

[原著論文]

保健・医療・福祉専門職の現状と課題

米林喜男

キーワード：情意領域、専門職、自己の利益に優先するコミュニティの利益、保健・医療・福祉の連携統合、問題解決型学習

Present Situation and Problems of Medical Care and Welfare Personnel

Yoshio Yonebayashi

Abstract

The number of medical and welfare personnel is still increasing (except for those working in some occupational categories). Among them, the increase in the number of doctors is especially notable. But while the number of welfare and medical care personnel has increased, the problem of how to improve the quality of their service delivery has emerged. While these personnel are required to have a good balance of knowledge, skills and attitudes, it has been seen that one of these three elements has suffered, that of professional attitude. If these personnel are not adequately trained to acquire and maintain professional attitude, the result will be inefficiencies and poor coordination among these personnel. This paper points out that, even though it may be a somewhat roundabout means, overall, education is the sole most important factor to change the attitude and behavior of welfare personnel, including physicians. Indeed, education can best contribute to shaping optimal coordination among welfare personnel. This paper also discusses Problem-Based Learning.

Key words :affective domain, profession, community interest rather than self-interest, integrating health, medical care and welfare services, problem based learning

要旨

保健・医療・福祉専門職の数は一部の職種を除けば、今なお増えつつけている。中でも医師の増加は著しいものがある。こうした保健・医療・福祉専門職の量的拡大に対して、その質の向上が問題とされるようになってきた。医師をはじめとする保健・医療・福祉専門職には、知識と技術と態度の3つがバランスよく備わっていることが求められているが、これら3つの要素のう

ち、職業的態度の醸成が不十分な場合が少なくない。この職業的態度の醸成がなければ、保健・医療・福祉専門職間の連携もうまくいかない。職業的態度の醸成は保健・医療・福祉専門職としてのプロフェッショナルリズムを涵養していくことにもなる。

本論では、医師をはじめとする保健・医療・福祉専門職の意識と行動を、各専門職間の連携にふさわしい形に変えていくためには、遠回りのようであってもやはり教育

米林喜男 順天堂大学 医学部 日本保健医療社会学会会長

[連絡先] 〒112-0011 東京都文京区千石 4-15-7
TEL: 03-3944-4079

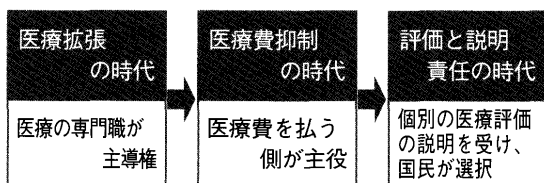
しかないということについて論じ、Problem Based Learningという新しい教育技法についても言及した。

I はじめに

保健・医療・福祉専門職の現状と課題について、医療専門職のひとつである医師の動向を中心に検討を加え、適宜他の専門職についても言及する。

II 保健・医療・福祉専門職の量的拡大

The New England Journal of Medicineの編集長であったRedmanは、下記の通り医療を、医療拡張の時代、医療費抑制の時代、評価と説明責任の時代に区分し、今や第3の評価と説明責任の時代に入ったという¹⁾。

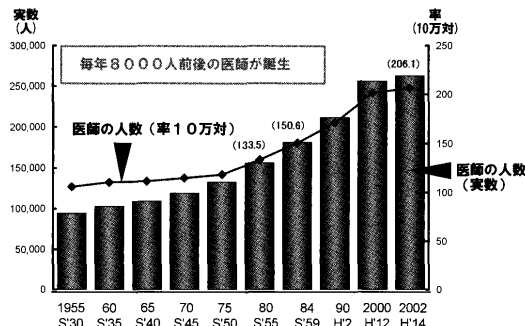


日本の現状はどうであろうか。

まず、医療と福祉の専門職の動向からこうした変化を見てみる。後掲の表1、表2、表3、表4、表5の通り、助産師、臨床検査技師や歯科技工士など一部の職種を除けば今なお総じて拡張の一途を辿ってきている。例えば医師であるが、人口10万人当たり医師150人を確保しようという国策が昭和58年(1983年)に達成されたあとも増加を続け、平成14年(2002年)には、人口10万人当たり206.1人となった。毎年8000人前後の医師が誕生しており、医師1人多くなるごとに、病院では8000万円、診療所では6000万円の医療費が増えるというデータもある。医師の増加だけが要因ではないが、毎年約1兆円規模で医療費が膨張しつづけており、後掲の表6の通りすでに30兆円を

超えている。

表1-1 医師の人数



かつて旧厚生省の保健局長で後に事務次官になった故吉村仁氏は医療費亡国論を唱えたが、その当時の医療費は約15兆円で、現在の半分程度であった。こうした状況のもとで、医療費の抑制策も少しずつではあるが始まっている。たとえば、医学部入学定員の削減による新規参入医師数の抑制、特定機能病院を中心に導入が始まった包括払い等が挙げられる。しかし米国のマネジドケアに代表されるような、医療費を支払う側が主役となる本格的な医療費抑制の時代には至っていない。福祉の領域でも介護保険の導入により、従前の措置費の削減という福祉費用の抑制が始まっているが、一方で介護保険の存続自体を財政面から危ぶむ声も出始めている。

III 保健・医療・福祉専門職の質の向上

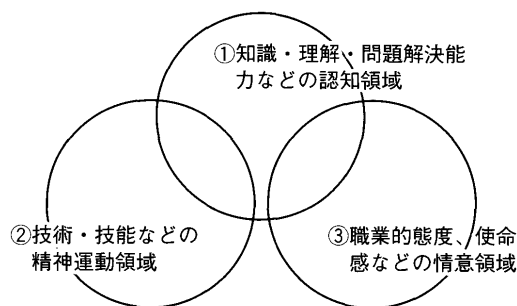
保健・医療・福祉専門職の量的拡大に対して、その質の向上が問題とされるようになってきた。

医師をはじめとする保健・医療・福祉職の多くは、その専門職として必要な知識と技術と態度の3要素のうち、知識と技術については、国家試験で一応のミニマムリクワイヤメントは確保されているといわれている。しかし、その職業的態度の醸成は不十分な場合が少なくない。例えば、不遜な

立ち居振る舞いと病状の説明不足による患者・医師関係の悪化は、医療現場では枚挙にいとまがない。

表7はWHOのワーキンググループが作成した医師の資質判定基準要綱案である。

表7 医師の資質判定基準要綱



この基準案は、知識・理解・問題解決能力といった認知領域 (Cognitive Domain)、技術・技能などの精神運動領域 (Psychomotor Domain)、職業的態度・習慣・使命感といった情意領域 (Affective Domain) の3部からなっており、さらにこれら3つの領域のおのおのに、医師としての職務を遂行する際に影響する確実な基準要件があげられている。情意領域の基準要件としては、表8の通り、患者やその家族に対する配慮 (患者の福祉に関心を持ち、責任を引き受けること、患者やその家族を扱うのに思慮深く気転をきかすこと、患者の不安を注意し、元気づけ、支えてやること、患者や家族に状態や治療法、予後などを説明する際に率直に話し合うこと)、自分の職業的能力とその限界を認識すること (緊急時または他の専門家の助力のあるとき以外には、自分の能力の範囲内で行動すること、知らない領域や過誤のあることを認めること、助力・助言を受けること)、同僚または保健チームの他のメンバーと有効な関係を確立する能力 (示唆、批判を受け入れること、意見の相違に思慮深く気転を利

かして対応すること、経験の少ないものを助け指示すること、自分の意志で決定したことに責任をとること)、固着した信念を再考するとともに、自発的に新しい知識を求めるといった、探求心と疑う心をもつこと、自分の専門的知識と技術を個々の患者と同様に、コミュニティへの貢献のために役立てようとする心構えの5項目があげられている²⁾。

表8 情意領域 (Affective Domain) の基準要件

1. 患者やその家族に対する配慮
2. 自分の職業的能力とその限界を認識すること
3. 同僚または保健チームの他のメンバーと有効な関係を確立する能力
4. 固着した信念を再考するとともに、自発的に新しい知識を求めるといった探求心と疑う心をもつこと
5. 自分の専門的知識と技術を個々の患者と同様に、コミュニティへの貢献のために役立てようとする心構え

最後の自分の専門的知識と技術を個々の患者と同様に、コミュニティへの貢献のために役立てようとする心構えは、W. J. グードが指摘した専門職の2つの根本的な特質のひとつである共同体ないし社会への無私のサービスと重なる。

IV 専門職とは何か

W. J. グードは、専門職の2つの根本的な特質として、表9の通り専門的知識獲得のための長期の訓練と、共同体ないし社会への無私のサービス志向をあげた。

なお、専門職について初めて本格的に研

表9 専門職の2つの根本的特質

- 専門的知識獲得のための長期の訓練
 - 共同体ないし社会への無私のサービス志向
- (W. J. Goode : 進藤雄三「医療の社会学」世界思想社)

究したと言われているA. MカールサンダースとP. Aウィルソンは専門職について、長期の訓練によって獲得された専門的技術、専門的技術と関連した特別の責任感情と倫理綱領の存在、専門的技術と倫理綱領の維持・統制を行うアソシエーションの形成、利潤追求型ではなく謝礼あるいは給与形態をとる固定報酬制の採用という4つの特質をあげている³⁾。また、天野正子は、欧米の複数の専門職論を概観・整理し、専門職の構成要因を次の5項目に整理している⁴⁾。

1. 理論的知識に基づいた技術を必要とし、その獲得のために専門化された長期間にわたる教育訓練を必要とする。
2. その職業に従事するためには、国家ないしはそれに関わる団体による厳密な資格試験をパスすることが要求される。
3. 同業者集団としての職業団体を結成し、その組織としての統一性を維持するため、一定の行動規範が形成されている。
4. サービスの提供は、営利を主たる目的とすることなく、公共の利益を第一義的に重視して行われる。
5. 雇用者・上司・顧客などから職務上の判断措置について指揮・監督・命令を受けない職務上の自律性autonomyをもち、また職業団体としての成員の養成・免許・就業などについて一定の自己規制力を持つ。

以上の5項目のうち、“サービスの提供は、営利を主たる目的とすることなく、公共の利益を第一義的に重視して行われる”という要因は、先のグードがあげた“共同体ないし社会への無私のサービス志向”という専門職の根本的な特質とも重なるし、WHOの医師の資質判定基準要綱の“自分の専門的な知識と技術をコミュニティへの貢献

のために役立てようとする心構え”とも通じるものがある。

これらの専門職の要件は、プロフェッション(profession)ということばの概念が、奉仕的・専門的・自営的な要素をもつ職業の総称であったこと、特に奉仕的という要素こそが本質的なものであったこととも無関係ではないと思われる。したがって、これから各種の専門職を目指す人々に対して、“愛他的な奉仕”をいかに体得させるかが大きな課題と言えよう。

V 保健・医療・福祉専門職の課題

第16期日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会は、後掲の表10の通り、医療(診療)・看護・保健・福祉・総合相談・住宅・生活環境・消費生活及び保健福祉行政の各分野について、専門職の現状と課題、学問的基盤及びサービスの総合化の課題を整理している。この整理にあたって3つの前提を挙げているが、そのひとつである“専門的対人サービスにおける、保健・医療・福祉専門職間の連携とチームによる社会サービスの総合化”という課題について言及してみたい。

まず、連携をすすめるにあたって、保健・医療・福祉の違いについて予め認識しておく必要がある。

保健及び福祉の主な事業は行政によって実施される場合が多いが、医療の多くは私的な行為として医師と患者の契約によっている。

保健行政や福祉行政によって実施される公衆衛生活動や社会福祉活動は、それがいかに専門的な活動であっても、他の行政と同じ様に多くの制約を受けることになる。具体的には、法令に基づいて、予算の範囲内で、業務命令のもとで事業を実施しなければならないということである。したがって、相手が望み、ニーズがあると判断され

るサービス事業であっても、行政上の制約により提供できないことが少なくない。また、同じ行政でも、今迄の福祉行政の多くは、申請者に対し、一定の基準に照らして措置するか否かの判断をしてきた。保健行政は、行政側からサービス事業の案内が出されているので申請の必要はないが、ともすれば保健行政として定めた平均的な枠を個人に押しつける傾向が見られる。それは、恐らく個人よりも集団を対象として事業を展開するという保健行政の性格に由来するのではないかと思われる。医療においては一般的な診療行為の内容を、行政として制約することはない。

今ひとつの課題は、介護をめぐる医療と福祉の連携が難しいということである。介護には医療と福祉の両方の要素が必要であることはいうまでもないが、一般に医療職にある者は、障害の原因を客観的に分析し、改善ないし悪化の防止を目指す、医療的介入により改善の見込みがないと判断すると、興味を失いがちである。一方福祉職にある者は、障害をもった人をいたわり、生活全体を世話することを得意とするが、医学的原因の追及はできない。こうしたことから、医療と福祉とがチームを組むことが困難となり、その結果、医療か福祉のいずれかの主導のもとで介護が提供されることが多くなっており、その弊害もまた現れ始めている。

さらなる課題のひとつに、介護と看護をめぐる業務内容の異同の問題があげられる。フローレンス・ナイチンゲールやバージニア・ヘンダーソンの看護の考え方の中には介護の思想や理念がすでに含まれており、看護と介護はその源は同じであると言える。

一般的には高齢者や障害者に対して行ういわゆる「身の回りの世話」が介護という概念で呼ばれるようになったのである。

源を同一にしていた看護と介護が分離していった背景には、医学の目覚ましい発達と高齢化社会の進展に伴う病弱・障害高齢者の増加があげられる。

保健婦助産婦看護婦法（略称、保助看法）に、看護業務は独占業務として、診療の補助と療養上の世話という2つの働きが規定されている。後者の療養上の世話が身の回りの世話で、介護ということになる。しかし医学とともに発展してきた看護は、診療の補助という医療措置が優先され、療養上の世話の多くは、看護師不足という状況下で家族や付き添いに委ねられてきた。その結果、医療を受ける患者や福祉関係者に看護師は医療専門職であるというイメージが定着するとともに、医学の進歩発展につれて、医療措置に比重を置かざるを得なくなり、看護師に生活援助を担う実践者としての役割を期待することは次第に不可能な状態となってしまったのである。一方、疾病や障害のある高齢者が医療を受けるだけでは健康問題は解決せず、日常生活上で何らかの介助、すなわちケアを必要とする事例が増加したにもかかわらず、看護師が生活の援助にまで手をさしのべることができなかったために、介護を専門的に担う専門職すなわち介護福祉士をつくらざるを得なかったのである。したがって介護と看護とは多くの部分で業務が重なりあっているのが実情である。高齢者の日常生活が、健康状態や障害の状況と密接にかかわっている以上、看護師と介護福祉士の連携なくしては高齢者がいきいきとした生活を送ることは不可能である。したがって、両者は互いの専門性を尊重しあいながら、密接に協調し合っていくことが望まれる。

最後に、保健・医療・福祉領域で働く専門職の業務について法的な側面からも検討を加えておく必要がある。

医師及び歯科医師は、それぞれ独立した

専門職として、単独にその専門の行為を業務とすることができる。このことは医師の身分を得たものはいつでも、どこでも診療科を問わず自由に開業できるとした、我が国の医療の特徴のひとつである自由開業医制とも密接に関わっている。

薬剤師は独立した専門職であるが、処方薬については医師の処方が必要となる。

保健師は保健指導を、助産師は助産などの行為を、看護師は療養上の世話を、栄養士は栄養指導をそれぞれ単独で業務とすることができる。しかし、看護師を含めその他の多くの専門職は、診療行為に関しては、医師の指示または指導を受けて所定の診療の補助を行うことになっている。診療は医師のみに許されている行為で、これは医師法第17条の“医師でなければ、医業をなしてはならない”という医師の医療全般に対する業務独占という法的な規定が裏付けとなっている。したがって、医師は診療行為に関しては、法的に診療の補助をする者に、指示・指導する責任があることから、保健・医療・福祉の連携にとっても重要な役割を担っていることになる。なお、連携には、同じ施設内での異なる専門職間の連携と異なる施設や機関の間での各専門職同士の連携、そして、後者の場合は病診連携のような異なる施設間の医師同士の連携といった同じ専門職同士の連携など、様々な形の連携が考えられる。それぞれの連携には基本的な違いがあり、医師は他の専門職の人以上に、これらの違いを理解しないと連携が難しくなる。たとえば、地域で保健・医療・福祉の連携があまりうまくいかない原因のひとつに、自己中心的な医師の意識と行動がよく指摘され、逆に連携がうまくいっている事例の多くは医師の民主的なリーダーシップが発揮されている場合が少なくない。

なお、専門職間での連携の前提には、自

分だけで活動していたのでは目的を達成する事ができないことから、他の専門職に協力を依頼し、協同して活動しようとする事があげられる。したがっていずれの専門職にしても、連携にあたってまず求められるものは、同僚または保健チームの他のメンバーと有効な関係を確立する能力ではないだろうか。

VI まとめ

医師をはじめとする保健・医療・福祉専門職の意識と行動を、各専門職間の連携にふさわしい形に変えていくためには、遠回りのようであってもやはり教育しかないと思う。

そこで、医師のみならず他の保健・医療・福祉職の教授目標として、WHOのワーキンググループが提示した“医師の資質判定基準要綱”の職業的態度、習慣、使命感といった情意領域 (Affective Domain) を共通の目標としてはどうであろうか。もちろん、患者をクライアント (依頼者) ということばに置き換えたりすることは必要となるかもしれない。しかし、この情意領域には、専門職の定義に関わるものを始めとして、インフォームドコンセントやチームワークの必要性、そして自ら学ぶ姿勢の大切さとして探求心や疑う心を持つことがうたわれている。

そこで最後に保健・医療・福祉専門職の教育技法についても言及してみたい。

現在、医療者教育の場において、少人数グループによるPBL (Problem Based Learning: 問題解決型学習) が徐々に導入されるようになってきている。従前の知識詰め込み型から、自己学習能力・問題解決能力を養成しようという試みである。

PBLというカリキュラムの到達目標として、

- ① 自己学習能力の養成（学習者は物事の調べ方や学び方、データの集め方、得られた情報の吟味の仕方を身につける）
- ② 問題解決能力の養成（提示された事例を理解していくために必要な学習課題を学習者が順番に解決していくプロセスを通じて、学習者は問題解決能力を身につけて行く）
- ③ クリティカル・シンキング（批判的検討）能力の養成（グループの中での討論を通じて、自分だけで見つけた限られた狭い視点からの学習課題から、みんなで色々な角度から見ることによって得られるある程度網羅的な視点へと学習課題がブラッシュアップされ、批判的多角的に物事を考える能力が養成されていく）
- ④ グループダイナミックスのスキルの付与（グループ討論を通じて、グループダイナミックスのスキルが確実に身に付く）
- ⑤ 臨床的推論スキルの付与（単なる医学知識が身に付くだけでなく、それらの知識を有機的に連携させた臨床的推論を展開する能力も同時に身に付く）
- ⑥ 疾病ではない病に対する理解とまなざし（単なる疾病に関する知識を習い覚えるのではなく、病を持つ人間の事例を常に扱うことで、病に苦しむ人間に対する理解とまなざしが学習の過程を通して形成されていく）
- ⑦ 医療者としてのプロフェッショナルリズムの付与（医療専門職としてのプロフェッショナルリズムを十分に涵養していく）

の7つがあげられている⁵⁾。

結論としては、物事をうのみにせず、柔軟で客観的な思考を持ち、自分はどうか、相手とどう違うか、なぜそう思うのか

と、論理的にものを考え、表現する能力を土台に、問題を提起する能力や広い視野を育てることにつきるのではないだろうか。一口でいうならば“教養豊かな保健・医療・福祉専門職の養成”ということになる。

文献

- 1) 近藤克則：英国の医療制度改革に学ぶ日本が進むべき道。21世紀の保健医療を考える。No.66 phizer forum
- 2) 米林喜男：医学教育と社会学。保健医療社会学の成果と課題。垣内出版。pp199-200, 1977.
- 3) 進藤雄三：医療の社会学。世界思想社 p135, 1990.
- 4) 天野正子：看護婦の労働と意識，社会学評論 22(3)：pp30-49, 1971.
- 5) 藤崎和彦：日本のPBLチュートリアルと医療コミュニケーション教育の現状と課題，日本保健医療行動科学会会報 (19)：pp8-10, 2004.

表 1 医療関係者数 年次別

		実 数						率 (人口10万対)					
		医 師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師 准看護師	医 師	歯 科 医 師	薬剤師	保健師	助産師	看護師 准看護師
1953	昭28	89,885	30,086	...	12,339	56,419	112,002	103.3	34.6	...	14.2	64.8	128.7
54	29	92,442	30,659	51,132	12,186	55,513	119,428	104.7	34.7	57.9	13.8	62.9	135.3
55	30	94,563	31,109	52,418	12,369	55,356	129,860	105.9	34.8	58.7	13.9	62.0	145.5
56	31	96,139	31,642	52,779	12,156	53,743	136,715	106.5	35.1	58.5	13.5	59.5	151.5
57	32	98,268	31,971	54,853	11,821	51,709	145,090	107.9	35.1	60.2	13.0	56.8	159.3
58	33	99,876	32,484	56,518	12,201	52,319	160,352	108.6	35.3	61.4	13.3	56.9	174.3
59	34	101,449	32,871	58,389	12,519	52,402	169,998	109.1	35.4	62.8	13.5	56.4	182.9
60	35	103,131	33,177	60,257	13,010	52,337	185,592	110.4	35.5	64.5	13.9	56.0	198.7
61	36	104,280	33,617	61,626	13,248	51,181	194,614	110.6	35.7	65.4	14.1	54.3	206.4
62	37	105,437	34,163	62,645	13,606	45,955	205,087	110.8	35.9	65.8	14.3	48.3	215.5
63	38	106,512	34,517	64,915	13,910	46,174	215,528	110.8	35.9	67.5	14.5	48.0	224.1
64	39	108,102	35,079	66,600	13,957	43,516	229,797	111.2	36.1	68.5	14.4	44.8	236.5
65	40	109,369	35,558	68,674	13,959	43,276	245,211	111.3	36.2	69.9	14.2	44.0	249.5
66	41	110,759	36,022	70,810	14,175	43,710	265,230	111.8	36.4	71.5	14.3	44.1	267.8
67	42	111,657	36,524	72,101	13,606	31,944	228,569	111.4	36.4	71.9	13.6	31.9	228.0
68	43	113,630	36,943	74,336	13,560	29,440	239,037	112.1	36.4	73.3	13.4	29.0	235.7
69	44	115,974	37,406	76,087	13,759	28,963	254,628	113.0	36.4	74.1	13.4	28.2	248.1
70	45	118,990	37,859	79,393	14,007	28,087	273,572	114.7	36.5	76.5	13.5	27.1	263.8
71	46	123,178	39,218	83,246	14,276	27,811	290,733	117.3	37.3	79.3	13.6	26.5	276.9
72	47	125,302	40,293	85,140	14,735	27,933	307,056	116.7	37.5	79.3	13.7	26.0	286.1
73	48	126,327	40,490	87,651	15,003	26,854	316,803	116.2	37.2	80.6	13.8	24.7	291.4
74	49	128,455	41,680	91,402	15,596	26,867	336,612	116.7	37.9	83.1	14.2	24.4	305.9
75	50	132,479	43,586	94,362	15,962	26,742	361,604	118.4	38.9	84.3	14.3	23.9	323.0
76	51	134,934	44,382	97,474	16,212	26,804	382,459	119.3	39.2	86.2	14.3	23.7	338.2
77	52	138,316	45,715	100,897	16,590	26,618	404,156	121.2	40.0	88.4	14.5	23.3	354.0
78	53	142,984	48,731	104,693	17,016	26,493	431,911	124.1	42.3	90.9	14.8	23.0	375.0
79	54	150,229	50,821	110,774	17,583	26,267	458,362	129.4	43.8	95.4	15.1	22.6	394.7
80	55	156,235	53,602	116,056	17,957	25,867	487,169	133.5	45.8	99.1	15.3	22.1	416.2
81	56	162,882	56,841	120,444	18,633	25,538	518,097	138.2	48.2	102.2	15.8	21.7	439.5
82	57	167,952	58,362	124,390	19,137	25,416	540,971	141.5	49.2	104.8	16.1	21.4	455.8
84	59	181,101	63,145	129,700	20,858	24,649	590,177	150.6	52.5	107.9	17.3	20.5	490.9
86	61	191,346	66,797	135,990	22,050	24,056	639,936	157.3	54.9	111.8	18.1	19.8	526.0
88	63	201,658	70,572	143,429	23,559	23,320	694,999	164.2	57.5	116.8	19.2	19.0	566.0
90	平 2	211,797	74,028	150,627	25,303	22,918	745,301	171.3	59.9	121.9	20.5	18.5	602.9
92	4	219,704	77,416	162,021	26,909	22,690	795,810	176.5	62.2	130.2	21.6	18.2	639.5
94	6	230,519	81,055	176,871	29,008	23,048	862,013	184.4	64.8	141.5	23.2	18.4	689.4
96	8	240,908	85,518	194,300	31,581	23,615	928,896	191.4	67.9	154.4	25.1	18.8	738.0
98	10	248,611	88,061	205,953	34,468	24,202	985,821	196.6	69.6	162.8	27.3	19.1	779.4
2000	12	255,792	90,857	217,477	36,781	24,511	1,042,468	201.5	71.6	171.3	29.0	19.3	821.4
2	14	262,687	92,874	229,744	38,366	24,340	1,097,326	206.1	72.9	180.3	30.1	19.1	861.1

■資料 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(昭和57年から隔年調査)、「衛生行政報告例」(昭和57年から隔年報告)

- 注 1) 医師・歯科医師・薬剤師については登録者の届出数、保健師・看護師・准看護師については就業者数である。
 2) 保健師・助産師・看護師・准看護師は昭和41年までは保健婦助産婦看護婦法34条(現在削除)による就業者名簿から計上し、昭和42年以降は同法33条(届出義務)の規定により届け出た者の数である。
 3) 平成14年3月に保健婦(士)、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)は、保健師、助産師、看護師、准看護師に改称された。(国民衛生の動向 2004年第51巻第7号)

表2 その他の医療従事者養成所数と入学定員の推移

	診療放射線技師		臨床検査技師		理学療法士		作業療法士		視能訓練士		臨床工学技士		義肢装具士	
	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員
昭和60年('85)	29	1,547	79	4,330	43	980	28	585	3	120	...	...	...	...
平成2年('90)	30	1,667	70	3,499	48	1,115	33	700	4	150	11	602	3	60
7年('95)	38	2,147	68	3,349	69	2,210	52	1,540	11	345	17	794	4	80
12年('00)	39	2,257	59	2,954	118	4,231	107	3,593	15	500	28	1,294	5	110
15年('03)	43	2,310	56	2,347	167	7,125	147	5,657	20	812	32	1,667	5	120

	歯科衛生士		歯科技工士		言語聴覚士		あんま マッサージ 指圧師		はり師		きゅう師		柔道整復師	
	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員	課程数	入学定員	課程数	入学定員	課程数	入学定員	課程数	入学定員
昭和60年('85)	123	6,631	73	3,596	...	...	58	1,756	55	1,748	55	1,748	21	1,050
平成2年('90)	132	7,145	73	3,307	...	...	48	1,576	53	1,805	53	1,805	21	1,050
7年('95)	135	7,338	72	3,058	...	...	47	1,609	53	1,837	53	1,837	21	1,050
12年('00)	135	7,284	73	3,078	32	1,125	45	1,528	68	2,460	68	2,460	42	2,190
15年('03)	138	7,585	71	2,913	47	1,865	45	1,518	127	5,229	127	5,229	101	5,260

資料 厚生労働省医政局医事1課調べ

注) あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師は厚生労働大臣認定分のみである。

(国民衛生の動向 2004年第51巻第7号)

表3 社会福祉士の試験結果

区分	受験者数	合格者数	割合	試験日
第1回	1,033人	180人	17.4%	平成元年3月26日
第2回	1,617	378	23.4	平成2年3月11日
第3回	2,565	528	20.6	平成3年2月24日
第4回	3,309	874	26.4	平成4年3月1日
第5回	3,886	924	23.8	平成5年3月7日
第6回	4,698	1,049	22.3	平成6年2月27日
第7回	5,887	1,560	26.5	平成7年1月22日
第8回	7,633	2,291	30.0	平成8年1月21日
第9回	9,649	2,832	29.4	平成9年1月26日
第10回	12,535	3,460	27.6	平成10年1月25日
第11回	16,206	4,774	29.5	平成11年1月24日
第12回	19,812	5,749	29.0	平成12年1月23日
第13回	22,962	6,074	26.5	平成13年1月28日
第14回	28,329	8,343	29.5	平成14年1月27日
第15回	33,452	10,501	31.4	平成15年1月26日
第16回	37,657	10,733	28.5	平成16年1月25日

■資料 厚生労働省社会・援護局調べ

注) 第7回については阪神・淡路大震災のために実施した再試験の結果を含む。

(国民衛生の動向 2004年第51巻第7号)

表 4 介護福祉士の試験結果

区 分	受験者数	合格者数	割 合	試 験 日
第 1 回	11,973人	2,782人	23.2%	筆記平成元年 1 月29日 実技平成元年 3 月 5 日
第 2 回	9,868	3,664	37.1	筆記平成元年 2 月 3 日 実技平成 2 年 2 月18日
第 3 回	9,516	4,498	47.3	筆記平成 3 年 2 月24日 実技平成 3 年 5 月19日
第 4 回	9,987	5,379	53.9	筆記平成 4 年 3 月 1 日 実技平成 4 年 5 月17日
第 5 回	11,628	6,402	55.1	筆記平成 5 年 3 月 7 日 実技平成 5 年 5 月16日
第 6 回	13,402	7,041	52.5	筆記平成 6 年 2 月27日 実技平成 6 年 4 月24日
第 7 回	14,982	7,845	52.4	筆記平成 7 年 1 月22日 実技平成 7 年 3 月12日
第 8 回	18,544	9,450	51.0	筆記平成 8 年 1 月21日 実技平成 8 年 3 月10日
第 9 回	23,977	12,163	50.7	筆記平成 9 年 1 月26日 実技平成 9 年 3 月 9 日
第10回	31,567	15,819	50.1	筆記平成10年 1 月25日 実技平成10年 3 月 8 日
第11回	41,325	20,758	50.2	筆記平成11年 1 月24日 実技平成11年 3 月 7 日
第12回	55,853	26,973	48.3	筆記平成12年 1 月23日 実技平成12年 3 月 5 日
第13回	58,517	26,862	45.9	筆記平成13年 1 月28日 実技平成13年 3 月 4 日
第14回	59,943	24,845	41.4	筆記平成14年 1 月27日 実技平成14年 3 月 3 日
第15回	67,363	32,319	48.0	筆記平成15年 1 月26日 実技平成15年 3 月 2 日
第16回	81,008	39,938	49.3	筆記平成16年 1 月25日 実技平成16年 3 月 7 日

■資料 厚生労働省社会・援護局調べ

注) あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師は厚生労働大臣認定分のみである。
(国民衛生の動向 2004年第51巻第7号)

表 5 精神保健福祉士の受験者・合格者の状況

区 分	受験者数 (人)	合格者数 (人)	合格率 (%)
総数	33,033	22,302	67.5
第 1 回 (平成10年度)	4,866	4,338	89.1
2 (11)	3,535	2,586	73.2
3 (12)	4,282	2,704	63.1
4 (13)	5,480	3,415	62.3
5 (14)	9,039	5,670	62.7
6 (15)	5,831	3,589	61.6

■資料 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部調べ
(国民衛生の動向 2004年第51巻第7号)

表6 国民医療費の年次推移 (Trends in National Medical Care Costs)

Fiscal Year (年度)	National Medical Care Costs (国民医療費)		Per-Capita Costs (Unit:thousand¥) (国民1人当たり医療費、千円)	Ratio National Medical Care Costs (国民医療費の割合%)		G.D.P (Unit: billion¥) (国内総生産額10億円)	National Income (Unit: billion¥) (国民所得額10億円)	Population (Unit: thousand) (人口、千人)
	Amount (Unit: billion¥) (金額10億円)	Percentage Increase from Previous Year (対前年増加率)		to G.D.P (対国内総生産)	to N.I (対国民所得)			
1970	2,496.2	20.1	24.1	3.3	4.09	75,298.5	61,029.7	103,720
1975	6,477.9	20.4	57.9	4.3	5.22	152,361.6	123,990.7	111,940
1980	11,980.5	9.4	102.3	4.9	6.00	245,546.6	199,590.2	117,060
1985	16,015.9	6.1	132.2	4.9	6.15	324,289.6	260,278.4	121,049
1990	20,607.4	4.5	166.7	4.6	5.88	450,532.4	350,715.3	123,611
1991	21,826.0	5.9	176.0	4.6	5.85	474,626.6	373,003.9	124,043
1992	23,478.4	7.6	188.7	4.9	6.32	483,607.4	371,248.2	124,452
1993	24,363.1	3.8	195.3	5.0	6.56	487,891.2	371,186.9	124,764
1994	25,790.8	5.9	206.3	5.3	6.86	491,639.6	376,161.9	125,034
1995	26,957.7	4.5	214.7	5.4	7.16	504,037.5	376,454.3	125,570
1996	28,521.0	5.8	226.6	5.5	7.33	516,728.8	388,910.9	125,864
1997	29,065.1	1.9	230.4	5.6	7.41	521,153.2	392,433.4	126,166
1998	29,825.1	2.6	235.8	5.8	7.84	514,417.9	380,533.5	126,486
1999	30,933.7	3.7	244.2	6.1	8.26	510,687.3	374,601.5	126,686
2000	30,358.3	1.9	239.2	5.9	7.98	515,477.9	380,449.9	126,926
2001	31,323.4	3.2	246.1	6.2	8.46	502,602.3	370,046.8	127,291

■Source :Ministry of Health,Labor and Welfare :Statistics and information Department,National Medical Care Costs.

Economic Planning Agency :Annual Report on National Accounts.

HEALTH INSURANCE, LONG TERM CARE INSURANCE AND HEALTH INSURANCE SOCIETIES IN JAPAN 2004 (KEMPORON)

表10 医療・保健・福祉サービス・システムの再編成に対応する専門職に関する検討枠組み

	専門職		学問的基盤		サービスの総合化・ネットワーク化 (各職種間のチームワーク)
	基礎資格	専門分化の課題	中核	関連	
診療 (メディカルケア) 機能回復 訓練	医師・歯科医師 理学療法士(PT) 作業療法士(OT) 言語聴覚士 視能訓練士 薬剤師	ケア・マネジャー (ケース・マネジャー) 専門医・家庭医 (4年制大学卒リハビリ テーション専門職) かかりつけ薬剤師	医学 リハビリテー ション医学 薬学	医療社会学 医療心理学 医療社会福祉学 医療倫理学 社会薬学	医療ネットワーク (病院・診療所の連携、専門医・ 家庭医のネットワーク) 医薬分類
看護	看護婦(師) (准看護師)	ケア・マネジャー (ケース・マネジャー) 認定看護師 専門看護師 (4年制大学レベル・修士レベル)	看護学	看護社会学 看護心理学 医学 保健学	継続看護ネットワーク 地域看護ネットワーク (病院・施設・訪問看護ステーション 等の看護職連携・ネットワーク)
保健	保健師 助産師 栄養士	ケア・マネジャー (ケース・マネジャー) 管理栄養士	保健学 栄養学	保健社会学 保健教育学 保健福祉学 医学・保健学	地域保健ネットワーク (病院・保健所・保健センター等 の保健婦の連携・ネットワーク)
福祉	社会福祉士 介護福祉士 保育士 認定心理士	医療ソーシャルワーカー (修士レベル社会福祉士) ケア・マネジャー (ケース・マネジャー) 4年制大卒介護福祉士 家庭保育・児童相談員 (4年制大卒保育士) 臨床心理士	社会福祉学 介護福祉学 保育学 臨床心理学	医学・保健学 社会学、心理学 法学、生活学 看護学、家政学 保健体育学 レクリエーション学 教育学	地域福祉ネットワーク (病院・保健施設・福祉施設と地 域社会のソーシャル・ワーカー の連携・ネットワーク)
総合相談	保健師 看護師 社会福祉士 介護福祉士	ケア・マネジャー (ケース・マネジャー) ケア・プランナー (市町村専門職員)	(総合ケア科学)	医学、保健学 看護学 社会福祉学 福祉心理学	相談員の総合的知識・技術 相談員チームワーク 相談ネットワーク
福祉機器 住宅 生活環境	PT・OT 建築士	福祉機器技術者 リフォーム・ヘルパー	リハビリテー ション工学 医療福祉工学 建築学 都市計画学 土木工学 交通工学	リハビリテー ション 医学 住居学 地域社会学	ハード面の開発 ソフト面のサービス拡充
消費生活 (生活者保護)	消費生活相談員 消費生活 アドバイザー 消費者生活 コンサルタント	高齢消費者専門相談員 シルバー・ビジネス専門 相談員	消費経済学 生活学	家政学 消費者保護法	消費者被害対策ネットワーク
保健福祉 行政 (分権化 専門化)	医師 保健師 社会福祉主事 (自治体福祉職)	社会福祉士 自治体福祉職	医学 保健学 社会福祉学 行政学	法学 経済学 社会学	行政の科学化 専門職の配置 保健・福祉の総合組織

前提：①「生活の質」の向上と「生きがい」の実現のための経済的・物的条件の整備と質の高い専門的対人社会サービスの拡充
 ② 専門的対人サービスにおける、保健・医療・福祉専門職間の連携とチームワークによる社会サービスの総合化
 ③ 各専門職内部の連携・ネットワークの推進による関係施設間及び施設・地域社会間の連携の強化