

第4部

保助看法の変遷と 看護行政のトピックス

1

保健師 60年のあゆみ

三育学院大学教授
名原 壽子

1. 保健師助産師看護師法前史— 保健師の誕生と保健婦規則制定

1) 近代化の中で予防的看護が必要となる^{1) 2)}

近代化を急ぐ明治政府の国策の第一は、富国強兵政策であり、殖産興業政策であった。当時発展していた紡績業では、農村の貧しい家庭から集められた少女たちが劣悪な労働環境のもとで過酷な労働を強いられ、女工の肺結核が多発し若い命を奪った。

また一方、日清戦争で感染帰還した兵士によってトラホームが蔓延し、当時就学率を上げたい小学校長にとって学童のトラホーム対策は緊急の課題であった³⁾。また、戦争を前提とする植民地政策では、軍事力の強化のため国民皆兵主義としたので、兵士の供給源である青少年の結核と乳児死亡は重要な国家問題であった。

大正9年（1920）、結核死亡率は人口千対223.7とピークに達し、結核のための健康相談所が各地に開設された。このような中で保健婦の制度のない時代、看護婦や産婆の有資格者が工場や、学校、警察（当時衛生行政は警察の所轄）、健康相談所に雇われて保健指導に従事することになり、保健婦の前身が誕生した。また、地域の人々の要望に基づいて、あるいは先見性のある人々の要請で、全国津々浦々で、いろいろなかたちで誕生した。

2) 保健婦の誕生—国策によりつくられた保健婦

「保健婦」の名称が公的に用いられたのは、大正5年（1916）内務省に設置された保健衛生調査会の答申に基づいて地方長官宛に出された衛生局長通知「小児保健所の設置に関する件」（昭和元年（1926））であった。世界的に高率を示す乳児死亡率（大正7年出生千対

189.7) を下げるための方策としての「小児保健所計画」の中に乳幼児の訪問活動をする専門職名として初めて保健婦の名称が用いられた。

わが国最初の小児保健所は、大阪乳幼児保護協会によって発足し、採用された保健婦は日本女子大学社会事業学部卒の本多ちゑなどであった⁴⁾。

保健婦が公的な身分で働く職種として位置づけられたのは昭和12年(1937)に制定された「保健所法」による。翌年の国民健康保険法制定により国民健康保険事業が普及し、この事業の目的のひとつに保健婦の設置が盛り込まれていたため、保健婦数は増加していった。

「保健婦規制」が制定されたのは昭和16年(1941)7月10日で、第2次世界大戦の開始された年で、出発早々戦時体制に組み込まれ、翌年には、戦争に対する医療関係者のあり方に関して特に定められた国民医療法の改正に伴い医師と並んで医療関係者として位置づけられ有事に備えられた⁵⁾。

昭和15年(1940)全国社会保健婦大会が開催され、翌年の第2回全国保健婦大会(大会名から社会が除かれた)では、保健婦の身分法制定について論議されたが、保健婦規則制定に大きく影響したのは、第2回大会直前の昭和16年(1941)1月閣議決定された「人口

政策確立要綱」であった。当時の保健婦業務は、人口政策確立要綱に基づき人口の増強・死亡減少の目標のもと、結核対策として排菌者を含めた結核の帰郷患者の家庭療養指導、「産めよ殖やせよ」のスローガンの達成や乳児死亡減少をめざす母子保健活動に重点が置かれた。このため、昭和19年(1944)、各都道府県の中央保健所に保健婦養成所を設置(国庫補助3分の1を交付)し、保健婦試験を年2回実施するなど、保健婦の需要を充たすための努力が行われた。

保健婦規則には、保健婦とは「保健婦の名称を使用して疾病予防の指導、母性又は乳幼児の保健衛生指導、傷病者の療養補導その他日常生活上必要なる保健衛生指導の業務を為す者で、年齢18歳以上の女子で地方長官の免許を受けたるものに限る」と規定された⁶⁾。

昭和19年(1944)3月14日「保健所網整備要領」で保健所を中核とする保健指導網を整備強化し、国民の保健指導を徹底するために昭和19年度に官公営各種保健指導施設を保健所に統合して(同年5月13日「各種保健指導施設ノ統合整備ニ関スル件」)、保健指導網の官制化をはかり、各種保健指導施設がすべて保健所に統合された(健康相談所から595か所)⁷⁾。このあたりから、社会事業的な保健婦から官制の保健婦活動への大きな転換があった。

2. 昭和20年代—GHQによる公衆衛生の幕開け

1) 保健所業務の飛躍的充実へ

太平洋戦争の終結によるアメリカの占領政策に基づいて、戦時体制下の保健・医療制度の抜本的な改革が占領軍の強権のもとに推進され、駐留軍兵士の安全が第一義的ではあったが、GHQ(アメリカ軍総司令部)は次々に

覚書を発し、戦後の公衆衛生活動は飛躍的に前進した。

想像を絶する食糧難のうえに、外地からの引き揚げ者や軍人の帰国などで発疹チフス、痘そう、コレラなどの外来伝染病が大流行した中で、昭和22年(1947)、保健所法が全面

改正され、公衆衛生は新時代を迎えた。公衆衛生の第一線機関として当時、GHQと日本政府が保健所に向けた期待は「保健所法案」提案理由と「保健所運営指針」にもりこまれている⁸⁾ (資料1)。

保健所は、国民の極度に悪化した衛生状態を改善するために、環境衛生、公共医療事業、衛生試験、検査などの業務が加わり、結核、性病など疾病の治療も行い、戦前とは比較にならないほどのスタッフを揃えて、公衆衛生専門技術機関として再出発した。

全国各地にモデル保健所が設置され、所長をはじめ保健婦の再教育が盛んに行われた。「看護は科学であり、技術であり専門職である」のスローガンのもとに保健婦は、中央講習会、伝達講習会を通して専門職看護への意欲を燃やしたと当時の人は語っている。

昭和21年(1946)、日本国憲法が公布され、憲法第25条で生存権と国の義務が定められた。施行の翌年3月、新潟県の保健婦部長が、NHKラジオ放送で「新憲法25条と保健婦の使命」と題して、県民の健康の担い手として保健福祉公衆衛生の最尖端で働く保健婦の存在を県民に訴えたと記されている⁹⁾が、憲法25条は今も保健婦の活動理念である。

2) 看護制度改革と保健婦業務の充実、開拓保健婦の誕生

GHQのオルト看護課長は、看護の一本化に向けて強力に看護制度の改革と指導に乗り出したが、保健婦助産婦看護婦の資格を一本にする「保健師法案」は幻に終わり(担当していたGHQナース、ミス・コリンズが「リンゴとバナナとミカンと同じ果物だが一つのものではない」と言ったことで)、昭和23年(1948)7月23日保健婦助産婦看護婦法の制定となった¹⁰⁾。

厚生省に看護課の設置、都道府県に看護課または係を設置することが指示され(46都道府県のうち44に新設)、地方自治体のなかで看護に関する事務の所轄が明らかにされ、看護行政が確立された。

保助看別組織であった職能団体も看護力の結集をめざして日本看護協会の設立となった。初代会長は、日本保健婦協会初代会長の保健婦、井上なつゑであった。

オルト看護課長は、保健婦の業務調査などの結果「べからず事項」(この頃、GHQの命令は至上命令であった。「ひとつ 保健婦は、お茶くみをするベカラズ。ひとつ 保健婦は、掃除をするベカラズ。ひとつ 保健婦は、レントゲンを扱うベカラズ。」)を示し、保健婦が本来の公衆衛生看護活動に専念できるよう配慮したことで、保健婦の業務は飛躍的に充実した。

戦後のベビーブームの陰で増加する人工妊

資料1 占領下のGHQと政府が保健所に向けた期待

その1: 昭和22年(1947)5月「保健所法案」提案理由(国会で政府当局)

「公衆衛生の向上並びに増進をはかることは、新憲法第25条によりまして、社会福祉及び社会保障の向上並びに増進をはかることともに、国の基本的義務とされた次第でありまして、これなくしては平和的文化国家の建設は、とうてい望みがたいと言わなければなりません。保健所は現在すでに全国に675箇所設置せられ、公衆衛生の第一線の実施機関となっておりますが、新憲法の趣旨に副うためには、さらに中央及び地方の機構を整備するとともに、直接に国民に接触する保健所の拡充強化をはからなければなりません(中略)。ここに新憲法に即応する保健所法案を提出いたした次第でございます」

その2: 昭和23年(1948)7月「保健所運営指針」

「此の衛生行政の組織が最上部から最末端部分迄完全に組織化され適当な訓練をうけた何千人もの人員を備えた暁には、世界のいかなる国家にも劣らぬ優秀な公衆衛生行政組織を持つに至るであろうことを確信して止まない」

娠中絶から母体を守るために、保健婦は受胎調節の指導に助産婦とともに日夜奮闘した。

海外からの引揚者や帰還兵の増加は戦後の食糧難に拍車をかけ、開拓は国の国策として重要な課題となり、戦争終結直後の昭和20年(1945)11月「緊急開拓事業実施要綱」が閣議決定され、「入植者文化厚生施設補助要項」(1947.9.6附開局大1423号)によって、農林省の管轄で開拓保健婦の制度が実施された¹¹⁾。僻地や無医村や無医地区に属する開拓地で、保健婦は医師法違反すれすれの医療行為を行わざるを得ない状況の中で、開拓農民の健康の担い手として全国の開拓地で活躍した。

3) 保健所保健婦駐在制度

GHQは、全国の主要県庁・ブロックに看護指導者を配置したが、四国軍政部のワータワースは、昭和23年(1948)11月香川県琴平モデル保健所発足時に、保健所活動が管内のすべての住民に公平に行き渡り、さらに、地区の末端まで保健婦活動が浸透するようにという考えのもとで保健婦駐在制度を開始した。

まず最初の香川県に次いで、引き続き高知県に保健所保健婦の市町村駐在を実施し、昭和25年(1950)1月沖縄に赴任し、翌年沖縄県の保健所がスタートすると同時に沖縄県の保健婦駐在制の実施を指導している。(香川県は、本来町村自体が保健婦を持つのが良策で、財政的に出来ないときの一時的代行という考えに立

つものだったので、それなりの成果をあげたとして、昭和38年(1963)に駐在性を廃止した¹²⁾。

高知県と沖縄県は、地域保健法の施行まで駐在制を継続させた。特に離島の多い沖縄県は本土復帰後も沖縄県の特異性に合わせて持続し、長い占領下の法律「公衆衛生看護婦助産婦看護婦法」にちなんで「公看さん」と親しまれていた。

地理的条件から市町村が独自に保健婦を採用できない場合は、恵まれない地域の人々の健康管理に県が責任をもって保健婦が確保できる駐在性のおかげで無保健婦地域がないという成果をあげている。“この体制は、わが国の保健所網のあるべきモデル型のひとつであり、保健婦に思いっきり仕事をしてもらうために全国の都道府県が採用すべきだということを中心に望んでやまない”と保健婦雑誌の特集「高知・駐在制をめぐって」¹³⁾で順天堂大学の山本幹夫教授は述べているが、その後のあゆみは保健所の統廃合や再編成で保健所数も保健所保健婦数も減少し、国や自治体の責任の取り方は後退している。

昭和24年(1949)「保健婦業務の指導指針について」(2局長3課長通知)で、保健婦の業務指導を保健所長の責任とする方針が樹立し、引き続いて保健婦事業の強化刷新の施策が出され、保健婦の業務指導は保健所婦長が一元化的に行うことを定め、同時に国保保健婦を衛生部と併任にする策がとられた。

3. 昭和30年代—生活と健康を蝕んだ高度経済成長¹⁴⁾

1) 経済成長のなかでの地域社会の崩壊

昭和25年(1950)の朝鮮動乱を契機として、わが国の経済活動は世界史上まれにみる経済成長期にあった。昭和27年(1952)の講和条約発効後、占領政策から解放された自前の路

線を歩き始め、“戦後は終わった”という声が出始めたのは昭和30年(1955)ごろである。安全保障条約をめぐる反対闘争など社会は騒然としているなかで、池田内閣の所得倍増計画がうち出され、日本は確実に経済成長の波に

乗った。

この経済成長は、科学技術の革新に裏づけられ産業構造の変革によってもたらされたが、その結果として労働人口の異常な流動を促し、農村の過疎を生み出した。労働人口に対する第一次産業人口比は、昭和30年（1955）当時40%が、昭和40年（1965）には25%に減少し、出稼ぎによる地域社会の崩壊が話題となり、祖父母と母ちゃんによる三ちゃん農業と言われ始めたのもこのころである。

昭和37年（1962）の「児童福祉白書」は、すでに地域社会の崩壊、家庭の崩壊について、「地域社会」は子供を育てる力を失い、学校は「教」はあれども「育」はなし、日本の子供は有史以来の危機に会っていると、子供の側から警告している。このような背景の中で昭和44年（1969）国民生活審議会（自治省）が打ち出した「コミュニティ生活の場における人間性の回復」というスローガンのもと、各地でコミュニティづくりが話題になった。

2) 保健所の曲がり角

戦後の当時としては、高水準の機械設備を有し、予防のみならず、結核や性病に関しては治療を行う総合的な保健衛生行政機関として発展していった保健所も、昭和28年（1953）以降の地方財政の窮迫を背景に保健所職員の減員、昭和31年（1956）の地方自治法の改正によって、都道府県衛生部が14県で廃止された。厚生省看護課も廃止され、医務局医事課に包括された。やがて7年後に復活したが、占領政策で輝かしい発展をした公衆衛生行政は大きく後退した。

昭和30年代の保健所^{たそがれ}黄昏論は、このような背景で論議された。行政管理庁の勧告にも指摘された保健婦の家庭訪問延べ件数は、昭和28年（1953）をピークに激減し、保健婦雑誌上に「保健所に保健婦は要らない？」という

石垣純二の問題提起がなされ、座談会や反論も寄せられ、結核中心の検診に追われる活動へのあり方への批判が高まったのもこの頃である。

これらの問題が組織的に取り上げられたのは、昭和32年（1957）4月行政管理庁次長名で厚生事務次官あてに「保健所に関連する公衆衛生行政監察結果」の勧告であった。総合的指導、縦割り予算の総合・簡素化、保健所職員配置・設備脆弱の整備、保健所本来の業務が阻まれて結核予防・保健婦の家庭訪問指導・衛生教育が不振など、6項目の勧告文が示された。

同年12月厚生事務次官の回答として、家族計画指導事業の段階的市町村への委譲の検討、保健所が行っている治療の廃止などを盛り込んだ、保健所再編成の方向が示された。従来の人口を基礎としたA,B,C級の規格基準の保健所に変えて、型別保健所の大綱が示され（昭和35年（1960）9月、公衆衛生局長通知「保健所の運営について」）、地域の特殊性に応じて都市型、農山漁村型、都市農村型、へき地型、支所型の5型に分類され、へき地保健所では、保健婦の駐在制や移動保健所活動を取入れることになった。モデル保健所の機構4課17係も、昭和36年（1961）以降各県の行政機構の合理化、簡素化によってさまざまな形となっていった。

3) 保健所保健婦と市町村・国保保健婦の連携と身分の一本化問題

保健所保健婦と市町村・国保保健婦の連携の問題はことに活発に議論され、当時の保健所課長聖成稔（高知駐在制施行時県衛生部長）は、保健婦は保健所活動の生命線であり、少ない保健所保健婦と一体となって市町村・国保保健婦が保健指導業務に従事するには、警察官のように身分も命令系統もひとつになる形を保健婦に適用すれば、公衆衛生活動は飛

躍的に向上するという論を示した。身分の一本化問題は、昭和23年（1948）の看護協会総会以来、保健所への身分一本化と、おかれた場所での身分の確立とが論議され、保健所運営研究協議会中間報告（昭和39年（1964）6月）では、次のように示されている。[保健婦活動：地域保健婦活動を能率的に実施するために、地域の保健婦の活動が一本化されなければならない。この一本化は、保健婦の所属を同一にすると否とにかかわらず、保健所長の指示指導によってその活動が統一化される必要がある。]

4) 共同保健計画— 2局長4課長通知

保健所が公衆衛生の第一線機関として活発な活動を続けていたころ弱体であった市町村が、昭和30年代になると市町村合併によって行政力の向上がみられるようになり、保険者でもある市町村長の最大関心事のひとつは、国保の財政であった。国民皆保険も目前であった。保健所は公衆衛生行政を担い、市町村は市町村の衛生行政と国保の保健施設活動を行うというそれぞれ異なった目的をもつ活動をして、住民の健康を守ることで共通の目標をもつ両者が同じ土俵で、共同して地区の問題解決にあたることが必要となった。縦割り行政の、縦割り補助金を横に使う発想で、住民にいちばん身近な所が中心になって計画をたてて仕事をしていくことが必要という考えで編み出されたものが、共同保健計画であった。

昭和30年（1955）ころの厚生省では、公衆衛生、保健、社会福祉、医療の各局が一堂に会して討議を重ねるといった背景のなかから、保険局国保課の大坂多恵子、医療課の松浦十

四郎、松井宣子、公衆衛生局保健所課の橋本道夫、医務局医事課の小林富美栄という人材を得て、2局長4課長通知は出された。

この通知で保健婦の指導体系は、衛生部と民生部に再び二元化された。（戦前、保健所保健婦は衛生部の直接の指導下であり、一方国保保健婦の業務指導は国保連合会に「保健指導員」をおいて行われたので指導体系は二元化されていたが、戦後、国保の保健施設と衛生行政の一体的な運営を強化することになり、指導体系は一元化されていた）。市町村保健婦の配置基準（人口3,500人に一人）も示され、活動の対象は地区の事情等に応じて被保険者以外の住民をも含めるとした。

市町村独自のそれぞれの状況に合った問題把握という視点がはっきり出され、国保の診療報酬明細書による医療統計を活動の基礎資料にして地域のニーズにマッチした活動が進められることになった。このころから「地域のニーズ」「地区診断」という概念が、研修会を通じて普及していった。縦割り行政のなかでは新規軸の政策であったが、一部を除いて実行があらなかった理由として、保健所の指導力不足に加えて、窮迫している市町村財政への措置がなかったことが指摘されている。しかし優れた指導者¹⁵⁾のいた愛媛県では、広見町の共同保健計画¹⁶⁾など成果をあげている。すべての地域での発展はみなかったとはいえ、地区診断に基づく共同保健計画の精神は、昭和53年（1978）の健康づくり施策、昭和57年（1982）の老人保健法のなかに生き続け、保健・福祉・医療の連携と統合の考え方の源流となっている。

4. 昭和40年代 — あらゆる分野へのサービス提供へ

1) 公害問題と取り組む

昭和30年代末から水俣病問題が起こり、40年代にかけては公害問題の激化と、新潟水俣病、イタイイタイ病、カネミライスオイル中毒、森永ヒ素ミルク中毒後遺症、宮崎県土呂久の亜比酸中毒など悲惨な公害病が浮きぼりにされた。昭和42年（1967）の公害対策基本法をはじめとして公害関係法があいついで制定され、昭和45年（1970）は公害問題国際シンポジウムの東京宣言、公害対策本部の設定など「公害元年」ともいわれた。東京で光化学スモッグが問題になり、翌年に環境庁が発足、昭和49年（1974）には国立公害研究所も発足し、国も公害問題と本格的に取り組む始め、同年公害健康被害補償法が施行された。

公害問題に加えて交通事故の多発、労働災害の大型化、有害食品、欠陥商品の続出などを契機に、国民の安全に対する要求と豊かな自然環境への欲求が急速に高まり、公害被災者の提訴や住民運動が各地で盛り上がりを見せた時代でもあった。こうした背景の中で一部¹⁷⁾ではあったが、水俣病や京都日吉町の吉田幸永保健婦のマンガン中毒の取り組みや、森永ヒ素ミルクの後遺症児の「14年目の訪問」に取り組んだ大阪の保健婦の活動、さらに四日市公害に取り組んだ保健所保健婦の活動などがあった。この時期、その他の地域でも保健婦は住民の健康を守る立場から住民とともに公害や労働からくる健康問題と取り組んで、潜在ニーズを顕在化し行政に反映させる活動が見られた。

2) 老人問題と取り組む

この時期はまた、寝たきり老人やいわゆる難病問題が社会の注目を集めるようになり、国は政策転換を強く迫られることになった。

昭和38年（1963）「老人福祉法」が制定され、全国に先がけて岩手県沢内村で実施されていた老人医療費の無料化を、昭和45年（1970）東京都も実施にふみきり、国も昭和47年（1972）老人福祉法の改正によって、全国の70歳以上の老人医療費の無料化が実現した。

昭和48年（1973）2月、経済社会基本計画（高福祉・高負担）が閣議決定され、厚生行政の重点を絞り、厚生省予算は前年度比31.0%の伸びを示し、国の一般会計予算総額の伸び率24.6%を大幅に上まわり、昭和48年（1973）は「福祉元年」とよばれた。しかし、同年秋に突発した石油危機で保健福祉対策は後退する。やがて老人の生命を守る予算は削られ、昭和57年（1982）の老人保健法の制定とともに老人医療費の無料化は消えた。

これより以前、すでに在宅寝たきり老人の問題は、働かねば食べていけない苛酷な生活条件にあった開拓部落で最も早く出合うようになる。カビのはえた布団やゴザに糞尿にまみれながら身を小さくして寝ついている老人の姿が、聖路加の実習地、清里地区の学生の実習報告として記されているのが昭和33年（1958）である。昭和34年（1959）北海道の開拓部落、勇知でも安全のための家族の配慮として布団ごとしばられて、「俺いつ死ぬるんだべか」と手を合わせる孤独な老人の姿が、大西若稲保健婦の手で綴られている¹⁸⁾。

老人福祉法が制定され65歳以上を対象とする老人健診が始められた昭和38年（1963）頃から、未受診者の家庭訪問を通じて、寝たきり老人の悲惨な生活実態が保健婦を動かし始めた。先駆的な活動として、昭和38年（1963）全戸訪問で実態把握をして、寝たきり起こしのための在宅リハビリ活動を工夫した香川県の山地ウメノ保健婦の取り組み^{19) 20)}は、全国

の保健婦の注目を集めた。県および国保連合会の計画による病院臨床実習を活かして在宅療養者の看護を直接行い生きる喜びと誇りをもって明るい療養を続けられることを目指した活動は、当時としては画期的なことであった。

3) 進む保健所再編成

昭和40年代半ばは、東大医学部に端を発した大学紛争の騒然とした時代を迎え、従来の医療、医学教育、医療研究などについての根源的な問いかけとさまざまな社会的告発がみられる時期であった。

昭和43年(1968)年には、基幹保健所構想が示され保健所業務の集中化・能率化が目ざされた。次に、地域保健活動のあり方に直接関係するものとして、昭和47年(1972)7月、厚生大臣の諮問機関である保健所問題懇談会の基調報告が出され、対人保健サービスは市町村に移していく考え方が示された。これを契機に保健所改革の問題が具体的に進行し始める。保健サービス能力が乏しい市町村が大半であった時代から、市町村合併で力をつけてきた市町村、急激な都市化、保健ニーズの多様化と高度化、交通通信手段の進歩などの変化に伴い、保健所の管轄区域の広域化が求められるようになったこと、また一方では、対人保健サービスは、より身近な所で求めたいとする住民要求などが、保健所改革の背景となっている。

さらに、地域保健サービスの地域的階層的分化を指向する案の背景には、自治省による広域市町村圏の設定(昭和53～昭和58年度間に329圏域設定)、および建設省による地方生活圏の設定(同上期間に163圏域設定)などによる地方行政の広域化と計画化の進行があるとされている。昭和40年代、保健婦は看護協会保健婦部会とともに保健所再編成問題と

積極的にとりくんだ。この経過は、日本看護協会保健婦部会編『保健所再編成問題資料集』(1974)に詳述されている。

4) 精神障害者への家庭訪問、並びに難病の在宅ケア

昭和40年(1965)の精神衛生法改正によって、保健婦の精神障害者への家庭訪問件数は急増した。精神の取り組みは、地域によっては法改正以前から地道に訪問活動が行われており、高知県では昭和26年(1951)から、宮城県では昭和32年(1957)から患者を人間らしく回復させていく家族ぐるみ、地域ぐるみの看護技術が問われる活動として取り組み、保健所・市町村の連携、あるいは学校保健とも連携する幅広い活動がされていた。また群馬大学の江熊要一助教授の指導に基づく「生活臨床」の考え方は、精神障害者を支える方法論として全国的に広がった^{21) 22)}。結核患者への家庭訪問は減少し、成人病関係で未受診者、未治療者の事後指導のための家庭訪問が増え、寝たきり老人の訪問活動も行われるようになった。

昭和42年(1967)当時集団的に発生したスモン患者の取り組みに端を発して、川村佐和子保健婦の尽力で昭和49年(1974)「在宅医療」活動が開始された。難病の在宅ケアが保健婦の重要な仕事となっていったのは昭和53年(1978)からである。

5) 開拓保健婦の終焉と事業所の衛生管理体制に保健婦の活用

昭和45年(1970)、農業における開拓問題は終わったとする農林省の政策に連動して開拓保健婦は保健所に吸収された。(開拓者から“山の女神”と敬慕されその訪れを待たれた開拓保健婦は法律的な呼称でもなく、国の政策で誕生した職種でありながら、身分保障も明らかでなく、

公務員として異色の存在であったが、昭和44年(1969)10月「旧制度開拓による入植者に対する振興対策の今後の取り扱いについて」という農林省事務次官依命通達が出され、さらに、農林省農地局長からの細部の通知によって、昭和45年(1970)農林省所管から厚生省に移管された。

昭和47年(1972)に労働安全衛生法が制定され、「衛生管理者としての保健婦の活用について」労働省労働衛生課長の通達が出、事業所の衛生管理体制に保健婦の活用を図ることが示された。

5. 昭和50年代60年代 — 保健・医療・福祉の統合化

1) 僻地医療対策

昭和50年度から、へき地医療特別対策事業の一環として、人口規模200人以上の無医地区に住宅部門を併設した保健指導所を設置し、保健婦を駐在させ、保健医療の機会に恵まれない住民の保健指導に国庫補助することになった。管内保健所保健婦が起用されるが、市町村との相互協力のもとに推進され、医療機関の協力と連携体制の配慮が求められた。

2) 国民健康づくり対策

昭和53年(1978)の国民健康づくり対策は、生涯を通じての健康づくりのために各種検診の強化と、「自分の健康は自分で守り、作る」を基本に、地域にねざした健康づくりが進められた。これは、WHOのアルマ・アタ宣言(プライマリヘルスケアの提唱)と時を同じくするものであった。健康づくり対策の一環として市町村保健センターの設置が促され、婦人の健康づくり対策も示され、食生活改善普及員制度も創設された。同年、全住民の健康づくりをめざすことで、国保保健婦は市町村保健婦に身分移管され一本化された。

昭和61年(1986)WHOは「2000年までにすべての人々に健康を」(HFA)を実施する戦略としてヘルスプロモーション(すべての政策に健康の概念を)を提唱した(オタワ憲章)。わが国では、昭和63年(1988)「ふるさ

と21健康長寿のまち構想」(厚生省「高齢者が健康で安心して暮らせるまちづくり懇談会」報告書)が出され、健康を核にした政策にもとづく健康なまちづくりが課題となった。

3) 老人保健対策

(1) 老人保健法の制定

昭和57年(1982)、老人保健法が制定され、40歳以上の全住民を対象とした老人保健事業を市町村で実施することになり、各地域で法に基づく保健婦の増員があった。保健婦は、痴呆性老人対策や積極的な健康づくりへと活動が広がり、健康まつりなどのイベントが催されるようになった。しかし、一方では保健所は行政改革の対象となり、昭和59年度には人件費、旅費などの個別積み上げによる保健所運営費補助金制度が人口・面積に基づく交付金制度に替った。

(2) 保健・福祉・医療サービスの総合的推進

国際的にも例を見ないスピードで高齢化が進み、モデルのない超高齢社会に対応するための対策として保健・福祉・医療の総合的推進を図ることが打ち出された。すなわち、高齢者の増大と多様化するニーズに対応して最も適切なサービスが提供できるよう高齢者に関する保健・福祉・医療の各サービスが総合的に推進されるシステムを整備することになり、厚生省は昭和62年(1987)6月、3局長(健

康政策局、保健医療局、社会局) 通知「高齢者サービス総合調整推進会議及び高齢者サービス調整チーム設置運営要綱」を出した。

これにより、各都道府県・指定都市に「高齢者サービス総合調整推進会議」を、各市町村に「高齢者サービス調整チーム」を設置することになった。保健所の「サービス調整推進会議」は、市町村における高齢者サービス調整推進を支援することを目的に、保健・福祉・医療の連携体制が整えられた。さらに、同年7月健康政策局長通知「保健所活動強化対策の推進について」で、保健所の医師、保健婦等の技術職員が大学等の技術協力を得ながら公衆衛生に関する調査研究等を実施する途が開かれ、一方、「保健所保健・福祉サービス調整推進事業実施要綱」が示され、保健所管内の在宅療養者のうち処遇困難事例について、保健福祉サービス調整会議を開き関係者の連携強化を図ることで、保健婦の訪問活動を効率的に推進できるようになった。会議が単なる処遇に終らず真に機能するには、問題や障害を持つ人が、地域社会における一個人として生活を享受する権利を持つことを認め、その人なりの暮らし方を作っていける援助を見出す努力が保健婦に求められている。

4) 母子保健と感染症対策

昭和52年(1977)から1歳6か月児健診を市町村で実施することになった。

昭和62年(1987)1月に日本初のエイズ患者が確認されたのをきっかけに、“エイズ”に対して保健所では匿名のエイズ検査や相談が行われるようになった。結核・感染症に関するサーベイランス事業も開始され、高度情報化社会における情報提供システムの1つとして保健所にもコンピュータが設置された。

福祉の分野では、昭和58年(1983)9月、国保の保健施設事業として、「ヘルスパイオニアタウン事業」が、住民の健康づくりの一層の充実を図る目的で、ひとりひとりの健康に加えて、住民全体の健康水準の向上を意図して国保と公衆衛生の行政が一体となって行うことが示された。

5) 政策の転換点

地域看護や保健を取り巻く背景として、高齢化、生活環境問題の多様化、情報化・国際化など、あり方全般の見直しの必要性が高まり、かつての結核対策に見られるような保健活動の原型である医療活動と福祉活動の統合が、次第に分化した活動になっていくなかで再び、保健・福祉・医療の統合が求められるようになった。

保健・地域看護の分野では、「地域保健将来構想検討会」が発足し、保健所のあり方を中心とした将来像について検討をはじめ、医療の分野では、厚生省に設置された国民医療総合対策本部の中間報告が出され、在宅ケアの遅れが指摘された。一方、福祉の分野では、やがて広がる在宅ケアのマンパワー不足に備えて介護福祉士法が制定された。さらに、老人保健法の改正で、老人保健施設の設置、第2次国民健康づくり10か年計画を「アクティブ80ヘルスプラン」と命名し、健康運動士の養成にも着手した。

昭和62年(1987)の「3局長通知」と「国民医療総合対策本部中間報告」と「地域保健将来構想報告書」(地域保健将来構想検討会1989(平成元年)の3つは、保健・医療・福祉の連携と在宅ケアの推進に大きなはずみをつけたトライアングルといえる。

6. 平成時代

1) 平成元年の「地域保健将来構想報告書」に基づく事業

「地域保健将来構想報告書」を受けて厚生省は翌平成2年度予算で様々の新規事業を企画し、地域保健の将来的発展を意図した。地域保健医療計画の作成・推進、保健医療情報システムの整備と総合相談窓口の設置、健康づくりや個別保健・疾病対策の推進としての健康運動の機材の貸与及び講習会、3歳児の視聴覚検査、小児肥満予防教室、等が加わった。さらに、在宅医療の推進として、「在宅医療環境整備に関する検討会」の報告をふまえ、在宅医療機器利用モデル事業等が実施された。

加えて、主婦等を対象とした保健福祉教室の開催は、核家族化や地域の連携の希薄化の中で、主婦を中心に在宅看護、母子保健、健康づくりについて研修を実施し、家庭の健康管理を支援し、地域における保健福祉の拠点としての保健所の活動として位置づけ、保健婦の活躍が期待された。

2) 在宅ケアの推進 — 在宅ケアの基盤整備と訪問看護制度

「国民医療総合対策本部中間報告」で、在宅ケアの遅れを指摘された厚生省は、昭和63年(1988)、訪問看護等在宅ケアモデル事業を全国11か所で実施し、平成2年(1990)には6か所を追加した。一方、昭和63年(1988)に行われた社会保険診療報酬の改定で、在宅訪問看護指導科、各種在宅医療の指導管理料が認められたが、引き続き平成2年(1990)には、訪問看護点数・回数の増加が認められ、当初認めていなかった准看護婦にも訪問看護の点数化の道が開かれて、開業医等地域における訪問看護の推進が図られた。老人医療における退院前後の訪問指導料も認められ、診

療報酬で在宅医療の方向づけがなされた。

老人保健法の改正により、平成4年(1992)4月1日、老人訪問看護制度がスタートし、看護職者が直接管理者となり、訪問看護ステーションを開業できる道が開かれた。即ち、年来の宿願であった看護職の開業権が法的に初めて認められたのである。設置主体は、看護協会を初め、地方自治体、医療法人、社会福祉法人、地域医師会等で、厚生大臣の認定基準に基づく都道府県知事の指定をうけて開設できる平成6年(1994)10月の健康保険法の改正で、老人以外の訪問が可能な指定訪問看護事業も認められ、大半の訪問看護ステーションは、老人保健法と健康保険法の両方の指定を受けている。

3) 少子高齢対策

(1) ゴールドプランからゴールドプラン21へ

後期高齢者の増加と要介護老人の増加に対処するために、平成2年(1990)に「高齢者保健福祉推進10か年戦略」(ゴールドプラン)が出され、在宅介護支援センターを全市町村に設置することや寝たきりゼロ作戦として細かい指針が出された。平成7年(1995)8月、ゴールドプランを全面的に見直し、「新ゴールドプラン」を発表し、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービス・デイケアの拡充をめざし、さらに、平成12年(2000)「ゴールドプラン21(ヤングオールド作戦)」が策定された。

(2) 介護保険制度—2000年から施行

人口の高齢化は先進諸国共通の現象であるが、高齢化の速度が著しく速い日本では、35年後には高齢化率30%前後が予想され、高齢社会の最大の問題である「介護」を社会全体で支えていくための新しい仕組みをつくる必

要性から生まれたのが介護保険制度である。介護問題を福祉で取り組む北欧型ではなく、保険で取り組むドイツ型を見習っている。医療と看護と福祉とが一元化される中、今後、看護職に、保健・医療・福祉の連携から一歩進んだ統合への道づくりに、更に豊かな福祉への改革へ向けての貢献が求められている。

(3) 少子社会の子育て支援—エンゼルプランから

晩婚化、夫婦の出生力の低下など日本の将来推計人口では、今後も少子化の進行が予測され、国家の最重要課題として子育て支援対策に着手した。平成6年(1994)緊急保育対策等5か年計画(エンゼルプラン)を策定し、さらに、核家族化、社会連帯意識の希薄化による地域の養育機能の低下など、子どもや家庭を取り巻く環境が著しく変化している状況の中で、平成9年(1997)10月、母子保健対策として初めて子どもの心の問題にとりくみ、「子どもの心の健康づくり対策事業」を始めた。今までも、保健婦は、子育て支援に努力してきたが、今後ますます、子育てを共感し合える仲間づくりをめざした話し合い中心の育児教室や子育て支援ネットワークづくりが求められている。

(4) 男女共同参画型社会

平成10年(1998)7月、総理大臣指名で発足した「少子化への対応を考える有識者会議」のまとめ「夢ある家庭づくりや子育てができる社会を築くために」では、地域での子育てに重点をおいた、男女共同参画型社会を築くことを提言している。

4) 障害者プラン

老人施策にゴールドプラン、児童施策にエンゼルプランがあるように障害者施策にも同様のプラン策定を求める声が強まり、平成7年(1995)12月「障害者プラン(ノーマライゼーション7か年戦略)」が策定された。

これは、平成5年(1993)制定の障害者基本法に基づく「障害者対策に関する新長期計画(平成5年度～14年度までの10か年)」の具体化重点施策実施計画として、新長期計画の最終年次にあわせた7か年計画である。

5) 精神障害者の支援のひろがり

昭和63年(1988)の精神保健法によって、精神障害者の社会復帰を援助するための相談・指導やデイケア、共同作業所づくりが積極的に行われるようになったが、精神障害者に対する福祉法の制定は当事者や家族の長年の要望であった。平成5年(1993)12月障害者基本法が成立し、施策の対象となる障害者の範囲に、精神障害者が明確に位置づけられ、これを契機に、平成7年(1995)「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(略称精神保健福祉法)が成立した。(精神障害者に対しては保健医療対策の枠組みの中で施策が行われており、昭和45年(1970)制定の「心身障害者対策基本法」においても医療を必要とする精神障害者は対象外とされていた。)

平成10年(1998)公衆衛生審議会精神保健部会の精神保健福祉法に関する専門委員会報告書では、地域に密着した精神保健福祉対策の充実のためにケアマネージメントや施設等の利用の斡旋・調整、さらに手帳交付や公費負担申請等も、今後は市町村の役割としていくべきと施策推進体制整備を提言した。

6) 地域保健の見直し—保健所法改正

地域保健対策の基本的な在り方について地域保健将来構想検討会報告書以来課題となっていた地域保健の見直しが平成5年(1993)にスタートした。同年1月19日、公衆衛生審議会総合部会に、地域保健の総合的な見直しを行うための「地域保健基本問題研究会」が設置され、同年7月5日、地域保健基本問題研

究会報告「地域保健対策の基本的な在り方について」が出された。報告書を受けた公衆衛生審議会の答申を得て法案作成が行われ、平成6年（1994）「地域保健法」が制定された。

戦後GHQ覚え書「保健所機構拡充・強化に関する件」に基づいて改正された「保健所法」は、昭和47年（1972）保健所問題懇談会基調報告、昭和53年（1978）市町村保健センターの設置、平成元年（1989）地域保健将来構想報告書を経て、地域保健法に改正され、平成9年（1997）全面施行となった。制定時に、法第4条に基づき地域保健対策が円滑にかつ総合的に推進されるよう、厚生大臣は基本指針を策定した。

7) 新たな時代を迎える感染症対策

無意味な隔離で人権侵害を続けることになったライ予防法（明治30年（1897））は平成8年（1996）廃止され、伝染病予防法（明治30年（1897））は平成10年（1998）「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」として新しくよみがえり、性病予防法（昭和23年（1948））、エイズ予防法（昭和63年（1988））も新感染症法に統合され、廃止された。

感染症の新しい法律は、前文に「ハンセン病、エイズ患者に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を受けとめ、これを教訓として今後に生かすことが必要である」と、過去の反省を明記しており、過去における社会防衛中心の政策から感染症予防と患者等の人権尊重との両立を基盤とする新しい感染症対策への転換を意図している。

平成19年（2007）長年親しんできた結核予防法も廃止され、新感染症法に統合された。撲滅に近づいたかにみえた結核も、病院・施設の集団感染や医療関係者の発病率の高率化、

多剤耐性結核、高齢者の結核等新たな課題をかかえ、結核緊急事態宣言（平成11年（1999）7月）も出され、11年度予算から高齢者の予防内服がもりこまれ、さらに、新たな結核対策として、DOTS（直接監視下短期治療）の推進がはかられ、保健婦の結核保健指導は今後も手がぬけない状況である。

平成2年（1990）から社会問題化した病原性大腸菌O-157事件、SARS、新型インフルエンザにみられるように、人類と感染症の戦いは尽きず、今後も未知の感染症を含め、対策における保健婦への期待は大きい。

8) 「健康日本21」計画と生活習慣病対策

少子高齢化の進行、要介護高齢者の増加、生活習慣病の増加、医療費の増大等を背景に、基本理念として、健康寿命（健康で暮らせる期日）を長くするために、生活の質を向上させる目的で、健康増進疾病対策の対象領域を決め、平成22年（2010）までに達成すべき数値目標を具体的に示した。

平成8年（1996）、公衆衛生審議会成人病難病対策部会の意見書「生活習慣に着目した疾病対策の基本方向について」で、従来の成人病に代えて新しい疾病概念として《生活習慣病》という呼称が提言された。（1970年代から聖路加国際病院の日野原重明氏が提唱していたもの）。

今回の計画は、生活習慣病の一次予防を重視し、昭和53年（1978）の国民健康づくり対策以来、第3次計画・健康日本21として進めてきた健康づくりをより実効あるものとし、健康習慣を身につけるための日本人に合った健康モデルを出していく極めて大がかりな計画である。

7. 厚生行政における保健師指導部門の位置づけと活動

1) 保健指導室の誕生と所属の変遷（保健指導室長から保健指導官へ）

昭和53年（1978）4月、国民の健康づくり推進事業の実施に伴い、国保保健婦が市町村保健婦に一本化された際、保健婦の指導部門の厚生省における所属も保険局国民健康保険課から公衆衛生局地域保健課（その後健康政策局計画課）へ移管され、その際、保健婦業務を専門に主管する「保健指導室」が誕生した。

保健婦に関する行政を司る厚生省健康政策局計画課の保健指導室が政策決定に関与するポストに昇格することが年来の課題となっていたが、平成6年（1994）、省令職に昇格し、保健指導官となり、保健指導室長を併任することになった。保健婦に関連する厚生行政部門の各種事業の調整機能や保健婦の研修の体系化など保健婦に関する国の行政の充実が任されている。

平成10年（1998）厚生省の機構改革により、保健指導室は健康政策局から離れ、保健医療局地域保健・健康増進栄養課に所属することになった。さらに、国の機構改革により、平成13年（2001）1月より厚生省は厚生労働省となり、保健指導室は、厚生労働省健康局総

務課の所属となっている。（資料2）

2) わが国初めての保健指導官通知“保健婦の保健活動指針”

平成10年（1998）4月10日、保健活動の充実強化の指針として厚生省保健医療局長通知「地域における保健婦及び保健士の保健活動について」（健医地発第653号）が出されたが、当時の平野かよ子保健指導官名で出された“保健婦の保健活動指針”は、わが国初めての指導官通知であり、“保健婦の保健婦による通知”として画期的であった²³⁾。

保健活動の指針を市町村・都道府県保健所・政令市・特別区などの活動領域別にそれぞれの領域で活動する根拠と方向性を具体的に、かつ明確に示し、地域における保健活動の充実・強化が期待された（昭和53年（1978）の公衆衛生局地域保健課長通知「市町村における保健婦活動について」は廃止）。

平成15年（2003）10月10日、「地域における保健師の保健活動について」（健発第1010003号厚生労働省健康局長通知）及び「地域における保健師の保健活動指針について」（厚生労働省健康局総務課保健指導官事務連

資料2 保健師の行政指導体制と保健指導室長の変遷

昭和53年4月1日	厚生省公衆衛生局 地域保健課	保健指導室長	大坂多恵子
昭和56年12月4日	同上	保健指導室長	湯沢布矢子
昭和59年7月1日	厚生省健康政策局 計画課	保健指導室長	湯沢布矢子
平成3年6月	同上	保健指導室長	久常節子
平成5年7月	同上	保健指導室長	田村やよひ
平成5年10月	同上	保健指導室長	平野かよ子
平成6年	同上	保健指導室長・保健指導官	平野かよ子
平成9年7月1日	厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課	保健指導室長・保健指導官	平野かよ子
平成11年7月	同上	保健指導室長・保健指導官	野村陽子
平成13年1月6日	厚生労働省健康局 総務課	保健指導室長・保健指導官	野村陽子
平成18年9月	同上	保健指導室長・保健指導官	勝又浜子

絡)が出され、平成10年の「保健婦の活動指針」は改正された。

これは健康増進法の制定、介護保険制度の発足、次世代育成支援対策の推進措置、精神障害者の保健福祉の充実、障害者福祉対策に支援費制度の導入などにより、少子・高齢者対策及び障害者対策において、保健、医療及び福祉等の連携及び協働がより重要となってきたこと、さらに、地方分権の推進により、地域の健康課題を主体的に捉えた地域保健活動の展開が重要となり、地域保健対策の主要な担い手である保健師の保健活動の変容が求められたことによる。

これまでの、住民に対する直接的な保健サービスの提供及び保健、医療、福祉等のサービスの総合的な調整に重点を置いた活動に加え、保健活動を効果的に展開するため、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価を行うとともに、保健活動を医療、福祉との連携及び協働の下に実施するために総合的な健康施策に積極的に関わる方針が示された。

3) 保健師補助金から一般財源化への推移と保健師確保対策

(1) 補助金の推移²⁴⁾

昭和21年(1946)、国保保健婦の件費を補助する国庫補助制度が創設された。一般会計で市町村保健婦を雇うよりも、補助金が出る特別会計の国保で保健婦を雇うほうが有利であることから、市町村の住民全体を対象に、働きは市町村保健婦として、身分は国保でという市町村が多かった。(大きい市町村や政令市の一部では衛生と国保の両方に保健婦がいて、被保険者のみを対象に働く純粋な「国保保健婦」も存在した。)

昭和53年(1978)、市町村すべての住民を対象とする健康づくり事業では、国保の被保険者も対象となることから、国保保健婦の市

町村保健婦一本化に伴い、「保健婦補助金」は「市町村保健婦補助金」となった。昭和60年(1985)には、昭和57年(1982)の臨調の第3次答申「人件費補助金は原則3年以内に一般財源化を図る」を受け、「市町村保健活動費交付金」に移行した。平成6年(1994)度から交付金の一般財源化を図り、市町村自らが弾力的に保健婦を増員できるようにした。人件費については、一般財源化に伴い保健婦活動に必要な研修事業費、中小町村の基盤整備に必要な予算の増額を図り、先駆的保健活動交流推進事業及び研修等の実施を日本看護協会へ委託することになった。

(2) 保健師確保対策(地方交付税措置)

平成13年度から平成16年度の4カ年計画で、市町村保健師については、介護予防事業、母子保健事業等で、1,282人の増員が図られた。また、都道府県保健師については、精神保健福祉事業等で73人の増員が図られた。平成17年度から平成18年度は、健康フロンティア戦略、児童虐待予防、精神保健福祉対策、平成19年度は、医療制度改革に伴う生活習慣病対策、自殺予防対策等で増員を要求したが認められず平成16年度と同数の措置となる。

平成20年度は、医療制度改革に伴い平成20年(2008)4月に義務化された特定健診・保健指導の体制整備に向けて、市町村保健師・管理栄養士の件費として総務省に要求した結果、約1,400人の保健師等の増員が図られた。

(3) 望まれる看護行政の発展

補助金や交付金、保健師確保対策も保健指導室の重要な役割で、時代のニーズにあわせて拡大する業務とその時代の要求に応えるべく人員要求がなされ、人員削減の趨勢の中でも行政担当者の地道な努力と研究活動の後押しも加わって、保健師の増員が実現している。

保健師の指導部門以外に看護課を始めとして、厚生行政の多様な各部門に、看護専門官

が活躍している。今後さらに、人の生老病死にかかわるあらゆる行政の政策決定の場に多

くの看護職がポストを得て横の連携をはかり健康を守るための看護行政の発展が望まれる。

8. 21世紀に向けての政策のあゆみとニーズに対応した保健師活動の確立

保健師の活動は戦前から戦後一貫して行政施策の流れと直結している。保健師確保対策の推移を見ると、保健師活動は、時代の推移と共にその対象も内容も拡大の一途をたどっている。

市町村保健師については、老人保健対策の充実、母子保健事業の市町村移管、介護予防事業、精神保健福祉事業、老人保健事業、母子保健事業（児童虐待予防対策を含む）の推進、保健所保健師については、精神保健福祉事業、母子保健事業、エイズ対策事業推進、健康フロンティア戦略（健康づくり、介護予防）の推進、医療制度改革に伴う生活習慣病対策の充実、児童虐待予防対策の実施、自殺予防対策など精神保健福祉対策の実施など、時代のニーズに合わせて拡大する業務と取り組んでいる。

WHOは昭和61年（1986）、HFA（すべての人々に健康を）のスローガンを実現するための新しい公衆衛生活動としてヘルスプロモーションを提唱した（オタワ憲章）。すべての政策が健康を核に住居・環境を含む総合的な健康施策であることが望まれている。ヘルスプロモーションの理念と目標はそのまま保健師活動の理念と目標となるものである。

平成12年（2000）、21世紀へ向けての新政策は6つスタートしている。1つは地域保健法（平成6年（1994）成立、平成9年（1997）4月全面施行）にもとづく「基本指針」の改正であり、2つは老人保健法の「保健事業第4次計画」、3つは健康づくり政策の第3次計画「健

康日本21」、4つは高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略が「ゴールドプラン21」に、5つは新たな法律「介護保険法」で、6つはエンゼルプランが「健やか親子21」に、以上6つである。

平成15年（2003）から更に新たにスタートしたのは、地域保健法にもとづく「基本指針」改正であり、保健活動指針の改正である。そして健康づくり政策の健康日本21運動は「健康増進法」（2002.8.2公布・2003.5.1施行）となり、エンゼルプランから始まった健やか親子21運動は「次世代育成支援対策推進法」（2003.7.16公布・施行）となった。平成16年（2004）6月4日、少子化社会対策大綱が閣議決定され、健やか親子21は「子ども・子育てプラン」として4つの重点課題を掲げ、「子どもが健康に育つ社会」「子どもを生み育てることに喜びを感じることのできる社会」への転換が期待されており保健師の果たす役割は大きい。

一方、平成17年（2005）から生活習慣病対策にメタボリックシンドロームの概念が導入され、医療費適正化対策を意図した医療費制度改革に伴い、平成20年から義務化された特定健診・特定保健指導においても一次予防を主眼とする生活習慣病予防対策の担い手として保健師は期待されている。

平成21年度から産業界を巻き込み“健やか生活習慣”の普及定着を目指す国民運動「健やか生活習慣国民運動」が開始される。ポピュレーションアプローチとしての保健師の一次予防への期待が、ハイリスクアプローチの活動と共にさらに期待されている。

地球温暖化、オゾン層破壊、海洋汚染など、今や人間の生活のありようそのものが、地球環境を壊し、健康をおびやかしている。今後、地球にやさしい暮らしの工夫と健康づくりに、国民のすべてがとりくんでいけるような、健康学習支援も、これからの保健婦に期待されている。

註（平成13年法改正により保健師に名称変更しているが、文中歴史用語として保健婦を用いた。但し、7、8の項で保健師も使用。）

〈引用・参考文献〉

- 1) 名原壽子（2008）：日本における「保健師」誕生のプロセスと意義、p.170-176、保健の科学、50（3）。
- 2) 名原壽子（2007）：第2章保健師活動の歴史、日本看護協会監修：新版保健師業務要覧、p.32、日本看護協会出版会。
- 3) 坂本玄子（1993）：養護教諭の歴史、厚生省健康政策局計画課監修：ふみしめて五十年、p.360、日本公衆衛生協会。
- 4) 高橋政子（1984）：写真でみる日本近代看護の歴史、p.106-107、p.144、医学書院。
- 5) 金子光（1993）：保健婦の身分保障、p.32。
- 6) 名原壽子（1993）：戦時体制下の保健婦活動、p.28-29。
- 7) 阿部克己他編（1983）：続公衆衛生の発達、p.575-580、日本公衆衛生協会。
- 8) 全国保健所問題研究交流会実行委員会編（1982）：第5回全国保健所問題研究交流集会まとめ集 問われる保健所の総合的力量—総務課廃止の意味するものは何か—、p.31、自治体問題研究所。
- 9) 新潟県燈々会（1982）：保健婦を中心とした看護組織年表、新潟県保健婦事業開拓のあゆみ、p.131、新潟県燈々会。
- 10) 金子光（1994）：看護の灯高くかかげ一金子光回顧録、p.95-97、医学書院。
- 11) 坪田静子（1993）：嗚呼！開拓保健婦、p.228。
- 12) 名原壽子（1993）：駐在制の今昔—保健所保健婦の活動形態、p.302-305。
- 13) 山本幹夫（1969）：高知県の保健婦制度について、保健婦雑誌、25（9）、p.10-14。
- 14) 名原壽子（1993）：共同保健計画 誕生前から健康づくり政策まで、p.42-44。
- 15) 稲葉峯雄（1973）：草の根に生きる—愛媛の農村からの報告—、p.53-118、岩波新書。
- 16) 新田則之（1979）：広見町（愛媛県）における共同保健計画、保健婦雑誌、35（9）、p.10-35。
- 17) 松尾禮子他、吉田幸永（1993）：森永ひ素ミルク中毒、働く条件とじん肺、p.192-20、206-207。
- 18) 大西若稲（1985）：開拓農民のなかへ—保健婦として生きた昭和史を綴る 勇知ふたたびその1、看護、34（2）p.70-71、日本看護協会出版会。
- 19) 山地ウメノ他（1966）：牟礼町における病臥患者の看護状況について、生活教育、10（1）、p.9-16。
- 20) 山地ウメノ他（1970）：保健婦室のリハビリテーション訓練（その後の牟礼町 口絵参照）、地域保健、S45-12、p.62-65。
- 21) 西本多美江（1983）：ほんとに保健婦、p.99-165、日本看護協会出版会。
- 22) 中沢正夫（1992）：からつ風村の健康戦争—保健婦・西本多美江の体当たり半生記、p.104-195、情報センター出版局。
- 23) 平野かよ子（1998）：地域の健康問題の施策への反映を期待、速報 保健婦の保健婦による通知、公衆衛生情報、1998（5）。
- 24) 名原壽子（2003）：写真で見る保健婦活動の歴史、保健婦雑誌、59（8）、p.761。

2

助産師の 60年のあゆみ

日本助産師会副会長
岡本 喜代子

はじめに

分娩は人類が誕生から、今後も人類が存続する限り続いていく生理現象である。そしてその生理現象は、時として一瞬にして母子の生命にかかわる危険な状況をもたらす可能性を秘めた出来事である。また、正常に経過しても、常に陣痛という苦しみに伴い、女性にとっては、いつの世にも生命がけの一大仕事であった。

この女性にとって一大仕事である分娩も、古来日本においては「神に対して汚穢なもの、忌むべきもの、人の前に語り継ぐことのできないものといふ……」考えから「産屋」という隔離された場所で、1人で行われていた。だが、いつしか近所の経験のある老婆らが見舞い、世話をやくようになり、徳川時代末期（1800年）頃には、半職業化してきた。

そして、現在の助産師職に繋がる本格的職業化の開始は、明治時代に入ってからである。

現在、助産師は母子保健の担い手の一員として、分娩期のケアだけでなく、女性のライフサイクルの中で、思春期から更年期・老年期までの広い範囲のケアに従事している。現実的には産科・小児科医師不足および助産師不足にまつわる様々な課題を抱えている。また母子を中心としたケアをより充実させるための援助のあり方といったサービスの質の確保の面でも、勤務先が病院施設が中心という枠の中で様々な問題をかかえている。

そこで、現在の助産師活動の本格的発展がもたらされた明治時代にまでさかのぼり、助産師関係の法律を中心に紹介する。また、その中でも、最も重要な法律である保健婦助産婦看護婦法〔昭和23年（1948）制定、平成14年（2002）に保健師助産師看護師法に改称、以後、保助看護法という〕の制定は、助産師の制度の歴史上、非常に大きな出来事であった。

1 助産師にとっての保助看法の評価

助産師の発展という観点からみると、保助看法の歴史的評価は二分する。

すなわち、基礎に看護を持ってきたことが発展であるという考え方と、実質上業務拡大がなされていないことや教育施設・有資格教員資格等の教育条件が強化されたため、教育機関が大阪府等地域によっては1/10と極端に減少した。このことが、現在のマンパワー減少につながったことが、発展につながっていないという見解である。

また、この60年間に、助産師の業務範囲や業務内容は、時代の変遷と共に様々な変化があった。上記の2つの評価をふまえながら、保助看法以降の助産師の活動の変遷およびその関連法規を中心に、その歩みを振り返ってみたい。

まず、保助看法制定以前の助産師に関わる法律と活動の概要をみていく。

2 保助看法制定以前の法律と助産師活動

《A 法律》

1. 太政官布告

江戸時代から「産婆」という名称で職業化していたが、明治元年（1868）当時一般的に行われていた間引き・墮胎・売薬に産婆が携わることを禁じた太政官布告が発布された。

2. 医制

明治7年（1874）に、「医制」¹⁾（資料1）の中に産婆に関する条項が規定され、資格・教育等今後の方針が明らかにされた。第50～52条に産婆に関する規定がある。これにより、産婆は免許制になり、また産科医との区別が明確にされた。すなわち、医師の指示に従うべきことと、薬剤および産科器械の使用の禁止が規定された。年齢条件が40歳以上となっていることは、当時の産婆には老婆が多かったことを物語っている（実質的には、そのまま実施には至らず、実際には、各地方の取り締まり規則に委ねられていた）。

3. 産婆規則

歴史的にも最も画期的な法律は、明治32年

（1899）に全国的に統一的な規則として出された産婆規則²⁾（資料2）である。同時に、それに付随して産婆試験規則³⁾（資料3）、産婆名簿登録規則⁴⁾（資料4）が制定された。

産婆規則により、今まで、全国各県でバラバラに実施されていた助産師制度そのものが、全国で統一された意義は大きい。明治45年（1912）には、私立産婆学校産婆講習所指定規則が制定された。

これらの法整備に至る前段階として、ドイツに留学した緒方正清、浜田玄達らがドイツの進んだ助産婦制度や助産婦教育を学んできて、それらをわが国に導入しようとした先達の努力に負う活動があった。浜田玄達は明治21年（1888）にドイツから帰国し、明治23年（1890）5月に政府に新しい産婆教育を大学において実施すべきという「建白書」⁵⁾（資料5）を提出した。

4. 幻の助産師法（案）

昭和6年（1931）頃から昭和13年（1938）頃に、産婆と医師の業務分担を明確にし、産婆の業務を拡大していこうとする動向があっ

た。

日本産婆会は昭和12年(1937)に「産婆法案」⁶⁾ (資料6) を、同年日本助産医学会は「助産師法案」⁷⁾ (資料7) を各々議員立法として、提案されたが、数次にわたって衆議院を通過しながら成立せず、幻の法案として消えていった。

助産師法案第十一条には、「助産師ニシテ命令ノ定ムル所ニ依リ特別ノ講習ヲ受ケ地方長官ノ認定ヲ得タル者ハ救急ノ手当トシテ助産ニ必要ナル皮下注射(強心剤、止血剤、陣痛促進剤ノ注射)側方切開術及初生児仮死蘇生剤注射ヲ施スコトヲ得」とあり、講習を受けるという条件付ではあるが、救急薬剤の使用、会陰切開を認めるという画期的なものであった。それから72年後の現在の平成21年(2009)も実現されておらず、緊急時に備えた業務拡大はこれからの助産師にとっても大きな課題である。

5. 助産婦規則

昭和22年(1947)には、その名称が「産婆規則」から助産婦規則に改正されたが、内容的な変更はなかった。

戦後は、GHQの指導の下に、わが国のあらゆる分野の民主化が進行した。医療保健や看護もその例外ではなく、GHQの指導の下に、整備されていった。保健師、助産師、看護師の制度もこういった状況下で検討された。

当時のアメリカ合衆国には、助産師は職業化しておらず、GHQの日本の産婆への理解も低く、助産師資格の不要論さえあった。昭和21年(1946)末には、保助看の資格を統合し、一つの「保健師」という資格に統合するいわゆる「保健師法案」⁸⁾ (資料8) が出されたが、時期尚早と判断され、結局昭和23年(1948)に保助看法が制定されることになった。

また、同年11月には、GHQの指導の下、現

在の日本看護協会の前身「日本産婆看護婦保健婦協会」が設立された。

6. 産婆から助産婦、助産師への名称の変更

1) 産婆の名称の由来

「産婆」という名称は、昭和22年(1947)の産婆規則の改正までずっと使用されてきた名称である。その由来は中国より伝えられたもので、わが国での最初の記録は文化6年(1809)頃書かれた賀川有斎の「産術論」に見られる。その後、文政8年(1825)の阪本宗文著「産科捷経策」、明治3年(1870)浅田栗園著「産科集成」にその名が見られる。

しかし、産婆という名称が唯一のものではなく、このほか、収生婆、座婆、婆子、接生婆、生婆、穩婆、看産、ことり等々、さまざまな名称で呼ばれていた。明治期の法律に関する文書等には「産婆」のほか「穩婆」を用いているものが多い。

2) 産婆から助産婦へ

法的に初めて助産婦の名称が使用されたのは、昭和17年(1942)の国民医療法であった。

しかし、すでに明治時代中頃から、緒方正清、高橋辰五郎、大正期に入っては竹森啓祐らによって積極的に使用されていた。

緒方正清は、明治44年(1911)ドイツの万国衛生博覧会で行った講演「日本産婆制度論」の中で次のように述べている⁹⁾。『予は明治二十五年の頃産婆なる旧名の不当なることを唱へ、新に助産婦なる命名の適当なる事を主張し、多数同僚者の賛成する所となり。殊に台湾総督府及び朝鮮総督府に於ては、府令に助産婦なる名称を用いたり。』

また緒方正清の弟子の高橋辰五郎も助産婦の名称使用に力を注ぎ、進んで、その普及に努めた。明治30年(1897)に著した「傍訓産

婆学読本」の中で『助産婦ノ名ヲ用キ助産婦
学ト名命セン事ヲ欲スルヤ切ナリ』と述べて
いる⁶⁾。彼らの声が50年を経て実現したこと
になる。

昭和22年(1947)には、「産婆規則」が「助
産婦規則」に改められたが内容的な変更はな
かった。

3) 助産師への改称と男性助産士導入問題

平成12年(2000)に、それまで男性助産士
の導入に反対であった日本助産師会が男性助
産士導入に条件付(女性が介助者を選べる条
件を付きで、賛成の方向に転向した旨の意思
表示した。それを受け、第150回臨時国会に「名
称変更」と「男性助産士導入」を盛り込んだ
改正案を議員立法で提出した。その前後、男
性助産士導入問題が専門家間やマスコミで加
熱した論議がなされ、賛否両論があったが、
結果的には時間切れで見送られた。

平成13年(2001)11月には、「名称変更」
に的を絞った改正案が出され、11月30日、参
議院本会議、12月6日、衆議院で可決され、
改正法案が成立し平成14年(2002)3月1日施
行で長年親しまれた助産婦から助産師に名称
変更された。

その際に、次のような付帯決議が付された。

①出産に関するケアを受ける者の意向が尊

重され、それぞれの者にあったサービスの提
供が行われよう、情報提供の促進を含め必要
な環境整備に努めること。

②助産師教育については、学校養成所指定
規則に定める十分な出産介助実習が経験でき
るようにする等、その充実に努めること。

③保健師、助産師、看護師等の看護職員に
ついては、その職責と社会的使命の重大さに
かんがみ、それぞれの職種が果たしている機
能の充実化に向けて、教育環境の改善、人員
等の施策を講ずること。

《B 助産師活動の変遷》

明治時代の助産師の業務は、自宅分娩であ
る。そして、その業務形態は、保助看法制定
の頃まで大きな変化はなかった。

明治時代の助産師活動は旧産婆が数の上で
は主流で、明治20年代から職能団体としての
産婆組合が創設された。明治21年(1888)大阪、
明治33年(1900)新潟、明治39年(1906)東
京に産婆組合が設立された。

村松志保子(東京)、柘植あい(東京)、三
宅コタミ(大阪)らがリーダーとして活躍した。
特に村松志保子は、東洋・西洋の両医学を学
んだ後、助産師(産婆)として活動し、安生
堂産婆学校を設立し、産婆の教育にも携わっ
た。

3 保助看法制定以降

1. 保助看法制定周辺

1) 助産師業務および助産師教育に関して

保助看法は、保助看各々の業務に関しては
従前どおりであるが、今後の看護職種に要求
される将来の方向を勘案し、資質の向上が図
られた。助産師の修業年限は保健師と同様、
甲種看護婦教育終了後1年以上であった。

また、助産師教育に関しては、昭和23年
(1948)に出された「保助看法養成所指定規則」
により規定された。当初教育期間は、1年以上
であったが、昭和25年(1950)の改正により、
看護師教育の中に浸透されるという考え方で、
1年以上から6ヵ月以上に改められた。

この点も時代の変遷と共に、特に近年、大

学における選択制導入の大学が増加し、カリキュラム内容や実習時間の確保が十分ではなく、実践力の低下が問題になってきている。

60年が経過し、分娩監視装置、超音波診断法等近年の著しい産科学等の発達に伴い、6ヵ月以上ではカリキュラム上展開が困難な状況があり、現在改めて日本助産師会、全国助産師教育協議会等関連団体から教育機関を1年以上へとという改正要望が出されている。

2) 助産師業務の変遷

助産師のコアの業務は、妊娠・分娩・産褥・新生児期の助産診断とケアや保健指導である。そして、その助産業務は、保助看法制定直後から昭和30年代から40年代半ばまでは、地域の自宅分娩が主流であった。しかし、昭和45年（1970）以降は、病院等施設分娩が主流になり、現在では、98.8%であり、助産所は自宅分娩を含めて僅か1.2%にすぎない。

GHQのミス・マチソンの指導で、正常妊婦でも最低2回は医師の診察を受けることが推奨された。その影響もあり、助産師の主な業務の正常分娩に医師が関わるようになっていった。現在、正常産においても、会陰切開、血管確保等の医療が日常的に行われるようになった。それと共に施設における勤務助産師の正常産における主体性は、次第に失われていった。

施設分娩への推移と共に安全性の確保は周産期指標上実現したものの、文化としての出産、家族の重要な出来事としての出産は次第に希薄になっていった感がある。

ところがここ数年、産婦人科医師不足が引き金になって、病院において勤務助産師が主体性を取り戻す活動として、助産師外来・院内助産所が普及し始めたことは非常に好ましい動向といえる。国もそのことに対して補助金を出す等支援しており、さらなる拡大が望

まれる。

また、その他の助産師活動においても、母乳育児相談、子育て相談、思春期教育をはじめ、不妊相談、遺伝相談、更年期相談等々、女性のリプロヘルスに関わる一生涯の支援活動へとその業務範囲は拡大してきている。母乳育児相談や思春期教育だけで開業する助産師も出てきた。

2. 医療法—助産所開業に関して

助産所の開業に関しては、保助看法制定と同年の昭和23年（1948）に制定された医療法に、開設の許可、管理、広告、嘱託医師等に関して規定されている。近々では、平成18年度の改正により、安全管理、嘱託医師の産婦人科医師への特化、母子の緊急時の対応可能な嘱託医療機関の確保等の規定が追加された。

しかし、産婦人科医師不足による分娩機関の減少等、あまりにも急激な出産環境の変化により、折角改正され新設された嘱託医療機関制度が既にあまり機能しない状況が起り始めている。助産所も包含した周産期医療ネットワークの整備や、助産所とのオープンシステム、セミオープンシステムの整備が急務である。

3. 母体保護法—受胎調節実地指導員活動

受胎調節実地指導員の資格は、特定の科目を履修した看護職に与えられる資格である。助産師のみに与えられる資格ではないが、避妊指導等の業務内容から看護職の中でも助産師がその資格を取得し、主に開業助産師が指導員として活動していることが多い。

この受胎調節実地指導員の資格に関しては、やはり、保助看法制定と同年の昭和23年（1948）に制定された母体保護法（平成13年（2001）に優性保護法から母体保護法に改正）に規定

されている。

受胎調節実地指導員の認定講習の認定基準は母体保護法施行規則に規定され、より詳細な実施に向けては受胎調節普及実施要領がある。個別指導だけではなく、集団指導の普及も謳われている。

最近では、受胎調節実地指導員の助産師を中心に、小学校・中学校・高校等への出張集団教育へのニーズも拡大し、日本助産師会では、全支部をあげて推進し、年間数千件の実績をあげている。

4. 母子保健法—地域での母子訪問活動の推進

母子保健法は昭和40年(1965)に制定された。母子健康手帳、妊産婦訪問、新生児や未熟児訪問、乳幼児健診、養育医療等母子保健に関する事項を定めている。

開業助産師が主に関わっている新生児訪問事業は、退院後の母子にとって、その後の分娩施設でのフォローとしての1ヵ月健診や地域の保健センターでの3～4ヵ月健診までの間の子育ての不安の解消や子ども虐待防止に役立っている。

平成17年(2005)の改正で、母子保健指導の対象者がパートナーにまで拡大され、主に従来県の保健所事業であった正常な乳幼児の健診が市町村に移管された。

地域において、開業助産師は市町村からの委託を受け新生児訪問、妊産婦訪問、未熟児訪問、乳幼児健診、妊婦教室等の指導に関わっていることが多い。

5. その他の関連法規

1) 児童福祉法

昭和22年(1947)に制定され、第36条に、保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により、入院助産を受けることができない

妊産婦に入所させて、助産を受けさせる助産施設のことが規定されている。

2) 生活保護法

昭和25年(1950)に制定され、第16条に、生活困窮者のために、分娩介助、その前後の処置、必要な衛生材料の扶助が規定されている。また、第35条に、出産扶助の方法が規定されている。

3) 戸籍法

昭和22年(1947)に制定され、第49条に出生届に関する規定がなされている。

4) 刑法

助産師の秘密漏示に関して第134条に、業務上墮胎及び同致死傷に関して第214条に規定されている。

5) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症新法)

平成10年(1998)に制定され、第5条に医師その他の医療関係者は、感染症の予防に努めなければならない旨が規定されている。分娩時の血液や胎盤等を扱う開業助産師にとっても重要な法律である。

6) 個人情報の保護に関する法律

個人情報の保護に関しては、医療関係者にとっても重要な事項であり、病院・診療所はもとより、助産所においてもしっかり対応すべき事項で、基本理念や個人情報の保護に関する施策を実施している。

7) 児童虐待の防止等に関する法律(児童虐待防止法)

平成12年(2000)に制定され、第5条に児童虐待の早期発見や、第13条に児童虐待を受

けた児童等に対する支援等が規定されている。助産師も業務上関わっており、助産師は、特に予防的活動に重点をおいた活動を展開している。

4 まとめ

1. 必要な助産業務の変化と共に求められる法の整備

保助看法の制定から早60年が経過し、看護を取り巻く社会環境は大きな変化をとげてきた。助産師の分野もその例外ではない。

その業務内容も、産科学の進歩と共に、大きく変化してきている。特に医療機器による診断法の分野で進歩が著しい。分娩監視装置、超音波診断機器等である。

助産師の業務範囲は、正常妊産婦および新生児であるが、安全性確保の観点から、医師との役割分担は保助看法に規定している表現では十分ではなく、より詳細なものが要求されるようになった。日本助産師会では、平成16年（2004）に「助産所業務ガイドライン」を作成し、その間隙を補う活動を実施している。平成20年度にはそのガイドラインの見直しを実施し、更に安全性を高める努力をしている。

また、リプロヘルスの対象の拡大に伴い習得すべき知識・技術も拡大してきている。

おわりに

助産師にとって、二分された保助看法の評価は、これからの助産師自身が将来に向かってどのような業務を展開し、社会貢献してい

8) 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（DV防止法）

平成13年（2001）に制定され、被害者の保護に関する事項で、関係機関の連携協力が謳われており、病院や助産所もその関係機関として関わっている。

このような助産師の業務内容の変遷と共に、法の整備も必要であると考ええる。

2. 質の向上のために求められる教育環境の整備

法の整備と共に必要なのは、看護や助産の基礎教育のレベルアップのための教育制度の整備が必要になってくる。

助産師の教育は、教育カリキュラムの内容から大学における看護教育の終了後2年間の修士レベルの大学院で実施すべきであると考ええる。ただし、過渡期においては、早急に、不足しているマンパワー確保の観点からも、大学の選択制から専攻科に移行すべきであろう。

さらに、卒業後の生涯教育の充実も欠かせない。特に、多くの勤務助産師が、施設において自律した業務が展開できるようになるための実践力の強化につながる研修（実地研修も含む）が必要であると考ええる。

くかどうかによって、その真価が定まると考ええる。

今回、戦後60年を経、改めて保助看法を振

り返り、助産師の将来をしっかりと見据え、真に、たいと考える。
社会から求められる自律した専門職をめざし

〈資料1 医制（抄）〉

- 第五十条 産婆ハ四十歳以上ニシテ婦人小児ノ解剖生理及ヒ病理ノ大意ニ通シ所就ノ産科医ヨリ出ス所ノ実験証書産科医ノ眼前ニテ平産十人難産二人ヲ取扱ヒタルモノヲ所持スル者ヲ検シ免状ヲ与フ
（当分）従来営業ノ産婆ハ其履歴ヲ質シテ仮免状ヲ授ク但シ産婆ノ謝料モ第四十一条ニ同シ医制発行後凡十年ノ間ニ産婆営業ヲ請フ者ハ産科医或ハ内外科医ヨリ出ス所ノ実験証書本条ニ同シヲ検シテ免状ヲ授ク若シ一地方ニ於テ産婆ノ業ヲ営ム者ナキトキハ実験証書ヲ所持セサル者ト雖モ医務取締ノ見計ヲ以テ仮免状ヲ授クルコトアルヘシ
- 第五十一条 産婆ハ産科医或ハ内外科医ノ差図ヲ受ルニアラサレハ妄ニ手ヲ下スヘカラス然レトモ事実急迫ニシテ医ヲ請フノ暇ナキトキハ躬ラ之ヲ行フコトアルヘシ但シ産科器械ヲ用フルヲ禁ス且ツ此時ハ第四十九条ノ規則ニ従ヒ其産婆ヨリ医務取締ニ届クヘシ
- 第五十二条 産婆ハ方薬ヲ与フルヲ許サス

（明治7年8月18日 文部省より東京・大阪・京都に通達）

〈資料2 産婆規則〉

- 朕枢密顧問ノ諮詢ヲ経テ産婆規則ヲ裁可シ茲ニ之ヲ公布セシム
御名御璽
明治三十二年七月十八日 内務大臣侯爵西郷従道
勅令第三百四十五号（官報 七月十九日）
産婆規則
- 第一条 産婆試験ニ合格シ年齢満二十歳以上ノ女子ニシテ産婆名簿ニ登録ヲ受ケタル者ニ非サレハ産婆ノ業ヲ営ムコトヲ得ス
- 第二条 産婆試験ハ地方長官之ヲ挙行ス
- 第三条 一箇年以上産婆ノ學術ヲ修業シタル者ニ非サレハ産婆試験ヲ受クルコトヲ得ス
- 第四条 産婆名簿ハ地方長官之ヲ管理ス
産婆名簿ニ登録ヲ受ケントスル者ハ産婆試験合格証書ヲ添ヘ地方長官ニ願出ツヘシ
産婆名簿ノ登録事項ニ異動ヲ生シタルトキハ二十日以内ニ産婆名簿ノ訂正ヲ願出ツヘシ
産婆名簿ノ登録事項ハ内務大臣之ヲ定ム
- 第五条 産婆其ノ住所ヲ移シタル為管轄地方庁ヲ異ニスルトキハ直ニ前ノ管轄地方庁ニ産婆名簿取消ノ登録ヲ願出テ後ノ管轄地方庁ニ産婆名簿ノ登録ヲ願出ツヘシ
前項ノ登録換ヲ為ササル者ハ産婆ノ業務ヲ為スコトヲ得ス
- 第六条 産婆廃業シタルトキハ二十日以内ニ地方長官ニ産婆名簿取消ノ登録ヲ願出ツヘシ
産婆失踪又ハ死亡シタルトキハ戸籍法ニ依ル届出義務者ヨリ二十日以内ニ地方長官ニ産婆名簿取消ノ登録ヲ願出ツヘシ
- 第七条 産婆ハ妊婦産婦褥婦又ハ胎児生児ニ異常アリト認ムルトキハ医師ノ診療ヲ請ハシムヘシ
自ら其ノ処置ヲ為スコトヲ得ス但シ臨時救急ノ手当ハ此ノ限ニ在ラス
- 第八条 産婆ハ妊婦産婦褥婦又ハ胎児生児ニ対シ外科手術ヲ行ヒ産科器械ヲ用テ薬品ヲ投与シ又ハ之ヲ指示ヲ為スコトヲ得ス但シ消毒ヲ行ヒ臍帯ヲ切り灌腸ヲ施スノ類ハ此ノ限ニ在ラス
- 第九条 産婆ハ産婆名簿ニ登録ヲ受ケタル者ニ妊婦産婦褥婦又ハ胎児生児ノ取扱ヲ専任スルコトヲ得ス

- 第十条 産婆ニシテ墮胎ノ罪其ノ他業務ニ関スル罪ハ禁錮以上ノ刑ニ処セラルヘキ罪ヲ犯シタルトキハ地方長官ハ産婆ノ業ヲ禁止シ又ハ一年以内之ヲ停止スルコトヲ得産婆名簿登録前ニ犯シタル罪ニ付テモ亦同シ
- 第十一条 試験ニ関スル規程ニ違背シタル者アルトキハ其ノ試験ヲ無効トスルコトヲ得若シ已ニ登録ヲ受ケタルトキハ其ノ登録ヲ取消コトヲ得
- 第十二条 地方長官ハ産婆ノ業ヲ禁止又ハ停止シタル後本人ノ行状ニ依リ禁止又ハ停止ヲ解除スルコトヲ得
- 第十三条 産婆試験ヲ受ケントスル者又ハ産婆名簿ニ登録ヲ願出ツル者ニシテ実験又ハ登録ノ以前墮胎ノ罪其ノ他業務ニ関スル禁錮以上ノ刑ニ処セラルヘキ罪ヲ犯シタル者又ハ試験ニ関スル規程ニ違背シタル者ナルトキハ試験又ハ登録ヲ許可セサルコトヲ得
- 第十四条 産婆ニシテ三箇年間其ノ業ヲ営マサルトキ又ハ瘋癲白痴不具廢疾ト為リ其ノ業ヲ営ムニ堪ヘスト認ムルトキハ地方長官ハ名簿ノ登録ヲ取消スルコトヲ得
- 第十五条 産婆名簿ノ登録、登録ノ取消、主要ナル登録事項ノ訂正並産婆業務ノ禁止又ハ停止及其ノ解除ハ地方長官之ヲ告示スヘシ
- 第十六条 左ニ掲クル者ハ五十円以下ノ罰金ニ処ス
- 一 産婆名簿ニ登録ヲ受ケスシテ産婆ノ業ヲ為シタル者
 - 二 産婆名簿ノ登録ヲ取消サレタル後産婆ノ業務ヲ為シタル者
 - 三 産婆ノ業ヲ禁止又ハ停止セラレタル後産婆ノ業務ヲ為シタル者
 - 四 第三条ニ関シ虚偽ノ証明又ハ陳述ヲ為シタル者
 - 五 第七条乃至第九条ニ違背シタル者
- 第十七条 第四条第三項第五条第二項及第六条ニ違背シタル者ハ料科ニ処ス
- 附 則
- 第十八条 本令施行以前内務省又ハ地方庁ヨリ産婆ノ免状又ハ鑑札ヲ受ケ現ニ其ノ業ヲ営ム者ハ本令施行後六箇月以内ニ地方長官ニ願出テ産婆名簿ニ登録ヲ受ケルコトヲ得
- 第十九条 地方長官ハ産婆ニ乏シキ地ニ限り当分ノ内出願者ノ履歴ニ依リ業務ノ地域及五箇年以内ノ期限ヲ定メ産婆ノ業ヲ免許スルコトヲ得
- 前項ノ免許ヲ受ケタル者ハ産婆ニ準シ本令ヲ適用シ但シ産婆名簿ニ登録スル限ニ在ラス
- 第二十条 本令ハ明治三十二年十月一日ヨリ之ヲ施行ス

(内閣官報局編：法令全書、明治32年分、原書房)

〈資料3 産婆試験規則〉

○ 内務省令第四十七号

産婆試験規則左ノ通定ム

明治三十二年九月六日

内務大臣侯爵西郷従道

産婆試験規則

第一条 産婆試験願出ノ期日挙行ノ期日及場所ハ長官之ヲ告示ス

第二条 試験科目ハ左ノ如シ

学 説

- 第一 正規妊娠分娩及其ノ取扱法
- 第二 正規産褥ノ経過及褥婦生児ノ看護法
- 第三 異常ノ妊娠分娩及其ノ取扱法
- 第四 妊婦産褥婦生児ノ疾病消毒ノ方法及産婆心得

実 地

第一 実地試験若ハ模型試験

第三条 学説試験ニ合格シタル者ニ非レハ実地試験ヲ受クルコトヲ得ス

第四条 学説試験ニ合格シ実地試験ニ落第シタル者又ハ実地試験ヲ受ケサル者ハ次回以後ノ試験ニ於テ実地試験ノミヲ受クルコトヲ得

第五条 産婆試験ヲ受ケントスル者ハ産婆学校養成所等ノ卒業証書若ハ修業証書又ハ産婆若ハ医師二名ノ証明アル修業履歴書ヲ添ヘ地方長官ニ願出ヘシ但第四条ニ依リ実地試験ノミヲ受ケントスル者ハ学説試験合格ノ証明書ヲ添ヘ願出ヘシ

地方長官前項ノ願出ヲ許可スルトキハ指令ヲ要セス願書ヲ受理シ許可セザルトキハ之ヲ却下ス
第六条 産婆試験ヲ願出ル者ハ収入印紙ヲ以テ試験手数料金一円ヲ納付スヘシ但納付シタル手数料ハ之ヲ還付セス

第四条ニ依リ実地試験ノミヲ願出ル者ト雖モ本条ノ手数料ヲ納付スヘシ

第七条 地方長官ハ学説試験及実地試験ニ合格シタル者ニ合格証書ヲ交付シ学説試験ニ合格シタル者ニハ証明書ヲ交付ス

第八条 地方長官ハ受験人心得其ノ他試験場ノ整理ニ関スル条規ヲ定メ試験場ニ掲示スヘシ当該官吏ハ受験人心得其ノ他前項ノ条規ニ違背シタル者ニ退場ヲ命スルコトヲ得

(内閣官報局編：法令全書、明治32年分、原書房)

〈資料4 産婆名簿登録規則〉

○内務省令第四十八号

産婆名簿登録規則左ノ通定ム

明治三十二年九月六日

内務大臣侯爵西郷従道

産婆名簿登録規則

第一条 産婆名簿ニハ左ノ事項ヲ登録スヘシ

- 一 登録番号年月日
- 二 族籍 (外国人ナルトキハ其国籍)、氏名、年齢、住所
- 三 産婆試験ニ合格シタル地方庁名、其ノ年月日
(産婆規則第十八条ニ依リ登録スルモノハ其ノ旨ヲ記載ス)
- 四 開業地 (住所以外ノ地ニ於テ開業スルモノ又ハ出張所ヲ設クルモノハ之ヲ記載ス)
- 五 業務ニ関スル犯罪、禁錮以上ノ刑ニ該ル犯罪 (其ノ年月日事由)
- 六 産婆業ノ禁止、停止、解除 (其ノ年月日事由)
- 七 名簿取消ノ年月日、事由

第二条 産婆名簿ハ別記様式ニ依リ調整スヘシ

第三条 産婆ノ業ヲ営マントスル者ハ本令第一条第二号第三号第四号ノ事項ヲ明記シテ其ノ住所地ヲ管轄スル地方庁ニ願出テ産婆名簿ニ登録ヲ受クヘシ

第四条 産婆規則第五条第一項ノ場合ニ於テハ前ノ管轄地方庁ハ産婆名簿ノ取消ノ登録ヲ為シ其ノ登録事項ノ謄本ヲ以テ後ノ管轄地方庁ニ其ノ旨ヲ通知スヘシ

後ノ管轄地方庁ハ前ノ管轄地方庁ノ通知ヲ俟タズ本人ノ願出ニ依リ直ニ産婆名簿ニ登録ヲ為スヘシ但必要ト認ムル場合ニ於テハ前ノ管轄地方庁ノ通知ヲ俟テ又ハ之ニ照会ヲ経タル後登録ヲ為スヘシ

第五条 産婆名簿ノ訂正又ハ取消ノ登録ヲ為ストキハ其ノ部分ニ朱線ヲ画シ訂正又ハ取消ノ事由年月日ヲ朱記ス

ヘシ

第六条 産婆名簿ニ登録ヲ受ケタル者臚本手数料金五十銭ヲ納付スルトキハ登録ノ臚本ヲ受クルコトヲ得
臚本手数料ハ収入印紙ヲ以テ納付スヘシ

(内閣官報局編：法令全書、明治32年分、原書房)

〈資料5 浜田玄達の建白書（明治23年5月）〉

(前略) 世に称する旧産婆なるものは姑く措きて問はず、彼の定規の試験を経て斯業に従事する謂ゆる新産婆たるものも、亦真に産床の取扱法を知り、且つこれを実行するもの殆ど之なく、漫に高尚の学理を唱へ、狼に不当の手術を企て、為に胎児を殺し、産婦を危きに陥らしむるもの蓋し尠からず、不肖熟々今の産婆養成法を実施するに、その方針を誤るもの一にして足らず、或は産婆に必要な産事の実地取扱法を授けずして、却て之に無要なる過当高尚の医理を講ずるものあり、或は産科医と産婆の差別を混同し、産婆に教ふるに産科学を以てするものあり(中略) 夫れ常産は天なり、病に非ず、故に医治を要せず、泰西近世の統計に拠るに、医の手術を要すべきものは百人中僅かに五人に過ぎずして、自余の九十五人は自然に経過し了するものなりといふ。

而して其の自然に経過する常産といへども、其の処置一朝宜しきを得ずして、或は為すべき事を為さず、又為すべからざる為さんか、忽ち母児に害を及ぼすものなり、然れども、常産に臨みて其の為すべき処置を為さざる者は、其の害尚ほ未だ大ならずと雖も、若し之れに為すべからざる事を為す時は、常産をして、忽ち変産に陥らしめ、小にしては他日の病原を醸し、中には母児の一を殺し、大にしては其の二を殺すに至る、豈に寒心せざる可けんや、云々。又曰く、夫れ変産は病なり、天に非ざるなり、故に必ず医治を要す、然れども其の常と変を鑑別すること医と良産婆とに非ざれば能はず而して其の変産に臨みて、医治を施すに又一定の時機あり、決して早きに失すべからず、又晩きに失せんか、母児共に危し、故に良医は必ず其の機の至るを待つ、其の機至らんか、実に瞬時も躊躇すべからざるなり、而して其の機を禁ずる事、良医と雖も時に或は難しとす、況んや産婆に於ておや、是故に産婆の業は常産に臨みて応分の処置を為し、能く産婦の挙動に注目し、之れをして危害を招くが如き事物を避けしめ、僅かに異常を認むる時は、其の何たるを問はず、速かに医を迎へ、其の指揮を受くべきものにして、決して変産に与るべきものに非ざるなり。

然るに我邦産婆の多数は則ち然らず、或は常産に臨み、自然の経過を待たずして狼りに為すべからざることを為し、故に母児を危からしめ、或は変産に臨みて、速かに医を迎ふるが如き、宜しく為すべき事を為さず、茫然手を束ねて之れを自然に任せ、胎児既に死し産婆又危きに迫り始めて狼狽医に告ぐるものあり、是れ畢竟、産婆に教ふるに産科の事を云々するが故に、手僅かにその事を知つて、而して尚ほ之れを施する時機を察するに明なく、以て前者の誤を来すなり。之れに教ゆるに専ら理論を以てするが故に、口僅かに其の理を説くことを知つて、而して尚ほ常産を弁ずるの誠なし、是れ後者の不足ある所以なり、是故に産婆養成の法は則ち実地を専らにして、理論を避けて産科的手術等の如きは、努めてこれを教へざるを以て策の得たるものとす。歐洲に於ては皆此の趣意を以て之れを養成するが故に、其の修業の期限の如きも亦た甚だ短かく、多くは四、五月にして其の業を卒へ、長きも一年に満たずして、決して我邦に於けるが如き長時日を要する者にあらざるなり、噫我邦の産婆は今や將に其の弊に陥らんとす。今にして而して之れを救ふの策を講ぜずんば、他日惨禍の益々甚だしきを如何にせん。而して今の時に当り、其の路に当る者は、即ち我大学を措きて他に望む所なし。云々。

(山下猛編：日本助産史、p.32～35、大阪府助産婦会、1951.)

〈資料6 「産婆法案」(大日本産婆会)〉

〈産婆法〉

第一条 産婆トハ助産ヲ業ト為ス者ヲ謂フ

- 第二条 産婆タラントスル者ハ二十歳以上ノ女子ニシテ左ノ資格ヲ有シ内務大臣ノ免許ヲ受クルコトヲ要ス
- 一 内務大臣ノ指定シタル産婆学校又ハ産婆講習所ヲ卒業シタル者
 - 二 産婆試験ニ合格シタル者
 - 三 外国ノ産婆学校ヲ卒業シ又ハ外国ニ於テ産婆免許ヲ受ケタル者ニシテ命令ノ規定ニ該当スル者
 - 四 産婆試験ハ命令ノ定ムル処ニ從ヒ修業年限二箇年以上ノ産婆学校ヲ卒業シ若ハ命令ノ定ムル外国産婆学校ヲ卒業シタル者ニ非ザレバ之ヲ受クルコトヲ得ズ
- 第三条 精神病者、聾者、啞者、又ハ盲者ニ對シテハ産婆ノ免許ヲ為スコトヲ得ズ墮胎ノ罪其他産事ニ関スル罪又ハ禁錮以上ノ刑ニ処セラレタル者ニ對シテハ産婆ノ免許ヲ為サザルコトアルベシ
- 第四条 産婆ハ妊婦、産婦、褥婦又ハ胎兒、生兒ニ異常アリト認ムル時ハ直ニ医師ノ診療ヲ請ハシムベシ自ラ其ノ処置ヲ為スコトヲ得ズ但シ臨時応急ノ処置ハ此ノ限ニ在ラズ
- 第五条 産婆自ラ臨産又ハ検案セズシテ死産証書又ハ死胎検案書ヲ交付スルコトヲ得ズ
- 第六条 産婆ハ何等ノ方法ヲ以テスルヲ問ハズ業務上技能経歴並ニ命令ノ禁ズル広告ヲ為スコトヲ得ズ
- 第七条 産婆ハ産簿ヲ備ヘ十年間之ヲ保存スベシ
- 第八条 産婆ハ勅令ノ定ムル所ニヨリ道府県産婆会ヲ設立スベシ
道府県産婆会ハ日本産婆会ヲ設立スルコトヲ得
産婆ハ土地ノ状況ニヨリ郡市産婆会ヲ設立スルコトヲ得
産婆会ハ産事衛生ノ改良発達ヲ図ルヲ以テ目的トス
前各項ノ外産婆会ニ関シ必要ナル事項ハ命令ヲ以テ之ヲ定ム
- 第九条 産婆第三条第一項ニ該当スル時ハ其免許ヲ取消スベシ
産婆墮胎ノ罪其他業務ニ関スル罪又ハ禁錮以上ノ刑ニ処セラレタルトキハ免許ヲ取消シ又ハ期間ヲ定メテ業務ヲ停止スルコトアルベシ其免許前ニ係ル場合亦同ジ
本条ノ取消処分ヲ受ケタル者ト雖改悛後ノ情顯著ナルトキハ再免許ヲ為スコトヲ得
本条ノ処分ハ内務大臣之ヲ行フ但シ第二項ノ処分及第三項ノ再免許ヲ為ス場合ハ中央衛生会ノ審議ヲ經ルコトヲ要ス
- 第十条 第二条ノ免許ヲ受ケズシテ助産ノ業ヲ為シタル者第四条乃至第七条ノ規定ニ違反シタル者ハ貳百円以下ノ罰金又ハ科料ニ処ス業務停止中ノ産婆ニシテ助産ノ業ヲ為シタル者亦同ジ
- 附 則
- 本法施行ノ期日ハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム
本法施行前産婆名簿ニ登録セラレタル者ハ本法ニ依リ産婆ノ免許ヲ受ケタル者ト見做ス
本法施行前地方長官ヨリ業務ノ地域及期限ヲ定メテ仮ニ産婆ノ業ヲ免許セラレタ者ハ本法施行後ト雖尚其ノ効力ヲ有シ有効期限ハ申請ニヨリ之ヲ更新スルコトヲ得本法施行ノ際従前ノ規定ニヨリ産婆名簿ニ登録ヲ受クル資格ヲ有スル者及本法施行後五年内ニ従前規定ニ依リ産婆名簿ニ登録ヲ受クル資格ヲ得タル者ハ第二条ノ規定ニ拘ラズ産婆ノ免許ヲ受クルコトヲ得

(蒲原宏：新潟県助産婦看護婦保健婦史，p.177～178，新潟県助産婦看護婦保健婦史刊行委員会，1967.)

〈資料7 「助産師法案」(日本助産医学会)〉

〈助産師法〉

- 第一条 助産師タラムトスル者ハ二十歳以上ノ女子ニシテ左ノ資格ヲ有シ助産師名簿ニ登録ヲ受クルコトヲ要ス
- 一 内務大臣ノ指定シタル助産師学校ヲ卒業シタル者
 - 二 助産師試験ニ合格シタル者
 - 三 外国ノ助産師学校ヲ卒業シ又ハ外国ニ於テ助産師免許ヲ得タル者ニシテ内務大臣ノ免許ヲ得タル者

- 第二条 左に掲ぐる者ハ助産師ノ登録ヲ受クルコトヲ得ズ
- 一 六年以上ノ懲役又ハ禁錮以上ノ刑ニ処セラレタル者
 - 二 禁治産者、準禁治産者、聾者、啞者又ハ盲者
- 第三条 助産師試験ハ地方長官之ヲ挙行ス
- 第四条 助産師試験ハ高等女学校卒者又ハ之ト同等以上ノ学力ヲ有スル者ニシテ二箇年以上助産ニ必要ナル学術ヲ修業シタル者ニ非ザレバ之ヲ受クルコトヲ得ズ
- 第五条 地方長官ハ助産師試験ヲ受ケムトスル者又ハ助産師名簿ニ登録ヲ願出ツル者ニシテ試験又ハ登録ノ以前墮胎ノ罪、助産師ノ業務ニ関スル罪其ノ他禁錮以上ノ刑ニ処セラルベキ罪ヲ犯シタル者又ハ試験ニ関スル規程ニ違反シタル者ナルトキハ試験又ハ登録ヲ受ケシメザルコトヲ得
- 助産師試験ノ科目及試験施行ノ方法ハ命令ノ定ムル所ニ依ル
- 第六条 地方長官ハ助産師試験ニ関スル規程ニ違反シタル者アルトキハ其ノ試験ヲ無効トスルコトヲ得、若已ニ登録ヲ受ケタルトキハ其ノ登録ヲ取消スコトヲ得
- 第七条 助産師名簿ハ地方長官之ヲ管理ス
- 助産師名簿ニ登録ヲ受ケムトスル者ハ第一条第一項ノ学校卒業ノ證書、助産師試験合格証書又ハ免許証ヲ添ヘ地方長官ニ願出ツベシ
- 助産師名簿ノ登録事項ハ命令ノ定ムル所ニ依ル
- 助産師名簿ノ登録事項ニ異動ヲ生シタルトキハ二十日以内ニ助産師名簿ノ登録変更ヲ願出ツベシ
- 助産師其ノ住所ヲ移轉シタル為官轄地方庁ヲ異ニスルトキハ直ニ前ノ管轄地方庁ニ助産師名簿取消ノ登録ヲ願出テ後ノ管轄地方庁ニ助産師名簿ノ登録ヲ願出ツベシ
- 前項ノ登録ヲ為サザル者ハ助産師ノ業務ヲ為スコトヲ得ズ
- 第八条 助産師廃業シタルトキハ二十日以内ニ地方長官ニ助産師名簿取消ノ登録ヲ願出ツベシ
- 助産師失踪又ハ死亡シタルトキハ戸籍法ニ依ル届出義務者ヨリ二十日以内ニ地方長官ニ助産師名簿取消ノ登録ヲ願出ツベシ
- 第九条 助産師ハ何等ノ方法ヲ以テスルヲ問ハズ業務上学位、称号ヲ除ク其ノ技術又ハ経歴ニ関スル広告ヲ為スコトヲ得ズ
- 第十条 助産師ハ妊婦、産婦、褥婦又ハ胎児、初生児ニ異常アリト認ムルトキハ医師ノ診療ヲ請ハシムベシ自ラ其ノ処置ヲ為スコトヲ得ズ、但シ臨時救急手当ハ此ノ限ニ在ラズ
- 第十一条 助産師ハ妊婦、産婦、褥婦又ハ胎児、初生児ニ対シ外科手術ヲ行ヒ産科器械ヲ用テ薬品ヲ授与シ又ハ之ガ指示ヲ為スコトヲ得ズ、但シ消毒ヲ行ヒ臍帯ヲ切り灌腸ヲ施ス類ハ此ノ限ニ在ラズ
- 助産師ニシテ命令ノ定ムル所ニ依リ特別ノ講習ヲ受ケ地方長官ノ認定ヲ得タル者ハ救急ノ手当トシテ助産ニ必要ナル皮下注射（強心剤、止血剤、陣痛促進剤ノ注射）側方切開術及初生児仮死蘇生剤注射ヲ施スコトヲ得
- 第十二条 助産師ハ助産師名簿ニ登録ヲ受ケザル者ニ妊婦、産婦、褥婦又ハ胎児、初生児ノ取扱ヲ専任スルコトヲ得ズ
- 第十三条 助産師ハ自ラ検案セズシテ死産証書又ハ死胎検案書ヲ交付スルコトヲ得ズ
- 第十四条 助産師ニシテ墮胎ノ罪、助産師ノ業務ニ関スル罪又ハ禁錮以上ノ刑ニ処セラルベキ罪ヲ犯シタルトキハ地方長官ハ助産師業ヲ禁止シ又ハ一年以内之ヲ停止スルコトヲ得
- 助産師名簿登録前ニ犯シタル罪ノ発覚シタルトキ亦同シ
- 第十五条 地方長官ハ助産師ノ業ヲ禁止又ハ停止シタル後本人ノ行状ニ依リ禁止又ハ停止ヲ解除スルコトヲ得
- 第十六条 助産師ニシテ三箇年其ノ業ヲ営マザルトキ又ハ瘋癲、白痴又ハ廃疾トナリ其ノ業ヲ営ムニ堪ヘズト認ムルトキハ地方長官ハ助産師名簿ノ登録ヲ取消スコトヲ得
- 第十七条 助産師名簿ノ登録、登録ノ取消、登録事項ノ訂正並助産師業ノ禁止又ハ停止及其ノ解除ハ地方長官之ヲ告示スベシ

- 第十八条 左に掲ぐる者ハ五十円以下ノ罰金ニ処ス
 - 一 助産師名簿ニ登録ヲ受ケズシテ助産師ノ業務ヲ為シタル者
 - 二 助産師名簿ノ登録ヲ取消サレタル後助産師ノ業務ヲ為シタル者
 - 三 助産師ノ業ヲ禁止又ハ停止セラレタル後助産師ノ業務ヲ為シタル者
 - 四 第四条ニ関シ虚偽ノ証明又ハ陳述ヲ為シタル者
 - 五 第九条乃至第十三条ニ違反シタル者
- 第十九条 第七条第四項第八条第二項違反シタル者ハ科料ニ処ス
- 第二十条 本法依リ地方長官ノ為シタル処分ニ対シテハ訴願又ハ行政訴訟ヲ提起スルコトヲ得

附 則
- 第二十一条 本法施行期日ハ勅令ヲ以テ之ヲ定ムノ産婆規則ハ之ヲ廃止ス
- 第二十二条 本法施行以前二産婆名簿ニ登録セラレタル者ハ助産師トシテ登録ス
- 第二十三条 本法施行前地方長官ヨリ業務ノ地域及期限ヲ定メ仮ニ産婆ノ業ヲ免許セラレタル者ハ本法施行後ト雖其ノ効力ヲ有シ且其ノ有効期限ハ申請ニ依リ之ヲ更新スルコトヲ得
- 第二十四条 地方長官ハ助産師ト乏シキ地ニ限り当分ノ内出願者ノ履歴ニ依リ業務ノ地域及一定ノ期間ヲ限り助産ノ業ヲ免許スルコトヲ得

前項ノ免許ヲ受ケタル者ハ助産師ニ準シ本法ヲ適用ス但シ助産師名簿ニ登録スル限ニ在ラス
- 第二十五条 従来内務大臣ヨリ指定セラレタル産婆学校ハ本法施行ト同時ニ更ニ助産師学校トシテ之ヲ指定ス

(蒲原宏：新潟県助産婦看護婦保健婦史，p.179～181，新潟県助産婦看護婦保健婦史刊行委員会，1967.)

〈資料8 「保健師法案」の骨子〉

- 一 「保健師」制度実施の暁は、産婆、看護婦、保健婦の教育程度を高め入学資格を女学校卒業程度、修業年限三ヶ年の専門学校及び準専門学校の二種に整理して、右の三課程を総合習得せしめる（但し現在の産婆学校は概ね五年存置するが試験制度は廃止する）。
- 二 右の新制度による学校を卒業した者でも「保健師」の免許を受ける為には一定の国家試験を受けなければならない。即ち、国家試験にパスした者に対してのみ厚生大臣は「保健師」の免許を与えるものである。此の様にして免許された「保健師」は産婆、看護婦、保健婦の総べての業務を営むことが出来る。
- 三 旧制度による免許取得者が既に免許されている業種を継続することは一向に差支えない。但し新制度の「保健師」になりたい者は、新らしく専門学校及び準専門学校に附設される補習科で講習を受けた上（資格取得後一ヶ年以上業務に就いた二十歳以上の者を入学せしめる。）で前項の国家試験を受けることが出来る。即ち新しい制度による学校を卒業した者は其のままで受験出来、従来の既得権者は一定の講習を受けた上で国家試験を受けるという丈の違いである。

尚、右講習期間は二つ或は三つの免許を持っている者は六ヶ月、一つ丈の免許者は一ヶ年の予定である。
- 四 既に指定済の専門学校は聖路加女子専門学校、弘前厚生女子専門学校、東京女子医専附属保健婦講習所、松江厚生女子専門学校の四校がある。

(昭和二十一年十一月十八日現在)

以上を要約すれば、「保健師」(仮称)制度のねらいは「資質の向上」であるから総べてが奮起して国家試験に応じてパスすべき事が望ましいのではあるが、決して、既得権者の従来の業務が継続出来ないという事ではない。

(厚生省健康政策局看護課監修：看護六法，p.836，新日本法規，1990.)

〈引用文献〉

- 1) 厚生省医務局看護課監修，看護六法，新日本法規，1979
- 2) 内閣官報局編：法令全書，明治32年分，原書房
- 3) 同上
- 4) 同上
- 5) 山下猛編：日本助産史，p.32-35，大阪府助産婦会，1951
- 6) 蒲原宏：新潟県助産婦看護婦保健婦史，p.177-178，新潟県助産婦看護婦保健婦史刊行委員会，1967
- 7) 同上，p.177-181
- 8) 厚生省健康政策局看護課監修：看護六法，p.836，新日本法規，1990
- 2009
- 2) 看護行政研究会編：平成19年度看護六法，新日本法規，2007
- 3) 日本助産師会編：開業助産師マニュアル（改訂版），日本助産師会，2006
- 4) 日本看護協会監修：助産師業務要覧，日本看護協会出版会，2006
- 5) 日本助産師会：助産所業務ガイドライン，日本助産師会，2004
- 6) 齋藤益子編：未来にひろがる助産師活動，メテイカ出版，2008
- 7) 日本看護協会普及開発部調査研究室：母子ケアの自営にみる新たな看護の動き，日本看護協会，1984
- 8) 金子光：保健婦助産婦看護婦法の解説，中央医書出版社，1965
- 9) ミス・マチソン述：最新助産婦教本，厚生省，1949

〈参考文献〉

- 1) 青木康子他著：助産学概論，日本看護協会，

3

看護の革新を 目指したあゆみ

1

病院看護管理 体制づくり

元厚生省保険局医療課・医務局看護課
保健婦係長

元愛知県立看護大学学長・名誉教授
神奈川県立保健福祉大学大学院特任教授
草刈 淳子

1 総合保健（包括）医療・看護 （広い医療概念）の普及

敗戦の昭和20年（1945）秋、占領軍総司令本部公衆衛生福祉部（GHQ/PH & W）は、日本の伝統的な医師中心「医療＝治療」の思想を、総合保健（包括）医療・看護 Comprehensive Medicine & Nursingとして幅広く捉え直した。オルト看護課長（看護師で公衆衛生看護学修士）は、その予防からリハビリテーションまでを含む保健医療思想の下に、直ちに看護指導者の再教育、現任教育および基礎教育の改革に着手した。

その考えは、昭和21年（1946）10月に創刊された看護職の専門雑誌「看護学雑誌」を通して、日本全国の看護婦たちに伝えられた。創刊号には、GHQ初代看護課長オルト少佐の写真が掲げられ、ナイチンゲールに始まる近代看護の歩みとアメリカ看護の指導者達の写真とそれまでに開拓されてきた米国の看護の歩みが紹介された。特に米国近代看護発祥のボストン市ニューイングランド婦人病院の初期の卒業生リンダ・リチャーズが、日本初期の看護学校を京都に開いたことについて言及し、日本との強いつながりを印象付けている。¹⁾

続いて地域看護教育担当のメリー・T・コリンズが「アメリカのナーシングについて」と題し、60年から70年を経て漸く専門職として成長してきたアメリカの病院看護組織図と、それぞれの職位に就くために必要な看護教育背景について記している。さらに2・3号では、同女史が「監督について」、管理のあり方を詳述している。

「監督（Supervision）の目的は、一人一人の能力を活かすことです。」「監督は、監督者と被監督者との間の教育的、助言的關係であるべきです。」など、今日においても通用する考え方が述べられている。²⁾

さらに、「監督となる人は、よき公衆衛生施設で数ヶ月間ナーシングの経験を持つべき」と、病院看護管理者にも公衆衛生活動の経験をすることが推奨されている。病院が単に病気を治すだけでなく、地域医療の一端を担う予防とリハビリテーションの間に存在する施設として広い医療概念の中での位置づけであることを示唆したものと見える。

■看護の“管理”本が出版される

昭和24年（1949）、『病院婦長学』³⁾が訳出された。その序文でオルト課長は、「日本の看護婦の誰かがご自身の経験を生かして本を書かれるまでは、十分とはいえないまでもこの本がお役に立つでしょう」と述べている。英語の辞書に用いられる純白の薄手の紙に印刷された本の見開きには、「日本の看護婦さん達に良い本を安く届ける為に米国赤十字社の寄付によってできたものです。」と書かれている。当時の教科書が灰色のザラ紙であったことを思えば、占領国の施策とはいえ、いつかは日

本の看護職も他国の看護職を援助しなければとの思いを抱かせる。

しかし、最初に翻訳紹介された本のタイトルが「病院婦長学」であったためか、日本の看護スタッフの中には未だに「看護管理は婦長以上が学ぶもの」と誤解している傾向がある。1960年代半ばには感染症の減少等で「保健所たそがれ論」がささやかれ、他方、高度経済成長の波に乗って病院の新築が盛んとなったことが相俟って、「看護管理」が「病院看護管理」に傾斜したことは事実である。

しかし、本来、看護管理は看護のあらゆる分野に属する、すべての看護職がその職位に拘わらず、組織の一員としてメンバーシップを発揮するために学ぶべきものである。幸い、超高齢社会の到来を背景に、在宅での看取りなど、地域における看護への期待が増してきており、いよいよ戦後初期の広い医療概念の中での看護の役割が発揮できる時代になったといえよう。

2 国立病院・国立療養所における「病院管理」の指導と、看護組織の形成

昭和20年（1945）11月、日本政府はGHQの「陸海軍病院に関する覚え書き」（昭和20、11、19AG632PH）を受け、それまでの日本の陸海軍病院と軍事保護院所管の病院や関連施設等は全て厚生省に移管され、12月1日付けで国民を対象とした国立病院・療養所として再編され発足した。さらに、国立病院の業務指導に支障のないよう、中間連絡と地方の調整事務のため、全国に8つの医務局出張所を置いて運営にあたらせることとした。

昭和22年（1947）7月、GHQは日本の病院機構の根本的整備へ向けた具体的方策を立案

するよう求め、これに対して厚生省は、国立東京第一病院（現国立国際医療センター）を国立病院の中心的存在たらしめ、わが国医療施設全体の模範となるよう、メディカルセンターとして整備する案を提出した。同年10月下旬、GHQ公衆衛生福祉部長C.F.サムス大佐の異議なしとの覚え書きを受け、厚生省顧問塩田博士（東大教授）を委員長とする「国立中央病院設立委員会」を設け、審議を重ねた。

昭和23年（1948）1月初旬、国立中央病院に関する協議会において、GHQ公衆衛生福祉部のジョンソン大佐は、日本の病院の現状を

評して「欧州における中世のそれに等しいとさえいいうる」とし、「その原因の全部が敗戦に起因するとはいえない」とした上で、医学教育の刷新、医師会の改組の輪郭ができた今日こそ、病院施設の整備拡充に着手する段階に達したとして、ナショナル・メディカル・センター（国立中央病院）を設立することの重要性を述べた。そして昭和23年（1948）4月までに国立東京第一病院を日本におけるのみならず東洋一のモデルとなるよう、実行に取りかかるよう、関係者の協力を要請した。⁴⁾

「病院管理の学校を付属せしむべき」との要請に応じて東一病院の敷地の一角に国立病院管理研修所を設置し、全国の国立病院・国立療養所の院長・事務長・総婦長を対象に病院管理の研修がなされた。昭和23年（1948）、国立東京第一病院の初代看護婦監督（昭和25年より総看護婦長）となったのは、日赤出身の吉田浪子であった。看護職が病院管理者の3本柱の1つとして位置づけられたことは、戦後の医療組織改革の大きな第一歩であった。

模範病院設立のための11項目の中には、診療部に続いて「看護部」があった。人事に関する事項には、〈4「看護婦長、看護婦の位置、資格」〉があり、〈第6部 看護婦に関する事項〉には、〈看護婦、保健婦、助産婦のそれぞれの業務、内容、員数、養成方法、女子職員の宿舎、厚生施設〉の項目があり、聖路加国際病院の橋本寛敏院長の担当とされた。

すでに職員の過半を占める看護職員は、GHQの看護指導者ミス・カールソンやミス・ハーターらから、「病院のあり方」「労働の進め方」「看護婦再教育」「病室管理」等について指導を受けており、当時厚生省医務局病院課所属の大森文子技官他3名の病院婦長のノートをもとに、「国立病院療養所婦長講義教本」として、昭和21年（1946）9月に纏められた。⁵⁾

■ GHQによる日本の病院視察

GHQは、絶えず各地の軍団司令部軍政部員等により日本の病院等の視察を行い、近代的な病院管理の立場から具体的かつ詳細に指摘し、改善を要求した。

昭和23年（1948）7月、愛知軍政部公衆衛生課が病院検査に関する所見として、愛知県庁を通じて医務局東海北陸出張所長に注意を勧告した文書は、国立病院のみに対するものではないとしながらも、厚生省病院課長名で各医務局出張所長に参考として通知（昭和23年7月10日病大174号）されている。⁶⁾

それによれば、6ヵ月にわたる病院検査の結果、9割の病院が不完全な状態であったとして、共通した欠陥が列挙されている。

- 1) 院長ノ不在及び無知識、
- 2) 不十分ナ機構、拙劣ナ職員ノ利用—大部分ノ病院ハ看護婦ヲ事務員、労働者、掃除婦・召使トシテ使用シ・・・看護婦ハ自分ノ第一ノ職務デアル患者ノ臨床看護ヲシテ居ラナカッタ・・・必要以上ニ多数ノ看護婦ガ外来ニ入ッテ働イタリ、ブラブラシテ居リ・・・（交代制で疲労強く）、通常夜ハ眠ツテ居リ・・・多クノ患者ノ手当ハ夜間ノ方ガ緊急デアルニモ拘ワラズ夜間ノ看護ナサレテイナイ。婦長ハ、看護問題ノ 諸問題ヲ解ク為ニ院長ニ頼リスギマス・・・自分ノ仕事を遂行シ立派ニナル為ノ充分ナル権利ヲ持ッテイナイ。
- 3) 不十分ナル衛生状態、
- 4) 不十分ナル記録、
- 5) 不十分ナル設備品ノ保存、
- 6) 不適當ナ麻薬ノ保存、
- 7) 誤ッタ診断及療法—（低い病床利用率、長期在院）、
- 8) 会議及研究資材ノ不足。

そして週に1度は、院長自ら病院をくまなく検査して回るよう要望した後、「全病院ノ院

長、医師、職員が此ノ欠点ヲ排除シ、日本ノ病院ヲ改善スル様真ニ協力シテ戴ケレバ非常ニ光栄ニ存ジマス。以上」と結ばれている。⁷⁾ (平成13年(2001)、筆者が愛知県に赴任した機会に公文書館に問い合わせたが、昭和25年(1950)以前の通知文書は、県庁移転に際し全て廃棄されたとのことで、この原本を手にすることはできなかった。)

*

病院視察は昭和27年(1952)4月まで行われたが、昭和25年(1950)以降は、GHQ医務課勤務の女医A. R. マニトフにより全国的な指導が行われた。女史は当時の日本の、研究至上で診療を軽視する医学教育に批判的で、医療のリーダーたる医師教育の基礎には「よい診療」が第一で、「病院管理学は必須」とした。昭和26年(1951)1月に文部省に設置された「大学病院改善協議会」でも、大学病院の改善は急務であり、病院管理学の重要性が認知されていたため、そのモデル施設として昭和27年(1952)、東北大学医学部に初の「病院管理学」講座が開設された。⁸⁾

初代教授は篠田紘医学部附属病院長で、後に国立病院管理研修所から島内武文が就任した。(今は「大学院医学系研究科医療管理学分野」となっている。他の国立大学には拡がらず、現在、国公私立医系大学中、私学にいくつかあるのみで、多くは医療経済や医療情報、病院建築など問題が多岐にわたるため、各領域あるいは公衆衛生学等の中で扱われている。)

昭和24年(1949)9月、「病院勤務看護婦業務指針」が国立病院課及び国立療養所課の協力で厚生省看護課により作成され、同年12月、医務局長通知により国立病院の看護組織と総看護婦長以下の各職務内容の指揮系統の大略が示され、看護業務内容が明らかにされた。それまでは事実上、軍時代の形態により、各科の医長がその監督の権限と義務を有しており、看護婦はその指揮下にあり、看護業務の統括および人事に至るまで各病棟各科の上級医師が行っていた。しかし、この通知により看護部門は独立の指揮命令系統をもって、院長・副院長に直結することとなり、看護体系の基礎が定められたのである。⁹⁾

続いて出された厚生省国立病院課長名による総婦長に関する通牒には「真に人格、技量、統率力において看護婦の指導者たるにふさわしい人材の選考に意を用いられたく・・・」と、慎重に人選するよう通知している。¹⁰⁾ 翌昭和25年(1950)9月には、適任者が得られなかった数カ所を残してわが国初の総婦長制度が実現し、昭和26年度中に全施設で実施された。

当時の看護職員の教育レベルが十分でないとして「看護部長」の称号とはなれず、看護課長、看護科長の呼称が挙がったが、誰いうとなく「婦長の総まとめだから総婦長は？」とのことでそうなったと金子光は「総婦長の歴史」¹¹⁾の中で語っている。20世紀最後の平成12年(2000)は、日本に「総婦長制度」が実施されてから50周年の節目に当たる。

3 健康保険制度を通しての病院看護管理組織の体制づくりと看護管理業務の普及

総婦長制度が導入された昭和25年(1950)9月には、健康保険制度における「完全看護」制度も新たに発足した。当時、通常は1日当

たりの入院料は10点であったが、「入院患者4人に一人の割合で看護婦を置いていけば、入院看護サービス料金として2点の加算がな

れる」ことになった。従来、入院の室料に含まれていた看護サービスが、初めて社会保険制度の中で経済評価の対象とされたことは画期的なことであった。しかし、「完全看護」を掲げながら、実際には看護婦数が少く患者の要求に応えられないが多かったため、患者からは「不完全看護だ」と不満が多かった(その後の診療報酬関係については、別項を参照)。

■初めての看護職の実態調査

一方、昭和22年(1947)に厚生省から分離して新設された労働省の初代婦人少年局長山川菊栄は、「行政はまず、実態把握から」を掲げ、女教師と共に婦人の適職として最も古い歴史を持つ看護職の実態について、昭和25年(1950)に病院診療所看護婦、さらに昭和26年(1951)には派出看護婦の労働実態を調査し報告した。

その結果、「二交代制度」が多く、夜間は仮眠室で仮眠をとる「12時間労働」で、結婚すれば退職となる「短期若年労働」の実態が明らかとなった。診療所看護婦は住み込みとなるため、住み込み女中のようで私的時間はほとんどなく、また、患者の家庭への派出看護においても、患者家族のヘルパーのような生活で自由時間はないに等しく、盆暮れの休みだけといった看護労働の実態が明らかにされた。

山川菊栄局長は、序文で「・・・それ程古い歴史と重要さにかかわらず、その地位や労働状態について世間の関心は案外うすく、今までそういう問題についての科学的な調査は行われませんでした。」「・・・人間の命をあずかる大切な仕事であり、献身的なサービスを必要とするだけに、看護婦その人の健康や労働状態が十分に守られ、技術や教養を高めることのできる生活が保障されなければなりません。白衣の天使と口先だけがあがめたた

えられ、ただの人間として、労働者としての生活を無視され犠牲にされるようでは、肝心の貴い使命を果たすこともできず、病人のためにも良い結果は得られません。」そして、「婦人少年局で行ったこの調査が労働者としての看護婦の地位を確立し、それを改善し、向上させる上にも役立つことができることを望んでやみません。」と結んでいる。¹²⁾この様に看護職についての最初の実態調査は、労働省婦人少年局によってなされたのであった。その後、日本看護協会が昭和26年(1951)に85,000人の会員を対象に実施した第1回報告書「助産婦看護婦保健婦実態調査」が昭和27年(1952)4月に、また同28年(1953)には第2回報告書「病院における看護婦及び看護従事者実態報告書」が出されていることから、厚生省や日本看護協会の組織の成長発展に伴い、漸次移行したものと思われる。

■看護労働が労基法に基づく8時間労働になる

昭和33年(1958)10月、社会保険における標準的入院サービスの一環として、基準看護制度が導入され、承認基準として単なる入院患者に対する看護婦数だけでなく、新たに「病棟」概念が示され、勤務体制は三交代制であることとされた。これにより、初めて看護労働が一般労働者と同じ8時間労働であることが公的に示された。労働省婦人少年局の実態調査を踏まえた「よい看護を提供するために看護婦により労働環境を」の提言が活かされたといえよう。

日本の病院看護組織体制は、健康保険制度による基準看護制度の導入によって改革が図られる契機となったといえる。(これにより一般労働者並みの週48時間制に、その後、週44時間制になるまでにはほぼ10年、さらに週40時間制になるのは平成5年(1993)で、実に30

年余りを要している。詳細は別項に譲る)

また看護業務上の記録は、法の下では助産婦に「助産録」について規定があるだけで、看護婦には規定はなかったが、「看護記録」や管理日誌等の整備が基準看護の承認要件とされていたことから、これらを通して病院看護管理のあり方が現場に浸透していった。

GHQは、患者家族が病棟の廊下で七輪に火を起し、患者の食事を煮炊きしていたり、付添婦が患者の身の回りの世話をしていた当時の日本の病院を、本来の病院の姿に改革するため患者の起居の世話をするために院内に泊まり込んでいた者を病院から追い出した。¹³⁾

しかし、病院経営のために基準看護(1類:患者4人に一人の看護婦9点、2類:5人に一人、6点、3類6人に一人;4点(1点は当時10円)、で一般病棟は1・2類、結核・精神病棟は2・3類)の承認を得るためには、1病棟40床の場合、必要人員10人となり、看護婦5人、准看護婦3人、助手2人を確保せねばならず、全国的な新制度看護婦養成課程卒業者(俗称正看)の絶対数の不足で、承認を受けられない施設が続出した。

事実、保険局医療課の筆者らによる初の基準看護調査結果¹⁴⁾では、承認状況は全病院の27%、全病床数の44%であり、これでは翌年昭和36年(1961)4月達成見込みの「いつでもどこでも誰でも良い医療を!」をスローガンとした国民皆保険制度の実現が危ぶまれていた。

医療保険制度下の給付には現物給付と現金給付があり、基準看護承認施設では現物給付される。すでに、「看護サービスは所属施設の看護職の手で!」という方針のもとに、国立

療養所では昭和31年(1956)、付添婦全廃がなされていたが、病床数全体から見れば微々たるもので、非承認施設の入院患者の一部には、この現金給付としての「看護料」が支払われていた。当時は地域や伝染病などの疾患別ほか諸条件により給付額が異なった。¹⁵⁾

「付き添い看護婦」といいながら、無資格の「付添婦」がつく事も多かった。病院側としては看護婦不足もあって「基準看護」は一向に進展せず、全国の付き添い制度が廃止されるのは、新看護体制が導入された平成6年(1994)まで待たねばならなかった。付き添い制度が定着していた事が、わが国の病院看護の組織体制化を遅らせた一因であったことは否めない。

本来、病院は開設時に、当時の医療法施行規則第19条により、「入院患者4人に一人、外来患者30人に一人の看護婦」を置くことが標準とされていた。従って、全病院が基準看護の承認がとれて当然である。にも拘わらず、とれない事態が生じていた。基準看護の承認に当たっては診療報酬支払いが伴うため、看護婦免許の写しと給与支払い明細書を照合して実人員数を確認していたため、当時の現実の姿が露呈されたのであった。

ついに昭和35年(1960)秋には、看護婦不足を契機に東京都医療労働組合連合会が病院ストを起し、またたく間に全国的に広がった。「低賃金と劣悪な労働条件の改善」を掲げ、日本の医療の中に潜む前近代的な封建性に立ち向かい、初めて公に日本の看護職が「専門職看護を目指して立ち上がった」とされている。(労働条件の改善等は別項を参照)

4 「看護管理」の定義と「看護の概念」の明確化

将来の日本の医療の在り方については、医療制度調査会が昭和35年（1960）5月に発足し検討されていた。しかし、この日本医療史上初の全国規模の病院ストにより、同調査会の最終答申が出されたのは、病院ストが終焉した昭和38年（1963）3月であった。この最終答申の中ではじめて、「医療の概念」と「看護の概念」が明らかにされ、看護教育の大学化の方向も示された。昭和31年（1956）に廃止され医事課に統合されていた厚生省医務局看護課は、昭和38年（1963）4月に7年ぶりに復活・独立した。

■初めて「看護管理の定義」が示された

一方、昭和35年（1960）には、WHOヨーロッパ地域事務局でH.A.ゴダードらによりまとめられた報告書「看護管理の原則」（1949年）が、小林富美栄（当時厚生省医務局医事課保健婦係長）により訳出された。¹⁶⁾これは、20世紀に入ってからの欧州や米国での経営管理学の理論を看護サービスに応用した「看護管理論」とも言うべきもので、目次には「病院における看護管理」と「公衆衛生における看護管理」とが並列に書かれていた。

翌昭和36年（1961）、WHO西太平洋地域事務局主催の初の国際会議「看護管理ゼミナール」が当時の聖路加看護短期大学で開催された。日本側英文資料作成のため、筆者は保険局医療課から一時医務局医事課へ派遣され、小林富美栄係長の下で、その作業に従事した。

13カ国からの看護行政、看護教育、実習病院の看護部長など、立場の異なる者30名が集まった。日本側は湯楨ます（東大医学部助教授）、前田アヤ（聖路加看護短大副校長）、細貝怜子（弘前大学医学部総婦長）、永野貞（医

事課看護参事官）、林塩（日本看護協会会長）、岸井キミ子（日赤看護課長）、柴田明子（国立公衆衛生院）、鈴木八重子（国立東一病院産科婦長）の8人で、以下の項目について討議された。

- 1) 看護職員と他の保健医療職員との相互関係をどうしたら円満なものにすることができるか、
- 2) 制限された枠の中でどうしたら質の良い看護を行うことができるか、
- 3) 看護教育と看護業務との関係をどうしたら効果的に結びつけることができるか、
- 4) 看護管理に関する技能をどうしたら改善、向上することができるか

これらの検討事項は、時代の進展の中で常に論じられる課題である。

討議に先立ち、「看護管理の定義」が初めて示された。¹⁷⁾

「看護管理とは、看護婦の潜在能力や関連分野の職員及び補助職員、あるいは設備や環境、社会の活動等を用いて、人間の健康向上のためにこれらを系統的に適用する過程である。

看護は、医学的診断、治療等に助力し、病人やその他、援助の必要な人の世話をし、健康の保持、増進のために指導、相談、あるいは家庭、病院、学校、工場、地域社会等の環境を健康的に改善するなどの貢献をすることである。

管理の目的は、最小限度の時間、エネルギー、経費、人員を持って、一般に承認されている程度の看護内容で実行することである。」

この定義では幅広い管理の機能が述べられており、「病院」という言葉は見当たらない。事実、昭和30年（1955）にメヂカルフレンド社が創刊した月刊雑誌「婦長」の副題には、「総

婦長、病棟婦長、主任看護婦、及び保健所婦長の総合雑誌」とあり、これを見れば、初期の考えが幅広いものであったことは明らかで

ある。しかし、この雑誌は余りに時代を先取りし過ぎたためか、翌昭和31年（1956）に廃刊となり僅か2年の短命に終わった。

5 日本の病院医療組織改革「看護部」の設置：病院ストがもたらしたもの

病院ストが全国的に拡大の一途を辿っていた昭和35年（1960）12月、厚生大臣の諮問機関として「病院経営管理改善懇談会」が設置され、翌昭和36年（1961）8月、その報告書「病院経営管理の指標」が公表された。医師のみが高等教育を受けて訓練されていた当時としてはやむを得なかったにせよ、医師の一人医業としての診療所からの拡大拡張によって成長してきた日本の病院は、初めて全般的な医療組織運営について経営管理の観点、特に当時の人間関係論（ヒューマンリレーション）の組織論から見直しが迫られ、これまでの封建的な日本医療の実態を認識し、今後の改善すべき方向性が確認された。

国の看護婦養成の責任、看護管理の重要性、看護部設置の必要性、チーム医療・人間関係の重要性、看護職の経済的評価、病院建築の「長い動線」の改善など、組織医療としてのあるべき姿とそのための改善点が具体的に示された。¹⁸⁾

多職種からなる同委員会15名中、看護職は、湯植ます（日本看護協会会長・東京大学助教授）と松村はる（同書記長・慶応病院総婦長）の2名であった。報告書の公表後、文部省は各国立大学病院が内規で看護部を設置できることとした。昭和37年（1962）に設置された京都大学医学部附属病院看護部の初代看護部長は

看護婦でなく、医師、医学博士〇〇教授であった。

昭和40年代は日本の高度経済成長期に入り、一斉に病院建築ラッシュとなった。この背景には、昭和36年（1961）4月からの国民皆保険で「いつでも、どこでも、誰でも良い医療」を受けられる権利が明らかにされたこともあるが、上述した病院スト後の病院経営管理改善へ向けた病院建築への提言の影響もあったことが指摘される。すでに東京大学医学部附属病院では、昭和26年（1951）に文部省に設置された大学病院改善協議会によりいち早く経営管理の中央化理論Centralization systemが論議され、昭和30年（1955）に中央手術室が設置されている。東大を変えれば日本の医療組織全体が変わるものと睨んでのことで、「少ない労力で最大の効果を上げる」管理の精神が躍如としている。

その後の病院新築では、中央エックス線室、中央検査室、中央手術室などは当然で、大々的な搬送システムの改革については、神戸市立中央市民病院の例がある。¹⁹⁾今では当たり前な ナース・コールや動線の短い病棟をはじめ、様々な新たな視点からの病院建築設備の近代化・機械化は、患者や病院に働く職員、特に看護職員にとって大きな支援となった。

6 看護組織管理の指導者とその育成

看護組織の職制は、日赤の記録によれば、明治27年(1894)6月、看護婦取締(初代)、明治29年(1896)11月看護婦監督と改称、昭和29年(1954)に看護科長、昭和33年(1958)10月に看護部長と改称され、現在に至っているとのことである。

わが国で、最初に「看護部長」の名称で就任したのは吉田浪子で、国立東京第一病院の初代総婦長を退官し、自衛隊病院に移った昭和31年(1956)のことである。2年後の昭和33年(1958)には上述のように日赤でも看護科長から看護部長に改称されている。(しかし、武蔵野日赤で筆者が短期研修させて頂いた昭和34年(1959)当時、すでに正式には看護部長となっていたにも拘わらず、現場では相変わらず「監督さん」と呼ばれていた。制度変更後も現場に浸透するには時間がかかることを実感させられた。)

国立大学病院では病院スト以後、文部省の奨励で各大学の内規により「看護部」が設置されたところもあるが、その後、昭和51年(1976)5月、国立学校設置法施行規則の一部を改正する省令(昭和51年文部省令第18号)により国立大学附属病院に看護部を置くものとする。看護部に看護部長を置き、技術職員をもって充てることとした(第19条第2項)。同年、厚生省所管の国立病院・療養所もそれまでの総婦長を「看護部長」と名称変更したが、「看護部」が設置されたのは、6年後の昭和57年(1982)に厚生省組織規定の改正がなされてからである。しかし、この看護部長に関する記述は国立病院・療養所総婦長協議会史にあるのみで、『厚生省五十年史』(1988年刊)の何処にも見当たらない。日本看護協会の看護史年表第1版にも記述されていなかったが、指摘により第2版から加筆された。

■看護職の副院長化

昭和60年(1985)の第23回日本病院管理学会の課題研究「看護管理の方向」で、米国の看護管理者の100年(1880-1980年)にわたる歴史研究に基づき、「米国では、看護部長で副院長の地位を得ている者は、全体の約3割強であること」を筆者が報告²⁰⁾した当時の日本には、アメリカで病院管理学の修士号を取得して帰国された紀伊国献三が筑波大学病院の副院長に就任されたのが非医師の副院長就任の嚆矢とされる。

しかし、2年後の昭和62年(1987)に北海道札幌病院の石垣靖子看護部長が初の「副院長」となった。翌年、聖路加国際病院の内田獅子総婦長が副院長となり、9年後の平成8年(1996)に岐阜県立岐阜病院の高木美智子看護部長が公立病院初の副院長に任命され、第1回看護サミットでは「看護職副院長のインパクト」と題したシンポジウムが開催された。また同年11月第1回「日本看護職副院長連絡協議会」が岐阜県で開催された。

国立大学病院では、平成11年(1999)に「院長補佐」が、平成4年(2004)の法人化以降は「副院長」で発令されている。平成20年(2008)は、近代看護婦誕生120年、保助看法制定60周年に当り、東京で第13回日本看護サミット(参加者7,500人余り)が開催され、その折りに、全国で看護職副院長は246人となったことが報告された。(2009年8月末現在259人)

他方、平成4年(1992)の老人保健法の改正により、訪問看護ステーション所長に看護職が就任することとなった。医師以外は医療施設の管理者になれなかった日本の医療界も変化し始めた。医療施設の経営組織に直接参画することにより、広く患者サービス全般を俯瞰する能力が求められる一方、医療の質向

上にも看護職の管理能力が求められている。

■ 病院看護指導者育成の歴史

こうした病院看護指導者の育成は古くは戦前よりなされており、東大病院では、明治期に「高等看護婦」養成がなされたが、第一回生を出しただけで頓挫したとされる。

日本赤十字社（以下日赤）では、明治23年（1890）の看護婦養成開始から10年後の明治33年（1900）に看護婦長養成の計画が検討され始め、明治40年（1907）に指導者教育が、「成績が上位で看護婦取締りの才能があり、身体強健で品行方正の者」を婦長候補生として本社病院で教育が開始された。明治42年（1909）「救護看護婦長候補生」という名称を正式に定め、当初6カ月の養成期間であったが、昭和3年（1928）には1年間とされた。

終戦と共に一時中止され、昭和27年（1952）に「日本赤十字社幹部看護婦教育部」として再開された。その後、幹部看護婦研修所（昭和38年（1963））と改称、昭和58年（1983）に、「看護教育」と「看護管理」の専門コース別となった。保助看法の改正に伴い、平成14年（2002）に「日赤幹部看護師研修所」となり、翌平成15年（2003）に「同研修センター」として今日に至っている。²¹⁾

昭和35年（1960）には、初めて厚生省医務局医事課主催により、「看護管理講習会」が2回開催されている。（東京大学医学部保健管理学の田中恒男講師、行政管理庁の清正清や東大教育学部や医学部教官等による幅広い講義内容は、後に看護管理講座1-4（稲垣書店刊）として1961～62年にわたり出版されたが、今では絶版となっている。²²⁾

同昭和35年度（1960）には、文部省も「全国国公立大学病院看護管理者講習会」（10日間）を東大病院で開催し、継続運営されてきた。

昭和57年（1982）に、文部省の看護職継続

教育施設たる全国共同利用施設としての「看護実践研究指導センター」が千葉大学看護学部に設置されてからは、同センターに移り、「看護管理研究部」の担当責任で運営され、現在も引き継がれている。筆者は20年近く担当したが、その時の受講生や研修生が、現在、副院長、看護部長として活躍している。

昭和50年（1975）に公立で最初に看護管理コース（3ヶ月コース、定員20名）を開設したのは神奈川県立看護教育大学校で、昭和52年（1977）の第16回ICN東京大会で「継続教育」が論じられる2年前である。²³⁾

日本看護協会では、永年、本部の看護研修会館で指導者研修がなされてきたが、昭和62年（1987）に看護教育研究センターが清瀬に設置されてから看護管理Aコースなど婦長研修に重点が置かれた。平成6年（1994）以降、継続教育が再編され、専門看護師 Certified Nurse Specialist、認定看護師 Certified Special Nurse の教育となり、認定看護管理者については、ファスト（1st）、セカンド（2nd）は各県看護協会などで、看護部長クラスのサード（3rd）レベルは、当初は本部および神戸の研修センターでなされていたが、近年は東京、愛知、大阪、兵庫、広島、山口、福岡県の県看護協会および大学を含む12カ所で実施されており、修了生が増えてきた。とはいえ、修了生の組織内の位置づけやその活用については各施設に任されているのが現状である。

国立病院では専門看護師に月額5,000円、認定看護師に3,000円を月給に上乗せしている一方、ある私立大学病院では、専門看護師に月額50,000円、認定看護師に30,000円を上乗せ支給している等、その経済的評価は大きく隔たっている。

医師不足のおりながら、医療現場の支えに大きな力となっており、今後も期待されているだけに、その組織的位置づけと経済的評価は

今後の大きな課題である。

7 地域の中の病院 (Hospitals in the community) ; 夜勤体制の改革と多様な施設の出現

日本に病院管理学が導入されたのは、戦後GHQの指導により国立病院・療養所が国民への組織体系的な医療提供が求められてからであることはすでに述べた通りである。

「良い病院」を目指してわが国で初めて専門誌「病院」が創刊されたのは昭和24年(1949)7月である。ちなみに同年、「日本病院協会」も発足し、日本病院学会が開催されている。他方、国立病院管理研究所を中心に、「日本病院管理学会」が誕生したのは昭和38年(1963)である。これまで実体的に病院のみならず医療政策全般に視野を広げてきた経緯から、平成19年(2008)1月から「日本医療・病院管理学会」と名称変更した。

昭和24年(1949)に設置された国の病院管理研修所では、WHOのRegionalizationの理論に基づき、昭和26年(1951)に国立東京第一病院(現国立国際医療センター)の外來・入院患者の「診療圏調査」を実施し、診療科により圏域の広さが異なることを明らかにした。病院ストで図らずも病院経営管理の重要性が公的に広く認知され、厚生省に病院経営管理改善懇談会が設置され、当時の病院管理研修所の吉田幸雄所長がその委員長になって、昭和36年(1961)8月に「病院経営管理の指標」を報告、名称も「国立病院管理研究所」となり、初の看護職の研究職ポストが1つ新設され、コロンビア大学から帰国した塚本(現・荒井)蝶子が就任した。厚生省保険局医療課へこられては看護問題について共に検討し合った。

昭和38年(1963)に国立病院及び国立療養所に勤務する看護職の夜間勤務規制等に関し

て出された行政措置要求に対する人事院総裁からの判定(昭和40年(1965))、いわゆるニッパチ(二人夜勤月8日以内)は、一人夜勤をさせられ精神的に過大な負担を強いられてきた看護職にとっては画期的な改革となった。現在では重症患者が多いこともあり、3人夜勤、4人夜勤も当たり前となり、“ニッパチ”という言葉の存在さえ忘れられつつある。

看護職の二代目研究職員となった吉武香代子は、夜勤体制についての研究を重ね夜勤専従看護婦について述べている。²⁴⁾ 1964年にWHOフェロウとしてニュージーランドで海外研修した折りに筆者も夜勤専従看護婦と共に夜勤を経験したが、給与も手厚く、週休2日制なので、同国のナースは、むしろ夜勤専従を歓迎していた。

昭和36年(1961)の国民皆保険実現後、国は、公的医療機関の設置や、病床規制、看護婦養成における国の責任を明らかにし、医療機関の配置や医療従事者の確保の整備、国民の保健上の重要課題に対して、政策医療として、昭和37年(1962)の国立がんセンターを皮切りに、国立循環器病センター、国立精神衛生センター、国立国際医療センター、国立成育センター、国立長寿科学センターを順次整備した。厚生省医務局看護課が第一次看護職員需要5ヶ年計画を出したのは昭和49年(1974)である。昭和60年(1985)の医療法第一次大改正により都道府県は二次医療圏を設定し、各医療圏毎に地域保健医療計画が作成されることとなったが、これを契機に各地で駆け込み増床が起り、その結果、1990年代初、

再び第二次看護婦不足を来した。

厚生省保険局医療課による「看護マンパワーの経済分析」研究班（代表：西村周三）の一員として、虎ノ門共済病院の夜勤専従看護婦（40名）の実態調査²⁵⁾をしたことがあるが、彼女らは2-3年都心の昼間の大学院に通い、修士号を取得してからそれぞれの現場に戻っており、キャリア形成の機会となっていた。都心にある病院は一等地に看護職員用にマンションを借り上げているので、大学院などに進学したい看護職員には、規定の給与もとれ、交通事情の良い場所で学業の継続を容易にし、将来のために上級資格も取得できる、またとない機会となっていたのである。ただし、夜勤15日は何とか12日程度になると有り難いとの要望があった。病院側も、経験ある任せられる夜勤専従者がいることによって、一般看護職員は昼間に働けるのでよいとの感触を得た。

しかし、一般病院で夜勤専従制について意見を聞くと、若い看護職員は口々に「給与が下がる」との理由で、導入には反対であった。つまり、現行看護職員の給与体系は元来夜勤を含めてのものであり、そのため、見かけ上は他の大卒者の初任給よりは高くなっていることが指摘される。この点は、今後組織成員の質向上を図るためのキャリア形成を促進する上で、再検討すべき課題であることが指摘される。

「21世紀までにすべての人々に健康を！」

Health For All (HFA) 運動が昭和53年(1978)にWHOにより提唱され、臨床重視から予防重視へ教育の力点をシフトすることと、看護の最善の寄与が要請された。現在は、平成32年(2020)までの実現を努力目標に、国の「健康日本21」をはじめ各地で取り組まれている。

昭和62年(1987)、国の国民医療総合対策本部は、高齢化への対応として、長期在院の是正、老人医療の見直し、大学病院の整備の他、老人保健施設などとの連携を充実強化することとした。平成7年(1995)、大学病院など三次医療機関としての「特定機能病院」、「長期療養病床群」その後さらに「地域支援型病院」など、医療サービス提供のための施設の類型化が図られた。平成9年(1997)の地域保健法制定により、保健所は二次医療圏毎に再配置されることとなり、地域保健医療計画に基づく活動が、特に地域包括支援センターの設置により、病病連携や病診連携をすることにより、地域生活に密着した連携強化が推進されるつつある。

それだけに自施設がその地域の中でいかなる役割があるのかを明らかにし、看護職員にそのことを明確に伝え、力を発揮することが重要である。平成9年(1997)から正式稼働した日本医療機能評価機構の審査項目の1つとなっていることは幸いである。各病院ではこの受審を機に、他職が看護職の管理組織体制の基盤を再評価する機会になっているという。

8 病院看護の公式組織 (Formal Organization) の改善例

1) 自ら編み出した看護管理組織機構：北里大学病院の例²⁶⁾

昭和47年(1972)に開設された北里大学病院(852床)は、12年後に913床、職員1,700

人うち45%が看護職員、医師25%、コ・メディカル15%、事務職15%となった。「患者中心の医療の実践」を掲げ、“地域住民の健康生活に直結した病院”を目指して努力されてき

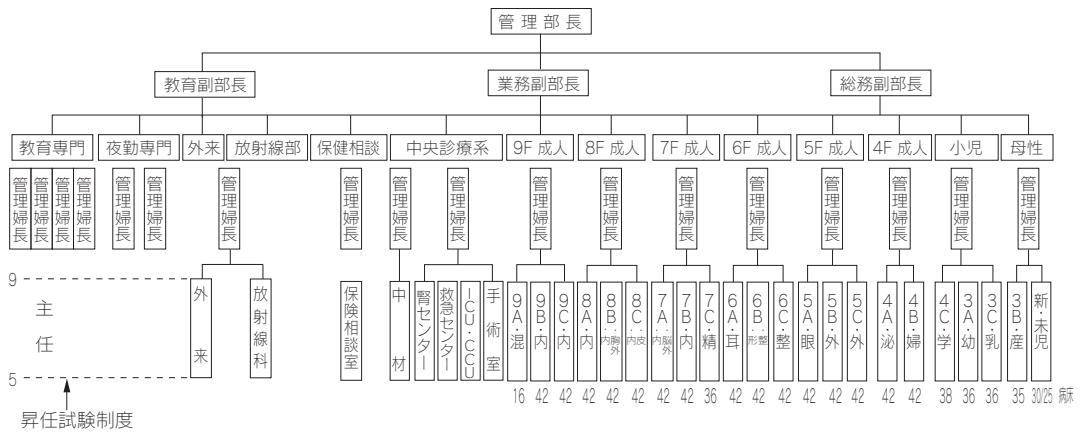


図1 看護部組織表(昭和56年4月1日)

管理婦長は主任在職期間4年以上。当院に4年以上勤務し管理職試験に合格した者。主任は、主任補佐を1年以上経験した者。主任補佐は2年制短大(勤務経験4年以上)、短大・3年(勤務3年以上)、4年制大学(勤務2年以上)の昇任試験合格者

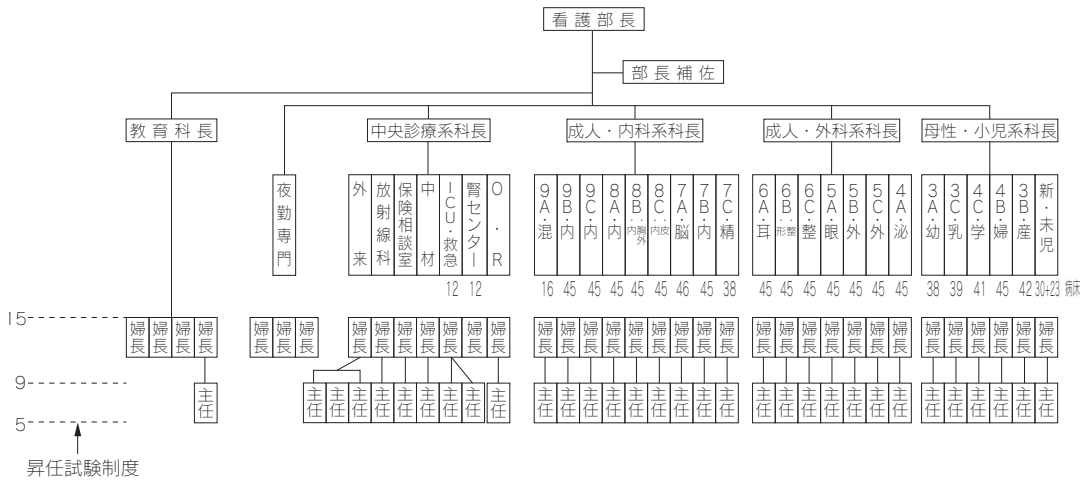


図2 看護部の新組織(昭和58年4月1日)

婦長は主任職位4年以上で管理職試験合格者であること。主任は短2(5年以上)、短3(4年以上)、4大(3年以上)で主任昇任試験合格者であること

た。

開院1年目に、外部の「医療組織研究会」により医療組織における看護職員のモラル調査の対象となったことが契機となって、管理者の組織に対する関心が高まり組織変革に着手された。これは、当時の間宮貞看護部長自らの手によって、病院看護組織を改革され

た事例である。

当初は、図1の看護部長を頂点に3人の副看護部長をラインにおき、管理婦長が2-3病棟を配下におく組織であった。組織論的観点からは以下の点が指摘されよう。

- 1) 副看護部長はラインに入れるのではなく、看護部長のスタッフ機能を担当すべき

- 2) 管理婦長が配下におさめる病棟が2-3で、これは組織論のSpan of Control統制範囲から考えると少なすぎ、余力をもった管理婦長は各病棟の婦長の責任範囲までコントロールしかねず、「1ユニット1責任者」の原則に反することになりかねない。
- 3) 看護部長が看護管理者会議を運営する際、参加者の数が多すぎて、看護部の意思決定機関となれず、連絡調整機関となりかねない。

組織論の原則を踏まえて改良されたのが、**図2**である。一見して、指摘された点が改善されていることが明らかである。従前の管理婦長はそれぞれ、成人内科系、成人外科系科長等として6-8ユニットの管理機能をおう。

これは統制の幅（Span of Control）から見て最適な幅と考えられる。従って科長は各系統の管理責任を全面的に負うこととなり、婦長は、1ユニット1責任者として病棟の責任を負い、責任の所在が明確となる。

また、各科長は、看護部長の権限委譲を受け、各系統の応援体制を自己の責任において随時実施できることとなった。現場をよく知る者が各系の采配をすることができることから、応援に出されたスタッフにとっても各系の他病棟の様子を知ることができ、かつ同系ということで早期に当該病棟への適応が可能であり、結果的にキャリアの幅を広げられる。

さらに、現場業務で多忙な管理科長や婦長の教育機能を「教育部門」として独立させ、常時職員の教育に専念できる組織とした。このことは、特に医療の高度化・複雑化、在院日数の短縮化、患者の高齢化、看護職員の技術の未熟性など、現場の状況に適切に対応しサービスの質を保証していく上で重要である。そして何よりも現場を部下に任せられる結果、看護部長が、将来構想や対外交渉等トップと

して重要な仕事に専心できることとなった。

組織論を踏まえたこの変革案は、事前に当時の国立病院管理研究所（現在の日本保健医療科学院）の石原信吾経営管理部長の賛同を得て実施に移され今日に至っている。

2) PPCシステムによる病棟編成： 筑波大学病院の例 ²⁷⁾

昭和50年（1975）、日本で初めてProgressive Patient Care System（PPC）を全面的に採用したのは、一県一医科大学構想のもとに新設された国立医科大学の筑波大学病院である。必要な看護を少ない看護職員で提供するシステムとして米国コロンビア大学で研究開発されたものであり、Intensive Care Unit（ICU）、Intermediate Care Unit、Self Care Unit、Outpatient Care Unit、Home Care Unitからなる。

毎週末を前に、各病棟から医長はじめ看護婦長が一堂に会し、診療録や看護記録から患者の状態を勘案しながらそれぞれの病棟に一斉に移動させる。千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センターの研修生らと共に実際の作業を見学する機会があったが、かなり労力を要する作業である。担当医にとっては従来の診療科別でなく患者の病状により病棟が変わるため、受け持ち患者が当初の病室から移動する事となるのでこのシステムにはなじみず、不評のようであった。

この方式は、一部ICUやその変形としてのCCUあるいはNICUなどの形で他大学や一般病院に移入されたが、病院全体をPPCスタイルにするという発想は広がらなかった。平成12年度のセンター研修生として同院副看護部長を受け入れたのを機に、「患者中心の医療・看護」、「限られた資源の効果的・効率的使用」を目指して活動されてきた25年目の筑波大学病院のPPCシステムについて、看護職員の意

識調査から検証したことがある。

看護職員は、「人・モノ・設備の効率性」と「患者ケア」で高く評価しており、「ケアの質と経済性」が求められる今日の医療に見合うシステムとして6割が継続を支持していた。

3) ヨコの連携を強化したマトリックス組織の導入：

医療法人社団北斗 北斗病院の例²⁸⁾

現在、多くの病院では、従来通りの部門別組織が大半であるが、チーム医療の中で医療関係職種間の協働がより一層要請される昨今、

真の協働作業を目指してヨコ関係を重視したマトリックス組織を実際にとり入れた病院が出現した。北海道帯広市の社会医療法人北斗「北斗病院」である。理論的にはこれまでも推奨されている専門職間のヨコの連携ではあるが、これまではプロジェクトチームとして一時的な non-visible organization system で対応されてきた。

しかし、従来のプロジェクトでは、企画を立てて実行は他の部署がやる事になりかねず、「やらされる」感じがぬぐえない。そこで、“組織総体としての有限な能力を最大化”すべ

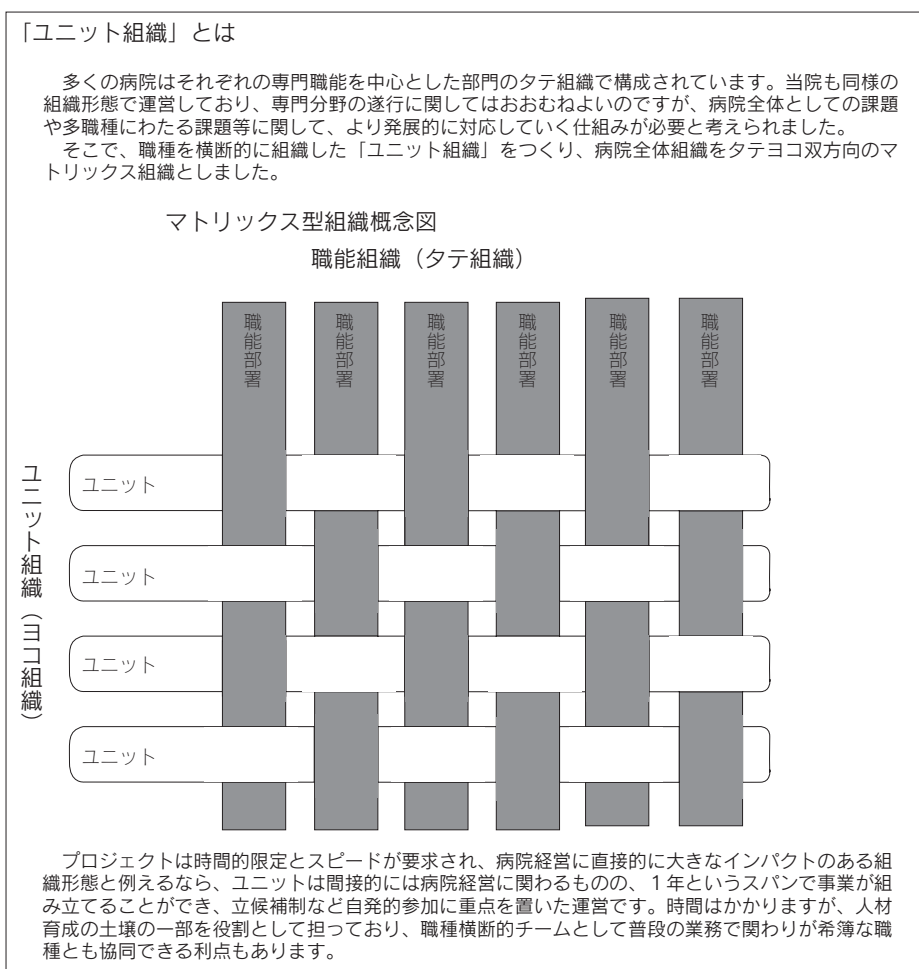


図3 北斗病院のマトリックス組織を利用した「ユニット組織」（社会医療法人北斗 北斗病院のHPより）

く工夫されたのが、タテ組織をヨコ組織に編み込むマトリックスを形成することとなったという。「他職種で構成されるため、ユニットのもつミッションが共有化され、その達成に向けての活動に収斂されていく」しか道はないという（図3は、北斗病院のHPより掲載）。

現在あるのは、病診連携、病床運営、顧客満足、危機管理、感染対策、職員教育、職員環境整備、社会還元、診療情報管理の9ユニットである。ユニット組織の特徴は、リーダーの「立候補制」で、1年間の自己の目標を掲げ職員の前でプレゼンテーションし、賛同者を募る。指示を待つ受動的な姿勢から、自ら発想し、実行する姿勢へと移りつつあるという。

9 最近の動向とこれからの展望

医療の高度化・複雑化、急速な超高齢社会およびIT社会の到来、医療費の削減さらには数年前からの医師の新たな臨床研修制度の導入もあり、医療現場での勤務医の労働過重によりこれまでになかった医師の偏在が起り、また、診療報酬の「7対1看護」（患者1.4人に看護師1人）の導入を契機に、第三次の看護職員の不足が起り、医療の危機が叫ばれている。

すでに診療報酬制度の改正に伴い、院内には、退院調整看護師、褥創チームあるいは頻発した医療事故を契機に総括リスクマネージャーに医師とともに副看護部長が就任し、京都大学病院では、院長直属の位置づけで全病棟に力を発揮できる体制も組まれた。²⁹⁾

安全で安心な医療提供が求められる今日、厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（2007.12.28日付）を契機に、看護

そして、このユニット制では、ユニット会議で検討され、最終的にユニット全体の運営会議で承認されれば、「即実行」という、責任制もあるが、フットワークが軽い。これは企画者と実行者が同じであるから、最後まで、提案を実現するという責任制を全うすることが求められる。自分の専門性と、事業の実施者という両面を同時に果たすため、大変だが、それだけにやり甲斐のある仕事になるという。職能を越えて他職種と共に仕事ができ、しかもマネジメント力を高める良い機会となっているようだ。しかし、こうした環境には慣れていないためその育成に時間がかかるのが難点とされている。

の役割の見直し等が盛んに論議され、実現されつつある。しかし、今回の通知は法改正ではないので、業務の見直しに当たってはこの点はしっかり留意しておく必要がある。

平成14年（2002）の静脈注射に関する行政解釈の変更により、看護師の医行為についての考え方が一部整理されたこともあり、近年、糖尿病外来のフットケア、リンパ浮腫外来、助産師による院内バースセンター、救急医療におけるトリガーなどなど、看護師が裁量できる範囲を広げて医師ほか他職種と連携協働していく体制が現場でとられてきていることは、これまでになかったことである。患者とその家族が安心して全人的ケアが受けられる終末期医療の1つである緩和ケア病棟での緩和ケア専門看護師の活動もすでに公に報道される迄の実績を積み、患者やその家族にとって看護職による安心と安全の恩恵が実感されつつあるといわれる。

国立大学や公立大学の独立行政法人化に伴い、これまで、医学部附属病院、歯学部附属病院と別々になっていた病院組織は、「大学附属病院」として1つに統合されてきている。これに対応して看護管理組織体制も変革してきている。それだけに他職種と協働する柔軟な姿勢と、言うべき時に、言うべきことを伝えられる能力が一層問われてもきている。

幸い、国立大学の法人化を契機に、東京医科歯科大学、東京工業大学、東京外国語大学、一橋大学の4大学統合によって開設された「医療管理政策学」MMA (Master of Medical Administration) のコースには病院の医師である副院長、看護部長、企業人、法学出身者など幅広い社会人が共に学んでいる。

また、神奈川県立保健福祉大学大学院(看護、栄養、リハ、社会福祉の4学科からなる)では、共通科目「ヒューマンサービス演習」において社会人入学の各領域の院生同士がグループで共に討議し、その成果を発表している。日頃、医療・福祉の実務の場では、同じ問題につい

て直接検討し合う機会が意外に少ないため、改めてそれぞれの職種についての理解を深め、互いに尊重し合いながら事例に取り組み、それぞれの職種の特性を活かした援助計画をたてるトレーニングの場となっている。

また最近、医・薬・看の学部教育の初期段階において、IPE (Inter Professional Education) として専門職種間の共通科目の教育を試行している大学も散見される。

社会全体がフラット化する今日、現実を直視し、細分化する専門職種間の協働とそれぞれが果たすべき責任と連携について討議できる機会が増えてきていることを歓迎したい。

第2次世界大戦敗戦後の大改革から60余年を経た今、日本の看護職集団も、未成熟から成熟集団へと変わりつつある。これまで長年にわたり、筋肉労働と考えられてきた看護職は、医療の一層の高度化・複雑化の中で、安心で安全な医療を提供するために、特に管理者にはますます頭脳労働が要求されてきている。

10 変革へ向けて

平成20年(2008)11月10日に、日本看護協会の機関誌「看護」創刊60周年記念フォーラムとして鼎談「保助看法と看護の未来」が開催された。フォーラムの最後に、我々は今、変革の最中にある。我々の挑戦がなければ変革へのチャンスは活かないこと、Change, Chance, Challengeの3Cを参加者全員で共に感じ、確認し合った。³⁰⁾

*

1960年代半ば、大学院留学生(公衆衛生行政)として、筆者が初めてアメリカへ渡った当時、戦後民主主義の理想の国と教えられてきたそのアメリカは、人種差別の最中にあり、日々

の生活の中で、例えばレストランの入り口も、バスの座席も白人用、黒人用と分けられていた。

‘We have a dream’ と皮膚の色による差別撤廃を叫んだキング牧師が凶弾に倒れてから40年余りを経た平成21年(2009)1月、アメリカ開国以来はじめての黒人大統領が誕生した。1つの変革は実現したのである。

そして平成21年(2009)夏には、日本においてもこれまでにない大きな変化が見られた。「医療の荒廃」、看護を巡る環境が大きく変わりつつある今こそ、看護職は、その再構築への力強い支柱としての役割を背負えるのであ

る。

「過去の夢は現在の希望であり、未来の現実である」との思いを強くさせられる。

我々自身のためにでなく、安心と安全の国民医療の実現のために、看護の立場から医療改革への将来の夢を描いて、さらなる変革を目指して歩みつづけたいものである。

(参考文献)

- 1) 看護学雑誌、1 (1)、1946
- 2) メリー T. コリンズ:監督について、看護学雑誌、1 (2) (3)、1946
- 3) ウェーランド、マクマナス、ファーデス著:病院婦長学、第2版、(原著:マクミラン社、1945)、メチカルフレンド社、1949
- 4) 厚生省医務局編:国立病院10年の歩み、p229、ぎょうせい、1955
- 5) 大森文子:国立病院・国立療養所の発足、草刈、見藤、小玉監修、2000年に看護を語る一急いでしかし着実に責務を語る時が来た、p31、日本看護協会出版会、2000
- 6) 前掲書4) p219 - 223
- 7) 草刈淳子:看護管理の発展経緯一戦後における看護組織の変遷を中心に、看護技術35 (8)、1989増 を参照
- 8) 篠田紘:病院管理学講座創設にあたって、(東北大学に「病院管理学」講座が誕生することを祝して)、病院、6 (5)、p2-3、1952
- 9) 前掲書4) p312
- 10) 草刈淳子:看護管理の今日的課題と展望—システム化の推進と看護専門職のありかた、ナースステーション、15 (1)、1985
- 11) 金子光:総婦長の歴史、病院、26 (13)、1967
- 12) 山川菊栄:はしがき、「病院診療所の看護婦—労働実態調査報告」労働省婦人少年局編、1951、4および「派出看護婦の実情—派出看護婦労働実態調査報告」、1952.3
- 13) C.F. サムス著:DDT革命、第10章 病院改革、岩波書店、1976
- 14) 大坂多恵子、岩佐(現草刈)淳子:基準看護その後、社会保険旬報、NO. 695、1960
- 15) 岩佐(現草刈)淳子、柴沼行雄編:社会保険における看護料支給基準一覧表、社会保障協会、1961
- 16) ゴダード著、小林富美栄訳:看護管理の原則、医学書院、1960
- 17) WHO看護管理セミナー報告書、日本看護協会出版会、1963、
- 18) 草刈淳子:今改めて看護管理の機転を振り返る「病院経営管理改善懇談会」(昭和35年)の歴史的意義、看護管理、12 (9)、2002
- 19) 高橋令子:セントラルナースステーション方式による病棟、(大型自動搬送方式の計画と採用)病院建築、特集;神戸市立中央市民病院、51号、(社)日本病院建築協会1981
- 20) 第23回日本病院管理学会課題報告、看護管理の方向、草刈淳子、松沢孝子、高松美智、病院管理、23 (2)、1986
- 21) 日本看護歴史学会編、日本の看護120年—歴史をつくるあなたへ、第3章 5看護指導者の育成、日本看護協会出版会、2008
- 22) 厚生省看護課主催、看護管理者講習会、看護管理講座、稲垣書店、第1巻 管理概論、1962
第2巻 管理技法1、1961、
第3巻 管理技法2、1961
第4巻 管理特論、1962
- 23) 神奈川県立看護教育大学校・同付属看護専門学校28年の歩み記念誌、2003
- 24) 吉武香代子:夜勤専従制度のすすめ、病院 25 (12)、1966、および 夜勤専従に関する研究、看護研究、2 (2)、1969
- 25) 草刈淳子:第3章 看護婦の労働条件(p58-126)の(4)夜勤専従者の実態(70-71)、看護マンパワーの経済分析、厚生省保険局医療課研究班報告書(代表;西村周三)1991
- 26) 間宮貞:看護管理組織の改編、病院、44 (4)、1985
- 27) 三ヶ田愛子、草刈淳子、長友みゆき:看護職員意識調査からみたPPCシステム導入後25年めの評価、第27回日本看護研究学会発表、日本看護研究会雑誌、24 (3)、2001
- 28) 本田つき子:全病院的医療サービス提供組織への転換—職能組織を越えるマトリックス組織の試み、看護、55 (6)、2003
- 29) 内田宏美、桑原安江:実践から学ぶ病院リスクマネジメント、診断と治療社、2005
- 30) 保助看法と看護の未来で激論、「看護」創刊60周年記念フォーラム、日本看護協会ニュース、vol.497、2008.11.15号

労働・業務改善の 取り組み

前日本看護協会常任理事

楠本 万里子

1. 看護業務の実施に関する 法的整備

1) 看護制度審議会設置と「保健婦、助産婦、看護婦法」公布

終戦当時、わが国では栄養失調、結核の増加や急性伝染病の流行など、国民の命や健康は極度に脅かされていた。医療提供体制は壊滅状態で、医療施設数は、病院645、診療所6,607、歯科診療所3,660であった。

戦後、GHQの指導のもと、抜本的な保健医療機構の改革が進められるまで、ほとんどの医療施設において看護婦は医師の助手的な存在として、もっぱら診療の補助業務に従事しており、患者の食事づくりや身の回りの世話は、家族や付添婦が行っていた。日本の看護の実情を視察して回ったGHQのオルト看護課長の目には「日本の看護婦は医師の女中のような存在」であると映ったという¹⁾。

オルト看護課長は、「看護は芸術 (Art) である」、「看護は科学 (Science) である」、「看護は専門職業 (Professional) である」ことを折に触れて提唱し、わが国の看護に関する改革の基本方針についても、独自の専門性をもつ資格・身分として教育水準を高め、社会的評価を上げることに主眼を置いていたという²⁾。

戦後、最初に看護業務に関する検討が行われたのは、昭和21年(1946)にGHQが設置した「看護制度審議会」であった。この会議の構成メンバーは、保健婦、助産婦、看護婦それぞれの代表、医師、厚生・文部両省の担当課長等で、GHQが示した看護に対する新しい考え方、すなわちこれまでの保健婦、助産婦、看護婦の3つの職種の機能を合わせて一つにする「総合看護」の考え方を視野に入れた検討であった。

会議には全体会の下に「業務」と「教育」の2つの分科会を設置し、検討を進めた。特

に白熱した議論になったのは、看護の独自性・専門性、助産業務は医業か看護か、看護職の資格を与える教育、試験、免許、登録などの条件、社会的位置づけ、給与などであったという³⁾。

これまでわが国で考えられていた「看護」とはいわゆる「臨床看護」のことで、傷病者に寄り添い医師の指示のもとで療養上の直接的な世話をすることであった。しかしここでの検討において、看護の機能とは、「健康の保持増進、疾病予防、妊娠・産褥期の母親と新生児の世話など、生命と健康を守り助長することである」と概念が広がった。そして、医業と看護の関係は、上下の関係ではなくそれぞれ専門性をもつ対等の関係で協力体制を取るもの、つまりパートナーの関係であることを明確にした。

この審議結果は「保健師制度案」としてまとめる方向であったが、様々な議論を経て最終的には保健婦、助産婦、看護婦それぞれの業務、資格、教育等を規定することとなった。こうして昭和22年（1947）7月3日、国民医療法の委任に基づく政令として「保健婦助産婦看護婦令」が公布され、翌年には根拠法である「国民医療法」の解体に伴い、「保健婦助産婦看護婦法」（以下 保助看法という）と改められた。

旧看護婦規則では看護職員の業務については、「看護婦ト称スルハ公衆ノ需ニ応ジ、傷病者又ハ褥婦看護ノ業務ヲナス女子ヲ謂フ」と規定していたが、保助看法では、「療養上の世話」と「診療の補助」とが明記された。また、乙種看護婦の業務については、「急性かつ重症の傷病者または褥婦を除く、一般の傷病者に対する療養上の世話または診療の補助」と範囲を制限し、甲種看護婦の指示を受け業務を行うこととした⁴⁾。

看護職の労働条件整備については、昭和22

年（1947）「労働基準法」が制定され、「1日の労働時間を休憩時間を除く8時間とする」と定めたことから、1日を8時間の勤務帯に分ける3交替制の根拠になった。また、週に1回の休日が定められ、週労働時間は48時間を超えてはならないことになったが、看護婦については、その仕事の公共性を重んじ、1日9時間、週54時間までが特例として認められた⁵⁾。

保助看法成立と同じ昭和23年（1948）には「医療法」が新たに制定され、病院、診療所、助産所の定義、施設設備および人材配置基準などが定められた。看護婦および准看護婦の数は、「入院患者（収容されている新生児を含む）の数が4またはその端数を増すごとに1および外来患者の数が30またはその端数を増すごとに1」とされた。

これが、患者数に対する看護職員数を規定する制度の始まりであり、法的には、平成12年（2000）の第4次医療法改正で3対1に改正されるまで、長きにわたり4対1の配置基準が続いたのであった。

昭和22～23年（1947～48）にかけての「労働基準法」「保助看法」の制定、「医療法」の見直しにより、看護業務を行う際の基礎的な法的枠組みが整備されたことになる⁶⁾。

2) 看護業務指導指針の作成と啓発普及

保助看法を所管する厚生省医務局看護課では、同法に基づいた看護業務が医療現場で適切に実践されること、特に看護独自の業務と位置付けられた「傷病者および褥婦の療養上の世話」が、適切に実践されることを期して、昭和24年（1949）9月「病院勤務看護婦業務指針」を作成した。この指針では、一般看護婦、看護婦長、夜勤婦長、総看護婦長、専任教員、教務主任という役割ごとに具体的な職務の内容を掲げた。わが国で初めて、総看護婦長—看護婦長—主任看護婦—看護婦という、看護

サービス提供の組織形態が示されたのである。

当時、看護婦の指導監督権限は大病院であれば各科の医長が、中小病院では院長が有していた。必然的に看護業務は診療の補助が主体で、院内での統一性はなく、それぞれ所属する部署によって異なっているのが普通であった。このような状況を保助看法制定を機に改善し、看護を専門職業として高め発展させていこうという当時の指導者たちの改革への気概と期待は、下記のような一般看護婦の業務内容からも伺い知ることができる。

＜一般看護婦の業務内容＞

- (1) 患者に熟練した一般的な看護を行い、患者の精神上また身体上の要求に応じ定められた処置および各科に必要な救急の処置並びに看護を行うこと
- (2) 患者に対し健康に関する指導を行う：患者の生活上の良習慣、食物、休息、運動、睡眠、娯楽、清潔、その他心身の健康状態、疾病に対する抵抗力に関して教育指導をなし悪習慣を矯正する。
- (3) 患者の環境管理を行う：病氣回復促進の本となる患者の環境管理に対して十分な知識をもち、これを調整すること。
- (4) 患者の病状と心理的及び社会的環境を観察してそれに応じた処置を行い必要があれば臨時の報告を行う
- (5) 患者の病状および処置の記録並びに報告を行う
- (6) 看護及び診療上必要な機械、器具、材料の取り扱いに注意する
- (7) 診療の補助をする
- (8) 病院及び他の医療、公衆衛生、並びに社会事業機関等の働きを理解しそれ等の利用を計る
- (9) 看護婦生徒の病室実習に際しては看護婦長の指導に協力する

(10) 看護内容の向上のために研究し、専門的団体の活動に参加するように努める

昭和24年（1949）12月に「国立病院・療養所勤務看護婦の業務指針について」（医発第988号）、翌年9月には「国立病院療養所における看護組織系統について」（医発第123号）の2つの厚生省医務局長通知が発出され、まず国立病院から看護の組織化や本来の看護業務の実践への取り組みが進められていった^{7) 8)}。

3) 看護の質保証と経済補償の仕組みの構築 ー完全看護制度ー

GHQによる統治が終了して3年後の昭和30年（1955）、抗生物質の普及により感染症が急激に減少した。医療施設は病院5,119、診療所51,349、歯科診療所24,773と大幅に増加した。昭和32年（1957）～35年（1960）の3年間で、入院患者数は約4割、医療従事者は約2割増加し、特に医師の就業者は約10万人となった。しかし看護職員総数は12万人と横ばいであり、医療施設の増加に伴い増大する看護需要に対して著しい供給の不均衡が生じていた。

同時期の厚生省による調査では、国立療養所に勤務する看護婦の総数は8,698名、付添婦は3,559名であり、いまだ看護業務の多くを付き添いが担う状況にあったことが判る⁸⁾。

厚生省では看護の量的確保に合わせ、質の確保を次なる課題として、「看護は看護婦の手で」をスローガンに掲げ、昭和28年（1953）、社会保険による診療報酬制度において「完全看護承認の基準」を創設し看護サービス提供を料金化した。「完全」の意味を患者・家族が「付添を付けないこと」と誤解することも多く、この要件を医療法上の規定の4対1の看護職員数で実現することは困難であったことから、医療現場に無用の混乱を生じさせ、看護の労働条件悪化を招く結果ともなった。

しかし、①看護婦（看護補助者を含む）の勤務形態はなるべく3交替制であること、②看護記録がつけられていること、③看護に必要な器具器材が備え付けられていることなどの承認基準をクリアするための、勤務体制の見直し、記録や看護用具の開発・整備など、当時の看護現場の看護業務改善の推進に大き

な役割を果たしたとすることができる^{9) 12)}。

看護の質保証・向上の取り組みが、経済補償の面から政策的に誘導されることになった一方で、効果的な取り組みは報酬改定や加算対象の拡大などに影響を及ぼすことができることから、看護管理者等に看護業務についての変革意識を大きくもたらしたとも言えよう⁸⁾。

2. 病院の発展と看護業務の明確化の取り組み

1) 病院の発展に伴う看護業務の変化

1960年代に入り、国民皆保険の達成、公費負担制度の充実に加えて、経済成長に伴う人口の都市集中の影響などにより、国民の受診量が増大し、この対応として、医療施設や病床数がさらに急増した。昭和40年（1965）年の医療施設数は、病院7,047、診療所64,524である¹³⁾。

好調な経済状況を背景に、病院の新設や改築が相次ぎ、吸引、酸素吸入の中央配管、インターフォン式のナースコールや製氷機の導入など、近代的な施設・設備が整えられた。医療用ディスプレイ製品も開発された。ME機器導入による医療のシステム化が進められて行く中、看護師によるモニター監視、機器の保守点検が常態化し、看護の業務量がますます増加していった¹⁴⁾。この頃、病院でタイム・スタディによる看護業務量の調査研究が盛んに行われた。看護業務の大部分を直接ケア、間接ケア（診療の補助）、看護記録が占めている状況を客観的に把握し、看護婦による直接ケアを増やしていく方策について検討が行われた¹⁰⁾。

この頃の看護師は、独身で寮に入り、結婚すれば退職し寮を出るとというのがほとんどのパターンであった。夜勤は、一人夜勤で、50～60人の患者を受け持ち、月平均14～15回で、

連続5～7日間というものだった。通勤は認めない、既婚者お断り、給与は安い、休日も取れない、夜勤手当も超勤手当もないところもあったという^{6) 8)}。

2) 看護の概念や看護業務の明確化に関する取り組み

上記のような看護職員の労働条件改善を掲げ病院ストライキが相次ぐ中、争議の背景となっている病院経営管理上の諸問題の改善に向けた検討が続けられ、看護の課題も明らかになってきた。

まず、昭和35年（1960）厚生省の「病院経営管理改善懇談会」が看護管理に関する問題点及びその改善方策等を提言した。国レベルの病院経営改善の検討において、看護部門の独立、看護の概念整理に基づく業務分類や組織化のあり方などが大きく取り上げられたのは画期的なことであった¹⁵⁾。

続いて、「医療制度調査会」が、昭和36年（1961）3月に第一次答申の中で、病院管理において、各部門の権限と責任の明確化や、部門内・部門間の連絡調整が重要であると、運営部門を診療組織、看護組織、診療補助組織、事務組織に大別して業務区分の明確化、各種会議や委員会活動による運営の円滑化を例示した。

そして、緊急に実施を要する事項をとりまとめ中間報告とした中で「看護の概念、看護業務の範囲および内容を明確にし、それらの十分かつ効率的な処理に必要な看護要員の種類、資格、権限、業務範囲および看護体制の中における段階的機能を明らかにし、その機能が十分果たされるよう看護婦の責任を定めること」を提言した。併せて看護倫理の高揚、看護業務の内容の質的分類に対応した教育の在り方、および看護婦数の確保策の検討、医療法における看護要員数と関連する諸制度の見直しなども盛り込んだ。

同年7月の第二次答申では「看護管理」の項に、看護業務内容の調整、職階ごとの業務区分、受け持ち看護制、業務の標準化、少人数で最大の能率を上げる設備の近代化などを提言した¹⁸⁾。

このような提言を受け、看護界では「看護」の概念や「看護管理」に対する関心が高まり、バージニア・ヘンダーソン『看護の基本となるもの』—基本となる看護に日常生活行動14項目を提示—や、Faye アブデラ『看護の問題点』の21項目の提示、看護の機能を明確に記述した「看護の定義（1987年のICN大会で採択）」などの出版物の活用が活発になった。看護はようやく診療部門から離れて看護部門となり、看護業務を自律的に実施する基盤を得ることができた。同時に、看護独自の法的責任が問われようになるなど、看護業務の内容や範囲が社会に周知されていく過程において、看護管理という概念が誕生した¹⁵⁾。

臨床現場では、看護実践への問題解決法の導入が進み、患者の心身の状況に応じた個別化したケア計画を立てて、これに沿ってケアを提供する「看護計画」が普及した。看護の方式も機能別看護から、リーダー看護師と数人の看護要員のチームが患者数人を受け持ち、患者個々の看護計画に沿って看護を提供する

チームナーシング方式の導入が進み、この方式に受け持ち患者方式の利点を加えた固定チームナーシング方式も導入された^{14) 15)}。

昭和38年（1963）には、湯楨らは看護の必要度研究班が研究成果を発表した¹¹⁾。看護職員の満足度を把握するための「意欲調査」も実施されるようになった¹⁹⁾。

約6カ月にわたった全国規模の病院ストライキは、労働組合側あるいは労使双方から次々と中央労働委員会に斡旋が申請され、昭和35年（1961）の春闘後にはほぼ終息した。同年8月、国立病院・療養所の助産師・看護師の労働時間は、他の公務員と同様の週44時間制となった^{6) 17)}。

3) 夜間勤務規則等改善に関する人事院判定

昭和38年（1963）4月、依然として看護婦不足が続く中、全日本国立医療労働組合（全医労）が、人事院に、「国立病院及び国立療養所に勤務する看護師、准看護師、助産師の夜間勤務規制等に関する行政措置要求」を提出した。要求項目は、①夜間勤務回数を月6日以内とする、②一看護単位の定床は40床とし、2名以上の夜勤者を置くなどであった。

この要求に対して昭和40年（1965）5月、「夜間勤務の日数は、1か月約8日を月平均夜勤日数の目標とすること」「看護単位は一律に規制できないが、一人夜勤で足りると考えられる看護単位について、突発事態の発生等に備えての措置を講ずるとともに、その他の看護単位においては、所要の措置を講じながら計画的に一人夜勤の廃止に向かって努力すべきであること」などを趣旨とする人事院判定を出した。

この判定を受け、いわゆる「^{ニッパチ}二・八闘争（複数配置で月8回以内の夜勤体制の獲得を目指す労働運動）」が全国的に広がった。人事院判

定自体は法的拘束力がないものの、現在も、労使双方にとって夜勤労働改善の一つの目標となっている。この後、国立病院・療養所で

は人員増が図られ連続7日間の夜勤は3日となり、2人夜勤も可能となった^{7) 20) 21)}。

3. 看護の自律、主体性を確立するための取組

1) 看護業務基準・指針等の作成

昭和40年代半ば、第二次ベビーブームが到来、総人口は1億人を超えた。老年人口は6.7%で、入院患者に占める高齢者の割合が増加、施設内死亡率も上昇してきた。昭和47年(1972)老人福祉法改正により老人医療費が無料になり、昭和50年(1975)頃から「外来のサロン化」や「社会的入院」という現象が指摘され始めた。昭和56年(1981)がんで死因の一位を占め、昭和59年(1984)から、診断や治療技術の確立に向けた「対がん10か年総合戦略」が開始された¹³⁾。

この頃、電解質の解明による輸液療法、麻酔・輸血の技術や抗生剤の開発・進歩等により治療・手術技術が格段に進歩し、外科領域の看護の質も向上した。高カロリー輸液が市販され、中心静脈栄養法の活用が増加した。科学技術・機器の飛躍的な進歩は延命や救命に著しく貢献し、医師の専門分化も促進された。反面、医療におけるマンパワー需要の増大、高額な医療機器および薬剤の導入による医療費の高額化、引いては国民医療費総額がGNPを上回る伸びを示すという深刻な問題となってきた。

病院では昼夜を問わず24時間連続の集中的な治療が行われ、看護婦の診察・処置・検査に関する業務量が増大した。さらに遠隔モニター装着による生体情報の持続的な監視、アラームへの対応など、看護師は十分な知識と専門的判断能力が要求され日常的に緊張を強いられる上に、病棟の医薬品管理や医療機器

の保守点検の業務が常態化するなど業務密度は高まり続けた。また診療の補助業務から派生した様々な医療関係職種が誕生し、チーム医療を進める上での適切な情報提供、業務の調整等を行うための会議や委員会活動が増加してきた。この頃から臨床の看護婦から、「診療の補助業務に追われ、療養上の世話が十分できない」との悩みが聞かれるようになった^{15) 16)}。

自らの実践の基準を明確にし、自主規制していくことは専門職に不可欠な要件であることから、昭和48年(1973)アメリカ看護協会(ANA)編の『看護業務の基準』が訳出され、同年、日本看護協会看護婦部会編『看護業務指針』が出版された。

この看護業務指針では、「基本的看護(バージニア・ヘンダーソンの基本的看護の要素14項目)の分野において看護婦は独自の職権を行使してもよい」とし、「療養上の世話」は、「医師の診断と治療を前提にしながら、看護婦の専門的判断により主体的に実践されるもの」、「診療の補助」は「医師の意思によってその指導監督のもとで行なうべきで、看護職者の能力に見合って、患者の生命、健康に危険を生じる恐れのないものでなければならない」とした。そして病院における看護職員の業務内容について、臨床で必要な看護判断、発達課題別のフィジカルアセスメント、看護計画および具体的援助法を例示した²⁴⁾。

日本看護協会では、昭和21年(1946)の創設当時から、保健婦・助産婦・看護婦の各職

能委員会や看護業務に係る委員会において、時代の要請に基づいた看護業務の明確化や業務指針の作成、業務上の多様な問題や課題への対応等について継続して検討し、『保健婦業務要覧(昭和23年(1948))』、『助産婦業務要覧(昭和45年(1970))』を示してきた。昭和63年(1988)には、すべての看護職員の行動の指針として「看護婦の倫理規定」を提示し、さらに平成7年(1995)には長らくの懸案事項であった、わが国の看護職員に共通の看護実践の要求レベルを記述した「看護業務基準」を提示した。

この「看護業務基準」では、「看護実践、すなわち“看護職員が対象に直接的に働きかける行為”と看護実践の組織化、すなわち“看護職員が看護実践を提供し、保証するためのシステムを構築すること”をあわせて“看護業務”という。」と概念整理を行った上で、①看護実践(看護実践の内容、看護実践の方法)と、②看護実践の組織化、について基準を示した。また、看護実践の内容の基準の中に、「医師の指示の実施に際して、看護独自の判断が必要である」こと、つまり医師の指導監督の下で実施する診療の補助業務においても、看護職者には、専門職としての判断に基づく危険の予知と回避という注意義務の履行と倫理的な行動が求められるということを明言した²⁵⁾ 26)。

「看護婦の倫理規定」は平成15年(2003)に改定され、現行の「看護者の倫理綱領」に、『看護業務基準』は平成19年(2007)に、看護実践の基準に「看護実践の責務」および「看護実践の専門分化＝専門看護師・認定看護師の実践の基準」を加えて改訂され、現在に至っている²⁶⁾。

2) 看護需要の増大に対応する看護体制構築、業務改善の取り組み

高齢化社会が進行し、健康に対する国民の

関心も高まる中、昭和53年(1978)、厚生省は看護需要の量的・質的な増大への対応策検討を目的に「看護体制検討会」を設置した。

ここでは、数か所の病院の実態調査と研究成果等を参考に、まず「女性のライフサイクルと業務」、「家事・育児と業務」の2つの視点を踏まえ、高度かつ多様化する看護業務に対応できる専門職看護婦像を描いた。その上で、求める資質の看護職員の養成・確保の実現に向けた方策について議論し報告書を取りまとめた。

検討会では、わが国の看護は、これまでの医師との従属関係から、医師の診断・治療方針のもと主体的に看護計画を立案し、計画に沿った看護活動を実施するという考え方が定着し効果を上げつつあること、活動の場も今後は、在宅ケアなど地域における活動も重要となるとの認識を示した。

看護業務の関連では、キャリアに応じた業務分担の明確化、既婚者の増加に対応した就業条件改善と勤務体制の見直し等を提言した。併せて地域の近代的医療機関で、看護教育の実習施設となりうる人的、物的条件を備えている病院を想定した「病院看護管理指針」と、「看護観察の程度(A～C)」と「生活の自由度(I～IV)」との2つの側面で評価する「看護度」、および「看護度記入の手引き」を提示した²⁷⁾。

1980年代半ば病院数は約9,600となり、医師数は約19万人、看護職員数は約64万人で、結婚して子供をもつ看護職員が年々増加してきた。昭和60年(1985)には女性の社会進出を背景に「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等女子労働者の福祉の増進に関する法律」が制定された。昭56年(1981)、労働基準法施行規則の改正により、医療業等の労働時間特例は段階的に廃止(昭和60年(1985))され、医療従事者にも労働時間短縮

の方向が採られようになった^{6) 7) 20)}。

3) 医療施設における看護業務改善の取り組み—看護業務検討会報告

昭和60(1985)年の第一次医療法改正で、地域医療計画等の導入が規定され、健康の保持増進、疾病の予防からリハビリテーションに至る地域包括医療の提供を目指すこととなった。この医療計画策定に伴い駆け込み増床が起り看護職員不足が顕著になった。

平成2年(1991年)3月、厚生労働省は今後の若年労働力減少の中での安定的な人材確保をめざし、「保健医療・福祉マンパワー対策本部中間報告」を取りまとめ、看護職員の労働条件改善方策の一つとして、看護職員が誇りをもって働き続けられる魅力ある職場づくりのため、看護業務改善の取り組みの方向を示した。

平成4年(1992)この提言に沿って、「看護業務検討会」が設置され、同年12月には中間まとめとして、夜勤負担軽減、業務の省力化、他職種との役割分担などの観点で、医療施設で取組み可能と考えられる看護業務の改善方策を提示した。翌年には「看護業務見直し改善事業」として、日本病院会、全日本病院協会、医療法人協会、日本精神病協会の協力のもと、各団体推薦の全国8病院でモデル事業を実施した。

モデル病棟で試行した方法は、①勤務体制の改善(変則3交替制導入、完全分離型2交替制の導入)、②業務の省力化(コンピュータ、ファクシミリによる院内伝達業務の合理化、物品管理システムの導入)、③看護業務自体の改善(申し送りおよび医師への定時報告方法の簡素化、看護記録記載内容の合理化)、④他職種との役割分担(病棟業務への薬剤師の導入、クラーク・メッセージャー導入による事務の簡素化)である。

平成5年(1993)、検討会はモデル事業の結果を含め、最終的な報告書を取りまとめた。この中で、看護業務改善を巡る現状の問題点、①周辺業務や交替制勤務に追われ看護職に不満や不全感が生じている、②看護部門の位置づけや、他職種との役割分担が適切に行われていないため、根本的議論に発展しにくい。③夜勤負担軽減の検討が十分なされていない。④現行体制の維持が先行して業務改善に積極的に取り組む意識が生じにくい、を指摘した。また看護婦等の専門性および調整能力を発揮できるように、①ベッドサイドケアの比重を高める、②他の医療職との連携、③事務職へ移管や機械化を図る、④医療機関全体として取組むことが重要であることを提言した。

この内容は、平成4年(1992)6月制定の「看護婦等の人材確保に関する法律」に基づく基本指針(平成4年12月文部省厚生省労働省告示第1号)の「看護婦等の処遇」の項に反映された。平成6年(1994)厚生省補助事業として上記の4病院団体、日本医師会、日看護協会、日本薬剤師会および学識経験者から成る「看護業務改善推進連絡会」を設置、看護業務改善推進のためのビデオ教材と取り組み手順等のマニュアルを作成し啓発・普及に努めた²⁸⁾。

これらの動きに連動して、多くの医療機関が何らかの看護業務改善に取り組んだとされるが、申し送りや記録類改善など、看護部内で実施可能な取り組みは進んだものの、組織をあげた取組に大きく発展するには至らなかった。

平成13年(2001)の全国の一般病院1,521を対象とした調査では、過去5年間に看護部門で取り組んできた業務改善の内容は、「感染予防(77.9%)」「看護記録(74.9%)」「看護業務マニュアル(70.9%)」「接遇(65.2%)」であった。看護現場の課題の推移とともに検討会

が意図した「看護婦等の専門性及び調整能力が発揮されるような」状況に向かって進んでいる様子が伺えた²⁹⁾。

平成5年(1993)は第2次医療法改正が行われ、医療の担い手として看護師が明記された記念すべき年である。法改正の一項目として、医療関連サービスについて、医療法施行令に定める8つの業務(1)検体検査、2)医療用具の滅菌消毒、3)患者への食事の提供、4)患者の搬送、5)医療機器の保守点検、6)寝具類の洗濯、7)施設の清掃、8)医療事務業務)を外部委託する場合は、医療法施行規則に定める基準に適合する者への委託が義務付けられた。

平成3年(1991)の医療関連サービスの実施状況調査では、外部委託率は検体検査、寝具類の洗濯、施設の清掃では83.9%~98.2%、給食や医療事務は40%~50%、滅菌・消毒は21%であった。給食や医療事務は今後も外部委託率の伸びが期待されている³⁰⁾。これらの業務すべてを、かつては看護職者が担っていたことを思うと、隔世の感を覚える看護職者は少なくないであろう。

看護業務改善の次なる大きな動きは、平成15年(2003)5月に制定された個人情報保護法の施行に合わせた時期であった。平成17年(2005)厚生省の検討会が策定したガイドライン等に沿って、診療関係書類等の診療情報の管理や記録方法の見直し、情報収集・情報提供・開示・苦情対応などに関する取り決めの明文化、病棟内の標識や放送設備などの見直し、ITの導入など、これまでになく病院組織全体での取り組みが集中的に進められた。特に看護記録は法的に記載義務がないものの、重要

な法的証拠能力をもつものとして取り扱われている現状から、改めて記載基準や記載範囲、方法などについてのマニュアルの見直しや看護職員・看護学生に対する情報倫理を含めた教育が重点的に行われた^{22) 32)}。

平成18年(2006)第5次医療法改正において、看護記録はすべての病院において備えるべき諸記録に追加された³³⁾。

さらに、近年は、医療安全確保の観点から看護業務改善が課題となっている。平成14年(2002)医療法施行規則の一部改正により医療機関の特性に応じた医療安全管理体制の確保が管理者に義務付けられ、診療報酬上に医療安全管理体制未整備減算が創設された。平成18年(2006)の第5次医療法改正で、法の目的に「医療安全の確保に関する事項」が加えられ、病院・診療所・助産所の管理者に対し、医療安全や院内感染管理のための指針策定、職員の研修、報告制度などの体制整備を義務付けた。同年の診療報酬改定で医療安全管理体制整備は入院基本料算定の要件となり、未整備減算は廃止された。

この一連の動きの中、医療施設は例外なく、職場環境の整備、安全仕様の機器、医薬品等の採用、各種マニュアル作成、各部署や職種の業務内容・量の適正化、医療安全担当者、医療機器安全管理者等の設置など、安全の視点で自施設のシステム全体を見直す必要に迫られた。近年、医療現場では業務の点検・改善はごく当然のことと受け止められるようになり、インシデントレポートや医療事故事例の原因分析などにに基づき職種、部門を超えた組織的な業務改善活動が進められている^{20) 34) 35)}。

4. 医療提供の場の拡大と変化に対応する看護業務のあり方について

1990年半ば、65歳以上の高齢者は人口の13.5%であったが、平成17年（2005）には20.2%となり、入院患者のうち75歳以上の者の占める割合は6割を超え、死亡数も毎年平均約2万人増加と、後期高齢者と死亡数増大の傾向が顕著になった。1万カ所を超えていた病院数は平成2年（1990）をピークに、平成11年（1998）年に約9,300、平成18年（2006）には約8,900と減少し、病床数もピーク時の195万8千から187万2千、178万7千と減少した。平成20年（2008）の看護職員就業者数は、約126万人で、その約7割が病院、約2割が診療所に従事し、社会福祉施設、介護保険施設と訪問看護ステーションは合わせて1割弱である³⁴⁾。

急速な高齢社会の進展と長引く経済の低迷の中、医療供給体制の基本である医療法改正が、昭和60年（1985）の第1次、平成5年（1992）の第2次、平成9年（1996）第3次、平成12年（2000）第4次と行われ、患者の選択を尊重した質の高い医療の効率的提供、医療施設機能の体系化、地域における保健医療福祉の連携体制整備、適切な説明と理解を得るインフォームド・コンセントの確立などに関して、諸制度・施策が目まぐるしく展開されてきた^{34) 35)}。これらの改革は診療報酬、介護報酬による政策誘導と合わせて進められ、診療報酬では、入院日数短縮のための早期からのリハビリテーションや退院調整はじめ、栄養管理、褥創ケアや緩和ケアなど、医療チームによる実効ある取組に評価が取り入れられた。

このような臨地での質の高い取り組み推進には、日本看護協会が創設した認定制度に拠り養成された専門看護師、認定看護師（平成20年（2008）12月現在、専門看護師304名、同年11月現在、認定看護師4458名）が主導的な役割を果たし高い評価を得ている^{36) 42)}。疾

患の治療法ごとに検査・看護などを含む治療内容・スケジュールの標準モデルを作り、それに基づいて医療を管理する方式である、クリティカルパスの医療チームでの開発・活用も盛んになった^{34) 39)}。

他方、医療が高度化・複雑化の一途をたどる中、入院日数短縮が政策的に進められており、特に急性期の医療現場は高速回転の状況を呈している。加えて患者の高齢化、ニーズの多様化や権利意識の高まりなどへの対応で業務密度が非常に高まっている。平成11年（1999）の大規模病院での手術患者取り違えや消毒液の誤注射などのような、不安定な労働環境に起因するヒューマンエラーによる医療事故が続出した。看護職は医療安全のみならず、院内感染、暴力や災害への対策などの危機管理についても、組織内のルールづくりや他職種協働においてリーダーシップや調整機能の発揮が求められている。さらに医学・医術の飛躍的な進歩に伴い、脳死判定、臓器移植、生殖補助医療、遺伝子治療、終末期医療、リビングウィルなどの医療倫理を巡る課題も増加し、看護職員はこれまでにない複雑で解決困難な倫理的問題にも直面している^{39) 40)}。このような状況下、新卒看護師の9.3%が1年以内に退職しているとの衝撃的な状況も明らかになった。

厚生省が提示した平成13年（2001）9月の「医療制度改革試案」、平成15年（2003）8月の「医療提供体制の改革ビジョン」を踏まえ、同年12月政府・与党医療改革協議会が「医療制度改革大綱」を公表、続いて大綱で示した制度改革推進関連施策の後押しとなる診療報酬改定内容が決定され、平成18年（2006）6月には「良質な医療を提供する体制の確立をはかるための医療法等の一部を改正する法律（以

下医療制度改革関連法という)」が成立した。これら一連の制度改革に共通する方針は、「予防の重視」、「サービスの質向上」、「サービスの利用者（国民）の視点の重視」であった²²⁾。

この平成18年度（2006）診療報酬改定において「常時7対1」の手厚い看護配置（旧表記では、1.4対1）が実現したが、この承認取得による増収を見込んで、これまでにない大量の看護職員確保に乗り出す病院が増えたことなどにより、著しい看護職員の確保困難の状況が生じた⁴⁵⁾。

平成17年（2005）から18年（2006）にかけて医療法改正（第5次）、医師法や保助看法の改正、介護保険法改正、障害者自立支援法成立など、保健医療福祉の各領域で制度改革に向けた法的整備が相次いで行われた。

第5次医療法改正では、医療施設の量的整備だけの医療計画でなく、医療機能の分化・連携を促進し、切れ目のない医療の連携体制確保の状況が住民・患者からみてもわかりやすく、かつ事後評価できる計画とすることとなった。特に広範かつ継続的な医療の提供が必要な「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾患、「救急医療」「災害時における医療」「へき地の医療」「周産期の医療」「小児医療」の5事業については、都道府県が医療連携体制の計画を策定し医療計画に記載することとした。また、広告の規制緩和により、平成19年（2007）4月1日から、医師・歯科医師以外の専門性に関する資格名も広告できるようになり、看護師では、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師など26分野の資格名が広告可能となった^{34) 45)}。看護の専門性や実践力が広く一般に理解され、評価を受けることになる時代の幕開けである。

以下のいくつかの局面は、この象徴でもあるだろう。

1) 新たな看護のあり方検討会報告書

平成14年（2002）5月、通常国会で、時の厚生労働大臣が看護師の専門性に基づく業務の見直しの必要性を発言したことを契機に、本検討会が設置された。21世紀に入って初めての、看護の方向づけとなる本格的な検討の開始である。

ここでは、まず、看護教育の高度化等により看護師等の知識・技能は大きく向上している一方で、医療に対する国民のニーズは拡大・多様化し、看護師等に期待される役割が拡大していることを共通認識した。次いで同年9月、90%以上の医療施設で医師の指示に基づき看護師等が静脈注射を実施しているとの調査結果を踏まえ、昭和26年（1951）8月に起きた看護師による誤薬静脈注射事故以来、「静脈注射は看護師の業務の範囲外である」としてきた解釈を改め、「静脈注射を看護師の診療の補助業務の範疇として取り扱うべきこと」を提言する中間報告を取りまとめた。これを受け、厚労省では静脈注射を「保助看法第5条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱う」ことを周知するための都道府県知事宛て通知「看護師等による静脈注射の実施について」（平成14年9月30日医政発093002）を発出した。

この通知では、解釈の変更に併せ、看護職員による静脈注射実施の安全確保のための、教育研修実施、施設内基準や看護手順の作成、適切な業務分担の実施、学校養成所における教育の見直し等を要請した^{38) 39)}。

検討会は翌年（平成15年）3月には、①専門性の高い看護判断と看護技術の提供、②看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進について、の2つの軸で最終報告書を取りまとめた。この中ではじめて、看護職員は「療養生活支援の専門家」であるとしたうえで、看護現場では、本来医師の指示が必要ない療養

上の世話についても医師の指示を求めている状況があることを指摘し、今後は、医師に意見を求めるべきかどうかからの確な判断を行い、適切な看護技術を提供し自律的に業務を遂行していくことを求めた。

さらに今後、看護職員に期待される役割は、インフォームド・コンセントの成立のための、わかりやすく丁寧な説明、患者等が自らの意思・要望を伝えたり意思決定や選択ができるような支援・代弁の機能、患者の自己回復力を最大限引き出し生かせるような関わり方などであるとした。併せて、専門看護師および認定看護師等の養成の強化・普及、積極的な活用の基盤づくりとともに、医療関係職種が共通の認識のもとに連携し役割を果たすための方式であるクリティカルパス（入院診療計画）や、標準的な看護プロトコルの開発と普及を図ることなども盛り込まれた。

看護師等の専門性を活用した在宅医療の推進については、在宅療養者の主治医と連携して活動する訪問看護ステーションにおける業務上の問題点を整理し、在宅緩和ケアにおいて、患者の疼痛の状況を的確に観察・判断し、医師の指示範囲内で服薬を支援する技術を持つこと、在宅で死を迎える患者・家族のケアの中で患者の死に立ち会った訪問看護師と主治医との連携の在り方など、現行法下で可能な主体的取り組みを提言した^{36) 37) 39)}。

2) 医師・看護師等の免許を有しない者による医行為の実施巡って

医学・医術、医療機器の発展、ノーマライゼーションの理念の普及は、心身に障害を持つ人々が、住み慣れた地域社会や在宅で暮らし続けることを可能にした。また近年、入院期間の短縮化政策により、医療依存度の高い在宅療養者が増加しており、特に医師・看護師等医療専門職のみに許されている医行為の

実施を巡る問題が顕在化した。そのひとつは、人工呼吸器を装着した在宅ALS（筋委縮性側索硬化症）患者のたんの吸引の問題であり、今一つは、盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いを巡るものである。

まず、在宅ALS患者については、上記検討会の進行中、頻繁な痰の吸引が欠かせないことから極めて負担が大きい状況に置かれている家族の負担の軽減のために、ヘルパーによる実施への容認が患者団体等から強く要請された。

厚生省は上記検討会の下に分科会を設置し、平成15年（2003）6月報告をとりまとめた。分科会では、24時間巡回訪問看護の実施に向けた施策・制度の見直しをはじめ、患者の療養環境の向上を図る方策が多く提言された。平成14年度に新道らが「呼吸管理在宅ケアモデル」を開発し、熟練した看護職がALS患者の就寝前に実施したところ、朝まで吸引なしで眠ることができ、安心感と安寧感が得られたなどの報告も行われた⁴³⁾。しかし結論は、「ALS患者・家族の現状からすれば、家族以外の者がたんの吸引を実施することも当面やむを得ない措置とする」というものであった。

家族以外の者によるたんの吸引を容認する条件は、患者が、家族以外の者に対してたんの吸引実施を依頼し文書により同意を交わすこと、吸引の範囲は、口鼻腔内吸引を限度とすることの他、病院関係者等との役割分担や連携体制の確認、医療機器・衛生材料等が十分に提供されるような準備、医師や訪問看護職員による知識・方法の教育実施など、確実な安全確保の実際である。

平成15年（2003）7月17日、厚生労働省は医政局長通知を発出。これにより、ALS患者の在宅療養という限定された状況において、一定の条件を満たせば、たんの吸引という難易度の高い医療行為をホームヘルパーが実施

しても、違法ではないことになった。今回の措置は、ホームヘルパーが業務として吸引を行うことを認めたものではなく、あくまでも、家族の代理として実施する位置付である^{39) 43) 44)}。

もう一つの盲・聾・養護学校における医行為の実施に関する問題についても、平成16年(2004)9月17日、「看護師の適正な配置などの医療安全の確保が確実となるような一定条件の下で、教員による実施を許容することもやむを得ない」とする報告が行われた。肢体不自由養護学校では、日常的に経管栄養、吸引、酸素吸入、ネブライザーによる吸入、薬液の吸入、人工呼吸器の使用、気管切開部の管理、経鼻エアウェイの装着、自己または介助導尿を必要とする児童生徒の割合が、平成8年度10.6%から平成15年度18.7%に増加している。この現状への対応策として、一定の条件下で当該児童の身近にいる医療の無資格者である教員等による吸引等の実施が容認された。

教員等によるこれらの医行為実施を容認するにあたり、適正な看護師配置が条件とされたのは、検討に先立ち、文部科学省は平成10年度からモデル事業を実施し、看護師が常駐し教員等関係者と連携を図ることにより、医療安全面・教育面での成果や保護者の心理的・物理的負担の軽減効果を確認していたからである⁴⁴⁾。

3) 介護現場における「医行為」の解釈を巡って

前述のALS患者のたん吸引が条件付きでヘルパー等にも認められたことの反映か、本来、医師、看護師等の有資格者以外を行うことができない「医行為」の範囲が、介護現場等で不必要に拡大解釈されているとの声が聞かれるようになった。厚生労働省では、日常的に医療処置が必要な高齢者や障害者が増加している介護の現場等において、判断に疑義が生

じることが多いとされる行為で、原則として医行為でないと考えられるものを列挙し、医師や看護師でない者が実施可能な方法や範囲等を詳細に例示した通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について(平成17年7月26日 医政発0726005)」を発出した。

たとえば、「グリセリン浣腸器を使用し、挿入部の長さが5～6cm程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40g程度以下、6～12歳未満の小児用の場合で、20グラム程度以下、1～6歳未満で10グラム程度以下の容量のもの。」などである⁴⁴⁾。

この通知により、介護現場の混乱はある程度は整理されたと言われるものの、医療依存度の高い高齢者や障害者が、老人保健施設や特別養護老人ホーム等、医師や看護師等の配置が少ない場所で生活する状況はますます増加が予測される。このような実情を踏まえ、医学的、法的な整理だけではない、受け手の立場に立った医療・福祉関係者の連携・協働の在り方を積極的に検討する必要があるとの指摘も続いている^{39) 45)}。

特に、福祉領域において家政学に立脚した国家資格の専門職として、昭和62年(1987)に誕生した「介護福祉士」は、平成18年(2006)2月末現在、登録者は約46万8千人に上り、何らかの支援を要する高齢者等の増大とともに求められる役割も変化し、身の回りの世話だけの介護から、利用者の自立に向けた支援から住み慣れた場所での看取りまで、幅広い活動が期待されている。

平成18年(2006)12月「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、介護福祉士の業務は、「認知症等の身心の状況に応じた介護」に、連携についても「福祉サービス関係者等との連携」と改められた³⁷⁾。平成4年(1992)3月、「医業関係職種の効率的業務分担に関す

る研究会」が既存職種間での業務分担や業務独占のあり方について検討し、新資格の創設は必要止むを得ざるものに限ること、安全、確実に実施できる業務について共通する技術的基盤が生じている隣接関連職種間の業務範囲のオーバーラップを認めることを提言し、平成5年(1993)4月には診療放射線技師、視能訓練士、臨床検査技師の業務範囲が拡大された経緯がある⁴³⁾。

保健医療福祉の連携による地域に密着した切れ目のないサービス提供が求められている現在、看護・介護従事者がお互いの専門性の強みを出し合い、より質の高い手厚いケア提供体制を構築するために協働していくことは重要な課題である。

4) 今後の医療提供のビジョンと看護職者への期待

近年、医師の絶対数の不足、地域や診療科による偏在、病院勤務医の厳しい労働環境が社会問題化している。厚生労働省は医師の業務負担増大の要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状を指摘し、この改善に向け医療関係職種と事務職員、看護補助者等、医師と看護職員との役割分担について例示した「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政発第1228001号)を発出した^{45) 46) 47)}。

この中で医師と看護師等の医療関係職種との役割分担としての例示の大部分は、前述した「看護業務検討会報告」や「あらたな看護のありかたに関する検討会」報告が提言した内容である。看護の現場からは「単なる医師の負担軽減策ではなく、安全で安心な医療確保や患者主体のチーム医療推進のための役割分担が必要」「通知の内容は本来の看護業務であり、すでに実施している。」などの声が多

かった⁴⁸⁾。

この通知の内容は、平成20年(2008)6月に厚生労働省が提示した「安心と希望の医療確保ビジョン」の「職種間の協働・チーム医療の充実」の方策に反映され、取り組み推進には、現場の看護師が専門看護師・認定看護師の取得を促進する施策を講じること、患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割を果たすことや、チーム医療の中で自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなど、看護職員の資質向上の必要性とその確保のための方策を示した。

看護職員に注目して欲しいのは、これまでの病気を治すことに主眼を置く医療から、今後は「治し支える医療」への転換を図るとの方針の明言と、患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、在宅での看取りが選べるなど、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進していくとした点である^{44) 45) 49)}。

保助看法制定から60年、看護の法的業務は変わらないが、急速な高齢社会の進展に伴い医療提供は拡大・変化し、医学・医術の進歩とも相まって看護業務のとらえ方、内容・方法、用具、提供体制は大きく変化を遂げた。看護職員は個人としても職能としても、たゆみない資質向上の努力を続けており、その足跡は国の検討会等でも一部確認されているところである。しかし、「あらたな看護のありかた検討会報告」の指摘に見るように、保助看法制定時から看護の独自の業務とされ、折々の業務指針や基準において「療養上の世話は、看護職者が専門性を駆使して適切に判断し実施するもの」と念押しされ続けてきた歴史をまた上塗りしたかのような印象も受ける。しかし今後、医療の重点は、幅広い情報提供を推進し患者の選択を尊重した、予防から看取りまでの患者のニーズに応じたサービス提供で

ある。

これこそ、看護界が長年にわたり価値を置いてきた、十分な情報提供による患者の自律した選択と自己決定の支援であり、「生涯を通してその最後まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うこと」という看護の目的⁵⁰⁾に一致するものである。

地域における切れ目のない保健医療福祉サービス提供が重要視されている中、保健師、助産師、看護師それぞれに、確かな知識と技術に裏付けられた専門性の発揮が求められている。看護職員一人一人が時代の要請を的確に読み取り、その専門性に基づく役割、業務内容や範囲を明確化すること、確実な知識・技術の提供により患者の安全を守ること、という自らの責務を改めて自覚しなければならない。

職能としての発展のためにも、来し方を振り返り今を確認しながら、技術革新や多職種協働における看護の立ち位置と、開発や獲得が必要な知識・技術、領域等を明確にしていく積極的な取り組みが今後ますます重要である。

〈参考文献〉

- 1) 金子光編著：初期の看護行政—看護の灯たかくかかけて一，p.148，日本看護協会出版会，1992
- 2) 前掲書1，p.6
- 3) 前掲書1，p.7
- 4) 前掲書1，p.17-18
- 5) 前掲書1，p.200
- 6) 日本看護歴史学会編集：日本の看護120年—歴史をつくるあなたへ—，第2章看護師の生活と労働，日本看護協会出版会，2008
- 7) 前掲書1，p.144
- 8) 高橋美智：GHQが推進した看護改革—看護体制・勤務体制の変遷—，週刊医学新聞，第2217号，1996.11.25
- 9) 前掲書6
- 10) 大森文子：大森文子が見聞した看護の歴史，

- p.254-256，日本看護協会出版会
- 11) 湯槇ます：看護内容の実証的研究，日本看護協会出版会，1977
 - 12) 前掲書1，p.149-151
 - 13) 国民衛生の動向臨時増刊，第55巻第9号，医療提供体制の動向 p.164，2008
 - 14) 前掲書5. 第5章疾病とテクノロジーの変化と看護
 - 15) 高橋美智：病院看護の方向，病院，40(5)，p.378-381，1981
 - 16) 前掲書6，p.216-249
 - 17) 長谷川昭子：戦後看護界出来事誌1，病院争議と看護婦のストライキ，36(9)，1984，前掲書4、6
 - 18) 前掲書1，p.211，p.263-270，前掲書4
 - 19) 前掲書10，p.216-249
 - 20) 厚生省健康政策局看護課監修：知っておきたい看護婦確保対策の基礎知識'93，p.3-5，ぎょうせい，1993
 - 21) 清水テル：戦後看護界出来事誌12 ニッパチ闘争，看護，38(8)，1995
 - 22) 厚生労働省編：平成19年版厚生労働白書—医療構造改革のめざすもの—，p.171-172，ぎょうせい，2007
 - 23) 看護組織論，看護管理学習テキスト第2巻，p.160-161，日本看護協会出版会，前掲書4
 - 24) 日本看護協会看護婦会編：看護婦業務指針，p.10-26，p.125-132，日本看護協会出版会，1987
 - 25) 看護業務の基準に関する検討会報告書，日本看護協会，1995
 - 26) 日本看護協会編：看護業務基準2006年度改訂版，日本看護協会出版会，2007
 - 27) 厚生省健康政策局看護課監修：看護体制の変革をめざして—看護体制の改善に関する報告書—，メチカルフレンド社，1988
 - 28) 厚生省健康政策局看護課監修：看護業務の改善をめざして—魅力ある職場づくりのために—，p.35-40，p.160-162，ぎょうせい，1995
 - 29) 楠本万里子：患者の安全を守るための看護システムの普及に関する研究，厚生科学研究医療技術評価総合研究事業報告書，p.6，2002
 - 30) 前掲書13，医療関連サービス，p.177.
 - 31) 前掲書22
 - 32) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイドライン，2004.12.24
 - 33) 日本看護協会：看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針，2005

- 34) 前掲書 11, 医療対策の動向, p.164-165
- 35) 楠本万里子: 医療安全と看護サービスの質保証, 平成 18 年版看護白書, p.130-142, 日本看護協会出版会, 2006
- 36) 前掲書 13, p.47-50, 医療関係者の現況 p.185, 医療対策の動向 p.164-165
- 37) 看護問題研究会監修: 厚生省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書, p.165, 日本看護協会出版会, 2004
- 38) 日本看護協会: 静脈注射の実施に関する指針, 2003
- 39) 総特集: いま専門職看護の真価が問われる—新たな看護のあり方に関する検討会報告書を読み解く, 「看護」臨時増刊号, 55 (14), 日本看護協会出版会, 2003
- 40) 日本看護協会: 組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, 1999
- 41) 前掲書 38, p.40-63
- 42) 前掲書 37, p.1-8, p.23-32, p.165-182
- 43) 新道幸恵他: ALS 療養者の看護支援モデルに関する検討報告書, 平成 15 年 3 月
- 44) 看護行政研究会編集: 平成 20 年看護六法, p.206-207, 新日本法規, 2008
- 45) 日本看護協会編: 看護白書—変わる医療変える看護—, p.76-86, p.639-645, 日本看護協会出版会, 2006
- 46) 前掲書 13, 医療関係者の業務の動向 p.195, 医師不足問題, p.189
- 47) 前掲書 13, 医師数の現状, p.80-81
- 48) 日本看護協会: News Release 医師と看護職などの役割分担の推進に関する日本看護協会の見解, 2008 年 3 月 24 日
- 49) 厚生労働省: 安心と希望のビジョン, 平成 20 年 6 月
- 50) 日本看護協会: 看護者の倫理綱領, 2003

4

看護職の活動の場の拡大

1

訪問看護について

元厚生省老健局訪問看護専門官
日本訪問看護振興財団常務理事
佐藤 美穂子

はじめに

わが国では後期高齢者の増加にともなって多死社会が30年間ほど続くと予測されている。これからは、いわゆる「社会的入院」のように病院任せにしてきた医療、看取りまで引き受けてきた医療ではなく、病院の機能を明確にした上で、病院を後方支援としながら、在宅生活の中で病気を治し生活を終える在宅医療へとシフトするため、訪問看護の役割が益々重要となる。

筆者は、平成7年（1995）4月から平成13年（2001）3月まで6年間、厚生労働省にて訪問看護係長、訪問看護専門官そして看護専門官を拝命し、平成10年（1998）に介護技術専門官を1年余り務めたほかは、ほとんどの期間を訪問看護サービスの普及にかかわった。平成12年（2000）4月1日に介護保険制度が施行されたときは老人保健課にて、予期せぬ問題が発生しないかと緊張した空気の中で1週間過ごしたことを鮮明に覚えている。

在宅で看護を専門に提供する訪問看護ステーションは、老人保健法等の一部改正により創設され、さらに健康保険法等の一部改正によって対象者が広がったのち、介護保険制度下でも訪問看護は居宅サービスとして位置づいた。

福祉主導の介護保険制度では、保健医療の立場から利用者を全人的に把握して、必要なケアのマネジメントを行う訪問看護は中核になるサービスとして期待され、平成16年（2004）までの「ゴールドプラン21」では、訪問看護ステーションの設置目標を9,900か所（参考値）として開設が進められた。しかしながら、平成21年（2009）4月現在、訪問看護ステーションは5,605か所で横ばい状態にある。訪問看護ステーションは、看護師（又は保健師）が管理者となって運営する事務所である。看護

師が看護を提供し対価を得て、経済的自立と看護の専門性を確立する職場である。看護師の持てる力を存分に発揮し、その結果、住民から看護の評価が直接返ってくる。在宅療養者の生活を肌で感じて、その人にかかわる家族や専門職と接することから多くの人生を学ぶことができる。また、勤務体制も柔軟に組み合わせることができ、子育てしながら仕事が継続できる、多様な働き方ができる職場でもある。地域特性に応じて、地域住民と共に様々な活

動を展開している訪問看護ステーションも多く存在する。

現在、国民皆保険制度を堅持する立場や医療財源の側面から、在宅療養・在宅看取りに関心が集中している。訪問看護ステーションを飛躍的に発展させることが看護職全体に課せられた責任ではないかと思う。

本章の前段で訪問看護に関する行政の取組を紹介し、後段では、訪問看護ステーションの現状と展望を述べることにしたい。

1. 訪問看護（在宅看護）の発展と行政の取組

地域の看護活動といえば、昭和22年（1947）に保健所法が改正され、当時は米国GHQによる指導で保健所保健師が地域住民に衛生教育や予防活動を実施してきた。山村・離島の無医地区では家庭看護、例えば、洗髪や寄生虫駆除、栄養失調改善の調理など、直接的な看護を提供することも多かった。1970年代から先駆的な病院が寝たきり老人や神経難病の在宅療養者、医療継続の必要な退院患者などに対して訪問看護を始めている。

昭和58年（1983）に老人診療報酬で初めて訪問看護の点数化が認められたが、マンパワーの問題等で余り拡がらなかった。その後創設されたのが訪問看護ステーションである。行政の取組の背景とあらましを次に紹介する。

1) 「国民医療総合対策本部の中間報告」で在宅医療の推進等を提言

昭和62年（1987）に厚生省（現厚生労働省）が発表した「国民医療総合対策本部の中間報告」において、在院日数の短縮と在宅医療の推進等が提言された。

2) 「看護制度検討会報告書」が在宅医療ニーズに対応するために資質を備えた訪問看護師の育成を提言

昭和58年（1983）から、老人保健法（現「高齢者の医療の確保に関する法律」）のもとに、地域では病院からの継続看護としての訪問看護・指導と、市町村から老人保健事業の一環として寝たきり老人への訪問指導が行われていた。昭和61年（1986）には、病院のICUで勤務していた経験のある看護師たちが「在宅看護研究センター」を設立し、全額自費で訪問看護を開始した。

在宅でのバルーンカテーテル交換や点滴、吸引など医療を受けながら在宅療養したい人々への訪問看護がなぜできないかと相談があり、一方「銀行・商社・企業」からも、新しい事業分野としての訪問医療・看護の可能性を厚生労働省に持ちかけられていた。

このような社会の動きに応じて、厚生省健康政策局内には「医療関連ビジネス室」が設置され、昭和62年（1987）に「在宅医療環境整備検討会」を発足させて、全国7地区をモデルに指定しバルーンカテーテル交換等の実施に伴う課題や解決策を検討した。昭和63

年（1988）には報告書を発行している。

同様に、厚生省健康政策局の看護課、医事課、総務課の誰もが、「患者にとっても、プロの看護婦にとっても、なんとかしたい」という考えを持たれるようになっていた。

そこで、訪問看護を進める上で、一番の問題となったのは医師の指示であった。病院内では医師と看護師は同一組織内の従事者間で指示が存在する、いわば「同じ屋根の下」で成り立つが、訪問看護では、「知らない者同士で、責任を持って指示が出せるわけがない」という考えである。「どうしたら医師は責任を持って指示を出せるか」の検討を重ね、指示の出し方・受け方のマニュアルを作成した。

そこで「医師は信頼できる看護婦との間なら指示が出せる」ということになり、医師の指示は「同じ屋根の下から同じ空の下」でも出せるようになったわけであり、大きな変革となった。

*

このような社会の動きや行政の取組を背景として、次に述べる看護制度検討会の報告書がまとめられている。

昭和60年（1985）から始まった、21世紀に向けての看護制度改革の基本的方向を検討することを目的として開かれた看護制度検討会が、昭和62年（1987）に報告書を出している。そこには、21世紀に向かって期待される看護職者として、「専門職として誇りうる社会的評価を受けるものであること。」「多くの職種と協力しながら、患者が最適な療養生活が送れるよう調整役となり、良きリーダーシップを発揮できること。」などと述べられている。さらに、看護制度改革に向けて、医療の高度化・専門化に対応できる専門看護師制度が取り上げられている。アメリカ各州看護協会が資格認定するナースプラクティショナー（NP）などの例を紹介し、専門領域を認定するシステ

ムの確立を検討すべきとされている。

訪問看護師の育成についても取り上げられ、在宅での医療を継続的に必要とする者、寝たきり老人および長期療養を要する慢性疾患患者に対して、在宅医療のニーズが増大する。そのため、看護師による退院患者継続看護・指導料として診療報酬上の位置づけがあっても十分ではないので、訪問看護体制の整備が必要である。質を確保するために、一定の業務経験と研修課程を履修することを条件に訪問看護師として認定するシステムを確立することの検討が必要である。また病院や診療所、保健所等の連携で在宅医療のネットワーク作りを進めていかなければならないと記載されている。

3) 老人訪問看護制度創設のための「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」

昭和63年（1988）から、11市町で訪問看護のモデル事業が開始された。看護制度検討会の提案では、計画の第1年度に訪問看護婦の養成を行い、2年目から実施と考えられていた。しかし、当時、老人保健財政が厳しくて、高齢者の一部負担を増額する法案を出すしかない状況下であり、国民に喜ばれるような施策（官僚用語で「風鈴」）をつけてでも法案成立をめざすことになった。

「風鈴を探せ」との号令のもとに、訪問看護制度を「風鈴」とし老人保健福祉部老人保健課が医師会等との調整を行い、前倒しの形で訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業の即実施となった。実施地域の選定に当たっては、意欲的に在宅看護を行っており、地域の医師会が協力的な地区を基準にしたが、実施には日本医師会の協力を得られたことは大きかった。モデルで行う看護内容については、健康政策局総意のもとに看護課が作成したマニュアルが参考となった。その内容は、点滴時の

注意、バルーンカテーテルの交換・留置時の観察内容、褥創処置方法、吸引患者の観察・吸引機具の点検・吸引の方法等である。

このモデル事業の実施に先立ち、実施地区関係看護協会が委託を受けて120時間の研修を開催し、それを修了した看護師等が主治医と保健・福祉サービスと連携しながら、寝たきり老人に対して看護とリハビリテーションを提供するモデル事業であった。最終的には4年間で17か所が参加し、年間約2億円のモデル事業で実践検証を重ねた。

このモデル事業の成果を踏まえて、訪問看護ステーションの人員・設備基準、看護内容、報酬、主治医との連携の仕組みなどが検討され、老人訪問看護制度が創設された。

4) 老人保健法等の一部改正により制度化された指定老人訪問看護

老人保健法等の一部改正によって老人訪問看護制度が創設され、平成4年（1992）4月から老人訪問看護ステーションの開設が始まった。看護師や保健師が管理者となって運営し、在宅療養者を訪問して看護（療養上の世話と必要な診療の補助）を提供する。一般的には今でもまだ、「看護」と言えば病院看護をイメージされるが、老人訪問看護ステーションから住まいへの訪問という、新しい看護の形態とその職場が誕生した。

病院から出向く訪問看護・指導と保健所や市町村保健センターの保健師の家庭訪問、訪問看護ステーションの3つの機関がそれぞれに特徴をもって地域住民の健康問題にかかわることになった。

5) 医療法の改正で「居宅等」が医療提供の場に

平成4年（1992）に医療法の一部改正が行われて、居宅が医療提供の場とされた。平成

18年（2006）には調剤薬局も医療提供施設とされたが、訪問看護ステーションは医療提供の場ではないため、訪問看護ステーションで医療・看護は提供できない。医療保険の診療報酬点数ではなく、療養費（円）の支払いとなっている。ただし、公費負担医療にあっては医療機関とみなされて公費負担医療制度の適応を受けることができる。

6) 「看護師等の人材確保に関する法律」が後押しする訪問看護

平成4年（1992）7月に制定された「看護師等の人材確保に関する法律」では、都道府県知事が指定する都道府県ナースセンターが規定されており、このナースセンター業務には、「訪問看護（傷病者等に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。）その他の看護についての知識及び技能に関する情報の提供、相談その他の援助を行うこととされる。訪問看護師養成講習会については、国が実施要項を作成し、都道府県看護協会がナースセンター事業の委託を受けて、約180時間の研修を行っている。

平成15年（2003）には、厚生労働省が日本看護協会を実施者として訪問看護e-ラーニングのコンテンツを開発した。平成17年（2005）には都道府県に対してこのe-ラーニングを養成講習会に活用することを勧めている。平成20年（2008）からは日本訪問看護振興財団が訪問看護e-ラーニングを受講者に配信しており、7県看護協会とタイアップした。小規模ゆえに、仕事の都合で研修にも出られない訪問看護師の学びの機会となることを願っている。

7) 「少子・高齢社会看護問題検討会報告書」にみる訪問看護の拡大と必要な能力

平成6年（1994）12月に公表された「少子・

高齢社会看護問題検討会報告書」では、国民が慣れ親しんだ家庭での在宅療養を可能にする訪問看護を拡大するとしている。そして高齢化の進展にともなう看護の方向性は、「慢性疾患は生活習慣と密接に関係していることから、患者のセルフケア能力を高めるために、教育的な働きかけとしての看護が求められる。」「高齢者等長期の療養を必要とする者は、医療機関に入院したときから在宅での生活を年頭においた看護が必要となる。さらに、在宅医療のニーズに対応するため訪問看護サービスの質と量を拡充することも必要である。」「ケアを必要とする者は保健医療サービスのみならず福祉サービス等も必要とすることから、看護と福祉等との連携が必要である。その際にはケースマネジメントの能力が必要となる。」としている。

訪問看護の普及に言及して、「療養者の生活の場において自ら観察、判断、実践、評価し、社会資源を開発、利用してマネジメントする能力をこれまで以上に必要とすることから、訪問看護を普及するためには、こうした能力を身につけた人材を養成することが不可欠である。また、訪問看護を普及するため、人材の養成と併せて、医師の指示と看護師の行為についての関係を整理するための研究班の設置、守秘義務、記録義務等の法的整備を進めるべきである。さらに、地域で活動する訪問看護師が増加してくるのに対応して、地域における保健師、助産師、看護師の役割を明確にすることが必要となる。」と述べられている。訪問看護師の資質の向上と権限・裁量権を持たせる方向にもっと進めるべきと考える。

8) 看護職員の養成に関するカリキュラム等における訪問看護の扱い

平成8年(1996)に公表された「看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中

間報告書」において、専門科目の教育内容に在宅看護論が追加され、地域看護学の中に統合された。併せて実習施設は訪問看護ステーション等、看護の場の拡大に対応して拡大されている。

平成19年(2007)に看護基礎教育のカリキュラム改正があって、在宅看護論4単位と在宅看護論実習4単位が「統合分野」の中に位置づけられ、平成21年(2009)4月から開始されている。

9) 「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」から在宅で死を迎える患者への対応を

少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民の意識の変化、看護水準の向上などに対応した新たな看護のあり方についての報告書が平成15年(2003)3月に公表された。看護師を「療養生活支援の専門家」と位置づけ、看護の独自の判断でできる療養上の世話業務を自立性・専門性を発揮して行うこと、看護師等の専門性を活用した在宅医療を推進することが挙げられた。在宅がん末期患者の疼痛緩和における看護の働きや麻薬製剤などの増減に関する判断、在宅で死を迎える患者への対応が述べられている。事前に確認された方法で本人の尊厳や家族の気持ちに配慮して死後の処置を行うことについても提言している。

この検討会をとおして、50数年ぶりに点滴静脈注射が診療の補助と認められて、在宅でも点滴の指示書に基づき訪問看護師が点滴を行うようになった。在宅看取りについては、実践の場では医師・看護師・本人や家族が相互に納得の上で看取りが行われており、平成20年(2008)の診療報酬改定で「後期高齢者終末期相談支援療養費」が新設されたが、わずか3ヵ月後に検証もなく凍結されてしまった。しかし、死は誰にでも訪れる。人々が真

剣に終末期を考える素材と機会になったのではないかと思う。

本報告書とは離れるが、在宅看取りを進める上で看護職者の役割は大きいと感じたのは、平成20年（2008）10月に公表された「終末期医療に関する調査結果の概要」を読んだときである。対象者は一般国民5,000人（回収数2,527人、50.5%の回収率）、医師3,201人（回収数1,121人、35.0%の回収率）、看護師4,201人（回収数1,817人、43.3%の回収率）、介護職員2,000人（回収数1,155人、57.8%の回収率）であった。

終末期医療への関心は大多数の国民が持っていたが、非常に関心があると回答した割合では、看護師が50.6%、医師が45.5%、介護職員が45.0%、一般国民は25.6%で、医療・介護関係者のほうが一般国民より高かった。また、自分が余命6ヶ月以内の末期状態の患者になった場合、一般国民の63.3%が療養の場として自宅、79.6%が看取りの場としては緩和ケア病棟や医療機関を希望していた。さらに、一般国民のわずか6.2%が最後まで自宅での療養が実現可能と考え、66.2%は実現困難と答えている。その理由は介護負担と症状急変が断然多かった。

一方、看護師の37.2%、医師の26.0%が最後まで自宅の療養が実現可能と答えている。一般国民と医療関係者との乖離が大きい理由は、特に看護師の場合、病院での看取りに遭遇しているだけに、生活を終える場としては自宅がよりふさわしいと思えるのか。あるいは看取りのプロセスや症状が予測できることから症状急変等の不安がないからか。看護職者、特に訪問看護師は自宅での看取りが可能なおことをもっと一般国民に知らせる役割がある。

10) 「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会報告書」で吸引の問題

平成15年（2003）6月に公表された報告書では、ALS患者の痰の吸引について、原則として医師や看護職員が行なうべきものであり、訪問看護サービスの充実と質向上を図るものである。

医学的管理が必要な在宅ALS患者については、診療や定期的な訪問看護体制において、痰の吸引を家族以外の者に一定の条件の下では、当面の措置として行うこともやむを得ないとしている。患者は家族以外の者に痰の吸引を依頼し文書で同意を得ること。訪問看護職員は同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を密にして、適正な痰の吸引が行なわれることとしている。

現状ではホームヘルパーの不安が大きく引き受けられないことが多い。訪問看護師は、ホームヘルパーが数ヶ月ごとに交代となるため、連携に苦慮している。

11) まとめ

検討会報告書等から訪問看護の取組を紹介し現状とも照らし合わせてみた。提言どおりにスムーズに実行に移されなかったことも多々あるが、訪問看護を普及させるためには、医師等医療関係者や看護職者自らの意識改革も重要であり、海外から学ぶことも大きいと考える。地域社会のニーズを判断して、タイミングよく看護職者が対応することこそ費用対効果を高める手段であり、そういう現場が訪問看護ステーションである。

訪問看護の効果は、まず市町村単位で認識されることが拡充につながろう。介護保険事業計画等の策定にかかわっている保健師と協同して作業したり、自治体の検討会で発言するなどの戦略的な活動も必要と思う。

2. 看護職者の新しい職場「訪問看護ステーション」の仕組

地域における看護職者の活動は、看護師等（訪問看護ステーション、病院・診療所）の訪問看護のほかに、保健師（保健所、保健センター、地域包括支援センター）による訪問指導、各種保健組合（委託機関含む）が実施する保健指導等である。

本章では訪問看護提供機関のうち、訪問看護を専門に行う事業所である「訪問看護ステーション」を取り上げる。

平成20年（2008）現在、訪問看護ステーションでは、介護保険法の訪問看護（対象は要介護者）と介護予防訪問看護（対象は要支援者）、健康保険法等（後期高齢者医療制度含む）の訪問看護を提供している。ここでは介護保険制度下の訪問看護ステーションを説明する。

1) 訪問看護ステーションは都道府県知事による指定事業者が開設する事業所

介護を要する状態を事故とした、新たな社会保険制度である介護保険が平成12年（2000）4月に始まった。ケアマネジメントの仕組みを設けて保健福祉サービスを一体的に利用者に提供する。

訪問看護制度は、都道府県知事が指定事業者の指定及び指導・監督を受ける看護サービ

スである。訪問看護ステーションは、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人等公益法人、医師会、看護協会、NPO、営利法人（会社等）等で、都道府県知事の「指定居宅サービス事業者（訪問看護）」の指定を受けた法人が事業者として訪問看護ステーションを開設する。

介護予防訪問看護の提供については、別に「指定介護予防サービス事業者（介護予防訪問看護）」の指定を受けていることが必要である。介護保険法で指定を受けると健康保険法の指定を受けたとみなされるため、医療保険の訪問看護も実施できる。平成18年（2006）より指定事業者の更新制が導入され、6年ごとに更新手続きを要する。また、利用者へ訪問看護サービスの情報を公表する制度が導入されている。

2) 訪問看護従事者

保健師、看護師又は准看護師を常勤換算で2.5人以上確保し、そのうち1人は常勤職員となる。理学療法士、作業療法士・言語聴覚士を適当数配置できる。出張所を開設する場合は合わせて常勤換算法で2.5人以上となる。

管理者は常勤の保健師または看護師である（健康保険法の訪問看護では、助産師を含む）。



写真1 訪問看護事業所の施設風景



写真2 訪問看護事業所の運営に必要な備品セット

管理者も管理上支障がない場合は居宅介護支援事業所等の管理者や従事者との兼務が可能である。

3) 施設・設備

訪問看護事業所として、運営に必要な施設・設備を整備している（写真1,2参照）。

4) 訪問看護ステーションの運営基準

運営理念、実施体制、実施地域、主治医との連携、苦情相談窓口の設置、利用料等を記載された運営基準を作成して掲示することになっている。

5) 訪問看護の利用者と看護内容

介護保険サービスが利用できるのは65歳以上の住民と、40歳以上65歳未満（16特定疾病で、要介護認定を受けて、要支援又は要介護の状態であると判断された者）で、介護保険被保険者証の交付を受ける。居宅サービスには、要介護度別の支給限度基準額が設定されている。訪問看護の必要については主治医が

判断し指示書が交付され、利用者が選んだ居宅介護支援事業所（ケアマネジャー配置）のケアプランに位置づけられて訪問看護が活用される。訪問看護ステーションの7割近くが居宅介護支援事業所を併設している。

平成20年（2008）現在、訪問看護ステーションの利用者の7～8割は介護保険制度の対象者で、残りが健康保険法等の利用者である。訪問看護は、要介護者（要支援者）の居宅において訪問看護師等により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助である。特色として力を入れているサービスにはターミナルケアや難病患者のケア、精神疾患・認知症ケアがある（図1、2）。

6) 介護報酬

指定訪問看護は介護保険法が健康保険法に優先するために、介護保険被保険者には原則介護保険の訪問看護（介護予防訪問看護）を行って、そのサービスに対する報酬は介護保険から支払われる。ただし、医療ニーズが特に高い神経難病、悪性腫瘍末期（別に厚生労

図1 訪問看護ステーションが特色として力を入れているサービス

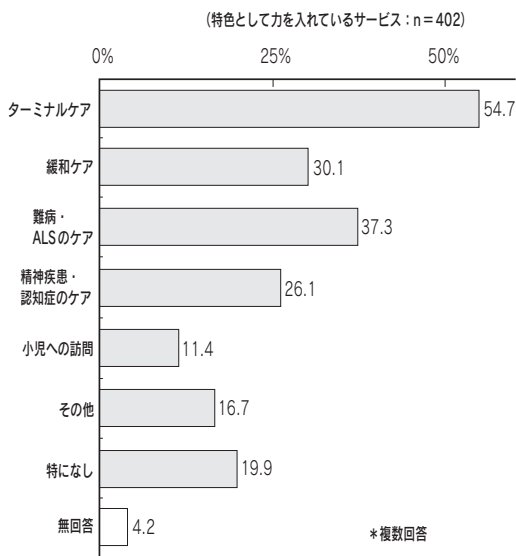
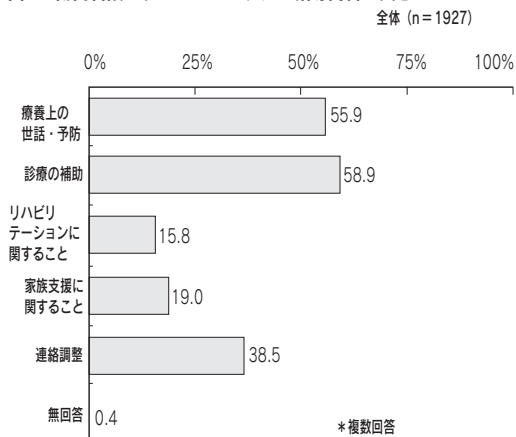


図2 訪問看護ステーションのケア・指導内容の実態



働大臣が定める疾病等)、急性増悪の特別訪問看護指示期間は医療保険適用となるため訪問

看護療養費が請求に基づき支払われる。

3. 訪問看護ステーションの現状と展望

平成21年(2009)4月1日現在、5,605ヶ所の訪問看護ステーションが活動している(日本訪問看護振興財団による調査)。訪問看護ステーションの職場としての特徴を取り上げたい。

1) 組織・規模と運営体制

訪問看護ステーションの平均的な規模としては、月平均で50～60人の利用者、職員は5～6人である。しかし、3～4人程度の小規模訪問看護ステーションが5割もあり、このような人員体制では、キャリアパスの仕組みを作ることはできないし、また、研修会に参加させることも厳しい。訪問看護ステーションの7割強が24時間体制を採っているが、3人の訪問看護ステーションでは、1ヶ月に平均15.6日間も携帯電話を持って自宅待機している実態もあり、管理者が365日休むこともできない。一方で現在、全ステーションの1割は10人以上スタッフがおり、休日夜間のオンコール体制は、平均6.5日と少なく済んでいる。これからはスタッフ10人規模をファーストステップとし、さらに30人規模を目指して安定した職場へと発展させる必要がある。

2) 訪問看護師確保

常勤職員の平均在籍期間は3.9年、非常勤職員は3.1年であり、7割の訪問看護ステーションにおいて年間1人以上の退職者があった。退職の主な理由は、「結婚・出産・家族の傷病など個人的理由」が半数を占め最も多い。次に「転職」、「責任や精神的負担が大きい」が続く。また、小規模な職場ゆえに「他の職員

との人間関係」、「賃金に不満」が挙げられている。ちなみに常勤職員の年間賃金は400万円～600万円で訪問看護ステーション間の格差が非常に大きい。一定規模以上であれば年間賃金の水準も高くなる傾向にある。更に一定規模以上であれば、採用時から数ヶ月間の職場研修も1人ひとりの個性に合わせてOJTがなされ、職場への定着化の第一歩となる。

3) 訪問看護ステーションの管理者

訪問看護ステーションの発展は管理者の力量に左右されると言っても過言ではない。元来、訪問看護サービスの運営管理と衛生管理が管理者には求められる役割であるが、小規模ゆえに、多機関との連携、労務管理、請求事務管理等も含め経営管理まで行おうような状況になっている。病院をベースの「看護管理」と異なる特殊性があり、「訪問看護管理」として別立てにし、初心者から統括所長まで、段階的な研修が必要と考える。

4) 訪問看護ステーションの収支状況

日本訪問看護振興財団が実施した2005年度の実態調査では、経常収支がマイナスの訪問看護ステーションが25.6%あり、黒字は44.0%であった。利用者数が30人未満の小規模ステーションの場合は、黒字が僅か13.2%に過ぎなかった。黒字の事業所にするためには、常勤職員数の割合を減らし非常勤職員を多くしている。また、職員1人当たりの給与が低い。

さらに1人当たりの訪問件数を多くすることになる。しかし人材確保・定着の観点から

は常勤職員率を高め、適正な給与を支払うことが重要であるが、そうすると費用面では人件費率が高くなり、実際には約80%となっている。収入は訪問件数で決まり、介護報酬・療養費収入が99%を占める。訪問件数が何ら

かの要因で減少するとたちまち収入減となってしまう、不安定な経営状態に置かれている。そこで、固定収入を得る方法や複合的なサービスなどの開発によって訪問看護ステーション経営の安定化を図る必要がある。

4. 訪問も通所も在宅看護—訪問看護と連携して在宅生活を支援する「療養通所介護」

平成18年（2006）に介護保険制度で新設された「療養通所介護」の始まりは、既存の通所サービスを利用できない重度者の在宅生活を継続させるために、訪問看護ステーションが通所看護を始めたことによる。日本訪問看護振興財団では厚生労働省からの研究費補助により、訪問看護ステーションの協力を得て実践検証事業に取り組み、制度化につなげた。個別に看護の必要な中重度者に訪問看護と一体的に通所看護を提供して中重度者の自立支

援と社会参加、家族の介護負担を軽減し在宅生活の継続を支える。

ここでは、看護師が管理者となって介護職員と協働してサービスを提供する。今後ますます介護力が低下するため、在宅看護では日常介護を行う介護との連携が不可欠である。療養通所介護の場での経験が積み上げられることによって、看護と介護の役割が明確になり訪問看護と訪問介護の連携が一層進められることを期待している。

5. 看護師が生き生きと働ける訪問看護ステーションへ

在宅医療・看護は地域特性に左右される。厚生労働省の資料によると、病院をはじめ医療・福祉関連施設が多いところや施設利用の意向が強い県民性をもつ地域では訪問看護ステーションの整備が遅れている。施設整備が困難な都会、たとえば東京、大阪、横浜、福岡、神戸、広島など、高齢者の絶対数は増加する一方であり、訪問系のサービスを充実させる必要性が高い。訪問看護ステーションの規模も拡大することが可能である。

訪問看護ステーションが看護職者にとって

病院に次ぐ第2の職場となることを期待する。

〈参考文献〉

- 1) 財団法人日本訪問看護振興財団 2006（平成18）年度訪問看護基礎調査報告書 2007.3
- 2) 財団法人日本訪問看護振興財団 2007（平成19）年度訪問看護基礎調査報告書 2008.3
- 3) 看護行政研究会編集 平成19年版 看護六法 新日本法規 2007
- 4) 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料 2008

産業看護の これまでとこれから

四日市看護医療大学学長
河野 啓子

1. 産業看護のあゆみ

保健師助産師看護師法制定60年にあたり、産業看護のこれまでを振り返り、将来を展望してみたい。

看護職が産業現場で仕事をするようになったのは、明治17年（1884）に足尾銅山本山に医局が開設され、そこに看護婦が雇用された時とされている。しかし、その業務は診療における医師の介助が主であり、「働く人びとの健康と労働の調和をめざした、そしてまた、相手を全人的にとらえ、気持ちや生きがいを尊重したきめこまかな健康支援活動」である産業看護活動とはほど遠いものであった。

本来の産業看護活動のめばえは、公衆衛生を専攻した看護婦が企業に採用され、予防活動を行うようになった昭和のはじめ頃といえよう。

1) 昭和初期から第二次世界大戦まで

昭和の初期は、明治の後期以来、産業現場で大きな問題になっていた工場結核がますます深刻化した。そこで昭和8年（1933）、当時、産業保健の主管部署であった内務大臣管轄下社会局長官は、「労働者の肺結核予防上適当なる施設如何」を、日本産業衛生協会（現日本産業衛生学会）に諮問した。それに対する答申のなかで、日本産業衛生協会はいくつかの項目の一つとして、保健看護婦（公衆衛生を専攻した看護婦、当時はまだ保健婦の名称はなかった）の設置を勧告している。

昭和12年（1937）、保健所法が制定され、保健婦という名称が用いられるようになった前後から、第二次世界大戦のため、企業の多くは軍需産業へと変わり、一般徴用工、動員学徒を含めて従業員が急激に増えた。また、戦局が苛烈化するとともに成年労働者は戦場に召集され、戦時行政特例法によって女子お

よび年少者が職場に著しく増えたため、結核に加えて重筋労働による健康問題、二硫化炭素中毒など産業保健上の問題も大きくクローズアップされた。そのため、公衆衛生を専攻した看護職の必要性が一段と高まり、多くの保健婦が企業で採用された。

当時の保健婦教育は、昭和16年(1941)の保健婦規則に伴って定められた私立保健婦学校講習所指定規則に基づいて行われており、その教育内容には、産業保健・産業看護関連科目は無いに等しかった。

2) 第二次世界大戦後から労働安全衛生法制定まで

第二次世界大戦後、昭和22年(1947)に労働省が設けられ、労働基準法の下での労働安全衛生規則が施行された。また、平和産業の復興に伴って、製造業のみならず、建設業、貨物取扱業、金融広告業など、さまざまな企業が産業保健活動に熱心に取り組むようになり、保健婦の企業への進出も盛んになってきた。

これらの保健婦が、本来の産業看護活動を行うためには、広範囲な知識と技術を必要とした。その頃の保健婦教育は、昭和26年(1951)に公布された保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則(以下指定規則)に則っていたが、産業保健・産業看護に関する教育内容は依然として不十分であった。

しかし、この指定規則で入学資格が学校教育法第56条に該当する者(高卒以上)に引き上げられたことから、産業現場の保健婦の資質も向上し、彼らは企業内教育はもとより企業外で開催される各種研修会へ積極的に参加し、実力アップに努めた。そして、自分たちでそれぞれの活動をつくりあげてきた。

昭和29年(1954)には日本看護協会保健婦会が産業保健婦研究会(初代会長:石川島播

磨重工業健保組合保健婦 栗田美佐子、翌年事業所保健婦委員会と改称)を発足させ、「事業所保健婦業務の明確化の研究」「産業衛生に従事する保健婦の法的身分の確立」について努力するとともに、『保健婦業務要覧』に事業所保健婦の活動指針をのせるなど、産業保健婦活動の方向づけに貢献した。

その後、労働基準法を中心とする法制に基づく労働災害防止対策は、労働災害や健康障害の総合的予防対策の面で不十分であり、適切な対策がとれないということで、昭和47年(1972)に安全衛生に関する単独法としての労働安全衛生法が成立した。この法律の特徴とするところは、一般労働条件を規定する労働基準法とあいまって、職業性疾病を含む労働災害防止のための危険防止基準を確定し、責任体制を明らかにして、自主的に災害防止活動を活発に展開するための総合的な施策を推進すること、職場における労働者の安全と健康を確保・増進するとともに、快適な作業環境の形成をはかることにあるとされ、この法律の制定により、わが国の産業保健の水準が飛躍的に発展する基盤ができた。

ところがその労働安全衛生法では、産業医、衛生管理者は、その配置基準・業務内容が明示されたが、日本看護協会事業所保健婦委員会の懸命の働きかけにもかかわらず、産業看護職(産業の場で働く保健婦、看護婦の総称)についてはふれられなかった。ただ、昭和47年(1972)9月18日に出された労働省通達「労働安全衛生規則の施行について」のなかで、衛生管理者の免許を有する保健婦の積極的な活用が指導され、翌昭和48年(1973)6月26日付の労働省通達「衛生管理者としての保健婦の活用」で、業務内容や処遇の改善などが行政指導された。

なお、日本看護協会の働きかけにより、保健婦助産婦看護婦法第7条に基づき保健婦の

免許を得た保健婦には、無試験で衛生管理者の資格が与えられた。

3) 労働安全衛生法制定以降

労働安全衛生法が制定された昭和47年(1972)頃は、産業保健は職業病の予防とそのため作業環境の改善に主眼が置かれていたので、産業医、衛生管理者といった人材で対応が可能であった。

しかし、昭和55年(1980)以降、労働態様がますます分業化、単純化、高密度化し、これまでの単に健康障害を防止するという観点からだけではなく、さらにすすんで心身両面にわたる健康づくりをすすめる必要性が増大してきた。すなわち、看護の理念に基づいて活動する産業看護職の役割が重要性を帯びてきた。

昭和63年(1988)の労働安全衛生法の改正で、事業者に労働者の健康保持増進を図るために必要な措置を講ずるよう努力義務が課せられたが、その時に出された「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」では、労働者の心身両面にわたる積極的な健康の保持増進を進めるための専門スタッフの一員として、産業看護職の活動が示されている。

平成元年(1989)には指定規則が改正され、保健婦教育課程のカリキュラムで産業保健指導論が30時間設定された。このことは、産業看護の発展にとって大きな意味をもつものであった。そのようなこともあり、平成8年(1996)の労働安全衛生法の改正では、第66条の5(1999年の改正で第66条の7となる)に保健指導を行う人材として、はじめて労働安全衛生法に保健婦・保健士の名称が明記された。

このように当初、その活動が認められなかった産業看護職は、行政上も必要な人材として示されるようになった。

よりよい産業看護活動を行うためには、産

業看護職の実力アップをはからなければならない。そのために、日本産業衛生学会では昭和51年(1976)に、日本看護協会では昭和53年(1978)に、産業看護に関する継続教育が開始された。しかし、これらの継続教育はいずれも、系統的な卒後の研修コースとして整備されたものではなかった。

一方、昭和53年(1978)には、日本産業衛生学会に産業看護研究会が発足し、産業看護研究会全国集会、産業看護に関する調査研究活動など、さまざまな活動を通じて産業看護活動の向上をはかってきた。なかでも、昭和60年(1985)から平成元年(1989)にかけて取り組まれた、産業看護の本質論についての討議は特筆すべきものであり、このことにより、産業看護についての全国規模でのベクトル合わせができ、産業看護の定義、産業看護職の役割と職務が明確化された。

平成4年(1992)には、日本産業衛生学会産業看護研究会が発展的に解消し、産業看護部会が発足した。ここでは産業看護職継続教育システムの検討が行われ、平成7年(1995)にそのシステムが構築された。このシステムは、産業看護基礎コース(講義50時間・研究30時間)、産業看護実力アップコース(講義220時間・研究30時間)、産業看護向上教育コース(講義10時間)を積み上げていくこととしている。

ちなみにそのカリキュラムは、産業看護論15時間、対象の理解30時間、産業看護を進める上での知識47時間、産業看護職の職務・役割90時間、産業看護技術88時間、産業看護研究60時間である。翌平成8年(1996)からそのシステムに則った教育が行われ、平成10年(1998)から、産業看護講座基礎コース修了者は、日本産業衛生学会産業看護師として登録できることとなった。

4) 労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針公表以降

平成11年(1999)に「労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針」(平成11年労働省告示、改正平成14年厚生労働省告示)が公表され、国際的な潮流である自主対応(self-

management)への支援が重要視されることになった。そのため、自助力への支援を専門とする産業看護職は、事業者はもとより管理監督者、従業員すべてにとって、ますます必要な人材となった。

2. 産業看護活動の現状

産業看護活動の現状について、「産業看護活動実態調査(2001年10~11月実施、2002年3月報告、日本看護協会)」の結果に基づいてみたい。

1) 職種構成

産業現場で活動している看護職としては、保健師、看護師、准看護師があるが、これらの職種の割合は、保健師47%、看護師50%、准看護師3%である。昭和63年(1988)8月に日本看護協会が行った「産業看護活動実態調査」(以下前回調査)では、それぞれ34%、54

%、12%であったので、保健師が増え、准看護師が減っている。

2) 活動状況

健康診断の結果通知、健康診断結果の集団解析・活用、健康教育、労働衛生教育、職場適応への関わり、職場巡視、職場環境・作業条件の改善、産業保健活動の企画・運営への参画等、主な産業看護活動について前回調査と比較すると、産業看護職の活動は好ましい方向に向かっている。

3. これからの産業保健・産業看護活動

わが国の労働災害および業務上疾病の発生数は、昭和36年(1961)をピークとして減少し、昭和51年(1976)から昭和53年(1978)までの間、一時増加したものの、その後は漸減している。しかし、最近の傾向をみると、その減少速度は低下し、平成19年(2007)現在、今なお休業4日以上死傷者数が121,356人、死亡者数が1,357人にもものぼっている。

その原因としては、団塊の世代の退職により安全衛生の技術が低下したこと、派遣労働をはじめとした雇用形態の多様化によって所属企業が異なる労働者が同じ職場で混在する

ようになったことなど、さまざまなことが考えられる。しかし、最も大きな原因としては、従来実施されてきた産業保健活動の手法の限界があげられよう。このことを踏まえ、これからの産業保健・産業看護活動のあり方を考える。

1) 産業保健の動向

最近の産業保健分野の動向は、昭和60年(1985)に採択されたILO第161号条約に示された、包括的予防と事業者責任・労働者参加の枠組みをさらに普及させる流れ、つまり、

自主対応型の流れになってきた。

このことは、「労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針」と「第11次労働災害防止計画」（2008～2012年度：労働災害防止のための主要な対策に関する事項を定めたもので、厚生労働大臣に策定義務が課されている）に明確に示されている。

2) 産業看護活動の展望

先進的な国々では、国際産業保健協会（International Commission on Occupational Health: ICOH）の下にある産業看護科学委員会（Scientific Committee on Occupational Health Nursing: SCOHN）での産業保健における看護職の専門性・活動のあり方、教育・研究についての検討結果を基に、それぞれの国の実情を踏まえ、よりよい活動へ向けての努力が続けられている。わが国でも国際的な流れに対応した活動にするために、平成17年（2005）4月に日本産業衛生学会産業看護部会によって産業看護の定義が改訂された。その定義は以下の通りである。

産業看護とは、事業者が労働者と協力して、産業保健の目的^(注1)を自主的に達成できるように、事業者、労働者の双方に対して、看護の理念^(注2)に基づいて組織的に行う個人・集団・組織への健康支援活動である。

3) 産業看護活動の課題

高まりをみせている産業看護職への期待に応えるためには、専門職としての質の保証ならびに法的位置づけが必須である。

(1) 産業看護職の質の保証

①産業看護教育の充実

産業看護職が専門職として機能するためには、専門的知識・技術について、基本的事項はもちろん、産業社会の急速な変化に対応するための最新の知識・技術が必要である。そのためには看護基礎教育・卒後教育が十分になされなければならない。

ア. 看護基礎教育

看護基礎教育における産業看護教育は、既述のように平成元年（1989）3月1日付で示された指定規則の保健婦教育で、平成2年（1990）4月から「産業保健指導論」として30時間実施されることになった。そのため、産業看護教育は大きく前進した。平成8年（1996）8月26日付で示された指定規則では、「産業保健指導論」が「地域看護活動論」の中に位置づけられたため、教育機関によっては大幅な時間削減となり後退した。平成20年（2008）1月8日付の指定規則では、教育内容として備考欄に産業保健を含むことが示されたので、改善が期待できよう。

*注1 産業保健の目的

- ① 職業に起因する健康障害を予防すること
- ② 健康と労働の調和を図ること
- ③ 健康および労働能力の保持増進を図ること
- ④ 安全と健康に関して好ましい風土を醸成し、生産性を高めることになるような作業組織、労働文化を発展させること

*注2 看護の理念

健康問題に対する対象者の反応を的確に診断し、その要因を明らかにして問題解決への支援を行う。その支援に際しては、相手を全人的にとらえ、その自助力に働きかけ、気持ちや生きがいを尊重することが求められる。

イ. 卒後教育

産業看護教育は、看護基礎教育だけではとうてい対処できない。欧米諸国と同じく卒後教育を充実させ、体系的な教育を行う必要がある。

先に述べたとおり、日本産業衛生学会産業看護部会は平成7年（1995）に産業看護職継続教育システムを構築した。それに則った継続教育が平成8年（1996）から実施され、着実な成果をあげている。大学院での産業看護教育は、いくつかの教育機関で実施されているものの、十分とはいえない状況である。

②産業看護研究の充実

産業看護職継続教育システムでは、基礎コース、実力アップコースそれぞれにおいて研究論文の提出が義務づけられている。そのため、多くの産業看護職が研究に取り組み、研究活動が活発になってきている。しかし、まだなお研究件数、研究内容ともに十分でなく、更なる充実が望まれる。

(2) 産業看護職の法的位置づけ

昭和47年（1972）、日本看護協会の会長名（小林富美栄）で、労働大臣あてに「労働安全衛生法における産業保健婦の位置づけに関する要望書」が出され、以来、事業所保健婦委員会を中心に、法的位置づけへの働きかけが続けられた。しかし、指針等、例えば昭和63年（1988）の「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」では産業保健指導担当者として、また、平成18年（2006）に出された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」で

はメンタルヘルス推進担当者としての位置づけはなされたものの、今だに産業医や衛生管理者のように明確な位置づけはなされていない。

すべての労働者に本来の産業看護サービスを提供するためには、労働安全衛生法上に産業看護職の配置基準・業務内容を明示することが重要である。

〈参考文献〉

- 1) 三浦豊彦：労働と健康の歴史（第1巻～第7巻），労働科学研究所出版部，1980～1992.
- 2) 深沢くにえ：産業看護の現状と将来，労働の科学，第37巻第9号，1982.
- 3) 日本看護協会編：産業看護のあゆみ，日本看護協会出版会，1986.
- 4) 日本産業衛生学会産業看護研究会：産業看護の定義・産業看護職の役割，産業医学，32巻，1990.
- 5) 「産業看護研究会のあゆみ」編集委員会：産業看護一定義・役割と展望一，労働基準調査会，1992.
- 6) 労働安全保健に関する委員会（委員長口ーベンス卿）、小木和孝他訳：労働における安全と保健－英国の産業安全保健制度改革－，労働科学研究所出版部，1997.
- 7) 河野啓子：21世紀へ向けての産業看護活動，公衆衛生，第62巻第11号，1998.
- 8) 河野啓子：第3版公衆衛生看護学大系第6巻，産業保健指導論，日本看護協会出版会，1999.
- 9) 河野啓子：産業看護学の課題と展望，保健の科学，第41巻第1号，1999.
- 10) 日本看護協会産業看護検討委員会：平成13年産業看護活動実態調査報告書，2002.
- 11) 河野啓子：第3版公衆衛生看護学大系第6巻，産業保健指導論，増補版 日本看護協会出版会，2006
- 12) 河野啓子：産業保健・産業看護論，日本看護協会出版会，2008

学校保健について

元文部省体育局学校健康教育課
教科調査官

出井 美智子

1 学校保健とは

学校、は算数、国語、理科、社会に代表される教科教育を行うところであると理解されている。しかし、教育基本法では教育の目的について「教育は、人格の完成を目指し、平和で民主的な国家及び社会の形成者として必要な資質を備えた心身ともに健康な国民の育成を期して行わなければならない。」（教育基本法第1条）としており、心身ともに健康な国民の育成が目的なのである。

小学校、中学校の義務教育はもちろん、ほとんどの者が進学する高等学校卒業までの12年間、発育発達途上の子どもたちは日中の大部分を学校で過ごしている。この学校で健康な生活を送れるようにすることは学習効果をあげるためにも、また、よりよい成長を促すためにも特別な配慮が必要とされる。

この子どもたちの健康の保持増進のために行われる活動を、学校保健活動という。学校保健は保健管理と保健教育で構成され、この二つが円滑に機能するために学校保健組織がある。

学校保健活動の中心となっているのは、学校看護婦を起源とする養護教諭である。

2 学校看護婦の起源とその後の推移

わが国では明治5年（1872）に“学制”が發布され近代教育が始まった。当時、子どもは云うに及ばず一般の人にも多くの感染症が蔓延していた。一つの教室内で多くの子どもが相互に接触の多い生活をしている学校では、一人の感染症患者がいれば短時間で他の子どもに、そして、その子どもの家族に、また、その地域に蔓延させる恐れがあったため、学

制第211章に「小学校ニ入ルノ男女ハ種痘或ハ天然痘ヲ為シタルモノニ非レハ之ヲ許サズ」と定め、明治12年（1879）の教育令においては「伝染病ニ罹ル者ハ学校ニ出入スルコトヲ得ズ」と伝染病一般に拡大して規制した。

このように、学校では早くから感染症予防について注意が払われており、また、急性の感染症だけでなく慢性の感染症に罹患している児童についても問題になっていた。

特に、満州からの日清戦争帰還兵がもたらしたトラホームが全国に流行し、学校でも多くの児童が罹患した。そのため、明治38年（1905）に岐阜県で学校看護婦が採用されて点眼・洗眼にあたり、顕著な効果をもたらした。学校看護婦は、トラホーム罹患児への処置だ

けでなく、児童には言うに及ばず家庭訪問をして家族にも保健指導を行っていた。

昭和6年（1931）、満州事変が勃発し、政府は富国強兵の観点から青少年の健康に力を注ぎ、学校看護婦の職務内容も、栄養の補給、肝油の投与、太陽燈の照射、乾布摩擦など加わり業務は拡大し、名称も学校衛生婦、学校看護婦、養護婦等と呼ばれていた。

その後、学校看護婦の活動が評価され、徐々に増えていった。しかし、学校看護婦の身分は不安定で法文化されていなかったこともあり、一般教員に比べ待遇等いろいろな不利益があった。そのため、昭和11年（1936）、有志が集まり全国学校衛生婦促進連盟を結成し熱心な職制運動を行った。

3 養護教諭

1) 養護教諭の誕生

昭和16年（1941）、国民学校令が公布された時、学校看護婦は養護訓導（筆者注：当時小学校教諭を訓導と称した）となり、教員系列に属することになった。

その後、昭和20年（1945）、第2次世界大戦の敗戦により憲法を始めとして新しい法律ができ、教育に関しては教育基本法、学校教育法が制定された。この学校教育法によって養護教諭となり今日に至っている。

養護教諭の「養護」という語句については、児童福祉法における養護施設や学校教育法で以前使用されていた養護学校の養護とはいささか意味合いを異にしている。

養護教諭について学校教育法で次のように規定している。

第37条：小学校には、校長、教頭、教諭、養護教諭及び事務職員を置かなければならない

⑫ 養護教諭は、児童の養護をつかさどる。（抜

粋）

中学校についても第49条において「養護教諭を置かなければならない」としている。

また、平成20年（2008）、中央教育審議会では養護教諭の役割について次のように述べている。

養護教諭は学校保健の推進にあたって中核的な役割を果たしており、現代的な健康課題の解決に向けて重要な責務を担っている。（中略）

養護教諭の職務は、学校教育法で児童生徒の養護をつかさどると定められており、昭和47年および平成9年の保健体育審議会において主要な役割が示されている。それらを踏まえて、現在、救急処置、健康診断、疾病予防などの保健管理、保健教育、健康相談活動、保健室経営、保健組織活動などを行っている。

また、子どもの現代的な健康課題の対応に

当たり学級担任等、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、スクールカウンセラーなど学校内における連携、また、医療関係者や福祉関係者など地域の関係機関との連携を推進することが必要となっている中、養護教諭はコーディネーターの役割を担う必要がある。

上記の内容を考えると、養護教諭の仕事は、基本的にはほとんど保健師の仕事と同じで看護職とも言える。しかし、制度上は異なり基本的に看護師、保健師の免許は必要ない。

2) 養護教諭の免許と配置

養護教諭の免許については、一般教員と同じ教育職員免許法で定められており、専修免許（大学院修士課程程度）、一種免許（大学程度）、二種免許（短期大学程度）があり、それぞれ教諭に関する科目、養護に関する科目を履修しなければならない。

養護教諭の歴史的背景および職務の内容を鑑み、保健師の免許を有している者は養護教諭2種免許を取得できる。また、看護師の免許を有していれば、1年間の指定養成所を卒業すれば1種免許を得ることができる（表1）（表2）。

養護教諭の配置については「公立義務教育諸学校の学級編成及び教職員定数の標準に關

する法律」、高等学校については「公立高等学校の適正配置及び教職員定数の標準等に関する法律」によって定められており、ごく小規模の学校を除いて各学校に1人配置され、大規模校（小学校児童851人以上、中学校生徒801人以上、高等学校生徒801人以上、特別支援学校児童生徒61人以上）では複数配置を行うことになっている。しかし、複数配置については、都道府県の財政状態により規定どおりには進んでいない。

4 特別支援学校と看護師

1) 特別支援教育

従来、わが国では障害の程度等に応じて盲・ろう・養護学校、通常の学校に併設される特殊学級等、特別の場で指導を行う「特殊教育」が行われてきた。しかし、障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、児童生徒一人ひとりの教育ニーズに応じて適切な指導および必要な支援を行う「特別支援教育」が平成19年度から始まった。この特別支援教育は、現在、小・中学校の通常の学級に在籍し、教員に指導の困難さを感じさせているLD（学習障害）、

表1 養護教諭免許状の種類と教育機関

教育機関		免許状の種類		
		専修	一種	二種
大学院		○		
大学専攻科		○		
4年制大学			○	
短期大学専攻科			○	
短期大学				○
指定教員養成期間	養護教諭特別別科（1年制）		○	
	保健師学校（1年制）		○	
	養護教諭養成所（2年制）			○

注 1) 指定教員養成機関のうち、養護教諭特別別科（1年制）及び保健師学校（1年制）の入学資格は、看護師養成課程（3年以上）を修了していることが必要である。

2) 保健師免許を取得した後に教育委員会に申請すれば二種免許状が取得できる。

采女智津江編：新養護概説、少年写真新聞社、2008より

表2 養護教諭の免許取得に必要な科目と単位数（教育職員免許法施行規則第9条、第10条関係）

科目等		専修	一種	二種
養護に関する科目	衛生学及び公衆衛生学（予防医学を含む。）	4	4	2
	学校保健	2	2	1
	養護概説	2	2	1
	健康相談活動の理論及び方法	2	2	2
	栄養学（食品学を含む。）	2	2	2
	解剖学及び生理学	2	2	2
	〔微生物学、免疫学、薬理概論〕	2	2	2
	精神保健	2	2	2
	看護学（臨床実習及び救急処置を含む。）	10	10	10
	小計	28	28	24
教職に関する科目	教職の意義等に関する科目 (1) 教職の意義及び教員の役割 (2) 教員の職務内容（研修、服務及び身分保障等を含む。） (3) 進路選択に資する各種の機会の提供等	2	2	2
	教育の基礎理論に関する科目 (1) 教育の理念並びに教育に関する歴史及び思想 (2) 幼児、児童及び生徒の心身の発達及び学習の過程（障害のある幼児、児童及び生徒の心身の発達及び学習の過程を含む。） (3) 教育に関する社会的、制度的又は経営的事項等	4	4	2
	教育課程に関する科目 (1) 教育課程の意義及び編成の方法 (2) 道徳及び特別活動に関する内容 (3) 教育の方法及び技術（情報機器及び教材の活用を含む。）	4	4	2
	生徒指導及び教育相談に関する科目 (1) 生徒指導の理論及び方法 (2) 教育相談（カウンセリングに関する基礎的な知識を含む。）の理論及び方法	4	4	2
	総合演習 (1) 人類に共通する課題又は我が国社会全体に関わる課題のうち一以上のものに関する分析及び検討 (2) (1)に係わる課題について幼児、児童又は生徒を指導するための方法及び技術	2	2	2
	養護実習	5	5	4
	小計	21	21	14
養護又は教職に関する科目	31	7	4	
合計	80	56	42	

注) 上記のほか、教育職員免許法施行規則第66条の6により、「日本国憲法」「体育」「外国語コミュニケーション」「情報機器の操作」（各2単位）の取得が必要。

（采女智津江編：新養護概説、少年写真新聞社、2008より）

ADHD（注意欠陥 多動性障害）、高機能自閉症をも含め、特別な支援を必要とする児童生徒が在籍するすべての学校において実施されるものである

2) 医療的ケアを必要とする子ども

近年、医学・医療技術の進歩とともに、ノーマライゼーションの理念が浸透し、通常の学校にもいろいろな障害のある子どもが在学するケースが増え、痰の吸引、経管栄養、酸

素吸入などの医療的ケアを必要とする子どもも通学している。平成19年（2007）に文部科学省で実施した「特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」によると、医療的ケアを必要とする子どもは6,000人あまりとなっているが、通常の学校にも在籍していると考えられるので実際はもっと多いと思われる。

学校における医療的ケアが課題とされてきたのは、東京、神奈川、大阪等の大都市圏からであり、それぞれの都府県において独自の

取り組みを行ってきた。多くの場合、医療的ケアを必要とする子どもが学校に通学する場合、保護者の付き添いを求められた。

3) 特別支援学校と看護師

このような状況のなか、文部科学省では、厚生労働省の協力のもと平成10年（1998）から平成14年（2002）にかけて「特殊教育における福祉・医療との連携に関する調査研究事業」を立ち上げ、平成10～12年度は教員による「痰の咽頭前の吸引、留置されている管からの経管栄養、自己導尿の補助」の実施の可能性について、平成13、14年度は看護師による対応を含めた「養護学校における医療的ケアの実施体制のあり方」について検討を行った。

その後もモデル事業を行い、「盲・ろう・養

護学校における痰の吸引等の医学的・法律学的整理に関する取りまとめ」として報告した。この報告書では「盲・ろう・養護学校へ看護師が常駐し、教員等関係者の協力が図られたモデル事業等において、医療安全面・教育面の成果や保護者の心理的・物理的負担の軽減効果が観察されたこと、必要な医行為すべてを担当できるだけの看護師の配置を短期間に行うことには困難が予想されることから、看護師を中心としながら教員が看護師と連携・協力して実施するモデル事業等の方式の盲・ろう・養護学校全体に許容することは、看護塩の適正な配置など医療安全の確保が確実にとなるような一定の要件の下では、やむを得ない」と整理されている。

この報告を受け、平成16年（2004）10月20日、厚生労働省医務局長から都道府県知事及

表3 特別支援学校における医療的ケアの対象児童生徒数と看護師等の対応者数

(平成19年5月1日現在)

医療的ケアを必要としている幼児児童生徒が在学している学校の障害種別	学校数	在学者数(人)	医療的ケアが必要な幼児児童生徒数(人)	配置されている看護師数(人)	看護資格を有する養護教諭数(人) ^①	医療的ケアに関わっている教員数(人)	
視覚障害 ※看護師が配置されている学校数：6校 割合：(33%)	18校	896	38	7	0	4	
聴覚障害 ※看護師が配置されている学校数：10校 割合：(42%)	24校	2,108	53	10	0	13	
知的障害 ※看護師が配置されている学校数：197校 割合：(64%)	308校	44,847	2,243	398	27	1,204	
肢体不自由 ※看護師が配置されている学校数：203校 割合：(89%)	228校	23,859	4,194	561	24	2,609	
病弱・身体虚弱 ※看護師が配置されている学校数：41校 割合：(61%)	67校	4,662	733	72	3	148	
合計 ^②	375校 (68%)	553校 58% ^③	64,316	6,136	853	40	3,076

(文部科学省特別支援教育課による「特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」から抜粋)

- ① 看護資格を有する養護教諭数については、医療的ケアを実施している者の数である。
- ② 複数の障害種別に対応する学校では、それぞれの障害種別にカウントしている。このため、障害種別毎の数値を加えても合計に一致しない。
- ③ 公立の全ての特別支援学校学校（合計954校）に対する割合である。

び文部科学省初等中等局長宛に医療安全の確保が確実となるような条件を示し、その条件の下では、医師または看護職員の資格を有しない教員による痰の吸引等の実施を許容することはやむを得ないとの考えを通知した。

同じく、この通知の末に、盲・ろう・養護学校における看護師の適正配置など体制整備の維持・向上について貴職の協力をお願いしたいと看護師の配置について提言している。

平成16年(2004)10月22日、この通知を受けて、文部科学省初等中等教育局長は、「盲・ろう・養護学校におけるたんの吸引等の取あつかいについて(通知)」を都道府県教育委員会教育長等宛に出した。この通知において「衛生主管部局との連携を図り、痰の吸引等が安全に行われるため、看護師の適正な配置や医学的な管理などの体制整備に努めていただくようお願いします。」と看護師の配置について言及している。

4) 看護師の配置と今後の課題

上記の局長通知で看護師の適正配置について言及しているが、現在、看護師の配置について規定はない。学校教育法で、学校には、

校長、教頭など配置が義務付けられている職員のほかに必要な職員を置くことができるとしているため、「必要な職員」と位置づけたり、あるいは非常勤講師としたり、都道府県市が単独事業として予算を計上したり、看護師の配置の形態はさまざまである。特別支援学校における看護師の数は平成19年(2007)5月1日現在853人である(表3)。

特別支援学校はいうに及ばず通常の学校にも医療的ケアを必要としている児童生徒が存在している現状を考えると、看護師を必要としている学校には配置できるような制度の確立が望まれる。

〈引用・参考文献〉

- 1) 日本学校保健会編：学校保健百年史、第一法規出版、1973
- 2) 養護教諭制度50年記念誌編集委員会編：養護教諭制度50周年記念誌、ぎょうせい、1991
- 3) 采女智津江編：新養護概説、少年写真新聞社、2008
- 4) 文部科学省：特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査結果、2007
- 5) 日本肢体不自由教育研究会：これからの保健管理と医療的ケア、慶応義塾大学出版会、2008
- 6) 教育小六法、市川他編：学陽書房、2008

5

診療報酬の中での看護

元厚生省保険局医療課長補佐
東京都看護協会会長

森山 弘子

診療報酬とは

わが国では、すべての国民が、公的医療保険制度の加入者となり、いつどこで起こるか分からない疾病という高いリスクに対して相互扶助の考えで、誰もがが必要な医療を受けることができるよう医療サービスの費用が保障されている。

医療機関等で行われる診療行為は、健康保険法第43条の9「療養に要する費用の額は、厚生労働大臣の定めるところによりこれを算定する」との規定に基づいて「診療報酬点数表」の中で定められており、そこに記載されているサービスが提供される。

診療報酬の改定は、医療機関の経営の安定を図るため物価の上昇や、人件費の増大に対応した点数の引き上げを行うため、2年に一度改定され、4月1日から実施される。このため改定の年の前年の6月に「医療経済実態調査」で病院、診療所などを対象とした経営内容に関する調査を行い、その結果に基づいて改定の検討が行われている。その意見を取りまとめるところが厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会」、通称「中医協」といわれる審議会である。通常この意見の取りまとめは年末の予算編成作業に入る前、最近では12月の初旬に行われている。これは診療報酬の改定に投入される国の一般会計財源が、国民の医療費約33兆円の約25%を占めており、政府予算全体に及ぼす影響が大きいためである。

中医協は、診療を行う専門家を代表する医師会、歯科医師会、薬剤師会から委員7人、診療報酬を支払う保険者から委員7人、公益を代表する学識経験者の委員6人、計20人の委員で構成される審議会である。このほか中医協において専門の事項を審議するため必要があるときは、その都度10人以内の専門委員

をおくことができることとなっている。平成13年（2001）12月から看護職として専門委員に任命され直接意見を述べる場を得ている。日本看護協会副会長が任命されている。しかし、改定内容を決定する場である中医協への直接の参加とはなっていない。

中医協の組織は「社会保険医療協議会法」という法律で規定され、診療報酬については「医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員7人」と決められており、委員は保険医療機関保険薬局を経営する関係者の立場を代表している。

看護サービスの評価については、入院サービスの中の基本的なサービスとして患者一人一日当たりで評価（点数化）されている。看護料は看護師の配置数によって算定されるほか、緩和ケア病棟入院料や特定集中治療室管理料のように看護師の配置を算定要件として病棟またはユニットを単位としているものや緩和ケア診療加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算のように専門性をもった者が専任として配置されていることを要件として算定されているものなどがある。

そのほか、外来看護を評価した在宅療養指導料、訪問看護に対する訪問看護療養費などが設定されている。特異なものとしては、看護職の労働条件である勤務体制や勤務時間の制限などを要件とした夜間勤務等看護加算があるが、平成12年（2000）に入院基本料に包括され算定要件としてその体制は残しながら、

夜間勤務等看護加算の名称はなくなった。

医師等の行う個々の行為や技術ごとに出来高の点数で評価されている診療料は、その行為や技術が円滑に遂行されるための患者への心身の世話のほか、機器の準備などの環境調整を含むさまざまな支援体制がそれぞれの点数の中に包括的に評価されており、そこでは看護のかかわりも含まれた評価となっている。

看護師が管理者となって開設される訪問看護ステーションに対する訪問看護療養費が平成4年（1992）に新設され、看護師の活動の場が広がるとともに、今後ますます必要性が増すと思われる地域での看護・医療ニーズに対応するためにも、訪問看護ステーションに対する療養費の基準や報酬（点数）の設定が重要な意味をもつことになる。

また、人口の高齢化に伴い、寝たきりや認知症の高齢者が急速に増加する一方、核家族化の進展により家族の介護機能が変化することとなり、平成12年（2000）介護保険制度が施行され、介護ニーズに対応する医療サービスについては、介護保険から給付されることとなった。その場合でも、介護ニーズに対応する医療サービス以外の急性期医療等が必要になった場合は、医療保険から給付を受けることができる。ただし、同じサービスについて重複して両方の保険から給付されないよう規定が設けられている。

1 医療機関の選択による「完全看護」の実施から、全ての医療機関から付き添い看護が消える「新看護体系」への過程

診療報酬での看護の評価は、はじめは医療機関自らの職員で看護の全てをまかなうことで入院料に加算が認められるという「完全看護」からスタートした。そのような体制をと

るか否かの判断は各医療機関にまかされていた。続いて看護師等の配置数に応じた加算が認められる「基準看護」制度の下で配置基準を高めながら看護現場の充実が図られた。平

表1 看護師等新たな配置基準（評価基準）設定の推移

昭和33年（1958年）	4対1
47年（1972年）	3対1
49年（1974年）	2.5対1
63年（1988年）	2対1
平成18年（2006年）	実質配置7対1→旧表記1.4対1に相当
看護師：准看護師：看護補助者＝4対4対2	

成18年（2006）には、最も高い基準である入院患者7人に1人の実質配置（旧表記では、入院患者1.4人に1人）が設定された。そして、平成6年（1994）には付き添いのいない看護体制である新看護体系への移行を決定し、平成9年（1997）には全ての医療機関が付き添いのいない体制となった。

平成12年（2000）には、看護料、入院時医学管理料、入院環境料が「入院基本料」として包括評価されることになり看護料単独の点数設定はなくなったが、入院基本料の算定にあたっては、看護配置、看護師対准看護師比率に応じて料金が設定されている。これは医療収入のおおよそ50%を占める「入院基本料」算定の重要な要件として看護体制の水準が求められており、病院経営にとって看護師確保が大変重要な位置づけにあることを意味している（表1）。

1) 終戦直後の看護の様子

戦後は、引揚者、帰還兵に加えて栄養状態が悪いために伝染性疾患、肺炎なども多く、当時の一般病院でも動けない病人には必ず家族あるいは付添婦が付き添うのが当然であり、看護師は「用事があったらおこしてください」といい、午後10時頃までには就眠という当直制が多く、わずかの施設が3交代制を取っているという有様で、看護業務も医療補助を中心にあらゆる雑用、掃除までというのが普通であった。

また、当時は病院が直接雇用していた看護師は少なく、病院の看護師は医師の診療の補助を主な業務としており、入院患者の世話は家族や患者が雇った派出看護師会の看護師が行っていた。患者の入院は「小さな引越し」といわれるように、家族はふとん、鍋、釜、七輪等を持ち込んで病院で生活し、患者の世話をすることが当たり前という状況だった。

戦後GHQのオルト看護課長は、日本の病院の現状をつぶさに見て回り、患者の家族や派出看護師が病院に泊まりこんで世話をしている状況に驚き、入院患者の看護は病院所属の看護師の手で行うよう強力に指導した。いわゆる“看護は看護師の手で”というスローガンが掲げられ、昭和23年（1948）には保健師助産師看護師法が制定され、これにより看護業務は看護師が独占的に行うことが制度的に位置づけられた。

しかし、当時は病院が看護師を雇ったとしても経済的な裏づけがなく、病院経営者の中には、看護師を多く雇わずに患者の世話は付添婦にさせるという状況が続いていた。

一方、昭和23年（1948）に施行された医療法において、病院の看護は患者の雇った付添婦ではなく、病院雇用の看護師が行うべきという考え方が支持され、実際にこのような医療機関が増加してきた。

このような背景があって、病院の看護は看護師のみで行うことを推進するために、社会保険診療報酬の中に入院料に加えて完全看護の点数を加算するという仕組みをつくることとなった。

2) 完全看護の創設と課題

昭和25年（1950）に「完全看護」という制度が設けられた。病院における看護を家族や付添人の手によって行うのではなく、その病院に所属する看護師の手によって行う場合に、

「完全看護」という承認をして入院料に加算する。しかし承認の基準は現在の基準看護より低く、病院全体の看護師数とベッド可動数により患者4対看護師1であること、ただしその病院において看護学校を付設している場合、専任教員も算入してよいとした。さらに国立病院などでは、看護学生の数3人につき1人として算出して加えるなどの手心、つまり学生の臨床実習を看護力として認めていた。

このことは当時の看護師数、看護教育のあり方などからも、なるほどと肯定されるものがある。ただし、この4対1の基準はもちろん24時間常時でないが、患者にとっては錯覚になる。労働基準法に定められた1日8時間、3交代制勤務という条件を守るため、看護単位の大きさにもよるが夜間は1人夜勤という体制がほとんどをしめていた。

昭和20年代の看護師が少ない時期に、病院へ入院した場合には、患者の世話のすべてを看護師が行うという完全看護制度が発足したが、実際に病院では少ない看護師で患者の世話のすべてを行うことは困難で、看護師は労働過重になり、また、完全看護という呼称から、患者は全ての世話を病院に任せてしまうという誤解もうまれた。その当時の看護の状況は、あちこちの施設で看護婦不足が叫ばれ、「入院患者が呼んでも看護婦はナースステーションにいない、これで完全看護か」との投書が相つぎ、また手術の患者や重症患者には付き添いをつけなくてはならないなど、「完全看護」の名称そのものへの非難が多かった。

さらに行政の言い分は「医療法施行規則第19条に定められた4対1は、昭和23年頃の病床数と実働看護婦数による概算といわれており、最低の基準を定めているので、それより上回る看護婦をおいてよい。本来入院患者の看護は看護師がしないで、診療介補をしていることが多いようだが、注射その他に

は別の点数が認められているのだから、処置その他の分は別の計算で看護師が雇えるはずだ。」などの回答があったりしたといわれている。

このような状況から、完全を期する最高水準を示すことは困難であると判断し、標準的なあり方を示す「基準看護」と名称を変更した。

3) 基準看護の創設

昭和33年（1958）には、付き添いなしで看護師が何人いるかという「基準看護」の制度がスタートした。その当時の入院生活は、カロリーや栄養成分量のバランスが取れた食事を提供することは治療の一環であり、布団など家から持参することなく病院が安全で清潔な寝具を整えることを目標として、入院料に「基準看護」のほか「基準給食」「基準寝具」を設定して「良い」病院は、高い報酬を得られるようにした。

昭和33年（1958）に現行点数表の出発点ともなる大幅な改定が行われた際、それまでの技術料がカバーできない医療機関が出たため、改定点数表の甲表と従来の点数表に一定率を乗じて引き上げた乙表がつけられた。国立病院や社会保険病院など公的病院で甲表を推進し、医師会は乙表を薦めた。このときできた乙表の基準看護には、甲表のような看護類別の承認基準はなく、医療法の人員配置基準を満たしていれば加算が認められた。しかし、改定の都度引き上げ率の違いから甲表、乙表のバランスが悪くなっていった。これを是正するために昭和42年（1967）に看護類型の承認基準が用いられている甲表に一本化した経緯がある。

入院料に加算する基準看護の基準は、入院患者に対する看護要員の配置数により類別を設けている。人員配置の基本となったものは医療法施行規則で、入院患者4人に看護要員1

人の1類看護と、患者5人に看護要員1人の2類看護、患者6人に看護要員1人の3類看護を設定した。この基準は同年に新設された甲表のもので、一般病棟には1類と2類のみが認められ、結核・精神病棟では3類が認められていたが、軽症の結核患者や普通の精神病患者の入院する病棟には看護師を多く配置する必要がないとの考えから、1類看護は認められていなかった。

看護要員の構成割合は、基準では8割以上が看護師および准看護師が必要であると規定されており、これは医療法が4対1はすべて看護師、准看護師であることと規定しているのに対して、それに達していなくても一定の評価をして点数を設定していたことになる。さらに特例として、精神病棟は男子の看護人が必要なことから看護師等の配置は7割でよいこととされた。また一般病棟においては看護師と准看護師の割合は5対3の基準だったが、看護師が不足していたことから当分の間（昭和35年（1960）末まで）は4対4を認めていた。その後、通知で当分の間の期間が延長され、この人員構成の特例は平成11年度まで続いた。

健康保険支払報酬基準の中では、基準看護制度を実施する一方、基準看護をとらない施設に入院する患者の中で、医師が付添看護を必要と認める場合には、看護料が現物給付として患者側の請求により支払われることになっていた。このためむしろ基準看護を取らない施設に入ったほうが患者に有利だとの説さ

えあり、いわゆる付添婦という無資格の家政婦を付けることによって看護が実施され、それに対する看護料が支払われるという状況であったため、付添に依存した体制が温存されたと考えられる。

これは、平成6年（1994）の健康保険法の改正まで続いた。

4) 新看護体系への移行

(1) 新看護体系への移行を促した社会的背景

平成6年（1994）になっても、基準看護承認施設が全国の病院の5割弱にしか達しておらず、基準看護をとっていない施設では、付添をつけないと入院できないことがあった。そのことは、付添をする家族の負担や、他の人を頼めば付添に払うお金が月ごとに数十万円にもなるという負担を患者に強いていた。

入院した病院によってそのような格差を生じるのは問題であるとして、国会でもしばしば取り上げられた。何よりも、看護を病院の職員以外に依存していい看護が提供できるとは考えられないし、付添がベッドサイドで寝泊りしている環境は異常であったという（表2）。

また、医療費としても基準看護をとっていない医療機関における付き添い看護料は、年々増加し、平成3年（1991）には、1,100億円を超え、その87%は老人医療が占めるに至った。これは、患者の自己負担の大きさを示しており、たまたま入院した病院が基準看護病院でなかったことによって、患者に別途負担が生

表2 基準看護承認施設年次推移

	1959 (昭和34)年	1965 (昭和40)年	1970 (昭和45)年	1982 (昭和57)年	1985 (昭和60)年	1988 (昭和63)年	1991 (平成3)年	1994 (平成6)年
病院総数 (A)	5,396	6,544	7,763	9,212	9,563	9,959	10,049	9,542
基準看護病院 (B)	1,567	2,287	2,599	3,175	3,523	3,755	4,100	5,031
比率 (B/A) %	29.0	34.9	33.5	34.5	36.8	37.7	40.8	52.7

P132

図 平成6年の健康保険法の給付の改正(関係部分)

	現物(化)	賞選払		現物(化)	賞選払
本人	療養の給付		療養費	療養の給付	
	保健医療機関 1 診察 2 薬剤または治療材料の支給 3 処置、手術その他の治療 4 病院または診療所への収容			保健医療機関 1 診察 2 薬剤または治療材料の支給 3 処置、手術その他の治療 4 在宅療養・看護 5 入院・看護	
	保険者 5 看護(付添看護療養費) 6 移送			入院時食事療養費 食事療養	療養費
	特定療養費 選定療養			特定療養費 選定療養	
家族	保医 特定療養費 特承 療養(選定療養を含む)		特承 療養(食事療養、選定療養を含む)		
	家族療養費 療養(選定療養を含む)		ステーション 訪問看護療養費 指定訪問看護		
	保医 特承 療養(食事療養、選定療養を含む)	療養費	家族療養費 療養(食事療養、選定療養を含む)	療養費	
双方		高額療養費	ステーション 家族訪問看護療養費 指定訪問看護		
				高額療養費	

じることが問題とされ、平成6年(1994)に健康保険法等が改正されたことにより、入院時の看護は各医療機関が責任をもって提供すべきものとして、付添看護の廃止が法律上に明示され、全ての医療機関が新看護体系の下で看護料が算定されることになった。

新たな看護師等配置基準として、看護師、准看護師、看護補助者の組み合わせによるマトリックスが設定された。これは病院における看護の基本的サービスの料金としての位置づけは変わっていないが、看護師だけではなく看護補助者を含めた看護職員の配置が従来よりきめ細かく評価されるようになった。平成9年(1997)9月末にはすべての医療機関が付添のいない「新看護体系」のもとに一本化された。

(2) 平成6年の医療制度改革の中で導入された新看護体系

看護が明示された平成6年(1994)の医療制度改革のもとで、病院における看護サービスの位置づけが改められ、新看護体系が導入された。

図に見るように、平成6年改正までは「病院または診療所への収容」という規定の中で医療機関の提供する看護サービスが読み込まれているにすぎなかったのが、健康保険法70年の歴史の中で初めて、看護サービスが在宅医療と入院医療におけるサービスとして明示されることとなった。

○「居宅における療養の管理およびその療養に伴う世話その他の看護」

○「病院または診療所への入院及びその療

養に伴う世話その他の看護」

これに伴い、新たに新看護体系を導入し、入院サービスの大きな要素としての看護サービスを確立するための診療報酬上の評価が行われることとなった。

このとき、看護サービスは入院サービスの一環として行われるべきものとして整理されたことから、いわゆる「付添看護」は廃止されることとなった。

また、訪問看護療養費など看護固有の料金が設定されたことによって、看護の位置づけが明確になったことの意義は大きい。

5) 新看護体系への移行にあたって問題となったこと

(1) <病院が雇いあげる看護師等の人件費の財源確保>

付添廃止に当たっては、付添に代わる看護職員を各病院が確保し、その人件費を診療報酬で保証しなくてはならないため、財源確保の問題があった。この問題に対しては、当時、老人保健施設などでは給食は自己負担になっているのに入院中の食事は保険でまかなわれているという矛盾が指摘され、治療食は別として人はどこにいても食事はするものなので、保健施設と同じく食費を患者に負担してもらうということで財源確保手段の一つとして実施された。

(2) <看護師・家政婦紹介所の問題>

付添をなくすにあたってもう一つの大きな課題は、付添の仕事を奪ってしまうことと、さらに大きな問題は、看護師・家政婦紹介所

が事業を継続できなくなるということであったが、これからの社会では、在宅でのニーズが必ず大きくなるため、それが一つの活路ではないかということが話し合われた。

(3) <承認から届出へ>

基準看護を承認するにあたっては、承認に先立って病院の中での看護部の位置づけ、看護部長制など看護部組織や看護単位、看護職の配置状況、看護内容、看護記録、勤務体制、業務分担などについて専門家が施設の実地調査を行い、一定期間基準にふさわしい病院としての実績を求めていた。基準看護制度の看護界への貢献は、基準看護病院が一定水準以上であることの保証をともない、基準看護を認定するというところに重要な意義をもった。

一方、そのため病院経営上はその間何の手当もなく、実績を求められることの困難さも訴えられていた。このような基準看護承認の過程で求めた要件は、制度発足時のわが国の看護の実態から、その機会をとらえて看護水準を向上させることが重要だった。また、基準看護病院として承認するまでの間での指導によって、看護部の意向を経営者に反映させる機会ともなっていた。

このように、現場指導の重要な機会ととらえていたことから、規制緩和の流れの中で、かつまた国内の全医療機関が対象となることから届出制にせざるを得なかった。そのため質の改善指導については、届出内容の確認と、随時審査による指導によることとなり、医療機関の責任が重視されることとなった。

2 看護料が入院基本料の中に包括される

このように、保険給付サービスとして明示

的に位置づけられた看護だったが、平成12年

表3 看護料を含む入院基本料の推移（入院医療費を100とした場合の割合）（%）

	1986 (昭和61)年	1990 (平成2)年	1994 (平成6)年	1998 (平成10)年	1999 (平成11)年	2002 (平成14)年	2006 (平成18)年
室料（環境料）	10.43	10.27	9.03	8.68	8.60	—	—
看護料	18.64	19.32	20.32	22.80	21.40	—	—
入院時医学管理料	13.01	13.21	13.06	13.27	13.50	—	—
合計（入院基本料）	42.08	42.80	42.41	44.75	43.50	49.2	40.8

注：・2000（平成12）年以降は室料、看護料、入院時医学管理料は、入院基本料として包括された。
 ・2003（平成15）年からは、特定機能病院、一部の民間病院にDPCが導入され入院基本料とは別計上となった。

（2000）の診療報酬改定において、看護料は入院環境料や入院時医学管理料とともに「入院基本料」に包括されて評価されることとなった（表3）。

看護は、入院医療の基本サービスという色合いが強く出され、いわゆるホスピタルフィーという位置づけである。また、こうした評価の仕方は、看護サービスが患者を全人的に見るサービスであるという捉え方とも合致し、関係者に広く受け入れられ、今日に至っている。そしてこの捉え方を一歩進めたものが入院基本料であり、看護サービスを含めた入院の基本的体制が、入院基本料というホスピタルフィーとして一括評価されることとなった。

入院基本料における看護の評価の意味は、点数表を見れば明らかなように、病院・病棟の種類を区別するのに、またそれぞれの病院の中で入院医療の体制を区別するのに、看護師の配置基準が重要な役割を果たすようになっている。看護師が中心となって病院の入院体制を決定するという看護側からの積極的アプローチが重要になる。これにより、入院医療の質を決める大きな要因が看護サービスということになり、平成6年（1994）の健康保険法改正で、保険診療の中に明確に位置づけ

られた看護、そして新看護体系の中で積極的に評価されてきた看護がますます生きてくることになる。

診断群分類（DPC）に基づいた包括払い制度が、平成15年（2003）4月から特定機能病院の一般病棟を対象に実施され、平成16年（2004）の改定において民間病院62ヶ所が試行的に導入された。診断群ごとに必要な看護サービスが反映されているものとして、現場でいかに適切なサービスを提供していくか、具体的に試される状況が生まれつつある。

看護料を含む入院基本料の医業経営における重要性を示す一つとして、入院医療費に占める各診療報酬項目の割合がある。過去の推移と比較するため、DPC（診断群分類別包括評価）導入以前のデータで、最新となる2002（平成14）年の実績をみると、看護料を含む入院基本料が49.2%で約半分を占めており、給食料が8.8%、特定入院料が6.0%、で合計64%が入院に伴う共通経費がとなっている。このほかは手術料が10.0%、注射6.7%、検査5.5%、画像診断3.2%、となっている。これらで約90%、残りの10%は、診察・指導、在宅療養、投薬、理学療法、精神科専門療法、麻酔、放射線などとなっている。

3 その他の看護関係料金の設定

1) 緩和ケア病棟入院料

平成2年（1990）に、「末期医療に関するあ

り方の検討会報告」を基に、悪性腫瘍の末期患者の終末期ケアを行う緩和ケア病棟入院料が新設された。特定集中治療室管理料等とは異なり、病棟を単位としている。急性期の積極的な治療を終えた方に対して、よりその人らしく過ごせる療養環境を整え好きな料理をつくったりしてできるだけ家族とともに過ごせることや、精神的支援が行き届くよう看護師の配置を厚くした(看護師を1.5対1で配置)。

2) 看護に係る標準的な入院サービス体制の加算から、標準化への推移

時代のニーズにあわせて評価(点数設定)されてきた入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥創対策の4項目が、平成18年(2006)には標準化された。

この4項目のうち、はじめに設定されたのが平成8年(1996)の「入院治療計画加算」(平成9年に「入院診療計画加算」に改正)で、これは医師、看護師等が協働して入院初期に診療計画を策定し、患者に説明をした場合に算定できる、チーム医療を評価したのとして注目された。この後算定された院内感染防止対策や医療安全管理体制、褥創対策などそれぞれ研修などにより専門性をもった者が、医師等関係職種と院内でチームをつくり、それぞれの対策体制が組織化していることを評価した料金が設定された。

これらは、当初それを行っていたら加算点数が設定され、のちに行っていないと減算されることになり、平成12年(2000)には、入院診療計画加算は院内感染防止対策とともに入院基本料に包括され、計画立案や患者への説明を行わない場合には減算されることとなった。

さらに平成14年(2002)の改定では、「医療安全管理体制」「褥瘡対策」の整備・実施が加えられ、これら4要件が未実施減算の対象

となった。さらに、平成18年(2006)の改定では、減算4要件が廃止になり、この4要件は医療機関が当然対策を構ずるべきものとして入院基本料、特定入院料の算定要件となった。このような推移からも、診療報酬設定によって医療現場の環境を変えている状況がわかる。

3) 外来看護に対する評価 「在宅療養指導料」

外来医療における看護は、「初・再診料」をはじめ「処置料」などに看護師のサービスが含まれていると説明されている。

しかし、平成4年(1992)に唯一外来での看護・指導に対して「在宅療養指導料」が設定された。これは在宅療養指導管理料を算定している患者や器具を装着している患者に対して、看護師が個別に指導を行った場合に算定できるもので、算定要件は専用の場所、専用の電話による相談体制があり、算定は月1回を限度とし、1回の指導時間は30分以上となっていた。現在は、専用の電話等の要件が緩和されるとともに初回月に限って月2回まで認められている。

これは、在宅への移向をできるだけ円滑にするために一定の条件下で行われる看護の業務を評価したものである。

外来における業務で看護固有の業務として唯一算定されている事項である。

4) 労働条件の担保を要件とした夜間勤務等看護加算

昭和40年(1965)に夜勤に対する行政措置要求に対する人事院判定が出されたが、看護師不足を背景に、医療現場ではその実現が十分に進まなかったことから、労働条件改善を診療報酬から支援するために平成4年(1992)に、2人夜勤、月8日以内の夜勤回数(いわゆるニッパチ)を条件とした「夜間勤務等看護

加算」が新設された。

通常、診療報酬は、“患者に行った行為ごと”に算定されているところが、平成4年（1992）の「夜間勤務等看護加算」については、直接のサービス評価ではなく、看護職の労働条件の改善を評価して設定された。複数夜勤体制を整え、夜勤回数を一定水準以下に抑えて看

護職員の夜勤負担を軽減することが、結果的に患者へのよりよい看護サービスの提供につながると考えだされた。

この事項は、平成18年（2006）の改定で入院基本料の中に包括されたが、算定要件の平均夜勤時間数などはそのまま要件とされており、その考え方が引き継がれている。

4 看護のありかたに影響したさまざまな出来事

1) 診療報酬算定の包括化で看護が変わった

平成2年（1990）に老人医療の適正化の観点から、積極的な治療よりも看護・介護を評価するため看護料と併せて注射・投薬、検査等を包括した「特例許可老人病院入院医療管理料」が新設された。

これは、当時老人の入院が長期化する傾向にあり、患者は薬漬け検査漬けで、四六時中ベッドに横たわったままで身動きできず、看護師も点滴をはじめ診療補助業務に追われ、ベッドサイドで患者と話をする時間などとてもない状態だった。さらに老人の入院が長引くことによって、自宅に帰るべき場所（座）がなくなって、いつまでも退院できないなど、社会的入院が社会問題とまでなった。

そこで包括評価導入が考えられた。出来高での収入実績をふまえて、包括化したときの診療報酬をやや多めに設定することで、病院側としては注射や検査を実施しなくても同じだけの収入が得られ、薬代、検査薬代、技術料、看護師の業務内容も勘案できるというメリットがあった。

これは患者にとっても、看護師にとってもよい結果をもたらすこととなった。患者はベッドから離れ自分の時間をもつことができるようになり、看護師は点滴の差し替えや検査

などいわゆる診療の補助のために廊下を走り回る時間が減り、患者に直接接する時間が増えた。

この包括化が行われたときの臨床現場の変化を、日本看護協会のアンケートからみると、患者からは「チューブ類の装着が減り、ベッドを離れることが多くなった」（77%）「ADLが改善した」（74%）、看護師側からは、「検査、投薬が減少し日常生活援助がふえた」（80%）「患者とのコミュニケーションが増えた」（76%）など、点滴の付け替えなどに時間をとられなくなり、患者と向き合う看護の基本的業務を取り戻したとの回答が得られるなど、看護の面から大きな変化・改善が認められたことから、診療報酬設定の意味の大きさを知ることとなった。

2) 2交代制勤務形態の導入

昭和33年（1958）の基準看護制度発足以降、医療を巡る状況は大きく変化し、疾病構造が感染症中心から人口の高齢化を反映して慢性疾患中心に変化し、入院サービスにおける生活関連部分の比重が増大する一方、医学・医療の進歩により高度医療が昼夜を分かたず行われるようになった。

基準看護の算定要件として夜間の交代制勤務は、基準看護創設時よりなるべく3交代制

表4 平均在院日数の国際比較

	1985 (昭和60)年	1990 (平成2)年	1995 (平成7)年	2003 (平成15)年	2006 (平成18)年
日本	54.2	50.5	44.2	36.4	34.7
アメリカ	9.1	9.1	7.8	6.5	6.4
イギリス	16.2	15.7	10.2	7.6	8.7
ドイツ	17.4	17.2	14.2	10.9 (2002)	10.1
フランス	18.1	15.1	14.1	13.4	13.2

出所：OECD Health Data 2008による。

であることを承認要件としていたが、平成4年（1992）の改定で、3交代制は適切であるが病院の実情に応じて2交代制の勤務形態を認め、承認要件の緩和を行った。

平成5年（1993）には医療法が改正され、高度な医療を提供する医療施設としての「特定機能病院」と長期入院を要する患者にふさわしい医療を提供する「療養型病床群」の制度を設け、医療施設機能の体系化が図られ、同時に診療内容に応じた看護職員の新たな配置基準が設定された。

看護職の勤務体制も近年、入院患者の病態の多様化により、病状の安定した病棟では長時間勤務も可能になったことや、職員の既婚率が高くなったこともあり、家庭生活との両立を図る上で都合がよい、あるいは、ゆったりした休日を取りたいなどの理由から、看護サービスを低下させない範囲内で2交代制を選択できることとなった。

このことで最も重要なことは、看護師の質と量が基準看護制度発足当時と比べてはるかに充実してきていることであり、2交代制の導

入を含め様々な状況に対応できる条件が整ってきた結果といえる。

3) 特3類新設とともに誕生した平均在院日数とその短縮

かねてよりわが国の平均在院日数は、先進諸外国のそれと比べて長いことが知られており、医療費増高の原因のひとつと指摘されてきた。このため、診療報酬上の評価を通して平均在院日数の短縮を促す仕組みが取り入れられることになった（表4）。

昭和63年（1988）、特3類看護を新設するにあたって、急性期と慢性期の機能分化を図る観点から入院早期の看護の重点評価をすることとし、平均在院日数が20日以内の病棟について承認することとした。その後、対象をより拡大するため日数の基準は変更されていった。

現在では、診療報酬点数表において平均在院日数によって加算の通減制を取り入れ、入院患者全般について、平均在院日数の短縮が図られている。

5 訪問看護ステーションの誕生とこれからへの期待

近年、在宅医療・看護の必要性の高まりとともに訪問看護ステーションの重要性がますます大きくなってきている。

訪問看護ステーションは、平成4年（1992）に老人訪問看護療養費として、平成6年（1994）には一般にも訪問看護療養費が算定できるこ

となり、看護師による訪問看護制度が動き始めた。訪問看護療養費の算定にあたっては、管理者として看護師を配置することが要件とされており、看護師の開業権としての意義もある。

このように、看護師が独自で訪問看護を展開する道が開けたのは、高齢化や平均在院日数の短縮などに伴う在宅療養の必要性が高まったからであり、時代の要請でもあった。

訪問看護の対象が、難病、末期がん患者、

精神疾患患者、ターミナルケア、自宅で死亡する事例など、より困難な事例へと広がってきている。対応の仕方についても退院前から職種・施設間の共同で退院に備えることや、24時間訪問看護利用者の緊急の求めに応じる体制や、老人ホームなど施設入居者で通院が困難な事例への訪問看護など、診療報酬上の料金設定の推移からも対象や活動のし方が多様になるなど、訪問看護ステーションに対する期待の大きさの変化を見ることができる。

6 おわりに

診療報酬における看護料等を通して医療における看護の変遷をたどってきたが、保健師助産師看護師法、医療法など看護の現場を左右する重要な法律など制度がある中で、直接医療機関の運営そのものに影響を与える健康保険法のもとで行われる診療報酬の設定こそ、現場の看護を変える重要な要素であることが分かる。

特に、平成4年（1992）制度化した訪問看護ステーションの経営者・管理者である看護師にとって、訪問看護ステーションが、病院のように国民のための施設として十分社会的役割を果たせるかは、そこでの人材確保を含め体制がどのように保障されるかにかかっている。まさに経済的基盤を固めなくては、すべてが始まらない状況にあることから考えると、看護料の設定すなわち看護のありようが医療収入の多くを占めている現実も含め、看護師が中医師協のメンバーとして、診療報酬、介護報酬改定に直接かかわる立場を確保すべき時にきていると考える。

“第13回日本看護サミットとうきょう'08”では、地域においても医療機関内においてもより安全でよりよいサービスを提供するためには、医師を含む多職種との協働が重要であり、改めてこれからの看護の重要性を再認識することとなった。サミット宣言では、「人々の健康をささえるために看護の専門性を活かし、あらゆる職種と協働します」を掲げた。

これからも、国民に提供される医療・看護を左右する診療報酬の積極的評価を通して、看護管理体制、看護の専門性などの推進が図られることを期待したい。

〈参考文献〉

- 1) 皆川尚史ほか：診療報酬（介護報酬）その仕組みと看護の評価－2004年改定対応－（第6版）、日本看護協会出版会、2004
- 2) 松浦十四郎：診療報酬体系はどう変わってきたか、病院、49（6）、p468～472、1990.
- 3) 大森文子：基準看護制度への提言、看護、26（8）、p10～16、1974.

6

看護職の確保対策

看護師等の人材 確保法を巡って

元厚生労働省医政局看護課長

聖マリア学院大学学長

矢野 正子

1. 看護職員需給見通しの策定

1) 看護職員需給見通し

看護職員の確保は、戦後の60年間において最重要課題であった。

昭和49年（1974）に策定された第一次看護婦需給計画（昭和49年（1974）～53年（1978））は、計画的に看護職員を増やすための計画で、その結果は、昭和49年（1974）必要見込数42万1千人（実績38万7千人で91.9%の充足率）から昭和53年（1978）必要見込数48万9千人（実績47万9千人で98.0%の充足率）となった。次いで、第二次看護婦需給計画（昭和54年（1979）～60年（1985））が策定され、その結果は、昭和54年（1979）必要見込数56万2千人（実績50万7千人で90.2%の充足率）から昭和60年（1985）必要見込数66万3千人（実績66万8千人で100.8%の充足率）となった。

筆者の看護課長としての看護行政担当期間は、昭和60年（1985）4月から平成5年（1993）6月までの8年余の間であったが、まさにその最初の年の昭和60年（1985）は、第二次看護婦需給計画の最終年に当たっていた。

第二次看護婦需給計画の数字上の達成状況は上記の如く66万3千人に対して、実績は66万8千人で100.8%の達成率であった。この数字に対して健康政策局の総務課長は、看護婦需給は達成されたとして、もうこれ以上新たな需給計画は不要である、との意見であった。

しかしながら病床数は依然として伸びており、看護の二・八体制はまだまだ100%満たされていなかった。そこで、計画が達成されたとは言え、看護課として従来の手法とは別の方法で昭和60年（1985）現在の不足数をいくつかの指標に基づいて試算した結果、3万8500人という不足数のはじき出されたのであった。

そこで筆者は、継続して需給対策は必要と

判断し、新しい需給の策定方法をどのようにするか、過去2回の算定条件を参考にしながら新たな方法で検討を始めた。ちょうどその時、昭和60年（1985）12月、医療法改正案が国会を通過した。この改正の第一の狙いは、都道府県において病床規制を柱とする地域医療計画の策定を義務づけたものであった。

わが国の病床数は、今までに規制されることもなく年毎に増え続けてきており、医療費・資源の視点から適正な病床数はどう考えればよいのかについて、行政上のコンセプトが明確でない、富士見産婦人科病院事件（昭和55年（1980）9月11日）に象徴される高額機器などの配置をどのようにするのがよいのか、という観点から議論が続いていた。それが医療法の改正という、いわゆる政策主導の本格的改正の第一歩が始まり、また地域医療計画の策定ということになり、各県が望ましい病床数について、県内に第二次医療圏を定め、病床数を定めるという方法をとることとなった。

筆者としては、医療法改正の論議がなされていることは承知していたが、行政の経験不足もあってか、その後の起こる現象についてはまったく予想だにしていなかった。

これは、筆者だけではなかったことは歴史が証明したが、その後生じた事態は、病床規制前の駆け込み増床に伴い必要となる看護婦の奪い合いとなった。全国的に看護婦増やせのシュプレヒコールが起き、しかもそれは都道府県のみならず市町村の自治体レベルにおいてまで猛威をふるった大旋風であった。

看護婦需給計画の柱をなすのは、看護職員の就業場所の70%以上を占めている病院病床数である。各県の地域医療計画の策定期限は、医療法改正法施行後5年以内となっており、また、ちょうどバブル経済が始まり、あらゆるところで病院の大型化や新病院建築、病床

増等の計画については施行前までの移行措置が設けられていた。そこで発生したのが駆け込み増床である。

このため当然のことながら全国の病床数の決定は、しばらくの間は困難となり、看護婦の需給計画を作るための最大の柱の計算は不可能となった。と同時に、看護婦不足が全国いたるところで叫ばれ、連日、地方自治体議会の看護婦増やせの決議文を持った陳情団が看護課に押し寄せる状況となった。総務課長は不要と言ったが、看護婦需給計画策定の必要性はいやがうえにも高まった。100%達成したから計画は不要とは言えなくなった。

厚生省の建物の前にある日比谷公園野外音楽堂では、毎夜の看護婦デモなど、騒然とした状況が続いた。

また、この間、衆議院労働委員会の委員であった社会党の外口玉子議員が、委員会において質問に立ち、看護職員需給計画ができていないことは行政の怠慢であるとして、筆者と労働大臣とが一緒にお叱りを受けたこともあった。

そのようなこともあって看護課では、病床数の確定数字がないままに第三次看護婦需給計画を策定することになった。

この時に作った第三次看護婦需給計画（昭和63年（1988）～平成6年（1994））は、当時の医学・医術の進歩、看護婦の労働条件の改善などはいっさい考慮せず、第一次看護婦需給計画の算定方法をそのまま適用して策定されたものである。それを第三次看護職員需給見通しと呼ぶこととし、昭和63年（1988）から平成6年（1994）の7年間のものとなった。なお、「需給計画」から「需給見通し」と言葉を入れ替えた理由は、見通しとは、いったん策定した以降変更できない計画とするのではなく、諸情勢の変化に対応して柔軟に運用できたり、変更が可能なものとするために用い

られたものである。

折りしもバブル期の人手不足時代であった。人材が不足しているのは看護婦だけではない、厚生省の福祉分野も同様である。このため厚生省に事務次官をトップに保健医療・福祉マンパワー対策本部が設置され、来るべき21世紀の高齢社会を予測して2000年（平成12）までに必要な諸対策を講ずるとして、高齢者保健福祉推進十か年戦略（平成2年（1990）～11年（1999））、いわゆるゴールドプランが厚生・大蔵・自治大臣の合意の下に発表されたのである。

ホームヘルパーの増員、福祉施設の増設や老人保健施設などの21世紀までの確保戦略が発表されたことで、平成2年（1990）2月2日の衆議院予算委員会の総括諮問では、この戦略の実施によって引き起こされる看護婦不足問題が取り上げられ、当時野党の公明党書記長から、自分の選挙区の看護婦不足と国の需給対策の数字のギャップについての追求が約1時間もあった。そこで当時の厚生大臣は、ゴールドプランによる看護職員の需要増に対応するとして、作ったばかりの第三次看護職員需給見通しを直ちに見直すことを国会で約束したのであった。

第三次看護職員需給見通しの見直しは、このようにして着手するようになった。まず、策定方法を現場からの積み上げ方式に変更し、各都道府県からの報告を求めることとした。従来は、政府が既存の医療施設数などの直近の数字を基に計算していた。そこで、今度は、各県は地域医療計画の策定の最中であることもあり、国は、各県に策定方法を示して作業を依頼し、集まった各県の数字を吟味し、国としての政策的な要件を加えることとして策定した。

このようにして、第四次看護職員需給見通し（平成3年（1991）～12年（2000））は、高

齢者保健福祉推進十か年戦略に同調させ、10か年計画として策定されたのであった。

2) 外国人看護婦の就労と外国人看護婦導入問題

日本人に限らず、外国で看護婦の免許を得た者には、厚生省による看護基礎教育歴の審査をパスすれば日本の看護婦国家試験受験資格が与えられてきたが、免許を得ても就労はできなかった。

日本在住の外国人看護婦で組織された日本外国人看護婦協会Foreign Nurses Association in Japan FNAJ という任意団体が、日本で看護婦として働きたいとか、自分達が日本での研修に機会が与えられるよう財政支援が得られないか、などの要望がでてきたのもこの時期であった。

そこで、外国人でわが国で看護婦として就労が許可される場合について新しい方法が設けられた。それは、日本の看護婦学校養成所を卒業して国試を受け免許を得れば、4年間の看護婦資格の就労ビザが出されるようにしたことである。4年間の就労は、あくまでも研修が目的で、帰国後、母国において指導者となるのに匹敵する期間であり、わが国の国際協力・国際貢献の一環とするという意味であった。

以上、外国人看護婦の日本での看護婦資格取得について二つの場合を述べたが、後日、平成18年（2006）3月、出入国管理・難民法が改正され、日本国家資格を持つ外国人看護師については、学校養成所指定規則に規定する養成校などの卒業要件を撤廃するとともに、卒業後4年以内の研修期間は免許取得後7年以内に延長された。また、同時に、平成20年（2008）よりEPAにより外国人看護師が来日しているが、これらの看護師の就労については、国家試験に3度挑戦でき、資格取得後はビザ更新

制限なしの措置が取られていることは、ご承知の通りである。

平成4年（1992）に看護師の人材確保法（後述）が制定されたが、世の中は依然として看護婦不足であった。「外国人看護婦導入問題」が起こったのはその頃である。

発端は平成4年（1992）の6月に、業界新聞に「外国から看護婦の助っ人」という記事が掲載され、内容は、ある団体によって外国の看護婦を日本に連れて来て看護助手として医療法人の病院などで働かせると同時に准看護婦学校で学ばせ、准看護婦の免許を得て、さらに3年間准看護婦として働ける、という内容であった。その団体が趣旨を書いた書類を持って国会議員とともに看護課に来て、「これを日本で実施したいがよいか」と言われた。その中身を見たら、これはまたたいへんなことが書いてあり、“お礼奉公”という言葉が美德として使われていた。

ところが、「日本の看護婦不足に強力な助っ人」の見出しで、お礼奉公を是認する内容の記事が大新聞に掲載され、その団体による外

国人の研修計画は、3年間のお礼奉公をワーキング・ビザにより、雇用を政府との契約でやる、これは画期的な人材確保だ、というものであった。

新聞に大きな見出しで「3年間お礼奉公」と出て、この言葉によって平成4年（1992）8月から翌年2月頃にかけて看護課はこれを認めているかのように言われ、批判的となり騒がしくなった。

筆者は、“お礼奉公”という言葉はすでに死語と思っていたが、その言葉が突然出てしまった関係で、いろいろなところで看護を批判するときに使われるようになった。この言葉が看護婦不足の“切り札”であるかのように急に浮上してきたため、ようやく無くなりかけていたお礼奉公がよみがえり、火をつけなくてもよいところに看護の関心がいつて批判された、というにが当時の筆者の感想であった。彼女らは、日本の准看護婦学校の入試に合格し、観光ビザでいったん帰国したが、その後、准看護婦資格のビザは廃止することとなり、来日はなかった。

2. 看護師等の人材確保の促進に関する法律の制定

このように、前項で述べた経緯と深く関係して、この法律がある。

厚生省内では、来る21世紀の高齢社会において必要人材を確保する必要があることから、平成2年（1990）8月省内に保健医療・福祉マンパワー対策本部が設置され、翌年3月にはその中間報告が出されている。また人材を確保するとの一貫した方針の下に、各分野の人材確保の法制定の準備が進められていた。

そのような時に押し寄せてきたのが、戦後第2の看護婦不足の国民的運動（第1は、昭和35年（1960）～36年（1961）の全国看護労働

者統一ストライキ）ともいうべきもので、昭和60年（1985）末の医療法改正に伴い発生した看護婦不足のストライキであった。

それは、昭和63年（1988）頃から平成3年（1991）頃まで約4年間続いた。ちまたでは、看護の職場は3K、すなわち、きたない、きつい、きけん、と面白おかしく取り上げられ、しかもテレビでは看護婦が白衣で登場し、3Kどころか10Kもある、と発言したり、看護婦のイメージはまたたく間にダウンしていった。

また、看護婦あるいは准看護婦学生がIVラインを間違えるという事件が平成2年頃に続

発し、さらに、高温の産湯で新生児を死亡させるという事件も起こり、「看護教育はいったい何を教えているの?」と、省内でも批判が出てきて、看護婦不足と看護の質が悪い、ということがつながってしまった。一方では看護婦を集めるために、人身売買まがいの事件が続出した。また、外国人看護婦による助っ人の話があちこちから持ち込まれた。前項の准看護婦学校入学事件は人確法制定後であるが、人確法制定以前でも同種のことが頻発していたことを示している。

このような時、各党も看護人材をどのように確保するか、どのような趣旨の法にすべきか、などの話が急浮上してきた。

厚生省は高齢社会の人材確保をねらっていたわけであるから、看護婦についても当然「人材確保」の新たな法律を作ることとし、これに異議をとるものはいなかった。

そこで問題になるのが、どのような内容の法律を作るのか、ということであった。昭和50年(1975)の育児休業法の制定もあり、また建設労働者の確保法があるなど聞き、各省庁には、すでに人材確保の法律を制定してきた経緯があるということで、その省庁に関係する人材確保の手法というものを持っていた。また、各党もそれなりの考えがあって、人材確保に関する法律には、このような趣旨を入れるべきとかの意見が多々あった。

当時は厚生省と労働省とは別の官庁であり、労働省は労働者確保に関して制度面で実績を有していたこともあって、労働省としての法案を持参され、そこでは看護人材確保につい

て、介護労働者確保法という名称で提案があった。そこで、厚生省としては、この案は受け入れられず、厚生省で独自に法案を作成することになり、内閣法制局との折衝を含めて連日連夜の作業が行われることとなった。特に、法制局との折衝で思い起こすのは、法案の序文に書きこんだ「看護」の枕詞に何を付すか、ということであった。「心の温まる」とか、いろいろと意見が出たが、結局一晩かかって「心の通う」看護という現行の表現に落ち着き、法制局の了解が得られた。

人材確保とは、もともと労働力確保であるから労働省の仕事である。そのようなことから、労働省管轄のハローワークと厚生省所管のナースセンターとの関係、看護職員確保促進者の設置に関する関係諸団体との折衝など、課題はたくさんあった。先にも述べたが、看護婦のイメージダウンが強かったため、看護婦や看護業務の理解を促すために、それをいかに表現するか、などいろいろ苦労しながら作られていった。

法案審議の過程で、付帯決議についても意見が多かった。ILO条約を批准せよ、とするのか、保健士・助産士への男子参入を促すことに触れるかどうか、などであるが、これらが実際に盛り込まれたわけではなかった。

法文は、法律事項とともに多くの条文の表現では、「～に努めるべきである」、とされている。これらのことから、法律の中で基本指針として、看護確保の促進に関するより具体的な措置内容を厚生省、労働省、文部省告示として発表することとなった。

3. 看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針

1) 基本指針の告示

基本指針は、法律制定後、平成4年(1992)

12月25日に交付された。形式は文部厚生労働省の告示である(資料参照)。

この告示は、看護師等の人材確保の促進に関する法律（平成4年法律第86号）第三条第一項の規定に基づき、看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針として公表されたものである。

基本指針に定める事項は6項目とされており、以下の通りである。

- 第一. 看護師等の就業の動向に関する事項**
- 第二. 看護師等の養成に関する事項**
- 第三. 病院等に勤務する看護師等の処遇の改善（国家公務員である看護師等に係わるものは除く。次条第一項及び五条第一項において同じ）に関する事項**
- 第四. 看護師等の資質の向上に関する事項**
- 第五. 看護師等の就業の促進に関する事項**
- 第六. その他看護師等の確保の促進に関する事項**

この指針は、国、地方公共団体、病院等、看護師等、そして国民が、それぞれの立場において看護に求められる方向を指針として示すことにより、今後の高齢社会において保健医療を担う看護師等の確保を図り、国民に良質かつ適切な医療の提供を図ることを目的とするものである。

このような趣旨で、基本指針は、現状を把握し、かつ、将来の確保対策に求められることを見据えて、具体的な数字を示しつつ、従来の看護婦確保対策で説明不十分であった点を考慮しながら策定された。

その中で、目立つ点を列举すると、まず、**第二. 看護師等の養成に関する事項**では、看護師等の養成の考え方において、(二)の二で、看護系大学・大学院の整備充実を挙げている。

平成3年（1991）4月に自治省が大学支援の予算措置を打ち出してから1年が経過した平成4年（1992）には、大学は14校と微増（昭和62年（1987）4月時点で11校）、現在の増加

にはずみを付けるものとなった。

次に注目すべきこととして、**第三. 病院等に勤務する看護師等の処遇の改善**に関する事項、夜勤負担の軽減等、の告示の内容である。

「・・・若年労働者が職業選択をするに当たり・・・他の職業との比較において敬遠されることのないよう・・・、週40時間労働制を目指して、完全週休二日制の普及等・・・進めていく必要がある。

結婚・出産とともに代表的な離職理由である夜勤は、・・・夜勤負担を軽減し、働きやすい職場づくりを進める上で、入院患者の状態等に応じて、複数を主として月八回以内の夜勤体制の構築に向けて積極的に努力する必要がある。」。

特に後半の月八回の夜勤体制は、昭和40年（1965）5月28日の、いわゆるニッパチ体制の判定が人事院から出されて以来、27年経過した時点で、その判定の趣旨が明確に示されたもので、看護労働史上意義深いものとなっている。

また、二. 給与水準等、については、平成4年（1992）の診療報酬改訂における大幅な看護料の引き上げ、夜間看護加算等の創設など給与水準の向上が図られるべく趣旨の徹底や医療機関への要請を内容としている。また、同年度の人事院勧告では、看護職給与9%増が認められた。

第四. 看護師等の資質の向上に関する事項、では、一. 生涯にわたる研修の必要性、二. 指導的管理的立場にある者の研修の必要性、三. 生涯にわたる研修の体系化による資質の向上、の項において、自らの専門性を高めること、幅広い豊かな識見の必要性、生涯研修の必要性などが盛り込まれている。

第五. 看護師等の就業の促進に関する事項、については、法律では第三章にナースセンターの章を設け、昭和49年（1974）以来、都道

府県単位でナースバンク事業として行われていたものを再編成し、ナースセンター事業として内容的にも充実させて展開することとした。法律では都道府県ナースセンター、中央ナースセンターの設置とその業務を記し、指針においても潜在看護師等の把握、就業等の円滑化を図るなど、看護師確保の推進のために積極的な役割を果たすように位置づけている。

第六. その他看護師等の確保の促進に関する重要事項、では、看護師の確保を進める上で、医療関係者をはじめ、国民の一人一人が看護の重要性について理解と関心を深めることを期待し、その一環として「看護の日」「看護週間」を定め、国民が広く看護に親しみ看護に参加する場と機会を設けることとし、平成3年（1991）以来、高校生の一日看護体験、市民健康相談などいろんな行事が全国的に展開されてきた。

また「医学等に比較して看護」に関する研究体制が不十分な状況に鑑み、看護ケアの評価や在宅における看護技術等、看護全般にわたる研究の必要性から国としての支援が望まれた。これについては、平成5年度から予算化され、看護対策総合研究事業が開始された。

このように基本指針は、法律に基づき直面する看護問題の解決の糸口を拡げ、看護師確

保の具体的な方策とその方向性についてまとめたものである。

看護教育の大学化も基本指針で明確に述べることによって一挙に前進した。

2) 大学の設置促進

平成3年（1991）4月、地方公共団体が大学を設置するのに際し、地方交付税により建築費の四分の三を補助するという自治省・大蔵省・厚生省の事務次官通達が出された。

この通達の事前協議においては、これは高齢社会に必要な人材を確保するためにこの措置を講ずるということで、当初は介護職中心に確保するという考え方であったものを、看護職を対象とするよう強く申し入れたいきさつがあった。

看護課の予算では、看護専門学校の建設に四分の三などという補助はあり得ないことであった。しかも大学設置が遅々として進まない中で、これで一気に看護系の大学が増えることとなり、自治省の対応には感謝であった。これ以降、毎年10校程度の大学が増え、全県に公立大学が設置されるまで、続けられたのである。

（看護師と呼称が変更された以前のもの、さかのぼって師と置き換えられたもの以外は看護婦を用いた。）

〈資料 看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針〉

(平成4年12月25日)

(文部省／厚生省／労働省／告示第1号)

看護婦等の人材確保の促進に関する法律（平成4年法律第86号）第3条第1項の規定に基づき、看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針を次のように策定したので、同条第五項の規定により告示する。

看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針

保健婦、助産婦、看護婦、看護師、准看護婦及び准看護師（以下「看護婦等」という。）は、病院等（看護婦等の人材確保の促進に関する法律（平成4年8月法律第86号。以下「法」という。）第二条第二項に規定する病院等をいう。以下同じ。）において、最も身近な医療関係職種として、国民の保健医療の向上に大きく貢献してきている。

その看護婦等は、就業者数をみると平成2年で約83万4千人と我が国医療関係職種の中で最も多数を占めており、チーム医療の中において、大きな役割を果たしてきているが、今後も、人口の急速な高齢化、医学・医療の高度化・専門化、訪問看護をはじめ看護婦等が働く場の拡大等を背景に、需要は引き続き増大していくものと考えられる。

また、サービスの提供者である医療従事者、とりわけ24時間体制での勤務となる看護婦等が健康で業務に意欲を持って取り組むことは、満足のいく患者ケアを行うためにも重要である。

一方、我が国における出生率は低下を続けており、若年労働力人口は2000年以降は減少傾向をたどると予想されることから、必要な看護婦等を確保していく上で、労働時間、夜勤等の処遇条件の改善、社会的な評価の向上等その業務、職場環境を魅力あるものとしていく必要がある。

かかる状況の下で、増大する需要に対応できる看護婦等の確保を進めることは喫緊の課題となっており、その取組に当たっては、当面緊急を要する措置を速やかにとりつつも、中長期的視点に立って、養成、処遇の改善、資質の向上、就業の促進等について、関係者が一体となり総合的に進めることが必要である。

この指針は、国、地方公共団体、病院等、看護婦等、そして国民がそれぞれの立場において取り組むべき方向を示すことにより、今後の高齢社会における保健医療を担う看護婦等の確保を図り、国民に良質かつ適切な医療の提供を図ることを目的とするものである。

第一 看護婦等の就業の動向に関する事項

一 看護婦等の就業の現状

看護婦等の就業者数は、平成2年末では約83万4千人で、その就業場所は、病院が約60万2千人（72.2%）、診療所が約17万8千人（21.4%）、助産所が約4千人（0.5%）、その他が約5万人（5.9%）となっており、病院への就業者が増加する傾向にある。

一方、看護婦及び看護師（以下「看護婦（士）」という。）並びに准看護婦及び准看護師（以下「准看護婦（士）」という。）の就業者数は、平成2年末においては、看護婦（士）が53.8%を占めており、増加傾向にある。勤務先については、看護婦（士）は、平成2年には病院84.0%、診療所11.9%となっており、病院への集中が進んでいるのに対して、准看護婦（士）は診療所への勤務者が増加している。

病床規模別の就業先は、平成2年では300床以上499床以下の病院では10万697人、500床以上の病院で

は11万8849人となっており、大病院における看護婦（士）数の増加がみられる一方、それ以下の病院では、看護婦（士）数が減少し、准看護婦（士）が増加している。

なお、病院に勤務する看護婦等の100床当たりの数は、平成2年では35.9人（病床数約167万7千床）と増加傾向にあり、患者2.3人当たり1人の配置となっている。

さらに、開設主体別にみると国立の場合、平成2年においては看護婦（士）5万2517人、准看護婦（士）8531人、比率にして6対1となっており、公立・公的病院とともに看護婦（士）の割合が増加している。これに対して、医療法人立の場合には、平成2年においては看護婦（士）7万7397人、准看護婦（士）10万7713人、比率にして2対3と大きな変化は見られない。

また、看護士・准看護士の数は、平成2年においては合わせて2万4138人となっており、増加傾向にあるものの看護婦（士）、准看護婦（士）全体の3.1%にとどまっている。

その他、平成2年においては、昭和63年から本格実施された老人保健施設に2583人の看護婦等が就業しているほか、保健婦については、保健所8749人、市町村1万1673人、病院・診療所4706人、助産婦については、病院・診療所1万8231人という就業状況となっている。

二 今後の就業傾向

看護婦等の就業先の大半を占めてきた病院・診療所における需要は、医学・医療の高度化・専門化、週40時間労働制の実施・定着や夜勤体制の改善等に伴って増加することが見込まれ、老人保健施設等における需要も増加すると見込まれるものの、病院・診療所が主たる就業先という基本的な傾向に大きな変化はないものと考えられる。

一方、今後、医療法改正による施設機能の体系化に伴う人員配置基準の見直しや看護業務の在り方の見直しに伴って状況が変化する面もあると考えられるので、これらの動向に留意する必要がある。

平成2年度から平成11年度を計画期間とする高齢者保健福祉推進十か年戦略や老人訪問看護制度の進展により看護婦等の需要も増加していくものと考えられるが、こうした新しい職場の中には、昼間業務も多いことから、家庭の事情などにより夜勤ができず、潜在化していた者の就業が期待される。

また、平成5年度には、各都道府県、市町村における老人保健福祉計画の策定が予定されており、地域保健医療計画の展開と併せて、保健、医療、福祉の連携による保健事業がますます活発化し、保健婦需要が高まるものと考えられる。

なお、今後、現在全女子労働人口の3.3%を占めている看護婦等の就業者数を、若年女子労働人口の減少傾向の中で増加させていくためには、計画的な養成とともに、離職の防止と再就業の促進に留意して確保を進める必要がある。

特に再就業の促進に当たっては、平成元年現在約43万人と推計されている潜在看護婦等の動向を随時適切に把握していくことが重要である。

第二 看護婦等の養成に関する事項

一 看護婦等の養成の現状

(一) 養成制度の現状

我が国の看護婦等の資格制度は、保健婦、助産婦、看護婦（士）及び准看護婦（士）からなり、教育は、大学、短期大学、高等学校、養成所等で行われている。

また、教育課程は、保健婦課程、助産婦課程、看護婦課程（3年課程、2年課程）及び准看護婦課程からなり、これらは全日制、昼間定時制、夜間定時制など多様な形態で構成されている。このうち、看護婦2年課程及び准看護婦課程は、一部を除いて就業を伴う形態となっている。

平成4年4月現在、看護婦課程は、3年課程が500校（大学14校、短期大学59校を含む。）、1学年定員2万5310人であり、2年課程が420校（短期大学14校を含む。）、1学年定員1万7891人、また、准看護婦課程が612校（高等学校133校を含む。）、1学年定員3万1990人となっている。

（二） 教育課程の現状

教育内容については、昭和23年に制定された保健婦助産婦看護婦法（昭和23年7月法律第203号）に基づく保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則（昭和26年8月文部省令・厚生省令第1号）により規定されているが、人口の高齢化、疾病構造の変化、医学・医療の高度化・専門化、在宅医療の推進等看護教育を取り巻く環境の変化に対応して、これまでに数次にわたり各職種の教育課程や学校養成所の指定基準等の改正が行われている。

看護婦等の教育課程については、今後とも医学医術の進展、保健医療福祉ニーズの変化に伴う看護の理論や技術の進展等に応じて随時見直す必要がある。

（三） 教員養成の現状

看護教育における教育内容を向上させ、看護の現場において専門性が高く、かつ、心の通った看護を提供できる質の高い看護婦等を養成していくためには、教育環境の整備と質の高い教育者の確保が必要とされるが、現在、大学においては看護に関する課程が少なく、十分に看護教員を養成できない状況にあり、養成所の看護教員の養成は、厚生省等において行われてきている。

二 看護婦等の養成の考え方

（一） 需給見通しに沿った新卒就業者の確保

平成3年12月に厚生省が策定した看護職員需給見通しにおいては、平成12年までに、7700人の養成者数の増を図り、新卒就業者数が6万3800人となると見込まれているが、看護婦等の需給は医療供給体制や看護業務の在り方、福祉対策の展開等により変化するものであるため、状況の変化に即応して適切に見直し等を加えた需給見通しに基づき、看護婦等の養成を図っていく必要がある。

また、学校養成所の新規入学者の大半を占める18歳女子人口が減少するため、2000年には18歳女子人口の7.7%が就学する必要があるため、国及び地方公共団体においては、必要な看護婦等の確保が図られるよう、就学者の確保対策の充実等を図っていく必要がある。その際、男子学生の受入れに対する教育環境の整備を進めていく必要がある。なお、これらに加えて、他の分野で働く社会人の養成施設への受入れについても検討を加える必要がある。国においては、これらを含めて需給見通しに沿った就業者数の確保に努めるべきである。

（二） 資質の高い看護婦等の養成

ア 教育制度の見直し

看護婦等の教育課程については、医学・医療の高度化・専門化や看護の理論、技術の進展等に即応して改正が行われているが、高学歴化、少子化が進んでいることから、看護婦等を希望する者を確保する意味でも、職業資格とその教育の魅力を高めていく必要がある。このため、学生の高学歴志向を踏まえ、医療需要を勘案しながら、看護婦3年課程の整備や看護婦2年課程の整備等を図っていく必要がある。

イ 看護婦等をめざす学生の確保

18歳人口の減少が確実に予測されている時期において、意欲のある若年層の志願者を得るためには、看護の

魅力を積極的に若年層に伝える対策が必要であり、国、地方公共団体等による啓発活動も重要である。

また、各教育機関自らがそれぞれの特色に応じた方法で、こうした若者を看護の世界にひきつけることに取り組み、あるいは看護婦等自身又は職能団体自身が若年層への啓発を行うべきである。

ウ 看護教員等養成の在り方

看護教育の内容の充実を図り、養成される看護婦等の資質を高めていくためには資質の高い教育者の確保を図ることが重要であり、大学の整備が期待される。看護婦等学校養成所の教員需要に対応していく上でも、看護系大学の整備を進めるほか、国、地方公共団体等の教員養成研修についても、研修期間の延長、適切な教育水準の設定等早急な対応が望まれる。

また、看護教育においては、実習病院における臨床指導が重要であり、実習施設の確保と臨床指導に当たる実習指導者の必要な数の確保とその質の向上を図る必要がある。このため、国においては、実習の実質的効果が高まるよう、実習指導者の研修計画の企画・実施、実習指導の効果的な方法、指導者の資質、指導技術の在り方などの検討に努めるとともに、都道府県においてはその研修養成に努める必要がある。

エ 看護系大学・大学院の整備充実

近年の医学・医療の進歩・発展に伴う高度化・専門分化等に十分対応し得る看護の専門的知識・技術と豊かな人間性や的確な判断力を有する資質の高い看護婦等を大学において養成することが社会的に要請されている。

また、看護婦等学校養成所の看護教育の充実のためには、これらの学校養成所の教員としてふさわしい資質を備えた優秀な人材を確保する必要があり、その基盤となる看護系大学（学部、学科を含む。以下同じ。）の整備が課題となっている。

このため、看護教育の充実と教員等指導者の養成を図る観点から、看護系大学の整備充実を一層推進していく必要がある。

さらに、看護系大学の整備充実に伴い、今後、ますます必要とされる大学等の教員や研究者の養成を図るため、看護系大学院の整備充実に取り組むことが必要である。

また、看護系短期大学（学科を含む。）については、高度な知識と技術をもった看護婦等の養成に大きな役割を担っており、今後ともその整備に努める必要がある。

第三 病院等に勤務する看護婦等の処遇の改善に関する事項

一 夜勤負担の軽減等

近年、若年労働者が職業選択をするに当たっては、週休や労働時間を重視する傾向が見られるところであり、他の職業との比較において看護婦等が敬遠されることのないよう、早急に労働時間の短縮を図る必要がある。このため、当面は、週40時間労働制を目指して、完全週休二日制の普及等労働時間短縮を進めていく必要がある。その際、看護婦等の処遇改善の実をあげるためには、外来部門の土曜日休診を進めていくことも必要であり、これに対応できるよう地域における救急医療体制の整備を進めていくことが必要である。

出産、結婚とともに代表的な離職理由である夜勤は、看護婦等が勤務する上で大きな負担となっており、看護婦等の継続勤務を促進する上では、その負担の軽減が必要である。このため、看護婦等の夜勤負担を軽減し、働きやすい職場づくりを進める上で、入院患者の状況等に応じて、複数を主として月8回以内の夜勤体制の構築に向けて積極的に努力する必要がある。

このほか、年次有給休暇についても、勤務割を長期的に組むこと等により、計画的な休暇の取得を可能とするよう取り組む必要がある。

また、看護婦等の業務の特殊性にかんがみ、その安全と健康を確保するため、院内における作業や環境の管理、心身の健康管理、業務面での悩みに対応できる管理体制を確立していくことが望ましい。

二 給与水準等

給与水準については、個々の病院等の経営状況、福利厚生対策等を踏まえて、労使において決定されるものであり、病院等の労使にあつては、人材確保の観点に立ち、看護婦等をはじめとする従業者の給与について、その業務内容、勤務状況等を考慮した給与水準となるよう努めるべきである。

平成4年4月の診療報酬改定においては、看護婦等の処遇改善に資するため、看護料の大幅な引上げを図るほか、勤務時間、夜勤体制を勘案した加算制度が創設されたところであり、病院等の開設者はこれら改定の趣旨を踏まえた給与水準となるよう努める必要がある。また、国は、必要に応じて診療報酬改定の趣旨等を病院等の関係者に十分に説明するとともに、各病院等において適切な対応が図られるよう趣旨の徹底について協力要請等に努める必要がある。

これらを踏まえ、今後とも看護婦等の給与について適切な水準となるようにする必要がある。

また、退職金制度の充実等を定着対策として意義があると考えられるので、中小企業退職金共済制度の利用等を含めてその充実を努めるべきである。

三 看護業務の改革

今後、病院等の人材の確保や適切なサービスの提供を図る上で、看護婦等をはじめ医療従事者が生きがいを持って専門職としての力を発揮できる体制を構築することが重要である。このため、病院等においては、患者のケアの向上が図られるよう看護婦等の業務の見直しを行い、ベッドサイドケアの充実を中心に看護の独自性が発揮され、働きやすい業務体制を作っていく必要がある。見直しに当たっては、病院等は、患者のニーズ、病院等の立地や規模、運営の効率化等を踏まえ、働く者が働きやすく、より適切な看護サービスが提供できるよう、多様な勤務体制の採用、薬剤師等の医療関係職種や看護助手、病棟事務員等との業務分担の見直し、申送りの改善等の看護業務自体の見直し、特殊入浴装置、電動ベッド等の業務省力化機器の導入等それぞれの病院等の状況に応じた最適の就業環境となるようにすべきである。その際、看護業務を実施する上で特に密接に関連する医師等の関係者と看護部門とが協同してチーム医療に当たることができるよう、より適切な業務連携のルール作り等を進めることが必要である。

看護業務の見直しを行う場合には、患者に提供されるケアの質が確保されるとともに、業務分担を見直す場合には他職種の理解を得ることが求められるので、看護部門だけの検討ではなく病院等全体としての取組が必要である。

これらを踏まえ、国においても病院等の創意と工夫を生かした業務改善が進められるよう、業務改善のマニュアルの策定等各種の施策を通じて支援する必要があるとともに、看護サービスの質的な水準に着目した適切な評価に配慮すべきである。

四 福利厚生の充実等

看護婦等は女性が大半を占めており、育児が離職理由の1つとなっているが、夜勤等により一般の保育所の利用が困難な場合もあるので、院内保育施設の利用が効果的である。したがって、病院等においては、地域の実情や利用者のニーズに応じて院内保育体制を整えるとともに、国及び地方公共団体においては、中小病院等が共同

利用できる施設等多様な形態や24時間対応できる体制の整備等院内保育の充実を図っていく必要がある。

また、病院等の立地や住居との関係から、院内保育施設の利用が困難な場合もあるので、国及び地方公共団体においては、夜間保育、延長保育等の保育対策の充実を図る必要がある。さらに、病院等の職場における育児休業制度の普及定着を図るとともに、病院等においては国の援助を活用し、退職後の円滑な復帰が図られるよう講習等の実施に努める必要がある。

他に福利厚生面としては、独身者用個室や世帯住宅など宿舍の確保が定着促進を図る上で効果的であり、公的支援の活用などを通じて努力するべきである。その他、病院等が規模により、単独であるいは共同でレクリエーション等を行うことのできるリフレッシュのための施設を確保すること等も今後検討するべきである。

五 雇用管理体制の整備

雇用管理の改善等により看護婦等の処遇の改善を図るためには、病院等における責任ある雇用管理体制を確立する必要があるが、そのためにはまず、病院等の内部における雇用管理についての責任体制を明確化するとともに、病院等の開設者等雇用管理の責任者が、看護婦等の雇用管理について十分な知識・経験を身につける必要がある。

その際、これら責任者に対して労働関係法令等の周知・徹底を図るとともに、看護婦等雇用管理研修助成金の活用により、雇用管理研修の積極的な受講を図るほか、病院等のみでは十分な改善を行えない場合には、福祉重点公共職業安定所をはじめとする公共職業安定所の雇用管理に関する相談・援助サービスの活用を図ることが望ましい。

六 病院等における看護業務及び看護部門の位置付けの明確化

看護婦等は、病院等において医療チームの一員として業務を行っているが、離職理由の中には医師等医療関係者がチーム医療の一端を担う看護婦等の役割について認識が十分でないことに伴う人間関係への不満が見られる。

看護婦等が生きがいを持って専門職としての力を発揮できる体制を構築していくためには、病院等における看護業務及び看護部門の位置付けを明確化していくよう看護部門だけでなく、管理者以下病院等全体として組織的な取組を行い、職場の人間関係の改善に努めるという視点が重要である。

また、医学教育、医師の研修、病院経営者の研修等にチーム医療の考え方や概念を取り入れる等の方策により、病院等における看護業務及び看護部門の位置付けを明確にするための環境づくりを進めていくことも必要である。

第四 看護婦等の資質の向上に関する事項

一 生涯にわたる研修の必要性

医学・医療の高度化・専門化が進む中で、看護業務に直接必要な専門的知識や技術とともに、コンピューターの導入等による新しい体制への対応等、業務を長期間にわたって継続していくためには、多方面にわたる基本的な知識について学習を行う必要がある。また、自らの専門性をより高めていくことも重要である。

患者の人間性、痛みや苦しみへの理解、生への希求や闘病心の支援等患者の心理やライフスタイルそのものの理解など幅広い豊かな識見も求められている。

さらにエイズ、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）による院内感染などの新しい課題や複雑な社会構造

の変化に対応するメンタルヘルスケアの問題等に積極的に対応していくためにも専門的な視点からの支援が可能となるように研修を積み重ねることが必要である。

また、人口の高齢化の急激な進展に伴い、老人を対象とした訪問看護や保健、福祉施設等看護婦等の職域は急速に広がりつつあり、新たな業務との調整機能について十分な知識が要求されるほか、看護における専門領域の確立のためには、研究者による研究活動はもとより、臨床の現場における知見をそこに働く看護婦等自らが集積していくことも重要である。このような観点から、関係者が協力して生涯にわたり自己の能力の開発と発展を図れるような支援体制を確立する必要がある。

二 指導的管理的立場にある者の研修の必要性

病院等において看護業務を魅力ある働きがいのある業務としていくためには、指導的管理的立場にある看護教員や看護管理者は、看護学生の教育や看護婦等の指導等を通してその実現を図ることができるようにする必要があり、そのためには看護教員や看護管理者の人間性・社会性を高め、かつ、看護教育の方法、病棟の管理運営の改善等について、知識・技術の向上に努めなければならない。

特に、こうした良きリーダーシップを発揮できる看護管理者を養成していくため、病院等とともに看護婦等自ら、あるいは職能団体の積極的な取組も望まれる。

三 生涯にわたる研修の体系化による資質の向上

看護婦等の生涯にわたる研修は看護婦等の就業場所を含め、個々の置かれている状況が多様であることから実施機関、実施方法等について種々の工夫が必要である。

看護婦等が専門職業人として成長するためには、看護婦等がたゆまぬ努力を重ねる必要があることは当然であるが、その専門性が適切に評価されつつ、生涯にわたり継続的に自己研鑽を積むことができるような研修システムの構築、有給研修制度の積極的導入等環境の整備に努める必要がある。

各病院等においては院外教育に頼るのみではなく、病院等自らが教育も充実させる等努力する必要がある。また、自己研鑽への動機づけを図り、意欲の向上を図るためには、多様な機関で体系化された研修が計画される必要がある。

また、看護系大学が現職看護婦等のリフレッシュのための教育・研修において積極的な役割を果たすことが期待される。

第五 看護婦等の就業の促進に関する事項

一 再就業の促進、定着促進及び離職の防止

今後、若年労働力人口の減少が予想される中、必要な看護婦等を確保していく上で、潜在看護婦等の再就業の促進が重要な課題となっている。

平成3年12月に策定した需給見通しを達成する上で、今後、更に再就業促進のための事業の強化に取り組んでいく必要がある。

また、看護婦等の就業継続期間を少しでも延長することができれば、実質的に看護婦等の数が増加したのと同じ効果があるので、若年人口の低下傾向の中にあつて、離職防止と再就業の促進が重要である。離職理由としては、結婚、出産のほか、看護婦等に特有の勤務条件である夜勤等が挙げられるが、夜勤は看護婦等の職業の性格から生ずる避けがたい条件であるものの、個々の看護婦等が置かれた環境、家庭状況等にも配慮し、働きやすい

勤務条件、職場づくりを進め、定着の促進及び離職の防止に努めていく必要がある。

二 職業紹介事業、就業に関する相談等の充実

公共職業安定所においては、従来から看護婦等の職業紹介も行っており、さらに、福祉重点公共職業安定所を中心に、看護婦等の再就業促進のための事業の強化を図っているところである。

看護婦等の就業を円滑に進めるための専門的な無料職業紹介事業は、従来より都道府県単位でナースバンク事業として行われてきており、同事業では職能団体としてのネットワーク等をいかしながら、働く意欲を持つ看護婦等の掘り起こしを行うとともに、ニーズに適した職場に就業できるように努めてきたが、さらに、平成4年度からはナースセンター事業として内容的にも充実して展開しつつある。

都道府県ナースセンターにおける職業紹介においては、就業を希望する看護婦等の経験、希望就業条件等とともに、看護婦等を雇用しようとする病院等側のニーズを把握し、必要に応じて指導する等の確かな職業紹介に努める必要がある。

公共職業安定所と都道府県ナースセンターは、相互に連携、協力を図りながら、職業紹介の充実を進めていく必要がある。

また、出産や育児等のために一定期間職場を離れていた看護婦等に対しては、円滑な職場復帰を進めるための研修を実施することも有意義である。さらに、紹介先の病院等においても円滑な受入れができるよう、経験、能力等に応じた研修、OJT（オンザジョブトレーニング）等を行う等の配慮も求められ、都道府県ナースセンターも病院等に対して適切な助言、援助を行うことが望ましい。

なお、紹介が成立しなかった事例については、公共職業安定所、都道府県ナースセンター等において原因の分析等に努め、問題点等を病院等と検討し、紹介の成立に向けて改善方策等を検討していく必要がある。

三 潜在看護婦等の把握

再就業を推進していくためには、潜在看護婦等の動向の把握が極めて重要であるので、都道府県及び都道府県ナースセンターにおいては、病院等、看護婦等学校養成所、看護婦等就業協力員等関係者と相互に協力して、定期的に潜在看護婦等の動向を調査するとともに、就業の意向、条件への希望等を把握し、これを就業の促進にいかしていく必要がある。

また、直ちに就業することは希望しないものの、育児が一段落した後等将来における就業希望を持つ看護婦等に対しては、日頃から公共職業安定所、都道府県ナースセンター等において看護に関する情報提供に努めることにより、再就業を円滑化していくことが望ましい。

四 ナースセンター事業の支援

法によって指定法人として位置付けられる都道府県ナースセンターには、より多くの看護婦等と病院等が信頼して相談、求人・求職を依頼することが期待されるが、都道府県においては、看護婦等就業協力員等を活用しながら、ナースセンター事業の普及推進のための支援等に努めることが必要である。

特に、看護婦等確保推進者を設置しなければならない病院に対しては、都道府県、都道府県ナースセンター、公共職業安定所が連携、協力しながら、当該病院の看護婦等の確保の推進のために強力に支援していくことが重要である。

また、中央ナースセンターにおいても都道府県ナースセンターの支援、連絡調整に努めていく必要がある。

国においては、都道府県ナースセンター及び中央ナースセンターの事業が推進されるよう必要な支援を行うこ

とが重要である。

五 その他

女性の多い看護婦等の中には、その置かれている家庭状況等から夜勤や常勤での就業をしない者も少なくないが、こうした看護婦等には、日中に業務を行うことが多い老人訪問看護事業等の昼間業務への就業促進やパートタイム労働者がより働きやすい勤務条件の整備を進め、人材を活用していく必要がある。

このため、病院等においては、未就業の看護婦等の就業の意向等を踏まえ、その受入れが図られるよう勤務体制等の工夫に努めるべきである。

第六 その他看護婦等の確保の促進に関する重要事項

一 国民の理解の向上

看護婦等の確保を進める上で、医療関係者をはじめ広く国民一人一人が、傷病者のお世話をする「看護」の重要性について理解と関心を深めることを通じて、国民全体の理解を進める必要がある。これにより、看護を専門とする看護婦等の社会的評価の向上も期待され、看護婦等の業務への誇りと就業意欲の向上につながるとともに、看護婦等を志望する者の増加により看護婦等の確保に資することが期待される。

また、国民は誰もが病を得ることがあることから、国民一人一人が傷病者等を看護することの重要性を理解し、家庭や病院等で看護に従事する者への感謝の念を持って接することが望ましい。このため、ナイチンゲールの誕生日である5月12日を「看護の日」とし、この日を含む1週間を「看護週間」としているところである。これらを中心として、その意識の高揚を図るための行事の開催等を通じ、傷病者等をお世話することの大切さを広く国民が再認識するための運動を展開することが効果的であり、その際、国民においても、広く看護に親しむ活動に参加することが望まれる。

こうした機会等で看護婦等自らが看護業務についてアピールしていくことは若者をはじめ広く国民の理解の向上につながっていくものと考えられる。

なお、学校教育においても、各学校段階を通して1日看護体験等のボランティア活動を含めた看護・福祉に関する勤労体験学習の機会の充実にも努めるなど、これから看護の道を志す若者の看護婦等の役割に対する理解が促進されるよう適切な進路指導を行う必要がある。

二 調査研究の推進

近年、医学・医療の高度化・専門化や生活様式・価値観の多様化などにより、看護に対する国民のニーズも高度化・多様化しており、チーム医療の中で、専門職種としての看護業務の専門化やシステム化など技術水準等の向上が必要であるが、具体的な看護問題を解決していくための看護技術や看護ケアシステム等に関する研究体制は十分とは言えない状況にある。

このため、看護ケアの評価、在宅における看護技術等看護全般にわたる研究が求められており、国としてもこれらに対する支援策を講じていくことが必要である。

准看護師制度を巡る取り組み

前厚生労働省医政局看護課長
国立看護大学校長
田村 やよひ

准看護師制度は、保健師助産師看護師法60年の歴史とほとんど重なる長い歴史をもっている。ここではまず、その誕生の経緯を概観し、准看護師制度が問題とされ、検討の対象になってきた足跡をたどることとする。そして、大規模な調査結果をもとに結論を導いた歴史的な「准看護婦問題検討会」およびその後の制度的な取り組みについて述べ、まとめとして准看護師問題とは何か、筆者の考えていることをまとめておきたい。

なお、本稿では平成13年（2001）12月の法改正により「准看護婦」が「准看護師」と名称改正されたが、13年以前の出来事に関するものがほとんどであるため、今日的・一般的な記述に関連したものでない限り「准看護婦」とすることを断っておく。

1. 准看護婦誕生の経緯

第二次大戦後のわが国の医療・看護改革は、連合軍総司令部（GHQ）の公衆衛生福祉部の指揮下で行われたことは周知のことである。看護改革の中心であったオルト看護課長は、わが国の看護改革の理念として、看護の独自性や専門性を確立し、看護職者の社会的地位を高め、質の高い看護を提供できるようにすることを掲げた。

その結果、甲種看護婦、乙種看護婦の2種類の看護婦が保健師助産師看護婦法に規定された。もともと乙種看護婦は、当時の需給状況などを考えて補足的に作ったものという経緯から、急性・重症患者と褥婦の看護は許されないという業務制限がかけられたものであった。

しかし、実際の医療の現場では、乙種看護婦に業務制限を行うことは管理面でも困難が多く、これに加えて、従来の旧規則による看

護婦は何も制限なく看護業務に従事することができるものの、甲種看護婦になるためには国家試験に合格することが必要であったため、旧規則の看護婦たちが新制度に反対するようになった。この反対の声は、労働組合や看護協会などの組織を通じて大きくなり、政府は対応に追われることになった。

このため厚生省は昭和25年（1950）8月、医務局長の諮問機関として、看護職を中心とした「看護婦制度審議会」を設置した。ここでの審議状況に対して国会議員が大きな関心を持ち、同年11月には審議会委員である林塩、橋本寛敏、河村郁、湯楨ますの4氏が参考人として国会に呼ばれている。

そこで林参考人が述べた審議会の議題は、全部で11項目挙げられた。上記2つの問題に加えて、看護婦免許に甲乙2種あることの可否、看護婦の職務を独立した専門職とすることを目的としながら医師、歯科医師にその権利を与えている矛盾、看護婦を1本にする場合の対策などが議論されている。

看護制度審議会の意見を踏まえて、昭和26年（1951）1月にまとめられた政府の保健婦助産婦看護婦法改正原案は、1) 看護婦を一本化して、甲種、乙種を廃止する、2) 新たに看護助手を制度化する。都道府県知事が指定する養成所で1年以上の教育を受け、看護助手試験に合格した者に都道府県知事が免許を付与するというものであった。

一方、国会においては、衆参両議院の厚生委員会内に「保健婦助産婦看護婦法の改正に関する小委員会」が設置され、衆議院の小委

員会メンバーには3名の医師が含まれていた。衆議院、参議院の合同の小委員会が開かれるなど3ヶ月に及ぶ検討の結果、この小委員会では、

- 1) 甲種、乙種看護婦を廃止し、看護婦を一本化する、
- 2) 業務に制限を設けず、養成機関の指定と免許が都道府県知事となる准看護婦を創設する、
- 3) 看護婦教育を3年以上から2年以上に、保健婦と助産婦教育は1年以上から半年以上に短縮する、
- 4) 旧規則に基づく看護師に対する国家試験を廃止する、などの改正内容が考えられたのであった。

この小委員会の結論に対しては、GHQ公衆衛生福祉部長のサムス准将は、看護婦教育を3年以上とした規定を残すように主張したため、この部分だけは一部改正の法案から除かれた。

こうして昭和26年（1951）4月、立法府である国会の意思として、議員立法による保健婦助産婦看護婦法の一部改正が行われ、准看護婦制度が成立したのである。

この時期は、保健婦助産婦看護婦法が公布されて3年も経っていない時期であり、立法の精神はまだ十分に具現化することもできていない状況にあった。そうした中で、看護界のリーダー層は別として、圧倒的に多くの旧制度の看護婦たちは、自分たちの既得権の擁護に関心を向け、その間に、准看護婦制度が作られ、その後の長い看護界の苦難を抱え込んだ形になったとも言える。

2. 厚生省における准看護婦制度に対する検討

戦後の復興期を経て、社会保障制度などわが国の社会基盤が整備されるに従い、病院数

も急速に増加したため、中卒2年教育の准看護婦に対するニーズも急速に拡大した。制度

創設の翌年、昭和27年（1952）には看護婦3年課程の1学年定員を抜き、増加の一途をたどった。

昭和44年（1969）から平成8年（1996）までの28年間は、1学年定員30,000人台を維持していた。そのような状況においても、准看護婦が誕生して10年を過ぎたころから准看護婦制度に疑問が投げかけられ始めている。その推移を以下で追ってみる。

1) 「医療制度調査会」答申（昭和38年）

厚生大臣の諮問機関である医療制度調査会によって、「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」が出された。准看護師の制度が誕生して12年後である。この答申においては、「准看護婦制度の改善」が項目立てされ、以下のように言及されている。

「現行准看護婦制度は必ずしも合理的なものとは考えられないので、根本的に再検討する必要がある。しかし、現状においては看護婦の水準を低下させない配慮のもとに、准看護婦が看護婦になれるみちを拡大する方策を講ずる必要がある。」

2) 「看護制度に関する意見を聴く会」による「看護制度に関する意見要旨」（昭和39年）

「現実としては、看護婦および准看護婦の就業人員のうち、准看護婦の占める数的比重は、急速に大きくなりつつある。したがって看護婦不足が叫ばれている今日において、にわかにかこの制度を改廃することは事実上不可能であると考ええる。」

「看護婦および准看護婦の2種の職種を前提として、今もっともやかましい問題は、准看護婦から看護婦への昇格方法である。」

3) 厚生省「保助看法の一部を改正する法律案」を国会に提出（昭和45年）

法案の内容は、准看護婦養成を高等学校卒業後1年の教育に改変するものであった。中卒者の高等学校への進学率が80%を超えた時代であることを踏まえ、看護職員不足への早急な対応として考えられたものであった。

この法案は衆議院で「昭和50年を目途として看護職の養成と資格制度について根本的な検討をする」との附則が付けられて可決されたが、参議院では審議未了廃案となった。

なお、看護職の間ではこの法案に賛否両論があったが、日本看護協会は、准看護婦の教育が看護婦教育と接近しすぎているため将来に問題が生じることを懸念し、反対した。

4) 「看護制度改善検討会」による「看護制度の改善に関する報告」（昭和48年）

本報告では、これからの看護婦に求められる機能とそれを支える教養や知識、さらに約90%の高校進学率などを踏まえて、准看護婦制度について以下のように述べている。

「これらの点を考えると、中学卒業者を基礎とする准看護婦教育制度の存続には無理がある。このため、現在の准看護婦教育施設はできるだけ早く看護婦教育施設に転換してゆく必要がある。しかし、数多い准看護婦教育施設を短期間に看護婦教育施設に切替えることは困難であるので、かなり綿密な切替計画を樹立し、それに従って看護婦教育施設に切替えてゆく必要がある。」

「計画達成の見通しがついた時点で現行の准看護婦教育制度の廃止を考慮することとする。」としているが、「将来とも准看護婦のままでも勤める人もあることが予想されるので、准看護婦という制度そのものは相当の期間残しておかなくてはならない。」と有資格者への対応にまで言及している。

また、増加している高校衛生看護科については慎重な検討が必要なことや、経過的に進学コースに通信教育を取り入れることの可能性についても検討すべきとの言及もある。

5) 「看護制度検討会」報告書(昭和62年)

看護制度検討会では准看護婦制度に関して多くの時間を割いて議論がなされたが、結果的には存続と廃止の両論併記となった。

「准看護婦制度の在り方については意見の一致を見るに至らなかったが、(中略)今後、看護婦(士)等の需給の動向、看護職としての質の確保等を勘案しつつ、引き続き検討を行うことを提言する。」とされているが、一方で、看護師の必要性の認識の下、准看護婦養成所の看護婦養成所への移行促進計画の策定や2年課程の増設の促進にも触れている。

さらに、「准看護婦(士)の資質の向上を図るため准看護婦養成所の入学の資格を高等学校卒業者に変更するとともに、教育の内容等准看護婦養成所の指定基準を現実の医療に対応できるよう早急に見直すべきである。」と、高校進学率が93%になっている実情を踏まえ、かつて廃案となった入学資格の変更が提案されている。

6) 「看護婦2年課程検討会」報告書(平成5年)

長年業務に従事している准看護婦(士)で看護婦(士)資格を得ることを志望する者の看護婦(士)への道を拡大するための方策が検討された。その結果、

「緊急に取り組むこととして、看護婦2年課程養成所における推薦入学制の導入とそれを業務経験者のために一定枠として拡大すること、入学試験科目の弾力的取扱い」が推奨され、「通信制の導入については、国家試験のあり方や教育方法としての実務的な問題もあるが、

進学を望む准看護婦(士)の存在を前提に現実的な対応として、諸課題の検討に取り組む必要がある。」と前向きな検討を要請している。

しかし、この報告書への看護界の反応は、「通信制は看護教育になじまない」、「看護師の質の低下になる」といった反対の声が大きく、これを踏まえた指定規則の改正は困難であった。そのため厚生省は、局長通知である「看護婦等養成所の運営に関する指導要領」を平成8年(1996)に改正して、通信制を行なえるよう形式を整えた。しかし、その内容は、指定規則に基づく720時間の臨地実習を行なうことが必須であったため、実際に通信教育を行う養成機関は1校も誕生しなかったのである。

7) 「少子・高齢社会看護問題検討会」報告書(平成6年)

准看護婦制度については、「養成を停止すべきであるという意見と制度の改善を図りつつ継続すべきとの意見があった」と、この検討会でも両論併記となった。しかしながら、大きな前進があった。それは「現在、准看護婦免許を有する者の将来や今後の看護職員全体の需給状況等を勘案しながら、准看護婦学校養成所等の実態の全体的把握を行い、関係者や有識者、国民の参加を得て速やかに検討し結論を得るべきである」との提言により、国が准看護婦の養成、就労などに関する実態調査を行う基盤を作ったことである。

さらに、准看護婦養成所の運営に関する問題も指摘された。准看護婦養成所の生徒は医療機関での就労を前提とされており、職場を辞めると学校も退学せざるを得ない事例、無資格の生徒が医療機関で有資格者と同様の医療行為を行っている事例などが上げられ、自主的な改善を促すとともに行政としても厳正に対処すべきであるとされたのである。

8) 「准看護婦問題調査検討会」報告書 〔平成8年〕

上記7)の検討会の提言を受けて、本検討会は平成7年(1995)10月に厚生省に設置された。座長は元内閣法制局長官、地域振興整備公団総裁の工藤敦夫であった。委員19名中看護職は日本看護協会から南裕子監事、全国准看護婦学校教育協議会の清川美和会長、全国准看護婦・士看護研究会の中島幸江会長の3名のみであった。医師は日本医師会、病院団体などから7名、社会調査の専門家として東京大学の似田貝香門教授、ほかにマスコミ、労働組合、健保連、教育関係者などであった。

検討会では、准看護婦の養成、就労などにかかわる10種の関係者5,000人余を対象とした大規模な調査を都道府県の協力の下に実施し、その結果をもとに議論が重ねられた。調査結果では、准看護婦養成所生徒にとっての「働きながら学ぶ」ことの意味は一般大学生と同一の傾向にあること、看護婦養成所の受験上の困難さから准看護婦養成所に入学していることが示された。

また就労に伴うさまざまな結果は、労働基準法、最低賃金法、さらには保健婦助産婦看護婦法に抵触するおそれがある状況にあった。いわゆる「お礼奉公」として問題視されていた奨学金貸与は、雇用契約と明確に分離する必要が指摘された。

さらに、准看護婦養成所長は将来の入学者の減少と就職困難を問題として認識し、18歳人口の減少と高学歴志向への危機感を表わしていた。

平成8年(1996)12月20日、報告書が取りまとめられた。検討会は、「この問題の解決の道として、関係者の努力により、現行の准看護婦養成課程の内容を看護婦養成課程の内容に達するまでに改善し、21世紀初頭の早い段階を目途に、看護婦養成制度の統合に努める」

ことを提言した。

翌日の新聞各紙は「准看護婦の養成停止」「准看護廃止」などの見出しが躍った。看護関係者はもとより、准看護婦問題に関心を持つ多くの人々は、准看護婦問題は近未来において解決されると期待した。

しかしながら実際には、准看護婦制度の改廃を目的とした保健婦助産婦看護婦法改正は、准看護婦養成に直接に携わっている医師会関係者の反対のために、現在に至るまで実現していない。

9) 「准看護婦の資質向上に関する検討会」報告書 (平成11年)

准看護婦問題調査検討会の報告には、准看護婦養成課程の教育時間数では不足であるとの養成所長の認識が述べられていたため、平成10年(1998)より准看護婦の養成にかかわる指定規則の改正を目的にした検討会が開催された。その結果、准看護婦養成に最低必要な教育時間数は1,500時間から1,890時間に、教員数は2人以上から3人以上に引き上げるなど教育環境の改善が提言された。

なお、この検討会報告書にもとづく指定規則の改正に当たって、高等学校衛生看護科は2年課程である専攻科と併せて、5年一貫教育で看護師国家試験受験資格を付与できる教育が可能となった。

この新しい指定規則に基づく准看護師教育は、平成14年(2002)4月から施行されたが、准看護師養成所、高等学校のいずれにおいても学生定員数は大幅に減少した。

10) 「准看護婦の移行教育に関する検討会」報告書 (平成11年)

准看護婦問題調査検討会報告書の提言の中には、もうひとつの課題が示されていた。それは約40万人の准看護婦が看護婦への道の拡

大を切望しており、衛星放送などを活用した教育システムの検討が課題とされていたことである。平成10年（1998）から放送大学の協力も得て、移行教育としての2年課程通信制のあり方が検討された。業務経験10年以上の准看護婦を対象として、理論的な学習に重点

をおいた教育内容が取りまとめられた。

これをもとに指定規則が改正され、平成16年（2004）4月から施行され、平成18年（2006）の看護師国家試験により初めての2年課程通信制による看護師が誕生した。

3. 准看護婦問題とは何だったのか

准看護婦の誕生からの57年を振り返ると、看護界の経験は次のようにまとめられるのではないだろうか。

国会での厚生省・看護婦制度審議会委員と国会議員との攻防の結果、厚生省案とはまったく異なる准看護婦制度が制定された上、何度も繰り返される検討会の提言が何ひとつ実現しない昭和時代の無力感、看護婦不足を補うためには准看護婦の看護力が必要であるという葛藤。准看護婦問題検討会に象徴される平成時代に味わった希望に満ちた明るい近未来の予感と養成廃止が困難とわかったときの落胆・失望。そして制度が維持されている限り続く看護職の忍耐と地道な努力の足跡。准看護婦問題に対する多くの国民・団体の知恵とデータを集め、マスコミの応援があってもなお終止符を打つことができない現実。

准看護婦問題は、准看護婦を必要とし養成に力を注いできた医師集団の圧倒的な政治力に押されて、看護界にとって常に大きなエネルギーを割かねばならない重要課題であった。

日本看護協会では、昭和51年（1976）に准看護婦廃止200万人署名運動を、さらに平成12年（2000）には准看護婦養成停止を求める227万人の署名運動を行ってきた。このため准看護婦問題は現象的には、医師会と看護協会の対立の構図が作られてしまったが、本来は

より質の高い看護を求める国民の問題である。時には、看護婦と准看護婦の役割の果たし方、待遇面での格差の問題など看護職の内部の問題でもあった。

しかし、准看護婦問題調査検討会の調査結果からわかったように、准看護婦問題は、根本的に医療が抱えている前近代性の問題であり、女性労働、ジェンダーの問題でもある。さらには、看護とは何かを問う実践哲学に関わる問題であるともいえる。

保健師助産師看護師法制定60年を迎えた今日、准看護婦の養成数は大きく減少はしたものの、いまだに毎年1万人を超える新たな免許取得者を生み出している。しかし、少子化と高学歴化の進行する中では、どの職業領域においても人材確保の競争が激化すると予想され、この競争に勝つためには、看護が魅力ある専門職であり、学術的にも高い集団になる必要がある。准看護婦制度の維持により、結果として看護職を選択する人が減少するという矛盾が生じることがないように対処しなければならない。

秩序を維持するために、古い秩序は壊されなければならないものである。医療の高度化、高い生活の質を求める国民のニーズに応えるためにも、医療界・看護界はそれほど遠くない時期にこの問題に決着をつける必要がある。

〈参考文献〉

- 1) 看護行政研究会編：平成20年版看護六法 第3編第1 看護制度の変遷 看護制度の変遷に係る資料、新日本法規、2008.
- 2) 日本看護協会編：2001年に准看護婦養成停止の実現を「准看護婦問題調査検討会報告書」完全収録、日本看護協会出版会、1997.
- 3) 金子光編著：初期の看護の行政 看護の灯たかくかかえて、p.216~244、日本看護協会出版会、1992.
- 4) 金子光：看護の灯高かくかかえて 金子光回顧録 p.119~127、医学書院、1994.
- 5) 金子光：戦後看護界出来事誌6. 保助看法制定をめぐって、看護37 (1)、66~78,1985.
- 6) 大森文子：大森文子が見聞した看護の歴史 p.148~152、日本看護協会出版会 2003.
- 7) 大森文子：戦後看護界出来事誌3. 准看護婦の誕生と波紋、看護36 (11)、134~143、1984.
- 8) 日本看護歴史学会編：日本の看護120年 p.10~11、日本看護協会出版会、2008.
- 9) 平尾真智子：資料に見る日本看護教育史 p.101、看護の科学社、1999.
- 10) 平岡敬子：占領期における看護制度改革の成果と限界 保健婦助産婦看護婦法の制定過程を通して、看護学統合研究 (2) 1、p.11-27、2000.
- 11) 昭和25年~26年の衆議院・参議院厚生委員会国会議事録.

高卒1年准看護師制度の廃案後、本格化した看護職員確保対策

元参議院議員

日本訪問看護振興財団理事長

日本看護連盟会長

清水 嘉与子

高卒1年准看護師導入の改正法案提出

昭和45年(1970)3月19日、佐藤栄作内閣総理大臣は衆議院に保健師助産師看護師法の一部を改正する法律案を提出した。提出された法案は衆議院社会労働委員会に付託され、倉成正社会労働委員長の下に審議が進められた。

改正法案の概要は、社会的な問題となっていた看護職員不足に対処するため、中学校卒業後2年の准看護師教育を高等学校卒業後1年に改めることを主たる目的とするものであり、内田常雄厚生大臣による提案理由は次のとおりである。

厚生大臣による法案提出理由説明

ただいま議題となりました保健師助産師看護師法の一部を改正する法律案について、その提案の理由をご説明申し上げます。最近における医療の高度化、医療需要の増大はまことに著しいものがあり、これらの事態に即応し得よう看護職員の質量両面にわたる充実をはかることは医療行政の当面する最も緊要な問題の一つであります。政府といたしましては、このような実情にかんがみ、従来から看護職員の確保に努めておりまして、その結果、就業者数も逐年増加しつつありますが、国民医療の動向その他社会経済事情の変遷を考慮した場合、この際早急にその充足について一段と施策の強化を図る必要があると考える次第であります。

このため、看護婦及び准看護婦の資質の向上を図るとともに、その養成施設を一層強化充実する措置を講ずることとし、この法律案を提出した次第であります。次に、改正案の内容についてその概略をご説明申し上げます。

改正の第一点は、准看護婦の基礎学力の水準を引き上げるため、准看護婦試験の受験資格に関する規定を改正し、従来の中学卒業後二年の養成制

度にかえて、新たに高等学校卒業後修業年限が原則として一年の養成制度を設けることとし、これに伴い、看護婦国家試験の受験資格に関する規定の整理を行おうとするものであります。なお、受験資格の改正にあわせ、養成施設の内容の充実を図るため、その指定基準等に関する規定を設けることとしております。

改正の第二点は、看護婦および准看護婦の養成施設の強化及び充実を図るため、国または地方公共団体が民法の規定による公益法人その他政令で定める法人に対し、その設置する養成施設に要する経費について補助することができることとするものであります。なお、この場合、補助を受ける法人に対しては、補助の目的を有効に達成するため、必要な監督を行うこととしております。

以上がこの法律案を提案する理由であります。なにとぞ慎重にご審議の上、すみやかに御可決あらんことをお願い申し上げます。

このように、医療の高度化・医療需要の増大に対処するために、早急に看護師の質の確保を進める必要があること、そのために准看護師になるために基礎学歴を高等学校卒に揃えて資質を高めると同時に教育期間を短縮して量的確保を図ると説明されている。准看護師教育制度の改正についてもっとも高い関心を示したのは当時多くの准看護師養成所を設置運営していた医師会であったが、昭和45年（1970）当時の女子中卒者の高校進学率は79.1%（定時制まで含めれば82.7%）であり、准看護師養成所入学者の内高卒者は36.8%を占めていたから、早晩准看護師養成所に中卒者が集まりにくくなることは明らかな状態であった。また改正法案では当分の間中卒者についても従来のおり入学を認めることとしており、1年といっても定時制で2年学ばせるので、現状と何ら変わらないと、医師会からの参考人は衆議院社会労働委員会でこの制度

に賛成意見を述べている。

国民皆保険が達成され、急速な経済発展の中で社会保障制度が充実の一途を辿った1950年代の終わり頃から、看護職員不足が大きな社会問題となり、全国で病院ストが展開され、看護管理者は労働組合との対応で疲弊する日々が続いた。昭和40年（1965）5月には、人事院が全日本国立医療労働組合の要求に応じて、月8回・2人夜勤、いわゆるニッパチ判定といわれる夜間勤務改善にむけての判定を下したが、総定員法で人員増がままならない国立医療機関より、他の公立病院や日赤病院などがニッパチ闘争として運動を過激化していった。こうした背景の中で、行政改革により縮小されていた厚生省看護課が昭和38年（1963）に復活し、緊急課題となっていた看護職員確保対策に取り組むことになった。

昭和44年（1969）4月には自民党は看護婦対策小委員会を設置し、厚生省と協議しつつ11月には昭和50年末までに現在約24万人の看護婦（含准看護婦）を48万6千人に倍増する、このため、現在の中卒2年の准看護婦養成所ほかに昭和46年（1971）4月から高卒1年の新養成制度をつくるとする「看護婦確保基本大綱」をまとめた。これに先立ち自民党の看護婦対策小委員会の求めに応じて日本看護協会も緊急に「保健婦助産婦看護婦法の改正に関する意見（看護師法案）」をまとめ発表した。その要旨は、将来看護教育は4年制大学としたい、しかし現時点での緊急な看護婦需給対策の観点にたつての当面の改正意見として、看護職を看護師1級（大学・短大・3年各種学校の3本立てで総合教育）と看護師2級（高卒1年・高校衛生看護科の2本立て）とするというものであった。

こういう緊迫した背景の下でまとめられたのが、中卒2年の准看護師養成を高卒1年に変更するための保健師助産師看護師法改正案で

あった。

前述したように、基礎学歴を中卒から高卒に上げるから質の向上につながるというのが提出理由でもあったが、すでに医療の現場では看護師より准看護師のほうが数的に上回っており（昭和45年（1970）末病院勤務看護師数139,239人に対し同准看護師数164,464人）、養成数においても圧倒的に准看護師養成所の方が多かったから（昭和45年（1970）4月看護師養成施設236校、一学年定員8,199人に対し同准看護師養成施設776校、一学年定員32,215人）、法律が成立していたら今日どうなっていたかは誰でも想像がつかずである。

教育年限の短縮による質低下を心配する日本看護協会・医療労働組合の大反対の中で衆議院を通過したものの、参議院で審議未了、廃案となった。このとき東京大学から厚生省に移った筆者は、参議院社会労働委員会開催日には委員会審議を聞き漏らすまいと、国会通いをしたが、結局一度も法案が審議されることはなかった。改正に反対の声が大きかったことに加え、委員長が社会党の議員であったことも審議を強行できなかった理由でもあったろう。このことについては、金子光も委員長の働きについて記している（金子光；初期の看護行政；P239）。

実は改正法案には、別の重要な事項が含まれていた。看護師等養成施設に対する助成である。

改正法案第28条の2

国又は地方公共団体は、看護師及び准看護師の養成施設の強化及び充実を図るため必要があると認めるときは、民法（明治29年法律第89号）第34条の規定により設立された法人その他政令で定める法人で、第21条第1号から第3号（筆者注：看護師国家試験の受験資格を付与する養成施設）までに規定する学校若しく

は看護師養成所又は第22条第1号から第3号（筆者注：准看護師試験の受験資格を付与する養成施設）までに規定する学校若しくは准看護師養成所（以下「看護師等養成施設」という。）を設置するものに対し、当該看護師等養成施設に要する経費について補助することができる。

残念ながら改正法案が流れてしまったため、法律に根拠を持つ公費助成の仕組みはなくなってしまったが、この法案施行のために必要な経費として2億6千万円の予算が計上されており、実態的には大蔵省との折衝でこの予算を執行できることになり、昭和45年（1970）から養成所に対する運営費助成が行われることになった。保健師・助産師養成所についても同様の助成措置が行われた。厚生省所管の養成所に公費助成が行われたのは看護師が初めてのことであり、その後他の専門職種にも同様の措置が行われる先鞭となった。

さらに衆議院の審議の結果、この改正法案には次のような修正案と付帯決議が付されて参議院に送付されている。

修正案

附則

〈第7条〉 政府は、国民医療の動向その他社会経済事情の変遷を考慮し、昭和50年末までに成果を得ることを目途として、保健婦、助産婦、看護師及び准看護師の業務内容、免許の資格要件等について調査研究を行い、看護体制を確立するために必要な措置を講ずるものとする。

付帯決議：保健婦助産婦看護師法の一部を改正する法律案に対する付帯決議

政府は、国民医療に占める看護職員の役割の重要性にかんがみ、次の点について特段の配慮を行うべきである。

1. 看護制度の改善は、今後における国民医療の

動向その他社会経済情勢の変化を見とおし、慎重に行うことが必要であるが、とくに看護職員の養成については基本的には、学校教育の体系に一元化する方向を志向することがのぞましいと考えられるので、逐次それに必要な体制の整備について検討を進めること。

2. 当面の看護職員、潜在看護職員の再就職を促進する措置を積極的に推進するとともに、養成施設の大幅な増設（とくに、国公立施設を重点とする。）とこれに伴う教員の確保、修学資金制度の拡充等看護職員の養成の強化に努力すること。
3. 看護教育の向上を図るため、養成施設に対する指導を強化するとともに、民間養成施設に対する運営費補助については、実習病院で必要とする経費をこれに含めるなどその内容の充実及び増額を行なうこと。
4. 看護職員養成施設における教員の資格制度を確立し、その処遇の改善を図るとともに、教員養成のための専門機関の設置について検討すること。
5. いわゆる進学コース、とくに定時制課程の設置を国が率先して行なう等その増設につとめ、准看護婦が働きながら看護婦になるための道を拡大するよう配慮すること。
6. 看護職員志望者の確保と職場への定着を図るため、看護職員の給与処遇を大幅に改善すること。とくに国立医療施設については、夜間看護手当での大幅な引き上げ、准看護婦の上位等級への昇格を含む医療職俸給表（3）の改善、臨床実習指導者に対する手当の支給、既婚職員のための保育施設の整備等の措置を講ずるとともに、育児休職制度についても検討すること。
7. 人事院判定にそった夜間看護体制の実施に必要な看護職員の確保については、なお不十分と考えられるので、さらに大幅な増員措置を講ずること。

附則にしても附帯決議にしても、衆議院社会労働委員会で、適切・かつ真剣な審議が行なわれたことがよくわかる。法案が流れた以上、これらも拘束力のないものになってしまったことになるが、実際にはその後、看護制度全般に関する検討を行なうために看護制度改革検討会が置かれたことや本格的な看護職員確保対策が進められたことなど、看護政策の推進に十分影響を与えたのである。

新看護課長の下で看護政策次々と着手

改正法案が廃案になったことを機に永野貞看護課長が退任し、国立東京第一病院で副総婦長を務めていた都築公氏が看護課長に就任した。筆者たち看護課職員は都築課長の下で、看護師を中心とした看護職員確保対策をつくることに心血を注いだ。

昭和47年（1972）7月から始まった検討会は1年猶予の検討を重ねて、翌昭和48年（1973）10月、「看護制度の改善に関する報告」をまとめた。主な内容は、①看護業務の再検討により他職種に委譲できる業務や、看護補助者に分担させうる業務を整理。合わせて医師の診療の補助業務を行なう者についても要検討。②准看護師教育はできるだけ早く看護師教育施設に転換すべき。看護師3年課程を定時制で行うことの検討。③看護教育は可能なところから一条校へ移行。各種学校卒業生的一条校への編入の道を。④看護教員・看護管理者の教育のために看護研究センターの早期実現、などであり、こうした提言を受けて、昭和50年（1975）4月からは看護師3年定時制課程がスタートを切り、昭和52年（1977）からは厚生省看護研修研究センターが開設されるなど着々と政策の実現が図られた。

本格的看護職員確保対策の始まり

養成施設への公費助成の充実や修学資金貸

費対象者の倍増と貸与金額のアップ、潜在看護師実態調査とナースバンク事業の立ち上げ、さらに子どもを持つ看護師の定着を図るため昭和49年（1974）から院内保育事業への運営費助成も開始された。昭和48年（1973）から昭和53年（1978）の5年間を見据えた看護職員需給計画も策定し、社会保障長期計画懇談会に諮って発表した。

昭和48年（1973）からは国立看護研修研究センターの設置準備も始まった。昭和44年（1969）2億7千万円だった看護課予算は、昭和45年（1970）：9億4千万円、昭和46年（1971）：10億7千万円、昭和47年（1972）：14億4千万円、昭和48年（1973）：18億5千万円、昭和49年（1974）：28億8千万円、昭和50年（1975）：42億2千万円と着実に伸びていった。改正法案が廃案になってからの1970年代から始まった諸施策は、今日の看護職員確保対策の基礎づくりともいえよう。

国家公務員看護師の給与を規定している医療職3表や夜間看護手当の改善は看護課の所管外のことであったが、石本茂参議院議員を中心に国会側の強い要請で次々に実現していった。特に昭和40年（1965）人事院のニッパチ判定を機に1回100円つけられた夜間看護手当では、昭和47年度にやっと350円になっていたに過ぎないのに、自民党の看護技術者対策議員連盟メンバーからの夜間看護手当を一挙に10倍にしようという提案が大きな拍手で迎えられた時の驚きは今でも忘れられない。さすがに10倍にはならなかったが、昭和48年度から1回1,000円に増額され、昭和49年度には1,400円に、昭和51年度には1,700円へと弾みがついた。

昭和50年（1975）に制定された看護師・保母・女子教員の3職種を対象とした育児休業法も離職予防に有効な施策であったといえよう。1年間、無給の制度ではあったが、出産育児で

職場を離れなければならなかった看護師に仕事にとどまる選択の機会を与えたことになる。

看護関係法規集等の出版

法案が流れた後、井上幸子課長補佐のリーダーシップで、看護関係法令にまつわる参考書をまとめる作業にとりかかることになった。厚生省の古い倉庫から昔の通知文書など探し出す作業が続いたが、どうしても見当たらない資料を国会図書館へ探しに行ったら、それは厚生省看護課に照会したらどうですかといわれ、筆者は看護課の職員だと名乗って大笑いしたこともある。

『看護関係法規集』は、その後『看護六法』と名称を変え、今でも多くの看護師たちに活用されている。さらに毎年予算要求の内部資料として手集計でまとめていた看護職員学校養成所からの入学・卒業状況や就業状況などを『看護関係統計資料集』として出版する作業も定着させることができた。

あれからかれこれ30年を経て、今やっと看護婦の量から質への議論ができるようになったの感がある。今でもたまにあの時准看護師の基礎学歴を中卒から高卒に改正できなかったことを悔やむ声を聞くことがあるが、あの改正ができなかったことが今日の看護界に大きな変化をもたらしていることを評価すべきではないだろうか。因みに最近では准看護師養成所の入学者の中の中卒者は僅か5%となっている。

〈参考文献〉

- 1) 保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律案（昭和45年3月19日提出、閣法第2号）
- 2) 金子光；初期の看護行政、P239、日本看護協会出版会、1992
- 3) 日本看護協会編；昭和50年版看護白書—国民の健康と看護、日本看護協会出版会、1971

9

国家試験の 変遷

元厚生省健康政策局看護課
看護婦係長

日本バイオビレッジ協会
事務局長

長濱 晴子

1 法律上、国家試験は基本的に変わっていない

平成20年（2008）春の保健師助産師看護師国家試験の実施状況は表1のとおりである。

看護師は、第一回甲種看護婦国家試験の昭和25年（1950）10月14～15日から97回、保健師は、昭和27年（1952）7月27日から94回、助産師は、昭和27年（1952）12月25日から91回を数える。保健師は、昭和27年（1952）に2回、28年（1953）に3回実施しているために助産師より3回多くなっている。

これは保健師助産師看護師法第17条に基づき「必要な知識と技能を問う」試験として保健師助産師看護師に対して国（厚生労働省）が実施している。このような包括的な規定は昭和23年（1948）「保健婦助産婦看護婦法」施行以来一貫して変わっていない。

国家試験に対して、厚生労働省の定める基準に従い都道府県知事が行うのが准看護師試験である。

ここでは法律に関する内容と法律運用に関する内容、保健師助産師看護師国家試験と准看護師試験に分けて説明する。

2 法律に関する内容

試験は法第3章試験（第17～28条）に示され、この位置づけも変わっていない [条文：参照]。この中で大きな改正は昭和26年（1951）准看護婦の誕生と保健婦助産婦教育の修業年限改正に伴う受験資格（第19～22条）であり、他は社会情勢の変化による条文の表現方法の改正である。

実施に当たる施行令（昭和28.12.8 政386）と施行規則（昭和26.8.11 厚令34）は、時代の変化に合わせて適宜改正されている。施行令は

表1 平成20年春国家試験の実施状況

回数	第94回保健師	第91回助産師	第97回看護師
受験申込み	平成19.11.28～12.19		
試験日	平成20.2.22(金)	平成20.2.21(木)	平成20.2.24(日)
会場数	11	11	11
受験者数	11,055人	1,722人	51,313人
平成15年出題基準により問題作成			
出題形式	午前	*平成15年春～ 1時間20分:75問:一般問題	*平成16年春～ 2時間45分:30問:必須問題 120問:一般問題
	午後	1時間 :30問:状況設定問題 客観式四肢択一	2時間30分:30問:一般問題 60問:状況設定問題
合格発表	平成20.3.26(水) 9:00		
合格者数	10,066人	1,690人	46,342人
合格率	91.1%	98.1%	90.3%
合格基準の公表、試験問題・正解の公表(平成14～) 個人の試験結果郵送(平成16～)			

試験委員(第24条)事務の区分(第25条)権限の委任(第26条)であり、施行規則は第2章試験(第18条～32条)で、試験の告示・試験科目・受験手続・受験手数料・納入方法等が明記されている[条文:参照]。

○試験の実施は、

第18条に「毎年少なくとも1回行う」と回数が定めているだけで、時期の設定はない。看護職不足と秋開校があった時代背景から年2回(春・秋)実施されていたが、秋開校の廃止、受験生の減少により、保健師助産師は昭和63年(1988)春から、看護師は平成2年(1990)春から年1回になった。同時に国家試験の改善充実が図られた。【表3参照】

○受験資格は、

保健師(第19条)助産師(第20条)看護師(第21条)に示されている。

この条項は、昭和26年(1951)の准看護婦の誕生と保健婦助産婦教育の修業年限(1年→6月)の改正がされたので、受験資格も改

正された。この詳細は法律の根幹であり、他の項目にゆずる。男子の保健婦に関しては、平成5年(1993)保健士の誕生により平成6年(1994)春から受験資格に加えられた。

平成13年(2001)には、外国での免許取得者に対して、国際社会に対応する条文に書き換えられた。さらに厚生労働省は「医師国家試験等の受験資格認定の取扱いについて」(平成17.3.24.医政発0324007)の通知を出し、平成17年度の国家試験から適用している。

○方針決定・合否決定は

医道審議会(第22条の2)で審議される。具体的には厚生労働省設置法第6条1項に基づく医道審議会の保健師助産師看護師分科会(医道審議会令第5条分科会)で審議され、方針が変更される場合には意見を聴かなければならない。そのため、ここでの方針決定が法律、施行令(試験委員数)、施行規則(試験科目)の改正となり、法律改正に関係ない場合は実行に移される。

法律発足当時は保健婦助産婦看護師試験審

表2 試験科目の変遷（主に施行規則の改正から）

日付・番号 施行年月日		平成9.3.19 厚生省令13 (平成9.4.1～)	平成2.3.27 厚生省令13 (平成2.4.1～)	昭和46.9.29 厚生省令36 (昭和46.9.29～)
保健師	科目	地域看護学 疫学・保健統計 保健福祉行政論 平成6春 男子受験 平成9 保健師国家試験出題基準公表 平成15 保健師国家試験出題基準改正 平成14～保健婦(士)→保健師	公衆衛生看護学 疫学 健康管理論 保健福祉行政論	公衆衛生看護論 疫学 健康管理論 社会福祉・社会保障制度論 公衆衛生行政
	試験	平成10.春 2.23	平成3.春 3.5	昭和47.3.4 昭和63春～年1回
助産師	科目	基礎助産学 助産診断・技術学 地域母子保健 助産管理 平成9助産師国家試験出題基準公表 平成15助産師国家試験出題基準改正 平成14～助産婦→助産師	助産学概論 生殖の形態・機能 母性の心理・社会学 乳幼児の成長発達 助産診断学 助産技術学 地域母子保健 助産業務管理	母子保健概論 母子保健医学 助産論 助産業務管理 母子保健管理 地域母子保健
	試験	平成10.春 2.24	平成3.春 3.4	昭和47春 3.3 昭和63春～年1回
日付・番号 施行年月日		平成11.3.25 厚生省令24 (平成11.4.1～)	平成3.3.28 厚生省令17 (平成3.4.1～)	昭和45.12.10 厚生省令59 (昭和45.12.10～)
看護師	科目	人体の構造と機能 疾病の成り立ちと回復の促進 社会保障制度と生活者の健康 基礎看護学 在宅看護論 成人看護学 老年看護学 小児看護学 母性看護学 精神看護学 平成12看護婦国家試験出題基準公表 平成15看護師国家試験出題基準改正 平成14春～看護婦(士)→看護師	解剖生理学 生化学 栄養学 薬理学 病理学 微生物学 公衆衛生学 社会福祉 関係法規 精神保健 基礎看護学 成人看護学 老人看護学 小児看護学 母性看護学 男女差なし	解剖学 生理学 生化学(栄養学含む) 薬理学(薬理学を含む) 病理学 微生物学 公衆衛生学 社会福祉 看護学(衛生法規を含む) 看護学総論 成人看護学 小児看護学 母性看護学 男女差あり 成人看護学の内、婦人科疾患実習除く 母性看護学の実習除く
	試験	平成12.春 2.27	平成4.春 3.8	昭和46春 3.7 平成2春～年1回
日付・番号 施行年月日		平成15.3.27 厚生労働省令55 (平成15.4.1～)	平成3.3.28 厚生省令17 (平成3.4.1～)	
准看護師	科目	人体の仕組みと働き 食生活と栄養 薬物と看護 疫病の成り立ち 感染と予防 看護と倫理 患者の心理 保健医療福祉の仕組み 看護と法律 基礎看護 成人看護 老年看護 母子看護 精神看護 平成14春～准看護婦(士)→准看護師 平成15.3.27 厚労告126 准看護師試験基準	解剖生理 栄養 薬理 病理 微生物 保健医療 関係法規 精神保健 基礎看護 成人看護 老人看護 母子看護 男女差なし 平成12.3.30 厚労告136 准看護婦試験基準	
	試験	平成16春	平成4春	

国家試験委員（法第23条）の経緯

<p>昭和26.8.11 厚生省令34 (昭和26.9.1～)</p>	<p>*保健婦助産婦看護婦法（昭和23.3.30法203） 第23条：保健婦助産婦看護婦試験審議会 第24条：保健婦助産婦甲種看護婦試験委員</p>
<p>公衆衛生学及び予防学 厚生行政、社会統計 母性及び小児衛生 学校衛生 産業衛生 伝染性疾患予防 慢性疾患予防 公衆衛生看護の原理及び実際 公衆衛生看護 母性保健指導 乳幼児保健指導 学校保健指導 産業保健指導 伝染性疾患予防指導 慢性疾患保健指導 栄養</p>	<p>*保健婦助産婦甲種看護婦国家試験委員令（昭和24.6.20政213） 試験委員54人、任期1年 *審議会等の整理に伴う厚生省設置法改正（昭和25.3.31法34） 保健婦助産婦看護婦試験審議会→保健婦助産婦看護婦審議会 *保健婦助産婦看護婦審議会令（昭和25.3.31政56） 審議会の委員69人以内、任期2年 審議会内に国家試験部会 *厚生省設置法等の一部改正（昭和44.6.25法51） 保健婦助産婦看護婦審議会→医療関係者審議会 第23条：保健婦助産婦看護婦試験委員明記</p>
<p>第1回昭和27.7.27</p>	<p>*厚生省組織令等の一部改正による 保健婦助産婦看護婦法施行令改正（昭和44.10.31政269） 第11条追加：保健婦助産婦看護婦試験委員 委員47人以内、任期2年</p>
<p>産科学 新生児学 助産の原理と実際 助産倫理及び助産史 助産法 母性保健指導 乳児保健指導 母子衛生行政 栄養</p>	<p>*保健師助産師看護師法施行令改正（平成15.3.14政55） 第24条：保健師助産師看護師試験委員 委員92人以内、任期2年</p>
<p>第1回昭和27.12.25</p>	
<p>昭和26.8.11 厚令34 看護婦（昭和26.9.1～）</p>	<p>昭和25.7.7 厚生省令37 甲種看護婦（昭和25.9.1～）</p>
<p>解剖生理 細菌学 衛生（個人衛生 公衆衛生概論） 栄養（食餌療法を含む） 薬理 看護学（理論及び実地） 看護史 看護倫理 看護の原理及び実際 公衆衛生看護概論 内科学及び看護法 外科学及び看護法 伝染病学及び看護法 小児科学及び看護法 *産婦人科学及び看護法 精神病学及び看護法 眼科学・歯科学及び耳鼻咽喉科学 皮膚泌尿器科学 理学療法 男女差なし *昭和27.5.4 厚令20 看護人は除く（男女差あり） *昭和43.6.1 法84 看護人→看護士</p>	<p>解剖生理学 細菌学 公衆衛生 栄養及び食餌療法 薬物学及び調剤法 看護学（理論及び実地） 看護史及び看護倫理 内科学及び看護法 外科学及び看護法 理学療法 伝染病学及び看護法 産婦人科学及び看護法 皮膚泌尿器科学及び看護法 眼科学及び耳鼻いんこう科学 精神病学及び精神衛生 職業的調整 男女差なし</p>
<p>昭和27.4.12 - 13</p>	<p>第1回昭和25.10.14 - 15</p>
<p>昭和26.8.11 厚生省令34 准看護婦（昭和26.9.1～）</p>	<p>昭和25.7.7 厚生省令37 乙種看護婦（昭和25.9.1～）</p>
<p>解剖生理 細菌及び消毒法 個人衛生 食餌療法 薬理概論 一般看護法（理論及び実地） 看護史及び看護倫理 看護の原理及び実際 内科疾患及び看護法 外科疾患及び看護法 小児科及び看護法 *産婦人科疾患及び看護法 眼科 歯科及び耳鼻咽喉科疾患 皮膚泌尿器科疾患 理学療法 男女差なし *昭和27.5.4 厚令20 准看護人は除く（男女差あり）</p>	<p>解剖生理 細菌及び消毒法 個人及び病院衛生 食餌療法（調理法を含む） 薬物学（軽易なもの） 小児保健指導 一般看護法（理論及び実地） 看護史及び看護倫理 内科疾患及び看護法 外科疾患及び看護法 小児科疾患及び看護法 産婦人科疾患及び看護法並びに新生児取扱法 皮膚泌尿器科疾患及び看護法 眼科及び耳鼻いんこう科疾患並びに看護法 理学療法 男女差なし</p>
<p>昭和29.春</p>	<p>昭和27春</p>

議会や審議会令に基づく保健婦助産婦看護婦審議会になっていたが、昭和44年（1969）、厚生省内の審議会が医療関係者審議会に統一され、保健婦助産婦看護婦部会での審議になった。平成13年（2001）、各省庁再編で現在の体制になっている。

○国家試験問題は、

厚生労働大臣から任命された保健師助産師看護師試験委員（法第23条）92名以内・任期2年（施行令第24条）で構成される試験委員会として、医道審議会の方針に沿って出題基準に基づき問題の作成、選定、吟味されている。

法律の発足当時は、表2の右上に示すとおり、国家試験委員令に基づいたり、審議会内に国家試験部会が設置されていたが、昭和44年（1969）、法律に試験委員が明記され、現在の体制が整った。平成15年（2003）施行令改正で47人から増員されている。

○試験科目は、

法第22条の2に基づき、施行規則第20条（保健師）第21条（助産師）第22条（看護師）に明記されており、指定規則（教育内容）の科目を大枠で規定している。そのため指定規則改正による受験者の卒業年次に合わせ改正され、表2に示す通り、保健師・助産師は3回（昭和47年（1972）春、平成3年（1991）春、平成10年（1998）春）、看護師は4回（昭和27年（1952）春、昭和46年（1971）春、平成4年（1992）春、平成11年（1999）春）改正された。

現在は教育科目に男女の差はないため、平成4年（1992）から試験科目も男女同じ内容になっている。以前は、男子の婦人科や母性看護学の実習を精神科実習に振り替えていたので、出題数は同じでも男女の試験科目に差があった。試験科目を見ると、社会情勢の変化と看護職への期待の変化が読み取れる。

○試験事務担当者の不正行為禁止と事務の委任

国家試験問題に関わる試験委員とその事務を担当する者（厚生労働省医政局看護課・試験免許室）は、事務の遂行に当たって厳正を保持し、不正の行為のないように定められている（法第27条）。

この位置づけや考え方は法律発足以来変更はない。しかし昭和50年代後半から社会の国家試験に関する厳しい目を受けて、当然のことながら実行面での厳しさは増している。

例えば、作成された試験問題の提出後は試験問題の室外持ち出し禁止、国家試験委員会開催中の外部との接触禁止、試験問題漏えい防止等、試験問題取り扱いの厳しい体制。事務担当にあたる試験免許室への入室は関係者のみ、試験問題の室外持ち出し禁止、試験問題の限られた場所での印刷、解答用紙の採点、合格発表者の確認と名簿の作成等々である。

さらに国家試験の実施に当たる受験資格の確認、受験手続その他試験に関して必要な事項は厚生労働省令で定める（法第28条）とし、地方厚生局長に委任（施行令：権限の委任第26条）されている。委任は、受験手続、試験問題の受領と試験当日までの保管、試験会場準備、受験者本人の確認、試験問題の配布、試験場の監督、解答用紙の回収と厚生労働省への送付、卒業の確認、合格者名簿の発表等々である。地方厚生局長はじめ管轄下にある多くの人が関わる中で、厳正に不正行為のない努力と細心の注意がはらわれている。

以上の通り、社会情勢の変化と医療の発展に伴い期待される看護職も変化する「必要な知識及び技能」試験を効果的にする体制づくりとして、方針決定する医道審議会の位置づけ（法第22条の2）、試験委員の位置づけ（法第23条）と人数（施行令）、試験科目（施行規則）が法律改正されてきた。

3 法律運用に関する内容

その他にも国家試験の改善はされており、例えば表1に示す試験日・出題数・時間・出題形式・出題基準・合格基準の公表・試験問題と正解の公表等である。これらの内容は法律運用になる。

具体的には、国家試験の検討をする機関として「医道審議会保健師助産師看護師分科会」に必要時「保健師助産師看護師国家試験制度改善部会」が設置されている。分科会からの意向を受けて国家試験の検討を行い、改善策を示す報告書が提出される。この改善策は分科会の決定によって実行に移される。この体制は昭和56年(1981)からつくられ、その検討経過と実施状況については表3に示す通り、様々な努力の跡が伺える。

1) 初期の国家試験形式

昭和25年(1950)の国家試験開始当時は、試験日は2日間(1日目:学科試験、2日目:筆記による実技試験)、出題形式も多様(〇〇について記せ、カッコ内を埋める、組み合わせ、各文を〇×で記す等々)で試験問題作成の工夫と苦勞がみられる。またGHQの意向を受けて、日本在住の外国籍看護婦に対して英文の試験問題も作成されている。占領政策終結の昭和27年(1952)まで実施されたと思われるが詳細は不明である。

昭和37年(1962)からは試験日が1日になり、出題形式は大きく変化する。また受験者数の増大によって採点が早く容易、公正さを求め、看護婦国家試験については昭和46年(1971)受験者1万人を境に、マークシートが採用されコンピューター採点が始まったと聞いている。

2) 国家試験検討委員会の設置

昭和50年代に医師国家試験の不祥事が明るみに出たことから医療を担う医療関係者に対する国家試験への社会の目も厳しくなり、医師、歯科医師はじめ保健師助産師看護師国家試験の検討と改善が具体的に始まった。

昭和56年(1981)8月、医療関係者審議会保健婦助産婦看護婦部に国家試験検討委員会が設置され、中間意見書1回(昭60.6)と報告書3回(昭63.4.14 平7.3.30 平8.3.26)が提出された。

厚生労働大臣に変更されてからは、前述のように医道審議会保健師助産師看護師分科会に保健師助産師看護師国家試験制度改善部会が設置され、報告書2回(平14.3.29 平20.3.24)が提出されている。現在は指定規則改正や国家試験出題基準改正に合わせ、定期的に検討改善される時代になってきた。

3) 昭和56年当初の検討から現在へ

看護婦国家試験受験者数約3万人に対応するという条件下で、その時代に応える保健婦助産婦看護婦国家試験がめざす能力を、どのような形式で問うか等々、内容は多岐にわたり議論は昭和63年(1988)まで6年半にも及んだ。

- 秋受験者の減少、秋開校の今後の調査、廃止を確認 →春一回の実施へ
- 試験問題の評価方法(記述式の主観式と客観式どちらが適当か) →保健婦助産婦は主観式を当分継続
客観式問題(正解肢は多肢か択一か、選択肢は五肢か四肢か) →四肢択一
- 山かけでなく、まじめに勉強していればできる問題 →出題数と試験時間の増加。
単に知識や記憶の再生でなく、思考力、判

表3 国家試験制度改善部会と国家試験の改善経過

西暦	和暦	看護師国家試験	保健師国家試験	助産師国家試験
1950	昭和25	10.14～15 第1回甲種看護婦国家試験 1日目：午前午後計6時間：85問（筆記、理論） 2日目：午前3時間：20問（筆記、実地）		
1952	27	試験日：4月、7月	7.27第1回保健婦 試験日：4月、12月	12.25第1回助産婦 試験日：4月、12月
1955	30	試験日：4月、9月	午前：2時間30分 5問：記述式 午後：2時間： 2問：記述 20問：客観式	
1956	31			試験日：4月、9月
1961	36	試験日：3月、9月	試験日：3月、12月	試験日：3月、9月
1962	37	日数1日 （論文、客観式）		
1964	39		試験日：3月、11月	
1966	41	試験日：3月、8月		試験日：3月、8月
1967	42		試験日：3月、8月	
1969	44	試験委員47人		
1971	46	受験者数1万人を超える、マークシート使用		
1972	47	午前：2時間：20問：客観式（多肢選択） 午後：2時間：75問：客観式（五肢択一）	午前：2時間30分： 5問：記述式 午後：1時間15分：50問：客観式（五肢択一）	
1976	51	受験者数2万人に近づく		
1981	56	国家試験検討委員会 昭和56.8～63.4.14		
1984	59	受験者数3万人を超える		
1985	60	6月<中間意見書>		
1988	63	4.14<報告書>	実施年1回春のみ3月第一週 午前：1時間15分：75問：一般問題 午後：2時間30分： 5問：記述式 *客観式問題（四肢択一）	
1990	平成2	実施年1回春のみ3月第一週 午前：2時間30分：150問：一般問題 午後：2時間： 60問：状況設定問題 *客観式問題（四肢択一）		
1994	6	受験者数4万人を超える 国家試験検討委員会 平成6.11.18～7.3.30 3.30<報告書>	保健士（男子）国家試験	
1995	7	国家試験検討委員会 平成7.8.30～8.3.26 3.26<報告書>		
1996	8	試験日 2月第4週、合格発表3月下旬		
1997	9	受験者数5万人に近づく	午前：1時間15分：75問：一般問題 午後：1時間： 30問：状況設定問題 *客観式問題（四肢択一）	
1998	10	看護婦国家試験出題基準公表	保健婦助産婦国家試験出題基準公表	
1999	11	受験者数ピーク55,404人		
2000	12		保健婦受験者数5,000人を超える	
2001	13	国家試験制度改善部会 平成13.7.10～14.3.29 3.29<報告書>		
2002	14	合格基準の公表、試験問題・正解の公表 看護師国家試験出題基準改正 午前：2時間45分：150問：一般問題 午後：2時間： 60問：状況設定問題	保健師助産師国家試験出題基準改正 午前：1時間20分：75問：一般問題 午後：1時間： 30問：状況設定問題	
2003	15	試験委員47→92人		
2004	16	プール制導入の試験問題の一般公募開始 午前：2時間45分：30問：必須問題 120問：一般問題 午後：2時間30分：30問：一般問題 60問：状況設定問題		
2007	19	個人の試験結果郵送		
2008	20	国家試験制度改善部会 平成19.10.1～20.3.14 3.24<報告書>	保健師受験者数1万人を超える	

断力を評価できる試験問題の作成方法

○主要科目の出題目標と範囲の明確化 →試験委員会で出題基準の試行(昭和59年(1984)春から)

以上の結果は、中間意見書が提出され試験の年一回と同時に、試験委員会内での勉強会等も実施され、試験問題作成への吟味と充実が図られた。

○臨地実習で得られる能力(看護過程の展開)を重視して評価できる試験問題形式には、アメリカの国家試験といわれる問題が参考になり、かなりの議論と問題作成に時間を要した。患者の個性を求めながらも、異論がないようにとこだわるために短い文章となり、易しくなってしまうという欠点に何度も問題作成が試みられた。この形式は「状況設定問題」と称され、試験委員の勉強も重ねた。

→看護婦の試験の場合、平成2年(1990)から徐々に組み込まれ、一状況に対して2

問から始まり、現在は3問が提出されている。

→保健婦助産婦の試験では、主観式を客観式(状況設定問題)に平成9年(1997)から実施。

○試験日3月第一週、合格発表4月 →試験日2月第4週、合格発表3月下旬(平成9年(1997)医療関係者から4月に有資格者採用の要望により)

○残された問題、改善が望まれる問題、要望があった問題等は次回へ引き継がれ検討改善が続いてきた。

国家試験出題基準の公表(保健婦・助産婦:平成9年(1997)、平成15年(2003)改正、看護婦:平成12年(2000)、平成15年(2003)改正)、合格基準の公表、試験問題・正解公表(平成14年(2002))、必須問題の導入、プール制導入の準備、個人の試験・結果郵送(平成16年(2004))等々の実施がされてきた。

4 全国共通の質が統一できる准看護師試験へ

現在の准看護師試験は、法22条の受験資格を持った者に対して各都道府県知事が厚生労働大臣の定めた基準に従って准看護師試験を行うものである。

平成20年(2008)春の准看護師試験は、受験者数(18,496人)合格者数(17,928人)合格率(96.9%)である。毎年の実態調査がなされた平成11年(1999)春33,995人から約16,000人の減少となっている。

*

都道府県知事が実施することは同じであっても、法律発足当時の乙種看護婦試験と現在の准看護師試験とは全く別の試験である。乙種看護婦試験は昭和27年(1952)から29年

(1954)まで実施され、その後もしばらく続いたと思われるが実態把握は十分できていない。

准看護婦試験は昭和29年(1954)春から開始されているが、この実態についても長い間手つかず状態で、昭和50年後半になって准看護婦養成所の運営状況調査と合わせ、各都道府県の准看護婦試験の実態調査が初めて実施された。その結果を受けて厚生省は各都道府県に、全国共通の准看護婦の質が統一できるように、同一試験日の実施や近隣府県で同じ試験問題の使用等を指導した。

具体的な法律改正事項は、平成4年(1992)指定規則改正に伴う施行規則(試験科目)改正である(表2参照)。

＊

准看護婦の制度や養成に対する様々な報告書の提出、保健婦助産婦看護婦国家試験の改善が進んできたこと、更に地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律（平11年法律第87号）により、准看護婦試験について平成12年度より自治事務となり、厚生大臣の定める基準「准看護婦試験基準：12年厚生省告示第136号」が示され、合わせて「准看護婦試験の実施に係る留意事項等について：平12.3.30健政発368」の通知も出され、都道府県知事の実施がより明確になった。

＊

これらの基準等は平成15年施行規則（試験科目）改正に伴い改正され、現在は「准看護

師試験基準：平15年厚生労働省告示第126号」と「准看護師試験の実施に係る留意事項等について：平15.4.3医政発0403003」に基づいて実施されている。

全国共通性を持つ業務独占資格である准看護師免許の意義を保持する観点から

①基本方針：患者の心身の状態を的確に観察し、医師、歯科医師又は看護婦に報告し、その指示に基づいて療養上の世話及び診療の補助を安全、安楽かつ効果的に実施できる能力が評価されるよう配慮すること。

②問題作成に当たっての留意点

③試験問題の事後評価

④試験問題・試験日の調整等を示し、技術的助言が行われている。

5 忘れてはならない第1回甲種看護婦国家試験受験者の思い

『初期の看護行政：金子光編著』や機関誌「看護」昭和24年（1949）から27年（1952）をみると、厚生省は保健婦助産婦看護婦法による国家試験の目的意義の説明を行い、日本助産婦看護婦保健婦協会（現：日本看護協会）は、模擬試験問題を作成する等総力挙げて強力な支援体制がみられる。それぞれの立場で身分の確立に向けて国家試験にかかる意気込みと大変な努力を重ねた熱意が伝わってくる。

新しい法律はGHQの落とし子、GHQが帰れば元に戻るといった社会や国会の反応が強かった。また旧看護婦規則（都道府県知事による試験免許）による看護婦は、同じ業務はできても、新制度の甲種看護婦に登録されるためには国家試験を受けなければならなかった。同じ業務ができるのになぜ国家試験を受けなければならないのかという看護職から声がある中で、第1回甲種看護婦国家試験は昭和25年（1950）10月14・15日に実施されたの

である。

昭和26年（1951）法律改正で既得権看護婦は国家試験の受験が免除されたので、甲種看護婦国家試験は26年（1951）5月13・14日の2回実施された（表4）。

表4 第1・2回の甲種看護婦試験受験者のあらまし

回数	出願者(人)	欠席者(人)	受験者(人)	合格者(人)	合格率
1	10,236	1,636	8,600	6,976	81%
2	20,611	3,655	16,956	15,906	94%

受験者の受験態度が立派であったと各地から報告があった。予想をはるかに上回った既得権看護婦受験者の向上心に燃える姿をみた、と金子光は記している。

新制度による看護婦学校養成所の卒業生は受験者の10%、残りの90%が旧看護婦規則による看護婦免許取得者（男性4名含む）であったといわれる。厚生省看護課の昭和24・25年実態調査による看護婦実労働者80,800人か

ら推測すると、この32%が受験したことになる。

業務だけを考えるとわざわざ受験しなくても問題ないが、3人に一人の既得権者が全国で受験したのである。勤務先での数々のいやがらせや圧力がある中での受験と聞くから、並々ならない専門職としての向上心・覚悟・誇りを感じないではいられない。学校養成所を卒業しただけでなく、国家試験を合格しなけれ

ばならない職業は、それまでの状況からみると格段の教育水準の高さ、身分と資格が確立されたということになる。

法律を作る苦勞・定着させる苦勞と様々だが、既得権者が受験した一人ひとりの秘めた思いが、今の保健師助産師看護師法を支えてくれたと私は思う。胸に深く刻み忘れてはならない。

進む大学教育と 教員養成

前厚生労働省医政局看護課長
国立看護大学校長
田村 やよひ

本稿では、看護教育を大学教育にしたいという看護界の強い希望がどのようにして実現してきたのか、その経緯をまとめるとともに、看護教育の質の向上を図るために重要な要素である看護教員の養成についてその流れを概観する。

1. 保健師助産師看護師法制定にかかわった先達の願い

第2代看護課長である金子光は、その著『初期の看護行政』の中で、GHQから提案された看護教育の水準は大学教育または専門学校教育（college）であったが、従来の看護教育と大きなギャップがあること、教員確保が困難なこと、経済的理由などから、将来への期待として大学をイメージして、法第21条1項の条文を規定したと記述している。

金子らは、教育機関がそれぞれの方針に従って、自然発生的に看護の大学が作られることを期待していた。この期待は比較的早期に実現した。まず昭和25年（1950）に学校教育法の一部改正により短期大学が制度化されると、天使女子短期大学と聖母女子短期大学が看護系の短大として出発した。

昭和27年（1952）には、4年制大学として初めて高知県立女子大学家政学部看護学科が開設された。翌年には東京大学医学部衛生看護学科が開設されたが、その後続く4年制大学が現れるためには、しばらくの年月が必要であった。

2. 看護教育の大学化にむけた厚生省、文部省等の対応

1) 医療制度調査会答申とその後の対応

看護教育を学校教育法上の学校、特に高等

教育として行う方向性を厚生省において再度示したのは、昭和38年（1963）の医療制度調査会の答申においてであった。医療制度調査会は厚生大臣の諮問機関であったが、この中では、「看護教育を振興するために、教育機関を学校教育法上の学校（大学、短大、高専、高校）とする具体的方策を検討する必要がある。」と、文部省による教育を推進する内容となっている。さらに、「教育の充実を図るため、教育機関における専任教員および臨床指導者の確保に必要な対策を強化すべきである。」とも述べている。

これに呼応するかのよう、昭和39年（1964）には聖路加看護短期大学が4年制の聖路加看護大学となり、わが国で3校目の看護の大学として出発した。

文部省においては、高等学校教育の多様化を進め、かつ社会問題化している看護婦不足への対応策として、高等学校における准看護婦養成を進めることとなった。昭和39年、神奈川県立二俣川高校に最初の衛生看護科が設置された。しかし、看護の教科を担当する高校に教員がいないことから、昭和41年（1966）から44年（1969）にかけて、国立大学教育学部に特別教科（看護）教員養成課程が4校開設された（詳細は後述）。

これらの大学では、高校教員免許と同時に看護師国家試験受験資格を付与したため、東京大学に続く国立の看護教育機関と位置づけられた。一方、文部省傘下の国立大学医学部には附属看護学校や助産婦学校が設置されていたが、昭和41年（1966）の大阪大学医療技術短期大学看護学科の開設を皮切りに、順次、短期大学化が進められていった。

2) 昭和時代後期の看護教育機関の様相と厚生省・文部省の動向

厚生大臣の私的諮問機関であった「看護制

度改善検討会」が昭和48年（1973）に取りまとめた報告書には、以下のような記述がある。

「現在は各種学校（いわゆる高等看護学院）のほうが多く、学校教育法第1条に規定する学校（いわゆる看護短大および大学「以下1条校という。」）は少ない。（中略）可能なところから速やかに1条校へ移行してゆくべきであろう。」

この報告のあった昭和48年（1973）、看護大学は9校、3年制短期大学は12校であった。この年は石油ショックの年でもあったが、それまでは高度経済成長が長く続いた時期であったことを考えると、看護教育の高等教育化はほとんど取り残されていたと言っても過言ではない。

この検討会と相前後して、文部省では国立大学に看護学部を設置し、わが国の看護学教育と研究の拠点作りにとりかかった。この背景には、東京大学医学部衛生看護学科が昭和41年（1966）に保健学科に改組されて以来、看護教育機関としての機能をほとんど果たさない状況が続いていたことも影響した。千葉大学看護学部が発足したのは昭和50年（1975）であった。ちなみに、「1県1校の医大を」というキャッチフレーズで、地方に国立医科大学が相次いで設置されたのは、この時期である。

昭和60年（1985）から62年（1987）にかけて、厚生省では「看護制度検討会」が開催されている。その報告書の中では、まず保健医療をめぐる環境の変化として、人口の高齢化、疾病構造の変化、医学医術薬学の進歩による医療の高度化・専門化、国民の保健医療ニーズの増大と多様化、医療と経済の安定調和、家族機能の変化を挙げている。そうした変化に対応するための看護教育のあり方について

は、以下のように述べられている。

「このため、今後は、看護婦（士）の資質を時代に即応できるようレベルアップを図り、高度、専門医療に対応し得るために大学の設置が重要である。更に、その時代の変化に即応した看護教育及び研究を総合的に行なう教育者、研究者を我が国において育成することができるよう、大学院の設置が求められており、とりわけ、博士課程の設置について強い要望がある。従って、看護の大学（学部及び学科を含む。）及び大学院の増設を促進していくことが必要である。

なお、看護婦養成所から大学への編入制の導入を図ることが必要であるとの意見があった。本検討会としては、この問題について積極的な検討が行われることを望むものである。」

この報告書は、現在から遡ること4半世紀前のものである。当時の看護大学は11校、3年課程の短大は46校であった。また大学院は東京大学、千葉大学（昭和50年（1975）看護学部の開設）、聖路加看護大学および琉球大学

（昭和43年（1968）医学部保健学科開設）の4校に修士課程が設置され、博士課程にいたっては東京大学1校のみであった。

このように昭和48年（1973）の看護制度改善検討会から62年（1987）の看護制度検討会までにも、15年近い歳月が経過しているわけであるが、増加したのはほとんど短期大学だけという有様であった。国家的・社会的に看護の大学教育の必要性がいかに認識されていなかったかを見て取ることができる。

そうした状況下であっても、この看護制度検討会が示した、「大学の設置、大学院特に博士課程の設置」の方向性は、その後のわが国の看護教育に大きな影響を及ぼした。

さらに、この検討会では、米国の修士課程で学んだ後にナースプラクティショナー（NP）やクリニカルナーススペシャリスト（CNS）として活躍する看護師に言及して、専門看護婦や訪問看護婦の育成の必要性を説くなど、看護師の専門的な活動につながる重要で大胆な提案がなされた。昭和と平成を繋ぐ極めて重要な報告書であったといえる。

3. 平成時代における看護大学の急速な設置促進

1) 高齢社会に対応するために自治省（現総務省）が取った措置

人口の高齢化に対応するため、自治省においては高齢者の地域福祉を支える人材に対する支援を行なうため、平成3年（1991）から地域福祉推進特別対策事業に取り組んでいた。厚生省矢野正子看護課長はこれに眼を留め、看護教育を行なう大学、短期大学についても財政支援措置を講ずるよう自治省と協議したということである。

その結果、平成4年（1992）2月に「大学、

短期大学である看護婦等の養成施設の整備に関する財政措置について」という通知が都道府県知事、政令指定都市市長宛に発出された。

この内容は、看護師等を育成する大学、短期大学の校舎等の施設設備、土地費用に対して通常は認められていない事業債を許可すると共に、その元利償還金は地方自治体の財政力に応じて次年度以降に地方交付税で肩代わりをするとし、さらに必要な事業費の15%は、その事業年度に地方交付税で措置するというものであった。

この通知は、当時すでに看護師等の不足に頭を悩ませていた地方公共団体にとっては、大変有難い話であったと考えられる。

2) 「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の制定と人材確保のため措置に関する基本指針（平成4年）

平成時代の幕開けと同時に看護師不足が大きな社会問題になっていた。この背景には第1次医療法改正によって病院の病床規制が行われることになったが、施行までの経過期間中にいわゆる駆け込み増床が起きたことによる。看護師不足への国の対応のひとつは、特定の領域に関して人材確保を図るという本邦初法律制定であった。平成3年（1991）には法案が練られ、4年の通常国会で成立したものである。

この制定過程は別項で詳細に述べられるので、本稿では大学教育の促進の観点から、基本指針について述べておく。

この基本指針は、文部大臣、厚生大臣、労働大臣の3大臣の共同告示であり、看護師等の確保は、3省が連携を緊密に図らなければならないことが如実に示されたものであった。

この基本指針は、看護師等の就業、養成、業務改革、資質向上などの項目で構成されているが、養成の項に以下の記述がある。

工. 看護系大学・大学院の整備充実

近年の医学・医療の進歩・発展に伴う高度化・専門分化等に十分対応し得る看護の専門知識・技術と豊かな人間性や的確な判断力を有する資質の高い看護婦等を大学において養成することが社会的に要請されている。

また、看護婦等学校養成所の看護教育の充実のためには、これらの学校養成所の教員としてふさわしい資質を備えた優秀な人材を確保する必要があり、その基盤となる看護系大学（学部、

学科を含む。以下同じ。）の整備が課題となっている。

このため、看護教育の充実と教育等指導者の養成を図る観点から、看護系大学の整備充実を一層推進していく必要がある。

さらに、看護系大学の整備充実に伴い、今後ますます必要とされる大学等の教員や研究者の養成を図るために、看護系大学院の整備充実にも努める必要がある。

また、看護系短期大学（学科を含む。）については、高度な知識と技術を持った看護婦等の養成に大きな役割を担っており、今後ともその整備に努める必要がある。

このようにして、自治省（現総務省）による財政面の手当て、人材確保法に基づく基本指針が示されたこと、さらには平成3年（1991）に実施された大学設置基準の大綱化なども影響して、公立の看護大学の設置が促進された。

わが国最初の公立の看護大学として、兵庫県立看護大学（現兵庫県立大学看護学部）が平成5年（1993）に発足した。翌年は大阪府立看護大学、その翌年には長野県看護大学、愛知県立看護大学、茨城県立医療大学が続いたのである。

3) 将来、大学は看護職員養成の主流に：少子・高齢社会看護問題検討会報告（平成6年）

少子・高齢社会看護問題検討会が開かれた平成6年（1994）、看護大学は30校、短期大学は60校になっていた。その後もいくつかの大学の設置予定状況は把握されていたが、30校の大学の入学定員は、3年課程全体の6.2%でしかないという状態であった。

本報告書では、大学・大学院の設置促進の必要性に続いて、「将来的には大学が看護職員養成の主流となることも十分考えられる。」と

予測している。さらにこの検討会では、厚生省の国立病院・療養所に附属していた看護師養成所を4年制の看護大学校として整備する必要性を説いている。この報告書が契機となって、現在筆者が勤務する国立看護大学校が設置されることにつながった。

検討会を開催しているところのことであるが、久常節子看護課長と筆者は、種々の推計をして、「将来、看護大学は150できる」と言って周囲の者を驚かせたことがあった。この数字は荒唐無稽のように思われたのだろうが、12年後にはほとんど手が届くところまでとなった。

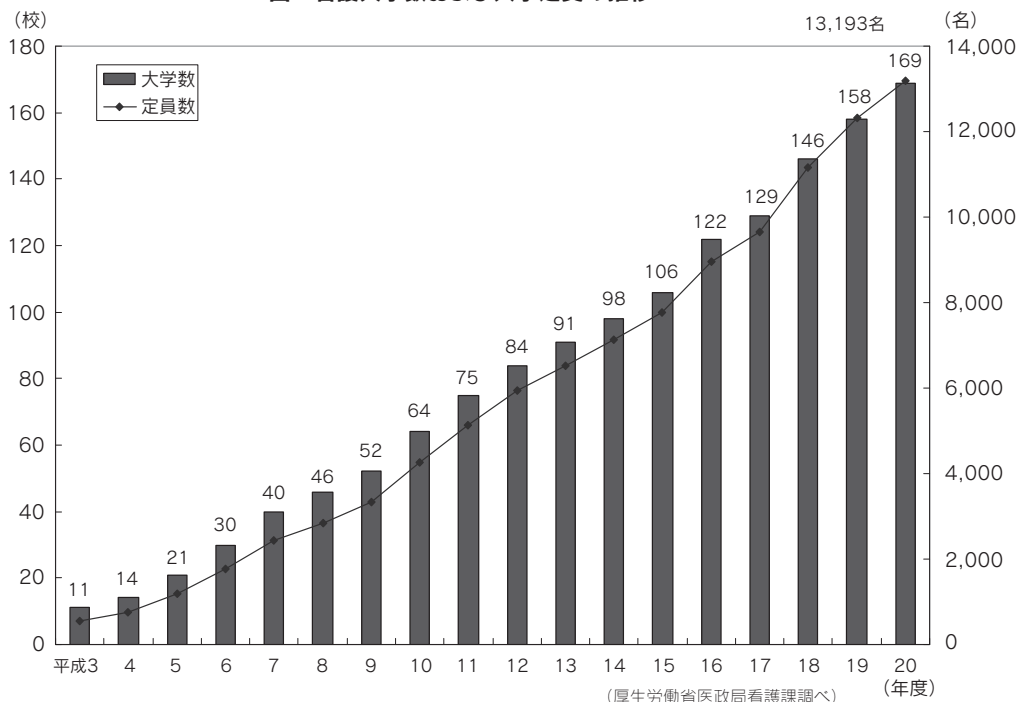
図に示したように看護系大学は急速に伸び、平成20年(2008)4月現在の看護系大学数は169校、1学年定員13,193人となっている。3年課程全体に占める大学の学生定員の割合は33.6%にまで高まり、現在も私立大学を中心

に増加している。なお、短期大学は37校であり、平成10・11年の73校をピークに年々減少している。

昭和27年(1952)に最初の看護の大学教育が発足して以来、約40年間で11校までしか増加しなかった時期を経て、平成4年(1992)以降は年平均10校ずつ増加している。この急速な大学化の背景には、高齢化の進展や高学歴志向などの社会全体の変化も影響しているが、看護職内部の大学教育を提供するための人的基盤も整い、さらに公私にわたる社会資本の投入があって実現してきたといえる。

平成20年(2008)11月から厚生労働省では、舩添要一大臣直属の「看護の質の向上と確保に関する検討会」が開催され、看護師の教育を4年以上とし大学教育に一本化するかどうかについて議論がなされている。この検討会での結論は、将来の看護教育のあり方に変化

図 看護大学数および入学定員の推移



をもたらすと考えられ、大きな関心が寄せられている。

4) 厚生労働省が所管する看護教育機関の大学化

昭和23年(1948)の保健師助産師看護師法制定当時から、厚生省では新しい制度による看護教育に取り組んできたが、それは国立病院または国立療養所附属看護学院という設置形態であった。このため当初は各種学校として発足したが、昭和50年(1975)に専修学校制度が創設され、附属看護学院は附属看護学校と名称を変え専修学校として今日に至っている。国立病院・療養所の看護学校は、長期間にわたってわが国の看護教育機関の軸を占めてきた。昭和60年代はじめまで、わが国全体の3年課程学生定員の20%は国立病院・療養所附属看護学校が占めていたのである。

このような中、看護教育に携わっている教員たちはもちろん、看護管理者や看護系の国会議員たちにとって、厚生省による看護大学創りは大いなる願望であった。しかし、文部省のみが大学を創り認可する権限を持つという行政機構の枠組みの中であって、厚生省が「看護大学」を持つことは認められることではなかった。このため、大学評価・学位授与機構による学士(看護学)を授与できる4年制の「看護大学校」が創立されることになった。

先にも述べたように、この設置を強く後押ししたのは少子・高齢社会看護問題検討会報

告書であった。これを受けて当時の厚生省国立病院部政策医療課は検討会を立ち上げ、厚生省立の看護大学校の設置の趣旨・目的と骨格を検討したのである。もちろん看護大学校は、文部科学省が定めた大学設置基準をクリアする施設設備と教員とを有していなければならないため、特に教員の確保には苦労が多かったと聞いている。しかし、多くの方々の熱い支援と期待を受け、平成13年(2001)4月、清瀬市に竹尾恵子大学校長の指揮のもと、国立看護大学校として開学した。

関係者の中では、国立看護大学校を嚆矢として、全国の地域ブロックに第二、第三の看護大学校を創設することも描いていたようである。しかしながら、行政改革の波を受けて、平成16年(2004)4月から国立病院・療養所が独立行政法人となったためこの案は消えたが、最近ではいくつかの看護学校で、私立大学と提携して高等教育機関として発足するところが見られ始めている。平成19年(2007)には千葉県で1校、平成20年(2008)には福岡県で1校、平成21年には長崎県で1校、埼玉県では大学院修士課程として1校が開設された。平成22年(2010)にも東京都で1校が開設を予定されている。

少子化の進行する中で、学生たちの高学歴志向に加え、私立大学にとっては学生確保の観点から社会的ニーズが高い看護職の育成に進出する意義は深く、国立病院機構にとっては質の高い看護師の確保の観点などから、このような動きが進んできたと考えられる。

4. 継続教育としての看護教員の養成

看護教員の養成の歴史は長く、保健師助産師看護師法と共に歩んできた。それは、新た

な制度の看護師を育成するためには、看護教員の養成は必須であるとの認識があったから

に他ならない。しかし、保健師助産師看護師法のなかに看護教員に関わる規定はなく、その養成は継続教育として始まった。以下、継続教育として発展してきたわが国の看護教員養成の姿を、いくつかの側面に焦点を当てて描き出してみよう。

1) 保健師助産師看護師法と共に開始された3ヶ月コース

看護教員養成にかかわる国家予算が確保されたのは、保健師助産師看護師法制定の翌年、昭和24年(1949)である。厚生省看護課では「保健婦助産婦看護婦専任教員講習費」予算を確保し、年1回3ヶ月間の講習を開始している。(もっとも日本看護協会史1巻には、国民医療法にもとづく保健師助産師看護師令のときから、「甲種看護婦学校専任教員養成講習会」が開催されており、第1回は昭和23年(1948)3月から2ヶ月間、厚生省と日本看護協会の共催、第2回は厚生省主催で23年8月からの4ヶ月間開催された、との記録がある。)

昭和25年(1950)4月には、国立公衆衛生院(現国立保健医療科学院)で保健婦学校養成所専任教員養成のための1年課程が開設された。これとともに、厚生省主催の助産婦養成所専任教員講習会が6月から、保健婦養成所専任教員講習会が8月から、ともに8ヶ月の講習期間で開催されている。さらに9月からは、文部・厚生両省主催の看護婦学校専任教員講習会が9月から3ヶ月コースとして2回開催され、厚生省と日本看護協会主催の全国専任教員講習会も開催されるなど、看護教員の講習会が活発に行なわれた。

昭和27年(1952)には、保健婦学校養成所専任教員講習会のみを厚生省看護課から国立公衆衛生院に移管し、昭和28年(1953)には看護婦学校専任教員講習会も同院に移し、7ヶ月間の講習とした。昭和30年(1955)から

は保健婦、助産婦、看護婦学校教員コースをひとつの1年間コースとして、国立公衆衛生院で行なわれるようになった。

なお、この時期にはWHOの補足協定に基づく看護教育に対する技術援助があった。その一環として看護教育担当の職員が2名ずつ3年間(保助看各2名)にわたって海外留学し、進んだ看護教育についての見聞を深めていることも、その後の看護教員の養成に影響があったと思料される。

昭和33年(1958)8月、3年間にわたるWHOの看護教育に関する技術援助の終了に伴い、国立公衆衛生院は保健婦養成所教員コースのみになることから、厚生省看護課は「看護教員研修所」の設置を計画した。しかし、実際に開始されたものは国立病院の一角を借りて行なう3ヶ月のコースであり、文部省と共催で実施された。

2) 教員養成機関の増加と6ヶ月コースから1年コースへ

昭和30年代後半には、看護婦養成所の増加による看護教員の需要が高まったため、国だけではなく公的機関や日本看護協会の教員養成が開始された。昭和36年(1961)には日赤幹部看護婦教育部において教職課程が開始され、38年(1963)からは教授実習も行なわれるようになっていく(なお、この教職課程が厚生省の定める看護教員養成講習会としての認可を受けたのは昭和54年(1979)であり、教職課程が開始してから20年後のことである)。

昭和41年(1966)には、日本看護協会でも6ヶ月の講習が始められた。昭和38年(1963)からは、従来から文部省と厚生省が共催していた教員養成講習会は別々に開催するようになった。そして、昭和42年(1967)、43年(1968)と続く指定規則改正に対応するため、文部省

は昭和40年（1965）から、厚生省も昭和41年（1966）から期間が6ヶ月に延長された。

さらに、昭和45年（1970）に出された医務局長通知「看護婦養成所の運営に関する指導要領」のなかに、専任教員となるための資格要件のひとつとして看護教員養成講習会の受講が定められたため、講習会に対するニーズは急速に増大した。このため、都内の東京第一病院（現国立国際医療センター戸山病院）および東京第二病院（現独立行政法人国立病院機構東京医療センター）では、年2回ずつ講習会を開催している。

しかし、これらの養成機関では増大する需要をまかないきれないため、地方でも看護教員養成講習会を受講できるようにする必要があった。昭和45年（1970）には北海道、大阪府、福岡県、翌年は愛知県、岡山県にも事業が委託された。

同事業は日本看護協会にも委託されたが、昭和47年（1972）からは日本看護協会看護研修学校が創立され、委託の6ヶ月と併せて初めて1年間の看護教員の養成が開始された。さらに3年後の昭和50年（1975）には、神奈川県立看護教育大学校看護教育学科においても1年間の教員養成が実施された。

3) 厚生省看護研修研究センターの開設

このように1年の教員養成は拡がり始めたが、当時、厚生省看護課で教員養成講習の事業に携わっていた清水嘉与子によれば、「看護教員養成は6ヶ月」という社会的認識を変えることには多くの困難があったという。1年コースにするための苦肉の策として考え出されたのが、幹部看護教員育成のための1年コースであったとのことである。

昭和50年（1975）、厚生省は幹部看護教員指導者講習会を開設した。この講習会の1年目は6ヶ月、2年目は9ヶ月という変則的なも

のであったが、看護教員養成の上にはさらに幹部看護教員の養成がある、という社会的な認識は確実なものとなった。そしてこの2つのコースを一緒に教育するための施設・設備の必要性を説き、ようやく昭和52年（1977）に看護課の一部として、国立東京第二病院の敷地内に看護研修研究センターが開設されたのであった。

初代所長には、弘前大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程の教授であった吉田時子が迎えられた。所長の処遇については、都築公看護課長が奔走し、厚生省の局の総括課長と同等のポストを用意したとのことである。また、センター玄関脇には、開設当時の厚生政務次官（後に環境庁長官）でもあった看護職国会議員、石本茂の書による校名石が設置されている。これらのことから、看護課がこの看護研修研究センターに込めた期待がいかに大きいものであったかを知ることができる。

なお、この看護研修研究センターにおいて、看護教員養成課程と幹部看護教員養成課程の両方が実際に1年コースとなったのは昭和53年（1978）からである。56年（1981）には保健婦養成所教員養成課程と海外研修生受け入れ課程、57年（1982）には助産婦養成所教員養成課程が開設された。

看護教育が大学化する中においても、今日までこの基本的な教員養成の枠組みは変わることなく、平成20年（2008）3月までの約30年間に、3,810人の看護教員を全国に送り出している。卒業生の内訳は、幹部看護教員養成課程744人、看護師養成所教員養成課程2,466人、保健師養成所教員養成課程196人、助産師養成所教員養成課程404人である。

卒業生の中にはすでに定年を迎えた者もいるが、現職者の多くは現在、全国の看護大学、短期大学、養成所の教員として活躍している。

また、看護管理者として臨床の現場で、看護の質の向上にむけて看護研修研究センターで学んだ教育的機能を発揮している者もいる。

4) 都道府県における看護教員養成の発展

都道府県における教員養成は、厚生省からの委託事業だけでなく、県の単独事業としても開催されている。委託事業を開始する前年の昭和49年(1974)には、兵庫県が最初に教員養成を行った。翌年には神奈川県、静岡県、愛知県で事業が開始されている。

平成元年(1989)の指定規則改正を受けて、平成2年(1990)には都道府県の教員養成事業に国庫補助がなされることになったため、開催する自治体は12道府県と前年の3県から大きく伸びた。これに加えて単独事業で行った5都県とあわせ、都道府県による教員養成の拡大の記念すべき年となった。ちょうどこの頃は、看護師不足が社会問題となった時期でもあり、養成力の拡大が叫ばれ、看護師養成所の設置数が急速に増加した時期と重なっている。

平成2年(1990)の国庫補助事業の通知では、教員養成は6ヶ月(705時間)以上で実施されることとなっていた。しかし養成期間を1年で実施する機関が増加していることも踏まえ、平成8年(1996)1月に看護師2年課程(通信制)についての規定を看護婦養成所の運営に関する指導要領と手引きに盛り込んだことを契機として、教育期間を8ヶ月900時間以上の学習

内容とすることとなり、今日に至っている。

都道府県の単独事業は、県立看護大学の増加や地方財政の状況などが影響して、平成13年(2001)以降は皆無になっている。また、補助事業で取り組む都道府県の数もここ数年は10数県に減少し、年間の養成数も500人以下という年も見られるようになっている。

5) 文部省における看護教員養成

時代的には若干前後するが、文部省の教員養成に関して述べておきたい。昭和38年(1963)以降、文部省が単独で実施している「看護婦学校看護教員講習会」は、しばらくの間は東京大学医学部付属病院に隣接する研修所で実施されていたが、昭和60年(1985)から千葉大学看護学部付属看護実践研究指導センターにおいて開催されている。これらの両施設で看護教員としての研修を受けた者は、平成13年度までで1,741人に上っている。

しかしながら、文部大臣指定の看護婦学校のほとんどが4年制大学に移行する中で、教員養成講習会の意義・目的も変化を求められることとなった。看護大学の教員に求められる資格要件は、大学設置基準に則したものとされているからである。このため平成12年(2000)から「看護婦学校看護教員講習会」は「看護学教育指導者研修」と名称を変え、さらに平成14年(2002)からは同じ6ヶ月でありながら、大学病院など臨地実習施設の現場で、看護学教育の実践指導担当者を対象とした研修に衣替えして今日に至っている。

5. 大学および大学院での看護教員養成

大学における看護教員養成として、特筆すべきは4国立大学教育学部に設置された特別教科(看護)教員養成課程である。

昭和39年(1964)に発足した高等学校衛生看護科教員の育成を目的として、昭和41年(1966)4月からその養成が開始された。設置

されたのは、熊本大学（昭和41年）、徳島大学（42年）、弘前大学（43年）、千葉大学（44年）の4校である。

当時の高等学校衛生看護科の教員に関する資格は、高等学校「保健」教科の教員免許を有することと、1人以上は併せて看護婦資格を有する者であることが定められていたため、このような人材の育成が必要とされたのである。

この特別教科（看護）教員養成課程は、千葉大学では昭和50年（1975）の看護学部開設に伴って閉鎖されたのを始めとして、各国立大学に設置されていた医療技術短期大学部が4年制化する流れの中で、学生募集を停止し、閉鎖されている。卒業生は高校教員となった者も多いが、臨床現場に出た人も少なくない。また今日、全国の看護大学で教授として活躍している人の中には、卒業生が少なからずいる。こうした事実を見ると、特別教科（看護）教員養成課程の存在意義は大きい。

看護系大学院については、必ずしも看護教員の育成を目的とするものばかりではない。研究者や専門看護師の育成など、その幅は広がっている。しかし、大学設置基準において、教授、准教授はもちろん助教までが修士以上の学位をもつことが求められている現状では、看護大学の教員養成機関としての機能をも備えざるを得ない。

平成20年（2008）現在、全国の修士課程（博士前期課程）数は109校、1学年定員1,865人、博士課程（博士後期課程）は46校、374人になっている。この数は、継続教育として行わ

れてきた看護教員養成講習会の年間最大数が平成4～5年の1,200人余りであったことと比べ、はるかに多い。

保健師助産師看護師法60年を迎えた今、法制定当時に期待されていた理想的な姿が着実に実現しつつあり、看護教育の質的転換が図られつつあることを実感する。

〈参考文献〉

- 1) 金子光：初期の看護行政 看護の灯をたかくかか
けて、p.40-78、日本看護協会出版会、1992.
- 2) 看護教育制度研究会編：わかりやすい看護教育
制度 第二版 資料集、廣川書店、1995.
- 3) 日本看護歴史学会編：日本の看護120年 歴史
をつくるあなたへ、p.67-96、日本看護協会出
版会、2008.
- 4) 平尾真智子：資料にみる日本看護教育史、看護
の科学社、1999.
- 5) 看護行政研究会：看護六法 平成20年版、新日
本法規、2008.
- 6) 厚生省健康政策局看護課監修：看護六法 平成
8年版 新日本法規、1996.
- 7) 厚生省看護研修研究センター10年史、1987.
- 8) 清水嘉与子：戦後看護界出来事誌8. 厚生省看
護研修研究センターの発足、看護、37（3）、
1985.
- 9) 日本看護協会看護研修学校創立10周年記念誌、
1981.
- 10) 日本赤十字社：日本赤十字社幹部看護師養成
100年のあゆみ、2008.
- 11) 東京都看護協会：第13回日本看護サミットとう
きょう'08 記念資料集 保健師助産師看護師
法制定60年、看護、61（1）、95-132.
- 12) 屋宜譜美子：看護教員という存在 日本の看護
教員養成制度の変遷から、看護教育48（11）、
950-956.

看護系国会議員 の活躍

元参議院議員

日本訪問看護振興財団理事長

日本看護連盟会長

清水 嘉与子

女性に参政権が与えられた初めての衆議院議員選挙で藤原道子・田中たつ当選

戦後、連合軍総司令部(GHQ)が日本の非軍事化と民主化のために行った改革のなかでも「女性への参政権の賦与」は、日本の女性の開放に大きな役割を果たした。昭和20年(1945)10月に成立した幣原内閣は11月開会された第89国会に、選挙年齢を20歳以上、被選挙権を25歳以上と従来よりそれぞれ5歳引き下げ、女性にも参政権を与える衆議院議員選挙改正法案を提出、成立させた。この改正により、昭和21年(1946)4月、戦後初めて行われた衆議院選挙では39名の女性議員が誕生した。

この39名の中にいた藤原(当選時は山崎)道子は、明治33年(1900)岡山県玉野市生まれ。15歳から見習い看護婦として働き、検定試験に合格後、派出看護婦として8年間働いたという経歴の持ち主で、社会党(静岡2区)から昭和21年(1946)第22回および昭和22年(1947)第23回の衆議院議員選挙に当選したあと、昭和23年(1948)の選挙では僅差で落選。昭和25年(1950)6月の第2回参議院議員選挙に全国区(社会党)から出馬して当選し、その後昭和31年(1956)第4回、昭和37年(1962)第6回、昭和43年(1968)第8回の参議院議員選挙に連続当選を果たしている。

藤原道子は、保健師助産師看護師法制定時の審議に加わり、准看護師制度導入時には参議院側の「保健婦助産婦看護婦法の改正に関する小委員会」委員長として、また高卒1年准看護師制度の提案された国会では、准看護師養成の段階的廃止、経験のある准看護師の国家試験資格の緩和などを含んだ改正法案の提案者として等々、保健師助産師看護師法を巡る重要な場面で活躍している。いずれも既得権者への配慮など日本の医療の現状に合わ

せた改正に力を尽くした。

鳥取から出馬した田中たつは、明治25年(1892)米子に生まれ。小学校を卒業して看護婦になり、続いて産婆学校も卒業して開業。さらに保健婦の資格も取って昭和18年(1943)には鳥取県保健婦協会の会長も勤めている。第21回衆議院議員選挙では30,134票獲得して最下位ながら鳥取県唯一の女性議員となる。

井上なつゑ看護協会長、第1回参議院議員選挙当選

戦後初の衆議院議員選挙後の国会では大日本帝国憲法改正案の審議が行われ、昭和21年(1946)11月3日、日本国憲法が公布、翌(昭和22)年5月3日に施行された。これに伴い、貴族院に代わって参議院が設置され、同年4月に第1回参議院議員選挙が行われ、10名の女性議員が当選した。この中のひとりに設立間もない日本産婆看護婦保健婦協会の井上なつゑ会長がいた。

明治31年(1898)に兵庫県で生まれた井上なつゑは、幼少時代を兵庫・京都で過ごした後、看護師になる志を立てて大阪赤十字看護学校へ。同校卒業後、大阪赤十字病院で勤務していたときに語学生として津田英学塾で学ぶ機会を得、さらに公衆衛生看護を学ぶためにイギリスに留学する。

昭和8年(1933)パリとブリュッセルで開かれた国際看護婦協会総会には日本帝国看護婦協会長をしていた日赤中央病院萩原タケ看護監督の代理として出席するなど、日本の看護界を代表して活躍する。それまでオブザーバー参加であった日本は、この総会で国際看護婦協会に正式なメンバーとして加盟できるようになった。

イギリス留学から帰国後は、日赤の社会看護師養成や公衆衛生院で保健婦養成に従事し

翌22年に行われた第23回選挙にも挑戦したものの13,596票で当選を果たすことはできなかった。国民協同党に所属していたとあるが、1年間の国会における活動などについては残念ながら記録を見つけることはできなかった。

退任後は鳥取県助産婦会長や、日本看護協会鳥取県支部長などとしても活躍した。

たが終戦。聖路加看護専門学校と日赤中央病院救護看護婦養成所を合併して造ることになった「看護教育のモデル・スクール」の教育のために日赤中央病院に戻り、さらに看護監督を兼務する。そうした井上なつゑは、GHQ公衆衛生福祉部オルト看護課長の指示を受けて、看護制度改革の一環としてバラバラに分かれていた産婆・看護婦・保健婦の職種をひとつの組織集団として団結させるべく、日本産婆看護婦助産婦協会(昭和22年(1947)日本助産婦看護婦保健婦協会、昭和26年(1951)日本看護協会に名称変更)の設立に奔走することになる。

紆余曲折の後、昭和21年(1946)11月の設立総会にこぎつけ、初代の会長に就任する。このときの会員数は1,323人とあり、翌年5月に行われた第1回参議院議員選挙の挑戦に際しては到底組織を頼りの選挙が行われたとは思えないが、結果は上位50名が6年議員、下位50名が3年議員という選挙結果に見事128,728票を確保して48位で当選し、緑風会に所属することになった。

井上議員誕生の翌昭和23年(1948)には、保健師助産師看護師法制定や厚生省に看護課設置など看護界の大飛躍のときを迎える。さらに旧制度看護婦の甲種看護師国家試験免除、

准看護師制度の誕生、鯖江静脈注射事件、看護師の処遇改善、優生保護法改正、東京大学衛生看護学科の開設など、初期の看護制度の課題は次々につづいたが、こうした時に国政に議席において活躍したことは、看護政策の推進に寄与しただけでなく、当時国民が持っていた看護師という職業に対する低い社会的イメージを変えさせるのに大いに役立ったであろうし、看護師自身にも大きな勇気を与え

たのではなかろうか。

ただ井上なつゑは6年後の第3回参議院議員選挙で落選し、以後昭和31年（1956）第4回、昭和34年（1959）第5回、昭和37年（1962）第6回の参議院議員選挙に続けて出馬するも果たせなかったのだが、特に第5回、第6回は林塩とともに争うことになり、看護職組織の足並みが乱れる原因となったことは残念なことであった。

助産師代表の横山フク参議院議員誕生

昭和25年（1950）6月の第2回参議院議員選挙では助産師からも代表をとという助産師たちの声に押されて板橋区議会議員をしていた横山フク助産師部会長が無所属で立候補したが、134,802票で落選した。昭和28年（1953）6月の第3回参議院議員選挙では、再選を目指す井上なつゑ協会長と二度目の挑戦を自由党公認で臨む横山フク部会長が共に出馬した結果、307,389票獲得した横山フクが当選、井上なつゑは125,414票で落選の憂き目に会う。

この年の日本看護協会総会で日赤本社の看護課長をしていた林塩が井上なつゑにかわって協会長に就任するが、昭和30年（1955）には、かねてからICN（国際看護婦協会）加盟問題

に絡んで独立分派の動きをしていた横山フク部会長以下3万人余の助産師たちが日本看護協会を脱会し、新たに日本助産婦会を結成するという事件に遭遇する。

横山フクはその後昭和34年（1959）第5回、昭和40年（1965）第7回の参議院議員選挙に連続再選を果たしたが、日本助産婦会会長として臨まれたものであった。

横山フク議員は、助産師の受胎調節用の器具・薬品販売の実現、母子保健法の制定に努力し、科学技術政務次官などの要職にもついで、活躍をしたが昭和46年（1971）第9回参議院議員選挙への再チャレンジで落選し、政界を引退した。

日本看護連盟結成と林塩会長の参議院議員選挙当選

昭和34年（1959）第5回参議院議員選挙には、日本看護協会としては当時看護協会長であった林塩を推薦することに決めていたものの、選挙直前に自民党へ入党した井上なつゑも立候補したため、林塩は256,031票獲得したものの共倒れになってしまう。なお井上なつゑの得票は132,158票であった。

二人の候補者が共倒れになるという現実の前に、日本看護協会は看護師の政治参加を実現させるための検討をはじめ、昭和34年（1959）には日本看護連盟を創設することになった。その連盟規約では、日本看護連盟会長は原則として日本看護協会長が兼務するとなっていたが、東京大学助教授である湯楨ます日本看

護協会長は公務員であるため政治団体の責任者にはなれないことから、林塩が看護連盟会長に就任する。

一方、厚生省の看護行政を司るべき看護課は、昭和31年（1956）の行政改革で医事課に併合されてしまい、金子光看護課長は看護参事官になっていた。日本医師会の看護制度改悪の動きもあり、看護師の労働条件や処遇の改善、看護課の復活等のためにも政治力が必要と、日本看護協会執行部は林日本看護連盟会長を日本看護協会会長に選任し、併せて次期参議院議員候補に決定した。こうして昭和37年（1962）第6回参議院議員選挙では再挑戦をした林塩が578,795票を獲得して当選、看護課の復活に大きな力を発揮した。なおこのときの選挙には井上なつゑも立候補したが、90,695票で落選したことは前述した。

林塩は明治37年（1904）兵庫県生まれ。大阪赤十字看護学校卒業後、大阪赤十字病院に勤務、国際赤十字活動を担うため津田英学塾

に派遣され、優秀な成績で卒業。大阪赤十字病院に復帰してからは日中戦争の勃発で病院船勤務も経験している。

戦後の一時期看護界から離れていたが、アメリカ赤十字から派遣されたコンサルタントの通訳として日本赤十字本社に復帰、本社事業部の養成課長に就任、赤十字看護教育の発展に寄与した。養成課長改め看護課長になって間もなくアメリカに1年留学の機会を得、看護の実務ならびに看護教育の理論や實際を学び、人々から尊敬されているアメリカのナースの姿に強い印象を持って帰国する。

林塩は、准看護師制度を誕生させることになる保健師助産師看護師法改正案が国会で審議されたころ、厚生省の保健師助産師看護師審議会委員長として厚生省側の改正案をまとめ、国会の厚生委員会では准看護師制度の導入に反対の論戦を張っている記録が残っているが、アメリカで見たナース像が脳裏に焼きついていたのではなかろうか。

石本茂看護婦部会長、3年議員に

昭和40年（1965）第7回参議院議員選挙では林塩会長に代わって再登板した湯楨ます日本看護協会長の強い意向を受けて、国立がんセンター総婦長をしていた石本茂看護師部会長が日本看護協会推薦候補となった。選挙の結果439,909票を獲得して当選したものの、3年議員となってしまった。石本茂は無所属第二院クラブに所属して議員活動をスタートした。

石本茂は大正2年（1913）石川県生まれ。ナイチンゲールにあこがれて日赤富山支部赤十字病院救護看護婦養成所で学ぶ。養護教諭を経てさらに日本赤十字社看護婦養成所で学び、日赤福井支部で社会看護婦として保健衛

生活動に従事しているときに召集となり、病院船や臨時東京第一陸軍病院で勤務、さらに志願して中国の陸軍病院での勤務中終戦を迎える。中国大陸から引き上げてきた石本茂は、昭和22年（1947）地元の国立山中病院に総婦長として招かれ、このとき看護師の処遇改善を目指して全日本国立医療労働組合の組織部長になるという経験もする。

その後厚生省医務局国立病院課に異動となり、看護係長として国立関係の看護行政を担当する。さらに労働組合活動の激しかった国立国府台病院へ総婦長として乗り込み、看護管理の立て直しを図る。また厚生省関東信越地方医務局看護専門官として辣腕を振るい、

その能力を認められて、日本初のがん専門病院として注目を浴びていた国立がんセンター総婦長に招かれる。

石本茂はがんセンターで看護師の役割の明確化に努め、看護師の地位の向上に大きなリーダーシップを発揮した。総婦長就任まもなく、日本看護協会の第1副会長、看護師部会長など職能団体の重要な役割も務めた。

こうした背景で参議院議員に挑戦し、当選したものの3年議員であったから、昭和43年（1968）第8回参議院議員選挙では林塩議員と石本茂議員の2人が同時に改選期を迎えるこ

とになった。日本看護協会としては役員で協議を繰り返した結果、石本茂を次期候補と決めて選挙に臨んだが、昭和42年（1967）7月自民党に入党していた林塩も自民党の公認を受けて立候補、石本茂448,409票、林塩は293,930票獲得するも共に落選の憂き目を見た。

この時期は看護師不足が大きな社会問題となっており、昭和45年（1970）の通常国会には厚生省から高卒1年の准看護師制度を導入するための保健師助産師看護師法の改正案が出されていたが、審議をする厚生委員会に看護界からの代表は不在であった。

石本茂、再選、爾来3期18年の活躍

石本茂の第二院クラブに所属しての3年間の参議院議員生活を振り返り、日本看護協会執行部は看護政策実現のために与党入りをすすめ、石本茂は昭和45年（1970）8月自民党に入党する。翌昭和46年（1971）に施行された第9回参議院議員選挙では547,283票を獲得して、堂々たる当選を果たす。

高卒1年准看護師の導入を果たせなかった厚生省は、看護師を中心とした本格的な看護職員確保対策に着手する。石本茂は党内に看護技術者対策議員連盟を立ち上げ、看護職員確保対策の実現に大きな成果を挙げた。特に国家公務員看護師の給与表である医療職3表

や夜間看護手当ての大幅アップ、特定職種の女子育児休業法（看護師・保母・女子教員）の制定など、看護政策の充実に力を発揮する。

石本茂は昭和52年（1977）第11回参議院議員選挙では651,553票獲得して当選、さらに初めての比例代表選挙になった昭和58年（1983）第13回の参議院議員選挙では、自民党13位にランクされて当選。社会労働委員長も勤め、内閣では2回の厚生政務次官、さらに昭和59年（1984）には環境庁長官に就任した。当時は女性閣僚が珍しい時期であり、石本茂は22年ぶりの女性大臣として衆目を集めた。平成元年（1989）任期満了とともに政界を引退した。

金子光衆議院議員の誕生

金子光は大正3年（1914）、東京生まれ。聖路加女子専門学校・同研究科で学び、昭和15年（1940）にはカナダ・トロント大学看護学部専攻科を卒業、若くして看護界のリーダーとなるべく研鑽を積んでいる。愛恵学園、東

京都立中央保健所を経て昭和16年（1941）、保健師規則制定とともに厚生省厚生技官となり、戦後GHQ看護課のスタッフと協力して保健師助産師看護師法の制定をはじめ日本の看護改革に十分その力を発揮した。

厚生省の看護課は昭和23年（1948）7月保良せき課長を迎えてスタートするが、金子光は同7月新課長の就任を前にアメリカ、エール大学大学院へ留学する。昭和24年（1949）7月帰国し、翌昭和25年（1950）6月には保良せきの後を受けて厚生省看護課長に就任したが、直後に准看護師を誕生させた保健師助産師看護師法の改正に出会うことになる。

新法が従来に比べてあまりにも高いレベルの看護教育を求めたことで、看護師確保が困難になるのではないかとの医師等使用者側の心配や、甲種看護師になるための国家試験を拒否する旧制度看護師の要請を受けて行われたこの改正は議員立法によるものであり、意見を異にした厚生省案との狭間で苦勞した様子が国会議事録で推測できる。厚生省看護課が行政改革で縮小され看護参事官になり、のち東京大学保健学科助教授として活躍中に、請われて社会党から衆議院議員に立候補する。

当時、金子助教授の下で助手として働いていた筆者は、金子助教授の立候補のニュースを新聞で知りびっくりする。医学部紛争は収まっていたとはいえ、東京大学の衛生看護学

科は保健学科に改組されてから看護学を選択する学生は少なくなっており、保健学科の中での看護学教室の存在を如何に守るかという大きな問題を抱えていたころであった。

学閥かつ男性社会の固まりであった東京大学の教授会メンバーとして孤軍奮闘していた金子光にとっては、政治の世界への挑戦はそれほど抵抗なく受け入れられたのではなかろうか。一度は落選も経験するが、昭和47年（1972）12月の総選挙で東京4区より当選。その後17年余にわたり連続5回の当選を重ね、医療福祉問題はもとより、社会党土井たか子委員長を補佐する副委員長として大活躍をした。この間、物価問題等特別委員会委員長にも就任している。平成2年（1990）に社会福祉法人かがやき会理事長をしていた外口玉子に引き継いで引退した。

昭和55年（1980）第12回参議院議員選挙には、日本看護連盟の書記長として活躍していた寺沼幸子が立候補したが、527,066票も獲得したにもかかわらず届かなかった。

石本茂議員の後継者として清水嘉与子、出馬

昭和61年（1986）第14回参議院議員選挙では厚生省で看護課長をしていた筆者、清水嘉与子が、大森文子日本看護協会会長から強い要請を受けて挑戦する。

筆者は昭和10年（1935）東京生まれ。東京大学衛生看護学科卒業後、関東通信病院で10年間、保健婦・看護婦長として勤務し、金子光助教授に招かれて東京大学保健学科の助手に。間もなく医学部から始まった東大紛争に巻き込まれる。やっと紛争が収まってこれからというときに厚生省永野貞課長からスカウ

トされ、厚生省看護課保健婦係長に就任。以後15年間課長補佐・課長を歴任する。

厚生省在職中はおっぱら大きな社会問題となっていた看護職員不足問題に看護師を中心にした確保対策の充実を手がけ、石本茂議員に助けられる。こうしたことがきっかけで石本茂議員の後継者として政界入りを目指すも、比例代表選挙で自民党順位23位となって次点で落選する。中曽根内閣は国鉄の民営化など果敢に改革を断行し、国民の高い支持を受けていたため、22人という高い当選者を出した

のであった。

雌伏3年、平成元年（1989）、第15回参議院議員選挙が清水嘉与子の再挑戦となるが、竹下内閣での消費税3%導入、リクルート事件、宇野総理の女性問題等々自民党にとっては逆風の中での選挙となった。橋本龍太郎幹事長の自民党のイメージ一新、無名の新人を比例順位1位にとの方針によって、筆者が自民党の比例代表1位にランクされ当選する。

当選直後、党政務調査会社会部会の中に看護問題小委員会を設置、委員長に就任し、石本議員から引継いだ看護技術者対策議員連盟の活動を活発化させ、「看護の日」創設や「看護職員人材確保法」の制定などについて提言

をし、政策の実施につなげる。男性保健士の誕生や男女によって名称の違っていた「婦・士」を「師」に統一するなどの保健師助産師看護師法の改正を議員立法で行った。また国民生活に関する調査会の理事として、高齢社会対策基本法の制定を議員立法で行った。

参議院では、文教委員長、北朝鮮による拉致問題等に関する特別委員長、少子高齢社会に関する調査会長を、内閣にあっては労働政務次官、環境庁長官などを務めた。この間平成7年（1995）第17回比例代表自民党第7位、平成13年（2001）、第19回比例代表、獲得票174,517票（12位）と続けて当選を果たし、平成19年（2007）7月任期満了をもって引退した。

外口玉子衆議院議員の活躍

金子光衆議院議員が後継者として推薦したのが外口玉子であった。外口玉子は昭和35年（1960）東京大学衛生看護学科を卒業後、保健所保健師、病院看護師長の経験を経て、金子光東京大学保健学科助教授の下で助手を務めた。東京大学保健学科における筆者の前任者でもある。

その後ボストン大学で理学修士号を取得。帰国後東京都精神医学総合研究所主任研究員、地域精神保健活動におけるスーパーヴィジョン・コンサルテーションを展開。精神保健法成立を契機に「社会福祉法人 かがやき会」を設立し理事長に就任。平成2年（1990）、金

子光引退の後を受けて東京4区から第39回衆議院議員選挙に立候補し69,131票を獲得して見事当選。厚生委員会・労働委員会等に所属し、老人福祉法・老人保健法・医療法・精神保健法改正等の審議に加わる。

社会党という野党の立場で、また看護の実践・教育を担ってきたという自負の下に、厚生委員会で舌鋒鋭く政府を追及する元気な姿が筆者の脳裏に焼きついている。3年余活躍した後、残念ながら再選することはできなかったが、精神障害者の地域生活支援のための活動に引き続き携わっている。

南野知恵子参議院議員誕生、日本看護連盟推薦の参議院議員2人に

平成4年（1992）第16回参議院議員選挙に日本看護連盟の推薦を受けて出馬したのは南野知恵子であった。南野知恵子は昭和10年

（1935）満州チチハル生まれ。国立鹿児島大学附属看護学校・国立大阪大学医学部附属助産婦学校を卒業して助産師・看護師の資格を取

得。後にイギリスに留学してイギリスの助産師・看護師国家免許も取得している。公立病院や助産院での実務経験の後、国立大阪大学・東海大学・国立山口大学・日本赤十字社看護大学で教鞭をとる傍ら、日本看護協会助産師部会長・助産師職能委員長など助産師のリーダーとして活躍。平成2年（1990）には神戸で開かれたICM（国際助産婦協会）大会の成功に大きな力を尽くした。

日本赤十字社看護大学教授のときに、当時の有田日本看護協会会長から参議院議員選挙への出馬要請を受け、平成4年（1992）第16回参議院議員選挙に初挑戦で比例代表自民党16位で当選。以後平成10年（1998）第18回参議院議員選挙で比例代表自民党第7位、平成16年（2004）第20回参議院議員選挙では比例代表、獲得票数152,685、第14位で連続当選を果たす。

能勢和子衆議院議員の誕生

平成8年（1996）10月に行われた第41回の衆議院議員選挙で、能勢和子議員が誕生したことは看護関係者にとっては思いがけぬ出来事で、大きなよろこびとなった。衆議院議員の選挙方法が中選挙区制から小選挙区・比例代表制に代わった時期でもあった。自民党の亀井静香広報組織本部長から中国ブロック比例代表候補を看護連盟から誰か出せないかと打診があったのは、既に衆議院が解散し総選挙の日程も決まっていたときであった。

能勢和子は昭和14年（1939）高知県生まれ。高知日赤看護専門学校で学び、そのまま高知日赤で看護婦生活へ。結婚を機に広島県呉市へ移り、医師会看護専門学校教員、広島県看護協会常務理事、医療法人看護部長等として活躍しているところに白羽の矢を立てられ、総選挙に臨むことになる。中国ブロック比例

参議院では文部・科学委員会委員長を勤め、内閣にあっては労働政務次官、厚生労働副大臣、法務大臣（青少年育成および少子化対策特命担当大臣兼務）など要職を歴任した。特に参議院の共生社会に関する調査会の理事としてまとめた配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律、さらに地道な勉強会を通じて性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律を議員立法で成立させるなど、幅広い範囲で活躍している。

また平成21年（2009）7月には、保健師・助産師・看護師国家試験受験資格要件の変更及び卒後研修に関する条文の追加等を内容とする保健師助産師看護師法並びに看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正を発議者として成功させた。

区より自民党の第1位にランクされて見事当選。当選直後に「臓器移植に関する法律案」議員立法の提案者の一人に加わって活躍するなど、自民党の中では数少ない女性衆議院議員として存在感を示した。

平成12年（2000）6月の第42回衆議院議員選挙では中国ブロック比例区第5位にランクされて苦杯を飲んだが、平成15年（2003）11月に行われた第43回衆議院議員選挙では中国ブロックの比例第4位でカムバックを果たした。保健医療・福祉分野での活躍はもちろん、平成16年（2004）には環境大臣政務官としても大いに力を振ったが、小泉内閣で提案された郵政民営化関連6法案に反対し、環境大臣政務官を退任、あわせて次期衆議院議員選挙に不出馬を表明し、国政の場から去った。その後は医療法人立病院顧問等で活躍中。

能勢和子の後を受けて阿部俊子、挑戦

平成17年（2005）11月の第44回衆議院議員選挙は、郵政選挙とも称されたように郵政民営化の是非を問う選挙となり、反対票を投じて自民党を離れた議員に刺客が送られるという凄まじい選挙になった。

この機会に看護系議員の継続をと願った看護連盟や南野知恵子参議院議員や筆者の働きかけで、次期参議院議員候補として準備中だった阿部俊子が急遽自民党の衆議院議員候補者として浮上し、岡山3区で挑戦することになった。岡山県看護連盟を中心に強力な選挙活動が展開され、59,303票と善戦したが、小選挙区では及ばず、比例区で復活当選を果たした。

阿部俊子は昭和34年（1959）宮城県生まれ、栄養士の資格を取ってから看護師の道へ。三

井記念病院高等看護学院で学び、アメリカで看護師資格を取りイリノイ州立大学で博士課程修了。東京医科歯科大学で助教授をしているときに国政の場に挑戦することを決意し、日本看護協会副会長として活躍中に衆議院議員になる機会に恵まれる。

当選以降保健医療・教育はいうに及ばず、選挙区に居住地を移し、農林・水産など地域住民の生活密着型の政治活動を展開している。

また平成21年（2009）7月には、南野参議院議員と協力して保健師助産師看護師法並びに看護師等の人材確保の促進に関する法律を議員立法で改正させた。同年8月には麻生内閣解散に伴う第45回衆議院議員選挙で2度目の挑戦。小選挙区では52,626票を獲得したが当選に至らず、比例1位にランクされての当選。

山口わか子衆議院議員

平成12年（2000）6月に行われた第42回衆議院議員選挙で社会民主党市民連合から立候補した山口わか子が当選した。

山口わか子は昭和9年（1934）和歌山生まれ、母を早く亡くしたため長野県で祖母に育てられた。信州大学付属高等看護学院、長野県保健婦専門学校で学び看護師・保健師の資格を得る。保健師としてのスタートを長野県豊科町で切り、豊科町学校教育課長、住民課長、

総務課長、収入役と、地方行政の主要な役職をこなした。収入役を退任したところで引退する衆議院議員の後にと請われて北信越ブロック比例代表として立候補して見事当選を果たした。

当選後は農林水委員会と決算行政監視委員会に所属して活躍したが、平成15年（2003）10月で任期終了、残念ながら2期目の挑戦は成功しなかった。現在は行政書士として活躍中。

大沢辰美参議院議員

平成10年（1998）7月の第18回参議院議員選挙で兵庫県（共産党）より当選した大沢辰美は、昭和15年（1940）兵庫県生まれ。岡山

県川崎高等看護学院で学んで看護師資格を得た後、国立兵庫療養所に勤務した。昭和35年（1960）には日本共産党に入党、全日本医療労

働組合兵庫療養所支部副支部長、書記長などを経て兵庫県三田市議会議員を連続5期勤めた後の国政参加で、6年間の任期中は災害対策特別委員会等に所属したが、阪神・淡路大震

災を経験した議員は被災者生活再建支援法の改正に力を注いだ。2期目の参議院議員選挙では議席を守ることはできなかった。

参議院議員一人に、そして山崎麻耶衆議院議員の誕生

清水嘉与子の後を受けて平成19年（2007）第21回参議院議員候補者として日本看護連盟に選ばれたのは、福岡県立大学看護学部で教授として勤務していた松原まなみであった。

松原まなみは昭和33年（1958）鳥根県生まれ。鳥取県立看護短大で学び、千葉大学で看護学修士、アラバマ大学看護学部の客員研究生、朝日大学歯学部で歯学博士。助産師として病院勤務、開業も経験。いくつかの大学で看護学の教鞭をとるといった経歴の持ち主である。全国の看護職員からの熱い支援にもかかわらず、自民党に逆風の選挙で167,594票を獲得しながら当選できなかった。

平成に入ってから続いていた2人参議院議員を送り続けてきた運動が途切れてしまったのは残念なことだった。

平成19年（2007）第21回参議院議員選挙に民主党から比例代表で出馬した日本看護協会の元常任理事山崎麻耶は、27,500票で落選。平成21年（2009）に行われた衆議院議員選挙では民主党の北海道比例ブロックから出馬して当選を果たした。

山崎麻耶は昭和22年（1947）東京生まれ。この総選挙は政権交代を掲げた民主党が143人の新人を含め308議席、自民党が119議席という与野党大逆転の結果となった。

（敬称略）

（注：学校名、団体名などの固有名詞は「婦」のままとした。）

〈参考文献〉

- 1) 山崎道子：婦人代議士の手記、中央社、1947
- 2) 藤原道子：ひとすじの道に生きる、集団形星、1972
- 3) 井上なつこ：わが前に道はひらくー井上なつこ自叙伝ー、日本看護協会出版会、1973
- 4) 林塩：この道幾山河ーわが白衣の半生ー、日本看護協会出版会、1974
- 5) 横山フク：生涯をかけて、社隆印刷株式会社、1977
- 6) 石本茂：紅そめし、北国新聞社、1982
- 7) 石本茂：紅そめし草の色ー石本茂日記ー、北国新聞社、1989
- 8) 金子光：初期の看護行政、日本看護協会出版会、1992
- 9) 金子光：看護の灯高くかかえてー金子光回顧録ー、医学書院、1994
- 10) 南野知恵子：泣こよつかひッ飛べー看護の道から政治の道へー、自民党参議院比例区第68支部、1998
- 11) 南野知恵子：泣こよつかひッ飛べ（弐）ー夏の陣そして玉手箱ー、自民党参議院比例区第68支部、2006
- 12) 能勢和子：看護の現場から政治の世界へー看護の心を政治の心にー、能勢和子後援会事務所、2006
- 13) 大森文子：ー大森文子が見聞きしたー看護の歴史、日本看護協会出版会、2003
- 14) 峰岸まや子：看護系国会議員の国会活動とそれに対する看護職者の関心（平成16年度長野県看護大学大学院看護学研究科 修士論文）
- 15) 日本看護連盟：45年の歩み；日本看護連盟
- 16) 清水嘉与子：2000年に看護を語るー国会議員ー（P123～P129）、日本看護協会出版会、2000
- 17) 国会会議録：<http://www.kokkai.ndl.go.jp>
- 18) 岩尾光代：新しき明日の来るを信ずーはじめての女性代議士たちー、日本放送協会、1999自治省選挙部；衆議院選挙の実績

看護課「誕生」 「廃止」そして 「復活」の流れ と草創期の衛生 行政を巡る話題

元厚生省保険局医療課・医務局看護課
保健婦係長

元愛知県立看護大学学長・名誉教授
神奈川県立保健福祉大学大学院特任教授
草刈 淳子

◆ 衛生行政組織の中に初めて 「看護課」が誕生

第二次世界大戦に敗れた直後の昭和20年(1945)9月22日、連合国軍最高司令官総司令部 (General Head Quarters, Supreme Commander for the Allied Powers, 以下GHQ)は、連合国軍兵士の健康維持のため、「公衆衛生対策ニ関スル件」とする覚え書きを日本政府に対して発し、日本政府が公衆衛生の実態に対応した速やかな改善を図ることを指示した。同年10月2日、GHQ総司令官であるマッカーサー元帥は東京の現第一生命ビル内にGHQ/SCAPを設立した。

占領政策のもとで、わが国の保健、医療、福祉および社会保障は、GHQ/PH&W(公衆衛生福祉部)の指揮下に置かれた。翌昭和21年(1946)5月11日GHQ発の「日本政府ノ健康及厚生行政機構改正ニ関スル覚書」により、衛生局、医療局、予防局、社会局の4局の設置と、地方庁には衛生部と厚生部の2部を置くことが指示された。

これに対して日本政府は同年11月5日の官制の改正により、公衆保健局(調査課、保健課、栄養課)、医務局(医務課、薬務課、製薬課、病院課、療養課)、予防局(予防課、防疫課、検疫課)の3局を設置した。GHQは、「技術科学を根幹とする衛生行政を行わなければならない」として、この3局長は技官(医師)を充てることとしたという¹⁾。(この方針にそってこの3局は従来、医系技官が充てられてきたが、平成21年(2009)7月の人事異動で初めて、その医政局長のポストに事務官(法律キャリア)を充て、入れ替えに事務官ポストであった保険局長に医系技官を就任させるという人事がなされた。医療政策が、技術科学よりも、社会政策への対応がより重要視されてきた一面ともいえよう。)

GHQ／PH&W（公衆衛生福祉部）の軍医であるサムス部長は、韓国で宣教活動歴を持つオルトを傘下の看護課長に任命した。オルト女史は、アメリカの名門校の一つであるジョンズホプキンス大学出身で看護婦と公衆衛生看護婦の資格を持っていた。サムスはアメリカのA級ライセンス相当の看護婦が、日本には「バケツの水の中の1滴」ほどしかない現状を憂い、看護教育の高度化を図り、看護職の自立を促すよう指示した。

看護関係予算が上記3局各課から別々に出てくるため、オルト看護課長は看護行政の窓口を1つにするよう、強く要望した。折しも、昭和23年（1948）7月には薬事法の全面改正に伴い、薬務局の新設が必要となったため、これまでの予防局と公衆保健局の所管事項も実状にあわせて調整された結果、公衆保健局は「公衆衛生局」に改められた。

前年4月に医療制度の改革が行われて、それまで警察の所管であった環境衛生行政が警察の手から離れて、その体系が大きく変更したこと、さらに「食品衛生法」や公衆浴場法など新規立法が相次いだため、衛生行政機構

の再編成が行われた時期でもあった。厚生省医務局内に看護課が新設されたのは、このような省内の機構改革の再編成の中で実施されたのであった。

東龍太郎医務局長（のちの東京都知事）以下が検討した結果、急遽、各局各課から看護系職員が予算化された行政事務と共に寄せ集められた。看護課設置の当初の定員は、大森文子によれば、病院課が持っていた、戦争末期の軍事保護院の幹部看護婦養成所の15名の転用だったとされる。²⁾

当初、16名の定員で、公衆保健局保健課から金子光と小林富美栄、医務局からは病院課の大森文子と療養課の小井土可弥子が兼務で、児童局母子衛生課（昭和22年新設）から伊藤（旧姓鈴木）隆子、長崎県から国保保健婦の箕田アサノ等で構成された（表1）。

厚生省医務局内に「看護課」が設置されたのは、昭和23年（1948）7月15日であった。当初は事務手続きのため、高田浩運医務課長（事務官）が看護課長を兼務した（筆者が昭和35年に保険局医療課に入省した当時、高田は保険局健康保険課長であった）。

◆ 初代課長：保良せき、大阪より単身赴任

看護職の初代課長に誰を置くか、オルト看護課長は内外を探したが適任者が見つからず、やむなく米国コロンビア大学ティーチャーズカレッジのイザベル・スチュアート学部長に問い合わせた。推薦されたのは「保良せき」であった。新しい保健師助産師看護師法が制定されたのは、昭和23年（1948）7月30日で、同法を所管する課としての初代看護課長に保良せきが就任したのは、翌日の7月31日であった。

保良は、日本の近代看護教育発祥の東京慈

恵会看護教育所卒で、その3年後に米国へ留学し、コロラド州で初の日本人として米国登録看護婦RNの資格を取得した。

その後、コロンビア大学ティーチャーズカレッジのイザベル・スチュアートの下で、大学院で公衆衛生看護学を修了し、ニューヨーク市のヘンリー・ストリートで貧しい人々の訪問看護を実践したのち、在米8年にして帰国し、乳児死亡率の最も高い大阪で、大阪朝日新聞社会事業団公衆衛生看護婦協会の主任として活動した後、幼稚園を経営していた。

厚生省医務局看護課長就任にあたっては、同志社女子専門学校の教授職を辞し、一時、昭和23年（1948）4月1日に新設されたばかりの大阪府衛生部医務課看護係の初代係長となり、その後、同年7月31日付で、看護職初の看護課長に着任した。これは民間から直接厚生省看護課長に登用することを配慮しての措置であったと推察される。夫も子供も大阪に残しての単身赴任であった²⁾。

*

アメリカ社会と民間の実践活動に基づいた

感覚を強く持った保良にとっては、日本の官僚制度の中での生活はいかにも住みにくかったに違いない。当時のことは殆んど語られていないため、資料が入手できなかったが、平成19年（2007）によやく課長就任後に書かれた「半年を見つめて」（看護学雑誌、4（1）、1949）と題する小論を見出し、看護職の初代看護課長としての所感を初めて知ることとなった。

そこには、日本の看護は「世界の看護に百年以上も遅れている現状の打破と正しい基礎

表1 看護課発足当初の看護課の陣容（昭和23年7月から昭和25年末）

（ ）内は着任日

	昭和23年	昭和24年	昭和25年
看護課長	高田浩運（7.15） 医事課長兼務 保良せき（7.31）	保良せき	保良せき 金子光（6.22）
課長補佐	(技官) 金子光	金子光	
	(法令担当) 松下廉蔵（7.31） 医務課本務で看護課兼務	松下廉蔵	松下廉蔵 鈴木猛 医務課から
	(事務官)	根本善徳 医務局書記から	根本善徳 祐島永三（7.1）
総務係	係長 祐島永三（8.1） 国立療養所課から異動	祐島永三	黒沼清（7.1） 医務局書記室人事係長から
	係員	中村栄一（11.11）	中村栄一 中村善男（8.31）
保健婦	係長 箕田アサノ（8.31）	箕田アサノ	箕田アサノ
	係員 小林富美栄（8.8） 小松志づ（7.30） 保険局医療課本務で看護課兼務	小林富美栄 小松志づ	小林富美栄 小松志づ
助産婦	係長 伊藤（旧姓鈴木）隆子（7.31）	伊藤隆子	伊藤隆子
	係員 岩淵和江（7.31） 岩淵・若林は助産婦係に配置され、一部看護婦係の業務も担当 若林雪子（7.31） 岩淵・若林の結婚退職後、24年栗原トシ、25年松井 瞳の採用	栗原トシ（1.19）	栗原トシ 松井 瞳（7.31）
看護婦	係長 須古 都（10.11）	須古 都	須古 都
	係員 大森文子（7.30） 国立病院課が本務で看護課兼務 小井土可弥子（7.30） 国立療養所課が本務で看護課兼務 木田トヨ（7.30） 国立病院課が本務で看護課兼務。大森技官の下で業務遂行	大森文子 小井土可弥子 木田トヨ	大森文子 小井土可弥子
	雇員 倉田継雄（7.31） 医務局書記室から異動	倉田継雄 山田恵威子（9.30）	倉田継雄 山田恵威子 羽物正造（10.31） 岩崎昭二（9.30）

*資料提供：倉田継雄

注：昭和31年（1956）の「看護課」廃止に伴い、「兼務」であったものは、兼務が解かれた。

しかし大森文子は、それ以前の昭和27年（1952）3月に退職し、同年4月より母校慶應義塾大学附属厚生女子学院の初代教務主任として就任している。

：「国立病院課」「国立療養所課」は、昭和23年7月15日付「病院課」「療養課」から改称

保良自身は、早くより国際看護婦協会（ICN）に入るには、日本も看護の専門誌を持つ必要があるとして自身で雑誌「看護婦」を発刊していた。昭和21年（1946）11月下旬に日本産婆看護婦保健婦協会が設立された後、これをもとに日本看護協会機関誌としての「看護」が創刊されたのは、昭和23年（1948）であった。従って、機関誌「看護」は、保助看法と同様、平成20年（2008）秋に60周年記念を迎えている。

※

保良の在職は、「大阪の家や家族のことも事業のことも一切忘れて最後の仕事をしっかりとるように」との夫の応援があったとはいえ、もともと民間出身で、行政組織内での実務経験の少ない人であり、日本の封建色の強い古い官庁の体質の中で、さらに寄せ集めの人事による初めての看護課の運営は、課員

ともども課内・局内・省内での合意を得て円滑な業務を遂行することは困難を極めたことであったと思われる。

事実、同局病院課から兼務で来た大森文子や保健婦係の小林富美栄などは、かなり激しいやり取りがあった事が残されている。強力な応援者であったオルト看護課長の本国への一時帰国や、昭和25年（1950）に初めて省内で実施された行政法規などを含む課長試験の結果などもあり、単身赴任からの解放を1日も早くと望んだことは想像に難くない。保良の在職は昭和25年（1950）6月までの1年11ヶ月と短かった。後に大森、小林がそれぞれ日本看護協会会長に就任したことを考えれば、意見の違いはともかくそれぞれの熱い思いがあったからこそと推察される。

工事の建設のため捨て石になるべく使命感を感じての事以外に何物も私は考えていない」と書かれており、強い決意のもとでの単身赴任であったことがわかる。

保良は、恩師スチュアートに宛て「私は多くの日本の看護職の中から看護課長に選ばれました。日本の長い衛生行政史の中で、女性が必要職に就いたのはこれが初めてです。…」と手紙を書き、GHQの支援が大きいことを伝えている。³⁾

敗戦直前の日本の看護教育が、小学校の上の高等小学校（2年）卒業後2年で16歳から都道府県の試験を受験でき、1年間の見習い看護ののちに看護婦となれる当時の日本の状況下で、高度の学歴と共に実践力を持ち、かつ、英語も堪能で家庭人でもある保良のような人材が、あの時代によくも得られたものと思うと同時に、戦後の日本の看護職にとって大変幸せなことであったといえる。“そのポジションに人を得る”ことの大切さを改めて思わせる。

GHQの支援もあって、看護婦等の資質向上、再教育、専門職能団体の設立（昭和21年（1946）

11月24日）、看護職の為の専門雑誌「看護学雑誌」の発刊（昭和21年（1946）10月）等々、精力的に体制整備がなされた。保良の思いが通じたのであろう。昭和25年（1950）には、第1回の甲種看護婦の国家試験が行われた。しかし、2回で終わり、翌26年（1951）には、准看護婦制度が発足した。

表1は昭和23年（1948）の看護課発足時から昭和25年（1950）当時の看護課の陣容であるが、昭和25年（1950）6月に保良は退職した。これより10年後の昭和35年（1960）に筆者が厚生省に入省した当時は、看護課はすでになく、医事課に統合されていた（表2）。厚

表2 昭和35年当時の厚生省内の看護系技官

医務局	医事課	看護参事官	金子光(9/30)／永野貞
	〃	課長補佐	箕田アサノ
	〃	保健婦係長	小林富美栄
	〃	助産婦係長	伊藤(旧姓鈴木)隆子
	〃	看護婦係長	石井喜久子(S'36 3/15) ／広沢克江
国立病院課	主査		鍋島明子
	〃		小井土可弥子
国立療養所課			
保険局	医療課	主査	大坂多恵子
		厚生技官	草刈(旧姓岩佐)淳子

生省内に看護系技官は9名しかいなかったため、三代目永野貞看護参事官を囲んで、月に

一度程度会食し、看護に関する最新の情報を交換し合った。

◆ 二代目課長：金子光、就任

二代目の金子光看護課長が誕生したのは、昭和25年（1950）6月22日であった。金子は戦前の昭和16年（1941）に女性としては初めて保健婦の判任官として厚生省人口局総務課に入省した。後に斉藤潔先生のご努力があったと聞かされたという。それにしても当時女性は通常「雇い」扱いであり、技術者は今日の「技官」になる前は「技師」で、女性は技手であった。厚生省技手（ぎて）として採用された金子には当初からの恩給がついたという。聖路加出身で戦前にロックフェラー財団の援助でカナダ・トロント大学への留学経験

があり、ジョーンズホプキンス大学での1ヶ月の夏期講座に参加したこともあり、英語が堪能であった。

昭和20年（1945）当時は公衆保健局保健課保健婦であった関係で、早くよりオルト看護課長に同伴して日本各地を視察し、国民の健康と看護の実態把握にあたっていた。オルトにとって母校ジョーンズホプキンス大学を知る金子との出会いは、保良と共に異国での互いに理解できる友人として親しみを感じられたようだ⁴⁾。

◆ 厚生省「看護課」廃止、医事課に統合される

昭和31年（1956）、行政機構の簡素化のあおりで歯科衛生課とともに削減対象となった看護課は、「医務局医事課」に統合され、看護課長は「看護参事官」となった。

自身の在任中に、せっかく誕生した看護課がなくなり、看護参事官となった金子は、当時の心境を「ちかごろ思うこと」として、日本看護協会の機関誌「看護」（昭和34年（1959）6月号）の中で以下のように述べている。

「医師に隷属的存在であった看護婦の行う職責に独創性を持たせることは、ほとんど不可能のように見えた。しかし、このことはいつかは認識してもらわなくてはならない。そのためには、「誰かがやらなくてはならない」と

いう気持ちに支えられて今日まできた次第です。……自分達で、……自分たち自身です。他はない、そしてそれより強いものはないのです。……看護行政は戦後初めて行われるようになったので、過去に経験者がありません。医師の行う看護の行政、看護婦が行う看護の行政、事務官が行う看護の行政は、それぞれ見解が異なり、結果も異なることでしょう……。やはり、看護の行政は看護婦自らが行うべきです。たとえ、それが如何に狭く、険しい道であっても……」（下線筆者）と、行政組織の中の歴史の浅い看護職の行政官として、自らを奮い立たせる決意が吐露されている。

昭和35年（1960）、筆者が初の大卒看護職として人事院の上級職相当試験の筆記試験を受けた後に、他の関係課長と共に専門科目の面接を受けたのは、金子参事官その人であった。

この看護系技術職員採用試験に合格し、同年7月に晴れて行政職（7-1）で厚生省に入省したが、労働省に同期生が「衛生職」としての上級職相当の試験を受けて入省してから1年4ヶ月後のことであった。しかし、厚生省に大卒看護職者としての採用の前例を作ることが出来たことは幸いであった。

保険局医療課に在職中、館林宣夫医療課長（医師）が金子参事官の元へ、基準看護の承認基準（必要人員の正看5：准看3：助手2）を、当時の正看の絶対数不足から、「当分の間、4：4：2でも承認する」件について、看護の担当課と合議をするに当たって筆者が随行することとなった。

「おい、大砲は持ったか？」一瞬？と思った、その大砲とは、初めて全国都道府県から報告された約3,000の基準看護承認施設の看護婦などの数を、一般、結核、精神病棟別に大きなグラフに1つ1つプロットしたもので、当時筆者が苦渋しながらその作業をしているのを横目で見ながら、「そんなのは趣味だ！」と言い放っていた、そのグラフを筒状に丸めたもの

を指しているのであった。館林医療課長は口ではそうけなしながら、その手作りのグラフが、基準看護の承認状況を一目瞭然に視覚に訴える価値ある資料となることを十二分に承知していて、金子参事官との交渉に用いたのであった。

※

また昭和35年（1960）には保健婦係長であった小林富美栄により、WHOヨーロッパ地域事務局による「看護管理の原則」（ゴダード著）が翻訳され、金子参事官はその序文を書いている。金子は、昭和35年（1960）9月30日に、3代目を永野貞（公衆衛生院）に託し、東京大学医学部衛生看護学科の助教授として赴任した。

昭和35年（1960）には、医務局医事課主催（小林富美栄の担当）により「看護管理者講習会」が初めて2回開催されている。翌昭和36年（1961）10月には、WHO西太平洋地域事務局主催の「看護管理セミナー」が永野看護参事官により聖路加看護短大で開催された。敗戦後15年にして初めて看護職が開催した国際会議であった（筆者は一時保険局医療課から医務局医事課に出向させられ、小林のもとでこの会議のための日本側英文資料General Information about Nursing in Japan の作成に従事した）。

◆ 「看護課」復活、そして、その後…

病院ストによって明らかにされた看護婦不足の実態は、昭和36年（1961）4月に達成される見込みの国民皆保険「いつでも何処でも誰でもが良い医療を受けられる」とする国の方針を揺るがすこととなった。病院ストが起こった昭和35年（1960）12月に、急遽設置された「病院経営管理改善懇談会」（代表；吉田幸雄（病院管理研究所長）、委員15名中、看護職は、湯楨ます（日本看護協会会長）と松村はる（同書記長）の2名は、翌昭和36年（1961）8月に報告書「病院経営管理改善指標」を作成し公表した。わが国の病院経営管理の在り方について初めて明らかにされたという意味で、重要な出来事であり、ここに初めて、看護婦養成の責任が国にある事を厚生大臣が明言し

たのであった。⁵⁾

他方、昭和35年（1960）5月に発足していた医療制度調査会は、翌年の中間報告の後、昭和38年（1963）3月に最終答申を発表し、その中で初めて「医療の概念」と「看護の概念」が明示され、また看護教育の大学化の方向も明らかにされた。

3年余りにわたり日本全国の医療現場を襲った病院ストが終焉した同38年（1963）4月1日に、「看護課」は復活した。看護課復活は、多くの人々が望んでいたことであった。前述の医療制度調査会の最終答申は、国民の保健のためによい看護婦を育成していくべき根拠が明確化されたのであり、看護課の今後の活動方針を明示する上で、強固な基盤となったと

いえる。

※

その後、「看護課」の名称自体には変更はないが、行政組織上の位置づけは、昭和59年(1984)には厚生省の機構改革により「健康政策局看護課」に、さらに平成12年(2000)の省庁再編により、「厚生労働省医政局看護課」と変遷し今日に至っていることは周知のとおりである。

医系技官については、早くより保険局医療課での業務を経験するよう人事異動上の配慮

がなされていた。看護職についても、表3の保険局医療課3代目の大坂多恵子は、昭和34年(1959)7月に宮城県衛生部医務課看護係長から転任しており、筆者の後任の松井宣子も同県看護係長からの就任であった。

保険局医療課から医務局看護課への初の人事交流は、昭和44年(1969)、筆者が6年余りの医療課勤務(海外研修・留学等を含む)の後に、千葉県衛生部医務課看護係で保健婦担当副主査として約3年勤務後、厚生省医務局看護課保健婦係長に就任したのが最初である。

表3 厚生労働省保険局医療課・歴代看護技官職員

氏名	就任年月	職位	備考
小松志づ	昭和23～30頃		
山本テイ	昭和35年頃まで	厚生技官	
大坂多恵子	昭和34年7月～53年	主査・課長補佐	(昭和45年から課長補佐)
草刈淳子	昭和35年7月～41年12月	厚生技官	昭和34.4～35.6まで全社連嘱託として医療課に出向、昭和39.3～39.9までWHOフェロウシップにより海外研修
松井宣子	昭和42年～60年3月31日	主査・課長補佐	
佐々木正子	昭和60年4月～平成元年7月	課長補佐	
森山弘子	平成元年8月～6年3月	〃	
野村陽子	平成6年4月～11年6月	〃	中川泉(平成7.4～8.3 主査) 石原美和(平成8.4～9.6 主査) 森山美知子(平成9.10～10.3 専門官) 岩澤和子(平成10.4～11.6 専門官)
岩澤和子	平成11年7月～平成15年3月	〃	池田真理(平成10.7～12.5 主査) 酒井美絵子(平成12.10～15.3 専門官)
川井太加子	平成15年4月～16年3月	〃	菊池幸子(平成15.4～18.3 専門官)
金子あけみ	平成16年4月～17年9月	〃	
高階恵美子	平成17年9月～18年12月	〃	田母神裕美(平成18.7～20.3 専門官)
岩澤和子	平成18年12月～19年3月	〃	
柴田秀子	平成19年4月～20年3月	〃	
菊池幸子	平成20年4月～21年3月	〃	北澤直美(平成20.4～ 主査)
習田由美子	平成21年4月～現在	〃	

注：森山弘子の協力を得て筆者作成

当時、看護課主催による、厚生省看護教員養成講習会(半年)の運営を国立東京第一病院(現国立国際医療センター)の協力を得て担当した。看護婦不足問題が続いており、日本の准看護婦も高卒が多くなってきたこともあって、アメリカの高卒1年の准看護婦と同様の准看護婦を養成するべく、保助看法改正案が国会に提出されていたが、審議未了で廃案となった。

その後、表3にみるように、佐々木正子保健婦係長はじめ看護課職員が次々に異動し、保険局医療課勤務の経験を持つことが実現した。野村陽子現看護課長は、旧厚生省医務局看護課、保険局医療課を経て再び厚生労働省医政局看護課勤務となった唯一の課長である。

なお、医系技官については、他省庁の医系技官を厚生省が一括採用して出向させる方針が採られているが、平成20年(2008)4月には、これまで事務官のポストであった文部科学省医学教育課課長に、初めて厚生労働省の医系技官が出向したことは特記される。

平成21年(2009)4月現在、看護系大学が180課程を数えるに至った今日、看護行政について、特に看護教育に関しては文部科学省との密接な連携が重要であり、これを抜きにし

ては看護の全貌が把握できない状況となってきた。医学教育課には看護専門官や大学病院指導室にも看護職員が在任しているので、今後近い将来、看護系技官も医系技官と同様に他の省庁間との人事交流がなされることが期待される。

〈引用文献〉

- 1) C.F. サムス、竹前栄治編訳: DDT革命、岩波書店、1986
- 2) 大森文子: 大森文子の見てきた看護の歴史、日本看護協会出版会、2003
- 3) 坂本玄子: 保良せきにみる公衆衛生看護婦の原像、看護教育、41(8)、2000
- 4) 金子光: 看護の灯 高く掲げて—金子光回顧録、医学書院、1994
- 5) 草刈淳子: 今、改めて看護管理の起点を振り返る—「病院経営管理改善懇談会(昭和35年)の歴史的意義、看護管理、12(9)、2002

〈参考文献〉

- 1) 厚生省五十年史編集委員会: 厚生省五十年史、(記述編) 1988
- 2) 金子光: 初期の看護行政、日本看護協会出版会、1997
- 3) ベっしょちえこ: 生まれしながらの、日本看護協会出版会、1980