

八王子消化器病院ニュース

第88号

医療法人財団 中山会

八王子消化器病院

—患者様のための医療—

〒192-0903 東京都八王子市万町 177-3

TEL : 042-626-5111

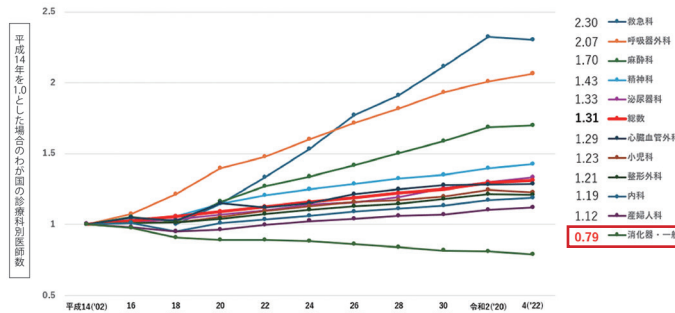
www.hachiojishokaki.com

制作 (株) 教育広報社

# おおり

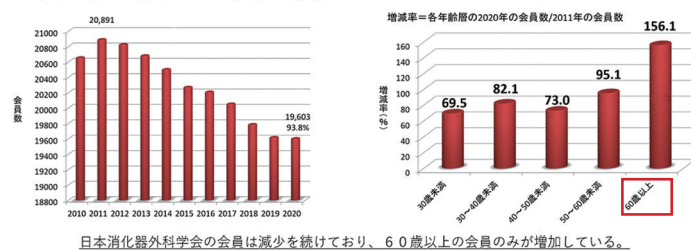
HACHIOJI DIGESTIVE DISEASE HOSPITAL NEWS

図1 厚生労働省「主たる診療科別にみた医療施設に就く医師数」より  
本学会が作成した診療科別医師数推移グラフ



消化器・一般外科: 「16.外科」, 「20.消化器外科(胃腸外科)」, 「21.消化器外科(肝胆外科)」, 「23.消化器外科」の合算  
内科: 「1.内科」, 「29.呼吸器内科」, 「3.循環器内科」, 「4.消化器内科(胃腸科)」, 「5.腎臓内科」, 「6.泌尿器内科」, 「7.泌尿器内科」, 「8.血液内科」の合算  
産婦人科: 「31.産婦人科」, 「32.産科」, 「33.婦人科」の合算  
眼科: 平成18年を1.0とした。

図2 日本消化器外科学会の会員数の推移



日本消化器外科学会の会員は減少を続けており、60歳以上の会員のみが増加している。

一般社団法人 日本消化器外科学会ウェブサイトより

図2。このままのペースで推移すると、消化器外科医の数は10年後には現在の4分の3に、20年後には半減する予測です。原因として、消化器・一般外科の過大な業務負担が挙げられ、医学生が診療科を選択する際に敬遠する傾向があります。さらに、2024年4月から施行された「医師の働き方改革」による時間外労働の上限規制で、地域によっては診療制限や救急対応の困難が生じています。

消化器外科の業務は手術だけでなく、術前・術後の検査計画や説明、周術期管理、外来診療、抗がん剤治療、さらには緩和ケアと広範囲に及びます。生命に直結する疾患が多く、その対応には他の診療科に比べて極めて高い労力が求められます。加えて、大学では研究・教育も重要な使命であり、学会発表や論文作成、学生・研修医の指導、新規治療法の習得等、常に多忙を極めます。この状況を医学生や研修医が目当たりすること、消化器外科を志望する若手医師がさらに減少し、残った医師の負担が一層増す悪循環が続いています。その結果、途中で消化器外科を離れる医師も増加しています。

このように極めて多忙である反面、診療科ごとの給与差が少なく、いわゆる「タイパ(タイムパフォーマンス)」の悪い診療科と見なされています。外科医の育成には長い年月が必要で、消化器外科医の減少に対する抜本的な対策が講じられなければ、10年以内に現在の診療体制の維持が困難になる予測です。この状況を受け、日本外科学会や日本消化器外科学会では、業務体制の改善やタスクシフト、待遇改善等を訴えています。いまだ十分な改善には至っていません。

学会のみならず、厚生労働省を含めた国の対策も始まりつつありますが、そこには患者の皆様の理解と協力が不可欠です。例えば、主治医の負担軽減のための複数主治医制、救急医療のような時間制勤務(シフト制)、手術に対するインセンティブ制度、看護師や事務職員へのタスクシフト等が挙げられます。これらは海外では一般的ですが、日本では導入が遅れています。これまでの「日本式赤ひげ先生」の時代から脱却しなければ近い将来、我が国で十分な医療を受けられなくなり、日本の医療を守るためにも、消化器外科医の現状をご理解のうえ、温かい目で見守っていただければ幸いです。

私は、東京医科大学茨城医療センター消化器外科に勤務し、当院では週に1回、外来診療をしています。以前は、東京女子医科大学消化器外科に所属し、当院では2012年まで常勤でした。現在は、消化器外科一般の診療、手術、抗がん剤治療に携わっています。ここでは、昨今の消化器外科医の現状について触れたいと思います。

近年、新聞やテレビ等のマスメディアで「消化器外科医の減少」が取り上げられています。

厚生労働省の「主たる診療科別にみた医療施設に就く医師数」によると、約20年前の2002年と比較し2022年の消化器・一般外科医師数は21%減少しています(図1)。医学部定員の増加で新規医師数は約2,000人増えている一方、このグラフから分かるように、消化器・一般外科は唯一減少している診療科です。

日本消化器外科学会の会員数も減少傾向にあり、60歳以上の会員のみが増加しています(図2)。



東京医科大学消化器外科学分野  
(茨城医療センター消化器外科) 主任教授 鈴木修司

いま、消化器外科は？

表1

男性の回答 (N=4,792)			2020年 がん罹患数 順位*	女性の回答 (N=5,331)			2020年 がん罹患数 順位*
1位	大腸がん	20.3%	2位	1位	大腸がん	16.1%	2位
2位	胃がん	16.0%	4位	2位	乳がん	15.7%	1位
3位	肺がん	13.2%	3位	3位	胃がん	11.0%	4位
4位	前立腺がん	6.2%		4位	子宮頸がん	7.8%	
5位	肝臓がん	4.9%		5位	肺がん	4.3%	
6位	すい臓がん	4.5%		6位	すい臓がん	3.1%	
				7位	肝臓がん	2.4%	

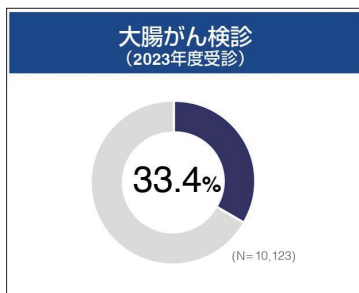
\*出典：「全国がん登録罹患数・率報告2020」（厚生労働省）をもとにオンラインパス株式会社作成

前号では「胃・大腸がん検診と内視鏡検査に関する意識調査白書2024」のうち、胃がん検診・内視鏡検査について解説いたしました。今回は大腸がん検診・内視鏡検査を中心に、ご説明いたします。

“自覚症状がない方”こそ、がん検診を！

## ② 大腸がん検診について

表2



■ “がん”に不安を感じている人の大腸がん検診受診率【表2】

自分に最もリスクがあると思う “がん”として、男女ともに1位であった反面、不安を感じている方の大腸がん検診受診率は3割強です。これは、

■ “がん”に不安を感じる人が思う「自分に最もリスクがあると思うがん」【表1】

男女ともに「大腸がん」を自分に最もリスクがある “がん”と考えています。実際に、大腸がんは性別にかかわらず罹患数上位（男性…2位、女性…2位）に入る “がん”です。

表3

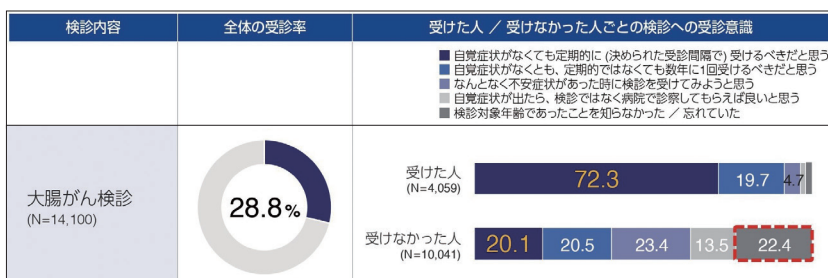
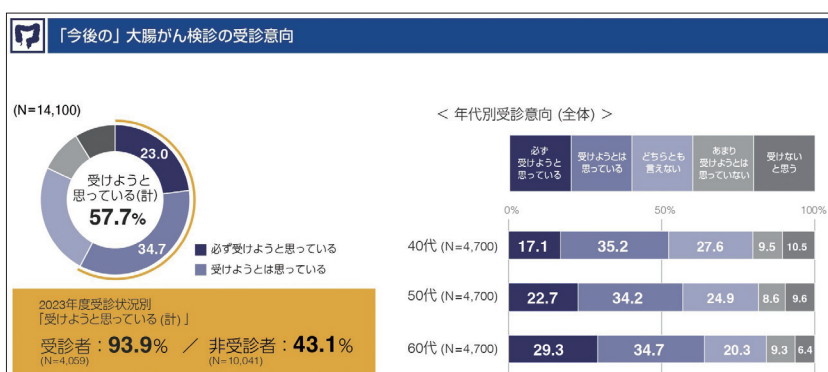


表4

< 2022年から2023年の2年間で、繰り返し、続くことがあった症状 >

症状内容	出現率	「症状あり」の回答者のうち、各症状での医療機関受診割合
共通	腹痛	15.8% 18.4
	黒い便や血便など便の異変	4.1% 36.6
	ダイエット以外の不自然な体重減少	3.6% 27.8
大腸がん初期症状	便秘や下痢が頻繁に起こる	18.6% 20.4
	便が細くなったり残便感を感じる	13.6% 14.0
	貧血による立ちくらみやめまいや頭痛	12.6% 22.2

表5



男女ともに「大腸がん」を自分に最もリスクがある “がん”と考えています。実際に、大腸がんは性別にかかわらず罹患数上位（男性…2位、女性…2位）に入る “がん”です。

厚生労働省が目標とする受診率60%を大きく下回り、他のがん検診に比べて最も低い状況です。

■ 大腸がん検診受診率と受けた人／受けなかった人ごとの受診意識【表3】

本調査における対象年齢全体での大腸がん検診受診率は28.8%でした。そして “受けていない人”の2割超が「検診対象年齢であったことを知らなかった／忘れていた」という回答でした。また「自覚症状が出たら、検診ではなく病院で診察してもらえば良いと思う」という回答

が13.5%に上り、がん検診制度や、それによる早期発見の重要性について周知が及んでいないことが窺えます。

■ 大腸がんに関連する症状が続いた際の医療機関受診割合【表4】

胃がん・大腸がんに共通する代表的な自覚症状の1つである「黒い便や血便など便の異変」が続いても実際に医療機関を受診するのは4割未満となつています。また、大腸がんの初期症状である「便秘や下痢が頻繁に起こる」「便が細くなったり残便感を感じる」については、2割

表6

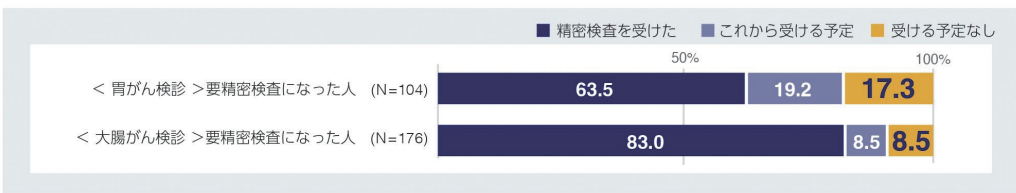


表7

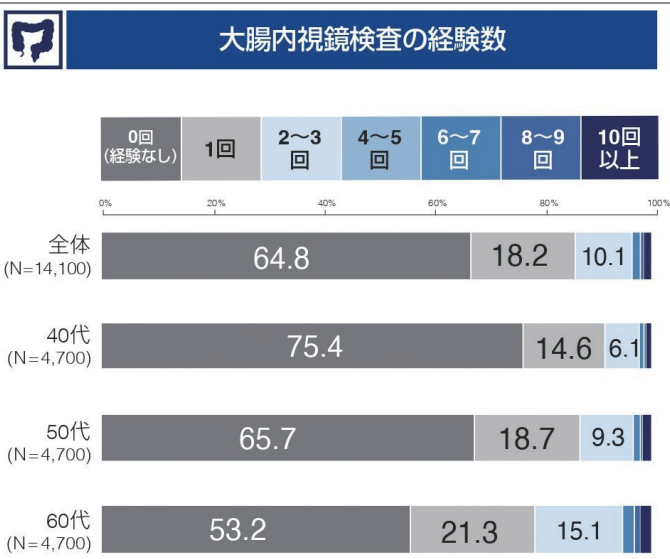



表8

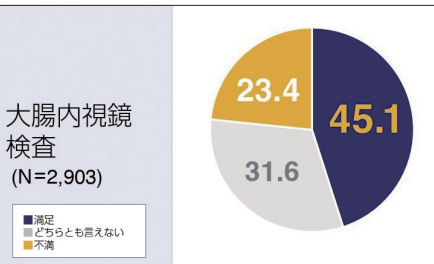


大腸内視鏡検査「不安なこと」 上位5項目

(%)

全体 (N=14,100)		直近3年以内 経験者 (N=2,903)	過去未経験者 (N=9,132)	
1	腸管洗浄剤でトイレに何度も 行くのが面倒	36.5	37.9	35.0
2	検査中に内視鏡でお腹に強い痛みが あるのではないかと不安	28.1	22.5	30.7
3	腸管洗浄剤でお腹が痛くなるのではないかと不安	26.8	17.7	31.2
4	検査中に尿漏れや便漏れを 起こさないかと不安	26.7	16.1	31.6
5	検査後にお腹の違和感や痛みが あるのではないかと不安	26.1	19.4	29.1

表9



程度に留まっています。ここから、自覚症状が医療機関の受診に必ずしも繋がっていない状況が分かります。

### ■ 今後の大腸がん検診の受診意向「表5」

大腸がん検診の今後の受診意向は、全体で6割弱となっています。大腸がん検診を「受けた人」では9割超であるのに対し「受けていない人」は約4割と大きな隔たりがあります。なお、年代別にみると「必ず受けよう」と思っている」の割合が、高齢層になるほど高くなっています。

### ■ 検診にて「要精密検査」になった方の精密検査受診状況「表6」

大腸がん検診で「要精密検査」の結果になった場合、精密検査（内視鏡検査等）を受ける必要があります。しかしながら「時間がない」や「自覚症状がない」、大丈夫だと思う」等の自己判断で1割弱の方が精密検査を受けていません。精密検査までが、がん検診」という認識の希薄さと、それに対する検診実施機関によるフォローアップが課題として挙げられます。

### ■ 大腸内視鏡検査の経験数「表7」

大腸内視鏡検査の経験数は、年代が上がるにつれて増加していますが、60代でも半数以上が未経験となっています。

### ■ 大腸内視鏡検査に関して不安なこと「表8」

大腸内視鏡検査では「腸管洗浄剤による排便」に対する不安が上位となっています。特に、トイレの問題については、未経験者に比べて実際に検査を受けたことのある方で、割合が若干多くなっています。一方、検査前後の腹痛等に対する不安は、経験者で有意に少ないことが分かります。

### ■ 大腸内視鏡検査受診の満足度「表9」

大腸内視鏡検査を受診した方のうち、約半数が「検査に満足」と回答しています。その意見・感想をみると「結果が問題なく安心した」「症状はなかったが、ポリプが発見され切除できた」等、検査のメリットを実感した方が多いです。一方「検査に不満」と回答した方では「腸管洗浄剤の服用等の事前準備

が大変であった」や「検査が辛い」という趣旨のコメントが散見されます。なお、検査に満足している方では「思っていたより楽であった」との意見が一定数あり、個人差が大きいことが見て取れます。

我が国では、毎年約38万人の方が、がんで亡くなっており<sup>(※1)</sup>、特に大腸がんは男女ともに上位に位置づけられています。大腸がんは、早期発見・治療により98%以上が治癒しますが<sup>(※2)</sup>、検診および精密検査の低い受診率が死亡数が低減しない要因の1つとなっています。本調査において内視鏡検査を受けていない方は、検査に対して否定的なイメージを持つ傾向にある一方、実際に検査を受けた方では「満足」と回答した割合は「不満」との回答よりも約2〜4倍多くなっています。この結果を踏まえ、当院においても信頼性・専門性の維持・向上に加え、継続的な検診啓発に努め、がん死亡率の低減に貢献して参ります。

※1 国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス  
※2 全国がんセンター協議会 部位別臨床病期別5年相対生存率（2011〜2013年診断症例）

「自覚症状がない方こそ、がん検診を！」  
※八王子市では、40歳以上の方を対象に大腸がん検診（便潜血検査）を実施しています（今期は2026年1月31日まで）。

出典…  
「胃・大腸がん検診と内視鏡検査に関する意識調査白書2024」ーオリンパス社

## 消費税のジレンマ

事務長 大津 行博

皆様が医療機関で診察や検査・手術を受けた際、その診療費には消費税がかかります。これは、医療が人の生命や健康に関わる社会に不可欠なサービスと位置づけられ「消費」という概念にそぐわないとされているからです。そのため保険診療は税法上、非課税取引として定められています。一見すると、医療機関は税負担がなく得をしているように見えるかもしれませんが、しかし実際には、この「非課税」が医療機関にとって大きな経営負担となっています。

本来、消費税は事業者ではなく最終的な消費者が負担するものです。一般的な事業では、仕入れ時に支払った消費税は販売時に受け取る消費税と相殺され、差額のみを国に納めます。支払額が上回った場合には還付も受けられるため、実質的な負担はありません。しかし医療機関では、このような仕組みが働きません。医薬品・診療材料、医療機器、電子カルテ、建物の修繕、水道光熱費、更には人材確保と様々な経費に消費税を支払っているにもかかわらず、診療費に対する消費税を受け取っていないからです（自由診療を除く）。この仕組みを「控除対象外消費税」といい、別名「損税」とも呼ばれ、全国の医療機関が共通して抱える問題となっています。

例えば、内視鏡や手術装置等の高額機器を1,000万円で購入した場合、10%の消費税を含めると支払額は1,100万円になります。機器メーカーは、販売に至るまでに支払った消費税を受け取った100万円で相殺できますが、医療機関には支払った消費税が戻ることはありません。また、医療機関の主な収入源である診療報酬は、国の定める公定価格のため独自に価格設定をして消費税分を転嫁できません。学校教育や住宅家賃等も社会政策的な配慮から非課税取引ですが、これらは価格を自由に設定できる点が異なります。

消費税導入や増税時には診療報酬の上乗せが行われましたが、初診・再診料や入院基本料等の基本項目を薄く広く引き上げる形であり、医療機関ごとの実態とは乖離していました。その結果、外来診療中心の診療所では補填効果が大きかった一方、高額な医薬品や医療機器を多く使用する急性期病院では持ち出しとなり、補填率が60%程度に留まっていたとの報告（四病院団体協議会）もあります。更に2年に1度の診療報酬改定では、昨今の物価高騰や税負担増に追いつくのは困難です。

このような背景を踏まえ、日本医師会や関係団体では、診療費の課税化や軽減税率の導入等について議論が続けられています。ここでは、診療費に対して課税・非課税のいずれが望ましいのか、それぞれのメリット・デメリットを整理し、その在り方について考えてみます。

### （非課税を継続した場合）

#### 【メリット】

- 診療費に消費税が上乗せされないため、患者の自己負担が増えない。（実際には、診療報酬上の上乗せという形で一部が反映されています）

- 医療保険制度の計算・請求方法に変更がなく、現場の混乱は生じない。

#### 【デメリット】

- 医療機関が医薬品・医療機器等の購入時に支払った消費税を回収できない。

- 控除対象外消費税の負担が増大し、医療の質や安全性を維持するための投資が困難になる。

- 特に急性期病院では、年間数千万円から数億円規模の負担となり、経営を圧迫している。

### （課税に変更した場合）

#### 【メリット】

- 医療機関も企業と同様に仕入れ時の消費税を控除できる。

- 設備投資や人材確保に充てる資金が増え、医療機関の経営が安定する。

- 消費税率引き上げと、それに伴う診療報酬改定時の不公平が是正される。

- 診療報酬上の上乗せではなく、「税」として患者にも見える形となり透明性が高まる。

#### 【デメリット】

- 診療報酬に消費税が上乗せされ、患者負担が増える可能性がある。

- 制度変更に伴う事務処理やシステム改修が必要となり、現場の負担が増える。

このように「非課税」は患者負担を抑える一方、医療機関に重い経済的負担を強いる制度です。「課税」にすると医療機関の経営は安定しますが、患者の負担が増が懸念されます。双方に一長一短があり、今後の制度設計が注目されます。なお、日本医師会は「ゼロ税率」等の導入を提言しています。これは、保険診療を課税取引として医療機関が支払った消費税を全額控除できるようにすると共に、患者には新たな負担を求めない仕組みです。輸出免税の考え方を応用し、現行の税制の枠組み内で実現可能とされていますが、実施には関係者の合意形成と法改正が必要です。

国の病床機能報告によると、築40年以上の病床を持つ病院は全国で1,600施設を超え、地域医療体制の存続にも関わる大きな課題となっています。建替え用地の確保や資材・施工費の高騰により、老朽化した病院の建替えを断念し閉院に至る例も報じられています。医療を支える仕組みは、皆様の生命と健康を守る社会の基盤であり、各医療機関は限られた財源の中で、より良い医療を提供し続ける努力を重ねています。本稿を通じて、この消費税問題に少しでも関心を持ち、地域医療を支える意識の輪が広がれば嬉しく思います。

#### 参考文献

- ・「消費税と診療報酬について」厚生労働省
- ・「今こそ考えよう医療における消費税問題 第2版」日本医師会
- ・「2025年度病院経営定期調査 中間報告（集計結果）」四病院団体協議会