

ケアにおけるケガレと女性性

—看護の起源と発展という視点から—

The Impurity And The Femininity in The Care : Considering from The Origin And The Development of Nursing

坂 田 真 穂

Maho SAKATA

(和歌山大学教育学部非常勤講師)

2013年10月4日受理

Abstract

The ancient times, the illness and the death were recognized as impurity, and the nursing was the job which dealt with the impurity. In the Middle Ages, the nursing was spread by the religion, then, it developed by the science in the modern times. The essence of the nursing include handling the reality that people want to avoid facing. In spite of the job difficulty, the more woman select the occupation to take care of others than men, even in the present age when the education level and the social advance almost equaled between men and women. It is not true that the women have to care a patient because they are socially valueless or servers for their religion like ancient times. Probably this is because the femininity and the sympathism in women have a deep connection with an act to take care of others. However, computerization and formalization in the modern medical care did not bring a sense of fulfillment to care a patient. Now it is important for nurses to praise their nursing and to listen their troubles each other for preventing their burnout.

1. はじめに

医療におけるコンピュータ化の導入とともに、看護師は電子カルテによって患者情報を管理する時代になった。また、点滴は、医療事故防止の観点から、患者の腕に巻いたバーコードと薬剤についたバーコードを機械によって照合させて投与する仕組みが導入されつつある。

かつて、「医師は患者を、顔や名前ではなく、疾患で記憶している」と看護師が医師を揶揄するのを耳にしたことがあるが、患者のコンピュータ管理とともに、看護師にとっても患者の人間味が掴みづらい時代がやってきているといえる。それに伴ってか、近年は、モニターペイシエントと呼ばれる、クレーム過剰な患者が医療者の間でも問題視されるなど、患者と医療者の関係も少しずつ変化し始めているようである。

筆者は、高度救命救急センターを備えた800~900床規模の病院複数箇所において、臨床心理士として、院内における相談室で医療従事者のメンタルケアを担当している。対象は、医師、技師、医療事務職など多岐に渡るが、中でも、看護師の来談が最も多い。これには、看護職が、病院で働く職種の中でも最多数を占めていることもその要因の一つだろうが、おそらく原因はそれだけでは無い。看護師のストレスや働きづらさ

は、看護師が最も近くで患者に接する職業であること、交代制勤務など労働環境が苛酷であること、人の生死を預かる荷の重さ、チーム医療による人間関係の煮詰まりなどその職務的特性に拠るところが大きい。また、近年の看護の在り方における急激な変容も、ストレスを生む一因となっていることが予想される。すなわち、急激なコンピュータ化やマニュアル化によって、本来看護が担っていた職務そのものが変化し、それによって、患者をケアすることから得られる充足感等も変わりつつあるのではないかとと思われるのである。

Robinson(1946)が女性の本能的に看護婦¹⁾だと述べていることや、中井(2001)の「突然に高い熱をだした子どもの枕辺で徹夜する母や姉の生(いのち)の営みから看護が始まる」²⁾という言葉からも、看護、つまりケアという行為は女性の本質的なものと深いかわりがあることがうかがえる。熱を出した子どもの額を氷のうで冷やし、汗に湿った寝巻きを取替え、口当たりの良い粥を食べさせるという行為は、家庭において母親たちが自然に行ってきた行為であり、家庭看護は私たちの最も身近にあるケアだといえる。「看護覚え書」³⁾は、現代でも看護学生がその教育の始まりに必ず学ぶ看護テキストであるが、その冒頭には、この本が看護師ではなく一般人に向けて書かれたものである旨が明

記されており、「女性は誰もが看護婦なのである」という言葉とともに、ケアが本来は、私たちの本能的行為であり、自然の営みの一部であることを再認識させる。この本能的ともいえるケア行為が、現代においては、その本来のありようから大きく変容し始めているのではないかと考えるのである。そこで、本稿では、看護の成り立ちに立ち戻ることにより、職業としてのケアの本質を探り、その上で、現代のケアが進む方向性が、その本質との間にどのようなずれをもたらしているのか、また、それにどのような方法で対処し得るのかを検討したい。

2. 看護の起源と発展

2-1. 古代文明における看護と“ケガレ”

古代バビロニアやユダヤでは、病は、神の“呪い”や“ケガレ”が原因であると考えられていた。そのため、病を患った患者は、神の怒りに触れた者、“ケガレ”た存在として、社会の最底辺に追いやられ、社会から差別されていたという。神の“呪い”を受けた患者への治療行為は、すべて神官の手で行われていたが、一方、その看護に関しては、奴隷の手にゆだねられた。

また、古代インドの法律である「マヌ法典」では、女性は不潔な存在であり、病人は不浄なものであって、疾病はバラモンの神々にそむいた罰だと考えられていたという⁴⁾。そのため、そのような病人を看護することは不浄なものに触れるという考えから忌み嫌われ、同じく不潔な存在だと考えられていた女性が病人の看護を担っていた。

同様に、古代エジプトや古代ローマにおいても、患者は“ケガレ”であり、その看護は奴隷が行っていた⁴⁾。これらの記録から、おそらく、病者が不浄の身であること、そして、その世話をすることは“ケガレ”に触れる行為として、世界で広く捉えられていたと考えられる。

日本でも、平安時代後半には病や死、お産は“ケガレ”として民衆の間に定着していた⁵⁾。通常の住居から隔離して喪屋・産屋をつくる習慣があったことから、このことは推測できる。

また、『古事記』では、イザナギが黄泉の国で腐乱してウジが湧いたイザナミを見たことに“ケガレ”たという表現が用いられていること、また、スサノオがアマテラスの屋敷に天斑駒を乱入させた故事に於いて従女の死を“ケガレ”と記されていることから、古く『古事記』の時代から死を“ケガレ”として捉える習慣があったことが見て取れる。

北山(1993)⁶⁾は、日本の神話や昔話において、女性が自分の姿を「見る」ことを禁じる物語が多いことを指摘し、それらの物語において、見ることが禁じられていたものは、「死、傷口、汚れ、ケガレ」といった動物的側面だと述べている。確かに『古事記』においてイ

ザナミが見ることを禁じたのもまた、死して醜く朽ちた身体であった。同神話について、河合(2006)⁷⁾は、イザナギが知ることになった最も大切なことは「死の現実」だと述べている。神話や昔話においても、一般に、病や死は“ケガレ”として捉えられており、おそらく日本においても、病や死を見る看護という仕事は、病や死という人々が忌み嫌う現実に向き合う職業であったと思われる。

2-2. 中世における看護と宗教

中世に入り、ヨーロッパでは、キリスト教(カトリック)看護が発展した。313年コンスタンチヌス皇帝が、奴隷や下層民のローマ帝国による反抗対策に、「お互いに神の子であり兄弟である」というキリスト教を公認したことから、敵味方・階級の別を超えて愛によって人々を結びつけようと謳うキリスト教看護が発展したのである。病める者に対して富者は自分の邸宅を開放し、奴隷は自分のもっている看護技術で奉仕するなど、病人の看護という具体的な形で人々は慈善行為を行った⁸⁾。

また、中期(中世)になると、十字軍の遠征によって、戦争は多くの負傷者を出し、皮肉にも、医療と看護を発展させた。同時に、ハンセン病やペストなどの伝染病が流行したため、負傷者や病人の看護という具体的な慈善行為として、多くの収容施設が作られ、宣教を目的として設けられた多くの救療施設では、看護は修道者や尼僧によって奉仕された。信者の女性が宗教的看護師として活動することもあったが、看護はすべて、宗教上の修業として厳格な戒律のもとに行われていたという。また、イスラム諸国においても、同様に、『コーラン』に基づく宗教的看護が施行されていた⁸⁾。

一方、東アジアにおける救護施設の起源は、流行病のための臨時施設であった。中国で、唐の時代、病坊とよばれる寺院付属の仏教の救護慈善施設が設けられたことによって、僧尼によって看護が行われ、仏教看護が栄えた。また、朝鮮半島では、大陸文化の影響を受け、宋元の医事制度にならって仏教的救護施設がおかれた。高麗による統一の時代には、仏教的動機による官立の施設を初め、臨時の救済機関が設置された。李朝では、人民は4階級に区別されたが、医師は第二の階級から選ばれ、医女(看護や助産をする下級医師)は最下級の奴婢の娘から選ばれたという⁴⁾。

わが国においても、奈良時代に、国家の振興のために仏教が利用されるようになると、一般庶民にも仏教を広めようと救療事業がさかに行われ、僧でありながら医を職とする僧医、病人の看護を主とする看病僧(験者)も出現した。鎌倉時代になると、医療は、ほとんど仏教関係の人々に支配され、医学も大部分は僧侶によって掌握された。仏教看護の黄金時代ともいわれるほど、多くの救療施設や看護事業が僧侶の手によっ

て行われたのである。そして、平安時代には、新しい日本仏教の台頭とともに、医師よりも、祈祷や呪いによる治療がさかんになったが、安土・桃山時代を経て、江戸幕府が開かれるとともに、仏教を保護していた貴族が没落すると、僧侶たちの生活手段が葬式や法要・祈祷にとってかわり、医療と仏教とが分離していった⁵⁾。

2-3. 近世における看護と科学

ヨーロッパでは、ルネサンス科学の進歩とともに、医学への科学的影響も大きかった。解剖学者Andreas Vesalius (1514~1564)によって、1543年に「人体の構造に関する7巻の書」(通称“Fabrica”)が公刊されると、科学としての解剖学が確立されるとともに、医学は科学としての第一歩を歩み始めた。臨床医学も、外科医Ambroise Pare (1510あるいは1517~1590)の出現で外科治療が進歩したし、薬剤治療では、Paracelsus (1493~1541)による医学改革が行われた。また、1590年にHans en Zacharias Jansenによって能率の良い顕微鏡が作られると、Antoni van Leeuwenhoek (1632~1723)によって原虫が、Jan Swammerdam (1635~1703)によって血球が、Robert Hooke (1635~1703)によって細胞が、そして、William Harvey (1578~1657)によって血液循環が発見され、医学は科学的に大きな進歩を遂げた⁶⁾。

一方、看護は、マルチン＝ルターによるカトリック教会の改革が行われたことで教会の経済力が低下し、教会によって維持されてきた病院は荒廃し、看護も「暗黒時代」を迎えた。宗教的束縛を離れたことで、科学的・物質的医療が行われるようになったが、一方で精神的看護はおろそかにされるようになった⁷⁾。

その中で、St. Vincent de paul (1581~1660)とその仲間が、裕福な商人や貴婦人たちに、看護は愛の身体的表現であると説いて、1617年にバリエに慈善協会を設立した。しかし、都市の上流婦人たちは、このような慈善事業には限られた時間しか割くことができなかつたため、彼らは、より計画的・組織的に活動を進めるために、慈善淑女団という田舎育ちの若い女子にも、病人の看護をさせた。彼らは、看護師には医師の指示を守らせるよう徹底し、看護に際して、いささかも宗教的な色彩をもたせず、医学的知識の向上に努めたのである⁸⁾。

一方、日本では、1549年フランシスコ＝ザビエルがキリスト教を伝えたのと同時に、キリスト教看護が入り、西洋医学が入ってきた。看護においても、この時期には、キリスト教精神に立脚した、従来の仏教の立場とは異なった看護が始まった。

近世初期においては、宣教師や信徒らによる看護が行われており、1556年から1557年にかけて豊後府内にキリシタン施設としての病院が建てられた。また、キリシタンの医療におけるもうひとつの活動として、ハ

ンセン病患者の救済が行われた¹⁰⁾。この、キリスト教看護は、救療精神と看護精神の面でも優れており、日本の医療精神の根本的变化に繋がるかと期待されたが、禁教と弾圧によって、(外科手術を除いて)西洋医学は断絶する形になったという。しかし、一方で、幕府の文教政策によって、寺子屋による庶民教育が普及し、これまで僧侶・貴族・武士に占有されていた学問が一般庶民の間でも広まっていった。そして、1774年、杉田玄白や前野良沢による「解体新書」が公刊されると、近代日本医学の基礎はほとんど完成の域に達した⁹⁾。

室町時代までの看護が、病人の救療のみであったのに対し、江戸時代には養老・育児・分娩に注意を向け、宗教ではなく道徳的意義に基づいたものとなったことは、日本の看護史上、大きな展開だといえる。分娩介助に関する記述は、『古事記』の中にも登場するが、これらは職業ではなく、出産経験のある親戚などが行うものであった。近世には職業としての産婆が出現したが、江戸時代の産婆は、未亡人や身寄りのない老婆が、生活のために行うものに留まり、また、取上翁といわれる、男性で助産を職業とする者の多くもまた、視覚障害のある按摩師が副業程度に行うものであったといわれている¹⁰⁾。

また、1722年江戸の小石川養生所で収容患者の世話を当たった者が、記録に残る日本最初の職業的看護婦だといわれているが、彼女らも看護について専門的教育を受けたわけではなく、知識や経験の水準は高いとはいえなかった。その後、1868年、戊辰戦争での傷病兵の収容施設として、横浜に横浜軍陣病院が発足し、ここでも女性看護者が雇われたという記録がある。この、横浜軍陣病院の一部は、後に東京に移され、のちの東京大学医学部付属病院の前身となった。そして、この病院にて1869年に一般患者の受け入れが開始され、看護者は、薬の受け渡しや身の回りの世話、病室の掃除などを行うことになった。しかし、明治10年を過ぎても、本格的な看護婦の養成は行われず、白衣を纏うこともなければ、このころの看護人はまだ一般に素養もなく、単に熟練だけに頼っていた¹¹⁾。

2-4. 近代における看護とナイチンゲール

19世紀、医学は科学を取り入れて高度に分化し、看護教育は、これらの急速に発展した医学を背景に組織化されていった。

ヨーロッパでは、クリミア戦争で活躍したナイチンゲールによって“ナイチンゲール方式”と呼ばれる近代看護が確立された。“ナイチンゲール方式”の基本的な概念は、①看護史はどこまでも看護師であって医師ではない、②看護師のことはすべて自分たちの手で行う、③教育・監督・指導そして生活の保証も、男性や医師の手を借りずに看護師が自ら進んで為すべきである、というものである¹²⁾。ナイチンゲールは、正しい看

護のあり方を示し、看護教育の体系を確立した。そして、公衆衛生看護や衛生統計、患者中心の看護に寄与し、看護の基本を示すとともに、女性の地位を高めた。

さらに、ナイチンゲールが行った重要な仕事として、1860年ロンドンのセントトーマス病院内に、ナイチンゲール看護学校を創始し、近代看護の基礎を築いたことがあげられる¹³⁾。これまでの看護は、信仰に支えられる必要があると考えられてきたが、この、ナイチンゲール看護学校によって、看護は、教育・訓練によってなされる仕事であることが明らかになったのである。

日本の近代看護は、その発足当時からナイチンゲール看護に対する関心が高く、“ナイチンゲール方式”を導入していった。しかし、ナイチンゲール看護を伝達する外国人看護師の在日期間が充分でなかったこと、また、社会における女性の職業教育に対する認識が低かったことなどから、“ナイチンゲール”方式の真髄を真に理解されることはなく、為政者や教育者の都合と観点から、“看護師は悪条件と低賃金のもとでも黙々と働き、自己主張しないもの”という独特の解釈が展開されていった¹⁰⁾。

そして、1888年、日本でも本格的な看護教育を受けた看護婦が誕生した。この初期の看護婦は、一般に中流ないし上流の知識階級の出身者が多く、社会的関心の高い優秀な女性が多かった。この、当時の看護教育が、今日のわが国の看護の原点的存在となっている。しかし、時の政府は、看護師の育成に無関心であり、病院も医師中心であったため、看護の重要性・独立性はほとんど認められていなかった。そのような中で、看護は、個人看護から開業医看護、さらに病院看護へと推移していったのである¹⁴⁾。

明治20年ごろから、近代看護教育が開始され、専門教育を受けた看護婦が活躍するようになったが、国家レベルでの職能の規定が無かった上、登録機構は整備されてなかったため、資格や業務は一定せず、その身分はまだ不安定であった。しかし、このような状況の中で、医学校に併設された看護婦養成所や聖路加国際病院のように高レベルの看護婦教育を目指す試みも始まった¹⁵⁾。

1915年には、全国的な規制として「看護婦規則」が定められ、看護婦は、18歳以上で、地方長官の実施する看護婦試験に合格した者、あるいは、地方長官の指定する学校または講習所を卒業し、地方長官の免許を受けた者に限られることになった。こうして、日本で初めて、看護婦に対する正当な評価や免許が与えられることになったのである¹⁶⁾。

しかし、明治から第二次世界大戦後まで、看護婦の出身はほとんどが農村であり、学生は全寮制の下で、早朝から深夜までほとんど自由時間もない、厳しい生活を余儀なくされていた。そこでは、上下関係を中心とした、厳しいしつけと訓練が行われ、忍耐と奉仕に

徹することが当然とされた。

2-5. 第二次世界大戦後の看護

1945年に第二次世界大戦でわが国が敗戦すると、連合軍からの改革で、1948年には看護に関する新しい法規である「保健婦助産婦看護婦法」が制定された¹⁷⁾。これによって、看護婦は初めて国家資格が得られるようになった。日本の看護における真の近代化はここから始まったといえるだろう。また、連合軍看護課の初代課長であるオルト大尉によって、厚生省医務局看護課が設置され、日本看護協会が誕生することになった¹⁸⁾。

そして、真の専門教育が行われるため、1952年にわが国最初の4年制看護関係学科が高知女子大学家政学部衛生看護学科として設置された。これを皮切りに、次々と4年制大学での教育が始まった。このことにより、多くの指導者や教育者も生まれ、1965年には、湯楨ますが国立大学最初の看護婦出身の教授に就任した。1993年には、わが国で初めて、看護学博士も誕生している。その後、看護領域における、博士号・修士号をもつ研究者も輩出され続けることとなった¹⁹⁾。

日本では、これまで2交代制をとる病院が多く、看護婦の業務は医師の介助が主であったため、患者の付き添いは個人付添によるものが多かった。そこで、合理化を図るため、厚生省保健局は1950年に完全看護という方式を打ち出し、1958年には、完全看護は基準看護に改められたのである。また、労働時間を3交代制を原則とすることや、看護記録をつけることなどが示され、それに対し、社会保険診療報酬に点数化を認め²⁰⁾。そして、これまで、その名称を男女別に、看護婦(士)と呼んできたものが、2001年には、男女の別がなくなり、すべて、現在の名称である看護師と呼ぶように変更された。

3. 女性性とケアの喜び

3-1. 女性性とケア

かつて、看護師ではなく看護婦という名称をもっていったほど、看護という職業は女性の手によってなされることが多かったが、近年は、不況や、性役割観の変化、ケア産業への社会的ニーズの高まりも影響して、男性看護師は年々増加傾向にある。けれども、厚生労働省の調査によると、平成22年度では全看護師における男性看護師の割合は未だわずか5.6%に過ぎず、その多くは精神科勤務に偏っているという現状がある²¹⁾。他産業における男性就業者比率と比較しても、依然、看護という仕事は主に女性によって担われているといっても過言ではないだろう。また、同じく他者へのケアを仕事とする介護職に関しても、平成16年における介護職に占める男性の割合は22.2%と、やはり圧倒的に女性が従事しているといえる²²⁾。なぜ、女性が看護や介護といったケアを仕事にすることが多いのだろうか。

たしかに、病や死を伴う病者と同じく、出産や経血によって“ケガレ”と繋がっているとされた女性たちは、社会において差別され、底辺に追いやられた者として共通の歴史をもつ。そのことによって、女性が“ケガレ”である病の看病を担わされてきたという主張もある²³⁾。

しかしながら、平成22年度の学校種類別の進学率を見ると、高等学校への進学率は、女子96.5%、男子96.1%と、若干ではあるが女子の方が高くなっている。また、大学(学部)への進学率をみると、男子56.4%、女子45.2%と男子の方が10ポイント以上高いが、女子が全体の10.8%において短期大学へ進学していることと合わせ考えると、女子の大学等進学率は56.0%となり、現代における男女の進学率はほぼ等しいといえる²⁴⁾。

また、雇用者総数に占める女性の割合は、平成23年度では42.7%と男性のそれと10ポイント程度の差があるものの、25歳～29歳の未婚女性においては91.9%が就業しており、それ以降も50歳までの未婚女性において就業率が80%を下回ることはない²⁵⁾。

このような現代社会の状況において、女性が看護や介護といったケアを職業にすることを、女性の社会的地位の低さを理由に説明するには、もはや無理があるといえる。むしろ、女性が他者をケアする職業を主体的に選択していると考えの方が妥当であろう。そして、女性がケアを職業として選ぶ背景に、ケアと女性性の関係の深さを垣間見るのである。

女性は、一般的に、男性よりも言語能力や社会性、感受性といった要素に恵まれており、共感性に優れているといわれている。また、Balon²⁶⁾は、胎児期において、女性に少ないといわれるテストステロンの量が低いほど、コミュニケーション量が多いという報告をしている。このような、脳やホルモン濃度に関する生物学的差異に加え、教育や社会的・文化的要因による性別意識によっても、他者に対する感受性や、他者の苦しみや喜びへの共感性は影響されているだろう。怪我や病による他者の苦痛、あるいは安楽になった喜びに、強い共感を覚える私たちの内なる女性性が他者のケアに私たちを向かわせるのである。

3-2. ケアの喜びと対称性

「アーユル・ヴェーダ」の3大医書の一つである「スシュルタ・サンヒター」では、治療が奏功する4大要因の一つに看護者の資質を挙げ、看護の重要性について述べている。そして、適格な看護者の条件のひとつに、親切さという看護者の人間的資質を挙げている²⁷⁾。また、「摩訶僧祇律」という仏教経典では、よい看病を行うための条件の一つとして、損得の心がなく一心に看病するという看護師の態度が記されている²⁸⁾。

科学の知によって医療や看護が行われるようになる以前、良い看護とは、病によって社会の底辺に追いや

られた人々を、親切に、損得の心がなく看病をすることであった。すなわち、技術や専門知識よりも、献身的であるということが、看護にとって最も重要であったのである。

中世において、他者を献身的にケアするということは、その宗教活動における神への奉仕という要素を帯び、他者を助けることによって自らの罪を祓い、救われることになっていった。つまり、その献身的ケアは、病者のためだけに行われるのではなく、ケアする者自身のためにも行われていたのである。このことは、Holmes(1993)²⁹⁾が関係の相互性について、看護師と患者のように、立場や役割が異なっても、その間には対象性が存在すると述べていることを想起させる。看護によって宗教的奉仕を意識することがほとんどなくなった現代においても、他者への献身的看護は、患者だけでなく、看護者自身にも救いをもたらしているとはいえないだろうか。

Benner & Wrubel(1989)³⁰⁾は、看護師に「なぜあなたはこの仕事を続けられるのですか」と尋ねた時に、「もし、私が癌にかかったら、誰かにそばにいてほしいと思うでしょう」と返答したというエピソードを紹介している。このことは、この看護師が、患者と自分との間で、苦しむことも病気になることもある人間の共通性を、自分にもかかわりのあることとして感じ取っていることを示唆している。この、他者への同一化や共感こそが彼女の献身性を支えているのであり、寒さに震える患者を見れば毛布を掛け、身体の痛みを訴える声を聞けば患部をさすり、処置への不安に身を硬くする患者が居たらならその手を取る、という行為を起こさせていると思われる。相手の苦痛の中に自分の苦痛を見出し、相手の安楽の中に自分の安楽を見出すことによって、献身的ケアは、それを行う側にも充足感や喜びをもたらすと考えられる。このことは、取りも直さず、ケアが相互作用的行為であり、ケアする側とされる側に対称性が存在する、互酬的行為であることを示唆している。

4. おわりに

現代において、患者はコンピュータによって管理され、点滴はバーコードによって確認され、看護師と患者のかかわりもまた、マニュアルの下でコントロールされている。処置などにおいて、ミスを防ぎ、治療効果を最大限に上げるために、確かにコンピュータ化やマニュアルは重要である。しかし、コンピュータによる患者管理や、マニュアルに従って行われるコミュニケーションは(それは本来コミュニケーションとは呼ばないのだが)、人と人がかかわる喜びを生まない。他者をケアすることによる心理的充足感は、生の自分として関わるときにのみ得られるものなのである。

マニュアル化が進むケアの世界において、ケアを行

う者が献身的ケアの喜びややりがいを感じるためには、マニュアルで行うべき行為と、そうでない、生の自分で行う行為を分ける必要があり、今や、生の自分で行う患者とのかかわりは、意識的に勝ち取りにいかなければ得られない時代なのかもしれない。ケアが、生の人間と人間の営みでなくなりつつある現代において、患者もまた、看護者との信頼関係を築くことが出来ず、その結果、モンスターペイシエントと恐れられる存在になることもある。

患者との関係において、自身の献身的ケアにより、患者やその家族からねぎらいの言葉を掛けられることは、ケアによる心身の疲労を一時でも忘れさせるものである。しかし、患者との関係が希薄になるにしたがって、患者の回復や安楽の中に、自らの仕事に対する充足感や喜びを感じづらくなった現代医療において、献身的ケアそれ自体によってのみでは、看護者がその喜びを実感することが難しい時代がやってくる。

このような時代変遷の中で、献身的ケアを行う者が心理的疲弊を重ねて潰れてしまわないためには、その献身性やケア成果を、チーム内において互いに評価しあい、ケアによって揺すぶられるさまざまな思いを抱えあうような取り組みが、看護者の燃えつきを防ぐのではないと思われる。それは、心理療法家が、同じく心理療法家によるスーパーヴィジョンを受けることによって、仕事によって生じる迷いを抱えられ、ケアの喜びを見出すあり方を、看護など、他のケアの場にも活かすという視点である。あるいは、筆者が現在医療現場で行っている実践のように、心理療法家が、看護師を初めとする医療者の思いを抱える役割を担うことにより、患者からの感謝や賞賛といった直接的な形ではないが、ケアの喜びや充足感を、看護者自身が感じられるシステムを作っていければよいと考えている。

注

- 1) Victor Robinson(1946) *White caps : the story of nursing*, Lippincott
- 2) 中井久夫・山口直彦(2001)『看護のための精神医学』医学書院、6頁
- 3) Nightingale F. (1860) *Notes on Nursing : What It Is and What It Is Not*. London 湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子・田村真・小南吉彦(1968)『看護覚え書—看護であること・看護でないこと』現代社、1頁
- 4) 日本赤十字社編(1932)『世界看護史』日本赤十字社
- 5) 中里龍瑛(1950)『日本看護史』文光堂
- 6) 北山修(1993)『見るなの禁止』岩崎学術出版会
- 7) 河合隼雄(2006)『神話の心理学—現代人の生き方のヒント

—』大和書房

- 8) 秋元寿恵夫(1950)『西洋看護史』文光堂
- 9) Dolan, J. A. (1963) *Goodnow's History of Nursing, Saunders* 小野泰博・内尾貞子訳(1978)『看護・医療の歴史』誠信書房
- 10) 亀山美知子(1983~1985)『近代日本看護史』ドメス出版
- 11) 看護史研究会編(1989)『看護学生のための日本看護史』医学書院
- 12) 杉田暉道他(1996)『系統看護学講座 別巻9 看護史(第6版)』医学書院
- 13) 福田邦三・永坂三夫訳(1973)『聖トマス病院・ナイチンゲール看護婦養成学校100年のあゆみ(1860~1960)』日本看護協会出版会
- 14) 木下安子(1969)『近代日本看護史』メヂカルフレンド社
- 15) 村上信彦(1971)『明治女性史(中巻後編)—女の職業』理論社
- 16) 土曜会歴史部会(1973)『日本近代看護の夜明け』医学書院
- 17) ライダー島崎玲子・大石杉乃(2003)『GHQによる看護改革』日本看護協会出版会
- 18) 大石杉乃(2004)『バージニア・オルソン物語—日本のために生きたアメリカ人女性』原書房
- 19) 都留伸子監訳(1995)『看護理論家とその業績(第2版)』医学書院
- 20) 日本看護協会編(1995)『近代日本看護総合年表(第4版)』日本看護協会出版会
- 21) 厚生労働省：平成22年度衛生行政報告例(就業医療関係者)結果の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/10/>
- 22) 厚生労働省：福祉・介護サービス従事者の現状等
www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/.../fukusijin_zai_0007.pdf
- 23) Ehrenreich, B. & Englis, D. (1973) *Witches, midwives, and nurses. : Complaints and Disorders. The Feminist Press.* 長瀬久子(訳)(1996).『魔女・産婆・看護婦—女性医療家の歴史』法政大学出版局
- 24) 文部科学省：学校基本調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/kekka/k_detail/1300352.htm
- 25) 厚生労働省：平成23年度版 働く女性の実情
www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei.../1lgaiyou.pdf
- 26) Baron-Cohen, S(2003) *The Essential Difference : men, women and the extreme male brain.* Penguin/Basic Books.
- 27) 梶田昭訳(1993)『古代インドの苦行と癒し』時空出版
- 28) 杉田暉道(1987)『ブッダの医学』平河出版社
- 29) Holmes, J. (1993). *Lohn Bowlby & attachmenttheory : Makers of Modern Psychotherapy.* London : Routledge. 黒田実郎・黒田聖一訳(1996)『ボウルビーとアタッチメント理論』岩崎学術出版社
- 30) Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring : Stress and Coping in Health and Illness.* Michigan : Addison-Wesley. 難波卓志訳(1999)『現象学的人間論と看護』医学書院