

— 特別寄稿 —

看護婦の役割：「よい看護婦」の条件

— 「病院社会学」の一節 —

大 道 安 次 郎

一

病院の看護婦は直接的医療関係者¹⁾として医師と協力して患者の医療に当たっている。彼女たちは医師などとともに病院の不可欠な構成要素（構成員）なのである。にもかかわらず、医師は「病院の顔」として、あの病院にはあのようなよい医師がいるからといって、多くの患者がその病院に集る。ところが看護婦の場合は、あの病院にはあのような立派な看護婦がいるからといって、とくにその病院に多くの患者が集らない。このように医師は「病院の顔」であるのに、なぜ看護婦は「病院の顔」でないのだろうか。こうした疑問を念頭におきながら、看護婦の役割を考察するのが本稿のテーマである。

そしてこのテーマの考察を大体つぎのような順序で行いたい。

その一。同じ看護婦といっても、診療所の看護婦と病院の看護婦とでは多少その役割が異っている。では病院の看護婦の役割は診療所の看護婦の役割と如何なる点で異っているのか。

その二。病院で看護婦の役割を立派に果しているのが「よい看護婦」であるが、そのために充たすべき条件を探ること。いわば看護婦の理想像を描くこと。

その三。だが現実の看護婦像はその理想像とはかなり距りがある。現実には多様な看護婦の姿が見られる。それを類型化して整理すること。

その四。この類型を要因とのかかわりにおいて考察すること。

その五。看護婦はなぜ「病院の顔」でないのか。その要因について考えること。

その六。第五の要因の除去についての対策を探ること。

二

まずその一の病院の看護婦の役割の考察からはじめよう。保健婦助産婦看護婦法（第5条）で、看護婦の役割を「療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする」と規定している。これは入院患者は単に診療ばかりではなく、療養上の世話も必要であるからである。ところが診療所の患者は殆んどが通病患者である。もちろん例外的には入院患者もいないこともないが、そうした診療所はごく少数なので、ここでは圧倒的に多い診療所を念頭におくと、この場合の看護婦の主たる役割は医師の診療の補助だけである。当然医師は主役であって、看護婦は裏方である。だからこの場合の彼女は患者の療養上の世話をする必要がないから、その余力は本来の役割ではない室内の清掃など、いわば雑用に使われていることが多い。

ところが病院の看護婦は診療の補助と療養上の世話の二つの役割を果さねばならない。診療の際は医師の補助役であるから、この点は診療所の看護婦と同じである。だから看護婦が患者に注射や点滴をし

(1) ここで直接的医療関係者といっているのは、医師と看護婦のことを指している。私は病院の構成員を、病院全体を統合する院長を頂点とする経営・管理・事務の関係者と、医療関係者と、さらに患者群との三つにわけてとらえている。そして医療関係者はさらに患者の医療に直接関係している医師と看護婦と、間接的に関係しているパラメディカル関係者とにわけられる。医療関係者には直接的と間接的とがあるわけである。

たり、医養機具を使用したりしても、それは医師の指示に従ってのことであって、あくまで「診療の補助」としてである（前掲法第 37 条）。ところが「療養上の世話」となると、これは彼女独自の役割といえる。医師の主たる守備範囲は診療面のみに限られているから、「療養上の世話」の面は専ら彼女の守備範囲といえるからである。さきの保健婦助産婦看護婦法の第 5 条で看護婦の役割を「療養上の世話又は診療の補助」と規定しているが、この際はじめに「療養上の世話」を掲げて、「診療の補助」をその次に記しているのは、「療養上の世話」こそ看護婦ならではの独自の役割であることを暗に示しているとも解釈できる。

いずれにしても病院の看護婦の役割は「診療の補助」と「療養上の世話」の二つに跨っている。彼女たちはいわば一人二役を果さなければならないのである。前者のそれは診療所の看護婦の役割と同じであるが、後者のそれは病院の看護婦ならではの独自の役割といえる。もちろん入院患者の医療はこの二つの面が不可分に結びついてはいるが、機能的には一応医師と看護婦の役割分担が見られるのである。

病院での「よい看護婦」はこの二つの役割を同時に、しかも完全に果していなければならない。ではそのために如何なる条件を充さなければならないか。そこでつぎの第二の問題である「よい看護婦」の条件について考えてみよう。

さきにも触れたように、病院の看護婦の役割は医師の診療の補助と患者の療養上の世話をすることにあるから、これらの二つの役割のそれぞれを立派に果さなければ「よい看護婦」とはいえない。そこでひとまずこれら二つの役割を立派に果たすために充さなければならない条件について見てみる必要がある。

まず診療の補助の役割を立派に果たすための条件について考えてみよう。

診療は医師（主治医）と看護婦がペアで行われるが、その際の主役はいうまでもなく主治医であって、看護婦はその補助役である。だからその際の看護婦

の役割はあくまで補助役に徹することこそ「よい看護婦」といえるから、そのための必要な条件としては少なくともつぎのようなものが考えられる。

まず第一の条件は、何よりも主治医の指示を忠実に手落ちなく、しかも巧みに実施すること。

主治医は患者の病状に即応して適切な診療を行うために、看護婦に点滴や注射その他の処置について指示する。「よい看護婦」であるためにはこれらの指示を躊躇なく、しかも手際よく果すことが何よりも必要である。

第二の条件は、主治医の診療を行い易くするために予め万全の準備をしておくこと。

主治医は多くの患者の診療に当たっているから、必ずしも当面の患者の病状の経過を熟知しているとはいえない。それに主治医の診療はごく限られた短時間に過ぎない。だからそのほかの時間中の患者の病状の変化などについて記録しておく必要がある。たとえば、朝夕の体温や脈搏などはいちいちカルテに記入しておくなりして、主治医の診療を容易にするための万全の準備をしておくことが必要である。患者の病種や病状に応じて処置の仕方が異っているが、それに対応しての準備をすることも必要である。とくに手術の際など。いずれにしても、彼女の役割が裏方に徹することである。

第三の条件は、現実の主治医にはさまざまなタイプが存在しているので、それらのタイプに順応して、補助役としての実をあげること。

主治医にはさまざまな癖や気質や人柄などの相違によって多種多様なタイプがある。それらを仮りに「権威型」と「同調型」と「調和型」の三つの型にわけてとらえることもできよう。とにかくいろいろな型の主治医がいるので、その主治医の型を呑みこんで巧みに順応することも、看護婦の腕の見せどころであろう。だから「よい看護婦」であるためには、こうしたさまざまな型の主治医と表裏一体となりながら、診療の補助役を立派に果すことも大切な条件といえよう。

第四の条件は、補助役を主体的に受けとめること。

そのためには日進月歩の医療技術を身につける努力を怠らないこと。

「よい看護婦」は単に主治医のリモート・コントロールで動くだけではなく、主体的にそれを受けとめて動く必要がある。そのためには医療技術の発達にも目をくばらなければ、主治医の指示を積極的に生かすことができない。彼女たちに生涯教育が望まれているわけである。

第五の条件は、患者に対してつねに温い心を持って接すること。

診療関係は医師と患者の一对一の「医療の原点」だといわれている関係であって、看護婦は補助役に過ぎないが、現実の診療の場面は医師と看護婦と患者の三者の関係で展開されている。その際看護婦は主治医のみに顔を向けずに、患者にも顔を向ける必要である。その際の看護婦の態度は主治医の指示通り動くのは当然であるが、ロボットのような冷やかな態度ではなく、つねに温い心をもって患者に接することも「よい看護婦」としてのひとつの大切な条件であろう。そして医師と患者の中間あって、両者を結ぶ架橋の役割を演ずることが要求されている。

というのは、看護婦は医師の補助役であるとしても、医師と協力して患者の治療に当たっているのだから、緊急処理の場合（たとえば、外科の手術の際）には、ときに補助役の限度を逸脱することもあるだろうが、それも患者の生命を慮ってのことであって、要は医師と協力して患者は治療効果をあげるためである。そればかりでない。患者の自分の病状についてつねに不安を抱いている。とくに手術直前には死の予感と結びついている。そのために最近の医術の進歩などに触れて患者の不安の解消につとめることも、彼女たちの大切な役割である。

だから看護婦は医師だけに顔を向けずに、つねに患者にも顔を向けることも要求されているのである。

少くとも以上の五つの条件を充たさなければ、医

師の補助役としては「よい看護婦」とはいえないであろう。だからこの際の「よい看護婦」というのは、主として医師にとっての「よい看護婦」であり、専ら医師の立場から見た「よい看護婦」といえよう。

さてつぎは看護婦のもう一つの役割である「療養上の世話」であるが、この際の「よい看護婦」は、さきのそれは医師にとっての「よい看護婦」であるとすれば、患者にとっての「よい看護婦」といえよう。

ところで一口に「療養上の世話」といっても、いろいろなことがらが含まれている。それを大別すると、患者の身の辺のことを世話することと患者特有の心情に即して看護することの二つにわけることができよう。「療養上の世話」役として「よい看護婦」であるためには、これらの二つの面で必要な条件を充たさなければならない。以下それぞれの面で充たさなければならない条件について考えてみよう。

まず患者の身の辺のことがらの世話についての条件からうかがってみよう。

まずその一つの条件。入院患者の身の辺の世話を家族に代って痒いところに手がとどくような温い態度で看護すること。

入院患者は普通の健康な人びとと違って一種の異常人である。身体の不自由なところから日常生活の営みにも支障をきたしている。だから家族がその介助に当ることが当然であろうが、いろいろな事情でそれが不可能な場合が多いので、看護婦がその役割を引受けているのが現状である。こうした事情を背景に、病院では完全看護（基準看護）を建前として打出している。多くの場合それは建前に終わっているとはいえず²⁾、看護婦としては専門的知識を生かしながら、親切に看護に当ることが要求されよう。

つぎの条件。患者の性別、年令別、社会的地位や身分、さらに国籍や人種などを差別せずに、すべての患者に平等な態度で接すること。

(2) それを補完しているのが、わが国独自の「付添婦」の制度である。このことについては改めて触れる必要があろう。この付添婦制度についてはアメリカの社会学者の研究もある。W. Caudill, "Around the clock patient care in Japanese psychiatric Hospitals: the role of the Tsukisoi," A. S. R. April 1961.

この普遍主義 (universalism) は医師にも必要な条件であるが、看護婦にも等しく要求されている条件である。

つぎの条件。さまざまな患者の癖や人柄を充分呑みこんで、巧みに適応しながら看護に当ること。

患者の在り方は千差万別である。これを「独善型」と「依存型」と「調和型」に区別してとらえることもできる。いずれにしても、これらの多様な患者の在り方に即応しながら、個々の患者に接することも、「よい看護婦」としての必要な条件である。

少なくとも以上の三つの条件を充分満たさなければ、患者の身辺のことがらを世話する際の「よい看護婦」とはいえないであろう。

さてつぎは患者特有の心情を理解して看護に当る際の必要な条件を考えてみよう。

私はさきに患者は異常人であるといったが、その異常性は身体の不自由さに拠る面もあるが、他方自分の病状についての不安感に拠る面も見逃してはならない。いわゆる「病人心理」といわれている面であって、この面の看護については医師はあまりかわっていないので、とくに彼女の役割は極めて重要である。患者は肉体も病んでいるが、心も病んでおり、この二つの病を同時に治して欲しいと願っている。肉体の病は医師が治してくれるが、心の病は看護婦が心の支えになっているのである。

だからこの面での条件としては、まず患者の心理をよく理解して看護に当ることがあげられよう。

入院患者はとくに健康人と違った特有な心理状態にある。多くの患者にとっては入院生活ははじめてであるところから、何かにつけて不案内であるばかりではなく、自分の病状についても不安感で一杯である。異常な興奮状態にあるのは当然である。こうした患者の心理状態を見抜いて親切に看護に当るのが看護婦の役割である。とくに手術を直前にひかえた患者の心理は異常の極に達している。死への道に迫るかも知れないという不安もある。そうした心理を察して、最近の外科手術は極めて信頼がおけることを事例などをあげて、患者の不安をやわらげ、

心の支えになることも看護婦の重要な役割である。

つぎの条件。

また患者の心理は病状の微妙な変化に応じて絶えず揺れ動いている。その変化に即応して患者を慰めたり、激励したりして、ともすれば絶望感におそわれるのを、勇気づけて積極的に自ら治そうとする気力を喚起することも、彼女の大切な役割であろう。看護婦こそこうした患者の心の支えなのである。

第三の条件。

また患者特有の心理には幼児性が見られる。患者には幼児が母親にわがままをいったり、甘えたりするのと同じような心理が見られる。これは患者は自分の無力さの故に他人への依存性がそれだけ強くなるからであろう。しかも幸に看護婦は女性であるところから、彼女に母性愛を求めるわけである。この母親代りの役割もまた看護婦の大切な役割である。

第四の条件。

とはいっても、看護婦は患者のそうした心理にのめり込まずに、つねに客観的な態度を堅持すること、
「よい看護婦」としては大切な条件である。

無関心 (apathy) はもちろんのこと、同情 (sympathy) も避けて、共感 (empathy, compassion) が大切だといわれているのは、このことを指している。共感というのは、患者の気持ちにあまり密着せずに、しかもその心の痛みを客観的に理解する態度といえよう。医師にもこうした感情中立性の態度が必要であるが、看護婦にもまたそのことが要求されている。

少くとも以上の四つの条件を完全に満たすことによって、患者に対してはじめて「よい看護婦」となるのである。

ところで以上のような諸条件は患者の「療養上の世話」役としての「よい看護婦」であるためのものであった。そのためには、身辺の世話役としての諸条件を満たした「よい看護婦」でなければならないし、また病人心理の持主である患者の看護役としての諸条件を満たした「よい看護婦」でなければならない。ところでこれら二つの面での条件を同時に充

たしている「よい看護婦」は患者にとっての「よい看護婦」であり、また患者の立場からとらえた「よい看護婦」なのである。一つの面だけの条件を充たしただけでは患者にとって「よい看護婦」とはいえない。

私は「よい看護婦像」を求めて、診療の補助役としての諸条件を充たしている「よい看護婦」と療養上の世話役としての諸条件を充たしている「よい看護婦」とにわけて見てきたが、これらの二つの面での諸条件を同時に充たしている看護婦こそまさに「よい看護婦」であって、そのいずれかの面が不充分である場合には決して「よい看護婦」とはいえないであろう。

だがこのような意味での「よい看護婦」であるためには、さらにつぎのような条件も充たす必要がある。その一つは守秘義務を守ることであり、もう一つは病院の勤務者であることを忘れないことである。

守秘義務というのは、医療は患者の秘密にかかわっている面が多いところから、看護婦がその業務上知り得た患者のプライバシーを他人に漏してはならないことを指している。医師が守秘義務を怠った場合には刑法（第134条第1項）で処罰されると規定されているが、それを拡大解釈して看護婦にも適用すべきであろう。単に刑法上の問題である以前に、むしろ看護倫理として当然守らなければならない必要条件であろう。

また看護婦は病院の勤務者であるということは、病院の服務規定を冒さないこと、従って割当てられた役割を忠実に果すことはもちろんのこと、病院の構成員の一員としてはかの多くの構成員たちの立場を尊重しながら、彼らとの協力と人間関係にも意をくばることを怠ってはならないことを指している。いわば組織のなかの一員であることを忘れてはいけないということである。

これら二つの条件を、さきのさまざまな必要条件に加えて充たしている看護婦こそまさに文字通り「よい看護婦」といえよう。

三

ところで以上見てきたような「よい看護婦」はあくまで理想像であって、現実にはこうしたすべての条件を完全に充たしている看護婦は存在しないであろう。というのは、そのうちの一つの条件についてすら完全に充たしている看護婦は恐らくいないであろうからである。いわんや数多くの条件を完全に充たしている看護婦おやということになる。もしすべての条件を完全に充たしている看護婦がいるとすれば、それは天国の世界に属することであって、現実の世界では、理想の看護婦像により近い、より遠いかの距たりを示しながら、多様な看護婦の現実像が私たちの前に見られるだけである。

こうした極めて多様な看護婦の現実像を、私はテンタティブに一応つぎのような四つの型にわけて整理することにしたい。

第一の型は、「診療の補助」としての条件を比較的充たしている看護婦であって、医師にとっては「よい看護婦」である。この型を仮りに「権威型」としておこう。（なぜ「権威型」と名づけたか、また以下のそれぞれの型の名づけたかについてもあとで触れる。）

つぎの型は、「療養上の世話」としての条件を比較的充たしている看護婦であって、患者にとっては「よい看護婦」である。この型を仮りに「同調型」としておこう。

第三の型は、「診療の補助」としての条件も「療養上の世話」としての条件も比較的充たしている看護婦であって、医師にとっても患者にとっても「よい看護婦」である。この型を仮りに「客観型」としておこう。

第四の型は、「診療の補助」としての条件も「療養上の世話」としての条件も殆んど充たしていない看護婦であって、医師にとっても患者にとっても決して「よい看護婦」とはいえない。この型を仮りに「逸脱型」としておこう。

現実の看護婦の在り方を仮りに以上のような四つ

の型にわけてとらえるとするれば、実際の彼女たちの姿はこれらのいずれかの型により近いかわりである。そこで彼女たちはなぜこのような距りを持った多様な姿を示しているかについて問わねばならない。そこにはそれぞれの彼女たちをそうさせた何らかの要因がある筈である。これらの要因が重なり合って、彼女たちの現実の在り方を決めているのであろう。ところで要因といっても数多くある。そこでここでは比較的重要と思われる四つの要因を挙げて出して、それらの型との関連について考えてみよう。四つの要因のうちのひとつは彼女たちの性質(性格)であり、その二は彼女たちが何に生きがいを求めているかであり、その三は彼女たちの人柄であり、その四は彼女たちの置かれている職場の状況である。一から三までの要因は内在的要因であり、最後のそれは外在的要因である。

まず最初の彼女たちの性質について。

もともと人間の性質(性格)には先天的な要素が多分にある。三つ子の魂百までといわれている程である。だがその後の置かれた環境、とくに家庭や職業(たとえば、サラリーマン気質や職人気質の形成)によって、また学習や訓練などによって変質することも事実である。人間の性質が先天的なものか後天的なものかについての難かしい議論は専門家に任かして、ここではごく常識的に先天的な要素もあるが、後天的な要素もあることを前提にして、現在の彼女たちに見られる性質を手がかりにして出発しよう。

現在見られる彼女たちの性質はさまざまであるが、とくに理屈ばい理知的な傾向の強い人と情に流され易い情緒的傾向の強い人、また別な角度からいえば、外向性の強い人と内向性の強い人とにわけられる。もちろんその中間にどちらともいえない多くの人がいることも事実であるが、見通しを明確にするために敢えてこうした二分法的な簡略化を許して頂こう。

さて理知的傾向の強い看護婦はいわゆる頭のよい人に多く見られる。ものごとの判断は適確であるし、

器用に事態に即応する能力にも優れている。だがその半面、神経質で、何ごとにも重箱の隅を突くような傾向が強く、大局への関心が稀薄である。だからまた目先のことにこだわり過ぎる傾向が見られる。いきおい打算的な行動や態度とともに、ともすれば冷やかな態度も目立っている。

ところで情緒的な傾向の強い人はこれとは全く逆な傾向の持主である。

ところで彼女たちの性格をまた別な角度からとらえることもできる。外向性の強い性質の人と内向性の強い性質の人とに分けるとらえ方である。前者は自己主張が強い、いわゆる自己顕示型であって、ハッタリの傾向が強い。後者は何ごとにも万事控え目で、自己内省型の傾向が強い。前者は強気で、我が強く、後者は弱気で、お人好しである。とはいっても後者の場合、案外芯が強く、ただそれを外部に見わさないだけの人もかなり多い。

ところでこの前者の傾向はさきの理知的傾向と結びつく可能性が多く見られ、また後者のそれはさきの情緒的傾向と結びつく可能性が多い。

だから理知的で外向性の強い性格の看護婦は「権威型」の看護婦に多く見られるし、それとは反対の情緒的で内向性の強い性格の彼女たちは「同調型」の看護婦に多く見られる。そして前者の性格の強い看護婦は医師にとっては「よい看護婦」であるが、患者にとっては必ずしも「よい看護婦」ではない。むしろ「わるい看護婦」が多い。後者の性格の強い看護婦は医師にとっては必ずしも「よい看護婦」とはいえないが、患者にとっては「よい看護婦」である。以下それらのことがらについて若干言葉を費してみたい。

理知的傾向の強い看護婦は機転もさくし、動作も機敏であるから、主治医の指示を適確に受けとめて行動する。だから「診療の補助役」としては適任である。こうした看護婦は主治医の立場から見ればまことに「よい看護婦」である。だがその半面、こうした性格の看護婦は外向性が強く、自分の腕に自信を持っているところから、いきおい「権威型」にな

る傾向が強い。とかく権威主義の人は下には強く、上には弱い。だからその顔は絶えず上司に向けられている。こうした看護婦は上司の医師に対しては極めて縦順であるが、患者に対しては必ずしもそうした態度が見られない。もちろん「療養上の世話」も一応はこなすが、それとても通り一辺であって、誠実さがこもっていない。まして患者の心情の問題などについては殆んど無関心といえよう。それに何よりも困るのは、自分は看護職の専門家であるからといってその権威を笠に着て、患者を見下して自分のいう通りに従えという態度に出ることである。しかも冷たい態度でである。それだけ患者に与える威圧感が強い。だからこうした型の看護婦は患者にとっては決して「よい看護婦」とはいえないであろう。私はこうした型の看護婦を「権威型」としてとらえたのは、以上のことを念頭においていたからである。

これと全く反対なのが、情緒的傾向と内向性の強い看護婦である。こうした性格の看護婦は機転はそうきかないし、また動作もスローモーである。医師の指示を適確に機敏に行わないから、医師にとっては必ずしも「よい看護婦」でないであろう。しかし他面、こまごましたことにまで気をくばるし、さらに患者の心情の問題についても親身になって相談相手にもなってくれるから、患者にとっては「よい看護婦」といえる。そうしたところからこうした型の看護婦は患者の立場に同調して看護に当たっているので、「同調型」としてとらえたのである。

ただこの型の看護婦は人情家でお人よしが多いところから、なかにはともすれば患者の心情にのめり込むこともある。だからそこには看護婦として大切な一つの条件である感情中立性の限界を踏みはずす危険も見られないこともない。

ところでさきに触れた対極的ないずれの性格をもバランスよく持ち合せて、しかもそれらのよい面のみを生かしている看護婦もいる。こうした看護婦は診療の補助役としても有能であるから、医師にとっ

ても「よい看護婦」であるばかりではなく、療養上の世話役としても適任であるから、患者にとっても「よい看護婦」である。しかもさきの「同調型」の看護婦のように患者の心情にのめり込まずに感情中立性の立場も堅持している。

ここで看護婦の感情中立性について重ねて一言触れておきたい。感情中立性を堅持することは、医師の場合でも看護婦の場合でも侵してはならない聖域である。ただ医師の場合は肉体の診療が主であり、しかも彼らは合理的科学的な訓練と客観的処置を身につけているから、この聖域を侵かす可能性は少ないが、看護婦の場合には患者の心情の看護も必要であるから、この聖域を侵かす可能性がかなりあるわけである。ところで彼女たちが患者の心情の看護の際、三つの態度が想定される。その一つは無関心 (apathy) の態度であり、その二は同情 (sympathy) の態度であり、その三は共感 (empathy, compassion) の態度である。無関心の態度は問題外として、多く見られるのは同情の態度である。だが患者の心情はよくわかるといって、同情のあまり相手の心情にのめりこむと感情中立性の聖域を侵かすことになる。さきの「同調型」の看護婦にはその危険性が多分にある。ところが共感の態度をとっている看護婦は聖域を侵かさずに、感情中立性の立場を堅持している。患者の心情をよく理解するが、だからといってその心情にのめり込まずに客観的な態度を失っていない。感情に押し流されない関心 (detached concern) の態度なのである³⁾。私はこうした看護婦の型を「客観型」としてとらえたのである。

ところで感情に捉われない関心の態度を失わないことはなかなか容易な業ではない。というのは、患者の心情は病状の変化に応じて絶えず動いており、その変化に即応しながら適切な対応が要求されているからである。ところが「権威型」の看護婦は理知的傾向が強いから神経質である。彼女自身も神経質

(3) この問題は患者と医師、患者と看護婦の関係が「信頼関係」を基本としているといわれていることとどのような関連があるかについては、別稿を用意する必要がある。

のために気分の変動が甚だしい。また「同調型」の看護婦は情緒派であるところから、これまた気分の変動が甚だしい。だから「権威型」や「同調型」の彼女たちからは患者の心情の変化に即応した適切な看護を期待することはできない。そればかりではない。彼女たちの多くは大局を見る眼が欠けている。局部的な関心は極めて鋭いが、全体の流れをとらえる能力に欠けている。感情に捉われない看護婦はこうした「権威型」や「同調型」とは異った態度で患者の心情の問題にタッチしている。それは患者の心情の刻々の変化を全体の流れから理解しながら、しかも温い眼をもって看護する態度である。私がさきにこうした看護婦は「権威型」と「同調型」のそれぞれの特質をバランスよく持っていて、しかもそれらのよい面を生かしているといったのは、この点を念頭に入れていたのである。

以上がこうした看護婦の型を「客観型」としてとらえた所以である。

ところでさきの対極的な性質のいずれをも充分に持っていないし、しかもわるい面だけを持っている看護婦も稀には存在している。こうした看護婦は診療の補助役としても、また療養上の世話役としても充分その役割を果さないから、医師にとっても患者にとっても決して「よい看護婦」とはいえない。さきに「逸脱型」といったのは、こうした看護婦のことである。

もちろんこうした看護婦も看護婦養成所か看護婦学校で必要な学科を修めたうえに、国家試験（準看護婦の場合は都道府県試験）に合格した歴とした看護婦の資格を持っている。しかし恐らく必要な学科を辛うじて収め、しかも試験の成績もビリに近かったのではなかろうか。さらにこうした看護婦はもともと看護婦として不適格者だったのであろう。だからこの型の看護婦はむしろほかに適職を求めることが、彼女にとっても、医師にとっても、また患者にとってもよいのではなかろうか。ただ幸にこうした型の看護婦はごく例外的な存在であることは、せめてもの救いであろう。

以上は彼女たちの性質にかかわらしての考察であったが、つぎに彼女たちが看護婦という職業をどうとらえているか、そしてそこに生きがいを感じているかどうかにかかわらして、彼女たちの型との関連を探ってみよう。

彼女たちが看護婦の職業を自分の職業として扱んだ動機にはさまざまなものがあるであろうが、それらを大別すると、ヒューマニズムを生かすための夢を「白衣の天使」に托して現在の職業を扱んだのと、女性として生計の資を得るのには看護婦になるのが最も手取り早いと考えて現在の職業を扱んだのとの二つに分けられよう。これは彼女たちが若い日に自分の職業として看護婦という職業を扱んだ動機であるが、その動機を現在でも生かして持ち続けているとは限らない。現実の荒波にもまれて「白衣の天使」の夢が破れた者もいるであろうし、また荒波にもめげずその夢の実現に依然として情熱を燃やし続けている者もいるであろう。さらにははじめは生計の手段として考えていたのが、実際にその仕事をしてみて看護婦の職業の大切さを再認識した者もいるであろう。私がここで問題にしたいのは、こうした過去の動機よりも、むしろ現在の彼女たちが看護婦という職業をどうとらえているかということである。それは結局彼女たちが看護婦という職業そのものを目的としてとらえているか、手段としてとらえているかということになる。そしてそのことは取りも直さず目的そのものに生きがいを感じているか、それとも生きがいはほかのところにあって、単に手段として考えているかということにもなる。

彼女たちの現在の職業のとらえ方、さらにそこに生きがいを感じているかどうかは、彼女たちの看護婦としての態度や在り方に重大な影響を与えていることはいうまでもない。これがここでこれを一つの要因として加えた理由である。

この要因と看護婦の在り方の結びつきは、一見極めて簡単のように見える。というのは、看護婦という職業に生きがいを感じている彼女たちは、看護そのものに全力投訴するであろうから、当然「よい看

看護婦」であろうことが期待できるが、手段として考えている彼女たちは自分の仕事を片手間として手を抜いているであろうから、当然こうした彼女たちからは「よい看護婦」であることは期待できないであろう。このようにこの要因と看護婦の在り方の結びつきは極めて簡単に見える。

だが現実の結びつきは必ずしもそう簡単にいい切れないものがある。というのは、この要因のみが彼女たちの在り方の唯一の決め手ではなく、ほかの多くの要因と重なり合って彼女たちの在り方を決めていくからであって、この要因はそれらの多くの要因のなかの一つの要因に過ぎないからである。しかもこの要因がほかの要因と重なり合う場合に、諸刃のようにプラスにも作用するが、マイナスにも作用することもある。たとえば、この要因——ここでは看護婦そのものに生きがいを感じる面のみを念頭におくと——が権威主義に強く、しかも外向型の性質の看護婦と結びつくと、こうした型の看護婦は往々にして自分だけが看護職を目的として全力投球していると思こんで、そうした態度を表面に出して、ほかの人びとに誇示したり、押しつけようとするから、結果は医師にとっても、患者にとっても、また看護婦仲間にとっても決して「よい看護婦」とはならず、むしろいらざるトラブル・メーカーとなることが往々にしてある。これはほんの一例である。

さきにこの要因と彼女たちの在り方が極めて簡単なようであるという若干疑問の余地を残した表現を用いて断定を避けたのは、以上のようなことから念頭に置いていたからである。とはいっても、この要因は彼女たちの在り方を決めている重要な要因であることはいままでもない。

さてつぎの要因は彼女たちの人柄である。人柄という用語は極めて曖昧に使われている。それだけ内容が不明確なのであろう。ときには性質（性格）などと区別されずに使われていることもある。しかしここではこうした性質などと次元を異にしたものとしてとらえている。その人の性質や生きがいなども人柄のなかに包含されているし、また過去の経験や

学習なども蓄積されている。さらにその人のイデオロギーや信仰などの人生観も含まれている。こうしたさまざまなものが総合されて、そこに全人的な風格あるいは品格といったものを醸し出している。これをここでは人柄としてとらえているのである。

ところでこうした人柄は各人各様である。そしてその人柄の在り方が彼女たちの看護婦としての在り方と深い関連がある。

人柄が各人各様であるのは、人柄を形成しているさまざまな要因の総合の仕方が多様であるからである。どの要因が人柄の形成の中核となっているかによって人柄が異ってくる。たとえば、ある特定のイデオロギーや信仰、さらに人生観などを中核として形成されている人柄もあろうし、また性質のうちの一定の傾向がとくに人柄の中核となっているものもある。こうした人柄は、その特定の要素を核としてそのほかのさまざまな要因はアンバランスの形で構成されている。いわば特異性のある人柄であって、それはそれなりの風格なり品格なりを備えている。それとは別にそれぞれの要因がある程度バランスのとれた形で構成されている人柄もある。そしてそれはまたそれなりの風格なり品格を持っている。前者のそれは「鋭角型」であるのに対して、後者のそれは「円満型」としてとらえることができる。そしてそれぞれの型の人柄は彼らの職業と結びつく場合に適・不適が見られる。たとえば、独創的な世界を開拓する芸術家や学者の場合は「鋭角型」の人柄が適しているであろう。

では看護婦の職業にはどんな人柄が適しているであろうか。

彼女たちの場合は、「鋭角型」の人柄よりもむしろ「円満型」の人柄の方が看護婦の職業に適しており、また「よい看護婦」となる可能性が多いようである。というのは、看護婦の職業はさまざまなタイプの患者や医師などと協調しなければ、その役割を充分果たすことができないからである。「鋭角型」の人柄は独善的で権威主義に結びつく可能性が多いから、協調性に欠けている。ところが「円満型」の

人柄は相手のことを考慮に入れる寛容さや協調性を備えている。だから「円満型」の人柄の看護婦は看護婦の職業に適しており、また「よい看護婦」となる可能性が多い。この種の型の看護婦は、医師の診療の際は、医師の役割と自分の役割の守備範囲を充分心得て診療の補助役をつとめているので、医師にとっては「よい看護婦」であろうし、また療養上の世話をする際には患者の立場を充分心得てその役割を果たすから、患者にとっても「よい看護婦」であろうからである。

もちろん「円満型」といっても、その円満の程度には差がある。「円満型」は比較的バランスのよくとれた人柄のことであるが、「鋭角型」とまではいかないとしても、完全に近い形でバランスがとれていない人柄も見られる。こうした人柄の看護婦は多くの場合「診療の補助」か「療養の世話」のいずれかに重点をおいてその役割を果たしているから、医師にとっては「よい看護婦」であっても、患者にとっては必ずしも「よい看護婦」でないこともあろうし、またその逆のこともあろう。またその円満度が極めて低い人柄、あるいは「鋭角型」の人柄の看護婦は「逸脱型」の看護婦に多く見られる。

ところで彼女たちは病院に勤務しているから、組織のなかで自分の役割を果たさなければならない。だから病院のほかの多くの構成員たちと協調することが必要である。「円満型」の看護婦はこの点でも適しているといえる。

いずれにしても彼女たちの人柄という要因が看護婦の在り方と極めて深い関連のあることは事実である。

ここで彼女たちの人柄の円満度と年輪との関連について一言触れておきたい。一般には人柄の円満度（円熟度）は年輪とともに増すように考えられている。それは主として経験と学習の積み重ねによってである。しかし大切なことはその経験と学習をどう生かしているかであって、単なる年輪の積み重ねではない。若い看護婦のなかにも比較的円満な人柄の人もいるし、またベテランの彼女たちのなかにも円

満度の低い人柄の人も見られる。ときには老看護婦のなかに頑固で「老害」をまき散らしている人もときたま見られる。だから年輪は必ずしも円満度の唯一の条件とはいえないであろう。要は年輪や経験や学習の生かし方にある。

ところで以上の諸要因は、そのほかの諸要因とともに、彼女たちの看護婦の在り方に極めて多くの影響を与えているものであるが、こうした内在的要因のほかに、外部から彼女たちの看護婦としての在り方に直接、間接に影響を及ぼしている外在的要因のあることを見逃してはならない。この外在的要因にも多くのものがあるが、ここではとくに彼女たちの看護婦の在り方に直接的影響を与えていると思われる彼女たちの職場と現場の在り方に触れてみたい。

看護婦の職場はいうまでもなく病院である。病院は診療所とは異って高度の医療を目指している機関であるから、診療所と比べるとより多くの構成員を必要としている。病院はこうした多くの構成員を経営・管理部門や医療部門などに組織的に配置して、それぞれの役割分担を決めて、病院の目的の達成を目指している。ところが病院には規模の大小や国公立の別があるとともに、歴史の古いものと新しいなどの別もあるところから、同じ病院といっても、そこに自ら病院の在り方が違っている。大規模の病院では診療科目が数多く、また同じ内科といっても再分化されているし、外科でも同じように再分化されている。また国公立と私立とでは同じような大規模であっても、そこには自らその在り方が違っている。とくに小規模の私立病院とは格段の相違がある。彼女たちが勤務している職場は現実的にはこのような違いがあることにまず注意しておく必要がある。そしてこの職場の違いが彼女たちの看護態度に微妙な影響を与えているのである。

だが彼女たちが直接影響をより大きく受けているのは、職場よりもむしろ現場の在り方である。職場としての病院は同じであっても、現場はそれぞれの看護婦にとって異っている。具体的にいえば、現場は彼女たちが配置されている医局（病棟）のことで

ある。これらの医局の在り方や雰囲気は同じ病院であっても診療科目の相違（たとえば、内科と外科と神経科など）によって必ずしも同じではないが、共通していえることは、それぞれの医局は医師団と看護団によって構成されていて、これらの多くの人びとが医局長のもとに統括されてそれぞれの役割を果していることである。

だがこれらの医局の在り方には二つの異った組織があることを見逃してはならない。その一つは、割り当てられたノルマの役割を果すための組織であって、フォーマル・オーガニゼーション（形式的あるいは公式的組織）といわれているものである。ところがこれとは別に医局に配置されている人びとの間に自然発生的に生まれるインフォーマル・オーガニゼーション（非公式的組織）といわれる組織が、さきの組織の裏側に見られる。この種の組織は同じ現場と一緒に働いているという現場意識に基づくものであって、さきの組織には職務的な上下関係が見られるが、後者の組織にはそうした関係よりもむしろ相互によりパートナーとして認め合う人間的な関係が見られる。さきのそれは上からの組織であるとすれば、あとのそれは、下からの組織であって、多くの医局にはこの二つの組織が何らかの形で存在している。だから現場の組織はこれら二つが重層的な形をとっている。そして現場はこれら二つの組織の組み合わせ如何によって、それぞれ独特な在り方や雰囲気を漂している。

これが彼女たちの現場であるが、この現場の在り方や雰囲気が彼女たちの看護態度に影響を与えている。とくに大きな影響を与えているのは、彼女たちをとりまく人間関係に基づく非公式な組織である。このことを彼女たちの役割遂行に焦点を合わせて考えてみよう。

まず彼女たちの「診療の補助」の場合を見てみよう。患者と主治医とはそれぞれ同一人であるが、一日三交替である看護婦は必ずしも同一人ではない。数人の看護婦が交替して「診療の補助役」をつとめているからであって、ペアが必ずしも同じではない。

公式的組織ではこのペアは機械的に組合わされているから、どことなくよそよそしさがあるが、もし現場の非公式的組織によって医局の全体の人間関係が良好である場合には、たとえどの看護婦が主治医とペアを組んでもすでに両者の間には意志の疎通が充分ある筈であるからよそよそしさが見られないであろう。だから彼女たちは「診療の補助」の役割を充分果すことができる筈である。

また「療養上の世話」の場合には、同じ患者に対して必ずしも同一人の看護婦が当たっているわけではない。恐らく数人の看護婦が入り交り、立ち交って当たっているであろうが、現場の人間関係がよければこれら数人の看護婦たちの間でその患者についての情報交換も密であろうから、彼女たちは「療養上の世話」についても充分その役割を果すことができる筈である。もちろん患者が自分の心情についての相談は特定の看護婦のみに持ちかけているであろうことは容易に想像される。

いずれにしても彼女たちの働く現場の在り方や雰囲気が彼女たちの看護態度に大きく作用しており、とくにインフォーマルな関係が直接大きく作用していることは認めねばならないであろう。

以上彼女たちの在り方に大きく影響を及ぼしている外在的要因（職場と現場）について触れた。だが外在的要因はこれだけではない。さきの外在的要因は病院内でのものであるが、病院外での外在的要因とくに彼女が既婚者である場合には彼女の家庭の在り方、未婚者の場合には病院の寮や下宿先の在り方、さらにまた彼女たちが社会人としての病院外部の人たちとの交際関係なども無視できないが、ここでは触れないことにしたい。

私は看護婦の実現像のいろいろな型の要因——内在的と外在的——の若干について触れてきた。現実には理想像の看護婦は望むべくもないが、それぞれの彼女たちは理想像との遠近の距りを示しながら、過重と思われる勤務と過少ともいえる賃銀にもかかわらず、精一杯看護婦の役割を果すために努力を払っていることだけは認めねばならないであろう。こ

の点念のために一言。もちろん「逸脱型」は別である。

四

つぎに第五の医師が「病院の顔」であるのに、なぜ看護婦は「病院の顔」でないのか、あるいはあり得ないのかということについての私なりの見解を述べておこう。

彼女たちは直接的医療関係者として医師と協力して患者の医療に当たっている。診療の際は医師の補助役として、また療養上の世話役としては彼女たちの独自の役割を果たしている。だから彼女たちは病院の不可欠な構成員として極めて重要な存在なのである。にも拘わらずなぜ彼女たちは「病院の顔」でないのか、またあり得ないのか。これにはさまざまな要因がからまっている筈である。その主な要因として六つぐらいが考えられる。その一つはわが国の病院発生の社会的歴史的要因であり、その二はわが国の病院内での要因であり、その三は看護婦の社会的地位についての評価であり、その四は彼女たち自身評価であり、その五は彼女たちの出身層による要因であり、その六は彼女たちの役割が極めて曖昧であることである。少くとも以上の六つぐらいの要因がからみあって、彼女たちを「病院の顔」たらしめていないのではなかろうか。以下それぞれの要因について触れてみよう。

まず最初の要因であるが、わが国の病院の起源は、西欧のそれが療養中心であったのに対して医療中心であったことにまず注目しておく必要がある。そのためにわが国の病院の在り方は医師中心であって、看護婦は単なる医師の助手にしか過ぎなかった。戦後アメリカ進駐軍の指導のもとに、わが国の病院の近代化の一つの柱として、看護団を独立させて医師団との同格化を企てた。しかしこの企ては建前に終って、実質的には旧態依然たるものがある。これは

わが国の病院の起源の根跡がいまなお根強く尾を引いているからであろう。だから現在のところ医師が「病院の顔」であることが当然視されているのであろう。

第二の要因。このことは病院の構成員の格づけに見られる。彼女たちの病院内での地位や待遇は医師とは格段の差がある。そしてこのことは院内の各構成員たちの彼女たちを見る眼にも反映している。たとえば、多くの医師たちは看護婦を協力者と見なくて、単なる助手あるいは侍女にしか見ていないようである。もちろんなかには彼女たちの職業を専門職として認めている者もいるが、それとても自分たちと同格の専門職とは見ずに、一段低い専門職として見ているようである⁴⁾。またほかの構成員たちも医師よりも数段低い者として見ている。またかなり多くの患者は自分の召使か下女ぐらいにしか見ていないようである。このように看護婦は院内でも「病院の顔」として見られないのである。

第三の要因。このことはまた看護婦の職業についての社会的評価（格づけ）にも如実に見られる。

私が所属している日本社会学会がかなり以前（昭和27年）に「日本の社会成層および移動」についての調査を行った。その調査報告では「専門職業（専門職者・技術者）」が極めて高く評価されていた。専門職業には大学教授や弁護士などとともに医師も含まれている。だから医師は高い社会的評価を受けていることが客観的に明らかにされたわけである。だがこの調査では看護婦の項目が用意されていなかったの、彼女たちの社会的評価については直接うかがうことができなかった。この欠陥を補うために行ったのは、米山桂三博士の「看護婦の社会的地位」を明らかにするための「女性の職業」についての格付の調査であった⁵⁾。女性について思い当たるすべての職業から、40の職業を択んで質問表を作成して、博士の関係していた大学の通信教育学生と正

(4) ある調査によると、勤務医と開業医では彼女たちを専門職と見ている眼にも差がある。前者は後者よりも多い。中野秀一郎著「現代日本の医師」（日経新書）97-98頁。

(5) 米山桂三著「看護の社会学」第五章 看護婦の社会的地位（未来社、昭和56年1月刊）。米山博士は看護社会学の先駆者であったが、惜しくも昭和54年秋に逝去された。本書はその遺稿集である。

規の学生とを対象にして行った。その調査結果によると、1位は男女別、対象別を通じて女医と教授であり、看護婦は20位前後であった。ここにも女医と看護婦の社会的評価の差がうかがわれるが、それよりも看護婦がスチュワーデスや婦人警官よりもやや低く評価されていたことと、バーの女給や日雇労働者（それぞれ89, 40位）よりも高く格付されていたことがとくに印象的であった。

とにかく看護婦が医師（女医も含めて）よりも社会的にかなり低く格付されていることも、彼女たちが「病院の顔」でないことのひとつの要因といえる。

第四の要因。さらに彼女たち自らが自分の職業をどう見ているかの主観的評価も見逃してはならない要因である。さきの米山博士の別の調査で、「自分の娘は絶対に看護婦にはさせない」とか、「看護婦にならなければよかった」とかいう回答が圧倒的に多かったことが報告されている⁶⁾、また私と親しい夫人（現在かなり社会的地位の高い人と結婚している）が、「自分が以前に看護婦であったことを他人に語らないで欲しい」と秘かに私にもらしたことがある。以上のような主観的評価をしているのはかなり高令者であろうし、またその評価がすべての高令者を代表しているとはいえないであろうし、まして若い彼女たちは別な評価をしているかも知れないが、とにかくこうした主観的評価から見ると、彼女たちが「病院の顔」たり得ないことを自ら語っているともいえる。これでは彼女たちが「病院の顔」たり得ないのは当然であろう。

その五の要因。看護婦の歴史的、社会的背景もまたひとつの要因となっている。

看護婦が制度として発足した当時の事情にまつわってつぎのようなエピソードが伝えられている。明治維新当時の動乱の際に、傷ついた官軍の荒くれた兵士たちの看護には女性が適当であろうということで看護婦を募集したが、応募したものうち卑賤でばくれん女が多かったというエピソードである⁷⁾。

だから看護婦の職業がとかく悪いイメージと結びついているのは、こうした発生当初の事情が少くとも戦前までは強くその影を落していたことが考えられる。そのうえ戦前までの彼女たちの出身の多くは地方の農村で、しかも貧農の子女が医師の徒弟としてこの職に就くものが多かったことなども、看護婦の職業を低く見る傾向に拍車をかけていた。

さらに戦前までは男尊女卑の思想が横行していたために、女性の職業である看護婦が不当に蔑視されていたことも見逃してはならない。

以上のような彼女たちの職業の歴史的社会的背景もまた、彼女たちが現在でも「病院の顔」たり得ない要因となっているといえる。

第六の要因。看護婦の役割が極めて曖昧であることである。なるほど彼女たちの役割は「療養上の世話と診療の補助」として規定されているから一応明確のように見えるが、実質的には必ずしも明確ではない。「診療の補助」の役割はともかくとして、「療養上の世話」の役割が実質的には多岐にわたっているのでその守備範囲が明確ではない。たとえば、患者の身のまわりの世話は家族や付添婦がする場合に是一对一の関係で専念できるが、看護婦は多数の患者の世話をしなければならないから、一人の患者のみに専念できない。患者の心情の問題についても同じことがいえる。そのうえ包括医療の建前から彼女たちの机上の事務も多い。さらに最近の看護業務は専門分化が進み、P.T(Physical-Therapist)やO.T(Occupational-Therapist)などが医師の補助役として登場してきているし、またM.S.W(Medical Social Worker)が患者の心情の問題にも一役買っている。

このように見てくると、一体本来の彼女たちの役割は何であるかが改めて問われてくる。これこそ看護婦ならではの独自の役割が明確化されねば、単なる雑用係に終始する可能性がある。だから医師からは侍女視され、患者からは召使視されているのである。

(6) 米山前掲書 202, 219-20 頁。

(7) 片岡昇・高岡次郎・園部逸夫共著「看護婦」（昭和36年）14頁以下。

彼女たち独自の役割が実質的に不明確である点に、彼女たちが「病院の顔」たり得ない要因があることも見逃してはならない⁸⁾。

以上私はなぜ看護婦が「病院の顔」でないのか、また「たり得ないのか」について、六つの要因にからませて見てきた。現状としても、また将来でも、「病院の顔」でないこと、また、たり得ないことは当然であろう。だがそのことと現状をそのまま是認することとは別な問題である。

五

この「別な問題」を取りあげる前に触れておかねばならないことがある。私は本論の冒頭で看護婦はなぜ医師と同じように「病院の顔」でないかという疑問を投げかけたが、それはあくまでもフィクションであって、医師と同じような意味での「病院の顔」を云々するつもりは毛頭なかった。本来の「病院の顔」は医師であるのを当然なこととして認めたうえで、彼女たちの病院でのあるべき役割を探ぐり、それに適わしい地位と待遇を考えることがほんとうの狙いであった。

それにしても医師は近い将来その過剰が予測され、量より質への転換が予想されているが、看護婦は過剰どころか不足が問題なのである。もし現状のままであるならば、看護婦志望者は増えないであろうし、その絶対数の不足は依然として続くであろう。だから当面の緊急課題は量質両面にわたって「よい看護婦」をいかに確保するかにある。現状では彼女たちがいかに「よい看護婦」であっても、本来の役割を果たすことができないばかりではなく、いたずらに雑用に追いまわされ、過重とも思われる重労働を強いられている⁹⁾。そのうえ地位や待遇はあまりにも低い。これでは看護婦志望者が増えないのは当然である。そればかりではない。彼女たちの不満がいつ爆発して数年前に見られたような病院ストが再発する

かも知らない。彼女たちの不満を解消し、病院ストの再発を防止し、看護婦志望者を多くするためには、何よりも彼女たちのあるべき役割を明確化して、それに適わしい地位と待遇を与えることが当面の緊急課題となるわけである。さきに触れた六つの要因を念頭におきながら、素人として私なりの解決策を考えてみよう。

何よりもまず看護婦を専門職として公認することである。といって医師と同格の専門職としてではない。というのは、看護婦の場合は厚生大臣の指定する3ヶ年制の学校教育を受けて国家試験に合格した者（このほかに2ヶ年間の教育を受けて地方自治体（府県）の試験に合格した正式の看護婦ではない有資格補助者ともいえる準看護婦がいる）であるから、彼女たちは立派な専門職の有資格者であるが、医師は彼女たちよりはさらに長い学校教育や実習期間を経て国家試験に合格している。それに加えて両者は病院内での職種においても異っている。だから看護婦の専門職は医師のそれとは異っていることは当然である。しかし彼女たちは看護の専門職の有資格者であるから、早急に公認して、それに適わしい待遇を与えることが現実的な処置ではなかろうか。

とはいっても彼女たちを専門職として早急に公認することを阻んでいる要因があることも事実である。さきに触れた第五の要因は近代化の波とともに解消の傾向にある。専門職は出身や門閥など生来的なもの（ascription）とは別な本人の業績（achievement）によることが原則的に現代社会では確立しているからである。また男尊女卑の風習も男女同権の思想の侵透によって改善されつつあるから、看護職が女性の職業であるからといってとくに阻害の要因とはなっていない。ただ依然として強く働いているのは第1と第2の要因である。たとえば、看護婦を専門職として認めることは、医師にとっては既存の地位と権限と権威を侵すからかなりの抵抗がある。もちろん医師のなかにも彼女たちを専門職と

（8） そのためには彼女たちが看護婦ならではの専門的な高度の看護技術を身につけることが必要であろう。

（9） このことについては数度にわたる私の入院生活を通じて感得している。また多くの看護専門誌にも報告されている。なお最近の羽江忠彦教授の事例研究（広島修道大学論集第22号第1号）にもこのことがうかがえる。

としての協力者と認めている者もいるが、それとても自分を優位な地位においてである。対等の協力者と認めることには距りがある。他方かなり多くの医師は依然として彼女たちを助手か侍女ぐらいにしか認めていない。これはわが国の病院成立の歴史的事情による第1の要因とその結果としての第2の要因によって、病院内での医師たちの彼女を見る眼が依然として変わっていないからである。

同じことが戦後導入された看護部門の独立についてもいえる。これまでは病院組織の構造と運営は医師中心であったのを、新たに看護部門を独立させて、その総括管理者としての総婦長制を導入した。これまで医師の支配下にあったのを独立させて、二本建にしたわけである。これによって制度的には総婦長を頂点として婦長から看護婦へという看護部の管理体系が確立されたわけであるが、それはあくまで理想であって、現在一流の大病院では制度的には採用されてはいるが、それとても建前だけであることが多い。まして中小の私立病院では画に書いた餅に過ぎないようである。さきの第1の要因が根強く影響しているといえる。

つぎに早急に解決しなければならない課題は第6の要因である。看護婦の仕事は「診療の補助」と「療養上の世話」の二つに分かれているが、一方は医師の助手として他方は本来の看護婦の仕事である。いわば一人二役を同時に果すことが期待されている。二刀流の名人の宮本武蔵ならいざ知らず、看護婦にそれを期待することは現実的には無理である。そのいずれに重点をおくかがひとつの問題点である。つぎの問題点は「療養上の世話」こそ彼女本来の専門分野であるが、実際は患者の雑用係に終始している場合が多い。そのうえ看護業務の分化によってM.S.W.などが導入されている。これでは一体看護婦の専門分野は何であるかが問われるわけである。

そのうえ完全看護（基準看護）制が導入されてい

る。もちろんこれは現在のところ建前であるが、そのために彼女たちは「療養上の世話」ばかりではなく、机上の仕事も増えている。それを補うために家族や付添婦に頼っているのが現状である。ここでも問われるのは、看護婦本来の専門分野は何であるかということである。

完全看護を実施するためには看護婦不足を解消すること、そのためには看護職を魅力ある職場として多くの若い女性が集ること、そのためには専門職として公認し、それに適う地位と待遇を考えること、これらの条件を早急に実施することが望まれるわけである。もしこれらの条件が実施されれば、第3の要因である社会的評価も自ずと変わってくるであろうし、また第4の主観的評価も変わってくるであろう。自信を持って誇りに自分が看護婦であることを語ることも近い将来に期待できる。

以上は当面の課題であるが、さらに長期展望に立ってこれからの医療の在り方（包括医療）や地域保健・医療体系化との関連において病院の在り方を見極める一方、地方では医学・医術の発達に伴って病院内での機能の分化と再編成が必然のなかで看護婦のこんごの在り方と役割を探ぐることをも忘れてはならない。

本稿では専ら看護婦の役割論に終始した。これは看護婦は病院の不可欠な構成要素であるから、彼女たちがその役割を充分果すことが病院の使命の達成に寄与するからである。そのために「よい看護婦像」を探り、またそれを阻んでいる要因などに触れ、さらにその解決策についても考えてみた。しかし看護婦の役割遂行は医師や患者の在り方を無視しては考えられない。というのは、彼女たちの役割は真空管の中で単独に行われるのではなく、つねに医師と患者との三者の間で展開されており、役割は相手との対応関係を通して果されているからである¹⁰⁾。この点については別稿を用意する必要があるだろう。

(10) 私はここでR. マートンのロール・セットの理論を想起している。R. Merton, *Social Theory and Social Structure*, 1968. pp.41-45, 422-438. 森東吾, 森好夫, 金沢実訳「社会理論と機能分析」1969, 334-52, 363-6, 404頁。