

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——

猪飼 周平

I 序

戦後、病院医療の規模の拡大、医師の専門領域の細分化、医師の研修期間の長期化が猛烈に進行したことで、医師による診療活動の分業が、極めて複雑なものへと変化した結果、現在の医療問題の多くは、医師内部にみられる多様性の構造を前提としなければ理解できなくなっている¹⁾。なかでも、プライマリケア医の養成問題は、医師内部における分業の設計の問題そのものであり、医師の能力的多様性の検討が前提となることはいうまでもない。本稿では、「医局制度」とよばれる日本独自の非公式的医師卒後教育制度の検討を通じて、日本的な医師の能力的多様性の構造を把握することによって、プライマリケア医養成問題をはじめとする現代的な医療問題を理解する準備作業を行いたい。

だが、このような観点からの検討は、日本の医療制度研究の文脈では、あまり関心を集めてこなかったといえる。永らく、日本の医療問題研究者は、医師の階層的偏在（下層社会の切り捨て）・地域的偏在（農村社会の切り捨て）という医療の不在をいかに解消するかに悩んできた。実際、実費診療所の創設者鈴木梅四郎が大正期に「医療の社会化」という言葉を使用して以降²⁾、1960年代に皆保険が達成されるまで、この医療の社会全層への普及こそが、近代日本における最大の医療問題であった³⁾。そこで、最優先されるべきは、質はどうであれ、まず医療の欠乏している地域や階層に医療が供給されることであった。このような

状況では、医師の内的構造に対して焦点が当てられなかったのはやむを得ない。だが、現在においては、この従来の枠組みは、限定的な通用力しかもはや持ち得ないのではないか。

このような研究の現状に対する理解に基づき、本稿では、日本の医師の内部構造を検討するが、その最も良い方法は、医師のキャリアを分析することである。というのも、キャリアの各段階は、医師の熟練の段階であり、またキャリアパスの種類・分岐は、医師の専門領域の構造を示しているが、これらはまさに医師間を質的に隔てる基本的要素だからである⁴⁾。本稿が検討する「医局制度」は、それが医師のキャリアおよび熟練の過程を直接規定する制度である。

なお、本稿では、①医局名簿⁵⁾、②公式制度の内容を示す諸資料⁶⁾、③官庁統計、④医学専門紙などにおける医局関連記事や医局における聞き取り調査が利用された⁷⁾。このうち、①が医局組織の構造を推定する上でもっとも重要である。本稿では、筆者が入手した医局名簿のうち国立A大学第二外科（一般消化器外科）のみを挙げるが、そこで述べられる特徴は、基本的に筆者が名簿を入手した4医局に共通のものである。

II 医局制度の構造と組織原理

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、「専門医」資格を取得する。医局は、元来、病院の診療科組織や

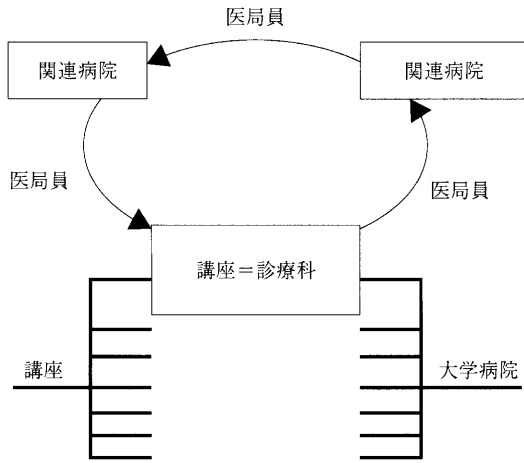


図1 医局の組織構造

その詰所のことであるが、医局制度における医局組織は、それより、はるかに複雑な内容を含んでいる(図1)。

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)との統合体を含んでいる。これは通常、「医局講座制」といわれるものである。

第二に、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。このことは、医局制度が医局講座制を部分として含んでいることを意味している。従来混同されがちだが、これら二つの制度は、成立時期も組織原理も異なっている⁸⁾。医局が、複数の経営体の成員を含んでいるという点で、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、医局といえば、この医局制度における医局組織を指すものとする)。

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⁹⁾。医局は、「関連病院」「派遣病院」(以下「関連病院」と表記)などとよばれる市中病院の一般常勤医ポスト(「医員」)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いる。この関連病院に対する支配力に基づいて、医局は、大学外の医局員を人事的に統制しているのである。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」などといわれる最大の根拠はここにある。

「医局制度」は、これまで論者ごとに多様に定義されてきたが、本稿では、医局の人事権力の観点からの定義を与えておこう。すなわち、医局制度は、医局人事が生み出す社会構造のことを指している。したがって、医局制度とは、静態的には、医局組織の構造であり、動態的には、医局が生み出すキャリア構造であるといえる。本稿では、医局名簿を利用して、医局組織の静態的構造を提示するが、それは医局組織の構造であると同時に、静態的構造がある程度安定的であることを前提とすれば、医局員の歩むキャリアの構造を示している。

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¹⁰⁾、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・恣意的な権力に焦点が当てられがちであるが、後述のように、現在の医局人事は、相当程度パターン化されており、いたずらに教授の恣意的権力の強さを強調するのは間違っている。

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医療機能の多くを担っている。

1 医局制度の卓越性

最初の問題は、医局員のキャリアが日本の若手医師のキャリアを代表しているかどうかである。

医師の約8割は、大学病院で研修を開始しているが¹¹⁾、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

あることを意味している。また、近年では、研修医時代を医局に所属することなく過ごすことが可能となっているが、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るとみられる¹²⁾。

医局制度の卓越性は、官庁統計によってもその輪郭を捕捉することができる。『賃金構造基本統計調査』平成6年版によれば③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年に上昇する。このことは、平均40歳頃を境にして、日本の勤務医の定着傾向が急激に強まることを意味している。これは、この時期に医局制度の医師への統制力が衰微することに対応しており、医局員のキャリアパス構造がマクロ的に成立しているという命題を支持するものである。

2 医局員のキャリアパターン

上のことを踏まえ、国立A大学第二外科(以下「A外科」と表記)のキャリアパターンをみよう(表1)。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¹³⁾を専門領域としている。

法的には、医師免許を取得すると、2年間の「臨床研修」が推奨されている。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いる。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、一般的な初期研修のパターンの一つである。この他、大学・医局によって、最初の2年間を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る。

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してゆく。その

際、もっとも注目すべきは次の慣行である。すなわち、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形成している。これは、臨床経験を、段階的かつ公平に分配する仕組みとして存在している。医局員たちは、キャリア前半を通じて、このローテーション人事によって病院間を転々とすることになる。

なお、このローテーションの過程で、博士号¹⁴⁾や「専門医」資格の取得過程が挿入されることが一般化している(わが国では、前者は大正期以来、後者は1980年代以降にそれぞれ一般化した)。博士号取得においては、ローテーションを一時中断して大学院に進学するケース(A外科の場合など)もあるが、「専門医」資格は、ローテーションが概して大病院中心であることから、人事に従っていれば容易に資格要件を満たし得る¹⁵⁾。

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統計的事実とうまく合致している¹⁶⁾。したがって、医局制度は、キャリア前半の医師の労働市場のマクロ構造を規定する最大の要因であると考えるべきであろう。

だが、医師の間では「内科10年、外科15年」などといわれるが、それを裏書きするように、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つけるが、その他の者については、もはや人事権を行使できない¹⁷⁾。

表1の原資料は、医局員名簿であり、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

表1 国立A大学第二外科構成

卒業年数	卒年	関連病院				大学病院							
		研修医	医員	診療科 長級	管理職	研修医	院生	研究生	医員	助手	講師	助教授	留学
1	H 7	1				6							
2	6	9											
3	5		12										
4	4		14					1					1
5	3		4				8						
6	2		2				8						1
7	1		2				8						
8	S 63		2	1			9						1
9	62		4	1			1						1
10	61		1	1			1		1				1
11	60		5										
12	59		1										
13	58		4					1	1				
14	57		4										
15	56		3						1				1
16	55		1	1	1					1			
17	54		1	2						1			
18	53			1	1					1			
19	52		1	4						1			
20	51			5	1					1			
21	50		1	3	1						1		
22	49			2									
23	48			4									
24	47			2						1			
25	46			1									
26	45			5	3								
27	44												
28	43			2	1								
29	42			4	1								
30	41			1	1								
31	40			2	3								
32	39				1								
33	38				1								
34	37				1								
35	36				1								
36	35				2								
37	34				1					1			
38	33				1								
39	32				1								
43	28				1								
44	27				1								
49	22				1								

出典) 『A大学医学部外科学第2講座 年報1995』より作成。

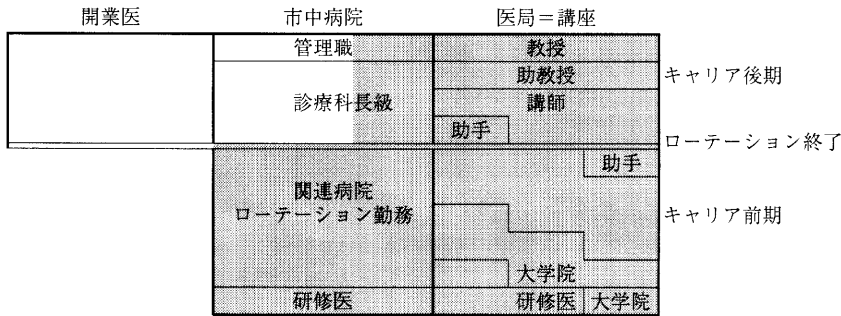


図2 日本における医師のキャリアパターン

し、開業医の年齢分布を示すマクロ統計をみると、開業の大部分が、35歳から49歳の間に集中しており¹⁸⁾、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ただろう(本稿では、この時期以降の医師キャリアを指して「後期」とする)。

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。いい替えれば、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許されよう。図2において、網掛け部分が、医局人事の影響下に置かれた部分である。

3 医局の組織化原理

医局は、なぜ医師を組織し得るのであろうか。通説の一つは、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である。この説の最大の難点は、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という

点である。医師の間で「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裏腹に、医局の人事権が博士号によっているのではないことを示している。なぜなら、専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メリットはないからである。したがって、現在の博士号は、全く医局の組織化に寄与していないというわけではないにせよ、少なくとも医局を組織化する主要な原因ではない。

だが、戦間期日本についていえば、医学博士号のメリットによって、医師が講座(教室)に帰属する慣行がみられたことも事実であった。1920年の学位改正以後、大学の講座に、実質的に学位授与権が与えられ、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。これは、医局制度のうちの医局講座制の部分がこの時期、ある程度の発展をみせたことを意味している¹⁹⁾。当時の博士は、非博士よりはるかに所得が高く²⁰⁾、また公立病院の診療科長の大部分が博士で占められていた²¹⁾。したがって、上記の医学博士号による医局の組織化という通説は、戦間期については根拠を持っていた。

とはいえ、この時期における講座の組織化は現在の医局と比べるとずっとつつましいものであったと考えられる。たとえば、熊本医科大学小児科教室の医局名簿によれば、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²²⁾。また、博士号の濫発は、博士号の価値の稀薄化をもたらし、また、1930年代の後半には、博士号の臨床能力指標としての有効性に疑問が呈されるようになっていった²³⁾。その意味では、現在の医局組織を理解する上でも、その歴史上の役割を理解する上でも、博士号の意義を過度に評価することはできない。

これに対し、戦後、医局という組織を、医師の長期的な寄辺へと発展させたのは、医師卒後教育の必要性に対する認識の増大に他ならなかった。たしかに、1930年代後半には、すでに「卒業したての新医学士を独りで歩行かせたりしたのでは危くて見て居れまい」という認識が浸透し²⁴⁾、大学レベルの医学校では、事実上、短期の卒後研修が一般化しつつあった。だが、それは、たかだか2年程度のものであり、博士号取得時期を越えて、医師を講座に留まらせるほどのものではなかった。

戦後、新制大学医学部卒業生が輩出されだした1950年代後半以降、急激に医師の大学帰属が進行すると同時に、卒後短期開業者(30歳未満)がほとんど消滅した²⁵⁾。このことは、まさに、戦後、①長期的卒後訓練なしには、「一人前」の医師とはみなされなくなったこと、②長期間の卒後教育の実施主体を大学が引き受けたことを意味していた。

したがって、前節でみたように、医局人事には、ローテーション人事とよばれる特徴的な慣行があるが、これが医局員に臨床経験を分配していることこそが、医局へ若手医師たちを引きつけている主要な原因なのである。さらに、「一人前」となったキャリア後半の医師に対しては、医局の人事統制力が大幅に弱まるということも、医局制度が、臨床経験を基盤に存立していることを示している。というのも、成熟した医師にとっては臨床経験の蓄積による臨床能力向上の効果は減少しているために、医局に依存する必要性自体が薄れるからである。このように、戦後、卒後教育の最も重要な資源である臨床経験を分配する唯一の組織として医局が現れたことこそが、現在みられる医局の組織化力の主要な源泉であり、戦前の医局講座制と

戦後の医局制度を区別する必要性の根拠なのである。

医局が、医師の臨床経験を積む機会を占有し得ている理由は二つあると考えられる。

第一の理由は、医局と関連病院が、臨床経験と労働力とをいわば「交換」する関係に入ることによって、医局が大学病院外の臨床経験機会を掌握しえたからである。

医学校と市中病院とのコネクションは、戦前からみられる²⁶⁾。当時の病院系列化の実態については、ほとんど不明であるが、医師の労働市場が、元来、匿名的な労働力の売買の場ではないことを考慮すれば、医学校と病院の間には、「コネ」を介した密接な関係があっただろう。とはいえ、戦前において「医局員」といえば、大学に勤務する医師のことを指していたのであり、少なくとも、医局制度におけるようなシステムティックな人事が行われていたとは考えにくい。

戦後、日本でも医師の卒後教育が、医師が成熟する上で必須の条件とみなされるに至って、関連病院は、症例の資源として再定義されたと考えられる。1960年代の前半には、医学専門誌で、個別医局の事例として、中に「外勤」や「教育出張」を挟んだ研修プログラムが紹介されはじめた²⁷⁾。これは、まさに医局が、関連病院を症例資源としてシステムティックに活用し始めたことを示している。

他方、戦後、1948年から1958年までの10年間は、日本における病院の病床数が、年率平均9.5%という、未曾有の伸びを示した時期にあたり²⁸⁾、この間に、市中病院は、次第に臨床経験を蓄積するに足る場としての価値を高めると共に、勤務医の労働市場は急激に逼迫の度を強めていた²⁹⁾。このような状況においては、市中病院が、安定的に安価な若手医師を供給してくれる医局へ、依存を強めていったとしても当然である。

このような医局と市中病院の誘因は、互いが依存を強化する関係を、論理的には生みだす。そして、現在の医局制度における医局と関連病院の親密性は、それが現実起こったことを意味していると考えられる。

第二の理由は、現在すべての先進国の医師社会でみられる、医療の専門性の高さに従って医師を序列化する価値観の存在である。この価値観のおかげで、医局は、若手医師の大部分を組織するのに、専門医療から遠い診療所・中小病院を関連病院として組織する必要がない。このことは、法的根拠を持たない医局制度にとって、それが成立するうえできわめて有利な条件を作り出している。

III 医局員のキャリアパスの特徴

医局制度の生み出す医師のキャリアには、一種の「平等主義」がみられる。すなわち、医局員たちは、医局内部では無差別に扱われ、将来勤務医になるか開業医になるかにかかわらず、同じキャリアパスに乗せられる。また、大部分の医局員にとって、そのキャリアの過程には選抜的関門がない。表1をみると、A 外科が、まさに整然たる秩序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³⁰⁾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、第一に、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、無差別に同じ研修を受けることを意味している。むしろ、開業医の子弟など、将来の見通しが比較的確かな者について、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り³¹⁾、医局人事の無差別性は、全く融通の利かない類のものではないようである。にもかかわらず、無差別性を医局制度の秩

序として指摘しうるのは、それが、日本の開業医の大半が何らかの専門をもち、勤務医と区別されない種類の臨床能力を身につけているとされるという、よく知られている事実と符合しているからに他ならない。

第二に、医局の序列は、医局員が無選抜的秩序の中にいることを意味している。医局員の一部は、医局スタッフ(助手ないし講師)として採用され³²⁾、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³³⁾、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。そこでは、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がみて取れる。

このような日本の医師卒後教育制度の特徴は、日本の医療制度にとってどのような意義を有しているのだろうか。以下、この点に関して仮説的に考察してみよう。

戦後、先進諸国で取り組まれた課題は、医療の高度化に対応して、一般医療に携わる医師から、専門医療に携わる医師を選抜し、また新たに養成することであった。戦後、欧州を中心として、多くの国で専門医制度が設置されたのは、まさにこのような事情による³⁴⁾。そして、そこで形成されたのは、入院医療を中心に行う専門医と、プライマリケアに特化した一般医という二つの身分であった。これに対し、日本では、戦後の専門医制度の失敗によって、専門医/一般医の身分差は形成されなかった(日本における「専門医」制度は、各学会が個別に、症例・医学的知識などにおいて一定の基準を満たした者に対して、「専門医」(「認定医」とも称される)資格を与えるもので、1980年代末ごろから本格的に普及してきたが、延べ20万を越える「専門医」資格者を生んでおり(医師総数23万余)、欧州のものとは異なり、専門医と一般医を分離する機能を事実上有していない)。

だが、このことは、日本において、医師内階層が存在しないということではない。20世紀の医師に、医学的情報の潤沢な就業形態を好む傾向が

あることは、夙に指摘されている通りであるが、このことは、一人の医師が病院と診療所を兼務しない医療形態（クローズドシステム）をとる日本においては、病院医療に携わる勤務医と、病院医療にアクセスできない開業医との間に、階層差を生みだしている。この階層差は、プライマリケアの意義が見直されつつある現在においてなお存在している（これが医局制度を成立させる根拠の一つであることは、すでに述べたとおりである）³⁵⁾。

この日本の医師にみられる技能的同質性、身分的分離の不在、勤務医/開業医階層の存在を考慮すると、日本の医師卒後教育制度における無差別性・無選抜性は、日本の医療制度が、階層差を伴う二つの就業形態に対して、身分的に振り分ける装置を持たない卒後医学教育制度を有していることを意味している。

このように、上層を選抜する身分制度がない場合、下層を潤沢に析出するには、利益誘導しかない。すなわち、日本の開業医は、この身分・階層構造ゆえに、勤務医に比して高い所得を享受し得ているという仮説が導かれるのである。これに対し、たとえば勤務医/開業医が分離しているという点で、日本に類似した医療制度（クローズドシステム）をもつイギリスでは、日本と違って、コース別研修およびNHSの定員制度による、勤務医の実質的な選抜的関門が存在している。イギリスにおいて、勤務医が開業医より高い報酬を得るのは³⁶⁾、この関門によって、二つの階層が身分的に生み出されるからであるといえるのではないか。

従来、日本の開業医の所得は、その政治力の観点から理解されてきた。だが、日本医師会の激しい運動の果たした役割を認めるとしても、それによって開業医が得た成果が、金銭的なものに著しく偏っていたのはなぜか。たとえば、開業医の病院医療への進出を目指した病院オープン化の運動が頓挫したのはなぜか。ここに、日本医師会の政治力を金銭的な方向に水路づける背後の社会構造を検討することの有効性があると思われる。

このような見解が妥当であるならば、日本が、プライマリケア医を潤沢に供給しようとするれば、日本の開業医の階層的低位（クローズドシステム

含む）と医師卒後教育制度の無選抜性を前提とするかぎり、少なくともイギリスに比して高い費用を支払うことになるだろう。

また、この日本における医師の内部構造は、プライマリケア医の養成に関して、もう一つの日本のジレンマを生みだしているようにみえる。すなわち、卒後初期研修の法的枠組みである臨床研修制度は、発足当初（1968年）は、当時社会問題化していたインターン問題への対症療法的な存在であったが、1973年には、臨床研修の目標が、プライマリケア能力を発達させることにありと再定義されるに至った（医師研修審議会建議書「臨床研修の充実について」³⁷⁾）。だが、これは、まさに日本の卒後教育制度が、開業医を区別的に養成する経路を持たないことへの消極的対応であった。というのも、すべての医師が専門家となることを認める以上、プライマリケアを行うためには、すべての医師に、プライマリケア能力を「基礎能力」として身につけさせる他ないからである。この初期研修に対する定義づけは、プライマリケア医が一種の専門家でなければならないというイデオロギー（それは「プライマリケア専門医」の地位を確立するために必須の価値である）とは反対のものである。このように、現在の医学教育制度は、プライマリケアに関する専門家の育成の必要を痛感しつつも、逆の方角を向いていると考えられるのである。

IV 結 語

本稿における検討をまとめると、次のようになりそう。すなわち、日本では、専門医/一般医の身分的分離が進展していないが、それは、医局制度における医師再生産の過程にみられる無差別性・無選抜性によって生みだされている。そして、この医師社会のダイナミックな構造は、日本の医療の構造に深くかかわっていると考えられるだけでなく、日本におけるプライマリケア医養成問題をはじめとする現代医療問題に対し、日本独自の解決法を探求することを要求しているのである。

（平成12年4月投稿受理）

注

- 1) 西村周三 [1987, p. 124] によれば, 現在では, 国ごとに相違する医師内部の専門特化の構造を考慮しなければ, 一国の医師数の多少すら, 言うことが不可能となっている。
- 2) 佐口卓 [1964, p. 10] および曾田長宗 1963。
- 3) 鈴木以降, 社会医学研究会 1926 によって世上に流布され, 医療利用組合 (黒川泰一 1939) や, 厚生官僚 (野間正秋 1940), 研究者 (社会事業研究所 1943), 医師 (村島鉄男 [1935, p. 10]), 日本医師会 1938 などの間で論争がなされた。戦後においては, 佐口卓 1964, 「開業医制度」の盛衰を軸として, 医師の日本社会において置かれた立場を検討しようとした川上武 1965 がある。
- 4) このようなアブローチは, 日本では, 西村周三 [1987, 第7章] によって先駆的に試みられたものである。
- 5) 医局の事例に関しては医局名簿 (4 医局)・その他各種名簿・医学専門誌・学会誌における医局紹介記事・筆者による聞き取り調査 (2 医局) を利用した。
- 6) 最も簡便かつ有用な情報は, 『医学教育白書』各年から得られる。その他, 臨床研修研究会編『臨床研修病院ガイドブック』各年, 各学会誌なども利用された。
- 7) 聞き取り調査は, 3 大学 3 医局について行われた。医学専門誌としては, 特に, 『総合臨床』「研究室だより」1987.7-1988.11, 『外科治療』「教室の今日」1982.1-1996.10 からは, 内科系・外科系医局の詳細な運営状況が得られた。それに加え, 『医学のあゆみ』, 『医学教育』, 各医学会誌, 各大学年史・年報を参照した。また, 『東京労災病院年報』(東京労災病院), 『がんセンター年報』(神奈川県立がんセンター), 『病院年報』(横須賀共済病院), 『年報』(公立昭和病院) などの病院年報およびいくつかの病院史から, 関連病院への医局からの「派遣」状況に関する情報を得た。その他, 『日本医事新報「ジュニア版」』『日本医事新報』なども利用された。
- 8) 川上武は, 近年「講座制」「医局制」という用語によって, 二つの概念の区別を試みている。川上武 [1997, p. 75-8]。
- 9) 人事権が人の身分に対する統制力であるとするれば, それが非公式的権力であれ, 医局の医局員に対する統制力は人事権力に他ならない。したがって, 本稿では, 医局の医局員の身分に関する権力を人事権と称することにする。
- 10) 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。
- 11) 岩崎榮 1995。
- 12) 『臨床研修ガイドブック』99 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身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。
- 13) なお, 一般に, 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』平成 8 年)。
- 14) 医師免許の同期取得者のうち, 約 7 割の者が医学博士号を取得するとみられる (『学校基本調査』『文部省年報』各年度より推計)。
- 15) このような取得者数の多さは, 直接には, 過渡的経過措置によって認定された者が 144,058 名 (岩崎, 前掲による) も存在するからであるが, 通常の認定においても, 学会によって難易差があるものの, 決して取得が困難な状況ではない。
- 16) 「賃金構造統計基本調査」参照。
- 17) 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。
- 18) 『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成 6 年によれば, 年齢別開業医数 (医療施設の開設者) は, 30-34 歳まで 637 人に留まっているのに対し, 35-39 歳では 3,135 人, 40-45 歳では 6,571 人と急増している。それ以降の年齢帯では, 戦時における医師の大量養成期の影響の顕著な 65-69 歳を除けば, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 70-74 の各年齢帯の開業医平均は, 7883 人に留まる。したがって, 資料がクロスセクションデータであること, 1970 年代後半以降の医師数の急激な増大傾向を考慮しても, 35-44 歳の期間に開業が集中しているとみなしてよい。
- 19) 川上武 [1965, p. 324-6] によれば「医局講座制」(川上の用語では「医局制度」)は, 第一次大戦後に確立をみた。
- 20) 川上武 1965, p. 324。
- 21) 『日本医事年鑑』1936。
- 22) 「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。
- 23) 野間正秋 1940, p. 71-2。
- 24) 高野六郎 1938, p. 3。
- 25) 『医師・歯科医師・薬剤師調査』各年によれば, 25-29 歳の年齢帯に属する医師のうち, 大学病院勤務 (大学院生含む) の割合は, 昭和 27 年には 22.8%であったのが昭和 37 年には 47.4%にまで急増している。一方, 同じ年齢帯に属する開業医 (診療所開設者・病院開設者) の比率は, 昭和 30 年時点においては, 依然として 8.8%存在していたのに対し, 昭和 30 年代の後半には, ごく稀な存在になっている。
- 26) 『日本帝国文部省第三十六年報』(1908-1909, p. 199) には, 東京帝国大学附属病院が, 東京府の依託を請け巢鴨病院に, 東京市参事会の依託

- を請け市立駒込病院および東京市養育院に、それぞれ医師を派遣していることが記されている。
- 27) 『医学のあゆみ』49.7,1974, p. 358-9。
- 28) 『衛生局年報』、『医療施設調査』各年。
- 29) 医師一人あたりの病院病床数は、1948年には3.5床であったが、1958年には6.3床に急増している。
- 30) 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い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。
- 31) 順天堂大学神経内科における聞き取りによる。
- 32) 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。
- 33) 猪飼周平 1997 参照。
- 34) 戦後における専門医制度の発達については、佐分利輝彦 1961 参照。
- 35) 藤崎和彦 1995, p. 43-4。
- 36) M. W. ラッフェル 1990, p. 192。
- 37) 福間誠之 1990 参照。

参考文献

- 藤崎和彦 (1995) 「医師」, 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』, 2章, 世界思想社。
- 猪飼周平 (1997) 「医局制度の医師」(修士論文)。
- 曾田長宗 (1963) 「『医療の社会化』が生まれた頃」, 『医学史研究』9。
- 川上 武 (1965) 『現代日本医療史』, 勁草書房。
- (1997) 『21世紀への社会保障改革』, 勁草書房。
- 西村周三 (1987) 『医療の経済分析』, 東洋経済新報社。
- 佐分利輝彦 (1961) 「専門医制度をめぐる諸問題」, 『病院』20.5。
- 佐口 卓 (1964) 『医療の社会化』, 勁草書房。
- 高野六郎 (1938) 「医師の補習教育」, 『日本医師会雑誌』14.3。
- M. W. ラッフェル (1990) 『先進14カ国の医療システム』, 朝日新聞社。
- 社会医学研究会 (1926) 『医療の社会化』, 同人社。
- 黒川泰一 (1939) 『保健政策と産業組合』。
- 野間正秋 (1940) 『医療制度改善論』, ダイアモンド社。
- 社会事業研究所 (1943) 『近代医療保護事業発達史』, 日本評論社。
- 村島鉄男 (1935) 「現行開業医制度とその美点長所に関する一考察」上, 承前, 神奈川県衛生協会『保健』11.1-2。
- 日本医師会 (1938) 「医療制度改善に関する意見」, 保健院簡易保険局『医療制度論文集』。

資料

- 私立D大学 (1992) 『医学部年報』。
- 日本医学教育学会 (1990, 1994) 『医学教育白書』, 篠原出版。
- 臨床研修研究会 (1999) 『臨床研修病院ガイドブック』99, 日本医事新報社。
- 「研究室だより」1987.7-1988.11 『総合臨床』, 永井書店。
- 「教室の今日」1982.1-1996.10 『外科治療』, 永井書店。
- 『医学のあゆみ』, 医歯薬出版, 各年。
- 東京労災病院 『東京労災病院年報』, 各年。
- 神奈川県立ガンセンター 『がんセンター年報』, 各年。
- 横須賀共済病院 『病院年報』, 各年。
- 公立昭和病院 『年報』, 各年。
- 公立C大学医学部外科学第2講座 『年報1995』。
- 国立A大学外科学第2講座 『年報1995』。
- 国立B大学第1外科教室 『同門会会報』1995。
- 『日本医事新報「ジュニア版」』, 日本医事新報社。
- 『日本医事新報』, 日本医事新報社。
- 岩崎 榮 (1995) 「臨床研修制度と認定(専門)制度との関連」, 『医学教育白書1994年版』, 篠原出版。
- 厚生省 『医師・歯科医師・薬剤師調査』, 各年。
- 文部省 『学校統計基本調査』, 各年。
- 労働省 『賃金構造統計基本調査』, 各年。
- 『日本医事年鑑』, 日本医事新報社, 1936。
- 熊本医科大学小児科教室同門会 (1936, 1937, 1940, 1943) 『熊本同門会誌』。
- 九州帝国大学医学部小児科教室同門会 (1928, 1930, 1932, 1933, 1936, 1939, 1944) 『同門会会報』。
- 文部省 『文部省年報』, 各年。
- 内務省 『衛生局年報』, 各年。
- 福間誠之 (1990) 「卒後基礎的臨床教育」 『医学教育白書1990年版』, 篠原出版。
- 厚生省 『医療施設調査』, 各年。
- (いはい・しゅうへい 東京大学大学院博士課程)