました。さらに最近ではブラウン管に視力表を映し出す装置も開発されつつあります。べつに箱の中に内蔵された小さな視力表を凸レンズを透して見させる式もあり、室の片隅で検査ができる利点があるものの、実距離に示した視力表の場合と比べて、眼の機構が微妙に変化している場合があって、かかる器具を使うのは、スクリーニング検査のつもりならよいでしょうが、正確な検査には向きません。

さて正確な視力検査のためには、視力表が正確に作られていなければなりません。ところが市販の視力表には粗悪品がかなりあります。その対策として視力研究班承認の視力表の規格を1964年に発表したのは、今にして思えば世界の先駆けでした。4年後に英国規格BS、さらに遅れて西ドイツ規格DINでも視力表の規格を発表し、最近では国際基準化機構ISOでとりあげています。しかし公的機関による製品検定は行われておらず業者委せのため、依然として粗悪品が出回ってはいますが、良心的な業者により規格に合った視力表が作られるようになっていきます。

正確な視力測定法……確率論的方法

自分で視力を測ってみると、域値付近の視標が分かったような気もするが、分からない気もすることが度々あ

ります。それが瞬間瞬間で違ってもきます。その現象は視覚の機構の上から説明できることですが、そのように被検者が感じとるなかから、本当に分かった部分だけを引き出す方法が1932年イギリスで故Lythgoeによって発表されました。その方法では、はっきり視標が分かったらその通りに答えさせるのは勿論ですが、分からない時にも出鱈目でもよいから必ず答えさせ、得られた多数の応答を統計学的に処理し、出鱈目の確率を除いたうえで視力の測定値を算出します。1つの条件下での視力を求めるのに通常3,000~4,000の応答を基に計算しますし、被検者にも習熟して貰う必要があるため、臨床検査や身体検査で実施できる方法ではなく、あくまで実験室的な視力測定法です。

なぜこんなにして視力を測るのかというと、視力はいろんな条件によって微妙に変化するので、その様相を明らかにするには、被検者の先入観その他の心理的要素などを出来るだけ除いて信頼性の高い視力を求めたいからです。私はこの方法に一部改良を加え1950年に発表しました。1964年視力研究班発表の視力検査基準では、この確率論的方法を駆使した実験結果が基礎とされた部分があり、運転免許での検査を含め通常行われている視力検査の指針を作るのにも役立ちました。

その後この方法での視力実験は省みられなかったのですが、ここ数年アメリカでFrequency of Seeingと名付けられてこの方法が見直され、わが国でも理工系の研究者による研究発表がみられるようになりました。

おわりに

筑波大学も開学10年を越え、伝統が芽ばえてきたように思えます。その1つは医師国家試験合格率が常に全国大学のトップにランクされ続けていることです。これには阿南学群長はじめ教官全員の熱意もさることながら、諸君の先輩が、西部劇さながらの荒野の学舎で学業に励んだ第1回生以来、自分達の努力で築きあげた実績です。いっぽう、将来それぞれの道に進む諸君には「定説を信ぜず、自分自身で確かめる」態度が大切だと思います。これは、若くして渡米され眼病理学一途に打ち込まれて、専門分野こそ違え野口英世博士並みの世界の第一人者になっておられる桑原登一郎博士(アメリカNational Eye Institute研究部長)が、留学当初に師Cogan博士から申し渡された言葉だそうです。成書に書かれた事柄をぜんぜん信用してはいけないとの意味ではなく、参考にはしても、自分で確かめるまでは、頭から信じ込んではいけないとの意味です。臨床家になるにせよ研究者になるにせよ大成のためには必要なことだと思います。

ただしそれは、国家試験を通してからにして下さい。学生諸君は教科書を信じて学ばなければ、定説が何であるかの確に呑み込めないでしょうし、また教科書を疑ってかかったのでは国家試験合格も覚束なくなる恐れがあるからです。諸君が焦らずに大成への道を歩むことを願ってやみません。

〈特集〉

プライマリーケア

——紀伊國先生にうかがう

医師過剰時代の到来が叫ばれる一方、医療に対する要求も複雑化している今日、新しい大学——筑波大学に学んだ我々にも、多面的な視野を持った将来の開拓が要求されよう。そこで今回、そのアプローチの方法、或は方向づけのひとつとしてプライマリーケアをとりあげ、プライマリーケアに高い見識をお持ちの社会医学系、紀伊國献三先生にお話を伺った。

——今、米国ではプライマリーケアがかなり重要視されているようですが、その経緯などをお話いただけますでしょうか。

そうですね。まず、米国では医師の専門化が進み、一方では専門化による問題解決のできない患者は増え続け断片化でない全体的問題解決のできる医師が不足してきたことが問題にされました。そこで 1969 年に内科医・外科医などと並ぶ一つの専門医として家庭医学会が認定し、家庭医を中心としてプライマリーケアの充実を計ろうとしたのです。

その後、徐々に拡充されていき、また1984年には米国の126の医科大学の指導者達から成る米国医科大学協会(AAMC)が「21世紀の医師像」というレポートを出したのです。そこには種々の内容がありますが「これからの医療にとって必要なのはプライマリーケアの医師である」と明らかにうたわれています。プライマリーケアを進めることが、アメリカの、そして世界の21世紀の医療にとって必要であるとされているのです。そしてこれが今大きな反響を呼んでいます。しかし、プライマリーケアの医師にとって必要な教育資質・経験とはいかなるものかはまだ試行錯誤の段階です。週刊医学会新聞の1634号に厚生省から米国のプライマリーケア研修に参加した方々のレポートがあるのですが、各々どこで研修したかによってニュアンスがちがうんですね。東部は general internal medicine——一般内科ということでプライマリーケアをカバーしようとしている。一方、クレイトン大学のような僻地とも言えるような所ではローテーションの中に虫垂切除の手術くらいもできるようなプログラムを考えています。このようにシステムとしては試行錯誤ではありますが連邦政府もプライマリーケアに力を入れており、我国に比べれば研修制度も充実しています。

1982年秋の時点で米国家庭医学会の資料によれば、米国においては、28,000人以上の医師が、家庭医学専門医として認定をうけ、家庭医学研修コースは、全米で約400あり約7,200人のレジデントが、研修をうけているとのことです。また全米の $\frac{3}{4}$ 以上の医学校が家庭医学講座



社会医学系 紀伊國献三教授

(full department of family practice) を持っていると報告されています。また、伝統あるハーバード大学でも卒業生の半分以上がプライマリーケアを担うことになるこの family practice のコースを選んでいきます。

——米国ではかなり充実しているようですが、我々日本の若手医師・学生のアプローチを考えるにあたって、まず今、お話にありました厚生省からの研修とはどういったものなのでしょうか。

日本でもこれからはプライマリーケアが必要で、それにはまず、そのリーダーとなるべき人材が必要であるということで、厚生省が54年度から始めたものです。これは国立病院に在籍しながら米国のプライマリーケア研修のプログラムに入るというもので、正式には「臨床研修指導医海外派遣制度」といいます。しかし、現在米国は外国人医師に対しての入国制限を強めつつある。皆さんご存知のようにアメリカで臨床医として活動するためには資格試験にパスしなければならない。アメリカ人で外国の医学学校卒業者が増えてきたこともあって年々むずかしくなっています。一方ではプライマリーケア研修の必要性は高まっている……そこで、新しい制度をつくらうということになったのです。

——米国家庭医学会による家庭医学の定義——

「家庭医学とは、包括医療であり、特に重点を家族単位に置く。そして、その家族における健康上の問題を、その年齢、性、臓器あるいは、病気の種類によらず、継続して責任を持つ。家庭医学とは、他の専門分野の基礎的知識を広く備えた専門分野であり、特に内科、小児科、産婦人科、外科、精神科の知識を基礎に持つ。さらに、従来の生物学的臨床医学に、行動科学的要素をミックスして包括医療を達成する。このような専門医としての家庭医は、患者に、治療、カウンセリングなど、全人医療を施すのに適性のある医師である」。

——それが今年度から実施された研修制度なのですね。

そうです。米国の大学では、それぞれ primary care fellowship を作っているのですが、たまたま私が Harvard 大学医学部での fellowship をつくる仕事をお手伝いしたので、厚生省のルートとは別に資格試験も免除で将来のリーダー養成を目指して派遣しようと始めたものです。このプログラムは、卒後7、8年の臨床経験を持ち、将来はプライマリーケアの研究者・教育者になることを目指す医師を対象に原則として2年間（1年に短縮も可能）研修をしていただくということになっています。第一回である今年度は、筑波大ではまだ臨床経験が足りないで自治医大の第一回生の医師が行くことになりました。筑波大の諸君にも是非頑張ってもらいたいですね。

——米国に学ぶところは大きいようですが、日本でのプライマリーケアへの動きはどうなのでしょう。家庭医制度もうち出されているようですが……。

そうですね、家庭医については昭和60年4月から厚生省予算に家庭医制度のための調査費がついたところなんです。これと同時に新しい政策として中間医療施設がとりあげられていますが両者とも現在未だ流動的であり、種々の研究会が検討をしているところなのです。家庭医制度がいかなるものになるにせよ、その背景には、家庭を単位に医療上の問題に対応していこう——老人が多くなり家庭での care が必須になる、それには家庭全体の医療問題を考えられる医師が必要——という考えがあります。また狭い意味の医療ばかりでなく保健をも含めての…老人保健法もできましたよね…家庭単位での対応をという考えがありますから、一番素直に考えて家庭医がプライマリーケアを担当する医師のかなり重要な部分を占める制度になるであろうことは確かでしょう。これについては学生、卒業生の諸君からも充分関心を持ち、その進展につ

いて注目していくべきだと思いますね。

——日本医師会はこの制度に反対しているようですが…。

なぜ反対しているかの裏には新しい支払い方式を導入しようという意図があるのでは…という危惧を持っているのです。病気を抱えて生活しているとも言える老人が増えていく…それに対して現在の出来高払いのように医療行為ひとつひとつごとに経済的価値（点数）が与えられる方式をとっていると無限に医療費が伸びてしまうという予測ができる。一方英国のGP（一般開業医）に対する支払い制度…人頭割り支払制度 capitation fee ならばその問題は解決できる。そこでこの方法が日本にも導入されるのでは…という強い懸念があるわけです。厚生省が家庭医制度を打ち出した base には、厚生省の基本政策である新時代における医療費の適正化があるわけですから、その延長線としてこうした考えもあり得るのです。政治的な問題もありますので、どちらの方法が良いかは難しいところです。現在の出来高払いにも利点・欠点があります。欠点としては患者を病気にした方が収入が高くなってしまいう問題点があること。利点としては新しい技術などを患者に応用しやすいことなどがありますね、一方、英国のGPについては、すぐに二次機関に回してしまい粗診粗療などとも言われています。医師が患者の健康を保った方が収入も多くなるというしくみが社会にとっては望ましいわけですが。

こうした家庭医制度の本質は医療費の節減にあるのではという懸念に対して厚生省の方は否定していますが、それならば、医療費の問題、制度の問題をも含めて、どういう形で日本のプライマリーケアが確立されていくのかという全体像の中で家庭医制度もとらえていかなければならないでしょうね。

また、家庭医そのものについても、日本の土壌ではある種の専門を持った家庭医になるのでは…というのが私の考えでありますね。

——プライマリーケアの実現に家庭医制度の導入も大きなポイントになりそうですが、卒後教育も含めて我国の医学教育においてはどんな動きがあるのでしょうか。そして我々はどうアプローチしていくべきなのでしょう。

これは筑波大学にとって大きな問題です。本学は10年前に、基本的臨床能力を備えた医師を養成するという教育目標をたてたユニークな大学ですから、21世紀にどんな医療が必要になるのか常に感受性を持ちながら対応していかなければならないと考えます。すでに昨年度より阿南学群長のリーダーシップでM1の3学期にプライマリーケアの内容を盛り込んだ講義が開講されました。

——M1 第3学期 「医学概論」——		
1. 医学史と医の倫理		小宮副学長
2. 医学教育における全人教育		中川米造（阪大医）
3. プライマリーケアと全人間的医療		大 貫
4. 欧米先進国における プライマリーケアの実態		紀伊國 土 屋
5. 地域医療とプライマリーケア		島崎（修）
6. 救急医療とプライマリーケア		開原（東大医）
7. 情報化社会と医療		浜 口
8. がんと遺伝情報		堀
9. 医工学と人口臓器		

このように学群でも検討中なのですが、日本の中でも自治医大、川崎医大、佐賀医大はプライマリーケアを考えたカリキュラムを開始しておりますので、本学もこの問題に関心を持ってM1～M6のカリキュラムを考えていく必要があると思いますし、学生諸君の関心も重要になってくると思いますね。

しかし、プライマリーケアのための教育は卒前教育の

みでできるものではありません。米国ではプライマリーケア研修を卒後に行っているのがほとんどであり、現在のレジデント制度の中にもそういう要素をどのように取り入れていくかを慎重に検討しなければならないでしょう。レジデントの数の問題をとっても、日本全体で、各科の専門医が何人必要なのかという計画が現在のところ全くないのです。米国ではプライマリーケア研修を行う施設には予算を多く与えるなどの方法で連邦政府が誘導をしています。我国でも一部同様のことが行われていますがまだまだ不十分です。本学にもレジデント制度の中に内・外科をローテートする総合診療コースが設けられていますが希望者が少なく実質上機能していません。日本の将来の医療の必要性をにらんで専門医の数をどう誘導していくか…というのは大きな問題です。その意味でもレジデントの数もひとつの圧力にならざるを得ないのでは…という気がします。学生さんの自主性、教育の場である大学の自主性も尊重しながら、社会の必要とマッチしたある種のメカニズムが必要となるでしょう。

最後に、学生さんがどういう基準で将来を選んでいるのか…という問題もあります。それはもちろん、教授の人格的魅力あるいは研究への興味もあるでしょうが、やはり重要なポイントは、将来各々がどんな形で国民に医療を奉仕するのかということですね。今までは医局に何年間かいればどこに行ってもつぶしがきくようになる…という考えであったわけですが、これからはそうはいかなくなります。

それには社会で何が必要とされているかを見極めることを含めて慎重な計画がいるであろうという気がします。

——とても参考になりました。お忙しいところ、ありがとうございました。

Interviewer M6 田宮菜奈子

筑波メディカル・センター病院

筑波メディカルセンター

病院長 中田 義隆 先生

桐医会会員のみなさん、筑波大学病院から歩いて3分の松見公園の北隣りに地上5階地下1階の筑波メディカルセンター病院が開院したのは科学万博つくば'85の開幕に先立つこと1ヶ月の本年2月16日でした。それから3ヶ月がすぎた5月中旬に桐医会々報編集責任者の湯沢賢治先生（第3期生）が来院し、紹介文をかくように依頼されました。以下簡単に筑波メディカルセンター病院の紹介をいたします。

設立の経緯

今迄も本会報に秦資宣県医師会長（当時）、小宮正文病院長（当時）、牧豊救命救急部長（当時）、小倉智徳筑波郡医師会長が筆をとっておられますのでここでは、その内容をまとめてみました。

県の重要政策の1つである「救急医療体制の整備」、県医師会における課題である「人口急増の県南、県西地域の医療体制の確立」が筑波大学病院開院後も十分な解決をみることなく経過していました。さらに学園都市の熟成に伴い医療機関の整備充実を求める声も大きくなってきました。一方科学万博期間中の医療の対応もせまられてきました。

そこで地域住民の救急医療ならびに健康管理体制の万全を図り、もって福祉の向上に寄与することを目的に、県の支援のもとに筑波大学、県医師会、地域医師会の緊密な協力のもとに昭和57年5月24日財団法人筑波メディカルセンターが設立されました。従って病院はその事業の中の1つにあたるわけです。

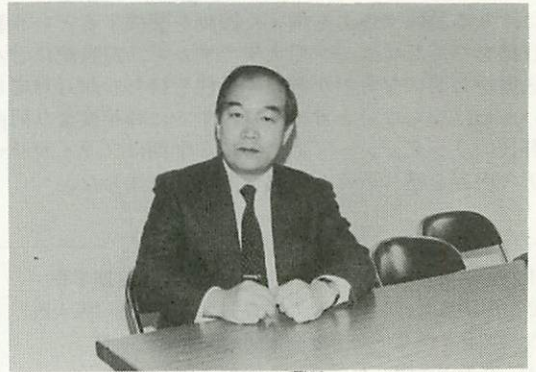
病院の性格と理念

24時間いつでも救急医療が可能な病院といえましょう。私はいつでも誰でもより質の高い救命救急を含めた高次医療が、しかも余計な経済的負担なしに受けられるような病院にしたいと思っています。

病院の運営方針

基本的には地域医療の拠点となるべく、地域医師会、地域救急医療システムと密接な関連を保ちつつ運営するというにありま。もうすこし具体的にいうならば

1. 外来は救急および紹介のある患者にする。
2. 重症患者で集中治療が必要な場合に備え救命救急部をおく。
3. 地域医師会の先生方が利用できる開放型病床をもうける。
4. カンファレンスを定期的に開催し、それを公開とする。
5. 広い範囲から研修医師をうけ入れる。その為のカリキュラムを作成して実施する。



という5項目があげられます。なお、おことわりするまでもなく財団法人という性格上病院の経済状態を常に念頭におかねばなりません。

病床数ならびに職員数（60、6、1現在）

病床数は120床（ICU・CCU10床、HCU20床、一般90床）です。職員数は医師19名、看護婦99名（パート14名を含む）、薬剤師3名、放射線技師6名、臨床検査技師6名、栄養士2名、理学療法士1名、事務員30名の合計163名です。なおベッド数は61年4月には230床になる予定で、その際の職員数は医師37名、看護婦150名など合計290名位になります。

医師19名の内訳は外科5名（3名）、内科5名（3名）、脳外科3名（1名）、整形外科1名、麻酔科2名（1名）、放射線科2名（1名）、小児科1名です。（ ）内の数字は救命救急部に所属している人数を示しました。

院内の診療体制

筑波大学病院とことなり臓器別診療システムにはなっていません。

1. 当院には大きくわけて救命救急部（大橋教良部長）と病院診療部（尾崎梓部長）があります。救命救急部には部長以下筑波大学病院での研修医、医員に相当する医師の全員が属しています。救急外来、ICU、CCU、HCUにおける診療、緊急手術などにたずさわっています。その業務の内容は大学病院で属している、あるいは将来属するであろう診療グループの業務と一致しないことが多くあります。救急部の業務が（1）救急患者の初期治療、（2）救急蘇生、（3）重症患者の全身管理、（4）緊急手術の4点に集約されると思いますが、全員協力して診療に従事しています。

一方病院診療部には各診療科があります。内科、外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、小児科、理学療法科があります。各科の医長、医員は開院から3月末日までは救命救急部の構成員でした。4月1日以降は

各専門領域でのコンサルタントとして救命救急部を援助することと一般病床での診療、紹介患者の診療が業務となっています。しかし病院の性格上、救急患者の診療にしめる時間が極めて多いのが実情です。

2. 当直体制：平日は医師当直2名+ICU当番1名、土曜日は医師当直3名+ICU当番1名、当直以外の医師はつねにオン・コールで院外ベルを携帯してもらっており、夜間の救急呼出しに応じられるようになっています。その他当直要員は看護婦長、X線技師、臨床検査技師各1名、事務員2名がいます。

3. 各診療科のベッド数は現時点ではきめない方針です。

4. 看護体制：看護は特II類を申請中です。従って現在も付添は不要というのを原則にしています。三交代制で夜間の救急来院患者の対応は手術室夜勤者の担当になっています。

診療統計（本年2月16日～5月16日）

1. 救急車による搬送：計390件、一日平均4.4件。

2. 入院患者数：計403名、この中緊急入院271名。

3. 診療科別入院患者数（5月1日～5月16日）

内科、約40名、脳外科25～30名、外科20～25名、整形外科20～25名、小児科3～5名

4. ICU、CCUの利用状況

計111名。その内訳は、重症外傷、薬物中毒、溺水など外因性のものが32%、内因性のものが68%であり、内因性のものは、心疾患17%、脳神経疾患31%、消化器疾患16%、その他4%でした。

5. 手術件数：計101件。

今後の課題

はじまったばかりですからいろいろと予想とくいちがったり又思わぬ問題がクローズアップされたり、未解決

の問題が山積みといった状態です。でもその中からいくつかの大きな問題を挙げたいと思います。

1. 人材の確保：医師、看護婦のみならず優秀な人材を数多く確保するのにはどうしたらよいか、働きやすい職場、生活を保障する給与などの要因をどうやって具体化するかが課題です。

2. 後送ベッド：救急を主とし紹介患者の受け入れ体制を常に整えるためには常にベッドを用意せねばなりません。それには急性期をのりきったがまだ治療を必要とする患者さんには残念乍ら他の医療施設に移ってもらわねばなりません。地域医師会の先生方と協議中です。

3. 夜間、休日医療システムの整備：当院の外来には軽症のいわゆる一次救急の患者さんが受診されることがあります。それは夜間、休日に目立ちます。その為重症救急への対応が遅れる事が生じるのではないかと懸念されます。しかし一方この地域に充分な夜間休日急病センターがないものですからこれらの患者さんは結局当院を受診されることになります。夜間、休日の急病への対策を地域として講じる必要があります。

4. 経済的問題：全国に82ヶ所の3次の救命救急センターがありますが、恐らく黒字のところはないと思います。調査した範囲でも年間何億円という赤字を出しています。この問題はなんとか解決しなければなりません。現在理事長はじめ理事がこぞって解決に向けて努力中というところです。

拙文で読みづらいところや理解に苦しむところもあるかと思いますが。みなさんの中で幾分でも興味のある方がおりましたら百聞は一見にしかず、近いところですから同級生、先輩あるいは私に連絡してお気軽にお出かけ下さい。TEL 51-3511です。



「筑波メディカルセンター」

3月16日をもって臨床医学系柏木平八郎先生が教授に昇任された。同リウマチ・アレルギーグループの山根一秀先生に柏木先生のプロフィールをまとめていただいた。

柏木平八郎先生のプロフィール

〔臨床医学系講師〕

リウマチ・アレルギーグループ

山根 一秀 先生

柏木平八郎先生は、昭和36年東京医科歯科大学医学部を卒業後、埼玉県ジョンソン基地の米国空軍病院でインターンを修了。さらに米国ミシガン州のHenry Ford病院で3年間の内科レジデントコースを修了。昭和40年から1年間、スイスのZurich大学Hegglin教授の下で内科学の研究に従事された。昭和49年以降、本学医学専門学群にて、リウマチ・アレルギーグループ長として臨床免疫学関連の教育を担当してこられた。この簡単な紹介でも想像されるように、先生は外国での活躍が長く、欧米の医療事情、医学教育、研究の実情に詳しい。理想的な臨床家とはどうあるべきかということに関して、国際的な経験に裏づけられた見識をもっておられ、回診の時でも、固定観念で患者を診ていると新しい病気は発見できない、常に疑問をもって患者を診察するようにと言われ、患者を徹底的に診察するので有名である。また、回診やカンファレンスの時に若い人達の意見を十分に聞き、尊重し、自由なディスカッションを重視するのも、柏木先生とリウマチグループの特長といえよう。研究の面では臨床免疫学の大きな流れ、即ち「免疫反応の調節」というテーマの下にグループの研究を指導しておられる。研究課題の1つは、1960年代に発ガンと関連して注目されたフィブロネクチンを、いち早く免疫反応で重要な役割を演ずるものと考えて、生化学および細胞免疫学の方面から追究している。2つは膠原病における単球・マクロファージの機能異常の追究。3つは単球・マクロファージによる免疫複合体処理能の追究である。臨床研究では膠原病の免疫抑制療法について検討を加えている。

先生は学問をはなれと芸術を愛し、サマーセット・モームを原書で愛読し、美術や音楽に造詣が深い。特にバイオリンについては詳しく、名器を所有し、自ら演奏を楽しまれる。

今回、臨床医学系平松先生の御紹介により、米国ウィスコンシン州立大学付属病院にて、春休みとM6のエレクトティブを利用して5週間の病院実習を体験することができ、桐医会の御好意により、ここに紹介させていただきま

す。これは、Visiting studentとして、現地の医学部4年生の病院実習（筑波のM5のそれにほぼ同じ）の、4週間の放射線診断学のコースと1週間の自由見学に参加したものです。

実習内容ですが、5人ずつのグループで、朝7時半からのカンファレンスと2時間の講義、午後はフィルム読影実習、撮影見学、スライドとテープを使ったグループ討論など盛りだくさんで、参考書を渡されての宿題や、コース終了時のテストなどもありました。単純X線、CT、エコー、アンギオ、DSA、核医学などひととおり実習しましたが、4週間のコースですので、かなりじっくりと学習できました。教える側も、あまりささいな事にこだわらずに重要事項をくり返し教えこみ、なぜこの検査が必要なのかという問題意識を高めるような講義内容でした。例えば、CTとエコーの選択では、コスト面を重視してエコーを使うなど、医療費高騰に悩むアメリカの一面を感じました。新しいものとしては、MRI (NMR) が2月に入っただけで、現在、臨床応用の研究中で、物理系の大学院生が率先して実験を行っていたのが目をひきました。

アメリカの医学生はとにかく活発です。講義中も質問が飛びかい、読影の時も自分の知識をすべて、時には知らない事まで、立て板に水の如くまくしたてるのには驚きました。そもそも話し好きで、時には食事にも話題が対日貿易摩擦や米ソ軍縮問題に発展するなど、議論好きで、やはり自己主張をしないと認められないという感じ

です。彼らは卒業を間近に控えた4年生で、すでに進路も決っており、放射線のコースが自由選択ということもあって、真面目な学生もいれば、2、3回しか顔を見せない人もいました。知識については、日本の医学生と大差ないように思われましたが、点滴、腰椎穿刺や投薬などの臨床の手技は、卒前にかんりの経験をしています。

卒後進路は、自分の希望と成績をもとに、全米からの集計によるコンピューター算出と面接で決められるもので、インターン、レジデントを出身地や、全く関係ない地方で行なう卒業生が多く、自分の大学付属病院に残るのは一割以下とのことです。彼らは、一度大学を卒業してからの医学部入学ですので、妻子のある学生も多く、将来に対する計画や希望もしっかりしていて、よく勉強します。

レジデントは、かなりハードな研修を行っており、科によっては連日の当直ということですが、これも、プロ意識が強く、また初任給が年間1.5~2万ドルという好待遇と社会的地位の高さからでしょうか。ただ、週休2日が徹底している事や、夕方5時にはほとんど全員帰宅するなど、仕事のけじめははっきりつけ、自分の時間をとても大切にしているようです。

病院ではカンファレンスが非常に多く、1日数回にもおよぶこともあり、受持医と放射線科医、病理との合同カンファレンスやCPCも多く、また、レジデント教育のために外の病院からスタッフが来て、読影指導するなど、かなりアクティブだと思いました。昼休みの時間は特になく、皆、ハンバーガーとコーラを手にカンファレンスに出席していました。

スタッフは世界各国から集まっており、それぞれ自国語なまりの英語で活動し、また東洋人も結構多勢いて、特に韓国や台湾からの医師が目につきました。

私が滞在したのは、ウィスコンシン州の州都マジソンで、人口17万人のうち半分以上が大学関係者という学園都市で、森と湖に囲まれたとても美しい街です。広々とした芝生にモーターボートやヨットが置いてあり、「富める国アメリカ」の一面を見た様な気がします。連日の無料コンサートや演劇、オペラ、安価な映画など、文化都市としてふさわしく、何よりも、市民が自然と文化を非常に大切にしている感じでした。ウィスコンシン大学は農学部が特に有名で、構内で大学製の牛乳やチーズを売っていたり、また、ミルウォーキーが近いので、ビールがとてもうまい！ただ、シカゴより更に北に位置するため、冬の寒さは厳しく、-30℃以下にもなるとのことで、私の滞在した3、4月にも、湖は全面結氷、吹雪にも何回か見舞われました。

英語にはやはり苦勞しました。講義や討論中に、英語が通じず何度か悔しい思いもしました。観光旅行ならともかく、彼らとコミュニケーションするためには、かなりの英語力が必要です。将来、医師としてどの分野に進むにせよ、英語は国際語として不可欠になると思います。「英語はいつかやれば……」と思っているあなた、さっそく今日から始めてみませんか？

いずれにせよ、初のアメリカ、そして一カ月半の滞在中、自分なりに貴重な体験を積むことができました。このような短期実習コースは他の大学にもあるようで、夏休み、春休みをうまく利用すれば、得がたい経験になると思います。M6にはオーストラリア研修の機会もあり、後輩諸君がこのようなチャンスを積極的に利用されることを願います。

○ アメリカへの医師留学について

皆さんはFMGEMSという試験を御存知でしょうか。これは、有名無実であったECFMGと、超難関であったVQEが、1984年に統一されたもので、米国で臨床研修を行なうためにはこの資格が必要となります。(研究や大学院留学には不要です。) BasicとClinicalと英語の三部門からなり、年2回、7月と1月に実施され、BasicはM5から、ClinicalはM6から受験資格があります。この二者を7年以内に合格すれば永久資格となり、英語は渡米2年以内に合格が要求されます。内容はBasicは解剖、生化、生理、薬理、微生物、病理、心理学の7科目、Clinicalは内科、外科、産婦、小児、精神、公衆衛生の6科目で、Clinicalはともかく、Basic受験は忙しい卒業研修中は難しいと思われますので、在学中の受験をおすすめします。

しかし、ここで強調したいのは、このFMGEMSに合格したからと言って、すぐに米国でレジデントが出来るという訳ではありません。今、アメリカも医師過剰であり、有名病院では何十倍もの競争率であり、外国人がその中に入るのはかなり難しいのが現状です。言葉のハンディや帰国後の仕事のことなど問題が多く、数年前とは比較にならない程困難になっており、日本の医学界の進歩を考え合わせると、果してこのアメリカ医師留学が推薦できるものであるのか疑問です。

ただ、若い時期に海外でトレーニングを受ける事は、国際人としての医師を目指す人には、格好の訓練になると思います。また、この試験も、免許証と同じで、将来何かの時に役立つ(例えば研究で行って臨床応用する場合など)事も考えられ、基礎医学の知識を整理する意味でも、在学中にできたら受験した方が良いと思います。

今、海外研修を考えている方も多いかと思いますが、それに関する情報が不足しているのが現状です。FMGEMSの受験方法、勉強方法などは他の機会に譲るとして、(学務に案内書はあります)これを機会に、留学のための情報交換の場が作れたらと思います。興味のある方は、遠慮なく筆者までご連絡ください。

Tel 0298-64-2376

昭和59年度 卒業生進路

(第6回生)

氏 名	進 路 先	氏 名	進 路 先
阿部 良二	東京女子医科大学附属病院 (整形外科)	新原 亮	広島大学医学部附属病院 (外 科)
綾邊 健彦	東京都立墨東病院 (内 科)	菅原 信二	筑波大学附属病院 (放射線科)
飯嶋 達生	筑波大学附属病院 (病院病理)	竹内 貞之	" (脳神経外科)
飯塚 正	" (内 科)	田島 啓一	" (麻酔科)
石井 朝夫	" (整形外科)	立沢貴美子	東京都立駒込病院 (内 科)
石井 久子	自治医科大学附属病院 (内 科)	田中久美子	国立水戸病院 (")
石井 通雄	筑波大学附属病院 (外 科)	田中 礼子	東京女子医科大学附属病院 (外 科)
石沢由美子	" (麻酔科)	塚田 次郎	東北大学抗酸菌研究所 (放射線科)
石田 通暁	大阪大学医学部附属病院 (整形外科)	津田 悦子	大阪大学医学部附属病院 (小児科)
石渡 伸子	虎の門病院 (内 科)	恒藤 暁	土浦協同病院 (麻酔科)
伊東 優	東京大学医学部附属病院 (形成外科)	角田 博子	筑波大学附属病院 (放射線科)
井上佳代子	筑波大学附属病院 (内 科)	内藤 志朗	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)
井上 亨	" (")	中川 司	筑波大学附属病院 (整形外科)
岩本 真理	神奈川県立こども医療センター (小児科)	中村 和美	同愛記念病院 (小児科)
上杉 憲子	九州大学附属病院 (内 科)	中村 博史	筑波大学附属病院 (外 科)
上田 廣	筑波大学附属病院 (外 科)	西 雅明	" (内 科)
植山 直樹	東京慈恵会医科大学附属病院 (整形外科)	西川 典秀	" (耳鼻咽喉科)
梅田 珠実	厚生省・医系技官	西原 弘治	" (内 科)
海野 英哉	筑波大学附属病院 (外 科)	二宮 浩樹	" (")
遠藤 拓男	" (麻酔科)	乗本 薫	厚生年金病院 (")
大久保直光	土浦協同病院 (")	長谷川伸之	筑波大学附属病院 (外 科)
大口 恵子	東京大学医学部附属病院 (")	濱田 洋実	" (産婦人科)
大瀬 寛高	筑波大学附属病院 (内 科)	原 健	" (内 科)
大塚 紳	自治医科大学附属病院 (外 科)	原 由美	帝京大学医学部附属病院 (精神科)
大前比呂思	名古屋大学研修医会	平塚 和人	横浜市立大学医学部附属病院 (整形外科)
岡山 憲一	浜松医科大学医学部附属病院 (内 科)	福田 祐典	厚生省・医系技官
奥田 令子	東京大学医学部附属病院分院 (精神科)	藤枝 一司	筑波大学附属病院 (内 科)
籠島 充	佐久総合病院 (内 科)	藤田 恒夫	" (神経内科)
片瀬 功芳	筑波大学附属病院 (産婦人科)	藤波由貴子	" (泌尿器科)
釜 完司郎	横浜市衛生局	藤原 明	" (外 科)
河合 弘二	筑波大学附属病院 (泌尿器科)	古田 裕子	三井記念病院 (内 科)
北村 明彦	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)	堀口 尚	筑波大学附属病院 (内 科)
木山 昌彦	大阪府地域保健課	本間 覚	" (")
許 表楷	日本赤十字医療センター (整形外科)	前田 裕史	" (")
串田 茂樹	慶応義塾大学医学部附属病院 (外 科)	松崎 一葉	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)
窪田早百合	筑波大学附属病院 (産婦人科)	松永 直樹	東京慈恵会医科大学附属病院 (精神科)
栗原 達	" (内 科)	丸山 嘉一	日本赤十字医療センター (外 科)
河野 元嗣	" (外 科)	宮川 真一	沖縄県立中部病院 (内 科)
小林 敏貴	" (内 科)	武藤千真季	筑波大学附属病院 (皮膚科)
小和田留奈	東京大学附属病院分院 (小児科)	望月 昭英	" (神経内科)
酒井 和夫	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)	望月総一郎	日本赤十字社医療センター (外 科)
佐々木恵美	筑波大学附属病院 (精神科)	元川 暁子	土浦協同病院
佐藤 始広	" (放射線科)	森川 信行	慶応義塾大学医学部附属病院 (外 科)
佐藤 祐二	" (内 科)	柳 健一	筑波大学附属病院 (外 科)
庄嶋美和子	" (外 科)	柳沢 正史	筑波大学大学院医学研究科 (生化系)

氏名	進路	先
山崎健太郎	筑波大学大学院医学研究科	(環境生態系)
山下 亮子	筑波大学附属病院	(眼科)
山本 達生	"	(外科)
湯浅 洋司	"	(")

氏名	進路	先
吉本 恵子	国立病院医療センター	(内科)
渡部 剛	筑波大学大学院医学研究科	(形態系)
渡辺 雅彦	筑波大学附属病院	(神経内科)

人事移動 (1984. 9. 1~1985. 5)

9. 1	染谷さき子	採用	臨・助手 筑波大学附属病院
9. 30	渡邊 誠治	辞職	臨・講師 水戸済生会病院
10. 1	寺崎 太郎	採用	臨・講師 筑波学園病院
11. 1	中田 義隆	昇任	臨・助教授→教授
12. 1	岡村 隆夫	辞職	臨・助教授 筑波学園病院
	中原千恵子	採用	臨・講師 都立清瀬小児病院
12. 16	監物 久夫	昇任	臨・講師→助教授
	平野 岳毅	昇任	臨・講師→助教授
12. 31	中田 義隆	辞職	臨・教授 筑波メディカルセンター
	柳 壹夫	転出	基・講師 国立予防衛生研究所
1985年			
1. 1	北川 俊夫	昇任	臨・助教授→教授 (粒子線医科学センター)
1. 1	尾崎 梓	昇任	臨・講師→助教授
1. 31	桜井 徹志	辞職	臨・講師 青梅市立総合病院
2. 1	田中 直見	昇任	臨・講師
		採用	東京大学医学部
	吉田 明	採用	臨・講師 横浜市立大学医学部
3. 1	外山比南子	採用	臨・講師 東京都養育院附属病院

3. 15	木村敬二郎	辞職	臨・講師 川崎製鉄健康保険組合千葉病院
3. 16	柏木平八郎	昇任	臨・助教授→教授
	有本 卓郎	昇任	臨・講師
		採用	北海道大学医学部
3. 17	矢崎 恒忠	辞職	臨・講師 帝京大学医学部
3. 31	小島 瑞	定年 退職	基・教授
	大島 祐之	定年 退職	臨・教授
	橋本 道夫	辞職	社・教授
	尾崎 梓	辞職	臨・助教授 筑波メディカルセンター
	監物 久夫	辞職	臨・助教授 茨城県立こども病院
	平野 岳毅	辞職	臨・助教授 茨城県立こども病院
	竹内 龍雄	辞職	臨・講師 帝京大学医学部
4. 1	佐久間満里子	採用	臨・講師 筑波大学附属病院医員
	長瀬 精一	採用	臨・講師 筑波大学附属病院医員
	松宮 直樹	採用	臨・講師 市立旭川病院医員
4. 16	能勢 忠男	昇任	臨・講師→助教授
5. 1	水谷 太郎	採用	臨・講師 筑波大学附属病院医員

M3 山本 享宏

今年も桐医会恒例の古本市を5月25日に6回生や基臨社祭実行委員の方々の御協力により無事終了することができました。

今年は例年に比べ、古本の数が少なく、また桐医会総会の当日とも重なってしまい、準備がかなり遅れ、予定通り行なうことが危ぶまれましたが、どうにか例年並にもっていくことができたと思います。

皆様御協力本当に有難うございました。

＜事務局より＞

○名簿発行について

本年は、全会員のDataをコンピューターにinputする予定です。すでに全会員にそのもとになるDataの連絡用のハガキが発送されています。大至急、返送してください。

○会費納入について

近日中に全正会員に会費納入のお知らせを送ります。会費は、本会の活動の基礎となる資金として必須のもので、すみやかに納入をお願いいたします。なお今年度より、コンピューターを使って過去の未納入額まではっきりと請求させていただきます。

○業績収集について

本会報では、いずれ、正会員の業績を逐一報告していきたいと考えています。第一著者となった原著論文以上の論文は、別刷の一部、桐医会までお送りください。会報で論文名を紹介させていただきます。

○学位取得について

本会報では、前記業績とともに、正会員の学位取得について報告していく予定です。すでに取得された方、また今後取得される方は、テーマ、取得大学、年月日などを桐医会までお知らせください。本会報で紹介させていただきます。

○投稿について

正会員からの本会報への投稿は、今のところ、無条件で受け付けます。どのような内容でも結構ですので、原稿用紙4枚以内にまとめてお送りください。それ以上の量のときはあらかじめ「桐医会広報部」まで御連絡ください。

梅雨の合間に晴れた日曜日。今日は万博会場はにぎわっているかな、などと考えつつ、試験勉強をせねば……とあせっているところです。割付作業もM5のお二人にまかせっ放しで申し訳ありません。この会報が皆様に届く頃は夏休み。東医体に向けて、あの暑い暑い体育館で汗を流していることでしょう。東医体、頑張ります。そして、8月は遊びまわろうっ!! (佐)

筑波に暮らしているながら、開催以来3カ月も経つ今日、初めて科学博を体験してきた。EXPO '85は「映像」というものがかなり主要な位置を占めていて、「みる」ことの驚きや感動をすなおに味わうことで楽しさは倍加するように思われた。——子供のような好奇心をずっと持ち続けていたい——そう考えながら歩く薄暮の中の科学博会場も、さながら一連の映像であった。(Nao)

夏です！皆様、いかがおすごしですか。

以前は一方通行だった本会報も、最近は正会員・賛助会員の先生方から、御意見、御要望等をいただけるようになり、本会報が、会員の皆様の情報交換の場として、ささやかながらもお役に立てるようになってきたと、喜んでいます。お載せになりたい原稿や情報、または会報への御注文等ございましたら、是非広報部まで御連絡下さい。(Kako)

編集責任者	湯 沢 賢 治 (3回生)
Adviser	田 宮 菜奈子 (M6)
Staff	佐 藤 直 昭 (M5)
	杉 田 和 子 (〃)
	飯 沼 佐和子 (M4)
Photo	柴 田 智 行 (M5)
	柴 野 耕一郎 (M3)

桐医会会報 第12号

発行日 1985年6月27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