

会長講演

日本消化器外科学会に求められるもの

秋田大学医学部第1外科学講座

小 山 研 二

日本消化器外科学会誕生の経緯，日本における消化器外科医の必要数とその計画的育成，本学会専門医制度の運用状況，専門医数と充足状況の地域格差，専門医修練施設の現状と問題点，本学会の運営における代議員会の必要性和評議員会との関連性，本学会が社会の要請に真摯に応えることの必要性など，本学会に求められるものについて，会長として考えてきたことを述べた。

はじめに

この度，日本消化器外科学会会長として，第56回総会をお世話させて頂く機会を得た。たまたま，本総会が21世紀最初のものであることを意識して，テーマを「新世紀の刻印を自らの手で」としたが，このテーマを達成できたか否かは会員各位と歴史とのご判断に委ねたい。本総会の特別企画の一つとして，講演会「日本消化器外科学会に求められるもの」を行った。本稿はその際の会長講演を一部変更したもので，本文中でもお断りしているように，本学会会長を経験させて頂いた筆者の個人的見解や提言が述べられている，とご理解下されば幸いである。

1. 日本消化器外科学会設立の経緯

本学会の誕生に関する最初の公式記録は，昭和42年10月25日，第5回日本癌治療学会（名古屋市）の際に，設立世話人の13名の方々が集い，仮称日本消化器外科学会設立を懇談されたことである。この懇談会が，全国の大学などの消化器外科指導者に学会設立の趣意書を送付して設立発起人を依頼し，昭和43年4月12日，第68回日本外科学会総会（金沢市）の際に発起人会を開催して学会名称を日本消化器外科学会と決定した。設立時から，2,394名と多数の会員を擁し，第1回日本消化器外科学会総会は，昭和43年7月16日，横浜市神奈川音楽堂において，会長山岸三木雄教授のもとで開催された。シンポジウム「胃十二指腸潰瘍に対する胃切除範囲」と一般演題193題であった。

当時，消化性潰瘍の根本的治療は，胃切除か，迷走神経切除か，その両者の混合か，が最重要の問題の一つであり，胃の運動と機能の解明とそれに基づく外科治療は，学問的にも臨床的にも興味深く，外科の花形の領域であった。消化性潰瘍をメインテーマとしている大学の外科教室が少なくなかったことを，この疾患への外科の関与の乏しくなった現在の本学会会員の多くは知らないであろう。

次に，本学会の設立趣意書の趣旨は以下のごとくである。「医学各領域は，その研究内容が深遠多岐となるに従って細分化されるのは必然...。胸部外科学会，脳神経外科学会が設立され...それぞれの分野に多大な貢献をもたらし...。最も多くの外科医が専念している消化器外科に対する専門学会が，今日まで設立されていなかったことは，まことに遺憾であると同時に，奇異の感を抱かざるを得ません。また，専門医制度の問題もあり...この際是非，独自の専門学会を持ちたいと考えます」。この学会設立趣旨には全く同感であり，我々会員は，時には，自分の属する学会がどのようにして設立されたかを振り返ってみる必要がある。私が最も感銘を受けたのは，専門医制度の問題を，短い設立趣意書に盛り込まれた先見性である。専門医制度は，社会的合意が得られて初めて成立するものである以上，社会的に認知され，評価されている各専門学会がその領域の専門医制度を構築することから出発しなければならない。これは，我々の学会が「社会的に認知・評価される学会」でなければ消化器外科専門医（以下「専門医」と略）の制度は成立しない，ことを意味している。

専門医制度を設立するためには，専門医としての到達点とそのための修練内容などを詳細に検討するのは

第56回日消外会総会

<2002年1月17日受理> 別刷請求先：小山 研二
〒010 8543 秋田市本道1 1 1 秋田大学医学部第1外科

当然である。同時に、毎年何人の専門医を認定し、何年かけて、最終的に何人の専門医が実動することで完成されるか、という専門医制度の運用計画も重要な課題である。しかしながら、この点がしばしば等閑にされるので、ここでは先ず、日本における消化器外科医の必要数を推定することから始めたい。

2. 日本で消化器外科に専従する医師の必要数とその育成計画(私案)

「消化器外科診療に専従する医師」を「消化器外科医」と略称し、その必要数と育成法についての筆者の個人的見解を述べたい。

消化器外科医の業務は、基本的には手術、術前・術後管理、関連検査、外来業務、消化器外科に関わる研究ならびに研修医・修練医の教育が主体をなす。さらに、年齢や立場により、病院全体の管理運営にも深く関わるなど業務量が増えてその質も複雑化する。必要医師数を算定するためには、この複雑な業務を詳細に評価して消化器外科医の業務量を明らかにする必要があるが、この試算は極めて複雑で一般化し難く、空論になりやすい。そこで、これらを単純化して、消化器外科医のすべての業務を手術施行に集約し、日本の消化器外科手術のすべてを行うのに必要な消化器外科医数を算定することを試みたい。

1) 日本の年間消化器・一般外科手術の概数

日本における毎年の各種手術数を、社会医療診療行為調査報告(平成7~11年度)から推定した。これは、毎年6月の国内全医療機関の保険診療の実態報告の集計であり、この最近の5年間の平均から年間消化器外科手術の概数を算定したものである。それによると、消化器外科手術(専門医の習熟すべき手術と規定されているもの)は、食道手術4,400件、胃手術60,000件、胆道・膵手術13,200件、胆嚢摘出51,600件、肝臓手術7,000件、小腸・結腸手術51,600件、直腸手術22,800件など計約210,000件であった。他に、虫垂、ヘルニア、痔疾患などの一般外科的手術(日本外科学会認定医あるいは同学会の新制度で言う外科専門医の習熟すべき手術)は250,000件あり、これに加えて、乳腺、甲状腺、肺手術の一部も、消化器外科医を含む一般外科医が関与すべき手術と考えられる。

2) 消化器外科医の基本単位と行うべき手術件数からみた消化器外科医の必要数

消化器外科医3名を基本単位とし、前述のあらゆる業務を行いながら1週間に3件、年間150件の消化器外科手術を実施する、と想定するのは日本の平均的病

院では現実的であろう。この前提で、前項の諸手術のうち、1年間に消化器外科医が関与すべき手術210,000件を実施するためには、 $210,000 \text{ 件} / 150 \text{ 件} = 1,400$ (単位)、すなわち4,200名の消化器外科医が必要であると算定される。この数値から消化器外科医1人当りの手術数が少ない印象があろうが、この他に、前述の250,000件以上の一般外科手術にも消化器外科医が深く関与している現状から妥当な算定と言えよう。

3) 必要な数の消化器外科医の育成計画

外科医が、より専門性の高い消化器外科医として社会的にも認められるのは、本学会の専門医資格の取得時とするのが妥当なので、ここではそれをもって消化器外科医と定義しておきたい。

(1) 消化器外科医(専門医)の活動期間: 本学会の制度において専門医資格を得るには、日本外科学会が近々に開始する外科専門医(現行では日本外科学会認定医)資格を取得後、所定の研修が必要である。各研修期間の最短は、前者が4年、後者が3年、計7年なので、最短期間で医師免許を得た者では31歳で専門医になりうる。しかし、実際にはそれより遅れ、33~35歳で専門医資格を得るものと推定される。また、公的病院や大学医学部の定年が63~65歳であることを考慮すれば、この時までは年齢差なく積極的に消化器外科診療のすべてに従事できる、と考えられるから、消化器外科医(専門医)の均質な活動期間は資格取得後約30年間と想定される。言うまでもなく、この年齢を過ぎても専門医であることには変りないが、一般論として、それ以下の年齢層の消化器外科医(専門医)と同等に消化器外科診療に従事することを期待すべきでない。これらの消化器外科医(専門医)は、これまでに蓄積した経験などを生かして新たな方向への進化を遂げるであろうから、ここでは触れないことにする。

(2) 消化器外科医(専門医)の年間育成数: 前述の算定から必要とされる4,200名の専門医が、過不足なく常時活躍するためには、その活動期間がおおよそ30年間と想定されているので、 $4,200 \text{ 名} / 30 \text{ 年}$ 、すなわち年間140名を育成することが必要である。

一方、本学会の現行の制度では、専門医試験の受験のためには、所定の消化器外科手術150件以上を術者として経験することが必要である。また、育成すべき140名が専門医資格を得るためには、現行の合格率70%前後が持続する前提で、毎年約200名の受験者が必要である。これらの受験希望者が術者経験を満たすために年間 $150 \text{ (件)} \times 200 \text{ (名)} = 30,000 \text{ 件}$ の手術の術者になると考えると、専門医が行うべき年間消化器外科

手術数は、前項で示した 210,000 件から 180,000 件になり、約 14% 減少する。したがって、専門医数も 14% 減少してよい計算になるが、実際は専門医資格取得者のすべてが 30 年間消化器外科診療に専念するわけではないから 14% 程度の「過剰育成」は必要な余裕と考えてよからう。すなわち、消化器外科医の必要数を算定する際、専門医試験受験予定者の行う手術数は考慮しなくてよい、と思われる。

この計画では、専門医育成が完成するのに 30 年要するが、それ以降は、社会情勢が現状と大差ないという前提で、消化器外科医の質も量も平衡状態に達し、国民に安定した消化器外科診療を提供できると想定される。

4) 消化器外科医の必要数やその育成計画を論じることの意義と問題点

消化器外科医の「必要数」や消化器外科診療に専従可能な期間を示すことは、消化器外科医を目指す若い外科医の意欲を削ぎ、本学会の将来を危うくするとの意見もある。しかし、本学会が日本国民の消化器外科疾患の診療に全責任を持つとする以上、専門医が社会に認知され、消化器外科が診療科名として標榜可能になり、診療報酬上も正当な優遇を受けることが望まれる。このゴールを目指すなら、社会に、適切な数の専門医を提供し、かつ、その医師が持続的に手術経験を蓄積して「品質管理」が十分されていることを保証すべきである。学会員にとっても、専門医の厳密な品質管理と定数の設定は競争的環境を造り、専門医になることへの強いインセンティブになりうる。オランダでは、専門領域の中で、外科医への門が最も狭く、各大学数名の募集に対して数十名の応募があり、質の高い thesis と、その作成過程や人物評価を中心とする推薦書および面接で 10 倍を超える競争に打勝った者だけが外科医として手術に関与できる。残りの 90% の者は、病棟で術後管理を手伝いながら来年を目指すか、より門戸の広い他領域に転向するか、の選択を迫られることになるというのが、示唆に富むシステムと思われる。

3. 本学会による専門医育成の現状

本学会は、設立時から、日本に必要な消化器外科医を育成し、常時確保することを目指している。専門医制度を構築して専門医の育成を開始してから 10 年を経ている現況を述べたい。

1) これまでに本学会で育成された専門医数

消化器外科専門医は、当初「日本消化器外科学会専門医」の名称で 1990 年から認定が開始されている。昨

年からは、社会に認知されるために専門医を学会から切り離していることを明示した呼称である「消化器外科専門医」に改めた。第 1 回の認定試験には 23 名が受験して 18 名が合格した。その後次第に受験者が増え、5 年前の第 7 回以降は、毎年約 150 名が合格し、合格率は 70% 程度である。昨年までの規則では、試験による本学会認定医資格取得後、所定の消化器外科修練を 4 年以上行うことが専門医試験受験の必要条件であった。昨年度までにそれに該当する会員は 2,428 名あり、うち実際に専門医資格を取得したのは 1,124 名(46%)であった。

2) これまでに育成された専門医数と前項の育成計画(私案)との関連

前述のごとく、専門医は資格取得後 30 年(65 歳前後まで)にわたって消化器外科手術に積極的に従事すると想定すると、10 年前に認定が開始されたことから、現在の専門医は今後、少なくとも 20 年間専門医として機能し続けることになる。本年から、医師免許取得後、最短 7 年で専門医資格の取得が可能になったが、先に述べたごとく資格取得者は現行と大差ないものと推定される。したがって、今後同様に毎年 150 名前後の新専門医が誕生すると仮定すれば、専門医数は、2010 年には現在の 1,124 名を含めて約 2,600 名になり、2020 年には 4,100 名になって平衡状態に達する、と予想される。この専門医総数および毎年の新規専門医数は、前項で私案として述べた消化器外科医の必要数 4,200 名および毎年新規に育成されるべき消化器外科医数 140 名に酷似しており、本学会は結果的に 10 年前からほぼ適正に専門医を育成していたことになる。今後は、消化器外科の手術的治療の変化、日本の人口の減少傾向、国民の生活様式・価値観の変化による患者の受診動態の変容などの要因を考慮して適正な専門医数を算出し、計画性のある専門医制度を運用すべきである。また、専門医育成の完成までに今後 20 年を要するが、それまでは専門医のみならず、本学会の遡り認定医、同指導医、認定医、などの努力で日本の消化器外科診療が適正に維持されることが期待される。

3) 専門医の分布状況

専門医の分布状況を、資格取得時の所属地域別にみると、表 1 のごとくである。ここで、地域 1~7 とは、修練施設の存在する北海道、東北、関東、中部、近畿、中国・四国、九州など本学会で定めている地域名を、この順序で示している。

(1) 専門医の地域的分布：現在の 1,124 名の専門医の分布を地域別にみると、31 名(全専門医の 2.8%)の

表1 専門医の分布

地域	1	2	3	4	5	6	7
専門医数(名) (%)	31 2.8	51 4.5	345 30.7	242 21.5	234 20.8	119 10.6	102 9.1
専門医当り 人口(万人)	18.4	19.3	12.7	8.3	8.9	10.0	14.5
会員当り 専門医(%)	3.3	3.3	5.0	7.7	5.6	4.7	3.2
有資格者の 取得率(%)*	30	40	52	66	41	54	43

有資格者の取得率* : 4年以上経過した認定医の専門医資格取得率

地域から 345 名(同 30.7%) の地域まであり、地域格差が著しく大きい。

(2) 人口、本学会会員数で補正した地域別専門医分布: 地域により人口も本学会会員数も著しく異なるのでその補正を行った。1 名の専門医当たりの人口, すなわち 1 名の専門医が何人を支えるか, をみると, 83,000 人を支えればよい地域から 193,000 人を支えることが期待される地域まであり, 格差は 2.3 倍である。また, 本学会会員のうち専門医の占める割合は, 3.2% から 7.7% の地域まで広く分布し, その格差は 2.5 倍である。

(3) 「有資格認定医」の地域別専門医資格取得状況: 上記のような地域別格差は専門医受験状況によって生じる可能性がある。すなわち, 認定医取得後 4 年以上を経た専門医試験受験資格を有する「有資格認定医」が, 実際に専門医資格を取得する率が地域により 30% から 66% と著しく異なり, そのために専門医の分布の格差が拡大している。受験資格を持ちながら専門医資格を得ていない理由には様々な要因が関与しているようだが, 専門医になるためには当該個人の意志と努力, 指導者の推奨と支援, 専門医志向の環境整備, などが不可欠である。

以上のごとく, 専門医の数に, 地域の人口や会員数で補正しても, なお明らかな地域差があるのは, いまだ専門医制度が完成していないために専門医が大学に偏在しており, 大学医学部の多い地域では専門医も多い傾向がある, と理解される。しかし, 専門医制度が完成する 20 年後の 2020 年においては, 専門医分布の地域差が解消され, かつ, どの地域でも適正な消化器外科診療が行われていなければ, われわれが専門医を育成した意義は無くなる。20 年はすぐに経過し, 2020 年は確実に来る。

4. 本学会専門医制度に基づく認定修練施設の現状と問題点

本学会の専門医修練施設は, 専門医を育成する上で最も重要な役割を担っているためその質的量的充実が望まれているが, 各施設の状況については十分に明らかでなかった。大学は基本的に条件を整えやすいので, これを除く 644 修練施設について幾つかの事項のアンケートをお願いしたところ, 64% に当たる 414 施設から回答を頂いた。ご多忙にもかかわらず対応して下さいました諸施設に御礼申し上げますとともに, 頂いた回答の一部をここに示す。

1) 修練施設の消化器外科, 消化器内科を担当している医師数

各施設において, 消化器外科を担当する医師, 消化器外科学会指導医(以下, 指導医), 専門医, および関連の深い消化器内科医の数別に修練施設数を表 2 に示した。消化器外科を担当する医師数は, 基本的に 4 名以上で, 5 名から 8 名が多数を占めている。そのうち, 指導医は 1~2 名の所が多く, 専門医はいない施設が 45% 以上で, 居ても 1 名だけの施設がほとんどである。消化器外科を担当する医師の多くは本学会認定医であり, 修練施設を支える上で認定医の貢献度の高いことが伺われた。現在は, 認定医の新たな認定は廃止され, 終身資格とされており, 認定医諸氏からはその資格の意義を疑問視する声もある。しかし, 修練施設を支えることは, すなわち専門医制度自体を支えることであるから, 認定医諸氏は自らの存在の意義を認識され, さらに努力を重ねて専門医資格を取得することでご自身の中に本学会の専門医制度を完結させて欲しい。

一方, 修練施設の消化器内科医数は, 5 名の施設が最も多く, 3, 4 名がそれに次ぐが, 1 名あるいは全くいない施設もある。消化器疾患の良質な診療を目指して消化器外科医および消化器内科医が存分に力を発揮するためには, 両者の緊密な協力が不可欠である。

2) 修練施設の外科医の量的, 質的充足状況

まず, 本学会認定医を含めた消化器外科医の量的充足状況を見ると, 173 施設 42% が不足としている。この内, 不足数を明示された施設が 165 施設で, その内訳は, 不足 1 名が 51 施設, 2 名が 95 施設, 3 名が 13 施設, 4 名以上が 6 施設である。したがって, 単純計算で, 修練施設では少なくとも計 304 名の消化器外科医が不足していることになる。一方, 各施設の外科医師は, ほとんどすべてが単一大学外科教室から派遣され

表2 専門・有資格医師数別の修練施設数

各医師数 (名)	修 練 施 設 数			
	消化器外科 担当医数別	消化器外科 指導医数別	消化器外科 専門医数別	消化器 内科医数別
0	0		174	7
1	0	122	125	13
2	0	167	52	37
3	5	57	15	46
4	26	31	4	54
5	72	8	3	77
6	80	1	1	40
7	59	2	0	32
8	45	0	0	26
9	37	0	0	11
10	28	0	1	16
11	11	0	0	3
12	13	0	0	10
13	9	0	0	1
14	4	0	0	3
15以上	18	0	0	12

ており、施設単独で外科医師を公募しているのは数施設だけである。また、最近話題になっている医師派遣会社を利用したのは1施設だけであった。

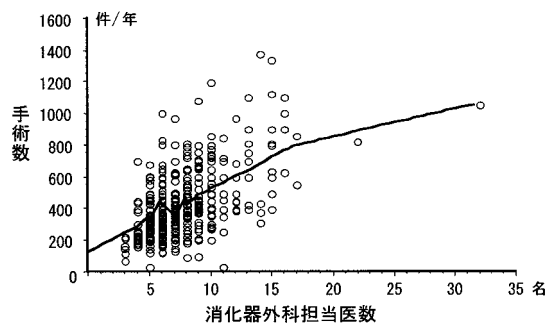
次に、様々な意味から質的に希望通りの外科医師が得られているか、という問には、25%の施設で医師の質的な問題で苦労をしている、との回答であった。適切とは言い難い医師に係わる責任は、多くの場合、研修責任者が負うことになり、該当する医師の人権と将来を深く考え、同時に、厳しい周囲の眼の中で、結局は「派遣している教室(の教授)に依頼」して「配置転換」という形で解決を求めている。そして、その結果生じる空席を埋めることが困難な場合が多く、修練施設の指導責任者は新たな悩みを抱えることになる。

3) 修練施設における手術数と医師数

(1) 消化器外科医数と年間手術数：両者の関係を図1に示す。外科医数と手術数が相関するのは予想される通りであるが、同じ外科医数でも手術数が施設により極めて幅広く分散しているのは、いかに各施設の運営が複雑で多様か、を示している。また、同図において、外科医がある数以上に増えても手術数はそれに応じては増えなくなる点、すなわち、手術数からみた至適外科医数を求めたが、今回の調査からは得られなかった。

(2) 年間手術数と消化器外科医1人当りの年間手術数：手術数の増加とともに外科医1人当りの手術が増

図1 消化器外科担当医数と消化器外科手術数
大学以外の644修練施設中、回答を頂いた414施設の集計(以下図2,3も同じ)



えるが、ある例数でこの上昇が止まって平衡状態に達するはずである。図2から、おおよそ年間60~65例が平衡点と想定されるが、各修練施設とも、外科医がかなり無理をして手術を行っていると思われるので、1人当たりの手術数をこれ以下に押さえられるように医師を配置する努力が必要である。

(3) 消化器内科医数と手術数：図3は、消化器内科医数と手術数の関係で、内科医数が増加すると手術数が増加する。特に、内科医が10名前後までは、増加とともに手術数がやや急峻に増加するが、それ以上に内科医数が増えても手術の増加は穏やかになる、との結果であった。各修練施設とも、外科医のみでなく消化器内科医が適切に配置されるような努力が望まれる。

4) 修練施設における診療上の各種検討会などの開催
これらの開催状況を表3に示した。術前検討会はほぼ全施設で、術後および重篤症例の検討会は90%の施設で行われ、患者の情報が消化器外科医全体に共有されていることが判る。それに対し、手術記録や診療録の点検の頻度が低いとの結果であった。ただし、この項についてはアンケートで定期的行事として尋ねたために、実際に何らかの形で行っていたにもかかわらず回答者が無いと答えた可能性もある。しかし、仮に、手術記録や診療録について、指導者を含めた同僚による検討・検閲の機会を持たない施設があるとすれば極めて遺憾である。修練施設の指導者には、専門医にも、それを目指す医師にも、適正な患者記録を残す習慣を厳しく指導されたい。

5) 修練施設における癌の告知、患者の長期予後の観察

癌の告知については、387(全体の92%)施設で、必ず、または基本的に行う、としており、適正な診療が

図2 消化器外科手術件数と外科医1名当りの消化器外科手術数

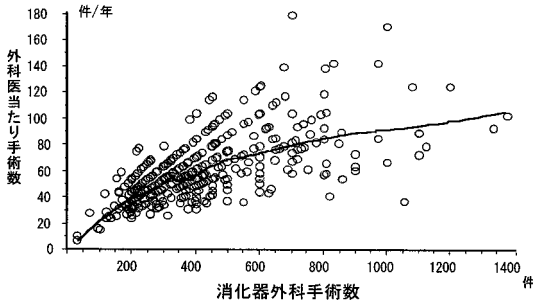


図3 消化器内科医数と消化器外科手術数

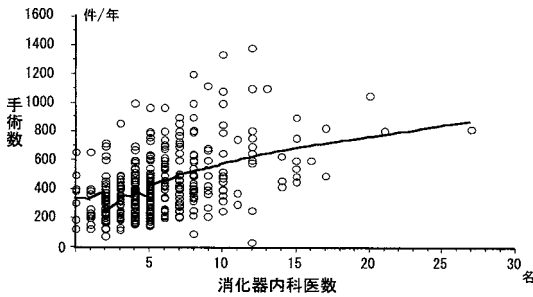


表3 修練施設における各種検討会等の実施状況

内容	実施施設数(%)
術前検討会	40(98)
術後検討会	37(90)
重篤例検討会	36(89)
診療録点検	28(70)
手術記録点検	21(52)

実施されていることが想像される。また、283(同68%)施設で、胃癌、大腸癌患者などの術後長期予後を追跡し、5生率を算定している。インフォームドコンセント取得の際に、癌の告知や自施設の治療成績の開示は必須であり、それに対応していることは本学会の修練施設の高品質を示すものと考えられる。

6) 修練施設における専門医、認定医の育成状況

修練施設の最も重要な任務の一つである専門医(昨年までは認定医も)の育成の状況は、専門医制度運営の適正さの評価基準になろう。

本学会の専門医制度では修練施設は平等に位置付けられており、すべての施設に専門医の育成が期待されている。大学以外の414修練施設の、これまでの専門医、認定医の育成状況は表4のごとくである。専門医については、すべての研修過程を自施設で実施して育成(100%関与)したところのあるのは48施設(全施設の12%)で、これにより資格を取得した専門医は93名(全専門医の8%)であった。一方、認定医については、すべて自施設で育成(100%関与)したところのあるのは106施設(26%)で、これにより資格を取得した認定医は552名(全認定医の4%)であった。また、自施設が75%以上関与して専門医を育成したのは43施設(10%)、同じく認定医を育成したのは81施設(20%)であり、これにより、専門医93名(8%)、認定医469名(4%)がおのの資格を取得している。これらの状況から、当初は、主として大学医学部附属病院で専門医、認定医を育成していたが、次第に大学以外の修練施設での専門医育成の努力が実り、本学会の専門医制度が本来の姿になりつつある、と評価される。

7) アンケート結果からみた修練施設をめぐる問題点と提言

専門医の育成に係わることは、本学会の創設の趣意書にも述べているごとく、学会の使命の一つであり、本学会は、様々な論議を経て独自の専門医制度を設定・改善してきた。修練施設の多くが、これらの学会の姿勢を具現すべく、上述の様々な活動を真摯かつ精力的に実行されている事実は高く評価される。

設定した専門医制度の定着と適正な運用、さらには制度の改善と質の向上のために、修練施設の充実は必須の条件である。しかるに、今回のアンケートから、修練施設の40%以上に消化器外科担当医師の量的不足が、また、25%の施設では、医師の質的不完全がある(あった)ことが判明した。そして、その修復への努力は、修練施設と医師派遣をしている大学の外科教室とに依存するなど、専門医の修練施設の構築・人事も、さらには、専門医資格取得者の勤務する病院なども各大学外科教室などの強い影響下にある。本学会が制定した専門医制度であるにもかかわらず、本学会の当事者としての責任を不明確にしたまま現状を受容し、今後も何ら変わらんとせず専門医を育成し続けることは、望ましいことではない。確かに、日本の医療政策遂行の重要な鍵である医師の量的質的配置は、意図的であるか否かは別として、望むと望まざるとにかかわらず、大学の外科教室とそれを象徴する教授が負わされている。今や、大学の外科教室の個別の理念に

表4 専門医・認定医育成への関与

関与程度	100%	75%以上	50～75%	25～50%	25%以下
専門医 育成	48/93	43/93	59/147	68/232	49/98
認定医 育成	106/552	81/469	107/623	126/1,009	81/609

修練施設数 / 資格取得者数

基づく善悪や都合が交錯する医師配置を最適と考えている外科教室は稀有であろうが、適切な代案もないままにそれを廃した場合の混乱を恐れて忸怩たる思いで続けている、のが現状と言えよう。この硬直した状況を打開する力と業を、大学を含む全医療施設を横断している学会に求めるのは無謀ではあるまい。幸い、本学会の指導的立場の方々には、同時に大学の外科教室の責任者でもある。その人々が、本気で本学会の専門医制度を確立しようと長期展望に立って論議すれば必ずや実現可能な改善策が案出されるものと信じる。一刻の遅滞も許されない診療を維持しながらの改革であるから、一瞬にすべてを変える革命的方法は現実性に乏しく、穏やかでも絶え間ない、段階的な変革しかあるまい。例えば、各大学の消化器外科教室が、関連する修練施設のうちから毎年1施設を選び、その施設の消化器外科医定員のうち1名を全国公募して勝れた専門医を採用するよう当該病院長に願い出ること、およびそれが受諾されることは実現可能であろう。これを毎年実行することから始めても、人事の流動化と修練施設の活性化に貢献し、競争環境が生まれるとともに専門医の資格が真のライセンスとして大きなインセンティブを生むであろう。しばしば「日本の病院には医師の人事交流がないために質的向上が得られない」と嘆く声を聞くが論評だけでは何も改善されない。われわれ消化器外科医は、絞扼性イレウス患者を前にしたら何をなすべきかを知っている。虚血再灌流障害の機序や本疾患の諸外国との比較を論じて時間を費やさず、直ちに絞扼を解除するとともに毒性物質の環流の対策を講じるべきである。本学会に専門医が誕生してから10年を経た今こそ、魂を込めて専門医制度を点検し、よりよく確立しなければならない。

5. 本学会の問題点について

1) 会則の不備について

本学会の会則は、いまだ十分整備されていない。本学会がいかに関任意団体とは言え、あらゆることは会則に則って行うこと、そして会則に示されていない事項

は、会則の精神に最も近い解釈で行うのが当然である。しかし、事柄が微妙で厳しくなると、会則の解釈が困難であるだけでなく、解釈自体が論議の中心点になって建設的な展開がみられなくなる。本学会会則の問題点の検討と改正について、目下規約検討委員会が精力的に取り組んでいるが、それらの幾つかをここに示す。

(1) 役員の選出法：役員の選出は、学会の会務として最も重要なことのひとつであるが、今年度はこの問題で会員各位を不愉快にし、会務を混乱させて学会に重大な損害を与えてしまった。会長初め理事会は、適任者を選ぶことを付託されているのに、それに応えられなかったことを深くお詫びする。しかも、同じことが2回も続き、それが選出過程での恣意的な理由によるものではないのだから、より良い役員選出法を案出しなければならない。適任者を判定する際には、候補者の所信や経歴は客観的な目安として重要ではあるが、それだけでは不完全である。そこで、役員候補者の日常の言動などから人間性を見抜かなければならないが、すべての構成員がそれを知りうる立場にはない。したがって、多くの場合は何らかの「評価能力を十分に備えた組織」などを設置して、それに役員の選出を委任することになる。そして委任した側は、当然のことながら選出の透明性を求め、説明を求めるが、透明性は容易には得られず選出結果への不満が残りやすい。極言すれば、選出に直接参加して全情報を共有しない限りいかなる説明を受けても透明性には満足できないであろう。「評価能力を十分に備えた組織」の人数が少ないほど、この傾向は大きい。結局、可及的信頼できる、可及的多数の、正当な代議員の性格をもつ組織に役員選出を委任する他ないであろう。そして、全体（全会員）は、その組織が選んだ者に対して、単なる承認ではなく適切な形で不信任を表明できる仕組みが必要であると考えられる。

(2) 副会長欠員の場合の対応：会則では、会長が欠けても、次期会長候補として認知されている副会長により代行されることが明示されており何ら問題がない。しかし、副会長が欠けた場合にこれを代行する公的根拠をもつ者がいないこと、およびその状態で会長が欠ける事態もありうることから、この項の整備を急がなければならない。

(3) 総会の位置付けと成立条件など：総会は最高の議決機関とされているが、本学会会則にはその成立規定がない。それに、会員の22,000名全員はおろか、仮に半数以上の参加を成立条件としても、それだけの会員が集合できる場所がない。もちろん、委任状が考慮

される。しかし、30,000名を超える他学会の経験では半数の委任状を集めることも不可能である、という。それならば、委任状取得が容易な程度、例えば全会員の20%の委任状を含めた出席を総会の成立条件と取り決める、との考え方もあり、実際にそうしていた学会もあった。しかし、何故に20%の会員の意思を全会員のそれと読み替えてよいか、を説明できない。また、委任状は基本的には執行部の考え方を支持するものであるから総会議長のテーブルにそれが高く積まれていたら、折角出席した会員も無力感を持ち、次の出席は危ぶまれる。

総会を、単なる教条主義的発想から最高の議決機関と位置付け、一朝事あれば22,000人の会員が一堂に会して意見を述べるのだ、という原則論は幻想にすぎない。また、一度厳しい成立条件を定めれば、万一成立しなかった場合は、会務が著しく遅延し、次々と解決困難な事態が生じよう。しかし、だからと言って総会の成立を可能・容易にする実利性から成立条件を緩めることは本末転倒というべきである。これら諸々を考え併せると、総会の基本形式は、書面評決とし、予め規定しておく幾つかの重要事項についてのみ全会員の意思表示を行い、それ以外の事項については代議員会的組織に委任する形式が望ましいと考える。ここでいう「代議員会的組織」としては、一般的には評議員会が考えられるが、そのことは次項で述べる。

(4) 評議員の位置付けと評議員会：本学会評議員会を構成する評議員は、会員歴15年、消化器外科専門医資格を有することを前提に、消化器外科関連の業績の量によって決定されており、学術団体としての本学会のアクティブメンバーとしての性格が強い。本人の努力が他の何物の影響も受けずに評価されることは、現代社会ではまれなことであるから本学会の誇るべき仕組みと考えてよからう。しかし、そのことは、地域や研究・診療領域単位の会員あるいは、不特定の会員の代表として選出され、その人々の代弁をする代議員ではないことを意味する。すなわち、基本的に個人の意志と努力で評議員になった者の集合体の評議員会が、全会員の集合体である総会に代って何かを決定・実行すること、すなわち、前項で述べた「代議員会的組織」として機能することは不可能である。確かに、会則には、評議員会は重要事項を審議する、と明示されており、現実的に理事、監事の選出を行うなど理事会とともに会務運営の基盤として機能しているのは事実である。しかし、そのことから直ちに現在の評議員会を「代議員会的組織」と読替えることはできないのは、本学

会の会則が十分に整備されていないことを自認している立場からも当然である。今後、大至急に、本学会評議員の伝統と現実を十分に認識し遵守しながら、しかも現評議員会に代議員会の要素を加える知恵を出し合うべきである。参考のために、評議員の現状に関する幾つかのデータを示しておく。

A. 本学会の評議員の年齢、所属などの現状：表5は、1995年と2000年の一斉選出時の評議員の年齢、所属などの構成を示す。両選出年とも、年齢では50歳代が最も多く次いで40歳代、60歳代であり、所属では大学勤務医が多いことは同じ傾向にあった。しかし、2000年では1995年に比べて60歳代が減少して50歳代が増加し、全体の50%を超えていること、大学勤務医が大幅に減少して市中病院勤務医が増えたことが目立つ。これは、評議員の若返りと第一線の市中病院の意見が学会に反映されやすくなったと理解され望ましい変化と考えられる。

B. 評議員の地域別分布状況：表6のごとく、評議員数が114名の地域から7名の地域まであり、地域比は2.3%から37.9%と格差は約16倍である。これを、専門医数と同様に、会員数で補正すると、会員の0.6%から1.9%に分布し、格差は約3倍である。

C. 評議員の認定施設別分布：評議員は消化器外科学の指導的立場にあることから、本学会の専門医教育を担う修練施設に適正に分布していることが望まれる。修練施設当たりの評議員数は表6のごとく0.2名から0.6名であり、施設間格差は3倍で、これは地域の会員当たりの評議員数と同程度である。評議員を代議員に読み替える論議の際に、これらの格差を十分に認識し考慮すべきである。

2) 本学会の目指すもの

(1) 学会員にとって：本学会の出発点は、消化器外科に係わる学術研究の進歩発展に貢献する、基本的にアカデミックサークルであることは現在も変わらな

表5 年齢別・所属別の評議員数

選出年	(%)	
	1995年	2000年
30歳代	2(0.6)	0
40歳代	83(27.7)	80(26.6)
50歳代	137(45.7)	153(50.8)
60歳代	78(26.0)	68(22.6)
大学病院	232(77.3)	213(70.8)
市中病院	68(22.7)	88(29.2)

表6 評議員の分布

地域	1	2	3	4	5	6	7
評議員数(名)	7	18	114	60	54	16	32
(%)	2.3	6.0	37.9	19.9	17.9	5.3	10.6
会員当り(%)	0.7	1.2	1.7	1.9	1.3	0.6	1.0
施設当り(名)	0.2	0.3	0.6	0.4	0.4	0.2	0.4

施設：修練施設

い。しかし、ITの進歩による情報伝達が迅速化している今、高品質な英文学術誌に論文が掲載されていることが学会発表よりも重視される今、多数の関連学会での発表の機会が多い今、会員にとって本学会の学術集会のみを最新最高の研究発表の場と位置付けるのには無理がある。学術集会は、多様な参加者がおののレベルで自らの研究や経験を発表する機会であるとともに、他者の発表から己の知識を整理する、思わぬ誤解を正す、現時点のスタンダードと近未来の方向性を学び取る、などの教育的機会でもある。22,000名もの国内会員を擁する学会の公式学術集会であることを考慮すれば、参加する学会員にとって、教育的機会であることは最新・最先端の研究に触れることに勝るとも劣らない大きなインセンティブになる、と考えられる。学術集会を構築運営する際は、会員によるこれらの議論を行い、合意点を探る必要があろう。

(2) 国民・社会からみて：本学会は、学術集団であると同時に、専門家集団として国民の消化器外科疾患の医療をすべて受け持つ意図をもっており、このことが国民に十分に理解・認知され、かつ、期待されるために以下のごとき行動が例示される。

A. 消化器外科領域の標準的診療を構築し、それを日常診療の指針として提示・実施するとともに専門医の教育における到達点やインフォームドコンセントの基盤にする。

B. 学会として責任あるセカンドオピニオンを提供する仕組みを構成する。

C. 消化器外科医療に対する不審・疑問に応える組織を構築し、それらの解消に努める。

これらは何れも本学会が単独で出来るものではなく、関連他学会・研究会などと連携して設定し運用すべきものである。これらの行動を通じて学会に社会性を持たせ、社会が専門家集団に望んでいることを誠実に実現すべきである。

この考え方に対し、過激だ、不可能だ、空論だ、との反論のあることも予想される。また、標準的診療あ

るいは診療の標準化は、個々の医師の診療上の裁量権を損ない、かつ患者の診療選択の幅を狭める、との論議もしばしば聞かれる。言うまでもなく、診療における医師の裁量は認められなければならないが、そのためには、当該医師は常に自己の裁量について、エビデンスの提示を含めた説明責任を果たすことが前提とされる。その責任を果たさない場合、それらは単なる思い込みや身勝手な診療と言わざるをえず、いかなるインフォームドコンセントを得て行ったのか、にまで遡って検証されよう。また、その裁量が適正であると認知されたならば、新たな診療の選択肢に加えらるることになり、標準的診療は進化するのである。

日々の診療にすっかり定着している消化器外科を、改めて診療科名として標榜することを主張するためにも、学会全体の合意を形成し、社会から求められているものの実現に向かう努力を社会に示さなければならない。

(3) 関連他学会・研究会との連携から：本学会の活動を高めるためには多くの関連する学会と連携することが必要である。消化器外科学は、主たる治療手段を手術すなわち病変病態の局所的治療に求めているが、消化器病学とは科学として同根である。また、診療上も多くの共通点があることから、専門医制度の構築・運用も含めて、消化器病学会との強い連携が必須である。

また、消化器系臓器に係わる専門学会・研究会などは、消化器外科疾患の標準的診療の設定などを考えるとき、全面的な協力体制を構築する必要がある。

さらに、本学会会員はすべて日本外科学会会員であり、平面図として描けば本学会は完全に日本外科学会の大きな枠の中に含まれていることを忘れてはならない。しかし、その立面図、側面図では、本学会はその枠の中で最も高く太く聳える大木として見えるはずである。われわれは、根がどこにあり、どこから栄養を受けているかを常に認識しつつ、しかも根を凌駕する枝を拡げて花を咲かせ、大いなる実りを得たいと願う。

おわりに

本稿の骨格は、2000年7月に本学会会長に就任した際に、所信として理事、監事にお送りしたものである。理事会において、これら各事項について総論的な検討を始めたところ、学会にとって思いもかけない危機的事態が連発した。それらの事態への対応に多くの時間とエネルギーが割かれたことと自らの非力のために、会長に立候補するに当たって意図していたことはほとんど実現できなかった。しかし、本来、これらは1年

間で完了すべきものではない。学会は、これらに関する合意形成と優先順位の決定を迅速に行い、かつ、評価項目を予め設定しておいた定期的見直しを加えながら継続的に実施すべきである。その考え方に立てば、今回の学会の危機的状態に当って、理事・監事、評議員だけでなく、全会員の中に、真剣に学会を見直し、積極的に発言する気運が増大したことは喜ぶべきことと思う。今後はこの流れを大河に育て上げて学会の改革を進めて頂きたい。その先頭に立つ会長として、極めて適切な方が選出されたことを、もし神が存在するならば神に深く感謝し、新会長に期待している。

今年度の本学会の度重なる混乱は、役員選出から始まっており、そのために、適切な役員選出法を設定しなければならないことは既に述べた。確かに、不適切な者が選出されないように選出方法を整え、さまざまな防備の網を張り巡らすことは出来よう。しかし、選ぶ側、選ばれる側ともに、その「網を網として認識する」感性が無ければ、何の逡巡もなく網目をくぐり抜け、あるいは、くぐり抜けさせて恥としないのである。

病院長や外科部長、大学教授あるいは学会役員などの指導的立場にある者は、自己の意思とは無関係に自分でも認識しないまま強大な力を持ってしまふ。また、外科医自体が、手術という異常な体験を患者に平気で強いるような強い力を自覚しないまま持っている。この力は、この「網を網として認識する」という誰もが

持つべき基本的な感性を容易に眠らせる可能性がある。だから、常に感性を目覚めさせるものが必要であり、それが詩である、と JF ケネディは言っている。
 “When Power leads man toward Arrogance, Poetry reminds him of his Limitations. When Power narrows the Areas of man’s Concern, Poetry reminds him of the Richness and Diversity of his Existence. (力を持ったために己が傲慢になるとき 詩は、己のさまざまな限界に気付かせる。力を持ったために己の視野が狭まるとき 詩は、人生の豊かさと同様性を教える。)” JF Kennedy

ここで詩と言うのは、象徴的なものであり、私は、自分の中に在って、あるべき姿を何時も追求している「もう一人の自分」とであると解釈したい。様々な事態で選択を迫られる時、我々は基本原則に基づいた論理性と倫理性のある選択を行うのが当然である。しかし、錯綜した状況から適正とは言い難い選択を強いられることも皆無ではあるまい。そんな時、そんな状況下にある己を冷徹に見つめ、適正でない選択に近付こうとする己を強く否定するもう一人の自分がいなければならない。あるべき姿を何時も追求している、心の中のもう一人の自分を育て、常にその声に耳を傾けて己の感性を目覚めさせておくべきことを自戒として筆を擱く。

The Japanese Society of Gastroenterological Surgery what we did,
 what we are doing, and what we should do

Kenji Koyama

Department of Surgery, Akita University School of Medicine

The author, as the President of the Japanese Society of Gastroenterological Surgery, discusses the process of the foundation of our Society, the number of gastroenterological surgeons required in Japan, the license system for the specialist of gastroenterological surgery, the present status of teaching institutions for the specialist, and the problems and ideals of our Society, particularly in relation to social needs.

Finally, J. F. Kennedy’s words remind him of the importance of bringing up “another self” and listening carefully to the internal voice of “another self”, who pursues what we should do at any time and in any situation.

Key words : Japanese Society of Gastroenterological Surgery, gastroenterological surgeons, license system for the specialist, social needs for the medical society

[Jpn J Gastroenterol Surg 35 : 243-252, 2002]

Reprint requests : Kenji Koyama Department of Surgery, Akita University School of Medicine

1-1-1 Hondo, Akita, 010-8543 JAPAN