

平成23年度 一般社団法人 神緑会  
臨時(社員)総会プログラム

(平成24年1月21日 於・神戸大学医学部会館シスメックスホール)

☆開会の挨拶 会長 前田 盛 (15:00)

☆物故会員への黙祷

☆平成23年度 一般社団法人神緑会臨時(社員)総会 (15:05~15:40)

「議事」

1. 議長(会長)による開会宣言
2. 議事録記名人の指名
3. 報告事項

1) 各委員会報告

(1) 学術委員会報告(平成24年度助成事業募集について)

(2) 学術・広報誌編集委員会報告

2) その他

4. 審議事項

1) 平成24年度事業計画について(報告)

2) 平成24年度予算について(報告)

3) その他

☆平成23年度 同窓会神緑会臨時総会

1) 平成24年度 同窓会神緑会収支予算について(報告)

2) 名簿編集委員会報告(平成23[2011]年版について)

3) 神戸大学学友会報告

4) その他

☆新任教授・栄誉者紹介 (15:40~15:55)

(休憩)

☆学術講演会 (16:00~17:50)

講演-I.「下垂体疾患の現状と展望」

大磯 ユタカ 先生(S.49卒)

名古屋大学大学院医学系研究科 糖尿病・内分泌内科学 教授 (16:00~16:50)

講演-II.「外科医教育:手術のquality control に向けてのパラダイムシフト」

上田 裕一 先生(S.51卒)

名古屋大学大学院医学系研究科 心臓外科学 教授 (16:50~17:40)

質疑応答 (17:40~17:50)

☆閉会の辞 (17:50)

(移動)

☆懇親会(於:神緑会館多目的ホール) (18:00~20:00)

講演要旨とプロフィール



大磯 ユタカ 教授

プロフィール

昭和49年 神戸大学医学部卒業  
昭和50年 名古屋大学医学部附属病院第一内科医員  
昭和56年 米国シカゴ大学内科神経内分泌部門研究員  
昭和57年 名古屋大学医学部附属病院第一内科医員  
昭和62年 名古屋大学医学部附属病院第一内科助手  
平成6年 名古屋大学医学部附属病院第一内科講師  
平成9年 名古屋大学医学部第一内科助教授  
平成15年 名古屋大学大学院医学系研究科教授(代謝病態内科学→現糖尿病・内分泌内科学)  
平成20年 厚生省「間脳下垂体機能障害に関する調査研究班」班長  
平成21年 名古屋大学医学部附属病院副院長

講演の要旨:

内分泌疾患の代表である下垂体疾患の研究は、わが国においては神戸大学がその発展にきわめて大きな役割を果たしている。井村、千原名誉教授の時代から脈々とその業績が蓄積され現在も活発に研究が進行しているが、私自身もその流れを大きく受けながら下垂体学の研究・診療を進めてきた。下垂体には6種類の前葉ホルモンと2種類の後葉ホルモンがあり、各々が独自にあるいは複合して多様な病態を形成している。今回の講演では下垂体疾患の現況を概観した上で、私どもが特に力を入れている水電解質代謝作用に大きな影響を持つ抗利尿ホルモン(バソプレシン)の診療と研究の進歩を紹介する。

また、私が長く席を置いてきた名古屋大学の中で、各分野の内科学教室がどのように連携し協力しながら将来に向けて歩んでいるかを簡単に紹介する。



上田 裕一 教授

プロフィール

1976年神戸大学医学部卒業。卒業後は、天理よろづ相談所病院でジュニアレジデントとして勤務を始め、1978年からは心臓血管外科シニアレジデント(4年)、その後、医員、副部長、心臓血管外科部長まで23年間にわたり勤務。なお、1985-6年には英国国立心臓病院、外科スタッフとして臨床留学。1999年8月より名古屋大学医学部胸部外科教授に就任、2000年、大学院重点化に伴い大学院医学系研究科 病態外科学講座 心臓外科学教授。

心臓外科学が専門であるが、2002年11月から名古屋大学医学部附属病院病院長補佐、医療安全管理部長、2004~07年は副院長、医療の質・安全管理部部長を兼任、2007年3月に任期満了退任。各学会での医療安全活動としては、2003年から日本心臓血管外科学会医療安全管理委員会 委員長を拝命している。また、日本外科学会では中部地域医療安全管理委員長を務めてきた。なお、2002年以来、17の医療事故調査委員会に心臓外科医の視点、立場で関与してきた。

講演の要旨:

安全な手術を期待する社会の要請に応えるには、手術室内の文化、外科医の修練、これら「外科のしきたり」とも言える伝統にパラダイムシフトが必要である。外科医療に携わる医療者だけではなく、将来の外科医となる医学部教育にも変革が求められている。自らの経験をもとに、旧来の外科医教育・修練を後方視的に見ると、問題は明らかである。外科に限らず、研修医や修練医の教育を医療現場で行って来たが、もはやそのような状況ではなく、安全な状況下での修練の場を確保するため、シミュレーションの導入を推進しなければならない。また、精神的には、「Blame and Train Culture」から脱却し、technical skillとともにnon-technical skillを段階的に教育し、外科チームとしての体制が充実する仕組みを取り入れていかねばならない。

さらに、手術の質の評価には、病院として、また、地域や全国レベルとしての外科診療のアウトカムをベンチマークする必要がある。外科医がデータベースにどの程度積極的に取り組む姿勢を示すかに掛かっているといえよう。これには、病院としての理解と支援が欠かせない。

もちろん、医療側だけでは解決できない問題も多い。患者および家族に正確な情報提供を行い、外科医療について理解を深めてもらわねばならない。患者の自己決定権を尊重しインフォームドディシジョンが下せるように、すべての医師は診療実績に対する説明責任を持たねばならないが、直感や個人的な経験に頼るだけではもはや不十分である。すなわち、医師は、診療実績、診療方法および患者属性の評価をもとにした体系的な方法で、自分自身の医療提供プロセスを向上させる責任を持つべきである。