



若い外科医が欲しい

黒川病院

今 井 邦 英

昨今、美容形成外科では、『直美』という言葉が流行っているらしい。ここでは、この言葉は、『なおみ』とは読まない。『ちょくび』と読む。『ちょくび』とは何か。それは、臨床研修を終えた若手の医師が、形成外科のトレーニングを受けることなく、直に、美容形成の世界に飛び込んで行くことを意味する。しかし、彼らが行きつく先である乱立する美容形成のクリニックは、殆どが日本形成外科学会の専門医訓練施設とはなってはおらず、自由診療によって高額の治療費を請求する診療所が主体となっている。断っておくが、本稿は、現状の美容形成診療の体制を批判することを目的としてはいない。筆者が『直美』を選択する若い医師に訴えたいのは、臨床研修を終えた後の形成外科医の専攻医としての在り方である。端的に言って、所謂、『直美』は推奨されない。形成外科に限らず、内科系、外科系を問わず、取り分け、外科系では、最短でも、十年以上の修行が必要である。具体的には、大学の医局及びその訓練施設である関連病院で、本業の診療科のみならず、全身管理や初步的なレベルでの全身麻酔の手技を習得する必要がある。全身管理は、どの診療科においても、患者を救命するにあたって、必要欠くべからざるものだからである。臨床研修を終えてからの医者としての人生は長い(短くもあるが)。『直美』を選択して、まともな形成外科の修練を受けていなければ、病気ではない女性の顔を手術(施術)しても、良い結果を望むことは到底、考えにくい。挙句の果てに、夥しい数の訴訟を、抱え込むことにもなりかねない。まず、形成外科専攻医は、保険診療において、口唇口蓋裂や顔面の母斑、頭頸部癌によって欠損した顔面の修復、頭蓋縫合早期癒合症、また、昨今、問題となっているクマ

被害による顔面損傷、ひいては乳癌によって乳房切斷術を受けた患者の乳房形成など、若手、形成外科医の修練する場は、美容形成以外にも多岐にわたっており、これらの病態の形成術を習得することが不可欠であろう。そして、その仕上げとして、日本形成外科学会専門医の資格を取得する。その上で、美容形成の道に進むのならば、他人にとやかく言われる筋合いもあるまい。世の中には、美容形成の受益者も数多く存在するのだから。因みに、毎年、『直美』に流れる若手医師は、現状、250人前後といわれている。

しかし、厚生労働省も文部科学省も、『直美』になる医師を養成するために、莫大な税金を使って、医学部の定員を千人以上も増やしたわけではあるまい。事実、国公立でも医師の養成には莫大な費用を要し、私大でも膨大な補助金が投入されているのである。いずれも税金である。

患者の救命のための若い外科医(外科医として伸び盛りの30、40代の)が欲しい。これが両省のみならず、納税者たる国民の切なる願いであろう。特に、日本人の死因の第一位である癌治療に携わる若手医師である。もちろん、性別は関係ない。具体的には、消化器外科医、心臓血管外科医、呼吸器外科医、泌尿器科医、産婦人科医である。現在、憂慮されるのは、これら癌治療に携わる若手の外科医、救急救命医が急速に減少している現実である。こと消化器外科に至っては、専門医資格取得者(以下、専門医とする)は、1万人を割り、現在、9千人代にまで減少しているという。更に、その専門医の3割を60歳以上の高齢の医師が占めているという。いきおい、癌摘出術の待機患者は増え、待機期間中に、病態は進行し、治癒切除ができる患者は少なくなる。現代の医学では、固形

癌に関する限り、一部の胚細胞腫などを除いて、ほぼすべての癌が、外科的切除以外で、根治を望むことはできない。放射線、化学療法、免疫療法だけでは、治癒は望めないということである。もちろん、先に述べたように、眼科、皮膚科、耳鼻科、整形外科の存在の重要性は、論を俟たない。筆者は、両眼の眼底出血に対し、眼科で光凝固術をやってもらい、さらに舌癌で、頭頸部外科（耳鼻科）で癌の切除術を受け、今に至っている。しかし、筆者が考えるに、医師不足といつても、その問題点は、現状、医師の数自体が足りていないのではなく、上記の癌治療に関わる外科医の数が著しく不足し、後者の癌治療や救急救命に関わらない医師の数は、むしろ充足しているのではないかという医師の偏在にあることである。ここで、cost performanceなどという言葉は使いたくない。しかし、読者の反発を受けることを承知で、敢えて言わせてもらえば、手前味噌だが、筆者の専門の脳神経外科を含め、上記の癌治療、救急救命を行う外科は、概してcost performanceが悪い。その原因①患者が死亡する可能性が高い。外科医が、どんなに努力しても、遠隔転移（脳転移を含む）や腹膜、胸膜播種を来していれば、手術適応は限られ、放射線、化学療法あるいは一部の免疫療法に頼らざるを得なくなる。いきおい、患者が死亡すれば、医療訴訟のリスクが常につきまとめる（因みに筆者は、訴訟が1回、補償交渉を3回経験している）。②オンコール体制の場合、自宅にいても、病棟や救急外来から容赦なく、呼び出しが来る。それも、準夜帯ならともかく、深夜から未明に至るまで、一番眠い時にも、呼び出しが来ても速やかにこれに応じなくてはならない。30代なら何とか耐えられるが、40歳の声を聞くと、これも容易ではなくなる。因みに筆者は、このような体制で救急医療をこなし、40歳を過ぎてから、過労で倒れた。③外科医として、一人前になるた

めに、要する時間が長い。最短でも、10年はかかる。一人前の目安は、消化器外科では、脾頭十二指腸切除術、心臓血管外科では弁置換術、呼吸器外科では肺葉切除術、肺移植術、泌尿器科では、腎摘、腎移植術、産婦人科では子宮、卵巣切除術、脳外科では脳動脈瘤 clipping 術等が大凡の目安となるか。④開業するにも、重い設備投資を要する。具体的には、CT や MRI を導入するにあたってのリース料を負担しなければならない。逆に、上述のいわゆるcost performanceの良い科では、必要な手術（手技）も比較的、短期間で済み、開業にあたっての借金も、大分、圧縮できる。「腕が良い」という評判が付けば、大当たりして、億万長者になれる可能性がある。若手医師がどちらを選択すれば良いかの本人の意向は、自ずと決まってくる。

しかし、最後に若手医師に訴えたい。cost performance の悪いと考えられる脳神経外科に従事して来た筆者には、断言できることがある。頭蓋内血腫や頭部外傷に伴う著しい脳腫脹により、深昏睡で搬送されてきた患者をほぼ、一人で外減圧、血腫除去することにより、術後管理の後、元気で歩いて退院した患者が、ニコニコしながら、家族と外来に歩いて来た時には、この上なく嬉しいものである。負け惜しみに聞こえるかも知れないが、金には換え難い。防衛、産業、地域医療を主目的とする医学部以外の学校を出た若手医師が、『直美』を含め、どの診療科に進もうとその個人の自由である。癌治療、救急救命医療は確かに辛いことも多く、cost performance が良いとはいえない。しかし、反面、それを補って余りある喜びを感じることができるのも、これらの診療科の特徴である。前途ある若手医師には、男女関わらず、これらの濃厚な診療科へ進むことを願って止まない。