

## 専門職組織における分化と統制

——病院の組織論的考察に関する覚書——

田 口 宏 昭

### 序

本稿は、主として現代日本社会の、医療組織における分業の構造上の問題点と成員統制の課題を明らかにする序論的試みである。ここでいう医療組織は病院である。それは政党、企業、労働組合、学校、消費者団体、経営者団体、一般行政組織、矯正組織、社会福祉組織、更には同業組合、軍隊、警察、裁判所等現代社会において大きな影響力をもつ他の組織と比較して共通点も多いが相違点も多い。病院を含むこれら諸組織の比較研究は社会学の重要な領域であるが、本稿でとりあげる病院組織の考察もその一特殊領域に他ならない。

組織の問題を扱うばあい常に問題になるのはその成員（あるいは参加者）の範囲である。ある意味では、ある組織がどこに成員と非成員の境界を設けているかを知るだけでも、その組織の性格を逆にある程度知ることさえできる。受刑者は成員だろうか。生徒は、患者は。医師―患者関係の病理を問うつもりならば、難しいといえどもこの問題は避けて通れない。というのは、医師―患者関係の病理はまさに、「社会化された医療」という一般的状況のもつてきわめて大きな意義をもつ「組織医療」におけるその関係に特に顕著に見出されるからである。だが、患者にも入院患者と通院患者（外来患者）の区別があるので、患者を仮に成員に加えるとしても、後者をどう扱うか位置づけの難しいところである。「患者の存在を無視しないし軽視」するとならば、「現実の医療行為の關係の正しい姿はとらえられないし、また病院の实体も正しくとらえられない」という主

張に、筆者も同感であるし、またその主張は全く正当であるとは思うが、筆者には未だ、本稿の課題である病院内の分業と医療技術者の統制というテーマのなかに、患者の存在を明確に位置づける準備がない。とはいえ、常に念頭には置いて議論を進めるつもりである。しかし議論を進める上で全く医師―患者関係に触れない訳にはいかないで、第一章では、不十分ながら、現代日本社会における社会化された医療のなかで、健康の回復あるいは生命の危険の回避の大きな可能性をもつにもかかわらず、営利的色彩の一層強まる医療社会関係のなかで患者が直面している病理を概観する。

### 第一章 社会化された医療における営利性

#### (1) 大衆医療

健康に対する権利意識の高まりのなかで、日本でも国民皆保険制度が導入された。これの実現は、第二次世界大戦後間もなく世界的レベルで設定された「人権としての健康権」に制度的な裏づけを与える画期的な意義を有した。更には、この基本的な枠組の中で、戦前のそれとは異なるところの、慈悲的でない公費医療制度も整備されてきた。これらの制度の定着の結果、国民が医療を受ける機会は、病床数の増加にも顕著に示されているように飛躍的に拡大することになる。富裕階層に偏っていた、かつての一般病院における医療も、少なくとも表面的にはあらゆる階層に開かれるようになった。一応

われわれはここに、「階級医療」ではなく「大衆医療」の成立を見ることが出来る。

## (2) 医療の社会化の陥穽

国民皆保険制度の実現を契機に、「医療の社会化」は急速に進行する。ところが国家は、制度運営の権限の行使に相当する責任、すなわち医療給付にかかわる国家の財政的負担の責任を十分果してこなかった。そしてまた医療技術者の養成、国家の負担による医療機関の整備を怠ってきたのである。特に、医療給付にかかわる負担の回避は、具体的には次にみる低医療費政策の推進のうちに示されている。

これは医師の診療報酬をできる限り低く統制する政策である。これによって国家の負担の軽減がはかられるのであるが、この政策の遂行を通じて、国家は医師集団を政治的に操作し続けてきた。それは診療報酬の引上げ要求に対する譲歩と政権政党への支持獲得の交換という形で行われた。一見両者の間には等価の交換関係が存在するように見えるが、本質的にはこの政策は医師に対して抑圧的な性格をもつのである。

ところで、このような低医療費政策のもとで医師はいかなる行動を選択するか。この間に対する解答は、国民皆保険制度における医療行為に対する診療報酬支払方式が「出来高払い」方式のまま放置されているという事実の中に隠されている。この方式に従えば、医師は、個々の医療行為の保険点数での評価は低くても、医療行為の量を増すことにより医業収入を増加させることができる。すなわちより多くの患者を診療し、かつ患者一人当たりの保険点数を増すことにより低医療費政策に適応しようとする。しかもその場合、医療行為に要するコストをできるだけ低く抑える必要があるが、コスト

のうち最も大きな比率を占めるものは人件費である。そこで医業経営においては、医師を含めた医療技術者の雇用の最大限の抑制の上に、医療行為の量的拡大がはかられるのである。このことは私的医療機関のみならず、独立採算制を強いられているがゆえに公的医療機関においても常態となっている。

このような選択はいかなる結果をもたらすか。

第一に、医療技術者一人当たりの労働量は増加する。その結果、特に医師と看護婦が患者との間にもつことが期待されているコミュニケーションが量質ともに低下する。本来コミュニケーションは医療関係においては二つの意味で医療の目標の達成に役立つ行為である。ひとつは、患者との間のコミュニケーションはそのこと自体によって治療効果の向上に貢献する、という意味において、患者の訴えに医師や看護婦が本心から耳を傾けるときの両者の間によりよい治療のための信頼関係が形成される。そのような関係のなかでは患者の不安は除かれ、彼らは、患者からの積極的な闘病の意志を引き出すことに成功するであろう。それは病気を治癒させる不可欠の条件のひとつなのである。

もうひとつはよりよい治療の前提となる、より正確な診断のための重要な情報を、医師は患者とのコミュニケーションを通して得ることができ、また看護婦もより正確な看護のための情報をそこから得ることができ、という意味において、もちろんこの場合も信頼関係の成立が前提の条件ではあるが、ところが現実には、コミュニケーションの、量質ともに低下のために、医師・看護婦と患者の間の信頼関係は不安定であり、それが医療の目標達成の障害になっていくばかりでなく、医療行為の結果に対する患者側の異議申立の動機にもなっている。

第二に、患者一人当たりの治療費が増加する。一般に医師と患者の間の医療知識の大きな格差に加えて、医師の側の伝統的な施療観

の残存、ならびに医師の過重労働は、両者の関係を偏頗な性格のものに歪めている。そこでは弱者である患者は医師の診断ならびに治療方針について十分な説明を受けることができないまま一方的に診療が進められる傾向がある。このような医師―患者関係のあり方は医療行為者の側の過剰検査と過剰投薬を極めて容易にし、これらによつて医療収入の大部分が賄われる、という結果をもたらされるのである。この状況は医療過誤と薬害への重大な圧力として作用する。しかもこれは一連の行為の過程での奇妙な対照を浮き立たせている。すなわち、医師の技術手段への依存と技術そのものの軽視という対照を。医療とは、人間の生命の健康に対する危険の排除を目的とする、技術を媒介とした社会的行為である。とすれば技術そのものの軽視は医師の仕事の本質から逸脱するものであるといえる。したがつてそのことから結果される医療過誤や薬害は医師自身の社会的価値を低下させ、医療の社会的基盤を掘り崩す可能性すら秘めていると見なければならぬ。

このように、低医療費政策のもとでは、医療はその営利的性格を強めざるを得ず、医療社会化の内実は医療の目的からかけ離れたものとなる。

## 第二章 医療の組織化と病院

### (1) 病院化社会

国民皆保険制度のもとで、われわれは今や当然の権利として医師の治療を受けるし、褥婦は医師や助産婦に介助を依頼する。医師―患者関係が医療の基本であるという事実は依然として不動である。にもかかわらず、次の事実はこの関係において医療行為が行われる場が百年前とはすっかり変つてしまつたことを端的に物語っている。

例えば、出産は日本の社会では今やほとんど病院で行われるようになった。診療所で出産が行われるばあいも母体もしくは胎児が危険な状態に陥つてることがわかればふつう直ちに病院に移送される。別の例では、交通事故による頻死の重傷者が、あるいは末期癌患者が治療の甲斐なく死に臨むのも多くは病院においてである。このようにわれわれの人生の出発点と終着点とともに病院のなかにあるだけではない。その過程においても病院と出会う機会をもたない人は今や皆無であろう。要するに医療行為がひとつの相対的な完結性をもつた医師―患者ダイアド関係のうちに生起する状況から、組織された多様な職種の医療技術者の分業と協業の体制のうちに遂行される状況へと変容しつつあるのである。

このような変化は医療の組織化と呼ばれる。その要因として二つが考えられる。

第一の要因は、医療需要の増大である。これはさらに言えば、健康の定義の革命的な拡張、医療の社会化、産業化にともなう生活環境の悪化の影響を受けたのである。需要の増大は処理能力の拡大への圧力となつて、一方では医療技術革新を、他方では分業を促進する。前者はコンピュータと結びついた医療の機械化によつて検体の処理能力とカルテ管理を中心とした事務処理能力の飛躍的な発展をもたらした。ところで診断と治療のための機器はそれに対する莫大な設備投資と急速な技術革新による相対的な能力の低下の可能性のゆえに高い使用頻度を要求する<sup>5)</sup>。そのことは医療全体(例えば「国民医療」というばあいのように)のそれではなくて、個々の医業の経済性への配慮が不可避であるような医療体制をもつわれわれのよるな社会では、個人営業形態の医療にとつて高度化、大型化した機器の利用は適しないことを示す。したがつて、このような事情は、それらの機器の稼働率を高く維持する一定水準以上の医療需要が期待でき、かつそれらの効率的な共同利用を可能とする組織としての

病院を必要とするのである。

分業は、医療需要の増大との関係でいえば医療サービスの供給の効率化という側面をもつ。換言すれば、医療労働の労働生産性は分業によって高められ、医療需要の増大を吸収する。近代的な大工業の工場内部ならびに工場間に見られる仕事の分割と専門化—これと類比すべき不断の過程が、社会が分割した諸機能のうちのひとつの機能領域である医療機能のうちでも進行する。医師の機能が分化・専門化し、さらにはかつては医師の機能の中に未分化に含まれていた機能が分化したり、新たな科学・技術上の発見と発明が医療に適用された結果、新しい機能が付け加えられたりしてきた。その結果、今日では三〇種類をこえる医療関係職種の分化がみられるに至っている。より詳しくは後述することにして、ここでは次のことを指摘しておこう。分化された機能的活動は相互に関連づけられ、統合されなければ分業の利益を引き出すことはできない。例えば臨床検査技師の検査機能は医師の診断と治療の機能と結び合わされなければならぬ。このことは必然的に、分化し、専門化した医療諸機能の活動の担い手である医師を含む医療技術者の協働のための組織としての病院を發展させずにはおかない。

## (2) 病院の特質

現代日本社会の医療において重要な位置を占める病院とはいかなる集団か。その一般的特質、ならびに日本の病院固有の特徴をここに考察する。

一九四八年に出された日本の医療法は「病院とは、医師または歯科医師が、公衆または特定多数人のため医業または歯科医業をなす場所であつて、患者二〇人以上の収容施設を有するものをいう」と規定している。ただし同法は病院を単に「場所」としてのみとらえ

(三〇)

ているのではない。「病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ運用されるものでなければならない」ともしている。つまり病院は、「診療」という一定の「目的」をもって組織されている人間の「集団」であるという側面、ならびに社会的に価値づけられ、全体社会の分化した諸機能の相互依存関係に関係づけられた医療制度の機能的活動単位として継続性を有する存在であることを社会的に期待されているという側面をもっている。

病院のこのような法的規定は、他のあらゆる個別的な法規定と同じように、それが制定された時代の当該社会の社会状態の、ある意味では関数であるから、社会学的规定をこれによって代用するわけにはいかない。

他のあらゆる型の組織から病院という組織を識別しようとする、しかも異なる時代と社会について、より広汎な妥当性を有するような定義が与えられることが理想であるかもしれないが、それは不可能である。一般に、経験的研究にかかわる社会学的规定が探索手段の性格を免れないとしても、さしあたり次のような定義を提示しておきたい。病院とは、傷病者に医療を提供することを社会的に期待され、主として科学的に基礎づけられた技術を媒介として彼らに向けられ、かつ彼らが必要とする社会的行為の継続的な協働が行われる組織である。この定義によつて表現しようとしたことは、まず、病院が医療の提供という特定の目標の達成を社会的に期待されている組織であるということである。第二に、そこでの主要な社会的行為が科学に基礎づけられた技術的行為でなければならぬことである。第三に、病院はこれら行為を行う人々の分業と協働の組織であるということである。第四に、それは、医療制度の機能的単位として継続的な存在でなければならぬことである。第五に、患者もこの組織の成員を構成する部分であることを示唆しようとした。

「多くの点で、病院はその壁の内側に、外側の世界の縮図を含んでいる」とシドニー・H・クルッグ (Sydney H. Croog) は述べている。病院は、性、年齢、階級・階層上の地位の如何を問わず、あらゆる社会的カテゴリーに属する人々から構成されている。そこでは健康者が病院の外側で営んでいるのと同じように、病者の衣・食・住の生活が展開される。この点では病院は養老院や、刑務所、少年院のような矯正組織と類似している。さらにそこでは人が生まれ、死ぬ。労働手段が私的に所有されているばあいには、階級対立が見出されるし、労働者内部での成層化も見られる。これらの事実以外にも病院は、その外側にわれわれがふつう見出す社会事象の実に多くのものを、その内側において見せてくれる。この組織をわれわれは、ある特定の目標の達成のために機能するという意味では、国家、政党、企業、労働組合、矯正組織、学校などと同様、機能的集団の一例と見做すが、その機能のゆえに病院は、その他の組織相互の間に見出されるよりもはるかに大きな相違を、それらの組織との間にもっているのである。次章ではこの機能遂行のための、ますます複雑化する協働組織としての病院の権限と統制の問題を中心に考察する。

### 第三章 病院における医療労働の分化と権限

#### (1) 規模の拡大と労働の分化

社会が容積と密度を増すにつれて労働がさらにいつそう分割される、という全体社会レベルでの分業の発展について示されたE・デュルケームの命題を、病院という特殊社会に適用することができ、すなわち、病院の規模が大きくなるにつれていつそうその内部での労働は分化する。もちろんこのばあい、病院内での労働の分化は、

全体社会における労働の分割と不可分ではないはずはない。だが病院という協働組織内での労働の分化は、全体社会における医療機能領域内でのその分化を前提としているとは限らない。つまり全体社会で例えば医師とパラメディカルの労働が分化した結果、病院内でそれに対応する分化が発生したのではない。むしろ病院の規模の拡大がそれらの労働の分化を可能にしたと見るべきであろう。

規模の拡大につれて、この組織内の医師の数は増加する。一人では分割できなかった医師の仕事は、医師が二人になると分割できる。医師は患者に適用する診療技術を高度化するために自分の仕事をより専門化し、そのことによって開業医に見られる仕事の自律性とは異なる自律性を保持し、それを強める。このようにして一般医に対する専門医が形成される。専門医がさらにその知識と技術を特定の領域に限って専門化して、社会的評価(同僚と全体社会の双方の)と自律性を高めようとすれば、彼の労働のうちに未分化に含まれていた諸機能を彼の労働から除外しようとするであろう。そうすることは医師の世界での競争に適應するためにも必要な条件である。医師が自らの仕事を専門化すればするほど、彼の地位は他にとつて代わられる確率が小さくなるだけでなく、医師の労働市場での競争において優位を確保することが可能となるからである。

さて、医師のより一層の専門化の過程で彼の労働から除外されて分化させられた労働の一部は看護婦に、他の一部は他の医療労働者に譲り渡されるようになった。今日の日本の看護婦は、本来の看護の役割とともに医師の診療介助の役割の遂行を義務づけられている。この後者が看護労働の自立と社会的評価の確立の桎梏になっていることは否めない事実である。他の医療労働者のうち、とくに診療に直接関わる情報を生産して医師に提供したり、その労働自体が医師の補助労働にとどまっているような多くの周辺の医療技術者が次々と生み出された。ただ彼らが病院の中で多少とも明確な地位を占

めるようになったのは比較的最近のことである。彼らは一般にパラ・メディカルと呼ばれている。その主な職種をあげると、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士(P.T)、作業療法士(O.T)、視能訓練士、栄養士、医療ソーシャル・ワーカー(M.S.W)、言語療法士、指圧師、マッサージ師、鍼灸師、臨床心理士、精神医学ソーシャルワーカー等がある。しかし、診療と看護という病院の基本的機能との関係においては、これら何れの職種の機能も補助的機能を担わさせられているといえよう。医師は病院において唯一の専門職であるが、看護婦、助産婦とともにこれらの職種は何れも「準専門職」、または「境界専門職」の段階にとどまっている。だがこれらパラメディカルの業務はますます高度な知識と技術を要求されるものになってきつつあることも確かである。

病院内でのこのような医療労働の分化とともに、事務労働、管理労働も分化してくる。専門職組織としての病院においてはこれらの労働は、社会的に期待されている病院の組織目標の達成に直接関連する活動ではなく、その意味では副次的ではある。けれども、病院が協働の組織として機能してゆくためには、これらの労働は不可欠な部分である。小規模の病院においては、事務、管理的な職能は医師、看護婦、家族従業者の労働のうちに混然未分化であるが、規模の拡大とともに事務量は増加し、職員数の増加による組織統制の仕事の比重の増大は、これらの人々の職能から次第に事務、管理の仕事を分化させる。まず少数の事務職員が雇用される。彼らは給与計算や、薬品その他の材料の購入事務などを担当するだろう。彼らが病院のなかで少数派である間は、一人が多様な事務労働を遂行し、明確な労働の分割は見られない。またその余地もない。それがあがる程度の人数に達すると複数の事務職員の間で、労働の分割が行なわれるようになる。事務労働が一層増加し、医師や看護婦、さらにはパラメディカルの労働が一層専門化への指向を強めれば、彼らの労働

働はますます事務労働に機能的に依存することになる。その結果、事務労働は一個の独立した機能遂行の単位として一つの部門を形成する。その過程で事務職員が増加し、事務労働の一層の分割が進行するが、分割された事務労働を調整し、協働の体制を維持してゆくための管理労働が分化する。すなわち、この事務部門の労働は水平的な分割の進行とともに垂直的な分化を生み出し、事務長を頂点とする事務組織の成層化が進展するのである。

このようにして病院の規模の拡大は、そこでの労働の不断の分化を進める圧力として作用する。

## (2) 管理的権限と専門的権限

医療の病院化と病院の大規模化は、医師―患者ダイアド関係のみで完結する医療社会関係のうちには分化され、専門化された機能としては遂行されることをほとんど見出しえない管理機能にかかわる複雑な問題を提起する。その問題とは、専門的権限と管理的権限の対立という一般的図式の中でとらえられる問題である。筆者はこの問題についての一般的考察を既に行った。ここでは、それを病院という特殊な構成と機能をもつより具体的な組織の水準で若干の考察を加えたい。

一般に組織成員の増大は組織の構造的分化を促進する。その結果、一方の極では最も単調な労働が、他方の極では高度に管理的な労働と高度に非管理的な専門的労働が分化する。病院における労働の分割にもこの一般的定式を適用しようと思われる。分割された労働の成層の最底辺には、「下働き」的な労働、わけても様々な「汚れ仕事」が位置する。他方最上層には、高度に専門的な権限を行使する医師、とりわけ病院の実質的な長である幹部医師の労働が位置する。病院の規模が大きくなるにつれて、事務部門の分化が明確にな

り、幹部医師が専門的権限とあわせ行使していた管理的権限の一層多くの部分が、事務部門の長の管理下に執行される傾向が強まる。

そのようなばあいには、最上層のもう一方に高度に管理的な権限の分化をわれわれは見出すが、予算の策定、長期計画の決定、大型機械の導入など、非専門職組織においては本来管理系統の幹部によって意志決定が行なわれるような、組織管理上の重要な意志決定を通して管理的権限の最重要部分を幹部医師は掌握している。管理的権限のこのような分布の型は、他の専門職組織をも同様特徴づけているように思われる。医師による最重要な管理的権限の、少なくとも形式上の掌握は、医師の診療行為における自律性を、専門的行為にかかわる。「共有されたパラダイム」をもつべく訓練を受けていない、したがって診療行為に関して「素人」であるライン組織の職員による管理から保護するという機能をもつ。だが同時に、管理的権限の分布のこのような型は、病院が大規模化するほど次のようなディレクティブに直面するであろう。

管理が量質ともに拡大すると、重要な管理的権限を医師集団が維持し続けようとする限り、集団内部でのその配分に応じた医師集団の階層分化が促される。階層の頂点に位置する院長は、管理的権限の遂行のために診療行為の義務を免除され、管理の仕事に専念しなければならなくなるだろう。そうすると彼と他の医師との間に、診療行為を通してコミュニケーションはそれだけ希薄になり、日常的なコミュニケーションを通して再確認され、かつ強化される。「共有されたパラダイム」が、彼の意志決定に影響を及ぼす程度は小さくなる。「共有されたパラダイム」は医師の専門性の一要素であり、しかも専門性は医師の自律性の基礎にあるので、彼の精神活動からのこの後退は、自律性の価値に対する彼のコミットメントを弱める可能性がある。もう一つのディレクティブは、医師集団のトップが専門的訓練を受けていない管理の仕事に携わることからもたらされる。

彼は医師になるための長期の訓練は受けたが、病院の経営管理についてはほとんど公的な訓練を受けていないのでいわば「素人」である。彼の管理的権限にかかわる意志決定は、重要ではあるが、事務部門の職員が日常業務の中で行なう意志決定に比べれば一般的であるので、管理業務に関する詳細を掌握している必要はないかもしれない。だが、病院の規模の拡大は、経営管理についての一層高度の専門的知識と技術の訓練の経験がなければ、組織目標の達成のために有効な経営管理をますます困難な仕事にしてゆくのである。にもかかわらず彼の管理の仕事は、経験と彼のパーソナリティに左右される性格の強い管理能力の偶然性に規定されてしまう。だがこのような問題があるからといって、管理的権限にかかわる最高の意志決定が、医療の非専門家の手に委ねられるならば、社会的に期待された病院の組織目標の達成に不可欠な医師の自律性が損なわれる可能性は無視できない。

専門職組織における専門的権限と管理的権限との以上のような対立をわれわれは構造的緊張と呼ぶことができる。専門的権限に依拠する医師の自律性は、わが国では病院の長を医師に限定する法的規定により保護されている。そのために、医師はライン組織の職員よりもはるかに高い労働の自律性を制度的に保証されていることになる。他方管理的権限は組織的な協働においては不可欠である。かくして医師の労働が組織的な協働の形態で営まれる限り、自律性と管理との緊張はほとんど不可避であるともいえる。

しかし、高度に専門分化した病院においては、さらに複雑な問題が見出される。ここまでは主として医師集団とライン系統の集団に焦点をあてて考察してきたが、医師と他の医療技術者との関係はどうか。医師は確かにその高度の専門性のゆえに、病院内では最も大きな自律性を確保している。けれども他の医療技術者に対しては、その労働の自律性を認めていない。医師は看護婦には診療介助の役

割を遂行させて看護機能の自律性の確立を妨げているし、他の医療技術職に対しても医師の補助的労働としての位置づけをおこないつつ支配―被支配の関係を維持し続けようとする。しかしながら、これらパラメディカルに要求される知識・技術水準がますます高度化する傾向があるので、彼らが保有する知識や技術のうち、医師が直接知り及ばない部分が一層拡大する。かくして、知識と技術における優位、すなわち高度の専門性を基盤にした医師のパラメディカルに対する管理的権限の行使の根拠は、その一角において不安定さを増す。それだけではない。管理についての「素人」である医師が、専門分化した医療技術職の相互の調整と統合の課題に直面しているにもかかわらず、管理についての専門的訓練を受けていないがためにもかかわらず、管理にしばしば恣意的にならざるをえない。

### (3) 地位競争

職能間の調整と統合を困難にしている他の無視できない理由のひとつは専門分化した医療技術職種間の競争である。

国民皆保険制度の発足以来、急速な医療の社会化、医療需要の拡大が進んだが、急速な変化にはつねに混乱と不安定が続く。医療業務の専門分化は、短期間に起つてきたので、各職能間の調和を未だ達成していない。医師の内部でも専門分化が進行し、それは比較的早い時期に開始されたが、気管食道科、理学診療科、放射線科など新しく専門分化した職能との調整の課題は残されている。とはいえ一応医師は専門職としてその身分が確立され、診療業務に關しては排他的独占を確保しているので、他の医療職種の業務領域との競争によって地位が脅かされる可能性は小さい。問題は医師を除く医療職種である。

職種による違いはあるけれども、それら職種は多かれ少なかれ、

完全専門職である医師をモデルとした専門職への接近を指向している。そのような「接近」をここでは専門職化運動と呼んでおこう。完全専門職の魅力は、(a)労働市場の独占(無資格業務の排除、競争の制限)、(b)高収入、(c)高い社会的威信である。看護婦、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士……、これらの職業は、身分的には確立されて無資格業務を排除したが、完全でないという意味で準専門職である。しかも、各業務領域は医師のそれとの関係においては医師の指示ないし監督のもとに個別的行為が行われるので競争は問題ではない。ところが、後者を除く各業務は相互に独占の不確定領域を残しているし、他方、異なる職種の技術者相互の関係は、制度的に承認された指示・命令関係にもない。したがってそこに現われるのは準専門職間の完全専門職の地位を目標とする地位競争であり、競争の結果は全体社会の水準では集团的社会的移動であり、病院内では集团的社会的移動と連動した個人的社会的移動の形をとる。それは、例えばホワイトカラー組織内での競争とはかなり異質なものとわねばならない。このような競争は病院内での各職能の機能的分業、統合を妨げることになる。このことを理解するためには、病院の下位文化について考察し、それが多様な成員の行動の統制にいかん影響を及ぼすかを知る必要がある。

### (4) 下位文化と統制構造

専門職組織においては一般に、専門家はいわゆる二重帰属をめぐって地位のアンビヴァレンスの状況に置かれている。二重帰属とはここでは病院と病院外の同業者集団へのそれである。後者のかわりにここではその特性をもっと適確に表現しうる専門職業団体という名称を用いておくことにしよう。

専門職団体は高度に規範的性格の強い典型的な規範的組織である。

エチオニア流に言えば、そこでの成員の統制は規範的権力に依拠しており、報酬的権力、あるいは強制的権力は全く、もしくはほとんど用いられない。それは、当該職業の業務の排他的独占を主張する。それは明確なイデオロギー的プログラムをもつ点では政党に近い。そして成員に対して一定の忠誠を求める。ただし成員のイデオロギー的同調も忠誠も成員がこの組織に加わっていることから彼にもたらされる利益と無関係ではない。その利益とは、(a)過当競争からの保護、(b)組織の政治的影響力の行使を通しての権益の擁護、(c)専門的行為にとつて有益な情報の交換の機会を提供である。これらの利益から得られる満足が、彼をして組織の規範への同調と忠誠へと導く。専門職業団体の下位文化とは一般にこのような条件のもとで専門家のパーソナリティに内面化され、彼らの間に共有されている価値と思考と行動の特殊な様式に他ならない。

他方、病院は協働の組織として、専門家に対して組織の規範への同調と忠誠を求めるであろう。彼は病院の就業規則に従うことをまづ何よりも期待される。特権的な地位にある医師でさえその例外ではない。そしてすべての専門家はその業務の遂行に関して管理者の指示・命令に従うことも期待される。進んでは専門家としての地位の自律性を損う可能性すらある同調ないし忠誠を、組織の名の下に求められるばあいがある。

専門家が置かれるこのような二律背反的な位置は、原理的に言えば問題的状况のなかにある。彼(彼女)は二方向からの統制にどのように対応すればよいのか。もちろん実際には二種類の統制は全く等しいというばあいは稀であろう。というのは、専門職への途上にある医療技術関係の職種は、必ずしも各領域の技術者たちを専門職化運動へとよく組織しえているとは限らないからであり、他方彼らは病院において労働の自律性をよく保ち得ていないかもしれないからである。日本の病院における看護婦はその例であろう。しかし、専

門職団体が、同業の技術者を十分に組織し、かつ彼らの間にこの組織の目標が受容されていなければならないほど、病院における彼らの業務の遂行にその下位文化は大きな影響力をもつ。彼らは病院の中でより重要な業務を彼らの業務の中に加え、そうでない業務は領域から除外しようとするであろう。そのような仕方では自らの職種の領域を有利に確定してゆこうとする。もちろんその行動は、隣接職種の技術者の何らかの抵抗をひきおこすであろうし、専門的業務間の調整に関する管理的権限を掌握している医師の統制を受けるであろう。そのとき彼らは明らかに、職業集団が彼らに同調を要求してくる規範と病院が彼らに同調を要求する規範、という二方向からの規範の圧力(対抗する規範の交叉圧力)にさらされるわけである。むろん彼らは多かれ少なかれ両方の規範を受容し、それらに規範的にかまたは手段的に同調を示すことによつて様々な適応行動を示す。専門職モデルへの接近を強く指向している職種ほど専門職イデオロギー、特に利他的サービスの理念へのコミットメントは強く、院内でも自律性への欲求を強くもつ。非専門職の集团的地位競争の状況下での自律性への医療技術者の指向が、病院外の専門職団体への忠誠、その下位文化の共有に支えられているばあい、専門分化したけれども相互に不確定の領域を残す各職能間の業務を調整し、技術者を有効な協働へと動機づける仕事は、それ自身がなり高度な専門的能力を要求するものとなつてきている。それは組織化された医療におけるよい治療とよい看護の前提であるといえよう。

(一九八〇・九・三〇)

#### 註

(1) 大道安次郎、「病院社会学」の構想、松山商大論集、二九卷、四号、一九七八年、一一八一—一九九頁。

(2) 安食正夫の用語。「医療社会学」、医学書院、一九七〇年、二三八頁。

(3) 「病院」、三八卷、九号、一九七九年、七七〇頁。および針谷達志、

- 「部門別職員数分析と経営の動向」、『病院管理研究所紀要』、第六巻、一九七七年、三九―四八頁を参考にした。
- (4) この概念については、安食正夫、前掲書、一一四頁ならびに篠原武夫、「組織医療と医師―患者関係」、『保健医療の組織と行動一九七九年』、垣内出版、二二―三三頁を参照した。
- (5) 中川米造、「健康の概念」、『保健医療の組織と行動一九七九』、二〇頁。「高速の処理能力をもつ検査機械の開発は、その処理能力に応じた検体のインプットを要求する」と中川は指摘する。
- (6) Sydney H. Croog and Donna F. Ver Steeg, "The Hospital as a Social System", "Handbook of Medical Sociology", Prentice-Hall, 1972, p.274
- (7) 拙著論文、「組織における専門職」、『熊本大学教養部紀要(人文・社会科学編)』、一九七九年、四四頁。