

< 論文 (社会学) >

2025年問題と看護師の過労・離職の現状 —ジェンダー化された職業に関する一考察—

佐藤典子

要旨

高齢社会の到来とともに看護師の医療・介護界での需要は高まり、その重要性の認識も社会において自明視されている。それと同時に、業務もより専門化しているが、キャリアの浅い若手看護師が2001年、2007年と連続して過労死（認定はいずれも2008年）する事件が起きており、ここ数年の調査でも、看護師の過労や離職の問題は改善されていない状況である。そこで、制度の問題だけでなく、そうならざるを得ない状況について、多くの看護師が女性であることから、これらの要因がジェンダー化された仕事としての看護職にあるのではないかといった視点を含めて考えてみたい。

キーワード

看護師 過労 離職 2025年問題 ジェンダー プレカリテ

問題の所在—看護師の困難

いわゆる、2025年問題とは、団塊世代が75歳になり、4人に1人が後期高齢者になることで、当然のことながら罹患率が大幅に上がり、医療費（2013年は40兆円）が財政を圧迫することが予測されることである。そこで、これまで2年ごとに厚生労働省は、診療報酬の改定を行い、その時の状況に応じて政策方針や保険点数などを変えることで、医療費の増大を抑えるべく、取り組んできた。また、看護師の働く病院などの施設でも、これに応じて対応の変化を迫られてきた。一方、このような変化は、実際に働く看護師やそのケアを受ける患者にどのような変化をもたらすのであろうか。さまざまなデータから考えていきたい。

1. 看護師の離職率と過労の現状

① 日本看護協会による離職に関する調査

2001年、2007年の若手看護師の相次ぐ過労死を受けて（ともに2008年に認定）日本看護協会が始めた調査の「2008年病院における看護職員需給状況等調査結果速報」（2009年6月16日）では、キャリアの長い看護師ではなく、新卒看護師の離職率が全国的に高いという結果が出ている。それは、20代の時間外勤務が長いという調査結果と無関係ではないであろう。おそらく、社会的に考えられる問題として、看護師一人ひとりの個人的な問題には還元できないような構造的要因があるのではないだろうか。つまり、個人の能力、働き方の問題ではなく、病院組織、医療界、ひいては、社会全体の大きな構造の中で、何か看護師の過労を促すような要因を持っていると考えられる。

というのも、日本看護協会が明らかにした、「時間外勤務、夜勤、交代制勤務等緊急事態調査」（2008年11月～2009年1月）によれば、2001年には、若手看護師（25）が、くも膜下出血を来し、翌月に死亡、のちに公務災害認定され、また、2007年には、当直明けの看護師（24）が致死性不整脈で死亡し、のちに過労死認定がなされるという事件が連続して起きているからである。これは、突発的な偶発の出来事や個人の働き方、資質の問題ではなく、それ以外に原因を求めることが妥当であろう。実際、交代制勤務における23人に1人が過労死危険レベルという、「月60時間を越える時間外勤務」を行っており、3交代勤務者の3分の2が、勤務間隔が6時間以下のシフトもあるとしている。とりわけ、20代の時間外勤務時間が長く、疲労の自覚も強いというアンケート結果が出ている。そして、当然のことながら、時間外勤務者のうち、疲労を自覚している者の多くが、医療事故の不安が強いと答えている。現に、2015年3月発表の2014年調査における新卒看護職員を見ると、離職率は、前年比0.4ポイント減ではあるものの、7.5%も存在している。

そもそも、なぜ、このような時間外勤務が行われているのかという疑問が生じるが、それ以前に、残業に関しては、その多くが未払いとなっており、とく

に、前残業と呼ばれる、実際の勤務時間前に行っている業務は、時間外労働、残業とはカウントされておらず、時間外勤務と見なされていないということも特筆すべきことである。しかし、この前残業を行わないのであれば、当日の業務というのはスムーズに行えない性質のものであるという。また、若手看護師であれば、当然のことながら、現場での経験も少なく、こうした負担が重くなり、結果として低賃金の若手看護師の勤務時間が長く、給与にも反映されていないということは想像に難くない。

以下、他の調査事例も見ていきたい。

② 沖縄の事例として

病床規模別の看護職員離職率で言えば、小規模病院の方が、離職率が高い傾向にあることから、地方に多い中・小規模病院における勤務の方が、労働環境が厳しいことが考えられる。そこで、その一例として、日本看護協会の調査発表後の2011年に明らかにされた沖縄県の事例（琉球新報2011年1月17日）では、県内の100床以上の一般病院で働く看護師の4.6%が月60時間以上の時間外労働すなわち過労死危険レベルの労働をしていることが、県看護協会の調査で明らかになった。それは、全国の4.3%を上回っている数字である。また、この過労死危険レベルの労働を行っているのは、20代が最も多く、この年代では、6.5%にも上る。もう少し細かく見ていくと、経験別では就職して1年目が12.4%で、8人に1人がこれに該当し、2～3年目では、半減するも6.1%という数字が出ている。この結果から、仕事に慣れていない若手看護師ほど長時間働いていることが分かる。

それだけでなく、過労の状況は、勤務と勤務の間の時間が短くなればなるほど厳しいものとなる。たとえば、勤務と勤務の間隔が6時間以下という過酷な勤務も、看護師の5.3%が経験しており、夜勤（2交代制・当直制）中に仮眠時間が設けられていない例は、沖縄県内では29.6%にも達する。全国データが11.1%であるがゆえに、その数は、実に2.7倍に上る。しかし、この事例は、沖

縄県のみのものでなく、看護師を中心にケアワーカー、医療従事者の人手不足が深刻となっている都市部以外の地域では、決して珍しいことではないだろう。

③ 看護職員の慢性的な過労と離職についての調査

また、2013年に行われた日本医療労働連合組合連合会（医労連）の調査結果によると、全国で働く看護職員のうち7割以上が疲労を慢性的に感じており、この結果は、1988年の調査開始以来、最も高い割合になっている。このような問題を論じる際に語られるのが、女性看護師の流産の多さだが、「事業所における妊産婦の健康管理体制に関する実態調査（2007年）」（女性労働協会）によれば、一般の女性労働者の切迫流産率が17.2%であるのに対し、「働く女性の妊娠・出産に関する健康管理支援実態調査（2009年）」（女性労働協会）では、病院勤務の看護師の切迫流産率が31.6%、切迫早産が32.6%となっている。「看護職員の实態調査（2010年）」（日本医療労働組合会）においても、看護師の切迫流産率は、34.3%にも上り、看護師以外の女性労働者と比較すると（年度は異なるものの）、極端に多いことが分かる。2013年2月には、厚生労働省が「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」の報告を公表するとともに、看護師の負担軽減に関しての取りまとめを都道府県に通知し、医療スタッフの勤務環境改善を全面的に支援するため、その基本方針と具体策が盛り込まれているが、翌年の2014年の診療報酬改定を見ると、2年ごとの医療界全体の変更が、負担軽減につながっているのかはまだ明らかになっていない。

さらに、日本医療総合研究所の調査結果によれば、腰痛の自覚がある看護職員の割合（有訴率）が2013年には85%以上に達していた。日本医労連の中野千香子書記長は、毎年10万人以上の看護師が離職していることをうけ、腰痛予防は看護師の離職対策にもつながると述べている。というのも、腰痛の自覚がある人のうち離職意図のある人が457人（27.2%）に対し、腰痛のない人の中で離職意図のある人は14人（5%）と、腰痛の有無と離職意図の関連性が指摘されているからである。

④ 看護学生への暴力（毎日新聞2011年8月）

過労だけでなく、看護職の仕事を妨げる要因として、新たに調査された事案は、看護学生への実習妨害とりわけ、その中でも暴力行為についてである。それは、看護学生が実習中に患者から受けた暴力の実態を、筑波大の江守陽子教授（看護科学）らの研究チームが調査したⁱところ、学生の6割が暴力を受け、うち性的暴力が精神的暴力と並んで、いずれも4割を超えていたという驚くべき結果が出た。日本看護協会の既存の調査では看護職員への暴力で申告されたものは約3割とされ、当該調査によれば、学生になるとその数は2倍にものぼるのである。これは、看護師および看護師志望者の90%近くが女性であることと無縁ではないであろう。こうしたことは、社会に広く知られることもなく、制度や組織における必然的な過労だけでなく、ジェンダー化された職業である看護職の問題として看過できることではないが、今回の調査で初めてその一部が明らかになったのである。

2. 診療報酬改定と看護師の需要

それでは、次に、過労にならざるをえない制度上の問題点から見ていきたい。

① 2006年の診療報酬改定による「7：1入院基本料」の出現

実際の看護師の働く現場は、どのように変化しているのだろうか。第一に、2006年度の診療報酬改定において、看護職員の配置基準を引き上げる「7対1入院基本料」が設定され、この基準をクリアするために看護職員の確保が必要となってきた。「7対1」とは、患者7人に看護職員1人を常時配置すれば、その分の診療報酬が得られるというものであり、看護職員配置の中で、最も診療報酬が高くなる配置であるⁱⁱ。しかし、一方で、この配置基準を遵守すれば、どのようなキャリアの看護職員がいかなる業務をしても診療報酬が得られる仕組みとも言えるのである。この診療報酬改定では、病院における看護職員の需要が増大しているため、どこの病院も看護職員の確保に必死となっていた。

(1) 「7対1入院基本料」とその条件

そして、この「7対1入院基本料」の条件を満たせば、入院患者一人につき、1日、15,600円、さらに、入院期間が14日以内であれば、1日4,500円（15日から30日以内は1日1,920円）が加算されるので、14日以内の入院の場合、患者一人につき、1日2万円が入院基本料として病院の報酬となる。このことからわかるように、在院日数が短いほど、保険点数が高く、退院や転院に加算がつくため、短期間の患者の退院、転院が行われる。そこでは、当然のことながら、看護職員の労働状況は厳しいものとなる。

また、「7対1入院基本料」の条件に「夜勤72時間ルール」というものがある。それは、「看護職員の月平均夜勤時間は72時間以下」というもので、看護職員の1か月の夜勤時間を72時間以下にするには、2交代制の場合は1回の夜勤が16時間前後であるので、月4回、3交代制の場合は準夜勤、深夜勤共に1回8時間とすると月9回までとなる。

当然、7対1の配置を守りつつ、月の夜勤時間を72時間以下に抑えることは、それだけ多くの看護職員が必要となるため、病院の運営にとってこの72時間ルールはかなり厳しいものと言えるⁱⁱⁱ。また、7対1入院基本料を満たしていない（「10対1」や「13対1」の場合）でも、この72時間ルールは適用となり、守らなければ大幅な診療報酬減少につながる。

一方、夜勤専従者の場合、2012年の改定で、夜勤専従者の上限が撤廃されたので例外となる。2006年に「7対1」基準が導入された際には、夜勤専従者に144時間の上限が存在した。病院によっては、月に何人かこうした夜勤専従の看護職員を入れることでローテーションを回しているが、この上限の撤廃も過労の原因となっているであろう。

(2) 「7対1」配置と看護職員の離職率

当然のことながら、看護職員の配置基準は、看護職員のワーク・ライフ・バランスにも関係する。看護職員の人数が多いほど、夜勤や当直の回数が減ったり、勤務時間間隔を長くできたりと、負担の少ない環境で働くことが可能とな

る。このような点から、「7対1」体制の病院がもっとも働きやすい傾向があると言えるであろう。

この傾向は、看護職員の離職率のデータに見ることができる。日本看護協会の調査（2011年発表の「看護職員需給状況調査」）によれば、看護職員の離職率は「7対1」体制の病院がもっとも低い。具体的には、「7対1」の一般病棟における常勤看護職員の離職率は2010年のケースでは、10.8%、新卒看護職員は8.5%。「15対1」体制の病院では、常勤看護職員の離職率は11.9%、新卒看護職員は11.8%と差が見られた。2008年からの推移をみる限り、全体的に減少傾向にあるが、離職率だけ見れば、2014年の前年比と同じ11%で推移し^{iv}、過去5年間大きな増減はないとあるが、しかし、数でみれば、毎年10万人以上の看護職員が離職しているということも事実である。

(3) 「7：1入院基本料」と看護職員のキャリア

これまで、診療報酬の点から看護職の状況を見てきたが、実際の現場でどのような看護職員が必要なのであろうか。病院経営の状況を考える限り、どの病院においても若手雇用によって賃金を低下させる経営メリットがある。というのは、賃金の高いベテラン看護職員であれ、相対的に低く抑えられる若手看護職員であっても、病院にとって配置しなければならない人員の数としては同じであるからである。つまり、現状の診療報酬制度では、看護職員の技能評価を問わない仕組みになっているのである。こうした状況が、若手の多忙さに拍車をかけることになっているのではないかと考えられる。また、看護師個人の問題としても、ケアの労働市場にある看護師は、圧倒的に女性のなり手が多く、彼女たちの多くは、家族の状況に勤務のあり方が制約されるため、結婚をした場合は、結婚相手の転勤や勤務形態の変化など、また、出産では、保育園などに預けられるか、夜勤の場合などの預ける先の確保などにおいて、看護師自身の個人の勤務状況を変化せざるを得ない場合が少なくない。そして、勤務の条件が良好な労働条件を求めて移動することが制限されることも多い。また、看護師は資格職であるため、労働供給の場が医療施設等に限定され、かえって資

格のメリットが生かしくいというパラドシカルな構造があることも否定できない。

② 2014年の診療報酬改定の内容

2025年問題を見据えて数年にわたって取り組まれてきた課題は、医療機関の機能分化と在宅医療の推進である。具体的には、長引く入院期間を切り上げさせることで医療費を抑制し、早く退院させることが眼目となる。つまり、病院看護職員は減少するように誘導されているということである。しかし、このことは看護職員のさらなる労働負荷を増加させることになるのである。病院に必要な看護職員の数は、看護職員配置として決められており、どのような機能の病院であるかによって異なる。

2014年の改定には、3つの大きな目標があり、①機能分化の推進、②在宅復帰の推進、③医療－介護の連携である。このうち、看護職員の職務に関することに限って述べれば、①に関しては、急性期（症状が急激に現われる時期）病院（看護配置7：1、10：1）の数を絞り込み、現在、36万床近くある7：1急性期病床数を半減させるため、高度医療を提供する急性期病院にしばられていくであろう。また、2014年4月から重症度・看護必要度の基準を満たす「重症患者」を15%以上入院させることが必要要件となるため、これまで以上に重症患者の受け入れが必要となり、現状の看護職員数と体制での労働負荷がより重くなる傾向がある。

別の言い方をすれば、今回の改定で、患者の重症度が規定に達しない急性期病棟には、7：1診療報酬が適用されなくなり、今まで比較的軽症の救急患者を受け入れてきた病院は、急性期病棟とは認められなくなる可能性があり、より少ない人数の看護職員でケアを行っていかざるを得ない。

さらに、②の要件である、在宅医療の推進によって、7対1の入院基本料の算定要件に新たに、「在宅復帰率75%以上」が加わり、このことは、入退院の件数が増え、それに伴い、看護職員の仕事が増大することを意味している。

また、③の地域包括ケア病棟の新設は、重急性期病棟に代わる位置づけで、在宅医療のバックアップという役割も担い、7対1より少ない看護職員配置の病床で、7対1（1591点）よりも高額な入院料（2258点）となるが、看護職員にとっては、治療と経過観察の必要な患者を受け入れることによる負担増が懸念される。とりわけ、この、新設の地域包括ケア病棟については、入院基本料の「72時間要件」が緩和措置拡大のため、該当しなくなる^vという点も、過労について考える際に見逃せないところである。

3. ケアの「担い手」の負担と「受け手」の困難

① 看護師の負担の要因

看護師の時間外労働による過労が常態化し、それに見合った手当が、なされていないことについて述べてきたが、それ以外にも、「保健師・助産師・看護師法」の総則で定められた本来の業務である「療養上の世話」と「診療の補助」以外の業務を行うことが、自明視されていることが看護師取っての大きな負担となっているということは否定できない。つまり、看護以外の周辺業務を行うこととみなされているがゆえの負担である。それでは、なぜこのようなことが起きているのかについて考えていきたい。

そもそも、病院における周辺業務とは、配膳、残食チェック、薬剤の分包、点滴注射液ミキシング、薬剤・衛生材料の在庫管理、その搬送、ベッドメイキング、心電図モニターの保守点検などを指す（日本看護協会『病院看護基礎調査』1999）と言われている。看護師の資格がなくてはできないことではないように思えるが、医療看護的な知識と経験がある看護師が行うことによって、患者に対してより安心感を与えることができる効果もあるであろう。一方で、病院経営的な観点から考えると、周辺業務用の新たな人員を雇わずコストダウンできるというメリットもある。たとえば、看護職の医療経済学的観点からの研究を行った角田によれば、周辺業務にかかる看護師の人件費が1日8時間で4,322円と試算される場合、たとえ、看護師でない、一般の労働者を時給550円で8

時間雇うよりも低コストとなるという試算ができるからである。

② サービスの受け手である患者の困難

(1) 情報の非対称性と専門家支配

こうした状況は、サービスの受け手である患者や患者家族にとってどのようなことを意味するだろうか。そもそも、患者が受けるケアサービスを医療サービスと考えたと、この種のサービスの消費には、生産者と消費者の間に「情報の非対象性」がある。それは、専門家による情報統制によって医師が患者を支配し、患者は専門的訓練を欠いているがゆえに、無知であり、どんな情報を手にしてもそれを理解できないというフリードソンの言うところの「専門家支配」^{vi}の結果、必然的に起きるものであり、パーソンズも、現代医療は、「患者は医学については素人であり、何が問題で、それについて何をすべきか知らないので、医師による専門的サービスを受ける必要がある」^{vii}と考えるものとされているからである。それゆえ、看護師の技能の高さが評価されえないという宿命がついてまわる。このような現状では、専門性よりも、たとえば、患者によっては、人柄を評価したり、評価基準が変化したりなど、医療水準の低下が危惧されるが、看護業務の細分化・高度化の現状にあって一般の人がそれを評価することは難しい。

(2) 看護師の増員と患者死亡率の因果関係

それでは、看護師の質もそうであるが、量の変化は、どのような相関をもたらすのかについて考えてみたい。すなわち、看護師が増加することと患者のケアの質はどのような相関があるのかである。イギリスの医学誌『ランセット』で2014年2月25日に発表された調査では、欧州9か国、イングランド、ベルギー、フィンランド、アイルランド、オランダ、ノルウェー、スペイン、スウェーデン、スイスの300の病院を対象に行った調査により、看護師が労働過剰の場合、患者の生命に悪影響がおよぶ恐れがあるとの主張を統計的に裏付ける結果を得た。米ペンシルベニア大学看護学部のリンダ・エイケン教授^{viii}の研究チームは、

手術を受けた患者の生存率を比較した。対象となった患者は人工股関節・膝関節の手術や盲腸、胆のう炎など、ごく一般的な手術を受けた50歳以上の患者42万人余りで、高い死亡率と相関していた2大要素は、看護師の仕事量と学歴であり、患者の死亡リスクは、看護師の担当患者が1人増えるごとに7%増加し、大卒の看護師数が10%増えるごとに7%低下した^{ix}。

こうした調査結果を踏まえ、日本で、2025年に200万人の看護職員が必要されているというもの、毎年、10万人の看護職員が離職する医療現場では、看護職員の適切な配置は難しいであろう。2011年の看護職員の就業者数は、150万人であるが、厚生労働省の推計^xでは、同年の潜在看護資格者は、71万人に上る。毎年、約5万人の新人看護職員が誕生することを考えると、なぜ不足と言われているのか、あらためて考えなくてはならないだろう。とりわけ、厚生労働省の発表する「看護職員需給見通し」によれば、「病院における看護職員需要見通し」は、平成23年の見通しは938,300人で、就業者数は927,289人、平成24年の見通しは958,800人で、就業者数は944,649人となっていて^{xi}、それぞれ1万人前後の差であるが、これが「介護保険関係の施設^{xii}」の見通しになるとその差は非常に大きくなる。たとえば、平成23年の見通しは182,800人で、就業者数は121,051人、平成24年の見通しは185,400人で、就業者数は127,715人となっていて、それぞれ6万人前後の開きができてきている。2025年問題の本質が、高齢者が増加することを見越して語られているはずであれば、このような需要と供給のアンバランスこそ、改善されなければならないのではないだろうか。

4. 看護職の困難はどこにあるのか

① 一つの職業としての困難さ：「社会的承認の二重性」

それでは、ケアを担う側の困難についてあらためて考えてみたい。これまで見てきたように、看護師の過労には、さまざまな要因があるのだが、それは、なぜ、これまで看過されてきたのであろうか。たとえば、看護師は、国家資格としての資格職であり、その専門性は、看護教育の大学化、大学院化において

も示されている。一方で、病院組織の中では、医療ヒエラルヒーの中で医師のもとで働くことが法律上、規定されており、また、患者にとっては、「白衣の天使」としての位置づけも免れないであろう。

そこから導き出される考察は、看護職の困難が拙著『看護職の社会学』の序文においても明らかにしたように、「社会的承認の二重性」からきているということである。1つには、当然のことながら、前述の「国家資格としての承認」が存在する。それは、国家資格職として職業としても社会的性質としてもリジッドな位置づけがあるであろう。その一方で、ケア本来のフェイストゥフェイスによる個別的な社会的承認ということも看護職の中で重要な位置を占めると思われる。それは、前者とは異なり、個人的な経験に還元されることも多く、他からは時としてあいまいに見えることもあるのではないか。このように、看護職は、言ってみれば、相反するこれらの職務的性質を同時に満たさなければならぬことが求められているがゆえに、しばしば困難にあるのではないだろうか。そこに、一つの職業としての困難さ、それゆえの過労（死）なのではないかと考えられるであろう。

② 看護師に対する社会的承認とは

一方、経営学の人的資源管理論による調査（太田）によれば、病院における看護師の調査で、患者からの声より、上司による承認に反応していることがわかり、患者から感謝された喜びが看護職のモチベーションに直結していないという結果が出た。この調査から言えることは、看護師自身が、看護職を専門職として見ていることが多く、看護職の社会的評価をどのように得たいかという方向性が見てとれるであろう。しかし、他方で、前述のように、看護師の仕事は、その専門性が問われているだけでなく、いわゆる、看護周辺業務にも及び、場合によっては、伝統的な「白衣の天使」像を求められることも少なくなく、そこに、看護師自身が自覚しない疲労、困難があるとも言えるであろう。

③ ジェンダー化された労働としての看護職

(1) 労働市場における看護職

また、看護師の一つの属性である、ジェンダー化された職業としての側面から見たらどうであろうか。

これまで、看護職の就労上の困難を医療制度や医療の組織的構造、患者との関係の中で見てきたが、日本の看護師において特徴的な点は、女性が多いという事実であろう。看護師は、職業としての面から見るだけでなく、実際のなり手にどのような属性が多いのかを考えてみると、ジェンダー化された職業としての側面に言及しないわけにいかない。とりわけ、日本の女性規範から鑑みれば、看護師の勤務状況は、結婚によって夫の社会的状況（転勤や専業主婦化の希望）に、また、出産・育児などで子どもの状況に合わせる傾向はすでに述べた。そして、キャリアを一時中断した場合、初職よりも勤務条件が芳しくない条件で勤務を続けることは、夜勤や時間外労働が常態化している看護師では、夫の所得が高い場合は、とりわけ動機づけが低くなり、その中でも勤務を続けることは、夫婦関係を継続することが難しくなる可能性もあるだろう。看護師の就職上の戦略を考えれば、結婚や出産後、キャリアを中断後の再就職を考えた場合、必然的に賃金は低くなり、選択肢の少ない労働市場にとどまりたくないということも言えるであろう。

前述の角田の分析によれば、一般の労働市場では、技能などの合理的な差異以外の要因によっても賃金の格差は存在する。すなわち、それは、企業の規模、学歴、性別などの因子によって高い賃金が支払われる「第1次階層（第1次労働市場）」とそれより低い賃金が支払われる「第2次階層（第2次労働市場）」があるからである。医療職、看護職の場合はどのような状況であろうか。大規模病院などの「第1次階層」には、病院附属養成機関出身の給与の低い年齢層の看護師が所属するものの、技能の差は給与に反映しないことが分かり、「第2次階層」には、他の職種同様、既婚で子どもありの看護師が技能の有無に関わらず勤務しているとの調査結果があると述べていて、看護師が結婚、出産後

のキャリアを選択するかどうかにおいて、選択しないという方向にバイアスがかかるという、前述の論を裏付けている。

角田のこの分析は、制度上の変更を以ってこの過労の状況を打破することのむずかしさを示唆しているように思える。というのも、医療市場では、制度上、構造上、需要独占市場の改善はなされることなく、ましてや、第2次労働市場から第1次労働市場への移動は困難であり、専門化し、認定看護師などさらなる高資格化、看護系大学院への高学歴化の一方で、労働力として、その専門性やキャリアを高く評価されている現状とは程遠いからである。それでは、なぜ、このような状況が存在するのであろうか。

その要因の一つに、看護師の90%以上が女性であるという、看護がジェンダー化された職業であることが考えられないだろうか。看護師の過労（死）の状況を自明のこととする社会的で日常的な存在である象徴的権力としてのジェンダー規範が作用していると考えたらどうであろう。そもそも、いずれの国においても、いずれの職業においても、多くの場合、同一労働は同一賃金ではなく、性別によって賃金には差異があり、それは、女性ゆえの賃金の低さとなって表れている。では、なぜ、このような状況の中でも看護サービスが著しく低下することが見られないのであろうか。言いかえれば、看護職の専門性が高まり、そのサービスの向上の根底に何が存在するのであろうか。この問いの答えは、ひとえに、看護師個人の愛他性に依存しているからに他ならないと言えるのではないか。そして、その愛他性は、性別規範ゆえのものであると言えるのではないか。

(2) 社会的評価の実態とジェンダー

上野千鶴子は、一貫して、アンペイドワークとしてのケアの歴史を見てきた^{xii}。これは、修道士が他者への看護を修行の一つと規定したおよそ6世紀頃の歴史からも読み解くことができる^{xiii}。当初は、修道士が男性のみであったことから、他者による看護は、男性の仕事であったのだが、18世紀ごろには、女性が聖母マリアにつながる母性を持った存在として脚光を浴びるようになる。

言いかえれば、女性は母性を持たない限り、評価されえない存在になっていくのである。このことは、デュルケームも『分業論』において「はじめ性的機能にのみ限られていた性に基づく労働は、だんだんと他の機能にも拡大していった。すでにかなり前から婦人は戦争や公務から退き、その生活は家庭の内部にすっかり集中されている」として、性別役割分業が起こってきた様子を記している。特筆すべきは、「すでにかなり前」には、婦人は「戦争や公務」を（もちろん身分によってではあるが）こなしていたということである。つまり、女性の生得的なことやいわゆる「本能」と「ケア」は、原因と結果にはならないということを示している19世紀生まれの社会学者は示しているのである。しかし、今日では、あたかも女性には、他者をケアすることが、子どもを産むことのように本来的に備わっているからこそ、自明のこととして行えるのであり（性別役割分業）、そうすべきである（性別規範）といった考え方が主流となっている^{xx}。

こうした状況は、永らく変わっていないのではないだろうか。また、ブルデューも、女性であるからそうふるまうのではなくて、そうふるまうことが教えられていくことによって、そうなっていくのであると、著書『男性支配』の中で論じている。ブルデューは、すべての人はある「場」に配置されると述べているが、この論に当てはめるなら、人は、その「場」に相応しいハビトゥスを身体化＝プラティック（実践）する。すなわち、人がジェンダー化されている限りにおいて、女性には女性の「場」があり、ハビトゥス^{xxi}（この場合、女性らしさ）がある。そして、ジェンダーに応じたプラティックは評価され、そうでない場合は、評価を受けにくくなる^{xxii}。それはまた、発達心理学者のギリガンが述べるように、女性は、ケアの倫理としての女性の振る舞いに特徴づけられる^{xxiii}という論にもつながっているであろう。というのも、女性は、相手のために自らを捧げる「愛他的行動＝世話」がアイデンティティの形成の一部となっており、世話という性役割を内面化することでそのことが、自身にとっても他者にとっても自明化しているからである。たとえば、道徳的なジレンマに陥ったときに、男女では異なる道徳観に沿って判断し、行動するという。女性

の場合、自己を犠牲にしても、周囲との人間関係を重視し、他者が何を望んでいるかによって決断を変える。それは、女性の人生にとって生命にもかかわるような大きな決定をも左右させると述べている。しかし、この原因について、ギリガンは、決して、女性の生得的なものに見出そうとしていない。そうではなくて、自身の道徳的な問題を他者との関係の中で解決しようとするよう、教えられてきたからに他ならないというのだ。これを、看護師の道徳的なジレンマに当てはめてみれば、看護師の90%以上が女性である以上、このジレンマは、女性特有のやり方で解決される。それは、自身にとって過労になる状況であっても、患者さんが必要とするならば、身を削って看護を行うということになるのではないか。一方、ギリガンは、男性の場合は、道徳的なジレンマの状況においては、「正義にかなうか否か」権利や規則の問題と考える。それは、男性の育てられ方が、自己をあくまで他者とは異なった、自律した個人ととらえるよう導かれてきたからであると述べている。それは、かつて、発達心理学者のピアジェや精神分析家のフロイトが語るように、「女性が男性より劣っている」からではなく、身を削ってでも、他者に尽くすことを女性として社会的に教え込まれた結果であり、ましてや女性生来の道徳的欠点などではなく、また、生得的にそうなっているということでもないのである。

しかし、これらの研究結果はほとんど知られておらず、女性がそのほとんどを占める看護師の当然の振る舞いと考えられているので、看護師本人も意識せずとも、この規範に従っており、すなわち、看護師個人への負担増となって表れることは言を俟たない。こうした状況をあらためて分析するための概念について以下、考えていきたい。

5. 看護職の現状とプレカリテ

看護師の就労上の困難を考えるために、資格職としての看護職が、制度だけでなく、女性のなり手が多いことからジェンダー規範など、さまざまな社会的要因によって制約を受けてきたことを見てきたが、これは、社会的にどのよう

に説明されるのか、看護職が資格職の一方で、なり手にさまざまな点で不安定さをもたらすのはなぜなのか考えてみたい。

① 看護の高度化・高学歴化のパラドクス

前述のように、看護教育の高学歴化は、高度化する看護技術・知識への要請から当然の帰結であるが、そのことによって、高度な国家資格職としての社会的承認が得られていると考えら得る。しかし、その一方で、現場の患者などからは、1対1のケアという性質から、個人的・個別的なやり取り、ケースバイケースの対処が求められるということからの葛藤があるのではないか。専門分化して細分化する看護、また、病院医療のさまざまな改善のために、患者に対する仕事はケアだけではなく、増加の傾向にある。一方、個人的なかかわりの中で看護をするというケア本来の仕事が、必ずしも、方向性が一致しないために、過労（精神的負担・バーンアウト）が加速する傾向があるのではないだろうか。

さらに言えば、資格の問題は、「エンプロイアビリティ」と「社会的承認」をもたらすが、一方で、ネオリベリズムの社会においては、それは、「フレックス化」を助長、正当化することになってしまうという陥穽がある。そして、そこから脱落しないために、さらなる競争にさらされるという構造的な問題があるのである。

② ジェンダー特性と看護職

そして、看護などのケアは、時代をへるごとに家族で行われるものから病院、施設において資格を持つ者によって行われることが自明となってきた。ケアを、介護を行うヘルパーにまで広げて考えれば、その範囲の広がりが変わってきたことが分かるであろう。上野（2005）によれば、それは、ケアの脱家族化と言えるものだが、実は、ケアは脱家父長制化していない。つまり、脱ジェンダー化はしていないということと同じである。

たとえば、フィリピンなどからのケアワーカーの輸出は、「穏やかで従順な性格」である女性が主である。そこでは、ケアの専門性ではなく、ジェンダーとエスニシティで労働条件（の低さ）が決まる。よって、ケアの仕事は、ジェンダー特性に貶められ、低賃金・社会的評価の不十分さの理由として正当化されてしまうのである。

また、ファルク（2008）によれば、労働力をジェンダー特性へと特化することで、労働力の搾取、職業選択の不可能性が正当化されている。つまり、本来ならば社会的に評価されるべき、対価が支払われるべき仕事に対して、ジェンダー化されていることを理由にシャドウワークにしてしまいやすい構造があるというのだ。女性の仕事だからということで、看護の「受け手」にもそして「担い手」にもそれが当たり前のことと思わせてしまうことができるというのだ。とりわけ、ネオリベラリズムでは、社会で共有されるべき問題を、たとえ、それが生存に関することであっても自己責任化し、一人ひとりの個人に回収させ、福祉的な側面を捨象し、時には解体してしまう力を持つ。いわゆる「剥き出しの自己」へと向かっている。グローバリゼーションにおいて連帯ではなく、分断することで統治しやすい状況を作っているのだ。

たとえば、フランスの場合は、日本以上に医療組織の中で、医療に関する仕事が細分化され、それによって、日本では看護師の資格の中で包括されている職務内容も別の役割に分かれ、その中でも、単純労働化された職務は、女性や移民（の子弟）が担っているという現状がある^{xx}。

③ 看護はプレカールな仕事か

こうした状況は、ジェンダーの問題だけに留めていていいのであろうか。さらなる分析枠組みが必要なのではないだろうか。その一つとして、自由な競争社会である、フレキシブルな労働力が支えるネオリベラルな社会で自明のものと考えられる、「*précarité* プレカリティ（不安定さ、英語では *precariousness*）」をキーワードに考えてみたい。

プレカリテあるいは、形容詞のプレケール (précaire) とは、日常生活における社会的や経済的な不安定さなどを表わす言葉として使われる。収入の不安定さが衣食住といった生活基盤の脆弱さをもたらしているといったときに使われてきたが、日本におけるケアワークの代表としての看護も、資格職でありながら過労が常態化し、再就職においても条件が限定される状況からまさに、プレカリテと言えるのではないか。

社会学者のサンゴラーニ^{xx}によれば、プレカリテの語源は「祈り (prière)」であり、ラテン語のprecariusであるという。宗教的な文脈で使われ始め、現在では、「仮の (占有者)」などの法律用語として使われている。ところが、近年では、特に、労働形態や雇用の不安定さなどを表わす語としてたびたび使われるようになった。看護師の過労や就労状況の不安定さの現状を表す言葉と言えるのではないかと思われる。さらに、この概念の特徴は、看護職の現状すなわち、診療報酬の変更という行政や病院経営や労働市場といった経済的要因などの社会的要因ではなく、あたかも、看護師の就労上の困難が、自己責任、自己決定など個人的要因のように語られ、社会的な課題、問題としては捨棄されてしまっているときに多く使われることから、社会の問題として共有されない、看護師の過労の重要な側面をあぶりだす点でも有効であるといえるであろう。そもそも、看護職の経験や技能が第1次市場でも十分に評価されているとは言えない現実を考えてみても、資格職としての看護職がプレカリアート化しているのか？という問いは立てられるのではないかと思われるし、十分議論の対象となるであろう。

6. 看護職のプレカリテと今後の戦略

また、看護師が国家資格でありながら過労死の危険にさらされていること、すなわち、看護職の不安定さは、ケアワークにおける倫理的暴力の問題と言い換えることができるのではないか。ジュディス・バトラーが、「ジェンダー化された主体は、社会的規範の呼びかけによって生産される」^{xxi}とのべているよ

うに、倫理の問題は、道徳的自己と暴力との共犯関係に不可避的に取り組まざるを得ないことを示している。すなわち、道徳的な人であるために、ケアラーとしてケアの倫理を全うするには、自己の生命を犠牲にするような暴力にさらされても、それを全うすることがハビトゥスとして、とりわけケアを担う女性にとっては正しい行いであると信じ込まされているのである。それは、道徳と暴力という、一見、相反する組み合わせにおいて、支配を受容することで支配関係が成り立つのと同様、構造的な共犯関係によって結びつけられているといえよう。

言ってみれば、一つの職業としては、ケアの高度化、高学歴化、高資格化の一方で、患者などからは、ジェンダー特性に由来するようなケアを要求されることから、女性であることのサバルタン性が看護職には存在するのではないだろうか。よって、高度資格化する看護職は、ジェンダー規範というブラックボックスに入ることで、フレックス化、過労（死）といったプレケールな状況を生みだしているのではないだろうか。

最後に、現在の診療報酬などの改定によって、かえって、看護師自身の勤務状況が厳しくなり、また、その専門性が正当に評価されていない事実について社会全体が自覚することが求められている。さらに言えば、看護職員需給状況調査や看護配置の変更などは、あくまでも、「供給側」から見た考え方であり、患者を主体に考えた「必要とする側」からではない。そして、患者が必要とするケアは、多様であり、その時々で変化する。だからこそ、看護師は、看護、ケアのプロとしてそこにいるのではないだろうか。そのプロである看護師もまた、心身の休養を当然のことながら必要としている。

よって、看護職のプレケールな状況は、医療制度の変更においてだけでなく、患者のニーズ、女性の社会的地位や労働市場の影響を受けている事実について、総合的な考察が求められていることが明らかになったであろう。

文献

- バトラー, J. 『生のあやうさ 哀悼と暴力の政治学』 本橋哲也訳、以文社、2007
- パウマン, G. 『リキッド・モダニティ』 森田典正訳、大月書店、2001
- 『新しい貧困 労働、消費主義、ニューブア』 伊藤茂訳、青土社、2008
- ブランショ, M. 『明かしえぬ共同体』 西谷修訳、筑摩書房、1997
- ブルデュー, P. 『市場独裁主義批判』 加藤晴久訳、藤原書店、2000
- 『ディスタンクシオン I・II』 石井洋二郎訳、藤原書店、1990
- CINGOLANI, P., *LA PRÉCARITÉ*, Que sais-je? No.3720, 2006, Puf.
- 厚生労働省 HP
- 日本看護協会 HP
- レヴィナス, E. 『全体性と無限』 熊野純彦訳、岩波文庫、2005
- リッツア, G. 『無のグローバル化』 正岡寛司監訳、明石書店、2005
- スティグラー, B. 『象徴の貧困』 ベルナル・メランベルジェ他訳、新評論、2006
- セネット, R. 『不安な経済／漂流する個人』 森田典正訳、大月書店、2008
- 佐藤典子 『看護職の社会学』 専修大学出版局 2007
- 『現代人の社会とところ』 弘文堂 2009
- 「グローバリゼーションとプレカリテ—フランス・CPE反対運動の事例から」 『千葉経済論叢』 第40号、千葉経済大学、2009
- 「フランスの福祉に関する研究—医療・家族・高齢者・若者・移民—」 『日仏社会学学会年報』 第24号、日仏社会学会) pp.39-54
- 尾形裕也・田村やよひ編
- 『看護経済学 マネジメントのための基礎』 法研、2005
- 太田 肇 『承認とモチベーション 実証されたその効果』 同文館出版、2011
- 富永健一 『経済と組織の社会学理論』 東京大学出版会、1997
- 角田由佳 『看護師の働き方を経済学から読み解く』 医学書院、2007
- 日経新聞電子版
- 「医療費抑制、効果は不透明 診療報酬の改定告示」、2014/3/5 22:22
- 上野千鶴子 「ケアをすること／されること」 『現代思想 女はどこにいるのか』 青土社、2005 / 09
- 渡辺聡子・ギデンズ, A. 他
- 『グローバル時代の人的資源論』 東京大学出版会、2008

注

- ⁱ この調査は、看護学生への暴力の実態について調査した初の本格的な調査であり、関東地方の看護専門学校、短大、大学計15校の看護学生712人を対象に07年に調査したものである（有効回答は、593人で83.3%）。
- ⁱⁱ 看護職員の配置基準は、一つの病院に何人の看護職員が勤務するか、医療法によって基準が定められており、入院患者1人に対して、看護職員数は、「15対1」、「13対1」、「10対1」、「7対1」（「7対1」は平成18年度から導入）と4つに区分されたものである。そして、看護職員の配置基準は、診療報酬の入院基本料と連動している。「入院基本料」とは、医療保険から病院に支払われる診療報酬のうち、医師の診察や看護ケアに対して支払われるもので、看護職員の配置が多いほど、入院基本料が高くなり、基本的に手厚い看護が提供できる病院ほど、高い診療報酬となる。たとえば、「7対1」の看護職員配置の病院に患者1名が入院した場合、15,550円、「15対1」の病院では、9,340円で、その差は、6,210円となる。また、「13対1」では、10,920円、「10対1」では、12,690円と決まっている。
- ⁱⁱⁱ 72時間ルール制定の目的は、看護師の労働負担を軽減することであり、かねてから日本看護協会は、月の夜勤平均時間を64時間以下にすることを要望してきた（2009年6月24日「平成22年度診療報酬改定に関する要望書」）ものの、実現化はしていない。「夜勤の身体的負担が大きい」ということは容易に想像できるが、一方、72時間ルールのデメリットがあるとすれば、夜勤回数を制限されることで、夜勤手当が大きな割合を占めている看護師の給与が減額され、例えば、2交代制の場合、1回の夜勤手当が平均1万円前後になり、従来、夜勤6回であった場合、72時間ルール以降、4回に減ることで月の給与で2万円の差が出る。
- ^{iv} 日本看護協会の「2014年病院における看護職員需給調査」（2015年3月発表）の離職率についての項。
- ^v 該当しない施設は、救命救急センターやICU、NICU、HCUなどの集中治療系の病棟や回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、認知症治療病棟などである。
- ^{vi} E.フリードソン著、進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣、1992、P.132
- ^{vii} T.パーソンズ著、佐藤勉訳『現代社会学体系第14巻 社会体系論』青木書店、1974、P.434
- ^{viii} 2002年にJAMAに発表された、米国での調査においても今回と同様の結果が出ているという。
- ^{ix} AFP通信2014年2月26日「看護師の過労、高い患者死亡率と相関か」
<http://www.afpbb.com/articles/-/3009349>

- ^x 厚生労働省「看護職員確保対策」2013年10月4日「第33回社会保障審議会医療部会」より
- ^{xi} 厚生労働省の「第7次看護職員需給見通しと現状について（2014年12月1日 資料4-2）」は、都道府県が病院等に対して調査を行い（病院等は、看護の質の向上や勤務環境の改善等の要因に関し実現可能と判断した人数を回答）、その集計結果を基に積み上げたものであり、就業者数は、隔年実施の「衛生行政報告例」及び推計により計上。
- ^{xii} 訪問看護ステーションを除く介護療養型施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅サービス、地域包括支援センターを指す。
- ^{xiii} 上野千鶴子『現代思想 女はどこにいるのか』「ケアをすることされること」青土社、2005/09、PP. 56-64
- ^{xiv} 佐藤典子『看護職の社会学』P.35
- ^{xv} 佐藤前掲書、P.118
- ^{xvi} ハビトゥスとは、その出自特有の慣習行動・意識の体系を指す。
- ^{xvii} 佐藤前掲書、「第4章」PP.185-226
- ^{xviii} 佐藤典子『現代人の社会とところ』「第7章 ジェンダーステレオタイプと恋愛・家族関係」
- ^{xix} 佐藤典子「フランスにおける看護の世俗化と職業化の過程—象徴的支配における女性の『配置 (disposition)』と『才能 (dispositions)』」(博士学位論文)
- ^{xx} CINGOLANI, P., *LA PRÉCARITÉ*, Que sais-je? No.3720, 2006, Puf.
- ^{xxi} バトラー ,J.『生のあやうさ 哀悼と暴力の政治学』本橋哲也訳、以文社、2007、P.260

本研究は、科学研究費助成事業（基盤研究（C））「個人化する社会の『看取り』：その担い手と受け手の日仏比較研究」による。

（さとう のりこ 本学准教授）