

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<sup>7</sup>。

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つてよいだろう。

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。

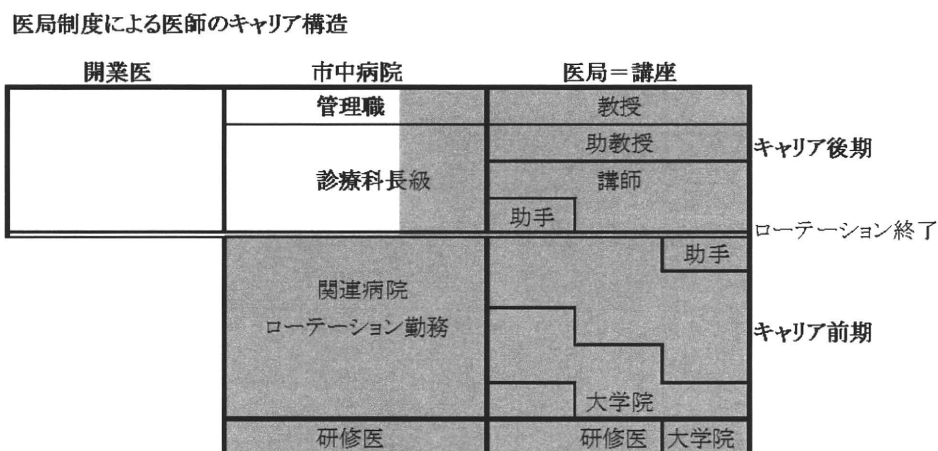
---

<sup>7</sup>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。

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



## (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。

### (3) 医局制度人事の特徴

医局制度における人事の特徴の一つは、「ローテーション」と呼ばれる人事慣行である。この意味は、医局制度が臨床経験を医局員に分配することで成り立っているシステムであるということを踏まえるとわかりやすい。すなわち、ローテーション人事は、臨床経験を医局員に平等に分配する制度である。関連病院の診療内容は、病院によって多様である。このため、医局員を特定の病院に長期に勤務させると、派遣した病院によって、医局員の経験する臨床経験の内容には大きな違いが発生してしまい、当該医療機関にのみ通用する特殊な熟練を積むことになりがちである。もし、医局員に公平に専門性を獲得させようとするならば、医局は、ローテーション人事を行うことによって、医局員に配分される臨床経験を均等化しなければならないのである。上にみた医師のローテーション人事とは、このような事情によって成立してきたのである。

医局員の間で臨床経験を均等化するというのは、医局から専門性の深さにおいて同質的な医師が輩出されるということの意味しており、これが日本全体に行き渡ることで、日本の医師は基本的に専門性の深さにおいて同質性の高い集団として成立することになる。言い換えれば、日本においては、ローテーションによって、すべての医師が、医局制度から専門医となるためのキャリア階梯を与えられてきたということである<sup>8</sup>。たとえば、このような医師集団は、プライマリケアに特化した一般医（*general practitioner*）とセカンダリケアに特化した専門医（*specialist*）に医師を分離が成立しているイギリスなど欧州諸国の

---

<sup>8</sup> この点については誤解されやすい点である。国内的にみれば、日本の医局には大まかに医学校設立の古さに応じた序列があり、それが医師間の不均等を生み出していると考えられている（たとえば米山公啓『学閥支配の医学』集英社新書 2002 年）。このこと自体はある程度事実であるが、国際比較的观点からみれば、学校間格差によってもたらされる医師間の格差は、欧州諸国において行われている専門医／一般医の身分差に比してはるかに小さな格差であるといえる。

医師集団とは際だった対照をみせるものである。むしろ、この点だけでいえば一般医が一種の専門的医師 (specialoid) として専門的医療に従事する伝統をもち<sup>9</sup>、のちに専門医としての家庭専門医 (family physician) となることで、この分離が解体したアメリカの医師集団に近いものであるといえる。

このような日本の医師の特徴は、20世紀初頭来観察されてきたものであり、それは医局制度が成立する以前からの伝統であったといえる。その意味では、この医局制度人事の特徴は、20世紀日本を通じて保持された医療システム上の特徴の戦後バージョンであったといえることができる。この日本の特徴は、日本の医療システムの全体的デザインに必須のものとしてみられてきたのであるが、この点については別稿<sup>10</sup>に譲り、以下では、この特徴の存在を確認することにとどめよう。

図表3をみると、A外科が、まさに整然たる序列を形成していることが分かる。すなわち、大学病院においては、講師に至るまでわずかな例外を除いて、入局順もしくは卒年順<sup>11</sup>で、地位が与えられている。それが、関連病院において、やや崩れているのは、市中病院への医局の人事統制が、大学病院ほどではないことを意味しているが、それは、まさにこの序列が医局組織の権力作用に依っていることを示している。このような医局組織の序列は、筆者の知る限り、他の医局でも同様である。たとえば、筆者が聞き取り調査を行ったある医局においては、序列は完全に入局順に従っている。さらに同期内部では入局時の「くじ引き」によって順位を確定させ、以後医局在籍中を通じてその序列を維持する。

このような序列は、それがすべての医局員を包含していることによって、将来、勤務医、開業医のいずれになるかにかかわらず、無差別に同質の臨床経験を手にすることを意味している<sup>12</sup>。それは、医局の序列が無選抜的秩序でもあることも意味する。医局員の一部は、

---

<sup>9</sup> J. S. Collings. 'General Practice in England Today', *Lancet*, 20<sup>th</sup> May, 1950.

<sup>10</sup> 猪飼周平『病院の世紀の理論』(近刊)。

<sup>11</sup> 序列が入局順なのか卒年順なのかを判定するには、中途入局者の取り扱われ方を知る必要があるが、筆者はこれに関する十分な証拠をもっていない。ただ、本稿においてはいずれであっても差し支えない。

<sup>12</sup> 開業医の子弟など、将来の見通しが比較的明確な者について、希望に応じて診療所での勤務などが認められるケースもあるという点で、この序列から、医局員が自発的に離脱することに関して、多少の自由

医局スタッフ（助手ないし講師）として採用され<sup>13</sup>、その後、教授への階梯において、厳しい選抜的競争に直面するが<sup>14</sup>、それを除けば、少なくとも医局の人事権が及ぶ範囲では、選抜的関門は全く存在しない。また、専門医制度にしても、現在の運営状況では、選抜的性格を有していない。そこにみられるのは、いわば「ところてん」式に順序良く医師たちがキャリアを昇ってゆく姿であるといえる。

厳格な序列に基づく医局員に対する取り扱いを通じて、医局制度は、医局員のすべてに最終的に平等な臨床経験の蓄積機会を提供してきたといえる。そして、そのような平等主義は、日本の医師に対して専門性の程度に関して、同質的な能力的基礎を付与してきたのである。言い換えれば、このような医局制度内部に形成された平等主義的キャリア管理によって、日本の医師は、セカンダリケア担当能力を保持するという意味における同質性を、医師集団全体に行き渡らせることができたのである。

### 3. 医局制度の形成

前節の議論は、いわば 1990 年代の医局制度のスナップショットであった。なぜこのような医局制度の姿が成立したのかを理解するためには、医局制度の歴史的背景を考える必要がある。この観点から、以下では医局制度の形成史を検討する。

#### (1) 医師の臨床能力

一般に、医師の臨床能力は、医学的知識の学習と臨床経験の蓄積によって形成されるといってよい。伝統的な医学教育史において重視されてきたのは、医学教育における実験室 (laboratory) および関連する科目の発達である<sup>15</sup>。これは、19 世紀後半以降の医学教育

---

度はある。

<sup>13</sup> 助手およびそれと同格のポストを多く設置している私立大学では、助手は医局のスタッフを意味しないことがある（たとえば昭和大学）。一方、A 外科の場合、助手は医局の運営スタッフである。

<sup>14</sup> 猪飼周平（1997 年）「医局制度の医師」（修士論文）参照。

<sup>15</sup> たとえば Ludmerer, K. M.(1985), *Learning to Heal: The Development of American Medical Education*, Basic Books: New York.

に顕著であり、徒弟修行に対する医学校教育の価値を大きく高めるとともに、医師養成の内容の軸足を臨床経験の蓄積から医学的知識の学習へと移していったことに着目した歴史観であるといえる。たしかに、このような歴史的変化がみられたことは、医学教育のカリキュラムの変遷に明確に表われているという意味において争う余地はない。

だが、少し角度を変えて、医学的知識の習得が臨床経験を代替するようなものであったか、言い換えれば、臨床経験の意義が低下していったかと問うならばどうか。あきらかに答えは否である。というのも、今日言うところの卒然教育にあたる医師になる前の教育課程が医学的知識の習得に埋め尽くされていった代わりに、臨床経験それ自体は、卒後のキャリアにおいて積むべきものとして、キャリア上の居場所を変えて維持されたからである。このような棲み分けの発生は医学的知識の習得と臨床経験が代替的というよりは補完的な学習プロセスであるということの意味している。

臨床経験がかくも重要となる根本的理由は、近代医学の知識体系の性質にあるといえる。医学的知識の基礎の一つは、疾病分類であり、その分類に応じて病理や治療法が体系化されている。だが、実際のところ、一つの疾病カテゴリーに含まれる患者に対して、同じ治療法で同じ効果が得られるわけではない。これは、人体の個別性が、医学が発達させてきた疾病カテゴリーの網目をはるかに凌いでいることから起きることである。このことは、現在行われている疾病分類が、便宜的なものであり、近代を通じて、医学は人体の多様性を説明できるレベルからほど遠い所に居続けてきたということを示している<sup>16</sup>。したがって、治療に際しては、医学的知識によっては説明されない事態が頻々と生ずることになる。そして、この多様性に立ち向かう能力こそ、臨床経験でしか得られないものであり、医学的知識の学習によっては代替することのできない最たるものであるといえる。加えて、医学・医療技術の進歩に伴って、多様な診断法・治療法が開発されるのであるが、それは多

---

<sup>16</sup> Wulff, H. R., Pedersen, S. A., & Rosenberg, R. (1990), *Philosophy of Medicine: An Introduction* (2<sup>nd</sup> ed.), Blackwell: Oxford (『人間と医学』博品社 1996年)

くの場合、多くの習熟の過程を要求するものでもある。

結局のところ、19世紀における医学・医療技術の進歩は、医学的知識の習得の重要性を高めると同時に、必要とされる臨床経験の量をも増大させたのであり、19世紀末以降に明確になりつつあった医師の専門分化は、まさに知識・経験両面における習得内容の増大によってもたらされたのである。そして、少なくとも近代以降、この医学的知識と臨床経験が臨床能力の中心的要素として存在してきたのであり、それは、医師の専門分化の深化した今日にまで引き継がれてきているのである。

この二つの能力要素の習得はいかようにでも行えるわけではない。というのも、そこには社会的制約が加味されるからである。近代医療に関していえば、その主要な要素は、医師免許、学位、一人前の3つである。

医師免許とは、いうまでもなく医師と非医師を区別するものである。医師免許は、偽医者から患者を保護する制度であると同時に、医師の職業的利益を保護する制度でもある。多くの国々でこの医師免許が確立してくるのは19世紀以降である。ここで重要なことは、この医師免許が医師の能力習得に大きな制約を与えるということである。なぜなら、この制度が設定されると、非医師である免許取得前の医学生は、臨床から排除されることになるからである。結果、臨床経験の蓄積は主に免許取得後のプロセスとなる。

学位は、それ自体は医学研究者としての能力を証明するものであるが、この過程で医学を深く理解する者であることを証明することが臨床上の権威へと結びつく場合がある。このとき、通常は医学研究者を志望する少数が目指す学位取得が、医師集団全体に広がることになる。

さらに、一人前 (experienced) とは、臨床上の最終的な決断をすることが社会的に許容された状態を指す。病院等の診療科長や開業医がこれにあたる。一人前となる以前の医師は、臨床に従事する権利は有するが、彼らを監督する指導医の存在を必要とする。これが、今日私たちが卒後教育 (postgraduate education) と呼ぶ過程であり、それは、医師



免許取得と一人前になる時期との間に成立するのである。

以上を踏まえて、以下では、近代日本における医師のキャリア構造の変遷について概観しよう。

## (2) 明治期における医師のキャリア

明治維新前においては、医師免許制度の萌芽のみられた地域もあったが、全国的普及してはいなかった。医師免許がないということは、医師以外の人間の医療行為に対しても制約がないということでもあり、医師の下で徒弟として臨床経験を積むことに関しては何ら制約がなく、またどれだけ訓練すれば一人前となるかも不明確であった。はなはだしい場合には、漢文を読むことができさえすれば、すぐ医師を名乗ることもできた<sup>17</sup>。

明治期に入ると医師免許制度および医学教育制度の整備が進み、医師のキャリアの構造は一変した。まず医師免許の導入によって、免許取得前と後で患者に対して可能な行為が仕分けされ、免許取得前に臨床経験を積む余地は制限されることになった。それとともに医学教育における医学的知識の学習の重要性が高まっていたこともあって、免許取得前の教育は主に医学的知識の習得に向けられ、臨床経験の蓄積は免許取得後に回されることになった。ただ、免許取得後直ちに開業するなど独立診療を行うことは何ら問題がなく、実際に大部分の医師たちは免許取得後直ちに開業していたのである。このことは、明治期においては、免許取得がすなわち一人前であることを意味していた。臨床経験については、それが上達に必須の教育資源であるということはおそらく多くの人々に理解されていたであろうが、それをリスクが管理された状況で行うことが必要であるとは考えられていなかった。言い換えれば、医師をやっていれば自然と身に付くと考えられていたのである。

日本の医学教育は、1880年代までに学歴的に格差のある3つの養成経路（大学、医学専門学校、医術開業試験）を形成していたが、このうち最上層に位置する大学の卒業生（医

---

<sup>17</sup> 布施昌一『医師の歴史』中公新書1979年。

学士)にしても、免許取得＝一人前という点では同様であった。卒業すると直ちに、一人前の医師として、直ちに公立一般病院等の院長級のポストに就いたのである<sup>18</sup>。このことは、いかに近代医学に関する知識が稀少であったかを示していた。何となれば、彼らは医学書をドイツ語で読むことができたエリートであり、当時最も近代医学を理解していた階層だったのである。このような状況においては、大学卒業より上の医学的知識に関する権威である学位制度が発達していなかったとしてもまったく不思議ではなかった。実際、明治初期における学位制度の下では、医学博士号は、明治期においては、ごく限られた人数に授与された特別な名誉であり、そこにはシステマティックな論文の審査があったわけでもなかった。1888年から1912年までの24年間に授与された医学博士号は、わずか261であった<sup>19</sup>。したがって、明治期においては、医学博士は、医師の階層を形成する存在ではなかった。

### (3) 戦間期における日本の医師のキャリア

20世紀に入ると、医学・医療技術の進展によって、医療は先端的な医療機能領域であるセカンダリケアと、残余的機能領域としてのプライマリケアへの分化が明確になってくる。この過程で、医師の専門分化(specialization)が進展すると同時に、技能習得に時間がかかるようになってくる。このため、1920年代までには、日本でも学歴に関係なく、免許取得から開業までに一定期間病院などで研修することが一般的になっていた<sup>20</sup>。このことは、医師免許取得と一人前との間に乖離を生じ始めたことを意味しており、これは言い換えれば卒後教育を生み出す領域の成立であった。

一方、1920年代半ばには、帝国大学および医科大学において、医局講座制が敷かれるよ

<sup>18</sup> この点については、猪飼周平(2001)「明治期日本における開業医集団の成立」『大原社会問題研究所雑誌』No. 511, pp. 31-57 参照。

<sup>19</sup> 文部省(1972年)『学制百年史』資料編

<sup>20</sup> 猪飼周平(2005年)「近代日本医療史における開業医の意義」佐口和郎・中川清編『福祉社会の歴史伝統と変容』ミネルヴァ書房(第1章)参照。

うになっていた。戦後の医局制度の組織的核をなす医局講座制の成立は、1893年に帝国大学（のちの東京帝国大学）において講座制が敷かれたことに端を発している。以後、附属病院の診療化と講座の運営が統合され、診療・研究が医局＝講座単位で行われるようになった。また、当時は、帝国大学が唯一の大学であったことから、医局講座制によってカバーされる医師の数はごく限られていたが、京都・九州・東北・北海道・大阪・名古屋と帝国大学が増設され、また、大学令の改正にともなって医学専門学校の多くが大学に昇格すると、それらの医学校においても、帝国大学に倣って医局講座制が採用されることとなったのである。

だが、戦前においては、この医局講座制は、生成しつつあった卒後教育領域に、戦後の医局制度のように関わったわけではなかった。言い換えると、医局は、臨床経験の分配を目的とした人事を行っておらず、また、医局の組織力の源泉も、臨床経験の分配力にあったわけではなかった。

たとえば「医局員」という用語の使われ方をみると、戦前において「医局員」とは、大学講座に所属する医師のことであり、市中病院に公式の身分を有する医師に対しては使われなかった。もし、当時の医局が臨床経験を中核資源とする組織であったとすれば、それを市中病院における臨床経験を含めて囲い込まなければならないが、当時の「医局員」という用語の使われ方は、当時の医局が大学病院の外側にまだ関心を向けていなかったことを示している。もちろん、市中病院にとっては講座に医師の供給を依存することにメリットがあり、それに基づいて医局から医師が「派遣」されることもあった<sup>21</sup>。だが、その場合でも、医局は、市中病院を教育資源と認識してはいなかったと考えられる。その意味において、戦後的な意味での医局と市中病院との間のギブアンドテイクの関係は成立していなかったのである。

---

<sup>21</sup> 文部省『文部統計年報』（第36年報、1908年）に、東京帝国大学が、巣鴨病院からの依頼を受けて、医師を派遣した旨の記述があり、管見の限り、医師の派遣を示す公式文書としては最も古いものである。

では、当時の医局は、医師をいかにして組織していたのであろうか。戦間期日本についていえば、それは、医学博士号であったといえる。熊本医科大学小児科教室（講座）の同窓会名簿「同門会員名簿」（1943年）をみると、1943年時点において、存命中の医局員および元医局員（応召中の医局員は除く）に関して、博士号取得者の平均在局年数は5.0年、博士号を取得しない者に到っては2.0年でしかなかった<sup>22</sup>。このことは、第一に、医師にとって、博士号取得を目指さない限り、医局に長期所属する理由がなかったことを示している。当時大卒医師が開業するまで多年を要するようになっていたことを考慮すれば、博士号を取得しない人々にとっては、附属病院以外に、市中病院等での勤務に従事することが一般的であったと考えられる。第二に、一般に、様々な医局名簿から医学博士号が卒後2, 3年で授与された事例がほとんどないことから、この医局における博士号取得者の平均在局年数5.0年というのは、博士号を取得すると医局を辞することが一般的であったことを示唆している。すなわち、医学研究者としてのキャリアを歩む少数を除けば、博士号の取得それ自体が医局におけるキャリアのゴールであったことを示唆している。そして、博士号を取得するつもりのない医師にとっては、医局は長居すべき場所ではなかった。

すでに述べたように、医学博士号は、明治期においてはごく限られた人数に、授与されたものであった。このような状況が大きく変更されたのは、学制改革の一貫として、1920年に学位令改正されて以降である。大学の講座の担当教授に、実質的に学位審査権が与えられ、講座もそれを積極的に活用したことから、医師たちが、講座に吸い寄せられると同時に、大量の博士号が授与されるようになった（図表5）。

---

<sup>22</sup> 「同門会員名簿」熊本医科大学小児科教室同門会[1943]。また、同[1936,1937,1940]および九州帝国大学医学部小児科教室同門会[1928,1930,1932,1933,1936,1939,1944]も参照。

図表 5



博士号の濫発は、博士号の価値の稀薄化をもたらし、1930年代後半には、医学博士号が、医師の臨床能力を適切に表現したものかどうかについては、疑問が呈されるようになってもいた。たとえば、1939年、当時厚生省初代衛生局医務課長であった野間正秋は、「学位は必ずしも医術熟達と直接の関係はないのであるが、社会は今尚博士を以て医術の達者と看做し、医師も博士を獲得することは概して医業に関して有形無形の社会的待遇を獲得することと考える実情にある」と述べている<sup>23</sup>。とはいえ、おおむね戦前を通じて、博士号には実体的な意味が存在していたといえる。というのも、当時は、臨床の現場に、近代医学をよく理解していたとはいえない医師がまだ少なからず残存していた時期であり、医学をよく修めているということは、すべての医師が満たしている前提とはいえなかったからである。医学博士が、他の医師に優越した医師であるという意味での「上医」と呼ばれて

<sup>23</sup> 野間正秋「医薬制度調査会の小委員会研究項目概要に就いて」『日本医師会雑誌』14.5, 1939.1

いたこと、当時の博士が、非博士よりはるかに所得が高かったこと<sup>24</sup>、公立一般病院の診療科長職の大部分が総数 1/6 を占めるに過ぎない医学博士によって占められていたことなどは<sup>25</sup>、当時の医学博士に対する、このような社会的評価の存在を裏書きしているといえる。

戦前の大学医局は、この博士号の権威によって、若手医師たちを吸引していたのである。当時医局講座制が敷かれていなかった医学専門学校の卒業生たちも、卒後積極的に大学医局において博士号取得のための研究生生活を送るものも多くあった<sup>26</sup>。大学医局には、「助手」「副手」などよばれる医局員が多く存在し、彼らは教授の研究に動員されつつ、博士論文を作成していたのである。彼らこそが、戦間期における医局員の典型的な姿であった。

総じていえば、戦前の医局とは、＜研究する場所＞を主に意味していたのであり、そして、そのこと自体が医師を医局に引き寄せるに十分な理由となっていたのである。すでに述べたように、1920年代には、あらゆる学歴階層の医師たちが、免許取得後、開業に先立って、数年の病院勤務を挟むようになりつつあったのであり、それは、日本の医師における実質的な卒後研修の発生であった。だが、戦前を通じて、症例という教育資源は、医局の組織力の源泉となる稀少性を有してはおらず、容易に手に入れられるものであり、その意義について多少の疑義を持たれつつも、医学研究によって医学に対する認識を深めることの方が、医師としての価値を高めるものであると考えられたのである。言い換えれば、戦前日本においては、医学的知識こそが稀少であり臨床経験はどこでも積めるものと認識されていたのである。

#### (4) 戦後日本における医局制度の形成

戦後、占領期における改革によって、医学教育は制度的に大きく変化する。すなわち医

<sup>24</sup> 川上武 1965, p324。

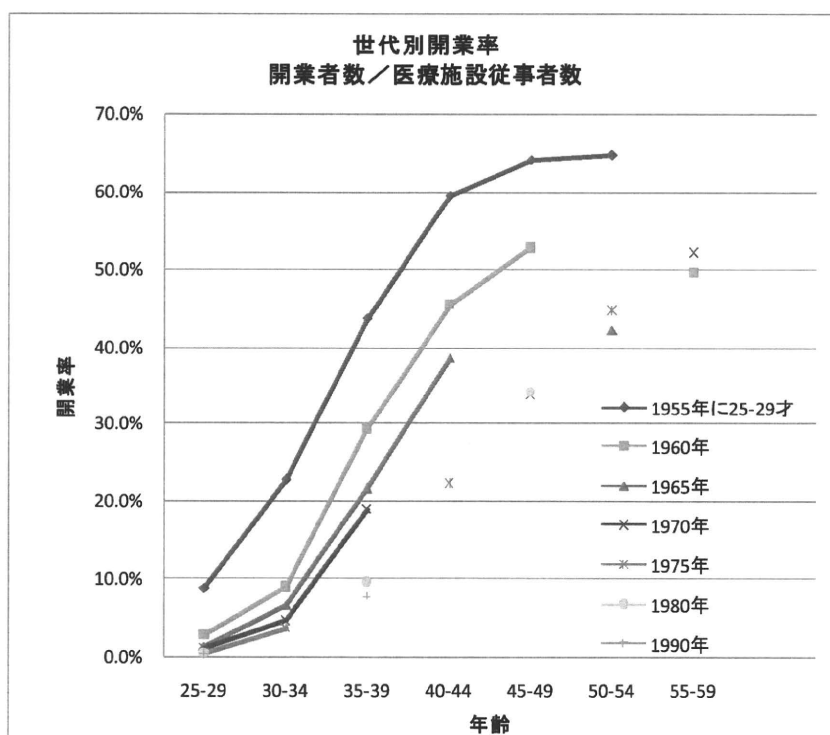
<sup>25</sup> 『日本医事年鑑』1936。

<sup>26</sup> 東京医学専門学校『学士会員名簿』1938年版。

学教育が大学レベルに統一され、結果、すべての医学校が医局講座制を採ることとなったのである。天野郁夫の表現によれば、帝国大学に端を発するシステムが、高等教育全般に「同型繁殖」的に拡大したということでもあった<sup>27</sup>。

図表 6 は、世代別の開業率を示したものである。まず、目につくのは、世代が進むにつれカーブが下方にシフトしていることであろう。これは、60 才以前の医師のキャリアを通じて開業しない層が増大していることを意味している。だが、もう一つ読み取るべき点として、20 代中における開業が早い段階でほとんどなくなり、また、カーブの下方シフトを超えて、30-34 才時における開業が減少していることである。このことは、キャリアを通じて開業しない者だけでなく、開業する者であっても、そのタイミングが、世代が進むにつれ延期される傾向をもっているということである。

図表 6



Source: 厚生労働省 (厚生省) 『医師・歯科医師・薬剤師調査』各年

<sup>27</sup> 天野郁夫 (1989 年) 『近代日本高等教育研究』玉川大学出版部, p. 20.

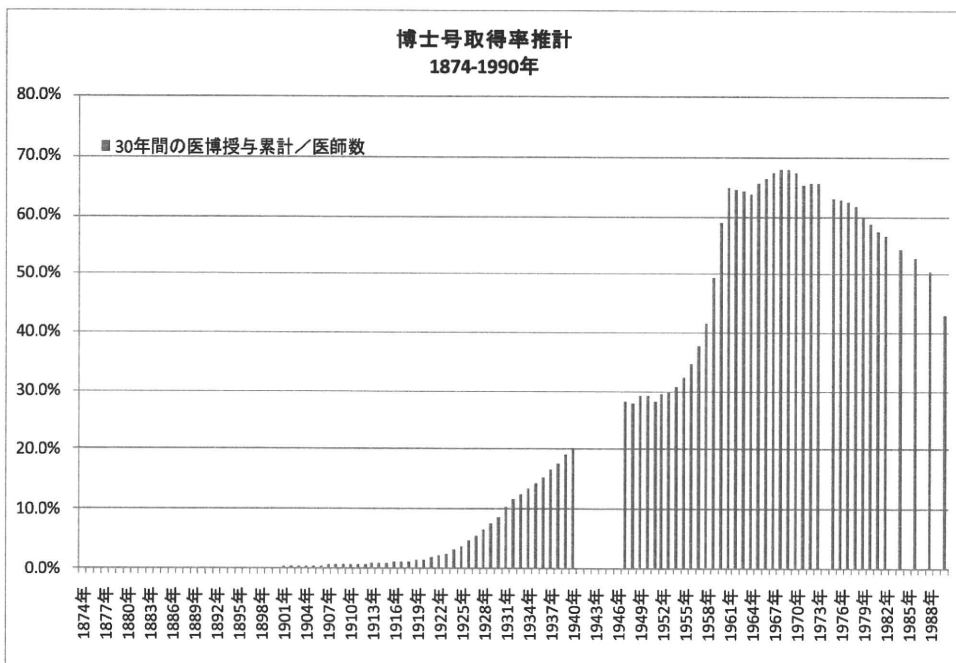
注: ここで開業率とは、(当該世代病院と診療所の開設者合計) / (調査時の医療施設従事者数)

この開業延期の傾向は何によってもたらされているのだろうか。まず、この過程において、医学博士号のあり方が大きく変容していた。というのも、戦後、医学博士号は、すべての医師にとって手が届くものとなったからである。過去 30 年間の医学博士号授与数の累計を医師数で除することで粗い博士号取得率への近似とみなすと、図表 7 のようになる。これによれば、1960 年代にかけて、過半の医師がそのキャリアの過程で、通過点として医学博士号を取得するようになったことが読み取れる。学位令は、新制大学院の発足に伴って 1960 年に改正された。これは、1949 年に新制大学が成立し、最初の卒業生が 1955 年に出た 5 年後にあたっていた。改正直前にみられた「駆け込み取得」とよばれる博士号の大量授与以降、博士号は医師たちが誰でもごく一般的に取得する資格へと変容したのである。

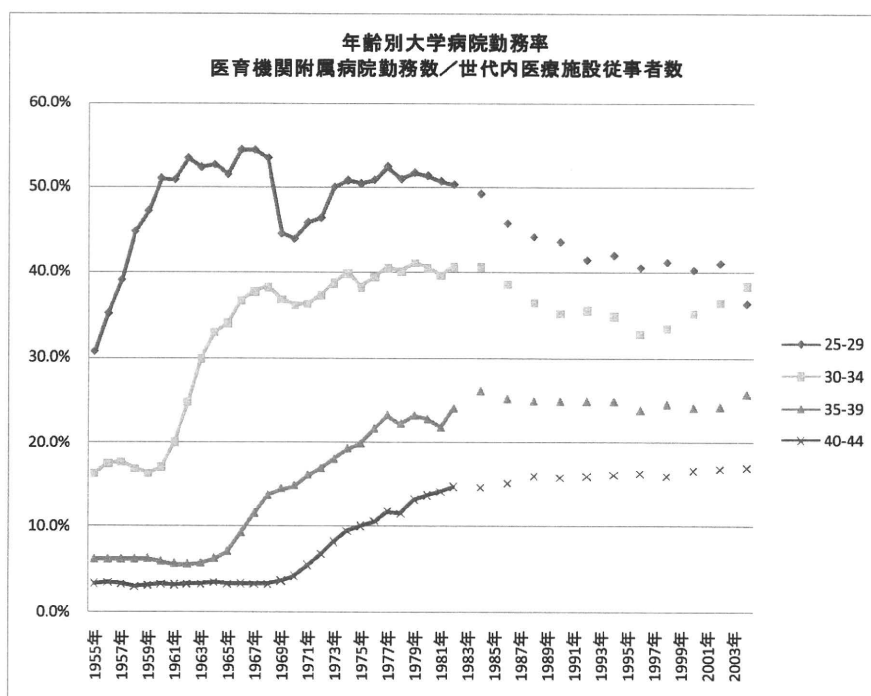
図表 8 をみると、1950 年代後半に 20 代から 30 代前半の医師たちの大学病院勤務医率が急激に増大している。これは、あきらかに同時期の博士号授与数急増と整合するものであり、この点から、戦後の日本においては、まず博士号を基本的に誘因として、ひとまず医局に医師たちが吸収されたとみることができる。

図表 7





図表 8

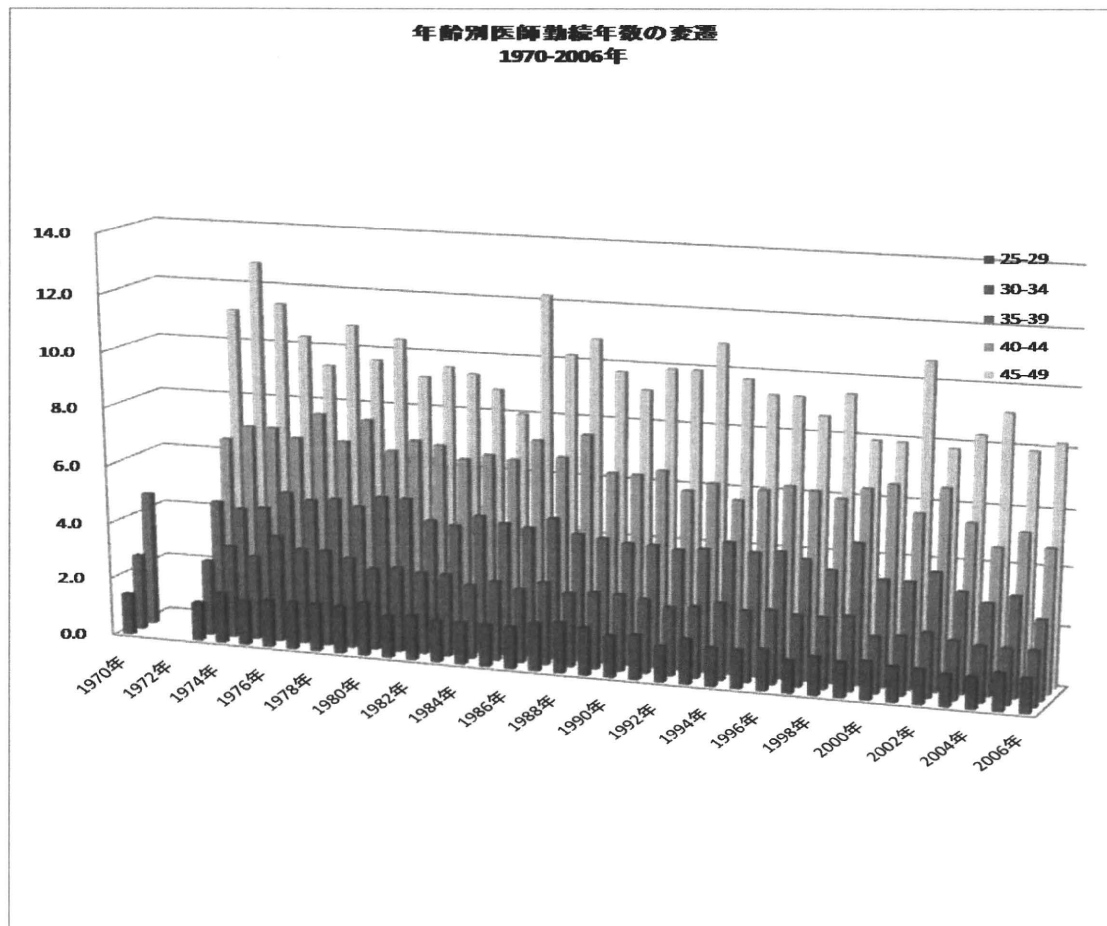


Source: 厚生労働省（厚生省）『医師・歯科医師・薬剤師調査』各年

問題は、医学博士号を組織化力の源泉とする戦後の医局が、いつどのように臨床経験の分配力を組織化力の源泉とする医局制度へと進んだかである。おそらく、その時期はすぐにやってきた。図表 8 をもう一度検討してみよう。すると、34 才以下世代の大学病院勤務の増大から少し遅れて、35 才以上の世代における大学病院勤務率が 1960 年代以降かなり上昇していることがわかる。この時期、すでに大部分の医師は博士号の取得を済ませているはずであり、にもかかわらず、大学病院に勤務する者が 35-39 才世代の 2 割を超えるようになってきている。このことは博士号取得後でありかつ医学研究者を志望しない医師の一定数が大学病院（医局人事の統制下にあることを意味する）に勤務するようになっていたことを意味する。大学病院はローテーション人事の環の一端であるから、その背後に市中病院でのローテーションに戻った医師が存在していると考えれば、この時期に医局制度が確立したとみることができる。

この点は、別の資料からも裏付けられる。『賃金構造基本統計調査』は、1970 年調査以降、男性勤務医の勤続年数に関する統計（サンプル調査）を行ってきた。これによれば、1970 年の時点で、すでに 25-29 歳（平均 28.0 歳）、30-34 歳（平均 32.7 歳）、35-39 歳（37.5 歳）の医師の勤続年数がそれぞれ、1.4 年、2.6 年、4.7 年と短い。これに対し、40-49 歳（平均 44.2 歳）に至って 9.8 年と大きく伸びている。これは、あきらかに医局制度下における医師のキャリアに特有の勤続年数パターンである。少なくとも 1970 年までには医局制度における基本的人事パターンが確立していたとって差支えないだろう。そして、図表 9 は、1970 年以降この勤続年数パターンが最近まで、医局制度の下で安定的に維持されてきたことを示している。

図表 9



Source: 労働省（厚生労働省）『賃金構造基本統計調査』各年

戦前的な権威としての博士号と、一人前になるための教育資源としての臨床経験の取り扱いに対して、医局の立場を良く示しているのが、戦後の専門医資格導入に関する政治過程であった。

そもそも専門医資格とは、医師の専門的臨床能力を保証ないし証明するものであり、1930年代に博士号と臨床能力との関係が疑問視されるようになって以降、日本でも導入が議論されるようになったものである。1930年代当時「専門科名標榜問題」として人口に膾炙するようになり、その後、1942年には、国民医療法において一時法制化されるに至るなど、一定の議論の蓄積が存在していたが、戦後において争点化したのは、1956年、厚生省

が翌年度の導入を前提に「専門医制度」の立案を行う旨発表して以降である<sup>28</sup>。

さて、ここで興味深いのは、この発表に対し、大学関係者から強い反発が起こったことである。彼らは、若手医師が、資格取得を目指して臨床指向を強めることによって、研究の担い手が減少することを危惧していた。このため、国立大学医学部長会議は、専門医制度の立案には医育機関の意見を尊重することを厚生省に要望し、文部省の医学視学委員会は、発足したばかりの新制大学院制度との整合性などに問題があるため、1957年度の専門医制度導入は、「時期尚早」とであると結論した<sup>29</sup>。これによって、1957年度からの「専門医制度」の導入は、延期されざるをえない状況となった。その後も、厚生省は、専門医制度調査会（1958年）を設置し、あくまで導入を目指したが、それを引き継いだ医療制度調査会（1959年）の最終答申（「医療制度全般についての改善の基本方針」1963年）において、各学会にその導入が任されることとなり、厚生省が自ら運営する専門医制度の設置の試みは、完全に挫折することとなった。

この経緯が示唆しているのは、何より医局を運営する大学関係者が、博士号によって医師を組織化することがもはや限界に達していたことを良く知っていたということである。1961年当時、厚生官僚であった佐分利輝彦が述べたところでは、「専門医制度ができると、将来臨床医になろうとするものは、諸外国でみられるように、学位よりも専門医の免許の方を希望するようになり、・・・また、大学院制度そのものも、発足して以来6年でようやく基礎が固まってきたときに、専門医制度の出現によって有名無実のものになってしまう恐れがある。臨床部門の大学院を専門医の修練課程とすることも考えられるが、このような大学院制度の改革の結論がでるまで、専門医制度を実施するのは時期尚早である、といった意見が大学方面からでている。」<sup>30</sup>要するに、医局は、医師たちを大学において研究活動に従事させるために、博士号の権威ではなく、専門的な臨床能力を習得させることと

<sup>28</sup> 日本医事新報社『日本医事新報』1668, 1956.4.14, p62

<sup>29</sup> 日本医事新報社『日本医事新報』1696, 1956.10.27, p73

<sup>30</sup> 佐分利輝彦「専門医制度を巡る諸問題」『病院』1961.5, p. 328.