

よい外科医とはなにかと聞かれたら、みなさんはどのように回答されるでしょうか？私は、患者さんに対面したときに、自分の力で何かしてあげられないのは嫌だと思って外科医になりました。もちろんどの診療科であっても「治療する」「ケアする」ことは可能であって、その選択肢が外科であったというにすぎません。でも、外科という言葉には、「侵襲的なことをすることで、よりよい効果を得る」というリスクとベネフィットのバランスを常に考え、ベネフィットが大きく上回るときに侵襲的なことが許されるという意味が込められています。

外科のエビデンスは常に変化しつづけ、私が医師になってからの 30 余年でも大きく“常識”が変わりました。「傷を濡らしてはいけない」から「傷は洗ったほうが創傷治癒を促進する」に、「術後の創部は毎日消毒する」から「術後の創部消毒は創感染を助長する」に、「術後の抗生剤はがっちり」とから「術後の抗生剤はなるべく少なく」に変わりました。「Big surgeon makes big incision」から「minimal invasive surgery」に、「急性膵炎はネクロセクトミーとオープンドレナージ」から「侵襲の少ない方法で感染巣の除去と洗浄」に、「膵がんに対する拡大リンパ節郭清と術中放射線照射」から「標準的郭清と術後補助化学療法」に治療方針は大きく変化し、それがすべてエビデンスに基づいた変化なのです。現在、東北大学の外科を中心に「切除可能膵癌に対する術前補助化学療法」の他施設共同無作為比較試験が実施されていて、結果が観察期間も含めて数年以内には明らかになります。

その一方で、外科医に技能がいらなくなったわけではありません。むしろ真逆で、肝胆膵外科高度技術認定医のように認証された外科医であれば、高難度の手術を安定した成績で完遂することが可能です。ハイボリュームセンターが好成績なことも研究によって明らかにされています。経験をつんだハイボリュームサージョンももちろん好成績なのですが、若手であっても一定のレベルに達すれば術後の合併症発生率にはそれほど差はありません。テレビでよく放送されるゴールドフィンガー（神の手）をもつ外科医に本当に診てもらいたいのですか？よい外科医がそこらへんにごろごろしてなければ、日本はこれだけ長寿を達成できたでしょうか？

ひるがえって世界を見渡すと、外科医が貢献できることは非常にたくさんあります。虫垂炎やS状結腸軸捻転、膿瘍や外傷、切除すべきがん、子宮破裂や腹膜炎などその場に外科医がいたら救える命があり、医療費を節約できることもたくさんあります。発展途上国の医療は未熟だから外科医の活躍できる場所が多いのでしょうか？いまや世界中のほとんどの国で高度先進医療は可能です。しかし、医療へのアクセスそのものが十分に確保されていないために必要な医療が受けられない人が大勢いるのです。世界保健機構 (WHO) はこのような医療格差が社会の発展を妨げているとして、Universal Health Coverage (UHC) を Sustainable Development Goals (SDGs) の一環として推進しています。わが国の皆保険制度は UHC のモデルになっています。

医療へのアクセスが改善すると平均寿命が延びます。平均寿命が延びるということはがんで亡くなる数が増えるということです。わが国の死因のトップはがんですが、2 番目は肺炎や老衰ですので、長生きしたからこそその死因です。現在難治性のがんも早期発見・早期治療、エビデンスに基づいた効果的な治療で生存率はまだまだ改善するでしょう。生活習慣病もずっと改善されるでしょう。でもその先にはちゃんと死が待っていてくれる。いつかは死ぬということが人間を人間たらしめています。医学医療はその限界を認識しながら、よい死に方（生き方）を考えることのできる素敵な学問です。