

第4章 医師システムの面から長時間・過重労働の要因を探る

第1章から第3章までの分析を通じて確認してきたように、勤務医の場合の労働実態に見られる顕著な傾向として、医師の長時間・過重労働は明らかである。しかし、その要因の検討に際しては、2006年の厚生労働省の「医師の需給に関する検討会報告書」²¹⁹をはじめとして、医師の絶対数の不足や、地域の偏在、診療科の偏在などマクロの視点からの議論が多数を占めている。しかし、市場経済を旨としている経済社会において、地域の偏在や、診療科の偏在は、医師に任せられる当然の権利であって、その選択は自由であるといえる。少なくとも、医師の需給の問題において、過去に医師不足といわれた時代も、医師過剰といわれた時代においてさえも、地域の偏在は解消されていない²²⁰。また、診療科の偏在においても、ここにきて急にはじまったわけではなく、既に1990年代からはじまっていたと指摘されている²²¹。

医師不足と偏在の問題を議論する際に、女性医師の問題を取り上げる者もいるが、女性が医師を目指すことも、好きな診療科を選択することもまた同様に、当然の権利といえる。

また、上記、2006年の厚生労働省の報告では、1週間の労働時間を48時間までに短縮するとして必要医師数を計算するなど²²²、第三者的見地に立てば甚だ滑稽ともいえる議論も産出されている。実際、その報告で需給予測を担当した長谷川は、その後の2011年1月28日に開催された、文部科学省の「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」の第2回会議において、医師の重要予測をすべきではなかったと反省の弁を述べているぐらいである²²³。

このように、医師数の過不足や、偏在に関しては、長期的な観点で把握するならば、回避することが出来ない現実であるといえるかもしれない。なぜならば、日本の経済の仕組みは市場経済 (market economy) であって、中央政府による統制経済 (center-controlled economy) ではないからである。過疎地域に医師が不足しているからと言って、国家権力をもって医師を派遣することはできないし、小児科に医師が不足しているからと言って、国家権力をもって医師に対して小児科医に転換することを強制することができないからであ

²¹⁹ 厚生労働省(2006)「医師の需給に関する検討会報告書」2006年8月、参照。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/d1/s0728-9c.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

²²⁰ 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書31頁参照。; 堀真奈美、印南一路(2011)「社会環境の変化と医療提供体制歴史的変遷」『H22年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業』H22-政策-一般-016、41頁参照。

²²¹ 小坂橋律子(2014)「臨床研修制度で医療は前進したかー産婦人科・小児科・外科の医師は増えたのか」『日経メディカル』2014年4月14日、
<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t218/201404/535897.html>, (2015/12/20 アクセス) 参照。

²²² 厚生労働省(2006)、前掲書15頁参照。

²²³ 橋本佳子(2011)『『医師の需要予測をすべきでなかった』、長谷川・日医大教授 Vol. 2』『m3.com 医療維新』2011年1月29日、<https://www.m3.com/news/iryoshin/131744>, (2015/12/15 アクセス)、参照。

る。市場経済において医師の偏在を解消するケインズ政策的な対応としては、例えば、過疎地域に赴任し医療労働に従事する開業医に対しては、高価な医療設備や医療機器を取り揃える必要性を十部に考慮し、厚生労働政策の一環として開業資金の支援体制を整えるとか、所得税率面での負担感を軽減するための措置をとるとかというような、経済的なメリットを付与するという方法が想定できる。いわば、政策誘導という措置をとることである。しかし、「市場の原理」に委ねることが最善の国家政策であるとみなす、歴代政府の医療政策が継続されるかぎり、およそ期待することそれ自身がとうてい無理であるといわざるをえない。「過疎地に住んでいる住民が悪い」「子供を産みたいという妊産婦が悪い」と言われかねない現実は、自己責任と自助努力だけを強調する歴代政府の産物である。

今日では国家による医療政策に頼らず、いわば自助努力で医師の偏在という現実には挑戦する医療機関も登場するようになった。千葉県鴨川市の亀田総合病院²²⁴や長野県茅野市の諏訪中央病院²²⁵などのように、へき地であっても全国から医師が集まる病院はいくつも存在する。これらの病院は、医師から選ばれるような努力をしている病院であって、医師の長時間・過重労働の改善を図るにあたっては、病院自体が雇用環境の改善に取り組みなければ、ただいたずらに医師を増やしたからといって、改善できる問題ではない。このような観点から、医療システム面を検討するにあたって、単なる医師数の増大や、医師の偏在等に関しては、本稿では取り上げないこととする。

本章では、第 1 に、今まで、ほとんど触れられてこなかった病院における標準医師数の問題を取り上げ、医療法で規定されている人員配置標準と労務管理上の配置数を検討する。第 2 に、行政主導の医療システムとは言えないが、医師の供給面から日本の医療の大きな特徴である医局講座制を取り上げその問題点を探るとともに、それと密接な関係にある研修制度を確認する。第 3 に、医療施設供給の面からその機能分化を取り上げるとともに、その問題と関連して患者の受療動向とかかりつけ医制度を確認する。いずれも日本の大きな特徴であるとともに、勤務医に長時間・過重労働をもたらす大きな要因であることを確認する。

第1節 医師の人員配置数から見た問題点

1. 医師数からみた労働負荷の諸外国との比較

実は、日本には、医療法に規定された人員配置標準がある。これは、病院にのみ規定されているものであるが、病床及び外来患者数あたりの標準となる医師数が規定されている。その詳細は後述べるが、ここでは、その標準数が果たして適正とどういうのかどうかを考えるために、まずは、医師 1 人に対する労働負荷として見た場合の、1 日の受診担当回数

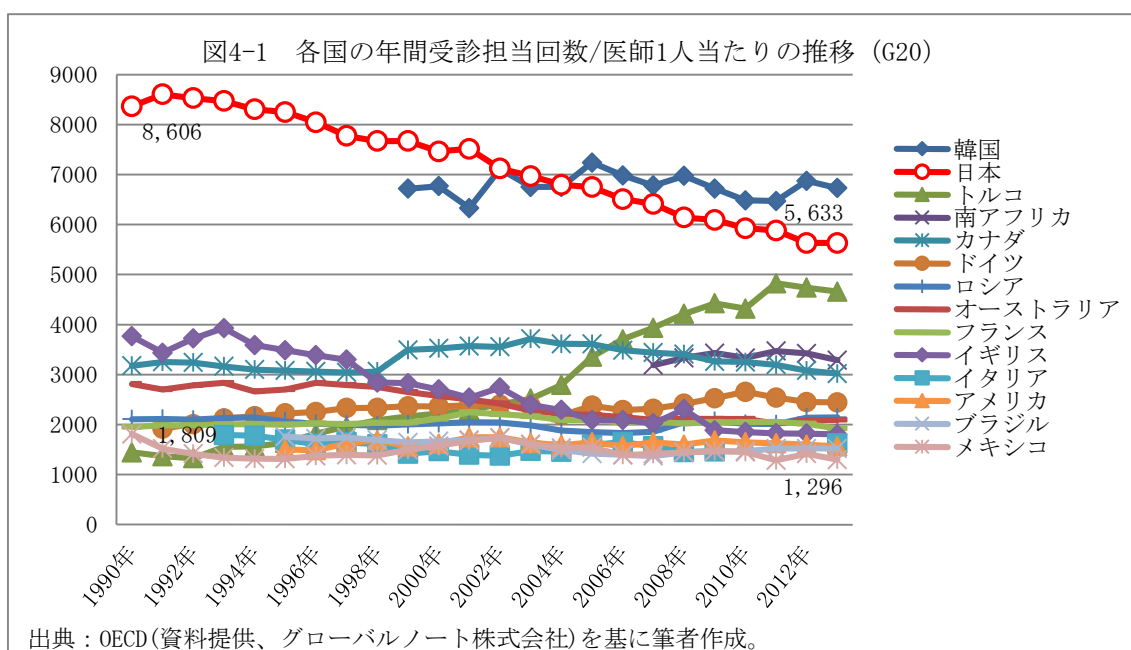
²²⁴ 亀田総合病院 (HP)、<http://www.kameda.com/ja/general/> (2015/01/05 アクセス)、参照。

²²⁵ 諏訪中央病院 (HP)、<http://www.suwachuo.jp/> (2015/01/05 アクセス)、参照。

と、担当病床数を諸外国との比較の上で確認しておく。

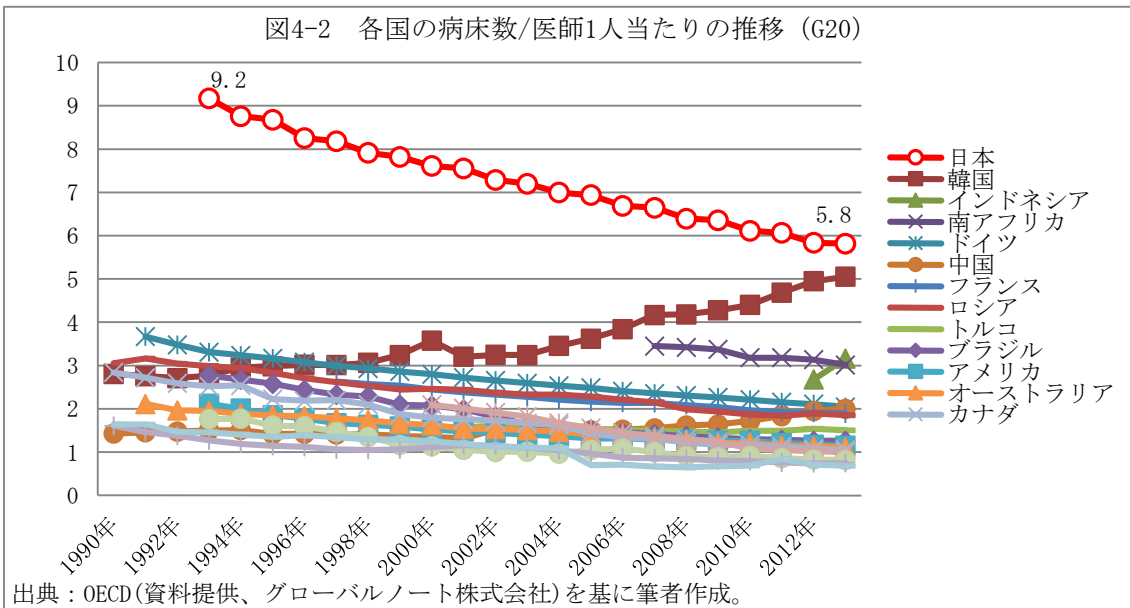
日本は、病院・診療所の区別なく、基本的に自由に医療機関を選択できるフリーアクセスであり、国民皆保険の達成によって、いわば、いつでもどこでも誰でも医療機関を受診することが可能である。そして、このことが、諸外国に比べて突出して高い外来受診回数を引き起こしていると考えられている。そこで、医師 1 人当たりが、どの程度の患者を担当しているかを確認するために、OECD の医師数のデータと患者 1 人当りの年間外来受診回数、及び病床数のデータから、医師 1 人当たりの担当受診回数と、担当病床数を割り出して、諸外国と比較してみた。

医師 1 人当たりの担当受診回数では、図 (4-1) の通り、日本の医師は、年間に 5633 回、1 日にあたり 15.6 回の外来受診を担当していることとなる。1991 年の 8606 回から比べれば約 2/3 に低下しているとはいえ、10 万人当たり医師数が比較的近い、カナダ (3020 回、1 日当たり 7.7 回) の約 2 倍、アメリカ (1563 回、1 日当たり 4 回) の約 3.9 倍、メキシコの (1296 回、1 日当たり 3.6 回) 約 4.3 倍となっており、1 人の医師が診る患者数が、異常に多いことがわかる。3 時間待って 3 分診療と言われる所以である。



外来受診数と並んで、日本に特徴的なのは、病床数が非常に多いことでもある。各国の医療制度が大きく異なっており、長期療養施設の病床数が含まれていない国もあるなど、一概には言えないが、これを、医師 1 人当たりの病床数でみると、図 (4-2) の通り、日本の医師一人当たりの担当病床数は 5.8 床となっている。医師数が増加し、病床数が減ってきたとはいえ、カナダ (1.1 床) の約 5.3 倍、アメリカ (1.1 床) も同様に約 5.3 倍となっている。つまり、単純に考えた場合、1 人の医師が 5 倍もの病床を抱えて労働している

ことになる。



このようにマクロのデータであるとはいえ、日本の医師は諸外国に比べて1人当たりの受診担当数と、入院病床担当数が突出して高いことが分かる。厚生労働省は、長い間医師不足の問題は偏在にありとして、2006年に医学部の定員数の増大に踏みきるまでは、医師は充足しているとの見解を示してきた。それはともかく、医師1人にかかる労働負荷は、諸外国に比べてかなり高いといえる。

ここでは、医師が担当する患者数や、病床数について、諸外国との比較を取り上げたが、先ほど冒頭で述べたように、日本の医療制度においては、医療法第21条²²⁶及び医療法施工規則第19条²²⁷に、医師の人員配置標準が定められている。この人員配置標準は、適正な医療を実施するためには一定水準以上の人員を確保する必要があることから、医療法において、病院及び療養病床を有する診療所において有すべき人員の「標準」として示されている²²⁸。そこで、次に、人員配置標準について確認することとする。

2. 医師の人員配置基準と労務管理からみた配置数

1948年、医療法制定時に人員配置標準は規定されている。その後、1958年には、特殊病院（精神病院、結核病院）における配置標準の制定がなされ、1983年には、特例許可老人

²²⁶ 医療法、前掲参照。

²²⁷ 医療法施工規則、前掲参照。

²²⁸ 厚生労働省(2007b)「第5回医療施設体系のあり方に関する検討会資料2、『医療法に基づく人員配置標準について』」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/d1/s0323-9b.pdf>, (2015/01/05 アクセス)、参照。

病院における配置標準の制定が規定されている。1992年の第2次医療法改正においては、特定機能病院制度及び療養型病床群の導入に伴って配置標準の制定が行われ、2000年の第4次医療法改正では、一般病床、療養病床の創設に伴う配置標準の制定がなされている²²⁹。

このように医療法の改正に伴い、若干の見直しがなされてきたが、基本的な人員配置標準は、1948年に制定されたままとなっている。また、その際にどのような基準で制定されたかについては不明であるが、医師1人が適正な診療を行える1日の患者数を入院患者のみでは16人、外来患者のみでは40人と算定し、GHQの下で決定されたとされている²³⁰。

また、ここでいう標準については、以下のように規定されている。①人員配置標準を満たさない場合でも、患者の傷病の程度、医療従事者間の連携等により、望ましい一定の医療水準を確保することが十分可能な場合もあり、最低基準ではなく、「標準」とされている。しかし、②「標準」であっても、標準数を満たさない(標欠)医療機関は医療法違反となる。更に、③診療報酬では、医療法における人員配置標準を踏まえ、手厚い配置であれば加算、標準を下回る配置であれば減算されるなどの経済的評価が行われている²³¹。具体的には、医療法施工規則第19条に基づく必要な医師数の算定式は、表(4-1)の通りとなっている。これを入院患者のみで考えると、52人までは、3人の医師が必要であり、病院を開設した場合は、最低3人の医師が必要となる。また、52人を超えると16人の患者に対して医師1人が必要となる。

表 4-1 一般病院において必要な医師数に係る算定式

精神病床及び 療養病床の患者数	+	精神病床及び療養病床 以外の患者数	+	外来患者数	=	A
3				2.5		

(1) Aが、52までは、3人

(2) Aが、52を超える場合は、(A-52)/16+3人

出典：厚生労働省(2005b)「第2回医師の需給に関する検討会資料1、『医師の配置標準について』」、2005年3月11日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html>、(2015/01/05アクセス)、を基に筆者作成。

また、病床ごとの標準は、表(4-2)の通りとなっており、療養病床では、48人の患者に医師1人が必要となる。

²²⁹ 厚生労働省(2007b)、同上書参照。

²³⁰ 厚生労働省(2010a)「医療法上の病院医師の配置標準について(日本医師会・四病院団体協議会案)」横倉委員提出資料①、社会保障審議会医療部会、7~8頁参照。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xp9o-att/2r9852000000xpd9.pdf>、(2015/01/05アクセス)

²³¹ 厚生労働省(2007b)、前掲書参照。

表 4-2 病院における医師の配置標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床	
定義	精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症、及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床	
			内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する 100 床以上の病院並びに大学附属病院	左記以外の病院			
人員配置標準		医師					
患者数対	入院	16 : 1	48 : 1	16 : 1	48 : 1	16 : 1	16 : 1
	外来	40 : 1 (耳鼻咽喉科、眼科は 80 : 1)					

※1：患者数は歯科関係の患者は除く。※2：Aに小数点以下の端数が生じる場合には、端数処理は行わない。※3：療養病床が全病床数の50%を超える病院については、別途算定式を規定。

※4：結核病症については、旧医療法第21条第1項ただし書の規定により、都道府県知事の許可を受けていた結核病床に置くべき医師数については経過措置が規定されており、2006年2月28日までの間は「40：1」とされている。

出典：厚生労働省(2005b)「第2回医師の需給に関する検討会資料1、『医師の配置標準について』」、2005年3月11日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html>, (2015/01/05 アクセス)

このように、病院に関しては、標準医師数が定められていたが、以前は、標準医師数をクリアできる病院が少なく、問題視されていた。特に2002年の北海道での名義貸し事件に端を発し、2003年9月には、文部科学省が調査を行っており、全国の大学に波及する大きな問題となった²³²。実は、名義貸し事件の前からも、標欠病院²³³に関しては問題となっており、現在では、都道府県知事等が、厚生労働省医政局の「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、毎年度、立ち入り検査を実施している。その検査の目的は、病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ適正な管理を行っているか否かについて確認することにある²³⁴。

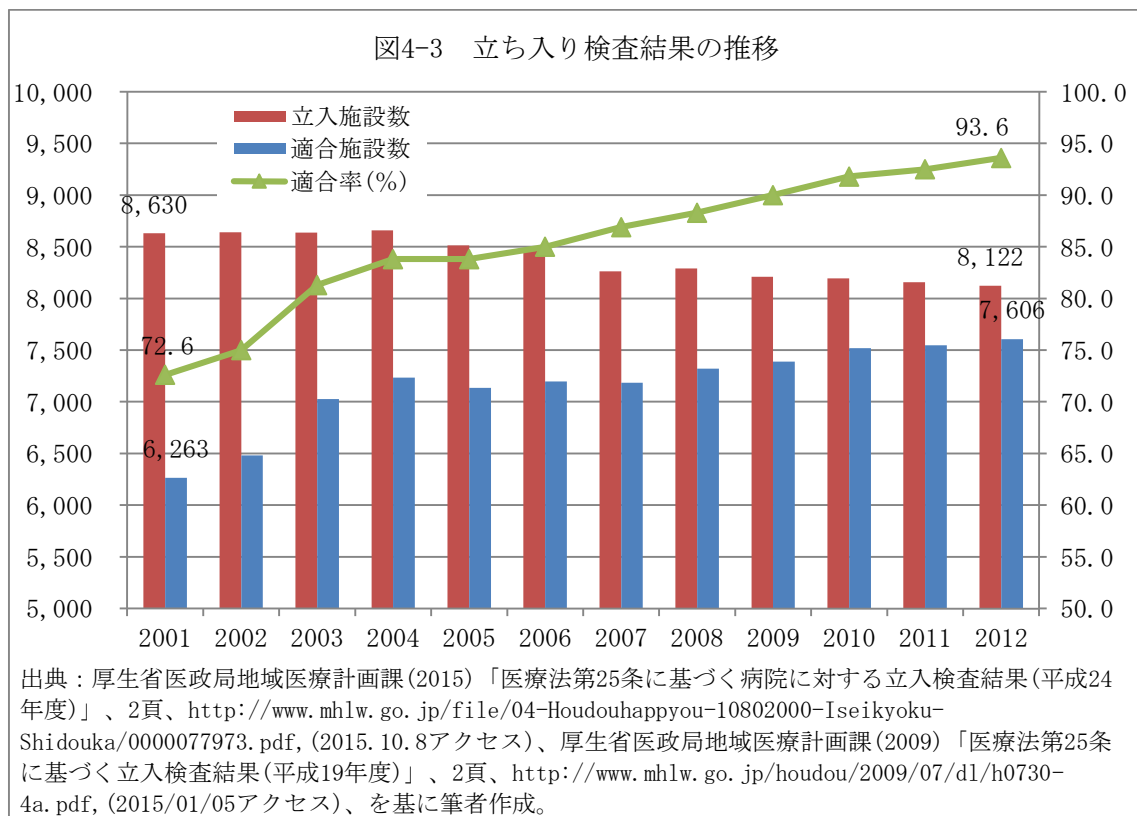
図(4-3)の通り、2012年度の立ち入り病院数は、8122施設(病院総数は、8567)で、その実施率は94.8%、そのなかで、標準医師数を満たしている病院の適合率は7606施設で、

²³² 厚生労働省(2005a)「第1回医師の需給に関する検討会資料3、『医師の需給に関する資料18、国公立大学における医師の名義貸し等の実態調査結果について』」、2005年2月25日、参照。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/d1/s0225-4c18.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

²³³ 標欠病院とは、標準数を満たさない病院をいう。

²³⁴ 厚生労働省医政局(2014)「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」、参照。http://www.pref.mie.lg.jp/NHOKEN/HP/sinsei/26tenpu/H26_youkou.pdf, (2015/10/08 アクセス)

93.6%の病院が配置標準に適合しており、2001年より一貫して年々改善していることがわかる。



標準数に対する配置状況を見ると、表(4-3)の通り、標準を50%も上回っている施設が、36.0%あることがわかる。この検査では、非常勤等の医師に対するカウント方法も示されており、都道府県等が立ち入り検査をしていることから考えて、配置状況に関する数字は正確と思われる。もし、この人員配置標準が適正だとすればほとんどすべての病院が適合しているのであって、長時間労働はないものと断定することも可能である。しかし、先ほど諸外国との比較をしたように、日本は、1人当りの担当患者数も病床数も突出して高いこと考えあわせるならば、更には、第2章で確認したような医師の労働実態からみれば、この標準数自体に問題があることは明らかであるように思われる。かりに標準を超えていたとしても、労働環境が整っているとはとてもいえる状況にはないことがわかる。逆に、標準医師数を50%以上上回っているところを基準と考えるならば、7割もの病院は、労働環境が整っていないということになる。

表 4-3 医師標準数に対する配置状況

2012 年度	立入 検査 施設数	100%	100%	110%	120%	130%	140%	150%
		未満	～110%	～120%	～130%	～140%	～150%	以上
			未満	未満	未満	未満	未満	
施設数	8,122	516	1,000	1,004	1,055	940	681	2,926
比率		6.4%	12.3%	12.4%	13.0%	11.6%	8.4%	36.0%

出典：厚生省医政局地域医療計画課(2015)「医療法第 25 条に基づく病院に対する立入検査結果(平成 24 年度)」、5 頁。

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000077973.pdf>,
(2015.10.8 アクセス)

これまで確認してきたように、医療法で規定されている人員配置標準に対して、医師数は、充足してきているように見えるが、この規定が制定されてから 60 年以上もたっているのである。標準を満たしているからといって、医師数は十分充足しており、長時間労働等は、起きないと言い切れるものではないであろう。医師の長時間・過重労働の議論にあつて、医師不足、医師の偏在を唱えているもののなかに、人員配置標準について言及しているものは、筆者がみるかぎりほとんどない。それとは別にしても、人員配置標準に関しては、今までほとんど本格的に議論されてこなかったといえる。わずかに、厚生労働省の「第 5 回医療施設体系のあり方に関する検討会」²³⁵での議論や、日本医師会・四病院団体協議会が提示した「医療法上の病院医師の配置標準について(日本医師会・四病院団体協議会案)」²³⁶の議論などがあるが、とても具体的な議論とはいえず、各委員等の意見を聞いている程度となっていると考えられる。

第 2 章の宿日直許可の項でも問題視してきたように、今や半数の病院が救急指定を受けている²³⁷。救急医療において、宿日直は当然必要な業務となっているが、1948 年当時からは、想像がつかない状況であることは、確かであろう。これ 1 つをとっても、人員配置標準は、陳腐化しているということがいえる。長時間・過重労働の軽減の観点からいえば、標準人員を設定する必要があるかどうかはともかく、少なくとも 24 時間救急医療を行う医療機関については、その診療科ごとの人員数に関して、物理的な意味でも規定する必要があるのではないだろうか。

そこで、現在のように規定がないのであれば、救急医療を行うための人員数について、労務管理の観点から、中央社会保健医療協議会総会 188 回で病院医療従事者の負担軽減に取り組んでいる病院として取り上げられた藤沢市民病院を題材に検討してみる。藤沢市民

²³⁵ 厚生労働省(2007b)、前掲書参照。

²³⁶ 厚生労働省(2010a)、前掲書参照。

²³⁷ 厚生労働省(2011)「資料 2、『救命救急センター及び二次救急医療機関の現状』」、参照。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002xuhe-att/2r9852000002xuo0.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

病院では、2000年より、小児救急医療を行っているが、早くも2002年には、交替勤務制を導入している。2009年当時は、小児科医師13名（一般小児科7名、NICU4名、交替制勤務2名）で体制を組んでいるが、表（4-4）の通り2名が1ヶ月間夜間外来に専念しており、その医師たちは、昼間の一般外来や病棟の受け持ちは免除となっている。基本的にA、B、2人の医師で準夜間である16時30分から開始し、翌朝の9時までの16時間30分を担当する。2人では全てを担当しえないため、3人の医師が、残りを分担している²³⁸。

表 4-4 宿日直のイメージ図

救急外来	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
昼	C						D
準夜間	A	B	A	B	A	B	E
夜間	A	B	A	B	A	B	E

※医師A、Bは、週3回の準夜・夜間勤務（16：30～翌朝9：00）

※土曜・日曜の昼、土曜の準夜間・夜間は、医師（C、D、E）が担当

出典：中央社会保険医療協議会総会第188回「病院医療従事者の負担軽減について（参考資料）」中医協 総-5-2、2011年3月2日、

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136yg-att/2r98520000013io6.pdf>, (2015/01/05 アクセス)、を参照し筆者修正。

更に、この資料と、現在の藤沢市民病院の外来担当表から、総労働時間を算定することによって、必要な医師数を検討してみたい。藤沢市民病院の小児科外来担当表から確認するならば、月曜日から金曜日までで述べ32名の医師が、外来を担当している。つまり、平均すると1日5名の医師が外来を担当し配置されていることとなる²³⁹。2009年と現在の時間的相違はあるが、ここでは、現在でも準夜、夜間の体制を1名でこなしていると想定し、話を進めたい。昼の時間帯の労働時間を8時間とし、準夜・夜間は、表（4-4）の通り、16：30～9：00として、計算をすると総労働時間は、表（4-5）の通り317.5時間となる。これを法定労働時間の8時間で割ると、約8.3名となる。休憩時間等を考慮しない単純な計算であるが、物理的には、最低でも8名の医師がいなければ、このシフトは組めないことになる。

²³⁸ 中央社会保険医療協議会総会第188回(2011)、「病院医療従事者の負担軽減について（参考資料）」中医協 総-5-2、2011年3月2日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136yg-att/2r98520000013io6.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

²³⁹ 藤沢市民病院（HP）、こども診療センター「外来予定表」、

<http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/hospital/section/depts/pediatrics/introduction.html>, (2015/01/05 アクセス)、参照。

表 4-5 コマ数から見た労働時間

救急外来	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	コマ数	労働時間
昼	1	5	5	5	5	5	1	27	216
準夜・夜	1	1	1	1	1	1	1	7	115.5
								34	331.5

出典：西脇和彦（2014）「第7回全国医師連盟集会講演資料、勤務医の労働環境は改善可能か」を参考に、藤沢市民病院に当てはめて筆者が作成。

これと同様に、平日の昼間のコマ数を最低数（外来担当1名、病棟担当1名）にして計算をすると、表（4-6）の通り、総労働時間は、211.5時間となり、これを、同様に法定時間で割ると、約5.3名となる。

表 4-6 コマ数から見た労働時間

救急外来	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	コマ数	労働時間
昼	1	2	2	2	2	2	1	12	96
準夜・夜	1	1	1	1	1	1	1	7	115.5
								19	211.5

出典：西脇和彦（2014）「第7回全国医師連盟集会講演資料、勤務医の労働環境は改善可能か」を参考に、筆者が作成。

このように、単純な計算ではあるが、現在の24時間365日体制を考えると、1人、2人の体制の診療科では、当然ながら、救急医療体制を組むことは不可能であり、最低5名の医師がいなければ、医師に過酷な負担を与えることは必定となる。したがって、現在、非常に労働環境が過酷といわれる、救急科、外科、産婦人科、小児科などにあっては、人員をそろえるためには、集約化をして医師を集めるか、外来を縮小して負担を減らすかなどの措置が必要と考えられる。

このように考えた場合、医師の労働環境を守る意味でも、救急指定の許可に際しては、先ほどの人員配置標準とは別に、診療科ごとに最低医師数などの基準を決めるなどの対応が必要となる。しかし、行政側が、基準となる人数を決めていない現状では、病院内の労務管理上の対応が必要であろう。第2章第2節で示した奈良県立奈良病院の例でもわかる通り、ほとんどの病院において勤務シフトは、診療科内で決めている。つまり、人事労務を担当する部署は、労務管理上、介入できていないことになるが、どの施設基準を選択するかの際に、上記のような人員数の検討を行い診療部門に対して労務管理上の介入をすることが重要であると考えられる。

さて、次に医師の人員確保を考える上から、行政主導のシステムではないが、日本の医

師供給システムとしての大きな特徴である医局講座制について確認してみる。

第2節 医師の確保面での問題を探る

ここでは、日本の医師の労働市場がどのように形成されてくるかに関して、まずは、医局講座制と密接に関連する研修医制度から確認する。

1. 医師の研修制度と労働市場の形成

医師は、医学部を卒業後、医師国家試験に合格し、医師免許取得した後、指導医の下、知識や技能の習得のため大学病院や、臨床研修病院で臨床研修を受ける。

医師の研修システムは、1946年の実地修練制度（いわゆるインターン制度）に始まる。当時は、大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、卒業後1年以上の診療及びに公衆に関する実地修練を行うこととされた²⁴⁰。しかし、ここでの問題は、インターン生の本来の目的である医学修練ではなく、病院の人手不足をカバーするものとしての無給の貴重な労働力として、医療の現場で活用されてきたことにあった²⁴¹。このインターン制度は、大学は卒業しているものの、医師としての身分が確立していないなかで、経済的な負担を課すものであり、医学生や研修医の反発を呼び学園闘争へと拡大して1968年に廃止となる²⁴²。

同年、医師法の改正により、臨床研修制度が創設され、大学の医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得した後も2年以上の研修を行うように研修が努力義務化される。その後、1980年には、ローテート方式（内科系、外科系、救急診療部門のうち2つ以上の診療科を研修する）が、1985年には、総合診療方式（内科系、外科系、小児科、救急診療部門を研修する）が導入されている。このように、従来、医師免許取得後の医師は、知識や技能の習得のためベテランの医師の指導の下、臨床経験を積む仕組みとなっていた。

2004年度までは努力義務であったが大半の医師は臨床研修を受けていた。その際、研修医の多くは大学病院に所属して大学病院が提供する研修プログラムを受けるが、大学の医学部には、専門分野ごとに教授を頂点とした医局とよばれる組織があり、研修を希望する医師はその医局に入局することになる²⁴³。

従来から研修医の多くは、大学病院で臨床研修を受けていたが、いくつかの問題点が指摘されている。第1に、医局は細分化されているため研修初期の段階から専門診療科に偏った教育がなされること、第2に、大学は基本的に研究機関であり、臨床よりも研究を重

²⁴⁰ 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。

²⁴¹ 川上武(1961)『日本の医者』勁草書房、295頁参照。

²⁴² 堀籠崇(2010)「実地修練(インターン)制度に関する研究—新臨床研修制度に与える示唆—」『医療と社会』Vol. 20No. 3、246頁参照。

²⁴³ 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。