



General Thoracic and Cardiovascular Surgeryについて



特定非営利活動法人日本胸部外科学会
副理事長 会誌編集委員会委員長 三好新一郎(獨協医科大学 胸部外科)

日本胸部外科学会のOfficial journalの歴史は、1948年日本胸部外科学会が設立された年に始まります。最初の5年間は、南江堂の発行雑誌“胸部外科”をSemi-official publication(Furuse A, GTCS 2007;55:2-5)としましたが、1953年以降は独自の日本胸部外科学会雑誌を発刊してきました。会員の貴重な業績を世界に発信する目的で1997年黒澤博身編集委員長のご尽力により本会誌は英文誌(The Japanese Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery: JJTCVS)となりました。その後、小林絏一編集委員長、龍野勝彦編集委員長のご努力にもかかわらず、Original Articleの投稿数が減少し1刊あたり1~3編まで落ち込んでしまいました。これは、せっかく英文にしたのだから海外のImpact Factor(IF)を持つ雑誌にまず投稿してみようという著者の心理が働いたものと思われまます。実際、The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, The Annals of Thoracic Surgery, European Journal of Cardio-thoracic Surgeryなど海外の一流雑誌に日本からの論文が多く掲載されています。

2006年11月、龍野先生から私が編集委員長を引き継ぐことになりました。この時、既に出版社が英文誌発行の経験豊富なSpringer Japanに変わっていましたが、会誌の名前もGeneral Thoracic and Cardiovascular Surgery (GTCS)に変更されることが決まっていた。Japaneseを省いて国際性をアピールし、海外からの投稿も期待しようという趣旨でした。また、2007年1月号から使用される新しい表紙のデザインも最終段階に入っていました。私が関与したのは、学会シンボルマークと会誌名に使用されていた色の継承だけでした。この真紅のシンボルカラーは、当時、日比谷公園に数多く咲いていたバラの色で、上品で、力強さを秘めており、落ち着いた雰囲気が公園を訪れる多くの人たちに好まれていたことから、黒澤先生がJJTCVSに採用されたということです。Springer Japanが新しい表紙に使用していた色はバックの肌色を濃くした色で、デザイン的に変更は難しいということでしたが、継承することに意義があると考え、あえて真紅の色を使ってもらうことにしました。

さて、このような状況のなかで松田 暉前理事長の命もあり、私に与えられた最大の使命はなんとしてもIFを取ることだと考えました。IFを取るためには、まず、米国ISI社のデータベース(Web of Science, Current Contents, Science Citation Indexのいずれか)に登録されることが必要ですが、残念ながら未だに登録ができていません。登録の最

も重要な条件は、IFを持っている他誌にGTCS掲載論文が頻りに引用されることです。GTCSの仮IFは、“仮IF=計算年の前2年間にIFを持つ他誌にGTCS掲載論文が引用された回数/同2年間に発行されたGTCS総掲載論文数”で計算されます。この式を用いて計算された本会誌(当時はJJTCVS)の仮IFは2003年0.202, 2004年0.140, 2005年0.161で、139のIFを持つ外科系雑誌の中で135番目でした。仮IFが0.5~1程度になって初めて登録が可能となり、その後2年経過して3年目にIFが計算され公表されます。したがって、今から準備してもGTCSがIFを持てるようになるには少なくとも5~6年はかかることとなります。

IFを取るための準備として現編集委員会は、2007年10月よりOnline submission system “Editorial Manager®”を導入しました。本システム導入後、投稿論文数が約20%増加しています。海外からの投稿もあり、今後さらに増加することが期待されます。また、規定に基づいたSecondary publicationを容認することにしました(実施要項をホームページに掲載中)。さらに、Memorial Review, Current Topics Review, Guest Reviewの欄を設け、Editorial Boardの先生方にテーマと執筆者を推薦して頂き編集委員会から依頼したところ、多くのReview articlesが集まってきました。2008年1月号より掲載させて頂いております。お忙しいなか、ご執筆頂きました先生、また現在ご執筆中の先生に対しまして心より御礼申し上げます。

ここで、1つ問題が生じました。編集委員長の私が呼吸器外科を専門としているため、Review articlesの内容が呼吸器外科に偏ってしまいました。そこで、Section-editor-in-chief制を導入し、編集委員の推薦、Review articlesの企画などSectionにおける編集責任をSection-editor-in-chiefに委譲しました。2008年1月号より構成員名が掲載されています。この結果、呼吸器外科以外のReview articlesも集まってきています。ご期待ください。

さて、最後になりましたが会員の皆様にお願いがあります。GTCSには今後上記のような素晴らしいReview articlesやこれまでも続いていたAnnual Registry Reportなどが掲載されます。GTCSに投稿して頂くことはもちろんですが、海外のIFを持つJournalに投稿される際にはこれらGTCS掲載論文をぜひとも引用して頂きたいと思ひます。GTCSはわれわれのJournalだという認識のもと温かく育てて頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

医療安全調査委員会の創設 - 第三次試案の趣旨 -

厚生労働省診療関連死原因究明検討会委員 モデル事業東京地区総合調整医
高本 眞一(東京大学 心臓外科)



厚生労働省医療関連死調査分析モデル事業の一応の成果をみて、厚生労働省は平成19年4月に「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」を発足させ、筆者も委員の1人として医療者の立場から発言してきた。この検討会も13回開かれ、平成20年4月3日には第三次試案¹を発表した。

この第三次試案の趣旨は医療安全調査委員会を全国各ブロックに作り、診療関連死の警察への報告をしなくてすむように現在の医師法21条を改正して、医療事故例の真相を分析し、再発防止策を提言し、もって医療安全を推進しようとするものである。

この委員会は医療安全のために医療事故の原因究明、再発防止に主眼を置いているもので、個々の事例の責任者を処罰する目的ではない。しかし、医療事故の中には今までもカルテの改竄、防虫剤の点滴への混入など故意あるいは悪質な事例に属するものもあり、医療事故全体に「刑事免責」を要求することには無理があり、国民の納得が得られないであろう。処分も謙抑的であるべきだし、再発防止という観点からは個人に関しては再教育が重視されるべきであるし、施設に関してはシステムエラー防止策の提言と遵守が大切であろう。第三次試案はこの点もわれわれ医療者の要望をかなり受け入れたものと考えられる(図1)。

今まで医療界でも大きな議論となっていた問題は「重大な過失」事例がどのようなものかということである。ここで大切なことは、「重大な過失」を届け出なければならぬということは逆から見ると軽い過失は届け出なくてもよいということである。しかも、その「重大」という判断はわれわれ医療者が主体となって運営するこの医療安全調査委員会です決められるということである。現在の過失致死罪は例え軽い過失であっても死亡という重大な結果をもたらしたなら、罪に問えるものである。システムエラーに対する考慮は刑事処分の中では軽視されてきた。しかし、この度の「重大」という言葉は結果責任を問うの

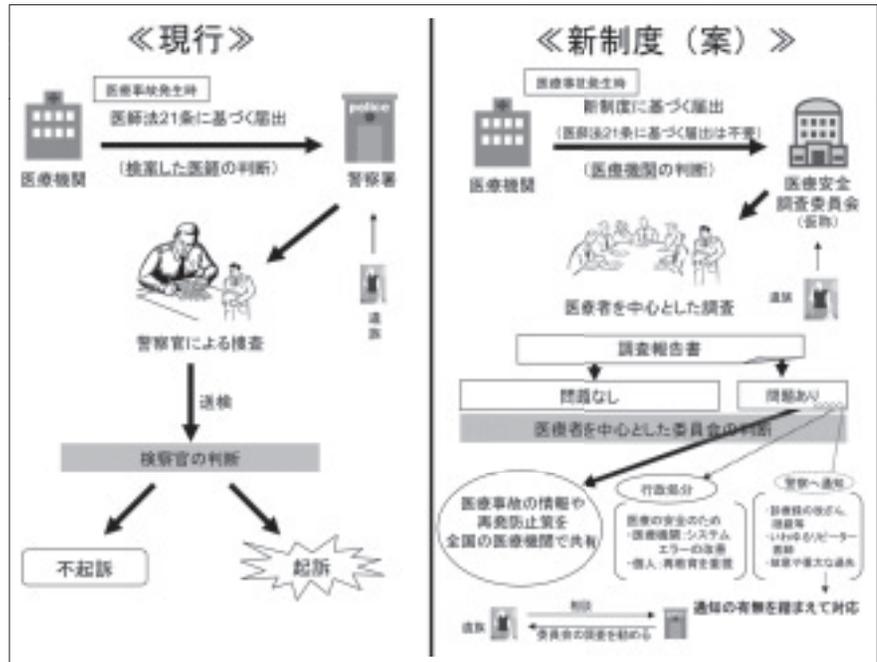


図1. 医療事故報告制度、現行と新制度の比較(文献1より)

ではなく、その経過において医療者として当然知っておかなければならないこと、やらなければならないことを無視し、同僚や説明書の注意も無視して、やってはいけないことを行って患者が死亡したような事例、すなわち標準的な治療から大きく離れたと医療者の誰もが考えるような事例のことをいうものである。一方、治療が概ね教科書どおりに行われたにもかかわらず、わずかの過失(あるいは過失とは取れないものも含む)で患者が亡くなった場合は捜査機関に通知しなくてよいことになる。

医療安全調査委員会の創設で大切なことはこの事業を通じて国民から透明性のある公正な医療への信頼を回復することである。われわれ医療者は積極的にこの事業に参加することを通じて、現在置かれている医師法21条の不合理的な異状死の届出問題に関して法律改正をして、安心して良質な医療ができる体制を作ることである。

文 献

1. 厚生労働省. 医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/kentou/dl/2f.pdf>

胸部外科医処遇改善について



特定非営利活動法人日本胸部外科学会

監事(元・日本胸部外科学会処遇改善委員会委員長) 許 俊鋭(東京大学 心臓外科)

日本胸部外科学会は、平成14年～平成16年の3年間にわたり、「胸部外科医の処遇」に関するアンケート調査を行いました。この調査を実施した背景には、① 関西医科大学耳鼻咽喉科研修医の急死を「長時間労働による過労死」と認定し、「研修医の労働環境に対して安全配慮義務を怠った」として大阪地裁が大学病院に1億3,500万円の賠償を命じたことから、胸部外科医の労働環境はもっと過酷なのではないかという素朴な疑問が生まれたこと、また、② 大学病院を始め多くの胸部外科教室の若手医局員の入局が減少していることなどがありました。

平成14年度日本胸部外科学会安井久喬会長の発案により総合将来計画委員会で「胸部外科医処遇改善のための施策ワーキンググループ」が設けられ、胸部外科医の処遇に関して実態調査を行うことになったのです。この日本胸部外科学会の取り組みは、その後の日本外科学会を始め多くの医学会が医師の労働環境や処遇調査に取り組む魁となった貴重な取り組みだったと考えています。

1. 胸部外科医の労働状態は過酷か？

医師は聖職として「自らの生活を顧みず患者さんの診療にすべてをささげるべき」であるとした社会通念から、医師の労働時間・労働環境の適正化についてはほとんど無視されてきたと言っても過言ではありません。特に胸部外科における若手研修医にこの傾向は顕著であります。私たち胸部外科医にとって、「通常過労死として労災認定されている1カ月の法定労働時間160時間を80～100時間以上超過して勤務すること」は日常的現象であり、特別異常な状況という実感はありません。しかし、1998年8月に発生した「関西医科大学の研修医の過労死」判決に見られるごとく、一般社会においては「この研修医の死亡前1カ月間の114時間の超過勤務は極めて異常な労働条件」との司法判断が常識なのです。それまで総務省が行う一般企業の労働力調査や、厚生労働省や日本看護協会が実施してきた看護師の労働環境調査は多数報告されてきましたが、本邦での「医師特に勤務医の労働環境の大規模調査」は皆無でありました。平成14年に始まった日本胸部外科学会の調査の大きな目的は、胸部外科医のおかれている労働環境を総括的に評価するために生活実態・労働実態・教育環境などを把握することであり、更に労働実態から

みた処遇の妥当性を包括的に検討することでした。そうしたデータをもとに若手医師にとって魅力的な胸部外科医とは何かを労働環境、労働条件、収入、生活状態、学習・研究環境、社会環境、将来展望などを含めて展望し、日本胸部外科学会として国際競争力を持って患者さんの診療に活躍する21世紀の胸部外科医の育成を目指すことでした。調査項目は64項目にわたり、① 病院勤務状況、② 労働条件、③ 所属施設の労働環境、④ 生活状態、⑤ 経済状態(収入)、⑥ 学習・研究への意欲、⑦ 将来展望、⑧ 胸部外科医を取り巻く社会問題などの8項目を重点的に調査しました。毎年夏に実施される日本胸部外科学会学術調査実施1,070施設に「胸部外科医の処遇に関する実態調査アンケート」を送付し、2,293名から回答が寄せられ、4,000件以上の「生の声」が寄せられました。調査結果で特に問題となった事は、胸部外科医の「当直明け勤務実態」の過酷さでした。卒後6年未満の若手胸部外科医の55%は週2回以上の当直をこなし、60%は毎日の睡眠時間は4時間未満と答え、85%は常に寝不足状態にあると回答しました。若手胸部外科医の80%は週60時間以上の就労時間(1カ月の超過勤務は80時間以上)であり、半数の医師は週末休暇も月1日以下であると回答しました。更に当直明け勤務については95%以上の病院で全く顧慮されていないという過酷な現状も明らかになりました。私は、自分自身の教室運営からみても、この結果は日本の多くの胸部外科施設の実態を反映しているものと考えています。若手外科医の研修のためには、緊急患者や重症患者の診療にある程度の時間外勤務はやむを得ませんが、基本的には医療安全ならびに勤労者の健康維持の立場から法定労働時間(週40時間)を著しく逸脱すべきではないのは当然のことです。また、長時間労働による疲労が医療ミスにつながることも大きな問題となっています。胸部外科における医療安全の確立のためにも、胸部外科医の労働環境の改善は急務と考えられます。上記調査結果を得て日本胸部外科学会は、平成18年1月に「若手胸部外科医の処遇改善」に関するアピールを行いました。① 連続勤務時間は24時間以内、当直明けは休業または半日勤務とするなどの労働環境の改善、② 過酷な労働実態の背景にある周術期管理医師や関連メディカルの不足への対

応、の2項目を各胸部外科施設長に強く要請するアピールを行ったのです。

2. 胸部外科医の処遇と専門医制度

若手胸部外科医の処遇について労働環境の改善と並行して、学会が取り組むべき最大課題は卒後教育と専門医制度であります。平成16年の東京医科大学問題により「心臓血管外科専門医制度」は大きく批判され、心臓血管外科専門医認定機構は専門医制度開始後わずか2年で認定条件・更新条件の改定を余儀なくされました。学会の調査では心臓血管外科専門医の必要数は1,000名程度と試算されますが、既に2008年2月現在2,001名の専門医が登録されています。心臓血管外科専門医が多過ぎる、あるいは個々の専門医が実施する手術数が少な過ぎるという批判から、専門医取得ならびに更新に必要な手術経験数を増加させる方向で認定条件・更新条件の改定が行われました。専門医取得に必要な手術経験数は20例から50例になり、若手胸部外科医の専門医取得がより困難になりました。また、今回の改訂で「5年間に術者または指導者(指導的助手)として100例以上の手術経験を有すること」という専門医更新条件が設けられたことにより、平成21年度から始まる第一回目の更新では心臓血管外科専門医の25%が専門医資格を更新できない可能性が指摘されています。他学会の専門医資格は年次学術集会や教育セミナーなどの出席により更新資格が比較的容易に獲得できるのに比し、手術条件が満たせないと心臓血管外科医は専門医資格を更新できません。のみならず、心臓血管外科専門医資格を喪失することにより併せ持っていた循環器専門医の資格すら喪失する可能性も指摘されています。こうした専門医資格の取得・維持の困難性が、更に大きな胸部外科志望者減少の要因となっているのではないかと危惧されます。

3. 「胸部外科医の処遇改善」の検証と今後の展望

平成19年度、日本胸部外科学会は「胸部外科医の処遇改善状況」を検証するために、「胸部外科医の処遇」に関する

再調査を行いました。この6年間に、胸部外科医を取り巻く社会環境は大きく変化し、特に医療安全に関する多くの問題が噴出するとともに、初期研修制度の導入による若手研修医不足が地方を中心に顕著となりました。胸部外科のみならず多くの外科領域、産婦人科、小児科などのリスクの高い専攻領域を志望する若手医師が激減していることが日々報道されており、リスクの高い専門領域の医療崩壊が現実のものとなっています。

平成19年度のアンケート調査に対して、1,511名の胸部外科学会員と261施設の胸部外科施設長より回答が寄せられました。「平成18年1月に出された学会の“若手胸部外科医の処遇改善に対するアピール”以後、労働基準法遵守に関する姿勢の変化など施設内の労働環境に改善がみられましたか?」という質問に対して、82%の会員および74%の施設長は全く労働環境の改善はみられていないと回答しました。若手胸部外科医が減少していくなかで、胸部外科手術症例は高齢化・重症化の一途をたどっており、平成14年の調査よりも当直回数はむしろ増加している印象も見受けられます。しかも医療安全に関わる事務仕事量もますます増加しつつある現況では、PA(physician assistant)制度などの導入による「医療の分業化」や若手外国人医師の導入などの抜本的な手を打たない限り、日本の「若手胸部外科医の労働環境の改善」を期待すること自体に無理があるのかもしれない。

しかしながら、平成14年度に始まった安井久喬会長の発案による日本胸部外科学会の「胸部外科医の処遇改善」活動は代々の理事会に引き継がれ、現在では多くの医学会が真剣にこの問題に取り組むようになりました。私は、患者さんと胸部外科医を守るために、胸部外科の医療崩壊を阻止するために、日本胸部外科学会は断固たる決意で継続的に「胸部外科医の処遇改善」に取り組んでいく必要があると思います。この難しい時期に日本胸部外科学会の舵取りをされる田林理事長をはじめとする理事の先生方の手腕に期待したいと思います。

呼吸器外科医の専門医養成の制度と指導法



特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会 副会長
特定非営利活動法人日本胸部外科学会 理事
安元 公正 (産業医科大学 第二外科)

1986年以來の学会認定医制協議会、日本医師会、日本医学会によるいわゆる三者懇談会の協議を経て、医師の専門医制度は外科、内科等の基本領域とsubspeciality領域に分類され第三者認定で運営することが決定され、呼吸器外科専門医、心臓血管外科専門医は共に外科専門医を一階とするsubspeciality部門に分類された。これを受けて2001年に、呼吸器外科専門医制度を運営する組織として第三者機関「呼吸器外科専門医認定機構」が設立されて新しい専門医制度の構築に向けて活動が開始された。その矢先の2002年になって、突然厚生労働大臣告示によって広告のできる専門医制度の外形基準が示され専門医制度は法人格を取得した学会に委ねられることになった。呼吸器外科専門医制度については先の機構を解散し、日本呼吸器外科学会と日本胸部外科学会からなる呼吸器外科専門医合同委員会を構築・運営することとし、両学会はそれぞれ特定非営利活動法人の資格を取得した。1989年に開始された日本呼吸器外科学会専門医制度は、この時点で465名を認定していたが、日本呼吸器外科学会指導医制度と改称し、日本胸部外科学会指導医とともに新しい呼吸器外科専門医の養成にあたることになった。新専門医制度は2004年に運用・認定業務が開始されたが、この間の混乱は記憶に新しい。制度そのものは従来の日本呼吸器外科学会専門医制度に比べると極めて低いレベルに抑えられ、たとえば最低18例の術者と20例の助手経験で専門医になれるというもので、専門医の人数はあっという間に1,318名認定されている。これらのことから、運用開始早々から、制度の改訂の必要性が認識されて、2009年の第一回専門医更新時期に合わせて改訂する方向で、改訂案が合同委員会でとりまとめられ、両学会の理事会、評議員会で承認されて本年秋に行われる新規申請者・更新申請者から適用されることになっている。改訂された制度・施行細則の詳細については合同委員会ホームページを是非ご覧いただきたい。改訂の要点は(1)修練期間中の手術経験必要数の増加と質の確保、(2)研修実績の必須化(胸腔鏡手術セミナーを含むセミナー、医療安全講習会参加)、

(3)更新条件の強化：基礎条件と単位条件それぞれを定める、(4)教育施設(基幹施設と関連施設)に対して、①カリキュラムの設定と内容の審査、②年間手術実績報告の義務化、③修練責任者の資格(日本呼吸器外科学会指導医、日本胸部外科学会指導医、更新歴のある呼吸器外科専門医で日本呼吸器外科学会評議員資格取得者)などである。

これまでは呼吸器外科専門医制度のあるべき姿を検討し具体化することが優先されてきたが、これからは運用面での教育制度についてきめの細かい指導法・評価法を確立していかなければならないと考えている。この点に関しては、呼吸器外科学会総合教育委員会の中に教育制度委員会を設けて呼吸器外科専門医修練カリキュラムの一般目標および、到達目標1として呼吸器外科専門医として適切な臨床判断能力と問題解決能力の習得、到達目標2として求められる呼吸器外科手術を適切に実施できる能力の習得、到達目標3として医の倫理、医療安全に基づいた適切な態度と習慣の獲得、到達目標4としてEBMに基づく生涯学習の方略を習得することを各修練施設に提示し(日本専門医認定機構専門医概報2007参照)、これに基づく具体的な修練カリキュラムの制定と実行を求め、実地検証していくことが決定されている。この他、既に日本呼吸器外科学会では医療安全講習会を2006年より学術総会時に開催しており、手術教育部会では胸腔鏡手術セミナーを学会本部、その他全国七地区に教育組織を構築して開催し会員の教育にあたっている。セミナーを担う教官の資格についての議論、地区間の教育内容、難易度の均てん化、および開胸手術やその他の技術の講習を含めるかの検討などがこれからの課題であるが、内視鏡手術をきっかけにして外科手技の習得の機会を学会も関与して構築しようという前向きの試みである。また、呼吸器外科医の心臓血管外科に関する修練の機会の構築も心臓血管外科専門医認定機構の協力でもまもなく実現可能な状況になってきており、専門分野が違って同じ基盤をもつ組織間の協調が今後とも専門医教育には重要である。

東へ西へ

- これから心臓血管外科をめざす人へのメッセージ -

特定非営利活動法人日本胸部外科学会
高梨秀一郎(榊原記念病院 心臓血管外科)



先日私は自分のパートナーたる当院循環器内科桃原医師と日本からうんと西にあるイタリアのミラノに行ってきました。見学したSan Raffaele病院は心臓外科では弁形成術で世界的に有名なProf. Alfieriや循環器内科ではPCIの大スターであるProf. Colomboを擁する大病院です。その広大な敷地には一般の病棟や研究施設以外にも患者家族や見学者用のホテルなども整っており、おまけに建物の下には地下鉄駅も併設されていることには驚きました。しかし最も感動したのは滞在中、われわれの面倒をみてくれた心臓外科Dr. Maisanoの案内ぶりでした。こんなことまで、というような建物の由来やシンボル像の詳細を観光ガイドさながらに解説してくれるのです。彼らは病院、自分の職場のことをよく知っているし、おそらく誇りに思っているのでしょう。それは長い間に私たちには欠けてしまった国に対する誇りや畏怖にもつながることのようにも思いました。外科手術とは患者にとっては病気という問題にひとつの解決を与えてくれるものですが、外科医である自分たちにとってはひとつひとつが大切な作品です。この大事な作品をつくらせてくれる場が働いている病院であり、病院がある土地、国です。その病院、土地、国に誇りを持つことは良い手術をするために、良い作品をつくるために大事なことなのだと思えて感じさせてくれました。

さて東に戻って、ここは東京、時代は4半世紀前のことです。私が心臓外科医を目指したのは、ある人の一言がきっかけでした。その方も今では開業されて、手術が必要な患者さんがあれば私のところへご紹介くださいます。その当時、学生であった私が見学に行った某大学心臓外科医局長であったその方が“心臓外科は金なし、暇なし、地位なし”のないないづくしだ、心臓外科医になってもいいことなど何もない、というような趣旨のことをおっしゃいました。いまでいうところの3Kとか5Kとかでしょうか。反骨精神だけで生きていたような私はそのとき、この人はきっとなにか隠しているな、きっと良いことが沢山待っているに違いないなと思って心臓外科医を目指すことを決心しました。しかし私が間違っていて、その方が正しいことをおっしゃっていたのだと気づくのにそう時間はかかりませんでした。

不幸にもというか幸いにしてというか、私の母校愛媛大学には心臓外科はあるにはあったのですが、手術症例数は少なく週に1~2例で(もちろん今ではそんなことはないのですが)しかも小児の開心術が中心でした。私のやりたかった成人心臓手術をするためには母校を離れるしかなかったのです。そして当時親しくしていただいていた泌尿器科の竹内教授の紹介で、それまで大学の名前さえもよく知らなかった兵庫医科大学胸部外科学講座に入局したのです。これが私の心臓外科医としての第一歩で

した。そこから症例数が多く、私のmentor(後述)である清水先生が部長を務める関西労災病院へ出向いたしました。これが私の最初の異動でした。このときから私は異動に際しての基本的なポリシーとして、より多くの症例が経験できることを唯一の条件としてきました。これは今も変わっていません。それから二年間を関西で過ごし、関東へ、そして関西へ、関西から関東へとまさに“東へ西へ”と、いつの間にか医局とは全く関係のない異動を繰り返して現在に至ったというわけです。

最近よく講演などで“一流の心臓外科医になるには”といったテーマが取り上げられることがあります。最低必要なのは知識、技術、判断などです。そのためにはよく勉強をすることはもちろんですが、良いmentorを持つことが大切です。このmentorとは日本語で師匠とか先生とか訳されますが若干ニュアンスが違うように思います。自分が困ったとき、迷ったときにああ、あの先生ならどうするかな、と浮かんでくるような人の存在こそが大切なのです。二番目は一流の循環器内科医と付き合うことです。心臓外科医にとって実はこれが最も大事なこともかもしれません。いうまでもなく循環器内科医は今の私にとっての桃原医師がそうであるように、われわれの大事なパートナーです。心臓外科医は循環器内科医なしに治療ができないし、また逆に循環器内科医にとっても腕の良い外科医はいつも手元においておきたい良く書ける万年筆のようなものでしょう。循環器内科医は術前の診断をつけてくれるし術後も面倒をみてくれる。自分のことを認め、評価してくれる循環器内科医はわれわれ外科医に直接患者を紹介してくれるだけでなく、循環器領域の内科外科を横断した最新の情報を提供してくれます。これは外科医である以前に循環器医でもあるわれわれにとって大変意味のあることなのです。カテーテル治療やロボット治療がどんどん進んでくる昨今、これからの循環器診療には内科、外科の枠を超えた新しい手法が求められるのです。また評価してくれる循環器内科医は一流である必要があります。なぜなら、外科医を評価した循環器内科医が一流であれば、その循環器内科医を支持する他の施設の内科医からも評価されることになるからです。そしてそれが常にその領域をリードしていくことにつながるのです。そして最後は心臓外科医としてのモチベーションをいかに維持するか、ということです。長く心臓外科医をやっていると、今までにたくさんドロップアウトへの甘い誘いがあったことが思い出されます。続けることがモチベーションの維持につながったのか、結果、続いたのかは定かではありません。ひとついえることはあまり上手に立ち回ろうとせず、むしろ不器用なくらいに他から取り残されてしまうことが心臓外科生き残りゲームには大事だと、今更ながらに思います。

阿久津哲造先生と人工心臓

日本胸部外科学会名誉会員 阿久津哲造先生のご逝去を悼む



阿久津先生は名古屋大学で人工心肺装置の開発研究に従事されておられましたが、1957年オハイオ州にあるクリーブランドクリニックに留学され、Kolff博士と共に世界で初めて人工心臓の開発研究を開始されました。

1964年にニューヨーク州立大学医学部外科助教授兼マイモニダスメディカルセンター実験外科ディレクターに転出され、シリーズ型補助人工心臓の開発研究に従事されました。1966年に臓器移植のパイオニアである故Hardy教授の招きで、ミシシッピ州立大学医学部外科人工臓器研究室に准教授(後に正教授)として着任され、全置換型および補助型人工心臓の開発に着手されました。

研究室の特徴は、人工心臓(血液ポンプ)そのもの、それを動かす制御駆動装置のすべてを研究室内で製作しておられることでした。先生は全置換型人工心臓の動物実験で当時の世界最長生存記録を出され、故高木啓之助教授と共に私たちフェローの指導のみならず、世界から訪れる研究者の相談にのっておられました。当時米国のみならず、世界における人工心臓研究のメッカになっており、阿久津先生は人工心臓の父と呼ばれていました。当時外科には東大分院外科ご出身の心臓を主とする臓器移植の第一人者であられる近藤芳夫先生、東京医科歯科大ご出身の心臓外科臨床の第一人者であられる鈴木章夫先生がおられ、皆でテニス、魚釣りや碁などを楽しみました。

1974年に先生はヒューストンにあるテキサス・ハートイン

スティテュートにCooley教授の招きで移られました。1978年に故曲直部壽夫先生の命で、私は阿久津先生を国立循環器病センター研究所にお迎えするために、研究室を訪問いたしました。この時に臨床用に設計されておられた全人工心臓は、先生が米国を去られる直前の1981年7月に臨床応用され、無事心臓移植にブリッジされました。それを見届けられ、米国での研究生活に別れを告げられ、翌8月に国立循環器病センター研究所人工臓器部長に着任されました。1987年には第25回日本人工臓器学会大会の大会長を務められました。着任されてからは一貫して日本人用の全人工心臓の開発に取りかかられると共に、私が以前から取り組んでいた補助人工心臓(国産型東洋紡績製)の開発に助言を下さいました。1989年3月に退官されました。退官後、一時金沢医科大学総合医学研究所臓器置換部門教授を務められましたが、同年にテルモ株式会社の故戸澤社長に請われて同社の人工心臓開発の最高責任者兼副社長に就任され、1994年に元京都大学工学部赤松映明教授とNTT株式会社が共同で考案した磁気浮上型遠心ポンプの技術を導入され、DuraHeart®と名付けて商品化され、臨床応用への道を拓かれました。

阿久津先生の魅力は人を惹き付ける人徳と常に開発研究の第一線に立ち、厳しいが温厚な指導力によるところであると思います。先生は人工心臓の開発と心臓移植の実用化に日本のみならず世界の牽引車の役割を演じられました。

心から尊敬いたしております先生は、2007年8月心筋梗塞に伴う心不全でお亡くなりになりました。遠くから、われわれ研究者や日本および世界の人工心臓の発展を温かく見守っていて下さると思います。ご冥福をお祈りいたします。

ニプロ株式会社人工臓器開発センター・センター長
国立循環器病センター研究所・名誉所員
高野 久輝

第38回日本心臓血管外科学会学術総会報告

会長 青柳 成明(久留米大学 外科学講座)

第38回日本心臓血管外科学会学術総会を平成20年2月20日から3日間の日程で福岡市の福岡国際会議場と隣接する福岡サンパレスで開催させて頂きました。会期中は好天に恵まれ、中国や台湾、韓国などアジア諸国をはじめ日本各地からおよそ2,000名の参加者を迎えて、567題の演題の発表に多くの議論が交わされました。

心臓血管外科の分野では、この10年程の間に大動脈瘤に対するステント治療をはじめとして種々の新しい手術法や治療法が開発されてきました。これらの治療法の中期的ないし遠隔期の成績も明らかになっておりますので、これまで蓄積されたエビデンスを基に新たな方向性を皆で議論したいと考え、今回の学術総会は「エビデンスから新たなチャレンジ」をメインテーマと致しました。

このような点から6つのシンポジウム、あるいは最近注目されているテーマを取りあげた17の会長要望演題を

組みましたが、白熱した討論を通じて今後の進むべき道筋が明らかになったと考えております。また、比較的多く行われていながら難易度の高い手術につきまして、手術成功のポイントを4人の本邦第一人者の先生にビデオで提示、解説して頂きましたが、若い術者、あるいはこれから術者になろうとしている外科医には大変勉強になったものと思います。なお、特別企画として「心臓血管外科施設の集約化に向けて」を取りあげました。施設集約化は、これからの不可避の問題で、それぞれの立場から色々な意見が述べられ大変活発な討論が行われました。施設集約化の具体化における問題点が明らかになったものと考えております。

最後に、演題のご応募や学術総会にご参加、ご協力頂きました多くの会員の皆様に心より感謝申し上げます。



第25回日本呼吸器外科学会総会について

会長 蘇原 泰則(自治医科大学 外科学講座呼吸器外科部門)



平成20年5月29日から30日にかけて、第25回日本呼吸器外科学会総会を宇都宮市で開催させていただくことになりました。

日本呼吸器外科学会の主たる目的は呼吸器外科に関する学術の発展と普及にあります。これを全うするためには会員が安心して医療を行える環境を整備しなければなりません。第25回日本呼吸器外科学会はこれらの諸問題に真っ向から取り組むことを目的として、総合医療安全管理委員会、総合診療対策委員会、総合教育委員会を立ち上げました。本総会ではこれらの委員会活動の成果をもとに、4つの特別企画(①呼吸器外科の研究はどうあるべきか、②呼吸器外科診療体制の整備について、③呼吸器外科における医療安全を考える、④優れた呼吸器外科医の育成を目指して)を設定しました。

特別講演では、高久史磨・日本医学会会長および堀原一・筑波大学名誉教授に日本の医療や医学教育の問題点に関するお話をお願いしました。招請講演では、EA Rendina・EACTS会長に「呼吸器外科に関するヨーロッパの医療状況

について」、また作家の立松和平氏に「医師と患者との心のふれあい」についてのお話をお願いしました。シンポジウム、要望ビデオ、一般ビデオ、口演、示説等への応募は900題を超えました。これは本学会に寄せる会員の皆様の情熱の表れと嬉しく思っております。

総会翌日には「あなたがガンといわれたら」というタイトルの市民公開講座を開講いたします。ジャーナリストの鳥越俊太郎氏をはじめとして、がん診療を体験された方々に体験に基づいたがん診療のあり方についてのご講演や討論をいただくことになっております。

第25回日本呼吸器外科学会総会は現在の社会の変化を敏感に受け止め、会員の皆様が安心して納得のいく医療が行えるような具体的な行動を提案したいと考え、「変化と行動」というメインテーマを掲げました。本総会が会員の皆様にとって、実り多いものになることを期待しております。

第62回日本食道学会学術集会について

会長 田久保海誉 (東京都老人総合研究所 老年病のゲノム解析研究チーム)



日本胸部外科学会のNEWSLETTERを通じて、日本胸部外科学会の会員の皆様に第62回日本食道学会学術集会についてお知らせします。学術集会は2008年6月21日(土)、22日(日)に都市センターホテルで開催されます。日本食道学会では今年から認定医制度が開始されます。本学術集会では教育セミナーが行われます。また、約500演題が発表される予定です。日本食道学会の前身であります日本食道疾患研究会は、1965年に第1回目の研究会が開かれています。長い歴史を有する本研究会・学会の存在により、食道の悪性疾患患者にとって、世界的にみて日本は最も進んだ医療を受けることができる国であると日本食道学会の会員は自負しています。今回の学術集会は、専門領域を超えて、食道疾患に関して世界レベルで

何でも知っている医師になれる“知識偏重”の学術集会にしたいと考えています。具体的には、英語セッションを2010年開催の国際食道疾患会議世界大会(会長 鹿兒島大学 愛甲 孝教授)と共同して開催します。このセッションでは、食道に関する外科学、内視鏡学、病理学分野の最新の知識を得ることができます。シンポジウムでは食道癌に対するNeoadjuvant therapyを取り上げました。また、食道原発悪性黒色腫、小細胞癌などの超難治癌、再生医療、日本ではまれな好酸球性食道炎、食道癌の内視鏡治療について、さらに知識を深めたいと思います。

ぜひとも日本胸部外科学会の会員の皆様にもご参加頂きたくお願い申し上げます。

編集後記

今回のNo. 3 はほぼ前回と同じスタイルでの記事の掲載となりました。広報委員会としては、これからはもう少し親しみのある内容、形態にしたいと考えております。医局の机の上にあって、昼休みにでも手が出るようなNEWSLETTERを目指します。また、研修中の若い先生方に胸部外科の魅力を伝えられるように努力したいと存じます。つきましては胸部外科を目指しておられる若い先生のインタビューなども企画しています。我がこそと思われる先生は自薦他薦どちらでも結構ですので、日本胸部外科学会事務局にご一報下さい。

(広報委員会 委員長 大杉 治司)

**General Thoracic and Cardiovascular Surgery
Volume 56 Number 5 付録
NEWSLETTER No. 3**

2008年5月10日発行

特定非営利活動法人日本胸部外科学会

〒112-0004 東京都文京区後楽 2-3-27 テラル後楽ビル 1階

TEL 03-3812-4253 FAX 03-3816-4560

URL <http://www.jpats.org/> E-mail jats-adm@umin.ac.jp