

勤務医部会だより

大学のナンバー医局と臓器別医局



幹事 河野 弘

(名古屋掖済会病院 院長)

以前私が大学を卒業(昭和53年、名大)した当時、大学のメジャーな医局はナンバー講座の時代でした。内科で言えば、第一内科から第三内科まであり、各々の医局に研究室があり、血液、消化器、循環器などに別れ、第〇〇研究室と呼ばれていました。それぞれの研究室には助教授、講師レベルのリーダーがいて、それらの研究室を束ねるのが教授で、実務は医局長が仕切るとするのが一般的でした。外科も第一外科、第二外科と2つの講座があり、それぞれに心臓、血管、消化器、小児、内分泌などの研究室に分かれていました。

それが時代とともに臓器別診療科へと講座再編の流れが平成14年頃より審議され、平成16年に内科は、ナンバー内科から呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病・内分泌内科、循環器内科、血液・腫瘍内科、消化器内科と6つの臓器別内科講座へと移行しました。その前より神経内科は独立していたので、計7つの診療科となったわけです。最近はさらに総合内科も独立しています。また、外科も2つのナンバー講座から血管外科、消化器外科、乳腺・内分泌外科、呼吸器外科一、消化器外科二、移植外科、心臓外科、小児外科と8つの分野に分かれました。

このナンバー講座制は、同一の診療分野を複数の講座が別々に診ており、効率性が悪い、患者からわかりにくいなどの批判がでて、臓器別診療講座への流れとなりました。また、医療安全の面でも、2年前に問題となった群馬大学の医療事故の事故調査委員会報告では、このナンバー講座制が、医局間の垣根を作り、公開への支障となった一因と結論し、ナンバー講座から臓器別講座への変更を勧めました。この臓器別講座への移行の流れは全国的にも拡がり、臓器別大講座制では、診療部門の統一で研究効率が高い、教授はじめ、教官の人的資源を投入できる、患者からみて診療科がわかりやすい、医療安全上も

効果があるなど臓器別講座の長所が挙げられています。一方、問題点がないわけではありません。臓器別という縦割りになると、その隙間にいる患者がたらい回しになる傾向があります。これは、大学の医局制度に関わらず、近年の臓器別診療の弊害と考えられます。たとえば、息が辛いという初診患者はどの診療科を受診するか迷うと思います。心臓が悪いのか、肺が悪いのか、あるいは貧血など別の臓器に原因があるのかなど、どこで診てもらえばよいか迷うわけです。たとえば、心臓と思って循環器科を受診して、循環器の原因ではないと言われた場合、循環器科は「うちの問題ではありません」と窓口を閉められてしまいます。「この科へ紹介します」と言われればよいですが、時にはたらい回しになる恐れもでてきます。

そして、病院長にとって最も問題になるのが、医師の人材確保です。ナンバー講座制では、内科医師の派遣を求める場合、例えばその病院が第一内科の関連病院であれば、第一内科の教授、医局長の同意を得れば、それぞれの研究室から人材を選出してバックアップしてもらえました。しかしながら、現在の臓器別講座では、内科の場合、少なくとも7つの医局の教授、医局長の同意を得なければなりません。それが病院長の仕事といわれればその通りですが、7つも医局があれば、すべてこちらの希望通りサポートしてもらえとは限りません。7つの内科系診療科でバランスよく医師確保ができていれば病院として大きな戦力となりますが、7つのうちどこか医師不足の診療科がでると、内科全体としての戦力ダウンとなります。当院は救命救急センターを要し、24時間対応の急性期病院で、さまざまな疾患の患者さんが搬入されます。この領域は医師の待機制が困難であるため対応ができません、と診療制限するわけにはいきません。搬入され、診察をしなければ判断できないわけです。その意味でもメジャーな診療科はバランスよく配置する必要に迫られます。医師の人材確保に関しては以前のナンバー医局がよかった、懐かしいと独り言を言っているのは私だけでしょうか。