

新臨床研修制度の今後 大学医局の機能の現状について

今日は、大学医局の機能の現状についてお話をいたします。最初にお断りしますが、大学医局の機能は、地域により、大学により、あるいは、同じ大学内でも講座や診療科によって大きく異なります。したがって、今日お話することが、すべての医局に当てはまらないことをご了承願います。

1. 大学医局とは？

- 1) 最初に、大学医局という言葉の意味について、お話しします。
- 2) 医局という言葉は、本来医師や歯科医師の控え室という意味ですが、転じて大学医学部や歯学部の臨床講座、あるいは附属病院の診療科を中心とした人事システムが及ぶ医師の集団をさすようになりました。この医局の人事システムが及ぶ範囲は、大学病院内だけでなく、関連病院も含めた大きな集団であることも多いのです。また、個々の医師が医局人事システムに組み入れられることを「入局」と言います。
- 3) 「医局」による人事の特徴は、大学の組織としての管理を受けることなく、医局レベルで経営母体の異なる関連病院の人事が行われることです。

2. 医局の機能

- 1) 次に、大学医局の機能について、お話をいたします。
- 2) 大学医局の社会的に重要な機能は地域病院への医師の供給機能です。ただし、個々の大学とその関連病院グループ内における、閉ざされた範囲の中での医師供給機能です。日本の多くの病院はいずれかの大学医局に属しており、医局の人事に頼らずに独自に研修医や医師を集められる病院は比較的少数でした。したがって、従来は、若手医師が研修あるいは就職を希望する病院に直接申し込むことは困難で、また、関連病院側も採用したい医師を、医局を介さずに直接採用することは困難でした。このような医局人事システムは、その閉鎖性や、医局の代表者である教授の独善で人事が決められる余地があるとして、しばしば批判の対象ともなってきました。
- 3) しかし、一方では、医局は過疎地域の自治体病院にも医師を供給する役割を果たしてきました。それはどのようなシステムでなされてきたのでしょうか？医師が入局した場合にたどる典型的な道筋は、臨床研修後に大学院生となるか、または病院に勤務しながら研究生として医学博士の学位を取得し、その後は教員としての道を選ぶか、いくつかの関連病院を数年ごとに移動し

て、最終的に希望する病院に就職することが一般的でした。多くの医局では、その人事のローテーションに、必ずしも医師が赴任を希望しない過疎地域の関連病院も含め、「お礼奉公」などと称して、いわば医局の構成員全員が果たさなければならない義務として回してきたのです。

- 4) さらに、医局の機能には、地域への医師供給機能だけではなく、教育・研究機能もあることを指摘しておきたいと思います。大学によって差がありますが、医局システムにおける従来の典型的な卒後臨床研修は、1年目に大学病院で研修し、翌年からは関連病院で研修する方式が一般的でした。2004年に新医師臨床研修制度が導入された時に、大学病院と関連病院を1年ずつ研修する、いわゆる「たすきがけ」の研修制度をとった大学も多く、研修医の確保に一定の効果があったと思われます。また、医学部学生の臨床実習に関連病院を活用している大学もあり、その指導医師には「臨床教授」などの称号が与えられています。
- 5) 研究面でも、博士の学位を取得することを構成員の基本的な目標と位置付けている医局も多く、さらに臨床研究や治験のネットワークを大学と関連病院で構築している大学もあって、医局は研究機能の維持・向上に重要な役割を果たしてきました。

3. 新臨床研修制度の大学医局の機能に与えた影響について

- 1) さて、本日の本題である大学医局の機能の現状について、新医師臨床研修制度の導入による影響を中心にお話ししたいと思います。
- 2) 2004年の新臨床研修医制度導入は、医局システムに大きな影響を与えました。この制度の最大の特徴は、マッチング制度の導入にあります。マッチング制度とは、研修医が日本全国の研修指定病院を自由に選択して希望を出し、一方病院側は、希望者の中から採用したい研修医を採用するという方式であり、アメリカのレジデント制度にならったものです。この方式は、従来の閉じられた医局内での人事に対して、自由市場化を促進することとなり、若手医師の全国的な流動化を促進しました。また、ネット社会のひろがりや、研修医間の情報共有を進め、自由市場化を加速したと考えられます。自由市場化により、病院間の研修医獲得競争は激化し、研修医の立場に立った研修プログラムの見直しや魅力ある病院づくりに、さまざまな努力がなされることになりました。このように、研修プログラムの改善や研修医の待遇改善に結び付いたことは、新医師臨床研修制度の好ましい結果であると思います。
- 3) しかしながら、一方では、自由市場化が進めば必然的に勝ち組と負け組が生じることとなり、病院間、あるいは診療科間で、医師確保の格差が広がります。

した。例外もありますが、概して多くの地方大学で研修医が減少し、研修終了後の3年目の医師も期待されたほど大学に戻りませんでした。また、産婦人科を含め勤務がきつくりスクの高い外科系診療科に入る若手医師が顕著に減少しました。これは、入局する前に各診療科を研修するので、各診療科の実態が研修医によくわかり、情報の非対称性が小さくなったことが影響していると考えられます。さらに、2年間という研修期間によって新卒の入局者が2年間途絶えたことも影響し、医局人事に頼ってきた地域病院への医師供給が滞ることとなりました。医師数が減少した地域の病院では、残された勤務医の負担が増え、連鎖的にその病院を辞めるという悪循環が生じました。これらの病院は自由市場の下では、いわゆる負け組の病院ということになりますが、その多くは地域社会にとっては必要不可欠な病院であり、大きな社会問題となりました。

- 4) さらに、大学医局の若手医師減少は、地域への医師供給に支障を来したばかりでなく、診療報酬マイナス改定や大学病院への交付金削減によって、医師の診療面での負担増も加わり、研究時間が圧迫されて、大学の研究機能の低下を招きました。医学領域の論文数が先進国の中で唯一減少し、我が国の学術の国際競争力が低下しはじめたことは、我が国の将来にとってまことに憂慮される事態です。

4. 今後の対策

- 1) このように、多くの医局の機能が低下し、地域医療の崩壊や医学研究の国際競争力の低下が起こっていますが、有効な対策はあるのでしょうか？
- 2) 最近、民間の医師紹介業が増えていますが、一定の効果があると思われるものの、あくまでマッチングを基本としており、いわゆる負け組の病院に医師を供給する力はなく、従来の医局機能を必ずしも代替できるものではないと考えます。また、厚生労働省が緊急臨時的医師派遣システムを作りましたが、期待される効果を果たしていないようです。
- 3) 中長期的な対策として、現在、医学部定員の増が地域枠を中心に図られています。医師需給の自由市場化の促進に伴って、地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在が表面化しましたが、その背景として、我が国の絶対的な医師不足があったと考えられます。政府が今までの医師抑制政策を一転して、医師増加政策に切り替えたことは、正しい政策であったと思います。ただし、効果が出始めるのは、入学した学生が一人前の医師となる約10年後です。
- 4) 現在、新医師臨床研修制度の見直しの検討が始まりましたが、その結果次第では、医局の医師確保に多少なりともプラスになるかもしれません。また、大学病院の研修医の減少は下げ止まりの傾向を見せており、3年目以降の医

師についても、いわゆる勝ち組の病院での後期研修が終われば、大学に戻る可能性も期待されています。しかし、いったんパンドラの箱を開けてしまったことで、若手医師の意識が変化しているとするれば、仮に医局の医師数が回復したとしても、地域医療への医師供給の強制力が以前ほど期待できません。

- 5) いわゆる負け組の地域病院においても、研修プログラムや待遇の改善を行い、また、病院の統廃合や機能分担による医師の集約化を進めて効率化を図り、一方では「家庭医療」の導入などで、医師にとって魅力ある地域医療供給体制に生まれ変わることがなければ、医師数を増やしても、その効果は限定的なものになるでしょう。診療科間の医師の偏在や勤務医不足問題についても、若手医師が忌避する外科系診療科の待遇改善や、勤務医の待遇改善が具体的に進まなければ、根本的な解決にはなりません。このような地域医療の構造改革は、医局だけの努力、あるいは地域病院だけの努力では不可能であります。国、地方自治体、地域病院、地域住民、そして大学が協力し、必要な予算がきちんと措置された上で、確固たるビジョンにもとづいて取り組む必要があります。この際、大学が地域医療構造改革のリーダーシップをとることが期待されるわけですが、各医局においては、地域と連携した、より開かれた医局運営のもとで、地域医療構造改革の一翼を担うことが期待されています。