

現代イランにおける看護とイスラーム ——女性看護師が男性患者のボディ・ケアをおこなう場面から——

細谷 幸子*

序 研究の目的と方法

1 研究の目的

1979年のイラン・イスラーム革命は、イラン国内のみならず世界中に衝撃を与える歴史的イベントであった。パフラヴィー王朝のもと、近代化、西欧化、脱イスラーム化政策を掲げてきたイランは、革命を機にイスラーム共和国として再出発し、社会の各方面においてイスラーム化を進めてきた。

それから30年近くが経過した現在まで、イランではイスラーム法の遵守を重視する政策がとられてきた。その政策の代表的なものに、女性の「ヘジャーブ (hejab)¹⁾」着用の義務化がある。「ヘジャーブ」とは、女性の身体を覆うイスラーム的な衣装のことを指す。「ヘジャーブ」の着用を根拠付けているのは、コーラン、ヌール (nūr, 光) 章第30～31節に参照した「ナー・マフラム (nā-mahram)」の概念である。「ナー・マフラム」とは、親族以外の異性のことであり、結婚が許された異性のことを指す。ムスリム女性は、自分にとって「ナー・マフラム」にあたる異性の視線から、顔、手首から先を除いた身体のすべての部分を隠さなければならない。革命前のイランにおいて、「ヘジャーブ」の着用は、後進性のシンボルであるとして禁止されていたが、これは革命を経て義務化され、女性の身体は、男性の視線がもつ性的な欲望から隠匿されるべきものとして、制度化されることになった。

革命後の「ヘジャーブ」着用の義務化は、これまで、イランをめぐる議論の中心的なテーマの一つとして、さまざまな視点から論じられてきた (たとえば、[Hoodfar 1995; Mir-Hosseini 1996; 中西 1996; Paidar 1995; Tabari 1982] など)。しかし、「ナー・マフラム」の概念は、「ヘジャーブ」の着用にみられるような、女性の身体を異性の視線から隠すことのみを規定しているのではない。それは、異性の身体との直接的な接触をも禁忌としているのである。

学校教育をはじめ、公共の場での男女隔離政策をとっているイランでは、親族ではない異性同士がお互いの身体に触れることはまれである。しかしながら、診察や検査、包帯交換や注射、入院中の食事や排泄の介助のために、患者身体の露出や、医療スタッフによる患者身体への接触が必要不可欠である病院という場では状況が異なる。そのため、革命後のイランでは、医療機関内で「ナー・マフラム」の問題が表面化した。医療機関内での男女間接触は、医療倫理の問題として取り上げられ、2000年には、イスラーム法遵守を目的とするイスラーム法適用法案²⁾が国会で可決されるに至った。

イスラーム法適用法案では、医療施設で働く医療スタッフとそこを訪れる患者が適切な「ヘジャ

* 東邦大学医学部看護学科

1) 「ヘジャーブ」とは、アラビア語の「隠す」という動詞から派生した言葉である。詳しくは、[Chelhod 1971]を参照されたい。

2) 正式名称は tarh-e entebāq-e omūr-e edārī va fannī-ye mo'assesāt-e pezheshkī bā movāzīn-e shar'ī-e moqaddas (医療機関における管理・技術業務に対する聖イスラーム法の適用に関する法案) であるが、tarh-e entebāq (適用法案) という略称が使用されている。本論では、その意味するところを簡潔に表現するため、「イスラーム法適用法案」と記述している。この略称「tarh-e entebāq」は、健康教育省の省令案として発表されたもの、法案として国会に提出されたもの、国会で可決されたもの、この法案をめぐる議論を考慮して病院が自主的に規則として配布したもの等、法・規則としてさまざまな水準にあるものを総じて、通称として使用されている語でもあった。

ブ」を着用し、「ナー・マフラム」である異性の前で身体を露出したり、あるいは「ナー・マフラム」の異性の身体を見たり、その身体に直接触れることを回避するための指針を示している。これは、医療機関内でおこなわれるボディ・ケアをめぐる、患者の身体を社会的、文化的、宗教的意味から脱文脈化した「医学的身体」として扱おうとする西洋近代医学と、人間を性的なものと規定するイスラーム的価値観との拮抗ともとらえることができるだろう。

本論では、「ナー・マフラム」の問題が表面化しているイランの西洋近代医療をとりあげ、異性患者のボディ・ケアを担う看護師という職業に就いている女性たちに注目し、彼女たちをとりまく状況を多面的に記述することによって、現代イラン社会で身体に付与される意味づけの一つの側面に焦点を当てることを目的としている。

本論で、特に女性の看護師という職業に注目した理由は、以下の通りである。

まず一つに、医療施設で働く諸職種の中で、患者の裸体を目にし、患者の身体に直接触れることが最も多い職業は、患者の入院生活を全般的に援助することを中心的業務としている看護師である。イランでは、看護師のほとんどがムスリム（ペルシャ語では *mosalmān*）であるが、看護スタッフの約7割が女性であるため、彼女たちは「ナー・マフラム」である男性患者の看護をおこなわざるを得ない立場にある。女性の「ヘジャーブ」着用が義務化されているようなイランの社会状況において、彼女たちは大きな困難を抱えていると考えられる。

二つ目に、看護師の仕事の一つであるボディ・ケアをおこなう場面においては、患者の血液や排泄物に触れることなしに、その業務を遂行できない場合が少なくない。しかし、イスラームでは、死体、精液、排泄物、血液といったものを「ネジャーサト (*nejāsat*、不浄)」と規定し、それらに触れることを、宗教的な不浄としてとらえられている。この点においても、看護師は、イスラームの規範に矛盾する業務をおこなうという問題に直面していると予測される。

三つ目に、看護師は、医療の資格制度の中で、高い社会的評価を受け、自らの職域を正当化できるだけの権威をもつ医師とは異なり、病院内のヒエラルキーにおいて中間的な地位にある職種である。したがって、病院内における看護師の実践に注目することは、人間身体をめぐる価値観の齟齬や矛盾、あるいは、忌避されるべき業務をめぐる病棟スタッフ間の権力関係を露呈することになると考えられる。

以上の理由により、女性看護師が患者の身体を扱うときに直面する問題や、患者の身体を扱うがゆえに負う困難に焦点をあてることは、イラン社会が規定する男女の関係や、身体についての文化的意味付けを問うことにつながると期待できる。

本論では、まず第2章で、近代看護の発展と、イスラーム化政策が医療の領域に与えた影響を概観し、看護師の業務、雇用と労働条件から、現行の医療システムにおける看護師の位置付けをおこなう。第3章では、看護師が働く病院の状況と、看護師が対象とする患者の入院生活を、現地調査の資料をもとに記述する。第4章では、具体的な参与観察の資料に基づきながら、患者のボディ・ケアをおこなう場面において表面化する、西洋近代医学とイスラームの身体観が交錯する状況を分析する。第5章では、身体の不浄性をめぐる病棟スタッフ間の権力関係に注目しながら、不浄を担う職務を排除しようとする論理と、それを受容するための論理について考察する。

なお、イラン・イスラーム共和国は、12 イマーム派シーア派イスラームを国教としている。医療におけるイスラーム化政策と看護に関する議論を展開する本論では、特記する場合を除いて、「イスラーム」の語を「12 イマーム派シーア派イスラーム」を意味するものとして使用している。

日本では「保健師助産師看護師法」が改正されたことを受け、2002 年から「看護婦」と「看護

士」と男女を区別していた名称が廃止され、男女とも「看護師」という名称で統一されることになった³⁾。ペルシャ語では、看護師は「parastār」、准看護師は「behyār」、看護助手は「komak-behyār」という男女の区別がない呼称が使用されている。しかし、本論文では、行為者の性別を区別することが重要であるため、看護師の業務に関する一般的な記述などが必要な場合に限り、男女を区別しない「看護師」、「准看護師」、「看護助手」の名称で記述し、その他の場面では、「女性看護師」、「男性看護師」、「女性准看護師」、「男性准看護師」、「男性看護助手」、「女性看護助手」と男女の区別を明確にしている⁴⁾。

2 調査方法と調査期間

本論は、1999 年 7 月から 9 月、2000 年 4 月から 7 月にわたる合計約 6 ヶ月間に、テヘラン市内でおこなった個別インタビューと参与観察から得た情報を基にしている⁵⁾。

個別インタビューとは、イラン人調査助手同席のもと、ペルシャ語と英語でおこなわれたインタビューを指す。許可された場合は MD レコーダーで会話を録音し、録音した会話を調査直後に調査助手とともに確認するという作業をおこなった。個別インタビューの対象となったのは、テヘラン市内の 3 つの医科大学の看護学科教員と、保健教育省 (vezārat-e beh-dāsht darmān va āmūzesh-e pezheshkī)⁶⁾、イスラーム法適用法案中央委員会 (markaz-e entebāq-e omūr-e pezheshkī bā movāzīn-e shar‘e moqaddas) をはじめとする関係諸機関の職員、テヘラン市内の 3 つの国立病院と 2 つの私立病院の職員である。

筆者は自らも看護師資格を所有し、看護師としての臨床経験をもつが、医療行為はおこなわないという条件で、国立 A 病院における単独での参与観察が許可された。期間は 2000 年 5 月はじめから 6 月末までの約 2 ヶ月間であった。参与観察をおこなった病棟は、男性内科病棟、女性内科病棟、男女混合脳神経外科病棟、ICU⁷⁾、CCU⁸⁾、ポスト CCU⁹⁾、手術室、中央滅菌材料室¹⁰⁾ である。医学用語、看護学用語の多くは英語であり、医療行為、看護行為も日本と共通する点が少なくなかった。そのため、病院内の業務に関して、ある程度の共通理解をもつことができた。しかしながら、本文中で扱った論旨と諸概念については、解釈や意味付けに偏りがなく、一人の意見だけではなく、

3) これに伴い関連職種である保健師・士や助産婦も「保健師」「助産師」と名称を変更した。日本では看護師・保健師は男女とも国家試験の受験資格をもつが、助産師の受験資格は女性のみとなっている。助産婦が助産師と名称を変更するに際して、男性にも助産の資格取得の門戸を開こうという動きがあったが、分娩という女性特有の業務に男性が関わることは是非とめぐって議論が起り、実現には至らなかった。日本において国家資格に性別による制限が設定されている助産師という職種をめぐる議論は、本論で扱うイランにおける病院内の医療業務に見るジェンダー・セクシュアリティの問題と深く関わる。なおイランには男性の助産師は存在しないが、アメリカ・イギリス・オーストラリアには男性の助産師が存在する。

4) イランの看護師が置かれた状況をよりわかりやすくするために、本論では、日本の看護の状況を注において紹介している。過去の法律や制度において「看護婦」の名称が使用されている場合は、「看護師」と名称を改めず、そのまま「看護婦」と記している。

5) その後の追跡調査が困難であった現地の事情から、本論では 2000 年の時点における状況に焦点をあて、通時的な分析はおこなわないこととする。

6) 「厚生省」と訳している文献もあるが (たとえば [富田 1993])、本論文では、ペルシャ語の意味に近い「保健教育省」という訳語を使用している。

7) intensive care unit (集中治療室) の略語で、術後患者や重症患者の観察、治療を集中的におこなう病棟を指す。

8) coronary care unit (冠動脈疾患集中治療室) の略語で、主に循環器系の疾患によって、集中的、継続的な観察、治療が必要とされる患者が入院する病棟を指す。

9) ポスト CCU とは、CCU (冠動脈疾患集中治療室) での治療を受けるほどでもないが、循環器系に何らかの問題がある患者が入院する病棟である。通常、患者は 1～2 日間 CCU で過ごし、問題がなければポスト CCU に転棟してから退院となる。

10) 手術室や病棟での治療、看護に使用する物品を、セットし、高圧滅菌法によって滅菌して、各部署の要望に応じて貸し出し、使用後に返却された物品を洗浄、再滅菌、保管する部署のことを指す。

可能な限り多数の意見を参考にし、クロスチェックするよう心がけた。

3 ペルシャ語の表記について

本論文では、必要と思われる箇所に、アルファベット表記によるペルシャ語を記した。表記法は黒柳恒男『現代ペルシャ語辞典 ポケット版』(1996)に準拠している。長母音は、ā, ū, īとした。

なお、本論文で重要概念として頻出する「ヘジャーブ」「ナー・マフラム」等の語は、煩雑さを避けるため、カタカナ表記とすることにした。また、固有名詞、病棟スタッフの呼称のうち日本語訳が困難なもの、イスラームの概念等に関しても、カタカナ表記とした。カタカナ表記はペルシャ語の発音に近似するよう心がけた。しかし、「イラン」「テヘラン」等、日本で広く知られている語は、長母音を含まない記述に統一した。また「ムスリム」「モスク」「メッカ」など、広く普及しているイスラームに関する語彙は、ペルシャ語の発音を初出時に提示するにとどめた。

4 引用について

本論文には、さまざまな場面で語られた言葉が引用されている。その状況を提示するために、以下のような方法をとった。まず、インタビューあるいはフィールドノートからの引用を記述する場合には、次の略記法をとった。すなわち、(IV) とは、ペルシャ語でおこなわれたインタビューを録音したテキストの日本語訳を指し、(FN) とは、フィールドノートに筆者が日本語、ペルシャ語、英語で記した情報からの引用を示している。また、引用している語りや会話は、その場の雰囲気や文脈、語り手の口調や感情の動きをできるかぎり再現するため、日本語の丁寧語や口語などを使い分けて訳し、必要な情報を注に記した。

本文中のコーランの引用は、すべて井筒俊彦訳『コーラン(上)』『コーラン(中)』『コーラン(下)』(1999)によっている。

5 通貨について

イランの通貨はリアルであるが、日常生活においては、トマン (= 10 リアル) の単位が使用されている。本論では、筆者がテヘランに滞在していた2000年4～7月の公式レート、1ドル = 8,400リアルで計算し、賃金や価格の記載は、すべてリアルで統一した。

第1章 問題の所在

1 ボディ・ケアをめぐるこれまでの議論

本論で注目するのは、病者や障害者、高齢者といった、身体的自立の能力に、一時的な、あるいは永続的な障害をもった者に対する、他者による身体への直接的な働きかけ、援助がおこなわれる場面である。具体的には、排泄、清潔、食事、入浴、更衣といった、生命を維持し、生活を営む上での基礎的な行為に対して、直接的な身体的援助をおこなうことを指す。これを本論では、「ボディ・ケア」と呼ぶ。排泄、清潔、入浴、更衣といった行為をおこなう場面では、他者の視線や接触から隠されるべき身体の部分と生理を露出しなければならない。それが他者の援助に委ねられる時、援助する側と援助される側の間に、さまざまな問題を引き起こすことになる。

近年、日本では「ケア」に関する議論が、活発におこなわれている。「ケア」という語の意味するところは、育児から介助、介護、心のケアに至るまで広範囲にわたるが、活発化した「ケア」をめぐる議論は、「ケアの社会化」という現象、それに関する政策と密接な関係をもっている。

「ケアの社会化」とは、日本において、介護保険の導入にむけて議論されるようになった概念で、「身内でない人に、自分の、あるいは身内の身体のケアを委ねること」であると考えられる[市野川 2000: 114]。すなわち、「ケアの社会化」は、それまで家庭の中で担われてきた「病者」や「高齢者」「障害者」「子供」の世話が、家族ではなく、病院や介護施設、福祉施設や育児施設で働く介護、介助、保育や育児を担う者によって、あるいは自宅に訪問してくる者によって、おこなわれるようになった現象を指す。

日本において「ケア」が家族員以外の者の手によって担われるようになった背景には、近代的科学観に基づく医療技術の進歩と、国民の大多数が豊かな生活を享受できるようになった経済発展があった。入院治療を中心とする現代的な医療システムが広く人々に普及する以前の1950年代頃まで、多くの人々は、長期間の「介護」どころか、医師の診察を受けて「患者」になることさえ望めず、病気になるれば短期間で死亡するしかなかった。しかし、高度経済成長を足がかりに整備された「国民皆保険制度」(1961)や「老人医療無料化制度」(1973)等の医療保障制度の充実により、富裕層でない国民も受療が可能となった。そして、疾病構造が感染症から成人病・慢性疾患へと移行し、全般的な生活水準の上昇、救命医療技術の高度化に支えられて、生命の危機は回避しながらも、一生治らない慢性症や障害を抱えた人が多数生じた[春日 1997: 80-181]。こうした経緯が、「ケア」を担う人々の職業化・専門化の動きと連動し、密接な身体接触を含むような世話、つまり本論でいうところのボディ・ケアを、家族員以外の者が継続的におこなうことが、一般的に広まったのである。

しかしながら、ボディ・ケアは、その行為が高度に専門的な知識や技術を必要としないと考えられているため、医療行為と異なり、それを担う者に資格や教育上の条件が課されないという特性をもつ。換言すれば、ボディ・ケアは、看護と介護という、今日の日本では異なる学問領域と職業資格をもつ者が共通して担う職域に属しているだけでなく、無資格のヘルパーやボランティア、家族によっても担われている援助行為である。これに加え、ボディ・ケアが、援助をする側と援助される側の相互関係であること、ボディ・ケアを担う者の圧倒的多数が女性であること、さらに、社会の要請や国家の医療・保健・福祉政策の改変に伴って、その位置づけが変化してきたことにより、ボディ・ケアに関する議論は、多様な立場から、さまざまな視点をもって論じられることになった。

こうした議論の一つに、看護と介護の領域で、職業的な地位の確保を目指して、排泄、清潔、食事、入浴、更衣など、日常生活行為を援助するボディ・ケアを研究する系譜がある。ボディ・ケアは、近代看護の創始者、ナイチンゲールが看護の職務として定義した2分類、「診療の補助」と「療養上の世話」のうち、後者の「療養上の世話」にあたる行為である。「療養上の世話」とされる業務は、いくつかの異なる枠組みの中で議論されてきた。一つは、職業社会学でなされてきた専門職研究を看護職にあてはめ、看護を「専門的」な行為とし、看護職の労働条件の改善や、社会的地位の向上を目指す議論である。これは、医師の補助業務である「診療の補助」に対し、看護師が自律性をもって独自の活動をおこなうことができる領域として「療養上の世話」ととらえ、そこに看護の「専門性」を見出す試みである(たとえば、[川島・菱沼編 1997])。

しかし、「療養上の世話」は、他職種と境界線が不明瞭な部分の活動である。高度に専門的な医学知識や技術が必要ないとされるボディ・ケアは、看護師だけでなく、介護福祉士、ヘルパー、保母、あるいは、介護をおこなう家族に至るまで、さまざまな立場の者が担当している。そのため、これを看護の独占業務と規定できない矛盾点に対応するように、看護学は、「療養上の世話」を、どのように看護独自の活動として「科学的」に実践していくのか、その方法論や看護の理念を確立することをめざして、多くの研究を積み重ねてきた。

この「療養上の世話」、すなわちボディ・ケアの部分を、専門職として実践するために、介護保険の導入に伴う資格制度の整備の中で生まれたのが、介護福祉という領域と介護福祉士という職種である。介護福祉は、まだ学問・職業領域としての歴史が浅い。現在、その理念や方法論の議論と共に、「介護」をどのような概念とし、その専門性をどこに見出していくのか、隣接する看護、保育、家政、社会福祉といった領域との関連の中で、独自性を探っている段階である。

もう一つに、ボディ・ケアの担い手と受け手のジェンダーやセクシュアリティに関する議論がある。ボディ・ケアの担い手の多くが、女性であることに着目した諸研究である。病院内でボディ・ケアを担う看護師に関しては、男性医師と女性看護師の関係性が、社会の父性原理を再生産したものだというマルクス主義フェミニズムからの指摘があるが〔ガマーニコフ 1984〕、病院内にもちこまれたジェンダー役割は、家族によって担われてきた看護や介護が、家事労働や育児と同様、女性による無報酬の「愛の労働」〔春日 1997〕、「シャドウ・ワーク」〔川崎・中村編 2000〕として存在してきたことと関連している。「愛の労働」は、「その行為の（道徳的）評価が高いにもかかわらず、その与え手の社会的評価が著しく低い」、「無償であることで価値を高め、有償であることで価値を低める」という性格をもっている〔上野 2005a: 28-29〕。こうした傾向は、専門的な教育を受けた資格保有者の労働条件にも反映しており、だからこそ、ボディ・ケアを担う人の給与が低いのだとされる。

これを受け、看護や介護の担い手が女性であることの原因を探る研究の中から、男女間の介護の場面を取り上げ、そこで生起する問題を論じる研究が派生した。そこでは、看護や介護が身体の生理とセクシュアリティに直接的に関わる行為であるがゆえの困難が取り上げられることになった〔春日 2001: 53-73; 津止 2007; 山口編 2006〕。ボディ・ケアは、身体のプライバシーに関わり、それが親密な関係性における相互関係を連想させ、重なり合うために、援助をする側にとっても、される側にとっても、やりにくさや居心地の悪さ、不快感などを伴う状況を生み出すという指摘である。

この点に関しては、看護師が患者の性器や排泄物に触れる業務をおこなう場面を感じる苦境に触れた研究〔Davis 1995〕のような、援助する側からの議論だけでなく、身体的援助を受ける側からの議論も進んだ。例えば障害者の援助はパターンリスティックな「保護」の意味合いが濃い「介護」ではなく、より自立的な「介助」の語が使用されるが、障害者の自立生活を支える介助者との関係性に関して、介助者に給与を支払うかどうか、障害者の性的欲求への援助はボディ・ケアに含まれるかなど、ボディ・ケアを介した関係性が、親密さを伴うがゆえに直面する種々の困難に関する議論がおこなわれている〔安積他 1990; 石川・長瀬編 1999; 石川・倉本編 2001; 倉本 2005〕。

看護や介護を担う者の多数が女性であり、それが無報酬の「愛の労働」だとするのは、家族間の愛を想定した指摘であるが、もう一つ、看護や介護には、神を想定した無報酬の労働としての歴史がある。1950年代まで、人々は多くの場合、長期間の「介護」どころか、医師の診察を受けて「患者」になることさえ望めず、病気になれば短期間で死亡するしかなかったと既述した。しかし、過去においても、病に苦しむ人の世話をおこなう者は存在した。

社会から忌避される存在となった病者や障害者の身体に触れるボディ・ケアは、死生観や不浄観を規定する宗教と密接に関わる領域であり、西欧においてはキリスト教と、日本においては仏教と、中東においてはイスラームの神秘主義と深く結びついていたとされる〔シッパーゲス 1993; 新村 1992; 新村 2001〕。ナイチンゲールが提唱した近代看護学が、修道院でおこなわれていた貧しい病者や負傷者の世話を脱宗教化する動きだったことに象徴されるように、ボディ・ケアは、担い手となった者の専門職業化によって、脱宗教化の過程を辿ってきたという歴史的経緯がある。

2 イランにおけるボディ・ケアをめぐる問題

医療技術の進歩と経済発展によって、病院や介護施設、あるいは在宅において、医療的処置から日常的な家事的行為までを含む「ケア」の一部が他者によって担われるようになるという現象は、日本に限らず、他国でも見られている。イランも例外ではない。イランでは、1985 年から展開された保健医療サービスの体系化が、全国的に医療へのアクセスを容易にするネットワークの整備につながった。これと並行して進んだ道路の整備や医療保険の国営化、各種社会保障制度の充実によって、遠隔地の農村部居住者や貧困者であっても、都市部にある病院を受療することが可能となった。現在のイランでは、脳卒中、高血圧症、心筋梗塞、がん、糖尿病などの成人病が死亡要因の上位を占め¹¹⁾、平均余命が延び、60 歳以上の高齢者人口の増加率が上昇していることも指摘されている¹²⁾。こうした状況から、イランにおいても、病院や施設という場所で、家族員以外の他者によって、身体に直接関わる援助を受ける機会が生まれ、それに対して人々の関心が高まっていることが指摘できる。

ここで注目したいのは、イランと日本とでは、ボディ・ケアを考える上で、大きく異なる状況があるということについてである。イスラーム共和国であるイランでは、イスラーム法が統治の基盤となっているが、イスラーム法は、人間身体に関わる詳細な規定を含む規範である。したがって、イランでは、身体に関するイスラーム法上の規範が実効性をもつ可能性がある。ミール＝ホセイニーは、医療の現場で医療従事者が異性患者の身体をどこまで見てよいか、どこまで触ってよいかに関して見解を示す法学者の事例を紹介しているが〔ミール＝ホセイニー 1999: 111-112〕、病院やクリニックといった場で起こる身体の露出や接触をどう規定するかという問題は、イランで長く続いている議論の一つである。

さらに、身体に関わるイスラームの規範としては、宗教的な不浄とされる排泄物や血液の扱いに関する問題がある。イスラームでは礼拝の前に水による清めが必要とされるなど、不浄とされる排泄物や血液等と接触した場合におこなう浄化行為が日常的におこなわれ、それに対する非常に詳しい規定が示されている。つまり、イランでは、人間身体とその生理に直接触れるようなボディ・ケアを家族員以外の他者が担うということは、看護や介護の技術的な問題だけでなく、身体をめぐる性や排泄物に関するイスラーム法の規範に関わる問題としてとらえられるのだとすることができる。

日本や欧米の看護や介護の場面では、異性の被援助者の露出した身体を見、それに触れ、排泄物を処理する際の困難を、「羞恥心」〔春日 2001: 56〕や「embarrassment」〔Lawler 1993: 135-154〕と表現できるかもしれない。だが、異性の前で身体を露出すること、異性の身体を見たり、それに触れたりすることが宗教的に禁止され、排泄物を宗教的不浄と規定している文化的状況の下では、「羞恥心」や「embarrassment」とは異なる感情を抱く状況が生起することが予測される。しかし、イスラームとの関連において、医療の場における身体の扱われ方を具体的な行為から分析した研究は、これまでほとんどおこなわれていない。

イランに近代看護学が導入されたのは、20 世紀初頭のことであるが、イランの看護や介護に関する研究は、非常に限定されている。女性の社会進出が限られていた頃から、看護師は、教師と並んで、女性の職業として認められ〔Moghadam 1988〕、革命前の近代化政策においては、女性の職

11) 健康教育省国際部の情報による。

12) イランの平均余命は男性が 69 歳、女性が 72 歳、1989 年から 1996 年の高齢者人口増加率は 4 %で、全人口に占める 60 歳以上の人口は 1996 年で 6.6%となっている〔Markaz-e Āmār-e Irān 2001(1380): 43〕。なおイランでは「高齢者」の年齢区分が 65 歳以上となっている。

業の一つとして、看護師が推奨されたことが指摘されている [Vatandoust 1984: 109]。しかし、教師と異なり、看護師が患者の身体に直接触れる業務をおこなうという特異性に関しては、ほとんど注目されてこなかった。これは、イランにおける女性と身体に関する議論が、服装としてのヴェールをテーマとした議論を中心に展開されてきたことに起因しているかもしれない。

こうした議論と状況を踏まえて、本論では、病棟の中で医療従事者—異性患者間の接触が起こる場面に焦点をあて、その行為がさまざまに解釈される文脈を、女性看護師の立場から記述し、分析していくこととしたい。

第2章 イランの医療制度と看護

本章では、近代看護がイランに導入された背景と、その発展について簡略に記述し、現行の医療制度における看護師の役割と位置づけを概観する¹³⁾。

1 近代看護の発展とイスラーム化政策

1) 近代看護の導入と看護教育の変遷

イランにおける近代看護教育は、1915年、アメリカの宗教団体が現在のウルミア¹⁴⁾にレザーイエ (rezāye) 看護学校を設立したことに始まる [Marandī et al. 1998: 384]¹⁵⁾。近代看護とは、それまで家庭の領域や信仰の場でおこなわれていた病者の看護が、職業として成立したものである。よって、近代看護の発展は、入院治療をおこなう近代的病院の普及に伴い、家庭の外で看護が必要とされるようになった状況と深く関連していたととらえることができる。

西洋近代医学のイランへの導入は、外交的使命をもってガージャール朝廷に出入りするようになった西欧諸国の医師たちによっておこなわれた。その背景には、19世紀初頭から激化したイランの経済、政治支配をめぐる帝国主義勢力間の抗争と、ペストやコレラといった伝染病の流行があった [Elgood 1951]。1851年、イラン最初の近代的教育機関であるダール・オルフォヌーン (dār-ol-fonūn) に医学校が創設されると、西洋近代医学はイラン人エリートたちに受け入れられるようになり、徐々に西洋近代医学に基づいた治療をおこなう病院が設立されるようになっていった。

イランでは、その導入当初から、看護教育機関に入学する学生の多くが女子学生であったことが指摘されている¹⁶⁾ [Mura 1995: 60]。女性の中等教育の一つとして始まったイランの近代看護教育は、その後、アメリカ、イギリス、WHO（世界保健機構）の支援を受けるかたちで、高等教育化を進めることになった。看護教育の高等教育化を支えたのは、近代教育の導入と医療政策への関心を示した、パフラヴィー朝 (1921～1979) の二人の国王がおこなった近代化政策と、1960～1970

13) なお、西洋近代医学がイランに導入され普及してきた過程と、近代看護教育の変遷については、本論の議論の中心となるところではないため、他の機会に詳しく論じたい。

14) ウルミア（ペルシャ語では *orūmiye*）は、パフラヴィー時代にはレザーイエという地名で呼ばれていた。

15) 参考までに、日本で系統的な近代看護教育が開始された状況について、簡単に記述する。日本最初の看護教育機関は、有志共立東京病院看護師養成教育所で、現在の東京慈恵医大の創始者である高木兼弘という医師によって、1885年に発足された。高木が医学校の設立以前に留学していた、イギリス、セント・トーマス病院は、ナイチンゲールと所縁が深かった。そのため、彼は看護教育に興味をもつようになり、医学校創設後に設立した病院で、看護教育をはじめることになった。この看護師養成所で看護学の教授にあたったのは、アメリカ人女性看護師、リードであった。彼女は、アメリカでナイチンゲール方式と呼ばれる看護教育を受けた看護師であったが、女性宣教師として来日している [杉田 1998: 127-134]。なお、この看護師養成所の学生は女性であった。

16) イランでは、看護は女性の仕事としてとらえられているが、サウジアラビアの看護教育の研究をおこなった [El-Sanabary 1993] は、サウジアラビアでは看護が女性の職業とは認識されていないと報告している。

年代の高度経済成長による病院の増設であったと考えてよいだろう¹⁷⁾。しかし、革命前は中学卒業後に入学する准看護教育が主流であり、高校卒業後に3年、あるいは4年の看護専門教育を受けた看護師数は全国で7,100人にとどまっていた [Marandi et al. 1998: 392]。

イラン・イスラーム革命後、病院の増設が進み、それに伴って看護師数は増加の一途をたどってきた。イラン・イラク戦争による看護教育の混乱期を経て、1985年には、すべての看護教育が4年制の学士課程になり、全看護師数も革命前の約4倍にまで増加した。1995年の資料では [Maddah 1995]、イラン国内にある150の看護大学（あるいは大学の看護学科）から毎年4,000人の卒業生が看護学学士号を取得し、14の修士課程、4つの博士課程が、高度な専門知識を有する看護師の教育にあたっている。したがって、イランの看護師は、現在、高等教育を受けた専門職としての地位を確立する過程にあると言える¹⁸⁾。

2) イスラーム化政策の医療への影響

イスラーム革命後、政府はイスラーム化政策を推進しているが、イスラーム化政策は医療の分野にも大きな影響を与えている。

大きな変化の一つは、革命前後における女性看護師の「ヘジャープ」着用である。イランでは、イスラーム革命後、女性の「ヘジャープ」着用が義務付けられている。「ヘジャープ」の着用を根拠付けているのは、コーラン、ヌール章第30～31節¹⁹⁾を根拠とする「ナー・マフラム」の概念である。マフラムとは、結婚が禁止されている親族のことを指す。その否定形であるナー・マフラムとは、すなわち結婚が許されている異性のことである。女性は「ナー・マフラム」の男性の前では、顔、手首から先を除いた身体の部分をすべて隠し、彼らの性的欲望を刺激しないように、「ヘジャープ」を着用する義務を負う²⁰⁾。

パフラヴィー王朝時代には、「ヘジャープ」は後進性のシンボルとされ、1936年からはその着用

17) 同時に、1960年代から1970年代は、アメリカで看護の理論化が進み、看護職の専門職化を目指す運動が世界的に見られるようになった時期でもある。イランにおける看護教育の高等教育化の背景には、このような看護界の潮流があったことも見逃せない。

18) 看護教育の高度化という面では、日本はイランに遅れをとっている。2000年の時点で、日本における看護教育は、4年制大学、3年制短期大学、3年制専修・各種学校、2年制の進学コース（女性准看護師が入学し、看護資格を取得するコース）と多様である。しかし、卒業時に看護師国家試験を受験し、それに合格すれば、これら各種看護師教育機関の卒業生の誰もが、厚生省認定の看護師国家資格を得ることができる。日本の看護教育は、長く専修・各種学校での教育が主であった。1970年代頃より、専修・各種学校での看護教育が、3年制看護短期大学での教育に移行し、その後、1990年代に入って、急速に4年制大学の増設が進んだ。しかし、イランのように看護師の教育が4年制の学士課程に一本化されるまでには、かなりの時間が要されるであろうと予測されている。なお、本論で依拠している1997年のイランの資料に近い1995年の資料では、日本の3年制看護短期大学数は80校、4年制看護大学数は40校、看護学修士課程をもつ大学は7校、博士課程をもつ大学は5校である。これらの学位授与課程のほかに、一定期間の臨床経験をもつ看護師を対象に認定試験をおこない、その合格者を専門看護師とする制度がある [杉田 1998: 199-214]。

19) ヌール章第30～31節とは以下の通りである。第30節：「お前（マホメット）男の信仰者たちに言っておやり、慎みぶかく目を下げて（女をじろじろ眺めない）、陰部は大事に守っておくよう（不倫な関係に使わぬよう）、と。その方が自分でもずっと道にかなう。アッラーは誰のしていることでもすっかりご存知」。第31節：「それから女の信仰者にも言っておやり、慎みぶかく目を下げて、陰部は大事に守っておき、外部に出ている部分はしかたがないが、そのほかの美しいところは人に見せぬよう。胸には蔽いをかぶせるよう。自分の夫、親、舅、自分の息子、夫の息子、自分の兄弟、兄弟の息子、姉妹の息子、自分の（身の回りの）女達、自分の右手の所有にかかるもの（奴隷）、性欲をもたぬ供廻りの男、女の恥部というものについてまだわけのわからぬ幼児、以上のもの以外には決して自分の身の飾り（身体そのものとは言うまでもない）を見せたりしないよう。うっかり地団太ふんどりして、隠していた飾りを気づかれたりしないよう（……）」。

20) 「ヘジャープ」とは単に女性の身体を男性の視線から隠すことを意味しているのではなく、男性が性的欲望の対象として女性を見ないという意味を含む。イラン人がよく口にする「ヘジャープは心の中にある」という言葉が示すように、「ヘジャープ」とは異性の性的欲望から身を隠すという意味合いをもつ。いくら女性が全身を黒い布で覆っていても、男性が性的欲望を持ってその女性を見れば、「ヘジャープ」の着用は形だけのものになってしまうのである。

が禁止されていた²¹⁾。それを受けて、女性看護師、女性准看護師も、半袖に膝丈の白衣と小さな頭の上に載せるだけのキャップを着用していた。白衣とキャップは、女性の膝下、腕、首、頭髮を露にするものである。そのため、この制服の着用はイスラームに反すると考える女性もいたようだ。しかし、白衣とキャップの着用は義務付けられていて、看護学校や病院に所属する場合、この制服を着用しなければ退学、もしくは解雇となった²²⁾。

革命後、女性の「ヘジャーブ」が義務付けられるようになり、病院で働く女性看護師もまた、病院内でマグナエ（maqna'e、顔面の部分が丸く開いた頭巾）とマントー（māntō、長袖、膝丈のゆったりしたコート）を着用しなければならなくなった²³⁾。国立病院では、女性看護師は白いマグナエに濃紺のマントー、濃紺の長ズボン、白い靴下に白い靴、女性准看護師は白いマグナエに白いマントー、白い長ズボンに白靴下、白い靴、看護助手は白いマグナエにベージュのマントー、ベージュの長ズボンに白い靴下、白い靴という制服を身につけている²⁴⁾。

もう一つの特記すべき変化は、政府が医療機関内における不必要な「ナー・マフラム」との身体接触を、イスラーム法に反するものと規定したことであろう。これを受けて、革命後、男子医学生の特設医教育の選択肢から、産婦人科が除外された。つまり、男性は産婦人科医師になれないことになったのである。同時に、国立の医療機関において、革命前に専門教育を受けた男性産婦人科医師の診療が、禁止されることになった²⁵⁾。この政策の施行に伴い、女性患者の診察をおこなう女性医師の養成が急務とされ、政府は女子学生の医学部進学を奨励するようになった。同様の理由で、男性患者の看護をおこなう者も男性であることが望まれ、政府はこれまで女性によって担われてきた看護の分野への男性の進出を推奨している。

革命以前、入院治療の場において、どのように異性間の身体接触に関する問題が認識されていたか、患者や医療スタッフが「ヘジャーブ」についてどのように考えていたかについての資料は入手できていない。しかし、革命後、政府がおこなったイスラーム化政策は、性差や身体のとらえかたに、大きな変化を与えたと考えることができる。医療機関を対象にしたイスラーム化政策は、その後、さまざまな議論を経て、後述するイスラーム法適用法案に結実することになる。

2 現行の医療制度における看護師の役割

1) 現行の医療制度

モハンマド・レザー・シャーの近代化政策は、西洋近代医学に基盤を置く中央集権的な医療制度の導入と、農村部の健康水準の向上を目指していた [Good 1981]。しかし、その試みは必ずしも成

21) しかし、「ヘジャーブ」着用の禁止は、必ずしもすべての人に守られていたわけではなかったようだ。たとえば、筆者の友人である M さんは、革命前、イスラームを教える私立の学校に通っていたが、当時の集合写真を見ると、そこで学ぶ女子学生は「ヘジャーブ」を着用していた。

22) 一例をあげると、次のような女性である。イラン医科大学 G 助教授は、革命前に助産師学科に合格したが、助産師も同様の制服を着用することが義務付けられていると知り、入学を辞退したという。彼女にとって「ヘジャーブ」をつけることはイスラームを信仰する者として非常に大切なことであった。G 助教授は、女性看護師も助産師も「ヘジャーブ」の着用が義務化された革命後に、再度統一試験を受験して、看護学部に入學している。逆に、病棟スタッフの中には、現在、義務化されているマグナエとマントーの着用を嫌う人たちもいる。

23) 女性医師もまた、「ヘジャーブ」の着用が義務付けられている。病院内におけるマグナエとマントーの着用についての法律は、雇用に関する法律集の中に収められている [Akbar 1999: 763-780]。しかし、この法律が施行された時期は病院によって異なっており、定かではない。女性看護師たちの回想によると、女性看護師は革命後数年の間、マグナエとマントーではなく、小さなルーサリー（rū-sarī、スカーフ）を着用していたという。また、現在は手術中でもマグナエとマントーを着用することになっているが、革命後しばらくの間は、手術中に限って、マグナエとマントーの着用は義務付けられていなかったようである。

24) 私立病院の場合、マグナエやマントーの色に多少の差異がある。国立、私立、その他を含め、病院内のすべての医療スタッフは、その職種によって着るべき制服が決まっている。

25) しかし、私立病院においては、男性の産婦人科医師の医療活動は禁止されていない。

功していたとは言えない。革命前の健康行政が直面していた大きな問題は、富裕者と貧困者、都市部と農村部における衛生水準、健康水準の格差が拡大したことであった。この問題を解決するため、革命後のイランでは、WHO の提唱するプライマリー・ヘルス・ケアを基盤とした保健医療サービスの体系化を進めることになった。

1985 年から実施されているイランの保健医療制度は、県 (shahrestān) レベル、州 (ostān) レベル、国家 (keshvar) レベルの 3 層から構成されており、さらに県レベルにおいて、農村部と都市部を分割する構造になっている (図 1)。県レベルの末端には、3～4 の村落を管轄する保健ハウス²⁶⁾、都市部では一定人口を管轄する保健ポスト²⁷⁾ が設置されている。このいくつかを、農村部では農村保健センター²⁸⁾ が、都市部では都市保健センター²⁹⁾ が管轄している³⁰⁾。そして、農村部保健センターと都市部保健センターを、その県の小都市にある県保健センター³¹⁾ が統括するかたちになっている。県には入院治療をおこなう地区病院³²⁾ があり、それを含めた県内すべての医療施設を、県保健ネットワーク理事会が統合、調整している。州保健局執行部理事会は、州内にある各県の医療施設を統括し、さらに国内全ての医療施設を、保健教育省 (日本の厚生省にあたる) が管理、指導している。

現在でも革命前と同様、イランの病院とそこで働く医療スタッフは、都市部、特にテヘランに集中している³³⁾。イラン統計局の資料によると、1999 年のイランの全医師数は 29 万 6728 人で、そのうち 8 万 3041 人 (27.9%) がテヘランで働いている [Markaz-e Āmār-e Irān 2001: 555]。また、2000 年の資料では、全国にある病院とクリニック³⁴⁾ 713 施設のうちの 19.2% (137 施設)、全国の総ベッド数 10 万 5716 の 26.6% がテヘランにある [Markaz-e Āmār-e Irān 2001: 563]。イランでは、医薬分業が進んでいるが、血液検査やレントゲン検査なども、病院外の臨床検査所でおこなうことが多い。テヘランには、全国にある薬局数の 22.5%、臨床検査所の 18.3%、レントゲン・センターの 26.5% があり³⁵⁾、医療施設がテヘランをはじめとする大都市に集中していることがわかる。

医療機関が集中する都市部に居住する者にとっては、病院は身近な存在であり、日常的に、一般病院、総合病院やクリニックの外来を訪れることもできる。しかし、農村部に住む人びとにとって、病院は決して身近な存在ではない。身体の不調が起った時、農村部に住む人びとは、まず村

26) 保健ハウス (khāne-ye behdāshī) は、農村における第一次医療提供を目的とする施設である。各保健ハウスには、地元出身者から採用した男女一名ずつの保健指導員 (behvarz) が勤務しており、住民一人ひとりのファイルを作成し、出生、死亡から医療機関の受診状況、結婚や転居まで、さまざまな情報を管理している。保健ハウスには診療施設はないが、保健指導員が予防接種、健康相談、管轄地域内の学校保健や産業保健も担当し、飲用水の水質チェックなど、地域の衛生管理もおこなっている。保健指導員は小学校卒業後に 2 年間の専門教育を受けることになっている [Shadpour 1997]。

27) 保健ポスト (pāygāh-e behdāshī) は、都市部において、主に住民の予防接種をおこなう施設である。

28) 農村保健センター (markaz-e behdāshī-ye darmānī-ye rūstā) は、医師、医療技師、行政官が常駐し、外来治療をおこなう施設である。

29) 都市保健センター (markaz-e behdāshī-ye darmānī-ye shahrī) は、農村保健センターと同様のスタッフと設備をもち、外来治療をおこなう施設である。

30) 日本において第一次医療の提供を担う機関は、市町村の保健センター、あるいは都道府県、政令市、特別区の保健所である。これらは、その設備や常勤スタッフの種類から、イランにおける都市保健センター、農村保健センターに相当すると考えられる。

31) 県保健センター (markaz-e behdāshī-e shahrestān) では、県内の保健ハウス、保健ポストの活動、農村保健センター、都市保健センターにおける外来治療と疾病予防に関する活動の計画、管理、指導をおこなっている。

32) 地区病院 (bīmārestān-e nāhiye) は、一般総合病院として、県内に居住する人々の外来治療、入院治療をおこなう施設である。各保健センターから、患者の紹介を受けている。

33) この統計には、看護師数の全国比は掲載されていない。

34) 病院とは、15 床以上のベッドをもつ医療施設のことを、クリニックとは、外来診療を主とする医療施設のことを指す [Markaz-e Āmār-e Irān 2001: 553-554]。

35) [Markaz-e Āmār-e Irān 2001: 569, 571, 572] より算出。

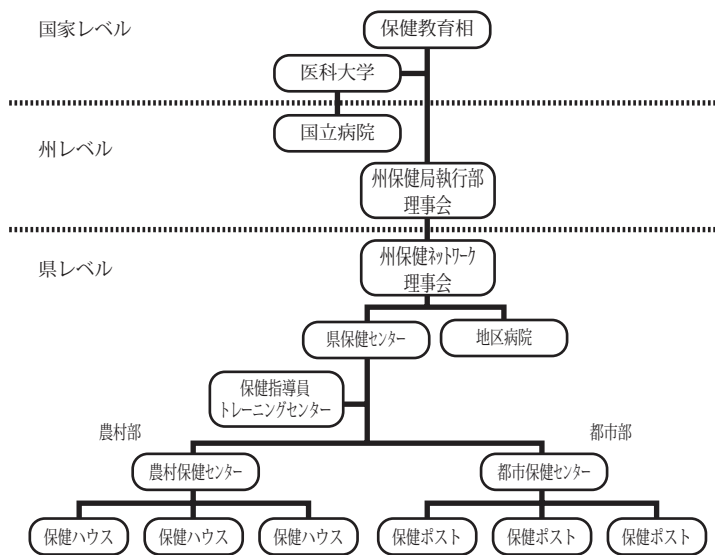


図1 イランの保健医療制度〔Shadpour 1993: 6〕の図表を改編

にある保健ハウスを訪れる。農村部の保健ハウスには、診察、治療をおこなう施設はないので、ここで必要と判断された者は、まず、医師が常駐し、簡単な外来治療をおこなう施設をもつ農村保健センターに紹介される。さらに入院治療が必要と判断された場合には、保健センターから地区病院に紹介状が書かれる。そして、一般病院である地区病院では対

処できない疾病がある時には、都市部にある国立総合病院に紹介され、そこで治療を受けることになる³⁶⁾。イランでは、都市部と農村部における健康水準や衛生水準、疾病構造が大きく異なる。そのため、両者に対する健康政策上の位置付けも異なる³⁷⁾。都市部、特にテヘランは、都市部のみならず、農村部からも入院治療が必要な患者を受け入れることにより、国の治療活動を集中的に担う役割をもっていると考えられる。

2) 看護師の位置付け

病院の看護部には、看護師の他に准看護師、看護助手、アルバイトの看護学生（dāneshjū）、手術室技師（teknishān-e otāq-e ‘amal）、麻酔技師（teknishān-e bīhūsh）といった看護スタッフが所属している（表1参照）。

①看護師

看護師とは、4年制の看護大学で看護学を学び、大学の卒業試験に合格して看護専門学士号を取得した者³⁸⁾と、革命以前の3年コースを卒業した者、あるいはイラン・イラク戦争中

36) この紹介のシステムは、国の保険制度にも反映されている。たとえば、健康保険の被保険者が保健ハウスの保健指導員の紹介を受けて保健センターの外来を受診した場合、自己負担額は10%であるが、保健指導員の紹介を受けていない場合は、被保険者であっても20%の負担となる〔Burns 1996: 9〕。

37) 1991年の資料によると、都市部、農村部における健康指標は、以下のようになっている。出生1,000に対する新生児死亡率は都市部で15、農村部で25、出生1,000に対する乳幼児死亡率は都市部で25、農村部で50、出生1,000に対する5歳以下死亡率は都市部で31、農村部で56、出生10万に対する周産期死亡率は都市部で29、農村部で80である〔Shadpour 1994〕。すなわち、イランでは都市部と農村部の健康水準の格差が大きいことが指摘でき、農村部は、高度な医療を提供することよりも、住民に対する保健教育や、衛生水準の向上が最優先されなければならない状況にあった。また、イランでは人口が少ない小村が国土に散在しており、各農村に高度な医療設備をもつ病院を設立することは、経済的に不可能である。これらの理由により、イランの保健医療制度は、農村部では保健・衛生水準の向上を目指した第一次的（primary）医療の提供施設が中心的役割を担い、都市部が高度な医療設備を必要とする入院治療を担当するというかたちで整備されてきた〔Shadpour 1994; Shadpour 1997〕。

38) イランでは、日本の看護師国家試験のような全国統一試験をおこなうのではなく、大学の卒業試験というかたちで看護専門学士試験がおこなわれる。そのため、看護師の資格は日本の看護師のような国家資格ではなく、大学から出された学位授与証明書を保健教育省が認定するというかたちをとっている。

の短期コースで熟練看護師³⁹⁾の資格を取得した者を指す。看護師は、医師の処方と指示に従って医療行為をおこなうことが規定されているが、看護行為は独立して試行することができる⁴⁰⁾。

②准看護師

准看護師とは、中学卒業後に2年ないし3年の専門教育を受け、准看護師の資格を取得した者を指す。医師または看護師の監視下で医療行為、看護行為に携わることが義務付けられている⁴¹⁾。

③看護助手

看護助手とは、無資格で病棟の看護業務をおこなう者を指し、通常中学卒業後に数ヶ月のコースでトレーニングを受けている。看護助手は看護師、准看護師、または医師の監視下で看護行為に携わることが定められている⁴²⁾。

④看護学生

アルバイトの看護学生とは、看護大学（あるいは大学の看護学科）に在籍中の学生で、主に夜勤帯に勤務するパート・タイム就労者を指す。看護学生は准看護師と同様の扱いとなっており、医師、または看護師の監督下で医療行為、看護行為をおこなう。

⑤手術室技師、麻酔技師

手術室技師とは、手術室で手術の「直接介助」、「間接介助」⁴³⁾をおこなう者を指し、大学の短期専門コース（2年）を卒業してその資格を得る。麻酔技師も同様の短期専門コースを履修し得られる資格で、手術室で麻酔医の介助⁴⁴⁾をおこなう⁴⁵⁾。

39) 熟練看護師とは、イスラーム革命後に始まった高校卒業後2年の短期看護師養成課程を卒業した者を指す。この短期課程は、すべての看護師教育が4年制の学士課程になった1985年に閉鎖が決定され、1987年の卒業生をもって、その養成が終了した [Marandi et al. 1998: 387]。

40) 日本の看護師は、保健師助産師看護師法において、「厚生大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を業とする女子をいう」（男子もこれに準ずる）と規定されている [厚生省健康政策局 1994: 867]。日本では、この法律が規定する「療養上の世話」（すなわち、ボディ・ケア）と「診療の補助」という役割のうち、前者の「療養上の世話」に看護の専門領域を見出そうとする傾向が強い（たとえば、[川島 1994]）。一方、イランでは、後者の「診療の補助」により高い価値を見出している（第4章2-2）参照。

41) 日本の准看護師は、中学卒業を入学資格とする准看護師学校（2年制）、あるいは高等学校の衛生看護科（3年制）を卒業し、都道府県知事が主催する准看護師試験に合格した者を指す。看護師資格が厚生省認定の国家資格であるのとは異なり、准看護師の資格は、都道府県が交付する資格である。准看護師の業務は、保健師助産師看護師法において、「医師、歯科医師、または看護師の指示を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話、または診療の補助をすることを業とする女子」（男子のこれに準ずる）と規定されている [厚生省健康政策局 1994: 867]。日本において、看護師と准看護師は、その給与に若干の差があるものの、病棟でおこなっている業務に大差はない。第4章2-1）で述べるように、イランでは看護師と准看護師の差異が強調されており、その制服も異なっているが、日本では、職場で看護師と准看護師が同じ制服を着用していることが多い。そのため、外部者は誰が看護師で誰が准看護師か、見分けることができないほどである。

42) 日本における看護助手とは、一定の資格要件は定められていないが、各医療機関において必要な教育を受け、病院等において看護師、准看護師の補助的業務をする者を指す。

43) 外科手術では、医師の介助をおこなう者として、「直接介助者」と「間接介助者」が手術に立ち会う。「術野」に直接触れる者は、患者の感染防止のため、両手腕を消毒石鹸でブラッシングし、滅菌ガウン、滅菌手袋を着用する。ブラッシング後、「清潔」となったスタッフは、消毒され、滅菌リネンで覆われた「術野」周辺の「清潔区域」以外には触れてはならない。逆に、ブラッシングをしていない者は、「清潔区域」に触れてはならない。「直接介助者」は、両手腕を消毒石鹸でブラッシングし、滅菌ガウン、滅菌手袋を着用して、「清潔区域」と規定される「術野」周辺における医師の介助をおこなう。具体的には、滅菌器械（メスやコッヘルなど）を手術の進行にあわせて準備し、医師へ手渡しするといったことである。「間接介助者」は、ブラッシングはおこなわず、「清潔区域」以外（「不潔区域」と呼ばれる）での業務に携る。すなわち、患者の全身状態の観察、患者の体位の保持、手術の進行状況や使用した物品の記録、滅菌され、パッキングされている手術器械や資材の準備と開封などである。

44) 麻酔医の介助とは、麻酔医が使用する薬剤の準備や、患者への挿管、吸引の介助をおこなうことである。

45) イランでは、以前は看護師、准看護師が「直接介助」、「間接介助」をおこなっていたが、近年、手術室内の医師介助業務を、手術室技師、麻酔技師に譲渡してきている。A病院でも、「直接介助」、「間接介助」をおこなっていたのは一人ベテランの女性准看護師を除いて、すべて手術室技師であった。看護師は、研修期間を除いて「直接介助」、「間接介助」をおこなわず、リカバリー室（術後に麻酔からの十分な覚醒を待つ集中観察室）での業務のみを担当していた。日本では、「直接介助」、「間接介助」とも看護師、准看護師の業務となっているため、手

表1 病棟看護スタッフの資格と業務

病棟看護スタッフ	資格	業務
看護師 parastār	①看護大学（あるいは大学の看護学科）で学び、大学の卒業試験に合格して看護専門学士号を取得した者。 ②革命前の看護3年コースを卒業した者。 ③イラン・イラク戦争中の看護熟練コースを修了し、熟練看護師の資格を取得した者。	外来・入院病棟で患者看護をおこなう。医療行為をおこなう場合は、医師の処方、指示が必要とされるが、看護行為は独立しておこなうことができる。
病棟看護長 sar-e parastār	同上	配属病棟の看護管理をおこなう。病棟スタッフの指導・監督・教育、勤務の調整、患者管理、物品管理、病棟環境の整備、事故対策といった業務をおこなう。
准看護師 behyār	①3年の准看護学校を卒業した者。 ②2年の准看護学校を卒業した者。	医療行為、看護行為を、医師、あるいは看護師の指示、監督下でおこなう。
看護学生 dāneshjū	看護大学（あるいは大学の看護学科）の4年次に在籍中の学生。アルバイト、または実習で、患者の看護にあたる。	医療行為、看護行為を、医師、看護師の指示、監督下でおこなう。
看護助手 komak-behyār	無資格で病棟の看護業務をおこなう者を指し、通常中学卒業後に数ヶ月のトレーニングを受ける。	看護行為を、医師、看護師、准看護師の指示、監督下でおこなう。

表2 病院看護スタッフの資格と業務

その他の看護スタッフ	資格	業務
看護部長 modīr-e khedmat-e parastārī (通称 metron)	看護師に準ずる。	病院内の全看護スタッフを総括する、病院看護部の長として、病院運営に携る。看護スタッフの人事、勤務の調整、病棟環境の管理、患者看護の管理、事故対策、予算に関する業務をおこなう。
看護教育長 sar-e āmūzeshī	同上	看護スタッフの教育活動を総括している。
看護管理長 supervāizer	同上	副看護部長に相当する役職。看護部長の補佐をする形で病院内の看護管理業務をおこなう。
手術室技師 teknishān-e otāq-e ‘amal	大学の短期専門コース（2年）で、手術介助業務の学習をした者。	手術室内で、手術をおこなう外科医の介助をおこなう。
麻酔技師 teknishān-e bīhūsh	大学の短期専門コース（2年）で、麻酔介助業務の学習をした者。	手術室内で、麻酔医の介助をおこなう。

表3 医師のランクと業務

医師	業務
「オスタード」 ostād ⁴⁶⁾	医学部の教授職にあり、医学部の授業を担当する医師。
「アテンド」 atend ⁴⁷⁾	病棟で医師の教育にあたるベテラン医師。
「レジデント」 rejdent ⁴⁸⁾	実質的に、病棟内で患者治療の責任をもつ医師。「インターン」の教育も担当する。
「インターン」 intern ⁴⁹⁾	医学部4年～6年に在籍中の医学生で、「レジデント」の指示下で診断、治療をおこなう。
「エス ター ジェル」 estājer ⁵⁰⁾	医学部から短期の臨床実習に来ている医学生。

術室技師、麻酔技師に相当する職種はない。

46) ペルシャ語で「教授」を指す言葉である。

47) 英語の attend が語源となっている。

48) 英語の resident（専門研修医）が語源である。

49) 英語の intern（研修医）が語源である。

50) フランス語の stagiaire（研修生）が語源である。

表4 その他の病棟スタッフと業務

他の病棟スタッフ	業務
事務 monshī	配属病棟の事務業務をおこなう。
「ハデメ」 khademe ⁵¹⁾	病棟内の掃除と従業員・患者への紅茶の配給を担当する。
助産婦 māmā	看護大学の助産学科で助産学を学び、卒業試験に合格して学士号を取得した者。分娩の介助と妊婦・産婦・褥婦の指導・教育・看護を担当する。

以上の看護スタッフのうち、看護師、准看護師、看護助手、看護学生は各種病棟に配属されている。だが、手術室技師と麻酔技師は、その活動が手術室内に限られており、病棟業務に直接かかわることはない。また、実際には大きな労働力となっている看護学生についての資料は少ない。そこで、本論では手術室技師と麻酔技師を除く看護スタッフ、すなわち看護師、准看護師、看護助手、看護学生を「病棟看護スタッフ」と呼ぶことにし、そのうち看護師、准看護師、看護助手に関する資料を中心に分析をおこなう。

イランの看護師に関する資料は非常に少なく、そのほとんどが統計学的資料に限られている。看護師の文化的背景に関する資料はないが、保健教育省看護局長の話によると、イランでは、ほとんどの看護スタッフがイラン人であるとのことであった⁵²⁾。1997年の統計によると、イランで働く病棟看護スタッフの数は、表5のようになっている。

まず、男女差を見てみよう。イスラーム革命以前にも男性看護スタッフは存在していたが、その数は少数にとどまっていた。イスラーム革命後、男性看護スタッフの増員を目指す政策を反映し、病棟に勤務する男性看護スタッフは全病棟看護スタッフの約3割を占めるまでに増加した。この増加の背景には、一つに、イラン・イラク戦争で戦地に赴く看護兵が必要とされたことがあげられる。もう一つには、医療機関内におけるイスラーム法遵守のため、すなわち「男性患者には男性スタッフを」という理想を実現するために、男性看護スタッフの増員が望まれているという理由がある⁵³⁾。

表5 1997年における保健教育省関連病院に在職中の病棟看護スタッフ数⁵⁴⁾

[Marandī et al. 1998: 391]

	女 (人)	男 (人)
看護師 (修士以上)	140	67
看護師 (学士)	8,955	3,377
看護師 (熟練)	595	593
准看護師	10,379	3,879
看護助手	4,863	3,637
総計	24,932	11,553

革命後、大学の看護学科に入学する学生の半数は男子学生となった。しかし、表5の統計に見る

51) 男性は khādem、女性は khādeme、複数形では khademe と呼ばれる。ここでは、煩雑さを避けるために、男女区別なく「ハデメ」と記し、必要時に男女の別を明記している。

52) サウジアラビアでは、男性看護スタッフの割合が圧倒的に高い。しかし、男性看護スタッフが女性患者に触れること、女性患者の病室に入室することは禁止されている。そのため、女性患者の看護をするために必要な女性看護師を、欧米やフィリピンなど海外から受け入れているということである [El-Sanabari 1993; Brown et al. 1992]。

53) 日本の看護師、准看護師総数に比す男性看護師、男性准看護師数割合は、1992年の時点で3.4%である [杉田1998: 168]。

54) これらの数の中には、医師と義務就労期間中の看護師、私立病院、他機関の病院で働く看護師数は含まれていない。

限り、全病棟看護スタッフのうち、男性看護師が占める割合は約 10%にとどまっている。実際に国立病院に行ってみると、病棟で働く男性看護師を見かけることは非常にまれである⁵⁵⁾。病棟で看護業務にあたっている男性スタッフのほとんどは、男性の看護学生、男性准看護師、男性看護助手である。大学の看護学科に進学する男子学生が増加しても、卒業後、男性看護師として臨床で働くことを選択する学生は少ない。

これには次のような理由が考えられる。看護教育の高学歴化が進み、1985 年からは、すべての看護教育が 4 年制の学士課程になった。これを受けて、私立・公立ともに看護学科に入学するためには、全国統一大学入学試験 (konkūr、語源は仏語の concours) の受験が必須になった。しかし、全国統一大学試験による学生選抜は、希望していた学部に入學できなかった学生が、学士号を取得することだけが目的で看護学科に入學してくるという弊害を生んでいる⁵⁶⁾。特に、男子学生にこの傾向が強い。そのため、男子学生の多くは、卒業試験を終えて学士号を取得した後、まったく違う職種についたり、近接する他分野の大学院に進んだり (たとえば公衆衛生)、あるいは保健教育省内に職を求めることを選択するのである⁵⁷⁾。

男性看護師が臨床で働きたがらない最も大きな理由として、看護が女性の仕事だと考えられているということがあげられるだろう。保健教育省内で働く H 男性看護師の言葉を借りると、「看護は女性の仕事だから、臨床で男性看護師として働くのは恥ずかしい」のである。

次に、有資格者の割合を見てみよう (表 5)。イスラーム革命前は、准看護師数が看護師数を上回っていた。しかし、医療技術の高度化に対応するため、臨床で働く看護スタッフにも高度な医学知識が必要とされるようになり、現在、准看護師数を減らす政策がとられている⁵⁸⁾。修士号をもつ看護師の多くが、大学での教育職についていることを考えると、1997 年において臨床で働く看護師数は、准看護師数とほぼ同数と考えることができる。今後は看護師数が准看護師数を上回ることが予測される。

では、看護スタッフはどのような医療機関に就労しているのだろうか。1997 年における全国の病院ベッド数は 9 万 8500⁵⁹⁾であるので、100 ベッドに対する看護師の数は 24.8 人となる。すなわち、100 床に対する看護師数は、決して欧米諸国に劣らない水準であることがわかる⁶⁰⁾。だが、人口に対する看護師数の割合をみると、人口 1 万に対し 5.4 人と、人口 1,000 に比して 4～6 人の看護師が存在している欧米諸国の約 1/10 に留まっている⁶¹⁾ (表 7)。

人口に対する看護師数が欧米諸国の 1/10 であるにもかかわらず、100 ベッドに比す看護師数が

55) 表 5 においては、約 4,000 人の男性看護師が、国立病院に在職しているとあるが、国立 A 病院には、ポスト CCU と救急病棟の看護長を除いて、男性看護師はいなかった。男性看護師がどの病院で、どのような職務を担っているのかという問題は、本論の議論と少なからず関係するところである。しかし、今回の調査では十分な情報を入手することができなかった。

56) 全国統一大学入学試験では、高得点を獲得した学生から、希望する学部を選択するというシステムをとっている。そのため、看護学部に限らず、全国統一試験で十分な点数が取れなかった学生が、希望する学部とは異なる学部に入學するという傾向が見られている。

57) たとえば、A 病院で実習中だった O 看護学生 (男性) も、卒業後、不動産業につきたいと考えているので、昼は看護大学に通い、夜には不動産業を学ぶための学校に行っているということであった。

58) 日本においても、医療技術の専門化、人口の高齢化を考慮し、准看護師養成のあり方が問われている。准看護師存続をめぐる論争は、日本看護協会と日本医師会の対立というかたちで、約 50 年にわたって続いている問題である。一方で、日本看護協会は、看護の質的向上のためには看護資格の一本化が不可欠であるとして、准看護師養成の廃止を訴えている。他方で、准看護師を多く雇用している診療所の医師たちは、准看護師養成の廃止に強く反対している。

59) [Markaz-e Āmār-e Irān 1999: 660] によると、1997 年における全国のベッド数は 9 万 6147 となっている。

60) 1997 年の資料によると [厚生統計協会 1999: 198]、日本における 100 ベッドに対する看護師数は 28.5 人である。

61) 1997 年の資料によると [厚生統計協会 1999: 198]、日本における人口 1,000 対女性看護師数は 3.7 である。

欧米諸国と同レベルであるということは、次のような状況を示していると考えられる。まず、一つに、イランには人口に比して入院治療をおこなう医療施設が少ない。もう一つに、看護師の役割は病院内の業務に限定されている。そして、全看護師の約 7 割が保健教育省管轄の国立医療機関で働いていることになるが、国立の医療機関で働く看護師のうち、約 6 割が義務就労中（後述）の看護師であることになる（表 6）。

表 6 1997 年における看護スタッフの就労機関 [Marandī et al. 1998: 392]

	看護師 (人)	准看護師 (人)	看護助手 (人)	計 (人)
①保健教育省の看護職として在職中	17,055	22,034	11,928	51,017
②(①のうち)保健教育省関連医療機関と病院に就労中	13,728	14,258	8,501	36,487
③義務就労中	8,011	—	—	8,011
④民間部門、あるいは他機関の看護職に在職中 ⁶²⁾	2,746	2,852	1,275	6,873
⑤全国の病院と医療機関に在職中の総計+義務就労中(②+③+④)	24,485	17,110	9,776	51,371

表 7 人口一人に対する看護師の割合 [Marandī et al. 1998: 392]

年次	人口(千人)	看護師数 ⁶³⁾ (千人)	人口一万対看護師 割合(人)
1979	37,000	7.1	2.1
1989	49,000	22.6	4.6
1996	60,000	32.5	5.4

3) 看護師の職務

保健教育省が発行している看護師職務規定によると、看護師は、看護行為を独立しておこなうことが許可されている。そして、学士号をもつ看護師の役割とは、「洞察力と科学的知識をもって」「生命の維持、健康の保障、病気の予防と抑制、個人の治療とリハビリテーション、家族と社会集団の健康のために責任を負う」こととされている。そのために施行する具体的な内容としては、以下の二つが強調されている [Marandī et al. 1998: 383-384]。まず一つに、看護師は、病気を持つ個人だけではなく、健康な個人、家族、社会集団までもを含む人々を対象して、看護活動をおこなうことが強調されている。さらに、看護師の役割としては、指導者、監督者、教育者としての立場が重視されている⁶⁴⁾。

62) 他の機関や民間部門の看護スタッフに関する完全な情報は保健教育省も入手していない。そのため、他の機関や民間部門の看護スタッフの数は、保健教育省の医療機関と病院に就労中の看護職員の 20% として考慮されている [Marandī et al. 1998: 392]。

63) 看護師数は、義務就労準備中の看護系大学卒業生（すなわち、在職していない看護師数）を在職者数に加算した数である [Marandī et al. 1998: 392]。

64) 看護師職務規定に記述されている看護師の業務とは、以下の通りである。①看護過程による患者の看護計画立案と患者の管理をおこなう。②施行された看護活動の管理、評価と、問題点を解決するための研究。③各看護スタッフのもつ経験と学識に応じた業務配分をコーディネートする。④患者の健康上の問題点を解決することを目的として、他の医療スタッフや医師と協力し、患者と家族の関係を調整し、指導、相談をおこなう。⑤看護学生と准看護学生の監督と教育をおこなう。⑥専門病棟（CCU、ICU など）における看護管理をおこなう。⑦社会の健康水準を高める目的で、保健業務にたずさわるスタッフと協力し、病気の予防とそのための計画立案、保健衛生教育をおこなう。⑧医療機関の組織化と管理業務を請け負う。⑨看護の質を改善するために、研究活動に尽力する。⑩保健、衛生問題の解決と病気の予防のために、人々の自立を目的として、文化、宗教的背景を考慮し、都市や農村の集団や家族に協力を促す。⑪必要があれば、看護技術を医学生と医療補助者に教育する。⑫医療、保健、衛生の問題と看護の必要性を認識し、医療チームの他のメンバーと協力して、問題解決のための適切な道筋を示す [Marandī et al. 1998: 383-384]。

しかしながら、医療サービスのネットワークにおける看護師の役割は、現時点では病院内の業務に限られたものである。医療サービス・ネットワークの末端である保健ハウスでは、地元出身者の保健指導員が働いているし、保健センターの外来診療をおこなう場合には、准看護師が派遣されている。また、2000年に入って在宅ケアが合法化され、訪問看護として看護スタッフが病院外で働くことが可能になったとはいえ、これもまだ導入段階である⁶⁵⁾。

看護師の役割が、都市部における入院治療の場に限定されていることの背景には、次のようなことがあると考えられる。まず一つに、財政難を極めるイラン政府にとって、学歴の高い看護師を第一次医療の現場に送ることは、経済的メリットが少ないという理由がある [Shadpour 1998]。また、公衆衛生や地域保健の分野では、大学の保健学科の卒業生や医師が専門家として活躍しており、職域を独占しようとする彼らからの強い反対があることも一つの理由である。現在、看護学部 of 修士課程には地域保健の専門課程があり、そこでは保健衛生に関する研究もおこなわれている。しかし、行政レベルで保健分野と治療分野が分割されていることもあって、看護師が保健ハウスに行くには許可証が必要とされるなど、看護師が地域保健の領域に進出していくには、まだ時間が必要な段階である⁶⁶⁾。

さらに、職務規定が重視している指導者、監督者、教育者という看護師の役割においても、理想と現実のギャップは大きい。大学の授業では、看護師の役割は病棟看護のコーディネーターをおこなう、他の看護スタッフの教育を担当すると教えているが、臨床の場でこのような役割を任されている看護師は非常に少ない⁶⁷⁾。この原因としては、病院の人手不足と共に、看護師の職域が不明瞭である点があげられるだろう⁶⁸⁾。看護師たちは、本来、医師の業務である処方箋やカルテの記載、事務職員の業務である各種事務手続き、あるいは准看護師や看護助手の職務であるとされる病室の整理整頓やシーツ交換、患者の排泄物の処理や衣類の交換を請負い、患者看護の基礎となる看護計画⁶⁹⁾をたてる暇さえないのである。

3 看護師の雇用と労働条件

現在、看護学学士号を授与する大学には、国立大学、私立大学の看護学科の他に、軍病院、イラン国営石油会社、イラン国営銀行、社会保障機構などがもつ看護大学がある。これら全ての看護大

65) 日本の保健所や保健センターには、保健師、助産師、あるいは看護師が勤務し、地域住民を対象とした保健業務をおこなっている。イランでは、保健学科、助産学科が看護学科と別の教育課程になっているが、日本において保健師、助産師の国家資格を得るためには、看護教育を受けることが必須となっている。すなわち、イランとは異なり、日本においては、看護師と看護教育を受けた保健師、助産師が、病院外の地域保健の分野に活躍の場をもっていることになる。

66) シャヒード・ベヘシュティー大学看護学修士課程地域保健学専攻主任の話によると、大学側は、地域保健学の修士号を取得した者を、農村保健センターと都市保健センターに常駐させる認可を求め、保健教育省に働きかけている段階であるということであった。また、シャヒード・ベヘシュティー大学看護学修士課程地域保健学の修士論文の中には、プライマリー・ヘルス・ケアにおける保健ハウス、保健センターの活動や、保健指導員の教育に関する論文が少なくない。すなわち、地域保健学の修士号を取得した看護師は、県レベルの施設において、指導者、教育者としての地位を獲得しようとしている段階にあると言えるだろう。

67) だが、もちろん病棟の看護管理に能力を発揮している看護師もいる。たとえば、私立 D 病院 ICU 病棟女性看護師長は、ICU 病棟の増設にともなう改築に全面的に関与しただけでなく、入院患者の全身状態と患者に必要な看護がチェックできるナースিং・チャートの開発や ICU 病棟で使用する医療機器の購入まで任されていた。

68) 看護師の主張する「専門性」が意味するところと、その職域の不明瞭さがもつ矛盾点については、第 4 章 2-1) で詳しく論じている。

69) 看護計画とは、患者の看護上の問題解決を遂行するためにおこなう、看護過程の一段階のことである。看護過程とは、(患者の問題点の) アセスメント→(問題の明確化としての) 看護診断→(問題解決のための) 計画立案→(計画の) 実施→(実施した看護の) 評価という一連の看護プロセスを指す。シャヒード・ベヘシュティー大学看護学科長の話によると、近年、日本やアメリカと同様、イランでも「看護診断」をとり入れた看護過程の理論を大学で教えるようになった。

学（あるいは大学の看護学科）の卒業生たちは、卒業後、国立病院において一定期間就労することが義務付けられている⁷⁰⁾。

国立大学の看護学科を卒業した者は、義務就労後、国立病院、あるいは私立病院に就職する。軍病院、イラン国営石油会社、イラン国営銀行、社会保障機構の看護学科の卒業生たちは、これらの機関の附属病院以外での就労が認められていない。そのため、卒業後は卒業した大学の所有機関に附属する病院に就職することになる⁷¹⁾。以上のような卒業後のルートがはっきり決まっていな私立大学の卒業生にとっては、義務就労期間を終えた後、厳しい就職難が待っていることになる。

今回の調査では、私立病院、各種機関附属の病院における雇用と労働条件に関する資料を入手することができなかった。したがって、ここでは看護スタッフの約 7 割が働く国立病院の状況を記述する。

国立医療機関における看護スタッフの雇用条件には、4つの種類がある。

- ① 正式な雇用 (estekhdāmi)：これは正規の雇用形態で、定年⁷²⁾までの雇用となる⁷³⁾。
- ② 契約雇用 (peimāni)：2年の契約での雇用である。仕事ぶりがよかった場合、①の正式な雇用形態になることもある。
- ③ パートタイム (qarār dāri)：6ヶ月の契約で、週に数日間の雇用となる。社会保障はない。
- ④ 義務就労 (tarh)：テヘランにおける義務就労期間は2年となっている。地方で就労した場合は、これより少し短い就労期間が定められている。義務就労後の雇用は保証されていない。

国立大学の看護学科を卒業した看護師たちは、仕事に困ることはまずないと言われている。だが、実際には正式な雇用というかたちで職を得るのは、非常に難しい状況である。テヘランの国立 I 病院では、過去 15 年間、一人も①の正式な雇用形態で看護師を雇用していないということであった。しかし、決して病院側の需要がないという訳ではない。病院側が必要としているにも関わらず、看護師を正式に雇用できないという状況の最大の原因は、国の財政難であるが、同時に、公務員の雇用制度のありかたにも問題がある。国立機関の雇用は、経済企画庁 (sāzmān-e modiriyāt va barnāme rīzī) という独立した機関が決定しており、病院側が必要があっても、この機関の許可がなければ、誰一人として雇用することができないのである⁷⁴⁾。このため、病院側は慢性的な看護師不足に悩み、義務就労の看護師とパートタイムの看護師、アルバイトの看護学生の労働力に依存することになる。看護師たちは超過勤務を繰り返すことになるが、そこで得たキャリアが将来に生かせる保証はない。

看護師の厳しい労働条件は、その基本給が安いことにも原因がある。国立機関で働く者の賃金は、

70) 地方出身者でテヘランの大学を卒業した者は、出身地にある国立病院に赴任することもある。テヘランの出身者も地方の国立病院で義務就労をおこなうことができるが、テヘラン市内での就労を希望する者が多い。

71) たとえば、A 病院男女混合脳神経外科病棟に勤務していた K 女性看護師は、イラン国営石油会社の看護大学の卒業生であった。彼女は、義務就労期間の終了を控えていたが、国立病院や私立病院に就職することはできないので、イラン国営石油会社附属病院への就職試験を受験していた。

72) イランでは、日本のように定年の年齢や年金が受給できる年齢が決まっているのではなく、一定の年数を勤務すると、定年して年金（それまで受け取っていた給料と同額）が受け取れるという仕組みになっている。この勤務年数は職種によって異なる。女性看護師は 25 年であるが、近年、20 年でも年金（月給の 25 日分）が支払われることになった。保健教育省看護局長の話によると、この変革は、女性看護師の仕事が、肉体的にも精神的にも重労働を強いられるものであるという認識からなされたものであるという。

73) イランの看護師の就労年数に関する資料は入手できなかったが、保健教育省看護局長によると、正規の雇用で病院に勤務する看護師は、定年まで就労することが多いという話であった。一方、日本において、看護師の国家資格取得後の平均就労年数は、8 年である。[Japanese Nursing Association 1993] は、日本の看護師の早期離職の原因として、次のような要因をあげている。すなわち、一つに結婚、出産による退職、もう一つに、看護師の給与が 30 代以降に頭打ちになるという状況である。

74) しかし、保健教育省では、他の省庁に先駆けて、この雇用システムの改革に着手している。

学歴によって一律となっている。学士号をもつ看護師の基本給は50万～60万リアル（約70ドル）である。これは学士号をもつ一般公務員の給与と同額であるが、看護師の場合、基本給に夜勤手当と病院の評価基準による技能給が付加されるので、月に約80万～90万リアル（約100ドル）の収入を得ることになる⁷⁵⁾。しかし、物価の高いテヘランで、彼（女）たちの欲する生活レベル⁷⁶⁾を保とうとすれば、この給料では半分にも満たないことになる⁷⁷⁾。妻と子供を養う義務がある男性看護師であれば、もう一つ収入の手段がなければ、生活を維持するのは困難である。

そのため、A病院の若い義務就労期間中の看護師たちは、一ヶ月26シフト⁷⁸⁾の規定を超えて、35シフトの勤務をこなし、少しでも多くの収入を得ようとしていた⁷⁹⁾。あるいは、日中は常勤の病院で働き、夜間に別の病院で夜勤専門のアルバイトをしている看護師もいた。つまり、病院側の看護師不足と、安い給料をどうにか増やしたいという看護師側の希望が重なって、このような過重労働が生みだされているといえよう。

看護師たちの中には、少ない給料を補うために、その技術を生かして副収入を得ている者が少なくない。たとえば、朝に正規雇用先の国立病院で働き、その晩には私立病院で夜勤をする、あるいは病院の勤務終了後、介護の必要な家族がいる家庭を訪問し、在宅看護を請け負うなどして副収入を得るのである⁸⁰⁾。これらの副職で得る収入は、国立病院での給料の2倍ほどになることもある。ベテランの看護師の中には、海外の製薬会社と契約して、褥瘡（床ずれ）処置用の製品を販売したり、その使用法について講習会を開くなどして、かなりの収入を得ている人もいた。また、看護大学で教職についている看護師たちの中にも、休日や夜間に一般看護師として病院で働いている人が少なくない。

以上のように、イランの看護師の労働条件は厳しいものである。そして、後に述べるように、そのイメージも決していいものとは言えない。しかし、一方で、失業率の高いイランであっても、働こうと思えば苦しい家計を支える副収入を得ることができる看護師の職業は、十分に魅力的なものでもある。

第3章 入院治療と看護

前章で、イランにおいては、看護師の職域が病院内の入院治療にかかわる領域に限定されている

75) 私立病院で働く看護師の給与についての情報は十分に得られていないが、私立D病院ICU病棟女性看護師長によると、私立D病院の基本給は、国立病院の看護職の130%～140%であるということであった。

76) 看護師の出身階級に関する資料はないが、筆者が調査中に話を聞く機会があった女性看護師たちの多くは、中産階級が居住すると言われていたテヘラン北部（エンゲラープ通りより北）に居住しており、両親の職業も、教師、技師、公的機関の管理職、大学教授等だった。しかし、その後の調査から、有資格者で学士号保有者である看護師の給与が、無資格の介護スタッフと大きく変わらないことがわかっている。イランで人々の生活を見ていると、彼（女）らが受け取っている給与額ではとても実現できない生活水準を維持している人が少なくないことに気づくが、一般家庭の家計に関しては、十分な情報が得られていない。

77) テヘラン北部の中級アパートの家賃は、2000年の時点で、月額に換算すると、少なく見積もっても80万～100万リアル（約100ドル～120ドル）であるので、看護師の給料では家賃も払えないことになる。参考までに、看護師と同様、学士号をもち、国立機関で働く筆者の友人夫婦の例をあげると、若い夫婦と小さい子供2人でテヘラン北部に居住する場合、その一ヶ月の出費は、250万～350万リアル（約300～400ドル）であった。

78) 朝勤（7:30～13:30）、午後勤（13:30～19:30）は1シフト、夜勤（19:00～翌8:00）は2シフトと数える。

79) 月に35シフトの勤務とは、つまり夜勤明け翌日の休日以外全て出勤し、そのうち朝・午後の連続勤務（7:30～19:30）が4回、午後・夜の連続勤務（13:30～翌朝8:00）が3回という勤務である。

80) 副収入のために仕事をかけもちすることは、看護師に限らずおこなわれている。たとえば、ある男性看護助手は病院で40万リアル（50ドル弱）の給料を得ていたが、これではとても一家を養ってはいけなかった。そこで、彼は夜の間、乗合タクシーの運転手をして収入を得ていた。彼の場合、乗合タクシーの運転で得る金額は、病院の給料の2倍近くになるということであった。

ことを述べた。本章では、看護師が働く病院に関する一般的情報を提示すると共に、看護の対象となる患者の入院生活について述べる⁸¹⁾。

1 国立病院と私立病院

イランの病院は、その経営母体と対象者によって、大きく以下の5つのグループに分けられている [Marandi et al. 1998: 299]。

①国立病院 (7万2,000床)

国立病院は、保健教育省が管轄する国立大学の医学部、あるいは医科大学の直接監視下に置かれている。そのため、すべての国立病院が、医療に関係する学部の子生たちを受け入れる教育病院となっている。

②私立病院 (7,500床)

私立病院は大都市、特にテヘランに集中しており、数名の医師が共同出資して設立する場合が多い。開業の許可は保健教育省より付与される。私立病院は、所在地区を管轄する国立大学の医学部、医科大学の監視を受けるが、その経営管理は保健教育省の直接監督下にはない。私立病院では、学生を受けいれていない。

③政府系機関の病院 (7,000床)

イラン国営石油会社、イラン国営銀行、社会保障機構など、政府系機関が経営する病院である。これらは附属の医学部や看護学部をもち、上記機関の従業員とその家族を対象にしている。

④軍病院⁸²⁾

軍附属の病院で、これも附属の医学部と看護学部をもち、軍関係者を対象にしている。

⑤慈善団体の病院

各種慈善団体が運営する病院である。

これら5つのカテゴリーに分類される病院は、すべて保健教育省の監督下にある。しかし、国立病院以外の病院は、現在でも革命以前の性格を色濃く残し、それぞれ独自に運営、管理をおこなっている⁸³⁾。政府附属機関の病院と軍病院は、その関係者を対象としているので、一般の人びとが病気になったときに受診するのは、国立病院か私立病院のどちらかである。テヘランでは、特に国立病院と私立病院の差異が人びとに強く認識されている。そこで、以下に国立病院と私立病院の差異について記述する。

国立病院では、その運営費用の多くを、国が保障する保険から得ている。他方、私立病院は、基本的に国の保険は受けいれていないため、医療費は非常に高額となる⁸⁴⁾。私立病院が提供する医療の質は、各病院によって異なるが、テヘランでは、私立病院の方が比較的設備が整っており、提供する医療の水準が高いことが知られている。

たとえば、テヘランでも1～2を争う有名私立病院である私立D病院では、ほとんどの病室が

81) 紙幅の関係上、たとえば病棟の配置や病室の様子、看護スタッフの具体的な業務、入院患者の日課、看護スタッフと患者、患者家族との関係などについて、詳細に立ち入ることはできない。

82) 軍病院と慈善団体の病院のベッド数は、保健教育省も把握していない。

83) 保健教育省は、国内全ての医療機関を管理、監督しているが、実際には、その権限が限定的であるという印象を受けている。なぜなら、保健教育省は私立病院、軍病院、各種機関附属病院の情報を完全には掌握していないし、また、私立病院や軍病院への筆者の調査依頼に対して、保健教育省からは調査許可が出せないという状況があったからである。私立病院において、男性産婦人科医の就労が禁止されていないのも、私立病院の運営に対する保健教育省の権限が、限定的であるからだとも考えられる。

84) タブリーズなど、テヘラン以外の都市では、この限りではない。

個室で、室内にはテレビ、電話、応接セット、ユニットバス、クローゼットまであり、さながらホテルの一室のようである。医師はすべてベテランで、看護スタッフの数も多い。ICU 病棟には、最新の医療機器が装備されていて、その一日の入院費は、治療費、薬代を別にして 50 万リアル（約 60 ドル）である。これは、一般公務員の一ヶ月の基本給にあたる額である。そのため、有名私立病院を受診することは、一種のステータスとなっており、テヘラン北部に居住する中流階級以上の人びとは、治療費や入院費が高額になっても、私立病院を利用したいと考えているようだ。

国立病院と私立病院にみられるもう一つの違いは、男女の隔離である。イスラーム革命後、男性医師は産婦人科医の専門医にはなれないことになっている。産婦人科の診察は、女性器を視診したり、触診したりといった行為が必然的に含まれる。医師が男性である場合、これは「ナー・マフラム」の女性の陰部に触れることを意味し、イスラーム法に反すると解釈されるからである。そのため、男性の医師に診察を受けることに抵抗を感じている女性も多い。革命以前に活動していた産婦人科医師のほとんどは男性医師であったが、現在、かれらは医学部で授業を担当する以外、国立病院の産婦人科に就労することは禁じられている。よって、国立病院の産婦人科には、「インターン」⁸⁵⁾としてやってくる医学部の学生以外、男性の医師はいないことになる。国立病院の中には、すべての医療スタッフを女性にしている産婦人科病院もある。しかし、男性産婦人科医師は、私立病院での就労を禁じられているわけではないので、私立病院では逆に、ほとんどの産婦人科医師が男性である。私立病院で働く医師は、腕がいいと評判の医師が多く、男性であっても高い技術を持った医師に受診したいと考える女性も多い。

また、病室のありかたも、国立病院と私立病院とは異なっている。国立病院では、病棟は男女別になっていて、病棟内の各部屋が診療科別に別れている。私立病院でも、病棟を男女別にしているところもあるが、たとえば上述の私立 D 病院などは、ほとんどの病室が個室であるため、産婦人科を除き、すべての病棟が男女混合病棟になっている。

私立病院に比べ、国立病院の評判は決していいものではない。その一つの理由は、国立病院が、医学生を含む未熟な医師が働く教育病院であることにある⁸⁶⁾。国立病院に入院するということは、これらの未熟な医師の判断に自分の生命を預けることを意味する。また、設備の面でも、看護スタッフの数⁸⁷⁾の上でも、国立病院は私立病院の水準に及ばない。この原因には、国立病院が常に赤字を抱えていることがあげられるだろう。国立病院には農村部から紹介されて来た重篤な疾患をもつ人びとや、都市の貧困者が入院することが多いため、彼らから医療費を徴集できない場合も少なくないのである。

国立病院と私立病院とでは、そこで働く看護師の仕事も異なっている。私立病院の病棟に行って、まず気がつくのは、看護師たちがボディ・ケアをおこなわないという点である。看護師たちはナースステーションに立ち、病室の間を奔走している女性准看護師や看護助手にあれこれと指示を出している。あるいは、医師とともに病室をまわりながら、患者の状態を報告している。服薬、注射や点滴の管理、創部の処置などをおこなうことはあっても、国立病院の看護師たちのように、患者の身体を拭いたり、排泄の援助をしたり、病室の整頓をしたり、シーツ交換をしたりすることは少な

85) 病棟を訪れる医師たちの呼称については、表 3 を参照されたい。

86) 逆に、日本では、教育病院であるにも関わらず、大学病院志向が強いことが指摘されている。日本の大学病院志向と、その実態の相違については、[毎日新聞科学部 1998] が興味深い報告をおこなっている。

87) 国立病院では、第 1 章 2 - 2) で述べたように、義務就労中の女性看護師が多く働いている。一方、私立病院には義務就労中の女性看護師が就労していないので、国立病院に比較すると、看護助手の数が多くなっている。

い。私立病院では、このような仕事はすべて准看護師か看護助手がおこなっている⁸⁸⁾。

多くの看護師は、患者のボディ・ケアを「専門性が低く」、「価値の低い」仕事であると考えているので、看護師がそれをおこなわないと評判になっている私立病院で働くことは、彼（女）たちの理想でもある⁸⁹⁾。しかし、私立病院への就職は、相当優秀な看護師であるか、あるいは強力なコネクションがない限り難しいと言われている。したがって、看護師の7割は国立病院に勤務しており、ボディ・ケアをおこなわざるを得ない環境で働いている。そして、ボディ・ケアは異性患者との身体接触、汚物、排泄物、血液、死体との接触といった、イスラームが宗教的に不浄と規定している行為を含んでいるのである。

2 患者と入院生活

看護師が看護の対象としている患者たちの状況について、統計学的に扱った資料は入手できなかった。そこで、ここでは医療費の保障とともに、筆者が参与観察によって得た情報をもとに、患者の入院生活について記述することにする⁹⁰⁾。

1) 医療費の保障

イランでは、国家レベルで国民の医療費を保障するような保険機関は、革命前まで存在しておらず、国営保険会社（1社）、民営保険会社（12社）、外国資本の保険会社（2社）が複合的に医療費の保障をおこなっていた [Marandī et al. 1998: 350]。

1979年、革命審議会の決定によって、国内で活動するすべての保険会社が国有化された。その後、社会保障制度の整備が進んだが、国民の医療費は社会保障制度と貧困者、農村居住者救済制度に依存していた。そのため、人口の約13%はカバーされていない状況であった [Burns 1996: 4]。

1995年、医療保険法が制定され、予防的治療を除くすべての医療が、国の保険制度によってカバーされることになった⁹¹⁾。現在、国は治療に関する支出全体の30%、一人あたりの治療費の70%以上を支払っている [Marandī et al. 1998: 301]。

国が保障する医療保険は、その対象者別に大きく4つに分けることができる [Marandī et al. 1998: 300]。

(1) 社会保障医療保険

保険者は社会保障機構 (sāzmān-e ta'mīn-e ejtemā'i) である。この対象者は、公務員、軍関係者を除く被雇用者とその妻、子供（3人まで）である。加入は義務となっている [Burns 1996: 6]⁹²⁾。

(2) 医療保険

医療保険は、1996年に設立された医療保険機構 (sazmān-e khadamāt-e darmāni) による医療保険で

88) 私立病院にもよるが、筆者が訪れた私立D病院、私立Z病院では、女性看護師はナースステーションで准看護師や看護助手に指示を出す管理的役割を担っていた。

89) 一方、日本においては、ボディ・ケアにこそ、看護師の専門性を見出そうとする看護師が少なくない。

90) 国民の受療状況を調査した保健教育省計画立案部長の話によると、イランでは、受療（外来受診＋入院）率が他国に比して低いことが指摘されているという。受療状況についての調査報告は、印刷中で入手が許可されなかったが、患者の入院日数は比較的短く、正常分娩で24時間、虫垂摘出術で2日、脳腫瘍の手術でも3週間程度である。彼の分析によると、低い受療率と短い入院日数は、医療費の負担が大きいという理由の他に、家族から離れて病院で生活することを好まないという文化的要因があるということであった。

91) しかし、医療保険法においても、国内に滞在している難民は対象とされていない。

92) 社会保障医療保健の保険料は、月額約1万リアル（約1ドル）で、保障額は医療費の80%となっている [Burns 1996: 6]。

ある。この保険への加入は義務ではないが⁹³⁾、以下の人々を被保険者としている [Burns 1996: 8]⁹⁴⁾。

- ①公務員とその家族
- ②農村居住者と部族民
- ③自営業者
- ④神学生、聖職者とその家族
- ⑤大学生とその家族
- ⑥その他（高齢者、定年退職者を含む）

(3) 軍医療保険

保険者は軍医療保険機構（sazmān-e khadamāt-e darmānī-ye nīrūhā-ye mosallah）で、被保険者は軍関係者とその家族である。

(4) イマーム・ホメイニー救援委員会（komīte-ye emdād-e emām khomeinī）

医療保険の最低保険額の支払能力がないとされる低所得者、未亡人などを対象にしている [Burns 1996: 8]⁹⁵⁾。

上記の保険のうち、社会保障医療保険は社会保障機構附属の病院で、医療保険は国立病院で、軍医療保険は軍病院で、それぞれ治療費、入院費と、薬剤費、検査費に適用される⁹⁶⁾。また、健康保険機構と契約を結んでいる薬局や臨床検査所も、医療保険を受けいれている [Marandī et al. 1998: 301]。

しかし、たとえ上記のような保障制度が整っていたとしても、重篤な疾患をもち、治療のために農村からテヘランの病院に送られてくるような患者にとって、治療費や入院費を支払うのは容易なことではない。入院が長引けば、たとえ20%の負担であっても、その費用は大きな額になる。特に外科手術をおこなう場合は、手術を担当する医師に対し、手術費用とは別に、違法の謝礼として8万～20万リアル（約10ドル～24ドル）を支払うことが暗黙の了解になっている。また、高価な薬を多用し、MRI⁹⁷⁾やCT⁹⁸⁾といった経費のかかる検査を何度もおこなわなければならない重篤な疾患であれば、その負担は更に大きくなる。イランでは、親族間の助け合いで医療費を支払うこともある⁹⁹⁾。しかし、地方から紹介されてきた重篤な疾患をもつ患者の中には、医療費を払いきれ

93) 医療保険機構のM氏の話によると、医療保険の加入は義務ではないが、国民全体を国レベルで保障しようという医療保険の理念を達成するため、加入を勧める努力がされている。しかし、依然として未加入の人口は多い。医療保険に加入していない者のうち、農村部居住者に対しては、入院費用の50%が政府の援助によって支払われる。さらに、農村部居住者援護保険に加入していれば、医療機関での外来治療費と入院治療費の75%が医療保険によって支払われることになる [Burns 1996: 8]。M氏の話では、未加入人口が多い原因として、以下の要因が考えられるとのことであった。①国民の医療保険の必要性に対する理解が薄い、②国内での人口移動、国外からの移入、国外への移出が多い。また、一人が保険料を払って得た保険ノートを他人が借りて使用することも少なくなく、保険料徴集に際し、大きな問題になっているということであった。

94) 医療保険の被保険者への保障額は、医療費の75%となっている。保険料は、世帯主の給料の7.5%であるが、これが最低保険月額4,200リアル（約0.5ドル）に満たない場合は、不足額を政府が補助している [Burns 1996: 8]。

95) イマーム・ホメイニー救援委員会は、医療保険の対象者のうち、最低保険額が支払えない約400万人に対し、最低保険額の全額を支払っている [Burns 1996: 8]。

96) しかし、適用される疾病などが決まっており、中には保障されない場合もある。たとえば、歯科に受診した場合、保険の適用となるのは抜歯だけである。

97) magnetic resonance imaging の略語である。生体、または有機物を均一で強力な静磁場内におき、一定の周波数の電磁波エネルギーを与えると共鳴現象を起こす。この時に放出されるエネルギーを信号として取りだし、コンピューターを用いて断層像を構成し、診断につなげる方法を指す [沖中 1993: 169]。

98) computerized tomography と呼ばれ、細いX線で被写体を走査し、これを1°ずつ360回繰り返して、得られた360本の濃淡度曲線をコンピューターで処理し、軸方向に対して直角面内の像を作製する断層撮影装置のことを指す [沖中 1993: 760]。

99) 医療費が高額になった場合、家族のうちの誰がその援助をするのかについての情報は得られていないが、A病院での調査中には、次のような事件もあった。Uさんは十代後半の男性で、バスにのっていた時に何者かに頭部を殴られて出血をおこし、男女混合脳神経外科病棟に入院していた。金曜日の休日、ちょうど同じ時間に母方の親

ない者が少なくない。

このような患者の救済制度として、国の医療保険の他に、慈善団体が一般からの寄付・喜捨を財源としておこなう援助がある。病院やクリニックには、経済的に困窮している患者救済のためのソーシャル・ワーク事務所 (madad-kārī) が置かれており、治療費や入院費を払えない患者の相談を受け、慈善家や慈善団体を紹介するなどの対処をしている。

それでも治療費の支払いができない場合は、病院側が費用を受け取らずに患者を退院させることもある。また、篤信家の医師の中には、医師への謝礼や、手術費用を受け取らない者もいるという。

たとえば、筆者がテヘランの国立I病院の泌尿器科を訪れた際、ちょうど一人の男性患者が治療費を支払わずに退院していくところであった。病棟女性看護師長の話によると、この患者は農村の出身で、腎腫瘍の治療のためにこの病院に入院していたが、検査や手術でかさんだ費用の支払いができず、退院を見合わせていた。イマーム・ホメイニー救援委員会に援助を求めたが、そこから支払われたのは、ほんの僅かであった。回復後、3週間経っても支払いの目途がつかないため、この日、院長の許可が出て退院することになったという。

国による医療保険のほかに、現在では民営の保険会社も活動している。テヘランの私立病院は国の医療保険を受けいれていないが、私的保険は受けいれているので、保険料が支払える人々の多くは、何らかの私的保険に加入している。しかし、個人がこれらの一つを選んで加入できるわけではない。保険会社は雇用主と契約するかたちをとっているため、どこで働いているかによって加入できる保険会社が決まってしまうのである。保障の範囲は保険会社によってまちまちで、受け入れる保険会社も私立病院によって異なる。

筆者の調査中、調査に協力してくれていたイラン人女性、Hさんの幼い息子が、先天性の疾患で手術をすることになった。彼女の夫はある大学で教職についていたが、この大学の職員が加入できるのはS保険だけであった。S保険は、レントゲン検査や薬、先天性の疾患の治療は保険の対象にしていない。保険なしでの治療は、手術費用だけで200万リアル (約240ドル) にもなってしまう。私立病院で手術をする場合、手術費、治療費、入院費の他に、さらに医師への謝礼として100万リアル (約1,200ドル) はかかる。しかし、息子の主治医である医師に、息子の手術が保険の対象になっていない旨を話したところ、法外に安い値段で手術をしてくれることになった。この医師は、テヘランでも一流と評判の医師であったが、Hさんによると、「先生は、神のために働いているのだから、(わたしが) 払えないお金は要求しないと言ってくれた」ということであった。

2) 病院の選択

それでは、人々はどうのように自分が受診する病院を決めているのだろうか。上述したように、テヘランでは国立病院と私立病院とでは受け入れる保険が異なり、医療費の負担額も異なる。そのため、受診する病院を決定する要因としてまず問題となるのは、その人の収入である。国の医療保障しか受けておらず、私立病院の治療を受けるだけの経済的余裕がない人々は、必然的に国立病院を受診することになる。だが、私立病院を受診することは、一種のステータスでもあり、経済的に可能であれば、医療の質が高いと言われている私立病院に受診することを、誰もが望んでいるのだろう¹⁰⁰⁾。

族と父方の親族が面会に訪れ、病室でどちらが入院費用を負担するかをめぐっての口論となり、殴り合いのケンカになってしまったのである。すなわち、医療費の支払いは、父方、母方双方の親族を巻き込む問題としてとらえられているのだと理解できるだろう。

100) A病院の患者たちは、経済的理由から国立病院しか受診できない状態であっても、食事がまずい、注射が痛い、

私立病院では有名な医師が診察や手術をおこなっているが、テヘランでは、人びとが病院の情報を交換している場面によく遭遇した。たとえば、乗合タクシーの中で、整形外科ならP病院のA医師がいいとか、アレルギーならF病院の皮膚科に行ったほうがいいといった話題になるのである。また、薬局や臨床検査所の善し悪しに関する情報もあるようで、検査結果が正確だと評判になっている臨床検査所の前には、朝早くから長蛇の列ができている¹⁰¹⁾。

医療の質の他に、国立病院においては、病院のイスラームに対する姿勢も選択の要因の一つとなる。国立病院では、イスラーム法に反するという政府の判断により、産婦人科には「インターン」としてくる医学生を除いて男性医師がいないと前述した。これは、「ヘジャープ」の着用と同様、「ナー・マフラム」の問題としてとらえられているが、「ナー・マフラム」の問題に対する病院側の態度はさまざまである。患者によっては、「ナー・マフラム」の問題が病氣治療よりも重大であるが、病院側が「ナー・マフラム」の問題を重要視しているとは限らない。そのため、女性が婦人科系の疾病に罹患していたが、男性の医師の診察を受けるのを躊躇しているうちに病氣が進行してしまい、手遅れになったという話を聞くこともあった。

また、患者にとって病院に入院するということは、他人と一定期間生活を共にするということを意味する。家族は「マフラム」であるので、普通、家庭内では「ヘジャープ」の着用は必要ではない。しかし、「ナー・マフラム」である異性が往来し、診察や看護をおこなう病院という場合は、「ヘジャープ」の着用を重要と考える人たちにとって、非常に生活しにくいところでもある。女性患者たちは、診察に訪れる男性医師、処置に訪れる男性看護スタッフや男性掃除担当者、面会にきた同室患者の男性家族の目に触れないよう、病室内でもルーサリーや礼拝用のチャドル(chador、頭からすっぽり被る半円形の一枚の布)をまとわねばならないのである。

テヘランの中心部にある国立M病院¹⁰²⁾は、「ナー・マフラム」の問題を重要だと考える女性たちに人気のある病院である。この病院は産婦人科専門の病院であるが、院長を筆頭にすべての医療スタッフが女性になっている。院長の話によると、1990年の就任直後、切迫流産でこの病院に運ばれて来た患者を研修医である男性の「インターン」が担当しようとしたために、患者の夫が診察を拒否、他病院に送られたが死産となるという事件があった¹⁰³⁾。この事件がきっかけとなり、院長は「ナー・マフラム」の問題を重要だと考える女性たちのために、女性の専門病院をつくる決心をしたのだという。以来10年の歳月をかけて徐々に男性職員を減らし、男性「インターン」の受け入れを停止し、現在では患者の移動を担当する者、数名の掃除担当者、警備員を除いた全スタッフが女性になっている¹⁰⁴⁾。1999年には、この病院を管轄するテヘラン大学から再度男性「インター

採血の際に内出血した、家族の付き添いが許可されないという事が起こる度に、「これだから国立病院は嫌なのよ!」という言葉を目にしていた。

101) しかし、こうした評判はあくまで噂としての「評判」であり、病院の評価基準が定まっているわけではない。

102) M病院看護部長の話によると、この病院は、ソビエト連邦の軍病院として設立され、以前はソ連人医師がおこなう治療法、水療法といった治療法で有名であったという。革命後、ソ連軍の撤退により衛生省(保健教育省の前身)管轄の国立病院となり、現在に至っている。

103) 男性「インターン」が女性患者の診察をおこなうことは、忌避されるべきものとされているが、教育の必要性から、国立病院の産婦人科においての研修が許可されている。男性「インターン」が女性患者の診察をおこなう時に浮上する問題は、単にジェンダーの問題としてではなく、病院スタッフ間のヒエラルキーや、専門家としての熟練度とも関わる問題としてとらえる必要がある。これについては、第4章2で触れている。

104) イランの宗教的中心地ともいえるコムには、女子学生のみを受け入れる医科大学がある。M病院長の話によると、この女子医大を設立したとき、コムにあるB病院を女性専門の病院にしようという計画があがっていた。病院長(女性)は、産婦人科や分娩室だけでなく、一般科や手術室を含むすべての病棟のスタッフを女性にしようとして、男性職員の一斉解雇に踏み切った。ところが、この病院は500床をもつ大病院であり、男性職員の数が多く、彼らの再就職の準備を待たずに解雇したために、男性職員の抗議運動を誘起してしまった。結局、解雇した男性職員を再度雇用せざるをえなくなり、女性専門病院を造るという計画は頓挫することになった。M病院では、10年間という歳月をかけて、男性職員の定年を待ったり、再就職先を斡旋するなどして徐々に従業員を女性に

ン」の雇用を打診されたが、患者たちの強い反対を考慮して、大学側の要請を拒否するというのもあった。

このような配慮をおこなっている院長の姿勢は、「ナー・マフラム」の問題を重要だと考える女性たちの間で評判になり、M 病院は、連日かなりの数の人々が受診に訪れる人気病院となっている¹⁰⁵⁾。

3) 患者と家族

患者の家族は、医療費の負担だけでなく、病院での患者の世話においても大きな役割を担っている。患者の付き添いや面会は、病院によって時間帯や人数が制限されているが、継続的に身の回りの世話が必要とされる患者においては、常時、家族の付き添いが許可されている。そして、患者の付き添い家族が、排泄の介助、更衣、入浴、清拭、体位交換、口腔内ケア、マッサージ、吸引といったボディ・ケアのほとんどをおこなっている¹⁰⁶⁾。その他にも、患者家族は以下のようなことのために病院内外を奔走し、患者の入院生活を支えている。たとえば、採取した患者の血液や尿を検査室に持って行く、検査結果を検査室で受けとって病棟女性看護師に渡す、病院内ではできない血液検査をおこなうため、患者から採取した血液を病院外の検査所に持参して検査の依頼をする、病院にない薬を薬局で購入するといったことである。

国立病院では、病棟が男女別になっているか、もしくは部屋が男女別になっているが、昼夜患者に付き添う家族もまた、ほとんどの場合、患者と同性であることに気づく。たとえば、娘のいない女性が入院した場合、その付き添いは夫や息子ではなく、姉妹や母親がおこなうことになる。しかし、入院が数週間に及ぶ場合、同じ家族員が継続して病院に留まることはできないし、たとえば男性患者の付き添いをする男性家族員がいない場合もあるだろう。そこで、患者の家族のあいだでは、入院した当日、まず同室患者の付き添い人と、誰がいつ付き添いにくる予定かを確認することになっているという。特に夜間の付き添いについては、同室者の家族間で調整し、病室に留まる患者家族同士が同性になるよう、配慮することになっている。もちろん、患者と同性の付き添い人が常に病

代えていったため、大きな問題もなく、現在のような女性専門病院をつくることができたのだという。

105) 2000 年～2001 年の調査の段階で見られた M 病院の状況は次の通りであった。この病院に入院する患者は、すべて女性であるが、男性職員が病室にはいることはないし、病室の出入り口にはカーテンが引かれ、外から病室内が見えないように配慮されていた。そのため、入院中の女性患者たちは病室内で「ヘジャープ」を着用する必要がなく、面会に訪れる夫たちは、入室前に「ヤー、アッラー！」と掛け声をかけて、同室の患者が「ヘジャープ」を着用するのを待ってから入室することになっていた。手術前後のベッドからストレッチャーへの移動は、力仕事であるため、男性職員の手によっておこなわれるが、これは患者の身体の下にひかれたシートをもっておこなうことになっており、患者の身体に直接触れることはなかった。男性職員は、「ナー・マフラム」の問題に対処するため、徹底した指導を受けていた。しかし 2003 年の調査時には、M 病院の院長が異動になったため、こうした配慮は重視されなくなったという情報を得ている。

106) 1950 年頃までは、日本においても、患者自身が付き添い人を雇ったり、患者家族が布団や鍋などを持参して病院に泊まりこみ、患者のボディ・ケアをおこなうということが、あたりまえにおこなわれていた [杉田 1998: 194-195]。当時、看護師の主な業務は、医師の診療介助であったが、日本で患者のボディ・ケアが看護師の手によっておこなわれるよう変化した背景には、以下に記述するような診療報酬体系の変化があった。

1950 年、厚生省は病院経営の合理化を目的として、「完全看護制」という方式を打ち出した。これは、すなわち「病院または診療所において、その施設の看護師が自分で、あるいはその施設の看護補助者の協力を得て看護をおこない、患者自ら看護にあたる者を雇い入れ、もしくは家族等をして付き添わせる必要がないと認められる程度の看護をおこなうこと」を規定するものであった。同時に、看護勤務体制はそれまでの 2 交代制から 3 交代制にかわり、看護行為に対して社会保険診療報酬の点数化を認めることになった。換言すれば、病院内の患者の看護は、病院側が責任をもっておこなうものとなり、看護行為は報酬を伴うものとして認識されることになったのである。1958 年には、「完全看護制」が「基準看護」と改められ、看護に対する社会保険診療報酬の点数を、病棟の看護スタッフ数 対 患者数によって決定する方式に改正し、看護スタッフ（看護師、准看護師、看護助手）の構成割合が定められた [杉田 1998: 194-195]。しかし、その後も、患者が付き添いを雇用することが少なくなく、厚生省は 1994 年、看護料体系を再改定し、付き添い看護・介護の廃止に踏み切っている [杉田 1998: 210-211]。このように、その国の診療報酬体系は、病棟での看護のありかたや、看護師の職務とその評価に、大きな影響を与えるものである。イランの診療報酬体系について、今回の調査では十分な情報を得ることができなかったが、保健教育省 M 氏の話によると、病棟の評価基準の中に、看護スタッフの構成割合や、看護スタッフ 対 患者数割合という要素はないということであった。

室に留まることにこしたことはない¹⁰⁷⁾。

患者の付き添いとして病棟で過ごす患者の家族たちは、自分の家族である患者の世話をするだけではない。同室者や病棟内の他の患者家族と助け合いながら、患者のボディ・ケアをおこなっている。たとえば、日常生活動作を自立しておこなうことができない患者のベッドからの移動は、付き添い一人ではできない。このような場合、病棟のスタッフだけでなく、他患者の付き添いや、時には他室に入院中の比較的状态の良い患者が手伝うことになる。中には、付き添いがいない同室患者の尿便器の片付けや、更衣まで手伝う患者家族もいる。

付き添いとして、ほとんどの時間を病院で過ごす患者家族とは別に、親族や友人などの援助も、入院患者にとっては重要な意味をもつ。家族や親族、友人、同僚、隣人などが入院した場合、それがどんなに遠い間柄であっても、見舞に訪れることは「社会的義務 (qānūn、法律という意味だが、社会的義務という意味合いも含む)」である。病院の面会日には、それぞれの患者のもとに少なくとも3～4人の面会人が訪れる。面会人の数は多い方が良い。面会人は菓子や果物、花束などをもって患者を訪れ、患者のまわりを囲んで患者を励まし、付き添いの家族をねぎらう。また、面会に訪れて患者を励ますだけでなく、テヘランのような都市では、離れて暮らす家族の代わりに友人や隣人が子供や留守宅を任されることも少なくないようだ。

筆者の滞在中、筆者の友人であるMさん(女性)¹⁰⁸⁾のマンションの上階に住む家族の主人が心筋梗塞で入院したことがあった。彼は早朝に胸痛を覚え、救急車でテヘラン市内の私立病院に運ばれた。夫人はすぐにそのことをMさんに報告し、子供たちをMさんに預けて病院に同行した。このとき、Mさんは夫人に渡すために、100万リアル(約120ドル)を用意した。これは、実際に受け取られることを予測して用意するのではなく、入院費用を援助する気持ちがあるということを示す意志表明にすぎないが、この意志表明をおこなうことは、人付き合いにおいて非常に重要なことである¹⁰⁹⁾。この時も夫人はお金を受け取らなかった。しかし、もし本当に必要であれば、気持ち良くその金額を差し出さなければならないのだという。その日は病院の面会日であったので、Mさんは午後に夫人をつれて面会に行き、取り乱して泣いている夫人を慰めただけでなく、夫人と二人の息子のために夕食も用意していた。そして、主人が退院するまでの数日間、上階の家族の小さい息子を預かり、食事の世話もおこなっていた。Mさんによると、このような援助もまた「社会的義務」であるという。

長期の療養が必要で、身の回りの世話が必要となった人であっても、状態がある程度改善すれば、退院して家に帰ることになる。家族に囲まれて家庭で療養生活を送ることは、重要なことだと考えられているが、家庭での介護を援助する社会制度はまだ整備されていない。そのため、特に経済的に余裕のない家族にとって、寝たきりの家族を家庭で介護することは、大きな負担となっている。

だが、収入の多い人々は、個人的に看護スタッフと契約して、あるいは在宅ケアをおこなう業者と契約して、訪問看護を受けることもできる。2000年になって、病院外に看護スタッフが出て、在宅ケアをおこなうことが合法となったため、最近では新聞の求人欄や広告欄に、在宅ケアの広告が載るようになった。違法であった1999年までには、たとえば、入院中に優秀な看護師と親しく

107) だが、もちろん、病室が個室になっているところでは、このような配慮は必要ない。

108) Mさんは、30代前半の女性で、大卒の公務員である。

109) このように、実際には相手が受け取らないことを前提として金品をすすめたり、あるいは実際には来ないであろうことを前提として、自宅での食事に招待するといった一種の儀礼的な行動様式は、イラン人の人付き合いにおいて、よく見られることである。これは ta'ārof と呼ばれる、非常に重要なコミュニケーションの方法である。ta'ārof については、[Beeman 1988] に詳しい。

なっており、定期的に家庭訪問をしてもらうよう、退院時に交渉して報酬額を決め、家庭に招いて清拭や褥瘡の処置といったケアをしてもらっていた。これは病院からの給与が低い看護師にとっても、副収入を得るためのよいアルバイトである。ただし、この報酬は高額になるので、国立病院に入院するような家庭では、到底、在宅ケアのために看護師や准看護師、看護助手を呼ぶようなことはできない。

長期に及ぶ療養が必要であるにもかかわらず、不幸にして家族からの援助が得られない人々は、介護施設に入所することになる。

4) 病気と信仰

イランでは、西洋近代医学による治療の他に、伝統生薬の利用や「ハキーム (hakīm)¹¹⁰⁾」と呼ばれる伝統医による治療もおこなわれている。バーザールには、連日客で賑わう薬種商が建ち並んでいるし、テヘランで治療活動をおこなう「ハキーム」の中には、その治療効果で有名な者もいる。本論では、伝統医療の利用に関して系統的に述べることはできない。だが、患者の入院生活の一面を知る上で、病気と信仰の関係について触れておく必要があるだろう。

病気とは、身体の病変であるが、予期しない不幸でもあり、病者のそれまでの悪行の報い、あるいは神からの試練であるともとらえられている。たとえば、筆者の調査に協力してくれていたHさん (女性)¹¹¹⁾ は、幼い息子の先天性の病気について、次のように語っている。

事例 1

H さん：(息子の手術を数週間後に控え、不安げな様子)

「病気で苦しむのは、その人が何か悪いことをしたからです。でも……M ちゃん (息子) はまだ無垢な子供で何も悪いことをしていないのだから…なぜ? といつも考えるんです。誰にも答えはわからないけれど……。わたしが何か悪いことをしたからかもしれないと悩んだこともありましたが。神がわたしを試しているのだと思うんです。つらいけれど… (と涙ぐむ)」(IV)

病院で入院患者のベッドサイドを訪れると、患者の手首に緑色の紐が結ばれているのをよく目にする。これは、イランにおける聖者信仰の場であるイマームザーデ (預言者の子孫が葬られた聖廟 emām-zāde) で、聖者の墓の周りに結ばれている願掛けの紐 (dakhīl) で、これを廟の鉄製の杵や敷地内にある樹木などに結ぶと、願い事がかなうと考えられている。特に、身体に麻痺がある場合、患者たちはイマームザーデで手に入れたこの紐を麻痺側の身体の一部に結び、病から早く回復するように、麻痺側が動くようにと願うのである。

聖者廟には、効力のある疾病が特定されている場合もあるが、イランで最も病気治しの力が強いとされるのは、マシュハドにある第8代イマーム、イマーム・レザーの廟である。マシュハドのイマーム・レザー廟はイラン最大の巡礼地として有名であるが、イマーム・レザーはその治癒力 (shefā)¹¹²⁾ において絶大な信頼を得ている。イマーム・レザーの命日であるヒジュラ太陰暦サファル月 29 日

110) ユーナーニー医学を实践する伝統医のことである。

111) H さんは、40 代前半の女性で、助産師でもある。

112) この治癒 (shefā) という概念は、西洋近代医学がおこなう治療 (darmān) とは別の概念である。darmān は、西洋近代医学の医師がおこなう治療に限って使用されるようだが、辞書の上では、両者の区別は明確にされていない。また、たとえば薬草による治療といった場合には、shefā という語も、darmān という語も使用されている。

には、イランだけでなく世界各地から病者¹¹³⁾が訪れる。病者は、願掛けの緑紐の一端を自分の身体の一部に、もう一端を廟に近い建物の一部に結び、イマーム・レザーの治療力が起こす奇跡を願いながら夜を明かす。イマーム・レザー廟を訪れた後、難病から回復したという逸話にはことかかない。

筆者の調査中にも、次のようなことがあった。A 病院男性内科病棟に入院中であったIくんは、白血病で化学療法を受けている十代後半の男性であった。週末に筆者が病棟を訪れた時、彼は副作用の強い化学療法をおこなっていた。しかし、週明けに病棟に行ってみると、彼の姿が見えない。病棟女性看護師に話を聞くと、彼は前日に自主退院したのだという。その経緯は次のようなものだった。彼は、病気の全快を願って数ヶ月前にイマーム・レザーのもとを訪れたが、効果がなく、一向に回復の兆しを見せなかった。イマーム・レザーの治療で効果がないのなら、病院でつらい化学療法を受けても無駄だと考え、彼は退院を強く希望した。そのため、自主退院となったのだという。その場にいた医師は、2週間もしたら彼は死んでしまうだろうと同情の念を隠さなかったが、ある人々にとっては、病院での医学的治療よりもイマーム・レザーの治療のほうが高い信憑性をもつ場合もあるという一つの例である。

第4章 イスラーム法適用法案の理想と現実

1 イスラーム法適用法案の示す身体観と西洋近代医学

1) イスラーム法適用法案とはなにか

これまで述べてきたように、入院治療をおこなう病棟内での女性看護師の業務は、患者との身体的接触を必然的に伴うものである。治療のための検査や診察には、患者の身体の露出が必要であるし、血圧測定や注射、創部の処置に際しては、患者の身体に触れなければならない。日常生活動作が自立していない患者や、全身状態が悪くて「安静度」¹¹⁴⁾が高い患者、あるいは「意識障害レベル」¹¹⁵⁾が高い患者は、摂食や排泄といった生命維持のために欠かすことのできない行動さえ、自らおこなうことができない状況にある。このような患者に対する看護は、家族にさえ見せないような最もプライベートな身体の部分の露出させ、そこに接触しなければおこなうことができない。

イスラームでは、人間の行為を5つの範疇に分類している。すなわち、① vājeb:「義務行為」、② mostahabb:「推奨行為」、③ mobāh:「許容行為」、④ makrūh:「忌避行為」、⑤ harām:「禁止行為」である。イスラーム法によると、ムスリムである男女が「ナー・マフラム」の異性の身体を見たり(negāh)、身体に触ったり(lams)することは、「禁止行為(harām)」である。後述するイスラーム法適用法案の内容からわかるように、「ナー・マフラム」というイスラームの概念で規定される身

113) 病気で入院治療を受けるような「患者」だけでなく、知的障害者、身体障害者なども治療を求めてイマーム・レザー廟を訪れているため、ここでは「病者」という言葉を使用している。

114) 安静とは、身体的エネルギーの消耗を少なくし、患者の症状の悪化を防ぎ、疾病の回復を早めるためにとる方法である。患者の疾病、症状によって、たとえば「絶対安静」、「床上安静」、「特定部位の安静」などの「安静度」が適用される[冲中 1993: 54]。この例で言えば、「絶対安静」は「床上安静」より、「安静度」が「高い」。

115) 意識障害のレベルは、周囲のことがどの程度理解できるによって現される。意識のレベルを的確に判断することは非常に難しいが、自発運動、反射、自立神経機能などの観察から、意識障害のレベルを分類する方法がいくつかある。例として、Mayo Clinic の4分類をあげると、以下の通りである。①「傾眠」― 刺激を加えると目覚めるが、混乱、不穏の状態。②「昏迷」― 刺激に対し、払いのけるような動作をとる。話しかけに対し、“はい” “いいえ” で答えたり、開眼、舌を出す等の反応をする。自動運動がある。③「半昏睡」― 痛刺激に対し、手足を引っ込める、顔をしかめるなどの反応を示す。失禁状態である。④「深昏睡」― すべての刺激にまったく反応せず、随意運動、反射もない。筋肉は弛緩し、失禁状態にある[内藤他 1995: 151-153]。この分類法をあてはめると、「半昏睡」は「昏迷」よりも「意識障害レベル」が「高い」。

体とは、性的欲望の対象となり得る「性的身体」であることとらえることが可能であろう。しかし、西洋近代医療の場では、看護スタッフがおこなう業務に限らず、診察や診断、検査や外科手術や注射において、患者の身体露出、患者—医療従事者間の身体接触が不可欠である¹¹⁶⁾。そのため、患者の治療を目的とする行為は、人命にかかわる「緊急事態 (ezterār)」¹¹⁷⁾であると解釈され、「禁止行為」ではなく「忌避行為 (makrūh)」であると、ウラマー¹¹⁸⁾だけでなく、患者や医療スタッフにも認識されている。

西洋近代医学においては、人間の身体を生物学的、解剖学的に普遍的であるとし、文化的、社会的、宗教的意味を持たないものとして仮定している。このような身体のあり方は、イスラーム法が「ナー・マフラム」という概念で規定する「性的身体」を無性化して扱うことを意味する。換言すれば、西洋近代医学を基盤とする治療は、イスラームが提示する「性的身体」のタブーを犯すような行為を、人間の生命を救うために必要不可欠なものとして強制するのである。西洋近代医学が普及するにともない、二つの異なる身体観の矛盾点が顕在化し、イスラーム的身体観と相反する医療行為をイスラーム的に合法と説明する概念が必要とされた。それが「緊急事態」という概念なのだと考えられよう。人命にかかわるような緊急事態においては、人間の身体を「医学的身体」として扱うことが許されるという解釈である。

しかしながら、近代医療が広く人々に受け入れられるようになって、イランに住む人々の多くは、自らの身体を、宗教的・性的なものとして自覚しながら生活している。病院における「ナー・マフラム」との接触が「緊急事態」における合法的行為と定義されても、それを不快と感じる患者や医療スタッフがいることは、スタッフを女性ばかりにした M 病院の例でも明らかである。

イラン政府は、革命後、学校教育の男女隔離や女性の「ヘジャーブ」着用の義務化など、イスラーム法の遵守という理想のために、「ナー・マフラム」の問題を重要視するようになった。この政策の一環として、1989 年、保健教育省は医療機関におけるイスラーム法適用のための省令案 (āyīn-nāme)¹¹⁹⁾を発行した。この省令案は医師でもあるダストジェルディー女性議員の強い働きかけによって、2000 年には国会で可決されるに至っている。

イスラーム法適用法案は、本来、医療機関のみを対象にするものではなく、イスラーム革命以

116) サウジアラビアの病院で異性間の身体接触が問題とされていることは既述したが、パキスタンの病院においても、異性患者—看護スタッフ間の接触が強く問題視されているという [Woods 1991]。また、インドの看護師の研究をおこなった [Somjee 1991: 33] は、インドでも医療の場における異性間の身体接触が問題視されていたことを述べている。しかし、インドにおいては、ジェンダーの問題より、むしろ看護師が身体の不浄性に触れるという問題の方が重要であったことを示唆している。看護師がおこなうボディ・ケアとその不浄性については、第 5 章 1 で詳しく論じている。

117) イスラーム法で禁止行為とされる行為を許容する場合、「zarūrāt」(必要・緊急)の概念が適用される。この語はもともとイスラーム法学上で「緊急避難」に当たる状況をさしてきた。シーア派では、タブリーズ師が「zarūrāt」の概念を拡大し、禁止行為を許容するための概念として、「強制・緊急 (ezterār)」「困難・貧困 (‘osr)」「不本意・故意でないこと (ekrah)」「意志・信仰を隠すこと (taqiyyeh)」「不利益・損失 (zarar)」などを導いた [Schirazi 1997: 202]。本論では、医療機関においてこの概念が適用される状況を的確に表現するため、「強制・緊急」を意味する ezterār に対し、「緊急事態」の訳語をあてている。イスラーム法適用法案中央委員会の話によると、イスラーム法適用法案における ezterār の概念は、モタハッリー師のエジュテハード (ejteḥād イスラーム法学者が、自己の知識に基づいて、個別の事項に対して法判断を下すこと)を根拠としているということである。禁止行為を許容するための諸概念、その法的な根拠と社会の各領域に対する適用に関しては、[Schirazi 1997: 175-205]を参考にされたい。

118) イスラームの学者・宗教指導者層のことである。

119) 「āyīn-nāme」には通常、規則、法規等の訳語があてられている。法律「qānūn」を受けた各法の総称が「āyīn」で、たとえば、刑事訴訟法、民事訴訟法などは「āyīn」である。この施行規則の条文が「āyīn-nāme」であると理解できる。ここで参照している「āyīn-nāme」[MOHME 1989; 1996]は、健康教育省管轄下にある医療機関内におけるイスラーム法遵守の規則を定めた法であることから、「省令」と訳すことができるが、実際にはイスラーム法適用法案が国会で審議される以前の法的拘束力をもたない段階のものであったため、本論ではこれを「省令案」としている。

後、政府がさまざまな領域で実現を目指してきた、公共の場すべてにおいてイスラーム法の遵守を可能にするという目標、すなわち「女性には女性を、男性には男性を」という目標を遂行することが基本理念になっている。医療機関における医療行為、看護行為に焦点が当てられるようになったのは、病院で「ヘジャーブ」をとる（「ナー・マフラム」の男性の前で身体を露出する）ことを苦痛と感じていたある女性が、当時大統領であった現最高指導者のハーメネイー師に手紙を書いたことがきっかけであった。ハーメネイー師はこの事態を重くとらえ、当時保健教育相であったマランディー氏に、病院内でのイスラーム法の遵守の必要性を説いた手紙を送った。マランディー氏がこれに答えて、1989年、保健教育省内に審議会を創設、同年に省令案を発行した。1995年には、医師、健康行政の専門家、ウラマーからなるイスラーム法適用法案高等審議会が設立され、テヘラン市内の3つの国立病院において、この省令案が試験的に施行されることになった。1999年、1989年の省令案を改正したものが新たな省令案として発表され、2000年、第2版の省令案に二つの項目を付け加えたもの¹²⁰⁾が国会で審議、可決され、2000年6月には、各病院への通達を待段階であった。

1989年の省令案は、病室、手術室、分娩室におけるイスラーム法の遵守を目的として、①従業員の更衣室、食堂、病室、トイレ、手術室内の手洗い場¹²¹⁾、臨床検査室、レントゲン撮影室を男女別にすること、②従業員と患者の服装規定、③導尿、浣腸、体位交換、包帯交換、手術野の消毒、移動、乳房造影¹²²⁾、尿路造影¹²³⁾、卵管造影¹²⁴⁾、レントゲン撮影、採血の施行や心電図モニターの電極装脱着などを、患者と同性のスタッフがおこなうこと、④男子医学生の子産婦人科実習を制限することについて、非常に細かい規定を含んでいる〔MOHME 1989〕¹²⁵⁾。

1989年の省令案は、テヘラン市内の病院で試行的に実施されたが、その規定の内容が非常に細かく、施行が困難であるとの批判がなされた。これを受け、1999年の省令案では細部を規定する条項が削除され、より一般的な記述になっている。この省令案においては、適用の場を国立、私立等を問わず、臨床検査所、薬局、試験所なども含めた全医療機関に拡大している。さらに保健教育省が各医療機関の視察をおこない、省令案に従っていないとされる病院に対する勧告、指導と、場合によっては病院閉鎖を通告することもできるという権限をもつことが明記されている〔MOHME 1996〕。

2000年に国会で可決された法案は、1999年の省令案に、その後問題がとりあげられた歯科診療¹²⁶⁾に関する条項を含めたものである。これが国内のすべての医療機関に通達されると、法としての拘束力をもつことになる。

120) この法案は入手が許可されなかった。

121) 手術をおこなう医師とその介助者は、「術野」をできる限り清潔に保つため、手指から肘上約10cmまでを消毒石鹸でブラッシングしなければならない。この時、女性スタッフは上腕を露出しなければならない、手術室で働く「ナー・マフラム」の男性の視線に触れることがある。これはイスラーム法に反すると解釈されている。

122) 乳管の腫瘍の診断に用いられる造影法のことである。乳頭から乳管に造影剤を注入し、乳管の走行をレントゲン撮影する〔冲中 1988: 1488〕。施行に際しては、女性の乳房を露出することが必要になる。

123) 造影剤を使用して、尿路、すなわち腎盂、尿管、膀胱、尿道などをレントゲン撮影する造影法の総称である〔冲中 1988: 1505〕。施行の際、カテーテルを尿道から挿入するため、陰部の露出が必要となる。

124) 子宮頸管と子宮腔の形状と大きさ、卵管の走行および疎通性、骨盤腹膜の状況、癒着の有無、卵巣腫瘍の有無などを診断するために、子宮頸管から子宮腔内に造影剤を注入し、レントゲン撮影する造影法のことである〔冲中 1988: 790〕。造影剤注入に際し、女性陰部の露出が必要となる。

125) 例えば、分娩室と手術室における女性医療スタッフの服装規定は次のようなものである（第5条）。a：足首の部分が狭くなっている（最小15cm）適度にゆとりがあるズボンを着用すること。b：膝頭までの長さがあるゆったりとしたマントーを着用すること。c：マントーの袖の長さは手首までで、手首はニットで窄められた形になっていること。d：マントーの首まわりは前部が10～15cmほど開いた丸襟で、全体に5cmの縁取りがされていること。e：胸まで隠れる適当な色のマグナエを着用すること。

126) イスラーム法適用法案中央委員会の話によると、新しい法案に歯科診療に関する項目が追加された背景には、次のような状況があった。すなわち、歯科診療においては、歯科医師の手が患者の口唇に触れることになる。これが原因となり、診療が性的な意味合いをもって受けとめられ得るという問題が取り上げられたのである。

2) イスラーム法適用法案の理想

1989年に審議会が設立されてからというもの、この法案をめぐり、テレビや新聞などを通して、ウラマーや医師、健康行政の専門家がさまざまな意見を戦わせてきた。その議論は、[Rūhānī and Noghānī 1997; Tavakkolī 1989] にまとめられているが、審議会の同意として次のような事項があげられているので、以下に引用してみよう [Rūhānī and Noghānī 1997: 18-19]¹²⁷⁾。

- 男性がナー・マフラムである女性の顔、顔まわり、手首から指先までを見ることは、快楽を目的とする以外、合法である。しかし、快楽を目的としている時は「禁止行為」である。また、上記以外の身体の各所を見ることは、いかなる場合においても「禁止行為」であり、禁止されている。そして、この点に関しては、臨床医学の場面でも、変わりはない。
- 未成年の少年少女の身体を見ることは、快楽を目的とする場合を除いて合法である。しかし、たとえ診断を慎重に行うためといえども、大腿や腹部、胸部といった場所は見てはならない。
- イスラーム教徒ではない人の身体を、快楽を目的とせずに見ることは合法である。
- 他人の陰部を見ることは、どんな場合でも「禁止行為」である。直接的か間接的かを問わず、鏡の中に見るのも、ガラスのむこうから見るのも、写真や映像で見るのも「禁止行為」である。
- 女性は、顔と顔まわり、手首から先を除いた身体の各部分と、頭髮をナー・マフラムの男性から隠すべきである。たとえ、この男性が自分の診断をする人であっても。
- 男性もまた、自分の陰部をナー・マフラムの女性から隠さなければならない。性的欲望を刺激する原因とならないように男性は自分の身体を隠す必要がある。
- 医学教育のために教科書の中の写真や絵を見ることは、もしそれが性的欲望の原因にならないなら合法である。
- ナー・マフラムの身体と陰部を見ることは、緊急を必要とする場合に限って合法である。
- ナー・マフラムの身体に触れることは、女性が男性に触れる場合も、男性が女性に触れる場合も、「禁止行為」である。
- しかし、聴診、採血、接骨、脈拍測定、体温測定、血圧測定、外科診察、注射などが臨床の医師によってなされるときは例外である。もちろん、これらの行為は、十分な緊急性をもってなされるものでなければならない。
- だが、臨床医が、手袋を使用することができるとされている業務をおこなう時に手袋を使用せず、患者の身体に触れた時、それは「禁止行為」である。
- 臨床医が、衣類の上からすることが可能であるとされている業務をおこなう時は、衣類の上からそれをなさなければならない。

127) この同意は、ウラマーたちの *hokm* (教令) を基にしている。ここでは、紙幅の関係でそれぞれのウラマーたちの見解について詳しく述べることはできない。*hokm* は同じく教令と訳される *fatvā* よりも強い執行力をもつ。教令 (*ahkām*, *hokm* の複数形) には2種類ある。①第一教令 (*avvalīe*) : これはコーランに明記されていることで、疑いようのないことである。たとえば、「ナー・マフラム」に関することはコーラン、ヌール章 30 ~ 31 節に書かれているので、疑いようがない。②第二教令 (*sanavīe*) : コーランに明記されていないので、何が正しいかが明確でないような例外に関する教令である。たとえば、男性医師が、必要があつて「ナー・マフラム」である女性患者の血圧測定をするとき、それが「禁止行為」であるかどうかという問題に関する教令は第二教令にあたる。教令は、モジュタヘド (*mojtahed*) というイスラーム教義決定権と立法権の資格を認められたウラマーが、①コーラン (*qor'ān*) ②スンナ (*sonnat*) ③エジュマー (*ejmā'* 過去の判例とウラマーの同意、イマームの言行) ④アグル (*'aql* 過去の判例にない新しい論点について、マルジャエ・タグリドが自らの見解を示すこと) を根拠として決定する (イスラーム法適用法案中央委員会、[Langrūdī 1999: 8])。

- 臨床医が、単に患者を見るだけで診断や治療が行えるような場合に、患者の身体に触ることは合法ではないし、単に触れるだけで診断や治療が行える時に、患者の身体を見ることは合法ではない。
- いかなるときも、必要とされる程度を超えたら、それは「禁止行為」である。
- 患者は、同性の医師が同席している時には、異性の医師の診察を受けてはならない。同性の医師による診断が不可能な場合を除いて。

以上のような見解は、医師以外の医療スタッフにもあてはまる。上記の見解の目的とするところは、患者側に選択する権利を与えることであり、その選択に際しては、人命の救助が最優先されなければならない。イスラーム法適用法案中央委員会 T 氏の言葉を借りて表現すると、この法案は「患者、医療スタッフを問わず、女性の権利を守るためのもの」であり、「今日明日に実現しようというものではなく、10 年後、20 年後に実現できればよい理想のようなもの」であるという。つまり、「各医療機関ができる限り努力をして、女性のヘジャーブを尊重するようになればよい」という努力目標のようなものである (IV)。

3) イスラーム法適用法案の困難

上述したイスラーム法適用法案の理想が実現されるためには、二つの条件が満たされなければならない。まず一つは、医療スタッフにみられる男女比の不均衡をなくすことが必要である¹²⁸⁾。これに対しては、この法案以前より、医学部への女子学生進学推奨、看護学部への男子学生学部の推奨、男子医学生の産婦人科専門医教育の廃止などの試みがおこなわれてきた。現在、医学部学生のはほぼ半数が女性になっている。しかし、看護師においては、看護学部への男子学生の入学は約半数となったものの、卒業後に臨床で働くことを選択する者が非常に少なく、男女比の不均衡は依然として改善されていない。

この法案を施行するために必要なもう一つの条件は、すべての医療機関において、病棟や診療科を男女別にすることである。しかし、改装のためには莫大な費用と時間が必要とされるし、病院の物理的条件によってそれが困難である場合も多い。

以上のような理由で、実際に医療施設で働く医療関係者や、健康行政にかかわる専門家たちの多くは、イスラーム法適用法案を「絶対にできない」「実現が不可能」な「わずらわしい」法律であると受けとめているようである¹²⁹⁾。

ここで一つ見逃してはならない点がある。上記のイスラーム法適用法案審議会の同意を見ると、他の医療スタッフにも適用されるとはいえ、ほとんどが医師の行為についての教令であることがわ

128) 本文中で述べてきたように、病棟看護スタッフは女性が 70% を占める。また、革命後、医学部への入学は男女同率に近づいているとはいえ、依然として医師は男性が多い。イスラーム法適用法案中央委員会の話では、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士にも男女比の不均衡がみられるということであった。

129) この根拠の一つに、この法案が、すべての病院で男女隔離をおこなうのは経済的に不可能であるという理由で、医師や健康行政の専門家たちの強い反対を受け、1998 年の国会で否決された経緯をもつことがあげられる [Gheyntchi 2000: 446]。イスラーム法適用法案に反対する者の意見の一例として、農村医療の専門家である S 博士 (男性) の言葉を以下に引用する。

S 博士：「イスラーム法適用法案は、人権問題につながる、ひどい法律だ。農村部の衛生部門担当者は圧倒的に男性が多い。女性がそこに行けなくなったら、村の衛生が保てなくなる。たとえば歯医者にしても、男性の医師しかいないことが多い。そこに女性が行けなくなったら困るだろう。これは人間の基本的人権を侵害するようなことだ。まったくばかばかしい法律で、施行されたら困る」。(FN)

この法案の施行に困難が伴うことは、イスラーム法適用法案中央委員会のスタッフも認めるところである。たとえば、あるスタッフ (女性) は、イスラーム法適用法案の施行が実際に可能か、という筆者の質問に対し、「本当は、『法案 (lāyehe)』にとどめておきたかったが、国会で通ってしまったので仕方がない」とこぼしていた (FN)。

かる。だが、都市部の病院の臨床の場面では、産婦人科の男性インターン、あるいは男子医学生を除いて¹³⁰⁾、医師による医療行為が「ナー・マフラム」の問題として受けとめられることは非常に少ないのである。たとえば、前述したように、私立病院では産婦人科の医師さえ男性であり、患者は好んで腕がよいとされる男性医師の診察を受けている。国立病院である A 病院においても、男性医師が女性患者を受け持つことは、決して珍しいことではないし、患者たちもそれを快く受け入れている。一般入院病棟で「ナー・マフラム」との接触が問題となるのは、患者－医師の関係ではなく、むしろ患者－看護スタッフの関係なのである。

患者－医師関係において「ナー・マフラム」が問題視されない理由には、次の二つがあると考えられるであろう。まず一つは、医師がおこなう手術や処置、診察、診断は、直接人命にかかわるものであると同時に、高度の専門性をもつと考えられている。そのため、患者も医師も、それを「緊急事態」として容易に受けとめることができるからである。もう一つは、患者との接触時間の短さである。医師が患者のベッドサイドを訪れるのは時間にして一日に 10 分程度に過ぎない。しかも、医師が患者の身体に触れることは少ない。医師が診断のために時間を割くのは、患者の触診や視診というよりは、むしろ血液検査や尿検査、心電図、レントゲンや CT、MRI といった各種の検査結果の分析である。どのような行為が「緊急事態」として許容されるかの判断は、患者によって、状況によって大きく異なる。しかし、医師による医療行為は、イスラームが規定する「性的身体」を扱う行為ではなく、無性的な「医学的身体」を扱う行為として、医師の側からも患者の側からも許容されているのだと考えられよう。

これに反し、患者－看護スタッフの関係は、患者側からも、看護スタッフ側からも「ナー・マフラム」の問題として扱われることが多い。特に、看護スタッフの施行するボディ・ケアは、「緊急事態」と認識され得る医師による医療行為の対極に位置付けられよう。ここでいうボディ・ケアとは、基礎看護技術と呼ばれる領域の看護行為を指す。すなわち、呼吸、体温の保持、食事、排泄、睡眠、休息、移動、運動、身体の清潔、入院生活環境の整備、衣服の着脱といった、患者の基本的欲求を満たすための援助であり、日常生活行動への援助のことである¹³¹⁾。ボディ・ケアは、日常生活行動ができない患者にとって、必須の援助である。しかし、それは高度な医学知識がなくても十分遂行できる行為であり、直接的に病気の治癒や症状の軽減に結びつくことが見え難い行為でもある。同時に、ボディ・ケアは人間の生理現象を扱うものである。そのため、陰部を含む身体の露出が必要であることが多い。さらに、たとえば食事や排泄には、一日に数回以上の介助が必須であり、患者との頻繁な接触を必要とする。これらの理由により、ボディ・ケアがおこなわれる場面においては、患者と看護スタッフの両者によって、日常のタブー、すなわち「ナー・マフラム」の問題が意識されやすいのだと考えてよいだろう。

130) なぜ、「インターン」や男子医学生の行為が「ナー・マフラム」の問題として受けとめられるのかについては、第 4 章 2－2) で触れている。

131) 看護とは何かを定義したヴァージニア・ヘンダーソンは、看護独自の機能を、患者の「基本的ニード」を充足することであると述べている。ヘンダーソンが明示した患者の「基本的ニード」とは、以下の 14 項目である。①正常に呼吸する②適切に飲食する③身体の高齢物を排泄する④移動する、好ましい肢位を保持する⑤眠る、休息する⑥適切な衣類を選び、着たり脱いだりする⑦体温を正常範囲内に保持する⑧身体を清潔に保ち、身だしなみを整え、皮膚を保護する⑨環境の危険因子を避け、他者を傷害しない⑩他者とのコミュニケーションをもち、情動、ニード、恐怖、意見を表出する⑪信仰にしがたって礼拝する⑫達成感のあるような仕事をする⑬遊ぶ、あるいはレクリエーションに参加する⑭正常な成長発達および健康へとつながるような学習をし、発見をし、好奇心を満たし、利用可能な保健施設などを活用する [Henderson 1966]。日本の看護教育に使用されるテキストには、基礎看護学の中に看護記録、診察介助、与薬、注射、包帯交換、精神的援助などの項目を含んでいる [内藤他 1995]。しかし、第 5 章 2－1) で述べる看護業務のヒエラルキーにおいて、これらはシーツ交換、環境整備、食事介助、排泄介助、更衣介助や全身清拭等の業務とは明確に区別されている。このことを考慮し、本論では「ボディ・ケア」の語を患者の精神的援助と看護記録、診察介助、与薬、注射、包帯交換を含まないものとして使用している。

ボディ・ケアを基礎看護技術と表現したように、近代看護学は「医学的・科学的根拠に基づいて」ボディ・ケアをおこなうことに、その存在理由の一つを見出してきたといつてよい¹³²⁾。だが、ボディ・ケアが「緊急事態」と認識されないということは、イスラームの規定する「性的身体」を、医学的（あるいは看護学的）知識によって脱文脈化、無性化する試みが成功していないことを示していると考えられるだろう。後述するように、看護スタッフがおこなうボディ・ケアは、イスラーム法に抵触するものとしてとらえられ、看護スタッフによって嫌忌されるものとなっているのである。

2 「ナー・マフラム」の問題とボディ・ケア

1) 臨床における問題点

イスラーム法適用法案が扱う「ナー・マフラム」の問題は、特に病棟看護スタッフが担うボディ・ケアにおいて顕在化することを述べた。では、A 病院で働く看護スタッフたちは、臨床においてイスラーム法を遵守することの矛盾をどうとらえ、それにどう対処しているのだろうか。

国立 A 病院では、ICU、CCU、ポスト CCU、救急病棟、手術室、脳神経外科病棟を除いた病棟は、男女別病棟になっている。病院で働く看護スタッフは女性が多いので、男性看護スタッフは女性病棟には配属されないことになっている。そのため、「ナー・マフラム」の問題が起るのは、男性病棟における男性患者女性看護スタッフ間の関係か、男女混合病棟における男性患者－女性看護スタッフ、あるいは女性患者－男性看護スタッフ間の関係に限られることになる。

男性病棟と男女混合病棟には、数名の男性准看護師、男性看護助手、あるいは男子看護学生が配属されているが、彼らは主に夜勤帯に勤務しており、朝と午後の勤務帯における男性患者の看護は、女性看護スタッフによっておこなわれることが多い。また、夜勤帯に男性看護スタッフがいる時でも、ほとんどの場合女性看護師と 2 人での夜勤であり、男性看護スタッフの仮眠中には、女性看護師が男性患者の看護を担当しなければならない¹³³⁾。逆に、女性看護師の仮眠時には、男性看護スタッフが女性患者の看護を担当することになる。

男性病棟、男女混合病棟において患者－看護スタッフ間の「ナー・マフラム」が問題となるのは、次の二つの状況である。まず一つは、女性である看護スタッフが男性患者の身体を見たり、男性患者の身体に触れたりすることである。もう一つは、男性患者の看護のために男女混合病棟に配属されている男性看護スタッフが、女性スタッフの休憩中などに女性患者の看護をおこなわなければならない状況である。

では、具体的には患者－看護スタッフ間に見られるどのような行為が、看護スタッフによって、「ナー・マフラム」の問題としてイスラーム法に抵触するととらえられているのだろうか。

- ①脈拍測定、血圧測定 — 脈拍、血圧の測定は、患者の状態を知る上で必須であり、定期的測定で一日 5 回、必要があれば 15 分毎にでもおこなわなければならない。このとき、看護スタッフは異性患者の手首や上腕に触れなければならない。
- ②衣類の交換 — 衣類の着脱の介助は、多くの場合、患者家族によっておこなわれている。し

132) たとえば、上述したヘンダーソンは、「生理学的」、「心理学的」原理に基き、人間の生理現象を「基本的ニード」として定義し、それに介入していくことを看護の機能であると述べている [Henderson 1966]。

133) 病院側は、「ナー・マフラム」の問題を考慮し、男性病棟や男女混合病棟に、男性看護スタッフを夜勤専門として配属するという配慮をおこなっている。しかし、これも最善の策とは言えない。男性看護スタッフを夜勤専門に雇用することは、夜勤をしたがらない女性看護スタッフの夜勤回数を減らし、男性患者の看護を男性看護スタッフに譲渡できるという点で、意義ある配慮である。しかし、これは男性看護スタッフと女性看護スタッフが夜間に二人きりで病棟にとどまるという、更なる問題を生みだしてしまう。

かし、患者家族の付き添いが禁止されていたり、席を外したりしている時には、看護スタッフが衣類の着脱を介助することになる。これは、異性患者の身体に触れたり、陰部を目にしたりする機会があるため、イスラーム法に抵触すると考えられている。

- ③導尿 — 異性患者の尿道に導尿のためのカテーテルを挿入する時には、患者の陰部を目にし、それに触れなければならない。女性患者への導尿は女性看護スタッフがおこなうことになっている。男性看護スタッフの数は少ないので、男性スタッフが女性患者の導尿をおこなわなければならない状況はほとんどないと考えてよい。問題となるのは男性患者への導尿である。男性患者への導尿は男性看護スタッフ、あるいは男性医師によっておこなわれることになっているが、男性看護スタッフも男性医師もいない場合は、女性看護スタッフが施行しなければならない。
- ④排泄の介助 — 自らトイレまで歩行できない患者や、意識のない患者は、ベッド上で便器、尿器、あるいはおむつを使用して排泄することになる。ベッド上での排泄のため、尿器や便器を患者の身体にあてたり、患者のおむつを取り換えたりすることは、患者の身体、特に陰部を目にすることになる。排泄の介助は、患者の家族によっておこなわれることが多い。しかし、家族の付き添いが禁止されている場合や、患者家族が席を外している場合には、看護スタッフが介助しなければならない。
- ⑤全身清拭、陰部洗浄 — 自ら清潔を保つことのできない患者には、感染防止のため、全身清拭や陰部洗浄がおこなわれる。これは普通、患者の付き添いや同性の看護スタッフがおこなうことになっている。男性看護スタッフの数は少ないので、女性患者の身体や陰部に触れなければならないような看護行為を、男性看護スタッフが請け負うことはまずないと考えてよい。問題となるのは、ICU や CCU など、患者家族の付き添いが禁止されている病棟で、男性患者のケアを女性看護スタッフがおこなわなければならない場面である。
- ⑥体位交換 — 寝たきりの患者は、寝返りをうつことができないため、体重がかかる身体の部分に褥瘡ができてしまう。これは全身状態の悪化につながるもので、定期的に体位交換をおこなわなければならない¹³⁴⁾。普通、体位交換は患者家族か同性看護スタッフによっておこなわれるが、ICU や CCU など、患者家族の付き添いが禁止されている病棟や、「意識レベル」が低い患者が多い脳神経外科病棟では、異性患者の体位交換を看護スタッフが施行しなければならない場面が出てくる。また、寝たきりの患者は、更衣や清拭、全身状態の観察がおこないやすいように、全裸にシーツをかぶった状態で臥床している。そのため、体位交換時に患者の身体を目にすることになる。
- ⑦心電図モニターの装着 — 心電図モニターを装着するときには、患者の胸部を露出し、そこに心電図の電極シールを貼付しなければならない。男性看護スタッフが女性患者に電極シールを貼付する場合、乳房を目にし、そこに触れなければならないことになる。
- ⑧死後の処置 — 死亡した患者であっても、「ナー・マフラム」であることには変わりがない

134) 同一体位が長く続くと、重力によって体液が身体の下部に鬱滞し、循環障害を来す。このような状態に体重による圧迫が加わると、皮膚組織の壊死が起こる。これを褥瘡という。褥瘡は二次感染を誘発しやすく、疼痛は日常生活動作を制限することから、二次障害を招きやすい。褥瘡は骨の突出部位にできやすいが、その予防には次のようなことがおこなわれる。①同一部位に長時間の圧迫がかからないよう、体位交換をおこない、好発部位に円座、枕、パットなどを使用する、②皮膚を清潔に保ち、湿潤を避ける、③皮膚をマッサージして血行を促進する、④栄養状態を改善する。体位交換は、病床内の温湿度の調節も兼ねて、二時間毎におこなうことが望ましいとされている [沖中 1993: 959; 内藤 1995: 256-260]。

い¹³⁵⁾。死亡した患者は病棟で簡単な全身清拭をおこなった後、霊安室に運ばれるが、全身清拭は患者の身体に触れることになる。

この他に、心停止時の心臓マッサージ、注射や採血、包帯交換や創部の消毒といった処置も患者－看護スタッフ間の接触をとまなうものである。しかし、これらは看護スタッフにとっても、患者にとっても「緊急事態」と認識されているので、「ナー・マフラム」の問題としてとらえられることは少ない。心停止時の心臓マッサージは患者の命にかかわることであるし、注射や採血は有資格者でなければ施行できない。また、包帯交換や創部の消毒は無菌操作のために摂子を使用するので、直接患者の身体に触れることは少ないからである。

患者の身体に触れるという問題については、看護スタッフが手袋をして施行する場合に限って、「禁止行為」ではないとされる。つまり、患者の皮膚と異性看護スタッフの皮膚が直接触れ合うことがなければ、問題とはならないと解釈されているのである。しかし、手袋はコストがかさむため、使用枚数が制限されているし、手袋を着用して直接的な接触を避けることができたとしても、異性患者の身体を見ることが「禁止行為」であることには変わりがない。

以上、病棟内で看護スタッフが「ナー・マフラム」の問題として認識している行為を列挙してみた。これらの行為は、緊急事態を除いて「禁止行為」であり、できる限り「マフラム」である家族、あるいは同性の看護スタッフによっておこなわれなければならないと考えられている。患者の家族や患者と同性のスタッフがいない時、異性の看護スタッフが「禁止行為」とされる上記の行為を施行することは「緊急事態」との解釈で問題ないとされる。しかし、現実には、それは不快な業務であるととらえられているのである。

例として、A 病院 S 女性看護師¹³⁶⁾ の話を引用してみよう。

事例 2

S 女性看護師：「1994 年だったか、1995 年だったと思います。その時わたしは ICU で働いていました。ICU に入院する患者は意識レベルが低く、自分で入浴したり着替えたりすることができません。ICU では、感染を防ぐために、毎朝患者の身体を拭くことになっていました。しかし、男性の看護スタッフが少ないため、患者が男性であっても、女性看護師が清拭をしなければなりません。患者が男性の場合、患者と二人きりになって身体を拭くことは、わたしにとって大きなストレスでした。わたしだけではなく、他の女性看護師たちも嫌だと言っていました。それに、時々男性患者の導尿もしなければなりません。男性患者の導尿は、男性のインターンがやったり、他の病棟から男性看護スタッフを呼んで来てやってもらうことになっていますが、男性のインターンがいなかったり、男性看護スタッフがいないときは、わたしたち女性看護師がそれをしなければならないのです。ICU では導尿をする患者が多いし、当時は尿路感染防止のために、72 時間に一回はカテーテルの交換をすることになっていました。そのため、男性スタッフがいないときに導尿をしなければならないことも多かったのです。これについても、わたしだけではなく、他の女性看護師たちも嫌だと思っていたのですが、病院看護部から、男性スタッフがいないと

135) しかし、中には、死者の身体はもはや「ナー・マフラム」ではないと考える女性看護師もあり、その判断はさまざまである。

136) S 女性看護師は、30 代後半の既婚女性で、現在は A 病院で患者教育を担当している。

きは女性看護師がやりなさいと指導を受けていたので、仕方なくやっていました。この問題は、わたしにとって非常に大きなストレスだったので、何か解決する方法がないかと考えていたところ、イスラーム法適用法案が議論されていることを知りました。ちょうどわたしの夫が、当時保健教育相だったマランディー氏の奥さんと学生時代同級生だったので、イスラーム法適用法案に積極的な姿勢を示しているマランディー氏に、直接手紙を書くことにしました。手紙の内容は、A 病院の ICU では、男性患者の清拭や導尿を女性看護師がしなければならないという問題があり、これはイスラーム法に反することなので、どうか改善してもらいたいというものでした。マランディー氏は、わたしが送った手紙の下に「この問題を解決するように」とサインをして、そのまま A 病院に送りました。わたしは病院看護部から呼び出され、なぜ直接マランディー氏に手紙を書いたのか、問題があったのなら、まず看護部に言って、それから大学（A 病院を管轄する医科大学）を通さなければならないと怒られました。結局、これはわたしの個人的な問題であると判断され、わたしは ICU 病棟から産婦人科病棟に異動することになりました。今でも男性患者の清拭は女性看護スタッフがおこなっているし、ICU での業務は何一つ変わっていません。その後、ICU の女性看護スタッフ全員が署名をして抗議しましたが、男性の看護助手が一人、新たに ICU の配属になっただけで、業務はまったく変わっていません」

筆者：「手袋をつけていれば、「ナー・マフラム」の男性に触れても問題ないと聞きましたが」

S 女性看護師：「手袋をすれば、男性患者の身体に触れても「禁止行為」ではありません。しかし、病院側は清拭をする時には手袋をすると言います。もし手袋をして仕事をしているところを見られたら、看護部の看護管理長¹³⁷⁾に怒られます。以前は手袋の費用を病院が負担していたので、経済的な理由から手袋の使用を制限していたのだと思います。手袋は一病棟一ヶ月に 10 枚と決まっていた。スタッフ全員が 10 枚の手袋で一ヶ月間の業務をおこなうのは、とても大変でした。今は、使用した手袋の代金を患者に請求するようになったので、以前よりは自由に使えるようになっています。しかし、患者の負担を考えたら、やはり十分に使うことはできないというのが現実です。また、患者の身体をマッサージする時¹³⁸⁾も、手袋をしてはいけないことになっています。理由はわかりません。看護局は看護師のルールだからと言います。それに、手袋をしてもしくなくても、患者の身体を見ることはやはり「禁止行為」なのです。胸や腕を見ることは問題ありませんが、男性の性器を見ることは「禁止行為」です」

筆者：「ICU にはコマー（昏睡）の患者が多いですね。患者に意識がなければ、わからないのだから、身体を見ても大丈夫なのではないですか？」

S 女性看護師：「それについても考えたので、最高指導者事務所（daftar-e rahbar）¹³⁹⁾に電話をして聞きました¹⁴⁰⁾。回答は、次のようなものでした。ファーテメさま¹⁴¹⁾は盲目の男性の前でもヘジャーブをしていました。ある人がファーテメさまに、なぜヘジャーブをしてい

137) 看護管理長の職務については、表 1 を参照されたい。

138) A 病院では、褥瘡予防のため、寝たきりの患者には体位交換時にそれまで体重がかかっていた場所のマッサージをおこなっていた。

139) 現在の最高指導者、ハーメネー師の事務所のことである。

140) イラン医科大学 G 助教授によると、臨床で、「ナー・マフラム」の問題のような、自分では判断できないイスラームに関する問題に悩んだ時、看護師たちは自分の尊敬するウラマーに電話をしたり、手紙を書いたりして、相談することもあるという。

141) ファーテメとは、預言者ムハンマドの娘で、シーア派の初代イマーム、アリーの妻でもある。

るのかと尋ねたところ、“相手の目が見えなくても、わたしの目は見えているのだから、ヘジャーブをしなければならない”と答えたそうです。この例から、コーマの場合でも、「ナー・マフラム」の身体を見たり、触れたりすることは「禁止行為」であるということでした」

筆者：「なぜ女性が男性の身体を見たり、触ったりすることが問題なんでしょう」

S 女性看護師：「……結婚していない女性看護師が男性の性器を見たりすると、悪い考え（性的な考え）をもったり、冗談で悪い言葉（性的な言葉）を使うようになったりします。これはイスラームに反することでしょう。でも、本当は男性看護スタッフが女性患者の身体を見たり触ったりすることの方が重大な問題だと思います。たとえば、10 年ほど前、事故に遭った女性が ICU に入院して来たことがありました。その晩、男性准看護師が勤務していて、……悪いことをするために（患者の乳房に触れるために）その患者の心電図モニターの装着を自ら進んでやりました。患者は意識があったので、翌朝そのことを夫に話し、退院したいと申し出たのです。この男性准看護師は、仕事を 3～4 日休んで、謝罪文を看護部に提出し、それで無罪放免になりました。今は他の病棟で普通に働いています。こんなことは、まだたくさんあるのですよ¹⁴²⁾」(IV)

S 女性看護師のように、「ナー・マフラム」の問題を非常に重要だと考える女性看護師は、「ナー・マフラム」である男性のケアをおこなうことに、強い抵抗を感じていることがわかる。S 女性看護師が最も苦痛と考えているのは、男性患者に対する全身清拭や導尿である。全身清拭や導尿は、男性患者の性器を目にし、それに直接触れることになる。そのため、病棟で働くスタッフの間では特に強い禁忌としてとらえられており、女性スタッフは男性患者の全身清拭や導尿を施行してはいけない（あるいは、しなくてもよい）ことになっている。しかし、S 女性看護師が述べているように、状況によっては、女性看護師が手袋をせずにおこなわなければならない場合がある。イスラーム法適用法案によれば、男性スタッフがいない場合、それは「緊急事態」であり、女性看護スタッフが「ナー・マフラム」の男性の身体を見たり、それに触れたりすることになっても、「禁止行為」では

142) 本論では、紙幅の関係上、男性看護スタッフが女性患者の身体を見ること、あるいは女性患者の身体に触れることに関する問題について、十分に記述することができなかった。男性看護スタッフ－女性患者間の問題は、ICU、CCU、脳神経外科病棟といった、男女混合病棟においてのみ起こる問題であることは既述したが、A 病院では、男性看護スタッフが、女性患者の血圧測定、脈拍測定や注射などをおこなうことも少なくなかった。例として、以下に女性患者－男性看護スタッフ間の接触に関する事例をあげる。

(ICU の場面)

A 女性看護師：(ベッドに臥床している中年女性患者 P の胸部を露出し、心電図モニターの装着をしている。ベッド周囲にはカーテンが引かれていた)

H 男性准看護師 (40 代)：(カーテンを開けて入って来て、血圧測定をしようと、患者 P のベッドに近づく)「血圧を測ります」

患者 P：(あわてて、両手で乳房を隠そうとする)

A 女性看護師：「P さん、ほら、ちょっと、動かないで下さい！」(と厳しい口調)

患者 P：「……すみません」(恥かしそうに手を下ろす。困惑している様子)

H 男性准看護師：(何事もなかったかのように、患者 P の血圧測定をはじめる) (FN)

これは、女性患者が男性准看護師の前で胸部を露出することに抵抗を感じている場面だが、一方で、次のような場面もあった。

(男女混合脳神経外科病棟での場面)

患者 I (中年女性)：(暑い日の夜、705 号室の女性部屋はクーラーがきかず、暑さに耐えかねた患者 I は、ルーサーを取り、寝着をはだけ、大腿を露出した状態でベッドに横になっている)

L 看護学生 (20 代の男性)：(与薬のために 705 号室に入室してきて、患者 I の姿を目にし)「(冗談めかして) I さん！なんて格好をしてるんですか！まったく、男性の前では、きちんとしてください！」(と笑う)

患者 I：(だるそうに)「だって、暑くてちっとも眠れないのよ」(とはだけた寝着をなおそうともしない) (FN)

ないと解釈される¹⁴³⁾。しかし、ウラマーによってイスラーム法に抵触しないと解釈されていても、実際に施行する看護スタッフにとっては、全身清拭や導尿は不快な行為として受けとめられている。

S 女性看護師は、イスラーム法適用法案の存在を知り、保健教育相に手紙を書いて、病院側に解決を求めた。だが、病院側は、「ナー・マフラム」の問題は女性看護師個人の問題であって、病院全体で扱う問題ではないという立場をとっている¹⁴⁴⁾。イスラーム法適用法案が可決されても、施行が困難とされるのには、このような病院側の認識も一つの原因となっている。

以上に紹介したのは、「ナー・マフラム」の問題を重要と考える女性看護師の事例であった。イスラーム法適用法案は、「ナー・マフラム」の問題を重要とする患者の手紙から始まったと既述したが、異性患者の身体に直接かかわる業務をおこなう女性看護師もまた、「ナー・マフラム」との接触を、できれば避けたいこととしてとらえていることがわかる。しかし、看護スタッフの中には、病棟における「ナー・マフラム」の問題を、取るに足らないものだと考えている者もいる。提示する情報に偏りがなく、ここで「ナー・マフラム」の問題を重要視しない女性看護師について触れておくことが必要だろう。たとえば、A 病院の男性内科病棟で働く T 女性看護師¹⁴⁵⁾ は、次のように述べている。

事例3

T 女性看護師：「男性病棟で働くことを気にしたことはないわよ。この病棟は自分で選んだわけではないけれど、ナー・マフラムの問題は、わたしにとって大きいことではないと思うから。それより（ここは内科病棟だが、わたしは）内科が嫌いな。患者は悪くなるばかりでしょう。外科だったら、よくなって退院する。そっちの方がいいわ。それに、わたしは男性患者の方が好きなのよ。女性の患者は、あれこれうるさいから嫌いだわ」

このように、「ナー・マフラム」の問題に対する態度は、病院によっても、看護スタッフ一人ひとりによって大きく異なっている。これは個人的な経験や信仰に対する態度とも関係しているだろう。また、「ナー・マフラム」の問題は、患者と看護スタッフとの相互関係の中で認識されることである。そのため、「ナー・マフラム」との接触を不快なものと感じるかどうかは、患者の年齢、職業、学歴やパーソナリティ、その場の状況にも影響を受けるだろう。「ナー・マフラム」の問題に対する認識を探るために、個人的な経験を分析することは、本論の議論の中心となるところではないため、今後の課題として提起するにとどめたい。むしろ、ここで注目したいのは、次のような事柄である。すなわち、どのような状況が「緊急事態」とされ、「ナー・マフラム」の問題が問われないことになるのか、あるいは、ある行為が「緊急事態」と認識されず、「ナー・マフラム」の問題として考えられる場合、看護スタッフはその業務をどのように遂行するのかということである。そして、臨床における「ナー・マフラム」の問題は、汚物や排泄物、血液や死体に触れる「低い

143) また、出典は明らかでないが、病棟女性看護師たちは、「イマーム・ホメイニーは必要時に「ナー・マフラム」に触れることは禁止行為ではないと言った」と説明していた。

144) 病院によって「ナー・マフラム」の問題に対する姿勢に差異があることは既述したが、A 病院は、「ナー・マフラム」の問題を比較的重要視していない病院の一つである。イスラーム法適用法案中央委員会 Y 女史は、次のように述べている。

Y 女史：「イスラーム法適用法案のことを調査したいのなら、なぜ A 病院なんかを選んだの？ あそこは、もっとも真面目にやっていないのよ」（FN）

145) T 女性看護師は、40 代前半の独身女性で、ベテラン女性看護師である。

(pāyin)」¹⁴⁶⁾ 仕事と重なり合うために、看護スタッフ間の権力関係を巻き込んで、複雑な様相を呈するのである。

2) 事例とその分析

ここで、心停止を起こした男性患者をめぐる病棟スタッフの行動を事例としてあげ、この事例をもとに、「ナー・マフラム」の身体に触れるという行為が内包する問題を分析していきたい(次々頁からの表8参照)。

A 病院の第10病棟は8部屋25床をもつ男性内科病棟である。5月23日は平日で、19人の患者が第10病棟に入院しており、女性看護師3名(すべて女性)、看護助手1名(女性)、掃除担当者2名(ともに男性)が勤務していた。朝10時前、この病棟の患者を受け持っている「レジデント」が病棟で回診をおこなっていると、208号室(12床の大部屋)のM氏が突然心停止を起こした。M氏は53歳の男性で、208号室に肺炎で入院中だった。この時、M氏の家族はM氏のもとに付き添っていなかった。

この場面に登場する女性看護師1～5と看護助手は女性であった。よって、彼女たちがM氏の身体を見たり、彼の身体に触れたりすることは、すべて「ナー・マフラム」の問題として認識され得ることになる。

まず、最初に女性看護師がM氏の身体に接触しているのは、病院の心肺蘇生グループのメンバーである女性看護師4が、他病棟から208号室にやって来て、M氏の腕に経管輸液用の注射針を刺入する場面である(No. 17)。その後、心肺蘇生グループのメンバーである女性看護師5が、医師2と交代でM氏の心臓マッサージをおこなっている(No. 21-22、27)。女性看護師4と女性看護師5は、両者とも手袋を着用していなかった。よって、注射針の刺入も心臓マッサージも、「ナー・マフラム」であるM氏の身体に直接触れる行為となり、「禁止行為」である。しかしながら、心肺蘇生時に「ナー・マフラム」の身体に触れることは、患者の生命を救うという「緊急事態」であることが明確であるため、上記女性看護師4と女性看護師5の行為は問題視されていない。

だが、M氏が死亡した瞬間から、状況は一変する。もはや、M氏に対する救命のための医療行為は必要ではない。M氏を取り囲んでいたスタッフは、医師1がM氏の死亡を確認するやいなや、各自M氏のもとを離れて自らの業務に戻っていく。医師も女性看護師4、5も病棟から退出する(No. 31、34、35、37)。病棟女性看護師たちは、M氏の身の片付けを看護助手に任せ、看護記録の記入やM氏に使用した薬剤のカウントのため、ナースステーションに戻っている(No. 41、49-51)。

死亡したM氏に対しては、すみやかに死後の処置がおこなわれなければならない。しかし、「専門性」が低いという理由で、女性看護師は死後の処置をおこなわない。病棟女性看護師たちは、死後の処置よりも、他患者への与薬や診察の介助、看護記録の記入を優先しているのである。男性看護スタッフのいないこの状況では、女性看護助手がM氏の死後の処置をおこなうことになる(No. 79-90)。

看護助手はベテランである女性看護師3に、「一人では(死後の処置が)できないので、誰かに手伝ってもらいたい」と依頼した(No. 53)。そして、女性看護師3は自らそれをおこなうのではなく、新人である女性看護師2に死後の処置をおこなうよう命じている(No. 54)。女性看護師2も、

146) しかし、こうした仕事は「低い」仕事であっても、合法的に働いて賃金を得る仕事であるから、非法な手段で他人から金銭を騙し取るような「卑しい(past)」仕事ではない。

死後の処置をやりたくないと考え、他病棟から男性看護スタッフを呼んでくれるよう事務の女性に頼んでいる。だが、事務の女性に断られ、自分で第7病棟に電話するという手間をかけて、死後の処置を男性准看護師に依頼している (No. 56-58)。

女性看護師3は、男性スタッフを呼んだ理由を「ここは男性病棟だから」とし (No. 60)、筆者が死後の処置の見学を申し入れると「でも、男の人だから……」と答えている (No. 74)。すなわち、女性看護師2と女性看護師3がM氏の死後の処置をおこなわなかったのは、死後の処置が「専門的」な業務ではないというだけでなく、M氏が「ナー・マフラム」の男性であったからだと考えられる。しかし、看護助手は女性であるのだから、M氏の死後の処置を看護助手に担当させることも、「ナー・マフラム」の問題として認識されなければならないはずである。

この場面では、M氏の死後の処置が「ナー・マフラム」の問題と解釈されているにもかかわらず、女性である看護助手が死後の処置を請け負っていた。そして第10病棟の女性看護師たちは、死後の処置だけでなく、男性患者の排泄の介助、更衣や清拭が必要とされる時も、「専門性が低いから」、あるいは「ナー・マフラムだから」という理由で、その業務を看護助手や男性の掃除担当者、あるいは他病棟の男性看護スタッフに代行してもらっていたのである¹⁴⁷⁾。

女性である看護助手が、「ナー・マフラム」に触れる業務をおこなわなければならないという事実は、二つのことを示していると考えられる。一つは、ボディ・ケアが「ナー・マフラム」の問題として認識され得るだけでなく、患者の排泄物や血液、死体などに触れることを含む、「低い」仕事として嫌忌されているということである。そしてもう一つは、ボディ・ケアを誰が施行するかという決定は、看護スタッフ間にあるヒエラルキーを無視しては十全にとらえることができないということである。ヒエラルキーの上位に位置する女性看護師は、自分がやりたくない業務を、「専門性が低い」という理由で、より下位に位置する女性看護助手に押しつけることができる。あるいは、「低い仕事」を、「ナー・マフラムだから」というイスラームの論理を利用して、男性スタッフに押しつけることもできるのである¹⁴⁸⁾。

病院内の看護スタッフが織り成すこの状況は、次のようなことを示している。すなわち、病院内で表出する人間身体のあるかたは、イスラーム法適用法案が強調するような、「性的身体」と「医学的身体」の拮抗といった状況にとどまらないということである。「ナー・マフラム」の問題は、汚物や排泄物、血液や死体などを扱う「低い仕事」と重複し、単なるジェンダーの枠組を超えてしまう。病棟看護スタッフたちは、お互いを序列化された階層の中に位置付けており、上層の看護スタッフは、より下位のスタッフにボディ・ケアを押しつける権威を持つ。そして、この権威は「専門性」によって根拠付けられているのである。

次章では、患者身体に直接的にかかわるボディ・ケアが、どのような理由で強く嫌忌されているのか、その検討からはじめよう。

147) もちろん、男性スタッフや看護助手がいない場合は、男性患者にかかわるこれらの業務を、女性看護師がおこなっている。

148) この場面で、女性看護師2のかわりに死後の処置をおこなった男性看護スタッフは、男性准看護師であった。つまり、女性看護師2よりもヒエラルキーの低いスタッフであった。男性スタッフが男性看護師しかいない場合、その男性看護師が新人である女性看護師2のかわりにM氏の死後の処置をおこなったかどうかはわからない。

表8 M氏(男性)事例

参照 番号	5/23 時刻	行為主体	行為と会話
1	9:55		(回診中。医学生も含め、かなりたくさんの医師が病棟内にいる)。
2			(患者M氏が心停止を起こし、心肺蘇生が始まる。病棟内にいた医師、看護師らが208号室に集まってくる)。
3	10:00	男性医師1 ¹⁴⁹⁾	仰臥している患者の頭側に立ち、患者の顎を引いて口腔内に喉頭鏡を入れ、気管内挿管をはじめる(人工呼吸用のチューブを入れる)。なかなか入らない。
4		女性看護師1 ¹⁵⁰⁾	患者ベッドの頭上に設置してある吸引器の準備をしている。
5		男性医師2 ¹⁵¹⁾	仰臥位で寝ている患者の身体の下に板を入れ、心マッサージをはじめる。患者は病衣を着ているが、上半身ははだけている。
6		女性看護管理長 ¹⁵²⁾	208号室にやってくる。
7		男性ハデメ1 (掃除・お茶担当者) ¹⁵³⁾	ポータブルのレントゲンを208号室に引いて持ってくる。
8		女性看護師2 ¹⁵⁴⁾	患者ベッドの足元に救急処置用の物品が入ったワゴンを持ってきて、薬剤を注射器に吸いはじめる。
9		女性看護師1	患者ベッドの頭上に設置されている吸引器が壊れているので、処置室から208号室にポータブルの吸引器をもってくる。
10		男性医師2	心臓マッサージを続けている。
11		女性看護助手 ¹⁵⁵⁾	新しい挿管用のカテーテルを医師2のところに持ってくる。
12		男性医師1	挿管完了。気管内に挿入したチューブの先にアンビュー・バック ¹⁵⁶⁾ をつけ、人工呼吸を開始する。
13		男女医学生たち	患者のベッドの周りで立ったまま、談笑しながら成り行きを見ている。
14		男性医師2	男女医学生、女性看護師、看護管理長など、何もしていない人たちが患者の周りに集まって見守る中で、心臓マッサージを続けている。
15		男性ハデメ1	落ち着かない様子で患者ベッドの周りをうろうろしている。
16		女性看護師2	同室患者のベッドまわりのカーテンを引く。
17		女性看護師4 ¹⁵⁷⁾ (他病棟)	208号室にやってくる。心臓マッサージ中の患者の肘正中皮静脈 ¹⁵⁸⁾ に点滴用注射針を刺入する。その先を点滴ボットのチューブにつなぐ。
18		女性看護師5 ¹⁵⁹⁾ (他病棟)	208号室に女性看護師4と一緒にやってくる。男性医師2と交代して、心臓マッサージをおこなう。
19	10:05	男性医師2	女性看護師5と交代して心臓マッサージ続行。
20		女性看護師5(他病棟)	心電図の電極を患者の胸部に貼っている。
21		女性看護師5(他病棟)	男性医師2と交代して心臓マッサージ続行。

149)「男性医師1」は「レジデント」の男性で、第10病棟の患者を受け持っている。

150)「女性看護師1」は義務就労期間中の20代の独身女性で、この日は新人である「女性看護師2」を指導していた。

151)「男性医師2」は「レジデント」の男性で、第10病棟の患者を受け持っている。

152)「女性看護管理長」は40代の女性である。

153)「男性ハデメ1」は中年の男性で、第10病棟の掃除を担当している。

154)「女性看護師2」は20代の独身女性で、義務就労期間を始めたばかりの新人女性看護師である。

155)「女性看護助手」は10代後半の女性で、第10病棟のほかに第6病棟(女性/小児外科病棟)の業務も担当している。

156) アンビュー・バックとは、呼吸停止時に用いられる人工呼吸用のバックを指す。患者の気管に挿入したチューブに接続し、バックを手で握って、空気を患者の肺に送り込む。

157)「女性看護師4」は中年の女性で、他の病棟から心肺蘇生のために来た「コード99」のメンバーである。「コード99」とは、A病院の心肺蘇生グループの名称である。グループのメンバーは医師2～3名と女性看護師2～3名で、毎日の担当者が決まっている。病院内で心停止が起こると、「コード99、××病棟へ」という全館放送がはいる。担当者は自分の仕事を中断し、その病棟に行って心肺蘇生をおこなう。

158) 肘関節の内側中央を通る静脈である。

159)「女性看護師5」は中年の女性で、他の病棟から心肺蘇生のために来た「コード99」のメンバーである。

22		男性医師 2	女性看護師 5 と交代して心臓マッサージ施行。
23		女性看護師 5（他病棟）	カウンター・ショック（除細動） ¹⁶⁰⁾ 施行。
24	10:15	女性看護師 1 女性看護師 2 女性看護師 3 ¹⁶¹⁾	後から来た女性看護師 4、5（他病棟）を残して、自分の仕事に戻る。
25		女性事務 ¹⁶²⁾	事務机から一步も動かず、電話連絡に徹している。
26		女性看護助手	患者のもとから離れて、自分の仕事に戻る。
27		男性医師 2 女性看護師 5（他病棟）	交代で心臓マッサージを続行している。
28		男性医師 1	聴診器で患者の心音を聞く。蘇生は成功していないらしい。 「だめだな、これは」
29		208 号室の男性患者たち	無関心を装いながら、トイレに立ったりしている。
30			（心肺蘇生終了。患者は死亡）。
31	10:25	男性医師 1 男性医師 2	何も言わず、手にしていたアンビュー・バックや聴診器を患者のベッドに置いて、208 号室から出て行く。
32		女性看護師 4（他病棟）	使用した注射器や注射用アンプルを片付けている。
33		女性看護師 5（他病棟）	心電図のモニターから、直線になった心電図の波形をプリントアウトしている。
34		男女医学生たち	連れ立って患者のもとから去って行く。3 人の女性医学生はしばらく患者をじっと見ていたが、去る。
35		女性看護師 4（他病棟） 女性看護師 5（他病棟）	208 号室から出て各自自分の配属病棟に帰って行く。 「おつかれさま」
36		女性看護助手	手袋をして 208 号室にやってくる。死亡した患者をちらっと見て、同室の他患のシーツ交換をはじめる。
37	10:27	男性医師 1 男性医師 2 男女医学生たち	死亡した患者のところには誰も残らず。病棟から出て行く。
38		女性看護助手	手袋をして死亡した患者のところにやってくる。 （患者ベッドの近くに立っている筆者に） 「この患者、死んだのよ。終わり、終わり！」
39		女性看護助手	死亡した患者の足元に放置されている救急処置用の物品が入ったワゴンの上に放置されたごみを片付けはじめる。 （片付けをしながら、筆者に） 「あなたはどこから来たの？ 日本？ 日本って、いいところ？」
40		208 男性患者たち	同室患者たち、呆然として看護助手が片付けるのを見ている。
41		女性看護師 1	ナースステーションでカルテに記入している。
42		女性事務	死亡した患者のところにやってくる。患者を見て、すぐナースステーションに戻る。
43	10:33	女性看護助手	死亡した患者のベッドサイドにあるポータブル吸引器を汚物室に持って行き、片付ける。
44		男性ハデメ 1	死亡した患者のところにやってきて、しばらく患者を見つめている。無言で立ち去る。
45		女性看護助手	死亡した患者の人工呼吸に使用したアンビュー・バックを処置室に片付けている。
46		女性看護師 1 女性看護師 2	ナースステーション内に腰掛け、死亡した患者の心電図波形をプリントした紙に、死亡時刻を記入している。
47	10:40		（ナースコールが鳴るが、誰も反応せず）
48		205 号室患者の女性家族	208 号室に入って行こうとして、ナースステーションにいる女性看護師 3 に止められている。
49		女性看護師 3	（205 号室患者家族に） 「ちょっと、ちょっと、入らないで下さい！」

160) この時、M 氏の心臓には、ポンプ機能を果たす正常な拍動がみられていなかった。そのため、心臓の拍動を正常調律に戻すための通電がおこなわれた。この通電をカウンター・ショックという。

161) 「女性看護師 3」は 40 代の既婚女性で、ベテラン女性看護師である。

162) 事務は 40 代後半の女性である。

50		女性看護師 2	ナースステーション内に立って、死亡した患者に使った薬剤の個数を数え、それを女性看護師 1 に報告している。 「アドレナリン 6 個、ヘパリン 1 万単位……」
51		女性看護師 1	ナースステーション内で腰掛け、女性看護師 2 に報告を受けた数をカルテに記入している。
52		女性看護師 3	208 号室に入って行き、死亡した患者のベッド周囲にあるカーテンを引く。
53		女性看護助手	(女性看護師 3 に) 「一人では(死後の処置が)できないので、誰かに手伝ってもらいたいですけど」
54		女性看護師 3	ナースステーションに戻り、 (女性看護師 2 に) 「(看護助手が死後の処置を)手伝ってですって」
55		男性医師 3 ¹⁶³⁾	死亡した患者のベッドサイドに立っていたが、向かいのベッドの患者のところにいき、診察をはじめめる。
56		女性看護師 2	(ナースステーションにいる事務に) 「第 7 病棟に電話して、男性スタッフを呼んで下さい」
57		女性事務	(女性看護師 2 に) 「(死後の処置をするのが嫌なら)自分で電話して呼んでよ」
58		女性看護師 2	ナースステーションから第 7 病棟に電話し、男性スタッフを第 10 病棟に送ってくれるよう頼んでいる。 電話を切って、801 号室へ入って行く。
59		筆者	(ナースステーションにいる女性看護師 3 に) 「(死後の処置に)なぜ男性のスタッフを呼んだのですか？」
60		女性看護師 3	(筆者の質問に答えて) 「ここは男性病棟だからよ」
61	10:45	女性看護助手	死亡した患者のベッドの周囲に落ちているマスクやガーゼを片付けている。
62		208 号室患者男性家族 1	そっとカーテンを開けて、死亡した患者を覗くようにして見ている。 (女性看護助手に) 「どうして亡くなったんですか？」
63		女性看護助手	208 号室患者家族 1 の質問には、はっきり答えず、死亡した患者の枕を処置室にもっていく。
64		女性看護師 3	ナースステーション内で記録をしている。
65		男性ハデメ 1	(女性看護助手に) 「シーツを持って行こうか？」
66		女性看護助手	(男性ハデメ 1 に) 「ええ、おねがい」 死亡した患者の挿管チューブを取りのぞく。 心電図の電極シールを患者の胸から剥がす。
67	11:00	男性ハデメ 1	シーツをもって 208 号室に入ってきて、手袋をし、死亡した患者の身体の下に入っていた心臓マッサージ用の板を取り除く。
68		女性看護助手	男性ハデメ 1 から受け取ったシーツを死亡した患者の身体にかける(頭から)。
69		男性医師 3	死亡した患者の向かいのベッドで診察中。
70		女性看護助手	208 号室の死亡した患者のベッド脇で手袋を着用する。 患者の病衣(上着のみ)を脱がせる。
71		女性事務	「お茶に行ってきます」と病棟から出て行く。
72		女性看護助手	処置室でガーゼ、コットン、シーツなどを準備している(死後の処置に使用する)。
73		筆者	(ナースステーションにいる女性看護師 3 に) 「(死後の処置を)見学してもいいですか？」
74		女性看護師 3	(筆者に) 「でも、男の人だから……」
75		女性看護助手	(ナースステーション前を通りかかり、女性看護師 3 に) 「いいじゃない、見てはいけない所はわたしが上手に隠すから」

163) 「男性医師 3」は 20 代の男性で、10 病棟の患者を受け持つ「インターン」である。

76		女性看護師 3	(女性看護助手に) 「そう?」と微笑み、 (筆者に) 「どうぞ、見学して下さい」
77		筆者	(ナースステーションにいる女性看護師 3 に) 「(死亡した患者は) どこが悪かったんですか?」
78		女性看護師 3	(筆者の質問に) 「肺炎で入院していたのだけれど、心臓にもちょっと問題があったのよ。でも、今朝は元気で、自分でトイレにも行っていた。ちょっと気分が悪いと言っていたけれど、こんなことになるとは思わなかった。 朝、医師 1 が診察に来なかったの、電話をして呼んだの。それで、医師 1 が診察をしている最中に突然アレスト (心停止) したというわけ」。
79	11:05	男性准看護師 (第 7 病棟) ¹⁶⁴⁾	(死後の処置開始) ¹⁶⁵⁾ 手袋をして 208 号室に入ってくる。 死亡した患者の胸の上に手を置き、声には出さずにファーテヘ章 (コーラン開扉章) を唱える。
80		女性看護助手	(筆者に) 「わたしが目を閉じてあげたのよ」 白いガムテープに患者の氏名をマジックで記入し、患者の裸の胸に貼る。
81		女性調査助手 ¹⁶⁶⁾	筆者の横でファーテヘ章を唱えている。
82		男性准看護師	死亡した患者ベッドの右側に立ち、消毒液をつけたコットンで仰臥位になっている患者の上半身 (右側) を拭き始める。
83		女性看護助手	死亡した患者ベッドの左側に立ち、消毒液をつけたコットンで患者の上半身 (左側) を拭き始める。
84		男性准看護師 女性看護助手	患者の胸をシートで隠し、二人で一緒に患者のズボンを脱がせる。 患者の陰部にシートをかぶせる。
85		女性調査助手	患者のズボンを脱がせる間、後ろを向いて患者の身体を見ないようにしている。
86		男性准看護師	患者の肩と腰をもって自分の方に向け、右側臥位にする。
87		女性看護助手	右側臥位になった患者の背中を消毒液のついたコットンで拭く。 汚れたシートをマットレスの左側から剥して丸め、患者の身体の下に押し込む。 メトガール (metqāl、死者の身体を包むために使われるベージュの布) をマットレスの左半分に広げる。 患者を一度仰臥位にし、患者の肩と腰をもって自分の方に向け、身体を支える。
88		男性准看護師	左側臥位になった患者の背中をコットンで拭き、汚れたシートを取り除いて下に放り投げ、メトガールを引っ張ってマットレスの上に広げる。 患者の身体を仰臥位にし、陰部にかぶせたシートを整える。
89		女性看護助手	20 × 15cm ほどのガーゼを何枚か重ね、患者の顔面に乗せてその上から包帯を巻く。 患者の両手を胸の上で組み、両手の親指を包帯で結ぶ。 患者の両足をあわせて、両足の親指を包帯で結ぶ。
90		男性准看護師 女性看護助手	メトガールと一緒に両側から引っ張り、患者の身体を硬く包む。 メトガールの余った部分を頭上と足下でねじって紐で結び、肩、両手をあわせた上、膝にあたることを紐で固く結ぶ。 (死後の処置終わり)

164) 「男性准看護師」は第 7 病棟所属の 40 代の男性である。

165) 参考までに、日本でおこなわれている死後の処置を以下に紹介する。病院によっても異なるが、日本では、死後の処置は女性看護師がおこなう業務として考えられている。特に、受持ち患者制をとっている病院では、受持ち患者の死後の処置をおこなうことを自ら強く希望する女性看護師が少なくない。女性看護師にとって死後の処置は、患者の死を見取る儀式として重要視されているとも考えられる。死後の処置では、まず死亡した患者の膀胱、直腸、胃内容を出し、全身清拭をおこない、鼻、口、耳、肛門、臍に脱脂綿、弾綿を詰め、ひげを剃り化粧をするなどして外観を整え、清潔な衣服を着せて両手を胸の上で組むといったことが、女性看護師と家族によっておこなわれる。ここまでの処置を病棟内でおこなった後、死亡した患者は霊安室に運ばれることになる [内藤他 1995: 324-325]。

166) 「女性調査助手」は、筆者の調査に協力してくれていた 40 代前半の女性である。彼女自身、助産師でもある。

91		男性准看護師	第7病棟に帰って行く。
92		女性看護師3	(ナースステーションから男性准看護師に) 「おつかれさま」
93		女性看護助手	床に置いてあった汚れたシーツと病衣をもって汚物室に行き、再度208号室に帰ってくる。
94	11:25	208号室患者男性家族2	死後の処置が終わったところに寄って来る。メトガールで全身を包まれた患者の身体を見て、 (看護助手に) 「まるで飴菓子みたいになったね」 と笑う。
95		女性看護助手 女性調査助手	208号室患者家族の言葉に、思わず笑う。
96		208号室他男性患者たち	208号室の患者家族の言葉に、思わず笑う。
97		男性ハデメ2 ¹⁶⁷⁾	ストレッチャーを引いて208号室に入ってくる。
98		男性ハデメ1	208号室に入ってきて、男性ハデメ2とともに死亡した患者をベッドからストレッチャーに移す。 そのまま、208号室から出て、地下の霊安室に向かう。
99	11:35	女性看護助手	死亡した患者の床頭台からポットやコップを出して、ベッド・テーブルの上に並べ始める。
100			(208号室もナースステーション内も静かになり、病棟は日常を取り戻したよう)
101		男性ハデメ1 男性ハデメ2	何も乗っていないストレッチャーを引いて、霊安室から第10病棟に戻る。
102		男性ハデメ2	モップをもって来て、死亡した患者のベッド周囲の床を拭いている。

第5章 看護とイスラーム

本章では、まず、ボディ・ケアが内包する不浄性について検討する。次に、ボディ・ケアをめぐる看護スタッフ間の権力関係から、「低い仕事」を排除する論理を分析し、最後にそれを受容するための論理について述べる。

1 「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」という不浄

西洋近代医学のイランへの導入は、前述したように、イランが帝国主義勢力の抗争の場になった時期と重なっていた。西洋近代医学は、伝染病の予防策や医師資格制度といった国家主導の医療政策を通して、イラン人エリートに受容されるようになった。さらに、パフラヴィー朝が推進した近代化政策の一環として病院の増設が進み、西洋近代医学を基盤とする入院治療は、広く国内に普及することになった。

イラン社会が規定する、身体についての文化的意味付けに注目するなら、病院の増設による入院治療の普及は、人々の身体観に変化をもたらす一つの要因になったと考えられる。なぜなら、入院による治療は、患者が自らの身体を病院という西洋近代医学が規定する価値観の中に投じることを意味するからである。ここに、人間身体をめぐる異なる仮設が交錯する場面が生じる。二つの異なる身体観が重なり合う病気治療の場では、それぞれの仮設がもつ矛盾点が露呈することになるのである。

前章では、西洋近代医学の身体観が優勢である病院において、「医学的身体」として脱文脈化しきれない人間の営みを扱うボディ・ケアが、看護スタッフによってどのように意味付けられているのか、また、病棟看護スタッフが、それをめぐってどのような行動をとっているのかについて述べ

167) 「男性ハデメ2」は第10病棟の掃除を担当している初老の男性である。

てきた。換言すれば、日常の禁忌が病院という場にもち込まれる状況に注目してきたわけである。だが、もちろん、「医学的身体」を扱う病院に「ナー・マフラム」というイスラームの禁忌を持ち込むことが、場違いなこととしてとらえられる場合もある。

事例4

D 女性看護師¹⁶⁸⁾：「(皮肉っぽく) ナー・マフラムの問題というのは、女性看護師にとって重大なことなのよ。服の上から(男性患者の)脈をとる人もいるし、チャドルを着て仕事をする人もいるんだから」

筆者：「そんなことできるんですか？」

D 女性看護師：「さあ、ただ(患者の顔を)見るだけで、(きちんと) 仕事してないんじゃない？」
(同席していた W 女性看護師と顔を見合わせ、馬鹿にしたように笑う)¹⁶⁹⁾ (FN)

女性看護師 D、W は、「医学的身体」として扱うべき患者に対し、イスラーム的価値観をもって接する同僚を笑っている。つまり、病院という場にむやみに「ナー・マフラム」の問題を持ち込むことは、失笑をかうことと考えられていると判断できる。あるいは、次の例のように、それが医療の倫理に反することだととらえられることもある。

事例5

E 女性看護師¹⁷⁰⁾：「革命のすぐ後だったと思います。大学の実習で外来患者の診察をすることになり、わたしは二人の男性患者を受け持ちました。その時、わたしは「ナー・マフラム」の問題が重要だと思ったので、教授(医師)に、受持ち患者を女性に換えて下さいと頼みました。でも、“患者の治療をする場所で、そのようなことを言うのは何事か”と教授がひどく怒ってしまったので、結局その男性患者を見ることになったのです」(IV)

だが、ボディ・ケアは、「ナー・マフラム」という禁忌に加え、汚物、排泄物や血液、死体を扱う「低い仕事」であると意味付けられているがゆえに、看護師一人ひとりの倫理観や身体観、信仰心を超え、社会的な評価という圧力になって、看護師を苦しめている。看護師の教育課程がすべて4年制の学士課程になっても、看護学部への入学に全国統一大学入学試験での高い得点が必要とされても、依然として看護師たちは、看護という職業が十分な社会的評価を得ていないと感じている。

低い社会的評価の原因には、看護師が女性の職業であると考えられていることや、医師に比較してその基本給が非常に低いことなどがあげられるだろう。しかし、最も大きな問題は、看護師が「ナー・マフラム」の身体に触れ、汚物、排泄物、血液や死体を扱うボディ・ケアをおこなうことからくる、社会的なイメージの悪さがあるのだと考えられる。看護師が、患者の治療のためにはボディ・ケアが不可欠であると医学的根拠に基づいて述べ、「医学的身体」という西洋近代医学の装置を利用して、日常の禁忌を脱文脈化しようとしても、それが一般の人々に理解されるとは限らないのである。

168) D 女性看護師は、30代の独身女性で、看護学で修士号を取得し、大学の看護学部で講師をしている。

169) この場では「ナー・マフラム」を重要視する同僚を笑っていた D 女性看護師であるが、他の場面では、男性患者の清拭をおこなうことは非常に嫌な仕事であると述べている。

170) E 女性看護師は、40代前半の既婚女性である。

2000年4月はじめ、テヘランでは「ショウキャラーン (shoukarān)」というタイトルの映画が大きな話題を呼んでいた。この映画の物語は、テヘランの私立病院で看護師として働く一人の女性が、入院中の患者の親友であった妻子ある男性と親密になり、一時婚 (sīghe)¹⁷¹⁾ の末に妊娠、その男性に捨てられ、父親にも縁を切られ、絶望の中で自殺するというものであった¹⁷²⁾。

主人公、スィーマーは、患者の見舞に來た男性と親密になり、その男性と一時婚に陥るだけでなく、喫煙¹⁷³⁾ しながら大音響で西洋音楽をかける「墮落した」女性でもある。この主人公の人物設定が、昨今の高等教育を受けた「専門職業人」である女性看護師像を著しく傷つけるとして、テヘランの看護学生と女性看護師たちが「ショウキャラーン」の上映停止を求める抗議集会を举行したのである [Film 2000: 79]¹⁷⁴⁾。

映画「ショウキャラーン」の上映に対し、女性看護師が抗議集会をおこなったということは、二つのことを示しているのではないだろうか。一つは、映画の中の「墮落した女性」という看護師のイメージが、決してこの映画の中に限ったものではないということである。もう一つは、イランの看護師が、このような看護師の悪いイメージを払拭するための努力を重ねている段階にあるということである。もし、映画の中に描かれた看護師像が社会のもつ看護師のイメージと異なるものであったなら、あるいは、看護師が既に十分高い評価を受けるだけの地位を獲得していたのなら、抗議集会をおこなう必要はなかったであろう。

イランでは、独身の女性、特に教育程度の高い女性が、男性とデートをしたり、男性と二人きりになったりする機会は非常に少ない。また、男性と二人きりになるような機会をもつことは、不道徳であると考えられている¹⁷⁵⁾。そのような社会において、「ナー・マフラム」である男性の近くで働く看護師は、「墮落した」女性としての烙印をおされかねない。例として、筆者の友人である M さんの言葉を借りると、看護師ではないイラン人女性が抱く女性看護師像とは、次のように表現されることもある。

事例 6

171) 一時婚 (アラビア語では mut'a) とは、男性が婚資を支払って、一定の婚姻期間に限ってある女性と婚姻関係を結ぶ、一時的契約結婚のことである。スンナ派はこれを禁止しているが、シーア派では合法としている [Heffening 1993]。イランの一時婚に関しては、[Haeri 1989] に詳しい。

172) 映画「ショウキャラーン (毒ニンジンという意味)」の物語は次のようなものである。ザンジャンにある工場の重役であるマフムードは、妻と 2 人の子供とともに、幸せな生活を送っていた。ある日、マフムードの親友であり、上司でもある男性が交通事故で重傷を負い、テヘラン市内の私立病院に入院する。その知らせを受けたマフムードは、親友のもとにかけつけるが、その時、この病院の看護師であるスィーマーという女性に出会う。二人はすぐに親しくなり、ついには一夜を共にしてしまう。スィーマーは、密かにこの恋が実ることを望んでいた。なぜなら、外車を乗り回し、テヘランの高級マンションに住む彼女の本当の姿は、テヘラン南部の貧しい家庭の出身で、麻薬中毒の父親の面倒を見る若い未亡人であり、経済的にも精神的にも窮地に立たされている女性だったのだ。華やかな色のルーサリー (スカーフ) から前髪をのぞかせる彼女は、宗教とは無縁の生活を送っていた。だが、信仰に篤いマフムードの影響を受け、チャドルをまとい、宗教的な自分を発見していく。逆にマフムードは、その信仰心からスィーマーと関係をもったことを後悔し、彼女に別れを告げる。悲しみに打ちひしがれるスィーマー。彼女はマフムードの子を宿していた。妊娠を知った父親は、スィーマーを勘当する。追い詰められた彼女は、自らの命を絶つ。

173) 筆者が滞在していた女子寮の女性たちによると、女性は水煙草なら吸ってもよいが、普通の煙草を吸うことはよしとされないのだという。

174) これに対し、「ショウキャラーン」の監督アフハーミー氏は、「この映画は、女性看護師の物語でも、女性看護師の仕事に関する物語でもなく、女性の物語である」と語った [Film 2000: 79]。抗議集会に集まった女性看護学生や女性看護師たちはこの答弁に納得し、結局「ショウキャラーン」は上映を続けることになった。

175) 筆者は、テヘランの女子寮に滞在していたが、そこで次のような会話を頻繁に耳にしている。「もしわたしが男の人と喫茶店でデートしているところを (大学の) 教授に見つかったら、成績は F になる」「もし、近所の人にバス停で男性と話しているところを見られたら、その人は 10 分後には両親に電話をしているだろう」「日本では、男性と食事に行ったりするって本当？ イランでは、グループ以外ではそういうことは絶対しない」。

Mさん¹⁷⁶⁾：「革命前、女性看護師は夜勤の時、若い男性の医者と寝たりしていたのよ。その間に患者が死ぬという事件もあった。だから、革命前は娘を看護師にしようなんて人は少なかった。革命後、病院が増えて看護師が必要になったから、政府はテレビで宣伝したり、高校で看護師になるようにすすめたりした。今は看護師の地位は上がったと言われている。でもね、“ショウキヤラン”を見たでしょう？女性看護師は男性のからだを見たりすることが日常的になっているから、男みたいになってしまうのよ。だから、煙草も吸うし、一時婚だって平気のできるの」(FN)

だが、女性看護師の口から女性看護師の悪いイメージの原因として語られるのは、女性看護師が「ナー・マフラム」の男性に触れるからではなく、むしろ、専門職でありながら「低い仕事」を請け負っているということである。彼女たちによると、看護師の本当の仕事は、より「専門的」で「価値の高い」ものなのだという。

事例7

N女性看護師¹⁷⁷⁾：「女性看護師というと、嫌なことをいう人も多い。そういう人たちは、女性看護師が女性准看護師や看護助手がやっているような仕事を、今でもまだやっていると勘違いしているのよ」(FN)

病棟内で排泄物、血液や死体に触れる業務は「低い仕事」と考えられている。そして、「低い仕事」をおこなうのは、それに相応しい学歴をもった人々、あるいは、それに相応しい出身階級の人々であると認識されている。たとえば、病院外で「低い仕事」とされるものには、掃除や食事の準備、後片付けといったことがあげられるが、それらは普通「ハデメ」と呼ばれる使用人¹⁷⁸⁾がおこなう仕事であって、良家の子女や地位の高い人がおこなうことではない。本来「低い仕事」をおこなわなくてよい地位にある人は、たとえ手が空いていても、自ら食器を片付けたり、お茶を入れたりすることはない。例として、筆者がイラン人女性の友人¹⁷⁹⁾と電車で旅行中にあった場面をあげてみよう¹⁸⁰⁾。

事例8

筆者：(電車が揺れ、テーブルの上にあったピスタチオが床の上にこぼれてしまう。落ちたピスタチオを拾おうと、床にしゃがむ)

Jさん：「サチコ、一体何をやっているの！そんなことしないでいいのよ、今ハデメを呼ぶから」

筆者：「人を呼ばなくても、自分で落したんだから、自分で拾うわよ」

Jさん：(非常に驚いて)「イランでは、自分で拾う人なんかいないわ。それはハデメの仕事なんだから……」(FN)

176) Mさんは30代前半の既婚女性で、大卒の公務員である。二人の幼い子供の母親である。

177) N女性看護師は、20代の既婚女性で、義務就労中の女性看護師である。

178) 病院内で掃除を担当する「ハデメ」と同語である。筆者が調査中に滞在していた女子寮で働いていた「ハデメ」は、文字の読み書きと簡単な計算はできたが、教育は小学校に5年通っただけだったことだった。

179) Jさんは、20代前半の大学生で、父親が裕福な歯科医師である。

180) この他にも、筆者が滞在していた女子寮では、そこに滞在している女子学生がテーブルの上にお茶をこぼしても、自分では拭かず、「ハデメ」を呼んで拭いてもらうということが普通におこなわれていた。この寮に滞在していた女性たちは、中流上程度の階級の地方都市出身者であった。

病棟のボディ・ケアが、これらの仕事より、さらに価値の低いものであるととらえられていることは、次の言葉で明らかになるだろう。

事例 9

Y 看護学生¹⁸¹⁾：「わたしは家では食器だって洗わないし、お茶も自分では入れないのに、ここでは患者のシャワーをしたり、トイレの始末をしたり、シーツ交換をしなければならない。こういう仕事は大嫌い。すごく低い仕事だもの！」(FN)

異性患者の身体に触れる業務や、患者の排泄物を処理するというような業務が、看護師たちに忌み嫌われ、看護師の地位向上を妨げるものとしてとらえられているのは、イランに限ったことではない¹⁸²⁾。だが、イランにおいて、ボディ・ケアは、それがもつ宗教的不浄性によって、より強く忌避されるべきものであると認識されていると考えられるのである。なぜなら、イスラームでは異性患者の身体を見たり、それに触れることを「禁止行為」であるとしているだけでなく、排泄物や精液、血液、死体に触れることを「ネジャーサト（不浄）」と規定しているからである。

「ナー・マフラム」の身体を目にする、あるいはそれに触れるという行為は、イスラーム法によって「禁止行為」と規定されているが、「ナー・マフラム」との接触は、宗教的に不浄とされ得る行為でもある。これは、イスラーム法適用法案をめぐるウラマーの質疑応答の中で、断食中の患者が「ナー・マフラム」の医師に診察を受けた場合、断食（rūze）が無効になるかどうかという議論がなされていることから、判断することができるだろう¹⁸³⁾。そして、中には「ナー・マフラム」である異性との接触は、最後の審判までもち越され、来世では「ナー・マフラム」に触れた身体の一部が燃えてしまうと考える看護スタッフもいる¹⁸⁴⁾。

同時に、「ナー・マフラム」の男性と触れ合う機会が多いということは、映画「ショウキャラン」の例をあげて述べたように、「墮落した」女性としての社会的イメージを負うことにつながる。すなわち、異性の身体に触れることは、社会的地位を貶めるような行為として受けとめられていると考えることができるのである。

一方、便や尿、死体、精液や血液に触れた場合、それは「ネジャーサト」であり、触れた場所を清めなければ日々の礼拝をおこなうことも、宗教的な場所に入ることもできないとされている¹⁸⁵⁾。また、月経中の女性も「ネジャーサト」であるので、月経中には礼拝を慎まなければならない。人

181) Y 看護学生は、20 代前半の独身女性で、A 病院で看護管理の実習中だった。

182) 看護師がボディ・ケアをおこなう時に直面する困難については、たとえば [Lawler 1991; Chambliss 1996] において取り上げられている。

183) この質疑応答は、次のようなものである。
質問者：「異性の医師の診察をうけた場合、患者はゴスル (ghosl 清めの全身沐浴) が必要であるか？あるいは、断食 (rūze) 中に異性の医師の診察を受けた場合、断食は無効になるのか？」
ハーメネイ師：「もし単なる診察で、精液の排出の原因とならないなら、沐浴は必要ではないし、断食も無効にならない」。[Rūhānī and Noghānī 1997: 31]

184) たとえば、A 病院 CCU 勤務の看護助手は次のように述べている。「(筆者に向かって) ナー・マフラムに触っちゃだめよ。触ったら、あの世でそこが燃えてしまうんだから！」。

185) 死体に触れた場合と性行為の後、女性の生理中には、全身を洗うゴスルが「義務行為」となる。全身沐浴は、その他にも金曜日の朝、祝日の朝、願掛けの前などにおこなってもよい（「推奨行為」）。死体、精液以外の「ネジャーサト」、すなわち便、尿、血液に触れた場合、全身沐浴は義務ではないが、前回の礼拝前におこなったウズーが無効 (bātel) になる。そのため、礼拝 (namāz) の前には必ず汚れた部位を洗い、汚れた衣服を換え、あらためて身体を清めなければならない。また、たとえば聖者廟の構内に入る場合も、「ネジャーサト」を洗い流すために、礼拝前の小淨をおこなわなければならない [Tabātabāī 1990]。これは子供向けの礼拝の手引書の説明である。

間の生理現象は、生命を維持するために必要不可欠なものである。だが、イスラームではこの生理現象を「ネジャーサト」と定義し、宗教的に不浄なものとして扱っている。「ネジャーサト」に触れることは、イスラーム法によって「禁止行為」とされているわけではない。しかしながら、「ネジャーサト」は、たとえば日々の礼拝前の清めの小沐浴であるウズー (vozū) といった宗教儀礼において繰り返し意識化され、浄化の過程を踏むことが求められている¹⁸⁶⁾。

第4章2-2) であげた M 氏の事例の分析において、死亡した M 氏の死後の処置が、「低い仕事」であると認識されていることを述べた。この事例をイスラームが不浄と規定している「ネジャーサト」と重ね合わせると、死後の処置は、「ネジャーサト」である死体に触れ、それに付着した「ネジャーサト」である排泄物や血液を扱うがゆえに「低い仕事」とされ、看護スタッフによって嫌忌されているのだと理解することができる。

そして、家庭の外で「ネジャーサト」を扱う仕事を担っているのは、学歴の低い、出身階級の低い人々であると考えられている。女性看護師が「ネジャーサト」を負うボディ・ケアを「専門性が低い」として嫌忌しているのは、自らが本来は「ネジャーサト」を扱う階級にないことを示す主張であるのだととらえることもできるだろう。

イスラームは、日々の礼拝に代表されるように、日常生活における宗教実践に重きを置いている。そして、毎日の宗教実践は、たとえば「ヘジャブ」の着用や礼拝前のウズーのように、常に「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」を意識化することを要請する。あたかも、人々は、一日として自らの宗教的身体を意識化するという作業から自由になれないかのようなものである。このような宗教実践のありかたは、身体に対する強い忌避の感覚を生みだすのではないだろうか。そして、「ナー・マフラム」や「ネジャーサト」の忌避に触れるという行為は、「墮落した」あるいは「学歴が低い」、「出身階級が低い」といった属性をもつ人物像を明確に抱かせるものなのである。

2 病棟内のヒエラルキーと排除の論理

1) 看護師の「専門性」と看護業務のヒエラルキー

前章で、心停止を起こした患者の事例をあげながら、看護スタッフたちがお互いを序列化された階層の中に位置付けており、上位の看護スタッフは、「ナー・マフラム」や「ネジャーサト」との接触を余儀なくされるボディ・ケアを、より下位のスタッフに押しつける権威をもつと考えられることを述べた。そして、この権威は「専門性」によって根拠付けられていることに触れた。では、看護師の言う「専門性」とは、どんな意味をもっているのだろうか。

「専門職」が「専門職」として成り立つためには、少なくとも二つの要件を満たさなければならない。一つは名称の独占、二つ目は職務の独占である。イランに近代看護教育が導入された初期の段階から、看護師という名称は、一定の教育課程で学んだ者でなければ使用することができなかつ

186) 筆者の調査に協力してくれていた H さん (助産師) によると、「ネジャーサト」は洗い流せるが、「ナー・マフラム」は洗って浄化することはできないので、「ナー・マフラム」に触れることの方が大きな問題であるという。H さん「女性看護師が低く見られるのは、男性に触れるからです。ネジャーサトに触れることは、洗えばすむことだから問題ないのです。助産師は排泄物に触れたり、血液に触れたりするけれど、男性の身体には触れません。だから、助産師と看護師はまったく違うのです。たとえば、分娩の時、血液が顔に飛んだり、失禁した便を片付けなければならないこともあります。でも、それは洗えばきれいになるのです」

筆者：「じゃあ、男性に触っても、洗えばいいじゃないですか」

H さん：(憤慨して)「サチコさん、何てことを言うんですか！男性に触れることはイスラームで禁止されています。

男性に触れることはナー・マフラムであって、ネジャーサトではないのだから！(洗っても浄化されない) (FN) イランでは、看護師と助産師が医師に次ぐ専門職としての地位の獲得をめぐる対立しているので、さまざまな場面で両者の違いが強調されている。

た。また、1985年に全看護教育を学士課程にし、全国統一看護学士試験を課すようになってからは、看護学科を卒業した看護学士でなければ看護師という名称を使用できないことになった。よって、看護師は、名称の独占という専門職の第一の要件は満たしていると言える。しかし、第二の点、すなわち職務の独占という点ではどうだろうか。看護師が臨床でおこなう業務のうち、医療行為であれば医師でもできることであるし、ボディ・ケアであれば准看護師や看護助手でもおこなうことができる。つまり、看護師の業務は、その職域が限定されにくいために、「専門性」が明確に定義できないという特徴があると言える。

看護師たちが臨床でおこなっている業務は、他職種の業務と重なり合う、非常に多彩なものである。そして、看護師たちは、それらの業務にヒエラルキーを与えている。

病棟内でおこなわれる看護師の業務の中で最も価値が高いと考えられているのは、医師の診察の介助である。診察の介助には、治療方針の決定に必要な情報を的確に分析し、報告する能力が必要とされるため、ほとんどの病棟で、この業務は病棟看護師長、あるいはベテランの看護師によって担われている¹⁸⁷⁾。その次に位置するのは、与薬、すなわち注射や点滴の管理である。この下に抜糸や包帯交換などの処置が位置付けられ、最下層にボディ・ケア、すなわちシーツ交換や更衣の介助、食事摂取の介助、おむつ交換や排泄の援助、清拭や入浴の介助が位置している。

このヒエラルキーを見る限り、イランの看護師たちは医療行為により高い価値を与えていることがわかる。医学的知識の有無という価値観で階層化された看護師の業務は、その上部を医師と、下部を准看護師や看護助手と共有しているが、特に「低い仕事」とされるボディ・ケアを看護師の職域から排除しようという動きは強い。そのため、実際はボディ・ケアをおこないながらも、それが本来は自分たちの仕事ではないことが機会ある毎に強調されることになる。

たとえば、准看護師は、看護師の監督下で看護活動をおこなうこととされているが、病棟で彼（女）らが担っている仕事に大きな差はない。しかし、看護師の口からは、常に自分が「学士号をもった看護師である」ことが語られ、その差異が強調されている。

事例 10

V 女性看護師¹⁸⁸⁾：(病棟見学に訪れた筆者を案内しながら、患者に注射をしている女性准看護師を指して)「この人は准看護師です。学士号のある看護師とはまったく違う仕事をしています」

R 女性准看護師¹⁸⁹⁾：(その場では黙っていたが、V 女性看護師が去った後で筆者に向かって)「でもね、やっていることは同じだし、ちゃんと勉強もしたのよ」(FN)

病棟看護スタッフは、病棟看護師長を筆頭にベテラン看護師、義務就労中の看護師、新人看護師、看護学生、准看護師、看護助手の順に序列化されている。序列の上位にいる看護スタッフは、自分よりも下位に位置する看護スタッフに、価値が低いとされる看護業務を「自分の仕事ではない」として押しつける権威をもつと考えられるのである。

187) 逆に日本では、診察、特に回診の介助は医師の補助業務に過ぎず、看護独自の機能ではないとする考え方が優勢である。たとえば、女性看護師が医師の回診の介助をおこなわない聖路加国際病院のような病院もある。

188) V 女性看護師は、30代の独身女性で、ベテラン女性看護師である。

189) R 女性准看護師は、20代前半の独身女性である。

事例 11

イラン医科大学 G 助教授¹⁹⁰⁾：「イランでは、看護師がシーツ交換やトイレの世話をすることはない。これは看護助手の仕事だから。確かに、革命前はそういう仕事もやっていた。でも、今は違う。看護師は与薬や薬の管理だけをおこなう。准看護師や看護助手は学士号がないのだから、薬に関する仕事はできない（よって、かわりにシーツ交換や排泄の介助をするべきである）」(IV)

しかし、上記の例で明らかなように、実際には准看護師も与薬をおこなっているし、看護師がシーツ交換をおこなわなければならないこともある。そして、場合によっては准看護師や看護助手のほうが年齢が高く、長い経験をもっているため、シーツ交換を看護師に押しつける権威をもっていることもある。次の例では、看護師は「専門性」が高いのだからシーツ交換をしないという論理が通用していない。

事例 12

I 女性看護師¹⁹¹⁾：（嫌そうにシーツ交換をしている。筆者に）「サチコ、シーツ交換なんて見てどうするの？これは看護師の仕事じゃないわよ。でもこの病棟では、准看護師や看護助手がシーツ交換をするのが嫌だと言うので、看護師がやらなければならないの。学士号をもっている看護師が、なぜこんなことをしなければならないのかしら！」（とシーツを載せたワゴンを蹴飛ばす）(FN)

上述した例が示唆するのは、次のようなことである。すなわち、看護師の「専門性」とは、一つに、大学において西洋近代医学の知識を学んだという意味である。だからこそ、医学知識が必要とされる業務により価値が置かれている。しかし、看護師の病棟業務は、隣接するスタッフの業務と重なっており、具体的にその専門領域が限定されているようなものではない。そして、看護師の「専門性」が強調されるのは、他のスタッフと重なる業務のうち、「ナー・マフラム」や「ネジャーサト」との接触を含む、ボディ・ケアをおこないたくない時なのである。すなわち、看護師の「専門性」とは、むしろ、病棟スタッフのヒエラルキーの中で、自分たちの地位が医師に次ぐ上位に位置しているという主張であり、不快な仕事を他者に押しつける権威をもつという主張であると考えることができるだろう¹⁹²⁾。

2) 病院スタッフ間のヒエラルキー

病棟を訪れるスタッフは、医学知識の習熟度と学歴によって上下に序列化されており、お互いの地位を強く意識した関係をもっている。そして、各スタッフの業務を概観してみると、そのヒエラルキーは、「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」との接触の頻度に対応している（図2）。すなわち、ヒエラルキーの上層に位置するスタッフは、身体のもつ不浄性とかかわることが少ないのである。

190) G 助教授は、イラン大学で看護学を教える独身女性である。イランで看護学の修士号を取得している。

191) I 女性看護師は、20 代前半、義務就労期間中の独身女性看護師である。

192) [Chambliss 1996: 69] は、看護師が主張する「専門性」が意味するところの矛盾について、次のように分析している。すなわち、アメリカの看護師がうたう「専門性」とは、その職域を明確に規定するようなものではなく、看護師とは①患者のケアをすることで給与を得ており、②特別な職権をもつことが許された、③尊敬されるべき高い地位をもつ職業であるという主張なのである。

ヒエラルキーの最上位に位置する医師は、権威を裏付ける医学知識を最も多くもつとされ、病棟での患者との接触、排泄物や血液、死体との接触は最小限にとどまっている。医師の中でも、最上位に位置する「オスタード」は、大学で授業をもつ教授であり、病棟で患者を診察することは少ない¹⁹³⁾。逆に、病棟で研修医として働く「インターン」は、患者身体に触れる機会が多い。また、医師が「ネジャーサト」に触れる業務をおこなうことはまれであるが、男性「インターン」は、男性患者の導尿が必要とされる時、女性看護師に代わって導尿をおこなうこともある¹⁹⁴⁾。

医師と重なりながら、そのすぐ下位に位置しているのが学士号をもつ看護師たちである。病棟の看護管理をおこなうことを主な業務としている看護部長は、「ナー・マフラム」や「ネジャーサト」に触れる機会は少ない。逆に、新人の義務就労期間中の看護師がボディ・ケアを担当していることは、M氏の事例で、看護助手と共にM氏の死後の処置を施行することを要請されていたのが、新人女性看護師であったことから明らかである。

看護師の下に位置する看護学生は、看護師の監視下で業務をおこなうことになっているので、業務規定の上では准看護師と同レベルに位置する。看護学生と女性准看護師が、看護師と二人で勤務する場合、彼らは病室（すなわち、ボディ・ケア）を担当することになっている。准看護師の中には、病棟経験が長く、若い看護師や看護学生よりも年齢が上であるため、ボディ・ケアを看護師や看護学生に譲渡できる者もいる。だが、看護学生と准看護師の境界は明瞭である。なぜなら、医師、看護師、看護学生に対して直接その職名を聞くことは失礼ではないが、准看護師から下に位置する職員に職名を聞くことは、非常に不作法であるからだ。筆者の調査に同行したHさんは、准看護師、看護助手、掃除担当者と思うけられる者には、絶対に直接職名を聞くことはしなかった。彼らが席を外した時、周囲にいる他のスタッフに「あの人の仕事はなんですか？」と聞いていたのである¹⁹⁵⁾。

また、筆者はA病院の女性准看護師数名に、インタビューを申し込んだが、実現することができなかった。彼女たちによると、准看護師は「話すほどの仕事なんてしてない」、恥かしい職業である。准看護師の中には、「自分は看護師である」と筆者に嘘をついた者もいた¹⁹⁶⁾。この女性准看護師の態度からは、次のようなことがうかがえるだろう。すなわち、「ナー・マフラム」や「ネジャーサト」との接触は、強く忌避されるべきものとして受けとめられている。そのために、両者に触れる業務を請け負わなければならない、病棟内のヒエラルキーの下位に位置する職種は、他人の前で言えないような、恥ずかしいものだと考えられているのである。

193) イスラーム革命後、国立病院ではイスラーム法遵守のため、男性医師は産婦人科で診察、治療をおこなうことができなくなったと述べたが、「オスタード」に限っては別である。すなわち、「オスタード」は患者との接触がないことが前提で、男性でも国立病院の産婦人科に所属することができるわけである。これは、「オスタード」が白衣を着用しないことから明らかである。

194) イスラーム法適用法案では、患者－医師間に見られる「ナー・マフラム」の問題のうち、特に研修医である「インターン」や「エスタージェル」と呼ばれる医学生の業務について規定している項目が多い。これは、彼らが患者に接触する場合、その行為が「緊急事態」として認識され難いことを示しているが、その理由には、次のようなことが考えられる。一つに、「インターン」や「エスタージェル」が医師のヒエラルキーの下位に位置し、「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」に触れる機会が多いこと、二つ目に、医学知識や技術の熟練度が低いにもかかわらず、知識や技術の習得過程で「ナー・マフラム」である患者への接触が必須とされるからである。

195) さらに、准看護師とその下に位置する看護助手との差異も明確であると考えられる。なぜなら、私立病院では、暗黙の了解として、看護助手にはチップを支払うことになっているが、医師、看護師、准看護師には支払わないからである。

196) これは、次のような場面であった。筆者はその日、第10病棟で調査中であつたが、そこに二人の女性准看護師がやってきて、筆者にどこから来たのか、何をしているのかと質問してきた。筆者が「看護師の仕事について調査をしている」と答えると、一人の女性准看護師が「そう、わたしは看護師だけど、看護師の仕事って、本当に大変なのよ」と話した。しかし、彼女たちが働いているという中央滅菌材料室には、婦長を除いて女性看護師は勤務していないし、彼女たちは白いマグナエに白いマントー、白いズボンという女性准看護師の制服を着用していたのである。

准看護師の下には、無資格の看護助手が位置している。看護助手が、看護師や准看護師が嫌忌する仕事を請け負っているのは、心停止した患者事例で記述した通りである。女性の看護助手は「ナー・マフラム」の男性に触れることが多い。それにもかかわらず、女性看護助手の業務は「ナー・マフラム」の問題として扱われることが少ない。男性スタッフの少ない病棟で、「ナー・マフラム」の問題を論じることができるのは、「ナー・マフラム」や「ネジャーサト」との接触を拒否できるだけの権威をもった、医師と看護師（時に准看護師）までだといえる¹⁹⁷⁾。

患者との 身体接触＝ ナー・マフラム	汚物・排泄物 との接触＝ ネジャーサト	医師	看護スタッフ	その他	ヒエラルキー
(-) 接触なし	(-) 接触なし	「オスタード」 「アテンド」 「レジデント」 「インターン」 (「エスタージェル」)	看護部長 看護（婦）長 看護師（ベテラン） 看護師（義務就労中） (手術室技師) (麻酔技師) 看護学生 准看護師		上 ↓
接触あり (+)	接触あり (+)		看護助手（女性）	食事担当 リネン担当(清) ¹⁹⁸⁾	
(-) 接触なし	(+) 接触あり		看護助手（男性）	リネン担当(汚) ハデメ ¹⁹⁹⁾	↓ 下

図2 国立A病院における病棟スタッフ間のヒエラルキー

以上のように、西洋近代医学の知識は、病院内のヒエラルキーを正当化し、権力関係を生みだすものとしてとらえることが可能である。社会的地位の向上を目指す看護師は、自らの職域から、不

197) しかしながら、男性看護助手の場合は状況が異なる。彼らは、汚物、排泄物といった「ネジャーサト」に触れることは多くても、「ナー・マフラム」である女性に接触することは、できる限り避けなければならない。なぜなら、病棟には十分な数の女性看護スタッフがおり、医学知識の乏しい男性看護助手が、女性患者に接触する必要はないからである。

198) リネン担当者を（清）と（汚）にわけているのは、清潔なリネンを扱う者と、汚染したリネンを扱う者が明確に区別されているからである。A病院では、汚染したリネンの回収と清潔なリネンの分配は、リネン室に属する二人の男性職員によっておこなわれていた。二人は汚染リネンを入れるキャスター付きの大きな袋、あるいは清潔なリネンを乗せたカートを両側から引いて各病棟を共にまわる。一人は清潔なリネンを分配する者で、彼は絶対に汚染したリネンには触れない。逆に、汚染したリネンの回収を担当する者は、清潔なリネンや病棟内の物品、患者に触れることは決してない。

199) 汚染シーツの回収や病棟の掃除を担当する「ハデメ」は、ヒエラルキーの最下層に位置付けられ、汚物、排泄物といった「ネジャーサト」を扱うことを主な仕事としている。女性病棟には、男性の看護スタッフは配属されないことになっているが、男性の「ハデメ」だけは別である。彼らは患者の身体に触れることはないが、女性病棟の掃除も男性の「ハデメ」がおこなっているし、女性部屋に入室することも許されている。女性高齢者病棟では、掃除中の男性ハデメが部屋を掃除しながら、女性入所者のベッドに腰をかけて時計を直したり世間話をしたりする情景も見られた。

浄を扱うボディ・ケアを排除する必要がある。そして、「医学知識があるから」「学士号をもっているから」、「低い仕事はしない」という説明は、宗教的に忌避される業務を、より下位に位置するスタッフに押しつける権威を保証するのである。すなわち、この文脈においては、西洋近代医学はイスラームに拮抗するものではなく、「ナー・マフラム」、「ネジャーサト」とイスラームが規定している身体の不浄性を回避するための根拠付けとなっている。

3 「善行」という受容の論理

これまで、イランにおいて、身体は性的なもの、不浄なものとしてとらえられており、それに触れるときの禁忌や不浄性はイスラームの実践によって常に意識化されるものであることを述べた。そのため、女性看護師が患者の身体を扱う時に直面する困難や、患者の身体を扱うがゆえに負う低い社会的評価は、日本や西欧諸国の場合よりも厳しい問題として表面化するのではないかと考えられた。

近代看護学は、人間の身体が内包する不浄性とかわる職務をどうにか科学的に根拠付け、日常のタブーから身体を脱文脈化させようと、今日まで努力を続けて来たと言ってもよい。同時に、イランの女性看護師たちは、専門的医学知識を高め、高学歴化を進め、ボディ・ケアをより下位の看護スタッフに譲ることを試みてきたのである。

この第二の試みは、本論であげた事例を見る限り、ある程度の説得力を持って、受け入れられるようになったと考えられるだろう。しかし、医師のようにその職域を明確に限定できていない女性看護師は、依然としてボディ・ケアにかかわらざるを得ない状況にある。また、近代看護学はボディ・ケアを脱文脈化させることに成功しているとは言い難いし、女性看護師は自らの行為を正当化するほどの権威も獲得していない。

そして、純潔でありながら「ナー・マフラム」に触れる、あるいは高い学歴をもちながら、「ネジャーサト」に触れるという自らの矛盾を説明付ける論理として、女性看護師たちは「善行 (savāb)」というもう一つのイスラーム的概念を好んで口にするのである。

事例 13

W 女性看護師²⁰⁰⁾：「(看護師の) 仕事は好きよ、好きだけど… (隣にいた女性看護師 E と顔を見合わせ)、社会に認められていないのよ。シーツを換えたり、患者の身体を拭いたりするから……。もう、仕方がない、汚い仕事も大変な仕事も、善行だと思って、神に近づくことだと思ってやるしかない。そう思わなければ、やってられないわ」(FN)

「善行」とは、宗教的な徳を積む行為のことである²⁰¹⁾。人はこの「善行」を積み重ねることによって、神に近づくことができる。「善行」をおこなえば、現世ではその報酬を受けることができるし、来世でも天国に行くことができるとされる。看護とは、病人を助けることのみならず、安い給料で長時間労働をおこない、他人のために誰もが嫌がる「低い」仕事をする、つまり自己犠牲の「苦行」をおこなうという意味で、まさに「善行」なのである。

200) W 女性看護師は 40 代の独身女性で、戦時中の熟練看護コースで女性看護師資格を得た、元女性准看護師である。

201) 「善行」とされる行為は多彩である。たとえば、金曜日に沐浴をすることも「善行」であるし、メッカ巡礼 (hajji, 'omre) や礼拝、聖者廟への参詣 (ziyārat) も「善行」である。Loeffler がおこなった農村の信仰に関する研究には、土地を耕すこと、結婚すること、香水を身につけること、学習すること、寛容であることや忍耐強いことも「savāb」であるとする人々が登場している。

看護師の中には、「善行」をするために看護師という職業を選んだと話す人が少なくない。もちろん、看護師でなくても「善行」をおこなうことはできる。しかし、女性看護師として働けば、より多く「善行」をおこなうことができる。

事例 14

B 女性看護師²⁰²⁾：「日本でも、女性看護師はシーツ交換をしたり、患者の身体を拭いたりするんでしょ？……本当に嫌な仕事よね。でも（嫌な仕事を）した後、いい気分になることもある」

筆者：「それは、なぜですか？」

B 女性看護師：「（シーツ交換をしたり、患者の身体を拭いたりすることは）いいことだからよ」

筆者：「なぜ、いいことなのですか？」

B 女性看護師：「いいことはいいことなの。善行なのよ。看護師は善行をたくさんすることができる。看護の基本は、患者を助けること。患者を助けることは、善行よ。看護の基本が看護の本質的な価値なんだから、看護には価値がある。だいたい、看護師は自分のために仕事をしているんじゃない。この仕事は、看護師にとってはちっともいい仕事じゃないんだから。大変だし、低い仕事もしなければならぬ。男性の身体を洗ったりすることもある。でも、患者にとってはいいことでしょ？だから価値があるのよ」（FN）

「善行」という概念は、イスラームによって否定的な意味が与えられている行為に対し、肯定的な意味をもつイスラーム的価値観を付加することによって、ボディ・ケアを正当化することに成功している。たとえイスラーム法に反する行為であっても、不浄とされるものに触れることであっても、それが患者のためになるならば、結果として、看護は神に近づく仕事であると解釈される。そして「善行」をおこなうことは、犯した罪を償うことにつながり、現世では何らかの報酬が与えられ、罪のない状態で来世に向かうことができるのである。

事例 15

C 女性看護学生²⁰³⁾：「シーツ交換のような低い仕事をするのは、本当に嫌です。でも、それをして患者に感謝されるのは、とてもうれしい。いいことをしたら、その分は自分に返ってきます。わたしがその仕事をして患者が満足すれば、わたしは神に近くなる (nazdik-e khodā) ことができます。女性看護師の仕事は、善行をたくさんすることができます。先日、この病院から帰る途中、間一髪のところで事故に遭わずにすんだことがありました。この日、わたしは病院での実習中に、患者にすごくいいことをしたのです。だからわたしは事故に遭わずに救われることができたのだと思います」。(FN)

そして、「善行」をおこなうためであれば、「ナー・マフラム」に触れることは決してイスラームに反することではない。

事例 16

202) B 女性看護師は、30 代の独身女性である。

203) C 女性看護学生は、20 代前半の独身女性で、A 病院で看護管理の実習中であった。

F 女性看護師²⁰⁴⁾：「(男性患者の身体に触れることは「禁止行為」だと考えているが) 男性患者のシャワーを介助したこともあります。この患者は、その時(食事もできないくらい)状態が良くなかったのですが、シャワーをした翌日には、食事をする事ができたのです。彼は(わたしに対し)とても感謝してくれました。だから、わたしはいいことをしたのだと思います」(IV)

以上の例が示すように、「善行」という概念は、看護が内包する矛盾を整合的に説明付けようと
する、一つの論理であると言えるだろう。看護が「善行」であるという説明は、看護師だけでなく、
一般の人々をも十分に説得することができる。なぜなら、医学知識といった医学教育を受けた人だ
けが保有する脱文脈化の論理とは異なり、日々の宗教実践と重なる「善行」は、イランに住むムス
リムであれば十分に理解可能な、共有された価値観だからである。

たとえば、イランのウラマーたちは、看護師の仕事をイスラームの信仰行為として高く評価し、それを称える言葉を残している。イラン医科大学看護学部G助教授によると、ウラマーが評価する看護の宗教的価値とは、次のようなことであるという。

事例 17

G 助教授²⁰⁵⁾:「ホメイニー師は、「看護師の仕事は「エバーダート」である (kār-e parastār ebādāt (エバーダートの単数形) ast)」とおっしゃいました。「エバーダート」とは、礼拝 (namāz)、祈祷 (do‘ā)、唱名 (神の名を唱えること、zehr) といった神への祈りすべてを指す言葉で、神に近づくための行為のことです。イマーム・ホメイニーのこの言葉は、つまり看護師の仕事は、神に近づくためにおこなう礼拝や祈りと同じだけの価値を持つ、信仰そのものであるという意味です」(IV)

ここでいう「エバーダート」とは、イスラーム法で人間と人間の間を規定する「モアーメラト (mo‘āmelāt)」と対比する概念で、神と人間との関係を規定する領域で、信仰行為のうち、神への奉仕に関わる部分を指す〔東長 2002〕。「エバーダート」には、礼拝や巡礼、身を清めることといった儀礼的行為が含まれる。看護が「エバーダート」だとするホメイニー師の言葉は、G 助教授の説明によれば、看護師の仕事が礼拝や巡礼に相当するような、神と人間との関係における「善行」だという意味である。イランのウラマーたちは、看護に関して、次のような見解を示している。

「看護師という職業は、非常に気高い職業の一つである。もし人類が人間であることの義務とシャリーアの遵守を遂行しようとするなら、看護こそ、最上級の「エバーダート」である（ホメイニー師）」[Asādi 2000: 36]。

「看護師とは、真の教師である。忍耐(sabr)の教師であり、従順さ(helm)の教師であり、献身(īsar)と寛大さ(gozasht)の教師でもある(ハーメネイー師)」[Marandī et al. 1998: 383]。

「自らの 70 年の信仰 (īmān) から得られるすべてを、負傷者の一夜の看護にささげよう (アラ

204) F 女性看護師は、40 代後半の既婚女性である。

205) G 助教授は、イラン大学で看護学を教える独身女性である。イランで看護学の修士号を取得している。

メ・タバータバーイー師)」[Marandī et al. 1998: 383]。

「看護は病人や助けを必要としている人を助けるのだから、そのような意図でなされた行為は、「エバーダート」として数えられる（サーネイー師）」（質問番号 34653）²⁰⁶⁾。

ホメイニー師、ハーメネイー師、タバータバーイー師の言葉は、イラン・イラク戦争や病院の増設にともなって必要とされた、看護スタッフの増員をめざすためのプロパガンダであったのかもしれない²⁰⁷⁾。しかし、これらの言葉からは、看護が「病人や助けを必要としている人を助ける」から「エバーダート」であり、それが決して楽な仕事ではなく、「忍耐」「従順さ」「献身」「寛大さ」をもたなければいけないものであるからこそ、「善行」だとされていることがわかる。そして、このような見解は、看護＝「善行」という解釈を社会に広く認知させることにつながり、高等教育を受けながらも、「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」という不浄に触れることを余儀なくされる看護師という職業を、社会的に肯定的な価値あるものとして社会化させる回路となっていると考えられるのである。

結語

本論文は、西洋近代医学の一端を担う看護師という職業をとりあげ、その多数を占める女性看護師をとりまく状況を多面的に記述することによって、現代イラン社会で身体に付与される意味づけの一側面を、イスラームとの関わりからとらえようとする試みであった。患者身体との直接的接触をその中心的な業務とせざるを得ない女性看護師の行動や考え方から見てきたのは、次のようなことであった。

イランでは、パフラヴィー朝の二人の国王がおこなった近代化政策によって、入院施設をもつ病院の増設が進み、西洋近代医学に基盤を置く入院治療が広くおこなわれるようになった。病院が集中する大都市では、最新技術を駆使した診断や治療がおこなわれ、都市部居住者だけでなく、農村部居住者も、入院治療を受ける機会が増大している。病院という場所は、身体への露出や身体への接触を必然的に伴う医療行為、看護行為をおこなう場である。西洋近代医学では、人間の身体を解剖学的、生理学的に普遍的な存在として仮定している。よって病院においては、人間の身体を「医学的身体」として、文化的、社会的、宗教的意味領域から脱文脈化された、無性的、中性的なものとして扱うことが前提となっている。しかし、イスラーム法によると、親族ではない異性である「ナー・マフラム」の身体を見たり、「ナー・マフラム」の身体に触れたりすることは「ハラーム」である。したがって、ウラマーだけでなく、患者や医療スタッフからも、病院内における医療行為、看護行為は、イスラーム法に抵触する行為を含み得るとみなされているのである。

革命後、イラン政府が進めてきたイスラーム化政策は、近年医療現場まで及び、2000年には医療機関におけるイスラーム法適用法案が可決されるに至った。このイスラーム法適用法案は、医療施設内で近代的な医学思想に基づき「医学的身体」として扱われることになっていた人間身体を、

206) サーネイー師のホームページには、直接サーネイー師に法見解を求めることができるサービスがある。筆者が個人的に「看護はエバーダートなのか、モアーメラートなのか。エバーダートだとするなら、その根拠は何か」と質問したメールへの返答である。

207) ホメイニー師の見解を掲載している『看護の文化——イスラームの見地から』[Asādi 2000] が、傷痍軍人研究所から発行されていることから、推測することができるだろう。

イスラーム的文脈で公的に再定義する試みだと考えられるであろう。医療施設内において、身体を「医学的身体」として扱うのか、あるいは「イスラームの身体」ととらえるかという問題を簡略化した図式にあてはめようとするならば、それは、ジェンダーをめぐる西洋近代医学とイスラームの拮抗として理解することができる。

臨床の場面で、西洋近代医学とイスラームの拮抗が明白に意識されるのは、医師による医療行為というよりは、むしろ看護スタッフによるボディ・ケアである。ボディ・ケアとは、環境整備や入浴介助、全身清拭、食事の介助や排泄の介助といった入院生活の援助のことである。医師による医療行為や、看護スタッフによる救急救命、抜糸や包帯交換、注射といった行為は、緊急性、専門性の高い行為である。したがって、それらはウラマーだけでなく、医療スタッフや患者からも「緊急事態」と解釈され、患者の身体はイスラーム法適用法案に見られるような、「性的身体」という解釈を一時保留することが許容される。換言すれば、患者身体を「医学的身体」として扱うことが許されるのである。

しかし、ボディ・ケアは緊急性、専門性に乏しいものとされているため、患者側、看護師側双方から、イスラーム法に抵触すると認識されやすい。近代看護学はボディ・ケアを医学的に根拠付けようとしているが、それは医師のおこなう「緊急性」「専門性」が高いとされる行為と異なり、イスラーム的価値観をもつ身体を無性的なものとして脱文脈化するほどの説得力をもたないのである。近代看護学自体が、患者を単に「医学的身体」として扱うのではなく、より人間的、全人的に扱うよう提唱しているように、ボディ・ケアにおいて、患者の身体は「医学的身体」という規定を越えてしまう。それは、「イスラームの身体」という矛盾する社会的価値を同時に内包するものとして、看護師の前に現出するのである。

だが、身体との直接的な関わりは、イスラーム法によって禁止行為とされている「ナー・マフラム」との接触だけではなく、イスラームによって「ネジャーサト」と規定される、排泄物、血液、死体との接触をもつ。ボディ・ケアを、「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」との接触が避けられない行為であるとし、病棟における医療スタッフのヒエラルキーとその間の権力関係に注目すると、ジェンダーをめぐる西洋近代医学とイスラームの拮抗という二項対立とは異なる様相が明らかになってくる。女性看護師はボディ・ケアを嫌忌し、その業務をより下位のヒエラルキーに位置する看護スタッフに押しつけようとする。その根拠として持ち出されるのが、看護師は医学知識をもつ「専門職」であるという主張である。この文脈において、西洋近代医学は、イスラーム的生活感覚からは忌避される業務を他者に押しつける権威の保証として現前する。すなわち、自らの職域をイスラームが規定する身体観に矛盾なく整合させるための論理として、西洋近代医学の権威が利用されるのである。

イランの看護師は、これまで高等教育化を進め、「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」という二つの禁忌を内包する身体との直接的な関わり、すなわちボディ・ケアを、自らの職域から排除する努力を続けてきたと言える。なぜなら、「ナー・マフラム」と「ネジャーサト」との接触は、「墮落した」、「(地位や出身階級、教育程度が)低い」女性であるという烙印を女性看護師に付与する原因となり得るからである。しかしながら、国立病院で働く女性看護師たちは、依然としてボディ・ケアをおこなわなければならない状況にある。この状況がもつ矛盾を受容する論理として、女性看護師たちは「善行」というイスラームの概念を看護の本質的価値とみなしている。換言すれば、イスラームによって忌避すべきものと規定されている身体との直接的な関わりを、自己犠牲による患者や社会への献身とみなし、そのような行為を指す「善行」というもう一つのイスラーム的概念

によって再定義することで、ボディ・ケアを正当化しようとしているのである。これは、女性看護師自身がボディ・ケアをおこなわなければならない状況を受容し、その意味付けに納得するということである。同時に「善行」というイスラーム的概念は、広く社会的に認知されているため、彼女たちの個人的な納得を社会化する回路を開くことにもつながる。看護＝「善行」という解釈は、社会に理解され、評価を受けるがゆえに強い説得力をもち、高等教育を受けながらも、厳しい労働条件のなかで忌避されるべき身体との直接的な関わりをもたなければならない女性看護師にとって、大きな精神的支えとなっているのである。

イスラーム革命後のイランでは、女性の風紀委員がテヘランの街角で前髪が出ている女性を呼びとめ、適切な「ヘジャーブ」の着用を指導するような場面も少なくなかったと聞く。しかし、筆者が集中的な調査をおこなった1999年、2000年は、1997年に就任したハタミー大統領の政権下で、「ヘジャーブ」に対する開放的な雰囲気が強まった時期であった。テヘランの街中では、カラフルなスカーフから前髪をのぞかせ、細身で丈の短い上着にぴったりしたズボンを着て、おしゃれを楽しむ女性を多く見かけた。また、病院でも、女性看護師たちは薄化粧をほどこし、爪をきれいにそろえ、手首にいくつもの金のブレスレットをつけて働いていた。これはハタミー政権以前には見られなかった光景だという。

本論で取り上げたイスラーム適用法案は、こうした開放的な雰囲気の中で、再びとりあげられるようになった議論であった。この法案は、医療機関内で顕在化する身体のとらえかたをめぐる西洋近代医学とイスラームとの矛盾を、法規制によって解決しようという動きであり、保健教育省がイスラーム法を遵守しない病院に対して法的措置をとる権限をもつことを規定していた。そのため、法案に対する反対意見も根強く、保健教育省の内部においては、医療は人間の生命を扱う場であり、イスラーム法の遵守を省令や法規として明文化することによって徹底しようとするのではなく、より柔軟な解釈の可能性を許容することが望ましいという意見もあった。その後、イスラーム適用法案は、その施行が確定しないまま時が経過し、2001年に筆者が再訪した時には、事務局自体がなくなっていた。そのため、筆者はイスラーム法適用法案のその後の展開を追うことが困難になった。

しかしながら、医療機関における「ナー・マフラム」の問題は、決して政府側の一方的な思惑によって審議されるようになった論点ではない。本論で述べてきたように、看護スタッフの中にも患者の中にも、「ナー・マフラム」との接触を不快とする女性が少なくないということは確かなことである。再度、この問題が医療倫理に関する政策上の問題として取り上げられることも、可能性として十分考えられる。そうした時、患者、医療スタッフ、政府はどのような問題に直面し、それにどのように対応していくのか。そしてそれは、イランの社会状況や人々の価値観の変化と、どのように関連していくのか。今後の継続的な調査、研究が必要とされるところであろう。

文献一覧

- アイケルマン, D. 1988『中東人類学的考察』(大塚和夫訳) 岩波書店.
 アクターバーク, J. 1994『癒しの女性史——医療における女性の復権』(長井英子訳) 春秋社.
 安積純子他 1990『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店.
 アフメド, L. 2000『イスラームにおける女性とジェンダー：近代論争の歴史的根源』(林正雄他訳) 法政大学出版局.
 石川准・長瀬修(編著) 1999『障害学への招待』明石書店.

- 石川准・倉本智明（編著）2002『障害学の主張』明石書店．
- 市野川容孝 1999「ケアの社会化をめぐる」『現代思想』28(4), pp. 114-125.
- 一番ヶ瀬康子（編）1993『介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房．
- 井筒俊彦 1964『コーラン（上・中・下）』岩波書店．
- 今村榮一 1989『系統看護学講座 別巻8 看護管理』医学書院．
- 上野千鶴子 2005「ケアの社会学 序章 ケアとは何か」『クォーターリー あつと at』1, 太田出版 pp. 18-37.
- 内堀基光・山下晋司 2006『死の人類学』講談社．
- エーレンライク, B., イングリシュ, D. 1996「魔女・産婆・看護婦——女性医療家の歴史」『魔女・産婆・看護婦——女性医療家の歴史』（長瀬久子訳）法政大学出版会．pp. 1-63.
- 1996「女のやまい——性の政治学と病氣」『魔女・産婆・看護婦——女性医療家の歴史』（長瀬久子訳）法政大学出版会．pp. 65-189.
- 冲中重雄（監）1990『看護学大辞典・第三版』メヂカルフレンド社．
- 加賀谷寛 1975『イラン現代史』近藤出版社．
- 春日キスヨ 1997「介護——愛の労働」『成熟と老いの社会学』井上俊他（編）岩波書店，pp. 179-196.
- 2001『介護問題の社会学』岩波書店．
- ガマーニコフ 1984「性分業——看護職の場合」A. クーン（編）『マルクス主義フェミニズムの挑戦』（上野千鶴子他訳）第4章．
- 川崎賢子、中村陽一（編）2000『アンペイド・ワークとは何か』藤原書店．
- 川島みどり 1994『看護技術の現在 看護の時代2』勁草書房．
- 川島みどり、菱沼典子（編）1997『別冊ナーシング・トゥデイ No. 9 看護技術の科学と検証——日常ケアの根拠を明らかにする』日本看護協会出版会．
- 川村千鶴子他（編）2007『異文化間介護と多文化共生——誰が介護を担うのか』明石書店．
- ギリガン, C. 1986『もう一つの声——男女の道德観の違いと女性のアイデンティティ』（岩男寿美子監訳）川島書店．
- クラインマン, A. 1992『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』（大橋英寿訳）弘文堂．
- 倉本智明（編）2005『セクシュアリティの障害学』明石書店．
- 黒柳恒夫 1996『現代ペルシャ語辞典 ポケット版』大学書林．
- 小杉泰 1983「イスラーム法——研究領域と原典資料」『イスラム世界』24, pp. 104-118.
- 小杉泰 2006『現代イスラーム世界論』名古屋大学出版会．
- 厚生省健康政策局 1994『健康政策六法』中央法規出版株式会社．
- 厚生統計協会 1999『国民衛生の動向』厚生統計協会．
- 1998『国民衛生の動向』厚生統計協会．
- 桜井啓子 2000『現代イラン 神の国の変貌』岩波書店．
- 2006『シア派』中央公論新社．
- 佐藤典子 2007『看護職の社会学』専修大学出版局．
- シッパージェス, H. 1993『中世の患者』（浜中淑彦監訳）人文書院．
- 嶋本隆光 2007『シア派イスラーム 神話と歴史』京都大学学術出版会．
- 島内武文、幡井ぎん 1989『新版看護学全書 別巻7 病院管理・看護管理』メヂカルフレンド社．

- 新村拓 1992 『ホスピスと老人介護の歴史』 法政大学出版会.
- 2001 『在宅死の時代——近代日本のターミナル・ケア』 法政大学出版会.
- 杉田英明 1999 『浴場から見たイスラーム文化』 山川出版社.
- 杉田暉道 1998 『系統看護学講座 別巻9 看護史 第6版』 医学書院.
- 梶本歩美 2007 「介護者送り出し国フィリピンの事情——誰と介護を担うのか」 川村千鶴子 (編) 『異文化間介護と多文化共生——誰が介護を担うのか』 明石書店. pp. 264-309.
- スミス, J. P. 1992 『ヴァージニア・ヘンダーソン——90年のあゆみ』 (小玉香津子 他 訳) 日本看護協会出版会.
- スミス, P. 2000 『感情労働としての看護』 (武井麻子他訳) ゆみる出版.
- ターナー, V. 1981 『象徴と社会』 (梶原景照訳) 紀伊国屋書店.
- ダグラス, M. 1983 『象徴としての身体——コスモロジーの探究』 (江河徹他訳) 紀伊国屋書店.
- 1985 『汚穢と禁忌』 (塚本利明訳) 思想社.
- 津止正敏 2007 『男性介護者白書——家族介護者支援への提言』 かもがわ出版.
- ドーア, R. P. 1987 『学歴社会——新しい文明病』 (松居弘道訳) 岩波書店.
- 東長靖 2002 「イバーダート」 大塚和夫他 (編) 『岩波イスラーム辞典』 岩波書店, p. 149.
- 富田健次 1991 『アーヤトollahーたちのイラン』 第三書館.
- 内藤正典・阪口正二郎 (編) 2007 『神の法 vs. 人の法——スカーフ論争からみる西欧とイスラームの断層』 日本評論社.
- 内藤寿喜子他 (編) 1990 『新版看護学全書 第14巻 基礎看護学2』 メヂカルフレンド社.
- 中西久枝 1996 『イスラームとヴェール——現代イランに生きる女たち』 晃洋書房.
- 中山紀子 1999 『イスラームの性と俗』 アカデミア出版会.
- 波平恵美子 1994 『医療人類学入門』 朝日新聞社.
- 根本博司 1993 「ケアワークの概念規定」 一番ヶ瀬康子 (編) 『介護福祉学とは何か』 ミネルヴァ書房. pp. 84-103.
- フォスター, M. G., B. G. アンダーソン 1987 『医療人類学』 (中川米造監訳) リプロポート.
- フリードソン, E. 1992 『医療と専門家支配』 (進藤雄三・宝月誠訳) 恒星社厚生閣.
- ヘンダーソン, V. 1994 『看護論』 (湯楨ます、小玉香津子訳) 日本看護協会出版会.
- 細谷幸子 2001. 「病院でヘジャブをとるということ」 『アジア・アフリカ言語文化研究所 通信』 103, pp. 1-6.
- 2002. 「イランの墓地事情」 『アジア・アフリカ言語文化研究所 通信』 106, pp. 16-24.
- 2004a. 「イランの医療事情——縮まる都市と農村の格差」 岡田恵美子編 『イランを知るための60章』 明石書店, pp. 323-327.
- マーフィー, R. F. 2006 『ボディ・サイレント』 (辻信一訳) 平凡社.
- 毎日新聞科学部 『大学病院ってなんだ』 新潮社.
- マッケロイ, A. / タウンゼント, P. K. 1995 『医療人類学——世界の健康問題を解き明かす』 (丸井英二 監訳) 大修館書店.
- マリナー=トメイ, A. (編) 1995 『看護理論家とその業績 第2版』 (都留伸子監訳) 医学書院.
- ミール=ホセイニー, Z. 2004 『イスラームとジェンダー——現代イランの宗教論争』 (中西久枝他訳) 明石書店.
- 三井さよ 1999 「看護職の専門職化と対患者関係」 『保健医療社会学論集』 第10号.

- メイヤロフ, M. 1987『ケアの本質——生きることの意味』(田村真・向野宣之訳) ゆみる出版.
- 山口道宏編著 2006『男性ヘルパーという仕事』現代書館.
- 吉村慎太郎 1997「イラン」田中浩(編)『現代世界と福祉国家』御茶ノ水書房, pp. 694-708.
- ロマヌッチ=ロス 1989『医療の人類学——新しいパラダイムに向けて』(波平恵美子監訳) 海鳴社.
- Abbot, P. and C. Wallace. eds. 1990. *Sociology of the Caring Professions*. London: The Falmer Press.
- Adelkha, Fariba. 1998. *Etre Moderne en Iran*. Paris: Karthala. (Translated by J. Derrick. Being Modern in Iran, London: Hurst & Company, 1999).
- Afkhāmī, Behrūz. 2000 (1379). *Shoukarān*. Tehran: Tofiqh Afarīn.
- Afshar, H. ed. 1993. *Women in the Middle East: Perceptions, Realities, and Struggles for Liberation*. New York: St. Martin's Press.
- Akbar, Alī. ed. 1999 (1378). *Majmū'e-ye Qavānīn va Moqarrarāt-e Estekhdāmī*. Tehran: Eeshārāt-e Modiriyāt.
- Andreano, R. 1984. "Some Personal Observations on Health Policy in Iran, 1973-1978," *Social Science and Medicine* 19(1), pp. 1-7.
- Asadī, Akbar. 2000 (1379). *Negareshī-ye Eslāmī be: Farhang-e Parastārī*. Qom: Markaz-e Tahqiqāt-e Eslāmī-ye Jānbāz.
- Avery, P. et al. eds. 1991. *The Cambridge History of Iran: From Nadir Shah to the Islamic Republic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Azmi, S. H. 1992. "Traditional Islamic Social Welfare: Its Meaning, History and Contemporary Relevance," *Islamic Quarterly* 36(1), pp. 28-45.
- Beck, L. and N. Keddie. 1978. *Women in the Muslim World*. Cambridge & Mass: Harvard University Press.
- Beeman, W. O. 1976. "Status, Style and Strategy in Iranian Interaction," *Anthropological Linguistics* 18, pp. 305-322.
- . 1988. "Affectivity in Persian Language Use," *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(1), pp. 9-30.
- Beeman, W. O. and A. K. Bhattacharyya. 1978. "Toward an Assessment of the Social Role of Rural Midwives and its Implication for the Family Planning Program: An Iranian Case Study," *Human Organization* 37(3), 295-300.
- Bill, J. A. 1973. "The Plasticity of Informal Politics: The Case of Iran," *The Middle East Journal* 27(2), 131-151.
- Bīmārestān-e Fīrūzgar. (n.d.). *Moshakkkhasāt-e Vāhed-e Parastārī*. Tehrān: Daftar-e Parastārī, Bīmārestān-e Fīrūzgar.
- Bonine, M. E. and N. Keddie. *Continuity and Change in Modern Iran*. Albany: State University of New York Press.
- Bousquet, G. H. 1965. s.v. "Ghusl," *EP*, II. pp. 1104. Leiden & New York: E.J. Brill.
- . 1971. s.v. "Ibādat," *EP*, III. pp. 647-648. Leiden & New York: E.J. Brill.
- Brown, B.J. et al. 1992. "On the Scene: King Faisal Specialist Hospital and Research Centre, Riyadh, Saudi Arabia," *Nursing Administration Quarterly Winter*, pp. 19-42.
- Burns, M. M. 1996. "WHO Mission to Iran," (*A Report of Health Insurance Schemes for WHO*), Tehran.
- Chambliss, D. F. 1996. *Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*. Chicago &

- Illinois: The University of Chicago Press.
- Chehabi, H. E. 1990. *Iranian Politics and Religious Modernism: The Liberation, Movement of Iran under the Shah and Khomeini*. Ithaca & N.Y.: Cornell University Press.
- Chelhod, J. 1971. s.v. "Hidjāb," *EI*, III. pp. 359-361. Leiden & New York: E.J. Brill.
- Coreil, J. and M. Dennis. eds. 1990. *Anthropology and Primary Health Care*. Boulder: Westview Press.
- Dāneshkade-ye Parastārī va Māmā'ī Dāneshgāh-e 'Olūm-e Pezeshkī-ye Īrān. 1999(1378). *Parastārī va Māmā'ī-ye Īrān*. Tehrān: Dāneshkade-ye Parastārī va Māmā'ī Dāneshgāh-e 'Olūm-e Pezeshkī-ye Īrān.
- Darrow, W. R. 1985. "Women's Place and the Place of Women in the Iranian Revolution," in Y. Y. Haddad and E. B. Findly eds., *Women, Religion, and Social Change*, pp. 307-319.
- Davis, C. 1995. *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Bristol: Open University Press.
- Eatezadpour, N. 1997. *Social Security in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Social Security Research Institute of Iran.
- Edāre-ye Kol-e Āmār va Khadamāt-e Māshīnī (Komite-ye Emdād Emām Khomeinī). 2001 (1380) *Gozāresh-e Āmārī-ye Sāl-e 1379 Komite-ye Emdād Emām Khomeinī*. Tehrān: Komite-ye Emdād Emām Khomeinī.
- Elgood, C. 1951. *A medical History of Persia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- El-Sanabari, N. 1993. "The Education and Contribution of Women Health Care Professionals in Saudi Arabia: The Case of Nursing," *Social Science and Medicine* 37(11), pp. 1331-1343.
- Etzioni, A. ed. 1969. *The Semi-Professions and Their Organizations: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.
- Farmer, B. C. 1996. *A Nursing Home and Its Organizational Climate: An Ethnography*. Westport & Conn: Auburn House.
- Fathi, A. ed. 1985. *Women and the Family in Iran*. Laiden: E.J. Brill.
- Film. 2000 (1379). "Parastārān 'Aleih-e <Shoukarān>," *Film* 251, Tehrān: Massoud Mehrabi.
- . 2000 (1379). "Negāhī be Bāzī: Hedyeh Tehrānī dar <Shoukarān>," *Film* 251, Tehrān: Massoud Mehrabi.
- Fischer, Michael M. 1978. "On Changing the Concept and Position of Persian Women," in L. Beck and N. Keddie. eds., *Women in the Muslim World*, Cambridge & Mass: Harvard University Press, pp. 189-215.
- Fischer, M.M.J and M. Abedi. 1990. *Debating Muslims: Cultural Dialogues in Postmodernity and Tradition*. Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Gallagher, E. B. and C. M. Searle. 1984. "Cultural Forces in the Formation of the Saudi Medical Role," *Medical Anthropology* (Summer), pp. 210-221.
- Geissler, C. et al. 1978. "Lactation and Pregnancy in Iran No.I: Social and Economic Aspects," *The American Journal of Clinical Nutrition* 31, pp. 160-168.
- Gheytanchi, E. 2000. "Appendix: Chronology of Events Regarding Women in Iran since the Revolution of 1979," *Social Reserch* 67(2), pp. 439-452.
- Good, B. J. 1981. "The Transformation of Health Care in Modern Iranian History," in M. Bonine and Keddie N. eds., *Continuity and Change in Modern Iran*, pp. 57-80.
- Good, M. J. 1980. "Of Blood and Babies: The Relationship of Popular Islamic Physiology to Fertility," *Social Science and Medicine* 14(B), pp. 147-156.
- Good, M. J. and B. J. Good. 1988. "Ritual, the State, and the Transformation of Emotional Discourse in

- Iranian Society,” *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(1), pp. 43-63.
- . 1992. “The Comparative Study of Greco-Islamic Medicine: The Integration of Medical Knowledge into Local Symbolic Contexts,” in C. Leslie and A. Young eds., *Path to Asian Medical Knowledge*, Berkeley: University of California Press, pp. 257-271.
- Haddad, Y. Y and E. B. Findly. eds. 1985. *Women, Religion, and Social Change*. Albany: State University of New York Press.
- Haeri, S. 1989. *Law of Desire: Temporary Marriage in Shi'i Iran*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
- Haghighyeghi, M. 1993. “Politics and Ideology in the Islamic Republic of Iran,” *Middle Eastern Studies* 29(1), pp. 36-52.
- Heffening, W. 1993. s.v. “Mut‘ā,” *EF* VII. pp. 757-759. Leiden & New York: E.J. Brill.
- Hoffman-Ladd, V. J. 1987. “Polemics on the Modesty and Segregation of Women in Contemporary Egypt,” *International Journal of Middle East Studies* 19, pp. 23-50.
- Holden, P. and J. Littlewood. eds. 1990. *Anthropology and Nursing*, London: Routledge.
- Hoodfar, H. 1995. “The Veil in Their Minds and on Our Heads: The Persistence of Colonial Images of Muslim Women,” *Resources for Feminist Research* 22(3-4), pp. 5-18.
- Hooglund, E. ed. 2002. *Twenty Years of Islamic Revolution: Political and Social Transition in Iran since 1979*. Syracuse & N.Y: Syracuse University Press.
- Īrān. 2000 (1379). “Ravāyatī az Jens <Shoukarān>: <Shoukarān> az Do Negāh,” *Īrān* 13/Ordībehesht, Tehrān.
- Isfahānī, Mohammad Mahdī. 1993 (1372). *Nazarī be Vīzhegīhā va Manzelāt-e Khadamāt-e Parastārī dar Partou-ye Ma‘āref-e Ensān sāz-e Eslām*. Tehrān: Dāneshgāh-e ‘Olūm-e Pezeshkī-ye Īrān.
- Jan, R. 1996. “Rufaida Al-Asalmiya, the First Muslim Nurse,” *Image: Journal of Nursing Scholarship* 28(3), pp. 267-268.
- Japan Nursing Association. 1991. *Nursing in Japan*, Tokyo: Japan Nursing Association.
- Kamalkhani, Z. 1993. “Women’s Everyday Religious Discourse in Iran,” in H. Afshar ed., *Women in the Middle East: Perceptions, Realities, and Struggles for Liberation*, pp. 85-95.
- Keddie, N. R. 1979 “Problems in the Study of Middle Eastern Women,” *International Journal of Middle East Studies*, 10(2), pp. 225-240.
- Khajepour, Bijan. 1999 “Domestic Political Reforms and Private Sector Activity in Iran,” *Social Research* 67(2), pp. 577-598.
- Khomeinī, Rūh-ollāh. 2000 (1379). *Resāle-ye Touzīh-ol-masā‘el*, (Qom): Enteshārāt-e Eslāmī (9th print).
- Kittay, E. F. 1999. *Love’s Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge.
- Kittay, E. F. and E. K. Feder (eds.) 2002. *The Subject of Care: Feminist Perspectives on Dependency*. Lanham: Rowan and Littlefield Publishers.
- Kuhse, H. 1997. *Caring: Nurses, Women, and Ethics*. Oxford & Maldon: Blackwell Publishers.
- Langrūdī, Mohammad Ja‘far Ja‘farī. 1999 (1378). *Termīnōlōzhī-ye Hoquq*. Tehrān: Ketāb-khāne-ye Ganj-e Dānesh.
- Lawler, J. 1993. *Behind the Screens: Nursing, Somology, and the Problem of the Body*. Melbourne & New York: The Benjamin/ Cummings Publishing Company.

- Loeffler, R. 1988. *Islam in Practice: Religious Beliefs in a Persian Village*. New York: State University of New York Press.
- Madanī, Sa'īd. 2000 (1379). *Be Sū-ye Nezām-e Jāme'e-ye Refāh-e Ejtemā'ī*. Tehrān: Shourā-ye Barnāme-rīzī-ye Sāzmān-e Beh-zīstī-ye Keshvar.
- Maddah, S. 1995. "Nursing Education in Islamic Republic of Iran," *A Report for WHO for the Eastern Mediterenean*. Tehran.
- Mahdavi, S. 1983. "Women and the Shii Ulama in Iran," *Middle Eastern Studies* 19(1), pp. 17-27.
- Mansūr, Jahān-gīr. ed. 2001 (1380). *Qānūn-e Mojāzāt-e Eslāmī*, Tehrān Nashr-e Dīdār.
- Marandī, Arīrezā et.al. 1998 (1377). *Salāmat dar Jomhūrī-ye Eslāmī-ye Īrān*. Tehrān: Markaz-e Āmār-e Īrān.
- Markaz-e Āmār-e Īrān. 1999 (1378). *Sāl-nāme-ye Āmārī-ye Keshvar: 1376*. Tehrān: Markaz-e Āmār-e Īrān.
- . 2001 (1380). *Sāl-nāme-ye Āmārī-ye Keshvar: 1380*. Tehrān: Markaz-e Āmār-e Īrān.
- Medical Service Insurance Organization. 1997. *The Public Medical Service Insurance Act and Articles of Association of the Medical Service Insurance Organization*. Tehran: Medical Service Insurance Organization.
- Ministry of Health and Medical Education. 1997. "Nursing in Iran," *A Report for ICN 21st Quadrennial Congress*, Vancouver.
- . 1998. "Country Report on Population, Reproductive Health and Family Planning Program in the Islamic Republic of Iran," *Implementation of the ICPD POA and Bali Declaration of Population and Sustainable Development and Making Recommendations for Future Action*, Bangkok.
- Mir-Hosseini, Z. 1996. "Divorce, Veiling and Feminism in Post-Khomeini Iran," in H. Afshar ed. *Women and Politics in the Third World*, London: Routledge, pp. 142-170.
- Mo'assesse-ye 'Ālī-ye Pazhūhesh-e Tāmīn-e Ejtemā'ī. 1999 (1378). *Nezām-e Jāme'-e Refāh va Tāmīn-e Ejtemā'ī*, Tehrān: Mo'assesse-ye 'Ālī-ye Pazhūhesh-e Tāmīn-e Ejtemā'ī.
- Moghadam, V. 1988. "Women, Work, and Ideology in the Islamic Republic," *International Journal of Middle East Studies* 20(2), pp. 221-243.
- MOHME (Ministry of Health and Medical Education = Vezārat-e Beh-dāsht Darmān va Āmūzesh-e Pezeshkī) 1989 (1368). *Āyīn Nāme-ye Entebāq-e Omūr-e Fannī-ye Pezeshkī bā Movāzīn-e Shar'-e Moqaddas*. Tehrān: Vezārat-e Beh-dāsht Darmān va Āmūzesh-e Pezeshkī.
- . 1996 (1375). *Āyīn Nāme-ye Entebāq*. Tehrān: Vezārat-e Beh-dāsht Darmān va Āmūzesh-e Pezeshkī.
- . 1999 (1378). *Rouz-e Parastār va Jerāyed-e Keshvar*. Tehrān: Daftar-e Omūr-e Parastārī, Vezārat-e Beh-dāsht Darmān va Āmūzesh-e Pezeshkī.
- Mura, P. and A. Mura. 1995. "Cyclical Evolution of Nursing Education and Profession in Iran: Religious, Cultural, and Political Influences," *Journal of Professional Nursing* 11(1), pp. 58-64.
- Murphy, R. F. 1985. *The Body Silent: The Different of the World of the Disabled*. W. W. Norton & Company.
- Nandi, P. K. 1977. "Cultural Constraints on Professionalization: The Case of Nursing in India," *International Journal of Nursing Studies* 14, pp. 125-135.
- Nichter, M and M. Nichter. 1996. *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*. Amsterdam: Gordon and Breach.
- Nursing in the World Editorial Committee, The International Nursing Foundation of Japan ed. 1977. *Nursing in the World*. Tokyo: The International Nursing Foundation of Japan.

- . 1993. *Nursing in the World: The Facts, Needs and Prospects*. Tokyo: The International Nursing Foundation of Japan.
- Paidar, Parvin. 1995. *Women and the Political Process in Twentieth-Century Iran*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pakizegi, B. 1978. "Legal and Social Positions of Iranian Women," in L. Beck and N. Keddie eds., *Women in the Muslim World*, pp. 216-226.
- Paydarfar, A. A. and R. Moini. 1995. "Modernization Process and Fertility Change in Pre-and Post Islamic Revolution of Iran: A Cross-Provincial Analysis, 1966-1986", *Population Reserch and Political Review* 14, pp. 71-90.
- Pliskin, K. L. 1987. *Silent Boundaries: Cultural Constraints on Sickness and Diagnosis of Iranians in Israel*. New Haven: Yale University Press.
- Rastegar, A. 1995. "Health Policy and Medical Education," in R. Saeed and B. Sohrab eds., *Iran after the Revolution: Crisis of an Islamic State*, London : I.B. Tauris, pp. 218-228.
- Razavi, S. 1993. "Women, Work and Power in the Rafsanjan Basin of Iran," in H. Afshar ed., pp. *Women in the Middle East: Perceptions, Realities, and Struggles for Liberation*. 117-136.
- Reverby, S. M. 1987. *Orderd to care: The dilemma of American Nursing, 1850-1945*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.
- Ronaghy, H. A. et al. 1974. "Is the Chinese "Barefoot Doctor" Exportable to Rural Iran?," *Lancet* 29(1), pp. 1331-1333.
- . 1976. "The Front Line Health Worker: Selection, Training and Performance," *American Journal of Public Health* 66, pp. 273-277.
- Ronaghy, H. A. and K. Nasr. 1970. "Medical Problems of Developing Nations: An Attempt to Bring Medical Care to Rural Communities in Iran," *British Medical Journal* 1, pp. 295-296.
- Rūhānī, M., and F. Noghānī. eds. 1997 (1376). *Ahkām-e Pezeshkī*, Tehrān: Mo'assese-ye Enteshārāt-e Teimūrzādeh .
- Salsali, M. 1999. "Nursing and Nursing Education in Iran," *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31(2), pp. 190-191.
- Sargent, C. F. and T. M. Johnson 1996. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method, Revised Edition*. Connecticut: Preager.
- Sāzmān-e Behzīstī-ye Keshvar. 1997 (1376) *Majmū'e-ye Qavānīn va Moqarrarāt-e Behzīstī*, Sāzmān-e Behzīstī-ye Keshvar.
- . 2000 (1379). *Gozāresh-e Āmārī: Fa'āliyat hā-ye Sāzmān-e Behzīstī-ye Keshvar sāl-e 1979*.Tehrān: Sāzmān-e Behzīstī-ye Keshvar.
- Schirazi, A. 1997. *The Constitution of Iran: Politics and the State in the Islamic Republic*, tr. J. O'Kane. London & New York: I.B. Tauris.
- Sereshki, Marzieh. 1990 (1369). *Negāreshī-ye Ejmālī: beh Sāzmān-e Behzīstī*. Tehrān: Dāneshgāh-e 'Olūm-e Behzīstī va Tavānbakhsī.
- Shadpour, K. 1993. "Health Information system as an Integrated part of PHC networks in Iran," *A Report for Interrerational Consultation on the Strengthening of Comprehensive Health Care System in Districts*, Bandung.

- . 1994. *The PHC experience in Iran: The council for Expansion of PHC Networks*, Tehran: Ministry of Health and Medical Education and UNICEF.
- . 1997. "Primary Health Care Networks in Iran: The Key to Acheiving a Great Deal at a Small Expençe," *A Report for the Work Shop on Partnerships in Communication: An Earth Times Dialogue*, Dhaka.
- Shadpour, K. and Pilehroudi, S. 1992. "Challenging the Rural Hospital," *A Report for Consultative Meeting on Integrating of Basic Surgery into Primary Health Care*, Irbid.
- Somjee, G. 1993. "Social Change in the Nursing Profession in India," in P. Holden and J. Littlewood eds., *Anthropology and Nursing*, pp. 31-55.
- Syed, A. Z. 1986. "The Role of WHO in Support of HFA/2000," (*National Seminar on " Role of Public Health Schools and Community Medicine Department of Medical Schools in Support of National Strategy for HFA/2000=1380 HS"*), Tehran.
- Tabari, A. and N. Yeganeh. 1982. *In the Shadow of Islam: The Women's Movement in Iran*. London: Zed Press.
- Tabātabāī, Nīrī. 1990 (1369). *Namāz Sar louhe-ye 'ebādat*, (not written): Eqbāl.
- Tājibakhsh, Hasan. 2000 (1379). *Tārīkh-e Bīmārestān hā-ye Īrān: Az Āghāz tā 'Asr-e Hāzer*. Tehrān: Pajūheshgāh-e 'Olūm-e Ensānī va Motāle'āt-e Farhangī.
- Taleb, Mahdi. 1988 (1367). *Tāmīn-e Ejtemā'ī*. Mashhad: Āstān-e Qods.
- Tarāb, Tāhere Ashk. 1990 (1369). *Tārīkh va Tahavvolāt-e Parastārī dar Īrān va Jahān*. Tehrān: Enteshārāt-e Dānesh-kade- ye Parastārī va Māmā'ī Dāneshgāh-e Shāhīd Beheshtī.
- Tavakkolī, Javād Bazzāz. ed. 1989 (1377). *Majmū'e-ye Maqālāt-e Avvalīn Kongere-ye Sarāsārī: Entebāq-e Omūr-e Pezeshkī bā Mavāzīn-e Shar'-e Moqaddas*, jeld 1-3. Tehrān: Mo'assese-ye Enteshārāt-e Teimūrzādeh.
- Vatandoust, G. 1985. "The Status of Iranian Women During the Pahlavi Regime," in A. Fathi ed., *Women and the Family in Iran*, pp. 107-130.
- Wensinck, A. J. 1993. s.v. "Nadjis," *EP*, VII. 870, Leiden: E. J.Brill.
- Wicks, D. 1998. *Nurses and Doctors at Work: Rethinking Professional Boundaries*. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Woods, A. B. 1991. "Nurse-Midwifery in Rural Pakistan," *Journal of Nurse-Midwifery* 36(4), pp. 249-252.
- Young, A. 1981. "When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists," *Culture, Medicine and Phychiatry* 5, 317-335.
- Zonis, M. 1971. *The Political Elite of Iran*. Princeton: Princeton University Press.