

日本胸部外科学会指定施設協議会
発足20周年記念誌

2006年3月



ご挨拶

会 長 龍 野 勝 彦

この度、日本胸部外科学会指定施設協議会20周年誌が発刊されることになりました。昨年の5月、心臓病センター榊原病院、畑 隆登先生が主催された第18回研究会の幹事会で、この5年間の本会を取り巻く状況の変化を是非、記録に残してほしいという意見が出されました。前会長の庄村東洋先生によって2000年7月、15周年記念誌が発刊されたばかりですが、20周年と区切りもよいことから、記念誌を発行させていただくことにしました。

今回のテーマは、第18回研究会の講演会の題、「胸部外科医の将来を考える」を拝借して、「胸部外科医の将来」といたしました。ご執筆いただいた先生方には、お忙しい中ご協力を賜り、心から感謝申し上げます。

本協議会も17年の苦闘の末、土屋了介、八木原俊克、そして私の3人が胸部外科学会の理事になりました。常に大学病院の後塵を拝していた指定施設協議会でしたが、今やその代表が大学病院の人たちと一緒に、学会の改革を推し進める立場になったわけです。われわれ3人の原動力は、申し上げるまでもなく、本協議会で積み上げられてきたさまざまな議論にあるわけで、改めて先輩各位のこれまでのご努力に感謝する次第です。

しかしながら今日、日本胸部外科学会が置かれた状況は大変厳しく、問題が山積しています。専門医制度についてはもちろんこと、リスクマネジメントや学術集会のあり方、心臓、肺、食道の総合学会としての運営、それに減少する学会会員数や学会誌への投稿数など、大学、非大学にとらわれず、すべての胸部外科関連の病院が協力しなければ解決できないことばかりです。これらの問題解決のためには、学会員の過半数を占める市中病院の医師たちが、今まさに率先して知恵を絞るときであろうと考えます。

この記念誌が指定施設協議会会員の皆様にとりまして、本会のこの5年間の変貌をお知らせするだけでなく、胸部外科医と胸部外科学会の将来をお考えいただく際の一助になれば幸いに存じます。

2006年3月

目 次

ご挨拶

会長 龍野 勝彦

寄稿文

指定施設協議会20周年にあたって	日本胸部外科学会第59回会長	高本 眞一	…… 1
指定施設協議会、この5年間	千葉県循環器病センター	龍野 勝彦	…… 3
胸部外科医の将来	神戸リハビリテーション病院	庄村 東洋	…… 6
卒後臨床研修制度と胸部外科の将来	神戸赤十字病院院長	小川 恭一	…… 8
わが国の心臓血管外科医の将来に関して	済生会宇都宮病院心臓血管外科顧問	木曾 一誠	… 10
胸部外科の将来—専門医制度への理解—	静岡市立病院病院長兼ハートセンター所長	島本 光臣	… 12
胸部外科の将来—経済的側面から—	九州厚生年金病院心臓血管外科	瀬瀬 顯	… 14
将来を見越した呼吸器外科医の研修	新潟県立がんセンター新潟病院呼吸器外科	小池 輝明	… 15
胸部外科の将来について思うこと	手稲溪仁会クリニック院長	酒井 圭輔	… 17
出向き手術が自由にできるように!!	山口県立総合医療センター院長	江里 健輔	… 19
胸部外科医の将来	飯塚病院院長	田中 二郎	… 21
胸部外科の将来	日新製鋼呉製鉄所診療所	井原 勝彦	… 23
胸部外科の将来	兵庫県立姫路循環器病センター院長	志田 力	… 25
胸部外科の将来 外科医の雑談	宝塚市立病院病院事業管理者(兼病院長)	小坂井嘉夫	… 27
胸部外科の将来 第18回日本胸部外科学会指定施設協議会を主催して	心臓病センター榊原病院心臓血管外科	畑 隆登	… 28
心臓血管研究所スーパーバイザー	財団法人心臓血管研究所	須磨 久善	… 30
胸部外科の将来について思うこと	財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院	菊池 利夫	… 31

資料

1. 2002年理事選挙立候補表明文	…… 34
2. 理事当選の祝いのはがき・手紙	…… 35
3. 指定施設協議会年譜(2000年から2005年)	…… 36
4. 指定施設協議会学術集会・施設めぐりの記録	…… 38
5. 幹事名簿	…… 39
6. 日本胸部外科学会指定施設協議会会則	…… 43

編集後記



指定施設協議会20周年にあたって

日本胸部外科学会第59回会長 高 本 眞 一

日本胸部外科学会指定施設協議会20周年おめでとうございます。発足直後は一般病院の代表を日本胸部外科学会理事会に送り込むという運動であったかと思いますが、現在は胸部外科学会にとって指定施設協議会は大学でない市中第一線病院としてなくてはならない重要なメンバーであります。現在の理事会では龍野勝彦先生、土屋了介先生が専門医制度や卒後教育のことで活躍されています。かつて10年ぐらい前までは大学だけが胸部外科医療を担っているという意識があったと思いますが、卒後教育制度、専門医制度も大学だけではなしに、市中一般病院の協力がなければ運用が難しくなっています。

昔は大学の教職に就くには大学に卒業後ずっといて、教授職に就くまで例え無給であっても医局生活が続けるのがまともなコースでしたが、近年胸部外科学が普及し、一般病院でも高度な治療を行えるようになってくるとともに、大学の教職に一般病院の部長、医長などが就く時代になってきました。私も東京大学を卒業後、途中で埼玉医科大学にいたことはありましたが、ほとんどを大学外で過ごしました。その中で教育され、また自分自身でも頑張ったつもりでいます。そのようなときにこの指定施設協議会に参加させていただき、ともに悩みを語り合い、元気付けられ、楽しく過ごすことができました。毎年の施設めぐりは他の施設の立派なことを知り、勉強にもなりましたが、何よりも仲間ができたことがすばらしくよかったと思います。

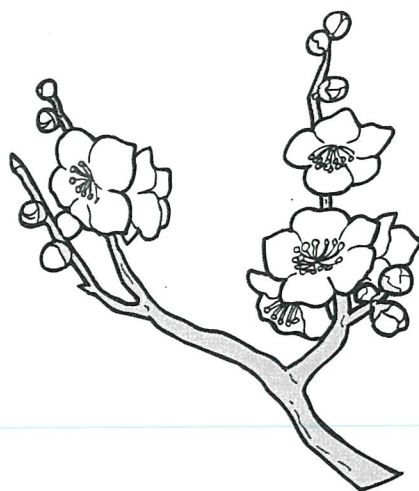
当時1980～90年代、胸部外科学会理事会に市中一般病院の意見を反映してもらうために、理事を施設協議会から出そうとして何度も悔しい思いをしていました。これだけ日本全国に一般病院があるのになぜ票が集まらないのかと皆で頭をひねったことがありました。しかし、その内1997年に私も東京大学に移ることになり、1999年に胸部外科学会の理事となりました。指定施設協議会の代表が胸部外科学会の理事になるべきと考えていましたので、少しそのためにお手伝いをさせていただきました。龍野勝彦先生、土屋了介先生が次々と理事になられ、期待通りの働きをしてくださいました。やはり、医療はある一部の者だけが動かすのではなく、皆が力を合わせて初めてまともな形になることを知らされました。

第1回の日本胸部外科学会は昭和23年11月3日に東京大学内科講堂にて参加者250名、大槻菊雄会長（東京大学大槻外科教授）のもとで開かれました。その時の大槻会長は「学会はややもすればお祭り騒ぎか、泥試合になり易いものであるが、わが国の胸部外科学会は明朗で真摯な学会となるべきである。・・・只単に精通没頭しても自己の殻内に閉じこもって他を顧みないような行き方は決してその目的にそう所以ではない。この要求に応ずるものは、学会と雑誌である。」と高い志を述べています。われわれ日本胸部外科学会もさまざまな困難に打ちあたっていますが、これに対して大槻会長が述べたごとく、自己の殻内に閉じこもらないで、皆と協力し、切磋琢磨し、さらに高い目標に向かって歩むべきではないでしょうか。

現在日本胸部外科学会は政府のますますの低医療費政策の方向性の中で、患者のためのよりよい医療を目指して卒後教育、専門医制度、医療報酬の問題などさまざまな問題に取り組んでいます。わが

国の医療を支えるパラメディカル的大幅な拡充、専門医への報酬、施設のセンター化など、よりよい医療を国民に提供できる体制をわれわれの側が提案しなければならなくなってきたと思います。日本胸部外科学会がこれらの使命を果たすためにも心臓外科も、呼吸器外科も、食道外科もともに歩む。大学も市中病院もともに手を取り歩む。この20年間指定施設協議会が歩んだこの道を参考にしながら、今後とも日本胸部外科学会は高い志を持ち続けて頑張らなければならないと思います。

日本の医療を真に患者のためになるように動かすために、皆で力を合わせて頑張りましょう。指定施設協議会の皆様の努力が大きく実るため、一緒に頑張りたいと思います。





指定施設協議会、この5年間

千葉県循環器病センター 龍野勝彦

1. 理事に初当選

平成12年(2000年)6月、庄村東洋先生から施設協議会の会長を引き継いだ私の最初の仕事は、協議会の役員と事務局を決めることでした。まず副会長の一人には、前から決めていた静岡市立静岡病院の島本光臣先生になっていただきました。庄村会長以前は、副会長がどちらも心臓血管外科の分野の人たちでした。そこで本会をより強力にするため、もう一人の副会長には国立がんセンター中央病院呼吸器外科の土屋了介先生になっていただくことにしました。監事には済生会宇都宮病院の木曾一誠先生と広島県立呉病院の井原勝彦先生にご就任いただきました。

私のいる千葉県循環器病センターは、市原市鶴舞の山の中にあること、県立病院のため事務局としては実働員の確保が難しいなど難点がありました。そこで榊原記念病院の菊池利夫先生にお願いして事務局を引き受けていただきました。榊原記念病院の母体である財団法人は、全国の学術団体の事務代行をしており、容易に実務がこなせること、都心にあるため交通が便利であること、何よりもこの財団は寄付の受け皿になれる特殊法人であることなどがその理由でした。

次なる一手は評議員資格をもつ幹事を増やすということでした。本協議会発足のそもそもの主旨が胸部外科学会の大学支配を打破し、市中病院の意見を学会内に反映させようということでしたので、何とか本会所属の理事を輩出したいと考えたわけです。しかし平成10～11年頃、評議員資格をもっていた幹事は100名に満たない数でした。何とかこれを100名以上にすべく、研究会を今まで開催されていなかった地方で開いてその土地の評議員を幹事に加えたり、市中病院に片っ端から電話をかけて本会入会を勧誘するなど、評議員資格のある幹事を増やすよう努めました。

こうして準備を進めていきましたが、大学教授たちの結束の固さはわれわれの予測を超えるものでした。有力大学が数校協定を結ぶと、理事選挙は連記制のため得票数が130票を軽く超えました。平成12年秋、心臓血管外科の理事枠が5名だったので、幹事会の推薦を受けて私も理事選挙に出ました。しかし見事に落選、今までの先輩方の大変な苦勞と学会内での本会の置かれた立場を身をもって知ることになりました。

翌年の平成13年(2001年)は心臓血管系の理事の選挙枠が1名で、東京大学の高本眞一教授が立候補していました。高本先生は国立循環器病センター時代本会の幹事であり、いわばかつての仲間だった人です。私は幹事会から出馬を要請されましたが、このときは高本先生を推すことにして、立候補しませんでした。

流れが大きく変わったのは平成14年(2002年)のことでした。その前から、主要大学の教授が次々に代替わりして、新しい教授に市中病院から若手が起用されるようになりました。一方では大学病院における医療事故が次々に報道され、大きな社会問題になっておりました。さらに卒後医師臨床研修制度が2年後に迫ったこと、専門医制度の発足に伴って厚生労働省の外形基準が発表されるなど、臨床教育の面で大学病院と市中病院とが協力せざるをえない状況が現れてきました。こうした中、本協議会では、発足当初から臨床教育や医療事故、医療経済などについて継続して議論してきましたので、

時代の変化に迅速に対応できる十分な知識が蓄積されていました。

大学教授の連携も以前ほど強固でなくなり、立候補直前に高本先生に電話したところ、私たちを支持するという返事が返ってきました。こうしたことから、平成14年10月、福岡で行われた胸部外科学会評議員会において、私と副会長の土屋了介先生が初めて、しかも同時に理事に選ばれたのです。さらに翌年平成15年秋には、本会幹事の八木原俊克国立循環器病センター心臓血管外科部長も理事になり、本協議会所属の理事がついに3人になったわけです。本会発足後19年、常に大学病院の後塵を拝していた市中病院でしたが、平成14、15年の2年間で、にわかにその代表が先頭に立って胸部外科学会の改革を推し進めるようになったのです。

2. 学会の変貌

学会の会務に参加してまず感じたことは、胸部外科学会の置かれた現状が大変厳しいということでした。専門医制度の発足に伴い、学会の法人化の作業が平成15年春から秋にかけて猛烈な勢いで行われ、同時に、理事長制もスタートしました。専門医認定試験ならびに認定医や指導医からの移行の準備も始まりました。結局、12月末に学会が法人化し、心臓血管外科、呼吸器外科の両方の専門医がすれすれで認定されたわけです。われわれは、胸部外科学会事務局に堆く積まれた書類と格闘する日々が続きました。私自身も専門医制度委員会の委員、会誌編集委員長、心臓血管外科専門医認定機構ならびに呼吸器外科専門医合同委員会の委員などを拝命して、会務の中心に深く係るようになりました。

専門医については、認定を開始して直ぐに、より高度で信頼される専門医を要求する声が高まり、専門医の数の制限と修練カリキュラムの例示、ドクターフィーなどのインセンティブの獲得、それに指導医をどうするかといった問題に直面するようになりました。特に、専門医の認定基準を引き上げ、教育病院のレベルを高めるために行った機構の決定には、基準以下の病院では若手医師の確保ができず、生き残りさえ危うくなるという非難が私どもにも直接向けられてきました。

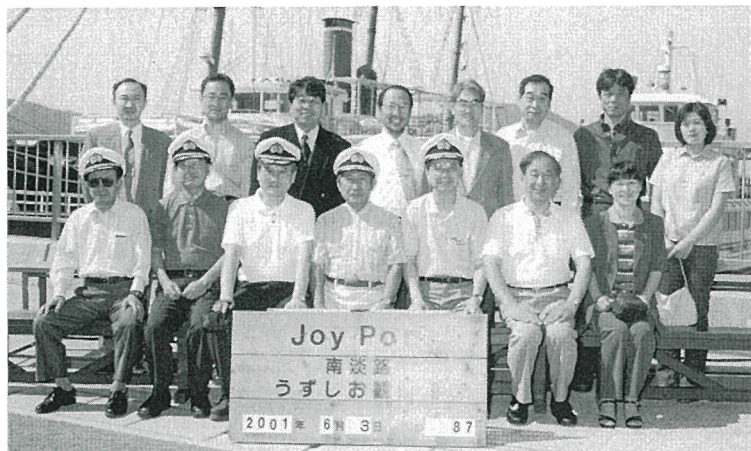
学会にとっての重要課題は、学術集会および学術誌のあり方、それに心臓、肺、食道のいわゆる三本柱を持つ総合学会の運営方法です。これらは今まで主に大学教授に任せっぱなしになっていた問題です。しかし今やこれらについても市中病院が共に責任を持って考えなければならなくなりました。学会誌については、私が編集委員長を拝命して、今その改革に取り組んでいるところです。キーワードはインパクトファクターの取得と国際的な胸部外科雑誌への飛躍です。

学術集会のあり方に関しては八木原先生が委員長として、現在改革案作りに取り組んでいます。学術集会をできるだけお金のかからぬ、若手もベテランも共に刺激を受ける学術中心のものにするため、大胆な提案がされようとしています。その骨子は、学術集会の会場を会長の所属地と関係なく全国の主要都市に固定することと、プログラム作成以外の集会開催の事務は中央で行うということです。アメリカの学会で行われているプレナリーセッションや専門医教育に連動した卒後教育セミナー、それに外国からの参加も自由にできる国際的な学会への発展も視野に入れて、学術集会のさらなる充実が考えられています。

いわゆる学会の三本柱、心、肺、食道の関係については、法人化の折にそうした学会の役割は終わったとの意見も聞かれましたが、これからの専門医像を考えると、むしろ胸部外科学会の役割はますます重要になるとの見方もあります。心臓血管外科、呼吸器外科、それぞれの分野だけで一生仕事を続けられる保証が今後ともあるのでしょうか。初期研修で幅広い知識を身に付けた若手医師が、後期臨床研修で自分の将来のスペシャリティを選択する際に、胸部外科に対して何を望んでいるか、そうした彼らの選択の仕方によって、学会のあり方も決まってくるように思えます。総合学会としての胸部

外科の意義と医師の生涯の働き甲斐とが一致するような、胸部外科の明るい将来像を私たちが示せるかどうか、問われているのだと思います。

胸部外科学会の理事会での論議は以上述べただけの内容に留まりません。ただその輪に入ってこの3年間、私が感じたことは、市中病院も自らの生き残りだけでなく、胸部外科全体の発展のために知恵を絞り、助け合う必要があるということでした。それが結果としてこの国の医療をよりよい方向に導き、国民から信頼される胸部外科医療の確立に役立つと考えるからです。





胸部外科医の将来

神戸リハビリテーション病院 庄 村 東 洋

日本胸部外科学会指定施設協議会は本年早くも20周年を迎えた。感慨一入である。本会は初代会長の秋山文弥先生のご発案と並々ならぬご尽力によって呱呱の声を上げたのであったが、当初は本会の趣旨に理解が届かなかったせいか、胸部外科学会首脳の先生方には、研修病院の指導医達が学会運営に異議を申し立てているものと誤解された方もおられたようすで、その成長過程は必ずしも平坦ではなかった。しかし、本会の存在意義が理解されるに従い、参加会員も増加し、現在では龍野勝彦会長と土屋了介副会長のお二方が理事に選出されて学会運営の重責を担われている。このたび記念誌が発行されるにあたり、当時の医学・医療界の状況や社会情勢を振り返りながら本会の果たしてきた役割を評価すると共に、胸部外科関連の専門医の育成に向けた学会の役割について考えてみたい。

医学会は固有の領域を専攻する医学者が研究・臨床の発展のために情報を交換する場として設立した組織であり、わが国においては基礎研究を重視して臨床研究を軽んじる傾向があるものの、その活動はアカデミズムの域を越えることはなかった。一方、医の倫理綱領には「医師は医療にあたって営利を目的としない」と規定され、「生涯を通して自らを清廉に保ち、全てを患者のために振り向け自分のことには要求を出さない」のが医師の生きかたであり、美学でもあった。加えて胸部外科医には、自分達が戦後の外科学開拓の前衛となって革新的な進歩をもたらし、関連領域の医学の発展をも促した、という強い自信と誇りがあった。この矜持が眠る間もない厳しい勤務条件、低い収入や貧しい研究環境にもめげずに自らを奮起させる原動力になっていたものと思われる。あるいは、その根幹に日本古来の清貧の思想があったからかも知れない。

社会に目を転じると、日本経済は1960年代末から高度経済成長期にはいり、1986年から5年間のバブル経済の狂騒を経て、失われた10年を迎えたのであったが、この経済成長期と医療機器のIT化の時期が一致したのか、胸部外科施設には先端医療を担うICUが設置され、IABPやミニコン制御のレスピレーターなど高度な医療機器が次々と導入され、医療技術も進歩し、患者数も施設数も急速に増加した。しかし、医療費高騰のあおりを受けて医師数の増加は抑制され、臨床工学技師が誕生したにもかかわらず採用されず、声の小さい青年医師は日常診療のほかに緊急手術や臨床研究に忙殺されるばかりではなく、コメディカルがすべき雑用までも背負わされるなど、職員定数制限のしわ寄せをうけて自らの尊厳すら保ち得ない状況に置かれた。

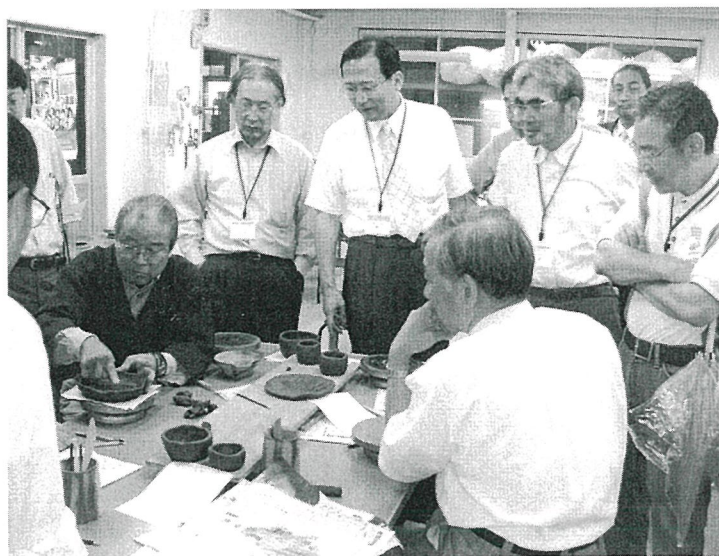
一方、高度経済成長がもたらした物質的な豊かさと、自由競争原理に基づく米国型の民主主義が浸透するに従い、日本固有の自然観や倫理観、宗教観に基づく伝統的な家族主義や思い遣り、労わり、慎みなどの文化が大きく崩れ、義務感の希薄な権利意識が突出し、医療に対する要求は急速に高まり、医療訴訟も増加した。訴訟の原因には、医師の姿勢が問われることもあるものの、科学信仰時代における医学の無謬性に対する過信と医師と患者の対話不足に起因する人間関係の希薄化も関与していると思われる。とはいえ構造的な問題として、医師数はベッド当たり米国の1/5、独仏の1/3で、総医療費はGDP比で米国の14.0%に比べ日本は7.3%に過ぎず、先進28ヶ国中21位に止まることも忘れてはならない。

わが国の認定医・専門医制度は1961年の麻酔学会に始まり、胸部外科認定医制度は1981年に、指定施設協議会は1985年に発足したのであったが、学会のこうした努力は医療の質向上への取り組みではあるが、勤務医の待遇改善対策でもあったと思われる。最近、医学会からも「社会が変化し医学・医療に問われる課題が複雑多岐になってくると、医学会としてもアカデミズム枠を出て社会に適切な提言をしなければならない」と発言されるようになった。施設協議会の発足は世界の外科学会の情勢を知り、先駆的手術に真剣に取り組む中で日本社会の実情を知った指導医達が、日本胸部外科学会の名において、日本の医学・医療が危機的状況にあることを社会に向けて発信しようとするものであった。

最近、胸部外科・呼吸器外科・血管外科の3学会が連携した心臓血管外科専門医制度と、胸部外科・呼吸器外科の2学会連携の呼吸器外科専門医制度が始まった。胸部外科学会を母体とするこの制度は、関連領域の知識・技能を幅広く修めた上に自らの専門性を極めようとする、人格と品性を兼ね備えた志の高い臨床専門医を育成し認定するもので、学会には国民に向かって品質を保証し、違反者は追放するという自己規制能力と自立性が求められる。加えて、良質の医療展開のために医師の尊厳を守る活動をも期待したい。



第15回日本胸部外科学会指定施設協議会学術研究会
2002年6月1日～2日
当番幹事：土浦協同病院心臓血管外科 長岡秀郎先生
霞ヶ浦，潮来の小旅行にて
右から，宮本 覚先生，庄村東洋，安井久喬先生



第18回日本胸部外科学会指定施設協議会学術研究会
2005年5月21日～22日
当番幹事：心臓病センター榊原病院心臓血管外科
畑 隆登先生
岡山 備前焼窯元にて（閑谷学校と備前焼の土ひねり）
右から，宮本 覚先生，畑 隆登先生，山根正隆先生，
土屋了介先生，手前，志田 力先生



卒後臨床研修制度と胸部外科の将来

神戸赤十字病院 院長 小川 恭一

インターン制度が大学紛争の煽りでうやむやのうちに廃止されて以来、実に40年近く経った2004年から卒後臨床研修が必修化され、われわれの施設など市中病院においても研修医諸君は熱心に研修に取り組んでいる。インターン制度廃止後、大学卒業と同時にそれぞれ専門の医局に直接入局することになったために医療の一般常識が欠如して、プライマリー・ケアができず、全人的管理ができない医師が増加し、医療過誤や医療訴訟の要因になっているという社会の批判に対処するため、遅まきながらも政府機関が重い御輿を上げたとする見方もあるが、グローバルに情報化した社会で国際的にも恥ずかしくない医療制度作りにやっと目覚めたということではなかろうか。ともあれこの前期研修医制度導入は、わが国の医療制度改革の魁として大いに歓迎すべきものである。

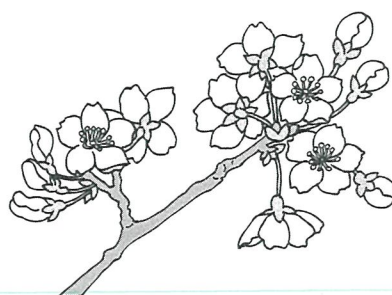
ところで、当協議会の施設めぐりで前日本医師会長に講演していただいた時に司会させていただき、専門医制度について質問したことがあったが、あまり関心を示されなかったことや、胸部外科学会の将来計画委員会で専門医の資格として世間から信用されるには、厳しい選考基準が必要であることを提案し、同意見の大学系委員もおられたが、理事会から出たものはトーンダウンしたものになっていたことなどを思い出す。われわれの協議会が長年主張してきた臨床教育と専門医制度の充実に最近ようやくスポットライトが当たり始め、胸部外科学会の専門医の資格基準についてもトーンダウンしかけたものが、東京医大事件以来急に世間が納得するものに近づけるべく、不十分ではあるが見直しが図られようとしているのは、周知のとおりである。

来年度より専門医制度に一層深い関連を持つ後期研修が始まることになり、現在各施設で後期研修医を募集中であるが、研修医諸君が前期研修の際、病院選びで重視した指導体制、カリキュラム、症例数、待遇、立地条件などの他、後期研修で強い関心をよせているところは、専門的診療技術が習得できる環境と専門医資格を得るに有利な条件などである。これらは当然のことながら専門医制度の指定施設として目指すところとよく合致しており、後期研修に適した施設は、よい指導者のもとに整ったチーム医療がなされており、症例数の多い施設であることが重要な条件となる。

研修医諸君と話をしてみると、最近なり手が少ないと言われている外科や心臓血管外科に関心を持っている者が多数おり、数多くの実習ができる市中病院では興味を引かせ易いということもあって、後期研修まではしてみたいと言うが、生涯の仕事としての選択は躊躇しているようである。この理由は、専門医としての社会的なアイデンティティと収入を含めた身分保障がないことが最大原因である。

後期研修での問題点の一つに、大学と市中病院での待遇の差がある。兵庫県を例にとると、大学での年収約400万円に対し、県立病院では約700万円と大きな差があり、大学では後期研修に優秀な人材が採れるかどうかを危惧している。この件に関しては、大学が学位の授与のみで人を引き付けるのが困難となっている現状に鑑み、大学自体の改革が必要であると共に、市中病院と共に一層緊密な地域における専門医療システムを作っていくことが大切である。また、よい専門医となるには、臨床上の問題点について、リサーチを行う時期や臨床と基礎との繋がりを思案する経験を持つことが望ましいが、かかる点での大学の関与は大いに意義がある。

胸部外科の将来を明るくするには、多少の自己犠牲は覚悟で、世間から認められる専門医制度を確立するとともに、これを診療報酬制度に反映させることが先決である。条件が整えば、後継者たんとする研修医は少なくない。研修指定病院の質が向上し、国際的にも通用する専門医制度が確立できれば、胸部外科の将来は決して暗くはないと思われる。





わが国の心臓血管外科医の将来に関して

済生会宇都宮病院心臓血管外科 顧問 木 曾 一 誠

日本胸部外科学会のアンケート調査では、若い胸部外科医の労働条件が劣悪であることが強調されてきた。わたしは心臓血管外科に関しては、必ずしもこのアンケート結果を信じていない。実際に一般病院では中堅医師は手術数に恵まれず、むしろ暇であることを不満に思っている。

1. 心臓血管外科医は多すぎる、施設が多すぎる

心臓血管外科の症例数は近年増加しているとはいえ、全国でたかだか年間5万例である。これに対し専門医は近々、約2,000名になることが予想されている。1専門医の手術数は年間平均25例以下になり、欧米の200～300例と比較すると約10分の1である。専門医の資格試験の必要術者数は50例に変更になったが、欧米の200～300例に比べるとかなり少ない。その結果専門医資格を取得しても、ほとんどの医師はひとり立ちできないのが現状である。学会のアンケートその他の試算では専門医数は1,000人で十分と考えられている。この数字をもとに計算すると、1専門医の手術数は年間平均50例前後になり、わが国の現状を考えると妥当な数字に思える。専門医の就業期間を30年とすると1年間33人の専門医を新たに養成すればよいことになる。

心臓血管外科の施設数は、最近の調査では530ヶ所以上で、1施設の手術数は年間平均100例以下である。しかも年間100例以上の施設は200ヶ所未満であり、50例以下の施設では研修医師の養成は困難で、専門医自身も自分の技術を維持することさえ不可能な状態にある。

これらの問題を解決するには、以前から「施設のセンター化」がもっとも望ましいと考えられてきた。センター化が進めば治療成績の向上、医療効率の向上が期待できるだけでなく、おのずと外科医数も適正化されるであろう。

2. センター化を推進するには

数年前に制定された年間手術数100例未満の施設での手術料の診療報酬30%カットは、症例数の少ない施設の淘汰を期待したものと思われたが、実際には大学病院で廃止する施設はなく、一部の地方病院の淘汰で終わった。大半の外科医は専門医の制限、センター化が望ましいと総論的には思っているが、いざ各論になると自分の大学、自分の施設のことなどを考えて異なった行動をとってきた。学会、大学に自浄作用がなければ、今後もさらなる厚生労働省の締め付け、病院の株式会社化などの外圧による合理化も期待せざるをえないのであろうか。

わたしは「専門医制度の強化確立」により施設の淘汰を期待できていると考えている。症例が少ない大学病院では、専門医資格基準の手術数がクリアできないとわかれば入局希望者は激減するであろう。一般病院では、症例が少なければ経済効率が悪くなり病院経営を圧迫し、徐々に淘汰されることは間違いない。結果として近い将来センター化は必ず促進されると考えている。

3. センター化が進めば、現在の過剰な心臓血管外科医はどうする

専門医資格を持っているが手術数が少なく術者になれないため、やむなく看護師、テクニシヤンの仕事に甘んじている医師が多いことは周知の事実である。できれば本来の医師としての道を求めるべきであろう。末梢血管専門医への道はあるが、わが国では患者数が少ないためそれほど期待はできない。これに反し関連診療科として循環器内科への道は最も抵抗なく進める。また総合医への道もある。最近の新規開業の激増で診療所開設は必ずしもバラ色ではないが、心臓血管外科の知識をもって勤務医として救急診療科、総合内科への道に進む外科医は期待されている。

4. 将来の心臓血管外科医像

わが国の将来の心臓血管外科医像は、「臨床」を中心に患者さんに有利なものを期待したい。専門医になるための修練期間は現在の3年ではなく5年は必要であろう。専門医は900名、施設は150ヶ所(大学病院50ヶ所、その他100ヶ所)で、将来専門医を目指すレジデントは中途変更者、脱落者も出ることを予想して、必要数(前述の33名)の5割増しで毎年50名とする。50の大学で、全国公募により毎年1施設で平均1名採用する。5年間の修練は各大学の方針に従い、数箇所の関連施設でそれぞれ専門の修練を受ける。この間新しい知識を得るために海外での修練が含まれてもいい。研究に従事する期間が必要なら1~2年延長する。この間に最低200例の術者経験は欲しい。専門医資格を取得した医師は学閥に関係なく公募の形で就職先を決める。こんな夢のようなことが可能であろうか。ふと自分の計算を疑いたくなった。



胸部外科の将来—専門医制度への理解—

静岡市立病院 病院長兼ハートセンター 所長 島 本 光 臣

指定施設協議会から3名の学会理事選出、学会の法人化、専門医制度の発足には時代の流れと大きな変化を感じる。特に専門医制度がわれわれ胸部外科医の将来に大きく影響することは明らかであり、指定施設協議会でも研究会のテーマによく取り上げられた。当協議会は名前が変わっても専門医を育てる義務があるが、これまでも経過のなかで大多数の会員(私も含む)によく分からないことが多い。次に述べるのが、現実ではないかと考えている。

1) そのひとつは“専門医とは何か”がイメージのなかで明確にならない。若い医師をはじめ、他施設のリーダーと話し合っ出てくる疑問は以下のようなことです。

どの施設も自分たちの存続を考えるし、誰もが専門医でいたいし、自分のスタッフを専門医にしたい。

超一流ではないにしても専門医であることにメリットはあるのか？

OPCABは上手でも、弁と大動脈瘤は下手な専門医(あるいはその反対)は心臓血管外科専門医なのか、末梢血管外科専門医は？

専門医の中にまた専門医を作るのか？

専門医制度は社会の要求と割り切るのか？

指導医ならびに認定医を廃止すれば胸部外科学会会員は何を求めて入会しているのか？

若手の労働力不足に対し修練医の待遇はどこまで改善できるのか？

循環器専門の病院は総合病院で修練した外科専門医を獲得することになるが、逃げられる総合病院に不平不満はないのか？

医師不足、人口が少ない地域は大丈夫なのか？

専門医制度は発足したばかりで前述の疑問は徐々に明らかになってくるにしても、もっと深刻な問題は某医大問題に象徴される、一連のマスコミ、社会から要求されている専門医の質の保証である。メディアは本当に患者、医療のことを考えていない、自分たちの金儲けのために行っているとの批判は社会に受け入れられない。メディアを利用して患者を集めている医師、病院は少なくない。私どもも情報開示、自治体病院との理由でインタビュー、アンケートを拒否するのは難しい。これは胸部外科だけでなく医療全体の問題で、誰にも困難であるにしても答えなければならない大問題であり、イメージのなかでの専門医制度の明確化である。

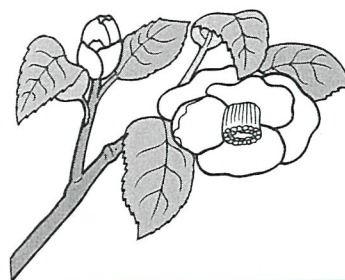
2) ふたつ目には何人の専門医が必要なのかの答えがなかなか出てこないことにある。スーパーローテーションが始まり、研修医を労働者と研修者の両者の扱いをするため、全国の病院は霧の中を手探りで努力しており、有名病院は勝ち組に入り、負け組に入った病院は屈辱を味わいながら能力以上の無駄な努力とコスト負担を担わされているように見える。独立法人化のため経営改善を求められる大学病院は、スタッフ不足を補うべく地方あるいは近隣の病院から医師の引き剥がしを行い、周辺の病院を見渡しても胸部外科領域のスタッフと労働力の確保以外にも麻酔科、画像診断科、神経内科の弱体化、消失などが胸部外科医の労働に大きく影響している。さらに来年の後期研修開始から、心臓血管

外科，呼吸器外科は外科専門医修練終了後の胸部外科希望医を待つこととなる．しかしこの数年間に心臓血管外科では明らかに施設数と専門医が多すぎる（一人あたりの症例数が少なすぎる）と言われ，これに対しては誰も異を唱えない．

私どもはスケールアップした基準で年 1 名の修練医は育てられるが，そんなに育ててよいのかとさえ思う．ただ実際に数を減ずることについては誰もが積極的でなく，現在でも新施設が登場している．厚労省が行った施設認定に基づく医療費減額策は根拠がなく，消えていった．何も策がなければ施設数は自由競争にコントロールを任せていくと考えざるを得ない．“何人の心臓血管外科医が必要であるか”のコンセンサスを現在の心臓血管外科専門医と指導医が持たなければ，何も始まらない．専門医認定機構のみならず専門医を名乗っているわれわれの態度が問われている．

3) 三つ目には胸部外科医の待遇は改善できるか？ 心臓血管外科医の傍らで 2 年間病院長をやってきて少しは他科事情もよく分かるようになったが，つくづく思うのは心臓血管外科医はほんとうによく働く．専門医の待遇改善は胸部外科医全体の待遇改善につながるのか？ 専門医になるメリットは？

以上が専門医制度の中にいるわれわれの現実で，何年後に明確なイメージが持てるのか．この協議会が指定施設の名前が取れた後も相談の場であり，改善，解答の力がある集団であればよいと思います．





胸部外科の将来—経済的側面から—

九州厚生年金病院心臓血管外科 瀬 瀬 顯

胸部外科の将来を経済的な面より考えてみたい。

近年の目まぐるしい医療行政の変化による医療改革の波は医療現場に押し寄せ、病院の機能分担、再編成へとうねりは続いている。民間病院はもとより国立病院、大学病院においても生き残りをかけた競争時代へと突入してきている。医療の現場においても経営効率が叫ばれ、収支の悪い診療科は切り捨てられつつある現況である。この厳しい状況の中でわれわれが専門としている胸部外科、心臓血管外科は生き残れるのか、経営効率の面からも検討していく必要がある。

従来、手術さえできれば満足していた外科医であったが、現在では病院経営にいかに貢献しているか考えざるをえなくなっている。心臓手術、呼吸器手術は病院経営にプラスとなっているのか、マイナスなのか知る必要がある。私が幹事をさせていただいた1998年の第11回日本胸部外科学会指定施設協議会学術研究会において、この問題をシンポジウム『心臓手術の経済的評価—心臓手術は儲かっていますか？』の中で取り上げた。いくつかの病院はすでに経済的な検討を始めており、人件費比率は50%以下でなくてはならない、入院収益は手術日に上がり、術後入院期間中の収支はマイナスであり、在院日数は短くしなければならない。また原価率、損益分岐点などの点から大幅な診療報酬改正の必要性などが発表、討議された。このシンポジウムの講演内容を小冊子の論文集にまとめ、胸部外科学会の正会員に配布させていただいた。

その後、第55回日本胸部外科学会特別シンポジウム“胸部外科の抱える諸問題”—胸部外科の経済—の発表を安井久喬会長より仰せつかり、当院九州厚生年金病院での心臓手術の経済的評価を行い、損益分岐点を計算し発表した。心臓手術はいくら材料費が高いといっても、当然のことながら心臓手術の利益率は収益に比例する。当院での損益分岐点は約6,500万円/月であり、これには年間約200件の心臓大血管手術が必要である。これを越えると利益率は比例的に増加し、300例になると利益率は25%以上にもなる。現在われわれは年間350例の心臓大血管手術を行っており、当院の診療科の中でもずば抜けて高い利益率を上げている。心臓手術は件数さえ多ければ十分病院経営に貢献できるのである。この損益分岐点は病院によって大きく異なると思うが、手術症例数が必要なのは間違いない。

今後生き残るためには病院にとって利益率の高い診療科、医師にならなければならない。現在の診療報酬体系が変わらないとしても、手術例数を集約することにより高い利益率を保つことは可能であり、病院経営に貢献できる。さらに将来的には貢献度の高い医師には高い報酬を払っても確保する時代ともなれば、若い心臓外科医にも夢を持たせられるであろう。このためには専門医数の制限、施設の集約化が必須である。



将来を見越した呼吸器外科医の研修

新潟県立がんセンター新潟病院
呼吸器外科

小池 輝 明

肺がん手術の対象となる症例の進行度は、年代に伴い次第に変化してきました。縦隔リンパ節が累々と腫脹している症例や縦隔臓器に広範な浸潤が予測される症例では、手術により局所は完全にコントロールしたと判断された場合でも、早期に再発する危険性が高いことから外科的切除で根治させることは難しく、また、術前に化学療法や放射線療法で治療した後の手術も未だエビデンスが得られていないとの内科医の考えより、これらの進行肺がんが手術の対象として紹介される機会は近年著明に減少し、逆にリンパ節郭清も必要ないような小型な肺がん症例が明らかに増加してきております。したがって、術後に重篤な合併症が発生して病室から離れられないような状況に陥る事態は少なくなり、患者さんにとっては朗報ですが、呼吸器外科を修練している若い先生にとって果たして有益な研修になっているか、疑問に感じる時があります。

肺がん手術における病期Ⅰ期の割合を見ますと、1990年以前は52%でしたが、1990年代は62%、2000年以降は76%へと増加する一方で、肺全摘除は1990年以前には8.5%もありましたが、1990年代は3.4%、2000年以降は1.0%と減少してきました。同様に気管支形成術も1990年以前の4.1%から2000年以降は2.1%へと半減してきており、山本五十六の格言に「やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、……」とありますが、研修医を最初から見たこともない気管支形成術の術者に指名するわけにはいかず、まず、「やってみせ」ますが、次に研修医に「させる」症例の確保に苦勞しています。

大学で肺がん外科の修練を開始した昭和50年(1975年)代は、肺がんに対する拡大手術の全盛期で、外科切除のみが根治の得られる唯一の治療法と教育され、完全切除できるかどうかに関心が集まっておりました。縦隔リンパ節に転移が及んでいても、更にもう一つ先のリンパ節まで郭清すれば根治が可能ではないかとの期待から、左肺がんに対しては胸骨正中切開を加えて縦隔リンパ節を郭清したり、胸膜播種に対して壁側胸膜も含めて胸腔内の腫瘍を全て切除する胸膜肺全摘術を適応したり、補助循環を用いた大血管浸潤例の切除・再建や、気管浸潤例には気管形成術や人工気管を応用したりと、新しく開発された外科技術の進歩と応用には目を見張るものがありました。当然のことながら術後管理には難渋し、術後肺水腫、気管膜様部に補填した人工気管パッチの逸脱、肺梗塞による心停止など、呼吸器関連のありとあらゆる術後合併症を経験し、当直室に泊り込んで気管支鏡を担いで日夜、吸痰を続けた時期を経験してまいりました。

現在でも、胸腔鏡を利用した肺切除術や、小型肺がんに対する区域切除など新しい手術手技も導入されてきており、これらの技術を若い研修医には習得してもらっていますが、われわれが経験した、術者がふうふう汗をかきながらひと頑張りすることで完全切除が可能になったり、労苦をいとわない術後管理でやっと救命できたりといった、実際は厳しいのですが、外科医として充実した研修の機会が少なくなったことを残念に思っています。

今後、進行肺がんに対しては、術前に化学療法や放射線治療を行い、転移巣や主腫瘍を縮小させた後に外科切除を企画する集学的治療が計画されることと思いますが、これら導入治療後の手術の際には、抗がん剤や照射の影響で周囲臓器や肺動脈が炎症性に癒着し、手術手技や術後管理には困難を伴

うことが予測されます。現在、肺葉切除の際の気管支断端処理は手軽で短時間で処理可能なstaplerを好んで使用する研修医が多いのですが、気管支断端の処理は手縫いで行って気管支に糸を通す力加減を体験させ、また、部分切除で対処が可能な悪性腫瘍でも、状況が許せば手技的に複雑な処理方法である区域切除で対処させて、将来、導入治療後などの厄介な症例にも即座に対応できるようにと日頃より教育しております。





胸部外科の将来について思うこと

手稲溪仁会クリニック 院長 酒井 圭 輔

20年ほど前にはどの国内学会でも発表は医学に関する研究発表で、医療に関するものは無いのが普通であったように思う。確か大阪大学の川島康生教授が日本胸部外科学会で米国の胸部外科医療とわが国のそれとの比較の中で、日本ではコメディカル数が米国と比べ数倍少なく、その分若い医師に負担が掛かり、米国のような研修が行えないということを話されたのを記憶している。その後しばらくして学会での発表で医療、医療経済、社会問題などが取り上げられるようになってきた。医学の実践の場である医療をしっかりとした、質の高いものにしないといくら良い研究が行われても、それは研究のための研究になってしまうことが理解されてきたものと思われる。

私は、1999年6月に第12回日本胸部外科学会指定施設協議会の当番幹事として札幌でこの会のお世話をさせていただいた。その前年の当番幹事の九州厚生年金病院瀬瀬先生が初めて胸部外科における経済的側面をテーマとして取り上げた。以来多くの学会でも似たテーマが取り上げられている。質の高い胸部外科医療を国民に提供するためには、それを担う胸部外科医に良い教育・研修を受けさせ、安心して仕事のできる報酬・労働時間を含めた待遇の問題を解決することが必要である。また医療界共通の問題としてマスコミ、患者の特に関心の高い医療事故・医療過誤の問題もこれらと相互に絡み合い関連を持っており、その中の一つを取り上げて解決の着くものではない。縦・横の関係を見ながら対策を立て、一つずつ解決して行く必要がある。

現在解決すべき問題の一つに、胸部外科医の専門研修がある。我々胸部外科医の専門集団が先ずイニシアチブを取り、学会がその道筋をつけることが必要である。たとえば心臓血管外科分野では1施設当たりの手術症例数が少なく、所定の研修期間で安心し、自信を持って手術のできるよう若い心臓外科医を教育できる施設が日本にどのくらいあるのか疑問に思う。近年中国、韓国などでは日本と比べ大規模な専門の心臓センターが設立され、アメリカのように年間1,000例単位の手術のできる施設ができています。これに対し日本では未だ小企業乱立の状態です。施設当たり50例などの年間症例で、心臓外科を標榜している施設が多数ある。これでは必要十分な研修はできないし、有能な心臓外科医の養成も不可能である。

学会あるいは国が心臓外科研修を受け、専門医の資格をとっていけば誰に手術を受けても大丈夫という質の担保ができなければ、何時まで経っても、国民が安心して心臓手術を受けることができない。またこれまで先人が築いてきた心臓外科レベルも、東南アジア諸国に追い越されてしまう事態にもなりかねない。

手技の必要な心臓外科ではいろいろな症例を数多く経験し、自分で行うこと、技術を磨くことが必須である。またその技術を維持し、さらに発展させるためには日々検査、手術など自分で行うことも必要である。現在の少ない手術症例数の施設では到底これらのことは望みえない。心臓外科を行う施設はセンター化し、施設のレベルを向上し、十分な研修を可能にし、有能な技術のある心臓外科医を育成することが、患者が安心して掛れる医療体制を作ることに繋がり、目下の急務と考える。

心臓外科は他の外科と比べ精神的に非常にストレスの掛かる、長時間立ちどろしの労働である。生

涯この仕事を続けるには強い精神力、体力、やる気が無ければならない。経済的なことを心配しないで仕事に専念できること、適度の休養を取ることが必要である。しかし休日を取ることのできないほど仕事の多い心臓外科医がいるのも事実であり、卒業年度により待遇が一律と言う年功序列制は改め、卒後教育に時間の必要なこと、仕事の厳しさを考慮した上で経済的待遇の改善、向上を考える必要がある。さもなくば心臓外科に若い医師が入らなくなる心配がある。

指定施設協議会が長年にわたりこれらを主張し、この会から出た日本胸部外科学会理事が実現に向け努力されている。学会単独では解決困難な面が多数あることは理解しているが、日本の心臓外科の学問・医療レベルの更なる向上のため、継続し努力をお願いする次第です。





出向き手術が自由にできるように!!

山口県立総合医療センター 院長 江 里 健 輔

日本心臓血管外科専門医制度が発足し、1年経過したが、社会のニーズに十分応える専門医数について明確な答えは出されていない。専門医数の過多は経験数の不足を生じ、技術の低下を招き、患者を不幸に至らしめる根源との理由で、多くの指導者がこれを戒めているところである。だからと言って、至適専門医数を堂々と掲げている指導者もいない。日本心臓血管外科認定施設基準にはoff-pump下冠動脈バイパス数および人工心肺下開心術数を合わせて100例以上必要とされているし、年間100例以下で、10年以上の経験者が1人以上常勤していない施設では診療報酬がカットされるなど社会の厳しい目に十分対応するように配慮されているが、しっかりした答えを出しているとは言えない。

問題はこのような医療環境が年々厳しくなるばかりで、その厳しさに耐えるに十分な社会環境が整っているかである。私が働いている山口県は人口150万人で、心臓手術施設は山口大学を含めて6施設である。年間手術例は1施設30から140例程度である。それでも、山口県は当局が医療圏を6ブロックに区分けし、1ブロックに1施設の心臓手術施設が存在するように配慮されているので、バランス良い環境と言える。

日本心臓血管外科認定施設条件からみれば、認定施設としては山口県では2施設となり、4施設減らさなければならない。施設数を減らすことはメリットばかりでなく、大きなデメリットもある。地方は公共交通便が都会に比べ良くなく、汽車にしろ、バスにしろ、1時間1便程度であるので、移動の中心はもっぱら自家用車である。道路事情が良好な山口県では自家用車の使用に不便を感じることはないが、道路事情が悪い地方県ではこのようなわけにはいかないであろう。一方、在院日数を減らすために、患者の回復が不十分な状態にもかかわらず早期退院を勧めなくてはならない。欧米では通院するために大病院の周囲に簡易な宿泊施設があり、そこに滞在しながら、通院し、体力の回復を図ることができるが、本邦にはそのような環境が整備されていない。このような状況下で専門施設を減らすのは弱者切り捨てと言っても言い過ぎではない。誰でも経験豊富な、技術の優れた心臓外科医に手術を受けたいと思うのは当然である。しかし、遠隔地からの入院・治療は交通費、宿泊費などを含め、医療費以外の負担を強いることになる。したがって、患者、家族に過重な負担を強いることなく、専門施設数を少なくしなければならない。

どうすれば良いか？

卓越した技術を持っている心臓外科医が依頼に応じて何時でも、何処でも出向けるような組織を設けることである。現今下では、公的病院のスタッフは公務員法で他の病院に定期的に出向し、診療できないようになってきている。したがって、技術的に有能な心臓外科医が隣にいても、その人の手術を地元の病院で受けることはできない。これが可能となれば、患者が遠方の病院まで移動する必要はなくなる。患者にとっても入院・治療施設が近くにあればあるほど、医療費以外のもろもろの雑経費負担も少なくなる。ちなみに、国立循環器病センターに地方から入院する患者はすべて地方の資産家である。平等であるべき医療が地域偏差で平等に配分されているとは言えない。ある国立大学の教授が

某私立大学病院に定期的に心臓手術に出向しているように、国家や地方公務員にも限られた範囲で出向させることができるようにすべきである。手術はチームで行なわれるが、最終的には執刀医の力量で決まるのであるから、最良な執刀医が主たる職場である 1 施設だけで手術することは、他の病院での入院を余儀なくされている患者にとって好ましいことではない。優れた執刀医が全国心臓血管外科専門病院で手術出来るようになれば、その執刀医の収入も増え、努力が報われることとなり、心臓・血管外科医を目指す若い医師にも大きな刺激となるであろう。

このような有能な技術を持った心臓血管外科医を120%活用するために本協議会が中心となり、関係当局に働きかけシステム化するべきである。





胸部外科医の将来

飯塚病院 院長 田 中 二 郎

胸部外科指定施設協議会が20周年を迎えたこと、誠に御同慶の至りであり、更なる発展を願うものであります。

国立大学の法人化など、改革の時代の波はわが胸部外科学会をも呑み込み、協議会創立20周年を迎える今日、設立当時とは全くの様変わりです。現在は会長、副会長が学会理事として学会運営にも深く関与されるまでになり、今昔の感を覚えます。胸部外科医の育成に何よりも手術例数の多さで貢献してきた市中病院の意見が学会運営に反映されるようになりました。研修必修化後の医師育成システムの混乱期にあって、日本の胸部外科を発展させる人材を育成するために大学と市中病院が手を携えて叡知を集める下地があることは本当に心強い限りであります。この優れた組織を立ち上げ、育てられた先人に満腔の敬意を表します。

このネットワークをいかにうまく利用して、質が高く魅力あふれた胸部外科を初期研修中の若い医師たちにアピールするかがこれからの大事でありましょう。この指定施設協議会は施設見学と学術集会が大きな行事であります。平成18年(2006年)度は、私たち飯塚病院が当番病院としてお世話させていただきます。テーマは「胸部外科医にとって医療の質とは—私たちの医療安全の取り組み—」といたしました。若い胸部外科医達の参加をどうしたら促せるかと考えていますが、やはり指導層の考えが大きいと思います。どうぞ、この会をさらに発展させるためひとりでも多くの若い医師をお誘いください。

写真は、飯塚病院心臓血管外科医師の揃い踏みです。心を込めてお世話したいと、皆張り切ってお待ちしております。

いま日本は歴史の転換点にあります。米ソ冷戦体制の中で営々として築き上げた経済大国としての地位を、冷戦終結後に始まった大国パワーの米国一極集中化のうねりにさらわれそうになっていたわが国は10年に及ぶ昏迷の中、9.11ショックとそれに続くアフガン・イラク戦争もあって、戦後60年を契機として世界史的な視野に立ち、新たな国家としてのグランドデザインを模索しているところであると思います。

21世紀に則した胸部外科を引っ張っていくリーダーを育成しなければなりません。勿論天性のものが大きな要素を占めることとは思いますが、後天的なものも決して無視できないと思います。心臓を見つめ、深く考え、周囲を説得し、他に類を見ない長時間難手術を乗り越えて結果を出す。そしてライフワークとしての継続。「目的を完遂することに情熱を燃やす」、胸部外科医はその成長過程で知らずしてリーダーへの道を歩むのではないのでしょうか。胸部外科医の将来はバラ色ではありませんが、決して色あせるものでもないと考えます。何よりも目の前の病に苦しむ人々に救いをもたらせる技を持てます。しかもその技は胸郭という堅固な要塞に守られた領域で遺憾なく発揮され、余人を寄せ付けることがありません。競争者はカテーテル医師ですが、彼らも全ての領域で治療ができるわけではなく、外科医にも内視鏡という武器があります。お互い切磋琢磨して技を競い合うことで更に質の高い医療が提供できるようになるでしょう。

さらに、大きくは病院という組織の明日を保证するよきリーダーをいかに養成するか。手前味噌かも知れませんが、一つの答えは病院としてよき胸部外科医を育てることにあります。この指定施設協議会を立ち上げられ、会長としてリーダーシップを発揮された市立静岡病院名誉院長 秋山文弥先生、岩手県立中央病院名誉院長、現全国自治体病院協議会会長 小山田 恵先生は、心臓外科を何もないところから新しく作り発展させられた真のパイオニアです。優れたリーダー達を嚆矢とするわが指定施設協議会が胸部外科医のみならず、21世紀の日本の医療界で活躍するリーダーをも育成していくという共通目的意識を持てれば素晴らしい発展も夢ではないと思います。





胸部外科の将来

日新製鋼呉製鉄所診療所 井原 勝彦

心臓外科医は、これからどのように育てるのか？大変難しい問題となってきた。研修医から「何を、どう勉強すればよいのか？」と聞かれても、今までの過去の経験、知識がまるで当てはまらない。かつては、大学の教室というビッグカンパニーに就職すれば、一生就職を心配することはなく、博士号をとらせていただいて、どこかの大病院に就職の斡旋をしてもらう。病院の側では、大学とタイアップしておれば、自動的にスタッフの継続的補充ができ、不良品の返品も可能で、大学にとっても病院にとっても若い医師にとっても、ちょうど良いぬるま湯の環境であった。しかしながら、そこには、立派な外科医を養成しようという考えが欠けていた。患者の利益に対する配慮はまるっきりなかった。大学では、術者は上層部の数人で独占され、若い頭脳と労働力は研究と手術のお手伝いに用いられてきた。技術は自分で学び、盗むものという、むかしからの徒弟制度の因習が幅を利かせていた。若い医師は博士号を得るためにそれによく耐えてきた。昭和57年(1982年)にスタートした専門医制度も、学会という名で行われた、資金集めのように、手術のできない心臓外科専門医を山ほど世に輩出することとなった。一方、世の中では、施す医療から、受ける権利としての医療に変わり、お任せする治療から、オーダーメイドの治療に変貌を遂げる中で、医療への国民の不信感が高まり、次々と起こる医事紛争のなかで、マスコミは卒後教育制度と専門医制度の弱点を突いてきている。そして、卒業後教育制度の大改革の嵐はまだまだ続いている。世の中はブラックジャックの登場を待っている。

理想の心臓外科医養成とは何か？

1. 医学論文を読み、心臓外科医としての知識を深め、自分の経験を学会に発表し、論文を書き、自分の知識経験、考え方を広く世に示し、批判を仰ぐ。そしてさらに、
2. 外科医として、当然のことながら、高度な手術技術を修練しなければならない。さらに何よりも大切なことは、
3. 医師として、高い倫理観を持って、患者と接し、信頼される人格の練磨である。

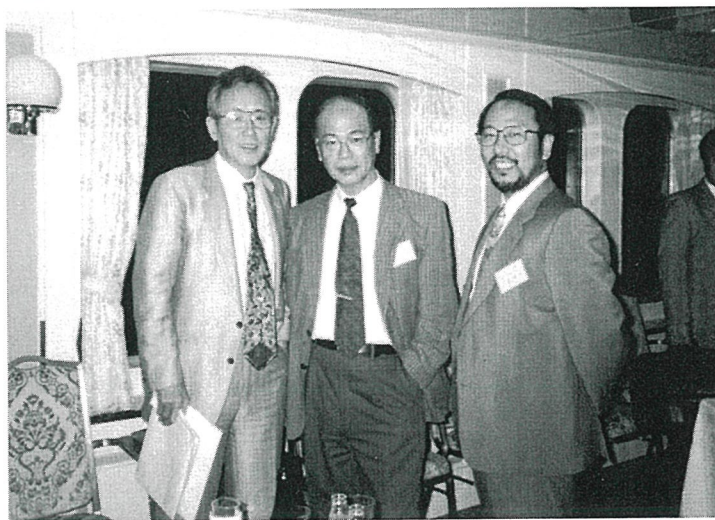
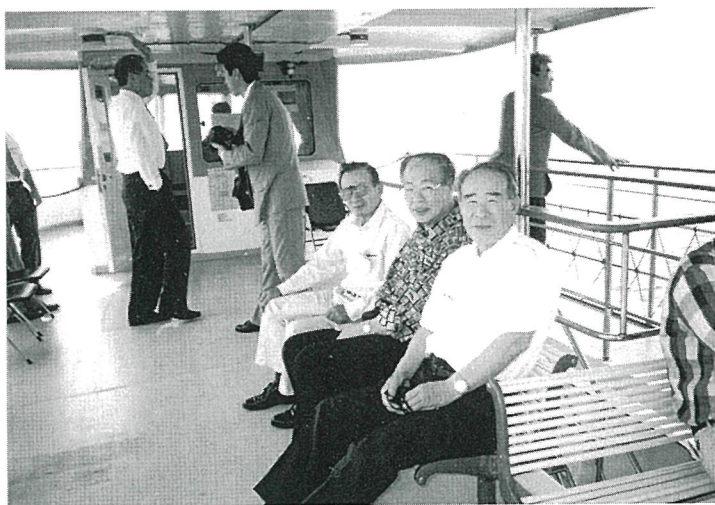
胸部外科専門医制度の過去の歴史の中で、技術を疎かにし、学問偏重の時代があったのではないであろうか？そのために、世間の信頼を失ってきたのではないであろうか？

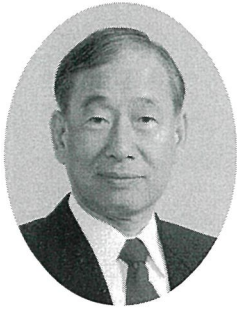
今から、20年前、大学の都合で運営されてきた胸部外科学会に、勇気を持って「待った！」と叫んで、臨床の重要性を大きく主張してきたのが、この胸部外科学会指定施設の会の始まりであった。

医学研究に多大の価値観を置き、博士号という目標に惹きつけようとする教室と、臨床経験と手術手技とに価値観を置き、臨床に役立つ専門医養成を目標に若者を惹きつけようとする卒後研修指定施設とが、長い間、綱引きをしてきたのである。

現在、胸部外科学会の会員数は8,300名いる。このうち正会員は5,300名。卒業後教育を有効に進めるには、これでは多すぎるといわれている。将来必要な、心臓外科専門医は、1,000名で十分だという。確かに、十分な心臓外科の卒業後修練を施行し、医療レベルを高めていくには、少数精鋭主義で少ない人数に濃厚な教育を行うという考え方は間違っていないかもしれない。たくさん育てても、十分な症例数が得られなければ、せっかくの技術を生かすどころか、技術を維持することもできない。

ところで、今、日本では心臓外科医は、暇をもてあまして困っているのでしょうか？ いや、そんなことは、絶対にない。どこの病院でも心臓外科医は一見華やかに見えるが、院内では最も忙しく、家にも帰れない、眠る時間もない。「奴らは、何であんな割の合わない仕事をやっているんだ！」と他科の医師達から揶揄されてきたものであります。病院の中でもっとも過酷な労働条件に身体を張って頑張ってきたのも心臓外科医であり、過重労働で、若い医師の過労死が問題になることはあっても暇だということは決してなかった。この状況の中で、単純に胸部外科医を将来減らして行くという考えかたは、果たして正しいのでしょうか？ はなはだ疑問である。心臓外科医の一人ひとりの手術症例数が増えるように心臓外科医を減らす前に、心臓手術には多大な人的応援が必要であることを認識し、多くのパラメディカルを準備して、心臓外科医が外科手術に専念できる環境を整えることの方が先ではないのか？ このことをしっかりと計画しておかないで、単純に外科医の人数を減らしてしまえば、外科医周辺環境を悪くするだけで、ちっとも改革にはならないような気がするのは、私だけではあるまい。準備の手順を間違えれば、今よりももっとも悲慘な心臓外科医の環境が生まれてくるのではないかと危惧しているのは、年寄りの老婆心であろうか？





胸部外科の将来

兵庫県立姫路循環器病センター 院長 志田 力

当院は、昭和57年(1982年)に自治体病院では初めての循環器専門病院として作られました。前任は当協議会副会長を務めていました小川恭一先生です。開設以来一貫して循環器系の症例数は増加しており順調に運営されていきました。ところが平成14年4月院長になると同時にいろいろな厄介ごとが舞い込んで来ました。まず県の方針で隣接していた認知症研究施設を併合することになり、毎年おおよそ数億円の持ち出しを生じるようになりました。

しかし、それ以上の打撃は、臨床研修制度の開始、医師の開業ラッシュなどによる大学の医師不足からくる“一般内科医”の総引き揚げでした。一般内科は私どもの医業売上のおおよそ1割を占めておりました。多くの大学病院を訪れましたが、良い返事はもらえず「医師の確保は院長としての最も大切な役割であること」を痛感させられました。

種々の検討ののち、内科の患者減少分を、入院待ち患者が多かった循環器内科、心臓外科の入院患者を増やすような病棟再編成を行い、その落ち込みをカバーしました。このような変更に対して当初、内科の患者さんたちの不満もきかれましたが、逆に循環器疾患に特化した病院として高い評価をあげる効果ができました。この変革により経常収支は当初こそは赤字でしたが、その後は連続して黒字を続けることができております。

診療面では心臓血管外科は、向原主任部長のもと毎年350例程度の心大血管手術を行い、学会活動も積極的に行なっています。私どもの施設から樋上哲哉先生が島根大学教授(その後札幌医大に移籍)になられたのもうれしい思い出です。最近のトピックとして平成17年7月に行なわれたChallenger of Liveに出場した井上医師(専攻医29歳)が、手術手技、術中の態度、バイパス結果などの総合判定で、堂々1位に輝きました。これらのことは本人の努力も当然ですが当院の教育システムの優秀性が認められたものと考えております。

さて胸部外科の将来ですが、心臓外科がどのような魅力を持っているのか、また各々の病院が卒後研修プログラムの良さをどのようなアピールができるのか、それらによってどれ位若手医師を集められるかにかかっていると考えております。

私どもは、平成18年(2006年)度からの後期研修医(専攻医)の募集を始めました。当科のカリキュラムは3~5年ですが、その期間中に院内の循環器科、麻酔科、外科、院外では成人病センター呼吸器外科、こども病院小児心臓外科での研修が可能なカリキュラムを組んでおります。また研究を希望する場合には大学院入学の道を用意しました。このカリキュラムの要諦は、心臓血管外科専門医として羽ばたく前に、外科医師としての多くの領域の研鑽を積ませたいということです。

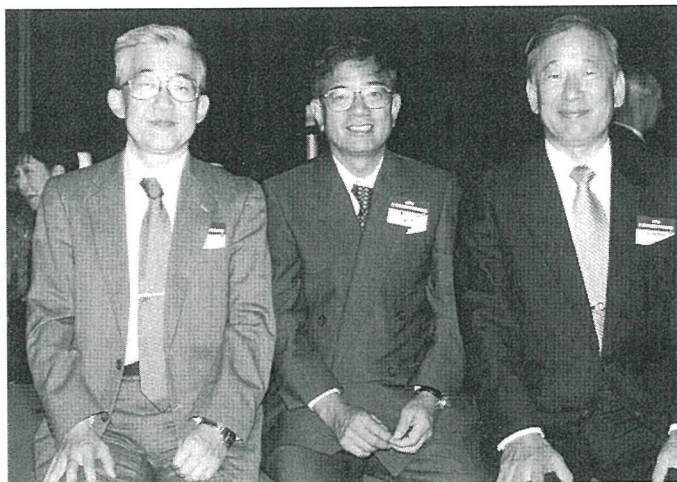
新臨床研修制度のもとでどれ位の応募者がいるのかを心配していましたが、幸いにも心臓血管外科に3名の応募がありました。採用された2人は、ともに研修に対してのモチベーションも高く、近い将来優秀な外科医、心臓外科医となるものと期待しております。

現在、私は院長として病院のあり方を決める大切な役割を担っています。当院の基本的方向は「脳と心臓の専門医療を提供する急性期病院」であり、この方針には地域の理解ならびに評価も得られて

いると考えております。一方、専門が心臓血管外科であったため、この部門の発展も切に願うものです。病院と各診療科の運営方針には共通の部分も多いのですが、異なった判断、決定が必要なこともあります。組織としては、地域のニーズを勘案しながら、病々連携を行って診療機能の集約化を図ることが大切ですし、診療科としては特徴をもった医療を提供することが大切です。

診療科としての心臓血管外科は、手術症例の統計を見ていますと、冠動脈疾患例数の頭打ち、大血管手術例、特に解離性大動脈瘤例の増加が見られます。後者は多くの人材が24時間体制で必要であり、今後、設備、人的資源、体制などが備わった当院のような専門病院に症例が集約されるものと考えております。また、低侵襲治療を望む社会の要望に応えるため、放射線科医との共同で血管内治療を積極的に行なっており、将来的には血管内治療チームの創設を夢に抱いています。これらの動きに加え、医師の周りに多くの優秀なパラメディックを配属し、医師が医師の仕事のみに専念できる環境をつくり、そして養成カリキュラムが若手医師に魅力的なものとなるようにすることが、心臓血管外科の裾野を広くする鍵と考え、そのような環境整備を行なっている最中です。

最近の当院の出来事と日頃考えていることを述べさせていただきました。20周年を迎えた本協議会が今後益々発展されることと、優秀な胸部外科医が多く出現することを願っております。



左より、福井県立中央病院 山本信一郎部長、中央が兵庫災害医療センター 小澤修一センター長、右が本人。





胸部外科の将来 外科医の雑談

宝塚市立病院 病院事業管理者(兼病院長) 小坂井 嘉 夫

不整脈外科は、1969年にSealyらのWPW症候群の副伝導路切断術から始まった。次いで1970年に岩らが日本における不整脈外科の礎を築いた。その外科の研究が不整脈研究の一助をなし、カテーテルアブレーションの開発に寄与したと考えている。科学の分野で共通して言えることは、一つの問題が解決するとその領域は加速度的に進歩することである。そして、旧分野が壊滅的打撃を受ける。それが科学の進歩と考える。単発の飛行機が開発された時代は未だ船舶中心であったが、ジェット旅客機ができた今、アメリカに船で行く人はほとんどいない。今はカテーテルアブレーションでWPW症候群はほとんど治療可能である。しかし、カテーテルアブレーションで治せないWPW症候群があるはずである。しかし、そのような症例は外科でも難しい。熟練した不整脈外科医が年老いて直ぐにいなくなるであろう。今は心房中隔欠損とWPW症候群を合併する患者は、カテーテルアブレーションでWPW症候群を治してから、心房中隔欠損の手術を外科に依頼してくる時代である。心房細動も近い将来には、カテーテルアブレーションで治してから、僧帽弁の治療を外科に依頼してくる時代が来るかもしれない。

約25年前までは心臓血管外科医がカテーテル検査をしていた。そして外科医は手術に専念すべきで、カテーテルなどすべきでないと考えられた。診断学は内科医にまかせるべきだということで、外科は進んでカテーテルをしなくなった。そして、内科医はカテーテルを診断学だけに留めず、治療学へと発展させた。外科医の特権であった治療学の素晴らしさを内科医も知り、カテーテル治療を加速させた。井上バルーンによる僧帽弁交連切開術、PTCAやステント、カテーテルアブレーションへと開発して来た。内科医はカテーテルインターベンションに凝り過ぎて、客観的に見て外科治療の方が良くても、決定権は内科にあるので如何ともし難い。したがって心臓血管外科は「風前の灯」となっている。25年前に外科医はカテーテルを捨てたのは間違いであった。もし現在、カテーテルインターベンションも手術も同一人物が施行しているなら、客観的に患者にとって、最も良い治療法を選択できるであろうと考える。

他方、もし外科医がカテーテルを捨てなかったら、カテーテルインターベンションがここまで進歩しただろうか考える。恐らく外科手術を最優先して、まるで「大艦巨砲」時代のように、古い観念に固執していただろう。

将来に向けて、心臓外科医はどうすれば良いのだろうか？ 今や外科とか内科とかに分けることが時代遅れである。お互いに面子を捨てて、心臓病医になることがベストである。外科医は心臓を直接見ているので、立体的に解剖をよく知っている。ブロッケンブローを心臓外科医が行う方が安全である。ペースメーカーを内科医が植込むよりは、外科医が手術で植込んだ方が望ましい。今は外科医と内科医が余りにも分断しており、言葉だけの交流は有っても、実質的な交流はない。消化器領域においても、胃カメラを覗いて胃癌を取る内科も、腹腔鏡を覗いて胃癌を取る外科も同じである。外科と内科の領域が重なりつつある。もちろん分業は必要ではあるが、過剰なまでに外科治療を嫌う内科医も、何でも外科治療を考える外科医も、お互いに面子を捨てて、ある程度どちらも経験した治療医として確立されて行くのが、ベストである。



胸部外科の将来

第18回日本胸部外科学会指定施設協議会を主催して

心臓病センター榊原病院心臓血管外科 畑 隆 登

まず初めに2005年5月21日、22日の第18回指定施設協議会・学術集会には、招待者を含めて予想以上の150名のご参加をいただき深く感謝いたします。

学会が会員を切り捨てる方向に向いているのでしょうか。当施設での開催が決まった2年前の状況は、胸部外科医、特に心臓血管外科医の前途は、ご存知のごとく暗雲がたちこめていました。そこで「胸部外科医の将来像」として教育講演を企画し、総論の胸部外科医の将来を高本眞一教授に、呼吸器外科医の将来を清水信義教授に、心臓血管外科医の将来を北村惣一郎総長に、そして総括を小林絃一理事長にお願いしましたところ、諸先生方に快諾をいただき深謝しています。各先生方が最初に希望された講演時間を越える熱演で、聴衆の多くの先生方が「一定の安心感を持ちえた。」との感想をお聞きし安心いたしました。また特別講演として、中村 隆弁護士による「胸部外科医をとりまく医事紛争」も好評でありました。しかし進行者としては、癒しのコンサート時間を考えながら時間の配分に冷や汗を流していました。私にこだわりのあった日本音楽療学会理事の岸本先生は、時間配分も適当に、尺八でビートルズを演奏してくださいました。

今回は龍野会長より、2点の要望がございました。ひとつはスライド説明でなく施設見学を実際に行ってくださいとのことでした(写真)。病院の職員の多大な協力を得て何とか務めをはたすことができました。開催日の時点では私の院内の身分は、すでに名誉院長でありましたが、院長権限を残してくださいました榊原宣理事長先生に感謝いたします。もうひとつは幹事会に充分時間をかけるよう指示をうけました。したがって、朝早くからの幹事会形式を復活させましたことで、小旅行の時間の限定やゴルフ終了時間など、会全体として時間に余裕がないプログラムとなりましたことを、当番幹事としてお詫びいたします。さて小旅行に参加された先生には、自作の備前焼が送られてきたと思いますが、でき映えはいかがでしたでしょうか。

ところで、私の30年間の心臓血管外科医としての経験では、現在のような制度や環境の変革に関してこれほどの心配はなかったと思います。心臓血管外科の変革は、心筋保護法の導入、人工心肺送血部位の変更、先天性心疾患では適応年齢の著明な若年化と術式の改善、弁膜症では形成術、CABGでは動脈グラフトの使用やoff pump、大血管外科ではステントを含む手術手技の改善や手術成績の著明な改善でありました。その主体は手術手技に関するものであったと思います。いわゆる職人の仕事内容の変革であった時代と思います。そのたびに学会で拝見する顔ぶれが例年以上に変わっていったと思います。

今後の時代の要請は、十分なインフォームドコンセントをふまえて、あたりまえの手術をあたりまえにこなす医療であり医師であると考えます。新しい術式は充分過去の手術の功罪を説明する必要があるかと思えます。また、単なるチャレンジ的手術を、行うことが困難な時代と考えます。さらに教育を考えない医療チームは、生き残れません。若い先生を手術中は助手として使いながら、術前・術後管理の兵隊として使用する「鉤引き十年」ないし「手術手技は目で見て盗め」では、許されません。彼らに術者としての手術の機会をあたえながら、患者さんの要望にも応えるという、今後は一見矛盾

しているような医療チームの舵取りを責任者は必要とされると思います。

さて、今回の協議会は津島義正先生に多大なる協力をいただきました。紙面を借りてお礼申し上げます。最後に、自分に残された医師としての生命を考えますと、自分で将来の方針の責任をとりながら、診療行為を行える医療機関への移籍ないし設立を考えています。いろいろな諸先生に大変お世話になりました。





心臓血管研究所スーパーバイザー

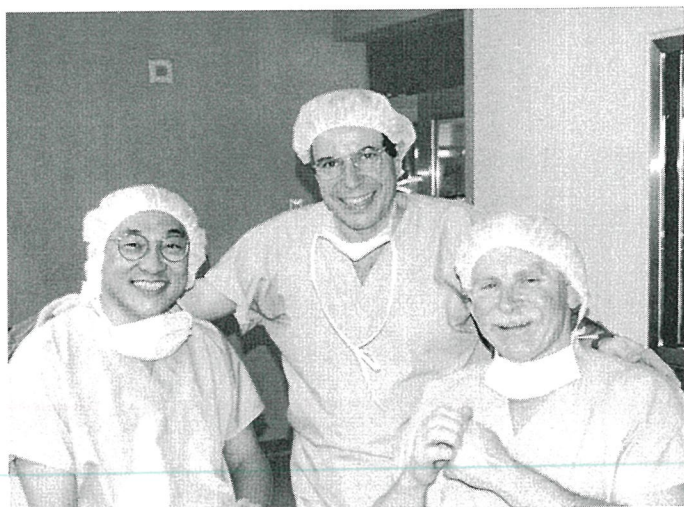
財団法人心臓血管研究所 須 磨 久 善

私は冠動脈バイパス術をライフワークとして心臓外科の道を歩んできましたが、最近の5年間に冠血行再建術の流れが大きく変わってきたことを強く感じます。1960年代後半に登場した“ACバイパス手術”が世界中に広まり、1980年代には内胸動脈や胃大網動脈などの動脈グラフトを使ったCABGが関心の的となりました。1990年代後半には体外循環を使用しないoff pump CABG (OPCAB) が注目され、日本では現在年間CABG総数の過半数が体外循環を使用せずに行われているようです。OPCABが注目されるきっかけになった国際会議に私も多少関与しましたので、そのことを少し述べさせていただきます。

1994年11月、当時ローマ・カトリック大学の客員教授としてローマに住んでいた私と、同大学の主任教授のPossati先生とで“最新の冠動脈手術”と題する3日間のミーティングをローマで開催しました。世界中から著名な心臓外科医が数多く出席した中で、アルゼンチンのBenetti先生が発表したVTRが左前胸部小切開で、左内胸動脈を前下行枝にoff pumpで吻合するという方法でした。これを見て、友人であるイタリアのCalafiore教授と私とで少しずつ臨床応用を開始しました。後に有名な“LAST operation”として発表される術式です。1996年に私は日本に帰国し、湘南鎌倉病院で第1例目を行いました。

その後“MIDCAB” (minimally invasive direct coronary artery bypass) が世界的に流行し、現在のOPCABにつながって行きました。“ACバイパス”以来、冠動脈バイパス手術はこのようにさまざまな面で進化し、低侵襲でより成功率の高い手術として評価され、手術症例数は世界各国で増加の一途を辿りました。米国では一時年間60万例の手術が行われ、心臓外科医にとって最も習得すべき手術となりました。しかし、最近の2～3年の間にCABGは世界的に減少傾向にあります。その理由は“DES” (drug eluting stent) の登場によるもので、多くの国で症例数が20～30%減少しているとのことです。

“DES”は今後もステントの種類、ポリマーの材質、そして溶出薬剤の選択などさまざまな新しい組み合わせが生まれ、その市場は拡大して行くと考えられています。CABGが虚血性心疾患の治療に必要な方法で、心臓外科医が習得しておくべき手術法であることは今後も変わりありませんが、若い心臓外科医のトレーニングがますます厳しい状況におかれることは間違いなくと思います。その意味でもこれからの5年間は日本の心臓外科の大きな節目となると考えます。



イタリアのDr. Calafiore (中央) とクリーブランド・クリニックのDr. Lytle (右) と手術室で。



胸部外科の将来について思うこと

財団法人日本心臓血圧研究振興会
附属榊原記念病院

菊池利夫

平成17年(2005年)6月、岡山で開かれた当協議会の総会で20周年誌の刊行が決定されました。当初、15周年の記念誌が出されてからまだ5年しか経っていないので出さなくてもいいのではという意見もありましたが、この5年の間に当協議会にとってエポックメイキング的な出来事が起きたので刊行することに決まったのでした。

ひとつめは、当協議会の龍野勝彦会長、土屋了介副会長が平成14年(2002年)に日本胸部外科学会の理事に選出されたのです。翌15年には八木原俊克先生も理事となり、当協議会の悲願であった胸部外科学会の理事にいきなり3人も選ばれたのでした。

ふたつめは、専門医認定制度が導入され実地修練教育施設の役割・必要性が益々高まり、当協議会の存在意義が増したことです。このようにこの5年間は当協議会にとってきわめて意義深い期間でしたので、20周年誌を刊行することになったわけです。そして、テーマはずばり「胸部外科の将来」となったのでした。

私は、平成12年(2000年)6月に龍野先生が当協議会の第4代目の会長に就任する際に、先生から依頼され事務局(庶務幹事)を担当することになりました。この5年間非力ではありますが庶務幹事として当協議会に関わってきました。

庶務幹事としてまず私がしたことは、それまで2年毎に会費(計1万円)を徴収していたのを1年に1回(5千円)といたしました。それによって会費の徴収率が高まり、収入が増えました。繰越金も増えてきましたので、「研究会・施設めぐり」の補助金を20万円から50万円としました。また、最近ホームページを立ち上げることができました。立ち上げて日が浅いせいか十分活用されていませんが、今後広く利用されるようになってほしいと思います。

さて、よい機会でありますので、当協議会の役割の面から胸部外科の将来についてまとめてみました。

まず、専門医制度について述べてみたいと思います。昨年から専門医認定制度が始まりました。専門医制度は国民の医療に対する満足・信頼・理解を高めるものでなければなりませんので、真の専門医制度の確立が不可欠であると思います。現行のようなややもすると専門医を認定する側の論理だけの制度では、年功専門医やペーパーテスト的な専門医認定で、臨床能力が伴っていない専門医も認定してしまうこともあり、不完全だと思います。認定の仕組みそのものに臨床能力がきちんと問われるようにしなければならないと思います。そして、手術を担う専門医の認定ですから技術審査も設けるべきであると思います。これらのことは当協議会会員であれば皆さん認識していることでしょうか、専門医機構、胸部外科学会には声を高くして主張しなければならないのではないのでしょうか。

当協議会施設は臨床の現場で専門医としての臨床能力を培わせ、修得させる教育カリキュラムを活用し、専門医教育・育成をすることによってその任としています。臨床現場の医師としては患者の不安を理解できる心、患者に対してトータルな人間として接する姿勢も重要ですので、両面兼ね備えた専門医を養成する役割も当協議会では担っているのではないのでしょうか。

次に、高齢化社会に伴う循環器医療についての考えを述べたいと思います。少子高齢化対策は国家的事業になっておりますが、われわれ医療人も無関心であるわけにはいきません。高齢化に伴って確実に循環器病の患者が増加してきており、かつ重症化しております。また、高齢者では循環器以外にもいろいろな病気を持っておられます。一方で内科的治療技術の著しい進歩で、これまでは手術を行なわれていた症例も内科が行うようになり、外科はより難しい症例を扱うケースが増えてきています。

当院でも人工透析患者の冠動脈バイパス手術、弁置換術などは日常的に行なわれております。術後ICUにて持続的にインシュリンの点滴を行なっている患者も少なくありません。一方、種々の合併症を伴った高齢者、超高齢者の手術をどこまでやるかは、殆どが現場の判断に任せられます。また、解離性大動脈瘤などの緊急手術は夜間・休日でも行なわなければなりません。人材、勤務体制、設備・器材等、各病院の診療理念、体力などによって課題がないことはありません。本来であれば決して個々の病院だけで抱え込むことなく、病院間の連携、行政、医療計画等も含めて考えなくてはならないことではないでしょうか。

また、高齢者の心臓手術の場合、たとえばオフポンプバイパス手術のようにより侵襲が少ない術式をするなど工夫がなされますが、術後管理やその他の治療において人工呼吸、中心静脈栄養等、重装備となることもまれではありません。そういった状況で、医療事故が起きる機会は若い患者や軽症な患者に比べて頻度ははるかに高くなります。より積極的な治療、より高度な治療を行なえば行なうほどその頻度は高くなります。このような現状を社会にきちんと知っていただかなくてはいけないのではないのでしょうか。協議会は学会と協力して広報活動をしなくてはならないと思います。

当協議会の庶務幹事をさせていただいて日ごろ感じていること、思っていることを述べさせていただきました。今後当協議会がますます発展し、国民に信頼されるような胸部外科学会の将来であるよう願っております。

資 料

2002年理事選挙立候補表明文

謹啓

秋の気配が濃厚になってまいりましたが、先生におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

私ども両名は、来る10月8日、安井久喬会長のもとで開催されます第55回日本胸部外科学会総会の評議員会での理事選挙に、指定施設協議会を代表して立候補させていただきましたので、謹んでご挨拶申し上げます。

龍野勝彦は昭和45年日本胸部外科学会に入会以来32年間、本会会員として心臓血管外科分野の勉強をさせていただいてまいりました。昭和61年からは評議員として、診療問題委員、専門医制度委員、会誌編集常任委員、推薦評議員候補者選考委員、総合将来計画委員などを拝命し、本会会務に参画して参りました。

土屋了介は昭和49年日本胸部外科学会に入会し、呼吸器外科医として本学会において28年間研鑽を積んでまいりました。そして平成13年より評議員として会務に参画いたしております。

本学会は胸部外科の先端医療技術者集団として、従来どおり学術研究の交流を推進していくことは当然ですが、最近の社会情勢や国民意識の変化から、次のような社会的な問題にも学会がより明確な意思表示をする必要性が高まってまいりました。それらは、①保険制度、②医療安全対策、③医療情報開示、④卒後医師教育改革などであります。これらはいずれも医療現場を直撃する問題であり、早急かつ適切に対応しなければなりません。特に間近にせまった胸部外科関連専門医の認定と教育に関しては、大学病院と国公立の病院が協力してよりよい教育体制を構築しなければ、質の高い専門医の育成は到底不可能と考えます。私どもが本学会の運営に貢献できることは、これらの問題を解決するために第一線の臨床教育病院から率直で実質的な提言を行うことです。胸部外科の今後の発展のために大学病院と市中病院が協調して本学会の運営に携わることは今まさに時代の要請であると考えます。何卒私どもの立候補の主旨をお汲み取りいただき、ご支援を賜りますよう伏してお願い申し上げます。

末筆ながら先生の益々のご健勝とご発展をお祈り申し上げます。

謹白

平成14年10月

千葉県循環器病センター・心臓血管外科

龍 野 勝 彦

国立がんセンター中央病院・呼吸器外科

土 屋 了 介

理事当選の祝いのはがき・手紙

初代会長 秋山文弥先生より

拝復

理事選出の朗報に接し心より慶祝の意を表します。しかもお二人揃ってとは驚き入りました。20年来の悲願が達成され、新しい歴史が拓かれました。存分のご活躍を祈念申し上げます。取り急ぎお喜びまで。

草々

10月18日

2 代目会長 小山田恵先生より

拝復

日増しに秋深くなってまいりました。胸部外科学会理事に先生と土屋先生のお二人が選出されたこと本当に嬉しく、何度も手紙を読ませていただきました。長年の夢の実現を会員等しく喜んでいふことと存じます。大学人にも理解が広がったことは勿論ですが、何と云っても先生、土屋先生のご人格と仕事（医療）の実績の評価が実った証と信じております。今後地方病院の抱える問題が多くあり、施設協議会の果たす役割りもますます大きくなることと存じます。会のリーダーとして今後とも一層のご活躍をお願い致します。

11月13日から静岡で開催される全国自治体病院学会の折、お会いできましたら改めてお祝いを申し述べたいと存じております。

おめでとうございました。

10月19日

敬具

指定施設協議会年譜(2000年から2005年)

(協議会メンバーは敬称略)

2000年

- 6月5日
 - 庄村東洋会長、小川恭一副会長が退任、代わって龍野勝彦が会長、島本光臣、土屋了介が副会長に就任、監事に木曾一誠、井原勝彦就任。庄村東洋、小川恭一、本会顧問となる。
 - 事務局を神戸市立中央市民病院(事務局幹事、宮本 覚)から榊原記念病院(事務局幹事、菊池利夫)に移設
- 7月
 - 指定施設協議会発足15周年記念誌発行(庄村東洋、宮本 覚)
- 10月25日
 - 協議会幹事会開催
 - 日本胸部外科学会学術集会(内田雄三会長、別府市)
同学会理事選挙で龍野勝彦、次点で当選ならず。

2001年

- 6月2日
 - 協議会研究会、当番幹事、小川恭一(兵庫県立姫路循環器病センター)、基調講演：広島大学総合診療科、横山 隆教授『胸部外科領域における感染症防止対策』、特別公演：アイオワ大学小児外科、木村 健教授『外国から見て、日本の医療に望むこと』
- 10月2日
 - 協議会幹事会開催、土屋了介副会長を理事候補に推薦
 - 協議会幹事会開催
 - 胸部外科学会学術集会(北村惣一郎会長、大阪市)
同学会理事選挙で土屋了介、次点で当選ならず。

2002年

- 4月
 - 厚生労働省が広告可能な専門医の認定団体に関する外形基準を発表
- 6月1日
 - 協議会研究会、当番幹事、長岡秀郎(土浦協同病院)、主題『胸部外科における救急医療』、基調講演：元ニューヨーク医科大学教授、廣瀬輝夫先生『胸部外科医の卒後教育・専門医制度』
 - 協議会幹事会開催、胸部外科学会理事候補に龍野勝彦、土屋了介を推薦
- 10月8日
 - 協議会幹事会開催
 - 胸部外科学会学術集会(安井久喬会長、福岡市)
 - 同学会理事選挙で龍野勝彦、土屋了介ともに当選

2003年

- 4月19日
 - 協議会研究会、当番幹事、山根正隆(香川県立中央病院)、主題『心臓血管外科、呼吸器外科専門医のプログラム』、特別講演：弁護士・医師、許 功先生『外科手術を取り巻く医事紛争』
 - 協議会幹事会開催、八木原俊克を胸部外科学会理事候補に推薦、井原勝彦監事退任、瀬瀬 顯監事に就任
- 7月12日
 - 胸部外科学会臨時評議委員会・総会開催、任意団体日本胸部外科学会の解散と特定非営利活動法人定款の承認、理事長制への移行決定
- 9月30日
 - 特定非営利活動法人日本胸部外科学会新理事長に小林紘一会長を選任
- 11月18日
 - 協議会幹事会開催
 - 胸部外科学会学術集会(小林紘一会長、東京)
同学会理事選挙で八木原俊克当選
 - 任意団体日本胸部外科学会の解散と特定非営利活動法人定款の制定を報告、理事長に小林紘一氏就任を承認
- 11月28日
 - 第1回心臓血管外科専門医、呼吸器外科専門医試験

12月25日 ● 東京都より特定非営利活動法人日本胸部外科学会の認可

2004年

4月1日 ● 心臓血管外科専門医、呼吸器外科専門医の第1回認定

6月5日 ● 協議会研究会、当番幹事、小池輝明(新潟県立がんセンター新潟病院)、主題『胸部外科施設の抱える諸問題』、特別講演：国立保健医療科学院政策科学部、長谷川敏彦部長『医療の質と外科手術の技術集積に関する研究』
● 協議会幹事会開催、八木原俊克理事を本協議会副会長に選任

10月19日 ● 協議会幹事会開催
● 胸部外科学会学術集会(安倍十三夫会長、札幌市)
● 同学会理事選挙で龍野勝彦、土屋了介再選

11月19日 ● 第2回心臓血管外科専門医、呼吸器外科専門医試験

2005年

1月1日 ● 心臓血管外科専門医第2回目の認定

4月1日 ● 呼吸器外科専門医第2回目の認定

5月21日 ● 協議会研究会、当番幹事、畑 隆登(心臓病センター榊原病院)、主題『胸部外科医の将来を考える』、特別講演：弁護士、中村 隆氏『胸部外科医をとりまく医事紛争』
● 協議会幹事会開催、木曾一誠監事退任、新監事に小池輝明就任、木曾一誠、本協議会顧問となる。

10月4日 ● 協議会幹事会開催
● 胸部外科学会学術集会(清水信義会長、岡山市)
● 同学会小林紘一理事長退任、松田 暉新理事長就任
● 同学会理事選挙で八木原俊克再選

11月11日 ● 第3回心臓血管外科専門医、呼吸器外科専門医試験

2006年

1月1日 ● 心臓血管外科専門医第3回目の認定

指定施設協議会学術集会・施設めぐりの記録

	日 時	世 話 人	会 場
第14回	2001. 6. 2	小川 恭一	兵庫県立姫路循環器病センター
	主題講演：外国から見て、日本の医療に望むこと アイオワ大学 小児外科 木村 健 胸部外科領域における感染防止対策 広島大学医学部 横山 隆		
第15回	2002. 6. 1	長岡 秀郎	土浦協同病院
	主 題：胸部外科における救急医療 特別講演：ロボット技術の外科への応用 東京医科歯科大学 坂本 徹 医学教育改革—卒後教育が目指すもの 東京医科歯科大学 砂盛 誠 胸部外科医の卒後教育・専門医制度 元ニューヨーク医科大学 廣瀬 輝夫		
第16回	2003. 4. 19	山根 正隆	香川県立中央病院
	主 題：心臓血管外科、呼吸外科専門医のプログラム 特別講演：医療現場におけるバイオエシックスの活用のかつと日本の現状の問題点 大阪成人病センター 中島 弘 外科手術を取り巻く医事紛争 高麗橋総合法律事務所 許 功		
第17回	2004. 6. 5	小池 輝明	新潟県立がんセンター新潟病院
	主 題：胸部外科施設の抱える諸問題 特別講演：医療の質と外科手術の技術集積に関する研究 国立保健医療科学院 政策科学部長 長谷川敏彦		
第18回	2005. 5. 21	畑 隆登	心臓病センター榊原病院
	主 題：胸部外科医の将来を考える 特別講演：胸部外科医をとりまく医事紛争 中村・平井・田邊法律事務所 中村 隆		

幹 事 名 簿

	氏 名	所 属	専 門
会 長	龍野 勝彦	千葉県循環器病センター心臓血管外科	心
副会長	島本 光臣	静岡市立静岡病院心臓血管外科	心
	土屋 了介	国立がんセンター中央病院呼吸器外科	肺
	八木原俊克	国立循環器病センター心臓血管外科	心
監 事	小池 輝明	新潟県立がんセンター新潟病院胸部外科	肺
	瀬瀬 顯	九州厚生年金病院心臓血管外科	心
[北海道]	大野 猛三	碩心会心臓血管センター北海道大野病院	心
	大堀 克己	医療法人北海道循環器病院	心
	岡安 健至	医療法人恵佑会札幌病院心臓血管外科	心
	岡本 史之	医療法人手稲溪仁会病院	心
	草島 勝之	国立病院機構帯広病院胸部外科	肺
	渡辺 祝安	札幌市立札幌病院心臓血管外科	心
	長谷川 正	函館市立函館病院	心
	松浦 弘司	北海道社会保険中央病院心臓血管外科	心
	明神 一宏	国立札幌病院心臓血管外科	心
[東 北]	伊藤 孝	石巻赤十字病院心臓血管外科	心
	岩波 洋	慈山会医学研究所付属坪井病院外科	肺
	大久保 正	医療法人明和会中通総合病院心臓血管外科	心
	垣畑 秀光	岩手県立中央病院心臓血管外科	心
	小泉 誠二	八戸市立市民病院心臓血管外科	心
	佐藤 尚	宮城県立瀬峰病院心臓血管外科	心
	東郷 孝男	財団法人宮城厚生協会坂総合病院心臓血管外科	心
	半田 政志	岩手県立中央病院呼吸器外科	肺
	山根 喜男	いわき市立総合磐城共立病院呼吸器外科	肺
[東 京]	加瀬川 均	(財)日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院	心
	加藤 抱一	国立がんセンター中央病院外科	食
	菊池 利夫	(財)日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院	心
	関口 昭彦	国立成育医療センター心臓血管外科	心
	関口 令安	東京都立豊島病院院長	肺
	須磨 久善	財団法人心臓血管研究所	心
	中川 健	癌研究会付属病院呼吸器外科	肺
	中野 清治	NTT東日本関東病院心臓血管外科	心
	羽田 圓城	三井記念病院呼吸器外科	肺

	氏 名	所 属	専 門
[東 京]	渡辺 直	聖路加国際病院心臓血管外科	心
[関 東]	大関 一	新潟県立新発田病院心臓血管呼吸器外科	心
	上田 敏彦	済生会宇都宮病院	心
	金沢 宏	新潟市民病院心臓血管外科	心
	木村 秀樹	千葉県がんセンター呼吸器外科	肺
	小坂 真一	公仁会大和成和病院	心
	小西 敏雄	労働福祉事業団横浜労災病院心臓血管外科	心
	佐々木達海	埼玉県立循環器・呼吸器病センター心臓血管外科	心
	高原 善治	船橋市立医療センター心臓血管外科	心
	土屋 幸治	山梨県立中央病院心臓血管外科	心
	永井 完治	国立がんセンター東病院呼吸器外科	肺
	西村 嘉裕	国立病院機構東茨城病院呼吸器外科	肺
	広岡 一信	茨城県厚生農業協同組合連合会土浦協同病院心臓血管外科	心
	三角 隆彦	平塚市民病院	肺
	吉井 新平	立川総合病院循環器センター	心
[中 部]	上野陽一郎	国立病院機構岐阜病院外科	心
	大橋 博和	福井循環器病院	心
	木下 肇彦	安城厚生病院心臓血管外科	心
	木村 誠	山田赤十字病院胸部外科	肺
	小久保光治	木沢記念病院	肺
	坂本喜三郎	静岡県立こども病院心臓血管外科	心
	篠田 雅幸	愛知県がんセンター胸部外科	食
	庄村 赤裸	山田赤十字病院胸部外科	心
	関 雅博	石川県立中央病院	心
	玉木 修治	大垣市民病院心臓血管外科	心
	滝谷 博志	岐阜県立岐阜病院心臓血管外科	心
	竹内 栄二	国立名古屋病院心臓血管外科	心
	陶山 元一	愛知県がんセンター胸部外科	肺
	西谷 泰	富山県立中央病院心臓血管外科	心
	丹羽 浩	聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院呼吸器センター	肺
	小出 昌秋	総合病院聖隷浜松病院心臓血管外科	心
	秦 紘	県西部浜松医療センター心臓血管外科	心
	保浦 賢三	岡崎市民病院心臓血管外科	心
	前田 正信	あいち小児保健医療総合センター	心
	矢野 洋	総合病院名古屋第一赤十字病院	心
	山本信一郎	福井県立病院外科	心
	宮田 義彌	名古屋掖済会病院胸部心臓血管外科	心

	氏 名	所 属	専 門
[中 部]	渡邊 孝	豊橋市民病院心臓血管・呼吸器外科	心
[近 畿]	麻田 達郎	三木市立三木市民病院心臓血管外科	心
	磯部 文隆	国立病院機構大阪医療センター	心
	大賀 興一	第二岡本総合病院心臓血管外科	心
	大嶋 義博	兵庫県立こども病院心臓胸部外科部長	心
	大西 健二	大阪厚生年金病院心臓血管外科	心
	岡田 行功	神戸市立中央市民病院胸部外科	心
	小澤 修一	兵庫県災害医療センター センター長	心
	神吉 豊	大津市民病院心臓血管外科	心
	金香 充範	大阪府立病院	肺
	桑原 正喜	京都社会事業財団京都桂病院呼吸器センター	肺
	小坂井嘉夫	宝塚市立病院心臓血管外科	心
	児玉 憲	大阪府立成人病センター呼吸器外科	肺
	小西 裕	日本赤十字社和歌山医療センター心臓血管外科	心
	大竹 重彰	大阪警察病院心臓血管外科	心
	志田 力	兵庫県立姫路循環器病センター心臓血管外科	心
	住友 伸一	日本赤十字社和歌山医療センター呼吸器外科	肺
	瀧 俊彦	財団法人田付興風会北野病院胸部外科	肺
	多田 弘人	大阪市立総合医療センター呼吸器外科	肺
	筑部 卓郎	神戸赤十字病院心臓血管外科部長	心
	坪田 紀明	兵庫県立成人病センター呼吸器外科	肺
	中谷 武嗣	国立循環器病センター臓器移植部	心
	中原 数也	岡田病院	肺
	中埜 肅	りんくう総合医療センター市立泉佐野病院	心
	松原 義人	京都社会事業財団京都桂病院呼吸器センター	肺
	南 一明	大阪赤十字病院心臓血管外科	心
	宮本 覚	大阪市立総合医療センター心臓血管外科	心
	村田 眞司	三菱京都病院名誉院長	心
	村田 紘崇	労働福祉事業団関西労災病院心臓血管外科	心
	良河 光一	財団法人住友病院呼吸器外科	肺
[中国四国]	井原 勝彦	日新製鋼呉製鉄所診療所	心
	江里 健輔	山口県立総合医療センター心臓血管外科	心
	大庭 治	社会保険広島市民病院心臓血管外科	心
	片岡 善彦	徳島赤十字病院	心
	川上 恭司	広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院心臓血管外科	心
	小宮 達彦	倉敷中央病院心臓血管外科	心
	多胡 護	香川県立中央病院外科	心

	氏 名	所 属	専 門
[中国四国]	土肥 俊之	医療法人清幸会土肥病院	心
	畑 隆登	心臓病センター榊原病院心臓血管外科	心
	富野 哲夫	愛媛県立中央病院心臓血管外科	心
	名和 清人	総合病院岡山赤十字病院第3外科	心
	松田 光彦	総合病院松江赤十字病院心臓血管外科	心
	森山 重治	総合病院岡山赤十字病院	肺
	山根 正隆	香川県立中央病院外科	心
[九 州]	樗木 等	佐賀県立病院好生館心臓血管外科	心
	小須賀健一	宗像水光総合病院心臓血管外科	心
	下川 新二	下川クリニック	肺
	田中 二郎	飯塚病院循環器病センター心臓血管外科	心
	藤堂 景茂	医療法人雪の聖母会聖マリア病院胸部心臓血管外科	心
	富永 隆治	国立病院機構九州医療センター心臓血管外科	心
	當山 真人	沖縄協同病院	心
	濱脇 正好	国立病院機構長崎医療センター心臓血管外科	心
顧 問	秋山 文弥		
	池田 貞夫	音羽病院	
	池田 道昭	いわき社会保険健康管理センター	
	太田 里美	愛全病院	
	小川 恭一	神戸赤十字病院院長	
	小山田 恵	全国自治体病院協議会	
	木曾 一誠	宇都宮内科病院	
	国島 和夫	メディケア栄	
	酒井 圭輔	医療法人手稻溪仁会病院	
	庄村 東洋	神戸リハビリテーション病院院長	
	田中 孝	福井循環器病院	
	中村常太郎	千葉県循環器病センター	
	古田 昭一		
	渡部 高久	大津市総合保険センター	

日本胸部外科学会指定施設協議会会則

- 第 1 条 (名 称) 本会を日本胸部外科学会指定施設協議会と称する。
- 第 2 条 (目 的) 指定施設・関連施設(以下指定施設という)における医学・医療の進歩と臨床教育・研修の充実向上を図り、日本胸部外科学会の発展に寄与するとともに、併せて相互の研鑽と親睦を深めることを目的とする。
- 第 3 条 (事 業) 前条の目的を達成するために次の事業を行う。
- 1) 指定施設研究会(施設巡り)の開催
 - 2) その他必要な事業
- 第 4 条 (事 務 局) 会長の指定する施設に置く。
- 第 5 条 (会 員) 本会の目的に賛同し会費を納入した指定施設に所属する日本胸部外科学会会員をもって構成する。
- 第 6 条 (役 員) 本会に次の役員を置く。
- 会 長 1 名
副会長 2 名
幹 事 若干名(事務局幹事 1 名を含む)
監 事 2 名
- 役員は幹事会において選任し、任期は 2 年とする。ただし再任を妨げない。
- 第 7 条 (幹 事 会) 年 2 回その他必要の都度会長が招集する。
2. 幹事会の議長は会長または会長が指名した者とする。
- 第 8 条 (総 会) 年 1 回開催する。
2. 総会の議長は会長とする。
- 第 9 条 (会 計) 本会の経費は会費その他をもってこれにあてる。
- 1) 会費(施設会費)年額5,000円とする。
 - 2) 会計年度は総会の日より次年度総会の前日まで。
 - 3) 会計報告は次年度の総会で行う。
- 第10条 (会則変更) 総会の議決を必要とする。
- 第11条 (顧 問) 総会の議決を経て本会に顧問を置くことができる。

(附 則) 本会は昭和63年10月 6 日より発効する。
本会は平成 9 年 9 月30日から改正する。
本会は平成15年 4 月19日から改正する。

編集後記

昨年5月、岡山市の心臓病センター榊原病院の畑 隆登先生が主催された第18回当協議会の総会で本記念誌の発刊が決まりました。15周年記念誌が発刊されてさほど年数が経ってなく、原稿も集まらないのではないかという意見もあったのですが、この5年間はエポックメイキングな出来事があり、胸部外科学会にも大いに貢献したので、是非記録に残そうということで決まったのでした。

その場で、龍野会長の提案でテーマが「胸部外科医の将来」と決まりました。

編集に関しては、先の15周年記念誌では庄村東洋先生、宮本 覚先生の手作りと伺いましたが、今回は当協議会のホームページの運営をお願いしている(株)メディカルトリビューンの方に協力をお願いし、龍野会長と私とでコンテンツを決め、原稿依頼を行ないましたが、15周年記念誌を参考にさせていただいたことは言うまでもありません。原稿および貴重な写真も寄せていただいた先生方には厚く御礼申し上げます。

今秋の胸部外科学会総会の会長を務める東京大学 高本眞一教授にはお忙しい中、原稿をお寄せいただきました。先生は三井記念病院、国立循環器病センターなど多くの期間を大学外で過ごされ、その間当協議会の重要なメンバーでしたので、当協議会の意義は十分理解しておられます。寄稿文の最後に「日本の医療を真に患者のためになるように動かすために、皆で力を合わせて頑張りましょう。指定施設協議会の皆様の努力が大きく実るために、一緒に頑張りたいと思います」と力強いエールを送っていただきました。「胸部外科の将来」を共に歩む同士としてこれ以上勇気づけられることはないと思います。先生には心から感謝とお礼を申し上げます。

最後に、本誌が当初の期限通りに発刊できたのは、(株)メディカルトリビューンの坂巻常好氏、小林雄一氏のお力添えのおかげであります。記して感謝の意を表したいと思います。

平成18年 3 月

日本胸部外科学会指定施設協議会 事務局
菊池 利夫