

勤務医部会だより

新病棟と消化器外科の編成



幹事 花井恒一

(藤田保健衛生大学 総合消化器外科 教授)

藤田保健衛生大学病院は2015年5月7日に新病棟のA棟とともに内視鏡手術を中心とした低侵襲手術室、救命センター、ハイケアユニットが新設され、高度の医療体制を整える高次機能病院としての基盤を整備がなされた。本年12月にはB棟が開棟され、すべての診療科が新棟で診療がなされる予定である。

A棟が完成したと同時に消化器外科の体制が変わり宇山一郎診療科長を中心とした総合消化器外科として発足した。

当院の消化器外科は時代とともに編成を行われてきた。私が外科に入局した当初は二講座で、ともに一般外科から消化器外科の様々な疾患を扱い診療が行われていた。つまり、一大学で各講座が各臓器の症例の確保を競い合い、手術方法も教育方法も異なる状態が続いていた。2002年船曳元学長の時代に、大学での外科教育、手術方法の統一、手術症例の集積、そして臓器に特化した高度な外科の診療体制を形成し、本邦ならびに世界で注目される最先端の消化器外科を目標として、各臓器別の講座に編成された。各臓器別に術式も統制され、多くの症例が集積でき、各講座の教授が高度な手術技術を提供しその評価も向上し目標が達成されていると感じている。一方、欠点として、このような大きな構造改革は、講座を移動する先生や大学をあとにしてしまう先生もあり、様々な問題点もあった。さらに時がたつと、大学で臓器に特化した外科に入局し修練すると、若手の医師でも他臓器の外科診療の経験ができず偏りが生じ、外科専門医の修得が困難となる状況が生じた。それに加え研修医や学生からは、幅広い手術の経験ができないとの評判がたち、入局者数が激減し、若手医師の負担も多くなり悪いサイクルが生じた。

近年は医療全体も最近まで専門色が強くなり診療の偏りたりができたことが問題となり、初期対応ができ幅広い診療ができる医師が求められ、早期にそ

れらを習得させるため初期研修制度も変わり総合内科や救急内科を必須とするプログラムに変化してきた。

臓器に特化した消化器外科では、大学だけで修練することで専門医修得が困難となる状況となっていた。

そこで、これらの問題点の改善するために当院の消化器外科では、若手医師には消化器全領域の外科診療の経験ができ、スタッフには専門的な外科技術の向上や研究ができる環境達成することを目標に診療体制の編成が行われた。各臓器別の講座から一つの講座にすることで1. 消化器外科全領域の診療内容の共有 2. 消化器外科全領域の手術手技の教育 3. 外科専門医早期修得のための外科診療経験の確保できる体制 4. 各臓器別の高度な外科手技の向上 5. 消化器外科学の研究など目標に向かった多くの体制作りを行ってきた。

先日第117回日本外科学会定期学術集会で、特別企画「医療安全ガバナンスの確立を目指した外科組織のあり方」が取り上げられた。某大学病院で起きた医療問題に対する反省点と改善に向けた施設での取り組みが示された。その中で1. 入院患者や手術症例を全員参加のカンファレンスで検討するなど、全員で全例を診る体制を構築 2. 大学の講座では総合外科学講座に統合し外科医全員と手術室・病棟看護師、学生も参加するカンファレンスを開催しており、翌週の予定手術全例、入院患者全例の経過報告、死亡退院症例全例を報告するという取り組みが紹介された。

今回の外科編成では、医療安全にも取り組んでいる編成であることを感じた。

本病院は「安全で質の高い医療の提供」の実践と、「これを実現するための医療人の育成」を目指しており、総合消化器外科もそれを実践するため各外科医が日々努力している。

私の外科医として歩んできたことを振り返ってみると、大部分を大学で送ってきたが、初期段階で様々な疾患を経験でき、外科の編成により高度な下部消化管外科学を学ぶことができた。総合消化器外科では、大学だけでも若い医師がすべての消化器疾患を経験できる体制となった。入局員が増加し多くの優秀な消化器外科医ができることを期待している。

新病棟の完成後、私の外科に入局して以来、長い間働いてきた第一、第二病棟が姿を消すことになりさみしい気持ちと複雑な心境でもあります。