

- D. ときどき規律を乱した
5. 協調性
- A. 積極的に他と協力しチームワークの結束に努めた
- B. 自己本位でなく、同僚や他部門とよく協力した
- C. とくにチームワークを乱すことはなかった
- D. 他とマサツを起こすことがときに見受けられた
6. 責任感
- A. 旺盛な責任感で職務をやり通した
- B. その職務を最後までやり通そうと努力した
- C. とり上げるほどのことはなかった
- D. ときどき責任を回避することがあった
7. 誠実性
- A. きわめて誠実で策をろうすることがなかった
- B. まずは安心できる行動であった
- C. ときにいいかげんなところがあった
- D. 適当な対応であてにならなかった
8. 明朗性
- A. きわめて明朗でそこにいるだけでふんいきを明るくした
- B. いつも明るくいやな思いをさせなかった
- C. ときに不快になり敬遠させることがあった
- D. いつも陰うつで明るいことがほとんどなかった
9. 積極性
- A. きわめて意欲的で解らぬことは徹底して解明に努力した
- B. 良く学習し、努力のあとがみられた
- C. 普通、支障をきたさない程度であった
- D. 解らぬことを放置して平気であった
10. 理解・判断
- A. 理解が早く、正確で、常に適切な判断ができた
- B. すぐれていて、こまかい指示を要しない
- C. 普通で、早とちりがときにある、いくぶんおそくともほぼ良い判断が下された
- D. 理解がおそく不正確な判断が多い
11. 知識・技能
- A. 診療に必要な知識・技能がとくにすぐれていた
- B. 普通以上の知識技能を有していた
- C. 支障のない範囲のものであった
- D. 不足で業務が支障し、他のじゃまになった
12. リーダーシップ
- A. カンファレンス、医療計画作成にも常に指導性を発揮した
- B. 頼まれれば指導にことかくことはなかった
- C. 協調はできるが積極的に指導することはなかつ

た

- D. 自分で計画を練り指導することはなかった
上記の項目により評すれば容易である。

資料 8

医学教育に関する意見広告

日本医師会長 武見 太郎
昭和56年1月7日 朝日新聞

朝日新聞（昨年12月25日付朝刊）の報ずるところによると、医師の大量生産時代を迎えて、厚生省は今後、医師数を“人口10万人当たり200人”に抑制していきたいとしています。

ところで問題なのは、この“人口10万人当たり200人”が果たして最適数なのかどうか、その検討が十分になされていないことです。

何を根拠に、またどのようなビジョンをもって、このような数字が割り出されたのでしょうか。

一貫しない厚生省の姿勢

そもそも、医大や医学部を新增設すれば、医師の数が増えることはわかりきったことでした。

日本医師会はその点を懸念して、単に医師の数を増やすことには、常に反対の態度を堅持してきました。

医学教育の世界的進歩に歩調を合わせ、規模を拡大していくのは、日本の場合容易なことではなく、財政的にも人員的にも不可能に等しい状態だったからです。

私たちはむしろ、日本独自の立場で、日本医学の未来を建設することを求めました。

しかし文部省、厚生省は世論にひきずられ、「無医村解消」の美名のもとに、一県一医大以上に増やすという重大な失策をおかしてきたのです。

いまさら、医師が増えすぎた、だから抑制しようというのは、全く一貫性のない態度と言わなければなりません。

医師数を増やしたり減らしたりすることは、保険者擁護の立場に立つ厚生省が、まったく保険者本位の行政を行なっている末期的現象としてとらえてよいと思います。

というのは、医師の数が増えれば、医療費は当然よいかかるようになるからです。

こうしたことに対する国民の自覚が足りないのは残念なことと思います。

国民の要求を率直に述べるところに、民主主義のすば

らしさがあるとは思いますが、日本の国運の発展と未来との結合を考えないところに、日本の民主主義政治の未熟さがあることを、国会人も国民も十分知らなければなりません。

実に高い授業料を払ったわけですが、この医師の増加抑制問題は将来の大問題でもあるので、以下、これに対する私たちの考えを明らかにしておきたいと思います。

専門医制度の失敗は昭和初期に明らか

医師の増加問題は、実は専門医と一般医を区別した時に端を発していました。

歴史的に見れば、昭和初期において、専門医制度と一般医制度に分けることが流行した時にすでに生じていたのです。一般医というのは、何でもみる医師のことであり、すべてが未熟であるという前提に立っていました。

それに対し専門医というのは、内容がきわめて明確さを欠いていました。

今日のように細分化された状態のもとではなおのこと、たとえば内科専門医と称してでも、腎臓の専門か呼吸器の専門か、だれにもわかりません。

ですから私たちは専門医制度にはまっ向から反対しました。それよりも最も得意とする専門分野を表面に出すほうが賢いやり方だと考えたからです。

けれども厚生省は、この一般医と専門医制度という考え方の上に長く立ち、日本の医事行政を教育とともに進めてきました。

もともと専門医制度というのは、いわゆる大学の医局の延長であり、学閥、派閥の代表であるという、きわめて大学独善主義に満ちた考えでした。

地域になじむという地域医療の概念をまったく欠き、国民の立場を忘れていました。

これでは、専門医制度がまったく実効があがらなかったのも当然のことと言えましょう。

じつは健康保険のスタートはこの時期（昭和初期）に切られました。その中で専門医療と一般医療とを分けようとしたのも、この一般医と専門医制度の考えに基づくもので、これは大きなあやまちであったと私たちは考えています。

沖縄・中部病院でみせたプライマリー・ケアの功績

その後いろいろな状態を経て、アメリカが専門医の欠陥を自覚しはじめてから、いわゆるプライマリー・ケア（初期医療）を専門とする人々が出てきました。

しかしこれはごく最近のことです。

日本ではいまでも、このプライマリー・ケア・フィジシャンの養成が可能な大学は全国どこにも見出すことはできません。

私たちは戦後、占領中の沖縄の駐留軍と相談の上、沖縄に中部病院をつくり、そこでプライマリー・ケア・プラクティス（初期医療実習）を徹底的に勉強させ、その様子を日本の医学界の識者に見せたことがありますが、彼らの反応はきわめてにぶいものでした。

ところが戦後30年たつて、中部病院はいま非常に脚光を浴びてきています。

なぜならその卒業生が、すぐれた臨床能力をもった臨床医として育っているからです。

このようにプライマリー・ケア・プラクティスというのは、初歩という意味ではなくて、むしろ臨床医としてのすばらしいバランスを要求されることばです。

アメリカでも現在、この方向に向かっていますし、ヨーロッパ諸国ではすでにイギリスを中心としてプライマリー・ケア・プラクティスは長年かかって定着しており、参考書もそれにふさわしいものができあがっています。

しかし日本では、それに類するものをつくろうとしても、本を書く人すらみつからないのが現状です。

今日ではプライマリー・ケアの問題を厚生省でも取り上げ、そのことばは日本中に広まっていますが、本来の中身と、厚生省の言っていることとはまったく違ったものであることを知らなければなりません。

失礼ながら、このこと一つをとっても、文部省、厚生省の御用学識経験者がいかに無能であるかを天下に表明しているようなものです。

プライマリー・ケア・プラクティスを実際に日本で、沖縄方式で行なうならば、日本の医療水準は全体として大きな進歩を遂げるでしょう。

中部病院では、トラックによる腹部大動脈の破損を受けた患者を、大学卒業後わずか3年のレジデント（在勤者）3人で、即時に手術して、りっぱに回復させた例があるのを私たちは知っています。

内地ならば、医師が10人がかり、それも助教授、講師級の人がいなければできない仕事です。

この中部病院の例にみられるように医師の数と医学の体制とは密接に関係しています。しかしそのことにだれ1人として注意を向けていません。

このような大事なことを考えずに、医師の増加抑制とは一体何をさすのでしょうか。

数だけ抑えることが抑制ならば、大蔵省に任せておけばいいのであって、厚生省の取り組むべき問題とは思えません。日本医師会は地域医療という問題を提出し、プライマリー・ケアに早くから取り組んできました。

同時に生涯教育を行なつて、5年に1回受講を義務づ

けて、受講者には会長名で証書をわたしています。

このような態勢をしいたのは、地域医療とプライマリ・ケアとを結合した世界で最も新しい方式を、実践の形で打ち出すためでした。

もしこのような方式が定着すれば、病院医療も個人開業医も質的な向上を中心に考えなければならなくなるので、アメリカの医師の相互監視制度ほどにはいかなくとも、少なくともそれに近づくことはできるでしょう。

こうした医療に対する特別な思想的な体系の用意もなくやみに医療制度を左右すべきでないことは言うまでもありません。

医師の数の問題は医学制度の問題と切り離せない

現在、各県に医大が1校ありますが、ここには「選挙対策」が強く感じられます。

選挙対策が一步誤るとこのようなことになることを、国民は十分自覚し、政府にもものを言うのも慎重にしなければなりません。

問題は違いますが、福祉行政についても同じようなことが言えます。これについては聖域として批判が許されていませんが、福祉行政の未来は亡国に通じるものだと私たちは考えています。

むしろ、より積極的な福祉対策で、ほんとうに国民の福祉を守ることのほうが大切だと思います。

医療にしる福祉にしる、制度の問題と数の問題がいかに密接な関係にあるかということをおぼろげに忘れることは許されません。制度は、良かれ悪しかれ、外国で変わると必ず日本でも変わるようです。そしてそれをちょうちんをもってはやしたてるのが御用学識経験者です。

国民は何も知らないで、自分の県に医大ができると非常に喜びます。しかしその地域特性が明確に打ち出された医大は、まだ日本中どこにもありません。

各県に医大をつくることのおろかさは、医師の人口増加を招くばかりではありません。医学の研究、教育を混乱におとし入れていくことになります。

そうした未来への展望のなさを考えることのほうが、もっと重要ではないでしょうか。

基礎医学教室を充実して世界レベルの医療を

現状打破こそ目下の急務です。

若い輝かしい夢をもって医学部に入学した人に、数の制限をもって抑えていこうという「官制暴力」をふるう

のは、ほんとうに嘆かわしいことです。

そこで私たちが提案したいのは、各県に設けられた大学の付属病院はそのまま存置して、臨床研修のために大きな地域的役割を果たせるべきであり、さらに最少限10校ないし15校を集めて、世界的なレベルの設備と人員をもった基礎医学の教室をつくり、そこで新しい日本の医学を育成すべきである、ということです。

病院を減らすことは国民を非常に不安にさせるでしょう。しかし基礎医学の研究を充実して、世界的なレベルで実践にあたることは、今日の日本の世界的な任務であると思います。

そのことを忘れて問題の解決はないはずで、

そうすれば、現在ある医学部の数はおそらく五分の一以下に減るでしょうが、ノーベル医学賞への期待はむしろ非常に大きなものになるはずで、

医師の分布はいろいろな方法できまります。自由診療時代には、地方における資本の蓄積と並行して医師が分布しました。

国民皆保険以来、人口の分布と並行して増えている医療のニーズというのは、実際の問題としては医師の分布と無関係です。この点については、行政は慎重な考慮をしなければなりません。

日本の未来建設についての、いままでの文部、厚生行政のあやまちを再検討する絶好の機会が、現在きていると言えます。かといって、私たちは現在の開業医制度や勤務医制度をそのまま是認するものではありません。

未来の開発に対してもっと全面的な熱意をもって、人口として今度の医師の抑制問題を考えるならば、日本の未来の発展に結ぶことができるでしょう。

識者の慎重な考慮を期待してやみません。

資料 9

わが国の認定医・専門医制度

学会認定医制度協議会

昭和56年4月

117～123頁の表は、学会認定医制度協議会の前身である「学会認定（専門）医制にかんする情報交換会議」が昭和56年4月「医学教育」に発表したものである。