

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<sup>240</sup>。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<sup>241</sup>。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<sup>242</sup>。

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<sup>243</sup>。

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

<sup>240</sup> 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。

<sup>241</sup> 川上武(1961)『日本の医者』勁草書房、295頁参照。

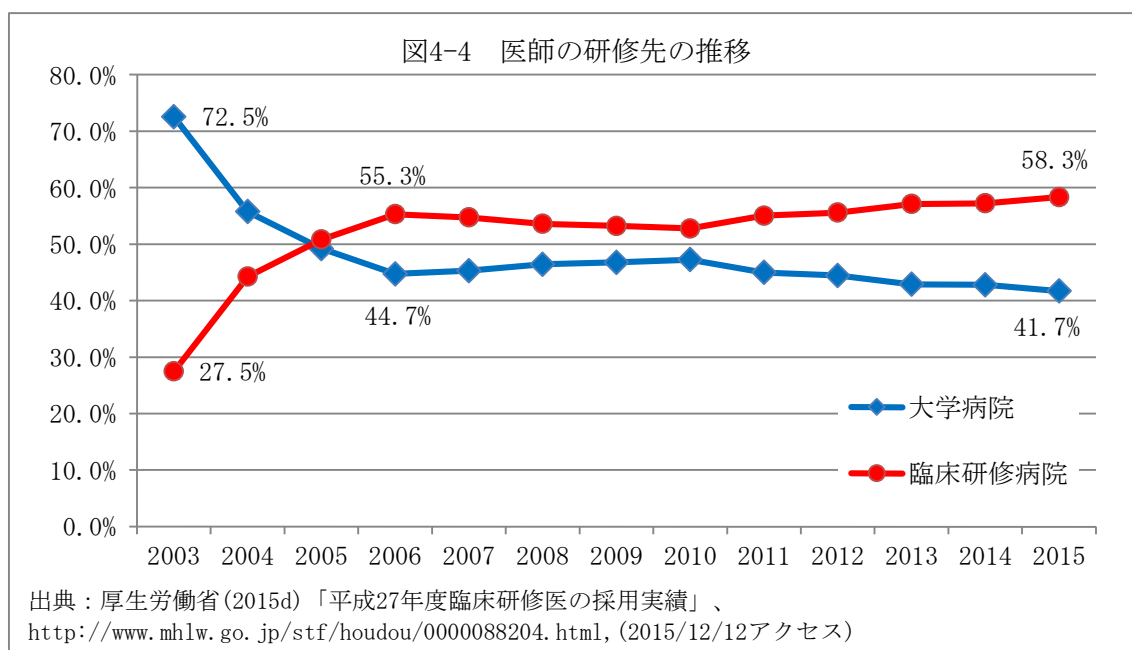
<sup>242</sup> 堀籠崇(2010)「実地修練(インターン)制度に関する研究—新臨床研修制度に与える示唆—」『医療と社会』Vol. 20No. 3、246頁参照。

<sup>243</sup> 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。

視する文化がり、総合的な診断・治療ができる医師の養成には向かないこと、第 3 に、大学は予算制度や財政上の制約から研修医に対して極めて少額の報酬しか支払えないことから、研修医は生活のため市中病院での当直アルバイト等を余儀なくされ、研修に専念できない環境にあることであった。そして何よりその封建的な体質が問題とされ、研修医の処遇は劣悪で、研修に専念できる状況にあるとはいえないことなどが問題となっていた<sup>244</sup>。

そこで、2004 年には、医師としての人格を涵養し、プライマリケア（初期治療）の診療能力を修得するとともに、アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備することを基本として、新医師臨床研修制度が創設され、2 年以上の臨床研修が義務化されている。

それによって、臨床研修指定病院も増加し、図（4-4）の通り、導入前 2003 年の大学の研修の割合は 72.5%であったが、2015 年には 41.7%へと低下することとなった<sup>245</sup>。



このように 2006 年以降臨床研修における大学病院離れが起こり、更に研修終了後の大学での勤務希望も 2015 年のアンケートでは、全体の半数強となって、従来の医局に依存したキャリア形成とは異なった道を歩む医師が増加している<sup>246</sup>。

このように研修制度が義務化されたことで、研修医は、医師国家資格をもつたれっきとした医師として、以前のような無給労働者ではなくなった。研修中のアルバイトは禁止さ

<sup>244</sup> 遠藤久夫(2012)、前掲論文 74 頁参照。

<sup>245</sup> 厚生労働省(2015d)「平成 27 年度臨床研修医の採用実績」、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000088204.html>, (2015/12/12 アクセス)、参照。

<sup>246</sup> 厚生労働省(2015c)「平成 26 年度臨床研修修了者アンケート調査結果(概要)」、参照。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/rinsyo/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/), (2015/12/12 アクセス)

れ、研修病院には、補助金<sup>247</sup>がだされることとなり、研修医の待遇は改善することとなる。

この新医師臨床研修制度は、旧習を打ち破るものとしての2つの効果があった。1つは、研修医に大学の医局依存とは異なったキャリア形成の道を示したこと、そしてもう1つは、病院側に、大学の医局に依存しない、公募による医師の確保を踏み切らせたことである。これらは、この後述べる大学医局の派遣機能の低下の裏返しでもあるが、大学に戻る意思のない医師の市場形成がなされてきたことが背景にある<sup>248</sup>。つまり医師のなかにも、一般的な労働市場がようやく形成され始めてきたといえ、現に、2004年以降、急激に医師の有料職業紹介業が拡大している。これら政策転換の結果、医師は、自らが病院を選択する時代にシフトしつつあり、医師確保に関しては、大学も市中病院も含めて、全国区の競争状態に入ったとみることもできる。これらの変化にいち早く対応してきている病院は、臨床研修病院であれば、魅力ある研修プログラムに加えて、労働環境の整備などにも力を注ぎ始めているのではないかと推察される。

## 2. 医局講座制の弊害

今まで示したように臨床研修制度の変革に伴い、医師の初期段階でのキャリア形成にも変化が表れはじめている。しかし、ここでは、医師の労働市場形成に絶大な力を発揮してきた医局講座制の概要について確認しておきたい。

医局とは、大学医学部のなかの講座であり、1人または数名の教授と准教授、講師、助手、医員、大学院生、研修医、関連病院医師から構成される教授を頂点とした組織のことで、従来、医師のキャリア形成は、大学医局と関連病院の人事ネットワークを中心に行われ、医局が民間病院への医師の供給に独占力を行使してきた<sup>249</sup>。

2000年代までの勤務医の労働市場は、一般の労働形態に含まれない誠に奇妙な慣行の下、医師が、研究・臨床・教育機能を持つ1000以上の医局に所属し、その関連病院に派遣されることで形成されていた。全国約7万病院の診療科に、閉鎖的に伝統的なつながりによって医師を派遣する形で労働市場が成立されてきたのである。そのため、以下のような問題点も浮き彫りにされていた。第1に、若手医師が医局の都合で勝手に勤務先を決められること、第2に、医局による標準的研修過程が確立されていなかったこと、第3に、研修よりも研究に重点が置かれていたこと、第4に、専門医資格より博士号取得が目標とされていたことなどがあげられる。このように前近代的な形であったため、1960年代には、若年

---

<sup>247</sup> 2011年3月30日医政発第0330第1号厚生労働省医政局長通知「医師臨床研修費補助事業実施要綱」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hojyojigyoushinsei/dl/01.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

<sup>248</sup> 遠藤久夫(2012)、前掲論文77頁参照。

<sup>249</sup> 吉田あつし(2010)「医師のキャリア形成と医師不足」『日本労働研究雑誌』No. 594/January 2010、28頁参照。

医師の不満が高まった結果、闘争が繰り広げられたこともある。しかし、各医局が市場を独占しており、徒弟的教育においてそれなりに医師の質が担保されていたことと、雇用側から見れば代替のない医師の供給源であり、特定の大学から派遣してもらうことで公募をせず長期的に安定的に医師を確保することができたことから、医局による勤務医の労働市場管理の構造は崩れなかった<sup>250</sup>。また、医師個人にとっても、医局ネットワークはそれなりに有用で、さまざまな関連病院と大学病院を回ることで、雇用の不安なく医療技術を習得しキャリアを形成することができたことが、現在までもこの制度が続いている要因でもある<sup>251</sup>。

この医局について厚生労働省は、2002年10月4日付け職発第1004004号「いわゆる医局による医師の派遣と職業安定法との関係について」<sup>252</sup>において、医局とは、法令上規定がない専門家集団の任意団体であって、関連病院の医師の派遣は、本人の自由意思ではなく医局の指示命令によってなされた場合には、職業安定法の禁止する労働力供給事業に相当すると指摘しており、従来大学医局が有していた関連病院における人事権が事実上否定されている<sup>253</sup>。しかし、その実態が指揮命令に近いものとなっているのは、第1章で示した鳥取大学大学院生の判例からもわかる通りである。

この医局ネットワークには、病院側から見た場合、どのような問題点があるであろう。1つは、病院組織運営の効率性の問題で、特定の大学出身者が関連病院の人事を支配してしまうと、大学の卒業年次におけるヒエラルキーが医療現場に持ち込まれることになり、能力や治療実績とは無関係に昇進等が決まってしまうことなどの弊害が生じ、人事労務部門が介入できないことがあげられる。また、お互いの相互けん制が効きにくいいため医療過誤に繋がりやすく、医療過誤が生じたときにそれを隠ぺいするような意識を生み出す可能性などもある。もう1つは、医療技術開発・導入の点で、特定の大学に偏った医療技術しか導入されなくなり、他の大学の優れた技術の導入が遅れてしまうことなどである<sup>254</sup>。

実際、医療現場では、この医局講座制は、新医師臨床研修制度をきっかけとして、揺らぎはじめてきている。しかし、簡単に今までの支配構造が崩れてしまうわけではない。なぜなら、人材の中核である医師の確保に関して、現時点で最も労苦の少ない手段であることに変わりはないからである。しかしながら、医師の確保を旧来の手段に頼っているようでは、医師の労務管理も従来のままに据え置かれ、人事労務部門の管掌外におかれてしまうこととなる。したがって、一般企業と同様に、病院自らが医師を直接雇用し、人事労務管理体制のなかに取り込むことができなければ、医師の労働環境の改善の観点からも、問

---

<sup>250</sup> 長谷川敏彦(2014)「医師と労働—その歴史と展望」『日本労働研究雑誌』No. 645/April2014、10、11頁参照。

<sup>251</sup> 吉田あつし(2012)、前掲書36頁参照。

<sup>252</sup> 2002年10月4日職発第1004004厚生労働省職業安定局長通知「いわゆる医局による医師の派遣と職業安定法との関係について」、参照。

<sup>253</sup> 江原朗(2009)『医師の過重労働』勁草書房、121頁参照。

<sup>254</sup> 遠藤久夫(2012)、前掲書77頁参照。

題が多いといえる。この点に関しては、第5章であらためて検討する。

さて、次に、医師の長時間労働がなくなる医療システム上の1つの要因である医療施設の機能分化の不全と、それに大きく関連する患者の受療動向などを確認する。

### 第3節 医療施設供給の側面から

日本においては、フリーアクセスという自由のもと、患者は自己の選択により、どこにでも受診することが可能であって、伝統的に大病院志向と捉えられてきた。現に、日本では、診療所にも有床診療所が設置されており、病院も中小病院が数多く存在しており、診療所から大病院までいわば連続した医療提供体制がとられているといえよう。これら医療提供体制に対する行政のかじ取りを施設供給の側面から2007年の厚生労働白書<sup>255</sup>を参照し確認しておきたい。

#### 1. 医療提供体制の変遷

日本の医療提供体制の歴史は、大きく3つの時代に区分できる。第1に、概ね戦後1945年から1985年までの医療基盤の整備と量的拡充の時代、第2に、1985年から1994年までの病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代、第3に、1992年以降の医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代である<sup>256</sup>。

まず、医療基盤の整備と量的拡充の時代では、1948年に医療水準の確保を図るため病院の施設基準を定めた医療法が制定され、公立病院の設置に関する国庫補助が規定され、1951年には、日本赤十字社、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、済生会といった他の公的医療機関にも拡大されている。しかし、独自の施設整備により病院が濫立されたため、1962年には、公的病院の病床規制の制度が導入されることとなる。一方、民間病院では、病床規制は行われなかったが、終戦後の窮迫した経済情勢下においては、医師単独による民間病院の開設は困難であった。そのため、1950年には、医療法人制度が設けられ、その後、急速に民間病院の開業が進んだ<sup>257</sup>。

1973年の老人医療費の無料化に伴う病床の急激な増加も手伝って、1985年ごろまでには、病床数の量的確保はほぼ達成されていたが、地域的な偏在や、医療施設の機能分担の不明確などの問題が残された。そのため、次の病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代では、第1次医療法改正（1985年）において、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指すこととされた。これにより、二次医療圏

<sup>255</sup> 厚生労働省(2007c)「平成19年度版厚生労働白書」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>, (2015/12/25 アクセス)

<sup>256</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4頁参照。

<sup>257</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4～5頁参照。