

方に振れるのは、2005年の委員会からである。2005年に設置された委員会の報告書では医師不足が懸念される診療科として、小児科、産科・産婦人科、麻酔科の3診療科のみがあげられている。最近になり、これら3診療科に限らず多くの診療科において医師不足が指摘され、「医療崩壊」として社会的にも注目されている。医師の需給を厳密に定義することは困難であるため、これは医師の不足感として理解することが適切であろう。

医師の不足感の背景、理由としては、

① 絶対数としての不足

- 医療需要の増大：高齢化に伴う患者数増加、医療内容の高度化・複雑化に伴い患者あたり医療サービス量が増加する。
- 諸外国との比較、特に OECD 諸国に比較して人口当たり医師数が少ない。我が国の医師数は 28 万 6699 人（男 81.9%、女 18.1%）であり、2006 年調査より 8772 人、3.2 %増加している（人口 10 万当たり 224.5 人で 7.0 人増加）である。2008 年の OECD 諸国の平均値 302.1 人/人口 10 万人より少ない。OECD 平均値までには約 11 万人不足している。

② 診療科の偏在

- 麻酔科、産科、小児科など特定の診療科で不足感が強い。診療科により不足感の理由は異なる。
- 麻酔科においては、一定以上の手術件数を有する病院では、日本医療機能評価機構の評価項目により常勤麻酔科医の配置が要求されること、一部地域では麻酔科医師の医師グループ化が進行し、常勤医を得ることが困難になっていることなどが理由として挙げられる。
- 小児科では医師数は増加、産科では医師数は減少傾向にある。小児人口、分娩数はともに減少傾向にある。おそらく病院の集約過程において、近隣での診療が困難となったことが、不足感の大きな理由となっていると考えられる。

③ 地域の偏在

- 広域マッチングなどにより、出身校の地域を越えた転職が容易になっている。北海道などから首都圏への医師の流入などが認められる。

④ 臨床研修必須化で起きる一時的現象

- 一時的に大学からの医師の供給が減少する。

⑤ 病院の集約過程で起きる一時的現象

- 集約が不十分な状況で、一部の病院に患者が集中して生じる。

⑥ 病院から診療所への移動による病院医師の不足

- 病院における長時間勤務、医療訴訟のリスクなどが敬遠されている。また、コンサルテーション業、開業支援の発達により診療所開設が容易になっている。

⑦ 女性医師割合の増加

- 女性医師では、男性医師に比較して子育て等のため生涯生産性が低い可能性がある。これは保育所の完備などの外的状況を整えることにより、一定程度回避可能である。

⑧ 労働関連法規の厳格な適応

- ・ 人口の高齢化による需要の増大
  - 将来予測： 年齢階級別 手術数、有病率 x 人口構成予測
  - 患者の重傷度、複雑性の増加
- ・ その他の要因による需要の増大

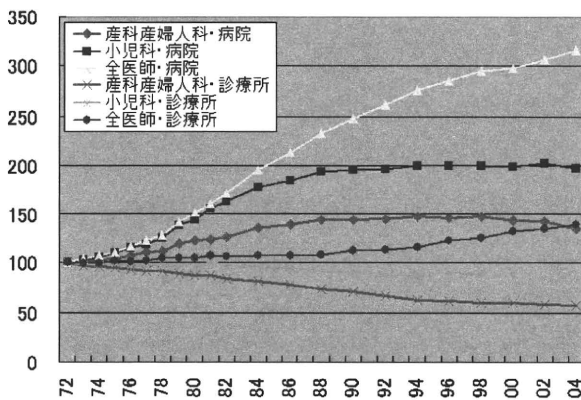


図1 1972年=100としたときの標榜医師数の推移  
医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

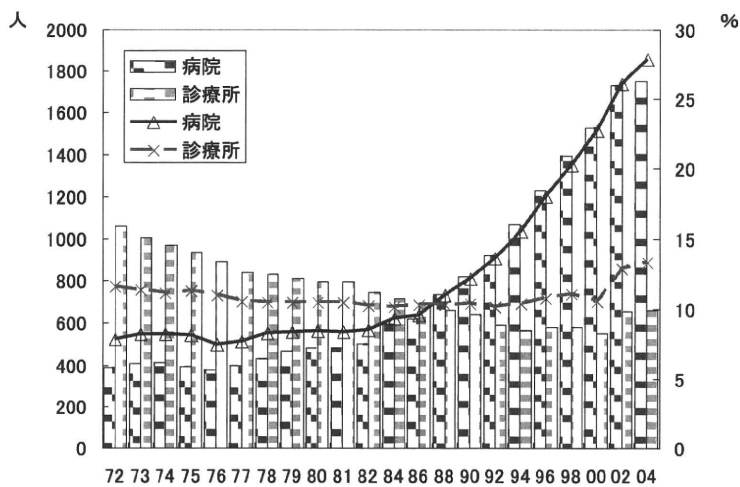


図2 女性産科・産婦人科標榜医師の実数と割合の変化  
医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

### 3. 検討すべき事項

上記を鑑みて、本研究班で検討すべき事項としては以下のものがある。

#### 1) 医師供給の増加をいかにはかるか

- ・ 医学部定員の増加／大学定員の届出制への移行：これまでの方針を変更し、医学部の新設を認める。医学部定員を許可制ではなく大学の判断で増減できるように届出制とする。
- ・ メディカルスクール設置：米国など、高等教育は短期間・集中型に移行しており、より短期間で医師の養成が可能な4年生のメディカルスクールの設置を行う。
- ・ 学士入学の拡大：一部医科大学で導入されている学士入学の拡大を行う。4年間で医師の養成が加納である。
- ・ 外国人医師の導入：現在では、①指導医のものとして短期修練、②歴史的な経緯によりごく少数のみ認められ、同国人の診療のみが可能である、③過疎地を除いては在留資格に定めがある、など外国人が日本で継続的に診療を行うための条件が整備されていない。これらの条件の緩和とその効果について検討する。

論点としては、医師の養成を行うには学部教育のみでは不十分であり、10年程度の期間が必要である。現在の医師不足感の解消には役立たないのみならず、大学病院における教育負担を短期的には招来し、一般病院から大学病院への医師の引き上げなどの弊害を生じる可能性がある。また、10年後の医療需要を正しく推計することは困難である。これらについても合わせて検討される必要がある。

#### 2) 地域偏在／診療科偏在の是正をいかに行うか

- ・ 地域限定免許／診療科限定免許（実際には研修定員の制限による）：前期・後期研修の診療科、地域別の定員を設定することにより地域偏在、診療科偏在の改善を図る。豪州では、臨床研修、専門医取得までの臨床期間の一定割合（25%程度）について僻地勤務を義務付けている。
- ・ 診療科開業に定員制導入（ドイツの例）：医療崩壊の原因の1つが、病院での診療をきらい開業することにある。ドイツでは開業医に対して、定年制、地域定員制を導入している。地域に欠員が生じた場合には一般に公募を行い、地域の委員会が後継医師の選任を行い、世襲は認められていない。開業に定員制を導入することにより病院医師の不足感の解消を図ろうとするものである。

論点としては、豪州、ドイツでは医学教育は基本的に公費により行われており、医学部進学に際しては、上記の条件を受け入れているとみなされているのに対して、日本では、私学など自己負担により医学教育を受けるものが多数存在し、診療科選択、

居住地選択の制限を実質的に事後的に課すことが許されるかどうか十分に議論されていない。

### 3) 医師の生産性の増大をいかにはかるか

- ・ 女性医師の復職支援プログラム：医療は変化のスピードが速いため、出産・育児などで一旦職場を離れると復職は困難である。復職支援のための教育プログラム、短時間正規雇用の制度、24時間・病児保育の整備などを図る。
- ・ 職種による役割分担の見直し：現行の業務内容を見直し、医師以外の職種でも実行可能な業務を洗い出し、メディカルクラークなどによる代行の促進を図る。
- ・ ナースプラクティショナー等の導入：医師の業務の一部を代行できる職種を導入する。アメリカ合衆国ではPA (Physician Assistant)、NP (Nurse Practitioner)の制度があり、フランス、オランダの看護師の業務もこれと類似した部分がある。PAは外科系医師の助手、医師の監督下に一定の医療行為を行うことができる。また、NPは主にプライマリーケアを担当し、生活習慣病の改善や予防が業務の中心となる。患者の臨床症状を判断し、症状緩和のための薬剤の投与、処置を実施できる。いずれも現在の我が国の看護業務を超えた内容であるが、看護業務の拡大と考えるか、あるいはまったく別の新規職種として考えるかを含めて、検討される必要がある。

論点、女性医師の復職支援プログラム、メディカルクラークについてはすでに一部導入されている。効果についての検証作業が必要である。ナースプラクティショナーなど新職種については、いまだ検討されていない。

### 4) 質の確保

- ・ 医師免許（臨床資格）の更新制度：医師の能力維持をどのように図るかは、主として学会の活動、医師の自主的な活動に依存しており、制度化されていない。各団体などの取り組み（学会参加など）の活用を図りながら、医師の能力を精度として保証する仕組みが検討されることが望ましい。
- ・ 診療報酬上の評価等：麻酔科など、一部で専門医による診療が評価されている。しかし、医師の技術評価は一般に困難であることから、処置などの保険点数で難易度、医療資源の使用量を反映させる形を取らざるを得ない状況にある。意思の需給を検討するに当たっては、数のみでなく、いかに質を確保するかも合わせて検討される必要がある。

### 5) その他

- ・ 医療ツーリズム
- ・ 医療関連職種の国境を越えた移動

国境をこえた人の移動が容易になるに連れて、患者、医療スタッフ双方の移動が無視できなくなる。一部の国では医療ツーリズムを国の産業振興の方策として位置づけている。しかし、そのためには、各国語の通訳のみならず文化・生活様式の理解、JCIなど国際的な医療の質保障の仕組みの導入、患者送り出し国の保険会社などとの契約、日本の病院の貧弱なアメニティーの改善など検討すべき課題も多い。また、FTAなどにともない、看護師、介護士の導入がインドネシア、フィリピンから試みられているが、言語、生活様式、医療制度の相違が大きく、日本での資格取得率、定着率は低い。効率的な教育プログラムの開発、支援体制の整備について検討が必要である。

## H. 歴史分析

---

日本の医療人材政策の歴史分析（英語）

長谷川敏彦

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

猪飼周平

---

---

# 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.<sup>1)</sup>

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.<sup>1)</sup>

#### 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).<sup>1)</sup> 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.<sup>1)</sup> 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.



**Number of Medical Doctors and Midwives  
—From 1874 to 1990**

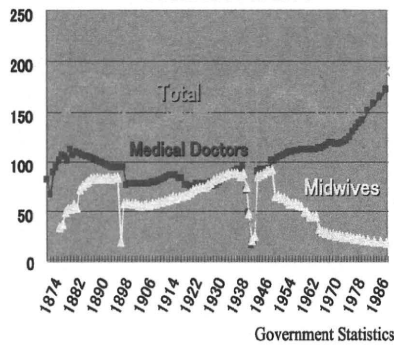


Chart C-1

**Urban Rural Difference of Number of Medical Doctor  
—Including traditional practitioner, per 100,000 population**

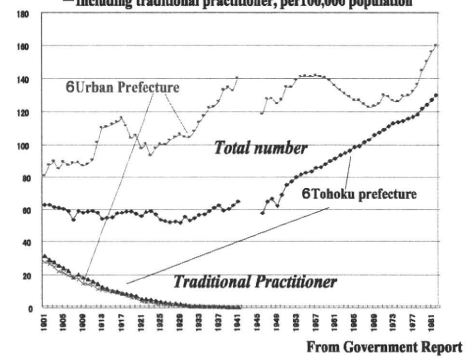


Chart C-2

**Registered Doctor Number**

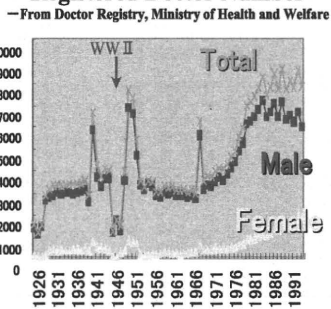


Chart C-3

**Gini Index of Medical Doctors and Midwives**

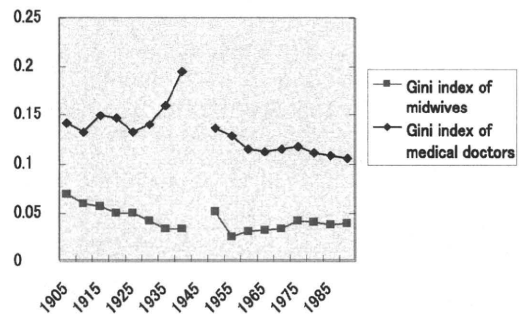


Chart C-4

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).<sup>1)</sup> This is because rural prefectures were not attractive placements for the newly graduated western medicine trained doctors.

### 1) Historical Policy Analysis

	Politics	Health System	Medical Doctor	Midwife and Nurse
1960'	1868 Meiji Revolution	1874 <b>Modern Medical System established</b>	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 <b>The Guideline of midwife</b>
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 <b>Short Term Medical School</b> 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 <b>Keep the Quality of Doctors</b>	1941 The Guideline of Public Health Nurse  1948 <b>The Law of the Nurse, Midwife and Public Health Nurse</b>
1960'	1960 High Economic Growth Period Started  1973 Oil Shock	1961 Universal Coverage Health Insurance System Established	1970 <b>New Medical School</b> started to establish	

Table C-1

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.

**Numbers of Medical Doctor and Midwife**

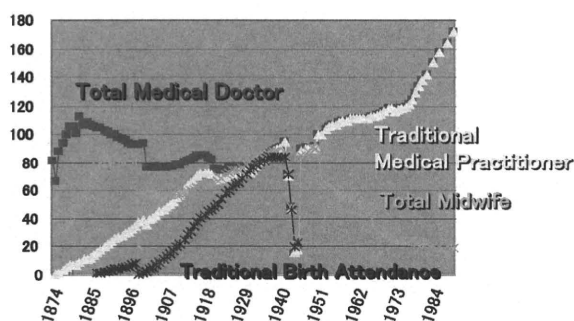


Chart C-5

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.<sup>2)</sup> 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.

---

---

# 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<sup>1</sup>

猪飼周平

一橋大学社会学研究科

---

---

## 1. はじめに<sup>2</sup>

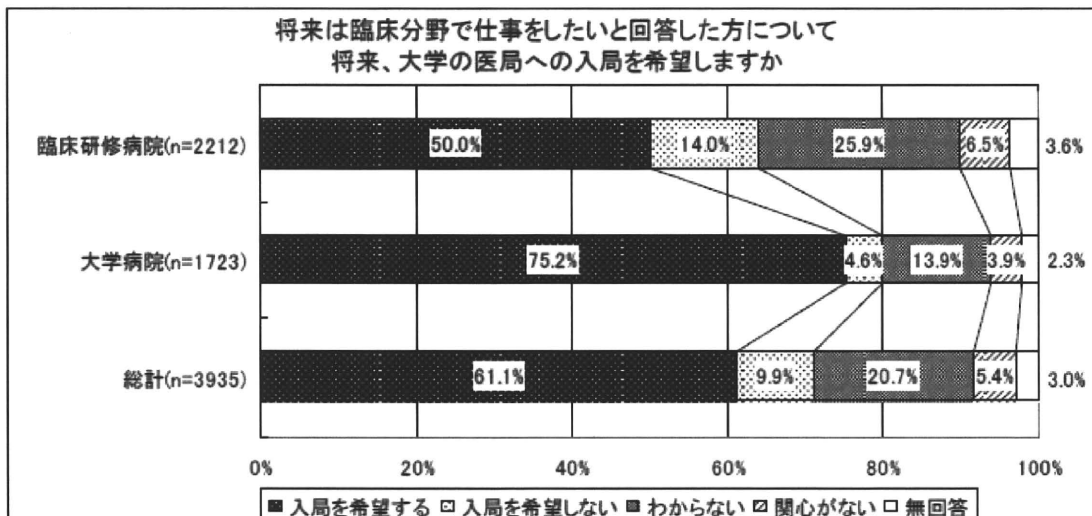
2004年4月に卒後臨床研修が必修化されてから3年が経ち、医療システムに対して、検討を必要とするような様々な「影響」が出始めているが、その最たるものが、医局制度の医師のキャリアに対する影響力の後退である。厚生労働省が実施した「臨床研修に関する調査」(2006年)によれば、臨床研修に参加する研修2年次生7,497名(有効回答数4,167名)に対するアンケート調査した結果、将来臨床分野を希望する者のうち、研修後医局への入局を希望する者の割合は61.1%に留まった(図表1)。従来、この年代の医師の、少なくとも8割以上、おそらく約9割程度の医師が、医局制度に包摂されていたとみられることを考慮すれば、こ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

---

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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ー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

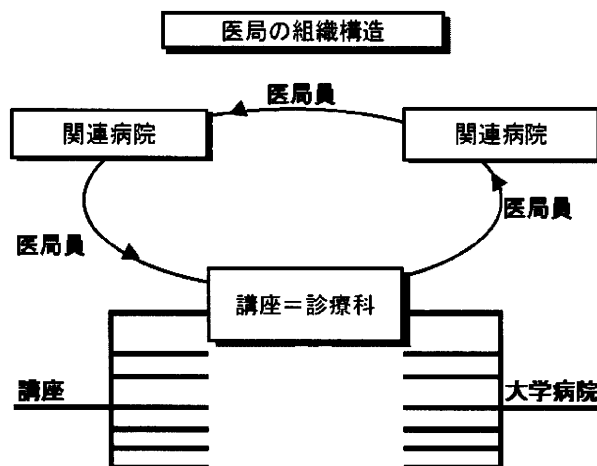
### (1) 1990年代の医局制度における医師のキャリア

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、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）などよ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」などとい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<sup>3</sup>、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

<sup>3</sup> 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。

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<sup>4</sup>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

<sup>4</sup> 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）

前において、医師の約 8 割は、大学病院で研修を開始していた<sup>5</sup>。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。むろん、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<sup>6</sup>。

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

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> 『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。