

巻頭言

医師過剰時代における心臓血管・血管外科というキャリアパス

Cardiovascular and Vascular Surgery as a Career Path in an Era of Physician Oversupply



東京大学血管外科
保科克行
Katsuyuki Hoshina

今年も医師国家試験の合格発表があり、9,139名が医師として第一歩を踏み出した。血管外科医のリクルートに命をかけてきた自分としては、open surgeryとendovascular therapyの二刀流に加え、消化器外科の素養も持ち、血管がらみの悪性腫瘍手術の補助も可能で、将来的には一部ロボット手術の導入も検討しているマルチな血管外科に一人でも多くのルーキーが加わってほしいと願う、いつもの春である。

しかし、かれらの未来を思うと心が重くなる。医師はすでに過剰で、今後さらに増えていくからである。団塊ジュニア世代が65歳以上となり、団塊世代が85歳を超えるなか、高齢者人口はピークを迎える一方で、現役世代は激減する【2040年問題】が控えている。

日本の医療制度の破綻：終わりの始まり

令和7年の一般会計歳出では社会保障費が33%を占め、赤字国債の発行も増加が止まらない（かつては反対派だった植田総裁でも止められなかった）。医療費は令和5年で48兆円に達し、2040年には79兆円に膨らむと予想される。今回の診療報酬3%アップにより、医療費はさらに1~2兆円増加すると思われる。

目の敵にされがちな医療者側の現状はどうか。病院は軒並み赤字で、補助金も焼け石に水、物価高や人件費の高騰に加え、これまで医師のやりがいを搾取して何とか維持してきた運営も働き方改革によって管理され、時間外診療にはしっかり費用負担がのしかかる。公立病院は赤字ランキングの上位を占めるが、それらは高度な医療を真面目に維持し、学術的にも成果をあげる有名病院ばかりである。私の肌感覚では昔に比べてどの病院を見ても手術数は増加し、KPI（重要業績評価指標）をつねに意識させられ、そのくせ給料はほとんど上がっていない。

大学の奨学寄附金も激減し、MRは眼も合わせてくれず、科研費も通りにくい。医療に投入される資金は限界であることは明らかで、世界でも類を見ない国民皆保険制度も2040年を目途に破綻の一途をたどっている、ような気がする。

医師数の増加

日本の医師数は右肩上がり、過去20年間で7万人以上増加している。しかし謎の「医者が足りない」という声にこたえて、医学部定員は増え続けてきた。医師養成数は1970年には436人に1人であったのが、現在は120人に1人、2050年には85人に1人になる見込みで、医師はもはや“エリート”で

はない。しかし古き良き時代の幻想を抱く親世代が優秀な子どもを医学部に送り込み続けており、偏差値はうなぎ登りと聞く。医師一人あたりの年間診療収入（コメディカルを含めてトータルでの平均）は約1億円であり、言い換えれば一人存在するだけでそれだけの診療報酬が支払われてしまう。前述の約9,000名から廃業する先輩医師を引いても、年間4~5千名が医師として増えている。医師は国が抑えたい医療費というパイを奪い合うか、あるいは「他に代えがたい存在」として生き抜かざるを得ないのかもしれない。それが「直美」ではないことを強く願うが、昨年より美容医療にも定期報告義務が課され、広告の制限もあり、それこそ医師過剰でレッドオーシャンとなりつつあるのは幸いであった。医療は金ではないという当たり前のことを再確認しつつ、医師としての誇りと責任とやりがいを感じるキャリアパスがどこにあるか、若者は模索している。

ちなみに今年の医師国家試験合格率91.6%を、歯科（61.9%）や薬剤師（68.8%）と比較してふと嫌なことを思いついた。もしかすると、医師数を抑えるには国家試験の合格率を下げたしまえば？。そしてそれは国がその気になれば案外シンプルな方法なのかも？—まあ杞憂と思うけど。

心臓血管外科と働き方改革

わが心臓血管外科領域では、専門医認定機構の椎谷前代表幹事が「施設の集約化を通じて、医療の質と量の維持、タスクシェアによる良好な職場環境の実現、専門研修の効率化が不可避」と述べておられたように、施設の集約化がようやく動き出している。地方では患者数の減少、施設の老朽化、赤字の増加が進む。国も病床数削減を促進する政策を推進してきた。1床削減あたり410万円の補助金という甘い餌に対し、想定以上の申請があったことには厚労省も驚いたと聞く。実際、名のある病院が静かに消え統合されている現状はすでに皆さんも耳にされていると思うが、この流れは今後ほぼ確実に加速する。しかし、これはけっしてネガティブな動きではないと考える。症例数という経験値が治療の質を担保するというエビデンスがあるにもかかわらず、心臓血管外科医が2~3人の施設は少なくない。施設を統合し、それらが5~6人規模の体制となれば、交代制勤務が可能となり、働き方の改善にもつながるとともに、症例数の増加による医療安全性の向上も期待できる。いわば「2+3」が「6にも7にもなり得る」ような相乗効果を生み出す熱意と体力が心臓血管外科医にはあると信じている。よくある話であるが、循環器内科の行うTAVI（経カテーテル大動脈弁留置術）やICD（埋め込み型除細動器）などの施設基準に必要なから、という理由が心臓血管外科医の主な存在意義になっている病院がある。当の外科医は外科医として幸せではないし、そういう施設は統合の候補にあげられるべきかもしれない。しかし、ことはそう単純な話ではなく、その施設や地域の歴史、政治、人脈、金がからんでくるので難しい。

血管外科に関しては、従来「何でも屋」と揶揄されることもあったが、その幅広い経験値は多くの医療機関で重宝されがちである。また、瘤破裂や急性閉塞など緊急度の高い症例はあるが限られており、手術手技を自分のテリトリーで、ある程度選択できるため、出産・育児と両立を図る女性外科医にとっても活躍の余地が十分にある。医学部における女性の割合増加を踏まえれば、女性外科医の活躍なくして将来はないと個人的には考えており、科内および学会活動においても意識的にサポートしてきたつもりである。もっとも体力勝負、という側面はどうしても一部にあるため、各施設の指導者は対応に苦慮されておられると思う。

心臓血管外科というキャリア選択

シンギュラリティという言葉を目にするようになってから、まだそれほど長い時間は経っていない。

AI（人工知能）が人間の知能を超える技術的転換点を指す概念であり、2045年頃に到来し、AI自身がより高度なAIを生み出す爆発的な技術進化が起これと予測されている。しかしシンギュラリティはたんなる仮説ではなく、すでに現実に起こっているのでは、とわれわれは密かに感じて（畏れて）いる。医学生がクリニカルクラークシップで回ってきたときに、よくこう訊いてみる。「いろんな科をまわってさ、あれ？これってAIでいけるんじゃないか？と思うことある？」。すると今のところしがらみがほとんどない厳しい評論家であるかれらは、いっせいに笑うのである。まあ、あるということらしいが、これ以上は推察も含めてここでは書けない。ともあれ外科はおそらくAIの入り込むことが困難な最後のそして最高の領域であることは間違いない。心臓という輝くアイコンを持つ心臓外科には毎年一定の奇特な、そして往々にして才能に溢れた希望者がいる。ただかれらを持続可能なキャリアパスに乗せるには、前述したような働き方を含めた環境の改善は必須である。ハラスメントはもはや一発アウトであることを肝に銘じておきたい。働き方はそれなりに充実していて一線を退いても腕を振るう場所があり、open surgeryとendovascular therapyの二刀流のみならず、消化器外科の素養もあり、一部ロボット手術の導入も検討しているというマルチな科があれば、それは若手医師キャリアパスの有力な選択肢になるだろうと思う。上記のようなことを話して、そういう科があると思う？と医学生に訊くと、勧誘だったか、やられた！という顔をして笑ってくれるのである。