

## 第2回 クロスロード (crossroads)

隣の芝生は青いに決まっている。

前回のコラムで、文系の大学にというか、大学で文系を専攻していたら私の人生はどうなったんだろうか、とても興味があるという話をしました。

恥ずかしながら、という前置きをふって申し上げたい。

そもそも私には、「コラム」とはどのようなものか、わかっていませんでした。わかっていたのは私の尊敬する文章家の筆頭が、つい先日鬼籍に入られた小田嶋隆氏であり、彼は文筆家の種類中でコラムニストと分類されていた、ということだけです。とすれば小田嶋隆氏に真似た文章を書けばコラムというのが成立するのかもしれない、というのが私の見解でした。小田嶋氏の著作によればコラムとは囲み記事のことをいい、新聞や雑誌など、コラムを掲載する媒体の公式な立場からみてやや独立した立ち位置をとる枠組み記事をいう、らしいです。ちなみに天声人語もコラムなのだそうです。この辺は「小田嶋隆のコラム道」(ミシマ社、2014年刊行)を参照していただきたいと思います。したがって、このコラムはぜひ良い医師に来て働いて欲しいと思っている、建前としての当センターの意思表示の中に、ひとつ別の枠組みをして、医師のキャリアアップや採用というものに関わるあれこれを、私の本音を中心にして別の視点で切り取っている、とそんな話になります。

何を言いたいかといえば、コラムというものには建前をひっくり返さない程度の本音がかけられているという、そういうことです。

私の人生はどうなっていたらという話に戻ります。

特に物書きや編集者になっていれば自分としては至極幸せであったことだろうと思っていました。しかしそれは文章を書くのが趣味の範疇にとどまり、それを業務としない時まで、だったと思います。このコラムを書きながら思ったのは、かならず「ある程度の分量を、それも面白くひねりなどを加えて書かなければいけない」、ということを前提にして実際に文章を書くことになると、作業としてかなり苦しい、ということです。締め切りの苦しさは小田嶋氏も何度も触れておられます。実際にもし職業としての文筆家になっていたとすれば、その際にはなぜ医者にならなかったのだろうと、後悔していたのは確実みたいです。

隣の芝生は青く見える、というのは認知の仕組みとして当然なのだそうです。

自分の今の仕事はつらくて大変です。だって今あなたが経験していることだから、よくわかるはずです。でも自分のやっていない、隣に見えるところの仕事は経験していないので、それが大変かどうかなどわかるはずがない。

なるほど。

自分の今現在している仕事が辛いと思っていれば、環境が悪いと思っていれば、それは日々自分で感じているのだから、最悪なのは当然ですよ。でも最悪であっても、自分が苦しいと認知しなければ、例えば他のみんなもこんなものだと思っていれば、最悪と思わないのも認知の仕組みなのだろうと思います。

大学病院で脳神経外科の研修医をやっていたころ、病棟の一角にある医師室という名前のタコ部屋で、一か月 200 時間を超える時間外労働はごくごく当たり前であるような、ほとんど住み込みの生活をしていました。その部屋にはスタッフである上司は常駐していませんでしたし、同じ年代の若い研修中の医師が集まっていた合宿のようなものでしたから、自然とワイワイとにぎやかなものになります。辛くないはずはないような労働環境だったかもしれないけれど、他に「幸せなところがある」なんて知らなかったから、この環境は当たり前だと思っていました。30 から 40 年前の体育会系のクラブはそんなのが当たり前だったし、後日いかにつらかったか、というのがあとから自慢話のネタになったりする世の中だったのです。そんな感じでワイワイとにぎやかにやっていると BST（臨床実習）で回ってきた学生が誤解してあの医局は楽しそうだということになり、認知の歪みに絡み取られて、入局してしまいます。そうして悲劇は再生産されました。合掌。

その半面でこうした経験を通して生まれた医局への帰属感は、個人の心のよりどころとしては強固であったし、いろんな意味で自分を助けて、支えてきてくれたのだと思っています。実際に研修医の時に大学病院からもらったお金はものすごく少なかったけれど、それが当たり前だと思っていました。

まあそういうものなのかもしれません。

情報が広く流通してしまっている現在には通用しない話なのかもしれませんが、伝わっている情報が本当なのかはわかりません。本当のことはその場に行かないとわからないので、自分の庭の芝生が青くなることは難しいし、たとえ汚れて見えても実際に踏み込んでみると隣の芝生はなかなか快適だった、ということもあるのかもしれません。

どこで何をして働くかは別として、人間、生きるためには働かなくてははいけません。確信はありませんが、そういうものだという前提で考えます。働けばたいがいは対価、多くは給料が出ますし、働きと対価の関係で、対価が働きに応じたもの以上か、少なくとも均衡している場合は、給料をいただけるところには恩義を感じるの普通でしょう。対価についてはお金ばかりではなく、やりがいやキャリアアップなどで支給される（？）場合もあると思います。

病院を管理するものとして不満なことがあります。何かというと給料をいただくのは病院の管理者からであって、病院の診療科の部長でもないし、ましてや属する医局の教授からでは全くないのに、働いている医師(勤務医)からは、病院に恩義を感じるどころか、あまり帰属意識を持ってもらえないことです。病院の対価が働きに応じたもの以上か少なくとも均

衡したものになっている原則を満たしていないからでしょうか。やりがいやキャリアアップを提供できていないのでしょうか。やりがいやキャリアアップはプライスレスなので評価が高くなりますが、お金はあまりにも現実的なので、尊敬の念が生まれにくいのかとも思ったりもします。

何の話をしているかという、医師の職場に対する忠誠、ロイヤルティというやつについてです。医者は勤めている病院に忠誠心や帰属意識を持っているのでしょうか。おおかたのところ、多分ない、と思います。実際のところ「自分でも昔はそうだったし、今でもそうかもしれない」と思っているくらいです。

医者って職種の考え方はおおむね個人事業主に似ているようです。医師に忠誠心や帰属意識があるとすれば、出身教室（医局）や自分の専門の診療分野、という人がいちばん多いのかなという気がします。社会的動物であるところの人間として、帰属する集団（あるいはアイデンティティ）がないというのはとてもつらいでしょう。医局に属したことが無い人でも専門分野の集団への帰属意識がない医者というのはいないような気がします。考えてみれば医局というのは専門分野を象徴するものです。総合病院の中で働いていても、専門とする診療科、さらにはさらに細分化された専門分野で力を発揮することが、その医師にとっては病院で働くということになるわけです。病院から仕事の間を借りてはいるが、医療は自分の腕でやっている、稼ぎは病院と自分で折半している、プライスレスなキャリアアップややりがいは専門性と自分でやっていることだ、という感じではないでしょうか。医局の派遣人事に乗っかっている以上、専門性の向上に関わる経験の積み重ねは病院を通じて医局から提供されている、その労働分に対する報酬は大学の代わりに病院が支払っている。つまり病院は大学の代行者に過ぎないことが、若いうちから刷り込まれてしまうわけです。代行者に帰属意識を持つ人はいません。

医師にとって仕事の内容と報酬は比例しないことが多いですね、特に若いうちは。半人前でも結構な額の報酬がもらえたりするわけで、逆に専門を極めて業界で第一人者になっても金銭的にはべらぼうな報酬が待っているわけではない。その辺のアンバランスはみんなが均一な働き方をしているうちは、一様に損したり得をしたりするので目立たなかったのですが、多様な働き方をするようになって金銭的に得する人と存する人が明確になってしまった。このあたりも問題のような気がします。世間の相場というの見直されつつあるようですし、給与の実態調査が行われるとどうなっていくのか。働き方改革で時間外勤務が減るとどれだけ影響が出てくるのか。

お手伝いのバイト勤務もこの流れの中にあります。専門性を高めて経験を高めるわけでもないバイトでも、本業よりもバイトの収入が高かったりします。仕事の報酬と仕事の価値が釣り合いません。この辺のところの医師の報酬体系のねじれも医療にかかわる諸問題の根源になっているような気がします。ただブルシットジョブによれば、なくてもいいような仕事は無くてもいいからこそ、報酬が高いのだそうです。逆にエッセンシャルワークは給料が悪

い。このあたりは医療界に限らずグローバルな構造的問題らしいですね。

怒りにふるえているうちに話が脱線してしまいました。すみません。

病院に対する帰属意識が薄く、専門家集団への帰属意識が強いとどうなるか、を考えてみます。私のいろいろな職場で働いた経験では、専門家としてのプライドが強く、病院の中で壁を作って、他分野とうまく交流しないという医者は多かったですね。もちろんいい医者の方が多いのですが、そういった先生は悪目立ちします。

総合診療という言葉が注目を集めています。なかなか人気が出ないようです。総合診療とはある意味「専門医療」（連携を不得意にする医師、これが結構多い）の反対語であることからわかるように、かっちりとした枠というものがないもので、帰属先になりにくいのかもかもしれません。むしろ現実的には開業の診療所がその役割を担っている。病院では、年齢が少し上の医師が総合診療を担っていたりして、各部署や多職種の連携の業務をこなしている。そして専門性への強いタコつぼ化した医師は、いまとても重要視されている機能であるところの、異なる業種の多職種連携が主流になりつつある医療の抵抗勢力となってしまう。でも専門性が高い医師が稼ぐ診療報酬が大きければ、文句も言えないし、病院経営には欠かせない。そんな光景が見えているのは私だけでしょうか。

人間の気質は職業選択に関係するが、ある程度までの若さでは、職業がその人の気質を形成すると言ってもいいと思います。医局が専門性の象徴として帰属先になるという話をしましたが、『タテ社会と現代日本（中根千枝、著）』という本を読むと、日本の集団の帰属の仕方には特徴があるそうです。日本では極端な「場を優先した社会集団」なのだそうで、先輩後輩の関係や同期というものが重視されると解説されています。医局の中の間人間関係もこの流れで理解するとなるほどと思うところがたくさんあります。

いろいろ考えてみると、歴史的に日本の医療の発展の中で医局制度はうまく日本文化になじんで、必要とされ、その意義を果たしてきたものではあると思います。しかし臨床研修医制度をはじめとする現在の医師を取り巻く環境の変化というのは従来の帰属先意識や心のよりどころを破壊してきたわけで、そうなる医師にとっても、専門性の他にも別の枠組みが必要であると思ったりもします。それは今までのようなかっちりとした帰属先ではなくて、個人事業主的な考え方を優先しながら、一時的にでも心の住処となるような場です。

詳しくは次回のコラムで触れるとして、そんな場所が職場として存在したらいいと思っています。出入りが緩やかで、恩義は直接仕事で返すが、仕事をしたなりの報酬とやりがいは直接保証している、そんな場です。

病院長 石川 達哉