

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、医師の数が漸く目処がついて、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

分担のためには各医師の機能が明らかでなければならず、このことも専門医制度が必要であることを示している。

専門医制度はまた医療に関する全体のありようと係りがある。地域の実情に即して地域医療のシステム化を一步一步すすめることを軸として、医療の包括性と継続性と効率性を追求し、よりよい医療を提供して、患者と医師をはじめとする医療関係者と国民の安心を旨とするのが今日の考えである。地域医療のシステム化は適切な機能分担を行うことであるから、地域医療機関の機能が明らかでなければならず、専門医制度も大きな意味をもつことになる。

そのときに最も留意すべきは、細かい分化の専門に片寄ることである。それでは人間をみるよりよい医療を提供できない。

従って、医療の根幹的専門分野を担う家庭医を先ず専門医として確立し、逐次細分化した分野の専門に及ぶのが適当であろう。

司会 それでは、これからディスカッションに入りたいと思います。演者の先生方、大変恐縮ですが、壇上へ上がっていただきたいと思います。

ただ今、専門医制度につきまして、内科、外科の立場から、あるいは全体的立場から、かなりよくまとめられた、またわかりやすいお話があったと思います。これを中心に、フロアの先生方のご意見もお聞きしながら、少し問題を煮つめてみたいと思います。専門医制度に関して、内科と外科の現状は、基本的には、そう変わりはないようですので、まず、これから専門医制度をどう育てていくかということからお話を進めたいと思います。そして、専門医制度の中における大学病院あるいは市中教育病院のあり方、さらに両者の関係、また、我国の医療における専門医制度の位置づけなどに話が進めば、大変有難いと思います。時間も十分ございますので、フロアの皆様からも活発なご発言を頂きたいと思います。まず、どなたかご発言をお願いしたいと思います。新潟市民病院の山本先生、ひとつ話題提供と言いますか、皮切りにお話をお願いします。

山本 まずはじめに、先生方に、どなたでも結構ですが、お聞きしたいのは、いったい専門医制度というのは、何のために必要だと思って始められたと、お思いでしょうか。最近流行の言葉でいいますと、incentiveは何であったかということ。その辺が非常に問題だと思っています。日本でも、専門分化が進んだ、とはいわれま

すが、欧米のそれと比べますと必ずしも進んで合理的に体系化されているとは申せません。そして欧米では分化の害、アンバランスが指摘され、総合化が模索されています。分化と総合は古くて、新しいテーマですが、現時点で、医療需要等を考えて、この問題を考えますと、きわめて慎重を要すると思います。各学会が何で専門医制度をとろうとし、今後をどのように展望しているのかは、きわめて重要と思います。私の偏見かも知れませんが、各学会のエゴとか、あるいは、医者という仲間うちだけの評価とか、という不純な動機も入っているのではないかと危惧します。それから、内科学会の専門医制度についてですが、これは沖中先生が中心になられて進められた構想だと思えますけれども、荒川先生もおっしゃったように、必ずしも成功しているとはいえないと思います。成功しなかった理由が何であったかを考えるのが、非常に大事だと思います。それは、家庭医の問題をこれから考える上でも重要です。

笹川 私のプリントの第一ページに、日本内科学会認定内科専門医制度の目的が書いてあります。昭和21年に発足した実地修練制度が43年になくなって、新たに臨床研修制度が出来ました。その年の10月より、この日本内科学会認定内科専門医制度が、発足しております。その目的は社会一般の人々がより水準の高い医学の恩恵が受けられるよう広い知識と練磨された技能を持つ優れた内科医を育成しようということだと思います。そして、医学、医療、あるいは技術の進歩とともに非常に修得する内容多岐にわたってきていますので、能率的に目標を掲げて、修練する教育方法とそれを評価する認定医制度が必要になってきたということではないかと思えます。ところが、各科領域のなかでもこの内科専門医制度が、最も早く、スタートしたにもかかわらず、実際にはあまり、試験を受けて専門医になろうという人が少ないという現実がありました。それを是正するために、59年3月より認定方式が認定内科医と内科専門医の2段階に改められました。スタートした3年後にまず認定内科医になれる、さらにその2年後に内科専門医になるということで、段階を設けたということが、今までの経過からの反省であります。しかし、この制度が普及しない、あるいは志向する卒業生の少ない最も大きな原因の一つは、日本の国立大学の教授の方の、この制度に対する熱意の問題があると思います。日本内科学会の評議員会で、この制度を審議して決定しているわけですから、特に国立大学の内科教授の姿勢が、一番問題であると思えます。

司会 私もその一人でございますが、笹川先生のご意見に全く同感です。以前から、日本の国立大学では、国民の医療を担うにふさわしい医師を育ててきてはいないという批判がありますし、沖中先生はじめ一部の方々には真剣な反省があったでしょうし、そこには前向きの姿勢があったと思います。現在の国立大学の中で専門医制度を育てるには、いろいろ問題があると思いますが、それは後に触れてみたいと思います。それで、外科の先生方に、専門医制度の必要性、成立したいきさつについて、お話をお願いいたします。

岩淵 外科学会のことについては、私、よくはわかりませんので、もし言い足りないところがありましたら、赤井先生に答えていただきたいと思いますが、やはり、よりよい医療を患者に行うために、できたと単純に考えております。色々な事情もあるかもしれませんが、少なくとも、そういう目的でできていると、私は思います。それから、日本の場合には、それに対する処遇がなされていないことです。また、医療にあたる医師のレベルアップということも一つの目標であろうと考えております。ただ、胸部外科と消化器外科の最初の第一条、目的をみますと、胸部外科あるいは消化器外科の発展、進歩につながるというふうに書いてありますので、これは、どちらかというところ、学会中心に物を考えておられると思います。外科学会と小児外科学会では、臨床医を育てるというふうに考えていまして、その個人に目的をしぼっているという違いが、ございます。それから、小児外科に関しましては、先ほど吉崎先生がおっしゃいましたが、ヨーロッパやアメリカには小児外科の専門医がおり活躍しているわけで、そういった国際化の波にあらわれて、このような制度を作らざるを得なくなったといった背景があったことも、間違いのない事実だと思っております。

赤井 私は、この専門医制度を作るほうではなくて、守る側にいるわけですから、その立場から卒直に申し上げるわけですが、外科系の専門医の認定規程は簡単だと思うのです。それは、技術評価につきると云うことです。現在でも新潟のような狭い土地では、どの外科医の得意な分野は何かということは、医師仲間の間でも世間でも殆どわかってしまいますから、わざわざ専門医と云うレッテルをはらなくても済んでいたわけです。ただ、今の認定医制度、専門医制度の問題点は、技術を審議するはずの制度が、実現してみたら、殆どの外科医が認定医になってしまい、その認定医がそのままその勤務先の病院で、そのまま指導医になってしまうということであ

ると思います。これは、各々の外科医の negative な面の評価がまったくなされずに済んでしまうと云うことです。その上の問題点としては、地域によって格差が生ずるのではないかと懸念されます。それは認定医認定が実際には各地域の大学の教室により行われることによるものです。それは local specialist と私は命名したのですが、local でしかない。しかし認定医というものはそれでは困るので、日本ではどこでも、何年たった認定医は、胃癌を扱わせたら、ほぼ同じ技術水準、学問水準を持って手術、治療を行い得なければいけないと思います。現行制度ではその所に不安があります。

司会 吉崎先生、いかがでしょうか。

吉崎 私は、一口に言ってしまうと、今もお話があったように、よりよい医療を提供するために他ならないと思います。明治維新からの歩みを考えてもいいですし、また戦後40年の歩みを考えるとわかりやすいのですが、日本は非常によくやってきたと思います。寿命とか、乳児死亡率とか、あるいは医療費の総額であるとか、医師にかかりやすさとか、そういうもろもろの事を考えても、非常によくやってきたと思いますが、これから将来に向かってこのまま進んでいいかというところを決してそうではないと思います。正確な数字はないのですが、脳死の発現率は、欧米に比べると日本は低いようでありませぬ。原因もそれぞれ違うのですが、適切な治療をやらなければ脳死にならないわけですから、その点では、やはり劣っているのではないかと思います。したがって、local の専門医では困るので、日本全体で認められるきちんとした専門医が必要だと思っております。私が最初に申し上げたのは、専門医制度は必要であるけれども細かく細分化された分野から始めるのは良い結果につながらないということです。具体的には、まず根幹的な専門分野の科から始めるのがよいだろうと申し上げたので、細かい分野の専門医も当然必要であると思っております。

笹川 もう一つ、山本先生の認定医制度が何を志向して発達したかという質問に追加させていただきます。私が想像するに、日本における開業医の方の標榜科名が自由であるということにあります。例えば、基礎医学で学位をとって、ちょっと臨床教室に入局して、内科、小児科、胃腸科、放射線科という看板で開業なさるといふ方もあったわけです。そこに良い医療を提供するという点で、いろいろなトラブルや問題があるのではないのでしょうか。将来はやはり、一定の診療科の修練をして、認定された方が、その科を標榜して開業するというスタイル

が、よろしいのではないかと思います。

司会 山本先生のご発表をめぐる討論をまず終わります。他にどなたか、ご発言ございませんか。どうぞ、ご遠慮なく、お願いいたします。はい、どうぞ。

近藤 山本先生から、目的についての問いが出ましたので、私は、誰がやるべきなのか、どこでやったらよいのかをおたずね致します。現在のところは、ほとんど学会がおやりになっていると思いますが、学会でやるとしても、学術団体がこういうものを考えることがよろしいのか、あるいは、その他の所で考えた方がよろしいのか、どのようにしているのでしょうか。ご意見を伺い致します。

司会 演者の方々、ご意見のある方から手を上げて下さいませんか。専門医の研修につきまして、どこで行うのがいいのか、現在、行われている所が果たしてふさわしいところかどうか、ご意見をいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

吉崎 現在は、はっきりしたものはないのですね。たとえば、家庭医について今私どもが考えているのは、中味と方法が問題なのであって、場所はどこでもいと思っています。医師会でもよろしいし、学術団体でもよろしいので、何も厚生省がやらなくてもよいと思えます。現在麻酔医については、厚生省の委員会が認定をしていますが、どこでなければいけないということはないと思えます。今のお話とちょっとずれるかもしれませんが、いかなる分野の専門に進むにしても、一定の基礎的な修練、たとえば2年間の幅広いローテーションをやったほうがよろしいというのが、いまや多くの論者の合意に達していることだと思います。大学では、ストレートの研修をやっているわけですね。先程、外科系のお話がありましたが、ある大学では、よけいなところでよけいなことをやられては大変であるから、大学へまっすぐ来て、大学の方法でやるのが一番よろしいとおっしゃっています。それで、専門医制度が今、日本にあるか否かということですが、私の考えは先程申し上げました。たとえば、日本の脳神経外科ならば、脳神経外科の専門医はこれだけの能力を持っていて、これは国際的にもちゃんと通用しなければならないと思えます。私は、先程の外科のお話をお伺いして、そうなった時に、外科系ではどうやって克服されるのかなと感じたのですが、いかがでしょうか。

岩淵 先程、スライドでちょっとお見せしましたが、外科も、local specialist だという感じがいたします。

というのは、各大学によって、診療内容というか、研修内容がかなり違っているように私は思います。ただ、新潟大学の場合に関しましては、一般消化器外科と胸部外科、小児外科が一つの教室として運営されておりますので、比較的スムーズに、三科が協力できますし、関連病院との間とも相談して研修カリキュラムを決め、それにのっとってやっております。このような制度のおかげで、どこの学会の認定医及び専門医にもなることが容易と考えております。ただ、これはあくまでも、新潟大学だけの話でありまして、小児外科関係の色々な施設で話を聞きますと、小児外科の研修はできますが、一般外科の研修ができない施設もございまして、もちろん、胸部外科を研修できない施設もございまして、これは、実際、当事者が非常にお困りになっているわけですが、解決の方法がないというのが現状だと思っております。

赤井 私は、結局、この制度をコントロールする人は誰か、コントローラーは誰か、という問題につきると思うのです。私はこれは、医師会、大学及び主要な病院などが協力審議して、厳正に決定するのがいいと思っております。しかし今行われつつある制度をみますと、これでは社会の要請、期待に答えきれなくなるのではないかと心配があります。そうならないためには、今から相当きびしい態度で対処しなければならないと思っております。それから外国、例えばソビエトを見ても、米国と同じく外科の専門医はすばらしい。前にハバロフスク州の外科のチェアマンという方にお目にかかったのですが、この人が本当に色々なことを知っていたのです。その知識の幅の広さには、私はとても太刀打ちできそうもありませんでした。やはり、さすが大国だなと思いました。ソビエトを訪問した時に、若い医師に、「教授になる道は如何？」と尋ねたら、「long long a way」という答が戻って来ました。これは日本でも同じですが、そこには非常にきびしい教程があることがうかがわれました。このままでは米国はおろか、ソビエトにも及ばなくなるのではないかと考えた次第です。それからもう一つ、最近感じていることですが、新潟ガンセンターは新潟大学以外からも外科医をお引き受けしていますが、いくつかの私大の中には非常に教育に熱心な大学があり、これらの大学出身の医師は、その日から役に立つ様な実際の技術知識を身につけています。これに比べると新潟大学の教育にはまだ一考の余地があるのではないかと考えている次第でございます。

司会 ありがとうございます。私自身、内科医の立場から考えますと、少なくとも現在の大学病院で卒後研

修を行うのは、きわめて不適當であるといわざるを得ないのです。具体的なことは、先程もお話ししましたので、重複は避けます。しかしながら、現在の機構の中で、研修が不可能かという、決してそんなことはなく、私は可能であると思います。そのためには、個々の大学が、現在のシステムの中で十分カリキュラムを検討したうえで、講座を越えて開かれたコースにする必要があると思います。また、私達大学にあるものが、今こそ可能にするべく努力すべきだと考えます。それから、先程、赤井先生のお話の中にコントローラーということがでてまいりましたが、私はやはり、専門医制度は国全体で統一された一つのシステムで行う必要があると思います。それは、決して学会だけでも、大学だけでもない、やはり医師会も入って、皆が共通の立場で、共通の利益、即ち国民の医療のために役立つ専門医は何かということを考えるべきだろうと思います。現在、新潟市民病院は日本内科学会の教育指定病院になっていますが、規定の5年通しての教育という点に関しては、少し遅れているようですが？ その辺りの事情について、新潟市民病院ではいかがお考えでしょうか。

笹川 それは今後の一つの問題点でありまして、現在は、卒後の2年、あるいは3年間の教育をやっています。5年コースについては、人件費などの問題を含めて、今後考えていきたいとは思っております。

司会 専門医制度のお話が出るとき、必ず大学病院における学位制度が問題となります。演者の皆さんは、学位制度はやはり必要であろうという点では、共通の立場であったわけです。実際問題として、現在の大学の研究体制あるいは診療体制の中で、専門医制度と学位制度とは、分けて考えるべきであるか、あるいは不可分のものであるか、大変重要な問題であると思います。今後大学病院のあり方を考える上でも、大変重要な問題だと思っておりますが、この点について、ご議論いただきたいと思っております。

吉崎 私は、全く関係ないと思います。

司会 わかりました。

山本 私も、学位と専門医制度は分けて考えるべきだと思います。これからも学位にウェイトをかけていくなれば、専門医制度の順調な発展はのぞめないように思います。大学が有能な臨床家の育成と学位とをどう関連づけていくか、ということが将来の命運を決めるといってもいいのではないかと思います。学位というのは、研究したい人がして、申請すればいいわけで、これは昔も今も変わらないと思うのです。ところが学位というのは、い

つとはなしに変質してきたのだと思います。その辺のところを、もっときびしく分析してかからなければ、とても若い人の incentive にはついていけないのではないかという気がします。ただ、若い人たちが昔どりに学位をほしがっているという話もききますが、このことについても指導者が、そういうふうにさし向けていないか、という反省が必要だと思っております。

司会 大変、きびしいお話ですが、赤井先生、ご意見がございましたらお願いいたします。

赤井 私も先程申し上げましたように、これは全く別のものだと思います。しかし教室からリサーチの場を奪ってしまっているのかどうかという事になると、これは相当問題であると思います。現にリサーチの経験がきっかけになって、大きく活躍する人材も出ております。あの様な研究システムはすべての外科医に必要なであるとは思いませんが、ここで消滅させてもいいものではないと考えております。

岩淵 私も専門医と学位というのは関係がないと思っております。但し、大学の使命というのは、やはり研究だと考えておまして、元々専門医を作るのは大学ではないだろうと思っているわけです。もちろん市中病院の、大きな教育病院がそういった事をやれば、お願いすればいいし、大学はやはり研究を中心にやりたいと思います。しかし、現在なかなかそのようなシステムがしっかりできないので、大学と市中病院および関連病院の協力により、専門医を育成する形をとっておりますけれども、これは将来、全く大学は研究だけ、それから教育病院がそういった役割を担当してもいいだろうと考えております。大学での研究は非常に重要な課題だと考えております。スタッフとして医学教育に将来携わる者は、やはりどこかで研究をすることが必要であろうと考えています。

笹川 初めに日本内科学会の認定専門医制度が普及しないのは、国立大学の内科教授の姿勢にあると申しましたが、そこでは研究が至上であり、優先して来たためだと思います。現在、日本の医科大学または医学部の卒業生の八割が、臨床研修をしており、しかもその八割が、大学病院でありますので影響が大きいと思います。これを改善するためには、教育病院をもっと充実し、増やすことだと思います。勿論、医学には自然科学の要素が極めて重要であり、観察して記録し、まとめて発表するという手法を学位制度を通じて学びます。その態度が臨床病院へ赴任しても、生涯勉強・生涯学習に必要です。しかし学位至上主義や、研究至上主義では患者さんの診療

を担当する優れた内科医は、育成されないと思います。

司会 宮川先生、何かその点について御意見ございますか。

宮川 只今問題になりました学位と専門医のことですが、現在内科学会では、5年の研修を行ってから専門医の試験をうけるわけですが、学位もとり、それから専門医の資格もとるということは、大変な努力を要すると思います。それで、大部分の入局者はどちらか一方を目指した方がよいのではないかと思います。それからもう一つ、山本先生と笹川先生から内科学会の内科専門医制度は余り成功してないとの御説明がありました。その理由として、荒川教授も仰言いましたように、3年の研修で内科全般を勉強しても、その後4年目、5年目になると、内科の専門分野の方へ入ってしまう人が多く、関心が薄くなります。それから、大学はやはり研究が中心となりますから、専門医の勉強よりは研究に時間がかりますので、専門医試験を受けることから遠ざかってしまいますそれからもう一つ、吉崎先生もおっしゃいましたけれど、今の専門医制度は直接のメリットがないということであります。

司会 有難うございました。御存知の如く、先生は新潟県の内科専門医第一号でございますので、今のお話しは大変大切な点を含んでいると思います。私自身は、基本的には学位制度と専門医研修は別だと思っております。ただ、大学病院に課せられた研究とは何かと考える場合、それはやはり臨床から出て、また臨床に戻る研究であろうと思います。したがって、臨床の場がなければ、良い研究が出来ないことは自明の理であります。そうしますと、よい臨床の場とは何かと言うと、若者が勉強できるような所でなければ、良い臨床の場とは言えない訳で、大学病院は良い教育病院であるべく努力する義務があると考えます。大学病院は、まず若い研修医を引き受け、十分研修をさせるべきだろうと考えます。それでは研究はどうかと言いますと、研修を行っている間に、研究する能力や意志のある人が選ばれ、研究を進めてゆくのが理想的なスタイルであろうと思います。ただ、先程の外科の先生方のお話しは、現時点では大学病院の外科が教育病院として最適であるという自信もあるからと思います。また、現実にその通りだと思えます。しかし、内科の場合は、今一步でありまして、真の研修病院を目指し一層の努力が必要であると考えております。学位と専門医の問題につきましては、この辺で終わってよろしいでしょうか。どなたかご発言ございますか。

石川 只今、大学における研究と内科専門医について、研究と専門医受験が両立しないということでしたが、専門医の受験資格に2年間の関連病院研修が必要であると書いてありますが、現状では関連病院はどの位の数があって、どれ位研修の機会があるのでしょうか。一寸お聞きしたいと思います。

司会 大学によって違いますが、新潟大学の内科の場合は、4内科合同の研修委員会の下に、関連病院が23病院ございます。そして、大学病院と関連病院を併せて2年の研修をやっております。

笹川 私のプリントの2枚目を見て下さい。研修Aコース(1)、(2)、(3)で日本内科学会認定の教育病院での研修の後に、斜線のある教育関連病院での2年の研修というのがあります。これの基準がその下に書いてありまして、大病院でなくとも、内科学会の基準あるいは信越地方委員会の選定基準による教育関連病院に行って研修しても、それは資格として認められます。

司会 他にどなたかご発言がございますか。

山本 岩淵先生、赤井先生にお聞きしたいのですが、相応きびしい質問になりますのでお許し下さい。お話をまとめさせていただきますと、外科の卒後教育の方針は3点に要約できるように思われます。第1は、人数に制限があり、試問もすること、第2は、学位と専門医制度は一応別だといわれますけれども学位に非常にウェイトがかかっている印象を私はうけました。第3は、大学が主体性を持って人事配置等を行う、ということですね。これはもっと具体的にいきますと、要するに他大学で卒後教育をうけた人でも外科に入局しなければいけないわけですね。これらの3点を、私なりに考えますと、外来教室が主体性をもって育てられる医者の数は、かなり制限されるということです。大学が主体性を持つのは結構ですけれども、その主体性の持ち方が問題だと思えます。柔軟性があるのか、非常にストリクトなのか、その辺が将来の新潟県の外科医の数に関する重要な問題であると思います。数が少なくなれば、どうしても他府県の大学に求めざるをえません。有能な医師を多く育てた所から流れることはきわめて自然のことです。数を制限し、学位にウェイトをおき、大学が主体性をもって人事配置をする、という3条件は、将来の新潟県の外科をさびしくするのではないかと、危惧するのですが、いかがでしょうか。

赤井 私も先生に似た考えを持っております。教室はもう少し多くの医師を採用したらどうかと思っておりますが、何しろ私共は教室で出来上がったお医者さんの供

給を受ける側ですから、あまり強いとも言えません。今日武藤教授がおられれば、御意見を伺いたいのですが、今日は岩淵先生、お願いします。

岩淵 この問題は赤井先生も御存知だと思いますけれども、もう新潟県の病院における外科医というのはほとんど充足されつつある訳でございます。今のように年間8,000人もの医師が誕生いたしますと、いづれ医師の過剰時代になります。外科医になったけれども勤める病院がないというようなことが、逆に起こって来るのではないかと、多分、武藤先生がここにおられれば、そういう御返事をなさると私は思うのです。実際にもう大学病院でも、研修をしながらわずかな給料をもらえる研修医、それから医員の数が定員をはるかに over しております、現在その over した医師をどのようにしてあつかったらよいか、各科に定員をはりつけて、定員制を引くのか、それとも大きい科は少し多く、小さい科は少しにして何とかやっていくのか、いづれにしても定員制をしなければならぬところに来ております。このような事情からしますと、外科は卒後研修の方針において、先を読んで定員制をしたと申し上げたいと思います。それから入局者で関連病院の外科をまかなっているということも、大体間違いのないこととございます。これは事実でございますから認めざるを得ませんが、但し外科という科は技術が売り物でございます、まことにいい加減な医者がどこかの病院で育てられて、ある地域で医療をするとしますと、医療過誤とか医療ミスなどの問題を起こし、地域の方々に迷惑をかけることとなります。良い医者が出張すれば、そこの外科は非常に助かりますし、責任感のない医者が出張してくれば、みんなで cover しなければいけなくなります。このように良い技術をもった秀れた医師を供給するという責任の上から、教室で育て、養成した外科医を県下に配置して、医療を行なっているのではないかと私は思います。それから学位のことに関しましては、又、山本先生と後ほどゆっくりお話しをしたいと思います、いづれにしても大学で研修をやる以上は、何年間も無為にいてもいいというのではなくて、何か臨床的な研究をしたいという人に、大学で勉強して欲しいということです。

山本 おっしゃることは非常によくわかります。「充足」ということについてですが、開業がむつかしい時代になったことにもよりまじょうが、上がつまった充足状態のようにも思われます。このことは赤井先生もおふれになったように、指導医の資質の問題（能力評価）とも関連し重要です。そうしませんと、若者はいく場所がな

いわけですからこれはもうどうしようもなくなってしまいます。そのへんもよくお考えにならないと、相当大変な時代がくるのではないかと思います。これからは若者にとってきびしいわけですが、我々にとってもきびしい時代にしなければ両立しないわけです。これは内科にもいえることですので一緒に考えていかなければならないと思います。

赤井 私も「高令」に達していながら未だに辞めないでいる一人ですから言いにくいのですが、例えば癌の外科治療を例にとりまして申し上げますと、近々新潟県にも癌の登録が行なわれるものと期待しておりますが、新潟の胃癌は、年に2,000人位死亡しており、発生数は当然この数より上廻っております。しかし、今はもう上手に胃癌を手術できる外科医が殆ど全県的に分布しているので胃癌の外科対策はほぼ満足すべき実情かと思えます。しかし、今増加しつつある肺癌に対処する外科対策は、まだまだ不十分であると思えます。この様な意味では癌の登録はいわば“marketing research”の役割を果すものであり、そのデータに従ってどの様な専門医を何人位育成するのか予測される筈です。私は外科の専門医の育成は、これからは地域全体を考えた計画性が必要になると考えます。そしてこれを円滑に機能させるためには世代交代の人事も適切な機構がこれを行う必要が生ずるものと考えております。

司会 そろそろ時間もなくなりましたが、これまで内科と外科という専門領域のお話を進めて来ました。今一つ内科、外科とも共通の問題ですが、内科、外科内の各専門分野の専門医と総合的な専門医の問題があります。さっき一寸話題に出ました家庭医あるいは primary care physician ですが、これも各科専門医に負けず劣らず大切な専門領域だろうと理解しておりますが、この点について少し議論してみたいと思います。吉崎先生、いかがでしょうか。

吉崎 今、お話のあったように私共も考えております。

司会 どなたかこの点について、ご意見がございませんか。

宮川 内科専門医は、只今、荒川先生や笹川先生がおっしゃった通りでございます。現在、神経内科は、独自に専門医試験をやっています。また、内科専門医審議会会長の東京女子医大鎮目教授は、日本内分泌学会に属しておられますが、この学会には内科以外の科の方々も入っていて、現時点では学会としては、内分泌内科専門医を設定できません。しかし、内科学会の内分泌専門の

教授、助教授が中心となって、内分泌専門医試験を行うことを、内分泌学会に働きかける意向を持っておられます。それから、日本消化器学会や日本循環器学会には、内科専門医に対して非常に関心を持っておられる教授が多数おられますが、やはり両学会とも内科以外の科の方々がおられるので、現在専門医制度をいかに進めるかを検討中です。

司会 県内で市民病院とともに教育病院である県立ガンセンター新潟病院の村川先生、ご意見がございませんか。

村川 研修医の問題に携わりまして約10年になります。内科専門医制度につきまして、私は最近若干の疑問を感じている事がございますので、一、二申し上げたいと思います。と申しますのは、実は内科専門医制度の研修指定病院としては、新潟県下に大学病院、新潟市民病院、県立ガンセンターの3病院があり、その他に大学病院の関連病院として20数病院ございます。ところが、以前から内科専門医のミーティングがありますと、もう少し研修指定病院の数を増やすべきでないかとか、認定基準をもう少し甘くしてより多くの卒業生が研修出来るようにすべきでないかという主張がございます。ところがもう一方、タカ派の意見として、内科専門医制度は非常に高い理想を掲げて進むべきで、それを絶対崩すべきではないという意見が昔からあります。そこでいつも思うのですが、専門医制度とは少数のいわゆるエリートを育てるための制度なのか、あるいは現在の医療を一步でも二歩でも前進させるための制度なのか、私は今非常に疑問に思っているところでです。

司会 先生はどちらと思われませんか。

村川 私はやはり、少なくとも新潟県の現状を見ますともっともっと研修指定病院を多くして、専門医を多く育てるべきだと思います。この10年間に数万人の内科医が育っているのですが、実際内科専門医に合格した医師が400人程度という現実を考えますと、やはりこれではいけないと思います。もっと専門医を多く育てて、少なくとも今より一步でも二歩でも前進するような方向に持って行くべきであろうと考えております。それから家庭医の問題ですが、現実には家庭医制度を議論している方々が、実はそういう育ち方をしていない所に、私は根本的な問題があると思っております。例えば、内分泌の専門家、血液の専門家といった人達が集まって、いわゆる本当の内科専門医あるいは primary care physician がいかにあるべきか議論をしているのが、日本の現実の姿であると思っております。日本において望まれている

primary care physician はいかなるものかについて、本当の発言を為し得る資格をお持ちの方が、残念ながら未だいらっしゃらないと考えております。

司会 有難うございました。病理の大西先生、一言お願いします。先程、岡崎先生が内科専門医あるいは外科専門医の教育病院における病理の立場から、かなり clear にお話されたと思いますが、先生はどのようにお考えでしょうか。

大西 病理の方も認定医がございまして。昔は病理をやってから臨床をやるという人がかなりおりました。今は、病理プロパーで突っ走って来ている人がかなり出てまいりましたが、現在は5年毎に check があり、病理を離れたら、資格を剥奪されることとなります。その辺は厳しゅうございます。と言うのは、年々疾病の診断基準も変わってまいります。そのトレーニングを受けて、きっちりと診断を臨床に返せるような医師でなければ、病理の専門医とは認められないということで、資格剥奪になるのでございます。それから試験ももちろんやります。それでかなりの医師が落ちます。このあたりの問題は国家試験と同様だと私は思うのですが、受験すれば約80%は解答できなければならないと我々は思っております。それからもう一つ、これは悪い事かもしれませんが、我々は標本を拝見しておりますと、あるいは病理解剖をやりますと、その病院の質がわかります。この病院はこの程度であるとか、あの先生はどの程度であるという判断を、我々は持つことができます。すなわち、現場の医療の質を病理の例から観ることができると申し上げても、私は誤りではないだろうと思っております。

司会 そのような病理の先生が、一人でも多く教育病院に来ていただければ、内科・外科の教育を担うものとしては大変有難いと思っております。

大西 私共の方でも、始めから病理を専攻する人が増えてまいりました。短期間の研修で外科、あるいは各科からかなり来ておりますけれども、そうではなくて、病理を専攻する人が増えて、医師がかなり充足されてきています。先程も一寸話が出ましたが、むしろこれから就職が問題だと思うのです。先程お話がありました外科のあり方ですが、そうしなければこれから外科医としてやってゆけないだろうと思っております。私は、只今同窓会の幹事長という立場におりますけれども、そういう所をきちんとやっていただかないと、将来新潟大学は甚だ困った立場におかれることになるし、新潟県の医療のレベルアップにもつながらないと考えております。

司会 有難うございました。もう時間がございませ

ん。最後に牛場先生から、このシンポジウムをお聞きになったご感想、ご批判をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

牛場 大変熱心なディスカッションをされまして、敬服した次第であります。私は、専門医制度については、これまであまり深く考えたことがないので、特に意見はございません。しかし、研究と臨床研修の関係、それから特に大学院と臨床研修の関係は非常に重大な問題だと思って、いつも考えております。極端なことを言いますと、今迄の医学博士という言葉は、大学院制度が本当に制度化したら止めまして、新しい本当の医学研究で学位

を取られた方に、例えば医科学博士という称号を与え、専門医制度と全然別個のものとして育てていったらどうかと思っております。

司会 有難うございました。大変長時間にわたって、熱心な討論をいただきました。このシンポジウムは大変有意義だったと思います。このシンポジウムを生かして、私達大学で教える者も、また市中病院の先生方も、新潟県により良い専門医を育てるように努力してほしいと願います。また、吉崎先生、国の立場からも広いご理解とご援助をお願いします。どうも有難うございました。
