

### 第3回 クロスロード (crossroads)

#### 齢を重ねるとともに役割が変わっていく

もうここ30年前くらいから医師にかかわるいろんな制度がガタピシ言ってきているのを痛切に感じていました。私もその中で大学の医局長をやったこともありますし、ほかにもいろいろな立場を経験してきました。

地方においては医師不足という話ばかり耳にします。かなりの期間各地の医学部では定員が増やされ医師が養成されてきたのに、地方では医師がどこでも足りない。

働く医師も高齢化しています。地方では地域医療構想の流れにもあるように、病院の集約化によって対応しようという流れが多くなっています。患者が少なくなるのですから病院の集約化は仕方ありませんが、生活する住民は分散して暮らし、生活期の医療ニーズは持続している。そういった状況で、どういった医療を病院として実現していけるのか。そのへんは大変に難しい問題で、農村でもみんなある程度の規模の街に住んで、離れた地域にある田圃へ仕事に出かけて行った方が、つまり住民の住環境を変えていくことを行う方が、行政でも効率的と思うのですが。

どこに住むかということ誘導はできるけど、強制はできない。医療については地域医療構想などで強い誘導が行われはじめています。でも医師自体がどこにどのような形で勤務するかということについては、強制できない。

都会では医師は余ってきているとも聞きます。

過剰供給であってもそれでも都会への医師の流れは続いているのでしょうか。秋田県でも多くの医学生が卒業とともに秋田を離れます。地方では多くの症例を経験できないので都会に集まるという話も理解できます。過剰供給だと報酬は低くなりそうですけど、専門性を高めるためには背に腹は代えられないのでしょうか。それとも楽しい人生のためににぎやかな都会がいいのでしょうか。

わからないのは新しく生み出されたはずの医師がどこに吸収されているかということです。都会の病院では、供給増に応じたきちんとした職場が用意されているのでしょうか。医師対象の SNS の掲示板サイトによればバイトしかやらないフリーター医師がいたり、QOL 重視の診療科に流れたりしているようですが、数十年続く医師人生を前提にして考えた時、自分のキャリアアップに対する気持ちはどうなのでしょう。ある程度しっかりした質と量の経験が、医師の実力を高めていくのに重要なことであるのには異論がないはず。日常的に必要なとされる医療を行っていくうえで、どれほどの医師の実力が必要なのかという論点についてはまた別な話なのですけど。

それはさておき。

医師にはある程度の臨床能力が必要であるということを前提として、責任感のないアルバイトだけの環境など、修練中の先生が医師としての能力を培うことのできない環境で働いているということには、私のような古い価値観の人間にはあまり理解できません。職業の訓練には、適した時期に集中して経験すること、が重要ですし、その後も継続して能力を高めていける環境にいることはとても重要です。

ただ 50 才を過ぎれば話は別です。別の仕事に切り替えていかないと後進の経験の機会を減らすことにもなるし、肉体的な負担の大きな診療科では自分の健康にも影響が出かねません。

秋には樹には水をやらず、収穫するのです。また樹は葉の色を美しく変えるのです。仕事や役割を切り替えることについては、アイデンティティが自分の狭い専門領域に限られるほど、うまくいかないリスクというのは増していくことになります。このことについてはあとでまた触れます。

少し話が飛んでしまいました。

私の勤めている脳神経外科、循環器科の専門病院は激務のため、もっとも敬遠される場所なのかもしれません。私も脳外科の最前線で診療に取り組んできて、それはとても面白かったけど、趣味を大事にすることや、家族を大切にすることはまったくしてきませんでした。おかげさまで私の子供たちは生業として医療の仕事を選択しませんでした。賢明ですね、ほんと。

前回のコラムで帰属先の話をしました。

社会的生物である人間はやはり帰属先が必要なのでしょう。大学の医局、あるいはそれに代表される専門分野はいちばんの帰属先のモデルケースであるような気がします。他にも都会の有名病院というのもあるでしょう。

そういったところは急性期病院で、多くの患者を診て次々と回していく。それが行政の描くところの急性期病院のモデルになっています。大学病院ではそれに加えて教育や研究までやっている。

ボリュームの多い仕事をするには兵隊さんがたくさん必要です。たくさん症例を経験した医師はできるでしょう。でもハイボリュームセンターでは管理者や指導者若干名のほかは、兵隊でなくなれば仕事はなくなる。組織のヒエラルヒーを組んで管理していかなければいけない以上、管理者・指導者のポストには限りがある。でも容赦なくみんな歳をとり、兵隊ではいられなくなり、階層も上がってこざるを得ず、新しい兵隊が入ってくるのにも対応しなければならない。階層が上がってきたら、一部を残して構成員を外に出さなければならない。成長社会では分家を作る、いわゆるのれん分けをしてしのぐのかもしれませんが、成長社会でなければ成立しません。今や日本社会がそういう状況でないことは状況が証明している通

りです。

ヒエラルヒーのある組織は根本的にそういった弱点を抱えています。公務員の天下りというのもヒエラルヒー組織を維持するための実に有効な手段だった、という考え方もあるわけですが。大学病院の組織も典型です。大学は連携施設である病院の強力な人事権を持って90年台頃までは何とか新しい病院を作るとか、既存の病院に診療科を開設して組織を拡大して、大学の医局という組織を回してきたわけです。

私の経験した医局の組織で良い時代だったと思ったのは、ひとつ世代の古いスタッフたちが周辺の関連施設に部長のポストや何やらにより外に出て、私より少し上の世代が医局のスタッフになったころでした。だいたい1990年台後半でしょうか、若くて元気のいい医局は未来への希望を感じさせるもので、とてもわくわくしました。でもそのメンバーたちが年を重ねてくると、外に異動することもなく、だんだん息の詰まるような場所にかわってきたわけです。新たに外部の魅力的なポストができてこなくなったのもあったかもしれません。同時に若い医師もあまり激務の診療科を選ばなくなってきたので、若い医者も少なくなってきました。そのころは一人前になっていくために、10年目くらいまでは大学と関連施設を行ったり来たりしながらキャリアアップを図ってというのが一般的でしたが、医局の周りにいる医師たちの将来像というものも、それも組織の硬化とともに一部の人間を除いて全く不透明になりました。幸いにまあまあのポストに潜り込めていた一部の人間は別にして、医局の周辺は閉塞感あふれたものになってしまったというわけです。

私はある先輩から、お前は「医局にとって便利な医師」だと言われたことがあります。それなりに大学勤務で求められる最低限の業績も出して、最低限でしたね、ほんとに、そして医局のマネジメントもできて、全体のバランスがある程度取れて、という事実を表現した言葉です。でもその先輩の言葉には、ある程度の評価はしているものの、便利なだけだ、と嫌味・軽蔑が混じっていたのだと思います。

その後、私は医局を抜けて、自分で就職先を選びました。就職先の病院には、医局の立場を利用しながら身につけてきた技術や業績を評価していただいた、というのがあります。停滞した医局に流れを作るには自分が抜けて別のことをやるのが必要だろうと考えたわけです。でも私一人の異動ではそんなに大きな流れになることはなかったもので、教授交替によって必然的に起こる人事ガラガラポンのタイミングを、当事者を除けばみんなが息をひそめて待っているということになったわけです。

要するに、組織を有機的に生かしていくためには、昨日も今日も明日も構成員に同じことをやらせてはいけません。個人の視点からみた時にも継続して同じように仕事をしてはいけません。少しずつ変わっていく必要がある。

いろいろなきっかけがあるとは思いますが、勤務医の中には先の見えない、コントロールできない状況に失望して自ら開業したりする先生も多いのではないかと思います。同じ苦勞をするなら自分でコントロールできることをやりたいというのはよくわかります。

その結果でも、開業医の立場では医師会が帰属先になるのではなく、むしろ出身医局や専門性の方が帰属先としてのよりどころになっていると思いますし、自分の医療機関というのがそれ以上に重要な帰属先になるでしょう。

ここで今回の医師募集の話にも戻ります。

勤務医にとって、医師のキャリアアップのためには大学医局というかつちりとした枠組みのほかに、おおざっぱな行先が決まっている乗り合いバスのように、自由に乗ったり降りたりできるような場が必要だと思ってきました。当センターは、医局からの派遣も多かったものの、脳卒中診療を学ぶ場として全国から人が集まり、緩い枠組みの中でやってきた歴史があります。

勤務医として帰属先をそろそろ変えないといけないと考えている方、将来のことをいろいろ迷っている方には、一時的にキャリアを変えてみることをお勧めします。いったん変更すると、永遠に自分を縛ってしまうことになる帰属先も多いと思います。借金してクリニックを開業というのはなかなかたいへんなことです。皆様には、一時的な帰属先として結構ですので、当センターを各自が自分の思い描く目的で利用できる乗り合いバスのように使っていただきたいと思います。目的地に早くたどりつくために乗る人もいれば、途中で乗り換えをする予定で乗ってくる方、歩くのは疲れたために乗る方、またバスの中で仲間といろいろ話しをしたい方、バスの運転技術を取得したい方、様々だろうと思います。またその目的は途中で変わりうるものでもあります。その中で、仲間としての連帯感や帰属意識を持つこともできます。このバスでの唯一のルールは専門性のタコつぼに入ることなく、乗りあったバスの仲間と交流や調整をしながら楽しくやってほしい、というものです。他分野との協力など、総合的なことができないままに、専門性のタコつぼに入り切って安住していると、仕事はいつまでも切り替えられず、追い詰められてしまいます。

今までは脳神経外科の後期研修医にこのバスを開放してきましたが、これからはもっと経験を積んだ方にも利用してもらえるように、バスを改修して社会の実情にも合致するようにしたというわけです。

帰属先の専門性と仕事をどう変えていくかの話に戻って最後にしたいと思います。

専門性やキャリアにはそれぞれすくなく誇りをもっているものです。しかしその中で専門性に深入りすればするほど、その領域の狭さや、その専門性の中でこの先も引き続き努力していくことに疲れを感じることも多いと思います。またゲームチェンジャーのような技術が出ると全く専門性が吹っ飛んでしまうことも起こります。

私の話をするとすれば、脳卒中の外科治療という 24 時間 365 日スタンバイという気概を持ってやっていました。しかし 50 才を超え体力や集中力の低下などがあり、たまたま東日本大震災の後から、手術を後輩に任せるようにして、メインの仕事を、周囲をサポートする立場に替えたところ、無理なく働くことができました。驚くことにこれまでの専門性の中で培

ってきたものは、知識ではなく、方法論として生かせることがわかりました。例えば手術で学んだことはリスク管理に応用できるといった内容になります。付随して起きた良かったことは、何よりも大きな手術前に見ていた悪い夢を見なくなったことです。早く帰るので不眠になる頻度も減りました。そういったことが起きていかに自分が強いストレスを感じていたかがわかりました。

外科医などで立場の中で古い術式でやっている、老害だなど、年長の外科医を批判する投稿なども目にすることがあります。いささか先輩に対する尊敬が足りないかとも思いますが、技術革新の中、あながち外れではないところもあると思います。私の専門分野も血管内治療に席卷されてしまいました。自分がその分野でまだやっていたとしてもだいぶ苦しかったと思います。

組織や家庭の中で自分の役割は少しずつ変えていくことができます。

専門性を生かしながらも、その専門性を、別の方法で、他の分野に生かしていく。役割を変えていくことで、自分の医師や管理者、指導者として等々の寿命というか自己実現の領域を保持していく。特にこれまで培ってきた能力には、マネジメントやコンダクトなど、総合医的能力が生かせるところがかならずあると思います。

そういったキャリア転換の場としてこの、乗り合いバス、が役に立てるのではと考えています。高級車の乗り心地ではないかもしれませんが、気軽にいろいろな使い方をしていただけるのではと思います。バスが見えたらぜひ手を挙げてください。バスが止まって、ドアが開いたら、まずは乗ってきてください。

病院長 石川 達哉