



医師不足に関する一考察

厚別区支部 松岡伸一

先日、2009年度の厚生労働省の予算案が決定し、深刻な医師不足が指摘されている救急医療や産科医療、へき地医療を担う医師への手当てを行うことが明らかにされた。それによると、土日の救急当直医に対し1万8千余円、産科医に対し分娩1件につき1万円の手当てを支給し、へき地に派遣される医師に対しては、派遣先までの交通費が支給されるとのことである。この政策がどの程度の効果をもつかは私には判断できないが、少なくとも、国が医師不足を真剣に考えはじめたことによる政策なので評価すべきであろう。しかし、私にはどうも雨漏りの箇所を応急修理しただけで、いずれまた別の場所から雨が漏れ出すような気がしてならない。

本稿では、将来の雨漏りの可能性として、札幌市のけが・災害救急体制や外科勤務医に関する問題点を少し考察してみたいと思う。

私は、10年ほど前から札幌市災害救急告示医療機関協議会という会の役員をやらせていただいている。主な活動は、夜間・休日のけが・災害救急当番病院（外科、整形外科、脳外科などの医療機関が対象）の調整であるが、その会に出席して気づくことは最近告示医療機関がどんどん減少していることである。かつては100以上の病院、診療所が当番病院としてけが・災害救急医療に参加していたが、昨年は札幌市全体でわずか58施設のみとなり、そのうち診療所は8施設のみである。従来、当番医療機関数の目標は、平日が4、土日祝日が5であったが、数年前からは医療機関不足のため平日は3施設、土日祝日は4施設しか組めなくなる事態が発生し、最近ではほとんどの平日が3施設のみの編成であり、それさえできず2施設のみの日もみられるようになった。土日祝日も同様で、4施設

のみの日がほとんどである。

当番病院数の減少の原因は、主に診療所の当番辞退によるが、その理由としてさまざまな点が考えられると思う。まず、診療所医師の高齢化が挙げられる。診療所は通常医師1名体制なので、当直翌日も通常の診療を行わなければならない、加齢とともに過剰労働がきつくなっていくので、辞退するのもやむを得ないと思う。第二に、経済的な問題が挙げられる。すなわち、夜間に診療を行うには、医師のみならず、事務職や看護師、放射線技師、検査技師などを当直させる必要があり、受診患者数が少ないと、人件費の分が赤字になる可能性がある。苦勞して夜間診療しても、受診患者が少なく収益につながらないのであれば、辞退もしかたがない。第三には社会的な変化が考えられる。いわゆる最近のコンビニ受診といわれる軽症患者の時間外受診や、医療費不払い、モンスターペイシエント、訴訟の増加など挙げればきりがなし。夜間にこれをやられては、もはや医師の使命感のみでは対応不能である。

整形外科領域では、勤務医を辞めて新規に開業する先生は現在でも多いと思うが、勤務医時代は救急に携わっていた先生方も前述のような理由でなかなか開業後は救急当番には参加してくれないのが現状ではないかと思う。

私が勤務しているのは総合病院であるが、かつては当番回数が月1回のみであった。しかし、当番病院数の減少により、2001年より当番回数が月2回に増加となった。その後、さらに病院数が減少したので、月3回に増加できないかとの依頼があったが、それを受けることはできなかった。その理由は、当院の救急当直担当医師数の問題による。当院では、災害救急指定

日には外科と整形外科の医師が1名ずつ当直する体制であるが、ご存知の通り、実際に受診する患者の9割以上が整形外科領域の疾患であるので、整形外科医の負担は非常に大きい。特に休日の日中などは平日以上に混雑することがあり、昼食もとれずに診療にあたることさえある。1995年まで当院の整形外科常勤医は5名であったが、その後は医局の事情により徐々に減少し、現在は3人体制である。地方病院と比較するとまだ恵まれている方かもしれないが、月3回を3人で回すのは整形外科医の負担増加のため困難と考えてお断りしたという事情である。総合病院の負担も診療所と同様年々増えているのである。

昨年、札幌市産婦人科医会が、札幌市の二次救急からの撤退を申し入れた問題は記憶に新しい。医会は、夜間急病センターで患者を振り分け、重症患者だけを二次救急に送る案を出したが、札幌市は予算の関係でセンターへの産婦人科医の配置を見送ったために起きた騒動であった。撤退以後は、助産師を夜間急病センターに常駐させ電話相談で産科救急に対応しており、今のところ大きなトラブルは出ていないと思うが、先日東京で発生した脳出血を併発した妊婦の受け入れ遅延などの問題はいつまた発生するかわからず、今のままの状態ではよいとは到底考えられないと感じる。

いつのことかはわからないが、けが、災害救急を担当する医師の負担が増え続け、我慢が限界にきた時、外科、整形外科領域でも同様な事態が発生する可能性がある。本来は国が対策を立てるべきであるが、札幌市としても例えば産婦人科医会が提案したように、夜間急病センターに、けが・災害救急の一次患者を集約させるなどの対策を予めとる必要があるのではないかと思う。破綻してからあわてて対策を考えるのでは遅すぎる。

最後に、外科勤務医に関する問題について少し考察したい。当院の外科医の数は、整形外科医とは異なり10年前も現在も6人で変わっていない。数字上は変わっていないが、構成メンバーの性質は大きく変化している。かつては卒業

後2ないし3年目の若い医師が外科研修医として毎年交代で勤務していたが、最近では構成メンバーの年齢層が上昇し、最も若くても卒業10年目以上という状態になった。それは当院だけに限らず、外科医は全体的に高齢化しているのである。

現在、産科医、小児科医の減少が叫ばれているが、実際は外科医の数も産科医と同じくらい減少している。平成6年の医師数を1とすると、平成18年は産婦人科が0.88、外科は0.87であるとの統計もある。リスクの高い科は一様に減少傾向にあるのである。

しかし、外科医不足が産科や小児科のように現実問題とはなっていない理由は、ひとつは外科医の絶対数が多いからだと思う。アッペ、ヘルニアの手術とか癌手術後の標本整理（いわゆる芋掘り）とか病棟のファーストコールとか救急指定日の当直とか、かつては若手外科医の仕事であったものを、現在はベテラン外科医が行うことにより若手の不足を代償しているのである。もうひとつの理由は、他の科であれば、勤務医を辞めて開業という選択肢があるが、外科医はなかなか開業を選択しにくい科であるからである。従って、つらくても勤務医を継続せざるを得ないことが多く、外科勤務医不足は他科と比較して目立たないだけなのである。

そうは言っても限界はある。このまま若手外科医が減少し続ければ、将来外科医不足はさらに深刻になるであろう。これから高齢者が増加するが、国の健康増進政策が功を奏して心疾患や脳血管疾患の患者数が減少すれば、癌患者がますます増加することが予想される。しかし、手術する外科医が足りず、手術まで1年待ちなどという状況になりはしないか、非常に不安である。国は、今から外科医の増加を含めた医師適正配置対策を立てるべきである。

われわれ現場の外科医の使命は、国が若い外科医を増やしてくれるまで、じっと耐えながらできるだけ長く臨床の場に残り、外科医療が崩壊しないように守らなければいけないのである。

(札幌社会保険総合病院)