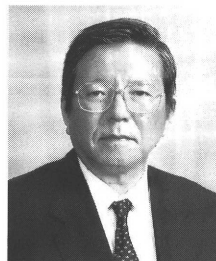


消化器外科医の憂鬱



東京医科大学外科学第4講座 田渕 崇文

2004年2月15日の朝日新聞に「医師よ来て」切実、細る地域の「命綱」といった見出しで一面を埋めた記事が掲載され、その後も社会面に地方で「医師がいない」現実の声を連載している。

厚生労働省の調査では毎年8000人前後の医師が誕生し、医療施設の従事医師は1992年は211,498人、2002年では249,574人と医師数は増加している。国は医師過剰時代になったと言うけれど現実には裏腹である。現に郡部での医師不足から医師名義貸しが大きな社会問題となっている。しかし、地方、郡部での医師の偏在は今に始まったことではない。2002年の統計では医療施設従事医師数の全国平均は人口10万人に対し195.8人、病床数は994.4床だそうである。

ではこの数が国民の医療に対応できる必要かつ十分な数であるといえるのだろうか。人口10万人の地域に994床の急性期から慢性期疾患を1病院だけで195名の医師が診療にあたっていると仮定して考えてみた。平均すると一人の医師が5名の入院患者を受け持つことになる。住民には195人ものたくさんのお医者さんがいると感ずるであろうし、一人の医師が5名の患者を診るのは容易ではないかと思うであろう。総てをおしなべたら必要かつ十分と結論づけられるだろう。これが医療の質は問わず数合わせで済ます国の考えではないか。

195名の医師は老若男女様々である。老医師になれば過酷な勤務には耐えられないし医師免許取り立ての研修医には診療を総て任せるわけにはい

かない。このような医師も195人の一人として数えられている。研修医の教育に指導医師を充足しなければならない。又、医師の専門分野、診療科も多岐にわたっている。外科でも消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺内分泌外科、小児外科など分野を異にする。内科でも同様だし、そのほか小児科、産婦人科、整形外科、麻酔科、精神科、眼科、耳鼻科、泌尿器科、皮膚科、救急救命などなど多くの分野がある。老若男女195名の医師が総ての診療科を担当できるはずはなく、おのずと専門診療科に分散される。すなわち各診療科は少人数で担当することになる。さらに外来診療は想像を絶する患者数になる。はたしてこの病院は住民のニーズにあった医療を提供できるのだろうか。答えはノーである。医者が疲弊してしまふのは目に見えている。これはあくまでも平均的な数値であり、さらに劣悪な医療環境の地域もあればそうでもない地域もあるのは当然である。

医療サービスを提供するにはマンパワーは必要であることは医療現場が一番知っている。私の現在勤務地である茨城県では医師数は少ない県の一つで人口10万人に136.6人である。地方ほど医師不足は深刻である。本年から開始される臨床研修必修化に伴う学生の反応をみても、研修希望病院は都市部に偏っている。郡部の医療活性化は期待薄である。郡部の病院経営者が医師確保と医療の質向上に必死な思いをして努力している話を聞かされる。地方で長年生活している私にはその実

体はよく理解できる。今後、都市部と郡部の医療提供に格差が益々つくことは容易に想像できる。医師の偏在も各診療科においても同様に起きている。外科医、小児科医、産婦人科医の志望人数が減少している。これらの診療科はよく「3K」と言われている部門である。労働条件の劣悪、社会的環境の変化が大いに影響していると考えられる。少子化に伴い出産時のトラブルによる訴訟が多いと聞いている。また小児診療の診療報酬の低さ、小児救急診療での疲弊などから志望者は減少している。外科医の過酷な労働は今に始まったわけではないが、外科志望者の減少は、現在の若者世代の生活環境と女性医師の増加は大きく影響しているだろう。働き損のくたびれ儲けを若者はよく知っている。

診療報酬において外科手術の技術評価の低さには嘆くのは私だけだろうか。よく医学生に話すことであるが、「胃切除をしたときの報酬は207,000円である。」これは高いか安いのかの質問に多くの学生は高いと答える。では自家用車の板金塗装に何十万円もかかったという話はよくあるが、「車一台を修理するのと、人を治すのと同じ位の報酬ではないか」と問いかけると疑問を抱く学生もいる。診療報酬点数は矛盾だらけである。胆嚢悪性腫瘍手術と胃切除術（悪性腫瘍手術）は42,600点で同じ評価である。点数の高低は別とし、点数決定した御仁らはこれら癌の病態を理解しているとは思えない。医学生においてもこれらの癌は進行程度により手術の難易度は極端に異なることは常識として理解している。胃切除はリンパ節郭清の有無で点数が異なっているが、胆嚢悪性腫瘍手術ではリンパ節郭清、或いは血管合併切除有無に関係なく一律の点数、すなわち難易度も技術評価も全く加味されていない。

外科手術を極めようと志した多くの外科医は、悲しいことに、習性と言うか、術前、手術、術後管理と周術期当たり前のように犠牲的精神で過酷な労働をこなしてきた。労働評価と技術評価は高くないことを解っていたかどうかは疑問であるが、診療報酬点数にはあまり興味を示さず修得した技術を自負してきた事は否めない。患者の



著者食道癌手術中

QOLについては世間から問われるし、外科医も患者のQOL保てるべく努力している。しかし外科医自身のQOLについては何も言われない。

このような外科医を取り巻く環境のなかで平成16年度から臨床研修必修化が始まる。短期間で次々とローテーションしてくる研修医に外科手技を教えなければならず、常に彼らから目が離せない。劣悪な環境は医療ミスにも繋がりがかねないし、指導医はそれを危惧している。手術に関わる医療事故がさかんに報道されている。遺憾に思うし、医師それぞれが襟を正し医療の質を高めなければならない。しかし、マスコミの中には鬼の首でも取ったかのように医療現場を悪者にする報道も見られ、国民への医療不信を益々つものらせると同時に外科医の萎縮医療にも繋がっている。個人のミスばかり責めるのではなく、なぜ医療事故が起こったのか、医療環境、医療制度、特に保険制度の矛盾など根本的な論点からの報道をマスコミに望む。

わが国の医療制度は目先の改革ばかりで何も変わりばえせずもどかしい感じがあり、今こそ抜本的な改革が望まれる。真剣に質の高い医療を極めようとしている医療従事者のQOLが保たれてこそ国民に信頼できる医療が提供できるのではないだろうか。