



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	看護実践にかかわる社会的規定要因の素描 : 「看護論理」の教育内容構成に向けて
Author(s)	大日向, 輝美
Citation	教授学の探究, 22, 193-213
Issue Date	2005-01-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/13656
Type	departmental bulletin paper
File Information	22_p193-213.pdf



看護実践にかかわる社会的規定要因の素描

——「看護倫理」の教育内容構成に向けて——

大日向 輝 美

(北海道大学大学院教育学研究科博士課程)

(札幌医科大学保健医療学部)

目 次

1 本小論の目的と問題意識	193
2 社会における看護の役割機能	195
3 看護実践の社会的規定要因の把握	196
4 看護実践の改善・改革に向けた課題	205
5 今後に向けて	209

1 本小論の目的と問題意識

1.1 目的

看護実践は、歴史的に蓄積されてきた知識や習慣、それらを現実化する社会的な制度や慣習に基づいて行われている。一方、その内部には、人間、社会、看護の相互作用により生じた様々な矛盾が存在し、看護本来の目的実現に影響を及ぼし続けている。それゆえ、より人間的な看護実践を実現するためには、看護がかかえる諸問題を、人間、社会、看護との相互関係でとらえ、何が看護本来の目的実現を阻むものであるかを解明し、将来の改善・改革に向かう主体的態度を形成する教育が求められる。

先稿(2004)では、看護倫理を現実社会で行われる看護実践における人間らしさの追求と規定し、看護を広く社会とのかかわりでとらえる能力の育成、すなわち看護に内在する諸問題を共同体内部の諸関係や、社会的な制度、規範との関連から解明すること、看護の役割機能や看護者の責任に関する規定要因を認識し、看護本来の目的実現に結びつけるための教育の必要性を述べた¹⁾。本小論では、こうした観点から社会における「自立」と「責任」を鍵概念とする「看護倫理」の教育内容構成に向けて、看護実践にかかわる規定要因を素描し、将来の改善・改革に向けた課題への示唆を得る。

1.2 問題意識

歴史的にみると、戦後日本の看護学教育の出発点において重視されたのは、第一に、看護の独自性・専門性を追求する能力、第二に、「克服せる障害を考察」し、「社会に対する責任を正しく認識する」能力²⁾の育成であったと思われる。新しい時代の看護を担う看護者養成の柱として、当時の指導者たちは看護の「科学」と看護の「倫理」を教育の軸とした。しかし実際には、戦前の「看護精神」を受け継いだ「精神主義」³⁾の教育が、また診療介助を円滑に進めるための技能訓練教育が、戦後の新制度下においても医師主導により行われてきた経緯がある。

その後、「精神主義」の看護倫理教育は拒絶され、看護学教育は専門職として社会的責任を担

う人材の育成を意図し、科学を強調した教育内容を中核に独自性と専門性の追求を目指したのであった⁴⁾。それにも拘わらず現在、独自性と専門性に対する認識は不十分と言わざるをえず、また社会的役割や責任の自覚さえも自らをもって弱いと言わしめるのが現状である⁵⁾。この原因は何であるのか。結論的に言えば、その原因は、人間、社会、看護の総体としての看護実践の実態と半ば乖離した教育が行われていることにあるのではないか、と思われる。具体的には、看護実践の内部に社会的に存在する問題を認識させる教育が不十分であったこと、つまり人間、社会、看護の相互作用から生じている実践上の問題を表層的にしか教えてこなかったことが原因と考えられる。また、看護実践がかかえる社会的な問題を、看護という職業がもつ特殊性と、その特殊性ゆえに現われるものとしての意味づけが十分でなく、社会的背景や時代の変化の中で看護のあり方を追求しようとする姿勢が不足していたことなどもあげられよう。人間らしい看護実践を実現するためには、これまで実現しえなかったのはなぜなのか、その背後にあるものを看護者自身が認識する必要がある。つまり看護と看護者をめぐる現実はどうなっているのか、看護実践は社会的にどのような条件に規定されているのかを明らかにする教育が求められる。それはまた、いかなる状況にあっても、「看護本来のあり方」を、人間、社会、看護の相互関係のもとで追求する姿勢を前提とする教育と言えよう。そのためには、これらの関係において現われてくる実践上の諸問題を、微視的な視点と巨視的な視点の双方からとらえる必要があると思われる。

微視的なレベルの問題としては、看護者と対象者の関係はどうあるべきか、対象者の人間らしさを尊重した看護を看護者はどのように行うべきか、という問いを基底に置くものである。看護者と対象者との相互関係を、その背後にある社会とのかかわりにおいて把握しつつ、看護のあり方を追求しようとする視点である。巨視的なレベルのものとは、看護者は社会の中でどのようにあるべきか、看護と看護者をめぐる状況は社会からどのような影響を受けているのか、人間らしい看護の実現を阻んでいるものは何か、という問いに基づく問題である。看護を社会的機能として位置づけ、社会との関係において現実問題を解明し、看護のあり方を追求しようとする視点である。

前者の視点では稲葉(2002)による授業案が紹介されている⁶⁾。稲葉は、医療問題のひとつである「抑制」を題材に、人間-看護を中軸とし、社会との相互作用により生じる実践上の矛盾に焦点を当てた看護倫理の授業案を作成している。筆者は後者の視点、すなわち看護-社会を中軸に、社会、看護、人間の相互作用により生じている問題の社会的な規定要因に視点を当てた授業づくりを考えている。

以上より、本小論は以下の内容で構成する。

まず、社会における看護の位置づけを公共性の観点から確認する。次に、看護の自立と責任に影響すると考えられる社会的要因として、国の医療政策や組織の経済事情に起因する労働問題、曖昧で不明確な看護業務の範囲と権限、その根底に横たわる医療社会の階層的な人間関係について、歴史的視点を含めて概略する。そして、看護実践を改善・改革するための課題として、医療者間の「共同」を、看護者の「自立」と「責任」を鍵概念に発展させていく必要性に触れる。

なお、本小論において「看護者」とは、保健師助産師看護師法における看護師資格を前提とする3職種(保健師、助産師、看護)、及び准看護師の総称として使用する。記述内容により看護師と准看護師を区別する必要がある場合は、「看護師」(3職種を含む)、「准看護師」の名称

を用いる。また、看護の対象はあらゆる健康レベルの人々であるため「対象者」の用語が広く用いられるが、歴史的に「患者」⁷⁾が看護の対象者であった時代が長いこと、また現在も「患者」を対象者とする看護者が依然として多いことから、内容上適当と思われる場合は「患者」の用語を使用する。

2 社会における看護の役割機能

看護は人間同士の自然本能的なかわりから生じ、社会の影響を受けながら変化し発展してきた。人間の健康生活という社会の再生産機能を担う看護の営みは、我われの生活に不可欠な要素として重要な意味をもっている⁸⁾。

看護実践は人間同士の関係に基づいて行なわれるが、個々の人間は他の人間と相互連関して共同体を形成し、さらにそれを取り巻く共同体が階層的に社会を形づくっている。そのような社会の中で、看護は人間社会に普遍的な営みとして他の多くの社会機能と同様に血縁関係から発生し、生産と労働の発展に照応しながら時間的・空間的に拡大してきた。そして、人間の生命の延長可能性が高まるにつれ、その機能を合理的に遂行しうる集団が求められるようになったのである。こうして看護の担う再生産機能は、一方では、他の社会機能から分離されて独立し、他方では、他の類似の機能（医療）に集約され、包括されることになった。看護、医療をめぐる現在の諸制度は、その機能の中心的役割を担う人間に専門教育に基づく相応の資格を要求し、機能を集中させることにより、社会全体の健康を合理的に発展させようという意図に基づいている。看護にかかわる諸制度の存在は、こうした社会的機能がすぐれて公共性をもつということを根拠とするのである。

国際看護師協会（International Council of Nurses：ICN）は『ICN 看護師の倫理綱領』の中で、「看護師の専門職としての第一義的な責任は、看護を必要とする人々に対して存在する」、「看護師は、一般社会の人々の健康上のニーズおよび社会的ニーズを満たすための行動を開始・支援する責任を、社会と分かち合う」⁹⁾とし、社会における看護の役割機能を表明している。また、我が国の看護界に強い影響力をもつアメリカ看護師協会（American Nurse's Association：ANA）は、『看護の社会的役割に関する方針声明書』の中で、「看護の職業的な関心は、自らがその一部である社会全体の利益につくすことにある」¹⁰⁾、「看護にとっては、公共の福祉ということがすべてに優先される関心であるべきである」¹¹⁾と述べ、看護の公共性を強調している。日本看護協会も「社会の福祉」への貢献が、社会における看護者の当然の責務とする¹²⁾。

このように看護は個人的利益を超えた公共性の強い営みとして社会に位置づけられる。この点を少し詳しくみてみよう。

看護は共同体で生きる人間の健康生活を追求する営みであるが、それは個人の健康にとどまらず、広く社会に暮らす人々の健康を求めるものである。公共性とは、共同体で生きる人間の基本的人権を守ることであり、個人の人格が自由に発現される社会の実現を理念とする。つまり人間らしい生活を維持し、発展させるといふ人間性の高揚を目指すものであり、多様な価値観を包含し、かつ敵対する共同体をも包摂する民主的な概念とされる¹³⁾。このことは人間の健康にかかわる看護の役割機能、看護実践において人間らしさを追求しようとする看護のあり方にも符号する。

我が国においては、こうした看護が有する公共性の根拠を日本国憲法に求めることができる。憲法第 25 条は第 1 項で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」

として国民の生活権を保障し、第 2 項で「国は、すべての生活部門について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と、国民の健康に関する国の義務を定めている。保健医療は「公衆衛生」に含まれる機能とされ、憲法が直接規定する極めて重要度の高い領域に位置づけられるのである¹⁴⁾。看護もまた他の保健医療機能とともに国民の健康生活という公共の福祉にかかわる第 25 条由来の役割を有しており、憲法理念達成のためにつくられた制度下におかれている。なお、憲法が規定する国民の「健康で文化的な生活」は、「社会福祉、社会保障及び公衆衛生」に携わる諸職種を共同を前提とする理念であるから、保健医療・福祉に携わる人々の共同のあり方を追求する姿勢が各職種に求められている。

3 看護実践の社会的規定要因の把握

3.1 看護者の労働条件と看護体制

3.1.1 我が国の看護者の労働状況

戦後の新制度下において、看護者不足を補うための長時間の勤務体制や夜勤労働、若年未婚者の低賃金をベースに構成されていた組織構造、診療補助中心で看護本来の業務が行い得ない役割分担と人員配置など、看護者の労働条件が社会問題化したのは 1950 年代のことであった¹⁵⁾。当時の労働時間の実態をみると、看護者の過酷な労働条件を窺い知ることができる。

1947 (昭和 22) 年に制定された労働基準法は 1 日労働時間を 8 時間と規定していたが、1950 (昭和 25) 年の看護者の平均実働時間は 1 日 9.4 時間 (週 6 日・計 56.2 時間)、国公立病院においては 1 日 9.8 時間 (週 6 日・計 59 時間) であった¹⁶⁾。1949 (昭和 24) 年の人事院規則の改正により一般の労働時間は週 48 時間から 44 時間に短縮されていたが、看護者については週 48 時間とすることが旧厚生省令により定められ、特例として実施されていたからである。旧厚生省は 1961 (昭和 36) 年になって国立病院・療養所の看護者の勤務時間を 44 時間に短縮し、それに伴う措置として人員増と超勤手当の支給という対応策をとった。その後、旧厚生省管轄以外の病院・診療所においても看護者の労働条件が改善されていったのであるが、それでもなお長時間労働を実施していた民間施設が存在していたのは当然のことであった。しかし、労働過重の問題が多少の人員増や超勤手当で解消されるわけもなく、なかでも夜勤体制は人権問題に等しい深刻さを生み出していたのである¹⁷⁾。昭和 30 年代後半には夜勤問題がメディアにも大きく取り上げられ、1963 (昭和 38) 年頃からは「2 人夜勤で夜勤日数が月 8 日以内」、いわゆる「ニッパチ制」を求める労働闘争 (以下、「ニッパチ闘争」) が全国各地に広がった。当時は、80 人もの病床に看護者 1 人の夜勤体制をとっていたところも多く、看護者は休憩時間も仮眠もとれず心身を酷使しながら勤務に当たっていたのである¹⁸⁾。1965 (昭和 40) 年にはニッパチ制に関する賛意を人事院より得るに至るが、「判定」¹⁹⁾として表された要望書に対する回答は単なる努力目標としての提示に止まり、施設側に何らの強制力を及ぼすこともなかった²⁰⁾。夜勤問題は看護者不足ともからんで改善の実現は容易ではなく、ニッパチ制は闘争から 40 年を過ぎた現在においても完全な実施をみるに至っていない²¹⁾。

ニッパチ闘争の始まった昭和 30~40 年代にみられた劣悪な労働条件は、「看護精神」という言葉さえも失わせ、「疎外され人間性を失った個人が弱者を疎外する」「加害者」²²⁾と言われるまでに看護者を変貌させていった。作家の由起しげ子は当時、次のように述べている。

「どんないい素質の人だって、あまり労働が激しすぎたり、封建的なシステムの中におかれていけば、気分が重たくなって、行き届いた仕事や親切な看護はしにくくなることであろう。

(中略)看護婦さんの中には、あまりにも職業的になりすぎて、ある種の感受性を磨滅した人もたまに見受けられるが、これは結局酷使の結果生じた現象だと思う。²³⁾

過酷な労働条件は、「あたかもロボットのような血の通わないナース」²⁴⁾を作りだし、患者への看護を非人間的なものへと変質させていったのである。こうした労働条件の下にある看護者が患者の人間性を追求できるはずもなく、看護の質は劣化の一途をたどるという悪循環が繰り返された。

看護者不足、それに伴う労働条件の問題は、業務内容の整理と他職種への業務委譲、速成可能な准看護師の供給、看護補助者の雇用促進、夜勤等各種手当の増額などで対応されてきた。雇用者である病院は、無資格者を低賃金で雇用し看護者の業務量の軽減を図ったり、労働条件に対する不平不満を手当増額で解消しようとする策をとった。1974(昭和49)年には「第一次看護婦需給計画」が策定され、以後、国は計画的な需給対策を立て、処遇の改善、就業の促進、離職の防止等に取り組むことになった。1992(平成4)年には、『看護師等の人材確保の促進に関する法律』(以下、「看護師等人材確保法」)も制定され、看護者不足への対応は法制下による国の事業として制度化されるに至っている。その結果、需給バランスは数字上の均衡に至り、看護者不足は一見改善してきたかのように見える。実際、2001(平成13)年の日本看護協会の調査によれば、夜勤要員は多くが2人以上に、夜勤回数は月平均8.3~8.5回となっている²⁵⁾。また、週労働時間は40.0時間となり²⁶⁾、昭和30~40年代に比べて労働条件は格段に改善されたかのようなのである²⁷⁾。しかし、複数夜勤が浸透し、夜勤回数は減少している反面、人口構造の高齢化による医療需要の増大、医療技術の高度化、専門化による業務内容の複雑化は、看護者の量的増加、質的向上に関する要請を強める一方である。また、医療の高度化、専門化で業務内容が複雑化しているにも拘わらず、搬送、連絡、事務などの雑務、薬剤の処理・管理、医療機器の保守・点検など他職種の業務まで看護者が行っている現状もあり、人手不足は依然として解消されていない。その上、こうした業務が専門的な看護業務に優先されている施設も決して少なくない。看護本来の業務の充実は、日々変化する医療現場、とりわけ病院内にあっては容易とは言えない状況にある²⁸⁾。

3.1.2 「基準看護」下の看護体制

病院や診療所など医療機関における看護実践は、「診療報酬体系」に規制されている。1950(昭和25)年、我が国では付添いなしの入院を可能とする「完全看護」制度が医療法上の規定としてスタートした。完全看護創設の表向きの理由は付添い廃止による看護の質の向上であったが、実際は健保診療費より支払われる付添看護料を給付から外す財政節減策の一環であった。その後、完全看護は1958(昭和33)年に「基準看護」に移行し、1994(平成6)年に新たな体系が新設されるまで、我が国の医療体制下における主要な経済的基盤であり続けた²⁹⁾。

基準看護とは、看護者等の数と人員構成、勤務形態、業務内容等について一定の基準を定めたものである。かかる基準に合致した保健医療機関には看護料の算定、加算が認められるため、病院の水準を表す代名詞となった。しかし、基準看護は、完全看護導入後も付添いによってカバーされていた患者の世話を看護者が全て引き受けるという労働強化により成立するものだったのである³⁰⁾。また、1961(昭和36)年の国民皆保険の導入により病床数が急増し、看護者の労働条件はますます悪化する事態となった。基準看護は当初、患者4人に対して看護要員1人(4:1)のI類と、患者5人に対して看護要員1人(5:1)のII類に分かれていたが、そ

の後、患者3人に看護要員1人(3:1)の特I類、患者2.5人に看護要員1人(2.5:1)の特II類が追加され、最低基準として4:1が規定された。しかし、現実的に4:1を満たせない病院も多く、看護者不足への対応として無資格の看護補助者を看護要員とする策が講じられたのである。旧厚生省は当初、看護師、准看護師、看護補助者の比率を5:3:2としたが、この措置により看護の質はますます低下し、結果として患者の療養上の世話は家族その他の付添いに依存せざるをえない状況が作られた。看護要員比率は、1985(昭和60)年には当面の措置として4:4:2を、さらに条件づきで3:5:2を認め、看護師不足を准看護師でうめる方策がとられた。このような医療政策は、一方で、国の財政負担を軽くしたが、他方、患者や家族の負担増という矛盾を生みだしていったのである。とはいえ病院にとって基準看護は「健保診療費の支払制度の看護規格³¹⁾」を示すものであり、3:1、4:1という量的基準を満たしてさえいれば、看護の質がたとえどのようであったとしても一定額の保険料が支払われる確実な収入源としての意味をもっていた。

その後、1994(平成6)年には従来の基準看護にかわって「新看護体系」が新設され、看護者の人員配置、構成比率の基準が変更されるとともに、「人員配置の量的評価とあわせて質的側面を評価に加えたこと、医療機関の機能や入院患者のニーズに応じて看護要員の人員配置の選択の柔軟性が増したこと³²⁾」などの点が改正された。この改正により、従来からの患者対看護要員比率に患者対看護補助者の配置比率が加えられ、看護要員に占める看護師の割合、看護ニーズを反映する患者の平均在院日数を勘案して評価するシステムが採用された。完全看護創設以降、量のみで行われてきた算定基準に初めて質的評価が加えられたとする点で、看護要員の数合わせから質追求への前進ととらえる向きもある³³⁾。しかし依然、看護補助者を診療報酬の評価基準としていることや、従来5:3:2であった看護師:准看護師:看護補助者の比率は「看護師及び准看護師の最小必要数にたいする看護婦の比率は二割以上」となり、実質的な看護師比率の引き下げが明文化された。さらに質評価として新設された平均在院日数も入院期間という新たな量を評価基準に加えたにすぎず、従来の評価方式を複雑化しただけの「改悪」とするところもある³⁴⁾。また、2001(平成13)年には一般病床³⁵⁾の看護要員最低基準が4:1から3:1に改正されたが、この基準を満たせない相当数の病院のため、現在も4:1の暫定措置がとられている。高齢患者の増加、医療技術の高度化等により、制度上の患者対看護者の最低基準は引き上げられ、看護者の需給も改善傾向がみられている。しかしそれでもなお、医療内容が複雑化する一方の医療現場において、現在の看護者配置は最低の安全確保にさえ十分とは言えず、看護者不足が看護過誤の多発を引き起こしているとの指摘もある³⁶⁾。

看護実践は、こうした制度に規定されて行なわれている。基準看護や新看護体系が示す「看護規格」は病院経営上の「看護の基準」となり、最低基準は最高基準にすりかえられていく。制度上の基準を満たしても解決しえない人手不足と、それに伴う慢性的な労働条件の問題は、依然として看護実践の質低下に影響を及ぼし続けている。そして、本来の看護が目指す「患者中心の看護」は業務中心の看護となり、それらの相互作用が看護者の「燃えつき症候群(Burnout syndrome)³⁷⁾」などの病理を蔓延させていく。また、安全であるべき公共の医療現場において、患者は最低の安全さえも脅かされる環境におかれ、一方、看護者は患者の安全を脅かす危険を常にかかえているのである。

3.1.3 ILO条約・勧告、及びわが国の対応

看護者の労働条件の問題は慢性的な看護者不足と関連し、国による事情の違いはあるものの多くの国々に共通の社会問題のひとつと言える。1977(昭和52)年、国際労働機関(International Labor Organization: ILO)は、『ILO看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約並びに勧告』(以下、「ILO条約・勧告」)を採択した。ILOが特定の職種に対する条約を採択するのは異例のことであり、そのこと自体、各国における看護者の雇用、労働条件の劣悪さを示すものといえる³⁸⁾。ILO条約・勧告は、看護者が健康に携わる他の労働者とともに保健と福祉の保護、向上にとって重大な役割を有していること、看護者の雇用者である公共部門が雇用条件と労働条件の向上に積極的な役割を果たすべきであること、多くの国々において有資格の看護者が不足し、しかも必ずしも有効に活用されていない現状が効果的な保健業務の発展に障害になっていると述べ、看護者の教育、業務、報酬、労働条件等の保護に関する施策を加盟国に要求している。しかし、我が国においては、日本看護協会等の運動にも拘らず、いまだ批准には至っていない。

1992(平成4)年に制定された看護師等人材確保法もILO条約・勧告が改善の柱とする教育、雇用・労働条件を重視した内容とはなっていない³⁹⁾。ILO条約・勧告が看護者の雇用・労働条件の改善点を細かく提示し、人間性を尊重した労働環境の創出を前提としているのに対し、看護師等人材確保法では、第7条国民の責務として「国民は、看護の重要性に対する関心と理解を深め、看護に従事する者への感謝の念を持つよう心がけるとともに、看護に親しむ活動に参加するよう努めなければならない」、また第6条看護師等の責務として「(略)自ら進んでその能力の開発及び向上を図るとともに、自信と誇りを持ってこれを看護業務に発揮するよう努めなければならない」とし、医療の公共性に責任を負うべき国が、看護者の確保に国民や看護者自身の責務をうたったり、心情に訴えかけようとしていたりなど、問題の本質から目をそらせようとする姑息的な施策があげられているにすぎない。本法律に規定された具体的対策は、看護に対する住民の理解を図る啓蒙活動や、国・地方公共団体による病院等への指導助言、公共職業安定所やナースセンターの設置による雇用情報の提供や就職斡旋などである。こうした対策をみても、我が国の対応は看護者不足の背景にある諸問題を抜本的に改善していこうとするILO条約・勧告とは遊離していることがわかる。

このような看護実践にかかわる規定要因の存在は、看護が極めて公共的な性格をもつ一方で、医療が病院という営利性をもつ組織で行われていること、医療費節減など経済を優先した国の医療政策、病院や施設の経営方針などに起因するのである。公共性と企業性という相反する性格により生じる矛盾の中で、どのようによい看護を創りだしていくのかは、看護者が看護実践における人間らしさをどう追求し、体制や組織をいかに変えていくか、という自覚にかかっているものと思われる。

3.2 看護業務の範囲と看護者の権限

3.2.1 看護業務に関する法的規定

看護は公共性の強い社会機能として、憲法第25条を上位規範とする基本法——『保健師助産師看護師法』(以下、「保助看法」)により制度化されている。保助看法は、憲法が共通目的を与える保健医療において、①看護制度が追求する目的(第1条「この法律は保健師、助産師、及び看護師の資質を向上し、もつて医療及び公衆衛生の普及向上をはかるのを目的とする」)、②

目的実現のために行われる行為の型（第 5 条「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助をなすこと」）、③共通目的を有する諸行為との連結（第 37 条「主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなしその他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為をしてはならない」）を定め、社会機構としての要件を満たしている⁴⁰⁾。保助看法は 1948（昭和 23）年、戦前の国民医療法に代わり、医療法、医師法、歯科医師法とともに医療制度改革の一環として制定された。この法律は、看護を保健医療の一翼を担う社会機能と認めたこと、看護職を公共性の強い重要な職業であると位置づけたこと、それまで別個に定められていた看護師・保健師・助産師を統合したことより、当時としては画期的な法律であると評された⁴¹⁾。なかでも第 5 条において看護業務を「療養上の世話」と「診療の補助」に区別したことは、医師を頂点とする医療制度においては極めて前進的なことであった⁴²⁾。保助看法が「療養上の世話」を看護独自の業務と認め、医師の指示を前提とする「診療の補助」と別立てしたことで、看護独自の役割機能は一応の社会的確立をみたとされるのである。しかし、業務に関する保助看法の規定が何を「療養上の世話」とし、何を「診療の補助」とするか曖昧であるがゆえに、看護者が主体的に判断し行為できる範囲と医師の指示が必要とされる範囲については、立場により異なる解釈がなされることになった。「診療の補助」は保助看法第 37 条により医師の指示に規制されることが前提となるが、問題は主体的業務とされる「療養上の世話」における看護者の権限と医師の指示との関係にある。つまり「主として医師の指揮監督の下でなされる診療補助業務に比べ、看護婦の主体性ないし独自性が特徴とされている療養看護業務において、医師の指示と看護婦の業務行為との関係はどうあるべきか⁴³⁾」という点である。かかる看護者の業務範囲や権限の問題は、看護業務に関する責任認識や主体形成に影響を及ぼすともされ、独自の業務範囲や医師との明確な業務分離のない曖昧な法規定上の問題も指摘されている⁴⁴⁾。なお、「療養上の世話」の問題は、看護業務の他のひとつ「診療の補助」の存在と深く結びついているため、まず保助看法の業務規定が「診療の補助」と「療養上の世話」とに二分された事情をみておくことにする。

戦前の基本法令『看護婦規則』（大正 4 年制定）は、看護師を第 1 条で「公衆ノ需ニ応ジ傷病者又ハ褥婦看護ノ業務」に当たる者と定めており、診療の補助を看護業務として明示していなかった。とはいえ看護婦規則第 6 条が「看護婦ハ主治医ノ指示アリタル場合ノ外被看護者ニ対シ治療器械ヲ使用シ又ハ薬品ヲ授与シ若ハ之ガ指示ヲ為スコトヲ得ズ但臨時救急ノ手当ハ此ノ限ニ在ラズ」としているところから、法解釈上、看護業務に診療の補助が含まれていることは自明であった。しかし、第 1 条が定義するように、看護師の主たる業務は傷病者等の「看護」であるため、医師の指示を要件とする「診療の補助」は「看護」業務の中に包含されるものとして位置づけられていたと考えられる。ところが保助看法は「療養上の世話」と「診療の補助」を分けて規定し、「両者を同列の業務として扱う⁴⁵⁾」ことにしたのである。保助看法制定にかかわった我が国現代看護の指導者たちは、「看護ノ業務」が「医師の追従物として隷属の形⁴⁶⁾」で行われていた戦前のあり方を反省し、「看護の業務は医業と相まって医療の一端を担う、即ち完全な協力体としてその独自性を認め⁴⁷⁾」させるために「療養上の世話」と「診療の補助」を取えて分け、前者を本来の看護業務としたのであった。しかし、その背後には、「急激に増大する医療需要に対して、慢性的な医師不足という医療供給のネックを、看護者の診療補助によって補わざるをえない」という戦後の医療事情においては、法制度上も、診療補助を看護と同様のウェ

イトをもつ看護婦の業務として規定することが必要だった⁴⁸⁾という事情も隠されていた。

3.2.2 看護業務における看護者の権限

保助看法が「療養上の世話」という看護独自の業務を明示した一方、医師の指示を必要とする「診療の補助」が同列にあげられたことで、看護師の権限と医師の指示の範囲に関する問題が新たに生みだされた。それはまた、「医師の主導性」と「看護婦等の補助性」とのからみで、「垂直的な『監督と服従』の関係から、水平的な『分業と協業』の関係⁴⁹⁾」にいたる多様な類型に看護者－医師関係を位置づける見解につながった。「療養上の世話」においては、「医師または歯科医師等の指示を必要とせず看護婦が主体的に行うことができる業務と解する考え方と、病院内で療養上の世話をする場合には医師の指示と切り離すことはできないとする考え方⁵⁰⁾」とがあるが、現在では判例、学説、行政ともにほぼ前者の見解に一致する方向にある⁵¹⁾。そのなかでも看護業務を「療養上の世話」と「診療の補助」といった法文上の種類規定で分けるのではなく、「看護行為」と「医行為」に分類する「医療行為」としてとらえる石井（1992）の説が有力である。石井は、医療行為を看護行為と医行為とに分け、さらにそれぞれを「絶対的」行為と「相対的」行為とし、「相対的医行為」「相対的看護行為」「絶対的看護行為」を看護業務とする分類を提唱している⁵²⁾。石井の分類は以下の通りである。

保助看法第5条の「診療の補助」に相当する看護業務は「相対的医行為」であり、医師の診療の一部を代行する行為がこれに当たる。この行為は保助看法第37条「衛生上危害を生ずる虞のある行為」であるため、医師の指示が絶対的の要件として必要である。具体的には薬物の生体への適用、すなわち注射行為などがあげられる。相対的看護行為とは、「医師の絶対的医行為である診断、治療などに対して、看護婦がその一部を代行するが、ただ漠然と代行しているのではなく、患者を危険から守り、苦痛、不安を軽減するためにとる看護行為⁵³⁾」であり、「医行為の一部を代行しているので、『行為の決定』には、医師の指示が必要⁵⁴⁾」であるが、「その行為を支える専門的判断領域にまで医師の指示は及ばない⁵⁵⁾」とされるものである。例えば、薬物療法を受けている患者の療養法指導、侵襲を伴う治療や検査時の苦痛緩和などが当たる。また、絶対的看護行為とは「療養上の世話と称される看護婦独自の業務であり、医師の指示、指導、監督を必要としない⁵⁶⁾」もので、看護師の判断に基づく独自の領域である。相対的医行為と相対的看護行為は何らかの身体侵襲を伴うが、絶対的看護行為は看護本来の生命力増強を意図して行われる限りにおいて、他とは性質の異なる独自の業務に位置づけられる。実際に看護業務を行っていく過程においては、療養上の世話なのか診療の補助なのか曖昧であったり、療養上の世話でもあり診療の補助でもあるといった不明確な業務が少なくないのが現状である。看護業務を単純に「療養上の世話」と「診療の補助」とに二分するのではなく、より実態に近い解釈である石井説が妥当と思われる。

このような看護業務の範囲と看護者の権限に対する法律上の規定は、看護の役割機能や責任に対する社会の認識、また社会的役割や責任に対する看護者の認識に影響を与えてきたのである。

3.3 看護者と病院, 医師, 患者との関係

3.3.1 看護者の雇用と養成形態による影響

1) 雇用形態

看護の「自立」と「責任」にかかわる重要な要因のひとつに, 病院, 医師, 看護者間の関係がある。

2002 (平成 14) 年末の就業看護師, 准看護師数は 1,097,326 人であり, その 7 割が病院, 2 割が診療所で就業している⁵⁷⁾。我が国の病院・診療所 (以下, 便宜上両者を併せて「病院」とする)⁵⁸⁾ の大部分は医師が設置者と管理者の役割を兼ねているため, 看護者の殆どは医師である経営者に雇用され, 病院組織の中に組み込まれてきた。良村 (2002) によれば, 「このような状況下での看護婦は, 医師の指示・監督下に置かれ, その専門性, 独自性が問われることは少ない」⁵⁹⁾。このことは, 診療行為を主目的とする病院では患者に対する療養上の世話よりも診療の補助が多くなること, また看護者の行う医療行為が医師の指示・監督下で遂行されるのが一般的となること, によっている。

天野 (1972) によれば, 我が国の医療制度下における病院機能は, 開業医の診療機能と病院の療養機能との分化が十分に行われている国々と異なり, 医師による診療機能を中心に発達してきた⁶⁰⁾。その結果, 看護者独自の業務領域は形成されず, またそのことが病院組織に占める医師の位置を特異なものとした。このような診療機能中心の病院においては, 患者に提供される医療全てが医師の独占的業務となりやすく, 「看護者は単にその診療の介助技能者にすぎず, 医療活動になら主体性を認められないまま, 病院は医師中心の組織となってきた」⁶¹⁾。それゆえ病院では医師の指示・監督下での業務が中心となり, 看護本来の業務——療養上の世話の比率は必然的に少なくなっていく。そして, 「本来の看護業務(この領域における看護行為自体が切り捨てられる一方である)にかかわる領域においてまで, 指示が医師から与えられているのが現実」⁶²⁾ という状況のもと, 「必然的に看護婦は医師の診断と治療の指示に完全に従属しつつ看護活動に従事することになり, その自律性は極めて低い水準にとどめられる」⁶³⁾ のである。その背景には, 看護者は医師と異なり独立開業権をもたないため医療を目的とする組織に組み込まれざるをえないこと⁶⁴⁾, 患者への直接行為を業務とするため医師の指示・監督下に置かれやすいこと, さらに医師をトップとする管理機構のコントロール下に置かれていること, などからくる独立性の低さがある。

このように, 独自の判断で行う看護行為よりも医師の指示が優先される実態と, 組織内での位置づけが, 病院, 医師, 看護者を, 雇用者—被雇用者, 指示者—被指示者, 支配者—被支配者といった階層的な関係に規定していくと考えられる。その結果, 看護者は, 雇用者である医師の指揮・管理のもとに, また看護業務においては医師の指示・監督のもとに, 「二重の支配」⁶⁵⁾ 下に置かれることになる。このような階層的な関係が, 看護者自身に看護の専門性や独自性を問いつけない環境をもたらしてきたものと思われる。

2) 養成形態

病院, 医師, 看護者間の関係, 看護者の自律性, 独立性の低さには, 看護者の養成形態による影響もある⁶⁶⁾。

診療機能を中心に発展してきた病院で雇用者が求める看護者は, 診療補助技術を身につけた, 慢性的な看護者不足を即席かつ安価に補える要員であった。病院側は「看護要員の充足を主目

的]」⁶⁷⁾に、「より安価で速成可能な看護者養成コース」⁶⁸⁾として「付設の教育訓練機関」⁶⁹⁾をつくり、看護者不足に対応してきたのである。こうして、看護者の「養成費用は診療収入の一部に依存し、養成の形態と内容は常に『営利性』を追求する病院の恣意性に左右され」る「企業内教育」⁷⁰⁾の形態が生みだされた。

このような教育形態の特徴を整理すると、次のようにまとめられる。

- (1) 我が国の看護教育は、正規の学校体系外に置かれた各種学校からのスタートであった。そのため、多くが病院附属の形態をとり、養成費用は設置主体の恣意性に左右された。カリキュラムは設置主体の養成目標、すなわち「卒業後すぐに病院で使用可能な看護婦」⁷¹⁾を反映して作られ、資格要件の不明確な病院医や非常勤講師を教員とする教育が行なわれた。「病院という『企業内』学校での教育内容は、第一に看護婦技能を中心とする『職業』訓練への傾斜と一般教育の軽視、第二に診療介助のためのセミ・ドクターの要請、いいかれば医学分野の教育の偏重」⁷²⁾を特徴とした。
- (2) 看護職には、看護師資格（中卒後修業年限3年以上、国家試験）を前提とする保健師、助産師、看護師に加え、准看護師（中卒後修業年限2年、知事試験）があり、資格免許は二分化されている⁷³⁾。准看護師は保助看法第6条において、「医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて」、第5条に規定する「傷病者もしくはじょく婦に対する診療の補助と療養上の世話」をする者である。しかし法律上、業務内容が看護師と区別されていないため、看護者不足を低賃金で速成可能な准看護師で解消しようとする病院側の恣意に利用され、多くの准看護師養成所が設立された。

このように、病院の恣意的事情に左右される「企業内教育」によって、看護者は養成期間中から医師を頂点とする権力構造に組み込まれることになった。一方、「医療活動における医師の絶対的な支配者・命令者としての地位は、それによって一層強固なもの」⁷⁴⁾となっていったのである。とりわけ、(2)の准看護師養成にかかわる問題は、准看護師制度に対する国の施策とも相俟って、病院、医師、看護師、准看護師の相互関係における確執を生みだしている⁷⁵⁾。

病院と看護者、医師と看護者との関係は、雇用者と被雇用者として、あるいは支配者と被支配者として、労働上、教育上の歴史的要因により規定されている。それは、病院、医師、看護者の雇用形態、養成形態における、また業務上の権限にかかわる階層構造により作りだされた矛盾と言える。

3.3.2 看護者－医師、看護者－患者の関係

看護実践をめぐる問題のひとつに医療にかかわる共同体内部の関係がある。看護実践は、人々の健康の保持増進、病気の予防、健康の回復、苦痛の緩和を共通目的とする種々の医療者が共同する社会で行われ、その内部では、看護者と患者、看護者と看護者、看護者と他の医療者といった関係が多様に取り結ばれている。

共同体はある者と他者との否定的関係を止揚し、「ある者と他者が相互にその存在の前提として定立しえたとき」⁷⁶⁾に成立する。「人間は長い時間をかけ、試行錯誤をくりかえしながら、共同体の行動原理を様々な形において作りあげてきた」⁷⁷⁾が、しかし「共同体相互の関係は共同である場合だけでなく、敵対的であることも多」⁷⁸⁾く、「異なる共同体に同時に属する人間の価値の選択は常に人間を悩ませてきた」⁷⁹⁾のである。

人間同士のこのような共同体相互の関係は看護実践の場にも現象している。医療にかかわる

共同体は，看護者による，医師による，患者や家族などによる共同体をその内部に含んでいるが，それら相互の関係は必ずしも共同的であるとは限らない。そして，その関係のあり様が看護実践に影響を及ぼし，本来の目的実現を阻む要因ともなっていく。

以下，看護者と医師，看護者と患者との関係がどのような要因に規定され，看護目的の実現に影響を及ぼしているかを述べる。

1) 看護者－医師関係を規定する「専門職性」の相違

看護実践にかかわる共同体において，歴史的に最も問題視されてきたのは看護者と医師との関係と言える。この点について天野は，医師を「完全専門職（専門職）」，看護者を「半専門職」と規定し，両者の「専門職性」の観点から分析を行った⁸⁰⁾。それによると，「専門性」と「自律性」の相違が，看護者と医師の関係に影響を及ぼしているという。

- (1) 高度な専門性が社会的に承認されている医学と異なり，看護学の専門性は未確立である。医師と看護師との関係は，それぞれの依拠する学問の専門性レベルの影響を受ける。
- (2) 既にみたように，専門性の確立した医師の教育は正規の学校体系内で行われ，教育期間も長期にわたる。一方，専門性の低い看護者の教育は，その多くが学校「教育」というよりも「企業内」訓練に近い形態で行われ，教育期間も短期である。
- (3) 看護者には正規の有資格者（看護師）以外に准看護師が含まれ，資格の二分化が認められている。一方，医師の資格に分化を認めた歴史はない。その結果，看護者集団の内部には職能の違いによる階層が生じるが，医師集団は統合された職能として，その権威を一層強化する。
- (4) 看護者の専門性の低さは看護活動における低い威信を結果し，職務上の判断は裁量によるよりも職務外の人間からの統制や規制を受ける。看護者は，完全な自律性を容認されず，組織上，職務上の管理対象となる。一方，医師は，たとえ被雇用者の身分であっても，教育やキャリアに裏付けられた専門性により広範な自律性が維持される。

天野によれば，上記にみられる専門性，自律性のレベルの相違が，看護者と医師を階層的關係に位置づけ，権威を媒介とする特異な力動的関係を形成する原因となった。また，医学と看護学の科学的準拠の不一致も，看護者と医師との対立構造を招来し，患者への医療提供に影響を及ぼしてきたことが考えられる。

このような医師と看護者との関係を表す概念に「看護者－医師ゲーム（nurse-doctor game）」⁸¹⁾がある。看護者－医師ゲームとは，医師と看護者間には医師の優位性という階層的關係に対する同意があり，この階層を乱さないよう注意深く行動する医師と看護者の相互関係を意味している。このゲームのもとで，医師は看護者の従属性に対する従来からの期待感を高めていく一方，看護者は医師への疑問や反対意見の表明を躊躇するという関係が構築された。

その一方，看護者－医師ゲームは，業務上の権限や責任範囲をめぐる対立構造の主要な原因にもなってきた⁸²⁾。このことは，患者への医療提供をめぐる日常的な意見対立や頻繁に生じる些細な衝突，医師の薬物処方に疑問を感じながらも患者への適用を拒否せずに発生した医療過誤などに端的に現われている。

看護者－医師ゲームにみられる非民主的な関係は，人間の健康を目的とする共同体に内在する矛盾といえる。それは，医師と看護者との専門性と自律性の差異，看護の歴史的過程により形成された医師と看護者との階層的な関係に由来している。

2) 看護者－患者関係におけるペアレンタリズム

看護実践は看護者と患者の間で為されるものである以上、両者の関係を規定する要因を把握しておく必要がある。

看護に限らず、全て医療は「患者中心」を理念とする。しかし、必ずしもそれが実現されていないことは、「患者の権利」⁸³⁾が表明される状況をもみても明らかである。医療技術の高度化、専門化、複雑化と、それに伴う病院制度の発達、医療の本質であるはずの人間のかかわりを希薄にし、患者の権利が強調されなければならない事情をもたらしたのである。

従来、医療者と患者の関係は、「医療を与える者」と「医療を与えられる者」という意識によって形成されていた。医師は父親のように患者の利益を判断し、治療行為の是非を決め、看護者は母親のように患者を保護し、よかれと思うことを実行する。こうしたペアレンタリズム (parentalism)⁸⁴⁾を基底に、医療の主体は医療者となり、患者は医療者に依存する客体として位置づけられてきた。ペアレンタリズムは、医師と患者を指示者－被指示者、支配者－被支配者という階層的な関係に置き、患者に対する医師の支配権が優位する状況を生みだしてきた。そして看護者と患者の関係は、医師－患者関係、医師－看護者関係を反映し、結果、医師－看護者－患者間の支配－被支配の構造が形成されていくのである。また、当然のことながら看護者が医師の権威を借りて患者に接している以上、「患者も看護職を医師の補助者と認識して、独立の専門職ととらえること」⁸⁵⁾も、「『看護とは何か』を患者が認識すること」⁸⁶⁾も少なくなっていく。このことは、「一方で患者が看護の専門的支援を受けようと期待することが困難となり、他方で看護職の患者に対する認識を欠かさずして」⁸⁷⁾いくことにもなり、看護者－患者関係をまた規定していくのである。

このような階層的関係の下で看護者－医師ゲームを演じてきた看護者は、しばしば患者の利益よりも医師との関係維持に目を向け、患者の安全を害したり安楽を損ねたりする結果を引き起こしてきた。看護者と患者の階層的関係は、両者の対等関係を前提とする看護の理念とは相容れず、看護の目的実現を阻む要因として作用してきたと言えよう。

4 看護実践の改善・改革に向けた課題

看護実践にかかわる社会的規定要因の把握を前提に、以下、改善・改革への課題を雑駁に述べる。ここでは、保健医療にかかわる他職種、とりわけ看護者と医師との「共同」を推進する必要性、そして共同のためには看護者の「自立」と「責任」が重要な視点であることを示すにとどめる。

4.1 看護実践における「共同」の推進

看護実践は人間のよりよい健康を共通目的とする医療活動のひとつである。看護が医療の一翼を担っている以上、看護本来の目的は医療という広がりにおいて実現される必要がある。

先に述べたように、医療にかかる共同体は、主体である患者を中心に、憲法第 25 条に規定される種々の医療者の相互関係により形成される。そこでは、人間のよりよい健康の実現に向かって、患者、医師、看護者、その他の医療者の協同によって医療が行われることが要請されている（以下、医療にかかわる共同体を「医療共同体」と表わす）。

實際上、看護者は医療者の中でも患者の「最も身近な存在」とされ、患者と医師、その他の医療者との調整的役割をとることも多い。こうしたことから看護者が自らの社会的責任を果

たすためには、医療にかかわる人々との「共同」がとりわけ重要な意味をもつと思われる。

4.1.1 保健医療における「共同」の意義

共同体は、①その統合にとっての価値を共有する、②一定のアイデンティティを有する人間同士の相互作用に基づく、③閉じた領域をつくる、④排他的な帰属を求める、などの特性をもつ⁸⁸⁾。こうした共同体の特徴を、種々の職種により形成される医療共同体にあてはめると次のようになる。すなわち、①人間の健康という価値を共有し、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和という共通の目的を有する、②医療者としての同一性をもつ人間同士の相互関係から成る、③医療にかかわる特殊技術を身につけた者に閉じられている、④有資格者集団として無資格者に対する排他性がある。

このような特性をもつ医療共同体は、その内部に職種ごとの共同体を包含し、共同体相互の関係により成立している。例えば、看護師は看護独自の価値と同一性を共有する共同体を、医師は医学独自の価値と同一性に基づく共同体を形成し、それぞれの専門的関心事に対し個別の技術を患者に適用して医療行為を遂行する。しかし、各職種の専門性が断片的に発揮されるだけでは、医療共同体の目的は実現されえない。現在の複雑化した医療活動は、単一の職種のみでの患者対応を困難にしており、医療者それぞれの専門性を総合する必要が生じているからである。

最近の医療環境の変化などにより、保健医療は各専門分野に細分化され、医療提供の場も病院等の施設から地域や在宅医療へと拡大している。また、診療機能中心であった医療機能は、医療費節減の経済的要因とも相俟って、疾病予防、リハビリテーション重視の方向に転換しつつある。こうした保健医療を取り巻く環境の変化は、医師中心で行われてきた医療の限界を露呈し、医師、看護師、他の医療者の協同を求める動きを加速した⁸⁹⁾。ここから種々の医療者が共通目的を媒介に「共同」する必要性が強調されることになった。

4.1.2 看護実践における「共同」への課題

このような医療共同体にあって、看護師には、看護の専門性に基づく役割を発揮し、他職種と共同することが求められている。日本看護協会は『看護者の倫理綱領』第9条に、「看護師は、他の看護師及び保健医療福祉関係者ととともに協働して看護を提供する」⁹⁰⁾と規定し、次のように解説している。

「看護師は、看護及び医療の受け手である人々に対して最善を尽くすことを共通の価値として協働する。看護師は、この共通の価値のもと、他の看護師及び保健医療福祉関係者と協力関係を維持し、相互の創意、工夫、努力によって、より質の高い看護及び医療を提供するように努める。また、看護師は、協働する他の看護師及び保健医療福祉関係者との間に、自立した専門職として対等な関係を構築するよう努める。すなわち、お互いの専門性を理解し合い、各々の能力を最大限に発揮しながら、より質の高い看護及び医療の提供をめざす」と。

また、医療提供に関する基本法——医療法（1948（昭和23）年制定）は、1992（平成4）年の大規模改正にあたり、1条の2に「医療提供の理念」（「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切な

ものでなければならない。))を新たに追加した。なかでも特筆すべきは、現代の医療が「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他」からなるチーム医療によって行われていることを明らかにし、「看護師その他」を医療共同体の一員として明確に位置づけたことである。さらに、「単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切な」医療が、医療者間の協同により行われる必要性を明示するとともに、包括医療の概念を示したことがあげられる。

「医療従事者にとってこの条項は、すでに行われている医療内容そのものを明文化したにすぎないが、従来の医師法および保健婦助産婦看護婦法が、1948年(昭和23年)制定以来、基本的な改正がないまま今日に至っていることから言えば、その意味するところは大きい」⁹¹⁾。実際、医療法1条の2が定めるように、看護師は「医療を受ける者の心身の状況に応じ」、「単に治療のみならず、疾病の予防のための措置、およびリハビリテーションまで、良質かつ適切な」ケアを、医師らとの協同により確実に進めている⁹²⁾。

2002(平成14)年に出された厚生労働省『新たな看護のあり方に関する検討会報告書』においても、時代の要請に応じた看護のあり方として在宅医療を軸とする提案がなされている。報告書は、「患者のニーズに応じて、より良い医療・看護サービスを提供していくためには、看護師等は、医師、薬剤師その他の医療関係職種とともに、それぞれの専門性を十分に発揮しながら、相互の信頼関係の下に密接に連携することが重要である」として、医師、その他の職種との共同を提言する。このように、地域や在宅医療における看護活動の推進は、医師や他の医療者との共同の必要性を強めただけでなく、従来の指示者-被指示者、支配者-被支配者といった階層の関係からの脱却、看護師の裁量範囲の拡大に結びついている。

しかしその一方、医療法の「総論的改正」⁹³⁾も、歴史的な看護師と医師、看護師と患者の関係改善、看護師の責任範囲の明確化には結びつかないと危惧する向きもある。確かに、保健医療における看護師と医師との共同は、看護の歴史的過程をみても、また社会的な看護問題の現状をみても容易なこととは思われない。看護実践を規定する社会的要因の中で、問題の背後に看護師-医師関係が常に存在していたことを踏まえると、そうした歴史的要因が「看護師の物の見方や価値観までも拘束している」⁹⁴⁾ことが考えられるからである。

従来の看護師と医師の関係は、「対等」を前提とする「共同」の概念とは本質を異にするものであった。このような歴史的な関係を改善し、真の「共同」を実現するためには、人間のよりよい健康を目指す保健医療の目標を共有し、専門性の相違とそれぞれの業務範囲を尊重しながら両者が相補的に患者にかかわる必要があると思われる。

また、医療が患者との関係を基盤に行なわれる以上、医療共同体は患者を中心に形成されるものでなければならない。「人間を相手とする行為はすべてコミュニケーションの過程を通して遂行される。そのような行為は働きかける側から働きかけられる側への一方的行為ではあり得ず、なんらかの両者の共同行為となる」⁹⁵⁾。それゆえ医療は、「当然のことながら、患者を人間として扱うかぎりは、医療者(チーム)と患者(および家族)の共同行為」⁹⁶⁾となる必要がある。医療者間の対等な関係形成は、医療者と患者との対等な関係の下に、また医療者同士の対等な関係の下に形成されなければならない。医療における「共同」の推進は、医療の主体である患者との関係を基盤に、それぞれの役割の基本的理解に基づく相互作用により発揮しうることが前提となる。

以上より、看護実践における「共同」を次のように規定する。

看護実践における「共同」とは、看護者と患者（及び家族）の関係を中心に、医師、そして他の医療者が、相互にその存在の前提となりえたときに実現される。看護実践は、看護者による患者の「人間らしさ」の追求として行なわれるが、患者の「人間らしさ」はひとり看護において実現されうるものではない。患者が、看護者、医師、他の医療者との交渉をもちながら療養生活を送る以上、そこにかかわる人間同士の相互作用が重要な意味をもつ。看護者はそれらの人々とともに患者の健康に対して働きかけ、看護の立場から「人間らしさ」を追求するのである。この看護実践の過程は、看護にかかわる人々の「共同」により行なわれる。また、看護実践における「共同」を推進するためには、医療にかかわる他の機能との共通性と相違性に関する基本的理解、すなわち他との共通目的のもとで看護はどのように違った実践をするのか、という「独自性」に関する認識が不可欠であると思われる。

ところで、「共同」にかかわる概念は、多くの論者により看護実践の鍵概念とされている⁹⁷⁾。ベンジャミンらによれば、「協同」の概念には、「看護婦が看護の役割を果たすに当たって、道徳的に自律している、または自己決定の責任を持つ」という意味が内包されている⁹⁸⁾。また、芝田は、医療者間の「協力」について次のように述べる。すなわち、「主体性のない協力は、結局は従属以外の何物でもなく、「医療チームという名にかくれて責任を放棄する危険」⁹⁹⁾性がある。「協力」は、「回避を許されない責任の前に立って、その責任をまた自らの業務と実感して、積極的にその義務を遂行するところ」¹⁰⁰⁾でなければ実現しえない。

これらは、自らの役割機能の認識と責任の自覚がなければ、共同体における看護者と他職種との共同は実現しえないことを示している。看護実践のあり方にかかわる医療者間の「共同」は、看護者の「自立」と「責任」に基づいてこそ可能になると思われる。

4.2 社会における看護の「自立」と「責任」

看護実践が人々との関係において為されるものである以上、人間相互の関係に基づく共同体のあり様が実践の良否を決定づけるものとなる。既に見てきたように、医療にかかわる人間同士の関係は「共同」の概念に合致するものではなかった。こうした人間関係のあり様が、種々の看護問題を引き起こす要因ともなってきたのである。看護実践を改善・改革するためには、相互依存的な人間関係、すなわち共同的な関係を実現する必要があるが、そのためには従来の依存関係からの「自立」に向けた取り組みが必要と思われる。

また、「自立」と深く関連する概念に、看護者が担う「責任」の問題がある。「責任」を考える場合に問題となるのは、「〈誰が〉、なに〈に対して〉、なに〈の前で〉」¹⁰¹⁾という点であるが、看護実践においては、「〈に対して〉」——「行われた行為、その行為がもたらした結果、あるいは行われるべきだったのに行われなかった行為」——の視点が重要であろう。つまり、「行われた看護行為、その看護行為がもたらした結果、あるいは行われるべきだったのに行われなかった看護行為」の、「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和」との関連を意味づけることである。また、「〈誰が〉」は、自らの行為に主体的な判断を下せる看護者であること、つまり「自立」した看護者であることを前提とするのである。

以上より、看護実践の改善・改革は、「自立」した「責任」を担う看護者と他の人々との「共同」により可能となるものと思われる。

5 今後に向けて

本小論では、看護者の労働問題や業務上の権限範囲、医療にかかわる人々の人間関係の視点から、看護実践にかかわる社会的規定要因の素描を行った。また、看護実践を改善・改革するためには、医療者間の共同を推進すること、社会における自立、社会的役割機能に関する責任を自らのものとする必要性を述べた。しかし、改善・改革のために何が求められているのか、また何をしなければならないのか、という解決策、今後への展望を示すには至らなかった。

今後はこれらの検討を進めるとともに、人間、看護、社会の相互作用により生じている矛盾の解明に焦点を当てた「看護倫理」の教育内容構成に向けた取り組みを行なっていく予定である。

注釈

- 1) 大日向輝美「看護倫理教育における歴史性・社会性の問題」(教授学の探究 21号, 2004年) 91-108頁。
- 2) 連合軍総司令部審議会「看護教育学科新科目要目」(看護学雑誌 1巻, 1946年) 15頁。
- 3) 稲葉佳江「看護倫理教育の課題とその内容構成の試み」(教授学の探究 18号, 2001年) 148-149頁。
- 4) 戦後の看護教育制度の確立については、例えば、次の文献を参照。金子光「初期の看護行政—看護の灯たかくかけて」(日本看護協会出版会, 1992年) 40-78頁。
- 5) 例えば、井部俊子他監『社会の中の看護, ワーキング・スマート II』(日本看護協会出版会, 2000年)は、看護の社会化を阻む要因を検討し、今後への課題を述べている。また、井上幸子他編『看護とは [1]—看護の概念と看護の歴史 (看護学大系 1)』(日本看護協会出版会, 1995年) iv頁の「発刊にあたって」には次のような記述がなされている。「看護専門職が自らの役割を拡大し、自らの機能しやすい社会的条件を確立していくことは、社会的責任を果たすために欠かすことのできない側面である。しかし、従来わが国の看護専門職はこの面で主体的に行動してきていない。」と。
- 6) 稲葉佳江「看護基礎教育における『看護倫理』の指導に向けて—授業プログラム『抑制を考える』の試みから」(『教授学の探究』 19号, 2002年) 123-138頁。
- 7) ジョイス・トラベルビーは「患者」の用語について、大略、以下のように述べる。「患者」とは「医師その他の保健医療従事者のケアや処置のもとにある人」で「入院していることもあるし、そうでないこともある」。しかし、看護を必要とする人々は「患者」ばかりでなく、また「患者」という用語が看護者と「患者」を「看護を与える者と看護を受ける者」に規定する可能性を有している。「患者」というレッテルは、看護を必要とする人々の「非人間化」につながる。ジョイス・トラベルビー、長谷川浩他訳『人間対人間の看護』(医学書院, 1974年) 43-54頁、参照。
- 8) 芝田不二男『看護哲学 (増補改訂版)』(メヂカルフレンド社, 1976年) 27-33頁、参照。
- 9) 国際看護師協会「ICN 看護師の倫理綱領」, 日本看護協会編『看護者の基本的責務—基本法と倫理』(日本看護協会出版会, 2003年) 16-17頁。
- 10) アメリカ看護師協会, 小玉香津子訳「看護の社会的役割に関する方針声明書」, 日本看護協会出版会編, 小玉香津子他訳『いま改めて看護とは』(日本看護協会出版会, 1984年) 14頁。
- 11) 同上, 15頁。
- 12) 日本看護協会「日本看護協会綱領」, 日本看護協会編『看護者の基本的責務—基本法と倫理』(日本看護協会出版会, 2003年) 8頁、参照。
- 13) 「公共性」に関する文献として、以下を参照のこと。齋藤純一「公共性」(岩波書店, 2000) 1-20頁。
- 14) 医療の法的概念については、中平健吉「看護専門職—その法的基盤と職業倫理」(日本看護協会出版会, 1990年) 56-86頁、参照。
- 15) 看護者の労働問題に関して、芝田不二男『現代ナース論』(メヂカルフレンド社, 1973年) 11-112頁、参照。

- 16) 金子光, 同上, 200 頁。
- 17) 金子光, 同上, 203-204 頁。
- 18) 金子光, 同上, 203-204 頁。
- 19) 人事院「行政処置要求の判定(昭和 40 年 5 月 24 日)」, 看護行政研究会監修『看護六法, 資料 24』(新日本法規, 2001 年) 839-849 頁。
- 20) 金子光, 同上, 203-204 頁。
- 21) 旧厚生省「看護職員の需給に関する検討会報告書(平成 12 年 12 月 25 日)」, 看護行政研究会監修『看護六法, 資料 51』(新日本法規, 2001 年) 983-986 頁。
- 22) 山手茂「現代社会と個人の問題」(看護技術 13 卷 10 号, 1967 年) 124 頁。
- 23) 金子光, 同上, 201 頁。
- 24) 芝田不二男, 前掲 15), 36 頁。
- 25) 日本看護協会編『平成 16 年版看護白書—看護労働の現在』(日本看護協会出版会, 2004 年) 11 頁。なお, 3交代制よりも 2交代制のほうが生理学的な負担が少ないという研究成果より, 最近では 3交代制から 2交代制に移行する施設が漸増している。
- 26) 同上, 3-4 頁。
- 27) しかし, 一般労働者と比べると超過勤務時間は長く, 有給休暇取得率も低いのが現状である。この点につき, 同上, 3-12 頁。
- 28) このような看護現場の状況は, 一部の大病院を除いて解決されていない。この点につき, 以下を参照。旧厚生省「看護業務検討会検討報告書(平成 5 年 6 月 1 日)」, 看護行政研究会監修『看護六法(平成 16 年版), 資料 42』(新日本法規, 2001 年) 928 頁。川島みどり『看護の時代 1—いま, 病院看護を問う』(勁草書房, 1997 年) 18-25 頁。また, 古くなるが, 看護制度改革を求める看護者の声として以下を参照のこと。日本看護協会編『動きだす看護制度改革—看護制度検討会報告書全文収録』(日本看護協会出版会, 1987 年) 87-93 頁。
- 29) 「基準看護」制度の実態と問題点については, 「特集・基準看護制度再考」(看護 38 卷 6 号, 1986 年), 杉谷藤子「基準看護に問われるもの」(看護 38 卷 1 号, 1986 年) 19-23 頁, 等を参照のこと。
- 30) 看護歴史研究会「[講座]日本の看護の歴史 16—現在の医療」(看護教育 29 卷 11 号, 1988 年) 694 頁, 参照。
- 31) 芝田不二男, 前掲 15), 39 頁。
- 32) 和田攻他総編集『看護学大辞典』(医学書院, 2002 年) 1397 頁。
- 33) 同上, 1397 頁。
- 34) 川島みどり『いま, 病院看護を問う』(勁草書房, 1997 年) 81-85 頁, 参照。
- 35) 医療法 7 条の 2 は病院を 5 種—精神病床, 感染症病床, 結核病床, 療養病床, 一般病床—に分けている。「一般病床」とは, 前 4 種類以外の病床を指している。
- 36) 柘植ついで「ILO 条約・勧告の視点から看護制度を見直す」(看護管理 11 卷 1 号, 2000 年) 39-40 頁, 参照。
- 37) 「燃えつき症候群」とは「長期間にわたり人に援助する過程で, 心的エネルギーが過度に要求された結果, 極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり, 卑下, 仕事嫌悪, 思いやりの喪失」をもたらすものである。とりわけ, 「非常に熱心に意欲的に患者の治療やケアに没頭していた看護婦やソーシャルワーカー」に多く見られる現象である。我が国においては, 1983 年に稲岡が行った調査研究により, 看護者の「燃えつき」率が高いことが明らかになった。「燃えつき症候群」の定義については, 日本保健医療行動科学会監修『保健医療行動科学事典』(メヂカルフレンド社, 1999 年) 293 頁, 参照。その他, 稲岡文昭編「焦点/Burnout」(看護研究 21 卷 2 号, 1988 年) の特集を参照のこと。
- 38) 特定職種に関する ILO の勧告としては, ユネスコとの共同による『教員の地位に関する勧告』(1966 年) がある。
- 39) 柘植ついで, 同上, 参照。
- 40) 加藤新平『法哲学概論(法律学全集 1)』(有斐閣, 1976 年) 620-321 頁, 参照。

- 41) 大森武子他『看護と法—人権・看護実践・現代医療』（医歯薬出版，2004年）126-127頁，参照。
- 42) 同上，126-127頁，参照。
- 43) 菅原耕毅『看護事故判例の理論—医事法の研究IV』（信山社，1997年）151頁。
- 44) 綿貫恵美子「看護職の法的責任認識に関する研究」（日本看護研究会雑誌25巻2号，2002年）61頁，参照。
- 45) 菅原耕毅，同上，153頁。
- 46) 金子光，同上，14頁。
- 47) 同上，14頁。
- 48) 菅原耕毅，同上，153頁。
- 49) 同上，21頁。
- 50) 同上，154頁。
- 51) 厚生労働省は，2003（平成15）年3月に公表された「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」において，「療養上の世話については，行政解釈では医師の指示を必要としない」看護の主体的業務であることを明示した。看護問題研究会監修『厚生労働省，新たな看護のあり方に関する検討会報告書』（日本看護協会出版会，2004年）25頁，参照。
- 52) 石井トク『医療事故—看護の法と倫理の視点から（第2版）』（医学書院，1999年）8-12頁。
- 53) 同上，11頁。
- 54) 同上，11頁。
- 55) 同上，12頁。
- 56) 同上，12頁。
- 57) 厚生統計協会編『国民衛生の動向』（厚生指標51巻9号，2004年）179頁。
- 58) 医療法上，「病院」とは20人以上の患者の入院施設を意味し（第1条の5），「診療所」とは入院施設がないか，または19人以下の入院施設を有するもの（第1条の5の2）を指す。
- 59) 良村貞子『アメリカにおける医療過誤と看護婦の責任』（北海道大学図書刊行会，2002年）67-68頁。
- 60) 天野正子「看護婦の労働と意識—半専門職の専門職化に関する事例研究」（社会学評論87号，1972年）35頁，参照。
- 61) 同上，33頁。
- 62) 同上，33頁。
- 63) 同上，33頁。
- 64) 但し，助産師には医療法第2条（「助産所」とは，助産師が公衆又は特定多数人のためその業務を行なう場所をいう）により独立開業権が認められている。
- 65) マーティン・ベンジャミン他，矢次正利他訳『臨床看護のディレンマ—看護の実例と生命倫理』（時空出版，1995年）61頁。
- 66) 川島みどり『看護の自立—現代医療と看護婦』（勁草書房，1977年）92-94頁，参照。
- 67) 天野正子，同上，33頁。
- 68) 同上，33頁。
- 69) 同上，33頁。
- 70) 同上，35頁。
- 71) 同上，35頁。
- 72) 同上，34頁。
- 73) 准看護師制度は看護者不足を補う目的で1951年に創設されたが，この制度には早くから多くの問題が指摘されてきた。例えば，私的医療機関に丸抱えされてきた養成形態に絡む問題（「就労義務」や「お礼奉公」），看護資格の二分化からくる「准看護師差別」など，准看護師の人間性を損ねる人権上の問題が存在している。なお，准看護師問題については，村上友一「准看護婦問題の現在」（現代文明学研究5号，2002年）360-371頁，井上久「准看護婦養成をめぐる問題—当事者たちは，いま」（看護教育39巻5号，1998年）365-366頁，

等を参照のこと。

- 74) 天野正子, 同上, 34 頁。
- 75) 「准看護師問題」は我が国の看護制度上, 極めて大きな問題であるが, 本小論では扱わない。
- 76) 須田勝彦「人間の本質—教育学の出発点を探るためのメモ」(教授学の探究 21 号, 2004 年) 80 頁。
- 77) 同上, 80 頁。
- 78) 同上, 80 頁。
- 79) 同上, 80 頁。
- 80) 天野正子, 同上, 30-49 頁, 参照。「専門職性」とは, 専門的職業(専門職)の構成要因を指す。天野は, その構成要因として次の 5 点をあげる(46 頁)。
①理論的知識にもと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が必要とされる。②その職業に従事するためには, 国家ないしそれにか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集団を結成し, その組織の統一性を維持するため, 一定の行動規範が形成される。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なわれる。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を持ち, また職業集団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もつ。なお, 「ひとつの職業が専門的職業に向かって変容していく過程」を「専門職化」と言う。
- 81) L. Stein, *The Nurse-Doctor Game*, ARCH GEN PSYSHIATRY, 16, 699-703(1967).
その後の米国の状況につき, 以下を参照。B. K. Keddy, *Doctor-Nurse Relationship: An Historical Perspective*, JOURNAL OF ADVANCED NURSING, 748-750(1986). なお, Keddy らによれば, 1967 年に看護者—医師ゲームが発表されたあと, 20 年近くを経てもなお歴史的な関係性は看護者と医師の関係に影響を及ぼしていた。
- 82) マーティン・ベンジャミン他, 同上, 58-63 頁, 参照。同書の 54-108 頁に示されている事例にみられる看護者—医師間の対立は, 我が国の看護現場においても同じように認められる現象である。例えば, 井部俊子他, 同上, 6-16 頁, 参照。
- 83) 医療に対する患者の権利意識の高揚, 医療者への不信等を背景に, 1973 年, アメリカ病院協会により「患者の権利章典」が表明された。我が国の医療界においては, 1981 年の世界医師会総会で採択された『患者の権利に関するリスボン宣言』の周知度が最も高いと思われる。
- 84) マーティン・ベンジャミン他, 同上, 4-47 頁, 参照。このような関係は従来「パターナリズム」と呼ばれているが, ベンジャミンらは敢えてこの言葉を使わず中性的な用語を用いている。その理由は以下による。「女性たちが他の人たちとの関係において, 男性たちよりも『パターナルの[父親の]』役割, つまり『父親が最もよく知っている』という役割を果たすことができないわけではない以上, 中性的な用語の方がよいと思う」(マーティン・ベンジャミン他, 同上, 50 頁)。
- 85) 鈴木利廣「看護と法」(Quality Nursing 8 巻 12 号, 2002 年) 14 頁。
- 86) 同上, 14 頁。
- 87) 同上, 14 頁。
- 88) 齋藤純一は「公共性と共同体」を対比しているが, ここでは「共同体」の特徴を参考にまとめた。齋藤純一, 同上, 5-6 頁, 参照。
- 89) 例えば, 厚生労働省「医療提供体制の改革のビジョン(平成 15 年 8 月)」, 看護問題研究会監修『厚生労働省, 新たな看護のあり方に関する検討会報告書』(日本看護協会出版会, 2004 年)191-202 頁, 参照。ここでもキーワードはやはり「連携」「協力」「共同」である。
- 90) 日本看護協会「看護者の倫理綱領」, 日本看護協会編『看護者の基本的責務—基本法と倫理』(日本看護協会出版会, 2003 年) 10 頁。なお, 文献により「共同」「協同」「協働」, もしくは「協力」の言葉が殆ど区別されずに使われている。引用は原文のままとする。
- 91) 良村, 同上, 1 頁。

- 92) 例えば、訪問看護ステーションを基点とする在宅医療における活動があげられる。
- 93) 鈴木廣利, 同上, 14 頁。
- 94) 田中繁子「日本における『ナイチンゲール精神』の歴史的原点について」(看護技術 15 巻 12 号, 1969 年) 64 頁。田中は 35 年前に、「半封建的支配関係」で形成されてきた医師と看護者の関係を考えると、看護者の物の見方や価値観がそう簡単には変わらないであろうことを危惧していた。
- 95) 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』(勁草書房, 1999) 70 頁。
- 96) 同上, 71 頁。
- 97) 例えば、サラ・T・フライ「看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド」(日本看護協会出版会, 1998 年) 43-45 頁。同書では「協力」の訳が使われている。ベンジャミン他, 同上, 83-88 頁。同書では「協調」の訳があてられている。なお、ベンジャミンらの訳本による「協同」は、原書においては「collaboration」である。M. Benjamin & J. Curtis, *Ethics in Nursing*, 3rd-ed, OXFORD, 108-112(1992)。
- 98) ベンジャミン他, 同上, 83 頁。
- 99) 芝田不二男, 前掲 8), 87 頁。
- 100) 同上, 87 頁。
- 101) 廣松渉他編『哲学・思想事典』(岩波書店, 1998 年) 938 頁。