

- 後進の教育
- 臨床研究

もちろんたった1人でこれらの業務をこなすことは不可能ですので、心不全外科医がもう1人と、心不全外科を目指しトレーニング中の2人のフェローがサポートしてくれて、プログラムが成り立っています。

● 心臓外科医の理想像と成績の悪い心臓外科医像

外科医ですので、当然求められることは「手術室でのパフォーマンス」と「手術成績」です。移植手術において外科医は、**レシピエント**（臓器提供を受ける側）と**ドナー**（臓器提供者）の2人の命を預かりますので、その役割は大変重要です。しかし、心臓移植手術そのものは、**技術的に大変高度で、ごく限られた外科医しかできない**、という類のものではありません。手術には、胸の開け閉め、人工心肺の着離脱、心臓の摘出、心臓の移植、止血の行程がありますが、難易度の低い症例では3~4時間の手術時間で、全行程が終わることも稀ではありません。

一方、過去に何度も開胸手術を受けている患者、解剖学的異常をともなう患者、多臓器移植を要する患者などは、難易度が高い症例といえます。移植手術に特異的な留意点としては、

- 提供臓器の虚血時間（5章、6章参照）を頭に入れながら手術を進めなければならない
- 移植心の機能不全に遭遇した際の対応が他の心臓手術と違う

といった点でしょうか。成績の悪い外科医は大体、手技は早いですが雑で無駄な合併症や出血が多いか、逆に行き当たりばったりで手術時間が無駄に長い、あるいは合併症に対応する経験、知識、技量がない方が多いようです。早くて正確な外科医でありたいものです。

ドナー臓器の採取も外科チームの大事な仕事です。ドナー側の外科医は開胸、ドナー心の評価（心臓の動き、解剖学的異常、外傷などの有無）、採取時の心筋保護、心臓の摘出、摘出心の保存と運搬を他臓器のチームと共同しながら、進め

ていかねばなりません。不適切な心筋保護、臓器保存、採取時の臓器損傷などは直接移植後成績に連動しますので、責任者として、信頼の置ける人物を派遣する必要があります。

日本とは違い、米国で外科医の仕事として求められるものは、

99%が手術室でのパフォーマンス

といっても過言ではありませんが、外科医はチームのリーダー的な役割も果たします。チーム内の意見が割れたときや極めて困難な局面に遭遇したときは、外科医の胆力、決断力が試される時です。他チームとの協調も忘れてはいけません。外科医が、裸の王様であった時代はとうに終焉を告げています。

本音トーク 3 “移植内科”としての循環器内科医と外科医のパートナーシップ

● 心不全内科医の役割

循環器内科医の中でも専門医制度の導入がどんどんと進んでいます。cardiology といっても多種多様のセクションに分かれています。特に末期心不全患者で、advanced heart failure therapy（移植や人工心臓）が必要な患者のケアには心不全内科医が当たります。心臓移植前後のケアも行います。

心臓外科医は手術室でのパフォーマンスが求められるのと同様、心不全内科医にもタスクがあり、移植における職務は以下の通りです。

- 新規患者の獲得
- 移植待機患者の管理
- ドナー評価
- 移植後の免疫抑制薬管理
- 心筋生検
- 退院後の外来治療

など多岐に渡ります。患者とのかかわり合いが最も深く長期にわたるのがこの