

「専門職」と「資格職」

—日本における社会保障マンパワーのあり方—

池 上 直 己

はじめに

高齢化社会の到来に伴って社会サービスのニーズはますます拡大しており、社会保障マンパワーの質的、量的確保が問題となっている。これまでの行政施策に従えば、リハビリテーション医療に対する PT(理学療法士)、OT(作業療法士)の資格創設に見られるように、質の向上には資格制度の確立、量的確保には養成人員の増員がそれぞれ基本となるであろう。しかしながら、こうした形で資格制度を個別的に整備しても社会サービスに必要なマンパワーが全体として確保されるという保証はどこにもない。

そこで、社会サービスのマンパワーに対する明確な政策的ビジョンを提示する必要がある、そのためには養成体系のあり方を含めてこれまでの施策を根本から見直さなければならない。本稿の目的は日本の特性に照らして以下のような3つの課題を分析することである。第1はマンパワーを専門職として位置づけた場合の問題、第2は有資格職の現状における質的、量的充足の程度、そして第3はマンパワーのあり方についての将来展望および社会サービスの供給システムとの関係である。

I 専門職制度の問題

1. 「専門職」と「資格職」

社会サービスの場合は需要側と供給側のあいだに情報の不平等が存在し、かつ需要者は選択権を行使できない社会的弱者である可能性も高い。こ

のような観点から厚生白書では、社会サービスに従事するマンパワーは「他のサービス業従事者以上に専門性・技術性が要求されるだけでなく、同時に、『豊かな人間性』や強い『倫理性』が要求される」、という点が強調されている¹⁾。

そこで、いかにしてこれらの特性を備えたマンパワーを確保するかが懸案となるが、資格制度だけでは少なくとも後者の「豊かな人間性」や「倫理性」という目的を達成できないことにまず留意すべきである。というのは、資格は「危険物取扱者」や「クレーン運転士」などの例に見られるように知識、技能についての最低基準が満足されているときに交付される認定証明であって、業務遂行上の規範面を規定する性格を本来有していないからである。

したがって、一般的な解釈に従えば、供給者が需要者である client の福祉に対して守秘義務等を含む包括的な責任を担い、両者のあいだの信頼 (fiduciary) 関係を築くためには社会サービスのマンパワーを専門職として位置づける必要がある。このような専門職の特性を明らかにするために、筆者は「専門職」と対比的な関係にある制度を「資格職」と呼ぶことにし、両者の相違点を分析すると以下のようなことになる²⁻⁴⁾。

第1の相違点は養成課程にある。「専門職」では知識の有無よりも専門職としてのアイデンティティと行動規範の確立に重点があり、そのためには養成校において長期にわたる学園生活を共有することが不可欠であると考えられている。こうした観点から特別の養成校を卒業することが専門職試験を受験するうえでの必要条件となっており、

実務経験者が通信教育等で資格を取得する道は閉ざされている。そのため新規に養成される専門職者の人数は養成校の定員によって絶対的に規定されている。これに反して「資格職」における養成の目的は必要とされる最低レベルの技能、知識の習得であり、機会の公正と効率的なマンパワー確保の両面から受験に際して特別な制限を設けていない。仮に資格を得るために特別の養成校が設立されていても、同校から卒業することが資格試験を受験するうえでの必要条件ではなく、知識をより効率的に習得するためのひとつの手段にすぎない。なお、国家試験における実技試験は「資格職」は実施されることがあっても「専門職」では実施されていない。

第2は労働市場における相違である。「専門職」の制度下では他の職務に従事することは原則的になく、逆に業務独占によって専門職者以外が参入できないリジッドな労働市場を形成している。このような構造となっているので、職業は専門職者にとってのひとつのアイデンティティであり、雇用条件によらず生涯その職務に従事する聖職的色彩を帯びている。これに反して「資格職」の制度下では資格を取得しても従事する業務の内容が即規定されるわけではなく、むしろ個人の自発的な希望により、あるいは雇用者の要請に応じて1人が複数の資格を有する状況もみられる。したがって、有資格者の供給と雇用条件は基本的には労働市場でフレキシブルに決定されている。

第3の相違は自律性である。「専門職」の場合は専門職者同士の内在的な動きによって身分が確立されている。そして養成段階における教育内容や養成定員は自律的に決定されており、日常の業務においても layman (非専門職者) の管理から独立している。このような professional freedom に対して専門職者個人として、また集団として質を維持する責任が発生する。これに反して「資格職」の場合は社会の外在的な要請によって資格そのものが創設され、以後、試験される内容についても他律的に規定される。有資格者であっても従業員として組織の管理下にあることには変わりなく、サービスの質に対する責任は雇用している組

織にある。

以上のように両者を対比させると、現状では医師については「専門職」としての条件をほぼ満足しているが、他の職種については第3の自律性の点を中心に「資格職」の要素が混在している⁵⁾。したがって、先に述べたような解釈に従うとすれば、良質な社会サービスのマンパワーを確保するためには「専門職」にできるだけ近づけていくことがこれからの政策課題であるといえよう。しかしながら、このような政策判断を下す前に、「専門職」としての制度的な問題点についても十分検討する必要がある⁶⁾。以下、需給関係と管理面から同制度を分析する。

2. 需給関係からの分析

社会サービスのマンパワーを「専門職」として位置づけた場合の第1の問題は、職業倫理のあり方自体にある。まず、モデルとなっている医師の倫理について分析すると、医師は診療場面において自ら決めた「ニード」の基準に従って資源を配分し、その際に経済的な制約条件を考慮すれば患者の agent としての役割を損なうと一般に考えている。すなわち、職業倫理において資源制約の存在は否定されており、そこで規定されているのは医師と患者双方の個人のレベルにおける fiduciary な関係だけである^{7,8)}。そしてこのような関係を維持するために医師はサービスを供給するうえで必要な直接の資源、および「ニード」の判断を適切に下すために必要な自らの教育、研修費用についても公共財として提供することを求めている。

一方、社会保障制度のもとでは利用者にモラル・ハザードが発生するので、実際の供給場面において資源制約は需要側、供給側の双方に無視されることになる。その結果、仮に医師が職業倫理に忠実であったとしても、専門職制度は市場に代わる適正な資源配分のメカニズムとはなりえないことに十分留意する必要がある。むしろ専門職の自律性と業務独占の形態は社会的機会費用の分析に基づいたマクロレベルにおける資源配分をきわめて困難にしているといえよう。

したがって、このような状況で社会サービスの

すべての職種が医師と対等な関係において完全な「専門職」の地位を獲得した場合には配分の問題はいっそう難しくなるといえよう。それは資源配分の直接状況においてだけでなく、専門職者としての収入と知的満足の問題も関連してくる。とくに知的満足については、そもそも社会サービスは家族の介護機能を代替する要素が多く、肉体労働の比重がかなり高い点に留意する必要がある。

以上のような問題を無視して専門職としての倫理面のみを強調すると、社会サービスの特殊性という建前だけが先行して実際には過去の実績と当事者の力関係で資源配分が決まる可能性が高い。その結果、たとえばアメリカのように各職種が専門職としての体系を整備しても、「倫理性」がもっとも要求されるナースিংホームにおける社会的弱者に対する実際のケアの大半は依然として無資格者によって行われている。

職業倫理についてのもうひとつの問題は、社会サービスの各職種がそれぞれに固有な行動規範の確立を目指していることである。たとえば理学療法士と作業療法士のような関連が深い職能分野であっても、それぞれ独自の養成体系を有しており、そのなかで別個なアイデンティティが形成されている。このような職種間の閉鎖性は後述するように管理面にさまざまな弊害をもたらしている。なお、コ・メディカルの各職種はいずれも教育年限の延長等を介して専門職の地位に近づくように努力をしているが、必ずしも全職種が互いに協力してこの目標に向かっているわけではない。その原因として各職種が置かれている状況がそれぞれ異なることにもよるが、自らの地位を医師との距離で測る競争的關係にあることがあげられる⁹⁾。

第2は専門職制度と質の関係である。専門職者として位置づけることによってサービスの質を確保することは、その目的を達成するうえできわめて間接的な手法であることに留意する必要がある。というのは、医療サービスについていえば、病気の治癒というアウトカムが目的であるならば、その担い手が医師であるかどうかは二の次の構造上の問題である。すなわち、専門職者が供給することによってサービスはイメージ化されるが、それ

に内実が伴っているという保証はない。事実、アメリカのように専門医の資格審査が厳しい状況にあっても、認定の有無とサービスの質とのあいだには必ずしも明確な関係はみられていない¹⁰⁾（ただし、後述するように需要者が医師からサービスを受けるというプロセスそれ自体に効用を見いだしている要素にも考慮する必要がある）。

この問題には先に述べた有限な資源の配分という問題のほかに以下のような2つの側面があり、その1つは専門職者が個人、ないしは団体として発揮されるべき自律的コントロールは必ずしも適正に機能していないという側面である。すなわち、専門職団体は本来は質を維持するために存在しているはずであるが、職能団体としての会員の保護と権益の拡大に動いた場合の歯止めに乏しいのが現状である。その原因は専門職者の行動規範において、client に対する信義より同僚に対する信義のほうが一般に高く評価されているところにあると推測できる¹¹⁾。

もう1つは、需要者が求めているサービス内容に供給者の技能がマッチして初めて質が確保されるという側面である。両者がマッチするためにはサービスの供給を統合、調整する必要があるが、こうした体制の構築は専門職者の自律性に抵触することになるので実現は困難である。したがって、専門職者が生涯教育等を通じて自らが定めた専門領域における質の向上に専念したとしても、その効果は短期的であるばかりでなく、client の効用とは必ずしも結びつかない¹²⁾。

第3に専門職制度の背後にある父権主義の問題がある。専門職制度では父権主義に従って、消費者がサービスの内容だけでなく、供給者を選ぶ段階においても正しい判断を下せない、という考えに基本的に立っている。このような状況下で消費者の利益を守る最良の方法は、業務独占によってサービスの供給を専門職者に限定し、専門職者であればだれであれ質的レベルは同じである、というような供給体制を構築することである。サービスの内容が均質であるということは、accessibility を確保するような財源さえ用意できれば、分配の公正という父権主義のもうひとつの目的を達成す

るうえでも有用である[注1]。

ところが、この問題についても2つの側面から批判できる。1つは父権主義を発揮するうえでの方法論上の問題である。すなわち、父権主義の立場から禁止できるのは、技術水準についてまったく保証がない無資格者による供給だけであって、より低い資格を有する者の供給を禁止する根拠は乏しい。とくに救急時、あるいは僻地において専門職者による供給を受けることが困難な状況では業務独占にこだわらない別の供給体制を整備するのが真の父権主義であるといえよう。

もう1つは父権主義それ自体の問題である。現在、先進諸国では平等志向が広まっており、また高学歴化や情報の普及で社会サービスに限らず、どの分野においても父権主義的な考えは受け入れられなくなっている^{12,13)}。とくにアメリカでは informed consent (十分な情報を与えたうえでの承諾) からさらに co-decision making (医師は単に情報のみを提供し、最終判断は患者とともに行う) に考え方が変わってきている。その結果、市場原則による deregulation と deprofessionalization が同時に進行し、分配の公正は失われている一方でサービスの質に対する関心は急速に高まっている¹⁴⁾。

最後に専門職制度が機能するうえで障害となる日本における固有な要因についても留意する必要がある。すなわち、同制度では専門職としての絶対的な行動規範に照らして client との関係を形成することが基本であるが、日本では対人関係が状況依存的である。また、専門職集団に加わる際には専門職としての標準的技能が習得されているかどうかは厳しく審査されるが、いったん加われば相互の関係は対等であることが原則であり、こうした構造があるからこそ一定の質的レベルの維持が可能であるといえよう。だが、日本では一般に集団に加わることは比較的容易である代わりに、加入後の人間関係は明確な上下関係によって特徴づけられている¹⁵⁾。

3. 管理面からの分析

専門職制度を内部組織の管理という面から分析

すると、職能組合とのあいだに多くの類似点が存在する。そこで、まず職能組合の功罪を分析すると以下のようなものである¹⁶⁾。メリットとしては第1は外部労働市場において専門性の高い標準的レベルの労働力が確保できるので、組織内部で研修等に投資する必要が少ない点である。第2に給与体系として職能給がとられ、同一労働に対しては同一賃金が払われるので年功による人件費の上昇がない。そして、第3に職能団体への帰属意識は上昇志向に代わるモチベーションとなって、モラルの維持に役立つ。

これに対して、デメリットとして第1に職能組合の労働市場における独占的な地位の利用による参入障壁の構築である。具体的には OJT (現場教育) やマニュアルによる非組合員への技術伝播に対する反対である。第2に各従事者の業務内容はそれぞれの狭い職能範囲に限定されるので汎用性のあるキャリアが形成されず、組織全体として生産性が上がらない¹⁷⁾。第3に組織がそれぞれの職能単位に分かれるために組織統合が困難である。

専門職制度では以上のような職能組合の功罪がとくに顕著な形で現れているといえよう。メリットについては比較的明確であるので、デメリットの面について取り上げると、第1と第2の問題は法的規制によっていっそう大きくなっている。たとえば超音波断層による画像診断が急速に普及しているにもかかわらず、診療放射線技師の業務として明記されていないので同職種が行うと違法となる。また第3の問題である組織の統合は、専門職として独自の行動規範を確立して自律的に活動すればますます困難になる¹⁸⁾。

さて、日本の場合は功罪論以前の問題として、内部労働市場の比重が全体的に高いために社会サービスのマンパワーに限って外部労働市場に位置づけることは職能給の制度ひとつとってもきわめて困難な課題であるように思われる¹⁹⁾。そして、現状を分析すると専門職としての形態がもっとも整った医師においても特異な内部労働市場が形成されている。すなわち、日本の勤務医は一般に卒後研修を受けた大学医局の管理下にあることが多く、その異動は大学医局の指示のもとに関連病院

のなかで行われている。換言すれば、日本の一般企業にみられる雇用と生活保障の形態が医師においても再現されていることになり、欧米における状況と著しく異なる^[注2]。

勤務医の内部労働市場が存在するメリットは、大学医局という組織のなかでの上昇志向がある点と、人事の沈滞が防止できる点である。半面、派遣を受けている病院では勤務医の業績が基礎研究を中心に評価されているので、必ずしも標準的な技能を有する医師が得られず、また幹部となる医師の帰属意識が大学医局にあるため病院組織としての統合も困難である。なお、コ・メディカルの職種の中にも養成校が大学医局と同様な機能を果たして人事異動において大きな役割を演じている場合がみられる。

以上のように専門職制度を概念的に分析すると多くの問題点が内在していることが明らかであり、とくに日本では同制度の定着が困難であるといえよう。

II マンパワーの養成と充足状況

1. マンパワーの養成

前節で述べたように日本における社会サービスのマンパワーは医師を除いて「専門職」としての位置づけは完全でなく、「資格職」の要素が混在している。しかしながら、養成体系に関するかぎり、各職種ともごく少数の例外を除いて資格試験の受験資格をそれぞれの養成校の卒業者に限定しているので、すでに「専門職」としての閉鎖的な形態が整っているといえよう。そこで、各職種のフォーマルな教育の現状を分析し、「専門職」にふさわしい質的レベルであるかどうかを確認する必要がある。そのためには以下のような問題を検討する必要がある¹⁹⁾。

- ① 規範面における水準を満足させるためには、養成校入学以前の段階からあらかじめある程度の目的意識と予備知識をもって目指す専門職を志向している必要がある。こうした志向は各職種についての情報を十分に吟味し、場合により実地で体験することによって形成さ

れると考えられる。そして明確な志向が形成されているならば、受験に際して他の職種の養成校を併願することは少ないはずである。

- ② 技能面における水準を満足させるためには、入学時、進級時、卒業時、国家試験受験時、卒後研修終了時の各段階における適正な選別が必要である。選別の重点をどの段階におくべきかは状況により異なるが、少なくとも養成校に入学を希望する者全員がそのままストレートに専門職者として参入するような状況は望ましくないように思われる。

- ③ 専門職としての教育が成功したならば、養成校を卒業した後はただちに目的としていた職能分野に就職し、その後も他の職種に転職することなく定着しているはずである。反対に就業していないか、あるいは関連のない業務についているようであれば教育の成果が不十分で、さらに養成に要する費用の公的負担割合が高いことを考慮すると非効率な公的財源の利用があったことを意味する。

さて、日本の教育、雇用環境は以上のような専門職者の養成に必要な条件を本質的に受け入れないことにまず留意する必要がある。というのは、日本における高等教育の主眼は広い教養と識見を身につけることにおかれており、将来従事したい職能分野に必要な専門技術の習得におかれていないからである^[注3]。そして、制度的には入学時に最大の障壁がおかれ、いったん入学すればそのまま卒業する体制が一般に採られている。

その原因の一端は日本の雇用習慣にあり、大学卒業生を採用する企業としては就職希望者の専門的な知識よりも、大学の偏差値等で明らかな彼らの潜在能力に関心がある。そして専門知識については従来は企業組織のなかで長期的な展望に基づいて内部労働市場のなかで習得されてきた。このような社会環境下では受験生が大学を選択する基準は一般に教示される内容の専門性ではなく、偏差値であり、大学院レベルの専門教育の体制もあまり発達していない。これらの点は教育の内容面に対する関心が高く、また入学時よりも卒業時に大きな障壁がある欧米と事情が著しく異なる²⁰⁾。

このような状況下において②と③の課題に対して実際にどのような対応がなされているかを資料の許す範囲で以下分析する。なお、①の課題については正確に把握できないが、現状からするとコ・メディカル職種が養成校入学時にそれぞれの職務内容を熟知することは困難であるように思われる。また福祉マンパワーについては、現時点では資格制度が創設されたばかりなので分析の対象をヘルスマンパワーにかぎっている。

まず、②の課題でもっとも大きな指標となる大学の偏差値については、ヘルスマンパワーの文部省管轄の養成校の大半は3年制短期大学であるために十分な把握はできない。しかしながら、医学部、歯学部、薬学部についてみれば、偏差値は決して一律に高いわけではなく、かなり低い水準の大学も存在している。したがって、少なくとも日本に現在定着している大学の評価基準からすれば、これらの専門職の入学段階における参入障壁は必ずしも高くないといえよう²¹⁾。

看護婦(士)と准看護婦(士)については入学から卒業まで経過が正確に把握でき、表1に示すようである。看護婦の入学時における3年課程の競争率は4.6倍、2年課程は2.3倍である。入学定員に対する入学者の割合は平均して93.0%であり、このような定員割れとなったのは質を確保するためであると推測される。入学者に対する卒業生の比は大学でもっとも低く90.4%であり、平均して

表1 看護婦(士)・准看護婦(士)の入学・卒業状況

	入学定員 (3年間の延べ 数)	競争率 (%) (受験者/入学者)	入学定員 に対する 入学者の 比 (%)	入学者数 に対する 卒業生数 の比 (%)
3年課程 ¹⁾	56,929	4.6	92.8	94.8
2年課程 ²⁾	49,944	2.3	93.1	90.3
(再掲)大学 ³⁾	1,070	—	91.0	90.4
(再掲)短大(3年) ¹⁾	7,210	—	102.0	96.2
(再掲)短大(2年) ²⁾	2,180	—	94.1	93.0
(再掲)高等学校専攻科 ²⁾	4,045	—	96.8	94.2
合 計	106,873	—	93.0	92.7
准看護婦 ³⁾	99,620	1.8	102.4	90.3

1) 昭和56年～58年の入学定員延べ数、入学者延べ数。

2) 昭和57年～59年の入学定員延べ数、入学者延べ数。

3) 昭和55年～57年の入学定員延べ数、入学者延べ数。

(看護関係統計資料、昭和61年より)

表2 国家試験合格率および入学定員に対する合格者の割合

	国家試験合格率 (%) ¹⁾	入学定員に対す る合格者の割合 (%) ²⁾
医 師	82.2	103.8
歯科医師	91.8	99.7
薬剤師	68.2	104.2
看護婦(士)	97.1	93.3
臨床検査技師 ³⁾	48.1	75.4
診療放射線技師	58.3	86.0
理学療法士 ⁴⁾	94.3	81.8
作業療法士 ⁴⁾	94.0	86.5

1) 昭和59年～61年までの延べ受験者に対する延べ合格者の割合。

2) 昭和59年～61年の国家試験合格者に対する当該年が卒業生となる入学定員の割合。

3) 課目免除者を除く。

4) 学校・養成所卒業者に対する合格率。

92.7%である。すなわち、入学すれば12人中11人までが卒業している。一方、准看護婦については競争率は1.8倍で併願状況を考慮すれば決して高くないといえよう。入学定員に対する入学者の比は102.4%であり、入学者数に対する卒業生の割合は90.3%である。すなわち、看護婦と比べて競争率は低いが、入学してから卒業する割合も若干低く、10人中9人が卒業している²²⁾。

国家試験段階の選別については、試験それ自体の難易度を示す1回ごとの試験の合格率と、養成校に入学した者が最終的にどの程度合格するかを示す入学定員に対する合格者の割合をそれぞれ別個に検討する必要がある。表2に示すように前者についていえば、最高は看護婦(士)の97.1%より最低は臨床検査技師の48.1%にわたり合格率は分布している。後者については、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦(士)はほぼ全員が最終的に合格しているが(看護婦(士)は93.3%であるが、入学者に対しては100%である)、診療放射線技師は86.0%、作業療法士は86.5%であり、また理学療法士と臨床検査技師ではさらに低く、それぞれ81.8%と75.4%である。

次に、③の問題のうち、まず新規卒業者の就職状況が明らかな薬剤師、看護婦(士)、准看護婦(士)、栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師について見ると表3のようである^{23)・26)}。調査方法が異なるため単純には比較できないが、専門職とし

表 3 新規卒業者の就職状況

	医療関連職に就職あるいは進学 (%)	病院・診療所に就職 (%)
薬剤師 ¹⁾	88.7	26.7
看護婦(士) ²⁾	98.0	88.9
准看護婦(士) ³⁾	96.9	67.1
栄養士 ⁴⁾	37.8	10.0
臨床検査技師 ⁵⁾	89.6	55.2
診療放射線技師 ⁶⁾	98.8	92.8

- 1) 薬学教育協議会、60年3月調査より：医療関連職とは、全体より「その他、就職せず、未定」を除いたものである。臨床検査業務に従事している者は病院・診療所就職者の割合より除かれている。
- 2) 昭和61年看護関係統計資料：看護婦(士)については3年課程と2年課程卒業生の合計。医療関連職とは、全体より「看護婦(士)、准看護婦(士)以外として就業」と「未就業・その他」の合計を除いたものである。
- 3) 日本栄養士会資料：61年3月の会員校卒業者の就職状況、医療関連職には栄養士業務に類する業務が含まれている。
- 4) 日本臨床検査技師会資料：課目免除者を除く臨床検査技師養成所67校の卒業生に対してアンケートを実施し、回答した3,194人の就職状況である。医療関連職とは、全体より「その他」を除いたものである。
- 5) 日本放射線技師会資料：60年度卒業生1,357人の就職分類。医療関係以外は診療放射線技師として勤めていない企業、研究機関、教育機関の合計である。

での教育が活かされた職に就職あるいは進学している割合がもっとも高いのが看護婦(士)、准看護婦(士)と診療放射線技師である。これに反して薬剤師と臨床検査技師の1割強は資格と関連のないところに就職しているか、あるいは就職していない。また、栄養士については「類する業務」を合計しても関連職への就職は37.8%にすぎず、職能教育として形骸化している。

なお、病院と診療所に就職する割合を合計して比較すると、看護婦(士)と診療放射線技師が90%程度であるのに対して、薬剤師は26.7%、臨床検査技師は55.2%である。一方、准看護婦(士)は67.1%と低いようであるが、その理由は進学する比率が高いからである。また栄養士については10.0%である。

次に、職能分野への定着を見るために免許取得者の現在の就業状況を分析すると表4のようである^{27,28)}。医師、歯科医師、薬剤師以外の職種については免許交付者の累計に頼っているため、死亡等による有資格者の減少を考慮していない概数である^[注4]。また就業場所がほぼ正確に確認できるのは届け出制となっている医師、歯科医師、薬剤師と看護婦(士)だけであり、それ以外の職種については医療施設調査によって病院と診療所の就業者数のみが明らかである^[注5]。

こうした制約を念頭におく必要があるが、単純に比較すると医療以外の職に従事している、あるいは無職である割合は医師については0.9%であるのに対して、歯科医師は2.0%、薬剤師は16.1%、看護婦(士)は38.4%である。一方、病院、診療所に従事する割合を合計すると医師は95.7%、歯科医師は97.0%、薬剤師は24.2%、看護婦(士)は59.2%、臨床検査技師は45.9%、診療放射線技師は81.1%、理学療法士は103.4%(100%を超えて

表 4 免許保持者の就業状況(昭和59年)

	資格保持者 計	病院従事者 比 (%)	診療所従事 者比 (%)	その他医療 従事者 (%)	医療以外の 従事者・無 職者の計比 (%)	女性の占め る割合 (%)
医師 ¹⁾	181,101(100)	56.1	39.6	3.3	0.9	10.4
歯科医師 ¹⁾	58,363(100)	12.1	84.9	0.9	2.0	12.8
薬剤師 ¹⁾	129,700(100)	(24.2)		59.7	16.1	56.2
看護婦(士) ²⁾	526,606(100)	50.9	8.3	2.4	38.4	98.5
栄養士 ³⁾	414,378(100)	4.8	1.0	?	?	?
臨床検査技師 ⁴⁾	85,437(100)	39.6	6.3	?	?	59.2
診療放射線技師 ⁴⁾	25,302(100)	66.1	15.0	?	?	3.4
理学療法士 ⁴⁾	4,526(100)	90.5	12.9	?	?	約30
作業療法士 ⁴⁾	1,740(100)	67.8	5.0	?	?	約70

1) 昭和59年医師・歯科医師・薬剤師調査。

2) 昭和59年末までの看護婦登録者数、就業状況は昭和61年看護関係統計資料集。

3) 昭和59年末までの免許保持者の累計に対する昭和59年医療施設調査・診療所の就業比。

4) 昭和59年3月までの国家試験合格者の累計数(厚生省資料)。病院・診療所の比は昭和59年医療施設調査の従事者数より男女比は各専門団体会員における割合。

いるのは非常勤者の兼職によるものと思われる), 作業療法士は72.8%, 栄養士は5.8%である。なお, 女性の場合は出産, 育児等のために就業継続が依然として困難であることが想定できるが, 女性の割合が高い看護婦(士), 作業療法士, 臨床検査技師, 薬剤師の就業率は女性の割合が低い診療放射線技師, 医師, 歯科医師と比べて低い。

以上のように日本におけるヘルスマンパワーの質的確保という観点から養成の実態とその成果を分析すると, 資格を取得するまで必ずしも十分な選別が行われているとはいえず, また女性の占める割合が高い等の条件を考慮する必要はあるが, 職能分野への定着も必ずしもすべての職種において高いわけではない。

2. マンパワーの充足状況

マンパワーの充足状況を把握することはきわめて困難な作業である。というのは, 第1に社会サービスの内容は個別的で不確実な要素が多いため, ニーズを業務量として把握することは難しいからである。第2に, 仮に業務量を把握できたとしても従事する各専門職者の技能レベルは同じであるとはかぎらず, 業務量から必要な人員を機械的に算定できない。第3に, 前述したように専門職者の職業倫理には資源制約の概念がないので, その判断に従えば必要とされるマンパワーのレベルはかなり高く設定されるものと予測される。第4に, 社会サービスとしての全体の業務のなかで, 各職種がどの業務をどの程度それぞれ分担するかによって必要とされるマンパワーは異なってくる。したがって, たとえば医師という職種だけを取り出して充足の程度を論じるのは適当でないように思われる。

しかしながら, 現在のように養成人員の定員等を政策的に決定している状況下では養成計画が必要である。そして政策レベルで養成計画を立てるためには何らかの基準に従ってマンパワーの充足状況を把握しなければならない。そこで, 医療法施行規則の職種別人員配置基準をひとつの操作的な基準としてヘルスマンパワーの充足状況を以下分析する^{29, 30)}。この基準は40年近く前に設定され

表 5 医療法施行規則第19条

- 法第21条第1項第1号の規定による病院に置くべき医師, 歯科医師その他の従業者の員数の標準は, 次の通りとする。
1. 医師: 入院患者(歯科の入院患者を除く)の数と外来患者(歯科の外来患者を除く)の数を2.5(耳鼻いんこう科又は眼科については, 5)をもつて除した数との和が52までは3とし, それ以上16又はその端数を増す毎に1を加えた数
 2. 歯科医師: (略)
 3. 薬剤師: 調剤数80又はその端数を増す毎に1
 4. 看護婦及び准看護婦: 入院患者の数が4又はその端数を増す毎に1及び外来患者の数が30又はその端数が増すごとに1。ただし, 産婦人科又は産科においては, その適当数を助産婦とするものとし, また, 歯科においてはその適当数を歯科衛生士とすることができる。
 5. 栄養士: 病床数100以上の病院にあつては, 1。
 6. 診療エックス線技師, 事務員, 雑仕婦その他の従事者: 病院の実状に応じた適当数。

表 6 標準人員の算定方式

医 師	$\left(\frac{6 \text{ 月在院延べ患者数}}{30} + \frac{6 \text{ 月外来延べ患者数}}{26 \times 2.5} \right) \div 16$
薬剤師	$\left(\frac{6 \text{ 月在院延べ患者数}}{30} \times 0.7 + \frac{6 \text{ 月外来延べ患者数}}{26} \times 1.3 \right) \div 80$
看護婦	$\frac{6 \text{ 月在院延べ患者数}}{30 \times 4} + \frac{6 \text{ 月外来延べ患者数}}{26 \times 30}$

ていて科学的根拠に乏しいが, 配置基準の達成は設備面の充足とともに医療サービスの質を監視する唯一の制度的な方法となっている。したがって, その達成度を分析すれば社会サービスを民間セクターで供給した場合の行政指導の効果を把握するうえでも参考となる。

さて, 医療法施行規則第19条では医師, 薬剤師, 看護婦, 栄養士の標準人員をそれぞれ表5で示す形で規定している。そこで, まず同条文で提示されている標準人員を既存の厚生省の指定統計から概算できるようにするために特殊病床についての緩和措置を無視して表6で示すような式を用いた。

医師については, 医療法の条文では入院52人までは3人, 以後16人増すごとに1人となっているが, 便宜上すべて16人単位で計算した。一方, 外来患者を入院患者に換算する場合は耳鼻いんこう科, 眼科については2.5ではなく, 5で除すように記されているが, 便宜上外来患者数をすべて2.5で除して換算した。

薬剤師については, 80調剤について薬剤師1人

となっているが、指定統計からは1患者当たりの調剤発生件数が把握できないため、日本病院薬剤師会が行った2つの実態調査の結果に基づいて調剤業務は入院患者1人当たり0.7件、外来患者1人当たり1.3件発生しているものとして計算した^{31,32)}。なお、調剤業務の合理化により80調剤に薬剤師1人という現在の標準は高すぎるという指摘もあるが、一方では clinical pharmacy の広まり等による業務量の増大についても考慮する必要がある。

看護婦については、入院患者について4人に1人、外来患者については30人に1人の条文規定をそのまま用い、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)を合計して有資格者を計算した。

最後に栄養士については、100床以上に1人という規定がなされているので1病院当たりの栄養士数で見た。なお、歯科医師については外来患者についての標準人員が提示されていないので分析しなかった。

以上のような各式に患者数を代入することによって得た標準人員を、病院に従事している実人員でそれぞれ除すと配置基準に対する各職種の達成度が明らかになる(非常勤医師数については常勤医師数の6分の1として実人員を計算)。マクロ的に全国レベルの達成度を、それぞれ全病院、一般病院、および一般病院の規模別に求め、昭和59年の値を昭和39年との対比でみると表7に示すようである^{27,33,34)}。

昭和59年においては昭和39年と比べていずれの職種ともたしかに改善されているが、それでも病床規模を問わず標準人員をほぼ満足しているのは全国平均で見ると看護婦と栄養士だけである。し

かも看護婦については100床未満の病院では達成度が1.08であることから標準人員に達しない病院が比較的多く存在するものと推測できる。一方、医師については300床以上の病院で辛うじて達成されており、薬剤師とともに全体として標準人員に達していない。

以上のように分析すると、現状では施行規則で定めた人員配置基準からすれば、マンパワーは十分に充足されておらず、とくに中小病院では問題があるといえよう。医療法が施行されてより40年近く経過しているにもかかわらず、こうした状態になお留まっていることは、民間の病院に対するこの種の行政指導の限界を示しているように思われる。その原因として、以下のような3つの理由が想定できる。

第1は財源上の問題である。それはマンパワーの養成に対する財源の不足と、人件費に対する経済保証の不足とに大きく分かれる。前者についていえば、医療機関の整備は私的財源が中心であったが、マンパワーの養成については公的財源の占める比重が相対的に大きかったために、両者の均衡が保てなかったと解釈できよう。後者については、社会保険の診療報酬体系は病院に配置基準を満たすような経済的インセンティブを与えてこなかったといえよう。

第2は専門職者の志向の問題である。同じ給与水準であれば、専門職者は知的興味がより満足される病院のほうを選ぶのが当然の帰結といえよう。そして日本では医師はもちろんのこと、コ・メディカルにおいてもハードの技術に対する志向が一般に強いので設備の整った専門機能が高い大病院が選ばれる可能性が高い。

表7 標準人員に対する実人員の割合(昭和39年と昭和59年の比較)

	全病院		一般病院							
	39年	59年	全 体		20~99床		100~199床		200床以上	300床以上
			39年	59年	39年	59年	39年	59年	39年	59年
医 師	0.69	0.88	0.79	0.98	0.64	0.70	0.75	0.73	0.98	1.42
薬剤師	0.43	0.71	0.43	0.71	0.34	0.56	0.40	0.73	0.52	0.79
看護婦 ¹⁾	0.78	1.30	0.78	1.43	0.68	1.08	1.20	1.31	1.05	1.71
栄養士 ²⁾	1.16	2.06	1.16	2.06	0.68	1.28	1.14	2.47	2.64	4.63

1) 助産婦、准看護婦を含む。

2) 1施設当たりの実人員。

(昭和39年および昭和59年医療施設調査・病院報告より作成)

第3は行政指導のあり方の問題であり、その際にまず配置基準の設定方法をあげなければならない。すなわち、「標準人員」は病院が必ず守らなければならない「最低」のレベルではないので、「標準」を満たしていなくても厳密な意味では違法ではない^[注6]。次に、20床以上の病床を有する施設を一律に「病院」として定義し、基本的には同じような指導を行ってきたことに問題がある。

これらの問題は人員の配置基準を政策的に設定して、その目標を行政指導によって達成しようとした際に十分留意する必要がある。なお、コ・メディカル職種については現在の施行規則で配置基準が提示されていないが、同様に病床規模の大きな病院に偏在する傾向がみられ、小規模病院に多いのは絶対数としては少ないがより低い資格の診療X線技師と衛生検査技師だけである¹⁹⁾。

III 将来展望

これからの社会サービスの中心は地域であり、地域では施設内と比べて各従事者が自律的に活動する状況が増えるので供給者の質を確保し、相互の役割を認識してチームで活動できる体制を構築することがいっそう大きな課題となる。そこで、筆者は現行の社会サービスのマンパワーのあり方を以下のような2つの方法で改革すべきであると考えている。

第1は、一定範囲の職種については「専門職」としての自律性を守りながら次のような改革を行う方法である。まず専門職団体に質の管理に対する責任を徹底させ、併せて職業倫理に資源制約の概念を取り入れるようにする。次に「専門職」に位置づけられた職種については共通な規範が形成されるような co-education の体制にして、入学した学生が一定の課程を修了したうえで希望する職能分野を選べるようにする。このように養成体系が改まればリカレント教育によって必要な単位を履修して試験に合格できれば専門職の職種間の異動が可能となり、さらに学閥生活が共有されていればチーム医療の推進も容易になるといえる。

第2は、上記以外の職種を「資格職」として位

置つけて、他のサービス分野と同様に雇用している組織に質を管理する責任をもたせる方法である。すなわち、「資格職」の倫理面は雇用組織の規範に同化することによって、技術面は組織内の研修等によって基本的に質が確保されることになる。ただし、その際にも資格制度はサービスの質のイメージ化と法的責任の明確化に一定の役割があり、また従事者が資格取得に挑戦することは知的熟練の獲得に有効である。「資格職」の要員は新規採用によってばかりでなく、組織内部の実務経験者から養成することによっても確保が可能となり、いずれの場合も必要に応じて専修学校や訓練校等におけるフォーマルな教育の活用が考えられる(実務経験者の場合は試験合格者に一定期間の研修を義務づける方法も想定できる)。このような体制が整備できれば変化してゆく社会サービスのニーズに対して次々に「資格職」を設けることによってマンパワーの質的、量的確保が可能となる。

いずれの方法もこれまでの社会サービスの養成体系のあり方を根本から変えることになるので実施上に大きな障害があることが予測される。しかしながら、こうした方向に沿った改革を行わないかぎり合理的なマンパワー政策は確立できないといえよう。そして、日本の場合はこれまで述べてきたように「専門職」の制度そのものの確立が困難であるゆえ改革の重点は第2の方法におくべきであり、少なくとも新しい職種については明確に「資格職」として整備していくのが適当であるように思われる^[注7]。

さて、マンパワーのあり方を決めるに当たって財源面の供給システムとの関係を明確にする必要がある。というのは、費用負担がなければ利用者は一般に質のより高いと思われる高次の「専門職」からサービスを受けたいであろうし、供給者も自らをできるだけ高次の「専門職」として位置づけたいと考えるからである。しかも利用者は効用をサービスのアウトカムだけではなく、高次の「専門職」が行うというプロセス自体にも見いだしている^[注8]。

ところが、資源の有限性からして「専門職」の

者がすべて社会サービスを提供するような体制を確立することはきわめて困難である。むしろ「専門職」の者が資源制約を考慮にいれるようになればニーズに応じて資源を公平に配給する立場になると考えられる。すなわち、「専門職」は基本的に父権主義の立場に立つので消費者主権とは対立している。したがって、消費者としての選択の拡大を望むならば、サービス供給の主体を「資格職」とするほうが適当であるように思われる。ただし、その場合は支払い能力によってサービス内容に格差が生じることを念頭におく必要がある。

以上のようにマンパワーのあり方と社会サービスの供給システムとの関係を分析すると、計画システムによる平等な供給を基本とする場合には第1の「専門職」の改革を中心とする必要がある^[注9]。これに反して、市場システムによって消費者による選択の拡大を基本とする場合には第2の「資格職」の改革を中心とする必要がある。いずれの供給システムを中心に据えるかは今後の政策課題であるが、供給システムとマンパワーのあり方に一定の関係があることを常に念頭におく必要がある。

ところが、日本ではこのような対応関係を考慮せずにマンパワー対策が採られてきた。すなわち、医療分野では「専門職」に準じた養成体系の整備を基本としながら、供給システムとしては自由開業医制による市場を中心としてきた。こうした矛盾が病院における職員配置基準の達成を困難にしてきた一因であることはすでに述べたとおりである。一方、福祉分野では「専門職」としてのマンパワーを欠いたまま、供給システムとしては公的部門による計画を中心としてきた。そして最近の政策展開はこのようなマンパワーのあり方と供給システムのミスマッチをいっそう複雑にしている。すなわち、市場中心の医療分野に地域医療計画に見られるような計画的アプローチが、公的部門中心の福祉分野にシルバー産業の参入にみられるような市場的アプローチが混在してきている。

以上のような混沌とした体系が国民の屈折した欲求に対応していると判断することもできるが、供給システムについての基本政策が提示されない

かぎりいずれの方法にマンパワー改革の主力を置くかを定めることができないといえよう。筆者としては、医療と福祉の必需的需要に対しては計画システムで対応し、それ以外は市場システムで対応するのが適当であると考えている⁷⁾。以上のような考えに従えばマンパワー改革は「資格職」を中心とする必要があり、この方法は先に述べたように日本の特性にも適合することになる。

最後に詳しく触れる余裕はないが3つの懸案が残っている。その1つはボランティアの養成である。ボランティアには大きな役割が期待されているが、専門職制度と同様に欧米に見られるような形態で日本に定着させていくことは困難である¹⁰⁾。そこで、日本の特性に即したボランティアのあり方を検討する必要がある。第2は社会サービスの制度的な評価体制である。とくに社会的弱者に対するサービスでは評価が必要であり、計画システムの場合は需要者の意向を反映させるために、市場システムの場合は消費者保護の観点からそれぞれ求められる^[注10]。いずれにせよ、現在病院に対して行われているような人員配置基準と設備面だけによる評価体制を改善する必要がある。第3はシステムの要となる管理者の質である。日本は欧米と異なりマネジメントとしての専門性を認めておらず、そのこと自体必ずしもデメリットではない。しかしながら、社会サービスの場合は管理者として特別な専門性が要求されている面もあり、効率的な運営を行うために今後検討すべき課題である。

ま と め

社会サービスの場合は需要側と供給側のあいだに情報の不平等が存在し、かつ需要者は選択権を行使できない社会的弱者である可能性も高い。このようなニーズに対して日本が現在行っているマンパワー対策の基本は資格制度の創設と養成人員の増員である。ところが、資格によって保証されるのはある一時点の技術面における最低レベルだけであり、一般的な解釈によれば倫理的側面を含めてそれ以上を望むのであれば、各職種を「専門

職」に位置づける必要がある。しかしながら、「専門職」とした場合には需給関係や管理面に多くの問題点がとくに日本において発生することになる。

現状のヘルスマンパワーを分析すると、「専門職」としての閉鎖的な養成体系を採っているにもかかわらず、それにふさわしい質的レベルは必ずしも確保されておらず、また職能分野への定着も一律に高いわけではない。一方、量的には医療法施行規則で定めた人員配置基準からすればなお十分でなく、とくに中小病院では不足の傾向にある。同規則が施行されてから40年近く経過しているにもかかわらず、不足した状態に留まっていることは民間機関に対するこの種の行政指導の効果に疑問を投げかけている。

今後の政策展望として社会サービスのマンパワーのあり方を改善するために以下のような2つの方法を検討する必要がある。第1は、「専門職」としての自律性を守りながら専門職団体に資源制約のもとで質の管理に対する責任を徹底させ、さらに養成体系において共通な規範が形成されるような co-education の体制にする方法である。第2は、マンパワーを「資格職」として位置づけて、倫理面については雇用組織の規範に同化することによって、技術面については組織内の研修等によって質を確保する方法である。

いずれの方法も実施上に大きな障害があることが予測されるが、供給システムの基本を父権主義に立った公平な計画システムとした場合には第1の「専門職」の改革が、消費者主権に立った市場システムとした場合には第2の「資格職」の改革にとくに重点を置く必要がある。日本の場合はマンパワー改革については第2の方法を中心としたほうが実現性が高く、とくに新しい職種については「資格職」として明確に位置づけていくべきであろう。

(本研究は昭和61年度厚生科学研究費補助金の一部でなされたことを記し、謝意を表するとともに、ご協力いただいた各位に深謝します。)

注

[注1] 自由開業医制のもとでは患者に医師選択の自由があるが、医療法第69条の広告規制によって供給されている医療サービスの質的内容に関する情報は厳しく制限されている³⁵⁾。このような措置が採られている背景には専門職の父権主義の考えが根底にあると考えられる。

[注2] 他の産業分野の変化と並行して、医療分野においてもかつてのような成長は望めなくなっている。医師の養成が大幅に増加し、さらに勤務医志向が強まっているなかで病院のほうは地域医療計画によって病床規制が実施されている。そのため生活保障的な医局制度を温存させることがしだいに困難になってきているが、一方では大学医局による病院の系列化は強化されている傾向もみられる。

[注3] 女子の場合は資格取得を目的とする要素が大きいように見えるが、通常は生涯従事してゆきたい職業に必要な資格を取得しているわけではなく、むしろ教員資格にみられるように将来の不測な事態に対する「保険」としての性格が強い。そして、結果的には男子の学歴と同様に資格を取得する過程で得られる徳育に重点が置かれている³⁶⁾。

[注4] 保健婦、助産婦、看護婦法の経過措置が完了した昭和26年現在の看護婦の登録者数では5,097人にすぎず、現在登録されている者のほとんどはそれ以降の登録者である。したがって、登録されていないがすでに死亡している者の人数はきわめて少ないものと推測される。

[注5] 職能分野に定着している場合も、他に転職することが困難である、という消極的な理由についても考慮する必要がある。たとえば、コ・メディカルを対象とした意識調査によれば、「自分の職業を子供にすすめるか」という設問に対して「すすめたくない」が「すすめたい」の回答を上回っている職種のほうが多かった³⁷⁾。

[注6] 配置基準を「最低」ではなく、「標準」とした背景には基準を高く設定することによって医療の質を向上させようとする意図があった。ところが、病院の医療内容を総合的に評価する十分な体制が行政当局にないために標準に達しない場合の対応に問題を残している。すなわち、行政指導は病院側に画一的であると受け取られる傾向が強く、そのためもあって十分な効果を発揮していない。

[注7] 介護福祉士の資格は特定な養成校を卒業しなくても取得可能であり、実務経験者に受験機会を与えている点では画期的である。しかしながら、厚生省が昭和63年4月に明らかにした医療法人が介護福祉士養成事業を行う場合の認可の指導指針によれば、看護婦等の医療従事者養成事業とは明確に分けるように求めており、養成体系の硬直性は依然として存在している。

[注8] Breslau らによると、必ずしも高度の技術が必要としない妊婦のスクリーニング検査においても、受ける側としては医師が他の職種に委ねることに反対する意見が多かった³⁸⁾。このように医療サービス

の場合は医師の行うプロセス自体が重視される面があるので弁護士と司法書士のような分業は成立しにくいといえよう。

[注9] 専門職者が求める自由裁量と計画システムによる統制とは相容れないようであるが、専門職者が資源制約を認め、かつ彼らの主体的参加のもとに計画が作成されるならば、日本で現在策定されている地域医療計画に見られるように行政と専門職者の立場はかなり一致してくる。

[注10] シルバー振興会のシルバーマークのような自主的な認定制度を業界として確立する場合に留意すべき点が2つある。1つは認定の適否を数年おきに再評価することであり、もう1つは評価の対象を◎マークのように構造面に留めず、アウトプットについても行うことである。とくに後者を怠ると認定制度によってかえって既存参加者は保護される危険性があり、評価システムとしての意義は半減する。こうした反省からアメリカの JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 病院の認定を行う自主的団体) は認定基準の照準をアウトプットにおいて現在改正を行っている³⁹⁾。

参考文献

- 1) 厚生省『厚生白書 昭和62年版』, 厚生統計協会, 1988年, 29頁。
- 2) Ritzer, G., *Man and His Work*, Meredith Co., New York, 1972, pp. 56-63.
- 3) Goode, W. J., *Enroachment, charlatanism, and the emerging profession; Psychology, Medicine and Sociology*, *Amer. Sociol. Rev.*, 25: 902-914, 1960.
- 4) Moline J. N., *Professionals and professions; a philosophical examination of an ideal*, *Social Science & Medicine*, 22 (5): 501-508, 1986.
- 5) Etzioni, A. (ed.), *The semi-professions and their organization*, Free Press, New York, 1969.
- 6) ミルトン・フリードマン (熊谷尚夫他訳)『資本主義と自由』, マグロウヒル好学社, 1975年, 155-180頁。
- 7) 池上直己「医療における公的負担と私的負担」『季刊・社会保障研究』第22巻第3号, 1986年, 209-221頁。
- 8) Vuoni, H., *Optional and logical quality; Two neglected aspects the quality of health services*, *Medical Care*, 18 (10): 975-985, 1980.
- 9) Wilson, K. N., *The Sociology of Health*, Random House, 1970.
- 10) Palmer, R. H., Reilly, M. C., *Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care*, *Medical Care*, 17 (7): 693-717, 1979.
- 11) Gillon, R., *Philosophical Medical Ethics*, John Wiley, Chichester, 168, 1985.
- 12) Hang, M. R., Lavin, B., *Public challenge of physician authority*, *Medical Care*, 17 (8): 844-858, 1979.
- 13) 中野秀一郎「『専門職』をめぐる諸問題——回顧と展望」保健・医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』, 垣内出版, 1983年, 13-41頁。
- 14) Havighurst, C. C., *The changing locus of decision making in the health sector*, *J. of Health Politics, Policy & Law*, 11 (4): 697-735, 1986.
- 15) 池上直己『成熟社会の医療政策——イギリスの「選択」と日本』, 保健同人社, 1987年。
- 16) 今井賢一他『内部組織の経済学』, 東洋経済新報社, 1982年。
- 17) 小池和男, 猪木武徳編『人材形成の国際比較』, 東洋経済新報社, 1987年。
- 18) 池上直己「病院組織における管理姿勢——規定要因と可能性」『病院管理』第24巻第1号, 59-67頁, 1987年。
- 19) 池上直己「医療法における職種別人員配置基準(3) 人員配置の現状」『病院』第46巻第12号, 1056-1060頁, 1987年。
- 20) 岩田龍子『学歴主義の発展構造』, 日本評論社, 1981年。
- 21) 全国入試模試センター『昭和62年度駿台第4回公開全国模擬試験, 第3回大学入試実力判定テスト』, 全国入試模試センター, 1988年。
- 22) 厚生省『昭和61年度看護関係統計資料集』, 厚生統計協会, 1986年。
- 23) 薬学教育協議会『昭和60年3月薬科大学卒業者の動向調査の集計報告』, 薬学教育協議会, 1986年。
- 24) 日本栄養士会『昭和61年3月の会員校の就職状況』, 日本栄養士会, 1987年。
- 25) 日本臨床検査技師会『臨床検査技師養成所67校の卒業生就職状況に関するアンケート』, 日本臨床検査技師会, 1987年。
- 26) 日本放射線技師会『昭和60年度卒業生および就職先調査』, 日本放射線技師会, 1987年。
- 27) 厚生省『昭和59年医師, 歯科医師, 薬剤師調査』, 厚生統計協会, 1986年。
- 28) 厚生省『昭和59年医療施設調査, 病院報告』, 厚生統計協会, 1986年。
- 29) 池上直己「医療法における職種別人員配置基準(1) 現状と問題点」『病院』第46巻第10号, 882-886頁, 1987年。
- 30) 池上直己「医療法における職種別人員配置基準(2) 人員配置の現状」『病院』第46巻第11号, 967-970頁, 1987年。
- 31) 日本病院薬剤師会『病院薬剤部門実態調査』, 日本病院薬剤師会, 1987年。
- 32) 日本病院薬剤師会『病院診療所の薬剤師の業務の実態調査』, 日本病院薬剤師会, 1987年。
- 33) 厚生省『昭和39年医療施設調査』, 厚生統計協会, 1966年。
- 34) 厚生省『昭和39年病院報告』, 厚生統計協会, 1966年。
- 35) 厚生行政研究会「病院の広告規制」『病院』第46巻第4号, 314-317頁, 1987年。

- 36) 天野郁夫『大学——試練の時代』, 東京大学出版会, 79-106頁, 1988年。
- 37) 姉崎正平「新医療技術職種の専門職化とチーム医療をめぐる問題」保健・医療社会学会研究会編『保健・医療における専門職』, 垣内出版, 111-143頁, 1983年。
- 38) Breslau, N., Novack, A. H., Public attitudes toward some changes in the division of labor in medicine, *Medical Care*, 17(8) : 857-867, 1979.
- 39) JCAH: Overview of the Joint Commission's, *Agenda for Change*, JCAH, 1987.

(いけがみ・なおき

慶応義塾大学医学部病院管理学教室助教授)