

これはあくまで私見ですが、市中大病院外科での指導医は各学会の認定医、指導医であることが望ましく、大学病院のスタッフは認定医、指導医であるとともに学位を有することが好ましいと考えます。

4. 大学病院外科と認定（専門）医、研究（学位）

現在の状況からみますと大学病院と関連病院が協力し、認定（専門）医を養成せざるを得ないと思います。しかし、今後は教育病院がよりよく整備され、認定（専門）医の養成のために教育病院が大きな役割を担うであろうと考えています。研究（学位）に対する評価はまちまちですが、医療の進歩は医学の進歩に負うところが大

きいことは事実であり、大学では今後も研究を続けられていくべきだと考えます。

以上、いろいろと述べてまいりましたが、認定（専門）医制度ができたのも国民がよりよい医療を得られるためであり、この原点に立脚し制度が施行されることが重要と思います。そのためには先ず、日本外科学会認定医制度が重要な鍵をにぎっていると考えます。外科学の基礎を学び、そのうえに専門的知識を加えるべきでしょう。最後に、この目的に沿った医師の養成には大学病院外科のみでは不可能であり、教育関連病院との協調が絶対に必要であることを強調し、私の発言を終わります。

Ⅱ-2) 教育病院の立場から

新潟県立がんセンター外科 赤井 貞彦

外科系の専門医制度は表1に示した如く麻酔医の標榜医師が発足したのを皮切りに外科系各々が次々に専門医制を発足させている。これらの中で麻酔標榜医が医療法に基くものであるほかは各専門学会が規約を作ってその専門性を認定することになっている。

以上の専門医制の中では眼科、耳鼻咽喉科などの如き元来高い専門性を有していた領域では「専門医」と称するが、外科の様に subspeciality の多い、言い換えればレパートリーの広い科では「認定医」と称する傾向にある。後者の場合、その専門性認定の巾と質をどの辺で区切るか困難であったと思われる。

次に各科専門医制度の主旨、規則を通覧すると「優秀な外科医を養成」、「胸部外科臨床の健全な発展」をうたっており、医療レベルの向上を目指した大変結構なものであるが、医療の専門技術を社会的にも経済的にも高く評価しようとする米国の専門医制に比して、卒後教育強化型とも云うべき形になっている。また経験症例（手術）等の提出書類による審査であるために、肝腎な個々の医師の技術証価が行われる余地が少ないのも気になるところである。

また外科に関して云うならば、現在の認定医のための研修はその医師の属する教室とその関連病院において行われることが多いためにレパートリーの配分のよい教室の出身者とそうでない教室の出身者とは同じ「認定医」であってもかなり技術差を生ずるおそれがある。この格

表1 専門医制度（外科系）

学 会	名 称	年 限	発 足（年）
麻 酔 科	標 榜 医	2	1960
	指 導 医	5	1963
脳 神 経 外 科	認 定 医	6	1966
小 児 外 科	認 定 医	7	1979
	指 導 医	15	
外 科	認 定 医	4	1980
	指 導 医	14	
胸 部 外 科	認 定 医	4	1980
	指 導 医	10	
整 形 外 科	認 定 医	6	1982
眼 科	専 門 医	5	1982
消 化 器 外 科	専 門 医	10	1984
泌 尿 器 科	専 門 医	5	未
	指 導 医	10	
産 婦 人 科	認 定 医	5	未
耳 鼻 咽 喉 科	専 門 医	5	未

差解消のためのレベリングを行う機構も必要ではないかと考える。

また各地域、病院における各専門医の適正配置とその定期的見直しも社会の医療のニーズにこたえるためには必要なことである。

次に外科を例にとると食道、肝・胆、膵、乳腺の外科など多くの subspeciality があり、夫々日進月歩の有様であり、到底一人の外科医がすべてカバーすることは出来ない。その医療配分も重要な課題である。

さらに臓器移植、口腔外科或は形成美容等の多くの分野にまたがる multimodal な医療技術が発達しており、既に地域病院にもこれらを探り入れる段階にある。そこで例えば耳鼻科と歯科の専門医（認定医）を併せて得たものに口腔外科の専門医の資格を与える等の迅速で柔軟な対応が必要であろう。

また専門医制が普及すれば学位制度は不要ではないか？との意見には反対である。専門医制はあくまで実地医療技術の向上と評価を目指すべきものである。学位論文はこれまで一つの権威としてあつかわれ、従って実際にはかなりつまらない内容のものも混在していた様であるが、学位のための研究を通じて医学の方法論を身につけ、研究の楽しさを体得し、自己の専門領域以外の学問との接触を果すことになる。この経験は貴重であり、知識再生産の義務をも有している医師にとって得がたい研修と考えている。

次に現在の専門医制は大変ストイックであり技術の経済的評価には殆どふれていない。もっとも現行の高校全入志向型の専門医制度では技術科の要求はむつかしいと思われる。しかし、長期の研修期間を要し乍ら、その期間が将来の補償に結びつかない場合が多いと考えられる。高い技術に対する相応の報酬は是非考慮すべきである。

また医療技術が専門分化して多様化するにつれて受ける医療技術を選択する余地が広がりつつある。米国では最近、医師と患者との関係は次の3項目の如く変わりつつある。

1. Informed Consent
2. Truth Telling
3. Self Determination

これが今すぐに日本の医療現場に持ち込まれるとは思われないが、専門性が高まるほどこれに従事する医師達には患者や周囲との関係を正常に保つためのバランス感覚——Sence of proportion——を身につける必要がある。

また高度に発達した life science, 遺伝子工学, 人工臓器, 生命維持装置などの出現に対応して米国では新しい生命倫理の必要性が認識され、1960年代から Bioethics と云う語が使用されている。今後、各科の高い専門性に普遍性を与えるためにもこの様な分野についての教育を医学部学生に行うことが望ましいと考える。

Ⅲ 専門医制度の現況と将来

厚生省健康政策局長 吉崎正義

まず、我国に専門医制度はあるか、という問から始めなければならない。あると言えばあるし、無いと言えば無いのだが、どちらかと言えば無いとした方が正しい現況の把握であろうと思う。

それでは専門医制度とは何か、ということになるのだが、① 一定の修練を行うこと、② その結果として一定の能力を備えるに至っていること（それが①の修練の目標である）、③ そのことを一定の方法で判断して認定すること、④ その結果が処遇に反映していることであるとよいだろう。

専門医制度に関するシンポジウムが開かれることは時宜を得ていると思うものであるが、それは、需要と供給

の両面と国際化の方向から考察するのが適當である。

最後から述べれば、これからの我が国の大きな課題は国際化することであってそれは国民生活のすべてに及ぶが、医療ももとより例外ではあり得ない。専門医制度にそくして考えれば、これを確立する方向である。

需要の面からみると、これが最大の要素であるのだが、よりよい医療を求めることが一層強くなるのだから、やはり専門医制度が必要であると言える。

供給面では、二つの要素を指摘できる。一つは、医師の数に漸く目処がついて、質の時代に入ってきていることである。二つは、医学は科学の性質に従って細分化が進むので、機能分担が不可欠であることである。機能