

昔からの制度を当たり前思わずに変えていけば、医療の世界も変わるかもしれないもう35年も前のことだ。

当時といっても、それが社会一般に当たり前であったのかどうかは自信がないが、ごく局所的な話として聞いてもらいたい。過去の話なので感じ方や記憶の変容による強調が入り込んでいる可能性もあるので、ご容赦いただきたい。

以前のコラムにも書いたことである。

私の所属するマイナーの外科に属する診療科においては、大学病院では病棟班という卒業6年目未満の専門医取得前の研修医チームが入院患者を受け持っており、朝早くからかどろは忘れたが、少なくとも毎日22時を過ぎるころまでは働いていた。日曜は少しゆっくりできたが、土曜はまだ半ドンだったし、毎日毎日メリハリ無くただだと、働いていた。どんな仕事があったかと聞かれると、回診、新患の問診・診察所見のチェック、そしてカルテ記入、胃管交換、気管カニューレ交換、手術創などの処置、手術の助手、手術の外回り、対診依頼の手紙書き、教授回診でのプレゼンのための準備、看護師にいわれるままに処方対応、たまに違う看護師から頼まれるままに対応するものだから、下痢の薬と便秘の薬が同一患者に同時に処方されることもあった、点滴ルート採り、採血、BSTの学生の相手、面倒くさいので適当にやる、学生の方も面倒くさいだろう、夕食の出前の調整や電話、命の綱としてこれは大事、髄液検査の検鏡、臨時でとった放射線フィルム回収、レポートの回収、医薬品メーカーのMRさんとの対応。手術は長いものが多かったので、特に定期の大きな手術がある水曜日は、帰宅は日付が変わることもざらであった。手術のない日でも午後8時前に終われば早すぎてびっくりするくらいであった。

昨今いわれている働き方改革では十分問題になるもので、確実に時間外200時間以上は働いていたと思う。しかし文句を言っても「君たちは勉強中の身だよ。ありがたいと思いなさい」と言われて、今でいう「自己研鑽の」マジックのようにして消し去られていた。当時はそういう働き方で医者が高まっていくと信じられたし、みんながそれを当たり前だと思っていたので、自分の中で認知的不協和を何とか処理が出来ていたのかもしれない。

どこの大学も同じようではないだろうとは思いながらも断定的に書く。許してほしい。

若い医者が入院病棟でひたすら仕事をしてきた時、それではベテランの年長の医者(助手とか講師などのスタッフドクター)は何をやっていたか。スタッフドクターはスーパーチーフという名前でスーパーバイザーとして病棟を半年に一回くらいの割合で受け持ち、若い医者の相談役をする。でも病棟と一緒に仕事をするわけではない。週に何回かは一日の締め回診に参加したりするのではあるが。

それ以外でスタッフドクターは大学で外来をし、手術をし、時には研究や教育をしている。

それ以外の時間は、よその病院で外勤バイト、つまり外来、手術をしたり、当直をしたり、お金を稼ぐ。つまりスタッフドクターの収入や技術向上やいろいろなものは、この研修医たちの、スタッフドクターの本拠であるべき大学病院において、努力の上に成立していたわけである。その辺のからくりは自分がスタッフドクターになってからはじめてわかったことであるのだが。当然ながら研修医の方が大学病院から支給される報酬ははるかに安い。この仕組みは不穏な言葉でいえば「搾取」といえるかもしれない。または「出世払い」、あるいは「教育的配慮」といえるかもしれない。でも自分がその立場になると、搾取しているつもりはさらさらしない。立場はまわりまわるんだよと。今考えるとそれがあたり前の時代であったと思うしかないのだが、そういう「昭和的」システムにのっかかって、みんなが支えられていたということである。時代はずいぶん変わったが、何ともできずにまだ仕組みとして残っている部分もあるようだ。

もっと明らかな搾取の話をする。そのころの大学病院の当直の話である。

入院病棟に泊まり込むのは研修医であって、役割上当然のことだと思っていた。

ただ当直はスタッフの役付きの医師（助教、講師、それ以上）にも名目的に割り振られていて、そのスタッフドクターは実際に当直をしていないのにもかわからず、ちゃっかり当直料はもらっていたらしい、とあとで知った。

法律にも抵触するだろうし、現在なら大問題になることであるが、その当時はそれで当たり前で、何か問題ありますか、という感じだった。事実自体はもう時効になっている。これが是正されたのは仲間内からの労基署への「たれこみ」であったそうで、残念なことに私がスタッフドクターになる前であった。結果としてうまい汁は吸えなくなり、しかも応分に当直の義務が発生して、年を取ってから大学で夜間の泊まり込みの負担が追加された。当然生活のために外の病院での当直はやめるわけにはいかない。週に数回泊まって、運が悪ければ急患に対応して、眠れないままに次の日に向かうのである。みんなそれが当たり前で、そうするのが普通と思っていた。外の情報は入ってこなかったから、内輪のルールはクマ牧場のクマのように安全に守られていた。

しかし、そのルールがある日崩壊してしまう。運のない世代は若いうちは搾取されるが、年を取ったら搾取ができなくなっている。そんな変化がこの30年でいろいろあったし、いくつかにおいては私も運のない世代に属していた。

そもそも大学のスタッフドクターは優秀で技術も優れた人が集まっている。その医師が外の病院に出て仕事をする。市中病院に診療を指導すると言えば聞こえはいいが、もちろん指導が主たる目的ではなく、稼ぐことである。なぜなら大学の給料だけで、医師としての生活を維持するのは大変だからだ。それは大学病院の給料が極めて貧弱なことに起因する。

もちろん最低限度の暮らしをするのであれば、何とかなる額かもしれない。でも、医者は大学以外でもらっている給料での暮らしを知っているのに、大学に来た時だけつましい暮らしはできなくなっている。奥さん、家族はなおさらそうであろう。大学と一般病院や、

開業した時の報酬に差がありすぎるのだ。

大学の給料では生活水準が保てないから、市中病院で診療の手伝いをする。市中病院はそれによって患者を集め、診療報酬を取り、手伝ってくれたドクターに報酬を支払う。市中病院は人手が不足しているから、手伝ってもらうことで大きな恩恵を得ることができる、当直をしてもらわないと、一般病院では常勤医の医師の負担が大きくなりすぎる。

こうした苦し紛れではあるが、力を持っている側同志のウィンウィンの構図が、大学を中心とした関連病院支配や、医師の激務の構造的な要因となり、しかも大学病院の給与の構造的欠陥に手を付けない、などの怠慢や利権構造を生み出し、現状に至っていると言えいえる。若い医師は診療技術に劣るので、スタッフドクターにあるような外来や手術の需要が来ないため、当直をして稼ぐしかない。寝当直と呼ばれる、コールが無い当直ならまだしも、2次救急を受け持っている病院の当直は大変である。朝まで一睡もできず、大学病院に戻ることもざらにある。若いうちなら無理も効くけど、40歳になるとこういった働き方では心身ともに傷つけることになってしまう。寝当直と呼ばれる急患が来ない当直でも、枕が変わってしまうと、睡眠の質が低下し、それだけでも酷である。科学的にも夜間の勤務は健康に対して害であることは証明されている。

正直に言うけれど、私もある年齢頃から当直は身体にこたえるようになった。睡眠障害を引き起こすのだ。勤務医をやめてクリニックを開業する多くの先生も、病院に勤務する医者として負担しなければならない当直という義務をやりたくないからだろうと思っている。

多くの医師がいる大病院なら当直も月 1-2 回でおさえられるが、医師数の少ない中小病院でも同じように当直の義務はあり、月 5-6 回、土日もという、考えただけで頭がぐらくらすような状況になる。というわけで中小病院を中心に外部の医者に当直をアウトソーシングする、バイトを募集するということになるわけである。報酬が高く、呼ばれず、飯がうまい、というのがバイトの人気を左右することになる。昔は家族のために毎週 3 日連続で当直をしている同僚もいた。なお採用に関するコラムなので書いておくが、当センターではきちんと仕事をした人に、それなりのお金を払っている。高いか安いと感じるのは人によるだろうけど。

ここからは実現は難しいが、もし変わったらなあ、と思うことを書く。規制を厳しくするなら技術の進歩を利用して、緩和するところだってあってしかるべきだろう。

宣伝に加担する気はないがオンライン診療を利用して救急外来の一部をファストドクター[®]というシステムに、お金を払いさえすれば、置き換えることができますよという事業の紹介がきていた。この時代、医療 DX を利用していろいろな改革ができると思う。病院における当直の義務も医師法で昔から存在するのだが、この働き方改革の時代においては、現実的な対応を見直せばいろんなことがうまく回ると思うのだ。IT どころか電話も貴重だった時期から存在する法律に、相変わらず縛られているのもおかしい話だ。

入院患者の処置は電話やクラウドでの電子カルテ操作で事足りるし、ビデオ通話により映

像で患者の状態も確認できる。急患の初動対応は看護師や救急救命士にタスクシフトできる。その間に医師が駆けつけるようにしておけばいい。急患が来ない病院であればそういった対応すら必要はない。病院における看取りも電子的に行って、朝に確認でもいいだろう。医療 DX というのだから、遠隔医療でつなげば何とかなる。もちろん救急外来に患者がひっきりなしに訪れるようなところは別である。でもそれは当直とは言わない。時間外勤務だ。この医師の時間外勤務を要するような病院は、施設を集約化して人手を集めるしかない。いやならファストドクター®を使ってもいい。

繰り返すけど、そんなに急患の来ず、時間外勤務となる業務の発生しない病院では、病院内に救急対応ができる医療職（訓練を受けた看護師、救急救命士、など）がいる、遠隔医療を利用して医師に判断を仰げる、医師がそれなりの時間内で駆けつけることができる、という前提で、遠隔医療ができる状態を作れば当直をしていると同じと評価してはどうだろうか。医師が病院内に常駐しないことに不安はあるかもしれないが、救急対応のできない医師やマイナーの診療科の医師が病院当直をしていることもある。それほど悪いことではないのではないか。当直は院長代理として管理責任者になるので、その枠割については議論すべきかもしれないけど、その役割が必要となるのは火事や災害などの緊急事態の時くらいだ。普通の病院での当直がそのように柔軟化すれば、普通の病院に勤務する医師の負担が減る。普通の病院の当直料の負担が減る。特に大学の先生に来てもらうのに払っていた支出が減る。大学病院の先生は食えなくなるので、大学病院から普通の病院への医師の異動が起こり、偏在が解消される。大学病院は給与体制の見直しを迫られることとなり、一般病院と同じ水準の給与を受け取れるようになる。いいことばかりだ。強い動機となるので、医療 DX もどんどん進むと思うのだが。

余談だが、動物園に当直職員というのがいるのかどうか気になっている。猛獣のいる動物園だ。夜行性の動物も多い。監視は夜間には十分に行き届いているのだろうか。動物たちが暴動を起こす相談はしていないか、眠らずに聞き耳を立てているにんげんはいないのか。動物たちはひっそりとサバンナの夢を見ているだけではないだろう。瞳はきっぱりと輝いている。

うむ、かっこよくおわれたぞ。