

静岡県で活躍する医師

リスクに挑み続ける… メスを持つ覚悟とは

静岡県立総合病院（副院長 兼 泌尿器科部長）

吉村 耕治 先生

Dr. Koji Yoshimura



2018年4月、ダビンチを用いたロボット支援手術において保険診療が大幅に拡大され、新たに12件の手術が加わり14件となった。胃がんや直腸がん、肺がん、そして心臓弁膜症などの腹腔鏡下手術である。これにより自己負担額は大幅に下がり、さらに高額療養費制度を利用できるため実質10万円程度で治療が受けられることになった。(保険適用以前の10分の1以下)

このロボット支援手術において最初に保険適用を受けたのが、前立腺がん手術(2012年)であり、次の腎臓がん手術(2016年)だ。ともに泌尿器科の守備範囲である。

泌尿器科の治療の特徴は、守備範囲の広さに加えて、QOL(quality-of-life)を見据えた治療が要求されることだろう。排尿機能一つをとっても、患者さんの日常生活に身体的にも精神的にも大きな影響を与えるからだ。

さて、今回ご紹介するのは、静岡県の中核的医療施設機関、静岡県立総合病院の副院長兼泌尿器科部長の吉村耕治先生だ。

薄皮を重ねるように積み上げられた技術と緻密な計算に加え、チャレンジを恐れない精神力で患者さんを救う第一線で活躍する臨床医である。吉村先生に手術を中心に話を伺った。

手術という真剣勝負に臨む 常にメスを置く覚悟を持って… 外科医とはサムライ



大学を卒業してすぐに、泌尿器科の教室に入局しました。泌尿器科に進むと決めたのは大学5年位の頃です。当科を選んだのは、医局の雰囲気などが気に入ったなど単純なものです。専攻科を決めてからは泌尿器科の勉強を一切せずに、今後は学びづらくなる他科を集中的に学んでいました。

卒後、大学病院で医師としてスタートをきったわけですが、いまでも鮮明に記憶に残っていることがあります。私たち1年目の医師10名を指導してくれる2年目の先輩医師が、研修初日に、こう言ったのです。

「僕たちは、一度教えたことを、こちらからは二度教えない。聞いてくれれば教える。けれど、何事も教えたこと以外のやり方で実践している場合は、その人の考えに基づいて、それを実践していると見なします」

この言葉に込められた医師の高い職業意識に感銘を受けたのです。この頃の経験は、現在の若手教育にも活かされています。決して突き放すような指導でなく、しっかりと教えますが、患者さんを診るという医師の責任の大きさを理解し、分らなければ必ず聞くように伝えていきます。私たちの判断は患者さんに直接作用するのですから。

余談ですが、私も他科とのカンファレンスで分らないことがあれば、相手が専攻医でも尋ねることがあります。するとその場で話が広がって、皆でスマホ片手に調べ倒しながら医学談義が始まります。これはこれで楽しいですね。

放射線治療後の外科的手術

さて手術のお話をしましょう。自慢のように聞こえてしまいますが、悪性、良性疾患に関わらず、静岡県内では私しかできないであろうという手術がいくつかあります。

例えば、前立腺がんの根治治療には、一般的に外科的手術と放射線治療があります。後者で治る場合はよいのですが、不幸にも再発することがあります。この場合、前立腺と周辺組織には、すでに根治的治療のための相当量の放射線が当たっています。よって、日本および世界的にも放射線治療後の前立腺全摘術を積極的に行おうという医師は少ないのです。

詳しくお話しすると、放射線が当たった組織というのは傷の治りが非常に悪い。そして、前立腺のすぐそばには



ロボットを理解し術者の思うがままに動かす...



吉村先生の元では、約10名の泌尿器科医が活躍している

直腸があります。通常の全摘手術では、前立腺と癒着している直腸を剥がして摘出するため、直腸に小さな穴が開くことがあります。適切に縫合すれば問題になりません。しかし、もうお気づきのように放射線治療後の弱った組織は、縫合しても穴が塞がらない場合があるのです。さらに、全摘を終えた後には前立腺の上下にある膀胱と尿道を縫い合わせる必要があります。こちらも非常に治りづらく、しっかりと縫合できなければ尿が漏れ出します。

多くの泌尿器科医が放射線治療後の手術をためらうのは、この2つが理由です。しかし、外科的手術を行わない場合、残りの選択肢は薬による化学療法となります。前立腺がんは、その他のがんと比較して進行が遅いと言われていますが、化学療法による根治は希

です。このため、患者さんは、がんと長く付き合わなければなりません。進行具合によっては転移も考えられます。よって、患者さんの肉体的、精神的な負担は、とても大きいのです。

どのように手術するのか

よく聞かれることですが、何も変わったことはしていません。手術時間も2時間半ほどですから通常の全摘術とくらべて30分ほど長い程度です。このように話すとも身も蓋もないのですが、まずはリスクに対する恐れ、先人観が邪魔をするのです。もし直腸に穴を開けてしまったら縫合できず取り返しがつかなくなるという恐れです。

技術的には前立腺全摘術に慣れている医師であれば誰でもできると思います。しかしながら、大きな覚悟が必要なのです。私は直腸に穴を開けてしまふようなことがあったのなら、メスを置くくらい覚悟で臨んでいます。

この手術をやり始めたのは、当院、静岡県立総合病院に赴任してからです。ロボット手術が軌道にのって1年が経った頃ですから、まだ5年程度でしょう。執刀件数は100例程です。

ロボット支援下手術ついて少しお話しすると、術者が機械を思うように動かせるかどうかのポイントになります。機械を理解すること、そして最も重要なことは、目に映っているはずの術野、そこに何が見えているのか？ということ。例えば、放射線治療で弱って



術野から得る情報と術野に落とし込む情報を一体化させることで難易度の高い手術も成し遂げる

いる血管の状態をしっかりと把握ができていくかということ。そして、その情報を術野に落とし込めているかということ。これができないと、「見えてはいるはずなのに「見えていない」ということになります。

視覚と知識の融合ということ。です。

外科手術の進化



蓄積された解剖学の知識と術前の状態把握を術野に落とし込めば、繊細な手術も低リスクで行うことができる

このほか腎盂尿管移行部狭窄症に
対するレデュース・ポート・サージヤリー
(単孔式腹腔鏡下手術)という手術も
行っています。この病気は腎盂と膀胱の
間にある尿管が狭窄し、尿の流れを阻
害し、腰痛などの症状を引き起こす病
気です。私はおへそを切開してカメラ
と鉗子を1カ所から挿入します。術後

は全くといって良いほど跡が残りに
せん。1つの穴に2つのデバイスを入
れて操作するため難しいともいえ
ますが、やはり慣れた医師であれば
問題なくできるはずで、そして、
患者さんの術後のQOLを考えると
やる価値が大いにあります。しか
し現状は単孔式よりも易しい術式
が採用されることが多いのです。
以前は手術という開腹術が当
たり前でした。しかし現在は内視
鏡や腹腔鏡、そしてロボット手術と
めざましい発展を遂げています。そ
して前述した手術は首都圏ではあ
る程度行われている術式です。ず
から後は医師の考え次第です。私は
技術をさらに磨き、患者さんにより
よい手術を追求し続けていきます。



吉村先生の操作を着実に実行していく手術支援ロボット「ダビンチ」

若手医師へのメッセージ

泌尿器科は外科も内科もできます。非常に多くのサブスペシャリティーが
あります。広く、かつ深く学んでいける分野です。

今後私もまだまだ進化していきますので、一緒に進化していきましょう。

是非、数多くのことを先輩医師から“盗んで”ください!

●略歴

- 1968年 大阪府生まれ 1992年 京都大学卒業
- 1992年 京都大学医学部附属病院 泌尿器科研修医
- 1993年 静岡市立静岡病院 泌尿器科研修医
- 1994年 財団法人癌研究会附属病院(現:がん研有明病院) 泌尿器科研修医
- 1996年 公立豊岡病院 泌尿器科医員
- 2000年 財団法人倉敷中央病院 泌尿器科副医長 2003年 同 医長
- 2003年 京都大学医学部附属病院 泌尿器科助手 2004年 同 助教
- 2004年 同 泌尿器科学講座 講師
- 2011年 同 泌尿器科学講座 准教授
- 2014年 静岡県立総合病院 腎センター長・泌尿器科部長
- 2018年 静岡県立総合病院 副院長・医療安全部長(静岡県立大学客員教授兼務)



●取材を終えて

患者さんによりよい手術をおこなうために、つねに探求し、体現される先生のストイックな姿勢に圧倒されました。しかし普段はというと、若手と楽しそうに医学談義をし、手術の前にはモチベーションアップのために人気漫画「バガボンド」を読まれるなど、気さくなお人柄も垣間見えます。リスクの高い手術を低リスクに変えてしまう冷静沈着な外科医の素顔は、人間味のあふれる魅力的で穏やかなお医者様でした。泌尿器科や外科に興味のある方は是非病院に足をはこんでみてください。外科医の魅力を肌で感じることができます。