

Title	新医師臨床研修制度導入後の医局の役割および社会的影響
Author(s)	伊藤, 裕子; 齋藤, 裕美
Citation	年次学術大会講演要旨集, 26: 572-575
Issue Date	2011-10-15
Type	Conference Paper
Text version	publisher
URL	http://hdl.handle.net/10119/10186
Rights	本著作物は研究・技術計画学会の許可のもとに掲載するものです。This material is posted here with permission of the Japan Society for Science Policy and Research Management.
Description	一般講演要旨

新医師臨床研修制度導入後の医局の役割および社会的影響

○伊藤裕子（文科省・政策研）、齋藤裕美（千葉大学）

1. 背景

日本の国民皆保険制度は 1961 年から開始され、一定の自己負担で万人が等しく必要な医療サービスを受けられることを実現した。この制度により日本人の健康は維持され、世界で最も長寿の国になったと考えられ、多くの国々がこのような国民皆保険を自国に導入することを検討している[1-3]。

しかし、近年、日本では、高齢化による医療費の増加や経済状況の悪化による被保険者の保険料の滞納など、国民皆保険を脅かす事態が発生している。さらに、医師不足による医師の偏在や医師の長時間労働など、医師が疲弊している状況も示されている[4]。

このように、日本の医療システムには様々な解決しなければならない課題があるが、他の国でも日本と同様の問題を抱えている[5]。東南アジアにおいては、医療人材（医師を含む）の地域的な偏在が問題とされている[6]。さらに、WHO では、高い専門性を持つ医療人材（医師など）の適切な分配が、医療システムの実行性の決定要因になるという報告書を出している[7]。

したがって、中心的な医療人材である「医師」に注目してその状況（環境や行動など）を調査し分析することは、医療システムの改善を検討し政策を立案する際に重要な貢献をし得ると考えられる。

(1) 新医師臨床研修制度の導入の影響

日本では、2004 年に新医師臨床研修制度が導入され[8]、「診療に従事しようとする医師は 2 年以上の臨床研修が必修」という、医師の育成システム上に大きな変更が加えられた。

臨床研修の必修化は、当時の研修で問題とされていた「地域医療との接点が少なく、専門の診療科に偏った研修が行われ、病気は診るが人は診ない」、「多くの研修医について処遇が不十分で、アルバイトをせざるを得ず、研修に専念できない状況」、「出身大学や関連病院での研修が中心で、研修内容や研修成果の評価が不十分」を改善することを背景としている[9]。

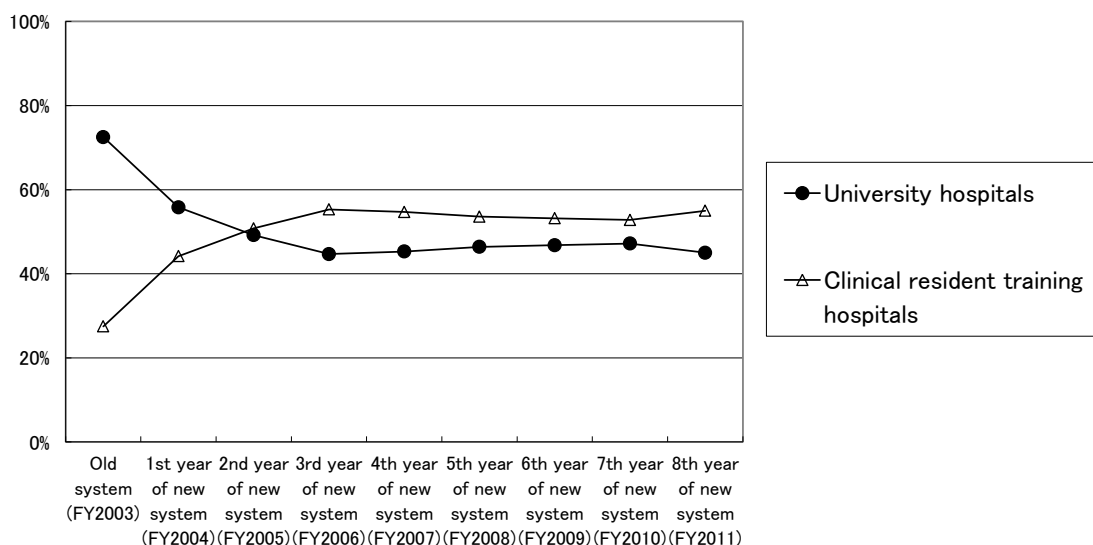


図 1 研修医の研修先病院の変化

新制度における最も大きな変更点は、研修先の病院の決定方法にある。従来では、研修医は、まず出

身大学等の大学病院の医局に所属し、医局が研修先（医局内または関連病院など）を決めていた。新制度では、研修医と研修病院の組み合わせは、双方の希望を加味した上でコンピュータ（医師臨床研修マッチング協議会[10]が運用）で決定される。

これにより、図1に示すように新制度の導入前（2003年度）と比べて研修医の研修先は変化した[11]。制度導入前は7割以上の研修医が「大学病院(University hospital)」で研修を受けていたが、導入後ではその割合は低下し、2006年度以降、一般病院である「臨床研修病院(Clinical resident training hospital)」で研修を受ける割合の方がやや多いという状態を維持している。

研修医の研修先を専門性の高い大学病院からプライマリケア^{注1}が中心の一般病院へシフトさせることは、制度導入の当初からの目的であったが、導入後に医師と大学病院の医局との関係が劇的に変化したことが示された。

(2) 医局の役割

医局は日本独自の組織であり、医学教育・診療活動・研究活動のコントロールセンターとしての機能を持っている[12]。さらに、医局は、大学病院診療科組織と大学臨床系講座（教室）との統合体であり、関連病院などに医局員を就任させるかについての事実上の決定権を持ち^{注2}、これにより人事的に統制している[13]とされている。

したがって、新医師臨床研修制度の導入で医局を経由しないで研修先の病院を決定できるようになったことは、医局における人事権を弱め、研修医の独立性を高める効果をもたらすと考えられた。

2008年に医局を対象に実施されたアンケート調査によると、新医師臨床研修制度以降に関連病院への「医師派遣の中止・休止」^{注3}をした医局は、有効回答(1,024)の76.6%に上ることが示され、その理由は医師不足であり、その結果、関連病院では診療制限や診療科の閉鎖などが生じた[14]。

これは、医局の人事権が弱まったために、医局が元々有していた「人材の集約および分配」の機能が働かなくなったことが原因と推定されるが、従来、医局の負の側面ばかり取り上げられ、医療システムにおける医局の役割についての分析は行われてこなかったこと問題であると考えられる。

本研究では、2010年に勤務医を対象に実施したアンケート調査の結果を用いて、どのような医師が医局に所属しているのかの分析を行った。さらに、その結果から浮かび上がる医局の役割および新医師臨床研修制度の導入による社会的影響についても考察した。

2. 手法等

株式会社スパイアの所有する医師モニター（3,531名：2010年1月時点）の内、勤務医（開業医を除く）を対象にして、ウェブを用いたアンケートを実施した。調査時期は2010年2月15日～2月23日、回収数は684件（回収率19.4%）[15]。

回答者684名の内、「あなたは大学の医局に所属していますか」という質問に対し、「所属している」が55.8%(382名)、「所属していない」が44.2%(302名)であった（図2）。

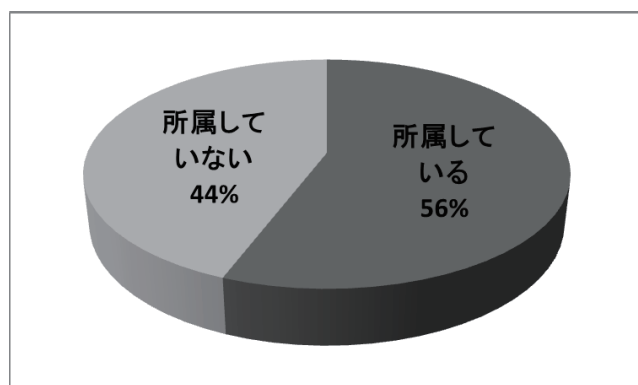


図2 回答者の医局への所属の有無

3. 分析結果

表1に分析結果を示す。ここでは、Wilcoxonの順位和検定を用いた。その結果、有意差がみられたの

は、「年齢」・「勤務先の病床数」・「国・独立法人病院に勤務」・「医療法人病院に勤務」・「勤務年数」・「医学博士号の保持」・「専門医の認定」・「外国語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験」・「日本語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験」であった。

「年齢」および「勤務年数」については、平均値では「医局に所属している医師」の方が「所属していない医師」やや低いことが示された。

勤務先として「国・独立法人病院」は「医局に所属している医師」が多く、一方、「医療法人病院」は「所属していない医師」の方が多かった。勤務先の「病床数（病院の規模の代理変数）」は、「医局に所属している医師」の方が病床数の大きい病院に勤務していることが示された。

「医学博士号の保持」および「専門医の認定」のどちらについても、「医局に所属している医師」の方が多いことが示された。「外国語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験」および「日本語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験」のどちらも「医局に所属している医師」の方が「所属していない」よりも多いことが示された。

表 1 「医局に所属していない」 vs. 「医局に所属している」

	医局に所属していない			医局に所属している			
	N	Mean	Median	N	Mean	Median	
Age	302	48.841	45	382	44.424	45	***
Male	302	0.821	1	382	0.887	1	**
Bed	302	189.040	60	382	426.204	400	***
NIAA hospital	302	0.046	0	382	0.204	0	***
M hospital	302	0.089	0	382	0.131	0	*
PMI hospital	302	0.050	0	382	0.071	0	
SI hospital	302	0.020	0	382	0.034	0	
MC hospital	302	0.507	1	382	0.314	0	***
Service year	302	9.248	7	382	7.393	7	***
MD	302	0.391	0	382	0.584	1	***
MS	302	0.573	1	382	0.825	1	***
FL article	302	0.328	0	382	0.552	1	***
J article	302	0.642	1	382	0.835	1	***

Age, 年齢; Male, 男性; Bed, 病床数; NIAA hospital, 国・独立法人病院; M hospital, 地方自治体病院; PMI hospital, 公的医療機関病院; SI hospital, 社会保険関係団体病院; MC hospital, 医療法人; Service year, 勤務年数; MD, 医学博士号; MS, 専門医; FL article, 外国語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験; J article, 日本語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験。

4. 考察

「医局に所属している医師」は「医局に所属していない医師」と比べて、国・独立法人病院に勤務する医師が多く、医学博士号を持ち、専門医認定を受けている。さらに、外国語および日本語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験が多いことが示された。

以上より、医局の機能を考える。医学博士号保持者および専門医認定者が「医局に所属している医師」に多いということから、医局が医学博士号や専門医認定を取得することに有利な環境である、あるいは、医学博士号や専門医認定が医局に所属して医師のキャリアを積む上で有利であるという、2つの可能性が推測されると考えられる。

さらに、「外国語および日本語の医学雑誌等における執筆論文の掲載経験」が「医局に所属している医師」に多いことから、医局は「医学雑誌等の論文」を執筆・発表することに関して有利な環境である、あるいは、何らかのインセンティブが働いていることが推定される。専門医認定基準において、関連分野に関する「筆頭著者の論文1報」が資格として求められており、専門医認定の取得が「日本語論文の執筆」のインセンティブになっている可能性がある。また、医学博士号の取得には外国語論文の執筆が求められる場合もある。

5. 結論

医局の中心的な役割は、高い専門性を有した医師が外国語論文や日本語論文を執筆する場である、と

言える。これは、日本全体に高度な医療の知識を普及することに繋がり、国内の医療レベルの向上をもたらすと考えられる。したがって、新医師臨床研修制度の導入により医局における人材不足が生じたことで、結果として医学雑誌への論文の投稿数の減少が生じているのではないかと懸念される。2003 年以降、日本の臨床研究論文が減少しているという報告もあり[16]、更なる調査が必要であると考えられる。

謝辞

本研究の一部は独立行政法人理化学研究所と政策研究大学院大学との共同研究「ライフサイエンス研究の社会への波及効果を定量化するための連携データベースの構築と活用(平成 21 年度～22 年度)」で実施した。両著者とも政策研究大学院大学に所属(伊藤は連携准教授、齋藤は助教授(当時))として研究を実施した。

注釈

- 1 プライマリケアの定義:「Primary care とは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」(1996 年米国国立科学アカデミー)
- 2 かつては、初期研修(必修ではなく推奨)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があった。
- 3 関連医療機関に派遣していた医師を医局に呼び戻し、同一人数以上の代わりの医師を派遣しない状況

参考文献

1. Reddy KS, Patel V, Jha P, Paul VK, Kumar AKS, Dandona L. Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. *Lancet* (2011) 377: 760-68.
2. Chongsuvivatwong V, Phua KH, Yap MT, Pocock NS, Hashim JH, Chhem R, Wilopo SA, Lopez AD. Health and health-care systems in Southeast Asia: diversity and transitions. *Lancet* (2011) 377: 429-37.
3. WHO, The world health report, Health System Financing, the path to universal coverage. (2010) http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf (accessed August 17, 2011)
4. Yasunaga H. The catastrophic collapse of morale among hospital physicians in Japan. *Risk Management and Healthcare Policy* (2008) 1:1-6.
5. Horton R. Japan: a mirror for our future. *Lancet* (2010) 376: 858.
6. Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, Wilopo SA, dela Rosa JF. Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet* (2011) 377: 769-81.
7. WHO, The world health report, Working together for health. (2006) <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html> (accessed August 17, 2011)
8. Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). History of Clinical Resident Training System, Health and Medical Services, “Annual Health, Labour and Welfare Report 2008-2009” <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw3/dl/2-055.pdf> (accessed August 17, 2011)
9. 医師臨床研修制度の変遷、医師臨床研修制度(厚生労働省) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/index.html> (accessed August 17, 2011)
10. 医師臨床研修マッチング協議会 <http://www.jrmp.jp/kiyaku.htm> (accessed August 17, 2011)
11. 平成 23 年度の臨床研修医の採用実績(厚生労働省) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/matching/dl/100915-2d.pdf> (accessed August 17, 2011)
12. Otaki J. Considering primary care in Japan. *Academic Medicine* (1998) 73: 662-68.
13. 猪飼周平, 日本における医師のキャリアー医局制度における日本の医師卒後教育の構造化一, 季刊社会保障研究 (2000), 36(2): 269-278.
14. 森宏一郎, 新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査, 日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーNo.166 (2008)
15. 伊藤裕子, 永野博, 公的研究機関と病院との連携—ライフイノベーションを円滑に進めるための日本型 NIH 構想—, GRIPS Discussion Paper 10-36 (2011)
16. 「臨床医学研究の現状と強化への取り組み 論文発表データを用いた国際比較」JPMA News Letter (2008) No.128: 28-29.