

組織と Professions

— 医師の場合を中心として —

中 野 秀 一 郎

ま え が き

科学・技術の飛躍的な発展を基礎にして展開した近代化 (Modernization) は全体社会の大規模な構造変化を招致したが、通常、それは社会学者によって、産業化 (Industrialization)、官僚制化 (Bureaucratization)、都市化 (Urbanization) そして大衆化 (Massification) として概念化されている。¹⁾ いうまでもなく、これらの構造変化の4つの側面は密度の高い連関を形成しているが、いわゆる人間活動の繋がりととしての社会関係の変化を示す<官僚制化>は、特に社会学者の関心を強く惹くものであった。それは、人間の社会的諸活動が大規模な集団 (一般に、組織と呼ばれる) を構成して営まれるようになることを指しており、しかもそれによって従来支配的であった血縁や地縁という繋がりの原理ではなく、いわば<機能縁>とでも呼ぶべき新しい繋がりの原理によって人々の集合体が統合と秩序を達成するような、そういう集団形態の「噴出の時代」が示唆されているのである。

本稿で「組織」というのは、理念型的思考では「独立・自営」(autonomous—self-employed) と考えられてきた professions 活動までもが、その中で営なまれなければならなくなった、上のような「社会的場」を意味している。そしてこうした<場>との係わりで現代の professions 活動の現実や多様な問題を考察してみるのが本稿の中心的課題である。

ところで、人間の社会的活動の中核である職業的活動が組織の形態をとるのは、基本的にはこうした活動の「分業」と「再統合」の結果であるがその際、この組織化の2つの異ったパターンを峻別しておくことが、以下の professions 活動の分析においても重要なことであるから、まずこの問

題から論じておくことにしよう。

全体社会を一つの社会体系 (social system)²⁾ として観念し、その機能的に分化した諸領域を下位体系 (sub-system) として想定すると、まず第一には、こうした sub-system 内の活動そのものが組織化される可能性が生ずるが、この際、ここで組織化される諸活動は本来同一の機能的要件に対応した機能として集約することが可能であるし、その上一定の下位体系内ではその体系の output の産出に適合的な「規範」が形成されているのが普通であるから、諸活動の統合と共通目標への志向には本質的な矛盾が存在しないのである。経済次元における「企業体」や政治次元における「政党」、また情報次元における「大学」や「研究所」などはこうした事例であり、ここではいわば本来の組織の諸問題——例えば、個人と組織、分権と集権、意志決定過程、コミュニケーション構造など——が分析の中心的テーマとなるわけである。ところが組織化は別の角度からも展開する。それは、いわばこうした機能的分化下位体系のいくつかの活動が社会的要請に応じて組織されるというケースである。現代社会では、社会の多様な機能に対応すべく本来なら相入れない形で展開するはずの集合的活動が、社会の複雑化・統合化の力によって一つの組織体へと収斂するケースが多い。それには、優越的価値としての「経済的合理性」(俗に云えば、商業主義)が他の下位体系へ浸透するという場合のように、一つの主要な機能的な下位体系の全体への優位性に由来するものもあれば、何らかの境界的な問題解決の必要からいわば多機能協同的な新しい活動が形成されるということもあろう (例えば、学問間の協同にみられる interdisciplinary approach はこうした事例)。いずれにしろ、こうした2つの組織化は全く異なる原理によって生起する社会現象だということに

留意しておく必要がある。³⁾ しかし、組織化の問題性からいえば、いうまでもなく、この後者の組織化はいっそう新しい複雑な問題を提起するものであることは否定できない。というのも、この場合には、組織の一般的な諸問題（第一の組織化に由来する）ともともと機能（従って規範）を異にする諸活動の統合の問題とが重なって現われるからに外ならない。（もしそういうものがあるとすれば、）「企業としての病院」や「企業としての大学」、あるいは「宗教集団を母体にした近代政党」などはこの例であるし、またその本来的な活動が「利潤を追求する企業」であったり「権力を追求する国家」であったりする組織の中へいわゆる専門職業の人々が雇用される場合には、同様な問題を露呈することになる。後に詳論するように、今日、「専門職と組織」という形で顕在化している諸問題の典型的な争点は、この第二の事例をめぐってである。⁴⁾

官僚制化の一般的特性と professionalism

組織の示す最も一般的な特徴は、これを官僚制として把握することができる。官僚制の概念に関しては M. Weber の古典的・先覚的定式化以来多くの社会学者たちがこの概念の elaboration に貢献してきた。他方、現実的な組織現象化の多様性によって、組織の中で支配的な規則の型を基準にして、1) 虚構の官僚主義、2) 代表的官僚主義 3) 制裁的官僚主義⁵⁾、4) 専門職的官僚主義⁶⁾ などの区分も行われている。

しかし、われわれが議論している問題を扱おうには、もう少し原形的な組織（官僚制）から出発するのがよい。すなわち、それは単に〈規則〉の分野だけでなく、もっと多様な側面を包括しているべきなのである。しかし、この場合でも、例えば、理念型的に組織（官僚制）を T. Parsons の用語によって、感情中立性(affective neutrality) 限定性 (specificity)、業績主義 (achievement) 普遍主義 (universalism) の行動パターンが優位するものとして理解することなどは若干の問題を伴う。特に、集団目標や忠誠に関して表われる個別主義 (particularism) は、組織的状況が Professionalism と鋭く対立するポイントになっ

ているのであるから、この点を官僚制化と切り離すことはできない。官僚制を常に道具的にのみとらえてこの点を無視すると、基本的な争点の一つを見失ってしまうことになる。

官僚制と professionalism が適合的な関係を示すか、それとも不適合的な関係を示すかは、ある程度まで「定義」の問題であることは否定できないにしろ、例えば、産業的企業体に雇用されている科学者に関して「9つの矛盾」を指摘した H.A. Shepard の場合には⁷⁾、主たる「矛盾」の根拠は明らかに組織の particularism 的性格と科学者の universalism 的性格との対立にその基盤をもつものである。「組織と専門職」の問題意識の中心がこの点にあることは「道具主義的な」組織の理解だけでは、その核心をつくことができないということを示唆しているように思われる。

他方、かつて、T. Parsons は professions の役割遂行に関する社会構造を論じた中で、professions に関して“disinterestedness”, “rationality” “functional specificity”, それに “universalism” を語っているが⁸⁾、こうした要素は一見現代官僚制の諸特徴と重なり合っているかに見える。確かに、官僚制もまた冷徹な合理性を貫徹するために機能的に特殊化される役割の遂行や規則による支配を要請しているからである。しかし、このような官僚制の構造的道具性の側面も、R.H. Hall の研究によれば⁹⁾、professionalism ときわめて鋭い対照を示すようである。

Hall はまず professionalization の態度的属性 (attitudinal attributes) として次の5点を指摘する。

- (1) The use of the professional organization as a major reference
- (2) A belief in service to the public
- (3) Belief in self-regulation
- (4) A sense of calling to the field
- (5) Autonomy

すなわち、professionalism はまず第1に、仕事においてその諸観念や判断の源泉を自らの仲間集団（フォーマル、インフォーマルの両方を含む）に求める。次に、自らの仕事を社会生活においては不可欠のものであるとみなし、その恩恵は大衆一般および自らの双方におよぶと考える。ま

た、専門家の仕事をよく判断しうるのはまさに専門家以外にないのであるから、いわゆる *colleague control* が望ましくもあつかつ实际的でもあると考える。それから、自らの仕事に対する一種の *dedication* という感情があって、これは例えば外的報酬によって報われるところが少ないような場合でさえ、仕事を放棄しないという態度と結びついている。最後に、仕事の遂行に当っては、*professions* はなんらの外部的圧力からも自由にその意志決定を行うべきであるという信念が重要であるという。

次に Hall は官僚制に関して以下のような6つの構成要件を指摘する。

- (1) Hierarchy of Authority
- (2) Division of Labor
- (3) Presence of Rules
- (4) Procedural Specification
- (5) Impersonality
- (6) Technical Competence

すなわち、官僚制はまず第1に、あらかじめ組織によって構造化された意志決定の場があって、それが権限の大きさによって階層的に異なるレベルを構成しているのである。第2に、仕事は分化されていて機能的にきわめて特殊化している。第3に、成員のすべての行動が組織の統制に服するわけだが、それは規則支配として実現している。第4に、仕事における多様な状況の取り扱いには、一定の決められた手続きや技術が用いられなければならないとされる。第5に、成員および部外者は共に具体的個人性を離れて、同様な仕方では抽象的に扱われなければならない。最後に、組織内での人選や昇進には組織の設定した普遍的な基準すなわち技術的能力が援用されなければならないというのである。

このように *professionalism* と *bureaucratization* とを定式化しておいた後に、これを尺度化して相関係数を算出し、この二つの間の関係を分析するわけである。

結論的にいうと、一般的にはこの二者の間に負の相関がみられるけれど、若干の項目に限って検討すると正の相関の現われている場合もある。例えば、官僚制の特徴として定式化されている技術的能力 (*Technical Competence*) は、*profe-*

ssionalism の特性である諸要素と (*Autonomy* の場合はやや低いが) 高い正の相関を示している。もっとも、この結論は常識的に考えても当然のことといえよう。逆に *Autonomy* の感情は、技術的能力を除くすべての官僚制の特性と著しい逆相関を示す。

分業の特性も、それが *professionals* の諸活動の内的必然性によるのではなく組織の要請として前もって構造化されているような場合には *professionalism* と強い負の相関を示すことになる。

他方、*professions* がその職業集団 (*professional association*) を *reference* にする特性は、*Hierarchy* を除く大抵の官僚制の特徴と負の相関関係にある。

云うまでもなく、こうした関係は *professions* の種類 (あるいはそれがどの程度完全に *professions* として完成しているか) によっても異なる。基本的な点で、*professions* と組織の対立点は、一つにはその成員に対する「統制」をめぐって現出するから、いわゆる *Established-professions*¹⁰⁾ では官僚制的統制の必要がないという機能的な条件もあって、もし強い官僚制的統制が行なわれると、組織と *professionalism* との葛藤は強くならざるをえない。逆に、いわゆる *Doubtful professions*¹⁰⁾ では、*professional* な統制が不充分であるから機能的にも組織による統制を必要としているし、従ってそれとの葛藤も小さいと考えることができる。

以上は、官僚制の構造的道具性の側面と *professionalism* との矛盾点を考察したものであるが今一つ重要なことは、こうした道具性が向けられている「目標」と *professionalism* の問題であろう。官僚制を発達させるにしろさせないにしろ、組織 (集団) は本来外界に対して一つの境界を画する (*boundary-maintaining*) まとまりである。それは、基本的には、その「目標」次元で *particularism* の特性を示す。この問題は、第一義的には、官僚制の問題ではないけれども、現代社会における人間活動が何らかの仕方で組織化の中で行なわれているということに鑑み、これを官僚制との関連で考えることも可能である。

さて、集团的 *particularism* の問題は、小は核

家族から大は国家に及ぶものであり、それは成員に集団への忠誠を要請し、場合によっては強い同一化と服従を強制する。逆に、成員の側にもまた「帰属による安定」を求める傾向があり、「寄らば大樹の陰」という形で組織の支配をある程度まで受け入れる準備があることも否定できない。特に、日本では、集団の全体的性格¹¹⁾、すなわち人々の全体的な生を包括する(丸抱え主義)傾向が伝統的に強いために、この特性が著しく顕著に社会現象化しているということがある。

理論的には、この問題の概念化は、C. Barnard の Efficiency と Effectiveness, G.C. Homans の 内的システムと外的システム, T. Parsons の <instrumental> と <consummatory> (or expressive) などの中で行なわれているが、いわゆる W.F. White のいう「集団信仰」や集団への忠誠あるいは同一化の問題は、組織の制度的・共同的目標がどの方向へ志向しているかという問題とは基本的にレベルを異にしているものであり、従って、組織のフォーマルな目標志向の差異による組織の性格によって¹²⁾ 若干の問題化の変異を伴う可能性はあるにしろ、人間集団に普遍的につきまとう問題の一つであるということができよう。

組織的状况への適応の諸形態

組織(上では官僚制としても論じた)と professions の矛盾が上のようなものであるとしたらそれでは、こうした状況の中で個々の professionals がどのようにこれに適応しているのかという問題が次には考えられなければならない。

既に見てきたように、組織と professions をめぐる対立の中心点は、いわば、組織原理(Organizational Norms)と専門職原理(Professional Norms)との葛藤として現出している。従って、こうした問題を取り扱った過去の研究の中で、この場合の適応形態の範疇化が展開されてきているのである。例えば、企業に雇用されている専門職の場合上の2つの原理を二者択一的に選ぶことで2つの適応形態が可能であるが、これは別の文脈から概念化された R.K. Merton の用語を用いて、A. W. Gouldner によって <Locals> と <Cosmopolitans> と命名された¹³⁾。しかし、例

えば、L. Reissman はすでに早く1949年にこの2分法の単純さに気付いていたように思われる。すなわち、かれは、A.W. Gouldner のいう Locals に対して“job bureaucrat”, そして cosmopolitans に対して“functionalist bureaucrat”という言葉当てている外に、雇用者と専門職仲間の両方の役割期待に応えようとするタイプ(=specialist bureaucrat)とこの両者に対して背を向けるタイプ(=service bureaucrat)の可能性を示唆している¹⁴⁾。実際、最近では、こうした4分法をフレームとして実証的な研究も盛んである。一例を M. Durand の最近の研究に求めてみよう¹⁵⁾。かれの4分法はまず下記のように構成されている。

		企業へのコミットメントの強さ	
		弱	強
専門職への志向の強さ	弱	Utilitarisme (便宜主義)	Localisme
	強	Cosmopolitisme	Double Identification (二重忠誠)

云うまでもなく、これらは Reissman の分類と密接に関連している。

組織原理と専門職原理に対する組織人の態度は容易に想像されるように、その組織内の地位や役割と不可分ではない。同時に、組織そのものの技術水準がこうした態度と深い関係があることが示唆されている。

Durand の調査結果では、技術的に進んだ組織では、1) 管理職では組織と professions の両方にコミットする「二重忠誠」が優性で、技術者では、やや「cosmopolites」が優性である。他方技術的に進んでいない組織では結果は逆で、管理者に「cosmopolites」が増加し、技術者では、「二重忠誠」が増加する。

こうした例は他の領域でも散見するのであって例えば、大学教授を調査している S.M. Lipset は所属大学での高い地位と学会での高い名声や評価(業績その他)が同時に満たされている多くのケースを例証している。¹⁶⁾

こうした事実によって、単純に「組織原理」と「専門職原理」を対立させることには疑問があるということが明らかになるであろう。ただ、上にみられるような両者の役割期待を同時に成功的に充足させる人々は、いわばエリートたちであって

通常の場合、この葛藤は容易に避け難いものである。そこから、「二重昇進経路」の提案が現われることになるのであろう。¹⁷⁾

しかし同時にまた、われわれはキャリアーの経過に伴う役割の変換にも留意すべきであろう。すなわち、若い時には研究一本で暮していた大学教授が、老成するにつれていわば「政治的な役割」を荷うようになり、自分の研究を推し進めるというよりはむしろ、研究組織の要になったりまた後輩たちの研究条件の整備・改善に転向してゆくことになるケースは親しくわれわれの周囲に存在するからである。

その外に、もしこうした問題点をめぐって留意しておかなければならぬことがあるとしたら、それらは次のような諸点であろう。

まず第1に、われわれが実証的なケース・スタディとして取りあげる医師の場合にみられるのだが、組織の中で働くことと、独立・自営で営業することの間に「労働条件や労働意識」の点でどのような差異が生じているかという問題である。そして、この点は、こうした専門職がある程度一つの社会の中で歴史的に活動・成長してきた過去の過程と分ち難く結びついているので、いわゆる新しく発生した professions の場合とはかなり異った事情が生起しているであろうことが予測できるように思われる。

第2には、この点と関連して、professional association への参加や忠誠の問題がある。例えば、開業医の同業組合的な集団として発達してきた「日本医師会」のような場合、いわゆる「勤務医」のこの組織へのコミットメントは極端に小さくなるからである。それに伴って、別の形での組織の形成も問題になろう。

第3に、加えて、同一共同目標の遂行に複雑な分業・協業形態を必要とする「組織化された Professions」は、それだけいっそう多様なレベルの職業遂行者との協同や対立を経験し、その調整のための新しい職務遂行の方向を發展させてゆくであろう。従って、いわば家内手工業的に弟子や家族従事者を使って仕事をする独立・自営の professions とは異った分業感や協同感を發展させるかもしれない。

第4に、こうした条件の集積から、対 client

関係でも、さらにまた仕事を離れた社会生活でもこの二者の間には大きな差異が表われてくることになるかもしれない。

以下の部分では、組織と professions に関して上にみてきた一般のおよび個別の問題について主として筆者の行った「医師」の調査結果を中心にして、若干実証的な議論を展開してみたいと考える。

professions の組織化

いわゆる労働者一般における「被雇用者率」の増加は、日本でも近年コンスタントに伸びており（非農林業で）1956年に71.4%であったものが1968年には77.9%に達している。もちろん、こうした値は英米ではきわめて高く、米国の場合1967年で92.5%、イギリスでは1966年（農林業を含む）で93.8%にも達している。¹⁸⁾ この値は、労働者が何らかの仕方でも大小の組織の成員として職業的役割の遂行を行なうようになることを意味しているが、これを professions について眺めてみるとその種類によって若干差異のあることが分かる。例えば、米国の場合について、Kornhauser は次表の如き資料を呈示している。¹⁹⁾

若干の professions —— 規模の拡大と被雇用率 ——
規模の拡大 (1900—1950)

被雇用率 (1950)	大(>300%)	中(100—300%)	小(<100%)
高 (>80%)	科学者 技術者 教授 会計士	教師 ジャーナリスト	牧師
中 (40— 80%)		芸術家 建築家 歯科医師	
低 (<40%)			音楽家 薬剤師 弁護士 医師

すなわち、この半世紀の間にその数において著しく成長し、かつまたその大部分のものが被雇用者として職業活動を行なっているのは、大学教授を除くと、いわゆる「新しい professions」としての科学者・技術者であり、逆に、いわゆる「古典的な professions」である弁護士や医師の場合、その絶対数における伸び率も小さく、また被雇用率も比較的低いというわけである。

他方、組織との個別主義的関係の強さは職種や

組織の規模・性格によっても非常に大きな差異があり、またキャリアーの長さなども個々の professions の組織に対する具体的適応様式に影響を与えている。

わが国では、いわゆる専門的職業として分類されるカテゴリーは、1970年で全職業人口の6.7%を占めるにすぎないし、その伸び率も1955—1970年で1.7%である。²⁰⁾ これを米国と比べてみると日本の現状はほぼアメリカの1930年の値(6.8%——但し、このカテゴリーは professional, technical, and kindred workers) に等しく、現在のそれ(11.4%)に比べてはるかに低い。²¹⁾ もっとも若干の予測によると²²⁾、職業構造のノンマニュアル化・専門職業化・知識労働化は着実に進行すると考えられているから、この日本の値がやがてアメリカ並になるのもそう遠いことではあるまい。

それでは日本の専門職ほどの位いわゆる「組織の中の professionals」であろうか。これを佐藤慶幸の資料によって、逆に「自営業者比率」としてみると次表の通りである。²³⁾

専門職における自営業者の比率

専門的技術的職業	自営業者の比率%
美術家	80
公認会計士・税理士・弁理士	78
歯科医師	78
あんま・はり・きゅう師・柔道整復師	73
助産婦	69
弁護士	55
医師	53
その他の法務従事者	49
写真家	46
音楽家	43
獣医師	43
俳優・舞踊家・演芸家	31
薬剤師	26
デザイナー	24
宗教家	21

会計士や歯科医師などでは独立自営型の比率がきわめて高く、弁護士や医師では50%強、逆に宗教家やここでは自営率が20%以下になるので掲載されていない科学者・技術者・大学教師などは、もっぱらその大部分が「組織」の中で職業的役割の遂行を行なっていることが分かる。

繰り返すまでもなく、professions 活動の「組織化」は、一つには社会の機能的分業体制の発展に見合っているが、もう一つの主たる原因としては、これを科学・技術の高度化に伴う設備・装置の巨大化に帰することができる。従って、本来「機械化」や「設備の大規模化」が不適當であるか不可能であるような領域では組織化の伸展は小さい。このことを例証しているのが、いわゆる「新しい professions」の大量組織化現象である。

それでは、当面われわれがこの論文で実証的にも論じようとしている日本の医師の場合、その絶対数の伸びや組織化の度合は近年どのように展開し、また現状がいかなるものであるかを、まずマクロな視点から整理しておくことにしよう。

医師の絶対数は毎年着実に増加しており、例えば昭和30年を100とする昭和45年のそれは125.8である。病院の開設者と診療所の開設者を併せてここでは独立・自営の医師と考え、これに対しこの両機関に勤務するものを一応勤務医と考える。さらに、直接医療施設で働くわけではないが、医学の研究・教育に携わったり、また衛生保健業務やその行政に関係して職業活動を営むものも、基本的には「被雇用専門職」のカテゴリーを構成することはまちがいないので、これを勤務医に加えて「雇用されているもの」(Employed)と考えておきたい。そうすると、医師総数に対するいわゆる組織の中で働く医師の割合は、例えば昭和30年で49.9%(臨床医のみの場合、44.0%)、昭和45年では47.4%(臨床医のみの場合、44.1%)で、この値はここ数十年大きな変化をみせていないことが分かる。ただ、研究・教育や保健・衛生などいわず医療の基底領域で働く医師が漸減の傾向にあることは日本医療の全体的構造からみて問題がある点だと思われる。すなわち、ここでは昭和30年を100とする昭和45年の値は70.8であり、医師全体の絶対数が25.8%伸びているのに対して、むしろ29.2%減少しているのである。

組織の中の professions

——医師の場合——

以上は、組織と professions の問題をやや理論的に整理してみると共に、専門職における組織化(被雇用者化)を特に医師の場合を中心としてマ

日本の医師数の推移

年末	1. 総数	2. 医療施設の従事者		3. 医療施設以外の従事者	4. 医療に従事しないもの	5. (2b+3)
		2a. 開設者	2b. 勤務者			
昭和29	92,442(100)	44,007(47.6)	40,082(43.4)	5,731(6.2)	2,612	(49.6)
30	94,563(100)	44,642(47.2)	41,602(44.0)	5,626(5.9)	2,693	(49.9)
31	96,139(100)	45,432(47.3)	42,790(44.5)	5,433(5.7)	2,484	(50.2)
32	98,268(100)	46,485(47.3)	43,863(44.6)	5,128(5.2)	2,561	(49.8)
33	99,876(100)	47,907(48.0)	44,454(44.5)	4,930(4.9)	2,576	(49.4)
34	101,449(100)	49,090(48.4)	45,180(44.5)	4,767(4.7)	2,367	(49.2)
35	103,131(100)	50,298(48.8)	45,740(44.4)	4,769(4.6)	2,324	(49.0)
36	104,280(100)	50,917(48.8)	46,412(44.5)	4,533(4.3)	2,418	(48.8)
37	105,437(100)	52,086(49.4)	46,476(44.1)	4,344(4.1)	2,531	(48.2)
38	106,512(100)	53,055(49.8)	46,416(43.6)	4,328(4.1)	2,713	(47.7)
39	108,102(100)	54,277(50.2)	46,744(43.2)	4,257(3.9)	2,824	(47.1)
40	109,369(100)	55,271(50.5)	46,798(42.8)	4,425(4.0)	2,929	(46.8)
41	110,759(100)	56,552(51.1)	47,404(42.8)	4,334(3.9)	2,469	(46.7)
42	111,657(100)	57,652(51.6)	47,338(42.4)	4,135(3.7)	2,532	(46.1)
43	113,630(100)	58,455(51.4)	48,573(42.7)	4,098(3.6)	2,504	(46.3)
44	115,974(100)	59,419(51.2)	50,176(43.3)	4,262(3.7)	2,117	(47.0)
45	118,990(100)	60,767(51.1)	52,447(44.1)	3,981(3.3)	1,795	(47.4)

() 内は%を示す

クロに把えてみたわけであるが、医師の場合には通常こうした問題は「勤務医」対「開業医」の問題としてとりあげられることが多い。実際、医師の社会的態度や行動の表出において、この二者の間に著しい差異があることがこうした問題定式化の適合性を示唆するものであろう。

そこで、以下には、医師の場合における「組織と professions」の問題の外ばりをうめる作業として、主としてわれわれの行なった調査のデータ²⁴⁾にもとづきながら、いわゆる被雇用専門職である「勤務医」の諸特性を「開業医」との対比において分析してみることにしたい。そして、そうすることによって、今まで整理してきた「組織と professions」の諸問題とわれわれの調査結果とを多少なりとも連関づけておきたいと考える。

ちなみに、われわれの調査では、その対象を地区医師会会員に限定したため、先に示した全国的データと比較すると、いわゆる被雇用(Employed)の医師の割合はずっと小さく、それは次表の通りである。

医療形態別医師の割合 () 内実数

医療形態	医療形態別医師の割合 () 内実数		
	個人開業	病院開設	勤務
K 市	75.9(600)	3.1(25)	21.0(166)
N 市	68.4(67)	6.1(6)	25.5(25)

i) 客観的な社会的諸属性について

同じ専門職の場合でも、科学者・技術者・大学教授などはその大部分のものがいわゆる被雇用者として組織の中で職業的役割を行使するのに対して、医師の場合には、既にみたように、いわゆる開業医として独立・自営の形態で仕事をするものが大半を占めている——そして、日本の医療制度の骨子はこの開業医制によって今日まで維持されてきた——のであれば、まづもって、これら2種類の医師はどのような仕方でも形成され、補充されているのかという問題が生ずる。一体何が医師たちをこれら2つのカテゴリーに分ける原因であるのかという疑問を解く鍵として、この2種類の医師の社会的諸属性をさぐってみることは重要であり、この作業はひいてはかれらの多様な活動における態度や行動の差異を分析する場合の基本的な出発点になるのではないとも思われる。そこでまず、われわれのデータに照らして、主として勤務医の特性を開業医との比較において若干考察してみることにしよう。

a) 年齢：開業医として独り立ちするためには単に医師の資格をとっただけでは不十分であってそれ相応の経験を積みねばならないであろう。従

って、特に若手層（34才以下）では勤務医の割合が非常に高いことは想像に難くない。この埋め合せは、45～54才までの年令層で行なわれていて、ここでは平均の分布に比べて10%程度勤務医の割合が小さくなる。しかし、大方の予想に反して、55才以上の年令層での勤務医の割合は平均的な分布と比べてそれ程小さなものではない。このことは、云うまでもなく、一般的に考えられているように若年層では勤務医、老年層になると開業医に転向してゆくという age-sequence でこの二種類の医師を分割できないことを例証している。

b) 出生地：しばしば指摘されているように、開業医のためには診療圏（地盤）が確保されていることが必要であるが、これは通常世襲によって継承される。仮りに、それを後に作り出すにしても、地域との密接な結びつきが重要になる。従って、個人開業医の場合には地元出身者が多く、他方勤務医の場合にはその割合が小さいであろうことが予想される。その上、既に別の所で明らかにしたように²⁵⁾、医師はその基本的な性格として、都市土着型中間層の職業集団である。この点は、われわれのデータからも明瞭に読み取れるところであり、特に勤務医では、同一市内出身者の割合は平均（K市33.6%、およびN市30.6%）の約半分に過ぎない。ただ、大都市のK市では、関西地方以外の出身者の割合（平均35.3%）が開業医と勤務医とで全く差異がなく、その値もほぼ平均値に等しいのに対して、地方都市のN市では、開業医の土着性と勤務医の非土着性がややコントラストをなすように思われる。しかし同一市内に25年以上居住している医師の割合は大都市のK市では圧倒的に大きく57.8%、これに対してN市では25.3%で、両市とも勤務医の場合にはこの割合は平均を下廻るが（K市35.5%、N市7.9%）、ただ医師の職業は、全体としてみれば、大都市の方が歴史が長い（すなわち、より都市土着型である）と思われる。

c) 出身校：出身校を国公立と私立に分けてみると、開業医では平均の分布（国公立：K市74.6%、N市75.5%、私立：K市24.6%、N市23.5%）とほとんど等しい値であるが、勤務医では国公立の出身者がやや多く、逆に私立の出身者がやや少ないということが分かる。ちなみに学位の間

題に触れておくと、学位をもつものは平均でK市71.8%、N市76.5%であるが、大都市K市では開業医がこの値を下廻り、勤務医がこの値を上廻るのに対し、地方都市N市ではこの関係が逆になっていることが注目される。これは両市における勤務医の性格を考察する際に考慮しなければならない変数であるかもしれない。

d) 診療科目：診療科目の点からみた勤務医の特徴は、（実数の多いK市の場合のみ）その分布において内科で平均（46.3%）より小さく（30.1%）、精神科および外科で平均（1.6%および13.4%）より大きい（3.6%および25.3%）。これは医療の組織化という点からみて、医療のための施設や設備が特に大規模化が可能であったり、必要であったりする診療科目に勤務医が多くなる傾向があると推測することができるが、われわれの調査結果がこの仮説と照応しているのかどうかはこれだけでは不明である。

e) 父親の学歴：父親が高等教育を終えている割合はざっと5割前後であるが大都市K市の勤務医では父親の学歴がやや高い方へ優位性を示し逆に地方都市N市では低い方へ優位性を示す。ちなみに、N市の場合、父親が高小卒程度のものの割合は平均で24.5%であるが勤務医では32.0%になる。医師の補充圏が、主として国公立の医学校を中心に、従来までの上層階級からホワイト・カラー層に拡がり始めているのではないかという点は、別の所²⁶⁾で示唆しておいたが、比較的新しく医師層が定着してきたN市の場合、この新しい傾向の萌芽をインパクトとして受けているのかもしれない。この点は、次にみる父親の職業にもある程度反映しているようである。

f) 父親の職業：すなわち、大都市K市では医師の大きな補充圏は、医師層（平均32.8%）、商工・サービス自営層（平均18.8%）、被雇用管理・専門職（医師・歯科医師・薬剤師を除く。平均17.7%）などであるが、この分布は開業医と勤務医の間でそれ程大きな差異はない。すなわち、ここでは二者の社会的出身階層に関してそれ程大きな差異が存在しないのである。むしろ、勤務医の場合、父親が医師である割合が平均よりやや高い（36.1%）。ところが、逆に、地方都市N市ではこれら2種類の医師の社会的出身階層に若干の差

異が認められる。すなわち、勤務医では父親が医師であるものが平均の22.4%よりかなり少なく(16.7%)、また被雇用管理・専門職の割合が平均の21.9%よりかなり多い(29.2%)。もっともそれ以外の点では、その出身階層の特徴は医師としての同質性を強く保っている。ちなみにつけ加えておくと、配偶者を医師の家庭からもらった勤務医はK市では平均の値19.9%よりも高く24.3%に達し、他方N市では平均の12.6%よりきわめて少なくわずかに4.3%であった。これは両市における勤務医の「医療下位文化」に対する接近度の差異を示唆していよう。

以上、若干の属性に絞って勤務医の社会的特性を明らかにすることにつとめてきたが、出身地・出身学校、出身階層、診療科目などでは勤務医に共通してみられる側面もあるが、他方、医師の置かれている都市の性格によって、やや変異の生ずる可能性のあることも明らかになった。開業医と異なる性格をもった勤務医ということになれば、われわれのサンプルでは実数は少ないが、地方都市N市の方が「新しい型」の医師がより明瞭な形で現われてきているようである。もっとも、しばしば指摘されているように、同じ勤務医といっても、病院種別(一般・結核・精神など)、あるいは病院の規模・経営主体の差異に応じて、勤務医の意識や行動もいかに多少づつ異ってくることはいうまでもない。われわれの調査はこうした点に対する配慮を当初から欠いているので、以下、勤務医の主観的諸属性を分析してゆくに際しては、この点に関連して東北大学医学部病院管理学教室の調査結果を必要に応じて補っておきたいと考える。

ii) 主観的な諸属性について

医療に従事する医師は、通常、社会のいわば同一下位体系の中で「専門的組織」を形成しているわけであって、その点では異質の「規範」が支配する構造の中に置かれた professions の場合とは「組織の状況」が異なる。しかし、Employed として組織の中で働くということは、独立・自営の場合とは異なったメリット・デメリットを伴うであろうことは容易に想像できるところである。そして、そのことがかれの態度的・行動的適応の

形態に大きな影響を与えるであろうこともまた当然の論理的帰結である。そこで、以下では、こうした勤務医の意識の側面をいくつかの分析点に焦点を合わせて考察してみたい。

a) 仕事における満足・不満足感：労働における疎外の問題が取り上げられるようになってから既に久しいが、他方、こうした「労働疎外」の一般的拮がりの中で管理的(manAGERIAL)あるいは専門的(professional)な職業は、相も変わらず人間の「生きがい」として強固な砦を形成しているとみる人々がいる。実際、働く人々の意識にみる限り、他の職業と比べてここでは仕事そのものに対する強いコミットメントや満足感がより顕著にみい出される。しかし、こうした<特権的な>職業もまた、他の職業と同様にルーチン化・賃労働化してゆくにつれて、人々の「生きがい」であり続けることが困難になるだろうという予測も成り立つ。²⁷⁾

われわれのサンプルによれば、大都市K市では勤務医の仕事の満足感は開業医に比べてやや高いが、逆に地方都市N市では勤務医の不満足感は開業医に比べて相当に高い。そこでこの差異の原因を追求するために、いくつか労働遂行に係わる項目を検討してみることにする。

まず「現在の仕事感」では、両市とも、一般的に勤務医は仕事を「社会への奉仕」と考える態度が平均(約25%前後)より高く、逆に開業医は「生活のため」とみる態度が平均(約33%前後)より高いので、この点からはわれわれの上の疑問を説明することができない。

		仕事感 (K市の場合) (%)		
		開業医	勤務医	平均*
仕事感	医療形態			
	生き甲斐	21.4	22.0	21.8
	自己実現	7.5	7.6	7.4
	社会奉仕	25.1	31.6	26.8
	生活のため	35.3	25.6	32.9
	自分の関心・興味	9.5	11.6	9.8
	その他	1.2	1.6	1.2

*病院開設者を含む

そこで若干の労働条件を考察してみると、勤務時間を長すぎると感じるものは、N市の勤務医ではK市の勤務医の2倍近い値となり(前者62.5%後者32.5%)、これは開業医と比べて、K市では

より低く、N市ではより高い。同様に、作事中に非常に時間にせき立てられると感じるものもN市ではK市より約10%高く（N市66.7%、K市57.4%）、また現在の収入に対して不満足であるというものは医師平均で両市とも約29%前後であるが勤務医の場合K市でこれが38.5%、N市では41.7%と高い。こうしたことから、N市における勤務医の仕事に対する不満は、労働条件や収入への不満と結びついていることが予想される。すなわち勤務医の場合には、主として組織によって他律的に与えられる労働諸条件が、仕事に対する満足・不満足と深い関係があることが示唆されよう。

b) 仕事感・職業感：既にみたように勤務医は一応労働条件の安定性を他律的に保障されている関係もあって、自分の働きがそのまま収入に直接繋がっている開業医の場合とは異って、仕事を理想主義的に理解する余裕をより多くもっていることが分った。けれども、病院医師を対象にしたある調査では²⁸⁾、回答者 809人中 327人 (40.4%) が将来できたら「開業をする」という希望を表明している。もっともこの値は、10年前の1958年の調査結果と比べてみると (61.7%) かなり減少していると指摘されている。これは、被雇用者としての医師の労働条件が向上・安定してきている証拠でもあろう。

そこで、医師を一つの知的な「労働者」であると考えものが、上の病院医師の調査結果では49.3%を占めることになるのだが、われわれのサンプルでも、「医療労働者」ということばにまったく抵抗を感じないという勤務医は、K市で約40%、N市で約60%に達しており、この値は特にN市の場合、開業医の2倍の大きさである。

「医療労働者」という言葉に対する抵抗感 (K市の場合) (%)

抵抗感	医療形態		
	開業医	勤務医	平均*
強く抵抗を感じる	27.3	14.0	24.8
少し嫌な感じがする	41.1	46.3	41.6
まったく抵抗を感じない	31.5	39.6	33.5

* 病院開設者を含む

ひるがえって、医師になった動機を尋ねてみると、「やり甲斐のある仕事だから」（これは特にN市の勤務医で高い——37.1%、平均28.0%）とか、「自分に適した仕事だから」というのが約半

数を占め、また「人から勧められたりして漠然と」とか「親が医師だったから」という消極的な理由が全体の3割程度になる点は、特に勤務医と開業医との間に大きな差異はない。病院医師の研究²⁹⁾でも、「親のすすめ」と「家の職業」を合すると45.7%と約半分に近い。

c) 看護婦感：組織の中で働くということは、否応なく同種異種の多様な人々と一緒に協同作業を行うことを意味するので、いわゆる職場の人間関係の問題が一層自我共に重要になってくることは否定できない。それに伴って、医師のパラメディカルに対する態度にもいろいろな影響が及ぶであろう。

看護婦を単なる診療の助手とみるか、それとも対等な協力者と考えるか、あるいは看護婦の「専門性」を積極的に認めるか、これをあまり認めないかという質問に関して、勤務医と開業医との間の態度や意見の差異を比較してみると、K市のデータでは、平均して56.9%の医師が「助手」だと答えているが、勤務医では43.7%とこの値は小さく、またその専門性を積極的に認めている医師は平均して15.3%だけでも勤務医では21.7%と平均を上廻っている。これは、いずれも組織の中の

看護婦の「専門性」を認める態度 (N市の場合) (%)

態度	医療形態		
	開業医	勤務医	平均*
積極的に認めている	16.9	33.3	23.2
認めている	61.5	58.3	60.0
あまり認めていない	21.5	8.3	16.8

* 病院開設者を含む

分業・協業関係がいわば望ましい方向に展開した事例ということになる。N市でも同様な傾向がむしろより強く表われている。しかし、病院医師の調査³⁰⁾でも、看護婦は「医師の命令どおりに作業する職種である」というものが33.2%を占め特に医療法人や市町村の病院で多い。

職場における不満を「専門技術が十分生かされない」という点に絞って考察した、同じく車田氏の報告³¹⁾によると、専門技術が発揮できない理由（すなわち、職場における不満）は、医療を構成する多様な職種によって様々であり、例えば、看護婦では「人員不足」と「専門外の仕事が多すぎる」ことが、診療X線技師では「設備器具の不

足」が（医師の場合もこれが多い）、MSW では看護婦の場合と同様の回答以外に「医師の理解がたりない」が、各々重要な原因になっているという。

医療組織の完全な coordination を考えるとき、無視しえぬ要因の一つに、道具的な機能の問題以外に表出するさまざまな変数群がある。そうしたものとしては、年齢や性別にまつわる諸観念の外に、分業化の中で医師の威信が低落してゆくこと、賃労働者としての割り切った職務遂行態度の発達、各職種の社会的出身階層の差異など複雑な社会的変数が存在している。ちなみに、1956年に婦人少年局の調査した看護婦（2,584人）の生家の職業をわれわれのK市の医師の場合（父親の職業）と比較してみると、次表の如くである。

	農業	商業	工員	一般事務職員	その他	無職
看護婦	49.1	12.0	3.1	12.6	14.4	8.8
医師	6.0	18.8*	1.5	1.6	72.0**	—

*商工自営 **管理専門職を含む

d) 専門家集団への志向：行動決定における professional association への reference は、Hall の場合でも professions の態度的属性として第一にあげられていたものである。この志向は、個別主義的な忠誠を超える普遍主義的行動準則として professions の中にいわゆる cosmopolitan 的性格を生起させるものであった。しかし、日本の現状に照していえば、「民間の任意な職能団体」という性格をもつ日本医師会はいわゆる開業医のギルド的性格を強くもち、勤務医はしばしばその会員でありながらこれに対して無関心である場合が多い。同じ、職能団体ではあるが、この点、法的な根拠をもち、事実的には全員強制加入である弁護士会の場合とは、その性格が著しく異なる。ここでは、弁護士になるために日弁連に備えた名簿に登録される必要があり（弁護士法第8条）、弁護士会は完全に個々の弁護士の職務遂行に関与する（懲戒一同法第8章）。

ちなみに、数字は古いだが、日本医師会の会員数は、昭和34年12月末で71,335人（内訳：開業医48,570人、勤務医19,825人、研究者その他2,940人）、医師総数101,449人（内訳：開業医49,090

人、勤務医45,225人、その他）の70%を占め、開業医だけについてみれば実にその98%を組織しているという。³²⁾

こういうわけで、医師の専門職組織として特に勤務医と開業医を包含する統合的なものをどのように組織してゆくかはきわめて難かしい問題なのである。

professions 団体の機能は、単に「労働組合的」利益集団であることを超えて、自己の後継者の養成および職業遂行の質の維持・向上、さらには職業倫理の貫徹とそれに伴う自己規制を追求するものでなければならないが、医師会の場合には、この点に関しても問題があるようである。

まず、医師会の方針を考慮して行動しているかどうかという質問に対して、当然予想された通り開業医では医師会に対して強い reference を示しており、逆に勤務医ではこれをあまり考慮しないものが両市とも4割を超えている。しかし、医師

医療形態	考慮 (%)		
	開業医	勤務医	平均*
いつも考慮している	33.6	8.7	28.7
だいたい考慮している	59.2	48.7	56.1
あまり考慮していない	7.2	42.5	15.1

*病院開設者を含む

会の機能について尋ねたところ、少なくとも観念的には、勤務医と開業医との間に基本的な合意が存在しているように思われる。すなわち、両方のカテゴリーで4割近い医師が「医療行為の自主性の確保」だと答えていることがこれである。自主性 (autonomy) はこれまた professions の最高要件の一つであり、これが犯されることへの抵抗は特に established professions ではきわめて強いものがあった。「会員の利益保護」や「親睦・交流」という点では開業医が、また「医療技術の向上」では勤務医が、各々平均より高い値を示していることが注目される。

診療行為の自主性については、確保されていないと答えたものが全体平均で約50%であるが、特にN市にあっては勤務医にこれが66.7%と高く、開業医のそれ（45.5%）をはるかに上廻っていた。

e) 患者に対する態度：患者に対する態度を自

己評定させて権威的、同情的、客観的の3つの選択肢を与えると、7割～8割近い医師は同情的であると答えていて、特に勤務医と開業医との間に差異はない。ただ、「客観的で冷たい感じを与えるかもしれない」という第3番目の態度は勤務医において平均より高く特にN市では19.5%（平均13.4%）を示した。この点は、既に示唆しておいたN市の勤務医における「新しい医師」の型と関連するかもしれない。というのは、一般の人々の医師に対する評価についてどう思うかと尋ねたのに対して、だいたい6割の医師が平均して「医師の威信は落ちたと思う」と回答しているのに対し、ひとりN市の勤務医だけが45.8%と平均値より低い値を示している。政治社会学では威信の剥奪が「relative deprivation」として概念化され、過激主義の説明に使われているが、同時に欲求水準の問題に照してみても、自分たちの地位が高いと考えることは、剥奪に対するより大きな不満を生起させることは云うまでもない。N市の勤務医における急進的な政治的志向については次に述べるが、この際、上の点および既に論じた「労働意識」のポイントが留意されるべきかと思われる。

こうした態度次元の問題で補足を加えておこなうなら、いわゆる「漢方」に対する態度では勤務医は開業医よりもより高い評価を示す傾向があり、特に「評価していない」という回答ではK市開業医36.5%に対してK市勤務医28.9%、N市勤務医8.3%であった。

f) 医療技術：組織の中で働いているということは、云うまでもなく仲間との多様な接触の機会を多くもつことになろう。新しい情報への接近やコミュニケーションという点では、勤務医は開業医よりもより恵まれているだろうと予想される。医療技術の進歩に伴って不断の再教育(卒後教育)の必要性を感じる度合は、われわれのサンプルでも、勤務医の場合は開業医の値より高い(K市：勤務医54.3%、開業医45.8%、N市：勤務医58.3%、開業医40.9%)。そこでこうした新しい技術の導入経路を問うてみると、平均してK市では約6割N市では約3割の医師が自分の判断によると答えているが、医師仲間からの影響によると答えているものは両市において共に勤務医に多い。

g) 政治的志向：専門職の組織化に伴う問題

の一つは、この職業の単純質労働化という側面であり、「賃労働」としての労働が人間の生き甲斐でなくなってくる過程は疎外論の展開に照応している。労働を疎外に導く大きな力は、機械化と組織化(官僚制)であり、この発達と共に労働者から主体性の意味、対象支配の実感、見通しや状況理解を奪う傾向があり、その結果、人々は構造的な力の中で疎外されることになる。労働疎外の伸展は、こうして、ベルトコンベア労働に従事する手作業労働者から成績表に追いつけられる自動車セールスマンに及ぶ。

professions の組織化に伴って、こうした状況がここでも不可避免的に表われてくる可能性があり、そのことがかれらの労働意識(専門職意識)の変化を媒介として政治意識に反映してくることが予想される。

一般に専門職では、その補充(recruitment)のパターンからみても、その収入や生活水準からみても、またその職業意識からみても、保守的な自由主義の傾向をもつわけだが、昨今では、いわゆる上層知識人としての進歩性の外にも、労働者に近い革新性の傾向をかいまみることができるようと思われる。この後者の傾向は、云うまでもなく、被雇用者としての professions から現われてくるであろう。

われわれのK市のサンプルでは、政党支持の分布は次表の如くである。

支持政党	医療形態		
	開業医	勤務医	平均*
自民党(的)	34.8	28.2	32.6
社会党(的)	9.9	20.2	12.0
公明党(的)	0.3	0.6	0.5
民社党(的)	15.2	12.9	14.8
共産党(的)	4.7	5.5	4.9
特にない	31.8	31.9	31.6
その他	3.2	0.6	2.6

* 病院開設者を含む

自民党への支持が小さく、社会党への支持が大きいという点で勤務医の全体的な革新性がうかがえるが、同時に両者に共通する民社党への支持の中に知識人としての改良主義的傾向を、また3割に及ぶ「支持政党なし」には知識人の虚無性をそれぞれみることが出来る。ちなみにN市の勤務医

では自民党への支持は極端に小さく(4.3%)、共産党への支持が30.4%と高いが、これには若干地域の特殊な事情がからんでいよう。

比較のために、車田氏の勤務医に対する支持政党の調査³³⁾を紹介しておくなら、1968年9月の時点で、自民党35.9%、社会党15.0%、民社党16.7%、公明党0.8%、共産党3.2%、記入なし28.3%であったという。病院種別では、精神病院で虚無性(記入なし45.5%)、革新性(自民党13.6%)が目につく。経営主体別では、会社立、医療法人立で自民党の支持が強く(50%以上)、また自民党支持は年令と比例し、社会党支持は年令と逆比例することが指摘されている。これを同じ時期の一般社会人の場合(1968年7月6日朝日新聞)と比べてみると(自民党35.4%、社会党22.0%、民社党5.4%、公明党4.7%、共産党2.3%、なし12.2%、無回答18.0%)、医師の場合、社会党支持が低く民社党支持が高いことが分かる。知識人における民社党支持の傾向はかれらの保守主義的自由主義(Conservative Liberalism)を表わしているが³⁴⁾、被雇用者への社会的地位の移動に伴ってこの傾向にも減少のきざしがみえ、かわって社会党への支持が増加する傾向はわれわれのデータでも実証されているところである。

以上、勤務医を開業医と比較することによってその特徴の分析を試みてきたが、組織の中で働くことに伴う社会意識や態度の変化の傾向を若干かいま見ることができたように思う。もっともわれわれの調査は本来こうした「組織の中の専門職」を研究するために設計されたものではないので、勤務医の分析にしてもこれを組織論の中で充分展開することはできない。病院を一つの組織として多角的に分析する方法は、今日「病院管理学」として定着しているのだから、医療組織の社会学はこうした学問と手を携えて将来展開してゆくことになるだろう。

註の部

- 1) 拙著『体系—機能主義社会学』川島書店1970年155—172頁
- 2) 例えば、この概念化を T.Parsons の AGIL 図式に求めることが可能である。
- 3) このような2つの組織化の問題は、基本的には社会の機能的下位体系の autonomy と exchange の

問題に由来する。その理論的な整理のためには、拙著前掲書参照

- 4) こうした文脈での組織分類は、例えば A. Etzioni の 1) Professional Organization, 2) Service Organization, 3) Nonprofessional Organization の区分に対応している。A. Etzioni, *Semi-Professions* pp. xii-xiii
- 5) A.W. Gouldner, *Patterns of Industrial Bureaucracy* 1954.
- 6) E.O. Smigel, *The Wall Street Lawyers* 1964.
- 7) H.A. Shepard, "Nine Dilemmas in Industrial Research" *ASQ (Administration Science Quarterly)* Vol. 1 1956, pp. 295—309.
- 8) T. Parsons, "The Professions & Social Structure" in *Essays in Sociological Theory* Revised ed. 1954 pp. 34—49.
- 9) R.H. Hall, *Occupations & the Social Structure*, 1969.
- 10) Professions をその発展の連続軸上に並べて分類する方法は、例えば、A. Reiss Jr., "Occupational Mobility of Professional Workers, ASR. 20 (1955) pp. 693—700 かれの分類は: 1) Old Established Professions, 2) New Professions, 3) Semi Professions, 4) Would-be Professions, 5) Marginal Professions.
- 11) この特性を筆者はかつて「家」原理として定式化した。H.Nakano, "A Framework of Comparative Culture Analysis" *Kwansei Gakuin University Annual Studies* Vol. xxi 1972 pp. 65—76
- 12) P. Blau と W. R. Scott は組織のフォーマルな目標志向がどこへ向っているかという基準から: 1) Mutual-Benefit Association, 2) Business Concerns, 3) Service Organization, 4) Commonwealth Organization, を区別している。P. Blau & W.R. Scott, *Formal Organization*, 1962
- 13) A.W. Gouldner, *Cosmopolitans & Locals*, *ASQ*. 1957 pp. 281—306
- 14) L. Reissman, A Study of Role Conceptions in Bureaucracy, *Social Forces* 27 (1949) pp. 305—310.
- 15) M. Durand, Professionalisation et allégeance chez les cadres et les techniciens, *Sociologie du Travail* 1972 pp. 185—212.
- 16) S.M. Lipset & E. C. Ladd, Jr. The Politics of American Sociologists, *AJS* Vol. 78. #1 1972 pp. 67—104.
- 17) 富永健一『産業社会の動態』東洋経済新報社1973年109—111頁
- 18) 日本国勢図会 1970年 100頁
- 19) W. Kornhauser, *Scientists in Industry*, 1962 p. 5.

- 20) 国勢調査 1970年は1%抽出集計結果
- 21) G. Ritzer, *Man & His Work* 1972 p. 21
- 22) 富永健一, 前掲書第5章(産業化と職業構造の変動)
- 23) 佐藤慶幸『現代組織の論理と行動』1972年 290頁
- 24) K市の医師会会員 1,704名 昭和47年6月実施 回収率46.5%
N市の医師会会員 205名 昭和47年7月実施 回収率47.8%
- 25) 拙稿, 「Professions における〈補充〉の問題」『関西学院大学社会学部紀要』第26号 昭和48年 39—54頁
- 26) 拙稿前掲論文 (professions における「補充」の問題)
- 27) 専門職における「労働」の問題については, 拙稿「専門職における〈労働〉の研究」, 万成博編著『新しい労働者の研究』白桃書房 1973年 第7章参照
- 28) 車田松三郎「病院医師の人事に関する研究 1. 病院医師の移動希望と開業希望について」『病院』第30巻第2号別冊 昭和46年2月 95—99頁
- 29) 車田松三郎「病院医師に関する研究 3. 医師になった動機」『病院』第30巻第4号別冊, 昭和46年4月 103—106頁
- 30) 車田松三郎「病院医師に関する研究 4. 医師からみた看護婦およびパラメディカルについて」『病院』第30巻第8号別冊, 昭和46年8月 94—103頁
- 31) 車田松三郎「病院医師に関する研究 5. 病院医師の職場における不満について」『病院』第30巻第9号別冊 昭和46年9月 103—108頁
- 32) 川上武『日本の医者』232頁
- 33) 車田松三郎「病院医師に関する研究 7. 医師の支持政党について」『病院』第30巻第12号別冊, 昭和46年11月 106—109頁
- 34) 例えば, 筆者の行ったある大学教授集団に対する調査では民社党支持が26.4%にのぼった。