

Fellow of the Japanese College of Cardiology (FJCC) 設立の精神とその包括的意義

元来、学会は共通の理念と学門的興味を有する学者の自由な結社であり、その設立は何物にも拘束されず、また逆に何物をも拘束するものでもない。

日本心臓病学会 (The Japanese College of Cardiology) は、一般的な「学会」ではあるが、他の学会の多くが Society (意見を交流する集まり) や Association、Organization などとその欧文名に用いているのに対し、College (学校、学ぶ会) という名称を使用している。これには通常の学会とは趣をこととした一面が含まれている。

そもそもイギリス (続いてアメリカ) の医師の集合は Royal College of Physicians in London から始まって、権威者による教育的集会であった (その他にもライセンスを与える業務があった: 当時は好き勝手に医師になれたため)。

20 世紀に入り、医学が広範囲の知的体系を包括すると同時に医師の数も増し、Society の時代に入ると互いが自己の業績を主張、見解の相違が論点となって会は細分化されてその数を増し、日本だけを見ても、会の無い日は元旦位という様相を示している。当然、一つの包括的学問体系を形成するという概念が消失した。具体的に言えば、学問的価値を離れ、ただ単に発表したという過程で終結し、それが聴衆の知的体験に対してどのような建設的帰結をもたらし得るかは問題視されなくなった。僅かに日本医学会総会があるが、分散した夥しい数の並列的会合となって、却ってその存在意義と教育・啓蒙的意義を薄めている。

「学会」というものに対する一般社会的見解も矯正さるべきである。平たく言えば、学会は好事家の集団であり、政治団体でも宗教団体でもなく、ましてや「国会」のように選挙によって定められ、それゆえに一種の強権的権力を有するものでもない。出入り自由であり、学会内に一定の派閥がある訳でもなく、政党的政治もない。あくまで個人の意思が尊重される。従って出入り自由な者たちが学問の範疇を脱して社会的影響力を及ぼすとか、身うちの決定だけで社会的身分を設定したり、規律、例えば専門医制度や自己主張的ガイドラインを強要するのは正当ではない。もしそうしたいのであれば、それは国民全体が選んで樹立される国家、つまり政府が独立して決定権を行使すべきものである。

(つまり「学会主導」の専門医制度は全く妥当ではない)

日本心臓病学会は、心音図研究会という、当時としては全く革新的で類例を見ない学問的集団として結成された。若者たちが自由闊達に語り合い、教え合って、得られた知見を自らに還元し、知見を集積するとともに、次の会合に積極的に参加することを自らの喜びとし、発表を認められることを榮譽と考えたのである。その意味で、語られたものは会を代表する論文として機関誌に掲載

されねばならず、あるいはその間の討論も余すところなく紙面を潤した。当初は論文掲載が義務付けられ、したがってよい加減な業績はおのずから自粛されて、実りある集まりが形成されて行ったのである。

そしてこの会は自然発生的に心臓病の臨床医が中心母体となっていたことから、その名を発展的に「日本心臓病学会」とし、臨床教育に力点を置くという精神を尊び、College という名称を選択した。すなわち“The Japanese College of Cardiology (JCC)”の誕生である。この中心的思想は第6回会合のシンポジウム、第13回からの特別講演以来一貫して堅持されており、これも当時の日本における学会としてはユニークなものであった。

この思想は現在ではさらに発展継承され、学会に出席した際、個々の先端的研究発表を待たずとも、学問の包括的進歩を自ら体験する機会が与えられるような構想が出来上がって来ている。すなわち、出席者は自らの狭い業績分野にのみ固執することなく、広く心臓病学全体の体系に触れることが出来るようになってきている。年ごとにメインテーマを決め、それを中心に学会の主軸を形成する試みも歓迎されるべきであろう。

その方針に従って、本学会では国内に先駆けて fireside session (evening session)、(early)morning session、luncheon session、市民公開講座などを開設、恒例化し、教育に力を入れてきた。

この体系はアメリカにおける The American College of Cardiology (ACC) と同根である。つまり、一方では自己主張の討議を主体とし、他方ではより包括的な教育を行う。最近はこの医学会においてもその傾向が見られ始めているが、JCC ではそれが鮮明である。しかしそこにはそれ相応の指導力と牽引力を持つ医師の存在が必要であり、そのことが究極的には FJCC の必要性に繋がって行く。

現在から 20 年ほど前、日本も専門医制度を持とうという機運が生じたが、しかしアメリカなどのそれと違って認定医や専門医は権威に乏しく、かつ学会運営上の利益にそれを利用する機運が生じ、心ある者の蟹轡を買った。日本心臓病学会ではこの点を憂うるとともに、何らかの方法で然るべき指導者（リーダー）の育成を目指すべく検討し、その結果、生まれたのが上述の FJCC 制度である。

その条件（と理由）は下記の 5 項目である。

「条件」

- 1) 学会への関与：当学会の会員であり、その中心的存在でなければならない。
- 2) 評価しうる一定の学問的業績を有しなければならない。
- 3) 知識評価よりも臨床的力量の有無を評価しなくてはならない。そのためには本学会での学術発表の評価、同僚、上司などの責任ある推薦がなければなら

らない。

- 4) ある程度の広い臨床の能力を獲得するには、一定年数の研鑽が必要である。
- 5) 難の無い人間性を持ち、患者の人望があり、近隣の医師との円滑な連携を有することが必要である。

以上を既 FJCC2 名以上の推薦を俟って学会委員会が審査し、全員の一致を持って FJCC に推薦する。推薦反対者があれば、委員会はその委員に対し、理由を問う事が出来る。

「理由」

- 1) 推薦者が学会自体である以上、特別な例を除き、本学会会員以外のものを評価すべきではない。FJCC が全会員の中心的存在でなければならぬことは論を俟たない。
- 2) 学問的業績のない者を指導者とするのは、学問領域では一般的でない。
- 3) 臨床的力量は単なる知識のみでは評価し得ない。それゆえ推薦者は責任を持って被推薦者の臨床家としての力量を評価し、また選考委員も十分事情聴取する義務がある。
- 4) 努力次第にもよるが、臨床経験にはかなりの年限が必要である。
- 5) FJCC は次代の FJCC を推薦するに当たっては、医師としての人間性を評価しなくてはならない。これは直接人間に接触する臨床家として必須な条件である。

FJCC は心臓病学、小児心臓病学、あるいは心血管外科学、各種の臨床検査などの有資格者を排除するものではなく、並列的に存在し、またそれらの専門家を支持する。

ただし専門領域にあっても、常に FJCC として包括的診療を志す医師に限られる。また将来的には、AHA と ACC のように、専任する理事者は原則として本学会のために先進的活動を行う事が期待されるべきであろう。

注：FJCC の証を然るべき箇所に掲示することは個人の自由である。

以上

坂本二哉