西多摩医師会報

創立 80 周年

創刊　昭和47年7月　　第248号　平成5年8月　　同好医会発足100周年

『秋川上流にて』　明田川修生

目　次

頁

1．特集

休日診療体制について（2）

広報部 … 2

2．理事会報告　広報部 … 4

3．会員通知・医師会の動き　事務局 … 7

4．学術

外科医生活30年のまとめ

青梅市立総合病院　石井好明 … 9

5．文芸随筆その他諸事百般

雑記『6，9ヶ月乳児健康診査と医師会敷地購入』其の1

山田正哉 … 21

6．お知らせ …… 23

7．同好会短信

西多摩医師会絵画同好会展開催 … 24

8．あとがき　道又正達 … 24

9．表紙のことば　明田川修生 … 25

特集

休日診療体制について（2）

広　報　部

【はじめに】

広報部では、救急・休日診療の現状や問題点についてのリポートを企画し、本会報、平成5年6月号（第246号）にて、東京都の救急・休日診療体制と夜間診療の現状を紹介しました。引き続き本号では休日準夜診療の現状と休日準夜及び夜間診療の運営に関する当面の問題点についてリポートします。

【西多摩地域における休日準夜診療の現状】

休日準夜診療（準夜17－22時）は、昭和53年10月東京都の直轄事業として発足し、昭和57年4月に休日診療（昼間9－17時）とともに都から市町村に移管された「都の財政的補助を受ける市町村事業」として現在運営されている。

都の直轄事業として、都と都医間の契約に基づく「医師会事業」として運営されている休日夜間診療（17時－翌日9時）とは異なり、市町村事業であるが故に、各自治体ごとの経済的、地理的事情、あるいは医療機関数など地域差が障壁となり、自治体ごとの実施形態や今後のビジョンが異なり、西多摩医療圏としての広い視野に立った運営が、充分成されぬままにあり、本医師会としては地区ごとの極めて現実的対応に終始せ非るを得ないのが実情である（表1）。

【休日準夜及び夜間診療の当面の問題点について】

休日準夜及び夜間診療の運営に関する当面の問題点は、本医師会救急・休日診療委員会の平成5年4月6日付答申（5月号に掲載）にも指摘されているが、下記が挙げられる。

1）医療機関の積極的参加を妨げる実務的要因

- パラメヂカル、事務職員等の確保困難
- 会員年齢の高齢化
- 内科・小児科・外科標榜医の新規開業減少やビル診化
- 会員家族を巻き込む負担
- 夜間の院外処方の困難と当番の為の薬在庫負担
- 上記による宅診輪番制の維持困難、参加者減少による当番回数の増加の悪循環

2）制度運営上の問題点

- 準夜診療の自治体ごとの実施形態や今後のビジョンが異なり、事業主体たる自治体の主体性や連携意識が乏しく、従って運営も医師会任せの感が強く、自治体にも地区会や参加会員個々にも、市町村事業への「協力業務」か、市町村よりの委託による「地区会事業」かの認識に混乱があり、参加意義や名分が曖昧である。

- 夜間診療が、都及び都医間の契約に基づく「医師会事業」であるとの認識が会員間に薄い。

そのため参加者が少なくかつ地区別の参加数に格差があり、その不公平感は否めない。

〔夜間診療初療の地区別参加医療機関数（平成５年４月現在）〕

秋川 3　青梅 3　羽村 0　福生 5　瑞穂 4　日の出 1　その他 0　　総計16機関

- 現行制度に至る歴史的経緯は理解されるが、準夜と夜間診療の重複は、西多摩地域の特性にとって必ずしも合理的で無く矛盾がある。

- 前記の諸問題が混然と複合し、参加への名分が曖昧なまま、参加者の負担の増大や不公平感に長期的な解決策が見出せず、参加意欲が低下している。

今後の円滑な休日診療事業の運営のためには、各自治体は、その責任において、準夜診療の長期的ビジョンを具体的に示し、参加医師の負担軽減やその確保のために、可能な限り制度運営の整備をし、単独実施が不可能な自治体は、相互の連絡、連携をもって、住民のニーズに答えるべく努力すべきであろう。

また医師会としても、それぞれの事業の問題点や、各事業参加の意義と名分について、会員の充分な理解とコンセンサスを得て、多くの参加を得られるよう、自治体事情に応じた協力を行ない、より良い制度維持のため継続的努力をすべきであろう。

（表１）　管内自治体休日準夜体制アンケート結果と現状

設問／市町村名	できれば単独で全休日の準夜診療を実施したい	単独実施は無理なので近隣市町村と組んで全休日を実施したい	意見	〈現在の準夜診療実施状況〉	
秋川	○			一地区全休日実施	センター方式・宅診輪番
羽村		○	市としては市民サービスの向上の面から将来的には単独で全休日を実施したいと考えているが、当面左記の方法で進めたい	三地区合同全休日実施	センター方式・年末年始宅診輪番
福生	○				
瑞穂		○			宅診輪番
奥多摩	○		全休日の休日準夜診療を実施	特定医療機関(町立病院)委託全休日実施	
日の出		○	平成５年４月より五日市医会と日の出医会で休日診療、準夜診療を輪番で実施します。但し、準夜診療については祝日だけ実施	二地区合同祝日のみ実施	宅診輪番
五日市		○	平成５年度より五日市町、日の出町医会の協議により休日(全)、準夜体制は祝日のみ実施		
桧原		○	＊本村は他市町村との体制は必要と思うが、本村の当番となったとき他市町村に問題が生じると考えられる ＊将来的には休日診療(平常業務)は無理としても、緊急のみ診療は実施して行きたい	未実施	
青梅			当面現状維持とのこと	一地区全休日実施	センター方式

理事会報告　★ Information

7月定例理事会　平成5年7月8日　西多摩医師会館

【1】　報告事項

（I）三多摩ブロック医師会代議員会報告　（松原会長）

三多摩ブロック医師会代議員連絡会を行い、会長に中村尚道（調布）を選出した。

（II）三多摩地区広報研究会報告　（玉木理事）

6月23日　調布市医師会館にて、明田川・玉木理事出席

各医師会の広報予算額や活動内容についての意見交換を行った。

（III）各部報告　（各 部 長）

（広報）　80周年誌原稿募集を開始するので、各地区でお知らせ願いたい。

【2】　報告承認事項

（I）入会会員について　―― 承認 ――　（真鍋理事）

（II）次回（7月20日）移動理事会について　（　〃　）

―― 羽村「かつら」にて予定 ――

（III）8月定例理事会恒例により（緊急の案件のない限り）休会について　（　〃　）

―― 承認 ――

（IV）新規会員年会費査定について　―― 承認 ――　（高水理事）

【3】　協議事項

7月12日に80周年実行委、式典担当者の打合せを行う予定。

7月定例理事会　　平成5年7月20日　　羽村「かつら」にて

【1】　報告事項

（Ⅰ）都医地区医師会長協議会及び三多摩地区医師会長協議会報告（7月16日）（松原会長）

1．都医からの伝達事項

(1)　エイズ夜間検診事業について

都医師会の委託事業として「東京都南新宿検査相談室」を9月1日に開設する。
月～金　午後3時～8時　医師常勤1人、パート1人、看護婦2人、事務2人にて運営、新宿・渋谷医師会に協力要請を行う。

(2)　病院の開設等の事前相談の受付について

12月に地域保健医療計画の改定公示予定。
受付期間：平成5．7．28～平成5．8．31
受付場所：衛生局医療計画部医務指導課医務係　Tel 03－5320－4431
受付書類：病院開設等計画書等

(3)　地区の国保整備委員会について

東京都の再診査件数は下記の通り

	診査件数	再診査件数
昭60	2,212,316件	18,829件
平5	2,886,381件	56,144件

9割が保険者側からで、投薬料、検査料と病名不一致が再診査事由の54.4%を占める。
地区医師会整備委員会の整備機能を再確認してほしい。（緑付箋利用）

2．地区医師会からの報告

(1)　勤務医部会について　　（八王子市医師会）

学会費、参加費を必要経費として認知し、都医雑誌掲載論文の大学・学会認知も促進するよう提案。

(2)　平成6年制定予定の「地域保健法」施行後の地区医師会の対応に関する都医のご指導並びにご見解について　　（調布市医師会）

保健所法（昭和22年）を「地域保健法」に改革（日医ＦＡＸニュース）され、6・9ヵ月検診や健康診断など一般対人サービスが保健所より市町村保健センターに移行される見込。

(3)　生保会社診検料について　　（西多摩医師会）

生命保険の診査料4,326円（4,200円＋消費税126円）の見直しを提案。

（Ⅱ）創立80周年記念実行委員会（式典担当）打合会報告　　（真鍋理事）

7月12日実行委にて、80周年式典、式次第の骨子、招待予定者、表彰予定者等につき、打ち合せを行った。

（Ⅲ）創立80周年記念実行委員会（祝賀会担当）打合会報告　（石田理事）

7月16日、祝賀会次第につき打ち合せを行った。

（Ⅳ）各地区会よりの報告　（各地区理事）

（福生）　7月12日、理事連絡会を開催。福生病院の三市町（福生、羽村、瑞穂）による公立化の動きに対応する為、三地区会で連絡会を設け協議してはどうか。
80年誌予算等については、もう一度総会を開催し話し合ってはどうか。などの意見があった。

（Ⅴ）その他

- 多摩医学会を11月13日に開催を予定。演題募集は別掲記事の通り。積極的参加をお願いしたい。（石井理事）
- 都夜間診療協議会に出席、小児を断わる事例が多いとの問題提起があった。（宮川副会長）

【2】　報告承認事項

（Ⅰ）入会会員について　―― 承認 ――　（真鍋理事）

（Ⅱ）学校医・保育園医推薦（変更）について（別掲資料1）―― 承認 ――　（　〃　）

【別掲資料1】

校・園医の推薦（変更）について

〈福生市立保育園医〉変更			
保育園名	新保育園医氏名	旧保育園医氏名	備考
福生市立福生保育園	星野　稔	山田　正哉	変更

〈羽村市学校医（眼科）〉変更			
学校名	新学校医氏名	旧学校医氏名	備考
富士見小学校	酒井　義生	押切　勝	変更
松林小学校	〃	〃	〃
武蔵野小学校	〃	〃	〃
羽村第二中学校	〃	〃	〃
羽村第三中学校	〃	〃	〃

〈都立高校学校医（眼科）〉変更			
学校名	新学校医氏名	旧学校医氏名	備考
都立福生高校	酒井　義生	押切　勝	変更
都立瑞穂農芸高校	〃	〃	〃

会員通知

○ポスター（目の健康講座）
○第６回（平成５年度）健康スポーツ医学講演会の開催について
○第18回ＣＭＡＡＯ総会の参加者募集
○日本医科大学医師会主催「日本医師会生涯教育講座」の開催について
○平成５年度第１回成人病検診従事者（胃がん）の実施について
○平成５年度第１回成人病検診従事者（子宮がん）の実施について
○学術講演会（７月14日）
○学術講演会（７月21日）
○平成５年度医療施設等看護職員海外派遣研修の実施について
○はり・きゅうに対する保険給付について
○平成５年度第１回大腸がん検診従事者講習会の実施について
○日本医師会が行う平成５年度（第27回）臨床検査精度管理調査へ実施について
○西多摩医師会80周年記念誌原稿募集のお願い
○東京都医師会各科別医療講習会速記録
○会報
○「納涼の夕べ」

医師会の動き

医療機関数	１７１	病　院	２８
		診療所	１４３
会　員　数	３５１	Ａ会員	１５９
		Ｂ会員	１９２

会議

７月８日　理事会
　12日　80周年記念実行委員会
　16日　　〃
　19日　会報委員会
　20日　移動理事会
　21日　在宅難病訪問医療（福生）
　26日　あり方委員会
　28日　産業医三者協

講演会・その他

７月８日　整備会
　14日　法律相談
　14日　学術講演会
　　演題：院内感染の問題点
　　－特にＭＲＳＡを中心として－
　　講師：日本大学駿河台病院
　　外科部長　岩井重富先生
　21日　学術講演会
　　演題：ＰＴＣＡの長期予後とbeyond the balloonの現況について
　　－過去11年の自験から－
　　講師：東邦大学医学部循環器診断センター
　　教授　矢部善正先生
　30日　学術講演会（ビデオ）

役員出張

７月２日　都医福祉部担当連絡会
　５日　東京都私的病院厚生年金基金10周年記念祝賀会

学術

青梅市立総合病院　外科医生活30年のまとめ

（まえがき・消化器内視鏡・全身麻酔・虫垂炎手術・
胃がん手術・胃十二指腸潰瘍手術・胆石症手術・
外鼠径ヘルニア手術・大腸がん手術・痔核手術・
痔瘻・肛囲膿瘍手術・乳がん手術・まとめ）

青梅市立総合病院外科　石　井　好　明

§1．まえがき

「温故知新」は古くからあることわざである。「過去がどのようであったか、現在はどうであるか、そしてそれはどのようにつながっているかを総括することは、老人だけができることである」と、キャラハンも「老いの医療」の中で述べている。確かに、いかに優秀であろうと、今の若者は今のことしか知らない。昔のことは老人が教えなければならない。

「前車の轍」ということばもある。後輩にとって、成功話に劣らず、失敗談や打ち明け話が参考になる筈である。

また、プロ野球選手の「生涯打率」というと、その選手の能力が直感的・具体的にわかるような気がするものである。

定年を前にして、青梅市立総合病院に外科医として勤務した30年間を、多少定量的にまとめようという心境になった背景には、以上のようなものがあった。

次の世代には、われわれよりもっとよくやってもらいたい。そのために、この凡医の凡記録でも、多少具体的になるが故に、「他山の石」として参考にしていただければ幸いである。

1952年大学卒。インターン1年の後、大学病院の外科医局に入局。'58年、茅ヶ崎市立病院に赴任。'60年9月、当院に転任した。

当初は外来が少なく、その割には外科らしい手術が少なからずあり、東海道の道ばたで交通外傷に追われた前任地と較べて、よい所に来たものだと喜んだ。しかし、間もなく患者が増え始め、呼び出しも頻回となり（急患を無制限に受け入れていた）、「日曜なんかない方が諦めがつく」と家内に嘆かれ、外科全員（医師3名、インターン1名）疲れ果てて予定手術を延ばしてもらったことも（ただし1度だけ）ある位、多忙になった。

そんな中で、'62年7月、妙に目方が減ったので検査したら肝障害が見つかり、以来、当直を許されるまで5年半にわたり慢性肝炎療養のため、大橋先生はじめあちこちに御迷惑をかけてしまった。（全休1年7ヶ月、半日勤務1年8ヶ月）。

その間、出勤しても、やりたい手術は許されず、坐り仕事ならよかろうと麻酔係りに廻されることが多かった。（当時は辛かったが、充分に休めなかったであろう同輩が2人も肝臓で死んでいる今、主治医の厳格なコントロールに感謝している。又、こんなに休んでも、ボーナスを含めた給料が僅かしか減らないで済んだ公務員という身分にも、感謝している。）原因について'78年にＨＢＳを検査したが陰性であり、最近、ＨＣＶ抗体が陽性であることがわかった。（昔は、電気メスを使う時以外は、手袋なしで手術していた。どういう訳か、教授だけはいつでも手袋をしていた。）

従って、'60年代の半分は慢性肝炎のため、さらに'80年代の後半は青梅市健康センター長を命ぜられたため、外科医としては半人前以下の働きしかできなかったが、'60年9月からの30年間を、'60年代・'70年代・'80年代（90年8月まで）の10年ずつにわけて集計し

た。

自験例が25以上ある項目について、多い順に述べる。手術台帳をめくっていると、昔一緒に仕事した人達が次々と想い出され、なつかしくも楽しい作業であった。

§2．消化器内視鏡

表1. 消化器内視鏡例数

	1960～	1970～	1980～	計
(病院総数)	(2,619)	(4,740)	(14,034)	(21,393例)
同上比率	1	1.8	5.4	——
(自験例数)	(295)	(1,616)	(1,956)	(3,867例)
総数に対する比率(%)	11	34	14	18%

表1. 1960年代は病院総数の11%、'70年代は34%、'80年代は14%の内視鏡検査を行なったが、30年間では18%の3,867例であった。

胃カメラを発明した医局の出身者としては怠慢であったが、初めて自分で胃カメラを撮影したのは、発明されてから16年たった1966年であった（赴任当時、胃カメラは内科がやっていた)。'71年にＥＦ（食道ファイバースコープ）が入って生検ができるようになってから、やる気が出た（ＥＦは胃角まで届いた)。

健康センター長を命ぜられてから下部消化管をやる余裕がなくなり、ＣＦ（大腸ファイバースコープ）は'70年代56例、'80年代166例、計222例で殆ど終ってしまった。上部消化管はそれほどペースを落とさずにやることができたが、'83年に内科が増強され、検査総数が激増したので、自験例の比率は低下した。

胃カメラからスタートしたので、側視鏡は苦にならなかった。'72年ＪＦ（十二指腸ファイバースコープ）が入った時、側視で幽門輪を通るのは難しいのではないかと想像したが、胃カメラの元祖の一人である大先輩の直伝（幽門輪を夕陽にみたてて、太陽が地平線——あるいは水平線であったか？——に沈むように先端をもってゆきダウンをかける）で簡単に入り、十二指腸はもちろん、胃内の病変も正面視、遠隔視し易く、鉗子も動くので生検し易く、今も愛用している。上部消化管内視鏡の67%（$\frac{2,446}{3,867}$）がＪＦであった（ただし、レ線検査なしの初回内視鏡では、直視鏡を原則としている。)

ＣＦは'71年から始めたが、スコープを大腸のまがりに合わせて入れようとしていた間は、下行結腸に入ることも難しかった。これまた耳学問で、「長靴下をはくように」腸をたぐる方式にしてから、奥に入るようになった（当時のテキストは不親切であった)。

電子スコープが入ったのは'92年であるが、ファイバースコープから電子スコープへの移行は、驚く位スムーズであった。両眼視だし、助手も一緒に見ながらうまく協力してくれるし、画像もいいし、大変結構な器械である。

'61年12月から胃カメラの読影会を毎週開き、当院第１例のフィルムの見直しから始めて、'90年８月末で1,353回となった。しかし、結果の出ていないフィルムは、いくら沢山見ても読影力はあまり進歩しない（２万例以上のフィルムを見たことになるが)。また'66年頃、早期胃癌研究会に出席して「名人」の読みに驚嘆したが、自分の読影力の向上にはほとんどつながらなかった。'68年から東大分院の読影会に出席し、厳密な結果が出ている症例について、当てられて目を白黒させながら口に出しながら読まされて、初めて、少しばかり進歩したような気がする。

§3．全身麻酔

表2. 全身麻酔例数

	1960～	1970～	1980～	計
(外科総数)	(815)	(2,012)	(2,917)	(5,744例)
同上比率	1	2.5	3.6	——
(自験例数)	(386)	(745)	(88)	(1,219例)
総数に対する比率(%)	47	37	3	21%

表2. 1960年代は外科総数の47%、'70年代は37%の全身麻酔を行ない、'80年代は３%のみであったが、30年間では21%の1,219例であった（その半数596例は小児麻酔)。

'67年から暫くの間、癌研の麻酔医が週１回応援に来られ、インファントサークルを導

入して下さり、手探りでYピースや非再呼吸弁でやっていた小児麻酔がぐっと楽になった。埼玉医大麻酔医のパート勤務が始まったのは'79年であり、（本格的常勤は'84年からであった）、それ以前、麻酔は自前だった。'80年代後半も、殊に時間外の麻酔は殆んど自前でやらねばならなかった。

日本で閉鎖循環式気管内麻酔が初めて行なわれたのは1950年と聞いているが、小生の大学入局の頃は、後年の麻酔の指導者達がこれからアメリカ留学に出かけるというところで、大学でも、麻酔をちゃんと教えてくれる人はいなかった。器用な人が横文字をみながら工夫してやっていたが、挿管の手技にしても、L型喉頭鏡を使って硬式気管支鏡に準じていたのでひと騒ぎだった。（いつ麻酔が始まるかわからないので、医局で碁を打ちながら待っていたが、一局終ってもまだだったという神話もある。）電気メスの手術では笑気しか使えず、手術が長びくと、こんなに使って大丈夫かなとハラハラしながら、ラボナールの静注を繰り返した記憶もある。（電気メスを使わない時も、教授はエーテルがおきらいだった。）アメリカ帰りの同級生から、あちらではサクシンをじゃんじゃん使うと教えられ、ビックリしたものだった（サクシンを使い始めた頃は、息がもどってこなかったらどうしようと心配した）。

'60年赴任当時、当院ではエーテル開放点滴も行なわれていた（麻酔者は総婦長！）。乳幼児気管内麻酔では、エーテルオープンドロップで充分麻酔を深くしてから、おもむろに挿管していた。そして術中は酸素だけで専ら覚醒につとめたが、翌朝まで眠りっ放しということもあった。フローセン時代になって素早く挿管しなければならなくなり、のぞいても声門がよく見えず、冷汗で眼鏡が曇ったので慌てて外したらハッキリ見えて、自信を取り戻したという一幕もあった（老眼が始まったのであった）。

'65年から念願の増員が許され、大学から若手が来てくれることになったが、それに間に合うように慌ててフローセン麻酔を勉強した（第1例は'64年6月）。読んだだけの知識で、初めての麻酔薬を使う時はスリルがあった。

開院時からボイルの麻酔器（もちろんオール手動式）があったが、気管内麻酔は「面倒」なので最小限度に押さえ、同じ胃切除でも潰瘍なら腰麻（終り頃には筋緊張がもどっていて、閉腹はラボナール静注下に力づくでやっていた）、がんならGOE（笑気・酸素・エーテル）の気管内麻酔という工合だった（エーテルは、アルバイトで使いなれていた）。大開腹はすべて全麻でやるようになったのは、'63年末頃であった。最近は、虫垂炎でも子供なら麻酔医を呼ぶという状況で、隔世の感がある。

昔、ウンテルアルツトは、オーベルアルツトに小手術をやらせてもらう代わりに、大手術の時はオーベルアルツトに麻酔をサービスするということで"give and take"のバランスがとれていたが、麻酔専門医の出現で、このバランスはくずれてしまった。今のウンテルアルツトは、かなり早くから「大手術」もやらせてもらっている（その方が助手としての腕も上がり、オーベルアルツトにとってマイナスではないが）。しかし、術前検査や術前・術後処置や合併症対策は昔より遙かに複雑になっているし、それをマスターせねばならぬ修業時代のきびしさは相変わらずであろう。

先日、久し振りに手術室に入ったが、麻酔器についている気化器に入っているのは、使ったことのない麻酔薬ばかりであった。

§4．虫垂炎手術

表3. 虫垂炎手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
（手術総数）	(2,091)	(910)	(707)	(3,708例)
同上比率	1	0.4	0.3	——
（手洗い例数）	(615)	(270)	(76)	(961例)
総数に対する比率（%）	29	30	11	26%
（執刀例数）	(249)	(95)	(21)	(365例)
総数に対する比率（%）	12	10	3	10%

表３．1960年代は、総数の29％、'70年代は30％の手術の手洗いをしたが、執刀したのは、両年代ともその３分の１であった。'80年代は11％の手術の手洗いをし、その４分の１を執刀した。30年間では26％の手術の手洗いをして、執刀は10％の365例であった。

大学医局時代、初アッペとなると、閑な人達（無給医局員がゴロゴロしていた）が見物に集まってきて、弥次をとばして外科医の誕生を祝ってくれた。その後、あれほどの人に見られながら手術をしたことがない。今でも、あの時指導してくれた先輩には、特別の敬意を抱いている。

当院赴任当初は大学で教えられた通り、軽くとも虫垂炎と診断できれば、いずれ再発するからとムンテラして、手術していた。経営的意識は皆無だったが、手術の腕を上げたいという技術屋としての欲望が便乗していなかったとは言えない。（理屈は、後からいくらでもつくものである。）

'70年頃から風潮の高まりに従って（'58年の勇気ある内科医の提唱に端を発しているようである）、軽症は手術しない方針をとったので、'62年をピークとして（日本全体のピークも同年であった）、総数が激減した。手術しなくとも、再発する人は少なかった。軽症であった「いわゆる」慢性虫垂炎や移動盲腸症は、'60年代427例、'70年代76例、'80年代３例という工合に、手術台帳から姿を消した。どこまでやったらよいのやら、と迷いながらテニアを縫い合わせた、あの盲腸縫縮術は何だったのだろう。

軽症例（カタラーリス）は'60年代1,069例、'70年代299例、'80年代117例と激減したが、重症例（フレグモノーザ・ガングレノーザ）はそれぞれ595・535・587と殆ど増減なく、その中の穿孔例は89・110・199と増加している（比率は１：1.2：2.2）。周辺人口（青梅市・羽村市・奥多摩町）が'65年88,578、'75年126,775、'85年162,547で１：1.4：1.8という増加傾向なので、重症例もむしろ減少傾向にあるが、穿孔性虫垂炎は'80年代に人口増以上に増えている。虫垂炎の手術適応鑑別の重要性は、この面でも増している。デファンスの有無を中心に鑑別しているが、最近は、超音波の応用も試みられている。しかし、依然として難しい例は難しい。（穿孔例の半数は初診時、虫垂炎とすら診断されていない。）

昔は、簡単な虫垂切除は、看護婦を器械係兼助手として、中堅以上の外科医なら１人で手術するのが普通だったが、今では、簡単であっても１人でやったら人命軽視と言われかねず、麻酔係も居なければ、事故防止を怠ったと批難されかねない。万事、手のかかる（従ってお金もかかる）世の中になったものである。

§５．胃がん手術

（1）　手術例数

表4. 胃がん手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
（手術総数）	(178)	(301)	(474)	(953例)
同上比率	1	1.7	2.7	——
（手洗い例数）	(100)	(150)	(46)	(296例)
総数に対する比率（％）	56	50	10	31％
（執刀例数）	(60)	(86)	(29)	(175例)
総数に対する比率（％）	34	29	6	18％

表４．1960年代は、総数の56％、'70年代は50％、'80年代は10％の手術の手洗いをしたが、執刀したのは各年代ともその６割であった。30年間では31％の手術の手洗いをして、執刀は18％の175例であった。

近年、検診と内視鏡の普及により早期胃がんが増え、胃がん死亡が減ってきたと言われる。当院でも、早期胃がん（stage Ⅰ）の占める割合は'60年代７％（13例）、'70年代18％（53例）、'80年代24％（116例）と増えているが、進行がん（stage ⅢおよびⅣ）もそれぞれ84％（149例）・74％（224例）・67％（316例）と、なお７割近くを占めている。そして、総数は人口増よりも増えているので、胃がんになる人はまだ増えつつある、少なくとも減ってはいないと考えざるを得ない。

根治的切除の占める割合は、それぞれ49％（87例）・59％（178例）・71％（340例）と

向上している。これは、早期例増加の影響もあるが、手術器械の進歩によるところも少なくない。'60年代には、硬い鉗子にゴツい針糸しかなく、しかも戦時教育を受けた頭は、与えられた条件の下に頑張るということで固まっており、道具を改善したら、という方に気が廻らなかった。戦後教育を受けた後輩が来るようになって、ゴールドチップの持針器やメッツェンバウムの鋏が欲しいと言われた時は、反射的に「贅沢な」と感じたことを覚えている。

しかし、使ってみればよいものはよく（思えば、道具をケチって患者さんの生命を粗末にしていたと言えなくもないのであって、ソラ恐ろしいことであった)、軟らかい鉗子に糸つきの針と「贅沢」が進み、遂には使い捨ての吻合器まで登場して胃全摘も普通の手術になり、'60年代６％（10例）であったのが'70年代15％（46例)、'80年代32％（152例）と'75年以後急増した。従って、非切除手術はそれぞれ37％（65例）・28％（85例）・13％（61例）と減少している。

そもそも当院赴任を希望した動機のひとつは、当時花形だった結核外科医になれそうだということだった。(赴任当時、300床中結核が100床を占めていた)。これは、天下の大勢を知らなかった話であった。間もなく、化学療法の進歩によって肺結核外科は消えてしまった。しかし、胃カメラの普及で「早期胃がん」が話題となり、これからは胃がんをやろうと、'61年から abrasive balloon による擦過細胞診を始めた。これで確診した噴門がんを切除し、22年後に乳頭がんで膵頭十二指腸切除を行ない、さらに９年後も生存中という症例を得たが、収穫はそれだけで、多忙になり慢性肝炎になって、細胞診は中断してしまった。

'64年１月、フル出勤を許され、気を新たにして武藤輝一著「外科から見た胃がん」輪読会（大橋先生提唱）を始めた。その影響を受けすぎて、暫くの間は胃切除はビルロートII法（結腸前吻合）ばかりやっていた。'69年にはがん研梶谷先生の手術の見学に行ったが、熟練そのもので無駄な動きが全くなく、出来上りが気に入らないと直ちにやり直す果断さにも感銘を受けた。しかし、当時の眼力では、特別変わったことはなさっておられなかったようにお見受けした。リンパ節をとる度に病理に出しては、インターホンでメタの有無を報告してもらっていたのは、さすがはがん研と羨ましかった。(朝から晩まで昼休みなしに次々と手術されるので、見学者も腹ペコだった。)

'73年大学で新しい教育を受けた中堅が来てくれてから、胃がん研究会のいわゆるＲ２の手術を目指すようになり、胃がんでもビルロートＩ法（残胃十二指腸吻合）は大抵の例に可能であることを知らされた。さらに'77年、実力派のベテランが加わってくれて、現在のチームが完成したのであった。

(2) 手術成績

表 5. 胃がん根治的切除例 Stage 別手術成績

	Stage	I	II	III	IV	計
全例	(例　数)	(160)	(82)	(269)	(75)	(586例)
	総数に対する比	27	14	46	13	100%
	直接死亡率	2 (3)	1 (1)	3 (9)	4 (3)	3％ (16例)
	１年生存率	92 (129/140)	83 (64/77)	75 (193/258)	56 (37/66)	78% (423/541)
	５年生存率	80 (76/95)	52 (35/67)	36 (73/204)	25 (12/48)	47% (196/414)
	10年生存率	68 (30/44)	45 (18/40)	21 (29/136)	16 (4/25)	33% (81/245)
自己執刀例	(例　数)	(16)	(16)	(58)	(8)	(98例)
	総数に対する比	16	16	59	8	100%
	直接死亡率	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0％ (0)
	１年生存率	100 (16/16)	88 (14/16)	81 (47/58)	50 (4/8)	83% (81/98)
	５年生存率	92 (12/13)	69 (11/16)	32 (18/57)	25 (2/8)	46% (43/94)
	10年生存率	89 (8/9)	50 (6/12)	17 (8/48)	29 (2/7)	32% (24/76)

（注）数字は％、括弧内は実数。(最小粗生存率)

表５. 根治的切除全例の直接死亡率は３％、１年生存率は78％、５年生存率は47％、10年生存率は33％であった。自己執刀例は全例より stage I が少なく、stage III が多かったが、成績はそれぞれ０・83・46・32％とほぼ同様であった。当然のことながら、早期例ほど成績がよかった。なお、最長生存例は28

年後生存中の２例（stage IIIおよびstage II）で、20年生存率は13％（$\frac{12}{89}$）である。

大学入局当時、新人の目には、胃がんと潰瘍の手術の違いは大綱をとるかとらないか位にしか見えず、がんは手術しても１年で再発して亡くなってしまうというのが素朴な印象であった。（従って、マーゲンの手術はやりたかったが、特に胃がんを手術したいとは思わなかった。）

表6. 胃がん根治的切除例手術成績の変遷

	1960～	1970～	1980～
直接死亡率	6 ($\frac{5}{89}$)	1 ($\frac{2}{156}$)	3％($\frac{9}{341}$)
１年生存率	69 ($\frac{61}{89}$)	82 ($\frac{128}{156}$)	79％($\frac{234}{296}$)
５年生存率	36 ($\frac{32}{89}$)	47 ($\frac{73}{156}$)	54％($\frac{91}{169}$)
10年生存率	27 ($\frac{24}{89}$)	37 ($\frac{57}{156}$)	――

（注）数字は％、括弧内は実数。（最小粗生存率）

表６. 10年ごとに全例の手術成績を比較すると、次第に改善されている。これは、stage III＋IVの例数に対するstage I＋IIの例数の比較が'60年代0.48（$\frac{29}{60}$）、'70年代0.54（$\frac{55}{101}$）、'80年代0.86（$\frac{158}{183}$）と早期例の割合が増えたことと、前述のような切除技術の進歩によるものであろう。stage Iだけの５年生存率はそれぞれ85％（$\frac{11}{13}$）・77％（$\frac{24}{31}$）・80％（$\frac{41}{51}$）と成績が向上してきたとは言えない。

なお、姑息切除例の１年生存率は'60年代23％（$\frac{6}{26}$）、'70年代37％（$\frac{14}{38}$）、'80年代25％（$\frac{18}{73}$）（最長生存９年２ヶ月）であり、30年間に進歩の跡は明らかでない。

また、非切除手術も１年生存率はそれぞれ３％（$\frac{2}{65}$）・８％（$\frac{7}{85}$）・５％（$\frac{3}{61}$）（最長生存１年11ヶ月）であり、やはり改善されていない。

§６．胃十二指腸潰瘍手術

表７. 1960年代は総数の61％、'70年代は37％の手術の手洗いをし、執刀したのはそれぞれの半数であった。'80年代は12％の手術の手洗いをして、その３分の１を執刀した。

表7. 胃十二指腸潰瘍手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
（手術総数）	(174)	(232)	(165)	(571例)
同上比率	1	1.3	0.9	――
（手洗い例数）	(106)	(86)	(19)	(211例)
総数に対する比率（％）	61	37	12	37％
（執刀例数）	(58)	(42)	(7)	(107例)
総数に対する比率（％）	33	18	4	19％

30年間では37％の手術の手洗いをして、執刀はその半数107例であった。

'60年当初より手術適応は出血・穿孔・狭窄・難治に限っていたので、'60年代から'70年代への増加は、人口増相当であった。ほとんどが広汎切除で、術者としては不都合を感じなかった。迷切は少数に試みたものの、どうも理屈が先走っているように思えて、全面的に取り入れる気になれないでいる中に薬物療法が発達し、やらなくとも済むようになってしまった。

'70年代から'80年代への減少の一因として、内視鏡的止血術の普及も考えられるが、出血による緊急手術は'60年代８例、'70年代21例、'80年代25例と穿孔例と同様（穿孔はそれぞれ21・59・68例）、人口増以上の増加を示しており、内視鏡的治療は緊急手術を減らすほどの影響を及ぼさなかったようである。

大学医局時代、当直の夜、お餅を沢山食べて穿孔した十二指腸潰瘍の執刀を許され、先輩から、ペッツを使わなくとも胃切除はできるということを実地教育され（胃はお餅で充満していて、ペッツをかけるどころではなかった）、後日、大変役に立った。術後、特別にボイラー室のお風呂に入れてもらい、窓を見たら空が明るくなっていたこと、廻診でドレーンの入れ方が悪いと医局長に批判されたこと、でも幸いに術後経過が極めて順調で半月後、自ら布団をかついで勤務室に退院の挨拶に来たことまで、覚えている。（完全徹夜手術の第１例であった。）

§7．胆石症手術

表8. 胆石症手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
(手術総数)	(63)	(266)	(451)	(780例)
同上比率	1	4.2	7.2	——
(手洗い例数)	(41)	(100)	(45)	(186例)
総数に対する比率(%)	65	38	10	24%
(執刀例数)	(23)	(46)	(28)	(97例)
総数に対する比率(%)	37	17	6	12%

表8． 1960年代は総数の65%、'70年代は38%、'80年代は10%の手術の手洗いをし、それぞれの半数を執刀した。30年間では、24%の手術の手洗いをして、その半数の97例を執刀した。

胆石に対する手術適応も比較的厳格にし、サイレントストーンは原則として適応外としているが、'70年代から増加が著しく、手術の中で増加率が最も高い。待機手術が増えたためか、緊急手術は'60年代13%（8例)、'70年代6%（17例)、'80年代2%（11例）と、減少傾向が著しい。

'60年代から'70年代への増加には、食事を中心とする生活の変化と胆道造影の進歩が影響していると思われる。大学医局時代、抄読会のため、辞書首っぴきで胆管までうつるというフランスの静注胆道造影法の文献を読んだ記憶がある。(その後、フランス語には御無沙汰して、アルファベットまで怪しくなってしまった。)

'80年代もつづいた増加には、超音波診断装置普及の影響も加わっている。'68年から8年間、頭蓋内出血（当時、西多摩には脳外科がなかった。）と胆石の診断を目的として、Aスコープで超音波診断に挑戦したが、さっぱり成果が上がらず、その中に内視鏡に気をとられて、中断してしまった。'80年、産科でBスコープ上に胎児の鼓動する心臓を見せられ、超音波の進歩に驚かされ、慌ててとびつき直した。(超音波診断の進歩により、胆嚢ポリープという、新たな悩みの種も生まれた。)

'90年には、更に胆石に関する異変が起こった。その3年前にフランスで生まれた内視鏡的胆嚢摘出術（いわゆるラパコレ）がアメリカから日本に輸入されて忽ち流行し、今では、「ラパコレ」ができない者は外科医に非ずと言わんばかりの風潮も現れているようである。（当院でも、遅ればせながら'93年1月に第1例が行なわれ、着々と例数を増やしている。)

「ボタン孔手術」と言えば、虫垂切除盛んなりし頃、2cm位の皮膚切開で虫垂を切除して、患者を集めていた外科医があちこちにあったことを思い出す。あれは軽症にしかやれない筈だし、誤診の危険もあり、安全性よりも技術を誇示する邪道だ、と先輩からいましめられた。

「ラパコレ」も「ボタン孔手術」で、重症には難しいようだし、熟達しないと普通開腹より時間がかかり、麻酔時間が長くなって、必ずしも手術侵襲の軽減にならないのではないかと言ったら、若手から、発達した今の麻酔なら時間は問題にならない、と逆襲された。

歴史は古くとも地味な存在だった腹腔鏡が、こんなに派手になるとは夢にも思わなかった。（関節鏡手術が出現した時も、お腹にまで発展するとは連想できなかった。）最近の内視鏡学会では「腹腔鏡下虫垂切除」まで報告されており、「腹腔内全般の検索・処置が可能である」と専門家は述べている。

腹腔鏡を使う点で「ラパコレ」は昔のアッペの「ボタン孔」とは根本的に違うが、すべては、普及した時の合併症の起こり方次第であろう。慎重に進めていただきたいものである。

§8．外鼠径ヘルニア手術

表9. 外鼠径ヘルニア手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
(手術総数)	(525)	(806)	(871)	(2,202例)
同上比率	1	1.5	1.7	——
(手洗い例数)	(148)	(135)	(26)	(309例)
総数に対する比率(%)	28	17	3	14%
(執刀例数)	(60)	(33)	(4)	(97例)
総数に対する比率(%)	11	4	0.5	4%

表９．1960年代は総数の28％、'70年代は17％、'80年代は３％の手術の手洗いをし、'60年代にはその３分の１、'70年代には４分の１、'80年代は６分の１を執刀した。30年間では14％の手術の手洗いをし、その４分の１の97例を執刀した。

ヘルニア手術に術式が沢山あるのは、消毒の観念がなかった頃、手術創が化膿しても再発しないように、といろいろ工夫した結果だそうである。大学に入局した頃は、勿論、創感染は稀になっていたが、乳幼児にもバッシニ手術をやっていた。従って乳幼児ヘルニアは、やりにくい手術だと思っていた。

小児外科の発達普及（第１回日本小児外科学会は1964年に開かれた）に伴って、乳幼児ヘルニアは要するに腹膜鞘状突起を閉鎖すればよいのだということになったが、その頃以後は麻酔係に廻ることが多かったので、自分ではファーガソン位までで、ポッツの手術などやったことは殆んどない。

６才未満の占める割合は'60年代48％（254例）、'70年代55％（446例）、'80年代47％（407例）、と'70年代に最も多かったのは、使いやすい小児麻酔器が入ったためである。小児ヘルニアには自然治癒が少なくないという報告もあるが、外科外来ではそういう実例に遭遇することがなかったので、安心して麻酔ができる生後３ヶ月以後では、積極的に手術をすすめている。

手術数の増加は、周辺の人口の増加とほぼ並行しているので、この30年間、外鼠径ヘルニアの発生率に変動がなかったものと考えられる。（老人に多い内鼠径ヘルニア手術は、'60年代になく、'70年代13例、'80年代71例と、高齢者の増加に伴って急増した。大腿ヘルニアは老年女性に多いが、それぞれ38・62・43例と、'80年代にはむしろ減少している。最近の高齢者には、発生が少なくなったのであろうか。）

ヘルニアを発見次第手術していれば、嵌屯手術が減って当然と考えられるが、嵌屯手術の割合は、外鼠径ヘルニアでは'60年代７％（37例）、'70年代４％（35例）、'80年代４％（33例）と４％で足ぶみしている。（大腿ヘルニアではそれぞれ32・23・37％と外鼠径ヘルニアより明らかに高率であり、減少傾向は明らかでない。内鼠径ヘルニアの嵌屯手術例は、まだない。）

§９．大腸がん手術

（1）　手術例数

表10．大腸がん手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
（手術総数）	(54)	(123)	(250)	(427例)
同上比率	1	2.3	4.6	——
（手洗い例数）	(27)	(54)	(18)	(99例)
総数に対する比率（％）	50	44	7	23％
（執刀例数）	(14)	(30)	(11)	(55例)
総数に対する比率（％）	26	24	4	13％

表10．1960年代は総数の50％、'70年代は44％、'80年代は７％の手術の手洗いをし、それぞれの半数弱を執刀した。30年間では総数の23％の手術の手洗いをして、その半数の55例を執刀した。

直腸切断術の第１例は、大学医局時代、アルバイトで先輩の病院に手伝いに行った時であった。麻酔をやらされると思って、勉強してゆかなかったのに執刀させてやると言われ、手とり足とりで、何が何だかわからない中に終った。始めは処女のごとく、終りは脱兎のごとしであった。その後も直腸切断術は、骨盤内操作になると快心の作でなくなる傾向があった。ＱＯＬという言葉が流行する前だったので、遠慮なく直腸切断術をやり、低位前方切除は少なかった。

胆石・乳がんの次に大腸がんの手術が増えたが、直腸がんの結腸がんに対する比は'60年代0.4（$\frac{16}{38}$）、'70年代0.7（$\frac{51}{72}$）、'80年代0.5（$\frac{77}{173}$）と結腸がんの方が多い。'70年代には直腸がんの増加が目立ったが、'80年代には結腸がんの方が増えて、30年間では、どちらも同じ程度の増加率であった。

Dukes' A の占める割合は'60年代２％（１例）、'70年代３％（４例）、'80年代11％（27例）、Dukes' B はそれぞれ22％（12例）、26

%（32例）、28%（71例）と、早期例の割合の上昇が目立ったのは'80年代になってからであった。'91年度から、成人病検診や人間ドックで便潜血による大腸がんのスクリーニングが始まり、ポリープがんなども見つかっているが、更に早期がんの増加を期待したい。

(2) 手術成績

表11. 大腸がん根治的切除例 Stage 別手術成績

	Dukes'	A	B	C	計
全例	(例　数)	(35)	(110)	(131)	(276例)
	総数に対する比	13	40	47	100%
	直接死亡率	3 (1)	0 (0)	2 (2)	1% (3)
	1年生存率	97 (30/31)	99 (104/105)	84 (102/121)	92% (236/257)
	5年生存率	71 (12/17)	76 (53/70)	39 (30/76)	58% (95/163)
	10年生存率	75 (6/8)	60 (25/42)	18 (8/45)	41% (39/95)
自己執刀例	(例　数)	(4)	(13)	(15)	(32例)
	総数に対する比	13	41	47	100%
	直接死亡率	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0% (0)
	1年生存率	100 (4/4)	100 (13/13)	87 (13/15)	94% (30/32)
	5年生存率	50 (2/4)	73 (8/11)	57 (8/14)	62% (18/29)
	10年生存率	50 (1/2)	50 (5/10)	29 (4/14)	38% (10/26)

（注）数字は%、括弧内は実数。（最小粗生存率）

表11. 根治的切除全例の直接死亡率は1%、1年生存率は92%、5年生存率は58%、10年生存率は41%と、術後生存率は胃がんよりそれぞれ10%高かった。自己執刀例の進行度の分布は偶然全例と同じであったが、術後成績も殆んど同様である。Dukes' AとBの成績にも殆んど差がない。Dukes' Cの1年生存率は、A・Bより10%低いだけであるが、5年生存率はA・Bの2分の1近く、10年生存率は3分の1に低下し、胃がんのstage Ⅳと同じになっている。

なお、最長生存例は30年後生存中のDukes' Cで、28年後生存中のDukes' Bも1例あり、20年生存率は23%（7/30）で、やはり胃がんより10%高い。

表12. 大腸がん根治的切除例手術成績の変遷

	1960～	1970～	1980～
直接死亡率	0 (0/30)	0 (0/65)	2% (3/181)
1年生存率	90 (27/30)	88 (57/65)	94% (152/162)
5年生存率	63 (19/30)	54 (35/65)	60% (41/68)
10年生存率	47 (14/30)	38 (25/65)	――

（注）数字は%、括弧内は実数。（最小粗生存率）

表12. 1980年代に早期例が増えたが、10年ごとの成績の変遷を見ると、手術成績が改善したといい難い。'60年代の成績は明らかに胃がんよりよかったが、胃がんに見られたような改善がなかったためであろうか、'70年代・'80年代の成績は胃がんと大差ない。

なお、姑息切除が全体に占める割合は'60年代7%（4/54）、'70年代5%（6/123）、'80年代14%（36/250）（最長生存3年3ヶ月）であり、非切除手術の割合はそれぞれ33%（18/54）・36%（44/123）・10%（26/250）（最長生存3年2ヶ月）と、'80年代になって切除率が向上したことを示している。

また、非切除手術例の1年生存率は'60年代17%（3/18）、'70年代25%（11/44）、'80年代19%（5/26）と胃がんよりは3倍高いが、30年間に改善されたとは言い難い。

§10. 痔核手術

表13. 痔核手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
(手術総数)	(403)	(323)	(340)	(1,066例)
同上比率	1	0.8	0.8	――
(手洗い例数)	(153)	(92)	(11)	(256例)
総数に対する比率(%)	38	28	3	24%
(執刀例数)	(34)	(15)	(5)	(54例)
総数に対する比率(%)	8	5	1	5%

表13. 1960年代は総数の38%、'70年代は28%、'80年代は3%の手術の手洗いをし、'60年代はその5分の1、'70年代は6分の1、

'80年代は2分の1を執刀した。30年間では24%の手術の手洗いをし、その5分の1の54例を執刀した。

教授のホワイトヘッド手術の手際は、極めて鮮やかだった。自分でやってみると、うまくゆかなかった。しかし、痔核手術はホワイトヘッドに限るという偏見を植えつけられたまま、青梅に来た。腸鉗子を使う方法なども教わったが、快心作は殆んどなかった。

第1回直腸肛門病学会は'41年に開かれたそうであるが、'60年代に発展して'67年には大腸肛門学会と改称された。発展のきっかけは、大腸がん増加の他にホワイトヘッド手術批判があったように思う。ホワイトヘッド手術はホワイトヘッドアーヌスを作る危険があるからよくない、結紮切除法にすべきだという声はわれわれ肛門科非専門医にも届き、当院でもホワイトヘッドの名は'65年までの97例で、手術台帳から消えた。(幸い、自家製のホワイトヘッドアーヌスはなかったつもりだが、案外、他施設に持ち込まれているかも知れない。)

痔核手術は、この30年間に減少傾向にある。盛大に嵌屯して、ホワイトヘッドをやりたくなるような重症例も、最近は少ない。生活レベルが向上したためであろうか。

§11. 痔瘻・肛囲膿瘍手術

表14. 痔瘻・肛囲濃瘍手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
(手術総数)	(176)	(236)	(189)	(601例)
同上比率	1	1.3	1.1	——
(手洗い例数)	(68)	(54)	(6)	(128例)
総数に対する比率(%)	39	23	3	21%
(執刀例数)	(13)	(19)	(2)	(34例)
総数に対する比率(%)	7	8	1	6%

表14. 1960年代は総数の39%、'70年代は23%、'80年代は3%の手術の手洗いをし、'60年代はその6分の1、'70年代および'80年代は3分の1を執刀した。30年間では21%の手術の手洗いをし、その4分の1の34例を執刀した。痔核手術とほぼ同率である。

周辺人口の増加傾向を考慮すると、痔瘻・肛囲膿瘍手術も1980年以後、減少傾向にある。痔瘻を摘出した跡が巨大空洞になって、後がどうなることやらと心配になるほどの重症例には、最近お目にかからない。痔核と同じく、生活向上の結果であろうか。

痔瘻手術は以前から開放創にしていたので、縫合した痔核手術後より痛みが少なく、痔核の手術は痛いが痔瘻は痛くない、とムンテラしたものだった。痔核も開放創にしたら痛みが軽くなる筈だ、という工合には頭が廻らなかった。

§12. 乳がん手術

(1) 手術例数

表15. 乳がん手術例数

	1960～	1970～	1980～	計
(手術総数)	(43)	(81)	(228)	(352例)
同上比率	1	1.9	5.3	——
(手洗い例数)	(30)	(20)	(7)	(57例)
総数に対する比率(%)	70	25	2	16%
(執刀例数)	(17)	(9)	(2)	(28例)
総数に対する比率(%)	40	11	1	8%

表15. 1960年代は総数の70%、'70年代は25%、'80年代は2%の手術の手洗いをして、'60年代はその5分の3、'70年代は2分の1、'80年代は3分の1を執刀した。30年間では16%の手術の手洗いをし、その半数の28例を執刀した。

乳がん手術の増加率は、胆石に次いで2番目である。'70年代には大腸がんの増加率の方が高かったが、'80年代には乳がんの方が高くなった。ただし、例数は乳がんの方が少ない。

早期がん(stage Ⅰ)の占める割合は'60年代26%(11例)、'70年代44%(36例)、'80年代58%(133例)と'70年代から増え始め、'80年代には半数を越えた。進行がん(stage Ⅲ+Ⅳ)はそれぞれ30%(13例)・20%(16例)・13%(29例)と例数の増加は僅か

で、全体に占める割合は低下した。しかし、まだ切除不能例が少数ながらある。

最近は、視診・触診・乳房撮影・超音波・テルマンマ・針生検を併用して診断しており、切除生検は例外的だが、大多数は自ら腫瘍を触知して受診した例である。'72年から行なわれた乳がん検診（触診）で無自覚の中に発見された例や、未触知がん（これが10%もあったという大学の報告もあるが）はまだない。

かつて、乳がんの手術といえばハルステッドの定型的乳房切断術のことであった。某先生はメス1本で壊死を作ることなくいかに皮膚をうまく剝離したか、いかにキレイに血管をはだかにしたかという噂をよく耳にした。そういう具合にゆかないのを悩んだり、これは拡大根治手術をすべきだろうかと迷ったりしながら手術していた。（縮小したらという考えは浮かばなかった。）

'70年代から、早期がんまでハルステッドをやる必要はない、とアメリカで増え出した縮小手術が、QOLという言葉に拍車をかけられ、日本でも急速に流行した。当院で、リスクのよい人に意識的に縮小手術を行なったのは'85年であったが、'80年代最後の1年間では58%（$\frac{22}{38}$）に達し、その後も増えつつある。（自験例の中にはない。）

(2) 手術成績

表16. 根治的切除例に直接死亡はなく、1年生存率は97%、5年生存率は71%、10年生存率は56%と大腸がんよりよかった。しかし、stageが進めば他のがんと同じで、stage Ⅳには10年生存がない。自己執刀例の成績は全例よりわるい。stageごとに比較すれば大差ないので、成績不良は、全例よりstage Ⅰが少なくstage Ⅲが多かったためであろう。最長生存は27年後生存中の2例（stage 不詳1・stage Ⅱ1）、20年生存率は32%（$\frac{11}{34}$）で、大腸がんより10%高い。

なお、姑息切除は30年間に4%（$\frac{15}{352}$）あり、1年生存率79%（$\frac{11}{14}$）・5年生存率30%（$\frac{3}{10}$）・10年生存率17%（$\frac{1}{6}$）であった。（最長生存例は、38才の時乳腺摘出のみ行なわれ、6年後再発腫瘍を摘出、同時に卵巣も摘出し、58才で亡くなっている。）

表16. 乳がん根治的切除例 Stage 別手術成績

	Stage	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	計
全例	（例　数）	(182)	(88)	(41)	(10)	(321例)
	総数に対する比	57	27	13	3	100%
	直接死亡率	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0% (0)
	1年生存率	99 ($\frac{162}{164}$)	96 ($\frac{81}{84}$)	93 ($\frac{38}{41}$)	90 ($\frac{9}{10}$)	97% ($\frac{290}{297}$)
	5年生存率	90 ($\frac{97}{108}$)	63 ($\frac{35}{56}$)	39 ($\frac{13}{33}$)	30 ($\frac{3}{10}$)	71% ($\frac{148}{207}$)
	10年生存率	79 ($\frac{37}{47}$)	47 ($\frac{14}{30}$)	33 ($\frac{8}{24}$)	0 ($\frac{0}{4}$)	56% ($\frac{59}{105}$)
自己執刀例	（例　数）	(10)	(8)	(8)	(1)	(27例)
	総数に対する比	37	30	30	4	100%
	直接死亡率	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0% (0)
	1年生存率	90 ($\frac{9}{10}$)	75 ($\frac{6}{8}$)	88 ($\frac{7}{8}$)	0 ($\frac{0}{1}$)	81% ($\frac{22}{27}$)
	5年生存率	90 ($\frac{9}{10}$)	38 ($\frac{3}{8}$)	38 ($\frac{3}{8}$)	0 ($\frac{0}{1}$)	56% ($\frac{15}{27}$)
	10年生存率	83 ($\frac{5}{6}$)	38 ($\frac{3}{8}$)	25 ($\frac{2}{8}$)	0 ($\frac{0}{1}$)	43% ($\frac{10}{23}$)

（注）数字は%、括弧内は実数。（最小粗生存率）

表17. 乳がん根治的切除例手術成績の変遷

	1960～	1970～	1980～
直接死亡率	0 ($\frac{0}{35}$)	0 ($\frac{0}{70}$)	0% ($\frac{0}{216}$)
1年生存率	86 ($\frac{30}{35}$)	99 ($\frac{69}{70}$)	98% ($\frac{191}{194}$)
5年生存率	51 ($\frac{18}{35}$)	74 ($\frac{52}{70}$)	76% ($\frac{78}{102}$)
10年生存率	43 ($\frac{15}{35}$)	63 ($\frac{59}{70}$)	――

（注）数字は%、括弧内は実数。（最小粗生存率）

表17. 10年ごとの手術成績の変遷をみると、'60年代の成績は大腸がんなみであった。これは前述のごとく、早期がんが少なく進行がんが多かったためと思われる。'70年代には改善されたが、'80年代には更に早期がんが増えたのに、5年生存率に進歩がなかった。（当院で縮小手術が行なわれたのは前述のごとく'85年からなので、この調査の5年生存率には含まれていない。）

なお、'60年代はルーチンに術後放射線照射（'69年から、線源がレントゲンからコバルトに変わった）を行なっていたが、'70年代以後は、化学療法のみ行なった（早期がん

は化学療法も行なわず)。最近は手術所見によって、放射線照射を併用することもあるようになった。

§13. まとめ

内視鏡は、現場での必要性に迫られたためと、診断結果が生検や手術によって自分で確かめることができるため、興味をもった。

全身麻酔は、決して好きでやったのではない。現場での必要に迫られ、慢性肝炎養生という健康上の事情が重なり、さらに、後輩に手術をやってもらうためにも、必要なことであった。

内視鏡にしても麻酔にしても、教育システムが確立していない頃に始めたので、自分で工夫しなければならないことが多かったが、決まりきったことをやらされるよりもスリルがあり、面白味もあった。

アッペ・ヘルニア・ヘモは、自分で執刀した数の2ないし4倍、助手をつとめた。これは、次の世代の医療を担当する新人が実力をつける手伝いをしたい(それを生き甲斐のひとつにしたい)という気持ちの現われであった。

とは言うものの、手洗いした胆石症・乳がんの半分は自分でやり、胃がん・胃十二指腸潰瘍・大腸がんでは、助手をした数より自分で執刀した方が多かった。やはり、消化器外科医のはしくれとして、マーゲンやダルムは自分でもやりたかったんだな、と数をかぞえてみて、笑ってしまった。

がんの手術については、術後遠隔成績までみないと反省にならない。術後生存調査のきっかけは、'62年の日本消化器内視鏡学会の宿題報告「早期がんの全国集計」のアンケートだった。'57年開院以来の切除標本は保存されていたが、肉眼的にがんを疑わなかった例の病理組織検査は、省略されていた。アンケートに答えるため、病理にお願いして全部調べていただいたら、いわゆる早期胃がんというのが見つかり、良性として手術されたのに予後がよいこともわかり、認識を新たにしたのだった。

以来、医事課の絶大なる御協力をいただき、5年ごとに生存調査ができたことに、心から感謝している。30年間の胃・大腸・乳がんの消息判明率は99%($\frac{1,723}{1,732}$)であった。死因については、死亡診断書調査に八王子検察庁まで行ったこともあったが、大部分、がん死か否か判定できず、徒労であった。(したがって、最小粗生存率を用いた。)

がんの手術成績は特によいとは言えないが、格別にわるいというほどでなく、自分の執刀した例も全体と同様であった。やはり、凡医の凡記録である。

表18. 進行がん根治的切除例1年生存率の変遷

		1960～	1970～	1980～
胃がん	Stage III	71 ($\frac{30}{42}$)	77 ($\frac{68}{88}$)	79% ($\frac{96}{122}$)
	Stage IV	38 ($\frac{3}{8}$)	75 ($\frac{12}{16}$)	54% ($\frac{21}{39}$)
大腸がん Dukes' C		79 ($\frac{15}{19}$)	73 ($\frac{19}{26}$)	88% ($\frac{76}{86}$)
乳がん Stage III		82 ($\frac{9}{11}$)	92 ($\frac{12}{13}$)	94% ($\frac{16}{17}$)

(注) 数字は%、括弧内は実数。(最小粗生存率)

表19. 進行がん根治的切除例5年生存率の変遷

		1960～	1970～	1980～
胃がん	Stage III	31 ($\frac{13}{42}$)	32 ($\frac{28}{88}$)	43% ($\frac{30}{69}$)
	Stage IV	25 ($\frac{2}{8}$)	25 ($\frac{4}{16}$)	24% ($\frac{5}{21}$)
大腸がん Dukes' C		47 ($\frac{9}{19}$)	35 ($\frac{9}{26}$)	42% ($\frac{3}{31}$)
乳がん Stage III		55 ($\frac{6}{11}$)	31 ($\frac{4}{13}$)	33% ($\frac{3}{9}$)

(注) 数字は%、括弧内は実数。(最小粗生存率)

表18. 及び 表19. 当院では原則として、早期がん以外は術後化学療法を併用したが、進行がんの術後生存率は表のごとく、30年間に明らかに改善されたとは言えない。また、前述のごとく、姑息切除・非切除例の術後成績の改善も明らかと言えなかった。したがって、この30年間に行なった併用療法には、術後生存率を明らかに改善するほどの効果はなかったと言わざるを得ない。

一緒に仕事した皆さんに感謝し、今後の御健闘を祈りつつ、30年間の外科医生活のまとめを終る。

(1993. 7.20)

文芸随筆その他諸事百般

雑　記

6，9ヵ月乳児健康診査と医師会敷地購入

（其の一）

山　田　正　哉

現在医師会敷地は、医師会館創立当時入手した土地の約2倍となり、医師会行事の際会員の駐車に就いて一応心配することが無くなった。

以前には理事会をするにも敷地が狭く駐車に頭を悩ますことが多く、医師会館前に精々数台しか置けず他は医師会館裏の崖の上の道路上に駐車するしか方法がなかった。

医師会で行事をする場合には、ＮＴＴ横の駐車場や医師会館直ぐ下で、現在ＮＴＴ方向に曲る道の左手のマンションが建てる処が空地の頃に借りて一応間に合せていた。爾後医師会の行事は、会員の増加も手伝い会館の手狭と駐車場の確保問題から保険講習会等が青梅福祉会館に移ったことは会員は余り知らないと思う。

高水会長が2期目に就任した当初から将来本部下に開業する医師の増加や医師会館への交通の不便さを考えて、土地を物色していたが医師会館建設計画当時と同様“帯に短し襷に長し”で適当な場所が無いまま推移した。

偶々6，9ヵ月乳児健康診査問題を討議していた頃に、医師会隣接地（現在の駐車場）の小峰氏方に於て相続の関係から土地を売却しても良いとの噂さを、当時医師会館留守番の藤田フジエ氏が聞いて来て私に知らせてくれた。

この土地を医師会館の直ぐ前の工場を経営している清水氏も前々から入手する希望があることを聞いて知ってたので、早速藤田サンを通じて先方に、若しも土地を売却する場合には必ず医師会に知らせてくれる様に依頼した。医師会館創立当時から小峰氏とは、医師会通路が狭く車も乗入れることも不可能であったので、車が乗入れ可能の様に一部垣根などを引込めて戴いたりして、かなり懇意にお付合をしてた関係で私は或る程度の期待を以て返事を待つことにした。

今この土地を入手せねばもう二度と医師会が土地を確保することが不可能と考えて、藤田サンを通じて先方にその旨を伝えた事を高水会長に報告すると共に、資金の調達方法及び返済方法の検討と医師会手持金の調査、土地の売却価格の調査を開始した。

東京都に於ては、小児科を主として専門とする医師によって6，9ヵ月乳児健康診査を開始したい意向が当時あったが、当西多摩医師会では昭和49年11月20日の理事会で一応東京都が意図する方式には協力せず、その代り医師会及び市町村、保健所が一致協力して、一ヶ所で集団的に乳児健康診査をする方法を取ることを決定した。

昭和50年1月16日より公衆衛生担当理事近藤友好先生が高水会長と共にエネルギッシュに東部、西部、南部各ブロック会に出席して、6，9ヵ月乳児健康診査の意義並びに西多摩医師会の集団方式に就いて説明し、各地区にて討論して頂いて結論を出す様働きかけた。

この間私は6，9ヵ月乳児健康診査が医師会方式で実施された時には、その莫大な健診費が医師会にプールすることが出来、土地購入資金の一部として使用出来る方途がないかと考えたが、健康診査に会員全部の参加は望めず不参加者の取扱い方に頭を悩ませた。一方近藤理事の並々ならぬご努力により各ブロックに於て、西多摩医師会方式による集団健康診査が実施されることになり、私が懇意にしていた当時の警察病院小児科部長故松島富之

助博士を講師としてお招きして、6，9ヵ月乳児健康診査の講習講演会を昭和50年7月9日医師会館で開催し多数の会員の出席を得て実施に向って一歩踏み出した。

昭和50年9月より東部、西部、南部各ブロックの市町村に於て、西多摩医師会方式による集団6，9ヵ月乳児健康診査が順調に開始された。

医師会敷地購入に関する私の考えも一応纏り、乳児健康診査が順調に運ばれるに従い乳児健康診査不参加者に対して一定期間一定額の負担金を拠出して頂き、乳児健康診査費、医師会手持金、銀行融資金とで購入を計画し、返済方法及び返済期間の見通しもついて来た。

昭和50年12月初め小峰氏より医師会に土地を売却しても良いと意志表示があったので、直に高水会長に折衝に当って貰った処坪単価30万円（売却土地142.78坪）を希望する旨が伝えられた。そこで地価調査、小峰氏地所登記簿の写の入手に入った処、地価は坪当約22～23万円で、登記簿上小峰氏兄の所有とする土地6坪のあることが判明し、この6坪は医師会進入口の角にあって道路（医師会館前の通り）に面して居り、車の進入等に支障はないが、敷地の一部が削り取られる格好となるので、再度小峰氏と交渉を開始し、兄の所有の土地も同時に売却出来る様努力方を依頼した。その際小峰氏より坪単価28万円が提示されたが、50年末で土地売却時の譲渡特別措置税の恩典が切れることを話した処急転直下坪当り24万円が提示されて来たので当方としても調査価格同等なので総額34,267,200円で契約することにした。

その結果医師会拡張に関する臨時総会を開くことにして、昭和50年12月24日開催し入手経過の説明及び銀行よりの借入金額、返済方法及び返済期間に関して説明を行った。菱山正治監事より返済期間10年を要するのは、余りにも長期間で将来の医師会運営上にも支障を来す恐れも無きにしも有らずで、会員の協力を得て返済期間の短縮を考えてはどうかとの提案があり、また出席会員の多数より貴重な意見が出されたが、敷地購入に関しては出席者全員の賛成を得て決議されました。

依って、昭和50年12月25日医師会手持金の中より一応手付金として500万円を支払い、12月27日医師会日本間に於て高水会長、山田副会長、顧問弁護士鈴木禧八先生と当事者小峰氏と種々協議し鈴木先生のご助言を頂いて、昭和51年1月16日第2回手付金700万円を支払うと同時に、鈴木先生によって仮登記を実施し、小峰氏及び兄家族が同時に引越し完全に更地とした時点で残額を支払うことに決めた。

土地購入資金調達方法及び返済に就いて理事会で協議した結果、資金調達委員会を設置することを決定し福島大寿総務部長を委員長として、各地区から内山大、東吉男、矢ヶ崎久雄、野村修、江本虎雄、丸茂三千穂、大橋忠雄、菱山正治、近藤友好、川崎健一郎、鈴木修の各先生方が選出されて、昭和51年2月17日資金調達に関して第1回会合が開催された。私が当初計画した6，9ヵ月乳児健康診査余剰金と不参加者負担金、市町村長と学校医、予防接種医執務手当を交渉した際に今後西多摩地区市町村から予防接種協力費として今後毎年360万円の助成要求が決定していたので、此等を合算すれば借入金額も少くすみ、且つ返済期間も短縮（凡そ3～4年）出来る見込みが出来たので協力方を懇請した。

然し乍ら乳児健康診査に不参加者として内山委員から不参加者の意見を聞く必要があるとの意見が出された為に、2月19日不参加者を対象とした会合が持たれ種々意見が開陳され、これ等に就いて討論した結果不参加者は一応臨時会費を負担することは妥当であるとの結論に達した。

以上により50年度定時総会に敷地購入資金調達方法を議案として提出することとし、具体的な方針を知らせるべく準備を開始した。

昭和51年3月27日に昭和50年度定時総会を開催し、医師会敷地拡張調達資金案を提出して討論を懇請した。

私が総務担当副会長として、当初より土地購入資金借り入れと返済方法に就いて、当時の医師会原田広吉事務長と青木万紀事務員とで医師会の手持金の全部を洗い出した結果一応の腹案が出来たので総会当日説明すること

にした。

6，9ヵ月乳児健康診査を本会事業として実施し、健康診査参加者に手当を支給した後の余剰金と市町村負担予防接種協力費の他に銀行より不足分を借入れ、健康診査不参加者にも応分の負担金を出して頂けば銀行への返済期間は当初計画より短縮することを説明した。

不参加者の土地購入資金負担金額は年間10万円とすることで納得して頂くことにした。その際不参加者よりの質問で期間は何年かとの問に対して、私の考えでは約2ヶ年間丈で良いと思うと答弁したことが、其の後の総会等で大きな問題になるとは夢にも思わなかった。

小峰氏の敷地及び兄所有の6坪の土地の問題も解決し、地上の建物等の撤去も終了し更地となった時点で約束通り昭和51年7月12日会長、両副会長、鈴木顧問弁護士立合の下に小峰氏に対して残金22,267,200円を支払い本登記手続を取った。

銀行借入金も私が当初計画した通り、資金調達も順調に運び約1ヶ年半で全額返済が出来、敷地142.78坪は総額34,267,200円で購入が完了して医師会敷地は従来の約2倍となった。　以下次号へ

お　知　ら　せ

9月（8月診療分）の
保険請求書類提出日
9月8日（水）
―― 正午迄です。 ――

法　律　相　談

西多摩医師会顧問弁護士　鈴木禧八先生による法律相談を毎月第2水曜日午後2時より実施しておりますのでお気軽にご相談下さい。

◎ 相談日　8月は11日（水）
　　9月は8日（水）の予定です。
◎ 場　所　西多摩医師会館和室
◎ 内　容　医療、土地、金銭貸借、親族、相続問題等民事、刑事に関するどのようなものでも結構です。
◎ 相談料　無　料（但し相談を超える場合は別途）
◎ 申込方法　事前に医師会事務局迄お申込み願います。

（注）先生の都合で相談日を変更することもあります。

同好会短信

西多摩医師会絵画同好会展開催

西多摩医師会絵画同好会展『杏展』が７月13日から18日まで、福生駅ビル内プチギャラリーにて開催され、多くの来訪者を集めた。　（広報部）

あとがき

20年にわたり編集委員を務められた道又先生が都合により７月号を最後に退任されます。長い間の御尽力に心からの敬意と感謝を捧げます。　（編集委員一同）

編集委員を辞めた理由

何と足掛け10期（川崎、米山、堤、故菅井、井村、堀田、村山、大嶽、真鍋、明田川）の諸先生が編集のトップを務められた期に一編集委員として席をともにさせて頂いた事を自分の人生にとって楽しい勉強になった時間として残したかったからです。最近は委員会に出ても『昔はこうだった』みたいな御託ばかり並べて絞り粕的発想や言葉が老醜につながるように思うからでもある。新執行部発足の時にやめるべきだったと決断の甘さを悔いて居ます。生涯一編集委員と粋がって某所でのスピーチも今は酒席の暴言とお許し下さい。７月号あたりで登録抹消となる筈です。在任中の数限りないご迷惑を心からお詫び致します。石井先生から闘病記をと再三再四頼まれましたが、また病気になってからということで勘弁して下さい。これからは、東京都医師会学校医委員会委員として又当医師会地域医療部学校医委員としてエネルギーを集中して学校保健に向けさせて頂きます。福井光寿東京都医師会長は委員会委員の兼務は出来るだけ避けるようにとの方針だそうで、その意味からすれば編集委員中退は自己賛辞ではないが Nice Determination と思います。

21世紀に向って限りない編集委員会委員のご活躍を期待して居ります。

みちまた　まさたつ

表紙のことば

『秋川上流にて』

梅雨時期、つかの間に晴れた秋川源流の風景です。これから最も暑い日々がしばらく続きますが、涼感がお伝え出来れば、幸いです。

鰍(カジカ)が棲める様、環境作りに力を入れている地元の団体も多くあり、昔の様な清流秋川になる様願っています。

明田川修生

社団法人　西多摩医師会　平成5年8月1日発行

会長　松原貞一　〒198 東京都青梅市西分3－103　TEL 0428(23)2171・FAX 0428(24)1615

会報編集委員会　明田川修生
天野了一　石井好明　片平潤一　小机敏昭　込田茂夫
瀬戸岡俊一郎　高水松夫　玉木一弘　山川淳二

印刷所　マスダ印刷　TEL 0428(22)3047・FAX 0428(22)9993

健康な、明日へ。

大切な生命を守る医薬品を
より速く、より正確にお届けするために
私たちは努力をつづけています。

必要な医薬品を、必要なときに、必要なだけお届けすること。それが、クラヤ薬品の使命です。そのために私たちは、いろいろなシステムを開発してきました。
クラヤ・オーダーエントリー・システム…KOSもそのひとつ。お得意さまとコンピュータによるネットワークを結び、医薬品の自動発注から在庫管理までをこなす、画期的な情報伝達システムです。さらに、ポータブル端末による受注データ転送システム、バイクによる緊急配送システム…KESなど、お得意さまのニーズにお応えする新しい流通システムづくりを、一歩一歩すすめています。

医薬・医療品総合商社　クラヤ薬品株式会社

本社　〒101 東京都千代田区外神田1丁目1番5号　☎03・253・8161(代表)

自然のめぐみを最先端の技術で活かす――ツムラ漢方製剤エキス顆粒(医療用)128品目+3品目

ツムラは、ツムラ漢方製剤エキス顆粒(医療用)128品目+3品目により、高齢化社会の深まりつつある現実の治療に貢献しつつ、漢方製剤の科学的な実証を通じて、21世紀に至る長寿社会の治療手段としての役割をはたしていきたいと願っております。

株式会社ツムラ
東京都千代田区二番町12-7 〒102

最新のテクノロジーが計測します
そして、人の眼と心が記録します

臨床検査のパイオニア
保健科学研究所
本　社 〒240 横浜市保土ヶ谷区神戸町106 TEL/045-333-1661(大代表)
仙台支社 〒983 仙台市宮城野区扇町1-3-5 TEL/022-238-9345(大代表)