

G. 勤務実態についてお尋ねします

問1. 前週一週間の主たる勤務施設への到着時間と退出時間をお教え下さい。

(記入例)

午前 8 時 30 分 の場合

(記入例)

午後 8 時 30 分 の場合

曜日	到着時間 (病院に到着した時刻)			退出時間 (病院を退出した時刻)		
	時	分	分	時	分	分
月						
火						
水						
木						
金						
土						
日						

問2. 当直、On Call 体制についてお教え下さい。

該当する欄に○をご記入下さい。

「当直のはい」に○をつけた場合には当直時睡眠時間を記入下さい

当直	当直時		On Call
	はい	睡眠時間	
いいえ		時間	はい
いいえ	時間	時間	はい
いいえ	時間	時間	はい
いいえ	時間	時間	はい
いいえ	時間	時間	はい
いいえ	時間	時間	はい
いいえ	時間	時間	はい

問3. アルバイトの勤務状況についてお教え下さい。

該当する曜日のみ時間数をご記入下さい。

アルバイト勤務時間	
曜日	時間
月	時間
火	時間
水	時間
木	時間
金	時間
土	時間
日	時間

問4. 前週一週間の病院滞在時間のうち下記の業務が占める割合をお答え下さい
(全体で100%になるようにお答え下さい)

外来・在宅診療	入院診療	自己学習・医学研究	卒前・卒後教育	管理・運営会議	休憩・待機等
%	%	%	%	%	%

※診療は手術・処置にかかわる対応や症例カンファレンス等を含む

問5. On call 中の出勤回数は何回でしたか？(該当者のみ)

回

問6. 月曜日の午後での在院の受け持ち患者は何人ですか？

人

問7. 前月一ヶ月の当直は何回ですか？

回

平日当直

回

休日当直

回

この日の午後

はいの方のみ

H. 自由にお書き下さい(個人を特定できない範囲で、皆様のご意見をお伝え致します)

問 1.近年の医師の業務負担の増加要因と考えられる、以下の項目の原因・対応・解決策についてご意見をお聞かせ下さい。

救急

事務業務

医療安全対策(IC 含む)・訴訟への不安

新臨床研修制度

その他

問 2.医療政策、健康保険制度、介護保険制度、臨床研修医制度、勤務医の労働条件などについての現状について、あるいは医師会のあり方やこのアンケート調査自体に関して、ご意見をご記入下さい

--

ご多忙中、アンケートにご協力いただき誠にありがとうございました

B 総合分析

1. 歴史分析

(1) 日本の医療人材政策の歴史分析

長谷川敏彦

(2) 医師の実態歴史分析

猪飼周平

2 経済分析

(1) 供給誘導需要の研究

長谷川敏彦

3 政策分析

(1) 医療制度改革と医師需給

長谷川友紀

1. 歷史分析

日本の医療人材政策の歴史分析

1 Method

A) Historical quantitative analysis

Two major data sources were used to obtain data about the number of doctors and midwives. The doctors were classified into traditionally trained practitioner and Western scientific medicine educated medical doctor. Data from all the 46 prefectures in Japan, excluding Okinawa because of the lack of the data, especially after World War II, were excluded. Until 1938 the statistical data from the Hygiene Department of the Internal Affairs Ministry were used. Thereafter, data was obtained from the statistics included in the reports of the Ministry of Health and Welfare. The total number of practicing doctors and midwives were calculated based on these government reports.¹⁾

The Gini Index was calculated for the 46 prefectures. Urban-rural difference was analyzed using data from 6 prefectures which contained a large metropolitan area and 6 prefectures in Tohoku region, located in the north-east part of Japan and has been predominantly a farming area. A time series analysis was performed on these data.¹⁾

B) Historical policy analysis

Various government policy documents, reports and a literature survey of documents pertaining to human resource management in health were reviewed and analyzed. Particular emphasis was placed on policies regarding the traditionally trained health practitioners.

1. Result

A) Historical quantitative analysis

The analysis revealed a high ratio, ranging between 130 and 180 of medical doctors per unit population (number of doctors per 100,000 pop) especially after the Meiji Revolution in 1868 (Chart C-1).¹⁾ However, there is concern that these numbers may have been inflated because of the inherent inaccuracies of the reporting system.

operational at that time. In 1901, the reporting system was changed and a prefectural registry was established. A sharp decline in total numbers of medical doctors was observed.¹⁾ This declining trend continued until shortly after the drop except for a brief increase around 1920 again. The decline was more apparent in rural prefectures which has a nadir around 1920 (Chart C-2). A large number of medical doctors were trained during and just after the war. After the war, the doctors trained by the military medical training institutions returned and contributed to an increase in the total number of doctors. Since that time until the 1970s, the number of doctors have remained relatively steady but after 1970s, there has been a steady increase in the number of doctors per unit population as a result of the establishment of new medical schools (Chart C-3). Regional differences that were increasing before World War II, began to decline sharply after World War II (Chart C-4). This is in marked contrast with that of the doctors.

Chart C-1

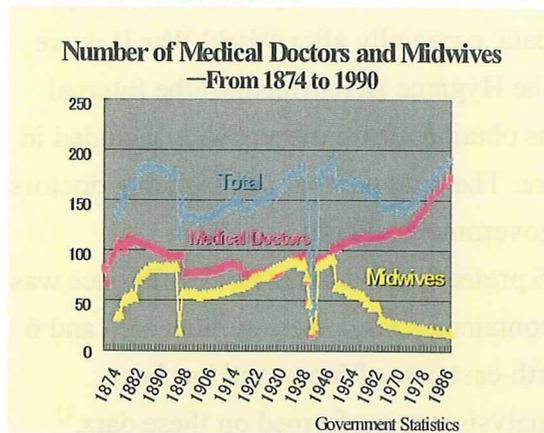


Chart C-2

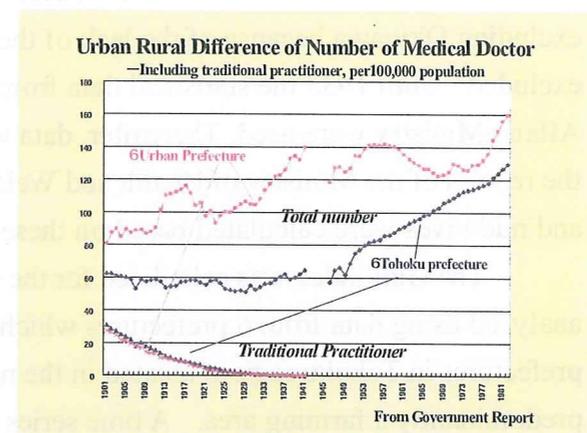


Chart C-3

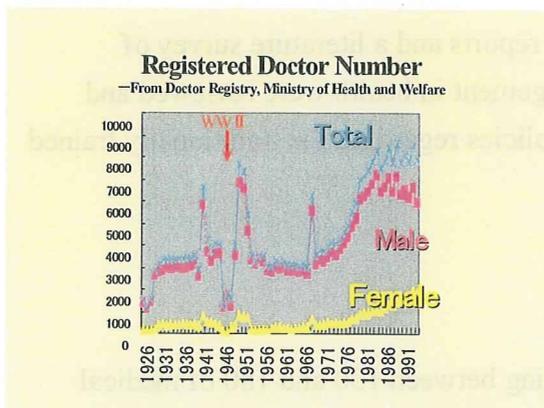
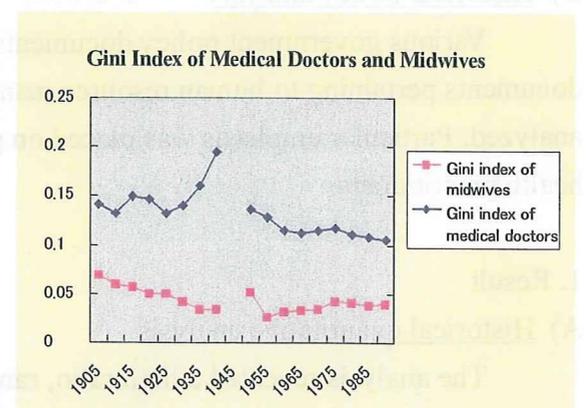


Chart C-4



The data about the numbers of midwives follows a similar pattern as that of the

medical doctors (Chart C-1). It was very high after the establishment of the prefectural registry in 1977. It then dropped quite sharply at the beginning of certification in 1901 and started to increase towards the beginning of World War II. After World War II, the numbers again start to decline. Regional disparity that was declining before World War II, started to increase after the War.

The sum total of the number of medical doctors and midwives per unit of population has remained relatively constant, ranging between around 150 and 200 all the way through the period examined. In rural areas, the ratio of traditional practitioner to modern medical school trained doctor has been high (Chart C-2).¹⁾ This is because rural prefectures were not attractive placements for the newly graduated western medicine trained doctors.

1) Historical Policy Analysis

Table C-1

	Politics	Health System	Medical Doctor	Midwife and Nurse
1960'	1868 Meiji Revolution	1874 Modern Medical System established	1874 The License System established 1879 The Movement to Continue Chinese Medicine	1874 The License System established
1980'	1889 Promulgation of the Imperial Constitution of Japan			1899 The Guideline of midwife
1900'	1905 Japan-Russia War 1914 WW I 1918 The Rice Riot		1906 The Law of Medical Doctor	1915 The Guideline of Nurse
1920'		1921 Health Insurance System for Workers Established 1938 Ministry of Health and Welfare Founded National Health Insurance System Established	1939 Short Term Medical School Set up	
1940'	1941 Pacific War Occur 1845 End of WW II 1947 Promulgation of the Constitution of Japan	1946 Post War Health Care Reform	1946 Starting the Policy to Keep the Quality of Doctors	1941 The Guideline of Public Health Nurse 1948 The Law of the Nurse, Midwife and Public Health Nurse
1960'	1960 High Economic Growth Period Started 1973 Oil Shock	1961 Universal Coverage Health Insurance System Established	1970 New Medical School started to establish	

After the Meiji Revolution in 1868, the new Japanese government, in 1875, decided to adopt the Western medical system emulating the German health care system (Table C-1). At that time, because of the lack of western trained medical doctors and the high numbers of practicing Chinese medicine practitioners, the government decided to

license these traditional medical practitioners as qualified doctors by certifying them. But within several years, no new inflow of traditional Chinese medicine practitioners was permitted with a small exception. Only modern western medicine educated doctors were certified to practice. Consequently, there was considerable resistance from the traditional Chinese doctors including petitioning the government, but the policy was not changed.

During the WW II, in response to the demand for medical care in the military, the government commissioned over 20,000 doctors who were trained using a shortened training course of 2 to 3 years. This number was a significant addition to the total then practicing in the country. After the war, most of these doctors returned to civilian life and were placed in the rural areas resulting in an abundant supply of medical human resources in the rural areas. The military doctor system was discontinued in 1949. The government tightened about the production of medical doctors because of the quality issue and reduced medical school intake. By the 1970s, there was a shortage and the government responded to this shortage by instituting a policy of opening of a new medical school in each of the prefectures and increasing the intake of students to the existing and new schools. At present there is concern of the oversupply of specialist medical doctors in Japan as the pendulum seems to have swung to the other side.

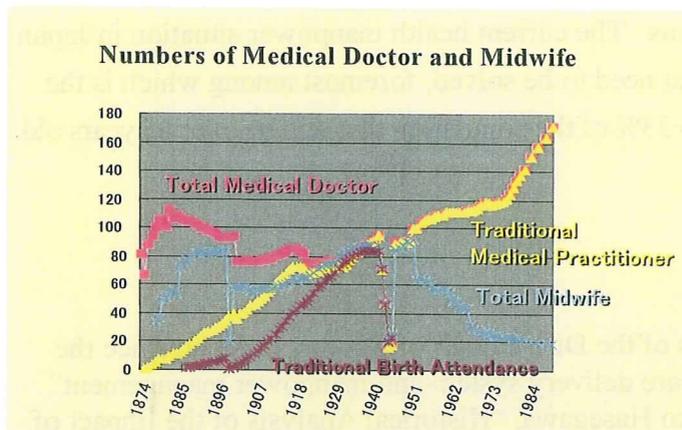
The situation for the midwives differed from the medical doctors. Till late 1899, midwives were just registered. After 1899, certification was introduced. Those midwives that were already in practice were certified based on recommendation of the medical doctor. Eventually, training and a formal licensing system was introduced but much later than that for the medical doctors. At the same time, because of the short duration of their training lasting one year, the production of midwives was easier. The number of midwives trained using a modern medicine curriculum grew rapidly. This contributed to the decrease in regional disparity in contrast to the medical doctor's situation. Licensing and registration of nurses did not start until 1915 when the hospital became a relatively more important institution in the health care delivery system. In the 1941, the public health nurse system for community health was introduced. However, this system was not completed until after World War II. Therefore, the midwife was one of the closest and most easily accessible of the local health resources to the community. Later, public health nurses and medical doctors took over this primary care function.

3. Discussion

One of the major concerns of the health policy of the Meiji government was human resources, particularly medical doctors and midwives. The transition from

traditional to modern Western medical training, which was symbolized by the meticulous data collection on these issues by the government, is evidence of this concern. The government adopted a permissive policy for traditional practitioners in the beginning, and after tightened up very quickly, this aroused considerable resistance from traditional practitioners (Chart C-5). Maintaining the consistency of the modernization policies within the government system, health sector education system, and industrialization was a major aim of the Meiji government. As a result, the traditional system was excluded and allowed to die out.

Chart C-5



The total sum of the number of the medical doctors and midwives fluctuated but stayed within a range between 150 and 200 per 100,000 population, that is one per five to eight hundred. Consequently, there was at least one primary health care worker per natural village size.

It was difficult to assess the quality of those workers, but the quantity seems to have been enough. In the 1920s, rural areas suffered from a lack of scientifically trained medical doctors because of the attrition of the traditional practitioners. This disparity could also have been caused by the very tight policy regarding medical doctor training. The quality and consistency of new medical care system was a key issue of the new Meiji government. In contrast, the policy for midwives was more relaxed, and this seems to have helped decrease the regional disparity. After World War II, in response to the preparation for war, a pool of military medical doctors was created and these later became primary health care providers in the rural areas. When those military doctors started to retire, new medical schools were created providing another influx of medical doctors. This was intended to replenish the pool for primary health care doctors, but the training

got focused on a specialization. Presently there is considerable concern and discussion about overproduction of specialist doctors. Medical doctor or midwife is not proven to be the determinant of health.²⁾ But accessibility of health workers can be thought as the objective of health.

If the number of health workers per capita is considered to be a reasonably good surrogate index of accessibility and equity, then Japan can be seen to have fairly good accessibility to health care practitioners all the way through the modern periods excluding the small blips and fluctuations.

The early situation was a result of the health policy of the Meiji government, and policies and results during and after World War II were also the results of government policies despite the different intentions. The current health manpower situation in Japan is facing many kinds of problems that need to be solved, foremost among which is the rapid ageing of the society with up to 33% of the population that will be over 65 years old.

References

- 1) Kondo, Hisayoshi, "The Changes of the Distribution of Doctors in Japan since the Meiji Revolution: The primary care delivery system and manpower management"
- 2) Murayama, Nobuko and Toshihiko Hasegawa, "Historical Analysis of the Impact of Socio-economic Determinants on the Regional Inequality of Child Mortality Rate in Japan"

戦後日本における医師のキャリア 医局制度の形成とその変容¹

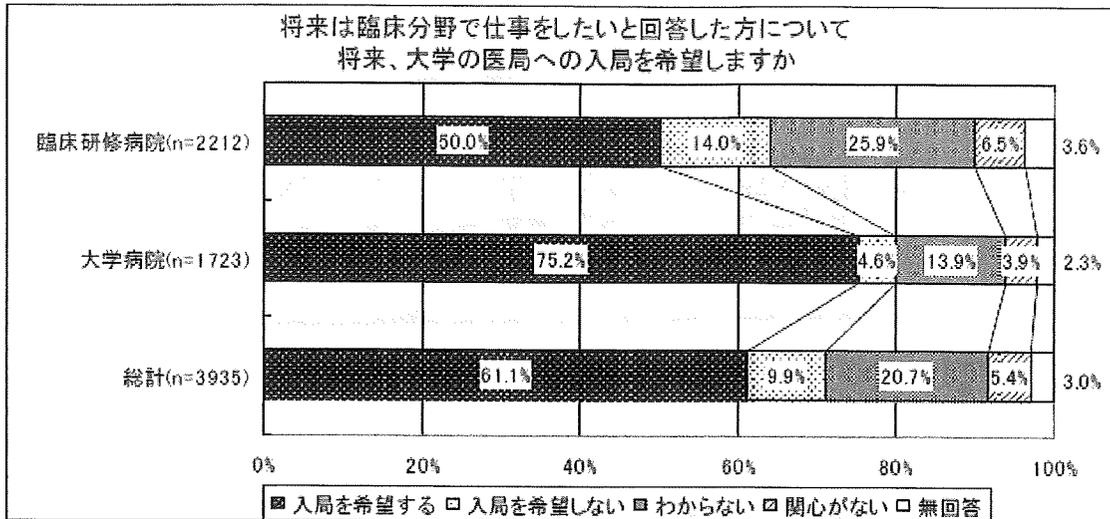
1. はじめに²

2004年4月に卒後臨床研修が必修化されてから3年が経ち、医療システムに対して、検討を必要とするような様々な「影響」が出始めているが、その最たるものが、医局制度の医師のキャリアに対する影響力の後退である。厚生労働省が実施した「臨床研修に関する調査」(2006年)によれば、臨床研修に参加する研修2年次生7,497名(有効回答数4,167名)に対するアンケート調査した結果、将来臨床分野を希望する者のうち、研修後医局への入局を希望する者の割合は61.1%に留まった(図表1)。従来、この年代の医師の、少なくとも8割以上、おそらく約9割程度の医師が、医局制度に包摂されていたとみられることを考慮すれば、この数字は医局制度にとって極めて大きな意味をもっているといえる。すなわち、新たに医師となる者にとって、医局制度は、これまでそうであったように、避けて通ることのできないキャリア階梯ではなく、少なくとも選択肢の一つとなりつつあることを意味しているからである。そして、実際に、大学病院では、医局員不足という問題が現実になりつつある。このため、医局は、関連病院に派遣していた医師たちを大学に呼び戻しつつあり、それは、玉突き式に、医局の医師派遣先の地方自治体病院などにおいて深刻な医師不足をもたらしている。

図表1

¹ 本稿は確定稿ではありません。他者に配布することは自由ですが、引用に際しては筆者に了解をお取り下さい。

² 本稿は1990年代に筆者が行った医局制度に関する調査(成果については猪飼周平(2000)「日本における医師のキャリア—医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析—」『季刊社会保障研究』36.2, pp. 269-278において発表)を踏まえ、歴史社会学的立場から2007年現在の医療状況を検討したものである。



この医局に入局しない予定であった少なからぬ医師たちがその後どのようなキャリアを歩みつつあるのか、この点については、実態調査が行われることを俟たねばならないが、おそらく彼らは、現在、市中の臨床研修病院その他が整備しつつある「後期研修プログラム」に参加しているとみられる。この後期研修の最大の売り物は、豊富な臨床経験を積ませることによって、医局制度におけるよりも早く、専門医・認定医資格の取得要件をクリアすることを可能としていることである。とすれば、より早く専門的臨床能力を身につけたいと望む医師たちが、医局制度から離脱したことになる。

この変化は、決して臨床研修必修化それ自体が主因であると考えべきではない。というのも、臨床研修制度以外の要素に何らの変化もなければ、医師たちは、研修終了後どこかの医局に入局するという形で、これまでより2年の遅れはあっても「元の鞘に収まった」はずだからである（現時点では医局に入局する者が過半である）。むしろ、臨床研修制度の変更は、何かより大きな変動を顕在化させる役割を果たしたと理解するべきであろう。この変動が何であるかを突き止めなければ、多くの人々が言い始めた「医局制度の解体」が現実となるのか、ならないのか、また、いずれになろうと、それが私たちの医療や医療専門職にとってどのような意味をもつのかを理解することはできない。少なくとも、臨床研修の必修化それ自体をほじくり返してもさして大きな論点は見えてこないであろう。

では、核心となる論点は何か。それは、第一に、そもそも医局制度が日本の医療供給において中核的な制度として存在してきた理由は何か、であり、第二、その医局制度に存在理由を与えていた状況に現在どのような変化が生じつつあるのか、という2点である。

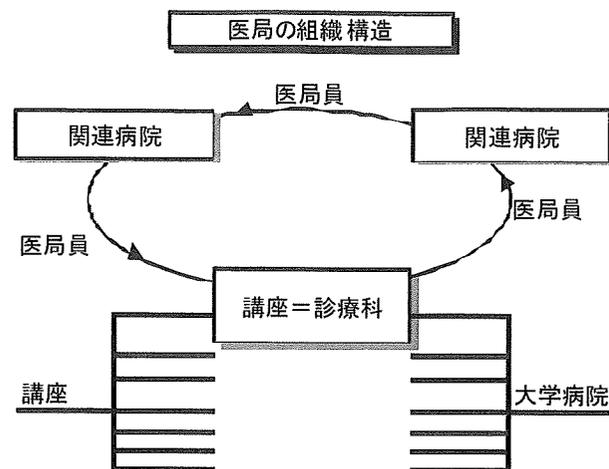
2. 医局制度の構造

(1) 1990年代の医局制度における医師のキャリア

まず、医局制度がどのようなシステムとして存在してきたのかを確認することから始めたい。以下では、筆者が1990年代に行った調査結果を素材として、戦後の一時点における医局制度の姿を素描しよう。

従来、医師免許取得後、新米医師の大部分は、「医局」とよばれる組織に入局し、その後「医局員」として、長期にわたって、医局の統制下で、臨床経験を蓄積し、研究し、生活費を得てきた。「医局」とは、元来、病院の診療科組織やその詰所のことであるが、ここでいう医局組織は、それより、はるかに複雑な内容を含んでいる（図表2）。第一に、医局制度における医局は、大学病院診療科組織と大学臨床系講座（教室）との統合体を中核としている。これは通常、「医局講座制」といわれるものである。医局制度と医局講座制が同一視されることがあるが、前者は、次の第二の点において、医局講座制を大きく超える制度的特徴を有している。すなわち、医局の構成員である医局員の相当部分が、大学外の市中病院に公式の身分（常勤医）を有している。この第二の特徴のために、医局制度における医局は、その組織の境界に公式制度上の根拠を持たない（以下、医局といえは、この医局制度における医局組織を指すものとする）。

図表2



大学外の医局員が、医局組織に帰属しているといえるのは、彼らが、実質的に医局の人事統制下にあるからである。医局は、従来、「関連病院」「派遣病院」（以下まとめて「関連病院」と表記）などと呼ばれる市中病院の一般常勤医ポストに対して、いつどの医局員を就任させるかについての事実上の決定権をもってきた。市中の主要な病院のほとんどはどこかの医局の関連病院であると言われてきた。日本の医師が「大学を向いている」「病院への帰属意識が薄い」などと言われてきた最大の根拠はこの医局の組織力にある。

医局組織は、教授・助教授・講師・助手・研究員・医員・大学院生・研修医と、市中病院の常勤医からなっており、教授を頂点とするピラミッド構造をなしている。人事権は、最終的に教授に属しているが³、人事の実務は、古参の医局員（講師・助手）である「医局長」が行っている。従来、この医局の人事に関しては、教授の絶対的・恣意的な権力に関心が当てられ、人事に関する重要な特徴の一つが見落とされてきた。それは、医局人事が、高度に序列化・パターン化されたものとして行われてきたということである。これは、教授が恣意的な権力を行使する可能性と両立するものである。

医局は、講座（教室）という研究単位を含み、また若手医師の医療施設への配置に関するあらゆる権限を握っていることから、医局制度は、その全体的構造において、医局員の教育・研究・大学病院の運営・医局員の経済生活の保障といった日本の医療の中核をなす

³ 一つの医局に複数の教授がいる場合、「主任教授」が頂点に立つ。

医療機能の多くを担っている。

このような医局は、全国 80 校の医学部・医科大学の臨床系診療科数に対応して、その数だけ存在してきたことから、全国に 2 千弱存在してきた。その規模は 10 人足らずの医局員からなる医局から 200 人を超える医局まで様々であるが、いずれにせよ、基本的に医局の統治の構造は基本的に同じであると考えられる。

とすれば、各医局の人事パターンが、マクロ的にみた日本の若手医師のキャリアパターンともなっていることになる。この点を確認するために、『賃金構造基本統計調査』（1994 年）をみると、男子勤務医の勤続年数は、30-34 歳で平均 2.6 年、35-39 歳で 4.5 年、40-44 歳でも 5.8 年だったのが、45-49 歳では 9.7 年に上昇している。30 代の医師の勤続年数がこれほど短いのは、医局による「ローテーション」と呼ばれる人事の影響である。このことから、医局制度がこの世代の医師達のキャリアを統制していることが確認できる。そして、40 代後半に勤続年数が大きく伸びるのは、内科系・外科系によって多少の幅はあるが、40 代の一定時期を境に医局による人事的関与が終了することに対応しているのである。

図表 3

国立A大学外科学教室構成(1995年現在)

卒年	関連病院					大学								
	研修医 (派遣)	医員	診療科 長	管理職	その他	研修医 (大学)	院生	研究生	大学勤 務	助手	講師	助教授	留学	
1947年					1									
1952年					1									
1953年					1									
1957年					1									
1958年					1									
1959年					1						1			
1960年					2								1	
1961年					1									
1962年					1									
1963年					1									
1964年					1									
1965年				2	3									
1966年				1	1									
1967年				4	1									
1968年				2	1									
1969年														
1970年				5	3									
1971年				1										
1972年				2						1				
1973年				4										
1974年				2		1								
1975年		1		3	1						1			
1976年				5	1					1				
1977年		1		4						1				
1978年				1	1					1				
1979年		1		2						1				
1980年		1		1	1					1				
1981年		3							1					1
1982年		4												
1983年		4						1	1					
1984年		1				1								
1985年		5												
1986年		1	1				1		1					1
1987年		4	1				1							1
1988年		2	1				9							1
1989年		2					8							
1990年		2					8							1
1991年		4					8							
1992年		14						1						1
1993年		12												
1994年	9													
1995年	1					6								

source: 国立A大学外科学教室『年報 1995』1995年より作成

次に、医局制度下における医師のキャリアを、国立A大学第2外科（以下「A外科」と表記）の医局名簿を参照しながら確認してゆこう（図表3）。なお、A外科は、大正期に大学に昇格した、旧帝大に次いで伝統的な大学群に属し、一般消化器外科⁴を専門領域としている。

臨床研修必修化以前においては、医師免許を取得すると、2年間の「臨床研修」が推奨されてきた。それは強制的ではないため、各大学・各医局は、この制度に形式的に参加しながら、独自の初期研修を大学病院や市中病院で施してきた。臨床研修が必修化される以前

⁴ 外科には3割程度の開業医が含まれる（『医師・歯科医師・薬剤師調査』1996年）

において、医師の約 8 割は、大学病院で研修を開始していた⁵。これは、大学病院に勤務する医師は、全員いずれかの医局に所属していることから、免許取得直後の段階で、すでに少なくとも 8 割の者が医局に所属するか所属前のオリエンテーションにあったことを意味している。むしろ、当時においても、研修医時代を医局の所属することなく過ごすことが可能であったが、その場合でも、臨床研修を終えたあと、それらの病院の常勤医ポストに就くことは困難とされ、結局彼らはどこかの医局に入局するという形で、医局制度に合流することになっていたとみられる⁶。

A 外科の医局員は、おおむね最初の 1 年を大学病院で過ごし、2 年目に関連病院での研修医勤務を行うことになっているが、これは、他の医局においてもみられた一般的な初期研修のパターンの一つであったといえる。この他、大学・医局によって、最初の 2 年間で大学の関連病院で研修させたのち、「正式」に医局員とする場合（たとえば名古屋大学方式）や、大学卒業後、そのまま大学院に入学させ、2 年間、研修医と一緒に初期研修を施す場合もあった。

初期研修の 2 年間を終えると、A 外科の医局員たちは、関連病院において、常勤医として、上級医の監督の下で臨床経験を蓄積するトラックに入る。そこにおいて、医局は、初期研修を終えた医局員を大学病院や関連病院の間を、半年から 3 年程度単位で巡回させる、「ローテーション」とよばれる人事慣行を行ってきた（卒後臨床研修におけるローテート研修とは区別される）。なお、このローテーションの過程で、博士号や専門医資格の取得過程が挿入されることが、1990 年代には一般化していた。A 外科においては、入局 5 年目から順次ローテーションを中断して大学院に進学するパターンがとられていた。これに対し、専門医資格は、1980 年代末から普及した資格であり、多くの医局では、ローテーションの

⁵ 岩崎榮 (1995 年)「臨床研修制度と認定 (専門) 医制度との関連」医学教育学会『医学教育白書』1994 年版、篠原出版 p. 113

⁶ 『臨床研修ガイドブック』99 年版における、各臨床研修指定病院での研修医の研修後の進路から、1~2 年の上級研修のために当該病院に残留する者を除いて、当該病院常勤医となる者自体がわずかであると推定される。しかも、その少数の常勤医の中には、医局人事によるものが含まれている。

過程で資格要件を満たすに十分な症例の経験が蓄積されるように人事を案配するようになった。

このようなキャリア前半の医師に対する、医局の人事統制は、40代前半までの日本の勤務医の勤続年数がきわめて短いという、先に述べた統計的事実とうまく合致している。

A外科では、入局16年目の医師に対して人事上の大きな変化が起こっている。すなわち、関連病院勤務医たちが、ローテーションを終了し、順次、診療科長（「部長」「医長」「科長」等の呼称が使われる）ないしそれに準ずる地位に就任し、また一部の者が助手として採用されている。筆者の行ったいくつかの聞き取り調査によれば、医局は、医局が診療科長ポストの人事権を保有しているケースにおける診療科長や、助手に対しては、一定の人事的権限を保持しつづけるが、その他の者については、もはや人事権行使の範囲外となる⁷。

図表6-2は、医局員名簿から作成されたものであり、したがって、一般に医局員に含まれない開業医は、ここには含まれていないため、A外科から開業者がどのように出ているかについては不明である。ただし、開業医の年齢分布を示すマクロ統計を見ると、開業の大部分が、35才から49才の間に集中しており（後述）、開業医以外に関する人事上の転換期と、時期的に重なっている。したがって、一般的傾向がA外科にもあてはまるとすれば、A外科では、総じて15年ごろを境に医局人事上の大きな転換が起こっているといっていよう。

市中病院における診療科長・助手・開業医に共通する特徴は、いずれも実質的に最終的な診療の判断者であることである。したがって、医局人事上の変化は、医師が社会的に「一人前」とみなされる存在となったことに対応しているといえる。言い替えれば、医局制度は、医師たちが能力的に成熟する上で必要な教育資源を、医師が必要とする限りにおいて、強い人事権を行使し得るのである。

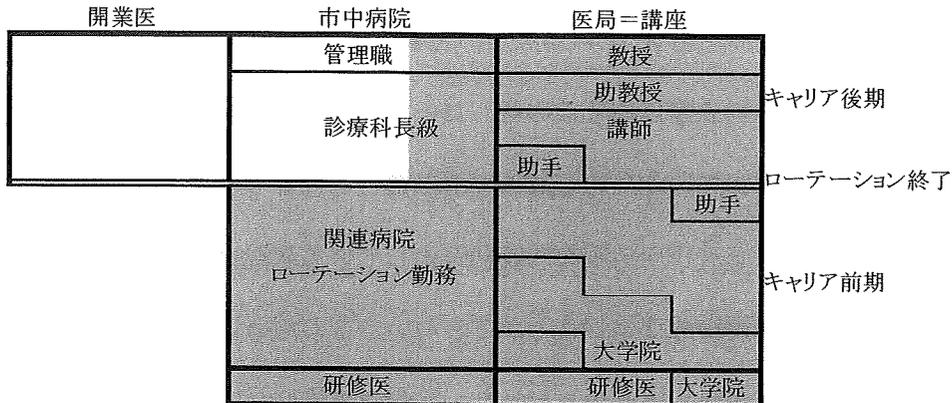
以上から、日本における医師のキャリアパターンの大まかな構造を描くことができる。図

⁷開業した場合、医局を辞して、同窓会組織の一員として医局とゆるやかな関係に入る。

表 4 において、色付部分が、医局人事の影響下に置かれた部分である。

図表 4

医局制度による医師のキャリア構造



(2) 医局制度の組織力の源泉

さて、この医局の組織力は何に由来しているのでしょうか。通説的に言われてきたものとして、医学博士号のもたらす権威や経済的メリットが、若手医師を医局に引きつけているというものがある。ただ、1990年代に筆者が調査した時点において、この説には説得力がなくなっていたといえる。当時、医師の間では、医学博士号は「足の裏の米粒」（取らないと気持ち悪いが、とつても食えないの意）であると言われていた。実際、1990年代の医局員たちにとって、博士号を取得するのは、医局によって供給されるキャリアの階梯のステップに組みこまれていたからであり、医師たちに自律的に取得を意欲させる明確なメリットがあったからではなかった。言い換えれば、医局員たちがそれを積極的に選択した結果ではなかった。

このことは、たとえば、医局員たちが、博士号を取得した後、医局を直ちに辞めることなく、ローテーションに復帰することが一般的であったことからあきらかである。この医局員の間で「お礼参り」などともよばれる、この博士号取得後の医局残留慣行は、この言葉の意味とは逆に、医局の人事権が博士号によっていたのではないことを示している。というのも、もっぱら博士号によって医局員が医局に組織されているのなら、博士号を取

得した後に、彼らが医局に留まる必要はないからである。その後も、彼らが医局に残留するのは、博士号を取得した後でもなお、医局の中に留まることに利益があったからであり、その「利益」こそが医局の人事統制力の源泉の中核部分であると考えなければならない。

では、あらためて1990年代における医局の人事統制力の源泉とは何であったか。結論からいえば、医局員が医局人事に服するのは、ローテーションの過程で、大学病院および市中病院において、一人前になるための臨床経験を積むことができるからに他ならない。逆にいえば、医局制度が主な市中病院を関連病院化している状況においては、医局に所属していなければ十分な臨床経験を積むことができない。このために、医局人事に服しているのである。医師が診療科長や開業医といった、診療の最終的な決定をする地位に就く時期以降、医局の人事統制力が大幅に弱まることは、医局の組織力が臨床経験分配力に依っていることを示している。

この医局の組織力がコインの表側であるとするれば、裏側は医局による市中病院の系列化力である。医局と関連病院の間には、臨床経験と労働力とを交換する関係が成立してきた。医局にとっては、高い水準の関連病院をできる限り多く抱えることによって、医局員に多くの専門的な症例を積ませることができた。また、関連病院にとっては、医局に病院の医師に関する人事権を医局に委ねる代わりに、安定的に若手医師の供給を受けることができる。そして、実はこのような関係がマクロ的に合成されることによって、すなわち、若手医師の大部分がどこかの医局に属する医師となることによって、関連病院にとっては、医局以外からの医師の調達は困難となるのであり、結果、関連病院の医局への依存は強まることとなる。また、若手医師にとっては、主要な市中病院が関連病院として医局に系列化されればされるほど、専門的な症例を経験しようとするれば、医局に所属する他の途はなくなる。このようにして、戦後の日本においては、医局の医師統制力の増大と関連病院の系列化とが両輪となって、医局制度という安定的なキャリアシステムを形成してきたのである。