

## 看護婦不足問題の再検討

—病院看護婦不足問題を中心として—

宗 像 恒 次

### 1. はじめに

「看護婦不足」と叫ばれて、社会問題化してすでに久しく、いまだに解決をみないで、国民の健康生活に深刻な影響を及ぼしている。それは多くの病院に病棟閉鎖という異常事態をもたらし、家族に病人が出ても、入院が困難で、折角の施設にもいたずらに埃をかぶらせるという状況をつくっている(表一1)。

このように看護婦不足は、閉鎖ベッド(空き

表一1 看護婦不足による閉鎖ベッドの状況

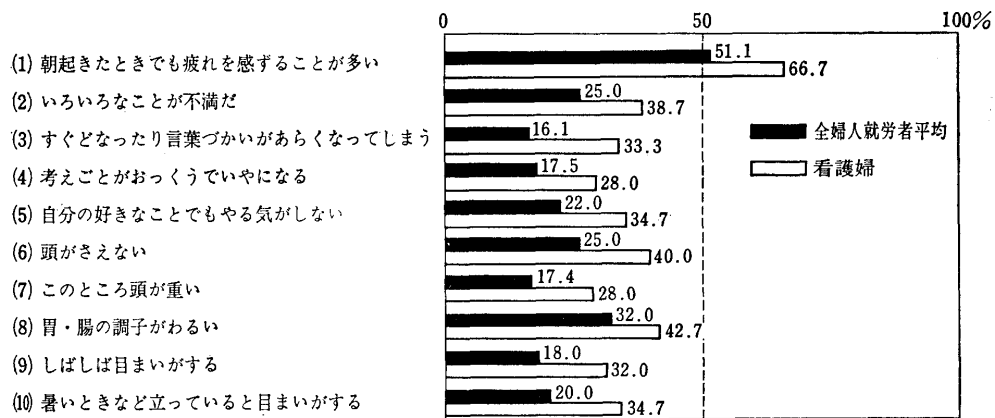
| 病 院   | 総ベッド(A) | 閉鎖ベット(B) | B/A  |
|-------|---------|----------|------|
| 東 大   | 1,036 床 | 400 床    | 38.6 |
| 日本医大  | 1,000   | 550      | 55.0 |
| 日 大   | 1,228   | 250      | 20.3 |
| 帝京医大  | 750     | 250      | 33.3 |
| 慶 応   | 914     | 200      | 21.8 |
| 女子医大  | 1,216   | 200      | 16.4 |
| 順 天 堂 | 1,100   | 100      | 9.0  |
| 虎ノ門   | 433     | 90       | 20.7 |
| 東京第一  | 1,002   | 622      | 62.0 |

出所資料：S.48.2 東京保険医協会調査

ベッド)によって病人への医療を不可能にすることはもち論、診療および看護の内容そのものの低下をもたらしている。すなわち、看護婦不足によって医師も多様な業務に忙殺され、疲労するし、精密な検査や十分な治療ができない。また看護婦自身も労働強化によって、疲労が蓄積して集中力を落としているので(図一1)、医療事故の危険性も増大しているというゆゆしき事態にたちいたっている。

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し、この事態の深刻さにさらに拍車をかけている。従って、幸い入院することができたとしても——付添不要のたてまえになっている基準看護病院においても——入院費用の他に、1日4,000円から5,000円という高額な費用を患者側が負担して付添婦を雇うか、家族の者が患者に必ず付添わなければならないということになり、家族の犠牲はきわめて大きいといわなければならない。

このような事態は何よりも国民の健康生活への可能性の喪失を意味し、国民に大変な犠牲を



注1) 看護婦の疲労徴候が特に平均より10%以上高い項目のみ掲げた  
 注2) これらのうち(3)(4)(6)(9)(10)は一般婦人従業者の中で特に看護婦のみに訴え率が高いものである  
 出所 東京都衛生局 昭和49年「就労婦人健康実態」調査

図一 看護婦の蓄積的疲労徴候

強要することである。同時に、それは医師や看護婦等の犠牲も意味している。もち論、弱者である患者が一番大きな犠牲を強いられるわけだが、医師も看護婦等も何らかの犠牲を強いられている。

つまり、どの立場の人も何らかの意味で被害者なのである。しかしまた、逆に、これはどの立場の人も何らかの加害者であることも同時に意味する。このように保健医療をとりまく人々が、一方では被害者でありつつも、他方では加害者にもなるという相互に関ぐ関係に陥っている。そのため今日ほど、それらの立場を迂回的にせよ両立させるリーダーシップが必要なときはないといえる。しかし、実際はそれぞれの立場が短絡的な思惑をこめて関ぐ関係にあるため、不足問題は深刻化するばかりである。従って、ここでそれぞれの代表的な立場にあるものが、一体如何なるリーダーシップのもとに行動してきたの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。

## 2. 頭数としての看護婦をつくりだす諸制度

従来は、そもそも看護職者の頭数が少ないことが国民や医師や看護婦自身に犠牲を強いた根本原因だとし、何はともあれ、看護職者（看護婦、准看護婦）数の養成・確保対策を急いできたといえる。例えば、労働組合は労働条件の改善のために、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）判定をたてにとり、ニッパチ定員確保運動をしてきたし、医師会は医師の介助者の不足が正常な診療業務の支障をもたらしているという観点から、看護職者の頭数の確保にやっきになった【事例1】。

【事例1】 看護制度改善検討会資料（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な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みるところである。従って、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る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)

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「看護職者の不足に原因がある」とし、現状の病床数の延びの趨勢から、看護職者の不足数を推定し、その分の養成確保対策を急いできた。

## 【事例2】

### <a>

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およ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、給与処遇の大幅な引き上げ、職場環境の改善、養成力の拡充、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。

(厚生省昭和47年度「厚生行政長期計画」より抜粋)

### <b>看護婦等

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。従って、われわれは今回の計画の最重要項目の一つとして、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、退職率の引き下げ、潜在看護婦の活用などを図らなければならない。そのためには、次のような対策を総合的に講ずる必要がある。

- (ア) 国公立を中心とする養成施設の新増設、公立および民間養成施設に対する運営費の助成等により、養成力を拡充強化する。
- (イ) 給与の大幅引き上げ、勤務条件の改善、寮・職員住宅の完備、施設内保育所の増設など処遇および厚生施設面の改善を図る。
- (ウ) 病院管理体制の改善、看護用具の開発、導入等により、看護業務の明確化、近代化を図る。
- (エ) 有子既婚者の退職率を引き下げるためにも、育児休業について検討する。
- (オ) パートタイム制、再就職斡旋システム等の採用等により、潜在看護婦の活用を図る。

また、看護業務を近代化し、業務範囲を明確化し、看護婦が本来の業務に専心しうる体制を推進し、同時にこれに対応して看護以外の各種業務に対する補助労働力の活用が行なわれる状況が確保されれば、わが国の看護水準はさらに実質的に改善されることが期待できる。

保健婦、助産婦についても、需要の増加が見込まれ、いずれも早急に養成対策を講ずる必要がある。

(厚生省 昭和49年社会保障長期計画懇談会看護マンパワー施策の目標)

これら労働組合、医師会、政府・自治体行政は、それぞれのまったく異なった立場から、看護職者の養成・確保政策を支持しているのであるが、しかし、それらに共通している考え方は、看護婦不足問題が看護職者の頭数さえそろえれば解決しうると発想していることである。

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に加えて、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、まず看護職者の頭数をそろえなければならぬという発想をとる。ところで、それぞれの立場が異なるにせよ、単に頭数をそろえようと発想することは、独自の判断や計画能力をもった自律的な看護婦をそろえるということではなく、他律的な看護職者でもよいなら、あるいはそれによしとして、それらをそろえることを意味する。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）の中にぬけめなく貫徹している発想でもある。

まず第一に、勤務体制についていえば、その根底に流れる管理的な従来の発想には「最少の費用で看護職者を雇い、最大の業務をこなすためにはどのような勤務体制をとればよいか」というものが中心的なものである。

例えば、40床で2人以上月8日夜勤をしようと思えば、最低16名必要だが、その場合、従来から一般的に採用されている三交替制での人員構成は、日勤5名、準夜3名、深夜2～3名となるのが通例である。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）中のそれよりもはるかに多いのだから、夜勤の方が人員が多く、作業量は少ないというのは不合理であり、看護婦の無駄使いであるとし、8時～16時（8時間）、16時～8時（16時

間）という変則二交替制を主張した。ここにみられる姿勢には、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看護職者頭数論のまさに典型的なものがある。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うまくこなせばよいというたぐいの単純労働であるという前提があり、それによしとする態度がある。つまり、看護職者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、看護職者はそれらを機能的に能率よく処理すればよいという「没主体的な看護によし」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者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な、頭数としての看護職者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い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。しかもそれらは少数の看護婦に限られる。他の大多数の看護婦は医師の介助を中心とした看護婦として考えられている。准看護婦の養成は、まさにこの発想であり、今日の看護婦養成もこれと大差ない【事例3】。

#### 【事例3】 日本医師会のもつ看護婦像

##### ㉔ 日本医師会のもつこれからの看護婦像

この技術革新というものに対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い込まれてきている。そうなってくると、看護体制というものは、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うものを考えなければならない。

例えば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という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、これからのCCU, ICUの中での看護婦さんの地位というものは、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、数さ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に思う。

理解やメディカルエンジニア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。

看護婦さんの看護体制というものも、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きてきているし、……。

出所)「国民医療年鑑」昭和46年版 日本医師会編注) 日本医師会武見太郎会長談をまとめたもの。ただし、傍点は筆者によるもの。

㉕ 昭和31年日本医師会の看護制度改正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3年間の看護婦教育をうけ、国家試験に合格し、免許を得るものを「高等看護婦」または「准医師」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、6カ月の学科、6カ月の指定病院実習、1カ年の各国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カ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。

就職者(学生)を募集するために、就職機会の少ない辺地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)

##### a) 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)
- ③ 被服等の貸与：実習書、靴、靴下、キャップの貸与
- ④ 諸費用の学院負担：実習、見学、キャンプ交通費

##### b) 受験場所の出張

試験地：当学院、仙台市内、熊本市内

そして、看護学校における教育理念はというと、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)を自らの判断でもって提供できる看護職者を教育していくというのではなく、事務的・介助的な、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ている。

このような養成体制の中で、主体的な看護に「誇り」をもち、国民の信頼にたりうる専門看護サービスを提供しようとする看護職者が育つ

てゆくだろうか。ここで育てられた看護職者は、事務的・診療介助的業務を得意として精力をとられ、肝心の療養上の世話や保健指導等の業務に力を注がないでいるのが平均的な実情であろう。その結果、療養上の世話や保健指導という本来の看護業務は、非専門的な付添婦や家族の人々に放置せられたまま、看護婦は事務、診療介助という頭数としての業務にとびまわることになる。しかし、これらはもっぱら教育体制の欠陥による問題だけではない。

今の社会保険下において、「看護をしなければいけないほど病院として報酬がかえって高くなる」というような不合理な看護報酬制度しかないことも、大きな問題なのである。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。従って、今のようなおそまつな「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。例えば、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ので、体位交換という看護サービスをせず、患者に床づれをつくらせ、その床づ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きわめて不合理な事態も結果的にはつくりだすのである。要するに看護職者が行なう独自の判

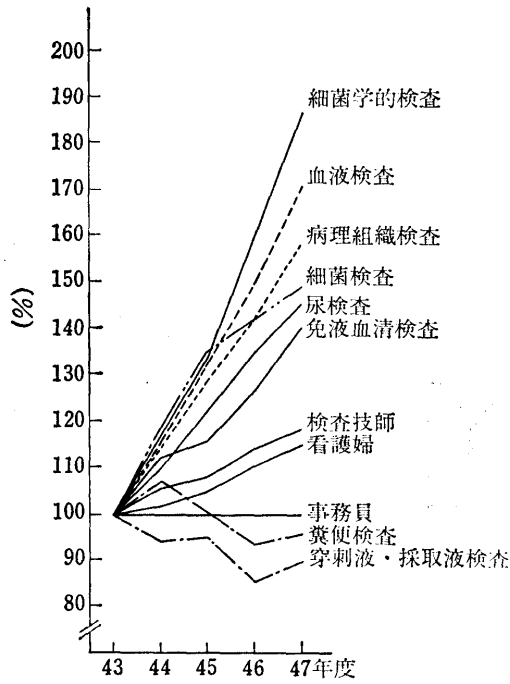
断 (see) と計画 (plan) による業務実施 (do) というものに財政、会計上の収入保証がないということである。

このように看護の基本的諸制度は、看護職者自身の独自の判断 (see) で、業務計画 (plan)、実施する (do) というような考え方ではなく、もっぱら与えられた業務を限られた定時間内で機能主義的に実施 (do) してゆけばそれでよしとする頭数論が中心的な考え方になってつくりだされてきていると結論づけられる。

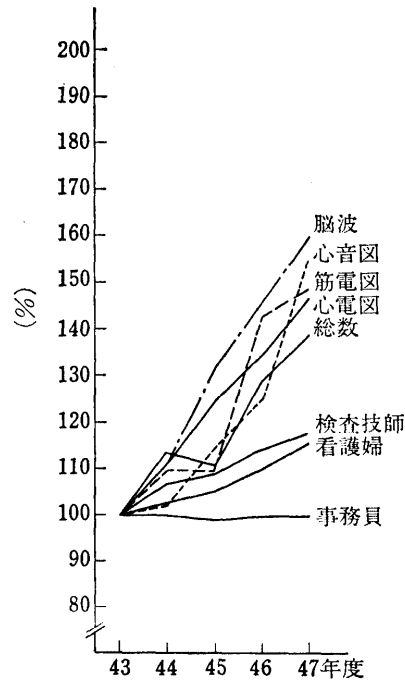
### 3. 頭数としての看護婦と不足問題

2節で主張したように、一般に看護婦不足とよばれる問題は、看護職者の頭数が絶対的に不足していることに由来するものだと理解されてきた。そのために看護職者の頭数さえ多く養成確保すれば、不足問題は解決されるものだと考えられ、またそのような考え方に則った施策が多くとられてきた。しかし、現実はそのような施策によって解決されてゆくどころか、ますます深刻な事態にまでおいこまれている。しかし、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か。ここで私達はこれらの施策が不首尾なものにならざるを得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看護性が業務的に増大した結果——医療介助業務も看護婦の業務の一つと考えられている以上——看護婦の業務量も激増せざるを得なかった（図一2）。また、人口構成や疾病構造の変化に伴って、老人や成人病や慢性疾患等のように



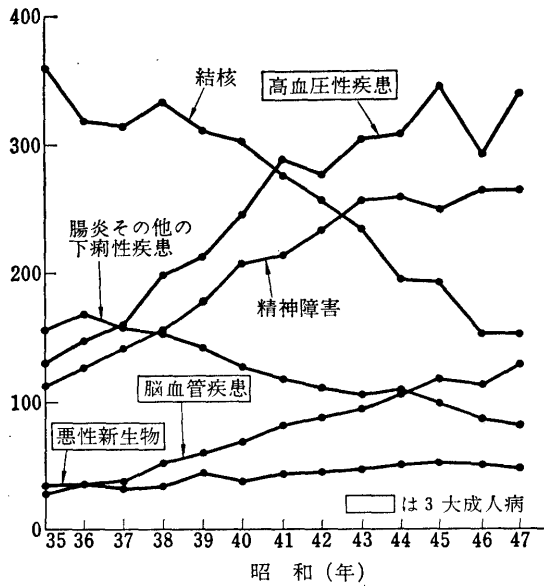
(a) 臨床検査(病理・細菌・生化学的検査) 職員数(検査技術・看護婦・事務員)の推移



(b) 臨床検査(機能検査)・職員数 (検査技師看護婦・事務員)の推移

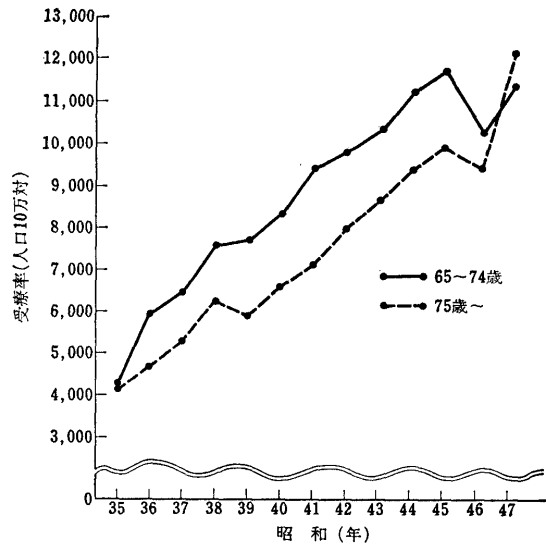
(出所：厚生省医務局国立病院課「国立病院年報」昭和47年度)

図-2



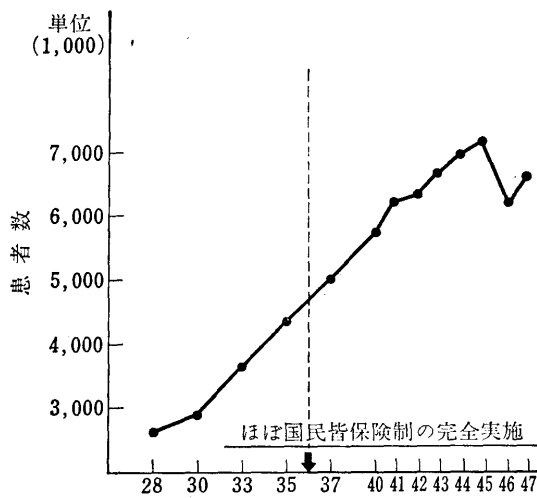
出所：厚生省「患者調査」より作成

図-3 (a) 成人病を中心とした傷病別受療率の推移



注) 昭和46年は医師会の保険医辞退運動によって、受療率が若干影響を受け、低下している。  
出所：厚生省「患者調査」

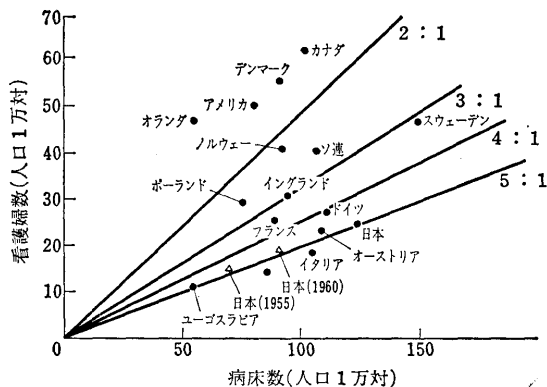
図-3 (b) 老人の受療率の推移



注) 患者数は入院と外来との総数  
46年は医師会の保険医辞退運動の影響を受け激減した  
出所：厚生省「患者調査」

図一4 国民皆保険と患者数推移

手厚い看護を必要とする病人が激増し(図一3), 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(図一4), 看護の業務量はさらに膨大化せざるを得なかった。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(病院では患者対看護職者の比が4:1である必要がある)のでは, 現場の実情に



注) 看護婦の中には准看護婦も含む  
出所：World Health Statistics Annual (1969)

図一5 病床数と看護婦数の関係 (1969年)

表一2 患者の平均在院日数国際比較

| 国名       | 一般病院      |            |
|----------|-----------|------------|
|          | 病床利用率 (%) | 平均在院日数 (日) |
| 日本       | 76.8      | 32.5       |
| ソ連       | —         | —          |
| カナダ      | 79.0      | 10.6       |
| フランス     | 77.5      | 17.8       |
| フィンランド   | 91.7      | 12.3       |
| デンマーク    | 83.7*     | 13.1*      |
| イタリア     | 76.1*     | 13.8*      |
| ノルウェー    | 91.2      | 14.0       |
| スウェーデン   | 76.3      | 12.7       |
| オーストラリア  | —         | —          |
| チェコスロバキア | 76.9      | 14.6       |
| アメリカ     | 78.0      | 9.0        |
| イスラエル    | 91.0      | 9.1        |
| アイスランド   | 102.3     | 18.1       |
| ハンガリー    | —         | —          |
| ドイツ      | 86.9      | 18.3       |
| オランダ     | 89.0      | 18.5       |
| ビルマ      | 98.2      | 9.3        |
| タンザニア    | 85.7**    | 9.4**      |
| チュニジア    | 79.5      | 10.6       |
| スイス      | 78.1      | 16.2       |
| ブルガリア    | 84.2      | 13.2       |
| タンザニア    | 85.7**    | 9.4**      |
| チュニジア    | 79.4      | 10.6       |

\*'69年度 \*\*'67年度

World Health Statistics Annual 1970, Vol. III, W. H. O.

ほど遠いものになる。

従って, 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職者数でしか行政が行なわれなかったことにある, と早くからいわれていたのも, 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, 必要人員数の基準を改めなかったことが, 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みに3：1（1970年現在）にすれば問題はなくなるかの感がある（図一5）。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と、その短い欧米とを、単に病床数対看護職者数で比較（表一2）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、病床数対看護職者数が3：1のような基準を保つに必要な看護職者数を果たして確保できるかどうか、これが決定的な問題だ。

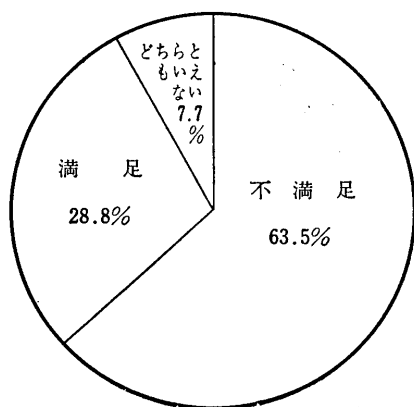
現状（1969年現在）のように病床数対看護職者数の粗5：1を維持するだけでも、あわてふためいている有様なのに、どうして現在の1.5倍もの看護職を養成・確保し得るだろう。

病院というのは、看護および准看護婦が入院患者4に対して1必要（医療法施行規則19条4項）となっているが、現状は、社会保険診療報

酬支払基準制度にみられるように、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、年来の発想である潜在看護婦の再活用という政策に依拠するつもりでいるらしい。しかし、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、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る。従って、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。図一6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、厚生省の資料にあるように、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%以上が再就職するかもしれない（表一3）。しかし、先に述べたような医療や看護



出所：大谷氏「昭和48年神奈川県における看護婦等再就業者の現状について」の調査（看護Vol. 26, No. 12）  
注）不満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。

図一6 再就職者の勤務の満足度

表一3 潜在看護力活用講習会就業状況

| 年度   | 受講者<br>総数<br>A | 回 答   |       |       |       |       |       |        |            | 未回答<br>C | 就業率<br>B/<br>(A-C) |
|------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|----------|--------------------|
|      |                | 就 業 者 |       |       |       |       |       |        |            |          |                    |
|      |                | 病 院   |       | 診 療 所 |       | そ の 他 |       | 計<br>B | 未 就<br>業 者 |          |                    |
|      |                | 常 勤   | 非 常 勤 | 常 勤   | 非 常 勤 | 常 勤   | 非 常 勤 |        |            |          |                    |
| 年    | 人              | 人     | 人     | 人     | 人     | 人     | 人     | 人      | 人          | 人        | %                  |
| 昭和42 | 356            | 56    | 17    | 39    | 26    | 11    | 7     | 156    | 190        | 10       | 45.1               |
| 43   | 238            | 41    | 22    | 11    | 5     | 8     | 4     | 91     | 76         | 71       | 54.5               |
| 44   | 817            | 101   | 59    | 21    | 15    | 31    | 30    | 257    | 229        | 331      | 52.9               |
| 45   | 2,032          | 389   | 164   | 129   | 74    | 50    | 83    | 889    | 775        | 368      | 53.4               |

(昭和47年厚生省医務局看護制度改善検討会資料)

表一4 看護婦および准看護婦の定着分析

(i) 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    |

(ii) 准看護婦の年齢階級別定着率 (進学者を定着と考えない)。

| 年 齢 階 級 | 定 着 率  |
|---------|--------|
| ～24(歳)  | 75 (%) |
| 25～29   | 39     |
| 30～34   | 76     |
| 35～39   | 107    |
| 40～44   | 119    |

(iii) 准看護婦の年齢階級別定着率 (進学者も定着と考える)。

| 年 齢 階 級 | 定 着 率  |
|---------|--------|
| ～24(歳)  | 83 (%) |
| 25～29   | 49     |
| 30～34   | 78     |
| 35～39   | 111    |
| 40～44   | 119    |

(iv) 看護婦1万人養成した場合と准看護婦2万人養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<br>者数<br>1万人 | 准看護婦新卒就<br>業者数*<br>2万人 |
|--------|----------------------|------------------------|
| ～24(歳) | 7,900                | 16,600                 |
| 25～29  |                      | 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年度の各年齢階層別就業者数の43年度における5年前の各年齢階層別就業者数に対する百分率。ただし, 卒業時高年齢者や潜在看護婦の顕在化による中途参入者を含む。

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, 長期の就業は困難であろう (図一6)。従って, 今やこのような, もっぱ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。

否、むしろ頭数の確保に汲々となる不足対策こそ不足問題を深刻化させる元凶ではなからうか。私達は、このような観点に立って、もう一度不足問題を捉え直してみようと思う。

そこで、まず第一に、看護婦がなぜ看護界になじめないで、辞めていかざるを得ないのかを考えてみよう。

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。例えば、昭和43年から48年までの5年間に、看護婦は毎年平均8,500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14,000人が離職、そのうち進学者を除くと約6,700人が看護界を去っていった。これを年齢階級別にみると表一4のようになり、40～44歳までの看護婦、准看護婦の推定される定着率はそれぞれ70.2%、41.9%となる。また、保健婦も毎年約800人が養成されて就業するが、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（表一5）。

表一5 看護婦、准看護婦、保健婦の就業者、離職者数推移

| (イ) 看護婦 |          |        |        |
|---------|----------|--------|--------|
| 年次      | 就業者総数    | 新規入職者  | 離職者    |
| 昭和43年   | 126,752人 | 5,918人 | 3,007人 |
| 44      | 130,961  | 6,688  | 2,479  |
| 45      | 139,239  | 7,292  | 986    |
| 46      | 144,901  | 8,797  | 3,135  |
| 47      | 152,480  | 10,199 | 2,620  |
| 48      | 162,392  | 12,274 | 2,362  |
| 平均(43～) | 142,788  | 8,528  | 2,432  |

(ロ) 准看護婦

| 年次      | 就業者総数    | 新規入職者   | 離職者(進学者を含む) | 離職者(進学者を除く) |
|---------|----------|---------|-------------|-------------|
| 昭和43年   | 139,823人 | 24,315人 | 13,726人     | 10,182人     |
| 44      | 151,578  | 25,090  | 13,335      | 8,280       |
| 45      | 164,464  | 25,835  | 12,949      | 6,048       |
| 46      | 174,318  | 25,876  | 16,027      | 7,251       |
| 47      | 181,666  | 24,964  | 17,616      | 7,580       |
| 48      | 192,506  | 23,343  | 12,503      | 978         |
| 平均(43～) | 167,393  | 24,904  | 14,359      | 6,720       |

(ハ) 保健婦

| 年次      | 就業者総数   | 新規入職者 | 離職者  |
|---------|---------|-------|------|
| 昭和43年   | 13,560人 | 726人  | 772人 |
| 44      | 13,759  | 794   | 595  |
| 45      | 14,007  | 835   | 587  |
| 46      | 14,276  | 886   | 617  |
| 47      | 14,735  | 936   | 477  |
| 48      | 15,003  | 986   | 718  |
| 平均(43～) | 14,223  | 861   | 628  |

(ニ) 助産婦

| 年次      | 就業者総数   | 新規入職者 | 離職者    |
|---------|---------|-------|--------|
| 昭和43年   | 32,814人 | 442人  | 2,156人 |
| 44      | 31,938  | 516   | 1,392  |
| 45      | 31,541  | 584   | 981    |
| 46      | 31,226  | 639   | 954    |
| 47      | 30,246  | 724   | 1,704  |
| 48      | 29,229  | 774   | 1,791  |
| 平均(43～) | 31,166  | 613   | 1,496  |

注1) 厚生省医務局看護課「看護関係統計資料」  
厚生省情報統計部「医療施設調査」  
厚生省情報統計部「衛生行政業務報告」より作成

注2) 離職者数=前年の就業者+当年の新規入職者-当年の就業者数

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者のうち、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「続けるかどうか分からない」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、およ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。しかし、看護職者にとっては、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、試練として積極的に受けとめられ、ひるがえ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、看護職者としての独自性を失な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とられる。それはもっぱら「苦痛」という受動的なもの

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。例えば、日赤病院を中心とした昭和35年以前の病院の勤務条件は、客観的にみても大変苛酷なものであった。そのような事例に比べて、客観的にも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なわれ、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いたっている。

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、己れの全人格を傾注しなければならない仕事なのである。ところが現実には、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らう。

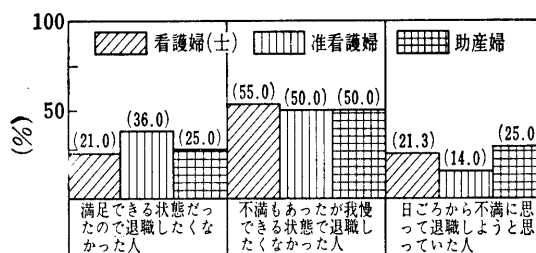
ところが、2節で述べたように、介助の頭数としての業務しかできない勤務体制、頭数としての業務しか評価しない基準看護料金体制等は、医部等から指示、命令された業務を忠実に遂行しうるような看護婦を養い、その指示業務を遂行しやすいように——というよりも、そのような指示された介助業務しかできないように——勤務させたり、そのような介助業務こそ評価するが、「療養上の世話」等を中心として、

主体的な業務遂行をなしうるように看護婦を養い、そのような彼女を生かせるような勤務をさせたり、評価したり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、自らの独自性を失な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」等にみられるような独自の看護業務の中で、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、私たちは、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、という疑問をもっている。確かに従来からいわれているように、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く、例えば、東京都の



(東京都昭和48年「看護職員の退職理由調査」)

図一七 勤務していたときの不満の状況(職種別)

「看護職員の退職理由調査」(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%もおり、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(図一七)。

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、患者さんの面倒を十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)(図一八)。

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45年)によれば、「仕事のやり甲斐」は「上司への信頼や監督のやり方」や「仕事そのものの創意やくふうの余地、そしてそれが持つ意義」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)。先にあげた看護職者の離職理由の上位二つが、はから

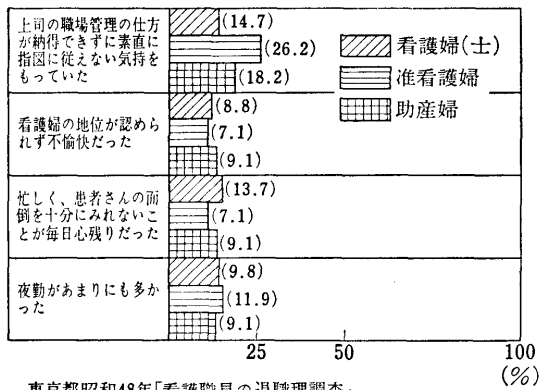


図-8 「何かしらの不満をもっていた人」  
の不満の内容（職種別）

ずもこのことを実証しているのである。「仕事のやり甲斐」の喪失こそが、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、新しい職場がみつかったり、同僚が辞めたり、ボーナスをもらったり等の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、先にあげた東京都の離職看護婦の約30%は、「仕事のやり甲斐」の喪失が原因で離職したケースとなる。

このように看護婦不足問題は、ただ看護婦の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」という問題を検討しなくてはならない。

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しかいいようがない。といっても、私たちの主張する論拠もまだ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、看護という仕事の中に主体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行わないなら、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も、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。そこで、まず第一の問題から考えてみよう。

#### 4. 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、それ自身の主体性が真に必要なとしたら、今日のように没主体的な看護に陥ることによって、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展開を試みてみる。

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も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てしようと思う。

ところで、今日の保健医療問題は、ある側面から捉えると、国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いえまいか。例えば、病院医療ということについてみれば

ば、国民の不信は、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っ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、なぜ国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、次のようなことである。

絶対的にとまではいえないが、理念としての医療の主体は患者にあると叫ばれている。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だ。国民は、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。このことが国民に不信の種を植えつけてきたのではなかろうか。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あるまいか。

だが、一方では医師会のいうように、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できるかもしれない。しかし、この制度を支えていく国民的な共鳴盤は、この医療サービスに対する不信感にあるとい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。例えば、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なわれようとする「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にしたスカンジナビア諸国の情報ネットワークをはじめ、世界の先進国の一般的な傾向として、先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、国民の健康の情報管理を担う必要性があると主張している。

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、すでに感情的ですらある。それは、明治以降に行な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よる原因がある。つまり、住民の個人の秘密が、いつばらまかれ、そして社会防衛の名のもとに彼らの主体的な生活姿勢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もっている。

とはいえ、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、患者は果して自らを「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。すで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すでに「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、このような悩みをもった、あるいはも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・検診等を行な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科外療法、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」のような対象物とみなして、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。従って、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、患者を対象物とみる医学的方法と、しかもそれを主導的方法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になく、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表われてきた。先に述べたように、国民は「モノ」のような対象物とみなされて、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、抵抗する構えをみせ始めたのである。つとにいわれていたことであるが、それは、治療技術が跋行的に進歩し、特に学用患者に象徴されるような事象、つまり、患者をモルモットの対象として扱うような状態や、医師のモラルの退廃に帰因することである。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いうように、「医者そのものは皆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。彼は続けていう。「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……医学的な知識をも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)。少々引用が長くなったが、要は昔に比  
べ医者の姿勢が悪くなったというより、患者が  
医学的知識を多くもつようになってきて、医師  
の姿勢を批判するまでになったということであ  
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して  
の批判意識は、単に医学的な知識を多くもつよ  
うになっ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のであった。

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

ってきたといってもよいだろう。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実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は、も  
う一つある。

保健医療技術の進歩にはいちじるしいものが  
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、今までのように医師を  
絶対的な権威者として自分の身体や心の中のす  
べてを任せるのではなく、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ないという気運が生じ  
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みられる  
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もち始めた。

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いえる。しかし、保健医療サービスに関しての不信感は、まだある。

従来、保健医療サービスといえば、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。先に述べたように、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、責任をもとんとする。しかし、喜びや悲しみをもっている患者（人間）そのものに関心をよせ、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、個別的需要にまで関心を広げ、そのような需要の充足を援助することにまで責任をもとんとはしない。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、患者（人間）を個別にみるのではなく、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、患者の個別的需要を問題にはする。しかし、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、患者の個別的需要の充足を最終的な目的とするものではない。

とにかく患者は、自分の健康上の個別的需要についての専門的な援助は受けられず、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。例えば、手術を待つ誰しもがもつ不安は、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、それぞれ異なった需要を持つものだけに、個別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、看護婦の忙しげな、取りついでくれそうもない雰囲気や、たとえ取りついでも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もう一つの問題は、人間として、かけがえのない個別的需要が無視されてきたことにあるのである。これは、医師の（行な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に援助を行なう職種のサービスが十分でなかったことに問題がある。

先に述べたように、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。従って、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需要がえがえないあり方を尊重し、彼の健康上の問題に個別に専門援助を行な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。

それでは、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ってきたのである。といっても、すべての看護職者が患者への個別に援助に関心を持ったり、責任をもとんとはしていな

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、特に日本の看護婦については、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ざす層と、副医師的な層、医療介助者としての層というふうに、大きく分け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みられるように、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もち、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。

ただし、患者への個別的な専門援助は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——看護職者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もつもの（真正の看護職者）は、厳密にい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。

すでに言及してきたことだが、従来保健医療サービスといったとき、それは主として医師のサービスを意味し、看護職者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、看護婦が本来行な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い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、看護婦が己れ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、診療中心財政、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、人間としてのかげがえのない、個別的なあり方が尊重されなかったことであり、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、自律性がきわ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。従って、看護職者に対する法的・財政的・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よぶ問題を迂回しながらも、根本的に解決していく定かな方法であるといえる。

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。

## 5. 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担わないというなら、誰が担うか」——に答えるため、従来の看護業務を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」などという看護本来の業務のほかに診療介助業務がある。だから、医療の専門分化と医療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いえば当然である。しかしその場合、自か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こらなかったはず。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、「看護本来の業務」も「介助業務」も、「新しい療法業務」も、それぞれがかえって十分な機能充足を行なうことができるはずである。というのは、「療養上の世話」という不確かな言葉で象徴されてきた、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、医師の行なう狭義の保健医療業務とは、それぞれ正反対の業務論理をもっているからである。従って、両者をあいまい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発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）に基づく必要性をも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があるという点で、それぞれは相異なる業務といえる。もしこの点が考慮されずに、これらを同一職種が行なうことは、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。

看護業務はなぜこんなに混迷した形で発展せ

ざるを得なかったのか。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いってもよい。

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、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、看護婦は医師に隷属するものでなく、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——しかもそれがあいまいなために——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きわめて弱かった。

従って、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いえる。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。これはすで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進める自立的・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一切放棄せよといっているのではない。看護活動のない診療がないのと同様に、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別に定め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、看護という名称を一切用いず、看護婦との峻別を明示すべきであろう。

ところで、既述したように、確かに今日の看護の主要問題の主因は、看護という名称で医療

補助者的役割, 副医師的役割, 看護固有の役割と三つを混在化した形で業務遂行することにある。だが, といって今のような権力関係の中で今後看護業務の機能分化を無理に促進することは, 果たして現実問題として適切な方法であるだろうか。というのは, 現状のように国民から固有の意義が理解され期待されていなく, 看護看護に自立的・自律的な「能力や権限(権利)」が育成付与されていないからこそ, 他の医療職の権威(力)者に業務攪乱され, 自らも業務の機能分化に伴う不安の前に業務混乱を起因させる主体の一つに墮したのではないのか。国民から看護固有の意義が理解されていない以上, 看護が無理に自立することは, 彼女らが不安視している通り, 自らの職業的な存在根拠を失なうことである。たとえ失なわなくとも, 今のように医師だけではなく, 看護から機能分化したはずの副医師によっても逆にコントロールされる事態を生み出すだろう。上述のことをふまえるなら, これは看護職にとっても, 国民にとっても不幸なことである。

それゆえ, ここで強調されなければならない点は, 次のようなことを招来する戦略的な方法の所在である。つまりそれは, 国民から看護の意義が期待されるようになり, 看護職者自身が国民と自主的・自律的に相互行動しうる「能力

と権限(権利)」が育成・付与されるような事態をもたらす戦略的方法のことである。私たちはこのような戦略的な意味をもつ看護として, つまり, 看護固有の業務遂行と, そのための主体的・自立的な制度を確立してゆくための戦略的方法として, 私たちは「地域看護」の展開に大いに期待したい。

従って, 以上の論述の結論であるが, まず第一に, これからの長期的な需給政策とは, 「地域看護」の強化推進による国民看護政策であり, その中での看護の機能分化の促進を前提とした政策であることにつきるといえる。第二に, これからの供給政策は, 看護職者の安直な頭数養成主導型, あるいは潜在看護職者の頭数再活用主導型のような不合理な政策を改め, 看護専門職としての主体性を重視し, 質の高い看護職が定着してゆくような政策を確保することである。

ところで, 第三番目に提示した「看護業務の主体性を確立しようとも, 今のような劣悪きわまる労働条件下では, なす術がなかろう」という問題については, まだ答えられないままである。このことは, 看護マンパワー供給の短期政策問題として, 大変重要なものであり, 稿を改めて問題にしようと思う。