

### 多様化する看護職世界と看護教育の未来

関口, 恵子 / SEKIGUCHI, Keiko

---

(開始ページ / Start Page)

1

(終了ページ / End Page)

202

(発行年 / Year)

2016-09-15

(学位授与番号 / Degree Number)

32675甲第384号

(学位授与年月日 / Date of Granted)

2016-09-15

(学位名 / Degree Name)

博士(公共政策学)

(学位授与機関 / Degree Grantor)

法政大学 (Hosei University)

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00013425>

法政大学審査学位論文

多様化する看護職世界と看護教育の未来

関口 恵子

# 目次

序章 本論文の目的と構成 .....	5
第1節 問題認識と論文の目的 .....	5
1. 社会の変化と看護職者不足	
2. 看護職の専門性への問い	
3. 看護職教育への危惧	
4. 本論文の目的	
第2節 本論文の構成 .....	8
第一章 主要な論点に関する先行研究の検討 .....	11
第1節 看護職世界の多様化 .....	11
第2節 看護職の専門職性 .....	14
第3節 看護教育の刷新 .....	20
第4節 小括 .....	23
第二章 看護職世界の多様性—戦後看護職世界の達成、到達点 .....	25
第1節 現在の看護職世界の概観 .....	25
第2節 マジョリティ・ナース（ジェネラリスト：多数の一般の看護職者） .....	28
第3節 スペシャリスト .....	30
1. 専門看護師	
2. 認定看護師	
3. 高度実践看護師	
4. 看護教員	
第4節 管理者（マネジメント・ナース） .....	34
第5節 オルタナティブ・ナース（新しい看護職者） .....	35
第6節 小括 .....	35
第三章 看護職不足の歴史と教育 .....	36
第1節 看護職不足の諸相 .....	36
1. 病床数に対する看護職者数の不足	
2. 医療技術の変化に伴う不足	
3. 疾病の変化と国民の多様な医療ニーズに伴う不足	
4. 少子高齢化に伴う不足	
5. 看護職者の離職による不足（多い潜在看護職者）	

6. 医療施設中心の保健医療福祉体制による不足	
第2節 看護職をとりまく社会の変化と医療政策、看護教育	41
1. 看護師不足の社会問題化、労働闘争	
2. 看護職者不足と医療政策	
第3節 離職する看護職者	44
1. 離職の実態	
2. 離職の要因	
3. 多い潜在看護職者	
第4節 復職する看護職者	46
1. 離職期間と復職の理由	
2. 再就職への情報提供	
第5節 看護教育の歴史	48
1. 高等看護学校（専修学校）	
2. 看護系短期大学・大学	
3. 認定看護師、専門看護師の育成と高度実践看護師養成の構想	
第6節 外国人看護職者の導入	50
第7節 看護職者不足の諸要因と意味の変化	51
1. 看護師需給の構造の変化	
2. 不足内容の意味の変化	
<b>第四章 看護職者の職業生活の軌跡—看護職の多様なキャリア</b>	<b>53</b>
第1節 看護職者の職業生活に関する調査方法	53
1. 質問紙調査	
2. 聞き取り調査	
第2節 結果	54
1. 質問紙による調査結果	
2. 聞き取り調査結果（ライフヒストリー）	
【継続型】	
【中断再就職型】	
【短期就職—離職型】	
第3節 考察	79
1. 多様なキャリア	
2. 専門職としての意識	

第4節	本章のまとめと本研究の限界	84
<b>第五章</b>	<b>中高年看護職者の意識と実態—看護職の多様なキャリア</b>	<b>86</b>
第1節	中高年看護職者の社会的活動の実態と意識に関する調査方法	86
1.	定年退職者への聞き取り調査	
2.	中高年看護職者への質問紙調査	
第2節	調査結果	88
1.	定年退職者への聞き取り調査結果	
2.	中高年看護職者への質問紙調査結果	
第3節	考察	93
1.	定年退職後看護職者への聞き取り調査	
2.	中高年看護職者への質問紙調査	
第4節	本章のまとめと本研究の限界・課題	97
<b>第六章</b>	<b>創成期の国立がんセンターの看護現場—専門職性の萌芽</b>	<b>98</b>
第1節	日本のがん対策	98
1.	がんの増加	
2.	組織的ながん対策	
第2節	がん看護の歴史	100
1.	がん看護の創成；1960年代	
2.	ホスピスケア、ターミナルケアの導入；1970年代	
3.	ホスピスの誕生と疼痛コントロールの開始；1980年代	
4.	緩和ケア、インフォームド・コンセントの推進；1990年代	
5.	診療情報開示；1997年～	
第3節	創成期の国立がんセンターの概況	103
1.	国立がんセンター創設時の状況	
2.	創設時の看護状況	
3.	初代総婦長の石本茂評伝	
第4節	創成期の国立がんセンターの現場	108
1.	調査方法、期間	
2.	調査参加者	
3.	倫理的配慮	
4.	用語の定義	
第5節	聞き取り調査結果—看護師達の語り	112
第6節	考察	168

1. 新しい病院組織	
2. 石本のリーダーシップ「石本イズム」	
3. 石本の理念に賛同し集まった看護師たち	
4. 継続的に関わる社会的な視点をもつ看護	
5. 語られない看護、語ることができない看護	
第7章 小括	175
<b>第七章 オルタナティブ・ナースの誕生</b>	<b>179</b>
第1節 看護職者の挑戦1	179
「日本初の開業ナース」村松静子の活動	
第2節 看護職者の挑戦2	182
地域での共生ケア「このゆびと一まれ」惣万佳代子の活動	
第3節 オルタナティブ・ナースの意義	186
<b>終章</b>	<b>188</b>
第1節 専門職としての看護職の歴史的形成とその結果	188
1. 多様化する看護職世界と看護職者へのニーズ	
2. 職業の継続によるキャリア形成と多様化	
3. 専門職性を高めていく動的プロセス	
4. 専門職性（特にチーム的主体性）の形成	
5. オルタナティブ・ナース（新しい看護職）の出現	
第2節 看護基礎教育の改革への提言	190
1. 現在の看護基礎教育の限界	
2. キャリア教育としての「看護職プロフェッション論」の開設	
3. 組織人としてのプロフェッション教育	
第3節 本研究の限界と今後の課題	195
<b>参考文献</b>	<b>197</b>

## 序章 本論文の目的と構成

### 第1節 問題認識と論文の目的

#### 1. 社会の変化と看護職者不足

現代日本においては、少子高齢・人口減少社会が急速に進展し、医療が高度化している。健康問題を抱える人が増加し、保健医療における保健師・助産師・看護師・准看護師（以下、看護職者とする）の不足は、深刻な様相を呈している。なぜ、不足するのだろうか。本当に人材が不足しているのだろうか。毎年5万人余の看護師が誕生している現在、資格をもち、就業していない65歳未満の看護職者（潜在看護職者）は、就業者の半数近くの約71万人である（小林，2013）。有資格者はいるのに、人材がなぜ活性化しないのか。これは労働環境の未整備による人手不足であり、構造的な問題なのではないか。また経済連携によるインドネシア等からの外国人看護師の導入も進まないが、これは看護職者を労働力としてのみとらえているからではないのか。現代日本社会が必要とする看護職者は、どのような人材なのだろうか。いま看護職者は、量的な充足だけでなく、社会・医療の変化に対応するため、質的な充足も求められているのではないだろうか。

第二次世界大戦後、現代に至るまで日本の看護職世界は多様化し、看護職者も増加し、看護教育体制も整備されてきたが、現代の若い看護師は、「看護職であるかどうかにかかわらず、興味や関心のもてる仕事をしたい」と考えているという調査報告がある（日本看護協会，2014：25）。また41歳以上の看護師は「看護師としての自己表現」「創造性」への高い意識をもつという研究もある（田村ほか，2007：65-74）。それがかなわず看護への夢、希望、責任やプライドを見失う時、彼ら、彼女らベテラン看護師は離職や辞職を決意するのである。これらは一時的な逃避に似た防衛手段であり、専門職性が不明なために「その場で闘う」という行動が喚起できないから生じる現象なのではないか。これでは離職や潜在看護職者は一向に減少せず、たとえ離職しなくても看護職としての仕事に喜びや魅力をもつことができない。看護職者の不足問題は、専門職として確立していないことが一番深刻な原因なのではないかと考える。

本論文は、どうすれば看護職の質的不足を解消できるのか、どうすれば今後ますます多様化していく看護職世界に対応する、専門職としての看護職を確立することができるのか、という問いに対する解明を試みるものである。

#### 2. 看護職の専門職性への問い

看護職者は「看護は専門職か」という問いを自らに発する。その心情の裏には、社会との関わりの中で看護の役割をきちんと果たしたいという思いと、職業としてさらなる発展を目指したいという意向がある（田村，2011：145）。

濱嶋らによれば、専門職 (profession) とは、長期間の教育訓練によって習得した学問的裏付をもつ技能の独占的行使を通じて、社会に貢献することを第一義とする職業のことをいう (濱嶋・竹内・石川, 1997 : 383)。専門職の基準について多くの社会学者や看護学研究者たちが取り組んできたが、必ずしも統一された定義や基準は見出されていない。たとえば教育学者の名越は、専門職の基準は複数の指標によって構成され、どの指標を重視するかによって専門職像は異なるという (名越, 1990 : 494)。そして専門職の条件として必須となる「専門職性」は科学技術や文化水準等、時代の移り変わりとともにそれ自身も変容するという。一方社会学者の天野は、専門職の条件として、専門職性、自律性、公共性、社会的評価、職業団体という5つの条件を示し (天野, 1972 : 48)、「看護職は準専門職であり、独自の職務領域を構築し、自律性を獲得しないと職業的確立はできない」 (天野, 1982 : 77) と述べる。

現代日本の看護学界でも、看護師の専門職化は進んでいるが、未だ専門職の成立要件は部分的に満たされ、部分的に欠けているという意見がみられ (朝倉, 2015)、看護職自身の中でも自己認知に幅があるという指摘もある (田村, 2011 : 145)。もっとも、医療関係職として近年になり整備されつつある臨床技師や理学療法士などの職種に比べると、看護職は専門職 (profession) として認知されているといえる、という見解もある (田尾・久保, 1996 : 103)。

看護職は、患者の健康生活へのあらゆるニーズへの充足や全人的な関わりを求められているが、専門職としての行動に制約が多く、専門的権威が不足しているために社会的威信も高くないことから、看護職自身も専門職でありたいと願いつつも、準専門職という位置づけに甘んじ、忸怩たる思いを抱いているのではないか。このような専門職としての中途半端さが、看護職者のストレスや役割葛藤を大きくし、離職の原因になっているのではないか。

1950年代にアメリカの社会学者パーソンズは、医療専門職 (特に医師) について、患者の「生」に深く関わる職業であり、患者の医療ニーズへの対応という限定的責任において医療現場を支配していると捉えた (高城, 2002 : 84)。しかし1970年代になり医療が分業的になると、パーソンズのいう限定責任的な専門家支配は成り立たなくなると、同じアメリカの社会学者フリードソンは批判した。フリードソンは「医療専門職は、その本性からして、自分の仕事内容と条件を統制する完全な自律性を所有する限り、そして分業体制において支配的位置を占める限り、自ら表明した理念に忠実であることはできない」 (フリードソン, 1970=1992 : 214) と述べている。この批判を踏まえれば、同じ医療専門職である看護職も、「患者のため」に看護を行うという理念のみによって、専門家支配のような自律性や分業上の支配を志向し、他の職種に排他的に接するならば、かえって真に患者を尊重することにはならなくなってしまうといえるだろう。通念的な医療専門職のイメージを越える、専門職性の探究が必要である。

日本におけるプロフェッション研究の第一人者の石村は、プロフェッションかそうでないかを静的に区別して評価するより、プロフェッション化という動的なプロセスで捉えることの妥当性を述べている（石村, 1973 : 20-49）。この見解を踏まえれば、看護の非専門職から専門職に至る歴史的社会的プロセス、すなわち専門職化を把握することにより、看護職の専門職性を明らかにすることができ、それに基づいて、真に患者を尊重するという意味での看護職の質的向上をも図ることができるのではないかと考える。

### 3. 看護職教育への危惧

新卒看護職者が1年以内に離職する、いわゆる新卒看護師の早期離職が問題となり、日本看護協会は2004年に新卒看護職員の早期離職実態調査を行っている（日本看護協会, 2004c）。この時期に、看護系大学が急増している。あわただしい臨床現場ではすぐに一人前の実践を期待されるが、現在の看護基礎教育では、その期待に沿う看護師の養成は困難である。新卒看護師に対して「待つこと」や「不器用さ」が許されない教育や臨床現場になっているのではないか。仕事を続け、経験を通して成熟していく看護師を養成するにはどのような教育が必要なのだろうか。

日本看護協会が2013年に行った看護職員実態調査によると、新卒看護師の離職理由は、看護の仕事のイメージと実際のギャップ、業務量の多さなどのリアリティ・ショック<sup>1</sup>によるものであった（日本看護協会, 2013）。また新卒看護師の実践能力低下もとりざたされ、臨床で求められる技術と新卒看護師が自信をもって実践できる内容の間にギャップがあった（平賀・布施, 2007）。そこで看護実践能力向上のための教育体制、看護基礎教育のありかたが問題となる。

実践を重視する看護職の養成においては、臨地実習が重要である。学生は、実践の場において「学習できた」と実感する経験や、看護職のメンバーとして他者に認められ、その集団に帰属していると感じる経験、自己効力感を感じる経験を通して専門職としての自覚を高めていく（野本, 2008 : 3）。しかし、近年、患者の権利擁護や実習施設の保全面で学生の臨地実習が困難になり、また、附属の病院をもたない私学の看護系大学での実習施設の確保も問題となっており、資格のない学生が直接患者に関わる実習の設置は困難さを増している。患者に関わらない学内演習では、実践的な援助技術の習得はできない。患者の状態、場、チームの関わりなど実践の場での習得が必要だからである。

看護実践能力向上のための教育体制を構築する上では、臨地実習指導に関わる看護教員や実習指導者の不足、実習指導者が通常業務との兼務であること、看護教員の臨床における立場や責任の所在の不確定性など、実習環境が整っていない現状がある。従来もっぱら看護専門学校・専修学校で行われてきた看護基礎教育を早期に学士課程に移行すべきであ

---

<sup>1</sup> 1974年にM. Kramerにより発表され、1980年代前半に日本に紹介された概念である。看護師のリアリティ・ショックは「就職後に看護基礎教育で形成された看護の理想と現実の間にギャップを感じることで生じる身体的・精神的・社会的なものを含む総合的な現象」（平賀・布施, 2007）と定義される。

る（井部, 2010 : 9）という意見がある。この意見は、現在の複雑で問題の多い看護教育の現状を憂いたと思われるが、学士課程に移行すれば、こうした問題は解決するのであろうか。学士課程に移行したとしても、厳しい臨床の看護現場の中での実習指導者の不足、通常業務との兼務という問題は残り、指導の困難さは解消されない。看護専門学校でも学士課程にしても、学生が専門職としての自覚を高め、実践能力が向上する臨地実習を確立することが重要なのではないだろうか。

新卒看護師のリアリティ・ショックは、看護基礎教育によって学んだ知識が、実務場面で継続する役割責任の不明瞭な職務内容や裁量権の少なさといった現実と衝突する時に生じ、彼ら、彼女らの離職行動をもたらすと考えられる。新卒看護師のリアリティ・ショックを緩和し、早期離職を防止するためには、専門職性の認識が成熟したベテラン看護師と専門職性の認識が不足する新卒看護師とが、共に看護する場を構築することが必要である。そこで新卒看護師は、ベテラン看護師の「事実としての」専門職性認識の成熟に出会うことにより、成熟に方向づけられる。逆にベテラン看護師は、新卒看護師への教育を通して自ら築き上げてきた専門職性を自覚し、強化することができる。こうした実習教育を組み込んだかたちでの看護教育の刷新が必要である。

#### 4. 本論文の目的

以上の問題意識から、本研究の目的を2つ設定する。

第1の目的は、第二次世界大戦後の日本における、看護職世界の歴史的形成を通しての専門職化の実態を明らかにすることである。それは、多様化する看護職世界に対応できる、専門家支配ではない、対人関係専門職としての看護職像を実証的に構築することを意味する。

第2の目的は、第1の目的を通して明らかにされた専門職性を踏まえ、今後ますます多様化していく看護職世界に対応できる、新しい看護基礎教育を提案することである。特に教育現場で実践できる、具体的なカリキュラムを提言することである。

#### 第2節 本論文の構成

本論文は全部で九章から構成されている（図1-1）。

序章では本論文の問題認識と目的を説明する。

第一章は、本論文の主要な論点である、看護職世界の多様化、看護職の専門職性、看護基礎教育の刷新に関する先行研究をレビューし、その達成状況を確認する。

看護職の多様化は専門職性の確立、発展と関連しているのではないか。そうであるならば現在の看護基礎教育では対応できないのではないか。そこで、看護職の多様化と専門職性、看護基礎教育との関連性を明らかにする。とくに看護職の専門職性について、その中核となる自律性を、「チームの主体性」という概念で提示する。

第二章では、先行研究の検討を踏まえて、現代日本の看護職世界の多様性について、戦後看護職世界の達成・到達点という観点から、看護職の活動の実態や制度の現状を説明する。

第三章は、恒常的な看護職不足は構造的なものではないのか、看護職の不足は従来、量的な面から捉えられてきたが、むしろ質的な不足が問題なのではないかと考え、看護職不足とその不足に対応してきた教育について歴史的に述べる。

第四章と第五章は、団塊世代の職業生活の軌跡、中高年看護職者の活動の調査研究である。看護職者の生活史には、職業を継続する中で、キャリアを形成し、多様化し、自主的に高めていくという専門職化への動的なプロセスがみられたのではないかと考え、それが看護職の専門職性の要点であり、今後の看護基礎教育を行う上での知的資源になるのではないかと考え、このことについて、検証する。

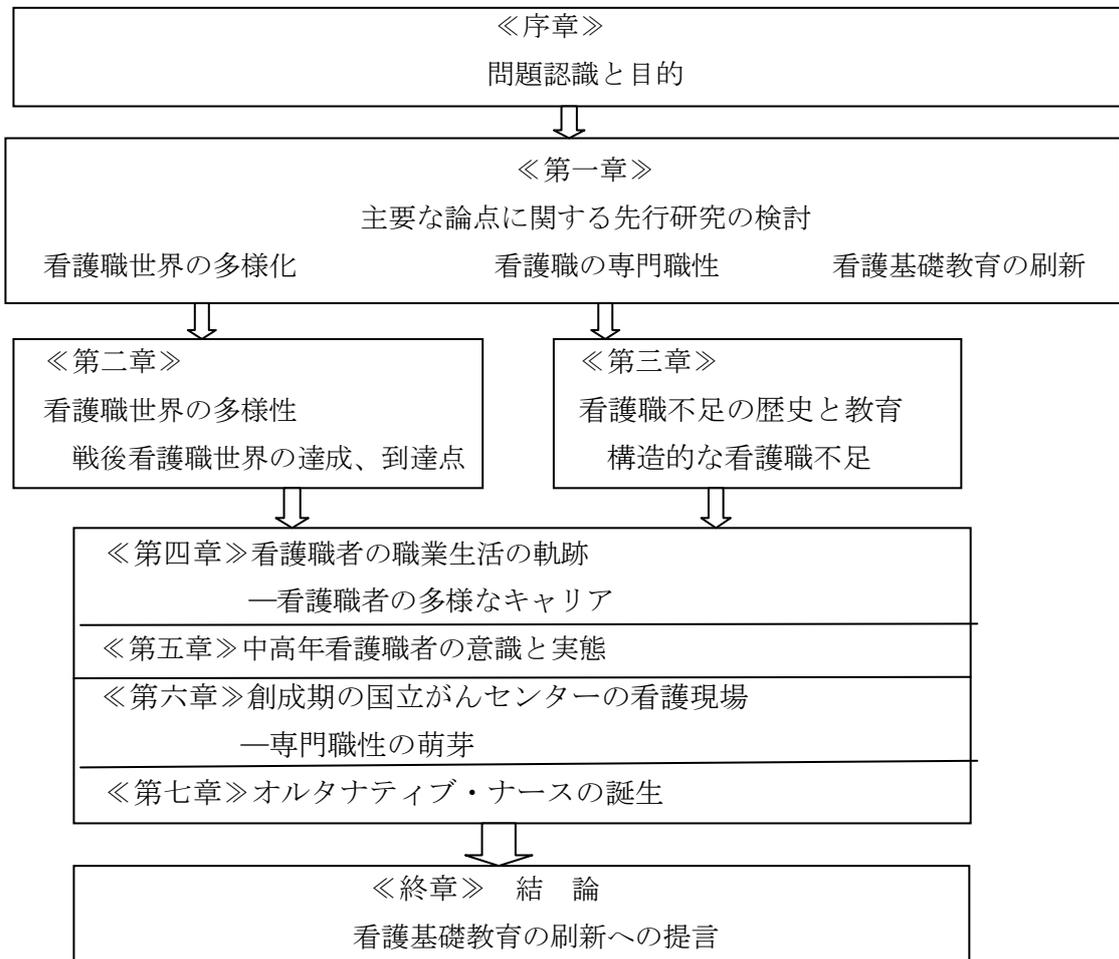
第六章では、第四章、第五章で述べた看護職の専門職性が組織的に形成された典型例が国立がんセンター病院の創成期であり、リーダーとしての石本茂の貢献が大きかったのではないかと考え、そこで勤務した看護師をはじめとする職員たちの語りから、看護職の専門職性の中核をなす「チーム的主体性」がどのように芽生えていったのかについて、検証する。

第七章は、オルタナティブ・ナースの形成を彼ら、彼女らの職業生活史から明らかにする。近年、既存のイメージでは捉えきれない様々な活動をする看護職が出現しているが、そうしたオルタナティブ・ナースの活動も、看護職の専門職性の中核をなす「チーム的主体性」の確立、発展の一形態として解釈できるのではないかと考え、そこで、本章では、「日本初の開業ナース」である村松静子と富山のデイサービス「このゆびと一まれ」を開設した惣万佳代子の職業生活史を検討する。

終章は、各章で述べた看護職の専門職性についての検討を踏まえ、看護基礎教育は、従来の病院労働者の養成を目的とするのではなく、どんなところでも対応できる「チーム的主体性」をもつ専門職者としての養成を目的とすべきであることを提案する。そして、カリキュラムの中核となる「キャリア教育」科目の設置や卒後研修としての「チーム的主体性」実習について提言する。

なお、2001年に保健婦助産婦看護婦法から保健師助産師看護師法に改正となり、看護婦、看護師は看護師と名称が変更した。本論文においては調査や文献などで、その当時に旧名称が用いられている場合は、そのままの看護婦、婦長、総婦長と表記している。また「看護職者」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師を人として表す場合、「看護職」とは職業分野を表す場合に用いる。「看護職世界」は、保健師・助産師・看護師・准看護師を集団として捉えて表記する。看護教育については看護基礎教育を中心に述べる。

(図 1-1) 本論文の構成



## 第一章 主要な論点に関する先行研究の検討

### —看護職世界の多様化、看護職の専門職性、看護教育の刷新—

この章で検討すべきなのは、序章で述べたように看護職世界の多様化、看護職の専門職性、看護教育の刷新である。看護職の多様化は専門職性の確立、発展と関連しているのではないか、そうであるならば現在の看護教育では対応できないのではないかと考え、その論点について既存の論文から自分の論じたいことに関係する文献をとりあげ、どこまで達成されているか、達成されていないかを検討する。

以下では、第1節で茂野ほか（2012）の文献を基に多様化、第2節で朝倉（2015）および三井（2004）の文献を基に専門職性、第3節で小山（2014）と谷口ほか（2014）の文献を基に看護教育というかたちで先行研究をとりあげ、それぞれ概要をまとめたうえで筆者の評価と批判を加える。

### 第1節 看護職世界の多様化

看護職世界の多様化について、日本看護協会では2025年に向けた看護の挑戦として、「看護の将来ビジョン」を掲げ、多様な場で役割を発揮することが求められると述べている（坂本すが会長、2015年6月）。看護職世界の多様化は共通認識となっていると考えられるが、先行研究として看護職世界の多様化を主題とした研究は見当たらない。そこで、看護教育で標準的に使用されているテキストである「系統看護学講座『基礎看護学概論』医学書院」（茂野ほか、2012）で、看護職世界の多様化についてどのように描かれているか、確認する。

#### 1. 看護職の活動に関する文献、茂野ほか（2012）の概要

看護職世界の多様化に関する記述は、「看護とは；看護の役割と機能の拡大、看護の提供者；職業としての看護の新たな展開（現在の看護）、看護職者の教育とキャリア開発；専門看護師、認定看護師、認定看護管理者」の項である。さらに広がる看護の活動の領域として国際化、災害看護について述べられている。

同書は、看護の役割・機能の拡大について、看護活動の場の多様化として、「介護保険制度創設に伴い、介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、通所介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）など、介護・看護サービスを提供する場が多様化している」とする（P39）。そして看護サービス提供の場として、医療施設と地域（福祉、産業、学校などの場を含む）を挙げ、医療施設については、医療法で定義されている医療提供施設である病院<sup>1</sup>、診療所<sup>2</sup>、介護老人保健施設<sup>3</sup>、助産所<sup>4</sup>の看

---

<sup>1</sup> 医師または歯科医師が、公衆または特定多数人のために医業または歯科医業を行う場所で20人以上の患者を入院させるための施設。特定機能病院と地域医療支援病院がある。

護の役割を説明している。「病院では、入院の目的（検査、治療、症状観察、感染症からの隔離）に対する専門的な看護サービスが必要とされる。在院日数の短縮化により、入院患者の重症度が高くなり、看護職者の業務の一つである診療の補助業務も、きわめて高度化・複雑化している。診療所および病院の外来における看護サービスは、来院患者の健康レベルが多様であり、それに伴い医療・看護にも多様な役割が求められる。看護職者は、通院患者の身体状況だけでなく、普段からの生活状態等も含めた幅広い情報把握と観察力が求められる。また、高血圧や糖尿病などの慢性疾患の自己管理を必要とする人も多く、自己管理への技術的・教育的ならびに精神的援助は看護職者の専門的な役割の一つである。介護老人保健施設における看護者は、利用者に質の高いケアを提供すると同時に、介護職員をはじめとする様々な職種と効果的に連携・協働し、チームのなかで、看護の専門能力を発揮することが、一番重要である。助産所においては、核家族化および子どもの減少により、妊娠から出産・子育てまでを含めた次世代育成の過程にそったサービスの重要性はますます高まる」（P200～204）とする。

地域における看護については、多様な場における看護活動とし、地域保健法、介護保険法、学校教育法・学校保健安全法、労働基準法・労働安全衛生法などから、①公衆衛生看護、②学校保健、③在宅看護、④その他に分けられる。そして活動の場を保健所・市町村保健センター・地域包括支援センター<sup>5</sup>、学校、企業等、訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護、介護保険施設や福祉施設などを紹介し、そこで必要な看護職の役割を説明する。その他の事業所・施設における看護では、「従来、医療機関が中心であった看護の提供の場は、在宅看護の項でも述べたとおり、地域にも拡大している。とくに2000年4月の介護保険法の施行により、在宅における看護・介護サービスが充実してきたことで、デイサービス・デイケア・グループホームで働く看護師が増加した」（P210）と述べている。さらに介護保険法によって創設された新たな職種に、介護支援専門員（ケアマネジャー）についても紹介している。

職業としての看護の新たな展開（現在の看護）では、看護の専門分化として専門看護師、認定看護師の制度化や看護職の業務の再検討として看護業務の範囲を一部の医業務まで拡張しようとする、新しい資格の制度化の動きについても触れている（P137）。看護職者の教育とキャリア開発—専門看護師、認定看護師、認定看護管理者については、専門分野や資格、活動状況や登録者数を説明している（P150～151）。

---

<sup>2</sup> 患者を入院させるための施設がないもの、または19人以下の患者を入院させるための施設があるもの。

<sup>3</sup> 介護保険法の規定上、要介護者に対し看護、医学的管理のもとにおける介護、機能訓練その他必要な医療とともに日常生活上の世話をを行う施設。

<sup>4</sup> 助産師が公衆または特定多数人のために、その業務を行う場所。助産師は、妊婦、産婦または褥婦10人以上の入院施設をもつことはできない。

<sup>5</sup> 高齢者ができるだけ住み慣れた地域で生活しつづけられるよう、高齢者とその家族への支援に中心的な役割を果たす機関。2005（平成17）年の介護保険法改正により、各市町村に設置された。

国際的な看護活動では、国際協力の仕組みとして国際機関、政府機関、非政府機関や異文化看護理論を紹介している（P20）。災害時の看護はトリアージ<sup>6</sup>や心肺蘇生を実践すると述べている（P306）。

## 2. 文献、茂野ほか（2012）の検討

同書は、看護サービス提供の場が医療施設だけでなく地域に拡大し、在宅ケアに従事する看護職者が増加し、看護職世界が多様化していること、また病院および診療所における施設内の看護も、在院日数の短縮化や入院患者の重症度が高くなり、診療の補助業務もきわめて高度化・複雑化するなど、看護職として多様な役割が求められるようになったことを述べている。

このように、現在の看護職世界がサービス提供の場だけでなく役割からも多様化していることは、すでに共通の認識となっているといえよう。その認識は、健康問題に関する国民のニーズが多様となり、多くの看護職が今までの医療施設だけでなく、様々な場で様々な活動を行っている実態に基づいている。また、看護の専門分化としての専門看護師、認定看護師は、看護の専門分野のスペシャリストとしてすでに活動実績もあり、現在の日本看護協会の認定にとどまらない、より公的な制度化が必要である。さらに、多様化する看護職世界に対応するため、看護職の業務の再検討が必要である。この点については、厚生労働省からの提言「2010（平成22）年 チーム医療<sup>7</sup>の推進に関する検討会報告」に基づいて、看護業務の範囲を、一部の医業務まで拡張しようとする資格の制度化の動きがある（厚生労働省、2011c）。

同書でもこうした動きに対し、「役割拡大」は看護職の能力を発揮できるチャンスだと捉える見方がある一方で、医師の代わりとなる「副医師」をつくるだけである、看護ケアがますます行えなくなるという批判的意見もあるなど、様々な意見を並列的に記述している。また大釜は、「役割拡大」した高度実践看護師は、「生活を支援する医療」として、病院に限らない在宅や高齢者施設での活躍が期待されるとしている（大釜、2015）。

筆者は、「医業務までの拡張」は、医師不足に伴う医師の代替であり、看護職の自律性の拡大には直結しない可能性があると考ええる。なぜなら、「看護師は特定行為を実施できる状態かを確認する時は、看護師の自律的な判断が必要とされるが、特定行為を実施した後の病態の変化は、判断せずに、医師に結果の報告をするのみの役割」（厚生労働省、2014）だからである。さらに、看護職の不足もある中で、医師の代替をする看護職の導入は、看護職の不足がさらに助長される。きわめて高度化・複雑化する医療の現場や拡大する看護職の活動の場においては、高度実践看護師として新たな資格をつくるよりも、認定看護師、

---

<sup>6</sup> 限られた人的物的資源の中で、最大多数の傷病者に最善の医療を行うため、患者の緊急度と重症度により治療優先度や収容場所を決めること。

<sup>7</sup> 「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」（2003年3月19日チーム医療の推進に関する検討会報告書より）

専門看護師の国の制度化が急務であり、何よりも専門職としての看護師全体の底上げとなる看護基礎教育の充実が先決であり、看護職全体で「生活を支援する医療」に取り組んでいくことが必要と考える。

近年、既存の看護師のイメージでは捉えきれない様々な活動をする看護職が出現しているが、サービス提供の場や役割からの多様化といった認識では、そういった看護職を捉えきれしていない。標準的な看護学のテキストで述べられているような、現在の多様化する看護職世界に対する看護界の認識は断片的であり、その理由や活動実態が明らかにされていない。本論文では、既存の看護師のイメージでとらえきれない看護職も含めた看護職世界の多様化を包括的、具体的に述べる。

看護職の多様性は、恒常的な看護職不足とも関係するのではないか。看護職不足により看護職者として「やりがいのない」、「患者の思いに沿うことができない」などで病院内の看護に行き詰まって病院を飛び出すと考えるからである。また看護職の不足は、看護職の多様化とともに、離職・転職し、潜在看護師となることが原因である。離職は、看護職という資格があるからいつでも再就職できるという面もあるが、待遇などの労働条件だけではなく、看護職として満足が得られないことにもよる。看護職不足は、量と質の両面性があるが、量的不足は質的不足にもつながる。看護職不足は質的不足も問題なのである。

「東京都の看護婦不足対策に関する助言」として、東京都看護対策協議会の吉田秀夫、岩田ウタ、大森文子、小野田敏郎、片桐美智子、金子光、鹿野松、松井卓爾、吉田浪子は、看護婦不足を単なる量的だけではなく、教育機関の充実、看護師としての業務に専念できる環境整備といった質的な不足についても指摘し、当時の美濃部都知事に提出している（吉田ほか、1970）。このように先駆的な資料も質的面から看護職の不足を捉える必要性を指摘している。今後、多様化する看護職世界では、さらに看護の質と量が求められる。

## 第2節 看護職の専門職性

近年、医療の高度専門分化とともに、各看護学会が認定する療養指導士<sup>8</sup>や日本看護協会による認定看護師<sup>9</sup>、専門看護師<sup>10</sup>や特定領域を専門とする臨床実践看護師などが登場している。そこで、現在の看護界において看護職の専門職性について、どこまで認識されているのかを、朝倉（2015）の論文をとりあげ、確認する。

### 1. 看護職の専門職性に関する文献、朝倉（2015）の概要

---

<sup>8</sup> 糖尿病療養指導士、心臓リハビリテーション指導士、呼吸療法指導士、栄養サポートチーム専門療養士、透析療法指導看護師など。各専門学会により認定を受けている。

<sup>9</sup> 看護師免許取得後、実務研修が通算5年以上あること（うち3年以上は認定看護分野の実務研修）認定看護師教育機関（課程）修了（6か月・615時間以上）し認定審査に合格した者。21分野、14,172名（2014年）。

<sup>10</sup> 看護系大学大学院修士課程による教育を修了した者。11分野、1,466名（2014年）。

朝倉は、看護師の専門職化の実態について、専門職の成立要件である自律性、公共性、独自で高度な知識体系が、全てにおいて進展はあるものの、依然として、部分的に満たされ部分的に欠けている、と述べている。専門職成立の3要件のうち、本質的要素として自律性が鍵となる。そして日本の看護師の専門職化における自律性の重要性と専門性の評価の困難さについて、次のように述べている。

「自律性が専門職の成立要件の鍵となる理由は2つある。1つは自律性がなければ、公共性、高度で独自の知識体系を、その職種自身が牽引することは困難と考えられるからである。2つ目に、ある職業集団が自律性を有するためには、当該の職業集団が他職種からの干渉や侵害を受けないことが必要不可欠と考えられるからである」。

さらに、看護職の専門性の評価の困難性について、「第一に看護師は患者のニーズに応じて看護ケアを展開するため、看護師の側の自律性は見えにくいことである。第二に、看護師はチーム医療における『調整役』を担うが、その調整役の自律性が傍からは見えにくい。第三は、看護師が従事する『療養上の世話』業務はケア労働とも言い換えられ、他のコメディカルが従事する『診療の補助』業務に比べて、専門性が高いとは捉えられないことである。最後に、看護師は医療行為の実施に関して自律的に判断できても、医師に「指示」を確認しなければならない構造的限界があり、看護師の自律性は傍からはみえないことである」としている。

専門職化の今後の研究を進める上で、「なぜ専門職化が必要なのか」という問いが必ず付随するだろうとして、「他の職業集団との間に排他的に葛藤をもたらす可能性があり、必ずしも公共の利益になるばかりではないという可能性もある。このため、看護職は専門職化すべきなのではないという可能性も否定できない」という懸念も抱いている。さらに看護師の専門職化に関する今後の研究領域として、「看護師が自分の仕事内容と条件をどう統制しているのかということに関わる緻密な分析が必要とされる」と課題を述べている。

## 2. 文献、朝倉（2015）の検討

看護職が専門職化する上で、「自律性が鍵」になるということについて、多くの看護職者の研究<sup>11</sup>もあり、共通認識となっている。筆者も専門職性の中心的論点が自律性にあるという考えには、同感である。なぜならば、社会や国民の新たなヘルスニーズに的確に対応するためには、従来の規定された役割を果たすだけでなく、役割を新たに創造していくためにも自律性が最も重要であると考えられるからである。

自律性を有する際に、「他の職業集団に対して排他的となり、必ずしも公共の利益になるばかりではない」という朝倉の懸念は、今まで論じられていなかった視点であり、非常に高く評価する。看護職が多様な場で多様な職種と協働することによる視点の拡がりから生じた危惧でもあり、今後さらに留意すべきことと考える。そのためにも他の職種と互いに排他的な関係にならないかたちで専門職として確立していかなければならないと考える。

<sup>11</sup> 志自岐，1998、小谷野，2000、葛西・大坪，2005、滝下・岩脇・松岡，2011、

朝倉の「自律性の評価の困難さ」についての指摘は、看護職の自律性が他者に理解されないというもどかしさを表現している。「看護師の専門職化は進んでいるが、未だ専門職の成立要件は部分的に満たされ、部分的には欠けているのが実態である」という朝倉の指摘は、看護界での代表的な意見であり、自律性の評価の困難さを明確に指摘していると思われる。

看護職の自律性は、表面には現れない土台的なものであり、他職種からも評価が困難と言える。朝倉がいう評価の困難さは、従来の病院中心の看護において生じることが多いと考える。病院等の施設でなく、地域で暮らす慢性的な経過をもつ方や障害者などへの援助であったら、直接的な目に見える援助となり「調整役」や「療養上の世話」も、看護師の自律性が評価される機会が多くなると考える。したがって専門職性、特に自律性の評価については、現実の多様な看護職の活動を踏まえた議論が必要である。ところが現在の看護界は新しい資格の制度化のほうに熱心であり、多様な新しい看護職を包括する議論は十分でない。従来の病院施設中心の看護職集団だけではなく、現在の多様化する看護職世界に対応する看護職者個々の専門職性、専門職意識についても捉える必要がある。

専門職の排他性については、科学全般において、官僚制と同様の権威主義的性格や専門性に固執した閉鎖性が問題になっている（藤垣, 2003）。技術が高度に発達した現代の医療においても、その懸念は変わらない。しかし痛み・病気・死に対する人間の自律的な態度・行為を回復するための「脱病院化」（イリッチ, 1976=1983）が進展すれば、専門家、専門職の役割が変化するかもしれない。そういった変化の中で看護職は、他の職種と互いに排他的な関係にならない、専門職性を確立していく可能性がある。

看護の専門職性の確立については、看護師をめざす若者の意識、看護教育、看護師の意識といった「供給サイド」の論点と、報酬・待遇・それを保証する資格制度、医師の意識、患者とその家族の意識といった「需要サイド」の論点もあるが、本論文では「供給サイド」の論点に焦点を当てる。

### 3. 看護職の専門職性としての「チーム的主体性」

専門職としての評価の困難さについて、「自律性」とともに「高度で独自の知識体系」の不明確さや「療養上の世話が専門性の高い業務と捉えられない」（朝倉, 2015）という指摘がある。確かに、看護職が専門職性を確立する上で、看護の知識・技術を高めることは重要である。日本は看護の知識体系として看護理論を米国から輸入し、時代の思想の移り変わりや社会の要請、実践的な必要性からそれらの理論を取り入れ、発展させてきた。また看護系大学院の急増や看護系学会の急成長により、知識体系の確立が期待できる状況にある。

しかし、看護職の「療養上の世話」は専門性が低い技術なのだろうか。それは専門性が高い技術を、医学治療的な次元でのみ捉えているからではないか。看護は患者、家族や他の医療専門職との対人関係の中で営まれるものであり、その専門技術は、医学治療的な次元に留まらない。

対人関係専門職とは、医療・福祉・教育・法律等様々な分野で、かけがえのない他者の「生」を支える働きかけを職務としている職種であり、技術専門職との対比で用いられる概念である（三井, 2004 : 30）。対人関係専門職は、対象者に何が必要かを把握し、何ができるのかを提案することを通して、職務内容そのものを自ら規定できるという点に特色がある（三井, 2004 : 31）。

看護職は、患者のニーズに応じて専門知識に基づいた観察、判断、援助を行う。援助に際しては、患者との信頼関係に基づき、身体・心理・社会的な側面から全人的に捉えた関わりをもつことにおいて、看護職は対人専門職なのである。看護職の援助は、「一期一会」的なものであり、そのような対人援助過程は他者からは見えにくく、その結果自律性の評価が困難とされてきたのだといえよう。

看護職の専門職性について、三井は、患者一人ひとりのニーズに応じられる理想的な医療専門職間の関係を、相補的かつ自律的な関係性と捉え、それに「相補的自律性」の名を与えている（三井, 2004 : 226）。「相補的自律性」とは、各医療専門職が互いの職務が重なる時に発言し合い、問題を提起し合い、さらに決定過程に協働関与することを通して、それぞれの自律化を実現することをいう。確かに、看護職者の考えが各医療専門職と異なる局面で問題を提起し合うことで、看護職は「自分の職務を相対的に自由に遂行できる」、「自分の職務にやりがいを感じる」ことができる。

しかし、看護職の専門職性の核心は「決定過程に協働関与」することにあるのだろうか。看護師は患者のベッドサイドで日常的・持続的に関わり、医療専門職者間の情報交換の要となり、彼女ら彼らの調整、仲介的な役割を果たす。つまり看護職は、患者の生活観察と支援を基にした、患者の（治療成果を含む）QOLを高めるための持続的なケアの中心的担い手なのであり、医療チームの中でその役割を自律的に発揮する。現行の保健師助産師看護師法では、看護師が独自に判断して行動できるのは「療養上の世話」とされるが、それは、患者を中心に置いた医療チームの中ではじめて発揮されるものなのである。

医療チームの中で患者の状態の変化について最も早期に気づくのは看護師である。例えば、処方された薬の効果や副作用について医師や薬剤師に情報を提供し、患者が効果的な治療を受けられるようにするなどである。後述する第六章の創成期の国立がんセンターの看護師達の語りでも、手術のあり方について「患者が穏やかに生きられる時間がもてるようなところで手術を止めてほしい」と医師に進言する場面や、患者の栄養状態の維持のために栄養士と連携し食餌形態の工夫を行う場面、看護師だけではなく医師も参加したケースカンファレンスで、小児白血病患児の薬物調整の話し合いをもち、看護婦が責任をもって薬物管理を行った場面がみられた。

チーム医療は、患者中心にすること、医療スタッフそれぞれの専門職性を活かすこと、様々な医療職が対等に協力することによって実現される（細田, 2012）。なかでも看護職は、複数の専門職の働きを常に調整、統合し、患者の視点に立って安全な患者ケアを保障する業務を担っている。つまり看護職の専門職性は、患者の視点に立ち、各職を連携、協働させるイニシアチブであり、筆者はこれに「チーム的主体性」という名を与える。先に触れた、治療の場でそれぞれの専門職性に閉じられた分業体系の一要素である「相補的自

律性」(三井, 2004)に比べて、それは一段高次の専門職性といえるのではないか(図1 看護職の「チーム的主体性」のイメージ図)。

チームは組織であり、医療チームはその組織の力量が患者の安全を左右し、健康回復や病状安定にも直接影響する(川島, 2011)。したがって、個々の働きが目標達成に有効であったかということではなく、個々の人々の専門性、職種の専門性の総和によって目標が達成できる。医療チームにおいては、患者の病状、家族の状態、行われる場(施設か在宅かなど)によりチームの編成も変わり、リーダーも交代することが必要となる。リーダーは従来のように必ずしも医師だけではないのである。優れた医療チームにおいては、問題、状況に応じて看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、ケースワーカーなどがリーダーとしての役割を担う。その場合でも、時間的にも空間的にも患者の最も近くにいる看護師の重要性は変わらない。

また「看護師は24時間患者の傍にいる」というが、それは複数の看護師のチームとしての持続した看護によってはじめて可能になる。看護スタッフもベテランから新卒看護師まで様々である。さらに看護師が実施する援助技術は、観察・判断、生活環境、栄養と食事、排泄、休息、体位などの日常生活援助、特定の訴えや症状に対する看護技術、治療・処置・検査時の援助技術、教育、相談技術などがあり、看護師個々の力量も異なり、得意・不得意領域もある。さらに看護師と患者・家族との関係がスムーズに図れない場合などもある。看護師と患者との間には、目指す「自立」の内容を巡って、葛藤が生じる。看護師一人て一人の患者を「抱え込む」と看護師が「つぶれる」。そのためには葛藤を引き受けるための看護師のチームが必要となる(三井, 1999)。

そこで様々な看護提供方式(機能別看護<sup>12</sup>、患者受け持ち方式<sup>13</sup>、チームナーシング<sup>14</sup>、プライマリ・ナーシング<sup>15</sup>など)により看護の質の向上を目指す。その中で重要なのは情報交換であり、ケースカンファレンスなどで患者の状態に対してチームメンバーで討議する。個々の看護師が得た情報を交換し、患者の必要な援助について様々な角度から検討する。後述する第六章の創成期の国立がんセンターの看護師達の語りでも、チームナーシングへの取り組みから、受け持ち患者への看護の責任や認識がさらに高まり、手術後の看護基準

---

<sup>12</sup> 看護技術、看護場面をいくつかの業務に分断し提供する看護方式で、業務中心となり患者や看護師の満足が得られにくい。

<sup>13</sup> 看護師に患者を割り当て、一人の看護師がその日の受け持ち患者の全ての看護を行い、記録も行う。看護師の資質や能力の差が看護の質に反映されることや、受け持ち看護師が勤務していない時間帯の責任がとりにくいなどの指摘がある(叶谷, 2015)。

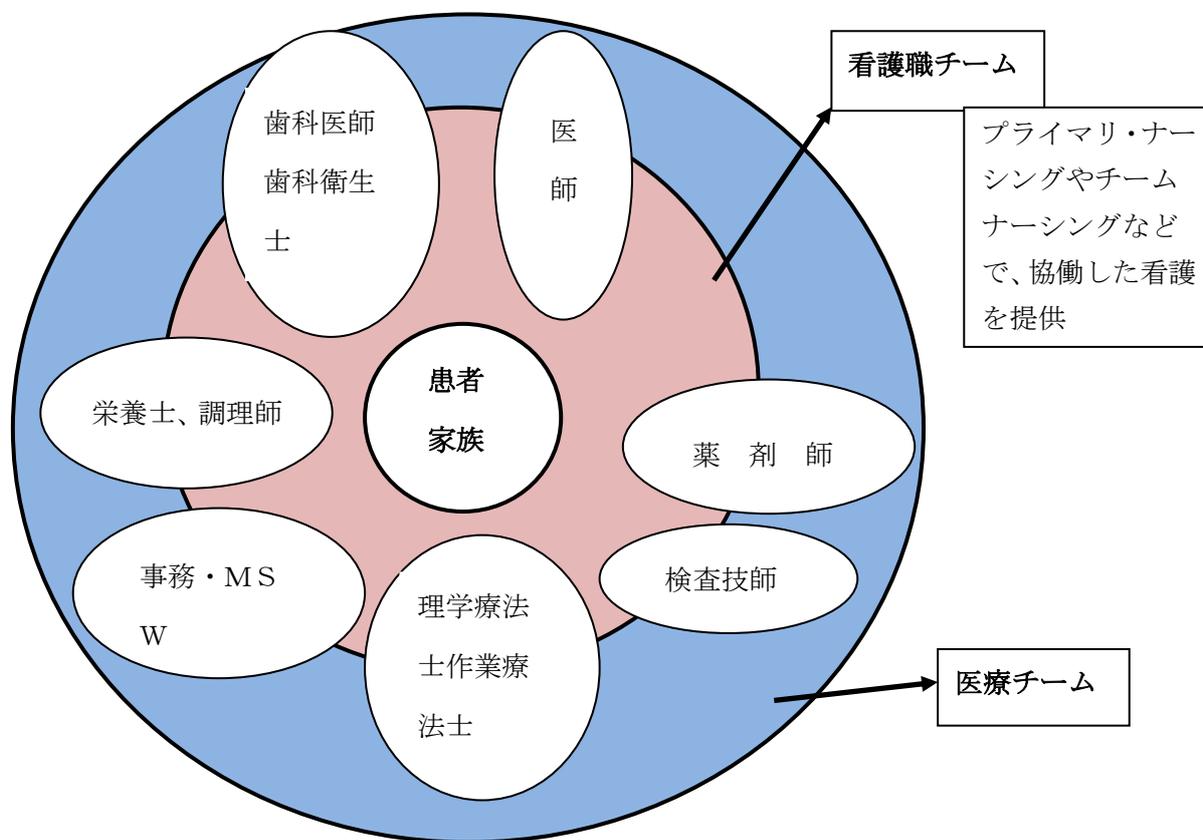
<sup>14</sup> 背景が多様な看護要員(准看護師、看護助手を含む)による混成チームであっても効率よく看護を提供する方式であり、アメリカで1949年に開発され、日本においても1962年に紹介され、多くの病院で導入された。しかし患者からは看護ケアの責任が見えにくく、担当看護師が日々変わるため、看護の継続性が阻害されるなどの欠点も指摘された(叶谷, 2015)。

<sup>15</sup> アメリカのミネソタ大学で1970年に開発され、1990年代には日本でも盛んに行われた。患者の入院から退院までの看護を一人の看護師による継続的な関わりの下で行う看護方式。看護計画の立案と看護ケアの指示、評価をプライマリ・ナースが行い、実際のケアはプライマリ・ナースを補佐するアソシエイト・ナースと協働して行われる。しかしこの方式もプライマリ・ナースの個人の力量が問われること、十分な人員配置が必要なことから、採用する病院は減少した。現在日本では、「チームナーシング」と「プライマリ・ナーシング」を組み合わせた日本独自の看護提供方式が検討され、行われている(叶谷, 2015)。

作成、看護研究会への発足につながっていった場面や、疼痛緩和としての麻薬の使用を巡って看護師間での考えの違いをカンファレンスの場で議論した場面がみられた。

このように、「チーム的主体性」は、看護師間のチームという側面からも捉えることができる。カンファレンスでチーム員から様々な意見、情報を得ることで、問題解決を図る。これらの対応は、看護職者個々の力量を発揮して、患者の視点に立ち、専門性を発揮し、協働して看護チームとしての役割を果たすものである。つまり看護職の「チーム的主体性」は、①看護職以外の「医療チーム」メンバーとの協働、②「看護師チーム」内における協働という2つのチーム性を通して発揮されるものなのである。

(図1) 看護職の「チーム的主体性」のイメージ



### 第3節 看護教育の刷新

看護教育制度については、高齢化や疾病構造の変化などの社会的ニーズに対応して、1967（昭和42）年から現在まで4回のカリキュラム改正が行われてきた。現在もチーム医療<sup>16</sup>、社会保障制度の改革を踏まえた新しい看護教育のあり方が検討されている。しかし、それらの改正は、先に述べた多様化する看護職、専門職性を養成する教育となっているのだろうか。

そこで厚生労働省による地域医療基盤開発推進研究事業として座長の小山真理子がまとめた報告書「チーム医療の時代の看護基礎教育の内容と方法の充実に関する研究」（2014年3月）をとりあげ、論じる。報告書の主な内容は以下である。

#### 1. 看護教育カリキュラムに関する文献、小山（2014）の概要

現在のカリキュラムの構造は、「社会人としての基盤分野」、「専門基礎分野」、「専門分野」の3分野からなり、「専門分野」はさらに「Ⅰ看護の基盤」、「Ⅱ対象者の健康状態に応じた看護」、「Ⅲ社会の変化と看護の統合」からなる。

小山によれば、このカリキュラムの特徴は、次の5点である。

- ①社会人としての基盤分野を強化したカリキュラムであること：社会の一員として、かつ今日のチーム医療の時代において他職種と連携・協働していくためには看護の基礎知識に加えて、コミュニケーション力、主体性等の社会人基礎力やクリティカルシンキング<sup>17</sup>やリフレクション<sup>18</sup>などの自己教育力が不可欠である。
- ②成長発達段階別のカリキュラムと健康状態を軸としたカリキュラム：これは他職種によるチーム医療の時代の看護の機能を、あらゆる健康状態にある生活者としての人の健康に責任をもつことであり、それを意識したものである。
- ③看護の機能を明確化していること：「Ⅰ看護の基盤」として看護の機能/働きという教育内容群を明示する。
- ④人体の構造・機能、病態、疾患、診断、治療を看護ケアと関連付けて学習するカリキュラムであること：解剖生理学や病態生理学、疾患の診断と治療などを人体の構造と機能、疾病の成り立ちと回復の促進として「専門基礎分野」に位置づけているが、「専門分野」の「Ⅱ対象者の健康状態に応じた看護」に含めて、学生が対象の病態を正しく理解し、適切に看護に結び付けられるようにした。

<sup>16</sup> 医療に従事する多様多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することである（厚生労働省「チーム医療の推進に関する検討会報告書（2003年3月19日）」。

<sup>17</sup> 批判的な思考の意味だが、看護領域においては、憶測ではなく、証拠に基づいて判断を下す思考、臨床判断の根拠となる現象の記述、分析、推論を含むもの。

<sup>18</sup> 経験によって引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味、および探求の過程であり、自己に対する意味づけを行い、意味を明らかにするためのものである。

⑤今日のチーム医療の時代を反映したカリキュラムであること：チーム医療については統合分野および実習において学習するようになってきているが、チーム医療はもはや看護の基本的な概念であると捉えて、保健医療福祉チームにおける看護の機能と役割を「Ⅰ看護の基盤」に配置した。また他職種と協働するためには他職種の機能や役割の理解が必要であり、「専門基礎分野」に保健・医療・福祉制度と他職種の理解について配置した。

看護基礎教育の教育方法についての有識者の意見は、小山の整理では、特に実習体制について、①看護過程の展開一辺倒ではない実習、②学生の主体性を育てる実習、③病院や施設を限定しないで、対象の生活する場における実習、④領域ごとの実習ではなく、複数の領域を統合した実習、としたらよいのではないか。さらにチーム医療、他職種との協働・連携に関する教育方法については、看護基礎教育においてチーム医療の必要性が理解できる程度でよいのではないか。

実習体制についての有識者の意見に対しては、今日の少子化に伴う小児実習場の不足や包括ケア<sup>19</sup>の推進による急性期病院の在院日数の短縮化および療養の場の多様化など、現行カリキュラムでは対応しきれない課題が多く、実習のあり方を抜本的に見直す必要がある、と小山は述べている。

## 2. 文献、小山（2014）の検討

小山の報告書は、従来の基礎分野、専門基礎分野、専門分野の枠組みを変更し、専門職としての看護基礎教育が意識されたカリキュラムとされている。そのカリキュラムの構造や特徴は、「社会人としての基盤分野」、看護の機能を明確化した「Ⅰ看護の基盤」からは、従来の病院での看護だけでなく地域を含めた他の領域での看護職の活動が包括できる可能性があるからである。さらに「専門分野」の「Ⅱ対象者の健康状態に応じた看護」に人体の構造・機能、病態、疾患、診断、治療を看護ケアと関連付けて学習するカリキュラムや、成長発達段階別のカリキュラムと健康状態を軸としたカリキュラムが設けられていることは、断片的な他の学問をつなぎ合わせただけの教育ではなく、専門職としての看護の根拠として活用できる可能性があると考えからであり、筆者はこれらのカリキュラム案に賛同する。このように、今回のカリキュラム検討で、専門職としての看護基礎教育内容が充実しつつあることは評価できる。

しかしこの報告書は、看護教育において重要な実習体制に関する具体的な提言が不足する。「チーム医療」については、知識としての教育内容には盛り込まれているが、実習として体験できないカリキュラムである。「チーム医療」は看護師が現場を実際に体験する中で学ぶものである。小山は、現在の教育体制ではその実習は困難であり、カリキュラム体系を根本的に見直す必要があるとの課題の提示のみで終わっている。チーム医療の重要性を指摘するものの、それが実習として具体化されていない点だけでなく、看護職の専門職

---

<sup>19</sup> 厚生労働省は、2025（平成37）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

性、特に「チーム的主体性」の獲得に照準していない点に、この報告書の限界があるといえるのではないか。

### 3. 新人看護師の教育方法に関する文献、谷口ほか（2014）の概要

2004年以降、新卒看護職者が1年以内に離職する、いわゆる新卒看護師の早期離職問題は、看護教育と関連が深い。早期離職の要因について、「看護基礎教育終了時の能力と看護現場で求められる能力とのギャップ」（日本看護協会, 2004c）という調査もある。新卒者の早期離職問題に関しては、リアリティ・ショックと関連づけた報告（平賀・布施, 2007、糸嶺ほか, 2006、喜多・村上, 2005、森田, 2009、竹原, 2011）などが数多く出され、周囲の支援の必要性、新人看護教育プログラムの開発が課題であるとの報告がなされている。

2010年4月「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保促進に関する法律の一部を改正する法律」が施行され、看護職の卒後研修が努力義務化された。実施内容は現場での教育、集合研修、自己学習などを組み合わせたものである。現場での教育は、配属部署での研修、病棟やICU等を回るローテーション研修などであり、実施期間は数週間から24カ月と様々である（グレッグ, 2011）。ローテーション研修の場合、「どこまで教えたらよいかわからない」（小林・小倉, 2006: 70）、「看護学生でもなく自分の部署のスタッフでもなく資格をもった看護師をどう考えるのか」（薦田ほか, 2006: 71）という指導者側の戸惑いもある。このような努力義務では、「チーム的主体性」を身につける臨床経験の体験は難しい。

そこで、本論文と関連する、新人看護師側に焦点を当てた調査研究の文献（谷口ほか, 2014）をとりあげ、確認する。

この論文は、新人看護師のリアリティ・ショックの現状を理解し、大学から臨床へのスムーズな移行を促す基礎看護教育のあり方を探ることを目的とする。研究方法については、A大学を卒業後、A大学の付属病院に就職した新人看護師10名を対象に、質的研究の記述的現象学を用いて実施されたものである。結果、新人看護師のリアリティ・ショックの要因として、①求められる能力のハードルが高すぎ、何もできない自己に対するショック、②職場における先輩との人間関係がクローズアップされ、看護基礎教育の時から臨床現場に即した看護ケア、high risk ケアと接遇の必要性が明らかになった。したがって、安全で質の高い臨床実習を保障するため、先進国が実施している大学と臨床が協働で取り組むシミュレーション教育の必要性が示唆された。

### 4. 文献、谷口ほか（2014）の検討

この論文の目的は、リアリティ・ショックを軽減し、基礎看護教育からスムーズな移行を促すための教育方法の提案にある。その効果的な教育方法が、シミュレーション教育<sup>20</sup>ということであるが、果たしてそうであろうか。

新人看護師のリアリティ・ショックの要因①に対しては、技術能力の演習としてある程度の効果があるかもしれない。また模擬患者を用いたシミュレーション教育ではコミュニケーション技術演習に活用され、主体的な学習環境を引き出すことができる(本田, 2007)。そして教育と臨床の場が協働し現実に近いシナリオを開発することで安全で質の高い実習を保障する上では効果的と思われる。しかし、リアリティ・ショックの要因②の職場における人間関係や接遇に対しては、効果的とは思えない。シミュレーション教育でのシナリオと異なり臨床の場は、常に動いており、思いもかけない状況が多いからである。

したがって、シミュレーション教育は、実習への準備段階として知識・技術や興味・関心を高める効果はあるが、「チーム的主体性」の獲得に照準していないといえる。

看護教育の刷新は、病院での実習体制をはじめ困難なことも多い。しかし今後さらに多様化する看護職世界に対応する看護職を養成する教育は、国の政策、制度にのみ依拠するのではなく、看護職自身の経験と能力によって創造していく必要がある。そして看護教育は、病院労働者養成的な体系からどんな臨床現場にも対応できる専門職養成的な体系への刷新が必要である。

#### 第4節 小括

本章では、看護職世界の多様化、看護職の専門性、看護教育について関係する文献をとりあげ、どこまで認識・達成されているのかを検討した。先行研究では、看護職世界は多様化し、看護職の専門性、専門職としての看護基礎教育が意識されたカリキュラムは、ある程度は論点化されてきているが、十分には検討されていないことが判明した。

##### 1. 多様化について

看護サービス提供の場が医療施設だけでなく地域に拡大し、在宅ケアに従事する看護職者が増加している。病院および診療所における施設内の看護も、在院日数の短縮化や入院患者の重症度が高くなり、診療の補助業務もきわめて高度化・複雑化していることや、外来における看護サービスも来院患者の健康レベルが多様であり、看護職として多様な役割が求められている。これらの実態は認識され、現在の看護職世界が、サービス提供の場だけでなく役割も多様化していることは、すでに共通に認識されている。しかし現在の看護界は新しい資格の制度化に熱心であり、既存のイメージで捉えきれない多様な新しい活動をする看護職を包括することが不足している。

---

<sup>20</sup> シミュレーション (Simulation、模擬) を活用した教育は、学生が実際に経験することができない状況での学習を可能にすることから、様々な領域の教育や訓練の目的で使用されている。看護教育においても、学生同士が患者役、看護師役に分かれて「教える=学ぶ」経験を体験するロールプレイを取り入れたシミュレーションや、患者を設定し事例検討等が取り入れられている。

つまり、多様化する看護職世界に対する看護界の認識はまだ断片的であり、その内容や要因が十分には共通の認識となっていない。したがって、多様化する看護職世界を包括的に捉え、多様化する要因を明らかにすることが必要である。

## 2. 看護職の専門職性

専門職性に関する看護界の代表的な意見は、看護師の専門職化は進んでいるが、未だ専門職の成立要件の自律性、公共性、独自で高度な知識体系が、全てにおいて進展はあるものの、依然として、部分的に満たされ部分的に欠けているというものである。また看護職が専門職化する上で、「自律性が鍵」であることは、看護界でも共通認識となっている。社会や国民の新たなヘルスニーズに的確に対応するためには、従来の規定された役割を果たすだけでなく、役割を新たに創造していく必要があり、そのためにも、「自律性」を核とするような専門職性の確立が最も重要である。

看護職は、他の医療専門職と互いに排他的な関係にならないで自律的に専門性を発揮していくことが重要である。また「自律性」の内容については、対人関係専門職である看護職の活動の多様な実態を踏まえた議論が必要である。

看護職の専門職性は、患者との密接かつ継続的な関係に基づいて患者の視点に立ち、各医療専門職を連携、協働させるイニシアチブであり、また自らもチームとして活動することによって患者へのケアの質を高めることである。筆者はこれに「チーム的主体性」という名を与える。それは医療専門職間の協働的分業に基づく「相補的自律性」より一段高次の専門職性といえる。

## 3. 看護基礎教育

病院労働者養成的な体系から、どんな臨床現場にも対応できる専門職養成的な体系への刷新が必要である。

看護教育制度は、高齢化や疾病構造の変化などの社会的ニーズに対応して、1967（昭和42）年から現在まで4回のカリキュラム改正が行われてきた。現在もチーム医療や社会保障制度の改革を踏まえた新しい看護教育のあり方が検討されている。

しかし、新しい看護教育のあり方の検討においても、「チーム的主体性」を中核とする専門職性の獲得に照準していない点が問題である。そのためには、実習として具体化することが重要である。また、新卒看護師の早期離職の要因は、「看護基礎教育終了時の能力と看護現場で求められる能力とのギャップ」であり、リアリティ・ショックと関連づけた報告も多い。特に新人看護教育が重要となる。

## 第二章 看護職世界の多様性—戦後看護職世界の達成、到達点

戦後の看護職世界は拡大し、多様化している。従来の病院内の看護師のイメージとは異なる様々な場で様々な活動をする看護職が出現している。この章では看護職世界を概観し、従来の病院の中の看護師だけではなく、様々な場で活動する看護職について述べる。

### 第1節 現在の看護職世界の概観

高齢社会、医療の高度化などにより看護職者へのニーズも高まり、看護職者は増加し、現在の就業場所は、病院・診療所だけでなく、福祉施設や事業所などに広がっている（表2-1）。看護教育においても看護師養成所の増加、特に大学は年々増加し（表2-2）、戦後の看護職世界は拡大している。現在の看護職世界が形成されるまでの、主な制度的な展開の経緯は、表2-3である。

今、看護職世界を見渡せば、多くの看護職は、病院施設をはじめストレスを抱えながらも働き続けているジェネラリストとしてのマジョリティ・ナースであり、その中でスキルアップし、スペシャリストとして専門看護師、認定看護師などのプロフェッショナル・ナースや病院施設などの管理者としてのマネジメント・ナースとして活躍するエリート・ナースである。さらに新しい分野で看護に挑戦するオルタナティブ・ナースも出現している。また離職をするナースも多く、一度も復職しない場合もあるが、看護職として復職する場合もある（図2-1）。

しかし「看護職不足」は戦後の日本社会の変化の中で、諸要因が絡み合い、進行・展開し、依然として続いている。そして看護職不足に対して、外国人看護職者の導入が進められている。しかし、単純福祉労働力としての外国人労働者の導入といった在来型の保守的な対処では、対人専門職としての看護職不足は解決できない。

表 2-1 看護職者就業者数及び就業場所

(出所：日本看護協会出版会「平成 25 年看護関係統計資料集」より筆者改編)

年	2006 (平成 18)	2007 (平成 19)	2008 (平成 20)	2009 (平成 21)	2010 (平成 22)	2011 (平成 23)	2012 (平成 24)
総数	1,333,045	1,370,264	1,397,333	1,433,772	1,470,421	1,495,572	1,537,813
保健師	47,088	48,246	51,703	53,212	54,289	55,262	57,112
助産師	27,352	27,927	30,130	31,312	32,480	33,606	35,185
看護師	848,185	882,819	918,263	954,818	994,639	1,027,337	1,067,760
准看護師	411,272	397,237	394,430	304,247	389,013	379,367	377,756
保健所	8,534	8,381	8,108	7,932	8,502	8,393	8,857
市町村	32,702	33,311	33,480	34,393	34,723	35,171	35,397
病院	831,921	861,912	869,648	892,003	911,400	927,289	944,640
診療所	290,929	297,040	299,468	304,247	309,296	309,954	320,800
福祉施設等*	132,546	147,886	149,576	156,425	167,435	173,912	184,751
事業所	76,13	8,294	10,857	11,411	11,251	11,750	12,265
教育研究機関	13,637	13,859	14,792	15,228	15,943	16,294	17,226
その他	7,724	7,945	9,662	10,413	9,945	10,805	12,027

\* 介護老人保健施設、訪問看護ステーション、社会福祉施設、介護老人福祉施設、居宅サービス等

表 2-2 看護師養成施設（3年課程）学校数と入学者数（出所：厚生労働省資料）

年度	大 学		短期大学		学校養成所	
	学校数	入学者数	学校数	入学者数	学校数	入学者数
1991 (H3)	11	558	58	4,466	478	23,826
1994 (H6)	31	1,862	60	4,831	461	23,172
1997 (H9)	54	3,507	72	5,669	496	23,595
2000 (H12)	84	6,331	67	4,899	513	23,132
2003 (H15)	106	8,212	56	3,419	500	22,986
2006 (H18)	158	11,906	37	1,982	512	22,549
2010 (H22)	193	17,085	31	2,352	510	25,794
2013 (H25)	218	19,976	23	2,022	528	26,590

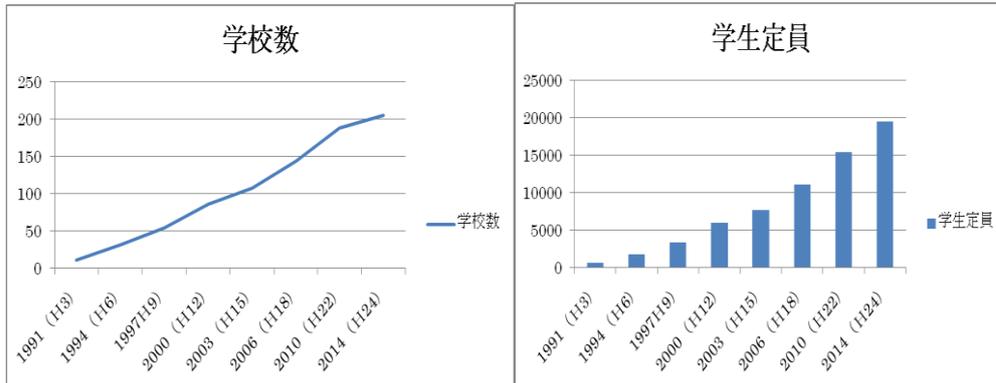


表 2-3 現在の看護職世界が形成されるまでの主な制度的な展開の経緯

年度	本章における看護職世界の拡大に関する主な制度等
1948 (昭和 23)	「保健婦助産婦看護婦法」公布、3年課程の看護学校（高校卒業後3年の教育）開始
1950 (昭和 25)	短期大学の制度化、看護系初の短期大学設立（天使女子短期大学と聖母女子短期大学）
1952 (昭和 27)	大学での看護教育開始（県立高知女子大学家政学部看護学科）、看護教員養成（1年）開始、日本赤十字社幹部看護婦研修所
1954 (昭和 29)	国立公衆衛生院専攻課程看護コースで教員養成
1960 (昭和 35)	東京医療連による病院ストライキ（看護師不足の社会問題化）
1962 (昭和 37)	国立がんセンター創設
1974 (昭和 49)	厚生省、初めての看護婦需給計画（5カ年）策定
1979 (昭和 54)	看護学専攻の大学院修士課程教育の開始（千葉大学大学院看護研究科看護学専攻）
1986 (昭和 61)	村松静子、有限会社「在宅看護研究センター」設立
1992 (平成 4)	「看護師等の人材確保法」制定、看護系大学・大学院の整備充実の明確化、都道府県ナースセンターの設置、老人訪問看護ステーション制度の開始
1993 (平成 5)	惣万佳代子、デイサービス「このゆびと一まれ」を開設
1994 (平成 6)	専門看護師の認定制度開始
1995 (平成 7)	認定看護師の認定制度開始
1997 (平成 9)	富山県「民間デイケアサービス育成事業」の創設、地域共生ケアの始まり
1998 (平成 10)	認定看護管理者の認定制度開始
1999 (平成 11)	医療保険による訪問看護への民間企業の参入が可能となる
2000 (平成 12)	介護保険の導入、看護師による訪問看護ステーションの開設
2002 (平成 14)	「保健師助産師看護師法」に改正
2003 (平成 15)	「富山型福祉サービス推進特区」の認可
2004 (平成 16)	新卒看護師の早期離職率が12%を超える
2008 (平成 20)	団塊世代の看護職者の定年退職、潜在看護職者の増加
2011 (平成 23)	「高度実践看護師」構想

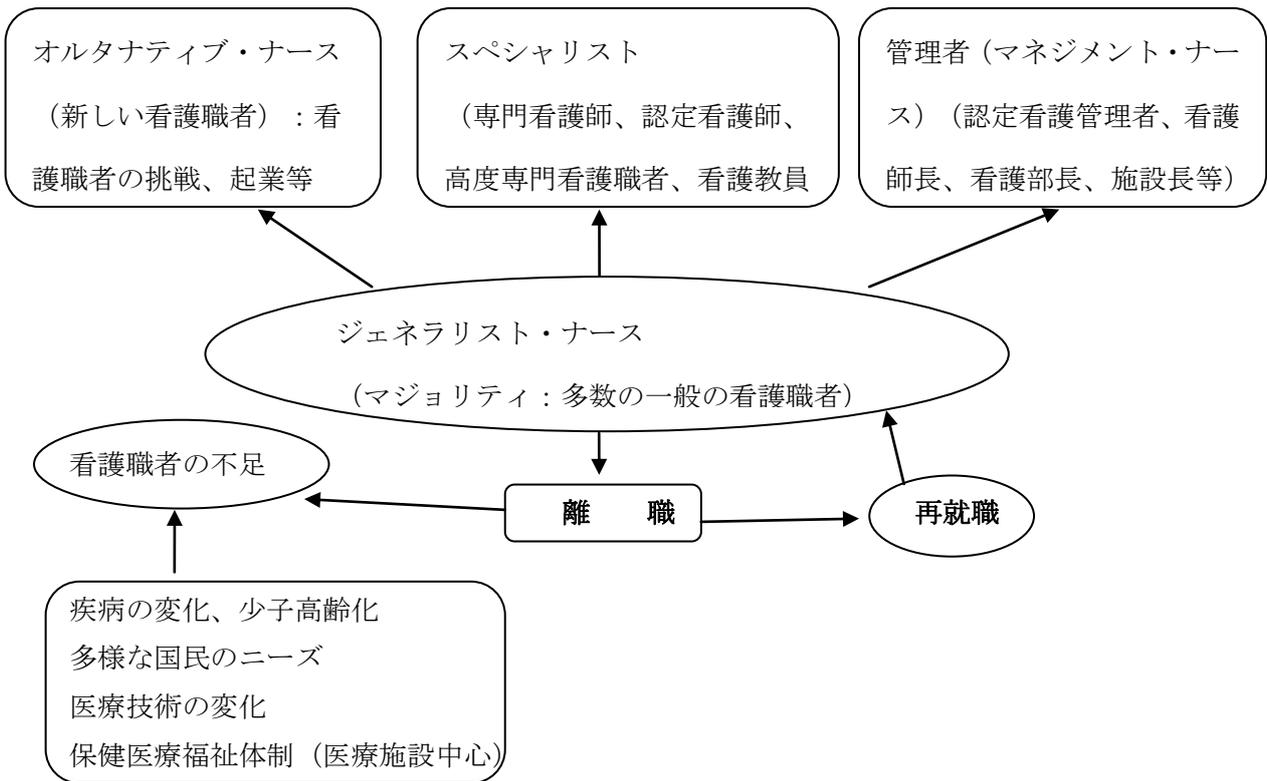


図 2-1 現在の看護職の世界

## 第 2 節 マジョリティ・ナース (ジェネラリスト: 多数の一般の看護職者)

大多数の看護職者は、ジェネラリスト・ナースである。看護実践の場で、一般的に想起されるジェネラリストは、「中堅看護師」「キャリア中期」「一定の経験年数を積んだ看護職」「職場のベテランナース」等、様々である。そして多くのジェネラリストであるナースの地道な活動により、看護という業務は支えられ、スペシャリストのナースも活躍できる。日本看護協会は「専門職には通常ジェネラリストとスペシャリストが存在し、それぞれの機能を発揮し連携しながら、その専門職としての独自性を維持している」とする。そしてジェネラリストがスペシャリストを活用したり、スペシャリストの相談に乗ったりすることで、協働する必要性が示唆されている（日本看護協会, 2007b: 25-26）。

ある 4 年目の看護師は、職業生活に対する思いを以下のように述べている。  
「病院の仕組みも、病棟運営のことも、看護のことも、何か聞かれてもそんなに困ることはない。どの医師がどんな性格なのか大体知っているし、どういう行動パターンをとりそうなのかも知っている。だから、この先生からは早めに指示を受けていたほうがいいのか、あの先生の回診前には必ずバイタルサインを先に記録しておいたほうがいいのかといった

要領や段取りも身についた。しかし自分のしていること全てに自信があるわけではない。周りは、私のことをすっかり一人前というけれど、素直に「はい」と言えない。看護って、私が知っている以上に、もっといろいろなことを知っておかなきゃできないことがあるし、患者さんから教わることが多い。自分は何も知らないという思いが、たくさんある。とても自分のことを一人前とは言えない。まだまだ半人前だ。だけど、病院では4年目になると「中堅」って言われるのだけれど。」（勝原, 2007 : 85）

一つの病棟で頑張ってきたあるベテランの主任看護師は以下のように述べる。

「病院の事情などで大学付属病院の呼吸器科病棟一筋でやってきて主任にもなった。どんな入院患者であっても、よほどのことでない限り病態は全て理解できるし、医師の治療方針やケア計画は立てられる前に予測がつく。起こり得る現象を想定して事前に手を打ったり、また経験の浅い看護師たちの成長を助けたりするための法略も身につけていると思う。若い医師たちも私に色々なことを聞いてくるし、それに答えることは結構楽しい。

だけど、最近ふと自分が本当に認められているのだろうかと思うことがある。それは、他の病棟では私よりずっと若い看護師達が、がん看護や救急看護の認定看護師を目指し、研修を受けている。たまたまがん看護や救急看護でやってきた人は認定をとれて、たまたま配属先が呼吸器外科だった私はとれないわけ？と、なんかやるせない気になる。」（勝原, 2007 : 163-164）

ジェネラリストは、経験年数や勤務する病棟、施設などの場や環境により、その熟達レベルも異なり多様である。ベナーは、臨床の看護実践における熟達レベルを初心者、新人、一人前、中堅および達人の5段階に分類する（ベナー, 1984=1992 : 15-25）。ベナーが言う「初心者」は、状況についての経験がない場合であり看護学生といえるので、資格をもった看護師としては他の4つの段階といえる。「新人」では職場に慣れ、仕事に慣れ人に慣れるのに精一杯である。「一人前」は、同じ状況や類似した状況で3~4年仕事をしていると、長期的目標や計画を立て意識的に自分の活動を行えることができるようになる。「中堅」は状況を全体として捉えることができる。「達人 (Expert)」は、分析的な原則（ルール、ガイドライン、確率）には頼らず、全体状況を深く理解して動く。

中堅の看護師のケースでは、周囲からみれば「一人前」なのに自分のことを「半人前」と表現している。人によって「一人前」の捉え方は異なるし、他者からの評され方も違う。自分が「一人前」なのか自問することは、重要である。「一人前」ということが自己認識できていれば、今後のキャリアについて考えるきっかけになる。また「一人前でない」と評価したならば、何が不足しているのか、この道で「一人前」になりたいのか、自問できる。「一人前」の時期は、女性の場合、結婚や出産という時期でもあり、看護師としての岐路ともいえるが、「一人前」を自問することで、看護師として成長できる。

ベテランの看護師のケースでは、ベナーの熟達レベルでは、達人 (Expert) レベルであり、ある意味ではスペシャリストともいえる。しかし日本の看護スペシャリストは、看護師資格のほかに専門看護師や認定看護師としての資格認定を受けなければ、スペシャリストとして認められていない。制度的にはジェネラリストである。

このようにジェネラリスト・ナースは、広い視野で患者を見つめ、患者の状態を予測的に把握した看護を行う。また新人看護師を指導し、医師の治療にも積極的に参加して、臨床の第一線で活躍している。しかし、仕事のやりがいを見出し、質の向上を目指した日々実践の意味を問うには、行う看護実践が評価され、継続教育などによる看護への振り返りや刺激が必要である。

ジェネラリストの能力開発については、それぞれの組織のニーズに応じた、クリニカル・ラダー<sup>1</sup>等を活用した育成が主導になっており、教育の体系化が十分とは言い難い。本来、ジェネラリストを志向する看護職には、自己の能力を査定し、組織の理念や目的に応じた主体的な学習を積み、自身の看護実践に組み込むという、自己研鑽が求められる。だが、個々のジェネラリストの役割や責任が曖昧であるために、学習経験が知識や技術の体系として形成されにくく、評価が十分でないという課題もある。

今後さらに期待されるジェネラリスト・ナースの役割の一例として、在宅療養を視野に入れた個々の患者への最適な医療・看護をチームで効率的・効果的に提供するためのリーダーシップの発揮などがある。そのような役割を果たすための能力および学習支援の検討が必要とされる。

### 第3節 スペシャリスト

ジェネラリストとして臨床経験をもつ看護職者が、さらに資格をもち、スペシャリストを目指す。現在、日本におけるスペシャリストとして資格を伴って認められている看護師は、日本看護協会が資格認定制度を運営している専門看護師、認定看護師、認定看護管理者である。さらに資格として明確にされていないが、看護教育者や近年、話題となっている高度実践看護師もスペシャリストといえる。なお、保健師、助産師は、看護師とは異なる国家資格をもつ看護職者であり、まさにスペシャリストであるが、ここでは看護師のスペシャリストをとりあげる。

スペシャリストは専門職化と密接に関連する。日本看護協会はスペシャリストを次のように定義している。「スペシャリストとは、一般的に、ある学問分野や知識体系に精通している看護職をいう。特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有し、継続的に

---

<sup>1</sup> 看護師の能力開発・評価のシステムの1つ。日本看護協会は2002年から2年間にわたり「ジェネラリストのためのクリニカル・ラダー」を開発した。

研鑽を積み重ね、その職務を果たし、その影響が患者個人に留まらず、他の看護職や医療従事者にも及ぶ存在であり、期待される役割の中で特定分野における専門性を発揮し、成果を出している者である」（日本看護協会, 2007c : 511）。

看護職人材の質的向上を目指して、日本看護協会は、専門領域の技術、知識をもつ高度の看護サービスを提供する看護職人材の育成を開始し、1994（平成6）年に専門看護師制度、1995（平成7）年に認定看護師制度が発足した。

### 1. 専門看護師

専門看護師になるためには、看護師免許保有の上、実務研修が通算5年以上（そのうち3年間以上は専門看護分野の研修）あり、さらに看護系大学院修士課程を修了することが必要となる。

看護協会の資料によれば、2014年1月現在、11分野で1,266人の専門看護師が存在する。認定者の多い分野は「がん看護」であり、がん看護認定者の65.5%が、がん診療連携拠点病院に所属する。これは認定看護師・専門看護師の広告が可能であり、診療報酬上の評価もあるが、看護師の質的向上を図り、よい医療を提供することによる病院の生き残り策とも考えられる。この広告は、看護の専門性に対する国民の関心を高め、そして専門職として探究する看護職にとっての目標ともなり、自律する看護職への力になる。また、教育機関も96大学院（2014年4月現在）となり、今後さらなる増加が予想される。

現在、専門看護師の活動は、未だ病院等施設内での活動であるが、2008年4月から「家族支援」、2012年5月からは「在宅看護」の領域も開始されている。さらに地域や看護の行われる多様な場での活躍が期待される。しかし専門看護師は大都市のある東京、大阪、名古屋での登録が大多数であり、地域が偏在することが課題となっている。

### 2. 認定看護師

認定看護師となるためには、看護師免許保有の上、特定領域での5年以上の実務経験、認定看護師教育機関（課程）の修了、認定審査の合格が必要となる。

認定看護師数は21分野で14,263人（2014年7月現在）である。認定者の多い分野は「感染管理」、「皮膚・排泄ケア」、「緩和ケア」、「がん化学療法看護」であり、これらは診療報酬上の評価もあり、需要も高いためと考えられる。また認定看護師全てが医療施設に所属しており、教育開始初期は900床以上の大規模施設のみであったが、近年300～500床規模の病院が多くなっている。2010年2月より「慢性呼吸不全看護」、「慢性心不全看護」の領域も増えている。これは高齢者の増加や病院施設以外での活動の期待によるものと考えられる。

### 3. 高度実践看護師

高度実践看護師は、日本においては現在のところ制度化されていないが、日本看護系学会協議会、日本看護系大学協議会の関連委員会などでは、制度化を望む声が高まっている。大釜は、「役割拡大」した高度実践看護師は、「生活を支援する医療」として、病院に限らない在宅や高齢者施設での活躍が期待されるとする（大釜，2015）。しかし一方では、第一章で先述したように、看護師の「役割拡大」にならないという反対意見もある。

現在、高度専門看護師は、米国をはじめオーストラリア、イギリス、カナダ、タイ、韓国等でも制度化されており、薬剤の処方権や一部の医療処置が認められており、教育はおおむね大学院修士課程を修了している。いずれの国も、医師不足をきっかけに看護師の裁量権拡大が求められたことが背景にある（日本学術会議・生活科学委員会看護学分科会，2011）。また、1971年の米国連邦保健教育福祉省の看護師の業務拡大に関する検討委員会報告書では「看護師の業務は医療サービスの増加だけで急速に変化したわけではない。看護師が医療の現場で多様な機能を実践する能力を示してきたことによる」と記述されている（高野，2011：42-45）。

日本においても、後述する第六章の創成期のがんセンターの看護師達の語りから、看護師は経験の蓄積を考慮して、実施可能な範囲を見極め、現場の状況、医師等との信頼関係のもとに、既に医療行為も含めて相当の判断を行っている。高度実践看護師という資格よりも、まず看護師が医療の現場で多様な機能を実践する能力、周囲から信頼を得られる実践能力が必要だと考える。

高度実践看護師が制度として認められるには、名実ともにスペシャリストとしての実力が伴わなければならない。きわめて高度化・複雑化する医療の現場や拡大する看護職の活動の場においては、高度実践看護師として新たな資格をつくるよりも、認定看護師、専門看護師の国の制度化が急務であり、何よりも専門職としての看護師全体の底上げとなる看護基礎教育の充実が先決であり、看護職全体で「生活を支援する医療」に取り組んでいくことが重要である。

#### 4. 看護教員

看護教員という存在と役割は、学校教育法による教員資格を所持しておらず、社会的にも広く認知されていない。学生が看護を学ぶことを支えるためには、看護実践能力と教育実践能力のどちらも備えた看護教員が必要であり、臨床で勤務する看護師とは異なる専門性を必要とする。

看護教員が規定されたのは、戦後、保健婦助産婦看護婦養成所指定規則（昭和22年11月4日）での、「看護婦等養成所での教育を専任とする看護職」の明記によるものである。そして20年後の1967年に、看護師等の臨床経験が「3年以上」かつ「必要な研修を受けた者」という規定が加わる。1989年には、その臨床経験が「5年以上。うち3年以上は病院業務従事」と、経験内容に踏み込んだ規定がされた（屋宜，2007）。しかし1996年には「大

学において教育に関する科目を履修して卒業した者は、3年以上の看護業務経験」と変更された。これは、看護大学の増加が影響していると考えられる。

### 1) 看護教員養成講習会の変遷

看護教育のリーダーの育成は、終戦後の1946年の東京看護教育模範学校の設立、1947年の看護教育指導者講習会で始まる。1952年には日本赤十字社幹部看護婦研修所で専攻課程、1954年には国立公衆衛生院（現在の国立保健医療科学院）の臨床看護学科の中で看護教員養成が開始され、1年間の長期研修が行われるようになる（屋宜，2007）。第六章「国立がんセンター創成期の看護師達」においてとりあげるE氏は、国立公衆衛生院で1回生として学び、国立別府病院附属看護学校で専任教員として勤務している。F氏は日本赤十字社幹部看護婦研修所で学び、日赤看護学校の専任教員として勤務している。当時は優秀な看護婦が病院からの推薦を受けて研修を受講し、看護教員となっており、彼女らはエリート看護師といえる。また1967年には「必要な研修を受けた者」という規定も加わり、必要な研修のための講習会のニーズも高まり、1972年に日本看護協会看護研修学校での研修が始まり、次いで神奈川県立看護大学校、厚生省看護研修研究センターなどで看護教員の養成講習会が開催された。しかし看護系大学・大学院が看護教員の質向上に寄与することが期待され、看護大学が増加してくると、1999年には日本看護協会看護研修学校は閉校し、現在では都道府県での教員養成講習会が中心となっている（屋宜，2007）。

### 2) 学校教育法によるもう一つの資格

大学・短期大学における看護教員については、学校教育法で定められ、学士課程を卒業し、修士・博士号を取得し研究業績を積んだ上で、各大学の公募を通じて就職することが多い。現在、看護系大学院の多くが専門看護師の課程をもつが、そこで学ぶ多くの者は臨床看護のエキスパートや看護学の発展を志向する研究者を目指す。看護学修士修了者は、看護専門学校（専修学校）の教員となる者はまれであり、大学・大学院の増加で看護教員の質的向上が図れるとの思いは、期待外れに終わっているように思える。看護教員が看護職としてのエリートといわれた国立がんセンター創設時の50年前とは全く違ってきている。

### 3) 看護師養成と同じく複雑な看護教員養成

看護専門学校（専修学校）の教員は看護専門学校の卒業であり、都道府県の教員養成講習会を修了するものがほとんどである。看護専門学校は、高校卒業後、3年間の看護専門教育を受けているにも関わらず、学歴としては大学や短大の卒業でもなく、社会的な評価も低い。病院附属の施設も多く、厚生労働省の管轄であり、教育組織としても脆弱である。社会人経験者、男子学生など多様な学生を抱え、多忙な臨床現場での実習指導、少ない教職員での運営など多くの問題を抱える。看護学修士修了者が看護教育に魅力を感じていても、看護専門学校の教員を選択しないのは無理もないことだと思われる。看護学校の山積する問題を解決するには膨大な時間や労力が必要で、それよりも看護基礎教育は、早期に学士教育に移行すべきであるという意見が看護界の一部にはある（井部, 2010）。しかし看護学校での教育は、学生も少人数であり、臨床現場との密接な連携をもち、学生の個別的

な教育、看護実践能力の育成に力を注げる利点もある。そして現在尚、看護師養成の半分以上は看護専門学校（専修学校）が担っている。また社会の中で他の職業、生活を経験してきた者が、職業を身につけるための一つの選択肢となる。さらに看護職側からでなく、社会のニーズとしてどのような看護師を望むのか、様々なニーズに応え、合意が形成される必要がある。

#### 4) 質の高い看護職養成のための看護教育

質の高い看護職育成のためには質の高い教育が不可欠という見解から、今後の看護教員のあり方に関する検討会（厚生労働省, 2010b）で議論され、結果、厚生労働省は、2011年4月に専任教員講習会及び教務主任養成講習会ガイドラインによる教員養成を開始した。しかしその内容は教育実践能力、コミュニケーション能力、看護実践能力、マネジメント能力、研究能力といった総花的、抽象的なもので、具体的な改善策は、未だ示されていない。質の高い教育を担う教員になるためには、学歴や研究業績だけではなく、一定の期間の経験を積むことが必要である。また、看護基礎教育だけでなく連携した継続教育も必要である。看護教員の質的向上とは何であるのか、看護教員とはどのような存在か、看護教育実践力とは何か、検討すべき課題は多い。

厚生労働省のガイドラインによる看護教員養成は、看護学校教員に対するものである。しかし最近、看護系大学は急増し、入学する学生の質の低下、大学教員の度重なる移動や不足が多く、また臨床現場との連携、指導の困難さも看護学校以上にみられる。看護大学での学生の臨地実習指導は、看護実践や看護教育実践の経験が少ない助手である教員が関わることも多く、看護系大学での教員のあり方も問題になっている。

### 第4節 管理者（マネジメント・ナース）

医療施設で働くマジョリティ・ナースは、勤続年数を重ねると一部の者は看護師主任、看護師長、看護部長と昇進し、管理を担うマネジメント・ナースとなる。以前は同じ施設に長年勤務することで、一部の者が婦長、看護部長に昇進する仕組みであった。現在でも国立病院ではそのような風潮が一部残るが、全体としてこのような傾向は減少し、公立の県立病院や私立の病院では、他の施設からの転任や結婚・出産を経験して看護部長になる者も多くなっている。さらに1998（平成10）年に認定看護管理者（CNA）制度が創設されたあとは、看護協会や看護大学などで行われている看護管理者研修の修了者をこうしたポストに登用する傾向にある（日本看護協会, 2014b）。

日本看護協会による認定看護管理者（CNA）制度が創設された背景は、医療ニーズの多様化とともに、従来の看護部門の管理だけでなく、病院・施設全体の管理者となる看護職が増加したことにある。認定看護管理者となる要件は、看護師の免許取得後、実務経験が通算5年以上あることや認定看護管理者教育課程サードレベルを修了していること、看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得していること等である。1999年に初の認定看護

管理者 19 人が誕生、2014 年 9 月 4 日現在では 2,362 人が資格を取得している。大都市の病院に偏在し、300～399 床の中規模病院に所属している。

2000 年に介護保険法が成立し、訪問看護ステーションが明文化され、看護師が開業できるようになった。以前は病院で看護管理者となっていた看護師が、その施設長となったり、組織での看護に物足りなさを感じ、看護者としての夢を実現するために施設を飛び出す看護職も多くなり、看護職としての選択肢が増加した。

## 第 5 節 オルタナティブ・ナース（新しい看護職者）

「寝たきり老人」が社会的問題となった 1970（昭和 45）年頃より、病院における看護に限界を感じ、社会で求められる看護を求め、病院という施設から飛び出し新しい看護の世界を切り開いていった看護職者達が出現した。これは、持続的ケアや対人関係専門職として援助ができないことに対する行動であり、看護専門職としての質を高めようと看護職自ら乗り越えようとする動きと考える。

そこで、組織に所属することにとらわれず、キャリアの可能性を求め、日本初の開業ナースとなった村松静子と地域で高齢者、障害者を子どもと共に支援するデイケアを行った惣万佳代子の 2 名を、新しい看護職者のパイオニアであるオルタナティブ・ナースとしてとりあげる。彼女らの具体的な活動は第七章で後述する。

## 第 6 節 小括

現在の看護職者の世界は多様化、拡大している。離職者や再就職者もいるが、施設や組織を離れ、新たな道を開拓している看護職者も出現している。看護教育も大学、大学院と年々増加しているが、指導体制、資格制度が 2 重構造<sup>2</sup>であるなど問題は多い。今、看護職世界を見渡せば、多くの看護職は病院施設をはじめ様々な場でストレスを抱えながらも働き続けている（マジョリティ・ナース）。また、専門看護師、認定看護師や看護教育などのスペシャリスト、病院施設等の管理者としてのマネジメント・ナースとして活躍する看護職者がいる。そして今まで活動していなかった分野で、新しい看護に挑戦するオルタナティブ・ナースが出現している。

---

<sup>2</sup> 看護師は資格制度が保健師助産師看護師法で規定されている。看護師は第 5 条で「療養上の世話」と「診療の補助」の業務を行うが、准看護師は、第 6 条で医師、歯科医師または看護師の指示を受けて第 5 条の業を行うことができる。看護師は高卒後 3 年以上の看護教育を受け、国家試験に合格、准看護師は中学卒後 2 年の教育を受けて都道府県知事が実施する試験に合格したものと資格制度は異なるが、業務独占とされている看護業務は、ともに行うことができる。

### 第三章 看護職者不足の歴史と教育

安全で質の高い医療サービスを提供する上で、看護職者の恒常的な不足は深刻な問題である。看護職者の不足は戦後の日本社会の歴史的変化の中で諸要因が絡み合い、進行、展開してきた。看護職者の不足には量と質の両面性があり、従来もっぱら量的な面から捉えられてきたが、問題なのはむしろ質的な面のほうである。今後ますます多様化していく看護職世界では、さらに看護の質と量の充足が求められ、そのための看護教育が重要となるはずである。

そこで本章では、看護職者の不足が歴史的にどのように形成されてきたのか、それに対する医療政策や看護基礎教育がどのように行われてきたのかを明らかにする。なお本章は、筆者自身の先行研究（関口, 2013）を踏まえ、本論文の論旨に合わせて再分析したものである。なおここでも、看護職者の不足を看護職者の多数を占める看護師の不足に限定して検討することにした。

#### 第1節 看護職者不足の諸相

##### 1. 病床数に対する看護職者数の不足

戦後、経済的状況がよくなり、国民の生活水準が上がると国民の受診量も増大し、医療施設や病床数も増えていった。厚生労働省による医療施設調査によると、1992（平成4）年をピークに病床数は年々減少してきたが、2012（平成24）年の病院の病床数は1,578,254床であり、前年度より134,285床も減少している。OECDデータ（2012年）で各国の人口1,000人当たりの病床数で見ると、日本が13.6床であるのに対して、ドイツは8.3床、フランスは6.4床、英国は3.0床、米国は3.1床である。ただし、ドイツ、英国、米国では長期療養用のベッドやナーシングホームのベッドは対象となっていないが、それでも日本の病床数が多いことには変わりはない。一方、病床当たりの臨床看護職員数は、一番少ない（図3-1）。病床数と並行して看護職者が供給されない場合、看護職不足は一向に改善しない。この不足は、労働者数としての看護職者の不足であり、特に病院で勤務する看護師・准看護師数の量的不足といえる。

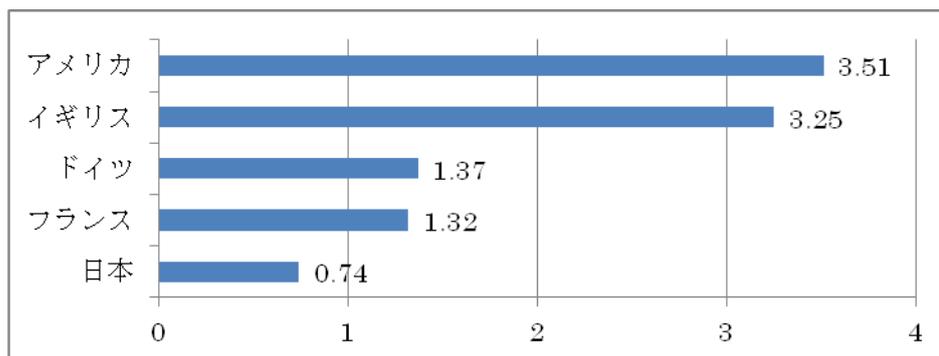


図 3-1 各国の病床当たりの臨床看護職員数 出所 (OECD Health Data 2012)

## 2. 医療技術の変化に伴う不足

1960 年代より医薬品、麻酔技術、輸血や補液の進歩により急性期外科治療が飛躍的に発展した。1970 年代には第 2 次医療技術革新といえるコンピュータ導入による高度な医療機器が開発され、高度な手術、放射線治療、人工透析などの治療に伴う看護援助技術が求められるようになった。現在では、第 3 次医療技術革新といえる臓器移植、体外受精、遺伝子操作など、分子生物学の医学への導入が行われている（日本看護歴史学会編，2008）。第一章で述べたとおり、1994（平成 6）年から専門領域の技術と知識をもつ高度の看護サービスを提供する看護職人材の育成が開始されているが、まだ十分とはいえない。今後このような看護職者の育成が進まない場合には、高度専門的な知識と技術をもつ看護職者の不足が深刻な問題となるだろう。

## 3. 疾病の変化と国民の多様な医療ニーズに伴う不足

終戦直後の主要な死因は感染症であったが、その後は慢性疾患が増加し、いわゆる生活習慣病といわれる糖尿病や虚血性心疾患、高血圧などが増加した。1981（昭和 56）年からは、がん疾患が最大の死因となる。それに伴って看護では、疼痛コントロール、QOL、インフォームド・コンセントなどの概念が導入され、看護専門職として多様なニーズへの対応が求められている（日本看護歴史学会編，2008：98-100）。そのニーズに対応するには、医療的な知識、技術と対人関係の専門職としての看護職者が必要である。対人関係の専門職である看護職者が求められるものは、第一章第 2 節の看護職の専門職性でも述べたように、対象者の状況に応じた個別的な援助が行えるからである。

しかし、今後こうしたニーズに対応できる看護職者の育成が進まず、看護の環境（時間的なゆとり）も整備されない場合には、看護職者の不足は一層深刻な問題となるだろう。

以上の 1～3 が、戦後の高度成長期において繰り返された看護職者不足であり、病床数に対する看護職者の量的不足とまとめられる。それに加えて、1990 年代以降は以下の要因が付加してきた。

#### 4. 少子高齢化に伴う不足

近年の人口動態では出生数は減少傾向にあり、1970年代より人口の高齢化が進んでいる。高齢者は合併症を引き起こしやすく重症化し、さらに見当識障害、認知症、失禁などの高齢者特有の症状への援助が必要となる。2000年度からの介護保険の制度化により、看護職者は、医療領域だけでなく福祉領域での需要が増大した。

いわゆる団塊世代が60歳以上となった2000年には労働者人口が減少に転じたが、看護職者もその例外ではなかった。さらに少子化による看護師志望者の伸び悩みで、今後ますます看護師数の不足が予測される。少子高齢化に伴う看護職者の確保対策がなされない場合、在宅援助を必要とする高齢者や福祉領域での看護職者の活動は困難となるだろう。

#### 5. 看護職者の離職による不足（多い潜在看護職者）

2011（平成23）年度の看護職員の離職者数は、14万6600人と推計されている（表3-1）。同年における病院に勤務する看護職員の離職率（各年度の平均常勤職員数に占める当該年度退職者数の割合）は、10.9%（表3-2）である。因みに2011（平成23）年の厚生労働省「雇用動向調査結果」では、学術研究、専門・技術的職業従事者の離職率は11.0%、一般労働者は11.7%である（厚生労働省, 2011a）。いずれも常勤であり、調査が異なるため単純な比較はできないが、看護職は学術研究、専門・技術的職業と概ね同水準といえる。

「第七次看護職員需給見通し」によると、平成27年時点で需要が供給を約1万人上回る見通しとなっている（表3-1）。このため、看護職員の需要を満たし適切な医療提供体制を整備するためにも潜在看護職員を活用することが期待される。そこで、平成22年末時点の免許保持者数から、65歳未満の看護職員就業者数を算出すると、71万4669人であり、潜在看護職員率は33.9%である（小林, 2013）

離職した看護職者には、比較的短期間で他の医療機関等に再就職する者と、そうでない者がいる。2011（平成23）年厚生労働省「看護職員就業状況等実態調査」では、離職理由は、結婚・出産・育児などの生活上の理由や、人間関係、他施設や他分野への興味のほか、超過勤務が多い、休暇がとれないなどである。また、潜在看護職者が再就職しないのは、就業する意思を失っていることや本人の健康問題、家事・育児、家族の健康問題・介護、看護業務から離れていたことによる不安などのためであるという（厚生労働省, 2011b）。

しかし、看護職者の仕事への認識および満足度に関する研究では、満足度の関与因子として、看護管理システム、労働条件と福利厚生、給料、スタッフ間の人間関係、燃え尽きがないこと、自律性、創造性が抽出されている。就業数が一番多い20歳代の看護職者は、夜勤体制、人員配置、キャリア教育体制などの看護管理システムに関して高い得点を示すが、40歳代の看護職者は「仕事上の人間関係」の患者との人間関係、「専門職性」のケア提供時間、「看護師としての自己実現」の創造性について高い得点を示す（田村ら, 2007: 65-74）。このようにベテランの看護職者にとって離職の理由は、単に労働条件の厳しさだ

けでなく、専門職として納得できる労働の内容であるか、専門職としてのプライドが保てる待遇であるか、という点に注目する必要がある。ベテランの看護職者は、対人関係専門職として対象者の状況に応じた個別的な援助ができないことへの不満足感や不燃焼感を持ち、これらは仕事への情熱や興味を減少させ、ひいては離職という現象を引き起こし、潜在看護職者が増加する一因ともなっているのである。

## 6. 医療施設中心の保健医療福祉体制による不足

医療と福祉が接近し、さらに介護保険制度により医療領域だけでなく福祉領域での看護職者の需要が高まってきた。厚生労働省は、診療報酬における看護加算、訪問看護療養費の算定や「看護師等の人材確保法」を制定し、看護師等の人材確保対策を行っている。しかし「第七次看護職員需給見通し」（表 3-1）では、在宅療養を支える訪問看護ステーション、介護保険関係等ではほとんど変化はない。これは、国の保健医療体制や都道府県、医療機関等の判断を踏まえた策定方法によるもので、現状の医療施設中心のシナリオが投影されたものとする。したがって、在宅療養、介護保険施設などで必要とされる看護職員の実質的な数値を表わしているとはいえない。

現在の医療施設中心の保健医療福祉体制では、看護職者が必要とされる在宅ケアや福祉領域などで利用者本位の多様なサービスは提供できず、今後さらに看護職者不足となっていくように思われる。

以上のように看護職者不足は、様々な要因が複雑に絡み合って起こる。専門職としての待遇の不全が、看護職者の質的不足（職場での不満、燃え尽き）と量的不足（離職）をもたらす。さらに現在の医療施設中心の保健医療体制（病院化）と、そうでない体制（脱病院化）によって、不足の様相も異なってくる（図 3-2）。看護職者の量的な不足は、多くの人々が実感でき表在化しやすい。しかし、医療的知識と技術をもった対人関係専門職としての質的不足は潜在化する。質的不足は職場での不満、燃え尽きによるもので主に看護職者自身が感じるものであり、量的不足がある程度解消されないと、社会的には表在化しない。質的不足は「不足問題」をさらに複雑、深刻なものにしているといえるだろう。

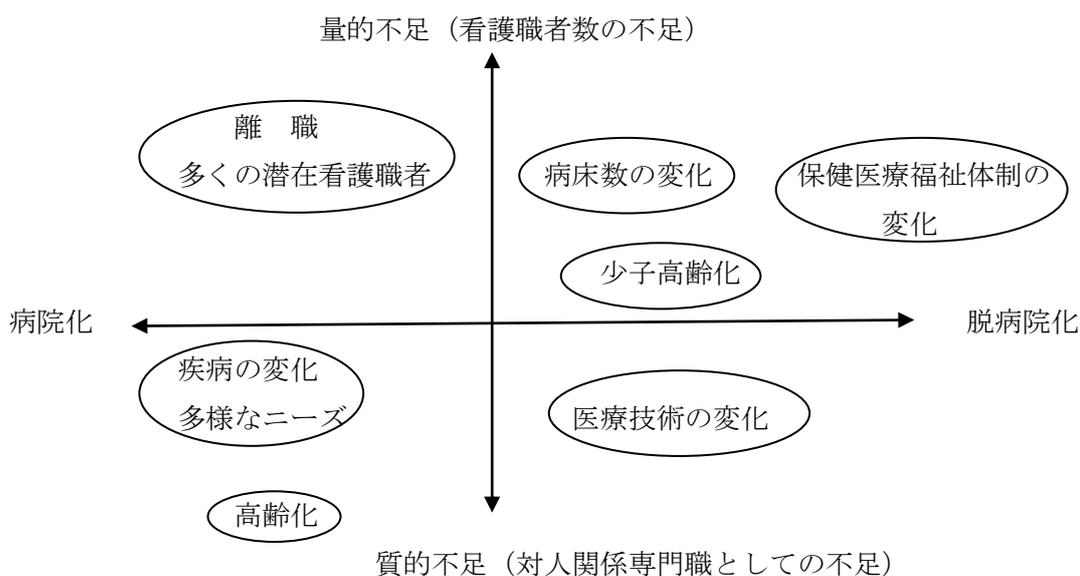


図 3-2 看護職者不足の要因

表 3-1 第七次看護職員需給見通し

(厚生労働省「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」2010 (平成 22) 年 12 月)

区分	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
需給見通し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
①病院	899,800	919,500	936,600	961,500	965,700
②診療所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③助産所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④訪問看護ステーション	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤介護保険関係	152,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥社会保健施設、在宅サービス	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦看護師等学校養成所	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧保健所・市町村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨事業所、研究機関等	13,300	14,000	14,100	14,300	14,500
供給見通し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
①年当初就業数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
②新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④退職等による減少数	144,600	145,900	147,900	149,900	162,100
需要見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
(供給見通し/需要見通し)	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

## 第2節 看護職者を取りまく社会の変化と医療政策、看護教育

看護師の「不足問題」に対応するための医療政策や、看護職者の確保策としての看護教育がどのように行われてきたのかを歴史的に明らかにする。

### 1. 看護師不足の社会問題化、労働闘争

#### 1) 労働環境改善の運動；1960（昭和36）～1961（昭和37）年

終戦後 GHQ の指導もあり、厚生省は病院での付添いが多い状況への対策として、診療報酬として看護サービス提供を料金化し、「完全看護」を創設した。しかし、看護職者を増員しないままの付添い廃止により看護労働条件はさらに悪化した。また、多くの病院では一人夜勤での緊急事態の要員対策として入寮が義務付けられたこと、早朝から深夜に及ぶ変則勤務、1週間続く夜勤など過酷な労働条件であった（田中，2008：30）。国立病院の看護職者は1960（昭和35）年にようやく週44時間労働となるが、そのために必要な2,500人増員に対し実際の増員は300人程度であった（橋岡，1998：179）。このような人手不足による過重労働、低賃金、完全看護の矛盾、寮問題、出産制限などを背景にストライキが起こる。東京医労連、全日赤によるストライキが全国に波及した結果、全寮制が廃止され、最低賃金10,000円が保障された（橋岡，1998：188）が、「付添い看護」が廃止されたのは1994（平成6）年であった。

#### 2) 夜勤闘争（ニッパチ闘争）；高度成長期の看護婦不足、1965（昭和40）年代

1961（昭和36）年、国民皆保険が実施された時期は経済成長に伴い人口の都市集中が始まり、受診量も増大し医療施設や病床数が増大した<sup>1</sup>。1965（昭和40）年には夜間勤務等規則改善に関する人事院勧告が出たが、強制力もなく守られず、そのため1968（昭和43）年、新潟県立病院でニッパチ闘争（夜勤は月8日以内、2人以上の複数夜勤を要求する運動）が起こり、全国に広まった。しかし、ほとんどの病院では夜勤回数は減らず、複数夜勤も行えず看護職者不足は解消されなかった（橋岡，1998：192）。

#### 3) 駆け込み増床による看護婦不足ストライキ；1985（昭和60）～1991（平成3）

医療費や高額な医療機器等の配置の視点から病床数が問題となり、1985（昭和60）年、病床数規制を柱とする地域医療計画の策定を義務付けた医療法改正（第1次改正）が公布された。その結果、病床数は1984（昭和59）年、1985（昭和60）年の20,000床台の増加

---

<sup>1</sup> 厚生省大臣官房統計調査部「病院月報」「医療施設調査」によると、1955（昭和30）年からの10年間で、民間病院の病床数は198,096床から424,224床へと、約2倍に増加した。

から、1986（昭和 61）年から 1988（昭和 63）年にかけては毎年約 40,000～50,000 床と一時的に大幅な増加を示した。これは施行前の増床、いわゆる「駆け込み増床」が起きたためである。さらに医療の高度化等による看護職員の需要増もあり、病院看護職員は毎年 25,000 人前後の伸びを示したにもかかわらず、看護職者不足は一層深刻となり労働条件が悪化した。医労連は看護問題の社会的な世論化を図る目的で署名活動や「ナースウエーブ行動」を指導し、各地で看護職者の白衣によるデモが行われた（田中, 2008 : 37）。これらの行動は看護職者不足の実態を社会に訴え、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」制定へとつながった。

以上のように、高度成長期には看護職者の量的不足が表面化し、労働組合指導の下に労働者としての権利闘争、賃金闘争を主としたストライキで、看護職者の労働環境や賃金は少しずつ改善された。しかし、病床数の増加と並行した看護職者の増員は行われず、看護職者不足は解決されないままであった。

## 2. 看護職者不足と医療政策

保健師助産師看護師法、医療法などは医療の現場を左右する重要な制度であるが、特に健康保険法における「診療報酬」や看護職者の確保対策としての「看護師等の人材確保の促進に関する法律」は、医療機関の運営と看護職者不足に大きな影響を与えてきた。

### 1) 診療報酬の設定

1950（昭和 25）年、診療報酬に「完全看護」<sup>2</sup>が創設され、看護サービス提供は料金化されたが、看護職者不足で一部の国立病院以外、完全看護は実施されなかった。その後 1958（昭和 33）年には、診療報酬に「基準看護」<sup>3</sup>が創設され、看護職者の配置基準は、患者対看護職者の比率が 3 : 1 となった<sup>4</sup>。また「ニッパチ闘争」に対する診療報酬上の支援として 1992（平成 4）年に「夜間勤務等看護婦加算」が新設された。

入院患者の高齢化や慢性疾患の増加などにより平均在院日数が長期化し、医療費が増大し、また急性期と慢性期の機能分化を図るために、厚生省は、1988（昭和 63）年に平均在院日数 20 日以内の病棟には特Ⅲ類看護（2 : 1）を新設した。しかし 1994（平成 6）年になっても基準看護の承認病院は約半分であり、付き添い看護料の患者負担は大きかった。そこで厚生省は、診療報酬として「付き添い」の廃止を明示した「新看護体系」を導入した。

---

<sup>2</sup> 1950（昭和 25）年厚生省保険局（当時）が①3 交代勤務、②直接的看護は看護婦が行う、③患者個人の付添がない、④看護記録がつけられている、⑤看護に必要な器械・器具が備わっていることの 5 つの条件を示した。そして入院患者 4 人に看護従事者（准看護婦含む）1 人という標準数を示し、入院料を加算し診療報酬の一部となった。

<sup>3</sup> 「完全看護」はすべての世話を病院でするとうけとられたが、少ない人数で全てを行うことは無理なので、1958（昭和 33）年に「基準看護」と改められた。

<sup>4</sup> 看護職員の構成は、看護婦・准看護婦・看護補助者の比率は 4 : 4 : 2 であった。

また、看護サービスは「病院または診療所への収容」という規定だったが、在宅医療と入院サービスとして明示され、訪問看護ステーションは、高齢者だけでなく（老人訪問看護療養費は 1992（平成 4）年より算定）、一般にも訪問看護療養費が算定できるようになった。2006（平成 18）年の診療報酬改定では、最も手厚い看護職員の配置基準として「7：1」入院基本料が創設され<sup>5</sup>、看護職員の争奪が始まった。大規模な病院は早期より看護職員の採用活動を展開したため、特に地方の中小病院や保健福祉施設での看護職者の確保が困難となった。

以上のように、診療報酬は医療機関の運営そのものに影響を与え、現場の看護を変える重要な要素となっている（森山, 2009：53-54）。しかし、診療報酬の改定は看護職者不足の原因に対する直接的な対策とはいえない。表面化した看護職者不足の後追い策であり、量的にも不足は改善されず、抜本的対策とはなっていない。従来のような健康保険法による診療報酬の改定という対症療法では、看護職者不足の解決にはならない。

## 2) 看護職者の確保対策および看護師等の人材確保法

病床数・受診数の増加、医療技術の進歩により看護職者の不足が日毎に増大するなか、国は看護職員を増やす計画として、1974（昭和 49）年から看護婦需給計画を策定し、さらに 1992（平成 4）年に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が制定された。需給計画は、既存の医療施設数、看護職者従事者報告などを基に策定されたが、需給率と実態は乖離していた<sup>6</sup>。また「第三次看護職員需給見通し」は、全国の病床数が決定しないままに、当時の医療の進歩、看護婦の労働条件の改善など考慮せず、1988（昭和 63）年に第一次需給計画の算定方法と同様に策定された（矢野, 2009：255）。この時期はバブル期で人手不足の時代であり、また高齢者保健福祉推進十か年戦略（1990（平成 2）年～1999（平成 11）年）、いわゆるゴールドプランとして、ホームヘルパーの増員、福祉施設の増設や老人保健施設などの 21 世紀までの確保戦略が発表され、さらに看護職者不足が深刻となった。1991（平成 3）年「第四次看護職員需給見通し」からは、策定方法が各都道府県からの報告をもとに、現場からの積み上げ方式に変更され、現在は第七次看護職員需給見通し（2011（平成 23）年～2015（平成 27）年）が進行中である。

平成 22 年 12 月に取りまとめられた「第七次看護職員需給見通しに関する検討報告書」によれば、看護職員の需要見通しは、平成 23 年の約 140 万 4000 人から、平成 27 年には約

---

<sup>5</sup> 以前の配置基準は「患者何人対看護職員 1 人」という表記（総配置基準）だったが、勤務時間毎に配置されている実際の人数（実質配置基準）表記となり、患者・利用者の目にふれるよう掲示することが義務づけられた。常時「7 対 1」は従来の計算法では「1.4：1」に相当する。

<sup>6</sup> 昭和 60 年には、数字的には 100%需給率となる。しかし実態は、看護の夜勤体制、いわゆるニッパチ体制（2 人夜勤、月 8 日以内）は、1965（昭和 40）年に人事院判定が出たにもかかわらず、未完全実施の状態であり、看護職者の厳しい労働条件も続いていた。

150万1000人に増加する見込みである一方、看護職員の供給見通しは、平成23年の約134万8000人から、平成27年には約148万6000人に増加する見込みとなった（表3-1、人数はいずれも常勤換算）。しかし、初年度からすでに看護職員の不足が生じており、日本看護協会では、今後18歳人口が減るなかで効率的な離職防止策を抜きに見通しの数値達成は不可能であると指摘している。また、訪問看護師の需要見通しを約28,000人としているが少ない。潜在看護師の再就職の見込みも12万3000から13万7000人としているが、その算定は多いなどの意見もある<sup>7</sup>。

養给力の強化のために、看護系大学の増加とともに就業促進のために都道府県ナースセンターが設置され、再就業、訪問看護などの促進が図られている。都道府県ナースセンター実績報告によると、2011（平成22）年度の求職数68,199人、求人数155,058人、就職者12,398人であり、就職者は事業開始の1981（昭和56）年以降ゆるやかな増加傾向にあったが、平成10年度をピークに減少傾向にある（日本看護協会、2012b）。求人者は夜勤のできることを希望するが、求職者は子育てなどで夜勤のない就業形態を希望するケースが多く、マッチングできない状況にあると考えられる。求職者のニーズに合う多様な形態で就業できるシステムの工夫が必要となる。

以上のように、厚生労働省は診療報酬における看護加算や看護師等の人材確保対策を行ってきたが、効果が上がっているとはいえない。看護職者の増員計画は、現場からの積み上げ方式に変更されたが、日本看護協会の指摘にもあるように、必ずしも看護職者の需要の実態に沿っているとはいえない。ナースセンターによる再就業者も少なく、看護職確保策も量的な看護職者不足への根本的対策とはいえない。

### 第3節 離職する看護職者

離職とは、何らかの理由で働いている組織から離れることであり、自分の意志により離れる場合とそうでない場合がある。離職は一つの選択であり、人生において職業よりも優先すべきことも多い。早期に離職する者もいれば、離職後に看護職として再就職する者もいる。

#### 1. 離職の実態

2011（平成23）年当初の看護職者の就業者数は132万500人で、そのうち新規資格取得者が4万9400人、退職等による減少は14万4600人（表3-1）で、潜在看護職員（65歳未満の看護師で勤務していない者）は約71万人である（小林、2013）。

---

<sup>7</sup> 日本看護協会ニュース（2012年8月号）で、専務理事の菊池令子委員が指摘する。

離職者については、2012（平成 24）年度の常勤看護職員離職率は 11.0%（前年比 0.1%増）、新卒看護職員の離職率 7.9%（前年比 0.4%増）である（表 3-2）。看護職員の離職が問題となったのは、離職率が 12%を上回った 2005 年度頃からであった。

また新卒看護職者が 1 年以内に離職する、いわゆる新卒看護師の早期離職も問題となり、2010 年 4 月に新人看護職員研修が努力義務化された。しかし、大規模な病院では教育研修体制が比較的整備されている一方、中小病院では体制整備が困難なところもあった。また大都市部の離職率が高い傾向は継続し、病床規模別では常勤看護職員、新卒看護職員とも、病床規模が大きいほど離職率は低い傾向にあった（佐々木・西田, 2014）。

大都市部の離職率が高いのは、大学病院などの急性期病院が多く労働内容が厳しい状況にあることや、多種多様な病院施設で常に看護師の募集があり求職者が選択できる状況にあることも一因と考えられる。また、病床規模が大きいほど新卒看護職員の離職率が低いのは、病床規模が大きいほど給与が高く、新人看護職員研修の実施率も高いことなどが考えられる。

一般の新規大学等卒業就職者の 1 年以内の離職率は、大学 13.0%、短大 18.6%（厚生労働省による 2013 年時点の雇用保険被保険者記録集計）であり、新卒看護職員の離職率より高い。しかし、女性が圧倒的に多い看護職と一般の新規大学等卒業就職者の 1 年以内の離職率は単純に比較できない面もある。また医療の現場は、悲嘆、苦痛、死などストレスの多い場であり、そこで働く看護師には独特の過酷さが伴うため、離職率が高くなることは止むを得ない面もある。しかし、ケアの担い手不足は、少子高齢社会における生活の質に直結する。

表 3-2 病院における看護職員の離職率（日本看護協会）

	2005 平成 17	2006 平成 18	2007 平成 19	2008 平成 20	2009 平成 21	2010 平成 22	2011 平成 23	2012 平成 24
常勤	12.1	12.3	12.4	12.6	11.9	11.0	10.9	11.0
*新卒	9.3	9.3	9.2	9.2	8.9	8.1	7.5	7.9

\*卒業後 1 年以内

## 2. 離職の要因

看護職者の離職に関して、ストレス耐性、適応、結婚や出産などの個人的な要因、労働環境、職場風土などの環境的要因から多くの調査・研究がある。厚生労働省は看護職者の就業実態調査において、初めて離職した看護職員の状況を調査している（平成 22 年 8 月から平成 23 年 1 月）。結果、離職の理由は「出産・育児のため」（22.1%）が最も多く、「その他」（19.7%）、次いで「結婚のため」（17.7%）、「他施設への興味」（15.1%）であった。

離職理由は結婚や出産などが一番多いが、これは離職を合理化するための手段として用いられることがある。職務に不満があり離職をしたいという態度をもっていても、離職に対する社会的規範の影響力が強く、なかなか離職できない場合などである。

離職は個人の主観的な状況から生じるもので、その要因や連関は、表れやすい問題と表れにくい潜在的な問題がある。医師などの医療チームや看護職間、特に看護師長や先輩看護師との人間関係による孤独、反目や未熟な援助技術による失敗、患者・家族からの非難など看護師としての不安や焦燥は、潜在的になる傾向がある。

看護職などの特定の職業の場合、むしろバーンアウトによる離職が多くみうけられるという指摘もある（塚本・野村, 2007）。

### 3. 多い潜在看護職者

潜在看護職者とは、看護職者としての資格をもち、就業していない65歳未満の看護職者である。先述したように、潜在看護職者は2013（平成25）年現在、就業者の半数近くの約71万人である。しかし、この人数は免許保持者数から65歳未満の就業者数を差し引いた推定であり、実際の人数は把握されていない。公立病院等でも定年が延長され、60歳以上の看護職者が働くことが可能になったとはいえ、団塊世代看護職者の定年退職等もあり、潜在化はさらに進んでいると思われる。特に臨床の看護現場で長く勤務した者は疲労感も強く、少し休みたいという思いもあり、定年を延長することは少ないようである。

看護職者の不足は、就業看護職者の半数近い潜在看護職者の存在により、ある面では「作られた不足」、「必然的不足」ともいえる。治療医学を主体とした医療供給システムである20世紀の「病院の世紀」は終焉を迎え、21世紀の現在、高齢社会や疾病構造の転換で健康概念の中心は、QOL「心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保された状態」であり、「包括ケア」モデルである（猪飼, 2010 : 218）。そこでの健康を支える諸活動の場は、従来の病院型の医療サービスよりも、生活の場に展開する保健サービスの割合が高まると考えられる。

したがって、潜在看護職者の存在は、考えようによっては、「病院の世紀」終焉後の「包括ケア」において、生活の場でQOLを尊重した看護を行う「新しい看護職のあり方」の源泉ともなるのではないか。

## 第4節 復職する看護職者

2014（平成26）年の新規再就業者数は、137,100人と想定されている（厚生労働省「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」）。日本看護協会の「2013年看護職員実態調査」によれば、「転職経験あり」が54.2%で、転職経験者は増加傾向にある。看護職員として就業していない者の今後の再就職希望も、「看護職員として働きたい」（36.1%）

が最も多く、次いで「未定」(24.0%)、「看護職員以外として働きたい」(19.6%)、「就職希望なし」(17.5%)である。

厚生労働省の調査や看護協会「2013年看護職員実態調査」は、50歳までの看護職員を対象としており、病院施設での働き方だけを想定しているのではないかと考えられる。対象年齢を70歳程度までに広げ、多様な国民のニーズ、病院以外での働き方を想定して人材活用を考えれば、さらに多くの看護職者が復職する可能性も見出せるのではないか。

## 1. 離職期間と復職の理由

日本看護協会の「2013年看護職員実態調査」では、「看護職員として働きたい」の割合は、離職期間が「1年未満」で61.4%、「1～3年未満」では51.6%であるが、5年以上では40%未満に低下する。また、看護職員としての通算就業年数が「1年未満」の者では、「看護職員として働きたい」(22.8%)に比べ、「看護職員以外として働きたい」が49.7%と高い。離職期間が長くなれば、看護現場への復帰に対しては「最新の看護の知識・技術に対応できるか」、「家事・子育てと両立できるか」という不安が強くなり、復帰が困難になると思われる。職場の人間関係や労働環境などで離職した場合は、比較的早期の復職が可能である。しかし、バーンアウトや子育て、健康問題などの場合は早期の復職は困難となる。

再就職の理由、時期、勤務形態などは多様であるが、離職期間が長い場合でも再就職は可能である。その場合は、看護職としてのよい経験をもつこと、また看護職として働きたい意欲、勤務形態、再就職先の看護・労働状況の良好さなどが関係する。その時の自分の生活状況に合った職場を選ぶことだといえる。看護の仕事の魅力として、「一生働き続けられる」、「就職・転職に困らない」ということがあると考えられる。しかし現代の若い看護師は、「看護職であるかどうかにかかわらず、興味や関心のもてる仕事をしたい」が43.5%という調査結果もある(日本看護協会, 2014a)。現在では資格ということよりも、仕事の内容と自分の価値観に重きを置く傾向にあるのかもしれない。そうであれば、今後もよりよい条件や環境を求めて、良くも悪くも看護職者の流動性は高まっていく可能性がある。

## 2. 再就職への情報提供

都道府県ナースセンターによる「看護職の再就業実態調査(2012年)」によると、直近の転職で職業紹介機関を利用した人は約4割で、うち27%がハローワークを利用し、ナースセンターの利用者は約17%、有料職業紹介事業者の利用は1.6%である。再就職先を選択

する要因は、通勤の利便性や勤務時間に関するものが多い。再就職に際しては、職業と日常生活が共存できる、いわゆるワークライフバランスが重要だといえるだろう。

今後、再就職希望者は、地域での在宅看護において重要な人材となるはずである。ナースセンターの利用者が少ないのは、離職すると、看護協会やナースセンターの情報を目にする機会が減少すること、またナースセンターが各県で1カ所ないし数カ所で絶対数も少ないことに起因する。従来の病院施設中心の求人だけでなく、看護職者への多様な求人ニーズに対して、健康な看護職者の場合は年齢を制限せずに、少なくとも小学校区レベルでのきめ細かな求人情報提供や提供方法の工夫が必要となる。

## 第5節 看護教育の歴史

看護職者の不足を補うための対策は、看護職者の量的供給が優先され、そのための看護教育体制の改革が進められてきた。

### 1. 高等看護学校（専修学校）

1948年に保健婦助産婦看護婦法が公布され、翌年厚生省令によって看護学校は日本の看護教育レベル向上のため、基準の審査を受けて厚生省または文部省の指定校として認可された。看護学校の入学資格を高等学校の卒業生とし、国家試験の受験資格を得るための3年間の専門職業教育として、教育内容の充実、看護従事者の質的向上、看護業務の重要性を認識し看護の主体的独立を目指した（榎, 1998 ; 76-92）。教育内容や運用上の細部は時代とともに変化したが、この制度・教育方針は現在も継続し、平成21（2009）年には505校、24,686人が入学している。また、厚生労働省統計報告によると看護師3年課程の専修学校入学状況は、2007（平成19）年と2011（平成22）年は、20歳以上が4,761人から6,481人に、大学・短大卒が2,081人から3,286人に増加している。2011（平成22）年の競争率は4倍である。

高等看護学校は戦後より専門職業教育の礎となり、看護職者供給の大きな柱となった。高等看護学校の多くは病院と密接な関係をもち、その病院の看護師を育成する目的で始められたものも多い。厚生労働省管轄であり教育機関として不整備で徒弟制度的な側面もあるが、臨地実習の場である病院との連携が強く、専門職としての知的・技術的、対人関係的な能力が育成されたともいえる。近年は少子化や看護大学の増設に伴い、高校卒業直後の現役学生の入学が減少し、社会人としての経験者や一般大学卒業者の入学希望が増加している。しかし大学と異なり、小規模で定員が少なく（多くは1学年定員50名程度）、質的はおろか量的な看護師不足に十分対応しているとはいえない。時代の変化に応じた多様な学生に対する教育制度や専門職教育が行われなければ、いつまでも看護職者不足は解決しないのではないだろうか。

## 2. 看護系短期大学・大学

戦後、女性が大学に入学できるようになり、女性の高学歴化が看護界にも普及した。1952（昭和27）年にキリスト教系の看護学校が相次いで大学に昇格し、大学における看護教育が始まった（日本看護歴史学会，2008）。

このように法的整備は看護教育における大学化促進の大きな後押しとなった。その契機となったのは、1990年頃からの生活水準が高まった社会の変化であり、また静脈注射の取り違いや高温の沐浴で新生児を死亡させるなど、相次いで起こった看護婦の医療事故であった。看護婦不足の声とともに「看護教育は何を教えているのか」「看護婦の質がよくない」といった批判があり（矢野，2009：258）、そういった世論の高まりが背景にあったと考えられた。文部科学省管轄である看護系大学は、看護学と看護の専門性を追求する教育を目指し（日本看護歴史学会，2008）、大学院も増加して115校となり（平成23年8月現在）、研究や看護学の確立とともに看護職の社会的地位を高めることに寄与しているといえる。

しかし、現在就業している看護師側からは、急激な大学化への戸惑いであるのか、大学化への積極的な意見はみられない（吉本・立石，2008：223-240）。その背景にあるのは、現場の看護師への救済策がないまま大学化が進むことにより、看護界も学歴ヒエラルキー社会となるのではないかという危惧である。看護基礎教育の高学歴化は、“看護の質”を向上させるが、教育期間の延長だけが“看護の質”を向上させる唯一の施策ではない（村上，2002：360-371）。

急激な大学化としての問題点として、実践力の低下が指摘されている（吉本・立石，2008：223-240）。国民の医療への安全意識の向上により、看護学生は看護技術の修得範囲や機会が制限され、一方では医療技術の進歩や少子高齢社会のなかで、質の高い看護が期待され、看護基礎教育では看護実践能力の強化と統合が求められる。しかし看護系大学の学生が実践力を高めるためには、学生数の多さに対する指導教員や実習施設の不足があると考えられる。学校数の急増による教員の移動が多い結果、実習病院との連携が十分ではなくなり、効果的な臨地実習や看護実践能力の強化がさらに困難となる可能性があると考えられる。そうした状況下で養成された、看護実践能力の強化と統合が不十分な新卒看護師にも、あわただしい臨床現場ではすぐに一人前で実践できることが期待されるので、その期待に応えられずストレスとなり早期離職となることも十分に考えられる。

以上のように、大学が急増し入学者が増加しても、早期離職が増加するならば、看護職者の需要に見合う供給は確保されず、看護職者不足は解消されない。

## 3. 認定看護師、専門看護師の育成と高度実践看護師養成の構想

看護職人材の質的向上を目指して、看護職者の職能団体である日本看護協会は、1994（平成6）年から専門領域の技術・知識をもつ高度の看護サービスを提供する看護職人材の育成を開始した。これは第二章で述べたように、スペシャリストである専門看護師・認定看護

師の育成である。さらに2011（平成23）年9月に、日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会より「高度実践看護師制度の確立に向けて—グローバルスタンダードからの提案」が提出され、高度実践看護師養成も構想された。

専門看護師・認定看護師の養成や高度実践看護師構想は、看護の専門性に対する国民の関心を高め、専門職として探究する看護職者にとっての目標となり、自律する看護職者への力にもなることがあるかもしれない。しかし看護教育として制度化され、看護職の全体的な底上げをしなければ、国民の求める看護職としての役割を果たせず、離職者も減少せず、看護職者不足は解消されない。

## 第6節 外国人看護職者の導入

2006（平成18）年に日本とインドネシア・フィリピンの経済連携協定（EPA:Japan-Philippines Economic Partnership Agreement）が締結された。協定の発効で2008（平成20）年にインドネシアから104人、フィリピンからは2009（平成21）年に93人が来日し、厚生労働省の発表では、2010（平成22）年度の看護師国家試験の合格者（合格率91.8%）は、インドネシア人が15人（285人受験）、フィリピン人が1人（113人受験）であった。

外国人看護職者に対する関係各界の反応は賛否両論様々である。日本看護協会は、国内の看護師不足を解消するための外国人看護師の受け入れには原則賛成できないとしながらも、フィリピンとの合意は看護協会が主張してきた条件<sup>8</sup>に沿っていることで、外国人看護師の日本での就労について反対はしていない（岡谷, 2004: 36-39）。日本医師会は、日本語で日本の国家試験を受験し合格した者を対象にするなど、ある程度の資質が担保されると、基本的には賛成している<sup>9</sup>。一方、日本医療労働組合連合会は、日本の医療関連労働市場に影響を与え労働条件の低下を招く、送り出す国も深刻な看護師等の不足が発生している、と反対の立場を表明している<sup>10</sup>。

介護保険の実施、在宅ケアの需要の高まりなどケアの社会化が進んだ現在、看護職、介護職の必要性を否定する者はいないだろう。しかし、看護職、介護職不足の原因分析と抜本的な対策なしに、外国人看護職・介護職を導入することは安易である。単純福祉労働力

---

<sup>8</sup> 日本人看護師の雇用や労働条件の低下への懸念から、外国人看護師受け入れ条件（①日本の国家試験の受験・合格、②安全なケア提供できる日本語能力、③日本人看護師と同等条件以上で雇用、④看護師免許の相互承認は認めない）を提示した。

<sup>9</sup> 「日医NEWS」1042号（2005年2月5日）青木重孝氏のインタビュー記事。

<sup>10</sup> 日本医療労働組合声明、2004年9月28日、日本医療労働組合中央執行委員井上久氏のインタビュー「BUSINESS Labor Trend」（2004年12月）

としての外国人労働者の導入といった在来型の保守的な対処では、対人関係専門職としての看護職不足問題は解決できないのである。

以上のように看護職者不足に対する対策は行われてきたが、後追い策であり、抜本的な保健医療福祉政策とはいえない。今後ますます多様化していく看護職世界に対応する、新しい政策が必要となる。

## 第7節 看護職者不足の諸要因と意味の変化

### 1. 看護師需給の構造の変化

歴史的に看護師の需給は、国の意向による診療報酬と中央社会保険医療協議会の決定によるものである。需要＝供給者一体の自給自足体制であり、厚生労働省（2001年省庁再編までは厚生省）による看護職員の需給計画の策定により、需要量、供給量双方の拡大傾向がともに維持され、動的な安定状態を保ってきた（橋本, 2009）。しかし1980年代後半に入ると、国は医療費高騰の抑制を図るため、病床数の規制を行う。そこで「駆け込み増床」により病床数が急増するとともに、看護師の需要も急増し、需給の安定が崩れ、看護師不足が社会問題となる。また1990年代末には大学における看護師養成課程の設置が進み、養成機関設置者のうち学校法人の割合が増加する。私立大学は少子化のなかで入学定員確保を至上命題とせざるを得ない環境にあり、医療機関の要請に応えるより、受験生のニーズに対応する傾向がある。

このように、量的拡大傾向を保ちつつ調和的な需給関係を保ってきた体制は、その内部で編成が変化している。医療費の抑制に重点をおかざるを得ない国家・政府、学生確保に重点をおかざるを得ない高等教育機関（養成機関）が、それぞれの思惑を抱えている。こうした需給調整により、看護職者不足は構造的なものとなり、「作られた不足」といえる。

### 2. 不足内容の意味の変化

看護職者不足の内容からみると、量的側面と質的側面がある。量的不足は看護職数の不足であり、質的不足は知識・技術的、対人関係専門職としての不足がある。戦後の高度成長期に繰り返された基本的な看護師不足は、医療技術の変化に伴い知識・技術的な面での看護師不足も生じたが、主として量的不足であった。1990年代以降の少子高齢社会、疾病構造の変化した時代では、それに加えて対人関係専門職としての質的不足も生じている。つまり看護職者の不足は、戦後の日本社会の歴史、医療福祉体制の中で変化し、構造的展開をしているといえる。

20世紀の医療は、治療に対する大きな社会的期待を背景にした、病院を中心とした医療システムであり、「病院の世紀」といわれる（猪飼, 2010: 3）。しかし、疾病構造の転換や長寿命化、障害者パラダイムの発展により「健康」の概念の転換が起きている。「病院の世紀」は終焉し、21世紀の現在は、医療からケアに重心が移動し、健康概念の中心はQOL

となるであろう。住み慣れた家や地域で安心して暮らし続けるためには、当事者と地域住民や専門職者が連携することで供給される、「地域包括ケア」が求められる(井上, 2011)。

「地域包括ケア」の現場における看護職者不足は、専門職としての質的な不足であり、従来の量的不足のように表面化しないかもしれない。しかしその問題性は、患者のニーズに応えられないというかたちで、看護職者自身は何よりも強く感じることになる。そうした軋轢は離職やバーンアウトを生じさせ、「不足問題」のさらなる原因となる。今後ますます多様化していく、「地域包括ケア」に対応する専門職性の確立がなされなければ、看護職者不足はより深刻なものとなっていくだろう。

## 第四章 看護職者の職業生活の軌跡—看護職者の多様なキャリア

第二章では現在の多様化する看護職世界、第三章では多様化する看護職世界に対応できないことによる恒常的な看護職者不足について概括的に述べた。では、現在の看護職世界、特にその専門職性は、どのように歴史的に形成されてきたのか、本章では、質問紙調査や聞き取り調査によって得られた看護職者のライフストーリーから、看護職者自身が仕事の内容や条件をどのように統制し、対応してきたのか、その実態を探る。看護職者たちには職業を継続することを通して、キャリアを形成し、多様化していくというキャリア形成の側面と、専門職性を自主的に高めていくという専門職化への動的プロセスの側面があり、それらは看護職の専門職性を確立していく上での「知的財産」になるのではないかと、ということについて検証する。なお、本章は筆者自身の先行研究(関口, 2005, 2006)を踏まえ、本論文の趣旨に合わせて書き改めたものである。

### 第1節 看護職者の職業生活に関する調査方法

看護職者の職業生活の実態と意識については、厚生労働省や日本看護協会をはじめ様々な調査が行われている。しかし、看護学校卒業後の生活の軌跡からみた横断的な看護職者の調査はない。看護学は従来、規範的、政策的色彩が強く、看護職者の具体的な生活実態に即した学問的形成がなされたとはいえない。

そこで、40数年前にある看護学校を卒業したジェネラリスト・ナース(マジョリティ: 多数の一般の看護職者)である団塊世代の看護職者に、それぞれの人生、生活において“看護師”という資格をどのように意識し、どのような形と意味を与えてきたのか、質問紙調査と面接調査により探る。

団塊世代は、日本社会の高度成長期とともに生きてきた世代でもあり、歴史的体験の共有という「世代」体験が、「年代」体験を越えた普遍性をもつ(天野, 2001: 9)。団塊世代の引退により、さらに潜在看護職者(免許を保持しているが就業していない満65歳未満の看護職員)と看護職者不足の増大が予測される。健康戦略の転換の時代といえる現在、団塊世代の看護職者の職業生活の軌跡を調査することは、多様な看護職者のあり方や専門職化への動的プロセスを検討する絶好の資料となると考える。

#### 1. 質問紙調査

《調査時期、調査対象者》

2008年10月20日に質問紙を送付した。対象者は、昭和41年4月に九州にあるA国立病院附属高等看護学院(筆者の母校)に入学し、看護婦(当時の名称、以下同様)国家試験に全員合格し、看護婦資格を取得した45名で、調査時の年齢は61~62歳である。卒業後の進路は看護婦として就職34名(看護学校所在地県内22名、東京9名、京都3名)、進

学9名（助産婦学校3名、保健婦学校2名、養護教諭課程4名）、未就職2名である。41名が既婚者（夫と死別した2名を含む）、4名は未婚者であり、全員女性である。

なお、昭和41年度厚生白書によると、当時の看護婦養成施設の数は211校であり、その内訳は大学が4校、短大(3年制)が7校で、高校卒業後の3年制の高等看護学校がほとんどで、A国立病院附属高等看護学院も一般的な看護師養成施設の一つである。

#### 《調査票、調査方法、集計方法》

質問紙調査票（資料4-1）は、生活や職務経験に関する14質問（選択回答）と看護職者としての経験による看護に対する考えを聞く9質問（選択回答と自由記載）からなる。質問紙についてはプレテストを施行するとともに、看護研究者の助言を受け、正確性、妥当性を確保した。連絡可能な37名に調査票を送付（2008年10月20日）した。

集計は単純集計とした。記述データは意味の類似性よりカテゴリー化した。アンケート調査への参加協力は自由意志であること、プライバシー保護の遵守、発表することを説明し、同意を得た。

## 2. 聞き取り調査

#### 《調査対象者、調査期間》

対象者は、昭和44年3月に筆者と同じA国立病院附属高等看護学院を卒業した45名のうち、連絡可能で承諾を得た18名（12名の質問紙調査回答者を含む）であり、調査期間は2008年10月～2009年2月である。

#### 《面接方法》

インタビュー内容は、卒業後の生活、職務経験について話す内容を十分に聞きとるよう心がけた。特に離職や再就職の理由については具体的に聞いた。時間は1人当たり1～2時間程度とした。インタビュー内容は文章化し、本人の確認を得た。参加協力は自由意志であること、プライバシーの保護を遵守すること、発表することを説明し、同意を得た。

## 第2節 結果

### 1. 質問紙による調査結果

対象者45名のうち、連絡可能な37名に調査票を送付し、29名から回答を得た（回収率78%）。結果は（表4-1）である。

健康状態は「やや不良」が2名で、他は健康であり、現在も勤務している者は12名、勤務していない者17名である。

看護職としての就業状況は、「一度も離職せずに30年以上勤務した」は12名（継続型とする）、「離職を経験しながらも常勤、非常勤で看護職として勤務した」は13名（中断

再就職型とする)、「卒業直後に3~5年間勤務し離職、離職後は1度も看護職として勤務していない」は4名(短期就職—離職型とする)であった。

婚姻状況、同居者や要介護者の有無、他県への居住移動の生活背景は、現在、配偶者なしが5名(独身2名、死別3名)、有配偶者24名で、独身者2名は現在も就業しており、居住移動や要介護者の有無は「継続型」「中断再就職型」「短期就職—離職型」とも変わりがなかった。離職経験の有無については、「なし」が6名、「あり」が23名で、離職回数1~4回が18名、5~9回は5名だった。

看護職としての就業期間(通算)は最高40年、最低4年、平均24年であり、卒業直後に看護婦としての勤務23名、進学後に助産婦としての勤務2名、養護教員として勤務4名で、卒業直後の就業期間は4~38年であった。

就業内容、就業形態では、「継続型」では透析、小児、助産などの領域であり、常勤だった。「中断再就職型」は訪問看護、ケアマネジャー、外来看護、高齢者看護など多様な領域にわたり、非常勤と常勤の両方であった。「短期就職—離職型」は養護教諭など学校保健領域の経験であり、離職理由は、家族介護11件、結婚9件、出産6件、子育て6件であり、その他対人関係、疲労困憊、配偶者の転勤、ケアマネジャーや養護教諭への転職などであった(図4-1、複数回答)。

看護学校への入学動機は、女性の自立が16名、やりがい・社会的貢献などが10名、経済的問題9名などであり、「継続型」、「中断再就職型」、「短期就職—離職型」による大きな相違はない(図4-2)。

自由記載内容は157件で、喜びは「患者の回復」、「患者・家族からの信頼と感謝」、「仕事の評価」、「後輩の成長」、「自己成長」など32件、つらさは「患者の死や状態の悪化」、「患者・家族への対応不十分」、「自分の子供の不十分な養育」、「生活リズムの乱れ」、「職場の人間関係」など32件、大切にしてきたことは「誠実さや体調管理」、「患者とのコミュニケーション」など29件であった。記述内容は、職務経験や生活背景の多少による相違はなかった(図4-3)。

表 4-1 生活背景と就業・離職状況（数字は人数）

勤務型 背景	継続 (12名)	中断再就職 (13名)	短期就職—離職 (4名)
健康状態	健康 11、やや不良 1	健康 12、やや不良 1	健康 4
婚姻状況	未婚 2、既婚 10（死別 1、 離婚・再婚 1）	既婚 13（死別 1）	既婚 4（死別 1）
同居者	独居 1、配偶者 6、配偶者と 子供 6、親 2	配偶者 7、配偶者と子供 3、親 3	配偶者 2、配偶者と子供 1、親 1
要介護者	2	2	1
居住移動（他県）	9	10	3
現在の就業	5	7	0
卒業直後の就業 （就業期間）	病院看護婦 10、病院助産婦 1、養護教諭 1 (4～38年)	病院看護婦 12、病院助産 婦 1 (4～7年)	病院看護婦 1、養護教諭 3 (4～5年)
卒業直後の就業継 続期間	32～40年	15～26年	4～5年
継続平均	24年		
復帰までの期間	—	3～16年	—
就業の看護内容	透析、小児、助産、看護管 理、学校保健	訪問看護、ケアマネジャ ー、高齢者看護、外来看 護、精神看護、看護基礎 教育、継続教育	成人（内科、外科）看護、 学校保健
離職回数	0回；6、1回；6	1～4回；8、5～9回；5	1回；4
就業形態	常勤	非常勤、常勤	常勤

## 資料 4-1 質問票

I. あなたご自身の生活や職務経験についてお聞きします。

【問 1】現在の健康状態についてお聞かせ下さい。

1. とても良好 2. よい 3. 普通 4. やや不良 5. 不良

【問 2】現在のお住まいの地域についてお聞かせ下さい。

1. 政令指定都市・東京 23 区 2. 県庁所在地 3. その他の市 4. 町村

【問 3】看護学校卒業後お住まいの移転について伺います。

1. 全くない 2. 1 回 3. 2~3 回 4. 4~5 回 5. 6 回以上

【問 4】住居の移転理由を伺います。

1. 自分の勤務の変化 2. 配偶者の転勤 3. 家族の都合 4. その他

【問 5】以下のうちお持ちの資格に○をつけて下さい。

1. 看護師 2. 保健師 3. 助産師 4. 養護教諭 5. ケアマネジャー  
6. その他特定の領域の専門・認定資格（具体的に )

【問 6】現在、勤務されていますか（常勤、非常勤は問わない）

1. 看護職として勤務 2. 看護職以外で勤務 ( )  
3. 勤務していない

【問 7】看護職の離職経験はありますか。 1. あり 2. なし

【問 8】看護職の離職経験がある場合、離職回数を記入下さい。( ) 回

【問 9】離職の理由を伺います。（複数回答可）

1. 結婚 2. 出産 3. 子育て 4. 自分の健康問題  
5. 家族の健康問題（介護） 6. 疲労困憊（バーンアウト）  
7. 看護に対する意欲低下 8. 職場の対人関係 9. その他 ( )

【問 10】看護職としての勤務経験年数は合計何年ですか、（6 ヶ月以上は切り上げ）

( ) 年

【問 11】看護職者として勤務経験の長いのはどの領域ですか。（複数回答可）

1. 成人慢性 2. 成人急性 3. 小児 4. 母性 5. 精神  
6. リハビリ 7. がん、ホスピス 8. 訪問看護 9. 救急  
10. 透析 11. 感染 12. 外来 13. 教育 14. 管理 15. その他 ( )

【問 12】最終の勤務場所について、あてはまるものをお選び下さい。

1. 500 床以上の病院 2. 100~500 床未満の病院 3. 100 床未満の病院  
4. 診療所 5. 保健所 6. 基礎看護教育機関 7. 介護老人保健施設  
8. 訪問看護ステーション 9. 社会福祉施設 10. その他 ( )

【問 13】ご家族について伺います。現在同居している方に○をつけて下さい。

1. 同居者なし 2. 配偶者 3. 子供 4. 親（配偶者の親、含む）  
5. 兄弟姉妹 6. その他

Ⅱ. 看護職者としての経験より看護に対する考えをお聞かせ下さい。

【問 14】 看護師となった動機はなんですか。（複数回答可）

1. やりがいのある仕事
2. 社会的な貢献がしたい
3. 周囲からの勧め
4. 人の世話が好き
5. 女性の自立した職業
6. 家への経済的負担を考慮
7. 大学受験に失敗
8. 友人が受験するのでなんとなく
9. その他

【問 15】 看護職として大切にしてきたことは、どんなことですか。その理由はなぜですか

【問 16】 看護職としての体験での喜びはどんなことでしたか。

【問 17】 看護職の体験で、最もつらかったこと、悲しかったことはどんなことでしたか。

【問 18】 看護職として働いてきたなかで、問題だと思うこと、常に考えていたが解決できなかったことや今後改善すべきと思うことは、どんなことですか。

【問 19】 新人看護師の早期（卒業後 1 年以内）離職が増えていますが、どう思いますか。

【問 20】 看護大学の増設についてどうお考えですか。

【問 21】 看護職になってよかったですか、よかったことはどんなことですか。

【問 22】 今後も看護職としての経験を活かし働きたいですか、働くならばどのような働き方をしたいですか。

以上です。ご協力ありがとうございました。

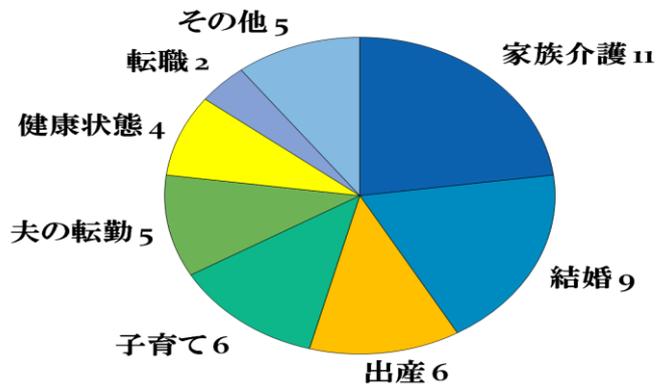


図4-1 離職理由（複数回答、数字は件数）

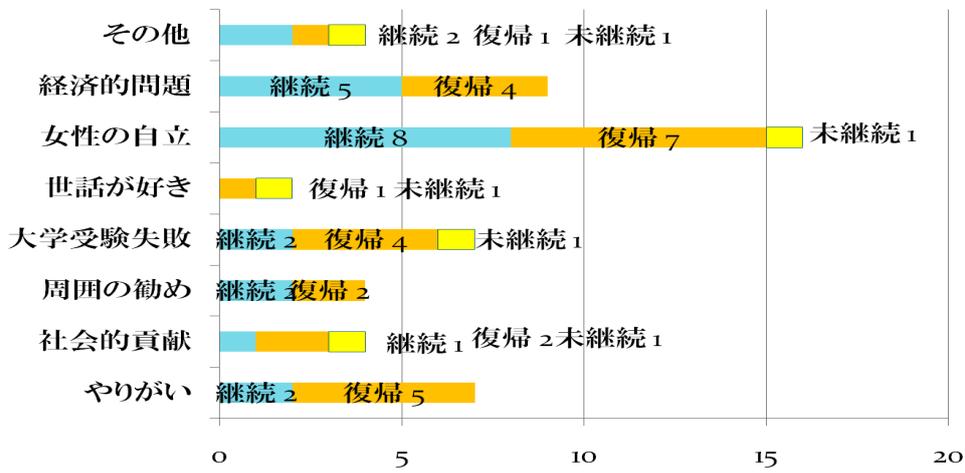


図4-2 入学動機と職業継続（複数回答、数字は人数）

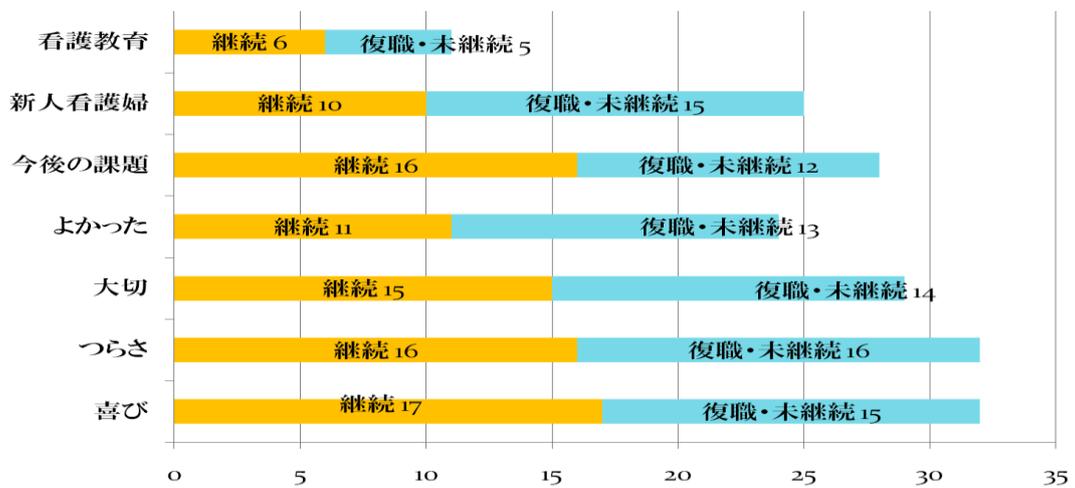


図4-3 自由記載内容（複数回答、数字は人数 n=157）

## 2. 聞き取り調査結果（ライフヒストリー）

聞き取り調査への協力が得られた者の属性は、質問紙調査結果から得られた職業継続の型とはほぼ同様であり、「一度も離職せずに30年以上勤務」の【継続型】は5名、「離職を経験しながらも常勤、非常勤で看護職として勤務した」の【中断再就職型】は11名、「卒業直後に3～5年間勤務し離職、離職後は一度も看護職として勤務していない」の【短期就職—離職型】は2名だった。各々のライフコースの概略一覧を表4-2に示し、18名からの聞き取り調査内容を以下のライフヒストリーとして描く。

### 【継続型】

**OA1さん**；看護職として39年間、独身で国立病院での看護職を継続、管理職として九州各地を転勤し、国立病院の看護部長として定年退職を迎えた。

看護学校への入学は、「友人が受験するのでなんとなく入学した」とのことだった。同じ大分の高校より5名受験していた。昭和44年3月、卒業後すぐに筆者と共に上京し、筆者と同じ東京の国立病院に就職、産婦人科病棟に3年間勤務する。親から九州に戻ってきてほしいという要望があり、昭和48年4月より卒業した看護学校の設置主体である九州の国立病院に転勤した。その後も勤務を続け、九州各県の国立病院を転勤（2～3年で転勤、転勤回数8回）し、婦長、副看護部長、看護部長と昇進していった。

しかし、看護師としての人生は予期せぬ出来事により翻弄された。「昭和55年に弟夫婦が交通事故で死亡したため、幼い2名の子供を引き取り育てた。昭和63年頃より母親に脳障害が出現し入退院を繰り返していたので、週末には九州各地の勤務先から実家に帰り、家族の世話をした」と、その時の大変な状況を淡々と語った。

最後は九州の国立病院の看護部長として定年を迎えた。この期間が一番長く5年間勤務した。国立病院の統廃合の時期で、「独立行政法人として管理運営に心血を注ぎ、疲労困憊した」と厳しかった様子を語った。平成20年3月に定年退職したが、「今はゆっくり休みたい。父親も高齢となり、母親も施設での生活であり、ゆっくり家族とかかわり、暮らしたい」とのことであった。

**OA2さん**；看護学校卒業後、透析看護を専門として勤務した。今なお、現役で看護職として活躍している。また専門看護師としての教育活動、労働環境を整えるための組合活動も行い、精力的に透析医療に取り組んだ。既婚。

看護学校への入学動機は、「伯母が助産婦をしており、水俣病で苦しむ人たちを助けたいと看護婦を志す。女性の自立した職業であることも魅力であった」とのことであった。看

護学校卒業後は「郷里の水俣に帰る予定だったが、それだけでは物足りない気がした。最先端の医療を経験したい」との思いで東京の国立病院に就職し、外科・泌尿器科で8年間勤務した。学生時代の実習で、「泌尿器科病棟の婦長は個性的で、看護婦として堂々として医師に意見を述べていた」、「血液透析が日本でも開始されると聞いた」とのことで、泌尿器科病棟への配属を希望した。

2年後、専任の透析担当看護婦となった。当時は「透析看護」という言葉すらまだなく、社会復帰できる合併症のない若い人が対象であった。保険適応だが、5割負担と経済的にも患者の負担も多かった。血液透析を開始していた医大や他の国立病院などに見学、研修に行き、積極的に勉強した。

労働運動、組合活動も行い、ニッパチ闘争にも参加した。組合活動、透析の学習、勤務と忙しく、体力的に無理となり、看護職としての研鑽か労働組合かの選択を迫られた。結局、自分のやりたいと思う看護に専念し真剣に取り組む。「看護師が結婚・出産をしてもキャリアを積み重ねるための環境を整えるには、労働組合活動も必要ではあったのだが」とやや残念そうに語った。

昭和52年4月、29歳の時、透析を専門にしたいと考え、アメリカ留学も検討したが、実現は困難だった。それで、多くの透析患者が治療を受けており、看護婦も15名いる神奈川県立の透析専門病院に就職した。昭和54年（31歳）、神奈川県立看護大学校の透析看護課程で半年間学び、また、アメリカ腎臓学会、ヨーロッパ腎臓学会に出席し、チームを組んで透析看護に取り組む外国の現状を学んだ。

ある時、学会で透析看護の終末期について発表した際に、座長の医師から、「透析患者に終末期はない、透析は人間を生かす治療だ」と言われた。しかし、合併症をもって透析する患者も多く、終末期を迎える患者も増大する傾向にあった。日本ではまだ透析という治療だけをみる医師と、透析を受け生活する患者を見る看護、と視点の違いがあると感じた。

勤務していた透析専門病院は、医師と看護婦がチームとして透析患者に取り組み、充実した看護婦生活だったが、理事長が死去して体制が変わり、充実した看護婦生活ではなくなった。そういった時期の昭和56年（33歳）に、労働組合活動で知り合った男性と結婚した。昭和58年（35歳）に長男を出産。夜間透析も週1回あるが、夜勤の時は夫が協力してくれた。平成2年、神奈川県立の腎クリニックに臨床も行う病院に管理者（プレイングマネージャー）として転職した。そこで16年間勤務し、管理者として看護婦が働く環境を整えた。

「交通や立地条件がよければ、看護婦は集まる傾向にあるが、その病院は交通、立地条件が悪かった。したがって、今働いている看護婦の職場環境を良くし看護婦確保が必要であった」と看護婦の要求を集約し、経営者と交渉した。その内容は「週休2.5日、フレックスタイム、勤務時間の選択（スライド制勤務、早出・遅出・日勤などの選択性、日勤と準夜勤の連続など）、5年間勤務するとリフレッシュ休暇1ヵ月（基本給のみ支給）と3万円支給、夏休み休暇10日間（5日間+年休・週休）、管理者にも適用」などであった。また看護婦にも、「継続することに意味がある」、「時間になったら帰宅する」ことを伝え、働く

環境の改善に努めた。そのようにして変化することが当たり前という風土をつくり、2年ごとに業務を変えた。さらに腎不全看護学会で全国の様々な看護職、教育に携わる人々との関わりによって情報をキャッチし、提案していった。

1998（平成10）年に日本腎不全看護学会を発起人の一人として立ち上げ、同時に教育委員を務めた。平成18年（2006年）、以前一緒に働いた看護部長より誘いを受け、神奈川県に設立された腎センターの副看護部長として勤務した。

現在の管理者としての目標は「腎臓・透析患者は心臓合併症をもつ者も多い。心・腎についての専門ナースを育てたい」と語る。2004年より日本腎臓病学会、日本臓器移植学会、日本泌尿器科学会、日本透析医学会、日本透析看護学会の5学会が連携をもつようになり、また、日本透析看護学会では透析療法指導看護婦の資格認定をするようになった。

今後「透析をしている認知症患者」も出現してくるだろう。看護職ががんばらなければと思っている」とのことであった。「時代とともに拡大する予防からターミナルに関わる専門看護師の育成が重要となる。心臓・腎臓といった臓器を部分で見るのではなく、からだの全体は血管のつながりが関係する。血管の老化をいかに防ぐか、各科の連携や在宅との連携が必要となり、調整役として透析医療者の役割が重要となる」と熱く語った。

看護職としての人生を振り返って「節目に人と出会い、仕事を通じて知り合った人から人生にも大きな影響を受け、成長できた」、「尿毒症で苦しんでいる患者が透析し、症状が軽減するのはうれしかった」と話す一方で、根治ではなく対症療法としての透析療法の限界と、それに対応できない看護師としての葛藤が見受けられた。

**OA3さん**；看護師を3年、養護教諭として34年間、継続して勤務する。現在も職歴を生かして青少年相談室で週3日勤務する。

看護学校に入学したのは、女性の自立を考えたからであった。九州の同じ高校から5名が入学した。看護学校卒業後は他の同級生2名とともに、九州の国立大学の教育学部養護教員課程に進学した。昭和45年3月に卒業。大学の紹介で横浜の小学校に就職が内定していたが、事務手続きのミスで卒業した看護学校の設置主体である国立病院に就職した。昭和45年4月1日より看護婦として勤務し、心臓外科、小児科、未熟児室を各1年、3年間勤務した。

昭和46年4月に結婚、昭和47年に長女を出産した。夫の両親と同居し、子供の面倒をみてもらい、仕事を継続した。自宅と病院が離れていたため、夜勤の時は泊り込んだ。

昭和48年4月、福岡市内の中学校の養護教諭として採用された。翌年、小学校養護教諭に転勤、その後7～9年ごとに小学校や養護学校に転勤したが勤務は継続した。

昭和51年、長男が誕生する。平成2年（40歳頃）より体調不良で、55歳には突発性肺出血で喀血した。平成19年、定年1年前の59歳で退職した。37年間勤務した。現在も養護学校の先輩の紹介で、青少年相談室（ヤングテレフォン）に週3日勤務している。

養護教諭としての勤務が長いが、看護婦の免許、看護教育を受けたことがどう活かされたのか聞くと、「小学校の養護教諭は一人の職種である。看護の専門職として救急車の要請や感染症対策について根拠をもって校長に意見を述べた。看護職者としてのアイデンティティをもつことができ、仕事の「おもしろさ」を感じ、辞めたいと思ったことはなかった」ということであった。仕事を継続できた理由は「子供も家族も健康であったので継続できた。15年前に夫の両親が相次いで死亡した。在宅介護について悩む暇もなく過ごせた」。最後に子供さんのことを聞くと「娘は小学校教員、息子は警察官となった。娘は夜勤がづらいと看護職にはならなかった」と、特に悔やむ様子もみられなかった。

**OA4さん**；4人の子供を育てながら、助産師として定年まで勤務した。労働組合活動で病院に保育所をつくり、出産しても働ける職場づくりに取り組んだ。

看護学校への入学は、「女性の自立を考えたから」ということであった。卒業後は九州の国立大学助産婦学校に入学する。助産婦学校を卒業すると、昭和45年4月、卒業した看護学校の設置主体である国立病院産婦人科に助産婦として勤務する。

昭和50年(27歳)に結婚、夫は生活と健康を守る組合の役員で組合専従であった。翌年長男を出産、病院の近くに住み、近所の寺で他の子供と一緒にみてもらった。自分も病院の労働組合役員となり、院内保育所の設置や地域での学童保育促進運動を行った。昭和51年4月、院内保育所が設置され、地域の学童保育が開始された。「思い、考えは行動しなければ、他人にはわからない」と話す。

昭和53年、長女を出産した。長女は看護師となり、現在東京の病院に勤務している。昭和57年、次女を出産した。次女も兵庫の看護大学を卒業して看護師となり、東京の病院に勤務している。平成元年(40歳)、次男を出産し、60歳の定年まで同じ病院で助産師として勤務した。

助産師として同じ病院で勤務を継続できた理由を尋ねると、「病院の組合の人々や地域の人々から子育ての支援を受け、勤務を継続できた」「辞めたいと思ったことはない。日々の仕事のおもしろさ、若いスタッフとの関わり、探究心と研究心が触発される現場であった」と語った。多くの看護職の離職について聞くと、「現在の看護現場は実践家を大切にしないので、どんどん辞めていく。理論や接遇面(笑顔、倫理)が強調されている。しかし、触診やエコーなどを判断して安全な出産ができるような優れた助産婦としての実践家の育成は重要である。助産婦の臨床能力を高めれば、異常出産の恐れのある場合、医師と連携できる。産婦人科医が少ない現状では、助産婦の専門力を活用すべきである。そのためには院内助産院の設置などが必要である」と、働く環境整備とともに実践家としての専門職の育成の必要性を語った。

管理職とならず、スタッフとして勤務したことに対する思いを聞くと、「一スタッフとして勤務したが、管理職になるより現場を継続できよかった」、「助産婦資格をもつ婦長

にはライバル視され、却ってやりにくかった。看護師の婦長は、助産の専門家としての能力を評価活用してくれ、やりがいとなった」、「看護学生、助産学生の臨地実習指導も長年担当した。臨床指導をまかせてくれる教員の場合、学生に多くの実践技術、知識を教えることができた」と、助産の実践家としてのプライドをもち、勤務してきた様子が伺えた。今後のことについて聞くと、今までの生活が走り続けてきたのか、「現在は、疲労困憊状態。ゆっくりしたい」とのことであった。

**OA5さん**；33年間小児担当の看護師として勤務した後、現在、地域の民生児童委員として活動している。

高校時代は演劇クラブで活躍していたが、「演劇で身を立てるのは難しいし、やはり自立するには手に職をもつことが必要と考えて看護学校に入学した」とのことだった。卒業後は、東京で生の演劇をたくさん見たいという思いと子供の看護に興味があり、東京の小児専門の国立病院に就職した。その病院では手術室勤務となり、4年間勤めた。

その後も結婚や出産、離婚と生活の変化はめまぐるしかったが、看護職としての仕事は継続した。昭和48年(25歳)に結婚した。子供の精神領域に興味をもったため、都立の専門病院に就職し、14年間勤務した。昭和49年、長男を出産、昭和53年に次男を出産したが、昭和59年に離婚した。昭和61年、勤務していた病院に新卒で入職した14歳年下の男性看護師と再婚し、翌年、他の都立病院に転勤し8年間勤務した。平成7年からは都立の乳児院に5年間勤務、平成13年に以前勤務していた都立病院に再度転勤し、2年間勤務した。

平成15年に福岡に住む父親が死去し、母親も足腰が弱り介護のため退職した。夫とともに福岡に転居し、夫は福岡の医療施設に勤務した。その後、母親はグループホームに入居し月に1週間は在宅となったが、時間的にもゆとりができたので、地域の人の推薦により平成19年より地域の民生児童委員となった。65歳以上の100名を担当するが、そのほかに生活保護者、児童や3～4ヶ月乳児訪問などもある。業務は月2,3回の会議出席、独居老人の訪問、高齢者の交通指導、シルバー手帳の配布などで結構大変である。民生委員は厚生労働大臣任命、区保健部からの委嘱で福祉行政の実際的な活動を担うが、交通・通信費8000円/月のみのボランティア活動である。「大変であるが、他に引き受けてくれる人もなく、もう少し続けられないといけない」と屈託なく話す。

#### 【中断再就職型】

**OB1さん**；家族の健康問題、育児、介護などで仕事を中断しながらも、助産婦としての活動をパワフルに継続し、地域の活動にも取り組んでいる。

卒業以来、初めて会ったが、待ち合わせた福岡のホテルのロビーにいと、博多弁で声をかけられた。お互いに年齢は重ねていたが、学生時代のさっぱりした生粋の博多っ子の様子は変わっていなかった。

看護学校への入学動機は、「姉も看護婦で、自然と看護婦を希望し、姉と同じ看護学校に入学した」とのことであった。卒業後は九州の大学付属の助産婦学校に進学した。卒業後の昭和45年4月、福岡の病院に助産婦として就職した。翌年の昭和46年4月に結婚したが、仕事は続けた。夫は郵便局に勤務する公務員であり、昭和47年に長女を出産した直後の2月、夫が倒れ右麻痺と言語障害が出現、さらに肝障害も併発し肝性昏睡となった。そのため、勤務していた病院を退職し、9月に福岡近郊の実家で、自分の子育てと一緒に、0歳（新生児、未熟児）を対象とした保育園を開設した。昭和48年、夫が復職し保育園を閉じ、以前勤めていた病院に再就職した。昭和49年第2子（長男）出産したが、夜勤時は独身の姉に子供をみてもらった。しかし、姉の結婚により、病院での夜勤も困難となり、退職することになった。

その後の1年間、福岡市の教育委員会養護部の嘱託として小学校の修学旅行の添乗や日直などをする。昭和50年、以前勤めていた病院の婦長からの紹介で、精神科の病院に勤務（6ヶ月）したが、また同じ婦長の推薦で、昭和50～55年は准看護婦学校の教員として勤務した。

昭和55～57年の2年間は休職した。その間は町内会活動、育成会、体育委員などを務め、ソフトボール大会、バレーボール大会など開催した。「近隣や子供たちとの関わりは楽しかった」と楽しそうに語った。昭和57年、母親が脳梗塞となり介護しながら、看護学校の母性、小児の非常勤講師（2校）として勤務した。昭和62年、学生の針刺し事故がきっかけとなり、看護学校講師を退職した。平成2年、耳硬化症により難聴となるが、大学病院で手術し、回復した。

平成5年、知人の紹介で病院の産婦人科外来で週3日、パートで勤務した。助産師としてエコー、モニター診察を行った。平成15年、夫に側頭葉てんかんが出現し、手術となる。さらに心筋梗塞も起こしたためパート勤務を辞め、夫の治療に付き添った。平成16年に夫が56歳で退職し、現在、夫の通院の付き添いや趣味の編み物やサークルで活動し、日々、犬の散歩など、楽しく、忙しく暮らしているとのことであった。

波乱万丈の人生であり、多くの障壁を乗り越え、難問に積極的に立ち向かい解決していった。壁に立ち向かい乗り越えられたのは、助産師という専門職であること、持ち前のバイタリティと何よりも周囲の人を巻き込む力が大きかったようだ。

このケースは一時休職したので「中断再就職型」としたが、短期間であり自分が病気になっても、回復するとすぐにその時の自分が行える看護職として勤務した。その意味では「継続型」ともいえた。

**OB 2さん**；父親、弟も医師という環境の中で自然と看護を志す。結婚後6年で夫は死去し、同時期に父親も死去した。5歳と3歳の子供を抱えて55歳まで必死で看護婦として働く。子供も国立大学を卒業し結婚、現在は趣味の山歩きをする。

看護学校への志望は「ナイチンゲールと同じ5月12日生まれで、小学校の時にナイチンゲールの伝記を読み、看護婦になりたいと思った。高校生になると、子供が好きだったから、保母か看護婦と考えた。まず看護学校を受験すると合格したので、短大の保育科は受験しなかった。医師の父親は、女性も手に職をもつことが必要と言ひ、看護学校への入学を喜んでくれたそう。看護学校卒業後は、父親が開業を予定しており、手伝うように言われていたので、看護学校と同じ設置主体の国立病院の就職試験は受けなかった。しかし父親の開業が遅れたので、九州の大学病院の結核療養病棟に1年間、勤務した。小児関係の仕事がしたかったことや、父親から独立したいという思いがあり、東京の病院に移ることを決意し、父親を説得して上京した。

東京の国立病院の小児病棟に、昭和45年4月～47年10月まで(2年半)勤務した。1年後には父親からの求めで帰郷するが、翌年には再び上京し、結婚(25歳、夫は26歳)して都立病院に勤務した。すぐに妊娠し、夜勤が無理だったので、結局3ヶ月で退職せざるを得なかった。昭和49年、第1子(長女)を出産した。半年後、夜勤がなく、子供の具合が悪い時に休めるので、近くの開業医で非常勤として働いた。夫もオイルショックの影響で勤めている会社が経営不振となり、また組合活動をしていたため、リストラ対象となり、経済的にも働かないといけない状況となっていた。

昭和51年父親が死去し、昭和52年第2子(長男)を出産したが、その後も同じ近所の病院に非常勤で勤めた。昭和55年に夫が32歳で死去した。その時、子供は2歳と5歳であった。非常勤で勤めていた病院は家族的で、アルバイトでもボーナスが支給された。正規職員になることを勧められ、夜勤は免除されたので1年間勤務した。しかし東京には親戚もなく、子供も小さいので将来への不安があり、九州の実家近くに住むことにした。実家は弟(勤務医)夫婦と母が暮らしていた。昭和56年2月、子供の小学校入学を前に帰郷した。

同年5月に福岡のこども病院の看護婦募集を市の広報で知り、採用試験を受けた。同年7月よりその病院のICU・未熟児室に勤務した。3交代で夜勤は月に10回あったが、生活のため覚悟を決めた。夜勤の時だけ母親に子供の面倒をみてもらった。この病院には昭和56年7月より平成15年3月、55歳までの21年間勤務した。小児の重症患者が多く、勤務はとてもハードであった。しかし年次休暇もほとんどとらず、自分の病気で休んだのは半日だけだった。幸いにも2人の子供も発熱などはあったが健康だった。できるだけ病気の予防に努め、自分の子供の病気で休んだことはなかった。

看護婦の仕事をやっていて、つらかったこと、切ないことがたくさんあった。子供が小学校高学年になってからは、夜勤の時も子供たちだけで家にいた。病院では看護婦として

病気の子供を看ていたが、子供が病気の時は、寝かせて夜勤に出る。ある夜勤の時、生理が始まった長女から電話があった。朝帰ってみるとお腹が痛い、きちんと処置できずにいた。母子家庭で、夜勤のある仕事をしているなかで、できるだけ子供たちが寂しい思いをしないようにしようと思った。だから、休日は遊園地に行ったり、山に行ったりして、できるだけ子供と遊んだ。食事は3食手作りで、おいしく栄養のあるものを作った。準夜勤で深夜に帰っても、6時には起きて子供の弁当を作るなどした。また、子供には贅沢なもの（携帯電話、ビデオなど）は買い与えなかったが、恥ずかしい思いはさせないよう節約し、クラブ活動や教育に関する費用の支出は惜しまなかった。二人とも国立大学を卒業することができた。長男はこの春に結婚する予定だ。入院している子供の親から誤解を受けた時はつらかったが、特に辞めたいと思ったことはなかった。

55歳で退職した理由は、「夜勤による疲れがとれなくなり体力の限界を感じ出した」、「若いナースとのギャップもあった。メールについて注意をしたら、人間関係が悪化し仕事もしづらくなった。人間関係がよい場合は何らかの口頭の引継ぎがあったが、引継ぎの廃止で、記録だけでは患者の状態が把握できないため、仕事もしづらくなった」、「子供も大学を卒業し、社会人となり自立した」、「ベテランということで、委員会の委員長など責任が重くなってきた」などであった。

管理職にならなかった理由は、「母子家庭の生活では、時間外の勉強会、研修への出席は無理であった」、「勉強より、体を動かすほうが好きである」、「責任がなく、スタッフのほうが気楽である」などであった。

看護婦をやっていてよかったこと、資格をもっていてよかったことは、「夫を亡くし、小さな子供を抱えて暮らしていくには、看護婦の資格をもっていてよかったと痛感した」、「子供の病気を予防、早期発見し対処できたこと」、「指示を受けるのではなく、自分の考え、判断で行動できること」、「人に接する職業であること。人から頼りにされることや感謝されることも多く満足感、自信となる。入院していた子供が健康になり成長した姿をみることは、うれしかった」、「乳児が死亡した時、親が医師ではなく看護婦の自分に解剖を申し出てくれたことがあった。その時は看護婦としての自分の存在を認められた気がした」と一つ一つの場面を思い出そうであった。

**OB3さん**；卒業後3年勤務し、結婚・出産・転居で離職したが、復職を希望し、非常勤など可能な仕事を行った。夫のリストラにより居宅介護事業のケアマネジャーとして勤務。

看護学校へ入学したのは、大学受験の失敗からである。郷里で進学した高校は大学を受験する人がほとんどで、当然のように国立大学への進学を目指したが失敗し、落ち込む。親の勧めで近くの裁縫学校に行くが、退屈な生活であり、女性として自立する職業を目指そうと考え、看護学校への入学を決意した。

看護学校卒業後の昭和44年4月～昭和47年10月まで、看護学校と同じ設置主体である国立病院の内科病棟に勤務した。そこでは、「自分が未熟でつらいこともあったが、看護婦を辞めようと思ったことはなかった」が、病棟婦長、先輩から多くのことを学んだ。今でも当時の看護婦、医師との付き合いがあり、病棟OB会に出席している。

昭和47年10月、親の勧める結婚相手が好ましい人だったので結婚を決意し、辞職した。これは、親に相談なく看護学校への進学を決め郷里を離れたので、結婚は親の勧めに従おうと思っていたからだった。結婚後は夫の勤務先の神奈川県に転居し、知人もいない見知らぬ土地で数ヶ月間、専業主婦をした。しかし、気分も落ち込み、ひきこもり状態で生活に不満を感じた。これだけでは終われない、社会とつながり、明るく暮らしたいと思い、近所の開業医院や病院の外来に約2年間、勤務した。しかし営利主義や看護婦を家政婦のように扱う開業医の妻の態度が気になり辞職した。さらに新聞広告で知った近くの病院の外来にも数ヶ月勤務したが、妊娠、出産のため辞職した。

昭和49年に第1子誕生、昭和52年に第2子誕生、マイホームを建てた。育児に専念するが、なにか生活に張り合いがなかった。子育てだけでいいのかという思いがあり、市民センターの講座「女性の生き方」などを聴講した。実家の母親からは子育て中は専念すべきと言われていたが、働くことで子育てへの影響はないことを、自分なりに納得したのでまた働こうと決心した。また家を建てたことで経済的にも余裕がなくなり、働く必要性を感じていた。

昭和56年、老人病院に勤務した。育児に合わせた勤務でよいという看護婦長の言葉で、就職を決意した。働き始めて半年ほどで、小学4年生と1年生の子どもから「仕事を辞めて」と言われ、2ヶ月ほど休職した。結局2年間で辞職したが、その理由は掻痒感を訴える入院患者が増えた時、院長や医師は薬の指示だけで職員に何も言わなかったことが許せなかった。症状を調べ、検査技師に「疥癬症」ではないかと聞くと、「そうである、院長から口止めされていた」という。入職当時の看護婦長もすでに辞めており、だれにも相談できなかった。看護婦をばかにしているような病院には勤められないと退職を決意した。しかし、院長に怒りや不満を直接ぶつけることはできなかった。

その後、昭和58年から2年間、神奈川県予防医学協会健康診断などの介助を行い（パート）、昭和60年から13年間神奈川の在宅訪問看護（パート）を行い、ケアマネジャーの資格を取得した。平成12年、訪問看護事業の立ち上げに参加し責任者として常勤、3名のケアマネジャーで75名の利用者を支援した。その間、車の運転免許取得、パソコンの学習、最新医療看護の自己学習で多忙であり、特に介護サービス業者（在宅介護事業所など）との折衝、人間関係で疲労困憊した。訪問看護事業も軌道にのり、1年で辞職する。この時は、疲れ果ててもう働かないと思った。

平成13年、夫が栃木県に単身赴任し、週1回は赴任先に通った。長女24歳、長男22歳となり、各自就職し自立した。娘は福祉関係に進んだ。「身体的、心理的に無理だと思い看護婦になることは勧めなかった」と残念そうに話す。

平成14年、夫が58歳でリストラによる早期定年退職。夫は突然に退職勧告を受け、落ち込む。それで自分がまた働こうと、再就職を決意する。その時、在宅看護事業の立ち上げと一緒に勤務したケアマネジャーから居宅介護事業を手伝ってほしいという依頼があり、再度ケアマネジャーの仕事を開始した。平成14～17年の2年半、居宅介護事業のケアマネジャーとして勤務（パート）した。娘も結婚し、出産して近くに住んだ。娘の仕事を継続できるように支援することが大切だと考え、孫の世話をすることにし、仕事を辞めた。現在は夫（64歳）、自分（61歳）の二人暮らしである。孫も成長し保育園に元気に通っている。息子はまだ独身だが、東京で就職し暮らしている。夫も再就職し元気に暮らしている。

看護職として働いたことに対して、「働くことは、今まで仕方なくやってきた。60歳になったら、仕事を辞めて楽しく暮らそうと思っていた。しかし、いざ60歳になってみると、特に趣味もなく年金も基礎年金の2万円/月でもあるし、何らかの看護関係の仕事ができる」とよい。看護は社会と接し刺激を受け、やりがいがある仕事だから」と仕事を続けている人に対して羨む表情が伺えた。「自分は継続的にキャリアを積み重ねる看護の仕事ができず、がんばっている看護学校の同級生がうらやましかった。しかし、振り返ってみると、自分も思った以上に看護の仕事をやってきたと思う」と、看護職としての生活への満足感がみられた。

**OB4さん**；就職後2年で結婚しその後、離職する。子育て後、16年のブランクの後、訪問看護婦として復帰、20年の勤務で疲れ果てて58歳で退職した。

看護婦を志望したのは、「母が家政婦紹介所を営み、寡婦への家政婦紹介をしている状況をみて、また母親から勧められた」とのことであった。看護学校卒業後の昭和44年4月に看護学校の設置主体である国立病院小児科病棟に勤務する。その病院は、九州での小児、特に未熟児治療の中核病院であり、未熟児も定床36名が常時いたため新卒看護婦生活は厳しかったようだ。「夜勤も未熟児室担当となれば一人で看護しなければならなかった。ほとんど休憩もとれず、現在のようにモニターなど医療機器もない時代、全く目を離せない状態で緊張して勤務した」というが、「先輩や指導者から多くの指導を受け、早く一人前の働きができるようがんばった。密度の濃い看護を学んだ。仕事はおもしろくなっていたが、疲労困憊感も強かった」と、充実感とともに身体的な厳しさもあったようだった。ちょうどその時、学生時代から付き合っていた恋人から結婚の申し出があり、1年半でその病院を辞めた。

23歳で結婚し、福岡市内に居住し、近くの内科クリニックで1年半ほど勤務するが、23歳で長女を出産し辞職した。仕事を辞めたのは、「夫と二人暮らしで子供の世話をする人がいない（当時は保育所も少なかった）、子供は自分で育てたいという思い（当然という思い）、また夫の希望でもあった」。

24歳で次女を出産、28歳で長男を出産した。長男が小学校に入学した時、子育ては一

応できたので、仕事をしたいと思うようになった。再就業者研修を受講し、近くのクリニックに勤めるばかりにしていたら、長男から「家に帰ったらお母さんがいないのは寂しいから、仕事は辞めて」と言われた。鍵っ子にする不憫さを感じ、仕事を再開できなかった。その後14年間、子育てと主婦業に専念した。

38歳で夫が千葉県に転勤したので、近くのクリニックに勤務する予定であったが、市の広報で訪問看護婦募集をみて応募した。しかし市の募集はパートであり、結局クリニックの常勤の訪問看護婦として再就職する。その間、長女は国立の看護専門学校に入学して看護婦となり、横浜の病院で16年間勤務した後に辞職した。辞職理由は、医師の指示の下での看護の限界、西洋医学ではない他の治療法への関心であり、その後、理学療法士の学校に入学した。次女は「自分は看護婦には向いていない、血をみるのがいやだ」といって、会計の仕事をしている。長男は理学療法士になり、結婚し、現在金沢の大学で講師をしている。

52歳（平成12年）の時に介護保険がスタートしたので、ケアマネジャーの資格を取得した。非常勤フルタイムで働いた。56歳（平成16年）でケアマネジャーの更新研修も受けた。看護職のケアマネジャーについて「患者、家族に尽くし、医療的な面に力を入れる傾向にあると感じた。在宅では本人・家族がどのような希望をもっているのかが大切であり、その意向に沿って援助すべきだが、どうしても看護婦としての思いを押し付ける傾向にある。「大きなお世話」をして相手から断られると傷つき、落ち込む、一生懸命に時間もかけて疲れ果ててしまう」と語った。

58歳（平成18年）でケアマネジャーとして勤務していた訪問看護事業所を辞職した。勤務していた訪問看護事業所が介護保険新制度により事業所を閉鎖、包括支援センターとして再スタートすることになった。「ケアマネジャーも人数が充足してきた。自分は、燃え尽きたような気がして疲れ果てていた」と自己を悟ったように淡々と話した。

長年、介護職と協働してきた看護職としての意見は、「介護予防システムも導入されたが、介護予防の希望は少ない。予防は本人が必要を感じないと難しい」、「介護保険制度は問題が多いが、介護の社会化に貢献したと思う。看護師として、寝たきりの高齢者の声なき声を聞き、家族を支援する訪問看護はやりがいがあるが、病院で勤務するより給料は少ない」、「24時間サポートシステムだと、負担感、拘束感が強く、労働条件が悪い」、「介護職のケアマネジャーはキャリアアップになるかも知れないが、看護職のケアマネジャーはキャリアアップでもないし、むしろコストダウンである」と、介護における看護職者の位置づけ、待遇に課題を提起した。

**OB5さん**；看護職として7年間の臨床経験後、子育てをしながら、休祭日の急患センターで働いた。さらに、生協活動、子育て支援活動、高齢者ふれあいサロン、看護学校非常勤講師など、幅広く多方面で地域活動を地道に続けている。

弟が障害児であったことが契機で、小児看護を希望して看護学校へ入学した。卒業後の昭和44年4月、重症心身障害児治療が開始予定であることを知り、卒業した看護学校と同じ県内の国立病院に就職、2年間勤務した。昭和46年2月に退職して、愛知県にある施設で重症心身障害児への援助の研修(1ヶ月)を受け、昭和46年4月から2年間、同県の病院で内科、小児科に各1年間勤務する。昭和48年、卒業直後に勤務した国立病院の重症心身障害児病棟に3年間勤務する。

昭和50年(27歳)に結婚し翌年に長女出産、またその翌年に次女を出産した。年子の出産と自分の骨折で退職することになった。昭和53年より平成17年までの27年間、市政だよりの募集で知った休祭日の急患センターに勤務する。さらに地域の生協活動、子育て支援活動を続けた。

平成16年より週2回、2校の看護学校で小児保健の非常勤講師、現在は「高齢者ふれあいサロン」と「子育てサロン」を月2回主催する。高齢者の病気や対応処置に看護職者の知識、技術を活用し、また子育てサロンでは、規則正しい食生活、食育に取り組んでいる。

最近の看護師について聞くと「最近、実父が死去したが、入院していた大学病院の若いナースの高齢者への対応に眉をひそめた。余裕がなく、患者の傍に少しも来ず、パソコンに向かっている」と批判的な言葉が聞かれた。「子供には看護職になってほしかったが、長女は動物の介護、次女は保育士になっている」と少し残念そうであった。

**OB6さん**；卒業後、看護職として8年間勤務後、結婚・出産、夫の転勤で退職。16年のブランクの後、45歳から近くの療養型病院に再就職した。定年を過ぎた現在も、看護部長として意欲的に活動中。

看護学校への入学動機は、「女性として自立した職業であり、高校の先輩の勧めもあり入学した」とのことで、卒業直後の昭和44年4月、京都の病院に就職し2年間勤務した。昭和47年4月より、看護学校の設置主体である国立病院に戻り、学生時代から希望だった手術室に6年間勤務した。その後、結婚し、さらに出産や夫の転勤、子育てで16年間、離職していた。

平成4年、45歳の時、子供も成人し家も建て落ち着いたので、近所の療養型病院に再就職した。現在、60歳の定年を過ぎたが、病院の人材不足でまだ看護部長として勤務している。看護職の人材確保、継続教育に情熱を注いでいる。

看護職として16年のブランクの後の再就職に、不安はなかったようである。それは、卒業直後の京都での2年間の臨床経験と、地元の国立病院での手術室での6年間の経験が大きな支えとなったようだった。

**OB7さん**；結婚・子育てをしながら27年半、看護職として勤務した。仕事を継続する上では夫や姑の協力があつた。長男は外科医として活躍しているが、現在は、その息子を支援している。

看護学校には、「手に職をもち自立したい、性格的にも強いところがあり、女権拡張論者であつた。結婚するにしても、離婚しても自立できる職業につきたいと思つた。教師希望だったが、滑り止めに看護学校を受験して合格。もう受験勉強はしたくなかつたので入学した。看護学校卒業後、今、考えてもよくわからないが、東京の私立大学病院に就職した。しかし、半年もしないで退職。退職理由については「特に理由はなかつたが、自分は直感的な行動傾向があるからか」と語つた。

九州に戻り、昭和44年10月(22歳)頃、同級生から誘いを受け、福岡の病院に就職した。それから平成10年まで同じ病院で勤務する(50歳までの27年半勤務)。内科、外科、小児科、外来と勤務し、退職する3年前に外来婦長となる。

昭和47年に結婚し、昭和48年26歳の時に長男を出産、昭和56年34歳の時に長女を出産した。実母はすでに死去してつたので、夜勤時は夫の母親が子供をみてくれた。夫も仕事を続けることには協力的であつた。「そのような男性と結婚したので」と話す。

職場は結婚、出産しても働く看護婦が多かつた。長男が長女の保育園の迎えをしてくれた。仕事を続けていくなかでつらかつたことは、「子供が病気をした時、夜勤を休めず、寝かせて出かける時」、「夫の帰宅が遅くなつた場合でも、夜勤に出なくてはならない時」と言うが、「しかし、それは退職する理由にはならない。子供の病気も一時的なものである。長男は3歳から喘息で、中学の時には重責発作で呼吸困難を伴つた。だから薬剤師か医師になれば、このような事態は避けられると思ひ、子供にそのように話し教育した。息子は退院時に自分の進路が明確になつたと、その後勉強して国立大学医学部に進み、現在外科医となつている」と、問題に立ち向かう行動の必要性を説いた。

仕事の面白さは、「看護婦は特に好きだつたわけではないが、仕事は好きだつた。専門的知識・技術を発揮できる。知らないことは勉強し、知識も広がる。知的満足感がある。患者、家族との関わりも面白い。できるだけ優しく接するよう心がけた。患者・家族からも信頼された」と語つた。

47歳から外来婦長となり、問題は速やかに解決できるよう心がけた。外来は非常勤の既婚ナースが半分を占めるため、子供の入学式や卒業式で休暇の希望が重なることが多い。この時はできるだけ希望を優先した。自分の経験からも、希望が叶うと他の人がそういった場合も協力できる良い職場環境になつた。外来は婦長としてリーダーシップを発揮でき、人間関係も良かったが、病棟と異なり知的刺激が少なかつた。子供たちも自立したので、退職することにした。

現在の生活については「息子は国立大学医学部を卒業し、外科医として各地の大学病院を転任している。引越しの手伝い、孫の看病など、親の役割をゆつくり果たしている」、さ

らに「医療事故が起こった場合など、医師の長男から相談を受ける。自己保身は裏目に出る。人間は感情で動く、すぐに謝ること、と医療の場で経験したことを助言している」と、今までの看護職生活に自信と満足感をもち、過ごしている様子であった。

○B8さん；結婚、出産、夫の転勤で継続した看護職の勤務はできなかったが、看護が楽しい、人と接するのが好きという性格で、多様な勤務形態、場で勤務を行った。現在は介護の場で勤務し、地域との連携をもつためのボランティア活動に取り組んでいる。

親や周囲の人達から、教員が女性として安定した職業であると勧められたが、それに反発して兄が住む近くの看護学校に進んだ。看護学校を卒業した昭和44年4月、看護学校の設置主体と同じ国立病院に就職し、泌尿器科、小児科で1年半勤務した。昭和46年10月、結婚を決意して退職し帰郷するが、父親の反対にあい、根気強く説得した。その間、近くの開業医でアルバイトをし、昭和47年3月、親の承諾があり結婚して広島に転居し、近くの個人病院の外科に常勤職員として勤務した。昭和48年8月、長女出産のため退職し、翌年次女（現在、看護師）を出産した。昭和51年、近くの外科病院で非常勤パートとして勤務した。夫は仕事が忙しくて帰宅も遅く、子供をみてくれる人がおらず、常勤職員として夜勤ができなかったためである。この頃、父親が死去した。

昭和52年に長男を出産したため、外科病院の非常勤パートを退職した。この後、知人の看護婦から生命保険会社の手伝いを頼まれ、3年間努めた。昭和56年、夫の転勤で九州に戻った。昭和60年、長男が小学校に入学した頃、知人から開設した個人病院の婦長として誘われ、5年間勤務した。この間、管理者として看護婦の待遇改善に取り組んだ。また、ホスピスに関心をもち、平成2年、知人（長男の学友の親）より、ホスピスを開業する病院を紹介され、ホスピス病棟、外科、内科、循環器科病棟婦長として9年間勤務した。平成11年、51歳の時、敬愛していた兄が悪性疾患となり、看病に専念するため退職した。

兄の死去により母親も精神的に不安定となったため、母の面倒を1年間看るが、平成14年に母は死去した。翌年の平成15年に、知人の紹介で健診センターに勤務した。平成18年9月、デイサービスの開業に伴いパートとして半年勤務し、管理者の辞任により現在、管理者として勤務している。

様々な場で看護師として仕事をして、楽しかったこと、つらかったことを聞くと、「仕事をしたいと思う基準は、①楽しい、②家族も喜んでくれる、③収入、④社会貢献、⑤自分も満足できる、であり、これらの基準に合わなくなると退職した」、「人と接すること、関わるのが好き」、「夜勤の時は朝食と昼食を作り出かけた。それで子供たちも健康であった。時間的にも厳しかったが、実母が郷里より手伝いに来てくれ、自分も若かったのか、つらいとは思ったことはなかった」、「今、娘が仕事で遅くなった時、自分も遅くなると、孫の面倒が見られないのがつらい」という。特にうれしかったことは「婦長をしていて、スタッフが辞めず、自分と一緒に仕事をしたいというスタッフが多く、うれしかった」、「看

護学校の学生の時、自分にも厳しいが人にも厳しいと言われた。人に対する寛大さが必要と心に残った。したがって、人をゆるすこと、働きやすい職場にすることを心がけたお陰と思う」と語る。

介護の現場における看護師の意見として「介護施設の管理者をしているが、看護職の資格は求められていないため、給料は30万円/月に満たないものである。介護の現場にも看護職人材が必要で、看護職が入ることで、介護職の給料、待遇も改善されるようにならないと、今後の高齢社会には対応できないのではないかと語る。さらに現在「任意ボランティア団体である“ふれあい連絡網”で活動している。認定は受けていないが、認知症の人々もいる。高齢者を地域で見守り、お弁当を届けたりする活動である。宅老所施設長、ケアマネジャー、グループホームの住職、大学の先生などが参加している」、「介護の領域に踏み込むと視野が広がる。介護の場は、患者ではなく顧客としての満足を考えることが必要である」と、医療施設と在宅での看護職者の活動の違いについて語った。

**OB9さん**；卒業して3年、国立病院の手術室で働き、結婚・出産で退職。3人の子育てと夫の転勤で働けず、子供が小学校を終えた時期から少しずつ仕事（精神・在宅看護）を開始。県看護協会での在宅看護研修の企画運営を56歳まで行った。

看護学校への入学動機は、子供の頃の入院経験による看護婦へのあこがれと、兄が大学生だったので親に経済的負担をかけずに勉強できると考えたことであった。

卒業後の昭和44年4月より看護学校の設置主体である国立病院の手術室に3年間勤務した。昭和46年に結婚し10月に長男を出産したが勤務を続け、昭和47年2月に次男の妊娠で退職した。2人の子供を育てるには、親類も近くにいないし、自分で育てたかったので退職することにした。

昭和49年長女を出産し、また昭和53年から夫が3年ごとに転勤することになり、看護婦として働きたかったが、子供の世話、夫の転勤でできなかった。

昭和63年、長男が中学3年、次男中学2年、長女小学6年の時、夫が熊本に転勤した。子供の学友の母親の勧めで老人病院にパートで勤務した。15年間のブランクで不安があったが、この機会を逃すともう看護婦はやれないと思い決断した。夫も、家のことをきちんとするならと承諾してくれた。その病院は看護部長が教育的で雰囲気も良く、パートを1年した後、常勤となった（夜勤も週1回程度）。働き出して戸惑ったことは、看護記録であった。手術室の経験しかなかったので、注射などの技術的な問題はなかったが経過記録の記述は経験しておらず、空白欄をつくって注意を受けた。常勤が2年過ぎたころ、看護部長が精神病院に移り、そこで一緒に働くことを誘われ5年間勤務し、精神訪問看護も行った。精神訪問看護では、問題状況が心理的な要因なのか、身体的病状によるものか、観察判断の重要性を再認識し、看護職者として充実感を覚えた。

平成8年(48歳)、夫がまた転勤となった。その県で10ヶ月失業保険を受け、県のナースバンクに登録にいったところ、ナースセンターで働かないかと誘われ、県看護協会で訪問看護担当者として勤務することになった。精神訪問看護の経験が買われ、8年間勤務した。そこでは、訪問看護養成コースの企画・立案・評価、介護保険開始に伴うケアマネジャーの受験対策、訪問看護に関係する講義依頼、行政との連絡などを行ったが、疲労困憊して56歳で退職した。

平成19年(59歳)、夫の定年退職で転勤前の土地に建てた家に戻った。5年間住んだだけで、13年間貸していた家をリフォームし、現在、落ち着いた生活を送っている。

看護職として仕事を続けたことに対して、「自分が働いたお金は3人の子供の教育費用、家を立てる資金の一部として経済的な貢献をしたと思う。しかし、長女が中学生の時、夜勤をしていて寂しかったのか、疲れた自分を見ていたのか、看護婦は夜勤があり大変だ、自分にはやれないと看護婦を志望しなかった」と、少し寂しそうな表情をみせた。今後の生活については「資格を活かしたボランティア活動を考えている。さわやか大学(老人大学)で多くの人達と交流していきたい」と前向きな姿勢であった。

**OB10さん**；卒業後看護職として3年間勤務し、結婚、出産で退職。子供が小学校4年になった頃、近所のクリニックに5年間勤務するが、その後仕事はしていない。夫の介護を行い、夫の死去後は、遺産の不動産管理や孫の世話をしている。

大学への進学を考えていたが、友達が看護学校を受験するので一緒に受験したところ、大学より先に合格が決定した。手に職をもっていたほうが良いという親の勧めもあり、看護学校に入学した。

看護学校卒業後は看護学校の設置主体である国立病院の神経内科病棟に勤務する。3年後の昭和47年に結婚し、昭和49年に第1子(長女)を出産した。当時、近所で0歳児保育をやっているところもなく、5年間勤務して退職した。昭和51年、第2子(長男)を出産した。38歳になった昭和60年頃、子供が小学校の3年生になり手もかからなくなったので、近所のクリニックに5年間勤務した。

平成2年(43歳頃)、夫は親の遺産(土地、家屋などの不動産)を相続し、会社を辞めた。再就職をせずアルコールに依存する夫をみて離婚も考えたが、夫は肝臓病で入退院を繰り返していたため、勤務していたクリニックを退職し介護した。その後、夫が死亡し、夫が残した不動産などの遺産管理をしながら、現在、同じ敷地内に住む孫の面倒をみながら、悠々自適の生活を送っている。

**OB11さん**；看護学校卒業後、養護教諭として小学校に5年間勤務、同じ小学校に勤務する教諭と結婚、出産で退職した。その後も夫の紹介で、産休代替えや非常勤の養護教諭として勤務した。

看護学校に入学したのは、「看護婦は女性の自立した職業であり、人の世話をするのが好きである」からであった。看護学校卒業後は、他の同級生2名と九州の大学の教育学部養護教員養成課程に進学した。卒業後は大学より紹介された横浜の小学校に5年間、養護教諭として勤務した。そこで小学校教諭だった夫と知り合い結婚、出産し、退職した。

2人の子育てをしながら、夫の紹介で非常勤の産休代替教員や非常勤講師を可能な限り行った。働くことによりお小遣いとして自由に使えるお金を、自分で稼げるのはうれしい。また、子供とのふれあいは自分をリフレッシュしてくれる。現在も非常勤の養護教諭として勤務しながら、趣味の手芸や孫の世話をして暮らしている。穏やかに「今も子供夫婦、孫の世話で結構、忙しい」と、終始にこやかな笑顔で話す。

### 【短期就職—離職型】

**OC1さん**；養護教諭として7年半勤務後、結婚・出産のため退職。夫の転勤、病弱な子供を抱えて、仕事の復帰はできず。病院での臨床経験がないことが不安で、看護職としては復帰困難であった。

看護学校の入学は「姉2人が看護婦であり、自然と自分も看護婦になることを決めた」とのことであった。看護学校卒業後は中部地方の大学の養護教諭課程へ入学し、翌年の昭和45年3月に卒業後は、兄が住んでいる関東にある県の小学校で養護教諭となり2年半勤務した。

昭和48年4月に結婚、神奈川県に転居し近くの小学校の養護教諭として5年間勤務した。その間、25歳で長男、28歳で次男を出産した。その後、夫が九州に転勤となり、夫の両親と同居するが、姑は嫁が働くことには反対であり辞職した。そのうち、長男が腎臓病となって病院通いが続き、働くことは考えられない状況になった。

その後も、夫が2~3年ごとに転勤し、37歳の時、山陰地方に転勤となった。夫の両親は九州に残り、夫の弟夫婦と同居することとなり、家族4名で暮らした。長男は腎臓病、次男もアレルギーで、子供の病院通いは続いた。次男は何度の転校でも友達をつくり活発に遊ぶが、長男は病気のため友達と外で遊ぶこともできず内向的な性格となった。

47歳の時、夫も病気となり、負担の少ない東京支社の部署に異動となり、神奈川県に移住した。2人の息子は私立大学で学費もかさみ、夫も慢性の疾患をもっているため経済的にも不安があり、仕事をしようと考えた。しかし養護教諭は年齢的に採用が難しく、看護師の資格はあるが、臨床経験が全くないので無理だと思った。看護師の再就業研修を受講したが、1週間の研修で実際的な臨床研修は少なく、やはり看護師としての就職は難しかった。結局、近所のスーパーマーケットに、今年の3月まで勤めた。14年間勤務し、レジから商品管理まで近隣の主婦の人達と勤務した。健康であり、まだ勤めたかったが、スーパーも

経営が厳しくパートへの移行を打診されたので、退職することにした。61歳となり、年金支給となる25年間は勤務できた。

今までの生活を振り返り、「実は仕事をしているほうが、つらいことは忘れることができた」と長男や夫の病気のこと、実母の状態など、心配が絶えない家庭の状況を赤裸々に語った。看護職としては活動できなかったが、家族を立派に支え生活してきた自信が伺えた。

**OC2さん**；養護教諭として5年間の勤務であったが、離職後も子供への読み聞かせ活動を行い、現在も地域での子育て支援活動を行っている。

看護学校への入学は「子供の教育に関心があった。国語の先生になりたいと思っていたが、ひょんなことから入学することになった」と話す。看護学校卒業後は九州の国立大学の教育学部養護教員課程に同級生3名と一緒に進学する。大学卒業後は大学に神奈川県からの募集があり、昭和45年4月～50年3月まで小学校で養護教諭として勤務した。そのなかで、子供は子供同士での遊びのなかで育つことを実感した。

27歳の時に結婚し、3人の子供を出産した後に退職した。夫の転勤もあり、仕事への復帰はしなかった。30歳の時、「子供劇場」の活動に参加する。その後、様々な子育て支援活動のボランティア活動を行い、NPO法人を立ち上げた。その活動では看護職、養護教諭という体験を活用できた。45歳より「生活クラブ生協」に12年間勤務し、食育問題に関心をもった。53歳の時には、他のNPO法人の創立を手伝い、55歳で子育て支援のNPO法人の地区支部の代表となり、広島、長崎の朗読劇一被爆者の手記を朗読する。「命・平和・子供への思いは看護学校での学びが基盤となっている。平和、文化、健康も生活の中にある」と熱く語った。そして、今までの活動や読み聞かせなどについて、本にしようと取り組んでいた。

時 事例	昭和 44 年 (1969) 21 歳～	昭和 53 年 (1978) 30 歳～	昭和 63 年 (1988) 40 歳～	平成 10 年 (1998) 50 歳～	平成 20 年 (2008) ～60 歳	備 考
<b>【継続型】</b>						
A1	東京・病院⇒転勤（九州）、親の介護、看護管理者で転勤					看護管理
A2	東京・病院⇒専門病院⇒結婚・出産(2人)⇒転勤、学会設立					透析専門
A3	看護師、結婚⇒養護教諭、出産(2人) 病気					養護教諭
A4	助産師、結婚、出産(4人)⇒同じ国立病院で勤務、労働運動					母性看護
A5	東京・病院⇒結婚出産(2人)⇒離婚⇒再婚、離職、九州（親の介護）					小児看護
<b>【中断再就職型】</b>						
B1	助産師、結婚、出産(2人)⇒夫病気⇒非常勤の講師、産婦人科外来					母性看護
B2	看護師⇒離職⇒結婚、出産(2人)⇒夫死去⇒九州・看護師					小児看護
B3	看護師⇒離職⇒移住、結婚、出産(2人)⇒看護師（パート）⇒訪問看護⇒夫の離職⇒ケアマネジャー					移住、夫の 離職
B4	看護師⇒離職、結婚、出産(3人)⇒夫転勤⇒訪問看護⇒ケアマネジャー					長女看護師
B5	看護師 ⇒結婚⇒離職、出産(2人)⇒非常勤で急患センター、講師					障害児看護
B6	京都・九州病院⇒結婚、出産(2人)⇒離職⇒療養型病院勤務					看護部長
B7	東京・九州病院⇒結婚、出産(2人)、家族が育児協力⇒50歳で退職					長男医師
B8	看護師⇒結婚、夫転勤⇒離職⇒出産(3人)⇒保険会社⇒介護施設					長男医師 次女看護師
B9	看護師⇒離職、結婚、出産(3人)、夫転勤⇒訪問看護⇒県看護協会					精神看護
B10	看護師、結婚、出産(2人)⇒離職⇒クリニック（パート）⇒夫の死去					遺産管理
B11	養護教諭⇒結婚、離職、出産(2人)⇒産休代替教諭、非常勤					夫が教諭
<b>【短期就職—離職型】</b>						
C 1	養護教諭、結婚、出産(2人)、夫の転勤⇒離職⇒子供・夫の病気					養護教諭
C 2	養護教諭⇒離職、結婚、出産(3人)、夫の転勤⇒地域での子育て活動					養護教諭

表 4-2 事例のライフコースの概略一覧

### 第3節 考察

本調査により、多くは中断しながらも看護職として40年近く勤務していることが明らかになった。その活動は多彩であった。卒業直後は勤務したが、その後は全く看護職として勤務していない者もいたが、その語りには専門職としての意識が伺えた。そこで職業生活の軌跡から、看護職としての多様なキャリアと専門職化への動的プロセスについて考察する。

#### 1. 多様なキャリア

キャリアの定義は研究者により様々である。キャリアの定義を、勝原は「生涯にわたる仕事関連の経験と活動に結び付いた、態度や行動の個人的に認知された連鎖」として、ホールの定義を紹介し、①組織内の昇進や昇格、②ある種の専門職にみられる体系的なステップ、③生涯にわたる職業経歴、④役割に関連した諸体験の連続で生涯にわたるもの、という4つの見方を示す。そして、あくまでもキャリアの主体は個人にあり、結果ではなく体験が連続するプロセス（過程）がキャリアなのである（勝原, 2007 ; 15-16）。

人は仕事だけでは生きられず、ライフサイクルにおいて、仕事と家族と自己自身が個人の内部で強く影響し合う。この相互作用は、成人期全体を通じて変化する（シャイン, 1978 = 1991）。したがって、看護職として仕事を継続していなくても、自ら意識的に選択していれば看護職者としての一つのキャリアといえる。つまり、看護部長や看護師長など組織内で昇進しなくても、専門看護師にならなくても、離職をしても、再就職しなくても、生涯にわたる仕事のプロセス、つながりがキャリアを発達させる。立ち止まり、動かないというのもキャリアの形であり、専門性をもつだけがキャリアではないのである。

本調査の対象である団塊世代の看護職者は、現在よりも狭い看護職世界にあり、社会のなかでの地位も低かったが、自分のおかれた環境、制約のなかで、自ら選択してきた職業人生を送り、キャリア発達をしてきたといえる。本調査では、彼らの職業生活の形態を、職業生活の軌跡から「継続型」「中断再就職型」「短期就職—離職型」とした。そこで、それぞれの形態からキャリアの拡大、多様なキャリアについて考える。

#### ◀ 「継続型」のキャリア ▶

継続型のキャリアは、生涯にわたる仕事関連の経験と活動によるものである。A1さんは、キャリアの定義①組織内の昇進や昇格であり、国立病院の看護部長となり、家族の大黒柱として経済的にも支えた。A2さんは、定義の②ある種の専門職にみられる体系的なステップであり、透析看護という専門領域をもち研鑽を続けた。A5さんも、職場は変わっても小児の専門領域を深めていった。定義の③生涯にわたる職業経歴では、医療現場での経験を活かし養護教諭として自ら職場環境を整え、退職後も青少年に電話相談を行って

いるA3さん、新卒での就職以来、同じ病院で助産師として定年退職を迎えたA4さんにみられる。活動の場も、専門領域を継続しながら移り、役割を拓けている。

職業の継続には、様々な要因が複合して絡み合っている。今回の調査から、本人および家族の健康、経済的要因、専門領域の保持、協力的な家庭環境、職場環境（働きやすく、知的刺激がある）が主な要因であることが明確となった。継続した勤務経験によるキャリアは、多様化する。

継続型の看護職の活動は、領域の深まりや役割の拡大というキャリアの多様化に結実しているといえる。

#### 《「中断再就職型」のキャリア》

この類型は、キャリアの見方である定義の②ある種の専門職にみられる体系的なステップ、定義の③生涯にわたる職業経歴といえる。

定義②は、助産師としての経験を活かし、病院・診療所での看護だけではなく、保育園の開設や教育委員会での勤務、看護教育などの活動（B1さん）、小児看護の経験を活かし急患センターや看護教育などの活動（B5さん）である。これらの活動は、体系的なステップとはいえない。しかし、専門領域の場を拓けて役割を果たしている。

定義③は「中断再就職型」のすべてに該当する。再就職は、育児や夫の転勤などの生活環境から制約がある。しかし、働く環境が整うとすぐに再就職し、様々な場で活動している。活動の場は、病院・診療所から訪問看護といった在宅の場や介護の場、学校など多様な場へと拓がっていた。

中断再就職型の看護職の活動は、活動の場の拡大というキャリアの多様化に結実しているといえる。

#### 《「短期就職—離職型」のキャリア》

この類型は2名であり、どちらも養護教諭としての経験をもつ者であった。1名は、看護職として再就職を希望したが叶わず、病気の夫や息子を抱え看病し支えて生活したC1さん。他の1名は、子育て支援活動、生協活動などを地域で積極的に取り組んでいるC2さんである。彼女たちは看護職としての活動は行わなかったが、これらの活動も看護基礎教育を受け看護師としての資格をもち、養護教諭を行ったという職業経験のつながりがみられる。自分のおかれた環境、制約のなかで、自ら選択してきた職業人生であり、職業経験のつながりによりキャリア発達をしてきたといえる。

## 2. 専門職としての意識

今回の調査は45名の同級生のうち、35名（質問紙調査と聞き取り調査との重複を含む）の調査協力があつた。卒業後40年が経過し連絡がつかない人も3名あつたが、多くの協力が得られた。これは調査者が同級生であるということもある。反対に看護職として勤務を

あまりしてこなかった場合や満足のいく生活状況ではない場合などは、調査者が同級生ゆえに却って協力を得られなかったとも考えられる。しかし、職業を中断し継続できなかった人も、今回の聞き取り調査においては、「自分は継続的にキャリアを積み重ねる看護の仕事ができず、がんばっている看護学校の同級生がうらやましかった。しかし、振り返ってみると、自分も思った以上に看護の仕事をやってきたと思う」（B3さん）といった発言にもあるように、看護者としての自分を振り返り、その生活の軌跡を辿り再認識できたのではないかと思う。

プラマーは、語られるストーリーは抽象的に漂流しているのではなく、「記憶の共同体」に根差したものであることを指摘している（プラマー，1983=1991）。看護職者として共有される生きた歴史をもち、自らの過去を忘れないように語ることで、人の固有の人生を表出できたのではないだろうか。日本の看護職者に備わっている専門職意識は、①社会的意義、②最高で最上のコミットメント、③同僚性・集合性、④自己実現・自己成長、⑤倫理道德規範の遵守（勝原，2007：108）といわれる。職業を中断し継続できなかった人も、看護職者としての人生を語ることで、看護職の継続者と歴史の共有を図り、専門職意識の③同僚性・集合性や④自己実現・自己成長を維持していると考えられる。

専門職としての意識の形成、その動的プロセスについて、各類型により分析する。

#### ◀「継続型」▶

A1さんは、「友人が受験するのでなんとなく入学した」と志望動機は明確ではないが、継続することで認められ昇進し「管理運営に心血を注いだ」と、その役割意識が高まった。

A2さんは、「水俣病で苦しむ人達を助けたい、叔母も助産師であり、女性の自立した職業である」と看護師を志望した。さらに学生時代の実習で「泌尿器科病棟の婦長は個人的で、看護婦として堂々として医師に意見を述べていた」と刺激を受け、「最先端の医療を経験したい」と「透析看護」という言葉もまだない時代に、その専門看護師を目指した。これは、ロールモデルに出会い、新しいこと、未知なものへの知的好奇心、探究心が高まったと考える。志望時から理念として看護師像を明確にもち、その目標に向け専門職としての意識を高めていったと考える。

A3さん、A4さん、A5さんの志望動機は「女性の自立」である。A3さんは、養護教諭となった。養護教諭は学校で一人の職種であるが、看護師としての臨床経験を活かし看護の専門者として実践した。A4さんは、新卒での就職以来、同じ病院で定年退職まで助産師の実践家としての能力を高めた。二人とも「女性としての職業的自立」という観点から、看護職者アイデンティティをもち続け、高めていったと考える。A5さんは、子供の看護に興味をもち、「小児看護」の専門領域を継続していったこと、また看護職を辞職した後も地域の民生児童委員として活躍していることから、専門職としての意識は維持されていたと考えられる。

以上のように「継続型」の専門職としての意識は、志望動機に関わらず仕事を継続するなかで徐々に高まり、専門領域をもつことでさらに深め、高められた。また仕事を継続することを通して、積極的に専門職としてのキャリアを切り拓いていったといえる。

#### ◀「中断再就職型」▶

「中断再就職型」は、育児や家族の介護などで仕事を中断せざるを得なかったが、状況が落ち着くと、その時の自分が行える職場で看護職として勤務している。それは経済的なものであったにしろ、看護職としての資格を活かしたいという意識は、専門職としての意識の持続といえる。

再就職する場合、B1さんの助産師という資格やB5さんの小児看護など専門領域をもっている場合は比較的スムーズであり、専門領域を積み重ねることができる。したがって専門領域の継続に伴い、専門職としての意識も高まっていくと考えられる。

またB6さんは、子供も成人し生活も安定した後、45歳で療養型病院に再就職し正職員として勤務した。再就業研修も受けなかったが、16年のブランクは問題なかった。これは療養型病院という慢性期高齢者を対象とする病院では、卒業後の8年間の臨床経験が活用でき、本人の適応への努力もあったのだと考えられる。現在も看護部長として活躍していることから、長いブランクがあっても専門職としての意識は高まっていくと考えられる。

しかし、見知らぬ土地や知人のいない所で子育てをしながら再就職職する場合は、アルバイトや非常勤職員であり、労働環境が悪くなる。B3さんが話したように「営利主義で看護婦を家政婦のように扱い、感染症の発生を秘密にする経営者で許せない」という環境で勤務することも生じる。そう思うのは、看護職者としての自律性、倫理観によるものであり、看護基礎教育で育成された専門職としての意識は変わりなく持続しているからである。だからこそ、自律した活動を目指し、2000（平成12）年の介護保険のスタートとともにケアマネジャーの資格をとり、訪問看護、在宅看護の道に進んだ者も多い。B3さん、B4さん、B8さん、B9さんである。

B4さんは介護職と協働することで、「看護職のケアマネジャーは患者、家族に尽くし、医療的な面に力を入れる傾向にあると感じた。在宅では本人・家族がどのような希望をもっているのかが大切であり、その意向に沿って援助すべきだが、どうしても看護婦としての思いを押し付ける傾向にある。“大きなお世話”をして相手から断られると傷つき、落ち込む、一生懸命に時間もかけて疲れ果ててしまう」と語るように、専門職としての意識の変容がみられる。

介護施設の管理者であり地域での見守り活動をするB8さんも、「介護の場は患者ではなく顧客としての満足を考えることが必要である」と、活動の場による援助者としてのあり方の違いを語っている。これは在宅の場で看護を経験することで専門職としての視野が広がり、専門職意識の変化が生じたといえる。

看護師は、入院中も患者の社会的背景や生活を考えた援助を行う必要があると教育をうけ、理解していると思っている。しかし実際に生活の場で援助を行う際には、今まで病院施設内で行ってきた援助と同じようになってしまう。そのため、その場のニーズに対応できず、援助を拒否される可能性もある。しかし結婚、出産、家族の介護などの人生経験を経た看護職者による患者や家族との関わりは、卒業直後の医療施設での援助と異なり、入院生活だけではない患者・家族の社会生活が想像でき、対人関係専門職としての力が発揮できるのではないか。今後は、医療福祉関係職種だけでなく様々な人々との協働が必要となり、対人関係専門職としての力がますます重要となる。

以上のように専門領域をもつ者は、再就職においても専門領域を積み重ね、専門職としての意識を高めることができる。また、長いブランクがあっても専門職としての意識は保持され、在宅看護などで介護職や他の職種と協働することで視野が広がり、専門職としての意識はさらに高められる。

#### 《「短期就職—離職型」》

離職して一度も再就職しなかった2ケースは、養護教諭としての就職であった。養護教諭は医療の場での勤務ではない。養護教諭は、看護師資格だけでなく、教員としての資格をもち、女性としても継続して働くことができる。当時の医療現場における看護師のような夜勤もなく、医師のパターナリズムの下で働く環境とは違う。しかし、養護教諭は、学校の中に合って「女性」であり、「移民」であり「異職種」であり、しかしかつ「教員」である（すぎむら, 2014）。さらに養護教諭は学校において一人の職種であり、相談相手も少ない。聞き取り調査では明確な発言はなかったが、医療の場とは違う厳しさが推察できた。

A3さんも養護教諭だが、病院での臨床経験が3年あり、その経験を活かすことができたことにより継続できた。しかし、このC1さん、C2さんは病院での臨床経験がなかった。医療現場での勤務経験のなさが、看護職としての再就職に不安が残り、再就職を困難にした。

子供が好きで、国語の先生になりたかったC2さんは、今も子育て支援、子供への読み聞かせの活動をしていて、「命・平和・子供への思いは看護学校での学びが基盤となっている」という語りから、専門職者としての意識は持続していると思われる。C1さんは、夫や子供の看病で再就業できなかった。しかし再就職を考え看護師再就業講習も受けており、「養護教諭は年齢的にも採用が難しいし、臨床経験が全くないので無理だと思った」と語っていることから、看護師という資格を活用したいという意識は持続していたと思われる。

本調査における「短期就職—離職型」は、現在問題となっている新卒看護師の1年以内の早期離職とは異なり、少なくとも3～5年間は勤務している。団塊世代の看護職が職業を

継続し、それぞれの生活状況で専門職としての意識をもつことができたのは、職業選択肢が少ない時代に育った環境だったからこそ、女性が経済的・社会的に自律するための「国家資格をもつ看護師」に価値を感じたのではないだろうか。さらに看護基礎教育では、臨床での実習がカリキュラムの半数以上を占め、夜間実習、手術室や中央材料室、調理実習など病棟以外での様々な実習を経験している。教育とはいえない徒弟制度的ではあったが、ある意味で現場の厳しさと楽しさを学んだ。そういった経験が、専門職としての意識の根底にあるのではないかと考える。

メイヤロフは、「他の人々をケアすることを通して、他の人々に役立つことによって、その人は自分の生の真の意味を生きているのである」と述べている（メイヤロフ, 1971 = 1987 : 15）。C1さんも、看護職としては再就職しなかったが、病気の夫や子供を支えてきたことで、自分の生の真の意味を生きてきたと考える。

#### 第4節 本章のまとめと本研究の限界

本章では、団塊世代の看護職者の職業継続に対する意識と実態の調査から、多様なキャリアと専門職化の動的プロセスが明らかになった。

まず多様なキャリアについては、キャリアに対する定義や4つの視点（勝原, 2007）から、職業継続を「継続型」、「中断再就職型」、「短期就職—離職型」に類型化し、キャリアを明らかにした。「継続型」は領域の深まりや役割の拡大するキャリア、「中断再就職型」は活動の場の拡大というキャリアの多様化がみられた。「短期就職—離職型」は、看護職としての活動は行わなかったが、自分のおかれた環境や制約のなかで、自ら選択した職業経験のつながりによるキャリア発達がみられた。

次に専門職としての意識については、職業継続の状況に関わらず、意識を保持し、様々なかたちで高めていることを明らかにした。

「継続型」については、志望動機に関わらず仕事を継続する中で徐々に高まり、専門領域をもつことでさらに深め、高められた。また仕事を継続することで、自ら専門職としてのキャリアを切り拓いていった。

「中断再就職型」については、専門領域をもつ者は、再就職でさらに専門領域を積み重ね、専門職としての意識を高める傾向がみられた。また長いブランクがあっても専門職者の意識を保持し、在宅看護などで介護職や他の職種と協働することで視野が広がり、専門職としての意識を高めた例もみられた。

「短期就職—離職型」も、命・平和・子供への思いや再就業研修の受講などにより、専門職としての意識は保持している。

以上のように、40年前より看護職者としての様々な生活経験のなかで、キャリアを形成、多様化し、自主的に高めていくという専門職化への動的なプロセスがみられた。

本研究の限界としては、地方の1つの看護学校の卒業生を対象とし、サンプル数が少ないことである。本研究はインタビューによるライフストーリーを中心とした研究であり、マクロ的に捉えるのは困難であった。しかし調査対象とした看護学校は、当時の看護教育において標準的といえる学校であり、団塊世代の看護職者の職業生活のある程度は明らかにできたのではないかと考える。今後もさらに広範囲なサンプルを用いた看護職者の実態からの研究は必要である。そのためには教育機関の同窓会の協力を得るなどの検討が必要である。

## 第五章 中高年看護職者の意識と実態—看護職の多様なキャリア

第四章では、団塊世代の職業生活の軌跡の調査研究により、看護職者は職業を継続する中で、キャリアを形成し、看護活動を多様化し、専門職性を主体的に高めていくという動的プロセスを明らかにした。

現在、日本において健康的に生活できる年齢（健康寿命）は、2013年の厚生労働省の調査結果では、男性で71.19歳（平均寿命80.21歳）、女性で74.21歳（平均寿命86.61歳）といわれる（厚生労働省, 2015）。したがって60歳以上でも健康と意欲があれば、看護職者としての活動が可能だと考える。

平成18年度の看護白書では、50歳以上の看護師の就業割合は15.5%である（日本看護協会編, 2007a）。団塊世代の定年退職により60歳以上の人口は益々増加する。職業を継続してきた看護職者の専門職としての意識が、定年退職後の生活に反映される時、社会への貢献が可能となると考えられる。しかし、中高年の看護師を対象とした研究は少ない（山崎ほか, 2012）。本章では、60歳以上の定年退職者への聞き取り調査と、中高年看護職者（本論文では50歳以上の看護職者とする）への質問紙調査を通して、看護職世界の多様化と看護職の専門職性形成の動的プロセスを明らかにする。

なお、本章は著者の既発表の論文（関口, 2005, 2006）における調査データの再分析である。既発表論文では人材活用や在宅支援活動の視点から調査データを分析したが、本章では、本論文の主旨に沿い、看護職世界の多様化と専門職性形成の視点から再分析した。

### 第1節 中高年看護職者の社会的活動の実態と意識に関する調査方法

#### 1. 定年退職者への聞き取り調査

##### 《調査目的》

長年看護職を経験してきた者が、定年退職後も看護をどのように考え、社会的活動（再就職等を含むあらゆる活動）を行っているのか把握する。また後述する質問紙調査の資料とする。

##### 《調査対象者、調査期間》

研究対象者は60歳以上（63～73歳）で、定年退職時まで30年以上継続して看護職として勤務経験のある11名である。

全員女性で、既婚者3名（死別1名含む）、未婚者8名である。定年時の年齢は、65歳が1名、他の10名は60歳である。職務経験は看護教育の経験者2名以外は病院の看護師であり、定年退職時の職位は、管理職（病院看護部長、教育機関責任者）と中間管理職（病院病棟看護師長）であった。健康状態は軽度の膝関節痛のある者1名を除き

他の10名は健康である。現在の居住地は東京が9名、長野県、千葉県が各1名であった。調査は2003年10月30日～12月29日に実施した。

#### 《面接方法、分析方法》

対象者に対して、半構造的な面接を行った。看護職としての思いや経験が、退職後の生活にどのように影響しているのか、できるだけ自然な会話の中で、引き出すようにした。インタビューに際してはインタビューガイド(表5-1)を作成し、インタビュー時間は、一人につき1～1時間30分程度とした。なお、参加協力は自由意志であること、プライバシーの保護を遵守すること、発表することを説明し、同意を得た。

インタビュー内容は文章化し、本人の確認を得た。記述データは意味の類似性よりカテゴリー化し分析した。

(表5-1) 定年退職後の看護職者へのインタビューガイド

項 目	内 容
①基礎的事項	年齢、性別、住所、住宅状況、家族背景、健康状態、経済状態、退職時の勤務場所・職位など
②看護師への志望理由	
③看護師として勤務中の社会的活動の有無とその状況	公的活動(看護協会、学会等)、地域等の私的活動
④看護師としての勤務中の思い出	満足する活動、思い残すこと等
⑤退職後の社会的活動への希望の有無とその内容、時期等	
⑥退職時の思い、退職後の状況	楽しかったこと、苦しかったこと等
⑦退職後の社会参加に対する考え	生活、活動、社会的活動、社会参加の有無と内容 社会参加の条件・要因、職務経験活用の希望の有無と条件・要因

## 2. 中高年看護職者への質問紙調査

#### 《調査目的》

今後定年を迎える看護職者の社会的活動の意識を把握する。

#### 《調査対象者、調査期間》

調査対象者は、定年退職後の看護職者の社会的活動に対する実態と意識だけでなく、今後定年を迎える看護職者の社会的活動の意識も把握するために、50歳以上の勤務を継続している看護職者とした。送付者390名に対して回答者は385名(回収率98%)であり、北海道から九州までの全国より回答があった。男性は6名で379名が女性であった。

定年退職の経験のある者が 128 名、経験していない者が 257 名である。平均年齢は 58.6 歳で最高年齢は 80 歳である。調査は 2004 年 4 月 17 日～5 月 21 日に実施した。

#### 《調査方法、調査票、集計方法》

調査方法は、質問紙によるアンケート調査とし、質問紙は全国の看護職の知人 135 名に調査協力および紹介を依頼し、協力の承諾が得られた 390 名に配布した。

質問票は、先に実施した定年退職後の看護師（11 名）への聞き取り調査結果に基づいてワーディングを行い、以下の項目について質問した。さらに予備調査を実施し、調査票の正確性、妥当性を確保した。

#### [基本属性]

性別、年齢、居住地域、所持している資格（看護師・准看護師、保健師、助産師など）と取得年、勤務経験年数、経験領域、定年退職の経験、現在または退職時の勤務場所、現在または退職時の職位、同居者について。

#### [定年退職後の社会的活動（再就業を含めたあらゆる活動）に対する考え]

- ・ 定年退職後の社会的活動の希望について（希望の有無とその理由）
- ・ 希望する社会的活動の内容（職務経験を活かした活動、他分野の活動）
- ・ 社会的活動を行う場合の活動形態や時間（常勤・非常勤・自分に合った時間・有償ボランティア・無償ボランティアなど）
- ・ 有償で社会的活動を行う場合に希望する時給
- ・ 看護職者の社会的貢献についての思い（社会から認められていると思うか）
- ・ 定年退職後に行っている社会的活動（再就職など）の内容、その他自由記載。

集計方法は、単純集計、クロス集計を行った。なお、記述データ（定年退職後に行っている社会的活動）の内容については、意味の類似性よりカテゴリー化し、分析した。

## 第 2 節 調査結果

### 1. 定年退職者への聞き取り調査結果

#### 1) 再就職等社会的活動を行っている者（7 名）

《社会とのつながりをもっていたい》

- ① 65 歳で私立看護短大を定年退職後、3 ヶ月で落ちつかなくなった。社会とのつながりで自己の存在を確かめたいと、退職 1 年後に知人の勧めで、地方の新設看護学部の教

授として勤務した。学会発表や本の執筆などの機会の少ない教員に、業績ができるように支援した（67歳既婚）。

- ② 60歳で地方公立病院（300床）の看護部長を定年退職した。いくつかの病院から就職の誘いがあったが、病院以外で働きたいと思い、専門職能団体の専従役員をしている。定年退職後5年間程度は社会とのつながりをもっていたい（65歳、未婚）。

《不完全燃焼の思い》

- ③ 病院で長年勤務し、看護師長として60歳で定年退職するが、報われない思い、評価されなかった思いをもった。定年退職時に勤務していた病院より紹介された病院に再就業するが、2年で退職し、現在までの5年間で3回、就業先を変えた。今までの自分の経験が活用されないことや人間関係の困難さを感じ、挫折しながらも「健康で働ける間は働きたい、患者に関わる楽しさを感じていたい」と、現在は職業安定所で紹介を受けた特別養護老人ホームで、看護師として勤務している（65歳、未婚）。

《元気な間は訪問看護、ヘルパー教育を続けたい》

- ④ 長年、私立看護専門学校の教務主任として勤務後、開業医の夫の診療所を手伝った。夫の死後、夫の知人（開業医）よりターミナル患者の訪問看護を依頼され、実施している。同時にヘルパー教育機関で非常勤講師（週5日）をしている。ヘルパー教育は重要であり、少しでも役に立ちたい（63歳、既婚）。

《少しでも役に立ちたい》

- ⑤ 東京の病院（500床）の看護師長として60歳で定年を迎えた。退職後夫と共に郷里の田舎に戻り、その3年後より地域の子育て支援事業にボランティアとして、協力した（8年間）。現在は老人介護のボランティア団体立ち上げに関っている。看護者として専門教育を受け、長年看護を実践してきた者の務めだと思う（73歳、既婚）。

《自分にできることは社会に貢献したい》

- ⑥ 60歳で病院（400床）の看護師長で定年退職し、退職直後から同系列の老人ホームに5年間勤務（常勤）した。その老人ホームを退職した6ヵ月後から、ホスピスケアのボランティア活動（週2日）を行っている。（68歳、未婚）

《老人介護施設での看護職の必要性を実感》

- ⑦ 病院（400床）の看護部長を経て、病院を統括する組織の看護責任者で60歳の定年退職を迎えた。退職して半年後に先輩看護職の依頼があり、特別養護老人ホームの看護責任者として勤務している。高齢者は合併症も多く、特に夜間の患者の状況判断には、

看護職の必要性を認識した。それで、看護職もヘルパーと共に夜勤する体制を整えた（67歳、既婚）。

## 2) 再就職等社会的活動を行っていない者（4名）

《ネットワークがないこと》

- ⑧ 病院（400床）の看護部長として60歳で定年退職した。その後、常勤嘱託として勤務するが、兄弟の住む大都市近郊に移転した。兄弟の世話等で落ち着かない生活で、今やっと地域になじみ落ち着いた。しかし、ネットワークがあったら、職務経験を活用した活動ができるのではないかと思っている（64歳、未婚）。

《家族の世話》

- ⑨ 母親の看病のため、大都会の大規模病院看護師長を50歳で退職した。退職後6ヶ月で母親が死去したため、地元の病院の看護部長として再就職した。その病院を60歳で定年退職したが、父親も高齢であり世話が必要で、現在は働いていない。しかし週2日程度であればボランティア活動（精神、リハビリケアなど）をしたいと思っている（63歳、未婚）。

《満足感と解放感》

- ⑩ 病院（500床）の副看護部長として60歳で定年退職した。同系列病院を3回転勤し、ストレスも多かった。60歳の定年を迎えた時はうれしかった。現在は高齢の母親（健康）の世話をし、趣味の絵画、パソコン等を行い、幸せである。現在の生活に支障がない程度であれば、地域で無償ボランティアを行いたい（67歳、未婚）。

《人との関わりを大切にしたい》

- ⑪ 60歳で病院（500床）の看護師長で定年退職した。同系列の老人ホームに5年間勤務（常勤）した。現在、長年勤務した病院近くに住み、地域の人たちとも親しくし、健康や受診の相談を受け、頼まれれば受診の手伝いをしている（69歳、未婚）。

## 2. 中高年看護職者への質問紙調査結果

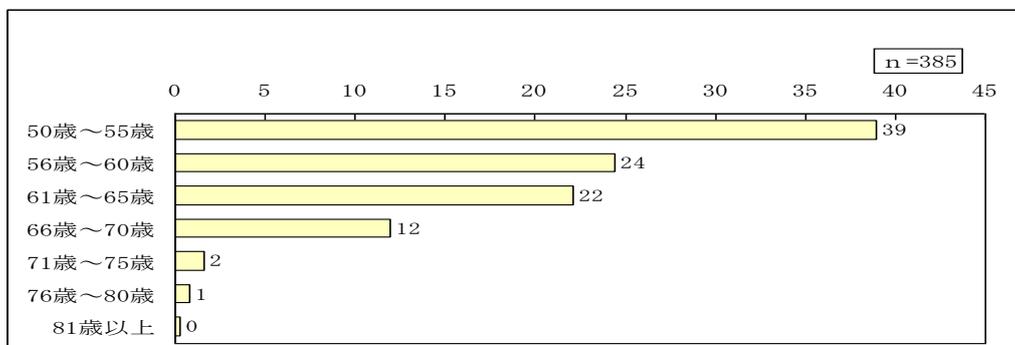
### 1) 基本的属性

《性別、年齢、居住地域、同居者》

全回答者385名のうち、男性は6名で379名が女性であった。平均年齢は58.6歳で最高年齢は80歳であり、年齢階層は、50～55歳が39%と一番多かった（図5-1）。居住地域は都道府県別でみると、東京、千葉、埼玉、神奈川と関東地域が最も多いが、北海

道から九州までの全国より回答があった。同居者については、配偶者との同居が最も多かったが、「同居者なし」も23%であった。

(図 5-1) 年齢階層



#### 《所持する資格、勤務経験年数、経験領域》

資格は看護師が369名(95.8%)と圧倒的に多く、准看護師の資格は16名(4.2%)であった。ケアマネジャーやその他の特定領域の専門・認定資格を持つものも27名(7.0%)いた。

勤務経験年数は平均31.1年であり、勤務経験が全くないものから52年間までであった。経験領域(複数回答)は「外科系」が35%、「内科系」が37%と多く、「教育」が28%、「管理」26%であり、「訪問看護」や「精神」「がん・ホスピス」などの専門領域は少なかった。

#### 《定年退職の経験、現在または退職時の勤務場所》

定年退職の経験のある者が128名、経験していない者が257名であった。現在または退職時の勤務場所では、「500～1000床未満の病院」が一番多く、次いで教育関係機関、「100～500床未満の病院」であった。「訪問看護ステーション」や「介護老人施設」は非常に少ない。

## 2) 定年退職後の社会的活動(再就業を含めたあらゆる活動)に対する考え

#### 《定年退職後の社会的活動の希望について》

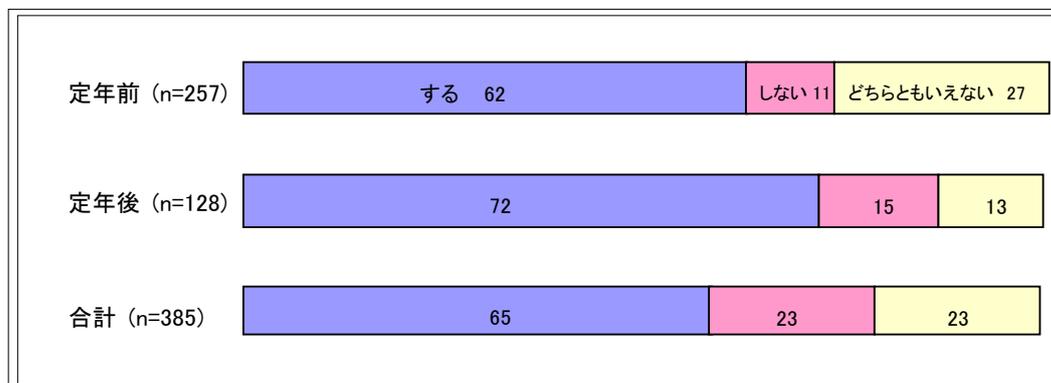
「希望する」が65%と多い。また定年退職を経験した者とそうでない者を比較すると定年退職を経験した者が10%高かった(図5-2)。

希望する場合の理由は、「社会とのつながりをもっていたい」、「職務経験を活かしたい」、「社会に貢献したい」、「働く意欲がある」、「健康である」、「人との関わりをもっていたい」などが多かった。

希望しない理由は、「自由な時間がほしい」58%、「家族親類などの世話、介護」32%、「ゆっくり休みたい」26%、「自分自身の健康が不安」22%など(複数回答)であった。

どちらともいえない理由は、「少し休めば気持ちが変わる」、「誘いがあれば考えるかもしれない」が多かった。

(図 5-2) 定年退職後の社会的活動の希望 (数字は%)



#### 《希望する社会的活動の内容と活動開始の時期》

職務経験を活かした活動が 87%、他分野の活動が 13%であった。活動開始の時期は退職直後が一番多く、次いで6ヵ月後であった。定年退職を経験した者は、半数近くが退職直後の開始時期を希望していた。

#### 《定年退職後に行っている社会的活動（再就職など）の記述内容》

82 件の記述があり、定年退職者の 64%であった。同じ職場・同じ役職で継続は 12 件、同じ職場での継続 9 件、他の職場に再就職が 26 件、地域での活動は 15 件、公的活動・職能団体での活動が 18 件、その他の活動が 2 件であった。

同じ職場や役職での継続は、教育関係や管理職業務が多く、他の職場への再就職は診療所、病院外来、小規模の病院等が多かった。

地域での活動内容は、介護ボランティア、グループホームや高齢者センター、知的障害者施設や高齢者施設でのボランティア活動（折り紙、工作などのリハビリの手伝い）、ショッピングセンター内の顧客や従業員の急病などに対応、精神障害者の家族支援などであった。

#### 《自由意見（記述回答）》

98 件の記述があった。その内容を分類すると、一番多い記述は、定年退職前後の揺れ動く心理、次いで退職後の状況、現在働いていない状況や理由、ケアを受ける立場からの意見、在宅支援制度についての意見、退職看護職者の活用に関する意見等であった。

定年退職前後の揺れ動く心理状態の内訳は、社会的活動・在宅支援に対する意欲的な意見として、「経営を学び NPO 法人を立ち上げたい」、「病院内でできなかった在宅ホ

スピスの支援を行いたい」等があった。また「不安である」という意見としては、「在宅ターミナルケアを実践したいが、情報収集や準備方法がわからない」、「看護技術面の心配」、「組織の後ろ盾があればこそその仕事である」等があった。さらに「定年退職前で現在は考えられない」という意見としては、「現在、バーンアウト状態、もう少し（5年位）後であれば、また違う」、「定年後の自分（家族のことも含めて）の姿がまだイメージできない」等があった。他にも「卒業以来30数年、必死で働き、いつも時間に追われていた。退職したら、自由に時間を気にしないで、自分自身のために生きてみたいと強く思う」といった意見があった。

退職後の状況に関する記述の内訳は、介護認定審査員、介護職の教育、ケアマネジャーとして勤務、在宅ケア施設勤務、保育所勤務、姑の介護、精神障害者ディケアのボランティア活動等であった。

現在働いていない状況、理由に対する記述の内訳は、健康状態への不安、年齢（70歳以上になると周囲に気をを使わせる）、家族の看病、転居で地域に不慣れ等であった。

ケアを受ける立場からの意見の内訳は、在宅に関わるスタッフの質の向上、介護教育の充実、医療処置を必要とする在宅ケアに対する感染への不安等であった。

在宅支援制度についての意見の内訳は、在宅ケアと医療施設ケアとの連携、地方行政の公的支援、介護予防・自立支援、認知症の高齢者へのボランティア活用を組み込んだ制度、40歳未満や小児の在宅療養者への在宅支援制度（特に脊髄損傷療養者）、ショートステイ、デイサービス等の施設増設に関する制度の整備、質の向上と評価システムの構築等であった。

退職看護職者の活用に関する意見の内訳は、専門の窓口の設置、在宅ケアスタッフのマネジメントもしくはケアのコーディネイト等であった。

その他、「現在の若い看護師より健康的で体力もあり、長年の体験のなかでコミュニケーション技術にもすぐれ、知恵もある」という意見もあった。

### 第3節 考察

以下では、調査結果を看護活動の多様化と専門職としての意識の確立の、2つの視点からより深く掘り下げてみたい。

#### 1. 定年退職後看護職者への聞き取り調査

##### 1) 看護活動の多様化

定年退職前の看護職としての活動は、11名のうち9名が病院だったが、再就職先は病院以外の老人介護施設等であった。他の病院からの誘いもあったようだが、老人介護施設やターミナルケアの訪問看護活動、専門職能団体での活動等を行っていた。

これらの活動は、調査対象（以下同）③は、病院での看護師としての活動に対する「不完全燃焼」の思いから、「患者に関わる楽しさを感じていたい」と活動の場を他へ求めていったと考えられる。②のように「病院以外の場で働きたいと思った」という場合もあった。これは、長年継続して看護職として勤務し、看護部長、看護師長等管理職も経験し臨床の厳しさを十分認識しているからこそその思いなのではないか。そして定年を迎えたのだから、後進に道を譲り、看護職としての専門職性を活かしながらも、自由に活動したいと考えたのではないか。また、看護系大学で学生だけでなく教員を育てる①やヘルパー教育に関わる④は、人材の育成に携わっているという点で、これも専門職性を活かした活動に従事しているといえるだろう。

ボランティア活動として、ホスピスボランティアや子育て支援、老人介護ボランティア団体の立ち上げなどを行っている者もいる。ターミナル患者の訪問看護やホスピスボランティアは、臨床経験、人生経験が豊かな看護職者には適切な援助ができる。さらに病院などの臨床の場は多忙で、じっくりと患者に向き合えなかったとの思いがあり、看護職として納得いく関わりを求めたのではないだろうか。子育て支援、老人介護ボランティア団体の立ち上げなどを行った⑤は、助産師としての資格、小児病棟や老人病棟の勤務経験を活かした活動であった。

以上述べたように、定年退職後の看護職者の活動は、病院だけの看護に留まらず多様化する方向性を示している。この方向性を可能にしたのは、病院という組織のなかで長年勤務し、臨床の厳しさと制約を十分に認識した上で、看護職としての専門職性を活かしながらより自由に活動したいという思い、看護職として納得できる援助や助産師など看護職としての資格や臨床経験を活用したいという思いであり、キャリアを通じた専門職性の高まりと理解することができよう。

## 2) 専門職としての意識

専門職としての意識とは、各個人が自分たちの職業をどのように意識して引き受けているのかということを用いる（勝原, 2007 : 107）。

定年退職後の再就職に対する発言である⑤の「看護者として専門教育を受け、長年看護を実践してきた者の務めだと思う」、⑦の「老人介護施設での看護職の必要性を実感」、④の「元気な間は訪問看護、ヘルパー教育を続けたい」などは、長年、看護職として職業を意識し引き受けてきたという専門職としての自信が伺える。

病院という組織を離れた定年退職後の看護職者は、老人介護施設、訪問看護、ヘルパー教育などで、看護職としての知識に基づく観察、判断、援助を行っている。いずれもチームの中で看護職としての役割を果たす、看護職の専門職性の要である「チーム的主体性」を発揮している。

また、社会的活動を行っていない者も「生活に支障のない程度に行っていきたい」、「ネットワークがあれば人と関わっていきたい」という思いはもっている。この思いは、

定年退職後の誰もがもつ思いかもしれない。しかし、対人関係専門職としての看護職の「人と関わりたい」という思いは、より強いといえるのではないか。

以上のように定年退職前の看護職者の再就職に対する発言、定年退職後に再就職している看護職者の活動や社会的活動を行っていない場合の発言は、キャリアを通して形成された、専門職としての意識からくるものといえる。

## 2. 中高年看護職者への質問紙調査

### 1) 看護活動の多様化

定年退職後に行っている社会的活動（再就職など）の記述内容では、定年退職者の64%が何らかの活動を行っている。これは、定年退職者への聞き取り調査と同様の結果である。

活動内容に関する記述は、地域での活動、公的活動、職能団体での活動が増えていることに注目した。地域での活動内容も知的障害者施設やショッピングセンター内の顧客や従業員の急病に対応、精神障害者の家族支援など多様化している。さらに退職後の状況に関する自由記載でも、介護認定審査員、介護職の教育、ケアマネジャーとして勤務、在宅ケア施設の勤務、保育所勤務、姑の介護、精神障害者デイケアのボランティア活動等と多岐にわたる活動を行っている。これらから、聞き取り調査よりも医療施設以外の地域での活動や公的活動や職能団体での活動が増え、多様化していることがわかる<sup>1</sup>。看護職という経験を活かした活動である。

### 2) 専門職としての意識

社会的活動・在宅支援に対する意見として、「経営を学びNPO法人を立ち上げたい」、「病院内でできなかった在宅ホスピスの支援を行いたい」等の意見は、生活観察と支援を基にしたQOLを高めるための持続的なケアを、看護職者として主体的に発揮したいという思いと考えられ、専門職性の要である「チーム的主体性」によるものといえる。ま

---

<sup>1</sup> 中高年看護職者が地域で社会的活動をする可能性のある場合は、訪問看護ステーションや介護保険施設、社会福祉協議会、行政である。それらへの調査結果（関口, 2005）では、訪問看護ステーションは、経営管理、スタッフ教育、がん性疼痛コントロール等の専門的な看護支援のニーズがあり、スタッフへの支援、ケアマネジャーや管理者としてベテランの看護職者を求めている。介護保険施設では、看護職に介護職員への支援と利用者の急変や症状悪化に対する専門知識による判断や対処が、また社会福祉協議会が行うボランティア活動では、医療通訳・通院ボランティア、乳幼児相談ボランティアなど看護職としての経験を活用する様々な活動を期待している。行政からは、行政が実施する全ての保健福祉業務に専門的な立場で関わることを期待されている。すなわち社会の側からも看護活動の多様化が求められる。

た、ケアを受ける立場から、在宅に関わるスタッフの質の向上と介護教育の充実への期待、医療処置を必要とする在宅ケアに対する感染への不安といった課題を提起している。これも対象者の立場を常に意識して援助する対人関係専門職としての意識からくるものである。また「職務経験を活かしたい」、「社会に貢献したい」、「人との関わりをもっていたい」と社会的活動を希望する理由からも、専門職としての意識がうかがえる。さらに「現在の若い看護師より健康的で体力もあり、長年の体験のなかでコミュニケーション技術にもすぐれ、知恵もある」という意見も、看護実践を積み重ね、職業を継続による誇りと自信から生じた、専門職としての意識といえる。

これらの中老年看護職者は、日本の高度成長の中で働いてきた世代である。看護職世界も狭く、社会のなかでの看護職者や女性の地位も低かったが、与えられた状況を受け止めながら自ら選択し、職業人生を継続してきたのである。その根底には、「看護者として専門教育を受け、長年看護を実践してきた者の務め」、「健康で働ける間は働きたい」など、専門職としての意識に加えて家族や職場環境が大きく影響してきた。言い換えれば、家族の協力を得るために、また職場の環境を整えるために、専門職としての意識を保持しながら、様々な困難や障害を乗り越えてきたといえよう。そして経験を積み重ねることで、看護実践能力への自信、評価への満足（他者からの評価、昇進など）、「患者に関わる楽しさを感じていたい」などの看護への愛着が生まれ、専門職性を高めながら勤務を継続してきたといえるのである。

調査対象とした中老年看護職者が受けた時代の看護教育は、臨床での実習期間が現在に比べ長かった<sup>2</sup>。教育時間の長さが、必ずしもより良質な看護師の育成につながるとは限らないが、その時間の長さは看護活動の実質を学ぶ上で十分なものであっただろう。長時間の実習を通して、職場に適応できる思考特性や行動パターン、つまり「チーム的主体性」を身につけることができたのである。さらに女性の職業として他の選択肢が少なかつたなかで、国家資格への誇りを持つことにより仕事を継続でき、キャリアを形成、活動を多様化していった。このように、政策や制度が整わない時代を生きた中老年看護職者は、自発的に専門職としての意識を高めていくことができたのである。

専門職としての意識が高く、健康で意欲的な中老年看護職者は、看護職が必要とされる様々な分野での活躍が、まだまだ期待できる。なかでも、若い看護師や看護学生に自分たちがどのように働き、専門職としての意識を高めてきたかを伝えるというかたちで、看護基礎教育に貢献できるのではないかと考える。

---

<sup>2</sup> 「保健師助産師看護師養成所指定規則」では、昭和42年度の学内における教育時間数は1,605時間、実習時間は1,770時間、総教育時間は3,375時間。平成8年度からは単位制度が導入され、総教育時間数が2,895時間以上で、そのうち実習時間は1,035時間である。

#### 第4節 本章のまとめと本研究の限界・課題

本調査より、定年退職者の64%が何らかの活動を行っており、医療施設以外の地域での活動や公的活動、職能団体での活動が増え、多様化していることがわかった。その要因は、興味・関心の拡大によるものであった。病院という組織の中で長年勤務することで、看護職として納得できる援助や看護職としての資格や臨床経験を活用できる、関係する諸領域での専門職としての活動を求めたことが考えられる。職業継続が専門職性の形成をもたらしたといえる。

ただし、職業継続のプロセスは、職場環境や個人的背景などに左右され、一概には論じられない部分もある。本調査対象者は、勤務経験年数は平均31.1年であり、ほとんどが管理職となり、職業を継続している。職業を継続していること自体がいわば成功事例であり、抽出されたデータが成功事例に偏る可能性があることは、本研究の限界と考える。しかし看護職の多様性と専門職化のプロセスを明らかにする上では、職業を継続した看護職者の実態の把握は、意義があるのではないかと考える。今後、職業を継続しなかった看護職者の調査により、看護職の多様性と専門職化の分析を深めることが課題となる。

## 第六章 創成期の国立がんセンターの看護現場—専門職性の萌芽

第四章と第五章では、多様な職業生活を通して自発的に専門職性を形成してきた看護職者たちの実態について分析した。我が国では第二次世界大戦後にアメリカ式の近代的看護制度が導入されたとされるが、それでは、いつ頃から近代的・現代的な専門職としての看護職が制度的に確立し、看護職者に専門職としての意識が芽生えてきたのだろうか。

先述したように、看護職の制度的なスペシャリストである専門看護師や認定看護師は「がん看護」領域に従事する者が一番多い。このことから「がん看護」の出発点である国立がんセンターの創成期を先駆的事例と見なせることが示唆される。これから詳述するとおり、そこで働いた人々が目指したのは、看護職者の医師からの自律と医療チームの中で役割を果たす「チーム主体的自律性」であった。

本章では、専門職性（特に「チーム的主体性」）が事実として形成されていくプロセスと、それを可能にした「場」あるいは「空間」の構造を、創成期の国立がんセンターに勤務した看護師たち、医師たち、職員たちの語りの分析から、明らかにする。

なお本章は、関口（2014）のデータの再分析に基づく。既発表論文では、がん看護を歴史的に捉え、医療チームを中心に論じたが、本章では、専門職性の形成に焦点を当て、看護師たち、医師たち、職員たちの語りを再分析した。

### 第1節 日本のがん対策

#### 1. がんの増加

がんが死因の上位に入ったのは戦後、結核が衰退の一途を辿ってからである。厚生労働省「人口動態統計」によると、がんが死因の2位を示したのは1954（昭和29）年で、戦後一貫して増加傾向であり、1981（昭和56）年には脳卒中を抜き、ついに第1位となる。その後も上昇を続け、がん死亡数は年間平均約3000人ずつ増加を示し、1971（昭和46）年には123,000人に達した。全死亡に占める割合も逐次増加して、1971（昭和46）年には17.9%、2011（平成23）年には28.5%に達した（図6-1、図6-2）。

2011（平成23）年の死因を性・年齢（5歳階級）別に構成割合で見ると、5～14歳では不慮の事故及び悪性新生物が、15～34歳では自殺及び不慮の事故が多く、35～49歳では悪性新生物及び自殺が多く、年齢が高くなるにしたがって悪性新生物の占める割合が多くなり、男では65～69歳で、女では55～59歳でピークとなる。以前は社会における働き盛りの年齢層といえる中年層に多かったが、今後は、年齢層が高齢化する傾向にある。がんの治療も著しく進展してきているが、高齢社会が進展する現在もなお、「がん」の死亡数と罹患数はともに増加し続けている。

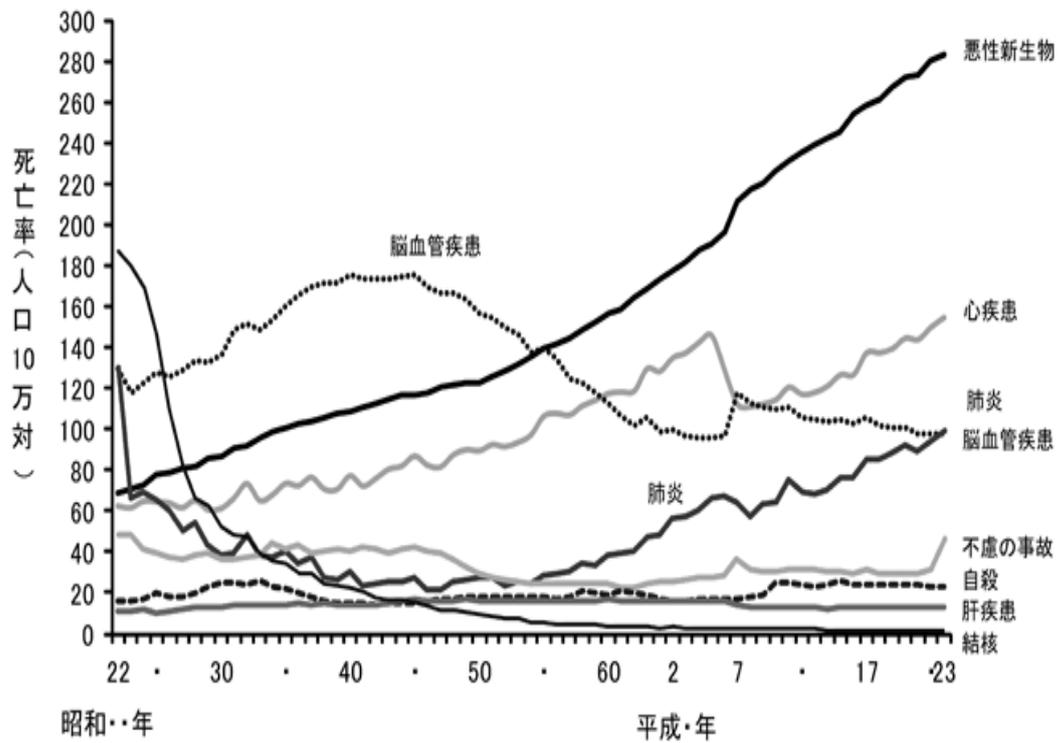


図 6-1 日本の死因別死亡率（出所：平成 23 年厚生労働省「人口動態統計」）

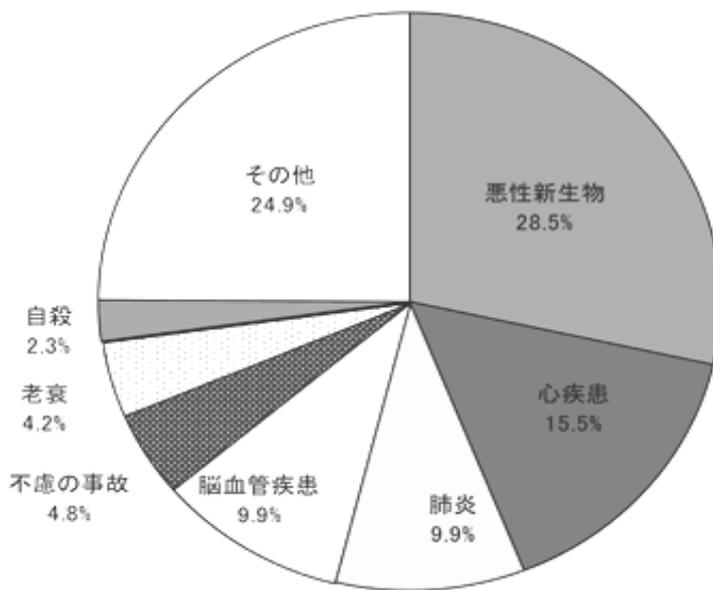


図 6-2 主な死因別死亡数の割合（出所：平成 23 年厚生労働省「人口動態統計」）

## 2. 組織的ながん対策

日本における組織的ながん対策の活動は、1908（明治41）年に民間の財団法人癌研究会の創設に始まる。国の施策としては、昭和29年より国立病院ががん診療センターの附属整備を開始したが、本格的ながん対策は、1956（昭和31）年に成人病予防対策協議連絡会の答申としてまとめられた、①実態調査、②医療施設の強化、③専門技術者の養成当面の緊急課題に始まる（国立がんセンター, 1983）。その後、悪性新生物実態調査が実施され、1959（昭和34）年、国は年々減少する結核その他伝染性疾患による死亡に代わり、がんによる死亡が人口の高齢化および生活環境の変化に伴い、増加するのではないかと危惧しはじめ、国としてのがん対策の中央機関の構想として1962（昭和37）年2月に、中心としての国立がんセンターが設置された。また同様の機能を有する地方がんセンターを大阪、愛知に新設し、さらに39年度予算で神奈川、新潟、宮城の各県への新設が計画された。

昭和38年10月には国立がんセンターを含め国立病院は88施設が全国に配置され、その病床数は約28,000床であり、全国の医療機関網の中において、規模と診療機能の面で重要な地位を占めている。ちなみに国立病院の経理は特別会計であり、その予算額は昭和38年度約212億円、39年度約261億円であった。そのなかで国立がんセンターは、昭和38年度8.8億円、昭和39年度10億円（国立がんセンター, 1973）と、他の国立病院に比較し手厚い予算がつけられており、国のがん対策への熱意が窺える。その後、1982（昭和57）年に成立した老人保健法に基づき、国の保健事業として胃がん、子宮がん検診が1983（昭和58）年より実施された。1987（昭和62）年には子宮体部がん、肺がん、乳がん検診が、1992（平成4）年には大腸がん検診が追加された。

2006（平成18）年よりがん診療連携拠点病院制度が開始され、本格的な国のがん対策といえる『がん対策基本法』が2009（平成19）年に成立した。

### 第2節 がん看護の歴史

がん看護もがん医療とともに行われ、発展してきた。組織的ながん医療は1908（明治41）年の財団法人癌研究会の創設に始まり、1954（昭和29）年より国立病院でがん診療が開始されたが、「がん看護」として、他の疾患の看護と特に区別されることはなかった。国立がんセンター創設準備段階の昭和37年1月に就職した看護婦長は、当時の国立病院で胃がん患者の看護、放射線の看護の経験があったが、それらの看護は、病院や病棟単位での治療に伴う看護であり、がん看護として体系化されていなかった。

#### 1. がん看護の創成；1960年代

「がん看護」という概念が初めて示されたのは、1962年の国立がんセンター創設の時だ

と考えられる（石本、柿川 1996：2-5）。初代総婦長の石本茂は、「がんは伝染病ではなく、がん細胞が転移する病気であり、絶対安静とする結核患者の看護とは違う。したがって病態をしっかりと知って、そして患者の活動能力、容態看護に重点をおくことが必要である。患者さんの『患』は医師、『者』は看護婦がみる」（石本、柿川 1996：2-5）と、看護の自主性、主体的な看護実践と患者の身体的・精神的苦痛の軽減という看護理念を掲げ、ベッドサイドケアを重視した。その石本の指導のもとで、1965年頃には、国立がんセンターの婦長達は、全国的ながん看護の研修会への講師となり、他の疾患の看護と異なる特徴をもつことを表す概念としての「がん看護」を広めた。さらに看護婦達は、がん看護の研究や看護学会、看護系雑誌への発表も行った（国立がんセンター, 1973）。

## 2. ホスピスケア、ターミナルケアの導入；1970年代

がん患者の罹患率と死亡者が徐々に増加し、各地にがん専門病院が設立された。さらにがん検診制度（胃がん、子宮がん）も導入され、早期治療が可能となり、がん診断治療は大きく進展した。がん看護もがんの診断と治療の発展を支えるために力を注いだ。しかし、がん治療の成果が向上する一方で、難治性の進行がんや末期がん患者が増加し、がん性疼痛などの強い苦痛症状で苦しむ患者への看護に関心が向けられた。しかし効果的な疼痛コントロールがなく、またがん患者の心理的・社会的問題についても対応ができずに、苦慮した時代であったといえる。この時期、海外では英国のシシリー・ソンドースによって設立された近代的な“ホスピス”が全世界的に広がっていた。日本においても1973年に淀川キリスト教病院においてホスピスケアがスタートし、1977年には「日本死の臨床研究会」がホスピスケアと連動する形で発展した（柏木, 1997：10-15）。このような情勢の中、日本の看護界でも欧米の留学生を通して、がん看護の専門性の一つとしてターミナルケアが導入された。また1975年に米国がん看護学会が設立され、1978年には国際がん看護学会（ロンドンのロイヤルマースデン病院看護部長のロバート・ティファニーにより設立）が開催され、がん看護は独自の学会をもつほどに成長した。

## 3. ホスピスの誕生と疼痛コントロールの開始；1980年代

1981（昭和56）年に、がんはついに死亡原因の1位となり、1983年に「対がん10か年総合戦略」の策定や「老人保健法」施行による集団検診の充実など国家的な政策のもとで、がん医療はさらに発展する。治療法のさらなる向上に伴った看護を実践する一方、ターミナルケアへの関心は高まり、研修会などを通して英国のホスピスケアの実情を知る機会が増えた。そしてついに、ホスピス施設として、1981年に聖隷ホスピス、1984年には淀川キリスト教病院ホスピスが誕生する（柏木, 1997：10-15）。

ターミナルケアへの関心の高まるなかで、1986年に世界保健機関より「WHO方式がん疼痛治療法」公表された。この導入に向け、看護師は医師を説得しながら実施した成果を、次々と報告していった（渡辺, 1998）。これらは、疼痛コントロールを中心とした症状緩和

のみならず、さらに心理・社会的問題の解決、すなわち、患者のQOLを重視する方向へと導いた。看護師の熱意は、1987年の「日本がん看護学会」、「ホスピスケア研究会」の発足へと結実し、また、がん患者のQOLの視点から「サイコオンコロジー学会」が発足し、心理・社会面の専門的研究の重要性が認識されてきた（小島, 1997: 1-8）。しかし、多くの病院においては、専門性の高い研究や実践の環境が整っていない状況であった。

#### 4. 緩和ケア、インフォームド・コンセントの推進；1990年代

がんの治癒率、生存率は向上し、がんは慢性疾患となってきた。しかし治癒率は50%程度であり、さらなる治癒率の向上が期待された。この時期、看護面は、合併症の予防、副作用対策、機能低下や機能障害に対するリハビリテーション、早期回復過程を促進させるプログラムの開発などが進んだ。さらに1980年代にターミナルケアとして発展してきたケアが、終末期だけでなく、がん医療のあらゆる過程で、積極的で全人的かつQOLを重視した患者・家族へのケアを重視するバリエーションケア（緩和ケア）へと変化した（武田, 1996）。

このようながん医療の展開に対応できるように、日本看護協会は1995年に専門看護師制度と認定看護師制度を発足させ、翌1996年に4名の「がん専門看護師」が誕生した。がん専門看護師は看護系大学院の修士課程修了を必須条件とし、「がん看護の実践、教育、相談、調整、研究」を業務とし、年々増加し、活躍している。日本看護協会認定部によると、がん専門看護師は専門看護師1,048名中435名で最も多い（2012年現在）。

緩和ケアが発展する過程で、欧米より20年遅れているといわれるが、日本におけるがん患者へのインフォームド・コンセントの必要性が高まり、その取り組みが始まった。しかし1998年当時、インフォームド・コンセントの第1歩であるがん告知率は、まだ20%程度であり、さらに地域差、施設差も大きかった（武田, 1996: 1837-1841）。当時から、告知に際しては、患者の思いを意識化させ、それを言語化できるようにサポートする看護職者の役割は、ますます重要となると考えられていた。

#### 5. 診療情報開示；1997年～

「インフォームド・コンセント」は、医療現場だけでなく、一般市民にも急速に広まった。国民の健康・医療に関する関心の高まり、医療内容の高度化・専門家などに伴って、医療従事者の患者に対する説明の重要性が高まり、1997年、医療制度の改正により、診療情報の提供および診療記録の全国的レベルでの開示が提言された（渡辺・武田, 1996: 108-114）。現在では、このような診療情報の提供、「インフォームド・コンセント」による説明、がん治療の発展による治療法の多様な選択肢、在宅ケアや中間施設の発展、医療費自己負担の増加など、患者の自己決定を必要とする因子が増えてきている。そのなかで患者・家族に寄り添い、継続的に生活を支えていく看護の役割はこれまで以上に重要となっている。

### 第3節 創成期の国立がんセンターの概況

本研究における「国立がんセンターの創成期」の操作的定義は以下である。組織、設備が不十分で、旧海軍病院施設を部分的に利用しており、看護単位も、病棟6、手術室・中央材料室1、外来・放射線科1の8単位であり、病床数は200床と小規模であったが、職員はパイオニア的な雰囲気を持ち、意欲をもって集まっていたと考えられる時期の昭和37～44年をいう。

#### 1. 国立がんセンター創設時の状況

##### 《設立の経緯》

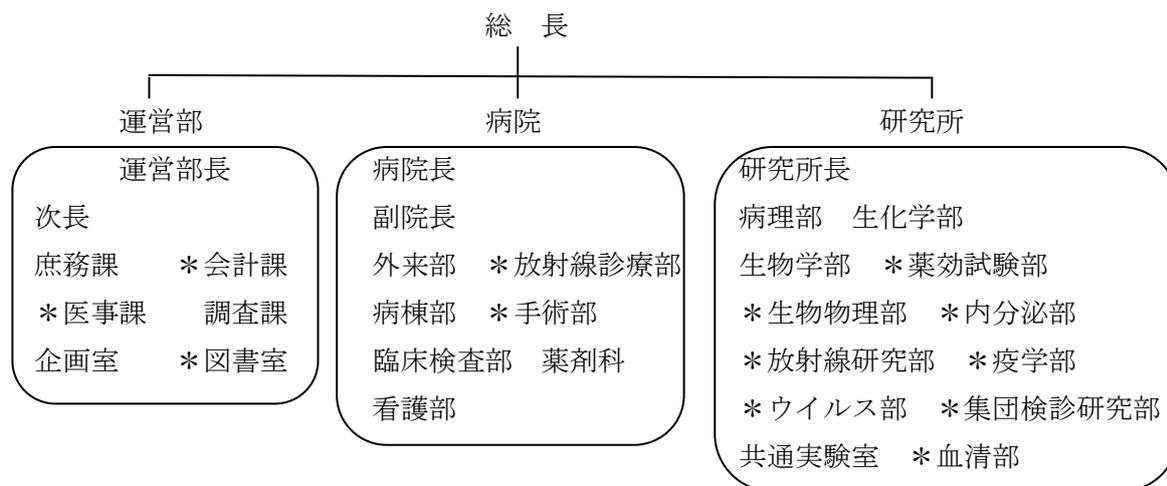
第2次世界大戦後、日本の復興は目覚ましく、医療の進歩や環境の整備などにより結核が衰退の一途を辿り、がんによる死亡が増加し、国家的ながんへの取り組みの必要性が認識された。そこで学識経験者により国立がんセンターの設立準備委員会が設置された。1960（昭和35）年8月6日に当時の中山マサ厚生大臣に提出された具申書によると、準備委員は日本の学会を代表する精鋭で構成された。委員は武見太郎（日本医師会長）、田宮猛雄（日本医学会長）、田崎勇三（日本癌学会長）、吉田富三（日本学術会議第7部長）、久留勝（大阪大学医学部附属癌研究施設長）、黒川利雄（東北大学学長）、尾村偉久（厚生省公衆衛生局長）、川上六馬（厚生省医務局長）であった。準備委員会は1960（昭和35）年8月から1961（昭和36）年12月の間に6回開催され、その具申書に即して、厚生省は国立がんセンター設置準備室を設け具体的に準備が開始された（国立がんセンター, 1973）。1961（昭和36）年6月1日、厚生省設置法の一部が改正され、日本の経済も上昇気運にあり、所得倍増計画を旗印とする池田内閣が昭和36（1961）年度予算に、建設費運営費など9億5千万円を計上し、1962（昭和37）年1月1日に国立がんセンターが設立された（国立がんセンター, 1973 : 1-14）。

##### 《革新的な病院づくり—新しい組織、有能な若い人材の登用》

国立がんセンターは、従来の国立病院にはない画期的なものであった（石本・柿川, 1996）。大学の医学教育の専門科別の縦割り制度ではなく、行政部門を管理する運営部と、研究部門の研究所、診療部門の病院が一体となり、センターとする新しい方式がとられた。センターのトップとして3部門を統括する総長が置かれ、各部門の責任者として運営部長、病院長、研究所長を置き、横の連携をとりつつ担当分野に専念し、実力を発揮できるようになっていた（図6-3）。そのために、患者カルテも終身1カルテ制であった。現在ではどの病院でも採用されているが、当時の国立病院では診療科別にカルテが作成されていた。がんは他の臓器への転移がおこり、様々な治療が必要となるため、複数の専門医が連携して

治療する必要があり、1カルテ制となった。これは診療科の壁を超えた革新的なものであった。

また学閥、派閥を超越し、年齢、系列を問わずに若き有能な人材が集められた。さらに研究所における研究は医学者だけで行うべきではなく、生化学、細胞学、発生学などの全ての自然科学者が協力する体制がとられた。このような組織は日本ではいまだかつて試みられておらず、日本の医療の近代化の拠点が、がんセンターを中心として確立された。



\*印は創立1年後の昭和38年から40年に新設

図6-3 創立時の国立がんセンターの組織図（出所「国立がんセンター十周年記念誌」）

#### 《診療の開始、病床数、患者数、職員数》

昭和37年3月31日に病院関係（治療棟）が竣工し、5月20日より診療予約の受付が始まり5月23日に診療が開始された。昭和37年度の病床数は200床（配置職員数の算定基礎となる訓令定床は430床）、入院患者総数は1,455名、退院患者数は1,183名（その中で死亡退院は128名で死亡率10.04%）、1日平均患者数は215.8名、平均在院日数は53.8日であった。昭和37年度の初診者総数13,315名のうちの悪性新生物患者数1,858名（13.9%）、性質不詳の新生物患者数121名（0.9%）、良性新生物患者数545名（4.1%）、その他の疾患患者数7,506名（56.4%）、不詳・その他が3,285名（24.7%）であった。その他の疾患患者数が半数であり、不詳・その他を加えると80%となり、がんの不安をもつ患者が多く受診したことがわかる。初診患者の性別、年齢は、男女とも30～39歳、40～49歳が各々約25%と一番多かった（国立がんセンター, 1973）。

国立がんセンター病院は、旧海軍病院を利用して建設された病院であり、病棟6、手術室・中央材料室1、外来・放射線科1の200床であり設備も不十分であった。しかし治療設備は当時の日本としては最高といえる設備であった。手術室では6台の手術台全てが外国製で、外科医学の進歩に沿った設計であり、スパーク防止床材が敷き詰められていた。手術後のリカバリールーム（回復室）にも自動人工呼吸器が4つのベッドそれぞれにあっ

た。また放射線器械は当時の日本では極めて少ないベータートロン（電子線発生装置）、リニアアクセレーター（線型加速装置）、コバルト 60 などが備わっていた（水野, 1962 : 134）。患者数、病床数においても国立病院中、大規模の病院ではないが、創設当時の診療関係職員は医師 63 名、薬剤師 3 名、診療放射線技師 11 名、衛生検査技師 13 名、看護師 95 名の 185 名（国立がんセンター, 1983）であり、専門職員を多数に擁するがん専門病院としての特色をみることができる。

#### 《がん告知に対する方針、医師と看護師との関係》

国立がんセンター創成期は、患者には絶対にがんと気づかせてはならないとの方針があった。そのため患者との対話に職員は苦慮した。インフォームド・コンセント（説明と同意）、クオリティ・オブ・ライフ（生命、生活の質）について問われる現代とは違った意味で、特に創設当初の医師、看護師（以下同）の苦労があった。

医師と看護師との関係について、当時勤務した医師は「医療と看護は独立した別個のものだ」といった看護師の言葉を何度も聞いていた。それに対する医師の反発もあり、現場では医師と看護師の間がうまくいかなかったこともあった（小山, 1982 : 83-85）。しかし「医師と看護婦は車の両輪」といった考えを実行することは、医師の従属物であることを止めて、その支配から独立した看護部の体制づくりだったと考えられていた。

看護部門には技術的な専門化の要求とともに、総合体制のなかで分担する責任の比重はますます増大するとの、トップレベル（総長、病院長、研究所長、運営部長）と総婦長の間では共通の理解となっていた（北岡, 1976 : 41-43）。

## 2. 創設時の看護状況

当時の看護婦の人材確保は厳しい状況にあった。過酷な労働条件が改善されず、1959（昭和 34）年には看護婦不足が表面化し、1960（昭和 35）年 11 月の東京地方医労連の賃上げ闘争に端を発したストライキが全国的に拡大していた。また社会情勢としても、日米安全保障条約改正阻止運動（いわゆる 60 年安保闘争）のデモに全国で 530 万人が参加する状況であった。当時の看護婦は一人夜勤の病棟での緊急事態の要員として、多くの病院で看護婦寮への入寮が義務付けられ、早朝から夜の変則勤務や 1 週間続く夜勤など過酷な労働条件であった（田中, 2008 : 30-38）。厚生省は 1961（昭和 36）年に、国立医療機関の看護婦、助産婦の勤務時間を週 44 時間制とするよう制定した。しかし、そのために必要な 2,500 人増員に対し実際の増員は 300 人程度であった（橋岡, 1998 : 174-194）。

そのようななかで初代総婦長に就任した石本には、日本で初めて本格的ながん治療が行われ、重症のがん患者を多くかかえるなか、身体的にも精神的にも充実した看護を実現するには、「看護婦は単なる医師の小間使いや雑役係を乗り越え、病状や治療方針にも洞察をもった『プロ』の看護婦でなければならない」（石本, 1989）という看護理念があった。ま

た、組織的にも総婦長は病院長の下に手術部長や病棟部長、放射線診療部長などと同列に置かれ、看護部門については総婦長が病院長より全面的に任されていた(北岡, 1976: 41-43)。現在は全国の病院で看護職が副院長に就任していることも多いが、50年前の病院では異例の体制といえる。

また、日本で初めての国立がんセンターの開設であることや、後述のように婦長たちに看護婦の鏡のように見られていた石本が就任するということが、医師も優秀であるとともに看護婦も優秀でなければならないと、意気に燃えた看護婦が何かを求めてやってきた。さらに石本は、自らラジオでの看護婦募集の呼びかけや優秀な看護師の獲得に、全国各地を飛び回った。1962(昭和37)年2月1日の開設までに転勤希望者の面接、新規応募者選考をし、看護婦80名を採用した(国立がんセンター, 1983)。さらに当時は一般の病院では、表6-1のように准看護婦が多く勤務していたが、石本は、がん看護という専門的な看護実践には国家資格をもつ看護婦のみを採用すべきであると主張し、看護婦のみの採用であった。なお、昭和38年4月の看護婦の学校や養成所は242施設で1学年の定員は6,681人、准看護婦の学校や養成所は570施設で1学年の定員は18,042人であった(厚生省, 1963)。

診療開始時の診療科は、病棟6、外来・放射線科1、手術室・中央材料室1の8看護単位、病床数200床、看護師定員は130名(1962(昭和37)年5月23日時点)であり、勤務体制は、当時は全国的にはまだ一部の病院しか実施していなかった二人夜勤、3交代制であった(国立がんセンター, 1983)。

表 6-1 看護婦准看護婦就業状況 (昭和 37 年末)

資料；厚生省大臣官房統計調査部

	就業数	看護婦学校	保健所	病院	診療所	学校	派出看護婦	その他
看護婦	121,620	987	285	92,337	18,998	2,407	5,671	935
*看護人	1,214	1	—	1,141	43	—	—	29
准看護婦	81,560	12	13	65,394	15,914	33	34	160
准看護人	693	—	—	635	8	—	—	—
総数	205,087	1,000	298	159,557	34,963	2,440	5,705	1,124

\*看護人とは男性の看護師であり、1968(昭和48)年に「看護士」、2001(平成13)年に性別による差のない「看護師」という名称となる。

### 3. 初代総婦長の石本茂評伝

筆者が看護学校を卒業し、国立がんセンターに勤務した時(1969(昭和44)年4月~1975(昭和50)年3月)には、すでに石本は参議院議員となっており、面識はない。しかし「石本総婦長」という名前はよく耳にした。先輩看護婦、婦長達は、看護婦と医師との役割について「石本総婦長はそうおっしゃっていた」、「そんなことをしたら、石本総婦長に対し恥ずかしい」などと、あたかも存在するかのように話していた。また「石本総婦長の話

は、『石本節』といわれる独特の説得力があった」とも語っていた。その、いわゆる「石本節」を、筆者が直接聞いたのは、看護協会総会での来賓あいさつであった。先輩諸姉から聞いた通り、静かで穏やかな独特の話しかけで一人一人の心にしみわたるものであった。誠実で謙虚に看護について語りかける姿は、今までの指導者にはないものであり、一遍に魅了された。

石本茂の略歴と看護について、「専門的な看護としてのがん看護の位置づけ」、「自律的な看護部門の組織化」、「看護婦の役割の明確化」、「人材の育成」から述べる。

#### 《略歴》

石本は、1913（大正2）年9月6日に石川県小松市に生まれ、2007（平成19）年10月10日死去した。富山県支部赤十字病院救護看護婦養成所卒業後、郷里で小学校の養護教諭として勤務後、東京渋谷の日本赤十字社会看護婦養成所で学び、日本赤十字福井支部に社会看護婦として訪問看護活動に従事した。

1937（昭和12）年8月、従軍看護婦として日支事変の召集を受け、病院船救護活動や臨時東京第1陸軍病院勤務、陸軍看護婦長として中国の南京陸軍病院などで約10年間、傷病兵の看護に奔走した。

1946（昭和21）年3月、石川県の国立山中病院に厚生技官（総婦長）として赴任した。その間、全日本国立医療労働者組合（全医労）の中央執行委員となり、看護婦の労働環境について厚生省と折衝を行った。

1950（昭和25）年に厚生省医務局国立病院課看護係長に赴任し、全国で百十余あった国立病院をすべて視察した。1958（昭和33）年に国立国府台病院総婦長を経て、昭和1961（昭和36）年2月、国立がんセンター初代総婦長に就任した。総婦長としての仕事の傍ら、1962（昭和37）年春に日本看護協会第1副会長に就任し、協会活動にも力を注いだ。任期中に日本看護協会の推薦で、参議院全国区に立候補、当選した。1964（昭和39）年12月31日付で国立がんセンターを退職し、政界に入った。1984（昭和59）年の第2次中曽根改造内閣で環境庁長官に就任し、21年間の議員生活を送った。

#### 《専門的な看護としてのがん看護の位置づけ》

「がん」の診断、治療は、大学病院や国立病院をはじめ大きな医療施設では行われていたが、がん看護は他の疾患の看護と区別されることなく、医師の治療に伴う看護として行われていた。石本は「がんは、伝染病ではなく、がん細胞が転移する病気であり、絶対安静とする結核患者の看護とは違う」と、他の疾患の看護と異なる概念をもつがん看護を専門的な看護として位置づけた（石本・柿川, 1996）。

#### 《自律した看護部門の組織化》

1950（昭和 25）年に国立の病院、療養所で総婦長制度が導入され、院長・事務長・総婦長が「管理の 3 本柱」とされていた。しかし男尊女卑の時代でもあり、看護婦の地位もまだ十分に認められていないなかで、実際の現場では十分に理解されていたとは言えなかったと考えられる。創成期の国立がんセンターでは、組織的にも総婦長は病院長の下に手術部長や病棟部長、放射線診療部長などと同列であり、看護部門については総婦長が病院長より全面的に任せ、「管理の 3 本柱」が組織図だけでなく、実際に行われていた（石本・柿川, 1996）。

石本は、厚生省医務局国立病院課の看護係長として、全国の国立病院をすべて視察し、医師や事務部門に依存した看護組織の実態があり、そういった依存的な看護組織に対して忸怩たる思いを抱き、自律した看護部門を目指した（石本, 1989）。

#### 《看護婦の役割の明確化》

石本は、「病態をしっかりと知って、そして患者の活動能力、容態看護に重点をおくことが必要である。患者さんの『患』は医師、『者』は看護婦がみる」（石本・柿川, 1996）と、病気は医師、患者の生活は看護婦の役割ということを明確に示した。「医師と看護婦は車の両輪」という考えは、1950（昭和 25）年当時の看護教育でも行われていたが、石本は、戦前の日赤の看護婦養成所で学び、看護理念としていた。その理念を実践することは、当時の医療世界では困難なことであったと思われるが、石本はどうして実行できたのだろうか。それは従軍看護婦としての体験であった。戦争中で医薬品も乏しく医師も治療ができないなかで、看護婦として苦しむ患者に様々な援助を行ってきた体験により、看護には医師の治療とは異なる役割、アプローチがあると実感していた（石本, 1989）。また「がん看護」は、今までの結核などの感染症の看護とは異なることから、「病態をしっかりと知って、容態看護に重点をおく」（石本, 1989）と、看護婦のベッドサイドケアを重視した。これは看護の自主性、主体的な看護実践と患者の身体的・精神的苦痛の軽減であり、ターミナルケア、緩和ケアと 1970 年代、1980 年代に言れた看護の先駆的なものであった。後年、こういった石本の指導による自律的な看護実践は「石本イズム」と呼ばれた。

#### 《人材の育成》

石本は、新しく始まるがん専門病院に固定観念をもった看護婦ではなく、意欲のある看護婦や若い看護婦を採用した。婦長も当時の国立病院に比べ若く、30 歳代が多かった。この頃、看護関係の雑誌が創刊されたが、当時の若手の婦長を中心に、雑誌の執筆や全国のがん看護研修の講師に推薦し、人材の育成に努めた。

### 第 4 節 創成期の国立がんセンターの現場

本節では、創成期の国立がんセンターで勤務した看護婦たちおよび一緒に勤務した医師、事務職員から聞き取り調査を行い、その看護現場を明らかにする。

## 1. 調査方法、期間

調査方法はインタビューによる聞き取り調査である。インタビュー項目は、がんセンターへの就職の動機、当時のがんセンターの状況、がんセンター退職後の活動状況などである。特に当時、石本から受けた指導、看護の専門性に関する内容については具体的に聞いた。

インタビューに際しては、職務経験に対する相手の応えについて、その思いを十分に受け止めるように心がけた。なお、筆者も看護職としての初職は国立がんセンターであり、面識のあるインタビュー参加者もいた。したがってインタビューはアクション・インタビューといえる。

調査対象者の選出に際しては、創成期のがんセンターを知る3名の看護婦の協力を得るとともに、インタビューに際して必要時に同行を依頼した。さらにインタビュー内容についての分析の際にも助言を受けた。

調査期間は2009年1月14日～3月23日、インタビューを音声で録音し、その内容を文章化して本人より確認を受けた（2009年9～10月）。

## 2. 調査参加者

### 1) 石本が抜擢した婦長、管理者群

開設（昭和37年）当初より勤務し、石本総婦長（以下石本とする）を支えた、連絡可能な副総婦長、看護婦長（当時の名称）12名に連絡し、承諾の得られた5名と面談した。年齢は79歳から86歳であり全て女性である。

### 2) 石本を将来モデルとする中堅看護婦群

創成期（昭和38～44年）に勤務した看護婦長、看護婦11名に連絡をし、承諾の得られた8名と面談した。年齢は67歳から78歳であり、全て女性である。

### 3) 新人看護婦群

昭和37年4月から昭和42年4月に看護学校卒業後すぐに就職した、連絡可能で承諾の得られた4名と面談した。年齢は63歳から70歳の女性である。

### 4) 当時勤務していた医師で承諾が得られた3名（男性）に聞き取り調査を行った。

### 5) 創設当時に勤務していた事務職員2名（男性）より聞き取り調査を行った。

なお、調査参加者の概要と筆者との関係は表6-2に示す。

表 6-2 調査参加者の概要と筆者との関係

調査参加者（面談時の年齢）	背景（勤務期間）等	筆者との関係、備考
石本が抜擢した管理者群（5名）		
1) 総婦長と婦長の橋渡し A氏 (85歳)	副総婦長（昭和37年4月～43年3月）	面識なし、面識のある調査協力者が同行、難聴あり、通院中のリハビリ施設で面談。
2) 看護の誇りと自信 B氏 (84歳)	病棟婦長（昭和37年1月～44年3月）	面識なし、部下として指導を受けた調査協力者が同行、凜とした穏やかな態度、多くを語らない。
3) がんセンターで働く使命感 C氏 (84歳)	病棟婦長（昭和37年1月～47年8月）	面識あり、現在も親交のある調査協力者と共に面談。
4) 新しい治療に新卒看護婦中心で対応 D氏 (86歳)	病棟婦長（昭和37年4月～38年9月）	面識なし、関西在住、体調すぐれず、当時の思い出を達筆な原稿で提出。
5) 全国より優秀な人材が集結 E氏 (79歳)	病棟婦長（昭和37年3月～42年4月）	面識なし、親交のある調査協力者より人となりの話をよく聞き、福岡で面談
石本を将来モデルとする中堅看護婦群（8名）		
6) ラジオから流れた声 F氏 (75歳)	主任看護婦、病棟婦長（昭和38年1月～46年3月）	直属の部下として指導を受ける。調査協力者で、原稿や資料の提供がある。
7) 米国で「がん看護」を学び就職 G氏 (77歳)	病棟婦長（昭和39年10月～49年4月）、2001（平成13）年から1年間、看護部長	面識あり、熊本の自宅で面談
8) 意欲的な若い看護婦達の熱気 H氏 (75歳)	看護婦、主任看護婦、病棟婦長（昭和37年7月～52年4月）	面識あり、神奈川の自宅で面談、資料や原稿の提出もある。定年退職後に看護連盟理事（11年間）
9) 病棟は看護婦のテリトリー I氏 (78歳)	病棟婦長（昭和41年4月～46年4月）	面識あり、院内の英会話サークルでも一緒に学ぶ。資料の提出もある。
10) 看護婦は勉強し医師に意見を述べる J氏 (70歳)	看護婦（昭和37年7月～44年3月）、病棟婦長（昭和47年11月～平成元年）	面識あり、直属の部下として勤務。入居する群馬の療養施設で面談
11) アイデンティティの確立を求めて K氏 (74歳)	看護婦、主任看護婦、看護婦長（昭和39年～平成8年）	面識あり、勤務した病棟の先輩看護婦、現在、看護大学で特任教授として勤務

12)患者・家族に寄り添って L氏 (71歳)	主任看護婦 (昭和39年～47年)	面識あり、勤務した病棟の主任看護婦、調査協力者
13)ターミナルケアの模索 M氏 (67歳)	看護婦 (昭和42年～48年)	面識あり、勤務した病棟の先輩看護婦、調査協力者、多くの助言と原稿の提出
新人看護婦群 (4名)		
14)医師と看護婦が情報を共有 N氏 (68歳)	看護婦、主任看護婦 (昭和37年～49年)	面識あり、勤務した病棟の先輩看護婦
15)がん看護に情熱をもつ人々の熱気 O氏 (70歳)	看護婦、病棟婦長 (昭和37年～平成6年)	面識あり
16)看取りの記憶 P氏 (63歳)	看護婦 (昭和42年4月～59年) 手術室婦長 (昭和63年～平成5年)	面識あり、同じ九州の看護学校卒業の先輩看護婦、現在も都内病院の看護部長として勤務する病院で面談
17)基本どおりの看護が行われていた病院 Q氏 (63歳)	看護婦、婦長 (昭和42年4月～平成3年)	面識あり、同じ九州の看護学校卒業の先輩看護婦、九州の実家近くで面談
医師群 (3名)		
18)医療と看護が別では困る R氏 (80歳)	消化器外科 (昭和37年～60年) その後、栃木がんセンター病院長	面識なし、一緒に勤務した看護師、調査協力者と共に面談
19)看護婦さん達から教わった S氏 (75歳)	頭頸部外科 (昭和37年6月～平成元年12月)	面識あり、一緒に勤務した調査協力者の看護婦長、看護師と共に面談
20)病院長と総婦長の連携 T氏 (73歳)	頭頸部外科 (昭和40年～平成4年)、平成4年から国立がんセンター東病院副院長、院長	面識あり、一緒に勤務した調査協力者の看護婦長、看護師と共に面談
事務職員 (1名)		
21)病院・研究所・運営部門が一体となった新しい「センター」 U氏 (75歳)	準備室・人事係 (昭和36年～41年)、運営部次長 (平成元年～平成2年4月)	面識なし、面識のある調査協力者と共に面談 (準備室で一緒に勤務した事務職員も同席)
そして私は・・・		
22)看護の“知”へのめざめ (61歳)		

### 3. 倫理的配慮

創成期の初代総婦長である石本を知る看護師達も徐々に少なくなっていた。また婦長として活躍した方々も高齢となった現在、創成期の国立がんセンターの看護を記録として残す必要性があると考え、それらについて、文書および口頭で説明した。その説明に賛同し参加していただいた方々に、参加協力を得、さらに発表することの同意を得た。記述内容は本人の確認を受け、できるだけ語られた内容を正確に記述するように心がけた。

### 4. 用語の定義

○創成期；病院、センターとしての組織・機能がまだ整っていない時期であり、病院も旧海軍病院を利用していた昭和 37～44 年頃とする。

○石本イズム；看護婦が自律し、看護の本質を追求する姿勢や看護を実践することをいう。国立がんセンター創成期には使用されていなかったが、後に強力なリーダーシップを発揮した初代総婦長の名前をつけ、そのように呼ばれた。

## 第 5 節 聞き取り調査結果—看護師達の語り

創成期国立がんセンターの看護現場について、専門職性を育む要因に関する語りを中心に述べる。

### 《石本が抜擢した管理者群（5名）》

#### 1) 総婦長と婦長の橋渡し （A氏）

○アメリカ留学を予定していたが転勤

国立東京第一病院（現在の国立国際医療研究センター）に 10 年勤務しましたが、その間、看護学校の教員や国立公衆衛生院での 1 年間の研修を受けました。病棟婦長をしていた時、当時の総婦長よりがんセンターへの転勤を勧められました。考慮していると、国立がんセンター総婦長として予定されていた石本先生とお会いし、「国立がんセンターがいかに重要か」と直接に説得され、心を動かされました。昭和 37 年 9 月より昭和 38 年 9 月までアメリカに留学することが決まっていたのですが、がんセンターに転勤しても、留学するという約束で転勤を決意しました。

○拳々服膺（けんけんふくよう）——常に胸におき行動する石本総婦長

看護において、経済的な問題は大きいのです。石本総婦長は経済的問題を重視され予算獲得に努力されました。昭和 37 年 4 月から開設の 5 月までは開設準備で、看護物品の請求

などを行いました。婦人科の外来の物品請求では、患者数の5倍を請求し、事務から多いと言われましたが、石本総婦長が積算根拠を明確に説明され、請求どおり購入できました。看護婦に対する医師の苦情に対しても、石本総婦長は理路整然と話され、看護の牙城を守ってくださった。たいていの場合、医師の認識不足のほうが多かったようです。また、看護の精神を私達に伝えてくださった。拳々服膺（けんけんふくよう：常に胸におき行動する）を教えていただいた。

石本総婦長は看護協会の仕事もあり、非常にお忙しかった。具体的な指示をいただいて、私が婦長に伝えていきました。また、病院にいらっしゃる時は必ず病棟を回り、廊下にゴミが落ちていれば黙って拾う方でした。そして観察の重要性、「患者の足の爪を見ればケアができていけるかがわかる」と常に言われ、ナイチンゲールを思わせる言動の方でした。行政などいろいろ行っていた方で、直接的な看護はもう行ってはいらっしゃいませんでしたが、看護の基本が十分わかっている方だったと思いました。

戦争中、中国の何も無い北支と中支の陸軍病院でも華道をやっていたらと伺いました。がんセンターでもお花をいただいたら、水切りをしてピンとさせて活かしていたらと伺った。細やかに手まめでした。そして人間的に温かな方で、親孝行でした。いつか電話でお母様に「そちらの天気はどうですか？」と、やさしく聞いていらしかったことがあり、心を動かされました。

#### ○新卒看護婦へのオリエンテーション

昭和37年4月と翌年にも40名の看護婦を採用しました。看護学校卒業直後の就職者には、石本総婦長の指示で資料を作成し、オリエンテーションを行ったことが記憶に残っています。その内容は、がんセンターの組織、がん看護、がん治療トピックス、東京ツアー（明治神宮、看護協会、浜離宮）などでした。がん看護については、石本先生自身で講義されています。また、3ヵ月に1回はがん治療について、医師より全看護婦に講義がありました。放射線治療は放射線科部長の梅垣先生などが講義され、当時の日本の最新医学の知識を学ぶことができました。さらに患者の移送、装具などの搬送に対しても看護婦だけでなく医師も行いました。患者の安全のためには看護婦だけでなく、医師も一緒に行うことが当然であるという石本先生の考え、行動が浸透していった結果と思います。

## 2) 看護の誇りと自信 (B氏)

#### ○準備段階から婦長として勤務

自分自身も結核の療養後だったので、比較的ゆったりとした環境で働くため、九州の国立療養所に勤務していました。その後、健康状態も回復したので、病院を変えろと思うていた時、新しい国立のがんセンターの話聞き、応募しました。石本総婦長の方針で新制度の看護婦のみの採用であり、全国各地より優秀な人材を確保すると聞いていました

が、婦長として採用されました。同じく婦長として採用されたC氏と2人、昭和37年1月の開設前に赴任しました。

#### ○患者の生活に責任をもつ看護実践

石本総婦長が看護婦の働く環境づくり、予算の確保に努力されていたので、病棟婦長は各病棟で具体的な実践看護、指導に努力しました。当時は胃がん患者への看護の経験しかありませんでした。見たこと聞いたことのない状態の患者ばかりでしたが、がん疾患、治療についての講義と各病棟での勉強会、日々の看護のなかで、がん看護についての模索、研鑽を深めていきました。

当時のがん医療においては、医師も新しい手術の方法、化学療法、放射線療法などやその後の経過について未知の部分も多く、すべてが手さぐりの状態でした。医師は治療への関心、看護婦は食事・排泄・保清などの生活について責任をもつことで、医師と看護婦との信頼関係が生まれていったと思います。石本先生も医師に従属しない自立した看護の重要性を強調されていました。

戦争未亡人を看護助手として国家公務員の待遇で採用していました。看護婦はできるだけ患者の側で援助に専念できるようにと、病棟に2名ずつ配属されており、当時の病院ではみられない画期的な体制だったと思います。日本で初めての国立がんセンター病院で働く誇りと自信をもち、意欲的に取り組むことができました。

### 3) がんセンターで働く使命感 (C氏)

#### ○がん患者への関わりの経験

当時は東京の国立病院の放射線科に勤務し、がん患者に接していましたが、国立がんセンター創設の話聞き、是非働きたいと応募しました。その時はすでに国立病院としての婦長試験も受け、合格していました。

国立がんセンターの就職試験は、関東甲信越地区での婦長としての小論文と面接の採用試験でした。小論文は「私の一日、病院の一日」というテーマであり、面接は石本総婦長と厚生省国立病院課の事務官（国立がんセンターは厚生省直轄なので）で、「がん患者に対する姿勢」について石本総婦長から質問を受けた記憶があります。石本総婦長は、がん看護に際して質の高い看護が求められるので准看護婦は採用されませんでした。管轄の国立病院の人材を掌握する全国各地の地方医務局単位で採用試験があり、九州の国立病院に勤務していた方などが採用されました。採用に際しては国立病院、療養所の人材だけでなく、全国の優秀な人材獲得を目指してラジオでの石本総婦長と医師の木村先生による看護婦募集の呼びかけもありました。昭和37年3月1日付けで国立がんセンターに看護婦長として採用されました（当時37歳）。石本総婦長以外では、私と2名が初めて国立がんセンター準備室に勤務しました。

### ○準備段階より看護婦長として勤務

昭和 37 年 5 月の開設に向けて準備をしました。最初は外来のみを予定しましたが、患者の状態から、75 床の全科の患者を入院治療する病棟もオープンしました。その病棟婦長に任命されることになりました。

A 氏が東京の国立病院より昭和 37 年 4 月に副総婦長として転勤されましたが、9 月より 1 年間、留学生として渡米されました。したがって、石本総婦長が看護協会など院外の仕事で不在の時は、私が看護の責任者としての役割を担うことになりました。

### ○主体的な看護実践

医師と看護婦は車の両輪という考えを実践するには、看護婦は医師と同様に力をつける必要があると言う石本総婦長のもとで、病棟婦長の一貫した姿勢とリーダーシップのもとに看護が行われたと思う。ある医師より「患者は医師を頼ってくるが、看護婦を頼ってこない」と言われ、「どうぞ医師は医療をしっかりとください」、「包帯交換には看護婦はつきません、医師は自分で準備してください。看護婦として患者の世話はしっかりやります」と対応したこともありました。看護婦にも、医師から看護婦を従属的に扱うような言動があった場合、個人的なことにしないで、婦長に伝えるように話しました。婦長がその医師に対応し、それでも解決しない場合、石本総婦長がすぐに対応されました。

肺がん手術も初期は大手術で術後の経過も思わしくなく、患者が手術の不满を看護婦にぶつける場面も多くみられました。その際に「患者が穏やかに生きられる時間がもてるようところで手術を止めてほしい」と医師に伝えたこともありました。看護婦は患者の状態を実に正確に把握して、患者の急変の危険性など医師よりも早く、婦長に伝えてくれました。それを医師にも伝え、速やかな対応ができていたと思います。

当時の日本のほとんどの病院では、遺体の搬送は看護婦が行っていました。しかし、国立がんセンターでは、看護婦は常に病棟にいて患者を守るという石本総婦長の考えのもと、開設当初から看護婦は遺体の搬送は行いませんでした。最初は当直の事務職が行いましたが、1 年もしないうちに、事務職自ら業者に委託するようになりました。

### ○使命感に燃えた勤務

朝 7 時には出勤し、夜も 20 時過ぎまで勤務しました。労働条件や環境を整えることは大切ですが、当時はまったく不平・不満もなく自分の意思で働きました。日本で初めてのがんセンターで働く、がん看護を行っているという充実感、プライド、役割意識、使命感があり、がんばれたのでしょう。ある医師から「こんな大手術をしてもその日のうちに家に帰れるのは、がんセンターの看護婦さんだから」と言われ、うれしかった記憶があります。

### ○意欲的な看護の源泉

このように婦長として働く姿勢を支えられたのは、石本総婦長の強力なリーダーシップとバックアップがあったからだと思います。医師とトラブルがあった時や組織的に全体の問題として解決したい問題は、総婦長に報告しました。総婦長は看護部として論理的に意見を述べ、改善に努めてくださいました。医師と看護婦は車の両輪という看護教育が始まっていましたが、当時の臨床の現場では医師主導のもとに看護が行われていました。しかし、がんセンターでは「医師と看護婦は車の両輪」という場面がみられました。アメリカ留学経験のある医師を中心に、医師が自ら包帯交換車をベッドサイドに運びガーゼ交換を行いました。

また、看護婦が医師に患者の情報提供を行い、医師の指示に対する質問や意見を述べるなどしていました。それは医師と看護婦のトップが、がん医療のために連携されていたからではないかと思います。病院長も朝7時には出勤され、医師の鏡となり、医師に対しても厳しかったようです。医師も24時間体制で取り組み、患者が死亡した場合、解剖の承諾を得られないと院長にその理由について報告することが決められていました。がんの治療、研究に取り組むためには、解剖は不可欠でした。そのため看護婦も家族への説明に協力しました。がん治療を進める上で医師も看護婦との連携が必要であり、看護婦との協力体制が築かれていったのでしょうか。

#### ○自律した看護を徹底した石本総婦長

強力なリーダーシップで、国立がんセンターにおける自律した看護を職員に徹底した方だと思います。人の意見をじっくり聞く、八つ当たりでない理性的・論理的な意見、言うべきことははっきりと厳しく述べ、戦略的な言動と剛柔な対応ができる方でした。たとえば手術後患者の離床の時期について、主治医から早すぎるとクレームがあった時に、婦長は総婦長のところにその医師とともにいくと、石本総婦長は「どうぞ、おかけください」と穏やかに声をかけ、医師から話を聞いた後、「沈下性肺炎防止のための早期離床を促すことは看護婦が行う仕事です」ときっぱりと述べられていました。

当時の国立病院の看護婦宿舎は2人部屋でしたが、国立がんセンターの看護婦宿舎は個室でした。これは働く人の立場を守るという石本総婦長の考えであり、特に夜勤をする看護婦の労働条件を配慮したものであり、当時としては画期的でした。さらに、全国の病院からがん看護の研修を受け入れ、海外の看護婦（タイなど東南アジア諸国）のがん看護研修の受け入れもしていました。また、看護婦長、主任看護婦を都内の病院にがん看護講習の講師として派遣していました。

#### 4) 新しい治療に新卒看護婦中心で対応 (D氏)

##### ○日赤救護班として働いた経験

私は日赤の看護婦養成所を突然の学徒動員令で、予定より半年早く昭和 18 年 10 月に卒業し、19 年 2 月には極寒の中国天津陸軍病院で日赤救護班の一員として働いていました。真に戦時中の看護婦です。

敗戦 1 年後、無事に帰国しましたが、当時の病院は敗戦直後 11 月に米軍に完全接收され、小学校の講堂や軍隊の兵舎跡を借りて転々とし、まるで野戦病院のような粗末な病院でした。11 年後の昭和 31 年によりやく返還されましたが、空襲で焼けた本館の再建であっちに移りこっちに移りと転々としました。その間ずっと外科系（外科、整形外科、耳鼻科、皮膚泌尿器科、眼科、婦人科）の勤務でした。勉強は新制度の国家試験と助産婦学校（看護学校併設）を卒業したことだけで、新時代の看護の勉強は内科系の人にまかせて、ただがむしやりに働いていました。

伝統ある日赤病院ですが、接收されたため、元婦長級の方が復帰されただけで優秀なすてきな先輩達の復帰がなく、若くて新米の私達でもすぐに主任となり婦長となりました。そして家付き娘のように重責を担っていました。

戦後十数年たって看護協会総会や講習会で卒業以来のクラスメートに出会って、井の中の蛙のような私をかわいそうに思ったのか、国立に勤務していたクラスメートが、国立がんセンターが大きな構想で設立されて、とても立派な石本先生が総婦長になられるということで、是非にと勧めてくれました。試験を受けましたが、あんな成績でと思いましたが、よく採用して下さったと今も感謝しています。

#### ○入院診療開始時に鳴りやまぬ電話

昭和 37 年 4 月中頃に皆様より遅れて就職したため、オリエンテーションもありませんでした。2 階の外科系（胸部以外の外科、耳鼻科、整形外科、婦人科）の病棟で、看護婦は国立の看護学校を卒業した人ばかりで、まだ国家試験合格不明の何人かと経験者数人の本当に少ないギリギリの人員でバタバタと準備し、6 月初めに入院診療開始となったと思います。開院時は電話が鳴りっぱなしで、昼夜別なくの対応に医事課の方々には本当に大変だったようです。

開院当初から患者はどんどん入院し、手術は各外科、整形外科、耳鼻科、婦人科と科別に一流の先生によって開始されました。私以外の方が未経験の人達ばかりで、てんやわんやの様子でした。特に喉頭がん手術後で発声できない患者さん、子宮がん手術後の排便、排尿の介助や整形外科の下肢牽引の患者さんの泌尿器の介助など、皆初めてで大変でした。特別に記憶に残る事故がなかったことは、皆が優秀だったのか、運がよかったのかもかもしれません。新卒 2 名で夜勤をしてよっぽど辛かったのか、朝出勤すると「婦長さん」と涙顔で階段のところまで迎えにきてくれたこともありました。

#### ○新卒看護婦に看護技術の基本を教える

病棟も徐々に整理され、耳鼻科領域や婦人科も別の病棟となり、担当の病棟も外科と整形外科だけになりました。その頃、便器はホーロー製のかさの高いもの（洋式便器）を使っています、整形外科の患者さんや重症で褥瘡のある患者さんは大変でした。寒い夜はナースステーションの暖房のやかんのお湯で暖めた便器を使用すると、涙を流して感謝された患者さんの思い出が一番うれしい私の記憶です。

看護記録などは、国立の一定の規格の様式に加えて符号を多く利用し、特に体温表は簡単に一目瞭然で症状がわかるよう工夫されていました。入院時の看護1号紙でも、直にペンで記録し重要事項の漏れがないよう短時間で聴取し、忙しいので何事も落ち度なく速やかにできるように、新卒ですが一人ひとりの役割をはっきりさせ責任をもって働くよう指導したと思います。

患者食については、早速、給食委員会のような会合をもち、栄養士の協力を得て特別食や術後食などにも混乱しないようにしました。また、リネンの取り扱いに幸い洗濯部が院内にあり、数えなくとも洗濯部に回すことができ助かったように思います。新卒看護婦は、ベッドメイキングや基礎看護の技術は習っただけで実際にやってなかったと聞いて、びっくりしました。基礎ベッド、手術ベッド、輸送時ベッド、シーツ交換方法など、基本をきっちりするよう教えましたが、皆すぐに習得し実行してくれました。

手術前後の輸血、輸液、酸素吸入などの準備、大きな酸素ポンベの運搬、薬品の請求、点数合わせと保管は一口に言って大変でした。手術患者、重症患者の部屋の移動が婦長の采配でできたことは、看護運営上助かりました。私は昼食時に全患者を訪室し、摂取状態、病状を把握しました。勿論患者の訴えも聞きました。自分の昼食時間は遅くなりましたが、これは日赤時代から先輩に教えられたことです。そして患者さんの食事中には医師の回診、診察など、必要時以外はしていただかないようにしていました。

たった1年半の短い期間で混乱のまま愛知に転勤となりましたので、あまり参考にならないかと思います。国立がんセンターは有名な先生方、総長、院長、所長さん方々がおられ、各病棟担当の方々も本当に親切にご指導してくださいました。光栄に思い感謝しております。1年半で去るとき、外科のアメリカ帰りと聞いていました先生が、新卒の人達のことを「皆、立派で他所に行けば主任になれる」と言ってほめてくださいましたことは、本当にうれしかったです。

## 5) 全国より優秀な人材が集結（E氏）

○石本総婦長のもとで働きたいと看護婦長として就職

九州の国立病院附属高等看護学院を卒業し、その国立病院の内科病棟に1年、看護学院の教務助手1年の勤務後に国立公衆衛生院（現在の国立保健医療科学院）の正規臨床看護学科1年コース（看護教員第1回生）の研修を受けました。その際、石本茂先生は厚生省の看護専門官で、温かい言葉をかけていただいたのがきっかけでした。そして、東京の

生活や健康状態に気がかりなことがあれば、いつでも国立東京第一病院（現在の国立国際医療研究センター）で診察を受けることができるし、何かあったら、いつでも相談くださいと言ってくださいました。

国立公衆衛生院での研修終了後、九州の国立病院の外科病棟で2年経験し、病院附属看護学校で教育に携わりました。臨床への移動を希望しましたが、叶わず忸怩たる思いのとき、国立がんセンター開設の話を知りました。また、総婦長に石本先生が就任されるということで、是非自分も先生のもとで働きたいと思いました。九州地区の採用試験を受け、昭和37年3月16日にまだ開設していない国立がんセンターに出向することになりました。試験は小論文（「私の1日と国立病院の1日」）と面接を受けました。

入職して開棟までの期間、国立東京第1病院で婦長研修を行い、さらに小児科研修のため、国立岡山病院で研修を受けました。準備段階の病棟は外科病棟と放射線病棟だけでした。開設後の病棟は、外科の3病棟、頭頸部・放射線の1病棟、内科の2病棟、外科の5病棟、婦人科病棟、手術室、外来の7つの病棟で、私は内科の看護婦長となりました。開設まもない時期なので、まだ看護宿舎もなく、オープンしていない病室で寝泊りしました。

#### ○石本総婦長の様々な顔

石本総婦長はがんセンターに赴任される前は、厚生省の国立病院課の看護専門官（技官）で全国的に有名で、国立病院の職員は勿論のこと、当時は看護協会の書記長で総会では会長より素晴らしい発言（答弁）をされていたことが印象に残っています。

国立がんセンターでの石本総婦長のリーダーシップはすばらしいものがありました。開設当時は、全国の病院において完全看護・完全給食<sup>1</sup>の時代で、基準看護<sup>2</sup>はまだ実施されておらず、看護教育も疾患別看護<sup>3</sup>が中心の旧カリキュラムでした。他の国立病院では病棟で配膳を行っていましたが、がんセンターでは中央配膳でした。これは石本総婦長が、看護婦はできるだけ患者のケアができるようにとの考えで実施されたことでした。石本総婦長

---

<sup>1</sup> 病院における看護は、家族や付き添い婦が患者の食事や身の回りの世話をするのではなく、その病院の看護婦（患者4人に対して1人）の手で行うことによって、入院料（当時10点）に2点の加算をするというもので、1950（昭和25）年にスタートした。

<sup>2</sup> 付き添いをつけないという「完全看護」では、実際に看護婦が患者の世話をすべて行うことは困難であり、また患者には「病院がすべての世話をしてくれる」という誤解を生じた。そこで、社会保険医療制度の標準的入院サービスとしての「基準看護」の制度が1958（昭和33）年につくられた。これは病院で提供される看護の水準を患者に対する看護要員の数と看護婦で占める割合で担保するとともに、12時間労働だった看護職に一般労働者並みの8時間労働としての三交代勤務を導入するなどの勤務形態や業務内容について評価し、一定水準以上の看護を提供することを承認条件とした。しかし基準看護の承認を受けた病院は制度発足時は27%であり、1994（平成6）年の健康保険法等の改正により付き添い看護の廃止が法律上明記されるまで続く。

<sup>3</sup> 看護教育内容であるカリキュラムは、保健師助産師看護師法による保健師助産師看護師学校養成所指定規則に基づき制定されるが、1967（昭和42）年までは、各病院のための看護婦養成であり、内科看護法、外科看護法といった医師による病気を中心とした講義が行われていた。昭和43年に大幅な改訂が行われ、患者中心の看護が展開されるようになり「看護学総論」「成人看護学」「母性看護学」「小児看護学」「精神看護学」といった看護の対象、領域別になった。看護師が教育するようになり、時代とともに変化している。

は、看護部の基礎を築かれたのは勿論のこと、病院・運営部・研究所の中でリーダーシップを発揮されていたと思います。

また、他の国立病院では看護助手は不在で雑務を行う人が数名いましたが、がんセンターでは看護助手を採用し、各病棟に2名以上配置し、新採用者にはベッドメイキングの指導をしていました。看護助手はメッセージ業務なども行い、看護婦は看護婦独自の業務に専念できるようになっていました。したがって看護婦の定着率は良かったと思います。

当直婦長として引き継ぎの時、石本総婦長はよく戦争中の話をしてくださいました。看護協会会長も兼務されており、不在の時も多かったのですが、いらっしゃる時は、病院内をよく巡回していらっしゃいました。

診療会議の席でも、労働基準に沿って、看護婦の労働をきちんと整備してほしいなど毅然と発言されていました。医師の部長など拍手をされていました。また、医師の「看護婦は何もしてくれない、わかっていない」などの発言に対しても、「診療のことは当然医師がすべきである」と毅然とした態度できっぱりと応えていらっしゃいました。

#### ○東京都がん看護の講習会での講師

より良い看護をしたいと付き添いもまったくつけない、基準看護で行うチームナーシング<sup>4</sup>が導入されました。この体制で看護婦は大丈夫なのかとの意見もありましたが、医師は協力的でした。オープン前、看護婦が劇症肝炎で死去するということが起こりましたが、そのとき、医師も死後の処置を手伝おうかと申し出てくれたことは記憶に残っています。また、患者、家族から「病院は古いが、看護婦さん達はよくやってくれる」と言われたことは、うれしかった。

昭和40年頃には、東京都ががん看護の講習会を都内病院の婦長を対象に実施し、がんセンターの婦長が講師となりました。化学療法、放射線治療を受ける患者の副作用防止への援助などについて講義しました。この際にも医師の協力、支援がありました。開設時は組織のトップが重要です。石本総婦長は理想、信念をもち、ブレない方でした。看護婦の大きい後ろ盾であり、婦長、看護婦はのびのびと看護ができたと思います。医師、看護婦も全国から優秀な人材を集め、事務係長以下すべての職員までコミュニケーションがよくとれ、がんセンターの発展に尽くされていたと思います。

看護研究への協力もしました。湯楨ます先生や薄井担子先生の「臨床看護の実践研究」

---

<sup>4</sup> 看護婦不足を補うために、看護婦、准看護婦、看護助手でチームを組んで看護を行う方式。1962（昭和37）年にアメリカに留学した村上登美、吉武香代子が翻訳し、医学書院から「チームナーシング」の書名で出版され、1963（昭和38）年には国立中野療養所で採用され、全国に広がる。それまでの日本の看護方式は「機能別看護方式」と呼ばれる、医師の指示で患者の処置、注射、検査などや看護業務のベッドメイキングや食事、排泄の介助など実施する業務を分担し機能別に行うものであった。日本では「チームナーシング」に「患者受け持ち制」を合わせた「固定チームナーシング」が生まれ、現在もこの形で各病院の事情に合わせ変化して継続されている。

に当時の主任看護婦と協力しました。当時を振り返ると、悩みといえば末期がん患者に高度な看護ができなかったことです。

## 《石本を将来モデルとする中堅看護婦群（8名）》

### 6) ラジオから流れた声（F氏）

#### ○ラジオからの石本総婦長の呼びかけ

ラジオから流れた石本総婦長からの国立がんセンターの看護婦募集に心が躍りました。概要は「今や、がんの克服は社会の大きな課題で愛であること。まだ治療方法が確立されておらず『国立がんセンター』として国が取り組むことになったこと。特に辛く厳しい治療に立ち向かう患者さんの心身を支えられる有能な看護婦を募集していること。看護教育機関を付設していないので、全国から意欲的な看護婦有資格者を求めている」という内容でした。

そのお声は、看護協会の総会などで会員を魅了して止まない「石本茂先生」からの呼びかけでした。日本赤十字社の幹部看護婦教育部を卒業し、日浅くして看護教育の場にいた私は本格的に臨床看護を体験しようと決断し、職場に退職を申し入れ、さらに本社の看護課長に、暫く他流試合のつもりで「国立がんセンター」に就職してみたいと申し出、了解を得て採用試験を受けたのでした。昭和37年の秋でした。そして3ヵ月後の昭和38年1月1日付けで採用となりました。

#### ○使命感に燃えた職員達

病院は海軍軍医学校の建物であり、第二次世界大戦後は米軍が接収していた建物の利用であるだけに不便極まるものでした。しかし「がん」と闘う患者・医師・看護職・他の職員などすべての関係者は、それぞれの立場で使命感に燃えていました。そのことは幹部職員のリーダーシップに負うところが大きいと感じています。田宮総長に久留院長（後に総長）、石本総婦長、中原研究所長、小林運営部長らであり、業務を通じてお会いする機会が多かったのは、石本先生以外では久留院長でした。外科医でいらした院長威風堂々としていらして特に医師には厳しく、なかでも外科の回診での患者さんの状態把握は驚異的なものでした。出勤時間も早く、したがってほとんどの医師は手術も外来診療も定刻に始めており、全職員は心地よい緊張感で張り切っていました。久留院長はがん治療の権威であるだけに、がん患者さんの心情に深い理解をもっておられ、そのことが「石本イズム」とまで言わしめた看護職の力量への期待になったように思います。准看護婦ではなく成熟した優秀な看護婦が必要であることと、医師と車の両輪といえる看護の役割を果たしてほしいということ、がんセンターの看護の確立を積極的に支援して下さることにつながったように思います。

医師・検査・放射線・薬剤・栄養・その他医療チームの方々もそれぞれ志をもって集まっており、治療に研究に大変な情熱をもっていらっしゃいました。治療法が確立していない当時としては、がんと病名を告げることは「死」を告げるに等しいものであり、死生観も現在と異なり「死」という文言はタブーでした。「前がん状態」「かなり早期ですって…よかったですね」「…先生は最善の術式を検討していらっしゃいましたし、それに伴う看護上の注意事項についても説明していただきましたから、今日は安心してお休みになってください」と語り、患者さんに医療陣を信頼し、少しでも希望をもっていただきたいと、重い心の内を悟られないように腐心したしたものでした。まだペインコントロールも研究途上であり、鎮痛薬の使用も制限されていました。看護計画の項目には常に「疼痛の緩和」と書いていましたが、患者さんには「がまん」をどれだけ強いてきたことか、今も心が痛みます。

病巣部と治療経過の確認のためにも、医師は死亡された方々のご遺族に解剖の承諾をお願いし、多くの方々がつらいなかで協力して下さいました。概して医師や看護婦への感謝として「お役に立つならば」と承諾して下さったように思います。解剖霊安祭には婦長は全員参列し、ご遺族とお会いして不十分ながらグリーフケアに及んだのです。

当時の日本のほとんどの病院では、遺体の搬送は看護婦が行っていましたが、国立がんセンターでは、開設当初から看護婦は遺体の搬送は行わず、業者が行っていました。2名夜勤の場合でも、1名の看護婦が遺体の搬送で病棟にいないと、病棟の40床余りの患者の安全を保証できません。15分余りの時間といえども、ナースコールや緊急事態に対応できない場合も生じます。ただ看護業務ではないといっても問題は解決しなかったでしょう。事務も看護の力を認めていたのだろうし、重症患者の入院も多くなり、死亡する患者も多くなり、対応を迫られたのだと思います。

#### ○根拠をもち毅然とした石本総婦長

内科病棟（2病棟）の主任から外科病棟（5病棟）への移動を命じられたとき、後から知りましたが、当時の内科の医師が総婦長に異動しないようお願いにいったとのことでした。すると石本総婦長は、「本人にとって内科だけでなく、外科を経験しておくことが必要です。管理者として当直婦長は病院全体の患者を把握する必要があります。将来を考えた異動である」ということを言われ、医師は引き下がったと聞きました。何事にも根拠をもち毅然とした態度の方でした。

#### ・看護環境の整備

開設時の手術室は、中央材料室<sup>5</sup>が手術部に入り運営されていました。勤務体制は手術室と中央材料室が交代制となっていました。中央材料室<sup>5</sup>の業務が単調であるためか、中央

<sup>5</sup> 昭和40年代頃より病院内で使用する医療機器や材料、消毒物品などを中央管理（SPD；supply processing distribution）する。看護単位の各責任者が管理していた看護業務が整理され、独立した看護単位となる。

材料室勤務は敬遠されていました。このような状況を把握されていたのか、石本総婦長は病院内の講演のなかで、中央材料室、サプライの重要性を力説されました。「病院の中で最も重要と思われる部署はどこと思われますか？ その部署とは中央材料室です。中央材料室において、その命ともいべき消毒の不完全さや必要物品の不備などの問題が起これば、中央材料室は信頼を失い、その結果全病棟が動けないという混乱を招くこととなります。全神経を集中しなければならない中央材料室業務では、病院および病棟のすべてを把握することができる有能なリーダーとスタッフが必要である」と説かれました。

当時の医療・看護は近代化を目指して悪戦苦闘の時代でした。良質な看護を提供していくために、施設の環境整備は必須でした。劣悪な看護職員の就労条件・就労環境に対する労働争議が活発化しており、石本総婦長は国立がんセンターとして、常識的な条件整備を主張、実現することを就任の条件となさったとのことでした。当時の国立病院では恵まれたスタートでした。その一つに超勤手当が看護部門には100%の支給がなされていたことがあります。また、新築の看護宿舎は個室化を実現し、当時の国立施設の建築基準からは考えられないことでした。

#### ・看護部の組織化

石本総婦長が力説なさったことに「組織機能の認識」があります。看護部門の自立は、医師群との協力体制、組織構造・組織構成員に内在する危険、自らの役割とその責任の自覚の必要性への認識があったと考えます。

その1例として、ある看護婦から1~2週間の結婚休暇の申し出がありました。庶務課長に聞くと問題ないと言われたとのことでした。当時、有給休暇は勤務に支障ない範囲で、看護婦長の許可のもとに取得するということになっていました。石本総婦長に相談すると、すぐに庶務課長に「越権行為である」と電話されました。

ナースが全員集まる行事のときに、決まってメッセージされたことは、「指示系統の理解と自律」でした。例えば、看護職は職場の問題、日常的な疑問・意見・愚痴レベルでさえ、他職種に持ち込むべきでないということでした。当時の医療現場では、主任、看護婦長や総婦長への意見具申ばかりでなく、医師・事務職など他職種に愚痴ることや内部情報を不用意に漏らすことがありました。石本総婦長は「内容を考察し、自分自身の課題やチーム全体の共通認識を問うものであれば、整理の上、看護婦長の判断も加え、適切な処理を進めるよう心がけていただきたい」と話されていました。

#### ・ベッドサイドケアの重視

「看護婦は常に受け持ち患者さんのベッドに在ること。決して行き当たりばったりではない適切な看護計画に従って、少しでも心身ともに安楽を味わっていただくような患者さんのお心に寄り添う看護姿勢を示し実践していただきたい」、そして「自分の責任下にある患者さんの正確な状況把握と必要な看護実践」、例えば声を失っていらっしゃる患者さんへのナースコールの応対は、話せないことを把握した適切な対応でなければならないと具体的に話されていました。さらに良質な看護を効率的に提供していくための勤務形態・

体制、チームナーシングの導入、看護行為の効果判定と責任・満足感・意欲の向上につながる看護方式など、看護提供体制の改善策を追求されていました。

石本総婦長のリーダーシップは、後に一部では「石本イズム」と呼ばれたようですが、医師に従属した看護ではなく、看護の独立を強調する考え方を「石本イズム」という言葉で語り継がれたようです。場合によっては、医師と対抗する生意気な看護婦という意味で使われることもあったようです。

また石本総婦長は、「労働条件の改善とプロと言えだけの看護実践能力・看護管理能力を両輪として医師と協働できること」、「医師との関係は縦ではなく、両輪として横であり、しかも両輪の大きさは同一であり常に円滑に回るだけの潤滑油なるものが必要である」ということをよく述べられていた。実に「石本イズム」は毅然としており、謙虚で、他職種に疎まれるものではなく、常に創造・改善・向上を心がけ、熱い研究心と人格の陶冶が求められているのだと考えます。

#### ○医師との関係について

「看護婦は医師の従属物ではない」したがって、医師が優秀であるとともに看護婦も優秀でないといけないと意気に燃えました。

##### ・患者の代弁者として率直に意見を述べる

医師の言動が看護婦を尊重しないような場合、婦長として「ここは職場です。言葉に注意してください」とはっきり伝えたこともあります。それに対して医師も「すみませんでした」と受け止め言動が変化したことがありました。

医師からの与薬の指示に対し「この薬で良いのですか？」という場合もありました。医師は沽券に関わると思ったのか、「僕が出したオーダーです」と応えましたが、看護婦は患者の苦痛が除去されない、睡眠できないと、患者の状態を医師に報告を続けました。1週間もするとその医師は、看護婦への信頼を深めたのか、態度が変わってきました。看護婦が率直に医師に意見や疑問を述べることができたのは、看護婦も医師と同様にかん医療、看護について勉強していること、さらにベッドサイドで24時間患者の状態を把握しているという自信もあったのだと思います。

##### ・車の両輪

「車の両輪」であることの意味は、「医師は治療に専念してください」、「看護婦は患者さんの療養生活のマネジメントに責任をもちます」ということです。車の両輪であるからには、車輪は「同じ大きさ」であることと「ともに協調して回る」こと、そして「頑丈な車輪」でつながれていることが前提です。とりもなおさず両者の尊重と信頼という強固な車輪です。両者は患者さんの状況を的確に観察し判断し、情報を共有し納得のもとに診療行為を遂行し療養生活を支援していくのです。

着任早々の若い医師のなかには、看護婦から自分の指示内容に疑問を投げかけられると不快を露わにすることもありましたが、患者さんの日常について多くの情報をもつ看護婦

長とは冷静な意見交換で、やがて信頼できる結論を得てきました。このことも新しい看護界の強い主張であり、単に医師の手足ではない看護婦の判断力と実践力を磨き続けることを求めているのだと思います。

車が円滑に回り続けるには潤滑油の注入を絶やせません。その潤滑油も良質のものであることが求められます。車は常に磨かれ、点検され、果たすべき機能を維持し発展させるためのメンテナンスが必要なのです。また車道の整備も必要であり、試行錯誤を繰り返していた時代です。がん治療は開発途上であり、悪路の状態であったと言えます。少しでも平坦な道であり、平穏な環境を醸成するためには、看護婦は医師をはじめ他職種との良質な人間関係が必要です。患者さんを中心として各職種はどのように連携すべきなのかを常に念頭において結論づけていくべきなのです。その一つに「言葉づかい」がありました。医師のなかには、男尊女卑の名残もあって（当時の男性として珍しいものではなかったようですが）、医師と看護婦の上下関係を強調するような「ぞんざい」な言葉を発することがあり、注意したことがあります。その医師はすぐ当方の申し入れの趣旨を了解され、早速改められ恐縮した経験があります。活力ある業務遂行のためには、品性ある職場環境も重要な要件と心得ます。

看護婦は、患者さんと医師、患者さんと家族との間で、両者にとって最も有益な結論を導き得るような調整役を果たしていました。当時の資料をみると、病状・治療方法の選択、転帰、家族との退院調整など、日々苦悩しながら必死になって書きたらうと思われるメモも多く残っていました。患者さんの生活上においても、放射線治療、諸検査、包帯交換、入浴などの患者さんにとっては有利な時間調整と説明、助言がありました。食事は、体力保持、食の楽しみからも重要な療養生活上の必須項目です。大手術、特に頭頸部における手術の場合は、「嚙む」、「嚥下」、「唾液の分泌」、「話す」、「嗅ぐ」などの機能を喪失することであり、食事は摂取困難となります。栄養状態を維持するためには食事形態の工夫が必要であり、看護婦と栄養士は食欲を落とすことなく、容易に摂取できるか知恵をしばりあったものでした。内科的な治療食は医師の方針が必要であるとしても、機能的に食事摂取が困難になっている場合、看護婦と栄養士との連携が重要となってきます。

#### ・警察で保護された患者の迎え

医師との関係では、当直婦長のときの忘れられない経験があります。夜勤看護婦が青ざめて、「頭頸部の〇〇さんが行方不明である。病棟は勿論のこと院内をくまなく探したが院内にはいないようです」との報告があったのです。当直医に報告したら「明るくなってから事務当直にも相談して探しましょう。朝を待ちましょう」と言われました。私は患者の状況（上顎がん手術後であり、容貌は悲惨）からして、一般の人が出会ったら大変な驚きようになると心配しました。せめて築地警察署には連絡しておこうと考えて、電話番号を聞こうとして110番へ「築地警察署の電話番号を教えてくださいなのですが」と唐突な問いをしました。「築地に在る病院だが患者さんが院外に出たらしい、もし出会ったら驚かれると思うので築地警察署には連絡しておこうと思いますので」と話していると、なんと

「がんセンターですね、玄関を開けておいてください。今、病院前にパトカーが到着しますので、多分その方だと思いますが麹町警察署の前で保護しています。迎えに行ってください」「えっ、もう玄関ですって?」。素早い警察の対応に感服し、少々あわてながら私は事務当直に玄関を開けるよう連絡し、当直医には報告、主治医には事の顛末を説明し、一緒に迎えに出向くよう要請しました。夜が明け始めた麹町警察署の前では、警察官の方々が背伸びをしながら私達の到着を待っているらしい様子が見えました。鎮静薬と毛布を持って到着した主治医と私を見て患者さんも安心したらしく、静かにパトカーに乗りました。私は何も聞かずに「寒かったですよ」と毛布を掛けたのですが、彼はかけた毛布を払って私の膝にも掛けてくれました。私も安堵し、彼の心情を思っ胸が熱くなったことを思い出します。素早い解決に、私の判断は間違っていなかったと思出される出来事です。帰院して当直医に報告すると、「よかったですね」と安堵していました。

#### ○看護人材の育成

##### ・国家資格をもつ看護婦だけの採用

「がん制圧」のためには、医療職種の人材のみでなく、研究機能を高めていくために幅広く、生物分野、数学、化学などの学際的な人材の総力を結集していかなければなりません。したがって、その展望に相応しい有能な人材が治療部門、研究部門、放射線部門、給食部門、事務部門、営繕部門に至るまで、各分野で慎重に選抜されました。

看護部門も、他部門に劣らない水準の役割を実践できるスタッフの資質と人員の確保に努力されたことは言うまでもありません。特に「がん看護」に挑もうとする看護人材の確保です。当時、がん看護の特殊性として、以下のことがありました。

①治療が確立していない、②患者は壮年期で公私ともに責任の重い立場に在る者が多い、③絶望的な、がんであることの病名を本人に説明せずに些かの希望を抱かせる方針である、④手術・放射線・化学療法の治療効果は大きい副作用も大きく、療養期間も長く、心身ともに克服が厳しい、⑤不幸な転帰をとることが多い、⑥末期症状の疼痛緩和が困難、⑦老年期の者には合併症も多くなる、⑧病巣部位によっては、咀嚼・会話などの機能障害、外観の変貌を残すことも多い。

これらに伴う看護上の大きな課題としては、「不安・恐怖・焦燥感などに苦しむ心情的側面での支援」、「家族の心身の疲労への支援」、「経済的問題への助言」がありました。当時の私の記録によると、激痛、食欲不振、不快臭、便秘、障害が残る大手術、副作用が強い化学療法や放射線治療、タブー視されていた死などがあり、少しでも心の安寧を図りたいと患者に寄り添い「ともに在ること」を強調したものでした。心身に大きな負担を抱える患者さんに寄り添うためには、看護職員の資質が問われるところであり、それらの対応の一つとして当時、准看護婦の養育力はまだまだ大きかったが採用せず、看護部門の職員構成を国家資格の看護婦のみに踏み切ったことでした。

##### ・補助業務を行う看護助手の指導

質的・量的に期待される膨大な看護業務を前に、看護の能力を補助する職種として、各病棟に「看護助手」を2名ずつ採用し、業務内容を明確にして組織化し、毎月看護部主催の「看護助手懇談会」を開催していました。業務内容の改善、要望、変更などについて看護助手の意向も尊重され、中年層ながらも実によく動き、明るく業務に取り組んでおられました。このことは、新人看護婦にとって「免許」の意味と有資格者としての自覚と研鑽への動機づけにつながっていたことを実感しています。石本総婦長は、直接触れる看護の手がプロとして恥じないだけの看護力を持ち看護の環境に応じて資質が高まらなければならないと常におっしゃっていました。それこそが社会が求めている看護であるということです。日毎に病態が悪化していく患者さんが多く、医師も看護婦も訪室することに気が重くなってきました。特に人生経験も看護経験も乏しい若い看護婦にとっては会話そのものが難しいものでした。

#### ・看護婦長の責務

看護職員が日々意欲的な業務に燃えていくためには、職場環境が問われます。看護婦長は職員間の人間関係、健康状態、性格的側面、看護業務の知識・技術水準、患者・家族などへの対応、業務の満足度などに常に関心を持ち、個別に看護能力を掌握し、成長途上にある看護婦の個別指導、一般論でなく職場における効果的な機会教育を心がけるよう強調していました。さらに、看護婦長は職場の24時間の全容を掌握しておくこと、全患者の状態を把握しておくことを求められました。当時は、家族がどうしても付添いを希望する場合の「許可書」には病棟婦長と主治医の承認欄がありました。主治医が許可しても、病棟婦長として、患者の状態や病棟管理上から許可できない場合もありました。多くの場合、看護婦長の判断により決定しました。それだけに婦長の責任は重大でした。そのためにも、私は朝の「申し送り」と毎日の訪室で得る「患者との対話」を大切にしていました。これらのことから、看護婦長としての責任下における看護状況、看護婦個人の患者観察・対応の適否、心身の状況などを把握することができたのです。このように石本総婦長は看護婦長の力を育ててくださいました。それゆえ、看護婦長はスタッフの看護実践能力を補い、指導的関わりを絶やさず、能力の向上を使命と心得たものでした。

また、激務のなかでも、がん疾患の専門施設として、症例研究、看護基準の作成、全国的ながん看護研修会の講師としての役割も義務づけられていました。昭和30年代には、看護系の雑誌も創刊され始めましたが、石本総婦長の指示により、雑誌にがん看護について執筆したことがありました。また、湯楨ます先生・薄井担子先生の「看護業務の量と質」という研究に参画するようにも命じられました。当時は女性、看護婦が執筆することはごく稀なことでしたが、これも石本総婦長の人材育成だったと考えます。

総婦長室の空気は常に凜としており、リーダーとしての姿勢を体現されていました。婦長会議では、石本総婦長はベテラン婦長に厳しく指示、注意事項が多く、看護職員には常に組織人としての自覚を求めています。看護部門における自分の位置と在るべき姿勢、指示系統の認識と行動、意見具申と対話、課題と採択、解決の手法などについて、年頭の

あいさつや種々の行事などの機会に、特に強調しておられました。石本先生の一貫した職業観、論理的行動、人間としての厳しさと優しさに、今なお圧倒されています。

## 7) 米国での「がん看護」を学び就職 (G氏)

### ○石本総婦長のお役に立ちたい

九州の国立病院附属看護学校を卒業し、国立病院に勤務したのですが、当時厚生省にいらっしゃった石本茂先生の講演を聞き、大変感銘を受けました。そこで東京で看護婦として働こうと上京し、国立病院に就職しました。

石本先生は当時、看護協会の副会長もされていたので、看護協会でも事務的なことをお手伝いしました。そこで、日本で初めての国立がんセンターが創設され、初代の総婦長として石本先生が赴任されることを聞きました。開設前に何かお役に立ちたいと、ニューヨークの大学でがん看護を3年間学びました。その間、石本先生とは手紙の交換をしていました。大学卒業後、国立ウエストロンドンホスピタルに勤務しましたが、そこではナースはプライドをもって仕事をしており、医師とも対等に話をしていました。ナースとして大変働きやすい職場でした。

### ○アメリカのように看護婦はプライドをもっていた

昭和39年10月1日に帰国し、国立がんセンターに就職しました。アメリカの病院と同じように、がんセンターでも看護婦がプライドをもって働いており、石本先生はアメリカの看護をすでに実践されていました。特に看護婦長は、自信とプライドをもって医師と対応し、看護婦のリーダーでした。

### ○温かく、器の大きな石本総婦長

昭和41年3月、石本先生は国立がんセンターを退任され、看護協会会長を経て参議院選挙に出馬、見事当選されました。石本先生が国立がんセンターを退職された後も、「変なことをすれば石本先生に叱られる、恥ずかしい」と婦長達と励まし合っていました。副総婦長やベテランの婦長さん達の指導は厳しかったですが、石本先生の教えを他の婦長、看護婦に伝えていたと思います。

石本先生から教わったことで印象深いことは、医師にペコペコ頭を下げるのではなく、看護婦は頭を上げ、患者と向かい合っていくこと。喧嘩しても温かく、理屈を言っても気持は温かく、偉そうにしない。人間として謙虚に、かつ認め合う。失礼なことを言って申し訳ない、また来てください。人を大切に、むやみに怒らない、理路整然と、後をフォローすることなどたくさんありました。とにかく温かく、器の大きな方でした。

### ○病棟婦長として記憶に残ること

回腸導管の手術によるストーマ形成患者に、パウチ<sup>6</sup>をアメリカより取り寄せ、ストーマケアを工夫したことが一番記憶に残っています。そして医師とともに患者に向き合い、医師と人間的な付き合いのできた良い思い出ばかりです。

## 8) 意欲的な若い看護婦達の熱気 (H氏)

### ○石本総婦長の看護姿勢に共感

昭和36年10月に、神奈川県にある国立病院の一般病棟から手術室に配置転換となりました。しかし2、3ヵ月過ぎたころから手術室に向いていないようで悩みました。また、その病院勤務が5年になることから、他の病院に勤務したいという気持ちが強くなりました。その頃、先輩ががんセンターの開設準備のためにすでに転勤しているということもあり、がんセンターの情報を得ることができました。特に石本総婦長の看護に対する姿勢、考え方の素晴らしさを聞くにつけ、どうしてもがんセンターに行きたいという思いが強くなり、履歴書を送りました。しかし看護婦不足も重なり、転勤はさせられないということでした。石本総婦長に相談すると「もう一度転勤のことを、病院に話してみてもどうか、どうしても転勤が無理であれば一旦退職し、改めてがんセンターに採用しましょう、1ヵ月位、お家で休んでいらっしやい」ということでした。それから1ヵ月後、石本総婦長からお便りと採用の知らせが届いた日の喜びは今も忘れられません。一看護婦に示して下さった誠意とやさしさは、看護の心そのものだったと思うのです。

### ○研究心旺盛ながんセンター手術室看護婦

昭和37年7月に採用となり手術室に配置されました。全国から集まった20歳代の若い看護婦達はやる気満々で、誰もが一生懸命で活気に溢れていました。以前、医師と看護婦との雑談に意欲が低下し、手術室勤務が嫌になったのですが、まったくそういったことはなく、医師も看護婦も真剣に手術に取り組んでいました。また看護婦も医師と同様に研究心も旺盛でした。そこで私も意欲的に取り組むことができました。昭和40年、看護協会主催の学会で「回復室における酸素テントの効果およびそれに関する諸問題」について発表することができました。当時のがんセンターでは全身麻酔を行ったすべての患者に、回復室において酸素テントを使用することがルーティン化されていました。そして酸素テントを使用していれば安心というムードがありました。しかし、酸素テントを使用していれば本当に大丈夫なのだろうかという疑問や不安をもち、麻酔医の協力も得て、このテーマに取り組みました。酸素テント使用前、使用中、使用後の動脈血酸素濃度を測定し、そのデータをもとに次のような結論を出したのです。

<sup>6</sup> 人工肛門、人工膀胱の保有者が、腹部皮膚の開口部（ストーマ）に取り付けて、便や尿を一時的に貯めておくための袋。

酸素テントの使用は麻酔による低酸素を予防することができるが、炭酸ガスの蓄積症状を起こすことがある。酸素テントを使用していれば安心という考えは危険である。麻酔の覚醒状態、気道確保、呼吸状態の十分な観察が必要である。それにより手術および麻酔による合併症を防止することができる。

開設時の手術室は中央材料室が手術部に入り運営されていました。勤務体制は手術室と中央材料室が交代制となっていました。中央材料室の業務が単調であるためか、中央材料室勤務は敬遠されていました。

このような状況を把握されていたのか、石本総婦長は病院内の講演のなかで、中央材料室、サプライの重要性を力説された。「病院のなかで最も重要と思われる部署はどこと思われますか？ その部署とは中央材料室です。中央材料室において、その命ともいえるべき消毒の不完全さや必要物品の不備などの問題が起これば中央材料室はその信頼を失い、その結果全病棟が動けないという混乱を招くことになります。全神経を集中しなければならない中央材料室業務では、病院および病棟のすべてを把握することができる有能なリーダーとスタッフが必要である」と説かれました。

それから間もなく、中央材料室の主任看護婦として優秀な看護婦が発令され、中央材料室の改革に尽力されたのでした。当時、がんセンターの中央材料室では日本で一つという超音波洗浄機（ウルトラ・ソニック・クリーナー）が設備され、手術器械および注射器などの洗浄にフル回転の状況でした。この「ウルトラ・ソニック・クリーナーの効果」と題して故松沢孝子さんが看護学会で発表されました。

#### ○石本総婦長の思い出、教えに基づく看護

就職した当初、膀胱鏡<sup>7</sup>をオートクレーブ<sup>8</sup>に入れ、使い物にならないようにしたことがありました。手術室の婦長より叱責を受け、総婦長室に行くように言われたのですが、入室すると石本総婦長は「はい、聞いています。これから注意してください」と言われただけでした。多くを語らずともインパクトが強力で、強く反省したことが、今でも記憶に残っています。下の者にはやさしく、権力に対してはきちんと論理的に物申される方でした。また、女性だからとお茶を入れたり、湯飲みを洗ったりしなくともよいとも言われました。石本総婦長の「看護婦は常に知識を学び技術を磨いて、看護本来の業務であるベッドサイドにおける看護の重要性を認識し、患者の安楽と安心、信頼を得るよう努めることである」という教えに基づき、看護の主体性を確立し、看護婦が看護に専念できる体制を整えるため、あらゆる意味での環境整備が行われました。

##### ・メッセージ的業務の軽減

看護婦は、検体の提出、薬の受領、レントゲン写真の受領などメッセージ的業務に

<sup>7</sup> 尿道から膀胱を観察するための内視鏡。

<sup>8</sup> 病原体などを死滅させる高圧蒸気滅菌装置。

忙しく動きまわっていました。病棟におけるこれらの業務を看護婦自身「仕方がない」と諦めるのではなく、「ナースは病棟から出ない」という考えを強調されました。次第に病院内全体で、看護婦はベッドサイドの看護を優先するという当たり前の考えが、医師や他の職種にも定着し、看護婦は看護に専念できる体制が築かれていったのです。

現在は当たり前ですが、50年以上も前に患者中心の医療、看護をするということを実践していたことは大変なことです。全身を耳・眼にして患者の訴えを聞くこと、ベッドサイドに少しでも居られるように、ナースの雑用をできるだけ排除されていたことは、すばらしかったと思います。

#### ・病棟におけるベッド管理

患者の病状による病室の移動、入院患者のベッド管理は、病棟看護婦長の権限という体制が整えられました。小児科と他科の混合病棟の婦長として調整は難しいこともありましたが、ベッド管理、病棟管理を任せられていました。

#### ・医師との連携

当時はまだ多くの病院で医師中心の医療が当然のごとく行われていました。そのような状況のなかにあつて、医師と看護婦は車の両輪で、看護婦は決して医師の従属物ではないと機会あるごとに強調されました。お互いの役割を尊重しながら信頼関係のなかで医師は治療に専念し、看護婦はしっかりと患者に向き合って看護に専念できたのです。いくつかの例を思い出します。

小児病棟では、ケースカンファレンス<sup>9</sup>、チームカンファレンス<sup>10</sup>で皆が意見を出し合い、時には医師も参加して民主的な話し合いの場をもつことができていました。研究的な姿勢があり、楽しかった記憶が残っています。患者、家族からも「すばらしいチームワーク」という内容の感謝の手紙を何度かいただいたことがありました。

さらに医師も看護婦を認めてくれていました。小児科研修医への申し送りに「薬物管理など、ここの看護婦に任せておけば安心だ」ということが書かれていました。小児白血病での薬物管理は特に重要であり、状態を把握し、きちんと薬物を点検し医師に情報提供し、ともに医療を行っていたという自負があります。

ある医師が治療に必要な器具の運搬を病棟看護婦に頼んだところ、看護婦長は、「今、先生には時間があるようですから、先生が運んでください」と断りました。医師は血相を変えて総婦長室に走り、看護婦長の教育を非難したのです。しかし石本総婦長は「あなたがお使いになる器具をあなたが運んでどこが悪いのですか。しかも重いものを運ぶのは女性よりも男性のほうがよいでしょう、どうぞ先生が運んでください」と言葉は丁寧で穏やかだが、毅然と話されたのです。その医師も仕方なく帰られたということでした。

<sup>9</sup> 一人の患者を取り上げて討議し、個別的な看護計画を立案、評価する。

<sup>10</sup> チームナーシングが円滑に行われるように、看護チームで共有すべき情報の確認、情報交換を行う。

また、包帯交換車は看護婦が運ぶのが当然とされていた時代に、がんセンターである改革が起きました。「看護婦は包帯交換車を運び、医師の介助をすること」と「包帯交換を受ける患者の側で、患者のもつ不安や苦痛の軽減に努めること」とが、比較されました。その後目立った混乱もなく、医師は不満に思いながらも包帯交換車を引っ張るということになったのです。ここでも看護の役割とは何かを考えさせられたのでした。

(事例：医師とともに救急寝台車で自宅に移送)

骨肉腫で右足を切断している13歳の男児への援助場面です。肺にも転移し呼吸困難、咳、発熱が続き病状が悪化してきた頃、母親から「子供が自分の部屋を見たいと言っているの、今のうちに見せてやりたいが、もう無理でしょうか」と相談されました。母親からは、子供が退院したら喜ぶようにと子供の部屋をつくっていると聞かされていきました。重症の子供を奈良の自宅まで移送することは無理なことと思われましたが、家族を交えて主治医(医長)と話し合い、移送に向けての準備を急ぎました。「痛い、苦しい」の連日でしたが、男児は「先生と看護婦さんも一緒だと大丈夫だね」と笑顔を見せ、救急寝台車に酸素ボンベや救急薬品などの必要品を積んで、母親と主治医、看護婦が付き添って病院を出発しました。しかし家族や医師、看護師の懸命の努力もむなしく、あと15分位で自宅に着くところで息を引きとったのです。その少年は救急車にゆられている間中、苦しいながらも周りにうれしそうに話しかけ、家に帰れる喜びを表していたということでした。その後、数日経ってから両親が病棟を訪れ「短い時間でしたが、救急車の中で子供があんなに喜んでくれて少しも悔いがありません」と感謝の言葉をいただきました。意識のあるうちに自宅に帰せなかったという悔いはありませんでしたが、家族の希望に可能な限り添うことが、少しはできたのではないかと考えています。

この少年の場合、がんセンターだったからこそ、できたのかもしれませんが。患者や家族のもつ要望に応えたか、応えられなかったかの問題ではなく、その要望を可能な限りかなえたいと努力する医師と看護婦のありようこそ大事なのだと思います。ほんの少し石本総婦長の説く看護の心に近付けたかと思いました。

#### ・中央配膳

とても労働力を必要とした朝昼夕食の配膳業務は、長い間、看護業務となっていました。がんセンターは開設当初から中央配膳となっていました。他の国立病院ではそれから20年近くも遅れて、やっと中央配膳となっています。

#### ・遺体の移送

「病室において看護婦は死後の処置を行う。その後、遺体は業者(葬儀社)により霊安室に移送される。その後、解剖や他の対応は業者が対処する。看護婦は病棟のエレベーター前で見送る」開設当初からこの方法がとられ、看護婦は看護に専念できました。他の国立病院ではそれから20年近くも遅れていることを考えると、画期的と言わざるをえません。

石本総婦長の一貫した姿勢は「看護を大事にする」「看護を守る」という強い意志を貫いたことだと思います。それが医師であろうが病院長であろうが、言うべきときに言うべき言葉で発言されました。病院長からの信頼も厚く、看護婦長からも尊敬されていたことは言うまでもありません。2年という極めて短い在職のなかで、しかも日本看護協会第1副会長という重責を担いながら、がんセンターの初代総婦長としてあるべき看護、看護の心をしっかりと根付かせた石本総婦長の大きな存在を思い続けています。その後の看護婦長達も、またあるべき看護の心を確実に受け継いで来た、がんセンターの看護の歴史を眩しく思います。半世紀近くを過ぎた今も、石本総婦長抜きでは語れない開設当時のがんセンターの看護だったと思います。

## 9) 病棟は看護婦のテリトリー (I氏)

### ○がんセンターへの転勤

昭和26年、東京の国立病院附属看護学校4回生として入学しました。大学進学を希望したのですが、戦争で家が焼け、経済的にも無理になったのです。しかしまだ勉強したいと考え、看護学校に入学しました。教務主任の古屋かのゑ先生は、当時より看護は大学教育が必要だと話していらっしゃいました。

卒業後、東京の国立病院に13年間勤務し、その病院になじんでいました。つまり、看護婦は医師の指示のもとで働くという環境のなかで育ちましたが、やっぱりおかしいと思うこともありました。整形外科病棟の主任看護婦になり、看護婦は24時間患者をみていて、患者の状態を把握し、判断できることもあると考えることもありました。

### ○看護婦が責任をもつ病棟

国立がんセンター病院に転勤直後の1ヵ月、頭頸部病棟で研修しました。そこで印象的だったことは、看護婦は申し送りを座って聞く、ガーゼ交換のための包交車も医師が引っぱって行っていました。病棟は看護婦が責任をもった場(テリトリー)であり、医師はそこに治療をするためにやってくるという感じがしました。ナースステーションは、医師と看護婦との話し合いの場という雰囲気でした。

### ○看護研究会の立ち上げ、患者会の設立への寄与

看護基準<sup>11</sup>を日本で初めて作成したのは、国立東京第一病院であり、その後に聖路加国際病院でも作成されました。がん専門病院としてがん看護基準の作成が必要だと発案され

---

<sup>11</sup> 看護実践のための行動指針であり、入院している患者の疾患、症状、治療、検査などの看護方法がまとめられている。

たのは、当時の副総婦長でした。私は看護研究会を立ち上げ、各病棟から委員を集め、熱心に検討した記憶があります。特に図書館を利用する看護婦も多く、夜勤明け、休日でも看護婦の姿が見られました。

#### ○患者会の設立

泌尿器科混合病棟（6病棟）の婦長として勤務しましたが、泌尿器科では日本で初めての回腸導管の手術が行われていました。手術後の人工肛門に対するパウチなどは、業者の協力を得てアメリカなど諸外国の材料を取り寄せ、看護婦が積極的に参加して検討しました。

また、英語の個人レッスンを受けていた看護婦15名とイギリスのがんセンターに、自費で見学に行きました。そこで、パウチなどの衛生材料や手術後の患者指導についても、多くの示唆を得ました。退院後の回腸導管手術患者が、外来通院時に病棟に来て人工肛門で生活をする上での不都合について話してくださることもありました。自分は6年間ずっと病棟婦長で、患者との関係もあり、このように話を聞き相談に乗っていましたが、勤務交代をしたら、誰に話せるのか不安になりました。そこで当時の副院長の賛同を得て、6名の患者が発起人となり、患者会「築地会」<sup>12</sup>を設立しました。泌尿器病棟6病棟看護婦（看護婦長、主任看護婦）がサポート役となり、親睦会として位置づけて発足しましたが、今年で35周年を迎えています。

#### ○患者として国立がんセンターへの入院経験

今のところ、体調は大丈夫です。数年前、国立がんセンターに入院しました。手術後1日目で離床、2日目で病棟歩行をし、18日目で退院しました。40年前の昔の手術、看護とは変わっており、医学の進歩を感じました。しかし、何かベルトコンベアに乗ったようで、自分の思いを医療従事者に何も言えないうちに、退院させられたという気がしないでもありません。

### 10) 看護婦は勉強し医師に意見を述べる（J氏）

#### ○労働争議で勉強できない病院から再就職

九州の大学付属看護学校を卒業後、昭和36年に開設間もない東京の病院に勤務しましたが、すぐに労働争議が起こり、勉強できる環境ではない状態になりました。それで国立がんセンターの看護が素晴らしいと聞き、同級生と2人で連絡も入れず、病院を見学に行きました。がんセンターの建物は旧海軍病院を使用し古く驚いたのですが、見学中に看護婦長より声をかけられ、石本総婦長に会うことができました。病院のストライキについても、

---

<sup>12</sup> 国立がんセンターで手術した患者の「人工膀胱友の会」で、昭和48年に設立された患者・家族、看護師、医師が定期的集まり、快適な日常生活に復帰できるように、療養体験や装具の工夫などが話し合われた。

「民間では働く人が声をあげるのも大変ですね」と労働者の立場を気遣うような言葉をかけていただきました。がんセンターで働きたい希望を伝えると、その場で勤務している病院の総看護婦長に連絡を入れ、是非がんセンターにほしい旨、伝えてくださいました。昭和37年7月1日付けで国立がんセンターと一緒に見学した同級生と2人で入職することができました。

#### ○看護婦はよく勉強していた

外科病棟（3病棟）に3年、手術室に3年、ラジウム病棟<sup>13</sup>に1年勤務し、29歳で地方の国立病院に婦長として転出しました。入職当時、婦長は厳しかったのですが、看護婦もよく勉強していました。手術後の指示について医師に説明を求め、看護婦としての意見をはっきり述べていて驚きました。自分も勉強してがんばらなくてはと、意欲がわいたことを思い出します。

#### ○看護婦長の力を育てた石本総婦長

石本総婦長は、高くとまらない、見栄をはらない、誠実な方でした。自分が、がんセンターに入職した2年後の昭和39年に石本総婦長が退職されることになりました。その際、看護婦募集に全国を歩いたが、お茶も出さずにがんセンターに来てくれたのは、自分と一緒にいった同級生だけであった、ありがとうと言われたのは忘れられません。婦長の力を育て、婦長が働きやすい環境を整えてくださった方です。

#### ○看護研究会の発展とがん看護学会設立に寄与

一番の思い出は、国立がんセンターの婦長時代に、国立がんセンター看護研究会を発展させ、がん看護学会設立に寄与できたことです。これは、がんセンターに長く婦長として勤務できたお陰だと思います。また昭和48年より卒後教育の運営に関わり、「がん看護基準」を作成、医学書院から出版の際にも編集に関わることができました。

#### ○現在の看護師に望むこと

今の看護婦、婦長はコンピュータに使われているようです。事務的なデスクワークが増えているように思います。看護事務を看護婦がやるのではなく、看護本来の業務に専念できる体制づくりが必要だと思います。

### 11) アイデンティティの確立を求めて（K氏）

#### ○何かを求めて全国から集まった看護婦

---

<sup>13</sup> ラジウム等を小線源にして密封療法を行う治療病棟。11床で婦長と看護婦5名が配置されていた。看護婦は長くとも2年を目途に勤務交代した。

九州にある県の看護課に勤務する行政の看護婦であった伯母の影響で看護婦を志望し、九州の大学附属看護学校に入学し、昭和 37 年に卒業しました。大学医学部付属病院には 3 年近く勤務しました。その看護婦の伯母から国立がんセンターのことを聞きました。附属の看護学校がなく、全国の優秀な看護婦が集まり、切磋琢磨しているとのことでした。刺激を受け看護婦として向上が期待できるし、新設の病院での臨床経験があったほうがよい、九州でもがん患者の医療が問題となっており、今後の医療として重要なものになるといった助言を受けたからです。

国立がんセンターには、全国から看護婦が何かを求めてきていました。アイデンティティ (Identity) の確立に燃えていたのではないかと思います。石本総婦長の理念に共感する看護婦が集まってきていたようでした。看護婦が医師のほうを向いていた今までの医療の場での働き方やパターナリズム、ヒエラルキーといった権威主義に問題意識をもった看護婦が集っていたのではないのでしょうか。自分もそう思い、がんセンターに入職しました。自分の仕事にプライド・誇りがもてないのに、どうして看護ができるのかという思いがありましたから。

「医師と看護婦は車の両輪」と学生時代に勉強しましたが、現実には当時どこの病院でも行われていませんでした。しかし、がんセンターでは実際に行われていました。石本総婦長は理念を実行する人でした。患者のほうを常に向いて、医師にも論理的に説明をし、看護婦を守ってくれました。

#### ○患者会の育成、患者の自助会への支援

泌尿器科混合病棟の主任看護婦、婦長になり、すでにできていた患者会「築地会」の育成を図ったことが印象に残っています。セルフヘルプグループ (患者の自助会) としてコーピング能力 (問題の対処能力) を高めることに努力しました。また、がん患者への継続的なケアの重要性、ストーマへの対処方法など問題を感じ、昭和 51 年に休職して、イギリスのロイヤルマルステン病院で研修を行いました。その間に ICN 東京大会が開催され、当時の総婦長より帰国を促され、研修は半年となったわけですが。さらに ET ナース (ストーマナース)<sup>14</sup>、WOC ナース<sup>15</sup>の認定看護婦制度の立ち上げの教育に参加・協力することができました。

国立がんセンター辞職後、母校の九州の大学医療短大の教育に関わり、現在も九州の新設大学で、がん看護についての特任教授として勤務しています。がん看護のアイデンティティを確立したいと、自分の理想の世界を追求できたことは、幸せだったと思います。

---

<sup>14</sup> 人工肛門、人工膀胱のケアを専門領域とする認定看護師の旧制度。ストーマとその周辺のスキントラブルに対する専門職。

<sup>15</sup> 創傷 (wound)、ストーマ (ostomy)、失禁 (continence) に関わる看護に対して WOC 看護認定看護師は、ET の専門性に加えて創傷、失禁ケアの専門職で、日本看護協会が定める課程 (皮膚、排泄ケア) を修了している者は、2013 年 7 月現在で 1,928 名である。

## 12) 患者・家族に寄り添って（L氏）

### ○頭頸部病棟での食に関する援助

頭頸部外科の患者には、手術状況に合わせて咀嚼、嚥下状態などを観察、確認して、ゼリー状態やミキサー食などの食事形態を工夫しました。摂取状況を観察・把握して、医師に情報提供し、患者にとって適切な栄養となるようにしました。また、食事の指示をする場合、医師からも看護婦に相談がありました。口から摂取できない経管栄養患者の場合は、食事内容を一つひとつ患者に提示した後に、一緒に注入しました。これは患者の「食べる」という思いを大切にするとともに、唾液の分泌を促し消化吸収を促進するためでした。そういった病棟での援助について、雑誌に発表しました（実松・入船, 1972）。食への援助は、看護婦が責任をもって行っていました。

（事例：経口的に摂取できない患者の前で食事を広げる家族）

印象深い場面があります。上顎がんの末期状態で経管栄養の方とその家族に対する関わりです。ある看護婦から、4人部屋の患者のベッドで「家族が食べ物を広げている」という報告がありました。早速かけつけましたが、その場面を見ると注意はできませんでした。病室で食事はできないという規則はありますが、その場面は「食べる」というより最後の正月を患者とともに過ごしたいという家族の団欒を感じました。そこで、その『団欒』を大切にしたいと思い、「お正月が来ましたが、眼だけで残念ですね」という言葉をかけ、その場を離れました。当時の病棟は家族がともに過ごす場や食堂もありませんでした。また、看護管理上からは病院への食べもの持ち込みは、衛生上禁止されていました。食べることができない患者の前で食べない、食べ物の話はしないことは患者への配慮とされています。しかし、この場面のように、その状況、制約された環境・条件で、できる限り患者、家族の思いを受け止め支援することも必要だったのではないかと考えます。

### ○がん性疼痛への援助

（事例：「小さい注射（麻薬）を打ってちょうだい」と泣きつく患者）

昭和45年頃だったと思いますが、夜勤のとき、喉頭がんの高齢の女性から「あなたが来てくれてよかった」、そして「小さい注射（麻薬）を打ってちょうだい」と泣きつかれました。当時、疼痛コントロールはできておらず、医師よりペンタジン、ノブロンなどの鎮痛薬や麻薬の指示（使用制限なし）は出ていましたが、使用は看護婦の判断に任されており、看護婦により対応は異なっていました。看護婦によっては身体の消耗を速めることを恐れ、ノブロンの場合2時間、麻薬の場合4時間以上経過しない場合、あまり鎮痛薬は使用しない場合も多かったのですが、私は、ただ「がまんしなさい」という対応はとれませんでした。すぐ前に鎮痛薬を使用している場合でも、「15分後に参りますので、それまで

待っててください」と対応しました。すると 15 分後に行くと眠っている場合もありました。

当時は鎮痛薬の効果も手探りの時代であり、医師が鎮痛薬の指示を出し、患者の鎮痛効果については看護婦が情報提供を行い、ともに鎮痛への関わりを行っていました。看護婦はチームカンファレンスで疼痛緩和について評価し、医師に相談していました。しかし、鎮痛薬使用は看護婦個人の判断で行っていたのです。結局、疼痛緩和に対する援助の限界があり、麻薬の使用による生命力の低下や副作用を恐れ、患者の訴えに対応できず、看護婦として特に葛藤が強かったのです。頭頸部がん患者の場合、経管栄養で全身的な体力があり、疼痛を強く感じ訴えていたように思います。特に新人看護婦にとってはその葛藤は強かったようです。当時は「できるだけ鎮痛薬をあまり使用しない」ほうがよい看護とされた雰囲気がありました。

チームカンファレンスで、疼痛緩和についてもう一步踏み込んだ評価を行い、看護婦全員が同じような関わりが必要だったのではないかと思います。また、新人看護婦から相談を受け、指導するベテラン看護婦の存在が重要であったと思われる。

#### ○印象深い患者、家族との関わり

(事例：満床で入院を待つ患者の母親が、病棟を回りベッドを確認)

舌がんが肺転移し、放射線治療を行っていた 30 歳代男性の家族のことを今でも思い出します。満床で入院を待っている患者の母親が、病棟を回り、ベッドがないことを確認している場面に会ったことがあります。母親のあせりや入院できないことの原因が真実なのか、病院に対する不信もあったのではないかと思います。母親は「入院できるベッドは本当になかったのですね、いつ頃入院できるのでしょうか？」と言い、母親としての気迫を感じました。病棟婦長とも相談しましたが、「満床で退院の目途が立っておらず、申し訳ありませんが今のところ入院は難しいですね」と言いましたが、親の思いを考えると残酷な気がして心が痛みました。妻は小さな子供の養育中だったこともあるのか、入院後、母親が近くのホテルに滞在し、毎日病院に通ってきて息子の側に付き添っていました。

経口摂取は可能だったので、母親の介助で病院食を 1 時間近くかけて全量摂取しており、本人と母親の「生きること」への思いが強く伝わってきました。清拭も母親が行いたいという申し出があり、母親の希望を取り入れ、清潔を保つための援助をともに行いました。そういったなかで、「看護婦さんは毎日体温を測ってくれるが、苦悩は測ってくれないのですね」といった患者の言葉は、胸に突き刺さりました。そうしているうちに、急激に意識低下、呼吸停止が起これ、個室への移動の準備をしているとき、失禁に気づいた母親の「もうだめですね」とつぶやいた表情は忘れられません。

家族の要望を受け入れ、面会時間や食事など、病院の規則の限界ギリギリまで許容し、家族の思いを支え、できるだけ見守る必要性を痛感しています。

#### ○患者の思いを受け止めた関わり

患者の思いを理解したいと、自分なりに関わっていきました。肩が痛いときたび訴える患者がいましたが、検査では何もないし、医師は精神的なものではないかと言っていました。後の検査で骨転移があることがわかりました。大いに反省し、患者の訴えは必ず意味があることを深く肝に命じた次第です。

解剖に立ち会うこともたびたびありました。解剖で心臓の内膜に白いキノコのようなものができているのを見ました。肺がんの心臓転移だったと思いますが、がんと闘ってきた患者を見る思いがして胸がしめつけられました。当時は希望する場合、解剖を見学できました。自分の勤務のなかで死亡された患者の場合には、時間の許す限り解剖に立ち会わせていただくようにしました。生前の患者の訴えに対し、それはどういう状態からであったのかなど病理医に質問すると丁寧に説明していただきました。患者の訴えは貴重な情報です。私達看護婦は多くは無事で何事もないことを願いますが、患者の訴えをサインとしてまずとらえるべきであり、情報はいろいろな機会に、看護婦自身が積極的に捉えていくべきと、がんセンターで働くなかで教えられました。

#### (事例1：手術前に生卵を飲んだ患者)

手術前の注射をするために行くと、生卵を飲んでいたのでした。その方は、上部食道がんの手術の目的で、遠い奄美大島から入院されていた70歳代の男性でした。手術前の処置を行い、ベッドを整理していると、卵の殻を発見したのです。どうしたのか聞くと「生卵を飲んだ、これを飲むと元気が出る」と、ボソリと言ったのです。看護婦は、飲水や食事をしてはいけないことを、十分に説明していたはずでしたが、患者にとって生卵は水や食事とは違うと思ったのかもしれませんが。看護婦と患者の認識は違うこともありえるのだと思いました。結局、時間を遅らせて手術を行いました。担当の看護婦はあわてましたが、そこに居合わせた看護婦達は、患者を責める気持ちにはなれず、困ったと思いつつ、患者をあたたかく見つめたような記憶があります。

これは、手術に向かう患者の決意行動とも考えられ、患者の手術前の気持ちが理解できる気がしたからだだと思います。医師も「患者によく説明したのか」「手術前の患者の状態をよく見ていたのか」などと言もおっしゃいませんでした。看護婦は患者に十分に説明し、状態を観察していることはわかっており、看護婦との信頼関係があったからではないでしょうか。

#### (事例2：深夜勤での巡回時に「私を殺してちょうだい」と訴える患者)

私が25歳頃、婦人科病棟に勤務していたときに忘れられない方がいます。子宮がんで子宮広範性切除をし、腹腔内転移により腹腔内は死腔状態で、その死腔内に抗生物質のアクロマイシン軟膏を塗ったガーゼを1缶使用していた50歳代の女性でした。普段、訴えの少

ない方でしたが、深夜勤のとき「看護婦さん、お願いだから、私を殺してちょうだい」と訴え、驚いたことがありました。

どうして、私に訴えたのだらう、痛みは麻薬を使用するほどの状態でもないし、脳に転移を起こしていないしなどと考え、どうしてよいか戸惑いました。患者の思いを聞くと「息子が結婚もできない、息子が一生懸命働いても自分の治療で消えてしまう、自分が生きていることで負担がかかる」など家族の経済的負担があった。そのときは「息子さんはお母さんが生きていることが支えで、負担とは決して思っていないですよ」と応えるのが精一杯でした。個室だったので、ベッドサイドで手をさすりながら15分位、話を聴きました。その後15分後に見回ると眠っているように見えました。

なぜ若い看護婦の自分に訴えたのか戸惑いもありましたが、眠りつけない夜間に患者の思いが込み上げてきたときに見回ってきた看護婦に言ったのだらうかと思いました。病状から濃厚な治療が行われ、排泄、栄養、清潔などの生活援助もすべて看護婦が行い、生活を他者に委ねざるを得ない状態へのつらさだったのかとも考えます。さらに医療費は高額であったのでしょうか。医療費に対しては把握していませんでした。現在のような高額医療費への補助制度などもない時代です。当時のがんセンターには全国各地から良い治療を受けたいと患者が集まっていました。患者は比較的、経済的に恵まれた方達であったようですが、それでも長期になると経済的な負担は大きかったと思います。

がん末期状態で希望を失くした患者にとって、夜は長く、つらいものです。ただ慰めるのではなく、思いを受けとめ、吐露できるように傍らに居続けることが必要だと思います。患者にとって。表現することで苦痛が少しでも軽減できたのではないのでしょうか。

#### ○患者への説明

患者に十分説明をしていたと医師、看護婦が思っている、認識の相違があります。病名、治療方針、治療の選択などの説明は医師から行われましたが、患者は迷い、悩み、疑問、不安が生じます。当時、患者は病名の告知もされておらず、専門職種も少なく、看護婦が患者の生活すべてに関わっていました。患者との関わりも多いため、夜勤の看護婦や病棟婦長に迷いや疑問をぶつけることも多かったのです。機能障害による食事の方法や生活方法の支障への対応などについては、看護婦が責任をもち説明すべき内容も多く、積極的に患者に関わり、思いに寄り添い、具体的に説明したと思います。

治療についてのきわどい内容は、医師から再度説明を受けるように仲介、調整を行っていきました。「がん」であることを隠しつつ、一日一日の生活に希望をもつように患者の気持ちに配慮したつもりです。しかし、希望をもたせることに対して、医師も看護婦も葛藤がありました。

現在は、インフォームド・コンセント（説明と同意）、チーム医療が強調されています。「がん」の告知もされ、患者への説明も明確にされてきています。しかし、ある意味では患者にとって厳しい状況とも言えます。説明の責任は医師の領域、責任とされ、また従来、

看護師が行っていた業務が、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、MSWなどの専門職種が行うようになってきています。様々な専門職により援助が行われることは、患者にとり社会的にもよいシステムとも言えます。しかしチームの連携が十分に図られていない場合は、患者に混乱を与え、必要な援助が行われない危険性もあります。最近の私の入院体験から、現在の看護師は以前より患者の個別的な疑問、混乱に対する説明をする場面が少なくなっている気がします。

インフォームド・コンセントやチーム医療が進むこれからの医療において、患者を個別的に理解する看護師が、患者にとって必要な説明や援助を行う人材、時期など判断し、連絡・調整、仲介を行うことは、益々重要となります。さらに、患者にとって十分な説明や援助が行われているかを評価することが、求められています。それが専門的な看護師といえるのではないのでしょうか。

### 13) ターミナルケアの模索 (M氏)

#### ○婦長のリーダーシップ

多くの方々から指導を受けましたが、特に印象深い3名の方についてお話しします。

#### ・MN婦長

私が国立がんセンターに転勤し半年ほどの深夜勤務のことでした。70代初めの舌がんの患者Sさんは、末期になっていて個室で奥様が付添っていました。夜中にナースコールで呼ばれていくと、血痰を喀出しており、予測されていた大血管の破裂が起こった場面に遭遇しました。すぐに吸引をして気道確保しました。応援を頼んで挿管し、レスピレーター（人工換気器）を装着、輸血の依頼など、低空飛行ながら命は無事でした。その間に他の患者さんへも必要な援助を行い、夜中中、駆け廻り、朝、申し送りがやっとの思いで済み、ほっとしたとき、婦長に別室に呼ばれました。

お褒めの言葉を期待したわけではありませんでしたが、予想外に注意を受けました。S氏のベッドカバーの1.5センチ径ほどの血液のしみのことでした。確かにそのしみは、ベッド上部を挙上している患者からは、すぐ目に入る足元にありました。「タオル1枚架けることはできたでしょう。一晩中、目の前に真っ赤なシミがあつて、S氏はどんなに不安だったでしょう」と言われ、はっとしましたが、そのときは「こんなに走り回ってもまだ言われるのか」と不満のほうが大きかったことを記憶しています。しかし、そのことを仲の良い看護婦などに何回も話し客観的に考えられるようになったとき、次第に婦長が私に何を伝えたかったか気づきました。治療は医師がする。それを助けるのは看護婦として当然である。しかし、何よりもまず看護婦として、患者の不安を少なくすることに敏感でなければならなかったのだと思いました。あえて若い看護婦に伝えた婦長に対し、私は畏敬の念を感じました。看護とは何かを考える大きな“揺さ振り”でした。

記録室にはいつも婦長がきちんと座っており、その凛として決して姿勢を崩さない態度や言葉使いから、少し近づきにくい雰囲気もあり記録室の中はいつも静かでした。その記録室で、ある日、ベテラン看護婦と医師が話しているうちに個人的な会話で盛り上がり、はしゃいだ賑やかなやりとりとなりました。すかさず婦長は「先生、お仕事ですからそのようなお話はここではなさらないでください。Tさんもわかっていますね」とピシリと一言、二人は「すみません」と言いながら出て行きました。今までこうしたはっきりした言葉を聞いたことはなかったので、驚きと爽やかさとを少々の心配を交えて感じたことを今でも覚えています。

#### ・KT婦長

がんセンターに集まった気鋭の看護婦長のなかでも一番若い婦長でした。なごやかで新鮮な雰囲気があり、朝の申し送りやカンファレンスでもスタッフの発言・意見が今までよりも自然に多く出されていました。活発に意見が出されると、時には喧々諤々で収集が付かなくなり、まあまあと婦長が収めに入るなど賑やかでした。各看護婦が「この患者」にはこうしたほうが良いのではと知恵を出し合い新しいケアを考えようとする、その運営の仕方は「これからのがん看護を創っていこう」とする意欲を皆にもたせたのでした。

また、日頃和やかな雰囲気でもカンファレンスのまとめ役、あるいは意見がまとまらないときの調整役といった形でいらしたのですが、いざ、研究論文などの指導に当たっては、今後の看護の方向をはっきり意識した考えや、論理的な意図をしっかりと教えられたことを覚えています。日常の看護行為をどれだけ看護の主体性を意識して行っているか、その視点の評価の希薄さを自覚させられました。論理的にこうすべきという言い方はしませんが、しっかりした考え方のもと、皆の考え方をカンファレンスで磨きをかけていることを気づかされました。

昭和44年か45年だったと思いますが、全国の国立病院の看護婦を対象とした「がん看護の教育」が始められました。3日間ほどでしたが、その一部を受講しました。KT婦長も日々の実践から導き出された「これからの展望」を晴れやか笑顔で熱意をもって話していたのを覚えています。このような全国を対象とした「がん看護についての教育」が、ここから発信されていくことに誇りと責務を感じました。

#### ・HS婦長

放射線看護のパイニアの一人であり、放射線部の婦長として放射線診断部と放射線治療部の双方を担当する看護婦をまとめていました。放射線部では全身のがんを突き止める各種の検査が開発されつつ行われ、治療も全領域のがん治療が開発され、昼夜を分かたずといった意気込みで医師が探求していました。技師・看護婦がそれを支えていました。放射線防御の厚い鉛の壁の建物の各部屋で、舌がんの患者さん達は舌にラジウム針を刺したまま数日を過ごし、子宮がんの方はアプリケーションに線源を入れ、腹水の方は腹腔に金コ

ロイドを注入します。また、幼い子供が眼底の神経芽腫のために線源を入れ、若い母親と一緒に付き添って泊り込むといった先端の治療を行っていました。

そういった治療に対し婦長は、看護婦を指導し確実な対応ができるよう教育されていました。このような特殊な治療に関してはエキスパートが少ないので、院外からもかなり講義の依頼があり忙しくされていました。この新しい分野についてよく研鑽を積み、何を聞いても即座に指導していただき感心しました。その数年後に病棟内の看護基準をまとめて「放射線看護」の本が、この病棟勤務の看護婦有志により出版されましたが、それまでの婦長を中心とした先達からの財産でもあり、婦長の姿が彷彿とされます。

そして、線源が足りないなどが起こったとき（私が当日の担当だったのです）、若い看護婦をかばって、率先して探索されたことも忘れられません。指導者としての責任感・専門職としての態度を、行動で示していただいたと思っています。この病棟で私はずいぶんミスをしてご迷惑もお掛けしましたが、きちんとカバーしていただきました。その数年後にまだ40代初めでお亡くなりになったとき、もしかしたら、私達の分も浴びてしまった放射線のためではないかとひそかに考えてしまいました。

当時ご指導いただいた3人の看護婦長のリーダーシップをまとめると、みな一様に芯の通った看護理念をもっていました。揺るぎを感じさせない確固とした看護の方針、どんな場面にも自信に満ちた態度と明確な言動で対応や指導ができていたと、今でも尊敬の念で思い出します。そうした理念や思考、態度はどのように育ったのかと考えると、3名とも日本赤十字社の養成所出身で、日赤病院で臨床を経験されています。日赤精神と言われていた思想はアンリ・デュナンから始まり、キリスト教を基盤とした博愛の精神による世界を網羅した活動です。明治に日本にもできたこの活動は日赤の看護婦養成所において、ナイチンゲール看護学校の看護精神ともミックスして熟成された看護精神を形成していたと推測できます。日本においても明治からいくつかのナイチンゲールモデルの看護学校がつくられたのですが、発展しませんでした。しかし、赤十字社の看護精神は延々受けつがれ、看護そのものの揺るがない精神を継いできたのだということを、私はその後、看護学校の教員として看護の歴史を紐解くなかでよく理解できました。

確固とした看護理念は、ナイチンゲールによって専門的職業として自律できる理論を得ましたが、日本赤十字社の看護教育はその流れをしっかりと受け継ぎ、看護婦が主体的な判断をする専門職として養成が継続されてきたのです。戦争の期間もその精神を確かに発揮し成長してきたことが窺われます。日赤病院の看護婦は戦争下で多くの傷病兵や傷ついた現地の住民を救っています。純粹に人間一人ひとりの命を守り、自らを顧みることなく働いたのでした。激戦地に配属になった看護婦は兵士と同様、本土に帰ることができたのは少数でした。時代が流れ戦後70年近くなりますが、その看護精神は時代を刻み、生き続けているのだと私は考えます。3名の看護婦長も、しっかりと専門職としての看護師の理念を行動で示してくださったのだと思っています。

○ターミナルケア、がん性疼痛をもつ患者との関わり

・看護婦の判断による鎮痛薬の使用

当時、医師の指示は、痛みの段階により、飲み薬のセデスに始まり、注射薬はノブロン A・B・Cと3段階あり、ペンタジンから麻薬（オピスタン、モルヒネ）など種々あるなかで、その患者に合った内容で何段階かを看護婦の判断で選べるように指示されていました。睡眠薬、安定薬などを組み合わせても良いようになっている場合もあり、臨床現場では看護婦個人の判断力が問われることとなります。鎮痛薬をできるだけ少なくして（がまんさせて）、薬物の副作用や習慣性を防ごうと考える看護婦もいました。

頭頸部のがんは比較的若い方も多く、消化管など他の身体機能は健康なのに、患部のがん組織が骨組織へ浸潤していくことも多く、強い痛みを引き起こします。再発し次第に体力的にもダメージを感じながら痛みと闘う人へ、セデス一包を頼まれて、待つようにとは言えませんでしたし、言いたくもありませんでした。評価となる看護婦カンファレンスで、周囲から「あなたは患者さんに甘すぎる」というような言い方で責められたことがよくありました。生きる日数が限定されている人に、なぜ痛みをそこまでがまんさせたいのかが理解できず、自分がその立場になったらどうするのかと考えていました。さらに強い段階の薬が必要と思えば、医師に依頼しました。

そのように考え実行していた私も、この注射をしたら間もなく亡くなるということが明瞭な少年に、自分の責任として注射することを避けた形になったことがありました。

（事例：麻薬（モルヒネ）使用のためらい）

高校1年生くらいの男の子でしたが、末期になりご両親がいつも付ききりでした。痛みが激しくなり、通常の鎮痛薬と睡眠薬などの併用も限界となっていました。夢中で付き添うご両親に対して、もうモルヒネしかないと言主治医が説明し了解を得たということで、今夜からいつでもモルヒネを使うようにと夜勤の申し送りを受けた私は、夜8時頃ご両親から説明を受けた痛み止めを使ってもらえるかと言われ少し迷いました。今晚モルヒネを初めて使ってそのまま亡くなられる可能性は大きい。大丈夫だろうか、本当にそうなったとき、すぐに亡くなるとは思わなかったと言われたらどうしようかなど、考えてしまいました。本人の痛みもよく承知していたので、使用したほうが良いと考えましたが、家族に、主治医からお聞きと思いますが、かなり強い作用であると再確認したところ、ご両親は今晚にも死の危険性はあるのですね、それでは少し考えてからと中止されました。

ところが次の日のカンファレンスで、“使うべきモルヒネを、自分の夜勤のときに亡くなるのを避けたいためご両親を説得した”という評価をされてしまいました。確かに結果的にはそのような成り行きになってしまったのですが、3日ほど後に、日中に主治医が注射を行いその後短時間で亡くなったと記憶しています。

#### ・カンファレンスでの看護婦間の討議

カンファレンスは、看護婦間での考えの違いが明瞭に論議され、時によって対立のようになることもありました。がんセンターで他の病棟に勤務していた友人の一人は、この病院に長くいたら人格が歪んでしまうと退職しました。そのような言葉を一度ならず聞いたことがあります。また、どのようなケアが良いかについての論議が感情論になってしまい、人間関係の対立やグループ間の対立になるなど、どのような社会でもあることですがそうしたことも時々ありました。

当時はまだ麻薬は常習性を避けたほうが良いとの考え方もあり、疼痛への対応は医療者としても大きな苦痛でした。特に体力のある若い世代の方の苦痛は、壮絶としか言いようのない方も多かったのです。

#### (事例：麻薬の使用後に死亡した患者)

今でも忘れられない40代前半の男性の肺癌患者がいます。呼吸困難のため24時間、半座位のまま荒い呼吸をし、「苦しい」としか言葉が出ない状態でした。モルヒネを注射しても短時間(30分位)しか効かない。今ならば、セデーション(鎮静)をしているケースです。奥様もずっと付き添っていましたが、苦しくて身の置き所がなく始終手を動かして、手を握ってあげることもできない状態でした。主治医の指示では、モルヒネは4時間、間をおくようになっていましたが、それどころではないので、とにかく様子を見に来てほしいと医師に連絡をしました。空をつかむように腕を上げ「苦しい」とゆがむ顔貌に、主治医は「制限なしでいい」と許可を出しました。私はすぐ用意をして注射をしましたが、その後、わずかの時間で亡くなりました。これほどの苦痛を経験しなければならなかった患者さんと家族の方に何も言えず、とても辛く悲しかった思いは今も忘れることはできません。見開いたままの目を閉じるために顔を撫でながら、苦しきのあまり振り上げた腕を撫でて安らいだ形に戻しながら、もう少し何か方法がなかったのかと、無力なことが情けなく悔しくて涙しました。

若い方ほどがんの進行も早く、症状は急激に進行し苦痛もまた大きく、高齢の方が長い期間で体力が消耗して亡くなる状況とは違います。特に肺癌は他の臓器が健康であったとしても、生きながら空気が吸えない、真綿で首が絞められるという表現のままの苦痛です。肺癌は、末期にセデーションが最も必要ながんであると身をもって体験しました。その後、循環器の病棟に配属になったときは、心臓疾患の最後、心不全の末期もベッドを90度に挙上したまま、亡くなる方を目にし、セデーションが必要ではないかと考えました。

#### ○新しい看護の開発としての看護研究について

新しい治療法が次々と開発され、医師団は熱意に燃えていました。種々の手術後の機能障害に対する対応も次第に工夫され、数年後にはさらに、手術後リハビリテーションを意図した修正手術が同時に行われるようになりました。例えば、切除した上顎部分を補う

プロテーゼ（人工的に挿入する補てん装具）を装着することも同時に行われました。プロテーゼを装着した術後の患者さんの口内を初めて見て、今までぎゅうぎゅうにガーゼを詰め込まれていた上顎に、白いプロテーゼがきちんと収まっていたのを見たときの感激を思い出します。

こうした治療の開発に対し、手術方法に対応した術後の看護が工夫されていきました。各病棟が臓器別になっていたので、それぞれの分野別に看護の実践例をまとめて術式ごとに看護基準がつくられていきました。それが看護研究発表会で発表され定着していったのです。私達の病棟でも「頭頸部看護基準」をまとめました。過去の手術 550 例以上あったものを皆で手分けして、手術ごとに事例のデータを収集し、スタンダードな術後の回復状況とケアの内容や工夫を洗い出し看護基準を作成しました。それを院内で発表した後、1 年間の実績をまとめて学会にも発表しました。

#### ○カンファレンスでの評価、看護研究による看護水準の変化

翌日に退院予定となっていた患者さんが急変した事例をお話します。

（事例：頸動脈から大出血した患者）

その日、私は準夜勤で、比較的軽症者の多い B チームを担当していました。夕方の検温の時間で 19 時頃でした。部屋から部屋へ廊下を歩いていた私は、記録室から最も遠い大部屋から大柄の W 氏（男性 50 代）がこちらへ向かって歩いてくるのを見ました。喉頭全摘後で声の出ない W 氏は手で右の頸部を抑え、一方の手で私を手招きしながらこちらに向かって歩いていました。その姿を見た瞬間、私は“あーっ、やってしまった”と身の凍る思いがしました。目を下に落とすと廊下に小さな赤い点々が付いていました。右総頸動脈が破れていたのです。

W 氏は喉頭がんの再発で喉頭全摘をし、リンパ節郭清術も行い放射線治療も広範囲に行っており、その治療も終わり明日は退院となっていました。しかし、手放しで喜べる退院ではありませんでした。リンパ節郭清術も行いダメージを受けている組織に術後照射をしてあるので血管がもろくなっていて、医師団は血管の破たんを懸念していました。病棟の診察処置行う当番の医師は、毎日チャート（カルテ）に、近々、危険とか、結紮してはどうかなどと書いていました。タイミングも悪く、主治医は関西の学会に出かけて不在でした。予定量の放射線もかけ終わり、今までの例から大丈夫ではないかと退院の予定が組まれていたのです。

総頸動脈を結紮することは、頭部への半分の血流を遮断することによる大きなリスクを抱えることとなります。懸念していたことは起こってしまいました。一瞬の後、私は W 氏をどこに誘導するか考えました。今日は満床で個室の多い A チームの部屋も使えません。やむを得ず、人目の少ない A チーム側の廊下にベッドが 1 台あったのを思い出し、W 氏を誘導しました。意識して落ち着いているように装って話しかけ、近い処置室から吸引器を用

意して気管口に流れ込む血液を吸引しながら、もう1人の看護婦に、当直医・当直看護婦長に連絡を頼み、緊急事態だからと院内放送も頼みました。家族への連絡・輸血の手配・他の患者のケアの手配など、吸引をしながら頭をめぐらしていました。

リンパ節郭清後の頸部は固くなっていて、さらに放射線が full dose（可能な最大限の照射）でかけられたばかりであり、外科医が何人かで手術記録などを見ながら、結紮を試みますがうまくいきません。針を刺した所から、玉のように小さな血球がぼろぼろあふれてくるだけで、何度やっても同じことでした。私は結紮がうまくいったのに、肺が血だらけで窒息したなどということは無いようにと、懸命に吸引を続けながら、「Wさん、大丈夫よ、皆で治療していますからね。心配しないで。吸引も苦しいけどがまんしてね。なるべく力を抜いてね」など声掛け、手を握ったりしていました。

最初は目でぱちぱちと、わかったというように合図をしていたWさんの反応は次第に少なくなっていきました。血管確保をする人、バルーンカテーテルを入れる人、輸血のための採血をする人、バイタルサインや経過を記録する人、他の病棟の看護婦もかけつけ周りには人垣になりました。やっと輸血が届いて開始した頃には血圧が下がり始めていました。輸血も加圧して入れましたが、とうとう結紮はできませんでした。そしてご家族も間に合わないうちに、かすかだった呼吸も止まり、その後まもなく心停止しました。

後日、主治医から解剖の結果、血管の状態は想像以上の脆弱さで結紮そのものが難しかったこと、死因は出血による失血死だったこと、肺の中には血液はほとんどなかったことを聞きました。また、外科系病棟の友人から、その病棟の医師達が「あのときの看護婦の対応は完璧だった」と話していると聞きました。私は当然すべきことをしたまでと思っていたので、直属の婦長には深夜勤務の看護婦が朝に報告するので、自分から改めて細かい報告もしていませんでした。

この病棟の看護婦なら皆がこれくらいの対応は当然することなので、個人としても面映ゆかったし、他の病院と比較しても看護の質は良いと言っていいのだろうと判断しました。そのように思える根拠は、個々の患者さんの病態を皆が把握していたこと、カンファレンスなどで情報を共有していたこと、それによって予測性をもって観察し対応できたことです。今思うと当時は入院期間が長かったので、その人の個性を理解できケアに活かすことができたことも要因の一つであろうと考えます。

W氏のことから学んだ貴重なデータなどを含め、脆弱になった皮膚を保護する方法として創部に有茎皮膚弁を移植し保護するなど、医師団により喉頭がんの治療方法は改善され、また放射線線量や照射技術も開発され、患者さんの治療にその結果が確実に活かされていました。

#### 《新人看護婦群（4名）》

#### 14) 医師と看護婦が情報を共有（N氏）

#### ○新卒看護婦として手術後2日目の早期離床を援助

四国の国立病院附属看護学校を昭和37年に卒業したのですが、石本総婦長が来校され、校長（院長）に直接依頼されたようです。校長から勧められ、何もわからずに上京しました。

がんセンター創設当時は臓器別の3つの病棟だけでした。医師から検査の指示があっても、看護婦は伝票のある場所を示すだけ、また検査結果伝票も必要な人が貼ればよいという考えで、看護婦が貼らなければならないということではありませんでした。これらは、その当時の病院における医師—看護婦の関係ではありえない状況でした。また、当時の日本では抜糸するまでの7日間は安静の指示でしたが、アメリカから帰国されたばかりの外科の藤井先生からは、手術後2日目から早期離床の指示が出ました。心配する看護婦に「何層にも縫合しているので、出血や創の離開などない」と叱咤激励され、離床を行ったことは、今でも印象深い場面です。

#### ○婦長は看護婦を守り、婦長を石本総婦長が守る

婦長は看護婦を守り、婦長は石本総婦長が後ろで守ってくれているという雰囲気がありました。医師との協働、車の両輪と常に言われていました。実際、尿ホルモンの研究をしている阿部医師は、ゴム手袋をはめて蓄尿瓶をもち、尿比重、量を直接測定し、看護婦は記録するといったことをしていました。

石本先生はおだやかな方であり、声を上げる場面の記憶はないのですが、医師に言うべきことは、はっきりとおっしゃっていました。整形外科の医師にも「先生は男性、か弱い女性に重い物を持たせて。先生が持ってください」と、はっきりとおっしゃっていました。病棟を巡回していらっしゃる姿を何度も拝見しましたが、廊下のゴミもさりげなく拾う方でした。

#### ○患者の死に直面し無力感

小児病棟に勤務していたとき、外出して自殺した子供がいました。その子の病状は、私でも死にたいと思うような状態で、壮絶な死でした。中途半端なモルヒネの使用、告知できないジレンマ、何も知らずに死んでいって、可哀そうにと泣くことしかできませんでした。自分は何もできないという無力感だけでした。そのとき、先輩看護婦より「患者は、がんではないかと私達に質問し、それに何も答えられないけれども、患者は聞きたくて聞いているだけではない、苦しいから気を紛らわしていることも考えられる」と、人間の心理を理解することの必要性について助言を受けました。今の時代だったら、もっと多くの援助を行うことができ、疼痛も少しは緩和できるのではないかと思います。しかし何もできない場合もあります。黙って側にいるだけでもよかったのではないかと、考えるきっかけとなりました。

#### ○医師と看護婦の情報共有（看護婦のアセスメント、判断）

医師は不明ながんに対する知的好奇心があり、それらの情報を看護婦にも伝え、看護婦も情報を共有していました。看護婦もまた、得た患者情報を医師に伝えていました。看護過程、看護診断と言わなくとも、そういったアセスメント、判断が看護婦として行えていたと思います。

がんという疾患の特徴への深い理解、がんが生活全体に及ぼす影響を洞察してこそ、患者、家族との自然な関わりができるのではないのでしょうか。当時のがんセンターでは、そういった看護が行えていたのではないかと思います。

また、寝衣の統一についても看護部として反対しました。これは患者を個人として尊重したいという姿勢があったからだと思います。

#### 15) がん看護に情熱をもつ人々の熱気（○氏）

##### ○自律する看護婦へのあこがれ

1939年、東京に生まれました。親戚が傷痍軍人となり、その援助を見て看護婦に憧れました。また、敬愛していた小学校の先生よりナイチンゲールの話などを聞き、人の世話をしたいと思うようになりました。戦争直後で看護婦不足であり、全国で国立の看護学校の進学コースが東京、名古屋、京都など4カ所にできました。職業をもち自律したいと希望し、東京の国立の進学コースの看護学校に入学し、昭和37年に卒業しました。国の施設、新しい病院で一からのスタートということで、がんセンターを希望しました。就職面接での石本総婦長はやさしく、そういった総婦長のもとで働きたいと思いました。

##### ○ディスカッションする場、教育的な場

入職当初に勤務した病棟は70床で2人夜勤でした。医師も一生懸命に意欲的に行っていましたが、当時は肺がん手術1ヵ月後に死亡することが多かったのです。難治の疾患に立ち向かう人々の集団のなかで、自分も働いているという充実感もありました。全体の雰囲気も、がんセンターでの看護をしたいと思う人が集まり、熱気がありました。医師もがん患者に立ち向かう、看護婦も同様に問題意識をもち取り組む姿勢がありました。興味、関心をもち、知的好奇心をもって、ディスカッションする場、教育的な場でした。そういったがんセンターのチームの一員として、役割意識をもって取り組み、素直に受け入れることが、できました。医師と看護婦は車の両輪という考え方、石本総婦長のリーダーシップのもと、看護婦もよく働いた場でした。

##### ○結婚し、子育てをしながらの勤務

28歳で結婚しましたが、子供を生んで育て、良い看護をしたいという思いでした。子育て

での経験は患者への関わりや看護に活かされた、という思いがあります。患者、家族に対し、一方的な押し付けではなく、聴く姿勢、受け入れることを直に出せるようになったと思います。協調性、調和ということも感性として磨かれていったのではないのでしょうか。子育てのなかで、がんセンターの労働組合の創設にも関わりました。組合運動をしているからこそ、しっかりと看護しなければと勉強したように思います。

#### ○チャンスに挑戦することが大切

スタッフには「チャンスがきたら断らないで」ということを伝えていきました。チャンスに挑戦することは自己成長につながります。患者からの期待と評価がある緊張感のなかで、看護婦は成長します。平成元年に新人看護婦の研究チームをつくり育成しました。また、自分の看護の原点からの問題意識として「ナースコールと担当看護婦との関係」について調査を行いました。がんセンターの看護について、地域や看護研修会で講演を依頼される機会もありました。がんセンターの看護への期待を大事にしていくことが必要と思います。

がんセンターでの経験は退職後も、民間病院での緩和ケア病棟の立ち上げ、ボランティア活動導入に活かされたと思います。また自分のボランティア活動を始める原点となっています。図書の巡回ボランティア、総合案内、看護部長の相談役など現在も活動中です。

### 16) 看取りの記憶 (P氏)

#### ○自律できる看護婦を目指して

北九州の国立病院付属の看護学校を卒業するとき、親から独立するためにできるだけ遠い東京に就職しようと考えていました。国立がんセンターは附属の看護学校がなく、先輩、後輩といった縦の関係が少ないのではないかと思いましたし、2年先輩も就職しており、がんセンターの看護は医師より独立していて良いとの情報があったからです。同じ看護学校から4名が就職しました。当時の副総婦長さんはフルブライト留学された直後とのことで、看護婦が留学できることはすばらしいと思いました。

#### ○新卒看護婦としてハードな外科病棟の勤務

病院で一番多い病床数をもつ外科病棟に配属されました。深夜勤と準夜勤が3回連続することもあり、かなりハードな勤務でした。当時は1週間に20例の全身麻酔による大手術が行われており、深夜勤で4例の手術前処置を行い、手術室に移送することも多くありました。そのため4時からモーニングケアを行い、義歯を洗ったりしていました。そのような忙しい現場でしたが、皆、一丸となり、理想に燃えていたように感じましたし、上司、先輩、同僚もフランクでした。医師も看護婦の話に耳を傾けてくれていました。

外科のある医師が、ターミナルで苦しい患者に執拗な治療をしていました。新卒看護婦である私に、胃チューブを挿入するように指示がありました。私は「苦しむ患者になぜこのように処置をするのか、さらに苦痛を与えるのではないか」と意見を述べました。医師は「最後までトコトンやって生き返った人がいた。だからやれることはやりたい」と。そこで医師の思いを理解して協力し、看護婦として少しでも患者の苦痛を軽減しようと思ったこともありました。

#### ○理想に燃え、一丸となり取り組んでいた現場

看護婦は、主体性をもった看護を行おうとしていました。看護婦長、先輩看護婦の言動は、自分の看護や仕事への認識を変えるものでした。入職してすぐのときですが、ナースステーションに医師が入ってきたので席を譲ろうとすると、看護婦長から「記録は終わったの？」と声をかけられました。自分が仕事をやっている場合、また看護室なのだから、医師だからといって席をゆずる必要はないことをはっきりと言われました。点滴や包帯交換の介助においても、患者の状態や看護婦として必要度の高い業務を行っている場合、最優先で医師の介助をしなくともよいと。仕事後のプライベートな場面においても、医師にごちそうになることは、いつもの仕事ができなくなる、必要なことを言えなくなることもあると言われました。これらの看護婦長、先輩看護婦の言動は「看護婦としての自律」の原点になっています。そういった環境の重要性を学びました。

#### ○チームナーシングへの取り組みと看護研究

看護スタッフから、業務中心の看護ではなく、チームナーシングに取り組むべきだと意見が出てきました。自分より2年後輩で入職してきた新人看護婦もチームナーシングを勉強してきており、業務改善の機運が高まりました。当時がんセンターで60床と最も多い病床をもち一番多忙とされていた外科病棟のベテランの看護婦長は、「皆さんは自分より良い教育を受けてきている。やってみなさい」と反対せずに見守ってくれました。

チームナーシングの実施から、受け持ち患者への責任、看護の認識がさらに高まり、手術後の看護基準作成、看護研究会への発足につながっていきました。当時、鎮痛薬のソセゴンは習慣性がないと言われていましたが、習慣性はあるのではないかと考え、交代になったばかりの病棟婦長の指導のもとに症例をまとめ、昭和48年の国立病院学会で発表しました。

#### ○労働組合活動

入職当時から労働組合運動に参加しました。社会における労働者の地位の向上、看護婦の社会的地位の向上に必要と考えたからです。がんセンターはフランクにものが言える自由な環境でしたが、夜勤が月に半分以上あり、厳しい労働状況でもありました。労働組合の役員を勤め、病棟婦長に抗議し、センター幹部との組合交渉にも出席し発言しました。

労働組合運動に関心をもったのは、世の中の矛盾や問題について関心をもつことが、看護婦として必要と考えたからでもありました。

労働組合で、看護婦長試験の基準が取り上げられたことがありました。がん看護の専門職として、がん看護に取り組んできた看護婦をなぜ婦長にしないのか、ということです。病棟婦長の推薦による受験資格の撤廃要求です。組合の要求のみでなく社会の状況変化もあったと思いますが、受験資格は一律に7年以上の看護経験となりました。

#### ○看取りの経験

(事例：一人で死を迎える患者に寄り添って)

準夜勤務のとき、一人で死を迎えようとする患者がいました。勤務終了後もその患者に付き添い、じっと見守りました。2時間後に亡くなりました。翌日、当時の婦長に呼ばれました。厳しい婦長であったので、組合運動をしていたこともあり、たびたび注意を受けていたので、また注意されるのかと思いました。すると婦長より「どんな気持ちで側についていたの？」と質問されました。私は「一人で死んでいくのは寂しいのではないかと思い、ただ側にいたかったので」「自分もつらかったし、かける言葉もなかったので、ただ黙って側にいました」と答えました。すると婦長は「そう」と言ったのみで、そのときは何も言われなかったのですが、その後、そのときの様子を書いた雑誌を見せてくれました。そこには、「組合活動をしている看護婦への認識が変わった。組合運動をしている看護婦は、権利意識ばかりが強い人達と考えていたが、患者のためを考え看護婦としての専門的姿勢をもっている人達もいることを認識した」と書かれていました。自分が認められ、看護へのさらなる動機づけとなりました。

#### ○コミュニケーションをとる専門看護職

看護婦長試験に受験することになるのは、がんセンター外科病棟でスタッフナースとして勤務して18年が経っていました。婦長試験に合格後に看護協会主催の管理者コースで学ぶ機会がありました。そのとき、初めて看護者としての振り返りをし、個人ではなくチームとして看護を論理的に考え、理論化することの重要性を認識しました。その後、昭和59年より地方の国立病院の看護婦長として転勤となりました。そして国立がんセンター手術室に昭和63年から5年間、看護婦長として勤務することになりました。この時期は婦長としてスタッフにいかにかに任せるか、看護管理、マネジメントのあり方を学んだ楽しく、充実した時期でした。看護専門職は、個人として一人の患者に責任をもちケアをするとともに、チームとしてお互いにコミュニケーションをとり、意見交換する知的労働者であると再認識しました。そして組合運動を経験したことは、看護者、管理者として他者との合意形成の上で役に立ちました。

#### 17) 基本どおりの看護が行われていた病院 (Q氏)

### ○後片付けと準備の大切さ

九州の国立の看護学校を卒業した同期4名で就職しました。2年先輩も就職していたので、心強かったです。最初に内科病棟に配属となり、夜勤時に便器の交換をしたとき、病室には便器・尿器は置かないことを先輩看護婦より注意されました。看護婦としてそういう配慮は必要であると看護学校では学び、理解していましたが、実習病院では、そのようには行われておらず、つい便器を病室に置いてしまったのです。がんセンターは、基本どおりにきちんとした看護を行う病院でした。九州の実習病院では、動ける患者がシーツをかたづけたりしていましたが、がんセンターではシーツ交換も全部看護婦が行っていました。また、タオルの交換などの細かいところまで配慮していました。後片付け、準備が大切であることを叩き込まれました。

### ○正確な記録と申し送り

記録が不備な場合は、朝の申し送りで看護記録、体温板の受け取りが拒否されました。厳しかったのですが、きちんと正確な記録をすることの重要性を認識し、次の夜勤では記録を全部受け取ってもらえるようにがんばろうと思ったものです。当時の他の病院では、婦長や看護婦が依頼の処方箋や検査伝票を書くことが多かったのですが、がんセンターでは、医師が自分で診察券IDを押し、処方箋を書いていました。先輩の看護婦は自分の考えや思いを婦長や医師にも自由に伝え、意見交換していました。医師や婦長、先輩看護婦とも自由に話せる雰囲気は新しい民主的な環境であり、うれしくなりました。そして研究的姿勢、雰囲気があり、何か新しいことをしたいと皆、意気に燃えていました。患者会、家族会の設立などはその表れだったと思います。

### ○労働組合運動

就職当時に労働組合ができたばかりだったようで、患者に良い看護をするためにも職場の環境を改善する必要があると、組合の壁新聞「ごんべえ」に書かれていたのが記憶に残っています。そうだと思い、組合活動に参加しましたが、途中で労働組合と職場との遊離を感じ、また病気になり（1年2ヵ月休職）、組合活動から離れました。

### ○短期治療病棟の看護婦長として

新病棟が開設し、短期治療病棟の婦長となりました。手術後の開創照射が行われると、看護婦は20時頃まで後片付けをしなければなりません。すると医師は、明日は大丈夫かと気遣い、一緒に片付けを手伝ってくれました。看護婦だけでなく、看護助手にも声をかけてくれました。医師との信頼関係があり、連携があった時代でした。

日本ではまだインフォームド・コンセントとして十分に確立されていない時期から、医師は患者に詳細な説明、告知をしましたが、看護婦にもさらに詳しく説明してくれました。

だからお互いに協力できたし、患者、家族に対しても自信をもって関わることができたと思います。

患者もすばらしかったと思います。吐血、下血をしながらも、化学療法をするときは、がんばりますと言っていました。これも患者と医師、看護婦との信頼関係があったからではないかと思うのです。

この時代の後になると、ベテランの婦長が転勤し看護部のトップが変わり、看護部の力が低下したように感じました。がん看護の専門性の確立という観点から、看護部のバックアップが必要だと、何名かの婦長達が大きく声を出しましたが、その声は届きませんでした。看護部の力の必要性を痛感しました。

#### ○がんセンターでの経験がその後の看護活動に与えた影響

46歳のとき、九州各地の国立病院、療養所の婦長として転勤しました。その際に国立がんセンターと常に比較する自分がいました。「がんセンターでは」とスタッフに言わないでおこうと思いましたが、そのストレス、葛藤は大きかったです。「がんセンター」は自分の看護の理想として染み付いていました。

看護実践をケーススタディとしてまとめるよう、勉強することを指導していましたが、自分の時間で勉強することは難しいようで、なかなか進みませんでした。しかし、なかには意欲的な看護婦もいて、少しは刺激となったのかもしれません。地方の病院では看護婦も勉強しようと取り組んではいますが、医師は相変わらずワンマンでした。医療事故への対処をめぐり医師と対立、ストレスも強くなり、定年を前にして退職しました。現在はトリマーの会社を設立して動物相手の生活をしています。

#### 《医師達（3名）》

#### 18) 医療と看護が別では困る（R氏）

##### ○開設当時の医師と看護婦との関係

当時の病院では、医師が看護婦の人事に介入することも多かったようですが、がんセンターでは看護部、総婦長が責任をもって行っていました。看護婦長の人事異動について、関係する医師が総婦長に意見を言う場合もあったようですが、その際、今後の看護管理を行う上での必要性などの総婦長の説明により、医師も納得しました。

##### ○医師からみた国立がんセンターの看護婦

当時のがんセンターで医師からみた看護婦の言い分は、医療と看護は別、医師の従属物ではない、医療の手伝いではない、医師と看護婦は車の両輪、看護は独立していると、一

方的な看護婦の言い分に聞こえました。「医師の従属物ではない」ということは当然です。しかし「医療と看護は別」「看護は独立」というのは、おかしいと思いました。患者がいて病気を治療する上で、医師・看護婦がいます。現場（臨床）では、「医療と看護は別」「看護は独立」では困るのではないのでしょうか。それほど看護の独立が大事ならば、「看護院（ナーシングホーム）」でもつくれば良いと当時は思いました。

#### ○医師と看護婦の情熱

当時は医師がオールマイティ、頂点にいました。そのため看護婦は「医師と看護婦は車の両輪、看護は独立している」と言わざるをえなかったのかもしれない。過渡期として仕方なかったのかとも思います。看護婦は新しい看護概念、使命感に燃えていたのでしょう。その当時の医師と看護婦は情熱があり、エネルギーがありましたよ。

#### ○看護の独立性、職能の拡大について

看護婦は医師のように薬の使用、メスを使用し身体を侵襲するなどの積極的な介入はしない、患者を手で抱きしめ、手を差し伸べ、寄り添うものです。しかし時代とともに変化するでしょう。現実的な必要性から職能の拡大、看護の独立性が高まるのではないのでしょうか。吸引、インスリン注射などの問題にしても、看護職と介護職との関係も、医師と看護婦の関係と同様なことが起こっています。

国立鯖江病院で起きた看護婦の静脈注射による患者の死亡事故で、昭和26年、厚生省医務局長通達により看護婦の静脈注射が禁止されました。血管への薬物注入は身体侵襲であり、看護婦の専門的業務が確保されるまで医師が行うことという理由でした。大病院の看護婦はこの通達に沿って静脈注射をしなくなりましたが、診療所や地方の病院看護婦は静脈注射を行っていました。しかし、訪問看護、在宅看護の普及・必要性和看護教育の発展により、平成14年に厚生労働省医政局長通達として看護婦の静脈注射が解禁されました。ここにやっと「看護婦等による静脈注射は診療補助業務の範疇である」ということが、名実ともに一致してきたのです。

#### ○医療と看護は別ではない

医療と看護は厳密に分けられないのではないかと考えます。困っている人、苦しんでいる人に手を差し伸べ、何とか救いたいというのは医療の原点であり、特に看護のほうが強いと思う。その医療の原点から医師、看護師、その他の職能に分化したのだと思います。

#### ○専門的な看護師としての特定看護師（仮）について

医師不足があり、看護師の専門的能力を発揮してほしいという社会のニーズがあるのでしょう。現実的な生活、国民のニーズ、経済効率（医療経済の視点）から、専門職としての能力の発揮、専門性の拡大も可能になっていくのでしょうか。

## 19) 看護婦さん達から教わった (S氏)

○大きな手術をしても看護婦さんに任せて帰ることができた

石本総婦長とは直接の接点はありませんでしたが、「看護婦は医師の助手ではない」という考えについては、よく耳にしました。看護婦さんからいろいろなことを教わりました。自分が知らないことは看護婦さんに聞くのが一番早道だと思います。国立がんセンターでは、大きな手術をしても看護婦さんに任せて家に帰ることができました。

○産業医、介護施設における医師

53歳で国立がんセンターを退職し、産業医となり70歳まで18年間勤務しました。その間、産業医の資格取得研修のため北九州の産業医科大学で3年間勉強しました。若い学生と一緒に勉強は大変でしたが、とても新鮮でおもしろかったです。健康な人の生活習慣病の予防、精神衛生の重要性を認識しました。

産業医をしていた会社を退職後、知人から依頼され、北海道の病院を4年間手伝いました。そこでは看護婦さんとの見解の相違、葛藤がありました。療養型病棟、ターミナル期の患者に対し、看護婦は延命への努力をします。しかし、そういった意識がない状態で2、3ヵ月長く生きたとしても、家族にとっての負担が増すばかりであると思いました。がんセンター時代の医療や研究も、自分の家族だったらどうだろうということを考え、行ってきました。その後、介護保健施設の医師が急死し、不在で困っているのを助けてほしいと依頼されたのです。介護保険のことなどもまったく知らなかったのですが、看護職、介護職のスタッフは良くやっており、教わっています。

あるとき、入居者の舌腫瘍について職員が話しているのを小耳にはさみました。ある病院で治療を受けていて、その医師は抗がん薬で効果をみるとのことでした。自分の経歴は施設の職員は知らないのですが、国立がんセンターで1,500件以上の手術の経験があり、専門であることを話し、その入居者を診察してみました。手術可能であり、手術後も話すことや食べることに支障がないだろうと判断しました。その入居者は認知症があり、話すことや食べることに支障があると生活に大きな影響がありました。そこで、築地の国立がんセンター耳鼻科部長に手紙を書きました（昔そこで働いていた医師であること、認知症でもあり話すことや食べることに支障のないような手術を希望する旨）。するとすぐに返事が来て、医学生するとき、学会で自分の発表を聞き知っているとのことで、快く手術を引き受けてくれました。ところが、その入居者はがんセンター入院前に転倒し、大腿骨頸部骨折をしてしまいました。しかし経過もよくスムーズに治癒し、国立がんセンターでの手術も希望どおりに行われ、5日間で施設に戻ることができました。施設の看護師からの話では、以前治療を受けていた病院の医師から、舌腫瘍の患者が来ないがどうしたのか聞かれたそうでした。国立がんセンターで手術を受けすっかり元気であることを話したら、ポカんと

した表情であったと聞きました。このような例は稀ですが、医師としての経験が役に立つこともあります。

## 20) 病院長と総婦長との連携 (T氏)

### ○看護部の力の大きさ

一番印象に残っていることは、病院長と看護部の力の大きさですね。医師は当直時に病院長に報告するのですが、医師の報告前にすでに石本総婦長より詳しく報告されていました。そのため、患者把握不足を注意される医師も多かったのです。院長は石本総婦長を信頼しており、看護部の力の大きさを感じました。

看護婦長も力をもっていました。婦長は医師に対してしっかり意見を述べ、時に厳しく注意することもありました。怖かったのですが、臨床能力があり実力をもっていました。患者の状態を把握し、末期患者の予後もあと1週間と予測し、そのとおりになることが多かったことを記憶しています。

また、看護婦不足の昭和48年頃、2・8体制の夜勤問題の際に、看護婦の夜勤に医師も協力したことも記憶にあります。

### ○手術後のガーゼ交換について

看護婦が介助しないで、医師が一人で行うことがあったようですが、それは間違っていると思います。外科系で看護婦が創を見ないことはおかしい。看護婦は医師とは別に創を確認している病棟もあったが、患者にとっても負担となります。一人で包帯交換を行う医師もいたが、それは看護婦との共働を考えない動きだったとも言えます。ガーゼ交換時の創の状態もカルテに記載されておらず、創の状態に何か異常変化があった場合、連絡のとりようがなく、看護婦も困ったでしょう。そのためにも看護婦と一緒にすることが必要だったのではないのでしょうか。

### ○看護婦の主体的な看護

特に嚥下訓練については看護婦として主体的に関わり、食事への援助を行っていたと思います。当時から、がんセンターの頭頸部外科の看護婦は患者個々の手術内容について医師に確認し、舌の状態や嚥下能力を考えながら食事援助を行っていました。食事内容も誤嚥が少ない食事を医師が指示できるように、患者の嚥下状態、食事摂取状態を医師に具体的に報告していました。

現在の嚥下訓練は、片麻痺、麻痺の場合の嚥下訓練が基本となっているため、がん治療に伴う嚥下障害を把握したものではないと思う。嚥下する姿勢、食事内容（液体が混じった3分粥・5部粥などは誤嚥の危険が大きく、患者が食べる自信を喪失）などの指導を行い、患者自身が工夫するよう働きかけ、患者の自信を高めることが必要なのです。

## 《事務職員》

### 21) 病院・研究所・運営部門が一体となった新しい「センター」(U氏)

#### ○新しい組織づくり

国立がんセンター設置準備として、事務職が昭和36年に5名配置されました。昭和37年2月1日「国立がんセンター」が発足し、昭和37年6月に病院が開設されました。「国立がんセンター」の名称については、病名告知がなされていない時代では、患者への心理的影響が心配されました。また、「センター」という横文字への厚生省の抵抗もあったようです。しかし病院機能だけではなく、研究部門、運営部門が一体となった新しい構想で「センター」という名称が採用されたようです。

最初の組織づくりは、設立準備委員会では当時の医師会長であった武見氏が中心でした。その会議を事務方と傍聴する機会がありました。武見氏は関東大震災の体験者（慶応大学の学生だった頃）であり、医薬品のストックの必要性など危機管理も考えられ、細かい事項にまで考慮されていました。横暴であるとの世評もありましたが、時間厳守、気配りがあり、勉強家でした。将来を見通し、昭和40年代より高齢化社会を見通した高齢者の研究が必要と主張されており、先見の明がある方でした。研究職というポストは当時ありませんでした。初代研究所長となられた中原先生は、アメリカの大学、大学院を卒業され世界的な研究業績のある方で、日本の学歴社会では計れない経歴の方でした。がんセンターで研究職のポストが初めて設けられたわけです。

研究所では職位の上下にかかわらず「さん」づけで呼ばれていました。理科系ではプロセス・論理性を重視し、研究上のライバルであるのか、病院と違い「先生」と言わないのは印象的でした。

また、患者が夜間に行方不明になるという事件もありましたが、夜勤の看護婦や当直の医師、事務職が一体となり協力しました。最初から3本柱の組織がしっかりつくられていました。

#### ○厚生省直轄として優遇された予算

昭和36年、厚生省から準備室に異動しました。事務職のみが厚生省、国立病院より異動しましたが、他職種は異なります。全国から優秀な人材確保という方針であり、医師の採用は総長から毎日指示があり、厚生省に日参しました。

当時の国立病院は、看護婦の時間外労働（超過勤務）は70%支給でしたが、がんセンターでは100%支給されました。石本総婦長も看護婦の労働環境整備に意欲的であり、100%支給を強く主張されました。100%支給は看護婦にとって看護を評価される気がし、教育的な意味があったようでした。また、国立がんセンターは厚生省直轄であり、予算も地方医務局

を通さず独立会計であったので、予算的な便宜が図られたのかと思います。医療機器の要求なども優遇されていました。看護用品も要求したように予算化され、購入でき恵まれていたのではないのでしょうか。

他の国立では定員化されていませんでしたが、看護助手が各病棟に2名配置されました。人事、予算としては、「保清婦」という名称で採用され、補助者の役割に徹し、新人看護婦を支援していました。

#### ○部門の長が人事権をもつ

ラジオ放送による看護婦募集が行われました。「がん医療に対して今後日本は本腰をいれる。質の高いケアが必要であり、優秀な看護婦が必要である」と、木村先生（当時臨床検査部長、内科部長）と石本総婦長による呼びかけでした。それを聞いて、はせ参じることが必要と思った看護婦さんも多数いたでしょう。石本総婦長は看護協会の書記でもあり、論理的で、看護界の知名度が高い方だったので。石本総婦長と運営部次長は、飛行機で全国を飛び回り人材を募集されていました。

医師は派閥もなく、全国から優秀な人材が集まっていました。特に手術室では、手術器械も異なり、その調整も必要でした。がんセンターでは物品の請求者は婦長であり、当時の手術室婦長が調整に奮闘されていました。

看護婦の採用で印象に残っていることがあります。開設初年度は新卒看護婦40名を採用予定でした。筆記試験と面接をしましたが、石本総婦長は、筆記試験でトップの人を採用されませんでした。その理由を聞くと、「優秀だけれども、看護はチームプレーが必要です。チームプレーは優れたリーダーがきちんとやればいいが、今はまだ難しい。あの方は教育などの方向に行かれたほうがいい（言外にチームプレーを乱す）」とのことでした。部門の長が人事権もあるという組織の認識があり、看護部門は石本総婦長の意見が尊重されたのだと思います。

#### ○看護婦の給与について

期末勤勉手当には支給総額があり、勤務年限、評価により総枠がありました。開設当初は、民間からきた方も多いため、総額を下回りました。したがって、期末勤勉手当を調整できるのではないかと運営部次長に相談して、厚生省に交渉しました。0.5～0.7%の幅がありましたが、最高額の0.7%を支給できるようになりました。民間からきた場合、経験年数は80%しか査定されませんでした。日赤や聖路加からきた看護婦の方は、不満があったのだと思いますが、がんセンターで働く意欲に燃え勤務されていたのでしょう。特に不満は出てきませんでした。

#### ○個室の看護婦宿舎

病院の建物が旧く警備が必要で苦勞しましたが、看護婦宿舎が国立では初めての個室となりました。これも石本総婦長が「仕事で疲労困憊した看護婦の宿舎は個室が必要」と主張されたことで実現できました。石本総婦長は労働者の権利にも詳しく、厚生省の基準も熟知された上で、狭くても個室が必要と説得されたのだと思います。説得力のある方でした。

#### ○看護婦はご遺体の搬送は行わない

石本総婦長の「看護は人を対象とする。亡くなられた方の搬送をすることより、他の入院患者への看護をすることが必要である」との考えがあり、搬送は当直の事務職が担当しました。しかし事務部門で担当するのは大変となり、その後すぐに葬儀社が担当するようになりました。他の病院では看護婦が行っていました。

#### ○病院職員が一体となり、家族、遺族に対応

昭和 39 年頃、会計窓口での患者、家族との対応で、薬が出ないという患者の苦情や、どうせだめなのになぜ治療を行ったのかという家族への対応に苦慮しました。できるだけのことを行う病院であると対応していきましたが、事務部門にも病院のポリシーが浸透していたと思います。窓口に感謝し寄付金を差し出した家族もいました。

また、亡くなられた患者に対して、毎年 1 回慰霊祭を行っていました。遺族やターミナルケアに関わる看護婦、内科医、放射線科医の出席が多かったようでした。亡くなられた後も家族との関わりがありました。現在は宗教の問題もあり、難しくなっているかと思えます。

#### 《そして、私は》

今まで聞き手であった筆者も「がんセンター創成期」の最後の年といえる時期に、看護学校を卒業直後に就職した看護師の一人である。自分の看護の原点といえる「国立がんセンター」時代の自分を振り返り、看護職について考える。

## 22) 看護の“知”へのめざめ

#### ○団塊世代女性としての自立——看護学校への入学

私はいわゆる“団塊世代”と言われる、第 2 次大戦後の混乱期の第 1 次ベビーブームの時代に生まれました。世代人口も多く、高校卒業時の昭和 40 年頃は、戦後の日本経済も安定しつつあり、大学進学率も高まっていました。50 倍近い競争率だった地元の九州にある国立大学受験に失敗し、行く場を失った私は、友達が持っていた国立病院附属の看護学校の受験書類を分けてもらい、急遽、入学試験を受けることができました。その看護学校も 40 名定員に対し 20 倍以上の倍率でしたが、幸い学科試験だけだったせいか、看護に対し意

欲をもっているとは言えなかった私でも、入学することができました。

当時、看護婦不足もあり、国としてはその養成が迫られていたのだと思いますが、国立病院附属の看護学校は授業料が不要で、賄い付きの学生宿舎も完備していました。経済的余裕のない家庭の女子学生にとっては、ありがたい話でした。

団塊世代の両親や教師は大正から昭和初期生まれの戦前世代で、家父長制度の良妻賢母的な価値観を少なからず継承していました。一方、学校教育は戦後民主主義の理想のもとで「個人の尊厳」「自由と平等」という理念は少なくともイデオロギーとしては内面化し、「自立」とは、なによりも経済的自立をさしていました。したがって、私も女性の自立とは、経済的に安定した職業に就くことが必要だと思い、教師を目指したわけですが失敗し、看護師という職業を選んだのです。結果的に、女性の自立という意味では、同じような職業選択となったように思います。

#### ○看護学校の授業

看護学校入学当初は、大学進学を失敗した挫折感があり、授業にはあまり熱心な学生ではありませんでした。「看護」の授業は、はっきり言って、あまり興味はもてなかった記憶があります。教える看護婦長さん達は看護に熱意をもち、語っていらっしゃることは伝わるのですが、生意気にもそのときは「安静」「栄養」「生活援助」と同じ内容だったように思えました。むしろ「解剖学」「生理学」「病態学」といった科目のほうに興味がありました。勿論、身体のことや病気について医学的にも不明なことも多かったでしょうが、科学的に説明されているように思えました。

自分は看護婦に向いているのだろうかなどと考え、あまり勉強もせず、合格点ギリギリの点数で卒業しました。国家試験も今のようにあまり難しくなかったからでしょうが、特に国家試験勉強というものをせずにも、合格できました。こういった私が合格できたのは、当時は卒業前に看護学校で学んだ知識の総復習と言える全科目の卒業試験があったことやカリキュラムの半分以上が臨地実習であり、そこで得た知識のおかげではないかと思えます。学生時代の私を知る同級生達は、看護を続け、さらに看護教員として学生に関わってきた私を、さぞかし不思議に思っていることでしょう。

#### ○日本の高度成長開始と同時期に就職

そういった学生だったので、九州の国立病院には就職せず、大学で看護とは異なる勉強をしないと、東京の国立がんセンター病院に就職しました。就職した1969（昭和44）年は東京オリンピックも終わり、日本の高度成長が始まっていた時でした。就職した年の12月は、月給3万円か4万円位でしたが、差額といわれる4月からのベースアップ分とボーナスで3回の給料をもらった記憶が残っています。また、翌年は日米安全保障条約反対運動、いわゆる70年安保闘争で東京の繁華街の銀座や新宿などでも、さかんにデモ行進が行われ騒然としていました。

### ○カルチャーショックを受けた看護現場

国立がんセンターに就職すると、学生時代に実習した九州の国立病院とはまったく違っていました。ある意味、カルチャーショックでした。医師が患者の包帯交換をするので、私が包交車（包帯交換車、創の処置、包帯交換をするための器材一式が入っているカート）を引っ張っていかうとすると、「看護婦はそういうことはしなくてよい」と先輩看護婦から注意されました。当時は包交車を引っ張り、必要な器材はすべて看護婦が持ち、医師は何も持たないのが一般的でした。

ガーゼ交換の援助については、先輩看護婦が医師と患者のガーゼ交換を行う場面を共に経験する中で、看護婦の役割を理解しました。つまり「看護婦は患者の状態を常に観察し、患者にとって必要なときに必要な援助を行うこと、患者の入院生活を医療者の都合で行うべきではない」という、今は当然のことですが、再認識しました。患者の病状とともにその生活状態を把握していなければ、創の手当の介助はできないことを実感しました。

### ○看護婦生活と大学の2部に通う学生生活

看護婦になり2年目に、まだ1人前の仕事もできていなかったのですが、上京の目的であった大学（夜間部）に入学しました。病棟婦長はじめ先輩看護婦は温かく見守ってくれました。授業を受けるために翌月の夜勤の希望を出すと、勤務表を作成する婦長は、私の希望をほとんど聞き入れてくれ、先輩看護婦も快く勤務を交代してくれました。夜勤明けで講義を受けたり、勤務を終えて授業を受けたりと睡眠不足で厳しいときもあり、今考えるとよく通えたと思います。自分が好きで行っていることだし、若かったからだと思いますが、何よりも周囲の応援もあり、頑張れたのだと思います。つらいと思ったことや辞めようと思ったことはありませんでした。

大学生生活、キャンパスライフに憧れて入学したのですが、入学した昭和45年頃は学生運動が盛んで、法政大学も学生闘争の拠点となっており、授業も十分に受けられない状態でした。また、声高に民主化を求め演説している学生も、私生活では女性を蔑視するような矛盾した行動がみられ、大学生活に失望し、自分が本当に勉強したいものは何か、何になりたいのかと悩んだりしていました。しかし、法学、心理学、会計学などの授業は知らなかったことを知ることができ満足感がありました。

### ○患者さんの一言で看護婦として働く勇気が

そういったときでしたが、大学の水泳同好会に入部していたので、合宿で真っ黒に日焼けして夜勤をしていると、患者さんから励まされた記憶があります。夜間の巡回をしていたとき、眠れないのか話しかけられました。私の真っ黒な手をなでながら「健康でいいね、すばらしいよ。自分も若いときはよく海で泳いでいたよ」と青い海を見つめるような穏やかな目つきをされたのです。そのとき、何と言ったらいいのかわからず、何も答えること

はできませんでした。患者にとっては、つらく長い夜の時間で、一時のやすらぎとなったのでしょうか、夜に常に見回る看護師の存在が、患者に安心感を与えることができたのだろうか。苦しむ患者に何もできない未熟な若い看護師である自分が、ここにいても良いのだと自分の居場所を見つけたような気がしました。

○忘れられない患者さん、患者さんからの学び（看護の知へのめざめ）

・末期の肺がん患者への排便援助

就職して2年過ぎた頃だと思いますが、肺がんで放射線治療を行っていた、末期患者の排便援助に関して苦い記憶があります。

（事例：ゴム便器だけがベッド上に残され、患者がいない）

当時は疼痛緩和に対しても現在のような疼痛コントロールは行えておらず、モルヒネを中心とする麻薬が使用されていました。がまん強い方で、看護婦に痛みを直接訴えることは少なかったのですが、常に苦渋様顔貌でした。医師からの鎮痛の指示も「モヒアト、無制限」というものでした。まだ新米看護婦であった私は怖くて、いくら無制限といっても、副作用による呼吸抑制や便秘などが生ずるため、先輩看護婦に見習って少なくとも2～3時間の間隔をとり、注射をしていました。その方は、食事もほとんど摂取できていませんでしたが、麻薬による副作用として腸の蠕動が低下していたためか、腹部の膨満感が強く、常に便意を訴えていました。そのため、数日おきに座薬を挿入し排便を促していましたが、便の排出はほとんどない状態でした。

深夜勤務のとき、申し送りで、その患者は便意がありゴム便器を挿入中とのことだったので、申し送りを終えると、一番先に見回りに行きました。ところが、ベッドにはゴム便器だけがあり、患者の姿は見当たりません。衰弱して一人では歩けない状態で、床上排泄をしていましたが、もしかしたら便所に行ったのではないかと思い、部屋の近くにある便所に行くと、一つだけ開かないドアがありました。椅子の上に上がり、トイレの上からのぞくと、洋式トイレの前にうずくまった患者がいたのです。あわてて、千枚通しでドアのかんぬきをはずしたのですが、すでに患者は死亡していました。そのときのことは今でも思い出すことがあります。新米看護婦ながら、よくそういった行動がとれたと思いますが、白衣を着た看護婦としての責任感がそうさせたのでしょうか。普段の服装で他の場面では、こういった行動はとれていなかったでしょう。

患者にとって便を出すことは、生きている証だったのでしょうか。便所でがんばれば排便でき、楽になると思ったのでしょうか。排便に対する患者の執念とも言える思いを、私は看護者として十分に受け止め、対応することができなかったことが、申し訳なく、今でも悔やまれます。

麻薬を使用する場合、便秘はほとんどと言ってもよいくらい出現し、患者を苦しめます。この患者の場合、腹部を温めたりマッサージしたり、摘便（肛門に指を入れて便を出すこ

と) をしたりしていましたが、食事あまり食べていないこともあり、排便はありませんでした。排便がなくとも看護婦は患者の訴えの意味について洞察し、対応していくことが大切だと思い、排便への援助を行っていました。しかし、便器を挿入していただけただけの援助は無効でした。さらに患者の心の奥底にある思いを察した援助が必要だったのです。看護は、医学的視点とは異なる視点で患者の生活に対応していくことが、いかに重要であるか、骨身にしみるとともに、それこそが、看護の“知”であり、そういった“知”への研鑽の必要性を実感した場面でした。

#### ・特別個室病棟勤務での学び

卒業してすぐに勤務した特別個室病棟で出会った患者さんからも、多くの学びを得ました。そこに入院されていた方々は、社会的地位もあり知識豊かな方が多く、普通であれば出会えない方々でしたが、新米の看護婦である私も専門職であるがゆえに関わることができました。身体を拭いているときや気分が良好なときなどは、絵画や音楽、歌舞伎などの話をさせていただくこともありました。看護婦というより、教師から知的な教えを受ける生徒といった状況でした。他の先輩看護婦には、こういった場面はなかったということ聞き、むしろ田舎から出てきたばかりで、何も知らない新米の看護婦であったから、患者さんは話されたのか。病気のことではなく、生き生きとした自分の仕事や生活、趣味のことを話すことは、気分転換になったのかもしれない、と思えました。

患者の生活は病気のことばかりではない、日常の生活もあります。その方の家族、地域、社会的な背景のある個別的で社会的な日常生活です。なにげない看護婦との話しが、患者の気持ちを救うとともに、看護婦は患者の思い、本音を知る機会になるのではないかと思います。

特別個室病棟に入院していた白血病の少年の言葉も印象に残っています。夜勤でも見回っているとき、「看護婦さん、こわい、こわいよ」と言うのです。怖い夢でもみたのかと思ひ、「何もこわいことはないよ、大丈夫、傍にいるから」と言って、ベッドサイドに座り、手を握りました。10分位そうしているとウトウトと眠り始めたので、退室しました。後で、先輩看護婦に話したら、「あの少年は北海道から来ていることを、知っている？ 北海道弁で『こわい』は『だるい、身のおきどころがないような倦怠感』なのよ」と言われました。患者の言葉の意味を十分理解せずに、患者の思いに対応できなかったことを反省しました。今考えると、北海道から遠く離れた東京の病院に入院し、回復できない状況への不安、恐怖もあったのではないかと思います。患者の生活背景を把握し、発する言葉を正しく理解するとともに、言葉の奥にある思いをも捉えていくことが必要だと思います。

#### ○看護研究への取り組み

就職して3、4年たった頃でしたが、同期に入職した同僚と一緒に臨床で実際に行っている援助をまとめてみるように、病棟婦長から言われました。当時は病院全体でも看護研究

の気運が高まっており、がん看護基準の作成に着手していた時期でした。テーマは「頭頸部領域における術後の食餌摂取」です。この「食餌」という言葉は、今考えると人間の食生活としての食事ではない印象を与え、不適切な気がします。食生活としての食事とまでは期待できないが、食物を摂取できるような援助ということで「食餌」にしたのではないかと思います。経口的に食事ができず経管栄養が強いられている患者、咀嚼できない患者、嚥下の不自由な患者の苦痛に問題意識をもち、その苦痛を少しでも和らげ、可能な限り早く、また上手に経口的に食餌摂取ができるよう援助するという目的で、この研究に着手したのでした。

研究は、過去の記録から舌がん 34 例、喉頭がん 18 例、上顎がん 30 例、下咽頭がん 18 例を取り上げ、手術部位と障害・術後の経過をまとめ、実際に行っていた食餌摂取訓練を見直し、さらに患者の状態に適用できる障害別の標準機能訓練計画を作成しました。そしてオリエンテーションの内容・時期や開口練習、嚥下練習、食餌摂取訓練について患者の状態に応じて、どのような注意が必要か、具体的にまとめました。この研究は、病棟の先輩看護婦たちの調査を基にまとめたもので、当時発刊されていた看護雑誌に掲載されました（実松・入船, 1972）。

また、経管栄養として使用されていた特別濃厚流動食（各種スープ、牛乳を主体にジュースーサーにかけた食物を加え、胃チューブが詰まらない濃度につくられている流動食で、特別濃厚流動食 C は 1 ml について 1 kcal の熱量で、特別濃厚流動食 A は熱量がやや低い）についても、栄養部と連絡をとり栄養内容を調査しました。この研究のなかで、患者の病態をきちんと理解する必要性や自分の知識不足を痛感しました。疑問点をはっきりすると、人に聞き、本で調べることができ、わかったときには感激し、知的満足感を得ることができました。医師も周りの先輩看護婦も聞けば教えてくれましたし、看護学生のとときの勉強不足が悔やまれましたが、動機づけがされると、人は誰でも勉強できるものだと実感しました。このときから、看護の道への迷いが消失し、少しですが看護のおもしろさを感じたような気がします。教育的環境、風土で人は育つこと、また人を育てる意識をもった指導者により人は育つのだと思います。今考えると、私が後年、看護教育に進んだのは、こういった体験が影響しているのではないかと思います。

#### ○がん告知のシンポジウム

看護研究に取り組み、大学の卒業まで残り 1 年となった時期でしたが、「がん告知」のことが日本でも話題となっていました。がんセンターでも看護研究委員会が発足し、シンポジウムとして「がん告知」をテーマに取り上げたことがありました。シンポジストとして宗教家（僧侶）や医師、当時、女性管理職の先駆けとして社会的にも注目されていた電電公社（現在の NTT）の影山裕子氏などの錚々たる方々とともに、がんセンターの若い看護婦として私が選ばれました。今考えるとどうして引き受けたのか、わからないのですが、現場で患者さんと関わっていることを、そのまま発言すればよいと、看護研究会の委員で

ある先輩看護婦に勧められ、深く考えずに引き受けたのでしょう。なぜ、私が選ばれたのか未だに不明ですが、大学で学んでいるという私を評価してくれたのかもかもしれませんし、何よりも若い人を育てるという風土があったのでしょう。

その時、何を話したのか、資料も残っておらず、記憶もあいまいですが、患者さんから病名についてそれとなく聞かれ、思い惑い、葛藤する場面を率直に話した記憶があります。以下に話の代用を示します。

肺がんの50歳代の女性のことが、今でも思い出されます。末期の状態で呼吸困難があり、酸素テントに入っており、話すのも苦しい状態でした。個室で、夫は勤務が終わると毎日面会に来ており、学生だった息子2人と会社員になったばかりの息子も交代で付き添っていました。そして看護婦顔負けの看病記録が細かく書かれており、家族の母親に対する愛情あふれる関わりには、病棟の看護婦一同、脱帽していました。患者は、「もうだめかしら、やっぱり『がん』だったのね」など、ときおり口にすることがありました。傍らにいる息子は「何を弱気なことを言っているの、こうして治療しているから大丈夫だよ、がんばって」などと言い、私の顔を見るのです。夫には病名、病状について医師から説明されていて、息子は知っていると思いましたが、患者本人には告知されていませんでした。患者の意識があるうちに、家族と充実した最後の時間をもってほしいと思いましたが、果たして患者は告知を望んでいるのだろうか、また告知することで充実した時間を家族とすごせるのだろうか、告知により死期を早めるのではないかなど、様々な思いが頭をよぎりました。容態は悪化しており、意識も徐々に低下しているなかで、私は何と応えてよいのかわかりませんでした。結局患者はその2週間後ぐらいに亡くなりました。家族はできる限りのことができたこと、悲しみのなかにも、ある充実感があつたように見えました。

このように家族に告知され、家族が患者を支える場合は、必ずしも本人に告知しなくてもよいのではと発言しました。しかし、今考えると、患者の苦しみを家族も同じように感じて不安だったのではないかと思います。家族の介護を認め、労いの言葉の一つでもかけられなかったのだろうかなどと思ったりします。

当時、肺がんの末期で手術ができない患者に、対症的に放射線治療を行っていました。したがって外科病棟で手術を受け回復する患者とは違い、放射線科病棟に入院している肺がん患者は、死亡する方が多くいました。放射線治療の担当医師も、がんセンターで一番多く死亡診断書を書いていると言われていました。医師達もつらかったでしょう。私達看護婦も医師が常に重症患者を抱え、家に帰れず、病院に寝泊まりしていることを知っていました。患者が亡くなったときには、患者、家族とともに、医師とお互いに「お疲れ様でした」と心から言っていました。

また、患者さんのほうが、戸惑う若い看護婦への追求を控えてくださることが多いこと、それは自分なりに病名を受け止めている方も多いのではないかということをお話しました。結論としては、「がん」ではないかと感じ「がんセンター」に入院し治療を受けている患

者に、また「がん」を受け止めようとしている方に、医療者が告知することで、さらに恐怖を増すのではないか、あえて「告知」する必要はないのではないかと、といった発言をした記憶があります。

他のシンポジストの発言内容については、よく覚えていませんが、僧侶として修行されている方でも「告知」により錯乱状態となる方もいるなど、告知に関してはまだ時期早尚という意見が多かったようでした。

今は、「家族に告知され、家族が患者を支える場合でも、やはり人間は一人で死ぬのです。その際にどんな人でも、真実を知る権利はあるのではないかと」思っています。「告知」の問題が、どうして起こってきたのか、「告知」が患者の人生にどう影響するのか、がん性疼痛の緩和との関連性など、掘り下げて考える必要があったのだと思います。

「告知」というよりは、当面の「がん性疼痛」に対応してほしいという患者が多くいました。思い出されるのは、50歳代の上顎がんの男性患者です。いつも疼痛を訴え、苦渋様の顔貌でした。今だったら、苦痛を軽減でき、彼の笑顔を見ることができたのではないかと、思うと申し訳ない気持ちです。

そして何よりも、看護職者として、患者の生活の質に「告知」がどう関わるのかという視点が不足していました。今後も様々な治療法が開発されていくなかで、看護職者は患者の傍にいて、常に患者の生活、人生への影響という視点で、ともに考えていきたいものです。

#### ○看護教員養成講習会での学び

大学も無事4年間で卒業でき、看護婦としても5年目を迎えたときでした。厚生省の看護教員養成講習会への参加を勧められました。当時も看護婦不足が社会的にも問題となっており、そのためには看護学校の増設と看護教員養成が急務とされていたようです。全国の国立病院の看護婦を数名ずつ推薦し、看護教員を養成するというものでした。国立がんセンターは他の国立病院とは違って付属の看護学校をもっていませんでしたが、次の世代の看護婦人材の育成が必要であるという国からの通達だったようです。

私は看護教員になるという思いはなかったのですが、看護について学ぶ機会をくださった病棟婦長、総婦長の気持ちに応えるためにも、母校の国立病院の看護学校に戻るという後輩と一緒に、看護教員養成講習会に参加しました。講習会は全校から50名程度が参加し、10ヵ月ほど開催されました。そのなかには、以前がんセンターに勤めていた先輩看護婦もいました。運命的な出会いですが、後にその方から看護学校に誘われ、看護教員となり、ともに長く看護教育に携わるとは夢にも思っていませんでした。

講習会の内容は、教養科目の教育学、教育心理、法学などもあり、大学でも学習したことを看護と結びつけさらに楽しく学ぶことができましたし、看護倫理や看護教育カリキュラム、看護学校運営についてもグループワークで、全国からきた看護婦と喧々諤々の意見交換ができました。がんセンターで患者との関わり、告知など実際の場面での問題意識を、

いろいろな視点から考えることができ、また看護のあるべき理想像、今後の理想的な看護学校的设计など時間を忘れ、語り合いました。

そこで、患者を対象とする看護と、学生を対象とする看護教育は同じ「ケア」であると思いました。ケアは、「その人が成長すること、自己実現することをたすける」（メイヤロフ＝田村・向野訳, 1987）ことです。学生に教えることにより、看護の“知”をさらに研鑽していけるのかもしれないと思い、看護教育への魅力を感じました。

講習会の参加後、ラジウム病棟に半年近く勤務後、講習会で一緒に学び、以前国立がんセンターに勤務していた先輩看護婦から誘われ、看護学校に移ったのです。退職する際、総婦長は、「教員養成講習会で学んだ知識を活かし、すてきな看護婦さんを育ててください」と温かく送り出してくださいました。

がんセンター退職後、長年看護教育に関わりましたが、「看護への興味がもてない」「看護学校を退学したい」などと言ってくる若い学生に対して、「今やらないと後悔する、はっきりとした自分の進みたい道があるならば別だが、そうでないならば、看護のおもしろさは、看護職として責任をもって働く現場にある」とよく話したものです。

## 第6節 考察

創成期の国立がんセンターの看護現場についての語りから、そこで行われた看護は専門職としてのアイデンティティと自律の意識をもち、チーム(特に医師)としての対等な連帯を求めて進められたことが明らかになった。そこはまさに看護の近代化、現代化を可能にした「場」だったのである。

ではなぜ、そのような看護が行われたのか。それは、日本で最初の国立のがんセンターという新しい組織的環境、「石本イズム」と後年に称された初代総看護婦長石本茂のリーダーシップ、石本の看護理念に賛同して集まった看護師達の看護実践によるものと考えられる。以下では、看護職の専門職性(特に「チーム的主体性」)が形成されていくプロセス、形成されて行く「場」あるいは「空間」の構造的性質についてより詳しく分析したい。

### 1. 新しい病院組織

国立がんセンターは、国策としてのがん対策の中央機関として発足したこともあり、組織、人事、予算などの革新的な病院づくりが行われたことが大きい。組織は病院、研究、管理部門が一体となり、3部門のトップとして総長が置かれた(図6-3)。看護師だけでなく事務職員の語りからも総婦長も病院長の下に手術部長や病棟部長、放射線診療部長などと同列であり、看護部門の長は人事に関しても意見が尊重された。そして看護部門には技術的な専門化の要求とともに、総合体制のなかで分担する責任の比重はますます増大す

ると考えられ、看護部門のことは責任者である総婦長が責任をもつ。したがって他部門は口を挟まないことが了解されていた。

事務職員は「研究職のポストが初めて設けられ、初代研究所長も日本の学歴社会で計れない経歴の方でした。研究所では職位の上下にかかわらず『さん』づけで呼ばれていました。理科系ではプロセス・論理性を重視し、研究上のライバルであるのか、病院と違い『先生』と言わないのは印象的でした」と語った。このような自由な空気が新しいセンターに吹き込まれていたことも、看護職者としての自律に影響したことも考えられる。

看護関係の予算に関しても、「当時の国立病院は、看護婦の時間外労働（超過勤務）は70%支給でしたが、がんセンターでは100%支給された」、「看護用品も要求したように予算化され、購入できた」、「看護助手が各病棟に2名配置された」と事務職員の語りにある。超過勤務100%支給は看護婦にとり看護の評価となり、教育的な意味もあったと思われる。また国立がんセンターは厚生省直轄であり、予算も地方医務局を通さず、独立会計であったので、予算的な便宜が図られ他の国立病院に比べ恵まれていたことが推察できる。

このような創成期の熱気あふれる、新しい自由な雰囲気、新しい看護を実践する土壌となったといえる。

## 2. 石本のリーダーシップ「石本イズム」

看護婦、医師、事務職員たちは、初代総婦長の石本の存在の大きさを語っている。石本のリーダーシップ、看護理念といえる「石本イズム」である。

### 1) 医師と看護は車の両輪

「石本イズム」について、「石本総婦長のリーダーシップは、後に一部では『石本イズム』と呼ばれたようであり、医師に従属した看護ではなく、看護の独立を強調する考え方を『石本イズム』という言葉で語り継がれた」との語りがある（E氏）。「看護の独立」は、専門職の定義に含まれる「自律性」と同じ意味と考える。国立がんセンター創成期は医療において、支配的地位にある専門職（医師）とそれ以外の職種（特に看護職）の間には歴然たる相違が存在していた。したがって石本は専門職組織として「医師と看護婦は車の両輪」を強調したと考える。これは石本の戦争体験やがん患者に対する看護婦としての実感からくるものであった（石本, 1989）。

しかし、「車の両輪」という言葉は、場合によっては、医師と対抗する生意気な看護婦という意味で使われることもあった。医師は「看護婦は『医師と看護は車の両輪、看護は独立している』と言い、一方的な言い分に聞こえました」と語り（R氏）、また多くの看護婦たちも「車の両輪」と語っているように、〈医師と看護は車の両輪〉という言葉が象徴的に使われている。しかし、一方的に医師の介助をしなかったのではなく、医師との連携を行い、「お互いの役割を尊重しながら信頼関係のなかで、医師は治療に専念し、看護婦

はしっかりと患者に向き合って看護に専念できた」という語りもある（E氏）。また「看護婦は医師からの与薬の指示に対し、看護婦は患者の苦痛が除去されない、睡眠できないと患者の状態を医師に報告を続け、指示を変更した」（E氏）という語りもある。これは、実際に患者の苦痛が軽減されないという事実があり、医師は、看護婦がベッドサイドケアで患者を把握していることを認めたのだと思う。

さらに病棟婦長も、肺がん手術で術後の経過も思わしくなく、患者が手術の不满を看護婦にぶつけた際に「患者が穏やかに生きられる時間がもてるようなところで手術を止めてほしい」と医師に伝えている（C氏）。新人看護婦もターミナルで苦しい患者に執拗な治療をしていた医師に「苦しむ患者になぜこのように処置をするのか、患者にさらに苦痛を与えるのではないかと意見を述べている（P氏）。創成期のがんセンターは、医師と看護婦がこのように自由に意見を交換できる「場」、「環境」だったといえる。

疼痛コントロールや治療処置の場面で、看護婦は患者のニーズを医師に問題提起し「相補的自律性という関係」がみられる。しかしその場面は、互いの職務が重なる場合の問題提起だけではない。石本が示した看護婦の役割は「患者の『患』は医師が、『者』は看護婦がみる」であり、その考えに基づき患者に持続的な生活の援助を行っている。「ターミナルケアの模索」（M氏）で、看護婦の判断による鎮痛薬の使用について看護婦間での評価、「患者、家族に寄り添って」（L氏）の頭頸部病棟での食の援助や「看取りの記憶」（P氏）の一人で死を迎える患者に寄り添うといった援助を行っている。

このような看護婦の発言や看護は、患者のQOLを高めるために、日常的に持続する看護を行う時に発揮される看護婦の「チーム的主体性」といえる。それは、患者の生活観察と支援を基にした、患者のQOLを高めるための継続的なケアであり、チームの中で主体的に発揮される。なお、「看護婦の判断による鎮痛剤の使用」は、国立がんセンター創成時は、現在のように疼痛コントロールも行われていなかったという時代背景がある。その行為は、医師の「鎮痛薬、麻薬の使用は無制限」という指示によるものであったが、そこには医師と看護婦の信頼関係、相補的な関係が伺える。

医療において、医師は法的に独自の判断で行動できるが、看護師は「診療の補助」業務において、医師の指示に基づかねば「看護師」として行動することを、法的には許されていない。このため、本来、水平的である「相補関係」に垂直的な要素が加わる面があるのではないかと。医師・看護師の双方から、両者の立場について必ずしも対等ではないという意識が生じる。看護職は医師との権力関係のもとで歴史的に劣位に置かれ、それゆえ、国立がんセンター創成期において石本をリーダーとする看護師達は、〈医師と看護は車の両輪〉という言葉で「同等の関係性」を主張せざるを得なかったのではないかと。医師との関係を、意識的にせよ、無意識的にせよ、克服しようとする試みだったと考える。

50年前の医療現場で、看護職は生き生きと医師と関わり、その関わりは現実的な対応をするための行動であり、まさに専門職性の萌芽といえる。

さらに「看護専門職は、個人として一人の患者に責任をもちケアをするとともに、チームとしてお互いにコミュニケーションをとり、意見交換する知的労働者である」（P氏）の語りもあるが、保健医療福祉チームの連携が叫ばれている現在、創成期の国立がんセンターの看護現場は特筆すべきであり、ある意味で、先取りともいえる。

## 2) ベッドサイドケアの重視と看護環境の整備

「石本イズム」といわれる石本のリーダーシップについては、石本を支えた副総婦長 A氏は、〈ベッドサイドケアの重視〉であり、「観察の重要性、『患者の足の爪を見ればケアができているかがわかる』と常に言われ、ナイチンゲールと思わせる言動の方でした」と語る。そして、石本が抜擢した婦長達の語りにあるように、中央配膳システム、看護助手の各病棟2名配置、看護婦は遺体の搬送は行わないことなどや、看護婦の働く環境づくり、予算確保への努力により、国立病院で初めて看護婦宿舎が個室となり、超過勤務手当も100%支給されるなど〈看護環境の整備〉がされた。これは、石本が「患者のための看護をする」というゆるぎない看護理念をもち、看護婦長達が語る石本の「論理的、説得力」のある交渉力、調整力と厚生省や労働者組合での経験によるものが大きいと思われる。

## 3) 看護部の組織化

〈看護部の組織化〉への石本の認識について「看護部門の自立は、医師群との協力体制、組織構造・組織構成員に内在する危険、自らの役割とその責任の自覚の必要性への認識があったと考えます」（F氏）の語りがある。さらに「患者の病状による病室の移動、入院患者のベッド管理は、病棟看護婦長の権限という体制が整えられました。小児と他科の混合病棟の婦長として調整は難しいこともありましたが、婦長にベッド管理、病棟管理を任せられていました」（H氏）の語りもある。

これは、F氏が語っているように、「がん治療が成功していくためには、准看護婦ではなく成熟した優秀な看護婦が必要であること、医師と車の両輪といえる看護の役割を果たすためには、看護部としての組織的な力も必要である」との認識が、病院長はじめ国立がんセンター幹部にあり、医師と看護婦双方の利益が一致したことによると考える。

## 4) 優秀な看護人材の育成

石本は、ラジオでの呼びかけや全国を飛び回り看護婦募集を行い、活動的な広報・スカウトウーマンであった。そして、全国の病院からの「がん看護」研修や海外の看護婦（タイなど東南アジア諸国）のがん看護研修の受け入れや、看護婦長、主任看護婦を都内の病院にがん看護講習への講師派遣などを行った。さらに看護研究の協力や雑誌への原稿執筆の指示などにより〈優秀な看護人材の育成〉を行った。

## 3. 石本の理念に賛同し集まった看護婦たち

石本が病棟を任せた婦長のほかにも、石本の理念に賛同し、全国から多くの看護婦たちが集まってきた。その理念の捉え方は、石本が抜擢した管理者群、石本を将来モデルとする中堅看護婦群、新人看護婦群により微妙に異なる。

看護の独立を強調する考え方である石本のリーダーシップ、看護理念である『石本イズム』について、各群の看護師達の語りから抽出されたカテゴリーも異なる。管理者群から抽出されたのは、①優秀な人材確保に奮闘、②観察の重要性、③自律した看護の重要性を強調、④プライドと自信をもち働く環境の整備、⑤戦略的言動、柔剛取り混ぜた対応の5カテゴリーであり、中堅看護婦群は、①根拠をもち毅然とした態度・行動力、②医師と看護婦は車の両輪、③自身とプライドをもって働く環境であり、新人看護婦群は、①医師と看護婦は車の両輪、②根拠をもち毅然とした態度、③計画的な看護の遂行である。

石本が抜擢した管理者群において、副総婦長のA氏は、「国立がんセンターがいかに重要か」と石本より熱心に説得され、また石本の温かい人間性、冷静で論理的な思考や行動力と女性らしい細やかさなどを目のあたりにして心を動かされている。また「看護婦に対する医師からの苦情に対しても内容を聴取し、多くは医師の認識不足を論理的に指摘し看護婦を守った」（C氏）と管理者群の婦長たちは、石本の言動に直接触れ、その人間性に対しても尊敬の念を抱き、石本自身を本イズムと捉えている。

中堅看護婦群では、「石本総婦長の理念に共感し、看護婦としてのアイデンティティの確立を求め、集まってきた」（K氏）と石本の理念自体を石本リズムと語り、ある看護婦たちは、ターミナルケアや鎮痛薬の使用時に「看護婦間でのカンファレンスでの討議、看護婦の判断」（M氏）と看護婦の主体的判断について語っている。

新人看護婦群では、「看護過程、看護診断と云わなくても、アセスメント、判断が看護婦として行っていた」（N氏）、「看護婦は主体性をもった看護を行おうとしており、チームナーシングに取り組んだ」（P氏）と多少の“ズレ”がある。

これは、石本と個人的にコミットメントしていた管理者群と、立場上、石本への個人的なコミットメントがない中堅・新人看護婦群との違いともいえる。中堅・新人看護婦群は「医師に従属しない自律した看護」という理念のみが継承され、「実践」、「研究心」のなかで熟成され、パートナーシップとして捉えられるようになったと考える。「観察の重要性」、「患者の把握」、「患者のためのベッドサイドケア」という管理者群の語りは、「石本のリーダーシップ」として語られるが、中堅・新卒看護婦群においては「患者中心の看護」、「看護計画」、「カンファレンス」、「看護研究」といった専門的な看護の言葉で語られる。これは最初の管理者群の語りである「ベッドサイドケア」「患者のための看護」がなければ中堅・新人看護師群の「患者中心の看護」「看護計画」「カンファレンス」「看護研究」などの専門的な看護は語られないだろう。このように「石本イズム」の語りには、微妙なずれはあるが繋がっており、語りの遷移と考える。

語られたストーリーは、ある（解釈的）コミュニティによって、語られ方も聞かれ方も異なってくる。石本への個人的なコミットメントがない看護婦たちの語りから、石本に対

する直接的な語りが消えたことは、石本を直接知らなかったからこそ、石本に指導を受けた看護婦たちからその信念が引き継がれたと考えられる。いわゆる「石本イズム」の看護が定着したことがよみとれる。そして、今ある看護師文化の基盤として根づいていったといえる。

#### 4. 継続的に関わる社会的な視点をもつ看護

##### 1) 患者の傍に共にいること

今回の看護婦たちの語りにおいて、患者の様々な訴えに対応できない苦悩がみられる。中堅看護婦群が語る「私を殺してと訴える患者」や「ターミナルケアに模索」や新人看護婦群の「一人で死にゆく患者への付き添い」などである。看護職者は患者の心の奥底にある思いを察することが重要となるが、この時の看護婦たちは、何もできず無力感で一杯だったと思うが、その時に自分ができる限りの援助を試みている。

メイヤロフは、「彼が困惑していることを認識するには、私が内面的に彼の困惑を“感じる”がゆえに、私は彼をその状態から助け出すことができる位置にいるのである」、また「“何もしない”という非行動性の状態は、その過程をよく見、それが動いている結果を見、かつ考え、そこから適切に自分の考える準備のときなのである」と述べている（メイヤロフ, 1971=1987: 94）。何もしない、できずにただ見守るという行為であったにしても、傍で見守るだけでよいという判断があつての見守りならば、看護婦としてのケアといえる。

「ケア」という言葉は、哲学・心理学・医学・教育など広く使用され、メイヤロフは「その人が成長すること、自己実現を助けることである」と定義している（メイヤロフ, 1971=1987: 13）。上野千鶴子は、ケアはケアする者とケアとされる者との相互行為であり、メイヤロフの「自己実現を助ける」という定義は、ケアが与え手の行為と限定すると異議を唱えている（上野, 2001）。しかし今回の語りにもあるように、看護職者は患者の困惑を理解しようとすることにより、新しい経験と知識を得て看護職者も成長し、患者の自己実現への援助につなげていると考える。「自己実現を助ける」ことは、ケアされる者とケアする者との相互行為による結果ともいえる。

看護理論家であるベナーは、看護師の臨床技能の修得段階を「初心者、新人、一人前、中堅（熟達者）、達人（エキスパートナース）」と示し、この段階の移行は、看護師自らが自身の成長を確認し、次への目的をもち実践を積み上げることを助けることになると述べている（ベナー, 1984=1992）。

ケアは、ケアする者とケアされる者の成長を促すことに繋がっている。しかし、その実践の内容を考察し、その意味を見出すことなしには前進せず、成長はない。また、患者は24時間、病気のことを考え、疼痛に苦しんでいるだけではない。苦痛が比較的少ないときや身体を温かいタオルで拭いたり、足を洗ったりするときなど気分がよい時には、自分の

生活経験や知識について看護婦に語る場合もある。このように、患者の傍に共にいる看護師は、患者が気持ちを表出するタイミングに居合わせる機会が多い。また寄り添っているからこそ、患者も自分の思いを自然に表現できるのかもしれない。そして、そのときの患者の苦しみや孤独、恐怖、寂しさといった思いを感じとることができるのではないか。そして、なにげない看護師との話しにより、一時的にしろ、患者は健康時の日常生活を感じ、落ち込んだ気持ちを救うことになるのかもしれないし、看護婦は患者の思い、本音を知る機会になり、その患者に適した援助の手掛かりをつかむことができる。

## 2) 継続的な関わり

看護の役割として、継続的に関わる場面の語りがある。骨肉腫で肺転移がある末期状態の13歳男児を、本人・家族の希望により救急車で家に移送する場面の語り（H氏）や患者の退院後も人工膀胱の患者会を設立し、サポートした語り（I氏・K氏）である。これは医学的な治療への介助だけでなく、患者の個別的な継続的な生活に眼を向けていたことがわかる。

看護に対する考え方は時代の影響を受け変遷している。まさに社会との関連性が強く、日本の看護はアメリカの看護理論に大きく影響を受けている。1960年代に入って、今日では「看護理論」と呼ばれる著作が続々と発表されるが、それらの中で繰り返し現れるテーマは、「看護は人間を全体として理解すること」、「看護はその内容と方法において独自であり、専門職としての自律性をもつこと」である（筒井, 2008）。当時の国立がんセンターの看護現場でも、その影響を受けていたと考える。末期の少年の自宅への移送や患者会のサポートは、病人としてだけでなく、その方の生活背景や健康的な生活も理解することが必要だと考えた行動だったのではないだろうか。これは人間に対し生物学的視点を当てる医学とは異なり、看護は生活する社会的な人間に視点を当て、病人としての生活に寄り添いながら、過去や今後の生活に思いをめぐらせ、人間を全体的に理解した支援をしていると言える。そのためには、その人に何ができるか、それはその人を見る力、感じとる力、考える力が看護職者にどれだけ備わっているかによって決まる。

看護は社会相互的に人間の生活に継続的に関わる社会的な視点をもった関わりなのである。看護師の関わりは、病人としてだけでなく、その人の健康時のような人間的な関わり、つまり「何気ないふつうの会話」が必要である。そういった会話ができるような信頼関係のなかで、看護師は患者の傍にいて必要な援助を行うことができる。

## 5. 語られない看護、語るできない看護

創成期の国立がんセンターをにおける看護を語るができる人達が、年々少なくなってきた。また多くを語らない方もいた。これは聞き手である筆者の未熟さもあつたと思う。しかし今回のインタビューにおいて、自分の行ったことを誇らしげに語らない謙虚さ、つつまじやかに表現する、凜とした古風な日本女性の佇まいを感じる方も多かつた。

また当時の女性、看護職者は、看護を言葉で表現するのではなく、行動で示す率先垂範であったのではないかと考える。

特にB氏は、国立がんセンター開設前に看護婦長として勤務しており、開設当時の状況について多くのことを実際に目のあたりにしたと思うが、多くを語らなかった。結果としての事実を簡潔に語るのみであった。しかし、B氏が婦長をした病棟で勤務したM氏は、大出血した患者の援助について、医師の治療介助に満足していた自分に対して「患者の不安」への援助ができていないことを、婦長から指導されたことを述べている。こういった事態に対して、医師の介助を的確に行ったことを認め、ほめるだけでなく、看護のあり方について指摘する思いはどんなものであったのだろうか。指摘されたM氏も語っているように、B氏は看護についての揺るぎない理念をもっていたのではないかと。そして言葉少ない、その指摘について、B氏に「畏敬の念」を感じ、看護とは何かを教えてくれた大きな「揺さぶり」と捉えた、そのように捉えた看護職者も素晴らしい。これは、当時のがんセンターにおける、いわゆる「石本イズム」といわれる「自律した看護」を目指す環境も影響している。また当時の看護婦たちもそういった看護を目指して国立がんセンターに集まったのである。

若い医師であったT氏は「婦長は医師に対してしっかりと意見を述べ、時に厳しく注意されることもありました。こわかったのですが、臨床能力があり、実力をもっていました。患者の状態を把握し、末期患者の予後もあと1週間と予測し、そのとおりになることが、多かった」と語っている。この婦長は、B氏なのであった。

臨床の知識は繰り返し獲得され、しかも本人自身はそのような獲得物に気づいていないことも多い。したがって、語られない、語るができない看護は、「暗黙知」といえる。ポランニーは「暗黙知は内在化 (indwelling) によって包括=理解を成し遂げること、さらにすべての認識はそういった包括の行為から成り立っている」(ポランニー, 1966=1980)と述べている。また、あまり語らなかった看護婦は、ベナーのいう「達人ナース」ともいえる。つまり、状況をまるごとつかみ、過去の具体的な状況をパラダイムとして使い、正確に問題領域に辿りついていたのでないか。こういった臨床の専門的知識・技術に埋もれている知識は、すべて理論的に説明できないことも多く、本人自身も気づいていない場合もあり、語られない場合も多い。B氏のように語られない看護は、まさにこのような「臨床知」であったと思われる。

## 第7節 小括

創成期の国立がんセンターの看護現場は、熱気あふれる、新しい自由な雰囲気 of 病院組織であった。創成期の看護現場についての語りから、そこで行われた看護は専門職としてのアイデンティティと自律の意識をもち、チーム(特に医師)としての対等な連帯を求めて看護を行った、いわば看護の近代化、現代化を促進した場であった。

その要因は、日本で最初の国立のがんセンターという新しい組織的環境、「石本イズム」と後年に称された初代総看護婦長石本茂のリーダーシップ、石本の看護理念に賛同、共感して集まった看護婦たちの熱意であった。

石本のリーダーシップ、看護理念といえる「石本イズム」は、「医師と看護婦は車の両輪」という言葉で象徴的に語られ、医師に従属した看護ではなく、看護の独立を強調する考えであった。それは看護職の専門職性の要である「チーム的主体性」を示す言葉といえる。看護婦たちの語りには、石本と個人的にコミットメントしていた管理者群と、個人的なコミットメントがない中堅・新人看護婦群で相違がある。中堅・新人看護婦群は、「医師と看護婦は車の両輪」の理念として「医師に従属しない自律した看護」が継承された上で、パートナーシップや専門的な看護学の言葉で語る。しかしその語りは、微妙なずれはあるが先行世代の語りと繋がっており、進化がみられる。石本に対する直接的な語りが消えたことは、いわゆる「石本イズム」の看護が定着し、今ある看護師文化の基盤として根づいていったといえる。

国立がんセンターでの看護が整備されるなかで、中堅・新人看護婦たちは、看護職としてのアイデンティティと自律の意識をもち、チーム(特に医師)としての対等な連帯を求め、がんセンター以外の職場でも、看護を実践していった。つまり第二次世界大戦前の封建的看護は「石本イズム」というフィルターを通過して近代的・専門的な看護になっていったのである。

なお、国立がんセンターは、現在、独立行政法人国立がん研究センターと改称され現在に至っている。国立がんセンター創成期の主な関係年表を資料 6-1 として示す。

資料 6-1 国立がんセンターの主な関係年表

【創成期】1960（昭和 35）年～1969（昭和 44）年

\* 出所：国立がんセンター十周年記念誌

年	国立がんセンター	医療・看護	社 会
1960 昭和 35	第 1 回設立準備委員会開催（学識経験者 9 名）が んセンターの基本構想の審議、以後昭和 36 年 12 月 5 日まで第 6 回開催	病院スト、全国拡大 日本看護協会、看護 人（男性）入会	安保改訂阻止運 動に全国で 530 万 人参加
1961 昭和 36	設立準備室設置、国立病院特別会計等の一部改正 （国立がんセンターは特別会計で運営となる）	国民皆保険の実施	
1962 昭和 37	国立がんセンター設置、初代総長田宮虎雄以下首 脳人事発令、初代総婦長石本茂（昭和 37 年 2 月 1 日～39 年 12 月 16 日） 病院診療開始（5 月 23 日、研究所は 7 月 1 日より 業務開始）、病棟 6、外来・放射線科 1、手術・中 央材料室 1 の 8 看護単位、200 床、看護婦定員 130 名	国立医療機関の看護 婦・助産婦の勤務時 間 44 時間制確立	池田内閣、所得倍 増計画決定
1963 昭和 38	学識経験者 9 氏を顧問として委嘱 看護婦宿舎完成（3 月 31 日）、1 病棟の増加、9 看護単位 455 床、看護婦定員 150 名  厚生省がん研究助成金による研究助成開始（9 月 14 日）	看護婦不足のため看 護制度調査会開催 （厚生省、日本医師 会、日本看護協会） 厚生省看護課復活	
1964 昭和 39	総長に比企能達発令（昭和 39 年 4 月 1 日～昭和 4 2 年 1 月 15 日）、総婦長、愛知しづ（昭和 39 年 12 月 16 日～昭和 41 年 8 月 1 日）任命、病棟 2、 ラジウム病棟 1（外来・放射線科の分離）看護単 位増加、12 看護単位、470 床、看護婦定員 156 名	「母子福祉法」公布 聖路加看護短大が大 学に昇格 高等学校衛生看護科 発足	東海道新幹線開 業、池田勇人総理 大臣がんセンタ ー入院（喉頭が ん）、第 18 回オ リンピック東京 大会
1965 昭和 40	全国がん（成人病）センター連絡懇談会発足	「理学療法士及び作 業療法士法」「母子 保健法」公布、人事 院勧告：看護婦の夜 勤月 8 日以内、一人 夜勤禁止（ニッパチ 体制）	新潟水俣病発生

1966 昭和 41	コロンボ等技術援助計画に基づく集団研修開始(4月1日)、総婦長、永井トシエ(昭和41年8月1日～44年8月31日)任命、中央材料室(手術・中央材料室の分離)13看護単位、看護婦定員160名	日本看護協会、厚生省が看護教員養成講習会開催	原子力潜水艦寄港反対集会
1967 昭和 42	総長久留勝発令(昭和42年1月16日～昭和46年9月8日) 第1次タイ医療調査団派遣(7月5日～19日) 中央診療棟竣工(9月2日)	国立大付属看護学校の短大化、日本看護学会発足、潜在看護婦の講習会開始、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則改正(翌年度から新カリキュラム実施)	国民総生産(GNP)世界第3位
1968 昭和 43	タイ国立がんセンターに関する日・タイ年次協議(3月11日～24日) 財団法人がん研究振興会発足(9月2日)	ニッパチ闘争が全国に波及、医師のインターン制度廃止	十勝沖地震
1969(昭和 44)	レジデント制度発足(11月1日) 看護部長制実施、看護部長として松浦京(昭和44年9月1日～52年7月7日)任命	「公害健康被害救済措置法」公布 東京都老人医療無料化	熊本水俣病提訴、森永ミルク中毒事件後遺症問題化、ライスオイル被害提訴

## 第七章 オルタナティブ・ナースの誕生

第七章は、オルタナティブ・ナースの形成を、彼ら、彼女らの職業生活史から明らかにする。近年、既存の看護師のイメージでは捉えきれない様々な活動をする看護職が出現しているが、新しい看護職としてのオルタナティブ・ナースの活動も、看護職の専門職性の中核をなす「チーム的主体性」の確立、発展の一形態として解釈できるのではないか。

そこで、本章では、「日本初の開業ナース」である村松静子と富山のデイサービス「このゆびと一まれ」を開設した惣万佳代子の職業生活史を検討する。

### 第1節 看護職者の挑戦1

#### 「日本初の開業ナース」村松静子の活動

##### 〈開業の動機〉

村松静子は、1947年、秋田県に生まれた。日本赤十字中央女子短期大学を卒業し、日本赤十字中央病院（当時）、秋田県立脳血管研究センターに勤務したのち、日本赤十字社医療センターICU看護師長、日本赤十字中央女子短期大学専任講師となった。専任講師をしていた1983年に、日赤医療センターの仲間たちと在宅ボランティアを始めた。そのきっかけは、以前勤務していたICUで知り合った患者の家族からの連絡によるものであった。患者はICUから生還したあと、遷延性意識障害のまま、経管栄養、気管切開、膀胱留置カテーテルといった状態で一般病棟に2年間入院していたが、病院から転院を求められ、家族は困り果てて助けを求めてきたのだった。退院して自宅でみることを決断した家族を支えるために、ボランティアを募り、退院に向けての準備を整え、継続的な在宅看護を始めた。

そのようなときに作家の遠藤周作氏と知り合い、ボランティアによる訪問看護のことを話すと、高く評価してくれ、そんな大事な活動が無償のボランティアではいけないと言われた。その半年後の1985年に活動をバックアップするところがあるので、在宅看護をやらないかという連絡を受け、ボランティアチームの2名の看護師（守田美奈子、松沼留美子）とともに、開業に向けて動き出した（村松，2007：58-61）。

##### 〈起業、起業後の困難〉

当時は「在宅看護」という言葉すらなかった時代であった。1983年2月に老人保健法による保健事業の一つとして行われた区市町村からの月1～2回の「訪問指導」だけで、医療行為の必要な人は対象外であった。退院患者に対する病院の訪問看護はあったが、対象は限られており、土日は休みであった。

1986年3月、村松は日本で初めての有限会社「在宅看護研究センター」を設立した。看護師の山田京子も加わり、看護師4名でのスタートであった。この設立はマスコミにも大きく取り上げられた。「年齢や重症度を問わず、必要なときに、必要な看護を、必要な

け提供したい」という自分の思いを実現するためには、「会社」として起業する必要があった。有限会社にしたのは、資本金 200 万円と、費用が少なくすんだからであった。会社名を「訪問」でなく「在宅」としたのは、長時間継続的に付きそう状況を想定したためであった。また看護の実践だけでなく、研究や研修を行って看護師たちのサポートをしたいという想いで「研究」という言葉を入れた（村松，1998）。

看護師の独立には様々なハードル、困難が立ちはだかった。会社の登記、経営や法律、制度の壁もある。起業時には看護職や医師からの批判も受けた。看護職からは「営利主義だ」、「人道・博愛の精神はどこに行った」と批判された。ある講演会で出席した医師からは「君たちが開業できるはずがないだろう、違法だよ、何を考えているのか」と突然言われた。しかし他の参加者は「あなたは何を言っているのか、今どきの看護婦さんは医師のかばん持ちではありませんよ」、続いて一人の女性が「あなたたちの看護は必要です」と立ち上がって発言した。社会は変革期にあり、村松は、自分たちの行動が認められた社会が築かれていることを実感した。

看護提供についての法的な壁は、保健師助産師看護師法 37 条の医師の指示のない医療行為である。訪問の開始に際しては、医師から「訪問看護依頼書」を提出してもらうなど医師との連携には配慮した。最初は医師に連絡すると、「どこの看護婦なのか」と施設に所属していないと認められないような発言もあったが、よく説明し、患者さんのことに関わりをもつと、多くの医師は理解を示した。しかし緊急時には病院とは異なり、専属の医師がいるわけでもないの、主治医との連絡が難しい場合もあった。そこで保助看法 37 条の規定で認められている「臨時応急の手当て」の捉え方を検討・解釈し、急変時の痰の喀出などを応急処置として行った。勿論、医師と連絡がとれないまま医療行為と解されることがないように、できるだけ連絡をとるよう努力し、吸引器だけではなく、苦痛を和らげる看護を心がけた（村松，2008；186）。

#### 《あらゆるニーズに応えるためのサービス形態と経営》

在宅看護研究センターのサービス内容は、時間契約の訪問、24 時間付き添い、旅行付き添いなど、あらゆるニーズに応えた。看護利用料の算定に際しても、全く前例もなく、診療報酬点数などを調べた。当時の施設内での看護料は 1 日 1180 円であり、看護婦 3 交代勤務なので看護婦 3 名での値段であり、その値段の低さに驚いた。利用料については、最初は訪問 1 回につき交通費込みで 500 円に設定した。開業当初は基本的に患者の全額自己負担で、それが払えない人には、「在宅ケア費用援助制度」（遠藤周作氏が理事をしていた団体の基金から年 350 万円援助）で、自己負担は訪問看護費用の 20%とした。

しかし、200 万円の自己資金で始めた有限会社は経済的に成り立たず、資金はすぐに底をついた。設定した看護料が人件費の浮く数字ではないこと、さらに自分たちが給料をもらわなければなんとかなるという安易な考えが誘因であった。村松は、最低 10 年間はたとえ一人になってもこの事業を続けると決めており、経営についても勉強し、原稿の執筆、講

演、研修など看護以外で収入を得て、なんとか事業を存続した。また「いつでも、どこでも、どんな重症な方でも、本人・家族が望むなら」という本来の目的に近づけるために、有限会社を任意団体とした。しかし、寄付に頼るその形態は長続きせず、理想的な看護を多くの人々に提供しようとするほどそれだけ人件費はかかり、寄付の限界を感じた。

そこで「看護を提供するにはお金をいただく、いただくからにはきちんとしたものを提供する」と心機一転し、在宅看護研究センターの研究部門はそのまま残し、赤字収益部門を「日本在宅看護システム株式会社」として、1992年4月1日に再発足した。奇しくも同日に老人保健法による老人訪問看護ステーションが始動した。

1999年には医療保険の訪問看護への民間企業参入が可能となり、在宅看護研修センター附属訪問看護ステーションを開設し、2000年には介護保険制度の施行に伴い、介護保険による訪問看護を開始した。その後は自己負担と、医療保険または介護保険による訪問看護で実施した（村松，2007；58-61）。

#### 《訪問看護ステーション制度、研修、教育への貢献》

1992年に老人訪問看護ステーション制度の開始に際しては、求められた自分たちの活動の膨大な資料を厚生省（当時）に送った。制度ができては民間のステーションの設立が認められず、恩恵もなかった。しかし、在宅看護研究センターが参考とされた活動の一つとなった。

1995年には看護コンサルタント会社を設立し、コンサルタントや研修事業を開始した。ここでは介護ヘルパーの育成、在宅看護の推進に貢献した。そして1997年に看護基礎教育のカリキュラムに在宅看護論が誕生し、学問的な位置づけの向上にも貢献した。

在宅医療・在宅看護は保健事業と開業医師の往診だけだった1980（昭和50）年頃、病院の看護に限界を感じていた村松静子らは、真の看護を求めて「看護者の手で在宅看護をひきうけることだ」と何も無いところから走り始めた。行政に働きかけ、そして医療者を含む周囲の人々へ影響を与えた。1986年に「在宅看護研究センター」を設立以来、利用者が必要とする看護を、必要とするときに必要な分だけ提供するという、利用者本位の看護サービス提供を実践した。病院や施設から独立したこのような看護職者の活動は、訪問看護ステーションの制度化への開拓者といえる。

近年、村松静子は、「医師の指示がなくても、看護師が定年となり、今までの知識、技術、そして提案力を発揮できるのではないか」と社会システムとして、患者個人の意志を尊重する「メッセージナーズ」の構築が必要だと動き出した（村松，2013：41-51）。

これは医療と患者・家族との橋渡しの役割をもつ看護職ということである。しかし、看護職は橋渡しの役割だけでなく、調整的な役割も必要となる。それには、ネーミングとしては「地域医療コーディネーター・ナース」が適切なのではないかと考える。この道は、

村松の言うように、定年退職後で働く意欲があり、経験豊富で地域に密着している看護職者の活動であり、看護職者の一つの道となるのではないだろうか。

村松は自立した看護師としてマネジメント、経営へのこだわりがある。村松の指し示す新しい看護の道は、これまでのただ働きの看護ではなく、自律した経営者としての看護といえる。そこに新しい専門職としての「村松の意義」がある。

## 第2節 看護職者の挑戦2

高齢者も障害者、子どもも共に支援する富山のデイサービス「このゆびと一まれ」を開設した、「地域での共生ケア」惣万佳代子の活動

### 〈起業の動機〉

惣万佳代子は富山赤十字病院に20年間勤務した。そのなかで、退院許可がでながらも家族の都合などで自宅に帰れず、高齢者施設などに転院する患者を何人も見ていた。ある日、施設に退院した患者の顔を見に行くと、病室は静かで、施設の主役である患者の声が全く聞こえなかった。その患者も同室の患者達も話す気力を失っているようで、無表情で仮面のような姿であった。また仏さまの迎えを願っている患者達の姿に驚いた。病院でいくら命を助けても、人生最後の場面で泣いているのでは、救われないと病院での勤務の限界と虚しさを痛感した。また退院後に自宅に帰っても、介護する家族が日中働き、介護できない方も多いことや、介護に疲れ果てていることも知っていた。日中、預かる場所があればお年寄りも自宅に帰れるだろうと、在宅で介護している人々を支援する仕事をしようと思いはじめたのは、1991（平成3）年頃であった。

さらに、医療処置を優先せざるをえない現実に、看護とは何なのかといつも自問自答した。臨終の場面では、医療者も家族も、心電図モニターの波形をにらんでいた。人が死にゆくことでなく、心臓が何時何分に止まったことが大切になっていた。自分だったら、死ぬ時は、身体につけられている全ての管をとりはずし、家に帰り、愛する人に手を握られながら、静かに息をひきとりたと思った。自分の望む死と医療現場での死はかけ離れていた。そう思っていた頃の1992（平成4）年4月に「呆け老人をかかえる家族の会」（現在の認知症の人と家族の会）の研修が富山市で行われ、そこで群馬の田部井康夫さんと出会う。彼は18坪のプレハブの家に、認知症の高齢者を10人ほど預かっており、「お年寄りと共に過ごすことに意義があり、幸福を感じる」という言葉に感激した。彼にできるなら「80坪の土地と20年の看護婦の経験がある私にもできる」と在宅での支援活動の実行を決意した（惣万, 1999 : 12-15）。

### 〈起業、起業後の困難〉

1993（平成5）年7月2日、富山赤十字病院の看護師、看護教員をしていた西村和美、梅原けいこと3人で、「誰でも必要なときに必要なだけ利用できるサービスを」というコ

ンセプトで、富山県で初めての民営デイサービス「このゆびと一まれ」を立ち上げた。

「このゆびと一まれ」は、富山市の住宅街の一角にあった。親から引き継いだ80坪の敷地に建つ2階立ての1軒家で、高齢者も障害者も子どもも、以前の日本ではよくみられた3世代、4世代が同じ屋根の下で共に暮らした。

立ち上げに際しては、経営のノウハウも全く知らない者に何ができるのか、ボランティアでは経営は成り立たないと、周囲から無謀だと心配や反対された。開設に際し、行政にも相談するが、「高齢者に絞るなら補助金は出せるが、障害者も子どもも一緒では出せない」と言われ、また学者からは「認知症高齢者と動物は合うが、赤ちゃんとは合わない」と言われた。自分の小さいときには、お年寄りが子どもの面倒を見ていた。日常的な自然な環境で、お年寄りから子どもまで面倒をみたという理念を変えてまで、補助金は欲しいとは思わなかった。それで開設資金は皆で退職金を出し合った3400万円で、独自事業として開始した。ボランティアは32名の申し込みがあった。

利用料は1日（7時半～18時、場合によって20時）2500円、半日で1500円、小学6年生までは300円、中学生以上は500円とした。これは少し高く感じるかもしれないが、家族が支払いできる金額で職員が食べていける金額であった。当時の特別養護老人施設老人保健施設のデイサービスは措置制度下で1日食事つきで600円や700円で利用できた。症状の程度にかかわらず、一律1万円の補助が出ていたため、施設は軽度の人を歓迎し、むしろサービスを必要としている重度の人を断るということも起きていた。

開設当初、利用者は少なく、1993（平成5）年7月2日から1994（平成6）年3月31日までの1日平均利用者は1.8人で、全くの赤字経営だった。初めての利用の連絡は、3歳の身体障害をもつ母親からであった。病院では患者は次から次へと入院してきたので、たった一人の利用者がこれほどありがたいかが身をもって知らされた。1日目は障害児と健常児とお年寄りが共に過ごし、まずまずのスタートとなった。1996（平成8）年に富山県が「在宅障害者デイケア補助事業」を始めた際にも対象外とされた。しかし障害児をもつ親たちが、指定業者になるようにと署名運動をし、1週間で122人の署名を集め、行政を動かし、一人当たり2,100円の補助が出るようになる。3年後には1日平均利用者は10数人に増えた（惣万・西村，2003）。

#### 《【富山型】の始まり—地域共生ケア》

3年間の実績をみた富山県は、1997（平成9）年度に「民間デイサービス育成事業」を創設した。利用対象者にお年寄りが5人いれば、年間180万円を助成した。さらに翌年には、障害者とお年寄りを合わせて5人の利用者がいれば年間180万円、10人なら360万円を受けられることになり、初めてお年寄りと障害者という縦割りの壁をとっぴらった制度が生まれた。「富山型」とは、子どもからお年寄りまでが利用できることのみを指すのではなく、行政が活動に合わせて柔軟な補助金を出すことを含めて呼んだ。

しかし、画期的な制度であった富山県民間デイサービス育成事業が、2000（平成12）年4月の介護保険導入時に打ち切られた。補助金の対象枠がお年寄りだけでなく、障害者（児）も含めた対象だから、せめて半分の金額だけでも残せないかと交渉したが、補助金が高齢福祉課から全額出ているため無理であった。

壁は一つ越えてもまたたちはだかる状況となった。しかし富山県と富山市は「富山型福祉サービス推進特区」を国に申請し、2003年11月に認可された。そして介護保険事業所としても指定を受け、2003年は500万円の収益を計上するなど経営は軌道に乗った（富山県民間デイサービス連絡協議会編，2003：10-23）。

#### 《日常生活を大切にした活動》

2013（平成25）年度の利用者は、健常児・障害児・障害者・お年よりなど様々であり、1日平均、約32人であった。日常的な活動は、リハビリテーション的な作業や運動といった特別なことは行わず、お年寄りが子どもと一緒に食事をしたり、お茶を飲んだりして過ごした。お年寄りや障害者は、子どもをみたり、友達や仲間と話したり、お昼寝をするなどで十分楽しそうであった。ある認知症のお年寄りは、自分の名前もわからないのに、1歳の利用者の子どもの名前は覚えていて、その子どもの成長を見届けたいと言った。そして子どもが机の角にぶつからないように、手で角を覆うようなしぐさをした。生活のなかで、頭を働かせたり、身体を動かしたりすることが、本当のリハビリといえた。

障害児と健常児がともに過ごすことで、障害児のリハビリにつながった。障害児にとっては周りから楽しそうな声が聞こえ、健常児が動き回る様子を見て、自分で動こうとする。人と人との関わりに隔たりのないことが真のノーマライゼーションと言うた。

#### 《危機管理、ターミナルケア》

看護職の強みは「利用者の状態をアセスメントできること」、すなわち、その時々の変化だけではなく、その後の予測や判断ができることであった。家族からも「看護師さんがいるから安心」と言われた。「このゆびと一まれ」では、高齢者も子どもも共に過ごす大きな部屋にベッドが一台置かれ、慢性呼吸不全のある利用者も臥床していた（富山県民間デイサービス連絡協議会編，2003；24-29）。

また看護師は、ターミナル状態の方などへ必要に応じてボランティアで利用者宅に行き、ケアをし、看取りを行った。家族も利用者の最期が近づいてくると、救急車を呼ぶべきか、入院させるべきか迷うときもあったが、そういうときは「この段階で病院に行って、治療するか、そうでなければ、ここで一緒に生きていきましょう」と、最後まで看取ることを話すと安心した。つらいターミナル期の方は静かなほうがいいので、別室で過ごすようにした。小さな子どもが、時々顔を見にきてくれるほうがいいようであった（富山県民間デイサービス連絡協議会編，2003：43-44）。

## 《事業の拡がり》

同施設では、2004（平成16）年5月10日に、従来のデイサービスに加え、障害者も受け入れ可能なショートステイ（短期入所施設）が、また、2005（平成17）年4月1日に認知症対応型グループホームの3つの機能を併せ持った「このゆびと一まれ茶屋」が、オープンした。

さらに、惣万らは2013（平成25）年4月1日に、富岡町において「就労継続支援B型 はたらくわ」の事業を開始した。これは富山県内に広がる「富山型デイサービス」で「福祉的就労」をしている障害者の方たちをサポートするもので、「はたらくわ」がその事務局になっている。今までの富山型デイサービスの「通う」、ショート・ステイ「泊まる」とグループホーム「住む」に、障害者の就労支援「働く」という活動が加わった。

このように事業は拡がっているが、惣万は「小規模多機能の施設は目の届く範囲で介護が行える。これまで転倒による骨折事故は起きていない。自宅にいるような雰囲気だし、トイレも近くにあり、余計な負担にならない。100人分の大きな施設よりも、10人分の施設を10カ所に設置するほうがきめ細かいケアができる。小学校区というより、歩いて行ける町内会のような範囲に一つのほうが望ましい」と述べ、小規模多機能施設にこだわった（惣万, 2013a）。

惣万は、事業拡大は果たして適正なのか、立ち止まって考えることも必要で、今行っている事業が地面に足がつくようになってから、取りかかるべきと考えた。なぜならば、利用する人がある限り、事業者としての責任が、人を雇えば経営者としての責任があるからであった。

スタッフも、職員28名、看護師は4名で2名がケアマネジャー兼務で、社会福祉士、社会福祉主事、保育士、小・中・高校教諭、介護福祉士、管理栄養士、調理師、事務職と多くの職種の職員が働いていた。有償ボランティア6名、無償ボランティア40名であった。その他、知的障害者を含む有償ボランティアと多くの無償ボランティアが活動していた。さらにボランティアの登録者数は150名（平成21年10月現在）であり、活動が広い支持を得ていた（大橋, 2014: 252）。「このゆびと一まれ」は20年間にわたる継続した活動のなかで、地道に事業を拡大した。

「このゆびと一まれ」の活動のすばらしさは、20年にわたる看護職者の経験を踏まえて、地域、小規模、共生、当事者本位という最初の理念にこだわり、継続してきたことにある。赤ちゃんからお年寄りまで、障害があってもなくても、一つ屋根の下で、「家族」のような温かい時間を一緒に過ごす自然な日常生活への支援を行ったことにある。そしてまた活動の継続には、代表者である惣万のリーダーシップのみならず、創設当時から歩みを共にしてきた副代表の西村和美は、パートナーとしても欠かせない存在といえる。苦難を乗り越え、次に進むためには相棒といえる仲間が重要である。

惣万たちの行動は、周囲の人々、特に支援が受けられない人達の賛同を得た。また行政や法律も動かした。障害児をもつ親たちの署名運動やボランティア登録者も年々増加していることから、現状の不備や課題となっていることに「このゆびと一まれ」の活動が対応し、先取りしていったのだと考える。

新しい看護職の専門職性としての「惣万」の意義は、小さな「親密圏」での看護職としての関わりにこだわったという点である。このような豊かな看護職の経験は、住み慣れた町で安心して暮らすために大きな力になる。地域における看護職者の活動はさらに増加している。

### 第3節 オルタナティブ・ナースの意義

阪神・淡路大震災直後、災害の状況認識の結果、制度・施設の諸ルールのなかで遂行される専門職の業務では、被災者の緊急事態の対応や生活支援が不可能と判断する専門職が現れた。それは、当の本人としては意欲ある自己の主体性に基づいて専門職の業務を行っているが、しかしこの業務活動空間の〈場〉は〈制度・諸ルール〉の下で遂行される。その結果この業務は、さまざまな壁にぶつからざるをえないのである（似田貝, 1999）。

三井は、「対人関係専門職制度は一定の限界がありうるのも事実である。それは対人専門職が相手に何が必要かを捉える際に、それまで対人関係専門職としてのキャリアの中で形成してきた、自らのなすべきこと/できることについて職業イメージに依拠しがちなためである」（三井, 2004 : 39）と述べる。

専門職が自らの限定性を乗り越えて、新たな行為の可能性を開くことに対して、似田貝は、「限定づけられた専門職の行為を解放し、可能な限りの〈専門性〉を確立していくための、ボランティア活動行為全領域という〈場〉での諸々の企てが不可欠である」（似田貝, 1999 : 258）と述べている。

オルタナティブ・ナースは、似田貝の指摘とも三井の指摘とも異なり、専門職が職業世界の経験を通して、ボランティアではなく、また職業世界に保守的に縛られるのでもなく、専門職性を解放していった事例といえる。村松も惣万も病院という組織に限界を感じ飛び出した。村松は在宅ボランティアを行うなかで家族を支えるために「開業ナース」となり、惣万は自分の望む死と医療現場での死がかけ離れていることに気づき、誰でも必要なときに必要なだけ利用できるサービスの「デイサービス」を始めたのである。その行動は、三井の言う職業イメージに依拠せず、似田貝の言う専門職の行為を解放し、可能な限りの〈専門性〉の確立を目指したのではないか。

自律した経営者としての看護を目指した「村松」と小さな親密圏にこだわった「惣万」とは、活躍の場は異なるが、村松は看護職の社会的な成り立ちそのものを問い直すという方向で、「惣万」は看護職の社会的な可能性を広げるという方向で、それぞれ専門職とし

での看護職の新たな可能性を切り開き、多様化する看護職世界を生きる看護職者の未来を指し示したと言えよう。

これからの看護職者は、対象者の状態に応じて援助の場は病院だけでなく多様な場での活動となるが、援助そのものには変わりはない。対象者の生活観察と支援を基にした、対象者のQOLを高めるための持続的な活動であることは変わらず、看護職の専門職性の要である「チーム的主体性」が引き続き不可欠である。村松や惣万の先駆的实践に学ぶことを通して、多様化する看護職世界を支え、専門性を発揮する看護職者が出現することが期待できる。

## 終章

本研究の第1の目的は、看護職世界の歴史的形成を通しての専門職化の実態を明らかにし、その成果を踏まえて、多様化する看護職世界に対応できる対人関係専門職としての看護職像を構築することであった。第2の目的は、第1の目的を通して明らかにされた専門職性を踏まえ、今後ますます多様化していく看護職世界に対応できる、新しい看護基礎教育を提言することであった。

本章は結論として、調査から得られた対人関係専門職としての看護職像の要点をまとめ、それを踏まえた看護基礎教育の改革を具体的に提案する。

### 第1節 専門職としての看護職の歴史的形成とその結果

#### 1. 多様化する看護職世界と看護職者へのニーズ

高齢社会、医療の高度化などにより看護職者へのニーズも高まり、看護職者は増加し、病院・診療所だけでなく、福祉施設や事業所など様々な場で様々な活動をする看護職が出現している。多くの看護職は、病院施設で働くジェネラリストとしてのマジョリティ・ナースであるが、そのなかでスキルアップして活躍する専門看護師、認定看護師などもいる。さらに新しい分野で看護に挑戦するオルタナティブ・ナースも出現しているが、離職をする者も多く、現在でも看護職不足は解決していない。今後ますます多様化していく看護職世界においては、看護の量的な充足だけでなく質的な充足が求められる。そのための方策の1つとして看護基礎教育の改革が考えられる。

#### 2. 職業の継続によるキャリア形成と多様化

第四章で見たとおり、看護職者たちには職業を継続することを通して、キャリアを形成し、多様な活動を展開していくという側面がみられた。職業を継続した看護職者には1つの場所での活動の深まりと役割の拡大が、中断再就職した看護職者には、病院・診療所から訪問看護、学校などへといったキャリアの多様化がみられた。短期就職—離職した看護職者は、看護活動こそ行っていないが、家庭での家族介護や地域での活動も看護職者としての職業経験につながっており、キャリアの多様化の一形態といえよう。

第五章で見たとおり、定年退職後の看護職者には、病院だけの看護ではなく地域での活動、公的活動・職能団体での活動が増えていた。地域での活動内容も知的障害者施設やショッピングセンター内の顧客や従業員の急病傷に対応、精神障害者の家族支援など多様化していた。

#### 3. 専門職性を高めていく動的プロセス

第四章で見たとおり、看護職者たちには職業を継続することを通して、専門職性を自分の

力で高めていくという専門職化への動的プロセスの側面がみられた。

職業を継続した看護職者は、志望動機に関わらず仕事を継続するなかで徐々に意識を高め、専門領域をもったり、専門性の高い職種についたりすることで、さらに意識を高めていった。

中断再就職した看護者は、専門領域をもてた者は、再就職でさらに経験を積み重ね、専門職としての意識を高める傾向がみられた。また長いブランクがあっても専門職としての意識を保持し、在宅看護などで介護職や他の職種と協働することを通して視野が広がり、専門職としての意識を高めた例もみられた。

短期就職—離職した看護職者も、命・平和・子供への関心をもち続けていたり、再就業研修を受講したりしていることから、専門職としての意識を保持していると言えよう。

以上のように、職業継続の状況に関わらず、専門職としての意識を保持し、キャリアを通して自分の力で高めていることが明らかになった。こうした彼女ら彼らの経験と意識は、今後看護職の専門職性を制度的に確立していくのに活用できる、貴重な「知的財産」と言えるのではないだろうか。

第五章で見たとおり、中高年看護職者は職業を継続し、看護実践を積み重ねることを通して誇りと自信を獲得していた。中高年看護職者が受けた時代の看護基礎教育は、臨床での実習期間が現在に比べ長かった。教育時間の長さが、必ずしもより良質な看護師の育成につながるとは限らないが、その時間の長さは看護活動の実質を学ぶ上で重要な役割を果たしたと考えられる。長時間の実習を通して、職場に適応できる思考特性や行動パターン、つまり「チーム主体的自律性」を身につけることができたのである。また女性の職業として他の選択肢が少なかったなかで、国家資格への誇りをもつことにより仕事を継続できたという側面もあった。政策や制度が整わない時代を生きてきた中高年看護職者は、自らの力で獲得した専門職としての意識を高めていくことができたのである。

#### 4. 専門職性（特にチーム的主体性）の形成

第六章で見たとおり、創成期の国立がんセンター病院は、専門職性（特に「チーム的主体性」）の形成を可能にした「場」あるいは「空間」であった。

##### 1) 専門職性（特に「チーム的主体性」）形成のプロセス

石本茂の看護実践、看護理念である「石本イズム」は、「医師と看護婦は車の両輪」という言葉で象徴的に語られるように、医師に従属するのではなく、看護師の独立と医師との水平的協力を強調する、「チーム的主体性」を意味していた。看護婦たちの語りには、石本に個人的にコミットしていた管理者群と、個人的なコミットがない中堅・新人看護婦群で相違があった。中堅・新人看護婦群は、「医師と看護婦は車の両輪」の理念として「医師に従属しない自律した看護」を前提とした上で、専門的な看護学の言葉で自らの看護実

践、看護理念を語る。しかしそれは先行世代の語りと繋がっており、むしろ進化していると言える。石本に対する直接的な語りが消えたことは、いわゆる「石本イズム」が定着し、看護師たちが当然の前提としていったからだと言える。

## 2) 「チーム的主体性」の形成を可能とした「場」、「空間」、「時間」

「チーム主体的自律性」の形成を可能としたのは、日本で最初の国立のがんセンターという新しい組織的環境、「石本イズム」と後年に称された初代総看護婦長石本茂のリーダーシップ、石本の看護理念に賛同、共感して集まった看護師たちの看護実践によるものであった。

国立がんセンターは、国策としてのがん対策の中央機関として発足したこともあり、組織、人事、予算などの革新的な病院づくりが行われたことが大きい。病院組織において、看護部門のことは責任者である総婦長が責任をもつ。したがって他部門は口を挟まないことがトップレベル（総長、病院長、研究所長、運営部長）で了解されており、創成期の熱気あふれる、新しい自由な雰囲気であった。

「石本イズム」のインパクトは、歴史的に医師との権力関係のもとで劣位に置かれた看護師を、看護師自らの実践を通して克服していくことを可能にした。石本が示した看護は「患者の『患』は医師が、『者』は看護婦がみる」であり、患者のQOLを高めるために、医師との自由な意見交換を行い、患者の生活に寄り添いながら、専門職として自律的に援助を行うものであった。「石本イズム」のもとで働いた看護師者たちは、そうした「チーム的主体性」を自らの実践の中心に置き、がんセンターを離れた後も、それぞれの職場で広め、実践していったのである。

## 3) 語られない看護、語ることができない看護

国立がんセンター創成期の看護は「石本イズム」という言葉で括られがちだが、その中身は実際には多様で、必ずしも一言で括れないような実践や意識に満ちていたと考えられる。第六章で取り上げたB氏のような看護師たちの看護を支えていたのはいわば「暗黙知」であり、「石本イズム」のように残らない。本論文では十分に分析できなかったが、こうした「暗黙知」も含めて、そこで獲得された専門性の内実を解明していく必要がある。

## 5. オルタナティブ・ナース（新しい看護職者）の出現

オルタナティブ・ナースは、病院における看護に限界を感じ、社会で求められる看護を求め、病院という施設から飛び出し新しい看護の世界を切り開いていった看護職者たちである。彼女ら彼らは、職業世界での経験を活かしつつ、ボランティアではなく、また職業世界に保守的に縛られるのでもなく、新しい世界に専門職性を解放していったと言える。

## 第2節 看護基礎教育改革への提言

## 1. 現在の看護基礎教育の限界

戦後 70 年の看護職世界の多様化の歴史を通じて、看護職の専門職性が政策や制度としてではなく、看護職者自身の実践を通して構築されてきたことが、第四章から第六章の調査で確認できた。それは、多様なキャリアイメージをコントロールできることであり、チームのなかで主体的に活動できることである。今後ますます多様化する看護職世界を生きる、これからの看護職者にとって、以上でみた歴史は貴重な知的財産となるのではないか。

これからの看護職者にとって、援助の対象者の状態や援助の場は病院に限られなくなるが、援助そのものは、対象者の生活観察と支援を基にした、対象者の QOL を高めるための持続的な活動であることは変わらない。「チーム的主体性」が引き続き不可欠である。それでは、多様化するキャリアを通して「チーム的主体性」を発揮できるような看護職者を確実に養成していくためには、どのような制度が必要なのだろうか。その有力な方策の 1 つとして、以下では看護基礎教育の改革について論じる。

現在の看護基礎教育は、第一章で見たとおり、従来の病院での看護だけではなく地域を含めた他の領域での活動が包括でき、専門職としての看護の根拠として活用できるように検討されつつある。しかし、それは実習として具体化されていないだけでなく、多様な職業世界を生き抜いていくための判断力やそれぞれの現場に必要な「チーム的主体性」の獲得に照準していない。したがって現在の看護基礎教育は、病院勤務看護師養成的な従来のカリキュラムを脱しているとは言えない。

また、新卒看護師の早期離職が問題となった結果、卒後研修が努力義務化され、臨床へのスムーズな移行を促す教育方法等も検討されているが、「チーム的主体性」の獲得については課題とされていない。

以上の看護基礎教育の限界を乗り越えるために、看護基礎教育の改革が必要である。看護基礎教育の改革は、現実には病院での実習体制の構築をはじめコストが大きいものも多い。しかし今後さらに多様化する看護職世界に対応できる看護職者を育てるためには、単なる数不足解消ではない、専門職性を育成する教育が必要である。病院勤務看護師養成的なカリキュラムを脱し、どんなところでも対応できるキャリアコントロール能力と「チーム的主体性」を備えた、専門職者としての養成を目的とすべきである。

そうした改革の中心として、本論文はキャリアコントロールのための「キャリア教育」と卒後研修としての「チーム的主体性」教育に絞って具体的に提案したい。

まず基礎教育初年次に実施すべき「キャリア教育」である。最先端の看護教育や大病院でチーム医療を学んだとしても、実際に就く看護現場は様々で、多様な活動がある。自分の中でキャリアをイメージでき、キャリアアップをしたり温存したり自分のキャリアコントロールができる教育を行うのである。

次に仕上げ教育として「大病院、組織で臨床経験」をすることである。ここでは、個別の看護技術を上げるのではなく、チーム医療のなかで自律して自らチームのなかで役割を果たすような「チーム的主体性」を養うのである。

## 2. キャリア教育としての「看護職プロフェッション論」の開設

看護師教育の入り口である看護基礎教育の初年次に「看護職プロフェッション論」の科目を設定し、キャリア教育を行う。そのキャリア教育は、学生が専門職としての多様なキャリアを理解し、自分の個性や看護職に対する目標、生活等に合わせたキャリアイメージを拡大、コントロールができるための教育である。

具体的な方法は、定年退職後等ベテランナースや現職で様々な場で活躍している各世代の看護職者、オルタナティブ・ナースを非常勤講師として採用し、10名程度のオムニバスで実施する。彼らを採用する意義は、以下である。

- ① 定年退職後等ベテランナースは、第五章で見たとおり、職務経験を活かした社会的活動（再就職を含めたあらゆる活動）への意欲が高い。その約60%が介護認定審査員、介護職の教育、ケアマネジャー、在宅ケア施設、保育所の勤務や精神障害者デイケアなど社会的活動を行っていた。60歳以上でも健康で意欲があれば健康寿命といわれる73歳くらいまでは、就業可能である。
- ② 定年退職後等のベテランナースは、継続、離職、再就職した職業歴などの体験から、歴史的な看護職者の歩み、その中での様々な臨床場面での経験、人生において看護職としてどのように生きてきたのか、悩み、苦痛、挫折、達成感などの実体験を、若い学生に語るができる。
- ③ 現職の中老年看護職者、各世代の看護職者は、結婚や子育てなど職業生活のなかで、どのように看護職キャリアを選んできたのかを語ることで、若い看護学生にリアルでダイバーシティなキャリアイメージを与えることができる。さらに現職の看護職者自身も、学生に語るにより、自分のキャリア設計を見直すことにもなる。
- ④ オルタナティブ・ナースの、新しい看護の道を切り拓き、専門職性を解放した活動は、これからの看護職世界を担う看護学生にとって看護職へのイメージをふくらませるのに貢献する。さらにオルタナティブ・ナースの先駆的実践を学ぶことで、学生は、病院の看護師としてだけでなく、どんな臨床現場にも対応できる専門職として学習することの重要性を認識する。

こういった看護職者の世代間交流のなかで、学生はキャリアの多様性を理解し、さらにキャリアコントロールできるようになる。さらに資格のもつ意味と責任についての理解も深めることができる。

なお、非常勤講師として定年退職後等ベテランナースを採用する場合は、本人の意欲や活動経歴とともに勤務場所を考慮することやそれらの情報把握が必要である。

定年退職後等ベテランナースが活動を希望する場所は、居住地である。第四章「職業生活の軌跡」、第五章「中高年看護職者の意識と実態」における調査結果からも、活動意欲はあるが、希望する活動の場と出会えないという声が多かった。活動する場合、その場は居住地より通勤可能な場を希望している。ベテランナース等の人材活用においては、登用が可能なベテランナースの情報を把握できるような仕組みが必要である。それには看護基礎教育機関の協力と連携が重要となる。現在、看護基礎教育機関の同窓会は、同系列や組織のある一部が連携している例はみられるが、全国的な同窓会組織の連携はみられない。同窓生の動向を正確に把握しているのは、各教育機関の同窓会組織である。個人情報の問題はあるが、本人に了解を得て、看護基礎教育機関の同窓会が全国的に連携する仕組み、ネットワークづくりが必要となる。このような仕組みをカリキュラムに連動させることにより、専門職として看護職の全体的な底上げ教育が可能となる。

### 3. 組織人としてのプロフェッション教育

#### ―「チーム的主体性」教育、新卒看護師の大病院・大組織でのチーム医療の経験

仕上げ教育としての「大病院、組織での臨床経験」は、臨床現場で看護師としてチームの中で役割を果たすような「チーム的主体性」を養うためである。

卒業直後の臨床体験は、将来の看護職としての生活に大きな影響を与える。第六章でみた国立がんセンター病院の新卒看護師は、学生時代の臨床実習とのギャップを感じながらも、自律した先輩看護師をロールモデルとして成長していった。

そして先輩看護師たちの「暗黙知」を継承していくためには、若い看護師がベテラン看護師と共に看護する場をもつことが必要である（第六章のM氏の語り）。また新卒看護師のリアリティ・ショックを緩和し、早期離職を防止するためにも、新卒看護師がベテラン看護師と共に看護する場を構築することが必要である。そこで新卒看護師はベテラン看護師の「暗黙知」に出会うことで、成熟に方向づけられる。逆にベテラン看護師は、新卒看護師への教育を通して自ら築き上げてきた専門職性を自覚し、強化することができる。こうした実習教育を組み込んだかたちでの仕上げ教育が必要なのである。

「プロフェッション教育」の具体的な方法は以下であり、制度化することを提言する。

① 卒業後の少なくとも1年間、臨床経験を必修できるようにする。

第一章で見たとおり、看護基礎教育における実習は、資格がないことや実習時間の減少もあり、医療現場の臨床看護を経験することが以前のようにできない現状がある。また現在の卒業後研修は、期間も短くローテーション研修では場が変わることによる学びがある一方で、環境に慣れることや人間関係をつくる難しさもあり、学びが継続しない、成長ぶりがわからない。そのためには、最低1年間の研修期間が必要であるという調査研究もある（グレッグら, 2011）。

② 教育の場は、大きな組織、チームで行う。

現在の多忙な臨床現場、看護基礎教育の限界という問題状況だからこそ、卒業直後に比較的大きな病院（卒後研修が可能な300～500床以上の病床をもつ病院）が、看護基礎教育機関と連携し、新卒看護師を採用し、卒業研究的な位置づけとなる研修を行う仕組みを作る必要がある。

現在の卒後研修制度は、全員に行われているわけではなく就職した病院の努力義務であり、またそれぞれの病院の事情により研修期間や、形態は異なる。何より何のための卒後研修かという目的が明確でない。その目的を「チーム的主体性を養う」と定めるのである。初年時の「看護プロフェッション論」で学んだキャリアの多様な広がりを自分のものにするためにも、卒後研修で現場の厳しさと楽しさを経験する必要がある。

### ③ 教育の場となる病院施設等の環境を整備する。

看護基礎教育機関と連携し、新卒看護師を採用し、卒業研究的な研修を行えるよう、病院施設等を整備する必要がある。該当する研修病院にインセンティブを与える。例えば大学院と同じ扱いとすることや、看護職人員の増員、診療報酬による加算などである。また指導者は「プリセプター養成プログラム」を受講し、キャリアステップとなるような資格を得ることができるようにする。資格のあるプリセプターは、広義の教員として待遇する。また1年間の研修を修了した新卒者には、何らかの資格、待遇を与えるなどである。

### ④ 臨床現場は本人の希望に沿った部署が選べ、あくまで看護スタッフの1人として教育を受ける。

現在の新卒看護師の卒後ローテーション研修に関して、「研修生の職業意識が薄い」というように、働く姿勢が問題として挙げられている（グレッグら, 2011）。また第一章で見たとおり、「看護学生でもなく自分の部署のスタッフでもなく、資格をもった看護師をどう教えるのか」という指導者側の戸惑いもある（薦田ら, 2006: 66-72）。

専門職としての意識を高めるには、全員の新卒看護師が卒後研修を受け、本人の希望する部署で一人前のスタッフとして働く必要がある。部署の希望は、初年次の「看護職プロフェッション論」の学習を通して見出した自分のキャリアイメージに対応するものとなる。

新卒看護師が受ける教育内容・方法は、資格をもった看護師として学生時代には経験できなかった厳しい臨床場面を先輩看護師との協力のなかで経験する。ただ看護技術の到達目標を定め、その到達度を評価するのではなく、急性期・慢性期・回復期・終末期といった症状別看護や人工呼吸器その他の医療機器を使用している患者や見当識障害のある老年患者の看護などを、チーム医療の中で経験し「チーム的主体性」を養うのである。

### ⑤ 臨床経験する場合は、自由に意見交換が行える環境であること。

第六章で見たとおり、「チーム的主体性」の形成を可能としたのは、医師との信頼関係のもとで自由に意見交換を行い、患者のQOLを高めるための自律的な看護が行えた「場」、「空間」、「時間」であった。新卒看護師は、臨床現場での先輩看護師と医師はじめチームとの関わりや看護実践から、看護のおもしろさや看護師としての実践に夢やプライドを感じ、専門職として自らの判断と責任に基づいて看護を実践できることを体験するのでは

ないか。これは、初年次の「看護プロフェッション論」をはじめとして看護基礎教育全体で学んできたことの実践的な展開であり、学んだことと実践の一致となる。

このような新卒看護師の大病院・組織での研修の制度化により、小規模の病院・施設は、さらに看護師確保が困難になるのではないかという危惧もある。しかし研修後には、新卒看護師はある程度の自信をもち、看護基礎教育と臨床とのギャップを乗り越え、バーンアウトとしないようなポジティブな看護職者に育っていくはずである。その結果、どの施設においても離職者が減り、また質の高い看護職者を確保できるようになる。

そして、卒業後大病院等で研修を経験した若い看護師は、小規模の施設での終末期看護や老年期患者の看護や在宅看護など、看護職としての様々なキャリアを選ぶことができる。さらに人生の様々な状況でキャリアを高め、時には温存しながらもキャリアコントロールを行い、看護職としての専門職性を発展させていくことができる。

以上のように、多様化する看護職世界に対応できる看護職者の養成、それを通しての看護職者の質的充足を実現するために、看護基礎教育の入口側として、キャリアコントロールのための「看護職プロフェッション論」の設置を提言する。さらに出口側として、「チーム的主体性」形成のために大病院、組織で臨床経験する「組織人としてのプロフェッション教育」を設定する。両者は一体として制度化すべきである。

### 第3節 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界と今後の課題について、3つの観点から述べる。

第一に第四章および第六章におけるインタビュー調査のサンプル数が少ないことである。特に第四章はライフヒストリーの調査であること、第六章は半世紀前の回顧的な研究であって関係者が限られていることから、サンプル数が少なくなった。ただし、限定されたサンプルから、できる限り対象者の思いをくみ取るよう努力した。その結果、看護職者としての専門職性の萌芽から専門職化への動的プロセスを一定程度明らかにすることができたように思われる。ただしこのプロセスの普遍化という観点からは課題が残っている。そのためには、より多くの看護職者に対する調査によって検証する必要がある。

第二の課題は、看護職者以外の専門職性との比較検討がなされていないことである。看護職者の実態に基づいた研究が少ないことが今回の研究の動機であるが、政策、制度などの社会的環境と専門職化のプロセスとの相互作用という観点から、他の職種と比較検討することによって、看護職者に固有の問題が明らかになるであろう。

第三の課題は、看護基礎教育の改革について、カリキュラム体系全体からみた検討が不十分である。これは、看護職者の実態調査から看護基礎教育の課題を抽出したことによるものである。ただし、看護基礎教育改革の中核となるべき、初年次のキャリア教育と卒業後

の組織人としてのプロフェッション教育を提言することができた。今後、看護基礎教育の全体的検討、カリキュラム体系、年次進行などについて、さらなる検討が必要である。

専門職の条件として必須となる「専門職性」は、科学技術や文化水準等、時代の移り変わりとともにそれ自身も変容する。社会に貢献する専門職としての看護職像、多様化する看護職世界に対応する看護職像を構築する上で、「専門性の変容」や支援体制としてのプリセプター養成について、今後も検討していきたい。

最後に、本論文の執筆に温かくご指導いただいた中筋直哉先生に深く感謝する。そして、調査研究に協力をいただいた、「創成期の国立がんセンター」に勤務された方々、ベテランナースの諸先輩看護職の皆さま、そして看護学校の同級生の皆さまに心より御礼申し上げます。

## 参考文献

- 朝倉京子, 2015, 「看護師の専門化はどう評価できるのか」『保健医療社会学会論集』25(2).
- 朝倉京子・籠玲子, 2013, 「中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相」『日本看護科学誌』33(4).
- 天野正子, 1972, 「看護婦の労働と意識—半専門職化に関する事例研究—」『日本社会学会社会学論集』2(3).
- , 1982, 『転換期の女性と職業—共生社会への展望』学文社.
- , 2001, 『団塊世代・新論—〈関係的自立〉をひらく』有信堂高文社.
- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』有斐閣.
- 石村善助, 1973, 『現代のプロフェッション』至誠堂.
- 石本茂, 1982, 「看護の適合性？」『かに』がん研究振興会, 第17号.
- , 1989, 『紅そめし草の色』北国新聞社.
- 石本茂・柿川房子, 1996, 「わが国の『がん看護』の創成期」『がん看護』1(1).
- 糸嶺一郎ほか, 「大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに関与する要因」『日本看護研究学会雑誌』29(4).
- 井上信宏, 2011, 「地域包括ケアシステムの機能と地域包括支援センターの役割」『地域福祉研究』第39号.
- , 2016, 「〈誰もが住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる社会〉を作るために——地域包括ケアシステム研究のまとめにかえて」『自治研』56(678).
- 井上久, 2004, 「フィリピンからの看護師・介護福祉士の受け入れ」『Business Labor Trend』労働政策研究・研修機構, 2004年12月号.
- 井部俊子, 2010, 「今後の看護教員のあり方に関する検討会報告」『日看管会誌』14(1).
- 井部俊子・中西睦子編, 2011, 『看護における人的資源活用論第2版』日本看護協会出版会.
- 井部俊子・奥裕美, 2013, 「これからの病院と看護教育のありかた」『病院』72(5).
- イリッチ・イヴァン, 1976 (=1979, 金子嗣郎訳) 『脱病院化社会』晶文社.
- 上野千鶴子, 2011, 『ケアの社会学』太田出版.
- 大釜信政, 2015, 「地域包括ケアシステムにおける高度専門看護師の活用に関する研究」法政大学大学院公共政策研究科2015年度博士論文.
- 小野田舞・内田宏美・津本優子, 2012, 「新卒看護師の職場適応とその影響因子に関する縦断的な研究」『日看管学会誌』16(1).
- 葛西敦子・大坪正一, 2005, 「看護職の専門職性を構成する概念」『弘前大学教育学部紀要』93.
- 柏木哲夫, 1997, 『ホスピスケアと緩和医療学〈背景と歴史〉緩和医療学』三輪書店.
- 勝原裕美子, 2007, 『看護師のキャリア論』ライフサポート社.
- 勝山貴美子, 2014, 「看護職のチーム医療における協働と自律性—歴史的背景と調査結果からの考察」『医学哲学・医学倫理学会誌』第32号.
- 叶谷由佳, 2015, 「主な看護提供方式の種類とその特徴」『看護管理』25(03).
- 紙屋克子, 2001, 『看護の心そして技術』KTC中央出版.

- 川崎千鶴子, 2004, 「看護師を自立させる施設ケア——若い介護職の“灯台”として」『コミュニティケア』6(3) .
- 川島みどり, 2007, 『看護を語ることの意味』看護の科学社.
- , 2011, 『チーム医療と看護—専門性と主体性への問い』看護の科学社.
- 川原由佳里, 2013, 『看護の知』看護の科学社.
- 看護問題研究会監, 2003, 『平成 15 年看護関係統計資料集』日本看護協会出版会.
- 看護問題研究会監, 2004, 『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.
- 北岡久三, 1976, 「横顔 参議院議員石本しげる」『かに』がん研究振興会, 第 12 号.
- 北角栄子, 2004, 「キャリア開発の仕組みづくりにむけた取り組み——日本看護協会基盤整備推進事業等の動向から」『看護』56(1) .
- 喜多里己・村上明美, 2005, 「赤十字施設における新人助産師のリアリティ・ショックの実態と助産教育背景および現任教育における指導体制との関連」『日本赤十字看護大学紀要』19.
- 吉川徹, 2001, 『学歴社会のローカルトラック』世界思想社.
- 木村禧代二, 1982, 「国立がんセンター創立当時の思い出の二、三について」『かに』がん研究振興会, 第 17 号.
- 熊谷雅美, 2014, 「新人看護職員研修の質向上に向けて—新人看護職員研修ガイドライン改訂から考える」『看護管理』24 (6) .
- グレッグ美鈴ほか, 2009, 「オーストラリアにおける新卒看護師の卒後研究」『看護展望』34 (1) .
- , 2011, 「新卒看護師の卒後ローテーション研修の現状と課題——研修責任者の視点から」『神戸市看護大学紀要』Vol. 15.
- 厚生省, 1969, 『昭和 41 年度厚生白書』
- 厚生省大臣官房統計調査部, 1963, 『昭和 38 年厚生統計年報』.
- 厚生労働省, 2002, 『看護学教育の在り方に関する検討会報告 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて』.
- , 2003, 『平成 14 年度版厚生労働白書』.
- , 2007, 『看護基礎教育の充実にに関する検討会報告』.
- , 2010a, 『第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書』.
- , 2010b, 『今後の看護教員のあり方に関する検討会報告』.
- , 2011a, 「平成 23 年雇用動向調査結果の概要」『労経ファイル』第 580 号.
- , 2011b, 『看護職員就業状況等実態調査』.
- , 2011c, 「チーム医療に関するこれまでの流れ」『病院』70 (12) .
- , 2012, 『医療施設調査』.
- , 2013, 『地域包括ケア研究会報告書』.
- , 2014, 「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ第 36 回議事録」『地域ケアリング』北隆館, 16 (1) .
- , 2015, 『厚生科学審議会 健康日本 21 (第二次) 推進専門委員会 報告書』.
- 厚生労働統計協会編, 2011, 「人口動態統計」『国民衛生の動向』58 (9) .

- 国立がんセンター, 1973, 『国立がんセンター十周年記念誌』.
- , 1983, 『国立がんセンター20周年記念誌』.
- , 1993, 『国立がんセンター30周年記念誌』.
- , 2003, 『国立がんセンター40周年記念誌』.
- 小島操子, 1997, 「日本がん看護学会 10年の歩みと今後の課題」『日本がん看護学会誌』11(1).
- 小林美亜, 2013, 「第七次看護職員需給見通し期間における看護職員需給数の推計手法と把握に関する研究」労働科学研究報告.
- 小林比佐子・小倉佳子, 2006, 「技術力向上と早期離職予防に向けた新たな卒後臨床研修の試み」『看護』58(3).
- 小松浩子, 「高度化する看護基礎教育に求められるもの」『病院』72(5).
- 薦田友美ほか, 2006, 「スーパー卒後臨床研修看護師制度の導入」『看護展望』31(7).
- 小谷野康子, 2000, 「看護専門職の自律性に関する概念の検討と研究の動向」『聖路加看護大学紀要』26.
- 小山真理子ほか, 2001, 「看護教師の資質の発展に関する研究(その2)」『日本看護学教育学会誌』10(4).
- 小山真理子, 2014, 『チーム医療の時代の看護基礎教育の内容と方法の充実に関する研究』(厚生労働省検討会報告書).
- 小山康夫, 1982, 「1962年春の出会い」『かに』がん研究振興財団, 第17号.
- 近藤ふさえほか, 2013, 「病院内における臨地実習指導者のキャリア発達支援プログラム構築のための基礎的資料」『順天堂保健看護研究』2(1).
- 榊秀子, 1998, 「新しい看護教育の始まり」日本看護協会編『検証—戦後看護の50年』メヂカルフレンド社.
- 佐々木郁美・西田朋子, 2014, 「『新人看護職員研修制度』開始後の研修の実態と実施上の課題」『看護管理』24(6).
- 佐藤紀子, 2007, 『看護師の臨床の知』医学書院.
- 茂野香お子ほか, 2012, 『系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護学[1]基礎看護学概論』医学書院.
- 志自岐康子, 1998, 「看護婦の専門職性の構成概念—看護婦への面接調査から」『東京保健科学学会誌』1(1).
- 実松恵子・入船紀子, 1972, 「頭頸部領域における術後の食餌摂取」『看護技術』18(11).
- シャイン. H. エドガー, 1978 (=1991 二村敏子・三善勝代訳) 『キャリア・ダイナミクス』白桃書房.
- すぎむらなおみ, 2014, 『養護教諭の社会学』名古屋大学出版会.
- 関口恵子, 2005, 「ベテランナース(定年退職者等看護職者)の人材活用—社会的活動・在宅支援活動の実態及び意識調査から」2004年度法政大学大学院修士論文(社会科学研究科政策科学専攻).
- , 2006, 「中高年看護職者の社会的活動・在宅支援活動の実態及び意識」『第36回日本看護学会集—地域看護』.
- , 2013, 「看護職不足の諸要因と新しい看護職のあり方」法政大学大学院紀要(70).
- , 2014, 「日本における『がん看護』の夜明け—創成期の国立がんセンターの看護師達の語りを中心に」法政大学大学院報告集(私家版).
- 惣万佳代子, 1999, 『笑顔の大家族 このゆびと一まれ』水書坊.

- 惣万佳代子, 2013 a, 「富山デイを地域の拠点に」『厚生福祉』第 5985 号 10.
- , 2013 b, 「地域包括ケアシステムと多様な住まい」『地域ケアリング』15 (10).
- 惣万佳代子・西村和美, 2003, 「富山型大家族の日常」『訪問看護と介護』8 (11).
- 田尾雅人・久保真人, 1996, 『バーンアウトの理論と実際』誠信書房.
- 高城和義, 2002, 『パーソンズ医療社会学の構想』岩波書店.
- 鷹野和美, 2002, 『チーム医療論』医歯薬出版.
- 高野政子, 2011, 「米国のナースプラクティショナーの活動と課題」『大分県立看護科学研究』9.
- 滝下幸栄・岩脇陽子・松岡知子, 2011, 「専門職としての看護の現状と課題」『京府医大誌』20(6).
- 武田文和, 1996, 「緩和ケアとは何か—歴史、現在、これから」『臨牀看護』22 (13).
- 竹原歩, 2011, 「循環器専門施設で行われているメンタルヘルス支援」『HERT nursing』24 (4).
- 田嶋真智子・滝内隆子, 2012, 「新卒看護師の離職要因と離職時期及び新卒看護師・看護学生の職業志望動機——1990～2010年の文献を通して」『岐阜看護研究会誌』No4.
- 田中マキ子, 2007, 「看護職の今日的課題に対する専門職論からの再考」『山口県立大学大学院紀要』8.
- 田中幸子, 2008, 「占領後の看護労働」日本看護歴史学会編『日本の看護 120 年』日本看護協会出版会.
- 谷口初美ほか, 2014, 「大卒新人看護師のリアリティ・ショック——スムーズな移行を促す新たな看護教育の示唆」『日本看護研究学会雑誌』37(2).
- 田村正枝ほか, 2007, 「看護職者の仕事への認識および満足度に影響を与える要因に関する検討」『長野県看護大学紀要』9.
- 田村やよい編, 2008, 『私たちの拠りどころ保健師助産師看護師法』日本看護協会出版会.
- , 2011, 『社会の中の看護』日本看護協会出版会.
- 塚本尚子・野村明美, 2007, 「組織風土が看護師のストレス、バーンアウト、離職に与える影響の分析」『日本看護研究学会雑誌』30 (2).
- 筒井真優美編, 2008, 『看護理論』南江堂: 17.
- 富山県民間ディサービス連絡協議会編, 2003『富山からはじまった共生ケア』全国コミュニティライフサポートセンター (CLC).
- 永井良三・田村やよい監, 2013, 『看護学大辞典第 6 版』メヂカルフレンド社.
- 中野晴美, 2004, 「痴呆のケアに看護的発想は不可欠——介護職の支えとなり、ともにケアを」『コミュニティケア』6(3).
- 名越清家, 1990, 「教職の専門職性」『新教育学大辞典第 2 巻』第一法規.
- 似田貝香門, 1999, 「専門職ボランティアの可能性」『看護教育』40 (4).
- 日本医師会, 2005, 「日医NEWS」1042 号 (2月5日号).
- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会, 2011, 『高度実践看護師制度の確立に向けて——グローバルスタンダードからの提言 (平成 23 年 9 月 29 日)』.
- 日本看護協会, 2002a, 『平成 13 年度看護職の求人・就職のためのアンケート調査』日本看護協会出版会.
- 日本看護協会, 2002b, 『平成 13 年度版潜在看護職員の就業に関する報告書』日本看護協会出版会.
- , 2004 a, 『平成 16 年度看護白書』日本看護協会出版会.
- , 2004 b, 『病院における看護職員需給状況調査』.

- 日本看護協会, 2004 c, 『2004 年新卒看護職員の早期離職等実態報告書』日本看護協会出版会.
- , 2004 d, 「キャリアの活用を探る施設研修」『看護』56(6) .
- , 2007 a, 『平成 18 年度看護白書』日本看護協会出版会.
- , 2007 b, 『看護にかかわる主要な用語の解説』日本看護協会出版会.
- , 2007 c, 『看護業務基準集 2007 年改訂版』日本看護協会出版会.
- , 2008, 『潜在看護職員の就業に対する報告書』日本看護協会出版会.
- , 2011, 「News Release」(7 月 26 日) .
- , 2012 a, 「協会ニュース」(8 月号) .
- , 2012 b, 『都道府県ナースセンターによる看護職の再就業実態調査』日本看護協会出版会.
- , 2014 a, 「2013 年看護職員実態調査」『日本看護協会調査研究報告』No88.
- , 2014 b, 『2014 年認定看護管理者の活動実態に関する調査』.
- 日本看護協会出版会編, 1963, 『昭和 38 年看護関係統計資料集』日本看護協会出版会.
- , 2009, 『平成 21 年看護関係統計資料集』日本看護協会出版会.
- , 2013, 『平成 25 年看護関係統計資料集』日本看護協会出版会.
- 日本看護歴史学会編, 2008, 『日本の看護 120 年』日本看護協会出版会.
- ネルソン, シオバン・ゴードン, スザンヌ, 2006 (=2007 井部俊子・阿部里美訳) 『ケアの複雑性』エルゼア・ジャパン社.
- 野本百合子, 2008, 「看護の専門職性に関する研究の動向と課題」『愛媛県立医療技術大学紀要』5(1) .
- 橋岡剛子, 1998, 「戦後の労働運動が示したもの」日本歴史学会編『検証—戦後看護の 50 年』メヂカルフレンド社.
- 橋本鉦一, 2009, 『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部.
- 濱嶋朗・竹内郁郎・石川晃弘編, 1997, 『社会学小辞典[新版]』有斐閣.
- 原田光子ほか, 2003, 「訪問看護活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携」『日本看護地域学会誌』5(2) .
- 平賀愛美、布施淳子, 2007, 「就職後 3 ヶ月時の新卒看護師のリアリティ・ショックの構成因子とその関連要因の検討」『日本看護研究学会雑誌』30(1) .
- 藤垣裕子, 2003, 『専門知と公共性』東京大学出版会.
- プラマー・ケン, 1983 (=1991 原田勝弘・河合隆男・下田平裕身監訳) 『生活記録の社会学』光生館.
- フリードソン・エリオット, 1970 (=1992, 進藤雄三・宝月誠訳) 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.
- ベナー・パトリシア, 1984 (=1992 井部俊子・井村真澄・上泉和子訳) 『ベナー看護論：達人ナースの卓越性とパワー』医学書院.
- 保健師助産師看護師法 60 年史編集委員会編, 2011, 『保健師助産師看護師法 60 年史—看護行政のあゆみと看護の発展』日本看護協会出版会.
- 細田満和子, 2012, 『チーム医療とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会.
- ポランニー・マイケル, 1966 (=2003 高橋勇夫訳) 『暗黙知の次元』筑摩書房(ちくま学芸文庫) .
- 本田芳香, 2007, 「臨床面接教育におけるロールプレイングと模擬患者を活用したシミュレーションプログラムの検討」『埼玉県立大学紀要』9.

- 水野肇, 1962, 「国立がんセンターの問題—問題点の周辺ルポルタージュ」『自由』4(8)通巻33.
- 三井さよ, 1999, 「看護職の専門職化と对患者関係」『保健医療社会学会論集』第10号.
- , 2004, 『ケアの社会学』勁草書房.
- 宮崎和加子・竹森志穂, 2004, 「在宅ケアの探求者たち19」『コミュニティケア』6(1).
- 村上友一, 2002, 「准看護婦問題の現在」『現代文明学研究』第5号.
- 村松静子, 1998, 『在宅看護への道—起業家ナースの挑戦』医学書院.
- , 2007, 「初の「開業ナース」として会社を設立」『訪問看護と介護』12(1).
- , 2008, 『看護の実力』照林社.
- , 2011, 『心と絆といのち』看護の科学社.
- , 2013, 「批評空間—日本の臨床看護の明日に向けて」『日赤看会誌』13(1).
- メイヤロフ・ミルトン 1971 (=1987 向野宣之訳) 『ケアの本質』ゆるみ出版.
- 森仁美, 1999, 「在宅介護支援センターにおける看護職が果たした役割について」『日本看護地域学会誌』1(1).
- 森田文, 2009, 「新卒看護職員の早期離職防止の取り組み」『医療』12(63).
- 森山弘子, 2009, 「診療報酬の中の看護」日本看護協会編『保健師助産師看護師法60年史』日本看護協会出版会.
- 屋宜譜美子, 2007, 「看護教員という存在—日本の看護教員養成制度の変遷から」『看護教育』48(11).
- 柳田邦男, 1979, 『ガン回廊の朝』講談社.
- 矢野正子, 2009, 「看護職の確保対策」日本看護協会編『保健師助産師看護師法60年史』日本看護協会出版会.
- 山崎恵子ほか, 2012, 「中高年看護師の職業継続のプロセスとその思い」『日看管会誌』16(1).
- 山崎美恵子, 1998, 「大学における看護教育の始まり」日本看護歴史学会編『検証—戦後看護の50年』メヂカルフレンド社.
- 吉田秀夫ほか, 1970, 『東京都の看護婦不足対策に関する助言』東京都看護対策協議会.
- 吉本圭一・立石和子, 2008, 「大卒看護職の初期キャリアとコンピテンシー形成」『広島大学高等教育研究開発センター大学論集』第39集.
- 労務行政研究所編, 2014, 「新規学卒就職者の離職状況—2013時点」『労政時報』第3871号.
- 和住淑子ほか, 2012, 「保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められた教育内容の変遷」『日本看護学教育学会誌』22(1).
- 渡辺孝子, 1998, 「がん患者の看護に求められるもの」『臨牀看護』24(11).
- 渡辺孝子・武田文和, 1998, 「インフォームド・コンセントの推進における看護婦の役割—病名告知と地域差と看護婦による患者サポートとの関連性」『癌患者と対症療法』9(1).