日本内科学会・日本外科学会 これからの学会の取り組みについて

司 会 山科 章（日本内科学会編集委員会 編集主任）
小池 和彦（日本内科学会 理事長）
國土 典宏（日本外科学会 理事長）
（発言順）

平成26年10月14日（火）収録

（左から順に）國土 典宏氏，山科 章氏，小池 和彦氏

山科 本日はお忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。本日は「内科学会・外科学会 これからの学会活動の取り組みについて」というテーマで、日本を代表する医学系学会である日本外科学会から國土理事長，日本内科学会から小池理事長に鼎談という形でお話をさせていただきたいと思います。司会は私，内科学会編集委員会の編集主任をしております，東京医科大学の山科が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いします。

内科学会では1903年より内科学会雑誌を発刊していますが，この20年近くは現在のようなパターンで発刊してきました。現在は，オンライン化なども含め，よりよい雑誌を目指し，改革の準備をしており，2015年の1月号からは誌面のリニューアルも予定しています。今回は誌面リニューアル第1号を飾る企画として，外科学会・内科学会の両理事長にお集まりいただ

き，それぞれの学会の取り組みやこれからの展望をお伺いできればと思います。

内科学会・外科学会の 概要・現在の取り組み（表）

それでは最初に，内科学会理事長である小池先生に，内科学会の事業の概要を紹介していただきたいと思います。

小池 内科学会は1903年に設立され，今年（座談会実施時2014年）で112年目になるという非常に歴史ある学会です。会員数は10月14日現在，105,846人で，男性が約84,000人，女性が約22,000人と，おおよそ4対1の比率となっています。会員数に関しては，年間1,500～1,800名程度の新規入会者がおり，増加傾向にあります。これは1987年に認定内科医制度を導入して以降，その後の約30年間で会員数が3

Discussion Meeting on the perspective of The Japanese Society of Internal Medicine and Japan Surgical Society.
Akira Yamashina : Chief Editor, Editorial Committee of The Japanese Society of Internal Medicine, Japan.
Kazuhiko Koike : Director General, The Japanese Society of Internal Medicine, Japan.
Norihiro Kokudo : President of Japan Surgical Society, Japan.

表 日本内科学会・日本外科学会の概要

	日本内科学会	日本外科学会
設立	1903 (明治36年)	1899 (明治32年)
会員数	105,846名 (2014/10/14時点)	39,485名 (2014/2/1時点)
講演会・学術集会	1903年より開始 (2014年度開催時で111回目) 第112回講演会のテーマは「イノベーションで拓く内科学」	1899年より開始 (2014年度開催時で114回目) 第115回講演会のテーマは「メスの限界を求めて」
学会誌	和文誌：日本内科学会雑誌 (1903年より発行) ※本号より誌面リニューアル 英文誌：Internal Medicine (1962年より発行) ※2005年よりオンラインジャーナル化	和文誌：日本外科学会雑誌 (1900年より創刊) 英文誌：Surgery Today (1970年より創刊, 1992年より現誌名) Case Report誌：Surgical Case Reports (2015年より創刊, オンラインジャーナル)
資格認定試験	1973年 第1回内科専門医試験 実施 (2014年度開催時で30回目) ※現在の資格保持者：78,505名 (2014/11/28時点) 1985年 内科専門医試験の一次試験が認定内科医試験に改編 ※現在の資格保持者：15,445名 (2014/11/28時点)	2006年 外科専門医予備試験 実施 (2014年度開催時で9回目) 2007年 外科専門医認定試験 実施 (2014年度開始時で8回目)
各事業	生涯教育講演会A・Bセッションを年2回ずつ, 計4回実施 「内科学の展望」を年1回開催 (2014年度開催時で42回目) 地方会 (年35回)・支部主催生涯教育講演会・専門医部会教育セミナー JMECC (内科救急・ICLS講習会)：年150回程度開催 専門医部会：和文誌の一部の企画・査読, 各種書籍などの編集, 各種ワーキンググループの活動など	卒後教育セミナー (春・秋：年2回), 生涯教育セミナー (各7地区開催：年1回), 臨床研究セミナー (春・秋：年2回 ※秋は日本臨床外科学会と共催), 市民講座 (年1回) National Clinical Database (NCD) への参画 研究奨励賞 (年1回) 「日本外科学会臨床研究助成」(年1件)/「若手外科医のための臨床研究助成」(年5件) 病院間医師交流による若手外科医師の教育プロジェクト (年最大50名)

倍以上になったという事情もあります。現在は会員約106,000人のうち、認定内科医資格を現在もっている方が78,550人、そのうち、総合内科専門医資格をもっている方が15,449人という状況です。

内科学会として多くの事業を行っています。主なものを簡単にご紹介いたしますと、まず、講演会があります(図1)。これは、設立された1903年に第1回が開催され、今年(2014年)で第111回を迎えました。近年では毎年約30,000人と、非常に大勢の方にご参加いただいています。内容としては、メイン会場で講演を行い、ポスター発表による一般演題の発表も別室で行われるというのが基本スタイルとなっています。また、「毎年、あまり変化がないのではないか」という声も一部にあるようですが、近年では研修医・医学生に焦点を合わせたサテライト企画やハンズオンを中心とした実践的な生涯教育企画、男女共同参画に関するシンポジウ

図1 第112回日本内科学会総会・講演会 ポスター

ムなど、企画の多角化を試みているところですが、また、この5年ほどは各講演をオンデマンド配信し、ご時世に合わせた対応を行ってきて

いるところです。

それから、講演会としては他にも生涯教育講演会を年4回行っています（支部単位でもこれとは別に実施）。また、「内科学の展望」を特定のテーマのもと、毎年秋に開催しており、2013年は東日本大震災をテーマに様々な講演やディスカッションが行われ、2014年はがんをテーマに取り上げました。

同様に大きな事業としては、学会誌の発刊があります。これは私よりも山科編集主任の方が詳しいとは思いますが、簡単にご紹介させていただきます。学会誌には和文誌「日本内科学会雑誌」と英文誌「Internal Medicine」の2つがあります（図2）。

和文誌は会員への生涯教育が主な目的であり、これは毎月10日に発刊しています。100年以上前から発刊されており、103巻9号までが発刊された現時点で、発行部数は103,000万部を超えています。私も以前、編集委員を務めていましたが、毎号、分野別の特集を組んでおり、例えば、2014年度の1号は消化器分野の肝がん、2号は循環器分野の心筋症というように

山科 章氏

なっています。毎号、テーマに沿った特集内容としてEditorial、トピックス、座談会、「特集の理解を深めるMultiple Choice Questions」があり、その他、「今月の症例」、「医学と医療の最前線」、専門医部会によるシリーズ連載などによって構成されています。山科編集主任のお話にもありましたように、およそ20年間、現在のスタイルで発刊を続けてきましたが、昨年11～12月に会員の先生方を対象に実施したアンケートでは、分厚く、字数も多く、読み切れないといっ

図2 日本内科学会 学会誌

（日本内科学会雑誌（和文誌）、Internal Medicine（英文誌））

※Internal Medicineは現在、オンラインジャーナルのため、サイトのトップ画面を掲載

小池 和彦氏

たご意見が多々ございました。そこで、毎月10万部の発行と発送にはかなりの費用がかかっていることもあり、これらを考慮した結果、一部紙媒体も残すものの、3年後をめどにオンラインジャーナルへ移行することとしました。また、読みやすさを考慮し、2015年1月発刊の104巻1号からデザインの一新、フルカラーでの印刷を行うこととしました。そして、掲載内容についても、アンケートでいただいたご意見も参考にしながら、編集委員会やワーキンググループでも話し合い、現在よりも論文数を減らし、全内科医に必要とされる、より実践的臨床に即したもののへと見直しを図ることとなりました。

英文誌の方も実は歴史が長く、1962年の発刊に始まり、今年（座談会実施時2014年）で53年目になります。2005年にオンラインジャーナル化し、その翌年2006年からは紙媒体での発刊を取りやめ、現在は完全なオンラインジャーナルで毎月2回発行しています。オープンアクセスであり、会員・非会員を問わず無料で閲覧することができます。現在のインパクトファクターは1前後で、少しずつ上昇してきている状況です。ケースレポートを中心とした論文が掲載されています。ご存知のように、英文誌でケースレポートを掲載するとインパクトファクターが下がるため、現在ではいろいろなジャーナルでケースレポートを掲載しない傾向が強くなっ

てきています。そういう中で内科学会の英文誌が果たす役割は非常に大きなものだと思いますので、今後もこの方針を支援していきたいと考えています。

それから、認定医制度に関しては、現在、認定内科医と総合内科専門医がありますが、2020年から新・内科専門医制に移行するということで準備を進めています。これはまた後ほどご紹介したいと思います。

もう1つ、内科の認定医制度と関連するのですが、内科学会が特に研修医への教育活動の一環として注力しているものとして、救急関連事業を紹介したいと思います。

^{ジェイメック}
JMECC（内科救急・ICLS講習会）と呼ばれるもので、内科学会が開発し、現在、各教育施設での開催を働きかけているものです（図3）。救急医療の崩壊が叫ばれる昨今、内科がこれに 대응することが求められていますので、まずは研修の制度に取り上げることとしました。今、全国の大学病院を中心に開催が増えつつあり、年間150回程度の開催で、受講者が年間1,500名を超えるようになりました。実技型の講習会ですので、一度に多くの受講者を募ることができず、全国の施設で研修医はもちろんのこと、ベテランの方も含めて、多くの内科医の方が参加できるよう、引き続き事業の進展に注力していきたいと考えています。

図3 映像教材を使用した
JMECC（内科救急・ICLS講習会）の講習会風景

内科学会では支部活動として、全国の10支部で年間35回の地方会を開催されています。年間で約3,500と非常に多くの演題が発表されています。支部主催の教育講演会も行っており、これがトータルで年間22～23回開催されています。また、専門医部会との連携によって、実践的なセミナーなどの企画も実施され始めています。ただ、最近は経済的な見直しも行われてきており、これまで支部での講演会はほぼ無料で行われてきましたが、こちらに関しては少し見直すべきだという話にもなっています。非常に質の高い、教育的な内容が発表されていますので、それなりの参加費をいただくという方針で現在検討しているところです。

それから、専門医制度に関連して専門医部会についてもご説明しておかなければいけません。専門医部会は、もともと内科専門医の有志によって設立されましたが、2006年に内科学会の専門医部会として本会の中に位置付けられ、現在では本会の行う各種の教育、啓発活動、例えばセルフトレーニング問題の作成や病歴要約の査読、書籍の刊行など多岐にわたって活発な活動を行っています。

山科 ありがとうございます。概要をお話いただきましたが内科学会は今年で設立112年目であり、現在では会員数が約106,000人と非常に多く、主な事業としては講演会、学会誌、支部活動、専門医部会などがあり、非常に活発な行動をしているということでした。それでは、外科学会理事長の國土先生に外科学会の概要についてお話したいしたいと思います。

國土 日本外科学会は1899年に創設されました。

山科 内科学会よりも古いんですね。

國土 日本が日清戦争で勝利した翌年あたりから日本も近代化しようという動きが始まり、実際に設立されたのは1899年と記録には残っています。そこから毎年学術集会を開催していますので、今年で114回目を数えます。会員数

國土 典宏氏

は、今年4月時点39,485人、約40,000人で、毎年800～1,000人の医師が新規入会をしています。ご存知のように、外科離れがかなり問題になり、特に新研修制度が始まったときに新規入会者数も大きく落ち込みましたが、今は少し回復し、1,000人弱ぐらいで落ち着いているという状況です（図4）。

学会の大きな事業としてはやはり学術集会があります（図5）。毎年1回開催され、約13,000人の方にご参加いただいています。いわゆる原著的な発表をはじめ、特別企画など様々な企画を行っています。最近は若手に目を向けた学会運営を合い言葉に、学術集会にも若い外科医が参加しやすいように、あるいは教育に配慮した運営が行われています。

講演会については内科学会ほど多くは行っていませんが、卒後教育セミナーを年2回開催しています。それから最近始めたものとして臨床研究セミナーがあり、最初は年に1回、学術集会で開催していましたが、非常に内容が充実し好評なので現在では年2回に増やし、そのうち1回は日本臨床外科学会と共催という形で開催しています。

もう1つの大きな事業としては機関誌があります。外科学会の機関誌は和文誌「日本外科学会雑誌」と英文誌「Surgery Today」があり、2014年から英文ケースレポート誌「Surgical

図4 日本外科学会入会者数の推移

図5 第115回日本外科学会定期学術集会 ポスター

Case Reports」を立ち上げることになりました(図6)。和文誌については、古くからあり、内科学会と同じく、私たちがちょうど今リニューアルしようというところで、学会員を対象にアンケートを実施しました。廃刊にする、大幅に圧縮する、現状のものから大きく変える、現状のままで存続させるなど様々な可能性を考え、広く選択肢を設け、アンケートをしたところ、現状に近い形で存続させるのがよいという意見

が大半を占めました。原著論文や症例報告を含め、投稿できる雑誌は多くあるので、十数年前に投稿受付を中止し、基本的に依頼原稿中心の特集と、例えば医療訴訟に関する連載など学会員の読み物のような形のもの、それから学術集会の案内などを中心に構成しています。リニューアルしても、全体としては現在と同じような編集方針で行っていくことにはなっていますが、若手に目を向けた企画の掲載なども現在、準備が進んでいます。それから、これまで冊子体で郵送していましたので、郵送料と印刷代を合わせて1億円近くかかっており、財政的にも負担になっていました。オンラインでよいのではないかという意見がかなり強く、ただその一方で、紙媒体でほしいという意見もあります。基盤学会ですので、サブスペシャルティ学会とはまた少し違う視点も必要だろうということで、完全なオンライン化はせず、希望者には冊子体の郵送を継続するという方針で落ち着いています。

英文誌は「Surgery Today」といういわゆる総合誌があり、原著論文とケースレポートを掲載してきました。最新のインパクトファクターは1を少し超えるぐらいになっているのですが、ケースレポート論文の割合が非常に多いことも

図6 日本外科学会 機関誌
(日本外科学会雑誌 (和文誌), Surgery Today (英文誌), Surgical Case Reports (Case Report誌))

大きな問題となってきました。他の英文誌がケースレポートをほとんど採用しなくなったこともあり、現在、ページの半分以上をケースレポートが占めており、これがかなりインパクトファクターの足を引っ張り、また、掲載までの時間が非常にかかるという問題がありました。数年間の議論の末に、新しいケースレポート誌をつくらうということになり、完全オンラインのオープンアクセスのケースレポート誌を年明けからスタートさせることになりました。

小池 英文誌を2つにすることですか。

國土 はい、2つにすることにしました。もともとあった「Surgery Today」は原則、原著論文やreview articleのみという形にしました。これはケースレポート誌を分けて切り離したというネガティブな意味ではなく、やはり若手の登竜門としてこの雑誌創刊という位置づけです。若い人に「最初を書く論文はまず英語で症例報告をどうぞ」という趣旨で立ち上げました。

それから、専門医のことはまた後ほど話にしたいと思います。それに連動して、オンラインでの症例登録があります。外科学会の専門医は手術症例を350例経験する必要があり、これま

では紙媒体で病歴抄録を提出する形をとっていました。それをWebベースで行おうということからスタートした制度と、日本消化器外科学会を中心とした全国の症例データを集めようという動きが合体した形で、NCD (National Clinical Database) という機構が2011年にスタートし、現在、日本全国で行われている産婦人科や泌尿器科を除く外科医が行う手術の90%以上が登録されていると推定されています。毎年約120万件が登録されており、各施設、あるいは各外科医の協力だけではなく、専門医制度の関係がありますので、どうしても若い外科医のために入れなければいけないという強制力も働いており、高いカバー率となっています。今度、専門医制度が新しくなっても非常に有用なインフラになるだろうと思っています。

それから、もう1つ重要な取り組みとして、内科学会とも協力して行ってきたことですが、医療安全の問題があります。2010年に日本医療安全調査機構が発足しましたが、その前は内科学会と外科学会で協力してモデル事業を行ってきました。それが機構として独立し、これまでに以上内科学会と外科学会でサポートしている

という状況です。特に手術と関連した外科事例が多いものですから、外科医としては非常に切実な問題でもあります。新しい機関はまだ確定はしていませんが、外科学会としては今の「日本医療安全調査機構」がそのまま厚生労働大臣から指定される機関になることを想定し、協力をしています。

それから、内科学会は会員の男女比が4:1であるという話を先ほど伺いました。外科学会も会員数が増えてはいますが、実は入会申し込みのシステムの関係上、あるとき以前の入会会員の性別がわからない状況です。ということで、正確には約40,000人のうちの男女比はわかりませんが、最近では女性会員の比率が確実に増えており、毎年、新規入会者の2割程度が女性です。とはいえ、女性が外科医のキャリアを積むことはいまだ非常に困難な部分もあるので、それをなんとかサポートできないかということでいろいろ考えているところです。それと同時に、女性だけではなく、男女共同参画というのは結局、男性側も協力しなければ女性のキャリアパスは完成しませんので、若い男性外科医のワークライフバランスも考えながら女性外科医活躍の後押しをしていこうということで、委員会をつくって活動しています。

若手医師の育成について

山科 外科学会も内科学会も非常に大きな学会で、教育的なこと、特に講演会の開催、雑誌の発刊、若手の教育ということに重点化にされています。一方で2つの学会とも基盤学会であり、その上にはサブスペシャリティがあり（二階建制）、そこにつながっている診療科はかなり多いと思います。内科学会の場合、専門医資格を取るためには認定内科医資格の保持が必要ですが、サブスペシャリティに行くと専門ばかりを勉強し、どうしても他の内科の関心が薄れていきます。そういうところに対して、内科学会

として対応されているのでしょうか。

小池 実は今お話のあった二階建制度というのが、制度として合意されたのは2004年です。現在、内科関連のサブスペシャリティ学会としては、13学会が二階部分にあるということになります。これまで認定内科医資格を取得し、その後、総合内科専門医を取得するというシステムで進めてきたわけですが、新しい内科専門医制度へと変更する大きな理由の1つは初期研修のシステムが変わったことです。既存の制度のままでは、初期研修の2年間のうち、最短の場合、内科を半年しか研修していない人が3年間の研修を終えた時点で認定内科医試験の受験資格を得られることになり、そうすると、わずか1年半の内科の初期・後期研修で認定内科医資格を取ってしまう可能性があります。私は消化器内科ですが、消化器内科で入局してくる若いドクターたちを見ていると、やはり内科全般に関する素養が足りないと感じることがあります。日本は高齢化してきており、1つの病気のみが原因で入院してくる人はむしろ少数です。高齢になればなるほど多くの問題を抱えて入院してきますが、自分の領域のことはよくわかるけれども他科の疾患についてはわからないという人が多く、患者を全体として診るというトレーニングが足りていないように感じます。今回、後ほど話が出る専門医制度の変更に伴い、内科学会の専門医制度も新しくするということが必要ですし、また、時期としてはもっと早くてもよかったのかもしれませんが、変革の時期に来ているのだと感じています。

山科 外科でも同様の問題はあるのでしょうか。

國土 外科の場合、サブスペシャリティとしては過半数が消化器外科です。それ以外に心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、ここまでが専門医制度でいま組上に上がっているサブスペシャリティで、それ以外にも乳腺外科、内分泌外科のようなサブスペシャリティがあり、ほとんどの外科医がどこかのサブスペシャリティに

入っています。それぞれの学会と専門医に関する連絡会議をつくり、連携を取り合っています。

それ以外にも、例えば、私個人は肝臓外科医ですので、日本消化器病学会員でもあり日本肝臓学会員でもあります。内科系のサブスペシャリティにも乗り入れているわけです。他にも、日本循環器病学会に心臓血管外科医が入っているというケースもあります。そういうところは、これまで割とシームレスに行っていたと思いますが、これからどうなるのかが1つ大きな問題かと思っています。

もう1つ今いわれている外科専門医の問題は、いわゆる一階建てだけでもう終わってしまい、その先の専門研修をやらずに、いわゆるフリーランスになってしまう外科医も結構いるのではないかという懸念です。外科はもちろん技術が大事ですが、技術屋ではありませんので、アカデミックなところも大事にしながら自己研鑽をしなければいけないというところをいつも強調しています。

内科学会・外科学会のこれから

山科 内科学会・外科学会の専門医制度の概要、現状をお話いただきました。それぞれ大きな学会で研修カリキュラムやサブスペシャリティの関わりもだんだん変わってきていると思いますが、今の取り組みから今後の展開という点で、両学会がどのような方針で取り組んでいるかということを、まず内科学会の小池理事長からお話したいと思っています。

小池 内科学会の今後を考える前に、まずは内科学の今後について考えなければいけないと思います。外科学会の理事長を前にこう申し上げるのも何なのですが、やはり内科というのは医学の根幹にあたる基本領域であり、外科に行く先生にも内科も少し学んでいただく必要があると思いますし、非常に広範囲にわたる疾患をカバーしている領域だと思っています。そのよ

うな多様な内科を総合的に捉える内科学会の果たす役割は非常に重要ですが、多様性ということを見ると学会運営としては非常に大変な面があると思っています。

今後の内科学会について考える際に、内科に限った問題ではありませんが、我が国の医療の現状として2つポイントがあります。1つは超高齢化です。我が国は、世界に類を見ないほど超高齢化してきており、複数の病気を同時に患っている、多臓器に関連する障害を持っている患者が増えてきています。ここ20年ぐらひは内科も臓器別専門化というところが方向性として押し詰められてきたわけですが、それによって高度な医療を安全に提供できる、医療だけでなく臨床上の新しい発見も生まれる、ハイボリュームなどということで、従来のナンバー内科制の頃に比べると、専門領域に関しての医学・医療の深さは深まったと思います。ただ、その反面、自分の診療科に関わる勉強のみに熱心になり、同じ内科の中でも隣の診療科のことはわからないという事態が深刻化しました。年を取ってくると「最近の若い人は…」とつい言いがちになるのですが、やはり最初から専門領域の教育のみという状態に近い教育を受けてきた医師がだんだん増えてきており、そのあたりを懸念しています。そういった内科の医師たちに、内科全般にわたる幅広い素養を卒後教育という形で提供していくのが1つの私たちの仕事ではないかと思っています。また、地域医療、実地医療の重要性もますます増大していきます。

それからもう1点、医療の高度化ということがあります。これに関して内科学会がどのくらい貢献できるか考えた際、先ほど申し上げたような専門性という視点から考えると、内科学会が直接、高度な先進医療にタッチしていくことはあまりないとは思いますが、内科学会という大きな集まりの中では理事会や評議員会、各種委員会があり、日本の内科学の各領域を牽引されている先生方といろいろな議論を行

うことができます。そこでの議論を踏まえ、高度な医療のあり方へ見解や方針などを提示し、各領域（専門分野）へ還していくことが安全な高度医療の推進へも効果的であると思われますし、そういったところで内科学会の力が発揮されるべきではないかと思います。

山科 卒業してすぐにサブスペシャリティに進んだ人たちにも、内科医としての指導をすることが必要ですね。そして、最も多い地域医療あるいは実地医療をされている先生方も含めて、幅広く標準的な内科診療ができるように、あるいは高度な医療はこのようにされているということを啓発しながら、全体のレベルを上げていこうということですね。そして、そのコアになるのが内科学会だということですね。10万人以上の会員を持つという学会は他にないわけですから、その情報力と発信力は非常にインパクトがありますね。

外科学会ではいかがでしょうか。外科という考え方が変わっていつているかもしれませんが、そのあたりを含めてお話いただければと思います。

國土 外科学のこれからということは少し大きすぎて私も語れませんが、外科の最先端のところはサブスペシャリティの部分でももちろんされると思うので、全体を統合するという意味で外科学会の役割が大きいのではないかと思います。

それから、医療を提供することが外科学会の役割ではありませんが、日本の外科医のほとんどが会員であるということを考えると、日本の外科医療に貢献することが必要だと思います。特に、地域医療を考えますと、内科医だけでなく、外科医もいなければ成り立たちません。地域の外科医療が崩壊しないよう、外科学会としても協力していかなければいけないと思います。また、高齢化も大きな問題で、外科患者の大部分ががんの患者であり、がんは高齢者の病気ともいえるわけです。手術治療はこれまでも、恐らくこれからも、最も根治的ながんの治

療法であることに間違いのないと思いますので、手術患者がどんどん高齢化している中でいかにより安全な手術を行うかが重要になってくると思います。

ざっと試算すると、外科専門医が約20,000人いる中で年間約120万件の手術が行われており、単純計算で専門医1人が年間60件を術者として執刀をしているわけです。助手の件数も考えると現時点でもかなりの数ですが、これからもさらに外科医は必要になるだろうと予測されます。その外科医を育成していくのが外科学会の役割ではないかと思っています。そういう意味で、若い外科医をこれからもっと増やしていかないとはいけません。先ほど、年間800～1,000人が毎年新規入会すると申し上げましたが、年齢分布で見ると、日本の社会と同じかそれ以上に外科医も高齢化しています。ですから、外科医の若い世代の比率が減っているということに関しては非常に心配しています。現在は恐らく、40代付近の層がかなり厚く、団塊の世代のように支えているわけですが、10年、20年経つとその人たちが引退しますので、そのときに若い外科医がちゃんと育っているということが日本の外科医療を支えるうえで最も重要だと思います。

山科 若い医師が外科離れをしているようで、ゆゆしき状況と考えますが、そのあたりはいかがでしょう。

國土 若い人がなぜ外科を敬遠するかを考えると、1つに労働環境の問題があります。外科学会では労働環境に関する委員会をつくり、もう3回にわたってアンケート調査を行い、マスコミにも提言を行うなど、外科医の労働が改善されるよう活動を行っています。労働環境の中で最も問題視されているのが当直明けの手術です。内科の先生方もそうかもしれませんが、医者でない一般の方は、まさか外科医が当直明けでそのまま手術をしているなんて思いませんよね。言ってみれば、旅客機のパイロットがずっ

と徹夜で仕事をした後にまた操縦しているようなものです。外科はそういうことが日常的に行われていたということがやっと世間で認知され、2014年度の診療報酬改定で、当直明け手術をしなければ緊急手術加算がつくという制度ができ、私の勤務する東京大学医学部附属病院も手当の支給を開始しました。条件はかなり厳しいですが、その加算がついた分をできるだけその緊急手術に入った外科医に直接還元するようなシステムが始められつつあります。少しずつですが、そういうところで改善しているのではないかと思います。

もう1つ、まだ改善の動きが鈍い領域として、特定看護師などの制度があります。欧米では外科医の数は日本ほど多くありませんが、それをサポートする医療スタッフがいます。ナースプラクティショナーというふうに言われていると思いますが、そういう職種がどうしても外科医としては必要であり、各方面に働きかけているというのが現状だと思います。

山科 特定看護師に関しては外科学会として厚生労働省に働きかけ、制度化していこうということですね。

國土 そうですね。ぜひ医師と看護師の中間職種としての特定看護師を創設してほしいということですと要望しています。

山科 例えば、特定看護師を助手としてくれば、手術が1人の外科医でできるかもしれないとか、そういったことまで考えていращやるのでしょうか。

國土 いえ、そこまでは考えていません。むしろ、周術期の医療を支えるスタッフですね。例えば術前のインフォームド・コンセントや術後の管理など、私が外科医に成り立ての頃と比べると、外科医のペーパーワークやインフォームド・コンセントに費やす時間は非常に増えました。ですから、そういう業務をいくらかでも肩代わりするような人材が必要だと痛感しています。

山科 手術の前に書類にサインをいただくだけでも何枚もありますね。内科も同じような問題があると思いますが、当直明けの待遇を改善しようといった動きに関してはいかがでしょうか。

小池 先ほどお話にありました緊急手術というのは、実は内科の領域もいくつかあり、我々の消化器内科では緊急の止血は皆該当しています。

山科 循環器も緊急でPCIカテーテル治療をします。

小池 そういった面では当直についても考慮しなければいけませんね。

國土 それは外科だけではなく、内科も共通の問題ですね。

山科 このあたりは外科と内科で協力し、ぜひ患者の安全のため、医師のためにも考えていっていただきたいところです。特定看護師は内科も必要だと思います。

國土 そうですね。足並みを揃えることができればと思います。

小池 先ほどお話にありました男女共同参画に関しては、外科学会は会員の男女比がわからないということでしたが、評議委員の男女比というのはいかがでしょうか。

國土 きつい質問が飛んできましたが、これまで代議員が約350人いる中で女性はゼロでした。内科学会の制度は存じませんが、外科学会は選挙制度をもとに地区ごとに選挙区をつくらせて代議員の選出を行いますので、だいたい大学の主任教授クラスになるようなシステムになっています。その結果、女性が最近ゼロだったので、今回、お一人だけではありますが、やっと乳腺外科の女性教授の方が選出され、ようやく女性が350分の1ということになりました。こちらの比率については、特に女性会員の方から「少なすぎる」というご意見もありますので、この制度を一部変更し、いわゆる参議院の全国区のようにして女性外科医を代弁するような方が入れるような制度設計をしているところです。

小池 内科学会の女性評議員の人数は、確か

全体数約640人に対して30人程度でしたかね。

國土 やはり少ないですね。

小池 この点を踏まえ、内科学会では、評議員の定員の中で女性枠も設けています。ただし、理事になるにあたっては、そういう特別枠をつくるのはいかがかと思いますので、まずは評議員になって内科の領域で活躍していただき、そこからやがて理事になるような人が出てくることを期待して、今行っているところです。

國土 評議員をはじめとして、いろいろな委員会レベルで委員にできるだけ女性が参加できるように、活躍の機会をつくるようにしていらっしゃるということですね。

山科 学会での男女共同参画プログラムは、両学会ともされているのですか。

國土 はい、行っています。

小池 内科学会も行っていますが、今はいろいろな学会でやっていますね。

國土 そうですね。ただし、問題は大きな会場でそういう企画をしてもあまり人が集まらないことです。必要な企画だということで皆でやり始めたものの、実際はなかなか人が集まらないのが現状です。集会にする、シンポジウムにするなど、もっと人が来やすいように形を工夫する必要があるかもしれませんね。

小池 若い女医さんになぜ男女共同参画企画に参加しないのか聞くと、「せっかく学会に行くのだから、専門領域のことなどもっと他に聞きたいものがあります。時間帯が重なっているから、どうしてもその企画へ行く時間がないのです」と言われます。

國土 だからこそ、何か違う形で工夫するべきなのかなと思います。

小池 開催の時間など、仕方を考えた方がよいのかもしれませんね。

山科 内科と外科の共通項目でいえば、例えば、プロフェッショナルリズム教育があります。これは今、大学生のときから少しずつ教わるようになっていますが、やはり仕事として始める

ようになってからが非常に大事かと思います。内科学会は、専門医学会などの企画を通してプロフェッショナルリズムをかなり取り上げていますが、終末期医療など含め、そのあたりはどうお考えでしょうか。

小池 実は、私は東大の医学部の前教務委員長、國土先生は現教務委員長なのですが、今、医学教育のキーワードとして教育アウトカムを決めています。その中でプロフェッショナルリズムというのは、どちらかというと卒前よりも卒後に重きを置いているということになっているのですかね。

國土 そうなりましたね。

小池 もちろん、医学部の卒前にも当然プロフェッショナルリズム教育をする必要があると思いますが、やはり本当の意味のプロフェッショナルリズムというのは、卒後の実際の診療の中でなされていくものだと思います。そのため、内科学会としては、現在も専門医学会の活動などを通して検討し、これらについて学会雑誌などを通して紹介するなど、ディスカッションや啓発活動を引き続き、力を入れていかなければいけないと思っています。

山科 外科学会はいかがですか。

國土 プロフェッショナルリズムというキーワードはあまり使っていないと思いますが、外科専門医そのものがプロフェッショナルだと思いますので、外科専門医になるにあたり必要なプロフェッショナルとしての意識などそういった教育は当然なされていると思います。必要手術経験症例数350例のうち、術者としての経験が120例必要ということで、120回の術者経験がなければいけないわけで、これはどういうことかということ、指導医がその医師に術者を任せてもよいと判断しなければ、つまり信頼しなければ術者をすることはできないわけです。そこでかなり厳しい評価がなされており、プロフェッショナルリズムがたたき込まれていると思います。

図7 「内保連グリーンブックver.1」(内保連)
および「外保連試案2014」(外保連)

小池 そういう意味では、今の初期研修というのは非常に不安ですね。

山科 不安ですね。

小池 午後5時になったら帰ってもよいなんていうと、どこにプロフェッショナリズムが存在し得るのでしょうか…。

國土 初期研修に関して言いたいのですが、内科の先生はあまり重く考えていらっしゃるかもしれませんが、外科の研修は必修ではなく準必修なのです。1回目の初期研修制度の見直しで準必修に格下げになって、この間2回目のヒアリング(見直し)があって「必修にもしてほしい」と要望したのですが、聞き入れてはもらえませんでした。次は恐らく5年後の見直しと聞いていますので、何回も外科が声を大にしてもそれが戻らないということは非常に残念だと思っています。

山科 外科の初期研修の取り扱いは大きな問題ですが、國土先生のところではどうですか。

國土 我々(東大)は病院として必修にしています。内科重点プログラムにおいても2カ月行っています。

山科 私どももやはり外科研修は必須だろうと思っているのですが、現状では各大学、各施設で対応していただくしかないということですね。

國土 ただ、大学や施設によっては、それぞれの施設で外科が強くいっても、制度上必修でないために「これは必修ではないから入れなくてよい」となってしまいうこともあるようです。

山科 選択になってしまいますね。

國土 はい、そうですね。

山科 少し話題を変えて診療報酬についてお聞きしたいと思います。内科学会も外科学会も非常に大きな学会ですので、内保連(内科系学会社会保険連合)、外保連(外科系学会社会保険委員会連合)を通して保険制度あるいは診療報酬に対しても大きな影響力を持っていると思いますが、いかがでしょうか(両連合刊行書籍は図7参照)。外保連の影響力は大きいですが、内科系は診療報酬上で優遇されておらず、まだ懸案事項が多いようですが。

小池 そうですね。内科系は内科系技術の見直しを進めているところです。内保連の取り組みについては内科学会雑誌で特集が組まれました

が、まずは内科全体として問題意識を強く持つことが重要でしょうか(詳細は内科学会雑誌103巻12号掲載)。それに比べると、外科系の方が診療報酬の評価でははるかに進んでいますね。

国土 外科系はかなり働きかけを行い、手術点数を上げてもらいましたが、点数が上がった分が外科医の待遇改善に反映されていないことが指摘されています。それで先ほどもお話しした当直明けの手術の件にもつながってきたのですが、それでもなかなか還元されないところが1つ課題です。

山科 それでは次に、学会の役割として非常に重要な若い医師の育成について伺いたいと思います。最近、大学の学部教育はどんどん変わってきています。特に臨床実習が多くなり、BSL (bed side learning) は国際基準に合わせて74週まで増やす方向で進んでいます。そのあたりは内科学会、外科学会としてどのように考えておられるかお考えを伺いたいと思います。

小池 まず、医学部教育ですが、東大もいま74週ですかね。

国土 72週、最大で取れるように制度を変えました。

小池 将来、米国の基準が変更になったときにも、臨床で海外に行けないということがないように、今取り組みをしています。これまた東大医学部の話を引き合いにして何ですが、クリニカル・クラークシップという形で、実際に診療チームに学生に入ってもらい、臨床実習を行っている状況です。外科は以前からそうだったというふうに聞いています。

国土 はい、それに近かったですね。

小池 内科も、このクラークシップというのは教員が学生の面倒をしっかりとみる必要のあるシステムなので、教員が多い診療科ではこのシステムを非常に上手く運用できると思います。私のいる消化器内科は幸い、多くの教員がおり、学生6人程度で回ってくるのですが、2週間、手取り足取り教えてあげたり、周囲を見学

してもらったりして、以前のベッドサイドラーニングと言っていた頃に比べ、学生の満足度もかなり上がってきていると思います。

ただ、その反面、内科の中でも少人数の科、例えば、東大ですと感染症内科、心療内科など常勤の教員が2、3人しかいない科もあり、そういうところは非常に苦勞しています。1年の間ずっと学生が来ていると、診療もままならないので、外部の関連病院にかなり助けてもらっています。このような努力は他の施設でもされていると思います。

先手を打って言うておくと、やはり内科というのは、全科を回ってほしいと思っています。つまり、内科の中で特定の領域だけを学生時代に回ればよいのではないかという考えもあるとは思いますが、内科というのは医療の基本だと考えていますので、内科の全診療科を学生のうちに回ってもらうという方針で行っております。一部の科は学生が実習に回る期間が短いといった点もありますが、以前に比べると学生の臨床実習という点では改善されてきています。ただ、もっと医行為ができるような制度も必要かと思っています。これは国の制度整備の問題もあると思いますし、患者側もまだなかなか学生による医行為を受け入れられない面もありますが、そういった動きが進んでいくと、それに続く初期研修のあり方ももっと今より変わっていていると思っています。

山科 よく言われているのは、内科医としての考え方、診断学の考え方などを細切れで学んでいってもあまり統一感がとれず、各診療科の内容ばかりをついつい教えてしまうというのがあります。患者を診たときにどう対処するかといった内科全般に関わる視点がどうしても不足するのではないかと懸念されていますが、そのあたりはいかがですか。

小池 そういった議論のときに、昔のナンバー内科制の方がよかったのではないかなと言う方もいらっしゃいますが、私は必ずしもそうは

思いません。かつてのナンバー内科時代には、同じ内科の中にいろんな専門領域の人がおり、1人の患者をいろんな視点から診ることができ、それをまた若いドクターたちは身をもって体験できるという良さが確かにありました。ですが、だからといって、そのような時代を経た医師の方が全体として優れているとはいえませんし、今の専門化した内科の中でも上手くやっていく方法はあると思います。

あと、今、東大の内科ではグラウンドラウンドというのをやっています。内科の中でも多領域にわたる症例を提示し、それについて学生や研修医とともにディスカッションしていくというもので、月に2回行っています。

山科 出席率はよろしいですか。

小池 最近だいぶよくなりました。以前、単に症例提示を行っていた頃は、ほんの10人ぐらいいしか集まらなかったこともあるのですが、今はお昼休みにやっていますが、60～70人出席しています。やはり、内科の様々な領域の人が集まった場所でダイレクトなディスカッションをするというのは、若い医師にとっても勉強になりますし、研修医、学生にとっても刺激になっているようです。

山科 内科学会としては、そういう取り組みをサポートしていく体制は必要かもしれませんね。外科系ではいかがでしょうか。

國土 卒前教育は、小池先生と同じ大学なので同じような話になります。外科も全科を回ってほしいですが、どちらかというとも1つの科をゆっくりじっくり経験して、1人の患者の術前から術後までみるという方針を固め、1つの診療科に集中できる期間を十分確保することを優先しました。それに関して私が常々思っているのは、今の卒前教育は参加型臨床実習で、実技も一部教えるようになっており、昔と比べるとかなり高度化し、濃い内容となっていますが、その次の初期研修、さらに次の後期研修とは管理官庁も違うし、担当の委員会も違うという現

制度では、1人の医師を育てるのになかなか上手くつながっていかないという問題があります。そこを上手く連結して教育できないかと感じています。

特に外科の立場からいうと、初期研修は2年では長いのではないかという意見もかなりあって、1年で終わり、早く後期研修、専門研修を始めてほしいという意見もあります。もしそれができるとすれば、やはり卒前教育もかなりレベルを上げて、今、初期研修で行っていることの一部を肩代わりできるようなレベルまで持っていく必要があるのではないかと思います。欧米はすでにそうなっているようですが、そういうところまで持っていくことができれば、後期研修、外科であれば外科の研修をより早いうちにスタートできると思っています。

山科 外科全体の研修というのは長いのですか。

國土 そうですね。350例を経験しなければいけませんし、しかも全領域の外科で研修をしますので、だいたい初期研修2年、プラス後期研修3～4年程度かかります。

山科 その間に例えば胸部外科に入ったとしても、一般外科に行ったり他科の研修を受けたりするのですか。

國土 そうです。今回もまた新しい専門医制度についてディスカッションがありましたが、やはりそれは崩さない方がよいだろうということになりました。

山科 外科学会がサブスペシャルティ学会を含めて中心となって進めていったのですね。

國土 はい、ディスカッションを重ね、サブスペシャルティ学会の理解を得ながら進めました。

山科 内科は研修プログラムを含め、難しいかもしれませんね。しかし、今後、専門医制度が大きく変わってきます。そのあたりを含めて、内科専門医の育成についてはいかがでしょうか。

小池 新しい内科専門医との関わりでいろいろ

ろなことが変わってくると思います。従来は卒後3年目ぐらいから細分化された専門領域に行っていたのを、制度変更後は卒後3年目に関しては内科全般を広く勉強するような形になると思います。「大学病院はそんなことはできないのではないか」という声もありますが、東大病院は、来年度以降に卒業する人たちに対して新しい内科の後期研修プログラムをつくり、卒後3年目は大学病院にいてもいろいろな領域を回れるというシステムをつくっており、すでに公表しています。外病院でしたら恐らく柔軟に対応しやすいところだと思いますが、大学病院でもそういうことができるということをもっと発信していきたいと思っています。

山科 医局としては早く入局してほしいと思いますが、内科全般の教育、いろいろな診療科での教育をしっかりとしてから、専門分化するようにしようということですね。

小池 はい。早く入局してもらったうえで、もっと内科も広くみてもらえればと思います。

山科 やはり学会レベルで言っていたかないと、大学単位ですとまた変わるかもしれませんので。

小池 内科の専門領域の立場からすると、早く入局させなければ人が来なくなってしまうという懸念があるようで、いろいろなご意見を伺います。

國土 外科も全領域を回りますが、やはり自分が進む診療科はだいたい途中で決まってくるので、そういうところは二階建ての研修を少し前倒しで始めるような形にしようということになっていると思います。

新・専門医制度への移行について

山科 専門医制度の話がありましたが、新・内科専門医制度について小池先生から説明していただけますか。

小池 初めの方でも少し触れましたが、現状

では、内科学会には認定内科医と総合内科専門医という2つの資格があります。1968年に内科専門医制度として発足し、1973年に第1回目の内科専門医試験が行われ、以来、40年以上、この試験を実施しております。この内科専門医試験は一次試験、二次試験と行われていたのですが、1985年にこの一次試験の部分が「認定内科医試験」として改まり、二次試験にあたる「内科専門医試験（現・総合内科専門医試験）」は認定内科医試験に合格した後、さらに3年の内科研修が修了したところで受験が可能になるという試験に改まり、現在に至っています。

以来、内科領域においては「認定内科医」を一階部分とする二階建制の基盤整備が着々と進んでいくことになりました。しかし、この制度が内科系サブスペシャルティ学会との協議を踏まえ、合意形成される段階になって、2004年に初期臨床研修医制度が始まり、内科の研修が不十分なままで認定内科医の資格を取ってしまうという問題が生じてきました。

また、2002年に、厚労省が定めた基準を満たす学術団体の専門医でなければ広告できないことになりました。専門医の重みづけや制度の整備が進む一方、先ほどの初期臨床研修の問題も出てきて、実際に内科で若いドクターを見てみると内科の修練が足りないという危機感が見え始めてくることになりました。

このことが、この度の内科専門医制度の見直し、「新・内科専門医制度」という構想につながることになりました。3年程度の検討を内科学会だけではなく、関係する団体などいろいろな協議をしつつ、「新・内科専門医制度」がほぼ形を成してきたという状態です。

この「新・内科専門医制度」について簡単に説明すると、これまで初期研修を含め、3年の研修で取得可能であった「認定内科医」から、初期研修を含め、5年の研修を修了することによって取得する「新・内科専門医」に置き換わるというものであります。新制度ではこの「新・

図8 新・内科専門医試験の受験資格について

内科専門医」が一階部分である専門医となります。なお、新しい制度では卒後4年の研修修了した段階で病歴要約を提出し、査読を受けて、査読を通過した人が卒後5年の研修が修了した時点で、「新・内科専門医」試験を受験できるという仕組みになっています(図8)。端的に言いますと、最短卒後5年で新・内科専門医を取得できるというわけです。これに関しては、この2年ほどの間、サブスペシャリティの領域の学会をはじめ、各方面からいろいろなご意見をいただきましたが、昨年、何回か協議を行ってご理解をいただき、現在、制度の施行に向けて詳細な部分を進めているところです。

この実質的な施行には、2015年に医学部を卒業して医師になる方々から適用となりますので、最初の新・内科専門医が誕生するのはその方々の卒後5年度の2020年ということになります。

現在、新しいカリキュラムがほぼ固まってきた

ており、内科全10領域の症例、外科転科症例、剖検症例、救急、そして外来症例というのも含めて、200症例以上を受け持つことが課せられています。そして、その中から病歴要約として29症例を提出するという内容で現在、具体的なプログラムがまとまりつつあります。具体的には、内科専攻医は卒後4年をかけてWeb上に自身が受け持った症例内容を登録します。これをWeb版の「研修手帳」として位置づけ、その症例内容を研修病院内でも評価し、卒後4年が修了した時点でそのうちの29症例を病歴要約として取りまとめ、Web上で査読委員による厳格な評価が行われることになります。適正な症例を適正数経験できているかどうかを確認された後に内科専門医試験の受験資格を得られるというシステムになります。

国土 新しいデータベースを立ち上げるとなると、かなり巨大なデータベースですね。日本

専門医機構ではなく、内科学会がつくるのですか。

小池 はい。内科学会がつくれます。大変大きな事業になると思います。

山科 外科学会はいかがでしょう。

國土 外科学会は、認定医が一定の条件のもとに外科専門医に移行しましたので、現在、認定しているのは完全に専門医資格のみです。現制度でも手術経験もしっかりと担保していますし、現在資格をお持ちの方や現制度で研修中の方がいますので、その方々が移行の点で不安にならないよう、できるだけ現制度を変えないというスタンスで交渉しています。

スケジュールは内科学会と同じく、2015年に卒業して医師になる方から適用となり、試験は2020年から開始します。年限としては内科学会と同じく、2年プラス3年ですが、経験症例数で縛られてきますので、5年ちょうどで資格を取得できる人はむしろ少ないのではないかと思います。1年あるいは2年程度プラスでかかるのかなと推定しています。内科学会が5年で取れる量の設定とするのであれば、外科学会も5年で取れるように必要症例数を少し減らそうかという話もありましたが、やはりそれは外科専門医の趣旨に反するため、症例数は減らさずに現在の症例数の設定を堅持しようということで進めています。

それから、サブスペシャリティ学会との関係も、4つの領域だけですので、まだ未確定の部分があります。4つの領域については、内科学会がつくられたものと同じようなイメージで、途中から相乗りのような形のサブスペシャリティの研修を始めて、できるだけ早く、専門医資格を取って、2年以降でサブスペシャリティの専門医資格を取れるような形の制度にしようということで、現在、制度設計を考えています。

山科 NCDというのは、初期研修医が手術に助手として入っても登録されるのですか。

國土 はい。全て登録されます。

山科 それが経験手術症例数になっていくわけですね。

國土 1年目など本当に初期の経験症例が登録にふさわしいかどうかは、現在交渉中で、まだ確定していませんが、せっかく経験した症例ですので、できるだけ早期のものから全てカウントできるようにしようと方向で働きかけをしています。

山科 相当経験を積まなければ、なかなか術者を任せてもらえませんか。

國土 アップ、ヘルニアでしたら、チャンスがあれば1年目から経験できますから。

山科 施設による差も大きいですね。研修医が少なければどんどんやるでしょうし、たくさんいる診療科だとなかなか自分の番が巡ってこないこともあるでしょうね。

小池 外科では、専門を決めて絞られてくるのはだいたい何年目あたりですか。

國土 はっきりと決めるのは、例えば東大ですと卒後5、6年目で、いわゆる大学に帰ってきて入局するときに専門領域を決めることが多いです。

小池 そこまでは、もう外科全般をされているということですか。

國土 全領域をだいたい行っています。

山科 はっきりしていますね。それは、胸部外科でも腹部外科でも同じなのですか。

國土 そうですね。ですから、心臓血管外科医になる人は、最初の5年間では消化器外科症例がやはり多いですね。その経験をしたうえで、最初の段階ではそんなにたくさん心臓外科は経験しませんが、卒後5、6年目から専門に入るというシステムになっています。

理想とされる内科医像・外科医像

山科 さて、次のお話に移りますが、理想とされる医師像、内科医像について、小池先生はいかがでしょう。

小池 内科医といっても、いろいろな理想像があると思います。例えば、いわゆる総合内科専門医という1つの理想像があります。これには医師像も明記されており (http://www.naika.or.jp/nintei/seido/ishizo_01.html)、そういったドクターが大勢いるということは非常に大事なことだと思います。総合内科専門医は理想像の1つではありますが、資格の有無に関わらず、一般病院において活躍するジェネラルな内科医がいて、今度は専門領域での高度医療や先進医療を行う内科医もいます。そして、地域医療、家庭医療においても、やはり内科学は中心になります。また、研究にも従事して新しい発見をし、10年、20年先の医学・医療、あるいは新しい内科学というものをクリエイトしていくような立場の内科医ももちろん必要であるわけです。くり返しになりますが、臨床の場で活躍する多くの内科医、そこからさらに専門に特化した高度な医療を行う内科医、もう少しリサーチマインドを持ったフィジシャン・サイエンティストのような内科医という具合にそれぞれの立場による理想像があるともいえます。なかなか1つの理想像としては簡単には答えづらいということになります。

山科 会員の方々も多様だと思いますが、学会としてはどのように関わっていくのがよろしいでしょうか。

小池 内科学会と考えた場合、やはり臨床的な面が当然メインになってきます。フィジシャン・サイエンティストとしての面は、また別のところで教育されていく可能性がありますので、内科学会としては、ジェネラルな立場の人よりもより先鋭化した専門領域の人、同じようにいろいろな対応をしていけるような内科学会のシステムをつくる必要があると思います。

山科 外科学会としてはいかがですか。

國土 理想とされる外科医像というより、外科専門医像という意味でいうと、外科はやはり手術がメインとなりますので、手術の技術が優

れていなければいけないというのはもちろんですが、外科医は決して技術屋ではありません。極端にいうと、単に手術が上手であるというだけでは、器用な高校生が手術をしても同じではないかということになってしまいますので、新しい医学・医療の発見もなければ、新しい術式を開発することもできません。ですから、アカデミックな考え方のできる、優れた外科技術を持った人、技術に裏打ちされて、科学的な思考のできる人を専門医にすることを経外科学会として強調しています。今の制度もそうだと信じていますが、いわゆる経験症例の多い人、ただひたすら手術をこなした人が外科専門医になれるというのではなく、ある一定の時期はしっかりと外科の研究に従事し、アカデミックな活動をしているということを必須条件として制度設計を考えています。

内科学会・外科学会の会員の先生へのメッセージ

山科 これだけ大きな学会が2つあり、両方合わせると14~15万人の会員数を有しているわけで、今後、両学会が医療制度、医学教育などに関わっていくうえでいかに協力をしていくかということは今まで以上に重要になってきます。今後、こういうふうにしていければといったことなど、両学会のリーダーとしていかがでしょうか。

小池 内科学会として若い外科医の先生方へのメッセージということになるかと思いますが、我々内科医から見ていると、外科医の先生方の日頃の献身的な診療にはいつも敬意を感じています。最近は内科と外科の距離が近づいてきているのかなと感じています。私が医師になった頃は、内科医と外科医というのは頭の構造が違うんだと言われていました。よく笑い話で、内科医は十分に考えるけれども何もしない、外科医は考えないけれども何でもやると言

われていました。考えてから走る内科医と走ってから考える外科医、水と油のように一昔前までは言われていましたが、私のいる消化器内科を見ていると、かなり昔でいう外科医要素の強い医局員も増えてきています。

山科 循環器もハートチームといって、内科と外科の垣根を越えた取り組みが増えています。

小池 そうですね。特に消化器、循環器ではそういう傾向がかなり強いと思います。もっとも象徴的に思うのは、腹腔鏡と消化管内視鏡による合同治療として、粘膜内だけではない胃の腫瘍を取るのに胃に孔を明けずに、腹腔鏡でまず処置してから内視鏡でそのまま消化管を通して取ってしまうというのを、消化器内科と消化器外科で共同して行っているところです。そういった協力的な取り組みを見ていると、内科と外科の垣根はもうなくなってきているのではないかと感じます。

我々内科医としては、外科医の先生方が存分に力を振るえるように協力を惜しまないつもりであり、ぜひ若い外科の先生には、外科道に邁進して、高度な手術も安全に施行し、さらなる医学・医療の発展へ向け、内科医とともに力を合わせて進んでいってほしいと思っています。

山科 外科学会としてはいかがですか。

國土 これまでは確かに内科学会と外科学会が一緒に行動することはそれほどなかったと思いますが、今回、専門医制度という改革のときに、2つの大きな基盤学会が心をつにして行動できていることを非常にうれしく思います。国民のための専門医だとはもちろん思いますが、やはりそれと同時に若い医師のための専門医制度でもなければいけないと思っていますので、この2つの基盤学会が協力し合って活動を展開していければと思います。

それから、内科医の先生、特に若い先生に言いたいことといえば、昔はやはり内科で診断して外科で治療するという役割分担があったのですが、今は内科でも特に低侵襲の様々な治療ができるようになってきています。内科・外科のどの治療が最善なのかを考え、良い意味で競い合って進めるということは、結局は患者のためにもなると思います。そういう意味で協力し合い、オープンな姿勢で切磋琢磨していければと思っています。

あと、個人的な感想ですが、内科からはたくさん患者を紹介してもらい、手術をしています。内科の先生にもう少し外科での手術を見に来てほしいと常々と思っています。当然、内科の先生もお忙しいとは思いますが、特に診断学をされている先生方は、病変を直接見ることによってさらに診断学に磨きがかかるのではないかとと思っています。ぜひ内科医の先生方も手術室に来ていただきたいと思います。

おわりに

山科 ありがとうございました。本日は、我が国を代表する2つの学会である内科学会と外科学会の両理事長に来ていただき、学会の概要、これまでの歴史、現状、そしてこれからの活動について非常に貴重なお話をいただきました。この内容は内科学会雑誌と外科学会雑誌に掲載されますので、多くの人に読んでいただけるものと思います。また、これを機会に内科と外科がより一層協力して、日本の医学・医療の質の向上につながればと思います。本日は誠にありがとうございました。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：國土典宏；寄付金（大日本住友製薬、ヤクルト本社）