

## 看護婦の専門領域規定についての社会学的考察

——専門職化によって形成される専門領域と非専門領域

石橋 潔

### § 1. はじめに

ある職種が専門職として確立しようとするときには、その職種独自の専門領域を明示する必要がある<sup>(1)</sup>。現代のように多様な職種が相互に境界を接しながら専門職化しようとする状況の中では、どのように専門領域を規定するかという問題は、専門職化を目指す職種にとって極めて重要な問題となる。この論文では、日本の看護婦専門職化の過程で生じた専門領域規定の問題を取り上げようと思う。

専門領域の規定を考察する上で、看護婦<sup>(2)</sup>という職業を取り上げるのは理由がある<sup>(3)</sup>。この職業は他の職種との関係の中で独自の専門領域を明示する必要に常に迫られてきた職業であるからである。看護婦という職業は、医師を中心とした医療の場において、雑多な業務を担う職業として出発せざるを得なかった<sup>(4)</sup>。このため看護婦が自ら専門職化しようとするときには、この医師専門職に還元されない独自の専門領域を明示する必要に迫られることになる。また同時に、看護婦が従来抱え込んできた雑多な業務のうち、専門性の低い業務を看護補助者に受け渡し、自らの職業行為を専門性の高い領域に限定する必要があった。看護婦の専門職化において看護補助者を必要としたのである。このことをいいかえれば看護婦の専門領域規定は医師および看護補助者との境界をいかに設定するかという問題として現れる。看護婦の専門職化は「医師－看護婦－看護補助者」という一連の職種成立の過程の中で捉えなければならない<sup>(5)</sup>。

専門領域の規定とは、専門職化を目指す職業集団が、自らの職業行為の独自性を主張する領域を明示し、社会に対して認知させることである。こ

の認知を得ることによって、その職種は専門職として社会的に高いステータスを得ることが出来る。そしてこの専門領域の規定は、専門職化を目指す職種の個々の構成員によって個別に行われているものではない。専門職化しようとする職種は職能団体を形成する。この職能団体を中核として、専門領域の規定が集团的組織的に追求されるのである。

だが専門領域の規定とは、裏返せば、専門領域としない領域を規定することでもある。専門領域の規定とは、社会的に価値がある専門領域と、そうでない領域（非専門領域）との間の境界を引く作業でもある。そして専門職化をめざす職種は、社会的に価値の低い非専門領域を自らの仕事から切り離し、社会的に価値の高い専門的行為に専念しようとする。つまり「医師－看護婦－看護補助者」という関係は、専門職化を行なおうとした職種が非専門領域を補助的職種に受け渡そうとしてきた一連の過程として捉える必要がある。このことがこの論文の基本視角である。だがこの一連の過程は、どんな問題を抱えているのだろうか。この問題を、1975年に日本看護協会がおこなった声明の分析を中心にして、日本の看護婦がどのように自らの専門領域を規定しようとしたのかということを考察したい。

## § 2. 医師との境界をいかに引くか：「対象者の理解というくり」

### ◇《看護婦専門領域のくりの変化》

専門領域の規定のための基準というものは、その職種の置かれた社会的状況の中で歴史的に変化するものである。日本看護協会は、1995年、協会独自の認定資格である専門看護師、認定看護師制度を発足させたが、このことは看護婦の専門領域を規定する基準の変化が起きていることを示すものである。資格認定制度検討会委員長である南裕子は座談会で次のように語っている。

「看護師がスペシャリストになるということは、判断能力だけではなくて具体的に活動するスキルを身につけていることだと思うのです。〔中略〕だから専門知識の切り取り方が、対象者の理解というく

くりではなくて、何が出来るという知識・技術体系のくりが重要だということです。』<sup>(6)</sup>

ここには看護婦の専門領域の規定の基準の変化、専門領域の「くり」の変化が示されている。「対象者の理解というくり」から「何が出来るという知識・技術体系のくり」への変化である。

現在、看護婦という職種は大きな転換点にいる。医療が高度化し、看護婦もその高度医療に対応する必要に迫られているということと同時に、看護婦を取り巻く医療分業構造に変化が起きている。急速に進展する人口の高齢化に伴う看護・介護需要の増大に伴って、看護に隣接して多くの職種が生まれ、そしてそれらの職種も専門職化を目指している。例えば、社会福祉士、介護福祉士という資格職の登場。そしてMSWやPSWの資格化や臨床心理士の資格化が検討されている。このような変化の中で、看護婦はもはやかつてのように、自らを唯一のケアの専門職であると規定することが難しくなってきた。このような職種に囲まれながら、看護婦は自らの専門領域の独自性をどのように明示するのかという問題が突きつけられていると言えよう。このような状況の変化に対応するために、日本看護協会は、看護の専門領域を「知識・技術のくり」でくくることで、他の職種との違いを明らかにし、看護の専門性を社会に対して提示しようとしていると言える。

しかし、ここで問題にしたいのはこの「知識・技術体系のくり」ではなく、「対象者の理解というくり」についてである。専門職とは一般に、体系化された知識・技術に依拠する職種として捉えられている<sup>(7)</sup>。であれば専門職化を目指す看護婦が「知識・技術体系のくり」で自らの専門領域を規定するのは極めて当然の事に見える。ではここで一担否定されている「対象者の理解というくり」とは何だったのだろうか。なぜこのような「くり」に言及する必要があったのだろうか。

◇《ひとりひとりを全体として理解する》

日本の看護婦の専門職化は、第二次世界大戦後、GHQの後押しのもとに始まるが<sup>(8)</sup>、この時期は、看護婦が自らの専門領域の独自性をどのように規定するか模索している時代でもあった。看護学研究者野島良子は第二次世界大戦後の看護婦の置かれた状況を次のように説明する。

「近代看護は中世から引き継がれてきた伝統にしたがって、看護の機能を『治療』と『母親の役割』においてきた。しかし、第二次世界大戦後のめざましい科学技術の発展によってもたらされた医療技術の革新と、社会科学の進展は、必然的に、医療世界における医師－看護婦間の役割分担の境界線を、従前よりも不鮮明なものにした。かつては医師が担当していた諸検査や治療処置のうちのいくつかのものは、医師の指示のもとに看護婦が行なうようになった。

その一方で、国民の膨張する健康ニードに対応するために、従来の医師、歯科医師、看護婦、薬剤師に加えて、医療の『周辺』を担当する人々、すなわち、パラ・メディカル・スタッフが出現し、それまで看護婦が、いわば『なんでも屋』として包括的に果たしてきた役割の一部を、彼らが担当するというようにもなってきた。しかるに、伝統的に看護本来の機能と見なされてきた病人の身の回りの世話は、それがもともと母親の持つ諸機能に根ざしているだけに、誰にでも出来る仕事とみなされ、わざわざ高等専門教育を受けた女性のみが果たすことの出来る機能であるのかどうか、はなはだ大きな疑問がもたれるに至った。戦後の変革期を体験しつつある社会において、その機能の独自性に対して確信をもたない看護の立場は、このうえもなく『曖昧』なものであった。あるいは少なくとも、看護婦たち自身は、そのように感じていたのである。」<sup>(9)</sup>

看護婦は、医師の治療的役割の補助ではなく、そして単なる母親役割でもない、看護の独自性を規定する必要に迫られていた。このとき、日本看護協会が看護の独自性を規定するものとして取り上げたのが、看護における対象者理解の独自性であった。この一つの到達点を1975年の「看護制度

に関する基本姿勢」の声明の中に見ることが出来る。

「我々が目指す看護のあり方について

〔中略〕

ところで、医療はこれまで、医学的治療が中心をなしてきた。医学はおおむね身体的な可能性の拡大を追求して、自然科学の分析的な方法を用いることによって診断・治療技術を発達させてきた。しかし、健康問題が多くの変因の絡み合った複雑な様相を呈している現在、包括的医療、地域医療等の概念に示されるように新しい医療が求められている。そしてそれを実現するには従来の医学では不十分であるとして、広汎な諸科学を総合的に取り入れた新しい医学が探求されている。

看護の立場では早くから、医療の対象となる人々を、社会的、精神的なものを含めて、総合的な存在として捉えるべきことを主張してきた。新しい医学が探求される中で、医学においてもまた同様な言い方で、人間を総合的に捉える必要がいわれ始めた。しかし、その意味合いは必ずしも同じではない。

われわれは、看護の専門的な援助として次の点を重視してきた。人々が、健康問題に直面したとき、それを自分自身の問題としてみずから受け入れ、立ち向かえるように援助される必要がある、と。そのような援助は、健康問題に直面している当事者が、どのように生きようとしているかを、援助する側の者が理解しようと努めるところから始まる。

したがって、われわれが人間を総合的に捉えるということは、『人間一般』を理解するためではなく、ひとりひとりかけがえのない『その人』を全体として理解することである。<sup>(40)</sup>

1975年、日本看護協会が打ち出した看護婦の専門領域のくくりは、対象者理解の全体的性格であった。ここで着目して欲しいのは、このような看護の専門性が、医学との対比の中で主張されているという点である。医学

的治療とは医師の専門領域と考えてよい。「ひとりひとりを全体として理解する」とは、それまで医師が担ってきた医療を相対化し、看護婦の専門領域と医師の専門領域との違いを際立たせる。つまり看護婦は医師との対比の中で、この「対象者の理解というくり」を看護の専門領域の独自性を示すものとして主張したのである。

医師との対比の中で看護婦の専門領域の独自性を主張すること。このことは看護婦の専門領域規定を特徴づけるものである。看護婦の専門職化の歴史とは、医師とは異なる、看護の専門性を明らかにするプロセスでもあったのである。この歴史的過程の概略を振り返ってみよう。

#### ◇《医師と看護婦》

日本における看護婦は明治維新後、西洋医学の確立と共に成立する<sup>(11)</sup>。この西洋医学の流入は、病院という医療の場を作り出す。この病院という医療の場において、近代西洋医学を身につけた医師の補助的業務を行なう職業として看護婦は位置付けられる。確かにナイティンゲールを源流とする専門職看護婦の理念と教育も明治20年代に日本に入ってくるのだが、しかし、この専門職看護婦としての系譜は戦前の日本においては主流ではあり得なかった<sup>(12)</sup>。戦前の看護婦たちは横のつながりも弱く、病院という医療の場の中で医師の指示のもとに補助的業務を行なっていた<sup>(13)</sup>。この医師の補助的業務を担っていた看護婦が、戦後、専門職化を押し進めるときに直面した最も大きな課題は、この医師の補助的業務からいかに自立し、看護業務の独自性をいかにして社会に対して認めさせるかということであった。そしてこの看護婦の専門職化の動きは、それまで看護婦を自らの補助者として考えてきた医師との対立を生み出すことになった。

戦後、日本看護協会と日本医師会との対立点となり続けたのは、常に不足する傾向を見せていた看護要員の確保をめぐるであった。GHQの強い後押しのもと、看護婦の身分を定める保健婦助産婦看護婦法と、看護婦専門職化を追求する職能団体（後の日本看護協会）を日本の看護婦は手に入

れる。しかし、病院の経営者という立場にもいた医師たちは、こうした看護婦の専門職化の動きを、病院経営を成り立たせるために必要な看護要員の量的確保を阻害するものとして感じていた。

1948年公布された当初の保健婦助産婦看護婦法は甲種、乙種の二つの看護婦を規定した。甲種看護婦養成期間は3年となり、入学資格は大学入学資格のある者とされ、当時としては画期的に高い教育が要求されることになった。これに対し乙種看護婦は、中学卒業後の二年間の養成となった。そして「医師、歯科医師又は甲種看護婦の指示を受けて」業務をなすと規定され、また「急性かつ重症の傷病者又はじょく婦に対する療養上の世話を除く」と業務制限を付けられていた。このように法的に規定されていたのでは、病院は甲種看護婦を確保せざるを得なくなる。日本医師会はこの法規定が看護婦の質的向上だけを目的としており、量的確保について考慮していないように感じた。そのため、日本医師会は厚生大臣に要望書を送り、乙種看護婦の試験基準の大幅な緩和や看護婦定員の基準の緩和、看護業務補助者の創設、准看護婦制度創設を要望している<sup>(14)</sup>。このような日本医師会の活動が成果をあげ、1951年には、保健婦助産婦看護婦法の一部改正が行われた。この改正によって、甲乙看護婦が一本化されたかわりに、看護要員の量的確保を目的として、業務制限の無い准看護婦資格が創設された。しかし、これだけで医師会は満足していたわけではなかった。1956年には医師会は自ら設置した保健婦助産婦看護婦対策委員会に次のような諮問を行っている。「保健婦、助産婦、看護婦に関する立法は徒に質的向上のみを目標とし、十分に不都合を来す現状に鑑み、これを適正妥当にする方策に対し、会の意見を問う」<sup>(15)</sup>。この保健婦助産婦看護婦対策委員会の議事内容が新聞で報道され<sup>(16)</sup>、旧検定制度の復活や准看護婦の名称を看護婦と改称したい等の動きがあるとされた。この動きに対し日本看護協会は急遽、「看護制度改悪反対決起全国大会」を開き反対運動を組織した。

1960年には医師会の認定する副看護婦という看護類似職を養成する動きが各地に広がった。また1960年秋、医療従業員の待遇改善を求める運動が

起き、各地に病院ストライキとなって波及すると<sup>(17)</sup>、厚生省も、調整に乗り出さざるを得なくなる。1960年4月、厚生省は医療制度調査会を発足させ、対応を協議しはじめる。1962年の中間報告では、看護制度について「看護業務の内容を質的に分類し、それぞれの段階に適した看護職員を配置する」必要や、「准看護婦制度の再検討の必要」が述べられた。この医療制度調査会の答申を受け、厚生省は「学識経験者による看護制度に対する意見を聞く会」を組織し、さらに具体的対応を議論する。この会での議論をもとに厚生省は1964年7月、「看護制度に関する意見要旨」を新聞公表し、このなかで看護の概念の明確化、看護教育の総合、准看護婦制度、看護制度に関する財政措置の要求等について検討を加えている。

この「看護制度に関する意見要旨」<sup>(18)</sup>で述べられた中で最も興味深いことは、看護の概念を整理する必要を明示したことであった。つまり、看護とは何かを明確にすることがまず最初に求められたということである。「今日、看護制度の問題が各方面で議論されているが、これらの議論は、多かれ少なかれ、看護の概念についての認識につながっている。したがって看護制度について検討するにあたっては、まず看護の概念について考察を加えなければならない」

厚生省がこの意見要旨の中で、看護概念の明確化について特に次の点について言及している。1. 医師と看護婦の業務の境界を如何に設定することが出来るか。2. 看護業務自体の中での専門性の段階的境界を如何に設定できるか。このような看護の概念の問題を整理できて初めて、看護教育の問題、准看護婦制度問題などを議論できるとしたのである。この中で「看護制度に関する意見要旨」は「医師の行うべき業務と看護婦の行うべき業務の限界を具体的に示すことは、はなはだむずかしい」と述べている。さらに「看護は広い意味の医療に包含されるものであり、医師と看護婦の業務は、密接不可分の関係にある」とし、「(医師と看護婦の業務の) 限界は、固定的なものではなく、流動的なものであり、概括的にいえば、医療の高度、複雑化にともない、医師の業務の繁忙もあって、医師の業務から次第

に看護婦のそれへと移されているものが多く、看護婦の行う診療補助の業務も漸次複雑さを加えつつあるとあってよい。要するにこの限界は、既成概念で決定するべきものではなく、医師としては、看護婦にどこまで診療の補助の業務を任せることが出来るかを判断し、看護婦側もどこまでこれらの業務を行うことが出来る自信と能力があるかについて十分考慮する必要がある」と述べた。

このように厚生省は看護概念の明確化の必要について言及するなかで、相互の歩み寄りを図り、看護制度をめぐる意見の対立を調停しようとする。しかし、この厚生省の「看護制度に関する意見要旨」に対して、日本医師会、日本看護協会はそれぞれの立場から批判を加えた。

日本医師会はこの厚生省の見解が医療における医師の主体性を軽視していると批判した。

『『看護の概念』について総括的な意見が述べられているが、将来の医療制度のビジョン、ことに、医療概念の変革に果たして対応し得るものなりや否や問題がある。『看護の概念』を論ずるに当たっては、まず医療の概念が社会開発に伴って、次第に拡大されつつあることを念頭におかなければならない。その中で、医療の主体は医師であることを確認し、看護のダイメンジョンにおける看護婦の位置づけを行うべきである。この点を明確にしない場合は、将来、医療の現場において混乱を生ずるおそれがある。この総括意見の中では、これらの重要事実が明白にされていない。』<sup>(19)</sup>

日本看護協会は逆に厚生省のこの見解は看護婦独自の役割を軽視していると批判した。

「以上のおわれわれの見解からすれば、中間報告において看護婦の役割を『看護婦の業務は診療の補助と療養上の世話に分かれるが、これとても医師の指導を否定するものではない』と述べ、また『看護婦はいわば、医師の下働きとして出発したという事実もあり』と認めていることは、医師のみの一方的評価にとどまり、看護婦の役割

および近代看護の概念を理解しえていないのみか、看護専門職の確立も地位の向上も全く望みえず、時流に逆行したものとわざるを得ない。」<sup>(20)</sup>

まさに日本医師会と日本看護協会の意見の対立は、医療における看護の専門領域の独自性の有無をめぐる争われていたのである。つまり日本看護協会は、医療における看護婦の専門領域の独自性を医師専門職との対比において明らかにする必要に迫られていたと言えるのである。「ひとりひとりを全体として理解する」という看護婦の専門領域規定が、医師との対比の中で模索された理由である。

#### ◇《患者の全体性を抱え込む看護婦》

しかし、何故、「ひとりひとりを全体として理解する」という患者理解の様式を持ち出す必要があったのか。この問題は看護婦という職業の成り立ちと深く関っている<sup>(21)</sup>。

日本における看護婦という職業は、西洋医学の流入と定着の中で成立する。この西洋医学は、日本の医療に、西洋医学を身につけた医師と、病院という医療空間を成立させる<sup>(22)</sup>。この病院という施設は、病気をわずらった人々が彼らの属していた生活空間から切り離されて治療を受ける場であった。このことは看護婦の誕生に関してきわめて重要な出来事である。何故なら、医療が人間の生活の全体を引き受けることになるからである。このことを考えるために、医療が病院という隔離された空間ではなく、患者の生活の場で行われる場合（往診）と対比してみると分かりやすい。往診する医師は、そこで患者の脈を図ったり、薬を出したりする。そして家族に病人の看病のあり方について指示を出して帰っていく。この場合医師からみた非専門領域は家族に委ねられている。医師は患者の食事や着替えや患者の不安などについて直接かかわる必要はない。なぜならそれらのことは家族が患者を看病する中で担っていることであるからである。しかし、患者が病院という空間に連れてこられた場合、医療は患者の生活の全体を

引き受ける必要が出てくる。つまり患者には食事をあたえたり、不安を抱えて動揺する患者をなだめたり、着替えをさせたりする必要が生じる。つまり医療は、病院という場所への移行の中で、患者の生活の全体とよべるものを抱え込むことになった。

しかし、このことはすぐに、医療が自らの専門領域を「患者の生活の全体」を対象に規定したということにはならない。話はもう少し込み入ったことになる。何故なら、医師という専門職は、近代医学に依拠しながら、自らの専門領域を患者の病理的側面に対する診断治療に限定しているためである<sup>(23)</sup>。医師は自らの専門行為を患者の身体に対する操作的関与に限定する。まさにこのことによって医師は社会的に希少性のある専門領域を獲得できた。だがこのことは医療が病院の中に抱え込んだ患者の生活の全体のうち、医師の専門領域以外の領域（医師からみたときの非専門領域）を扱う人が必要とされた。看護婦という職業である。

医師が自らが専門職として医学的治療に専念できたのは、医師の非専門領域を受け取る看護婦という職種があったからである。医師は自らの専門領域を医学的診断治療という側面に限定し、看護婦に専門領域規定から外れる雑多な業務を引き渡した。例えば、明治22年の帝国大学第一医院と東京慈恵会医院附属看護婦教育所の合同卒業式では、院長が祝辞の中で次のように述べたとされている。「夫レ慈愛ト耐忍トハ婦女特有ノ性質ニシテ男子ノ及ハサル處世人ノ以テ看護者ハ女子ニ非レハ不可ナリトナス所以ナリ」<sup>(24)</sup>。「慈愛と耐忍」は婦女の特質であるから看護者は女子であるべきであるという主張がおこなわれている。医師は専門性を明示できる領域を自らの領域とし、当時の家父長的イデオロギーに依拠しながら、「慈愛と耐忍」を必要とする雑多な業務を看護婦に受け渡したといえるだろう。

以上のように、看護婦は、a) 患者の生活の全体を抱え込んだ病院という医療の場において、b) 性別役割のイデオロギーに依拠しながら、c) 医師専門職の専門領域の限定する中で生じた雑多な業務を受け渡される。このことで自らの職業的位置を得る。このように考えると、医師との対比におい

て、患者理解の全体性を持ち出したのは根拠があることだと言えるだろう。だが問題は、今度は看護婦が専門職化して、自らの専門領域を希少性の高い領域に限定しようとするときに、この「患者の理解というくくり」でそれが可能なのかという問題である。この問題は、1975年の段階において既に顕在化していたのである。それは「看護業務を分割することは可能か」という問題をめぐってであった。

### §3. 看護補助者と境界をいかに引くか：「補助者は無資格者にかぎる」

看護婦が専門職化しようとするとき、かつて医師の補助として抱え込んだ雑多な業務を整理し、高い専門性が認められる行為にだけ専念できるようにする必要がある。このためには専門性の高低に応じて看護業務を区分して、専門性の低いと見なされる行為を他の職種に譲り渡す必要がある。つまりかつて医師が専門職として成立するときに、看護婦を必要としたように、看護婦が専門職化するときには看護補助者を必要とする。看護婦が専門職として確立するために看護補助者が必要であることは、看護婦たちに常に意識されていたことである<sup>(25)</sup>。日本で保健婦助産婦看護婦法が制定された1948年には、アメリカで「これからの看護」の進むべき道を指し示したブラウンレポート<sup>(26)</sup>が、正規の看護婦を大学課程で養成すると同時に高卒一年課程の実務看護婦(practical nurse)を設ける必要を述べていた。

日本看護協会も当初から、専門職として看護婦を確立するためには、看護補助者が必要であることを明確に意識していた<sup>(27)</sup>。問題は、この看護補助者との業務の分担がいかにして可能かということである。いったいどのように、専門職看護婦と専門職ではない看護補助者との間に境界を引くことが出来るのか。看護婦が自らの専門領域の医療における特徴を「ひとりひとりを全体として理解する」ことで規定しようとしたとき、看護婦と看護補助者との間に明確な境界が引けるのか。

#### ◇《看護制度問題》

現在の看護要員の構成は、看護婦、准看護婦、補助者の3層構造をなしている。この看護要員をこの3層としたのは、先に述べた1951年の保健婦助産婦看護婦法の一部改正であり、それ以後変化していない。1958年、看護補助者の病院の勤務が公的に位置付けられた。基準看護が創設され、その中に看護婦、准看護婦、看護助手（補助者）の看護要員比率が5：3：2（しかし当分の間4：4：2とされている）と規定されたのである。だがこのような階層化が望ましいかどうかをめぐって、日本看護協会、日本医師会、厚生省等の間で、常に議論され続けてきているのである。いわゆる看護制度問題である。

1951年の准看護婦制度設立当初、日本看護協会は明確な反対の立場を取っていないようである。日本看護協会の関心は、医師会主導の准看護婦養成が看護婦全体の専門職としての水準を下げることになるのではないかという点にあった。先に述べた1956年の日本医師会保健婦助産婦看護婦対策委員会の看護制度改正への動きに対する反対運動でも、問題点は「日本医師会の封建性」による「徒弟的看護婦養成」であり<sup>(28)</sup>、日本看護協会の基本的スタンスは現在の准看護婦制度を含む「現行法の維持」であった。問題は、3層の看護要員構成の是非というより、准看護婦養成が日本医師会のコントロール下であり、看護の専門職化を阻害しているという点にあった。しかし、日本医師会を中心として、さらに簡略化した教育による看護要員確保の方策を提示してくるようになると、日本看護協会は明確な見解を提示する必要に迫られていく。

1963年から1964年にかけて、准看護婦養成所長会による准看護婦の看護婦昇格を目指す動きに対抗する形で、日本看護協会執行部は保健婦助産婦看護婦法の抜本的改正案として「保健師法案」を取りまとめる<sup>(29)</sup>。この保健師案は看護要員を保健師、看護師、医療ヘルパー（補助者）の3層とするものであった。この法案が現行の保健婦助産婦看護婦法と異なるのは、まず保健師を四年制の大学教育で養成を行うこととした点である。また保健師の下に位置する看護師は「保健師の指示により、保健指導、助産、傷

病者またはじょく婦に対する療養上の看護ならびに療養生活の管理指導を行い、診療の補助をする」と規定された。看護師が准看護婦と違う点として、「医師、歯科医師の指示を受けて」という一文が除かれている点に注意しておきたい。この保健師案が審議された日本看護協会の通常総会では、採決は持ち越されている。12月、臨時総会が開催され、マイクの奪い合いの末、強行採決されている。

1969年には、厚生省は、看護婦確保を目的として、准看護婦を「高卒プラス一年」の教育で養成する案を国会に提出しようとしていた。日本看護協会はこの案に対抗するために「看護師案」<sup>(30)</sup>を取りまとめている。だがこの看護師案も3層の看護体制であることには変更がない。「看護師案」では、専門職看護婦の名称を「保健師」から「看護師」に変更し、看護師を看護師1級と2級の二つの資格に分けている。看護1級は将来的に4年制大学で養成を行うこととした。看護2級は高卒後1年の看護教育、または高校衛生看護科による教育で行う。業務は看護師1級の指示を受けて看護を行うとした。この看護師案には直接には看護補助者についての言及がないが、看護補助者を必要としていないという事ではない。翌年、日本看護協会が理事会案として提出した「医療衛生士」がこの看護補助者に当たるからである。しかしこの看護師案と医療衛生士案は会員から支持されなかった。看護師案は「資格を看護師一級、二級としたことが、看護婦および准看護婦を呼び替えたに過ぎないこと、看護師二級の教育を高卒とした点が、厚生省案(高卒プラス1年)とまぎらわしい」<sup>(31)</sup>と受け取られたためである。また医療衛生士案は会員の16%が賛成したに過ぎなかった。

このように日本看護協会執行部は現行の准看護婦制度に替わる看護制度案を起草する。これらはいずれも3層の看護要員によって看護業務をおこなおうとする案であった。准看護婦制度と異なるのは、専門職看護婦の指導性を明確にしたということであった。しかしこれらの案は、現行の看護制度の問題の核心を突いているという印象を会員に与えなかった。現場で働く会員の関心はもう少し異なったところにあったのである。このことは

この後、数年かけて行われた会員討議の経過の中で明瞭にあらわれる。

#### ◇《「看護婦との間に業務差がない」》

保健師案、看護師案の二つが協会会員の幅広い支持を取り付けることが出来なかったことを反省し、日本看護協会は広範な会員討議をおこなって、協会としての統一した見解を確立しようとする。

この1971年から1975年の間の会員討議はかなり徹底したものとなった。まず1971年に、執行部が準備した討議用資料をもとに5人以上の比較的小規模のグループに分かれ、討議を行なっている。参加グループは5500にのぼっている。このグループ討議の結果をまとめた「看護制度検討・研究報告」を1972年4月発行。さらに7月、「看護制度問題に関する会員討議用資料」を作成し討議を重ねている。そしてその討議をもとに1973年「あるべき看護制度案」を執行部が作成し、会員の制度に対する意向を知るためにアンケート調査を実施している。このような討議を重ねて原案を作成し、1975年の総会で「看護制度に関する基本姿勢」が採択される。

この会員討議の中での議論を追っていくと、准看護婦制度の問題を論じるときの論点が微妙に変化することが解る。日本看護協会が対外的に准看護婦制度を批判するときには、准看護婦が「日本医師会の封建性」によって「徒弟的看護婦養成」されているということであり、日本医師会が看護の自律性を踏みにじっているという問題であった。しかし会員討議の中においてはこうした対外的批判は影を薄める。そして議論の中心となっていくのは、病院内での看護婦と准看護婦の業務分担の問題と、それに伴う微妙な人間関係の問題である。このような論点の変化は、1972年に看護協会によって会員に配布された「看護制度問題に関する会員討議用資料」に見ることが出来る。その中に次のような一文がある。

「私たちが問題とする准看護婦問題のなかから、必ずしも准看護婦制度を廃止しなくても、適当な対策をとることによって解決しうる問題を取り除いていくと、『看護婦との間に業務差がない』という問

題が残るのみとなるでしょう。』<sup>(32)</sup>

会員討議は、看護婦と准看護婦との間の業務差の問題、業務の分担に関する問題に移っていく。「看護制度検討・研究報告」は、病院内で看護婦と准看護婦という資格差によって葛藤をもたらしている点を、会員グループ討議の結果をまとめる中で次のように書いている。

「業務の適正な区分が出来ず、相反目している。准看護婦に不満があり、人間関係がうまくいかない。コミュニケーションがむずかしい。看護婦が准看護婦を卑下することがある。高齢で経験の長い准看護婦が新卒の看護婦の下で働くのは重苦しい。』<sup>(33)</sup>

もともと業務制限のあった乙種看護婦に替わって、業務制限をなくして資格化したのが准看護婦である。准看護婦は、確かに「医師、歯科医師または看護婦の指示を受けて」業務を行なうと規定されている。しかし、業務の違いが明確でない中で、両者とも医師に指示を受けて仕事を行なっているとすれば、二つの仕事には何ら業務的な違いがないことになる。しかも教育期間が短い准看護婦は、同じ年齢の看護婦と比べて現場経験が数年長いことになる。しかし昇級、賃金等の面で格差が存在する。看護婦と准看護婦との間に微妙な人間関係の葛藤が存在することは予想出来るはずである。

#### ◇《看護業務分割の難しさ》

この会員討議の中で浮び上ってきた“准看護婦と看護婦との間に業務差を作ることが難しい”という問題。これを単に病棟内での微視的な人間関係のトラブルとして理解するのは正しくない。確かにどんな職業や組織においても、人間関係の問題はお互いの位置関係や役割の区分の問題として生じる傾向がある。先輩や後輩の区別、一般職と総合職の区別、部下と上司の区別等々。だが、看護婦に生じたこの区分の問題は、もう少し看護婦固有の問題が深く関わっている。つまり、看護業務は分割することが極めて難しいという問題である。

看護業務を単純に分割することは難しい。このことはケアの職種である看護業務の特質の一つであると言ってよいであろう。それまでも、階層化に応じた適正な分担のあり方を探る看護業務研究が何度か行われてきていた。例えば当時東京大学医学部衛生看護学科の助教授であった湯楨ますを中心として行われた看護業務の研究は、看護助手の業務、准看護婦の業務、看護婦の業務を区分することを試みる。しかし、このような試みも次のような一文を付け加えざるを得なかった。

「例えば『患者に薬を与えるという行為をしながら、不眠の状態について話し合い暗示を与えた』というように与薬という看護行為は一見補助者にまかせ得ると思われても、患者によっては更に深い看護が必要な場合がある。従って、看護の内容を、この部分はこの種の看護要員に、という具合に機械的に割り切ることは難しい。』<sup>(34)</sup>

看護業務を明確に区分することの困難さは、看護の診療報酬評価に関しても見て取れる。現行診療報酬では出来高払いが基本になっている。つまりどれだけ個々のサービスが提供されたかに応じて点数化され、保険からの支払いが行われる仕組みになっている。しかし看護の診療報酬は、患者一人に一日に提供されるサービス全体を包括して看護料として支払われている。このような看護の包括的な診療報酬算定は、看護業務が分割できないという認識に基づいている。この点について、看護の診療報酬を論じた岩下清子は次のように述べている。

「客観的に誰もが認知できる個別のサービスは出来高払いで評価しやすい。ところが看護は患者に対するトータルな関りがその本質であり、個別のサービスに分解しにくい。また、患者を観察し見守る、患者の気持ちを受け止める、医師に必要な患者情報を伝える、医師と患者間の仲介役をとる、患者の療養環境を整えるなど、外からは見えにくく、サービスとして実施されたのか否かが第三者には判別しにくい業務が多い。患者に対しサービスを行なった量に応じて支払う出来高払いは、患者の自立支援という看護の本質とも相容れな

い性格を有している。』<sup>(35)</sup>

#### ◇《准看護婦制度廃止と看護補助者》

看護業務を看護婦と准看護婦の間で分割することは難しい。会員討議を経る中で、こうした見解に会員の意見は収斂していく。

1973年に行われたアンケートによると過半数（55.8%）の会員は次の見解を支持した。

「[准看護婦と看護婦との間の]業務の区分はむずかしい。いまのように看護婦と准看護婦との資格の別があるかぎり、差別は続いていくと思う。解決するには両者の資格区分をなくすより道はない」<sup>(36)</sup>

会員の大半は、看護婦と准看護婦という二つの資格の区別を無くす意見へと傾いた。

日本看護協会はこうした会員討議をふまえて、1975年、「看護制度に関する基本姿勢」を採択する。そしてこの見解を具体化したものとして「准看護婦廃止に関する見解」を発表する<sup>(37)</sup>。この中で日本看護協会は看護は一種類の看護婦の手で行なうべきであるとして、准看護婦制度廃止を方針として打ち出した。そして「看護婦の教育は、高卒プラス3年以上とし、将来は大学教育を目指す」としている。そしてこの方針を実現すべく、日本看護協会は運動を展開していくことになる。

しかし、誤解のないようにしておきたい。この見解は看護要員階層化そのものを放棄するものであると考えるならば、大きな誤解である。看護婦の一本化といっても、看護要員すべてを一本化することを意味しない。准看護婦制度廃止は、看護を資格を持った看護婦と無資格看護補助者として行なおうとするものである。日本看護協会会長大森文子（当時）は、「准看護婦制度廃止は、出発点に立ち戻り、資格者と補助者の組み合わせで看護を行なおうとするものである」と述べている<sup>(38)</sup>。看護婦が専門職として確立するには、看護要員の階層化は是非とも必要なのである。つまり看護要員の階層化を3層ではなく、有資格看護婦と無資格補助者との2層とするこ

とを日本看護協会は基本の方針としたのである。

だが、ここで疑問が一つ生じる。看護婦と准看護婦の業務区分が難しいという理由で資格を一本化するというのであれば、看護補助者との区分はどのように行うのか。准看護婦との間の業務区分が難しいのなら、看護補助者との間の業務区分も難しいのではないか。当然、このような疑問が持ち上がる。そうだとすれば、准看護婦問題と同じことを繰り返してしまっているのではないか。

この問題に対して、日本看護協会執行部は苦肉の策を提示する。つまり「看護補助者は無資格者に限る」というのである。「看護制度に関する基本姿勢」原案となった「あるべき看護制度案」につきのような一文がある。

「補助者について：本部案

看護婦の補助者は無資格者とする。

看護業務は看護婦と補助者で行うものであり、その場合の補助者は無資格者とする。補助者といっても資格者であれば看護婦との区別がむずかしくなり、ふたたび准看問題をくりかえすおそれがある。したがって補助者は無資格者にかぎる。」<sup>(39)</sup>

准看護婦制度の問題と同じ様に、実は看護補助者の問題も、業務区分の難しさが問題となっていたのである。業務区分をすることは難しいにも関わらず、どのように二つの職種の違いを区分するか。この問題に対する日本看護協会執行部の見解は、補助者を無資格者にするということであった。中途半端に補助者の資格を作ると、看護婦との業務差を問われることになる<sup>(40)</sup>。無資格者にしておけば、看護婦と補助者の区分は明確に維持出来るのではないか。日本看護協会執行部はそう考えた。

#### ◇《看護補助者導入の是非》

しかし、看護補助者という形で看護業務の階層化を認めることについて、看護婦内部で議論は無かったのだろうか。業務差を作ることが難しいという看護の特性にも関わらず、看護を階層化することは問題にならなかったの

だろうか。特に看護を「ひとりひとりを全体として理解する」ものと考えるとき、看護の階層化は問題にされないのだろうか。

日本看護協会の機関紙『看護』は1976年9月号で「看護の補助者」という特集を組んで、この問題を取扱っている。

清水昭美は「これらの『補助者』の導入によって、看護婦はどう変わってゆくか。患者にとってはどうか。意外な落とし穴はないか」と看護実践例を取り上げる中で問いかけ、次のように述べる。

「点滴注射の係は指示にしたがって、いわれたままに介助する。食事がくれば補助者が枕元まで配り、時間がきたらお膳をさげる。検温係が、インターホーンで一日の食事量をきく。処置係が排尿量を記録する。こうして、それぞれの係が分担する中では、一見簡単な作業が『これは補助者に』という形になっていく。たしかに、食事を運び配るという行為そのものは補助者が行なってもよいかもしれない。けれども、そうした過程の中で、肝心の『その患者のための看護』の部分が一緒に放棄されてはいはしないだろうか。」<sup>(41)</sup>

佐竹喜恵子もまた、病棟内での看護補助者との出来事を取り上げ、次のように述べる。

「人と人とかかわり合う、そのプロセスを大事にするという性質をもつ看護という仕事において、分業するということはできるだけ避けなければならない。」<sup>(42)</sup>

また、自ら看護補助者である田中美保は次のように述べる。

「患者さんは、何か心配ごとがあっても、看護婦さんへは表向きだけで、心を開いてくれるのは、私たちのほうだという気がします。うぬぼれていると思われるかもしれませんが、本当にそう感じるんです。」<sup>(43)</sup>

この田中の発言は、看護婦にとっては大変アイロニカルである。なぜならば、看護補助者の方が、患者ひとりひとりと関係を築いていると解釈することも出来るからである。

#### § 4. 看護婦が抱え込んだ専門領域規定のジレンマ

##### ◇《非専門領域の受け渡しの連鎖》

以上見てきてように、看護婦の専門領域の規定は、医師および看護補助者という二つの職種との境界設定が問題となった。そしてこの看護婦の専門領域規定は、特に看護補助者との境界設定、つまり看護要員の階層化を行なうときに大きな壁に直面した。それは看護業務の分割の難しさであった。特に、医師との対比の中で、看護の独自性を「ひとりひとりを全体として理解する」ものとして規定すればするほど、看護業務の分割が難しくなる。

看護婦の専門職化の過程において、看護婦の独自性を「ひとりひとりを全体として理解する」ものとして規定しようとしたのは、医師が診断治療に自らの専門性を限定することとの対比において、必然であるといってもいいかもしれない。看護婦は、医師の非専門領域を担うことで、患者の生活の全体を担うことになった。そもそも医師が、この全体性を非専門領域に置いたのは、自らの専門性を社会的に希少な行為に限定しようとしたからであると言えるだろう。しかし、看護婦の専門職化の過程で、雑多な業務を整理し、自らの職業行為を社会的に希少性のある行為に限定しようとしたとき、「ひとりひとりを全体として理解する」という「対象者の理解というくり」で限定することは難しくなった。そのため「対象者の理解のくり」ではなく、「知識・技術体系のくり」によって自らの専門領域を規定しようとする動きが出てくる。これがこの論文の最初に提示した専門看護婦・認定看護婦の資格認定制度制定に動きにつながっている。そしてこの「知識・技術体系のくり」か、「対象者の理解というくり」かという対立は現在でもなお看護婦内で存在している<sup>(44)</sup>。

このように考えると看護婦の専門領域規定に生じるジレンマは「医師－看護婦－看護補助者」という職種の関連の中で生じていると言えるだろう。そして「医師－看護婦－看護補助者」という一連の職種の関連は、ある職種の専門職化に伴って補助的業務を受け取る職種を作り出していくプロセ

スである。このプロセスの中で、社会的に希少性を提示できない雑多な業務が、補助的職種に受け渡されていく。

非専門領域として規定される領域は、自らの専門性を明確な形で明示できないものが非常に多く含まれているということである。職能団体は専門領域の規定を、他との区別が明確にできるように行なう。つまり、区別を明示できないものは専門領域の規定の中で、非専門領域に追いやられる傾向を持っているといえるのではないか。そして、社会的に希少性の乏しい行為、つまり、だれにでもできる行為は、それがどれだけ重要なものであっても、専門領域の規定から除外される傾向を見せている。とすれば、看護婦が「知識・技術体系へのくくり」を使って看護業務の分割を行えば、そのことによって形成される非専門領域には、さらに業務を分割することの難しい行為が含まれるようになるはずである。

1987年、ケアのもう一つの職種、介護福祉士が誕生することになった。看護婦よりもさらに後発である介護福祉士は、看護婦と異なる独自の専門領域を明示しようと努力している。そしてこのことは非常に皮肉なことであるが、介護福祉士の専門性を、患者理解のありかたとして位置付けようとする見解が生じてきている。

「また、仕事をしているうちに、『看護』と『介護』の違いも少しずつ分かってきた。大きく分けると、『看護』は病人を始めとする身体的な治療を補助するのが優先するのに対し、『介護』は精神面的なケアが優先するということ。」<sup>(45)</sup>

かつて看護婦が医師との対比の中で、社会的、精神的なものを含めた「ひとりひとりかけがえのない『その人』を全体として理解すること」を看護の独自性として主張したように、今度は、介護福祉士が看護婦との対比の上で、同様の主張を繰り返そうとしているように見える。

#### ◇《専門職論への示唆》

この論文は看護婦の専門領域規定において生じたジレンマを主題として

取扱ったが、しかし、この論文の目的は日本看護協会のとった方針を批判することではない。そうではなくて、多くの職種によって追い求められる専門職化をそのジレンマとともに考察することが目的であった。

以下、この分析から得られる示唆を列挙しておこう。

一つ目の示唆は、ある職種の専門領域の規定も、その職種が置かれた社会環境に影響され変化しうるということである。看護、ケアといった概念も、それ自体歴史的に普遍的なものであり得ない。そうした概念が何を意味しているかは、その概念が形成された社会の分業構造の中に探されなければならないということである。看護婦の専門領域のくくりが変化してきていることはこのことを例証している。

二つ目の示唆は、専門職化という現象を分析する際に、分析の対象を専門領域にだけ限定するべきではないという点である。専門職化という現象は、専門領域を規定し作り出すが、同時にその規定から外れる領域（非専門領域）を作り出す。しかし従来の専門職化の議論は、専門領域にだけ着目し、その領域の高度化、効率化を評価する傾向を持っている。しかし、専門領域にだけ着目することは、専門職化によって形成される分業構造の半面を対象としているに過ぎない。この非専門領域が社会的分業構造の中でどのように配分されたかという問題に着目してはじめて、専門職化のもたらす社会的影響を十分に議論できるようになるだろう。

三つ目の示唆は、専門領域規定において他と差異化できる基準が求められるために、他と差異化できない職業行為が非専門領域に配分される傾向を見せるということである。だれでもやれる行為、他の職種も行なうことの出来る業務は、専門領域の独自性を明示できないために、専門領域規定の外に追いやられる傾向を見せる。しかし、専門領域の独自性を明示できないからといって、その行為は本来的に社会的に価値が低い訳ではない。ただそれは境界を明示できないだけである。だがこうして社会的な希少性を明示できない行為に依拠するだけでは、その職業は社会的に評価されない。十分な社会的地位や報酬を得られないのである。

四つ目の示唆は、このような専門職化の連鎖を生み出す要因を、その職種、職能団体の意図にだけ還元すべきではないという点である。日本看護協会は日本医師会との葛藤の中で、看護の独自性を示すことを社会的に求められた。つまり、看護が社会的に評価され、認知されるためには、看護の独自性を社会に対して提示せざるを得なかったのである。とすれば、専門職化の連鎖を生み出す要因を、社会的に希少な行為を提示することでその職業の社会的地位を決める現代社会の職業階層システムに求めるべきではないだろうか。その中で多くの対人サービスの職業は、いかに希少性を提示するかという競争に巻き込まれてしまうのである。

五つ目の示唆は、職能団体という組織としての利害関心と、現場の中で働く人々との利害関心とは、相対的に差が存在するという点である。日本看護協会がおこなった会員討議の中で浮び上ってきた問題は、准看護婦問題に関する執行部と現場の看護婦の関心のずれである。執行部はそれまでの保健師案、看護師案に見られるように、専門看護婦の指導性を明確にした看護の階層化を志向していた。しかし、現場の看護婦は、むしろ、資格差が准看護婦とのチームワークを疎外していることを問題にしていた。現場の関心は相対的に言えば、他の職種との差を明らかにすることよりも、どのようにしたら円滑に仕事ができるのかという問題に関心を持っていた。つまりこのことは専門職化を論じる上で、組織の中核にいる層と現場で働く層との、相対的な利害関心の違いを考慮に入れる必要があることを示している。

以上、この論文では日本の看護婦の職能団体である日本看護協会が、どのように看護婦の専門領域を規定しようとしたかについて分析をおこなった。この分析を通じて私は、専門職化という現象を、専門領域の規定を通じて差異化を図る職能団体の戦略として描き出そうとした。このとき、専門領域から外れた領域、つまり非専門領域がどのように社会的に再配分されるかに着目する必要がある。それではなぜ、このような差異化の戦略が

追求されてしまうのか。そしてこのような戦略は対人サービスの分業構造にどのような影響を与えるのか。この問題を十分に議論するためには、専門職論として、理論的な考察を行なう必要がある。これについてはまた別稿を用意したい。

## 注

- (1) 専門職の「専門」という言葉は、一般に「限られた一つのことをもつぱら研究・担当などすること」という意味で使われる（西尾・岩淵・水谷『岩波国語辞典 第3版』岩波書店, 1979）。権力論的アプローチによる専門職論では、専門職化を「知識・技能の独占、資格による社会的閉鎖」（阿形健司「『専門職』概念の再検討」愛知教育大学研究報告44, 1995）と捉える。このような観点に立って専門職化を考察するならば、専門職を目指す職種にとってその独占の範囲を規定し、社会に認知させることが何よりも重要となるはずである。
- (2) この論文では看護婦という用語を、看護婦という職業の総称を指すものとして使用する。日本看護協会には、助産婦、保健婦が所属しているが、これらの職種は看護婦とは異なる性質をもっており、ここでの議論に含めない。また看護婦には男性（看護士）も1.6%程存在するが、女性が主として担ってきたというこの職業の歴史的経過を明確にするためにも、看護婦という言葉を使用した。
- (3) 従来の専門職論は、議論の対象を医師や弁護士などの既に確立した専門職におく傾向があった。看護婦などの専門職化を議論する場合でも、確立した専門職との対比の上で、半専門職(semi-profession)と規定してきた(Etzioni, A. ed., "The Semi-Professions and Their Organization", Free Press, 1969)。だがこうした分析は、専門職化を一つの職種の単独の現象に還元してしまい、専門職化のもたらす分業構造の変化を十分に議論することが出来ない。また専門職化の途上にある職種が抱える固有の問題を軽視することになる。

- (4) このような看護婦という職業成立に関する認識は、看護の固有の役割を軽視していると批判されるかもしれない。しかし、看護の起源を歴史的に遡れば遡るほど、「看護、医術の区別もな」い、未分化な状態に行き着く（井上幸子／平山朝子／金子道子編集『看護学体系 1 看護とは「1」 看護の概念と看護の歴史』日本看護協会出版会、1990、67頁）。近代看護成立以前の看護の歴史とは、医療サービスの歴史とほぼ重なる（前掲書77頁）。このため現在の看護婦の直接的な成立は、医師役割と看護婦の役割分化に求める必要がある。そしてこの役割分化は、対等な関係で行われたわけではない。医師専門職がその専門領域を獲得していく中で、看護の役割は受動的に分化させられた。患者にたいする診断治療は医師の領域となることで、医療行為が分化したのである。看護婦はそれ以外の雑多な業務を担うことになる。近代的専門看護婦はこの受動的に分化させられた役割を積極的に再規定し、社会的に認知させていくプロセスと考えるべきであろう。
- (5) 看護婦の専門職化を上下二つの方向の境界設定（社会的閉鎖）の問題として提示した研究に、Anne Witz, “Professions and Patriarchy”, London: Routledge, 1992 がある。Witzはこの著書の中で、看護婦の専門職化の戦略を Dual closure strategy として説明した（page48）。だが Witz は、フェミニズムの立場にたって、女性専門職の Dual closure strategy を男性専門職への対抗戦略に還元してしまっており、看護補助者等の非専門領域を担う職種との関係の問題を考察していない。
- (6) 「座談会：専門看護師・認定看護師制度の現状と未来」『看護』48(14), 1996。この南博子の言葉は直接には専門看護師・認定看護師について述べたものであり、すべての看護婦について述べたものではない。しかし両看護師資格制定においては、こうした「くくり」の差が問題となっていたのは間違いない。

- (7) Harold L. Wilensky, "The Professionalization of Everyone?", *The American Journal of Sociology* 70-2, 1964. 天野正子「看護婦の労働と意識」*社会学評論* 第22巻第3号, 1972など。
- (8) ライダー玲子「GHQによる日本の看護改革」『看護』36(12), 1984。ライダー玲子「米国の看護はどのような影響を与えたか：看護の専門職化への礎」『看護教育』36(8), 1995。C. F. サムス著／竹前栄治編訳『DDT革命 占領期の医療福祉政策を回想する』岩波書店, 1986。
- (9) 野島良子『看護論』へるす出版, 1984, 20頁。
- (10) 『日本看護協会史 第3巻』日本看護協会出版会, 1978, 886頁～894頁。
- (11) 亀山美知子『新版看護学全書 別巻7 看護史』メヂカルフレンド社, 1993。看護婦の成立については、明治維新の際の内戦期に傷病者の収容施設(病院)に働いた女性を看護婦の始まりとする説と、明治20年代に始まった近代的看護教育をもって始まりとする説とがある。どちらも日本の看護婦の成立に関する重要な出来事である。だがここでは、まず看護婦の業務が実質的に成立したと言う意味で前者を看護婦の成立として考えることにする。後者は理念としての専門看護婦の成立である。
- (12) 日本における近代的看護教育は、明治20年代に始まる。桜井女学校(1987教育開始)、帝国大学(1988第一回卒業)、有志共立東京病院(1884教育開始)、京都看病婦学校(1887教育開始)。しかし、全体としては、その後の民間の看護婦養成所、日本赤十字社の看護婦養成が主流を占めることとなった。看護婦の団体も1929年に日本看護婦協会(1932年に朝鮮の看護婦を加えて日本帝国看護婦協会と改称)が設立されるが、この設立は国際看護婦協会からの参加を呼び掛けられて作られたもので、国内での実態的活動はほとんど無かった。
- (13) 大正4年に「内務省令 看護婦規則」で全国的な看護婦規則が発布

されるが、その第六条では「看護婦ハ主治醫師ノ指示アリタル場合ノ外被看護者ニ對シ治療機械ヲ使用シ又ハ薬品ヲ授與シ若ハ之カ指示ヲ爲スヲ得ス但臨時救急ノ手當ハ此ノ限ニ在ラス」と規定されが、看護婦の独自の業務範囲は規定されていない（亀山美知子『新版看護学全書 別巻7 看護史』前掲, 137頁）。

この当時、看護婦が病院で行っていた業務としては、「包帯などの交換に伴う処置、湿布、罨法、消毒に関する取り扱い、食事の準備と介助、カテーテル類の取り扱い、手術時の介助（大正末期には麻酔に関する業務が入る）、注射の介助（注射は医療行為とみなされた）、X線診断に関する業務（大正期頃より）など」であったとされる（同上、147頁）

- (14) 日本医師会長田宮猛雄「看護婦数確保に関する要望」『日本医師会雑誌』臨時第2号, 1950。
- (15) 亀山美知子『新版看護学全書 別巻7 看護史』前掲, 168頁。
- (16) 編集部「またまた看護制度改悪か」『看護』8(12), 1956, 21頁。
- (17) 長谷川昭子「病院争議と看護婦のストライキ」『看護』36(9), 1984
- (18) 『日本看護協会史 第2巻』日本看護協会出版会, 1968, 318頁～323頁。
- (19) 日本医師会「厚生省の『看護制度に関する意見要旨』に対する見解」（『日本看護協会史 第2巻』前掲, 326頁～327頁）。
- (20) 日本看護協会「前記発表に対する抗議書」（『日本看護協会史 第2巻』前掲, 323頁～325頁）。
- (21) 看護の独自性を対象者の理解のあり方に求めていったプロセスは、本来なら看護学の展開の中にも探る必要があるが、この論文ではその展開を述べる余裕はない。だが看護学の展開もその時々々の看護の置かれた状況に影響されながら、同時に、医師の専門性との違いをいかに確立するかに関心を払いつづけてきた。このため、看護の独自性の規定は、看護学の内在的展開を考察するだけは、その展開の

方向性を十分に理解することは出来ない。看護が置かれた場の状況とその歴史を考慮に入れることが重要となる。

- (22) 日本の病院の成立については、村上陽一郎『医療』読売新聞社, 1996。菅谷章『日本の病院』中央公論社, 1981。
- (23) イギリスの歴史家レイザーは医師が自らの医療行為を患者の主観的訴えを排除して、客観的に測定できるテクノロジーに依拠してきた歴史を描いている。例えば17世紀頃の医師の書くカルテには症状を訴える患者の言葉がそのまま書かれていたが、そうした患者の主観的病状の訴えは、次第に客観的な検査結果の記載にとって代わられてきた。つまり医療における医師患者関係が相互的な主観性を前提とした関係から、一方が一方を客体としてみる関係へ移行してきたといえる。Stanley Joel Reiser, “MEDICINE AND THE REIGN OF TECHNOLOGY”, Cambridge University Press, 1978. (春日倫子訳『診断術の歴史』平凡社, 1995)。
- (24) 亀山美智子「近代日本看護史における看護婦の社会的地位・評価に関する研究 連載第49回」『看護』36(7), 1984, 156頁。
- (25) ナイティンゲールは「看護婦は看護に専心すべきである、雑役婦が欲しいならば、それを雇えばよい。看護は特殊な専門の仕事なのである。」と述べている。Florence Nightingale, “Notes on Nursing”, New edition, Harrison, London, 1886. (湯楨ます監訳『ナイティンゲール著作集 第一巻』現代社, 1975, 216頁)。
- (26) Esther Lucile Brown, “NURSING FOR THE FUTURE — a Report Prepared for the National Nursing Council”, NEW YORK RUSSELL SAGE FOUNDATION, 1948. (小林富美栄訳『ブラウンレポート=これからの看護』日本看護協会出版会, 1966)。
- (27) 日本看護協会が看護補助者について言及する公的文書は、1950年の「保健婦助産婦看護婦法の一部改正請願」にあらわれる。この請願書はこのとき、甲種乙種の2つの資格を規定した保健婦助産婦看護

婦法に対して、資格を甲種レベルの看護婦に一本化し、既得看護婦に国家試験なしで国家資格が得られるようにすることを求めた。この看護婦甲種レベルでの一本化することで、必要な看護要員が不足し、病院運営上支障を来す恐れがあることに対して、「看護業務の補助者（名称は追って考慮）を養成訓練し、就業させることによって解決し得るものと思うのであります」と述べている。「保健婦助産婦看護婦法の一部改正請願」（『日本看護協会史 第1巻』日本看護協会出版会，1967，234頁～235頁）。

- (28) 『日本看護協会史 第1巻』前掲，75頁。
- (29) 日本看護協会「保健婦助産婦看護婦法の抜本的改正に関する要望（仮称『保健師法案』）」，1964（『日本看護協会史 第2巻』前掲，327頁～329頁）。
- (30) 日本看護協会「保健婦助産婦看護婦法の改正に関する意見」，1969（『日本看護協会史 第3巻』前掲，754頁～）。
- (31) 『日本看護協会史5』日本看護協会，1996，33頁。
- (32) 「看護制度問題に関する会員討議用資料」，1972（『日本看護協会史 第3巻』前掲，857頁～860頁）。
- (33) 「昭和46年度における『看護制度検討・研究報告』」，1971（『日本看護協会史 第3巻』前掲，838頁～857頁）
- (34) 日本医師会病院課（湯楨・高橋・小玉／東大医学部基礎看護学教室）  
「看護の必要度に関する実験的調査報告書」『日本医師会雑誌』  
49(12)，1963，1214頁。
- (35) 岩下清子「原稿診療報酬における看護サービス評価の課題」『診療報酬 その仕組みと看護の評価』日本看護協会，1996，213頁。
- (36) 日本看護協会「看護制度問題に関する会員意向調査結果」，『看護』  
25(13)，1973，65頁。アンケート結果は次のとおりである。  
【質問10】「看護婦と准看護婦に業務差がないにもかかわらず、待遇に格差がある」という不満があることについて、あなたは次にあげ

た項目のどれによって解決できると思いますか。1. 看護婦と准看護婦の業務の別を法律に明記することによって、はっきりさせる(8.2%)。2. 看護婦の側の能力向上をはかれば、おのずと両者の業務の別がはっきりし、自然に解決できる(4.8%)。3. 無制限な准看護婦の増加が混乱の原因だと思うので、看護婦と准看護婦の適当な比率が維持されれば両者の業務の別がはっきりし、自然に解決できる(5.7%)。4. 業務の区分はむずかしい。いまのように看護婦と准看護婦との資格の別があるかぎり、差別は続いていくと思う。解決するには両者の資格区分をなくすより道はない(55.8%)。5. 看護業務の区分はむずかしい。しかし資格一本化にもいろいろ問題がある。教育職員の一級、二級免許のように、免許の違いが業務差を意味するようなことなく、免許の違いで左右されない能力主義にすべきである。また、その能力に応じて、昇進・昇級できるよう配慮することだ(12.3%)。6. そのような不満は正当とは思えない(4.1%)。7. なんともしえない(6.1%)。

- (37) 日本看護協会「准看護婦廃止に関する見解」, 1975 (『日本看護協会史 第3巻』前掲, 897頁~902頁)。
- (38) 大森文子「看護制度改正後の補助者の構想」『看護』28(9), 1976。
- (39) 看護協会が本部案として提示した補助者について  
日本看護協会「看護制度改善にあたっての基本的考え方」, 『看護』25(13), 1973, 59頁~60頁。
- (40) 「{看護補助者の} そうした資格者をつくることは、その数が増え業務分担が不明確になるおそれがある。そのとき再び免許差が問題となるだろう。」と執行部は述べている。『日本看護協会史 第3巻』前掲, 871頁。
- (41) 清水昭美「看護婦と補助者」『看護』28(9), 1976。
- (42) 佐竹喜恵子「患者にとっての補助者とは」『看護』28(9), 1976。
- (43) 田中美保「看護助手としての仕事のなかから」『看護』28(9), 1976。

- (44) 現在この対立は、介護と看護の専門領域設定に関して起こっている。例えば次の文献を参照のこと。早川和生「看護と介護の専門性と連携：座談会」『看護』48(7), 1996。金井一薫「看護と介護の共通点と相違点」『看護』48(7), 1996。
- (45) 岩井敏江「看護と介護の現場から 介護福祉士として」『看護学雑誌』57(11), 1993。