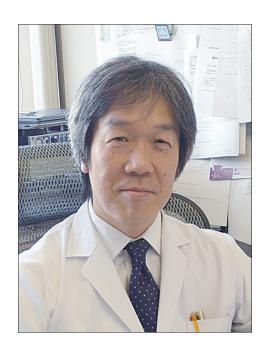
巻一頭一言



変わるものと変わらぬもの

遠 藤 格

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 主任教授

先日、土屋周二名誉教授の卒寿の会を同門会主催で開催させていただいた。大変多くの先輩方にお集まりいただいたことは発起人のひとりとして大変有難く感じた。同時に、土屋先生を取り巻くように集まられた先輩方が本当に嬉しそうで、見ている当方まで嬉しくなってしまった。自分はこの組織に属していて本当に良かったと思う瞬間であった。やはり恩師に対する敬慕の念、先輩に対する尊敬や感謝の気持ちは変わらぬものである。

さて、その一方で変わるもの、変わらなければならないものもある。喫緊の課題の一つが専門医制度である。2017年度からの開始が予定されているが、現時点で明確な新外科専門医制度プログラムは発表されていない。多くの先生がたの努力と叡智を集め素晴らしい制度が始動するものと期待している。当大学でも第一外科と第二外科の共同でプログラムを構成できるように病院全体で考えて頂いている。もちろん現状維持も一つのあり方かもしれないが、10年後(2025年)に予定されている大規模な病床機能の再編成の際に生じる構造変化も念頭においておく必要がある。神奈川県は人口が多い自治体ゆえに人口あたりの外科医の少ない県のワースト3である。2025年までに様々な対策を施すことによってより優秀な外科志望者が当大学外科プログラムに集まるよ

うに努めなければならない。

もう一つ変わらなければならないのが外科医の 待遇改善である。外科医の減少が叫ばれて久しく、 外保連のご尽力により手術点数の大幅な加点が実 現されたにもかかわらず何故か外科志望者は増え ない。私の専門としている日本消化器外科学会と 日本肝胆膵外科学会の新規入会者数をみても、こ こ3年間は右肩下がりの減少傾向を示している (図1)。一体このまま外科医が減少したら10年後 はどうなるのであろうか。一時はテレビドラマや 漫画や小説の主人公はだいたい外科医と相場が決 まっていたが、最近は総合診療医や精神科医にそ の場を譲りつつある。外科医を主人公にしたドラ

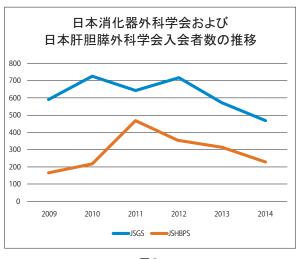


図 1

マも生き残ってはいるが荒唐無稽なスーパードクターとして描かれており、世間が持つ外科医のイメージと現実の乖離を痛感させられる。そのようなドラマでは外科医の劣悪な勤務環境が描かれることは決してないのである。当教室の大田洋平君が卒後15年目までの医師を対象にしてアンケートをとってくれた。大学病院に勤務する外科医16人、

当教室の関連病院に勤務する外科医24人、大学病院の他科に勤務する医師14人(内科系10人、麻酔科4人)である。詳細は日本外科学会雑誌に掲載される予定だが、最も身につまされたのは『この1年で仕事を辞めたいとおもった』ものが81%もおり、『もう一度研修医に戻れたら今の診療科を選ぶ』ものが50%しかいなかったことである(図2)。

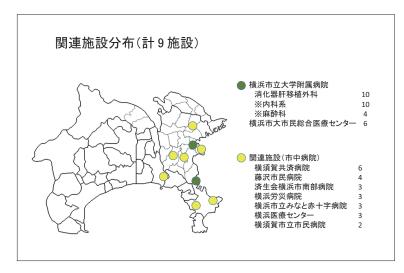
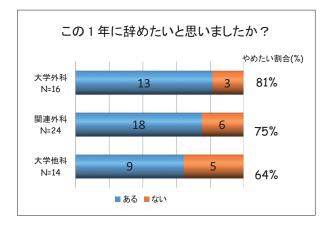
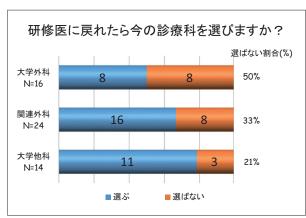


図2 アンケート結果





教室主宰者としては失格ものである。外科医が減 少傾向となっているのは他人事ではなく、ワーク ライフバランスの見直しなど何らかの方策が必要 である。

実は、本年度は当科の人員は2名減員となった。 聞けばお隣りの旧第一外科も1名減員となったそ うである。神奈川県からの補助金が無くなったの でやむを得ないが、待遇改善からどんどん遠ざ かっている印象である。外科医3名といえば、週 に手術が3~4件こなせるマンパワーである。減少 したマンパワーでは同じ数の手術はできないのは 当然であり、不十分な術後管理では患者さんに危 険が及ぶ心配があるので、若干手術件数を減らし ている。その一方で、当科で手術を希望される患 者さんは右肩上がりで増加している。どのように すればこのdiscrepancyを解決できるのであろうか。 患者さんに迷惑をかけるわけにはいかないので苦 慮しているところである。仮に、近隣のprivateな 施設と契約し、そこに入院してもらって私が出張 手術を行って報酬を頂くという策はどうだろうか? そこまでやってしまうと、なんとなく抜け道的な 印象が拭えないし、元々外科はチームによる術後 管理こそが真諦だと信じているので、この案は当 然のことながら却下した。全く、こんな心配をす る必要のない労働環境を作りたいと思う今日この 頃である。外科医が絶滅するまえに若手のモチ ベーションをあげるような方策を見出したい。

もう一つの変わるべきものは外科医に対する誤 解(偏見)である。前述したように、一般市民が 想像する外科医像はとても類型的で陳腐ですらあ る。そして実は医療スタッフからも同様の見方を されていることに気付かされた。ある外部の会合 に出席した際、医療事故の話題になり、看護大学 の教授が意見を求められた。彼女は『私たちは外 科の先生に無理やり手術されて泣いている患者さ んを慰めることしかできません』と話していた。 この発言を聞いて、びっくり仰天するとともにこ の誤解を解いていかなければチーム医療など絵に かいた餅だと思った。しかし振り返ってみれば、 そのような誤解を生んでしまった原因は自分たち の閉鎖性にあるのかもしれない。よく外科医は傲 慢だとか、他人の意見に耳を貸さないとか陰口を 言われる。誰でも他人から批判されるのは嫌であ る。それが手術手技や術後合併症に関わることな ら猶更である。だからといって批判を撥ねつけて ばかりいると、外科医としての居心地は良いかも しれないが、何も環境は改善せず、患者は苦しみ、 閉鎖的な人種と捉えられてしまう。プロフェッ ショナルである以上、peer reviewに耐えねばなら ない。相互批判のない閉鎖された組織は衰退の道 を辿るからである。

その意味からも、昨今話題になっているM&M (Mortality and morbidity conference) は大変重 要である。当科では、嶋田名誉教授が赴任された 1992年から開始された。今まで22年間に総計990 例の検討を行っており、当科の治療成績向上に直結している。私が留学した米国のMemorial Sloan-Kettering Cancer CenterでもM&Mカンファレンスは月1度必ず行われていた。かなり厳しい質問もあったが質問されたほうも悪びれずに堂々と答えていた。M&Mは、個人を誹謗中傷することを目的としてはならず、少しでもそのような傾向があればレベルの低い施設であることを意味する。M&Mは裁判ではなく、次に同じような患者に遭遇したらどうすれば良いのかという視点が大切なのである。MSKCCでは外科医だけでなく看護師や内科医も加わっていたのも印象的であった。このような

カンファレンスに他の職種の方々が同席してくれれば、外科医が如何に合併症や手術死亡に対して苦悩し、真摯に向き合っているのかが伝わり、閉鎖的と誤解された外科医のイメージの回復につながるのではないだろうか。当院では本年7月から第一外科と第二外科の合同M&Mを開始した。安全管理部長にもご出席いただいており今後も他職種の参加を増やしていきたい。

これからも、外科医を取り巻く環境が少しでも 良くなるように微力ではあるが最大限の努力を続 けていきたいと思う次第である。

特一別一寄一稿



時の流れに想う

土屋周二

横浜市立大学名誉教授

酷しい冬も終りに近づき、拙宅の庭の片隅の枯 木のようで貧相な梅の木にもまばらに小さい花が 付いている。もう少しすると近くの木立の中から けたたましい「ほととぎす」の鳴き声が聞えて来 るような季節になって了う。時の経つのは眞に早 い。私自身、生来何事も中途半端でやり過してい るうちに、年令ばかり高くなってぼけて了ってい る。ここで余り古い話を繰りかえすのは嫌悪感を 招くばかりで恐縮であるが、これまでの年月の中 で最も印象的だったのは70年程前の戦中と戦後の 混乱した時代のことどもである。戦争のような武 力を用いて互に破壊し殺傷し合うような行為は、 どんな動機からであっても甚だしい愚行であると つくずく思う。しかし、人類は性懲りもなくいま だに各地で戦乱を起こしてをり、近年ますます拡 大して行く気配もあるのは困ったものだ。古今東 西にわたる歴史上でこの愚行が繰りかえされて来 たが、これは人類という生物に本来備わっている 性質による宿業といえるかも知れない。17世紀に 英国で清教徒革命の混乱が続いていたT.Hobbesは その著書 "Leviathan" - 「海の魔物」の中で "bellum ominium contra omnes"「万人の万人に対する戦い」 という有名な言葉を残した。人類は自然な状態で は、所有欲とか権勢欲に限りがない。それは人類 の発展にもつながってをり、人々個有の權利のよ うなものである。しかし複数の人が集団をつくっ て都市や国家などを形成するようになると、ある 程度はこの性質を制限しないわけには行かない。

その結果集団と個人の間に契約や法律が必要にな ると説いているらしい。そして人々の所有欲が牽 引力となって富や力が増加していく。これによっ て文明開化が促進されることになった。西洋のこ の考え方は継承され、資本主義、社会主義、共産 主義、自由経済、統制経済などいろいろな考えが 拾頭し、さまざまな議論や試行錯誤を経て今日に 及んでいるのであろう。これらの問題については 私自身無知蒙昧であるが、Adam Smith, Karl Marx, I.M.kevnesらの名前等はどこかで聞いたような気が する。この頃は、欲張り一辺倒の資本主義の行き過 ぎは世の為にならないのではないかという論客も出 て来たようである。今話題となっているT.Piketty の "Le capital au XXIe siècle" もそれと関係した 点があるものだろうか。だが自分自身これらの論 議の中味については何が何だかよく分らない。こ れまでの年月で何度か、経済の危機とか大変動と 騒がれた時期があったのは覚えている。そしてそ ういう時にはその道の専門学者やこれに通達した 方々の解説・予想などがしきりに誌上や映像に現 われ、その説く所はさまざまであった。その数ヶ 月から数年後の実態と予想が一致したことは殆ど なかったと思われた。想定外の事件や人心の移り 変わりや天変地異などもからんだ複雑な事象から この問題の予測は専門家でもむずかしいのであろ う。これと比較するのは適当ではないかも知れな いが、現代の臨床医学の予後判定能力の方が総じ て先行していると思う。またそうでないと困るの であろう。

そんなことを考えている間にも「時」は否応な く過ぎて過去と未来が連続していれかわって行 く。考えてみると自分が関与した医学も大きく 変って行った。医学を習いたての頃は経験的事実 の積み重ねによる症候学や対症療法が主要な位置 を占め、昔ながらの原理と方法で外科手術が行な われていたという感じがする。医学の根底である 生物学は今から比べれば未開の状態に近かったの だから致し方ないことである。しかし時が経つに つれ、敗戦後15年目位から関係する諸科学は目覚 ましい進歩をとげ、医学の基礎的知識も技術応用 もそれに伴って大きく発展を続け、現在でも止ま る所がない。今の若い同門諸賢は勿論、かなり年 配の方々もこれらの新知識、新技術を逸早く導入 し会得されて診療や研究に専念されている様子を 見て心から敬服している次第である。しかし新し い知識や技術はこれからも加速度的に進んで行く ことであろう。

また、通信・情報の手段はこの数年間で著しく 発達し、我々は電波や電磁波が充満した空間の中 におしこめられて存在しているような状況と思わ れる。何事もいろいろ便利になったが、かえって

煩雑さが増えて年中焦燥感に追われているような 気がする。世の中ではいわゆるスマートフォンの ようなものが普及し、これをあやつりながら何時 間も過ごす人が少なくないようである。直接対面 する会話や読書のようなものはずっと少なくな り、短い単語や略語で意志を交感し、漢字は殆ど 使わず、字のかわりに絵文字や記号が主要な意志 交換の手段と変って行くようである。古典や詩文 に親しむどころか、このような情緒的にも好まし い趣味もなくなり、相手の顔色、目付、語調を感 じながらの会話などが少なくなって行く。二者択 一の即決即断を迫られる日常に堪えて行くのも何 となく味気ない気がする。退嬰的、感傷的、腐敗 堕落的、背徳的など、余り推奨されない生活態度 を完全に捨て去ると人生は息苦しく住みにくいも のとなって了うのではないか、時には自由に解放 された時間を持つことも案外大切だと思う。

最後に同門各位諸賢のご健勝、ご発展を祈念し て筆を擱く。

附記: virtual reality, brain machine interface. はては感情や意志の人工的制御。邯鄲の夢の具現化。人知の消滅など?一体これからどうなって行くのか。



医療人が守らなければいけないもの

嶋田紘

横浜市立大学名誉教授

安部内閣は国の借金が1000兆円を超えた今、後世につけを残さないよう経済の発展をしなければならないと喧しい。この点は同感であるが経済成長の方策であるアベノミックスの三本の矢のうち最後の矢である「医療を含む規制緩和と民間投資」が気になる。国民の高齢化とともに増加する年金、医療・介護費などの社会保障部門を民営化し公費負担を少なくしようというものだ。

話は変わるが、地方の地域医療の現場に携わっていると世間の情勢が手に取るように分かる。患者の高齢化はもちろんであるが、独居や老老介護、認知症も多い。勤労者では深夜勤務、非正規雇用が多いし、中年の失業者は仕事が見つからない。介護職員の労働環境も劣悪である。そのためか鬱などの精神的疾患が多い。現状の社会保障制度が効率化や緊縮財政の名のもとにサービスが低下すれば老人の孤独死や若者のアルコール中毒、自殺者や生活保護者が急増し地域崩壊に拍車がかかるように思う。

日本が今後どのような政策をとるべきか、経済 学者の理論はさておき、英国の公衆衛生学者の書 「経済政策で人は死ぬか?」を読む機会を得た。債 務危機に対するそれぞれの国の対策を歴史的に検 証していたので紹介してみたい。

1992年ロシア・ソビエト連邦社会主義共和国は 崩壊した。しかしロシアの人口はその後も減少し 続けた。死亡率30%の上昇は生産年齢(25~39歳) に集中し、その原因はアルコール中毒、心臓血管 障害、自殺や交通事故であった。即ち、若者が市 場経済への移行という急激な環境の変化に対応で きずアルコールに溺れたということだ。

しかし同じ社会主義のポーランドにおいては崩壊後3年間で死亡率は10%減少したし、ベラルーシ、スロベニア、チェコでも減少した。ロシアと同じような死亡率が増加した国はカザフスタン、ラトビア、エストニアであった。

解析した結果、急激な社会主義経済から市場経済に移行した国は経済混乱と社会保障削減の両方から国民はダブルパンチを食らい死亡率が増加したとされた。一方、社会保障を維持しつつ、漸進的に市場経済に移行した国の死亡率は増加しなかったという。

東アジアの奇跡と呼ばれる金融ブームとその後の危機は外国資本の過剰な投資によって起こった。 投資が現地の技術力や生産効率の向上に結びつかないことを見抜いた投資家が1995年ごろから資本を引き揚げた。そのため東アジアの通貨は以前の半分にまで値下がった。

タイでは医療費の削減によって肺炎、結核、HIV 感染症が増加していた。他の国でも失業率の上昇、 食糧価格の高騰、債務増加が重なり国民の生活や 健康への悪影響が懸念された。緊急融資を依頼さ れたIMFはその条件として医療や社会福祉費を含 む支出の大幅削減を求めた。1997年にタイ、イン ドネシア、韓国は仕方なくこれらの条件をのみIMF の融資にこぎつけた。 インドネシアの貧困率は1997年の15%から1998年 の33%へ、韓国でも11%から23%と上昇した。タイ や韓国では自殺率が60%、40%上昇した。

一方、同じ東アジアでもマレーシアはIMFの緊縮策に従わず逆に財政出動の道を選んだ。その結果、1998年には平均所得は若干下がり、食料品価格も8.9%上昇し、貧困率も7%から8%と上昇した。しかし翌年から所得は上昇し、食糧価格も平常時の上昇率に戻った。更にマハテイール首相は貿易を伴わない為替取引は通貨危機の原因としこれを違法とした。

ユーロ不況の中、緊縮政策と医療制度の民営化の路線を踏み出しているのはイギリス、スペイン、イタリアなどがあるが極端な例はギリシャである。ギリシャは2001年のユーロの導入でEU諸国から資金が流れ込み経済は活況を呈し経済成長率は7.5%に達した。しかし実際は過度の法人税の引き下げが歳出過剰の一因となりGDPの5%前後の赤字を出し続けていた。2008年のアメリカの投資銀行の破たんを契機に経済恐慌に陥った。救済依頼に対してIMFとECBは厳しい緊縮策を課した。その中心は「医療制度の改革と近代化」と称する医療費を含む社会保障費の40%削減であった。

医療機関の利用者が2009年には15%低下し、自殺者は24%増加し、若者のヘロイン使用料が増加し、麻薬注射針の使い回しによりHIV感染者は10倍に増加した。第2次世界大戦前と同じように苦しい状況を国内の外国人のせいにする極右勢力が出現

した。2015年には現政権の緊縮政策では国民に希望を与えられないとして経済社会保障の維持を標榜する政権が発足するという。

2000年初頭にアイスランドは漁業や観光の産業から金融センターを目指し、商業銀行と投資会社が融合した高利回りの金融派生商品(ネット預金銀行、アイセーブなど)に投資して運用した。3大銀行は上位ヘランクインされ、2007年には世界で5番目に豊かな国になった。しかし実際は海外からの巨額な投資で経常収支の赤字が拡大し、銀行は海外の金融商品に投資していて経済戦略は危険な状態にあった。

2008年のリーマンショックを契機として株価は10分の1になり対外債務はGDPの9倍にも達した。 大手銀行は国有化されたが、国内では国を破綻させた一部の富裕層の責任を国民が負わされるとして国内に軋轢が生じた。2008年10月IMFは21億ドルの融資の条件として保健医療関連予算の30%削減を含むGDPの15%相当の歳出削減策を要求した。

しかし、政府は独自のデーター解析から保健医療や教育への投資が雇用や関連の企業の活動を促し長期的には教育レベルの高い人材が市場に供給されると考えた。2010年2月に行われた国民投票によりアイスセーブの返済と緊縮策に対してノーと表明し、むしろ社会保障費を2009年には1000億クローネ増やした。一方歳入増加としては富裕層への増税を柱とした。

その結果、死亡率は下がり続け、2012年には経

済が3%の成長を見せ、失業率も5%を切った。 IMFからの借入金の返済も始まり、引き下げられた格付けは投資適格等級に引き上げられた。アイスランドは今回の金融危機を教訓に天然資源の管理強化と政治家と銀行家との癒着防止策を新憲法に定めた。

以上の報告はいずれも債務危機において過度の 緊縮策や社会保障の民営化が公衆衛生上の惨事を もたらし景気上昇どころではなくなるということ である。

健康は家庭、周囲の人々、食事、空気、住環境など社会環境に影響を与える社会経済政策が維持されて初めて成り立つ。また、他の政策が正しく運営される限り社会保障費を維持することは短期的には経済を押し上げ、長期的にも予算節約にもつながるというものである。やや社会主義的な思想の内容だが資本主義の限界が感じられる中一考に値する内容と感じた。

現在、日本政府はアメリカとのTPP交渉の中で、 医療市場の開放、混合診療の解禁や株式会社病院、 保険組織の民営化、診療報酬改革、営利民間保険 (ヘルスケアリートなど)の参入や投資信託、国家戦略特区など規制緩和を進める構えである。即ち医療介護分野での民営化を推進する構想と思う。

しかしこれらは公費削減に役立つかもしれないが医療の本来の目的である非営利性や公平性が失われ格差社会はますます広がることになる。

日本が範とするアメリカは医学研究では圧倒的に 先んじているが、市場原理を導入した医療の支出 はGDPの16%でどこの国より高い。そしてオバマ ケア後の医療制度も日本国民が考える皆保険とは 程遠い。巨大化した民間保険会社と製薬企業の為、 医療は富裕層のみのものとなり崩壊寸前である。

我々を含めて日本国民は今の皆保険制度である 医療制度を空気のように享受しているが一旦民営 化されたらもとには戻らない。医療人としてまた 国民の一人として医療保険制度や社会保障制度の 規制改革を注意深く見守らなければならないと思 う。



「診療所の移転」と 「そうだ、京都に行こう」

若 杉 純 一

若杉診療所 院長

早いもので開業してから10年が経ちました。この度医局より同門会誌へ寄稿の依頼がありお引き受けすることになりましたが、寄稿は2回目ではないかと思います。私には傾倒する趣味などもなく目前の仕事をこなすだけの毎日ですので、皆様にお披露目するような話はありません。さてどうしたものかと考えているうちに新年を迎えてしました。何も思いつかないので大きな出来事と言えば昨年の「診療所の移転」ですので、そのことについて書くことにしました。

10年前に医局を辞めて開業までが4か月と短期 間でしたが、開業場所で悩むことはありませんで した。たまたま目にした「医事新報」の貸診療所 が在籍していた国立病院横浜医療センターの近く でしたので、他を考えることもなく直ちに決めま した。また以前が産婦人科の診療所で、わずか4 床ではありますが有床であることも気に入りまし た。しかし2年以上借り手がつかなかった住宅地 にある一戸建ての貸診療所は、築年数が50年以上 経過しているでしょうか(詳しくはわかりません)、 外見は古めかしく内装は傷みが激しく「昭和レト ロ」がいっぱいの古屋でした。時間とお金の猶予 がなく最低限の修復をして4床の有床診療所とし て出発し、在宅診療を当初から行うことにしました。 自分ひとりでできる範囲とはいえ「外来」「入院」 「在宅」をこなすということはかなりきついこと でした(結局入院になったのは最初の2年間の3名 だけで癌性疼痛のコントロールや高熱で経過観察

の必要な患者さんでした)。

さて古家屋の診療所は3年前の東日本大震災にも耐え何の実害も出ませんでしたが、待合室の揺れ具合や駐車場の車が動き出しそうなくらい上下に跳ね踊る情景を思い返すと、今後の大震災に診療所が耐えられるのか心配になりました。なにせ築50年は経過していると思われる「昭和レトロ」の診療所です。

震災の記憶が薄れないように大震災から1年後の7月の連休に南三陸町に赴きましたが、甚大な被害を目の前にして立ち尽くすだけでした。診療所の十分な耐震補強を貸主にお願いしましたが折り合いがつかず、また名目だけの有床診療所でも国の設備改善等の指導があり思案の日々でしたが、ひょんなことから戸塚駅前の精神科クリニックが諸事情で移転するという話が舞い込んできました。

戸塚駅は神奈川県では「横浜」「川崎」「武蔵小杉」駅に次いで4番目に1日乗降客の多い駅です(5番目が藤沢駅)。戸塚駅から徒歩1分の西口バスセンター前の好立地で、駅前再開発事業で建立して3年の新築ビルですので耐震構造は十分でした。少々狭いですが既に内装はクリニックとしての体をなしていますので、レントゲン室の設置など最小限のリフォームで済みます。厚生局へ提出する書類や医師会などの諸々の手続き、医療機器の移動などを考えると2度目の開業のようなもので大変な労力を要し躊躇もしましたが、よい話でしたので平成25年11月に契約して平成26年2月に診療所を移転



しました。地下鉄で一駅の1.3kmの移動距離です。 移転しても同じ電話番号が使えるのか、医師会で 移転の扱いはどうなるのかなど不安材料はありま したが、2km以内の移転は「遡及措置」になるそ うで手続きは簡素化され幸い電話番号も変更せず に済みました。

あとは患者さんが移転後も来てくれるかどうかが心配でしたが、移転前の踊場から一駅の戸塚駅前は日常生活圏の一部になっているようで、多くの患者さんが移転後も変わらずに来てくれています。有り難いことです。戸塚での医師生活は今年で19年目になり地域に溶け込んできたと思えるようになりました。移転で変わったことといえば有床から無床に、一戸建てからビルクリニックに、住宅地から繁華街になったことでしょうか。また在宅診療では戸塚駅前から出発するので交通量が多く、以前よりも移動に時間を費やすようになりました。

ところで在宅診療は毎日が一人当直のようなものですから結構大変で、深夜に看取りなどがあった翌日は体力的にも精神的にもきつく感じることが次第に多くなりました。気分転換に(患者さんが落ち着いていたら)連休はなるべく横浜を離れようと決めたものの、さてどうしたものかと思案のさなかにCMの「そうだ、京都に行こう」が脳裏に浮かびました。春の桜、川床、宵山、祇園祭、秋

の紅葉など連休を利用して京都に数回出かけましたが横浜から2時間の移動距離は心地よく、土曜の午後からでも十分出かけられるのが魅力です。見どころが満載で季節により表情を変える京都は魅力が尽きることはありません。京都の名所のなかでも宮内庁が管轄する桂離宮は参観希望者が多く事前に申し込んだうえで抽選になります、桂離宮は平日のみの参観のため仕事を休まないと訪問できませんが11月は特別に土曜日の参観日が設けられており、2年前の土曜日が祝日だった11月に抽選にもあたり参観することができました。

これから体力・気力は益々衰えるので今までのようにはいかず、同じように外来や在宅診療を続けられるかわかりませんが、こつこつやっていると嬉しいことも起きるもので開業して数年後に患者さんの納骨式に招かれました。納骨式に招かれたのは大学病院で1回、国立病院で1回あるので3回目になります。不肖な医師ではありますが心底嬉しい出来事でした。これも「昭和レトロ」の出来事かもしれません。

私にとって昭和レトロ満載の古診療所が出発点だったのは自分の感性にあっていたのかもしれません。これからのことは想像がつきませんが、少し疲れてきたら「そうだ、京都に行こう」と呟けばいいと思った平成27年の新年でした。



手術とゴルフと内視鏡と

三 浦 靖 彦

医療法人庄司会 庄司クリニック副院長

昨年の4月に研修終了後20年間にわたって所属 していた医局を退局し、同時に手術からも手を引 くことにしました。これまでの長きにご指導ご鞭 撻をいただきました諸先輩方、また至らない指導 の下に励んでくれた後輩達に深く感謝いたします。 この場をお借りして改めて感謝の言葉を記したい と思います。

さて、外科医を辞めて約8か月が経過しました。 開業したわけではないので、相変わらずの勤務医 生活ですが、その内容はこれまでの病院勤めとは 変わって、外来と検査中心の消化器内科医として 勤務です。レセプトや呼吸器疾患患者の診察など、 勝手が違う仕事内容に四苦八苦しておりますが、 そんな時に同門会誌への寄稿の話をいただき、外 科医生活のまとめと考えて承諾させていただきま した。外科医を目指したのは我々世代では多いと 思いますが、手塚治虫のブラックジャックに憧れ たからです。癌は言うまでもなく、腹膜播種も多 臓器転移も手術で治し、さらには膠原病や感染症 までも手術で治す天才外科医です。自分もそうな りたいと思っていました。その思いで第二外科の 門を叩いたのです。志半ばで夢は潰えましたが手 術に対する思いをここに記します。

ところでゴルフですが、これは大学卒業以来趣味として継続しているスポーツでして、これが手術や内視鏡検査技術の習得と実に似通った点があります。これに絡めてこれまでを振り返ってみました。これはあくまでも私見です。意見や反論は

受け付けません。

さて、まず初めに思うに、モノゴト特にテクニックを会得するには

① なんだかんだ言って経験数がものを言う

と思っています。ただ数をこなしても無意味だと いうことも言われましたが、世に名人という外科 医を見てもやはりそれなりの経験数をこなしてい ます。しかし、昨今の医療に対する厳しい環境下 では、昔の若手外科医のように年間100例以上もの 手術を術者として経験するのは不可能と思えます。 私の入局当時は医局の成績のために若手に手術を させない方針でした。しかし、外病院を経て再び 大学に帰ってみると今度は若手にもっと手術をや らせる方針に変更しており、大学での私の手術件 数は年間20例にも満たない程度でした。これでは 上手くならない!若いやる気に満ちている時に数 を経験することは重要だと思います。ゴルフもた まにプレーするのではうまくならない。「週に1回 ではうまくならない」と師匠と仰ぐ関澤先生にも 言われました。今も時間と経済的問題で十分なラ ウンド数をこなせていません。非常に残念に思っ ています。負け惜しみではないですが、プレー数 の差は自然と技術の差になっていきます。そこで 考えたのは、

② 他人のプレーも自分の経験にする

ことです。大学では主に嶋田先生の手術を見る機会が多かったのですが、技術を見るのにはできれば鈎引きがいいです。前立では教授に呑まれてし

まい、ガクブル状態で落ち着いて見ることができません。しかも、少々不謹慎ですがトラブルがあったほうがいい。突然の出血など、アクシデントが起こった時のリカバリーの一打が非常に参考になります。林に打ち込んだ時やバンカーの顎などからのリカバリーショットは非常に参考になります。自分ではやったことがなくても、間近で見ていれば何とかできるものです。掖済会に行ってからも止血に、「これが嶋田式だ」などとおこがましく講釈をたれたりしました。

そして

③ プレー前の脳内シュミレーション

大小の手術にかかわらず、目をつむって頭の中で、 執刀開始から終刃まで思いめぐらせる。これができないと実際の手術もできないです。頭の中でトラブルの箇所も想定し、リカバリーの一打も考えておく。不明瞭なところは教科書で確認する。ラウンド前に予習するのです。どうしても構築できず、術中に確認したり聞いたりする時もあります。もっともゴルフに関しては空想下ではいつもアンダーパーでまわってしまうので、まったく空想通りにはならずにこのシュミレーションはかえって害になる…と考えております。

④ 他人のプレーをよく見る

②とも関連がありそうですが、多くの先輩や名人たちの手技を見ることは重要です。できればビデオやYoutubeではなく、生で見るのがいいです。プロのスイングを動画で見るのもいいですが、実際本物を見た時のインパクトは違います。やはり生がいいです。掖済会で鼠径ヘルニア手術をやるようになった時、名人級の先生の手術を何度か見に行きました。目に焼き付きます。流れるようなメスさばきやリズムを。リズム大事です。手術は流れが大事で、流れの途切れる手術に入っていると非常に疲れました。打つまでに何度も素振りを繰り返し、構えてから打つまでにが長い人とのラウンドが疲れるのと同じですね。

とは言うものの、こんなにいろいろ偉そうに考え て手術に臨んだつもりでしたが、結局大してうま くはなりませんでした。もともと才能がなかったからでしょうか…。ラウンド数が足りなかったからでしょうか…。人のプレーを見る観察力が不足していたからでしょうか…。結局、ゴルフと違って手術はもちろん人の生命がかかっていますし、トラぶった時に3倍の打数で勘弁してもらうこともできません。腹腔鏡下手術の波にもついて行けず、自分が手術をするより他の人に任せた方が患者のためになるのでは、と思った時に外科医を引退しようと思いました。

ゴルフは今でも続けています。手術と似てはいますが、他人には迷惑がかかりませんから。でも調子が悪くても同じ組の人達に迷惑が掛からないようにと一応気は使ってます。手術中に術者の機嫌が悪いとオペ室全体の雰囲気が悪くなりますから。

手術を諦めた今、これからは内視鏡検査を頑張っていこうと考えています。これもゴルフの心が非常に参考になります。特に大腸内視鏡挿入術。同じコースでもその日によって攻略が簡単だったり、難しかったり。強引にいけば途中でバツが与えられ、慎重すぎてもうまくいかない。前処置の具合はまるでプレー当日の天気の様です。経験数も大事だし、一例一例雑にならないように気を付ける。終わった後の反省も忘れずに、次回のプレーに備えて問題点を解決していくように頑張りたいと考えています。

こんな感じで日々精進しながらやっていくつも りです。テクニックにこだわりすぎか?とも考え





クリニックでの そけいヘルニア日帰り手術

永 野 靖 彦

ながのクリニック

2010年春に退局し、同年9月戸塚に開業いたしました。

開業するにあたり、何か新しい医療にチャレンジしたいと考え、外科医の強みを生かしてできることとして、無床診療所での局所麻酔下そけいヘルニア日帰り手術という、あまりやられていない医療にチャレンジすることにしました。

全国でそけいヘルニアの日帰り手術を行っているクリニックは約20件弱です。そけいヘルニアの 患者さんは多いのに、なぜ日帰り手術クリニック は少ないのでしょうか?経営的に割が合わない? 日帰り手術がむずかしい?などでしょうか。

さて、実際に始めるにあたり準備が必要でした。 そけいヘルニア日帰り手術を専門としている新 宿外科クリニックで研修させていただき、局所麻 酔でのそけいヘルニア手術を数多く行っているNTT 関東病院でも勉強させていただきました。

新宿外科クリニックは1日5件の手術枠があり、 年間500件以上のそけいヘルニア日帰り手術を行っ ています。プロポフォールを使用して鎮静し、局 所麻酔で手術をしています。手術方法やシステム が確立されていて、とても参考になりました。

局所麻酔でのヘルニア手術を数多く行っている NTT関東病院では、特に局所麻酔のコツを教えてい ただきました。Tumescent local anesthesia (膨潤 局所麻酔法)というリドカイン、ブピバカイン、エ ピネフリンと生理食塩水との希釈混合液を作成して、 200CC以上の量を注入する方法です。組織剥離効 果、止血効果、止血効果があるようです。

手術室を作るのも初めてなので、部屋の広さやレイアウト、手術器具の選定や運営方法など、苦労しました。

久しぶりの執刀手術であること、局所麻酔での手 術は初めてで、麻酔薬の量や濃度、注入部位など、 心配事がいっぱいの中でのスタートでした。

軽いセデーション下、局所麻酔で手術を行います。 局所麻酔薬の量、濃度、注入する場所など、試行 錯誤しながら工夫して行っています。最初のころ は一人での手術にも慣れていないため、また肥満 や再発症例などの困難な症例も行っていたため、1 時間半かかることもありました。

術中の低血圧、徐脈、術後に気分が悪くなる患者さん、そして帰宅時に痛みを訴える患者さんもいました。

徐々に手術時間も短くなり、それでも1時間近くかかってしまいますが、手術後に具合が悪くなる患者さんはいなくなりました。ほとんど痛みを感じず帰宅できるようになりました。

開業してから4年間で約260例のそけいヘルニア 日帰り手術を行いました。

1 例を除いて日帰り手術が可能でした。術後合併症 は術翌日からの神経痛1 例のみで創感染や術後出 血はありませんでした。神経痛も1 週間後には軽 快していました。比較的良好な成績と思っていま すが、症例を選んでいるからであり、無理をしな いことが一番と思ってやっております。



これから

近年、医療費高騰が問題となっている中、そけいヘルニア日帰り手術は費用が入院手術と比較して1/3以下と、医療費の削減になるとても良い医療だと思います。アメリカでは日帰り手術が一般的です。

日本で広がらないのは入院費用が安いことと、 日帰り手術に対するインセンティブがないからで しょうか。成人そけいヘルニア手術にも日帰り加 算が付くことを期待しています。

実際日帰り手術のニーズは高く、仕事が休めない方や、最近では親の介護をしていて、施設に預

けると認知症が進むので家を空けられない、また は金額が安いなどの理由で日帰り手術を希望され ます。しかし、クリニックの経営面からは保険点 数が低いため材料など持ち出しを考えると効率が わるく、また現在は大腸内視鏡4件の枠をつぶし て手術1件行っているので、続けていくのは難し い状況です。何度か止めてしまおうかな、と思っ たことがありますが、手術後はとても喜んでいた だいているので、自分に無理のない範囲でコツコ ツ続けて、できるだけニーズに応えていきたいと 考えています。

