

看護職における感情労働

三井 さよ

はじめに

- 1 技能という捉え方
- 2 看護職における感情規則
- 3 患者の固有な「思い」
- 4 看護職の固有性の発見
- 5 技能を超えて

はじめに

1970年代以降、医療や看護の領域においては、「キュアからケアへ」の転換が必要だと繰り返し言われている。「キュアからケアへ」というテーゼは、それまでの医療が患者の疾患の治癒だけを目的として据えがちだったのに対して、患者がそれぞれ固有の「生」を生きる人々であることを踏まえた医療や看護を提供しようとするものである。患者は単に疾患や障害を抱えているだけの存在ではなく、その人ごとの生活や生活史に基づいて固有の「生」を生きており、疾患や障害もその「生」の一部である。疾患や障害への対処を試みるときにも、患者がそれぞれの「生」を生きていることを踏まえ、それに基づいた医療や看護の提供を行うというのが、「キュアからケアへ」というテーゼが求めてきたことであった⁽¹⁾。

他方で、1980年代よりA.ホックシールドらを中心として、人々の感情を社会学的な観点から捉え返そうとする感情社会学が台頭してきた。ホックシールドが提起した基本的な概念の一つが、個人が、自らの抱いた感情がその場において当然抱くとされるものと異なるときに、それを自ら管理しようとする、感情管理emotion managementという概念である。ホックシールドはこのような感情管理を職務の中で課せられることをもって、感情労働emotional laborと呼んだ⁽²⁾。

この感情労働、あるいは感情管理という言葉には、看護職あるいは看護研究者の側から高い関心

(1) 三井さよ『ケアの社会学——臨床現場との対話』勁草書房、2004年。

(2) Hochschild, Arlie, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, 1983. = 石川准・室伏亜希訳『管理される心——感情が商品になるとき』世界思想社、2000年。

が示されてきた。たとえばN.ジェイムズは、感情労働という概念はケアを構成する「鍵」となる概念であると述べており⁽³⁾、P.スミスは看護学生の臨床経験を感情労働という概念から分析し⁽⁴⁾、日本でも武井が看護という職務を感情労働の観点から捉え返そうとしている⁽⁵⁾。

看護職が感情労働や感情管理という言葉に魅力を感じてきた背景には、先に挙げた「キュアからケアへ」という流れが深く関わっていると思われる。患者の「生」全体に接近することが重視される中、患者がそのつど感じている感情や心的状態に関心を向けることが重要だと言われるようになってきた。それによって、これまでに看護職が実践してきた、患者への感情面での関わりが、改めてクローズ・アップされるようになってきたのである⁽⁶⁾。

けれども、看護職の職務や経験を理解する上で、感情労働という概念がいかなる意味で「鍵」となるのかは、必ずしも十分に論じられてこなかったように思われる。「感情」と「労働」という、本来別種の領域に属すると考えられてきた二つの言葉が、「感情労働」として結び付けられることで、看護職の職務や経験の何が明らかになるのか。本稿は、この点を考察しようとするものである。

1 技能という捉え方

では、これまでに感情労働という概念が、看護職の何を明らかにすると考えられてきたのかを確認しよう。看護職の場合には、感情管理は「望ましい」ものであり、看護職にとって必要な技能 skillの一つであると強調されることが多い。

A.ホックシールドが、「(感情労働を) 行う人は自分の感情を誘発したり抑圧したりしながら、相手のなかに適切な精神状態（中略）を作り出すために、自分の外見を維持」するのだと述べているように⁽⁷⁾、感情労働者が自身の感情を管理するのは、顧客のなかに適切な心的状態を作り出すためである。看護職の場合で言うなら、患者の中に適切な心的状態（多く用いられるのは「安心・安楽」という言葉である）を作り出すために、看護職は感情を管理する。

そして、看護職の顧客である患者は、疾患や障害による苦悩の中にある人々であり、そうした人々に「安心・安楽」な心的状態を作り出すことは、それ自体が「患者のため」であり、「望ましい」ことであるとされる。労働者による感情管理が職務に与える効果を論じる議論は多いが、そのほとんどが組織の活性化や組織的目標の達成を効果として想定しているのに対して⁽⁸⁾、看護職の場合には事情が異なる。看護職のいう「患者のため」は、確かに組織的目標でもあるのだが、それ

(3) James, Nicky, "Care=Organization+Physical Labour+Emotional Labour", *Sociology of Health & Illness*. Vol.14, No.4, pp.488-509, 1992, p.489.

(4) Smith, Pam, *The Emotional Labour of Nursing: How Nurses Care*, The Macmillan Press Ltd, 1992.

(5) 武井麻子『感情と看護——人とのかかわりを職業とすること』医学書院, 2001年。

(6) James, Nicky, *op.cit.*, pp.500-505.

(7) Hochschild, Arlie, *op.cit.*, p.7.

(8) Fineman, Stephen, "Organizations as Emotional Arenas", In Fineman, Stephen (eds.) *Emotion in Organizations*, Sage Publications, pp.9-35, 1993; Rafaeli Anat & Robert I. Sutton, "Expression of Emotion as Part of the Work Role", *Academy of Management Review*, Vol. 12, No. 1. pp.23-37, 1987.などを参照。

だけにはとどまらない「望ましき」を含む。このような「患者のため」に貢献するという点で、看護職の感情管理が論じられるときには、それが「望ましい」ものだという前提が置かれる傾向にある。特に、「ケアからケアへ」という流れの中、その傾向はさらに強まりつつある。

にもかかわらず、少なくとも現在の看護職に対しては、その感情活動に関する明確な指針がない。確かに臨床現場のなかでは、暗黙のルールとして、先輩から後輩へ、上司から部下へという形で伝達されている⁽⁹⁾。だが、実際に感情を管理するやり方について、ホックシールドが描いたフライト・アテンダントの研修のような、明確な指導の場⁽¹⁰⁾があるわけではない。ジェイムズが強調するように、感情活動は個々の労働者が家庭等で学んできたものに依拠して行われており⁽¹¹⁾、「できて当たり前」とみなされる傾向にある。

それに対して、感情管理を看護において求められる一つの技能skillとして捉え返し、感情管理を学ぶ場を作るべきだという主張がなされているのである。たとえばP.スミスは、看護学生に感情管理に関わる技能を学ばせる機会を、フォーマルな教育体系のなかに取り込むべきだと主張する⁽¹²⁾。

この主張には、一定の意義があると思われる。看護職は実際に臨床現場で感情管理を繰り返し実践している。具体的には、たとえば自身が様々な感情を抱いてしまう原因となった患者の言動について、患者が「不安だったから」「本当は面会にこない家族に対して怒っていた」、「精神症状の悪化のせい」と解釈することで、自らの抱いた感情を管理することなどが挙げられる⁽¹³⁾。その営みを「できて当たり前」としてしまわずに、どうすれば可能か、他の人はどのように行っているのか、そうしたことを学ぶ機会を作ることができれば、看護職が患者に対してより適切に働きかけられ、患者がより「安心・安楽」な状態を維持できる可能性が高まるであろう。「患者のため」という「望ましき」の観点からすれば、感情管理を技能として捉えることには一定の意義がある。

だが、感情管理を技能であり学習すべきものとして強調しすぎれば、いくつかの限界が生じてくる。まず、感情管理が過剰に標準化・マニュアル化可能なものとして捉えられてしまうということである。もちろん、技能として捉えるべきだという論者も、感情管理が個別なケースへの対応であり、管理する本人によって異なる様態をとることに自覚的である⁽¹⁴⁾。それでも、フォーマルな教育体系に感情管理を学習する機会を設けるといったときには、どうしてもある感情管理の手法が、それに依拠すれば良いというマニュアルとして通用してしまう可能性が高まるであろう。だがそれは、「患者のため」という観点に立ったときに、本当に「望ましい」ことなのだろうか。

(9) 武井麻子, 前掲書, 42頁。

(10) Hochschild, Arlie, *op.cit.*, p.144.

(11) James, Nicky, *op.cit.*, p.503.

(12) Smith, Pam, *op. cit.*, pp.137-143.

(13) 武井麻子, 前掲書, 57頁。

(14) Smith, Pam, *op. cit.*, p.140. その他にもDucey, Ariel M., Heather Gautney & Dominic Wetzel “Regulating Affective Labor: Communication Skills Training in the Health Care Industry”, *Research in the Sociology of Work*, Vol.12, pp.49-72, 2003.では、感情労働や技能という概念は採用されておらず、「愛情労働affective labor」という概念が用いられているが、その意図は、感情管理が完全に標準化・マニュアル化できるものではないことを強調するところにある。

そして、そもそも看護職が感情を管理しなくてはならないと感じるということは、そこに何らかの問題が生じているということだが、感情管理を技能とみなすことは、その問題は看護職本人が単独で解決すべきものとみなすことにつながる。確かに、技能とみなすことで「できて当たり前」と決めつけてしまうことは避けられるであろう。だが、今度は逆に、感情を管理できない看護職は、技能の欠如した看護職であるとみなされるようになってしまう。それは、果たして適切な見方なのだろうか。

本稿は、感情管理を技能として捉え返すことに一定の意義を見出しつつも、それだけにはとどまらない観点を提供することを目的とする。そのために、看護職が感情を管理しなくてはならないと感じるような状況とは何か、その点に立ち戻ることにしたい。そもそも、看護職はどのようなときに感情を管理する必要があるのか。そこでは、何が起きているのか。この点に立ち返ることによって、感情労働や感情管理という概念が看護職にもたらす意義を、技能という観点を超えて、明らかにしていこう。

なお、その際に主に念頭に置くのは、熟練した看護職の感情経験である。新人の看護職が感情を管理しなくてはならないと感じるような状況には、患者の急変時に冷静さを保つなどといったものが多い。それらは、熟練した看護職からすれば、おそらく看護職が技能として当然に身につけるべきものとみなされるであろう。こうした感情経験を含めて論じることは、感情管理を技能として捉えるにとどまらない感情労働論の意義を探る上では、混乱を招くだけだと思われる。こうしたことから、本稿は熟練した看護職の経験に照準し、それでも直面するような、感情を管理しなくてはならないと感じる状況について考察する。

2 看護職における感情規則

個々の看護職による感情経験は、個別具体的な状況における看護職と患者との相互作用場面で経験されるものであるが、それは看護職の職務全体に課せられている職務規則によって規定されるものでもある。ここでは、個別具体的な状況の検討に入る前に、看護という職務全体に課せられている規則について検討するところから始めよう。

まず前提として、本稿でいう感情emotionの内容について簡単に説明しておきたい。第一に、本稿では感情が個別具体的な患者という他者との相互作用で喚起されるという側面に注目する。というのも、特に熟練した看護職が「看護が感情労働だと思う」とき、管理しなくてはならない「感情」として想定されているのは、ある特定の患者によって喚起されるものだからである⁽¹⁵⁾。もちろん、患者との相互作用で感情が喚起される背景に、看護職自身の私生活等に関わることは多いが、まずは患者によって喚起されるという側面を強調して捉えておくことにしたい。

第二に、本稿でいう感情とは、ヤナイらがいう意味での「生の感情raw feeling」であり⁽¹⁶⁾、感

(15) 武井麻子, 前掲書, 47頁。

(16) Yanay, Niza & Golan Shahar, "Professional Feelings as Emotional Labor", *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol.27, No.3, pp.346-373, 1998.

情語を適用して解釈されたものに限らないことにしたい。感情経験を総体として社会的に捉えようとしたときには、感情語として表せるものを対象とせざるを得ないが⁽¹⁷⁾、本稿が扱うのは主に熟練した看護職がそれでも直面する何かである。熟練した看護職であれば、患者との間で何らかの感情を喚起されたときには、それを容易に「怒り」や「反発」とは定義しない。むしろ、後述するように、患者に対して一定の心的状態を保つべきであるという規則が存在するために、「怒り」「反発」といった定義づけに対する強い抵抗感が見られ、定義づけに躊躇する傾向にある。感情語に基づく解釈を前提とすれば、熟練した看護職の直面する経験を捉えられないであろう。

次に、看護職に課せられた感情規則feeling ruleについて考察しよう。感情規則とは、特定の状況において特定の心的状態になるはずであるという、ある集団において自明視されているものを指す。ホックシールドは感情管理を、その場において求められる感情規則と異なる感情を抱いていると当人が感じたとき、それを管理して感情規則に沿った心的状態に持って行くこととして捉えており⁽¹⁸⁾、感情規則の内容について考察することは、感情労働者が置かれている全体的な状況を捉える上で重要である。

ただし、看護職に課せられている感情規則は様々ではない。ここでは、武井の挙げる感情規則群を手掛かりに、感情規則の分類を試みよう。まず、武井が「感情を抑制することを求める規則」として挙げる、「患者に対して個人的な感情をもってはいけない」「患者に対して怒ってはいけない」「泣いたり取り乱したりしてはいけない」「大笑いしてはいけない」「あまりになれなれしい態度をとってはならない」「患者を過度に甘やかしてはならない」などといった、明言されないが厳として存在する規則群がある⁽¹⁹⁾。なぜこうした規則群が必要になるかといえば、患者のニーズを「正しく」判断するためである。看護職は患者のニーズを判断しそれに答えることが職務だが、その判断と対応を「的確に」行うためには冷静さと距離が必要である。そのためこれらを、患者のニーズを「的確に」判断し応えるべきだという職務規則として捉え、L.L.パットナムらにならって、「合理性」と呼んでおきたい⁽²⁰⁾。

その他にも武井は、「患者を安心させ、信頼できるようにするためのもの」として、①「患者の気持ちに共感せよ」という抽象的な感情規則があると述べ、それが具体的な場面での②「患者には優しく親切に」「患者に接するときにはにこやかに目を見て話す」といった感情規則となって表れているという⁽²¹⁾。

だが、この二つはいささか性格が異なるものである。②「患者には優しく親切に」「患者に接す

(17) 崎山治男『「心の時代」と自己——感情社会学の視座』勁草書房、2005年、33-71頁。

(18) Hochschild, Arlie, *op. cit.*, pp.64-86.

(19) 武井麻子、前掲書、42頁。

(20) Putnam, Linda L. & Dennis K. Mumby, “Organizations, Emotion and the Myth of Rationality”, In Fineman, Stephen (ed.), *Emotion in Organizations*, Sage Publications, pp.36-57, 1993. パットナムらは看護職などに課せられている感情規則群は、「感情性emotionality」と「合理性rationality」の二つに大別されると捉えている。ここでは「合理性」については採用するが、パットナムらの議論では「感情性」の具体的な内容が必ずしも明確ではないため、「感情性」という用語は採用せず、独自に分類を行った。

(21) 武井麻子、前掲書、42頁。

るときには「こやかに目を見て話す」というのは、患者がどのような人であれ共通して、看護職がある特定の心的状態（患者に対して好意的なもの）を維持すべきだという規則である。これは、T. パーソンズが用いた区分で言うなら、感情中立性 affective neutrality の保持が求められているとも言え換えられるであろう。パーソンズのいう感情中立性とは、相互行為の相手による反作用に対して、感情的に反作用し返さないことを意味し、どの患者のどのような言動に対しても一定の心的状態を維持するということを意味する。これらの規則は、維持すべきだとされる心的状態が患者に対して好意的なものであるという、感情中立性の一つのバージョンである⁽²²⁾。いわば、常に好意的であれという規則なのである。

それに対して、①「患者の気持ちに共感せよ」という感情規則は、いささか異なる性格を持つ。「共感」は、誰かと「共に」感じることであり、「相手の気持ちを自分のことのように感じる」ことである。個別の患者に対して、可能な限りその願うところをともに願い、その欲するところに応えようとするものであり、それを自分自身の課題として引き受けることである。言い換えれば、個別の患者に対してのコミットメントを要求する規則とも言えよう⁽²³⁾。②「患者には優しく親切に」といった規則は、すべての患者のすべての言動に対して一定の心的状態を維持することを求めているが、①「患者の気持ちに共感せよ」という規則は、個別の患者に対するコミットメントを求めるものなのである。

このように、看護職には、常に「合理的」であれという規則と、常に好意的であれという規則とともに、個別の患者へのコミットメントを求める規則が課せられている。前者二つは患者に対して常に一定の心的状態を保てという規則であり、後者は個別の患者にコミットせよという規則であり、両者は性格が異なっている。こうした性格の異なる複数の規則の存在が、看護職が感情を管理しなくてはならないと感じる状況を生み出している。

といっても、複数の規則が存在するからといって、これらの規則が常に相反しているわけではない。崎山が指摘する通り、多くの局面において、個別の患者へのコミットメントは、患者に対して好意的であることや、「合理的」であることに反しない。多くの場合において、患者へのコミットメントは、むしろ患者に好意的であり続けたり「合理的」にニーズを判断したりすることにつながる⁽²⁴⁾。たとえ患者の不安感にコミットすることで看護職自身が不安などの否定的な感情を抱いたとしても、熟練した看護職であれば、同時に「合理性」に基づいた判断を行ったり、患者に対して好意的な心的状態を保ったりすることは可能である⁽²⁵⁾。

(22) Parsons, Talcott, *The Social Systems*, The Free Press, 1951. = 佐藤勉他訳『社会体系論』青木書店, 1974年, 64-66頁, 449-465頁。パーソンズの言う感情中立性は、行為の対象に対して冷たくふるまうのではなく、たとえ「親」のように優しくふるまったにしても、対象からの感情的反作用に対して、自身は決して感情的に反作用しないということである。

(23) といっても、看護学において「共感」という言葉が用いられるときには、「同情」や「巻き込まれ」と区別されており、否定的な感情や「合理性」と相反するほど強い感情を抱くのは「共感」ではないとみなされることが多い。だが、「相手の気持ちを自分のことのように感じる」ことは、既に「同情」であり「巻き込まれ」であろう。そのため、ここでは「共感」について「同情」や「巻き込まれ」との区別を含めないで捉えている。

(24) 崎山治男, 前掲書, 152-153頁。

(25) 崎山治男, 前掲書, 167-169頁。

それでも、熟練した看護職が「看護が感情労働だと思う」瞬間は訪れる。そしてしばしば、感情管理に失敗するという経験も有している。それは、患者によって喚起された感情が、常に「合理的」であれという規則や、常に好意的であれという規則と、相反してしまうときである。では、そのような瞬間とは、具体的にどのような状況を指すのだろうか。

3 患者の固有な「思い」

熟練した看護職が、「合理性」と反したり、患者に好意的な心的状態を保てなかったりするほどの感情を抱くことがあるのは、臨床現場に患者の様々な「思い」があふれているからである。看護職はしばしば「患者さんの思い」という表現を用いるが、それは患者の様々な心的状態を指し、特に「その人の思い」と言われるときにはその患者固有の背景を背負って生まれる心的状態を指している。

患者は、「患者」であると同時に、それぞれ固有の「生」を生きる人でもある。それまでの生活のあり方、周囲や社会に対する意味づけ、その中で自分自身の意味づけによって、一人一人が異なる「生」を生きている。そしてそのような「生」の固有性は、日常生活の中ではほとんど焦点化されないが、重篤な疾患や障害を抱えたときにはときに浮上してくる。重篤な疾患や障害は患者の生活を大きく変化させるために、ときに患者は自らの「生」を問い直し、自分自身や周囲に対して新たな意味づけを行わなくてはならないからである⁽²⁶⁾。その過程において、患者は自分自身や周囲の人々に対して様々な「思い」を抱く。それは、その人の「生」のあり方を背景とした、その人固有のものである。これは何も患者だけに言えることではなく、自身の身近な人々が疾患や障害に苦しむのを目の当たりにしたり、亡くしてしまったりする家族にも言えることである。

臨床現場で看護職が会う患者やその家族は、ときにこうした固有の「思い」を抱いており、看護職はそれに直面させられることがある。それが看護職に、「合理性」と反したり、好意的な心的状態を保てなかったりするほどの強い感情を抱かせるのである。

たとえば、ある看護職は、つい患者に手をあげてしまった事例を挙げている。その患者はまだ若く、ながらくネフローゼ症候群を患っており、腎臓透析を必要とする状態だったのだが、主治医や看護職、家族の説得に対してもなぜか透析を拒否し続けていた。荒い息を吐きながらも、説得に応じようとせずに興奮して暴れている患者に対して、看護職は「興奮する彼を抑えるはずみに、私は患者に初めて手をあげた」という⁽²⁷⁾。

「手をあげた」という行為は、「合理性」に反するというだけでなく、患者に対して好意的な心的状態を保てという規則にも反している。このときこの看護職は、それだけ強い感情を喚起されたのだと思われる。そこに至るまでには様々な経緯があり、看護職がそれまでに医師による説得の仕

⁽²⁶⁾ Corbin, Juliet & Anselm L. Strauss, "Accompaniments of Chronic Illness: Changes in Body, Self, Biography, and Biographical Time", In Roth, Julius & Peter Conrad (eds.), *Research in the Sociology of Health Care*, JAI Press, 1985.

⁽²⁷⁾ 加納佳代子『それぞれの誇り——婦長は病棟の演出家』ゆみる出版、1997年、23頁。

方に反発したり、患者の家族の態度に苛立ちを覚えたりしていたことも「手をあげた」背景に関わっているだろう。だが直接には、その患者が体調の悪化にも拘わらず頑迷に透析を拒否し続けるという、その言動そのものが、看護職に強い感情を喚起させたのだと思われる。

では、患者はなぜ透析を拒み続けたのか。看護職は後に患者の親しい友人から、患者が次のように話していたと聞かされた。

ずっと病気で、農家の長男なのに、何にも出来なくて、学校だって病院のなかだった。いつも人に頼んでやってもらって、オレは一人じゃ何も出来なかった。オレずっと考えてたんだ。オレが人に何かしてやることなんか出来るのかって。一つあったよ、オレが親にしてやれること。苦勞かけてばっかりいたオレがいなくなる。そうすりゃ、もう苦勞ないもんな。姉ちゃんとは赤ん坊生まれのし。オレが透析やったら、親はまたずっと苦勞するよ……。オレがちょっと苦しいのガマンしてりゃいいんだ⁽²⁸⁾。

体調が悪化しているにもかかわらず透析を頑迷に拒否するのは、患者にとっては、それが「親にしてやれる」たった一つのことに思っていたためであった。こうした捉え方は、患者のそれまで生きてきた生活と、その中で自身に対して行ってきた意味づけの中から生み出されたものである。このように、看護職が強い感情を喚起されるような患者の言動の背景には、しばしばその人固有の「生」が深く関わっている。一般的に考えれば、透析を受けることが患者の望むところのはずだが、この患者の場合には、それまでの「生」の中で培われた「オレが人に何かしてやることなんか出来るのか」という自己への問いかけから、「苦勞かけてばっかりいたオレがいなくな」ってやろうという「思い」に結実していたために、透析を拒むという言動に至っていたのである。

言い換えれば、看護職が感情を喚起される瞬間とは、患者のそうした固有な「思い」に直面する瞬間でもある。患者の「思い」は、その人固有の「生」に基づいたその人固有のものであるだけに、必ずしも看護職にあらかじめ把握できているわけではない。自身に強い感情を喚起されたとき、それは患者の固有な「思い」を発見し、それに開かれる機会でもある。

4 看護職の固有性の発見

ただし、感情が喚起される瞬間は、単に患者の固有性が出現する瞬間であるというだけではない。それは、看護職自身の固有性が発見される瞬間でもある。

たとえば、ここである看護職の手記を引用しよう。その看護職は夜勤のときに、「ターチャン」と呼ばれる子供の急変に立ち合った。子供の容態が悪化したとき、付き添っていた家族から医師を呼ぶよう求められたが、しばらく様子を見た上で、容態が徐々に悪化したところで当直医を呼んだ。結局「ターチャン」は他界してしまったが、その後病室へ戻った看護職に、「ターチャン」の両親は次のような言葉を投げかけた。

(28) 加納佳代子、前掲書、30頁。

二人は、「どうしましたか」という私の声が終わらないうちに私の方に向きを変えた。眼鏡の奥で私をにらみ据える冷たい目。一瞬ものに憑かれたように立ちすくんだ私に、ありったけの憎悪をこめて投げ出されたのが、「人殺し!」という両親の言葉であった。

「えっ? 私が?」と自分の耳を疑って問い返す私に、ターチャンのお父さんは「そんな所にポーッと突っ立ってないで早くターチャンのいのちを取りもどしてこいよ、あんた」その針のような言葉に私はなんて答えたらよいかわからなかった。

(中略) 悲しい場面には数えきれないほど立ち合ってきた。母親と一緒に泣いたこともあった。同僚と抱き合って泣いたこともあった。このことだけは言える。私はいつでも患者さんに心から接してきたと。しかし、人殺しの言葉はトゲとなって私のなかにいつまでも残された⁽²⁹⁾。

この看護職が直面したのも、その患者の家族の固有な「思い」であった。このとき看護職が医師を呼ぶまで様子を見たことは、少なくともこの看護職当人の判断によれば、医学的に誤っていたわけではない。ならば、ほとんどの患者の家族は、ここまでの言葉を看護職に対して投げかけはしなかったであろう。にもかかわらず、「ターチャン」の両親は「人殺し!」という言葉に浴びせかけた。その「思い」の内容は想像する以外にはないが、この両親固有のものであろう。そして、このような「思い」に直接にさらされることで、看護職は「なんて答えたらよいかわからなかった」というような強い感情を抱いたのである。

注意したいのは、このとき看護職が、自身の職業的キャリアを振り返っていることである。「人殺し!」という言葉は、看護職のその場における対応を振り返らせただけではなく、自身の長い看護職としての職業生活と、そこでの様々な患者との関わりを一つ一つ振り返らせた。単に「ターチャン」やその家族への対応だけでなく、自分自身の職業生活における他の患者との関わりを想起させ、そこでの自らを振り返らせるようなものだったのである。

そしてこの看護職は、一方で「私はいつでも患者さんに心から接してきた」と言い切っているが、他方では「人殺しの言葉はトゲとなって私のなかにいつまでも残された」とも述べている。喚起された感情によって引き起こされた多くの迷いと葛藤は、その場限りで解決されたわけではなく、後々まで残された。「人殺し!」という言葉は、単にその場で看護職に職業的キャリアを振り返らせたというだけでなく、自己についての長い問い直しの過程の端緒となったのである。

また、患者の「思い」に直面させられ特定の感情を抱くことが、看護職に看護職としての自己だけでなく、自身の個人的な価値観の存在を知らせることもある。ある看護職は、精神的に不安定な状態にある若い妊婦によって、胎児に障害があるのではないかという強い不安を執拗に示された。繰り返しなだめる中で、その患者が実は胎児に障害がないと請け合ってもらいたがっているだけだということに気づいたとき、「『そこまで嫌がることはないんじゃないの』という気持ちが、どうし

(29) 鈴木俊作・東海准看護婦のつどい編『看護つづりかたの広場——看護制度問題の光と影』看護の科学社、1981年、113-115頁。

てもわき上がってしま」い、請け合うことができなかったという⁽³⁰⁾。患者のニーズを判断し応えるという「合理性」や、患者に対して好意的な心的状態を保つという規則からすれば、胎児に障害がないと請け合うことが必要だったのかもしれないが、それと相反するほど強い感情を喚起されたのである。

その看護職はもともと自分は障害者の問題に「それほど熱心に取り組んでいる人間だとは思って」いなかったという。にもかかわらず、患者に執拗に迫られたときに、身近な親戚で知的障害を有する人やその親の顔が浮かんだという⁽³¹⁾。このときこの看護職は、患者の「思い」を前にして、自分自身の個人的な価値観や生活史を改めて発見したと言えよう。それまでは強く意識していなかった価値観や生活史が、患者の不安を執拗に示される中で、意識化されたのである。

そしてこの看護職もまた、後にこの経験を振り返り、一方で「あの時の私には、どんなに責められても、あれしか言えなかった」と言いつつも、他方で「この場面で、私はいったいどうすればよかったのでしょうか？ 今でも答えは出ていません」と述べている⁽³²⁾。この看護職においても、単にその場で自身の個人的な価値観や生活史が発見されたというだけでなく、そこから今日に至るまで続く自己の問い直しが促されたのである。

このように、看護職に強い感情が喚起され、患者に対して好意的な心的状態を維持したり、「合理性」を保ったりすることが困難になる瞬間とは、一方では患者の固有な「思い」が表出される瞬間でもあるが、他方では看護職自身の固有性が発見される瞬間でもある。患者の強い「思い」を前にしたとき、看護職はときに、自身の職業的キャリアを振り返ったり、自身の個人的な価値観や生活史を改めて発見したりする。そして単に、その場で想起されたというにはとどまらない。看護職はその後も長く続く、自分自身についての問い直しの契機を与えられている。そこで問われているのは、単に職業的キャリアや個人的な価値観・生活史というだけでなく、そうしたもので生きる固有な自己自身である。その意味を込めて、ここでは看護職の固有性と呼んでおきたい。

ところで、このように強い感情が喚起される背景には、前節で述べた患者へのコミットメントを求める感情規則が深く関わっている⁽³³⁾。他者にコミットするということは、単に知識や技術を提供したり、ある特定の表面的な態度を示したりすることにとどまらず、自己を関与させるということである。可能な限り、患者やその家族が願うことをともに願い、欲するところに応えようとし、それを自分自身の課題として引き受けることである。それだけに、看護職は患者やその家族に対し

(30) 宮子あずさ『30歳は強気 ときどき弱気』幻冬舎文庫、2002年。

(31) 宮子あずさ、前掲書、55-57頁。

(32) 宮子あずさ、前掲書、57頁。

(33) ただし、「患者さんの気持ちに共感せよ」という感情規則は、何も看護職だけに課せられたものではない、看護職ほど頻繁に言われることはなくとも、医師や他医療専門職でも似たようなことは言われている。そのため、看護職が特に感情労働という概念に高い関心を示してきた背景には、病院内の分業体制の中で行う業務の特質も関わっているだろう。(病棟)看護職は、交替制とはいえ、24時間患者の入院生活に関わっており、そのため患者は看護職に他の医療専門職には見せないような面を見せることがある。たとえば、障害を得たことによって苦悩する患者は、医師にはその苦悩をほとんど見せずとも、夜に見回っている看護職にはその涙を見せるかもしれない。このように、感情規則の存在だけでなく、業務の特質もまた、看護職のコミットメントを強める一因だと思われる。

て傷つきやすいvulnerable状態にある。患者の言動によって自己の固有性にまで大きく影響を与えられやすい状態に身を置いているのである。

たとえば、前節で述べた事例で、看護職に強い感情が喚起されたのは、患者の家族が願う透析を、看護職もまた自分自身の願いとしても願っていたためであろう。本節で挙げた「人殺し！」という言葉が浴びせかけられた事例にしても、相手が通りすがりの見知らぬ人であれば、看護職はここまで強い感情を喚起されないであろう。少なくとも、自身の職業的キャリアを振り返るほどのものではなく、無視するように試みれば良かったはずである。だが、看護職は患者やその家族が願うものをともに願おうとしていただけに、患者やその家族による否定を自身にとって重大な問題として受けとめてしまった。それゆえに、強い感情が喚起されたのではないか。胎児に障害がないと請け合う言葉を求められた看護職にしても、患者から繰り返し不安をぶつけられる過程で、可能な限りその不安を和らげようと試みていなければ、ここまで強い感情は喚起されていなかったかもしれない。

その意味で、看護職は感情労働者である。患者へのコミットメントを求めるという感情規則があるがゆえに、看護職はときに強い感情を喚起される。にもかかわらず同時に、患者に常に好意的であれという感情規則や、常に「合理的」であれという感情規則も課せられている。職務の中にこうした規則が同時に並存しているからこそ、看護職は自身の感情を管理しなくてはならないという瞬間を経験するのである。

このように、感情労働者であるということは、単に感情を管理しなくてはならないということの意味するのではない。本節で述べてきたように、管理が必要だと感じるほどの強い感情を喚起される瞬間とは、自身の固有性を発見するときでもある。看護職が感情労働者であるということが明らかにするのは、看護職がその職務ゆえに、自身の固有性に繰り返し直面させられるということでもあったのである。

5 技能を超えて

看護職において感情労働という概念が導入された際には、それが一つの技能であるということが強調されがちであった。それに対して本稿は、看護職が感情を喚起されるという状況を具体的に検討した。そこで明らかになったのは、職務上課せられる「合理性」や好意的な心的状態を保てという規則に反するほどの強い感情が喚起されるのは、これもまた職務上課せられる感情規則である、個別の患者へのコミットメントを求めるという規則と深く関わっていることであった。そして同時に、そのとき看護職が、一方で患者の固有性に直面するとともに、他方で自身の固有性を発見するのだということも明らかになった。

冒頭で述べたように、「キュアからケアへ」という流れは、患者が固有な「生」を生きる人であることを踏まえて医療や看護の提供を試みようとするものであった。看護職が感情を喚起される瞬間は、患者の固有な「思い」が出現する瞬間である。ならば、看護職は喚起された感情にただ従うのではなく、患者の固有な「思い」を探り、それへの対応を考えなくてはならない。そのため、看護職は多くの場合、こうした局面において自身の感情を管理しようとする。

ただし、そこでなされる感情管理が、マニュアル化されたそれに従うものであればいいとは言えないはずである。看護職が直面している患者の固有な「思い」は、まさにその人固有のものである。それに対してどのように応じればいいのかと考えるとき、解は一つではない。少なくとも、一般的に見られる感情管理をただ行うことが、常に望ましいとは限らない。たとえばある看護管理者の挙げる例では、てんかんの既往歴がある女性患者に対して、スタッフの看護職たちが「知能が少し低いのだろう」と考え、「ていねいにやさしく、子供に語るかのように説明していた」という。そうしたところ、患者は突然怒り出した。それでも看護職たちは「患者はてんかんだから怒りっぽくても仕方ないですよ」と「同情の目をして」いたという。だが、看護管理者が話を聞いたところ、患者は「看護婦達は自分を子供のよう扱っているが、自分は看護婦が言っていることは分かっている」と述べた。患者は実は、看護職たちの「ていねいにやさしく」接した態度にこそ怒っていたのである⁽³⁴⁾。このとき、スタッフの看護職たちは、患者がいきなり怒り出したその言動に対して、一般的に見られる感情管理で対応している。だが、そうすることがかえって、患者の固有な「思い」を探る道を閉ざしていたのである。このように、患者の「思い」がその人固有なものであることを考えるなら、何が「望ましい」対応なのかは一概には言えない。ある特定の感情管理の手法が常に「望ましい」とは言い切れないはずである⁽³⁵⁾。

さらに、感情が喚起されるのが、看護職が固有性を発見する瞬間でもあるというなら、そこで生じる問題の解決を個々の看護職の技能にだけ求めるのは、現実的ではないだろう。管理が必要だと感じられたような強い感情の喚起は、ときに看護職にとって、自身の職業的キャリアや個人的価値観・生活史など、自己の問い直しを伴うものである。そうした状況において、ただ感情を管理せよと求めても、看護職にとっては非常に困難なこともあるだろう。看護職とて一人の「生」を生きる人間であり、「譲れない」ものはあるはずである。もちろん、看護職は職務として患者に接しているのだから、自身の固有性は相互作用場面から排除して行為すべきだという考え方もある。だが、本稿で挙げてきたいくつかの例に見られるように、看護職はその必要性を十分に感じつつも、それだけでは回収しきれない葛藤を抱いたり、感情管理に失敗したりしている。看護職にとって感情管理が非常に困難なことが現に多いのであれば、個々の看護職による感情管理だけで問題が解決すると前提することは非現実的である。

にもかかわらず看護職に感情の管理だけを求めるのであれば、結局のところ「患者のため」にはならない状況を作り出してしまうと思われる。看護職にとって感情管理が非常に困難だったとき、それでも感情管理だけを求めるのであれば、看護職に残される現実的な対応策は、自身が強い感情を喚起されてしまう背景にある感情規則を放棄することである。看護職に強い感情が喚起されてし

(34) 加納佳代子、前掲書、157頁。

(35) Treweek, Geraldine Lee, "Emotion Work in Care Assistant Work", In James, Veronica & Jonathan Gabe (eds.), *Health and the Sociology of Emotions*, Blackwell Publishers Ltd, 1996. これは長期ケアホームにおける看護助手に関する研究だが、看護助手による感情管理が、ホームの秩序を維持するための、入所者の管理統制につながっていることを指摘している。一定の感情管理の手法だけに従えばいいとすることは、組織管理や組織的目標の維持という意味での「患者のため」に貢献しても、「患者のため」に含まれる「望ましき」の実現に貢献しない危険性を招く。

まうのは、患者に対するコミットメントを求める感情規則がゆえだった。ならば、患者へのコミットメントを避ければ、強い感情を喚起されることも減るはずである。そうすれば、感情管理は困難なことではなくなる。つまり、看護職に個人的に感情を管理することだけを求めるのは、看護職に患者に対するコミットメントを求めるという感情規則を放棄させることにつながりかねないのである。だがそれは、「患者のため」という観点からしたとき、決して「望ましい」ことではないはずであろう。

ならば、そうした場合にはどこに解決を求めるべきなのか。実際の臨床現場においては、宮子が「周囲の人の支援」が重要だと述べ⁽³⁶⁾、スミスが看護管理者によってスタッフの感情管理のあり方が大きく異なると述べるように⁽³⁷⁾、他の看護職によるサポートのあり方が大きな影響を与えている。つまり、個々人の技能を超えて、感情労働者を周囲がいかにして支えるかという新たな論点の導入が必要なのである。この点に関しては別稿⁽³⁸⁾で予備的考察は行っているが、さらなる考察が必要であり、今後の課題としたい。

(みつい・さよ 法政大学社会学部専任講師)

⁽³⁶⁾ 宮子あずさ『気持ちのいい看護』医学書院、2000年、81頁。

⁽³⁷⁾ Smith, Pam, *op. cit.*, pp.68-95.

⁽³⁸⁾ 三井さよ「ケアの持続へ向けて——技法論・倫理論から看護職関係の議論へ」『保健医療社会学論集』14巻2号、55-64頁、2004年。