



## 医師と労働——その歴史と展望

長谷川敏彦

(科学技術・学術政策研究所客員研究官)

### I はじめに

今、「社会」も「医療」も大きな転換期にある。当然「医師」の役割もまた大きな転換が求められている。ところが実は「医療」とは何か「医師」とはどんな職業なのか必ずしも明確ではない。

本稿では、まず歴史を遡り医師の仕事はどのように変わって来たのかを辿りたい。ついで、これまでの典型的な医師の「キャリアパス」を描き、どのように変わりつつあるかを展望したい。

そして今、医師の労働を変えつつある要因とその背景について、2004年頃から社会問題化した、所謂「医療崩壊」といわれる現象を検証し、今後の「医療需要」の転換を予測してみる。最後に、これからの「医師の労働」について考察したい。

### II 医療と医師の歴史

医師は、人類史上で最も古い職業の一つと言われている。ヒトは病んだ時、まず家族や友人に支えられて来た。しかし、次第に癒しの能力の高い専門家が現われて、今日の医師に近い役割を果たして来た。

#### 1 古代社会

原初古代社会には、トランスを用いるシャーマンや薬草や施術を用いるメディシンマンなどの「呪術医」がいて今日の医療にあたる行為を行っていた。組織的宗教が発達すると、所謂教会や宗教施設で医療が行われ、宗教者が医師の役割を果たすこととなった。それらは、今に至るまでオルタナティブメディシン（代替医療）の一部として継承されている。

#### 2 伝統社会

伝統社会の発達と共にギリシャ、インド、中国、イスラムでその文明に基づいた伝統医療大系が発展し、特定の教育大系を持ち、その訓練を受けた専門家がその時代の医師として認定されるに至った。実は、各文明のそれぞれ異なる伝統医療も、疾病理論では共通している。病気の原因は、それぞれに特有の生命を構成する要素のアンバランスによるとし、ヒュメラル・セオリー「体液説」と呼ばれている。ギリシャ医学では人間は血液、粘液、黄胆汁、黒胆汁の4種の体液から

なるとされ、この体液説を用いたガレノスによる医学が、西洋では1800年代の前半に至るまで主流をなしていた。今日でもこれらの伝統医療は、代替医療の中核として生き残っている。

#### 3 近代社会

近代的な意味での医師の歴史は、非常に短い。西洋近代の始まりは15世紀ルネサンスにまで遡るとされているが、西洋近代の科学的医学が成立したのは1800年代の後半、つまり150年程前に過ぎない。ドイツのウィルヒョウらが中核となり、その頃急速に発達した近代科学と整合させて医学をまとめ上げ、発展させた。何らかの医師免許制度は古代から存在したものの、近代医学に基づく医学教育と公的な免許制度もほぼ同時期に始められたに過ぎない。従って近代的な医師像の歴史は極めて新しい。

医学史家の中川米造氏は、医師は時に応じて呪術者、知識人、研究者、技術者、援助者の5つの役割を使い分けており、近代的科学者であると同時に古代から続く役割をも担っていると指摘している。それは、近代の科学的医学の発展と共に過去の医療の大系が幾度も批判、否定されて来たにもかかわらず、医師の仕事が、歴史的に引き継いで来た、患者との関係においては変わっていない事を示唆しているのかも知れない。しかし、今日の医療を取り巻く環境の下では、医師の役割や患者、そしてその他の職種との関係が大きく変わりつつある。

### III 医師のキャリアパス

#### 1 養成

近代社会の代表的プロフェッショナルとして、医師には、定められた「養成過程」と「認定制度」がある。

近年、限定された医師行為のみを対象とする補助的医師（Mid-Level Practitioner）が国際的にも普及しつつあり、その教育は比較的短い。しかし医師の資格には、世界中殆どの国で、高校卒業後4～8年間の大学教育を受けることが要件となっている。教育内容は各国によって異なるが、世界医学教育連盟の活動により国際的な標準化が進んでいる。

一人前の医師になるには、教育はそれで終わらな

い。臨床の現場での実習が必要だからである。最近では出来る限り大学教育に取り込む努力があるものの、本格的な研修は免許取得後の「働きながら学ぶ」事にある。それは、同時に専門分化への過程でもある。

日本の場合、2年の初期の総合的研修の後、選んだ専門診療科毎に必要な専門研修を2～6年受ける事になっている。そこから数年の慣らし運転期間を経て一人立ち出来るのは、35歳頃となる。後半の10年を働いているとは言え幼児教育から30年に余る長い研鑽となる。人間の体力は50歳を過ぎると低下し始め、急性期病院での手術や救急、当直が厳しくなる。

だとすると高等教育から計算しても15年間の研鑽の結果、その後約15年間しかフルに活動期間が残らない。その間患者の診療「臨床」、後進の育成「教育」に携わる事になる。研修中に一部労働しているとはいえ、教育コストに対する労働生産性は極めて低い。

## 2 就業

卒後研修は病院を中心に行われて来た。従って医師の通常のキャリアパスは大学卒業後大半が病院で勤務し、一部定年まで勤め上げるが、途中で診療所に移動する例が多い。移動のピークは卒後研修終了後の30歳前後と体力の限界の50歳以後となっている。

2012年現在、研修医を含めて病院で働く医師は28.9万人、2/3弱で、診療所では10.1万人、1/3である。その他の少数の約5%が、その他の研究、行政、老人保健施設などで働いている。少数だが小説家や音楽家として活躍する著名人もいる。

医師の労働市場はこれまで奇妙な慣行の下にあった。2004年に初期研修制度が導入されるまで、医師は大学卒業後「医局」と呼ばれる診療科をベースとした、研修・診療・研究機能を持つ大学の組織単位に所属し、研修後、医局管理下「関連の病院の診療科」に能力に応じてローテーション派遣される。ローテーションを終えた後は、「アカデミアに留まる」か、「関連病院に留まり部門長あるいは管理職」を勤め上げて退職するか、「診療所を開設」所謂開業するかのいずれかを経て、リタイヤするのが通常のコースであった。多くの医師が75歳頃まで活動している。

1970年代に「一県一医大」をスローガンに新設医大が増設され、医学部定員が8000人に達するまでは、それ以前の卒業生は毎年3000～4000人に過ぎなかった。医大が急増した事もあって、それ以前に卒業の医師はアカデミアか病院の管理職でキャリアを終える可能性が高かった。一方診療所は、医局の卒業生という関係はあっても病院ほど強い関連はなく、しかも多くが戦中に急養成された軍医層からなっていた。

従って、2000年代前後までの医師の労働市場は、診療所では自己選択した医師が「自営」、病院では数1000にのぼる大学の医局が謂わば中小企業規模の「人材派遣会社」として約7万の病院の診療科に閉鎖的、伝統的つながりによって派遣する形となっていた。

このような前近代的市場では、若年医師が医局の都合で勤務先を決められる事や、その事以前に医局による標準的研修過程が確立されておらず、医局の優先順位が研修よりも研究に重点が置かれ、専門医資格より博士号取得が目標とされていたため、まずより良い医師になりたい若年医師の不満が高まっていた。1960年代の学生運動の中核が医学部にあったのはその理由による。医局解体、博士号ボイコットをスローガンに国家試験を拒否してまでの一大闘争が繰り広げられたが、医局による医師市場管理の構造は崩れなかった。その理由は、各医局が市場を独占しており、研究にプライオリティが高いとはいえ、徒弟的教育でそれなりに医師の質を担保し、雇用する病院の立場からすれば代替のない医師供給源だったからである。

## 3 環境

医師の労働環境は、特に病院で一貫して劣悪で、病院の情報システムの不備で検査結果を待つため時間外の待機が必要となったり、職業間の役割分担が不明瞭で医師に仕事が集中するなどの現象がみられた。その上、研修期やアカデミアでは給与が低く、時間外にアルバイトする医師が多く、医療安全が脅かされる程の労働過重となる事も多かった。それでも何とか続いて来たのも、日本文化の伝統である「匠」としての誇り、病棟の看護師長など「女将」からの支え、そして患者からの感謝の言葉、時には付けなどの「直接のリワード」があったからである。

一方診療所では、病院に比して労働時間は少なく自ら時間をコントロール出来る環境にあり、バラつきはあるものの収入は多い。

## IV 医療崩壊のインパクト

### 1 契機

2006年頃「医療崩壊」という言葉が医療界の流行語となった。受け止める人によって意味が異なるものの、それまでの医療システムが大きく変化した感覚は共通している。崩壊の契機は、一般には2004年に導入された新研修制度と考えられている。医師労働市場から1.6万人に及ぶ人的資源が突然研修医として吸い取られ、前述のローテーションにまわす医師が送れなくなり、一部の病院で医師が急減し、機能が停止した現象が社会問題となった。医師が来なくなるとその分

負担が増えるので医師は更に辞める。すると、更に負担が増えるという悪循環がドミノを生み出し、診療科や病院の閉鎖につながったのである。医師が急に辞めてゆく現象は「立去り型サボタージュ」と呼ばれ、若年医師の労働観や帰属意識の急変を見た中年以上の医師の、驚きと嘆きが込められた言葉である。

加えて、2000年頃から社会問題化していた医療事故により医療者と患者の関係も悪化した。更にその背景には、1990年頃からの平均在院日数の低下による労働負担の増加があり、病院や病棟の運営、看護師長の役割が大転換する必要に迫られていた。

## 2 変化

新研修制度は、あくまでシステム転換の契機に過ぎなかった。と言うのも2年後、1.6万人は労働市場に還って来たからである。にもかかわらず、システムに大きなインパクトを与え、影響が残った。その理由は、もともと大きな変化が進行していたからである。

日本の医師の未来を考えるには、その変化の要因を分析する必要がある。それは医療マネジメントの各レベル、医療者と患者の関係「臨床レベル」、看護師長と各職種の役割分担「病棟レベル」、病棟や診療科間の関係「病院レベル」そして病院や診療所などの施設間「地域レベル」でそれぞれの関係が軋み、捻じれつつあり、システムの断裂と転換が用意されていた。新研修制度はその契機となったのである。

## 3 影響

導入後2年を経ると、大学医局にもう一度初期研修後の新人が入り始めるはずである。しかし市中病院に流出した半数以上の初期研修医は、あまり大学医局には専門科研修医としては戻らなかった。大学医局に入る医師数は、特に不人気の診療科や地方大学では激減したままで、医局運営そのものが危ぶまれた。

さらに初期研修後、専門研修に進まず検診等のアルバイトで食いつなぐフリーターの医師が出現したとされている。それが、1000人近くにのぼるといふ噂もあり、もし事実であれば医学部10校分近くにあたる。

医師のキャリアパスが、先輩後輩などの個人的繋がりにより「医局に囲い込む」伝統的な形から、病院単位で「個人が選択する」に変更され、医師の労働市場や医療体制に大きなインパクトが残った。医師養成制度の構造的転換と共に大学病院をあげての初期研修の充実とブランド化、各学会と各医局が組んで専門診療科研修の標準化とキャリアパスの透明化が必須であったが、産婦人科などの一部の学会を除いて取り組まれていない。大学も医局も新制度の下では、市中病院を含めた全国区での競争に入ったのだが、その自覚が薄

いではなかろうか。また、本人個人の選択に委ねるとすれば、医学部教育の初期から自らのキャリアを考えさせる機会を与えねばならなかったのに、現状がそれについて行っていないのではなかろうか。

多くの医師が、市中病院で専門研修を始めているとすれば、大学医局と合わせてその研修の質を担保する必要がある。2012年に設立された「日本専門医認定制機構」は、その任を果たす法人として期待される。

医療崩壊と呼ばれる現象は、大きく捉えると、日本の医療界の伝統文化「匠」と「女将」の世界が終焉し、近代的な「システム」と「チーム」の医療への転換に伴うものであった事が分かる。「大学医局」が伝統的徒弟制度により生み出して来た匠が個人の努力によって医療を支え、「病棟単位」で看護の心を持つ女将が個人の能力によって采配して病棟を切り盛りしてきた文化が、実は過去数十年間に亘って時代とのズレを生じて来ており、2000年代の小泉政権下の医療制度改革を契機にバチンと弾けたのである。

営利企業が医局に代わって医師労働市場に参入しているが新たな医療の世界を支えるために量と質を担保するシステム、医療界の新たな意識と文化は、未だ確立されていない。

## 4 背景

ここで、そのズレを生じた時代背景についてまとめておきたい。

まず第一の大きな変化は、人的資源である。診療所開業医層では、ここ10年で戦後の軍医層がリタイヤし、その穴を埋めるよう、新設医科大学の卒業生が開業を始めている。更に大きな変化は、女性医師の増加である。女子医大生の割合は最近横ばいになったとはいえ近年急増し約1/3を占めるに至っている。女子の場合、結婚すると出産と研修の時期が重なり、ライフコースのプランが難しい。更に出産後の支援のシステムが必須となる。近年、女性のみならず若年者一般に所謂ワークライフバランスや労働観が変化し、他職種を含めてキャリアパスを考え直す必要がある。

もう一つの大きな変化は、医療技術である。戦後すぐの麻酔、抗生剤などの費用対効果の高い技術が発生した第1次技術革新について、80年代ごろから光学電子工学の発達を受け、内視鏡、放射線などの診断系の技術を中心とする第2次技術革新が進んだ。治療も対がん化学療法等の完治出来ない、半完全技術が発達し費用対効果が低下した。診療の過程は、結果複雑かつ長い工程となり、かかわる職種も増え、医療事故などの危険が増大した。かつての医師対患者が1対1で診療を行う古典的な型が非効率かつ危険なものとなっ



ている。質安全効率向上には、総合的なシステムによるマネジメントが必須となったのである。

## V 医師労働の未来

日本の医療及び医療システムはここ5～10年でがらりと様変わりすると予想される。それは人類が近代を終え次の時代に向けて、日本を先頭に突入し、国の形、家族の形、人生の形、経済の形が大きく転換し、元来社会の産物である、医学、医療、医療システムも同時に大きな転換が求められているからである。世界唯一の超高齢社会日本は未踏の荒野をひとりさ迷い始めている。日本は時々刻々高齢者割合の世界記録を更新しており、客観的に見ると人類のためのフロンティア「研究実験国家」なのだ。

### 1 疾病の転換

まず医療需要、疾病の構造が大きく変化している。

従来50歳未満の主な病気は、外傷や感染症、栄養など外的な要因及び出産に関わる母子関連の要因が中心であった。しかし加齢が進むと、中年期にはかつて成人病と呼ばれたがんや心筋梗塞が出現し、いわゆる生活習慣病が多くなる。更に高齢化に伴い主要疾患は老化に伴う病変すなわち認知症、パーキンソン病、骨粗しょう症や骨折に転換しつつある。

更に疾病数も、若年者では単一疾患・単一エピソードが多いのに比して、高齢者では複数疾患・複数エピソードが進行する。これらの多くの疾患は、治療が難しく最後は死に至る。そしてこれらの疾患の多くは障害を引き起こす。

必要とされるケアも「急性期」のみならず「回復期」、そして福祉と医療をあわせた「長期」、死に向かう「末期」とその過程が多様となる。いわゆる「ケアサイクルの医療」へと転換するのである。

このような要介護用支援の高齢者は、現在約500万人と推定されるが日本が歴史上最も多数の高齢者を抱える2030年には約900万人と2倍近くに急増し、そのまま2060年までは増加せず一定でその後減少する。つまり医療界での需要はこのケアサイクルの医療が中核となるのである。

### 2 医療の転換

今日の西洋近代医学は、19世紀後半、平均寿命は50歳以下、65歳以上人口5%以下、の時代に確立された。医学理論については、細胞の病変を「病気の原因」とする細胞病理学がウィルヒョウによって確立され、医療制度については労働者の互助により、稀で重篤な疾病の「リスクをプールする」社会保険がビスマルクによって確立された。しかし、21世紀には疾病

が転換しもはや新たな「疾病理論」が必要とされ、高齢者の多くは複数の疾病を継続して持ち、そのリスクをプールすることは難しく、新たな「社会保険」制度が求められている。医療の目的は、これまでの理想状態への回復、即ち「絶対治療・絶対救命」から、本人の求める機能に向け「現状とのギャップを改善」に転換する。つまり「治す医療」から「支える医療」に変わるのである。福祉ケアと目標が同一となり、もはや医療・福祉は連携ではなく、統合されるべきであろう。

ケアの組織も急性期医療によく見られる「軍隊的組織」ではなく、患者・家族も含めたチーム「ネットワーク的な組織」による地域での水平的な形態となる。

### 3 医師の役割の転換

医療の焦点は「治すために一時入る病院」から「地域で続けて生活する高齢者」に移行し、疾病を治す専門医よりも、地域で患者を追跡し、ケアサイクルを回す「総合診療医/老人医/地域医」の役割が重くなる。病院内外の継目なき継続が必要で、インターフェイスとしての「総合診療医/救急医/老人医」も不可欠である。この総合医は従来の家庭医というより、高度で広範な臨床知識や技術を必要とし、いわば複雑系の専門医、臓器専門医をつなぐ医師の中の医師である。

## VI おわりに

医師の労働をめぐる課題は、今、「過去」から続く日本の医療界の伝統と、大きく変わる時代の「ズレの克服」と、「未来」に向けての、人類未踏の高齢社会の需要にあった「新たな医師像の創設」という、二重苦のなかに有る。それはまた、「患者との関係を大切に」にする伝統的な像と、「科学技術を駆使」する近代的な像と、ブレインマネジメントとして自らも臨床行為を行いながら「医療資源をマネジメント」する経営者としての像、さらに近年では、ワークライフバランスを大切に「ごく普通の労働者」である医師像との4つのアイデンティティの葛藤のなかに有る。

これらにはいずれも、答えがすでにどこかにあるわけではない。我々が苦しんで、その中から答えを見出すべき課題である。特に21世紀高齢社会の地域での新たな医師と労働の在り方は、その答えを日本からアジアに、そして世界に向けて発信することになる歴史的課題であると言えよう。

はせがわ・としこ 文部科学省科学技術・学術政策研究所客員研究官。最近の主な著作に「老いる都市と医療を再生する——まちなか集積医療の実現策の提示」(NIRA研究報告書、共著、2012年)。医療福祉マネジメント学専攻。