学友会ニュース

第219号
社団法人
医学振興
銀杏会
06（6879）3501
（編集同人）
川越裕也　荻原俊男
大湊　茂　門田守人
米田正太郎　杉本　央
武田雅俊　黒木尚長
山分祥興

年頭あいさつ

理事長　岸本　忠三

平成二十年の新春、明けましておめでとうございます。

学友会会員の皆様方、よきお年をお迎えのことと思います。これからの一年が皆様方にとって大阪大学にとって、そして日本にとっても、広く世界にとっても、安定した平和と繁栄の年になることを心より祈りたいと思います。

私は昨年六月より当学友会の理事長をお引き受けし、今年は二年目に入ります。私事にわたって恐縮ですが、私は昨秋冠状動脈の再建術を受けるためしばらく入院し、そのため学友会のいくつかの行事も欠席し、皆様方に多大なご迷惑をおかけ致しました。心よりお詫び申し上げます。すっかり元気になりましたので、今年からは学友会の更なる発展のため尽力したいと思っております。ご協力よろしくお願い申し上げます。

さて、はじめて少し長期に入院し大きな手術を受けるという経験をして、医学、医療の進歩を身をもって体験しました。医療技術の進歩、それを支える医療機器や医薬品の目をみはるような進歩、たとえば冠状動脈の狭窄を簡単にみることの出来るCTがなかったなら、私は多分自分の狭窄にまだまだ気づいていなかったかもしれません。医師、看護師をはじめとする医療従事者の質、量共の充実も進んでいます。これらのことを知れば医療費が増加するのは当然のことと、多分誰もが思うでしょう。

政府は「若者に希望を、高齢者に安心を」ということを目標にかかげています。高齢者に安心を与える最も重要な要素は医療の充実です。最近、医師不足をはじめとして医療の問題が国会でも取り上げられ、国民も大きな関心を持っています。何故このように大きな問題になってきたのか。それはこのような医学、医療の進歩に逆比例するように、ここ数年医療費の伸びを抑えてきたことが一つの大きな原因だと思います。

いまでも経済財政諮問会議や財政審議会が、医療費の伸びをGDPの伸び以下に抑えるべきだと言っています。「医療は決して単なるコストではなくGDPの伸びにもつながる投資である」ということを分かってもらわなければなりません。国民の幸せと安心のために、高度に進んだ医療を全国民に提供するためにどうすべきか、我々医学、医療にたずさわる者が大きな声を上げていくべきだと思います。

川島康生 国立循環器病センター名誉総長 に文化功労者

平成十九年度文化功労者に、本会会員の川島康生先生（昭30）が文化功労者として顕彰の栄に浴された。

（3面に関連記事）

画題「文楽人形お園の姿」油彩12号

この油彩画（12号）は「いま頃は半七さん…」で知られる〝艶容女舞衣〟お園の姿です。文楽は能や歌舞伎とならびわが国の三大劇のひとつです。約三百年前に大阪の地で始まり、国の重要無形文化財になっています。観客は熱心なリピーターが多く、欧米人の姿もよくみかけます。海外の招待学者のおもてなしには国立文楽劇場は格好のポイントかもしれません。

北嶋省吾（昭26専）

第19回シンポジウム 地域医療の課題とその対策

平成十九年度の医学振興銀杏会主催のシンポジウムは十一月一日（木）銀杏会館の阪急・三和ホールにて開催された。曇天ではあったが沢山の関連病院の代表や阪大病院の臨床系の教授および教室代表が出席した。

定刻に開会。渡邊幹夫理事（平5）の司会で早石雅宥副理事長（昭42）が開会の辞を述べた。次に佐古田三郎教授（昭50）が阪大医学部の現状を、川瀬一郎教授（昭46）が阪大病院の現状を報告した。一昨年度から三十を超える臓器別診療科がスタートし診療が行われている。今年も内科系、外科系共に各科長または代行が登壇し診療部門のPRを行った。新しい寄附講座や未来医療センターの教授も出席し、時代のニーズに応じた診療科が新たに活動していることが報告された。

シンポジウムは「医療の集約化は必然か、どのような力で推進するのか」をテーマに荻原俊男理事（大阪府立急性期・総合医療センター院長）と門田守人副理事長（大阪大学副学長）をコーディネーターとし、井上通敏名誉会員（昭37、大阪府立病院機構理事長）と杉本壽教授（昭48、大阪府医師会副会長）が基調講演を行った。

◇

井上　英国では人口当たりの小児科医は日本より少ないが、一つの病院の小児科に二十名くらいが集約されていて、よい医療成績をあげている。日本では小児科を標榜する病院は多くて患者には便利であるが、一病院あたりの小児科医数は平均一・八名に過ぎず、このことが医師の過労、ひいては医療レベルの低下につながる怖れがある。便利さ（フリーアクセス）は日本の医療の長所であるが、医療が高度化し専門分化が進んだ今日では便利さを少々犠牲にしてでもより広い医療圏での機能分担と集約化を行うべきである。

英国は、病院は国営・医師は公務員という社会主義で医療制度が築かれてきたので、ハード面での効率化が可能であったが、わが国では経営母体が公民入り混じっており、また自治体や学閥の壁もあるので集約化を力ずくで行うことは難しい。行政的権力に頼るより、むしろ診療報酬を改めて競争原理を働かせて集約してゆくのがベターではないか。

杉本　この数年、病院の医師確保が急速に困難になりつつある。特に小児科、産婦人科、麻酔科で顕著である。これらの診療科に共通するのは、女性医師数の比率と当直勤務や時間外緊急の頻度とがともに高い点である。女性医師が生涯働ける勤務形態や職場環境を整備することが喫緊の課題である。

卒後臨床研修義務化前後の二〇〇二年と二〇〇六年に阪大病院の各医局から関連病院への派遣医師数を調査した。その結果、派遣医師数は三千百八十九人から二千七百六十二人へと約四百人も減少していた。原因は阪大病院の新規採用の研修医数が約二百人から約百人にまで半減したことにある。この派遣医師の減少分のほとんどは派遣医師数三十人以上の主要関連病院への削減である。これらの主要病院は多数の研修医を独自に採用しているので、各病院の勤務医師数には大きな変化はないと思われる。

当医学部は関連病院と連携し、地域医療の確保、専門医師の養成、研究者の育成に大きな役割を果たしてきた。今後はますます連携を強化すべきである。その中で、地域医療に関しては、従来の病院単位から地域単位へと発想転換し、関連病院を集約・重点化することが必要であろう。また、関連病院と大学との間で人事交流をさらに促進し、医学研究者や研究者的思考のできる臨床医の育成など、次代を担う人材を輩出することが必要である。

閉会の言葉を伏見尚子副理事長（昭36）が述べ、シンポジウムは無事終了した。

早石雅宥（昭42）

講演者　井上通敏先生

講演者　杉本壽先生

昨年11月１日に開催された第19回シンポジウム

平成19年度秋　叙勲と受賞

文化功労者	川島　康生先生（昭30）	瑞宝双光章	鎌田　一一先生（昭19専）
旭日小綬章	太田　宗夫先生（昭36）	日本医師会最高優功賞	竹政　順三郎先生（昭38）
瑞宝小綬章	宮軒　富夫先生（昭25専）	日本医師会優功賞	酒井　国男先生（昭43）
瑞宝小綬章	市橋　賢治先生（昭33）	日本医師会医学賞	西田　輝夫先生（昭46）
瑞宝小綬章	永井　勲先生（昭38）	岡本国際賞	荻原　俊男先生（昭43）
旭日双光章	岡島　慎治先生（昭31）		

川島康生名誉教授 文化功労者選出を祝う

二〇〇七年秋、川島康生先生が文化功労者の栄に浴されました事は、私達大阪大学第一外科同窓会員関係者のみならず、大阪大学にとりましてすばらしい朗報といえます。特に今回の選考が当該分野からの初めての選考ということであり、先生の長年の臨床家としての活動が評価されたことは画期的なことであります。

先生には心からお祝いを申し上げます。

川島名誉教授は昭和三十年本学の卒業後、昭和三十九年には南カリフォルニア大学に留学。心臓外科の研鑽を積み、帰国後は体外循環の安全性の向上の研究および多くの心臓手術を執刀。日本の心臓外科医の第一人者として活躍。昭和五十三年より平成二年まで大阪大学第一外科教授として、日本の心臓血管外科の臨床と研究の発展に大きく寄与されました。

特に世界的にもKawashima手術として通用し、多くの海外の教科書にも引用されるTaussig-Bing奇形の手術術式は、日本発の心臓外科手術術式として特筆すべきものであります。

さらに大阪大学教授在任中に始めた根治術後長期遠隔期の合併症を防ぐファロー四徴症の術式は、世界的に標準術式となっております。

大阪大学在任中および国立循環器病センターに移ってからも本邦での心臓移植再開に向けての社会的活動を行われました。

残念ながら、その在任中には心臓移植は再開されなかったものの、多くの医師育成に力を注いだ結果、その後進によって本邦の心臓移植が再開されました。

上に述べましたような長年の活動が評価され、栄えある文化功労者に選ばれました。

川島康生名誉教授は、これまで日本胸部外科学会、日本循環器病学会会長を歴任し、二〇〇〇年にはアメリカ、ヨーロッパ以外で初めての国際心肺移植学会を開催するなど日本を代表する数少ない心臓血管外科医、また心臓移植医療のパイオニアであり、現在も国立循環器病センター名誉総長、循環器病研究振興財団副会長として活躍中であります。

先生には今後充分にご自愛くださり、世界の心臓血管外科医療の発展に引き続きご尽力くださいますよう願って、お祝いの言葉といたします。

澤　芳樹（昭55）

【略歴】

▽昭和30年3月	大阪大学医学部卒業
▽昭和53年1月	大阪大学医学部第一外科学教室教授に就任
▽昭和61年10月	大阪大学医学部附属病院院長併任
▽平成2年4月	国立循環器病センター病院長に就任
▽平成2年9月	大阪大学教授退官
▽平成7年4月	国立循環器病センター総長に就任
▽平成8年9月	国立循環器病センター総長を退官、翌月名誉総長の称号
▽平成9年4月	紫綬褒章
▽平成14年11月	勲二等旭日重光章

トピックス

肺の再生医学

重症臓器不全に対する治療は、現在、臓器移植などの置換型治療が最も有効かつ根治的と考えられており、慢性呼吸不全に対しては脳死体、または生体からの肺移植が実施されている。しかしながら脳死ドナー数は限られており脳死体からの臓器移植の機会は未だ数少ない。さらに呼吸器においては人工臓器の開発も難しく、肺移植以外に有効な治療法がないのが実情である。

一方、肺気腫をはじめとする閉塞性換気障害の患者は増加しており、二〇二〇年には虚血性心疾患、脳血管障害に次いで全世界の死亡原因の第三位になることがＷＨＯにより予測されている。肺気腫に対する外科治療として、一九九〇年代に施行された肺容量減少手術（Lung Volume Reduction Surgery: LVRS）は、一定期間の呼吸機能改善をもたらすが永続的な効果が無く、最終的には肺移植になることが多い。したがって肺気腫に対する新たな治療戦略の構築が必要である。

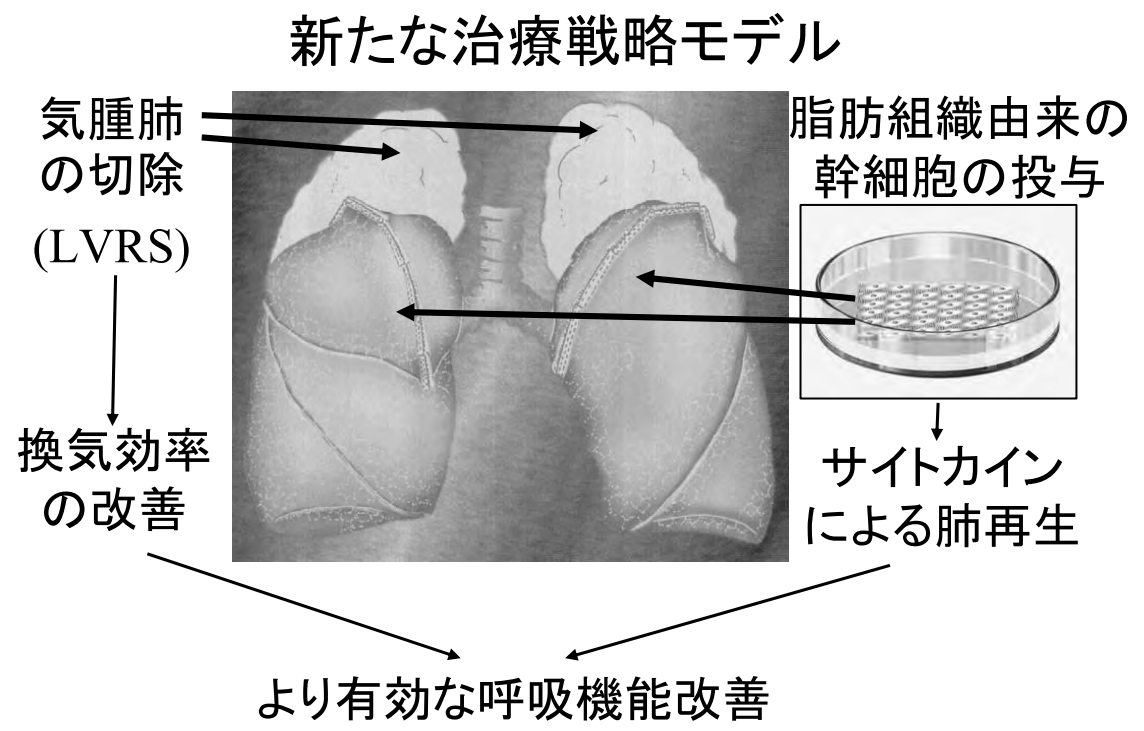
我々は慢性呼吸不全に対する治療手段の可能性の一つとして再生医学に注目し、肺再生に関する実験的研究を行ってきた。特にラットを用いた肺再生の実験的研究を行い、左肺全摘モデルにおける代償性肺再生には肝細胞増殖因子（Hepatocyte growth factor, HGF）が関与していること、肺気腫モデルにおいて遺伝子導入によるHGFの発現が肺胞・肺血管の再生をもたらすことを示してきた。さらに肺気腫モデルにおいて、LVRSに加えてHGFの外的補充を行うことにより、代償性肺再生の効果が加わり、運動能力の改善が得られることを明らかにした。

以上のように、動物実験レベルでは肺の再生医学の可能性が示唆されてきたが、当科の実験的研究での遺伝子導入で用いるHVJなどのウイルスベクターには、安全性の確保など、臨床応用までにはいくつかのハードルを越える必要がある。

現在、我々が取り組んでいる方法は、脂肪組織由来の幹細胞を増殖因子の産生源として活用する方法であり、ネオベールシート上で培養された脂肪組織由来のCD34^{+}の幹細胞からHGF、VEGFなどのgrowth factorが産生されることが確認されている。この方法をLVRSと併用することにより、新たな肺気腫の治療戦略が展開されることが期待される（図）。

自己の脂肪細胞由来の幹細胞の使用が現実のものとなれば、ウイルスベクター使用に伴う臓器障害や他種の動物由来の未知の感染症の危惧も回避されることなどのメリットがあり臨床応用が期待される。

呼吸器外科
奥村明之進（昭59）



提言

わが国の医療はどちらへ向かうのか

「日本の（病院）医療は崩壊の危機にある」という医療現場からの声が大きくなっている。とくに産科や小児科では医師不足や残った医師の過労が日常的になって診療を制限したり、廃止する病院が相次いでいる。地方では産科・小児科だけでなく全科で医師が確保できなくて廃院に追い込まれた病院も少なくない。医療崩壊の危機を招いた根本的な原因の第一は医療費抑制政策、第二は医療提供政策の揺らぎである。

第二の問題とは、最近十数年の医療政策を振り返ると「規制強化政策」と「規制緩和政策」が入り混じって交錯し、医療現場を混乱に陥れている。規制強化とは、医療の効率化をうたい文句にして進められてきた作戦で、「在院日数の短縮」「ガイドラインやパス法の推奨」「DPC→DRG導入」「病床数・病院数削減と集約化」「医療のIT化」「後発薬品推奨」といったことである。政府は「診療報酬制度」だけではコントロールが不十分だと考えたのか、医師や病院経営者の〝裁量権〟を大幅に制限し、国による医療の管理を強化する政策である。ところが、一方では、規制緩和して医療を市場化する政策を打ち出している。市場主義を促す規制緩和とは、「病院評価の推進と公表」「情報公開の徹底」「研修医マッティング方式の導入」「大学医局の弱体化」「医師就職の市場化」「混合診療是認」「株式会社病院」「外国人医師・看護師許可」「民間医療保険拡大」などといったことである。

同じ政府の中でも規制強化は厚労省が強調し、規制緩和のほうは経済財政諮問会議や規制改革会議の委員から提案されていて、一見両者は対立しているように見えるが、実は裏ではつながっているのだと思う。すなわち、今後のわが国の医療提供体制は二階建て方式（一階はアクセスフリーのセーフティネット、二階は一階で不満の人がお金を負担して受ける）を取り入れざるを得ないと両者とも考えており、そうなると公平性が損なわれることへのブーイングが高まる怖れがあるので、厚労省はもっぱら公平性と効率性を主眼に一階部分の医療を強調し、財政諮問会議は民間資金の流入と質のより高い医療を狙った二階部分の医療を分担しているのではないか。そして、ふたを開けてみれば両者の顔を立てた二階建ての医療システムが完成しているというわけである。

厚労省と財政諮問会議の八百長説はうがった見方かもしれないが、両者の相反した政策が医療現場に混乱をもたらし、医療危機の一因になっている。

今後のわが国の医療がどのような姿になるかを決めるのは最終的には国民の選択であるが、その前に、現場を預かる者が医療について国民にもっと説明し、理解と支持を得ることが医療を守るために大切だと思う。

井上通敏（昭37）

リレー随筆 …その120

脳死からの臓器移植法10年

大阪で五八例目の脳死判定：大阪府済生会千里病院（吹田市）に入院中の三十代の患者が九日、臓器移植法に基づき脳死と判定された。患者は脳死で臓器提供する意思を示すカードを持ち、家族も提供に同意した。同法に基づく脳死判定は五八例目、移植は五七例目。日本臓器移植ネットワークによると、心臓は四十代男性に、肝臓は二十代男性にいずれも大阪大病院で、膵臓は三十代女性に東京女子医科大病院で、片方の腎臓は四十代男性に大阪市立総合医療センターで、もう片方の腎臓は五十代女性に大阪府立急性期・総合医療センターで、それぞれ移植される予定（二〇〇七年八月十日　毎日新聞）。

大学卒業前、第一外科曲直部教授の卒試は、バーナード医師が世界初の心臓移植を成功させて世界を驚愕させた日（一九六七年十二月三日）の直後であった。教授に心臓移植についてどう思うかと訊ねられ、われわれ医学生はそれまで想像もしていなかった医療が存在したことに興奮していた。

それから四十年、五七例目の脳死臓器移植に立ち会う機会が訪れた。ドナーカードの所持を家族から伝えられ、JOTコーディネーターが来院し、家族に対する説明と同意、そして移植に至るまでのコーディネーターの対処、その働きは実に的確で見事なものであった。われわれは脳死判定のマニュアルに準じて粛々と進めることが出来た。

臓器移植法の施行から二〇〇七年十月十六日で十年を迎えた。しかしこの間に実施された脳死臓器提供はわずか六二例である。

脳死移植が進まない理由は、(1)脳死が一般に理解されていない。(2)国民の医療への不信。(3)臓器移植法の不備が主であろうが、今回の経験で(4)提供病院の負担が大きいことも実感した。脳死判定には人（多数の専門医、コメディカルを含む）と時間がかかり、救急医療の現場では負担感が強い。今後、厚労省第三者検証機関による検証も待っている。積極的になれない病院があるとも聞く。高度な救急医療の結果である脳死臓器移植は提供病院の力が試されている。今回われわれ救急医療に携わる医師たちのやる気を示すことができたと思っている。

脳死移植医療を進めるには、これからも啓発運動に力を入れ社会的な合意と協力を得るための地道な努力が必要であることは言うまでもないが、臓器提供時の負担を提供病院側においても極力少なくする対策も重要ではないかと思う。

次回は酒井国男氏（昭43）にお願いしました。

大阪府済生会千里病院
院長　林　亨（昭43）