

「大外科講座制を堅持しよう」

私は、2007年4月より慈恵医大外科学講座の統括責任者を拝命しました。現在、外科学講座は消化器外科、呼吸器・乳腺内分泌、血管・小児外科の3分野で構成されており、それぞれに分野担当教授がいます。3分野は消化管外科（柏木部長）、血管外科（大木）、肝胆膵外科（矢永部長）、乳腺内分泌外科（内田部長）、呼吸器外科（森川部長）、小児外科（大木代行）（今年度の診療報酬額順に）の6つの診療科分けられています。原則として、分野担当教授は主に研究と教育の指導にあたり、診療に関しては各診療部長が自立性をもって運営することになっています。統括責任者の仕事は、しばしばみられる各分野や診療部間の利害調整、またややもすると各分野や診療部がばらばらに行動（人事、学会の選挙活動など）しないようにする事等です。

このような、慈恵医大は全国的に見ても稀有な大外科講座制をとっています。大講座制にはメリットとデメリットがあります。メリットとしては、第一にスケールメリットが挙げられます。スケールメリットの利点は、外科学に限らずあらゆる業種に普遍的なものであり、近年の金融・証券業界、製薬業界、食品業界などの再編・統合をみても一目瞭然です。研究室、設備、研究補助員、秘書などのインフラも、各診療部が独自に整備するより、共有した方が効率は良いでしょう。

外科学に固有の利点としては、まず卒後教育の充実が挙げられます。前述した各診療科には、それぞれに **subspecialty** としての専門医制度（例えば消化器外科専門医、心臓血管外科専門医）が設けられていますが、いずれの専門医を取得する場合にも日本外科学会の外科専門医を有していることが前提となっています。外科専門医取得のためには、各診療部で行われている様々な疾患・手術を幅広く経験することが要求されるので、初期臨床研修を終えたレジデントや若手の医局員に外科専門医をスムーズに取得させるためには、必要分野が一つにまとまった大講座制が好都合です。

第3の利点としては、関連病院の運営が挙げられます。当科が医師を派遣している病院は、分院を含め29施設で派遣人数は133人です。6つの診療科がばらばらに29の病院に医師を派遣する事は現実的ではありませんし、関連病院の運営に大きな支障を来たします。第4の利点として、学会活動を有利に運べることがあります。すなわち日本外科学会、日本消化器外科学会、日本内視鏡外科学会などの学会を慈恵で主宰するための選挙活動において、大講座制が有利なのです。こうした学会の主宰校を決める選挙において、候補者の一本化や調整を行う際に、大講座が有利な事は言うまでもないことです。では、学会を慈恵で主宰することにはどのような意味があるのでしょうか？学会を主宰することは、医学の発展に貢献するばかりでなく、医局員の心をつなげる“お祭り”的効果もあります。また、講座の使命の一つとして、慈恵医大のブランドイメージを向上させることが含

まれています。それはブランドイメージが、優秀な学生や研修医の獲得、診療実績の向上につながるからです。伝統と権威のある学会を慈恵で主宰する事は、メディア戦略と並び母校のブランドイメージ向上にも寄与します。

慈恵に限らず多くの病院では、各診療部の医師数はその診療科に課せられている仕事量や診療報酬（収入）により決められています。単独では小さな診療科には浮沈はつき物です。その都度スタッフ数を変えては、効率的な運営はできません。また、診療報酬が厚生労働省により人為的に低く設定されているために（実情を反映していない診療報酬）、多忙で過酷な労働であるにも関わらず診療報酬が低い診療科もあります。本院の血管外科は、4年前と比べ診療報酬額が約100倍増えましたが、私を含めたスタッフ数は8名と少数のままです。慈恵医大本院（全診療科）での医師一人当たりの収入は約610万円（1ヶ月）ですが、これをもとに試算すると血管外科には22名の医師がいてもおかしくないのです。しかし、血管外科にはこれほど多くの医師は要りませんので、血管外科の収入をもとに得た有給スタッフ枠を、多忙であるにも関わらず収入が低い診療科のスタッフ枠に回せるのです。調子が良い診療科が、たまたま調子の悪い診療科を助けるといったことができるのも大講座の利点といえるでしょう。

さらに、研修医が進路を決める際にも大講座制のメリットがあると思います。医師になって1年そこそこで、自分の一生の仕事を決めるのは難しいことですが、具体的な診療科まで決めるとなるとよりいっそう困難です。外科系に行きたいけれど、脳外科、整形外科、消化管外科、乳腺外科、血管外科のいずれにしたら良いか決めかねている者にとって、レジデント修了後に診療科を決めることができる大講座制は魅力的な選択肢となるでしょう。また、一旦診療科を選択した後に、様々な理由から他の診療科に移籍したいという者もいるでしょうが、こうした場合にも大講座制の柔軟性は有利です。これは、整形外科での2年間の臨床研修修了後に一般外科に入局（移籍）した際に“移籍の苦しみ”を体験した私の率直な感想でもあります。

こうした利点に比してデメリットはあまりないと思います。強いて例を挙げれば、現在の血管外科のように好調な診療科にとっては、大講座制では自らの実績を独り占めできない、というデメリットがあるかもしれません。また、仲が悪い者同士にしてみれば、部屋に敷居を立てて住み分けたいと思うかもしれません。しかし、これらデメリットは大講座制の掲げる大きな目標や多くの利点に比して小さなものと感じられます。このように大講座には様々な利点がありますので、今後もこの体制を維持して行くことが、学長を含めた「講座等あり方委員会」などでも再確認されました。

さて、2007年の医局年報の巻頭言では以下の事を書きました。すなわち、1) 医局は医局員の幸せのためにある、2) その目的を達成するには医局員の数を増やすことにより一人あたりの仕事量を減らし、その分、各自が好きなこと（研究、アルバイト、趣味、臨床など）に使える時間を増やすこと。そして、医局員を増やすためには、医局に明るい雰囲気を取り戻すこと、先進的な診療・手術を行い若者の好奇心をかきたて、医療に“ときめ

き”や“夢”をもたらすこと、レジデント教育を充実させること、そして医局員自身が幸せでいることなどを、人集めの方策として提言しました。今年は上記に加えて、もう一つ実現したい事があります。それは、母親外科医（女医ではなく）支援策です。すなわち母親外科医が外科医としてのキャリアを全うできるように、出産、育児中（目安として子供が中学校に入学するまで）でもストレスなく、無理なく外科医として働けるように、1）当直回数を減らす、2）人事異動に関しては子供・教育の事情を考慮する、3）子供の学校関連の行事（PTA,授業参観など）は学会出席と同様に公務と扱い、4）ベビーシッター会社と慈恵医大外科が年間契約を結び、当科の母親外科医が自由に使えるようにする（一定の自己負担も検討）、ことなどです。現在日本の医学部の学生の約4割は女子学生です。彼女らが外科入局を敬遠する（女医は日本外科学会会員のわずか4%）理由は一つではありませんが、育児との両立がほぼ不可能と思い込んでいることも大きな理由の一つです。上記の私案に異論をもたれる方は少なからず存在しますし、このプランが完成されたものとも思っていません。今後皆さんと相談しながら実行可能性を探って行きたいと思っています。ただはっきりしていることは、好き嫌いにかかわらず、4割を占める女子学生を無視しての外科学講座運営はあり得ないということです。

私は、昨年までは血管外科領域の発展に軸足がありましたが、今年からは外科学講座統括責任者として、森川、矢永両分野担当教授、新慈刀会会長の穴沢教授、鈴木裕医局長と力をあわせて、外科学講座の総幸福度がアップするように努力したいと思います。本年もよろしくお願いいたします。