

医局講座制の仕組みと課題

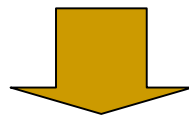
東京大学医学部三年 川合 豪

医局の由来

- 1869年(明治2年)、ヨーロッパに追いつこうとする明治政府は医学教育にドイツ医学を取り入れることを決め、従来の漢方医の排斥を図った。同年、医学校と病院を兼ねた大学東校(後の東京大学医学部)が誕生。
- ドイツ医学の研究重視で権威主義的な側面を受け継いでいた東京大学医学部は1893年に医局講座制を導入。20の講座と16名の教授が誕生した。(解剖学二講座、生理学、医化学、病理学二講座、薬物学、衛生学、法医学、第一～第三内科、第一～第三外科、産婦人科、小児科、眼科、皮膚科、精神科。)
- 戦前、戦間期に医局のシステムは全国の旧帝国大学にも導入され、国家の管理しやすい官僚的な医学部体制が完成。兵士の健康管理を徹底させるという軍事的な国策にも利用された。

「医局」とは？

- 広辞苑では、「医務を扱う部局。また、病院などで医師が詰め控えている室。」とされる。
- しかし、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。



大学とその附属病院における**臨床、教育、人事、研究**を担う組織

医局の構成

- 医局の構成員のことを**医局員**という。
- 医局員は大学の教授、助教授、講師、助手、研究員、医員、大学院生、研修医、及び大学外の市中病院の常勤医からなり、**教授を頂点とするピラミッド構造**をなしている。
- 医局は、医局員の人事について強力な統制力を発揮する。

医局員のキャリア

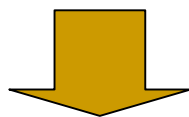
- 平成6年度の男子勤務医の平均勤続年数

30-34歳・・・2.6年

35-39歳・・・4.5年

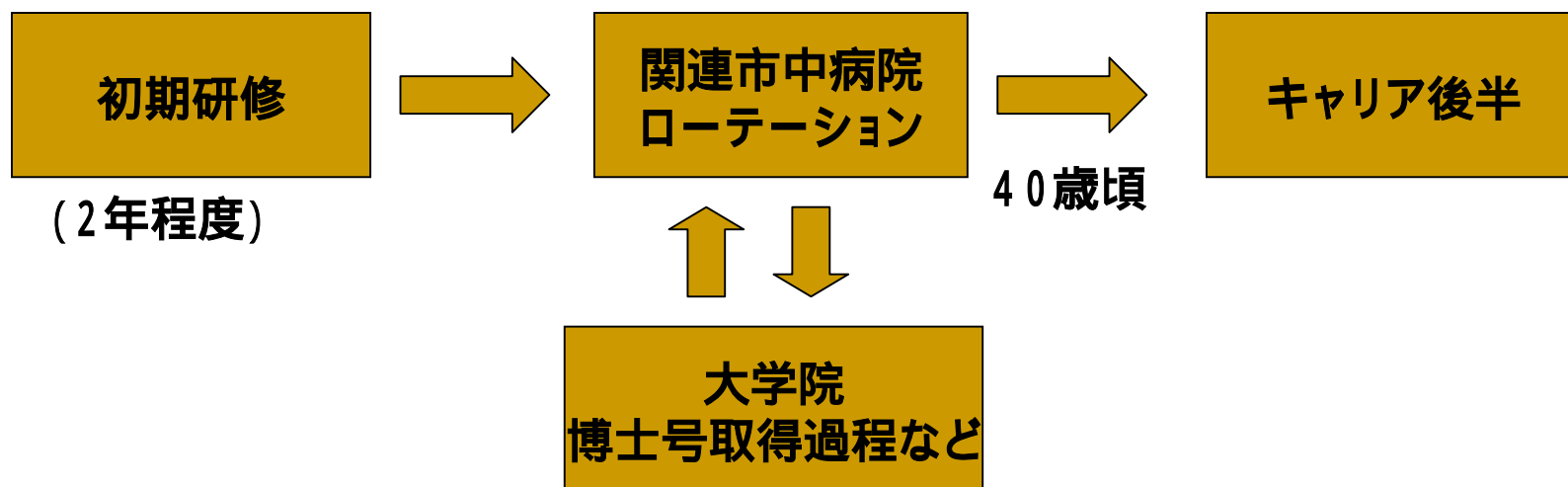
40-44歳・・・5.8年

45-49歳・・・9.7年



40歳頃までのキャリア前半では病院を転々としており(ローテーション)、その後は落ち着くことが読み取れる。

ローテーションとは



- 研修を終えた医局員は、キャリア前半において大学病院や関連市中病院の間を半年から3年程度の単位で転々とする。この中に、博士号や専門医資格の取得過程が挟まれる事が多い。
- ローテーションはキャリア前半の医師に基本的に平等な臨床経験を与える。

キャリア後半

- ローテーションを終えた医局員たちは市中病院の診療科長や大学病院の助手、開業医となる。
- キャリア後半では医局員たちは医局の統制をあまり受けなくなり、医局出身者として扱われる。

なぜ、医局員は医局に入るか

■ 博士号や専門医資格の取得

キャリア前半でこれらの取得機会が与えられることがひとつの理由として考えられる。

しかし、医局員は博士号取得後も医局に留まる(お礼奉公)。また、博士号や専門医資格は日本においてはそれほど大きく評価されているわけではない。

■ ローテーションによる臨床経験の分配

ローテーションにより臨床経験を積んだ医局員たちはキャリア後半においては医局の統制をあまり受けなくなることから、これが最大の理由か。

なぜ医局員は学位を取るか

- 日本では、研究をしていない医師が軽んじられる傾向がある。
- 教員として採用される場合には確かに有利。
- 勤務医の場合、給与に多少の優遇があることも。(但し開業医は学位を広告できない。)
- 逆に、大学院生はコストのかからない人材として、医局にとっても有用。
- 大半の医師は医局に勧められるまま、特に目的もなく学位を取得している可能性も考えられる。

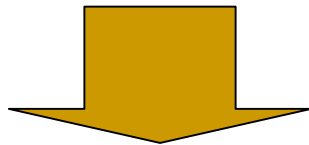
足の裏の米粒

学位取得過程の臨床技術に与える影響

- 若い医局員は大学院進学など、研究に従事させようとする医局の圧力を受ける可能性。
- 学位取得のための研究期間は臨床技術向上の機会を若手医師から奪う。

医局制度と市中病院

- 大学病院としては、関連市中病院は医局員に臨床経験を提供する場であり、医局支配の根拠になっている。
- 関連市中病院にとっては、大学病院は安定的に若手の安価な労働力を提供してくれるという意味で、なくてはならない存在。



相互に依存を強める

関連市中病院と医局の近接度

- 医局は、関連市中病院の当該科の医師を医局員で固めようとする性質を持つ。
- 関連市中病院の当該科における医局員の割合が大きいほど、その病院は医局との近接度が高いといえる。
- 例えば、当該科の医師の内、「全員が医局員の病院」、「部長が医局員で一部の医師が医局外の病院」、「部長が医局外の病院」があれば、近接度は $>$ $>$ となり、これらの病院において医師が不足した際の医局からの医師派遣の優先度に関わってくる。

医局制度にはメリットがないか？

- そうとは言い切れない

- **医師派遣機能**

医局の強力な人事統制力により、医師に人気のない地方の中小病院にも医師が派遣されることで、地方における医師不足を防止している。

- **2004年に新研修医制度開始**

この派遣機能が低下し、医師不足を加速させた可能性もあり、制度の見直しが検討されることとなった。

医局制をめぐる他の問題点

- 若手の教育システムが不十分な関連病院にも若手医師が派遣され、結果として若い医師に魅力のある病院作りも阻害される。
- 閉鎖的で他の医局との交流がなく、診療技術向上を阻害。
- 人事をはじめ、医局には利権が絡み、腐敗や権力闘争を招く可能性がある。(それらを厳しくチェックするシステムの不備。)
- 患者や社会は臨床医に論文を書く能力や医局における処世術を求めている！

医局制の諸問題の根本

- それは、医局のトップの教授に研究、臨床、教育、人事のすべての権力が集中していること、その権限を適切に行使するための修練の機会がないこと、にある。
- モンテスキューは『法の精神』で、「権力を持つ者が全てそれを濫用しがちだということは、永遠の経験の示すところである」と述べ、三権分立を唱えた。

日本の医療界に通じる所はないか

では、どのように変えていくべきか

■ 権力の分散

教授が全ての権限を統べることでチェック機構が働きにくくなっている側面があると考えられる。

■ リーダーの養成

医局を管理する教授は管理職としての能力を有していなければならない。

臨床と研究の分離

- 博士号や論文発表の有無を問わず、臨床技術の高い医師を評価し、臨床教育の指導者とするシステムを作る。

従来への教授への権力の集中を防ぐ

臨床技術の向上、患者のための医療につながる。

- Clinician educator

米国における、臨床現場での教育に専念する教員制度で、研究歴は問われない。このような制度を取り入れてはどうか。

人事権の分離

- 人事権を医局、教授から分離することで、旧弊な医局構造を変革できるのではないか。
- 研修義務化に伴うマッチング制度は医局の人事への影響力を低下させるのに効果があったと思われる。(例 東大病院の自大出身研修医の採用数は平成14年103名、平成15年92名、平成16年56名、平成17年42名とマッチング導入を境に減少。)
しかし一方で医師の偏在を引き起こしており、今後の課題。

リーダーの育成

- 医局員の人生や患者の人生に対し大きな影響を与える医局の教授には、研究者、臨床家としての資質以外にもリーダーとしての高度な危機管理能力や道徳的判断力が必要と思われる。
- そういった管理的能力を育成するための教育が不十分なのではないか。

管理職研修プログラムの導入

まとめ

- 医局制廃止を掲げる大学は少なくないが、医局という言葉にとらわれず、医局制度のもたらしてきた問題について考える必要がある。
- 医局に替わる人事システムをはじめとして、医局の教授の権力の分散、そのリーダーとしての管理能力の向上の教育システムなどが必要である。

参考文献

- 季刊社会保障研究 Vol.36 No.2 国立社会保障・人口問題研究所
- 慈恵医大青戸病院事件 医療の構造と実践的倫理 日本経済評論社
小松秀樹 著
- 素顔の医者 講談社 中川米造 著
- 日本の医療 中公新書 池上直己、J・Cキャンベル 著
- 学閥支配の医学 集英社 米山公啓 著
- 日本近代医学の展望 医科系大学民主化の課題 新協出版社 神谷昭典 著