

看護婦不足問題をめぐる再検討の視角構想¹⁾

——「看護婦」不足論から「看護」不足論へ——

宗 像 恒 次

I はじめに

看護婦不足が呼ばれ、それが社会問題としてクローズアップされてからすでにかなりの年月が過ぎた。しかし、いまだに解決の糸口さえ見出せない有様であり、これが国民の健康生活に深刻な影響を与えていた。

まず、多くの病院で、この看護婦不足から病棟閉鎖という異常事態が起り、せっかくの施設がいたずらに埃をかぶっているという状況がある（一般に病院の2～3割の病床は閉鎖されているといわれている）。

施設が使われないで休んでいる遊休の状態（病人がなくて施設が遊ぶ）ならまだしも、閉鎖ベッド（空きベッド）は病人の入院を拒否しているのである。このように閉鎖ベッドの増加によって病人への医療を不可能状態にしているだけでなく、診療および看護の内容の低下をさえ招いている。すなわち、看護婦不足によって、医師は多様な業務に忙殺され、疲労が重なって精密な検査や十分な治療ができなくなり、また看護婦自身も労働強化による疲労の蓄積で集中力が鈍っているのである（図1）。このために医療事故の危険性が増大していることは、言うまでもない。

また、最近の社会福祉政策による老人・乳児医療の無料化実現等は、看護の需要をますます増大させる結果となり、事態の深刻さにさらに拍車をかけている。したがって、幸い入院することができたとしても、入院費用のほかに1日当たり4,000～5,000円という高額の費用を負担して付添婦を雇うことになるか、または家族の者が必ず付き添わなければならない。たとえ基準看護病院のように、付添い不要の建前があっても同様である。

このような事態は、何よりも国民の健康生活の可能性が失われていることを意味し、国民に大変な犠牲を強いていることである。同時に医師や看護婦等の犠牲を意味

してもいる。なかでも一番の犠牲者は、弱者である患者なのだが、医師も看護婦も何らかの犠牲を強いられているのは確かだ。つまり、どの立場にある人も何らかの意味で被害者なのである。しかし、それはまた、後に述べるように、どの立場の人も加害者であるとも言える。

このように保健医療をとりまく人々が、一方で被害者でありながら、他方では加害者にもなるという、相互に闘ぐ関係に陥っている現在、それらの立場を迂回的に両立させるリーダーシップがどうしても必要と思われる。

しかし実際は、それぞれの立場が短絡的な思惑をこめて闘ぐ関係にあるため、不足問題は深刻の度を増すばかりである。したがって、ここでそれぞれの立場にある者が、一体いかなるリーダーシップのもとに行動してきたかを再検討してみることも、あながち誤ってはいないだろう。

II 頭数としての看護婦をつくり出す立場と諸制度

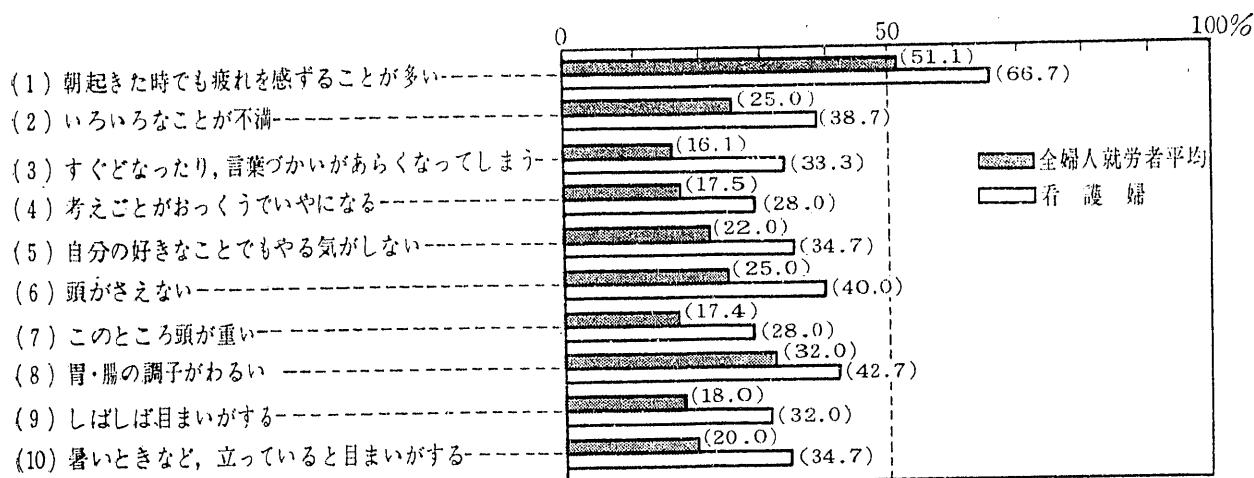
そこで、私達はまず第一に「医療を担うそれぞれの立場にあるものがこの不足問題に対して一體如何なるリーダーシップを発揮してきたのか」を確認することから始めよう。結論から先取することになるが、従来は、「そもそも看護職の頭数が少ないことが、国民や医師や看護婦に犠牲を強いいる根本原因だ」とし、とにかく看護職（看護婦、准看護婦）の数の養成と、その確保対策を急務としてきたというのが一般的なところであった。

たとえば、労働組合は労働条件改善のために昭和40年以来、人事院のニッパチ（複数人数での月8日夜勤）判定を楯に、ニッパチ定員確保運動を展開してきたし、医師会は医師の介助者の不足が、正常な診療業務を遂行する上で支障を来たしているという観点から、看護職員の頭数の確保に躍起になった。それは看護制度改革検討会に出された、日本医師会の意見をみても明らかである。

〔事例1〕 看護制度改革検討会資料（日本医師会の意見）

現在の看護婦不足の緊急対策をどのように解決する

1) このような構想に基づいて、具体的な論旨展開をした拙稿「看護婦不足」から「看護不足」への発想転換を——看護需給論序説」（『ナースステーション』1975年3号、医学書院）をあわせて読んでいただければ幸いである。



* 看護婦の疲労徴候が特に平均より 10% 高い項目のみ掲げた。

** これらのうち(3), (4), (6), (9), (10)は一般的の婦人就労者の中で特に看護婦のみに訴え率が高くなっている項目である。

(出所) 東京都衛生局昭和49年「就労婦人健康実態調査」

図1 看護婦の蓄積的疲労徴候

かは一つの重要な社会問題である。この場合、医師の労力を惜しんではならない。

中卒あるいは高卒で、勉学の志あるもので倫理的要件を備えたものに対しては、医師はその労力を惜しむことなく、熱心に教育にあたるならば、日常の看護業務を行うには十分目的を達する場合が多い。今日の看護婦不足は、現在の看護婦養成制度にその源があることは衆目の見るところである。したがって、この養成制度を改めて、緊急対策を樹立すべきである。緊急対策としては医師の認定を中心にして、看護業務を医師の責任と、未熟ではあっても看護婦志願者の熱意とによってこれを補う方法が最も正しい。また、高度な看護婦で倫理的に欠陥のあるものよりも、不十分な学力であっても誠意あるものが患者の心をつかむことは、現実の姿としてこれを認めなければならない。

この場合における医師の労苦は大きいけれども、緊急対策としては、医師はその労苦をしのんで多数の看護要員を確保することが急務であると思う（傍点筆者）。（昭和47年9月 厚生省医務局資料）

また、政府・地方自治体行政当局も、これらの圧力の中で、看護問題とは「看護職の不足に原因がある」とした。そして主として現状の病床数の伸びと趨勢から、看護職の不足数を推定し、その分養成確保、あるいは潜在看護婦の活用対策を急いできた。

〔事例2〕

(イ)

昭和44年当初の看護婦就業者数は、26万7,000人

であるが、今後における病床数及び外来患者数の増加、勤務条件の改善等を考慮すると、看護婦の必要数は昭和50年末で48万人をこえるものと見込まれる。この必要数を充足するために、給与待遇の大幅な引上げ、職場環境の改善、養成能力の拡充、修学資金制度の充実、未就業看護婦の就業促進等の施策を計画的かつ総合的に推進するほか、看護制度全般の改善について検討する必要がある（傍点筆者）。

（厚生省昭和47年「厚生行政長期計画」より抜粋）

(ロ) 看護マンパワー確保施策の目標

国民医療において最も緊急な課題は、看護力の確保である。したがって、我々は今回の計画の最重点項目の一つとして、この問題の解決に取り組まなければならない。

昭和47年末の就業看護婦数は35万人、病院の病床数は110万床であるが、現在の看護婦不足は深刻である。

さらに将来、患者数の増加、2・8制の普及、看護水準の向上、勤務条件の改善、医療保険の給付率の改善、医療費の無料化の実施の影響を考慮すれば、所要看護婦数は大幅に増加すると見込まれる。

これに質・量ともに見合う看護力を確保するには、養成数の増強とともに、退職率の引下げ、潜在看護婦の活用などを図らなければならない（傍点筆者）。

（厚生省昭和49年社会保障長期計画懇談会）

このように、労働組合も医師会も政府・自治体当局も、それぞれ異なった立場からではあるが、看護職の養

成・確保対策を支持している。しかし、それらに共通している考え方は、看護婦不足問題は看護職の頭数さえそろえれば自ずと解決しうると発想していることであろう。つまり、医師会側は介助者の必要から、労働組合側は労働条件の改善の必要から、行政側はそれらの圧力を加えて、世論として反映している国民の要望から、それぞれ看護問題を解決するために、まず看護職の頭数をそろえなければならないという発想をとる。

ところで、それぞれ立場が異なるとはいえ、単に頭数をそろえるという点で発想を同じくしていることは、三者とも、独自の判断や計画能力を持った、自律的な看護職を望んでいるのではなく、他律的な看護職でもよいから、あるいはそれでよしとして、それらをそろえようとしていることを意味する。;

このような「頭数としての看護職者」の養成・確保という発想は、実は教育制度、勤務体制、看護報酬制度(看護料金・基準看護料)という諸制度の中にも、抜け目なく貫徹している発想である。

まず、勤務体制について、それを見てみよう²⁾。

勤務体制の根底に流れる従来の管理者的発想には、「最少の費用で看護職を雇い、最大の業務を遂行させるにはどのような勤務体制をとればよいか」ということが中心にある。

たとえば、40床で2人以上・月8日の夜勤をするとすれば、最低16名必要なのが、この場合、従来から一般的に採用されている3交替制での人員構成は、日勤5名、準夜勤3名、深夜勤2~3名となるのが通例となっている。そこである事務管理者は、日勤中の総看護作業量は夜勤(準夜+深夜)中のそれよりはるかに多いのだから、夜勤の方が人数が多くて作業量が少ないというのは不合理である、これは看護婦の無駄遣いだとして、8時~16時(8時間)、16時~8時(16時間)という変則2交替制を主張した。

ここに見られる姿勢には、最少の要員数(=安い費用)でいかに多くの業務をこなせるかという、頭数だけを気にした「看護職頭数論」のまさに典型的なものがある。

また、このような考え方の裏には、「看護労働とは、所与の業務を一定時間内に最少人員で最大限にこなすべき性質の単純労働にすぎない」とする前提があり、それでよしとする態度がある。つまり、看護職が独自の判断で業務計画を立て、それを実行していくという主体的な

看護を期待するものではない。看護業務というものは、自然に降って湧いたり、他から与えられたりするもので、看護職はそれらを機能的に能率よく処理すればよいという「没主体的な看護でよし」とする態度なのである。

これはまた、看護労働を担う看護職の養成制度の中にも反映している。

政府・地方自治体行政当局は、主体的な看護に「やり甲斐」と「誇り」を持つような看護婦を養成しようということではなく、単に一定時間内にノルマとしての業務を機能的に能率よくこなしてくれるよう、頭数としての看護職がいればよいと考えているらしい。

その消極的な姿勢の中から、病院当局や医師会がどんな質の看護婦や准看護婦を企業内養成しようともよいと考えているように読みとれる。

確かに医師会も、質のよい少数の看護婦を養成する必要性を訴えている。しかし、この場合の質とは、患者の健康問題に個別的に援助をする看護を考えてのことではなく、副医師的な看護を発想している。しかもそれらの業務を担う看護婦は少数のものに限られるわけで、他の大多数の看護婦は、医師の介助を中心に担う看護婦として考えられている〔事例3〕。准看護婦は、まさにこの発想の典型であり、看護婦といえども大半はこれと大差ない。

〔事例3〕 日本医師会のもつ看護婦像

(イ) 日本医師会のもつこれから看護婦像

……この技術革新といふものに對して計画的な導入ということなしに、今日の病院・診療所はそれを受け入れざるを得ないような形に追込まれてきている。そうなってくると、看護体制といふものは、もはや過去の看護婦さんたちが主張したような看護体制ではないのであって、技術革新の導入の中での新しい看護体制といふものを考えなければならない。

たとえばCCU、ICUにおいては、看護婦さんは相当な情報科学の理論的な理解者でなければこの施設の中で患者の看護をすることが不可能になってくる。看護婦さんたちはそういうことを知らないでも、お医者さんが管理しているからよろしいということでは、これからCCU、ICUの中での看護婦さんの地位といふものは、お手伝いさん以下になってしまうわけである。そういう点でも、今日の看護教育は、數えふやせばよいという時代ではなくなっていることが案外理解されていないよう思う。……

メディカルエシジニテリングやエレクトロニクスの理解なしには看護もできないということになってくる。

……

2) 拙稿「看護勤務体制論をめぐる諸問題」(『労働の科学』1974年11月号、労働科学研究所)に詳しい。

……看護婦さんの看護体制といふものも、古い看護婦さんの考え方の及びもつかなかった新しい時代がでてきていているし、……(傍点筆者)

(出所)『国民医療年鑑』昭和46年版日本医師会編
(日本医師会武見太郎会長談をまとめたもの)。
(ロ) 昭和31年日本医師会の看護制度改革案にみられる看護婦像

《看護婦について》

- ① 規定による看護婦すなわち高等学校卒業後三年間の看護婦教育をうけ、国家試験に合格し、免許を得るものと「高等看護婦」または「准看護師」とする。
- ② 現行の准看護婦の「准」を除き、「看護婦」とし、日本の看護婦の標準とする。その教育方法については、現行規定をさらに容易にする。すなわち、六ヶ月の学科、六ヶ月の指定病院実習、一ヵ年の各自の施設勤務でよいとする。
- ③ 現行法の中に、さらに「看護助手」の規定を入れる。その教育は、中学卒に3ヵ月程度の教育を行なうか、または検定試験によって免許を与える。

また就職者(=学生)を募集する際にも同じような姿勢がみられる。つまり就職機会の少ない農山漁村等にまで試験場を繰り出し、受験者の学業成績など二の次のことをとして、教育外的な生活特典を与えることで、まず頭数だけでもそろえようとしている〔事例4〕。

〔事例4〕 学生の教育外的特典と受験場所の出張 (例
神奈川県某市立高等看護学院)

(1) 教育外的生活特典

- ① 学生寮: 入居費不要 1室4名13畳(通学も可)
- ② 食費: 半額以上負担 (自己負担月額5,000円)
- (2) 被服等の貸与: 実習書、靴、靴下、キャップの貸与
- (3) 諸費用の学院負担: 実習、見学、キャンプ、交通費
- (4) 受験場所の出張

試験地: 当学院、仙台市内、熊本市内

そして、看護教育における教育理念についてみれば、国民の健康上必要な看護サービス(療養上の世話、保健指導等)を自らの判断によって提供できる看護職を教育していくのではなく、補助的・事務的な、つまり医師の指示に忠実に従う者を教育していくという理念が重んじられる。准看護婦教育はまさにこの典型的なものであるといえる。

このような養成体制の中で、主体的な看護に誇りを持ち、国民の信頼に応えうる専門看護サービスを提供でき

る看護職が育つはずがなかろう。多くは診療介助的・事務的業務に精力の大半を費やし、肝心の療養上の世話の業務に力を注げずにいるのが平均的な実情なのである。その結果、療養上の世話を中心とした看護業務は、非専門的な付添婦や、患者の家族に放任され、看護婦は事務・診療介助という業務にとびまわっている。

しかし、これらは何も教育体制の欠陥による問題だけではない。現行の社会保険下においては、「看護をしなければしないほど、病院として報酬が高くなる」という不合理な看護報酬制度しかないが、これも病院経営面から大きな問題要因となる。すなわち、看護料金、基準看護料金という名の報酬制度は、主として患者対看護要員(看護婦、准看護婦、補助者)の比によって規定されているが、これは看護固有の技術サービスに対する報酬制度ではない。したがって、現在のような粗末な「業務監査制度」しかないとき、看護要員の一定の頭数さえあれば、そこでいかなる看護サービスをしようがよいということになるし、しかもその方が病院経営上よいというなら、なおさら看護要員は頭数としての業務にとびまわるであろう³⁾。

たとえば、治療サービス(処置や与薬等)に対する料金制度はあるが、看護固有の技術サービスに対する料金制度はない。そこで、体位交換という看護サービスをしないで、患者に床ずれをつくらせ、その床ずれの治療サービスをすることによって、かえって病院としてはもうかるという、極めて不合理な事態をもつくりだすことにもなる。要するに看護職が行う独自の判断(see)と計画(plan)による業務実施(do)に、財政、会計上の収入保証がないということなのである。

このように看護の基本的諸制度は、看護職自身の独自の判断(see)で業務計画(plan)を実施する(do)という考え方ではなく、もっぱら与えられた時間内で機能的に実施(do)してゆけばそれでよしとする、頭数論的発想でつくられているといえる。

III 頭数としての看護婦と不足問題

前節で主張したように、一般に看護婦不足と呼ばれる問題は、看護職の頭数が絶対的に不足していることにあると理解されてきた。そのために看護職の頭数を養成・確保すれば、問題は解決すると考えられ、またそのような考え方で多くの施策がとられてきた。しかし現実には、解決どころか、ますます深刻の度を深めているのである。こ

3) 抽稿「基準看護料金の基本的改正」(『社会保険旬報』1974年1月号、社会保険研究所)に詳しい。

これらの施策に一体どのような問題点があったのであろう。そこでここではこれらの施策が不首尾なものにならざるをえなかった原因について、再検討してみようと思う。

確かに、保健医療についての思想や技術の発達に伴って、予防や治療や検査等の介助業務の必要性が飛躍的に増えた結果——医療介助業務も看護婦の業務の一つである以上——看護婦の業務量も激増せざるを得なかつた。また、人口構成や疾病構造の変化に伴つて、老人や成人病や慢性疾患等のように手厚い看護を必要とする病人が激増し、同時にそれらに対する医療扶助および保険政策がとられて、患者そのものの絶対数が増えたことで、看護の業務量は、さらに膨大化せざるを得なかつた。にもかかわらず、従来のように病床数等を基準に看護の必要要員数を算定する（昭和23年医療法施行規則によって病院は入院患者対看護職者比が4:1 必要）のでは、現場の実情に程遠いものになる。

したがつて、看護婦の深刻な不足状況をつくりだし、国民に犠牲を強いた元凶は、この現場の実情に合わない必要看護要員数でしか行政が定員規定しなかつたことにある、と早くから言っていたのも、一面的ではあるが、根拠のあることであった。つまり、さきのような介助業

務を主とする看護業務の激増にもかかわらず、医療法施行規則や基準看護料金等の中で、必要要員数の基準を改めなかつたことが、深刻な不足問題を醸成したということになる。

このように考えてくると、最近、社会保障長期計画懇談会の「看護婦需給計画について」（1974年2月）の考え方のように、病床数対看護婦数をイギリスやスウェーデンなどに3:1（1970年現在）にすれば問題はなくなるかの感がある（図2）。しかし、ある論者の指摘するように、平均在院日数の長い日本（33日）と、その短い欧米（10日前後）とを、単に病床数対看護婦数で比較しても、供給される看護サービスの量と質の多寡を云々することにはならないという比較法上の問題がある。このことを別にしても、病床数対看護婦数が3:1のような基準を保つに必要な看護職数をはたして確保できるかどうか、これが決定的な問題の一つとして残る。

現状（1969年現在）のようく病床数対看護職数の5:1の場合の1.5倍もの看護職を果して養成・確保し得るだろうか。

病院というのは、前述したように看護婦および准看護婦が入院患者4に対して1必要となっているが、現状は、

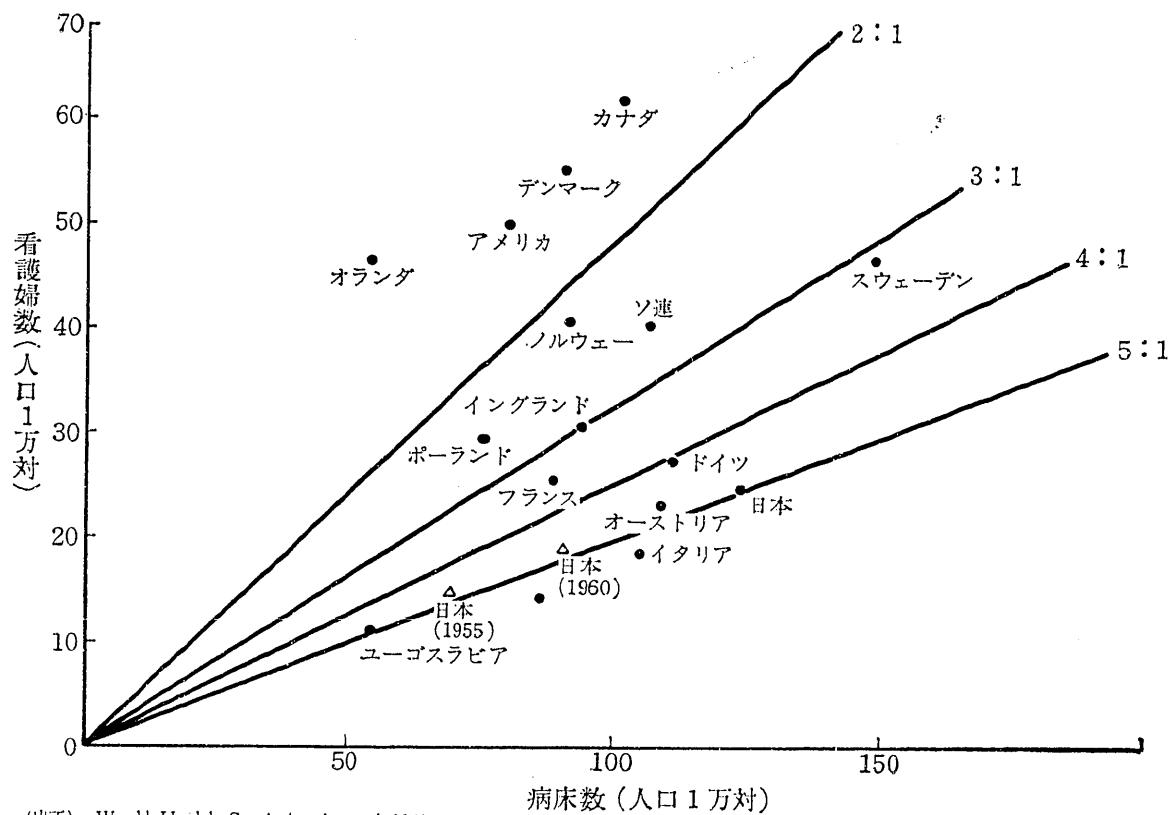


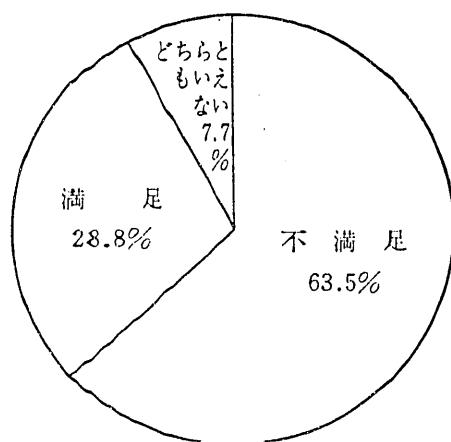
図2 病床数と看護婦数の関係（1969年）

社会保険診療報酬支払基準制度に見られるように、補助者も加えてよいと解釈され、その基準で運営されている。しかし、それでも不足は避けられず、中小病院はほとんど基準看護がとれていない。

こうした中で厚生省は、年來の発想である潜在看護婦の再活用という政策にも大きく依拠するつもりでいるらしい。が、従来からそのための経費（再教育講習費、就業促進費等）が多くとられながらも、潜在看護婦を再活用し定着させることができ、ほとんど困難な実情を踏まえて、大変悲観的なことだといわざるを得ない。というのは、診療所等は別として、病院では昔と違い医療技術が格段の進歩をしているし、看護内容も大変異なってきていている。したがって、短期間の講習会等で間に合わせられるものではないし、たとえ再就職したとしても長続きしない。図3に示したように、再就職者の圧倒的な不満度はそれをよく表わしている。

確かに厚生省の資料が示すように、潜在看護婦の再活用のための講習会を受けた看護婦のうち、50%が再就職するかもしれない。しかし、さきに述べたような医療や看護内容の変化による継続就職の難しさを別問題にしても、結局、労働条件の劣悪さに変わりはないし、また、仕事の満足度が低いことなどから（図3）、長期の就業は困難であろう。

したがって、今やこのような、専ら頭数だけを増やそうとする姑息な政策によって不足問題に対応するときではない。いや、むしろ逆に、そのように頭数を増やそうと



(出所) 大谷「昭和48年神奈川県における看護婦等再就職者の現状について」の調査（『看護』 Vol. 26 No. 12）

* 不満足の理由は調査されていないが、改善点のフリーアンサーがあるのでそれから判断すると「保育所問題」「労働条件問題」「再教育問題」であると思われる。また「再就職しても昔と問題があまり変わらないのにびっくり」する人がいることも留意しなければならない。

図3 再就職者の勤務の満足度

いう看護婦確保政策そのものが、不足問題の元凶であると考えるべきであろう。このような問題提起を裏づけるためには周到な準備が必要であるが、本稿では従来主張してきた看護婦の離職原因をもう少し突っこんで考えてみると、その論拠の一つを提示してみよう。

周知のように、看護婦や准看護婦は年々、大変な数の離退職者が相次いでいる。たとえば、昭和42年から47年までの5年間に、看護婦は毎年平均7,800人が養成されて就業する一方、約2,400人が退職、准看護婦は約25,000人が養成されて就業し、約15,000人が離職、そのうち進学者を除くと、約6,300人が看護界を去っていた。これを年齢階級別に推定してみると表1のようになり、40～44歳までの看護婦、准看護婦の定着率はそれぞれ70.2%、41.9%（看護婦学校への進学者を定着とみなす場合。それを定着とみなさない場合は28%）となっている。また、保健婦も毎年約800人が養成されて就業するが、一方で約610人が辞め、助産婦になると581人が養成されて就業するが、それを約2.5倍上回る1,437人が離退職している。また、日本看護協会の『保・助・看会員実態調査』（昭和48年）によれば、現在就業している看護職のうち、看護婦の44.8%、准看護婦の64.4%、助産婦の30.1%、保健婦の29.4%が、「看護職を辞めたい」とか「続けるかどうかわからない」という消極的な態度を示している。これは実に深刻な数字である。

このように大変な数の離退職者が続出する原因については、つとにいろいろ論じられてきたが、主な原因として考えられてきたのは、労働条件の問題である。この労働条件については、労働組合が従来から改善要求をしてきたし、行政当局も労働条件を改善すれば、不足問題解決の糸口がつかめると、及び腰ではあるが考えてきた。

確かに婦人労働としては尋常でない夜勤労働、その割には低すぎる賃金、これらは看護婦不足をもたらした最大の原因に違いない⁴⁾。しかし、看護職にとっては、夜勤労働は業務上避けることができない、必要不可欠のものだと考える人が多いように、また、乳幼児を持つ人が、何とか他人の援助によってでも看護職を続けようとする人々が少ないように、彼女らは苦しい勤務条件に負けて離退職していくものではない。なぜならば、そのような離退職の主な原因と思われる「責任の重さ」「業務のつらさ」「業務の困難性」等のような苦痛は、試練として

4)拙稿「今日の看護労働の実態とその諸問題」（『日本労働協会雑誌』1975年6月号）。「看護職者の労働問題」（『月刊労働問題』1975年8月号、10月号、日本評論社）。「現代の看護労働試論」（『保健婦雑誌』1975年9月号より連載）。以上の三論文において詳しい論旨展開を試みている。

表1 看護婦及び准看護婦の定着分析

(イ) 看護婦の年齢階級別定着率

年齢階級	定着率
~29(歳)	79(%)
30~34	85
35~39	95
40~44	110
45~49	107
50~54	102

(ロ) 准看護婦の年齢階級別定着率(進学者を定着と考えない。定着率; 同上)

年齢階級	定着率
~24(歳)	75(%)
25~29	39
30~34	76
35~39	107
40~44	119

(ハ) 准看護婦の年齢階級別定着率(進学者も定着と考える。定着率; 同上)

年齢階級	定着率
~24(歳)	83(%)
25~29	49
30~34	78
35~39	111
40~44	119

(ニ) 看護婦一人万を達成した場合と准看護婦二万人を達成した場合との定着数の比較試算

年齢階級	看護婦新卒就業者数 10,000人	准看護婦新卒就業者数(※) 20,000人
~24(歳)		16,600
25~29	~29(歳) 7,900	8,134
30~34	6,715	6,344
35~39	6,379	7,041
40~44	7,017	8,379

(※) 進学者も定着とみなす。

40~44歳までの定着率。看護婦 70.2%, 准看護婦 41.9%

- * 基礎データ
- ・厚生省「報告例」43年度版、48年度版
- ・2年制看護学校、3年制看護学校、准看護学校の入学者の年齢階級別分布
- ** 算出方法 48年度の各年齢階級別就業者数の43年度における5年前の各年齢階級別就業者に対する百分率。但し卒業時高齢者や潜在看護婦の顎在化による中途参入者を含む。

積極的に受けとめられ、翻って自らの人格形成の一助となるものであり、仕事の喜びと充実感を一層増すように転化し得るからである。

ところが、看護職としての独自性を失った介助業務の中で、他律的な労働にエネルギーの大半を奪われる看護

婦にとっては、劣悪な勤務条件はやや異なった相貌をもって受け取られる。それはもっぱら「苦痛」という受動的なもの、さらには「苛酷」という否定的なものとして意味づけられてくるのである。たとえば、日赤病院を典型とした昭和35年以前の病院の勤務条件は、客観的に見ても大変苛酷なものであった。そのような時代に比べて、客観的に現実的にも数段よいはずの現在の勤務条件下でも、いまだに苛酷だとして離退職する看護婦が絶えない。なぜだろうか。

確かに昔のように「生きるか死ぬか」という苛酷な勤務体制はなくなった。しかし、他方では、昔日の看護に比べ自己喪失的な介助業務が増え、患者と接する機会が失われ、仕事に喜びと充実感を見出すことが少なくなった事実がある。このため、勤務条件が改善されても、その苛酷な相貌は据え置かれたまま今日に至っている。

立場は変わっても、人間対人間の仕事であり、多様性を持つ。それだからこそ、己の全人格を傾注しなければならない仕事なのである。ところが現実は、介助業務に終始し、自分の力を傾注できないまま、そんな自分にはがゆさを覚えながら毎日を送っている。これほど苦しいことはなかろう。

ところが、2節で述べたように、介助の頭数としての業務しかできない勤務体制、さらには頭数としての業務しか評価しえない基準看護料金体制等は、医師等から指示、命令された業務を忠実に遂行するような看護婦を養い、その業務を遂行しやすいように——というより、指示された介助業務しかできないように——勤務させ、また介助業務こそ評価するが、「療養上の世話」等を中心とした主体的な業務を遂行する看護婦を養い、そのような看護婦を生かすような勤務をさせたり、評価するようなことは、決してしない。

看護婦の多くが、看護の主体性という言葉で、理念として強く訴えてきたように、看護業務の主体的な体制づくりを求めている。彼女たちは、自らの独自性を失った介助業務の中で、他律的な労働に主要なエネルギーを使い果たす従属的な毎日から一刻も早く脱け出し、そして「療養上の世話」等に見られるような独自的な看護業務の中で、自己を律しながら、自己発展する喜びと充実した自立的な毎日を送ることを強く望んでいるのである。

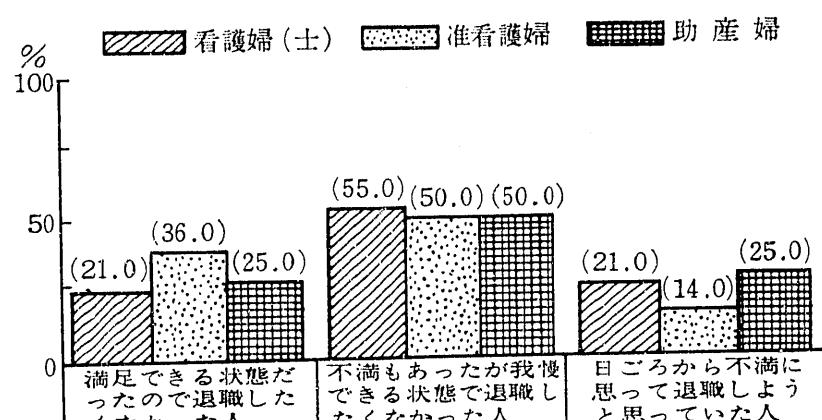
しかし今日、そのような理念と現実との間のギャップは、以前にも増して広がり、現在の業務の中では自己の存在意義が感じられないという看護婦が大変多くなっている。自分は毎日何をやっているのだろうという疑問と混乱の中で、職業生活を送っている看護婦が少なくない。

ところで、私達はこのような「やり甲斐のなさ」「張り合いのない」職業生活が看護婦の離職動機を高めているものであり、慢性的な不足状況をつくっている根源ではないか、という疑問を持っている。確かに從来から言われているように、離職の直接の原因は、「結婚（20.5%）」であり、「育児（8.0%）」であり、「その他の家庭の事情（18.0%）」（昭和49年「退職看護婦の実態調査」日看協東京都支部）などである。しかし、これらの原因はむしろ欲求不満の転嫁材料であることが多い。たとえば、東京都の「看護職員の退転理由調査」（昭和48年）によれば、看護職の退職者の中には、「日頃不満に思っていることがあり、前から辞めようと決意していた人」が21.3%もあり、また、「我慢できる状態であったが、不満があった人」が55.0%もいる。これを合わせると76.3%の人が「仕事に不満を持っている」のである（図4）。

また不満の原因で一番多いのは、「上司の職場管理の仕方が納得できず、素直に指示に従えない気持ちを持っていた」であり、看護婦14.7%，准看護婦26.2%，助産婦18.2%。次に「忙しいため、患者さんの面倒を充分にみられないことが多く、毎日心残りだった」が、看護婦13.7%，准看護婦7.1%，助産婦9.1%となっている（ただし、准看護婦は「夜勤が多い」（11.9%）が第二の悩みとなっている（図5）。

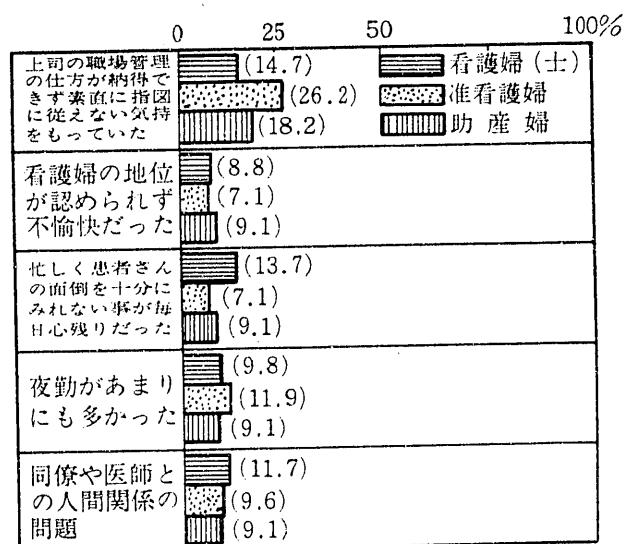
ところで、北尾誠英氏らのM会社C造船所における事例研究（昭和48年）によれば、「仕事のやり甲斐」は「仕事そのものの創意や工夫の余地、そしてそれが持つ意義」や「上司への信頼や監督のやり方」によって形成されていることが実証されている（北尾編『定着の科学』昭和48年、産業能率短期大学出版部）。さきにあげた看護職の離職理由の上位2つが、図らずもこのことを実証しているのである。もはや「仕事のやり甲斐」の喪失が、離職の根源的な原因となっている現状は否めまい。

また、北尾氏らの実証分析では、「仕事のやり甲斐」は定着動機を高める第一義的な要因であり、その喪失は賃金、労働条件が悪い等のキッカケ要因によって、欲求不満の転嫁が可能になると、欠勤・無責任・反抗・孤立といった不適応兆候を示すようになり、新しい職場が見つかったり、同僚が辞めたり、ボーナスをもらったり等の第二次的なキッカケによって離職行動をとるだろうと指摘している。この分析に基づけば、さきにあげた東京都の離職看護婦の約30%は、「仕事のやり甲斐」の喪失



（出所） 東京都昭和48年「看護職員の退職理由調査」より。

図4 勤務していたときの不満の状況（職種別）



（出所） 第4図と同じ。

図5 「何かしら不満をもっていた人」の不満の内容

が原因で離職したケースとなろう。

このように看護婦不足問題は、ただ看護婦の頭数論からみた労働条件だけの問題に帰するものではなく、「仕事のやり甲斐」という個々の職能主体の問題としても検討されなくてはならない。

同様の問題は教育制度についてもいえる。すでに准看護婦教育を典型として言及したように、教育的にコストの低いことが、あるいは安い募集をねらった教育外的特権が、看護職としての「誇り」を喪失させ、離職を促す大きな原因の一つである。不足問題は教育面からみても頭数論の発想を超えてはならない。

このように考えてくると、確かに労働組合や行政当局や医師会の頭数としての看護婦養成・確保対策は、一面では正しいが、他方では非常に重大な問題を見逃してい

るために、事態をかえって深刻化させている。といつても、私達の主張する論拠もまだ一面的にすぎず、まず第一に、看護婦がいくら望もうとも、國民からみて看護という仕事の中に主体性、自立性を求める必要があるのかという問題、第二に、医療にとって大切な介助業務を看護婦が専ら行うということがないなら、一体誰が担うのかという問題、最後に、たとえ看護業務の主体性を求めて、現在のように劣悪な労働条件の中で、なす術があるのかという問題に答えなければならない（この問題に関しては註4に掲げた論稿を参照していただければ幸いである）。そこで、まず第一の問題から考えてみよう。

IV 看護の喪失と保健医療問題

もし看護業務が医師の介助だけではなく、それ自身の主体性・自立性が真に必要だとしたら、今日のように没主体的な看護に陥っていることは、何か大きな問題をひき起こしているに違いない、という仮説を立てて論考を試みてみる。

まず、今日の保健医療問題という事象を看護の主体性の喪失現象だという視点から捉え、看護婦がその喪失からの巻き返しに、黙示的ではあるがいかにその使命感を燃やし、充実と喜びを感じてきたかを浮き彫りにしてみよう。そして、それによって問題状況に闇雲に闘いのエネルギーを注いできた姿勢を矯正し、看護婦の闘いの狙いを定かなものにしようと思う。

ところで、今日の保健医療問題は、ある側面から捉えると、國民の保健医療サービスに対する不信に根ざしているものであると言えまいか。たとえば、病院医療ということについて見れば、國民の不信は、医師がしばしば医療問題の元凶と呼ぶ健康保険の診療報酬制度の中に最もよく表われている。

ヤブ医者でも名医でも同じ点数であり、検査や処置等の手のかかる医療をすればするほど儲かるという、現物給付・出来高払い制を持つ不合理な点数（料金）制度の存在。それは、医師が手のかからない名技術サービスと称して高く請求する点数を、安易に額面どおりに受けとて支払うほど医療サービスに信頼を寄せることができないからではなかろうか。

確かに、他国に先がけて医療サービスの享受機会を民主化した健康保険制度は、大変結構なものであった。だが、なぜ國民は医療サービスに対して不信の念を抱くのであろう。そこで考えられるのは、次のことである。

絶対的にとまでは言えないが、理念としての医療の主体は患者にあると呼ばれている。しかし、実際の医療の

中には患者の主体性など存在しない。あたかも「モルモット」のようであり、「やっかいモノ」であるような扱いを受けているのが実情である。國民は、医師の財を築くための「虎の子」であったり、また、医師の業績を生み出す「モルモット」であったり、どちらにも役立たずの「やっかいモノ」であったりしている。このことが國民に不信の種を植えつけてきたのではないか。また、このような現代医療の中で、モノ化された人間関係への反発が、健康保険制度に集約されているのではないか。

だが、一方では医師会の言うように、問題のある健康保険制度は、支払い側の企業や健康保険組合等にその原因を求めることがあるかもしれない。しかし、この制度を支えている國民的な共鳴盤は、この医療サービスに対する不信感にあると言っても過言ではなかろう。

このような病院医療を中心とした問題のほかにも、保健所の保健サービスに対する住民の不信という大きな問題がある。たとえば、各地域住民の各種健康情報の収集・分析、管理の効率化という名目で行われようとする「地域保健医療情報のシステム化」に対して現われる住民の感情的な反発などをあげることができる。

確かに、スウェーデンを中心としたスカンジナビア諸国情報ネットワークをはじめ、世界の先進国的一般的な傾向として、さきのような情報のシステム化の必要性が主張され、それなりに評価されている。日本でも、「保健所問題懇談会基調報告書」（昭和47年7月）等によれば、保健所が保健センターの名のもとに國民の健康の情報管理を担う必要性があると主張されている。

しかし、日本の住民は、このような管理的発想に大変な不信感を抱いており、既に感情的ですらある。それは、明治以降に行われてきた社会防衛的衛生行政の縦割行政によって、住民の主体的な生活姿勢が無視されてきたことに原因がある。つまり、住民の個人の秘密が、いつばら尋かれ、そして社会防衛の名のもとに彼らの自由な生活がいつ抑圧されるか知れないからである。このように住民は、日本の衛生行政のモノ的取扱いに大変な反発を持っている。

とはいって、病気になったり、また、その不安があるとき、さらには死を前にしているときでも、患者ははたして自らを「モルモット」や「やっかいモノ」以前の、主体的存在として認識することができたであろうか。既に病気であることによって、何らかの主体的な生活が乱され、あるいは喪失し、世の中の「やっかいモノ」として登場していたのではないのか。

そもそも彼らは、病気であることで今日においては既

に「モノ」なのである。だから、この世で生きていくために援助を必要とする「やっかいモノ」となった、あるいはなるかもしれない「モノ」としての自分に大変な戸惑いを感じ、援助を使命とする専門家に救いを懇望している。そこで医師は、このような悩みを持った、あるいは持つかもしれない傷ついた国民に応えるために、一方では公衆衛生医が公衆衛生調査等によって健康上の問題を発見し、そして衛生行政・教育・検診等を行って問題発生の予防・発見をし、他方では臨床医が患者の肉体にメスを入れ、縫合し、薬を与え、あるいは放射線を照射し（現代治療法の三本柱である外科療法、薬物療法、放射線療法）、その予防や治療を完全なものにしようとしてきた。

このように公衆衛生医も臨床医も、国民の健康生活を維持するために、予防・回復・増進に努めてきた。しかし、医学が人間をあたかも「モノ」のような対象物と見なして、診断や治療上必要な法則を見出しているように、公衆衛生医・臨床医の相手は、生きている人間ではなく、方法的に「モノ」として扱われる対象物である。したがって、一つには患者が従来、人間としての主体的な生活姿勢を喪失し、世の中の「やっかいモノ」となっていることから、もう一つには、患者を対象物と見る医学的方法を主導的とする保健医療サービスに依存せざるを得ない患者、この二つの理由から、患者（国民）は保健医療の中で主体としてではなく、もっぱら「モノ」として存在してきた。そこでは、患者は自分の身体や心の問題でありながら専門家に無条件に任せるほかなく、医師を絶対的な権威者と考え、「優れた」治療や予防を受けるためには、あらゆることに耐え忍ばなければならなかった。

ところが、このような医師と患者の関係に変化が現われてきた。さきに述べたように、国民は「モノ」のような対象物と見なされて、一方的に与えられる保健医療サービスに対して不信の念を抱き、抵抗する構えを見せ始めたのである。つとに言っていたことであるが、それは、治療技術が跛行的に進歩し、特に学用患者に象徴されるような事象、つまり、患者をモルモット的対象として扱うような状態や、医師のモラルの退廃に起因することである。しかし、原因はそれだけではない。

精神科医のなだいなだ氏が言うように、「医者そのものは昔とさほど変わっていない。といって医者が悪くなっていないというのではない。昔から結構悪かった」のである。では一体何が変わり、何が原因であったのか。彼は続けて言う。「さっきもいったように、正直のところ昔も今も医者は特に変わっていない。変わったのは患

者の方……医学的な知識を持った患者も多くなってきて、医者の手のうちがわかってきたから、権威も落ちた……もちろん、患者全体の知識が増したというわけじゃない。一部の人たちだけれど、医者のごまかしにだまされなくなって、そのからくりを新聞や雑誌に書くようになった。すると、全体的な知識のない人間も、からくりの説明を読めば、その点だけはわかる」（なだいなだ『権威と権力』岩波新書、1974）。少々引用が長くなつたが、要は昔に比べ医者の姿勢が悪くなつたというより、患者が医学的知識を多く持つようになってきて、医師の姿勢を批判するまでになつたということである。だから、その点において医師と患者との関係が変わり、患者は単に保健医療の中の対象としてのみでなく、主体者として参加し、さらには医師をチェックする必要があると考え始めたということなのだ。

しかし、国民のこのような保健医療に対する批判意識は、単に医学的な知識を多く持つようになつたということだけによるものではない。「健康権」という言葉に集約されているように、その前提には「国民はすべて国の責任において健康な生活を送る権利がある」という人権意識の高まりを必要とした。

今日、国民は病気になったからといって単にその個人的責任を問われ、「やっかいモノ」として扱われるのではない。病気とは、保健医療サービスに対する国家的な責任の不在を示すものであり、国の保健医療サービスが十分でないことに原因するものである。——国民の間には、このように公共的な問題として認識する気運が高まっている。

実は、このような人権意識を背景として、医師と患者との一方的な関係が問われるようになってきたと言ってもよいだろう。つまり、病気になったのは、国の責任において保健医療サービスが十分でなかったことに問題があり、ことに保健医療サービスを事实上担わなければならない医師の姿勢を、国が自らの責任においてチェックしていないことに問題がある、と国民が考え始めたということである。

医師と患者との関係を変化させた原因是、もう一つある。

保健医療技術の進歩には著しいものがあるが、それに伴う疾病構造の変化もまた激しい。つまり、感染症のように、治療が決定的に重要な役割を果たす疾病は減少し、それに代わって、成人病のように、「自分の病気のこととは、医師よりも自分の方がよく知っている」とか、「治療だけでは治らない」、また「感染のように他に迷惑を

かけず、急激な痛みを伴わない」といった慢性疾患等のような疾病が増加してきた。こうなってくると、今までのよう医師を絶対的な権威者として自分の身体や心の中のすべてを任せのではなく、治療の選択を含め、予防・回復の過程で自ら医療に参加し、自らの健康を図らなければならぬという気運が生じてくる。

以上のように、国民（患者）は保健医療サービスを「やっかいモノ」という卑屈な姿勢で享受するのではなく、健康向上のために国家的に保障されるべきサービスとして享受し、しかも権威者によって一方的に対象物として見られるのではなく、自ら保健医療の主体者として参加しなければならないという意識を持ち始めた。

要するに国民のこのような意識変革の気運が、従来の保健医療サービスに対する不信感を醸成してきたと言える。しかし、最後になるが保健医療サービスに関して国民の不信感を醸成するいま一つの元凶が残っている。

従来、保健医療サービスと言えば、それは主として医師によるサービス供給と考えられてきた。さきに述べたように、医師は患者の持つ一般的な医学的法則性の発見（診断）や、それに見合った処置的サービスの適応（治療）に関心を持ち、責任を持つとする。しかし、喜びや悲しみを持っている患者（人間）そのものに关心を寄せ、患者自身が自分の健康をどのように問題にし、それをどうしたいのかという、個別的なニードにまで関心を広げ、そのようなニードの充足を援助することにまで責任を持つとはしない。というより、むしろ医師の関心と責任の向けどころは逆なのである。医師は、診断と治療上の客観性を得るために、患者（人間）を個別的にみるのではなく、より一般的な対象とみることを方法上の前提としている。確かに診断上、治療上必要な限りにおいて、患者の個別的なあり方を問題にはする。が、それも診断や治療の客観的な判断を期するためのもので、患者の個別的なニードの充足を最終的な目的とするものではない。

このようにしてとにかく患者は、自分の健康上の個別的な悩みについての専門的な援助を受けられず、一人で耐え忍ばなければならないか、あるいは家族や病友の非専門的な援助に依存しなければならない。そのため、しばしば思わぬ事故に遭遇することになる。たとえば、手術を待つ誰しもが持つ不安は、手術の内容や、手術後の排便・排尿をどうするかである。しかもその不安は、患者個々人によって微妙に異なり、それぞれ異なったニードを持つものだけに、個別的に対応しなければ援助できない。ところが実際は、医師の冷たい姿勢や取り次いでく

れそうもない雰囲気や、たとえ取り次いでもらえたとしても一般的な説明ですまされることから、患者は隣の病友や家族に不安を訴え、彼らの中途半端な情報で逆にますます不安を募らせ、予期せぬ事故を起こすことがある。

このように患者が保健医療サービスに不信の念を示すいま一つの問題は、人間として、かけがえのない個別的なあり方が無視されてきたことにあるのである。これは、医師の（行う狭義の医療サービスの）質の低下という問題よりも、むしろ患者の健康上の問題に個別的に援助を行う職種のサービスが十分でなかったことに問題がある。

さきに述べたように、医師のサービスは、主として患者をより一般的な対象として捉えそれで診断や治療上の客観性を得ることに成功している。したがって、患者を対象というより生きている人間（主体）として捉え、その人の持つ個別的なかけがえがないあり方を尊重し、彼の健康上の問題に個別的な専門援助を行うというサービスは、医師という職種ではなく、別の職種で担われた方が適切である。

では、その職種はなかったのか、と思われるだろう。実際的にはその職種が制度上確立されているかどうかは別問題にして、従来、その職種を看護職と言ってきたのである。と言っても、すべての看護職が患者への個別的な援助に関心を持ったり、責任を持つとはしていない。これは何も日本だけのことではなく、外国の看護界も似たり寄ったりなのだが、日本の看護婦についても、患者への個別的な援助という看護独自の業務の確立を目指す層と、副医師的な層、医療介助者としての層というふうに、大きく言って三つに分かれている。だが、昭和41年の新カリキュラム編成に見られるように、看護婦は患者の健康上の問題に対する個別的な専門援助に関心を持ち、それに自らの責任を見出そうとしている。そして、そのような責任を感じたからこそ介助業務体系に抵抗し、看護の独自性を主張してきた。（但し、患者への個別的な専門援助が看護婦のみによって担われてきたというつもりはない。確かに医師も——特に家庭医や産業医——看護職によって本来担われるべき個別的な専門援助をしばしば担ってきたのである。）

いずれにせよ、このような個別的な専門援助を与えることに最終的に責任を持つもの（真正の看護職）は、厳密に言えば制度的に欠落しているか、または軽視されていることは確かである。しかし、本来看護婦とは、このような責任を担う主体者であるはずである。にもかかわ

らず、看護婦は一体何をしているのであろうか。

既に言及してきたことだが、従来保健医療サービスと言ったとき、それは主として医師のサービスを意味し、看護職のサービスは制度的に大変軽視されてきた。一方では、保健医療の専門分化や技術の進歩につれて、その業務量も加速度的に増え、看護婦が本来行うべき看護の業務量も増大し、加えて、法的に看護婦の業務となっている診療介助の業務量が増大する傾向にある。だからこそ、看護婦が患者の個別的な援助に貢献する必要性が高まっているのだが、介助職種の身分化、定員化措置のないままに業務量だけ増大したため、看護独自の業務が介助業務に圧迫されて大変おろそかにされてきた。これはまた公衆衛生看護についても言えることなのである。

このような看護の後退の原因をつくったのは、看護婦が己の使命である看護を守る努力に欠けていたことに一因があるが、2節で述べたようにそれ以上に法的(保助看法)・教育的(企業内教育)・財政的(看護料金問題、対人保健サービスの財政的保証の縮小等)・労務的(過少な人員で過大な効率を狙う)諸制度に起因するところが大きい。

とにかく、介助業務の肥大化によって、看護は大変な後退をしてしまった。このような看護の後退、あるいは喪失こそ、患者(国民)の医療に対する不信を募らせた最も大きな原因の一つであろう。確かに国民自身の健康に対する意識の変革が、医療不信を大きな声にしたが、患者と医療専門者との関係が、このような国民の意識変革に伴って変化してこなかったのである。つまり、保健医療の中での看護の主体的な比重が高まってはこなかったのである。

裏を返せば、保健医療の場において、患者がもっぱら「モノ」としてではなく、人間としてのかけがえのない、個別的なあり方が尊重されなかつたことであり、そのようなことに最終的に責任を持つ看護サービスの独自性、自律性が極めて軽視されてきたということである。

このように考えてくると、保健医療問題と看護問題は不即不離の関係にあることがわかる。したがって、看護職に対する法的・財政的・教育的・労務的自律性を確保し、看護業務の主体性を確立すること、これこそ国民あるいは医師がそれぞれ思惑を込めて保健医療問題と呼ぶ問題を迂回しながらも、根本的に解決していく一つの方策であるといえる。

ところが残念なことに、政府・自治体当局や医師会は、その反対の方向に問題解決の糸口を見出しているのである。

V 保健医療の中の機能分化と看護

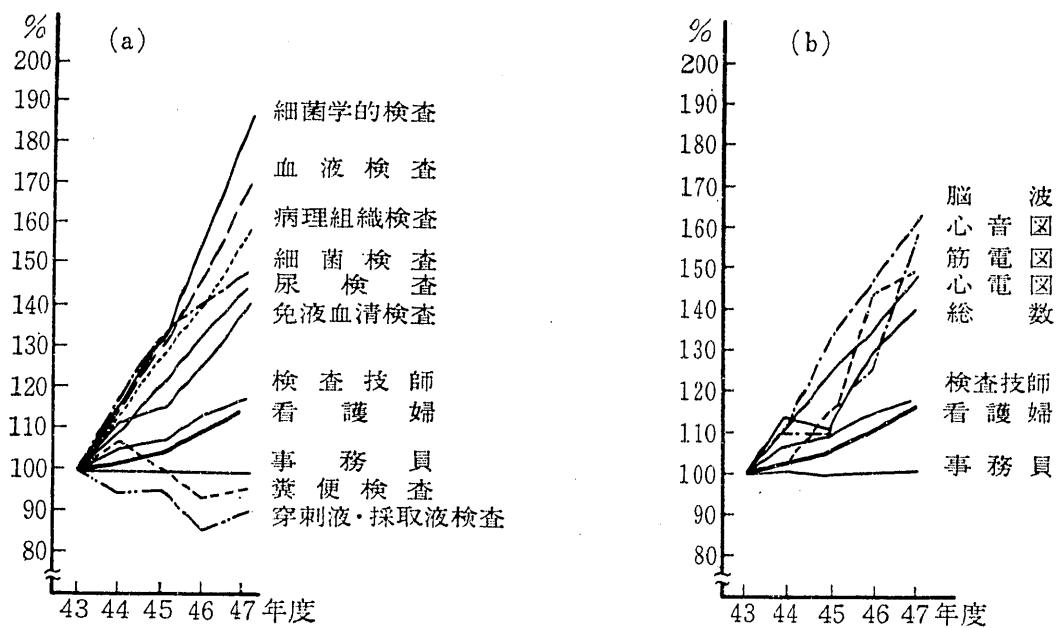
次に、第二の問題である「医療にとって大切な介助業務を看護婦が専ら担うことではないというなら、誰が担うか」——に答えるため、従来の看護業務の機能分化していく必要性について述べよう。

確かに、保健婦・助産婦・看護婦法で規定されているように、看護職者には「療養上の世話」や「保健指導」などという看護業務のほかに診療・検査介助業務がある。従って、医療の専門分化と医療の技術革新に伴って介助業務が膨大なものになっていく以上、看護婦の業務量が激増していくのは当然と言えば当然である(図6)。しかしその場合、自らの本来の業務をなおざりにしてまで介助業務を引き受ける必要はない。新しい療法士職種や介助者の身分化、定員化を図ってゆけばよいことであり、そうすれば、看護婦から看護本来の業務を喪失させるという、本末転倒の事態は起らなかつたはず。つまり、不足しているのは介助者や新しい療法士であり、看護婦ではないということである。

また、従来、看護婦の業務と考えられてきたものを機能分化させ、相異なった職種によって担われた方が、「療養業務」も「介助業務」も、「新しい療法業務」も、それぞれがかえって十全な機能充足を行うことができるはずである。というのは、「療養上の世話」を中心とした、患者の健康上の問題に対する個別的な専門援助としての看護と、「診療の介助」や「療法士(例えば人工透析士)」という、医師の行う狭義の医療業務とは、それぞれ正反対の業務論理を持っているからである。したがって、両者を曖昧にしたまま同一職種としてまとめ、業務を遂行させることは、かえってそれぞれの機能發揮を阻害することになる。(ちなみに、「療法士」と「診療介助」とは同じ狭義の保健医療業務でありながら、一方は自らの do(業務遂行) が独自の see(認識) と plan(計画)に基づく必要性を持つものであるのに対し、後者の do(業務遂行) は医師の see(認識) と plan(計画)に忠実に依拠する必要性があるという点で、それぞれは相異なる業務と言える。もしこの点が考慮されずに、これらを同一職種が行うことは、それぞれが機能不全を起こし、その結果、医師にも看護婦にも余計な負担を負わせ、ひいては国民にも犠牲を強いることになる)。

しかし日本の看護は——他の国々も似たり寄ったりであるが——残念ながら、業務上の機能は未分化であり、理論的に予想され得る通りの方途を歩んできた。

では看護業務は何故こんなに混迷した形で発展せざる



(出所) 厚生省医務局、昭和47年度「国立病院年報」

図6 臨床検査数と職員数の推移

を得なかったのだろうか。このことは、看護史をたどってみると実によく理解できる。

そもそも日本における看護婦養成とは、医師の補助者養成を意味したと言ってもよい。

明治17~18年には桜井女子学校、共立東京病院（慈恵会）、東都看護学校に、A・ベッテ、M・E・リード、リンダ・リチャードら、ナイチンゲール看護婦学校卒業の英米女性を招き、医学から独立した看護学中心の教育体制がとられた。が、第一に、婦人には参政権がなかったほど社会的地位が低かったこと、第二に、ドイツ式でなければ医師免許を付与しなかったほどのドイツ医学隆盛の中で、英米式の、医師から切り離された看護を受け入れる状態ではなかったこと、この二つの原因によって、看護という職業は医師への従属の中にしか存続できなかった。

しかし、第二次大戦後、GHQの指導でアメリカ並みの高い教養と技術を備えた専門職として、看護を確立しようという動きはあった。昭和23年にGHQの指導のもとに成立された保助看護法は、看護婦は医師に隸属するものではなく、対等の立場で相互に協同し、目的を遂行すべきものであるという、基本的な考え方を打ち出した。が、企業内教育体制、医療介助業務主導体制等々、医師への従属性の高い現実的諸制度の中で、法律上の改正という規範的な力だけでは——しかもそれが曖昧なために——看護を独立した業務として職業化させ得る、現実的な力としては極めて弱かった。

したがって、このような混乱した歴史の流れの中では、看護婦が「看護独自の業務を求める層」「副医師的な層」「診療介助者の層」と三つに分かれ、しかも同一職種者として位置づけられることもやむをえなかったとも言える。そして、「看護本来の業務」「新しい療法業務」「介助業務」という、それぞれに大切な機能はますます混迷した形で遂行されることになった。その結果、これらのすべてが機能不全を起こし、日本の医療サービスを偏ったものにしていった。これは既に述べた通りである。

以上の考察から、結論として「看護本来の業務」「療法業務」「介助業務」の機能分化を果たすべく、その促進を図るよう強く提唱したい。つまり、新しい療法職種や、介助者の大幅な身分化・定員化、そして看護本来の業務遂行を強力に推める自立的・独立的な看護制度の確立等を早期に実現することである。

といって、俗流の考え方の中にあるように診療介助業務と名のつくものは看護業務から一切放棄せよと言っているのではない。看護活動のない診療がないとの同様に、診療活動のない看護はあり得ない。看護婦は診療を、看護を生かせる一つの方法として、決して放棄すべきでない。それは看護婦にとって、実は診療介助業務は必要であるが、最終的な介助としての責任までとる必要はないということであり、診療介助者として最終的な責任をとる職種を定着させる必要があるということである。しかも、その「療法」「介助」業務を担う職種の名称は、看護という名称をいっさい用いず、看護婦との峻別を明示す

べきであろう。

とはいえる、今のような看護を取りまく権力関係の中で機能分化をむりにはかることは、現実問題として適切な方法ではない。なぜなら国民から看護固有の意義が理解されず、看護婦に自立的な「権限」が付与されていない現状があり、それだからこそ看護婦は他の権威ある医療従事者によって業務攪乱されてきたのであるし、みずからも業務の機能分化にともなう不安の前に、業務攪乱させる主体の一つに堕したのではないか。国民から看護固有の意義が理解されていない現状を無視して従来の看護婦業務の機能分化を強行することは、看護職自身が不安視しているように、自らの職業的立脚点を失うことにもなりかねない。

それゆえ、ここで強調されなければならない点は、機能分化とともに看護の実質を築く戦略的な方法の所在で

ある。ここでは紙幅上、その内容についての詳しい論及はできないが、私たちは「病院看護」に比べた「地域看護」を上述の意味での戦略性の高さを評価している。

今後、例えば病床利用率の低い各療養所がナーシングホームに転化され、また在宅福祉政策へ看護婦が参加したり、訪問看護料金の設定のもとに在宅看護政策が推進され、地域に根づいた看護を発展させることができれば、自らの業務を確保し、国民との職業的接点を確立していくうえでたいへん意義深いことである。

このように迂回的とも思えるこれらの諸実践にあいまって国民に看護固有の意義が理解されるようになり、また機能分化に耐えうる病院看護が確立されるようになり、その結果看護婦不足に関連する諸問題も根底から解決される一つの大いな契機をえるだろう。