

後の認定内科医，5年後の内科専門医の試験を受験するよう指導していただきたい。

c. 県内に教育病院をもっと増やすように，指導医の派遣など御支援をお願いしたい。

③ 厚生省，文部省に対して

a. 指導医の質を高める方策（例えば，一定の条件を満たしたものに教授の称号の使用を認める）を検討してもらいたい。

b. ティーチャー・トレーニングの充実とティ
チャー・トレーニングセンターの設立

厚生省では，1974年以来，毎年文部省と共催で「医学教育者のためのワークショップ」を開催している。牛場大蔵先生がディレクターで，大学関係20名，研修病院関

係20名が裾野市の富士教育研修所に1週間合宿して指導医の教育指導能力の向上（ティチャー・トレーニング）を図っている。私も荒川教授も参加したが，今後ますますの充実と多くの指導医が参加することも希望する。

また1977年以来，国立の医学教育者トレーニング・センターの設立が提唱されているが，是非その実現をお願いしたい。

c. 厚生省では臨床研修病院に補助金を交付しているが，その単価を上げるとともに研修医手当を補助対象に加えてもらいたい。

d. 健康保険の医療費において，臨床研修病院の評価を高くしていただきたい。

[-3) 専門医制度を充実させるために病理は何ができるか

新潟市民病院臨床病理部 岡崎悦夫

医療の質が大きく問われている現在，病める人間を看る全人医療が強く求められながら，現実の医学部卒業生は相変わらず高度に専門分化された専門医指向が続いている。患者に対し全責任をもつ臨床医となる以上，専門以外の全身疾患にも対応できる臨床の基本的な能力を身につけておくことは，専門医を目指す研修医であっては絶対に必要である。一旦完成された専門医は，それも特に臓器別専門医を多数擁する総合病院にあっては，自分の専門だけの狭い視野から観察し考えることが多い。このような専門医制度の欠点を補うためには，多角的なアプローチが必要であり，最も身近で効率的な方法の一つとして，病院病理部門の役割をあげることができる。この問題について経験をまじえて考察してみたい。

1. 医学医療の進歩は誤診率を本質的に低下させたか

答は大方の予想に反して“No”である。診断の技術や器材の進歩は診断精度を著しく高め，誤診率は年々減少しているように見えるが，ここに驚くべき報告がある（New England Journal of Medicine, 308: 1000~5, 1983）。米国の代表的な教育病院 Peter Bent Brigham Hospital で1960年，1970年，1980年夫々における誤診率を，内科医が中心になって剖検例を100例宛抽出して検討した。この研究の特徴は次のような点にある。即ち，【誤診の内容を専門医が詳細に吟味して4群にわた

り，1級の誤診としては主病診断が正しければ治癒又は延命できたもの，2級は現在のところ良い治療法はないが主病診断を誤ったもの，などにわけ分析している。その結果 誤診率は1960年 1級8%，2級14%；1970年 1級12%，2級11%；1980年 1級11%，2級10%であり，結論的には過去30年間，1級2級とも誤診率に有意差は認められなかった。誤診の原因は臨床的にそれぞれが疑われなかったり，検査結果を誤って解釈したことによる指摘されている。最新技術を駆使しても誤診率は変わらないわけで，ここに人間を扱う医療の難しさがあり，検査技術を過信し易い現代医療，殊に前期研修や専門医研修のあり方に大きな教訓を読みとることができると思う。

臓器別の専門的な医療は，深いけれども部分的な観察や治療になり易い。真に患者のための医療として質を確保向上させるためには，総合的な反省の機会としてあるいは考察を深める場としての病理解剖が必須の要件である。私共もCT，超音波，アイソトープなど最新の検査法を組合わせた医療技術でも見逃し，これまでの解釈の仕方を修正せざるをえなかった誤診例をいくつか経験している。これによって成書や論文にないような，より実的な面で，検査データの解釈，診断を精緻にいくことができた。ME 機器や医用コンピューターの開発に長年たずさわってきた大内淳義博士（NEC 副会長）によれば，医師の個々の診断論理が異り，正確な剖検・

生検にもとづいた信頼性のあるデータが少ないので、コンピューターの精度向上や診断機器の大きな進歩はゆきづまっているという。専門医は夫々の仕事を通じて、新しい診断学をつくる研究領域の一端を担っているという自覚を強めて欲しい。このように考えると剖検の意義は少しも減じていないのである。

2. 病理側の対応に期待されるもの

専門医制度を充実発展させるのに役立ち、専門分化が進んだ臨床側の高度な要求にこたえることのできる病理であるには、病理側にも伝統的な手法に固執することなく、臨機に検索の質と巾を変えて対応する努力が強く要求される。Subspecialityをもつ病理医チームの密に連絡をとりあった診断が必要となる。日本病院病理医協会では、各領域の専門家による Consultation 制度を1年前から発足させ、利用する病院病理医が増えている。臨床医の鋭い観察にもとづく疑問点を、適切な材料処理と検索によって積極的に解明していく過程は、検査器材の進歩、自動化の進んだ時代になっても、熟練した病理医の仕事であるに違いない。それによって極めて重要な仕

事が可能であり、病理診断はもとより医学生物学的な研究にも貴重な材料を提供することができる(東北臨床衛生検査学会, 1985. 10. 仙台に発表)。

3. 剖検における臨床技術修得の試み

患者中心の医療をモットーにする病院として、私共は剖検の折に研修医だけでなく麻酔科など専門医にも、各科の臨床技術を修得できる機会を提供している。患者に侵襲を与える新しい技術を実施する前に、或いは実施して問題や困難に遭遇したなら、剖検の前にそれを試みて、あとで納得できる形で確認をしてもらう。これまで中心静脈や心膜腔の穿刺、気管切開、神経節・叢のブロック、腎生検などが試みられた。既に立派な指導的な立場にある専門医であっても意欲的な人にとっては、好適な研修の場となっており好評である。

おわりに、現在の制度下にあっても意欲と工夫努力する気概さえあれば、専門医制度をより望ましい方向に発展させるためにも病院病理の存在意義は極めて大きい。その拡充発展が強く望まれるところである。

Ⅱ 外科専門医制度

Ⅱ-1) 大学病院の立場から

新潟大学小児外科 岩 淵 真

先ず、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本胸部外科学会、日本小児外科学会の認定(専門)医制度、指導医制度を紹介し、次に教室の卒後研修の方針について述べ、最後に専門医と学位(研究)の関係、さらに大学病院外科とこれら専門医、学位(研究)とのかかわりにつき考えたいと思います。

1. 外科系学会の認定(専門)医制度

日本消化器外科学会のみが専門医という名称を使っている以外、ほかの3学会は認定医という名称が使われています。各学会とも学会が認定医を認定する制度になっており3年から6年以上、各々の学会に所属していることが義務づけられているのも特徴であります。研修期間は日本外科学会が最も短く4年以上で資格を得られるのに対し、日本消化器外科学会は最も長く10年以上の研修を要求しております。各学会とも学会が認定した施設

で、決められた修練カリキュラムを行うこととなっているほか日本消化器外科学会、日本小児外科学会ではその資料として論文、発表などの業績を求めています。認定方法は日本胸部外科学会が申請書類の審査で認定医を認定している以外は残りの3学会とも申請書類の審査と試験を行っております(表1)。

日本外科学会とほかの3学会の関係についてみると日本消化器外科学会では日本外科学会認定医でなければ日本消化器外科学会の認定医になることはできないと規程し、日本胸部外科学会では日本外科学会認定医であることが望ましいとしています。しかし、日本小児外科学会では日本外科学会認定医との関係については全くふれておらず、成人一般外科を2年以上行うことを要求しているのみであります(図1)。

各学会の指導医の制度を表2に示します。卒後指導医になれるまでの期間は学会により少しづつ異なりますが